

中央社会保険医療協議会 総会（第 430 回） 議事次第

令和元年11月6日(水) 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

- 医療機器の保険適用について
- 在宅医療（その1）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

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時: 令和元年11月6日(水) 診療報酬基本問題小委員会終了後
会場: ホテルグランドアーク半蔵門 富士の間(4階)

速記

中医協関係者

秋山	中村	関	荒井	松原	田辺会長	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官	
松本									吉森
今村									幸野
城守									佐保
猪口									間宮
島									宮近
林									
有澤									
						田村	半田	吉川	

中医協関係者

保険医療材料等
専門組織
小委員会長

医療指導 監査室長	歯科医療 管理官	保険医療 企画調査 室長	医療技術 評価推進 室長	医療課長	薬剤管理 官	総務課長	医療介護 連携携取 政策課長	調査課長	調査課 数理企画 官	医政局 経済課長	医療機器 政策室長	医政局 経済課 在宅医療 推進室長	医政局 地域医療 計画課
--------------	-------------	--------------------	--------------------	------	-----------	------	----------------------	------	------------------	-------------	--------------	----------------------------	--------------------

厚生労働省

厚生労働省

関係者席

関係者席

関係者席・日比谷クラブ

日比谷クラブ

一般傍聴席

一般傍聴席・厚生労働記者会

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 1（新機能）

	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	Percepta MRI CRT-P シリーズ	日本メドトロニック株式会社	1,710,000 円	類似機能区分 比較方式	改良加算（ハ） 3%	1.06	2
②	ネオフィードジェジュナルボ タン（バンパータイプ）	株式会社トップ	26,500 円	類似機能区分 比較方式	改良加算（ヘ） 5%	なし	5

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	ネスキープ	アルフレッサファーマ 株式会社	516,000 円	類似機能区分 比較方式	なし	なし	8
②	VenaSeal クロージャー シス テム	コヴィディエンジャパン 株式会社	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。		なし	なし	11

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 Percepta MRI CRT-P シリーズ
 保険適用希望企業 日本メドトロニック株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
Percepta MRI CRT-P シリーズ	C 1（新機能）	至適薬物療法が行われているにもかかわらず症状が改善しない、QRS 幅 120ms 以上及び左室駆出率 35% 以下の心不全患者（NYHA クラスⅢ又はⅣ）の症状改善を目的とする。

○ 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
Percepta MRI CRT-P シリーズ	1,710,000 円	112 ペースメーカー （7）トリプルチャンバ(Ⅲ型) ②自動調整機能付き 改良加算（ハ）3%	1.06	該当しない

○ 加算の定量化に関する研究班報告に基づいたポイント

改良加算（ハ）構造等における工夫により、類似材料に比して、患者にとって低侵襲な治療や合併症の発生が減少するなど、より安全かつ有効な治療を出来る

a. 主に機能自体で直接的な工夫がなされている
 に1ポイント該当し、合計1ポイント（1ポイントあたり3%換算で3%の加算）となる。

[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	暫定価格
Percepta MRI CRT-P シリーズ	1,800,000 円	112 ペースメーカー (7)トリプルチャンバ(Ⅲ型) ②自動調整機能付き 有用性加算 (ロ) 10%	1.12	1,670,000 円

○ 市場規模予測 (ピーク時)

予測年度：10 年度

本医療機器使用患者数：633 人／年

予測販売金額：10.8 億円／年

○ 諸外国におけるリストプライス

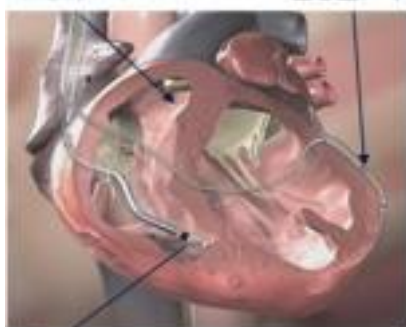
アメリカ 合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラリア	外国平均 価格
1,942,500 円 (17,500 米ドル)	1,680,840 円 (11,592 ポンド)	1,902,460 円 (14,980 ユーロ)	1,500,632 円 (11,816 ユーロ)	1,027,440 円 (12,843 豪ドル)	1,610,774 円

1 米ドル = 111 円 1 ポンド=145 円

1 ユーロ=127 円 1 豪ドル=80.0 円

(平成 30 年 8 月～平成 31 年 7 月の日銀による為替レートの平均)

製品概要

1 販売名	Percepta MRI CRT-Pシリーズ
2 希望業者	日本メドトロニック株式会社
3 使用目的	本品は、至適薬物療法が行われているにもかかわらず症状が改善しない、QRS幅120ms以上及び左室区出率35%以下の心不全患者（NYHAクラスⅢ又はⅣ）の症状改善を目的とする。
4 構造・原理	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">製品特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品は、右心房及び左右それぞれの心室を電気的に刺激する機能を持つ、主目的が心不全治療用の植込み型パルスジェネレータである。 <p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin: 10px 0;">心臓再同期療法 (Cardiac Resynchronization Therapy)</p> <p>心臓内の収縮のタイミングのズレを補正することで、正常に近いポンプ機能を取り戻す治療法。 リードを右心房、右心室及び冠状静脈洞内(左心室)に留置する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 左心室リードの留置位置の選択は臨床転帰に影響を及ぼすことが知られており、術後のペースング閾値上昇、横隔神経刺激により効果的なペースングが阻害された場合、従来製品の2極リードではペースング部位の選択肢が限定されるため、効果的な治療が継続できない可能性がある。 本品においては、ペースング部位の選択肢が多い4極リードの使用により、術後に発生したペースング閾値上昇や横隔神経刺激にも対応が可能となる。 </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <p>出典: 企業提出資料</p> <p>CRTにおけるペースングリード配置</p>  <p>右心房リード 左心室リード</p> <p>右心室リード</p> </div> </div> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">臨床成績</p> <ul style="list-style-type: none"> 2016年に発表された、1つのRCTを含む8つの試験のメタ解析 (n=26,695)において、4極リード群は2極リード群に対して、合併症のリスクが有意に低減することが示された(術後の左心室リード無効化、留意位置変更及び交換のリスク: RR=0.48、95%CI 0.36-0.64、p=0.00001)。 2019年に発表された、1つのRCTを含む12の試験のメタ解析 (n=31,403)において、4極リード群は2極リード群に対して、死亡率が有意に低減することが示された (adjusted HR=0.79、95%CI 0.71-0.88、p<0.01)。 2019年に発表された、米国のNational Cardiovascular Data Registryを用いた検討(n=175,684)では、2極リード群(n=60,014)と4極リード群(n=64,004)の間でアウトカム(死亡、心不全入院、デバイス位置異常、再手術のイベント数)に有意差がなかった(1年間・患者100人当たり 34.15件 vs 34.19件 p=0.898)。

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 ネオフィードジェジュナルボタン（バンパータイプ）
 保険適用希望企業 株式会社トップ

販売名	決定区分	主な使用目的
ネオフィードジェジュナルボタン（バンパータイプ）	C1 （新機能）	造設された胃瘻に留置し、長期的に胃瘻を介して腸に経腸栄養剤等の投与や胃の減圧等の経腸栄養管理を行うこと。

○ 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
ネオフィードジェジュナルボタン（バンパータイプ）	26,500 円	037 交換用胃瘻カテーテル (1)胃留置型 ①バンパー型 ア ガイドワイヤーあり 21,700 円 026 栄養カテーテル (2)腸瘻用 3,880 円 改良加算 5%	—	該当しない

留意事項案

037 交換用胃瘻カテーテルの留意事項に準ずる。

ア 交換用胃瘻カテーテルは、24 時間以上体内に留置した場合に算定できる。

イ バンパー型の交換用胃瘻カテーテルは、4 ヶ月に 1 回を限度として算定できる。

関連技術料

J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法 200 点

[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
ネオフィードジェジュ ナルボタン (バンパータイプ)	47,700 円	037 交換用胃瘻カテーテル (2)小腸留置型 15,800 円 約3個分 改良加算5%	—

○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：892 人／年

予測販売金額：0.24 億円／年

○ 諸外国におけるリストプライス

海外における販売実績なし

○加算の定量化に関する研究班報告に基づいたポイント

改良加算（～）「構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、形状の保持が可能になるといった耐久性の向上や長期使用が可能となることが、客観的に示されていること」

b. 間接的に評価がなされているもの（非臨床試験）

に該当し、合計1ポイント（1ポイントあたり5%換算で5%の加算）となる。

製品概要

1 販売名	ネオフィードジェジュナルボタン(バンパータイプ)
2 希望業者	株式会社トップ
3 使用目的	本品は造設された胃瘻に留置し、長期的に胃瘻を介して腸に経腸栄養剤等の投与や胃の減圧等の経腸栄養管理を行う目的で使用される。

製品特徴

出典: 企業提出資料

- 本品は、胃瘻を介してチューブ先端を腸に誘導し、栄養管理に用いる経胃瘻的空腸栄養の交換用チューブ及びその交換時に用いる器具を組み合わせたキット製品である。経胃瘻的空腸栄養チューブは、腹壁側が平坦なボタン型、胃内側固定部がバンパー型になっており、長期的に使用可能となっている。

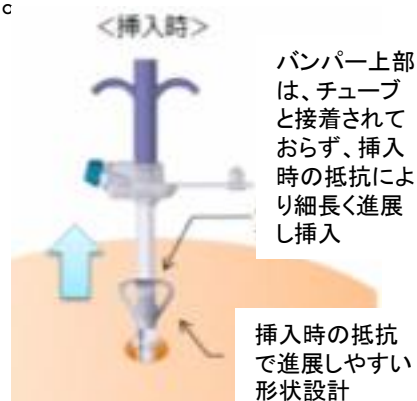
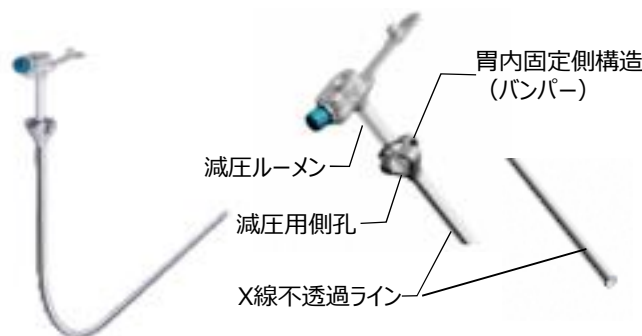


図. ジェジュナルボタン
(交換用胃瘻カテーテル部分)



出典: PEG・在宅医療学会「PEGに関する用語の統一について」

臨床成績

- 6例の臨床試用データで、全例において閉塞することなく、4ヶ月間の使用が可能であった。

項目	症例1	症例2	症例3	症例4	症例5	症例6
留置期間	120日	113日	113日	113日	113日	122日
年齢/性別	51歳/男性	88歳/女性	86歳/男性	84歳/女性	84歳/女性	64歳/女性
使用品種	24Fr-3.5cm	24Fr-3.0cm	24Fr-3.0cm	24Fr-3.0cm	24Fr-3.0cm	24Fr-3.0cm
栄養剤投与	可能	可能	可能	可能	可能	可能
閉塞の有無	なし	なし	なし	なし	なし	なし

4 構造・原理

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 ネスキープ
 保険適用希望企業 アルフレッサ ファーマ株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
ネスキープ	C2（新機能・新技術）	近接する消化管等のため粒子線治療の実施が困難な患者における腹腔内もしくは骨盤内の悪性腫瘍（後腹膜腫瘍を含む）と消化管等との間隙の確保

○ 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
ネスキープ	516,000 円	084 人工硬膜 (2)吸収型 1290 円 /cm ² 400cm ² 分	-	なし

○ 留意事項案

- (1) 近接する消化管等のため粒子線治療の実施が困難な患者に対して、腹腔内もしくは骨盤内の悪性腫瘍（後腹膜腫瘍を含む）と消化管等との間隙を確保するために使用した場合に限り、一連の治療につき1枚を限度として算定できる。
- (2) 当該材料は、関係学会の定める診療に関する適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。

○ 準用技術料

K642 大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術 1 腸切除を伴わないもの 14,290 点

○ 留意事項案

K642 大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術の留意事項通知に下記を追記する。

近接する消化管等のため粒子線治療の実施が困難な患者に対して、腹腔内もしくは骨盤内の悪性腫瘍（後腹膜腫瘍を含む）と消化管等との間隙を確保するために放射線治療用合成吸収性材料 シート型を留置した際には、本区分の「1」腸切除を伴わないもの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	費用対効果評価への該当性
ネスキープ	813,487 円	原価計算方式	—	なし

準用希望技術料

K740 直腸切除・切断術 1 切除術 42,850 点

M001-4 粒子線治療（一連につき）

注3（粒子線治療医学管理加算） 10,000 点

○ 市場規模予測（ピーク時）

予測年度：8年度

本医療機器使用患者数：166 人／年

予測販売金額：0.86 億円／年

○ 諸外国におけるリストプライス

海外における販売実績なし

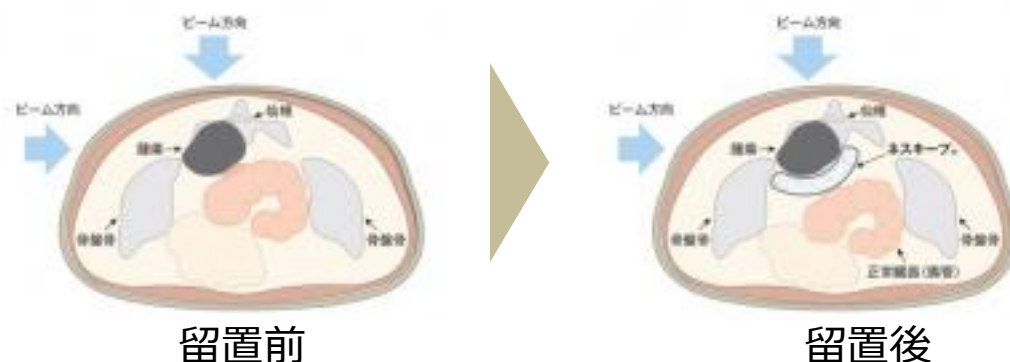
製品概要

1 販売名	ネスキープ
2 希望業者	アルフレッサファーマ株式会社
3 使用目的	近接する消化管等のため粒子線治療の実施が困難な患者における腹腔内もしくは骨盤内の悪性腫瘍(後腹膜腫瘍を含む)と消化管等との間隙の確保

製品特徴

出典：企業提出資料

- 粒子線治療において、悪性腫瘍と消化管等が近接する場合、照射された粒子線により消化管等(危険臓器)に当たる線量が制限を超えてしまい、重篤な有害事象を引き起こす恐れがある。そのような場合には緩和治療等(根治線量以下での照射治療や化学療法等)に移行することとなる。
- 本品を悪性腫瘍と消化管等の間に挿入することで、粒子線治療に必要な間隙を確保し、根治線量の照射が可能となる。本品は、粒子線治療終了後、体内に吸収される。



4 構造・原理

臨床上的有用性

- 国内で行われた臨床試験において、本品留置によって全5例とも悪性腫瘍に当たる線量を根治線量の基準以上にすることができた。留置前後における「標的に処方線量の95%が照射される体積の割合($V_{95\%}$)」

	基準	留置前	留置後					照射終了日前日
		ベースライン	準備期間	照射開始日	手術後4週	手術後6週	手術後8週	
n		5	5	5	5	5	4	5
$V_{95\%}$ 平均値 (%)	95	82.08	98.28	98.06	97.88	97.78	97.88	97.10
標準偏差 (%)	-	11.30	1.06	1.08	0.57	0.65	1.12	0.81

※根治線量の基準： $V_{95\%} \geq 95\%$

- 腸管の潰瘍、穿孔、出血等の重篤な有害事象は治験観察期間終了まで認められなかった。

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 VenaSeal クロージャー システム
 保険適用希望企業 コヴィディエンジャパン株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
VenaSeal クロージャー システム	C2（新技術）	本品は血液逆流を伴う伏在静脈本幹に注入し、血管を閉塞するために使用する。 【対象患者】血管径12mm以下の大伏在静脈及び小伏在静脈に深部静脈閉塞を伴わない一次性下肢静脈瘤を有する患者

○ 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
VenaSeal クロージャー システム	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

K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 14,360 点

留意事項案

- (1) 当該手技に関する所定の研修を修了した医師が実施した場合に限り算定できる。
- (2) 当該手技に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定点数に含まれる。

[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
Venaseal クロージャー システム	142,000 円	154 脳動静脈奇形術前塞 栓材 135,000 円 改良加算ハ-c 5%	0.79

準用希望技術料

K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 14,360 点

○市場規模予測（ピーク時）

予測年度：10 年度

本医療機器使用患者数：31,035 人／年

予測販売金額：44.6 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
VenaSeal クロージャースystem	1,839 米ドル (204,129 円)	1,224 ポンド (177,480 円)	1,178 ユーロ (149,606 円)	1,440 ユーロ (182,880 円)	2,310 豪ドル (184,800 円)	179,779 円

*為替レート（平成 30 年 8 月～令和元年 7 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=145 円、1 ユーロ=127 円、1 豪ドル=80.0 円

製品概要

1 販売名	VenaSeal クロージャー システム																												
2 希望業者	コヴィディエンジャパン株式会社																												
3 使用目的	<p>本品は血液逆流を伴う伏在静脈本幹に注入し、血管を閉塞するために使用する。</p> <p>【対象患者】 血管径12mm以下の大伏在静脈及び小伏在静脈に深部静脈閉塞を伴わない一次性下肢静脈瘤を有する患者</p>																												
4 構造・原理	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 20%;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">製品特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品は、一次性下肢静脈瘤に対して、デリバリーシステムにより、nBCA(n-ブチル-2-シアノアクリレート)を主成分とした接着剤を標的血管内に注入し、血管を長期的に閉塞する。 </div> <div style="text-align: right; font-size: small;"> <p>出典:企業提出資料</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 20%; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">臨床成績</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品の安全性及び有効性をラジオ波焼灼術と比較した海外臨床試験(VeClose試験)において、主要評価項目である術後3か月目の標的静脈の完全閉塞率は本品とラジオ波焼灼術それぞれ99%と95.4%であり、非劣性であることが示された。 また、副次的評価項目である手術中の疼痛に関しても、本品群とラジオ波焼灼術の両群間に統計的有意差は認めなかった。 </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">表1:完全閉塞(完全閉塞率)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #4F81BD; color: white;"> <th></th> <th>本品 (N=108)</th> <th>ラジオ波焼灼術 (N=114)</th> <th>P値</th> <th>P値 (非劣性)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>術後3日</td> <td>100%(108)</td> <td>99.1%(114)</td> <td>1.0000</td> <td>0.0001</td> </tr> <tr> <td>1ヶ月</td> <td>100%(105)</td> <td>87.3%(110)</td> <td><0.001</td> <td><0.0001</td> </tr> <tr> <td>3ヶ月</td> <td>99%(104)</td> <td>95.4%(108)</td> <td>0.2126</td> <td><0.0001</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">表2:手術中の疼痛</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">※痛みは数値評価尺度(NRS:numeric rating scale)で評価を実施。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #4F81BD; color: white;"> <th></th> <th>本品</th> <th>ラジオ波焼灼術</th> <th>P値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>手術中の疼痛の 平均値(SD)</td> <td>2.16 (2.23)</td> <td>2.35 (2.18)</td> <td>0.5359</td> </tr> </tbody> </table>		本品 (N=108)	ラジオ波焼灼術 (N=114)	P値	P値 (非劣性)	術後3日	100%(108)	99.1%(114)	1.0000	0.0001	1ヶ月	100%(105)	87.3%(110)	<0.001	<0.0001	3ヶ月	99%(104)	95.4%(108)	0.2126	<0.0001		本品	ラジオ波焼灼術	P値	手術中の疼痛の 平均値(SD)	2.16 (2.23)	2.35 (2.18)	0.5359
	本品 (N=108)	ラジオ波焼灼術 (N=114)	P値	P値 (非劣性)																									
術後3日	100%(108)	99.1%(114)	1.0000	0.0001																									
1ヶ月	100%(105)	87.3%(110)	<0.001	<0.0001																									
3ヶ月	99%(104)	95.4%(108)	0.2126	<0.0001																									
	本品	ラジオ波焼灼術	P値																										
手術中の疼痛の 平均値(SD)	2.16 (2.23)	2.35 (2.18)	0.5359																										

在宅医療（その1）

在宅医療(その1)

1. 在宅医療について

(1) 在宅医療に係る診療報酬(概要)

(2) 直近の算定状況等

(3) 在宅医療領域における課題及び取組等

- 複数の医療機関による連携について
- 在支診・在支病について
- 医療資源の少ない地域における在宅医療について
- 在宅医療における褥瘡の指導管理について

2. 在宅歯科医療について

3. 在宅薬剤管理について

1. 在宅医療について

(1) 在宅医療に係る診療報酬(概要)

(2) 直近の算定状況等

(3) 在宅医療領域における課題及び取組等

- ・複数の医療機関による連携について
- ・在支診・在支病について
- ・医療資源の少ない地域における在宅医療について
- ・在宅医療における褥瘡の指導管理について

2. 在宅歯科医療について

3. 在宅薬剤管理について

在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷① (昭和61～平成18年度診療報酬改定)

○在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下の通り。

	【診療報酬】	【老人診療報酬】
昭和61年		<p>○ <u>寝たきり老人訪問診療料の創設(～H18年)</u>; 定期的に訪問して診療を行った際に算定</p> <p>○ <u>寝たきり老人訪問指導管理料(月ごと)の創設(～H18年)</u>; 寝たきり老人訪問診療料を算定すべき診療を行った際に、 療養上必要な指導管理を行った場合に算定</p>
昭和63年	○ <u>在宅患者訪問診療料の創設</u> ; 定期的に訪問して診療した際に算定	
平成4年		○ <u>寝たきり老人在宅総合診療料(月ごと)の創設(～H18年)</u> ; 計画的な医学管理の下に、1月に2回以上訪問して診療した 場合に算定
平成6年	○ <u>在宅時医学管理料(月ごと)の創設(～H18年)</u> ; 計画的な医学管理の下に、週1回以上訪問して診療 した場合に算定	
平成18年	<p style="text-align: center;">【診療報酬】</p> <p>○ <u>在宅時医学総合管理料(月ごと)の創設</u>; 計画的な医学管理の下に、月2回以上訪問して診療した場合に算定</p>	



在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷②(平成18～24年度診療報酬改定)

○在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下の通り。

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成18年	—	・在宅時医学総合管理料(在総管)の創設	・在宅療養支援診療所(在支診)の創設	<ul style="list-style-type: none"> ・入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価 ・在宅、特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> ・居住場所により訪問診療料を分類 →訪問診療料1(自宅) 訪問診療料2(居住系施設) 	・特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)の創設	・在宅療養支援病院(在支病)の創設	・カンファレンス等の情報共有に関する評価
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> ・居住場所ではなく、同一建物の訪問人数により訪問診療料を再分類 →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(同一建物) 	—	・在支病の届出を、許可病床数が200床未満の病院に拡大	<ul style="list-style-type: none"> ・往診料の引き上げ ・乳幼児加算の創設 ・在宅ターミナルケア加算の要件緩和 ・在宅移行早期加算の創設



在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷③(平成26～30年度診療報酬改定)

○在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下の通り。

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ・特定施設入居者に対する評価の引き上げ →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(特定施設等) 訪問診療料2(上記以外の同一建物) 	<ul style="list-style-type: none"> ・在総管、特医総管に対する評価の引き上げ(機能強化型在支診・在支病の創設に伴うもの) 	<ul style="list-style-type: none"> ・強化型、連携強化型の在支診・在支病を創設 	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時、夜間の往診料の引き上げ ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し ・在宅緩和ケアに係る評価 ・緊急時の在宅患者の受入に対する評価の引き上げ
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療料2の評価引き下げ 	<ul style="list-style-type: none"> ・同一建物居住者に対する評価の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> ・機能強化型の実績要件の引き上げ 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養後方支援病院及び在宅患者共同診療料の創設
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療料2を「同一建物居住者の場合」に一本化 	<ul style="list-style-type: none"> ・単一建物診療患者数、重症度、月の訪問回数に応じて細分化 	<ul style="list-style-type: none"> ・機能強化型の施設基準に小児在宅医療に係る要件を追加 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の新設等による緊急往診や看取り実績の評価 ・在宅専門医療機関の要件明確化
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療料Ⅰに、2(他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合)を新設 ・訪問診療料Ⅱ(併設する介護施設等の場合)を新設 	<ul style="list-style-type: none"> ・月2回以上の訪問診療を行った場合の評価を適正化 ・月1回の訪問診療を行っている場合の評価を充実 ・包括的支援加算を新設 	<p style="text-align: center;">—</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・往診料の算定要件を明確化 ・緊急往診加算の対象患者拡大と算定要件の見直し ・ターミナルケアの評価の充実

在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の変遷(平成18～30年度診療報酬改定)

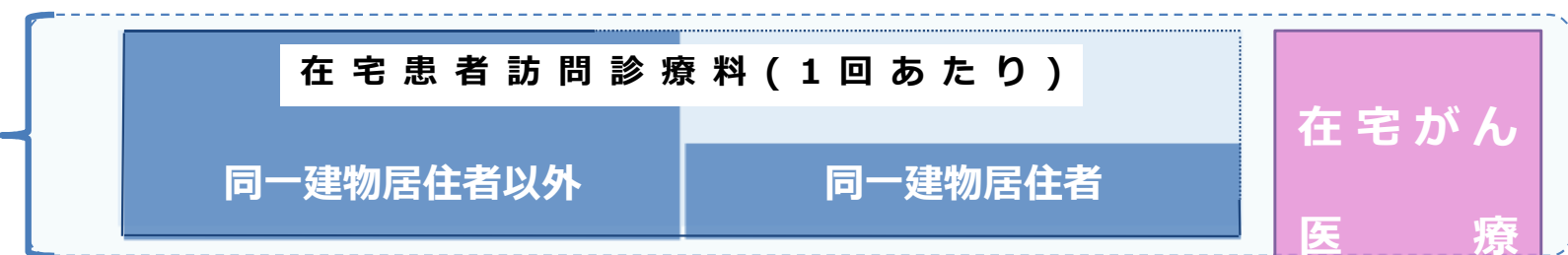
	在宅ターミナルケア加算	看取り加算	死亡診断加算
平成16年	在宅ターミナルケア加算 1,200点 ※1月以上にわたり在宅でターミナルケアを行った場合		死亡診断加算 200点 ※死亡日に往診又は訪問診療を行い死亡診断を行った場合
平成18年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 1,200点 ※死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点 ※(Ⅱ)に加え、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合	※在宅ターミナルケア加算(Ⅰ)を算定する場合は算定できない
平成20年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 2,000点	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点 ※(Ⅱ)に加え、在宅療養支援診療所、その連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合	
平成22年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 2,000点 ※往診又は訪問診療後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者でも算定可能に	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点	
平成24年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※機能強化型在支診、在支診又はそれ以外に応じた評価を区分 ※死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施	看取り加算 3,000点 ※事前に療養上の不安等を解決するための十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、看取った場合	※看取り加算を算定する場合は算定できない
平成26年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※在宅療養実績加算 750点 十分な緊急往診及び看取りの実績を有する在支診又は在支病の場合		
平成28年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点 ※在宅療養実績加算1 750点、在宅療養実績加算2 500点		
平成30年	在宅ターミナルケア加算 3,500～6,500点 ※酸素療法加算 2,000点		

在宅医療における診療報酬上の評価構造(イメージ)(平成28年度～)

- 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。
- 上記3種類の評価のうち、総合的な医学的管理に対する評価の占める割合が大きい。

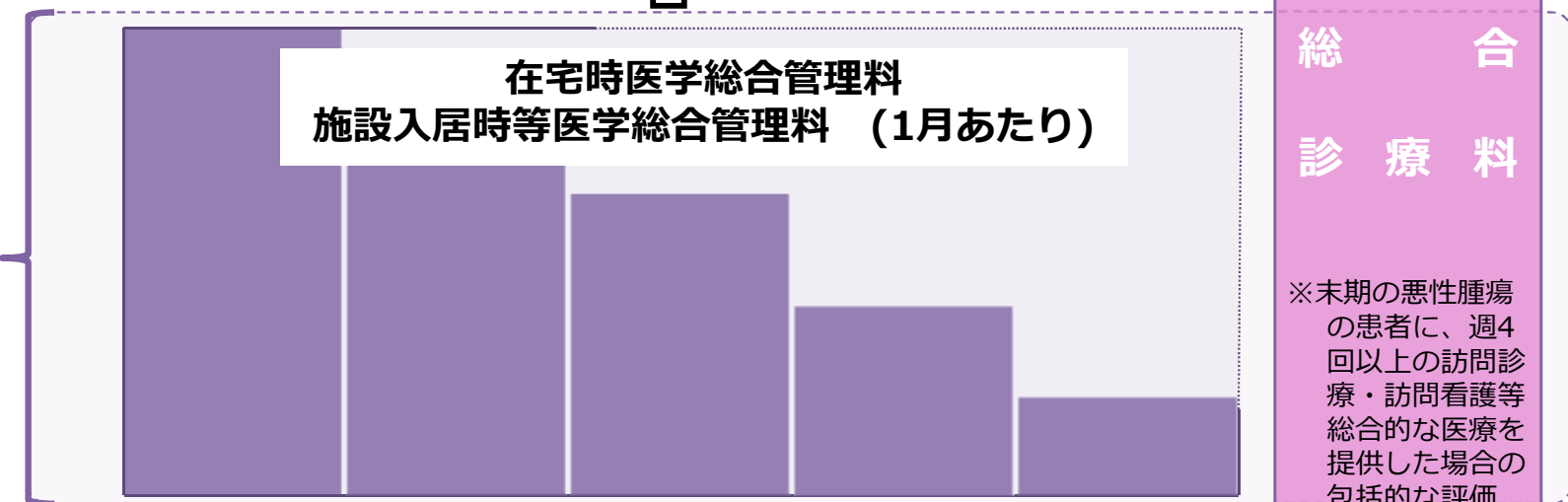
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定

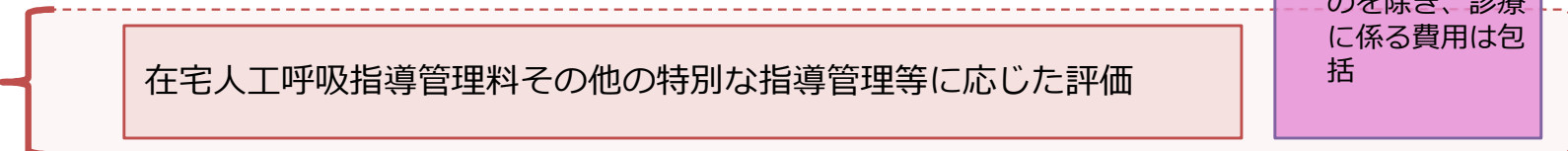


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
- 特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価



③指導管理等に対する評価



在宅がん
医療

総合
診療料

※末期の悪性腫瘍の患者に、週4回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合の包括的な評価

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

在宅患者訪問診療料(Ⅰ)等の概要(平成30年度～)

在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (1日につき)	同一建物居住者以外の場合		833点	
	同一建物居住者の場合		203点	
在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の訪問診療等を実施した場合に算定	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関
	有床診・在支病	無床診		
	6,500点	5,500点	4,500点	3,500点
	+在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点	6,500点	
	+在宅療養実績加算1		5,250点	
+在宅療養実績加算2		5,000点		
看取り加算 在宅で患者を看取った場合に算定			3,000点	
死亡診断加算 患家で死亡診断を行った場合に算定			200点	

■その他の加算■

○乳幼児加算 400点

○診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点/30分を加算

在宅療養支援診療所等とそれ以外の医療機関での主な診療報酬の比較

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

	機能強化型在支診・在支病		在支診・在支病	(参考)在宅療養後方支援病院
	単独型	連携型		
全ての在支診・在支病が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している			○ 許可病床数 200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) <small>※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること</small> ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
全ての在支病が満たすべき基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては240床未満			
機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上		
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上		

質の高い在宅医療の確保

在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療（裾野の拡大）が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月1回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算（緊急往診加算）の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

- 在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築し、在宅医療を提供した場合の評価を新設する。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

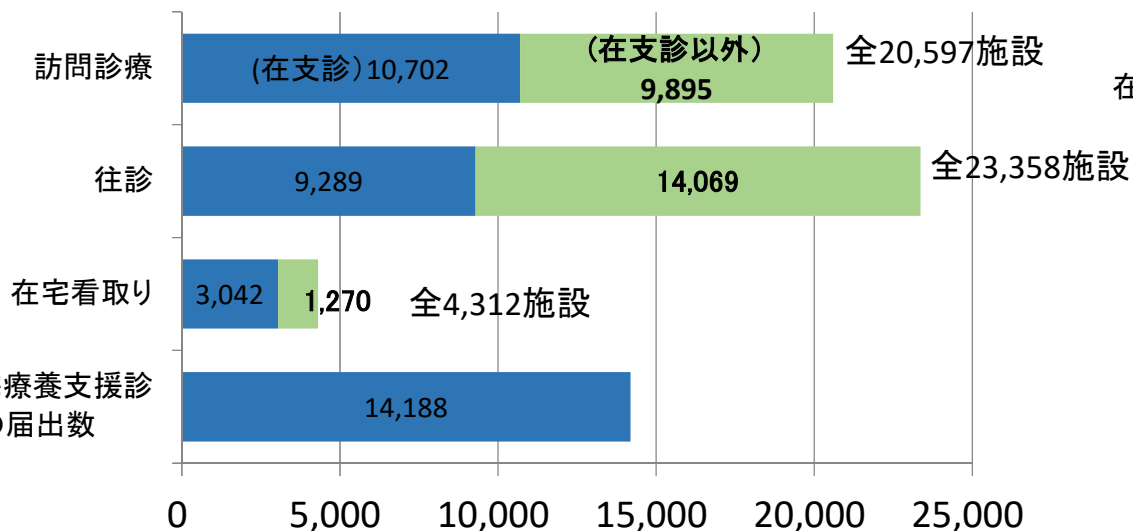
(新) 継続診療加算 216点(1月に1回)

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

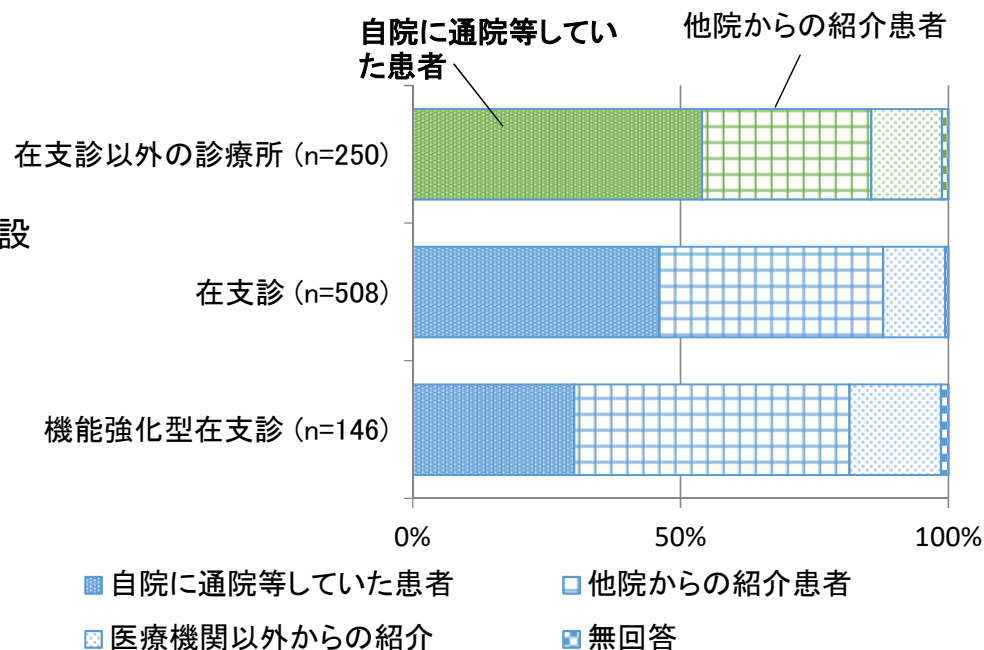
[在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数]

■ 在宅療養支援診療所
■ 在宅療養支援診療所以外の一般診療所



(参考) 在宅療養支援診療所の届出数
14,188

[訪問診療を行っている患者の受診経路別割合]



多様な在宅医療のニーズへの対応①

複数の医療機関が行う訪問診療の評価

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

在宅患者訪問診療料 I

(新) 2 他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合

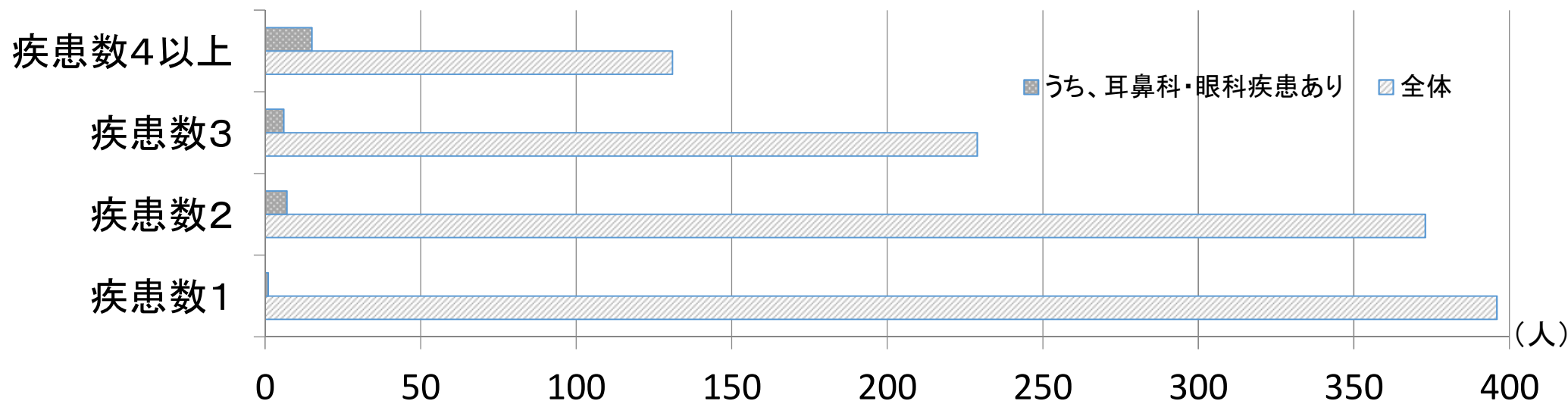
同一建物居住者以外	830点
同一建物居住者	178点



[算定要件]

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

訪問診療を行っている患者の疾患数



(出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

多様な在宅医療のニーズへの対応②

併設する介護施設等への訪問診療の整理

- 在宅患者訪問診療料について、併設する介護施設等への訪問診療の場合、訪問と外来の中間的な診療形態となることを踏まえ、併設する介護施設等の入居者への訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

併設する介護施設等の入居者の場合 144点(1日につき)

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価①

- 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、一定の状態にある患者について、加算を新設する。

(新) 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料
包括的支援加算 150点(月1回)

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

多様な在宅医療のニーズへの対応③

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価②

- 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、月2回以上の訪問診療を行った場合の在総管・施設総管を適正化し、月1回の訪問診療を行っている場合の在総管・施設総管を充実する。

＜在総管 月2回以上訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	4,600点	2,500点	1,300点
	病床なし	4,200点	2,300点	1,200点
在支診・在支病		3,800点	2,100点	1,100点
その他の医療機関		2,850点	1,575点	850点



		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	<u>4,500点</u>	<u>2,400点</u>	<u>1,200点</u>
	病床なし	<u>4,100点</u>	<u>2,200点</u>	<u>1,100点</u>
在支診・在支病		<u>3,700点</u>	<u>2,000点</u>	<u>1,000点</u>
その他の医療機関		<u>2,750点</u>	<u>1,475点</u>	<u>750点</u>

＜施設総管 月2回以上訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	3,300点	1,800点	1,300点
	病床なし	3,000点	1,650点	1,200点
在支診・在支病		2,700点	1,500点	1,100点
その他の医療機関		2,050点	1,125点	850点



		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	<u>3,200点</u>	<u>1,700点</u>	<u>1,200点</u>
	病床なし	<u>2,900点</u>	<u>1,550点</u>	<u>1,100点</u>
在支診・在支病		<u>2,600点</u>	<u>1,400点</u>	<u>1,000点</u>
その他の医療機関		<u>1,950点</u>	<u>1,025点</u>	<u>750点</u>

多様な在宅医療のニーズへの対応④

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価③

- 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、月2回以上の訪問診療を行った場合の在総管・施設総管を適正化し、月1回の訪問診療を行っている場合の在総管・施設総管を充実する。

＜在総管 月1回訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	2,760点	1,500点	780点
	病床なし	2,520点	1,380点	720点
在支診・在支病		2,280点	1,260点	660点
その他の医療機関		1,710点	945点	510点



		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	2,760点	1,500点	780点
	病床なし	2,520点	1,380点	720点
在支診・在支病		<u>2,300点</u>	<u>1,280点</u>	<u>680点</u>
その他の医療機関		<u>1,760点</u>	<u>995点</u>	<u>560点</u>

＜施設総管 月1回訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	1,980点	1,080点	780点
	病床なし	1,800点	990点	720点
在支診・在支病		1,620点	900点	660点
その他の医療機関		1,230点	675点	510点



		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	1,980点	1,080点	780点
	病床なし	1,800点	990点	720点
在支診・在支病		<u>1,640点</u>	<u>920点</u>	<u>680点</u>
その他の医療機関		<u>1,280点</u>	<u>725点</u>	<u>560点</u>

多様な在宅医療のニーズへの対応⑤

適切な往診の推進と看取り期の患者に対する往診の評価

- 患者等が保険医療機関等に直接往診を求め、医師が往診の必要性を認めた場合に限り、往診料の算定が可能である旨を明確化する。

現行

【往診料】

[算定要件]

往診料は、患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。



改定後

【往診料】

[算定要件]

往診料は、患者又は家族等患者の看護・介護に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

- 緊急往診加算の対象患者について、対象患者に医学的に終末期であると考えられる患者を追加する。また、夜間・休日加算及び深夜加算について、夜間・休日・深夜の時間帯を標榜時間とする場合に算定不可とする要件を追加する。

現行

【往診料 緊急往診加算】

[算定要件]

緊急往診加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者をいう。



改定後

【往診料 緊急往診加算】

[算定要件]

緊急往診加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者(当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。)に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。

【往診料 夜間・休日加算、深夜加算】

[算定要件]

夜間(深夜を除く。)とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。

【往診料 夜間・休日加算、深夜加算】

[算定要件]

夜間(深夜を除く。)とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診 加算及び深夜往診 加算は算定できない。

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関連する報酬において、「[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](#)」等を踏まえた対応を要件とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する。

診療報酬改定における対応（在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬）

現行

【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】	
機能強化型在支診・在支病(病床あり)	6,000点
機能強化型在支診・在支病(病床なし)	5,000点
在支診・在支病	4,000点
その他の医療機関	3,000点
【訪問看護ターミナルケア療養費】	20,000円



改定後

【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】	
(有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分)	
機能強化型在支診・在支病(病床あり)	6,500点
機能強化型在支診・在支病(病床なし)	5,500点
在支診・在支病	4,500点
その他の医療機関	3,500点
【訪問看護ターミナルケア療養費】※	
訪問看護ターミナルケア療養費1	25,000円
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2	10,000円

[算定要件]

ターミナルケアの実施については、「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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

※ 在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様



「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」等への対応を共通の要件とする。

介護報酬改定における対応

(訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護)

- ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。
 - ・ [「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、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応すること。
 - ・ ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

1. 在宅医療について

(1) 在宅医療に係る診療報酬(概要)

(2) 直近の算定状況等

(3) 在宅医療領域における課題及び取組等

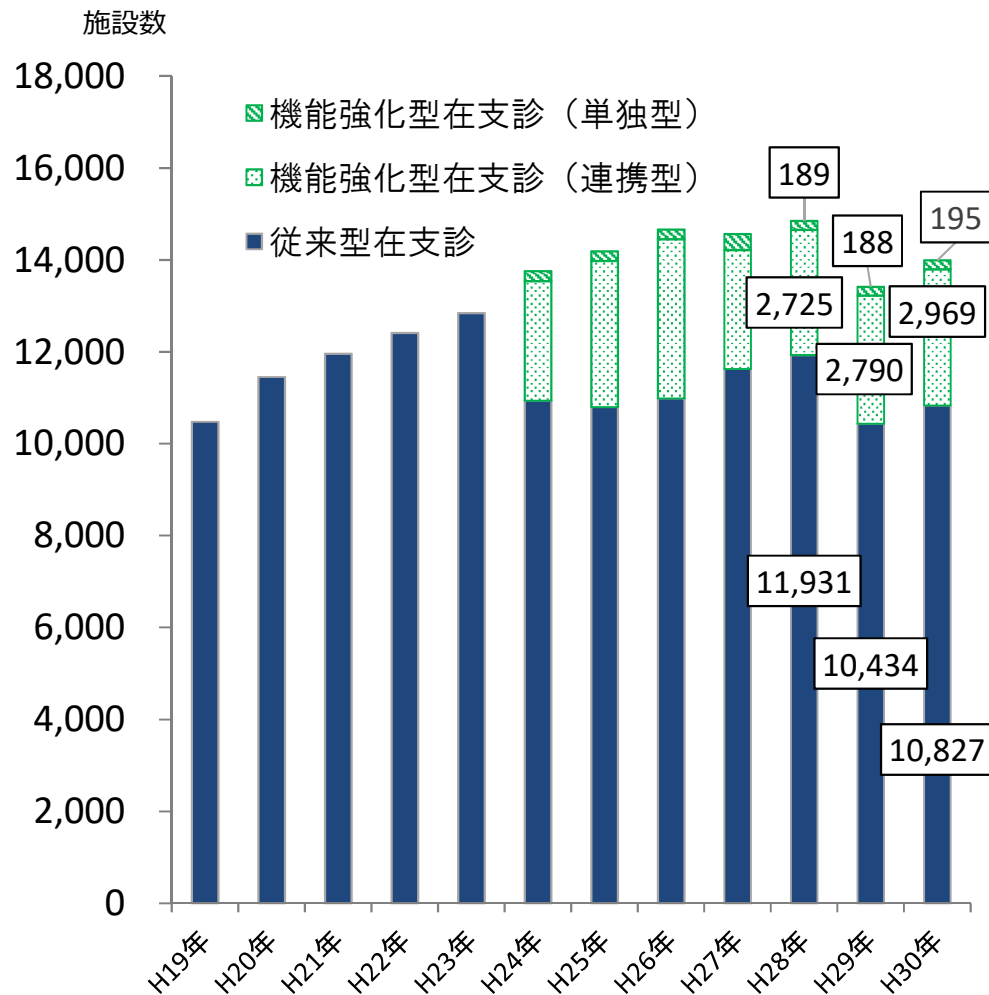
- ・複数の医療機関による連携について
- ・在支診・在支病について
- ・医療資源の少ない地域における在宅医療について
- ・在宅医療における褥瘡の指導管理について

2. 在宅歯科医療について

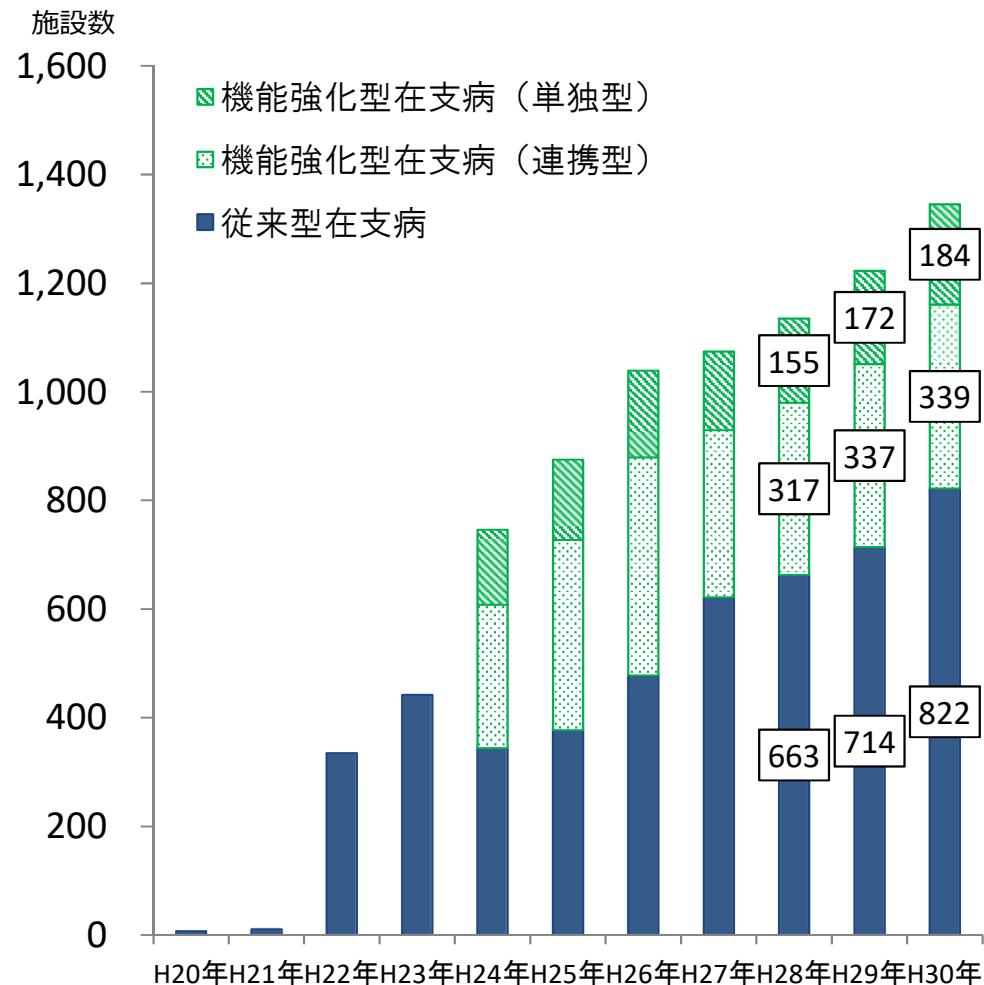
3. 在宅薬剤管理について

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばい。在宅療養支援病院は、増加傾向。

＜在宅療養支援診療所＞

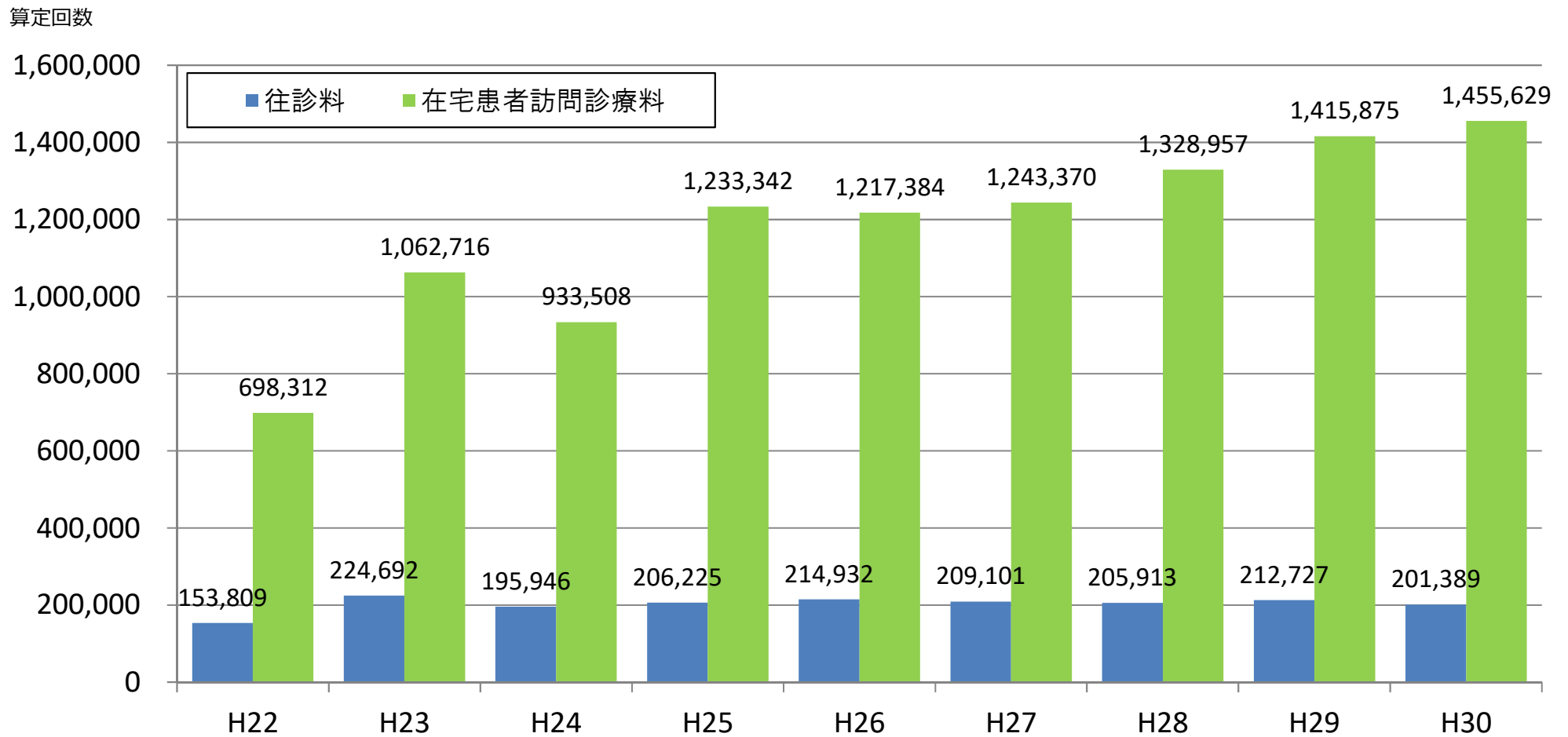


＜在宅療養支援病院＞



○ 往診料の算定回数は横ばいであり、在宅患者訪問診療料の算定回数は増加傾向。

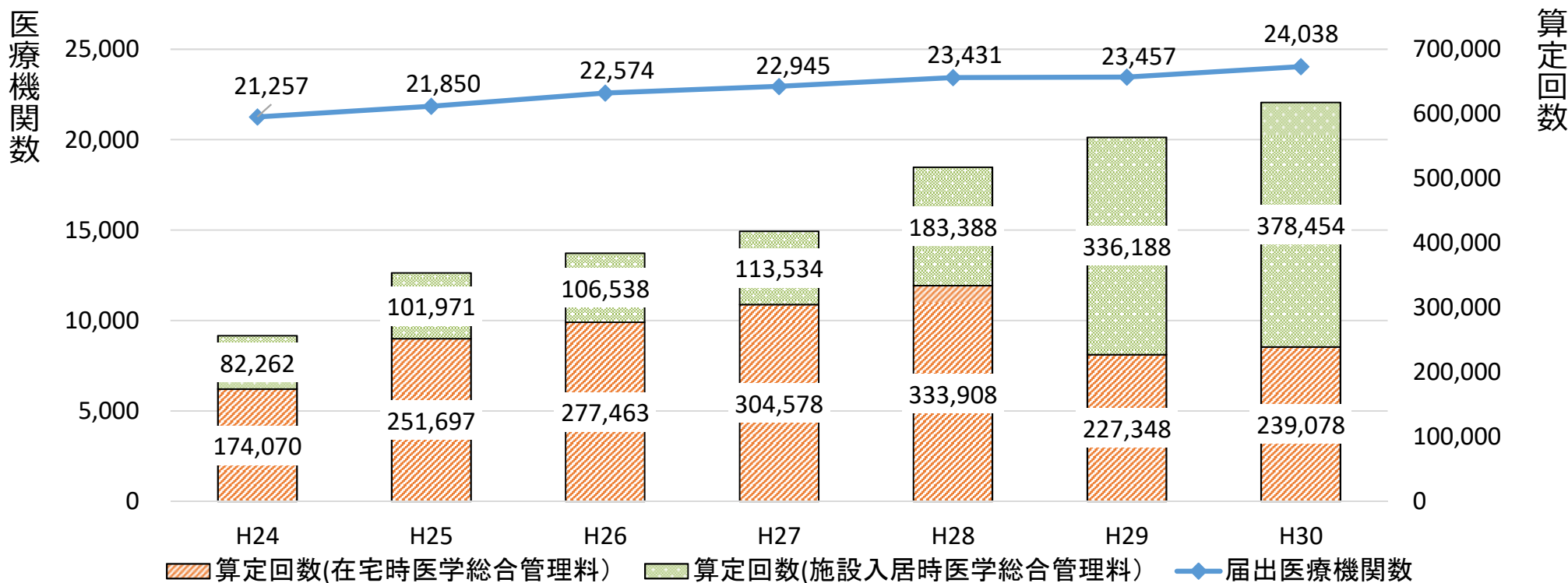
<在宅患者訪問診療料等の算定回数>



○ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向。

C002	在宅時医学総合管理料	在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るもの。 在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画を作成し、総合的な医学管理料を行った場合の評価。
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	

C002,C002-2 在宅時医学総合管理料,施設入居時等医学総合管理料

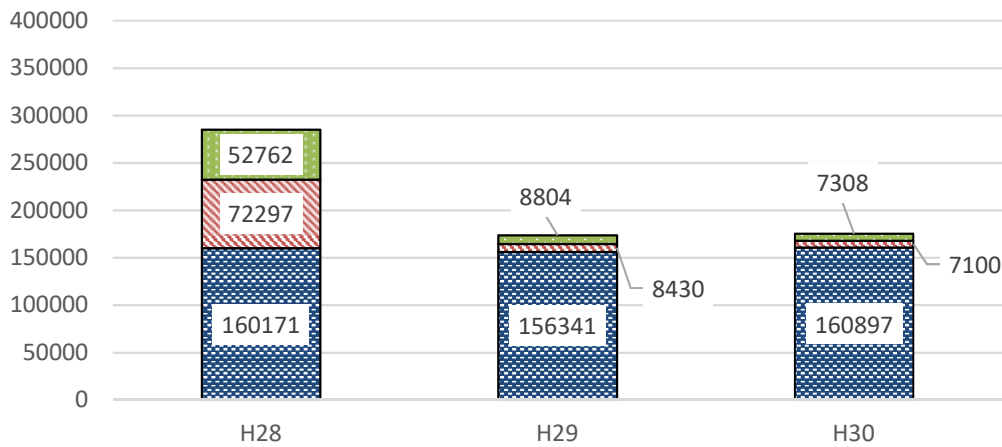


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
 ※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査
 保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

単一建物内人数ごとの算定回数の年次推移

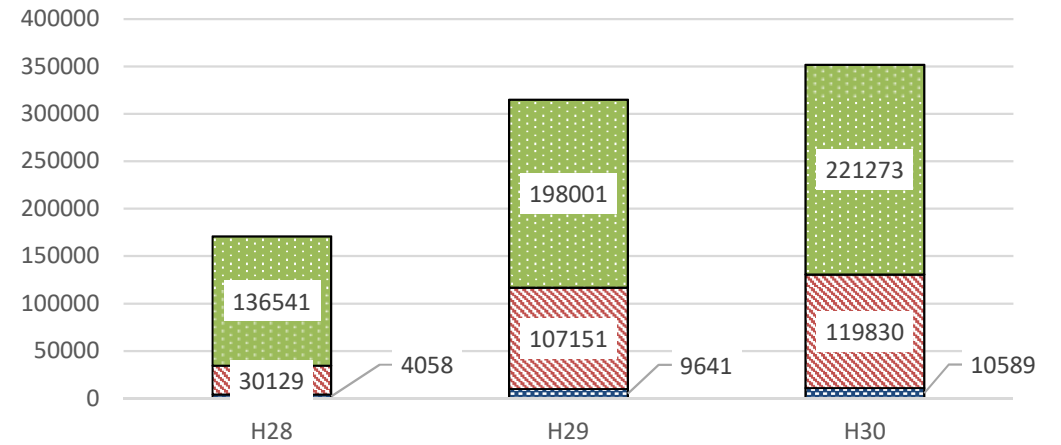
- 平成28年度以降の単一建物内人数ごとの算定回数の推移をみると、在総管においては、単一建物内1人を対象とした算定回数が多い。
- 施設総管においては、単一建物内10人以上の区分における算定回数が多く、また、全体の算定回数については、10人以上の区分とも増加傾向にある。

在総管の算定回数(年次推移)



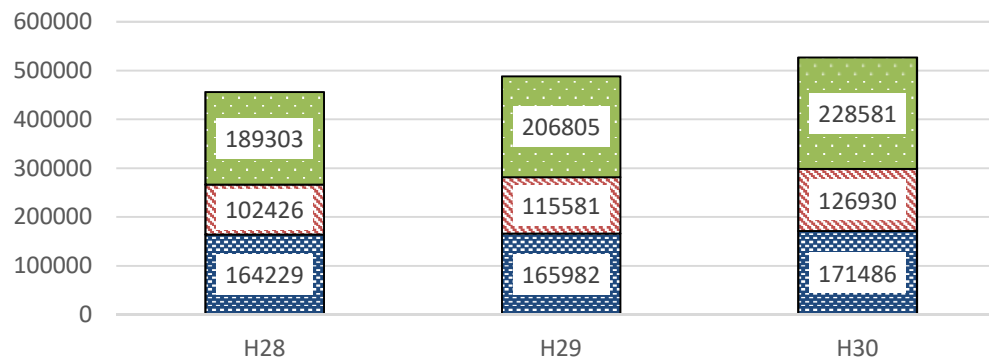
■ 在総管 1人 合計 ■ 在総管 2~9人 合計 ■ 在総管 10人以上 合計

施設総管の算定回数(年次推移)



■ 施設総管 1人 合計 ■ 施設総管 2~9人 合計 ■ 施設総管 10人以上 合計

在総管+施設総管の算定回数(年次推移)



■ 在総管+施設総管 1人 合計 ■ 在総管+施設総管 2~9人 合計 ■ 在総管+施設総管 10人以上 合計

○ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2の算定状況は以下の通り。

	点数(月1回)	算定回数
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2 同一建物居住者以外	830点	1,159 回
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2 同一建物居住者	178点	4,888 回

出典：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分より）

平成30年度診療報酬改定 Ⅰ-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保③

多様な在宅医療のニーズへの対応①

複数の医療機関が行う訪問診療の評価

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

(新) 在宅患者訪問診療料Ⅰ
2 他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合

同一建物居住者以外	830点
同一建物居住者	178点



[算定要件]

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

○ 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の算定状況は以下の通り。

	点数(1日につき)	算定回数
在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 有料老人ホーム等に入居する患者	144点	58,724 回
在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 他の保険医療機関から紹介された患者	144点	107 回

出典：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分より）

平成30年度診療報酬改定 1-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

多様な在宅医療のニーズへの対応②

併設する介護施設等への訪問診療の整理

- 在宅患者訪問診療料について、併設する介護施設等への訪問診療の場合、訪問と外来の中間的な診療形態となることを踏まえ、併設する介護施設等の入居者への訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

併設する介護施設等の入居者の場合 144点(1日につき)

継続診療加算の算定状況

○ 在総管・施設総管に係る継続診療加算の算定状況は以下の通り。

	点数(月1回)	算定回数
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料 継続診療加算	216点	2,753 回

出典：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分より）

平成30年度診療報酬改定 I - 4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

- 在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築し、在宅医療を提供した場合の評価を新設する。

(新) 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料
継続診療加算 216点(月に1回)

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

包括的支援加算の算定状況

○ 在総管・施設総管に係る包括的支援加算の算定状況は以下の通り。

	点数(月1回)	算定回数
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料 包括的支援加算	150点	376,868 回

出典：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分より）

平成30年度診療報酬改定 I - 4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

多様な在宅医療のニーズへの対応②

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価①

▶ 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、一定の状態にある患者について、加算を新設する。

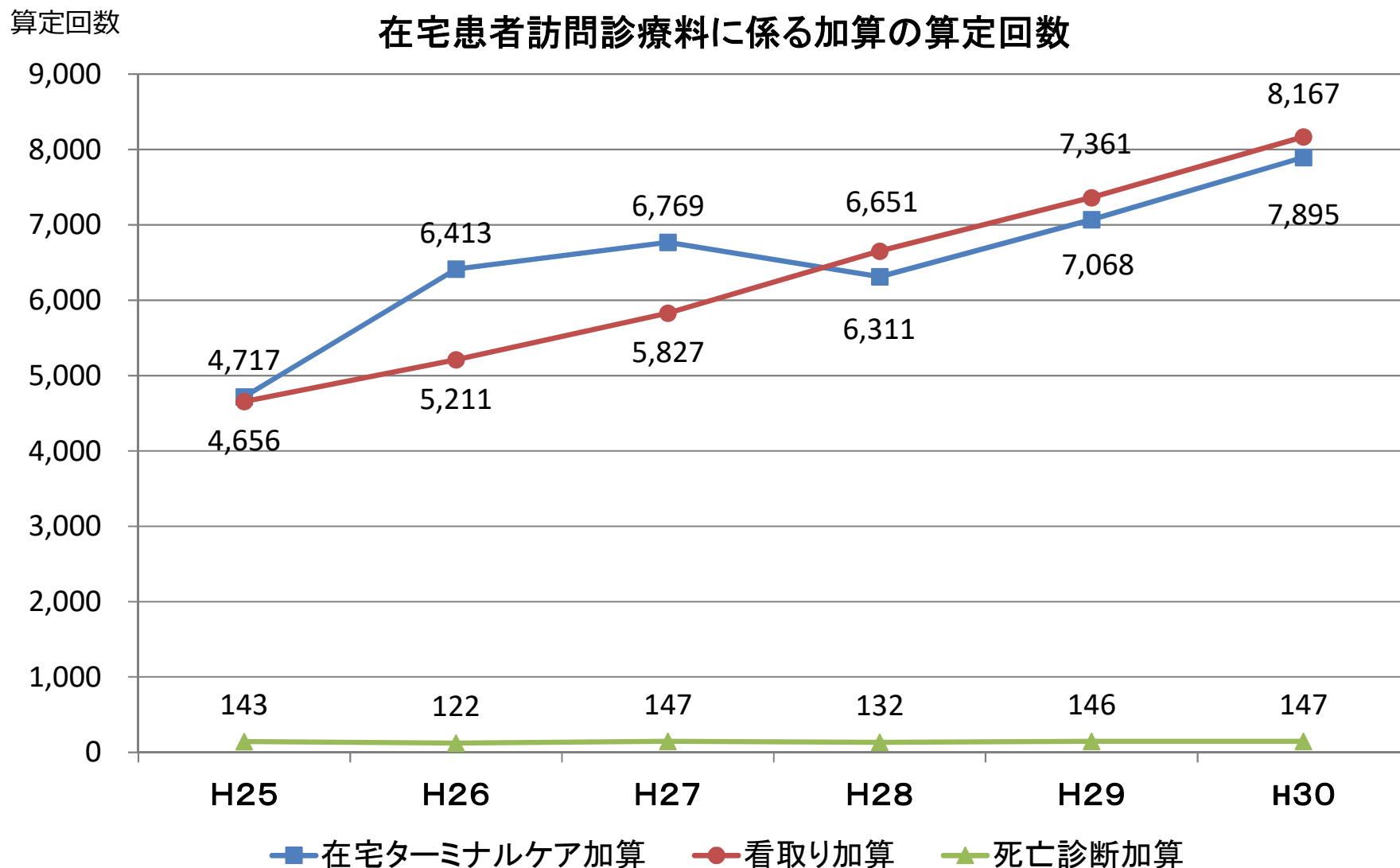
(新) **在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料**
包括的支援加算 150点(月1回)

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

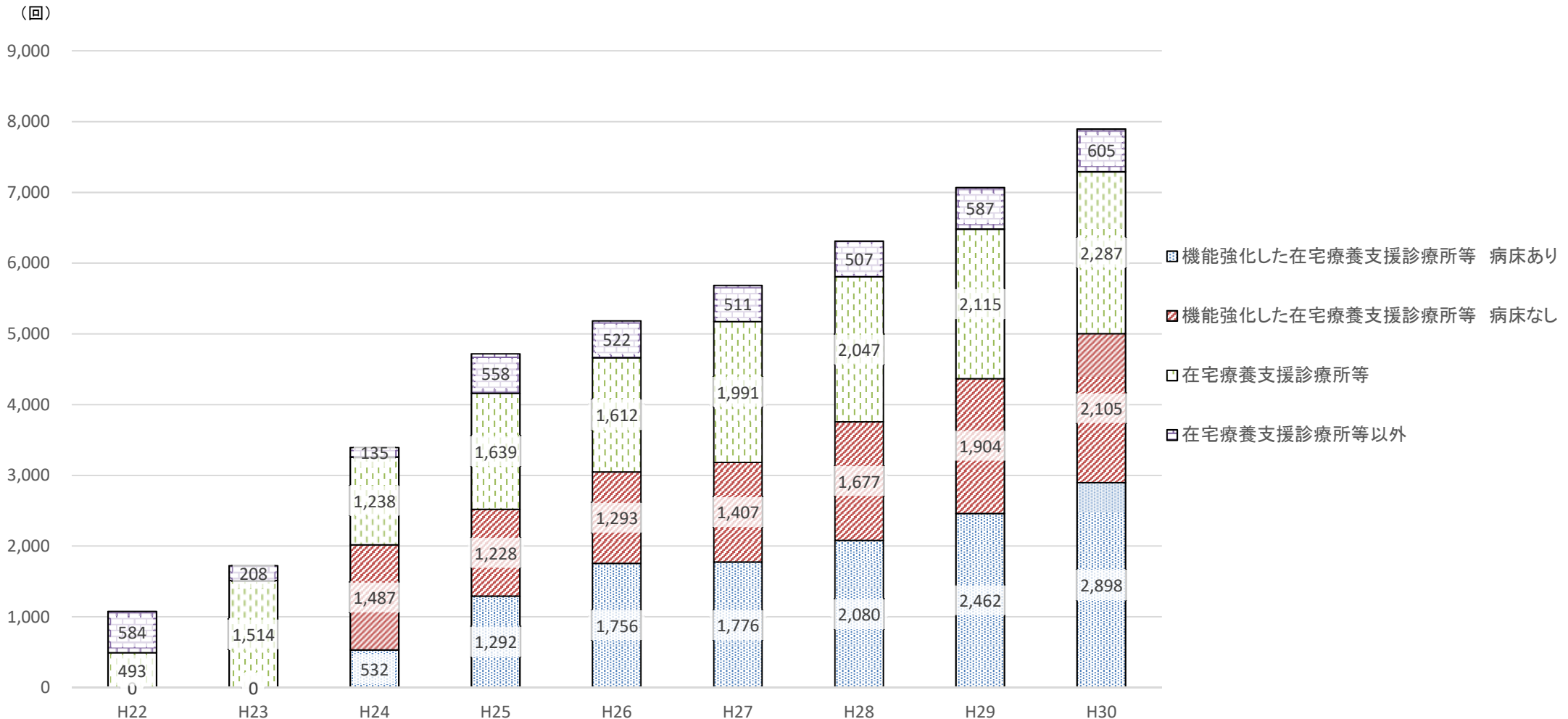
○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定回数は増加傾向。



在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)

○ 在宅ターミナルケア加算の算定回数は、増加傾向であり、特に、機能強化型在支診等における算定回数が増加傾向である。

在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)



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）

※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

1. 在宅医療について

(1) 在宅医療に係る診療報酬(概要)

(2) 直近の算定状況等

(3) 在宅医療領域における課題及び取組等

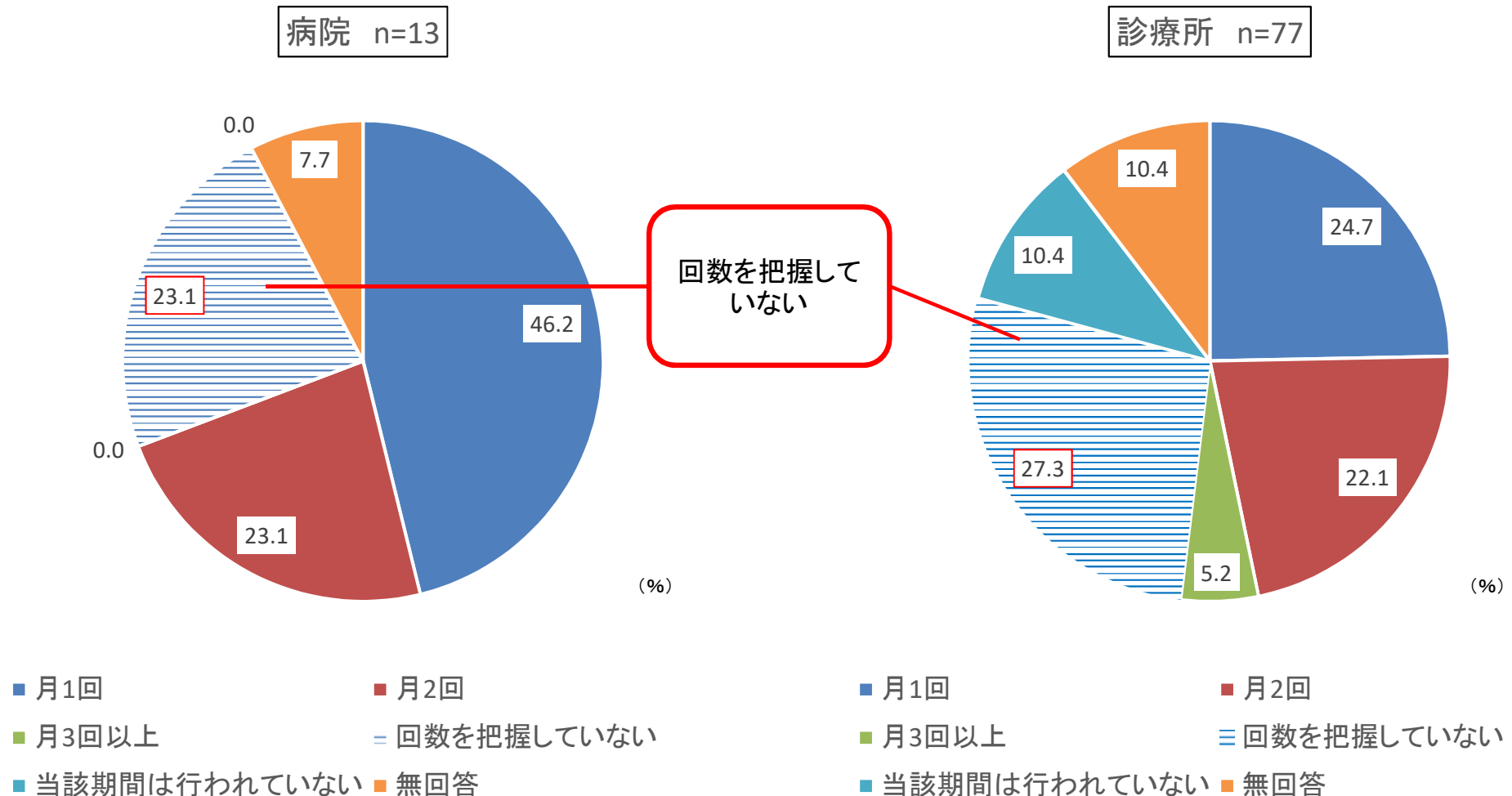
- ・複数の医療機関による連携について
- ・在支診・在支病について
- ・医療資源の少ない地域における在宅医療について
- ・在宅医療における褥瘡の指導管理について

2. 在宅歯科医療について

3. 在宅薬剤管理について

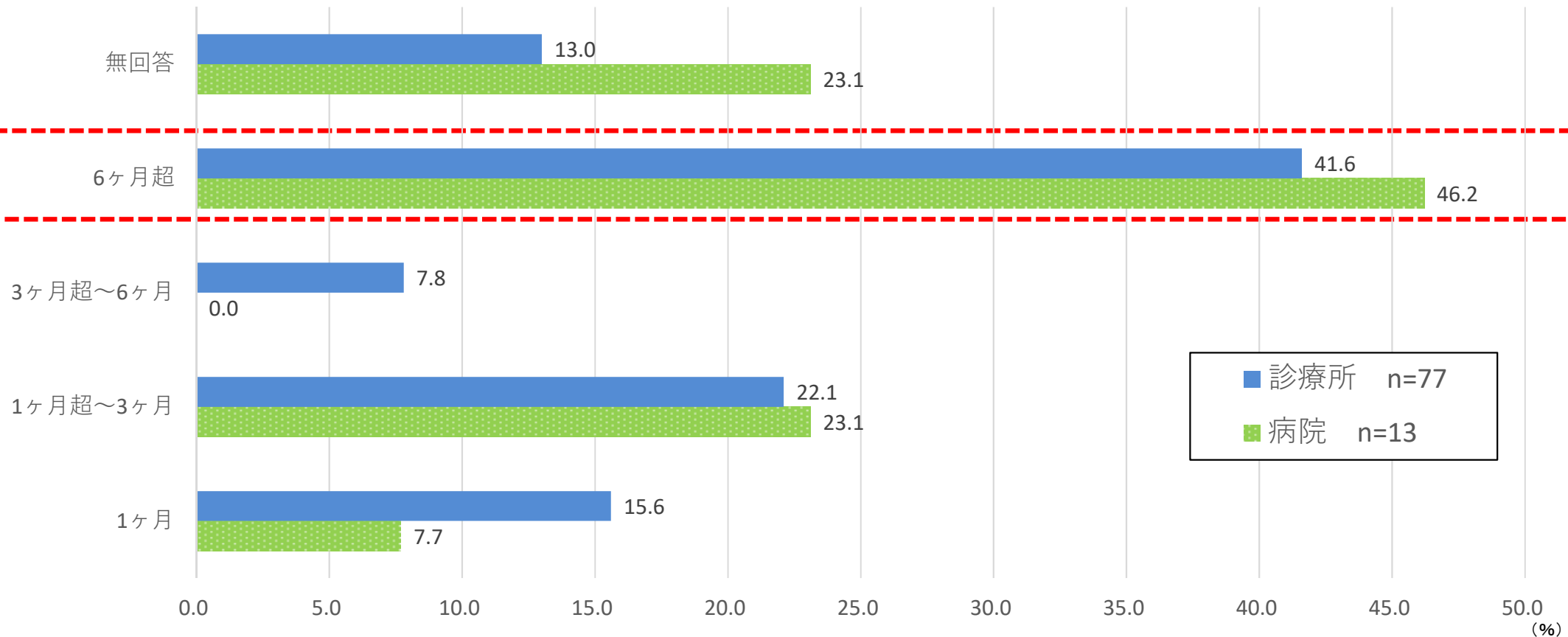
○ 平成30年4月～9月に、自施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数のうち、最も多かったものについてみると、病院では「月1回」46.2%が最も多く、次いで「回数を把握していない」23.1%であった。診療所では「回数を把握していない」27.3%が最も多く、次いで「月1回」24.7%であった。

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



○ 平成30年4月～9月に、自施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、依頼先の医療機関が実施する訪問診療の期間(見込みの期間も含む)のうち、最も多かったものについてみると、病院、診療所ともに「6か月超」が最も多く、46.2%、41.6%であった。

依頼先の医療機関が実施する訪問診療の期間



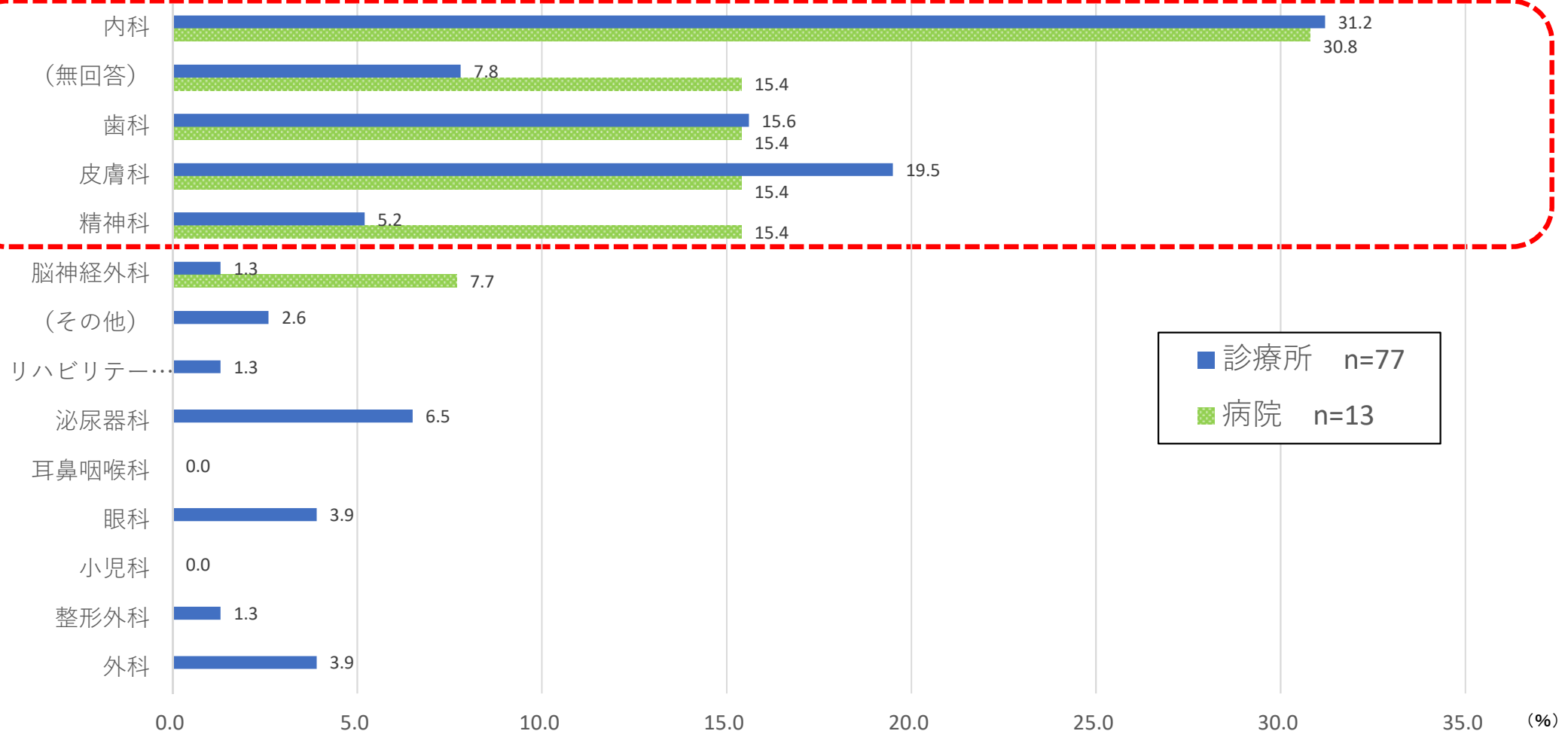
※ 在宅訪問診療料(Ⅰ)2の算定要件:

在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の保険医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り(神経難病等の患者を除く)月1回を限度として算定する。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、さらに以下に該当する診療の求めがあった場合には、当該求めがあった日を含む月から6月さらに算定出来る。

- ア その診療科の医師でなければ困難な診療
- イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

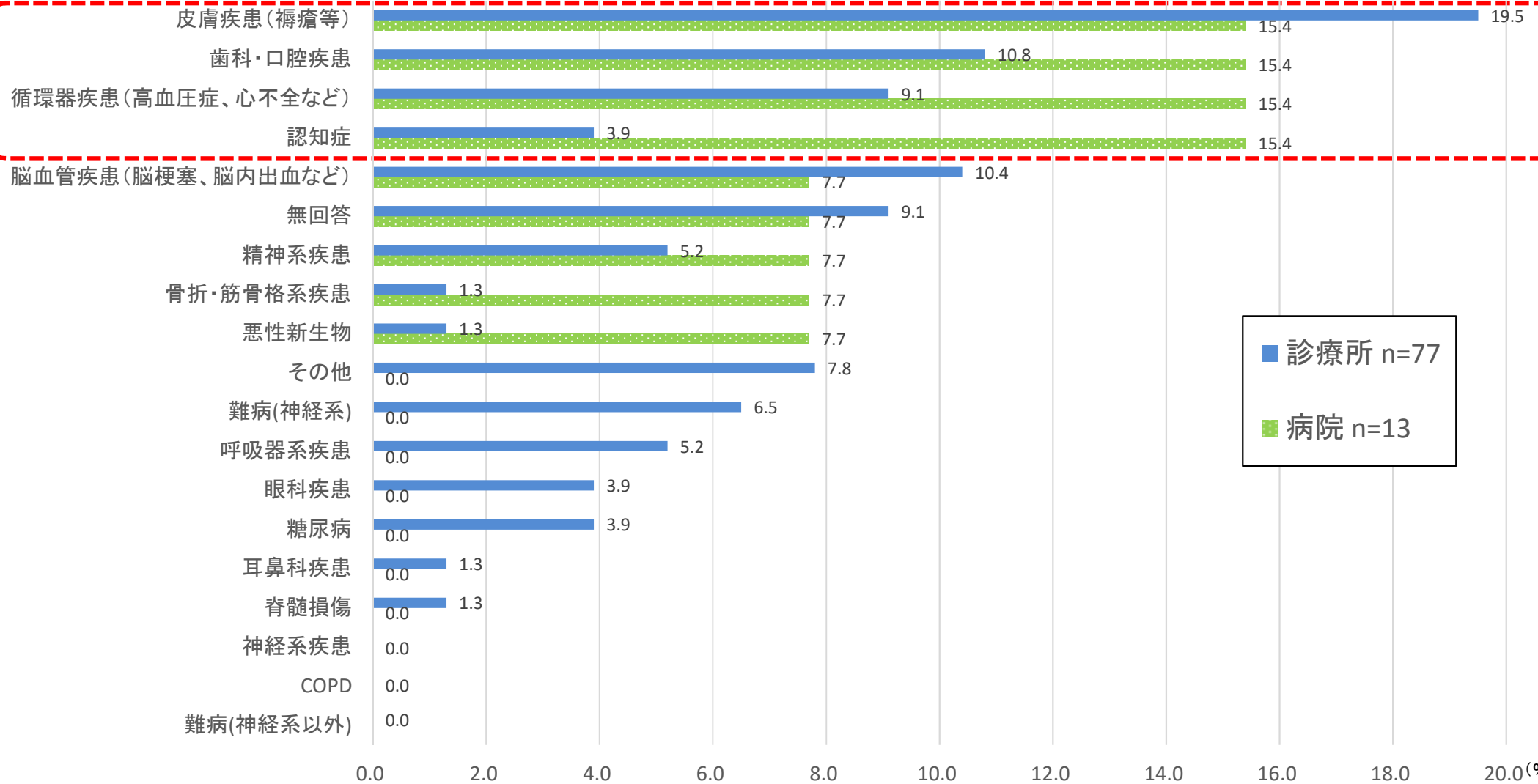
○ 平成30年4月～9月に、自施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、訪問診療の依頼先として、最も多く依頼したのについてみると、病院では「内科」30.8%が最も多く、次いで「精神科」、「皮膚科」、「歯科」がともに15.4%であった。診療所では「内科」31.2%が最も多く、次いで「皮膚科」19.5%であった。

他の医療機関に訪問診療を依頼した対象診療科名（最も多いもの）



○ 平成30年4月～9月に、自施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、訪問診療を依頼した対象病名として最も多いものをみると、診療所では「皮膚疾患(褥瘡等)」19.5%が最も多かった。病院では「循環器疾患(高血圧症、心不全など)」、「認知症」、「皮膚疾患(褥瘡等)」、「歯科・口腔疾患」がともに15.4%で最も多かった。

他の医療機関に訪問診療を依頼した対象病名(最も多いもの)



1. 在宅医療について

(1) 在宅医療に係る診療報酬(概要)

(2) 直近の算定状況等

(3) 在宅医療領域における課題及び取組等

- ・複数の医療機関による連携について
- ・在支診・在支病について
- ・医療資源の少ない地域における在宅医療について
- ・在宅医療における褥瘡の指導管理について

2. 在宅歯科医療について

3. 在宅薬剤管理について

	機能強化型在支診・在支病		在支診・ 在支病	(参考)在宅 療養後方支 援病院
	単独型	連携型		
全ての在支 診・在支病 が満たすべ き基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している			○ 許可病床数 200床以上 ○ 在宅医療を提 供する医療機関 と連携し、24時 間連絡を受ける 体制を確保 ○ 連携医療機関 の求めに応じて 入院希望患者 の診療が24時 間可能な体制を 確保(病床の確 保を含む) <small>※ やむを得ず当該病 院に入院させることが できなかった場合は、 対応可能な病院を探 し紹介すること</small> ○ 連携医療機関 との間で、3月 に1回以上、患 者の診療情報 の交換を行い、 入院希望患者 の一覧表を作成
全ての在支 病が満たす べき基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること <small>※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては240床未満</small>			
機能強化型 在支診・在 支病が満た すべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上		
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上		

在宅支援病院における施設基準について

○ 在宅支援病院の施設基準のうち、24時間往診が可能な体制の整備が困難であるとの現場の意見がある。

在宅療養支援病院として維持継続する上で苦労している点	回答数 (n=241)
24時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保	164
24時間往診が可能な体制の確保	175
24時間訪問看護を提供する体制の確保または訪問看護ステーション	55
緊急時における患者が入院できる病床の常時確保	64
患家への情報提供方法	17
患者に関する診療録管理を行う体制の整備	21
他の保険医療サービス及び福祉サービスとの連携調整	25
緊急の往診及び住宅における看取りの実績	96

四病院団体協議会 「在宅療養支援病院に関するアンケート調査」より抜粋

1. 在宅医療について

(1) 在宅医療に係る診療報酬(概要)

(2) 直近の算定状況等

(3) 在宅医療領域における課題及び取組等

- ・複数の医療機関による連携について
- ・在支診・在支病について
- ・医療資源の少ない地域における在宅医療について
- ・在宅医療における褥瘡の指導管理について

2. 在宅歯科医療について

3. 在宅薬剤管理について

医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

➤ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く。

➤ 医療機関の病床数が一定程度以上又は未満であることを基準としている診療報酬について、医療資源の少ない地域においては、当該基準の病床数を2割不足又は超過しても差し支えないこととする。

[対象]

- 地域包括ケア入院医療管理料1、2、3及び4
- 地域包括ケア病棟入院料1及び3
- 精神疾患診療体制加算
- 精神科急性期医師配置加算
- 在宅療養支援診療所
- 在宅療養支援病院



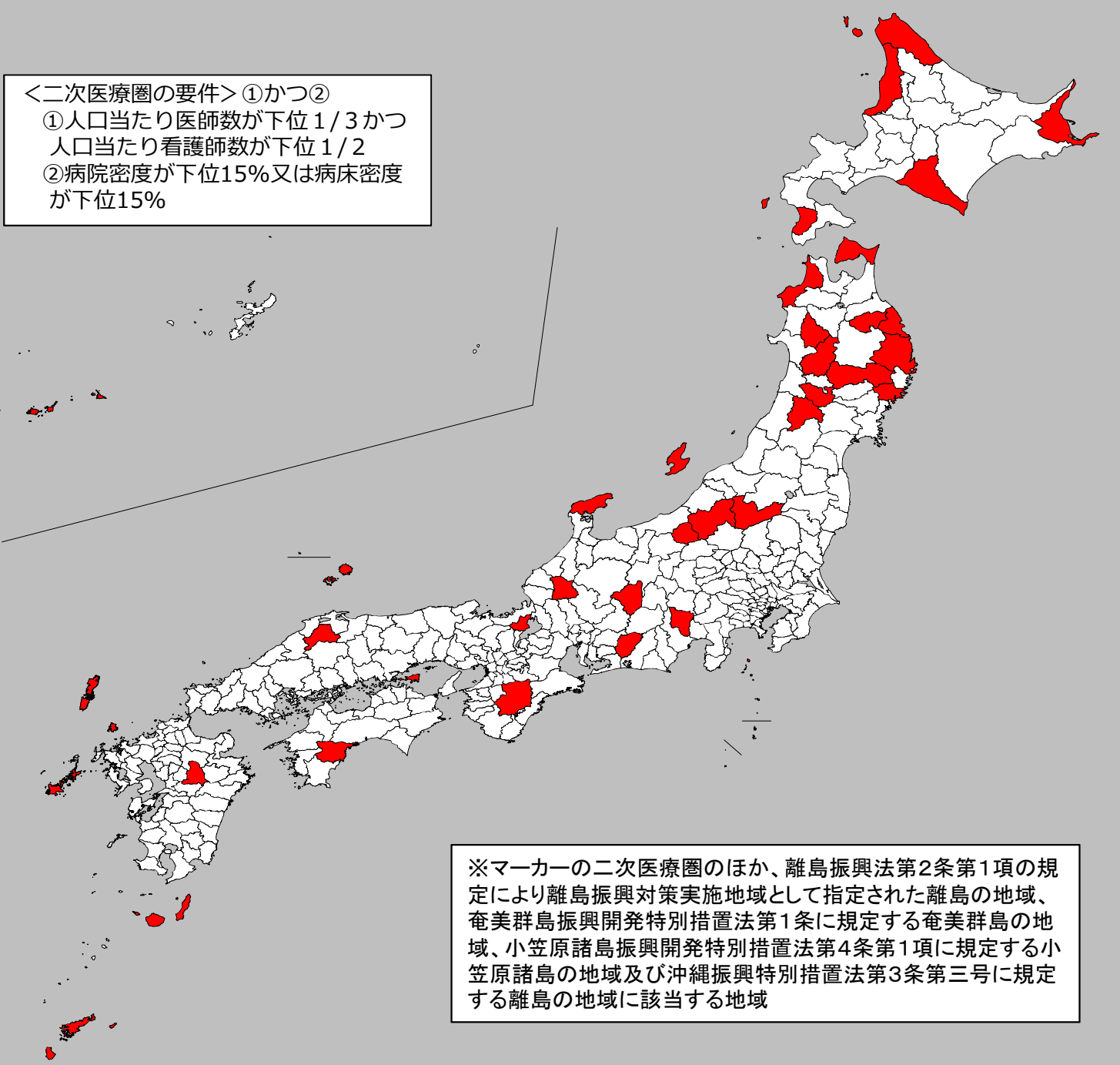
<参考> 医療資源の少ない地域に配慮した評価

- 医療資源の少ない地域については、次のように設定。
 - ① 「人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2」かつ「病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%」を満たす二次医療圏 ⇒ 41二次医療圏
 - ② 離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域
- 医療資源の少ない地域に配慮した評価としては、医療従事者が少ないこと等に着目し、緩和ケア診療加算・栄養サポート加算等の専従要件等を一定程度緩和した上で、それに見合った評価を設定したものや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めたもの等を設定。

	機能強化型在支診・在支病		在支診・在支病	(参考)在宅療養後方支援病院
	単独型	連携型		
全ての在支診・在支病が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している			○ 許可病床数 200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) <small>※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること</small> ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
全ての在支病が満たすべき基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては240床未満			
機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上		

現行の「医療資源の少ない地域」(41医療圏)

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



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

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

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和

○ 医療資源の少ない地域(特定地域)においては、入院料の算定、人員配置基準、夜勤の要件、病床数の要件が一部緩和されている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A 1 0 0 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	入院基本料 1～3 の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域(特定地域)に所在する有床診療所であること	(入院料の要件)
A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A 2 4 6 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、240床未満とする (地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3)	人員配置 病床数
A 3 1 7 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ(DPC対象病院を除く) 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A 2 4 8 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上(特定地域以外は許可病床数100床以上)	病床数
A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上(特定地域以外は許可病床数100床以上)	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数240床未満(特定地域以外は許可病床数200床未満)	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上(特定地域以外は許可病床数200床以上)	病床数
B 0 0 1 2 4 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B 0 0 1 2 7 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置

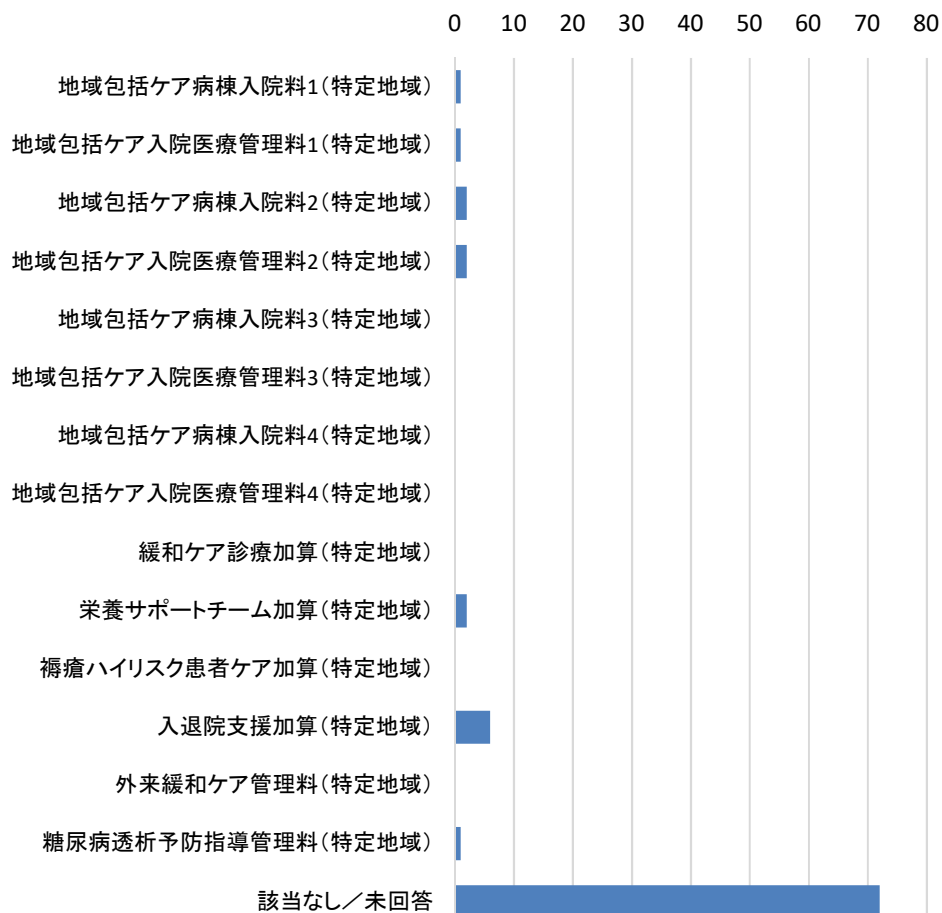
*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く)の一般病棟が対象。

注) 下線部については、平成30年度診療報酬改定にて追加もしくは項目名が変更となったもの。

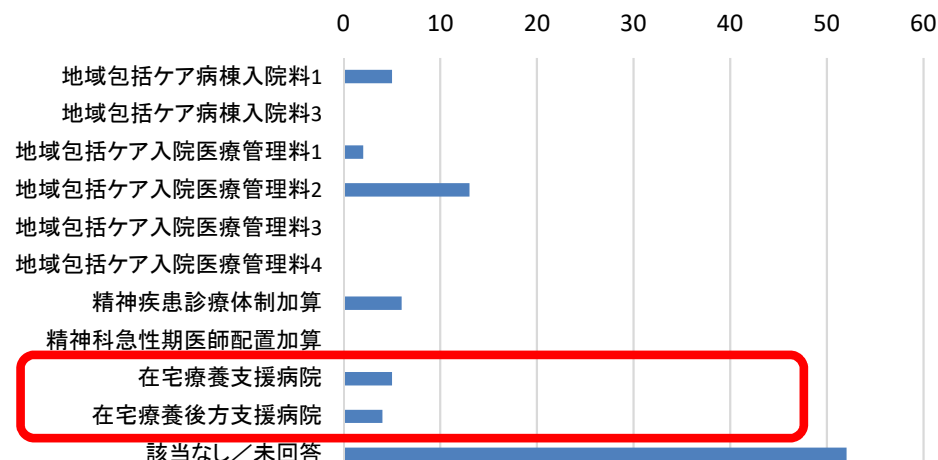
医療資源の少ない地域に配慮した要件を設けた 特定入院料及び加算等の届出状況等について

○ 平成30年度診療報酬改定において要件の見直しを実施した、医療資源の少ない地域に所在する病院及び診療所が対象となる特定入院料及び加算等の届出状況は、以下のとおりであった。

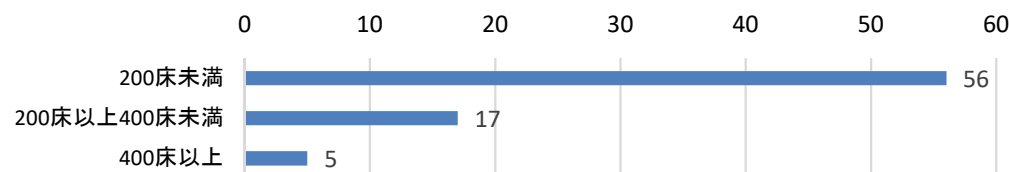
① 400床未満の病院が緩和対象となる見直しを実施した
特定地域に係る特定入院料、加算の届出状況(病院) (n=82)



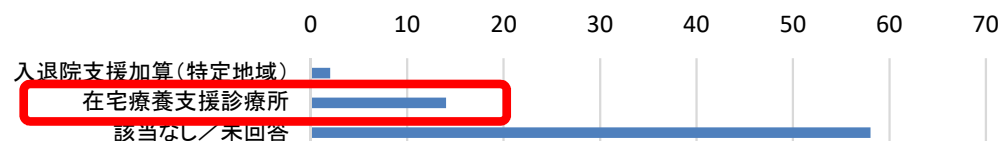
② 病床数の要件の見直しを実施した
特定入院料、加算等の届出状況(病院) (n=82)



③ 回答した病院の許可病床数の分布 (n=78)



④ ①②に相当する見直しを実施した
加算等の届出状況(有床診療所) (n=73)



設問	医療機関の主な意見等
地域連携の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICTによる連携とケア会議を運営しており、大変効果がある。
診療提供体制等の状況	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人員配置 <ul style="list-style-type: none"> ・ 専従要件が緩和されても、職員の絶対数が不足する。 ・ 医師や看護師等について、常勤の職員が不足している。 ・ 社会福祉士が不足している。 ○ 研修 <ul style="list-style-type: none"> ・ 研修の機会の確保が難しい。 ・ オンライン講義を教育に活用している。 ・ e-ラーニングによる研修がありがたい。 ○ ICT <ul style="list-style-type: none"> ・ 遠隔診療の導入を予定している。 ・ ICTを用いた画像情報の連携を実施している。 ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師事務作業補助者が非常に有用である。

1. 在宅医療について

(1) 在宅医療に係る診療報酬(概要)

(2) 直近の算定状況等

(3) 在宅医療領域における課題及び取組等

- ・複数の医療機関による連携について
- ・在支診・在支病について
- ・医療資源の少ない地域における在宅医療について
- ・在宅医療における褥瘡の指導管理について

2. 在宅歯科医療について

3. 在宅薬剤管理について

在宅患者訪問褥瘡指導管理料の概要

在宅患者訪問褥瘡指導管理料 750点

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

【対象患者】

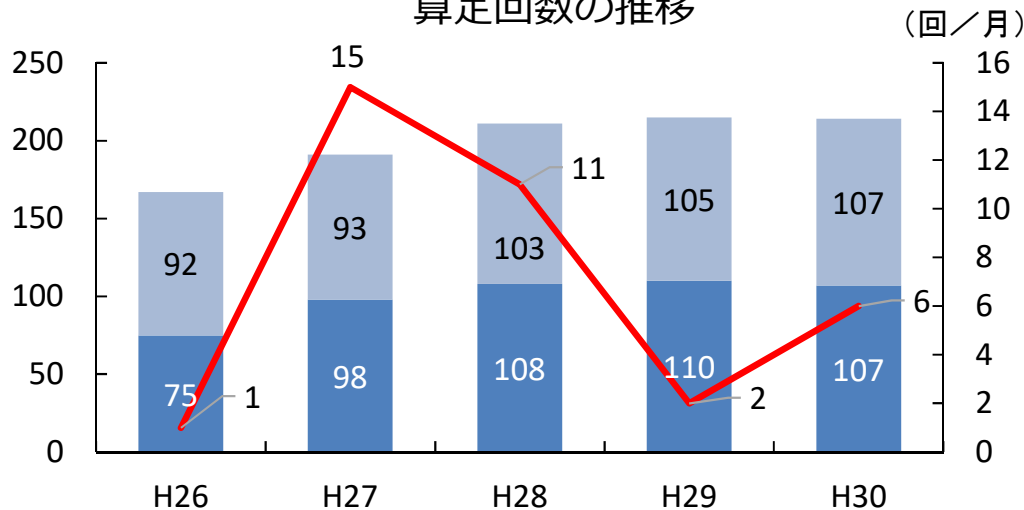
○重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。

- ア ショック状態のもの
- イ 重度の末梢循環不全のもの
- ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
- エ 強度の下痢が続く状態であるもの
- オ 極度の皮膚脆弱であるもの
- カ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
- キ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

【算定要件】

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

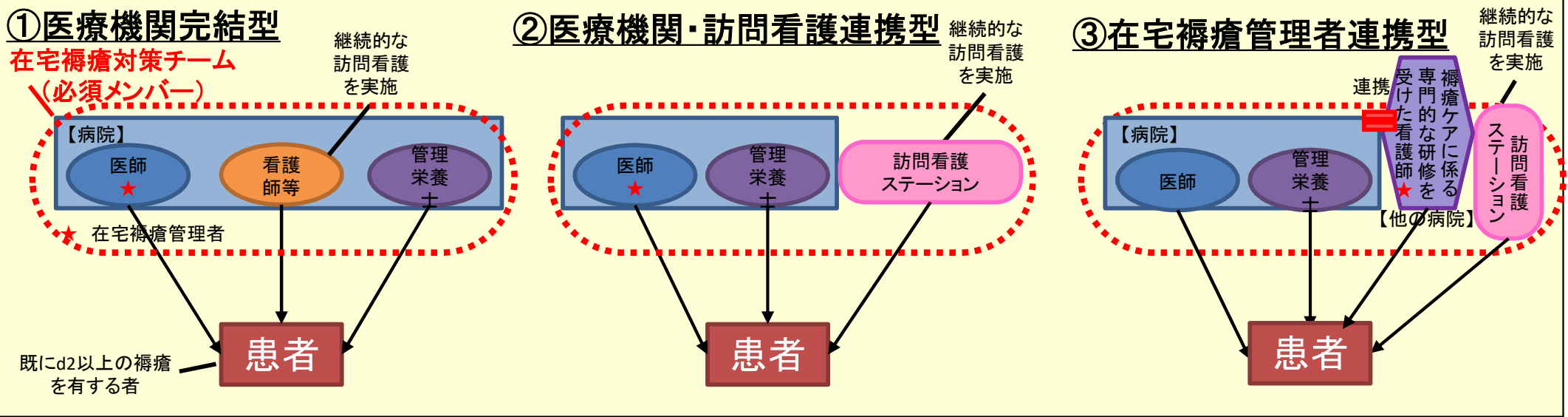
図 在宅患者訪問褥瘡指導管理料の届出施設数と算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）、7.1報告

在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ

実施体制(例)



<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- 常勤医師
- 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
- 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)

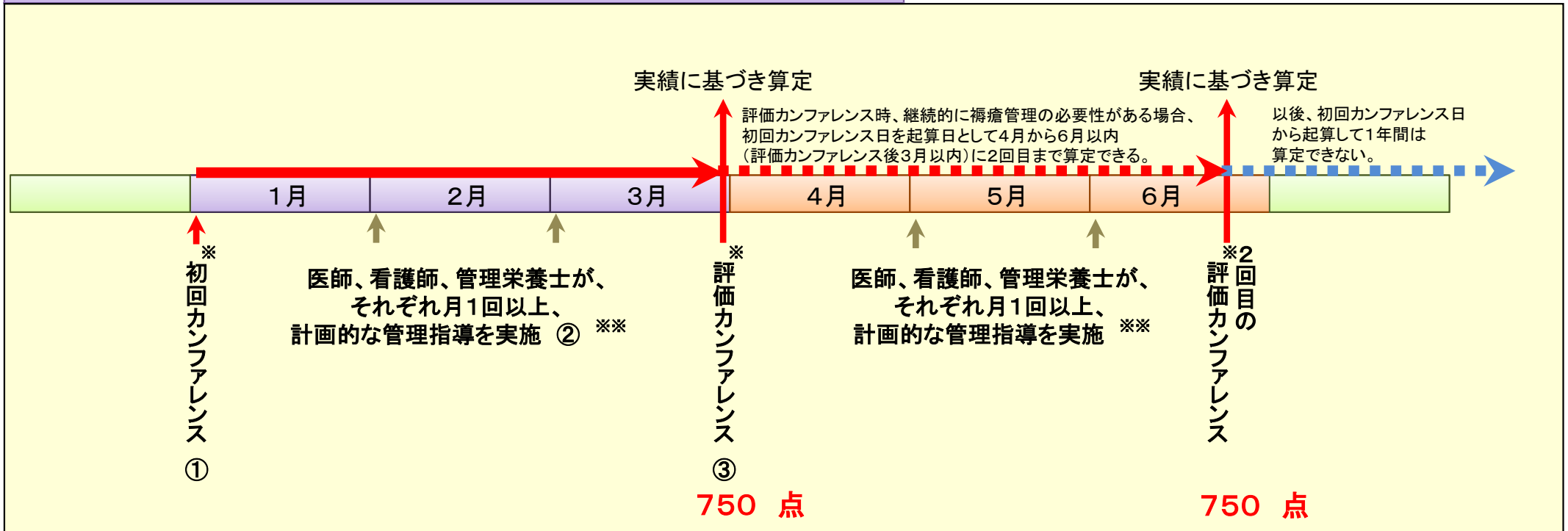
上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。
ただし、当該保険医療機関、連携する訪問看護ステーションのいずれにも褥瘡管理者として適切な者がいない場合については、在宅褥瘡対策チームに当該保険医療機関以外の褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師を加えることが可能。

<在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

- ① 5年以上、医師又は看護師等(准看護師を除く)として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者、かつ、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
- ② 褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師

在宅褥瘡対策チームによる実施内容

実施内容



下記の①～③を実施した場合に、当該指導料を算定することができる。

- ① 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施〔初回カンファレンス①〕
- ② 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、指導管理を及び情報共有を実施。〔②〕
- ③ 初回訪問後3月以内に、指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを実施。〔評価カンファレンス③〕

※ カンファレンス実施日において、当該カンファレンスとは別に継続的に実施している訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を行う必要がある場合に限り、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料等について、同一日に算定することができる。

※※ 各職種の月1回以上の管理指導については、別に継続的に実施している訪問診療等において行う。訪問栄養指導の対象ではない場合等で当該管理指導のみを目的した訪問を行う場合については、当該管理指導料に含まれているものとする。

褥瘡有病率の推移及び治療に要した期間について

- 褥瘡有病率の経年推移を見ると、10年前は在宅患者において高い有病率であったものが、近年は一般病棟と同等程度まで減少している。一方で、近年は緩やかな低下に留まっている。
- 褥瘡の治癒に要した平均期間は、ステージⅡにおいて24.8日と1か月を切るが、ステージⅢ、Ⅳにおいては、平均が4ヶ月を超える。また、ステージⅢ、Ⅳにおいては標準偏差が大きい。

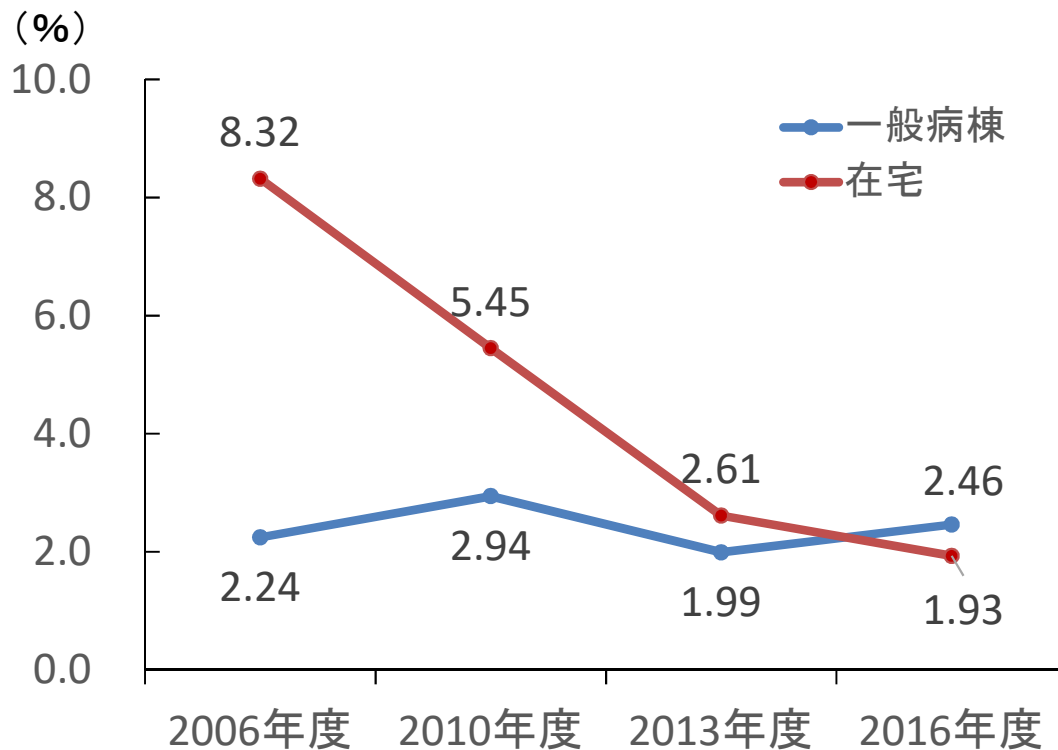


図 褥瘡有病率の推移

図 褥瘡の治癒に要した期間

ステージ※	褥瘡数	治癒に要した期間(日)		
		平均	標準偏差	中央値
I	29	13.3	5.0	12
II	52	24.8	11.0	21
III	34	136.8	83.8	91
IV	24	223.5	98.4	182

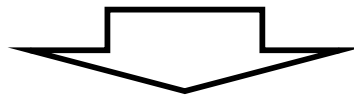
※IAET (International Association for Enterostomal Therapy) 分類

出典：褥瘡会誌 (2001) 229-236

在宅医療に係る現状及び課題

【現状及び課題】

- 訪問診療を主として行う医療機関から他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、依頼先の医療機関が実施する訪問診療の期間は6ヶ月以上の長期に渡ることが多い。一方、自施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数を「把握していない」との回答が多かった。
- 在宅療養支援病院について、24時間往診が可能な体制の整備が困難であるとの現場の声がある。
- 医療資源の少ない地域において、在宅医療を行う医療機関の許可病床数に係る要件緩和等が行われてきているところであるが、常勤職員の確保が困難であるとの現場の声がある。
- 在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、初回のカンファレンスにおける評価がなされていない。



【論点】

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

1. 在宅医療について

(1) 在宅医療に係る診療報酬(概要)

(2) 直近の算定状況等

(3) 在宅医療領域における課題及び取組等

- ・複数の医療機関による連携について
- ・在支診・在支病について
- ・医療資源の少ない地域における在宅医療について
- ・在宅医療における褥瘡の指導管理について

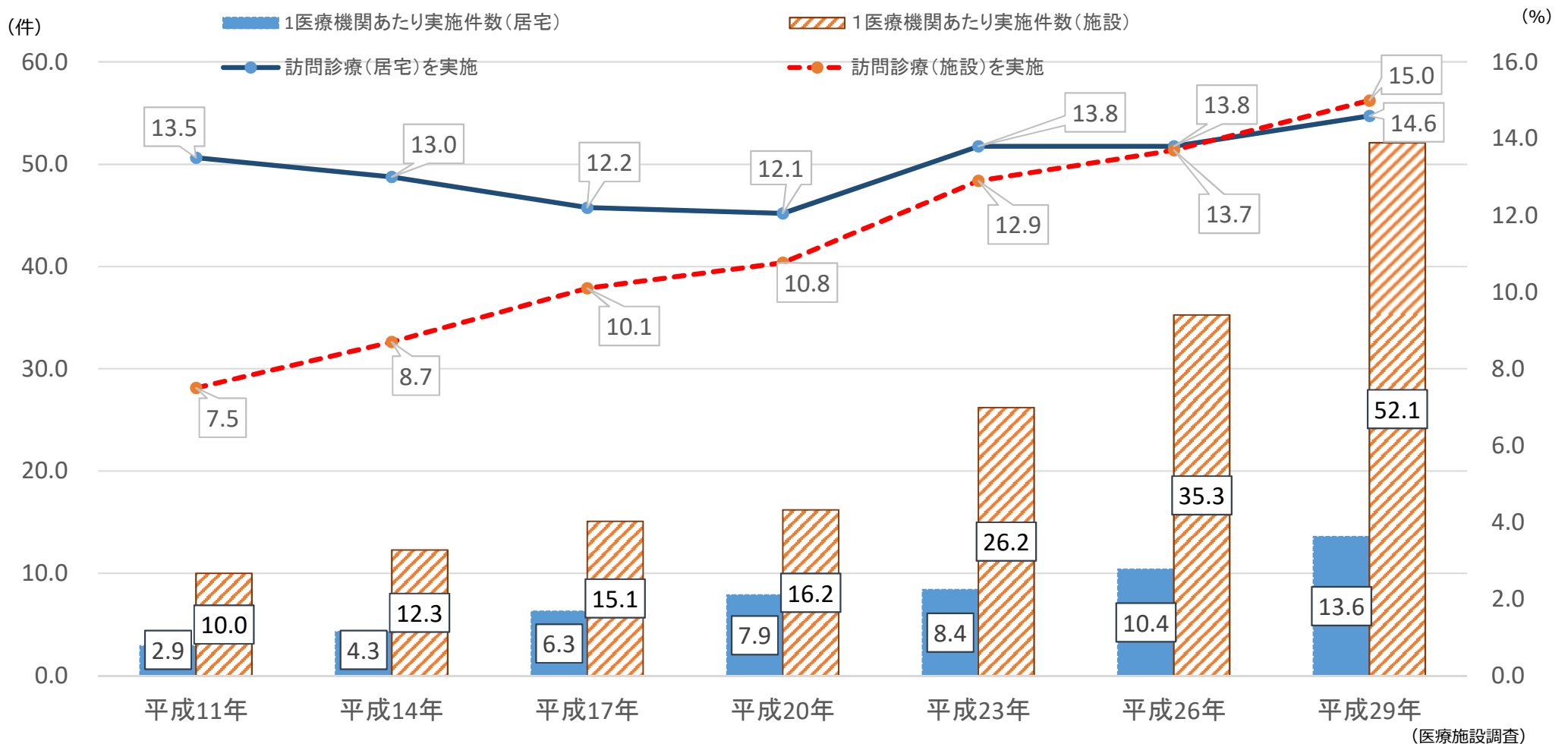
2. 在宅歯科医療について

3. 在宅薬剤管理について

歯科訪問診療の実施状況

中医協 総 - 3
元 . 4 . 2 4

- 居宅において歯科訪問診療を提供している歯科診療所の割合は微増傾向。
- 施設において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、調査を重ねるごとに増加しており、居宅で歯科訪問診療医療を提供している歯科診療所よりも多くなった。
- 1歯科診療所当たりの歯科訪問診療の実施件数(各年9月分)は、調査を重ねるごとに増加しており、特に、施設での増加が顕著。



注：平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

在宅歯科医療の推進(主な改定内容)

在宅歯科医療を推進する観点から、
歯科訪問診療料の見直しを行うとともに、
口腔機能管理をさらに推進する。



• 外来から歯科訪問診療
に移行した場合を評価

歯科訪問診療
への移行



• 歯科衛生士が同行した
場合を評価

歯科衛生士の
同行



• 小児の訪問口腔機能管理
の評価

小児への対応



• 在支病、在支診との
連携の推進

口腔機能管理の
推進

• 多職種連携による口
腔機能管理の評価の
充実

歯科訪問診療料の評価の見直し

○ 平成30年度診療報酬改定において、同一建物に居住する患者数及び患者1人につき診療に要した時間に基づき、評価の見直しを行った。

		(H28)		
		同一の建物に居住する患者数		
		1人	2人以上9人以下	10人以上
患者1人につき 診療に要した 時間	20分 以上	歯科訪問診療1 【1,036点】 (866点+170点)	歯科訪問診療2 【338点】 (283点+55点)	
	20分 未満	歯科訪問診療3 【175点】 (120点+55点)		

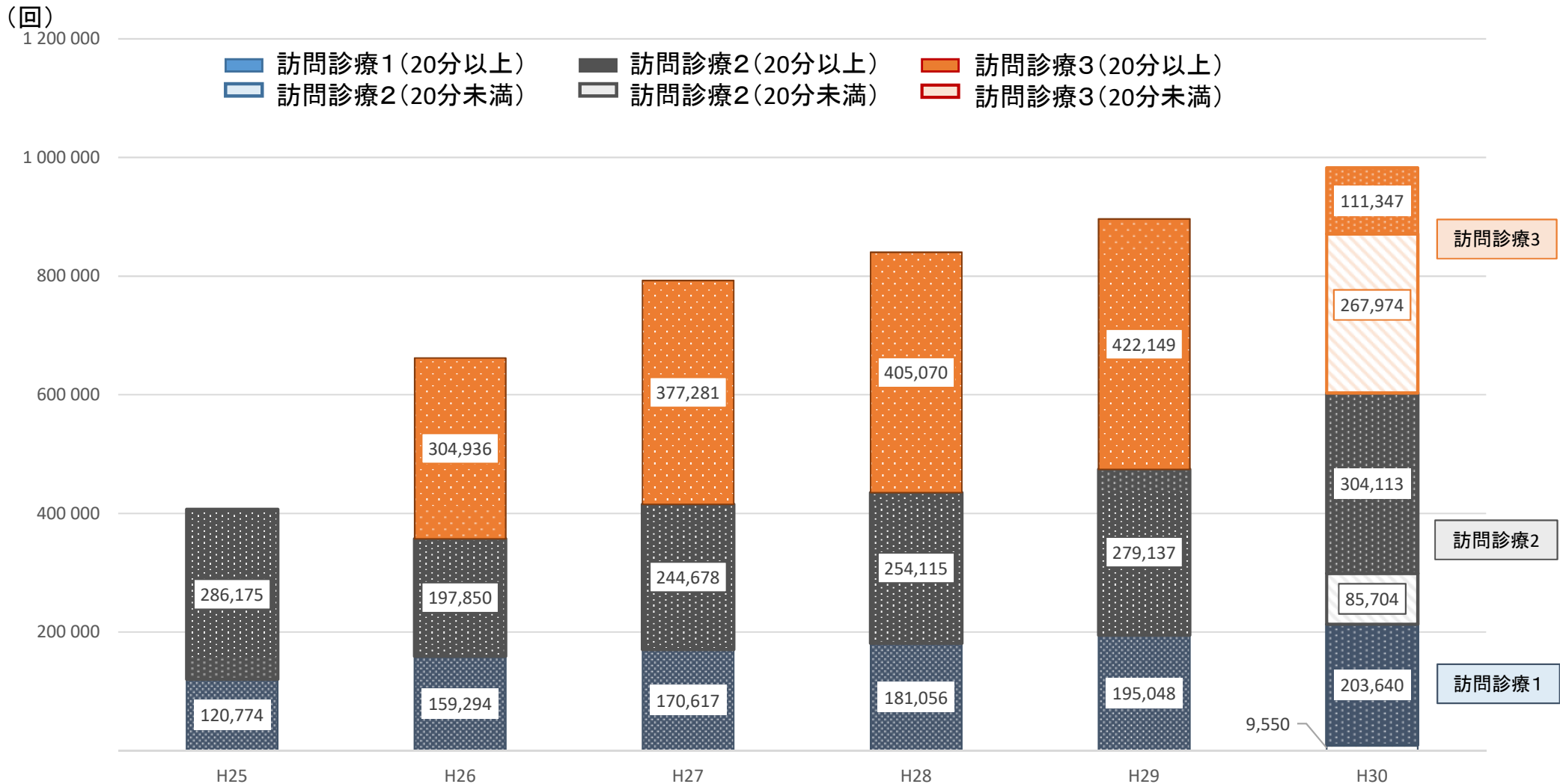


		(R1.10)		
		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療1	2人以上9人以下 歯科訪問診療2	10人以上 歯科訪問診療3
患者1人につき 診療に要した 時間	20分 以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分 未満	【770点】 (1,100点×70/100)	【253点】 (361点×70/100)	【130点】 (185点×70/100)

歯科訪問診療料の算定状況の推移

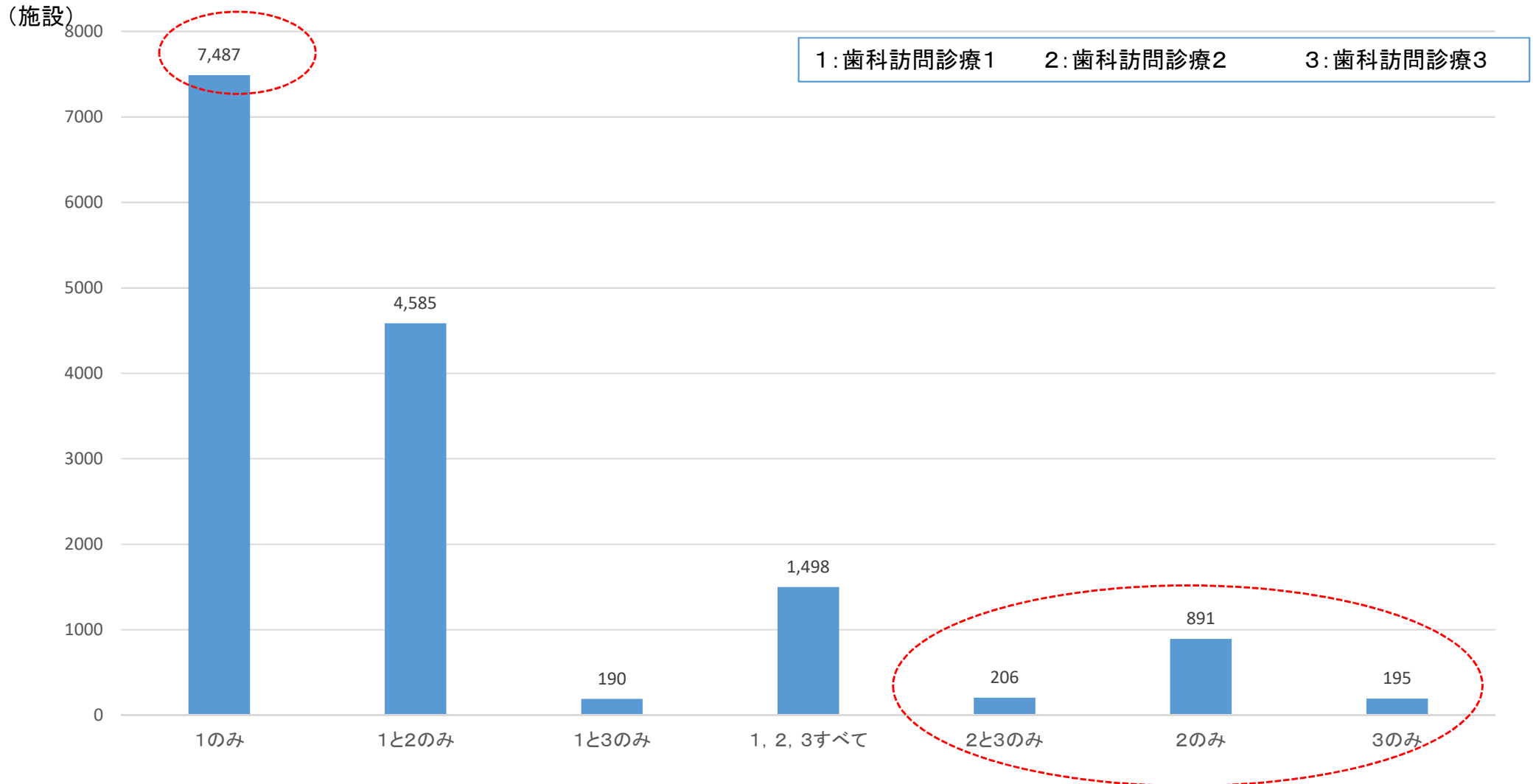
中医協 総 - 1
元 . 9 . 1 1 (改)

- 歯科訪問診療料の算定回数は全体的に増加傾向にあり、特に歯科訪問診療2及び3の割合が多い。
- 平成30年度は歯科訪問診療2が最も多く算定されている。



歯科訪問診療の実施状況(医療機関数)

- 平成30年10月において、歯科訪問診療料を算定した15,052医療機関のうち、歯科訪問診療1のみを算定している医療機関は7,487施設(49.7%)である。
- 一方、歯科訪問診療1の算定がない医療機関は1,292施設(8.6%)である。

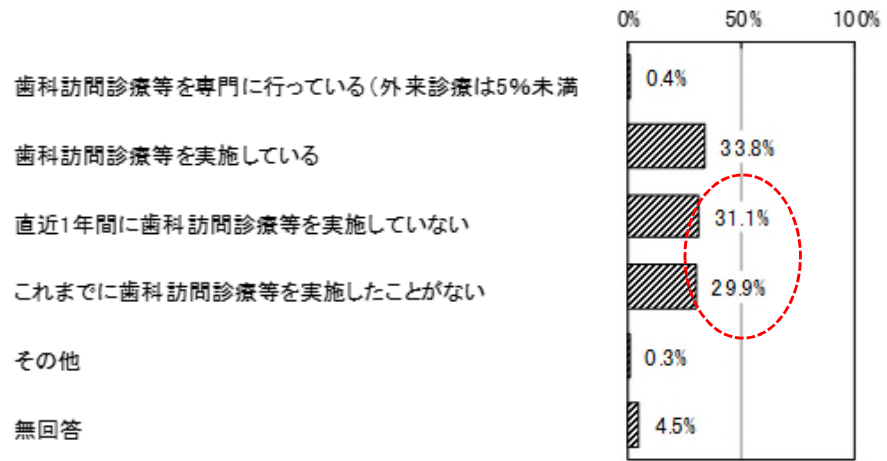


歯科訪問診療の実施状況等

- 在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所では、「直近1年間に歯科訪問診療等を実施していない」が31.1%、「これまでに歯科訪問診療を実施したことがない」が29.9%であった。
- また、歯科訪問診療等を実施していない理由は、「人手又は歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから」が57.9%、「歯科訪問診療を実施するために必要な機器・機材がないから」が43.3%、「歯科訪問診療の依頼がないから(ニーズがあれば対応は可能)」が40.5%であった。

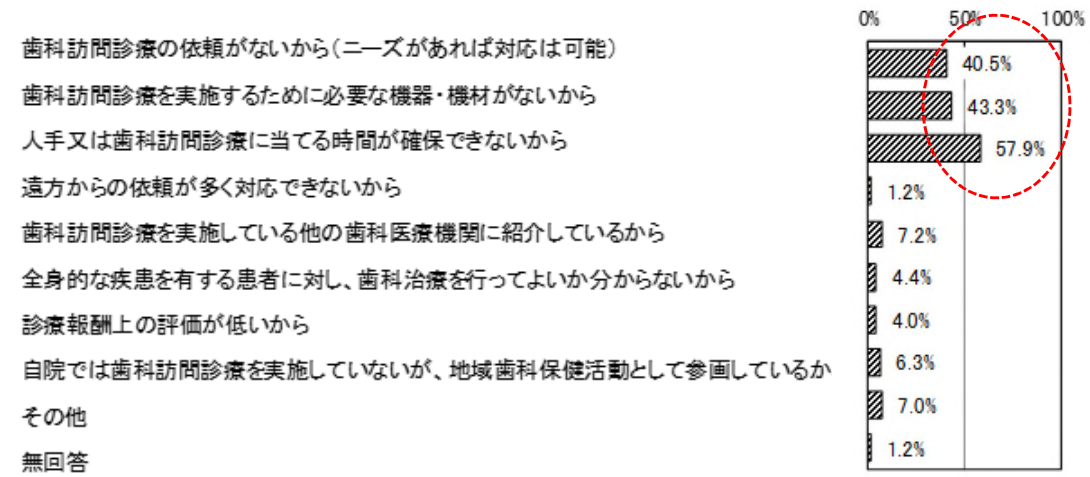
歯科訪問診療の実施状況

在宅療養支援歯科診療所以外の
歯科診療所 n=705



歯科訪問診療を実施していない理由

在宅療養支援歯科診療所以外の
歯科診療所 n=430



出典:平成30年度診療報酬改定検証調査(在宅)

歯科訪問診療移行加算

○ 平成30年度診療報酬改定において、外来受診していた患者が通院困難になった場合に、かかりつけ歯科医が継続的に歯科訪問診療を実施した場合の評価を新設。

(新) 歯科訪問診療移行加算

イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合	150点
ロ イ以外の場合	100点

[算定要件]

- 在宅等療養患者であって、当該保険医療機関の外来(歯科診療を行うものに限る。)を継続的に受診していたものに対して「1 歯科訪問診療1」を算定した場合に所定点数に加算する。
- 当該保険医療機関の外来を最後に受診した日(初診料又は再診料を算定した日)から起算して3年以内に歯科訪問診療を実施した場合に限る。



届出医療機関数及び算定回数	届出医療機関数	算定回数
歯科訪問診療移行加算	(届出不要)	イ 3,759 (※) ロ 2,140

※ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出 10,389

質の高い在宅医療の確保⑦

訪問歯科衛生指導料の見直し①

- 「1 複雑なもの」と「2 簡単なもの」による評価を廃止し、1人の患者に1対1で20分以上の指導を行った場合の評価とし、単一建物診療患者（訪衛指を行った患者）の人数に応じた区分を新設する。
- 指導内容に、口腔機能に関連する療養上必要な指導を追加する。

現行	
【訪問歯科衛生指導料】	
1 複雑なもの	360点
2 簡単なもの	120点
注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）を限度として算定する。	
2 1については、患者と1対1で20分以上療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定し、2については、1人又は複数の患者に対して療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定する。それぞれ当該歯科衛生指導で実施した指導内容等について、患者に対し文書により提供した場合に算定する。	



改定後	
【訪問歯科衛生指導料】	
1 <u>単一建物診療患者が1人の場合</u>	<u>360点</u>
2 <u>単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合</u>	<u>328点</u>
3 <u>1及び2以外の場合</u>	<u>300点</u>
注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、 <u>単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）</u> 又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は <u>口腔機能の回復若しくは維持に関する</u> 実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。	
2 <u>（削除）</u>	

介護報酬改定における対応

○居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）の見直し

<現行>		⇒		<改定後>	
同一建物居住者以外	352単位			単一建物居住者が1人	355単位
同一建物居住者	302単位			単一建物居住者が2～9人	323単位
				単一建物居住者が10人以上	295単位

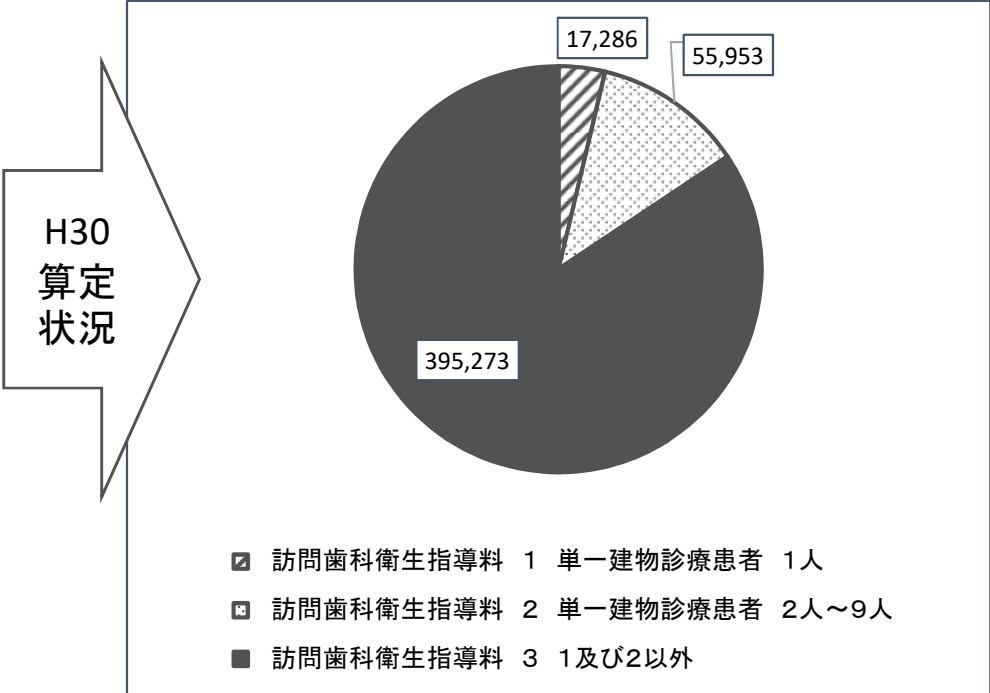
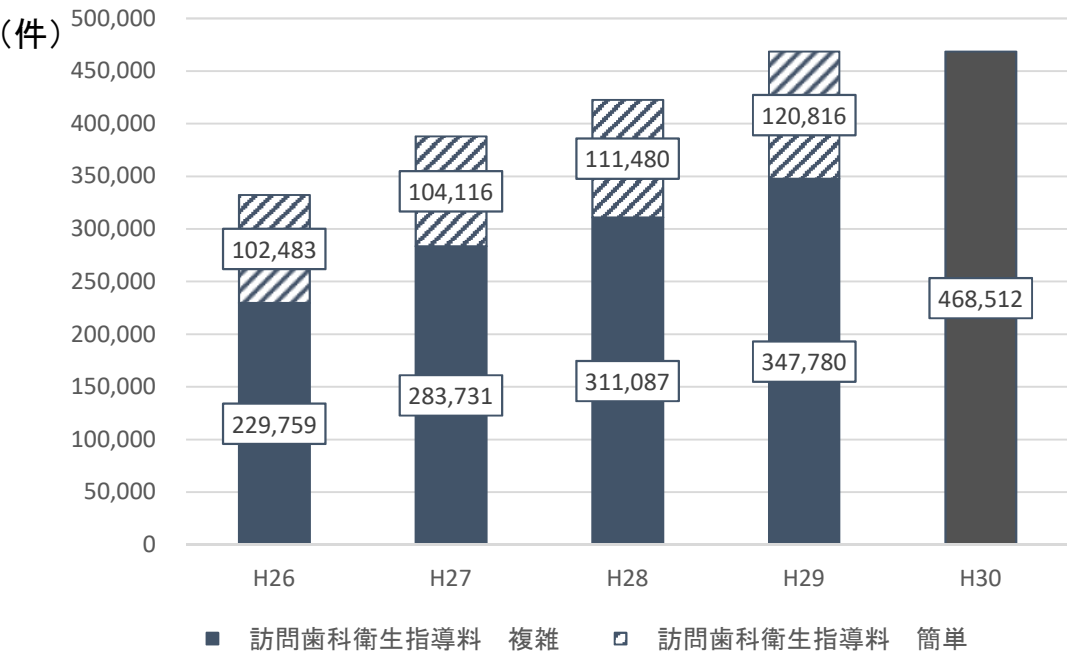
訪問歯科衛生指導料

算定要件(抜粋)

歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者(当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。)又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃(機械的歯面清掃を含む。)、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。

なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。

- 1 単一建物診療患者が1人の場合 360点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 328点
- 3 1及び2以外の場合 300点



(出典) 算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計

在宅等療養患者専門的口腔衛生処置

- 平成30年度診療報酬改定において、在宅等で療養する患者に対して、歯科衛生士が専門的な口腔衛生処置を行った場合の評価を新設。

I029-2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置 120点

[算定要件]

- 歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃処置を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。
- 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。



- 当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃、義歯清掃又は機械的歯面清掃を行った場合
- 主治の歯科医師は、歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。
- 当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

届出医療機関数及び算定回数

届出医療機関数

算定回数

在宅等療養患者専門的口腔衛生処置

(届出不要)

44,089

(出典)

算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

歯科疾患在宅療養管理料

算定要件(抜粋)

歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況及び併せて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に、月1回に限り算定。

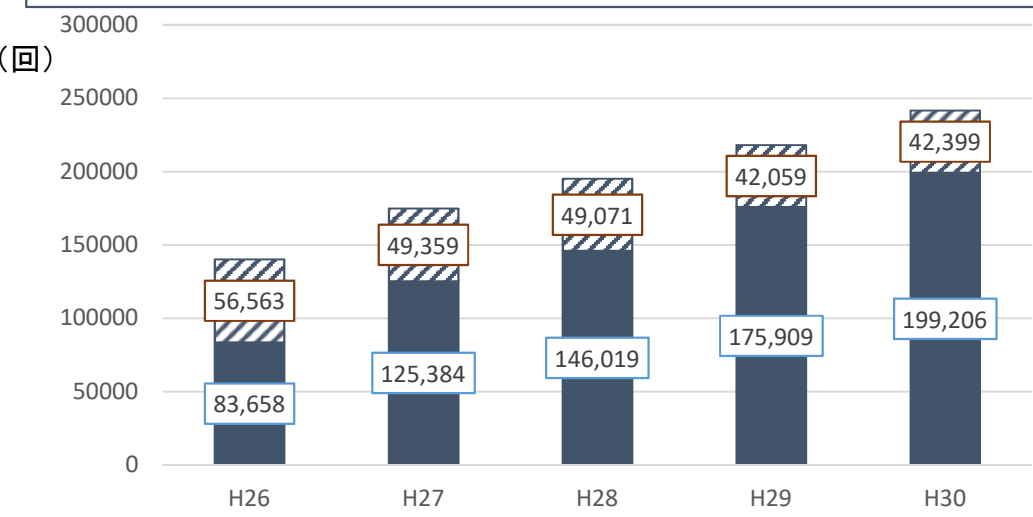
【対象患者】

歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者

- 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 320点
- 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 250点
- 3 1及び2以外の場合 190点

栄養サポートチーム等連携加算1(80点) 他の保険医療機関に入院している患者に対して、栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。

栄養サポートチーム等連携加算2(80点) 介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。



管理計画

- 患者の歯科治療及び口腔管理を行う上で必要な全身の状態(基礎疾患の有無、服薬状況等)
- 口腔の状態(口腔衛生状態、口腔粘膜の状態、乾燥の有無、歯科疾患、有床義歯の状態、咬合状態等)
- 口腔機能の状態(咀嚼の状態、摂食・嚥下の状況及び構音の状況、食形態等)
- 管理方法の概要
- 必要に応じて実施した検査結果の要点

(出典) ■在宅療養支援歯科診療所 □在宅療養支援歯科診療所以外
算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計

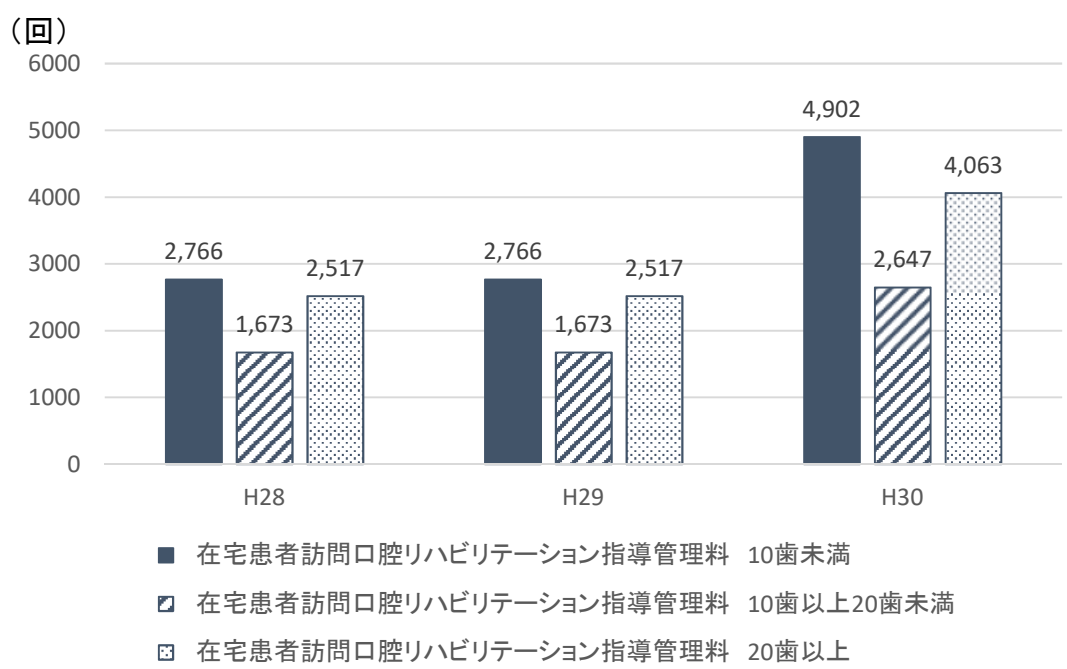
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

算定要件(抜粋)

歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

10歯未満:350点 10歯以上20歯未満:450点 20歯以上:550点

栄養サポートチーム等連携加算1(80点) 他の保険医療機関に入院している患者に対して、栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。
 栄養サポートチーム等連携加算2(80点) 介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。



対象患者

- 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの
- 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの
- 歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者 等

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

小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

○ 平成30年度診療報酬改定において、通院困難な小児に対する歯科訪問診療を充実させる観点から、口腔衛生指導や口腔機能管理等を包括した評価を新設。

(新) 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 450点

[算定要件]

- ・ **歯科訪問診療料を算定した15歳未満の患者**であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、**20分以上必要な指導管理を行った場合に月4回に限り算定**
- ・ 患者等(家族を含むものであること。)に対して、歯科疾患の状況及び当該患者の口腔機能の評価結果等を踏まえた管理計画について説明
- ・ 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料、 歯科疾患在宅療養管理料及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

[包括範囲]

- ・ 歯周病検査、摂食機能療法、歯周基本治療、歯周基本治療処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置

[加算]

- ・ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算 75点、在宅療養支援歯科診療所加算1 125点、在宅療養支援歯科診療所加算2 100点



対象患者： 口腔機能の発達不全を認めるもの、口腔疾患又は摂食機能障害を有するもの
 目的： 口腔衛生状態の改善、口腔機能の向上及び口腔疾患の重症化予防

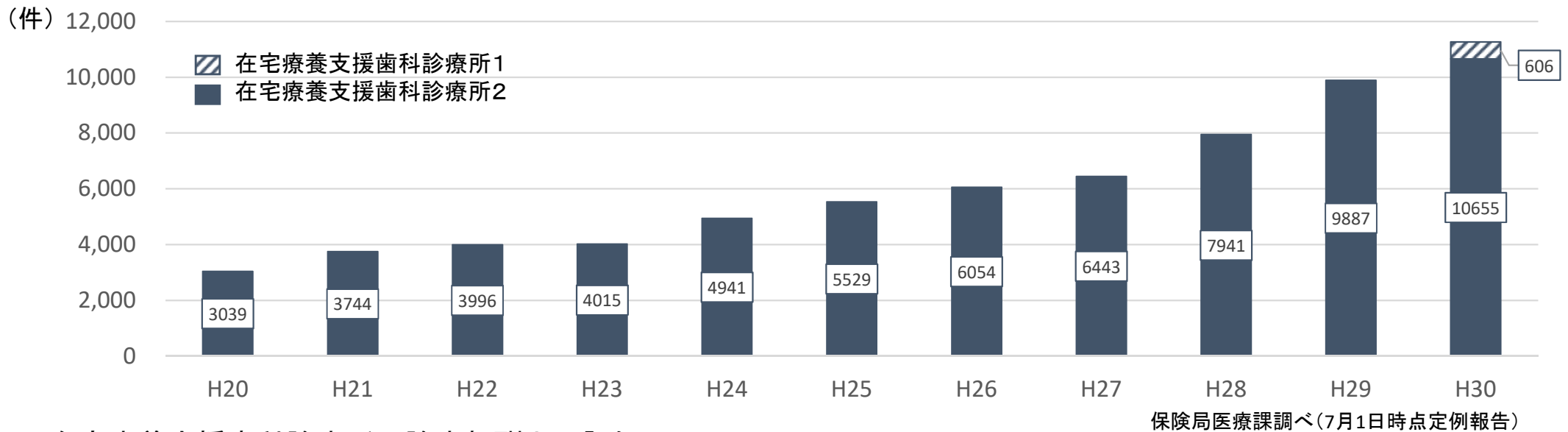
届出医療機関数及び算定回数	届出医療機関数	算定回数
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	—	227 11 ※イ 30 ※ロ 136 ※ハ

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

※イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所、※ロ 在宅療養支援歯科診療所1、※ハ 在宅療養支援歯科診療所2

在宅療養支援歯科診療所について

<在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移>



<在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価>

区分	歯援診1	歯援診2	か強診	その他の 歯科医療機関
退院時共同指導料1	900点		500点	
歯科訪問診療料 歯科訪問診療補助加算	(1) 同一建物居住者以外 (2) 同一建物居住者		115点 50点	(1) 同一建物 居住者以外:90点 (2) 同一建物居住者: 30点
歯科訪問診療料 歯科訪問診療移行加算	100点		150点	100点
歯科疾患在宅療養管理料	320点	250点	190点	
在宅患者訪問口腔リハビリテー ション指導管理料、小児在宅患 者訪問口腔リハビリテーション指 導管理料の加算	125点	100点	75点	(-)

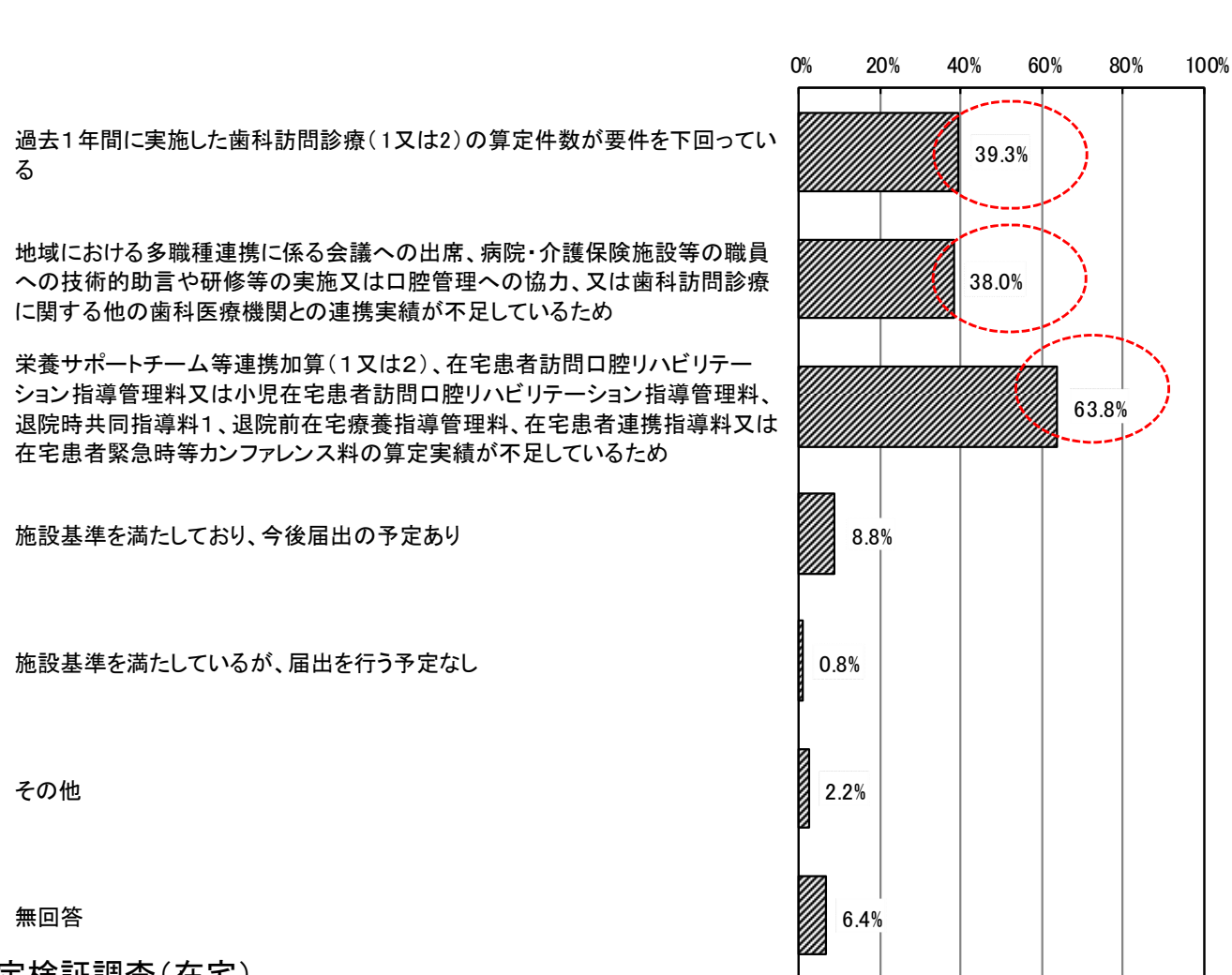
在宅療養支援歯科診療所の施設基準(抜粋)

【在宅療養支援歯科診療所1】	【在宅療養支援歯科診療所2】
ア) 過去1年間に歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2をあわせて15回以上算定	過去1年間に歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2をあわせて10回以上算定
イ) 高齢者の心身の特性(認知症に関する内容を含むものであること。)等の研修を修了した常勤の歯科医師を1名以上配置	
ウ) 歯科衛生士配置	
エ) 患者の求めに応じた迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、患者に情報提供	
オ) 後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制	
カ) 当該診療所において、在宅医療を担う他の保険医療機関等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が5回以上(過去1年間)	
キ) 以下のいずれか1つに該当すること <ul style="list-style-type: none"> ① 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年1回以上出席 ② 過去1年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力 ③ 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年1回以上 	当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等と必要な連携の実績があること
ク) 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること <ul style="list-style-type: none"> ① 栄養サポートチーム等連携加算1又は栄養サポートチーム等連携加算2の算定 ② 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定 ③ 退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定 	

[経過措置(施設基準)]平成30年3月31日において現に在宅療養支援歯科診療所に係る届出を行っている診療所については、令和2年3月31日までの間に限り在宅療養支援歯科診療所2の施設基準に該当しているものとみなす。

在宅療養支援歯科診療所の届出を行っていない理由

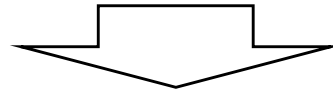
- 「在宅療養支援歯科診療所1」の届出を行っていない理由について、「栄養サポートチーム等連携加算等の算定実績が不足しているため」が63.8%と最も多く、次いで「過去1年間に実施した歯科訪問診療の算定件数」が39.3%、「地域における多職種連携に係る会議への出席等の連携実績」が38.0%であった。



在宅歯科医療に係る現状及び課題

【現状及び課題】

- 近年、施設において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、居宅で歯科訪問診療医療を提供している歯科診療所を上回った。
- 歯科訪問診療料の算定回数は全体的に増加傾向にあり、特に歯科訪問診療2及び3の割合が多い。
- 平成30年度診療報酬改定において在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直しを行ったところであり、令和2年3月31日まで経過措置中である。



【論点】

- 患者のニーズにあわせた歯科訪問診療を推進するために、近年における診療報酬改定の内容を踏まえ、どのような対応が考えられるか。
- 在宅等療養患者の口腔機能の維持向上を推進するために、どのような対応が考えられるか。

1. 在宅医療について

(1) 在宅医療に係る診療報酬(概要)

(2) 直近の算定状況等

(3) 在宅医療領域における課題及び取組等

- ・複数の医療機関による連携について
- ・在支診・在支病について
- ・医療資源の少ない地域における在宅医療について
- ・在宅医療における褥瘡の指導管理について

2. 在宅歯科医療について

3. 在宅薬剤管理について

在宅患者訪問薬剤管理指導料について

○ あらかじめ厚生局に届け出た薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画書^(注)を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定。

項目	点数	
○在宅患者訪問薬剤管理指導料		薬剤師1人週
・単一建物診療患者が1人の場合	650点	40回まで
・単一建物診療患者が2～9人の場合	320点	患者1人につき
・単一建物診療患者が10人以上の場合	290点	月4回まで
(+麻薬管理指導加算)	(+100点)	
(+乳幼児加算)	(+100点)	

(注) 薬学的管理指導計画書

処方医から提供された診療状況に関する情報や、処方医との相談、他の医療関係職種(訪問看護ステーション)等との情報共有しながら、患者の心身の特性や処方薬剤を踏まえて策定。

項目	項目	点数	算定回数
在宅患者訪問薬剤管理指導料1	単一建物 診療患者1人	650	17,298
在宅患者訪問薬剤管理指導料2	単一建物 診療患者2人以上9人以下	320	1,864
在宅患者訪問薬剤管理指導料3	単一建物 診療患者10人以上	290	4,216

薬局における訪問薬剤管理指導業務（診療報酬）

項目	内容	点数	
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が1人の場合 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 ・単一建物診療患者が10人以上の場合 （+麻薬管理指導加算） （+乳幼児加算）	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	650点 320点 290点 （+100点） （+100点）	薬剤師1人週 40回まで 患者1人につき 月4回まで*
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 （+麻薬管理指導加算） （+乳幼児加算）	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	500点 （+100点） （+100点）	月4回まで
○在宅患者緊急時等共同指導料 （+麻薬管理指導加算） （+乳幼児加算）	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	700点 （+100点） （+100点）	月2回まで
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	40点 30点	
○（調剤料）在宅患者調剤加算	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	15点	

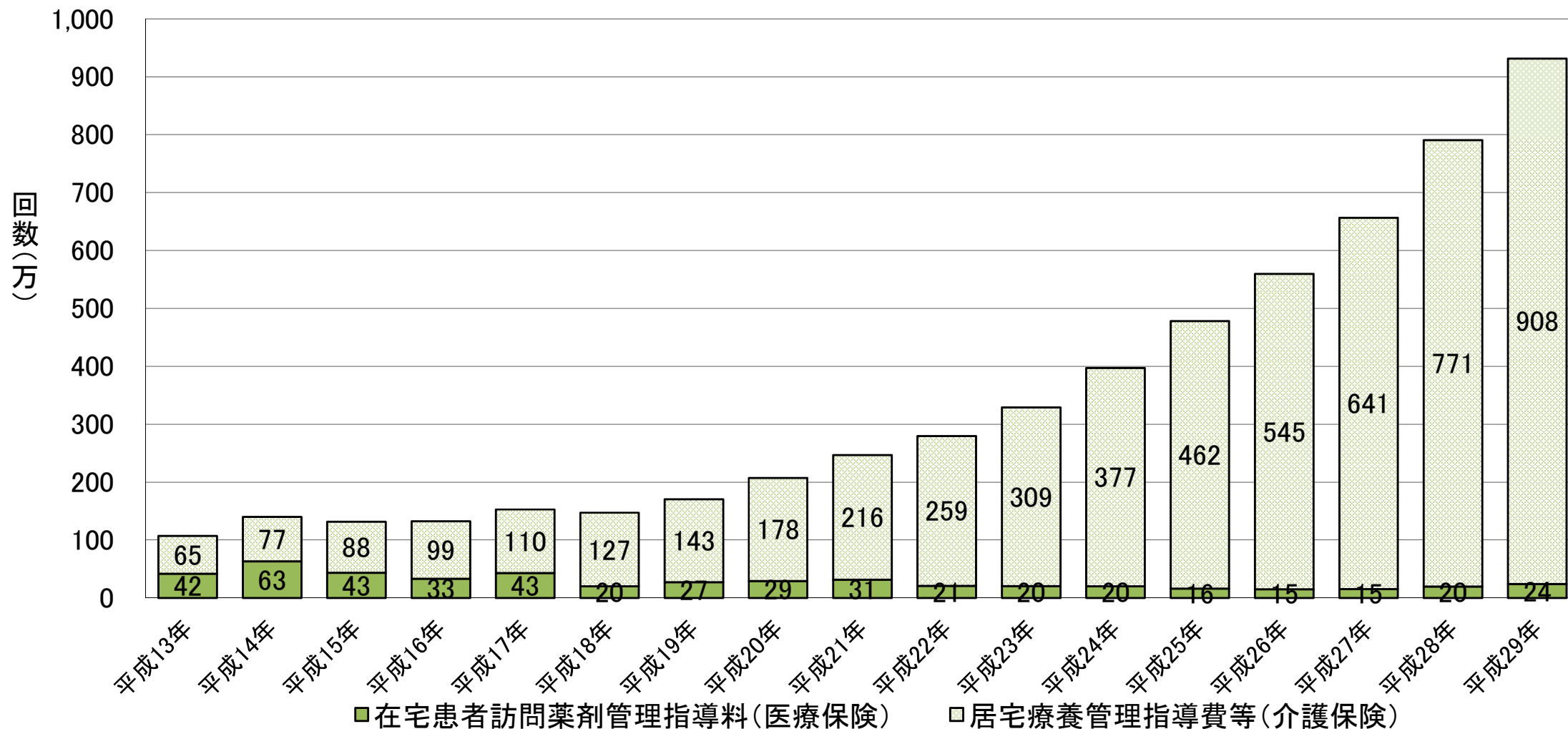
※末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回まで

（参考）介護報酬

- 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合）
 - ・単一建物居住者が1人の場合 509単位（麻薬指導加算 +100単位）
 - ・単一建物居住者が2～9人の場合 377単位（麻薬指導加算 +100単位）
 - ・単一建物居住者が10人以上の場合 345単位（麻薬指導加算 +100単位）

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

- 医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定回数は少なく横ばいだが、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びている。全体として薬剤師による在宅薬剤管理は進んでいる。



注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

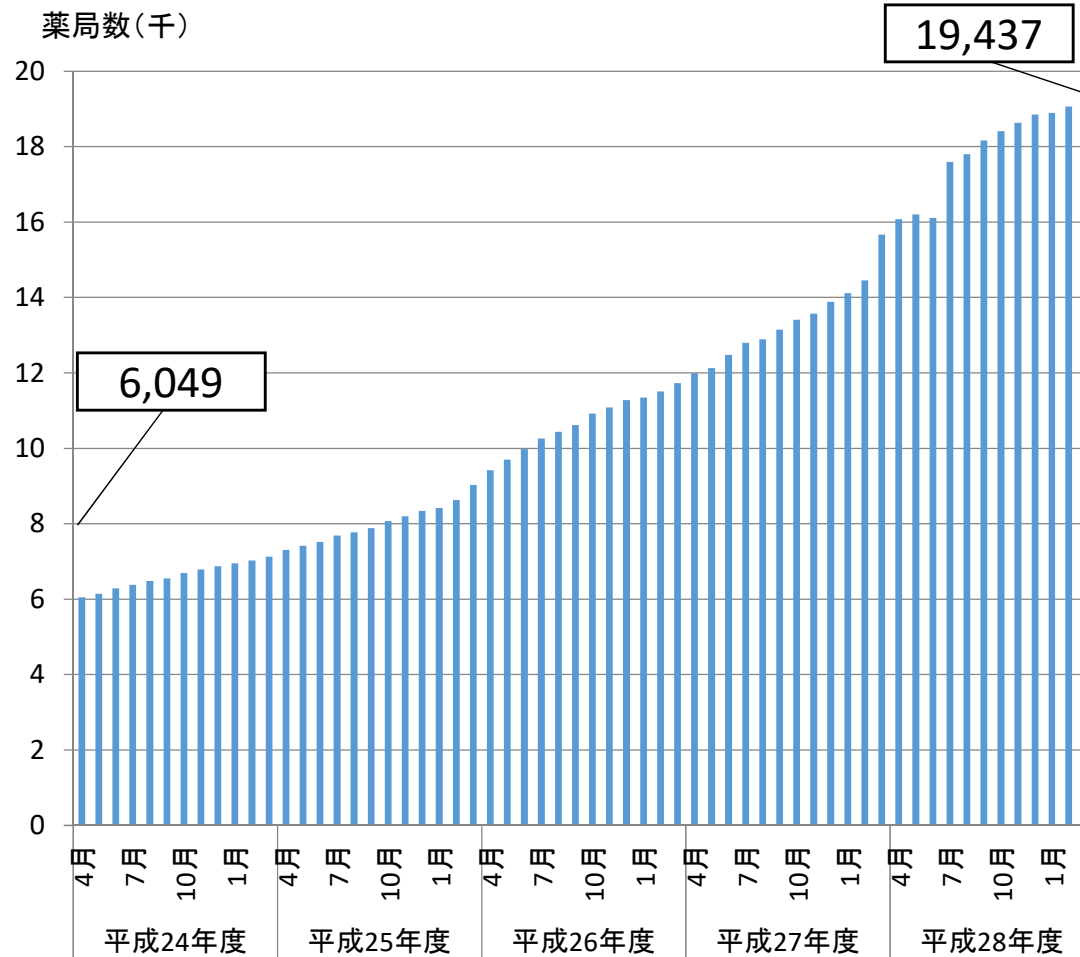
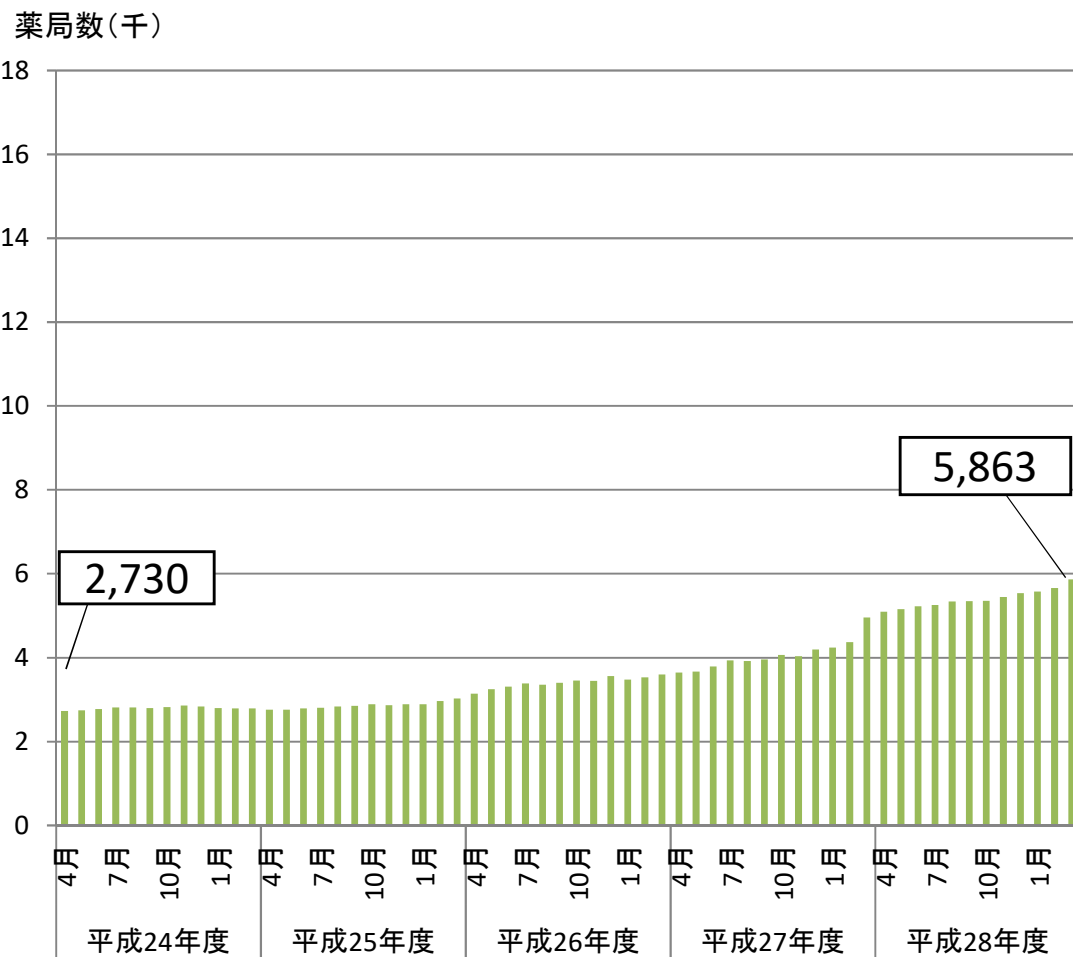
在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

中 医 協 総 - 2
29.11.10 (改)

○ 在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)

居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)

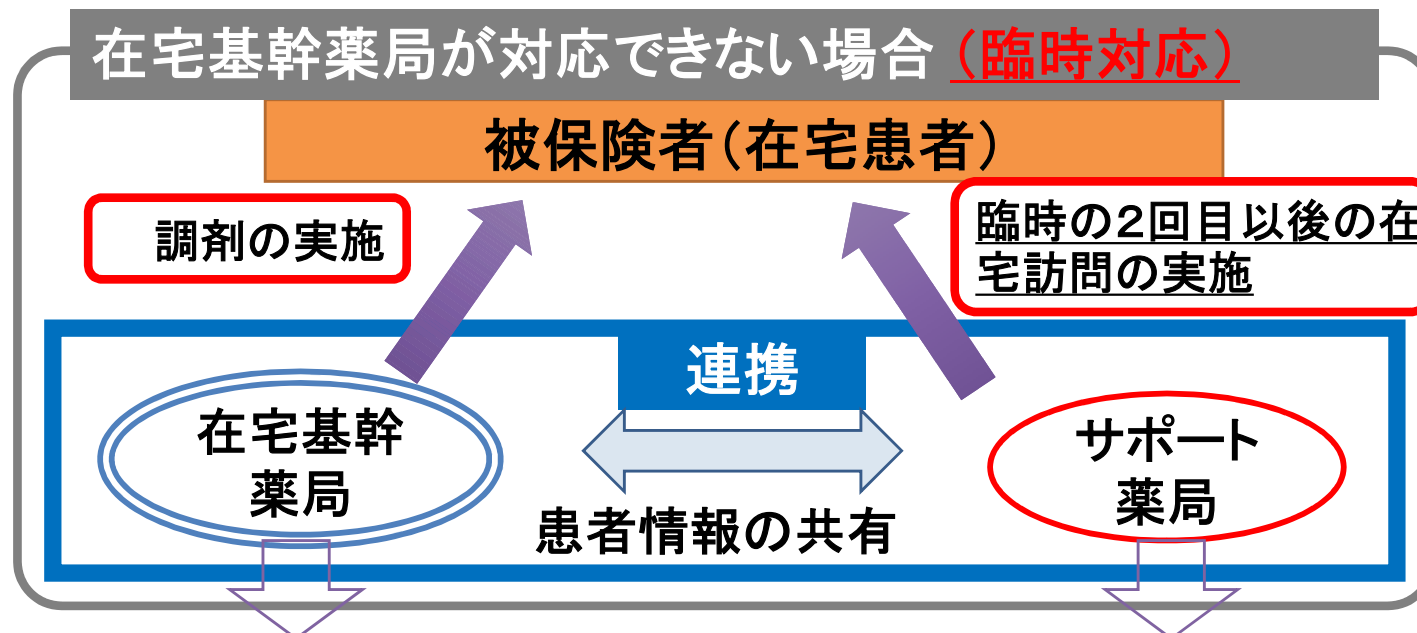


注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

〔出典〕在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)については、厚生労働省保険局調査課で特別集計(「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」)
居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)については、厚生労働省老健局老人保健課で特別集計

小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局(以下「在宅基幹薬局」)が、それを支援する薬局(以下「サポート薬局」)とあらかじめ連携している場合、**在宅基幹薬局が対応できない場合の臨時対応**として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても算定できることとする。

1. サポート薬局が**臨時に**訪問薬剤管理指導のみを行った場合

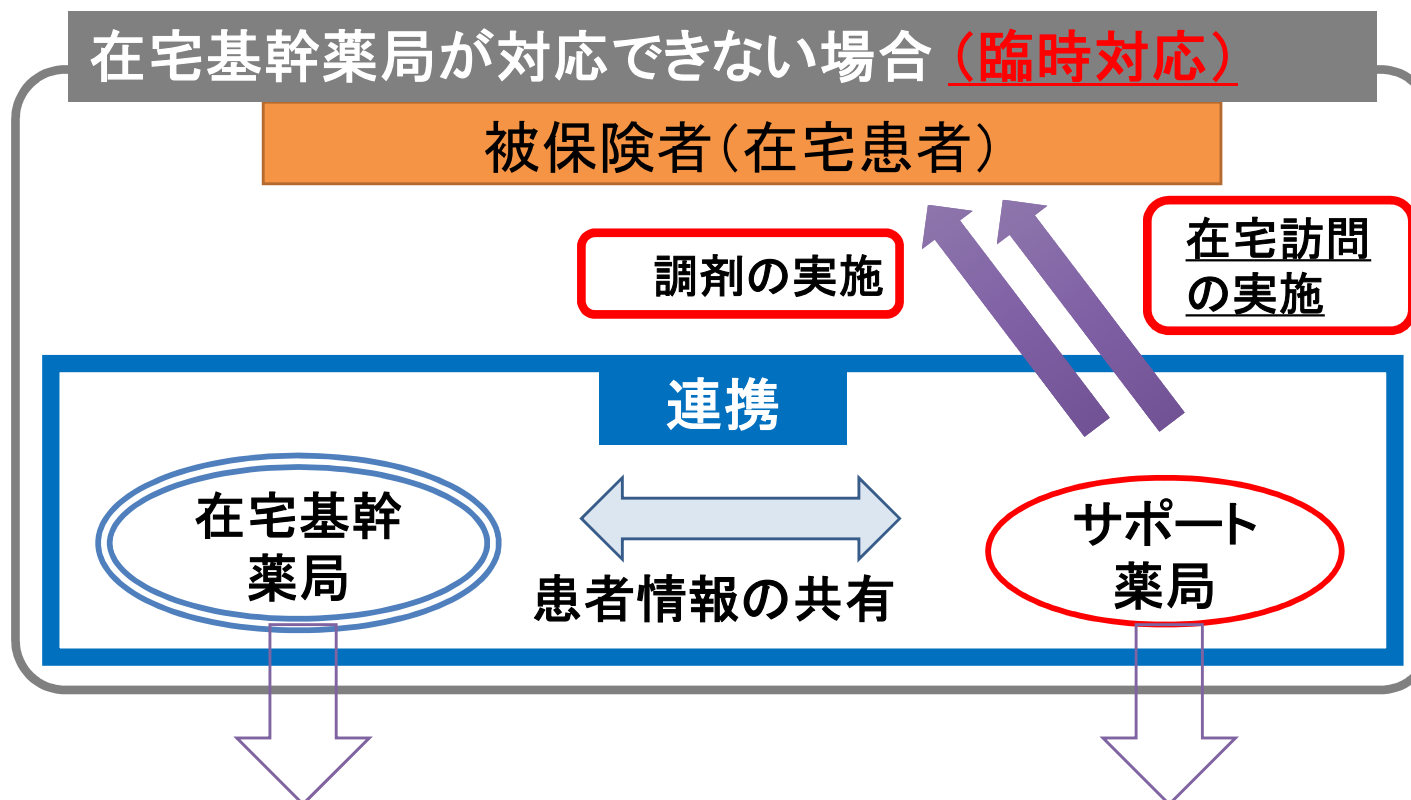


- 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の保険請求
- 指示を行った医師又は歯科医師に対する報告

- 薬剤服用歴の記載(在宅基幹薬局と記録の内容を共有)

2. サポート薬局が**臨時に**調剤及び訪問薬剤管理指導を行った場合

サポート薬局が処方せんを受け付け調剤を行い、訪問薬剤管理指導を行った場合は、調剤技術料、薬剤料等はサポート薬局が、一方、在宅患者訪問薬剤管理指導料は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄にはサポート薬局が受け付けた旨を記載する。



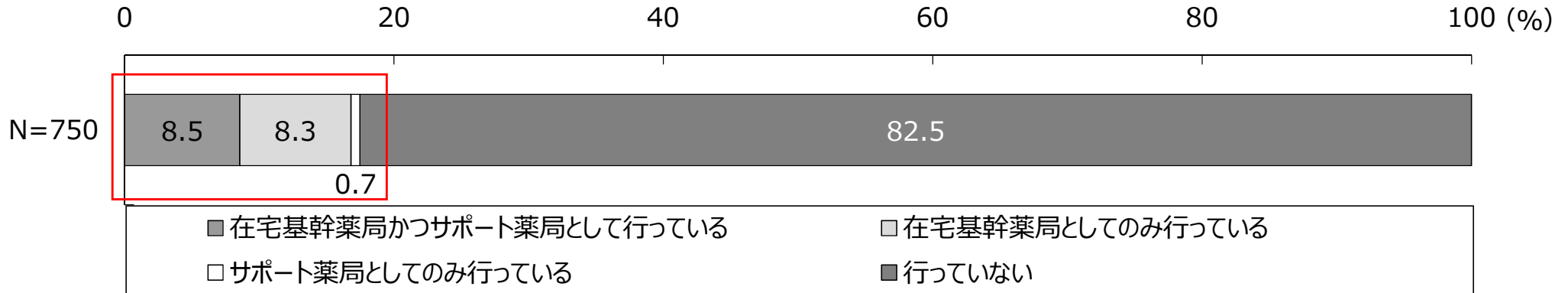
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の保険請求
- ・ 指示を行った医師又は歯科医師に対する報告

- ・ 薬剤服用歴の記載(在宅基幹薬局と記録の内容を共有)
- ・ 調剤技術料、薬剤料等の保険請求

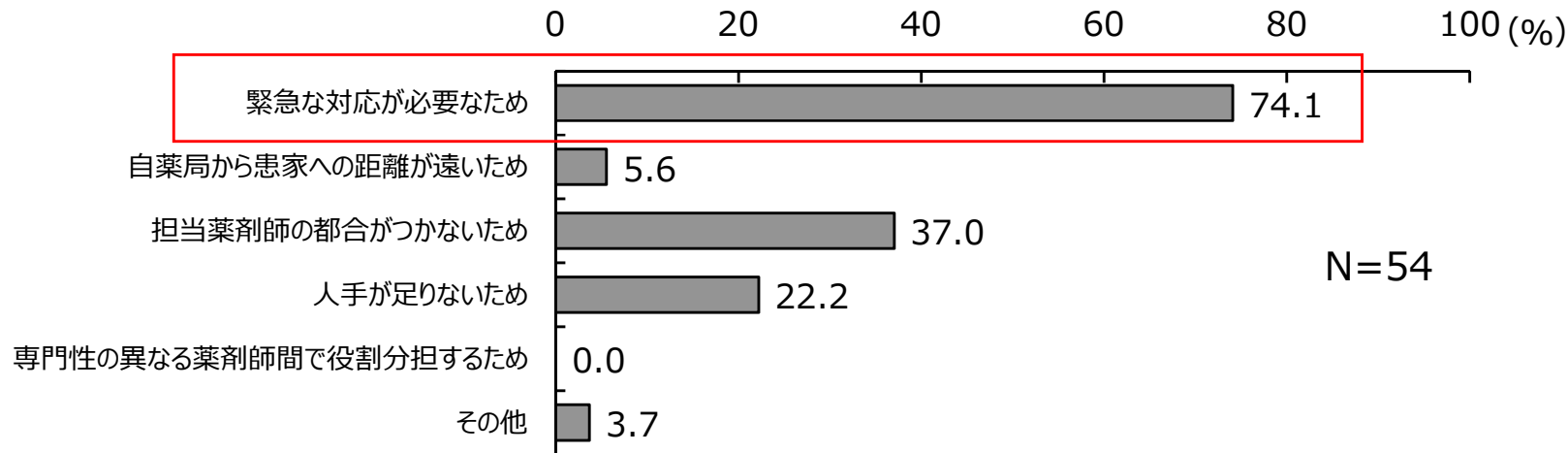
サポート薬局制度の利用状況

- 在宅業務を実施している薬局のうち、約18%でサポート薬局制度を利用していた。
- サポート薬局を利用する理由としては、「緊急な対応が必要なため」が最も多い。

■ サポート薬局制度の利用状況



■ サポート薬局に依頼する理由（複数回答）

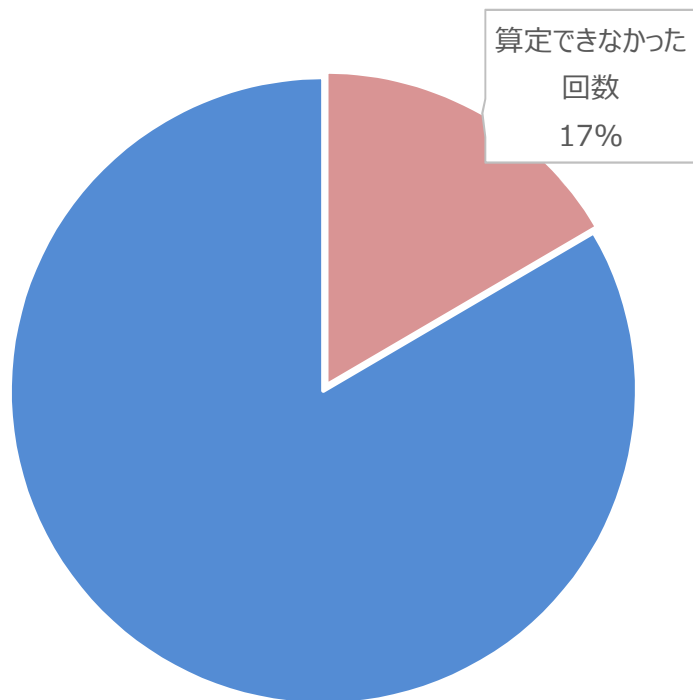


出典：令和元年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
「地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務の在り方に関する調査研究事業」（速報値）

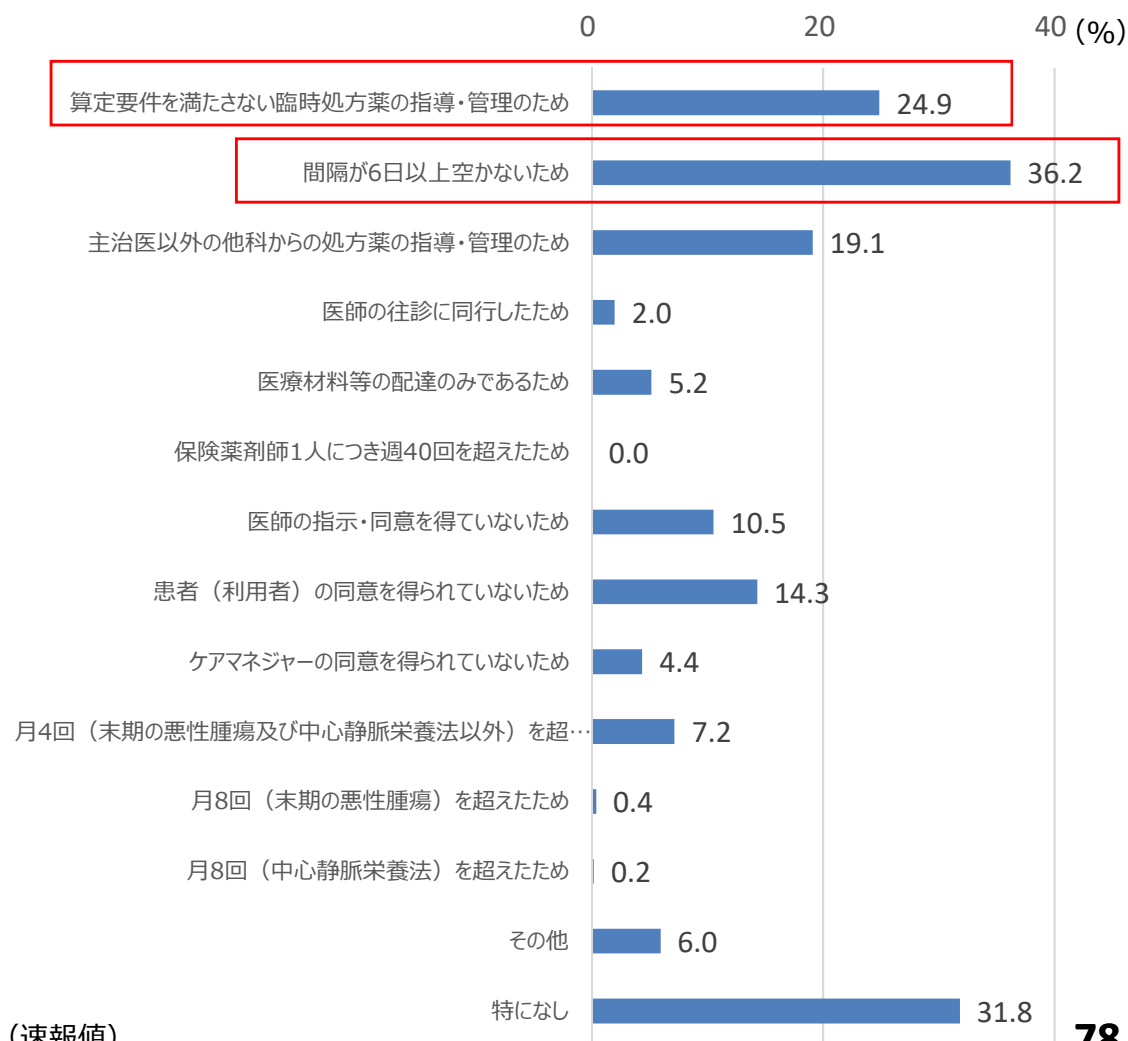
在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定できなかった理由

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定できなかった回数の割合は約17%であった。
- 算定できなかった理由としては、「算定要件を満たさない臨時処方薬の指導・管理のため」、「間隔が6日以上空かないため」が多かった。

◆ 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定出来なかった回数（薬局数=752）



◆ 算定できなかった理由（複数回答）（無回答除く）（n=503）



在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の算定状況

- 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、患者の容態の急変等に伴い緊急に患家を訪問して薬学的管理及び指導を行った場合に算定できるが、原疾患の急変等に限定されている。

○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 (+麻薬管理指導加算) (+乳幼児加算)	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	500点 (+100点) (+100点)	月4回まで
○在宅患者緊急時等共同指導料 (+麻薬管理指導加算) (+乳幼児加算)	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	700点 (+100点) (+100点)	月2回まで

- 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、原疾患の急変時に算定が可能

具体例：肺気腫の在宅患者に訪問を実施していた場合

- (1) 便秘や発熱などの肺気腫とは関係のない疾患に対応する臨時投薬に係る薬剤管理指導
⇒在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は算定できない（在宅患者訪問薬剤管理指導料も同様）
⇒薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料等の算定は可能
- (2) 肺気腫（原疾患）の悪化に対応する臨時投薬に係る薬剤管理指導
⇒在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定可能

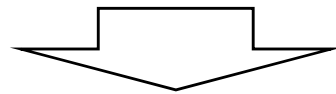
	算定回数
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	4,615
在宅患者緊急時等共同指導料	144
(参考) 在宅患者訪問薬剤管理指導料（総数）	23,378
(参考) 居宅療養管理指導費（総数）	852,300

出典：社会医療診療行為別調査（平成30年6月審査分）、
介護給付費等実態統計（平成30年6月審査分）

在宅薬学管理に係る現状及び課題

【現状及び課題】

- 「在宅患者訪問薬剤管理指導料」と「居宅療養管理指導費」の合計の算定回数は伸びている。
- 在宅業務を実施している薬局のうち、約18%でサポート薬局制度を利用していた。
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定できない場合は全体で約17%であった。その理由として、投与間隔が6日以上でないこと、算定要件を満たさない臨時処方であることの割合が多かった。
- 原疾患以外の疾患への臨時投薬に対応するために患家を訪問して薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（500点）は算定できず、薬剤服用歴管理指導料（41点／53点）が算定されることとなる。



【論点】

- 原疾患以外の疾患に対応するため、訪問計画によらず、医師の求めに応じて臨時で訪問薬剤管理指導を行った場合について、評価を検討してはどうか。

医療技術評価分科会における検討について

1. 経緯

- 平成31年2月20日の中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）診療報酬基本問題小委員会及び総会において、令和2年度診療報酬改定に向けて、診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会として、学会等から提出された医療技術評価・再評価提案書（以下「提案書」という。）に基づき、新規医療技術の評価及び既存技術の再評価（以下「評価」という。）を行うことについて了承された。（参考1）
- その後、1月から5月にかけて学会等から提案書を受け付け、事務局において学会等からのヒアリングを実施し、提案内容の確認を行った。その上で、提案のうち医療技術評価分科会の評価対象とするものについて検討を行った。
- また、先進医療として実施されている技術についても、学会等からの提案書を受け付けることとされたが、その評価の手続きについては、引き続き医療技術評価分科会において検討を行っていたところ。
- 今後、医療技術評価分科会において、個別の提案の評価を行うこととしているが、評価に当たっては、以下の通りに進めることとしたので報告する。

2. 令和2年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価に関する対応について

（1）先進医療として実施されている医療技術の評価について（参考1、2）
（現状）

- 平成30年度診療報酬改定において、先進医療として実施されている技術に係る提案について、先進医療会議の評価結果を踏まえて、他の技術とも網羅的に検討を行うこととした。
- この際、中医協での答申書附帯意見において、医療技術の評価について以下のような指摘があった。

（参考）「中医協答申書附帯意見」（抜粋）（医療技術の評価）

先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。

（今後の対応）

- 先進医療会議における評価対象技術が分科会に提案されていない場合は、これまで同様、先進医療会議の評価を踏まえ、分科会として評価を行うこととする。
また、当該技術と類似又は同一のものが分科会に提案された場合は、提案技術と先進医療との類似点又は相違点等を確認の上、分科会に提出された提案書等の資料等を先進医療会議に共有することとする。その後、先進医療会議の評価結果を踏まえ、分科会として評価を行うこととする。
- 先進医療会議における評価対象技術とならない技術が分科会に提案された場合は、先進医療としての実施状況も踏まえつつ、分科会において他の提案と同様に評価を行うこととする。

る。

- このような対応を通じて、分科会と先進医療会議の連携や役割分担を行い、先進医療会議で評価された科学的根拠を踏まえつつ、その他の技術等と同様の評価基準のもと、診療における位置づけや保険適用の優先度等の観点も含め、当該技術の保険適用の必要性・妥当性について評価することとする。

(2) 内視鏡手術用支援機器を用いた内視鏡手術に対する評価について（参考1）

（現状）

- 平成30年度診療報酬改定においては、内視鏡手術用支援機器を用いた内視鏡手術（以下「ロボット支援下内視鏡手術」という。）については、既存技術と同等程度の有効性・安全性があるとされたものについては、診療報酬改定において対応する優先度が高い技術とされた。このような手術について、新たに保険適用を検討するに当たって、その安全性の担保やデータの蓄積の観点から、施設基準として、当該ロボット支援下内視鏡手術または関連する手術の実績や、関連学会によるレジストリに参加すること等の要件を設けることとした。

（今後の対応）

- 今回、分科会に対して提出された提案書に関連して、レジストリに係る検証がなされた日本肝胆膵外科学会及び日本胸部外科学会から、検証結果が報告された。これを踏まえ、当該提案書の評価を行うこととする。
- 今後、レジストリを要件とする技術のうち、関連学会等から分科会に対して当該技術に関連した提案書が提出された場合は、当該技術に係るレジストリへの参加状況及び手術等の実績等について検証を行った上で、検証結果を当該提案書に添付するよう求めることとする。
また、これに該当しない技術については、レジストリに係る検証がなされた段階で、分科会に対して報告するよう、関連学会に協力を求めることとする。

(3) 医療技術の体系的な分類について（参考1）

（現状）

- 平成30年度診療報酬改定で、DPCにおいてKコードとSTEM7を併記し収集することとし、平成30年度分の1年間のデータを抽出した。

（今後の対応）

- 専門家からなる検証・検討の場を設け、本データの検証等を通じ、体系的な分類方法の検討、課題の抽出、特定の診療分野における試行的な導入等について、来年度中を目途に検討する。

3. スケジュール

○ 令和2年度診療報酬改定に向けた、医療技術評価分科会における評価は、以下のスケジュールで実施する。

平成31年	1～5月	学会等からの提案書の受付
令和元年	6～8月	学会等からのヒアリング
	8～9月	ワーキンググループの開催
	10月	医療技術評価分科会における評価対象の検討
令和2年	11～12月	医療技術評価分科会医院における事前評価
	1月	医療技術評価分科会における評価結果のとりまとめ 評価結果を中医協総会に報告し、検討

令和2年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価等について（案）

1. 現状について

- 令和2年度診療報酬改定に向けて、診療報酬における医療技術の適正な評価の観点から、医療技術評価分科会において、学会等から提出された医療技術評価・再評価提案書（以下「提案書」という。）に基づき、新規医療技術の評価及び既存技術の再評価（以下単に「評価」という。）に関する検討を行っている。

- 具体的には、本年1月から5月にかけて、学会等から合計942件（重複分を含めると947件）の提案書が厚生労働省に提出された。学会等からのヒアリングの内容と、今般医療技術評価分科会の下に設置したワーキンググループの意見を踏まえ、事務局において提案内容や重複提案の有無の確認を行ったうえで、「医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）」を作成した。

2. 令和2年度診療報酬改定に向けた対応について

（1）評価の対象等について

- 医療技術評価分科会における評価の対象となる技術は、以下の通り。
- ① 医療技術評価分科会に提案書の提出された技術について
 - ・ 評価の対象となる提案は、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部「医学管理等」から第13部「病理診断」、又は歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部「医学管理等」から第14部「病理診断」に該当する技術として評価されている又はされることが適当な医療技術であって、医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができる技術に係るものに限る。
 - ・ また、提案技術の実施に当たり、医薬品、医療機器または体外診断用医薬品を用いる場合、当該医薬品、医療機器または体外診断用医薬品が、提案技術の用途で使用することについての医薬品医療機器等法上の承認が確認できるものに限って評価の対象とする。
- ② 先進医療として実施されている技術について
 - ・ 先進医療として実施されている技術についても、平成30年度診療報酬改定における取り扱いと同様、評価の対象とする。
 - ・ 先進医療として実施されている技術の評価にあたり、先進医療会議で検討された科学的根拠を踏まえつつ、その他の技術等と同様の評価基準のもと、診療における位置づけや保険適用の優先度等の観点も含め、当該技術の保険適用の必要性・妥当性について評価する。

- ・ なお、第 77 回先進医療会議（令和元年 9 月 5 日開催）において、先進医療会議において実施された評価結果の詳細な報告や、スケジュールの前倒し等といった対応を行うこととなった。

（2）内視鏡手術用支援機器を用いた内視鏡手術等に対する評価について

- 平成 30 年度第 1 回診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会（平成 31 年 2 月 8 日開催）において、以下について取り組むこととなった。

レジストリに参加することを要件として保険適用された技術については、レジストリへの参加状況及び手術等の実績等について、関連学会等を主体として検証した上で、分科会への報告や検討を行うとともに、引き続き有効性や安全性に係る評価を行う

3. 令和 2 年度診療報酬改定に向けた医療技術評価等の進め方について

（1）令和 2 年度診療報酬改定に向けた評価の進め方について

- 本日の医療技術評価分科会において、「医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）」に基づき、各技術が医療技術評価分科会における評価の対象となるか否かについて検討する。

その結果、「医療技術評価分科会における評価の対象となる技術」とされたものについて、今後、医療技術評価分科会において評価を行うこととし、「医療技術評価分科会における評価の対象とならない技術」とされたものについては、評価を行わないこととする。

- なお、先進医療として実施されている技術については、先進医療会議の検討結果を踏まえて評価する必要があることから、提案書等の資料を先進医療会議に共有し、先進医療会議での評価に資するために必要な連携を確保することとする。

- 令和 2 年 1 月に医療技術評価分科会としてこれらの結果をとりまとめ、その後中央社会保険医療協議会（中医協）へ報告し、中医協総会において最終的な検討を行う。

（2）医療技術の体系的な分類について

- 平成 30 年度診療報酬改定で、DPC において K コードと STEM 7 を併記し収集することとし、平成 30 年度分の 1 年間のデータを抽出した。

今後は、専門家からなる検証・検討の場を設け、本データの検証等を通じ、体系的な分類方法の検討、課題の抽出、特定の診療分野における試行的な導入等について、来年度中を目途に検討する。

(3) 内視鏡手術用支援機器を用いた内視鏡手術等に対する評価について

○ 今回、分科会に対して提出された提案書に関連して、レジストリに係る検証がなされた日本肝胆膵外科学会及び日本胸部外科学会から、検証結果が報告された。これを踏まえ、当該提案書の評価を行うこととする。

○ 今後、レジストリを要件とする以下の技術のうち、関連学会等から分科会に対して当該技術に関連した提案書が提出された場合は、当該技術に係るレジストリへの参加状況及び手術等の実績等について検証を行った上で、検証結果を当該提案書に添付するよう求めることとする。

また、これに該当しない技術については、レジストリに係る検証がなされた段階で、分科会に対して報告するよう、関連学会に協力を求めることとする。

	レジストリを要件とする医療技術の名称
1.	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
2.	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
3.	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
4.	胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
5.	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
6.	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
7.	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
8.	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
9.	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
10.	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
11.	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
12.	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
13.	腹腔鏡下肝切除術
14.	腹腔鏡下膵切除術
15.	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）
16.	経カテーテル的大動脈弁置換術
17.	経皮的僧帽弁クリップ術
18.	WATCHMAN 左心耳閉鎖システムを使用した経皮的左心耳閉鎖術

先進医療として実施されている医療技術の評価について（案）

1. これまでの経緯

- 先進医療として実施されている技術に係る提案の受付については、平成 28 年度診療報酬改定より医療技術分科会（以下「分科会」という。）においても行うこととした。

さらに、こうした技術の評価についても、平成 30 年度診療報酬改定において、先進医療会議の評価結果を踏まえて、他の技術とも網羅的に検討を行った。

- 平成 30 年度診療報酬改定では、中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）での答申書附帯意見において、医療技術の評価について以下のような指摘があった。

（参考）「中医協答申書附帯意見」（抜粋）（医療技術の評価）

先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。

2. 令和 2 年度診療報酬改定に向けた方向性

- このような経緯等も踏まえ、先進医療の技術の評価については、まず先進医療会議において、その詳細な実績に基づき評価し、この評価を踏まえて分科会として保険適用の必要性・妥当性について評価することとされた。

平成 30 年度第 1 回分科会（平成 31 年 2 月 8 日開催）において、先進医療会議で評価された科学的根拠を踏まえつつ、その他の技術等と同様の評価基準のもと、診療における位置づけや保険適用の優先度等の観点も含め、当該技術の保険適用の必要性・妥当性について評価することとされた。

- なお、第 77 回先進医療会議（令和元年 9 月 5 日開催）において、先進医療会議における評価結果の詳細の共有や、スケジュール調整等の対応を行うこととされた。

今後、先進医療として実施されている技術のうち、診療報酬改定に向けた評価対象技術とされたもの（※）については、先進医療会議において検討されることとなる。

※ 先進医療会議における、診療報酬改定に向けた評価対象技術は、次の 2 類型である。

- ① 先進医療 A（令和元年 6 月 30 日時点で先進医療告示（平成 20 年厚生労働省告示第 129 号）に掲げられている医療技術）
- ② 先進医療 B（保険導入等の検討の実施前に、総括報告書の報告を終えている医療技術（未承認の医薬品等の使用、及び医薬品等の適応外使用を伴わないものに限る）。）

なお、分科会には、当該評価対象技術の他に、評価対象とならない技術（先進医療 B のうち、総括報告書が提出されず、先進医療として引き続き実施する技術）も提案されることに留意。

3. 今回の提案状況等について

- 今回、学会等から分科会に対して提案のあった技術のうち、現在、先進医療として実施されている技術と同一又は関連していると考えられる技術は、次の表の通り。

【表 先進医療として実施されている技術と同一又は関連していると考えられる技術】

整理番号	提案技術名	主たる提案学会
276203	重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対する LDL アフェレシス (LDL-A) 療法	日本腎臓学会
291103	移植後微生物核酸同定・定量検査	日本造血細胞移植学会
304102	膵島移植術	日本移植学会
307102	眼感染疾患に対する迅速診断 (PCR 法)	日本角膜学会
327104	腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清	日本産科婦人科学会
327105	子宮悪性腫瘍手術 (広汎切除) (ロボット支援)	日本産科婦人科学会
336101	腹膜播種に対する腹膜切除+術中温熱化学療法	日本消化器外科学会
370102	リンパ節群郭清術・後腹膜 (腹腔鏡下)	日本泌尿器内視鏡学会
371103	多血小板を用いた難治性皮膚潰瘍治療	日本皮膚科学会
372101	スリーブ状胃切除・バイパス術 (腹腔鏡下)	日本肥満症治療学会
720207	陽子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会
720208	重粒子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会

- これらの技術のうち、先進医療会議の評価対象技術については、先進医療会議における検討に資するよう、提案書等の資料を共有する等の連携を行うこととなった。

4. 今後の対応について (案)

(1) 先進医療会議における評価対象技術

① 当該技術が分科会に提案されていない場合

これまで同様、先進医療会議の評価を踏まえ、分科会として評価を行ってはどうか。

② 当該技術と類似又は同一のものが分科会に提案された場合

提案技術と先進医療との類似点又は相違点等を確認の上、分科会に提出された提案書等の資料等を先進医療会議に共有することとしてはどうか。

その後、先進医療会議の評価結果を踏まえ、分科会として評価を行ってはどうか。

(2) 先進医療会議における評価対象技術とならない技術

分科会に提案があった場合は、先進医療としての実施状況も踏まえつつ、分科会において他の提案と同様に評価を行ってはどうか。

中医協 総-3 参考3
元 . 1 1 . 6

中医協 診-1 参考3
元 . 1 1 . 6

診調組 技-1-3
元 . 1 0 . 3 1

医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）

令和元年10月31日

医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）〈概要〉

	項目	件数 ^{注1}	評価対象
1	学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術	942 件	
①	うち、医療技術評価分科会における評価の対象となるもの	730 件 (新規 290 件 既存 440 件)	○
①-i	うち、先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術 ^{注2} に係るもの	8 件	
②	うち、医療技術評価分科会における評価の対象とならないもの	212 件	
②-i	うち、「基本診療料」または医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができない、制度や指導管理等に係るもの	157 件	×
②-ii	うち、使用する医薬品及び医療機器等について医薬品医療機器等法上の承認が確認できないもの	55 件	
2	先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術	26 件 ^{注3}	○

注1：件数には、重複する提案の数は含まれない。また、今後の検討の進捗によって、変動がありうる。

注2：「先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術」とは、先進医療 A の全ての技術及び医薬品医療機器等法上、未承認の医薬品等を伴わない先進医療 B の技術（平成 28 年度以降に先進医療としての実施が終了したものであって、総括報告書が提出されているものに限る）を指す。

注3：本件数には、学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術に係るものの件数が含まれる。

注4：評価の中には、新規保険収載、既収載技術の増点、減点、廃止、要件の見直し、適応疾患の拡大等が含まれる。

注5：医療技術評価分科会開催までに、材料制度により保険適用された等の提案については、事前に学会との協議の上、提案書取り下げとした。

医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）＜目次＞

1. 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術

① 医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

・・・・・・・・ 3～36 ページ

うち、先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の
技術に係るもの

・・・・・・・・ 37 ページ

② 医療技術評価分科会における評価の対象とならない技術

・・・・・・・・ 38～49 ページ

2. 先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術

・・・・・・・・ 50～51 ページ

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	201202	血漿交換療法（増点について）	日本アフェレンス学会		7
未	203101	アルコール関連疾患患者節酒指導料	日本アルコール・アディクション医学会		13
未	203102	ギャンブル障害の標準的治療プログラム	日本アルコール・アディクション医学会		19
未	204102	気道過敏性検査（メサコリン吸入負荷によるスパイロメータでの1秒量測定）	日本アレルギー学会		31
未	205101	ビッグデータ画像診断管理加算	日本医学放射線学会		36
未	205102	画像診断報告書未確認問題対策	日本医学放射線学会		42
未	205103	小児被ばく低減のための画像診断管理加算	日本医学放射線学会		48
未	205104	人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算	日本医学放射線学会		53
既	205201	画像診断管理加算の改変（MRI装置の医療安全に関する要件追加）	日本医学放射線学会		59
既	205202	画像診断管理加算の改変（地方の中核病院等の要件緩和）	日本医学放射線学会		64
未	208101	免疫抑制剤血中濃度測定（1剤毎）	日本移植学会		69
既	208201	抗HLA抗体検査（スクリーニング検査・抗体特異性同定検査）	日本移植学会		75
既	209201	遺伝カウンセリングの適応拡大	日本遺伝カウンセリング学会		80
既	209202	染色体検査の実施料増点	日本遺伝カウンセリング学会		85
既	209203	難聴の遺伝学的検査	日本遺伝カウンセリング学会		89
未	213101	安全入浴指導管理料	日本温泉気候物理医学会		93
既	214201	大腸カプセル内視鏡検査の算定要件の見直し（適用患者の拡大）	日本カプセル内視鏡学会		98
既	215201	多剤耐性菌に対する併用薬スクリーニングのためのチェッカーボード法（BCプレート'栄研'）	日本化学療法学会		113
既	215202	細菌薬剤感受性検査（薬剤濃度：5段階以上の2倍希釈系列測定）	日本化学療法学会		119
既	216201	淋菌核酸検出における女性尿検体の適応	日本感染症学会		124
未	218101	第12部 放射線治療 薬剤料の節立て	日本核医学会		139
既	218201	ポジトロン断層撮影等（PET検査における新生児加算、乳幼児加算及び幼児加算）	日本核医学会		144

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	218202	核医学診断（他院が撮影した画像に対する核医学診断料の算定）	日本核医学会		151
既	218203	ポジトロン断層撮影 2 18FDGを用いた場合（一連の検査につき）（心臓サルコイドーシスの診断（疑い例を含む））	日本核医学会		156
既	218204	ポジトロン断層撮影及びポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影（薬剤師配置）	日本核医学会		163
既	218205	ポジトロン断層撮影等 施設共同利用率の緩和	日本核医学会		169
未	220101	MRエラストグラフィ	日本肝臓学会、日本消化器病学会		183
未	220102	ナビゲーションシステム(フュージョンイメージング)を用いたラジオ波治療	日本肝臓学会		188
既	227201	多剤耐性結核手術における感染防止加算	日本結核病学会		228
未	229101	電子媒体記録あるいはデータ伝送システムによる夜間血圧測定	日本高血圧学会		232
未	229102	随時尿Na/Crに基づく食塩摂取量指導	日本高血圧学会		238
既	229201	尿中アルブミン定量精密測定	日本高血圧学会		243
既	229202	血圧脈波検査	日本高血圧学会		250
未	230101	Trail Making Test日本版（TMT-J）	日本高次脳機能障害学会		256
未	231101	在宅ハイフローセラピー指導管理料および在宅ハイフローセラピー装置加算	日本呼吸器学会		261
既	231201	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2における遠隔モニタリング	日本呼吸器学会		273
既	231202	在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算	日本呼吸器学会		284
既	231203	時間内歩行試験	日本呼吸器学会		294
既	231204	呼気ガス分析	日本呼吸器学会		298
未	232101	呼吸器顕微内視鏡	日本呼吸器内視鏡学会		318
未	235101	海綿骨スコア（TBS）	日本骨粗鬆症学会		345
未	236101	医科・歯科連携経口摂取改善加算	日本在宅医学会		350
未	237101	胎児心エコー法の遠隔診断料	日本産婦人科医会		408
未	237102	分娩監視装置による諸検査の遠隔判断料	日本産婦人科医会		412

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	237103	妊娠糖尿病連携管理料	日本産婦人科医会		417
未	237104	更年期管理料	日本産婦人科医会		421
未	237105	月経困難症管理料	日本産婦人科医会		426
既	237201	人格検査（エジンバラうつ病質問票）	日本産婦人科医会		436
既	237202	認知機能検査その他の心理検査	日本産婦人科医会		440
未	238101	子宮内膜症指導管理料（新設）	日本産科婦人科学会		448
既	238201	微生物核酸同定・定量検査、 HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定) 算定要件の拡大	日本産科婦人科学会		460
既	238202	微生物核酸同定・定量検査、 HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定) 項目設定の見直し	日本産科婦人科学会		466
未	240101	食道内多チャンネル・インピーダンスpH測定検査	日本消化管学会		471
既	240201	在宅自己注射指導管理料への対象薬剤（ゴリムマブ製剤：潰瘍性大腸炎）追加	日本消化管学会		476
未	242101	消化器軟性内視鏡安全管理料	日本消化器内視鏡学会		481
未	242102	内視鏡的胃食道逆流防止術	日本消化器内視鏡学会		487
既	242201	シングルバルーン内視鏡とダブルバルーン内視鏡の再統一	日本消化器内視鏡学会		492
既	242202	EUS-FNA時のROSE適用拡大	日本消化器内視鏡学会		498
未	244101	適応行動尺度（Vineland-II 日本版）	日本児童青年精神医学会		505
既	245201	術中経食道心エコー連続監視加算の経皮的僧帽弁クリップ術への算定	日本循環器学会		525
既	248201	静脈麻酔	日本小児科学会		538
未	249101	小児アレルギー疾患療養指導料	日本小児アレルギー学会		543
既	249201	小児食物アレルギー負荷検査	日本小児アレルギー学会		549
既	249202	喘息治療管理料	日本小児アレルギー学会		554
既	250201	第3節生体検査料 通則2に内視鏡検査を追加適用（収載）	日本小児栄養消化器肝臓学会		564
既	251201	C161 注入ポンプ加算の算定要件見直し	日本小児感染症学会		575

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	251202	グロブリンクラス別ウイルス抗体価ヒトパルボウイルスB19	日本小児感染症学会		580
既	251203	RSウイルス抗原定性	日本小児感染症学会		584
未	253101	ハイリスク小児連携指導料	日本小児救急医学会		591
未	254101	小児在宅呼吸管理パルスオキシメータ加算	日本小児呼吸器学会		596
未	255101	顆粒球のフローサイトメトリーによるCD16測定	日本小児神経学会		601
既	255201	排痰補助装置治療	日本小児神経学会		606
既	255202	在宅小児経管栄養法指導管理料	日本小児神経学会		611
未	256101	思春期解離体験尺度A-DES (Adolescent dissociative experiences scale)	日本小児心身医学会		616
未	257101	心筋電極を用いた両心室ペースメーカー移植術	日本小児循環器学会		621
未	257102	心筋電極を用いた両心室ペースメーカー交換術	日本小児循環器学会		626
未	257103	心筋電極を用いた植込型除細動器移植術	日本小児循環器学会		631
未	257104	心筋電極を用いた植込型除細動器交換術	日本小児循環器学会		636
未	257105	心筋電極を用いた両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器移植術	日本小児循環器学会		641
未	257106	心筋電極を用いた両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器交換術	日本小児循環器学会		646
未	257108	成人先天性心疾患入院指導管理料	日本小児循環器学会		655
未	257109	成人先天性心疾患外来指導管理料	日本小児循環器学会		659
未	257110	経皮的閉鎖肺動脈弁穿通・拡大術	日本小児循環器学会		663
既	257201	窒素吸入療法	日本小児循環器学会		667
既	257202	胎児心エコー法	日本小児循環器学会		673
既	257203	先天性心疾患の血行動態診断に用いた場合のMRI心臓加算の増点	日本小児循環器学会		678
既	257204	経皮的心房中隔欠損作成術(ラッシュキンド法)	日本小児循環器学会		682
既	258201	MLACD45ゲーティング検査	日本小児腎臓病学会		687

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	259201	小児特定疾患カウンセリング料	日本小児精神神経学会		692
既	260201	急性副腎皮質機能不全(副腎クリーゼ)時のヒドロコルチゾン製剤投与 に対する在宅自己注射指導	日本小児内分泌学会		698
未	263101	ホルモン補充療法(HRT)管理料	日本女性医学学会		704
未	265104	難治性片頭痛・三叉神経自律神経性頭痛指導料	日本神経学会		728
未	265105	単線維筋電図	日本神経学会		734
未	265107	多職種による認知症患者在宅療養指導管理料	日本神経学会		744
既	265201	薬剤投与用カテーテル交換法	日本神経学会		754
既	265202	経鼻栄養・薬剤投与チューブ挿入術	日本神経学会	265201と関連。	761
既	265204	単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量	日本神経学会		772
既	265207	長期脳波ビデオ同時記録検査	日本神経学会		784
未	267101	多発性硬化症患者の脳画像解析プログラムによる脳体積の計測	日本神経免疫学会		787
既	267201	抗筋特異的チロシキナーゼ抗体(抗AChR抗体との同時測定)	日本神経免疫学会		793
既	268201	心身医学療法	日本心身医学会		804
既	268202	神経性やせ症に対する認知行動療法	日本心身医学会		809
既	268203	過敏性腸症候群に対する認知行動療法	日本心身医学会		814
既	268204	神経性過食症に対するセルフヘルプ認知行動療法	日本心身医学会		819
未	271101	慢性心不全に対する和温療法	日本心臓病学会		833
未	272101	心不全再入院予防指導管理料	日本心臓リハビリテーション学会		839
未	272102	心大血管疾患リハビリテーション在宅療法指導管理料	日本心臓リハビリテーション学会		844
既	273201	冠攣縮性狭心症の診断における冠攣縮誘発薬物負荷試験	日本心血管インターベンション治療 学会		853
既	273202	コンピューター断層診断	日本心血管インターベンション治療 学会		859
既	275201	慢性痛に対する認知療法・認知行動療法	日本心療内科学会		865

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	276101	腎容積測定加算	日本腎臓学会		870
既	276201	経皮的腎生検	日本腎臓学会		875
既	276202	薬物治療抵抗性・進行性原発性ネフローゼ症候群に対するLDLアフェレシス療法	日本腎臓学会		880
既	276203	重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス(LDL-A)療法	日本腎臓学会		886
未	277101	透析リハビリテーション料	日本腎臓リハビリテーション学会		891
未	279101	覚醒維持検査	日本睡眠学会		911
未	279102	アクチグラフ	日本睡眠学会		916
既	279201	終夜睡眠ポリグラフィ	日本睡眠学会		921
既	279202	睡眠関連低換気障害群に対する経皮PCO2連続測定	日本睡眠学会		927
既	279203	認知療法・認知行動療法	日本睡眠学会		933
未	281101	電子的頭痛ダイアリーによる難治性頭痛の遠隔診断、治療支援技術	日本頭痛学会		936
未	284101	精神科作業療法の適用拡大 認知機能リハビリテーション	日本精神科病院協会		946
既	284213	入院生活技能訓練療法	日本精神科病院協会		1032
既	285211	光トポグラフィー	日本精神神経学会		1132
既	287201	脊髄障害患者に対する間歇的導尿（一日につき）	日本脊髄障害医学会		1151
未	288101	摂食嚥下障害検査	日本摂食嚥下リハビリテーション学会		1158
既	288202	嚥下造影多職種連携評価加算	日本摂食嚥下リハビリテーション学会		1172
既	288203	嚥下調整食加算	日本摂食嚥下リハビリテーション学会		1177
未	289101	尿中有機酸分析	日本先天代謝異常学会		1182
未	289102	血中極長鎖脂肪酸検査	日本先天代謝異常学会		1187
未	289103	タンデムマス分析	日本先天代謝異常学会		1192
未	291102	特定薬剤治療管理料対象薬として「ブスルファン注射液」を追加	日本造血細胞移植学会		1217

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	291103	移植後微生物核酸同定・定量検査	日本造血細胞移植学会		1222
未	291104	自家末梢血幹細胞移植安全管理加算	日本造血細胞移植学会		1227
既	294201	脳磁図	日本てんかん学会		1248
既	294202	長期継続頭蓋内脳波検査（1日につき）	日本てんかん学会		1254
既	294203	長期脳波ビデオ同時記録検査（1日につき）	日本てんかん学会		1260
未	295101	血液透析アクセス日常管理加算	日本透析医学会		1265
未	295102	在宅透析患者管理における遠隔モニタリング加算	日本透析医学会		1269
既	295201	人工腎臓 回数は正	日本透析医学会		1273
既	295202	感染症免疫学的検査	日本透析医学会		1277
既	295203	人工腎臓導入期加算	日本透析医学会		1281
未	296101	糖尿病重症化予防データ解析指導管理（遠隔）料	日本糖尿病学会		1285
既	296201	持続血糖測定器加算（SAP療法について）の算定要件見直し	日本糖尿病学会		1291
既	296202	持続血糖測定器加算（リアルタイムCGM）の適応条件の見直し	日本糖尿病学会		1297
既	298201	血漿交換療法（家族性高コレステロール血症）	日本動脈硬化学会		1313
未	299101	意思決定支援管理料	日本内科学会		1317
未	301101	人工距骨全置換術	日本足の外科学会		1323
未	302101	先進画像加算：肝細胞特異性造影剤を用いた肝悪性腫瘍MR	日本医学放射線学会		1327
未	302102	乳房トモシンセシス	日本医学放射線学会		1332
既	302201	コンピューター断層診断の増点	日本医学放射線学会		1337
既	302202	コンピューター断層撮影（CT撮影）の見直し	日本医学放射線学会		1342
既	302203	先進画像加算：冠動脈CT撮影加算の見直し	日本医学放射線学会		1347
未	303101	十二指腸局所切除術（腹腔鏡下、内視鏡併用）	日本胃癌学会		1352

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	303201	胃悪性腫瘍手術胃局所切除術（腹腔鏡下、内視鏡併用）	日本胃癌学会		1356
未	304102	臍島移植術	日本移植学会		1365
既	304201	生体腎移植術	日本移植学会		1370
未	305101	経皮的膿胸ドレナージ術（膿胸）（画像ガイド下）	日本インターベンショナルラジオロジー学会		1374
未	306105	再診時の他医撮影MRI、CT読影料	日本運動器科学会		1396
既	306205	小児運動器疾患指導管理料（適応年齢の引き上げ）	日本運動器科学会		1416
未	307101	高次収差解析	日本角膜学会		1428
未	307102	眼感染症疾患に対する迅速診断（PCR法）	日本角膜学会		1433
未	307103	涙液動態検査	日本角膜学会		1438
未	307104	マイボーム腺機能検査	日本角膜学会		1443
既	307201	前眼部三次元画像解析の適応拡大	日本角膜学会		1448
既	307202	角膜移植術における内皮移植加算	日本角膜学会		1453
既	307203	羊膜移植術（通則14の適用）	日本角膜学会		1458
既	307204	羊膜移植術（施設基準の見直し）	日本角膜学会		1463
既	307205	コントラスト感度検査（適応拡大）	日本角膜学会		1468
未	308101	腱固定術・肩	日本肩関節学会		1473
未	308102	腱固定術・肩・関節鏡下	日本肩関節学会		1477
未	308103	肩腱板断裂手術（腱板断裂5cm未満）（腱固定術を伴う）	日本肩関節学会		1481
未	308104	肩腱板断裂手術（腱板断裂5cm未満）（関節鏡下）（腱固定術を伴う）	日本肩関節学会		1485
未	310101	電子画像精度管理料	日本眼科医会		1489
未	310102	洗眼	日本眼科医会		1493
既	310201	手術通則14の改正	日本眼科医会		1497

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	310202	屈折検査(6歳未満)と矯正視力検査の同時請求	日本眼科医会		1501
既	310203	アノマロスコープ	日本眼科医会		1505
既	310205	眼鏡処方箋発行加算	日本眼科医会		1511
既	310207	硝子体内注射	日本眼科医会		1520
未	311101	全視野精密網膜電図	日本眼科学会		1525
未	311102	実用視力	日本眼科学会		1529
未	311103	局所黄斑網膜電図	日本眼科学会		1533
既	311201	ロービジョン検査判断料	日本眼科学会		1537
既	311202	コンタクトレンズ検査料 1	日本眼科学会		1540
既	311203	蛍光眼底撮影 広角眼底撮影加算	日本眼科学会		1543
未	312101	水晶体再建術 4 特殊眼内レンズを挿入する場合	日本眼科手術学会		1547
既	312201	水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合	日本眼科手術学会		1552
既	312202	眼瞼内反症手術(眼瞼下制筋前転法)	日本眼科手術学会		1556
既	313201	関節鏡下膝十字靭帯形成手術複数靭帯加算	日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 (JOSKAS)		1561
既	313202	高位脛骨骨切り術に伴う膝関節鏡下手術加算	日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 (JOSKAS)		1566
未	314101	膵頭十二指腸切除術(ロボット支援)	日本肝胆膵外科学会		1571
未	314102	膵頭十二指腸切除術(リンパ節郭清を伴う)(腹腔鏡下)	日本肝胆膵外科学会		1575
未	314103	腹腔鏡下移植用部分肝採取術(生体)(外側区域切除)	日本肝胆膵外科学会		1580
既	314201	「術中血管等描出撮影加算」の描出対象拡大(胆管、肝区域、肝癌)	日本肝胆膵外科学会		1585
既	314202	腹腔鏡下肝部分切除術(複数箇所)の算定	日本肝胆膵外科学会		1590
未	316101	救命のための骨髄路確保	日本救急医学会		1597
既	316201	コンピューター断層診断料の緊急読影加算	日本救急医学会		1616

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	316202	デブリードマン（重症軟部組織感染症）	日本救急医学会		1619
既	316204	骨折観血的手術・肋骨	日本救急医学会		1625
既	316205	輪状甲状靭帯切開	日本救急医学会		1628
既	317201	経皮的大動脈弁置換術	日本胸部外科学会		1631
未	318101	自家脂肪注入	日本形成外科学会		1636
未	318102	皮膚・皮下腫瘍摘出術・露出部、長径8cm以上	日本形成外科学会		1641
未	318104	先天性リンパ浮腫・静脈奇形の弾性ストッキング固定	日本形成外科学会		1650
既	318201	創外固定器加算	日本形成外科学会		1655
既	318202	局所陰圧閉鎖療法	日本形成外科学会		1659
既	318203	乳房再建術(ゲル充填人工乳房によるもの)適応拡大	日本形成外科学会		1664
既	318204	術中血管等描出撮影加算の適応拡大（皮弁・創縁・血管吻合部の血流評価）	日本形成外科学会		1669
既	318205	乳房再建術（遊離皮弁によるもの）の点数の見直し（増点）	日本形成外科学会		1674
既	318206	超音波凝固切開装置等加算適応拡大	日本形成外科学会		1679
既	318207	同一手術野または同一病巣につき2以上の組織移植手術を同時に行った費用の算定	日本形成外科学会		1684
既	319201	手術通則14の改正	日本外科学会		1688
既	319202	自動縫合器・自動吻合器加算の適応拡大	日本外科学会		1692
未	320101	術後回復促進加算	日本外科代謝栄養学会		1695
既	321201	末梢動静脈瘻造設術	日本血管外科学会		1701
未	322101	口腔粘膜の蛍光観察検査,口腔粘膜疾患の電子的診療情報評価料	日本口腔科学会		1704
未	322102	顎関節人工関節置換手術	日本口腔科学会		1709
未	323101	人工関節再置換術・股関節(摺動面のみ)	日本股関節学会		1713
未	323102	画像等手術支援加算 3次元画像に基づく3次元術前計画ソフトによるもの	日本股関節学会		1718

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	324101	肺悪性腫瘍手術 区域切除（ロボット支援）	日本呼吸器外科学会		1723
未	324102	拡大胸腺摘出術（重症筋無力症に対する）（ロボット支援）	日本呼吸器外科学会		1728
既	324201	肺切除術(肺葉切除)(胸腔鏡下)	日本呼吸器外科学会		1733
既	324202	肺切除術(区域切除)(胸腔鏡下)	日本呼吸器外科学会		1738
既	324203	肺切除術(部分切除2箇所以上)(胸腔鏡下)	日本呼吸器外科学会		1742
既	324204	肺切除術(部分切除1箇所)(胸腔鏡下)	日本呼吸器外科学会		1746
既	324205	拡大胸腺摘除術（開胸）（重症筋無力症に対する）	日本呼吸器外科学会		1750
既	324206	縦隔悪性腫瘍手術（広範摘出）	日本呼吸器外科学会		1755
既	324207	縦隔悪性腫瘍手術（単純摘出）	日本呼吸器外科学会		1760
既	324208	死体肺移植用肺採取術	日本呼吸器外科学会		1765
未	325101	気管支鏡下術前肺マーキング	日本呼吸器内視鏡学会		1769
未	325102	経気管支凍結生検法	日本呼吸器内視鏡学会		1774
既	325201	仮想気管支鏡による画像等検査支援	日本呼吸器内視鏡学会		1778
既	325202	気管・気管支ステント留置術（硬性鏡によるもの）	日本呼吸器内視鏡学会		1783
未	326102	関節内変形治癒骨折矯正手術	日本骨折治療学会		1792
未	326103	コンピューター支援骨形態制御手術（創外固定器による）	日本骨折治療学会		1797
未	327101	仙骨腔固定術（ロボット支援）	日本産科婦人科学会		1802
未	327102	子宮筋腫摘出術（子宮鏡下電解質利用）	日本産科婦人科学会		1807
未	327103	子宮内膜ポリープ切除術（子宮鏡下電解質利用）	日本産科婦人科学会		1812
未	327104	腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清	日本産科婦人科学会		1817
未	327105	子宮悪性腫瘍手術（広汎切除）（ロボット支援）	日本産科婦人科学会		1822
既	327201	異所性妊娠手術 2.腹腔鏡によるもの	日本産科婦人科学会		1827

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	327202	ヒステロスコーピー(硬性鏡) (生検)	日本産科婦人科学会		1832
既	327203	緊急帝王切開術	日本産科婦人科学会		1836
既	327204	子宮腔上部切断術と子宮付属器腫瘍摘出術(開腹)の複数手術特例拡大	日本産科婦人科学会		1839
既	327205	子宮腔上部切断術(腹腔鏡下)と子宮付属器腫瘍摘出術(腹腔鏡下)の複数手術特例拡大	日本産科婦人科学会	327204と関連。	1842
未	328101	外陰・腔細胞採取料	日本産婦人科医会		1845
既	328201	流産手術 1 妊娠11週までの場合 2 その他のもの	日本産婦人科医会		1849
既	328202	帝王切開術	日本産婦人科医会		1852
既	328203	ペッサリー抜去術	日本産婦人科医会		1855
既	328204	子宮出血止血法の増点	日本産婦人科医会		1858
未	329101	全身(広範囲)MRIによる悪性腫瘍(原発巣および転移)の診断	日本磁気共鳴医学会		1861
既	329201	先進画像加算:心臓MRI撮影加算の見直し	日本磁気共鳴医学会		1866
既	329202	磁気共鳴コンピューター断層撮像(MRI撮像)の見直し	日本磁気共鳴医学会		1871
既	330201	貯血式自己血輸血管理体制加算	日本自己血輸血・周術期輸血学会		1876
既	330202	術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの) 1 濃縮及び洗浄を行うもの	日本自己血輸血・周術期輸血学会		1881
既	330203	術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの) 1 濃縮及び洗浄を行うもの	日本自己血輸血・周術期輸血学会		1885
既	330204	術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの) 2 濾過を行うもの	日本自己血輸血・周術期輸血学会		1889
既	330205	術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの) 2 濾過を行うもの	日本自己血輸血・周術期輸血学会		1893
未	331101	ロボット支援手術(喉頭・下咽頭悪性腫瘍手術、 中咽頭悪性腫瘍手術(前壁切除)、中咽頭悪性腫瘍手術(前壁以外))	日本耳鼻咽喉科学会		1897
未	331102	鏡視下咽喉頭悪性腫瘍手術(喉頭、中咽頭、下咽頭悪性腫瘍手術) (内視鏡下手術用ロボットを用いない手術)	日本耳鼻咽喉科学会		1903
未	331103	内喉頭筋内注射(ボツリヌス毒素を用いた場合)	日本耳鼻咽喉科学会		1908
未	331104	前庭誘発筋電位(Vestibular evoked myogenic potentials)	日本耳鼻咽喉科学会		1913
未	331105	アレルギー性鼻炎免疫療法指導管理料	日本耳鼻咽喉科学会		1917

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	331201	遊戯聴力検査の乳幼児加算（3-5歳児）	日本耳鼻咽喉科学会		1921
未	332101	斜視注射（片眼につき）（ボツリヌス毒素を用いた場合）	日本弱視斜視学会		1924
未	332102	斜視手術（調節糸法）	日本弱視斜視学会		1929
未	332103	眼科学的検査料（知的障害児（者）に行われた場合の評価）	日本弱視斜視学会		1935
既	332201	不等像視検査	日本弱視斜視学会		1940
未	333101	胎児輸血	日本周産期・新生児医学会		1944
未	333102	臍帯穿刺	日本周産期・新生児医学会		1948
未	333103	胎児MRI	日本周産期・新生児医学会		1952
既	333201	胎児外回転術	日本周産期・新生児医学会		1956
既	334205	人工呼吸 5時間を超える場合	日本集中治療医学会		1979
未	335101	高解像度食道運動機能検査	日本消化管学会		1983
未	335102	C13呼吸気試験法胃排出能検査	日本消化管学会		1989
未	335103	胃悪性腫瘍手術（全摘・空腸嚢作製術を伴う）	日本消化管学会		1994
既	335201	小腸結腸内視鏡的止血術（バルーン内視鏡を使用した場合）	日本消化管学会		1999
未	336101	腹膜播種に対する腹膜切除＋術中温熱化学療法	日本消化器外科学会		2004
未	336102	経肛門吻合を伴う直腸切除術（ISRを伴うもの）	日本消化器外科学会		2009
既	336201	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除(K-719-3)に腹腔鏡下肝部分切除(K695-2)、腹腔鏡下直腸切除・切断術(K-740-2)に腹腔鏡下肝部分切除(K695-2)、腹腔鏡下肝外側区域切除(K695-2)に腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除(K-719-3)、腹腔鏡下肝外側区域切除(K695-2)に腹腔鏡下直腸切除・切断術(K-740-2)	日本消化器外科学会		2014
既	336202	2箇所以上を超える肝切除に対する算定	日本消化器外科学会	314202と関連。	2019
既	336203	側方郭清を伴う直腸切除・切断術	日本消化器外科学会		2023
既	336204	肝切除術 再肝切除にかかわる癒着剥離術の算定	日本消化器外科学会		2028
未	337101	経口胆道鏡下結石破砕術	日本消化器内視鏡学会		2032
未	337102	内視鏡電子画像管理加算	日本消化器内視鏡学会		2038

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	338101	バルーン内視鏡を用いた全大腸内視鏡	日本消化器病学会		2043
既	338201	小腸・結腸狭窄部拡張術（バルーン内視鏡によるもの） の一入院中の回数制限の緩和	日本消化器病学会		2049
既	338202	十二指腸粘膜下層剥離術	日本消化器病学会		2054
未	339101	胸骨挙上用固定具（ペクタスバー）抜去術	日本小児外科学会		2058
未	339102	食道瘻造設術	日本小児外科学会		2063
未	339103	脾固定術（腹腔鏡下）	日本小児外科学会		2067
未	339105	会陰裂創縫合術（分娩時以外）	日本小児外科学会		2071
既	339201	腹腔鏡下胃瘻造設術の増点	日本小児外科学会		2075
既	339202	手術通則7の適応拡大	日本小児外科学会		2079
既	339203	処置（肛門拡張法）における小児加算	日本小児外科学会学		2083
既	339204	その他の検体採取(D419)に対する乳幼児加算	日本小児外科学会		2087
既	339205	自動縫合器加算の適応	日本小児外科学会		2092
既	340201	陰茎様陰核形成術に伴う陰唇形成・膣形成術	日本小児泌尿器科学会		2097
未	341101	慢性静脈不全に伴う潰瘍に対する圧迫療法	日本静脈学会		2102
未	341102	空気容積脈波法	日本静脈学会		2107
既	341202	リンパ浮腫複合的治療	日本静脈学会	380201、601201、 602203 と関連。	2116
既	342201	C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料の改正（適応拡大）	日本静脈経腸栄養学会		2132
未	343101	局所陰圧閉鎖処置 持続洗浄	日本褥瘡学会		2138
未	343102	壊死組織とバイオフィルムの管理的除去	日本褥瘡学会		2144
既	343201	重度褥瘡処置の算定期間の要件緩和	日本褥瘡学会		2154
既	343202	長期療養患者における褥瘡処置点数の増点	日本褥瘡学会		2158
未	344101	食道切除術（切除のみ、胸部食道）	日本食道学会		2163

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	344102	食道悪性腫瘍手術（消化管再建を伴う） （頸部、腹部の操作）（ロボット支援下）	日本食道学会		2167
未	344103	食道大動脈瘤手術（切除のみ）	日本食道学会	344101と関連。	2171
既	344201	脊髄誘発電位測定等加算 食道悪性腫瘍手術に用いた場合の追加	日本食道学会		2176
既	344202	食道悪性腫瘍手術における有茎腸管移植加算	日本食道学会		2181
既	345201	経皮的冠動脈ステント留置術（その他）	日本心血管インターベンション治療 学会		2189
既	345202	経皮的冠動脈ステント留置術(不安定狭心症に対する)	日本心血管インターベンション治療 学会		2193
既	345203	経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞に対する）	日本心血管インターベンション治療 学会		2197
既	345204	経皮的冠動脈形成術(その他)	日本心血管インターベンション治療 学会		2201
既	345205	経皮的冠動脈形成術(不安定狭心症に対する)	日本心血管インターベンション治療 学会		2205
既	345206	経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞に対する)	日本心血管インターベンション治療 学会		2208
既	345207	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテー テル）	日本心血管インターベンション治療 学会		2212
既	346201	人工臓器療法	日本人工臓器学会		2216
既	346204	局所陰圧閉鎖処置	日本人工臓器学会		2229
既	347201	手術通則14の改正	日本心臓血管外科学会		2239
既	347202	手術通則14の改正（2）	日本心臓血管外科学会		2243
未	348101	血液粘弾性検査による輸血管理加算の設置	日本心臓血管麻酔学会		2247
既	348201	L001-2 静脈麻酔 30分な体制で行われる長時間なもの（複雑な場 合）	日本心臓血管麻酔学会		2254
既	348202	超音波ガイド下末梢神経ブロック	日本心臓血管麻酔学会		2258
未	349101	術後排尿障害指導管理料	日本ストーマ・排泄リハビリテ ーション学会		2262
既	349201	ストーマ処置（1日につき）の合併症加算	日本ストーマ・排泄リハビリテ ーション学会		2267
未	350101	悪性骨・軟部腫瘍手術（処理骨移植を伴うもの）	日本整形外科学会		2276
未	350102	椎間板内酵素注入療法（化学的髄核融解術）	日本整形外科学会		2281
未	350103	放射線被ばく下操作が必要な手術に対するの加算	日本整形外科学会		2286

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	350201	側弯症手術と悪性骨腫瘍手術における術中ナビゲーション加算の適応追加	日本整形外科学会		2291
既	350202	内視鏡下椎弓形成術における複数椎間加算	日本整形外科学会		2296
既	350203	通則14の追加：内視鏡下椎間板切除術、内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎弓形成術	日本整形外科学会		2301
既	350204	褥瘡ハイリスク患者ケア加算にギプス固定と銅線牽引治療の追加	日本整形外科学会		2306
既	350205	四肢切断術 指（手、足）	日本整形外科学会		2311
既	352201	関節鏡下半月板縫合術（複雑）	日本整形外科スポーツ医学会		2314
未	353101	ソノヒステログラフィ	日本生殖医学会		2318
未	354101	用手的呼吸補助を併用した肺、気管支内喀痰吸引法（脊髄損傷患者）	日本脊髄障害医学会		2322
未	354102	起立性低血圧予防訓練（脊髄損傷患者）	日本脊髄障害医学会		2327
未	355101	頸椎人工椎間板置換術	日本脊椎脊髄病学会		2332
未	355103	筋肉量測定（BIA法）	日本脊椎脊髄病学会		2342
既	355201	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	日本脊椎脊髄病学会		2347
既	355202	脊椎固定術の患者適合型手術支援ガイド	日本脊椎脊髄病学会		2352
未	356101	高度脊柱変形に対する椎間板郭清または椎体骨切りを伴う後方矯正固定術	日本側彎症学会		2357
未	356102	立位全身骨撮影	日本側彎症学会		2362
未	356103	立位全身骨撮影（術前精密検査）	日本側彎症学会		2367
未	357101	直腸肛門機能訓練	日本大腸肛門病学会		2372
未	357102	回腸囊ファイバースコープ	日本大腸肛門病学会		2376
既	357201	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料①経肛門的洗腸療法材料加算の新設 ②適用患者（対象患者）の拡大	日本大腸肛門病学会		2388
既	357202	クローン病に対する小腸切除術	日本大腸肛門病学会		2393
既	357203	直腸脱手術（経肛門的）（人工靭帯を用いたもの）	日本大腸肛門病学会		2397
既	357204	ハルトマン術後腸管再建	日本大腸肛門病学会		2401

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	358101	胆管悪性腫瘍手術（血行再建を伴うもの）	日本胆道学会		2408
未	358102	十二指腸乳頭切除術	日本胆道学会		2412
既	359201	超音波エラストグラフィー	日本超音波医学会		2416
未	360101	知覚再教育	日本手外科学会		2421
既	360201	前腕から手根部における腱縫合術の複数加算	日本手外科学会		2425
既	360202	骨切り術(カスタムガイドを用いる)	日本手外科学会		2429
既	360203	変形治癒骨折矯正手術(カスタムガイドを用いる)	日本手外科学会		2434
既	360204	靭帯性腱鞘内注射	日本手外科学会		2439
既	360205	複数手術に関する費用の特例の対象手術に神経再生誘導術を追加	日本手外科学会		2444
既	360206	関節鏡下手根管開放術の増点	日本手外科学会		2449
未	361101	ロボット支援下による頭蓋内電極植込術	日本てんかん学会		2454
未	362101	全結腸・直腸切除囊肛門吻合術(腹腔鏡下)	日本内視鏡外科学会		2466
未	362102	膵体尾部切除術(ロボット支援)	日本内視鏡外科学会		2470
未	362103	左心耳閉鎖術（胸腔鏡下）	日本内視鏡外科学会		2475
既	362201	超音波凝固切開装置（内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出）	日本内視鏡外科学会		2481
未	363101	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘および片側頸部外側区域郭清を含む）	日本内分泌外科学会		2485
未	363102	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘および両側頸部外側区域郭清を含む）	日本内分泌外科学会		2489
未	363103	甲状腺悪性腫瘍手術（片葉切除および片側頸部外側区域郭清を含む）	日本内分泌外科学会		2493
既	363201	脊髄誘発電位測定等加算	日本内分泌外科学会		2497
既	363202	脊髄誘発電位測定等加算	日本内分泌外科学会		2500
既	363203	超音波凝固切開装置等加算	日本内分泌外科学会		2503
未	364101	人工乳房抜去術	日本乳癌学会		2506

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	364102	対側乳房縮小・固定術（乳房再建後）	日本乳癌学会		2511
既	364201	予防的乳房切除術	日本乳癌学会		2515
既	364202	超音波凝固切開装置等加算	日本乳癌学会		2520
既	364203	組織拡張器による再建手術（乳房一次再建）	日本乳癌学会		2525
既	364204	ゲル充填人工乳房による再建手術に関する改正	日本乳癌学会		2529
既	365201	組織拡張器による再建手術-1 乳房（再建手術）の場合の適応拡大	日本乳房オンコプラスチックサー ジャーリー学会		2533
未	366101	脳動静脈奇形摘出術・SM-grade 3,4,5	日本脳神経外科学会		2538
未	366102	頭蓋内モニタリング装置挿入術	日本脳神経外科学会		2542
未	366103	頭蓋内モニタリング管理料	日本脳神経外科学会		2547
既	366201	特発性正常圧水頭症(iNPH)シャント術加算	日本脳神経外科学会		2552
既	366202	脳血管CT加算、特殊脳MRI加算	日本脳神経外科学会		2557
既	366203	手術医療機器等加算K930 脊髄誘発電位測定等加算 1	日本脳神経外科学会		2561
既	366204	経頭蓋集束超音波治療	日本脳神経外科学会		2566
未	368101	膀胱鏡下ポツリヌス毒素注入手術	日本排尿機能学会		2571
未	368102	内圧尿流測定（プレッシャーフロースタディ）	日本排尿機能学会		2576
未	369101	経尿道的レーザー前立腺蒸散術	日本泌尿器科学会		2586
未	369102	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術（光力学診断を用いた場合）	日本泌尿器科学会		2591
未	369103	経皮的腎瘻拡張術	日本泌尿器科学会		2596
未	369104	膀胱結石、異物摘出術：1.経尿道的手術（レーザーによるもの）	日本泌尿器科学会		2600
既	369201	経皮的腎瘻造設・膀胱瘻造設キット	日本泌尿器科学会		2604
既	369202	複数手術に係る費用の特例の追加 通則14	日本泌尿器科学会		2609
未	370101	腎盂尿管吻合術（腎盂形成術を含む）（ロボット支援）	日本泌尿器内視鏡学会		2614

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	370102	リンパ節群郭清術・後腹膜（腹腔鏡下）	日本泌尿器内視鏡学会		2620
未	370103	尿管切石術（腹腔鏡下）	日本泌尿器内視鏡学会		2624
未	370104	尿管皮膚瘻造設術（腹腔鏡下）	日本泌尿器内視鏡学会		2629
未	370105	腎盂切石術（腹腔鏡下）	日本泌尿器内視鏡学会		2633
既	370201	通則14の改定（複数手術に係る費用の特例）	日本泌尿器内視鏡学会		2638
既	370202	「K939 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの（2,000点） 2 実物大臓器立体モデルによるもの（2,000点）」の腎部分切除術（K773、K773-2、K773-3、K773-4、K773-5、K769、K769-2、K769-3）への適応拡大	日本泌尿器内視鏡学会		2643
既	370203	「K939 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの（2,000点） 2 実物大臓器立体モデルによるもの（2,000点）」の経皮的尿路結石除去術（K764）への適応拡大	日本泌尿器内視鏡学会		2648
未	371101	皮膚病像撮影料	日本皮膚科学会		2653
未	371102	爪甲処置（爪甲肥厚症、爪甲鉤彎症）	日本皮膚科学会		2657
未	371103	多血小板を用いた難治性皮膚潰瘍治療	日本皮膚科学会		2661
既	371201	鶏眼、胼胝処置	日本皮膚科学会		2667
既	371202	皮膚科光線療法(2)長波紫外線又は中波紫外線療法(3)中波紫外線療法	日本皮膚科学会		2670
既	371203	皮膚科軟膏処置	日本皮膚科学会		2673
未	372101	スリーブ状胃切除・バイパス術(腹腔鏡下)	日本肥満症治療学会		2676
未	372102	減量手術周術期管理加算	日本肥満症治療学会		2680
既	372201	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)(適応拡大について)	日本肥満症治療学会		2685
既	372202	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)(施設基準緩和について)	日本肥満症治療学会		2690
既	372203	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)(増点について)	日本肥満症治療学会		2695
既	372204	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)(適応疾患の追加について)	日本肥満症治療学会		2700
既	372205	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)(施設基準の追加について)	日本肥満症治療学会		2705
未	373101	腹腔内圧測定	日本腹部救急医学会		2710
未	373102	ICG消化管血流測定	日本腹部救急医学会		2714

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	373201	内視鏡的結腸軸捻転解除術	日本腹部救急医学会		2718
既	373202	急性胆嚢炎に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術の増点	日本腹部救急医学会		2721
既	373203	広汎な洗浄行為が必要であった場合には 主手術に加えて急性汎発性腹膜炎手術を加算する	日本腹部救急医学会		2724
既	373205	肝部分切除術（複数箇所）の算定	日本腹部救急医学会	314202と重複、336201 と関連。	2730
既	373206	外来緊急開腹手術	日本腹部救急医学会		2733
未	374102	センチネルリンパ節生検術（女子外性器悪性腫瘍）	日本婦人科腫瘍学会		2741
未	375101	左心耳閉鎖術（経皮的）	日本不整脈心電学会		2745
未	375102	外科的左心耳閉鎖術	日本不整脈心電学会		2750
既	375201	ペースメーカー移植術（電極一体型）	日本不整脈心電学会		2755
既	375202	経静脈電極除去術（レーザーシース使用）	日本不整脈心電学会		2758
既	375203	経皮的カテーテル心筋焼灼術（付加手技を伴う場合）	日本不整脈心電学会		2763
既	375204	両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器交換術	日本不整脈心電学会		2768
既	375205	植込型除細動器交換術	日本不整脈心電学会		2773
既	375206	経静脈電極除去術 レーザーシースを用いないもの	日本不整脈心電学会		2777
既	375207	経皮的カテーテル心筋焼灼術 その他のもの	日本不整脈心電学会		2781
未	376101	高周波パルス療法	日本ペインクリニック学会		2786
既	377201	鼠径ヘルニア手術（複雑なもの）	日本ヘルニア学会		2794
既	378201	麻酔管理料Ⅱの算定要件の明確化	日本麻酔科学会		2798
既	378202	L009 麻酔管理料（Ⅰ） 4 長時間麻酔管理加算	日本麻酔科学会		2803
未	379101	眼底直視下微小視野検査（片眼）	日本網膜硝子体学会		2808
既	379201	眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合の広角眼底撮影加算	日本網膜硝子体学会		2812
既	380201	リンパ浮腫複合的治療料	日本リハビリテーション医学会	341202、601201、 602203と関連。	2817

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	381101	緑内障術後管理加算	日本緑内障学会		2823
未	381102	角膜中央厚測定	日本緑内障学会		2828
未	381103	眼圧日内変動検査	日本緑内障学会		2832
既	381201	緑内障濾過手術	日本緑内障学会		2836
未	382101	腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（ハルトマン術後）	日本臨床外科学会	357204と関連。	2841
未	382102	経肛門吻合を伴う直腸切除術（腹腔鏡下）	日本臨床外科学会	336102と関連。	2846
未	382103	腹腔鏡下超低位前方切除術（経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの）	日本臨床外科学会	336102、382102と関連。	2851
未	382105	低位前方切除術（ロボット支援）	日本臨床外科学会		2859
既	382201	人工肛門増設加算	日本臨床外科学会		2863
既	382202	腹腔鏡下直腸脱手術（K742-2）メッシュとタッカー代の償還	日本臨床外科学会		2866
既	382203	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、1 頸部、胸部、腹部操作によるもの	日本臨床外科学会		2869
既	382204	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、2 胸部、腹部操作によるもの	日本臨床外科学会		2872
既	382206	在宅経肛門自己洗腸指導管理料	日本臨床外科学会	357201と関連。	2878
既	382207	腓頭十二指腸切除（リンパ節・腓頭神経叢郭清を伴う）	日本臨床外科学会		2881
既	382208	鎖肛（K751）に併施する仙尾部奇形腫手術	日本臨床外科学会		2885
未	383101	運動器不安定症訓練法	日本臨床整形外科学会		2888
未	383102	上腕、大腿以遠部の伝達麻酔	日本臨床整形外科学会		2892
未	383103	小関節（周辺）骨折に対するテーピング	日本臨床整形外科学会		2896
未	383104	運動器物理療法料	日本臨床整形外科学会		2900
既	383201	エコーガイド下伝達麻酔	日本臨床整形外科学会		2905
既	383202	神経幹内注射（超音波ガイド下）	日本臨床整形外科学会		2909
既	383203	上肢伝達麻酔	日本臨床整形外科学会	383102と関連。	2914

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	383204	消炎鎮痛等処置複数部位加算	日本臨床整形外科学会		2918
既	383205	小関節テーピング（絆創膏固定術）	日本臨床整形外科学会		2922
既	383206	神経ブロックとトリガーポイント注射との部位別算定可	日本臨床整形外科学会		2926
既	383207	靭帯性腱鞘内注射	日本臨床整形外科学会	360204と重複。	2930
既	383208	骨折非観血的整復術複数加算	日本臨床整形外科学会		2934
既	385201	頭蓋内腫瘍摘出術 原発性悪性脳腫瘍光線力学的療法加算	日本レーザー医学会		2942
既	385202	Qスイッチ付きレーザー照射療法	日本レーザー医学会		2948
既	385203	内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	日本レーザー医学会		2952
既	385204	Qスイッチ付きレーザー照射療法	日本レーザー医学会		2956
未	402101	顎関節症検査(顎関節・咀嚼筋検査)	日本顎関節学会		2959
既	402201	顎関節受動術（徒手の受動術）	日本顎関節学会		2964
既	402202	歯科口腔リハビリテーション料2	日本顎関節学会		2970
未	403101	下顎全顎的高度顎堤吸収部への顎骨支持型装置埋入術	日本顎顔面インプラント学会		2975
既	404201	「口蓋補綴、顎補綴装置」の製作時および床裏装時における軟質材料の適用	日本顎顔面補綴学会		2980
未	407101	上顎骨形成術ならびに下顎骨形成術における超音波切削機器加算	日本顎変形症学会		2986
既	407201	上顎骨形成術ならびに下顎骨形成術における三次元シミュレーション	日本顎変形症学会		2990
既	407202	下顎骨形成術における歯槽骨切り術の算定	日本顎変形症学会		2993
既	407203	顎変形症患者を対象とした咀嚼能力検査	日本顎変形症学会		2996
既	408201	厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常に係る適応症の拡大	日本矯正歯科学会		2999
既	408202	予測模型の適応拡大	日本矯正歯科学会		3004
既	408203	インビジブルリテーナー	日本矯正歯科学会		3009
未	409101	歯槽骨密度評価	日本口腔インプラント学会		3013

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	409201	歯科訪問診療における無歯顎症例のインプラント周囲粘膜炎・周囲炎への検査と基本治療	日本口腔インプラント学会		3019
既	412201	三叉神経ニューロパチーの歯科特定疾患療養管理	日本口腔顔面痛学会		3023
未	413101	顎関節人工関節全置換術	日本口腔外科学会		3028
未	413102	口腔粘膜の蛍光観察検査,口腔粘膜疾患の電子的診療情報評価料	日本口腔外科学会		3033
未	413103	超難度埋伏智歯抜歯(著しく困難なもの)	日本口腔外科学会		3039
未	413104	頬脂肪体弁手術	日本口腔外科学会		3045
未	413105	閉塞性睡眠時無呼吸症に対する口腔内装置の下顎タイトレーション法	日本口腔外科学会		3050
既	413201	神経再生誘導術(即時)	日本口腔外科学会		3054
既	413202	上顎エナメル上皮腫手術	日本口腔外科学会		3058
既	413203	下顎骨悪性腫瘍手術、切断、オトガイ部を含む	日本口腔外科学会		3062
既	413204	閉塞性睡眠時無呼吸症に対する顎顔面形態評価のための頭部側方X線規格撮影の適応	日本口腔外科学会		3065
既	413205	抜歯手術における歯科薬剤の算定に関する基準の見直し	日本口腔外科学会		3070
未	417101	咀嚼・食塊形成機能検査(内視鏡を含む)	日本口腔リハビリテーション学会		3074
未	420101	欠損歯数拡大抑制継続管理料	日本歯科医療管理学会		3080
既	420201	歯周病安定期治療(I)及び歯周病安定期治療(II)	日本歯科医療管理学会		3084
既	420202	歯科衛生実地指導料に対する糖尿病患者加算新設	日本歯科医療管理学会		3088
既	420203	糖尿病患者に対する機械的歯面清掃処置の月1回算定	日本歯科医療管理学会		3092
既	420204	歯科疾患管理料への糖尿病患者管理加算新設	日本歯科医療管理学会		3096
既	420205	初期う蝕早期充填処置の対象範囲拡大(年齢要件)	日本歯科医療管理学会		3101
既	423201	前歯部CAD/CAM冠	日本歯科審美学会		3106
既	423202	臼歯部テンポラリークラウン	日本歯科審美学会		3112
未	425101	骨粗鬆症検査	日本歯科放射線学会		3118

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	425201	電子画像管理加算	日本歯科放射線学会		3122
既	425202	遠隔画像診断管理加算	日本歯科放射線学会		3127
未	426101	CAD/CAMインレー修復に対する光学印象法	日本歯科保存学会		3132
未	426102	CAD/CAMインレー修復	日本歯科保存学会		3137
既	426201	歯髄保護処置	日本歯科保存学会		3142
既	426202	重度要介護高齢者等に対する充填処置	日本歯科保存学会		3146
既	426203	感染根管処置の増点	日本歯科保存学会		3151
既	426204	歯冠修復物又は補綴物の除去	日本歯科保存学会		3156
既	426205	歯科用合着・接着材料Ⅲ（仮着用セメントを除く）の廃止	日本歯科保存学会		3160
未	427101	麻酔管理料（専従する歯科麻酔専門医および麻酔医の評価）	日本歯科麻酔学会		3166
既	427201	麻酔薬剤料算定の医科歯科格差の是正（120点以上の処置に対する薬剤料の算定）	日本歯科麻酔学会		3170
未	429101	チタンおよびチタン合金による大白歯歯冠修復物	日本歯科理工学会		3174
未	431102	歯周組織再生療法における臨床的組織再生度の規格化検査	日本歯周病学会		3185
既	431201	糖尿病を有する歯周病患者における咀嚼機能検査	日本歯周病学会		3189
未	432101	隔壁法	日本歯内療法学会		3193
未	435101	小児の口唇閉鎖力検査	日本小児歯科学会		3198
既	435201	小児口腔機能管理加算	日本小児歯科学会		3203
既	435202	小児保険装置	日本小児歯科学会		3208
既	435203	エナメル質初期う蝕管理加算の施設基準の見直し	日本小児歯科学会		3214
未	437101	象牙質レジンコーティング法	日本接着歯学会		3219
既	437201	レジン支台築造の印象採得	日本接着歯学会		3225
未	438101	磁性アタッチメントを用いた義歯の支台装置	日本補綴歯科学会		3230

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	438102	筋電計による歯ぎしり検査	日本補綴歯科学会		3235
未	438103	在宅歯科診療時の白歯単独冠へのシリコンゴム印象材による咬合印象法	日本補綴歯科学会		3240
未	438104	口腔内スキャナーによる光学印象法	日本補綴歯科学会		3245
未	438105	最後方白歯へのCAD/CAMシステムによるチタンクラウン製作のための咬合印象法	日本補綴歯科学会		3252
既	438201	口腔内バキュームチップを用いた接着操作加算	日本補綴歯科学会		3257
既	438202	接着ブリッジ装着料内面処理加算	日本補綴歯科学会		3262
既	438203	硬質レジンジャケット冠装着料内面処理加算	日本補綴歯科学会		3267
既	438204	線鉤 二腕鉤の鋳造レストの算定	日本補綴歯科学会		3272
既	438205	失活前歯充填の前処置としての築造	日本補綴歯科学会		3277
既	438206	顎関節症管理料	日本補綴歯科学会		3282
未	441101	歯冠長延長術	日本臨床歯周病学会		3287
未	441102	歯周病治療におけるグリコヘモグロビン (HbA1c) 検査	日本臨床歯周病学会		3291
未	442101	抜歯窩再搔爬手術時におけるレーザー止血加算	日本レーザー歯学会		3296
未	442102	光学的う蝕検出検査	日本レーザー歯学会		3300
未	443101	終末期患者の歯科による口腔管理	日本老年歯科医学会		3304
未	443102	歯科オンライン診療	日本老年歯科医学会		3308
既	443201	舌圧検査	日本老年歯科医学会		3312
既	443202	口腔機能包括検査	日本老年歯科医学会		3315
既	501201	特定薬剤治療管理料 1	日本薬学会		3320
既	501202	褥瘡薬学管理加算	日本薬学会		3324
既	501203	特定薬剤副作用評価加算	日本薬学会		3328
既	501204	無菌製剤処理料	日本薬学会		3332

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	501205	PET検査における薬剤師の評価	日本薬学会		3336
既	501206	調剤料（麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬加算の増点）	日本薬学会		3340
既	501207	調剤技術基本料（乳幼児加算）	日本薬学会		3344
既	501208	無菌製剤処理料2	日本薬学会		3348
既	501209	調剤技術基本料（院内製剤加算の増点）	日本薬学会		3352
既	501210	調剤技術基本料（外来患者に対する薬学的管理の評価）	日本薬学会		3356
既	502201	保険医が投与することができる注射薬（処方箋を交付することができる注射薬）等へのフロセミド注の追加	日本薬学会		3360
既	502202	保険医が投与することができる注射薬（処方箋を交付することができる注射薬）等へのミダゾラム注の追加	日本薬学会		3364
既	502203	保険医が投与することができる注射薬（処方箋を交付することができる注射薬）等へのハロペリドール注の追加	日本薬学会		3368
既	502204	保険医が投与することができる注射薬（処方箋を交付することができる注射薬）等へのアセトアミノフェン静注の追加	日本薬学会		3372
既	601201	リンパ浮腫複合的治療料	日本がん看護学会	341202、380201、 602203と関連。	3381
既	602202	在宅患者訪問看護・指導料3	日本緩和医療学会		3394
既	602203	リンパ浮腫複合的治療料	日本緩和医療学会	341202、380201、 601201と関連。	3399
未	603101	心不全再入院予防指導管理料	日本循環器看護学会		3405
未	603102	末期心不全患者指導管理料	日本循環器看護学会		3410
既	603201	在宅患者訪問看護・指導料3	日本循環器看護学会		3414
未	604101	術後排尿障害指導管理料	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会		3420
既	604201	ストーマ処置（1日につき）の合併症加算	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会		3425
未	605102	経肛門的洗腸療法材料加算の新設	日本創傷・オストミー・失禁管理学会	357201と重複。	3439
既	605201	在宅患者訪問看護・指導料3	日本創傷・オストミー・失禁管理学会		3445
既	605202	排尿自立指導料	日本創傷・オストミー・失禁管理学会		3451
既	605203	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	日本創傷・オストミー・失禁管理学会	357201、382206と重複。	3456

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	606101	脳卒中再発・重症化予防指導料（仮称）	日本ニューロサイエンス看護学会		3463
未	702102	持続型G-CSF製剤の在宅自己注射指導管理料	日本乳癌学会		3474
既	702201	D409-2 センチネルリンパ節生検（片側）	日本乳癌学会		3478
未	703101	ポジトロン断層撮影（アミロイドイメージング）	日本認知症学会		3484
未	703103	施行頻度の高い認知症重症度尺度 Clinical Dementia Rating (CDR)	日本認知症学会		3498
既	705201	脳C T血管撮影	日本脳卒中学会		3531
既	705202	経頭蓋ドプラ装置による脳動脈血流速度連続測定	日本脳卒中学会		3537
既	705204	脳卒中例、意識障害例に対する嚥下機能評価を伴った摂食機能療法	日本脳卒中学会		3546
既	706201	電磁波温熱療法	日本ハイパーサーミア学会		3553
既	707201	EGFR遺伝子検査（血漿）保険算定におけるT790M血漿検査回数制限の緩和について	日本肺癌学会		3558
未	708101	プロスタグランジンE1陰性海綿体注射テスト（PGE1テスト）	日本泌尿器科学会		3565
未	708102	特定薬剤治療管理料対象薬として「アキシチニブ」を追加	日本泌尿器科学会		3571
未	708103	特定薬剤治療管理料対象薬として「バゾパニブ」を追加	日本泌尿器科学会		3576
既	709201	ダーモスコピー	日本皮膚科学会		3592
既	709202	細胞診	日本皮膚科学会		3596
既	709203	センチネルリンパ節生検	日本皮膚科学会		3600
未	710101	内臓脂肪量測定（腹部CT法）	日本肥満学会		3605
未	713101	連携病理依頼書作成料	日本病理学会		3616
未	713102	分子病理診断料	日本病理学会		3622
未	713103	病理診断デジタル化加算	日本病理学会		3627
未	713104	病理診断安全対策加算	日本病理学会		3632
未	713105	オンライン病理診断料	日本病理学会		3637

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	713106	ワンデイパソロジー	日本病理学会		3642
既	713201	悪性腫瘍組織検査	日本病理学会		3647
既	713202	病理診断管理加算	日本病理学会		3653
既	713203	病理診断料毎回算定	日本病理学会		3659
既	713204	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 4種抗体加算	日本病理学会		3664
既	713205	サイトケラチン19（KRT19）mRNA検出	日本病理学会		3669
既	714201	認知療法・認知行動療法	日本不安症学会		3685
未	715101	植込型除細動デバイス(植込み型除細動器、両室ペースング機能付き除細動器)指導管理料	日本不整脈心電学会		3689
未	715102	心臓ペースメーカー指導管理料 遠隔加算の範囲（ILR等診断機器に対するもの）	日本不整脈心電学会		3695
未	715103	心臓ペースメーカー指導管理料 ILR管理料（診断機器に対する対面管理料）	日本不整脈心電学会		3700
既	715201	心臓ペースメーカー指導管理料 イ）着用型自動除細動器による場合 注4	日本不整脈心電学会		3705
既	715202	植込型除細動器移植術 皮下植込型リードを用いるもの	日本不整脈心電学会		3711
既	715203	両室ペースング機能付き植込型除細動器移植術	日本不整脈心電学会		3716
既	715204	植込型除細動器移植術 経静脈リードを用いるもの	日本不整脈心電学会		3721
既	715205	両心室ペースメーカー移植術	日本不整脈心電学会		3726
既	715206	ペースメーカー交換術	日本不整脈心電学会		3732
既	715207	両心室ペースメーカー交換術	日本不整脈心電学会		3737
既	715208	胸腔鏡下交感神経節切除術	日本不整脈心電学会		3743
既	715209	心磁図検査	日本不整脈心電学会		3749
既	715210	経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション法加算）	日本不整脈心電学会		3754
未	718101	ヘリコバクターピロリ菌の抗菌薬感受性試験	日本ヘリコバクター学会		3760
未	718102	抗胃壁細胞抗体検査（抗壁細胞抗体検査）	日本ヘリコバクター学会		3765

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	718104	血清ペプシノゲンによるヘリコバクターピロリ除菌判定	日本ヘリコバクター学会		3774
未	718105	血中ペプシノゲンⅠ（PGⅠ）、ペプシノゲンⅡ（PGⅡ）測定による慢性胃炎の診断	日本ヘリコバクター学会		3779
既	718202	若年の内視鏡未施行者に対する非侵襲的ヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）検査	日本ヘリコバクター学会		3791
既	718203	ピロリ菌感染診断における迅速ウレアーゼ試験後の培養検査	日本ヘリコバクター学会		3796
未	720101	「M006」「放射線治療用材料装着技術料」の新規項目立て	日本放射線腫瘍学会		3802
未	720102	Intrafractional IGRT加算	日本放射線腫瘍学会		3806
未	720103	時間外休日放射線治療加算	日本放射線腫瘍学会		3812
未	720104	MRIを用いた即時適応強度変調放射線治療加算	日本放射線腫瘍学会		3817
未	720105	画像誘導粒子線治療加算	日本放射線腫瘍学会		3823
未	720106	画像誘導呼吸性移動対策加算	日本放射線腫瘍学会		3829
未	720107	密封小線源治療(M004)へのSAVIアプリケーション加算	日本放射線腫瘍学会		3835
未	720108	密封小線源治療（M004）へのオンコススマートカテーテル加算	日本放射線腫瘍学会		3841
未	720109	画像融合放射線治療計画加算（A：剛体、B：非剛体）	日本放射線腫瘍学会		3847
未	720111	AIを用いた放射線治療計画	日本放射線腫瘍学会		3856
既	720201	強度変調放射線治療（intensity-modulated radiation therapy：IMRT）の施設基準の見直し	日本放射線腫瘍学会		3861
既	720202	外来放射線治療診療料の算定要件の見直し（医師の要件（放射線治療経験5年以上）の緩和）	日本放射線腫瘍学会		3868
既	720203	体幹部定位放射線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会		3873
既	720204	婦人科がん腔内照射管理料の増点と毎回算定「M000 放射線治療管理料 2 腔内照射を行った場合」	日本放射線腫瘍学会		3879
既	720205	婦人科がん腔内照射料の増点「M004 密封小線源治療 2 腔内照射 イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合」	日本放射線腫瘍学会		3886
既	720206	M004 密封小線源治療 注8 画像誘導密封小線源治療加算の増点・適応拡大	日本放射線腫瘍学会		3892
既	720207	陽子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会		3899
既	720208	重粒子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会		3905

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	720210	強度変調放射線治療 (intensity-modulated radiation therapy : IMRT) の算定方法の見直し	日本放射線腫瘍学会		3918
既	720211	医療機器安全管理料2の見直し (専任から専従へ、対象に小線源治療も追加)	日本放射線腫瘍学会		3923
既	720212	「直線加速器による定位放射線治療」と「体外照射」の同時算定	日本放射線腫瘍学会		3929
既	720214	放射線治療「専従」加算	日本放射線腫瘍学会		3940
既	720215	外来放射線治療加算対象への密封小線源治療追加	日本放射線腫瘍学会		3945
既	720216	体外照射 (X線、電子線) と粒子線治療の同時算定	日本放射線腫瘍学会		3949
既	720218	前立腺癌小線源治療シード点数の増点について	日本放射線腫瘍学会		3961
既	720219	放射線治療用手技の技術区分変更と 気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術の評価	日本放射線腫瘍学会		3968
既	720220	放射線治療用手技の技術区分変更と経皮的放射線治療用金属マーカー留置術の評価	日本放射線腫瘍学会		3976
既	720221	放射線治療用手技の技術区分変更とスペーサ留置手技の評価	日本放射線腫瘍学会		3982
既	720223	耐用期間を過ぎた放射線治療装置による高精度照射の減点	日本放射線腫瘍学会		3993
未	722101	新設輸血管理料(輸血管理料細分化)	日本輸血・細胞治療学会		3998
未	722102	血液製剤院内分割加算	日本輸血・細胞治療学会		4003
未	722103	同種クリオプレシビート作製術	日本輸血・細胞治療学会		4007
未	722104	CD34陽性細胞測定(末梢血幹細胞採取時)	日本輸血・細胞治療学会		4012
既	722201	輸血時血液型検査	日本輸血・細胞治療学会		4026
既	724201	感染症リスクを有する真菌感染症におけるβDグルカン測定	日本リウマチ学会		4040
既	724202	全身性エリテマトーデスに対するベリムマブの外来化学療法加算B	日本リウマチ学会		4045
既	724203	全身性エリテマトーデス(SLE)疑いの患者での抗核抗体と抗DNA抗体の同時測定	日本リウマチ学会		4051
既	724204	成人still病(AOSD)における血清フェリチン値の測定	日本リウマチ学会		4056
既	724205	治療薬変更時の抗シトルリン化ペプチド抗体 (抗CCP抗体) の複数回測定	日本リウマチ学会		4060
既	724206	リンパ増殖性疾患における可溶性インターロイキン-2レセプター測定	日本リウマチ学会		4065

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	725101	運動量増加機器使用リハビリテーション加算	日本リハビリテーション医学会		4075
未	725102	包括リハビリテーション指導料	日本リハビリテーション医学会		4081
既	725202	がん患者リハビリテーション	日本リハビリテーション医学会		4089
既	725203	L100 神経ブロック（ボツリヌス毒素使用）	日本リハビリテーション医学会		4094
既	726201	染色体検査	日本リンパ網内系学会		4105
既	726202	免疫抑制療法およびがん化学療法時のB型肝炎既往感染に関する一括スクリーニング	日本リンパ網内系学会		4110
既	726203	B型肝炎既往感染者における免疫抑制療法、がん化学療法中および治療後のHBV-DNA量の定期的モニタリング	日本リンパ網内系学会		4116
未	727101	外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料	日本臨床栄養学会		4125
既	727201	血清セレン測定（検査D007血液生化学検査）	日本臨床栄養学会		4135
既	728201	抗酸菌核酸同定	日本臨床検査医学会		4140
既	728202	結核菌群核酸検出	日本臨床検査医学会		4145
既	728203	国際標準検査管理加算の外来症例での評価	日本臨床検査医学会		4149
既	728204	抗酸菌分離培養（液体培地法）	日本臨床検査医学会		4153
既	728205	抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）	日本臨床検査医学会		4157
既	728206	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出	日本臨床検査医学会		4161
既	728207	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性	日本臨床検査医学会		4166
既	728208	アルブミン測定方法による項目分け	日本臨床検査医学会		4170
既	728209	ヘモグロビンA1Cの分類見直し	日本臨床検査医学会		4174
既	728211	肺気量分画測定（安静換気量測定及び最大換気量測定を含む）	日本臨床検査医学会		4184
既	728212	フローボリュームカーブ（強制呼出曲線を含む）	日本臨床検査医学会		4188
既	728213	機能的残気量測定	日本臨床検査医学会		4192
既	728214	肺拡散能力検査	日本臨床検査医学会		4196

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	728215	脳性Na利尿ペプチド (BNP)	日本臨床検査医学会		4200
既	728216	心筋トロポニン I	日本臨床検査医学会		4204
既	728217	血小板凝集能	日本臨床検査医学会		4209
既	728218	クレアチンキナーゼMB分画 (CK-MB)	日本臨床検査医学会		4213
既	728219	動物使用検査	日本臨床検査医学会		4218
既	728220	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン (HRT)	日本臨床検査医学会		4222
既	728221	Bence Jones蛋白定性 (尿)	日本臨床検査医学会		4226
既	728222	蛋白分画	日本臨床検査医学会		4230
既	728223	サイトメガロウイルス抗体	日本臨床検査医学会		4234
既	728224	抗酸菌同定	日本臨床検査医学会		4238
既	728225	赤血球表面抗原検査	日本臨床検査医学会		4242
既	729201	血液採取・静脈	日本臨床検査専門医会		4246
既	729203	国際標準検査管理加算の範囲拡大	日本臨床検査専門医会		4257
既	729204	悪性腫瘍組織検査 (標準化および質向上支援技術)	日本臨床検査専門医会		4261
既	729205	超音波エラストグラフィー	日本臨床検査専門医会	359201と重複。	4267
既	729207	皮膚灌流圧測定 (SPP)	日本臨床検査専門医会		4277
既	729208	25-ヒドロキシビタミン D	日本臨床検査専門医会		4283
既	729209	ADAMTS13活性	日本臨床検査専門医会		4288
既	729210	ADAMTS13インヒビター	日本臨床検査専門医会		4293
既	729211	HIV-1,2抗原・抗体同時測定定量	日本臨床検査専門医会		4299
未	730101	細胞診精度管理料	日本臨床細胞学会		4304
未	730102	頸部細胞診陰性標本、判定支援加算 (精度管理加算)	日本臨床細胞学会		4308

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	730201	細胞診断料の見直し（婦人科細胞診への適用拡大）	日本臨床細胞学会		4314
既	730202	病理組織標本作製、セルブロック法によるもの、適応疾患の拡大	日本臨床細胞学会		4320
既	730203	迅速細胞診（検査中の場合）、適応疾患の拡大	日本臨床細胞学会		4326
既	730204	免疫染色、細胞診標本への適用拡大	日本臨床細胞学会		4331
既	730205	液状化検体細胞診加算の見直し	日本臨床細胞学会		4336
未	731101	ミスマッチ陰性電位（MMN）検査	日本臨床神経生理学会		4341
既	731201	誘発筋電図（神経伝導検査を含む）	日本臨床神経生理学会		4345
既	731202	反復睡眠潜時試験	日本臨床神経生理学会		4350
既	732201	関節液検査	日本臨床整形外科学会		4355
既	732202	骨粗鬆症における骨代謝マーカー測定要件の見直し	日本臨床整形外科学会		4359
既	733202	処方箋料	日本臨床内科医会		4380
未	734101	がんゲノム診断・管理料	日本臨床腫瘍学会		4396
未	734102	抗がん剤分割使用加算（仮）	日本臨床腫瘍学会		4401
未	734103	特定薬剤治療管理料対象薬として「フルオロウラシル（5-FU）注射液」を追加	日本臨床腫瘍学会		4406
未	735102	薬剤耐性菌検出検査	日本臨床微生物学会		4422
未	735105	喀痰の品質管理評価法	日本臨床微生物学会		4435
未	735106	Bacterial vaginosis（BV）スコア	日本臨床微生物学会		4440
既	735201	細菌培養同定検査：血液および穿刺液	日本臨床微生物学会		4445
既	735202	大腸菌ペロトキシン定性	日本臨床微生物学会		4449
既	735203	細菌薬剤感受性検査1菌種	日本臨床微生物学会		4453
既	735204	細菌薬剤感受性検査2菌種	日本臨床微生物学会		4457
既	735205	細菌薬剤感受性検査3菌種以上	日本臨床微生物学会		4461

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	735206	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 その他のもの	日本臨床微生物学会		4465
既	735207	細菌培養同定検査（消化管からの検体）	日本臨床微生物学会		4469
既	735208	細菌培養同定検査（口腔・気道又は呼吸器からの検体）	日本臨床微生物学会		4473
既	735209	細菌培養同定検査（泌尿器又は生殖器からの検体）	日本臨床微生物学会		4477
既	735210	細菌培養同定検査（その他の部位からの検体）	日本臨床微生物学会		4481
既	735211	大腸菌血清型別	日本臨床微生物学会		4485
未	736101	認知機能・生活機能質問票（DASC-8）を用いた高齢者糖尿病管理目標値の設定と管理	日本老年医学会		4489
未	736102	ABC認知症スケール（ABC-DS）	日本老年医学会		4494

1-①-i 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術のうち、
先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術に係るもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	先進医療としての 現時点での取扱い		提案書の ページ	
				告示番号	先進医療技術名		
既	276203	重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対する LDLアフェレシス(LDL-A)療法	日本腎臓学会	A	21	LDLアフェレシス療法	886
未	307102	眼感染疾患に対する迅速診断(PCR法)	日本角膜学会	A	19, 20	ウイルスに起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診 断(PCR法)、細菌又は真菌に起因する難治性の眼感 染疾患に対する迅速診断(PCR法)	1433
未	327104	腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清	日本産科婦人科学会	A	25	腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術	1817
未	370102	リンパ節群郭清術・後腹膜(腹腔鏡下)	日本泌尿器内視鏡学会	A	9	泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に対する腹 腔鏡下リンパ節郭清術	2620
未	371103	多血小板を用いた難治性皮膚潰瘍治療	日本皮膚科学会	B	36	多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療	2661
未	372101	スリーブ状胃切除・バイパス術(腹腔鏡下)	日本肥満症治療学会	A	27	腹腔鏡下スリーブ状胃切除術及び十二指腸空腸 バイパス術	2676
既	720207	陽子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会	A	2	陽子線治療	3899
既	720208	重粒子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会	A	5	重粒子線治療	3905

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	201201	抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎に対する血漿交換療法	日本アフェレンス学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1
未	204101	食物依存性運動誘発アナフィラキシーの診断確定のための食物負荷試験	日本アレルギー学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	25
未	215101	PCR-インベーター法を用いたMycoplasma genitaliumの同定	日本化学療法学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	104
未	215102	ニューモシスチス肺炎の診断のための病原体核酸増幅検査	日本化学療法学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	108
既	216202	微生物核酸同定・定量検査 2. 淋菌核酸検出, クラミジア・トラコマチス核酸検出 4. 淋菌核酸およびクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	日本感染症学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	129
既	216203	細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出	日本感染症学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	134
既	218206	ポジトロン断層撮影等 (PET検査における術前補助療法の治療効果判定の追加)	日本核医学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	176
既	221201	外来緩和ケア管理料	日本緩和医療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	194
既	221202	がん患者指導管理料	日本緩和医療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	199
既	221203	がん性疼痛緩和指導管理料	日本緩和医療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	204
未	226101	血清IL-6測定	日本血液学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	209
未	226102	トキソプラズマ症遺伝子診断検査	日本血液学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	213
未	226103	JAK2遺伝子変異解析	日本血液学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	218
未	227101	アスペルギルス沈降抗体	日本結核病学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	223
未	231102	呼吸器内科専門医 呼吸不全加算	日本呼吸器学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	267
既	231205	在宅酸素療法指導管理料の算定要件変更	日本呼吸器学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	305
既	231206	特発性肺線維症(特発性間質性肺炎)の急性増悪に対する吸着式血液浄化法	日本呼吸器学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	311
未	234101	外来呼吸ケア管理料	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	323
未	234102	在宅医療機器安全管理指導料	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	329

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	234201	呼吸器リハビリテーション料（増点）	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	334
既	234202	呼吸器リハビリテーション料（言語聴覚士による実施）	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	340
未	236102	医療機関からの退院日と入院中外泊日の訪問看護	日本在宅医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	355
未	236103	在宅移行支援加算の新設	日本在宅医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	359
未	236104	退院時共同指導料1、2に新たな加算をつける	日本在宅医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	363
未	236105	栄養サポート専任医師配置加算	日本在宅医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	368
未	236106	在宅人工呼吸療法導入調整時安全指導加算	日本在宅医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	372
既	236201	複数の訪問看護ステーションが同一日に訪問した場合の扱い。	日本在宅医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	376
既	236202	訪問看護と訪問診療・往診の関係	日本在宅医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	380
既	236203	訪問看護療養費における同一日の訪問看護と訪問リハビリ	日本在宅医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	384
既	236204	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法での内視鏡費用について	日本在宅医学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	388
既	236205	往診の点数の評価	日本在宅医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	392
既	236206	退院時共同指導料1、2の算定対象拡大	日本在宅医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	396
既	236207	同一日の訪問診療・往診と緊急訪問看護の併算定	日本在宅医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	400
既	236208	療養情報提供加算要件緩和	日本在宅医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	404
未	237106	地域医療連携体制加算	日本産婦人科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	432
既	237203	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作成	日本産婦人科医会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	444
未	238102	高年妊婦分娩加算	日本産科婦人科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	452
未	238103	母体・胎児集中治療加算	日本産科婦人科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	456

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	244201	通院在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算 施設 基準（5）の緩和	日本児童青年精神医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	510
既	244202	通院在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算 施設 基準（2）の緩和	日本児童青年精神医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	515
既	244203	通院在宅精神療法 算定要件の拡大(算定期間)	日本児童青年精神医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	520
既	247201	小児かかりつけ診療料	日本小児科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	529
既	247202	診療情報提供料（1）	日本小児科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	533
未	250101	カプセル内視鏡留置術を併用した小腸カプセル内視鏡	日本小児栄養消化器肝臓学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	559
未	251101	殺菌能検査	日本小児感染症学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	570
未	257107	カテコラミン誘発多形性心室頻拍の遺伝子診断	日本小児循環器学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	651
未	265101	血清コレステロール測定（血液）	日本神経学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	710
未	265102	血清中のP/Q型カルシウムチャネル（VGCC）抗体の測定	日本神経学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	716
未	265103	神経学的検査（遠隔診断）	日本神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	722
未	265106	プリオン病診療ケア加算	日本神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	739
未	265108	多職種によるてんかん患者在宅療養指導管理料	日本神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	749
既	265203	脳血管疾患等リハビリテーション	日本神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	768
既	265205	難病患者リハビリテーション	日本神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	776
既	265206	認知症療養指導料	日本神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	780
未	268101	心療内科外来チーム診察料	日本心身医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	796
未	268102	通院集団自律訓練法	日本心身医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	800
既	268205	過敏性腸症候群治療管理料	日本心身医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	824

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	269101	プレネイタルカウンセリング加算	日本新生児成育医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	829
既	272201	心大血管リハビリテーション料に関わる施設基準の拡大：追加専任従事者としての臨床検査技師の活用とチーム医療の強化	日本心臓リハビリテーション学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	849
既	277201	高度腎機能障害患者指導加算	日本腎臓リハビリテーション学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	896
既	278201	遺伝学的検査（遺伝性腫瘍）	日本人類遺伝学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	901
既	278202	遺伝学的検査（難病等）	日本人類遺伝学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	906
未	281102	後頭神経刺激装置植込術	日本頭痛学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	941
未	284102	精神科保護集中精神療法	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	950
未	284103	精神科保護集中治療加算	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	954
未	284104	精神科病棟感染制御管理料	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	958
未	284105	精神科身体機能強化専門療法	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	963
未	284106	重度認知症デイ・ケア料 リハビリテーション加算	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	968
未	284107	重度認知症デイ・ケア料 身体合併症加算	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	972
未	284108	認知症地域連携パス共同指導料	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	977
既	284201	持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料(LAI)	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	981
既	284202	入院精神療法（Ⅱ）イ	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	985
既	284203	精神科デイ・ケア等	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	989
既	284204	精神科デイ・ケア等（プレ・デイ・ケア）	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	994
既	284205	入院精神療法（Ⅰ）	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	998
既	284206	入院精神療法（Ⅱ）ロ	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1002

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	284207	入院精神療法（20歳未満）	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1006
既	284208	重度認知症デイ・ケア料 夜間ケア加算	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1010
既	284209	精神科訪問看護・指導料【1-A 算定要件の拡大(適応疾患の拡大)】	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1015
既	284210	医療保護入院等診療料	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1019
既	284211	入院集団精神療法	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1024
既	284212	通院集団精神療法	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1028
既	284214	精神科退院前訪問指導料	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1038
既	284215	通院・在宅精神療法の時間外・休日・深夜加算	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1042
既	284216	特定薬剤副作用評価加算	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1046
既	284217	疾患別リハビリテーション料（加算）	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1050
既	284218	疾患別リハビリテーション料（算定期限超え除外）	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1055
既	284219	精神科訪問看護・指導料【1-B 算定要件の拡大(施設基準)】	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1060
未	285101	精神科包括的支援マネジメント料	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1064
未	285102	精神科多職種チームによる回復期治療の強化	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1069
未	285103	精神科作業療法計画策定・管理料	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1074
未	285104	かかりつけ医との連携加算（うつ病患者等に対するかかりつけ医との連携加算）	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1079
既	285201	精神科在宅患者支援管理料	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1084
既	285202	治療抵抗性統合失調症治療指導管理料	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1089
既	285203	精神科ショート・ケア、デイ・ケア（児童思春期）	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1095

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	285204	精神科デイケアの機能分化を進める～うつ病リハビリテーションデイケア～	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1101
既	285205	ハイリスク妊産婦連携指導料【2】の増点	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1107
既	285206	退院後訪問指導料（医学管理料B007-2）	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1111
既	285207	「通院・在宅精神療法」30分未満の増点	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1115
既	285208	向精神薬の多剤減算	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1119
既	285209	通院・在宅精神療法の算定要件変更	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1124
既	285210	精神科訪問看護・指導料（I012特掲診療料・精神療法）	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1128
既	285212	救急患者精神科継続支援料1	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1137
既	285213	救急患者精神科継続支援料2	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1142
既	285214	診療情報提供料(I)	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1147
未	288102	栄養・摂食嚥下管理加算	日本摂食嚥下リハビリテーション学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1162
既	288201	摂食機能療法III	日本摂食嚥下リハビリテーション学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1167
既	289201	血中ガラクトース検査	日本先天代謝異常学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1197
未	290101	DPCの医療機能評価係数IIで精神科リエゾンチーム加算の存在を評価する	日本総合病院精神医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1204
未	290102	DPC適用病院の精神病床へのDPC適用化	日本総合病院精神医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1208
未	291101	HHV-6 DNA定量検査	日本造血細胞移植学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1212
未	294101	てんかん専門診断管理料	日本てんかん学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1232
未	294102	てんかん紹介料連携加算	日本てんかん学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1237
未	294103	てんかん心理教育療法	日本てんかん学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1243

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	296203	糖負荷試験（静脈）追加法（インスリン感受性評価）	日本糖尿病学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1302
未	297101	女性更年期症候群に対する漢方医学的診察法	日本東洋医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1308
未	304101	移植臓器幹旋料	日本移植学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1361
未	306101	緊急入院時の検査（MRI・CT検査等）を包括項目から除外	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1380
未	306102	有床診療所の地域包括ケア病床の新設	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1384
未	306103	休日リハビリテーション提供体制加算	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1388
未	306104	運動器リハビリテーション料 小児加算（15歳以下）	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1392
既	306201	早期リハビリテーション加算	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1400
既	306202	運動器リハビリテーション料の再評価	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1404
既	306203	入院時の運動器リハビリテーション標準算定要件の緩和	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1408
既	306204	特定疾患療養管理料の適応疾患の拡大	日本運動器学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1412
既	306206	運動器リハビリテーション起算日の変更	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1420
既	306207	運動器リハビリテーションはロコモ25で5以上の悪化の場合急性増悪とする。	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1424
既	310204	短期滞在手術等基本料3の改正	日本眼科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1508
既	310206	眼底カメラ撮影 デジタルプリントの評価	日本眼科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1515
既	315201	緩和ケア病棟入院料	日本緩和医療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1593
未	316102	脳死判定(診断)料	日本救急医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1603
未	316103	病院救急自動車搬送料	日本救急医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1608
未	316104	入院時重症患者対応加算	日本救急医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1612

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	316203	夜間休日救急搬送医学管理料	日本救急医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1622
未	318103	自家皮膚移植術(細胞)(RECELL)	日本形成外科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1645
未	326101	感染性偽関節骨誘導術 #1 大腿骨 #2 下腿骨 #3 上腕骨 #4 前腕骨	日本骨折治療学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1788
未	334101	院内迅速対応システム (Rapid Response System : RRS) の診療報酬	日本集中治療医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1959
既	334201	特定集中治療室管理料の要件見直し (バイオクリーンルームの削除)	日本集中治療医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1964
既	334202	経皮的体温調節療法の要件の見直し	日本集中治療医学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1967
既	334203	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査	日本集中治療医学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1971
既	334204	特定集中治療室管理料の要件見直しと増点 (臨床工学技士)	日本集中治療医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1974
既	341201	四肢血管拡張術	日本静脈学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2111
未	342101	栄養管理連携加算 1	日本静脈経腸栄養学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2120
未	342102	栄養管理連携加算 2	日本静脈経腸栄養学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2126
未	343103	重度褥瘡栄養管理加算	日本褥瘡学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2149
既	344203	ステントグラフト内挿術・胸部大動脈 (食道悪性腫瘍に対して)	日本食道学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2185
既	346202	人工臓器検査	日本人工臓器学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2221
既	346203	全身糖代謝PET-CT	日本人工臓器学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2226
未	347101	機械弁患者における在宅PT-INR自己測定指導管理料の新設	日本心臓血管外科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2233
既	349202	在宅患者訪問看護・指導料 3. 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2272
未	355102	筋肉量測定 (DXA法)	日本脊椎椎髄病学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2337
未	357103	大腸移送能試験	日本大腸肛門病学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2380

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	357104	便秘や過敏性腸症候群に対する食事指導	日本大腸肛門病学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2384
既	357205	便秘症に対する管理栄養士による栄養指導	日本大腸肛門病学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2404
未	361102	ワダテスト（頸動脈薬剤負荷試験）	日本てんかん学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2460
未	368103	在宅排尿管理指導料	日本排尿機能学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2581
既	373204	外傷性出血に対するフィブリノーゲン製剤の投与	日本腹部救急医学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2727
未	374101	センチネルリンパ節生検術（子宮悪性腫瘍手術）	日本婦人科腫瘍学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2737
既	376201	緩和ケア病棟入院中の患者に対する神経ブロックの包括対象外化	日本ペインクリニック学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2791
未	382104	移行期支援・自立支援指導料	日本臨床外科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2856
既	382205	新生児特定集中治療室管理料 A302	日本臨床外科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2875
既	384201	前立腺針生検法の外来日帰り加算	日本臨床泌尿器科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2938
未	431101	ニコチン代謝産物測定による慢性歯周炎患者の禁煙指導	日本歯周病学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3180
未	601101	ハイリスク高齢がん患者外来指導管理料	日本がん看護学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3376
既	601202	がん患者指導管理料イ	日本がん看護学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3386
既	602201	がん患者指導管理料ロ	日本緩和医療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3390
既	603202	退院時共同指導料 2	日本循環器看護学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3417
既	604202	在宅患者訪問看護・指導料 3	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3430
未	605101	褥瘡対策地域連携加算	日本創傷・オストミー・失禁管理学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3434
未	702101	Oncotype DX	日本乳癌学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3468
未	703102	脳脊髄液中アミロイドβ42アッセイ	日本認知症学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3492

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	703104	血中アミロイドβ関連ペプチドアッセイ	日本認知症学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3503
未	703105	認知症療養専門指導料	日本認知症学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3510
未	704101	病理組織標本を用いたIDH1/2遺伝子変異の診断法	日本脳神経外科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3515
未	705101	脳卒中急性期多職種医療加算	日本脳卒中学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3519
未	705102	脳卒中ケアユニットにおける休日リハビリテーション加算	日本脳卒中学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3525
既	705203	救急医療管理加算1(算定要件拡大)	日本脳卒中学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3541
未	708104	尿中クエン酸濃度	日本泌尿器科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3581
未	708105	尿中アデノウイルスDNA PCR 定量	日本泌尿器科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3587
未	710102	「肥満症」病名による生活習慣病管理料の算定	日本肥満学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3611
未	714101	外来認知行動指導料	日本不安症学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3675
未	714102	オンライン認知行動指導料	日本不安症学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3680
未	718103	抗内因子抗体検査	日本ヘリコバクター学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3769
既	718201	H. pyloriの除菌療法において、H. pyloriがクラリスロマイシン耐性と判明している場合に、メトロニダゾールを含む二次除菌レジメンを一次除菌から用いる。	日本ヘリコバクター学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3785
未	720110	外来放射線治療加算及び特定入院料等の5%控除の対象に密封小線源治療を追加	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3852
既	720209	外来放射線照射診療料における専門認定看護師加算(有資格看護師配置の場合の増点)	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3912
既	720213	放射線治療スタッフの常勤換算	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3935
既	720217	サイバーナイフによる三叉神経痛治療	日本放射線腫瘍学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3954
既	720222	各種技術に対するスタッフの兼務についての整合性の調整	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3989
未	722105	輸血検査自動機器加算	日本輸血・細胞治療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4017

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	722106	輸血関連情報提供料	日本輸血・細胞治療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4022
未	723101	運動器の難治性慢性疼痛における集学的治療に対する慢性疼痛管理加算	日本腰痛学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4031
未	724101	強直性脊椎炎疑いにおけるHLA-B27検査	日本リウマチ学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	4036
既	724207	パーチェット病におけるHLA型クラスI検査	日本リウマチ学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	4070
既	725201	療養・就労両立支援指導料	日本リハビリテーション医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4085
未	726101	In situ hybridization法を用いた病理標本でのEBウイルスの検出検査	日本リンパ網内系学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	4100
既	726204	造血器腫瘍遺伝子検査	日本リンパ網内系学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	4121
未	727102	病院における管理栄養士の病棟配置に対する加算	日本臨床栄養学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4130
既	728210	検査画像情報提供加算・診療情報提供料（I）	日本臨床検査医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4179
既	729202	悪性腫瘍遺伝子検査 ト マイクロサテライト不安定性検査	日本臨床検査専門医会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	4250
既	729206	網膜芽細胞腫及び甲状腺髄様癌の遺伝学的検査の方法の追加（DNAシーケンス法）	日本臨床検査専門医会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	4272
未	733101	アルツハイマー型認知症管理料	日本臨床内科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4364
未	733102	慢性便秘症管理料	日本臨床内科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4368
未	733103	電子カルテ加算	日本臨床内科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4372
既	733201	特定疾患療養管理料	日本臨床内科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4376
既	733203	処方料	日本臨床内科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4384
既	733204	診療情報提供料	日本臨床内科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4388
既	733205	在宅時医学総合管理料（処方箋を交付しない場合の加算）	日本臨床内科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4392
未	734104	点滴抗がん薬の副作用軽減としての冷却療法	日本臨床腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4411

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	734201	がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料	日本臨床腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4417
未	735103	薬剤耐性遺伝子検査	日本臨床微生物学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	4426
未	735104	マラリアイムノクロマトキット	日本臨床微生物学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	4431

先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術

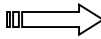
先進医療における現時点の取扱い		
告示番号	先進医療技術名	
A	1	高周波切除器を用いた子宮筋症核出術
A	2	陽子線治療
A	4	神経変性疾患の遺伝子診断
A	5	重粒子線治療
A	6	抗悪性腫瘍剤治療における薬剤耐性遺伝子検査
A	7	家族性アルツハイマー病の遺伝子診断
A	8	腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術
A	9	泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭清術
A	11	歯周外科治療におけるバイオ・リジェネレーション法
A	14	多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術
A	15	培養細胞によるライソゾーム病の診断
A	16	培養細胞による脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症の診断
A	17	角膜ジストロフィーの遺伝子解析
A	18	MEN1 遺伝子診断
A	19	ウイルスに起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断（PCR法）
A	20	細菌又は真菌に起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断（PCR法）
A	21	LDLアフェレシス療法
A	22	多項目迅速ウイルスPCR法によるウイルス感染症の早期診断
A	23	CYP2D6遺伝子多型検査
A	24	MRI撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法

先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術

先進医療における現時点の取扱い		
A	25	腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術
A	26	糖鎖ナノテクノロジーを用いた高感度ウイルス検査
A	27	腹腔鏡下スリーブ状胃切除術及び十二指腸空腸バイパス術
A	28	血中TARC濃度の迅速測定
A	29	Birt-Hogg-Dube(BHD)症候群の遺伝子診断
B	36	多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療

保険未収載技術 評価票 (案)

番号：
評価対象技術：
評価者：

I. 評価	
評価項目	評価結果
1. 当該技術の保険収載に係る必要性・妥当性について	1 2 3 4 5 (低  高)
2. 倫理性・社会的妥当性について	問題あり 問題なし
3. 実施施設の限定について	1. 施設基準を設けるべき 2. 必要なし
II. コメント	
(1)既存技術と比較した有効性及び効率性について	
(2)普及性について	
(3)技術的成熟度について	
(4)安全性について	
III. 自由記載欄	

(評価上の留意事項)

I. 評価結果について

- ・「1. 当該技術の保険収載に係る必要性・妥当性について」及び「2. 倫理性・社会的妥当性について」は、提案書①～⑥に記載された内容を、エビデンスレベル等のデータの質・信頼度、臨床的観点からの妥当性などから総合的に評価し、評価結果を○で囲むこと。
- ・「3. 実施施設の限定について」は、提案書①～⑤の記載を総合的に評価し、当該技術を実施する場合には、安全性等の観点から一定の施設に限定する必要がある、と判断した場合は、1を○で囲むこと。

II. コメントについて

- ・評価結果を1又は2とした場合は、提案書の内容が不十分と考えられる点
- ・評価結果を5とした場合は、評価ができると考えられる点を少なくとも1項目について、(1)～(5)の「コメント」欄に記載する。(複数記載可)

III. 自由記載欄について

その他、当該技術に関して特記すべき事項がある場合は、記載すること。なお、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点を記載することもあるので、評価の際に参考として用いること。

保険既収載技術 評価票（案）

番号：

評価対象技術：

評価者：

評価結果

I. 評価	
評価項目	評価結果
1. 再評価の必要性・妥当性について	<p>1 2 3 4 5</p> <p>(低  高)</p>
II. コメント	
(1)有効性等について	
(2)普及性の変化について	
(3)予想される医療費の影響について	
(4)その他（安全性、技術の成熟度、倫理性・社会的妥当性について特記すべき事項があれば）	
III. 自由記載欄	

（評価上の留意事項）

I. 評価結果について

- ・「1. 再評価の必要性・妥当性について」は、提案書④～⑤に記載されている有効性等に関するデータの質・信頼度も含め総合的に評価し、評価結果を○で囲むこと。

II. コメントについて

- ・評価結果を1又は2とした場合は、提案書の内容が不十分と考えられる点
 - ・評価結果を5とした場合は、評価ができると考えられる点
- を少なくとも1項目について、(1)～(4)の「コメント」欄に記載する。（複数記載可）

III. 自由記載欄について

その他、当該技術に関して特記すべき事項がある場合は、記載すること。なお、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点を記載することもあるので、評価の際に参考として用いること。

入院医療等の調査・評価分科会における検討結果 報告（案）

令和元年 11 月 6 日
入院医療等の調査・評価分科会
分科会長 尾形裕也

I. 概要

診療報酬調査専門組織の一つである「入院医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、平成 30 年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見のうち、入院医療に関連する事項について、平成 30 年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、令和 2 年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「平成 30 年度入院医療等における実態調査」及び「令和元年度入院医療等における実態調査」を実施し、以下の項目について、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。

1. 急性期入院医療について
 - 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
 - 1-2. 入院患者の状態
 - 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
 - 1-4. 特定集中治療室管理料等
 - 1-5. 短期滞在手術等基本料
 - 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
 - 2-1. 算定病床の動向及び施設の状況
 - 2-2. 入院患者の状態
 - 2-3. 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
 - 3-1. 算定病床の動向及び施設の状況
 - 3-2. 入院患者の状態
 - 3-3. リハビリテーションの提供状況
 - 3-4. リハビリテーション実績指数等
4. 慢性期入院医療について
 - 4-1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
 - 4-2. 入院患者の状態
 - 4-3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項
 - 4-4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料

5. 横断的事項について
 - 5-1. 入退院支援
 - 5-2. 診療実績データの提出に係る評価
 - 5-3. その他の事項
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPS について
 - 8-1. DPC 対象病院の要件
 - 8-2. 医療機関別係数
 - 8-3. 退院患者調査に関する事項

II. 検討結果の概要

1. 急性期入院医療について

1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況 【別添資料 p.9 - 37】 (届出入院料の状況)

- ・ 一般病棟入院基本料は、平成 30 年度診療報酬改定において、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価となるよう、急性期一般入院料 1～7 に再編された。
- ・ 改定後の届出入院料の状況を見ると、平成 30 年度診療報酬改定前に一般病棟（7 対 1）を届け出ている病棟のうち、平成 30 年 11 月 1 日時点では 96.5% の病棟、令和元年 6 月 1 日時点では 93.5% の病棟が急性期一般入院料 1 を届け出ている。急性期一般入院料 1 以外を届け出た病棟の中では、急性期一般入院料 2 を届け出た病棟が多かった。
- ・ 急性期一般入院料 1 を届け出ている医療機関にその理由を聞くと、平成 30 年度調査及び令和元年度調査ともに「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。
- ・ 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、平成 30 年度調査及び令和元年度調査ともに「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。
- ・ 今後の届出の意向を聞くと、平成 30 年度調査及び令和元年度調査ともに「現状を維持」が最も多かったが、約 1～2 割が「他の病棟・病室へ転換」と回答した。

(重症度、医療・看護必要度の届出状況)

- ・ 平成 30 年度診療報酬改定において、診療実績データを用いて該当患者割合を評価する方法（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）が新設された。届出状況をみると、重症度、医療・看護必要度Ⅱを届け出ている施設は、平成 30 年度調査では急性期一般入院料 1 の 19.3%、特定機能病院（一般病棟 7 対 1）の 26.5%であったが、令和元年度調査ではそれぞれ、29.8%、46.2%に増加した。
- ・ 令和元年度調査において、重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け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」という回答が多かったが、重症度、医療・看護必要度Ⅱを届け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。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱを届け出ている理由として「Ⅱを用いた場合、Ⅰよりも評価票記入者の負担が軽減されるため」という回答も多かった。
- ・ これらの結果を踏まえ、負担軽減の観点から重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出が進むような取組を検討すべきという意見があった。他方、重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出は負担軽減に資すると思われるものの、必要度に係る記録時間は看護師の勤務時間のうち 5 分程度であるという研究報告もあることから、その効果は限定的かもしれないという意見もあった。

（重症度、医療・看護必要度の該当患者割合等）

- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合について、平成 29 年度と平成 30 年度を比較すると、平成 30 年度調査及び令和元年度調査ともに、いずれの入院料においても平成 30 年度の割合が高く、急性期一般入院料 1 においては平均約 6 ポイントの差があった。
- ・ 平成 30 年度の重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの該当患者割合を比較すると、平成 30 年度調査及び令和元年度調査ともに、概ねⅠの割合が高く、急性期一般入院料 1 においては平均約 4 ポイントの差があった。
- ・ これらの結果を踏まえ、分科会においては、平成 30 年度診療報酬改定における重症度、医療・看護必要度の施設基準の設定は概ね妥当との認識で一致した。
- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合の平成 29 年度と平成 30 年度の差や、ⅠとⅡの該当患者割合の差は、急性期一般入院料 1 においては、病床規模が小さいほど差が大きい傾向にあった。
- ・ ⅠとⅡの該当患者割合の差が大きい医療機関について、各基準や項目の該当状況をみると、Ⅰの割合が相対的に高い医療機関では、平成 30 年度診療報酬改定において追加された「B 項目のうち B14 又は B15 に該当し、A 得点が 1 点以上かつ B 得点が 3 点以上」の基準（以下、基準②という）や「診療・療養上の指示が通じる」の項目の該当患者割合が高い傾向にあった。Ⅱの割合が相対的に低い医療機関には明らかな傾向がなかった。
- ・ ⅠとⅡで各項目の該当状況にはばらつきが見られたが、これは判定のルールに違いがあることや、Ⅱにおける診療実績データの入力精度による影響が大きいと考えられた。

1-2. 入院患者の状態 【別添資料 p. 38 - 61】

- ・ 入院料・病床規模ごとの患者の状態をみると、急性期一般入院料1では、許可病床100床未満を除き、病床規模が小さいほど、患者の年齢が高く、要支援・要介護の患者の割合が高く、自立の患者の割合が低い傾向にあった。
- ・ 基準②の該当患者について、他の基準の該当状況をみると、I・IIともにいずれの入院料においても、基準②のみに該当する患者が最も多かった。また、基準②のみに該当する患者割合は、許可病床の規模が小さいほど高い傾向にあった。
- ・ 「A得点が2点以上かつB得点が3点以上」（以下、基準①という）のみに該当する患者の該当項目をみると、I・IIともに、A2点は「呼吸ケア」と「心電図モニターの管理」の組合せや、「専門的な処置・治療」が多く、B項目で該当する項目のパターンはばらついていていた。また、B項目は3点よりも4点以上の患者が多かった。
- ・ 基準②のみに該当する患者の該当項目をみると、I・IIともに、A1点は「心電図モニターの管理」が多く、次いで「呼吸ケア」や「創傷処置」が多かった。B項目は「診療・療養上の指示が通じる」と「危険行動」の組合せや、「移乗」「衣服の着脱」「診療・療養上の指示が通じる」の組合せが多かった。
- ・ 基準②のみに該当する患者の約半分は、基準②に該当する前日は「いずれの基準にも非該当」の状態であった。基準非該当日の各項目の該当状況をみると、A項目は約8割が該当なし、B項目は「口腔清潔」が最も多く約8割、「診療・療養上の指示が通じる」は約5～6割が該当していた。
- ・ 重症度、医療・看護必要度Iで基準②のみに該当する患者のうち、A1点が「呼吸ケア」の患者の約7割、「心電図モニターの管理」の患者の約6割には、IIの評価法で項目に対応するレセプト電算処理システム用コードの入力がなかった。また、重症度、医療・看護必要度IIで基準②のみに該当する患者のうち約4割は、診療実績データ上、医療資源投入が確認できなかった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度IIで基準②のみに該当する患者のうち、A1点が「呼吸ケア」の患者は「酸素吸入」のコードが最も多く、「心電図モニターの管理」の患者は「呼吸心拍監視（14日超）」のコードが最も多かった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の各基準に該当する患者を比較すると、基準②のみに該当する患者は他の基準に比べて、年齢が高く、認知症やせん妄を有する割合が高く、要支援・要介護の割合が高く、自立の割合が低い傾向にあった。また、看護師による直接の看護提供の頻度が多い傾向にあったが、「医学的な理由のため入院継続が必要である」割合は低く、退院に向けた目標・課題として「入所先の施設の確保」や「転院先の医療機関の確保」の割合が高かった。
- ・ 基準②のみに該当する患者割合を入院料種別で比較すると、一般病棟よりも療養病棟で割合が高かった。該当する項目の内訳をみると、一般病棟は療養病棟に比べて「創傷処置」の割合が低く、「心電図モニターの管理」の割合が高かった。
- ・ これらの結果を踏まえ、基準②のみに該当する患者であっても、急性期病棟と療養病棟では日々の患者の状態の変化に差があると考えられることから、引き続き丁寧に分析を行

うべきではないかという意見があった。他方、基準②について、認知症やせん妄の患者に対するケアを適切に評価することは重要であるが、急性期入院医療の必要性を評価する指標として適切とは言い難いのではないかという意見もあった。

1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目 【別添資料 p. 62 - 70】

- ・ A項目の「専門的な治療・処置」に該当する患者の約9割は該当項目が1項目のみであり、該当項目の内訳は「免疫抑制剤の管理」が最も多かった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて「専門的な治療・処置」に該当する薬剤のうち、注射と内服の剤形があるものについて、薬剤の品目ごとに入院で使用される割合をみると、注射薬に比べ内服薬は入院で使用される割合が全体的に低く、特に内服の抗悪性腫瘍剤や免疫抑制剤については、多くの薬剤が主に外来で使用されていた。
- ・ 重症度、医療・看護必要度ⅡにおいてC項目の評価対象である手術について、入院で実施される割合をみると、多くの手術は入院の割合が9割以上であったが、一部には入院の割合が低い手術もあった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度ⅡにおいてC項目の評価対象外である手術について、入院で実施される割合をみると、入院の割合が9割以上の手術が一定数あった。また、一部の生体検査にも、入院で実施される割合が高いものがあった。
- ・ これらの結果を踏まえ、重症度、医療・看護必要度の評価項目について、原則として入院で実施される医療を適切に評価する観点から、入院の必要性等に応じた対象の整理を行うべきではないかという意見があった。また、外来での使用が多い薬剤であっても、導入期には副作用等の評価をするために数日間入院にて観察が必要なものが存在することを考慮すべきという意見があった。
- ・ 整理に当たっては、手術等の点数や件数に関わらず、入院で実施されるものを広く対象とすることを検討すべきという意見があった一方で、現行の指標で評価対象となっている項目との関係性も踏まえ、追加する対象は特に侵襲性の高い手術に限定すべきという意見もあった。
- ・ また、B項目の判断基準においては、ADLを含む患者の状態と、看護職員等による評価日当日の介助の実施の有無が、一体となって評価されている。これについて、患者の状態を正確に把握するために、患者の状態と介助の実施を分けて測定することとしてはどうかという意見があった。
- ・ 検討に当たっては、臨床現場に混乱をきたさないよう配慮を求める意見や、評価方法を変更することによる得点への影響がないかを検証する必要があるという意見があった。

1-4. 特定集中治療室管理料等 【別添資料 p. 71 - 101】

(入院患者の評価指標)

- ・ 入院料種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、集中治療室等は急性期一般入院料1と特定機能病院（一般病棟7対1）において届出が多かった。
- ・ 救命救急入院料1及び3については、平成30年度診療報酬改定において、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定・評価が要件となった。該当患者割合をみると、平均して救命救急入院料1の約3割、救命救急入院料3の約4割の患者が基準に該当していたが、割合の分布は施設によってばらついていた。
- ・ この結果を踏まえ、救命救急入院料1及び3の評価指標として用いた特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度は、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度にあるような「創傷処置」「蘇生術の施行」等の項目がなく、評価指標として適切とは言えないのではないかとこの意見があった。
- ・ 特定集中治療室管理料1及び2については、平成30年度診療報酬改定において、患者の生理学的スコア（SOFAスコア）の報告が要件となった。入力開始時期をみると、約3～4割は改定前から入力しており、入力を行う職種は主に医師であった。また、現在要件とはなっていない管理料3及び4の約7～8割からもSOFAスコアの回答が得られた。
- ・ 入室日及び退室日の重症度、医療・看護必要度やSOFAスコアをみると、両日ともに、重症度、医療・看護必要度の該当患者は約9割、SOFAスコアは0点が最も多かった。2つの指標の関係をみると、重症度、医療・看護必要度の該当患者・非該当患者ともにSOFAスコア0点の割合が最も高かったが、該当患者は非該当患者に比べて、SOFAスコア0～1点の割合が低かった。
- ・ 入室日又はその前日の手術の実施の有無別に入室日の重症度、医療・看護必要度やSOFAスコアをみると、重症度、医療・看護必要度は手術あり・なしともに該当患者が約9割であったが、SOFAスコアは手術ありの患者では0点の割合が高く、手術なしの患者では0点と4点の割合がともに高かった。
- ・ 最も医療資源を投入した傷病別に入室日の重症度、医療・看護必要度やSOFAスコアをみると、重症度、医療・看護必要度はいずれの傷病でも該当患者が概ね9割以上であったが、SOFAスコアの分布は傷病によってばらついていた。
- ・ 退院時転帰別に入室日の重症度、医療・看護必要度やSOFAスコアをみると、重症度、医療・看護必要度の該当患者・非該当患者で転帰に明らかな差は認められなかったが、SOFAスコアは得点が高くなるほど「治癒・軽快等」の割合が低く、「死亡」の割合が高かった。
- ・ これらの結果を踏まえ、特定集中治療室には侵襲性の高い手術後の患者の管理と医学的に重症な患者の治療の両方の役割があるとしつつ、一定程度は後者の役割を担うべきではないかという意見や、現在の重症度、医療・看護必要度では評価できない患者像を評価するために、SOFAスコアの活用を検討すべきという意見があった。
- ・ これらの観点から、SOFAスコアの測定に係る負担が大きいことに配慮しつつ、提出を必須とする対象を拡大してはどうかという意見があった。また、特定集中治療室等の適

切な評価指標については、引き続き必要な調査等も含めて検討してはどうかという意見があった。

(専門性の高い看護師等)

- ・ 特定集中治療室管理料 1 及び 2 では、約 9 割の施設で専門性の高い看護師が配置されており、配置人数は 1 治療室当たり約 2 名、配置時間数は 1 週間当たり延べ約 60 時間であったことから、現行の経過措置は終了を検討してはどうかという意見があった。
- ・ 早期離床・リハビリテーション加算については、特定集中治療室管理料 1、3 及び 4 では約 5 割、特定集中治療室管理料 2 では約 8 割の治療室が届け出ている。
- ・ 早期離床・リハビリテーション加算を届け出していない理由について、「国立」「公立・公的」「その他」のいずれの開設者においても「理学療法士、作業療法士を確保できない」が約 4～5 割であった。当該加算の取組を適切に推進する観点から、従事者要件の見直しについて意見があった。

1-5. 短期滞在手術等基本料 【別添資料 p. 102 - 110】

(短期滞在手術等基本料の算定状況)

- ・ 短期滞在手術等基本料 1 の算定回数は平成 29 年 5 月で 9,917 回、平成 30 年 5 月で 11,335 回と増加していた。当該基本料の対象手術全体の実施回数も 212,853 回から 234,140 回と増加しており、対象手術全体として外来での実施率は上昇していた。
- ・ 短期滞在手術等基本料 2・3 については、従来、当該点数による算定と DPC/PDPS による算定を選択可能となっていたところ、評価をよりきめ細かなものとする観点から、平成 30 年度診療報酬改定において DPC 対象病院では算定できないこととした。このため短期滞在手術等基本料 2・3 の算定回数は、平成 29 年から平成 30 年にかけて減少した。
- ・ 短期滞在手術等基本料 2 は手術に伴う 1 泊 2 日の入院を包括評価した点数であるが、対象手術の平均在院日数は 2 日を大きく上回っていた。
- ・ 短期滞在手術等基本料 3 は手術に伴う 4 泊 5 日以内の入院を包括評価した点数であるが、対象手術には入院外で実施される割合が高いものもあった。
- ・ 短期滞在手術等基本料 2 の算定回数が非常に少ないことや対象手術の平均在院日数の実態から、現行の点数・期間は実態に即した設定となっていないのではないかという意見があった。
- ・ 短期滞在手術等基本料 3 について、4 泊 5 日より短い日数で実施されている手術や外来で多く実施されている手術については、短期滞在手術等基本料 1 もしくは 2 の対象手術とすることを検討してはどうかという意見があった。他方、外来で多く実施されている手術であっても、高齢や合併症があるなどの理由から入院で実施されている場合があるとの意見もあった。

1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項 【別添資料 p.111 - 124】

(総合入院体制加算)

- ・ 総合入院体制加算の届出医療機関数は近年横ばいであるが、内訳をみると加算2が増加、加算3が減少傾向にある。調査においてはいずれの加算を届け出ている医療機関も「届出変更の予定なし」が多く、届出なしの医療機関も「届出意向なし」が多かった。
- ・ 総合入院体制加算2、3又は届出なしの施設の約8割が、加算の要件のうち「精神病床を有しており、精神病棟入院基本料等を届け出て、現に精神疾患患者の入院を受け入れている」ことを満たすことが困難と回答した。
- ・ これらの結果を踏まえ、医療機関の機能分化の観点から精神病床の要件の見直しを検討してはどうかという意見があった一方で、精神病床を有している医療機関の役割を考えると加算の要件としては妥当ではないかという意見もあった。
- ・ また、加算において必須となっている産科の標榜等の要件も、地域における医療機能の集約化の障壁となっている可能性があるという意見や、総合入院体制加算の趣旨に鑑み、施設基準の整理を検討してはどうかという意見があった。

(抗菌薬適正使用支援加算)

- ・ 抗菌薬の適正使用を推進する観点から、平成30年度診療報酬改定において抗菌薬適正使用支援加算が新設された。入院料種別の加算の届出状況を見ると、急性期一般入院料1、特定機能病院、専門病院において届出が多かった。届出医療機関における専従職員の職種は、看護師が約8割であった。
- ・ 抗菌薬適正使用支援チームの役割をみると、多くの施設で相談の有無によらず必要な助言等の介入を行っていた。薬剤の院内の使用状況については、カルバペネム系抗菌薬や抗MRSA抗菌薬は概ね把握されていたが、他の薬剤では把握状況にばらつきが見られた。
- ・ 届出医療機関の多くは「感染症診療に関する全ての診療科からの診療支援体制」等を有していたが、「院内で細菌検査ができる体制」がない医療機関が14%、「副作用についてチームが把握する体制がない」医療機関が48%あった。
- ・ 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスは「週1回」が66%、抗菌薬適正使用に関する院内講習会は「半年に1回」が79%、直近3か月で周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績は「実績なし」が52%であった。
- ・ これらの結果を踏まえ、抗菌薬適正使用支援加算の新設には一定の効果があったという意見や、地域における医療機関間の支援がさらに進むよう、必要な見直しを検討してはどうかという意見があった。

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1. 算定病床の動向及び施設の状況 【別添資料 p.125 - 137】

- ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は増加傾向にあり、特に、入院料（管理料）1の届出の増加が顕著である。
- ・ 地域包括ケア病棟・病室を届け出ている理由をみると、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」が最も多く、次いで「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。
- ・ 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨をみると、「自院の急性期病棟からの転棟先として利用している」が最も多く、次いで「在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先として利用している」が多かった。
- ・ 地域包括ケア病棟に求められる機能を適切に評価する観点から、平成30年度診療報酬改定において、入院料（管理料）1及び3に係る実績部分が導入された。実績部分の状況をみると、自宅等から入棟した患者割合は20%以上30%未満、自宅等からの緊急入院の受入は3か月で5～9人が最も多かった。
- ・ 在宅医療等の提供に係る実績は、「在宅患者訪問診療料の算定回数が3か月で20回以上」と「介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施している」の要件を満たす割合が高く、他の要件を満たす割合は低かった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、いずれの入院料（管理料）においても、約2～3割であった。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料（管理料）の届出医療機関のうち、入退院支援部門の設置がない医療機関は10.1%、入退院支援加算の届出がない医療機関が24%、入院時支援加算の届出がない医療機関が61.5%であった。
- ・ これらの結果を踏まえ、入院料（管理料）1及び3に係る実績要件については、実態等を踏まえて必要な見直しを行ってはどうかという意見があった。また、ACPに係る要件については、入院料1及び3と2及び4で差を設ける必要がないのではという意見もあった。

2-2. 入院患者の状態 【別添資料 p.138 - 146】

- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当項目をみると、A項目のうち「創傷処置」「呼吸ケア」「心電図モニターの管理」の割合が高かった。
- ・ 地域包括ケア病棟に入院している患者のうち、入院期間中に手術を実施されていた患者は約2割であった。地域包括ケア病棟に入院中に実施されている手術をみると、「水晶体再建術（眼内レンズ挿入）」と「内視鏡的大腸ポリープ粘膜切除術」が多かった。
- ・ 地域包括ケア病棟に入院している患者のうち、いずれの疾患別リハビリテーションも実施していない患者は33%であった。疾患別リハビリテーションを実施している患者について頻度や単位数をみると、過去7日間で4回以下が25%、10単位以下が34%であった。

- ・ 疾患別リハビリテーションを実施していない患者の ADL をみると、入棟時の「移乗」「平地歩行」「階段」「更衣」のいずれかに介助を要する患者が多く、そのうち多くが医療的な状態は安定していた。
- ・ 状態が疾患別リハビリテーションを実施していない患者割合を医療機関ごとにみると、割合の分布にはばらつきが見られ、入院患者の半分以上に疾患別リハビリテーションを実施していない医療機関も一定程度あった。
- ・ これらの結果を踏まえ、入院患者全体の 3 割、施設によってはそれ以上の割合の患者に、疾患別リハビリテーションを実施していないのは少なすぎるのではないかという意見があった。これに対し、疾患別リハビリテーションができない患者にはそれ以外の必要なケアを実施しているという意見があった。

2-3. 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状 【別添資料 p. 147 - 156】

- ・ 地域包括ケア病棟・病室の入棟元は「自院の一般病床（地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟・病室、回復期リハビリテーション病棟を除く）」が 43.5%、退棟先は「自宅（在宅医療の提供なし）」が 49.4%であった。
- ・ 許可病床の規模別に入棟元をみると、許可病床の規模が大きいほど、特に許可病床 400 床以上では自院の一般病床の割合が高く、他院の一般病床の割合が低かった。退棟先はいずれの病床規模でも自宅が約 6～7 割を占めた。
- ・ 他の届出入院料の種別に入棟元をみると、一般病棟がある場合はない場合と比較して自院の一般病床からの入棟が多く、他院の一般病床が少なかった。退棟先は他の届出入院料によらず自宅の割合が高いが、療養病棟の届出がある場合はない場合と比較して、自院の療養病床への退棟や死亡退院が多かった。
- ・ 入棟元が自院又は他院の一般病床の患者が占める割合の分布をみると、全ての患者が自院又は他院の一般病床から入棟している医療機関が最も多かった。さらに、一般病床から入棟した患者のうち、自院の一般病床が占める割合の分布をみると、全ての患者が自院の一般病床から入棟している医療機関が最も多かった。
- ・ これらの結果を踏まえ、自院における転棟割合が高い医療機関については、地域における機能分化を適切に進めるべきではないかという意見があった。また、許可病床の規模が小さい医療機関は、在宅等からの入院割合が相対的に高いことを受けて、地域包括ケアの役割を適切に担っていると言えるのではないかという意見があった。
- ・ 入院患者の重症度、医療・看護必要度の該当項目や疾患別リハビリテーションの実施状況は、入棟元による明らかな傾向の違いは見られなかったが、在棟日数をみると、入棟元が自院の一般病床や自宅・介護保険施設等では平均 25～30 日程度であるのに対し、入棟元が他院の一般病床では平均 47.5 日であった。
- ・ 同一医療機関の一般病棟（DPC）から地域包括ケア病棟・病室に移動する場合、他の病棟に転棟する場合と同一病棟内で転室する場合で、転棟・転室後に算定する点数が異なっており、入院料の包括範囲や初期加算の取扱い等も異なっている。関連して、DPC 対

象病棟に入院中の患者が地域包括ケア病棟に転棟する時期は、DPC/PDPSによる点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている場合があった。

- ・ これらの結果を踏まえ、地域包括ケア病棟・病室として施設基準等の要件が同じであるにも関わらず、算定する点数が異なることは合理性を欠くのではないかという意見があった。また、一般病棟から地域包括ケア病棟への転棟時期が偏っている場合があることについて、患者の状態に応じた適切な管理と言えないのではないかという意見があった。

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

3-1. 算定病床の動向及び施設の状況 【別添資料 p. 157 - 166】

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は増加傾向にあり、特に、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の占める割合が増加傾向であった。また、回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6の占める割合は、全体の約3%程度であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟における、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の配置状況は、施設基準で定める数よりも多かった。
- ・ 専任の管理栄養士の病棟配置が望ましいとしている回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している施設のうち、82%の施設で専従又は専任の管理栄養士を病棟に配置していた。また、管理栄養士の配置要件が定められていない回復期リハビリテーション病棟入院料2、3及び4を算定している施設のうち、約5割の施設が専従又は専任の管理栄養士が病棟に配置されていた。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4における在宅復帰率は、多くの医療機関で施設基準の70%を大きく上回っていた。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟の入棟元は「他院の一般病床」が66.9%、退棟先は「自宅（在宅医療の提供なし）」が51.1%であった。

3-2. 入院患者の状態 【別添資料 p. 167 - 171】

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に入院する患者のうち、約9割は経口摂取のみであるが、そのうち嚥下調整食が必要な患者は約2割であった。
- ・ 入院時と退棟時のADLスコアについて、地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟を比較したところ、回復期リハビリテーション病棟において入院時の「自立」の割合が低かった。

3-3. リハビリテーションの提供状況 【別添資料 p. 172 - 176】

- ・ 回復期リハビリテーション病棟の入院患者に対する疾患別リハビリテーションの実施頻度は、週当たり7～14回、単位数は、週当たり30～45単位前後であり、実施頻度・単位数とも入院料1が最も多かった。
- ・ 退院後のリハビリテーションの必要性について、回復期リハビリテーション病棟からの退院する患者の約6割が必要性ありとされており、そのうち約5割の患者に対して、退院後1週間以内にリハビリテーションが実施されていた。
- ・ リハビリテーション実績指数は、全体的に上昇傾向にあった。特に、算定要件の実績部分にリハビリテーション実績指数が含まれている回復期リハビリテーション病棟入院料1、3又は5を算定する病棟を有する医療機関において、リハビリテーション実績指数が高い傾向にあった。

3-4. リハビリテーション実績指数等 【別添資料 p.177 - 187】

- ・ 発症から入棟までの期間とFIM得点の変化について、発症から入棟までの期間が短いほど、得点の変化が大きい傾向であった。
- ・ 提供した疾患別リハビリテーションの単位数が多いほど、FIM得点の変化が増加する傾向であった。
- ・ 入院料別にFIM得点の変化をみると、回復期リハビリテーション入院料1を算定する病棟において、得点の変化が最も大きかった。
- ・ 入棟時と退棟時のFIMの推移をみると、入棟時の値は平成28年度以降やや低下傾向にあり、退棟時の値はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM得点の変化の推移をみると、平成28年度以降増加傾向となっていた。この関係性は、入院料ごとにみても、同様の傾向であった。
- ・ 入棟時FIMと発症から入棟までの日数の関係を経年的にみると、発症から入棟までの日数によらず、入棟時FIMが低下傾向であり、他方、入棟時FIMとFIM得点の変化の関係を経年的にみると、入棟時FIMの値によらず、FIM得点の変化が増加傾向であった。これらの関係性は、疾患区分ごと又は入院料ごとにみても、同様の傾向であった。
- ・ 入棟時・退棟時FIM及びFIM得点の変化と、入棟時・退棟時日常生活機能評価及び日常生活機能評価の変化との関係については、平均値及び中央値に着目した場合、一定程度、相関関係が見られた。
- ・ これらの結果を踏まえ、FIM得点の経年的な変化については、FIM測定の精度の担保等を含め、適切な運用を促す仕組みが必要ではないかという意見があった。

4. 慢性期入院医療について

4-1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況【別添資料 p.188 - 195】

- ・ 療養病棟入院基本料の届出病床数は近年微増だが、療養病棟入院基本料（20対1）の割合が増加していた。

- ・ 改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届け出ていた病棟のうち、令和元年6月1日時点で経過措置1を届け出ていた病棟は約6割であった。経過措置1を届け出ている理由は、「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。
- ・ 経過措置1を届け出ている病棟の今後の届出意向について、「一部又は全部を他の病棟等に転換」と回答した病棟は平成30年度調査では60.6%、令和元年度調査では約44.7%あったが、「現状を維持」と回答した病棟は平成30年度調査では36.4%、令和元年度調査では53.2%あった。
- ・ 医療区分2・3該当患者割合は、療養病棟入院料1では約90%、療養病棟入院料2では約65%であった。また、療養病棟入院料1では95%以上の病棟が最も多かったが、療養病棟入院料2では分布がばらばらであった。

4-2. 入院患者の状態 【別添資料 p.196 - 212】

(医療区分・ADL区分)

- ・ 入院患者の状態をより適切に評価する観点から、平成30年度診療報酬改定において、医療区分3の項目のうち、「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」を医療区分2と医療区分3に分けることとした。平成30年度調査において当該項目の改定後の該当状況をみると、医療区分3に該当する患者が多かった。
- ・ 3か月間の医療区分の変化をみると、約5～7割の患者は同じ区分で変化がなかった。
- ・ 医療区分が上がるにつれて、ADL区分3の患者割合が増加し、ADL区分が上がるにつれて、医療区分3の患者割合が増加していた。また、いずれの医療区分においても、脳梗塞及び脳出血の患者が多かった。
- ・ 医療区分2・3に該当する患者について、各医療区分の該当項目数は1項目が最も多かった。項目の内訳をみると、医療区分3については、「中心静脈栄養」が最も多く、医療区分2については、「1日8回以上の喀痰吸引」が最も多かった。
- ・ 入棟時に、「1日8回以上の喀痰吸引」に該当する患者は24.9%、「中心静脈栄養」に該当する患者は16.7%であった。また、入棟時及び調査基準日に「中心静脈栄養」に該当していた患者の在院期間をみると、約半数が半年以上であった。
- ・ 療養病棟において高カロリー輸液を連続して投与した日数の平均をみると、30日未満の医療機関が最も多かったが、90日以上医療機関もあった。また、高カロリー輸液を投与した日数が入院期間に占める割合の平均をみると、60%以上80%未満が最も多く、次いで80%以上が多かった。
- ・ これらの結果を踏まえ、療養病棟においては栄養の投与方法として中心静脈栄養に代わる手段がない患者も多く入院していることに留意しつつ、栄養の投与方法を検討するに当たっては患者及びその家族に丁寧な説明を行うことや、中心静脈カテーテルを長期

に留置する場合には適切な管理のための定期的な評価を行うことが必要ではないかという意見があった。

(膀胱留置カテーテルの状況)

- ・ 療養病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されていた。また、膀胱留置カテーテルを留置されている患者のうち、74.1%が3か月以上留置されていた。
- ・ 排尿自立指導料を算定している病棟は、算定していない病棟に比べて、膀胱留置カテーテル留置中の患者が少なく、また、膀胱留置カテーテルを留置している患者割合が60%以上の病棟はなかった。
- ・ 療養病棟において排尿自立指導料を算定していない理由をみると、「経験を有する医師の確保が困難」が最も多く、次いで「算定対象となる患者がいらない」が多かった。
- ・ これらの結果を踏まえ、療養病棟において膀胱留置カテーテル早期抜去に向けた取組を適切に推進するため、排尿自立指導料についての必要な見直し等を検討してはどうかという意見があった。

4-3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項 【別添資料 p. 213 - 224】

- ・ 在宅復帰機能強化加算の算定状況は増加傾向であり、療養病棟入院料1の届出病棟のうち34%が加算を届け出ている。
- ・ 急性期患者支援療養病床初期加算については、入院患者のうち4.7%、在宅患者支援療養病床初期加算については、入院患者のうち1.6%が算定していた。
- ・ 療養病棟への入棟元は自院又は他院の急性期病棟が多く、退院先は死亡退院が約5割で最も高かった。
- ・ 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をみると、「患者・家族の看取りに対する理解が深まった」が最も多く、約6割であった。また、指針の実行に当たり困難と考えられる事項については、約3割の病棟が「入棟前に看取りに係る説明がされていない」と回答した。
- ・ DESIGN-Rについて、調査基準日の合計点が前月の実績点を上回り、かつ、前月の実績点が前々月の実績点を上回った患者は4.4%であった。
- ・ 約7割の療養病棟において、質の高い療養生活の取組を実施していた。取組による効果としては、「身体機能の維持・向上」が最も多かった。

4-4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料 【別添資料 p. 225 - 232】

- ・ 障害者施設等入院基本料と特殊疾患病棟入院料（以下「障害者施設等入院基本料等」という。）では、包括範囲が異なるものの、患者の疾病や状態について、類似していた。
- ・ 障害者施設等入院基本料等を届け出ている病棟における対象患者割合は、95%以上の病棟が最も多かった。

- ・ 障害者施設等入院基本料等を届け出ている病棟の入院患者は、重度の肢体不自由児・者が約6割を占めた。
- ・ 障害者施設等入院基本料等を届け出ている病棟の入院患者について、意識障害がある患者は約3割であり、障害支援区分に該当する患者は約2～3割であった。また、障害者施設等入院基本料を届け出ている病棟の入院患者については、約6割が身体障害者（肢体不自由）の等級が1級又は2級であった。

5. 横断的事項について

5-1. 入退院支援 【別添資料 p. 233 - 263】

(入退院支援加算等)

- ・ 入退院支援については、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観点から、平成30年度診療報酬改定において、入院時支援加算の新設や退院時共同指導料の見直しが行われた。
- ・ 改定後の届出状況を見ると、急性期一般入院料1及び特定機能病院入院基本料の届出医療機関の約7～8割が入院時支援加算を届け出ており、届け出していないこれらの種類の医療機関の約4割は今後の届出を予定していた。
- ・ 入院時支援加算を届け出ることが困難な理由として、いずれの入院基本料においても「専従の看護師の配置が困難」及び「専任の看護師及び社会福祉士の配置が困難」が多いが、一部の入院基本料においては「予定入院患者が少ない」を理由として挙げている。
- ・ 入退院支援加算1及び2の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、いずれの入院料種別においても、入退院支援加算1及び2の届出ありの施設の平均在院日数が短い傾向にあった。
- ・ 入退院支援加算3の届出施設は、入退院支援加算1又は2の届出施設に比べて、入退院支援部門の専従・専任職員数が多かった。
- ・ 病棟に入退院支援の専従もしくは専任の職員が配置されている場合の効果についてみると、専従職員がいる施設と、専任職員のみ施設との間に大きな違いはみられなかった。
- ・ 退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項を見ると、全体として、「担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多かった。また、患者の退院を困難にしている事項を見ると、全体として、「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」が多かった。
- ・ 入退院支援加算の算定患者について、算定要件である退院困難な要因の主な該当項目を見ると、「緊急入院であること」が最も多く、次いで「入院前に比べてADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が多かった。「そ

の他患者の状態から判断して上記に準ずると認められる患者」の具体的な記載をみると、「精神疾患がある」「内服管理が必要」「栄養管理が必要」等の理由が見られた。

- ・ 入院時支援加算の入院前に実施した事項をみると、いずれの入院料種別においても概ね8割以上実施されている項目が多かったが、療養病棟入院基本料を届け出ている施設においては「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施割合が低かった。

(退院時共同指導料等)

- ・ 退院時共同指導料2及び多機関共同指導加算については、3か月間における算定患者数はそれぞれ約3名、約2名であったが、そのうちビデオ通話を用いた共同指導は1件のみであった。
- ・ ビデオ通話を用いた共同指導を行っていない理由としては、「ビデオ通話に対応できる環境がない」「ビデオ通話と用いた共同指導を行う必要性がない」が約6割と最も多かったが、「医療資源の少ない地域ではない」「やむを得ない事情がない」という現行の要件を理由としている回答もあった。
- ・ 退院前訪問指導料及び退院後訪問指導料の算定患者数はともに3か月間で約2名であり、算定していない理由としては、「対象者がいない」「指導を行う職員が指導時間を確保できない」の順に多かったが、退院後の在宅療養を担う医師等と連携できていること等も理由として挙げられていた。

5-2. 診療実績データの提出に係る評価 【別添資料 p. 264 - 277】

(データ提出加算を算定する病院の状況)

- ・ 平成30年度診療報酬改定においてデータ提出加算の届出を要件として追加した、回復期リハビリテーション病棟入院料と療養病棟入院基本料について、当該加算の算定状況をみると、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出た病床84,918床のうち52,919床(62.3%)、療養病棟入院基本料を届け出た病床220,259床のうち65,014床(29.5%)であった。
- ・ その結果、平成30年10月時点でデータ提出加算を算定する一般病床を有する病院数は4,425病院であり、一般病院の約6割を占めた。

(データ提出加算が要件となる入院料)

- ・ 平成24年度診療報酬改定においてデータ提出加算を導入した後、累次の改定においてデータ提出加算の届出が要件となる入院料を拡大してきており、平成30年度診療報酬改定の答申書附帯意見においても、「データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること」とされている。

- ・ 現在、許可病床数 200 床以上の回復期リハビリテーション病棟入院料 5・6 及び療養病棟入院基本料を届け出る病棟については、データ提出加算を算定することが施設基準となっている。この要件を 50 床以上とした場合、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床の 87.2%、療養病棟入院基本料を算定する病床の 91.7%のデータが提出されることとなる。
- ・ これらを踏まえ、データを用いた診療実績の適切な評価のためには、データ提出の対象病棟を拡大する必要があるのではないかという意見があった。他方、医療機関における電子カルテ等のシステムの導入状況も踏まえ、許可病床の少ない病院については配慮が必要ではないか、という意見もあった。

(提出項目の現状)

- ・ データ提出加算の提出項目には、全ての病棟で提出を必須としている身長、体重、入退院日等の基本情報や、ADL 等の患者の状態を示す項目の他に、急性期一般入院基本料等を届け出た病棟のみで提出を必須としている TNM 分類や肺炎の重症度分類等の項目が設けられている。平成 30 年度診療報酬改定において、回復期リハビリテーション病棟入院料や療養病棟入院基本料を届け出た病棟の特徴を捉えるための項目として、FIM や要介護度等の項目を追加した。
- ・ また、褥瘡の状態に係る項目等について、データ提出加算の様式 1 においては、入院時の褥瘡対策の診療計画書とは別の記載事項を求めている。

(提出項目の追加や内容の見直し)

- ・ 入力を必須とする項目の拡大を検討するに当たっては、入院医療を適切に評価するという観点に加え、入力に係る負担を考慮する必要があるという意見があった。
- ・ 高齢の患者や自立度が低い患者が増えていることを踏まえ、療養病棟においてのみ提出を必須としている要介護度や、低栄養等の有無についての項目である要介護情報については、急性期病棟においても提出を必須とすることとしてはどうかという意見があった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟においてのみ提出を必須としている FIM について、急性期病棟等では、測定に係る負担が大きいことや、正確な入力が可能な人員の確保が難しいという観点から、現時点で提出を必須とすることは難しいという意見があった。他方、まずは評価項目や様式等の在り方について整理が必要ではないかという意見があった。
- ・ また、提出項目のうち、診療報酬上の他の項目において定められている記載事項との整理が必要な項目があるのではないかという意見があった。

(提出データ評価加算の現状)

- ・ 提出データ評価加算は、作成したデータの質を評価する目的で、平成 30 年度診療報酬改定において新設された。算定の要件として、データ提出加算 2 を算定している場合で

あって、医科の診療報酬明細書、様式 1 や外来 EF ファイルにおける未コード化傷病名の割合が 10%未満であることを求めている。

- ・ 平成 30 年 12 月時点で、データ提出加算 2 を算定する 2,441 病院の内、提出データ評価加算を算定する病院は約 9 割にあたる 2,200 病院であった。
- ・ 医科の診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合は、平成 29 年 12 月時点で約 5%だったが、平成 30 年 12 月時点では約 4%に減少した。
- ・ 様式 1 と外来 EF ファイルにおける未コード化傷病名の割合は、ほとんどの医療機関で 1%未満であった。また、診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合は、1%の医療機関が最も多かったが、10%以上の医療機関も約 1 割あった。

(未コード化傷病名の割合に係る評価の在り方)

- ・ 未コード化傷病名の割合の平均が 4%である現状を踏まえ、評価対象とする割合について見直してはどうかという意見があった
- ・ データ提出加算 2 を算定している医療機関のうち、約 9 割の医療機関で提出データ評価加算を算定していることから、未コード化傷病名の割合を減少させるという当初の目的は達成したという意見があった。他方、データ提出加算が要件となる範囲の拡大に合わせて未コード化傷病名の割合が増えることも予想されるため、評価の在り方については引き続き慎重に検討すべきではないかという意見もあった。

5-3. その他の事項 【別添資料 p. 278 - 297】

(認知症ケア加算)

- ・ 急性期一般入院料 1 の届出医療機関の約 8 割が認知症ケア加算 1 又は 2 のいずれかを届け出ている。
- ・ 認知症ケア加算 1 を届け出ている理由としては、「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」が全体的に多かった。この結果を踏まえ、当該加算の取組を適切に進める観点から、医師要件の見直しを検討してはどうかという意見があった。

(せん妄予防の取組)

- ・ せん妄予防の取組状況をみると、急性期一般入院料 1 や集中治療室等の約 7~8 割で取組が行われていた。取組のタイミングは入院時早期に一律に行っている場合と、せん妄を疑う際に行っている場合が多かった。取組を行う職種は看護師が多く、次いで医師が多かった。
- ・ 取組において集中治療室等の約 7~8 割がチェックリストを活用していたが、入院料によってばらつきがあり、チェックリストの種類も病院独自のものを活用している方が多かった。

- ・ リスクのある患者への予防的介入は多くの場合で行われており、非薬物療法（環境調整等）を中心としている割合が高く、具体的内容の実施状況にはばらつきが見られた。

（その他）

- ・ 総合評価加算の算定回数や届出医療機関数は増加傾向にあり、急性期一般入院料 1 等で算定されていた。算定を行っていない理由をみると、総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した医師や歯科医師がいないという回答が多かった。
- ・ 総合的な機能評価に係る測定には多くがチェックリストを用いていたが、その種類は病院独自のものが多く見られた。総合評価にガイドラインを使用していると回答した割合は約 2 ～ 5 割であった。
- ・ 総合評価加算については、入院患者の状態を評価する他の項目との整理が必要ではないかとの意見や、加算を創設した当初の目的を一定程度果たしたのではないかとの意見があった。
- ・ 患者サポート体制充実加算の届出医療機関数は近年、微減傾向であるが、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院入院基本料の届出医療機関の約 8 ～ 9 割が届け出ている。
- ・ また、患者サポート体制充実加算の届出の有無によらず、患者対応窓口では入院患者及び外来患者ともに対応している医療機関がほとんどであった。
- ・ 身体的拘束等の行動制限を最小化する取組については、いずれの入院基本料においても概ね 7 割以上で「身体的拘束の実施について病院としての指針（マニュアル等）を定めている」となっていた。

6. 医療資源の少ない地域について 【別添資料 p. 298 - 308】

- ・ 医療資源の少ない地域については、入院基本料の算定、人員配置、夜勤、病床数要件の緩和の対象としており、平成 30 年度診療報酬改定においても対象の一部拡大等を行ったところ。
- ・ 当該緩和の対象となっている点数項目の算定状況をみると、全体として算定回数は増加傾向にあるが、一部の項目については算定されていなかった。
- ・ 医療資源の少ない地域の医療機関にヒアリングを行ったところ、「ICT による連携に効果がある」、「常勤医師が不足している」、「診療報酬項目の算定に当たって経験を有する医師等の確保が困難」等の意見があった。
- ・ これらの結果を踏まえ、これまでの医療資源の少ない地域に対する対応には一定の効果があったと思われるものの、診療報酬による対応には限界があるのではないかという意見があった。

7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

【別添資料 p. 309 - 313】

- 入院医療等の調査・評価分科会の下に設置された診療情報・指標等作業グループにおいて、平成 30・31 年度厚生労働科学研究（「急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性と職員配置等の指標の開発に係る研究」（研究代表者松田晋哉））を踏まえ、急性期から長期療養まで含めた入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等について検討を行った。

（検討内容について）

- ・ 研究班より、現行の診療報酬体系の課題や対応を検討すべき事項、中長期的な入院に係る評価体系のイメージ、今後の研究の具体的な内容について報告があった。
- ・ 報告に対して、医療内容については急性期と長期療養では医療の目的や内容が異なることを踏まえた評価指標を検討すべきという意見や、患者状態については急性期から長期療養までシームレスに把握・評価することを検討すべきという意見があった。
- ・ また、評価体系において、医療による患者状態の改善等の成果に応じた評価を検討する場合、その成果を出すに当たっての効率性を評価する視点も検討してはどうかという意見があった。

（今後の方向性について）

- ・ 引き続き研究班において、入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等について研究を行い、必要に応じて作業グループにおける意見交換を行うこととなった。

8. DPC/PDPS について

- 入院医療等の調査・評価分科会の下に設置された DPC/PDPS 等作業グループにおいて、DPC/PDPS の運用に関する事項や退院患者調査に関する事項等の検討を行った。

8-1. DPC 対象病院の要件 【別添資料 p.314 - 333】

- ・ 平成 30 年度診療報酬改定において、調整係数の置換え完了に伴い、基礎係数（医療機関群）や機能評価係数Ⅱについての考え方の再整理を行った。その際に、平均から乖離した診療実態の医療機関の存在が確認され、これらの病院は制度運用の妨げとなる可能性が指摘された。
- ・ その後の中医協や入院分科会においても、粗診粗療の懸念がある場合の診療内容の適切性について検討する必要性や、平均から外れて医療資源投入量が少ない、在院日数が長い等の診療実態がある病院は DPC/PDPS になじまない可能性があるため、何らかの対応について検討する必要性を指摘された。
- ・ また、すぐに要件への追加や DPC/PDPS から退出させるのではなく、まずは急性期の医療の標準化をすすめるという観点から、そのような診療実態となっている理由について分析が必要ではないかという指摘もあった。

- ・ 以上を踏まえ、DPC/PDPSの対象病院の要件を検討するに当たって、制度導入時から変わったDPC対象病院の現況について分析し、医療資源投入量や在院日数を指標とし、それぞれの病院の分布の傾向や診療内容等の状況を評価・分析することを通じて、急性期の医療の標準化をすすめるという観点と、粗診粗療の懸念のある病院や制度になじまない可能性のある病院、という観点について分析・検討を行った。

(医療資源投入量が平均から外れた病院)

- ・ 診療する疾患群の補正を行った上で算出された病院別の医療資源投入量については、一定の幅は存在するものの、平均に収れんすることが望ましい。
- ・ 医療資源投入量の少ない病院については、必要な医療が十分に提供されていない可能性が考えられる一方で、必要かつ効率的な医療を実施している可能性もあること、単に医療資源投入量が少ないことでもって評価・分析した場合、不要な医療の実施を招く危険性もあることに留意が必要であるという指摘があった。
- ・ これらを踏まえ、DPC/PDPSの対象病院において、疾患の頻度が高くかつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる内科系疾患（急性心筋梗塞、脳梗塞、狭心症、心不全）について、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高く、在院日数が平均から外れて長い、という病院の分布等について評価分析を行い、制度になじまない可能性がある病院の状況等について分析を行った。
- ・ 医療資源投入量の多い病院については、必要な医療が実施されていないとは考えにくい一方で、効率的な医療の提供というDPC/PDPS制度の趣旨に照らし、それらの病院における具体的な医療内容などについて、引き続き精査が必要と考えられた。

(在院日数が平均から外れた病院)

- ・ 診療する疾患群の補正を行った上で算出された病院別の在院日数については、一定の幅は存在するものの、平均に収れんすることが望ましい。また、在院日数については、効率的な医療提供の観点から、結果として、経年的に短縮化の傾向が見られている。
- ・ 在院日数が平均から外れて短い病院については、必要な医療が提供されかつ在院日数が短い病院がある一方で、急性期医療が必要な状態である患者への医療が、他の病棟において提供されている可能性もあると考えられる。
- ・ 今回の評価分析において、自院の他の病棟種別へ転棟した患者の割合は全体としては4%であったが、その割合が30%を越える病院もあったことから、それらの病院における医療の提供状況等について分析を行った。
- ・ 在院日数が平均から外れて長い病院については、医療資源投入量が少ないことや、前述の、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高い、という視点を加え、DPC/PDPSになじまない可能性のある病院の状況等について分析を行った。

(その他)

- ・ 医療の質に関する指標について DPC データを用いて分析を行ったところ、DPC 対象病院が実施する診療内容にばらつきがあることが分かった。しかし、指標で評価できる内容が限定的であることや評価方法について課題があることから、DPC 対象病院の要件に使用することは慎重に検討する必要があるという指摘があった。
- ・ 特定の診療領域に特化した診療を行う病院については、医療資源投入量や在院日数と明らかな相関は認められなかった。
- ・ 主として小児を対象としている病院について、全症例の 50%以上が 15 歳以下の小児の診療を行う病院の傾向をみたところ、医療資源投入量が少なく、在院日数が短い傾向が見られたため、DPC/PDPS の対象病院の要件について検討する際は配慮してはどうかという指摘があった。

(今後の DPC/PDPS 等作業グループにおける作業の方向性について)

- ・ 次に該当する病院について、書面調査や個別のヒアリングなどを通じて、それらの病院で提供されている診療の状況等について、引き続き評価分析を行うこととなった。
- ア) 医療資源投入量の少ない病院であって、急性心筋梗塞、脳梗塞、狭心症、心不全症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等 1 なし」の症例が占める割合が高い病院
- イ) 在院日数の短い病院であって、自院他病棟への転棟割合が高い病院
- ・ 医療資源投入量の多い病院や在院日数が長い病院についても、制度の趣旨に鑑み、提供されている医療の実態の把握を行い、評価分析を行うこととなった。

(各病院の診療状況等の確認)

- ・ DPC 対象病院で実施される診療の標準化を進めることは重要なことから、次の指標について、各病院に対し、当該病院が DPC 対象病院全体の分布のうちどのような位置にあるのかについて、当分の間、試験的に個別に知らせることとする。
 - ① 医療資源投入量
 - ② 在院日数
 - ③ 転棟した症例の占める割合
 - ④ 「手術なし」かつ「手術・処置等 1 なし」の症例が占める割合

8-2. 医療機関別係数 【別添資料 p. 334 - 337】

- DPC/PDPS 導入当初設定された調整係数は、包括払い制度の円滑導入のため、医療機関毎に前年度の診療実績に基づく報酬水準が維持されるよう設定された。その後、この調整係数については、医療機関の機能を評価する係数に組み替えることとされ、基礎係数及び一連の機能評価係数Ⅱへの置き換えを診療報酬改定毎に段階的に行い、平成 30 年度診療報酬改定において、一連の置き換えが完了した。また、平成 24 年度診療報酬改定から平成 28 年度診療報酬改定までの期間は暫定調整係数を設けていたが、置き換え完了後も診療報酬改定が報酬水準に与える影響を加味し、平成 30 年度診療報酬改定に

において一年に限り激変緩和措置を行った。今後の安定的な DPC/PDPS の運用に資するための機能評価係数Ⅱ、激変緩和係数の今後の取扱いについて検討を行った。

(治験等の実施)

- ・ 現状、機能評価係数Ⅱの一つである地域医療係数において、高度・先進的な医療の提供として医師主導試験治療の実施、先進医療の実施、患者申出療養の実施を評価している。
- ・ 地域医療係数の評価項目の一つである「10例以上の医師主導治療の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成」について、該当する病院は令和元年4月時点で2病院のみであった。
- ・ 適切な評価を行うため、臨床研究中核病院における、医師主導治療及び臨床研究の実施件数等の実績評価を参考とし、機能評価係数Ⅱの評価項目の見直しを検討する必要がある。

(新型インフルエンザ等対策)

- ・ 新型インフルエンザ等の発生時に必要な医療を提供する体制を整備する病院について、平成26年診療報酬改定から、機能評価係数Ⅱで評価することとしている。
- ・ 現状では、新型インフルエンザ等対策に係る地方公共機関の指定を法人単位で受ける場合がある等、個別の病院の指定の状況について把握が困難な場合があったため、機能評価係数での評価は行っていなかった。
- ・ 令和元年度から、新型インフルエンザ等対策政府行動計画を踏まえ、新型インフルエンザ等協力医療機関について、厚生労働省のホームページにおいて公開され、評価の対象となる病院が明確となったことから、令和2年度からは機能評価係数Ⅱにおいて評価を行う必要がある。

(激変緩和係数)

- ・ 平成30年度診療報酬改定時、調整係数の置き換え完了後も、安定的な医療機関の運営に資するよう診療報酬改定のある年度のみ激変緩和係数を設定し、推計診療報酬変動率を±2%までとする対応を行った。平均的な診療実態から外れる病院の令和2年度診療報酬の対応については、引き続き検討することとした。
- ・ 診療報酬改定における報酬の変動については、病院の個別の要因を特定することは困難と考えられるため、令和2年度診療報酬改定においても一定の激変緩和措置を置く必要がある。

8-3. 退院患者調査に関する事項 【別添資料 p. 338 - 342】

(提出データの公開等)

- ・ 平成 30 年度診療報酬改定において、急性期一般入院基本料や地域包括ケア病棟入院料に加え、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料を届け出た病棟についても、データ提出加算の届出を要件として追加するとともに、それぞれの病棟の特徴を捉えるための項目を提出項目として追加した。
- ・ 各医療機関から提出されたデータのうち、現在、公開することとしているものは、急性期の診療内容や重症度等に係る項目が多い。

(データを公開する対象病棟)

- ・ 公開データが、各医療機関のベンチマーク等に広く利用されているという観点から、データを公開する対象病棟の範囲については、その範囲を拡大することとしてはどうかという意見があった。なお、拡大に当たっては、平成 30 年 7 月時点のデータの提出状況等を明記した上で公開することとしてはどうかという意見があった。

(公開データの集計方法)

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料や療養病棟入院基本料を届け出る病棟における特徴を捉えるための項目として追加された FIM 及び要介護度等の公開に当たっては、入院症例の背景等による違いを踏まえた解釈が可能となるよう、該当する病棟の病床数や平均年齢等、必要な項目を併せて公開することとしてはどうかという意見があった。
- ・ また、公開データは現在、全病棟の集計及び一般病棟のみの集計を行っているが、地域包括ケア病棟のみに入院していた症例など、病棟の種別ごとに集計することについて検討してはどうかという意見があった。

中医協 総－4参考
元 . 1 1 . 6

診調組 入－1参考
元 . 1 0 . 3 0

(令和元年度第11回)
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編

令和元年10月30日(水)

とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

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)

2018年度調査全体の概要①

中医協 診 - 1
3 0 . 1 1 . 7

- 調査方法: 調査は原則として自記式調査票の郵送配布・回収により実施する。
- 調査票: 対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「患者票」、「レセプト調査票」を配布する。
※患者票は、入院患者票、退棟患者票及び補助票で構成される
- 調査対象施設: 調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。
- 調査負担軽減のため、患者票の一部については、診療実績データ(DPCデータ)での代替提出を可能とする。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(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)	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等の届出を行っている医療機関
(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	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関
(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)	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(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	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関



調査対象施設の区分に応じて、次項の通りA票からF票に整理

2018年度調査全体の概要②

調査票	関連する調査項目	調査対象となる施設	対象施設数
A票	(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)	急性期一般入院料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料の届出を行っている医療機関	約2,000施設
B票	(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	地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料等の届出を行っている医療機関	約1,900施設
C票	(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)	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関	約1,500施設
D票	(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)	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関	約800施設
E・F票	(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	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関(病院・診療所)	約500施設

2018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	患者票	退棟 患者票
A	急性期一般入院基本料、特定機能病院 入院基本料、専門病院入院基本料	2,000	786 (39.3%)	1,996	20,296	8,890
B	地域一般入院基本料、地域包括ケア病 棟入院料・入院医療管理料、回復期リ ハビリテーション病棟入院料	1,901	683 (35.9%)	537	5,385	1,144
C	療養病棟入院基本料	1,499	419 (28.0%)	266	3,474	412
D	障害者施設等入院基本料等	800	308 (38.5%)	233	3,024	261
E	医療資源の少ない地域に所在する保険 医療機関（病院）	172	82 (47.7%)	—	—	—
F	医療資源の少ない地域に所在する保険 医療機関（診療所）	173	73 (42.2%)	—	—	—

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	—

とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
- 1-2. 入院患者の状態
- 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

4. 慢性期入院医療について

5. 横断的事項について

6. 医療資源の少ない地域について

7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

8. DPC/PDPSについて

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%		

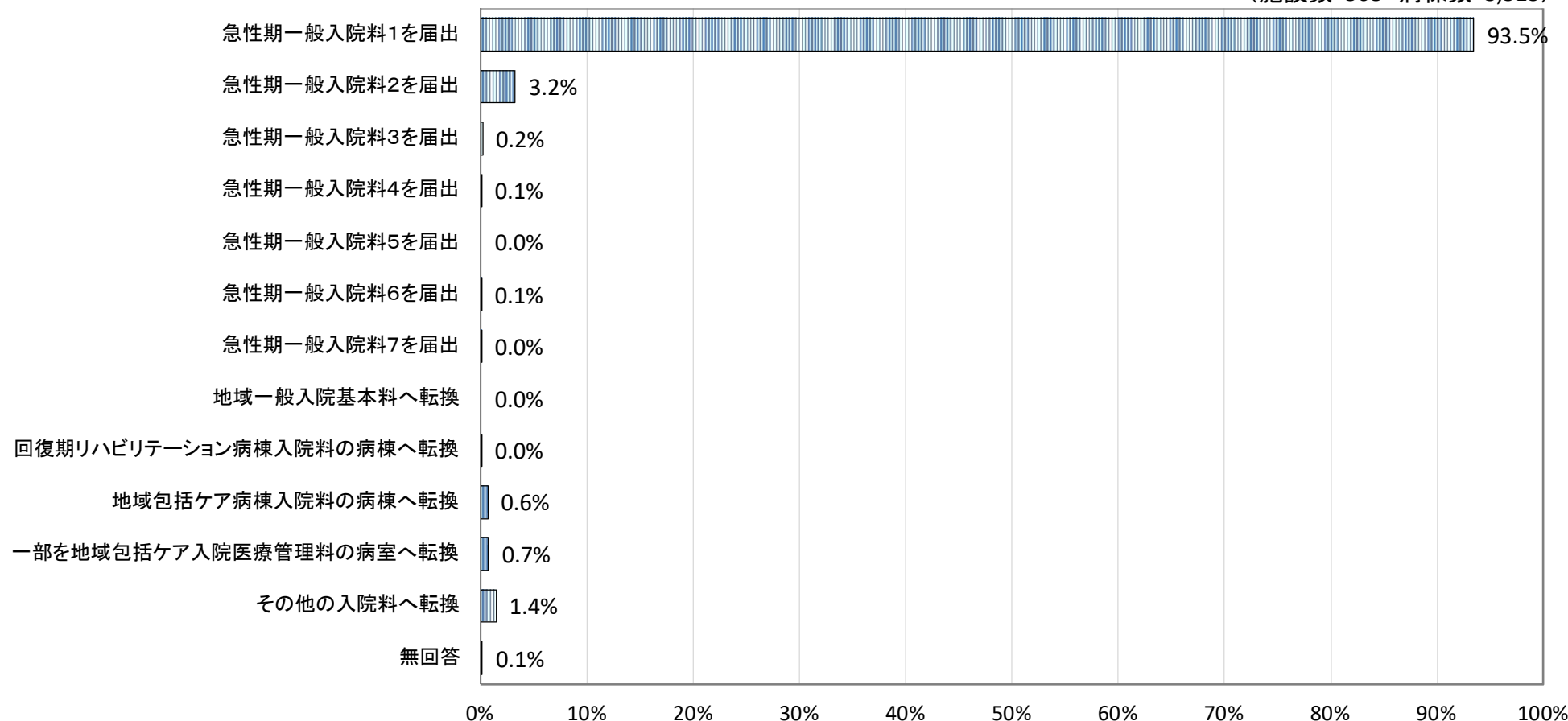
入院料等		特定機能病院入院基本料（結核病棟）	結核病棟入院基本料
区分（看護職員配置）		7対1	7対1
必要度に係る加算		なし	なし
重症度、医療・看護必要度に係る基準		継続的な測定と結果に基づいた評価（必要度Ⅰ）	<ul style="list-style-type: none"> ・ A得点2点以上かつB得点3点以上 ・ B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、A得点1点以上かつB得点3点以上 ・ A得点3点以上 ・ C得点1点以上
患者割合基準	必要度Ⅰ	なし	11%
	必要度Ⅱ		9%

- 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日時点の状況をみると、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

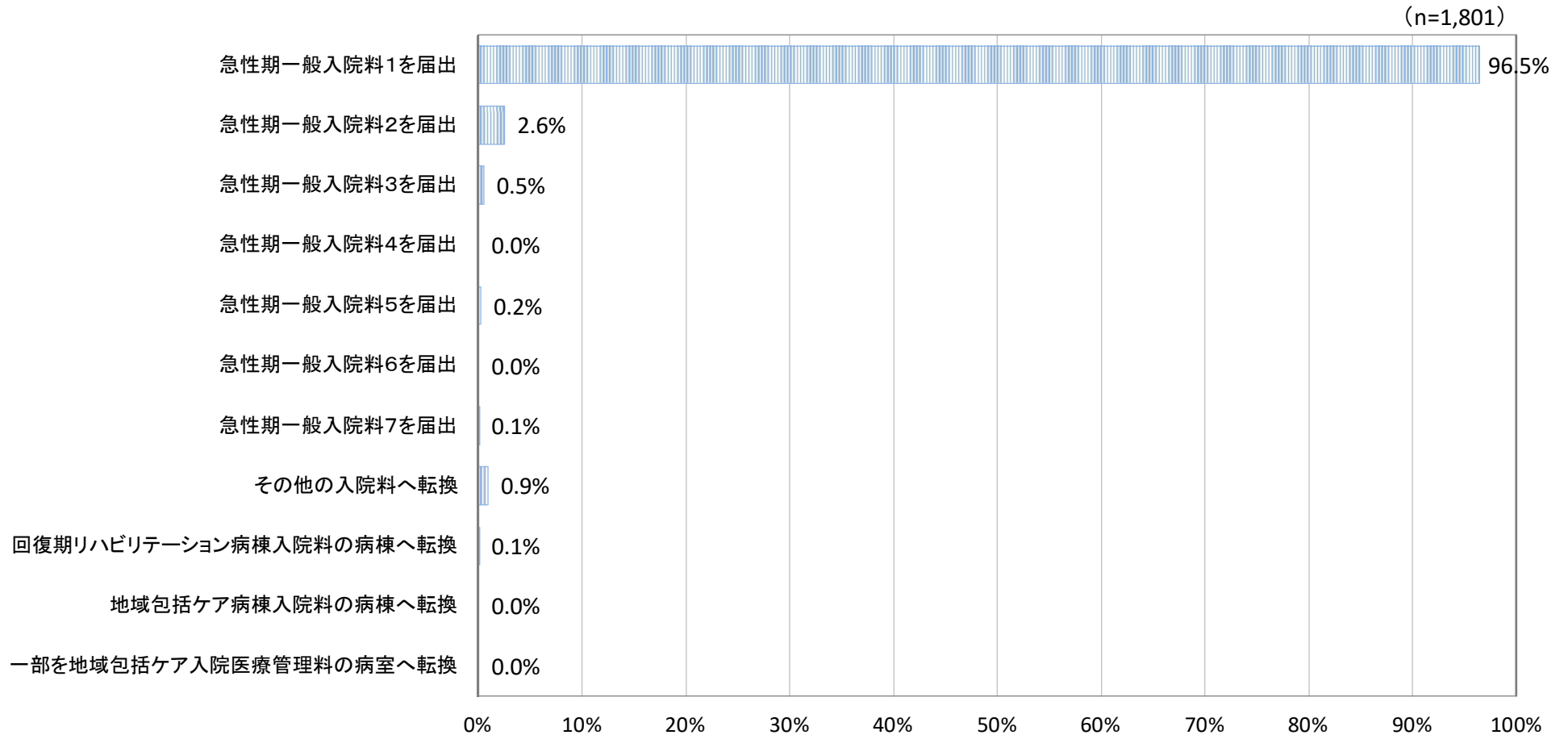
(施設数=568 病棟数=3,513)



- 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

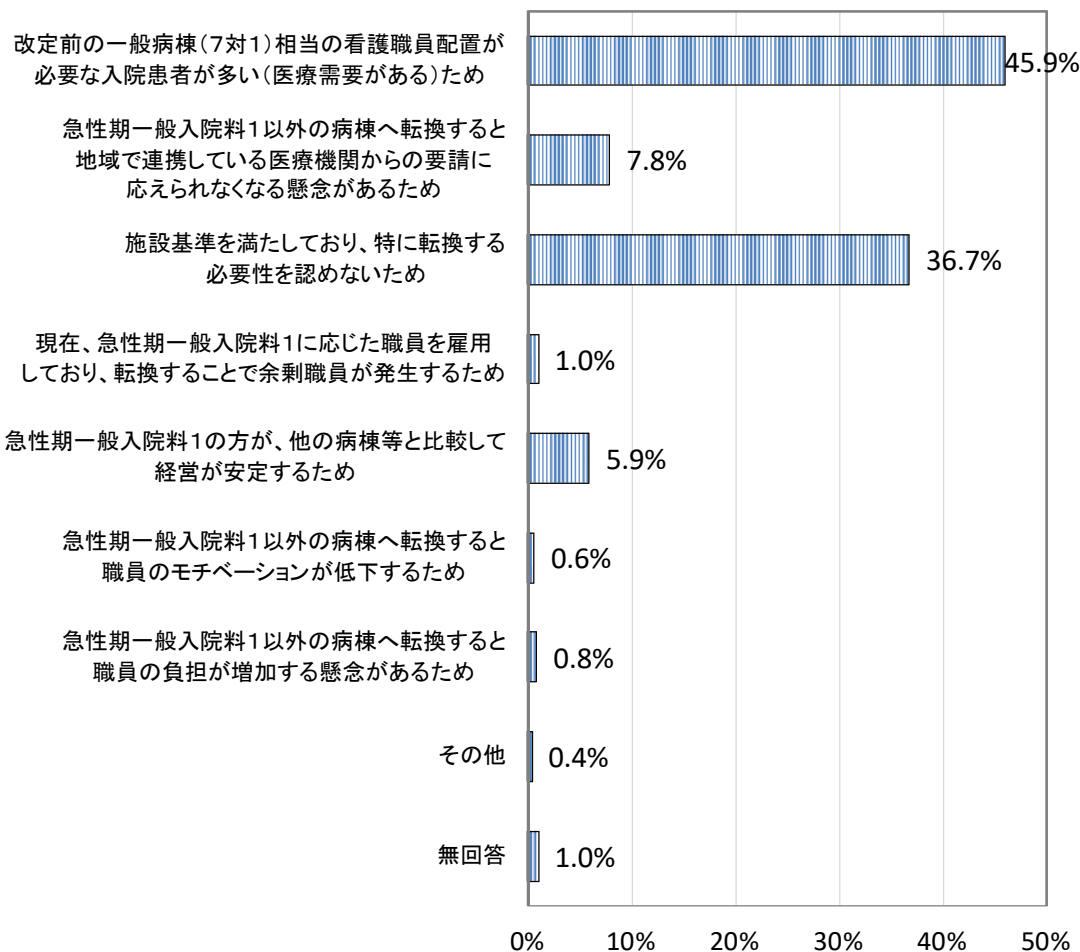
改定前に一般病棟(7対1)を届出していた病棟の平成30年11月1日時点の届出状況



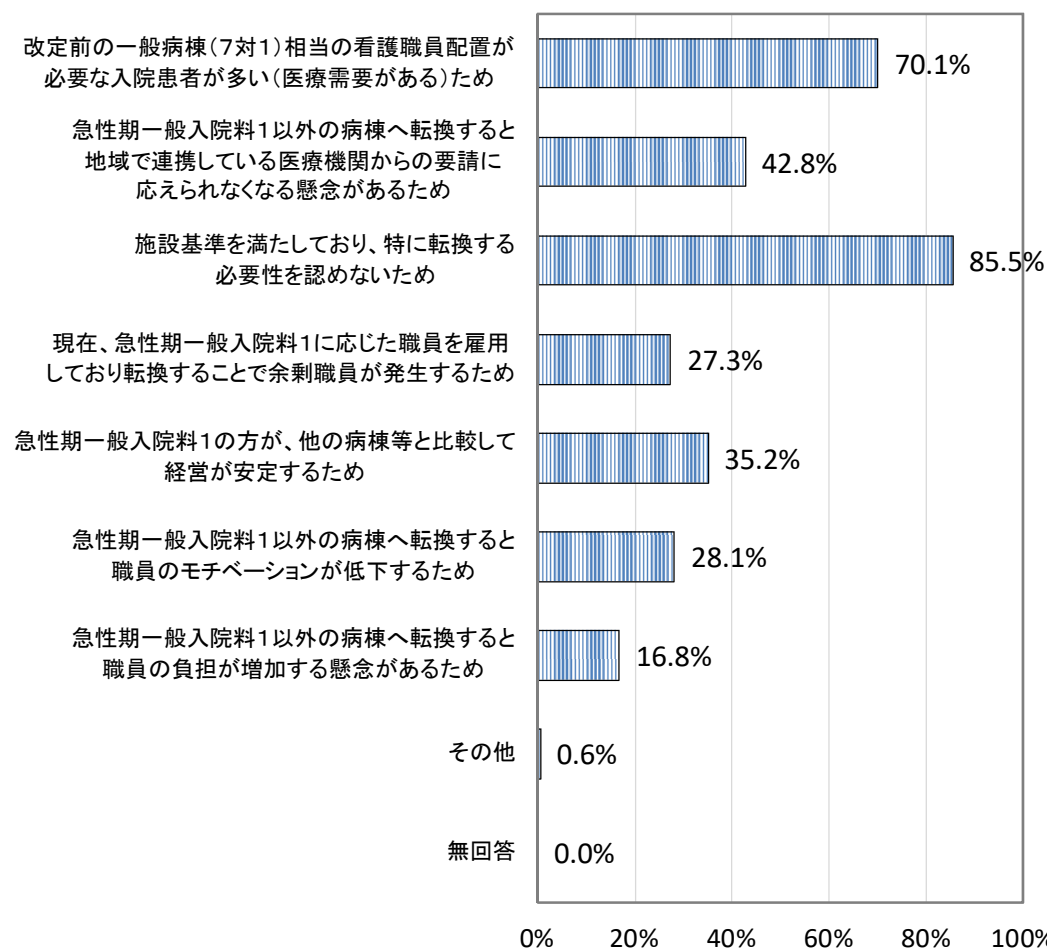
○ 急性期一般入院料1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「改定前の一般病棟(7対1)相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため」や「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため」が多かった。

2019年度調査

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)



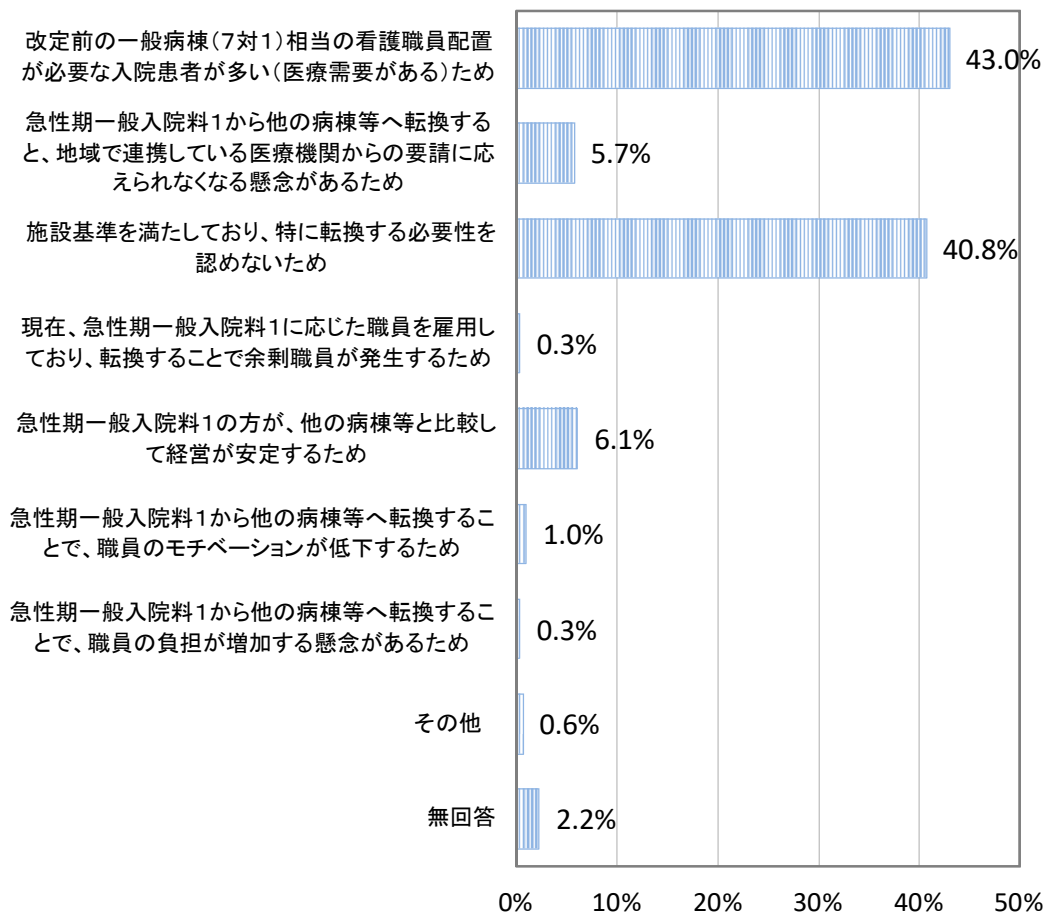
急性期一般入院料1を届出ている理由 (複数回答) (n=512)



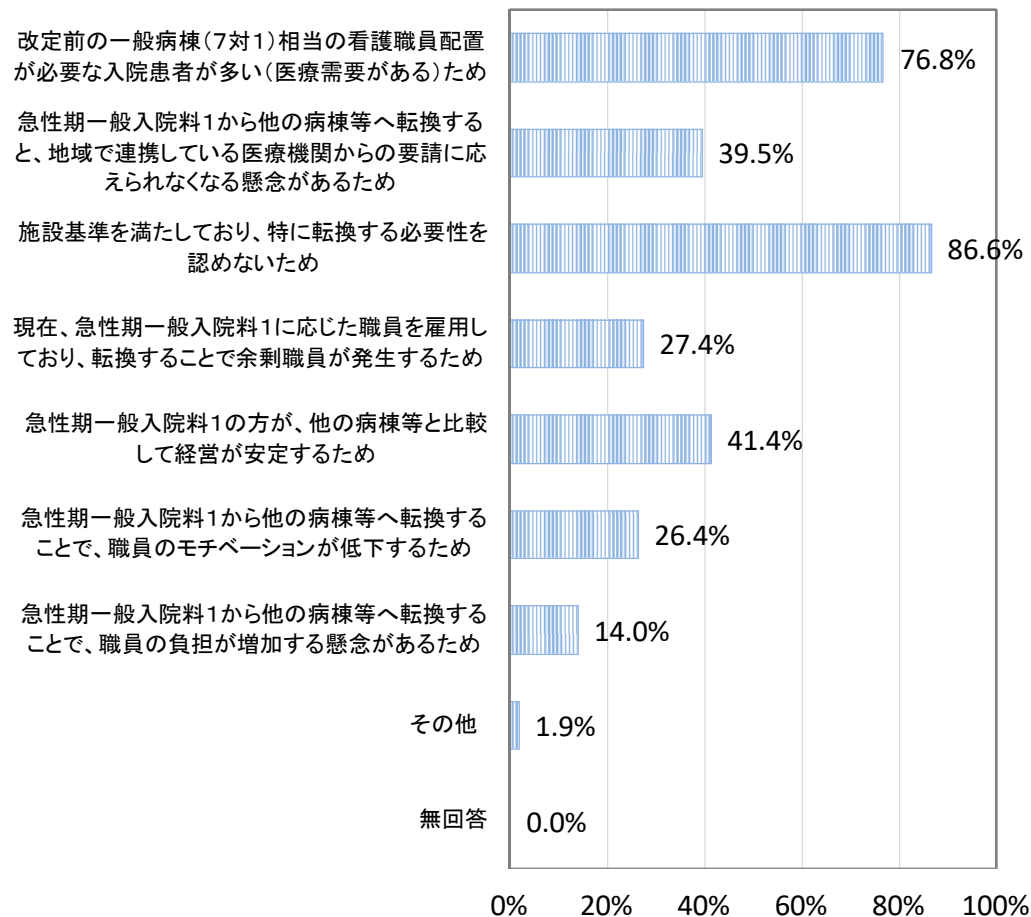
○ 急性期一般入院料1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「改定前の一般病棟(7対1)相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため」や「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため」が多かった。

2018年度調査

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=314)



急性期一般入院料1を届出ている理由 (複数回答) (n=314)

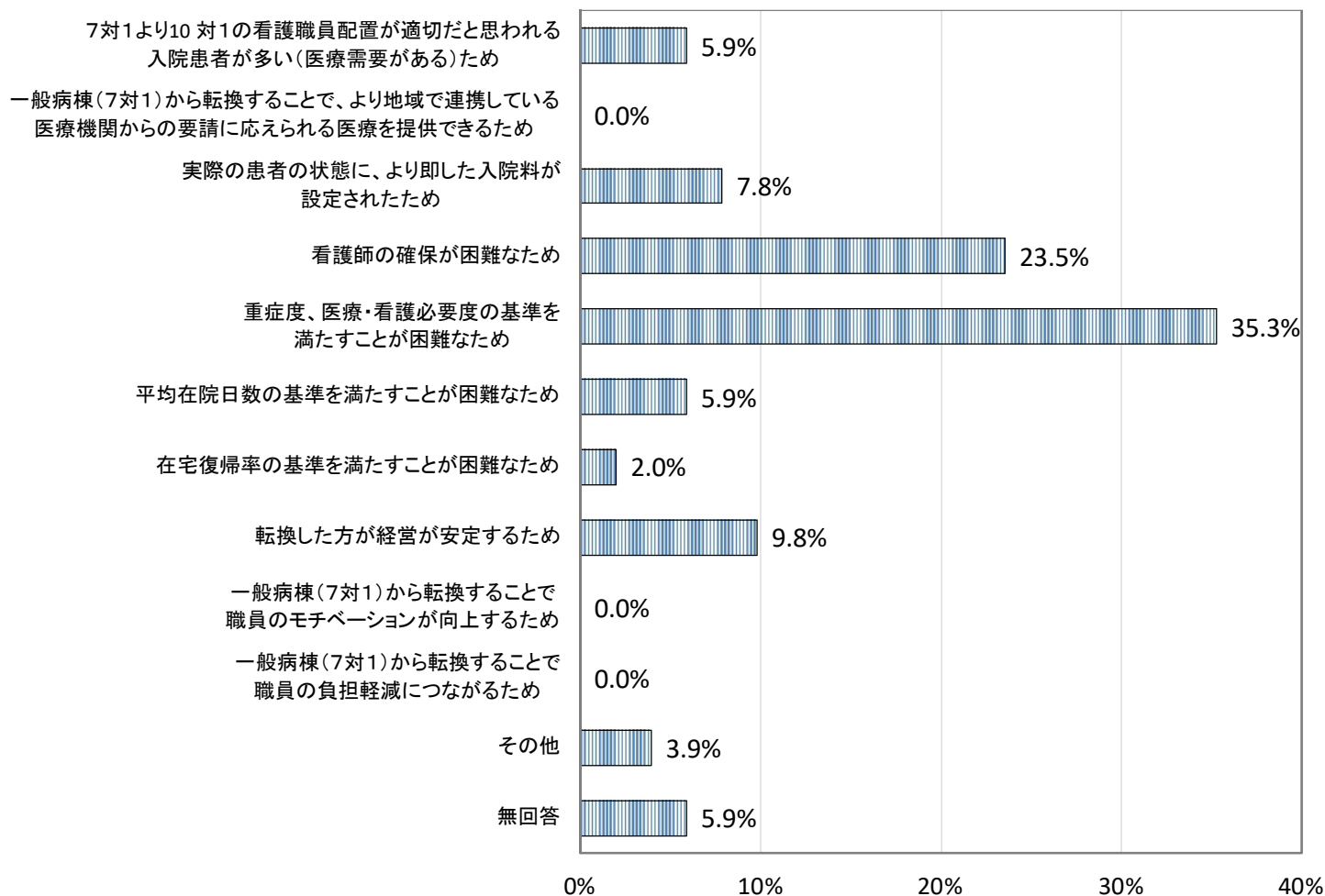


○ 一般病棟（7対1）から急性期一般入院料2又は3に転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難なため」が最も多く、次いで「看護師の確保が困難なため」が多かった。

2019年度調査

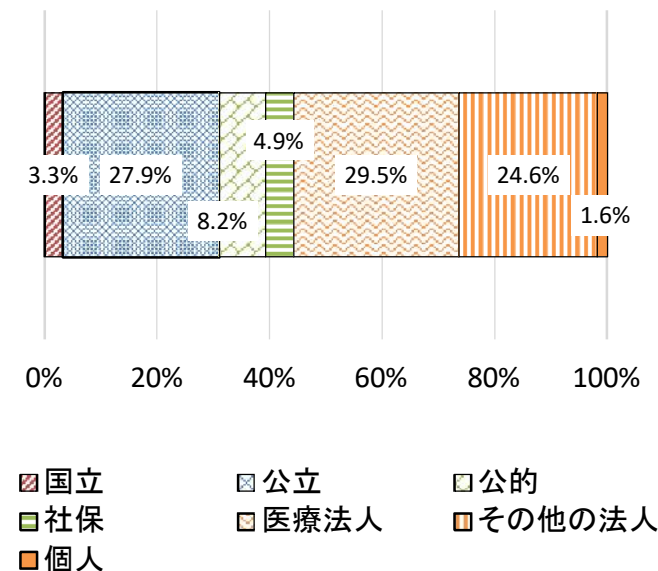
一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）

(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

(n=61)

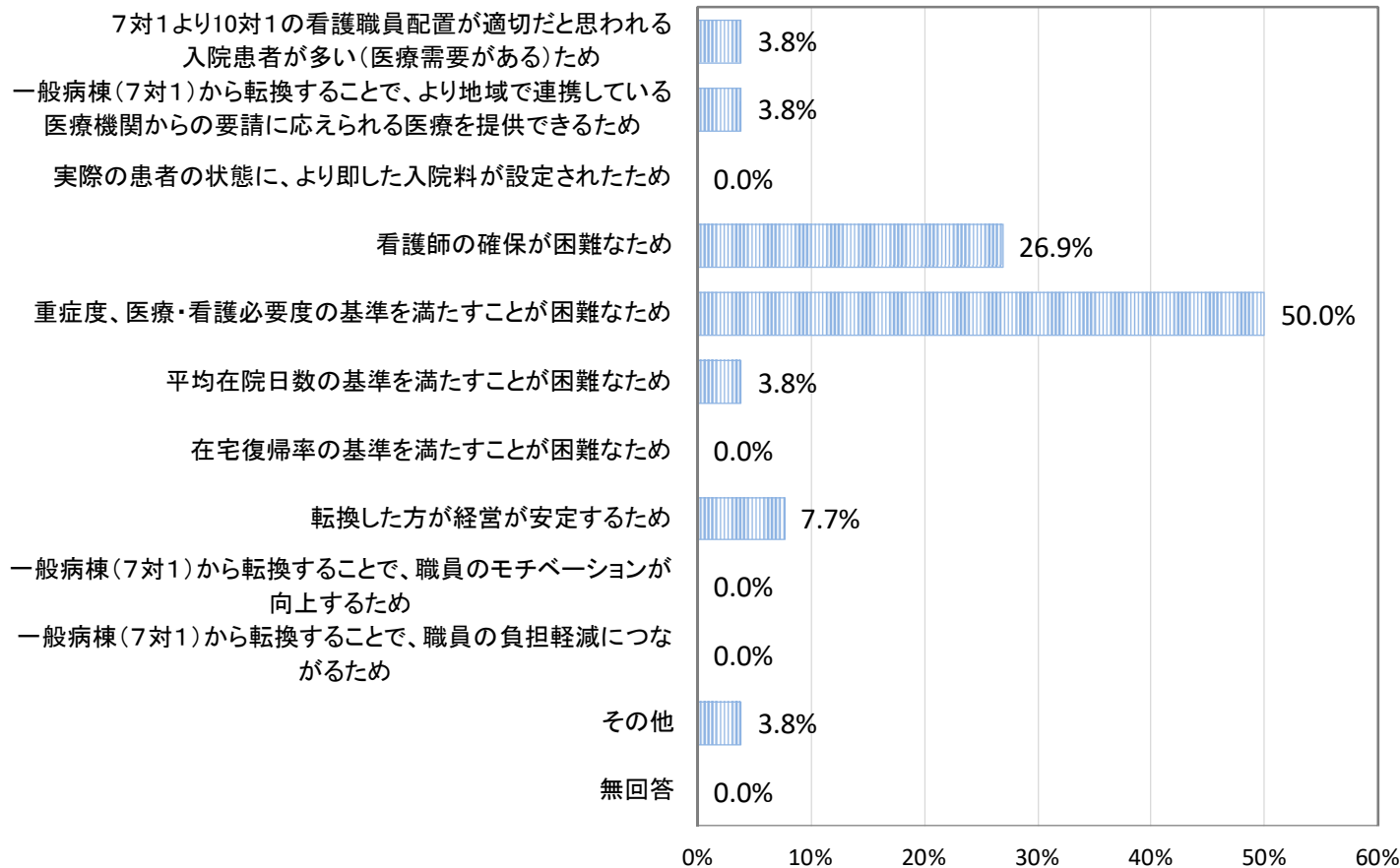


○ 一般病棟（7対1）から急性期一般入院料2又は3に転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難なため」が最も多く、次いで「看護師の確保が困難なため」が多かった。

2018年度調査

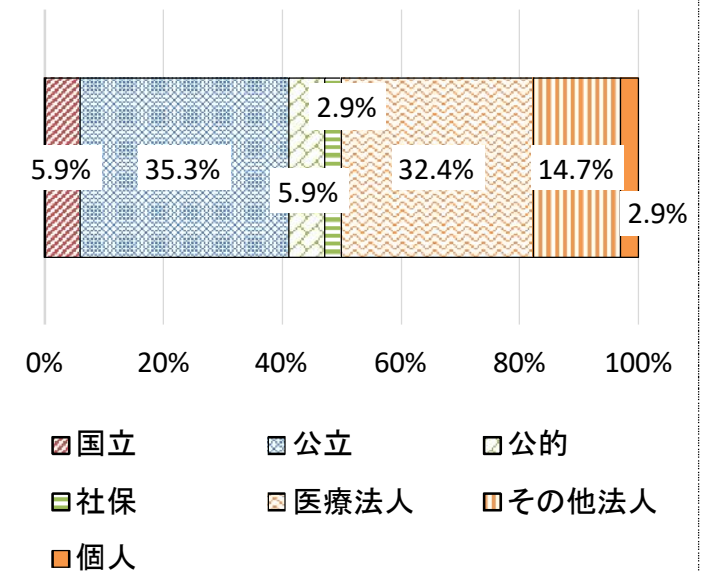
一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）

(n=26)



(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

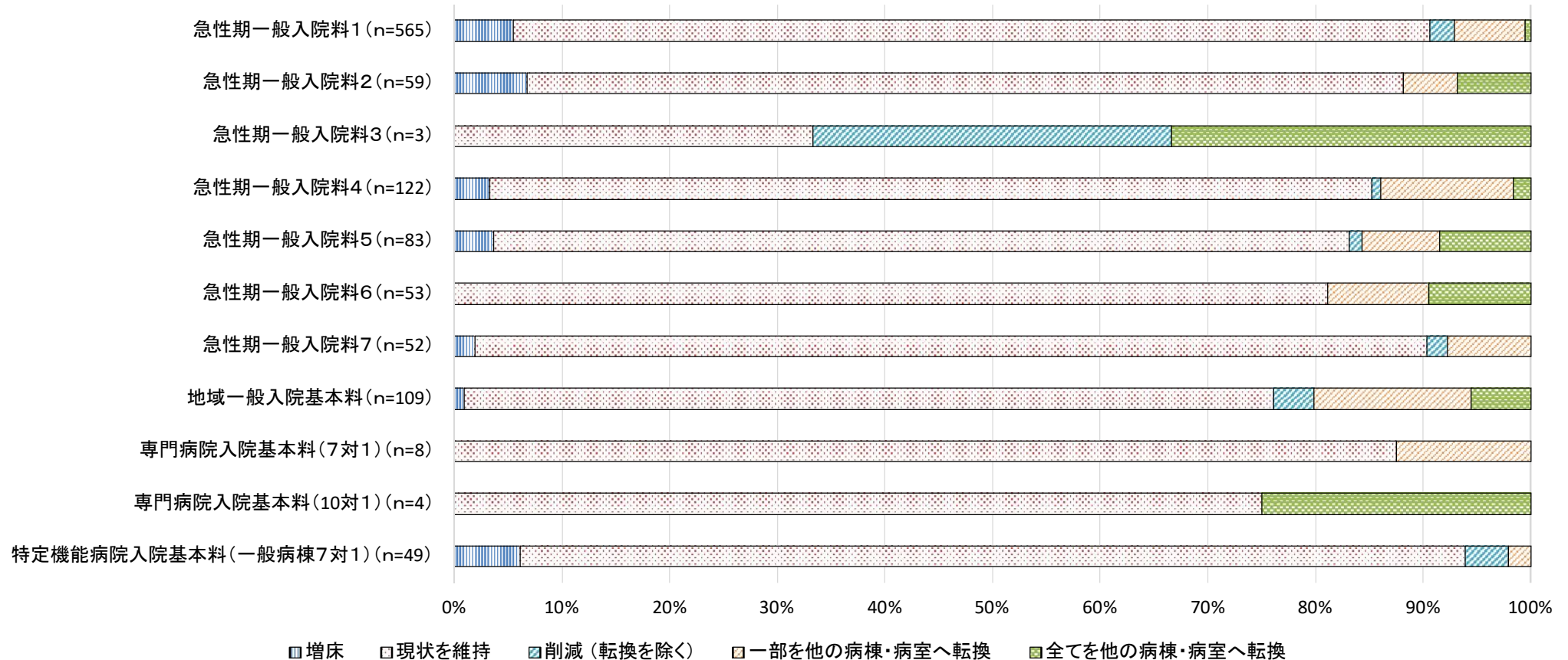
(n=34)



○ 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。

2019年度調査

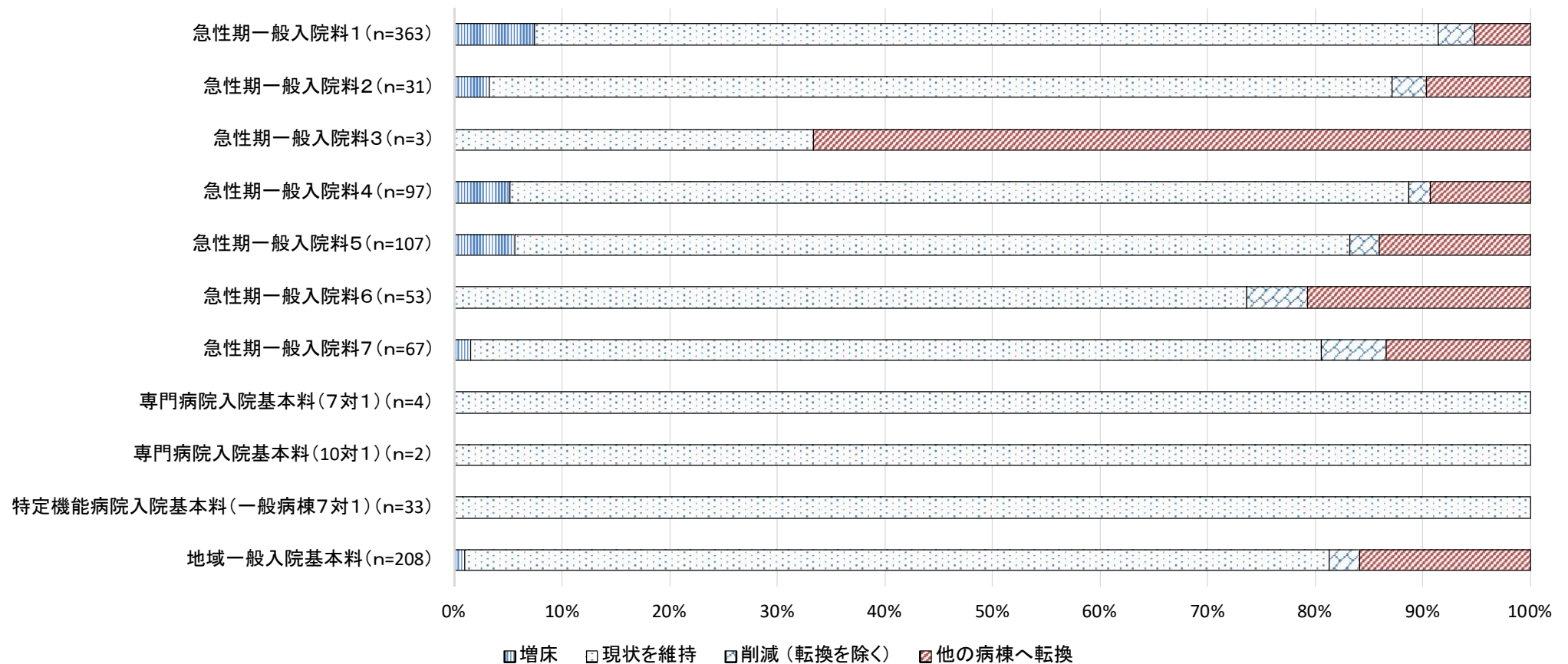
入院料基本料別の病床数の増減の意向



○ 急性期一般入院料について、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、「他の病棟へ転換」という回答も、約1~2割あった。

2018年度調査

入院料基本料別の病床数の増減の意向



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	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	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の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	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	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	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の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	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%

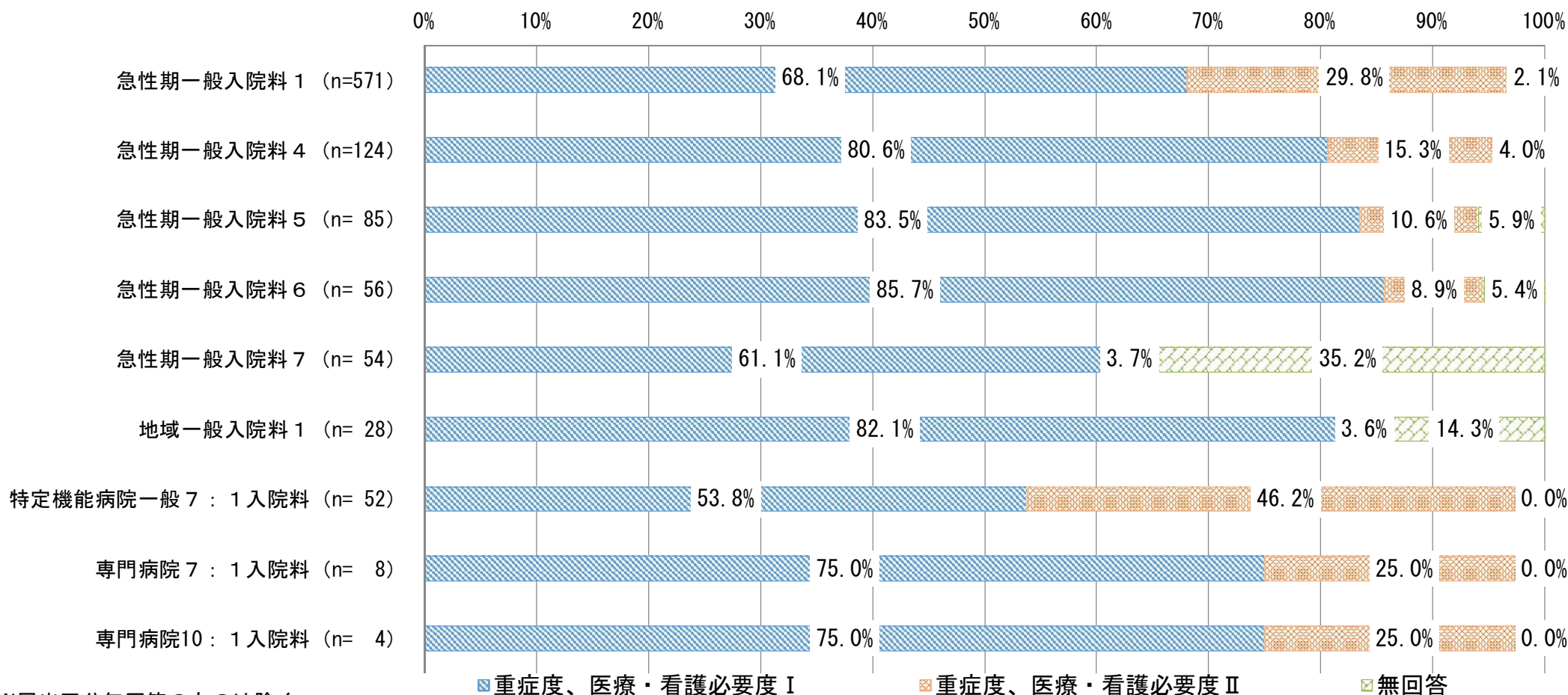


改定後の基準を満たす患者割合の要件		
	重症度、医療・看護 必要度 I	重症度、医療・看護 必要度 II
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	— (27%)	24%(22%)
急性期一般入院料3	— (26%)	23%(21%)
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料(特定、専門)	28%	23%
看護必要度加算1(特定、専門)	27%	22%
看護必要度加算2(特定、専門)	21%	17%
看護必要度加算3(特定、専門)	15%	12%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算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%

○ 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

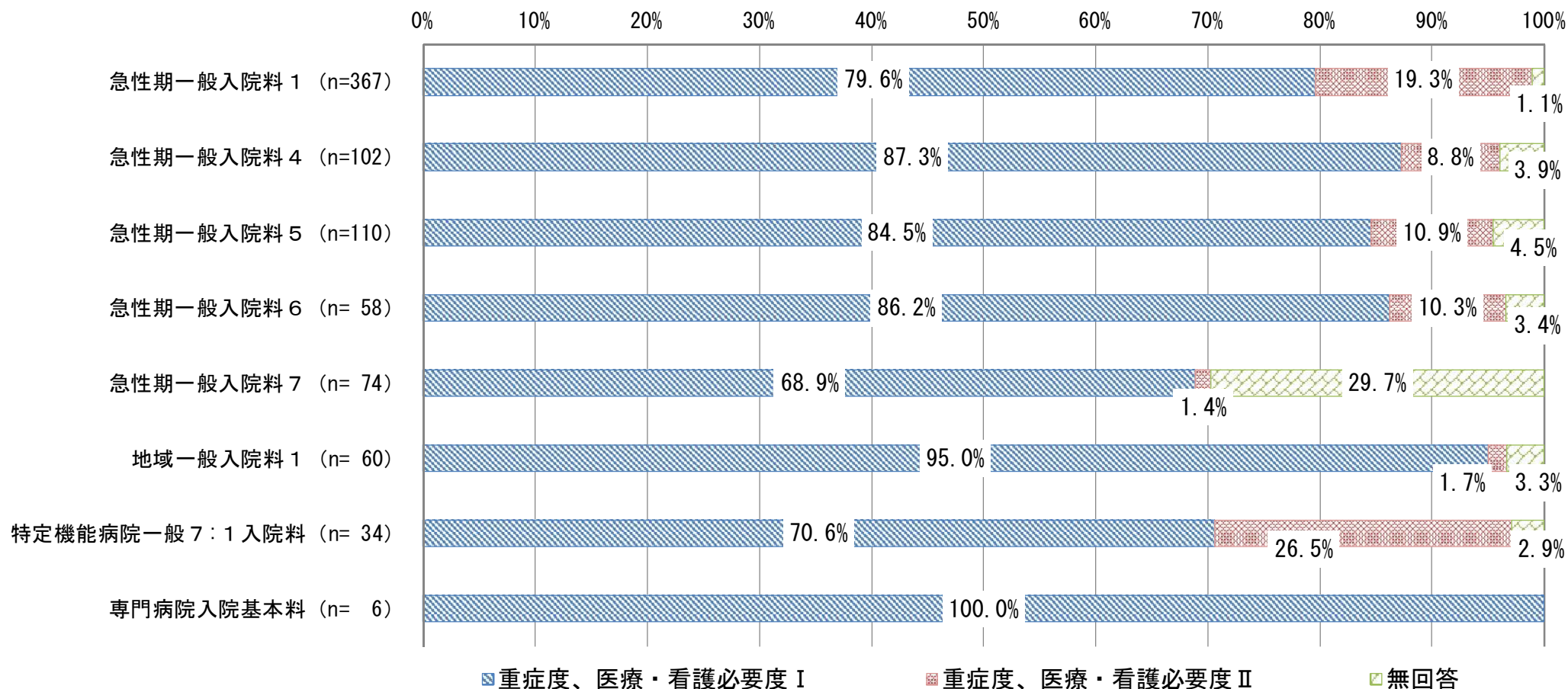


※届出区分無回答のものは除く

○ 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

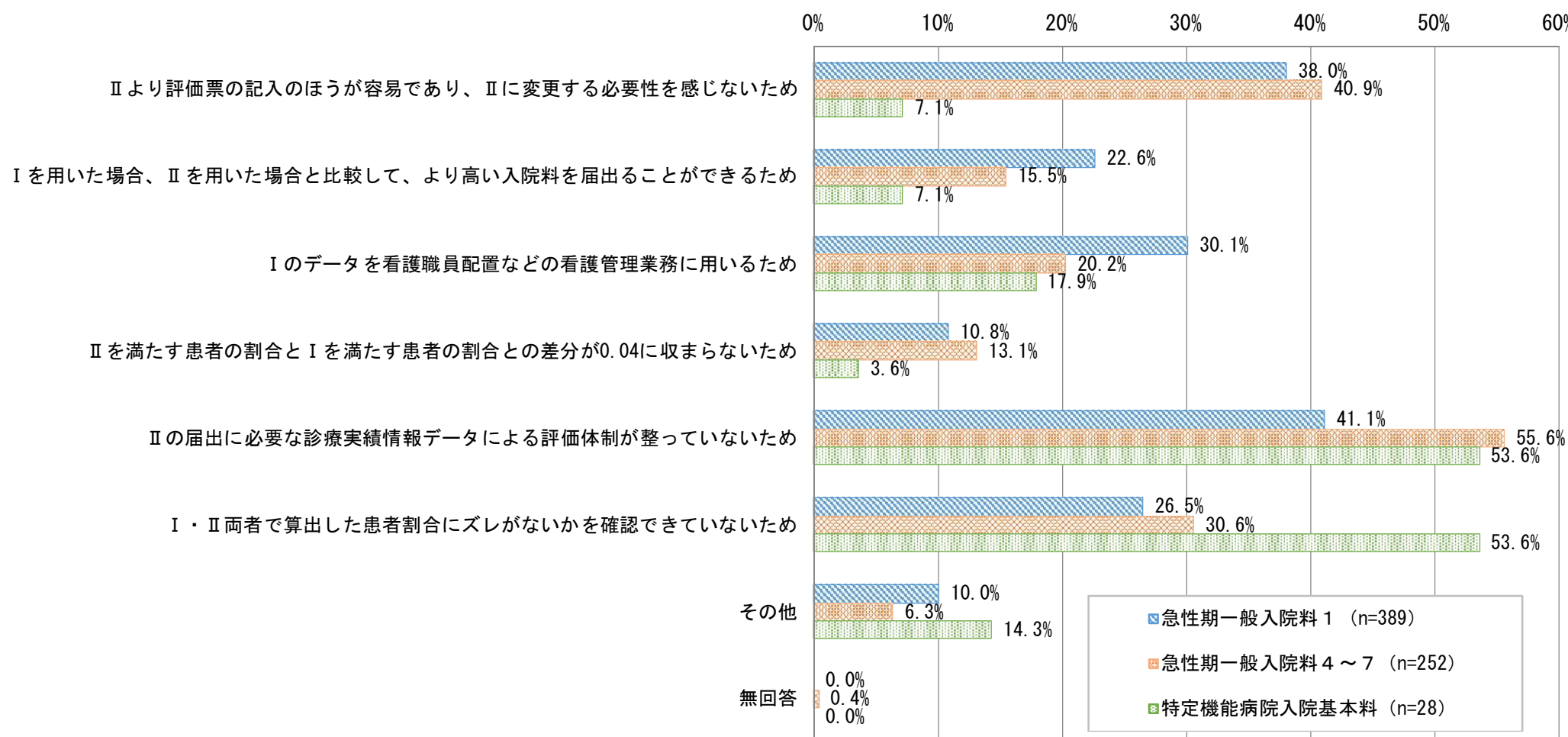


※届出区分無回答のものは除く

○ 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)

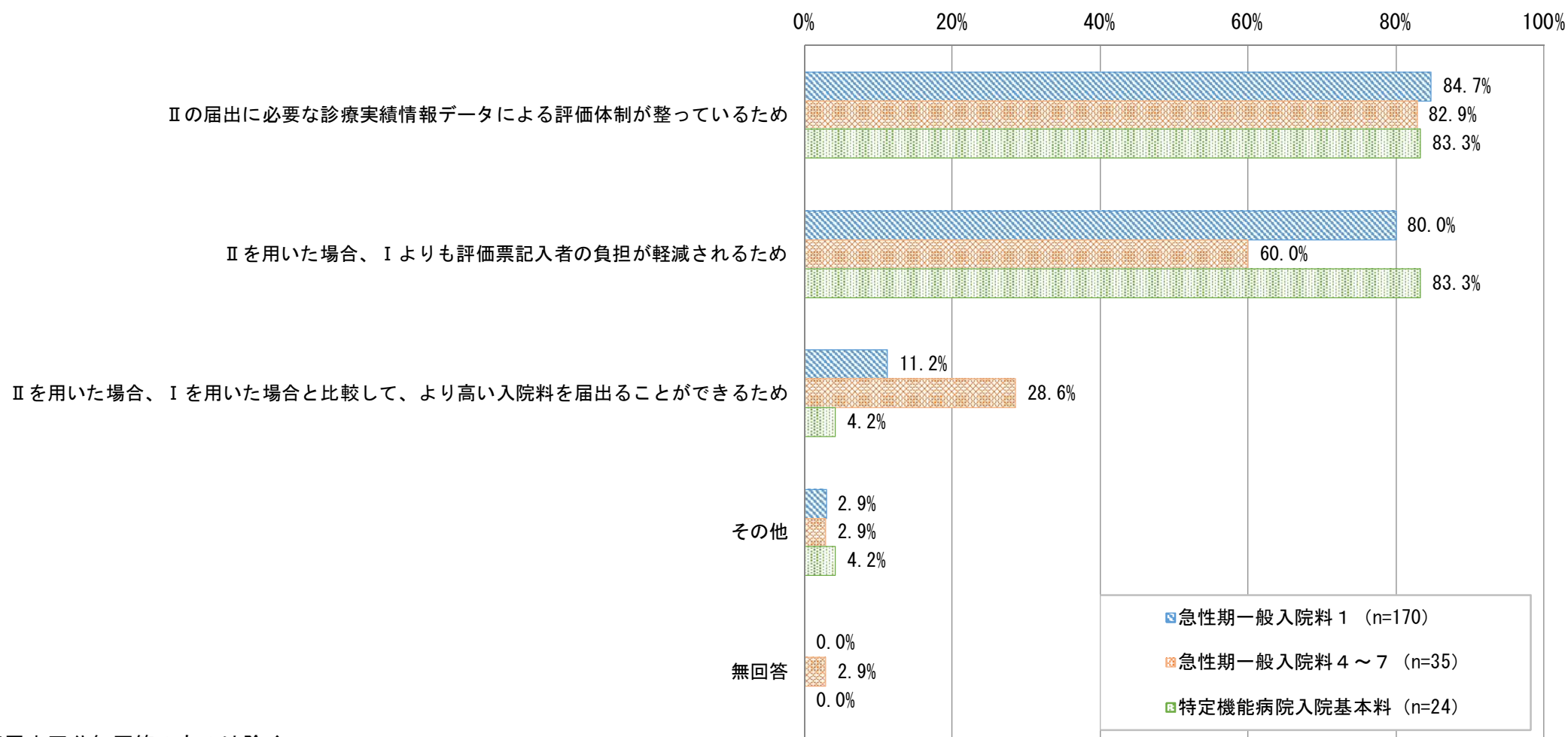


※届出区分無回答のものは除く

- 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)

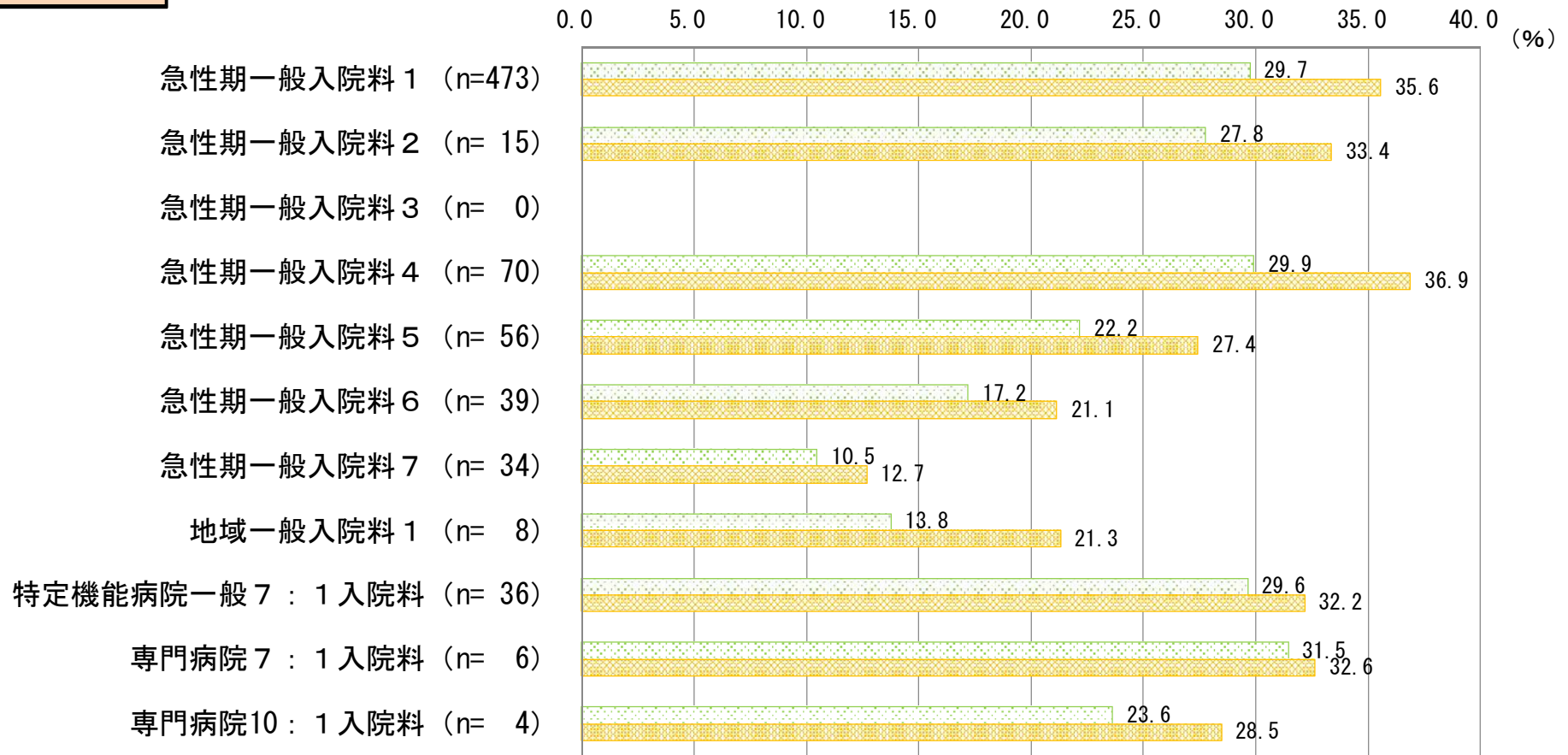


※届出区分無回答のものは除く

○ 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）

2019年度調査



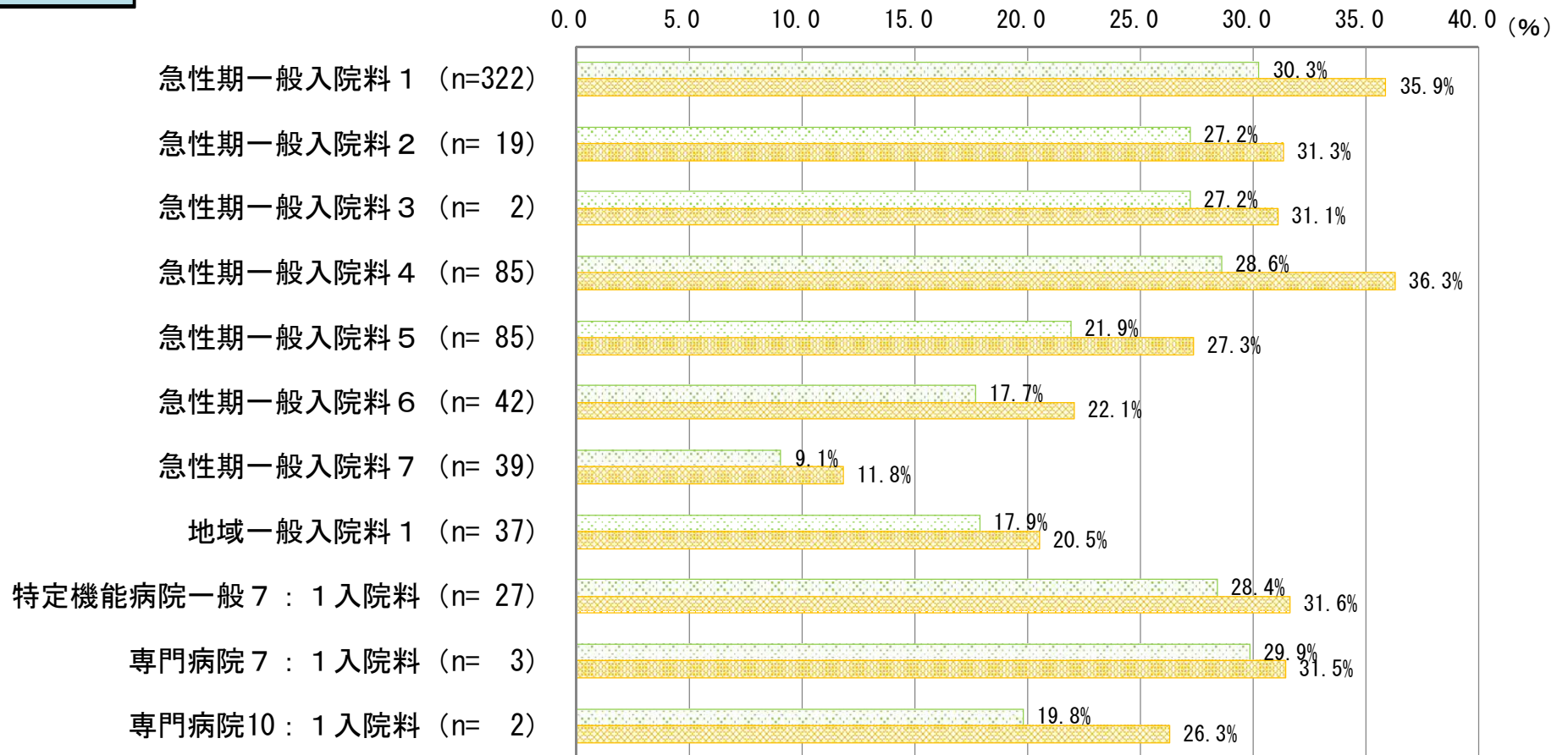
※届出区分無回答のものは除く
※平成30年と平成31年（重症度、医療・看護必要度 I）の両方を回答したのもののみ集計

■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）

○ 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29年と平成30年のいずれも回答した施設の平均をみると、平成30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29年・平成30年のいずれも回答した施設の比較）

2018年度調査



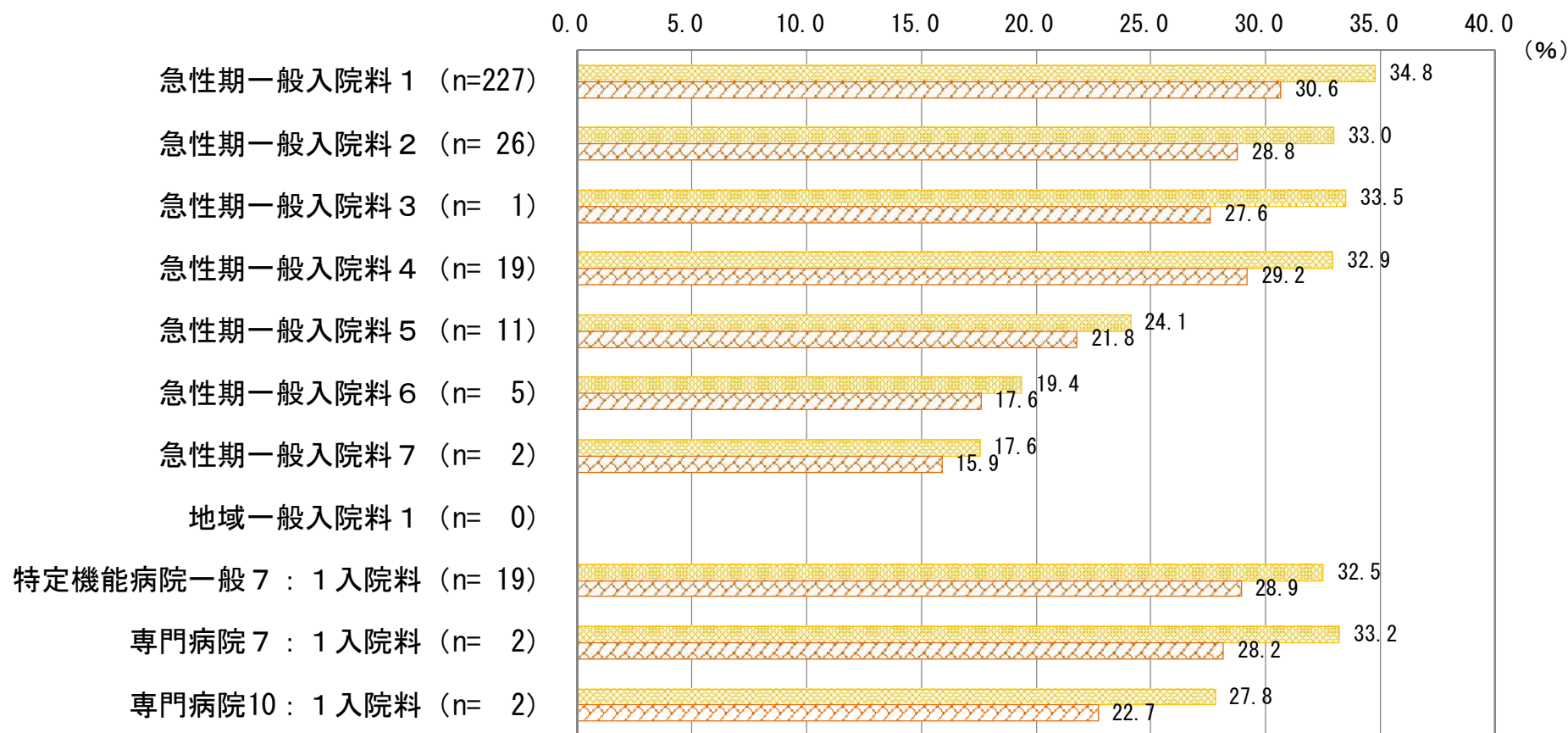
■ 平成29年 8月～10月
■ 平成30年 8月～10月 (重症度、医療・看護必要度 I)

※届出区分無回答のものは除く
※平成29年と平成30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

○ 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）

2019年度調査



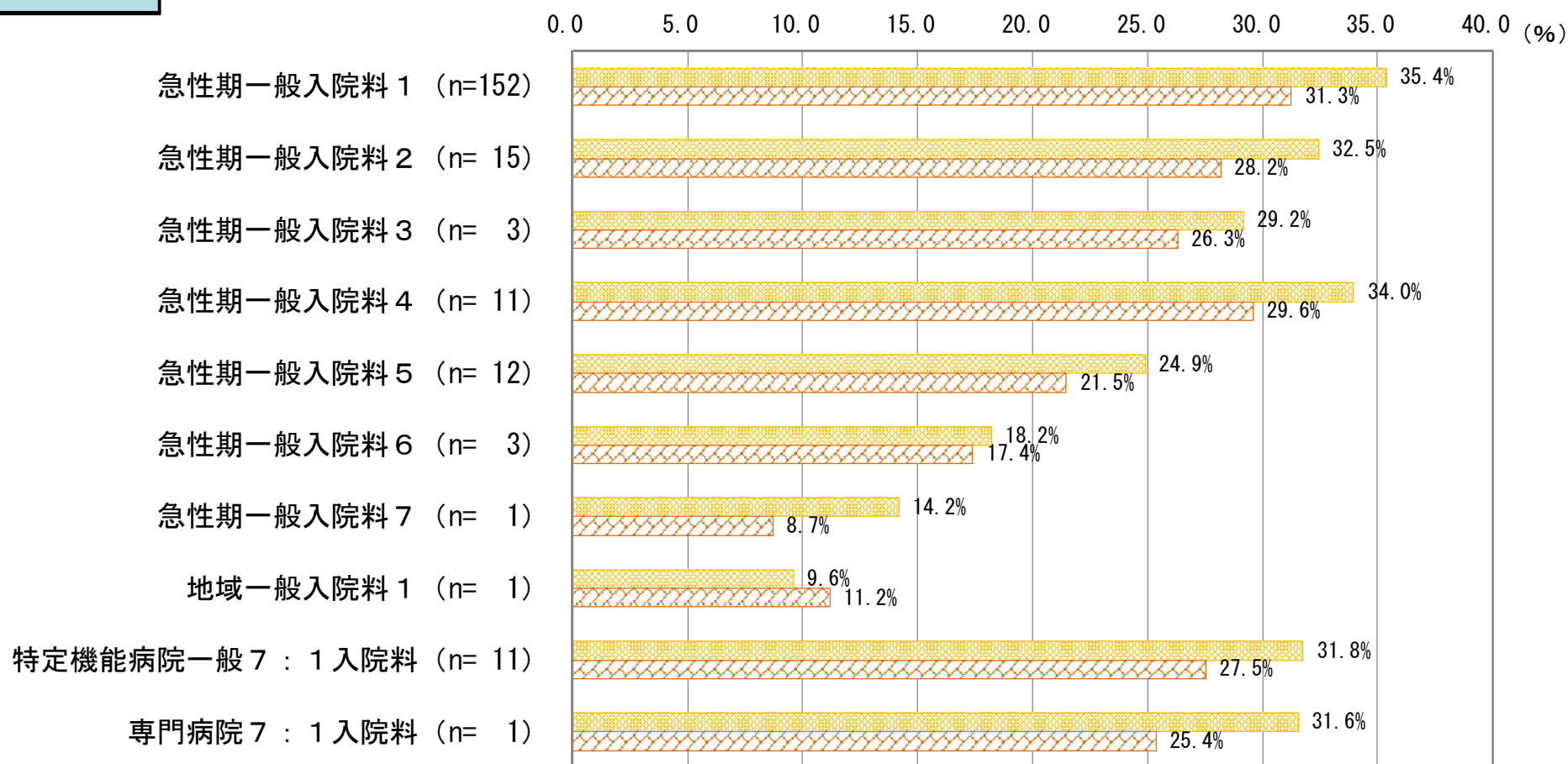
■平成31年1～3月（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）
■平成31年1～3月（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

※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

○ 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30年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較）

2018年度調査



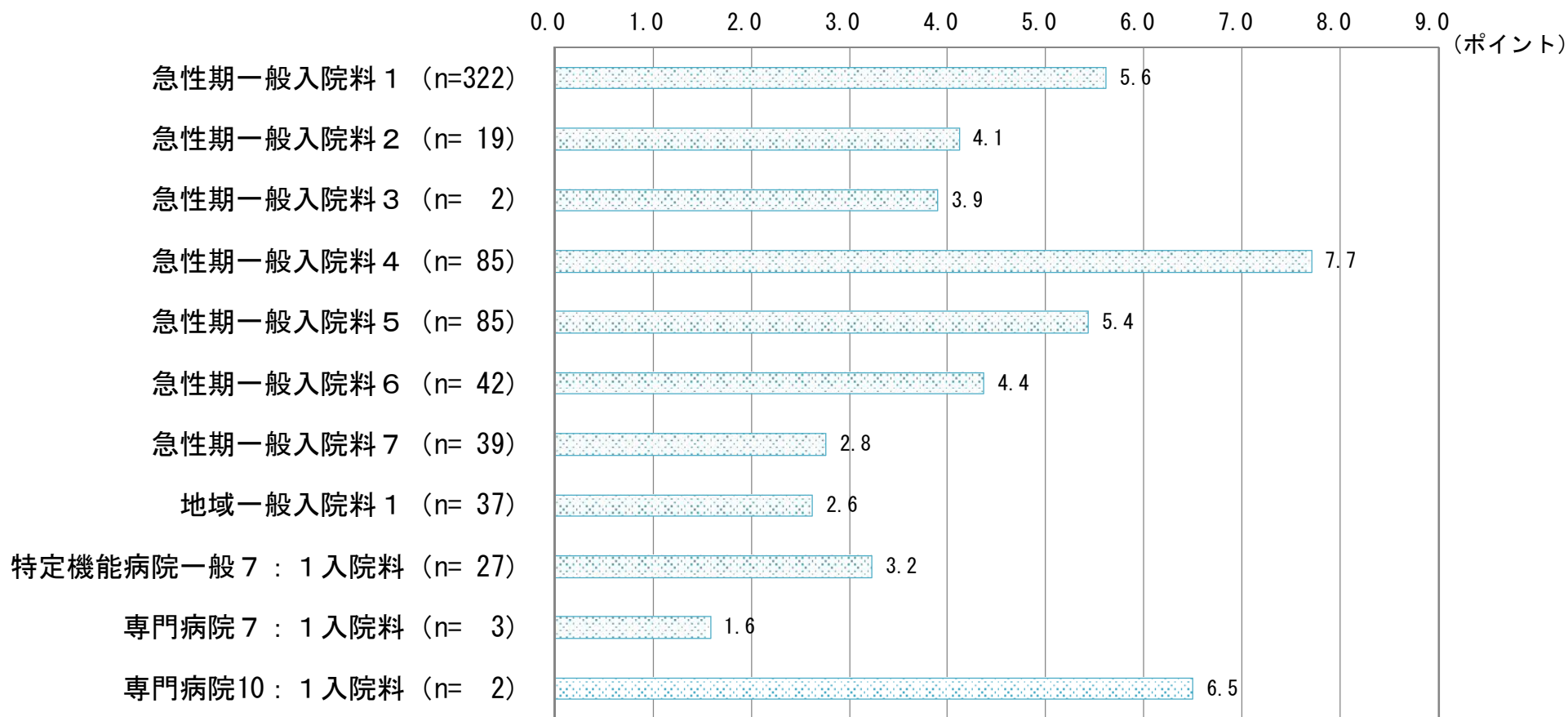
■ 平成30年 8月～10月（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）
 ■ 平成30年 8月～10月（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

※届出区分無回答のものは除く

※平成30年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したのもののみ集計

○ 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29年と平成30年のいずれも回答した施設における差の平均をみると、急性期一般入院料1では5.6ポイントの差があった。

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差 （平成29年・平成30年のいずれも回答した施設の比較）



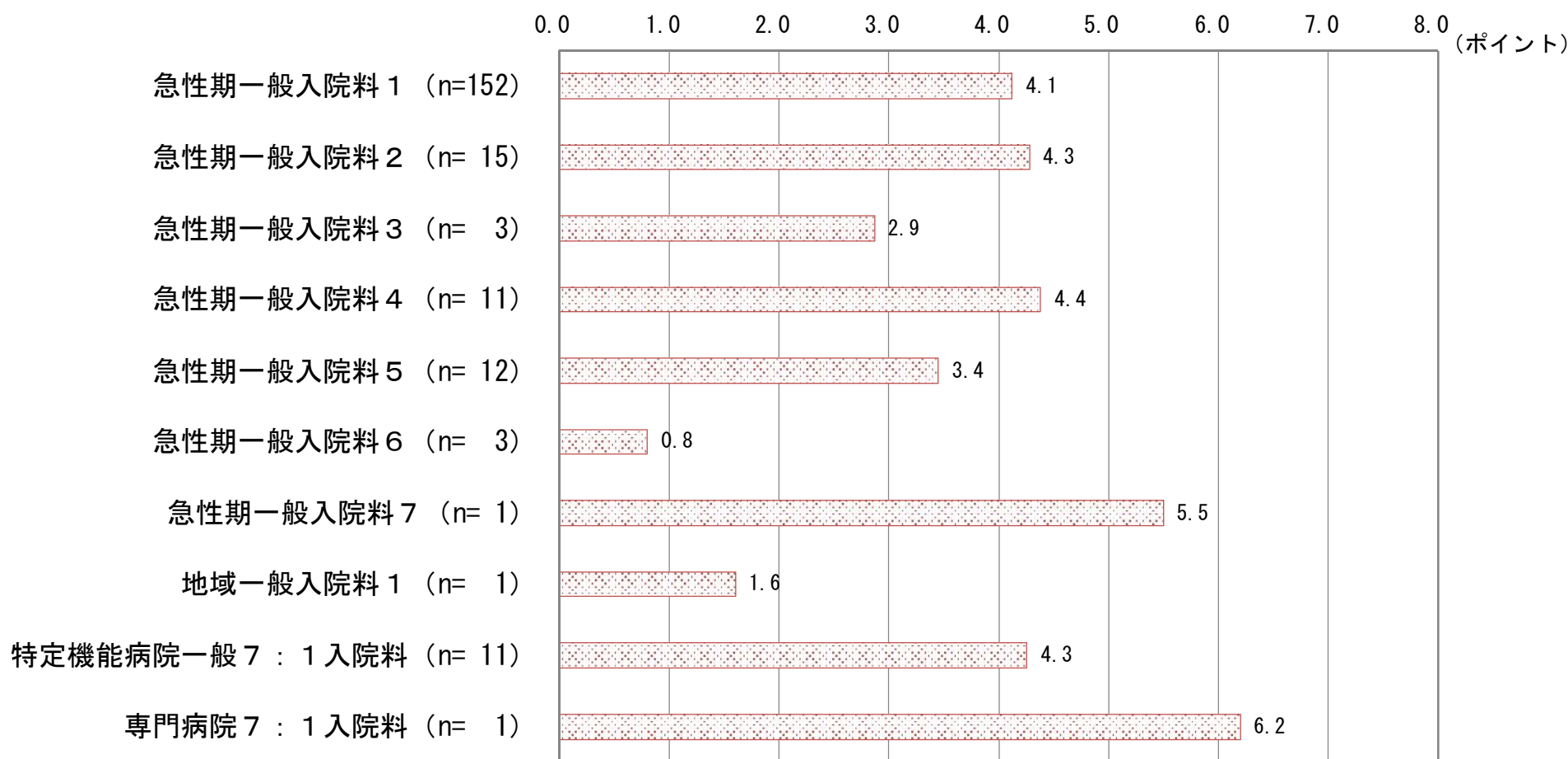
□ 平成29年8月～10月と平成30年8月～10月（重症度、医療・看護必要度I）の差〔平成30年－平成29年〕

※届出区分無回答のものは除く

※平成29年と平成30年（重症度、医療・看護必要度I）の両方を回答したのもののみ集計

- 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年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設における差の平均をみると、急性期一般入院料1では4.1ポイントの差があった。

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差 (平成30年においてⅠ・Ⅱ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

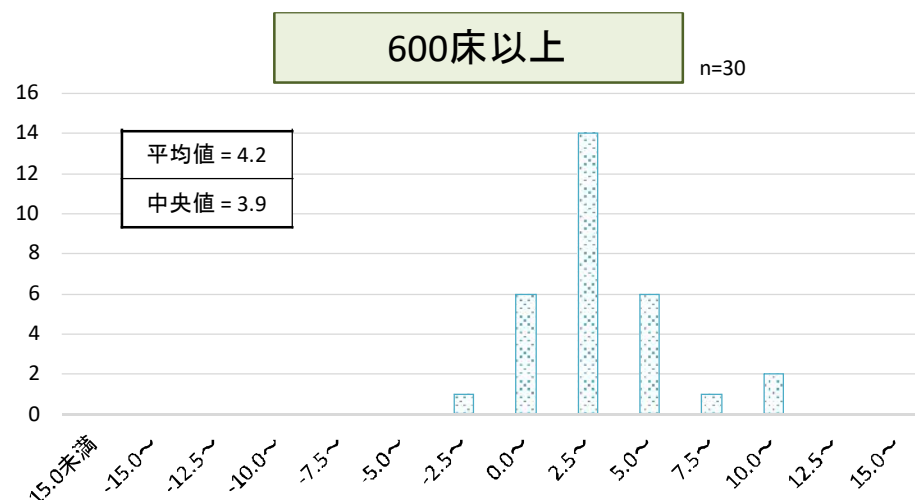
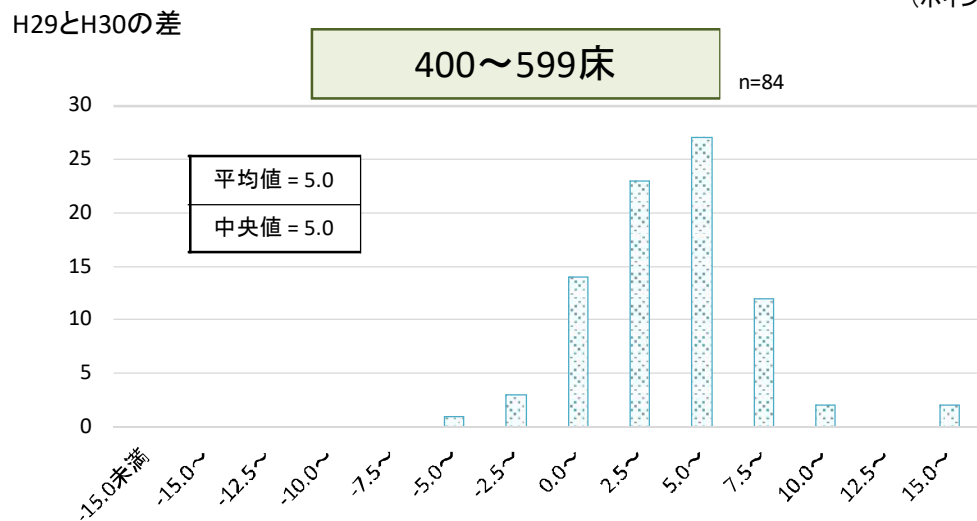
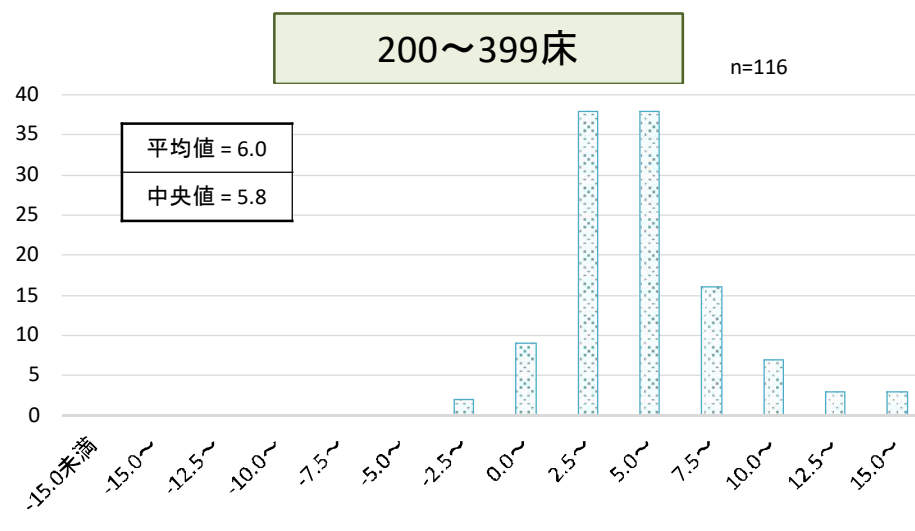
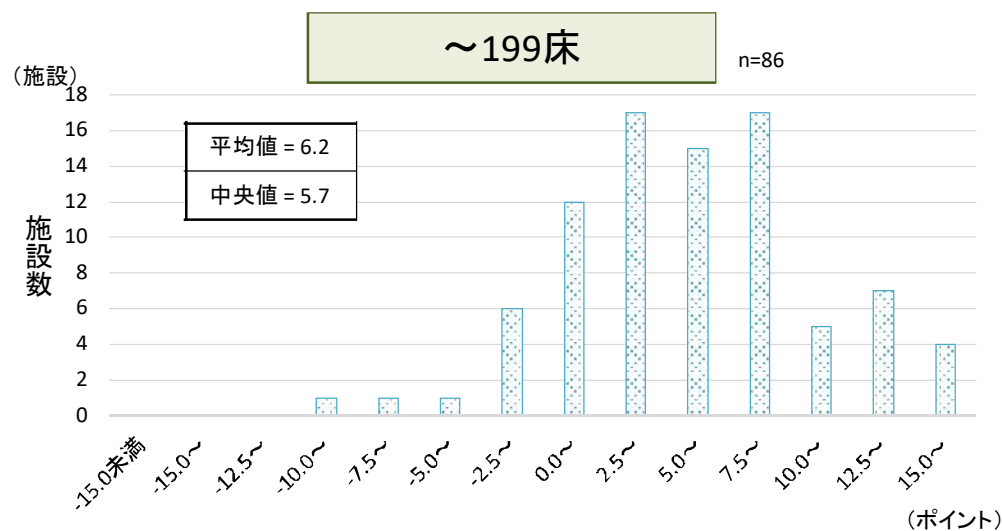
※平成30年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したのもののみ集計

□平成30年8月～10月における重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの差 [Ⅰ-Ⅱ]

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

○ 急性期一般入院料1において病床規模別に改定前後の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の差の分布をみると、600床未満では5ポイント前後の医療機関が最も多かった。

【急性期一般入院料1】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差の分布 (平成29年・平成30年のいずれも回答した施設の比較)

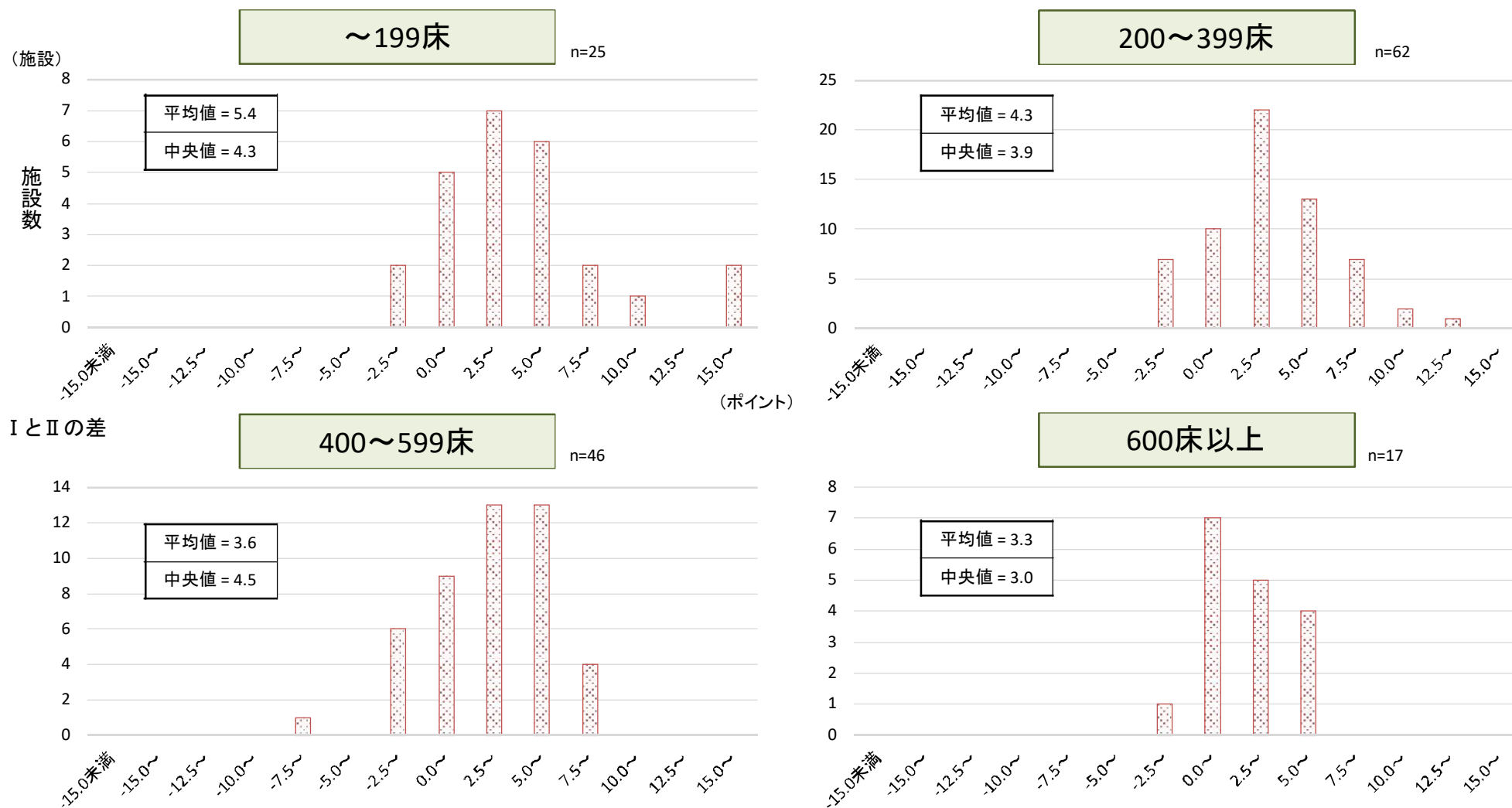


□ 平成29年8月~10月と平成30年8月~10月(重症度、医療・看護必要度I)の差 [平成30年-平成29年]

※届出区分又は病床規模が無回答のものは除く
※平成29年と平成30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

○ 急性期一般入院料1において病床規模別に重症度、医療・看護必要度IとIIの該当患者割合の差の分布をみると、600床未満では2.5ポイント以上5ポイント未満の医療機関が最も多かった。

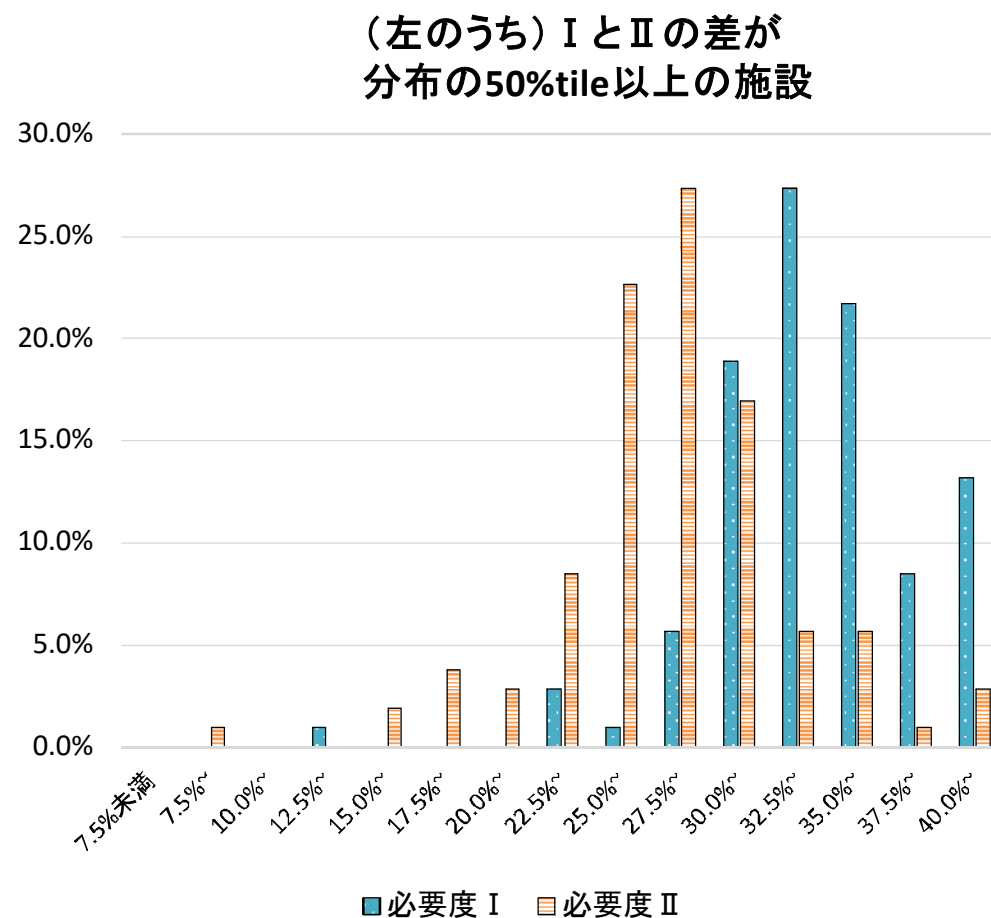
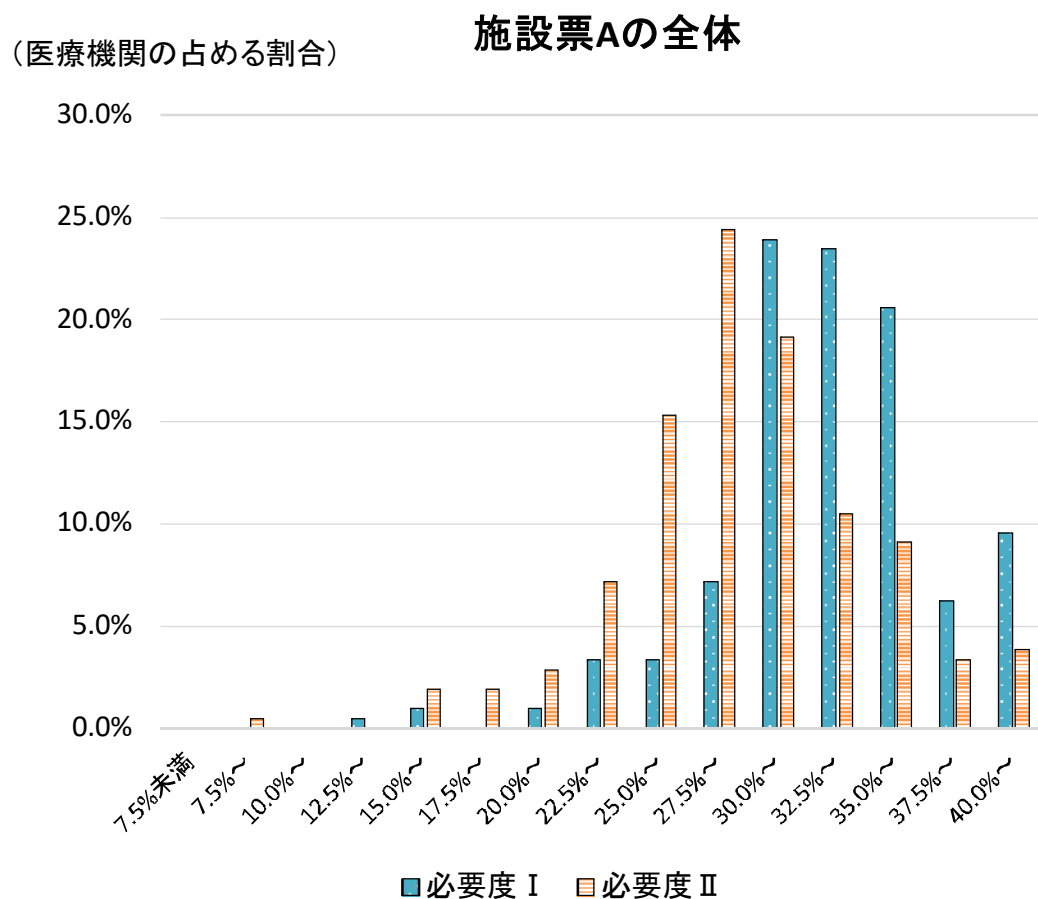
【急性期一般入院料1】重症度、医療・看護必要度I及びIIの基準を満たす患者割合の差の分布 (平成30年においてI・IIいずれも回答した施設の比較)



□ 平成30年8月~10月における重症度、医療・看護必要度IとIIの差 [I - II]

必要度ⅠとⅡの差が相対的に大きい医療機関

○ 必要度ⅠとⅡの割合について、施設票Aの全体と、そのうちⅠとⅡの差の大きさが50%tile以上の施設をみると、以下のような分布であった。



必要度 I と II の差が相対的に大きい医療機関

○ 必要度 I と II の差の大きさが全体の分布の50%tile以上となる医療機関のうち、必要度 I が相対的に高い医療機関は、全体と比べて、「A1点以上かつB3点以上」の基準や「診療・療養上の指示が通じる」に該当する患者割合が特に高かった。必要度 II が相対的に低い医療機関は、明らかな傾向がなかった。

【基準】	全体	必要度 I が高い (75%tile以上)	必要度 II が低い (25%tile以下)
A得点2点以上かつB得点3点以上	19.1%	22.5%	21.9%
「B14」又は「B15」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	16.8%	24.5%	16.7%
A得点3点以上	11.8%	14.5%	13.8%
C得点1点以上	4.4%	6.7%	7.9%
【A項目】			
創傷処置	13.4%	15.0%	12.6%
呼吸ケア	15.9%	19.0%	18.0%
点滴ライン同時3本以上の管理	3.4%	3.0%	3.4%
心電図モニター管理	23.5%	28.8%	27.2%
シリンジポンプの管理	3.3%	3.2%	3.8%
輸血や血液製剤の管理	1.5%	1.3%	1.5%
専門的な治療処置	18.8%	16.6%	17.7%
抗悪性腫瘍剤の使用	1.2%	0.6%	0.9%
抗悪性腫瘍剤の内服管理	1.4%	0.8%	1.1%
麻薬の使用	1.5%	1.3%	2.0%
麻薬の内服・貼付・坐剤	2.7%	1.9%	2.4%
放射線治療	1.0%	0.3%	0.5%
免疫抑制剤の管理	3.7%	4.7%	3.2%
昇圧剤の使用	0.6%	0.4%	0.2%
抗不整脈剤の使用	0.1%	0.2%	0.1%
抗血栓塞栓薬点滴の使用	1.8%	2.1%	1.3%
ドレナージの管理	6.6%	6.1%	8.0%
無菌治療室での治療	0.6%	0.4%	0.5%
救急搬送後の入院	0.7%	3.0%	2.7%

【B項目】	全体	必要度 I が高い (75%tile以上)	必要度 II が低い (25%tile以下)
寝返り(1点)	27.7%	25.3%	23.6%
寝返り(2点)	27.3%	30.1%	25.5%
移乗(1点)	25.7%	31.7%	24.8%
移乗(2点)	16.2%	20.5%	14.7%
口腔清潔(1点)	55.1%	56.2%	53.3%
食事摂取(1点)	26.9%	29.8%	23.9%
食事摂取(2点)	15.2%	17.4%	13.3%
衣服の着脱(1点)	21.7%	23.9%	17.6%
衣服の着脱(2点)	36.4%	40.2%	32.2%
診療・療養上の指示が通じる(1点)	27.2%	38.6%	23.7%
危険行動(2点)	12.8%	19.6%	9.1%
【C項目】			
開頭手術	0.2%	0.1%	0.3%
開胸手術	0.2%	0.2%	0.0%
開腹手術	0.6%	0.6%	0.7%
骨の手術	1.6%	2.4%	2.9%
胸腔鏡・腹腔鏡手術	0.6%	1.1%	1.4%
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	0.9%	1.6%	1.3%
救命等に係る内科的治療	0.5%	0.9%	1.4%

※75%tile以上は n=56,948(人日) 25%tile未満は n=24,850(人日)
※基準及び各項目の該当患者割合は必要度 I で判定

看護必要度の評価法 I と II の評価状況の違い

(一方で「あり」という評価の中、他方で「あり」と評価されていないものの割合)

患者単位

(再掲：降順)

項目	Iで未評価	IIで未評価
A3	78.3	60.9
A7⑧	71.6	48.2
A7⑥	68.5	41.4
A7⑦	64.0	23.0
A7③	55.3	47.7
A7⑨	52.9	20.8
A5	50.6	70.3
A7②	42.6	55.8
A1①	34.8	61.1
A6	20.4	13.1
A7④	18.8	55.3
A7⑪	16.7	19.6
A7⑩	15.8	30.4
A1②	15.5	89.8
A7①	12.7	20.4
A7⑤	11.5	9.6
A4	10.6	26.9
A2	9.8	29.4

項目	IIで未評価
A1②	89.8
A5	70.3
A1①	61.1
A3	60.9
A7②	55.8
A7④	55.3
A7⑧	48.2
A7③	47.7
A7⑥	41.4
A7⑩	30.4
A2	29.4
A4	26.9
A7⑦	23.0
A7⑨	20.8
A7①	20.4
A7⑪	19.6
A6	13.1
A7⑤	9.6

(再掲：降順)

項目	Iで未評価	IIで未評価
C21	57.9	7.3
C22③	27.3	18.0
C18	21.9	13.7
C17	20.3	25.2
C22①	18.9	17.2
C16	17.5	18.2
C22②	16.9	11.9
C20	10.1	8.3
C19	7.8	14.4

項目	IIで未評価
C17	25.2
C16	18.2
C22③	18.0
C22①	17.2
C19	14.4
C18	13.7
C22②	11.9
C20	8.3
C21	7.3

(参考) 研究班※による分析

※平成30・31年度厚生労働科学研究「急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性と職員配置等の指標の開発に係る研究」(研究代表者 松田晋哉)
(以下、「研究班」と表記してあるものは同様)

とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
- 1-2. 入院患者の状態
- 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

4. 慢性期入院医療について

5. 横断的事項について

6. 医療資源の少ない地域について

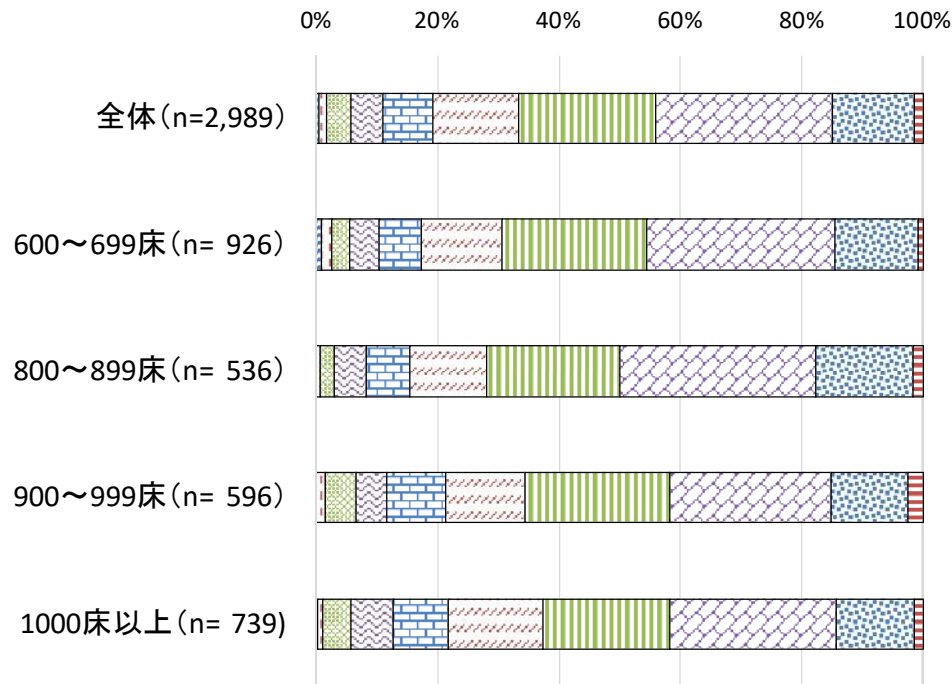
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

8. DPC/PDPSについて

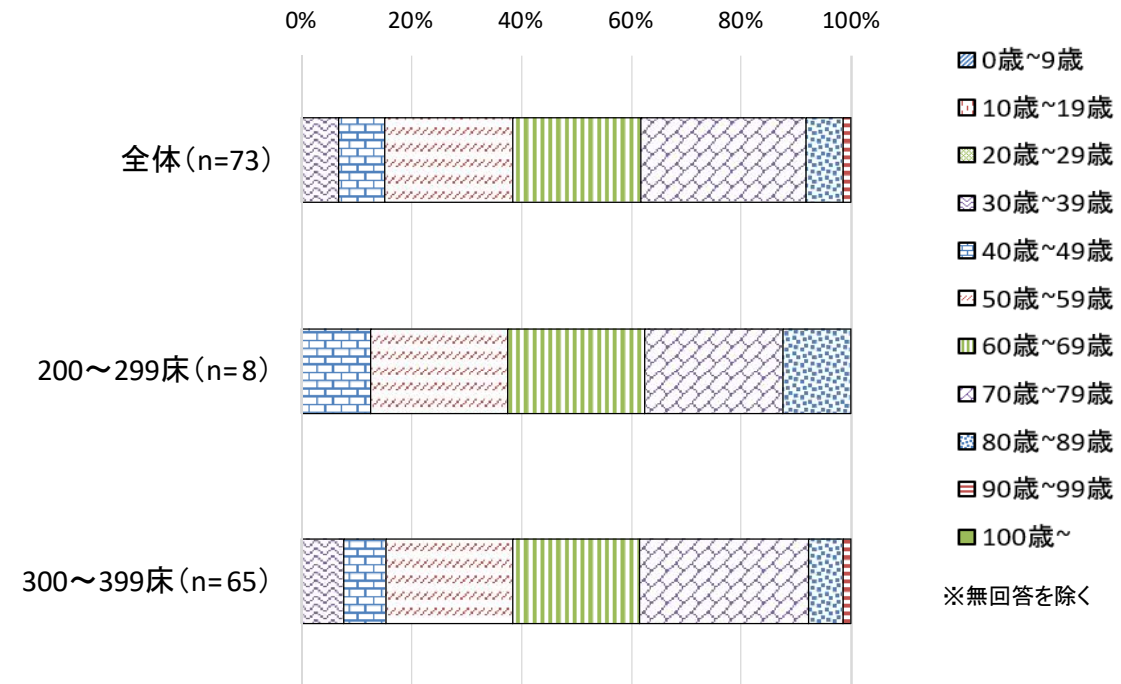
○ 特定機能病院及び専門病院では、病床規模による年齢階級別分布の違いは明らかでない。

年齢階級別分布

<特定機能病院入院基本料>



<専門病院入院基本料>



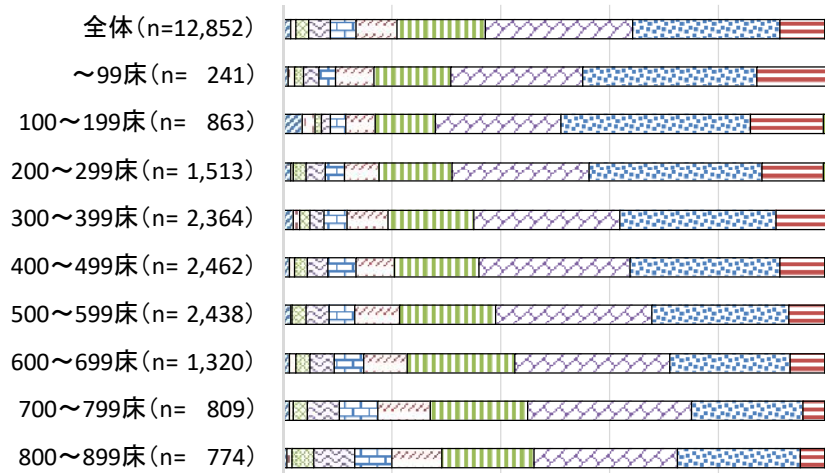
※無回答を除く

○ 急性期一般入院料1では、許可病床99床以下を除き、病床規模が小さいほど高齢の患者が多い傾向にあった。

年齢階級別分布

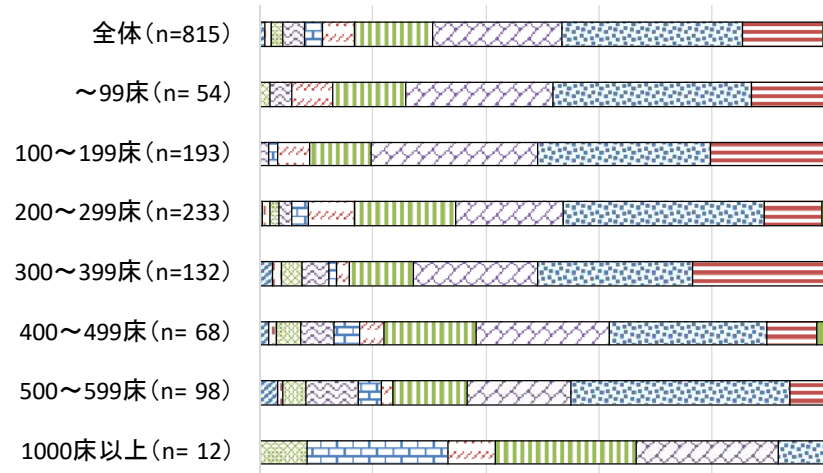
<急性期一般入院料1>

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



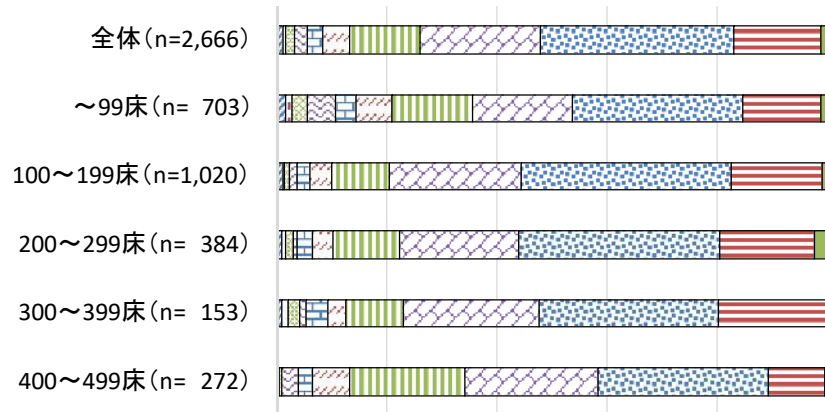
<急性期一般入院料2~3>

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



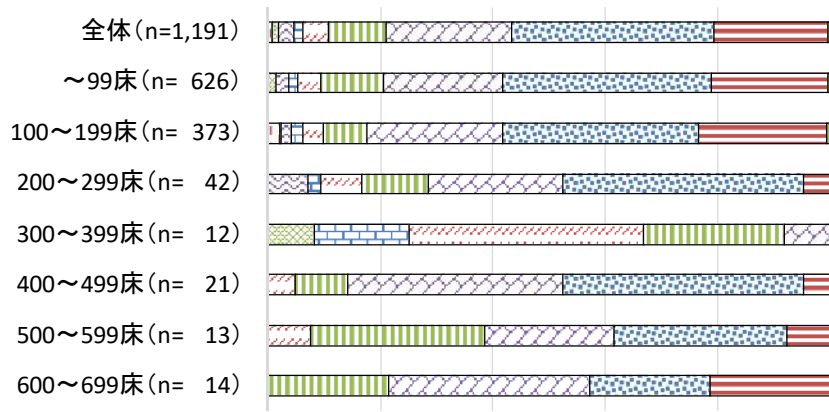
<急性期一般入院料4~7>

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



<地域一般入院料1~3>

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



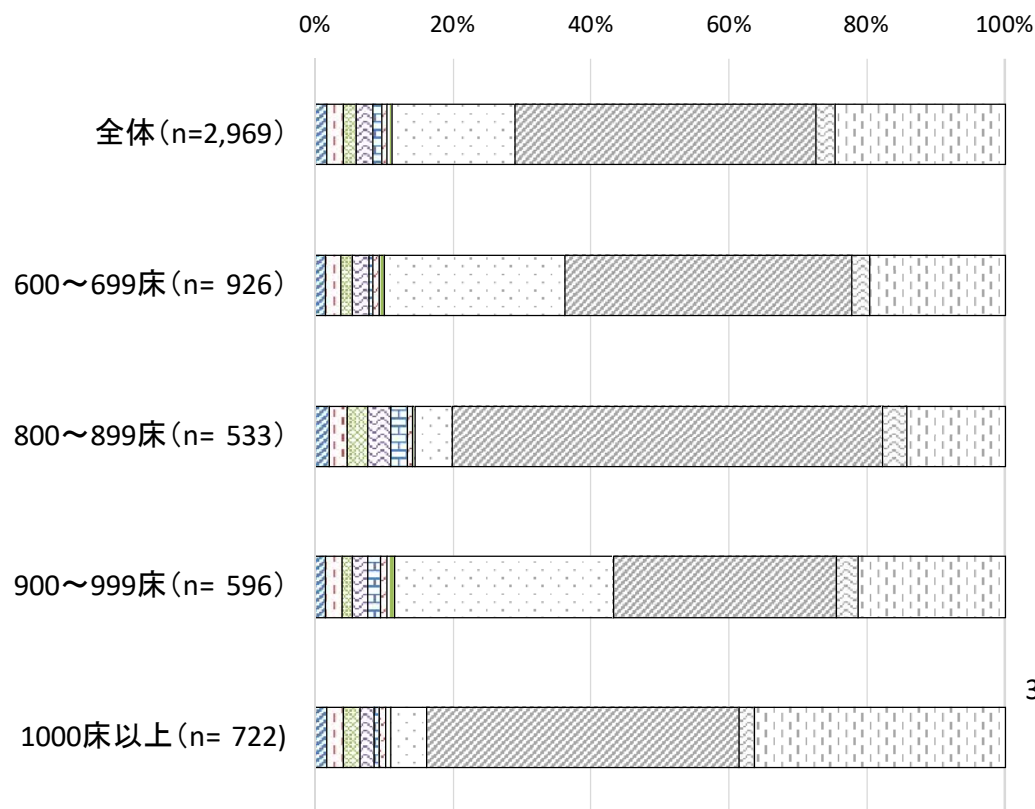
- 0歳~9歳
- 10歳~19歳
- 20歳~29歳
- 30歳~39歳
- 40歳~49歳
- 50歳~59歳
- 60歳~69歳
- 70歳~79歳
- 80歳~89歳
- 90歳~99歳
- 100歳~

※無回答を除く

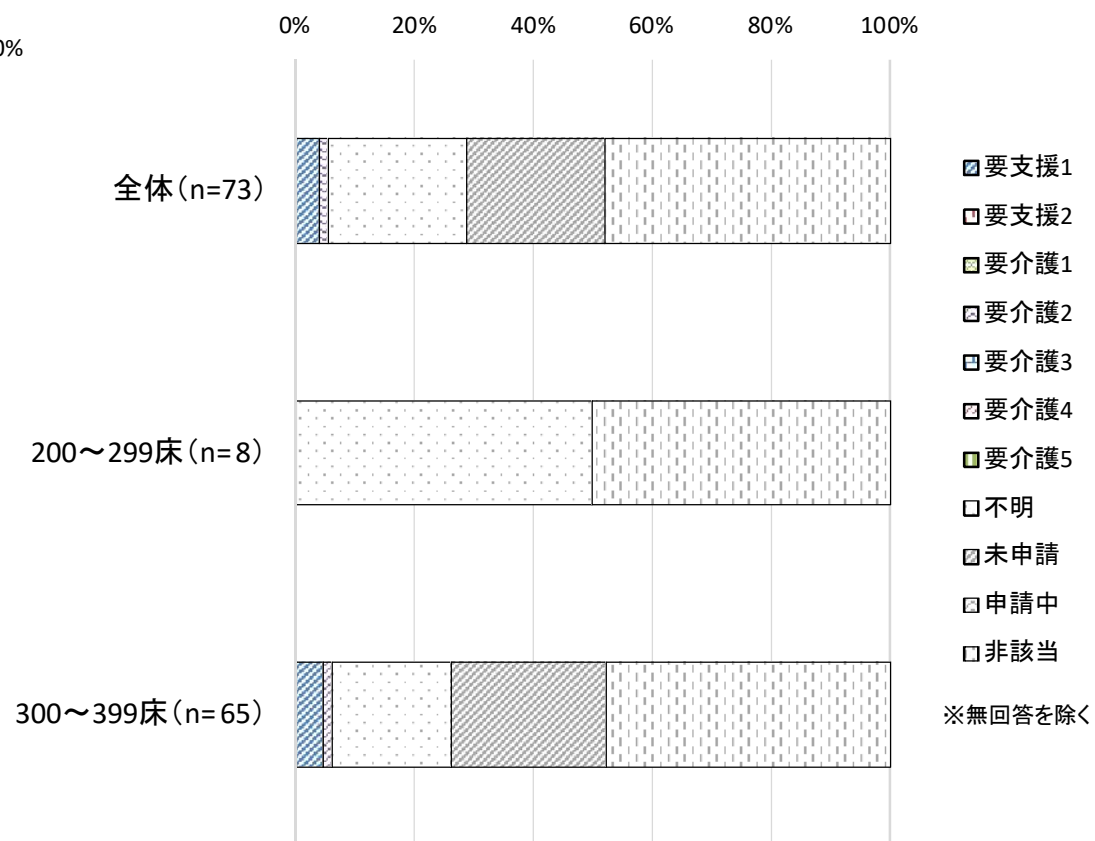
○ 特定機能病院及び専門病院では、要介護度「不明」「未申請」「非該当」の患者が多かった。

要介護度別の患者割合

<特定機能病院入院基本料>



<専門病院入院基本料>

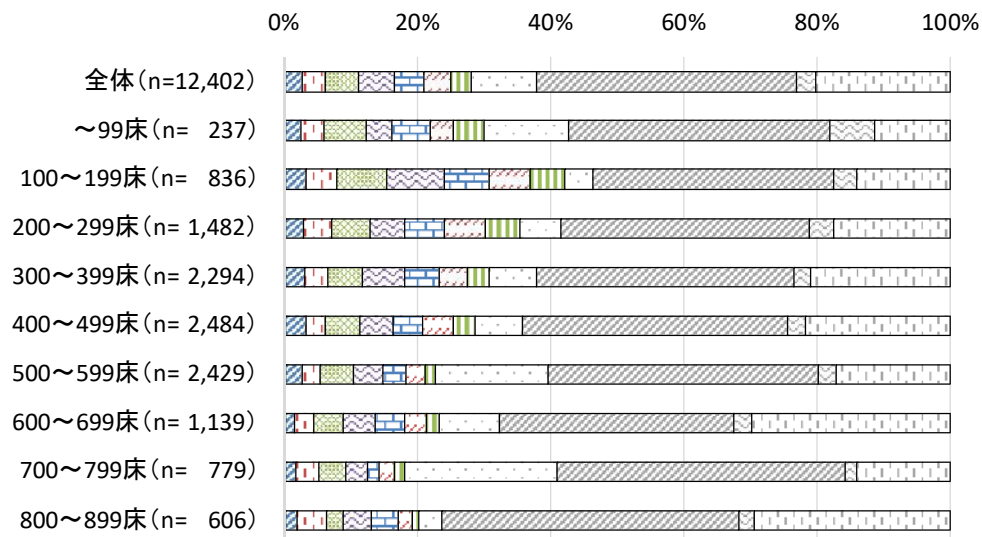


※無回答を除く

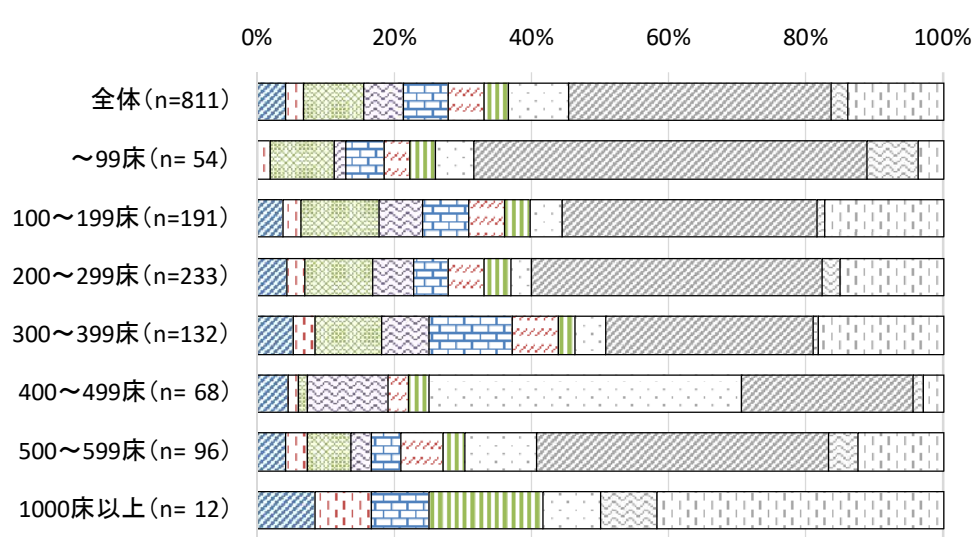
○ 急性期一般入院料1では、許可病床99床以下を除き、病床規模が小さいほど要支援・要介護の患者が多い傾向にあった。

要介護度別の患者割合

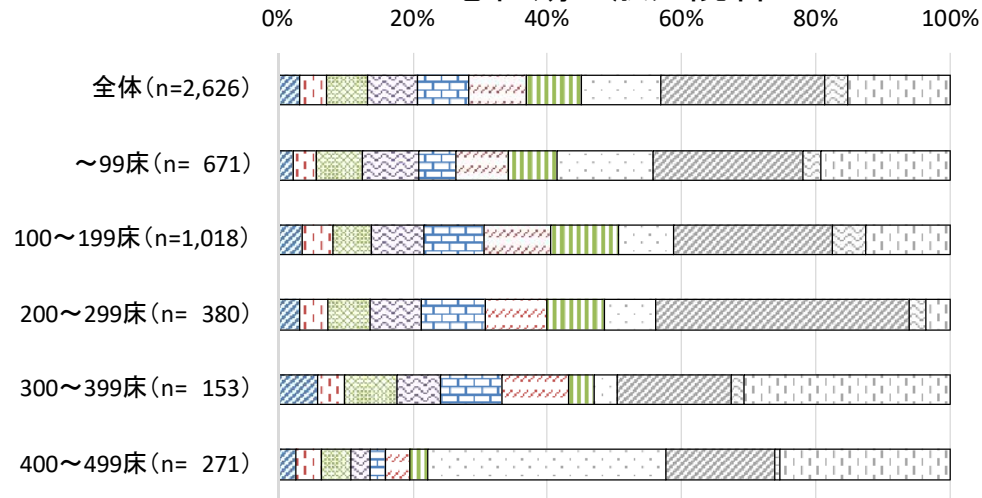
<急性期一般入院料1>



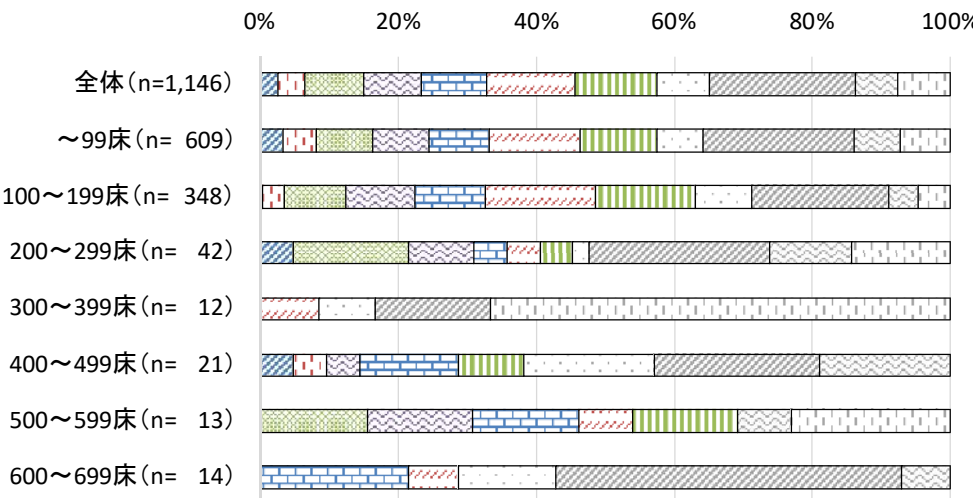
<急性期一般入院料2~3>



<急性期一般入院料4~7>



<地域一般入院料1~3>

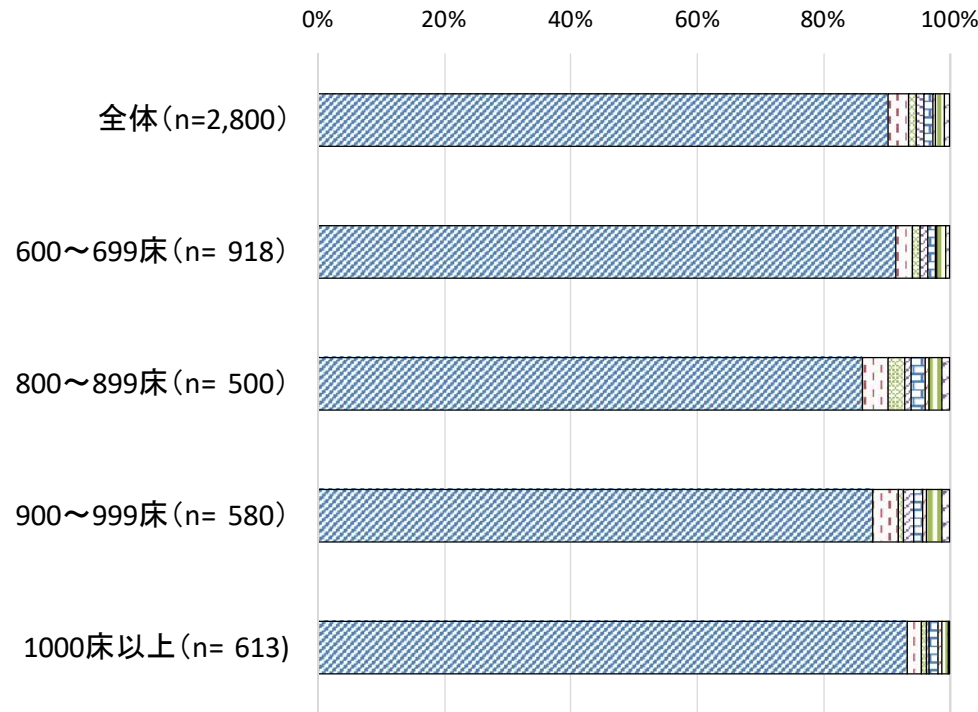


※無回答を除く

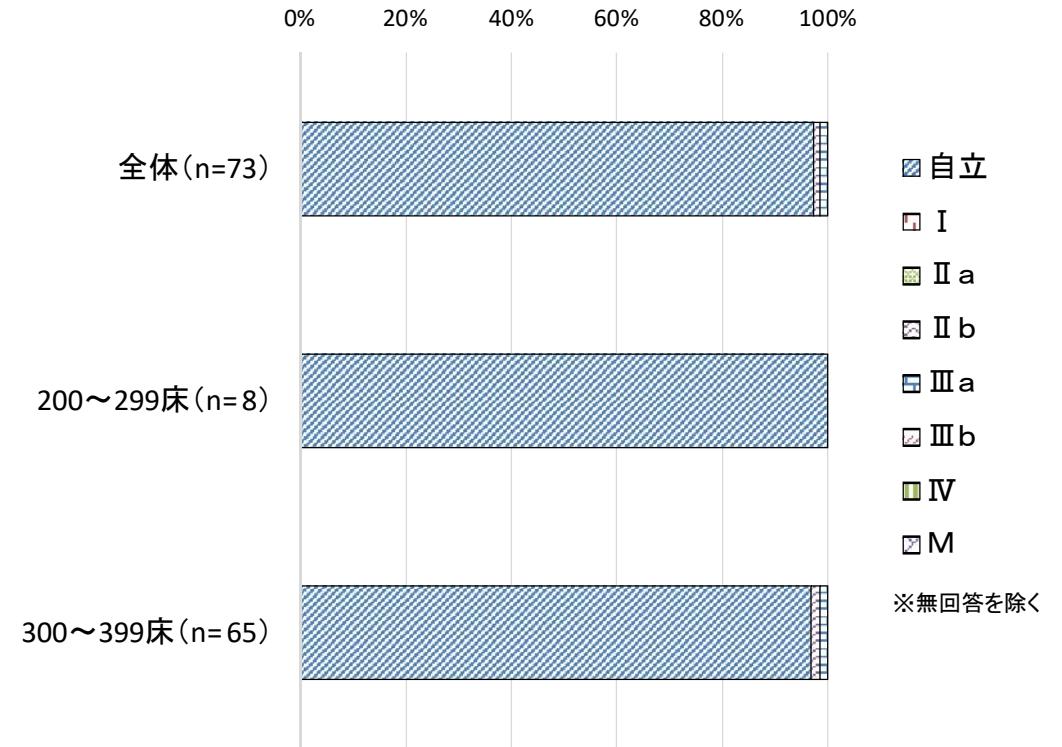
○ 特定機能病院及び専門病院では、認知症高齢者の日常生活自立度は「自立」が多かった。

認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合

＜特定機能病院入院基本料＞



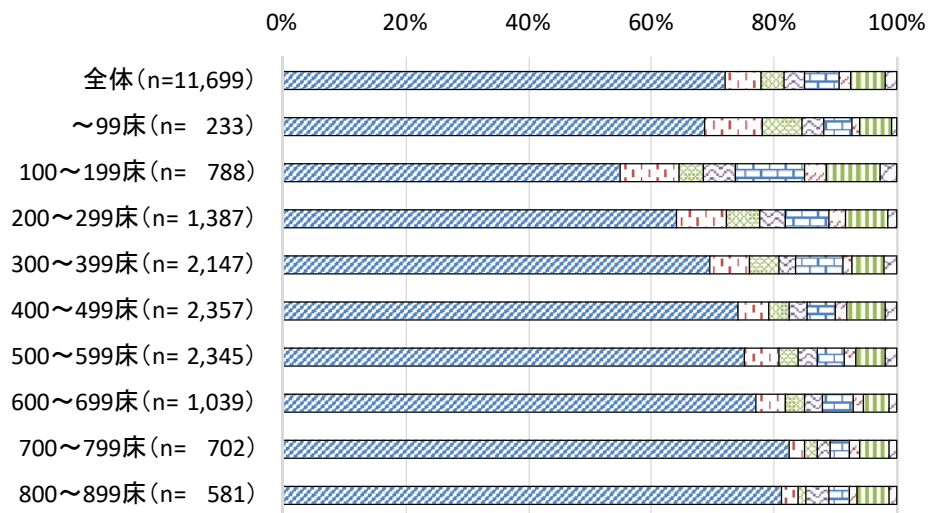
＜専門病院入院基本料＞



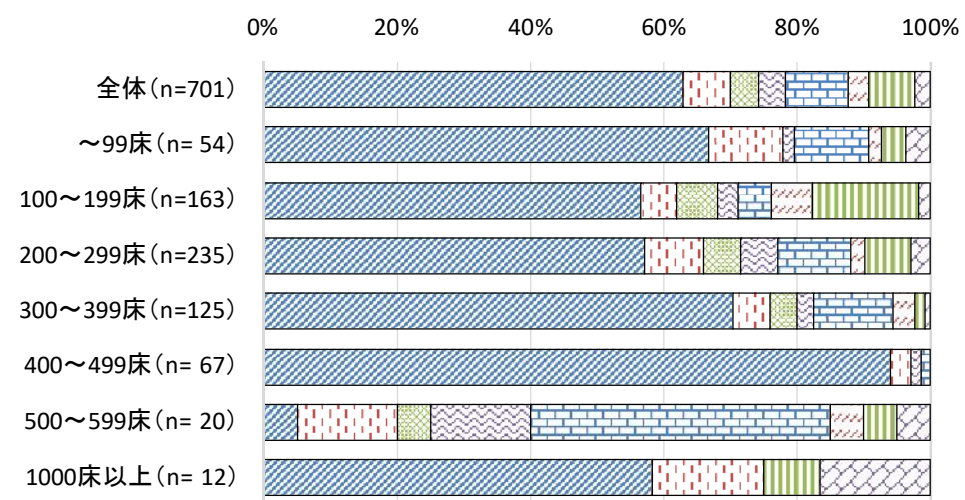
○ 急性期一般入院料1では、許可病床99床以下を除き、病床規模が小さいほど「自立」の患者が少ない傾向にあった。

認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合

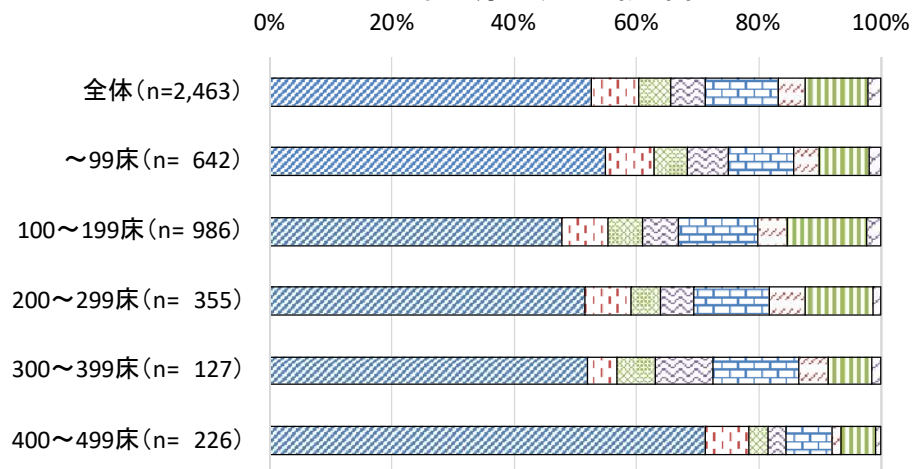
<急性期一般入院料1>



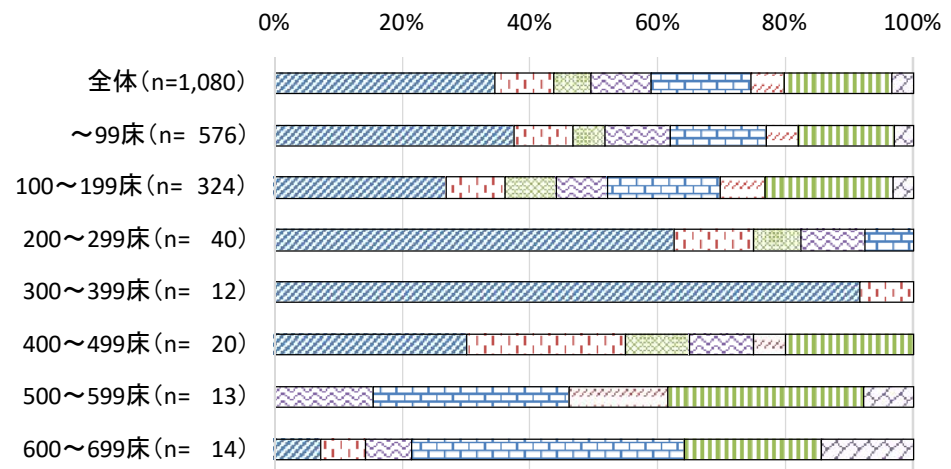
<急性期一般入院料2~3>



<急性期一般入院料4~7>



<地域一般入院料1~3>



■ 自立
■ I
■ II a
■ II b
■ III a
■ III b
■ IV
■ M

※無回答を除く

各基準の重複（入院料別・必要度Ⅰ）

○ 必要度Ⅰにおいて、平成30年度診療報酬改定で新設された基準②と他の基準との重複をみると、いずれとも重複なしが最も多く、次いで基準①との重複が多かった。

必要度Ⅰ

	基準②に該当	基準③に該当	基準④に該当	全体 (n=163,310)	急性期一般入院料1 (n=115,567)	急性期一般入院料2 (n=1,123)	急性期一般入院料4 (n=4,308)	急性期一般入院料5 (n=1,687)	急性期一般入院料6 (n=490)	急性期一般入院料7 (n=62)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=11,341)
基準①に該当	x	x	x	24.0%	22.6%	23.3%	25.5%	35.4%	53.9%	12.9%	29.4%
	○	x	x	21.9%	22.2%	35.4%	29.5%	24.7%	6.3%	45.2%	10.7%
	x	○	x	21.4%	21.0%	8.9%	21.9%	16.4%	24.9%	6.5%	29.9%
	x	x	○	3.9%	4.2%	2.0%	0.9%	3.1%	3.9%	6.5%	4.7%
	○	○	x	18.1%	18.6%	28.0%	19.0%	13.7%	10.0%	14.5%	10.6%
	○	x	○	0.8%	0.9%	0.1%	0.2%	0.1%	0.4%	1.6%	0.4%
	x	○	○	8.3%	8.6%	2.2%	2.6%	5.9%	0.4%	12.9%	12.8%
	○	○	○	1.7%	1.8%	0.0%	0.3%	0.7%	0.2%	0.0%	1.5%

	基準①に該当	基準③に該当	基準④に該当	全体 (n=121,662)	急性期一般入院料1 (n=88,175)	急性期一般入院料2 (n=1,238)	急性期一般入院料4 (n=4,152)	急性期一般入院料5 (n=1,521)	急性期一般入院料6 (n=241)	急性期一般入院料7 (n=118)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=4,192)
基準②に該当	x	x	x	41.8%	41.5%	41.5%	48.6%	56.1%	61.8%	62.7%	35.9%
	○	x	x	29.4%	29.1%	32.1%	30.6%	27.4%	12.9%	23.7%	29.0%
	x	○	x	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	x	x	○	1.3%	1.3%	0.8%	0.5%	0.4%	3.7%	5.1%	1.4%
	○	○	x	24.2%	24.4%	25.4%	19.7%	15.2%	20.3%	7.6%	28.6%
	○	x	○	1.1%	1.2%	0.1%	0.2%	0.1%	0.8%	0.8%	1.1%
	x	○	○	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	○	○	○	2.2%	2.4%	0.0%	0.4%	0.7%	0.4%	0.0%	4.1%

	基準①に該当	基準②に該当	基準④に該当	全体 (n=112,018)	急性期一般入院料1 (n=79,928)	急性期一般入院料2 (n=579)	急性期一般入院料4 (n=2,210)	急性期一般入院料5 (n=835)	急性期一般入院料6 (n=322)	急性期一般入院料7 (n=22)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=9,710)
基準③に該当	x	x	x	24.0%	23.5%	23.7%	12.6%	23.5%	41.3%	4.5%	32.4%
	○	x	x	31.2%	30.4%	17.3%	42.8%	33.1%	37.9%	18.2%	34.9%
	x	○	x	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	x	x	○	4.0%	4.1%	0.3%	1.8%	2.5%	4.7%	0.0%	3.5%
	○	○	x	26.3%	27.0%	54.4%	37.1%	27.7%	15.2%	40.9%	12.4%
	○	x	○	12.0%	12.4%	4.3%	5.1%	12.0%	0.6%	36.4%	15.0%
	x	○	○	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	○	○	○	2.4%	2.7%	0.0%	0.7%	1.3%	0.3%	0.0%	1.8%

	基準①に該当	基準②に該当	基準③に該当	全体 (n=55,497)	急性期一般入院料1 (n=40,747)	急性期一般入院料2 (n=110)	急性期一般入院料4 (n=696)	急性期一般入院料5 (n=379)	急性期一般入院料6 (n=107)	急性期一般入院料7 (n=22)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=4,614)
基準④に該当	x	x	x	46.0%	45.1%	45.5%	66.8%	49.1%	55.1%	13.6%	43.7%
	○	x	x	11.6%	11.9%	20.0%	5.3%	14.0%	17.8%	18.2%	11.5%
	x	○	x	2.8%	2.9%	9.1%	2.7%	1.6%	8.4%	27.3%	1.2%
	x	x	○	8.0%	8.0%	1.8%	5.7%	5.5%	14.0%	0.0%	7.4%
	○	○	x	2.4%	2.6%	0.9%	1.1%	0.5%	1.9%	4.5%	1.0%
	○	x	○	24.3%	24.3%	22.7%	16.1%	26.4%	1.9%	36.4%	31.5%
	x	○	○	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	○	○	○	4.9%	5.2%	0.0%	2.2%	2.9%	0.9%	0.0%	3.7%

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

各基準の重複（入院料別・必要度Ⅱ）

○ 必要度Ⅱにおいて、平成30年度診療報酬改定で新設された基準②と他の基準との重複をみると、いずれとも重複なしが最も多く、必要度Ⅰと同様の傾向であった。

必要度Ⅱ

	基準②に該当	基準③に該当	基準④に該当	全体 (n=52,231)	急性期一般入院料1 (n=37,834)	急性期一般入院料2 (n=2,603)	急性期一般入院料3 (n=1,293)	急性期一般入院料4 (n=1,271)	急性期一般入院料5 (n=414)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=8,456)
基準①に該当	x	x	x	28.1%	26.8%	24.4%	29.4%	32.4%	47.3%	34.2%
	○	x	x	17.9%	18.1%	26.1%	24.2%	23.7%	11.4%	12.5%
	x	○	x	27.7%	27.5%	22.2%	23.9%	16.8%	30.0%	32.6%
	x	x	○	5.7%	5.5%	6.8%	4.7%	3.2%	2.9%	6.7%
	○	○	x	14.8%	15.8%	14.2%	12.4%	19.5%	4.1%	9.8%
	○	x	○	0.8%	0.9%	1.4%	0.7%	0.6%	0.2%	0.5%
	x	○	○	4.2%	4.5%	3.9%	3.7%	3.6%	4.1%	3.4%
	○	○	○	0.8%	0.9%	0.9%	1.0%	0.2%	0.0%	0.2%

	基準①に該当	基準③に該当	基準④に該当	全体 (n=31,801)	急性期一般入院料1 (n=23,655)	急性期一般入院料2 (n=2,320)	急性期一般入院料3 (n=978)	急性期一般入院料4 (n=1,046)	急性期一般入院料5 (n=142)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=3,326)
基準②に該当	x	x	x	42.8%	42.1%	50.9%	48.4%	46.4%	54.2%	41.2%
	○	x	x	29.4%	29.0%	29.3%	32.0%	28.8%	33.1%	31.8%
	x	○	x	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	x	x	○	0.8%	0.9%	1.3%	1.0%	0.2%	0.0%	0.3%
	○	○	x	24.4%	25.2%	15.9%	16.4%	23.7%	12.0%	24.9%
	○	x	○	1.4%	1.4%	1.6%	0.9%	0.8%	0.7%	1.3%
	x	○	○	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	○	○	○	1.2%	1.4%	1.0%	1.3%	0.2%	0.0%	0.5%

	基準①に該当	基準②に該当	基準④に該当	全体 (n=39,099)	急性期一般入院料1 (n=28,453)	急性期一般入院料2 (n=1,455)	急性期一般入院料3 (n=811)	急性期一般入院料4 (n=610)	急性期一般入院料5 (n=191)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=7,309)
基準③に該当	x	x	x	33.4%	32.4%	24.8%	29.2%	13.0%	14.7%	42.2%
	○	x	x	36.9%	36.6%	39.8%	38.1%	34.9%	64.9%	37.8%
	x	○	x	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	x	x	○	3.2%	2.9%	1.4%	5.4%	3.6%	2.6%	4.4%
	○	○	x	19.8%	21.0%	25.4%	19.7%	40.7%	8.9%	11.3%
	○	x	○	5.6%	6.0%	7.0%	5.9%	7.5%	8.9%	4.0%
	x	○	○	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	○	○	○	1.0%	1.2%	1.6%	1.6%	0.3%	0.0%	0.2%

	基準①に該当	基準②に該当	基準③に該当	全体 (n=14,654)	急性期一般入院料1 (n=10,430)	急性期一般入院料2 (n=821)	急性期一般入院料3 (n=380)	急性期一般入院料4 (n=220)	急性期一般入院料5 (n=84)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=2,688)
基準④に該当	x	x	x	48.9%	47.3%	52.7%	51.3%	45.0%	58.3%	53.3%
	○	x	x	20.2%	20.1%	21.6%	16.1%	18.6%	14.3%	21.2%
	x	○	x	1.8%	2.0%	3.5%	2.6%	0.9%	0.0%	0.4%
	x	x	○	8.5%	7.9%	2.4%	11.6%	10.0%	6.0%	12.1%
	○	○	x	2.9%	3.2%	4.5%	2.4%	3.6%	1.2%	1.6%
	○	x	○	15.0%	16.3%	12.4%	12.6%	20.9%	20.2%	10.8%
	x	○	○	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	○	○	○	2.7%	3.2%	2.8%	3.4%	0.9%	0.0%	0.7%

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

看護必要度の基準（旧、2018年度）を満たす患者割合（各基準別）

患者単位

新基準 2 のみで必要度を満たす患者（評価法Ⅱ）
（病床規模別）

	全レコードに対する割合 (%)	必要度を満たす患者に対する割合 (%)
≥800床	4.40	14.33
600-799床	4.66	14.51
400-599床	5.02	16.12
200-399床	6.40	21.17
<200床	6.67	23.60

旧基準			評価法Ⅰ		評価法Ⅱ	
1. A項目 2点+B項目 3点以上	2. A項目 3点以上	3. C項目 1点以上	全レコードに対する 割合 (%)	必要度を満たす患 者に対する割合 (%)	全レコードに対する 割合 (%)	必要度を満たす患 者に対する割合 (%)
N	N	N	71.3	-	74.9	-
Y	N	N	9.6	33.4	7.8	31.0
N	Y	N	3.7	12.9	3.4	13.7
Y	Y	N	8.1	28.2	6.6	26.2
N	N	Y	3.7	12.8	3.7	14.8
Y	N	Y	1.0	3.4	1.4	5.7
N	Y	Y	0.6	2.0	0.5	2.2
Y	Y	Y	2.1	7.4	1.6	6.4
看護必要度を満たす患者			28.7	100.0	25.1	100.0
合計			100.0	-	100.0	-

2018年度基準				評価法Ⅰ		評価法Ⅱ	
1. A項目2 点+B項目3 点以上	3. A項目3 点以上	4. C項目 1点以上	2. A項目1点以上 かつB項目3点以上 (診療・療養上の支 持が通じるまたは危 険行動)	全レコードに対する 割合 (%)	必要度を満たす患 者に対する割合 (%)	全レコードに対する 割合 (%)	必要度を満たす患 者に対する割合 (%)
N	N	N	N	65.6	-	69.3	-
Y	N	N	N	5.2	15.2	4.3	14.2
N	Y	N	N	3.7	10.9	3.4	11.2
Y	Y	N	N	4.6	13.3	3.7	12.1
N	N	Y	N	3.3	9.7	3.6	11.6
Y	N	Y	N	0.8	2.3	1.2	4.0
N	Y	Y	N	0.5	1.5	0.5	1.8
Y	Y	Y	N	1.7	5.1	1.3	4.4
N	N	N	Y	5.9	17.1	5.6	18.3
Y	N	N	Y	4.4	12.7	3.4	11.1
N	Y	N	Y	0.0	0.0	0.0	0.0
Y	Y	N	Y	3.6	10.5	2.8	9.3
N	N	Y	Y	0.2	0.5	0.2	0.5
Y	N	Y	Y	0.2	0.4	0.2	0.6
N	Y	Y	Y	0.0	0.0	0.0	0.0
Y	Y	Y	Y	0.3	0.9	0.3	0.9
看護必要度を満たす患者				34.4	100.0	30.7	100.0
合計				100.0	-	100.0	-

(参考) 研究班※による分析

※平成30・31年度厚生労働科学研究「急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性と職員配置等の指標の開発に係る研究」(研究代表者 松田晋哉)
(以下、「研究班」と表記してあるものは同様)

基準②のみに該当している患者（必要度Ⅰ）

- 基準②のみに該当している患者の該当項目をみると、A 1点は「心電図モニター」が多く、次いで「呼吸ケア」「創傷処置」が多かった。
- B項目が「1点+2点」の患者の該当項目は「診療・療養上の指示が通じる+危険行動」が多く、「1点×3」の患者は「移乗+衣服+指示」が多かった。

		B3点（1点+2点）									
		指示,危険	衣服2,指示	衣服1,危険	食事2,指示	食事1,危険	口腔,危険	移乗2,指示	移乗1,危険	寝返り2,指示	寝返り1,危険
A1点	血液製剤	0.1%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	モニター	7.6%	1.2%	1.6%	0.6%	0.3%	1.7%	1.1%	2.8%	4.4%	0.4%
	点滴3本	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	呼吸ケア	2.6%	0.4%	0.6%	0.0%	1.3%	1.0%	0.4%	1.2%	0.0%	0.1%
	創傷処置	2.4%	0.4%	1.5%	0.2%	0.0%	0.3%	0.2%	1.0%	1.5%	0.9%

		B3点（1点×3）									
		食事,衣服,指示	口腔,衣服,指示	口腔,食事,指示	移乗,衣服,指示	移乗,食事,指示	移乗,口腔,指示	寝返り,衣服,指示	寝返り,食事,指示	寝返り,口腔,指示	寝返り,移乗,指示
A1点	血液製剤	0.1%	0.0%	0.1%	0.5%	0.0%	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
	シリンジポンプ	0.1%	0.9%	0.0%	0.5%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
	モニター	3.4%	3.0%	3.0%	9.2%	3.0%	4.0%	0.7%	1.0%	0.9%	1.3%
	点滴3本	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	呼吸ケア	3.1%	1.7%	0.9%	1.2%	0.0%	1.2%	0.7%	0.4%	1.2%	1.0%
	創傷処置	1.4%	1.2%	1.7%	3.9%	0.1%	2.0%	1.9%	1.5%	0.4%	3.6%

		B4点以上
A1点	血液製剤	0.8%
	シリンジポンプ	0.3%
	モニター	50.7%
	点滴3本	0.4%
	呼吸ケア	23.6%
	創傷処置	24.2%

※A1点+B3点の患者における割合(n=1,379人日)

※A1点+B4点以上の患者における割合(n=51,000人日)

基準②のみに該当している患者（必要度Ⅱ）

- 基準②のみに該当している患者の該当項目をみると、A1点は「心電図モニター」が多く、次いで「呼吸ケア」「創傷処置」が多かった。
- B項目が「1点+2点」の患者の該当項目は「診療・療養上の指示が通じる+危険行動」が多く、「1点×3」の患者は「移乗+衣服+指示」が多かった。

		B3点（1点+2点）									
		指示,危険	衣服2,指示	衣服1,危険	食事2,指示	食事1,危険	口腔,危険	移乗2,指示	移乗1,危険	寝返り2,指示	寝返り1,危険
A1点	血液製剤	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	モニター	11.9%	0.4%	2.5%	0.0%	0.0%	5.3%	1.2%	4.1%	1.2%	0.4%
	点滴3本	1.6%	0.4%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
	呼吸ケア	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	創傷処置	0.4%	2.9%	0.4%	0.0%	0.0%	2.0%	0.0%	0.4%	0.0%	2.0%

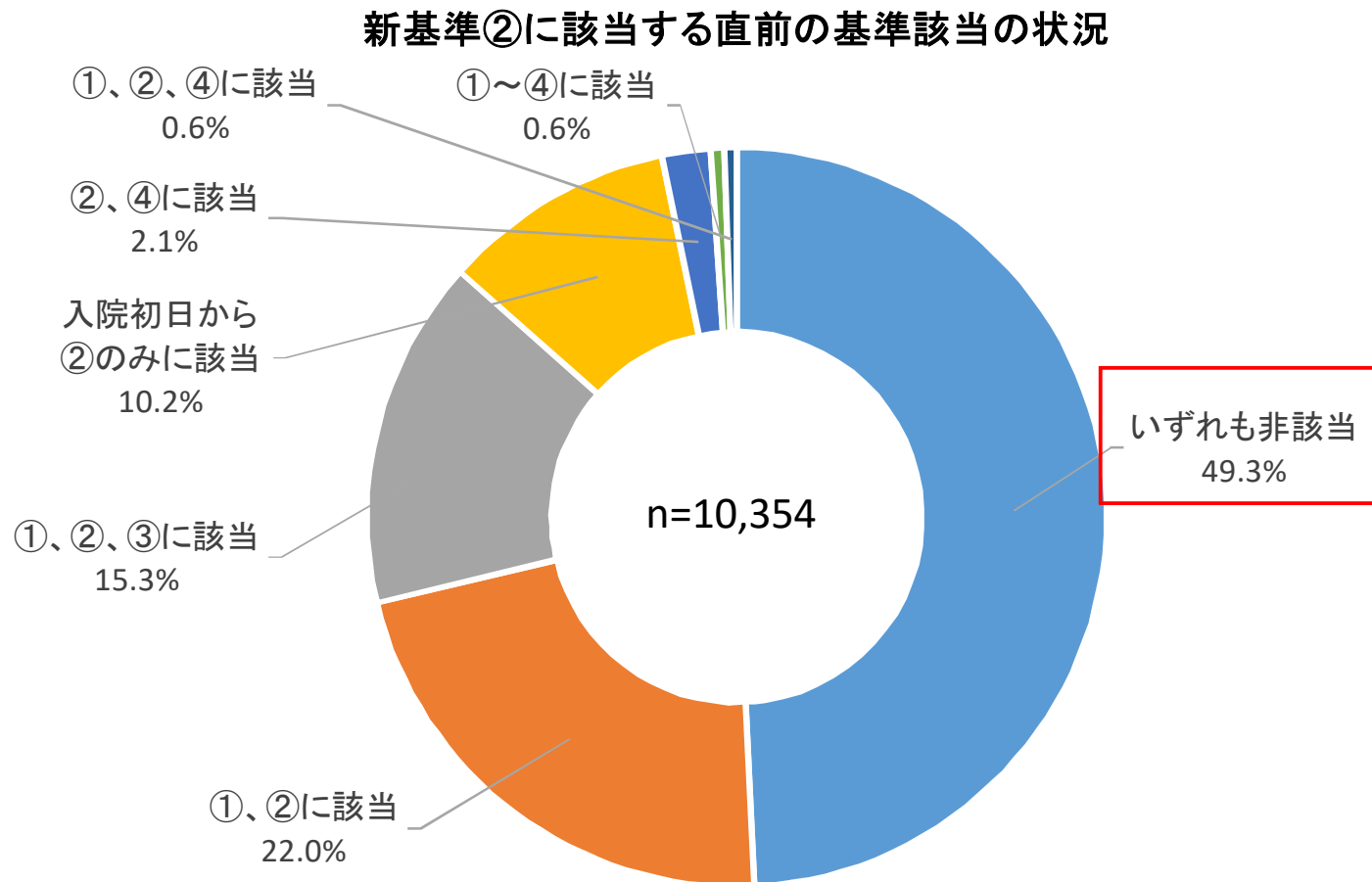
		B3点（1点×3）									
		食事,衣服,指示	口腔,衣服,指示	口腔,食事,指示	移乗,衣服,指示	移乗,口腔,指示	移乗,口腔,指示	寝返り,衣服,指示	寝返り,食事,指示	寝返り,口腔,指示	寝返り,移乗,指示
A1点	血液製剤	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	モニター	0.0%	2.5%	4.1%	11.1%	0.8%	3.7%	1.2%	0.0%	4.1%	6.1%
	点滴3本	0.0%	0.4%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.8%
	呼吸ケア	0.0%	1.6%	2.0%	5.3%	0.0%	0.4%	0.4%	0.4%	1.2%	1.6%
	創傷処置	0.0%	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	2.5%	0.0%	1.6%	0.0%

※A1点+B3点の患者における割合(n=244人日)

		B4点以上
A1点	血液製剤	0.6%
	シリンジポンプ	1.2%
	モニター	62.8%
	点滴3本	4.7%
	呼吸ケア	20.5%
	創傷処置	10.3%

※A1点+B4点以上の患者における割合(n=13,628人日)

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

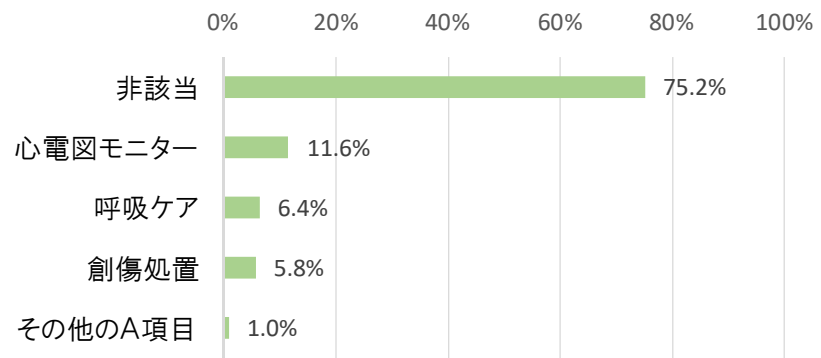


基準①: A2点かつB3点以上
 基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上
 基準③: A3点以上 基準④: C1点以上

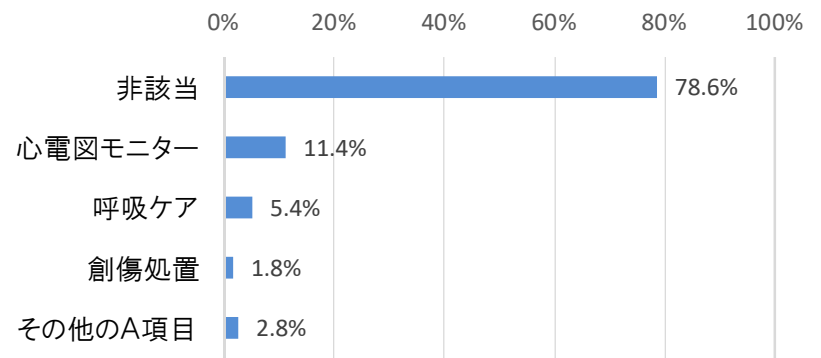
基準②に該当する直前の状況（基準非該当日の各項目の状況）

○ 「いずれの基準も非該当」の状態から、「基準②のみに該当」に移行した患者について、基準非該当日の各項目の該当状況をみると、A項目は「非該当」が最も多く約8割を占めたが、B項目は「口腔清潔」が最も多く約8割、「診療・療養上の指示が通じる」は約5～6割を占めた。

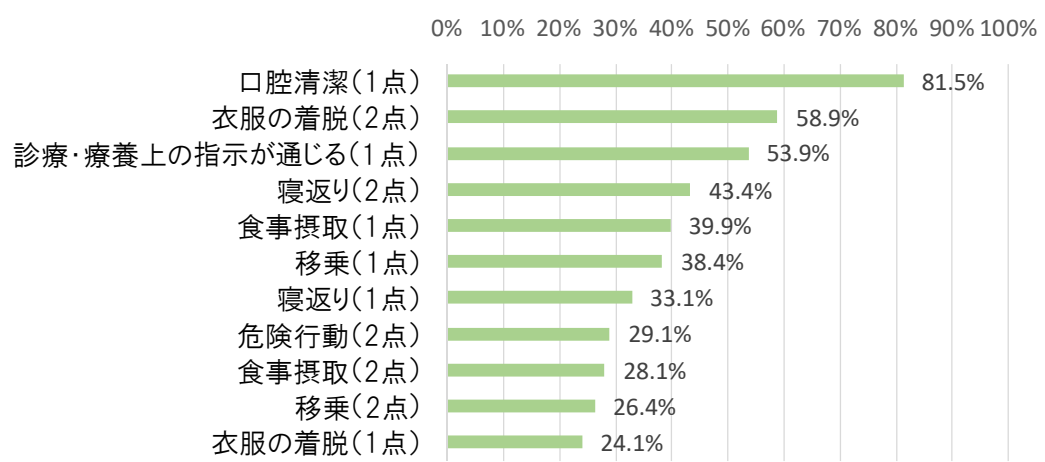
A項目の該当状況(必要度 I)



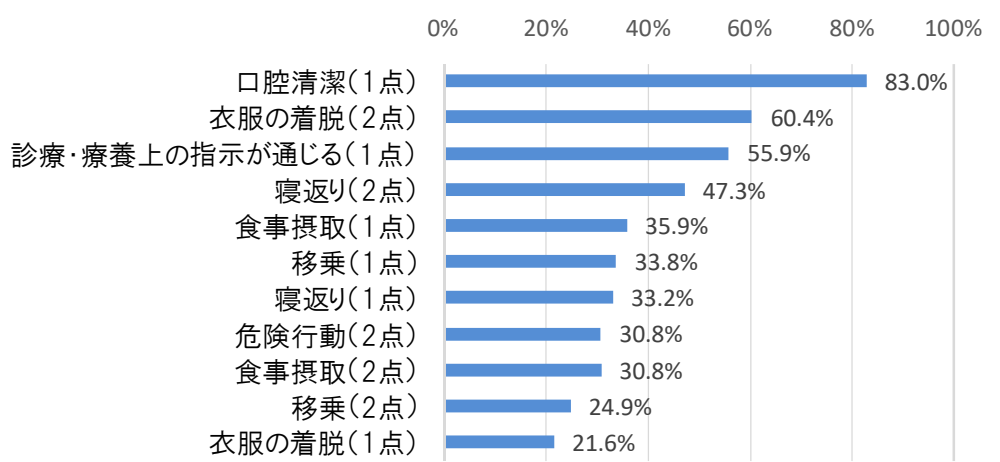
A項目の該当状況(必要度 II)



B項目の該当状況(必要度 I)

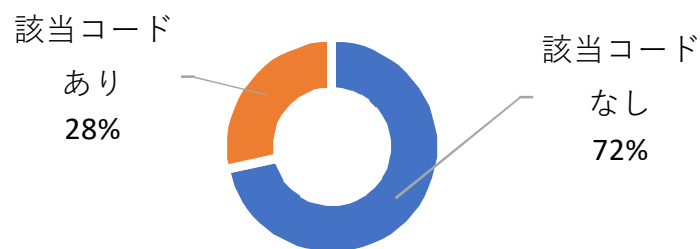


B項目の該当状況(必要度 II)

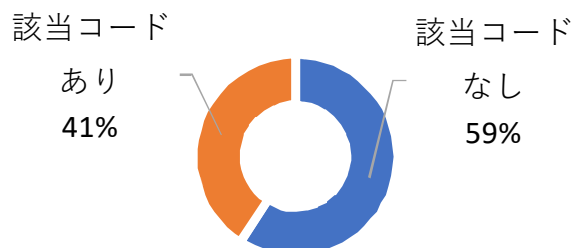


- 必要度Ⅰで基準②のみに該当する患者のうち、A1点が「呼吸ケア」又は「心電図モニター」の患者について、必要度Ⅱで対応するレセプト電算処理システム用コードの該当の有無をみたところ、「該当コードなし」の患者が約6～7割であった。
- 必要度Ⅰで基準②のみに該当する患者について、1日あたり資源投入量をみたところ、資源投入量がゼロである患者が約4～5割であった。

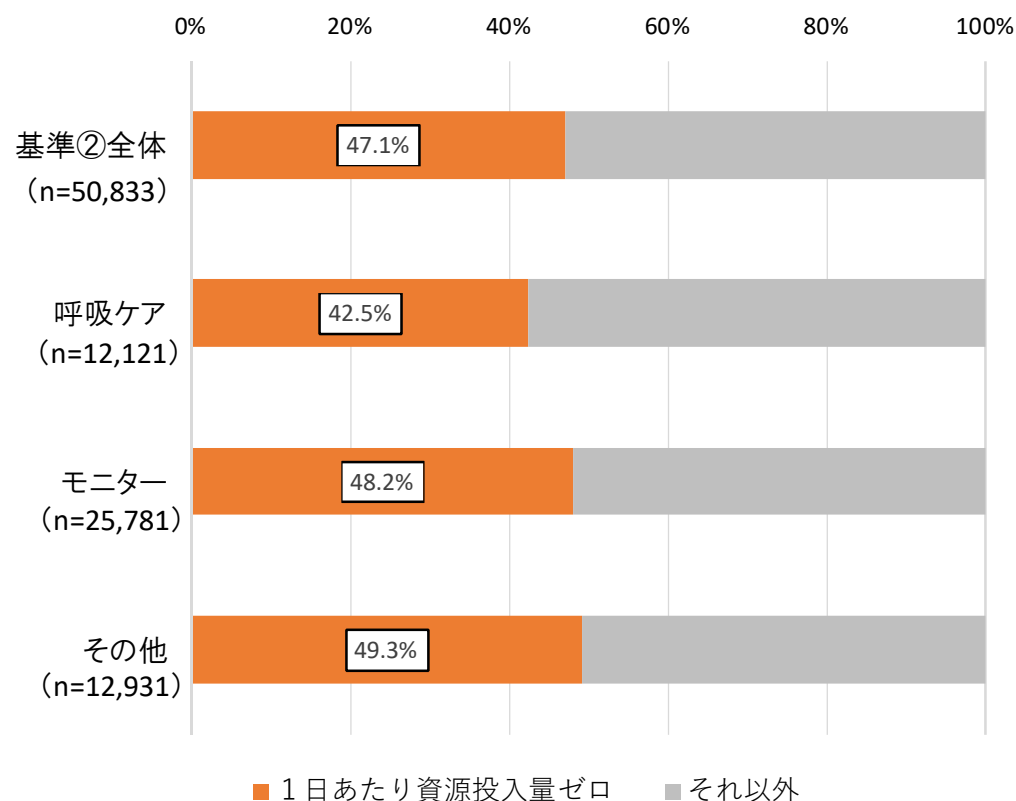
A1点が「呼吸ケア」の患者の
対応する処置コードの該当状況 (n=12,121)



A1点が「心電図モニター」の患者の
対応する処置コードの該当状況 (n=25,781)



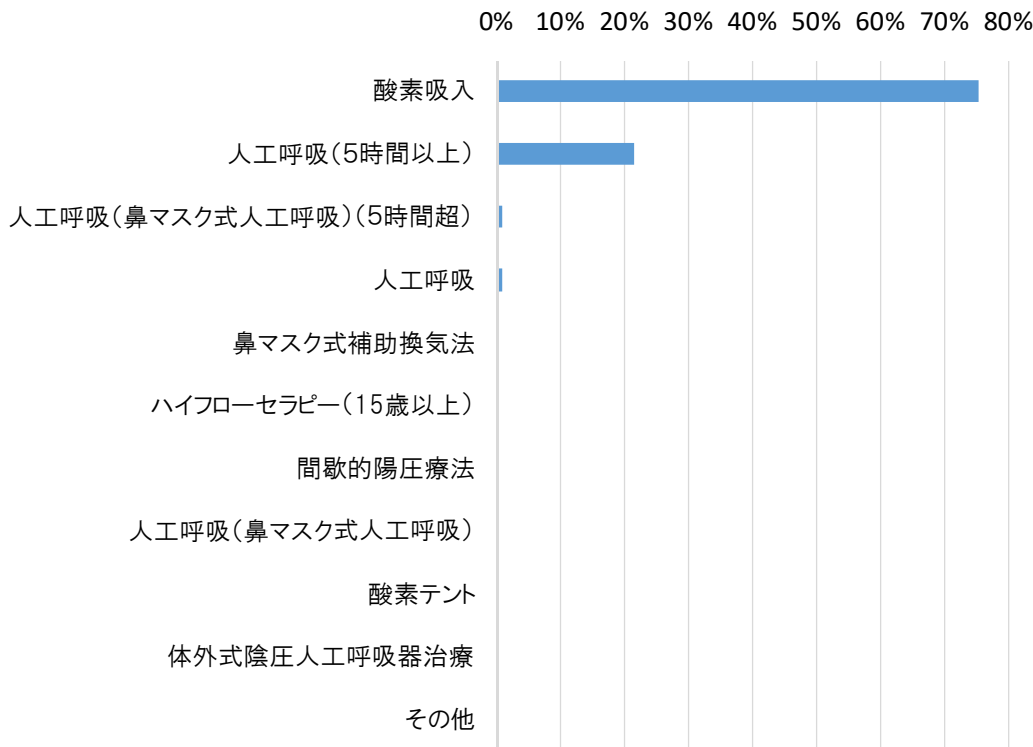
1日あたり資源投入量がゼロの割合



○ 必要度Ⅱで基準②のみに該当する患者のうち、A1点が「呼吸ケア」又は「心電図モニター」の患者について、該当するレセプト電算処理システム用コードの内訳をみたところ、それぞれ「酸素吸入」と「呼吸心拍監視(14日超)」の占める割合が多かった。

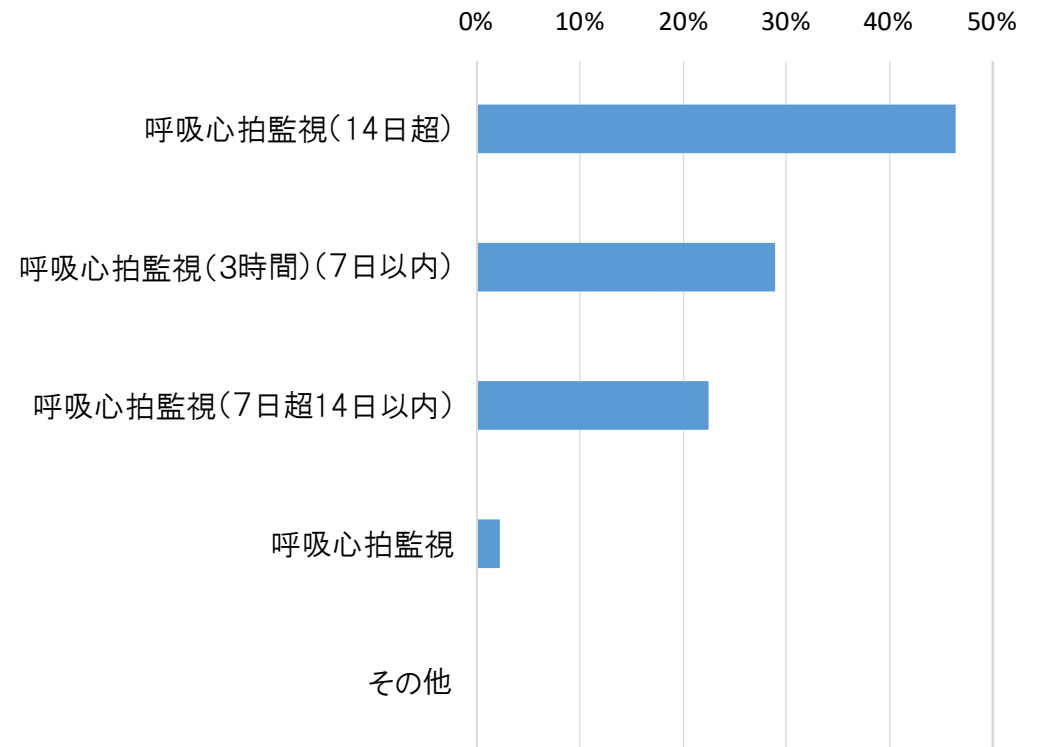
A1点が「呼吸ケア」の患者の
該当する処置コード

(n=2,805)



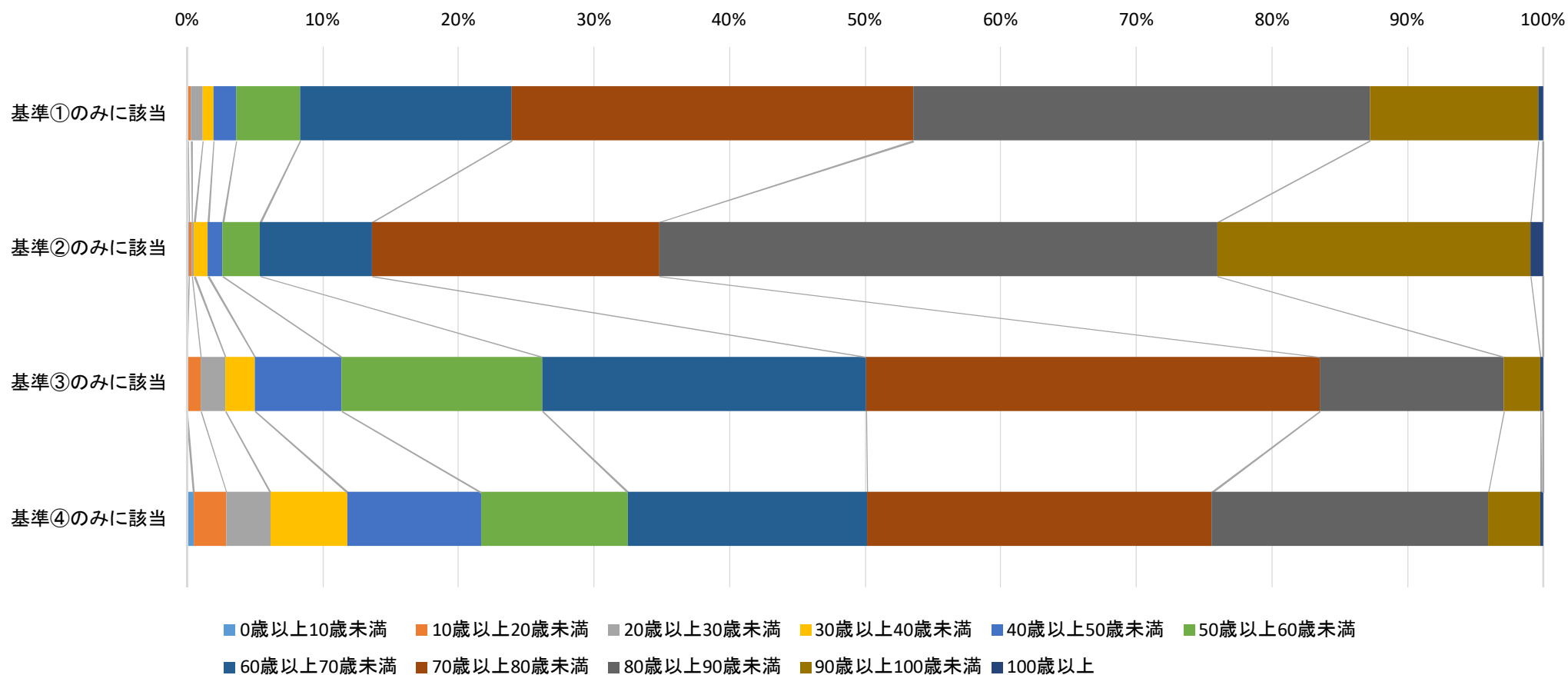
A1点が「心電図モニター」の患者の
該当する処置コード

(n=8,579)



○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて年齢が高い傾向にあった。

年齢区分 (必要度の各基準のみに該当する患者別)

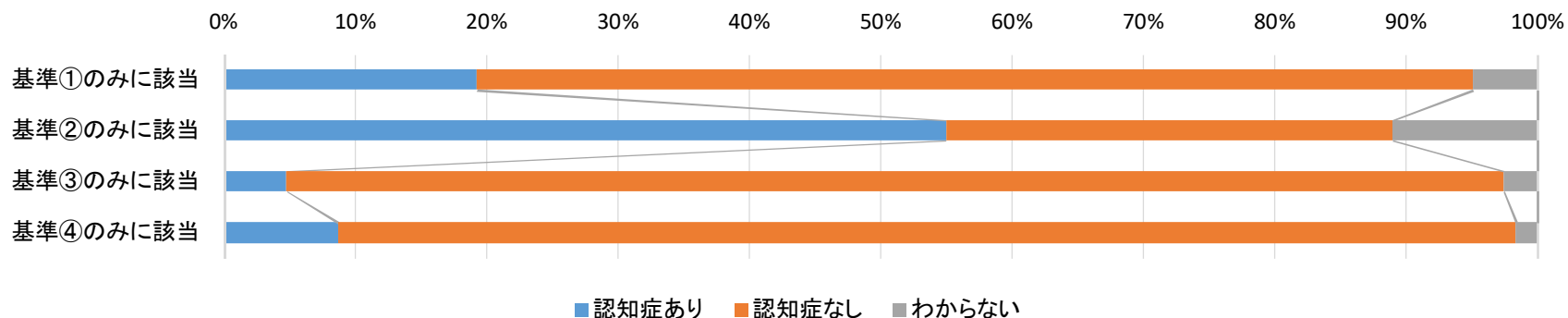


※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く
※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント (よって、各基準の区分には患者の重複がある)

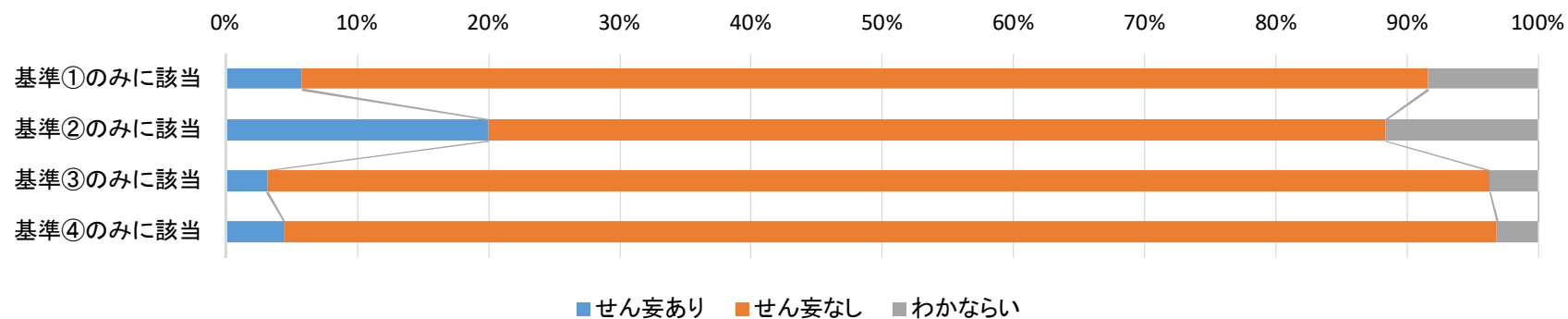
基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)
基準③: A3点以上 (n=599) 基準④: C1点以上 (n=622)

○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて認知症やせん妄を有する割合が高かった。

認知症の有無 (必要度の各基準のみに該当する患者別)



せん妄の有無 (必要度の各基準のみに該当する患者別)



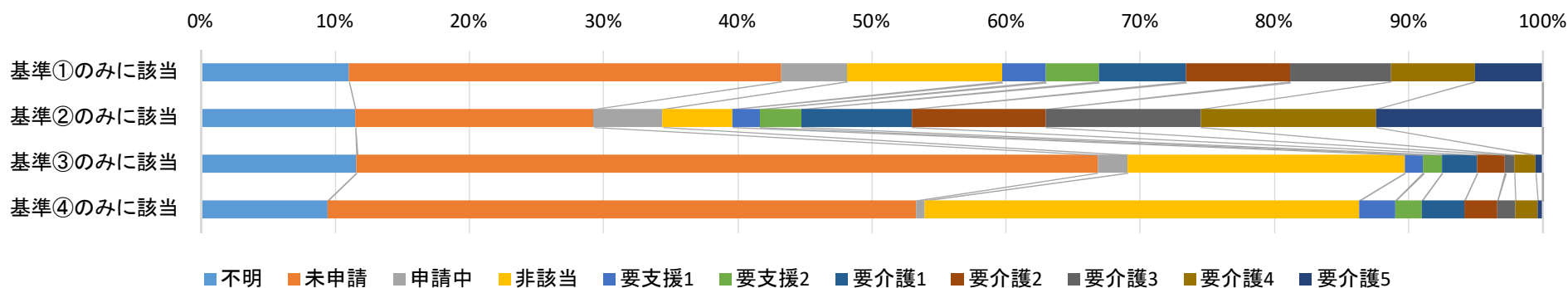
※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く
※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント (よって、各基準の区分には患者の重複がある)

基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)
基準③: A3点以上 (n=599) 基準④: C1点以上 (n=622)

○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて要介護度が高く、認知症高齢者の日常生活自立度が低い傾向にあった。

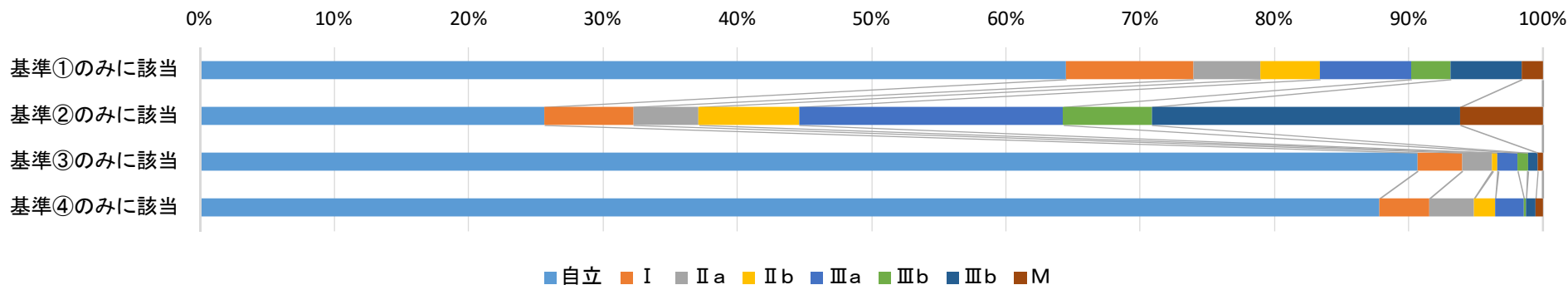
要介護度

(必要度の各基準のみに該当する患者別)



認知症高齢者の日常生活自立度

(必要度の各基準のみに該当する患者別)



基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)

基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)

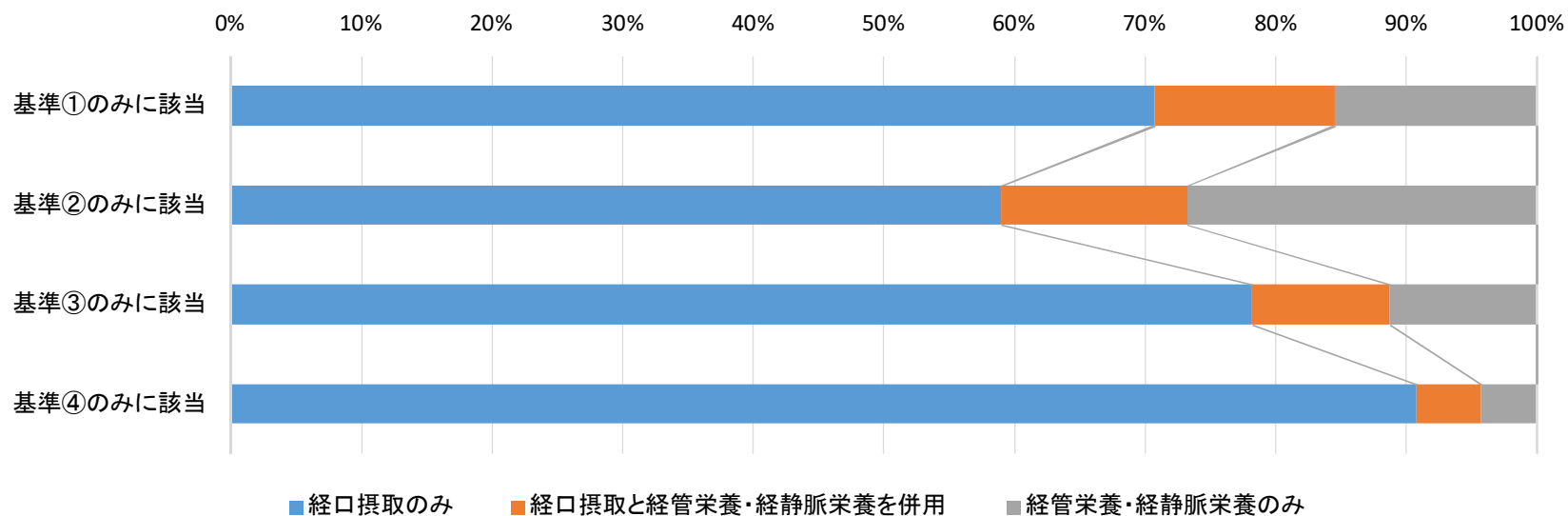
基準③: A3点以上 (n=599) 基準④: C1点以上 (n=622)

※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く

※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント (よって、各基準の区分には患者の重複がある)

○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて経口摂取のみの割合が低かった。

栄養摂取の状況
(必要度の各基準のみに該当する患者別)

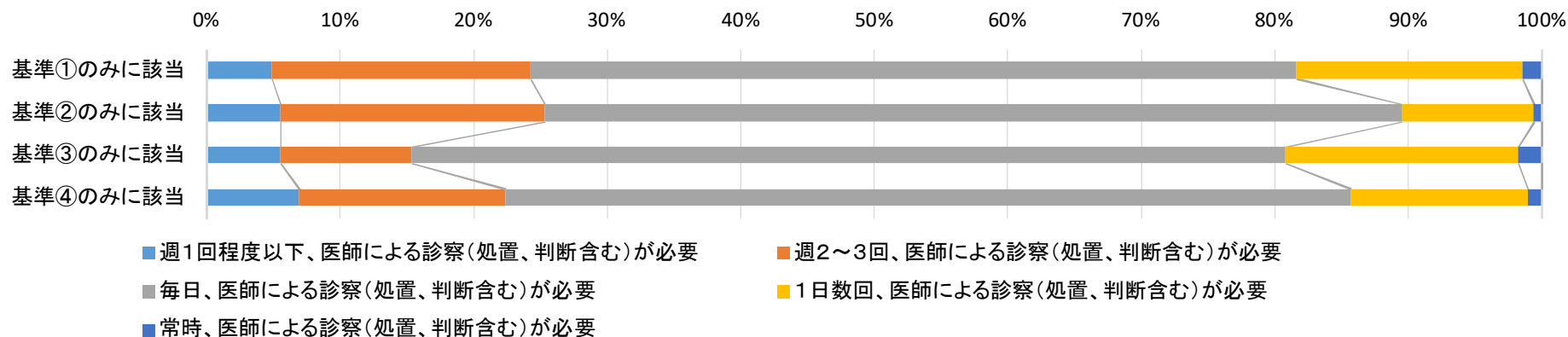


※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く
※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント (よって、各基準の区分には患者の重複がある)

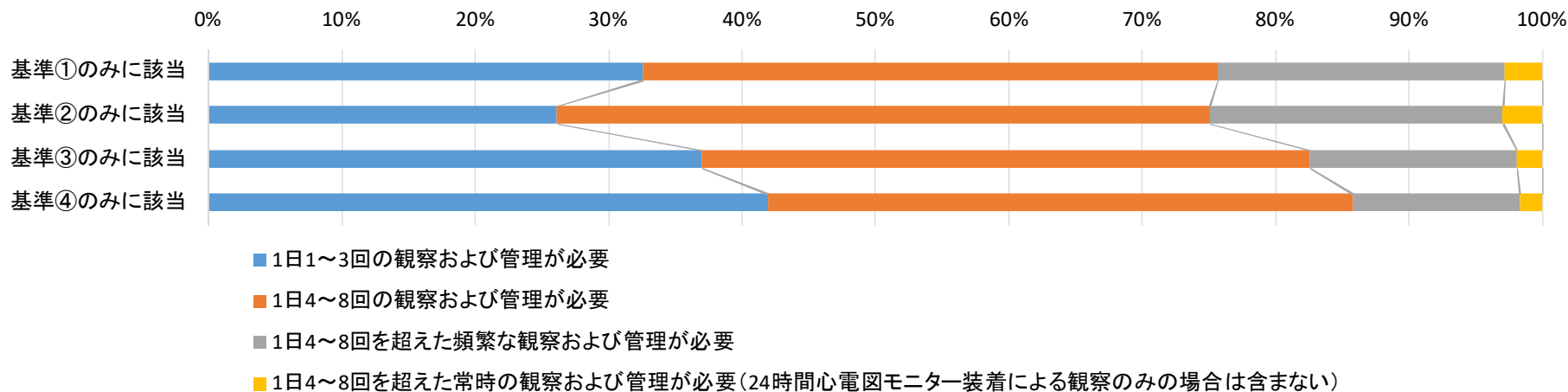
基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)
基準③: A3点以上 (n=599) 基準④: C1点以上 (n=622)

○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて看護提供の頻度が多い傾向にあった。

医師による診察(処置、判断含む)の頻度 (必要度の各基準のみに該当する患者別)



看護師による直接の看護提供の頻度 (必要度の各基準のみに該当する患者別)

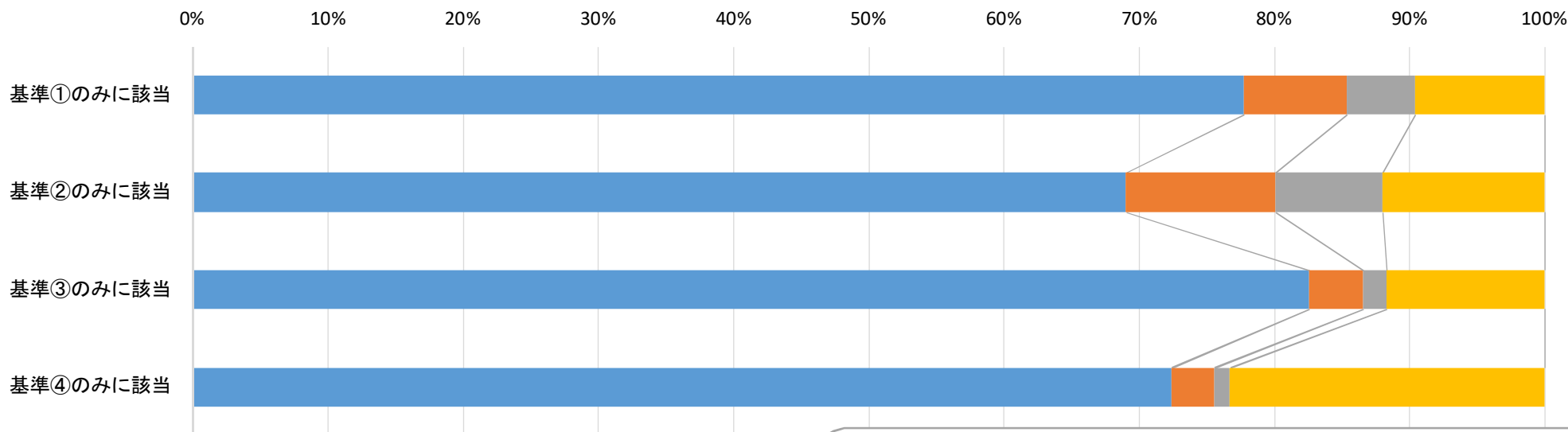


※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く
※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント (よって、各基準の区分には患者の重複がある)

基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)
基準③: A3点以上 (n=599) 基準④: C1点以上 (n=622)

○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて「医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい」の割合が低かった。

医学的な入院継続の理由等 (必要度の各基準のみに該当する患者別)



- 医学的な理由のため、入院医療が必要である
- 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい
- 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない
- 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している

他の要因のために退院予定がない場合の、退院できない理由で最も多いものは、以下のとおり(※いずれも複数回答。その他を除いて最も多いものを記載。)

- 基準①: 家族の希望に合わないため (39.1%、46名中18名)
- 基準②: 家族の希望に合わないため (38.8%、85名中33名)
- 基準③: 全体の調整・マネジメントができていないため (30.0%、10名中3名)
- 基準④: 転院先の医療機関の確保ができていないため (42.9%、7名中3名)

基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)

基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)

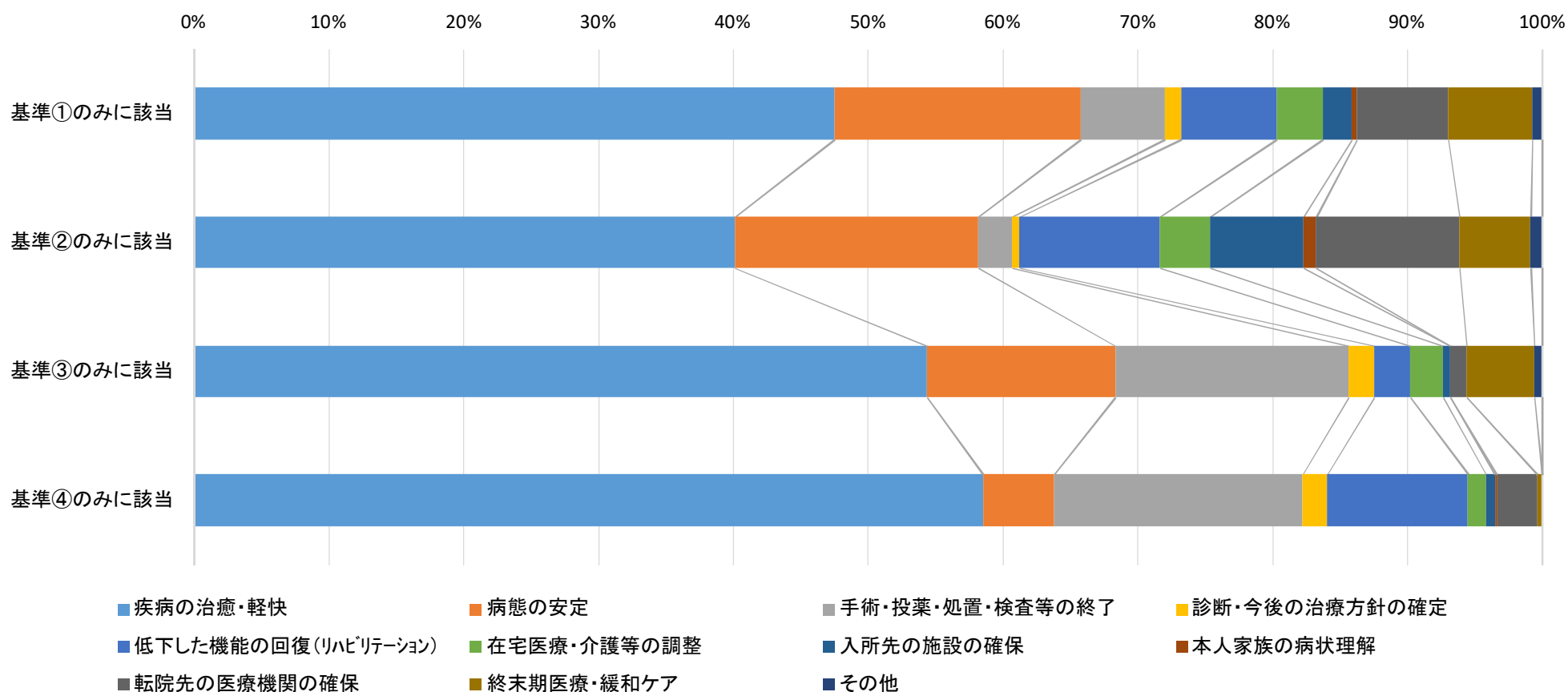
基準③: A3点以上 (n=599) 基準④: C1点以上 (n=622)

※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く

※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント (よって、各基準の区分には患者の重複がある)

○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて「疾病の治癒・軽快」の割合が低く、「入所先の施設の確保」や「転院先の医療機関の確保」の割合が高かった。

退院へ向けた目標・課題等 (必要度の各基準のみに該当する患者別)



基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)
 基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)
 基準③: A3点以上 (n=599) 基準④: C1点以上 (n=622)

※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く
 ※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント (よって、各基準の区分には患者の重複がある)

基準②のみに該当する患者について

○ 基準②（B14又はB15に該当し、A得点1点以上かつB得点3点以上）のみに該当する患者の割合と該当項目について入院料別に比較すると、当該患者は急性期病棟より療養病棟が多かった。また、急性期病棟は療養病棟と比較して、「創傷処置」の割合が低く、「心電図モニター」の割合が高かった。

	7対1特定機能病院入院 基本料（一般病棟） (n=20747)	7対1一般病棟入院基本料 (n=61168)	10対1一般病棟入院基本料 (n=13175)	療養病棟入院基本料 1 (20対1) (n=20148)	療養病棟入院基本料 2 (25対1) (n=5920)
【基準】					
「A得点1点」かつ「B14又はB15に該当」かつ「B得点3点以上」	352 1.7%	2,892 4.7%	690 5.2%	2,950 14.6%	669 11.3%
【A項目】	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち
創傷処置	76 21.6%	711 24.6%	195 28.3%	1,030 34.9%	385 57.5%
呼吸ケア	107 30.4%	662 22.9%	253 36.7%	1,494 50.6%	222 33.2%
点滴5ml同時3本以上の管理	8 2.3%	26 0.9%	4 0.6%	14 0.5%	0 0.0%
心電図モニターの管理	152 43.2%	1,428 49.4%	227 32.9%	405 13.7%	41 6.1%
シリンジポンプの管理	2 0.6%	42 1.5%	8 1.2%	7 0.2%	21 3.1%
輸血や血液製剤の管理	7 2.0%	23 0.8%	3 0.4%	0 0.0%	0 0.0%
専門的な治療処置	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗悪性腫瘍剤の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗悪性腫瘍剤の内服管理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
麻薬の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
麻薬の内服・貼付・座剤	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
放射線治療	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
免疫抑制剤の管理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
昇圧剤の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗不整脈剤の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗血栓塞栓薬持続点滴の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
ドレナージの管理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
無菌治療室での治療	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
救急搬送後の入院	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
【B項目】	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち
寝返り（1点）	124 35.2%	717 24.8%	105 15.2%	228 7.7%	56 8.4%
寝返り（2点）	133 37.8%	1,819 62.9%	540 78.3%	2,575 87.3%	578 86.4%
移乗（1点）	155 44.0%	849 29.4%	99 14.3%	181 6.1%	35 5.2%
移乗（2点）	77 21.9%	1,140 39.4%	266 38.6%	2,355 79.8%	494 73.8%
口腔清潔（1点）	301 85.5%	2,730 94.4%	635 92.0%	2,854 96.7%	662 99.0%
食事摂取（1点）	160 45.5%	872 30.2%	160 23.2%	359 12.2%	88 13.2%
食事摂取（2点）	113 32.1%	1,384 47.9%	317 45.9%	2,021 68.5%	449 67.1%
衣服の着脱（1点）	158 44.9%	592 20.5%	59 8.6%	197 6.7%	49 7.3%
衣服の着脱（2点）	161 45.7%	2,141 74.0%	608 88.1%	2,530 85.8%	529 79.1%
診療・療養上の指示が通じる（1点）	320 90.9%	2,543 87.9%	620 89.9%	2,834 96.1%	632 94.5%
危険行動（2点）	177 50.3%	1,538 53.2%	249 36.1%	647 21.9%	124 18.5%

とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
- 1-2. 入院患者の状態
- 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

4. 慢性期入院医療について

5. 横断的事項について

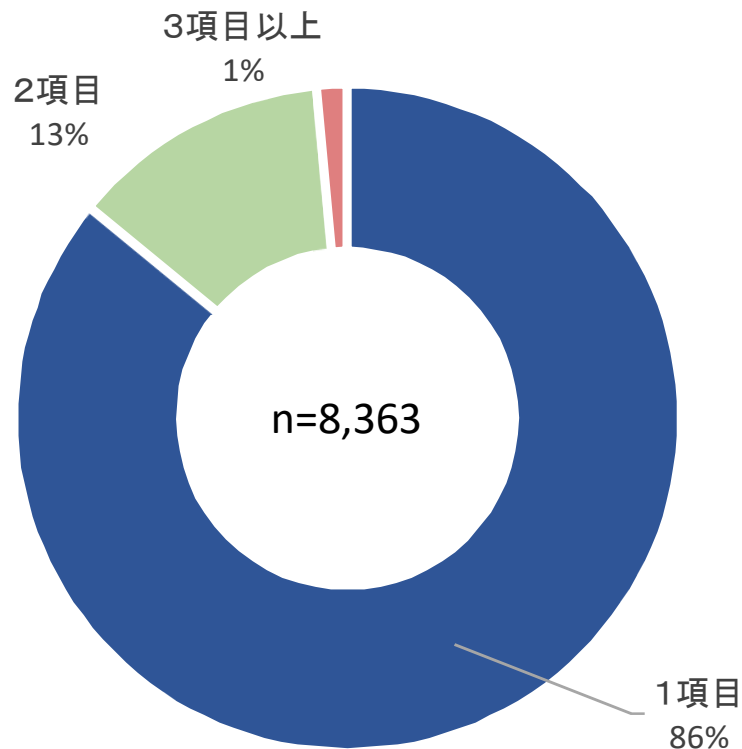
6. 医療資源の少ない地域について

7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

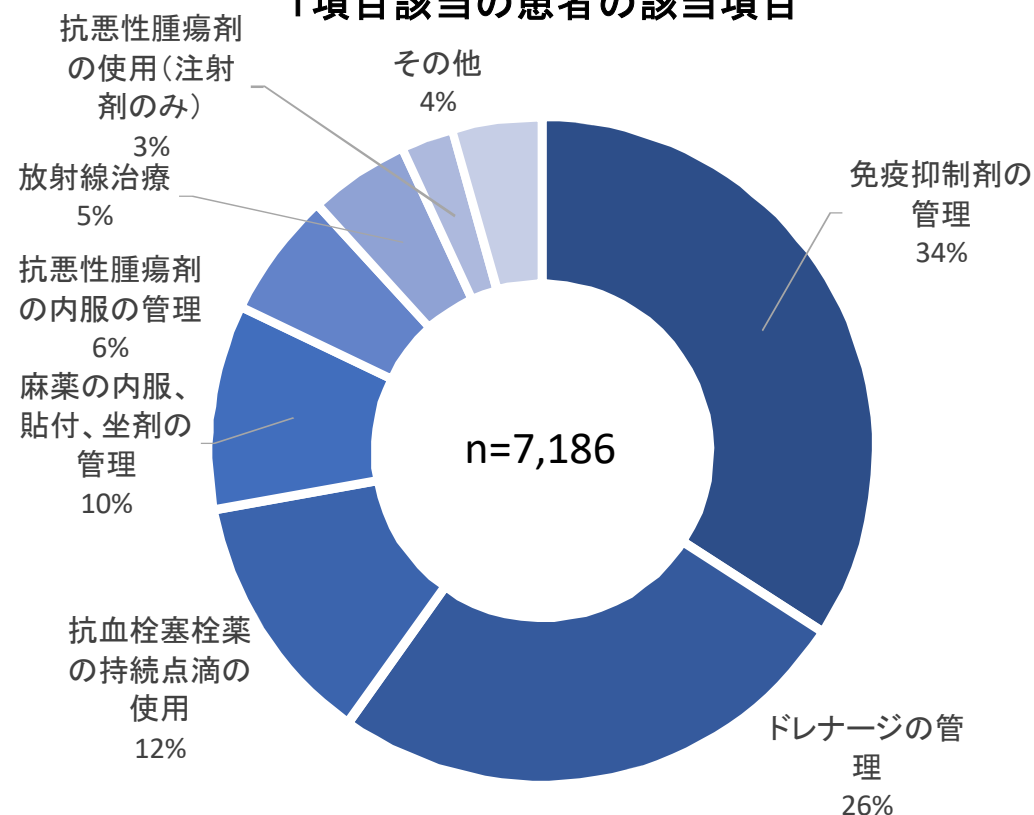
8. DPC/PDPSについて

- A項目の「専門的な治療・処置」に該当がある患者について、該当項目数をみたところ、「1項目該当」が8割以上であった。
- 1項目該当の患者について、該当項目の内訳をみたところ、「免疫抑制剤の管理」が最も多く、次いで、「ドレナージの管理」が多かった。

専門的な治療・処置の該当項目数



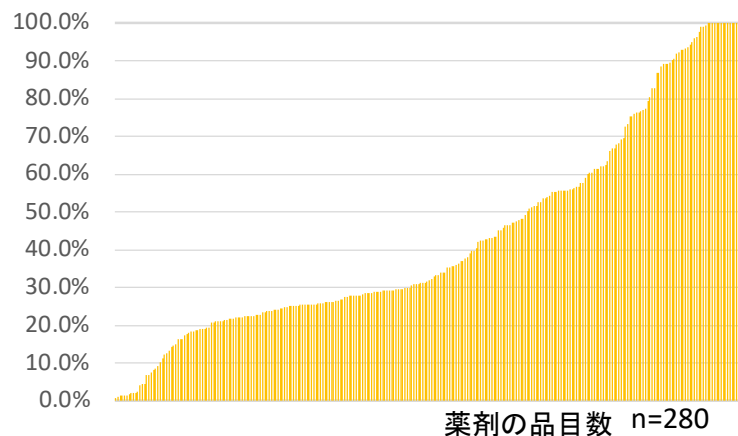
1項目該当の患者の該当項目



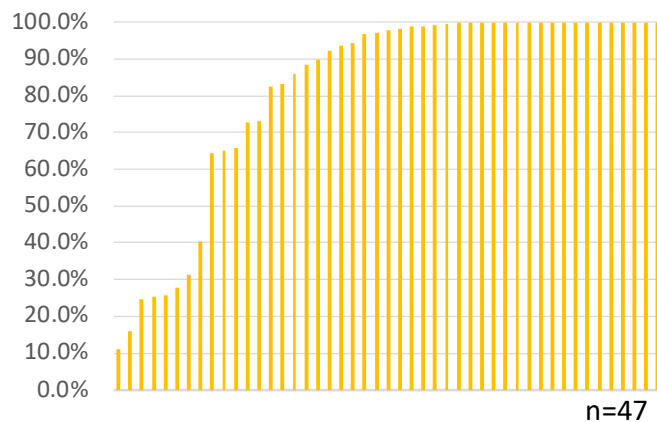
○ 「専門的な治療・処置」に該当する薬剤のうち、注射と内服の剤形があるものについて、薬剤の品目ごとに入院で使用される割合をみると、ばらついていた。

入院の占める割合

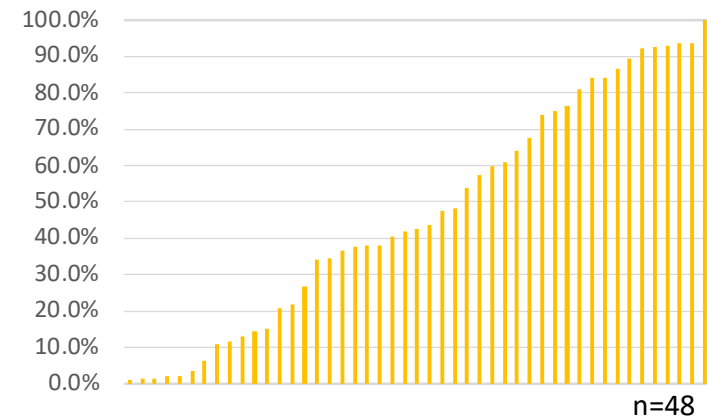
抗悪性腫瘍剤（注射）



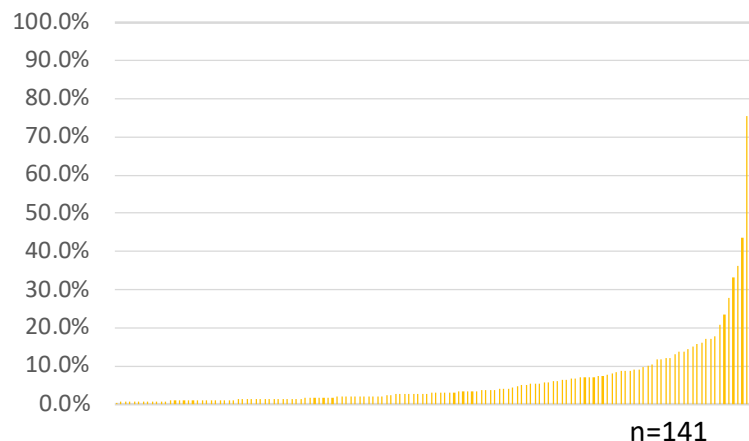
麻薬（注射）



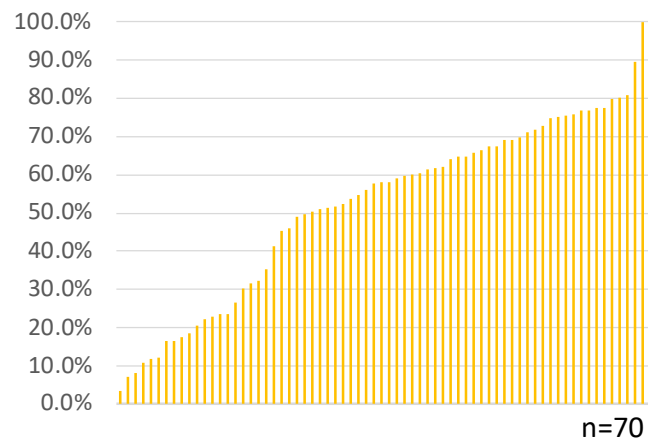
免疫抑制剤（注射）



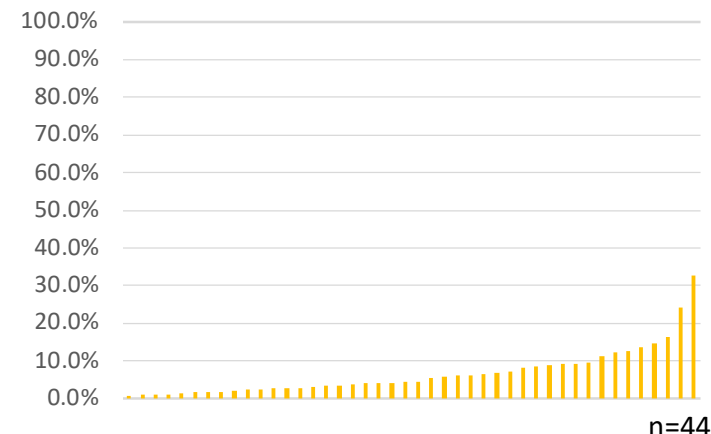
抗悪性腫瘍剤（内服）



麻薬（内服）

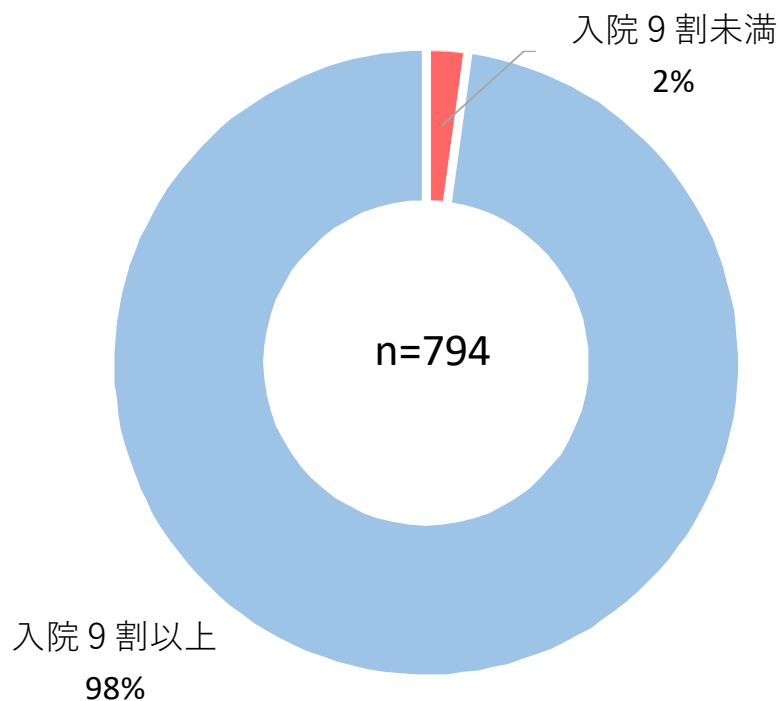


免疫抑制剤（内服）



○ C項目に該当する手術について、手術ごとに入院で実施される割合をみると、ほとんどの手術が「入院の実施が9割以上」であった。

必要度Ⅱの評価対象手術



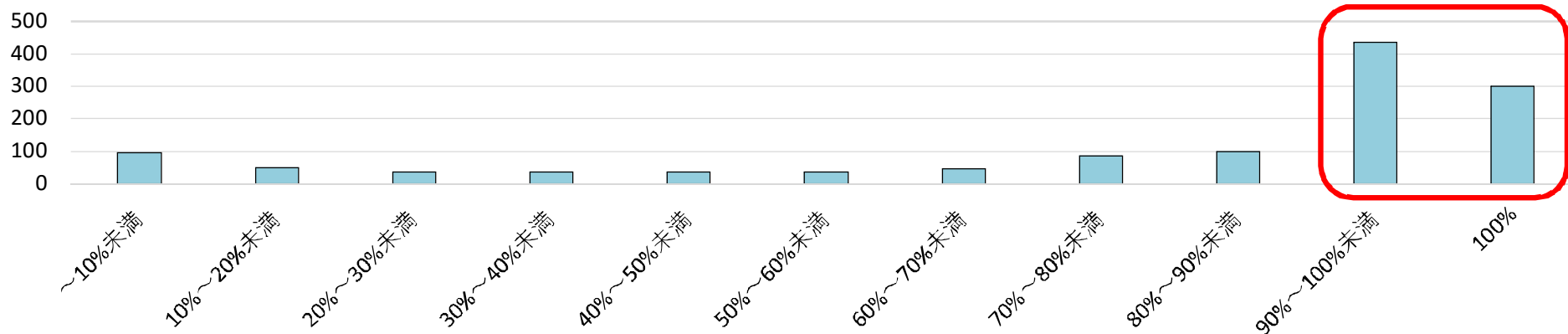
入院の実施が9割未満の手術（例）

種別	診療行為	入院の割合
開胸手術	胸壁腫瘍摘出術	84.6%
	静脈形成術、吻合術（胸腔内静脈）	86.1%
開腹手術	膀胱脱手術（その他）	44.7%
	膀胱内凝血除去術	64.2%
	腹直筋離開手術	85.7%
骨の手術	骨腫瘍切除術（その他）	58.7%
	腐骨摘出術（手）	65.7%
	骨部分切除術（手）	70.0%
	骨腫瘍切除術（手）	78.9%
	関節切除術（手）	82.3%
	骨腫瘍切除術（足）	83.6%
	骨部分切除術（前腕）	84.1%
	骨部分切除術（その他）	84.4%
	骨部分切除術（上腕）	88.6%
胸腔鏡・腹腔鏡手術	腹腔鏡下卵管形成術	80.8%

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

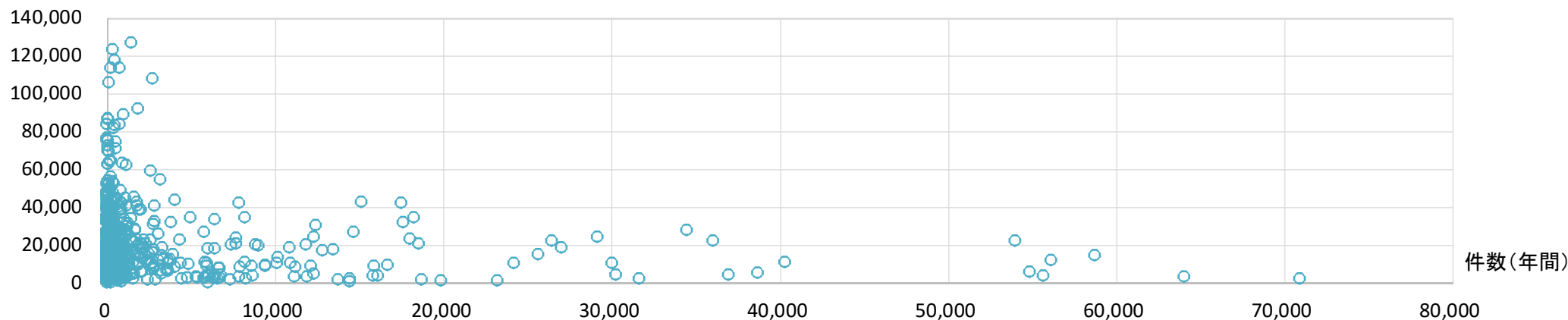
手術の種類数
(n=1255)

手術を入院で実施する割合の分布



点数

入院の実施が9割以上の手術の件数・点数の分布



- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象外である手術のうち、入院で実施する割合が90%以上の手術について、例えば、年間の件数や点数の分布をみると、以下のとおりであった。

入院の割合が90%以上の手術の件数の分布

		件数（年間）					
		100件未満	100件以上	うち 500件以上	うち 1,000件以上	うち 2,000件以上	うち 5,000件以上
入院割合	90%以上 (n=738)	249 (33.7%)	489 (66.3%)	272 (36.9%)	201 (27.2%)	143 (19.4%)	89 (12.1%)
	(うち) 95%以上 (n=677)	249 (36.8%)	428 (63.2%)	239 (35.3%)	178 (26.3%)	125 (18.5%)	78 (11.5%)
	(うち) 100% (n=302)	155 (51.3%)	147 (48.7%)	56 (18.5%)	33 (10.9%)	17 (5.6%)	8 (2.6%)

入院の割合が90%以上の手術の点数の分布

		点数					
		1,000点未満	1,000点以上	うち 5,000点以上	うち 10,000点以上	うち 20,000点以上	うち 50,000点以上
入院割合	90%以上 (n=738)	5 (0.7%)	733 (99.3%)	614 (83.2%)	497 (67.3%)	262 (35.5%)	38 (5.1%)
	(うち) 95%以上 (n=677)	4 (0.6%)	673 (99.4%)	568 (83.9%)	467 (69.0%)	256 (37.8%)	38 (5.6%)
	(うち) 100% (n=302)	7 (2.3%)	295 (97.7%)	271 (89.7%)	234 (77.5%)	164 (54.3%)	30 (9.9%)

入院で実施する割合が高い手術（必要度Ⅱの対象外のもの）

診調組 入-1
元. 10. 16

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象外である手術のうち、入院で実施する割合が高い手術について、例えば、入院が100%かつ年間件数や点数が一定以上の手術をみると、以下のとおりであった。

（例）入院の割合が100%かつ年間1,000件以上の手術（n=33）

区分	名称	総件数	点数
K060-3	化膿性又は結核性関節炎搔爬術（膝）	1871	20020
K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術（十字靭帯）	18241	34980
K080-4	関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑）	1891	38670
K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴う）	1087	45200
K134	椎間板摘出術（後方摘出術）	17999	23520
K154-3	定位脳腫瘍生検術	1052	20040
K164-5	内視鏡下脳内血腫除去術	1770	42950
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）	2737	108470
K174	水頭症手術（シャント手術）	12287	24310
K180	頭蓋骨形成手術（頭蓋骨のみ）	2714	16450
K191	脊髄腫瘍摘出術（髄外）	2598	59500
K328	人工内耳植込術	1133	40810
K457	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）	1444	34210
K461	甲状腺部分切除術、甲状腺腫瘍摘出術（両葉）	1098	10760
K462	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	2190	22880
K463	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘）	6392	33790
K463	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）	7695	24180
K476	乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わない））	1646	27810
K570-3	経皮的肺動脈形成術	2780	31280
K574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	1259	31850
K601	人工心肺（2日目以降）	1092	3000
K603	補助人工心臓（2日目以降30日目まで）	1008	5000
K603	補助人工心臓（31日目以降）	5959	4000
K603-2	小児補助人工心臓（31日目以降）	3559	7680
K604-2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（2日目以降30日目まで）	3239	5000
K604-2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（31日目以降90日目まで）	6409	2780
K604-2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（91日目以降）	23209	1500
K609	動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈）	4031	43880
K614	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	1169	62670
K742-2	腹腔鏡下直腸脱手術	1196	30200
K894	中位鉗子娩出術	1394	4760
K912	子宮外妊娠手術（開腹）	1147	14110
K912	子宮外妊娠手術（腹腔鏡）	4304	22950

（例）入院の割合が100%かつ50,000点以上の手術（n=30）

区分	名称	総件数	点数
K011	顔面神経麻痺形成手術（動的）	141	64350
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）	740	84050
K134-2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）	31	75600
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	17	52870
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	20	76890
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	444	83700
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）	2737	108470
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く））	362	123620
K181	脳刺激装置植込術（片側）	234	65100
K181	脳刺激装置植込術（両側）	520	71350
K191	脊髄腫瘍摘出術（髄外）	2598	59500
K191	脊髄腫瘍摘出術（髄内）	437	118230
K192	脊髄血管腫摘出術	90	106460
K281-2	網膜再建術	98	69880
K395	喉頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）	217	113880
K395	下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）	727	113880
K402	縦隔気管口形成手術	12	76040
K415	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）	497	75070
K443	上顎骨形成術（骨移動を伴う）	77	72900
K444	下顎骨形成術（骨移動を伴う）	47	54210
K476	乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））	90	52820
K514-3	移植用肺採取術（死体）（両側）	33	63200
K614	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	1169	62670
K697-6	移植用肝採取術（死体）	27	86700
K709-4	移植用腎採取術（死体）	22	84080
K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰式）	31	70140
K773-4	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）	408	52800
K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	989	89380
K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	57	87380
K850	女子外性器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））	59	63200

- 検査のうち、例えば生検検査について入院で実施する割合をみると、「経皮的針生検法」や「EUS-FNA」は90%以上であった。

検査を入院で実施する割合（生検検査）

区分	名称	入院の割合	総件数	点数
D404-2	骨髄生検	48.7%	41328	730
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	8.2%	66700	200
D409-2	センチネルリンパ節生検（片）（併用法）	54.3%	313	5000
D409-2	センチネルリンパ節生検（片）（単独法）	70.0%	230	3000
D410	乳腺穿刺又は針生検（片）（その他）	0.8%	173334	200
D410	乳腺穿刺又は針生検（片）（生検針）	1.8%	97605	650
D411	甲状腺穿刺又は針生検	3.0%	157741	150
D412	経皮的針生検法	96.0%	78237	1600
D413	前立腺針生検法	43.7%	28558	1400
D414	内視鏡下生検法	7.6%	4095296	310
D414-2	E U S - F N A	95.6%	23518	4000
D415	経気管肺生検法	77.3%	90483	4000
D415-2	E B U S - T B N A	79.6%	14842	5500

- 現行のB項目の判断基準においては、ADLを含む患者の状態と、看護職員等による当日の介助の実施の有無が、一体となって評価されている。

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

判断基準の例(移乗)

【項目の定義】

移乗時の介助の状況の評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

【選択肢の判断基準】

「介助なし」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。

「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

【判断に際しての留意点】

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具を使用する場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い(力が出せており)、看護職員等が介助を行っている場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「全介助」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護職員等が移乗を行わなかった場合は「介助なし」とする。

とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
- 1-2. 入院患者の状態
- 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

4. 慢性期入院医療について

5. 横断的事項について

6. 医療資源の少ない地域について

7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

8. DPC/PDPSについて

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

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

【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
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

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)

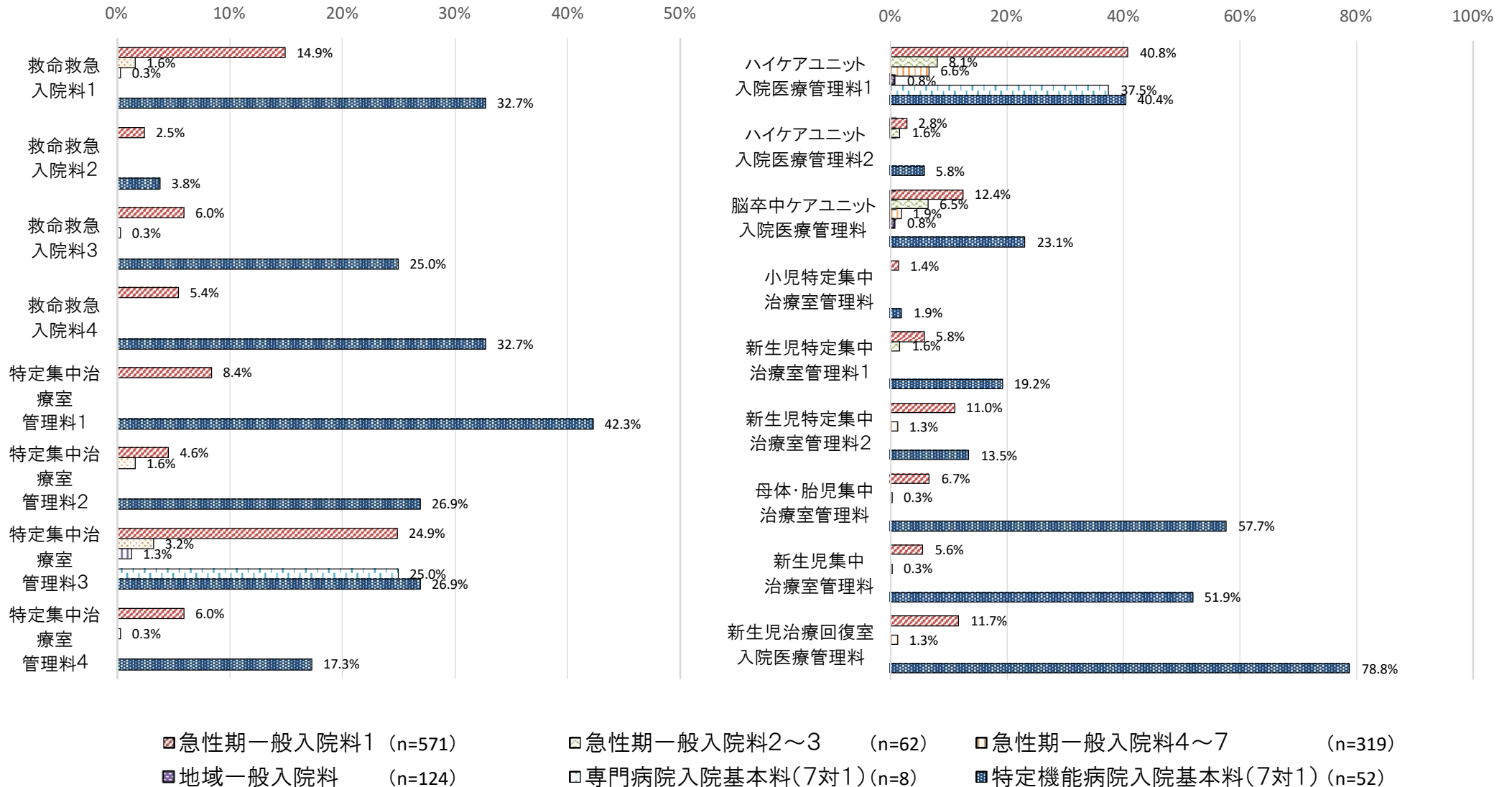
呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの。

		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 Goma 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)

○ 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。

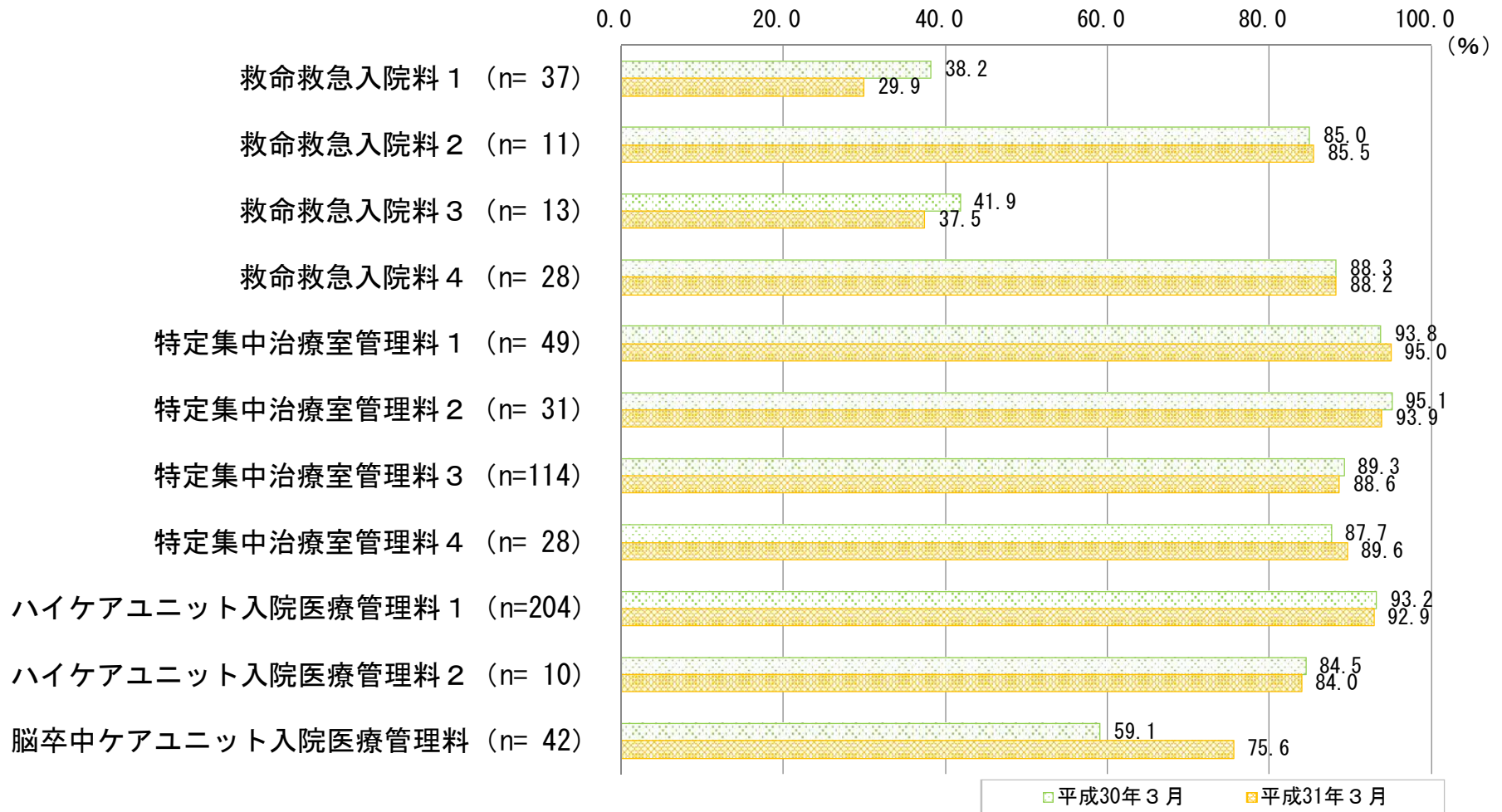
特定入院料の届出状況（入院基本料別）



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)

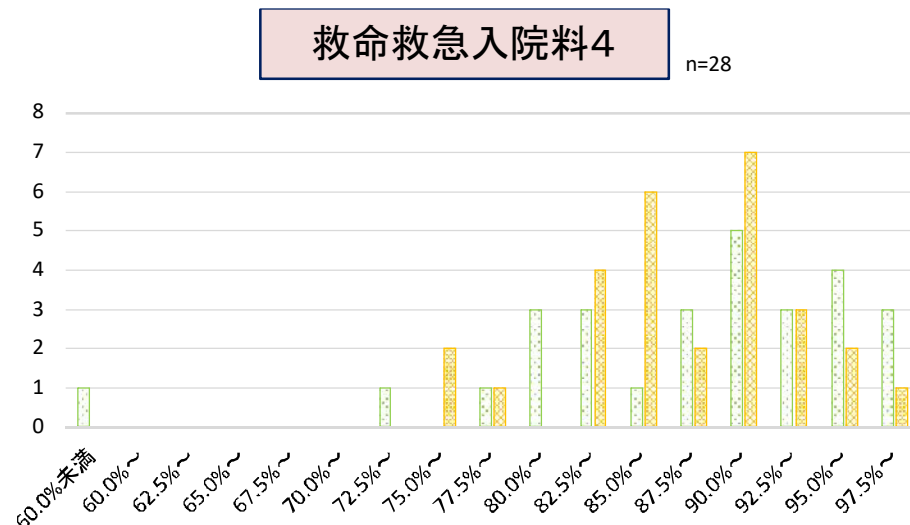
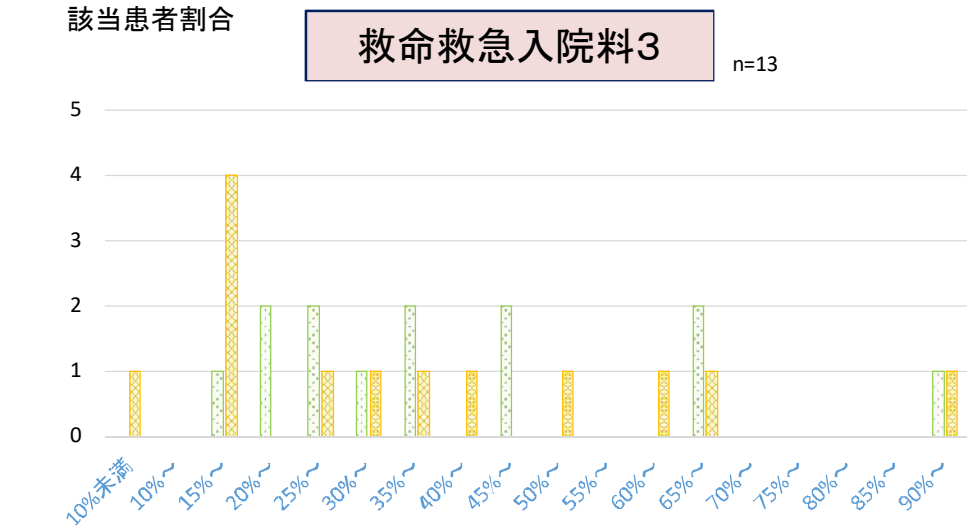
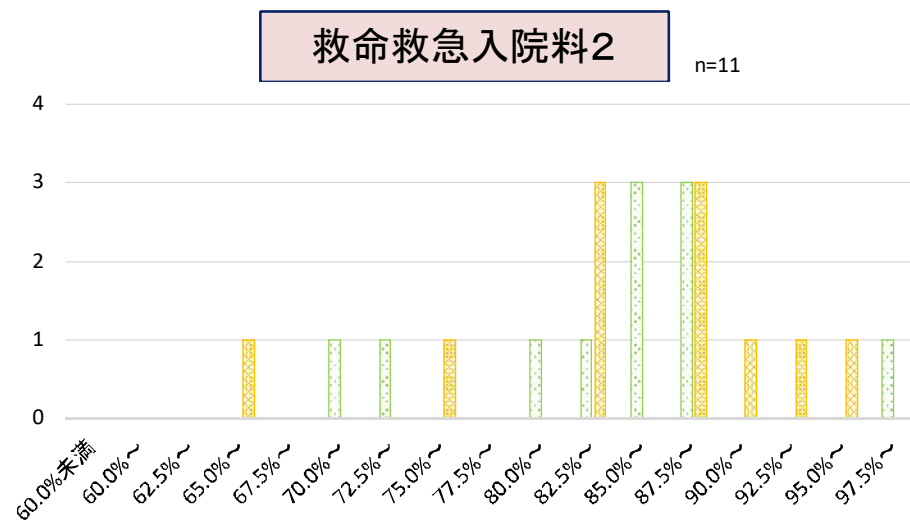
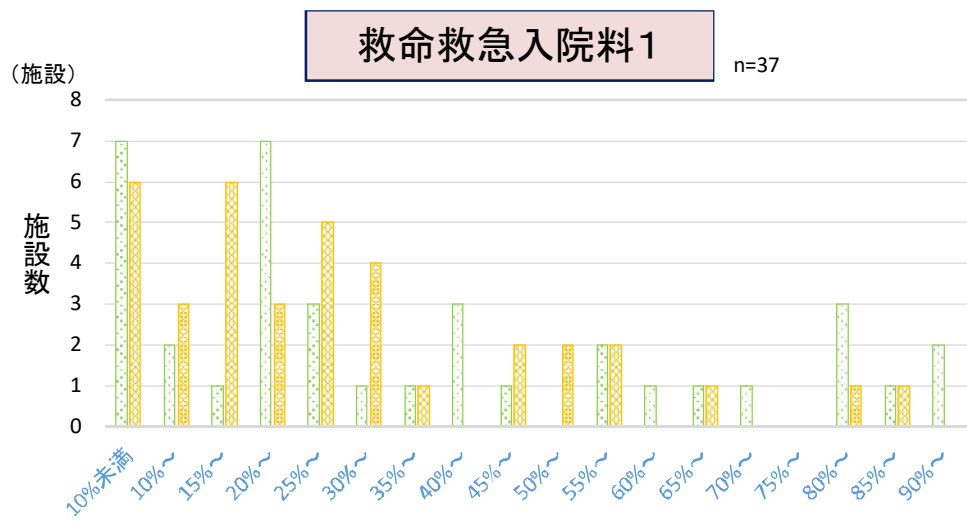


※届出区分無回答のものは除く
※平成30年と平成31年の両方を回答したもののみ集計

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。

○ 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。

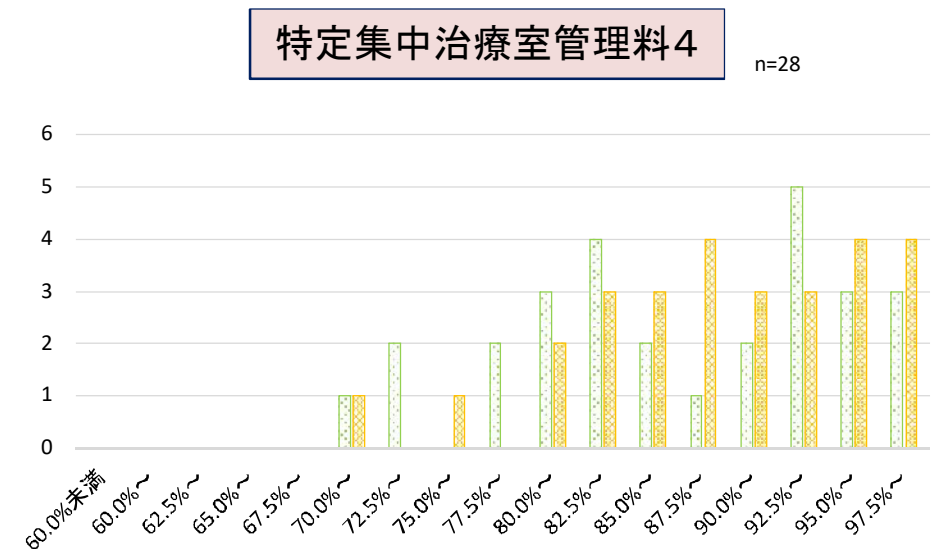
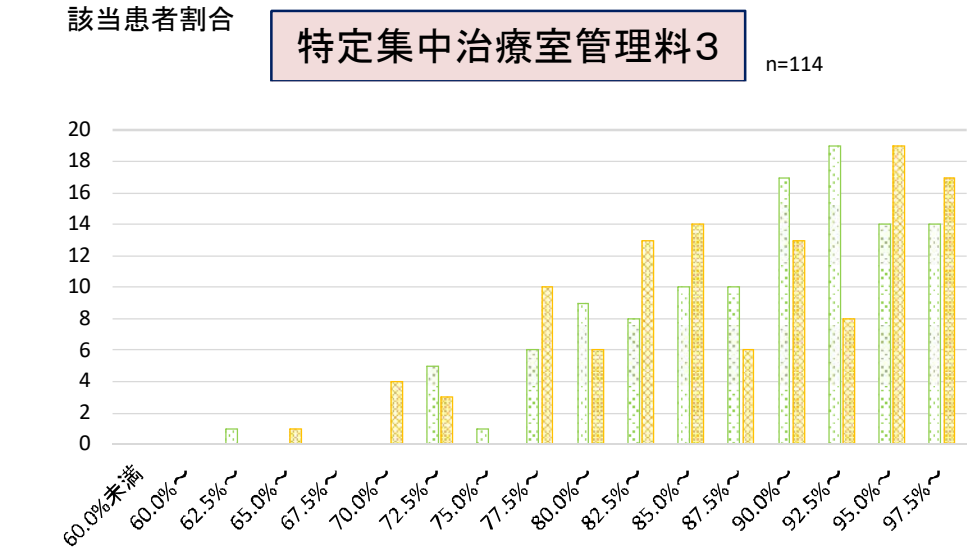
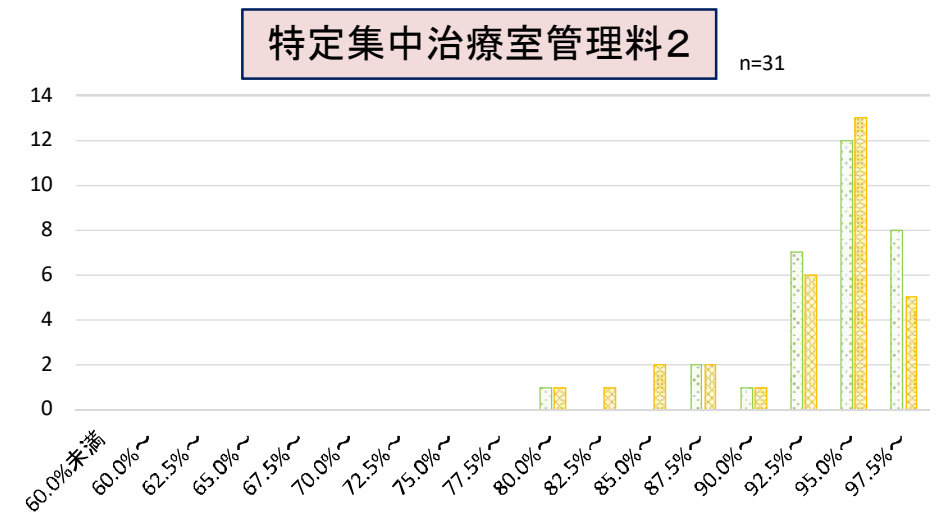
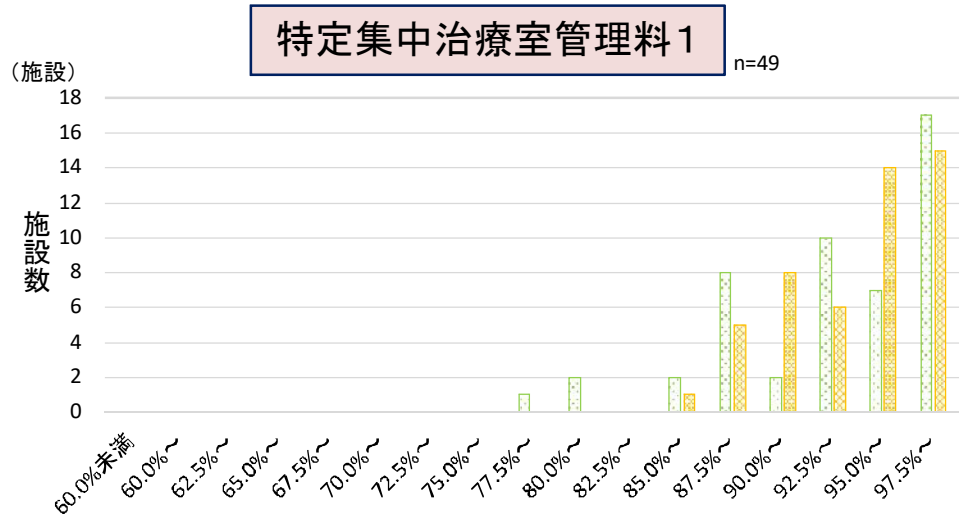
改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布 (平成30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較)



■ 平成30年3月 ■ 平成31年3月

○ 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）



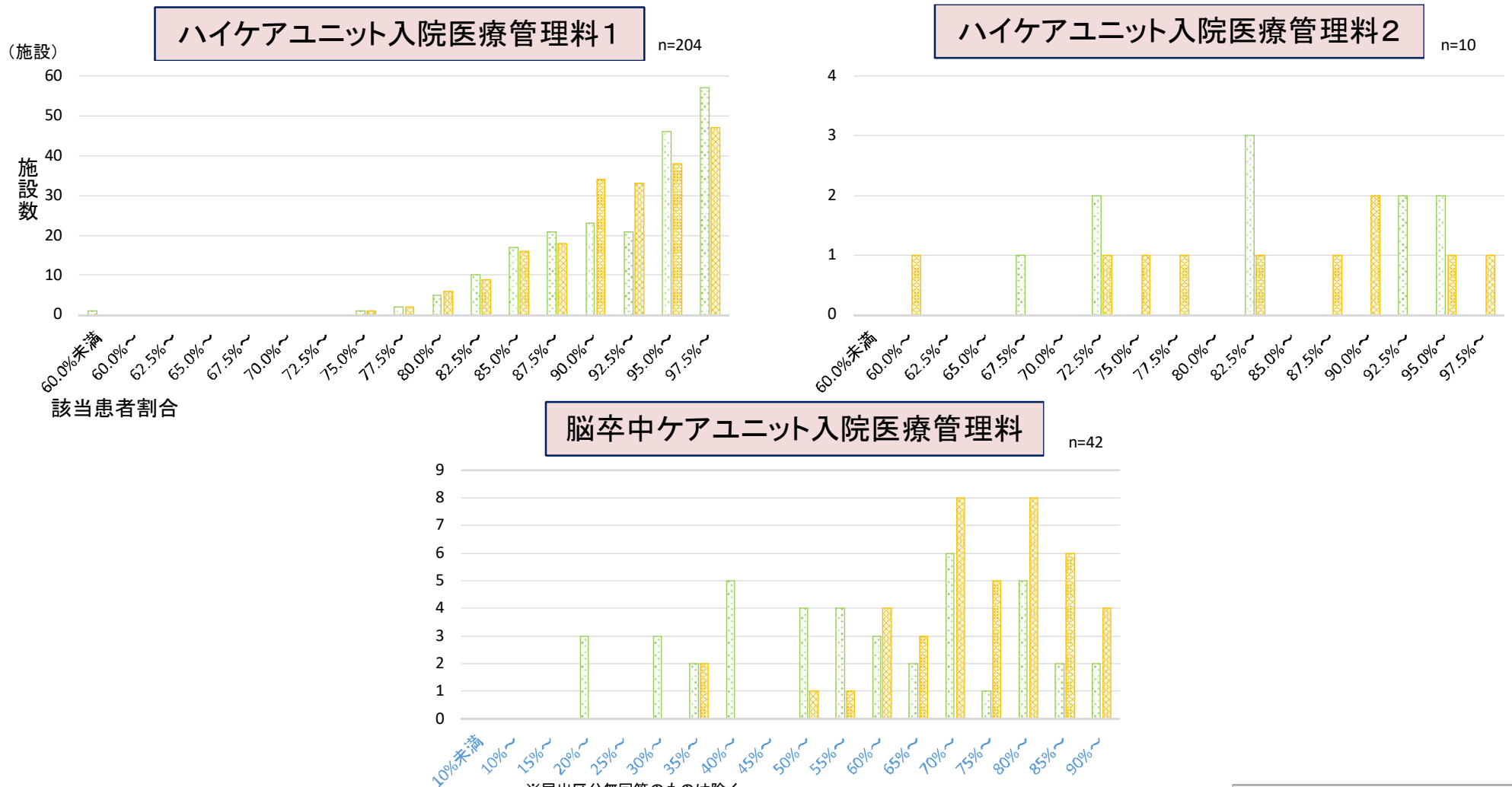
■ 平成30年3月 ■ 平成31年3月

ハイケアユニット入院医療管理料等の重症度、医療・看護必要度の 該当患者割合（H30／H31）

診調組 入-1
元 . 10 . 3

○ 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)

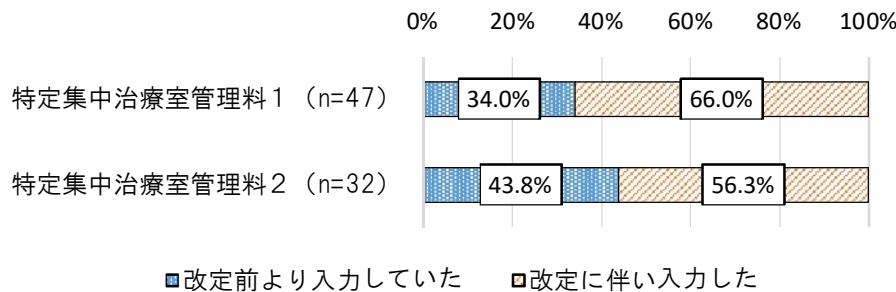


※届出区分無回答のものは除く
※平成30年と平成31年の両方を回答したもののみ集計

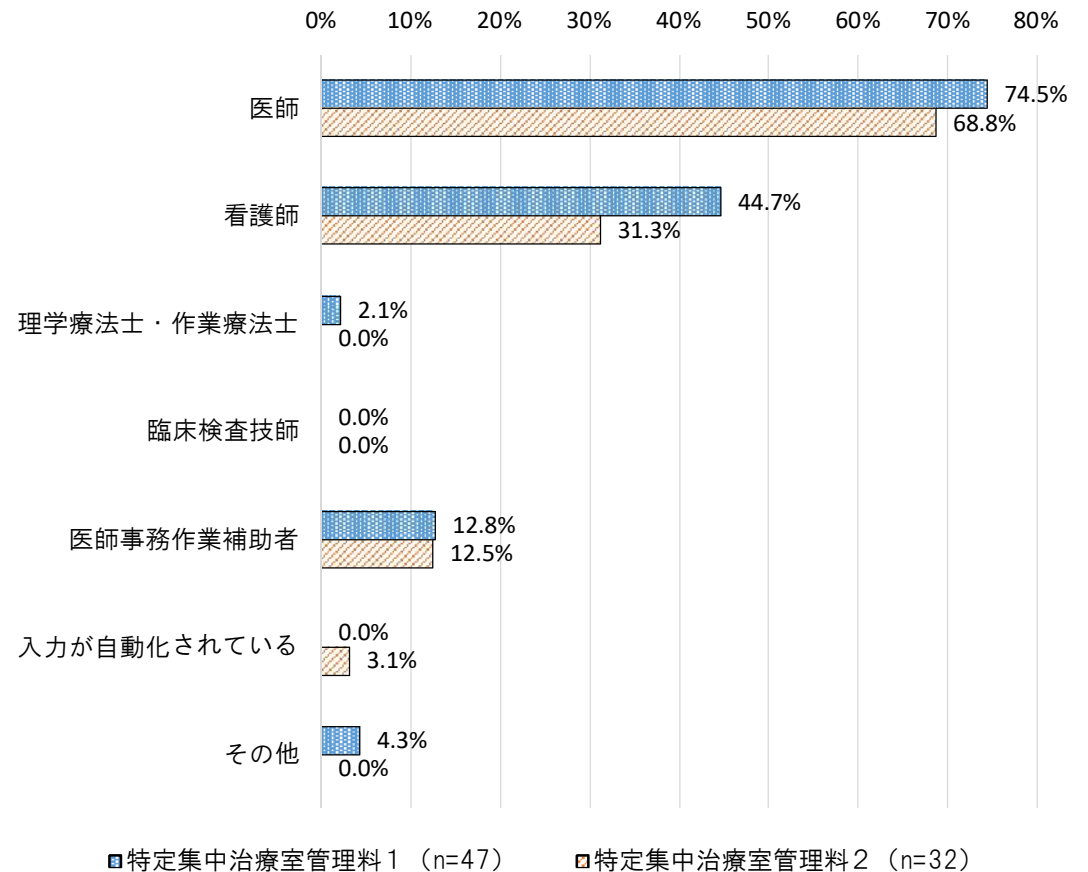
□ 平成30年3月 □ 平成31年3月

- 特定集中治療室管理料1・2について、SOFAスコアをカルテに入力し始めた時期をみると、約3～4割は平成30年度診療報酬改定前から入力していた。また、入力を行う職種は主に医師であった。
- 特定集中治療室管理料3・4の約7～8割からも、SOFAスコアについて回答を得られた。

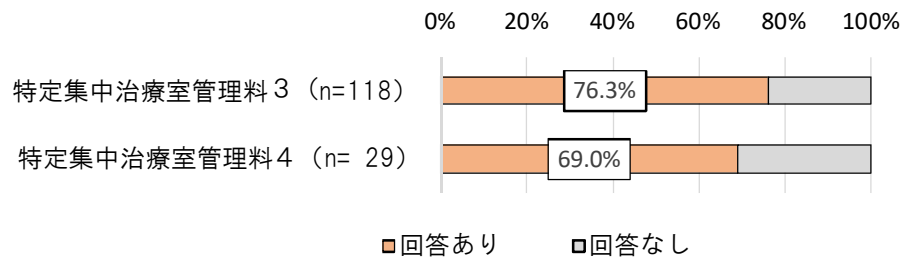
いつから入力を開始したか (管理料1・2)



入力を行う職種 (管理料1・2)



SOFAスコアについて回答があった割合 (管理料3・4)

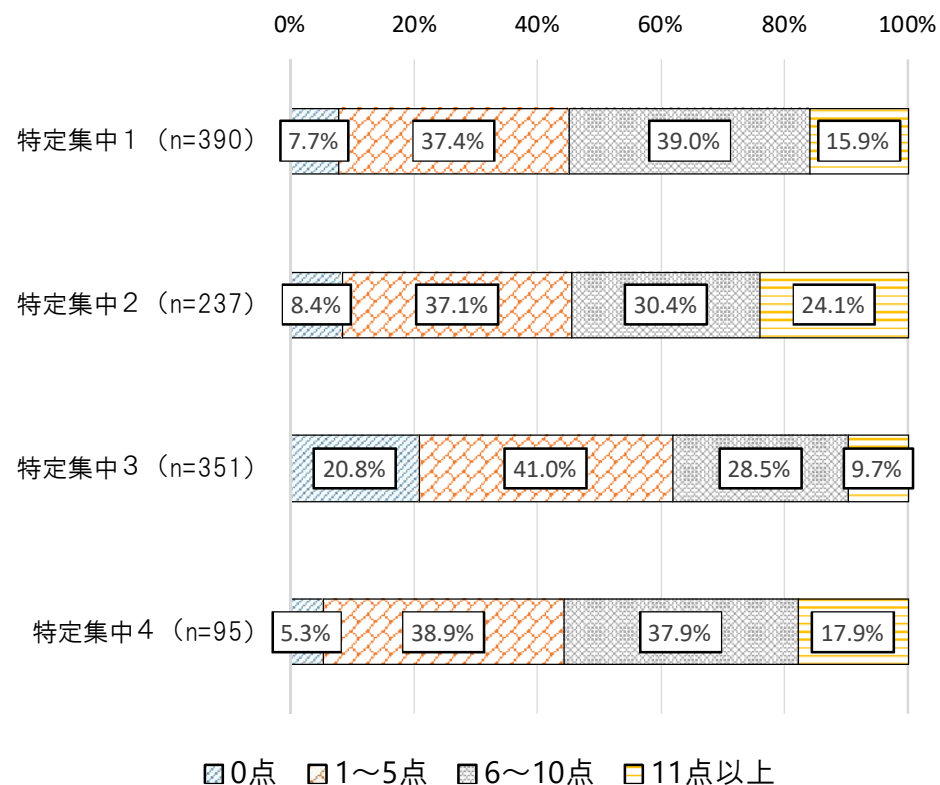


入退室日のSOFAスコアの状況

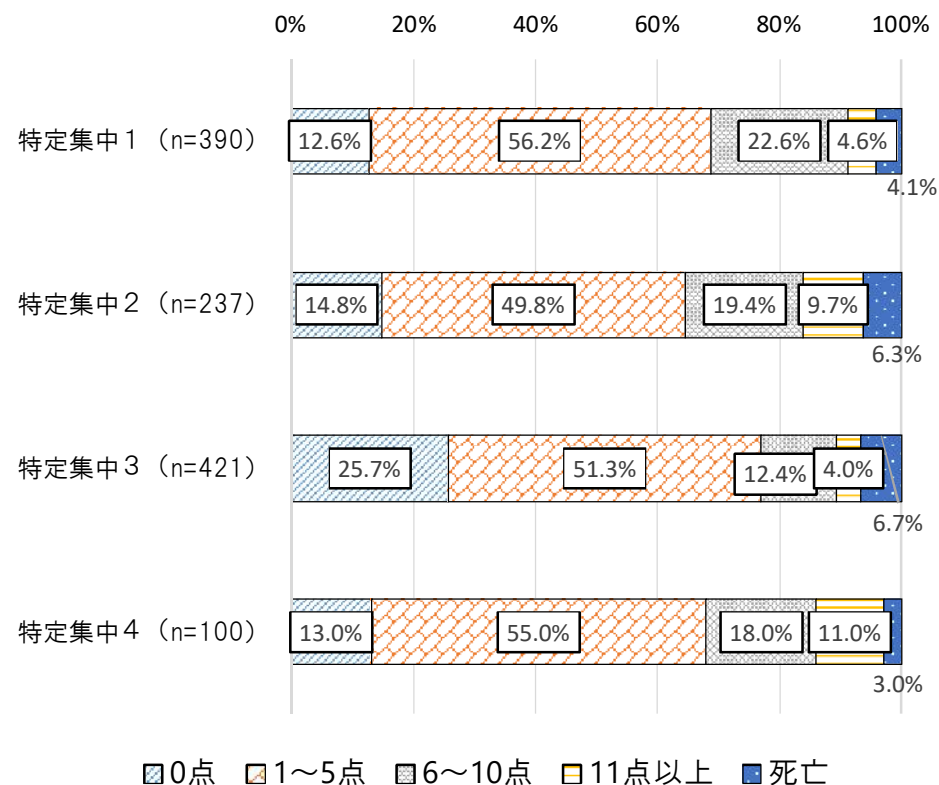
診調組 入 - 1
元. 10. 3 (改)

○ 全患者の入退室日のSOFAスコアをみると、特定集中治療室管理料3は他の管理料に比べて、入室日・退室日のスコアが0点の患者の割合が多かった。

SOFAスコア別の患者割合（入室日）

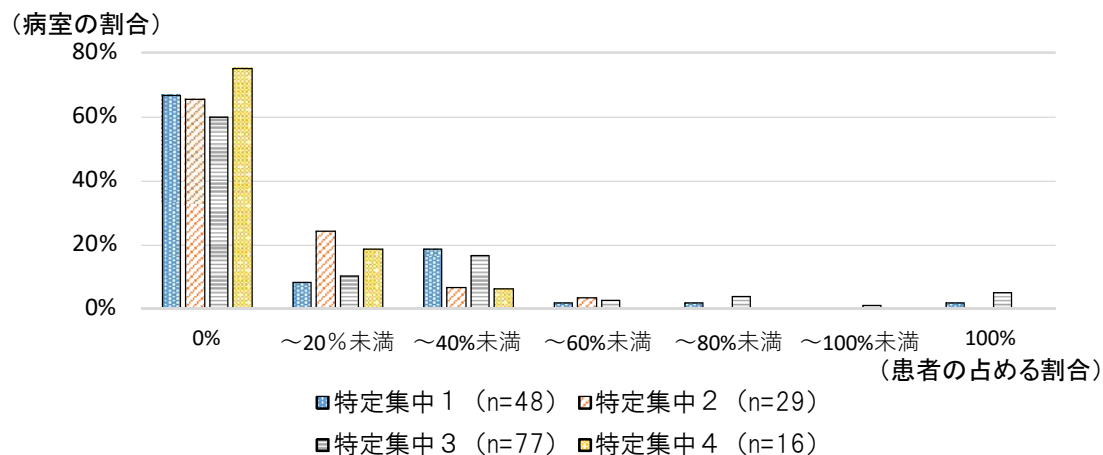


SOFAスコア別の患者割合（退室日）

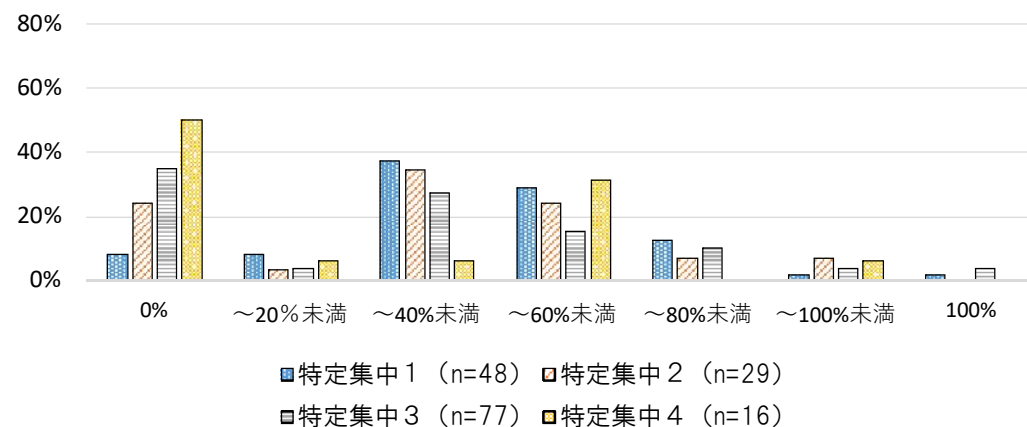


- 入室日のSOFAスコア別の患者割合をみると、管理料1～4それぞれ以下の状況であった。
- 一部には入室日スコアが「0点」の患者が占める割合が大きい病室もあった。

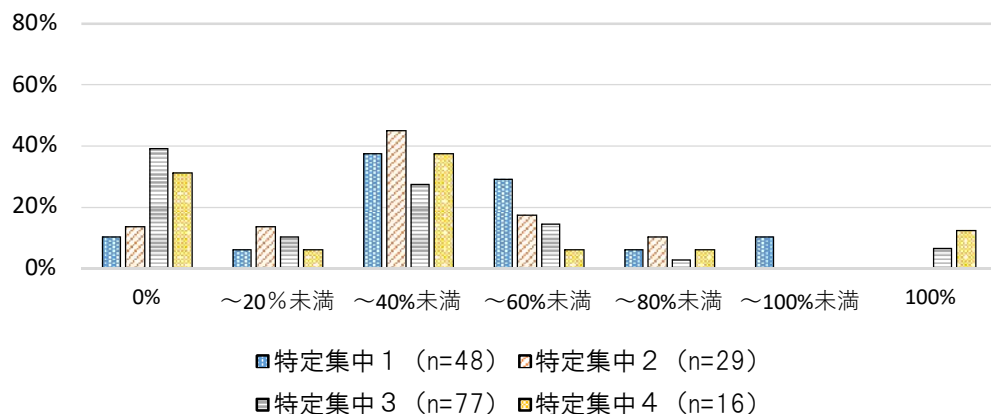
入室日スコアが0点の患者が占める割合



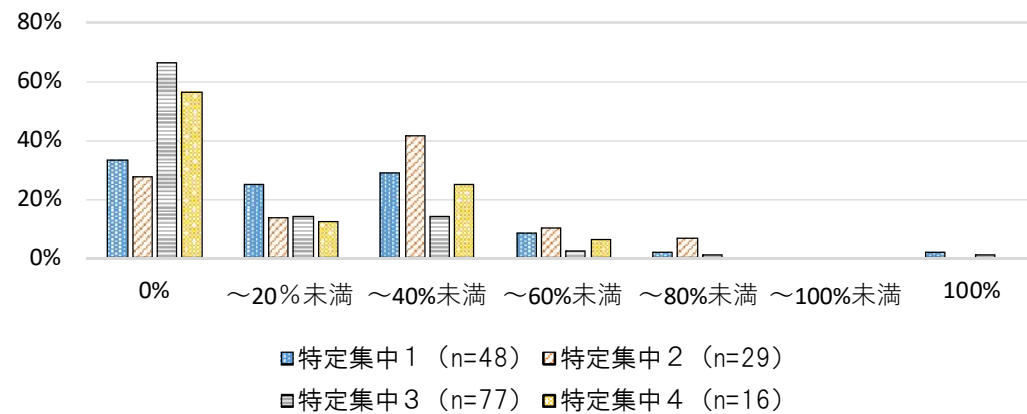
入室日スコアが1～5点の患者が占める割合



入室日スコアが6～10点の患者が占める割合



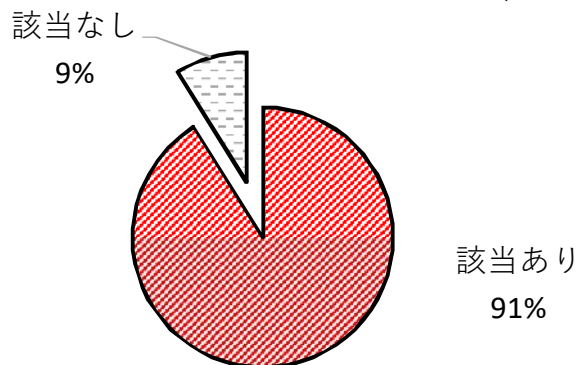
入室日スコアが11点以上の患者が占める割合



- 入室日の重症度、医療・看護必要度をみると、該当患者は約9割であった。また、入室日のSOFAスコアをみると、0点が最も多く、2割弱であった。
- 入室日の必要度の該当の有無とSOFAスコアの関係をみると、必要度の該当患者・非該当患者ともに、SOFAスコア0点が最も多かった。ただし、必要度の該当患者は非該当患者に比べ、SOFAスコア0～1点の患者の割合が低かった。

必要度（入室日・全患者）

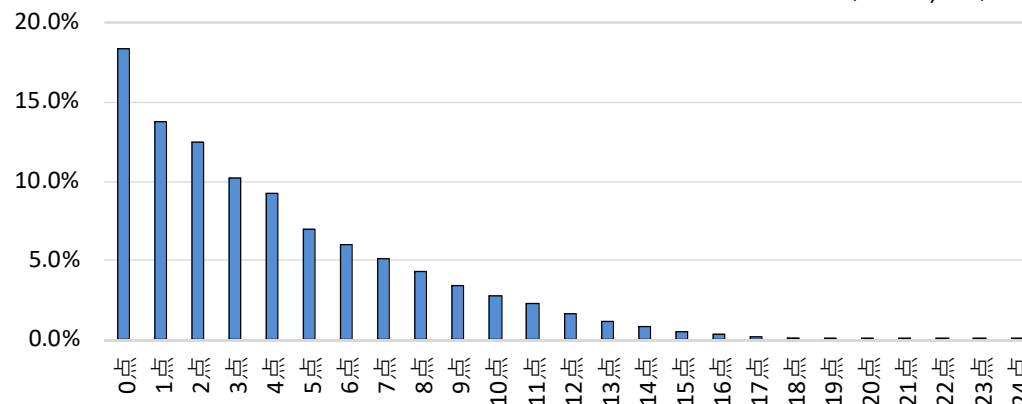
(n=123,418)



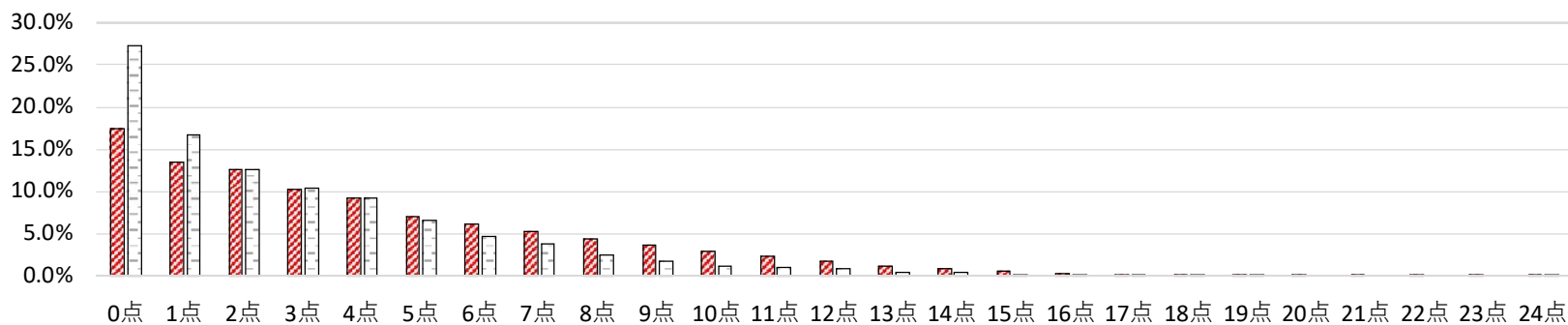
※必要度基準:A得点4点以上かつB得点3点以上

SOFAスコア（入室日・全患者）

(n=126,839)



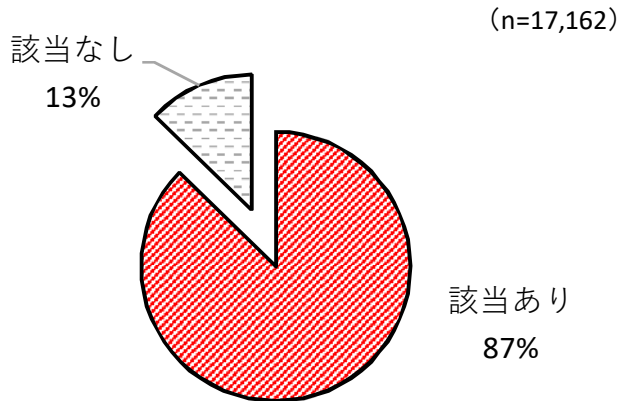
必要度×SOFAスコア（入室日・全患者）



■ 必要度該当あり (n=112,418) □ 必要度該当なし (n=11,000)

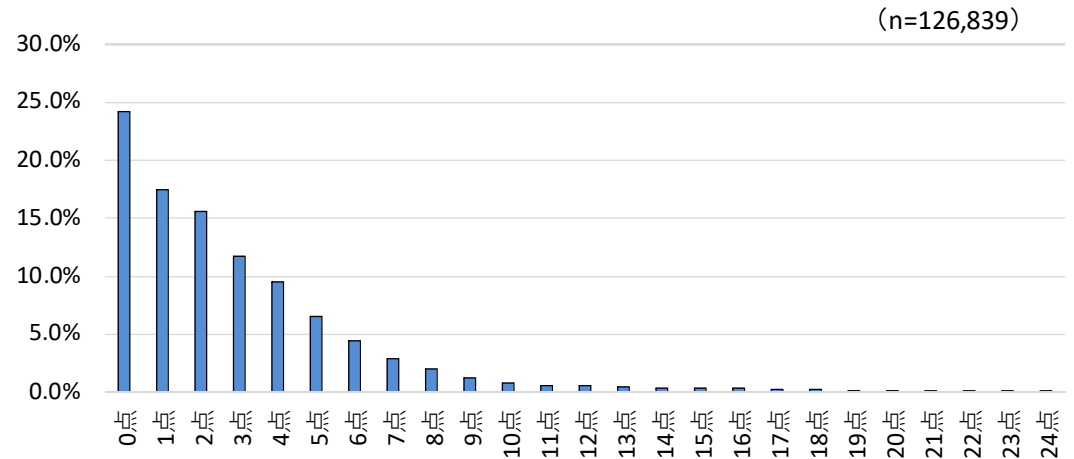
- 退室日の重症度、医療・看護必要度をみると、該当患者は約9割であった。また、退室日のSOFAスコアをみると、0点が最も多く、2割強であった。
- 退室日の必要度の該当の有無とSOFAスコアの関係性をみると、必要度の該当患者・非該当患者ともに、SOFAスコア0点の患者の割合が最も高かった。ただし、必要度の該当患者は非該当患者に比べ、SOFAスコア0～1点の患者の割合が低かった。

必要度（退室日・全患者）

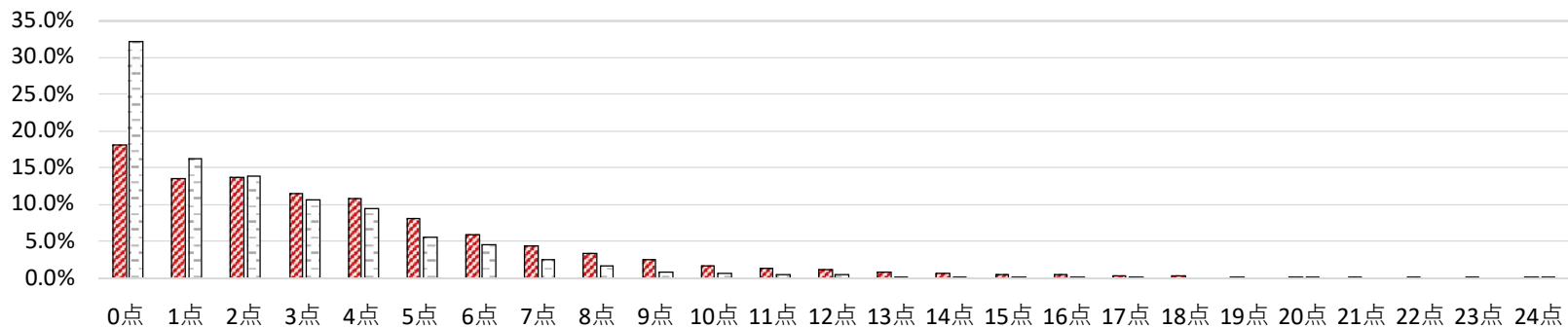


※必要度基準:A得点4点以上かつB得点3点以上

SOFAスコア（退室日・全患者）



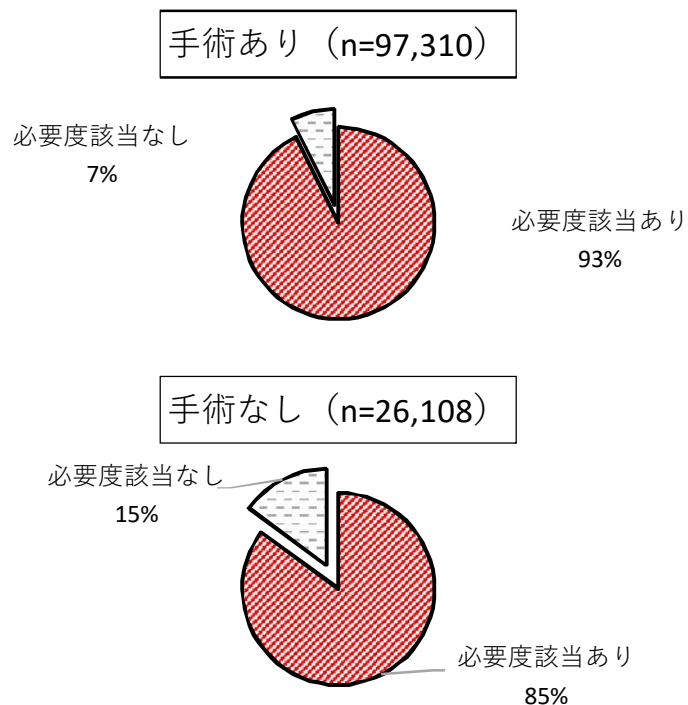
必要度×SOFAスコア（退室日・全患者）



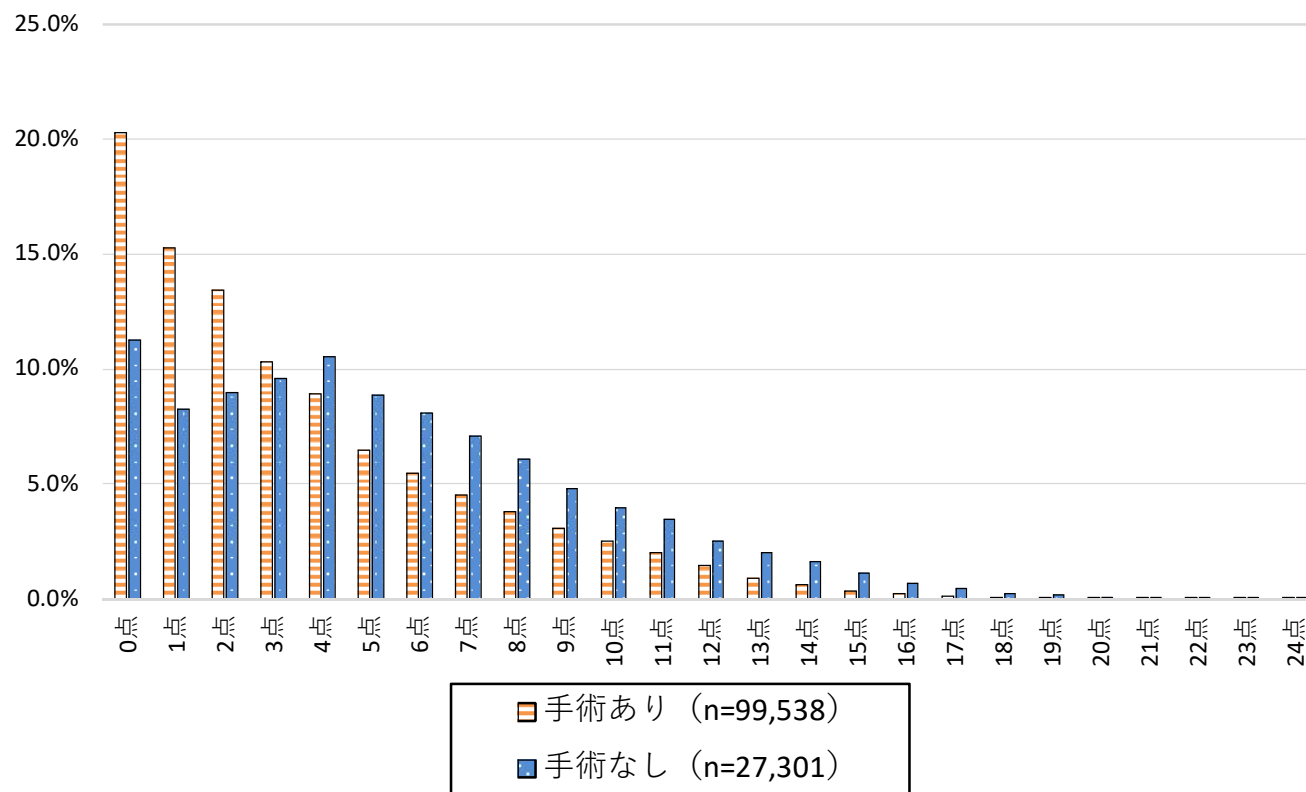
■ 必要度該当あり (n=14,979) □ 必要度該当なし (n=2,183)

- 手術の実施の有無と、入室日の重症度、医療・看護必要度の関係を見ると、手術あり・なしの患者ともに、必要度の該当患者が多く、約8～9割を占めた。
- 手術の実施の有無と、入室日のSOFAスコアの関係を見ると、手術ありの患者ではSOFAスコア0点の患者の割合が最も高く約2割であったが、手術なしの患者ではSOFAスコア0点と4点の割合がともに高く、約1割であった。

手術の有無×必要度（入室日）

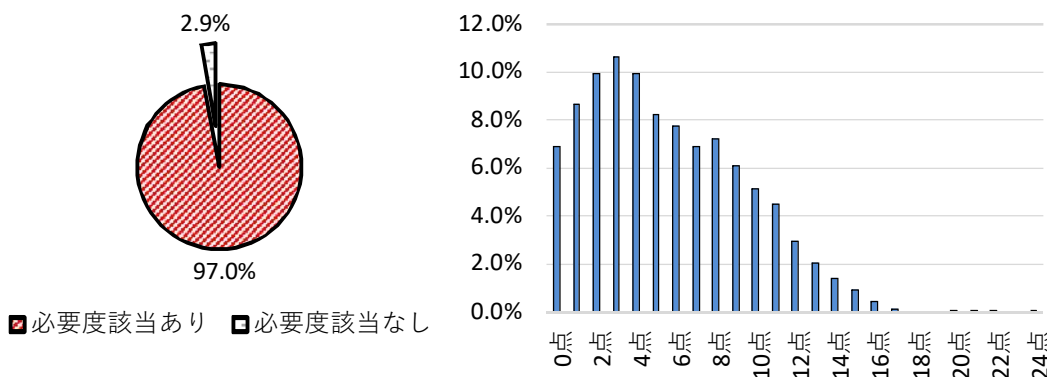


手術の有無×SOFAスコア（入室日）

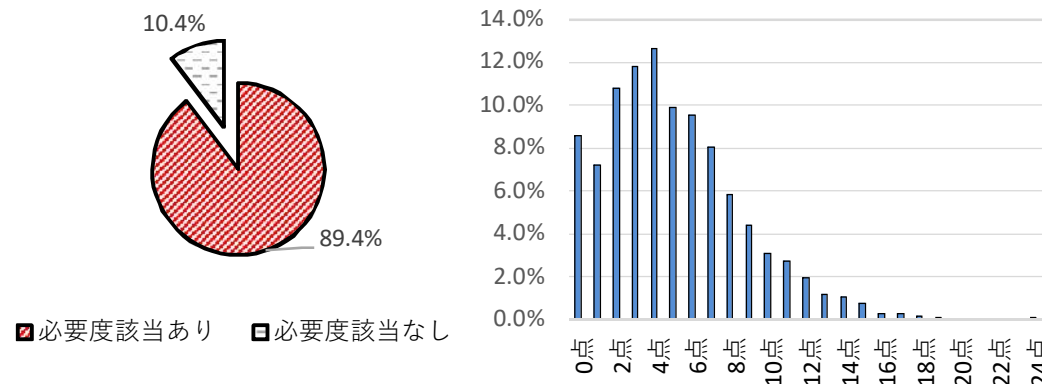


○ 最も医療資源を投入した傷病名ごとに、重症度、医療・看護必要度の該当の有無とSOFAスコアをみると、必要度はいずれの傷病でも該当患者が約9割以上であったが、SOFAスコアの分布は傷病によってばらついていった。

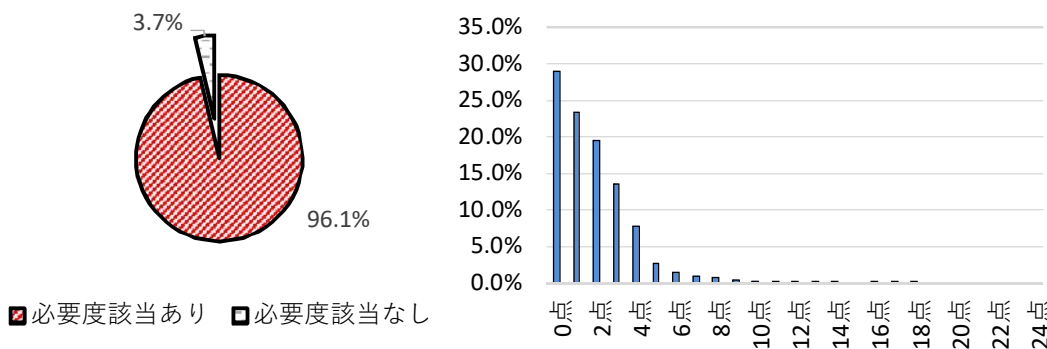
大動脈弁狭窄（症） (n=4780)



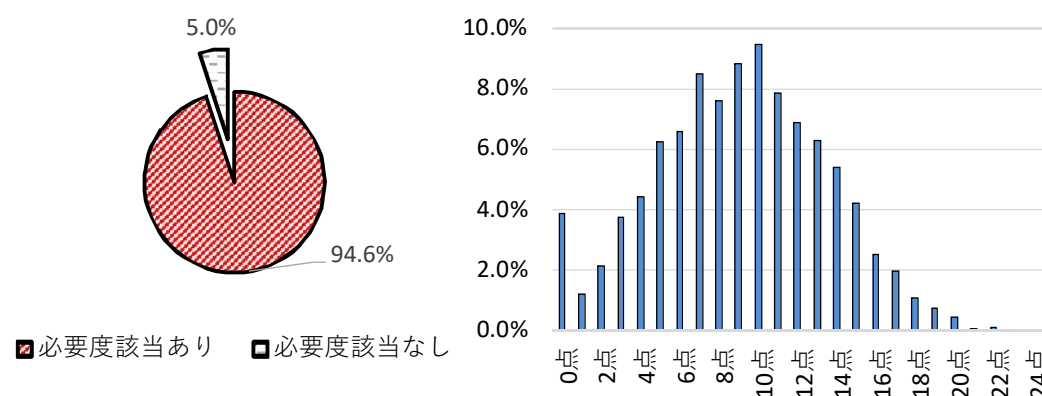
うっ血性心不全 (n=3746)



気管支及び肺の悪性新生物, 上葉, 気管支又は肺 (n=3471)

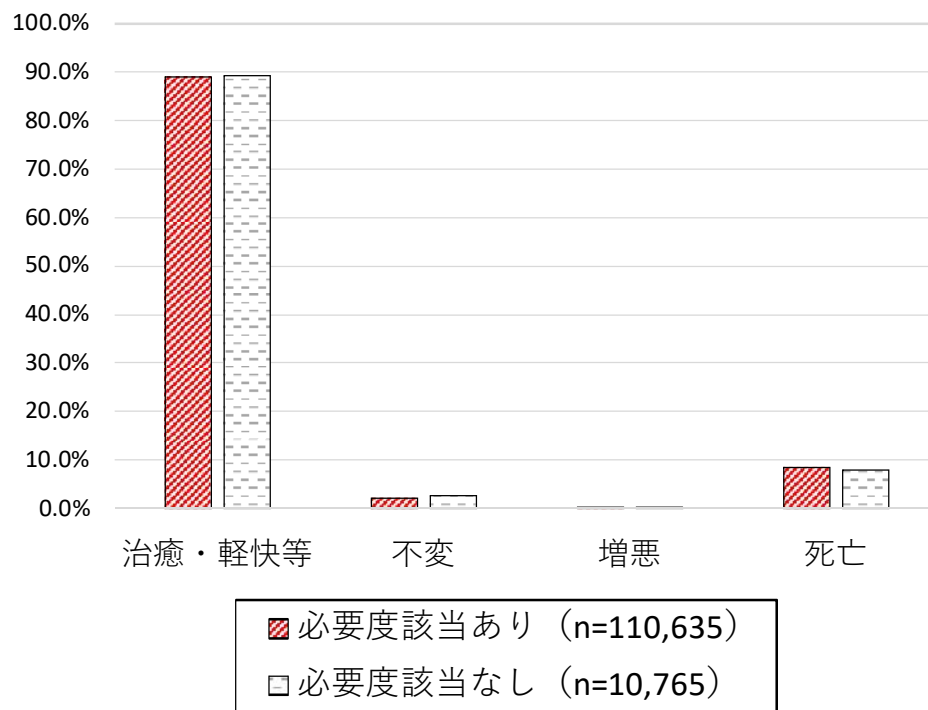


敗血症, 詳細不明 (n=2105)

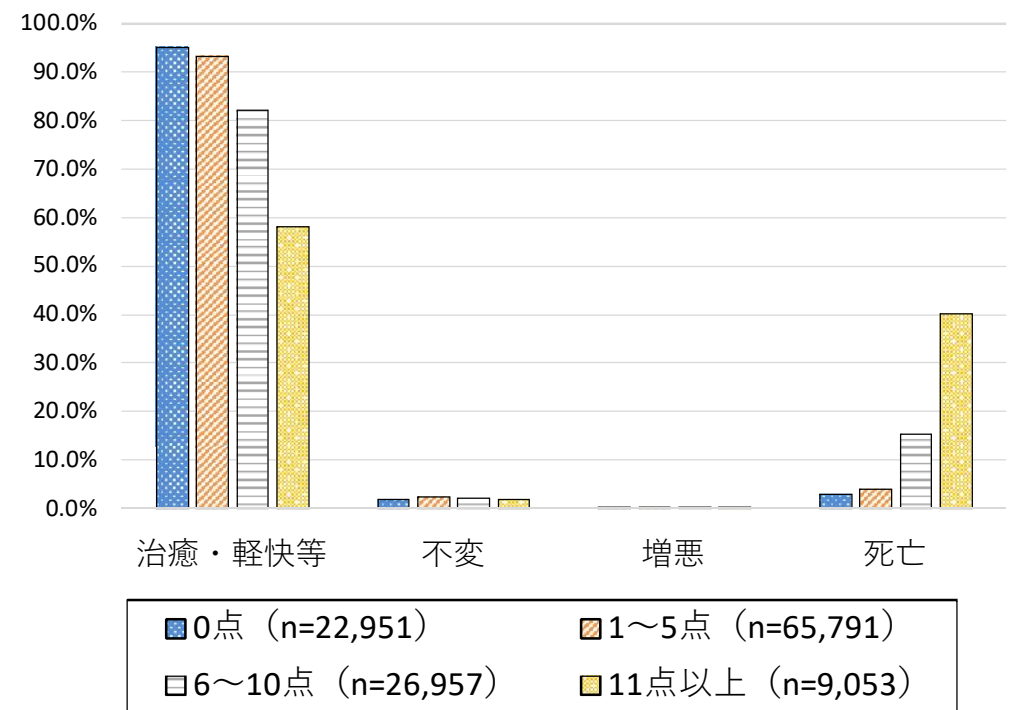


- 退院時転帰と入室日の重症度、医療・看護必要度の関係を見ると、必要度の該当あり・なしで退院時転帰に明らかな差は見られなかった。
- 退院時転帰と入室日のSOFAスコアの関係を見ると、SOFAスコアが高くなるほど、退院時転帰が「治癒・軽快等」の患者割合が低く、「死亡」の患者割合が高くなっていった。

退院時転帰×必要度（入室日）



退院時転帰×SOFAスコア（入室日）



※必要度基準：A得点4点以上かつB得点3点以上

出典：平成30年度DPCデータ ※「治癒・軽快等」には「寛解」を含む。「死亡」には最も医療資源を投入した傷病による死亡と、その他の傷病による死亡を含む。

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)

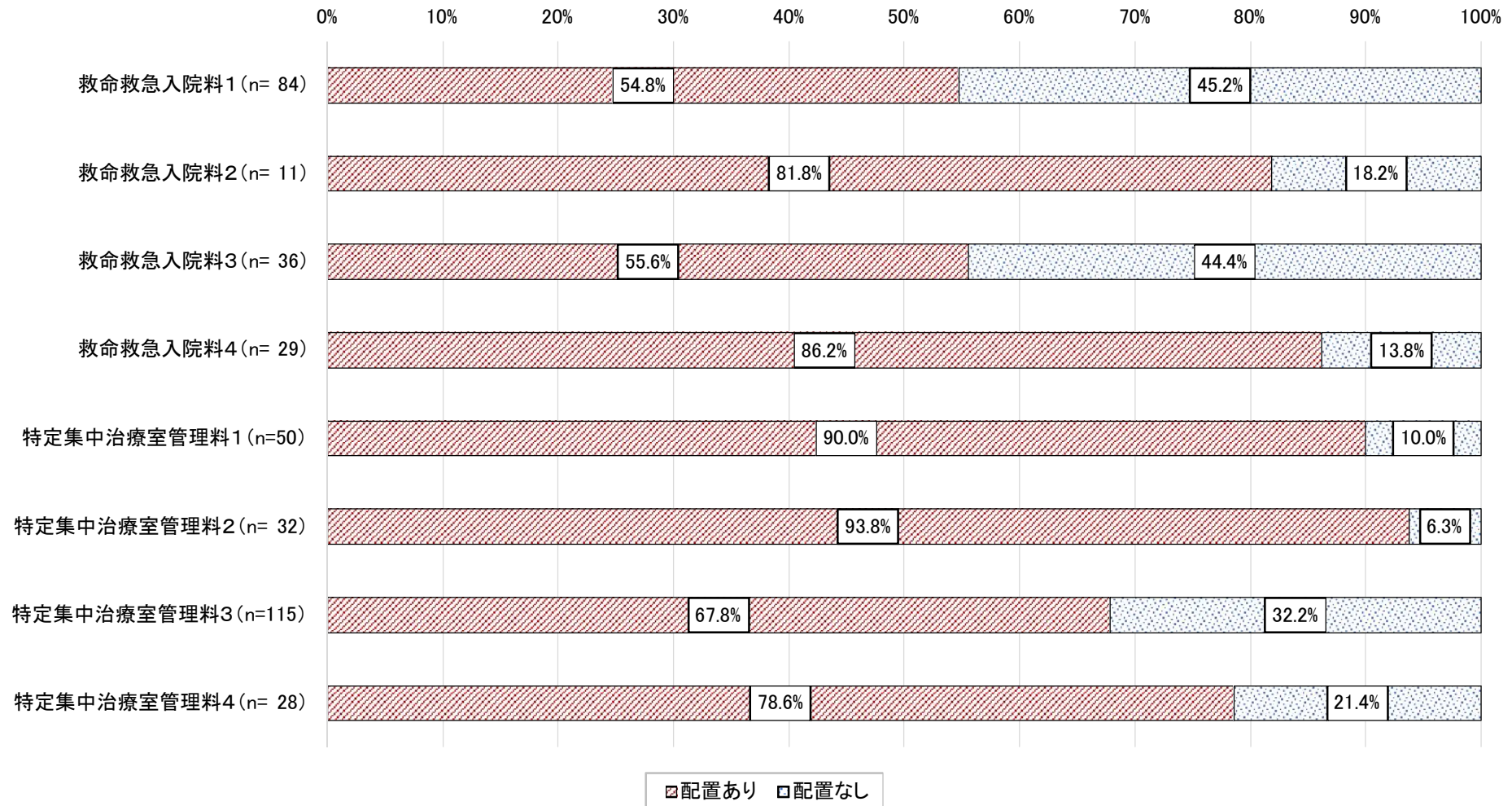
(問106) 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には、どのようなものがあるのか。

(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。

- 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

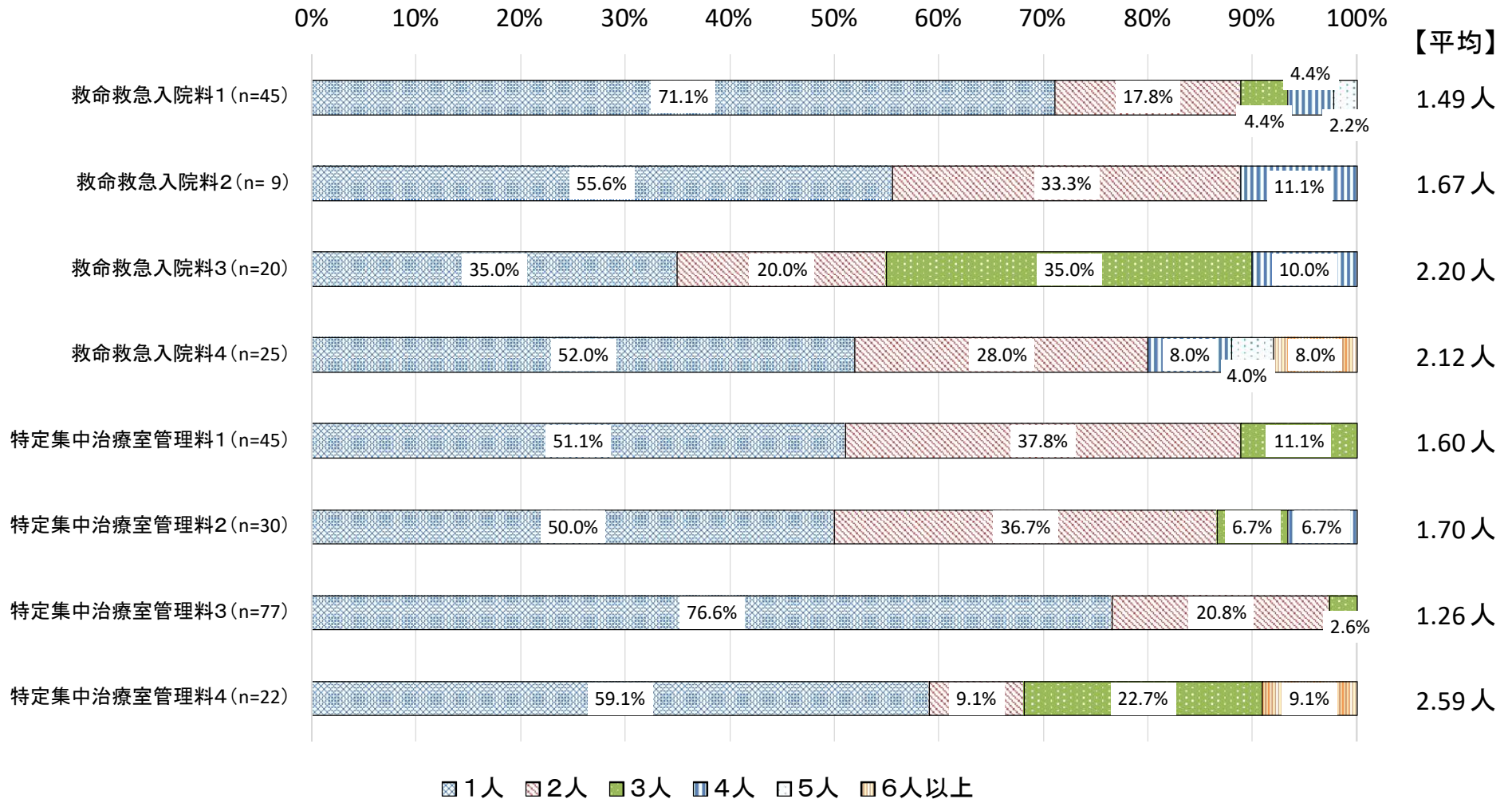


※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

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

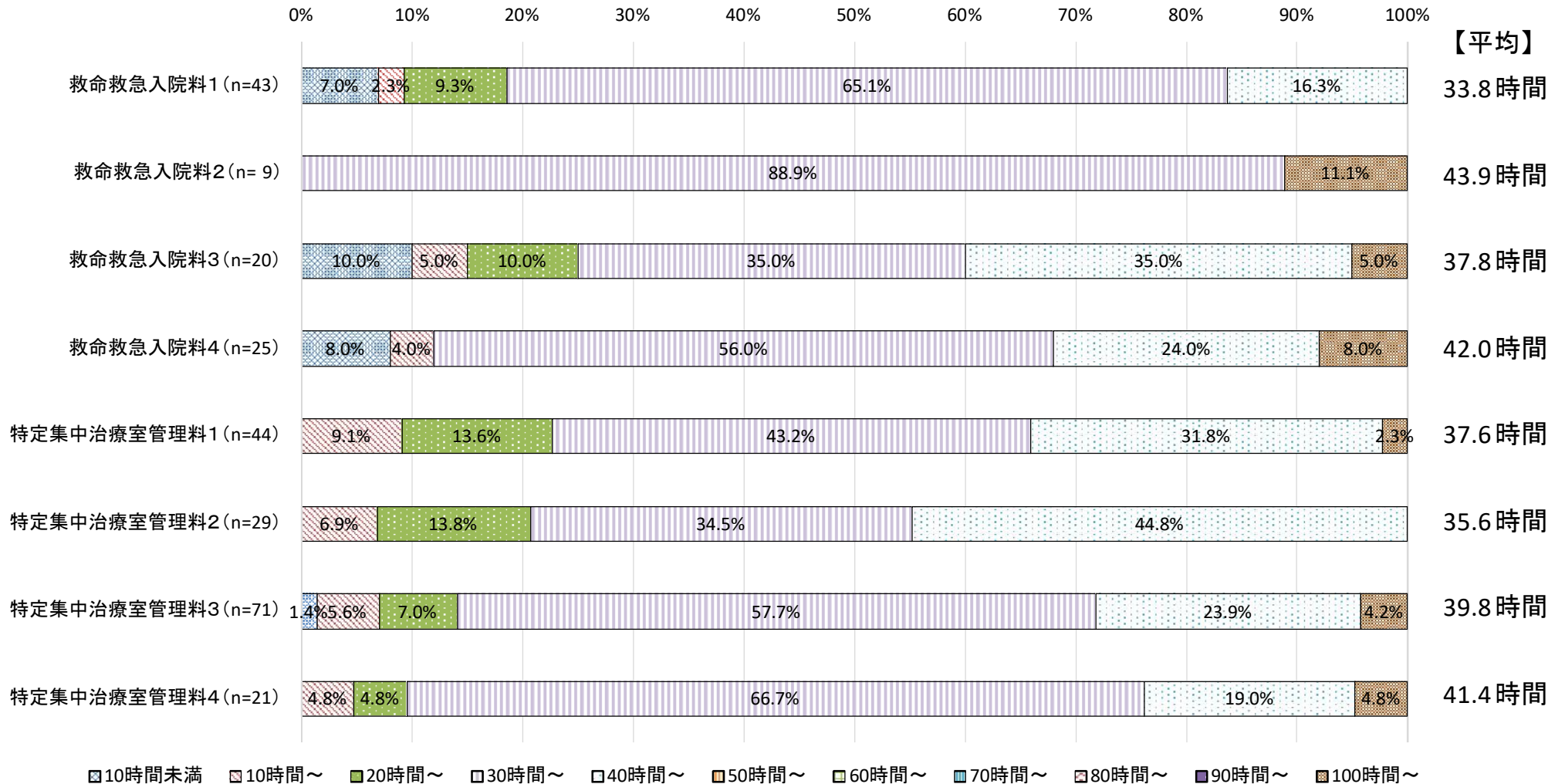


※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

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)

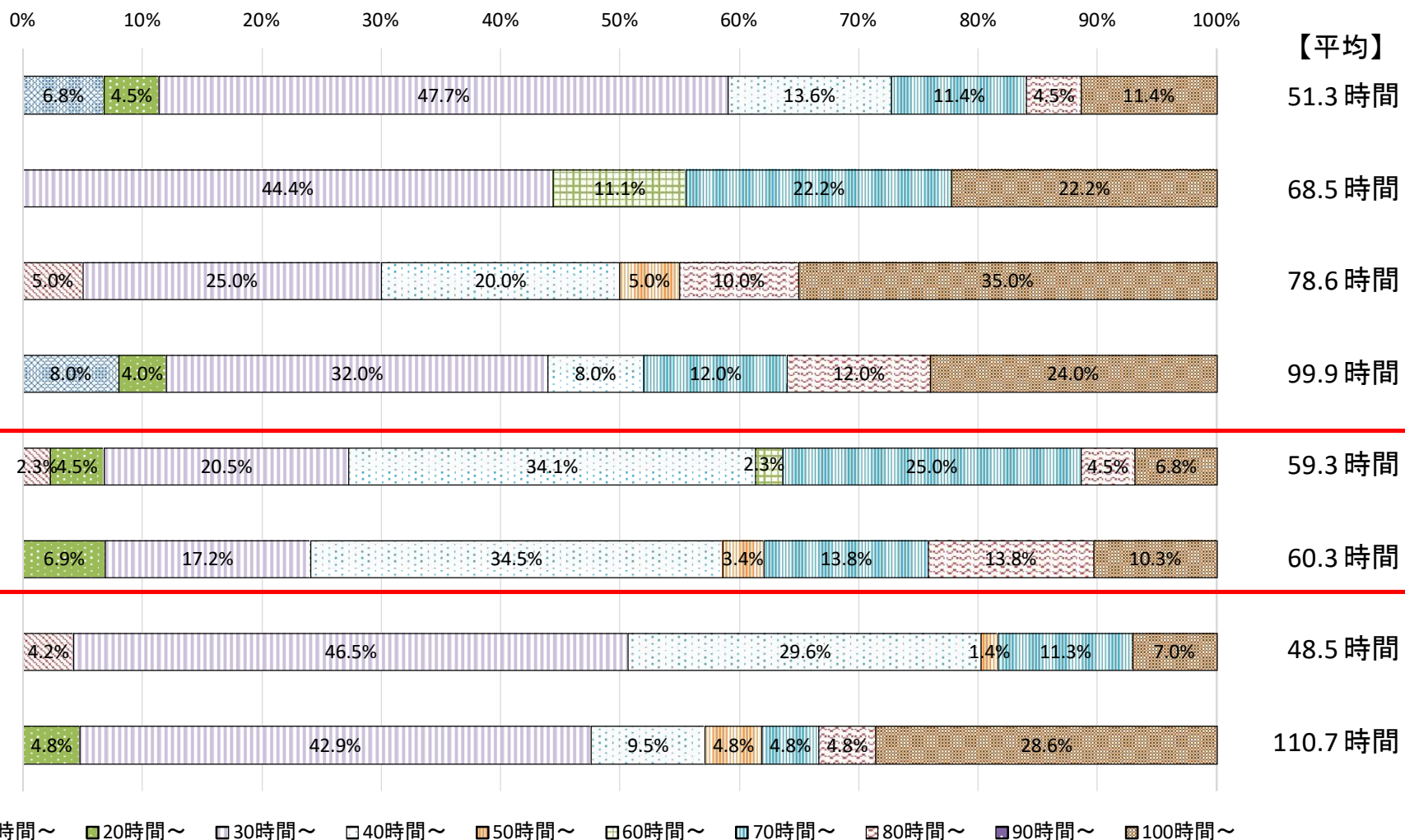


※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

専門性の高い看護師の配置時間数（延べ時間数）

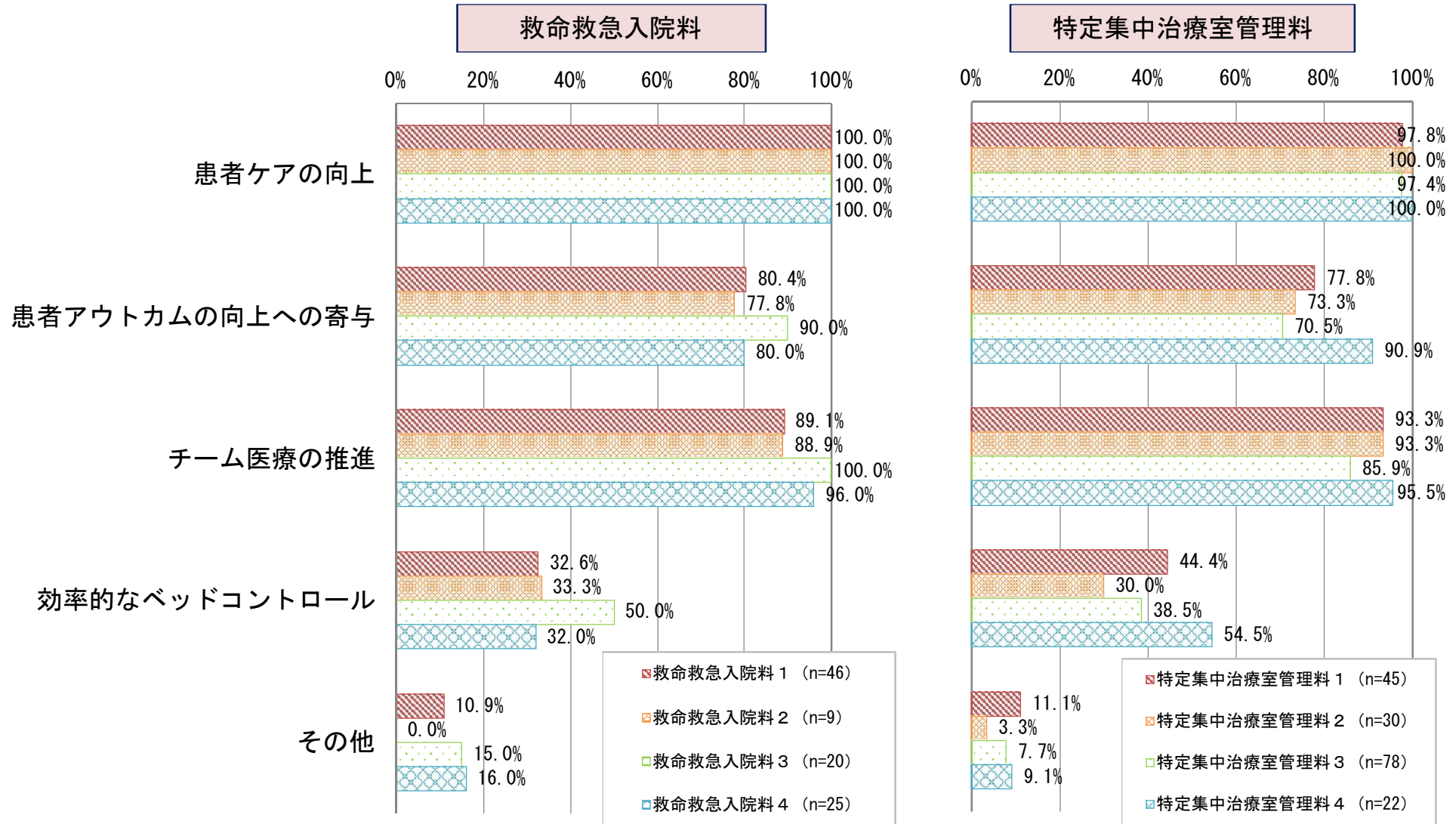
○ 専門性の高い看護師の配置が要件である特定集中治療室管理料1及び2では、1週間当たりの配置時間数（複数名配置の場合は延べ時間数）は平均約60時間であった。

専門性の高い看護師の配置時間数（複数名配置している場合は延べ時間数を回答）



○ 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)

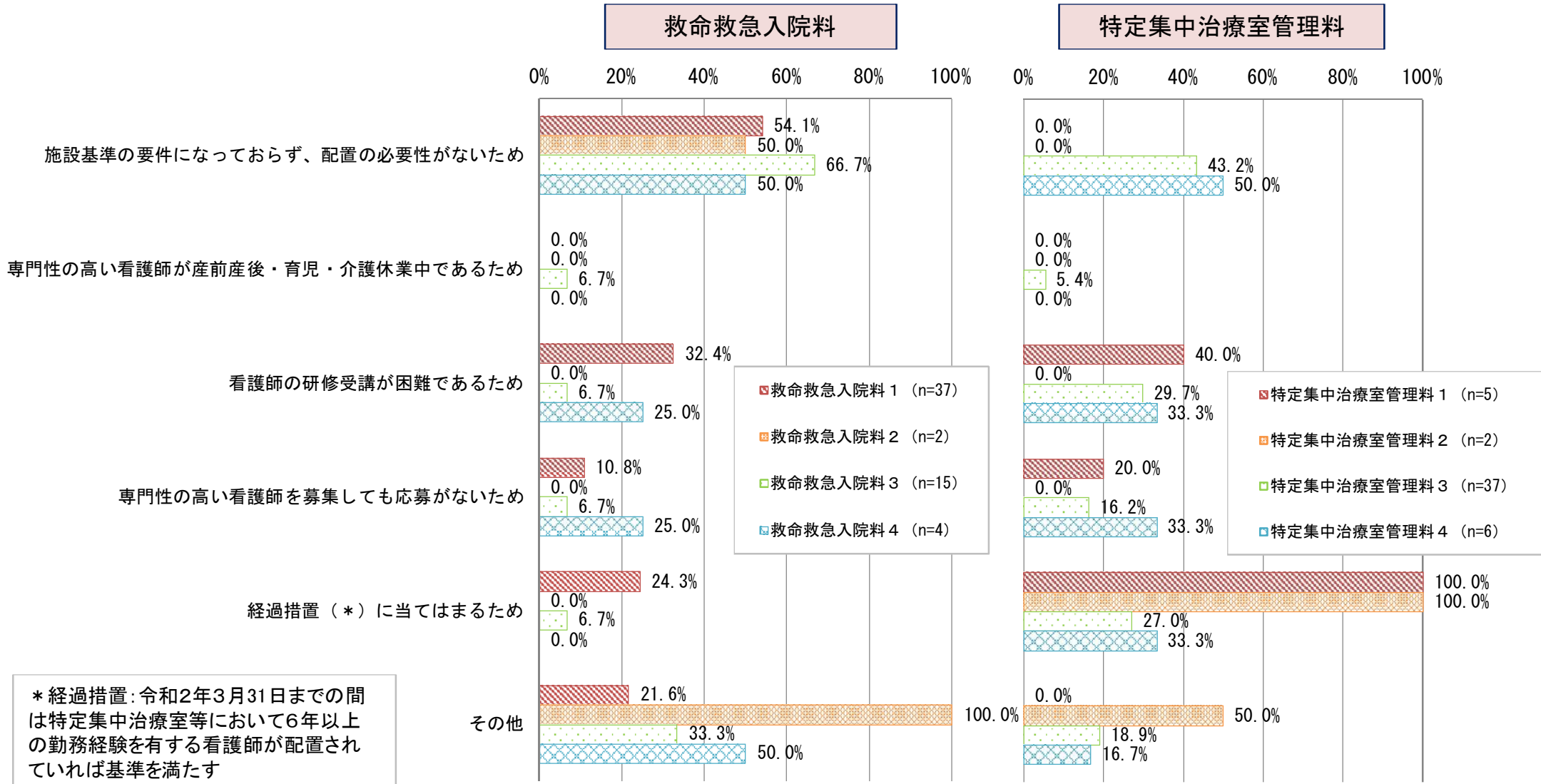


※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

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。

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]

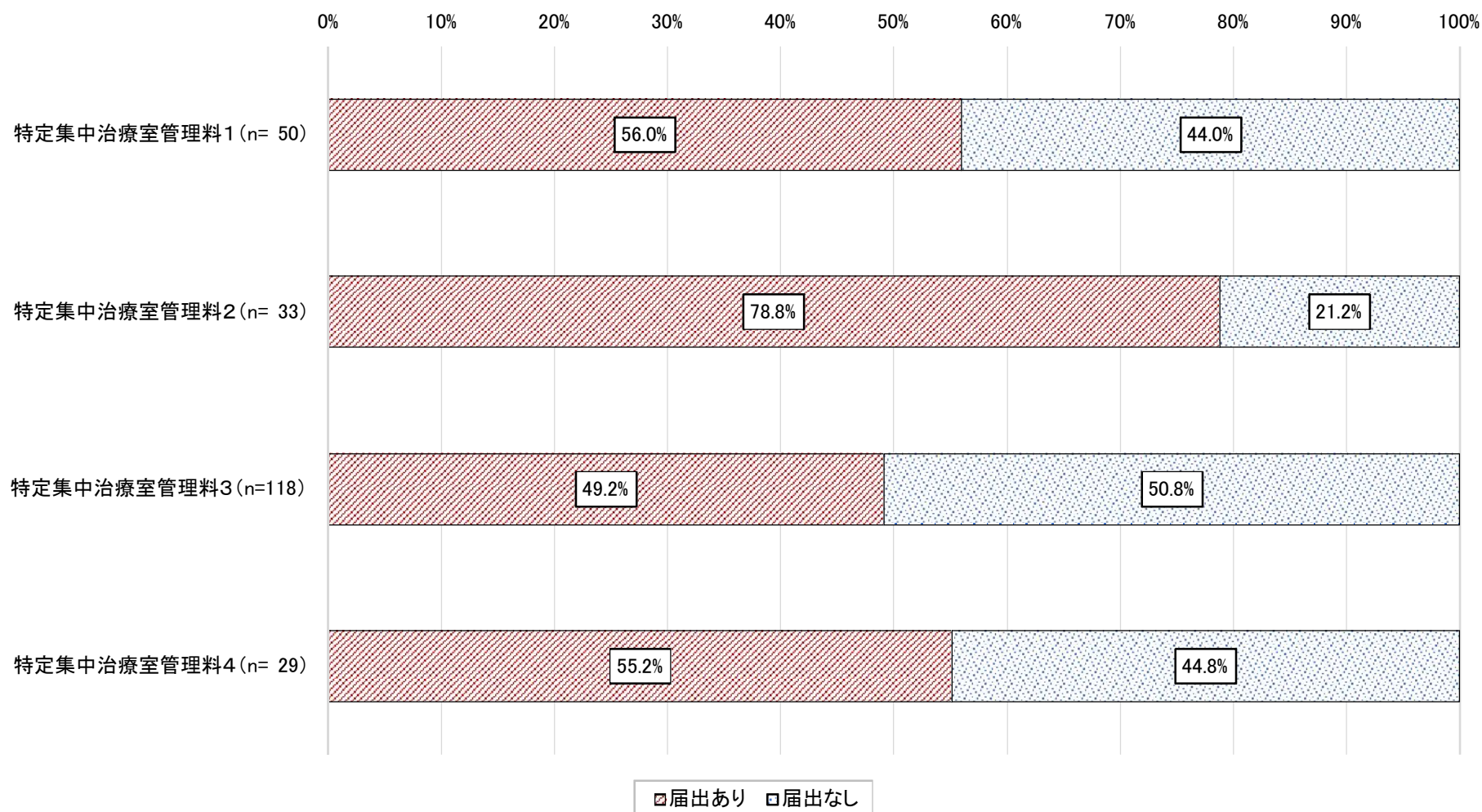
- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。
 - 1) チームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。
 - 2) 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等が、チー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

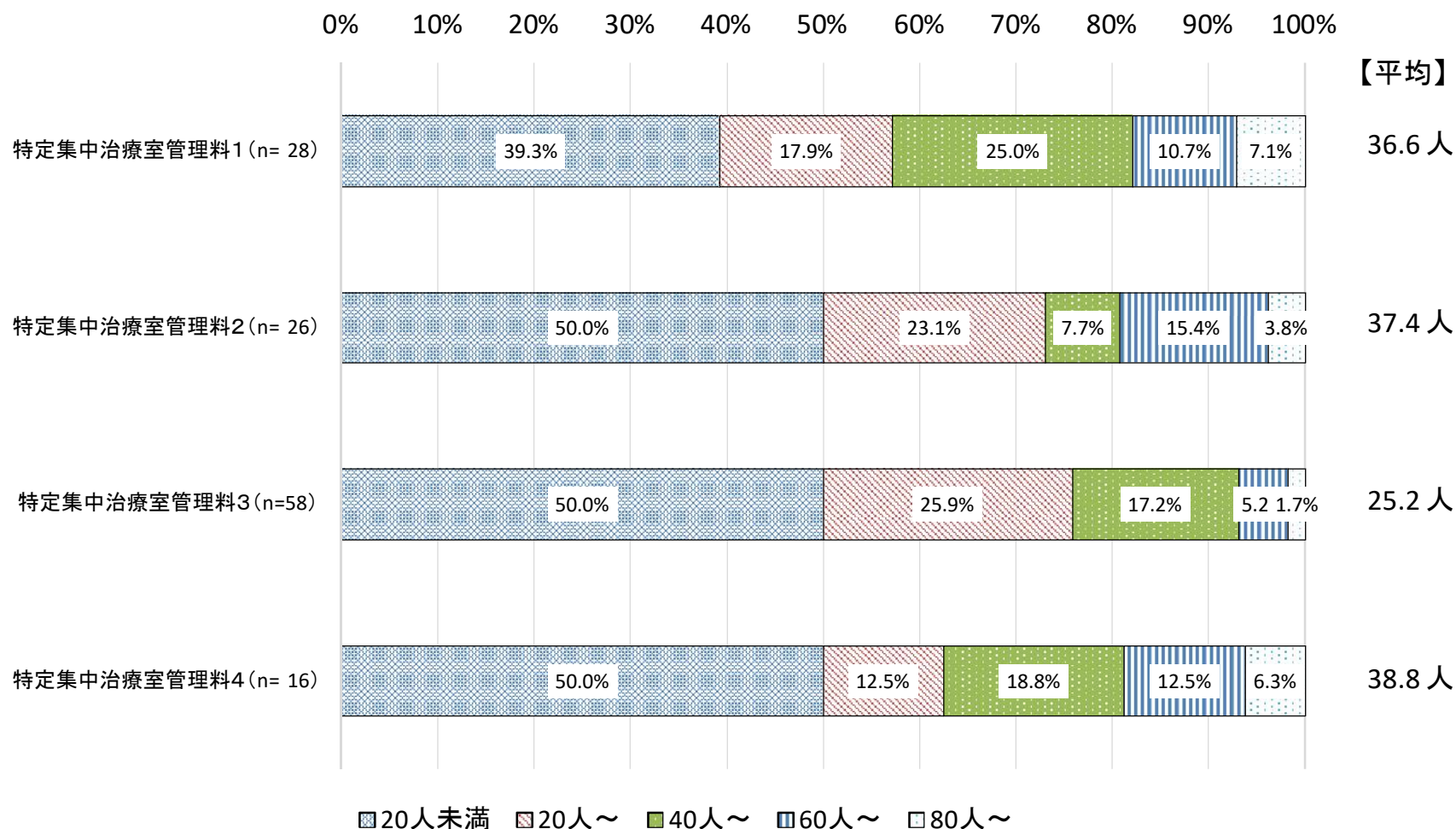
- 特定集中治療室管理料における早期離床・リハビリテーション加算の届出状況をみると、管理料1・3・4では約5割、管理料2では約8割が届出していた。

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況



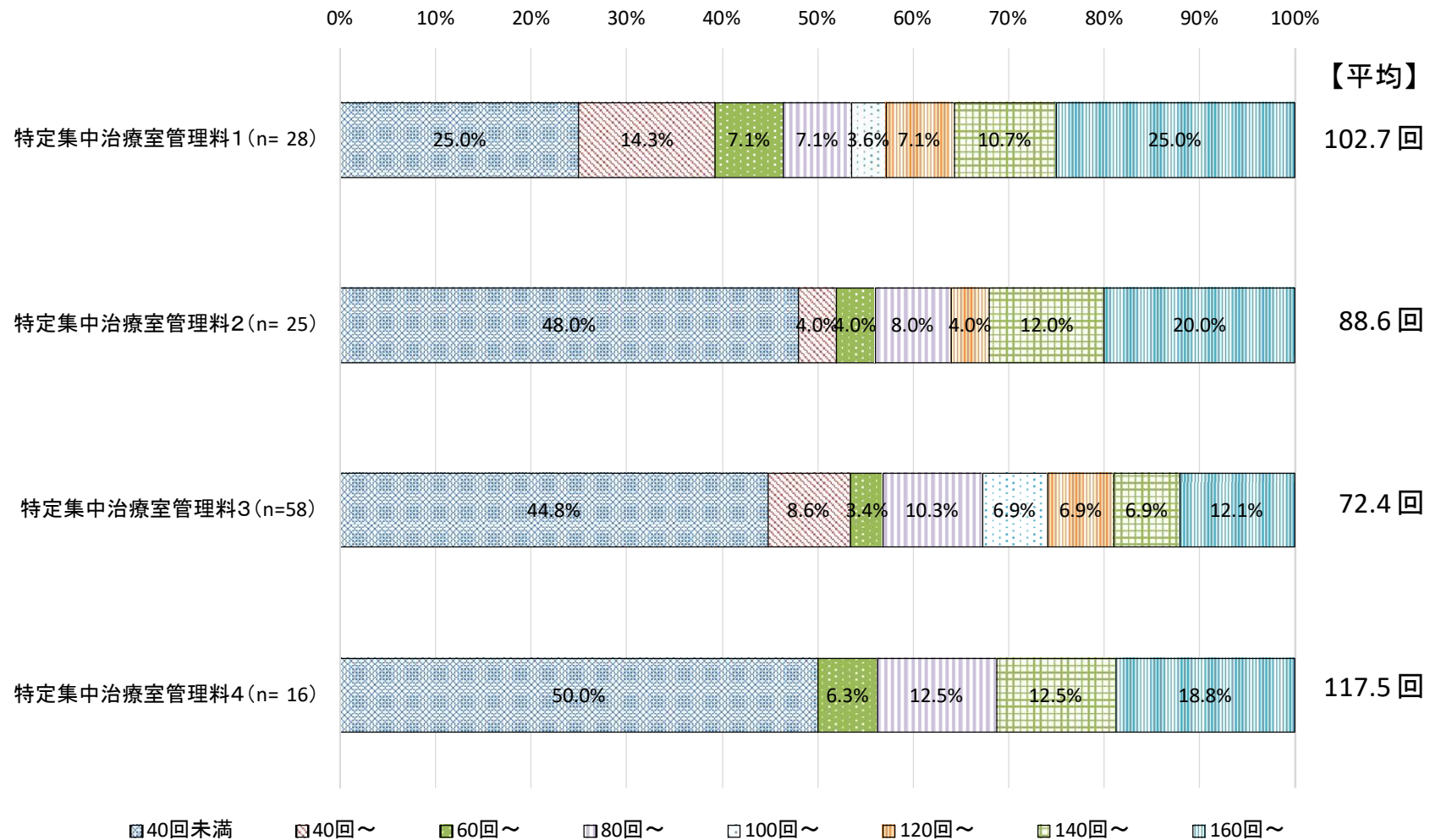
○ 早期離床・リハビリテーション加算の1か月の算定患者数は平均30人前後であった。

早期離床・リハビリテーション加算の算定患者数



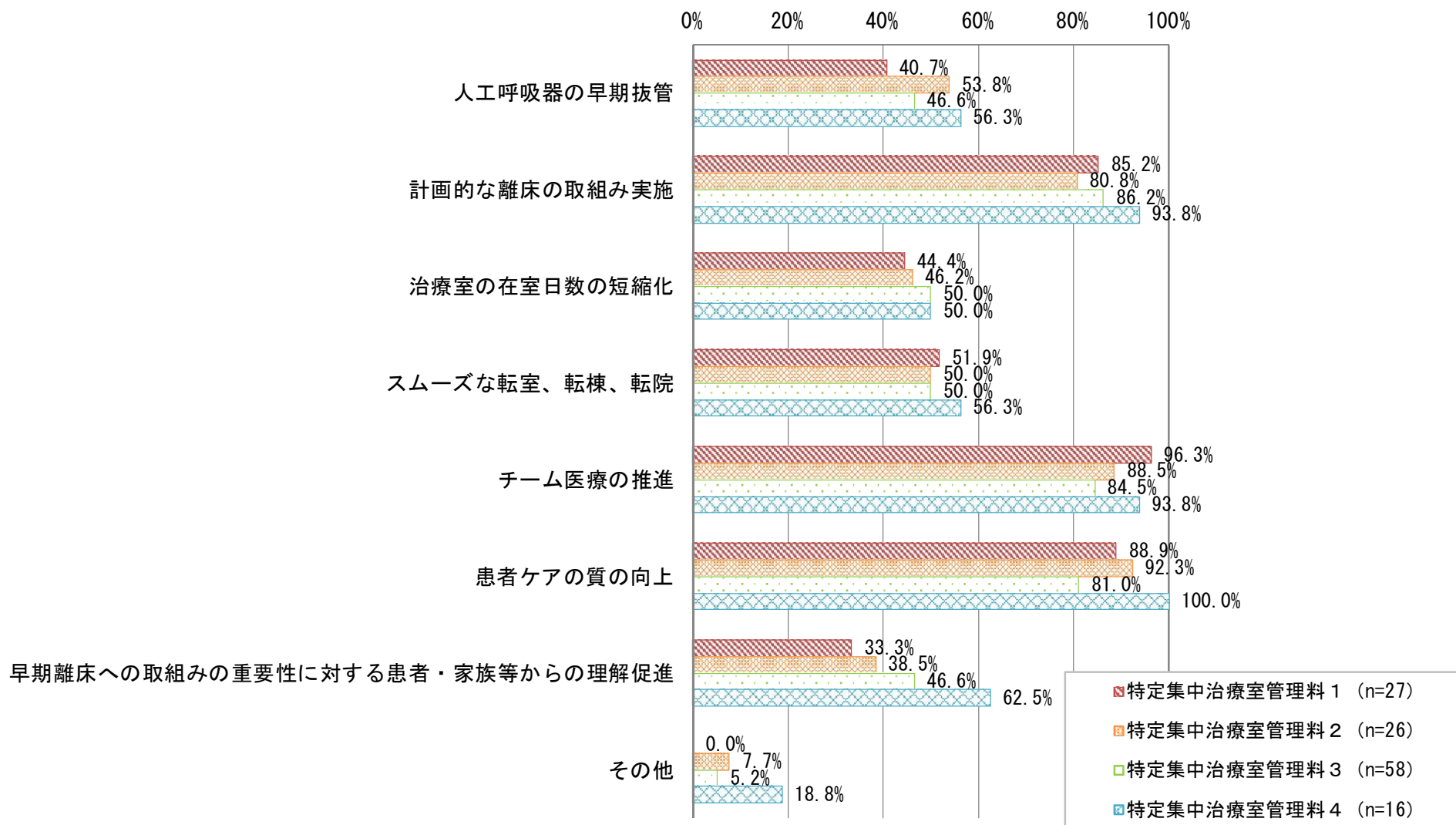
○ 早期離床・リハビリテーション加算の1か月の算定回数は平均70~100回程度であった。

早期離床・リハビリテーション加算の算定回数



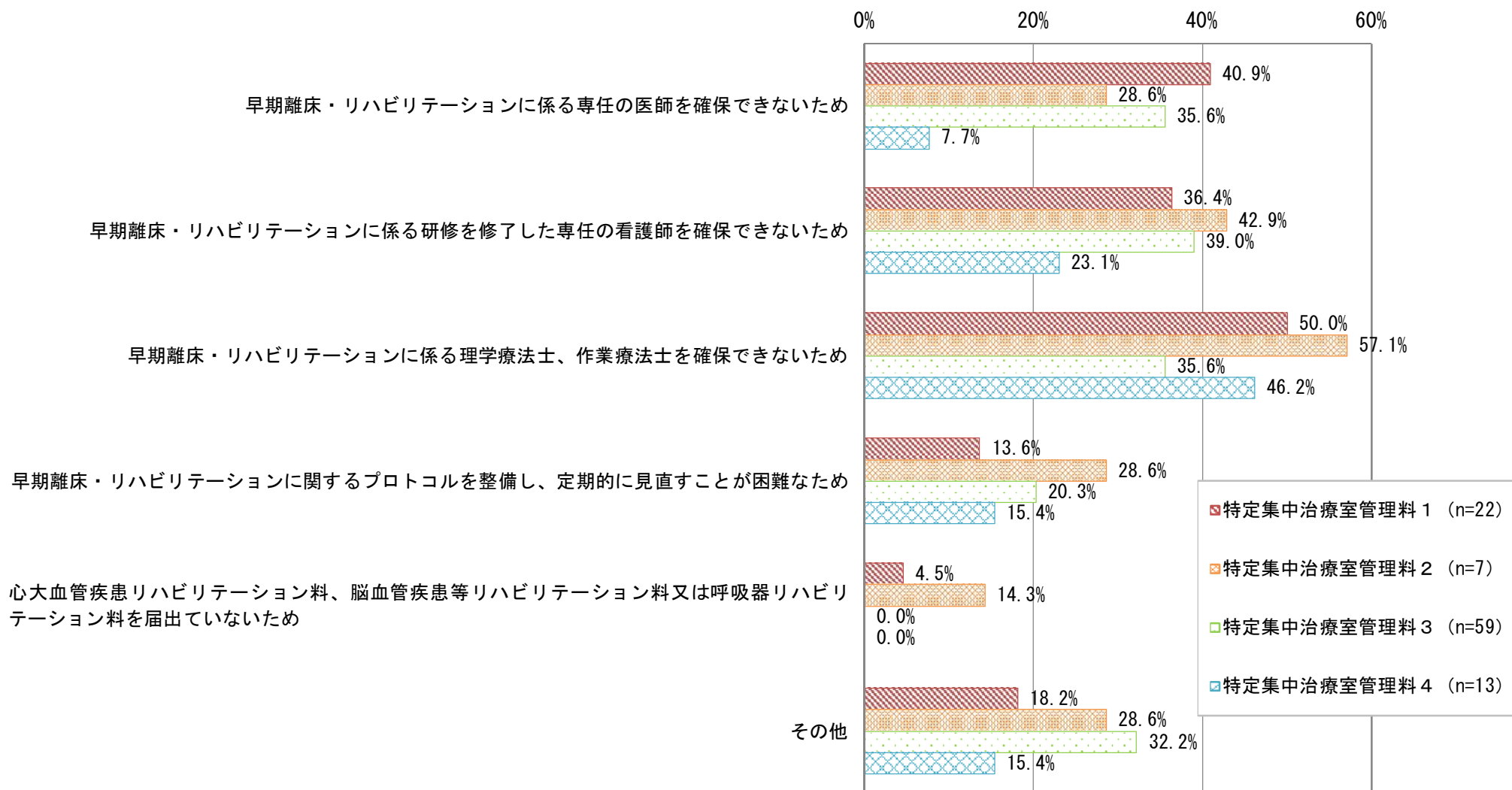
- 早期離床・リハビリテーション加算の届出による効果を見ると、「計画的な離床の取組み実施」「チーム医療の推進」「患者ケアの質の向上」と回答した施設が多かった。

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)



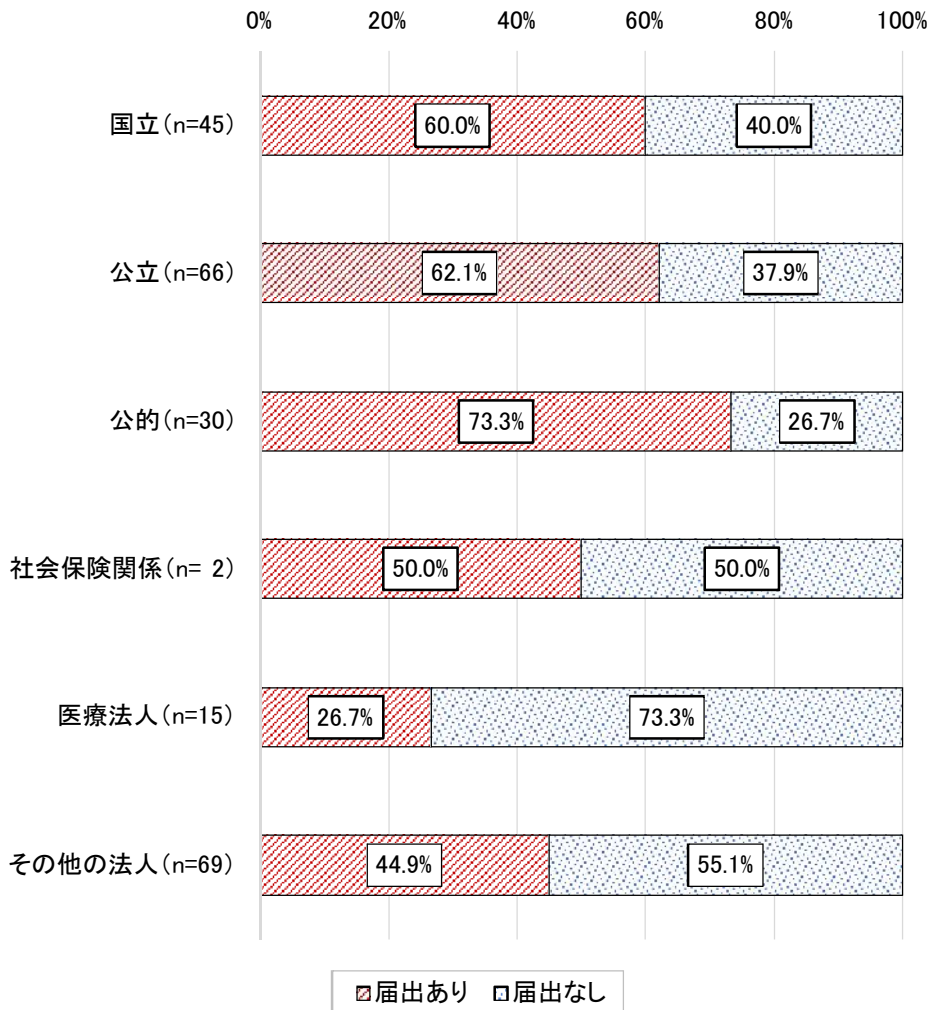
○ 早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由をみると、「早期離床・リハビリテーションに係る理学療法士、作業療法士を確保できないため」が多かった。

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)

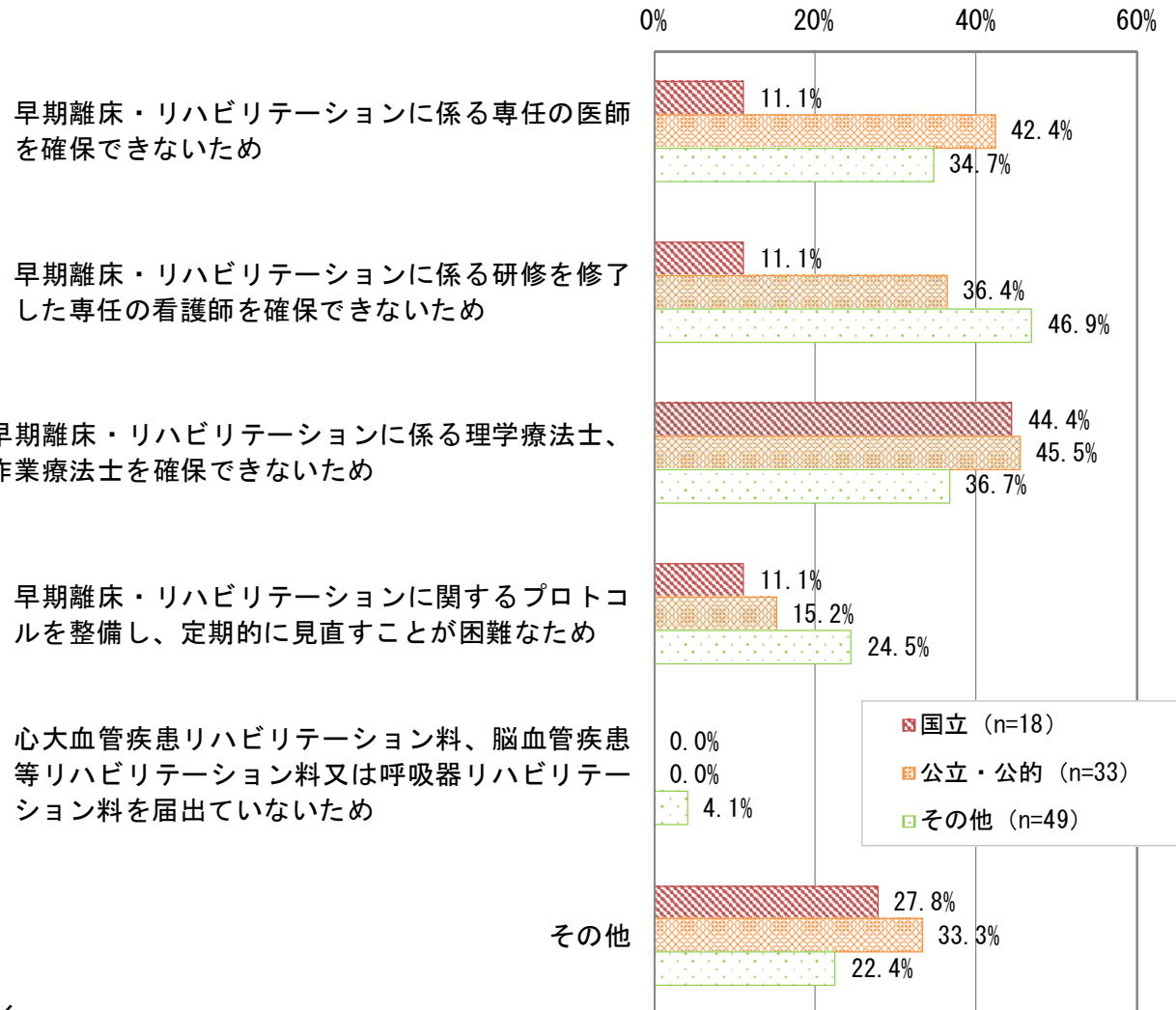


○ 早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由を開設者別にみると、理学療法士等に係る理由を回答した割合は、いずれの開設者においても約4割であった。

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況（開設者別）



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（開設者別）（複数回答）



※無回答は除く

※特定集中治療室管理料1～4のみ

※n数が少ない社会保険関係、医療法人、その他の法人は「その他」にまとめた

とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
- 1-2. 入院患者の状態
- 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

4. 慢性期入院医療について

5. 横断的事項について

6. 医療資源の少ない地域について

7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

8. DPC/PDPSについて

短期滞在手術等基本料の概要

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

(次の要件を満たす必要あり)

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

	短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合: 2, 856点	短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合: 4, 918点 (生活療養を受ける場合: 4, 890点)	短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合
期間	日帰りの場合	1泊2日の場合	4泊5日までの場合
地方 厚生 局等 への 届出	届出が必要	届出が必要	届出は不要
算定 の取 扱	短期滞在手術等基本料1、 もしくは出来高で算定するか、 医療機関が選択できる	短期滞在手術等基本料2、 もしくは出来高で算定するか、 医療機関が選択できる ※平成30年度より、DPC対象病院は算定不可	・特別入院基本料(7対1特別入院基本料及び 10対1特別入院基本料を含む)又は小児入院 医療管理料を算定する場合を除き、全て短期 滞在手術等基本料3を算定 ・6日目以降においても入院が必要な場合の 費用は、出来高算定 ※平成30年度より、DPC対象病院は算定不可

- 外来における手術の実施回数は年々増加(平成28年:780,935回 平成29年:809,397回 平成30年:820,948回)しており、平成30年においては外来手術全体の47%を占める。
- 短期滞在手術等基本料2及び3については、平成30年度診療報酬改定において、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、DPC対象病院では、算定不可とした。

※(平成29年5月→平成30年5月)

○短期滞在手術等基本料1

- ・短期滞在手術等基本料1の算定回数は増加(9,917回→11,335回)。
- ・対象手術の実施回数は増加(212,853回→234,140回)。
- ・平成26年以降の実績から、対象手術の多くで外来での実施率の上昇傾向がみられる。

○短期滞在手術等基本料2

- ・短期滞在手術等基本料2の算定回数は減少(92回→79回)。
- ・対象手術の実施回数は増加している(19,887回→27,538回)。
- ・全ての対象手術において、平均在院日数が2日を大きく上回る。

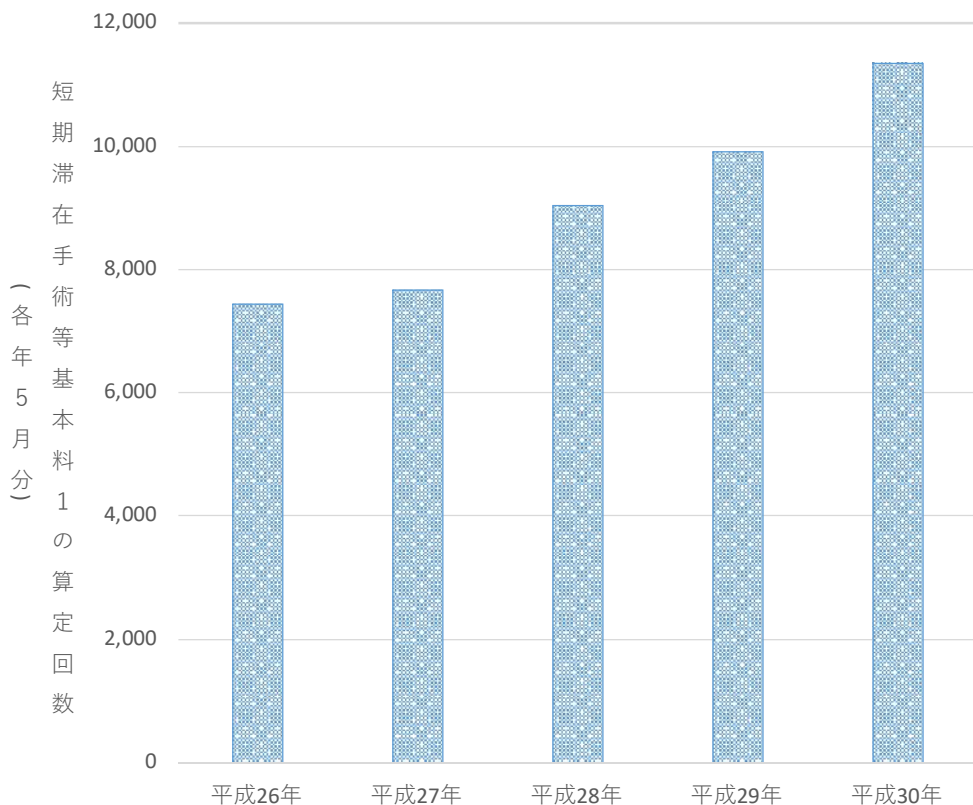
○短期滞在手術等基本料3

- ・短期滞在手術等基本料3の算定回数は減少(99,716回→23,469回)。
- ・対象手術の実施回数は増加(274,877回→292,312回)。
- ・対象手術には、入院外で実施される割合が高いものがある。
- ・外来での実施率が高くない手術についても、外来で実施することができる症例が存在している可能性がある。

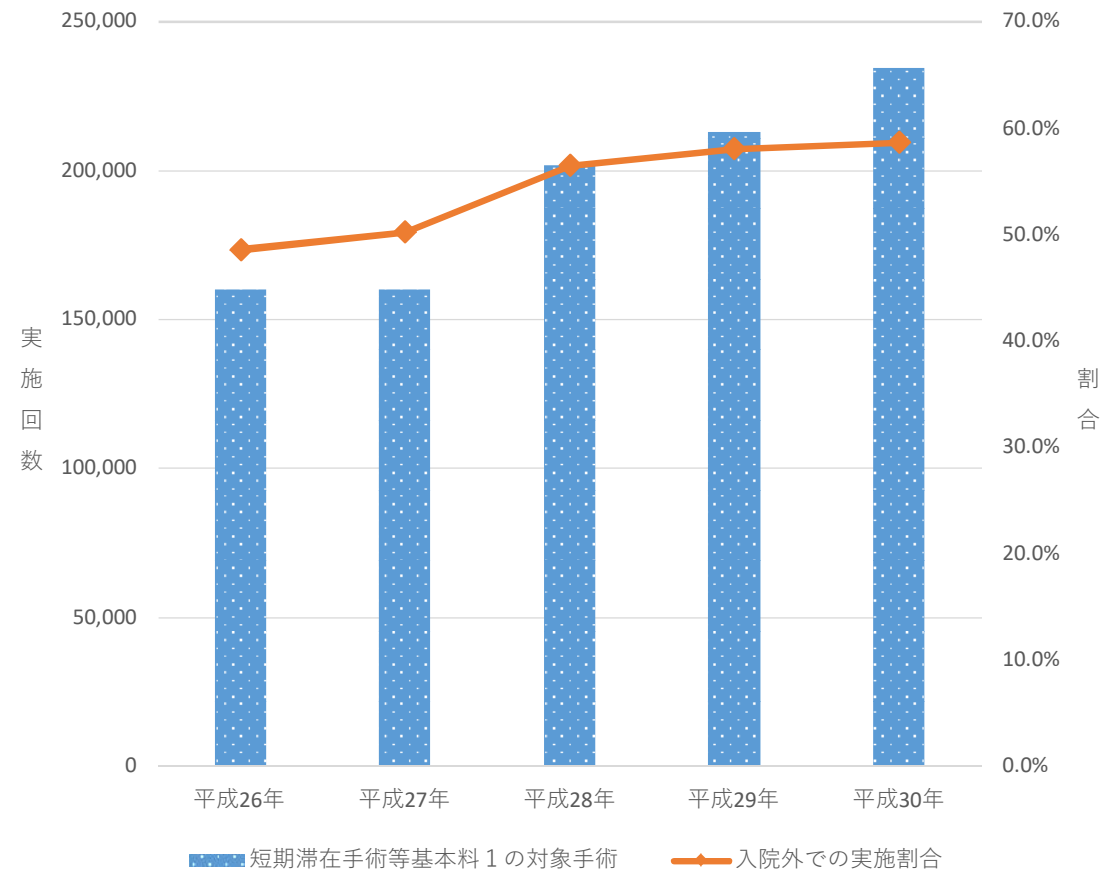
短期滞在手術等基本料1の年次推移

診調組 入-1
元 . 9 . 19

短期滞在手術等基本料1の算定実績



短期滞在手術等基本料1対象手術の実績



○ 短期滞在手術等基本料1の対象手術の内、実施回数が多い上位3つ

手術名称	平成30年5月の回数	入院外の実施割合
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	126,050	55.1%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	94,393	64.8%
皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部、露出部以外を含む)	4,216	59.8%
上記以外の手術	9,481	39.3%
総数	234,140	58.6%

短期滞在手術等基本料2の平成29年と平成30年の比較

診調組 入 - 1
元 . 9 . 1 9

短期滞在手術等基本料2 Kコード名称	平成29年度						平成30年度					
	総数		短期滞在手術等 基本料2		それ以外		総数		短期滞在手術等 基本料2		それ以外	
	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数
関節鼠摘出手術 肩、股、膝	145	11.94	0-		145	11.94	171	14.31	0-		171	14.31
関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	349	8.71	0-		349	8.71	290	7.60	0-		290	7.60
関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	23	5.91	0-		23	5.91	25	4.60	0-		25	4.60
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩、股、膝	2,142	10.90	0-		2,142	10.90	2,150	11.44	0-		2,150	11.44
関節鏡下関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	1,725	6.88	0-		1,725	6.88	1,832	6.81	0-		1,832	6.81
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	9	9.78	0-		9	9.78	8	5.25	0-		8	5.25
半月板縫合術	82	20.68	0-		82	20.68	69	21.09	0-		69	21.09
関節鏡下半月板縫合術	8,985	16.20	1	2.00	8,984	16.20	14,654	16.70	0-		14,654	16.70
靭帯断裂縫合術 十字靭帯	16	31.19	0-		16	31.19	18	25.67	0-		18	25.67
靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	240	32.99	0-		240	32.99	230	32.50	0-		230	32.50
靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	3,104	13.29	0-		3,104	13.29	3,204	12.98	0-		3,204	12.98
関節鏡下靭帯断裂縫合術 十字靭帯	236	18.92	0-		236	18.92	201	17.85	0-		201	17.85
関節鏡下靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	51	18.86	0-		51	18.86	65	22.09	0-		65	22.09
関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	456	11.80	0-		456	11.80	504	10.52	0-		504	10.52
顎下腺腫瘍摘出術	863	7.97	0-		863	7.97	817	7.98	0-		817	7.98
顎下腺摘出術	1,878	8.24	0-		1,878	8.24	1,881	7.86	0-		1,881	7.86
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合	7,794	8.34	0-		7,794	8.34	7,953	8.07	0-		7,953	8.07
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 両葉の場合	928	9.25	0-		928	9.25	1,006	9.78	0-		1,006	9.78
腹腔鏡下胆嚢摘出術	102,768	10.21	149	1.96	102,619	10.23	106,864	10.00	3	2.00	106,861	10.00
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	29,783	5.73	13	2.00	29,770	5.74	32,109	5.68	0-		32,109	5.68
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	12,668	9.66	0-		12,668	9.66	13,645	9.73	0-		13,645	9.73
痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	16,015	8.12	31	1.90	15,984	8.13	13,116	8.34	8	2.00	13,108	8.34
痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)							5,984	7.62	1	2.00	5,983	7.62
経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	33,832	6.78	4	2.00	33,828	6.78	38,868	6.71	0-		38,868	6.71
経尿道的尿路結石除去術 その他のもの	3,040	8.73	1	2.00	3,039	8.74	2,673	8.30	0-		2,673	8.30
尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	152	6.34	0-		152	6.34	170	6.66	0-		170	6.66
尿失禁手術 その他のもの	1,821	6.06	0-		1,821	6.06	1,911	5.78	0-		1,911	5.78
子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの	47,542	6.90	99	1.95	47,443	6.91	48,710	6.82	0-		48,710	6.82

短期滞在手術等基本料2の対象手術の平均在院日数等

診調組 入 - 1

元 . 9 . 1 9

短期滞在手術等基本料2 対象手術	回数	平均 在院日数	在院日数 標準偏差
関節鼠摘出手術 肩、股、膝	127	13.9	16.6
関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	225	7.2	9.0
関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	18	3.6	2.4
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩、股、膝	1,575	10.9	13.4
関節鏡下関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	1,448	6.6	8.0
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	6	5.5	4.3
半月板縫合術	54	21.7	23.1
関節鏡下半月板縫合術	10,804	16.5	12.2
靭帯断裂縫合術 十字靭帯	11	26.6	25.0
靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	191	30.7	28.5
靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	2,563	12.7	17.2
関節鏡下靭帯断裂縫合術 十字靭帯	171	17.3	12.1
関節鏡下靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	57	22.3	18.1
関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	420	10.2	9.3
顎下腺腫瘍摘出術	806	8.0	4.8
顎下腺摘出術	1,856	7.8	2.9
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合	7,088	7.9	5.4
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 両葉の場合	730	8.7	5.8
腹腔鏡下胆嚢摘出術	96,583	9.6	11.1
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	30,058	5.6	3.9
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	12,493	9.6	7.5
痔核手術(脱肛を含む。)根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	7,520	7.6	7.5
痔核手術(脱肛を含む。)根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)	3,198	6.8	6.9
経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	34,424	6.5	7.7
経尿道的尿路結石除去術 その他のもの	2,428	8.0	10.9
尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	144	5.6	3.0
尿失禁手術 その他のもの	1,740	5.7	3.0
子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの	46,784	6.7	4.1

短期滞在手術等基本料3の平成29年と平成30年の比較

診調組 入 - 1

元 . 9 . 1 9

短期滞在手術等基本料3	平成29年度						平成30年度					
	総数		短期滞在手術等 基本料3		それ以外		総数		短期滞在手術等 基本料3		それ以外	
手術名称	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数
終夜睡眠ポリグラフィー(携帯用装置を使用した場合)	25,542	22.39	1,474	8.05	24,068	23.27	27,354	22.10	80	3.65	27,274	22.16
終夜睡眠ポリグラフィー(多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合)	365	14.81	131	2.36	234	21.79	282	15.82	21	2.05	261	16.93
終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外の場合)	70,890	3.56	66,348	2.11	4,542	24.80	73,313	3.49	13,150	2.14	60,163	3.79
小児食物アレルギー負荷検査	37,356	1.34	35,531	1.25	1,825	3.03	40,744	1.33	3,077	1.09	37,667	1.35
前立腺針生検法	115,991	3.32	108,576	2.57	7,415	14.40	113,769	3.37	7,975	2.56	105,794	3.43
腋臭症手術 皮膚有毛部切除術	10	5.10	9	5.33	1	3.00	4	9.75	0-		4	9.75
関節鏡下手根管開放手術	2,606	4.65	2,177	3.20	429	12.04	3,175	4.28	774	3.14	2,401	4.65
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	346	3.18	338	2.71	8	23.25	502	3.02	17	2.59	485	3.04
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(片側)	420,444	3.47	356,155	2.69	64,289	7.81	429,382	3.38	55,425	2.46	373,957	3.52
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(両側)	48,582	7.21	41,991	6.16	6,591	13.88	59,793	6.55	3,520	7.98	56,273	6.46
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合(片側)	4,265	7.99	1,497	4.26	2,768	10.01	4,302	7.41	17	6.82	4,285	7.41
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合(両側)	108	11.82	47	6.91	61	15.61	113	13.74	0-		113	13.74
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	4,251	4.51	3,544	3.36	707	10.28	4,264	4.57	365	2.86	3,899	4.74
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	36,875	13.04	27,398	3.22	9,477	41.44	39,012	12.97	5,799	3.02	33,213	14.71
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	5,107	3.77	4,319	3.21	788	6.86	4,399	3.60	903	2.78	3,496	3.81
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	586	3.58	392	2.56	194	5.65	470	3.74	90	2.44	380	4.04
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	1,945	3.79	1,338	2.69	607	6.20	1,737	3.69	219	2.72	1,518	3.83
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	3,958	4.90	3,639	2.69	319	30.11	3,574	4.55	136	2.60	3,438	4.63
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	3,306	2.47	3,186	2.43	120	3.53	3,180	2.45	137	2.31	3,043	2.46
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	2,521	2.47	2,459	2.43	62	3.97	2,305	2.51	120	2.45	2,185	2.51
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	68,484	6.13	62,423	5.03	6,061	17.47	68,297	6.12	10,157	6.06	58,140	6.13
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	2,681	3.34	2,447	2.67	234	10.32	2,960	3.27	21	3.05	2,939	3.28
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	2,990	2.63	2,861	2.60	129	3.22	3,221	2.63	45	2.51	3,176	2.63
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	2,290	2.66	2,217	2.61	73	3.90	2,315	2.71	21	2.57	2,294	2.71
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	41,877	5.21	39,705	4.75	2,172	13.70	46,936	5.16	4,610	5.03	42,326	5.17
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	354,701	4.29	322,139	2.75	32,562	19.48	365,556	4.22	74,929	2.54	290,627	4.65
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上	35,834	5.28	31,946	3.44	3,888	20.45	41,011	5.36	5,404	3.33	35,607	5.67
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	6,602	4.34	5,333	2.62	1,269	11.60	5,702	3.88	1,820	2.46	3,882	4.55
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	21,571	3.63	19,073	2.45	2,498	12.65	20,941	3.52	3,987	2.53	16,954	3.75
子宮頸部(腔部)切除術	27,077	3.31	26,513	3.22	564	7.44	27,576	3.23	993	3.07	26,583	3.24
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	5,300	3.41	4,865	3.17	435	6.20	5,771	3.42	596	2.97	5,175	3.47
ガンマナイフによる定位放射線治療	10,266	4.89	9,068	3.39	1,198	16.26	10,582	5.01	1,163	3.38	9,419	5.21

短期滞在手術等基本料3の対象手術の平均在院日数等

診調組 入 - 1
元 . 9 . 1 9

短期滞在手術等基本料3 対象手術	回数	平均 在院日数	在院日数 標準偏差
終夜睡眠ポリグラフィー(携帯用装置を使用した場合)	21,071	20.0	23.42
終夜睡眠ポリグラフィー(多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合)	245	13.7	24.48
終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外の場合)	58,140	3.1	7.67
小児食物アレルギー負荷検査	36,514	1.3	1.83
前立腺針生検法	104,775	3.3	5.69
腋臭症手術 皮膚有毛部切除術	4	9.8	2.06
関節鏡下手根管開放手術	2,200	4.1	6.30
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	485	3.0	5.48
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(片側)	368,693	3.5	3.36
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(両側)	55,642	6.3	5.82
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合(片側)	3,973	7.5	7.85
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合(両側)	111	13.7	20.26
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	3,815	4.5	5.23
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	30,646	11.8	25.68
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	3,326	3.6	4.11
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	313	4.2	9.09
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	1,405	3.8	6.92
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	3,429	4.6	16.00
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	3,043	2.5	1.13
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	2,179	2.5	0.92
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	56,713	5.8	7.10
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	2,937	3.3	9.59
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	3,172	2.6	0.83
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	2,292	2.7	1.35
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	41,876	5.1	4.08
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	281,318	4.2	8.46
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上	34,649	5.2	8.67
痔核手術(脱肛を含む。)硬化療法(四段階注射法によるもの)	3,455	3.7	8.09
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	16,252	3.4	6.36
子宮頸部(腔部)切除術	26,536	3.2	1.71
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	5,132	3.4	1.98
ガンマナイフによる定位放射線治療	9,187	5.2	9.99

出典：平成30年DPCデータ

※当該手術を実施した症例の平均在院日数を集計
※DPC対象病院の症例に限る

短期滞在手術等基本料3の実施状況の経年変化

診調組 入-1
元 . 9 . 19

名称 (複数項目ある場合は 共通部分まで)	平成26年				平成27年				平成28年				平成29年				平成30年			
	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)
	入院外	入院			入院外	入院			入院外	入院			入院外	入院			入院外	入院		
		短3 以外	短3	短3 以外		短3	短3 以外	短3		短3 以外	短3	短3 以外		短3	短3 以外	短3		短3 以外	短3	
終夜睡眠ポリグラフィー※2	18,227	4,742	5,615	64%	19,102	4,348	5,334	66%	20,442	4,330	5,378	68%	818	3,201	5,403	9%	922	3,167	1,352	17%
小児食物アレルギー負荷検査※2	1,795	9	1,642	52%	1,812	13	1,678	52%	2,031	8	2,282	47%	2,525	10	2,840	47%	2,574	4	324	89%
前立腺針生検法	1,341	1,154	7,851	13%	1,352	1,009	7,961	13%	1,184	907	7,434	12%	1,144	924	7,907	11%	1,309	8,911	791	12%
関節鏡下手根管開放手術	389	98	144	62%	366	85	156	60%	304	66	204	53%	419	87	262	55%	470	252	91	58%
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	4	73	31	4%	4	86	33	3%	10	73	34	9%	10	88	26	8%	18	140	7	11%
水晶体再建術	53,415	17,844	32,886	51%	54,111	14,926	33,562	53%	60,099	14,902	35,710	54%	65,570	20,647	36,832	53%	71,683	53,819	9,422	53%
乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満	534	65	217	65%	512	70	205	65%	528	91	251	61%	467	64	253	60%	449	305	27	57%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	6,149	2,834	※1	68%	6,532	2,834	※1	70%	7,126	1,251	1,889	69%	8,097	1,376	2,205	69%	9,162	3,134	714	70%
下肢静脈瘤手術	2,875	323	890	70%	2,213	166	723	71%	2,236	165	656	73%	1,969	175	518	74%	1,842	505	109	75%
鼠径ヘルニア手術	291	1,398	7,630	3%	295	1,041	6,681	4%	294	987	6,115	4%	369	872	6,113	5%	382	6,044	1,077	5%
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術	-	223	2,387	-	-	204	2,454	-	66	229	2,965	2%	66	294	3,741	2%	130	3,840	446	3%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	18,596	4,193	18,197	45%	21,274	3,665	20,478	47%	49,057	6,588	27,872	59%	54,553	6,471	28,124	61%	62,606	28,658	7,997	63%
痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	1,408	492	587	57%	1,318	471	580	56%	1,383	457	686	55%	1,326	516	582	55%	1,456	804	321	56%
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	1,538	2,515	※1	38%	1,355	2,280	※1	37%	1,372	288	1,927	38%	1,353	286	1,747	40%	1,343	1,425	445	42%
子宮頸部(腔部)切除術	123	205	2,029	5%	117	160	1,983	5%	94	129	2,010	4%	96	118	2,067	4%	95	2,013	124	4%
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	10	44	365	2%	17	45	331	4%	15	49	345	4%	-	979	369	-	25	406	68	5%
ガンマナイフによる定位放射線治療	32	980	※1	3%	29	942	※1	3%	54	159	715	0	73	196	727	7%	86	864	154	8%

※1 当該年は短期滞在手術等基本料3の対象外

※2 平成30年の回数に、DPC病院における実施回数は計上されていない

とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
- 1-2. 入院患者の状態
- 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

4. 慢性期入院医療について

5. 横断的事項について

6. 医療資源の少ない地域について

7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

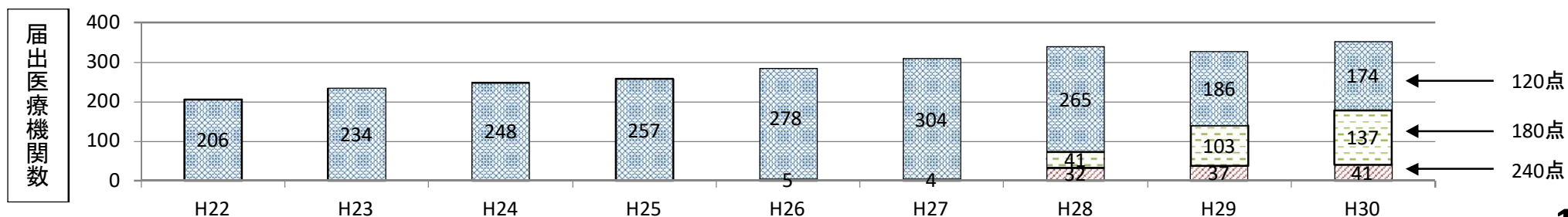
8. DPC/PDPSについて

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）

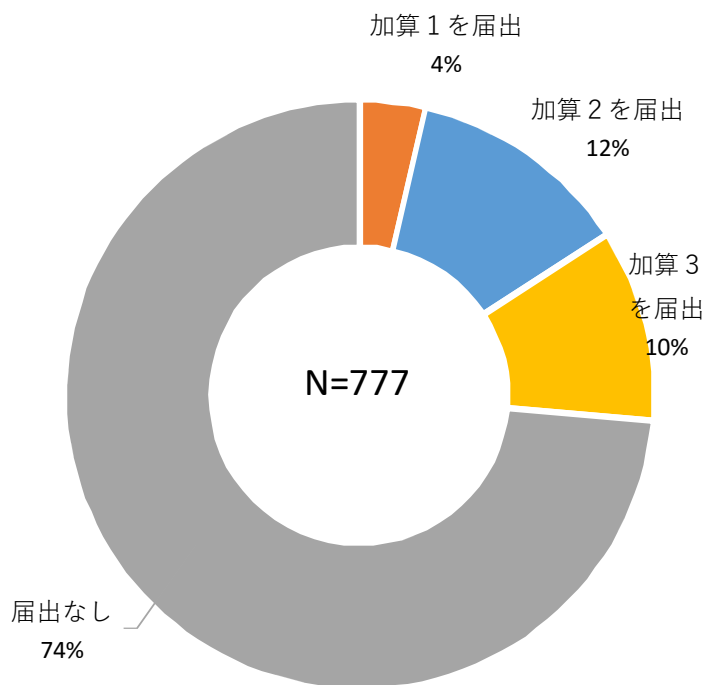
加算1：240点 加算2：180点 加算3：120点

	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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>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</p> <p>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</p>		
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	<p>(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</p> <p>精神患者の入院受入体制がある</p> <p>以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</p> <p>以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</p>		
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

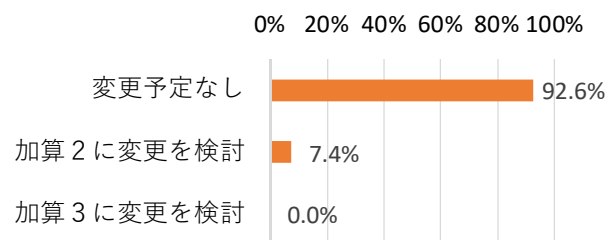


- いずれかの総合入院体制加算を届出ている施設は約3割であった。
- いずれの加算を届け出ている施設も、現状を変更する予定がない施設が多かった。

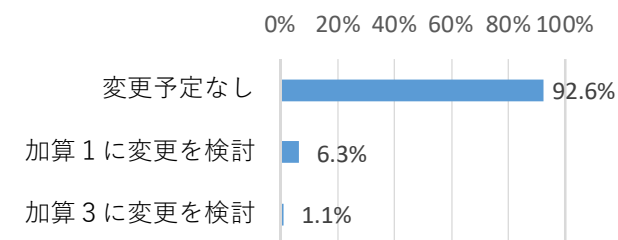
総合入院体制加算の届出状況



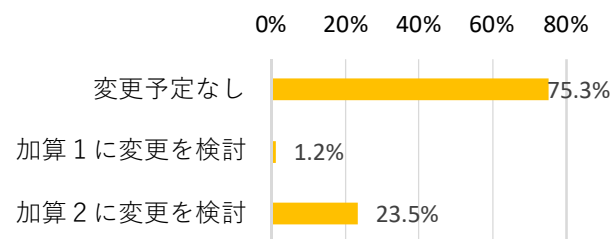
加算1の届出施設 (n=27)



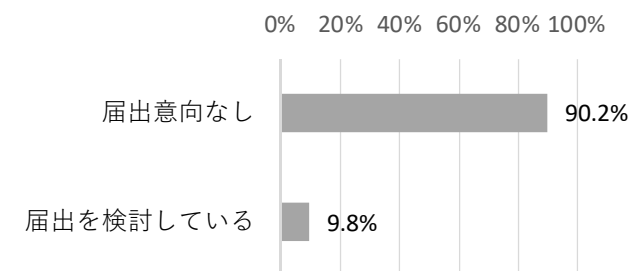
加算2の届出施設 (n=95)



加算3の届出施設 (n=81)



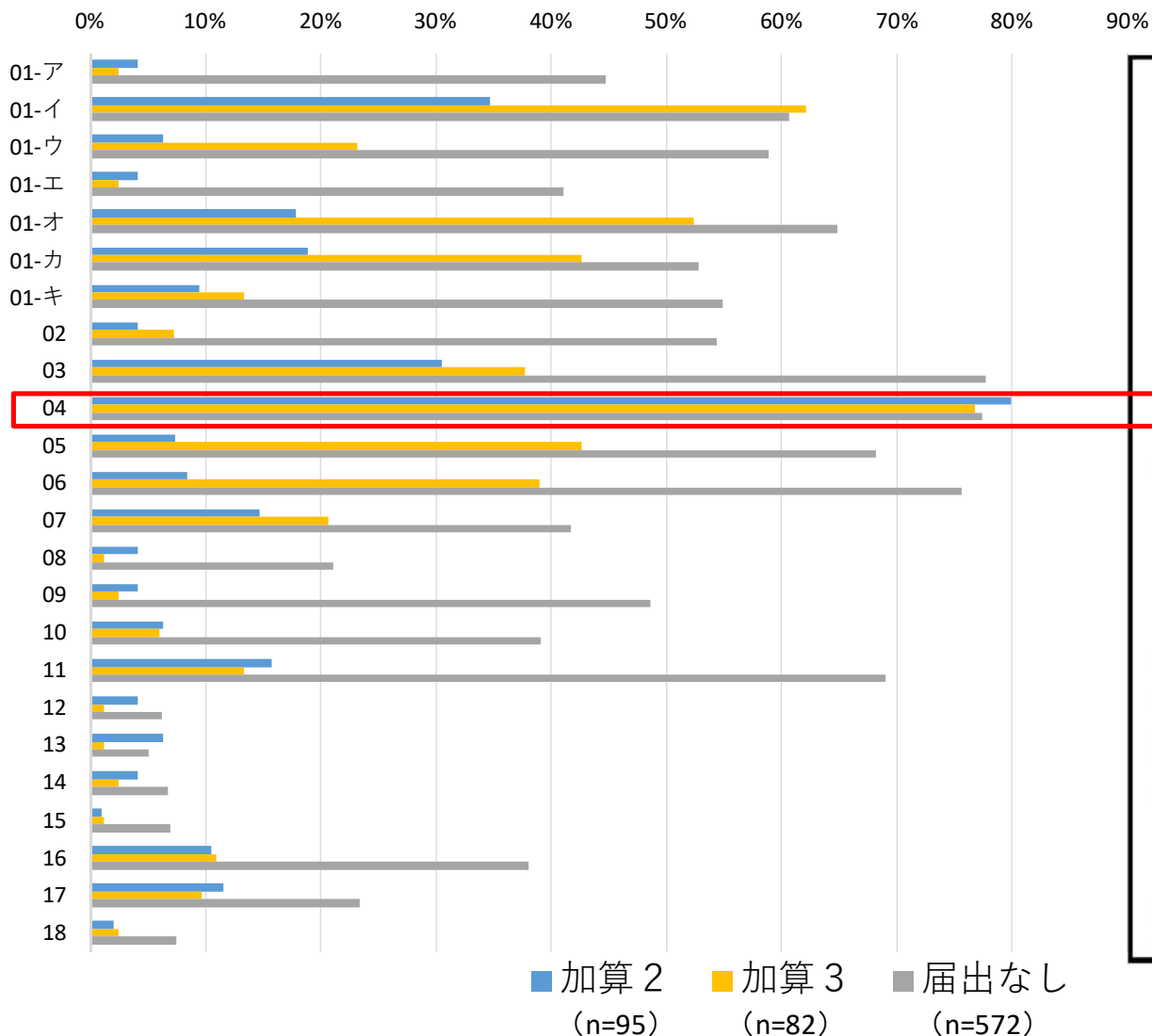
届出なしの施設 (n=563)



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て、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。

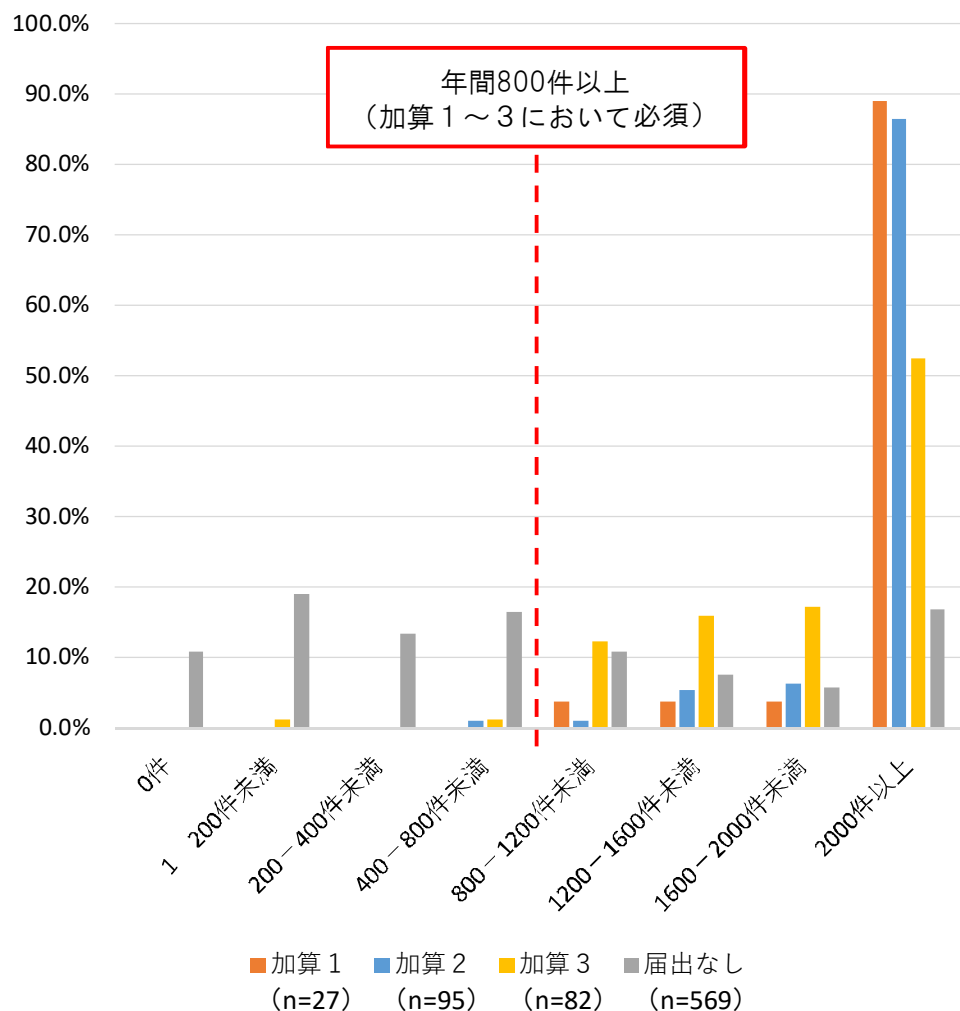
満たすことが困難な要件



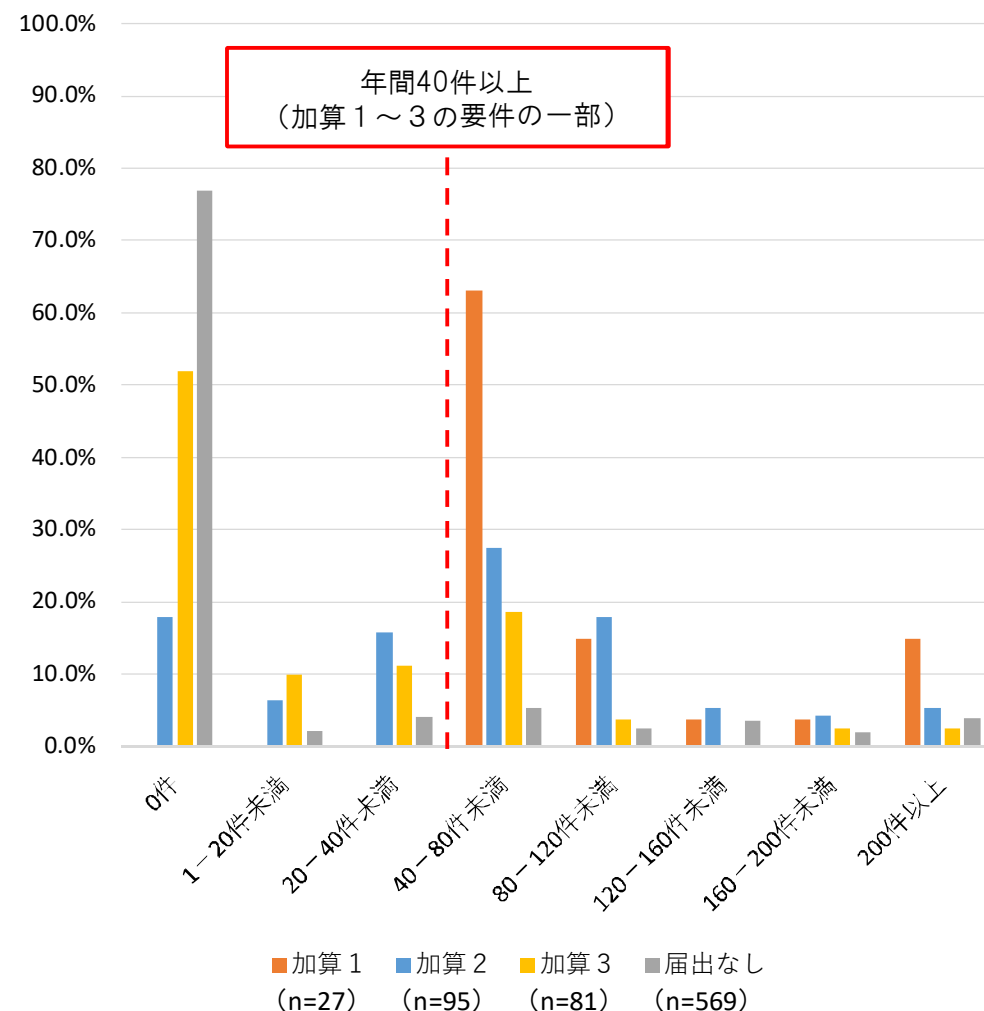
- 01 年間の手術等の件数
 - ア 全身麻酔による手術の件数が 年間 800 件以上
 - イ 人工心肺を用いた手術の件数が 年間 40 件以上
 - ウ 悪性腫瘍手術の件数が 年間 400 件以上
 - エ 腹腔鏡下手術の件数が 年間 100 件以上
 - オ 放射線治療（体外照射法）の件数が 年間 4,000 件以上
 - カ 化学療法の件数が 年間 1,000 件以上
 - キ 分娩の件数が 年間 100 件以上
- 02 救急自動車等による搬送件数が 年間 2,000 件以上
- 03 精神科について、24 時間対応できる体制を確保している
- 04 精神病床を有しており、精神病棟入院基本料等を届出て、現に精神疾患患者の入院を受入れている**
- 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癒し通院不要な患者が 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

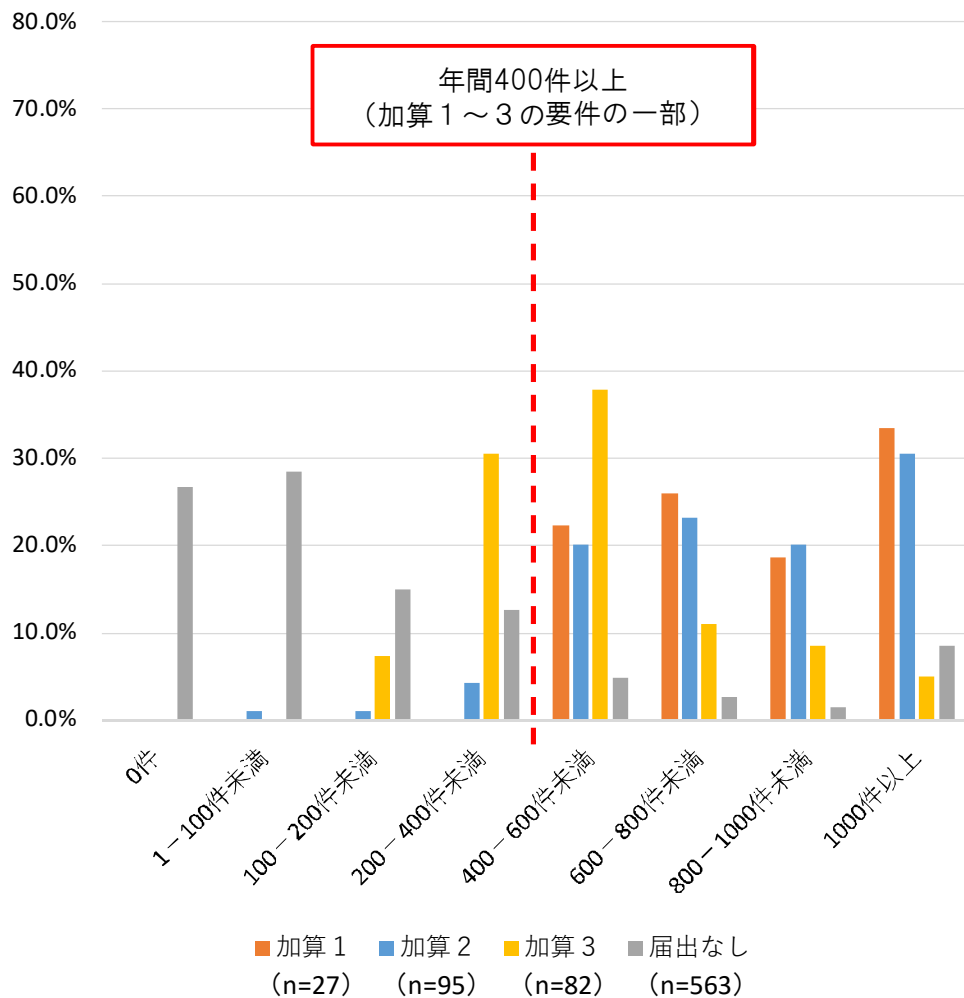


人工心肺を用いた手術

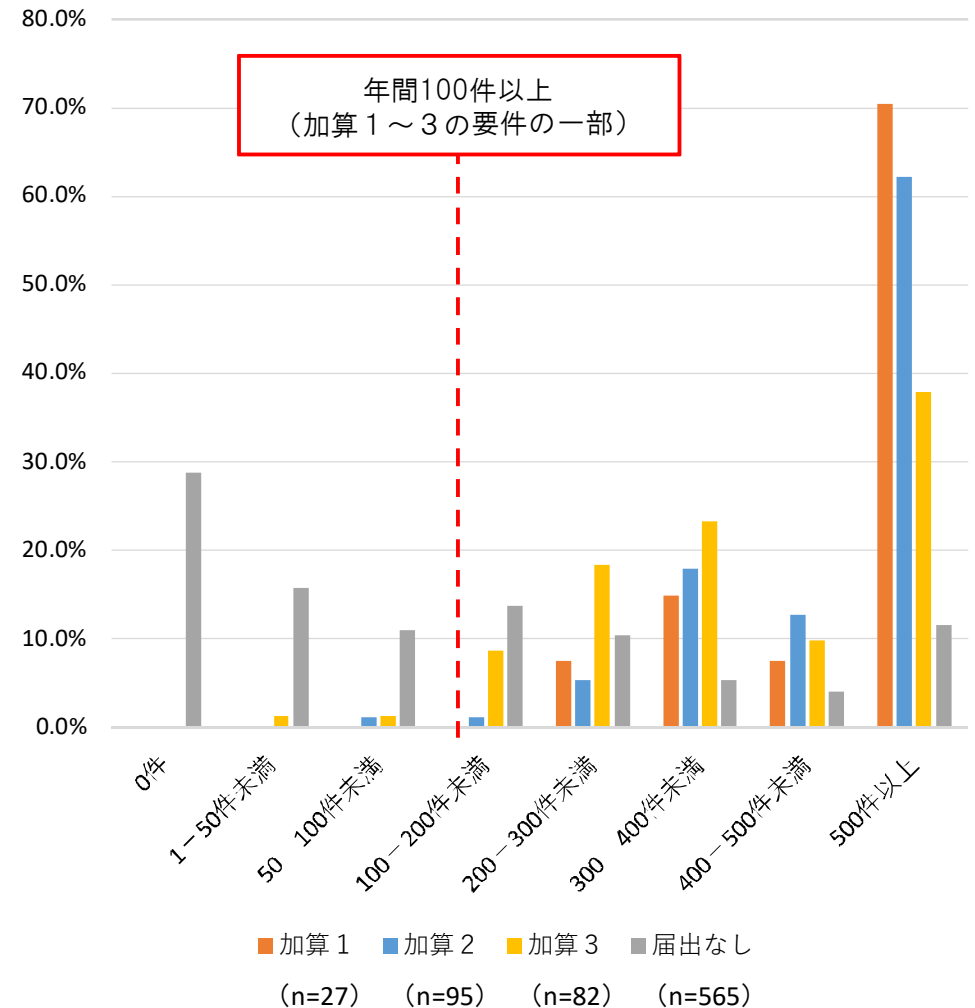


○ 総合入院体制加算1～3を届出ている施設と届出なしの施設について、総合入院体制加算にかかる実績の分布をみると、以下のとおりであった。

悪性腫瘍の手術

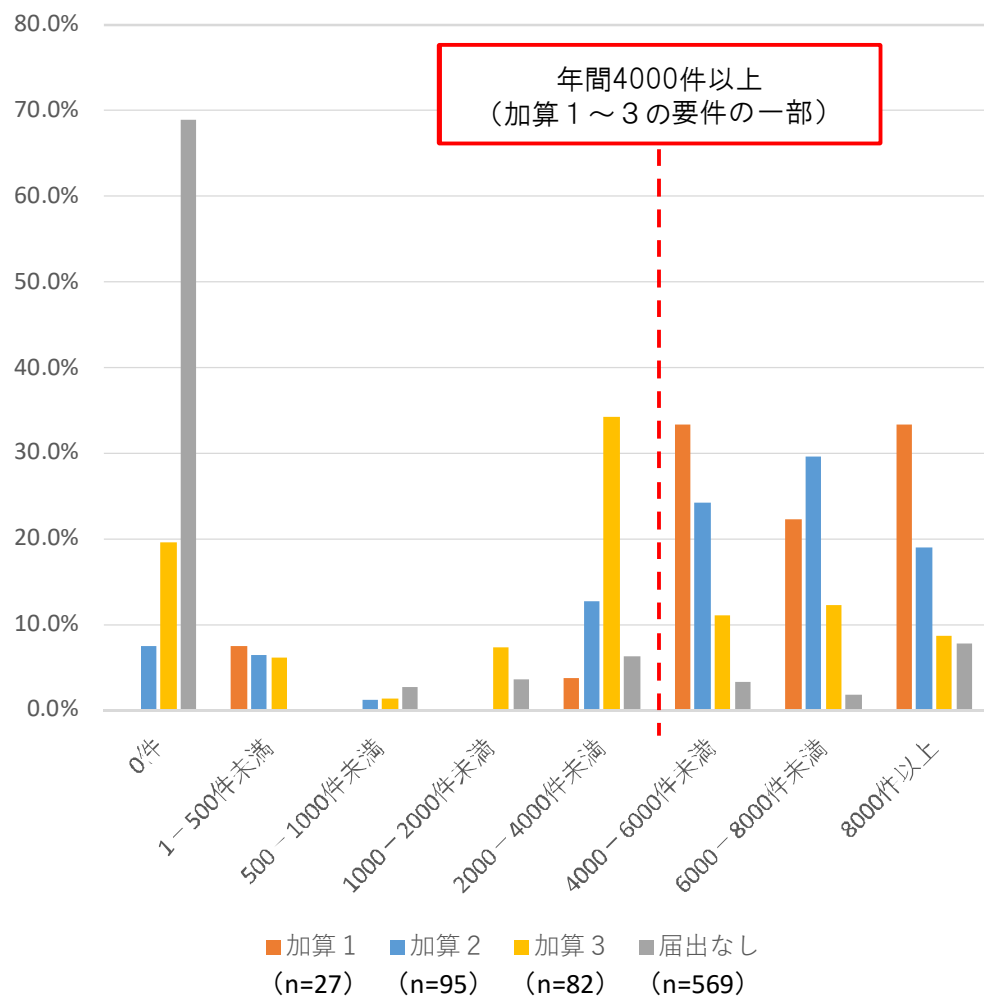


腹腔鏡下手術

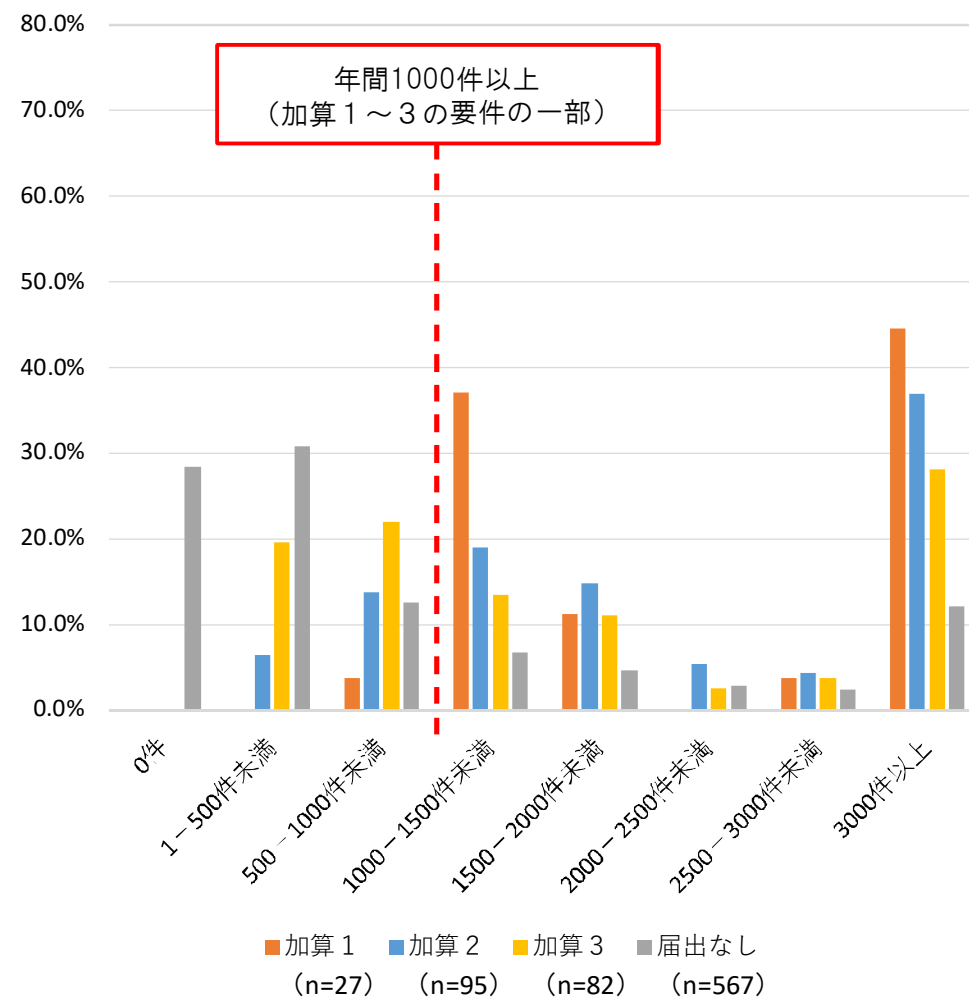


○ 総合入院体制加算1～3を届出ている施設と届出なしの施設について、総合入院体制加算にかかる実績の分布をみると、以下のとおりであった。

放射線治療（外部照射）

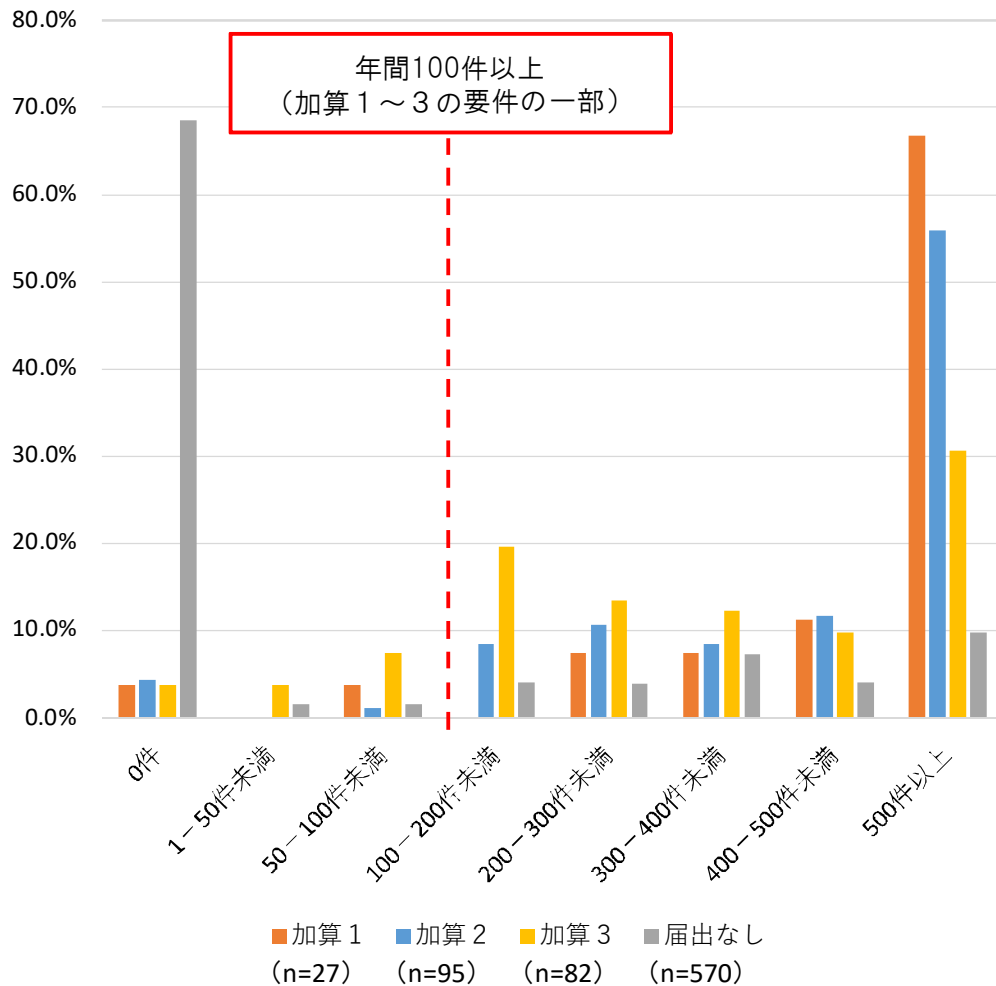


化学療法

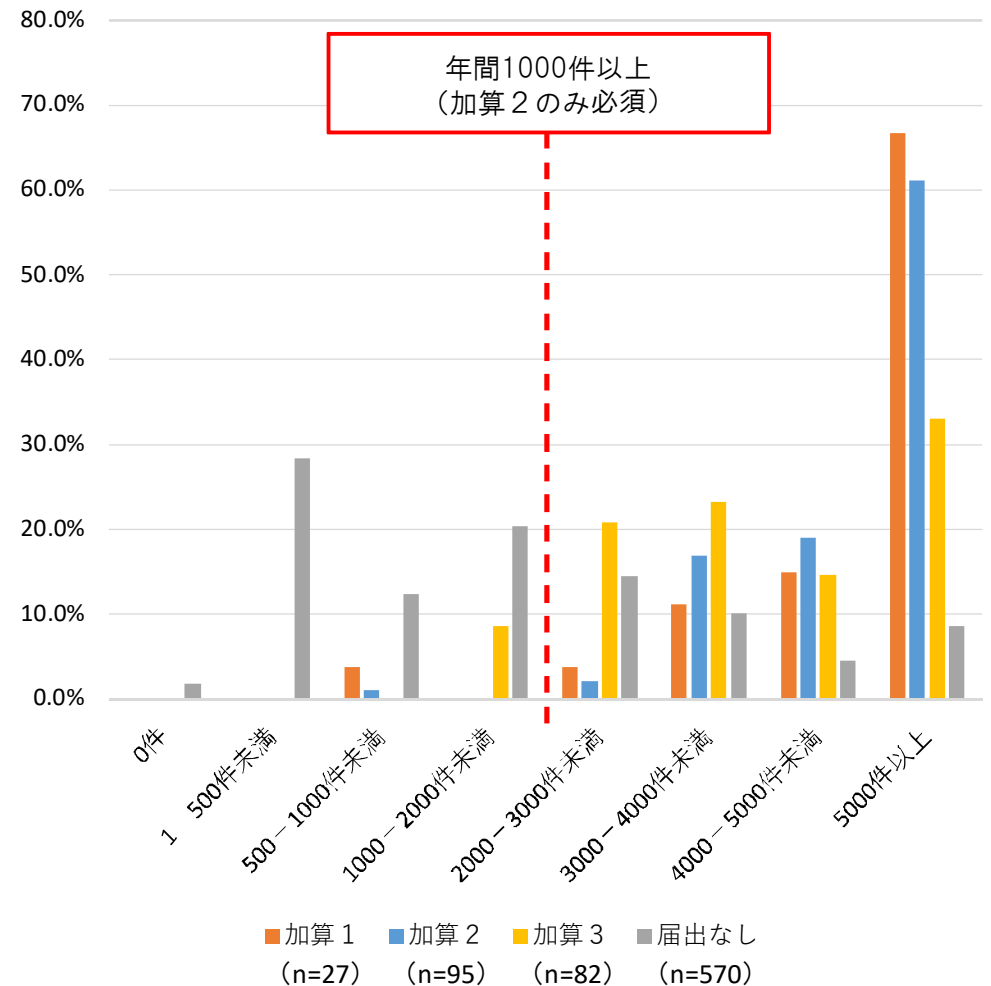


○ 総合入院体制加算1～3を届出ている施設と届出なしの施設について、総合入院体制加算にかかる実績の分布をみると、以下のとおりであった。

分娩件数



救急搬送件数

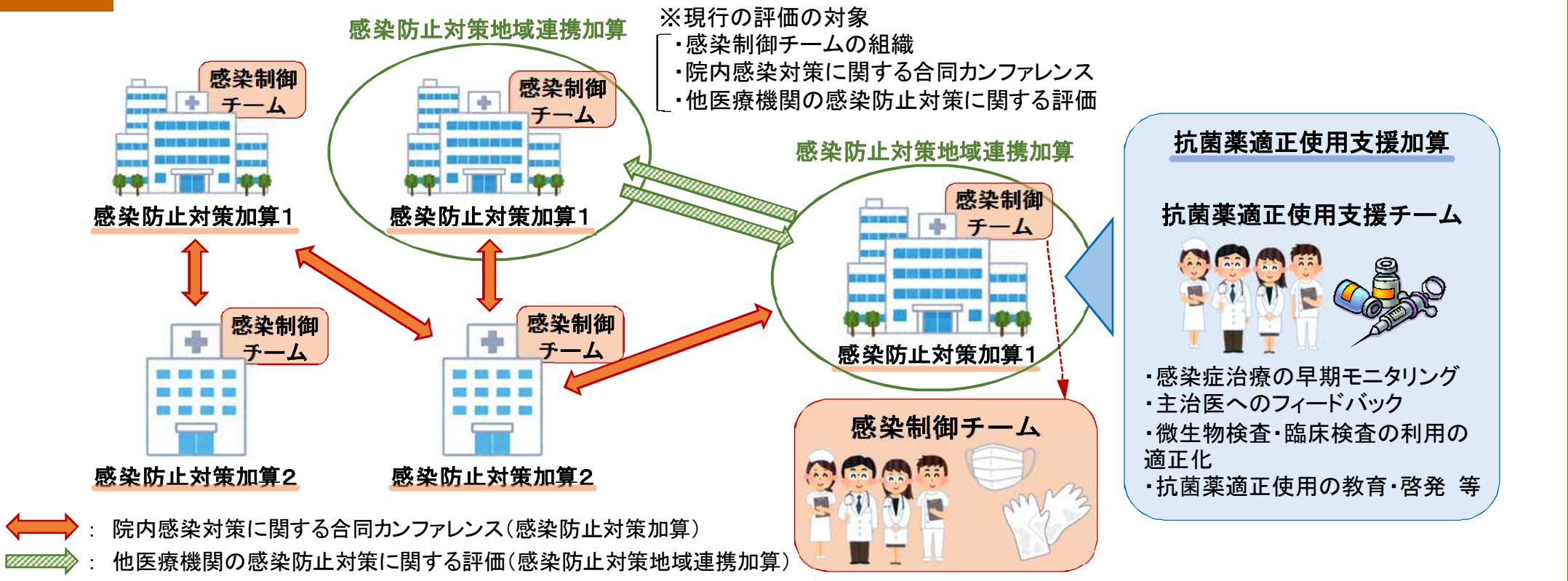


感染症対策・薬剤耐性対策の推進

入院

これまでの取組※

新たな取組



外来

新たな取組



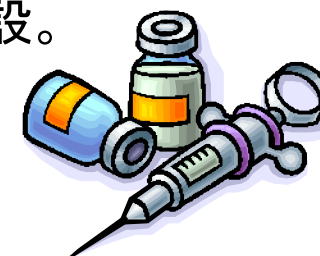
小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する**小児抗菌薬適正使用支援加算**を新設

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



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。

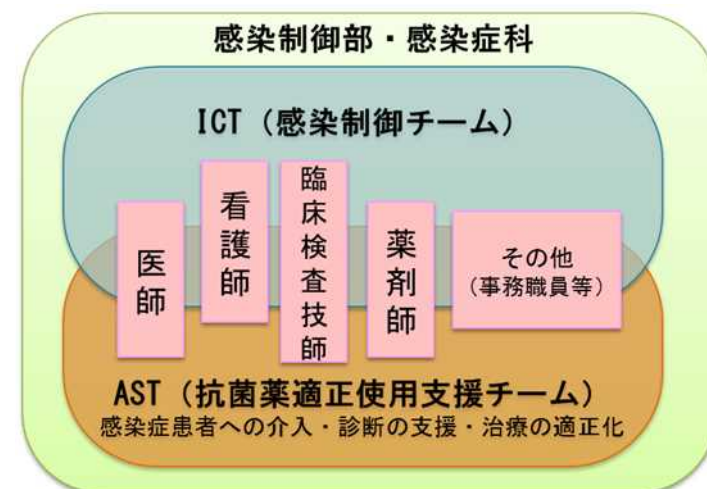
[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- 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。

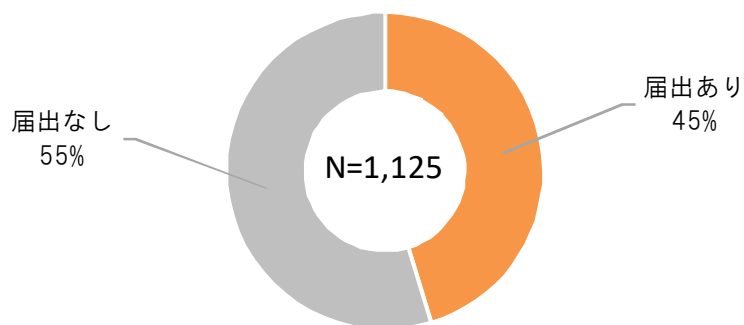
[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- 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

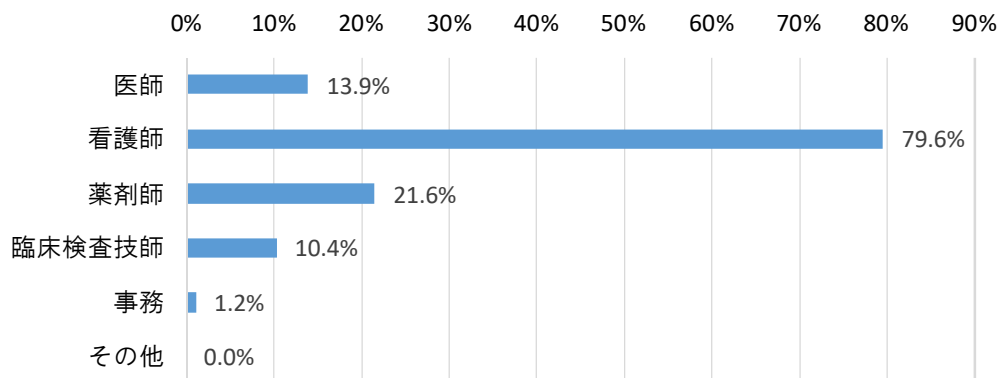


- 一般病棟入院基本料等を届出ている医療機関の約5割が抗菌薬適正使用支援加算を届けていた。
- 入院料別にみると、急性期一般入院料1、特定機能病院、専門病院において届出が多かった。
- 届出医療機関における専従職員の職種をみると、看護師が最も多く約8割であった。

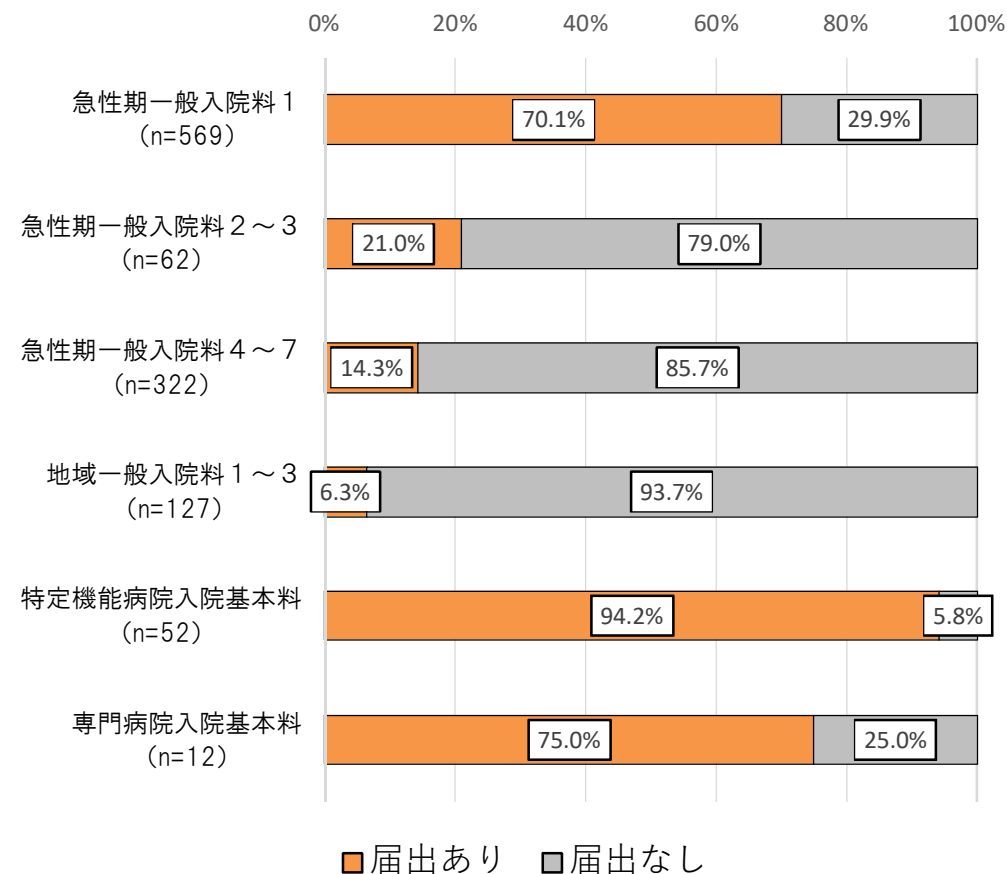
抗菌薬適正使用支援加算の届出状況 (A票)



専従職員の職種



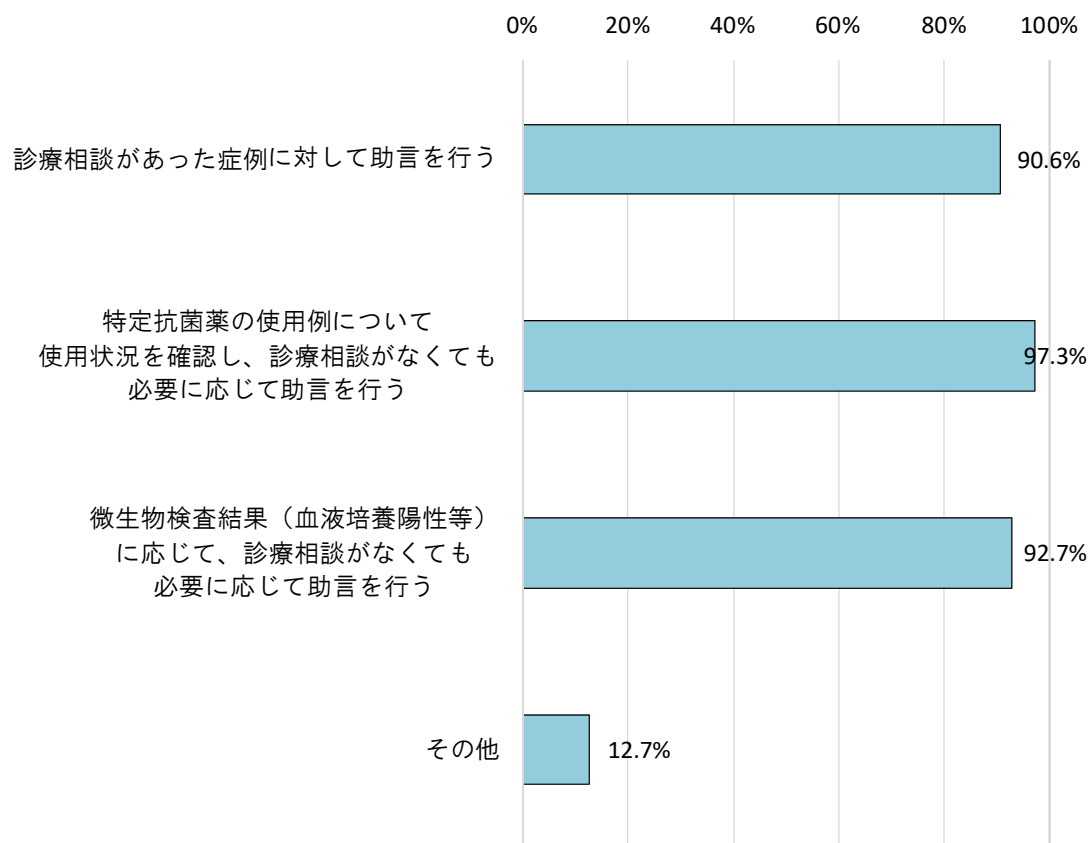
入院料別の届出状況



- 抗菌薬適正使用支援チームの役割をみると、多くの施設で相談の有無によらず必要な助言等を行っていた。
- 薬剤の院内の使用状況については、カルバペネム系抗菌薬や抗MRSA薬は概ね把握されていたが、他の薬剤ではばらつきがみられた。

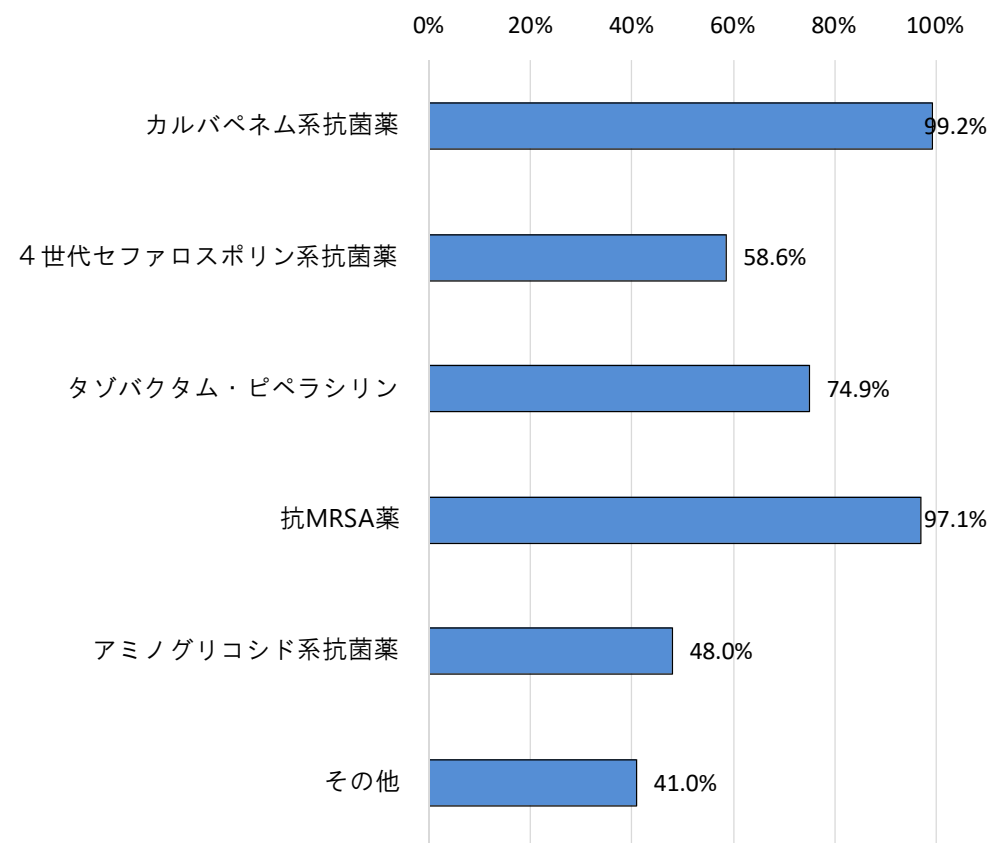
抗菌薬適正使用支援チームの役割

(n=510)



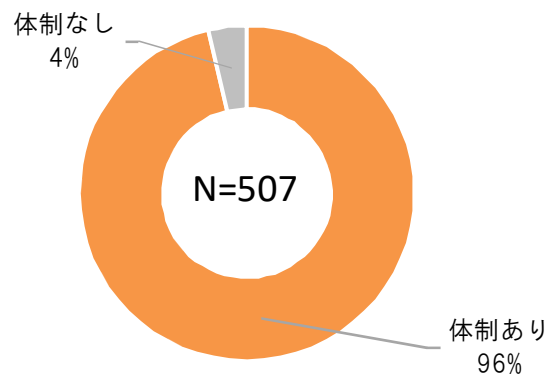
院内の使用状況を把握している薬剤

(n=510)

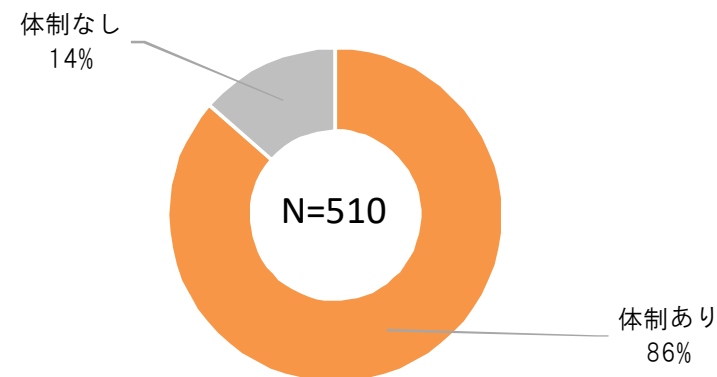


○ 加算を届出ている医療機関における体制等の状況は以下のとおりであった。

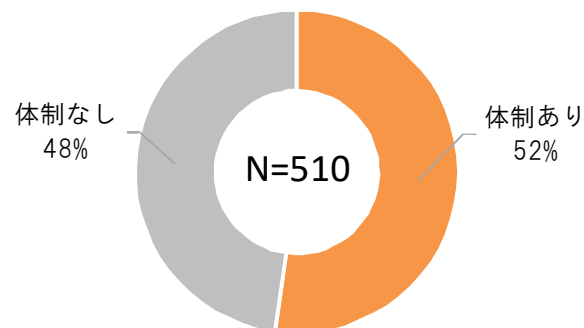
感染症診療に関する診療支援を
全ての診療科から受ける体制の有無



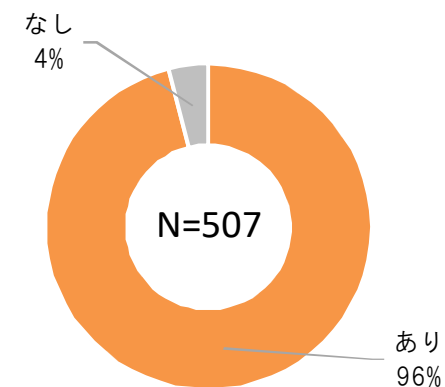
院内の細菌検査ができる
体制の有無



副作用について
ASTが把握する体制の有無

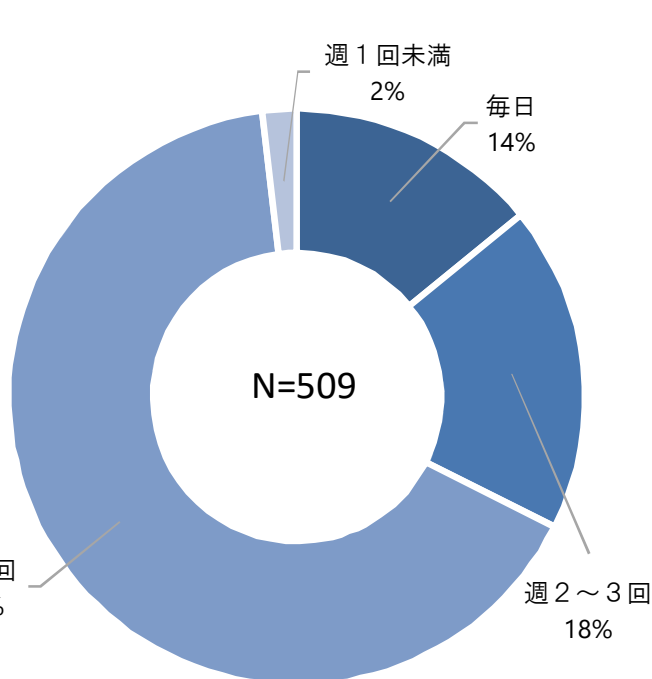


院内のアンチバイオグラムの有無

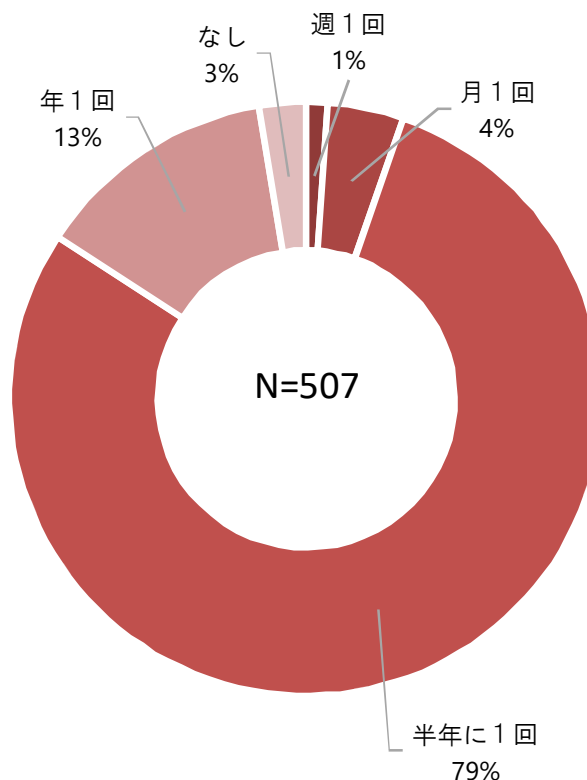


- 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスを行っている頻度をみると、週1回が約7割であった。
- 抗菌薬適正使用に関する院内講習会を行っている頻度をみると、半年に1回が約8割であった。
- 直近3月における、周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績をみると、実績なしが約5割であった。

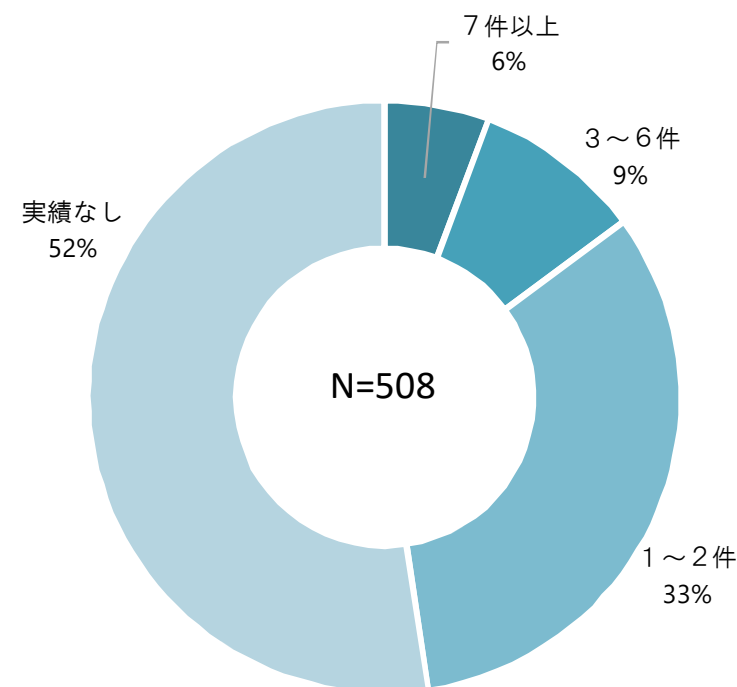
抗菌薬適正使用に関する
カンファレンスの頻度



抗菌薬適正使用に関する
院内講習会の頻度



周辺地域の医療機関からの
相談に応じた実績(直近3月)



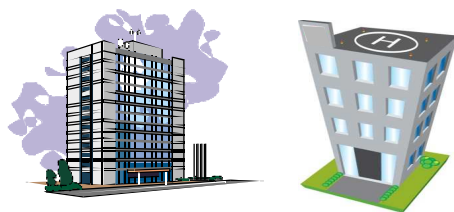
とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
 - 2-1. 算定病床の動向及び施設の状況
 - 2-2. 入院患者の状態
 - 2-3. 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

地域包括ケア病棟の役割

①急性期治療を経過した患者の受け入れ



②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ



③在宅復帰支援



「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」に係る要件

- 重症患者割合

「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件

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

「③在宅復帰支援」に係る要件

- 在宅復帰に係る職員の配置
- 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

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

*1:現行方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価

	管理料4		入院料4		管理料3		入院料3		管理料2		入院料2		管理料1		入院料1	
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)															
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上															
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置															
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置															
在宅復帰率	—								7割以上							
室面積	—								6.4㎡以上							
自宅等から入棟した患者割合	—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)		1割以上		—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)		1割以上					
自宅等からの緊急患者の受入	—		3月で3人以上		—		3月で3人以上									
在宅医療等の提供(*3)	—		○		—		○									
看取りに対する指針	—		○		—		○									
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟								
許可病床数200床未満のみが対象	○	—	○	○	○	—	○	○								
点数(生活療養)	2,038点(2,024点)		2,238点(2,224点)		2,558点(2,544点)		2,738点(2,724点)									

実績部分

*3:以下①～④のうち少なくとも2つを満たしていること

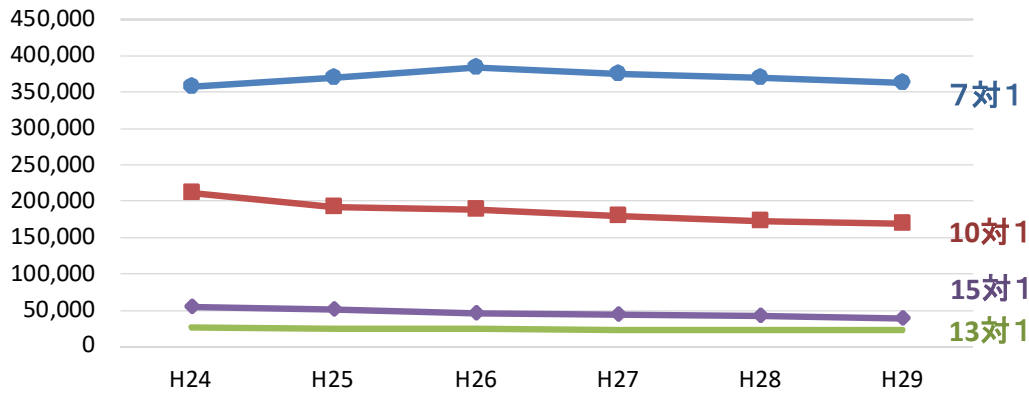
- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
- ③当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。
- ④介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーショ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

入院料別の届出病床数の推移

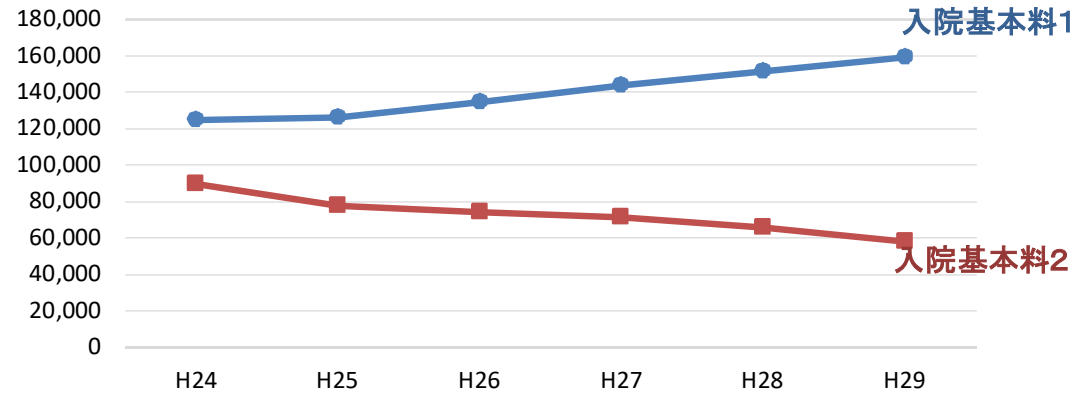
○ 入院料別の届出病床数をみると、一般病棟入院基本料の7対1、10対1は減少傾向。療養病棟入院基本料1、地域包括ケア病棟入院料・管理料1、回復期リハビリテーション病棟入院料1は増加傾向。

(床数)

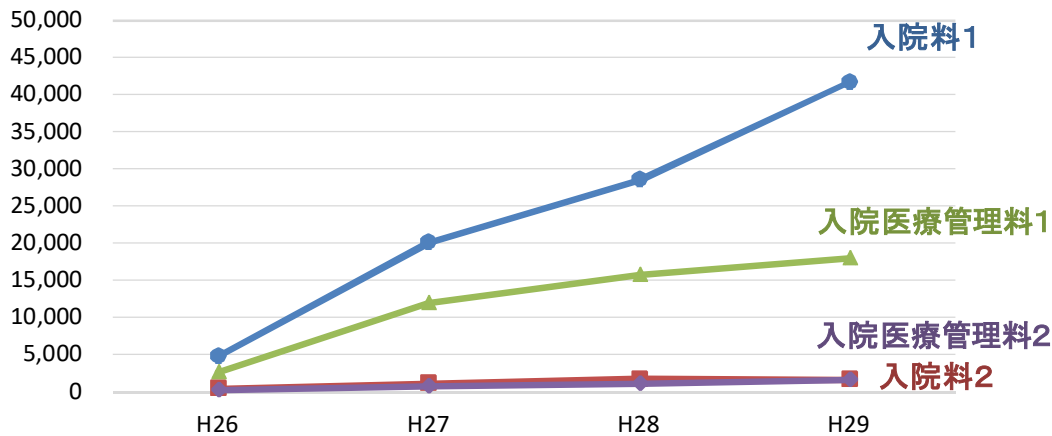
一般病棟入院基本料



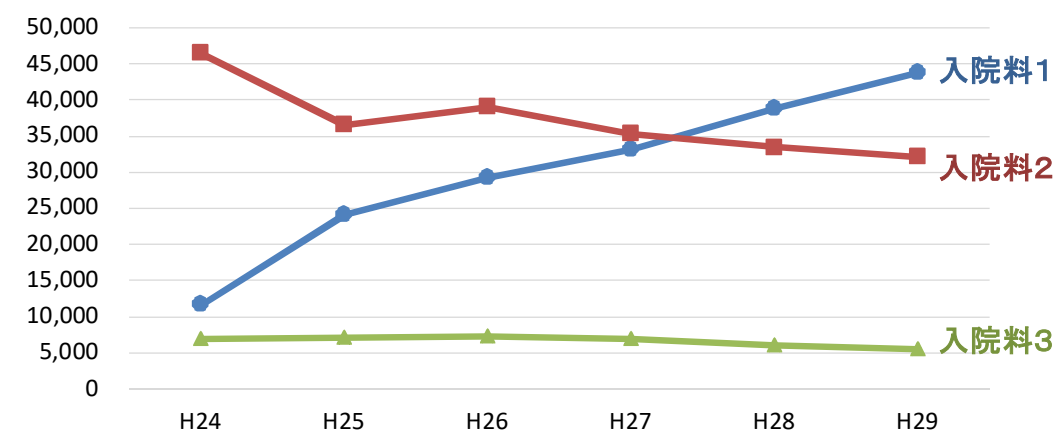
療養病棟入院基本料



地域包括ケア病棟入院料



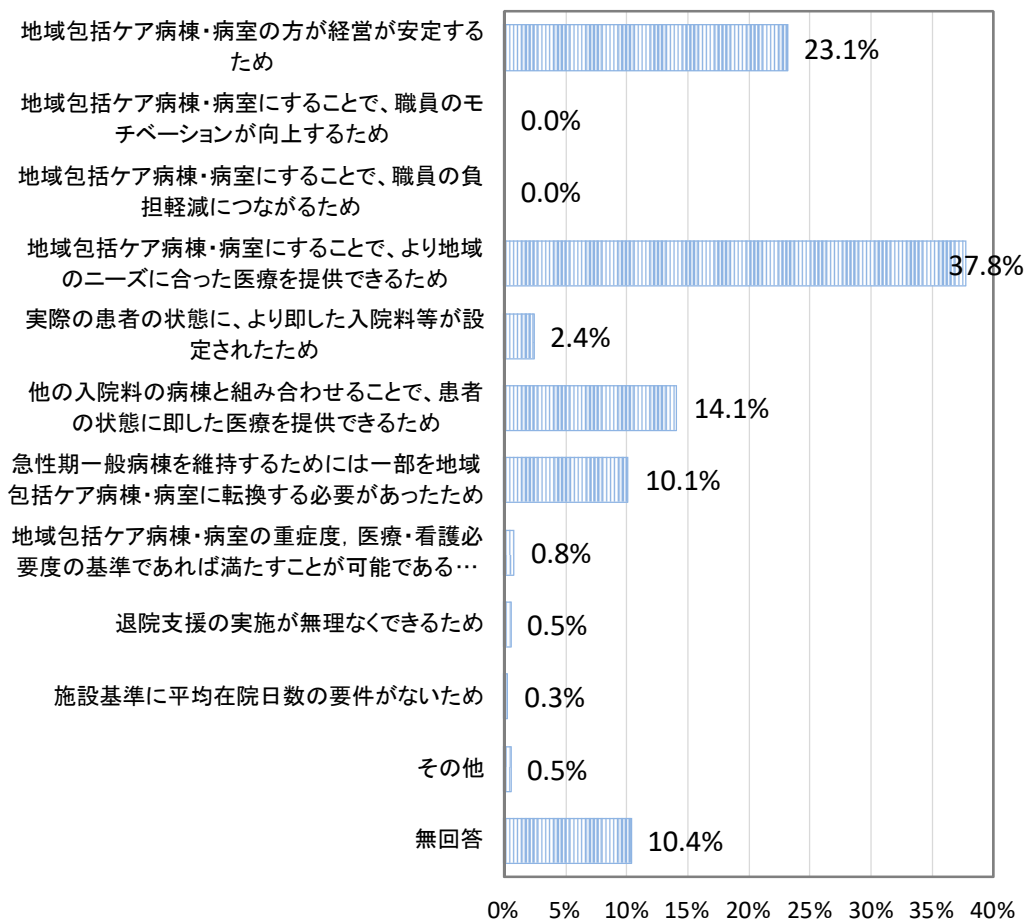
回復期リハビリテーション病棟入院料



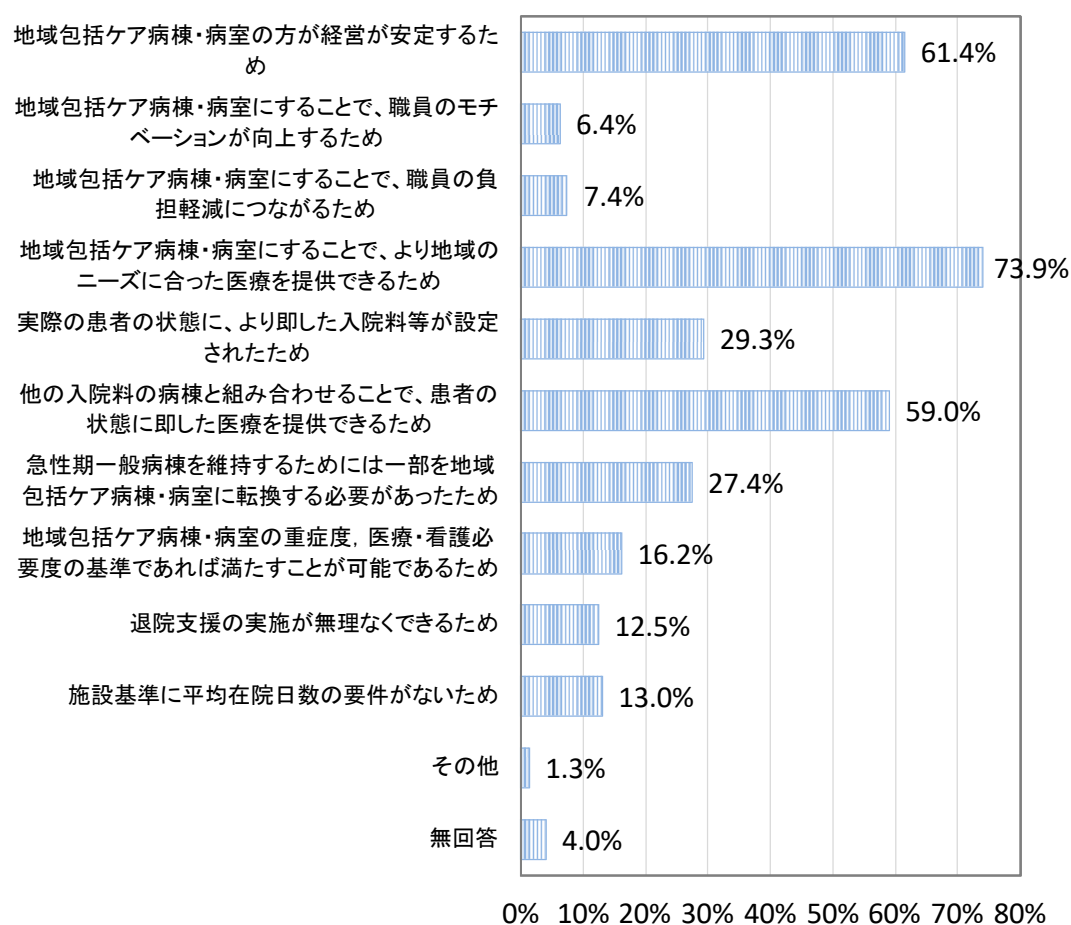
※H24,25は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

○ 地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」が最も多く、次いで、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。

地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由
(最も該当するもの) (n=376)



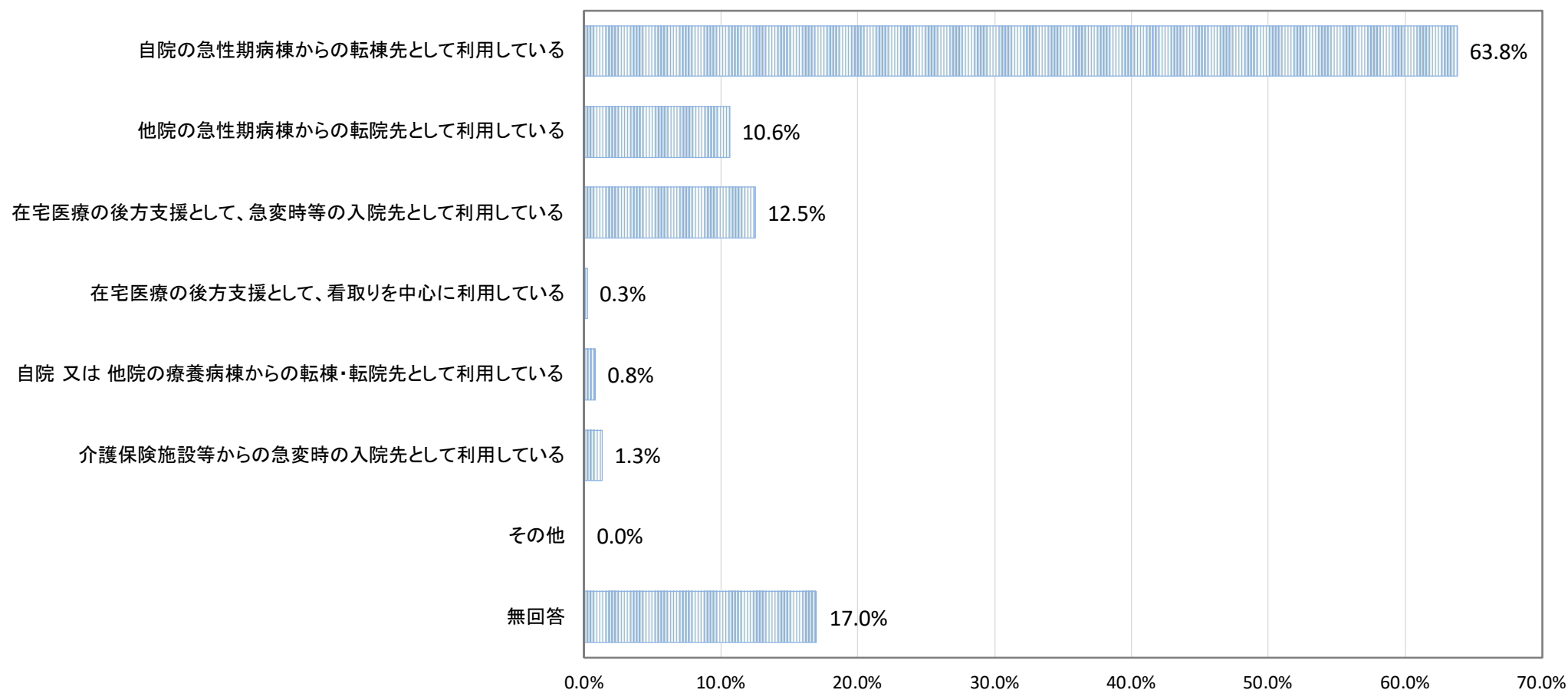
地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由
(複数回答) (n=376)



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

地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨(最も該当するもの)

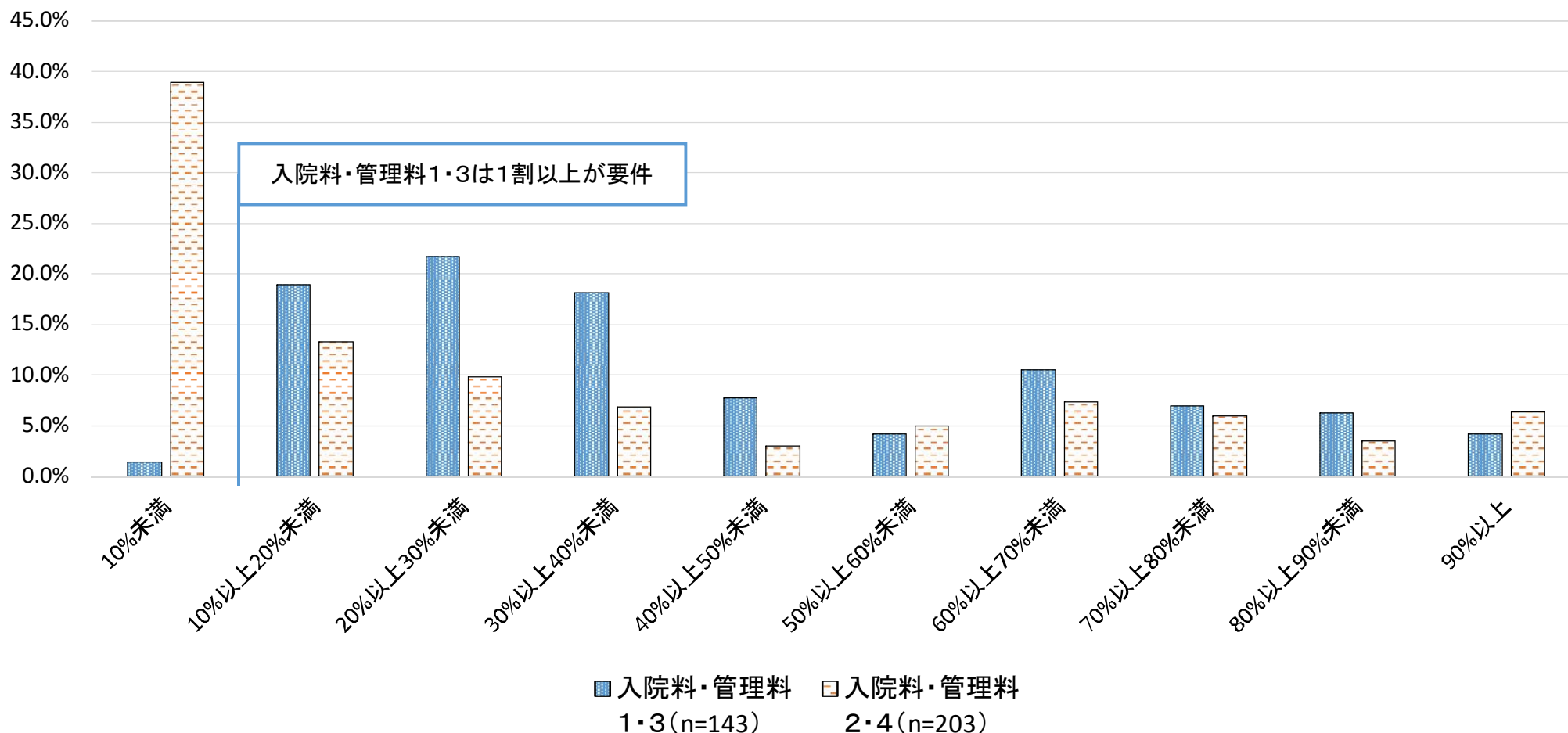
(n=376)



○ 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3にかかる実績部分のうち、自宅等から入棟した患者割合をみると、入院料1・3は、20%以上30%未満と60%以上70%未満の施設が比較的多く、二峰性の分布であった。入院料2・4は、10%未満が最も多く、全体の約4割であった。

自宅等から入棟した患者割合

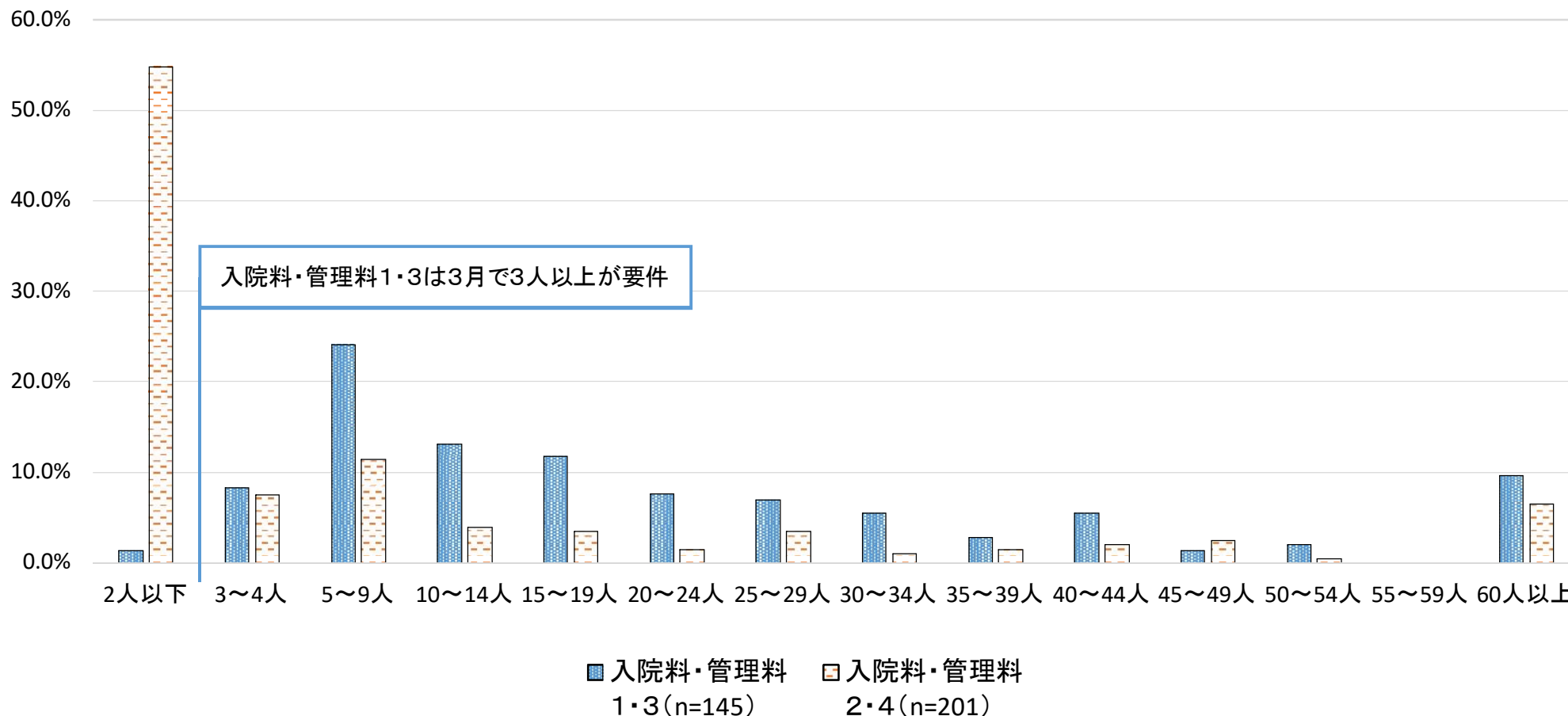
（施設の占める割合）



○ 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3にかかる実績部分のうち、3ヵ月あたりの自宅等からの緊急入院の受入人数をみると、入院料1・3は、5～9人の施設が最も多かったが、60人以上の施設も約1割あった。入院料2・4は、2人以下の施設が5割以上であった。

自宅等からの緊急入院の受入（3ヵ月あたり）

（施設の占める割合）



■ 入院料・管理料 1・3 (n=145) ■ 入院料・管理料 2・4 (n=201)

実績部分の状況（在宅医療等の提供）

○ 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3にかかる実績部分のうち、在宅医療等の提供状況をみると、入院料にかかわらず「在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上」「介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施」を満たしている割合が高かった。

在宅医療等の提供状況について（複数回答）

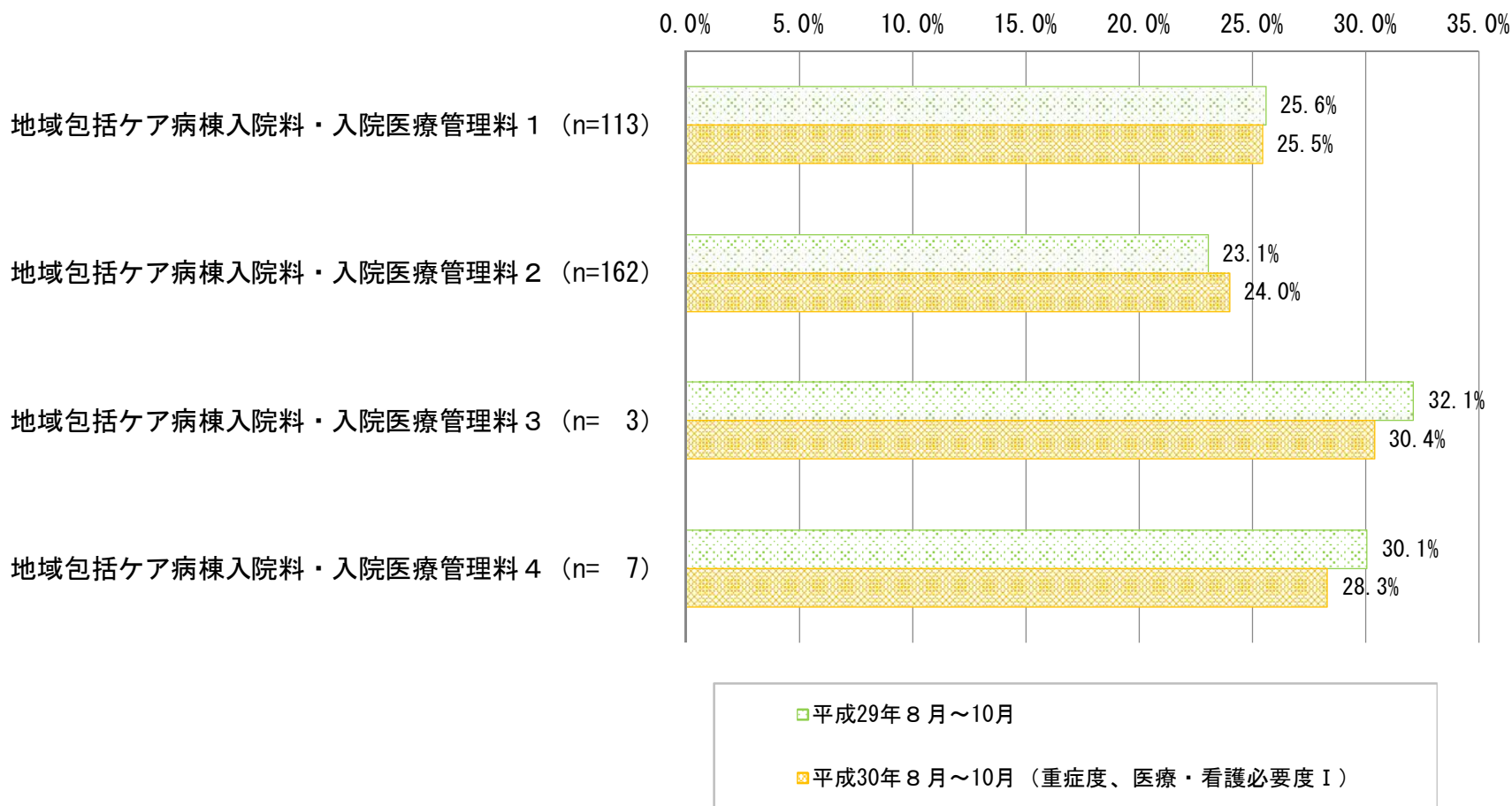
		施設として届け出ている地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料															
		地域包括ケア病棟入院料1		地域包括ケア入院医療管理料1		地域包括ケア病棟入院料2		地域包括ケア入院医療管理料2		地域包括ケア病棟入院料3		地域包括ケア入院医療管理料3		地域包括ケア病棟入院料4		地域包括ケア入院医療管理料4	
全体		施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
		67	100.0%	66	100.0%	45	100.0%	25	100.0%	1	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	2	100.0%
満たしている実施要件	在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上	58	86.6%	62	93.9%	20	44.4%	13	52.0%	1	100.0%	3	100.0%	1	50.0%	2	100.0%
	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上	5	7.5%	3	4.5%	7	15.6%	3	12.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	同一敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上	11	16.4%	6	9.1%	3	6.7%	2	8.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定回数が3月で10回以上	7	10.4%	3	4.5%	8	17.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施	59	88.1%	66	100.0%	30	66.7%	18	72.0%	1	100.0%	3	100.0%	1	50.0%	1	50.0%

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3は以下のうち少なくとも2つを満たしていることが要件

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

○ 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29年と平成30年のいずれも回答した施設の平均をみると、入院料1及び2では大きな違いはみられなかった。

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29年・平成30年のいずれも回答した施設の比較）



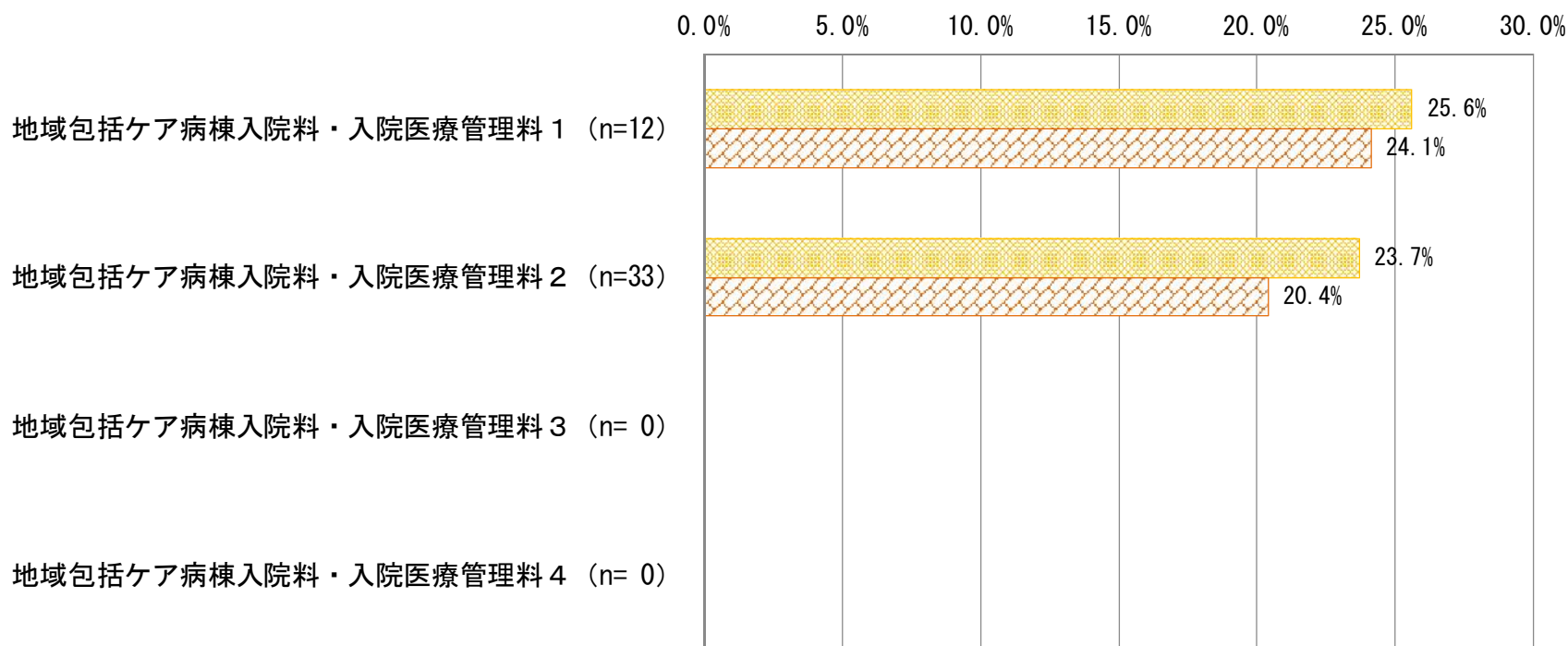
※届出区分無回答のものは除く

※平成29年と平成30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

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

○ 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30年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較）



■ 平成30年 8月～10月（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）

■ 平成30年 8月～10月（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

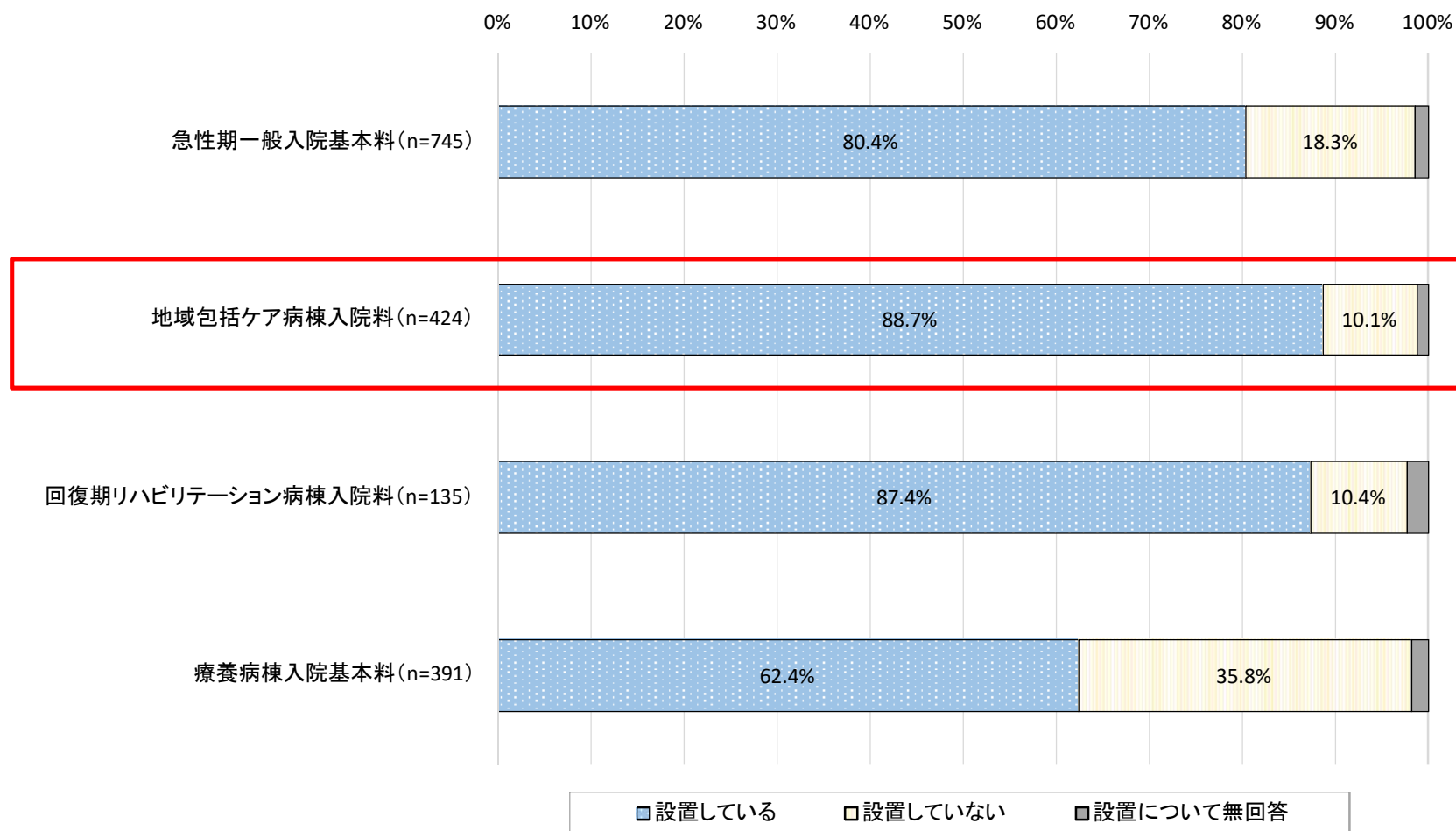
※届出区分無回答のものは除く

※平成30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

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

- 急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、8割以上の施設で入退院支援部門を設置していた。

入退院支援部門の設置状況

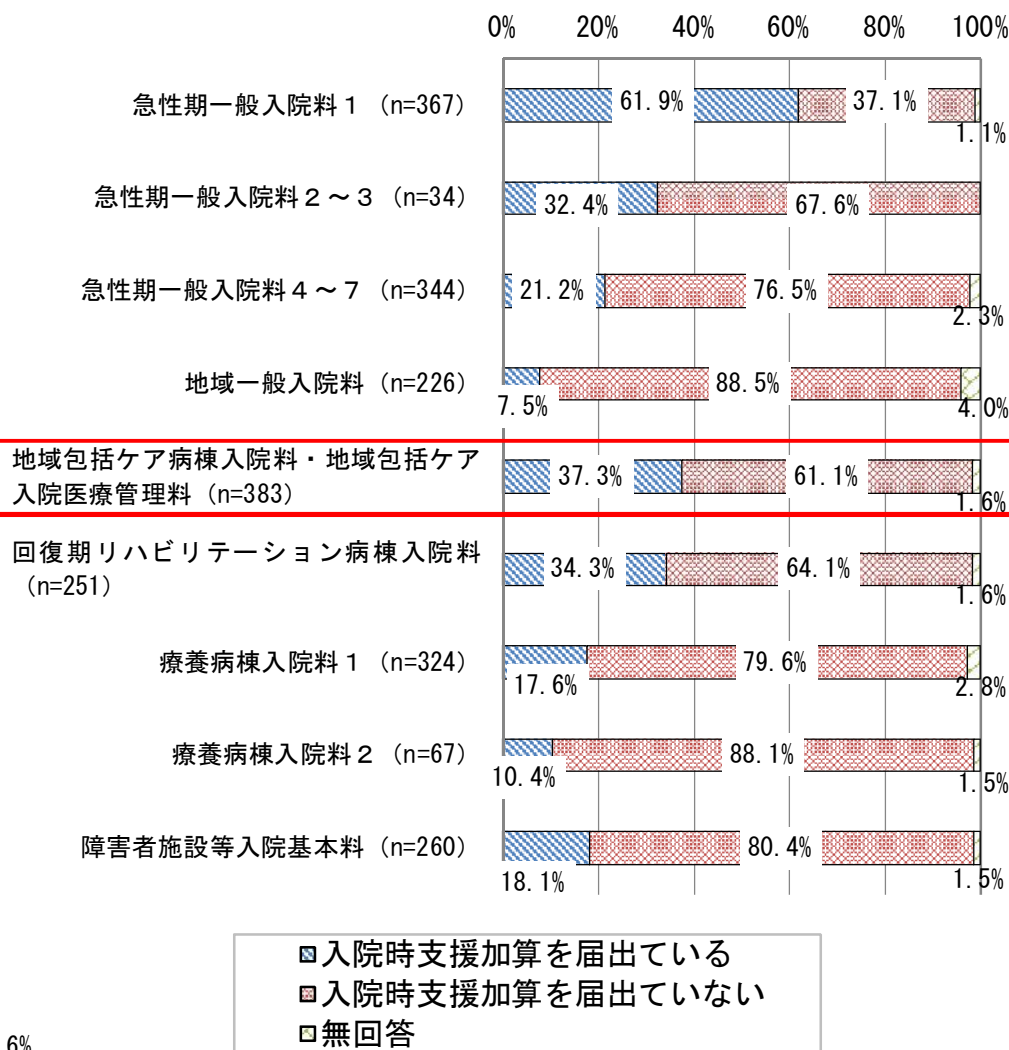
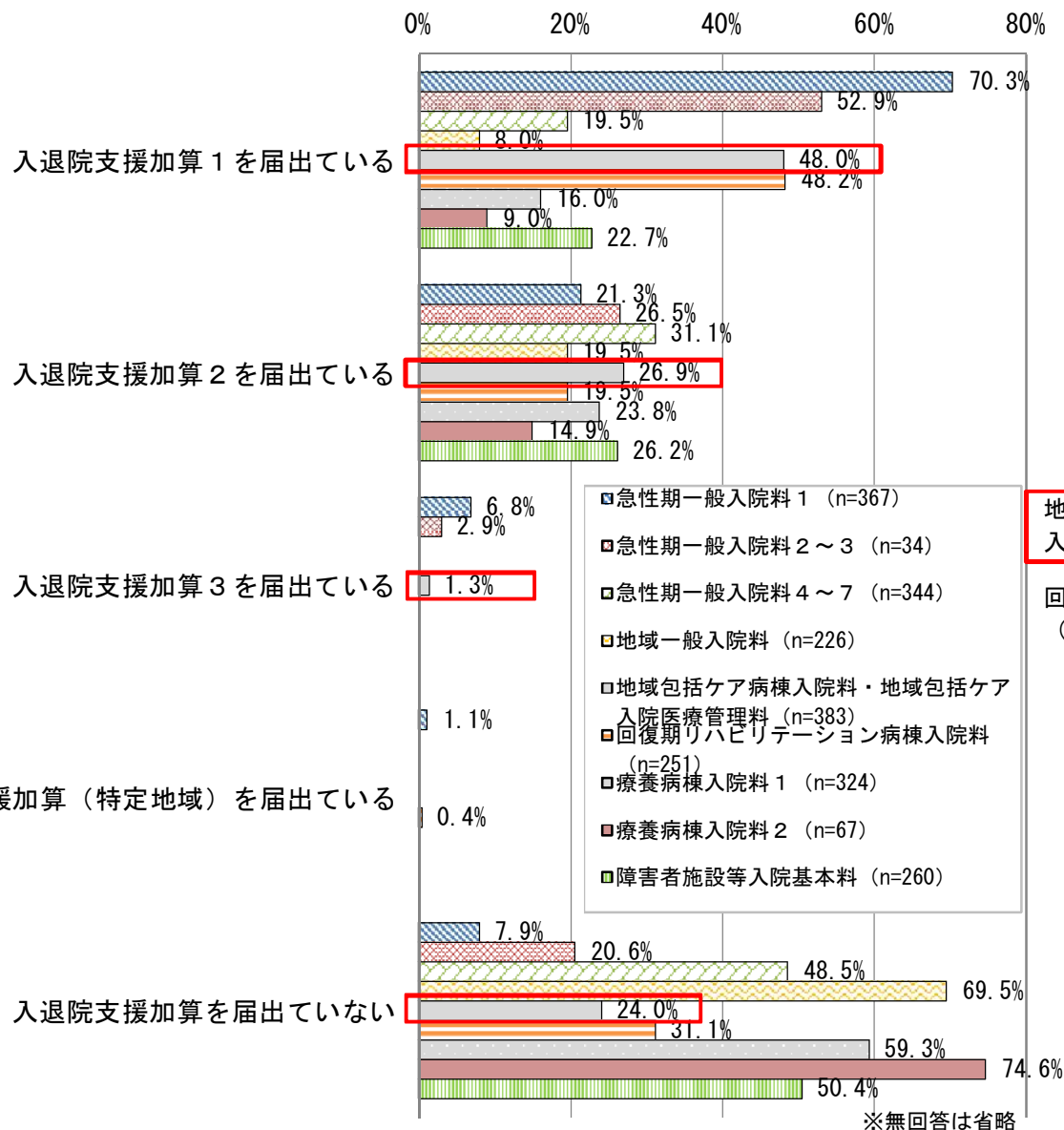


入退院支援加算及び入院時支援加算の届出状況

○ 入退院支援加算及び入院時支援加算は、急性期一般入院料1での届出が多かった。

入退院支援加算の届出状況 (複数回答)

入院時支援加算の届出状況

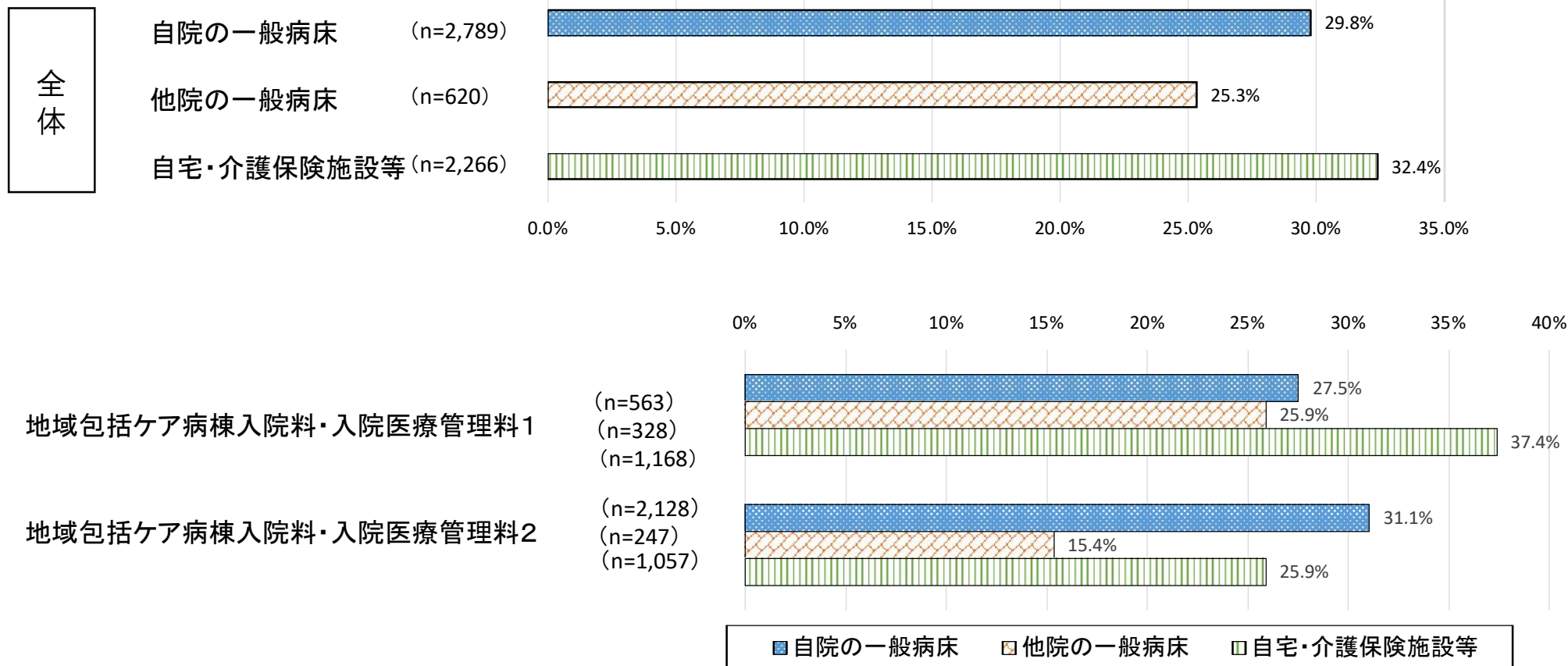


とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
 - 2-1. 算定病床の動向及び施設の状況
 - 2-2. 入院患者の状態
 - 2-3. 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

○ 入棟前の場所別に、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合をみると、地域包括ケア病棟入院料1では「自宅・介護保険施設等」から入院した患者の該当患者割合が最も高く、入院料2では「自院の一般病床」から入院した患者の該当患者割合が最も高かった。

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合



※自院の一般病床は、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域一般入院基本料を算定する病床を除く

※無回答を除く

地域包括ケア病棟における必要度の該当項目

診調組 入-1
元 . 10 . 3

- 地域包括ケア病棟における必要度の該当項目をみると、A項目のうち「創傷処置」「呼吸ケア」「心電図モニター」の割合が高かった。
- 入棟前の場所による明らかな該当項目の違いはみられなかった。

A項目 (n=5,881)	全体	自院の 一般病床	他院の 一般病床	自宅・介護 保険施設等
創傷処置(1点)	11.4%	9.8%	14.5%	11.6%
呼吸ケア(1点)	11.7%	10.0%	10.8%	14.7%
点滴ライン同時3本以上の管理(1点)	0.8%	0.5%	0.0%	1.5%
心電図モニターの管理(1点)	7.2%	6.8%	3.4%	7.8%
シリンジポンプの管理(1点)	0.5%	0.7%	0.0%	0.5%
輸血や血液製剤の管理(1点)	0.5%	0.4%	0.0%	0.1%
専門的な治療処置(2点)	7.6%	8.2%	5.1%	6.1%
①抗悪性腫瘍剤の使用	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
②抗悪性腫瘍剤の内服	1.1%	1.2%	1.2%	0.0%
③麻薬の使用	0.4%	0.6%	0.0%	0.3%
④麻薬の内服・貼付・座	1.2%	0.5%	0.0%	1.8%
⑤放射線治療	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%
⑥免疫抑制剤の管理	3.5%	4.4%	1.4%	3.1%
⑦昇圧剤の使用	0.1%	0.3%	0.0%	0.0%
⑧抗不整脈剤の使用	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%
⑨抗血栓薬点滴の	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑩ドレナージの管理	1.3%	1.5%	2.5%	0.6%
⑪無菌治療室での治療	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
緊急搬送後の入院(2点)	0.3%	0.1%	0.0%	0.6%

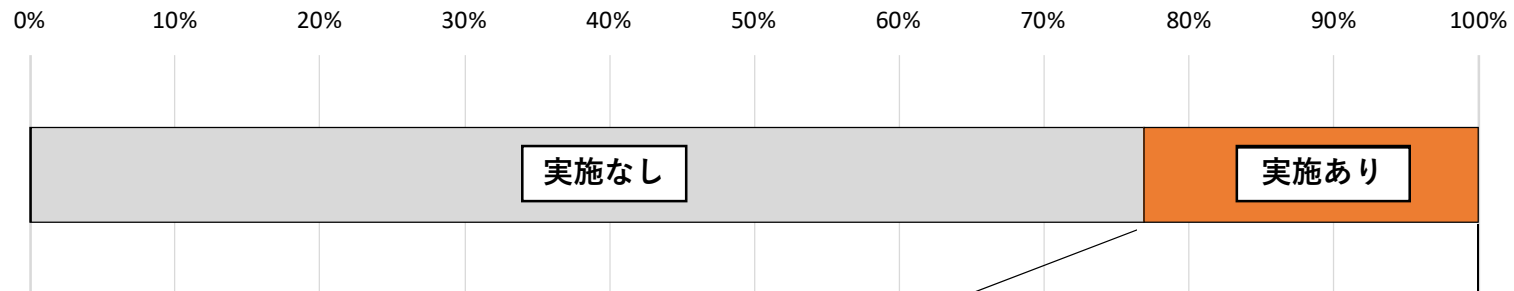
【施設基準】
必要度Ⅰ 10%以上 又は 必要度Ⅱ 8%以上
【該当基準】
A項目1点以上 又は C項目1点以上

B項目 (n=5,881)	全体	自院の 一般病床	他院の 一般病床	自宅・介護 保険施設等
寝返り(1点)	36.2%	35.5%	35.6%	33.6%
寝返り(2点)	26.8%	23.1%	20.4%	28.6%
移乗(1点)	33.2%	37.5%	42.1%	25.5%
移乗(2点)	15.7%	13.7%	13.7%	17.7%
口腔清潔(1点)	61.0%	61.1%	54.9%	56.1%
食事摂取(1点)	32.4%	35.7%	37.8%	23.4%
食事摂取(2点)	15.7%	13.7%	7.3%	18.1%
衣服の着脱(1点)	24.0%	26.2%	21.5%	21.7%
衣服の着脱(2点)	41.6%	36.6%	41.6%	41.6%
診療・療養上の指示が通じる(1点)	30.3%	29.4%	25.7%	27.7%
危険行動(2点)	11.5%	11.1%	9.3%	12.4%

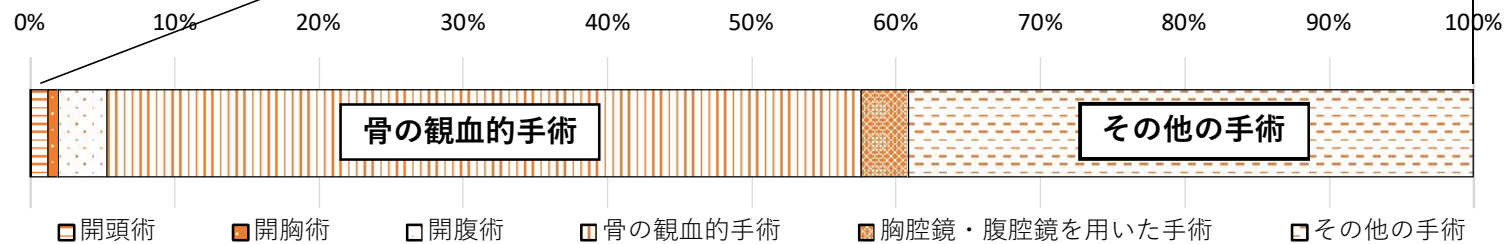
C項目 (n=5,881)	全体	自院の 一般病床	他院の 一般病床	自宅・介護 保険施設等
開頭手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
開胸手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
開腹手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
骨の手術(1点)	0.1%	0.3%	0.0%	0.0%
胸腔鏡・腹腔鏡手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
全身麻酔・脊椎麻酔の手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
救命等に係る内科的治療(1点)	0.2%	0.3%	0.2%	0.0%

- 入院中の手術の実施状況をみると、「実施あり」は約4分の1であった。実施した手術の種類をみると、「骨の観血的手術」「その他の手術」の順に多かった。

入院中の手術の実施状況 (n=1,785)



実施した手術の種類 (n=419)



※入院中の手術は同一医療機関内の他の病棟で実施された手術を含む
※無回答を除く

地域包括ケア病棟において実施される手術（短期滞在を除く）

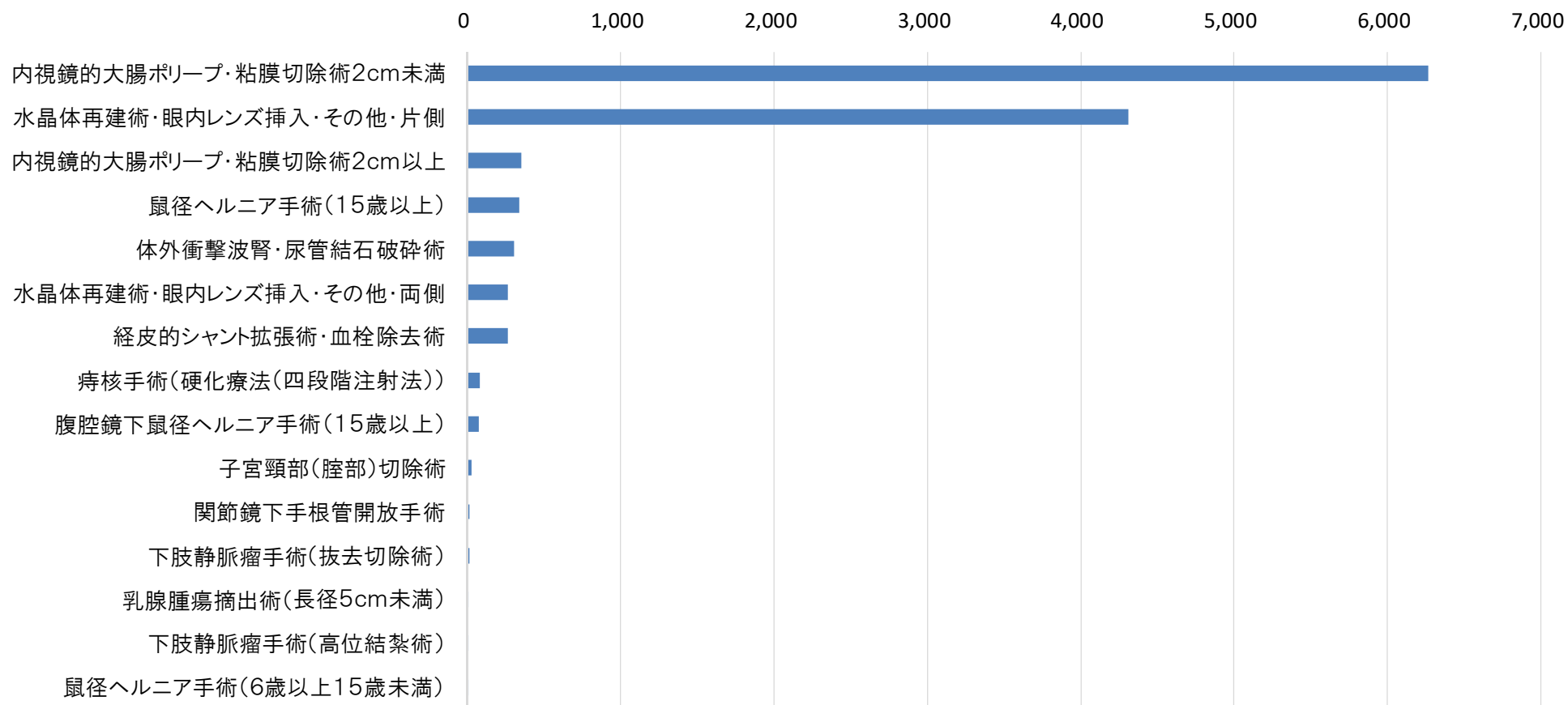
○ 地域包括ケア病棟入院料を算定する期間中に実施される手術（短期滞在手術等基本料を算定する場合を除く）をみると、「水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）」が最も多く、次いで、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（2cm未満）」が多かった。

地域包括ケア病棟入院料を算定する期間中に実施される手術（上位15件）



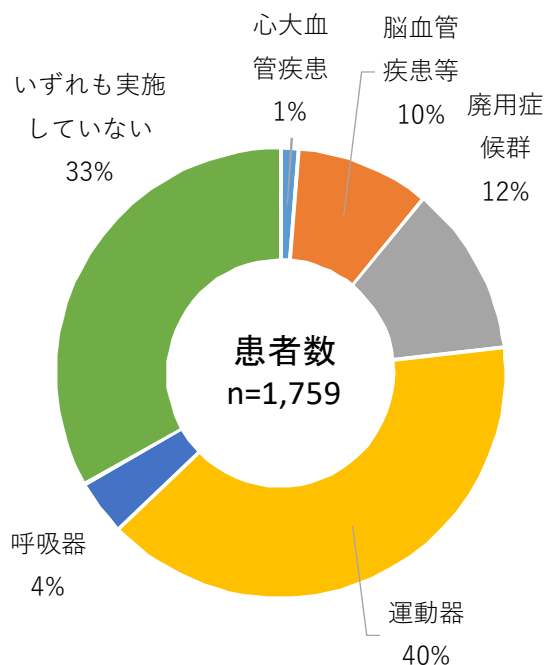
○ 地域包括ケア病棟において実施される、短期滞在手術等基本料3の対象手術をみると、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(2cm未満)」が最も多く、次いで、「水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)」が多かった。

地域包括ケア病棟において実施される短期滞在3（上位15件）

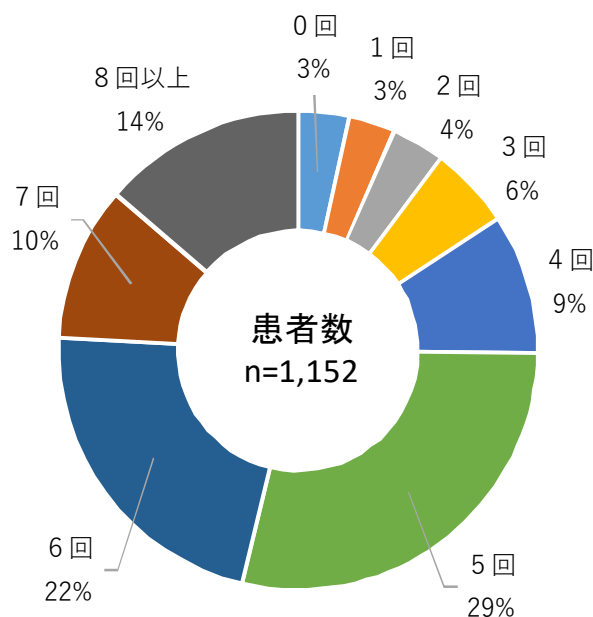


- 疾患別リハビリテーションの実施状況をみると、「運動器リハビリテーション」が最も多いが、次いで、「いずれも実施していない」が多かった。
- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施している患者について、過去7日間の実施頻度と実施単位をみると、「5回以上」が約7割5分、「11単位以上」が約6割5分であり、それ以下の患者も一定数いた。

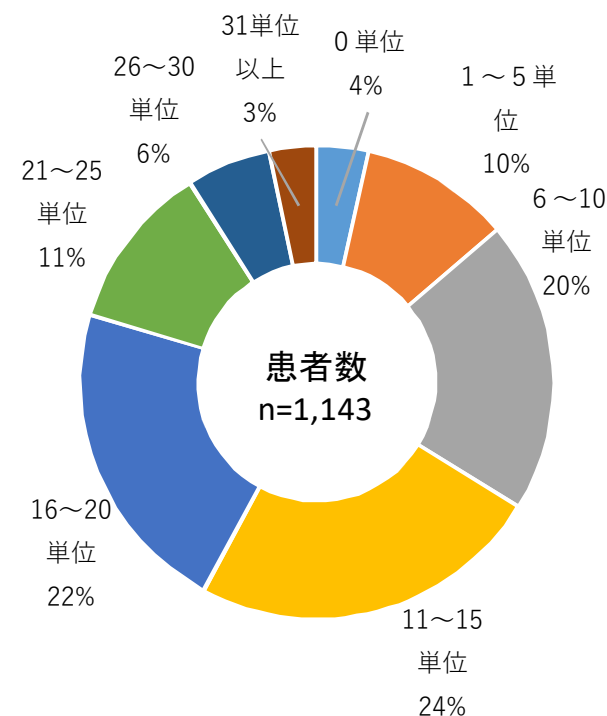
実施している
疾患別リハビリテーション



疾患別リハビリテーションを
実施している場合の頻度(過去7日間)

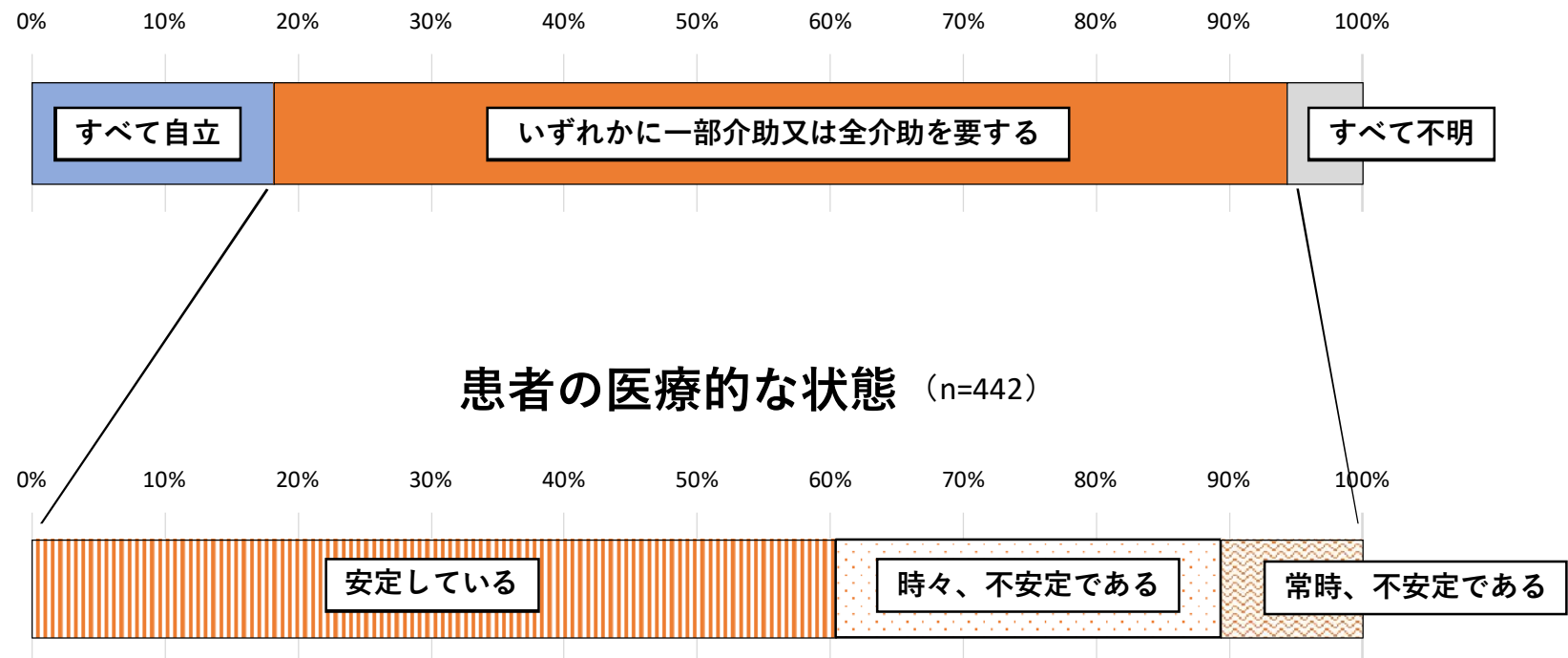


疾患別リハビリテーションを
実施している場合の単位数(過去7日間)



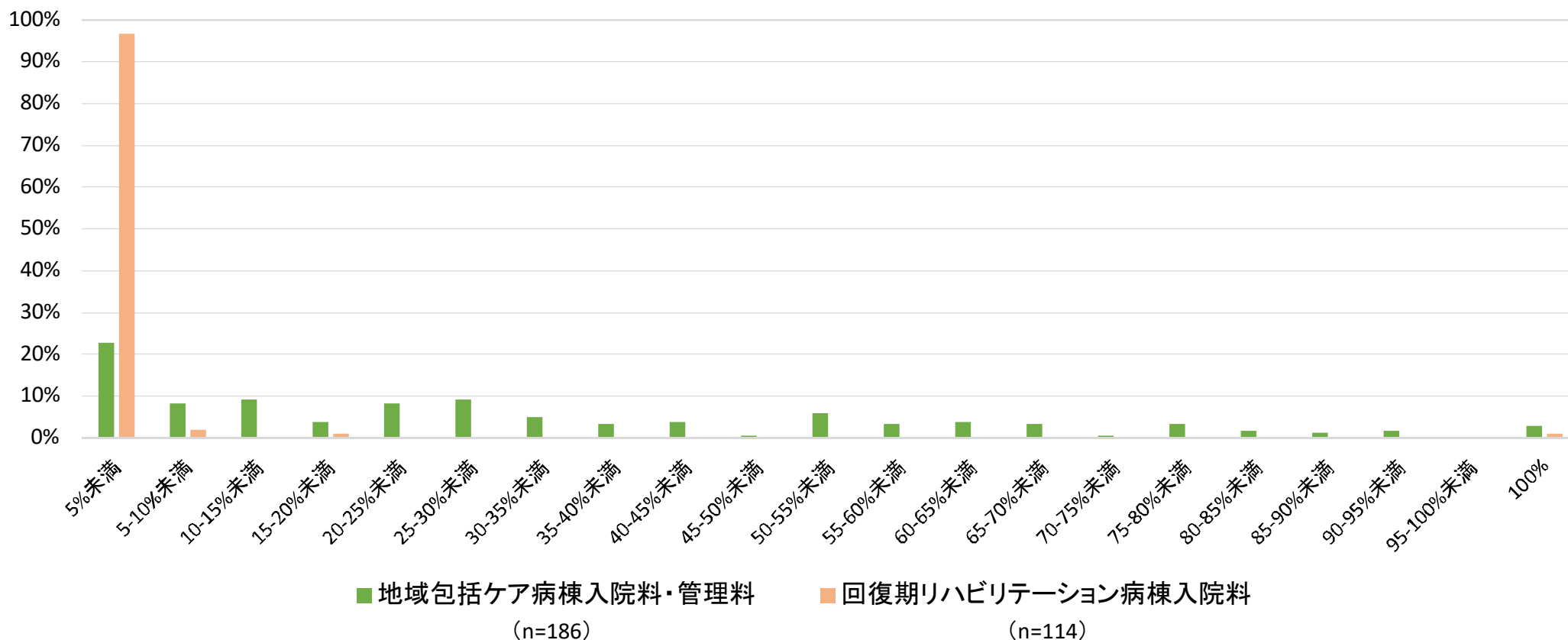
- 疾患別リハビリテーションを実施していない患者について、入棟時の「移乗」「平地歩行」「階段」「更衣」のADLスコアをみると、いずれかに一部介助や全介助を要する患者が約7割5分であった。そのうち、医療的な状態が安定している患者は、約6割であった。

疾患別リハビリテーションを実施していない患者の 移乗・平地歩行・階段・更衣のADL（入棟時） (n=584)



○ リハビリテーションを実施していない患者の割合を施設ごとにみると、回復期リハビリテーション病棟入院料では「5%未満」の施設がほとんどだが、地域包括ケア病棟入院料・管理料ではばらつきがみられた。

リハビリを実施していない患者の割合（施設別）



とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
 - 2-1. 算定病床の動向及び施設の状況
 - 2-2. 入院患者の状態
 - 2-3. 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

- 地域包括ケア病棟・病室の入棟元をみると、自院の一般病床(地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟・病室、回復期リハビリテーション病棟を除く)が最も多く、43.5%であった。
- 退棟先をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、49.4%であった。

【入棟元】 (n=1,797)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	6.4%
	自宅(在宅医療の提供なし)	22.9%
介護施設等	介護老人保健施設	1.6%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	3.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.0%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホームサービス付高齢者向け住宅等)	1.6%
	障害者支援施設	0.3%
他院	他院の一般病床	12.4%
	他院の一般病床以外	1.7%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	43.5%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	1.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.5%
	自院の療養病床(上記以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	1.2%
有床診療所		0.0%
その他		0.1%
無回答		0.3%

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=545)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	9.7%
	自宅(在宅医療の提供なし)	49.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.8%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	0.4%
	特別養護老人ホーム	3.7%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.2%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホームサービス付高齢者向け住宅等)	2.8%
	障害者支援施設	0.4%
他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	3.3%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	2.6%
	他院の療養病床(上記以外)	3.3%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	0.2%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	1.3%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	1.3%
	自院の療養病床(上記以外)	1.3%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.4%
有床診療所(上記以外)		0.7%
死亡退院		3.5%
その他		0.0%
無回答		6.6%

入棟元・退棟先の割合（許可病床別）

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

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



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

入棟元・退棟先の割合（他の届出入院料別）

- 地域包括ケア病棟と併せて届出ている他の入院料別に入棟元の割合をみると、一般病棟の届出がある場合はない場合と比較して「自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）」の割合が多く、「他院の一般病床」の割合が少なかった。
- 退棟先については、他の届出入院料にかかわらず「自宅」の割合が多かったが、療養病棟の届出がある場合はない場合と比較して「自院の療養病床」や「死亡退院」の割合が多かった。

入棟元 (n=1,804)		地域包括ケア病棟以外の届出入院料				
		一般病棟 入院基本料	療養病棟 入院基本料	一般病棟 及び 療養病棟	左記以外 の病棟	地域包括ケ ア病棟のみ
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	6.7%	9.6%	3.1%	12.5%	4.3%
	自宅(在宅医療の提供なし)	23.3%	16.9%	24.8%	6.3%	23.4%
	介護老人保健施設	1.0%	3.9%	1.0%	0.0%	6.4%
	介護医療院	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	特別養護老人ホーム	1.9%	19.1%	3.8%	0.0%	1.1%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.5%	5.1%	1.7%	0.0%	3.2%
	その他の居住系介護施設	1.1%	3.9%	1.0%	12.5%	3.2%
	障害者支援施設	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%
他院	他院の一般病床	7.2%	35.4%	4.9%	62.5%	48.9%
	他院の一般病床以外	0.8%	3.4%	4.5%	0.0%	2.1%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	53.0%	0.0%	47.9%	0.0%	0.0%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.9%	0.0%	3.5%	0.0%	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.1%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%
	自院の療養病床(上記以外)	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	有床診療所	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	
不明	0.1%	0.6%	0.3%	6.3%	2.1%	

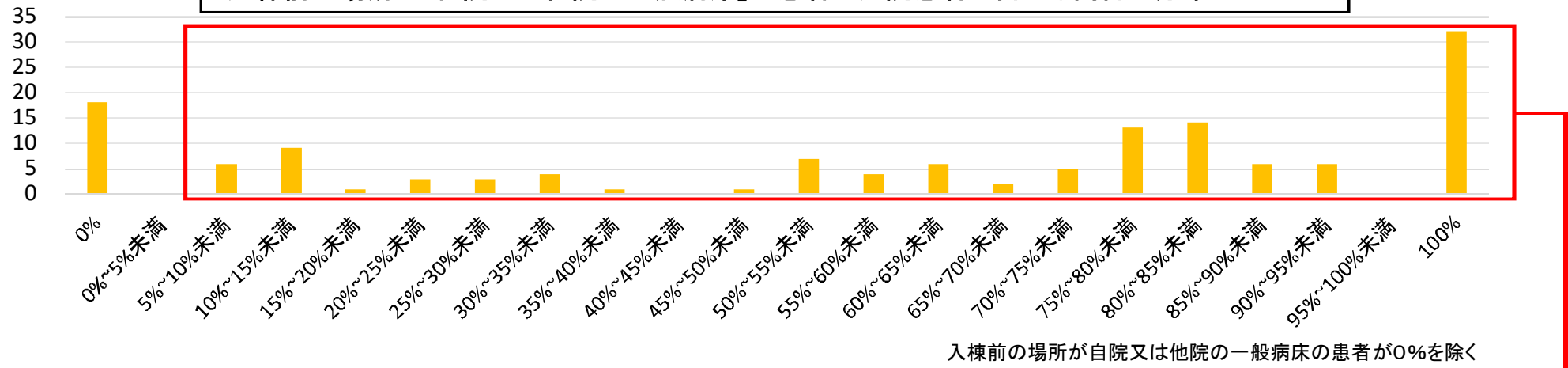


退棟先 (n=545)		地域包括ケア病棟以外の届出入院料				
		一般病棟 入院基本料	療養病棟 入院基本料	一般病棟 及び 療養病棟	左記以外 の病棟	地域包括ケ ア病棟のみ
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	10.6%	8.0%	6.5%	6.9%	7.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	52.2%	24.0%	48.1%	34.5%	32.1%
	介護老人保健施設	3.9%	0.0%	6.5%	17.2%	17.9%
	介護医療院	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	特別養護老人ホーム	2.2%	12.0%	9.1%	3.4%	3.6%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.9%	4.0%	5.2%	6.9%	7.1%
	その他の居住系介護施設	2.7%	8.0%	2.6%	0.0%	0.0%
	障害者支援施設	0.2%	0.0%	0.0%	3.4%	3.6%
他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	2.7%	4.0%	2.6%	13.8%	14.3%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	他院の療養病床(上記以外)	3.6%	4.0%	2.6%	0.0%	0.0%
	他院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	他院のその他の病床	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	自院	1.2%	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	1.2%	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	自院の療養病床(上記以外)	0.0%	8.0%	6.5%	0.0%	0.0%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%	0.0%	0.0%	6.9%	7.1%
有床診療所(上記以外)	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
死亡退院	2.7%	16.0%	3.9%	3.4%	3.6%	
その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
無回答	7.5%	12.0%	1.3%	3.4%	3.6%	

- 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が、入院患者に占める割合の分布をみると、100%の施設が最も多く、次いで0%が多かった。
- 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者のうち「自院の一般病床」の患者が占める割合の分布をみると、100%の施設が最も多く、次いで0%が多かった。

(施設数)

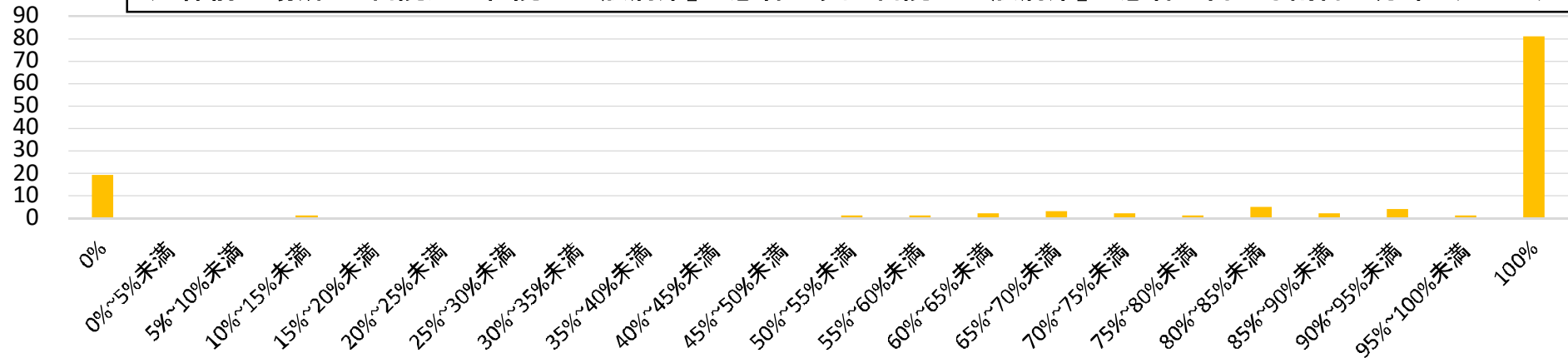
入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が入院患者に占める割合の分布 (n=141)



入棟前の場所が自院又は他院の一般病床の患者が0%を除く

(施設数)

入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者のうち「自院の一般病床」の患者が占める割合の分布 (n=123)



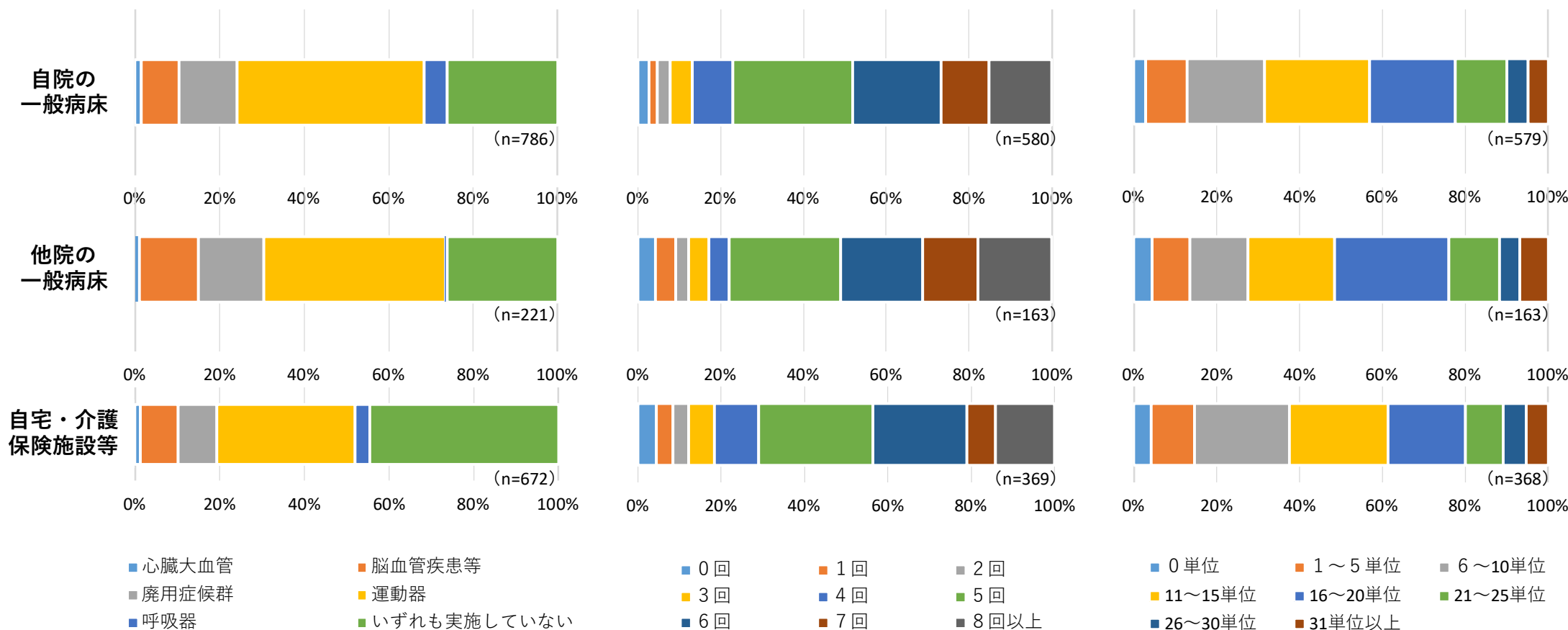
※自院の一般病床は、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域一般入院基本料を算定する病床を除く
※無回答を除く

- 疾患別リハビリテーションの実施状況について、入棟前の場所別にみると、自宅・介護保険施設等から入院した患者は、自院や他院の一般病床から入院・入棟した患者と比較して、「いずれも実施していない」の割合が多かった。
- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施している患者の、実施頻度や単位数については、入棟前の場所による明らかな違いは見られなかった。

実施している
疾患別リハビリテーション

疾患別リハビリテーションを
実施している場合の頻度（過去7日間）

疾患別リハビリテーションを
実施している場合の単位数（過去7日間）

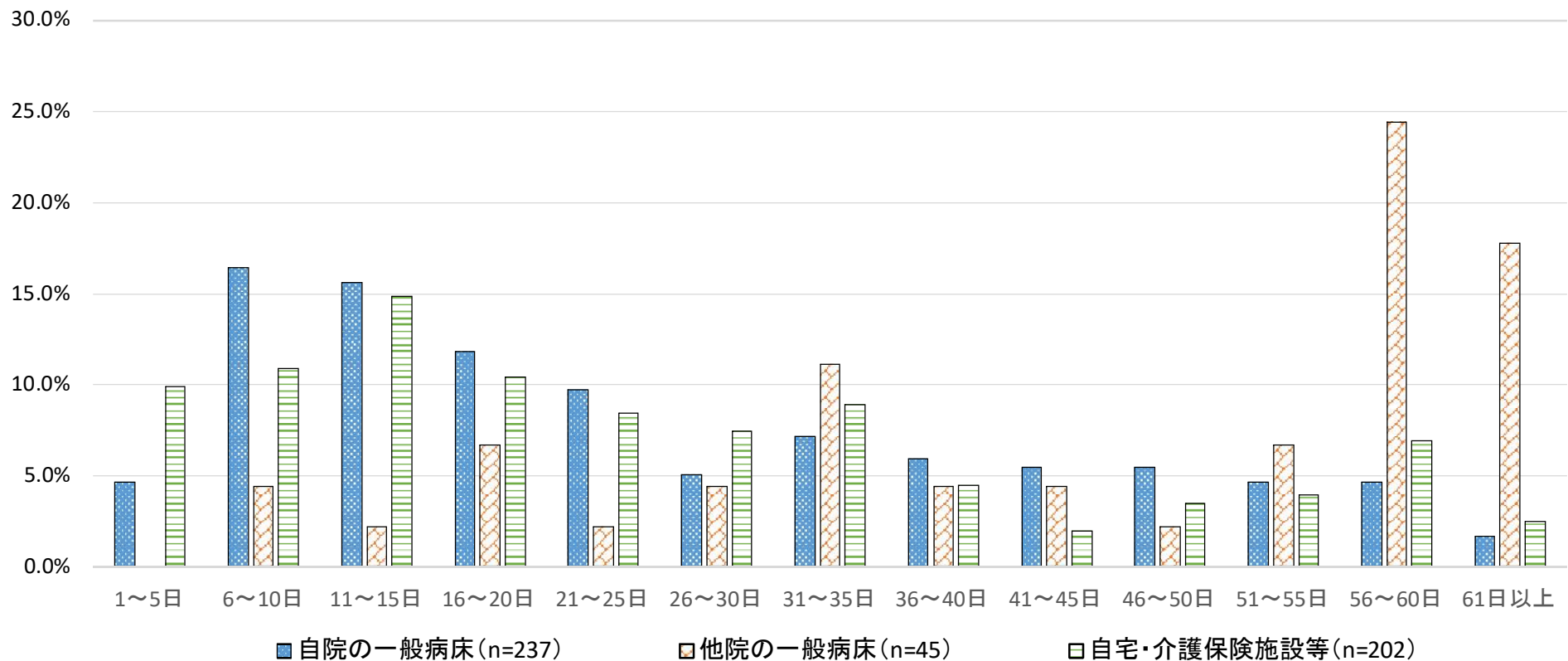


※自院の一般病床は、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域一般入院基本料を算定する病床を除く
※無回答を除く

○ 調査期間中に地域包括ケア病棟から退棟した患者について、入棟前の場所別に、在棟日数の分布をみると、入棟前の場所が「他院の一般病床」の患者の在棟日数が長い傾向にあった。

在棟日数の分布

(患者の占める割合)



平均値	27.3
中央値	21.0

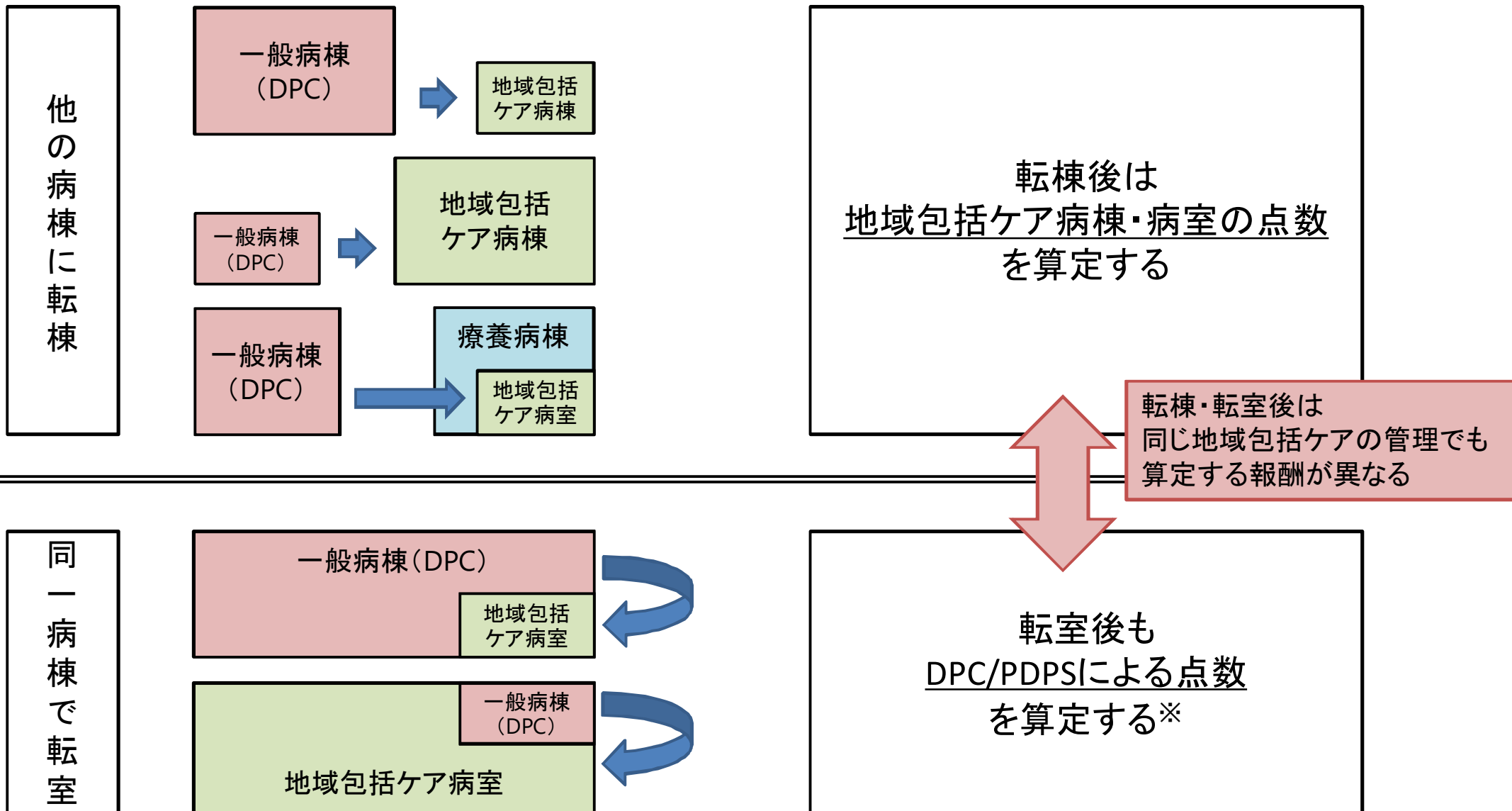
平均値	47.5
中央値	55.0

平均値	25.5
中央値	21.5

※自院の一般病床は、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域一般入院基本料を算定する病床を除く

※無回答を除く

一般病棟(DPC)からの転棟・転室時の入院料



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

転棟・転室時の要件等にかかる取扱い

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

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

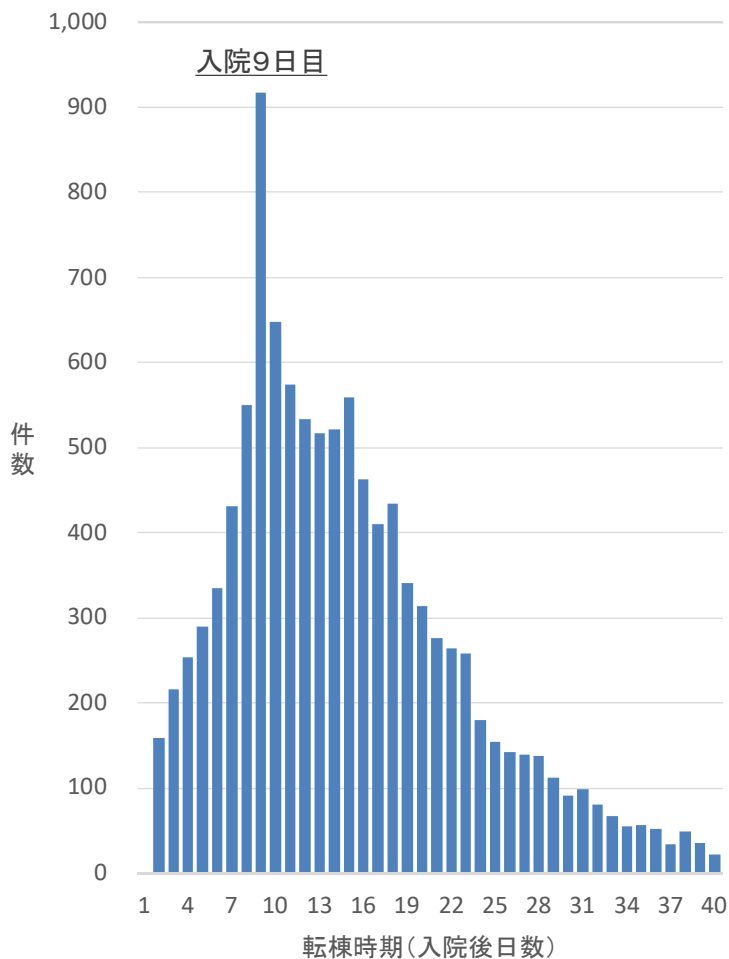
手術点数の算定方法

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

※ 入院後所定日数内に手術等が実施された場合に限る

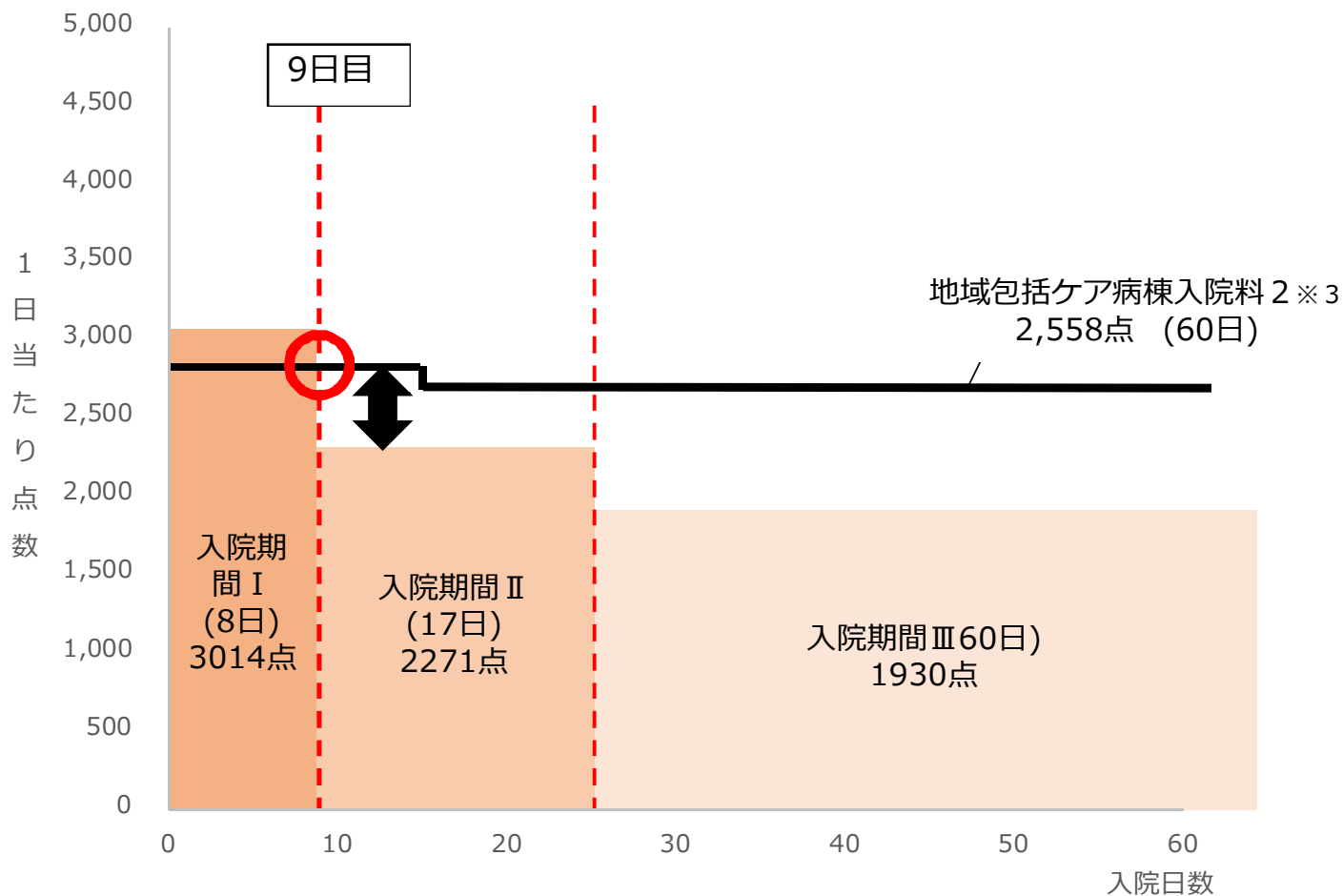
胸椎、腰椎以下骨折損傷 (胸・腰髄損傷を含む) 手術なし(160690xx)

地域包括ケア病棟への転棟時期※1



出典：平成30年DPCデータ

DPC/PDPSによる報酬※2と転棟先での報酬



- ※1 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る
- ※2 平均的な係数値で算出 (基礎係数：1.075、機能評価係数Ⅰ：0.135、機能評価係数Ⅱ：0.088)
- ※3 急性期患者支援病床初期加算を算定 (14日間に限り、150点を加算)

とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
 - 3-1. 算定病床の動向及び施設の状況
 - 3-2. 入院患者の状況
 - 3-3. リハビリテーションの提供状況
 - 3-4. リハビリテーション実績指数等
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

- 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)			13対1以上(7割以上が看護師)		
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		
社会福祉士	-			専任常勤1名以上		
管理栄養士	-			専任常勤1名(努力義務)		
リハビリ計画書の栄養項目記載	-			必須		
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)			○		
休日リハビリテーション	- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
「重症者」の割合(日常生活機能評価10点以上)	-		2割以上		3割以上	
重症者における退院時の日常生活機能評価	-		3割以上が3点以上改善		3割以上が4点以上改善	
自宅等に退院する割合	-		7割以上			
リハビリテーション実績指数	-	30以上	-	30以上	-	37以上
点数(生活療養を受ける場合)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

実績部分

※ 重複を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

回復期リハビリテーション病棟入院料1における栄養管理の充実

- 回復期リハビリテーション病棟において、患者の栄養状態を踏まえたリハビリテーションやリハビリテーションに応じた栄養管理の推進を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料1について、以下の対応を行う。
 - ✓ 管理栄養士がリハビリテーション実施計画等の作成に参画することや、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が計画に基づく栄養状態の定期的な評価や計画の見直しを行うこと等を要件とする。
 - ✓ 当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましいこととする。
 - ✓ リハビリテーションの実施に併せ、重点的な栄養管理が必要な患者に対する管理栄養士による個別の栄養管理を推進する観点から、入院栄養食事指導料を包括範囲から除外する。

[算定要件]

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。

ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目(※)については、必ず記載すること。

(※) リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書に、栄養状態等の記入欄を追加

イ 当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。

ウ 当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの、栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者については、入院栄養食事指導料を別に算定できる。

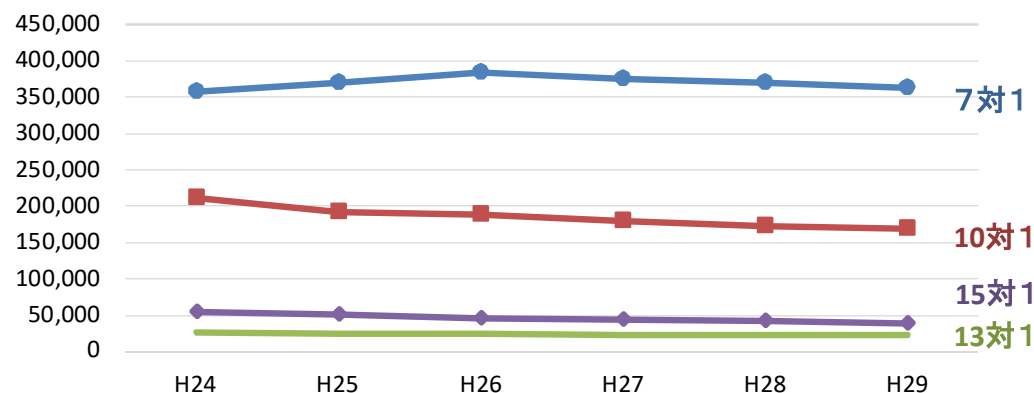
[施設基準]

回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

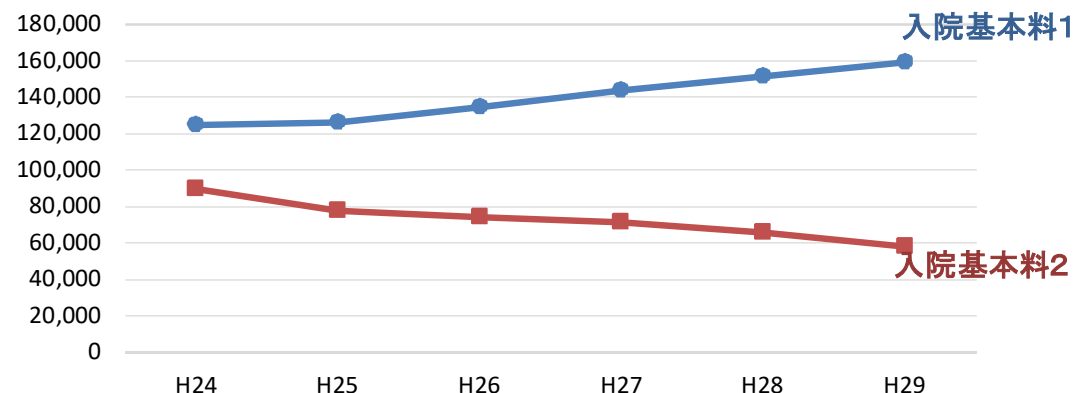
- 入院料別の届出病床数をみると、一般病棟入院基本料の7対1、10対1は減少傾向。療養病棟入院基本料1、地域包括ケア病棟入院料・管理料1、回復期リハビリテーション病棟入院料1は増加傾向。

(床数)

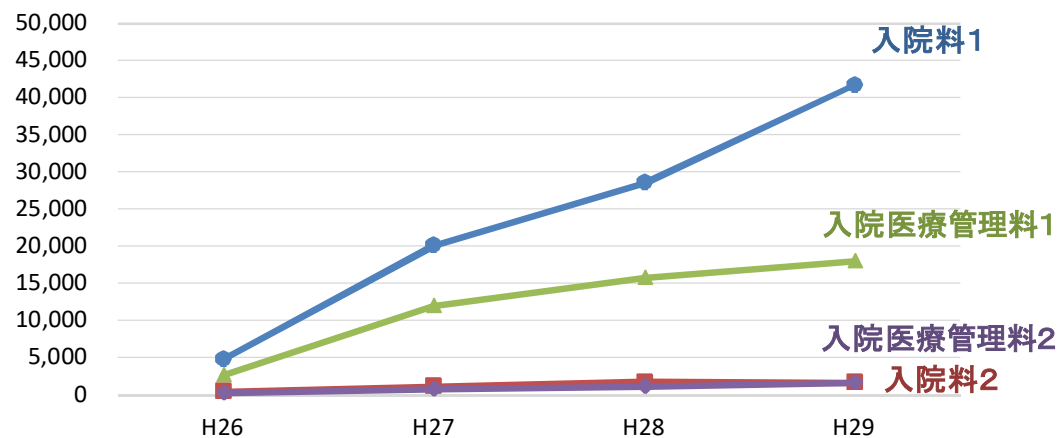
一般病棟入院基本料



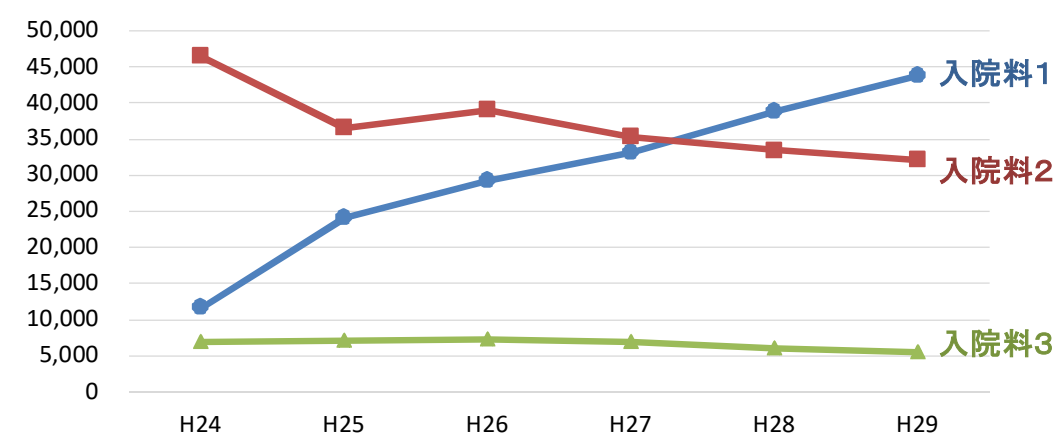
療養病棟入院基本料



地域包括ケア病棟入院料



回復期リハビリテーション病棟入院料

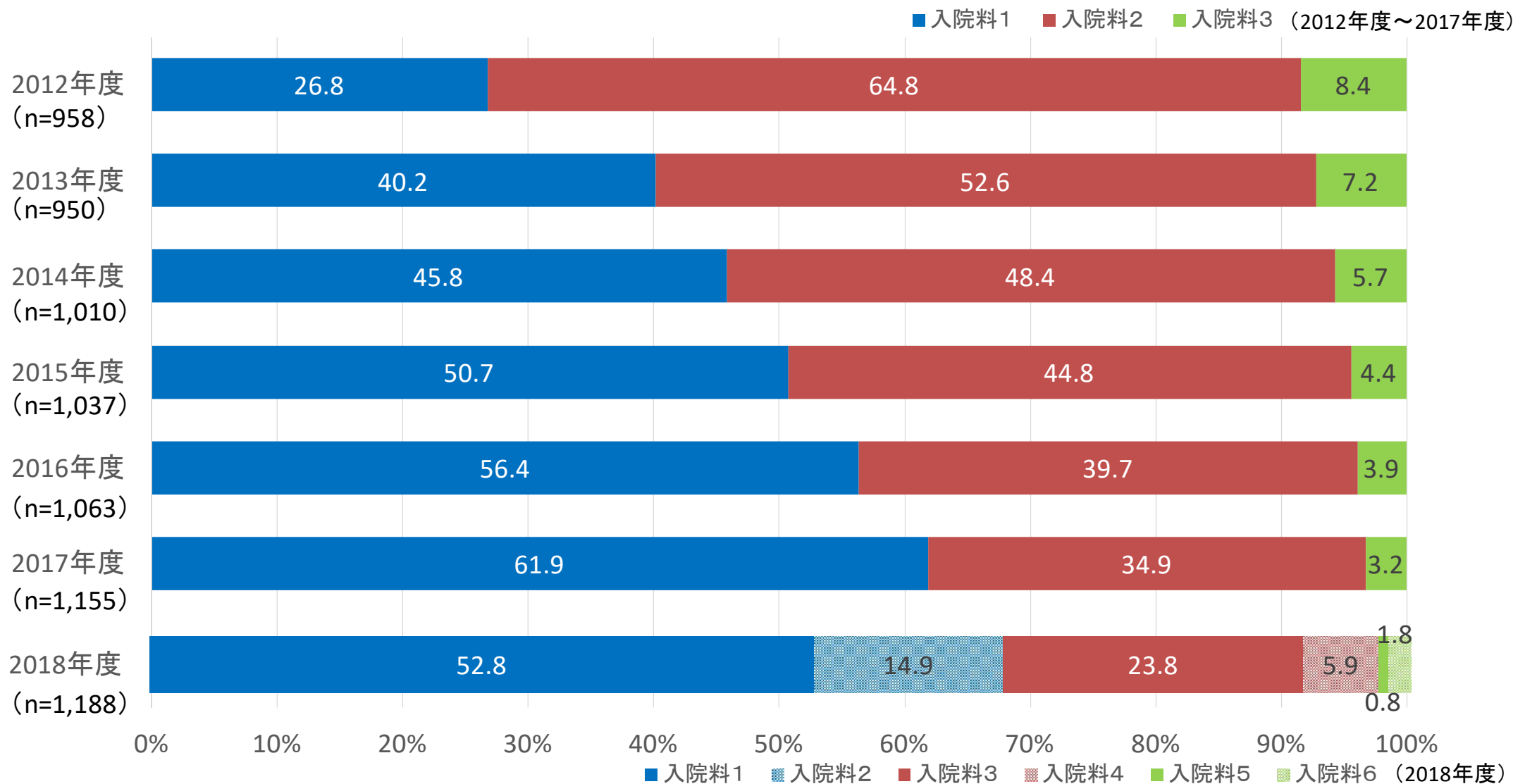


※H24,25は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

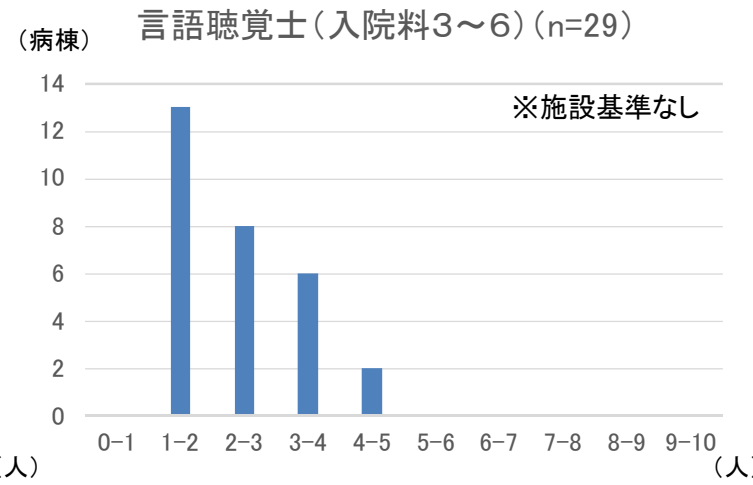
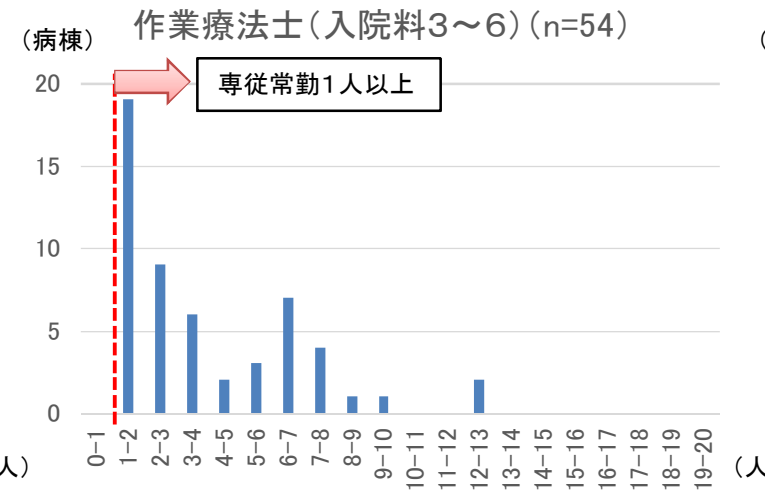
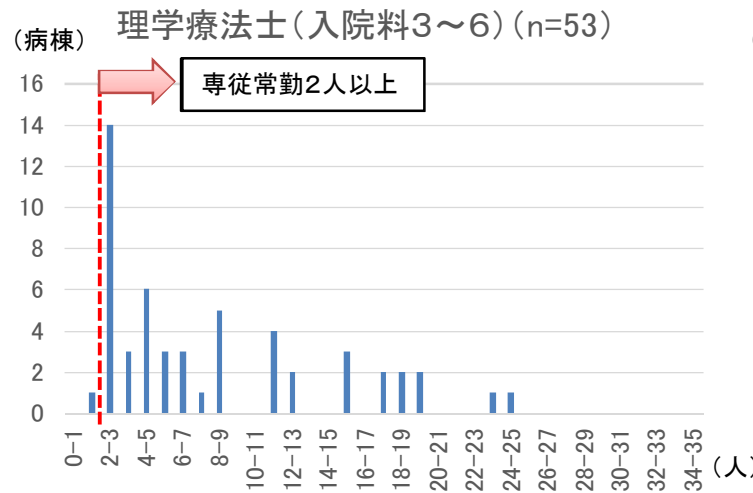
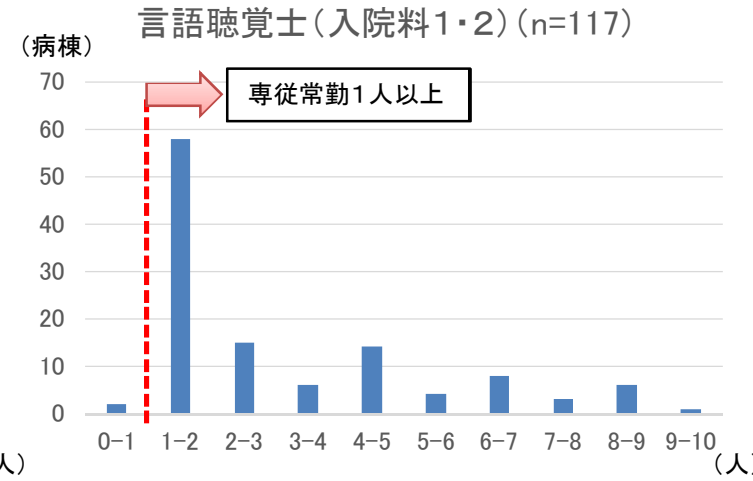
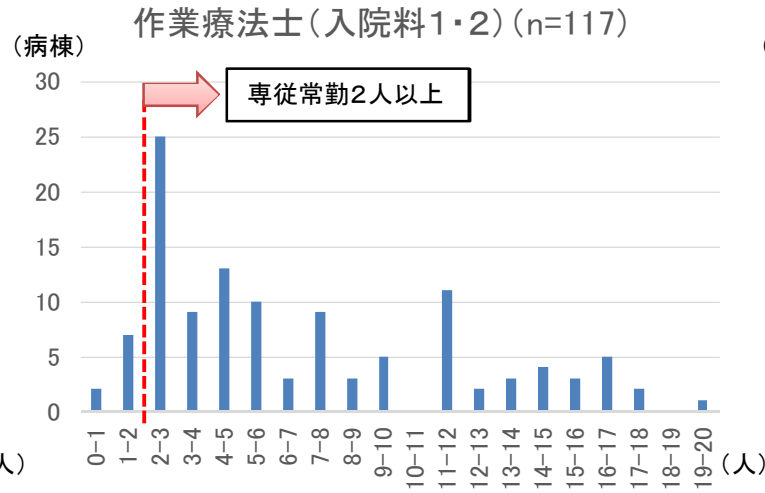
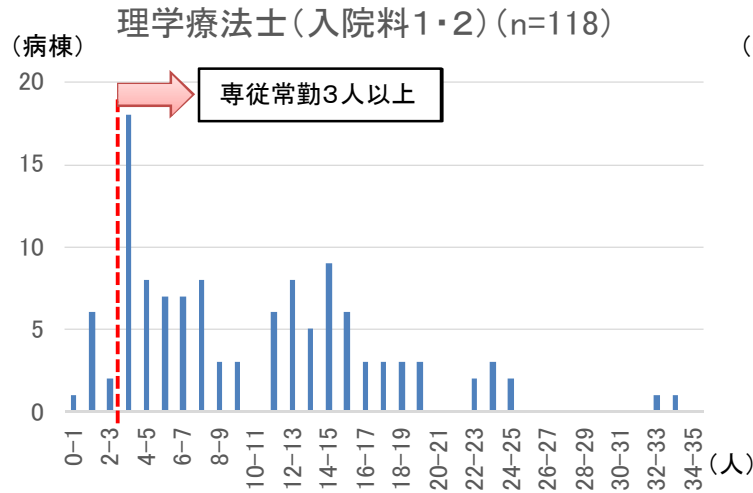
出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

回復期リハビリテーション病棟入院料の割合

- 2018年度において、入院料1を算定している病棟が半数を超えている。
- 入院料1～4を算定している病棟で、約97%である。



○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟におけるPT、OT、STの配置状況は、以下のとおり（赤点線：各入院料における施設基準）。



- 専任管理栄養士の病棟配置が努力義務である入院料1を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、82.0%である。
- 管理栄養士の病棟配置の要件がない入院料2～4を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、約50%である。

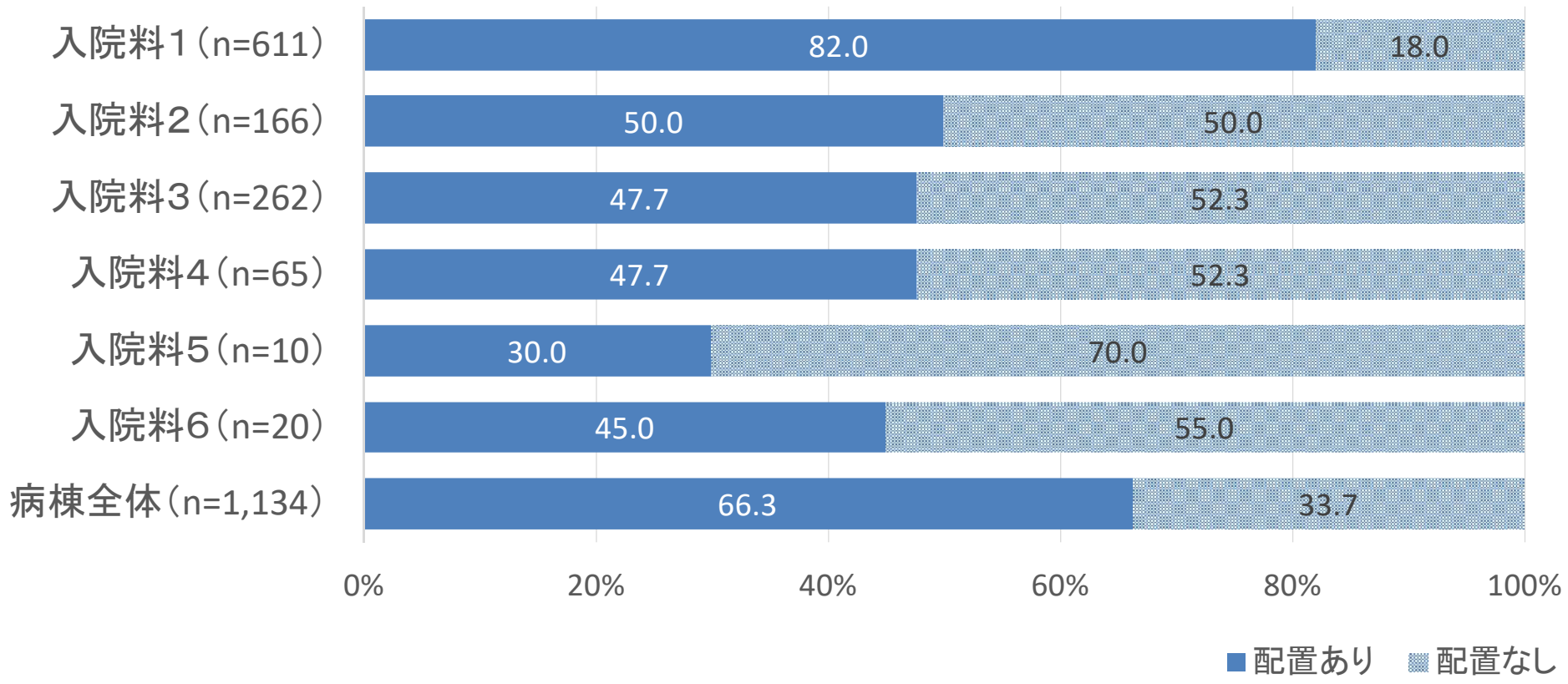
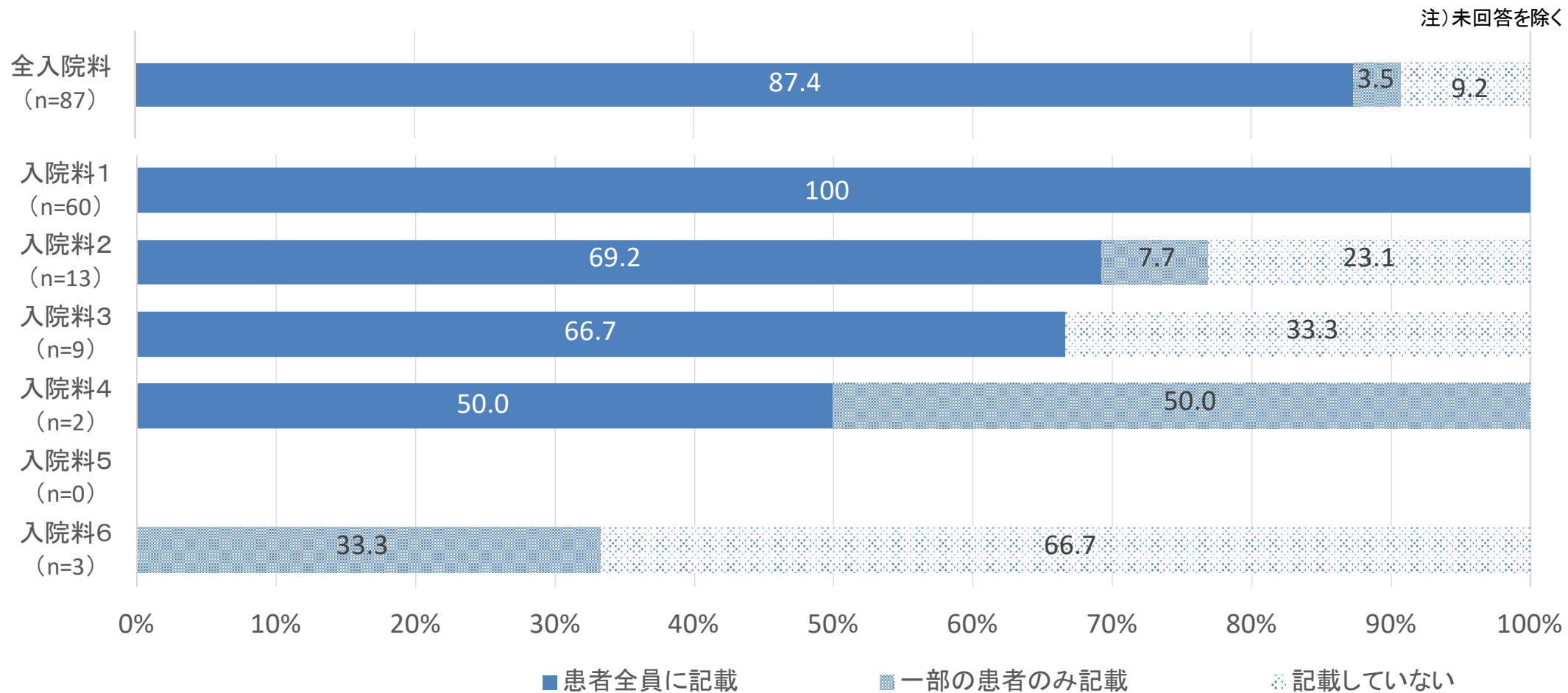


図 回復期リハ病棟入院料別の専従または専任管理栄養士配置状況

- 管理栄養士が病棟配置されている場合、リハビリテーション計画書の栄養項目を全員に記載している割合は、全入院料で87.4%である。
- 入院料別では、栄養項目記載が必須の入院料1は100%であり、記載が必須ではない入院料では、入院料2が69.2%、入院料3が66.7%である。

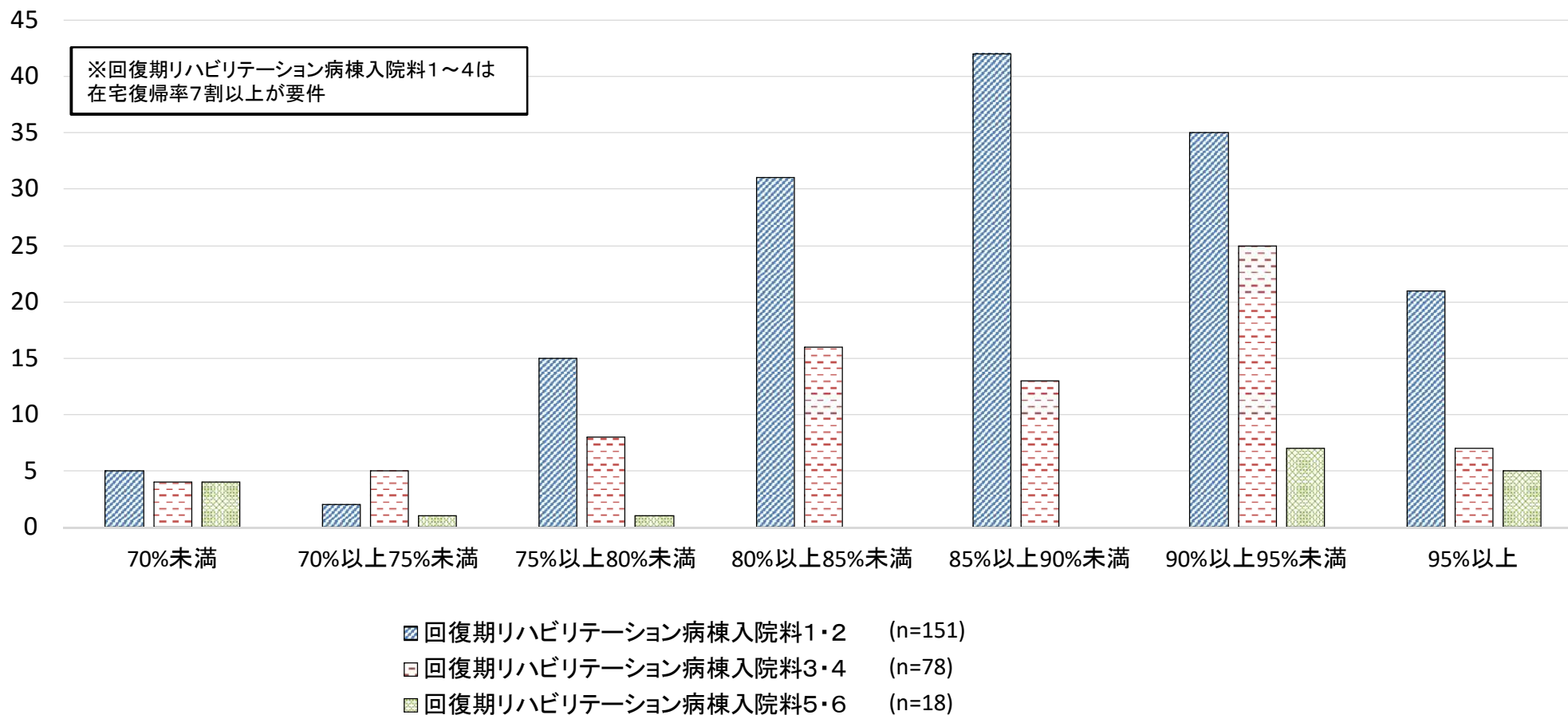


管理栄養士の病棟配置されている場合のリハビリテーション計画書の栄養項目記載の状況

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4においては、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。

在宅復帰率の医療機関分布

(医療機関数)



回復期リハビリテーション病棟における患者の流れ

診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

- 回復期リハビリテーション病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、66.9%であった。
- 退棟先をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、51.1%であった。

【入棟元】 (n=2,170)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	1.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	5.0%
介護施設等	介護老人保健施設	0.2%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.1%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	0.4%
	障害者支援施設	0.0%
	他院	66.9%
他院	他院の一般病床	66.9%
	他院の一般病床以外	3.1%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回りハ以外)	21.8%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.4%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.2%
	自院の療養病床(上記以外)	0.2%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所	0.1%	
その他	0.0%	
無回答	0.3%	

回復期リハ病棟

【退棟先】 (n=268)

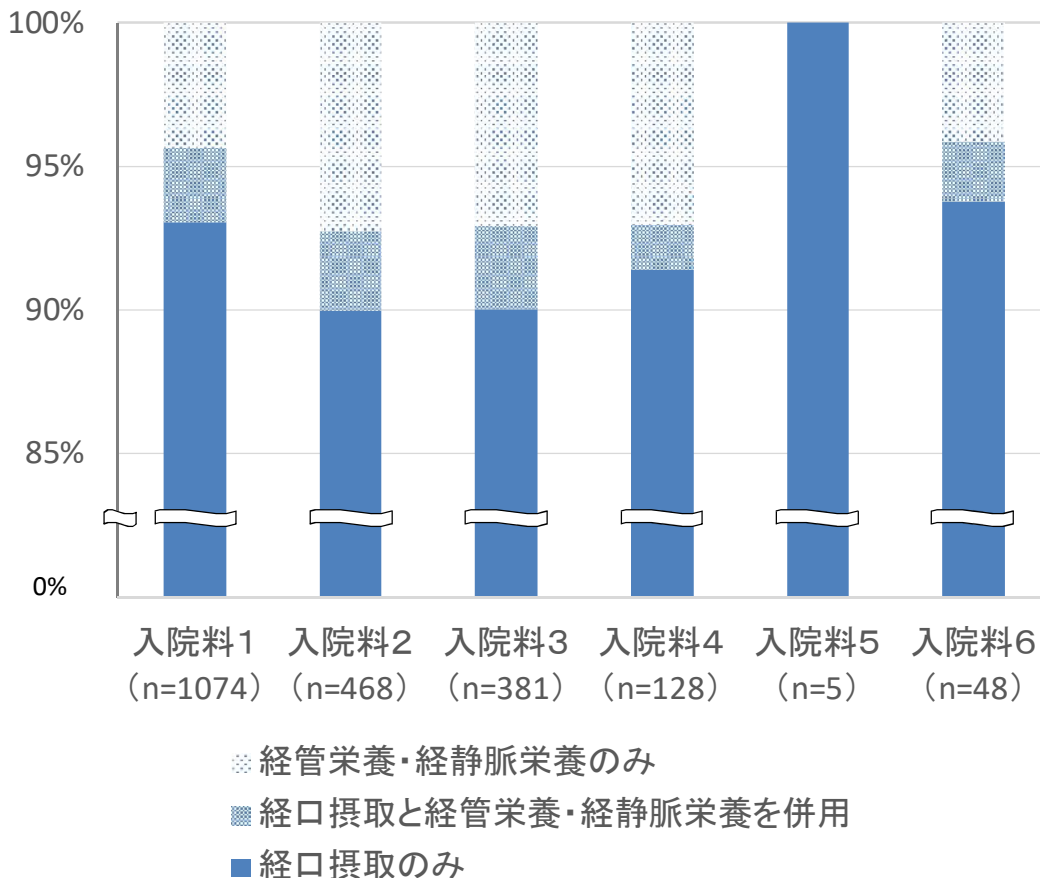
自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	9.7%
	自宅(在宅医療の提供なし)	51.1%
介護施設等	介護老人保健施設	8.2%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.4%
	特別養護老人ホーム	1.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.7%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	3.7%
	障害者支援施設	0.0%
	他院	4.1%
他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回りハ以外)	4.1%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.4%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	1.9%
	他院の療養病床(上記以外)	1.9%
	他院の精神病床	0.4%
	他院のその他の病床	0.7%
	自院	1.9%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回りハ以外)	1.9%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.7%
	自院の療養病床(上記以外)	0.7%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.7%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%	
有床診療所(上記以外)	0.0%	
死亡退院	0.0%	
その他	0.4%	
無回答	7.5%	

とりまとめの構成

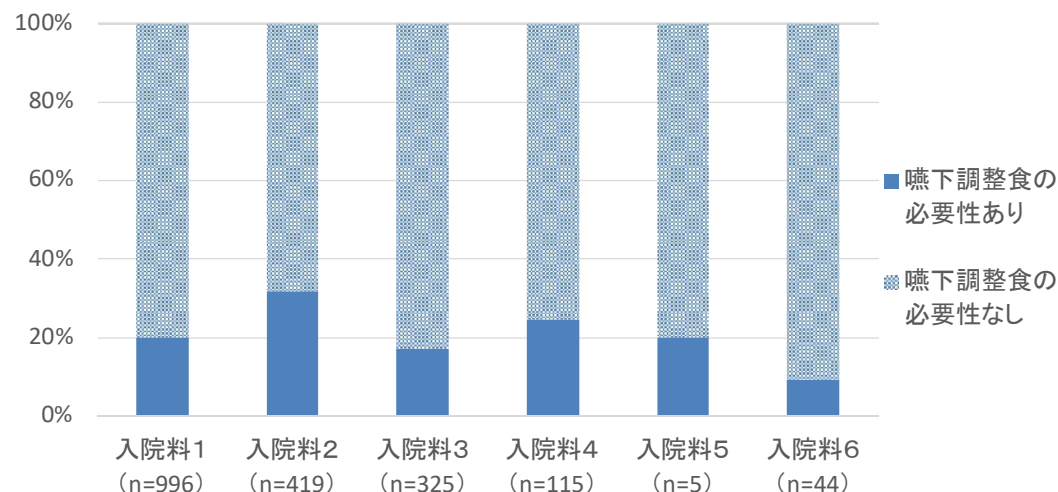
1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
 - 3-1. 算定病床の動向及び施設の状況
 - 3-2. 入院患者の状況
 - 3-3. リハビリテーションの提供状況
 - 3-4. リハビリテーション実績指数等
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

- 栄養摂取の状況は、入院料での違いはみられず、約9割の患者が経口摂取のみである。
- 経口摂取のみの患者のうち、嚥下調整食が必要な患者は、いずれの入院料でも約2割である。
- 経管栄養等のみ、経口摂取と経管栄養等を併用している場合、経管・経静脈栄養の状況に入院料での違いはみられず、経鼻胃管の割合が高く、約6割である。

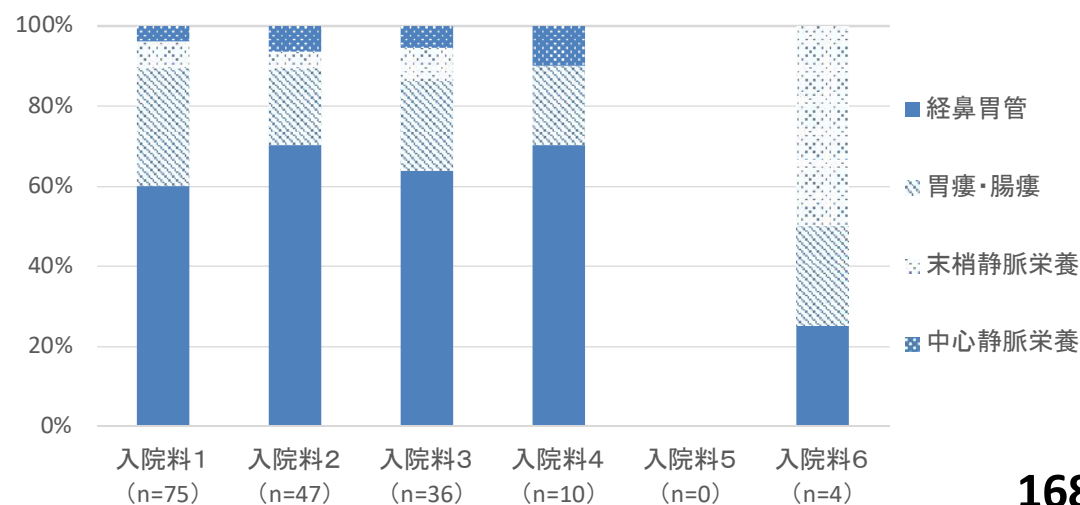
栄養摂取の状況



経口摂取のみの患者のうち嚥下調整食の必要性



経管・経静脈栄養の状況



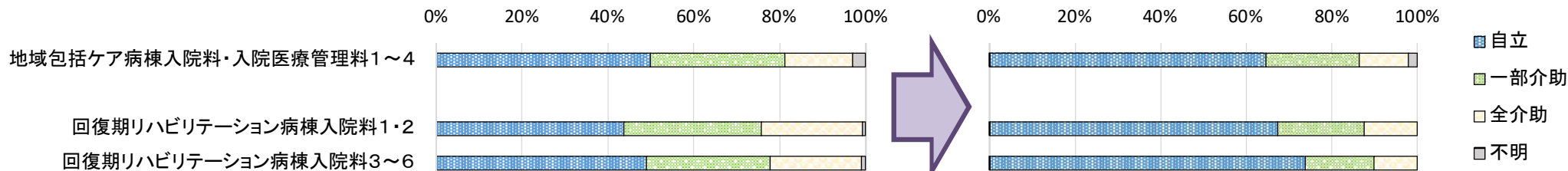
○ 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟ともに退棟時には「自立」の患者の割合が増えていたが、特に回復期リハビリテーション病棟において入院時の「自立」の割合が低かった。

入院時と退棟時のADLスコア

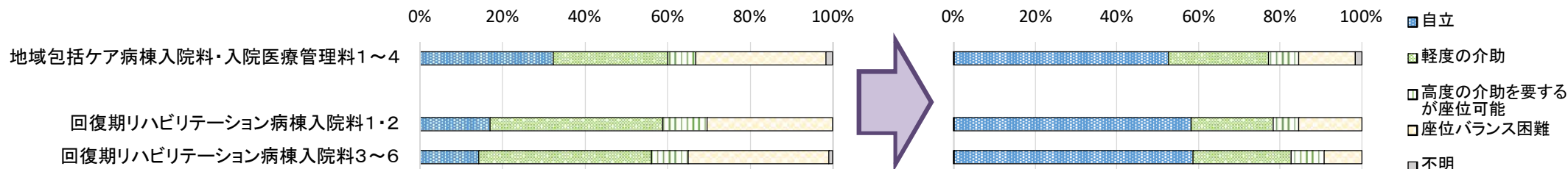
<入院時>

<退棟時>

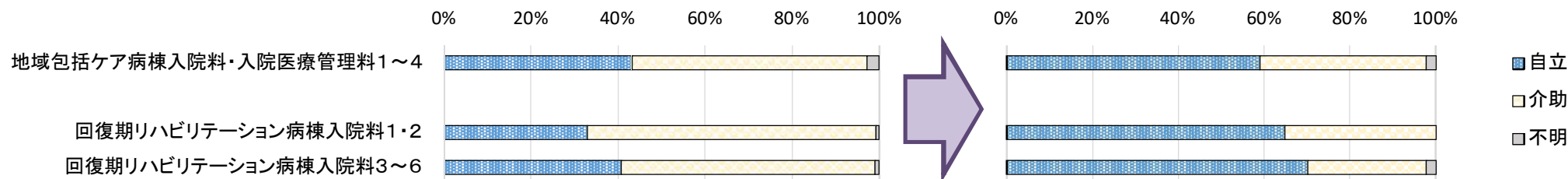
食事



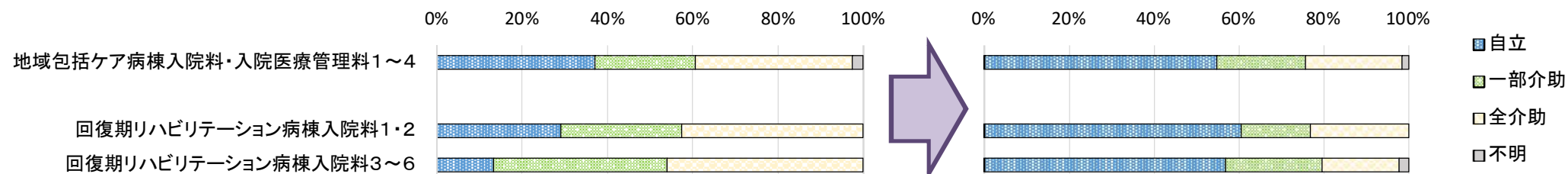
移乗



整容



トイレの動作
使用



※届出区分又はADLスコアが無回答のものを除く ※入院時及び退棟時のデータがある患者のみ

※地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4 : n=526、

回復期リハビリテーション病棟入院料1・2 : n=141、回復期リハビリテーション病棟入院料3～6 : n=98

入院時と退棟時のADLスコアの比較②

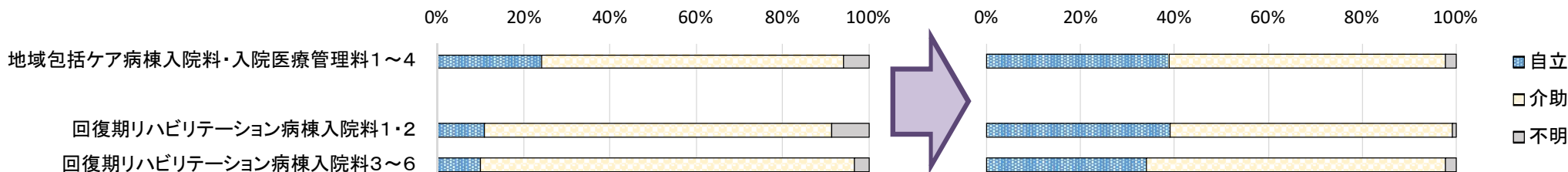
○ 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟ともに退棟時には「自立」の患者の割合が増えていたが、特に回復期リハビリテーション病棟において入院時の「自立」の割合が低かった。

入院時と退棟時のADLスコア

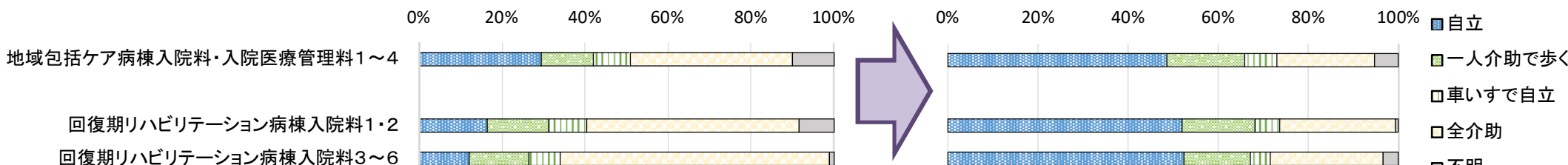
<入院時>

<退棟時>

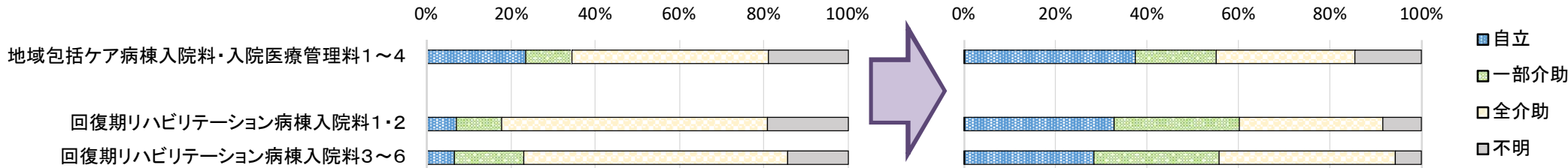
入浴



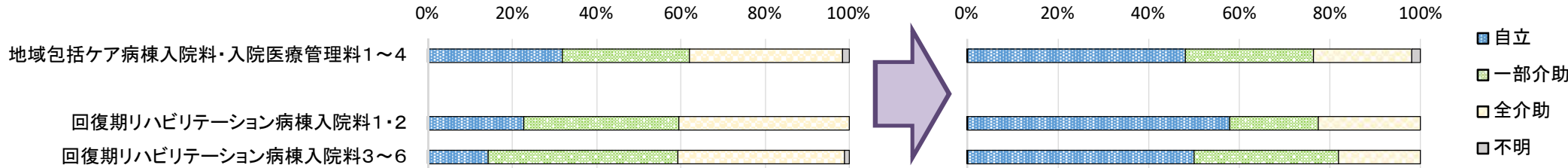
平地歩行



階段



更衣



※届出区分又はADLスコアが無回答のものは除く ※入院時及び退棟時のデータがある患者のみ

※地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1~4: n=526、

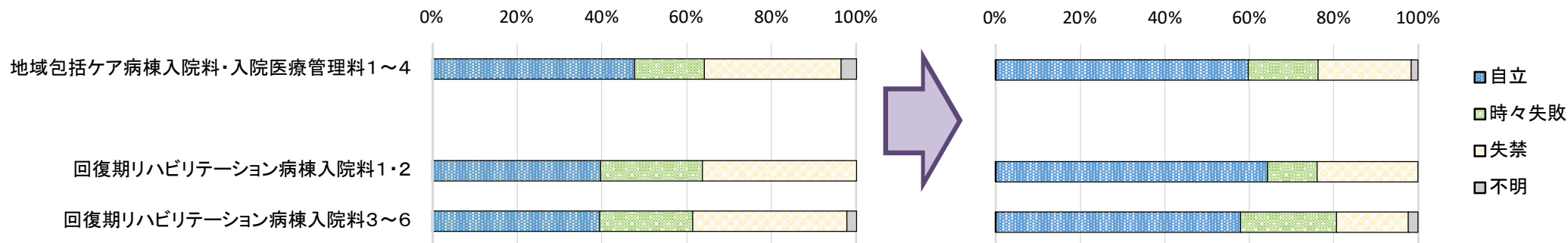
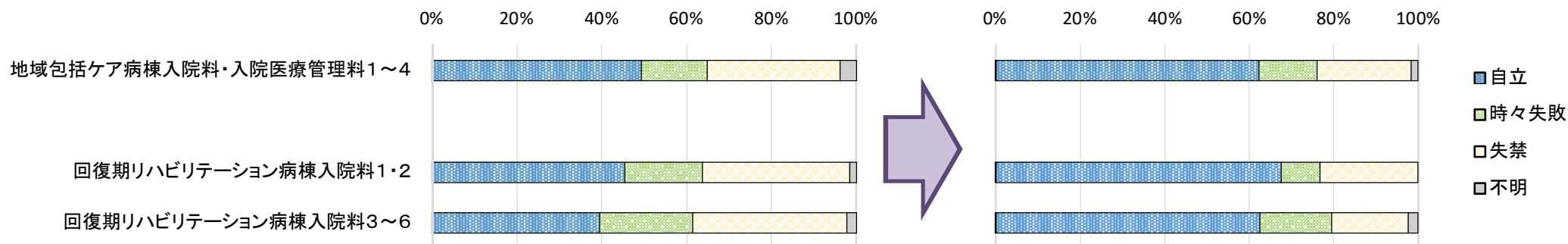
回復期リハビリテーション病棟入院料1・2: n=141、回復期リハビリテーション病棟入院料3~6: n=98

○ 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟ともに退棟時には「自立」の患者の割合が増えていたが、特に回復期リハビリテーション病棟において入院時の「自立」の割合が低かった。

入院時と退棟時のADLスコア

<入院時>

<退棟時>



※届出区分又はADLスコアが無回答のものは除く ※入院時及び退棟時のデータがある患者のみ

※地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1~4 : n=526、

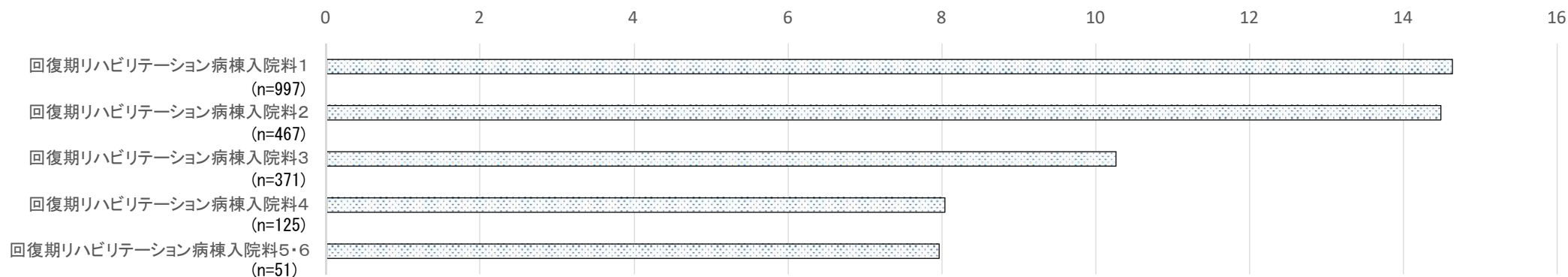
回復期リハビリテーション病棟入院料1・2 : n=141、回復期リハビリテーション病棟入院料3~6 : n=98

とりまとめの構成

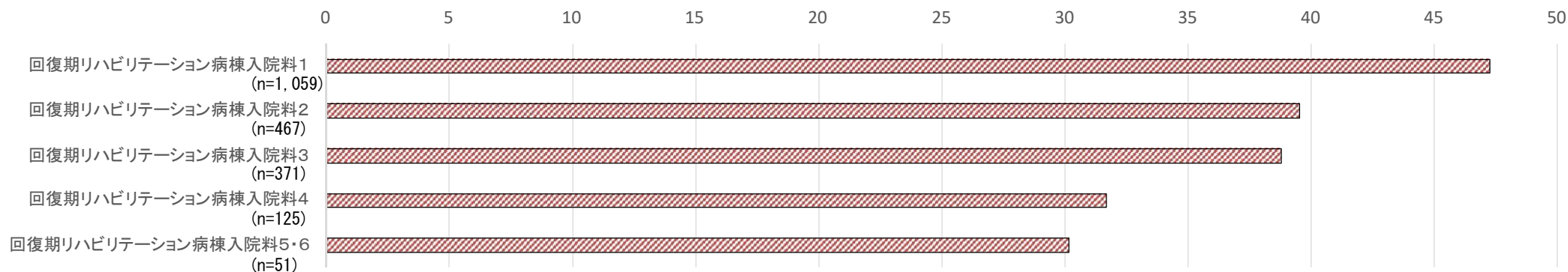
1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
 - 3-1. 算定病床の動向及び施設の状況
 - 3-2. 入院患者の状況
 - 3-3. リハビリテーションの提供状況
 - 3-4. リハビリテーション実績指数等
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

○ 疾患別リハビリテーションの実施頻度は、週当たり7～14回、単位数は、週当たり30～45単位前後となっており、実施頻度・単位数とも入院料1が最も多い。

疾患別リハビリテーションの頻度(回/週)

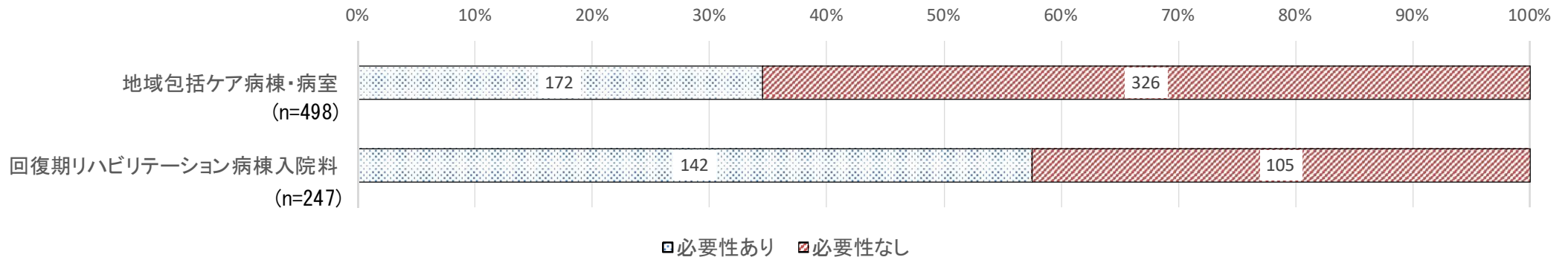


疾患別リハビリテーションの単位数(単位/週)



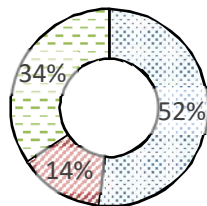
- 退棟後のリハビリテーションの必要性について、地域包括ケア病棟・病室の患者の約3割、回復期リハビリテーション病棟の約6割が「必要性あり」であった。
- 退棟後のリハビリテーションの必要性ありとされた患者における、退棟後1週間以内のリハビリテーションの実施状況について、「実施あり」の割合は、地域包括ケア病棟・病室及び回復期リハビリテーション病棟いずれも約5割であった。

退棟後のリハビリテーションの必要性



地域包括ケア病棟・病室

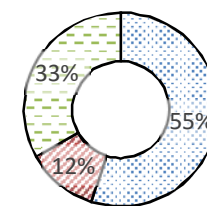
退棟後のリハビリテーションの必要性ありの患者に対する退棟後1週間以内のリハビリテーションの実施状況 (n=172)



□ リハビリテーションの実施あり ■ リハビリテーションの実施なし □ 不明

回復期リハビリテーション病棟入院料

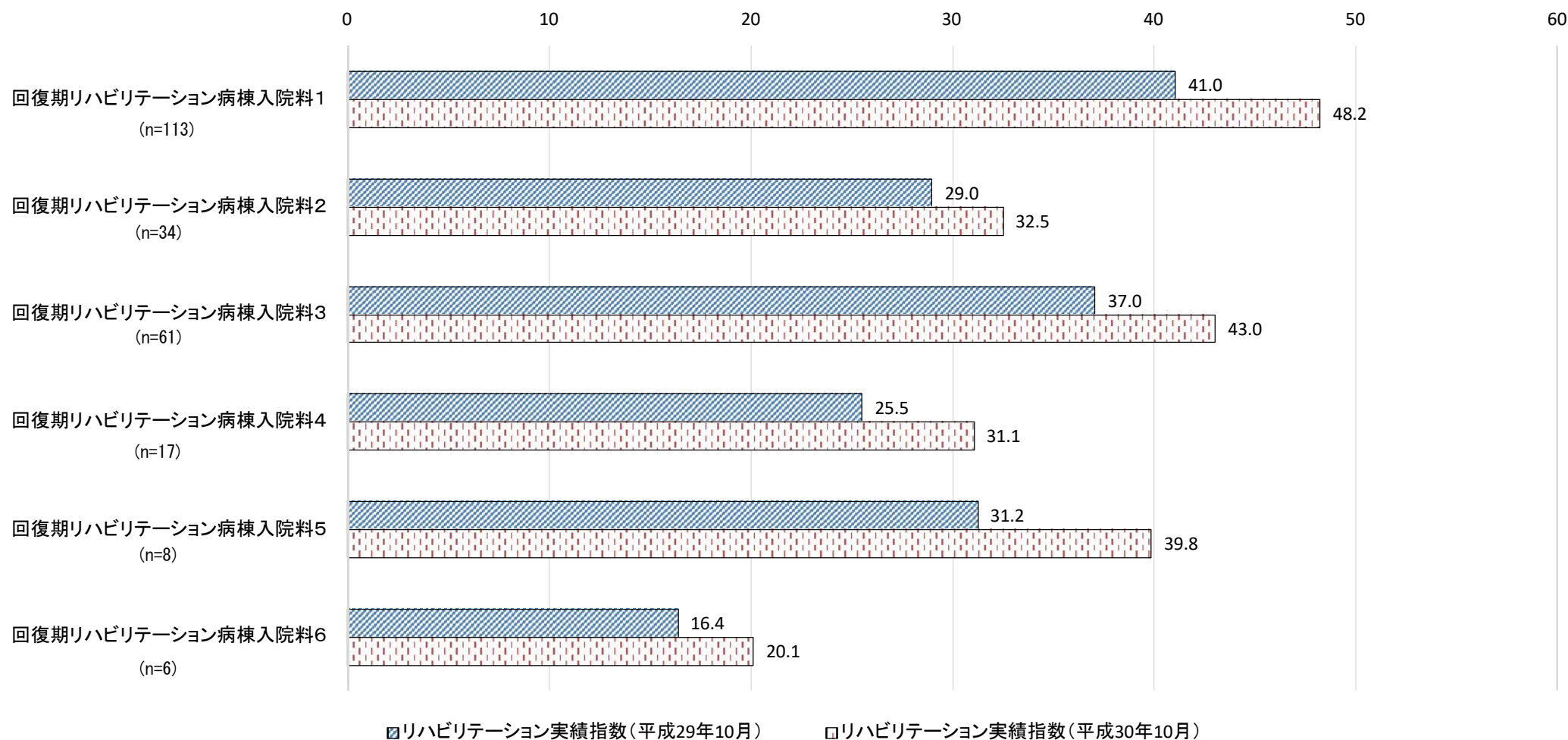
退棟後のリハビリテーションの必要性ありの患者に対する退棟後1週間以内のリハビリテーションの実施状況 (n=142)



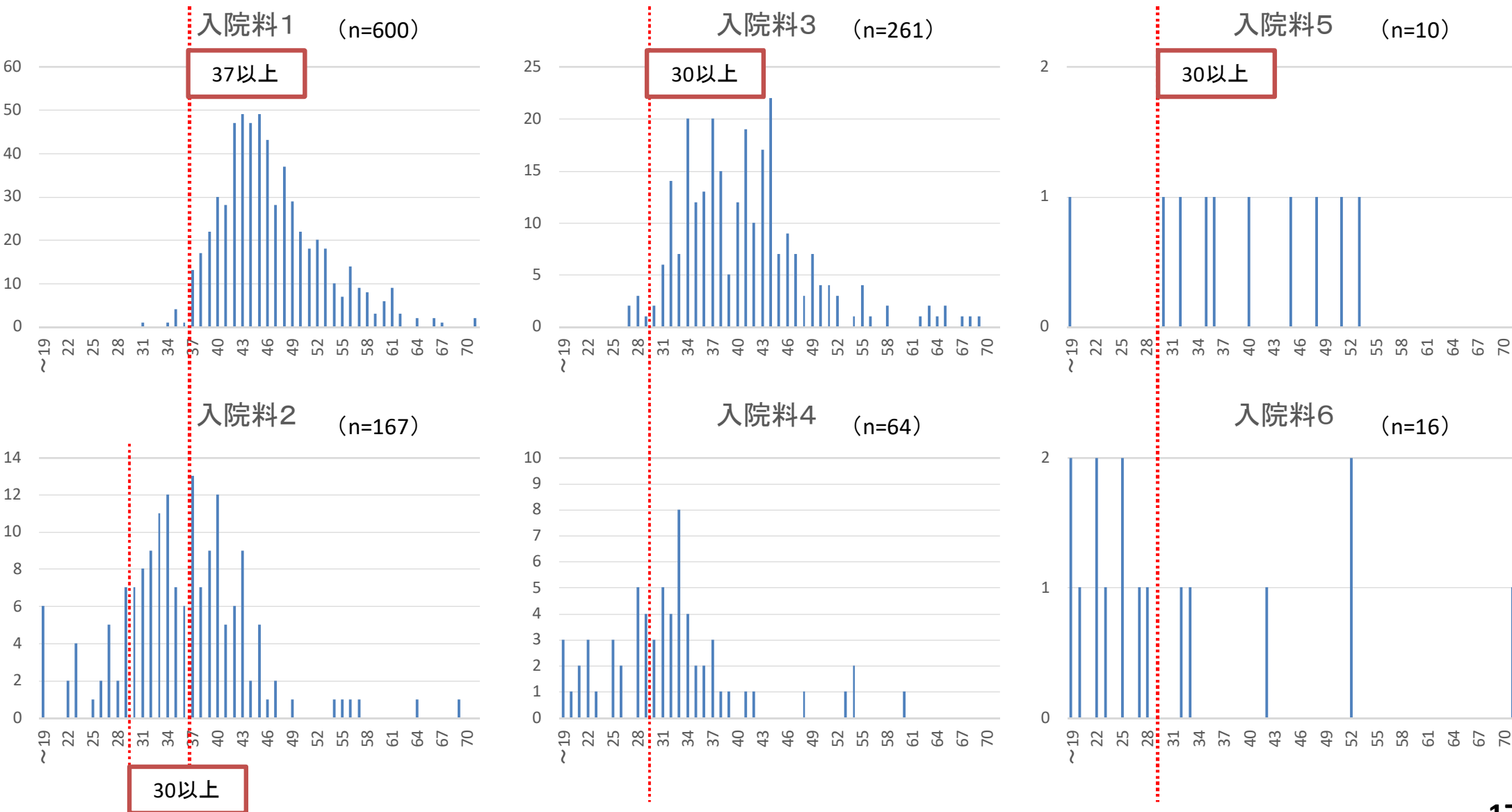
□ リハビリテーションの実施あり ■ リハビリテーションの実施なし □ 不明

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

リハビリテーション実績指数



○ 入院料ごとのリハビリテーション実績指数の分布は、以下のとおり。

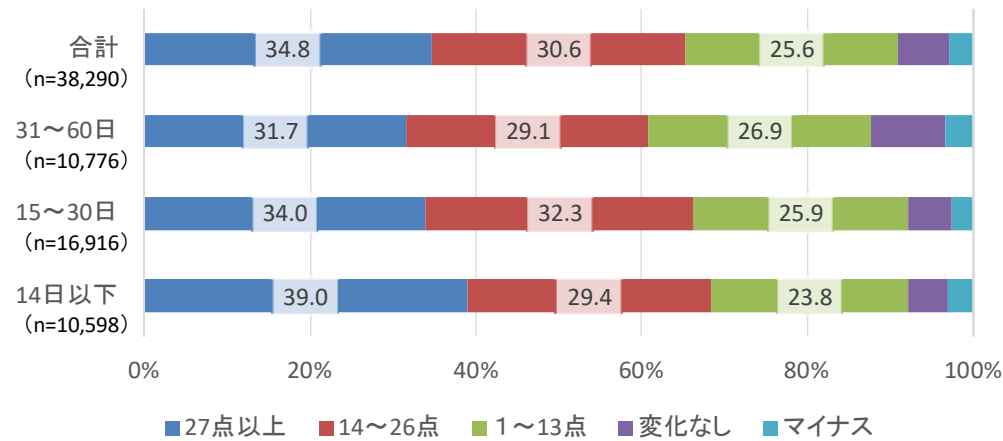


とりまとめの構成

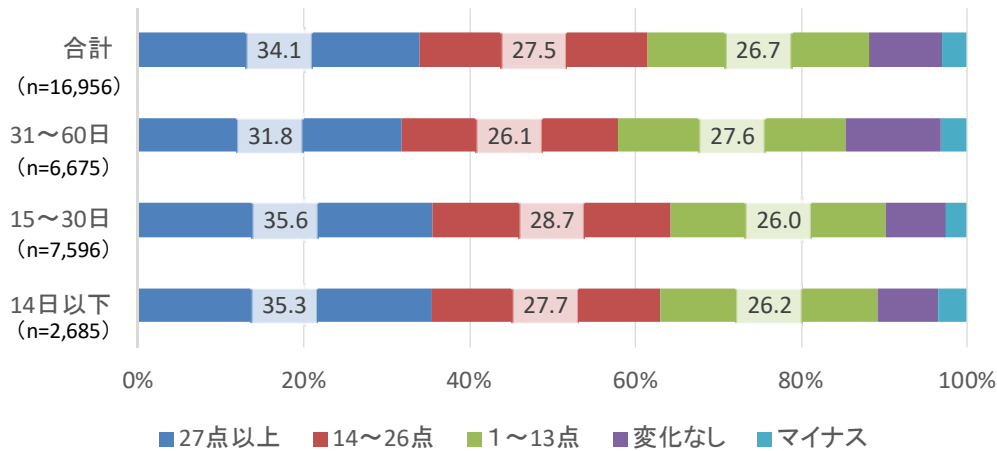
1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
 - 3-1. 算定病床の動向及び施設の状況
 - 3-2. 入院患者の状況
 - 3-3. リハビリテーションの提供状況
 - 3-4. リハビリテーション実績指数等
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

○ 発症から入棟までの期間とFIM得点の変化について、発症から入棟までの期間が短いほど、得点の変化が大きい傾向であった。

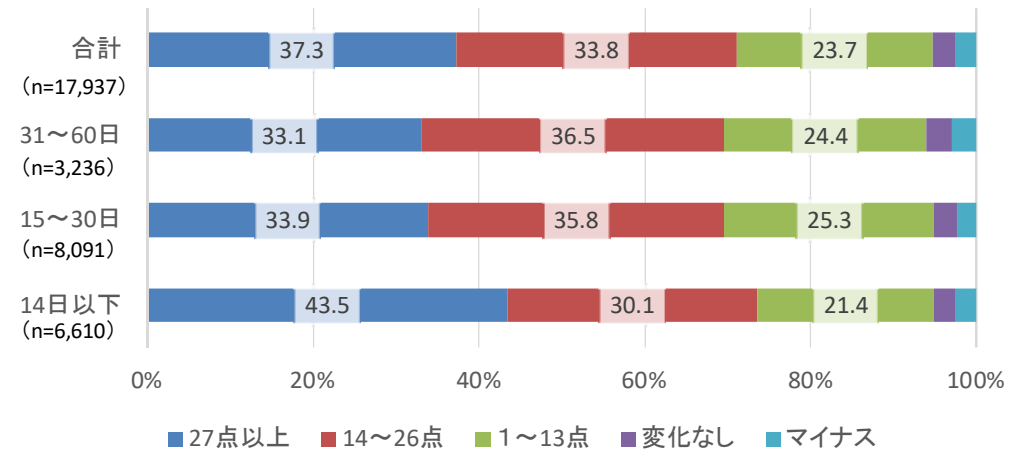
入棟までの期間とFIM運動項目の変化



脳血管系疾患における入棟までの期間とFIM得点の変化

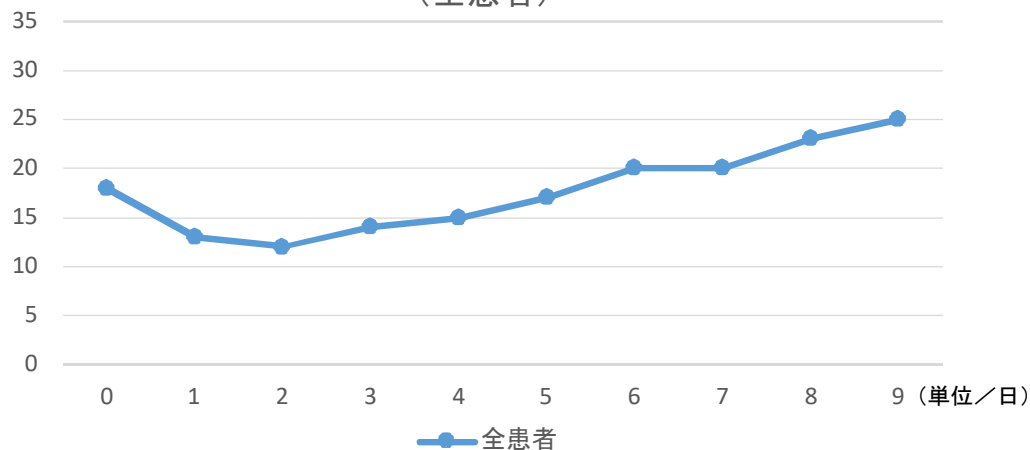


整形外科疾患における入棟までの期間とFIM得点の変化

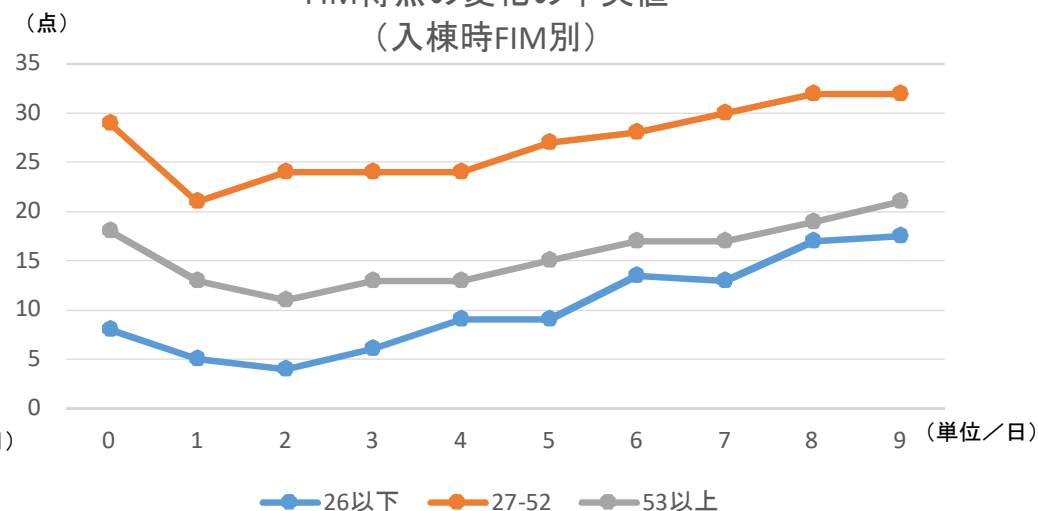


○ 提供したリハビリテーションの単位数が多いほど、FIM得点の変化が増加する傾向が見られた。

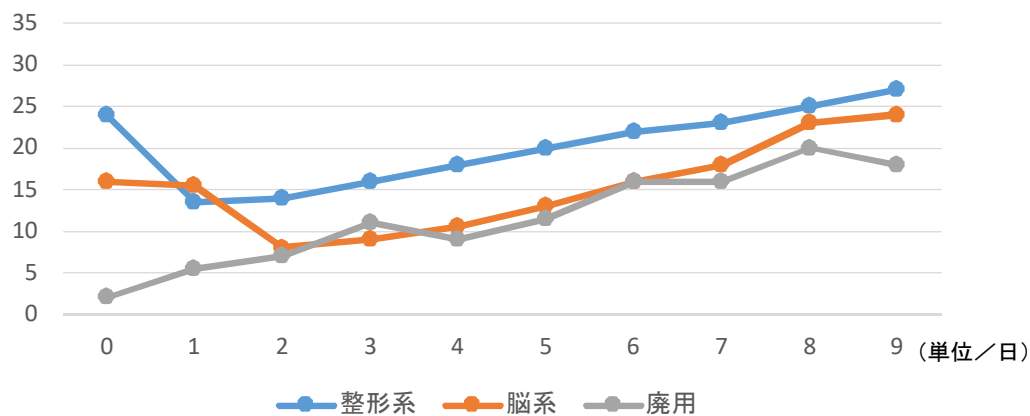
(点) FIM得点の変化の中央値
(全患者)



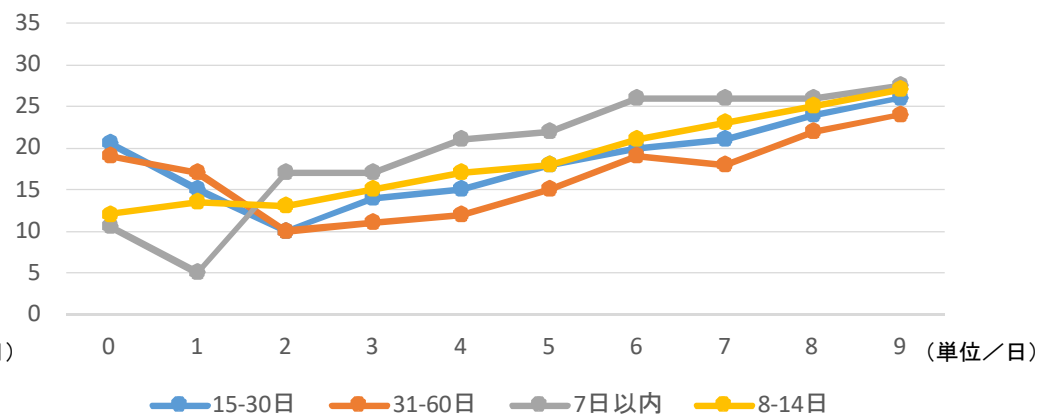
(点) FIM得点の変化の中央値
(入棟時FIM別)



(点) FIM得点の変化の中央値
(疾患区分別)

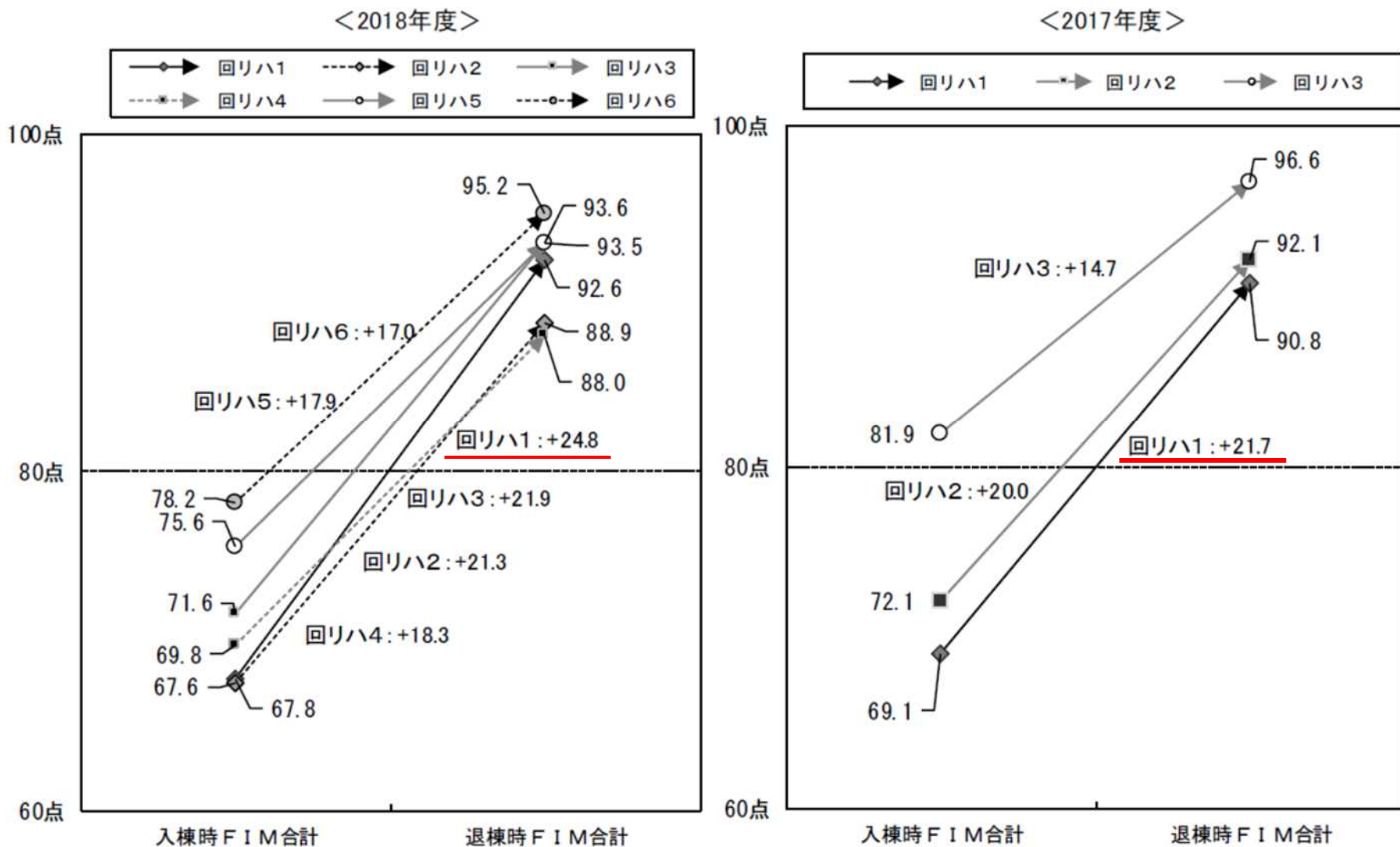


(点) FIM得点の変化の中央値
(発症から入棟までの期間別)



入院料別のFIM得点の変化

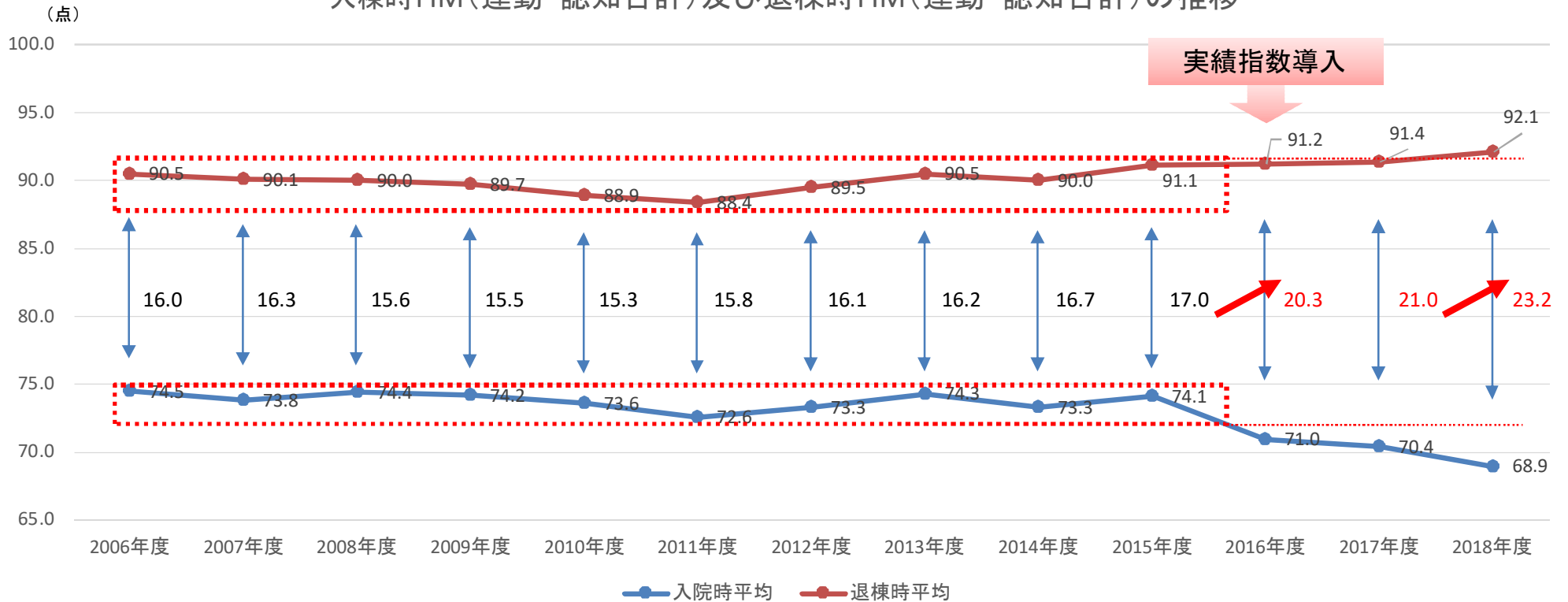
○ 入院料別のFIM得点の変化をみると、いずれの入院料においても一定のFIM得点の変化が見られるが、最も大きいのは回復期リハビリテーション病等入院料1であった。



入退棟時FIM及びFIM利得の年次推移

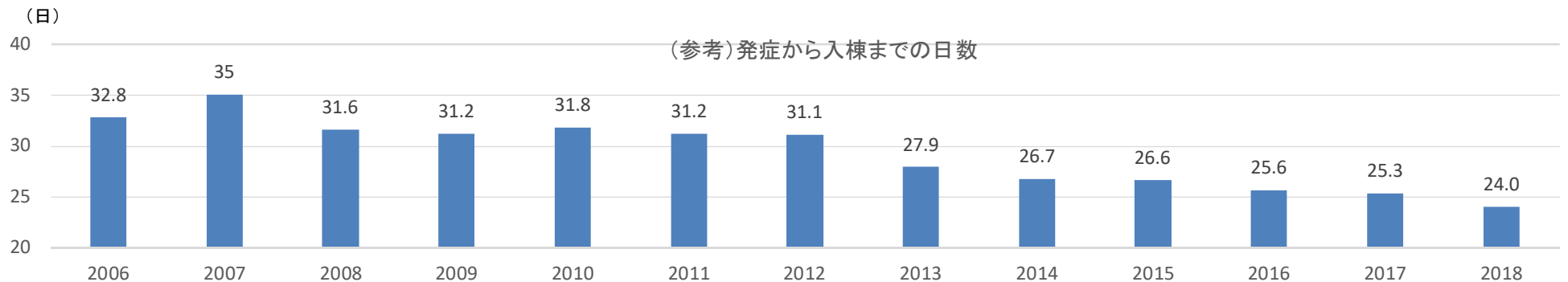
○ 入棟時と退棟時のFIM(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM利得(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。

入棟時FIM(運動・認知合計)及び退棟時FIM(運動・認知合計)の推移



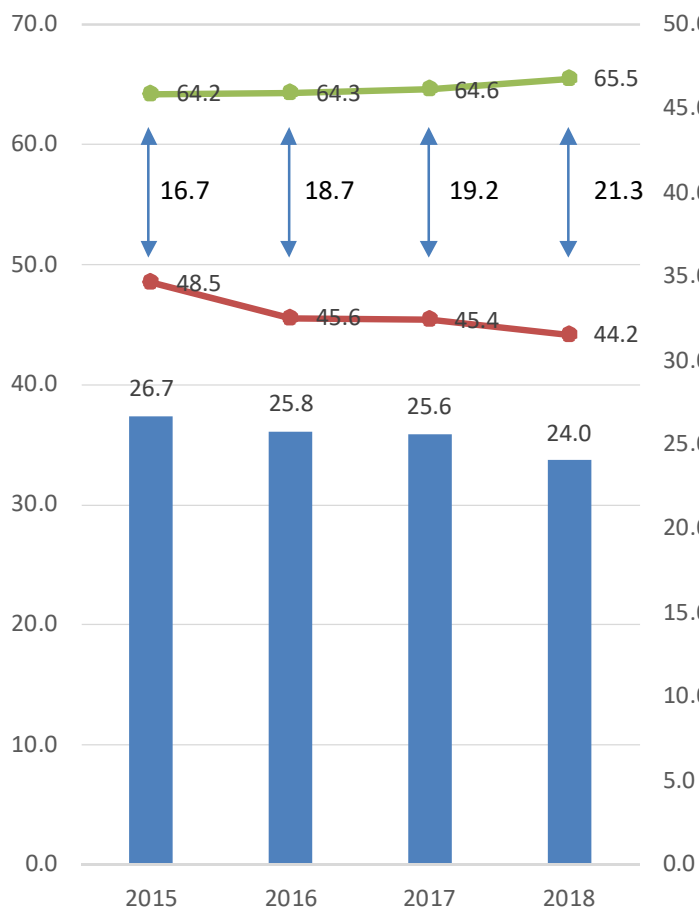
実績指数導入

(参考)発症から入棟までの日数

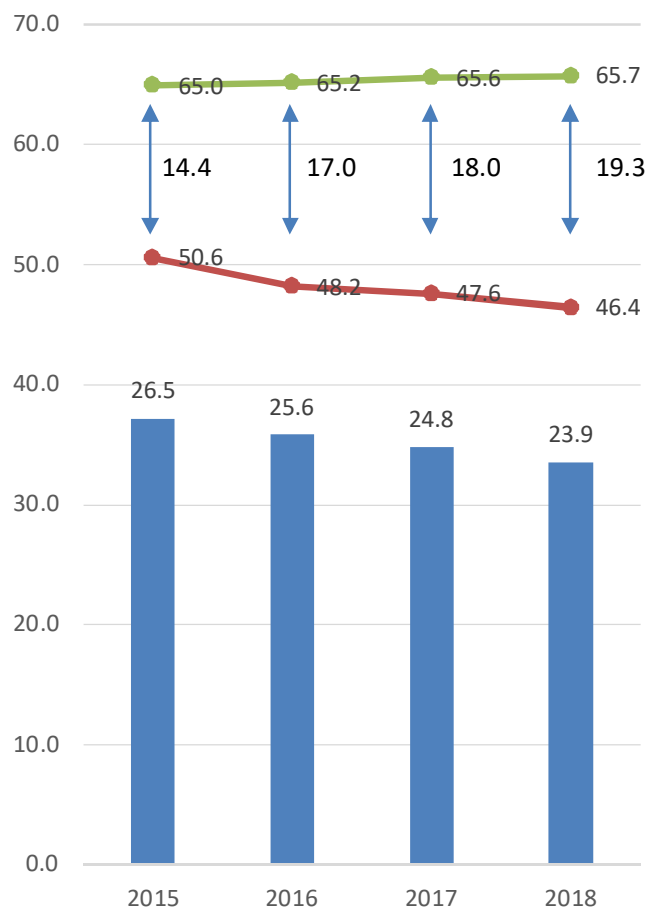


○ 入院料別に、入棟時のFIMをみると、入院料1～4においては、経年的に減少傾向であった。また、入退棟時のFIMの変化をみると、入院料1～4においては、経年的に増加傾向であった。

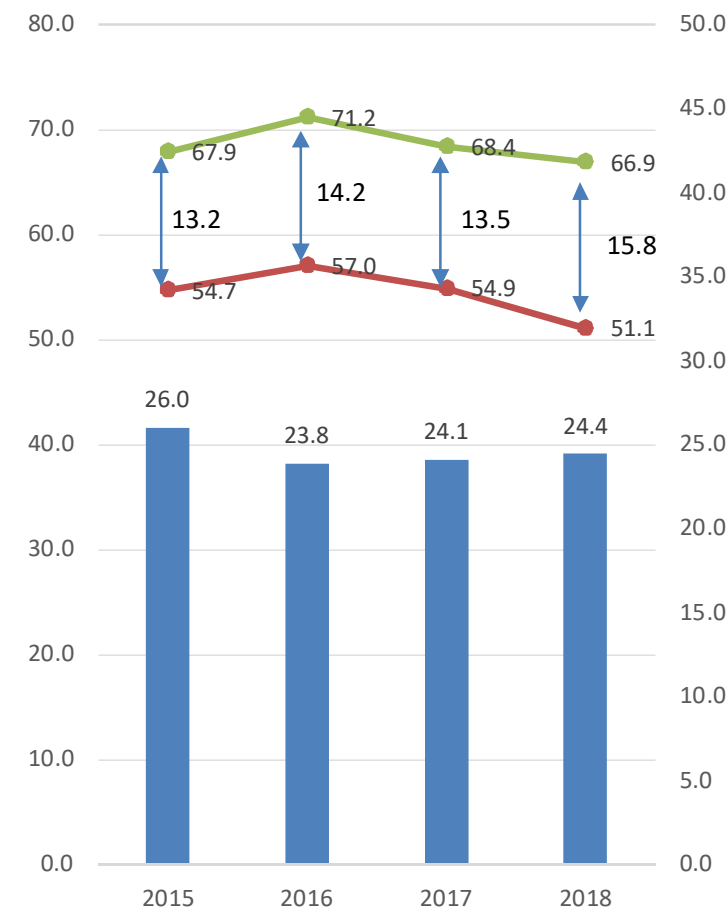
入院料1・2



入院料3・4



入院料5・6



■ 発症から入棟までの日数

● 入棟時平均

● 退棟時平均

■ 発症から入棟までの日数

● 入棟時平均

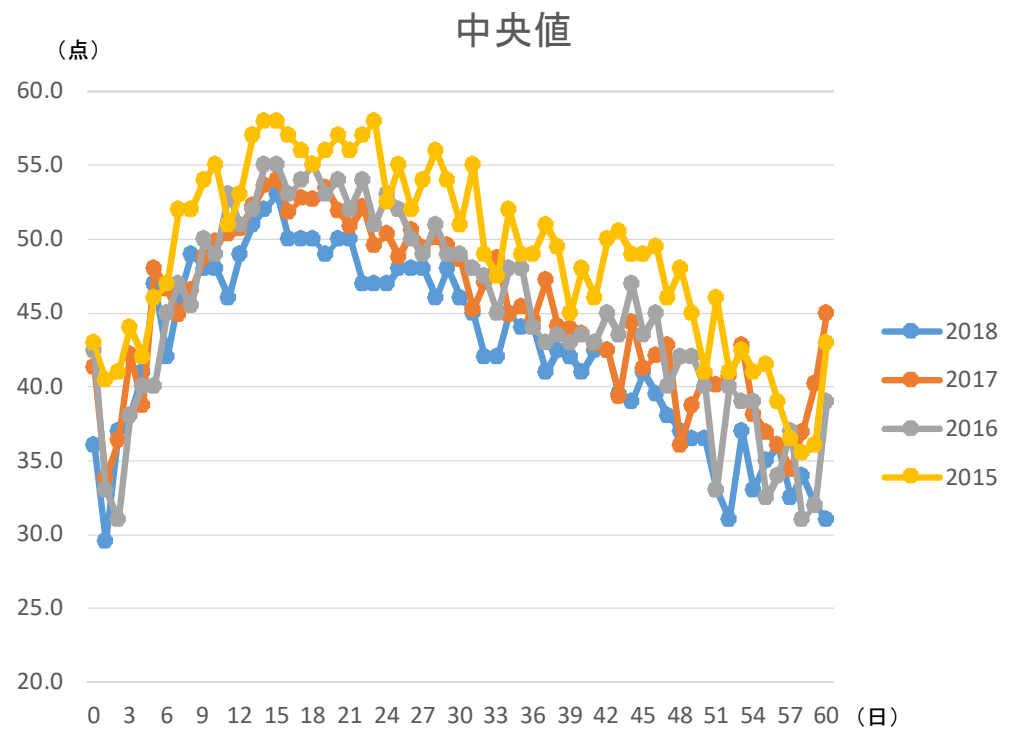
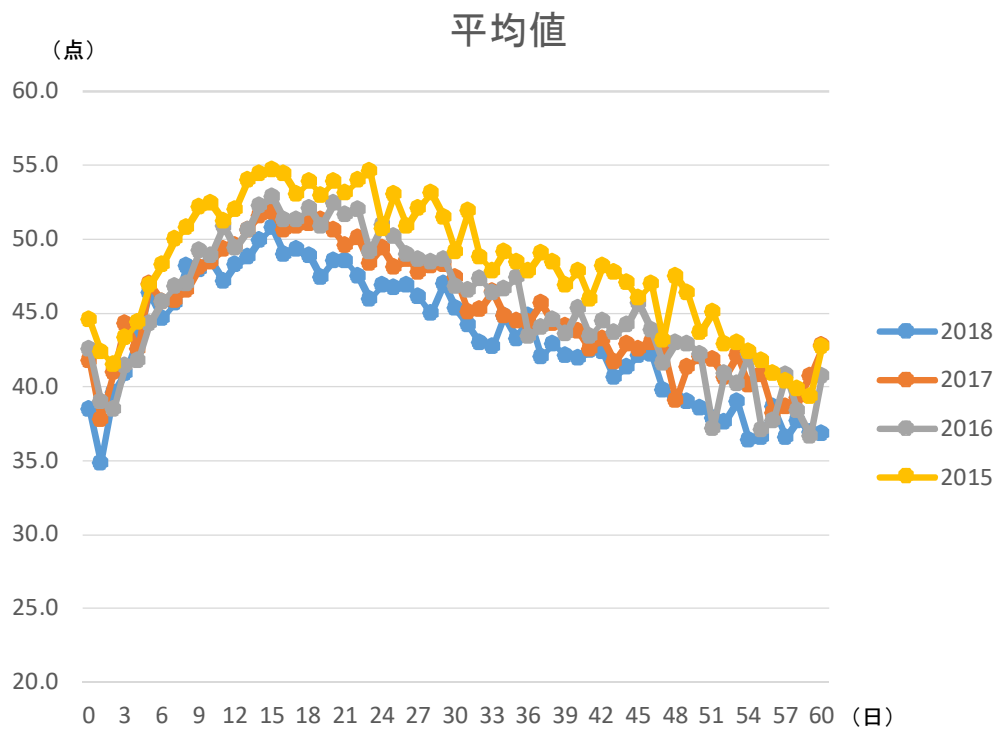
● 退棟時平均

■ 発症から入棟までの日数

● 入棟時平均

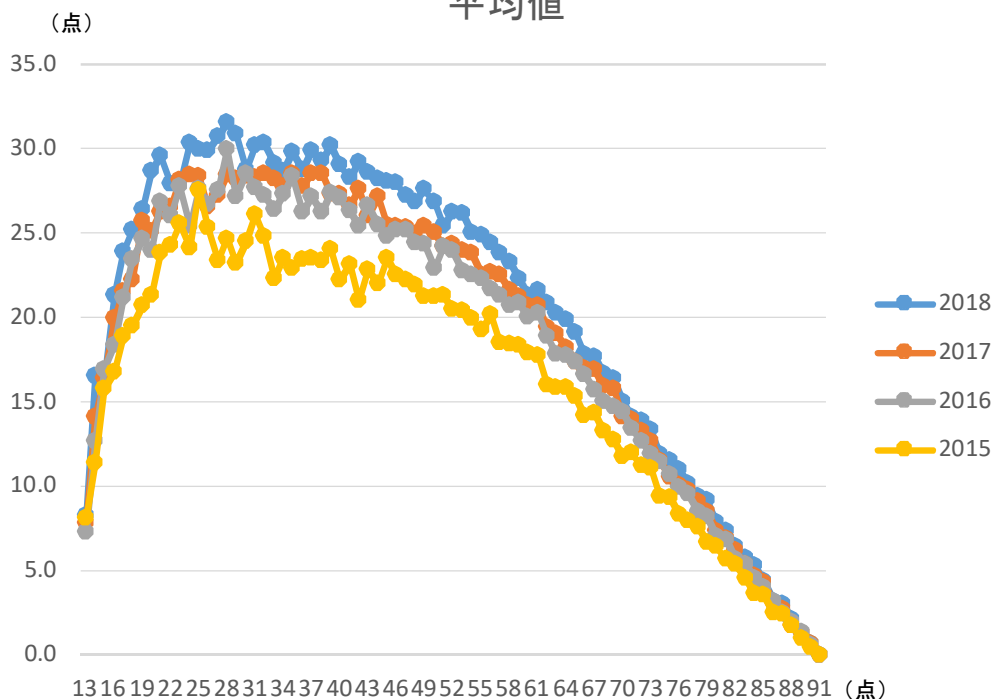
● 退棟時平均

○ 入棟時FIMと発症から入棟までの日数の関係を見ると、発症から入棟までの日数によらず、経年的に入棟時FIMが低下傾向であった。

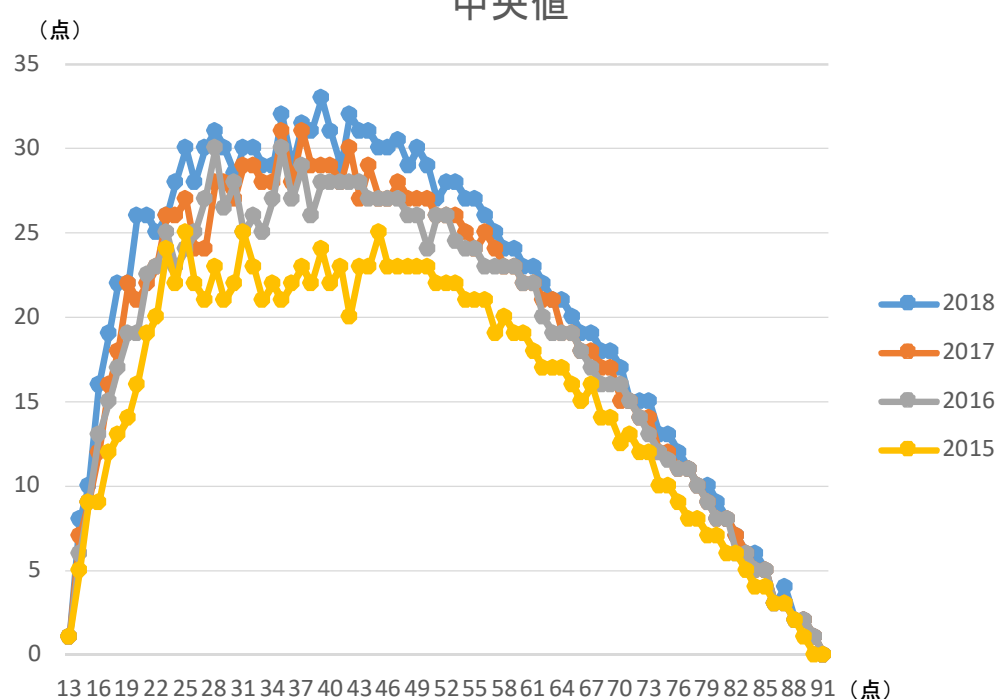


○ 入棟時FIMとFIM得点の変化の関係をみると、入棟時FIMの値によらず、経年的にFIM得点の変化が増加傾向であった。

平均値

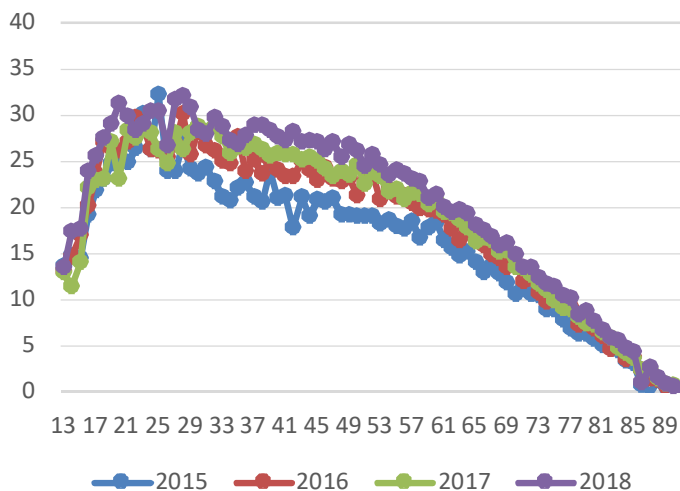


中央値

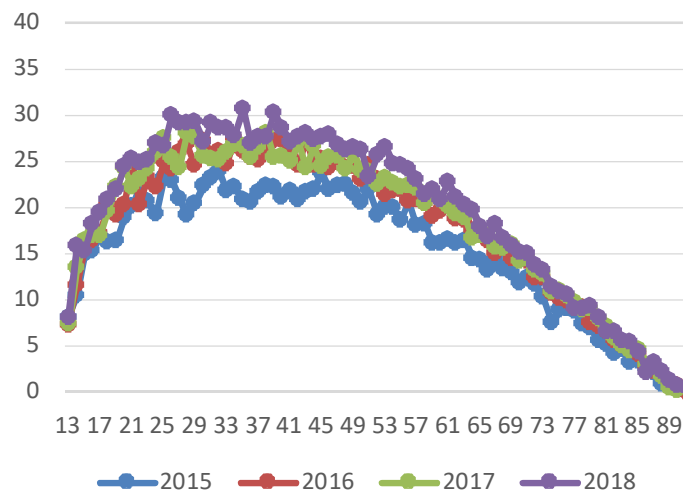


○ 疾患区分ごとに、入退棟時のFIMの変化をみると、入棟時のFIMの値によらず、経年的に増加傾向であった。

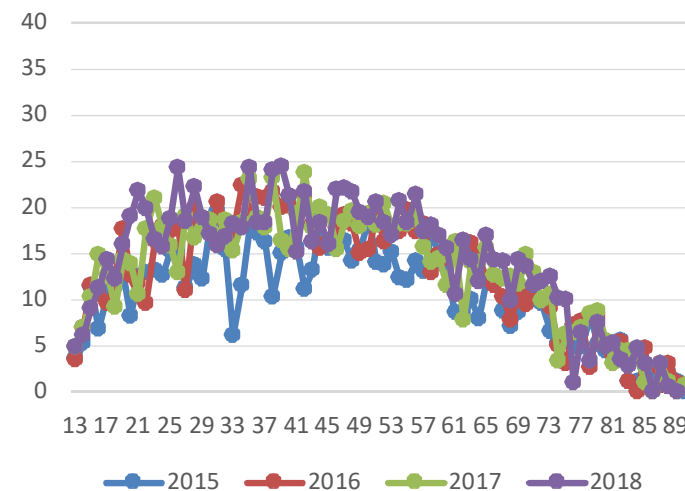
脳血管疾患（平均値）



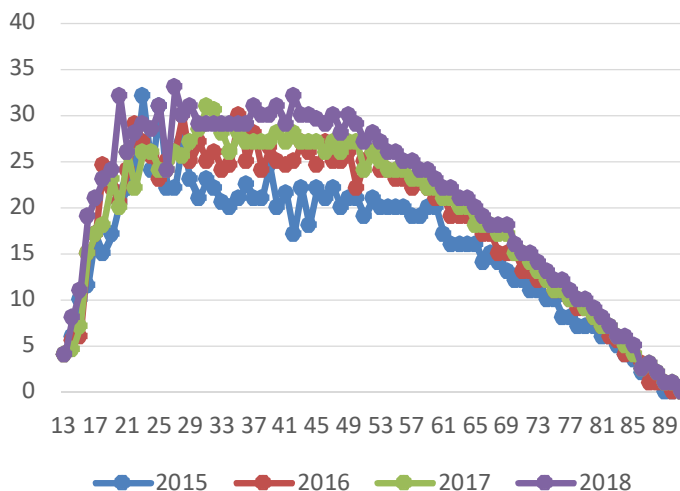
整形外科疾患（平均値）



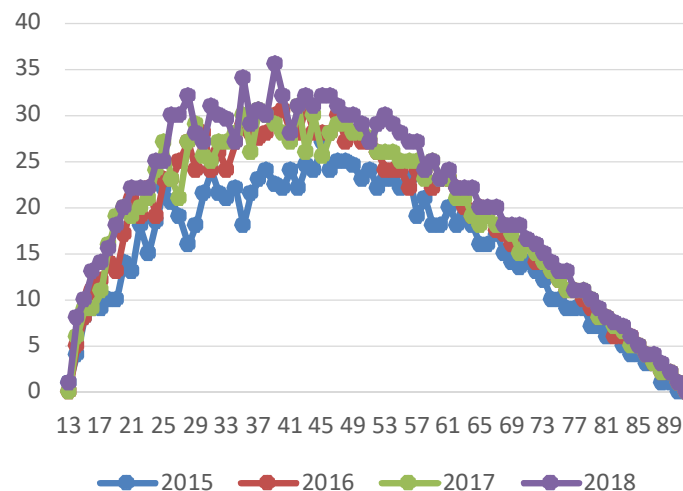
廃用症候群（平均値）



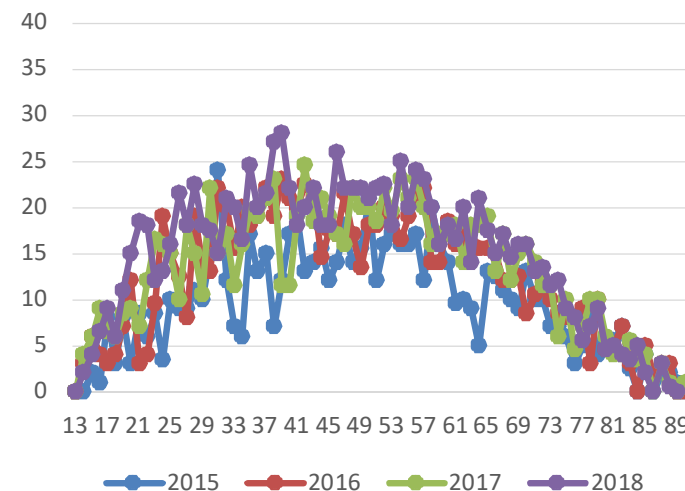
脳血管疾患（中央値）



整形外科疾患（中央値）

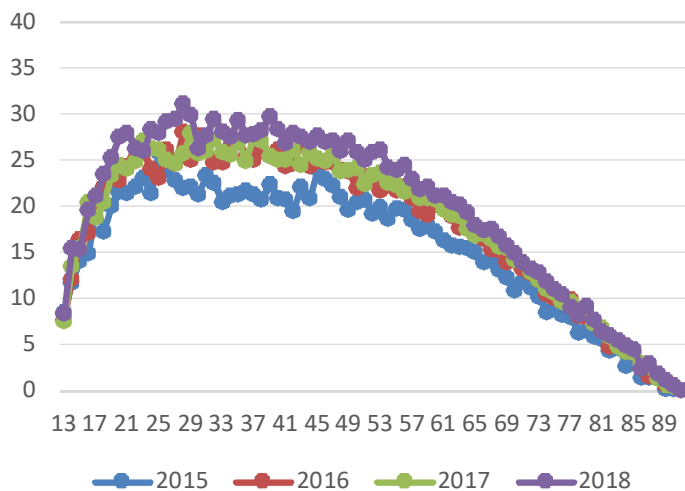


廃用症候群（中央値）

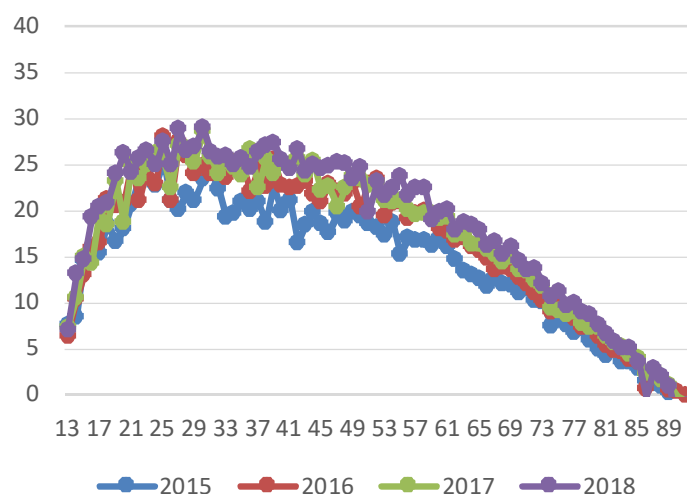


○ 入院料ごとに、入退棟時のFIMの変化をみると、入棟時のFIMの値によらず、経年的に増加傾向であった。

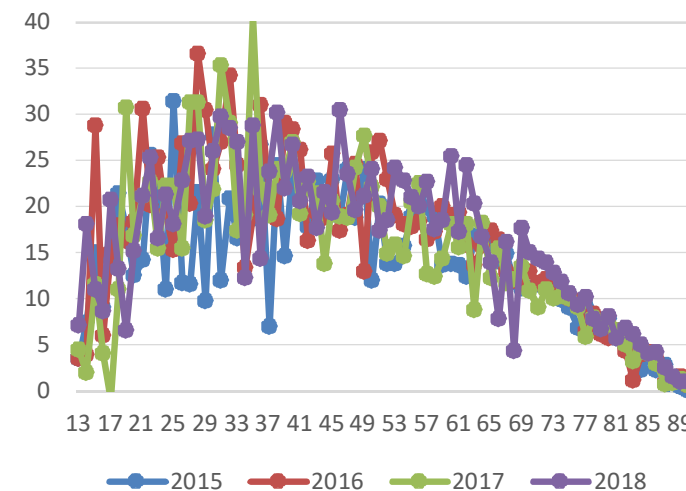
入院料1・2(平均値)



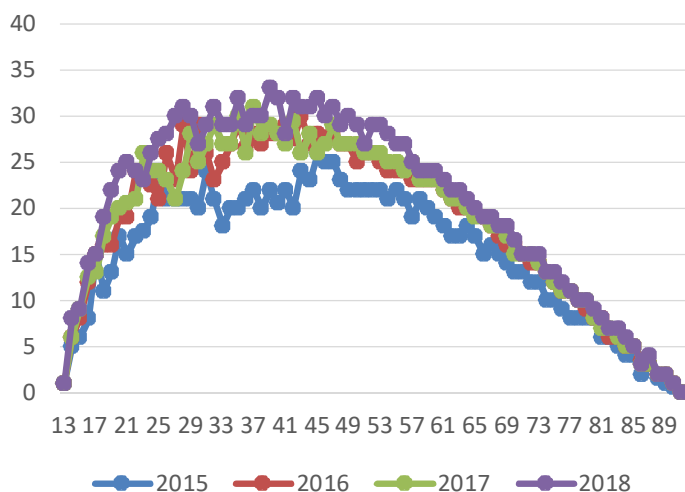
入院料3・4(平均値)



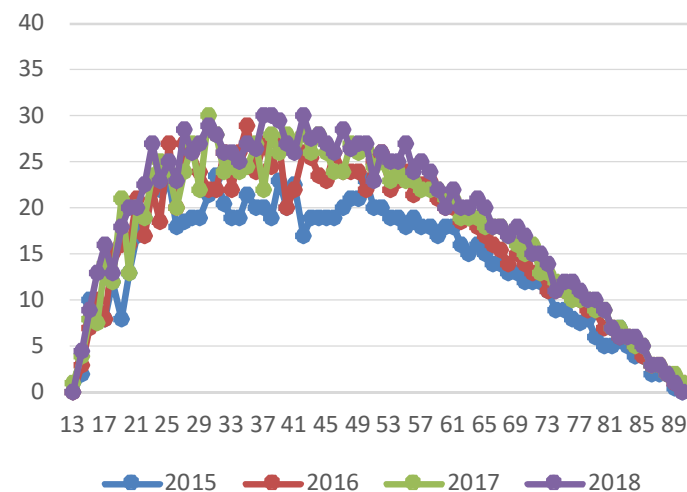
入院料5・6(平均値)



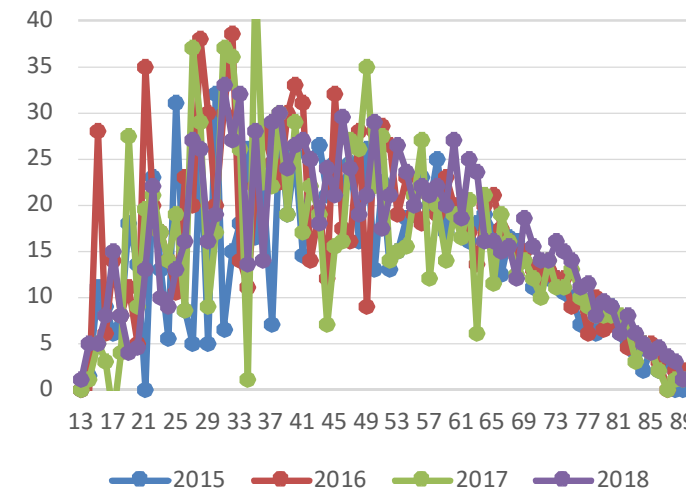
入院料1・2(中央値)



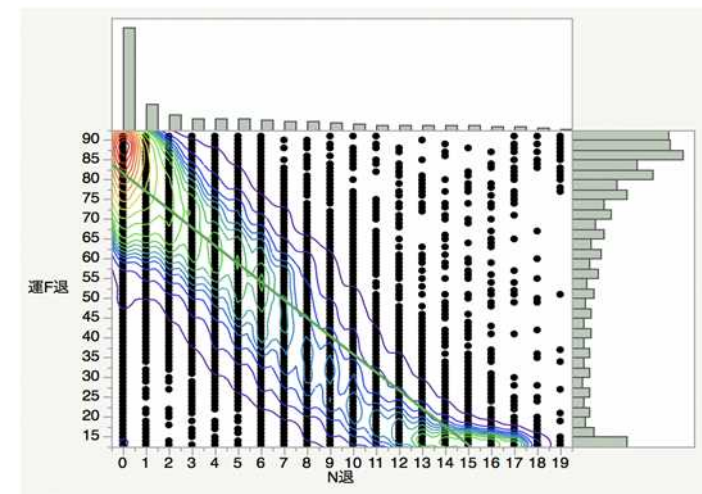
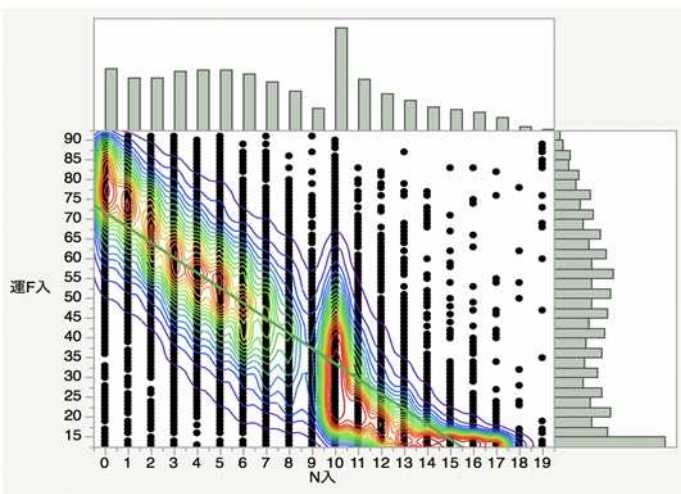
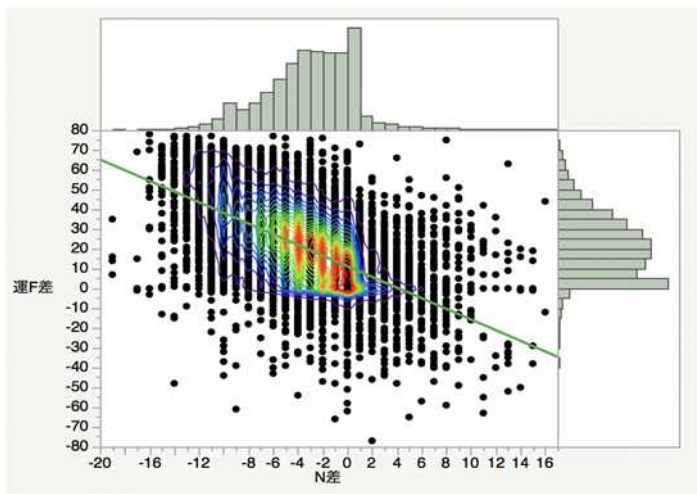
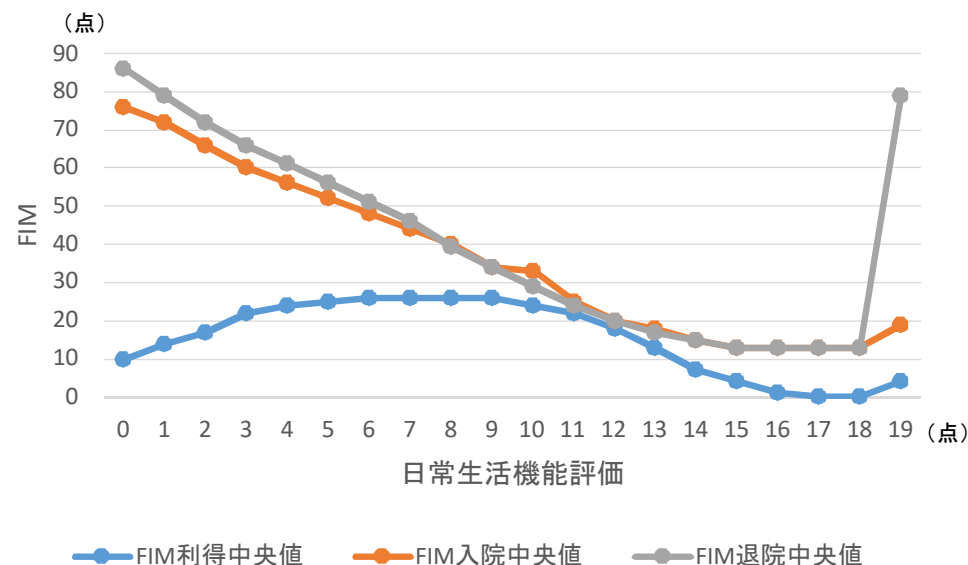
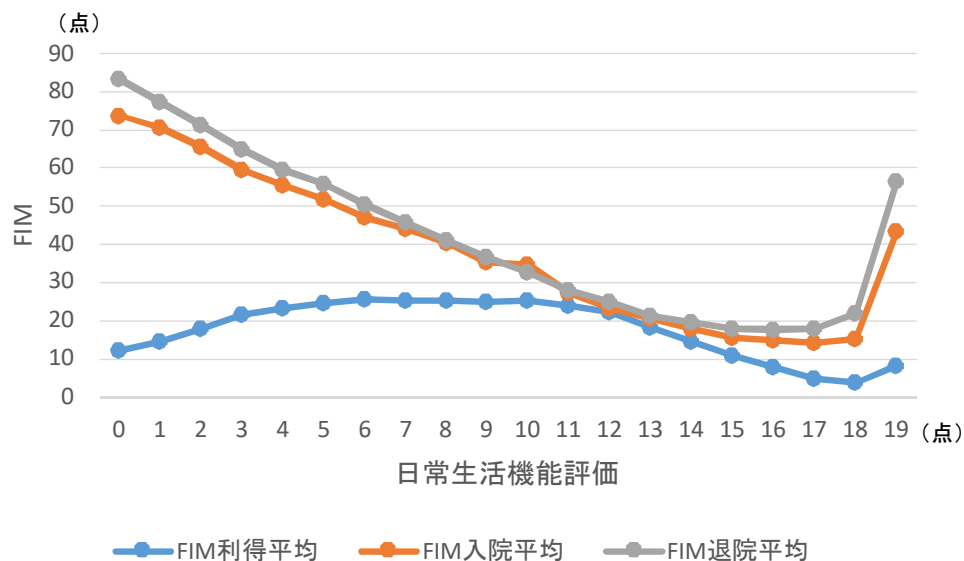
入院料3・4(中央値)



入院料5・6(中央値)



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



とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
 - 4－1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
 - 4－2. 入院患者の状況
 - 4－3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項
 - 4－4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

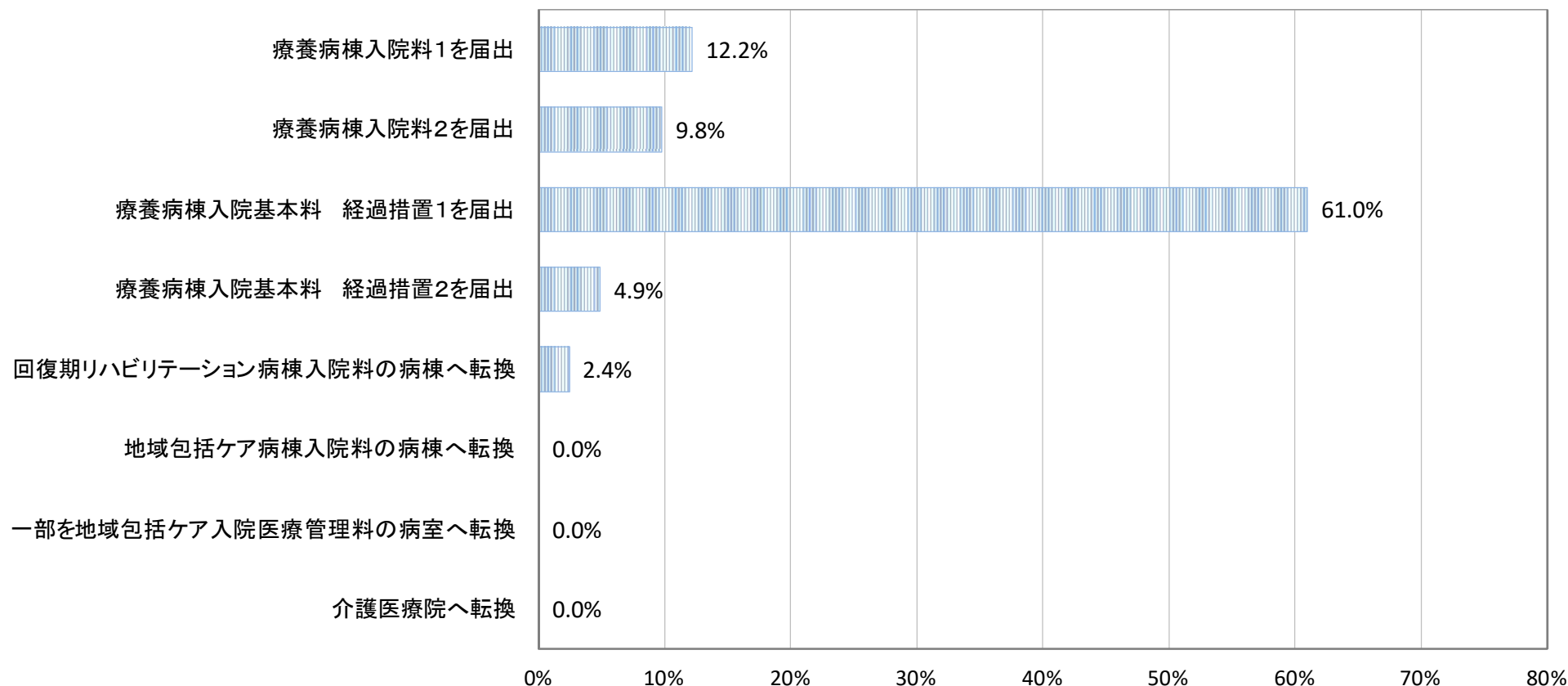
療養病棟入院基本料の概要

	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

- 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。

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。

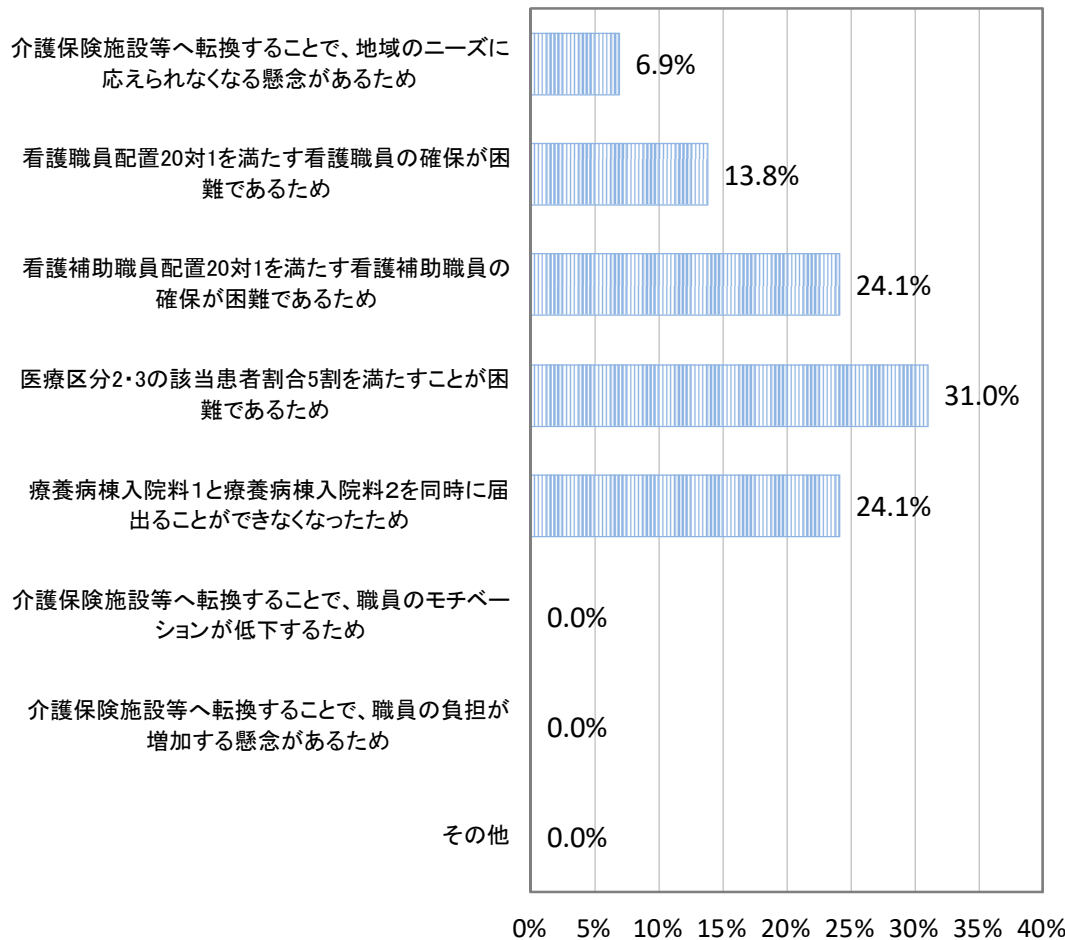
※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

○ 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)

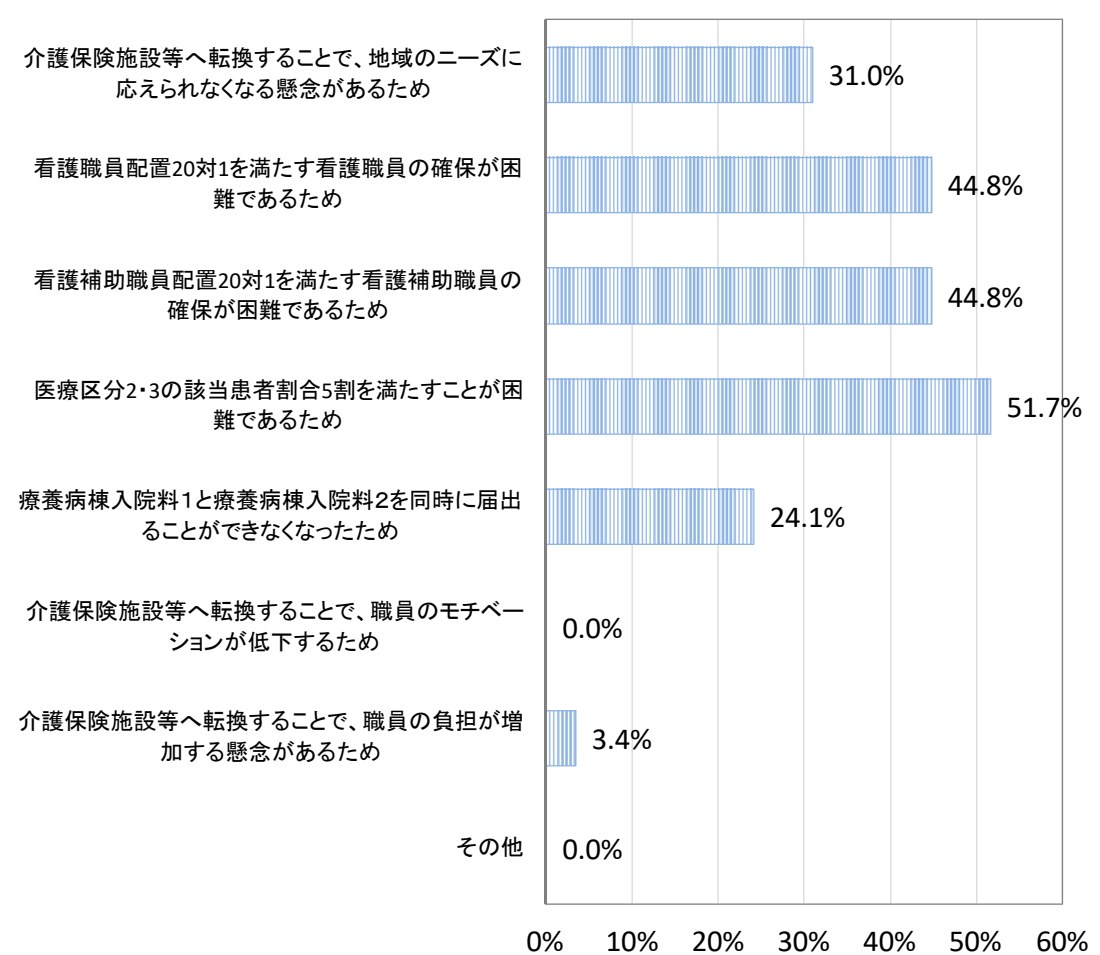
(n=29(施設数))



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)

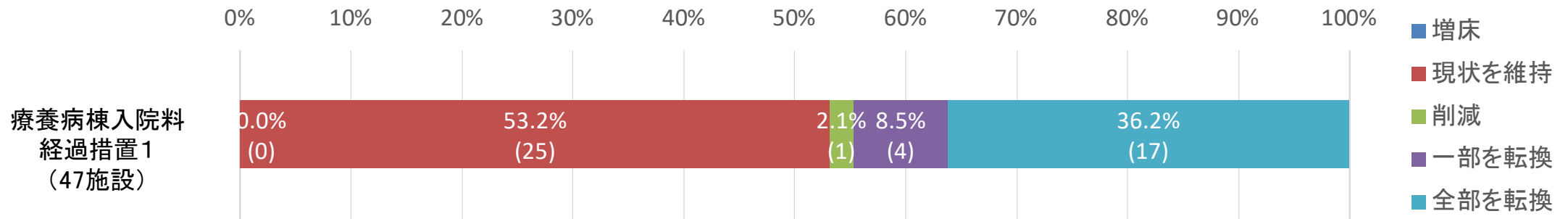
(n=29(施設数))



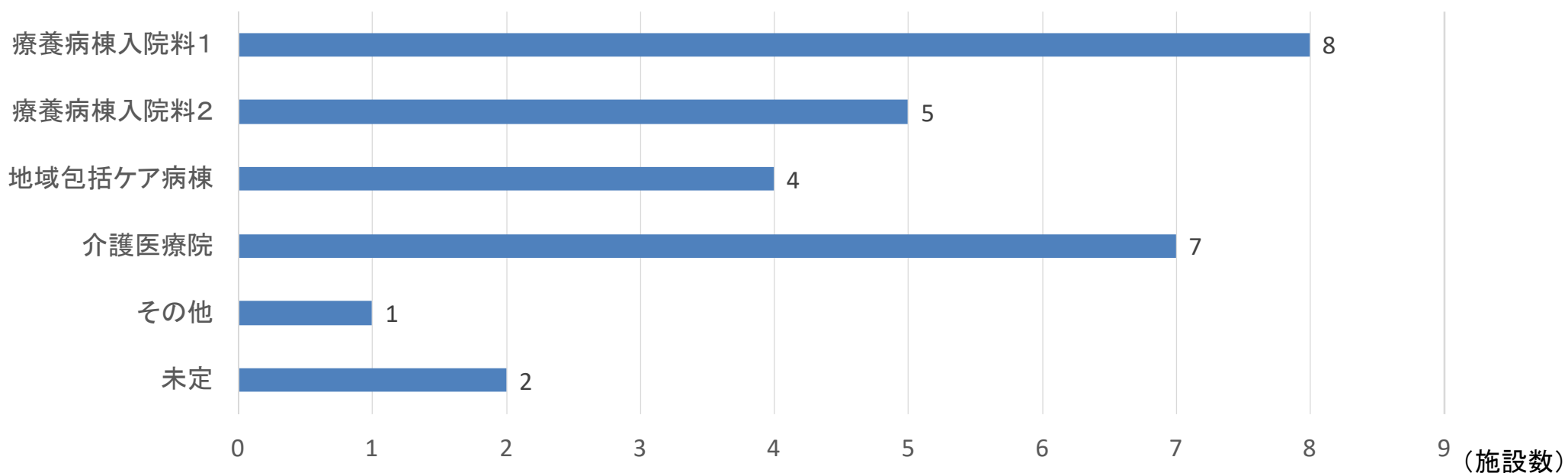
○ 療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟のうち、44.7%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、療養病棟入院料1、介護医療院、療養病棟入院料2の順に多かった。

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



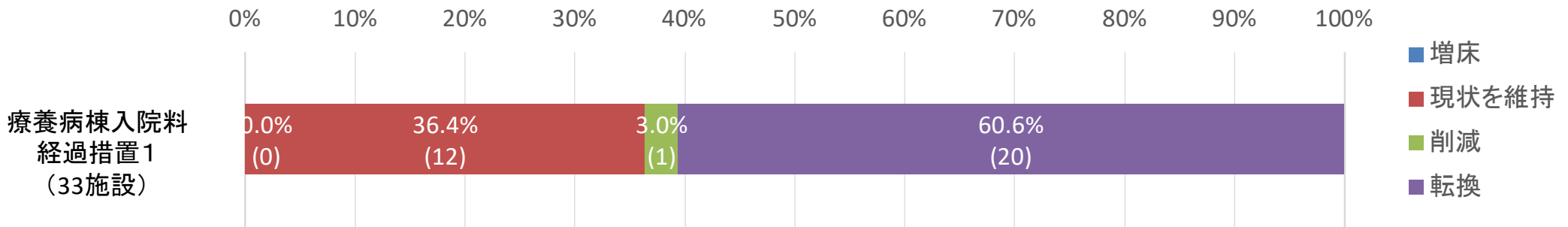
現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)



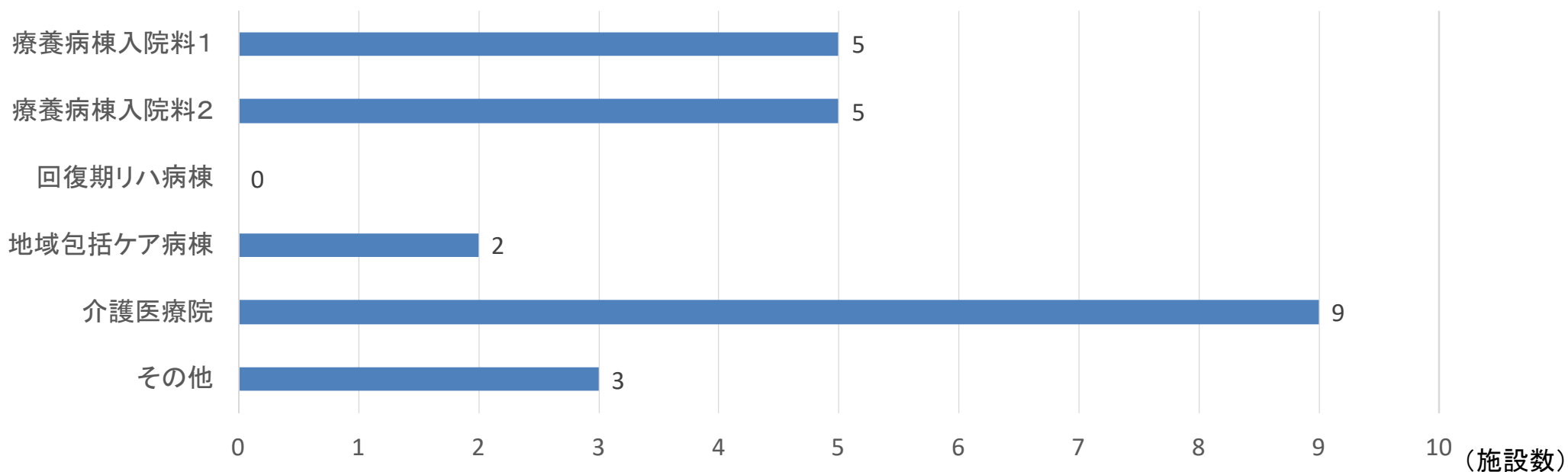
○ 療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟のうち、60.6%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、療養病棟入院料1・療養病棟入院料2の順に多かった。

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



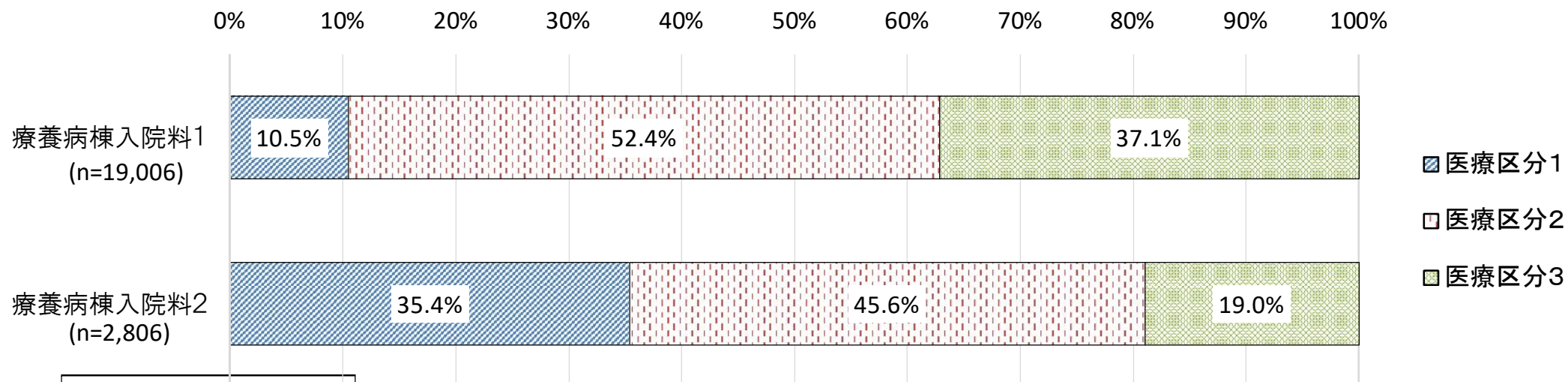
現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)



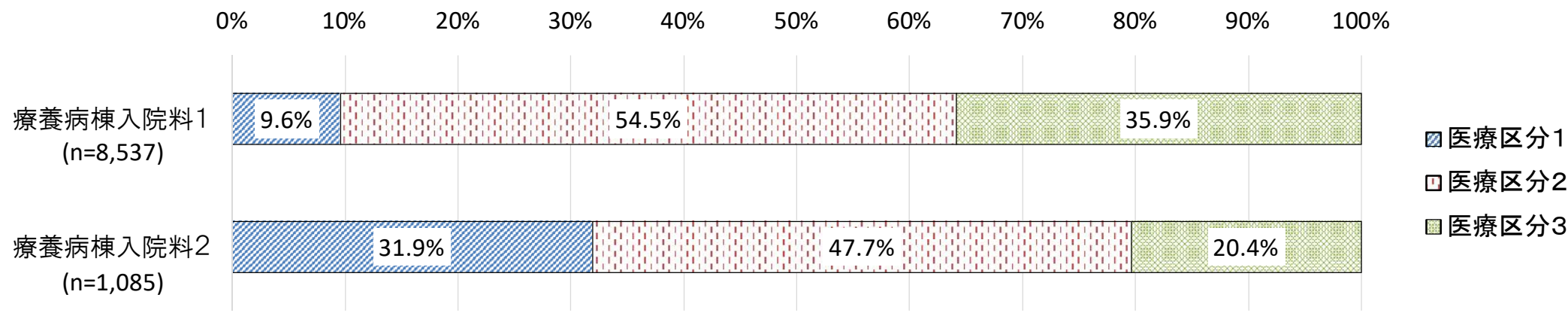
療養病棟入院患者の医療区分

○ 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。

入院患者の医療区分



参考：平成29年度調査

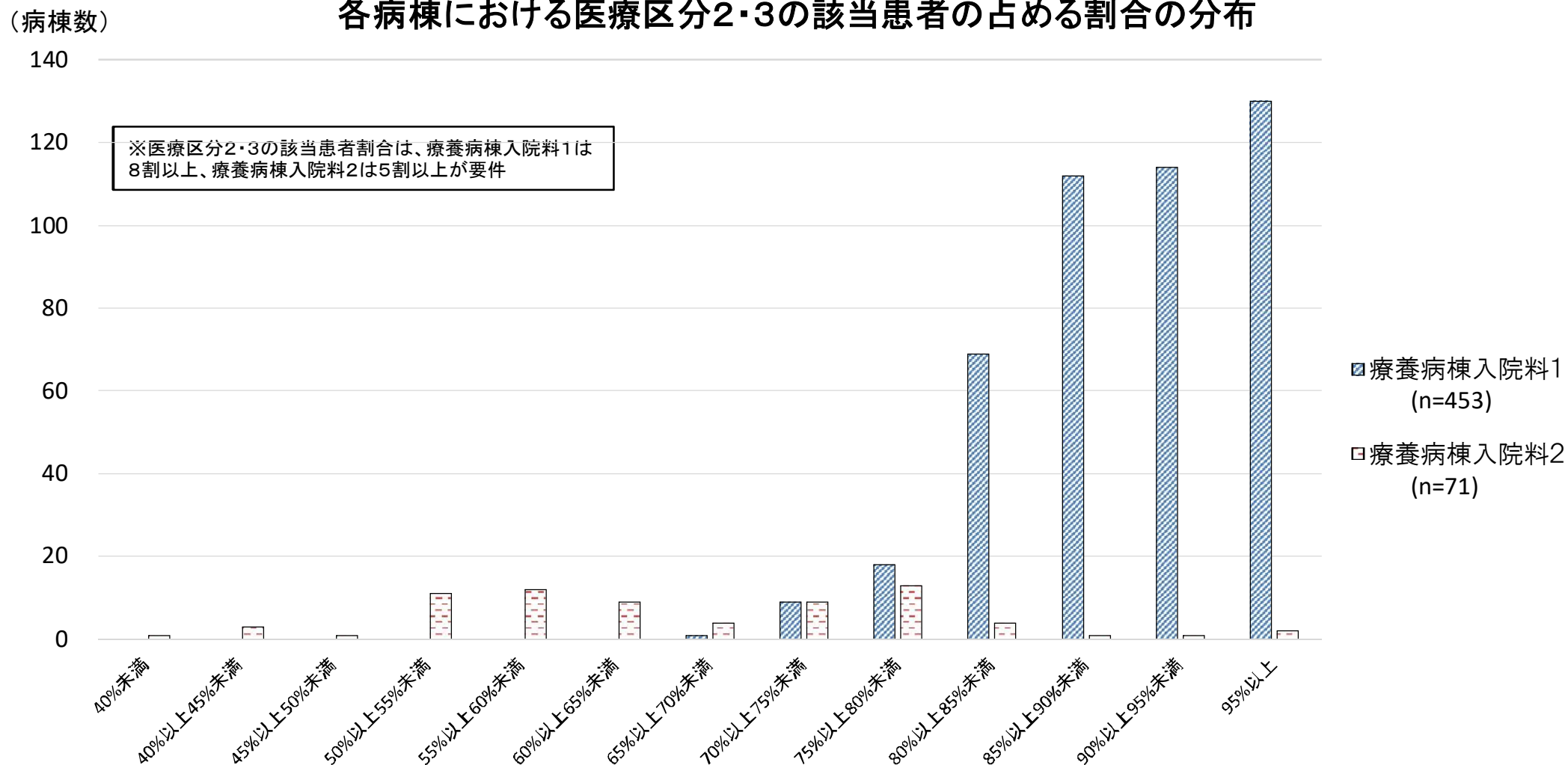


各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布

診調組 入-1
元 . 9 . 26

- 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



とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
 - 4－1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
 - 4－2. 入院患者の状態
 - 4－3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項
 - 4－4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

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。

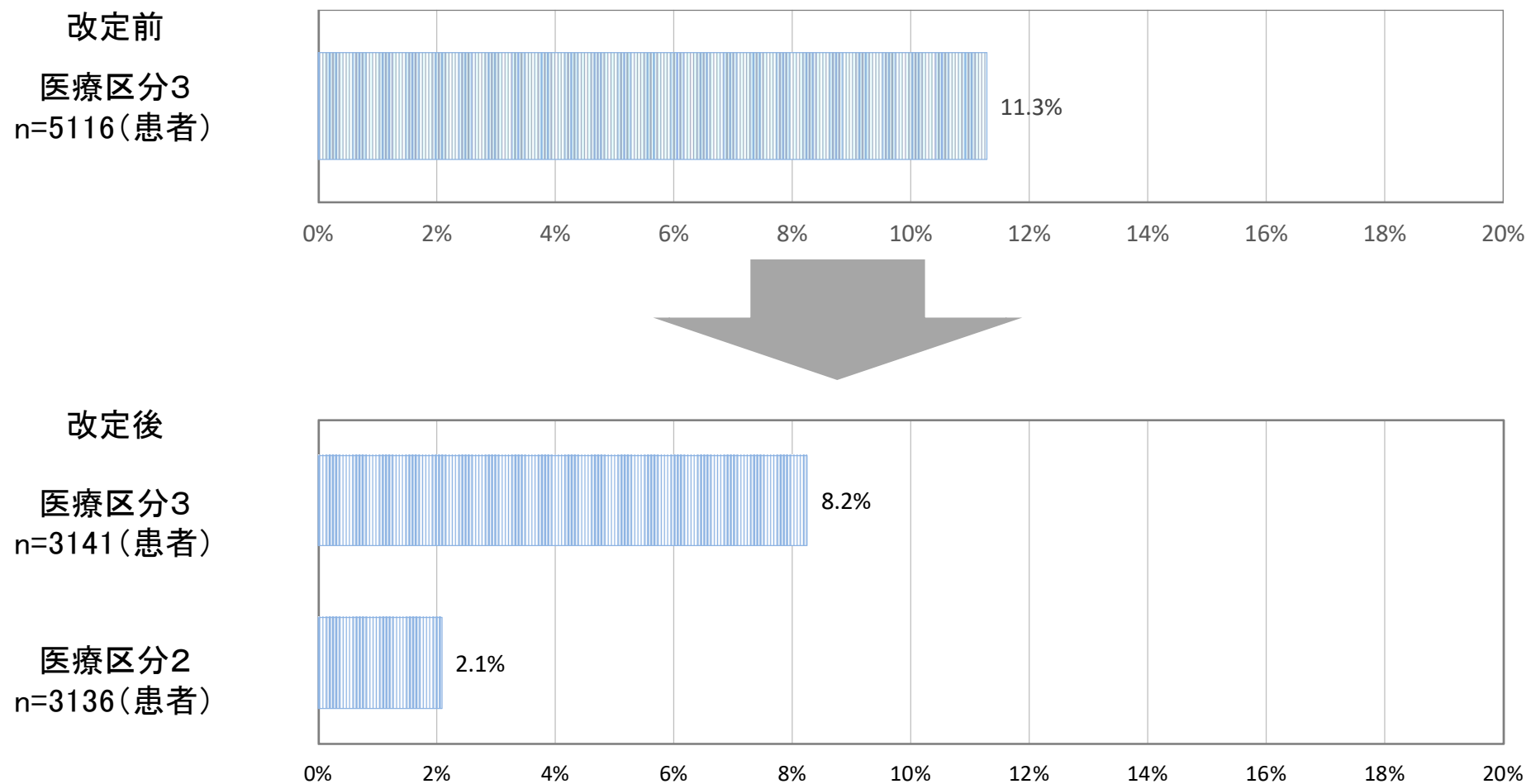


改定後

【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。**

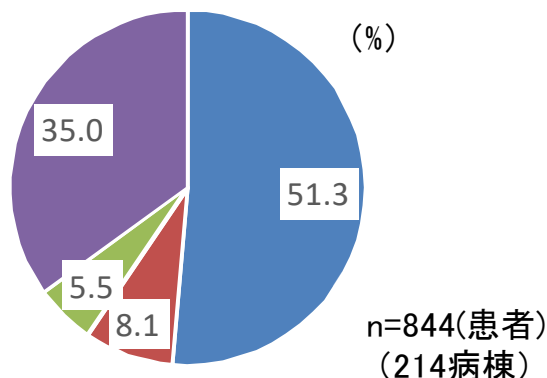
- 「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」について、改定前に医療区分3だった患者は11.3%であったが、改定後に医療区分3だった患者は8.2%であった。

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

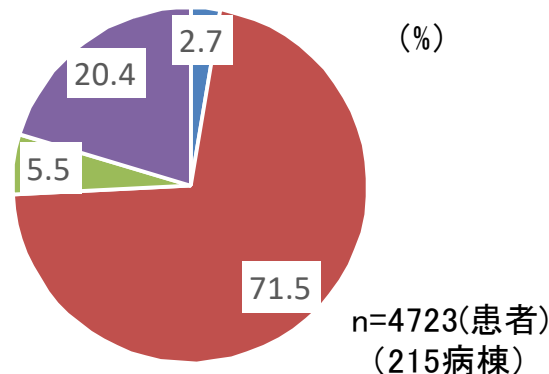


○ 3か月間の医療区分の変化をみると、いずれの医療区分についても、同じ医療区分の割合が高い。

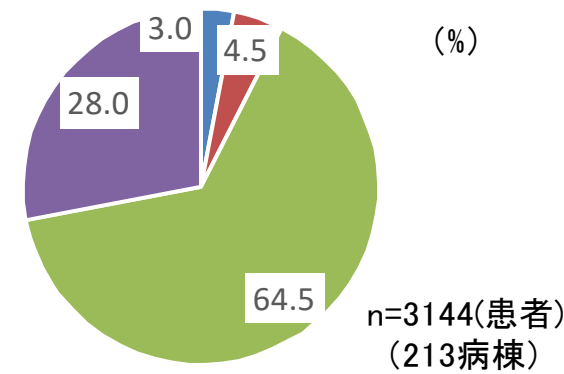
平成30年8月1日時点で医療区分1であった患者の11月1日時点での状態



平成30年8月1日時点で医療区分2であった患者の11月1日時点での状態



平成30年8月1日時点で医療区分3であった患者の11月1日時点での状態

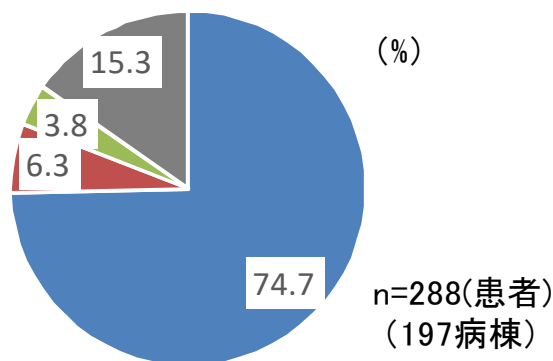


■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3 ■ 退棟

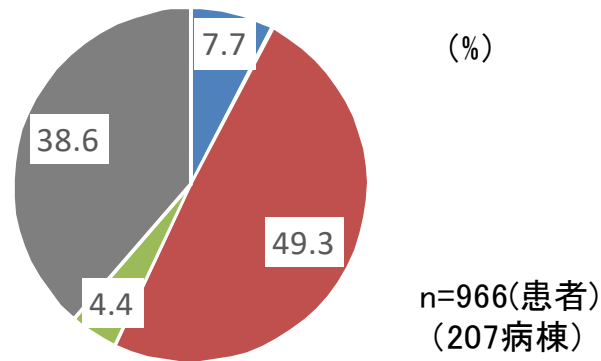
■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3 ■ 退棟

■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3 ■ 退棟

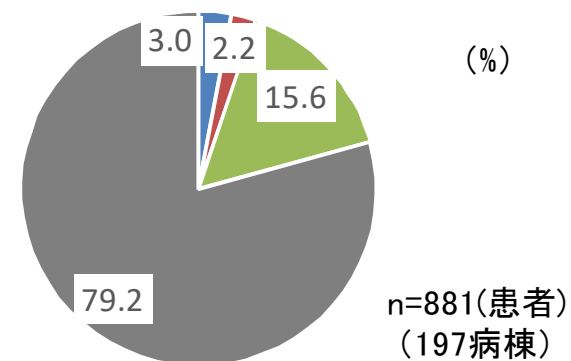
平成30年8月1日時点で医療区分1であった患者のうち11月1日までに退棟した患者の退院時の医療区分



平成30年8月1日時点で医療区分2であった患者のうち11月1日までに退棟した患者の退院時の医療区分



平成30年8月1日時点で医療区分3であった患者のうち11月1日までに退棟した患者の退院時の医療区分



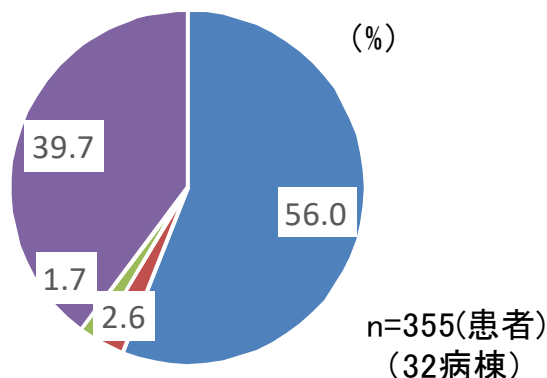
■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3 ■ 死亡

■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3 ■ 死亡

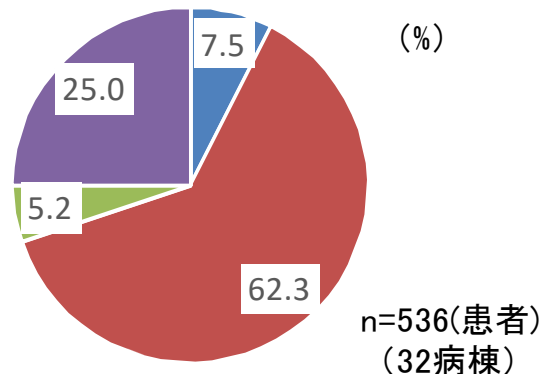
■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3 ■ 死亡

○ 3か月間の医療区分の変化をみると、いずれの医療区分についても、同じ医療区分の割合が高い。

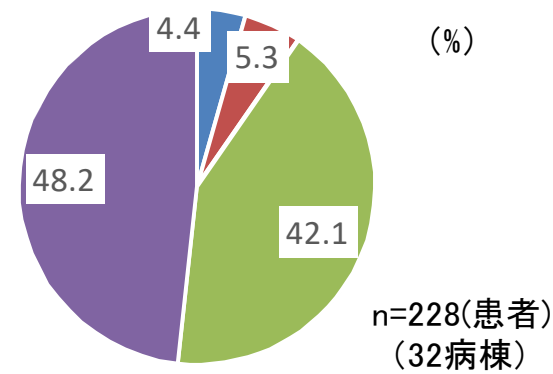
平成30年8月1日時点で医療区分1であった患者の11月1日時点での状態



平成30年8月1日時点で医療区分2であった患者の11月1日時点での状態



平成30年8月1日時点で医療区分3であった患者の11月1日時点での状態

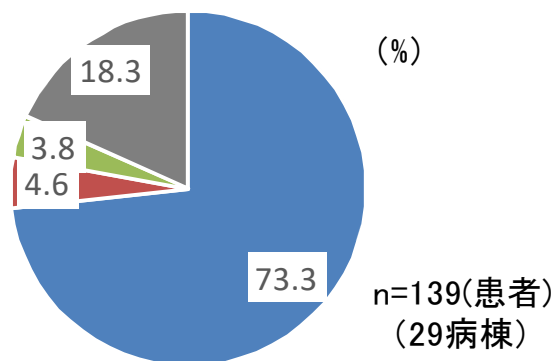


■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3 ■ 退棟

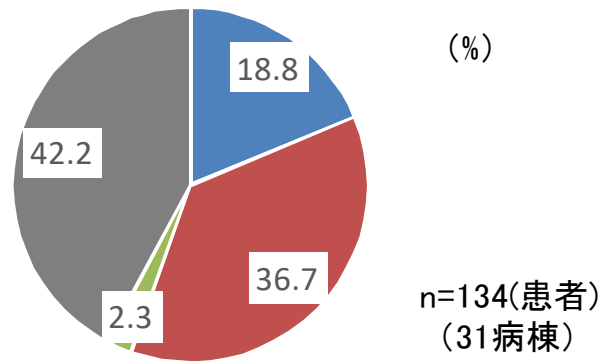
■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3 ■ 退棟

■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3 ■ 退棟

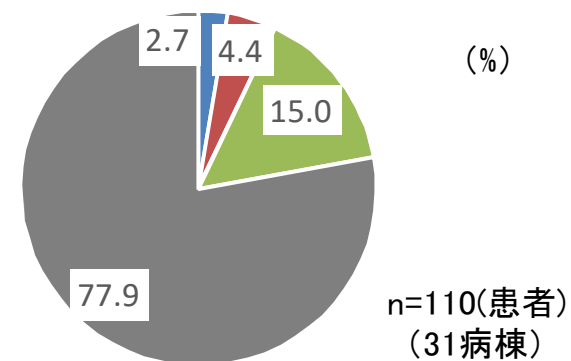
平成30年8月1日時点で医療区分1であった患者のうち11月1日までに退棟した患者の退院時の医療区分



平成30年8月1日時点で医療区分2であった患者のうち11月1日までに退棟した患者の退院時の医療区分



平成30年8月1日時点で医療区分3であった患者のうち11月1日までに退棟した患者の退院時の医療区分



■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3 ■ 死亡

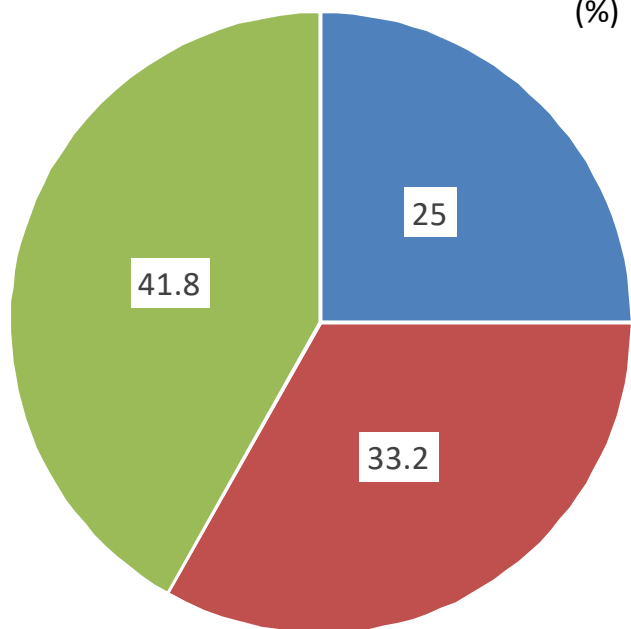
■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3 ■ 死亡

■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3 ■ 死亡

○ 医療区分が上がるにつれて、ADL区分3の患者割合が増加している。

医療区分1

(%)

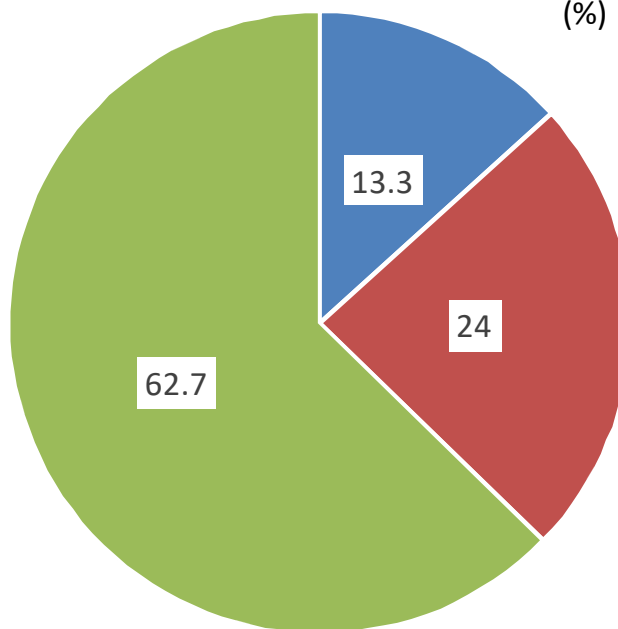


■ ADL区分1 ■ ADL区分2 ■ ADL区分3

(n=416)

医療区分2

(%)

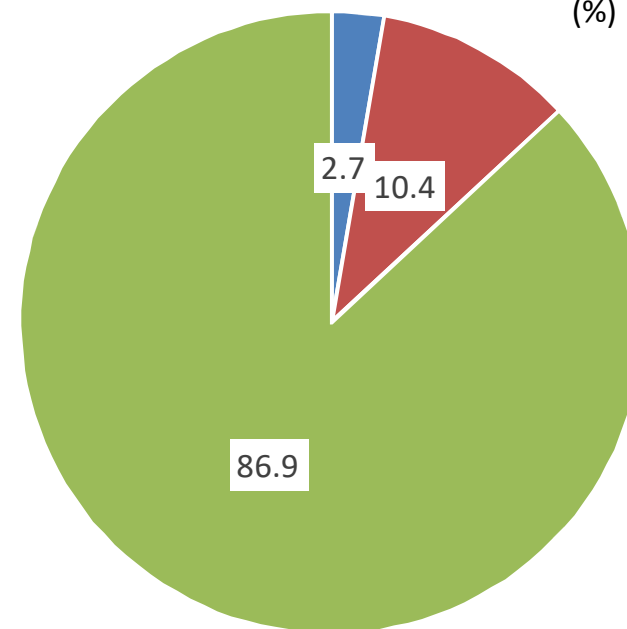


■ ADL区分1 ■ ADL区分2 ■ ADL区分3

(n=1791)

医療区分3

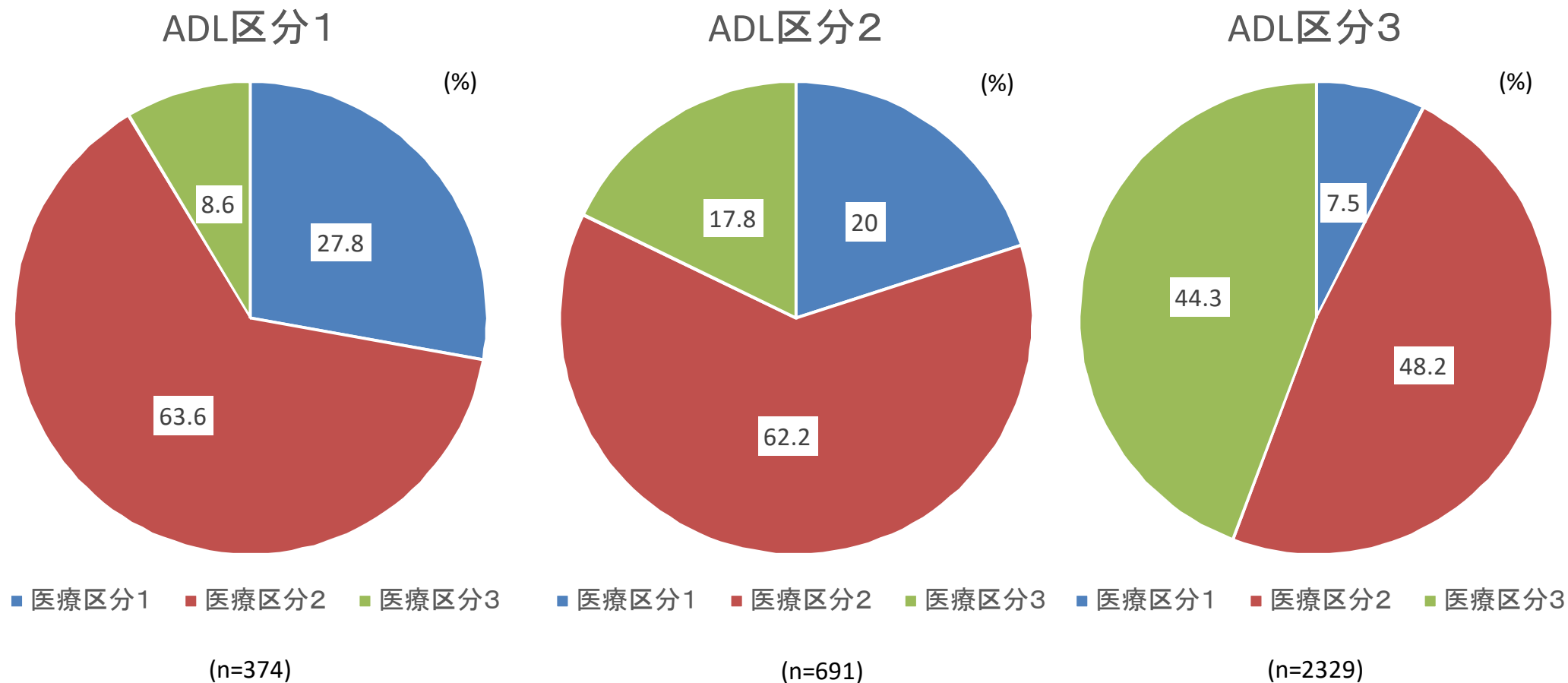
(%)



■ ADL区分1 ■ ADL区分2 ■ ADL区分3

(n=1187)

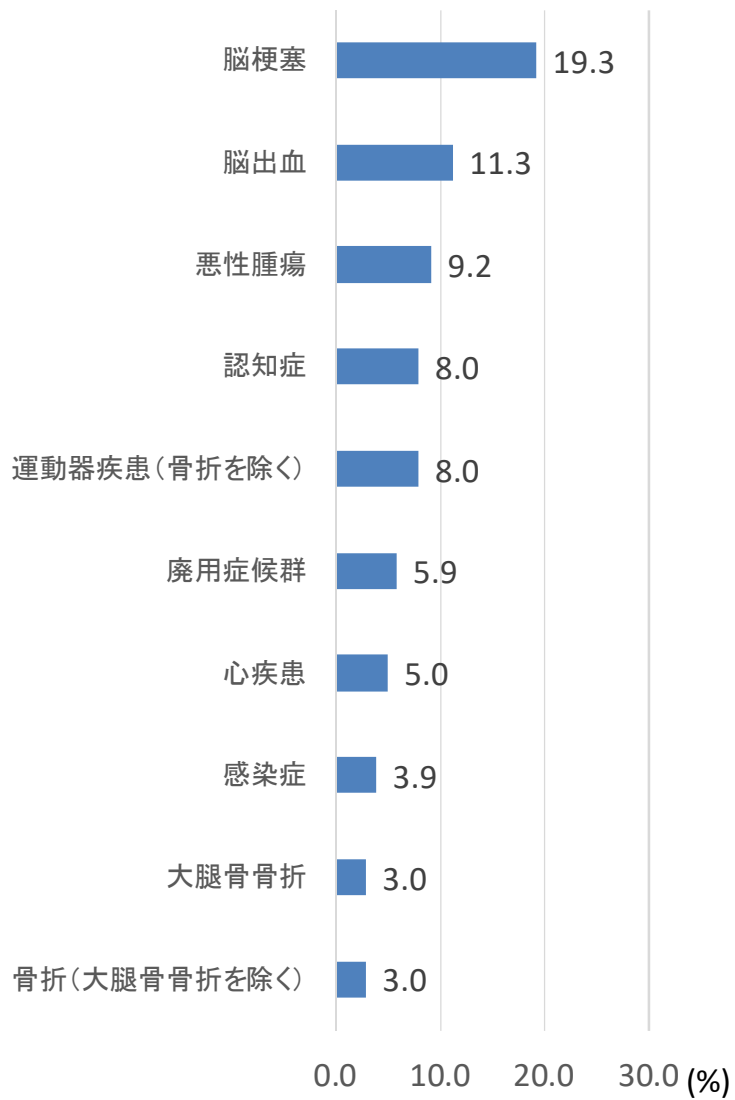
○ ADL区分が上がるにつれて、医療区分3の患者割合が増加している。



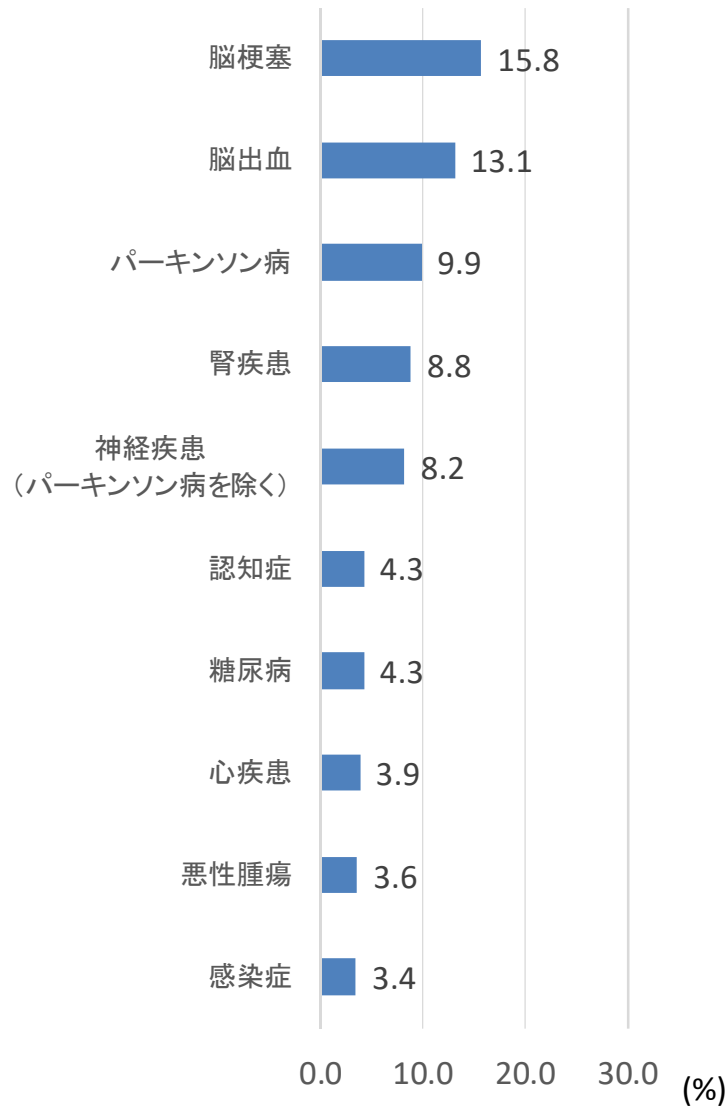
医療区分ごとの主傷病

○ いずれの医療区分においても、脳梗塞及び脳出血が多い。

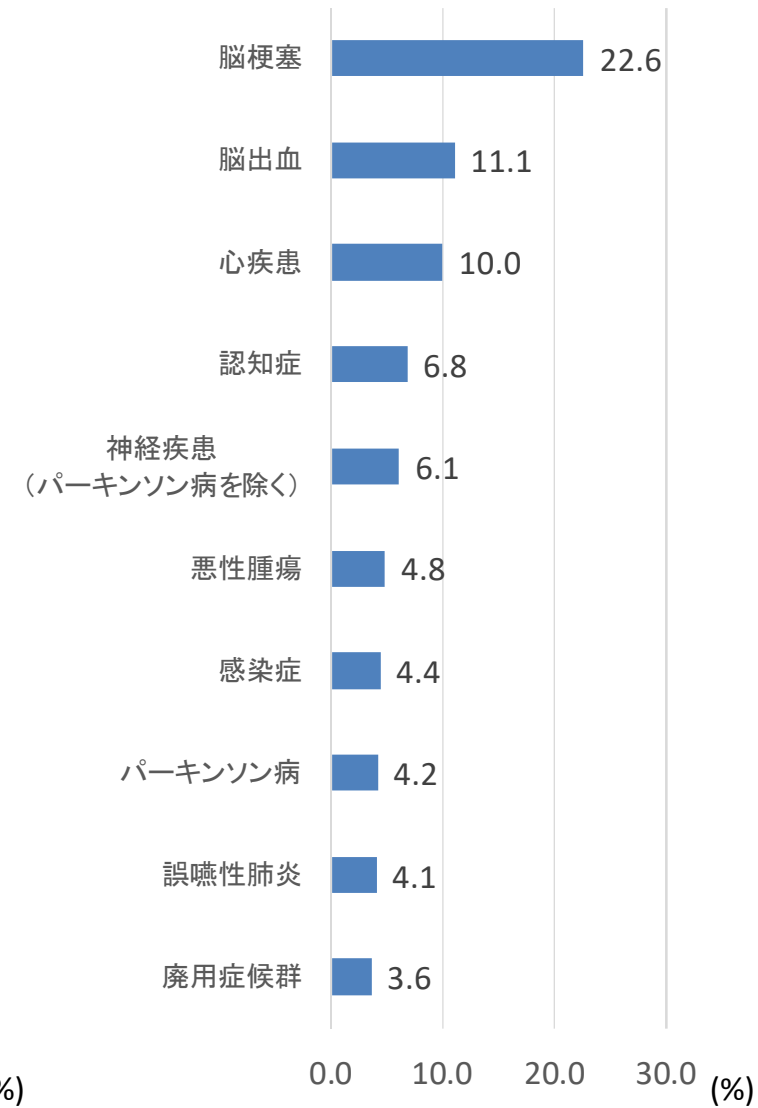
医療区分1 (n=337)



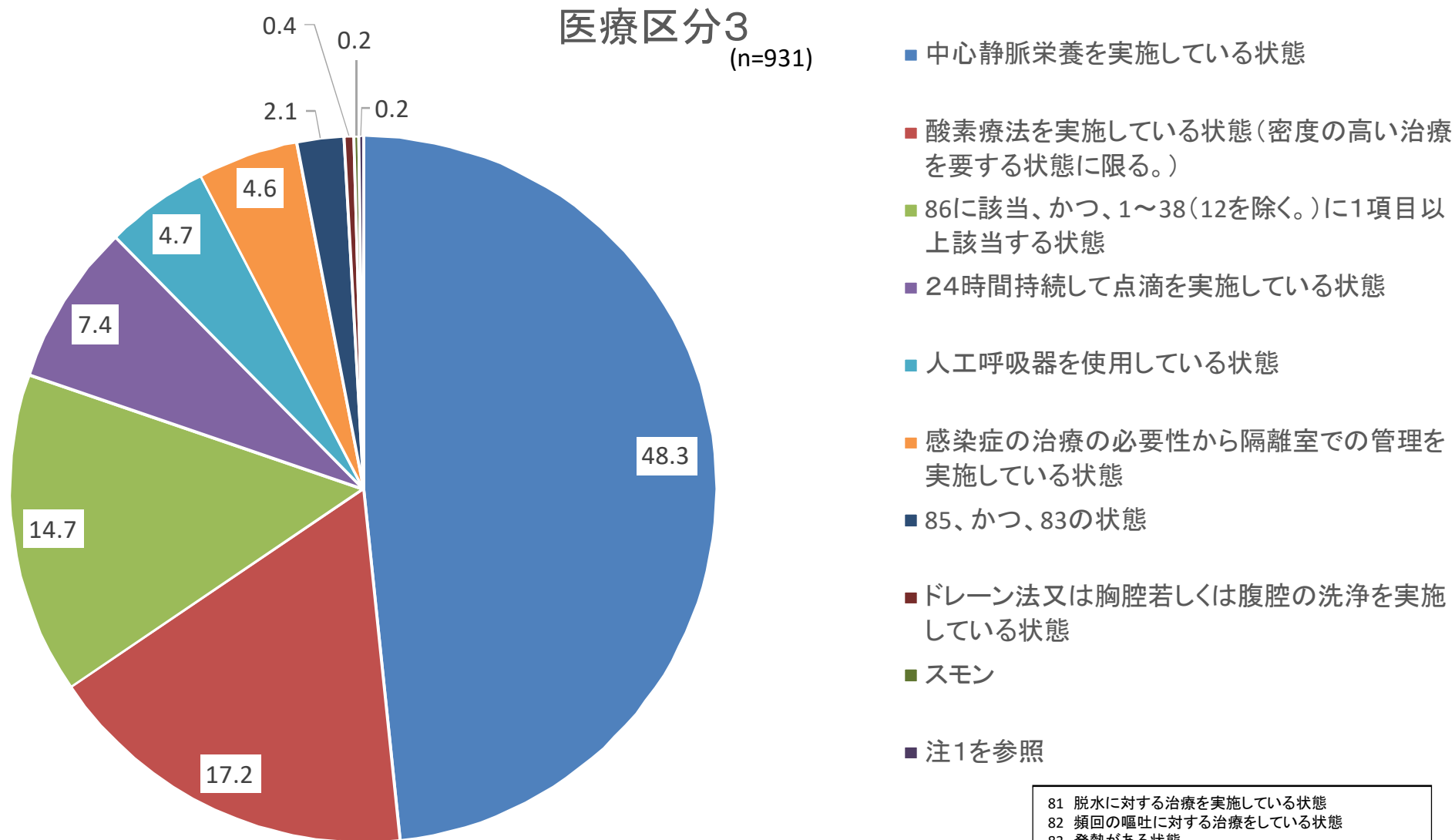
医療区分2 (n=1492)



医療区分3 (n=998)



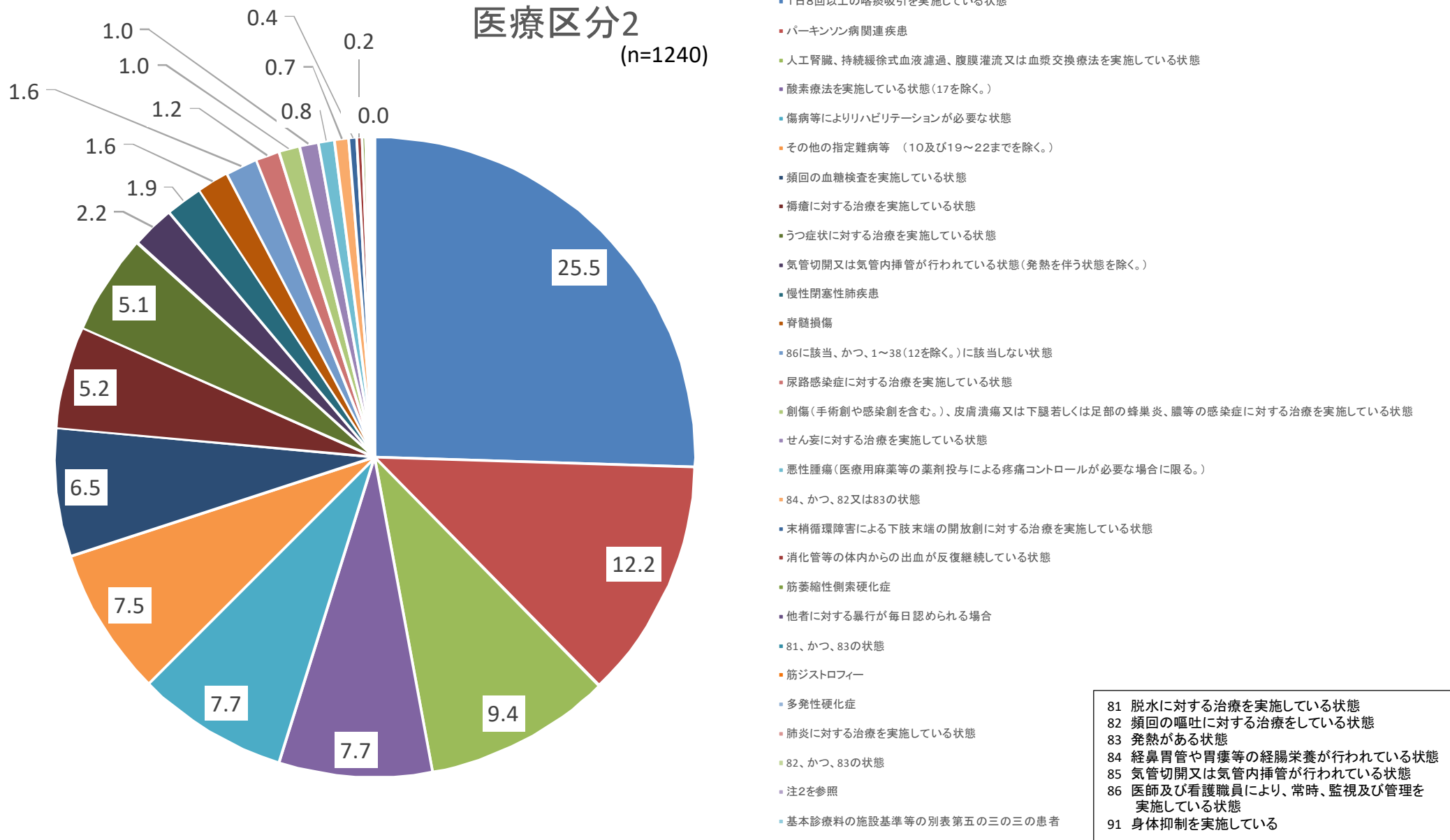
○ 医療区分3の1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養が多い。



81 脱水に対する治療を実施している状態
 82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
 83 発熱がある状態
 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
 86 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
 91 身体抑制を実施している

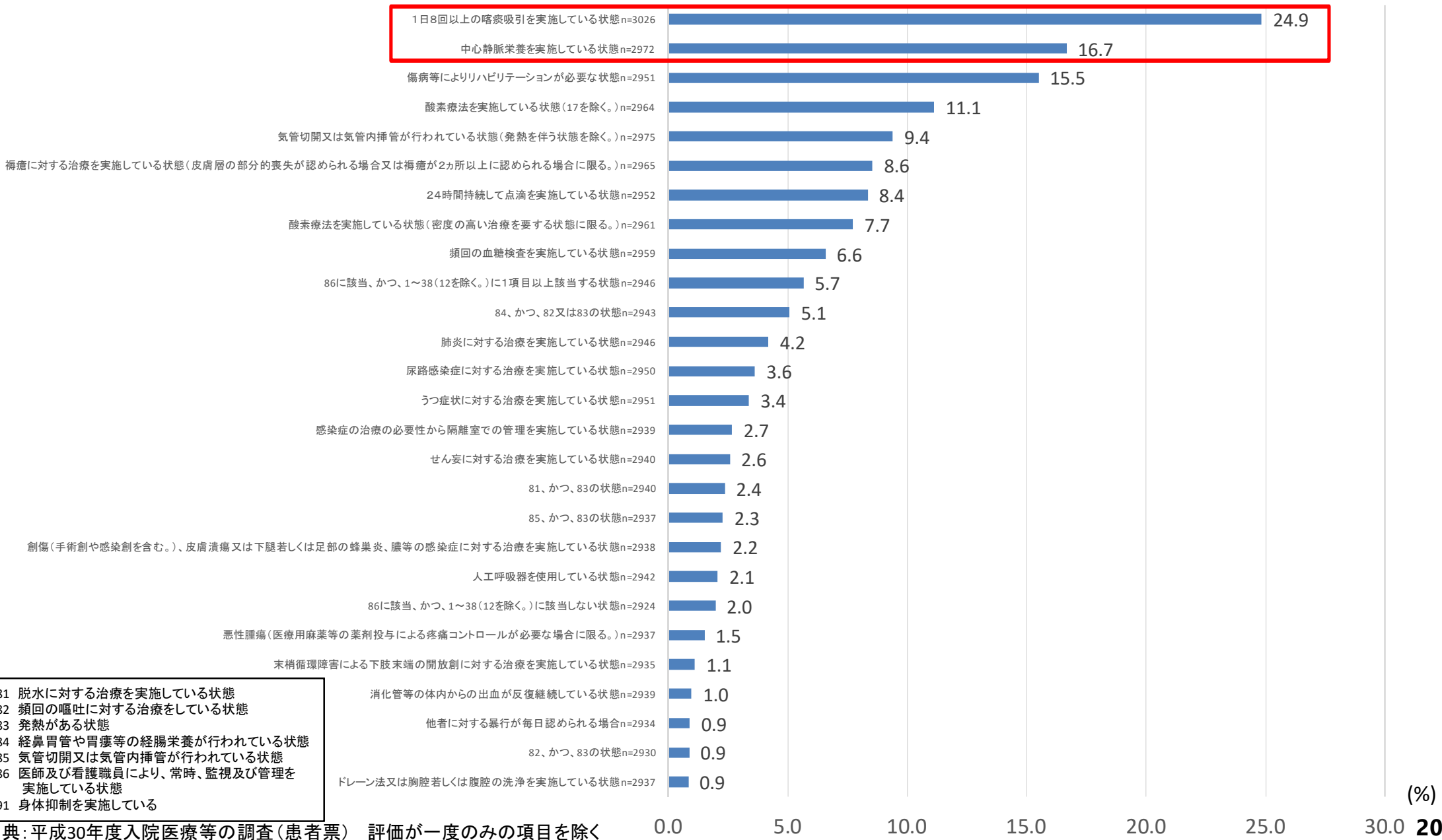
医療区分2の1項目該当の場合の該当項目

○ 医療区分2の1項目に該当している患者の該当項目は、1日8回以上の喀痰吸引が多い。



入棟時に医療区分の各項目に該当している患者割合

○ 入棟した全患者のうち、入棟時に医療区分の各項目に該当している患者割合は以下のとおりであった。

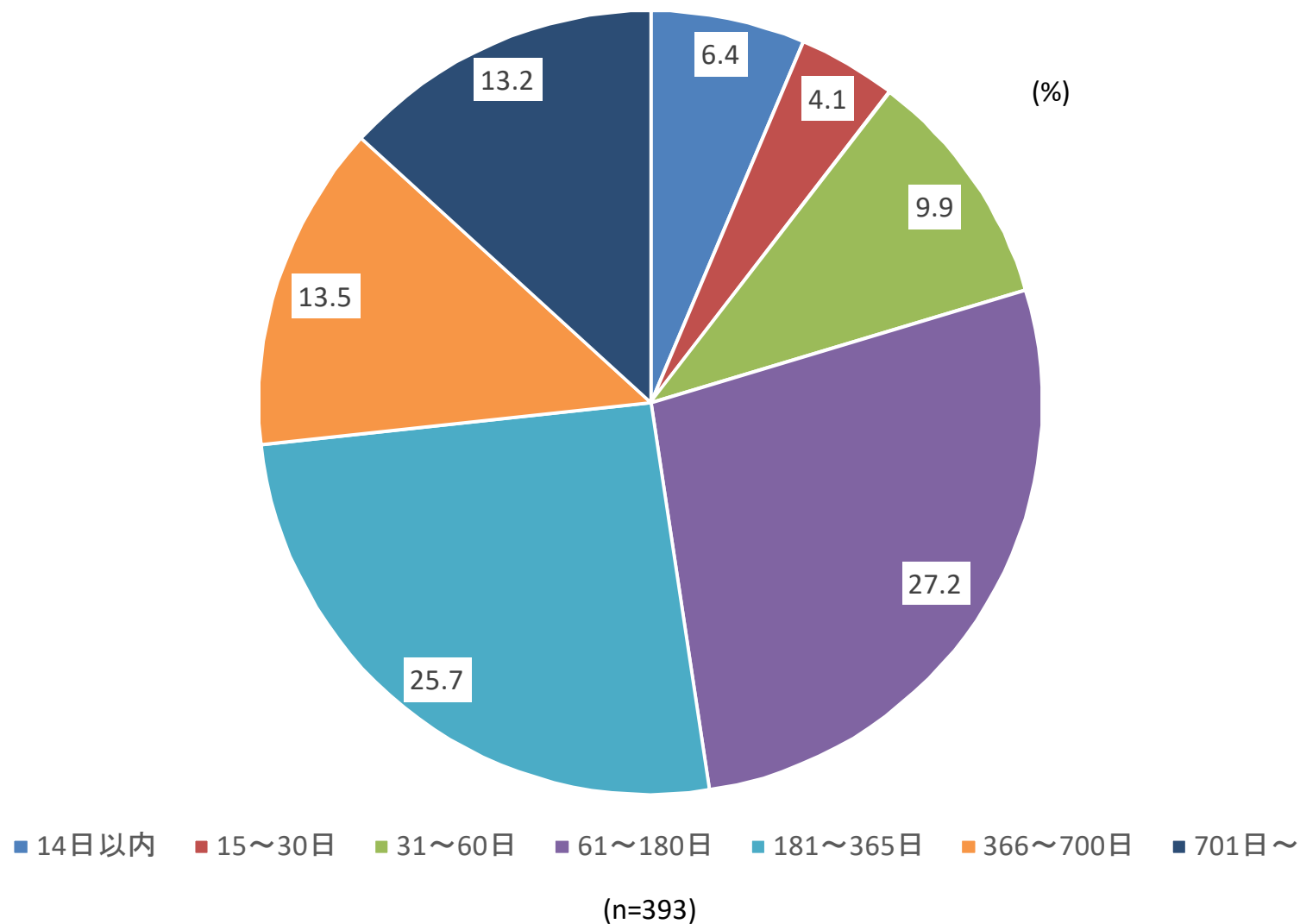


- 81 脱水に対する治療を実施している状態
- 82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
- 83 発熱がある状態
- 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
- 86 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
- 91 身体抑制を実施している

出典: 平成30年度入院医療等の調査 (患者票) 評価が一度のみの項目を除く

(%)

○ 入棟時及び調査基準日に中心静脈栄養に該当していた患者の在院期間の分布は以下のとおりであった。

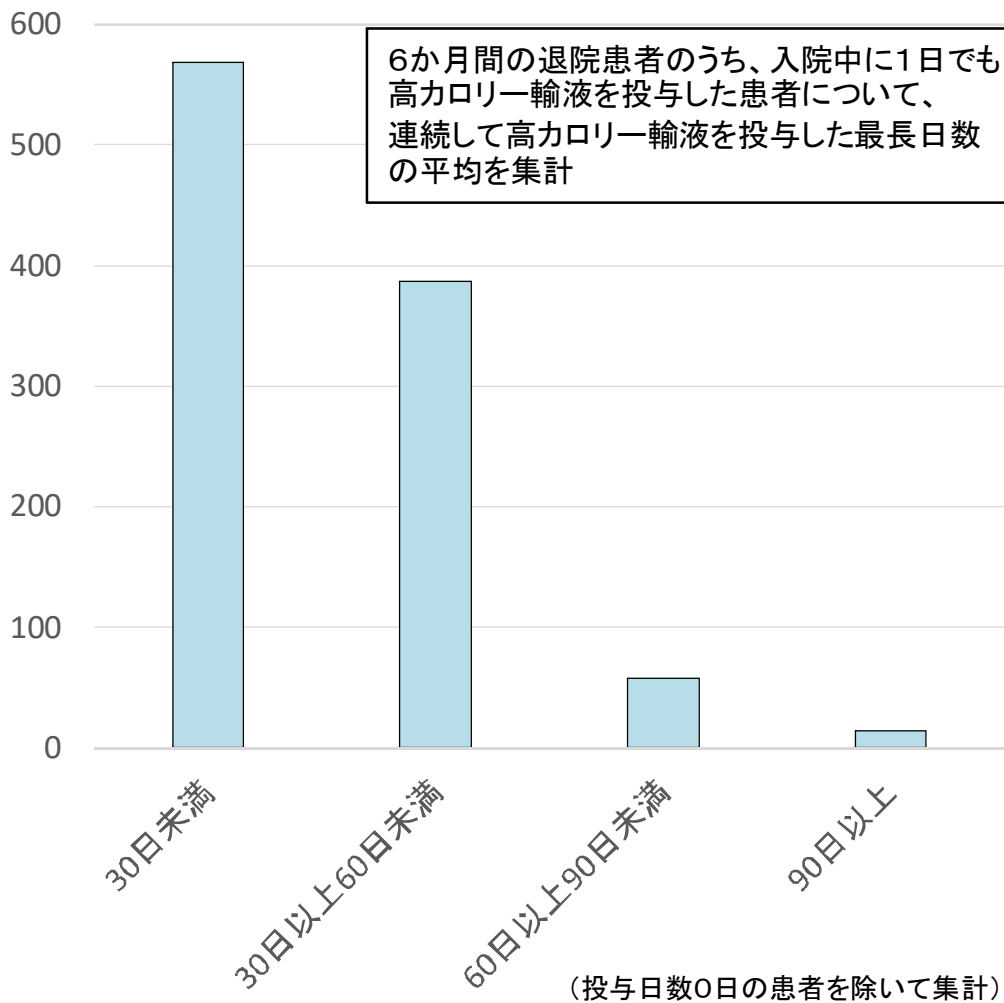


- 療養病棟における高カロリー輸液を連続して投与した日数の平均をみると、30日未満の医療機関が最も多かったが、90日以上 of 医療機関も存在していた。
- 療養病棟における入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合の平均をみると、60%以上80%未満の医療機関が最も多かった。

連続して高カロリー輸液を投与した日数の平均

(n = 1028(医療機関))

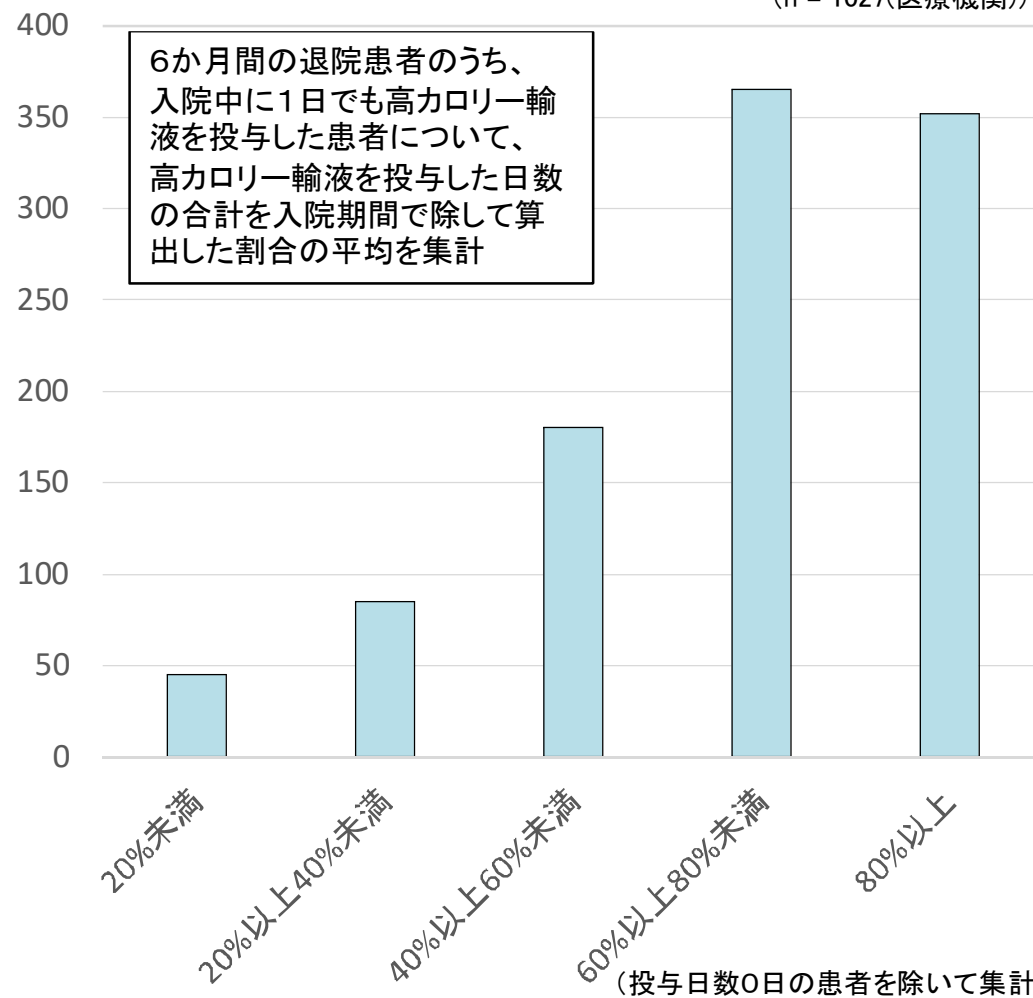
(医療機関数)



入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合(患者ごとの平均値)

(n = 1027(医療機関))

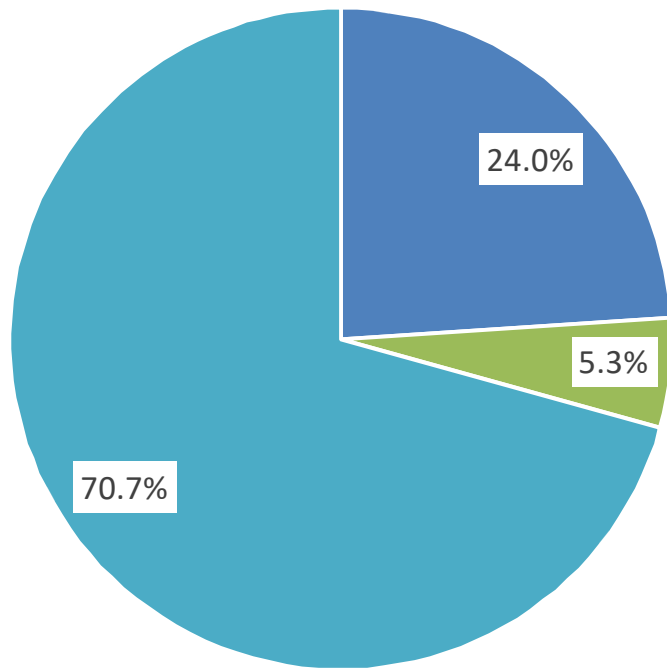
(医療機関数)



膀胱留置カテーテルの留置の状況①

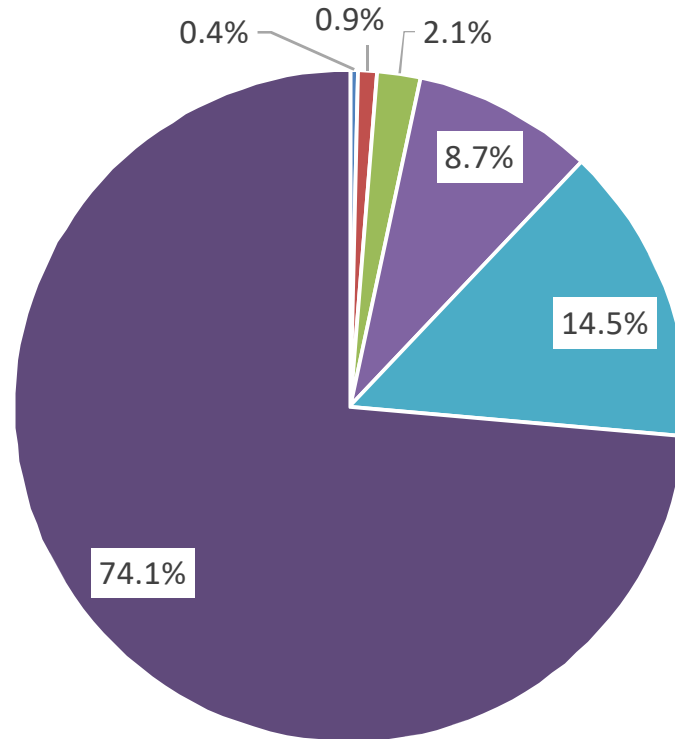
- 療養病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されていた。
- 調査時点で膀胱留置カテーテルが留置されている患者について、約75%の患者が3か月以上留置されていた。
- 膀胱留置カテーテル抜去後の患者について、留置していた期間が3か月以上の割合が最も多かった。

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



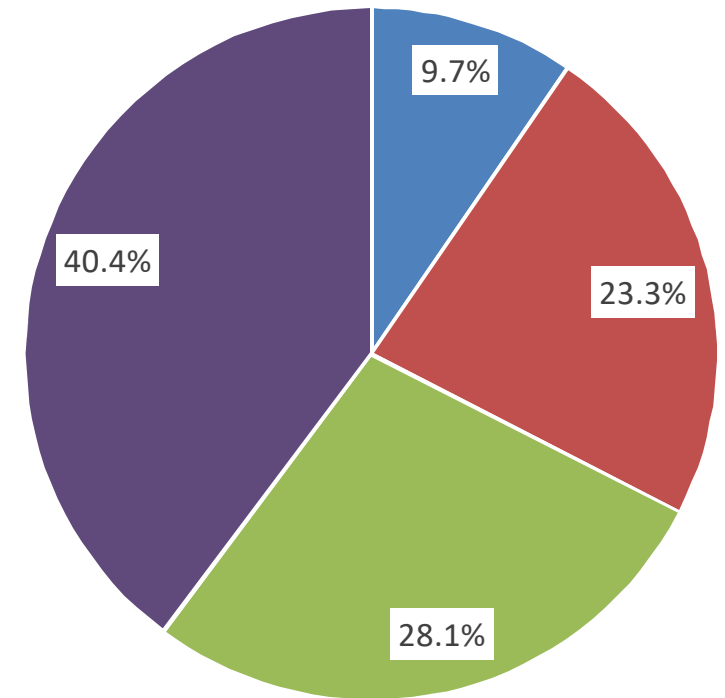
■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外

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



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

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

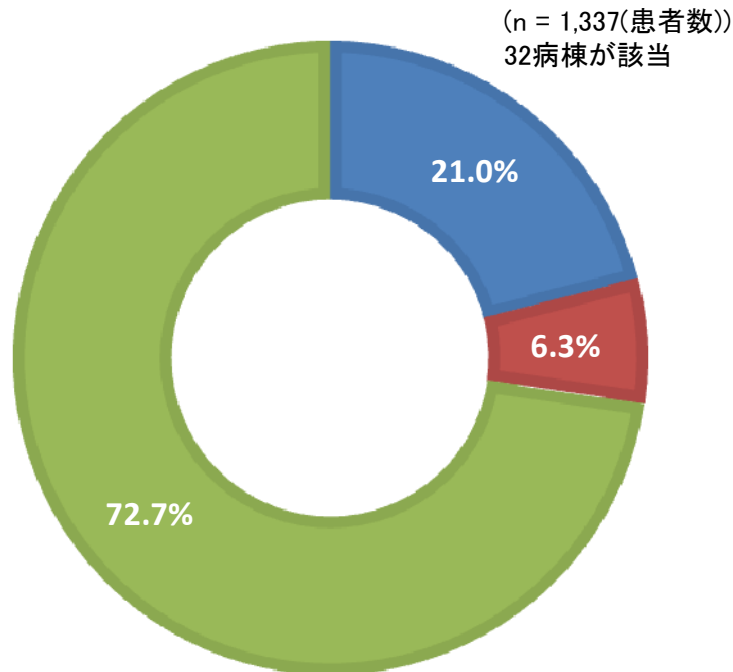


■ 1週間以内 ■ 1週間～1か月以内
■ 1か月～3か月以内 ■ 3か月以上

○ 排尿自立指導料を算定している病棟の方が、算定していない病棟に比べ、留置中の患者が少なく、
抜去後の患者が多かった。

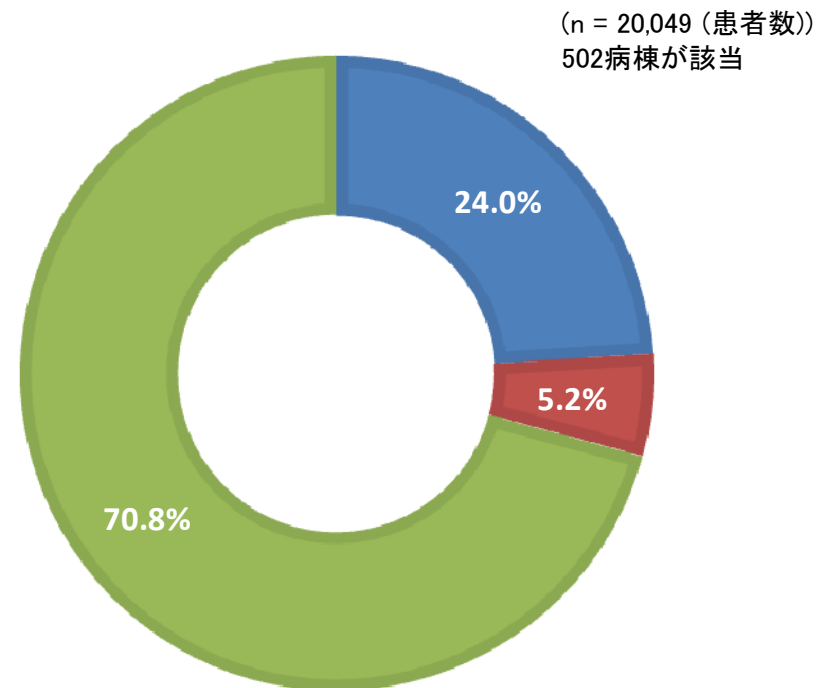
排尿自立指導料を算定している病棟における
膀胱留置カテーテルの留置状況

■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外



排尿自立指導料を算定していない病棟における
膀胱留置カテーテルの留置状況

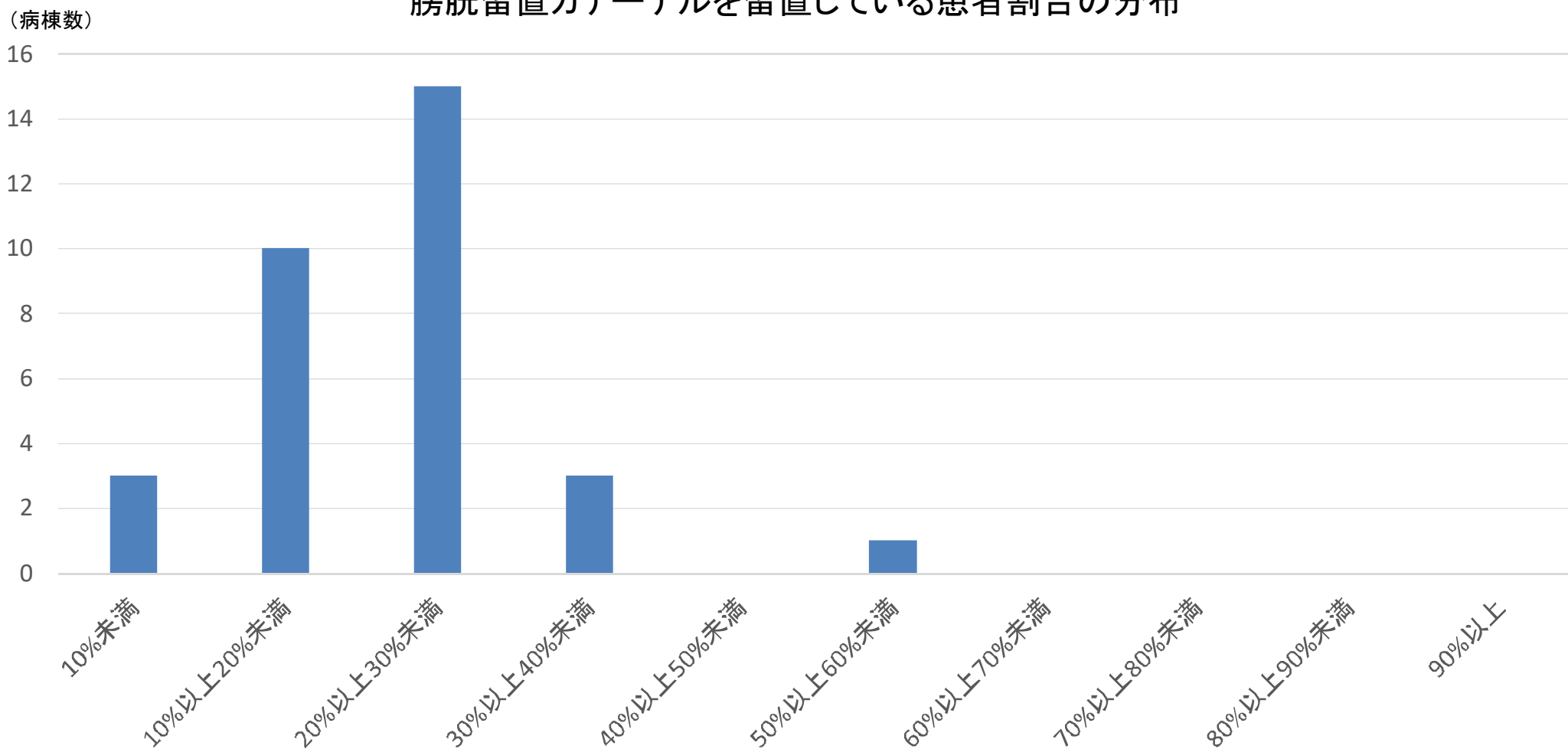
■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外



※ 排尿自立指導料の算定状況
排尿自立指導料の平均算定患者数:2.2人
排尿自立指導料の平均算定回数:6.6回

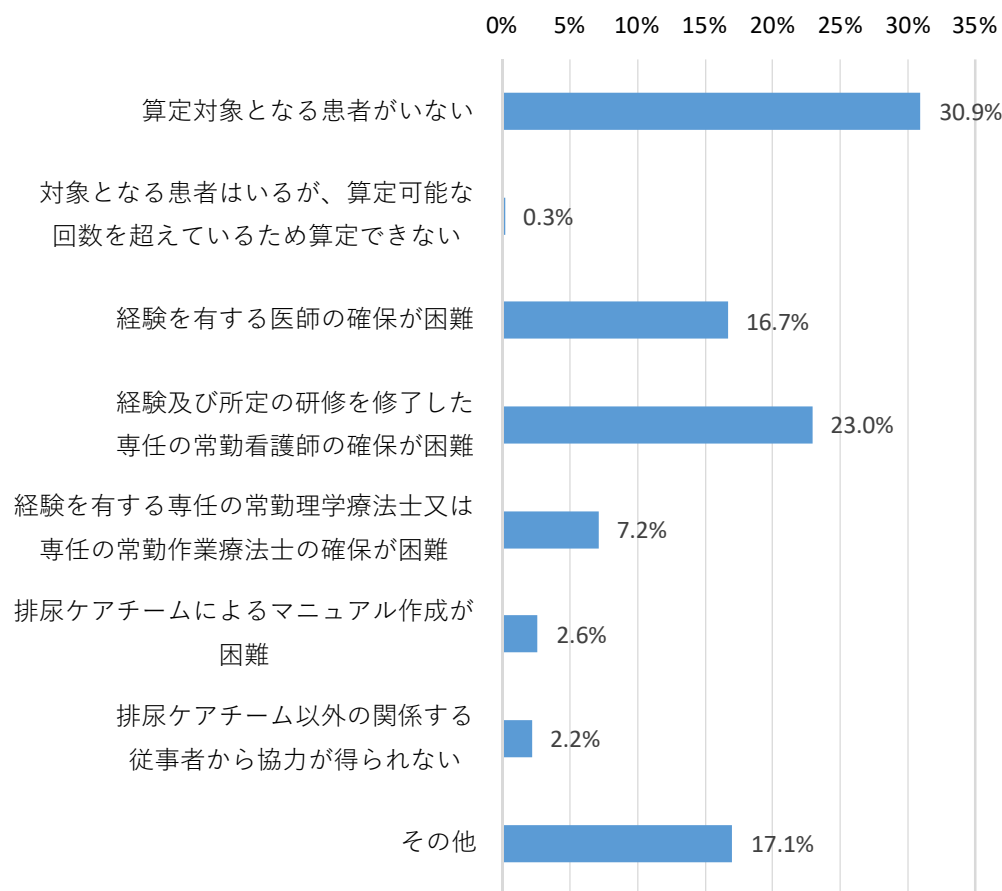
○ 排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、20%以上30%未満の病棟が最も多く、60%以上の病棟はなかった。

排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者割合の分布

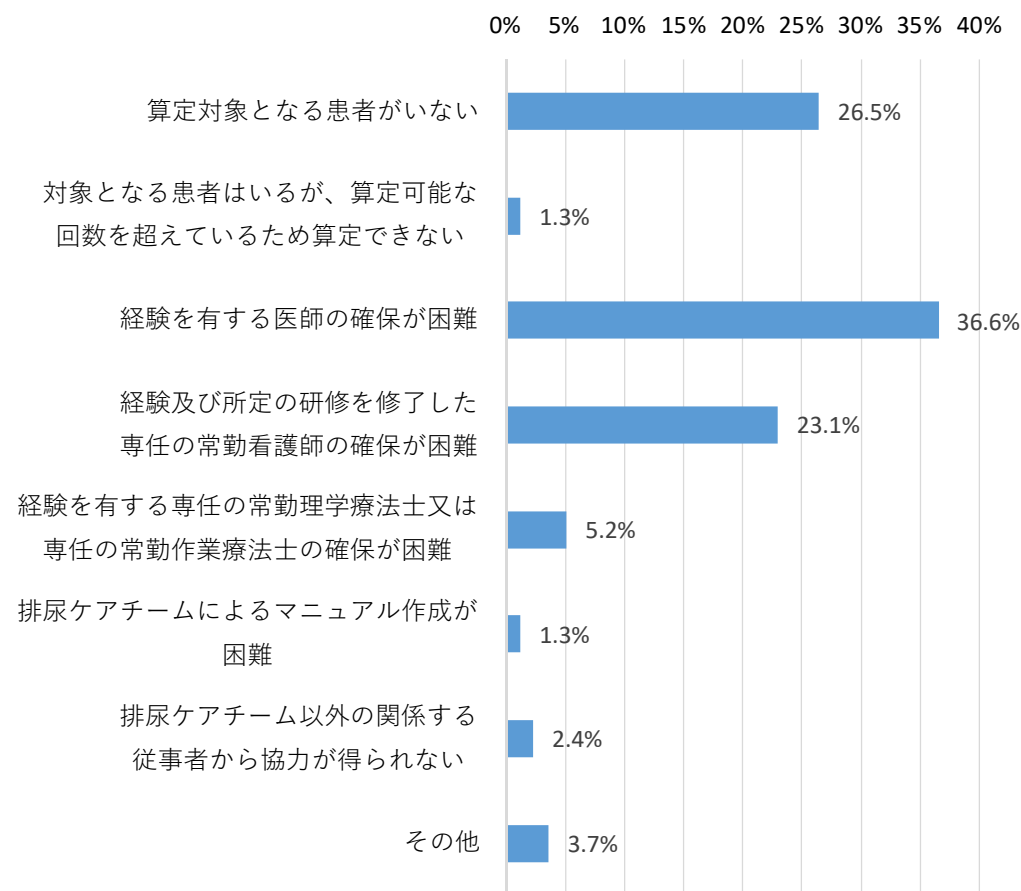


○ 排尿自立指導料を算定していない理由をみると、一般病棟入院基本料等においては「算定対象となる患者がない」が多く約3割、療養病棟入院基本料においては「経験を有する医師の確保が困難」が多く約4割であった。

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)



とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. **慢性期入院医療について**
 - 4－1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
 - 4－2. 入院患者の状態
 - 4－3. **療養病棟入院基本料に関するその他の事項**
 - 4－4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

在宅復帰機能強化加算

- 平成26年度診療報酬改定において、在宅復帰機能の高い病棟に対する評価として、在宅復帰機能強化加算を創設した。

平成26年度診療報酬改定(患者1人1日につき、10点を所定点数に加点する)

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除き、1か月以上入院していた患者に限る。)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く。)}} \geq 5割 \quad \text{かつ} \quad \frac{\text{[病床回転率]}}{\text{平均在院日数}} \geq 100\text{分の}10$$

30.4

- 平成28年度診療報酬改定において、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰がより適切に評価されるよう、施設基準の見直しを行った。

平成28年度診療報酬改定(患者1人1日につき、10点を所定点数に加点する)

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除き、自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に1か月以上入院していた患者に限る。)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く。)}} \geq 5割 \quad \text{かつ} \quad \frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100\text{分の}10$$

- 平成30年度診療報酬改定において、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、評価の見直しを行った。

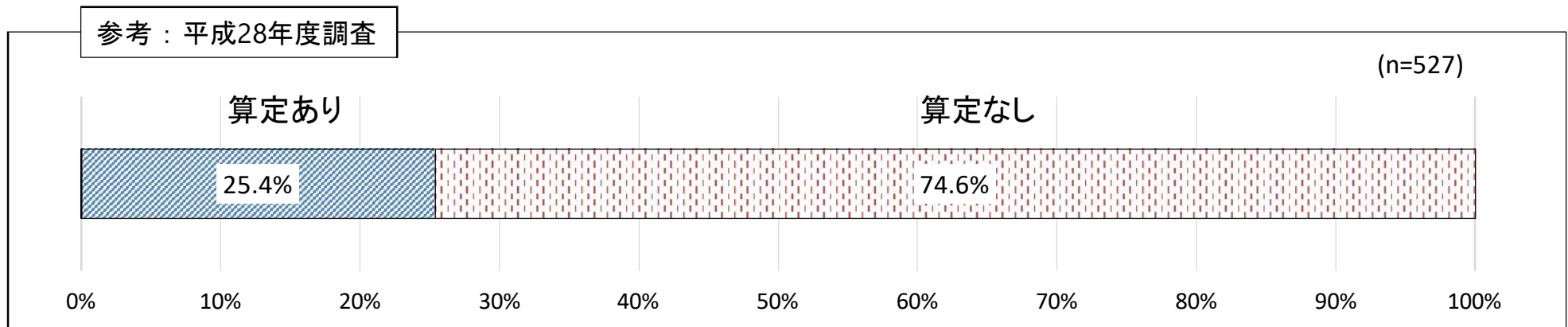
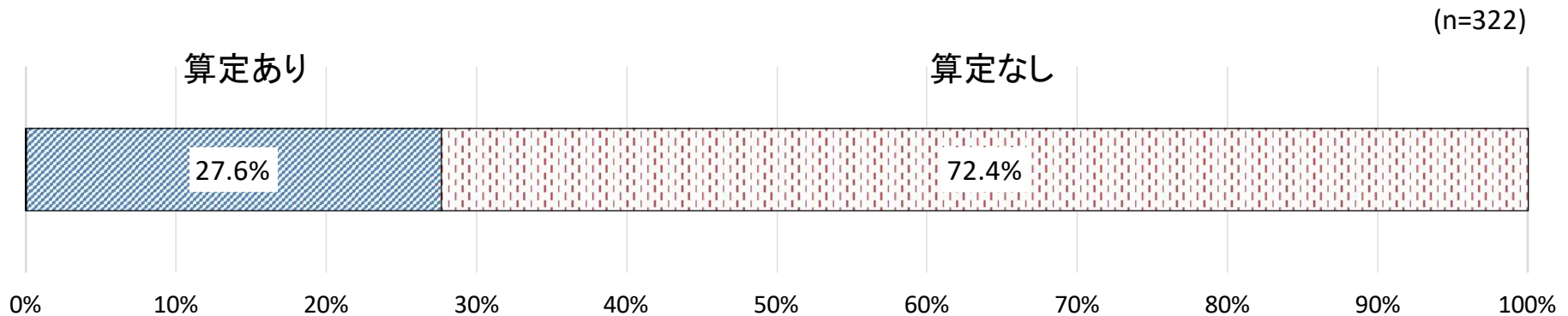
平成30年度診療報酬改定(患者1人1日につき、50点を所定点数に加点する)

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除き、自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に1か月以上入院していた患者に限る。)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く。)}} \geq 5割 \quad \text{かつ} \quad \frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100\text{分の}15$$

※在宅に退院した患者:他病棟・他医療機関へ転棟・転院した患者及び介護老人保健施設に入所した患者以外の患者

- 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4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



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つては、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つては、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つては、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つては、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つては、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つては、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

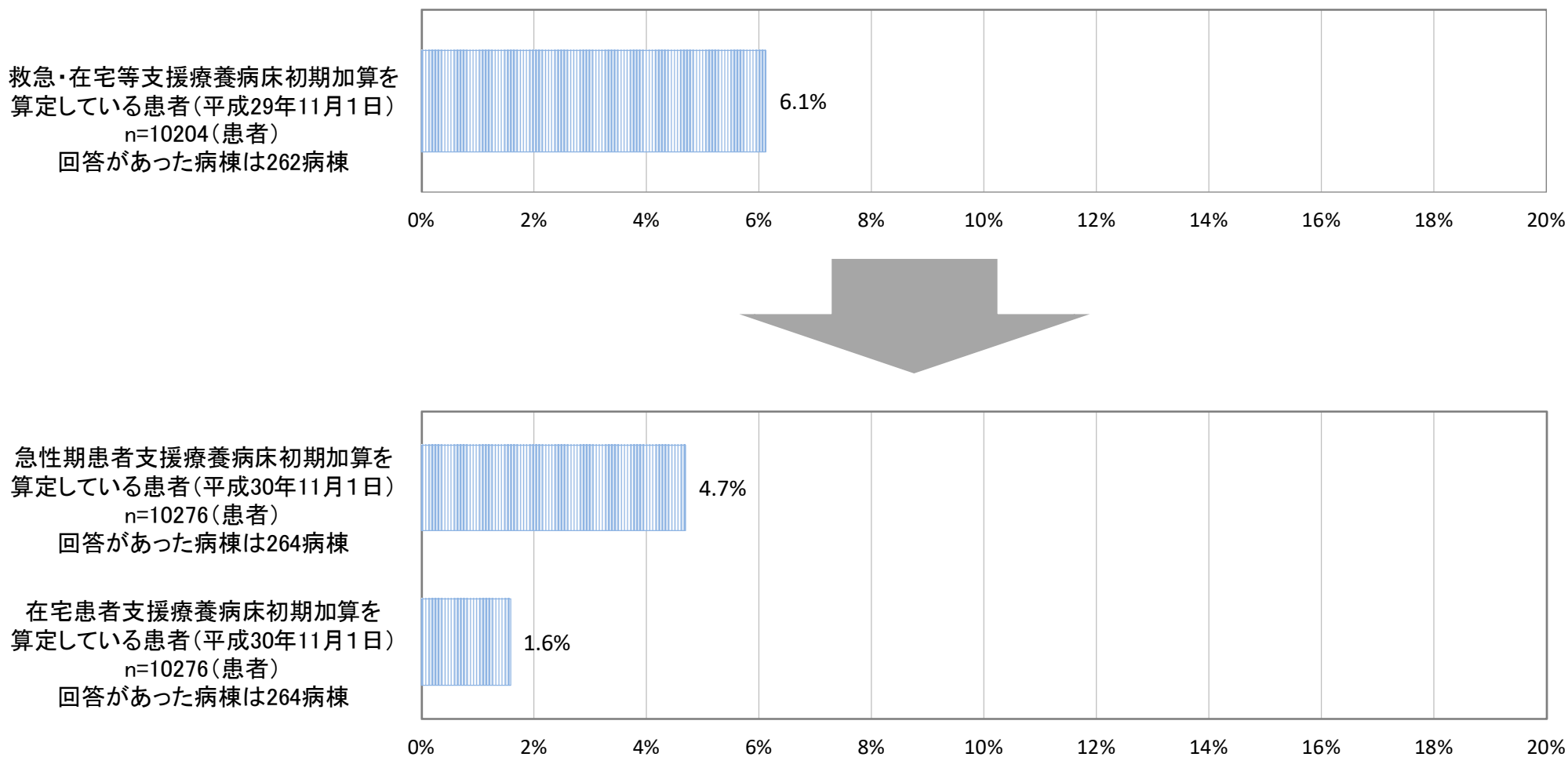
- 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを規定する。

[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。

- 平成30年11月1日時点では、急性期患者支援療養病床初期加算を算定している患者割合が、在宅患者支援療養病床初期加算を算定している患者割合より高かった。

急性期患者支援療養病床初期加算の算定状況別入院患者割合



療養病棟における患者の流れ

診調組 入-1
元 . 6 . 7

- 療養病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、44.6%であった。
- 退棟先をみると、死亡退院が最も多く、52.7%であった。

【入棟元】 (n=3,113(患者))

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	2.7%
	自宅(在宅医療の提供なし)	5.6%
介護施設等	介護老人保健施設	2.3%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	2.1%
	特別養護老人ホーム	2.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.0%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.0%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	44.6%
	他院の一般病床以外	5.9%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	17.3%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	4.7%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	4.2%
	自院の療養病床(上記以外)	2.4%
	自院の精神病床	1.1%
	自院のその他の病床	1.2%
有床診療所		0.2%
その他		0.1%
無回答		0.4%

療養病棟

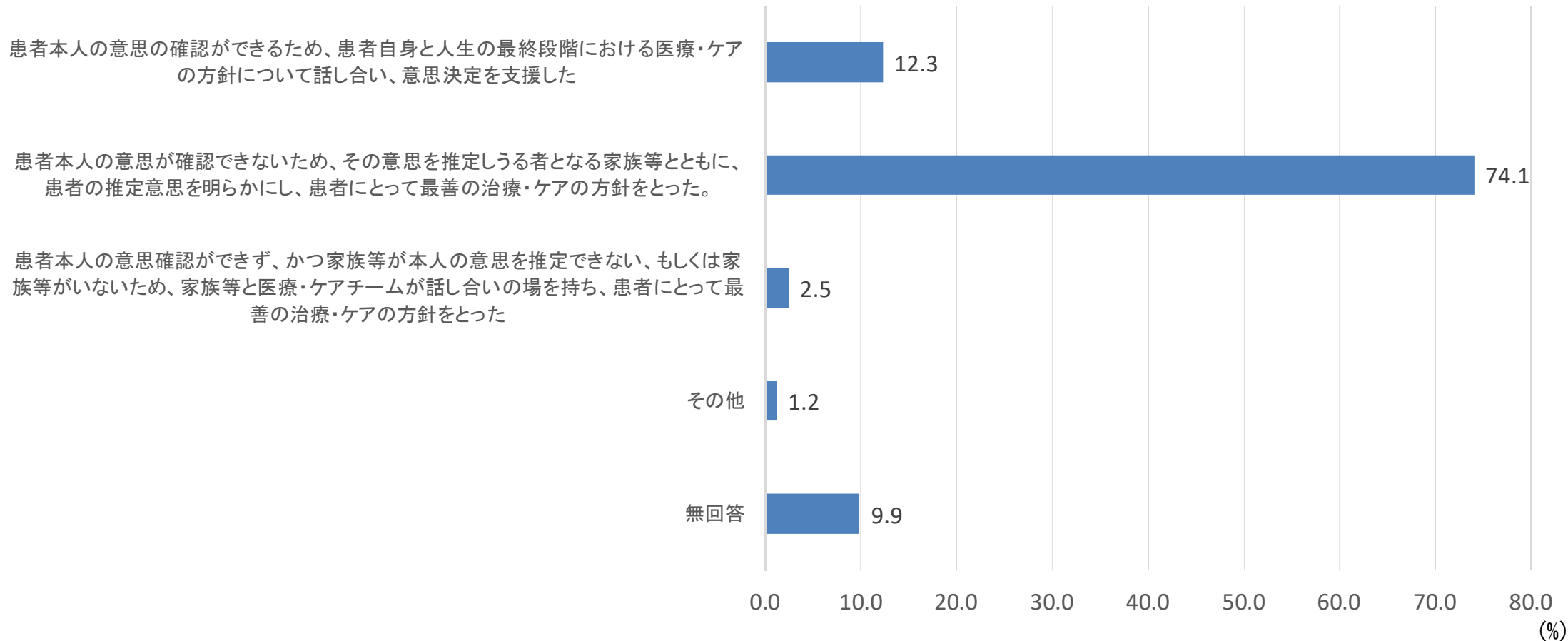
【退棟先】 (n=338(患者))

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.0%
	自宅(在宅医療の提供なし)	11.5%
介護施設等	介護老人保健施設	3.8%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	2.4%
	特別養護老人ホーム	4.7%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.4%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.8%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	6.5%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.3%
	他院の療養病床(上記以外)	1.5%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	0.3%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	0.9%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.6%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.6%
	自院の療養病床(上記以外)	0.9%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.6%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.0%
有床診療所(上記以外)		0.0%
死亡退院		52.7%
その他		0.3%
無回答		0.3%

在宅患者支援療養病床初期加算の算定に当たり実施している 意思決定に対する支援

- 「本人の意思が確認できないため、家族等とともに患者の推定意思を明らかにし、患者にとって最善の治療・ケアの方針をとった」割合が最も多かった。

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の実施内容



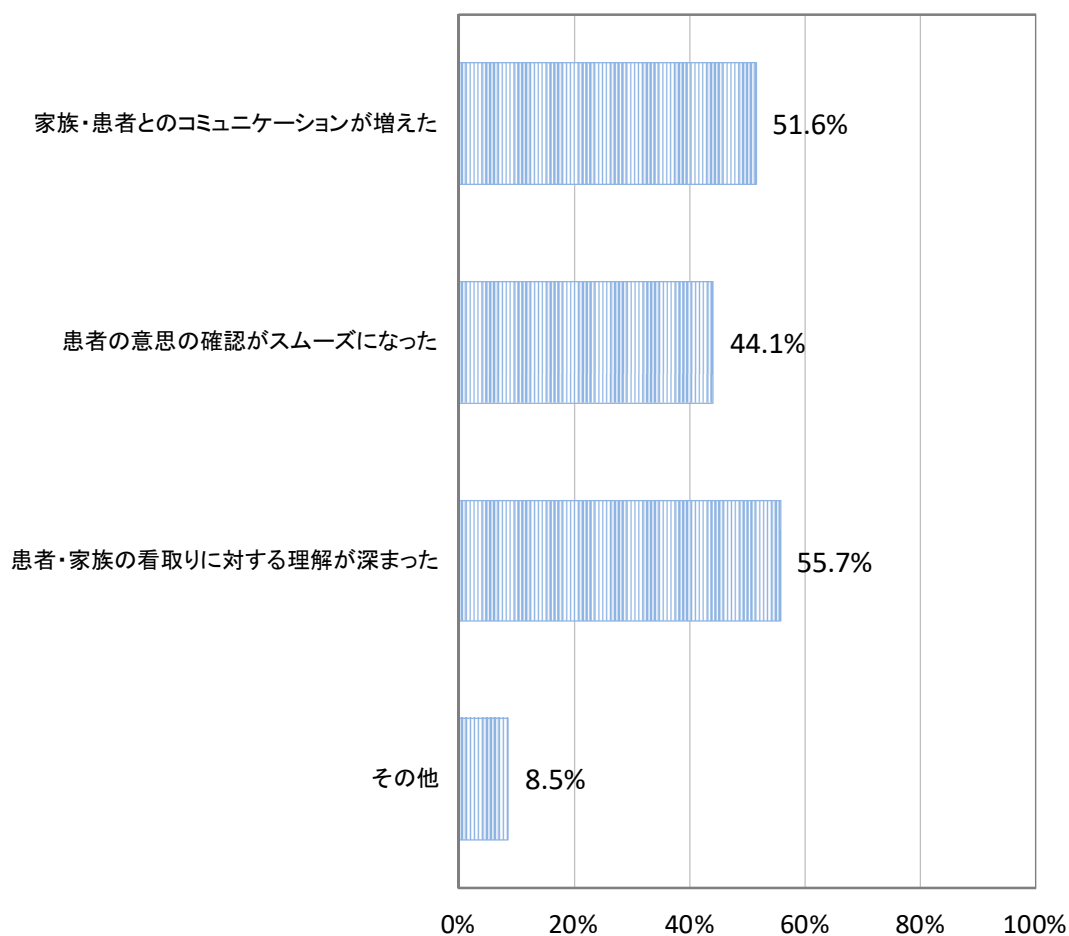
(n=162(平成30年11月1日時点で在宅患者支援療養病床初期加算を算定していた患者))
※回答した病棟は50病棟

○ 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)

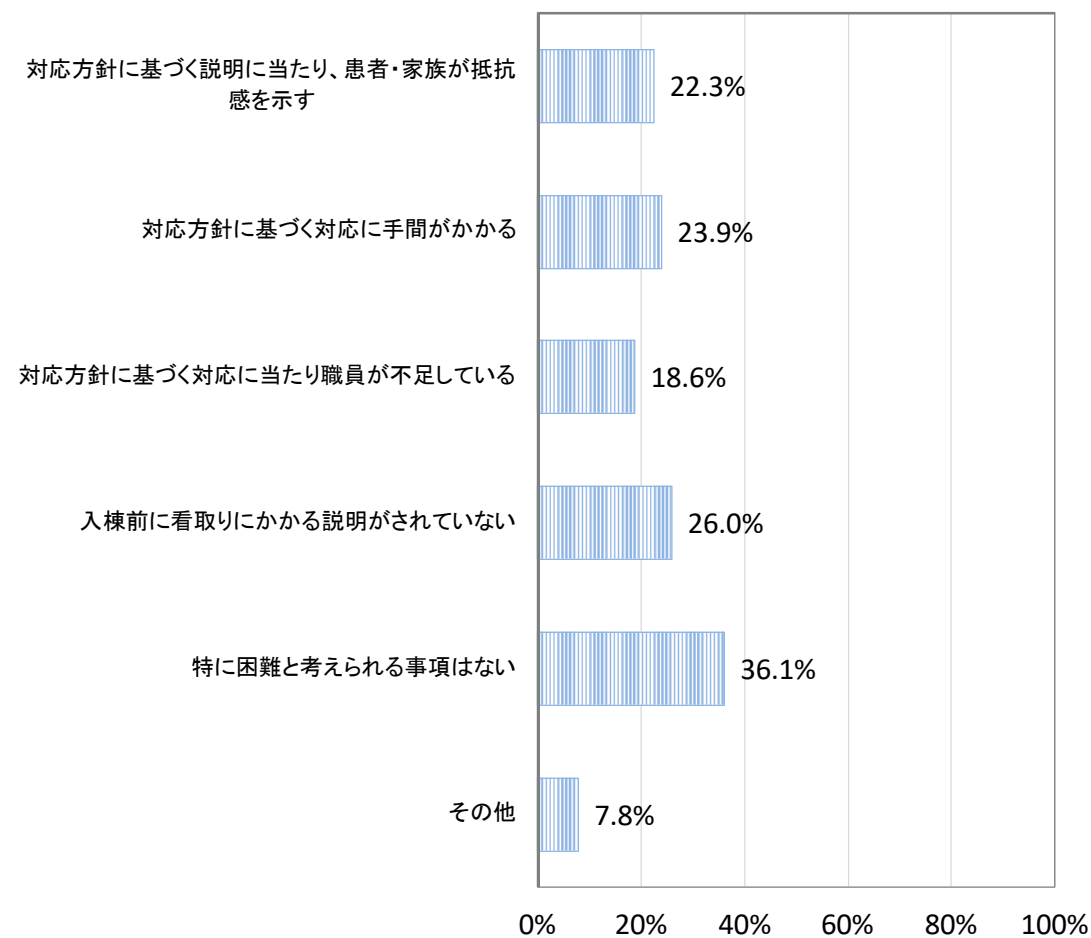
(n=574(病棟数))



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))



入院中の患者に対する褥瘡対策②

療養病床における褥瘡対策の推進

- 療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価し、褥瘡評価実施加算にアウトカム評価を導入するとともに、名称を変更する。

現行

【褥瘡評価実施加算】[算定要件]

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

改定後

【褥瘡対策加算】[算定要件]

注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 褥瘡対策加算1 15点
- ロ 褥瘡対策加算2 5点

[留意事項]

入院時の褥瘡評価で用いているDESIGN-R分類を用いて入棟患者の褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定する。

- ア 褥瘡対策加算1については、入院後暦月で3月を超えない間若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。
- イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点(※)が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、当月においてDESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。

(※)DESIGN-Rの合計点:褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数

(※)実績点:暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数

算定の例

算定日が10月10日の場合 (中段はADL区分、下段はDESIGN-Rの合計点)

①パターン1

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
1点	2点	3点	3点	

②パターン2 《ADL区分の変化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分2	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1 評価を始めて暦月で3月を超えていない。
	1点	2点	3点	

③パターン3 《3月連続して褥瘡の状態が悪化》

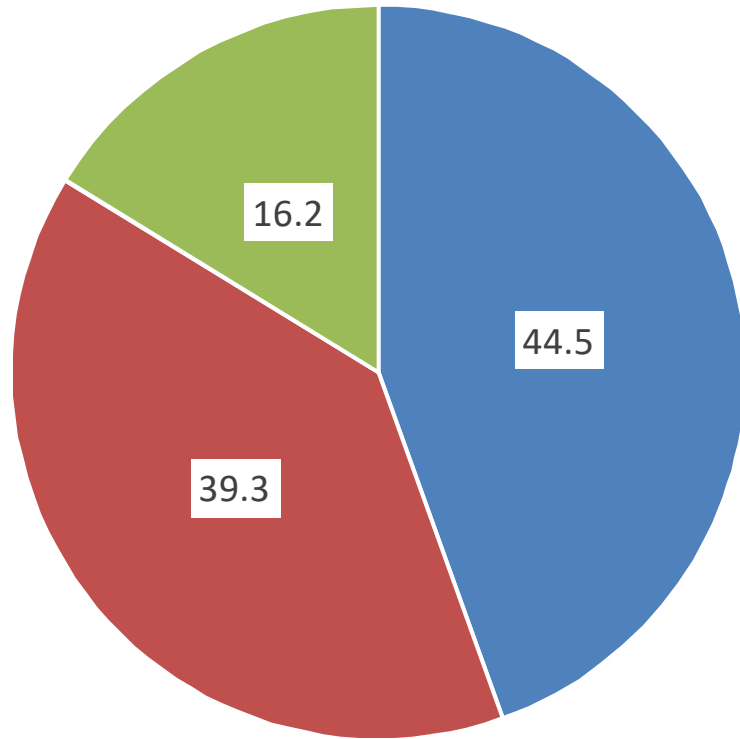
7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算2 3月連続して褥瘡の状態が悪化している。
1点	2点	3点	4点	

④パターン4 《同一月内の点数の変化》

7月	8月	9月	10月9日	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1 ※10月9日は加算2、10月10日は加算1となる
1点	2点	3点	4点	3点	

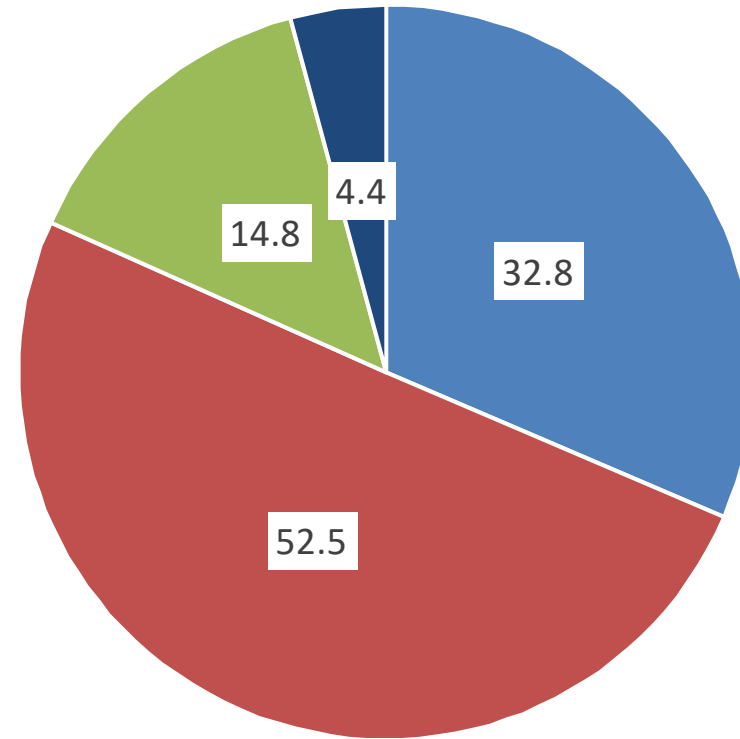
- 調査基準日のDESIGN-Rの合計点が前月の実績点を上回り、かつ、前月の実績点が前々月の実績点を上回った患者は4.4%であった。

調査基準日の前々月と前月の
実績点の比較



■ 改善 ■ 維持 ■ 増悪 (%)

調査基準日の前月の実績点と調査
基準日の合計点の比較

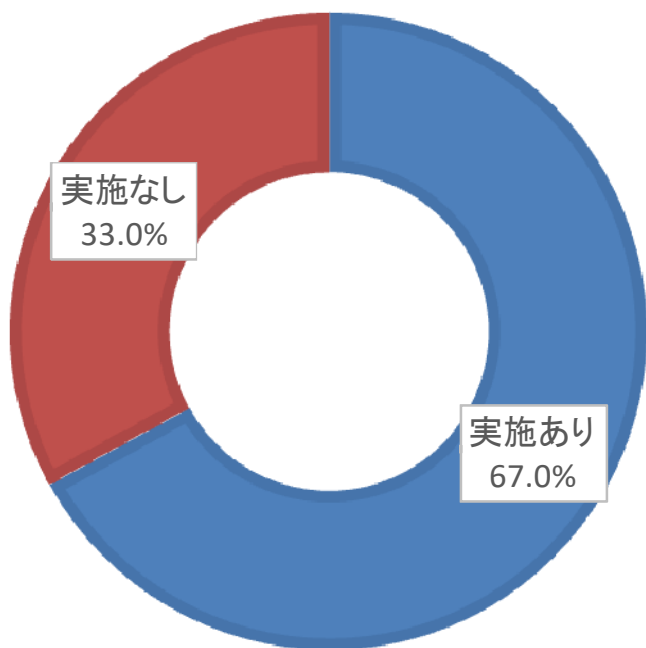


■ 改善 ■ 維持 ■ 悪化 ■ 連続して悪化 (%)

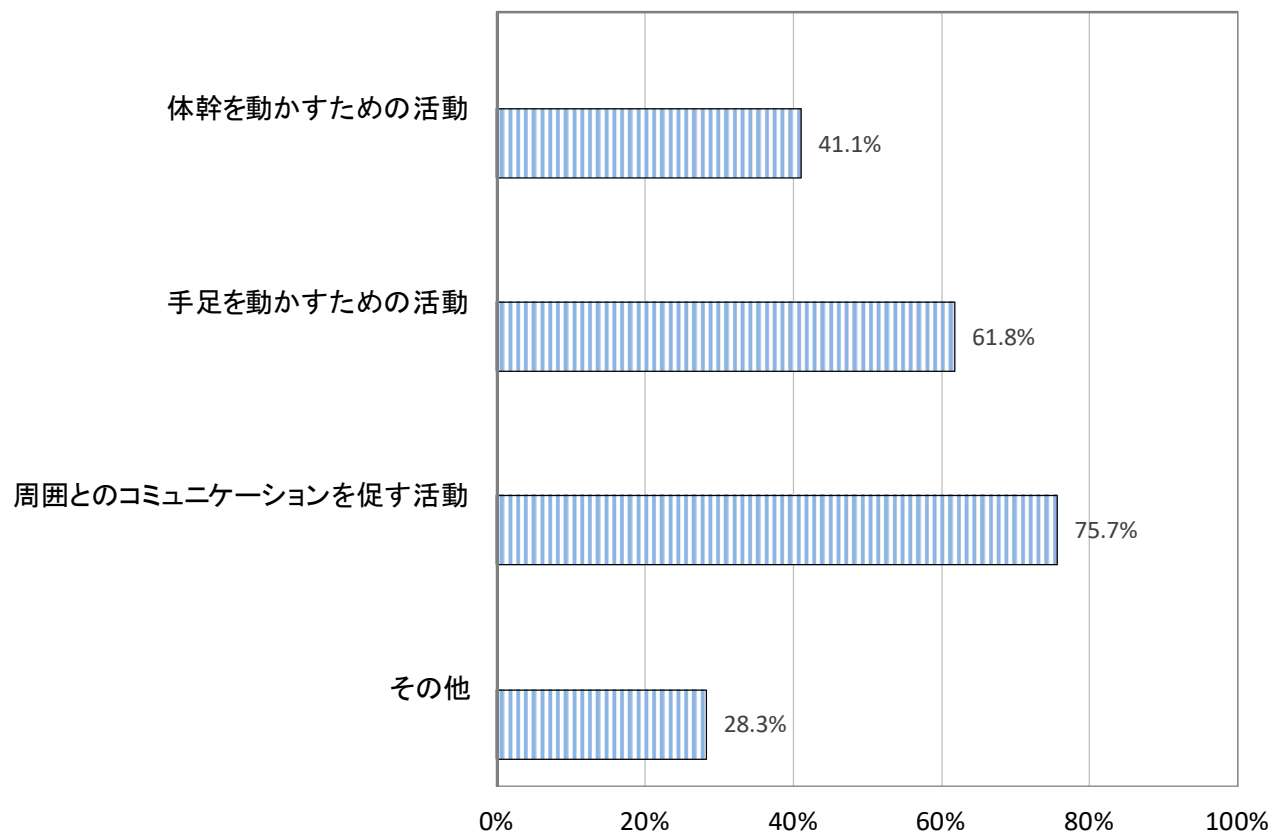
- 療養病棟入院基本料を届出ている病棟のうち、約7割の病棟において、質の高い療養生活のための取組を実施していた。
- 実施している取組については、「周囲とのコミュニケーションを促す活動」が最も多かった。

質の高い療養生活のための取組の実施状況

(n=570(病棟数))

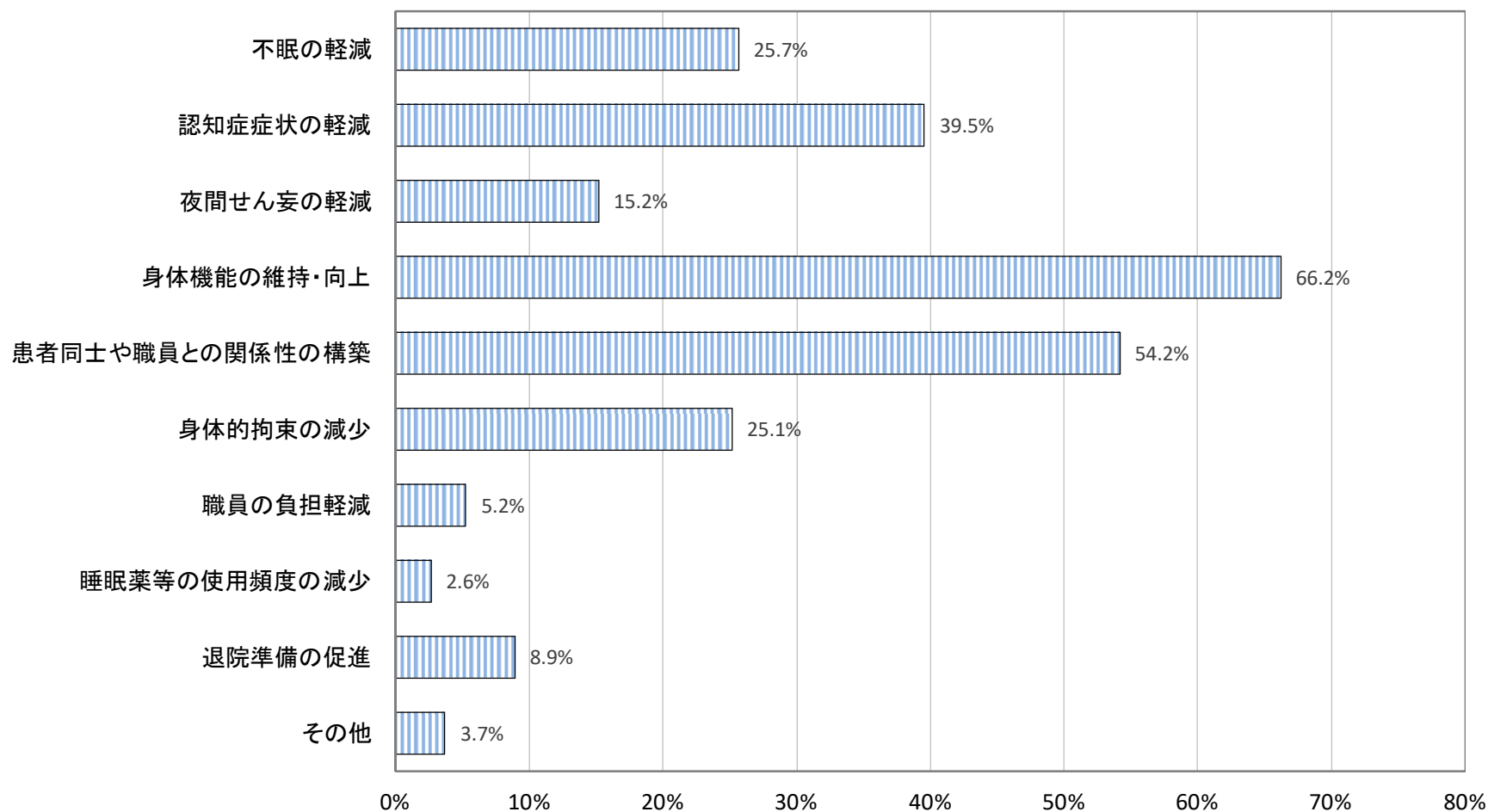


実施している取組内容について(複数回答) (n=382(病棟数))



○ 取組によりもたらされている効果として、「身体機能の維持・向上」と回答した病棟が最も多かった。

取組によりもたらされている効果(複数回答) (n=381(病棟))



とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
 - 4－1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
 - 4－2. 入院患者の状態
 - 4－3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項
 - 4－4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

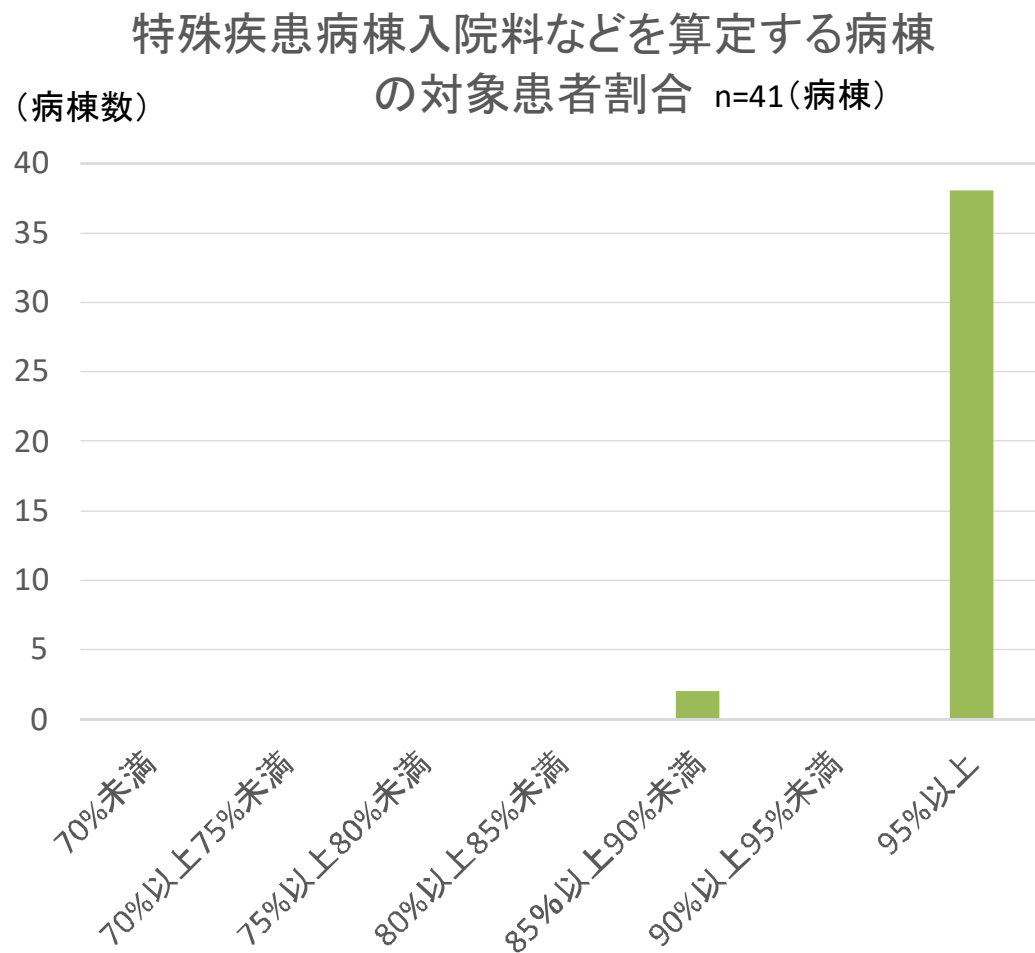
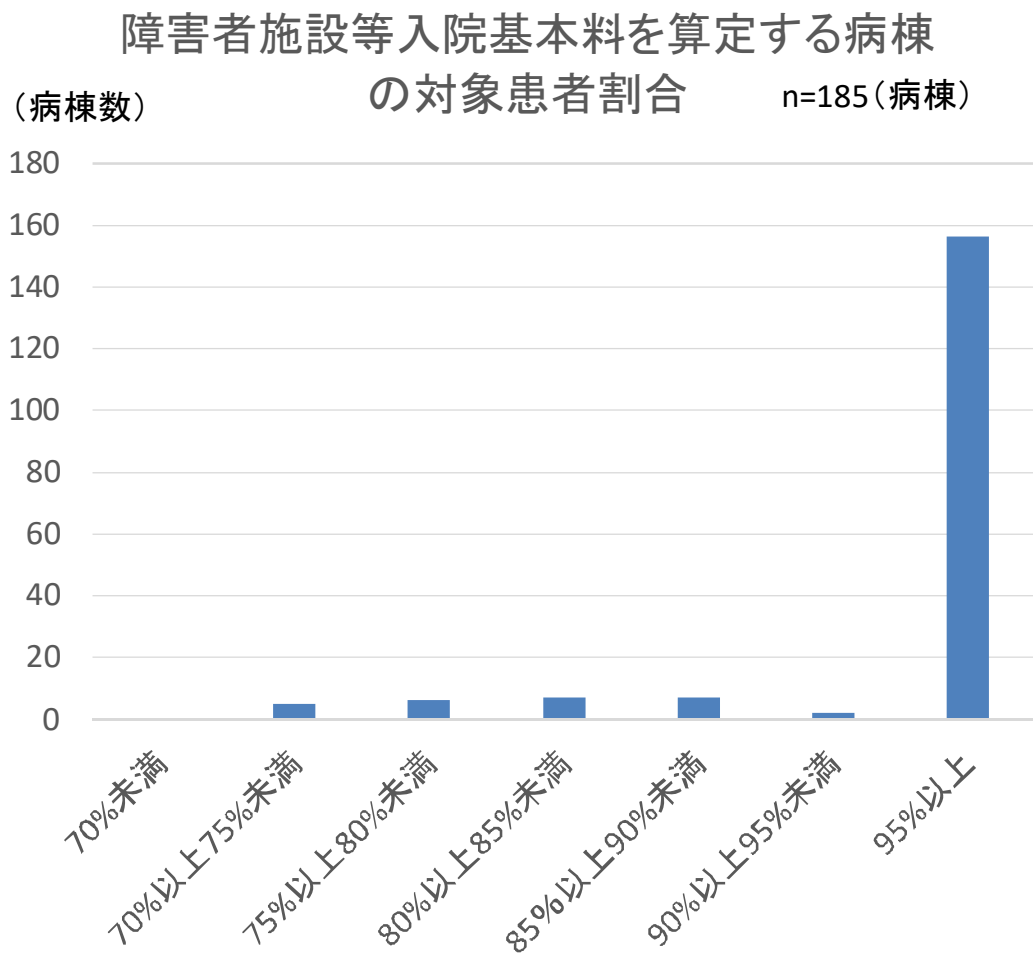
障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

		障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2～4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	
看護配置		7対1以上	10対1以上～ 15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上		
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	—			
	両方を満たす	患者像	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上	
	看護要員								10対1以上
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟		
		超重症、準超重症児(者)3割以上	—		褥瘡の評価				
点数	通常	1,588点	1,329～978点	2,008点	1,625点	2,009点	1,810～814点	1,745～750点	
	脳卒中後	1,465, 1,331点	1,465～1,086点	1,857, 1,701点	1,608, 1,452点	1,857, 1,701点			
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括		
	脳卒中後	療養病棟入院基本料と同様の取扱							

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象患者

障害者施設等入院基本料	特殊疾患病棟入院料1 特殊疾患入院医療管理料	特殊疾患病棟入院料2
<ul style="list-style-type: none"> ○ 重度の肢体不自由児(者)(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く) ○ 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く) ○ 重度の意識障害者(以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む) <ul style="list-style-type: none"> ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続 ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等) ○ 筋ジストロフィー患者 ○ 難病患者等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く) ○ 重度の意識障害者(以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む) <ul style="list-style-type: none"> ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続 ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等) ○ 筋ジストロフィー患者 ○ 神経難病患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重度の肢体不自由児(者)(日常生活自立度のランクB以上に限る)等の重度の障害者 <p style="text-align: center;">ただし、特殊疾患病棟入院料1の対象患者、脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く</p>
<p style="text-align: center;">上記患者が概ね7割以上 (児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)</p>	<p style="text-align: center;">上記患者が概ね8割以上 (児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)</p>	<p style="text-align: center;">上記患者が概ね8割以上 (児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)</p>

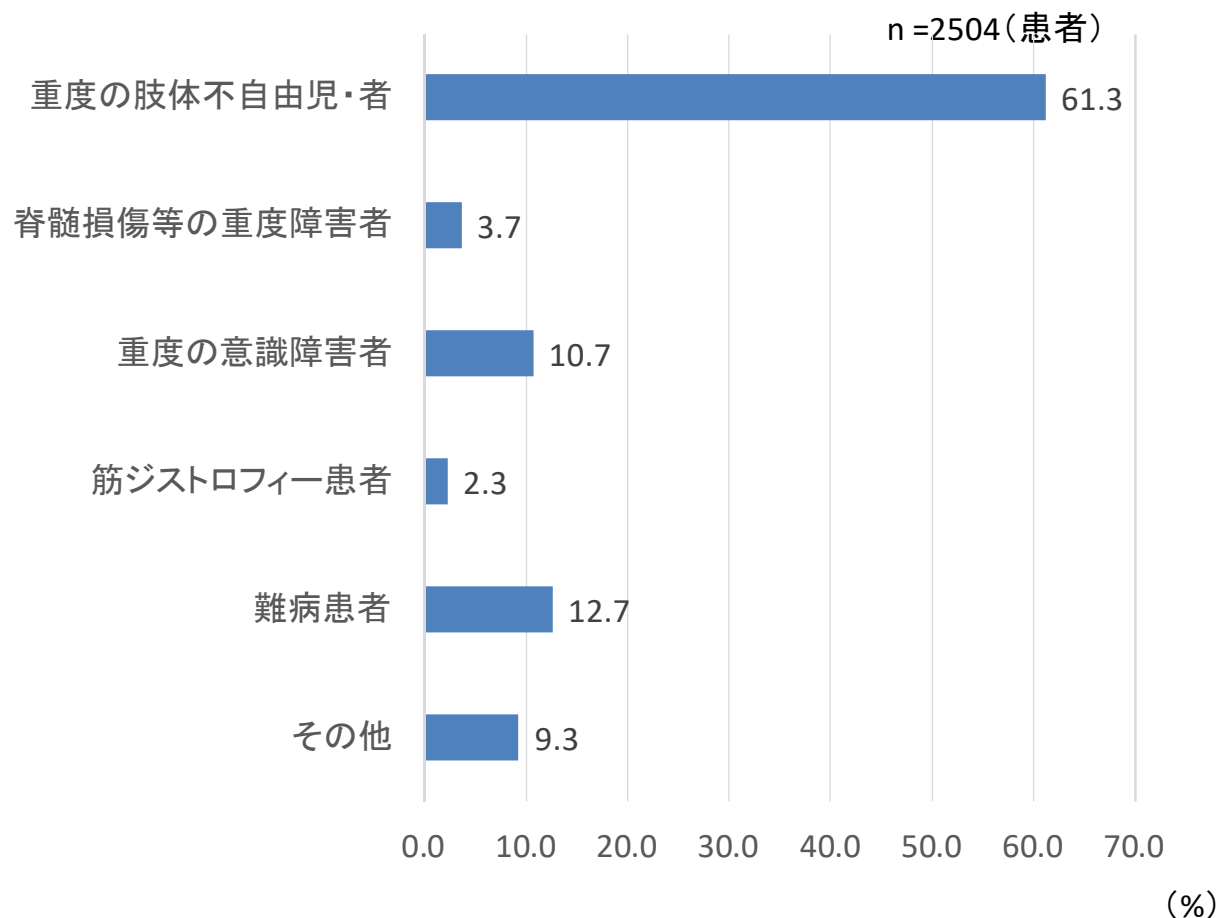
○ 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟における対象患者割合は95%以上が最も多い。



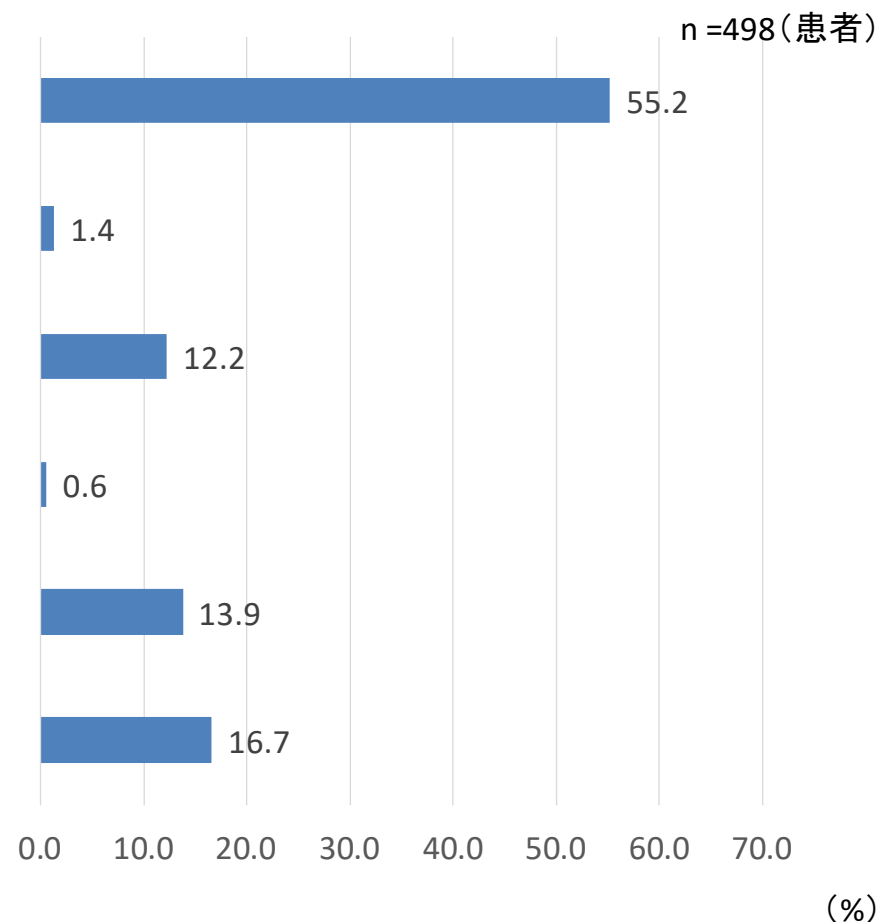
障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の 対象疾患ごとの該当割合の分布

- 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟の入院患者は、重度の肢体不自由児・者に該当する者が多い。

障害者施設等入院基本料を届出ている病棟の
入院患者の対象疾患ごとの該当割合



特殊疾患病棟入院料等を届出ている病棟の
入院患者の対象疾患ごとの該当割合

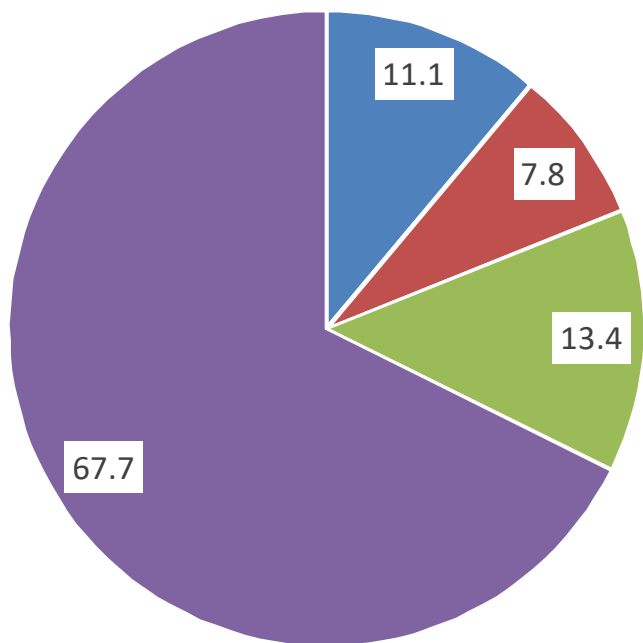


障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の意識障害の有無

○ いずれの入院料についても、意識障害がある患者は約3割であった。

障害者施設等入院基本料

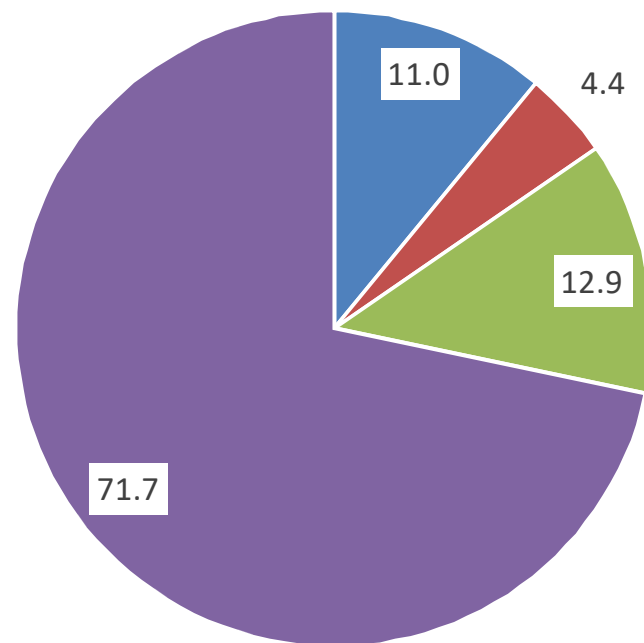
n=2223(患者)



- 01.意識障害あり(JCSⅡ-3以上又はGCS8点以下)
- 02.意識障害あり(JCSⅢ-100以上)
- 03.意識障害あり(01,02以外)
- 04.意識障害なし

特殊疾患病棟入院料等

n=474(患者)



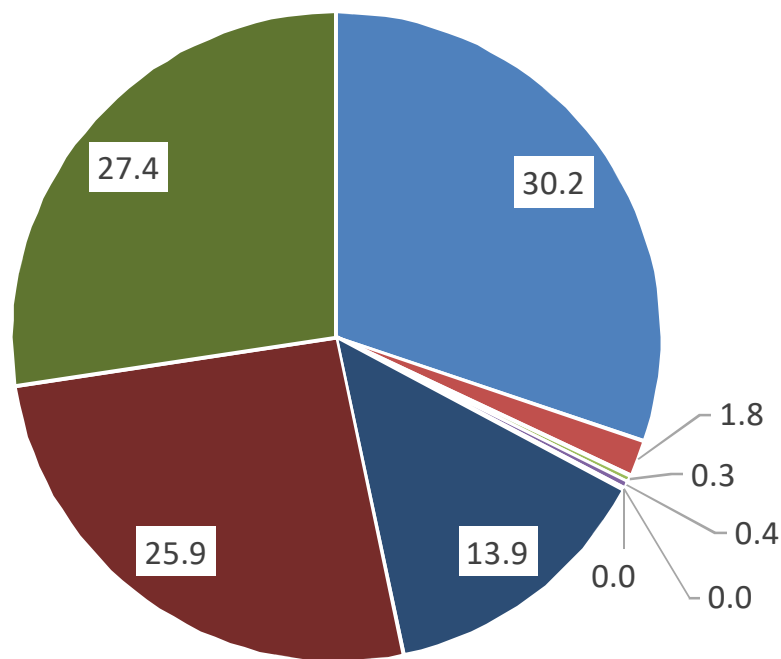
- 01.意識障害あり(JCSⅡ-3以上又はGCS8点以下)
- 02.意識障害あり(JCSⅢ-100以上)
- 03.意識障害あり(01,02以外)
- 04.意識障害なし

障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の障害支援区分(障害程度区分)の等級

○ 障害者施設等入院基本料を届出ている病棟に入院している患者は、約3割が該当した。特殊疾患病棟入院料等を届出ている病棟に入院している患者は、約2割が該当した。

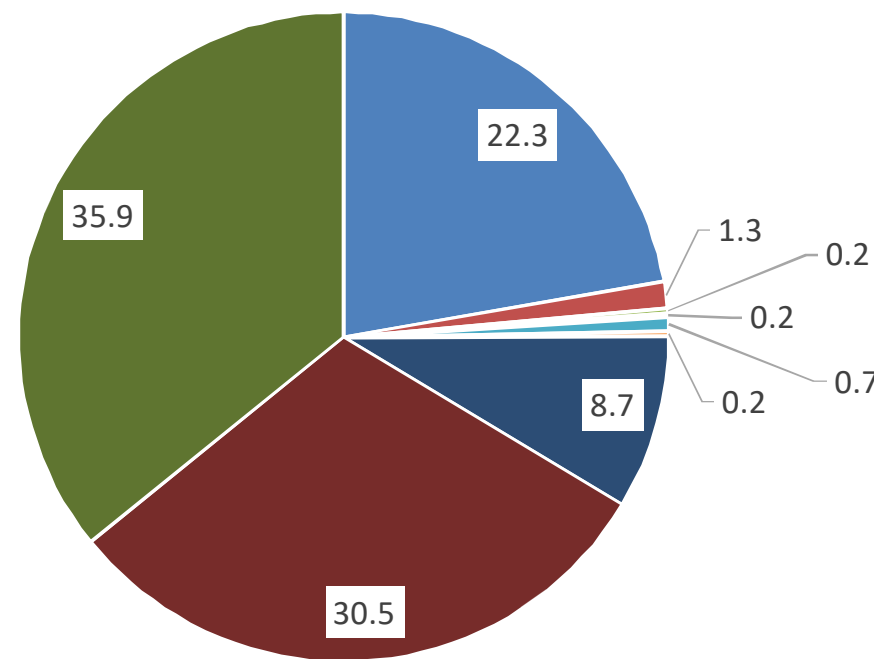
障害者施設等入院基本料

n=2280(患者)



特殊疾患病棟入院料等

n=449(患者)



■ 区分6 ■ 区分5 ■ 区分4 ■ 区分3 ■ 区分2
■ 区分1 ■ 非該当 ■ 不明 ■ 未申請等

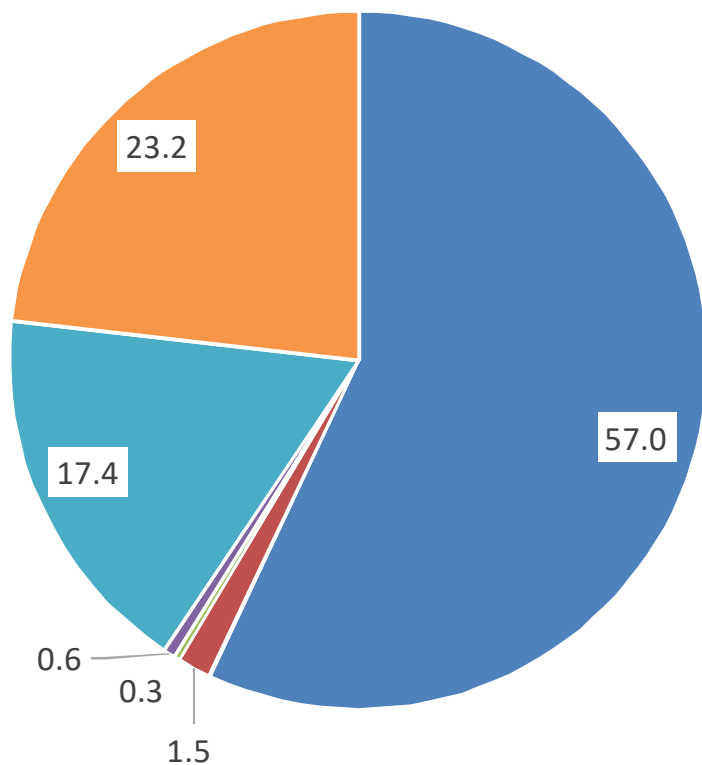
■ 区分6 ■ 区分5 ■ 区分4 ■ 区分3 ■ 区分2
■ 区分1 ■ 非該当 ■ 不明 ■ 未申請等

障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の身体障害者(肢体不自由)の等級

○ 障害者施設等入院基本料を届出ている病棟に入院している患者は、約6割が1級又は2級である。特殊疾患病棟入院料等を届出ている病棟に入院している患者は、約4割が1級又は2級である。

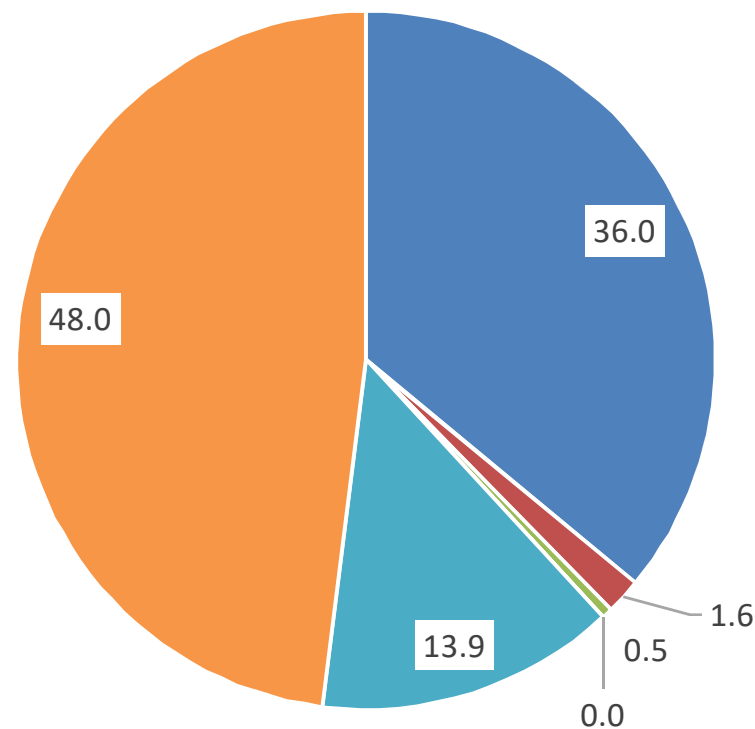
障害者施設等入院基本料

n=2230(患者)



特殊疾患病棟入院料等

n=425(患者)



■ 1級又は2級 ■ 3級又は4級 ■ 5級又は6級 ■ 7級 ■ 非該当 ■ 不明 ■ 1級又は2級 ■ 3級又は4級 ■ 5級又は6級 ■ 7級 ■ 非該当 ■ 不明

とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. **横断的事項について**
 - 5-1. 入退院支援
 - 5-2. 診療実績データの提出に係る評価
 - 5-3. その他の事項
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

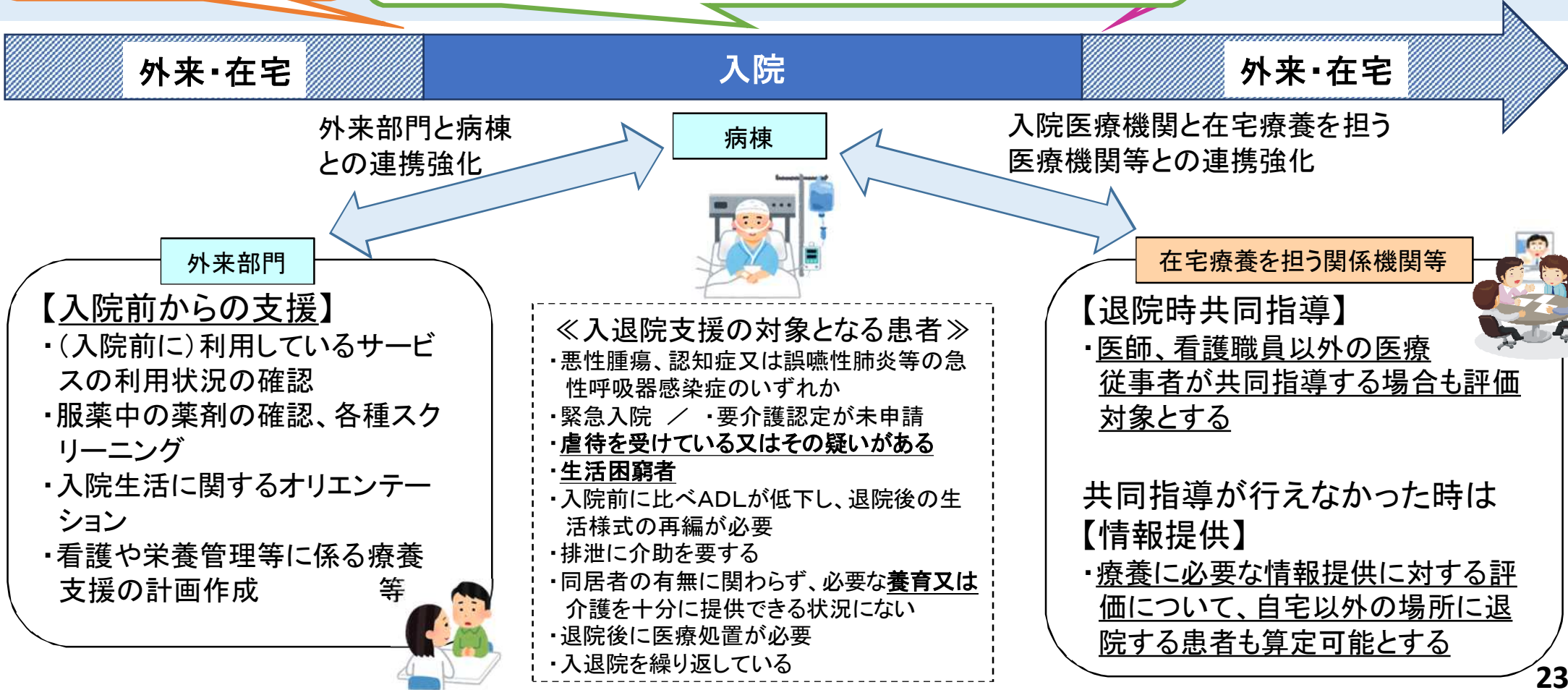
入退院支援の評価(イメージ)

- 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



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)

入退院支援の推進

入退院支援の一層の推進

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現行

【退院支援加算】〔算定要件〕退院困難な要因
ア～ウ（略）

エ、オ（略）

カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと

キ～ケ（略）

改定後

【入退院支援加算】〔算定要件〕退院困難な要因
ア～ウ（略）

エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ 生活困窮者であること

カ、キ（略）

ク 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こと

ケ～サ（略）

- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現行

【退院支援加算1】〔施設基準〕

過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。

①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数

②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数

改定後

【入退院支援加算1】〔施設基準〕

過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数(小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。)の合計回数が、①、②及び③の合計を上回ること。

①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数

②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数

③「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(小児入院医療管理料を算定する病床に限る)に0.05を乗じた数

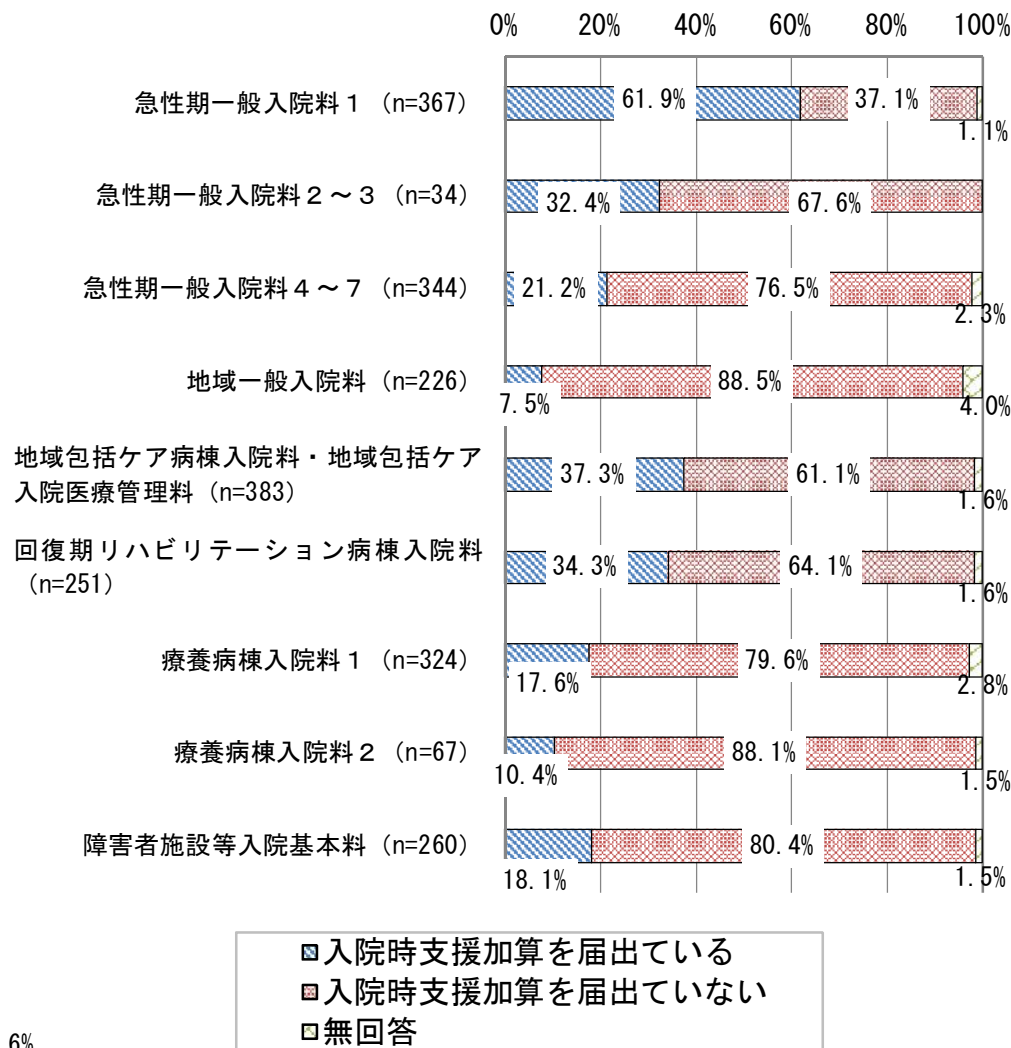
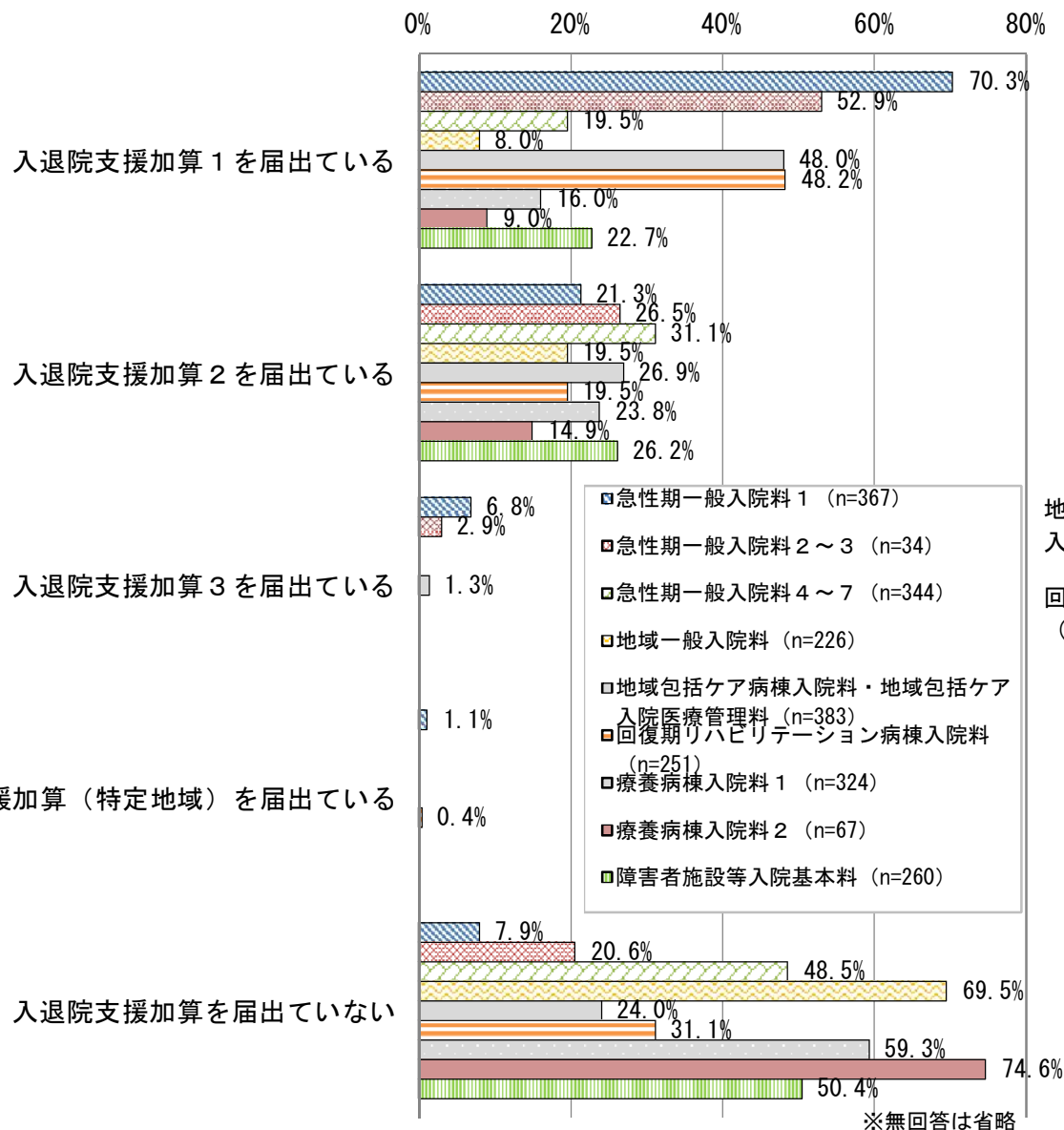
(新) 小児加算 200点(退院時1回)

- 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。 236

○ 入退院支援加算及び入院時支援加算は、急性期一般入院料1での届出が多かった。

入退院支援加算の届出状況 (複数回答)

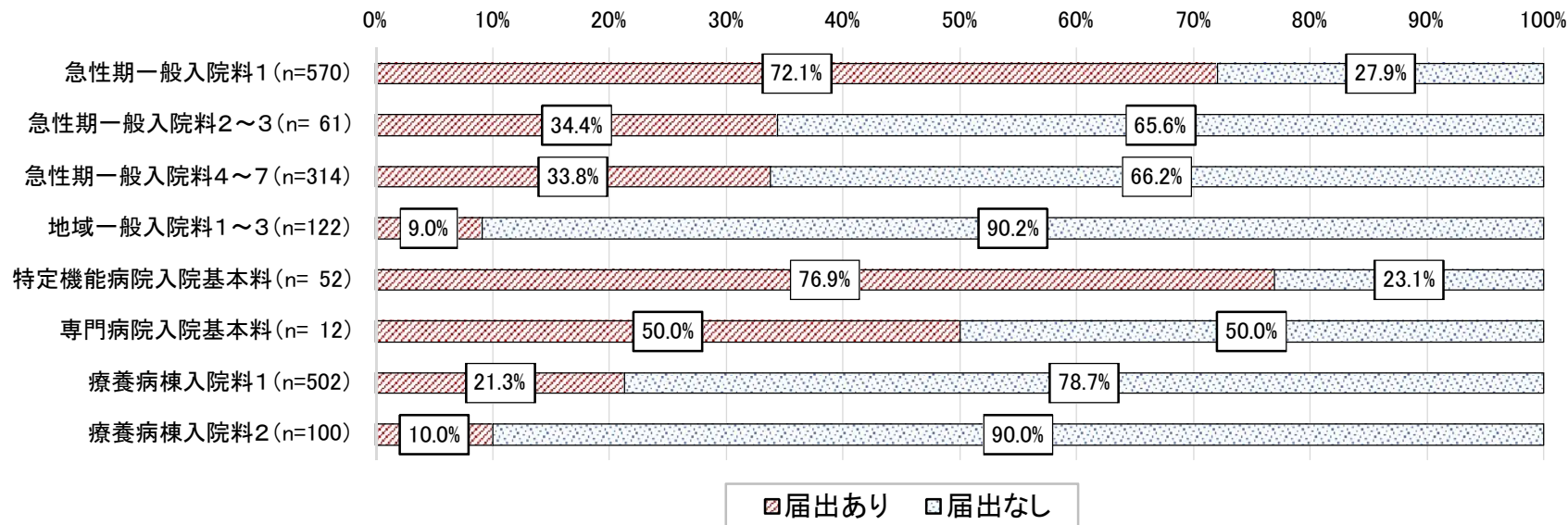
入院時支援加算の届出状況



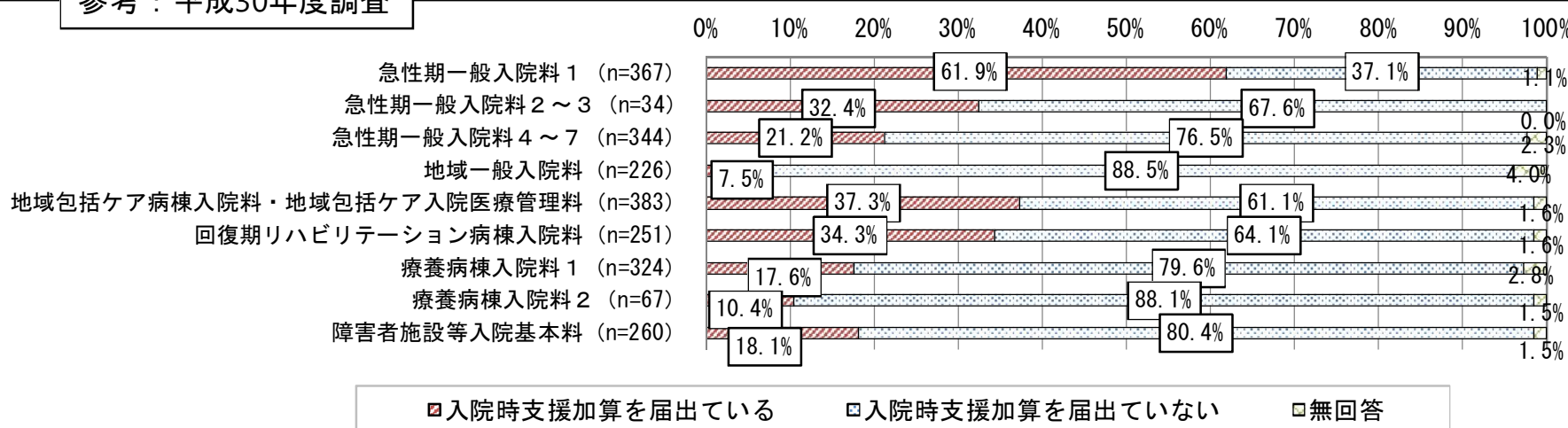
入院時支援加算の届出状況

○ 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

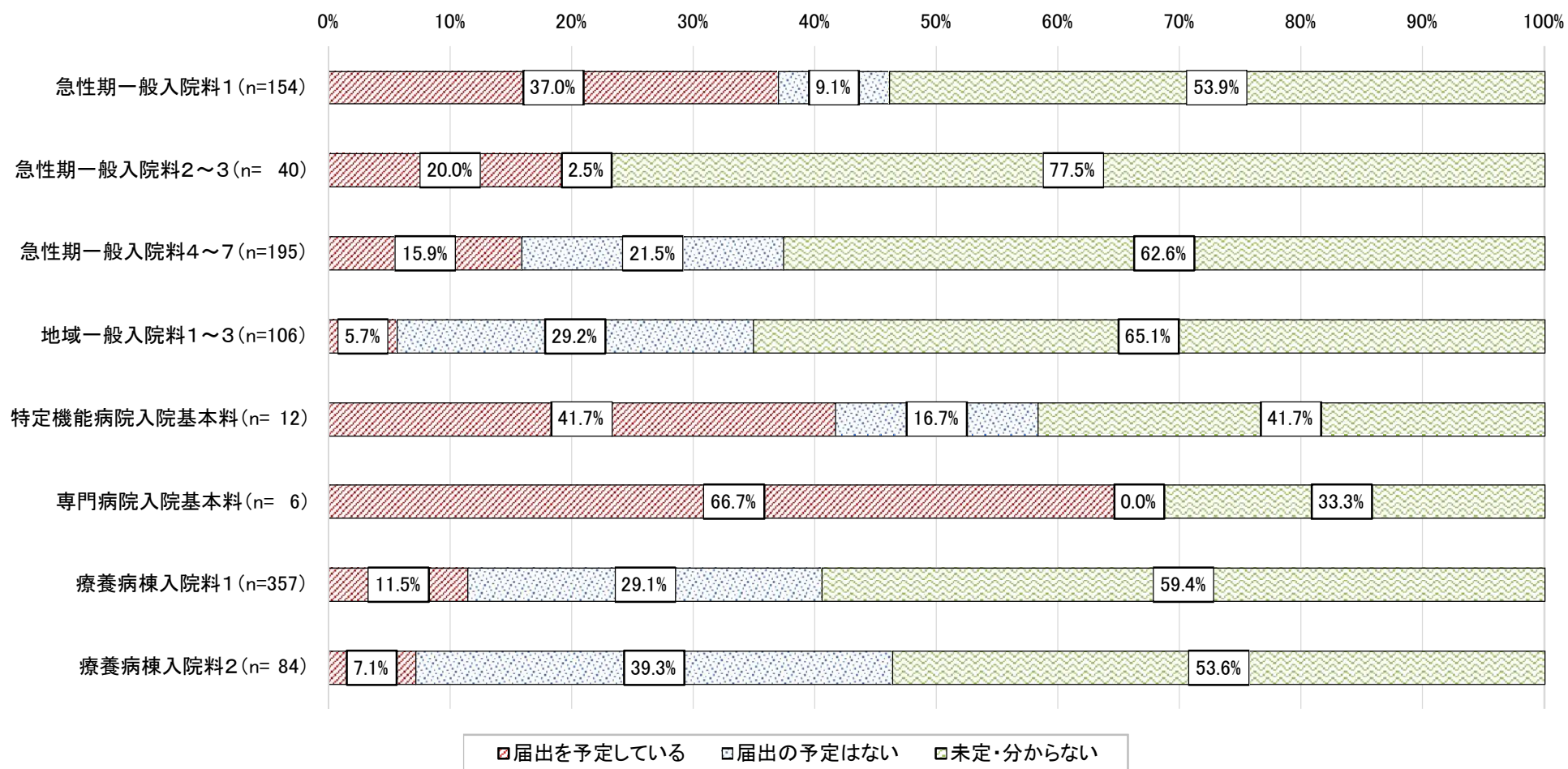


参考：平成30年度調査



○ 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

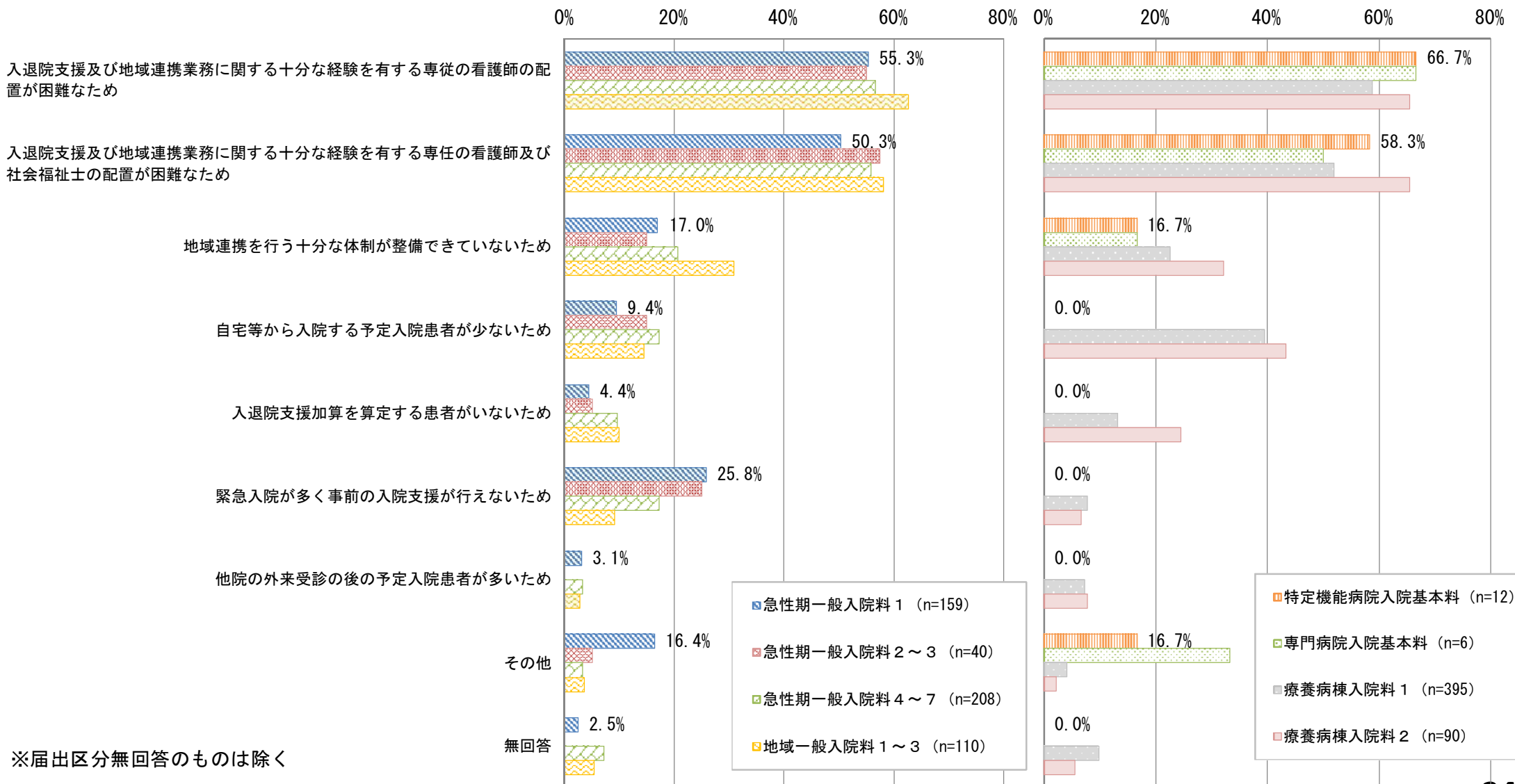


入院時支援加算を届出ることが困難な理由

○ 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)

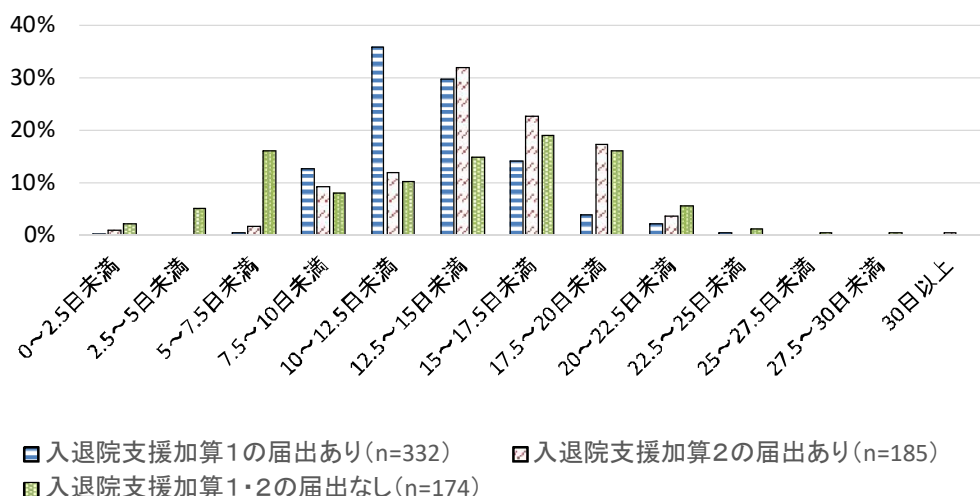


※届出区分無回答のものは除く

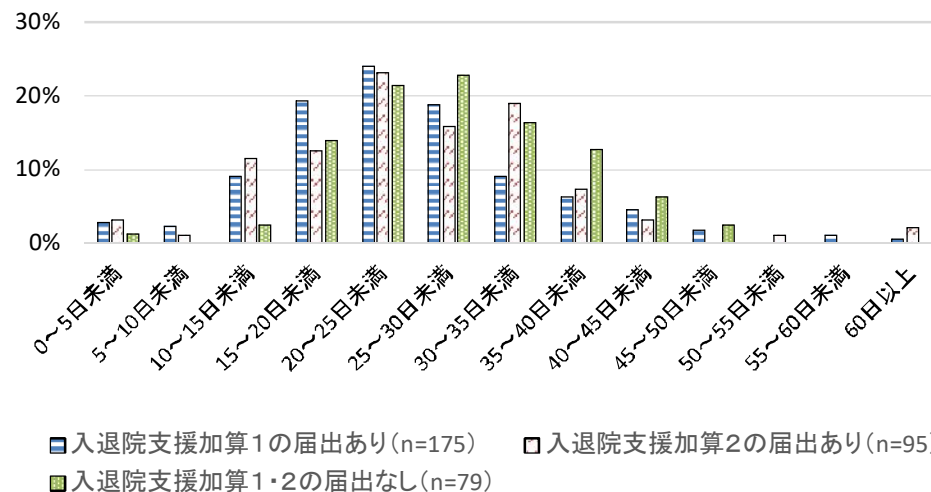
○ 入退院支援加算 1・2 の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、いずれの入院料種別においても、入退院支援加算 1・2 の届出ありの施設の平均在院日数が短い傾向にあった。

入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

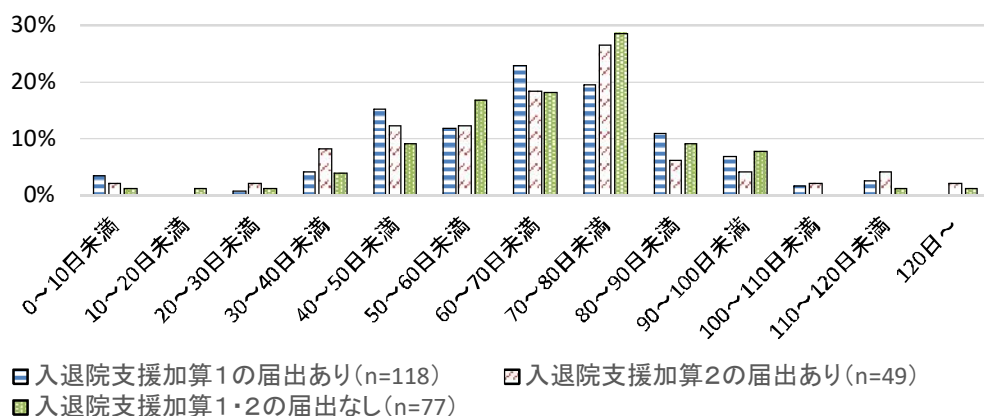
<急性期一般入院基本料>



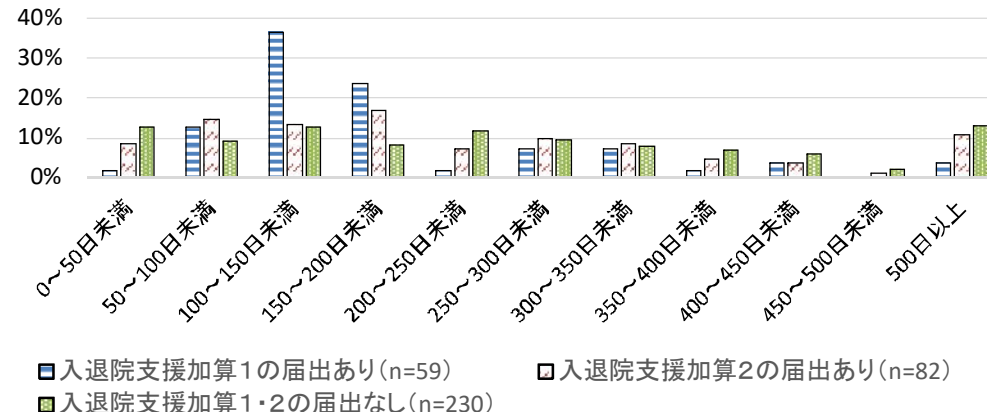
<地域包括ケア病棟入院料>



<回復期リハビリテーション病棟入院料>

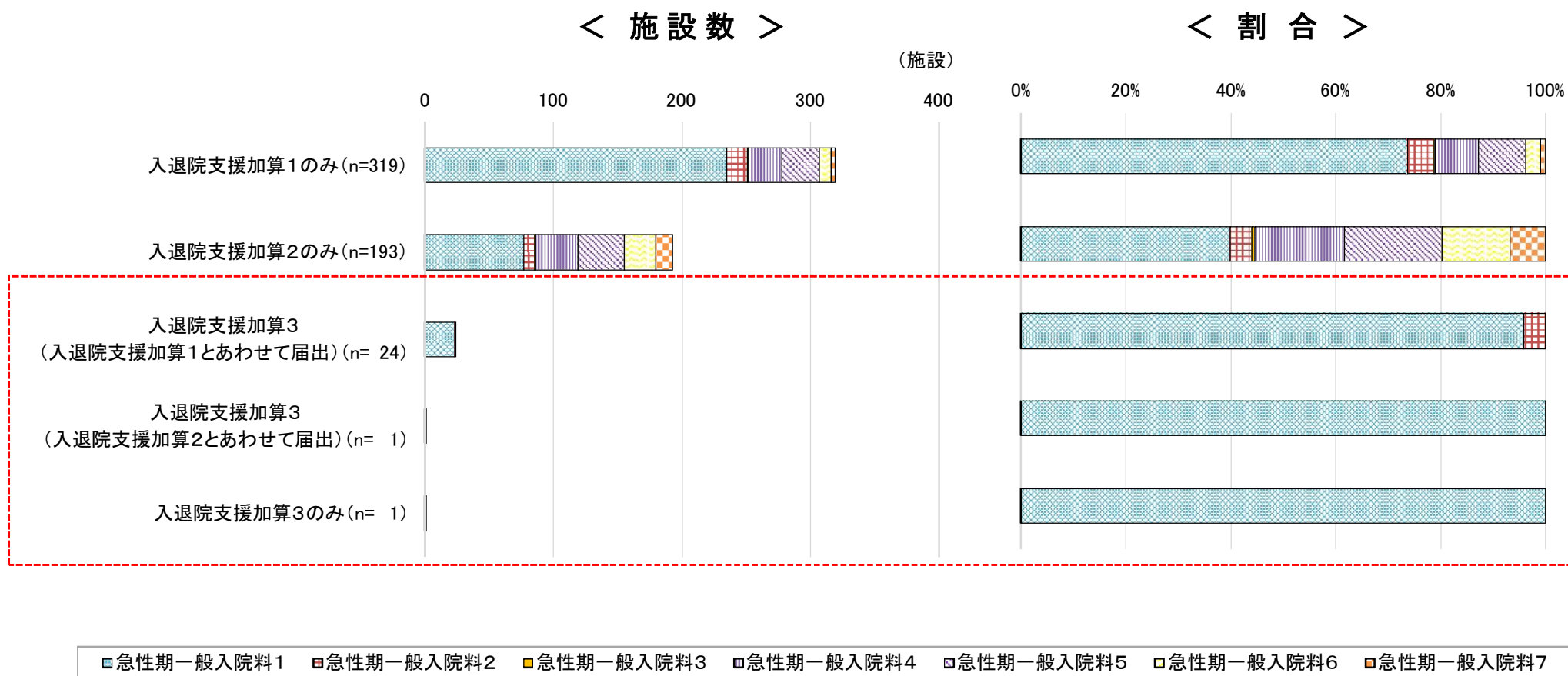


<療養病棟入院基本料>



○ 急性期一般入院基本料の届出施設のうち、入退院支援加算3を届出ている施設は、入退院支援加算1とあわせて届出ている施設が多く、ほとんどが急性期一般入院料1であった。

入退院支援加算の届出状況

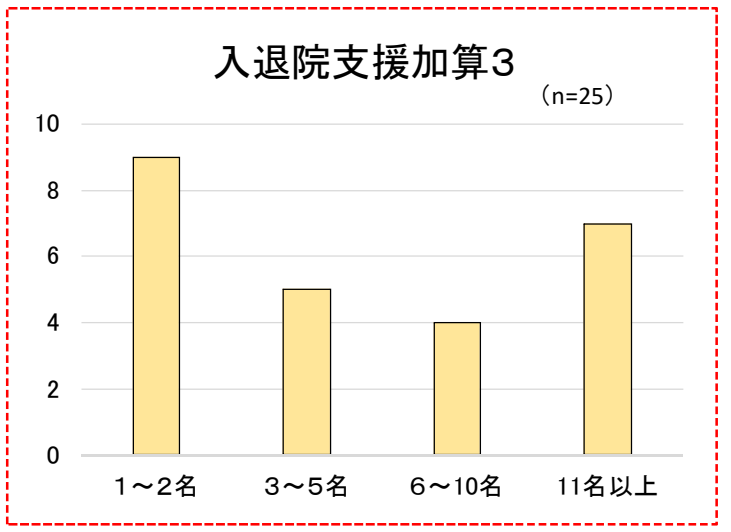
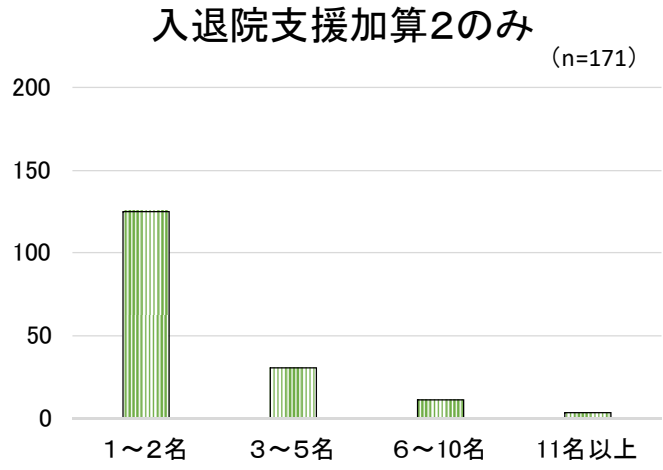
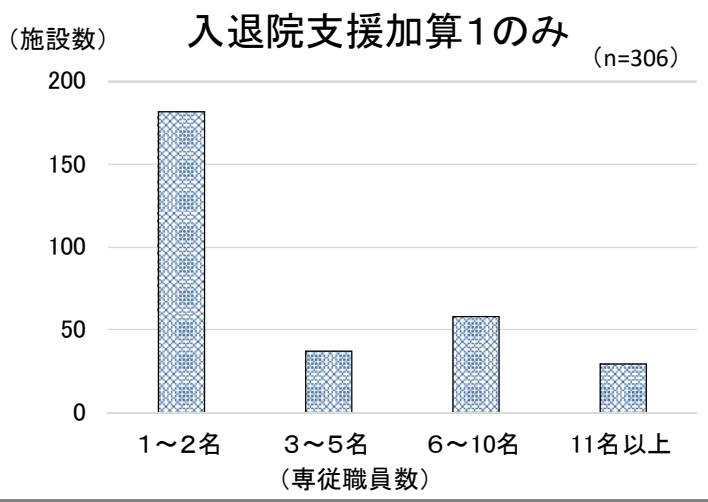


入退院支援加算3の届出施設における入退院支援部門の専従・専任職員数

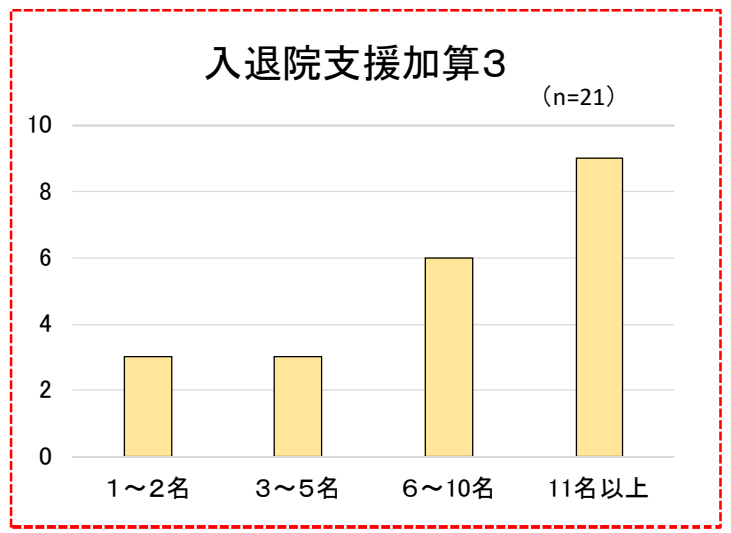
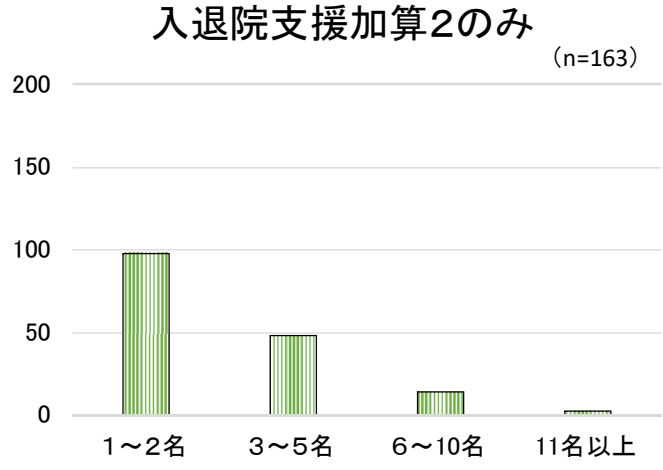
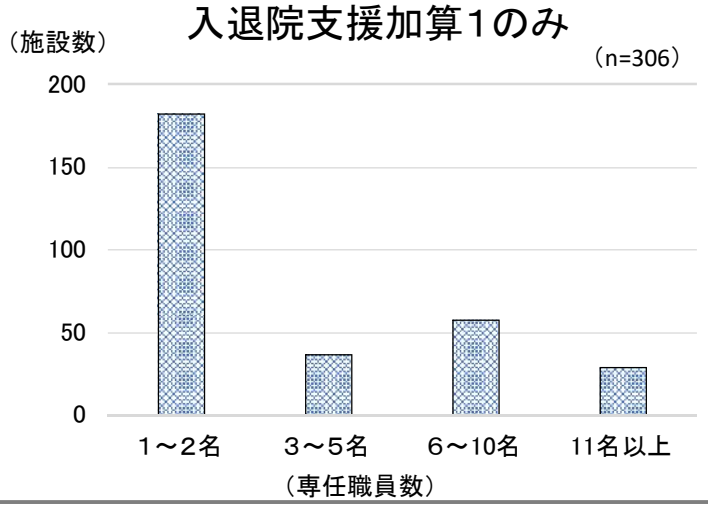
○ 入退院支援加算3の届出施設は、入退院支援加算1・2のみを届出ている施設に比べて、入退院支援部門の専従・専任職員数が多かった。

入退院支援加算の届出施設における入退院支援部門の専従・専任職員数

専従職員数



専任職員数



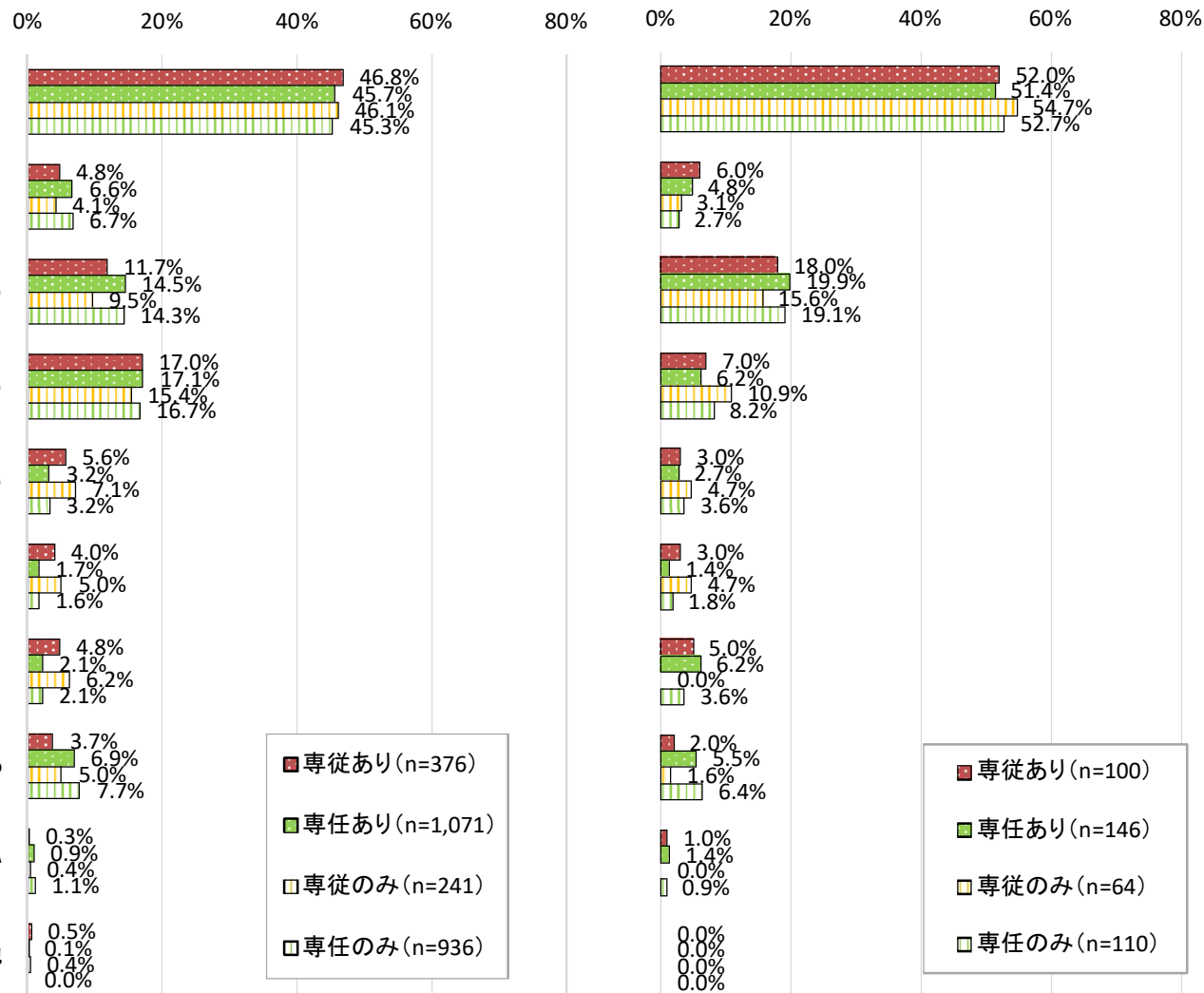
※届出区分、職員数が無回答のものは除く ※他票では入退院支援加算3の届出が少数であったためA票のみを集計
※入退院支援加算3には、入退院支援加算1もしくは2とあわせて届け出ている施設も含む

○ 病棟に入退院支援の専従もしくは専任職員が配置されている場合の効果についてみると、専従職員のいる施設と、専任職員のみ施設との間に大きな違いはみられなかった。

病棟に入退院支援の専従もしくは専任の職員がいる場合にもたらされている効果(最も該当するもの)

<急性期一般入院基本料>

<地域包括ケア病棟入院料>



入退院支援加算の届出の有無にかかわらず、病棟に入退院支援及び地域連携業務に従事する専従もしくは専任の職員（看護師、相談員、その他の職員）を配置している場合の職員数について回答。

- 1名でも専従職員がいる場合 ⇒ 「専従あり」に区分
- 1名でも専任職員がいる場合 ⇒ 「専任あり」に区分
- 専従職員のみの場合 ⇒ 「専従のみ」に区分
- 専任職員のみの場合 ⇒ 「専任のみ」に区分

(※例えば、「専従あり」には「専従のみ」の施設が含まれる)

○ 病棟に入退院支援の専従もしくは専任職員が配置されている場合の効果についてみると、専従職員のいる施設と、専任職員のみ施設との間に大きな違いはみられなかった。

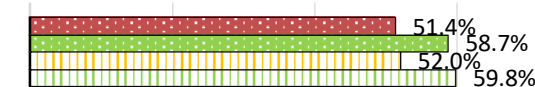
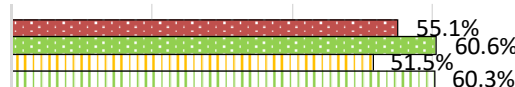
病棟に入退院支援の専従もしくは専任の職員がいる場合にもたらされている効果(最も該当するもの)

<回復期リハビリテーション病棟入院料>

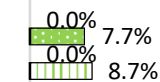
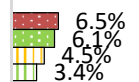
<療養病棟入院基本料>

0% 20% 40% 60% 80%

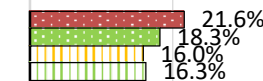
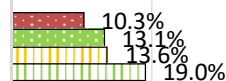
入退院支援業務の担当者が明確になるため、地域との連携、調整がスムーズになる



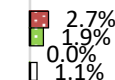
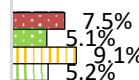
より多くの患者に対して入退院支援を行える



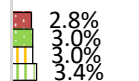
入退院支援に係る院内での調整を円滑に行える



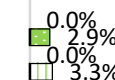
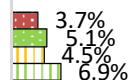
より早期に退院支援を行う患者を病棟で抽出・関与できる



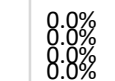
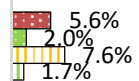
退院支援計画の作成が滞りなく行える



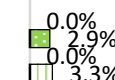
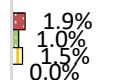
患者及び家族への説明や面会の頻度を増やすことができる



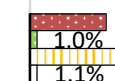
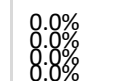
早期退院に向けた多職種カンファレンスの開催頻度を増やすことができる



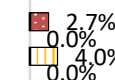
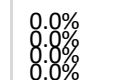
早期退院につながる



特にない



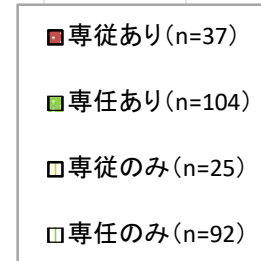
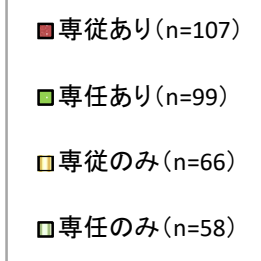
その他



入退院支援加算の届出の有無にかかわらず、病棟に入退院支援及び地域連携業務に従事する専従もしくは専任の職員(看護師、相談員、その他の職員)を配置している場合の職員数について回答。

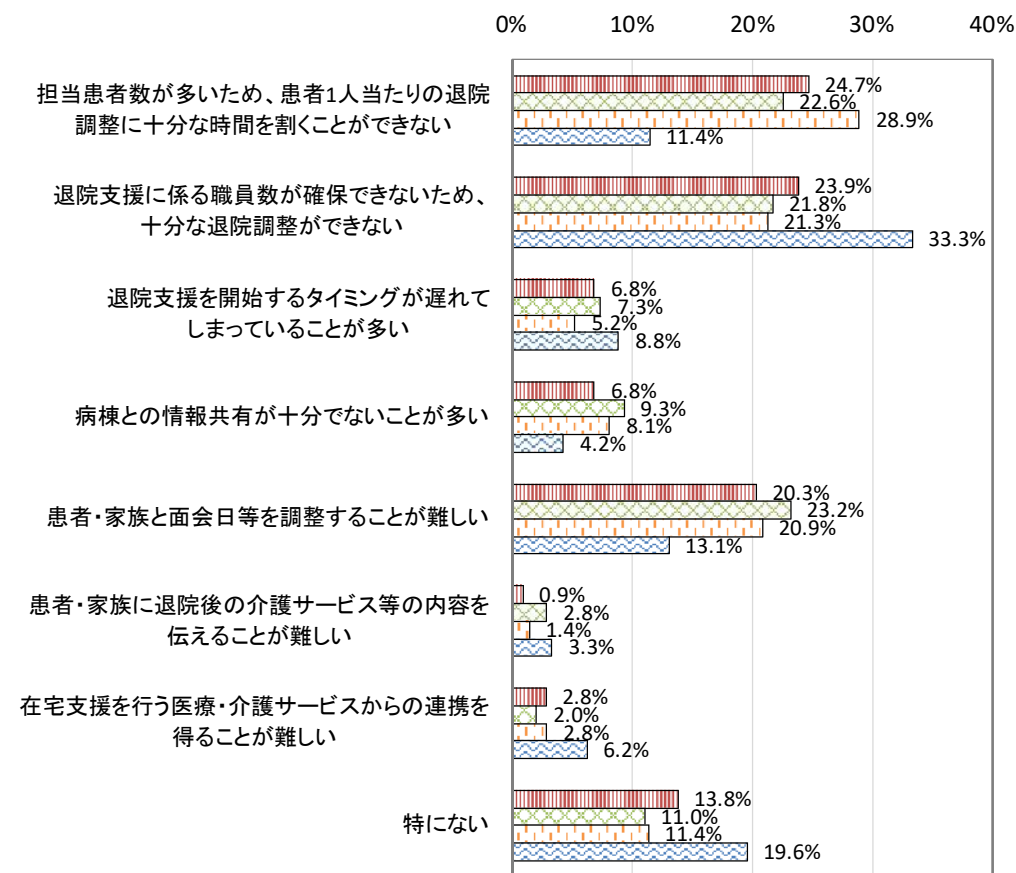
- 1名でも専従職員がいる場合 ⇒ 「専従あり」に区分
- 1名でも専任職員がいる場合 ⇒ 「専任あり」に区分
- 専従職員のみの場合 ⇒ 「専従のみ」に区分
- 専任職員のみの場合 ⇒ 「専任のみ」に区分

(※例えば、「専従あり」には「専従のみ」の施設が含まれる)

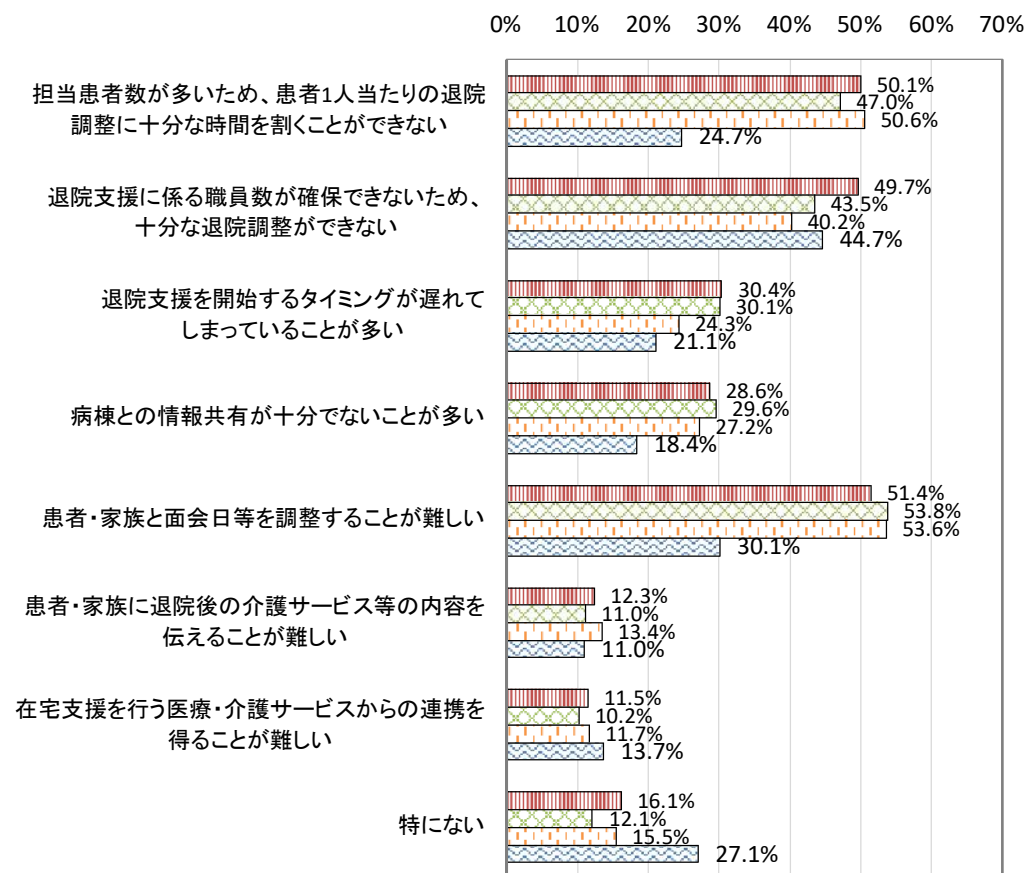


○ 施設において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項をみると、全体として、「担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多かった。

退院支援の取組等を困難にしている事項 (最も該当するもの)



退院支援の取組等を困難にしている事項 (複数回答)



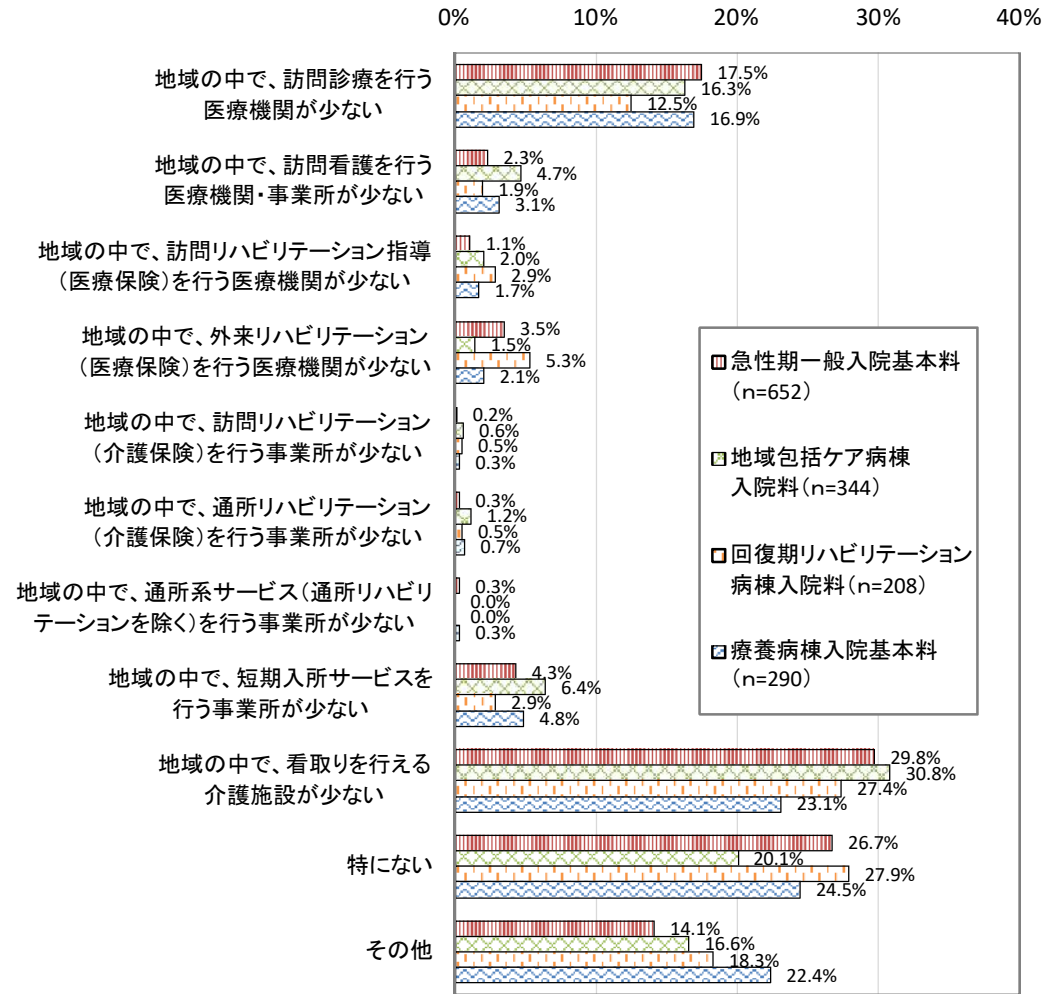
■急性期一般入院基本料 (n=679) □地域包括ケア病棟入院料 (n=354)
□回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=211) ■療養病棟入院基本料 (n=306)

■急性期一般入院基本料 (n=731) ■地域包括ケア病棟入院料 (n=372)
□回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=239) ■療養病棟入院基本料 (n=365)

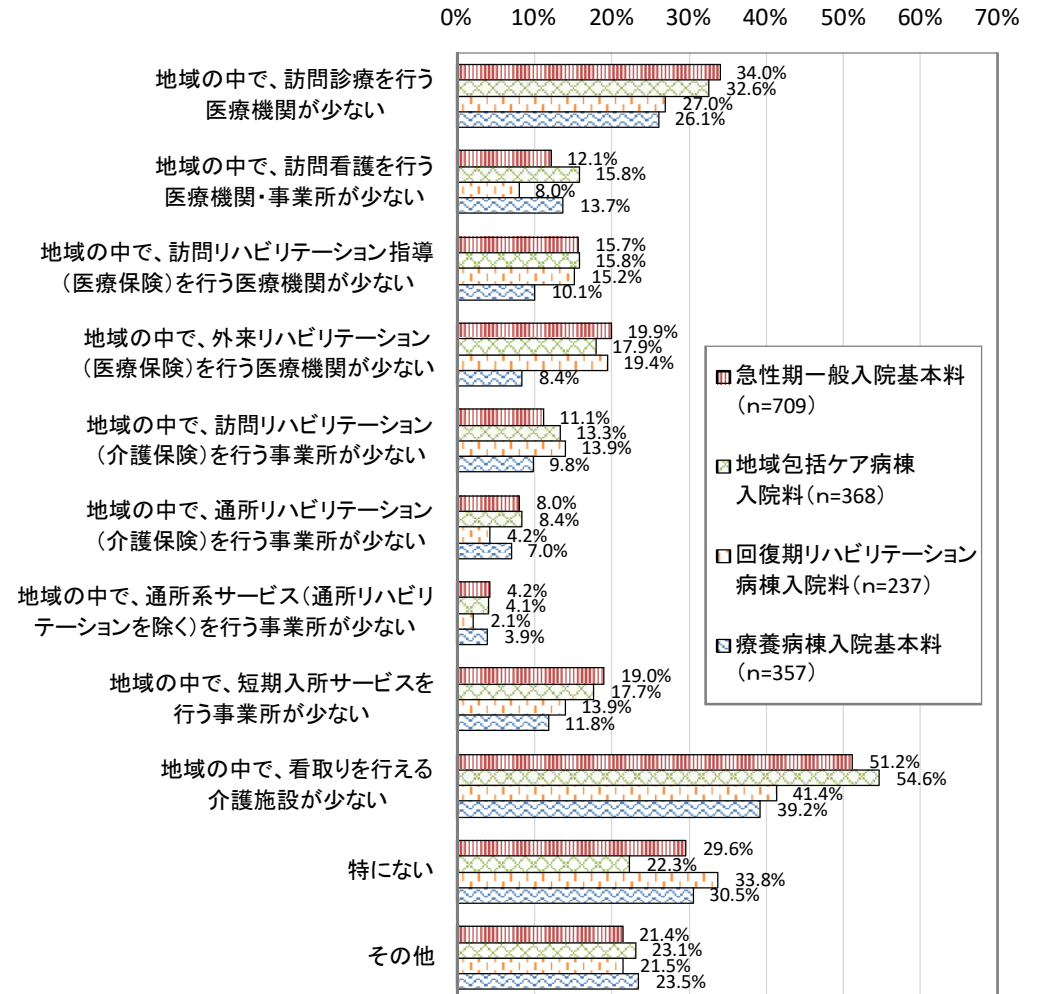
施設において退院を困難にしている事項

○ 「退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項」の他に、施設において、患者の退院を困難にしている事項をみると、全体として、「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」が多かった。

退院を困難にしている事項 (最も該当するもの)

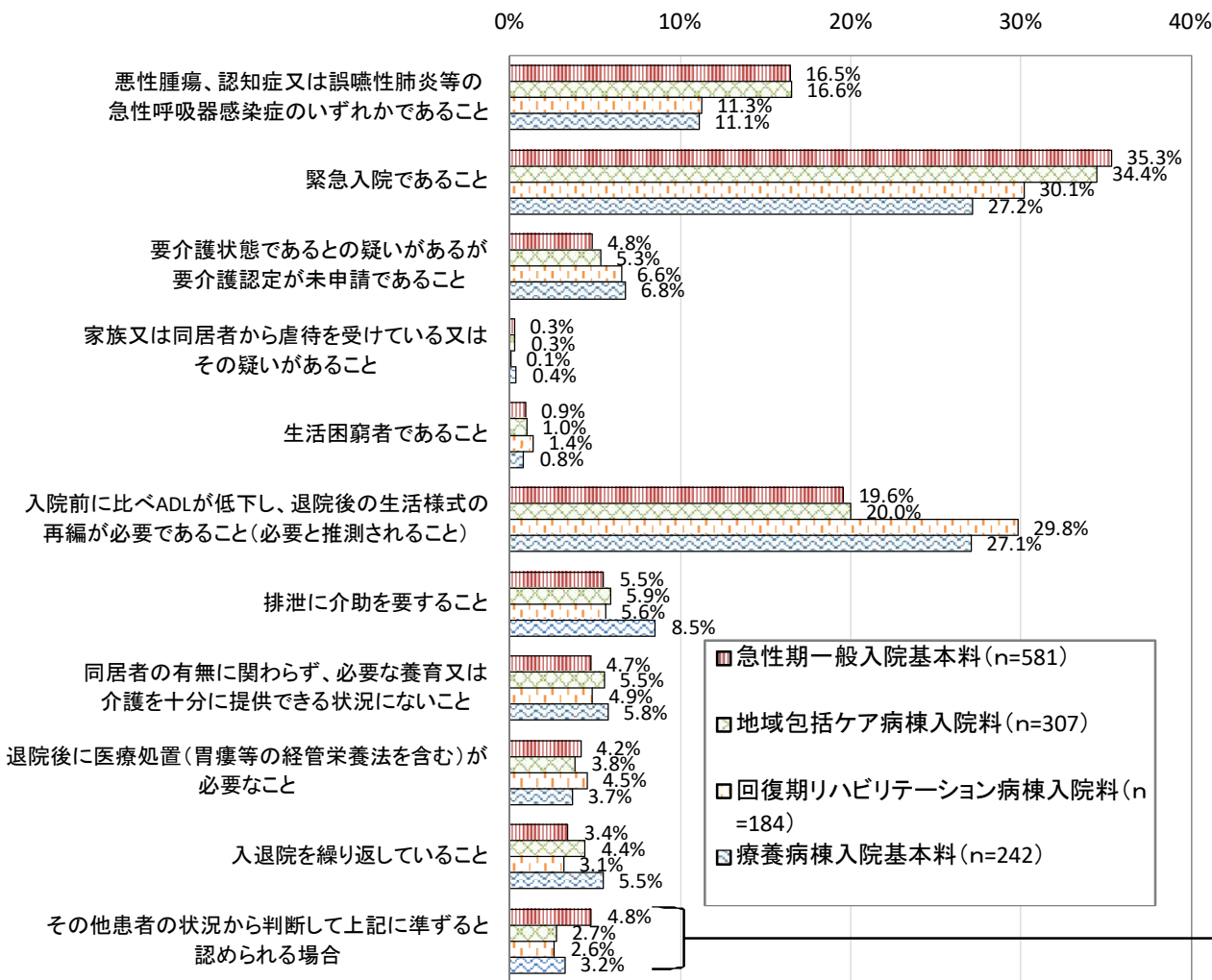


退院を困難にしている事項 (複数回答)



○ 入退院支援加算1又は2を算定した患者について、算定要件である「退院困難な要因」の主な該当項目をみると、いずれの入院料においても、「緊急入院であること」が最も多く、次いで、「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であること(必要と推測されること)」が多かった。

入退院支援加算1又は2を算定する患者の「退院困難な要因」(主なもの1つ)



「その他」の具体的内容(主なもの) A~C票(n=176)

<本人の状態(疾病等)>

- 認知機能低下
- 精神疾患がある
(例: 知的障害、アルコール依存症、自閉症等)
- その他の疾病管理
(例: パーキンソン病、難病、小児疾患等)
- その他の医学的管理
(例: 透析導入、インスリン導入、ペースメーカー導入、術後、DOTS支援等)
- リハビリが必要な状態

<本人の状態(疾病等以外)>

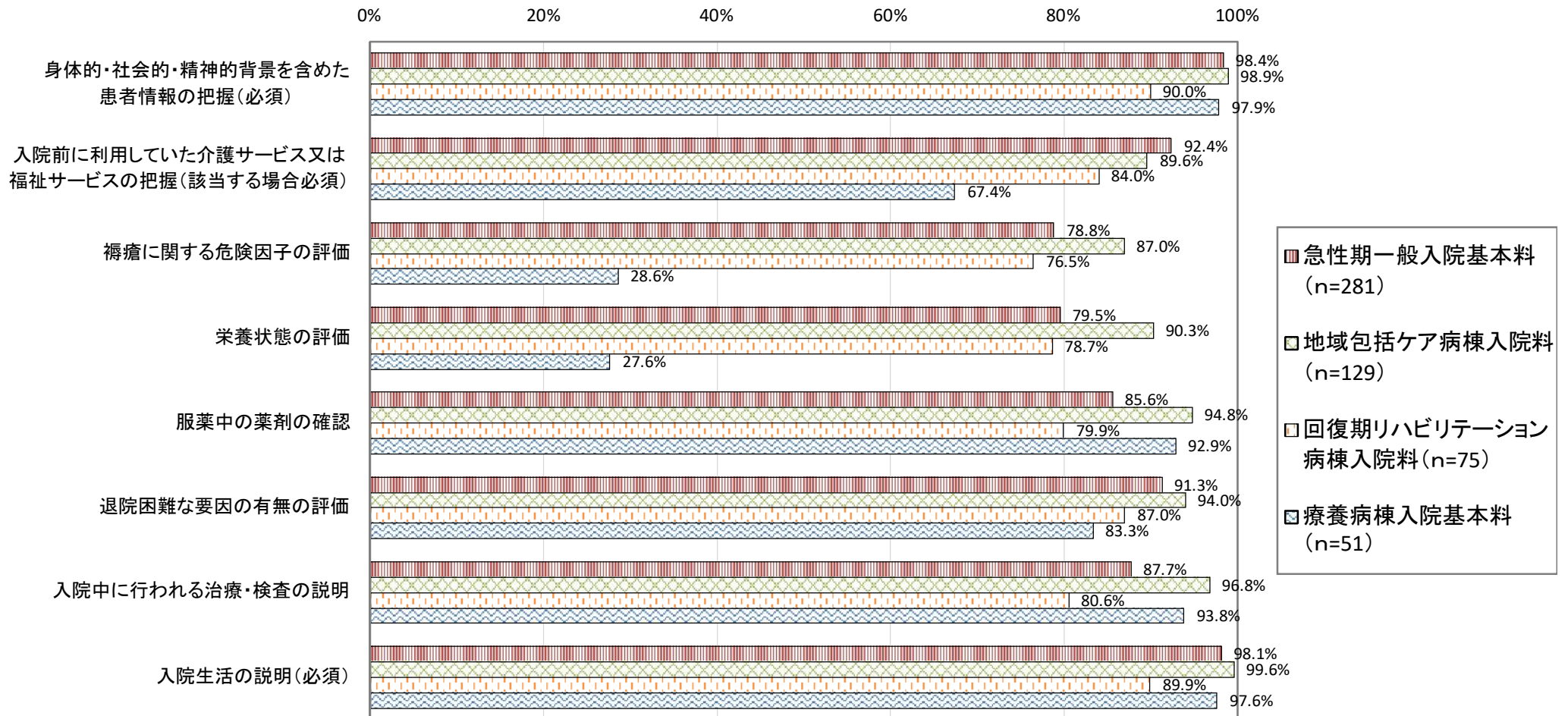
- 栄養管理が必要
- 内服管理が必要
- 介護施設入居者
- 障害者手帳や生活保護等の準備が必要

<家族・家庭の理由>

- 家族に疾病やADL低下がある
 - 介護者の休息が必要(レスパイト)
 - 家族関係に問題がある・家族の理解が得られない
 - 自宅が遠方
 - 独居・身寄りがない
 - 高齢世帯
- 等

○ 入院時支援加算を算定した患者に入院前に実施した事項をみると、いずれの入院料においても8割以上実施されている項目が多かったが、療養病棟入院基本料を届出ている施設においては、「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」の実施割合が低かった。

入院前に実施した事項(複数回答)



B005 退院時共同指導料2 400点 (入院中1回) ※ 多機関共同指導加算 2,000点

<主な算定要件>

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

退院時共同指導料2

○ 退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。

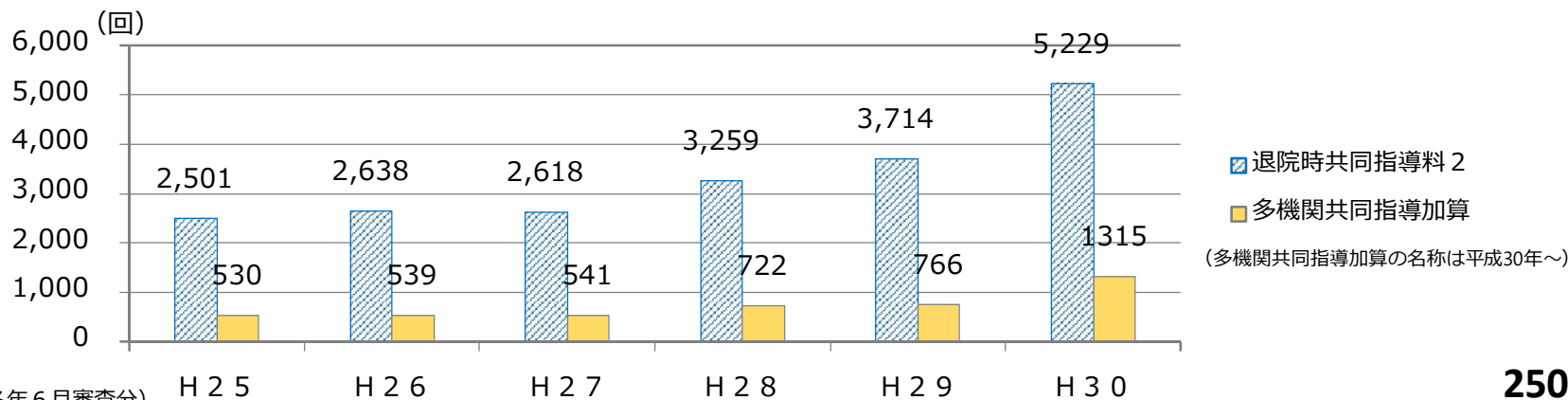
○ 当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーション又は入院中の保険医療機関のいずれかが、医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若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

多機関共同指導加算

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

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

<算定回数>



入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

- 入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、**医師及び看護職員以外の医療従事者等が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。**

現行(共同指導の評価対象職種)	
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等	
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	
注1	医師、看護師等
注2	医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3	医師 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員



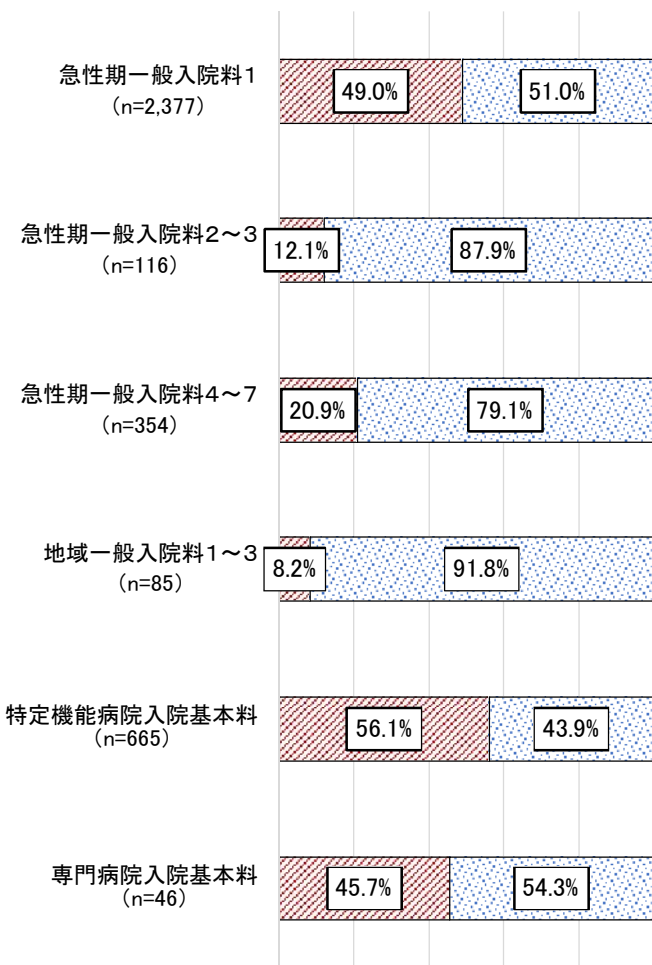
改定後(共同指導の評価対象職種)	
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士	
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	
注1	医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
注2	医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3	医師、 看護師等 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員 ・ 相談支援専門員

- 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の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。**

- 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

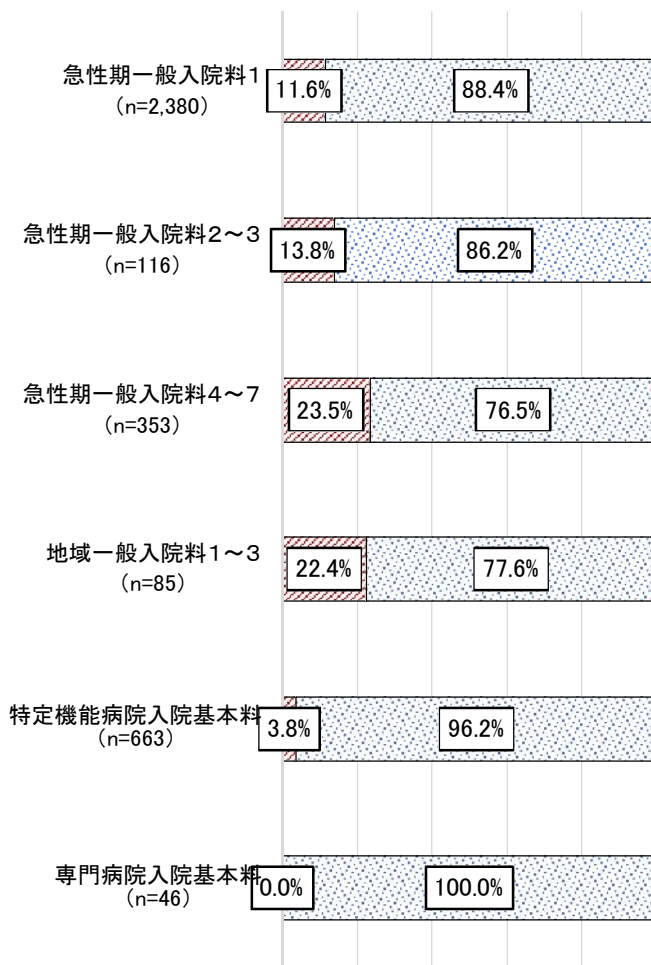
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■算定あり □算定なし

退院前訪問指導料

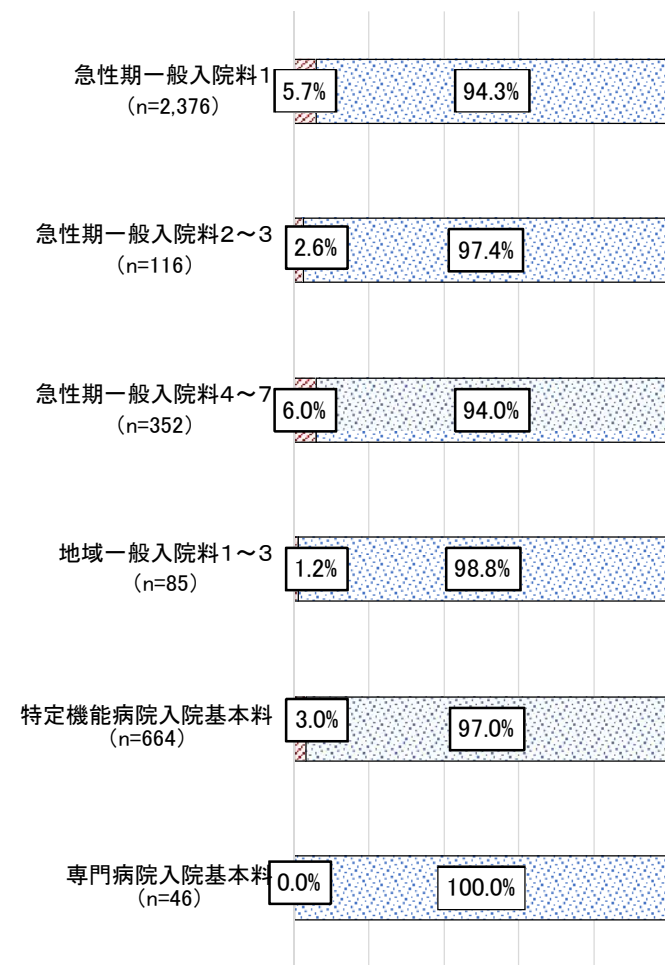
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■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

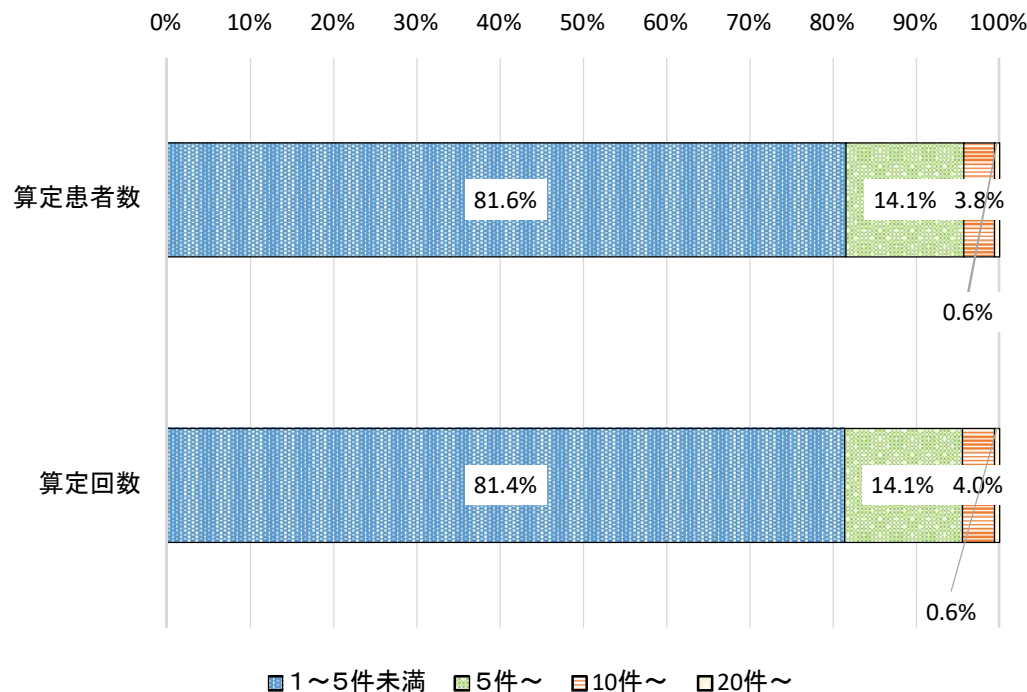
- 退院時共同指導料 2 を算定していた施設の算定患者数は、平均3.1人／3か月であった。
- 多機関共同指導加算を算定していた施設の算定患者数は、平均1.8人／3か月であり、うち、ビデオ通話を用いた共同指導が 1 件あった。

退院時共同指導料 2 及び多機関共同指導加算の算定状況

<退院時共同指導料 2 >

平均 3.1人／3.1回 (n=1,620)

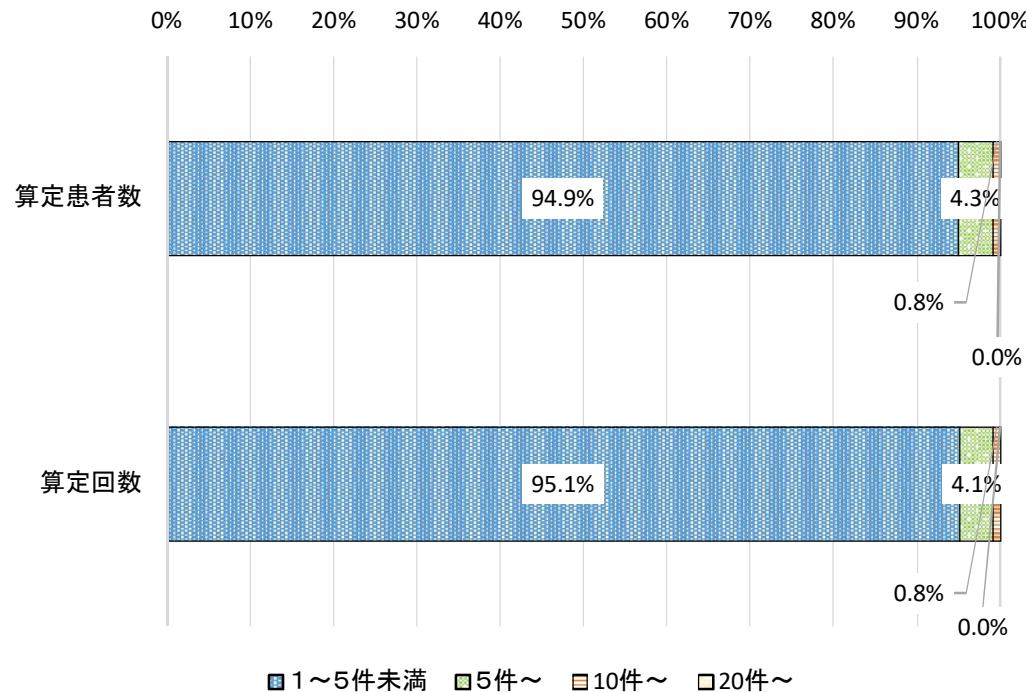
うち、ビデオ通話を用いた共同指導: 0件



<多機関共同指導加算 >

平均 1.8人／1.7回 (n=632)

うち、ビデオ通話を用いた共同指導: 1件

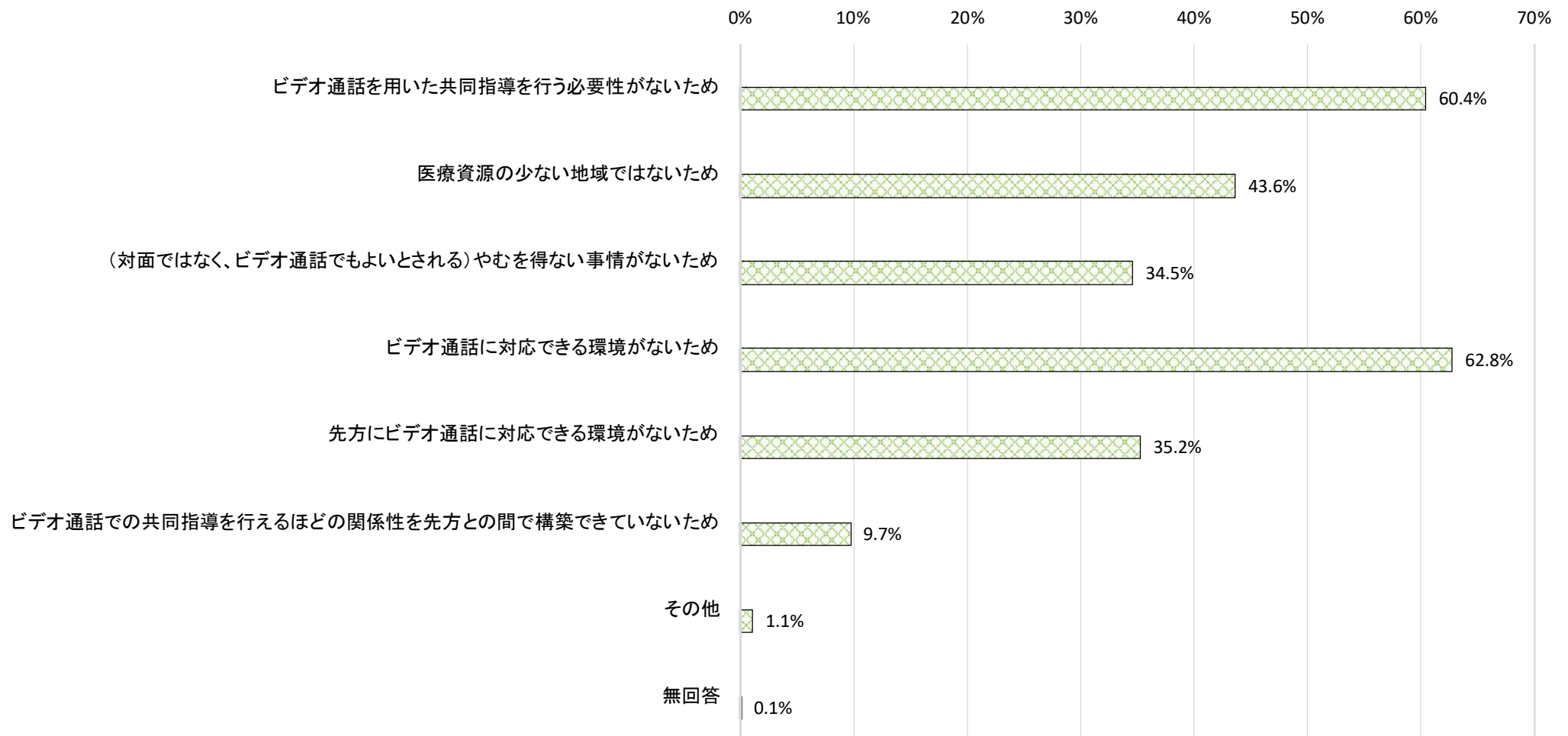


ビデオ通話を用いた共同指導とは、医療資源が少ない地域でやむを得ない事情等がある場合（退院時共同指導料 2）、もしくは、やむを得ない事情により関係者のいずれかが患者が入院している医療機関に赴けない場合（多機関共同指導加算）に、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行うことを指す。

- 退院時共同指導加算2を算定したがビデオ通話を用いた共同指導を行っていない病棟において、その理由をみると、「ビデオ通話に対応できる環境がないため」「ビデオ通話を用いた共同指導を行う必要性がないため」が多かった。

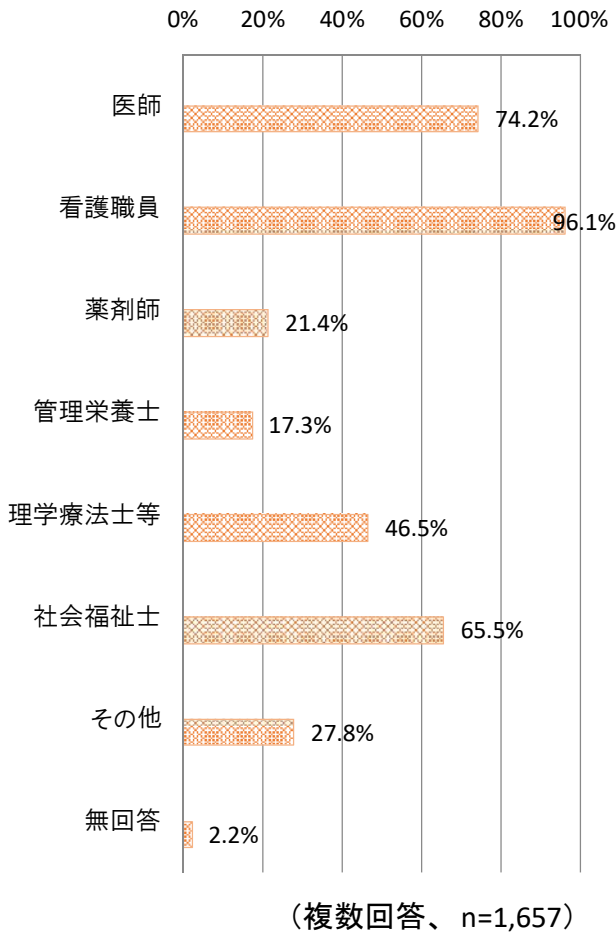
ビデオ通話を用いた共同指導を行っていない理由

(複数回答、n=1,566)



- 退院時共同指導料 2 を算定した病棟において、共同指導を行った職種は看護職員が多かった。
- いずれの職種も 1 回の共同指導に20分～60分未満かけることが多く、特に看護職員は他職種に比べて要する時間が長い傾向にあった。

共同指導を行った職種

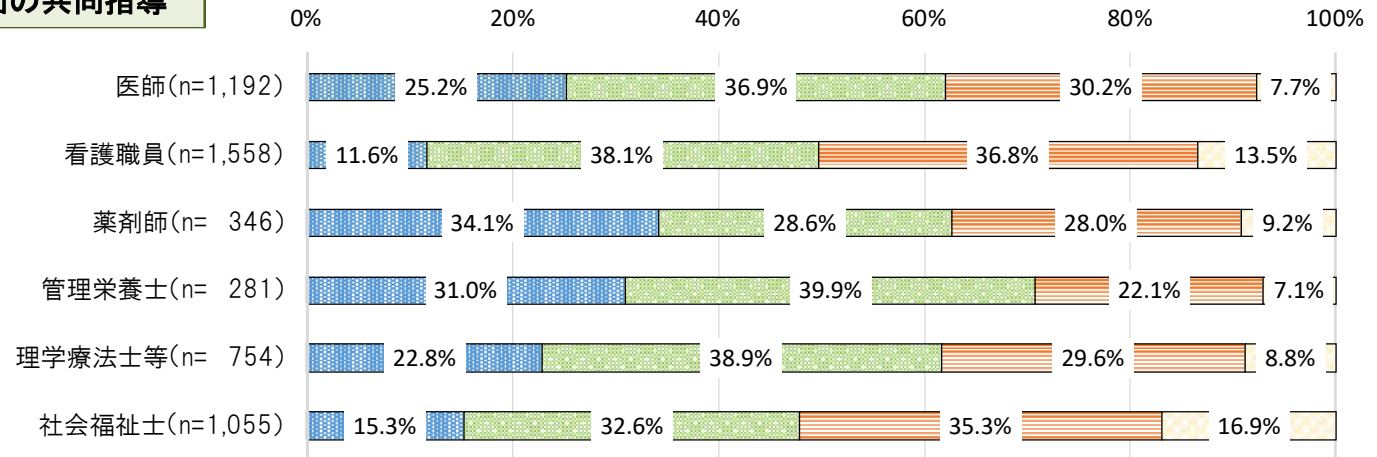


看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師
理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

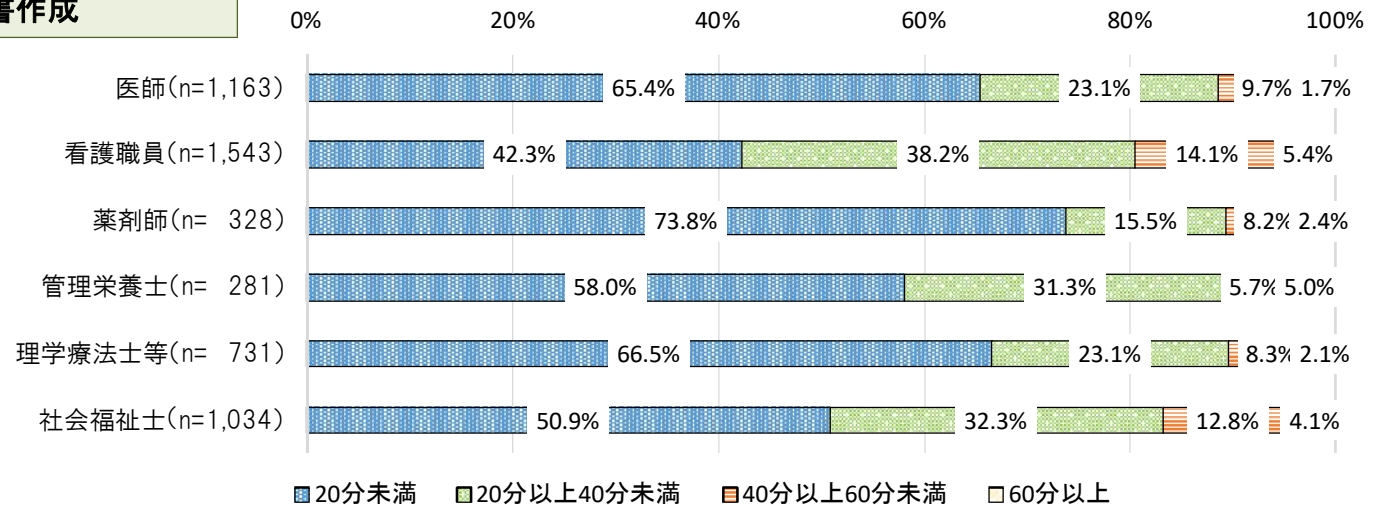
共同指導に係る時間

※無回答は除く

① 1 回の共同指導



② 1 回の共同指導の文書作成

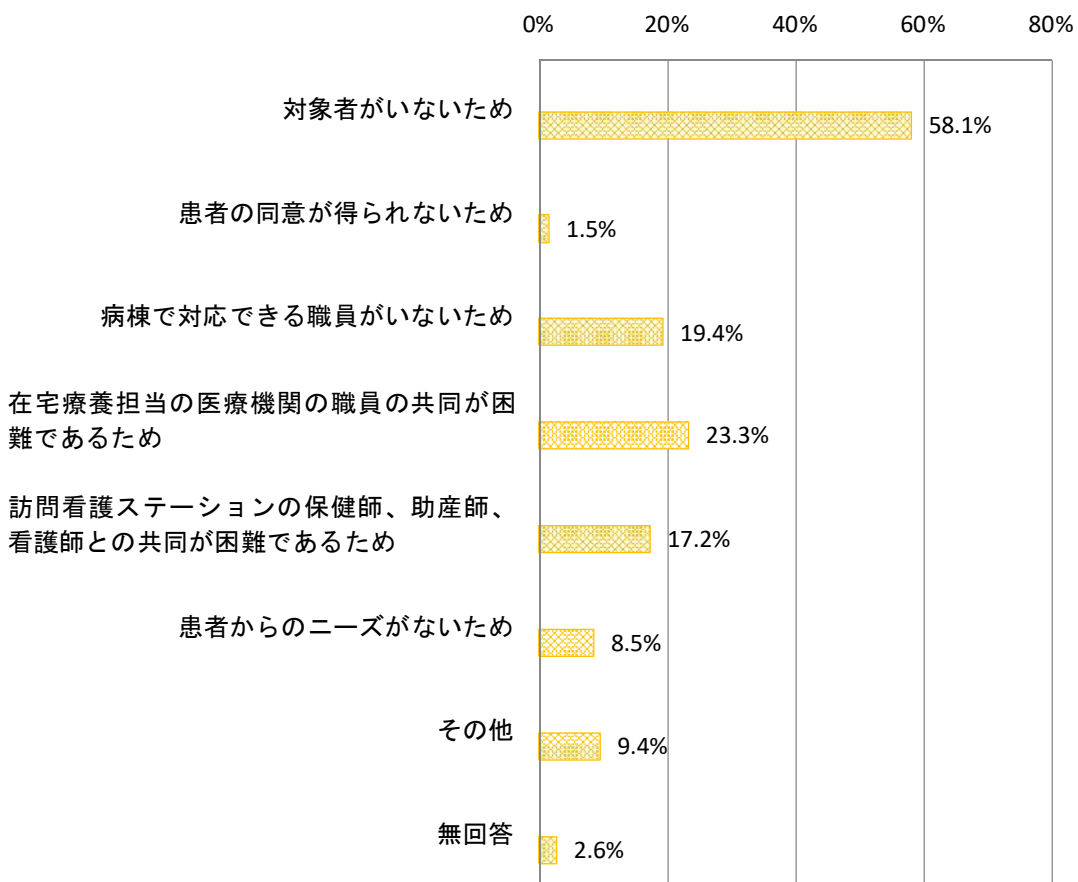


①は、患者への説明・指導だけでなく、事前や事後の打ち合わせ等の時間も含んだ平均的な時間を指す。(ただし②は含まない)
②は、退院時共同指導料 2 の算定要件である文書による患者への情報提供に当たって、その文書作成にかかった平均的な時間を指す。

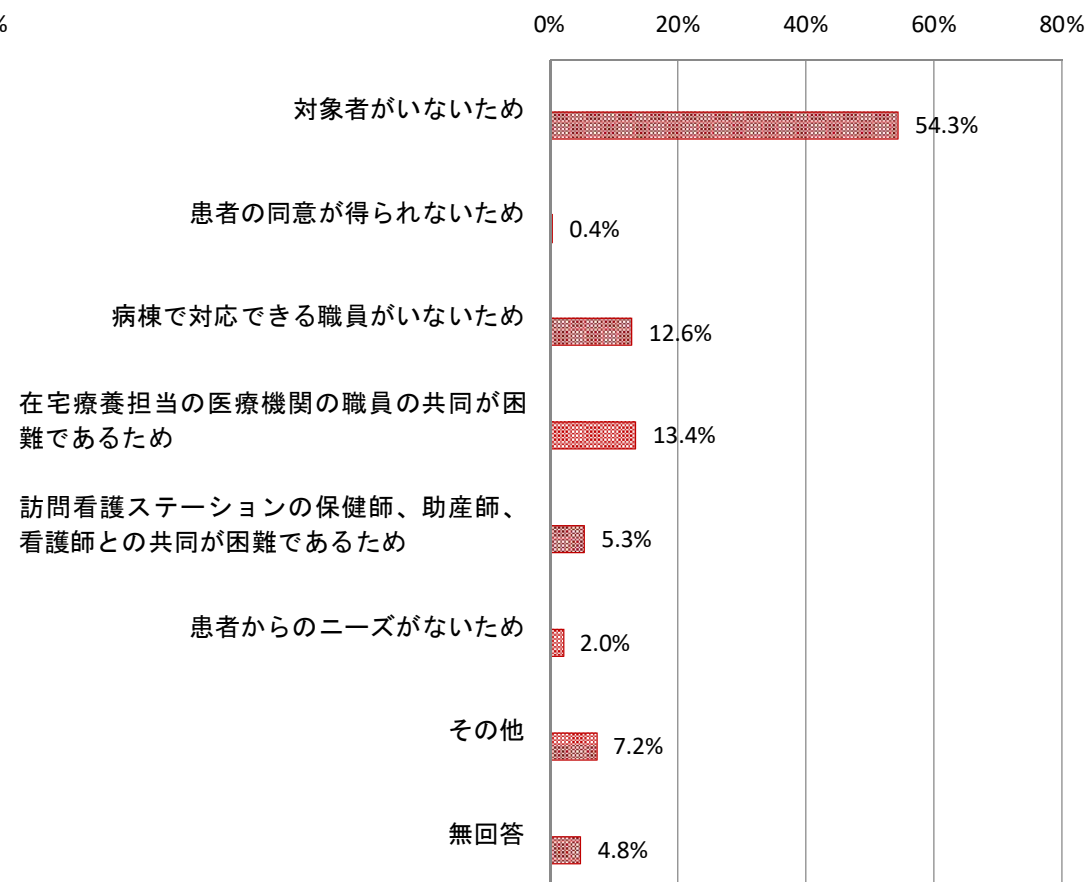
○ 退院時共同指導料 2 を算定していない理由をみると、「対象者がいないため」が最も多く、次いで「在宅療養担当の医療機関の職員の共同が困難であるため」「病棟で対応できる職員がいないため」が多かった。

退院時共同指導料 2 を算定していない理由 (n=1,993)

該当するものすべて (複数回答)



最も該当するもの



○ 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。

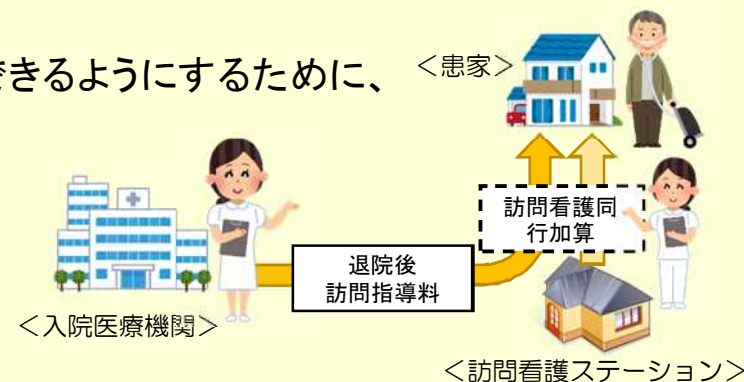
平成28年度診療報酬改定

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]

- 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。
- 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。
- 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]

- 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。
- 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)
- 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。

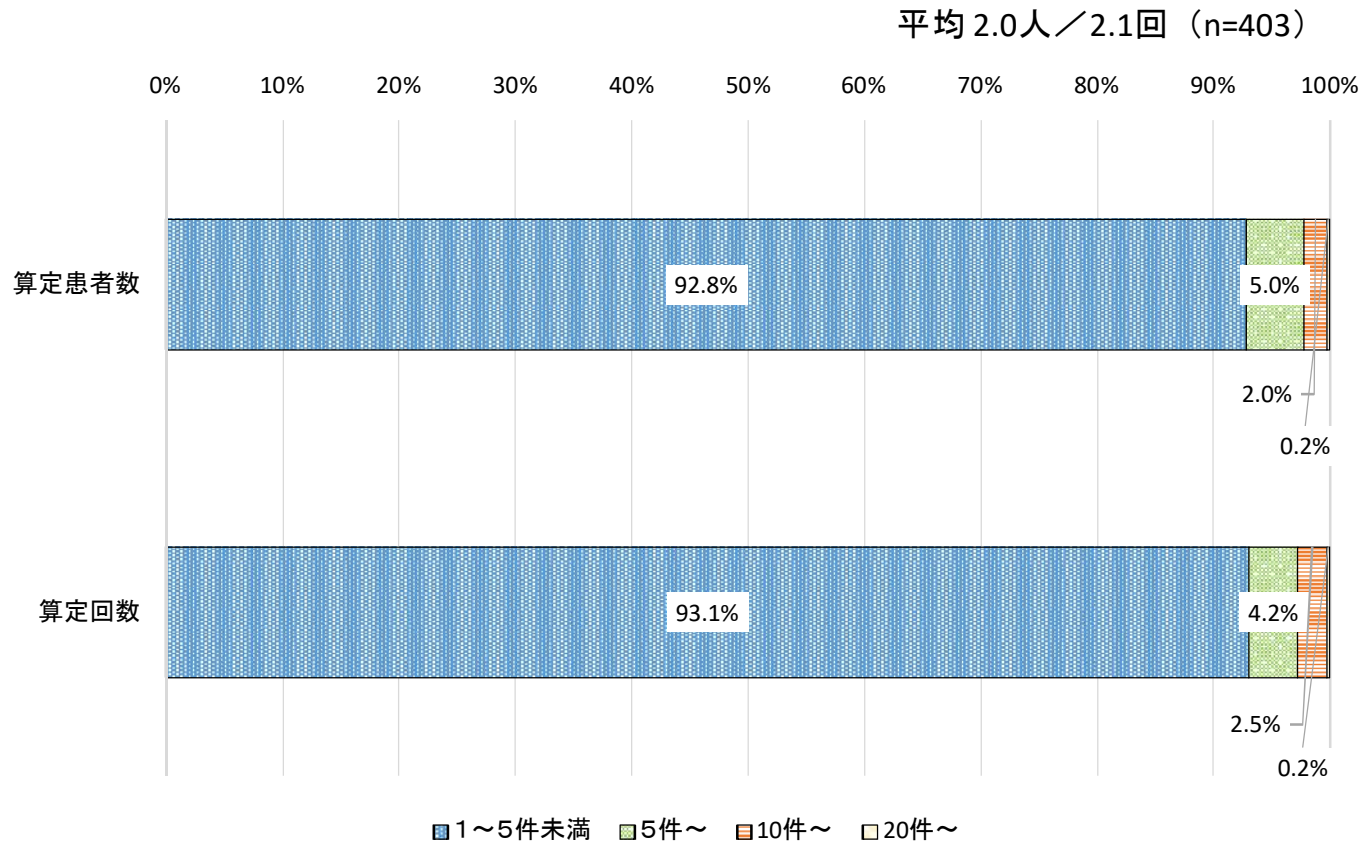
■ 退院前訪問看護指導料及び退院後訪問看護指導料の算定件数



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)

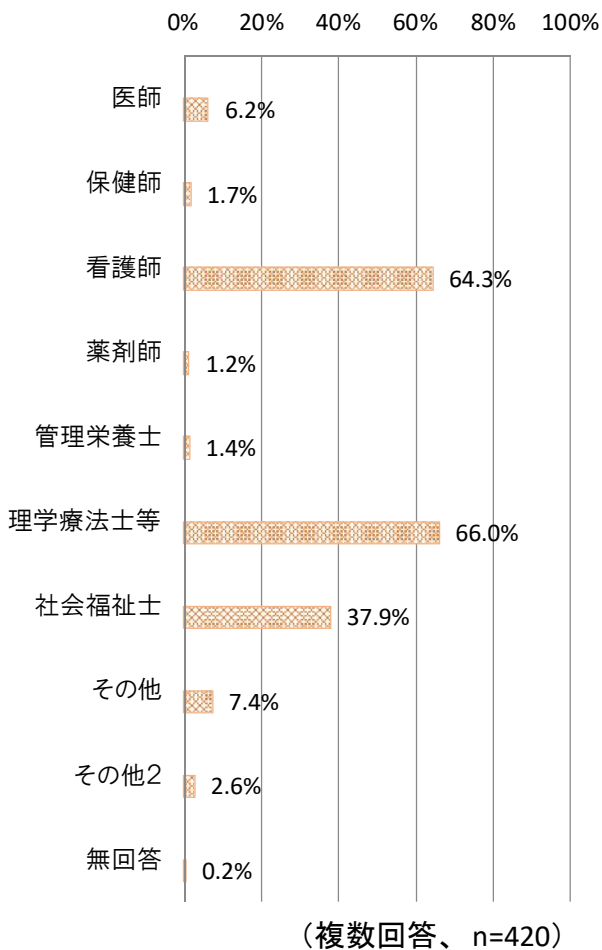
○ 退院前訪問指導料を算定していた施設の算定患者数は、平均2.0人／3か月であった。

退院前訪問指導料の算定状況



- 退院前訪問指導料を算定した病棟において、訪問した職種は看護師と理学療法士等が多かった。
- 看護師及び理学療法士等の1回の訪問にかかる時間は60分以上が多く、うち、患者・家族の指導にかかる時間は20~40分未満が多かった。

退院前に訪問した職種

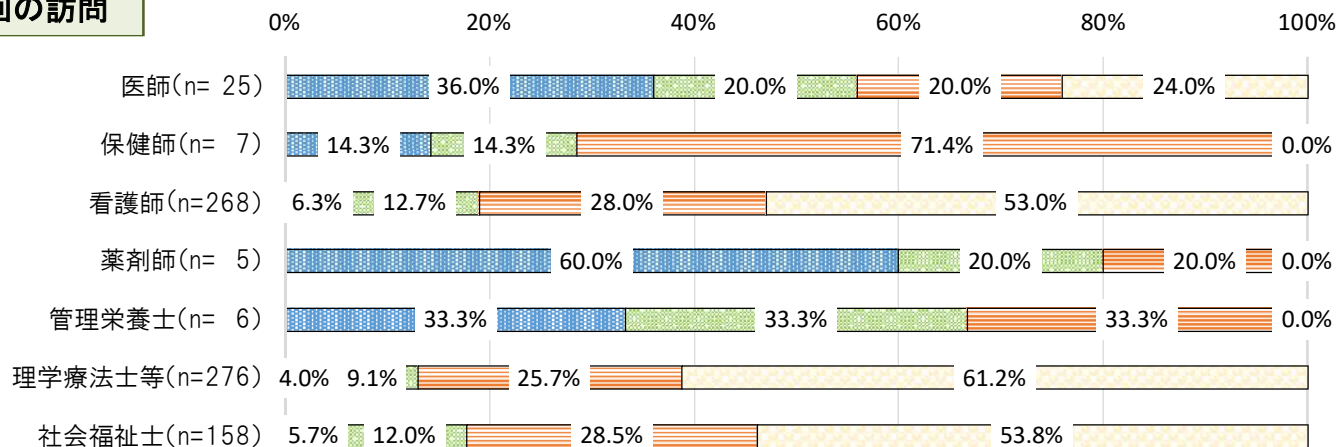


理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

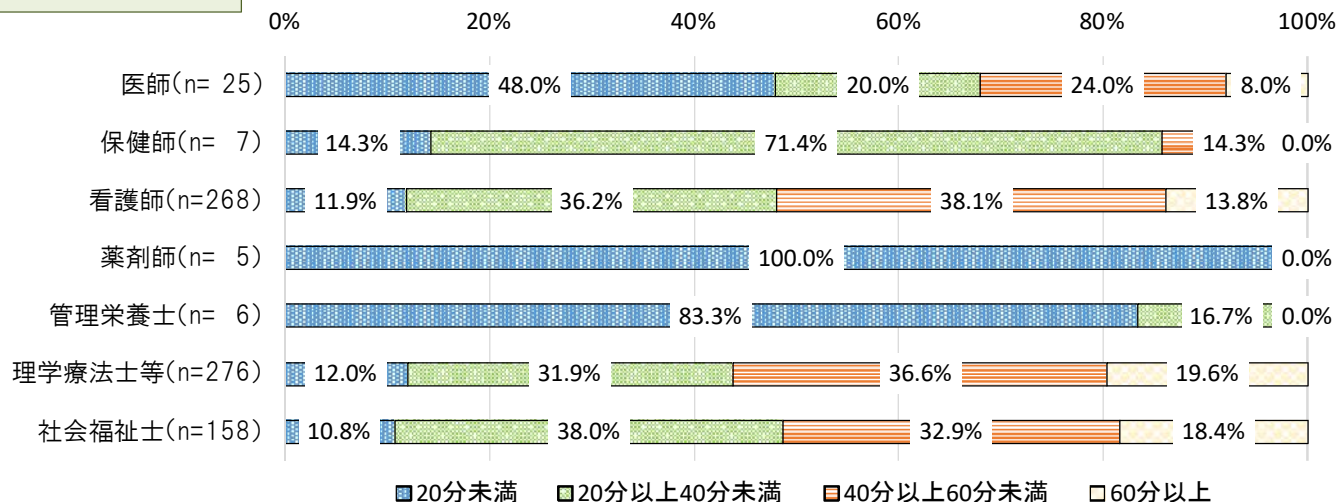
訪問・指導に係る時間

※無回答は除く

① 1回の訪問



② 患者・家族の指導



①は、往復の移動時間を含む1回の訪問にかかった平均的な時間を指す。

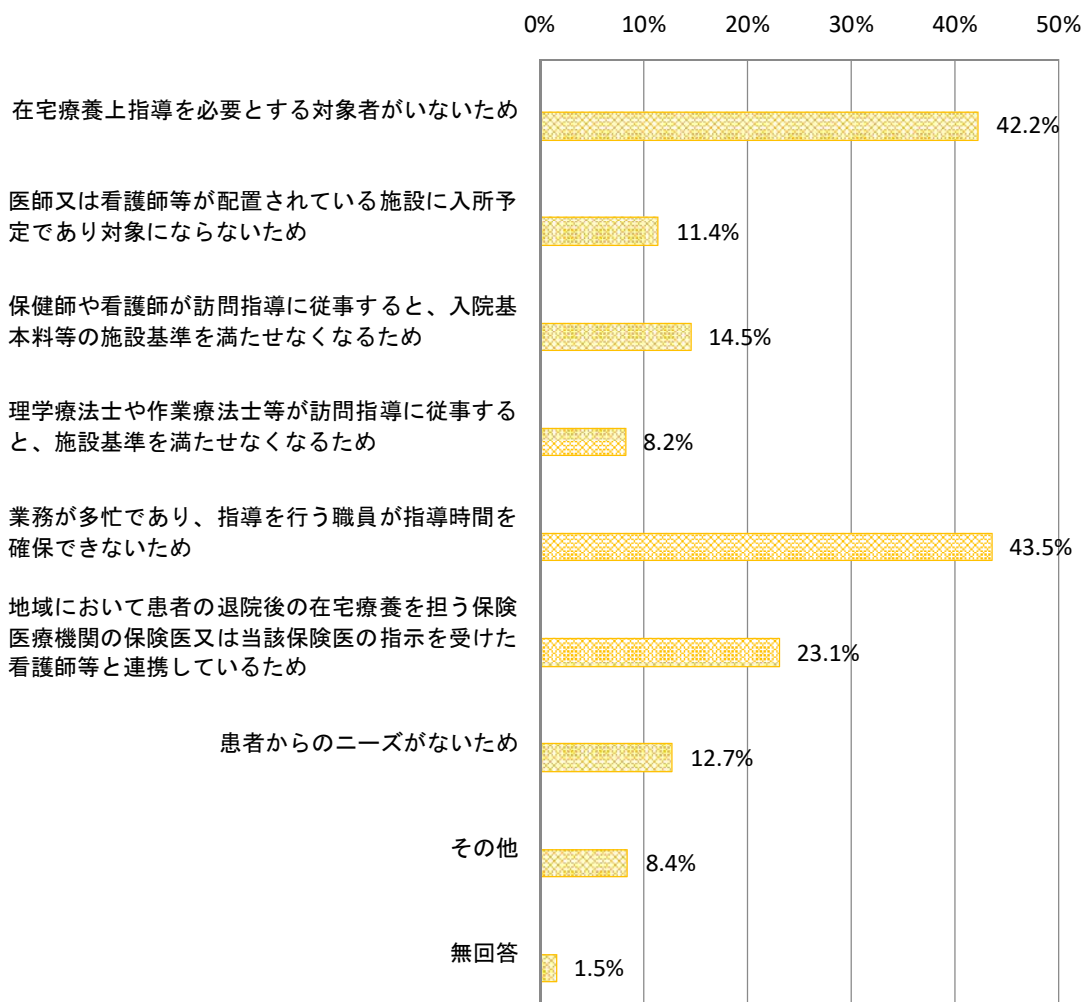
②は、①のうち、患者・家族の指導にかかった平均的な時間を指す。

退院前訪問指導料を算定していない理由

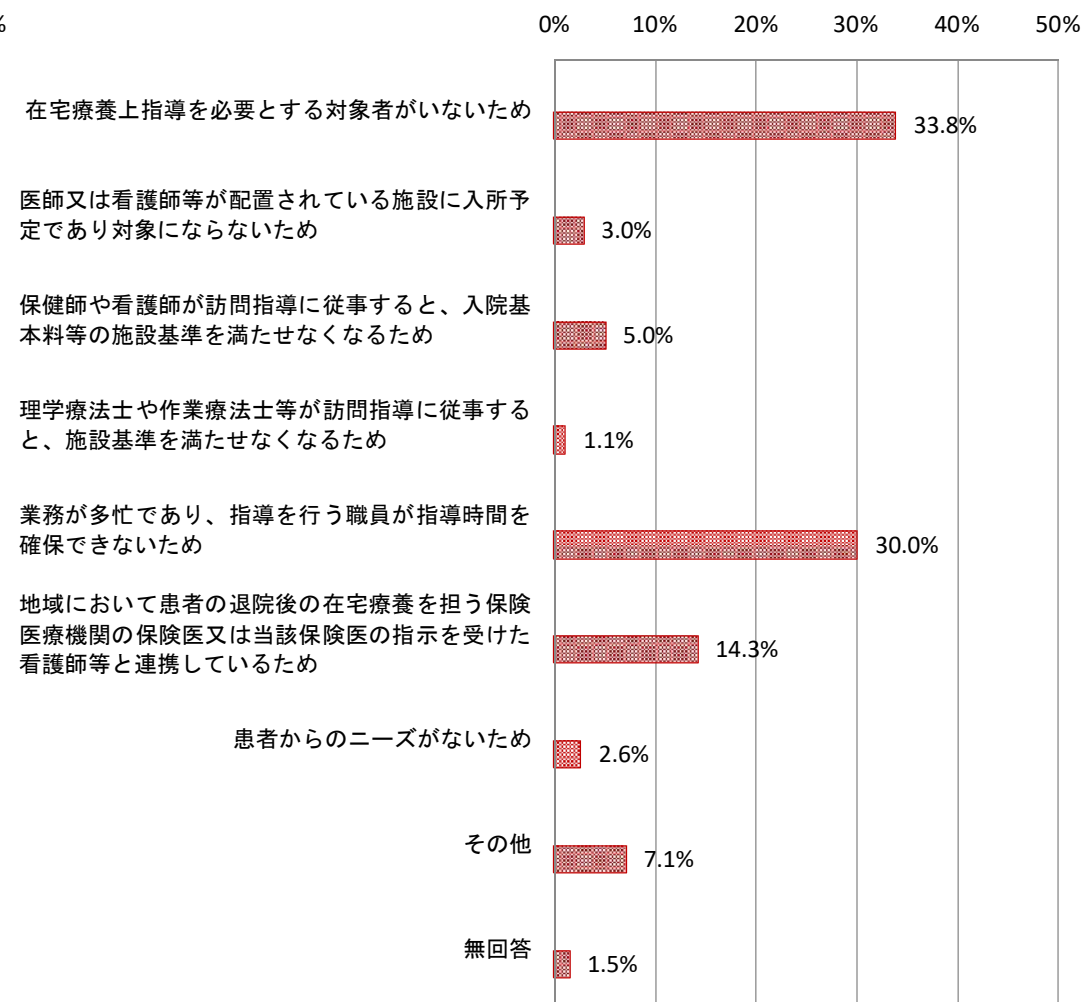
○ 退院前訪問指導料を算定していない理由をみると、「在宅療養上指導を必要とする対象者がいないため」「業務が多忙であり、指導を行う職員が指導時間を確保できないため」が多かった。

退院前訪問指導料を算定していない理由 (n=3,232)

該当するものすべて（複数回答）



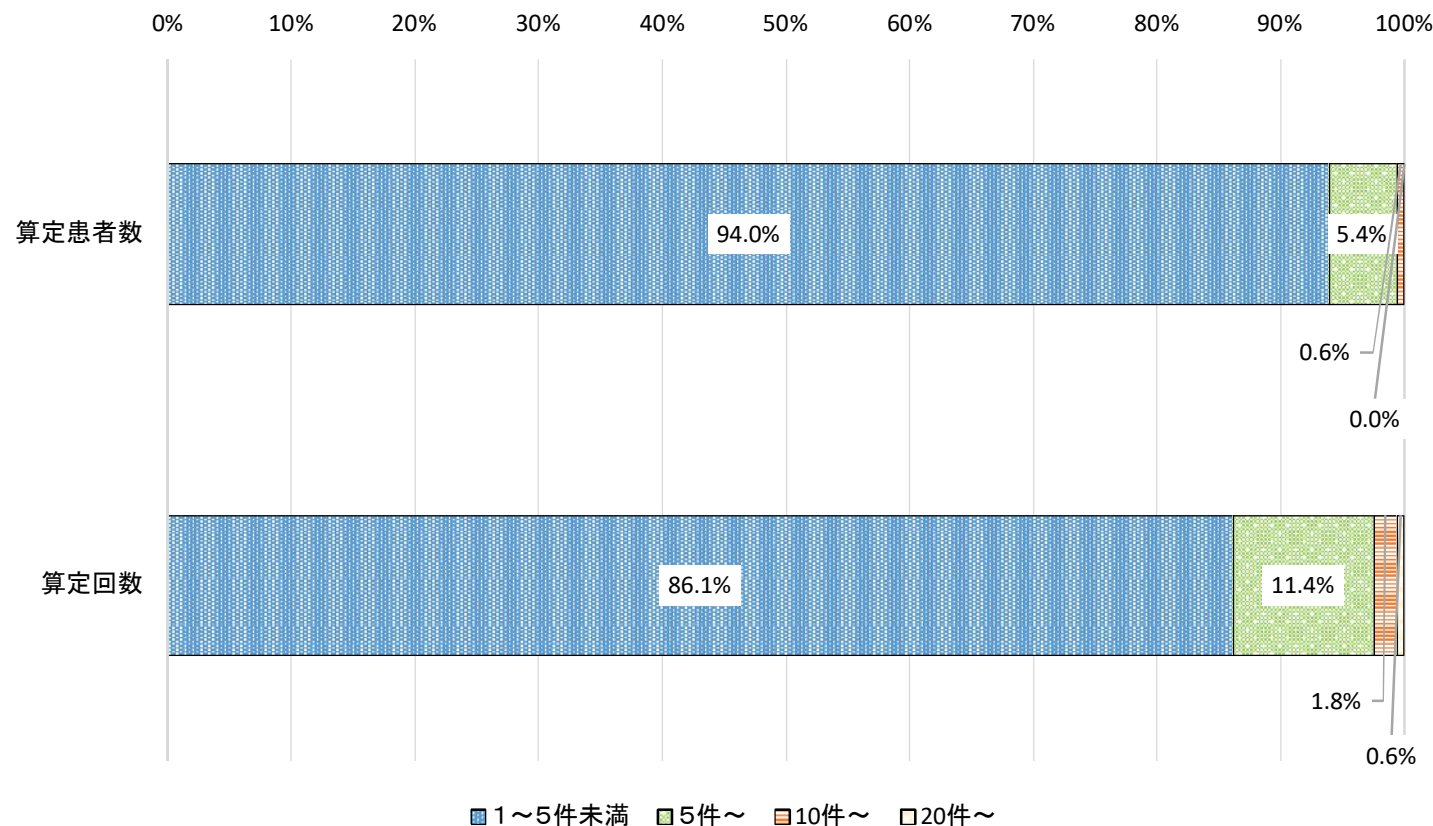
最も該当するもの



○ 退院後訪問指導料を算定していた施設の算定患者数は、平均1.8人／3か月であった。

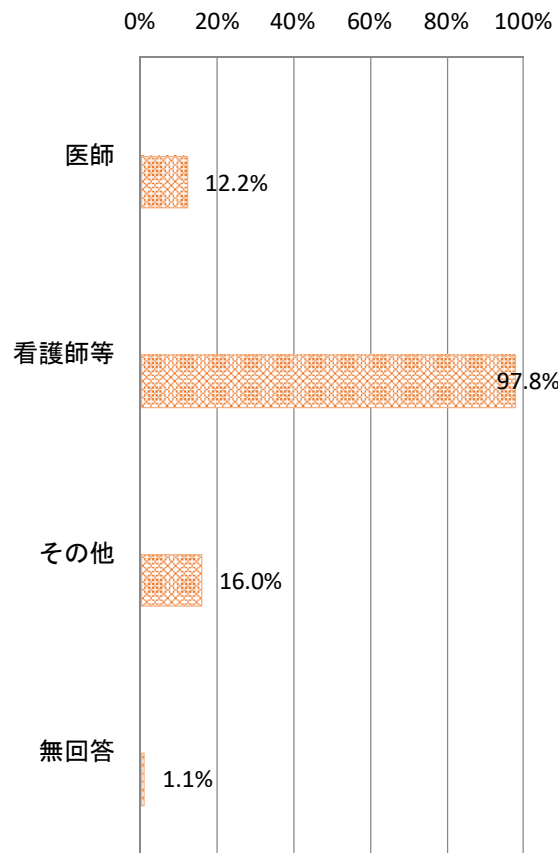
退院後訪問指導料の算定状況

平均 1.8人 / 2.5回 (n=166)



- 退院後訪問指導料を算定した病棟において、訪問した職種は看護師等が多かった。
- 看護師等の1回の訪問にかかる時間は60分以上が多く、うち、患者・家族の指導にかかる時間は20~40分未満が多かった。

退院後に訪問した職種

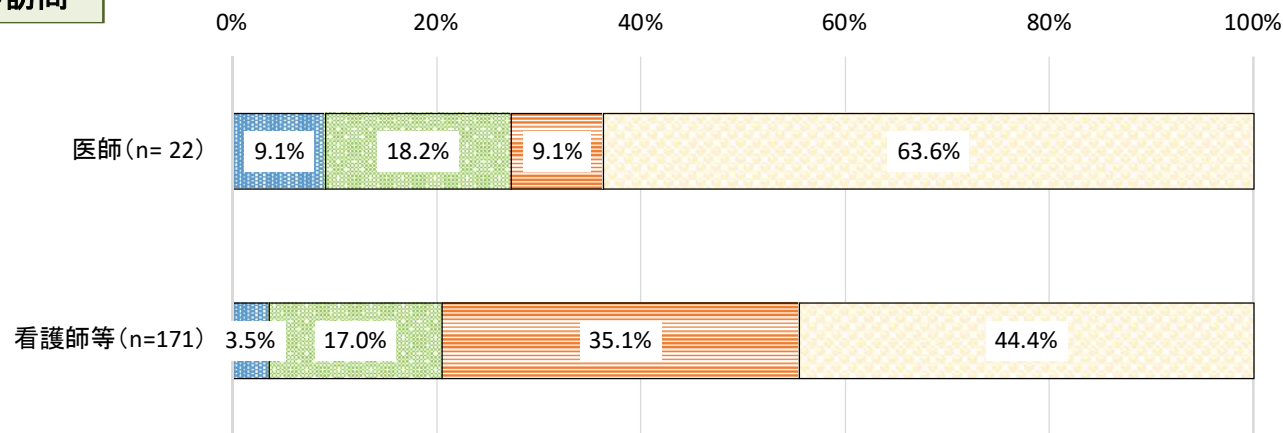


(複数回答、n=181)

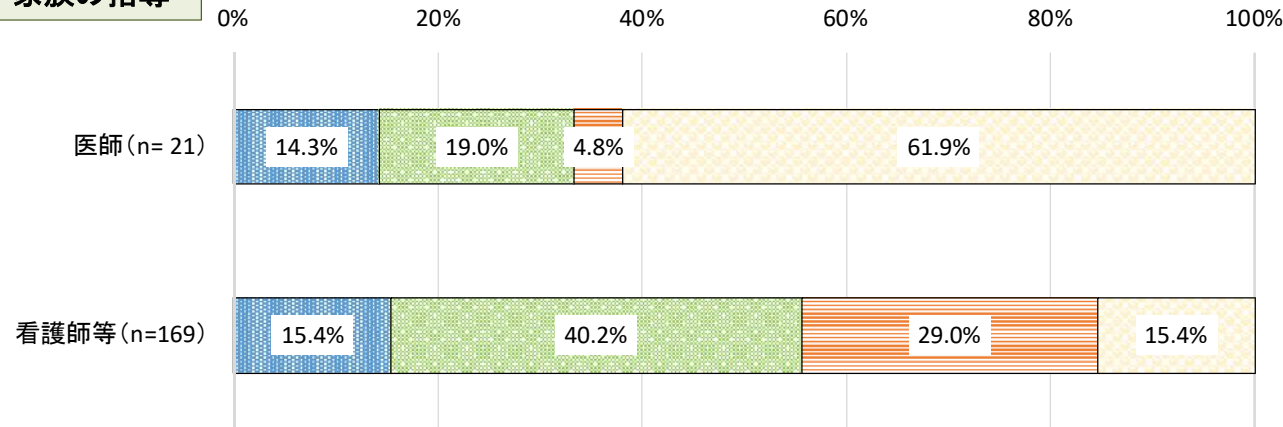
看護師等：保健師、助産師、看護師

訪問・指導に係る時間 ※無回答は除く

① 1回の訪問



② 患者・家族の指導



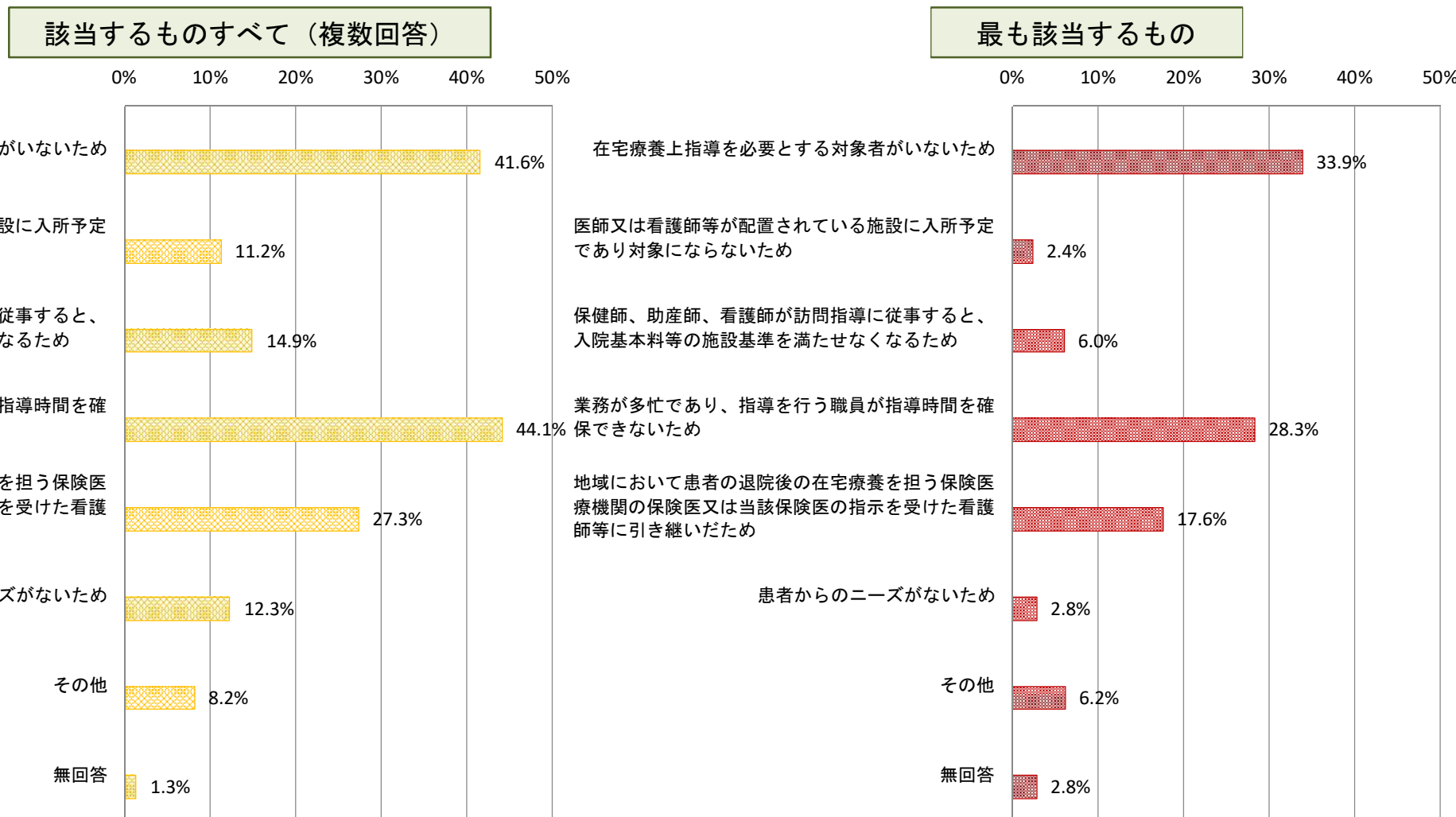
■ 20分未満 ■ 20分以上40分未満 ■ 40分以上60分未満 □ 60分以上

- ①は、往復の移動時間を含む1回の訪問にかかった平均的な時間を指す。
- ②は、①のうち、患者・家族の指導にかかった平均的な時間を指す。

退院後訪問指導料を算定していない理由

- 退院後訪問指導料を算定していない理由をみると、「在宅療養上指導を必要とする対象者がいないため」「業務が多忙であり、指導を行う職員が指導時間を確保できないため」「在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等に引き継いだため」が多かった。

退院後訪問指導料を算定していない理由 (n=3,467)



とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. **横断的事項について**
 - 5-1. 入退院支援
 - 5-2. 診療実績データの提出に係る評価
 - 5-3. その他の事項
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

- 平成24年度改定のデータ提出加算の導入後、データ提出加算が要件となる入院料を拡大してきた。

平成26年度※1

7対1入院基本料(当時)

一般病棟

特定機能病院

専門病院

地域包括ケア病棟入院料

平成28年度※1

10対1入院基本料(当時)

※2

一般病棟

特定機能病院

専門病院

平成30年度※1

回復期リハビリテーション
病棟入院料※3

療養病棟入院基本料※3

急性期一般入院料2~7

※4

※1 データ提出加算に係る届出が当該入院料の要件となった年度

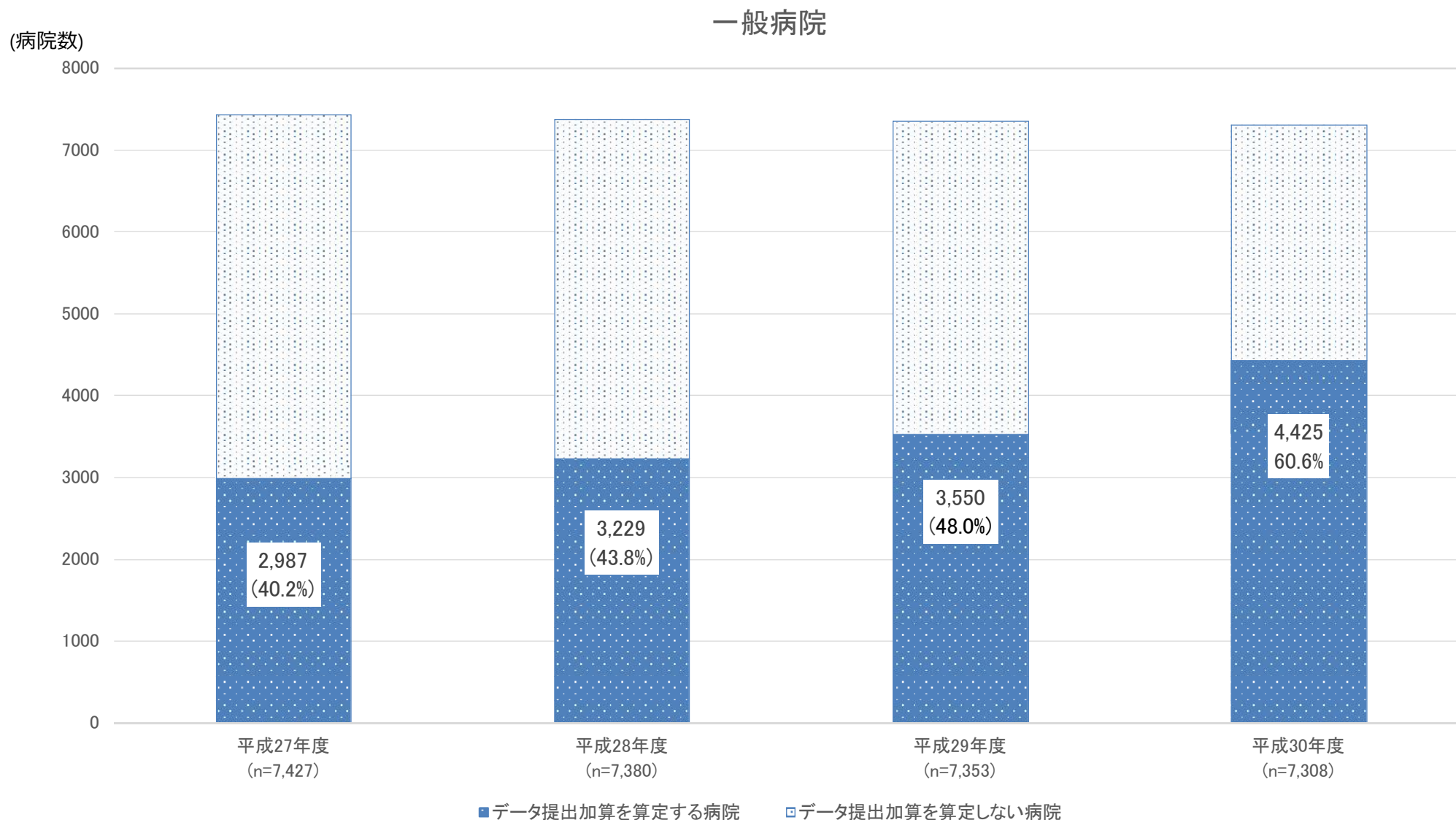
※2 病床数が200床以上の場合に限る

※3 許可病床数が200床以上に限る

※4 病床数に関わらず要件となった

データ提出加算を算定する病院：一般病院

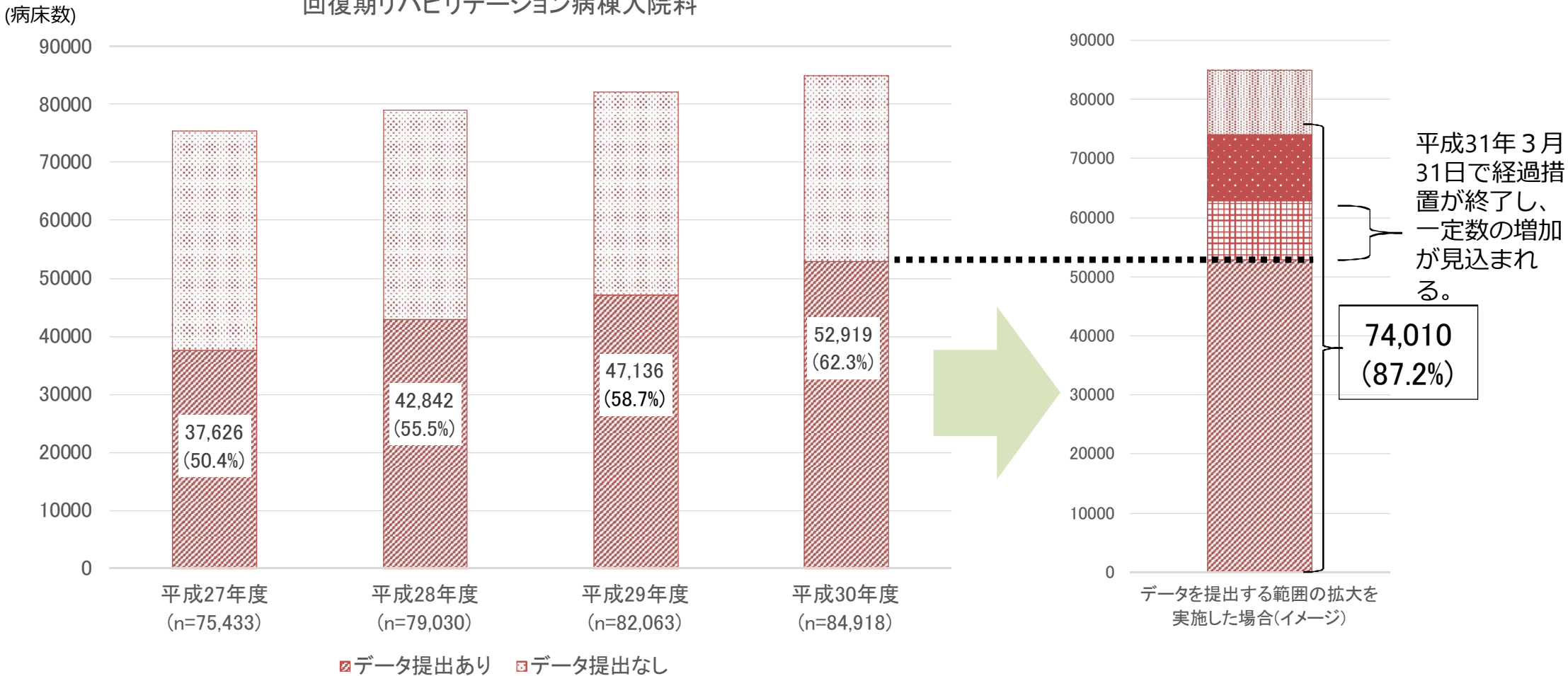
- 一般病院(精神病床のみを有する病院以外の全ての病院)7,308病院のうち、データ提出加算を算定する病院は4,425病院(60.6%)。



データ提出加算が要件となる病床の拡大(イメージ)

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

回復期リハビリテーション病棟入院料

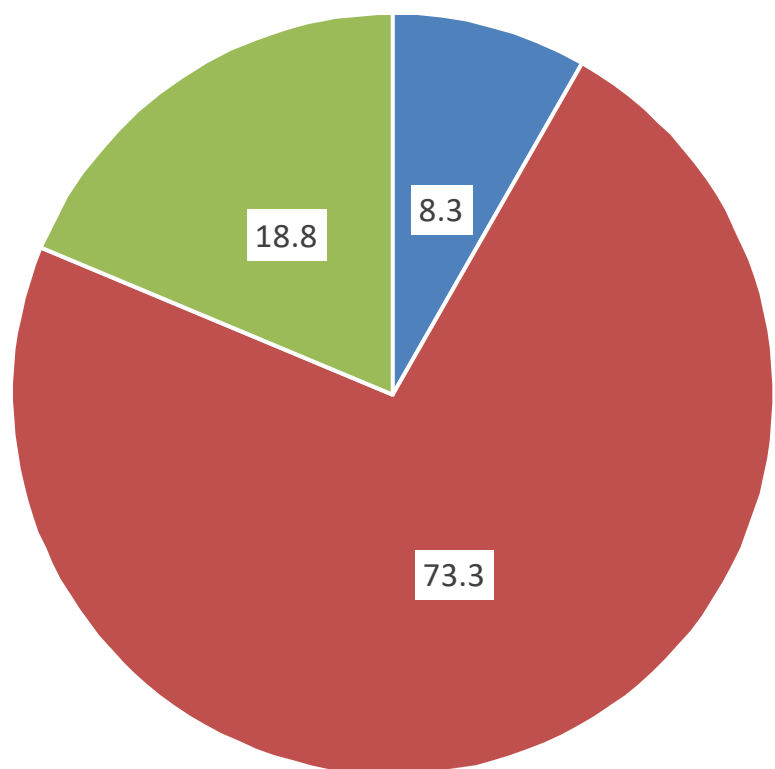


出典: 保険局医療課調べ・DPCデータ(各年7月1日時点)

※経過措置に対象となる病床数は考慮されていない

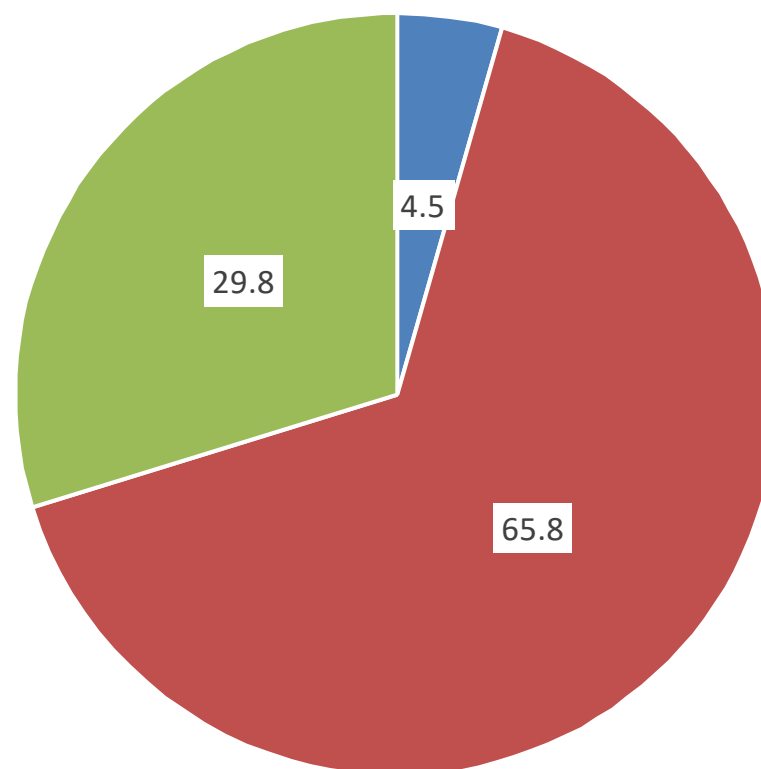
- 療養病棟入院基本料を届け出ている医療機関のうち、許可病床数が200床未満の病院は約8割である。
- 療養病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、許可病床数が200床未満の病院の病床は約7割である。

病院数 (%)



■ 50床未満 ■ 50床以上200床未満 ■ 200床以上

病床数 (%)



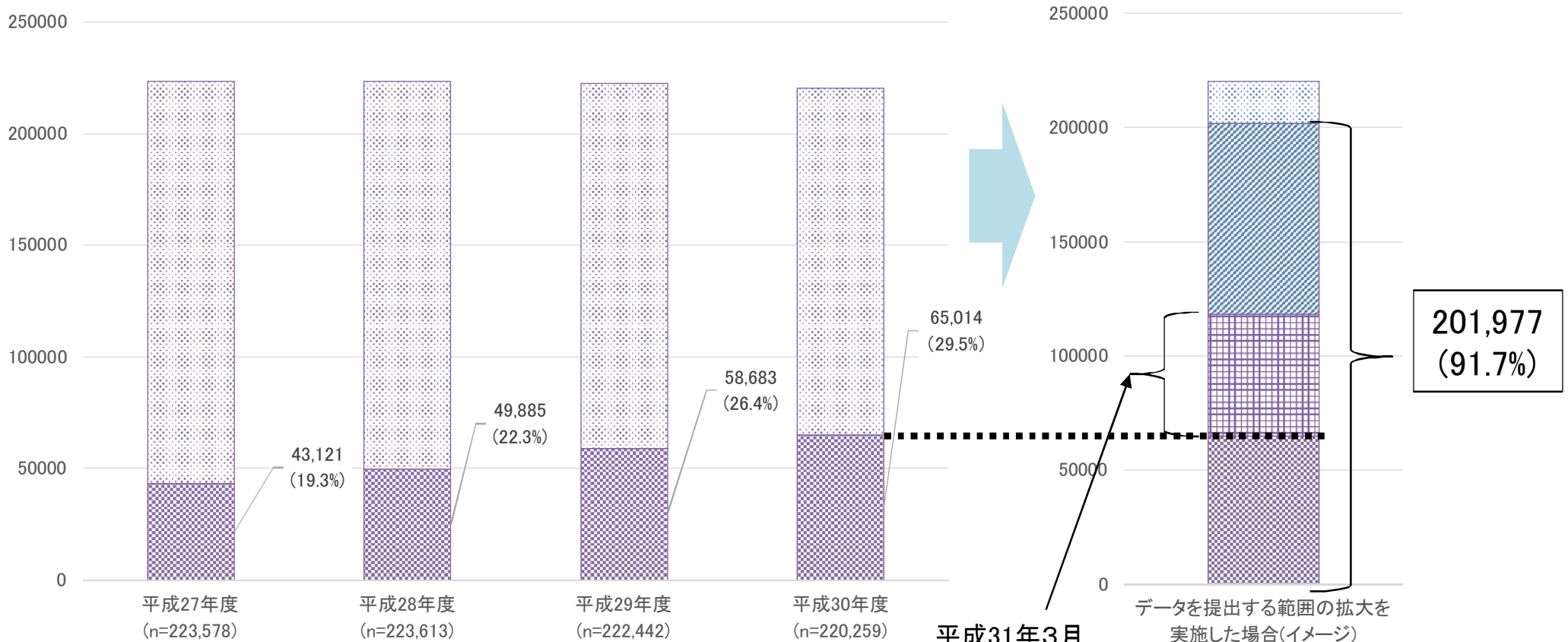
■ 50床未満 ■ 50床以上200床未満 ■ 200床以上

データ提出加算が要件となる病床の拡大(イメージ)

○ 療養病棟入院基本料を算定している病院について、データ提出加算の対象を許可病床数が50床以上200床未満の医療機関に広げた場合、データを提出する病床の割合は91.7%となる見込みである。

療養病棟入院基本料

(病床数)



■データ提出あり □データ提出なし

平成31年3月31日で経過措置が終了し、一定数の増加が見込まれる。

データを提出する範囲の拡大を実施した場合(イメージ)

出典: 保険局医療課調べ・DPCデータ(各年7月1日時点)

※経過措置に対象となる病床数は考慮されていない

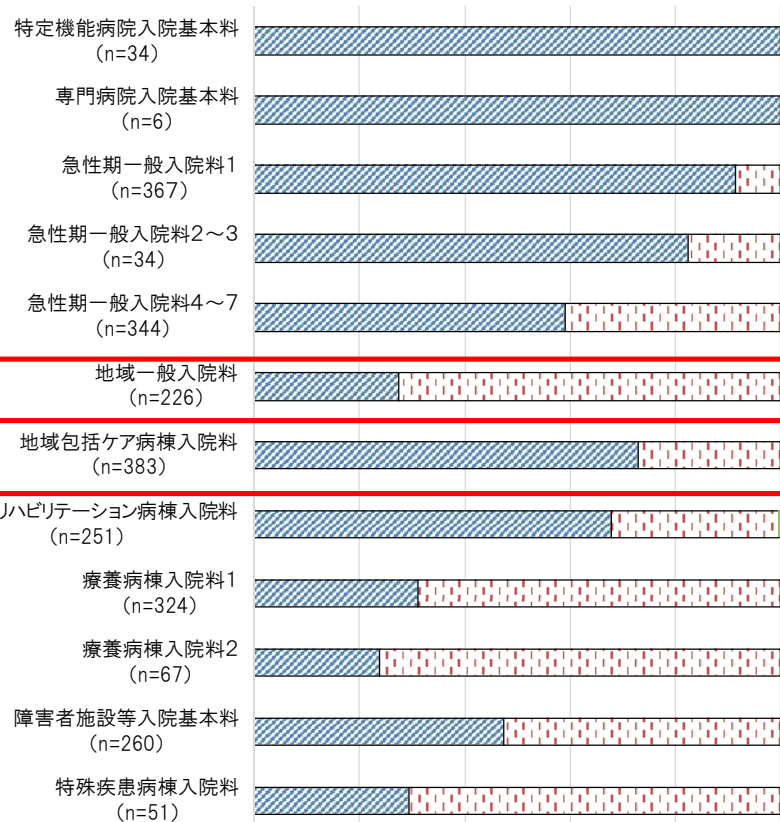
データ提出の算定状況(平成30年9月時点)

- ・ データ提出加算を算定している地域一般入院料: 0床/58,786床
- ・ データ提出加算を算定している障害者施設等入院基本料: 7, 962床/68,421床
- ・ データ提出加算を算定している特殊疾患病棟入院料: 326床/12,876床

電子カルテの導入状況

■ 導入している □ 導入していない

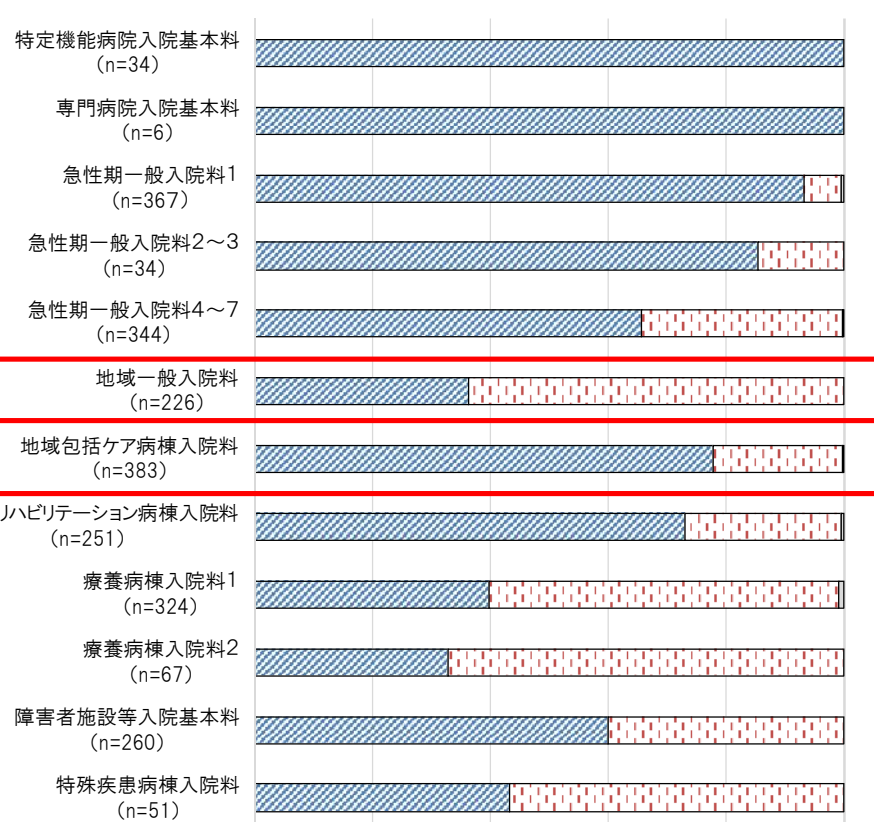
0% 20% 40% 60% 80% 100%



オーダリングシステムの導入状況

■ 導入している □ 導入していない □ 無回答

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



- ・ 様式1には、退院した患者毎の病態等の情報が含まれる。
- ・ 全ての患者がデータを提出する対象であり、病棟グループ毎に作成する。
- ・ 様式1には、急性期の診療内容、重症度の項目の他、回復期や慢性期に特有の項目も追加している。

(例)

すべての患者で 必須の項目	急性期の病棟や特定の疾患等で 必須の項目	回復期、慢性期や精神病棟で 必須の項目
性別	がん初発/再発	要介護度(療養)
入退院年月日	TNM分類	要介護情報(療養)
入退院経路	肺炎の重症度分類	FIM(回復期リハビリテーション)
退院時転帰	NYHA心機能分類	入院時GAF尺度(精神)
身長・体重	手術情報	
高齢者情報(自立度)		
ADL(入棟時・退棟時)		

- 要介護情報については、低栄養等の有無のみをデータとして提出することとしている。
- 他方、「入院医療等の調査」では、栄養摂取の状況については、詳細に調査し、分析を行っている。

	項目名	内容
要 介 護 情 報	算定開始時	8桁の数字を入力
	算定終了時	8桁の数字を入力
	低栄養の有無(算定開始時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	摂食・嚥下機能障害の有無(算定開始時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	低栄養の有無(算定終了時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	摂食・嚥下機能障害の有無(算定終了時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合

(参考)平成30年度入院医療等の調査 入院患者票

10 栄養摂取の状況 (該当する番号1つに○)	01. 経口摂取のみ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ
《10で「01」を選択した場合に回答》	
【新設】9-1 嚥下調整食の 必要性 (該当する番号1つに○)	01. 嚥下調整食の必要性あり 02. 嚥下調整食の必要性なし
《10で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
10-2 経管・経静脈栄養の状況 (該当する番号すべてに○)	01. 経鼻胃管 02. 胃瘻・腸瘻 03. 末梢静脈栄養 04. 中心静脈栄養

- 平成30年度診療報酬改定にて新設した。
- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価。

提出データ評価加算 20点

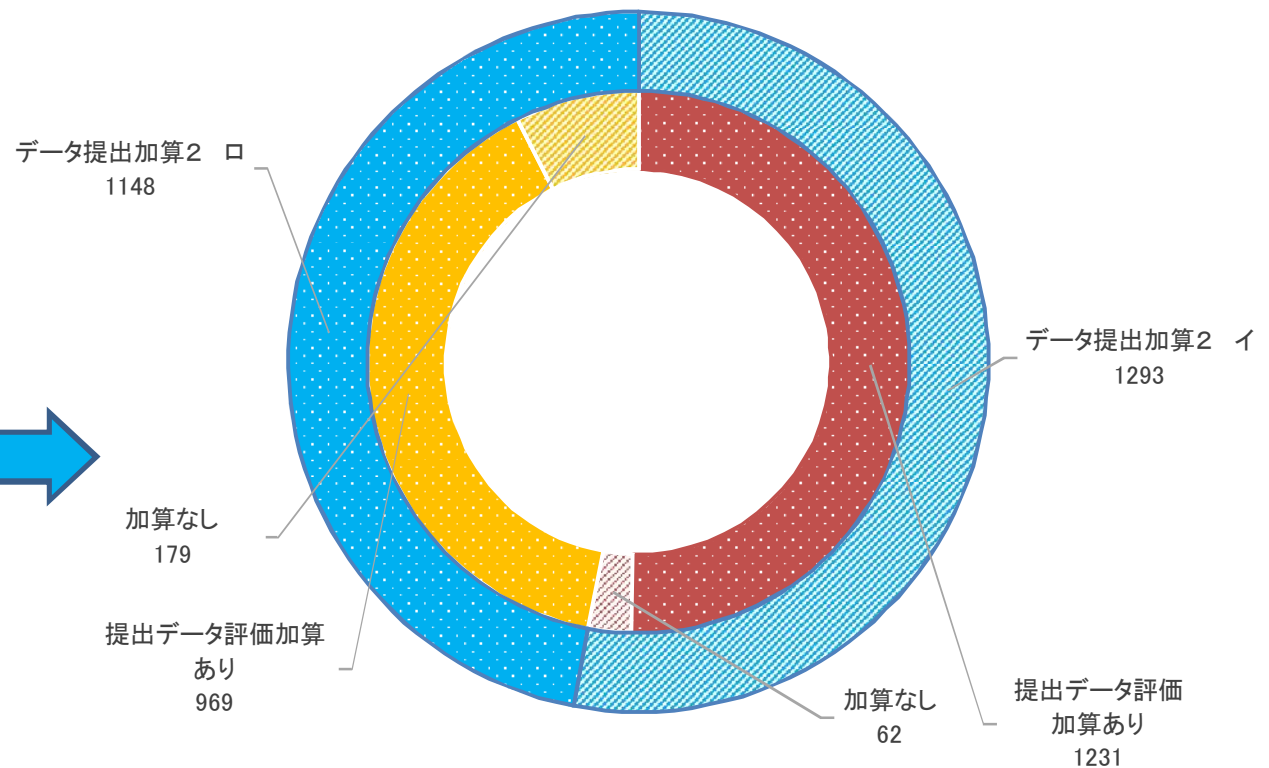
[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

- データ提出加算1および2を算定する病院は3,907病院である。
- 提出データ評価加算を算定する病院は2,200病院であり、データ提出加算2を算定する病院の90%以上が当該加算を算定している。

データ提出加算2、提出データ評価加算

データ提出加算を算定する病院: 3,907病院
 データ提出加算1: 1,466病院
 データ提出加算2: 2,441病院



※ イ: 許可病床数が200床以上の病院の場合
 ロ: 許可病床数が200床未満の病院の場合

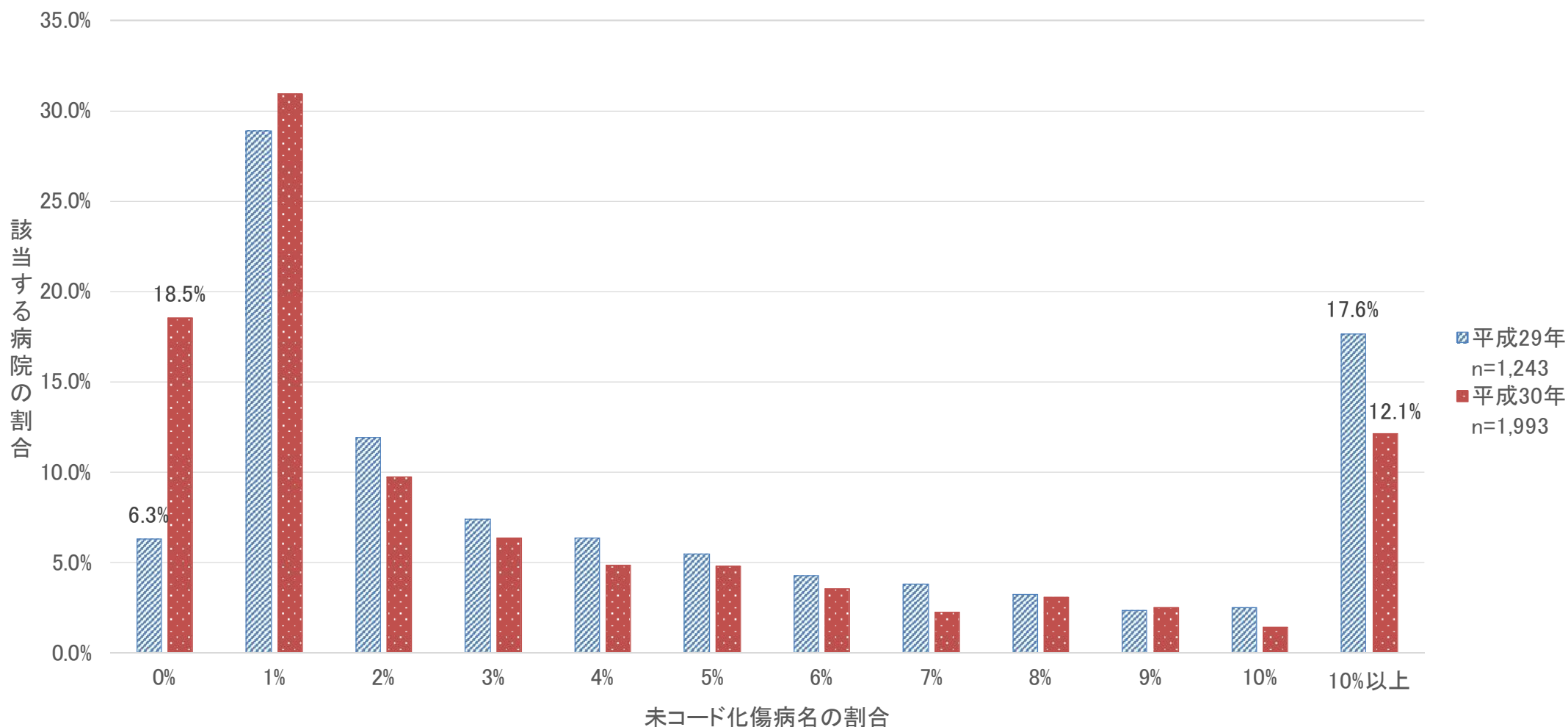
未コード化傷病名の割合（医科の診療報酬明細書）

診調組 入 - 1
元 . 9 . 1 9

○医科の診療報酬明細における未コード化傷病名の割合は、平成29年で5.0%(588,393/11,704,847)、平成30年で4.0%(608,043/15,081,438)と、平成29年から平成30年にかけて減少した。

○ 提出データ評価加算の基準(1割未満)を満たさない医療機関は平成30年では1割程度である。

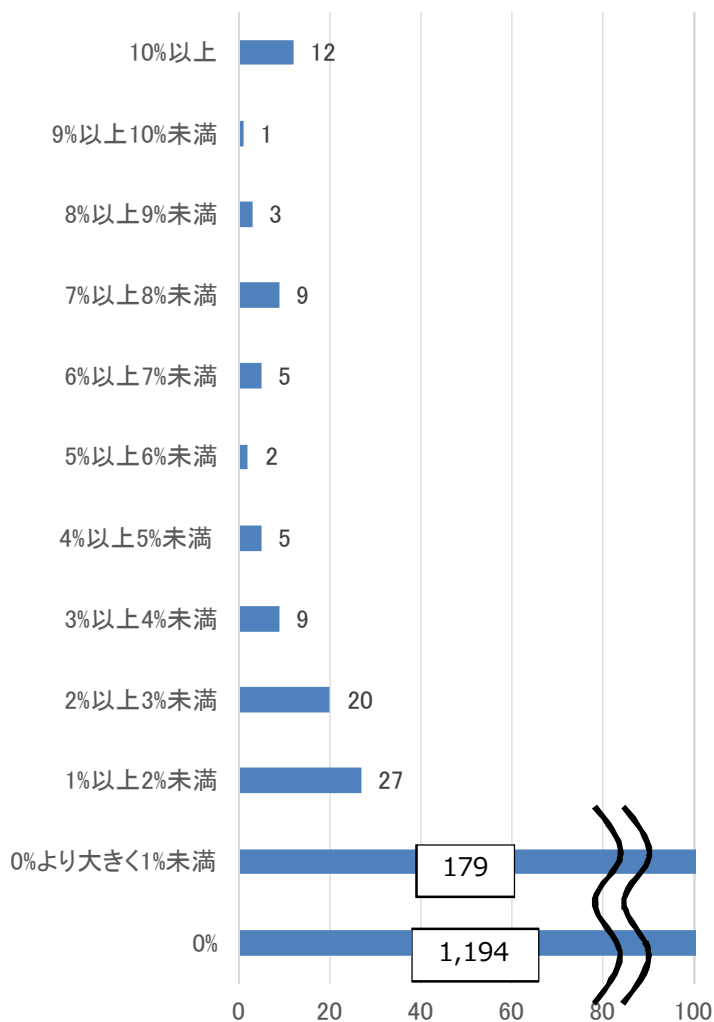
未コード化傷病名の割合別の出現頻度



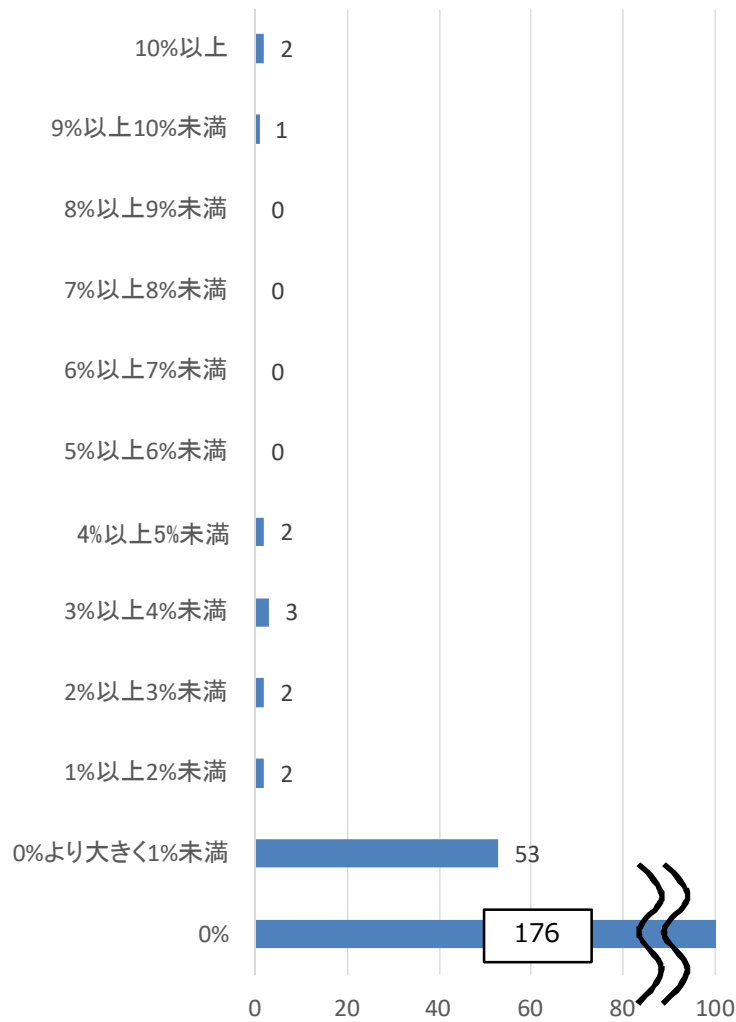
未コード化傷病名の割合別の医療機関数（様式1）

○ 様式1における未コード化傷病名の割合はほとんどの医療機関で1%未満で、0%の医療機関も相当数ある。

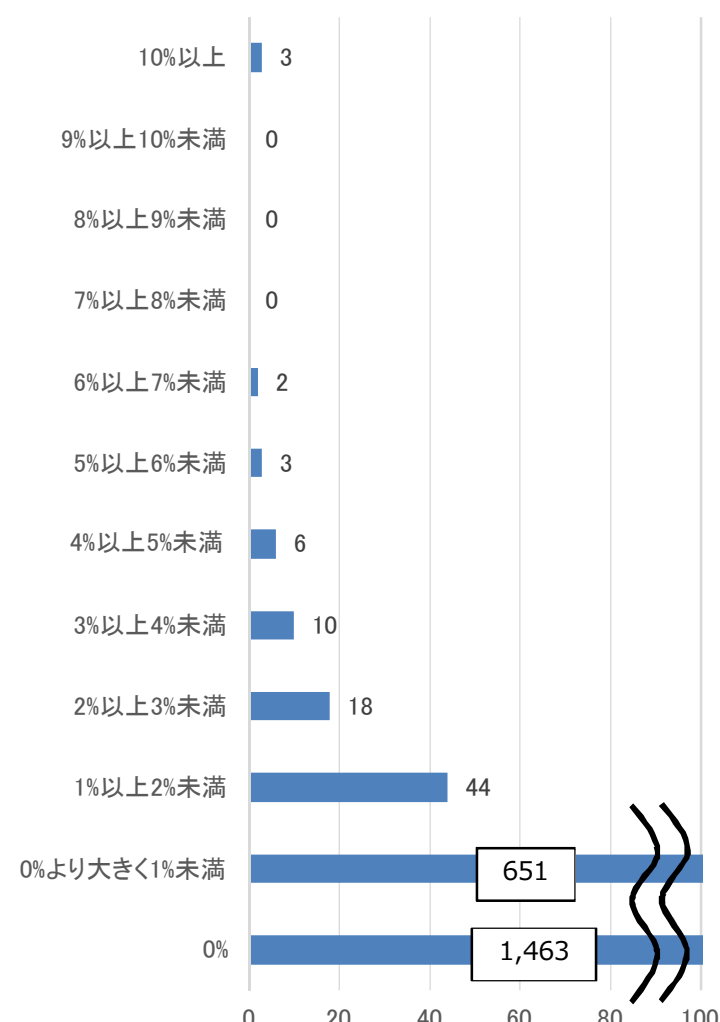
様式1：未コード化傷病名の割合・医療機関数
(データ提出加算1を算定する医療機関
n=1,466)



様式1：未コード化傷病名の割合・医療機関数
(データ提出加算2を算定する医療機関(提出
データ評価加算なし) n=241)



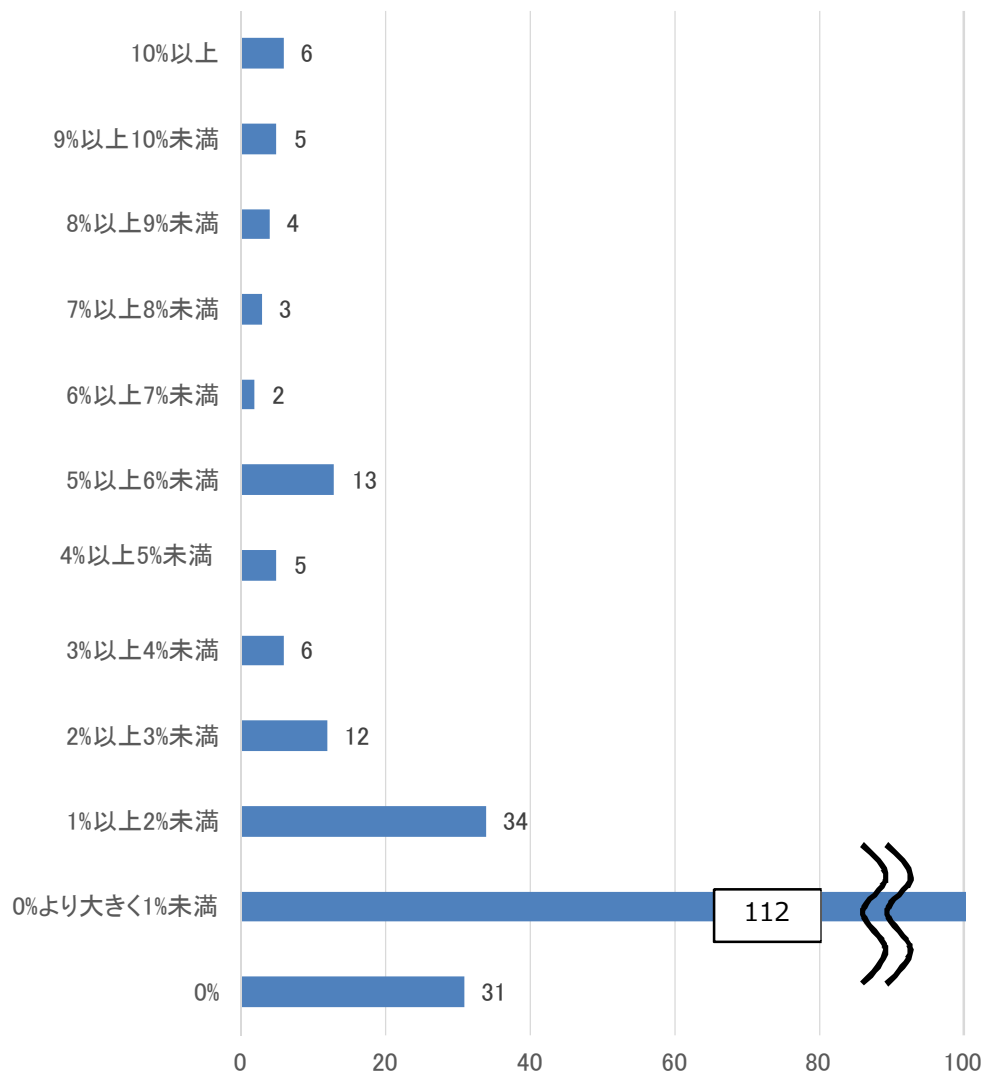
様式1：未コード化傷病名の割合・医療機関数
(データ提出加算2を算定する医療機関(提出
データ評価加算あり) n=2,200)



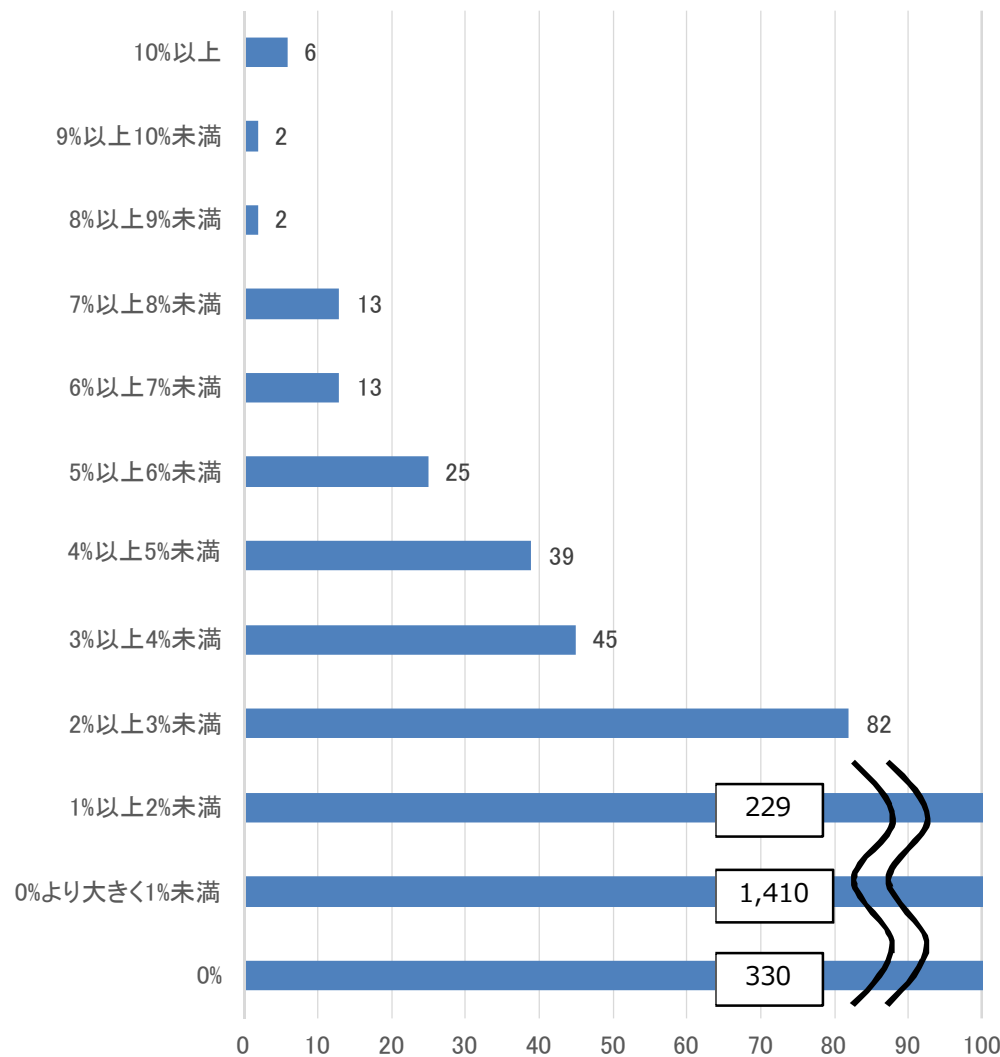
未コード化傷病名の割合別の医療機関数（外来EFファイル）

○ 外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合はほとんどの医療機関で1%未満で、0%の医療機関も相当数ある。

外来EF: 未コード化傷病名の割合・医療機関数(データ提出加算2を算定する医療機関(提出データ評価加算なし) n=231)



外来EF: 未コード化傷病名の割合・医療機関数(データ提出加算2を算定する医療機関(提出データ評価加算あり) n=2,196)

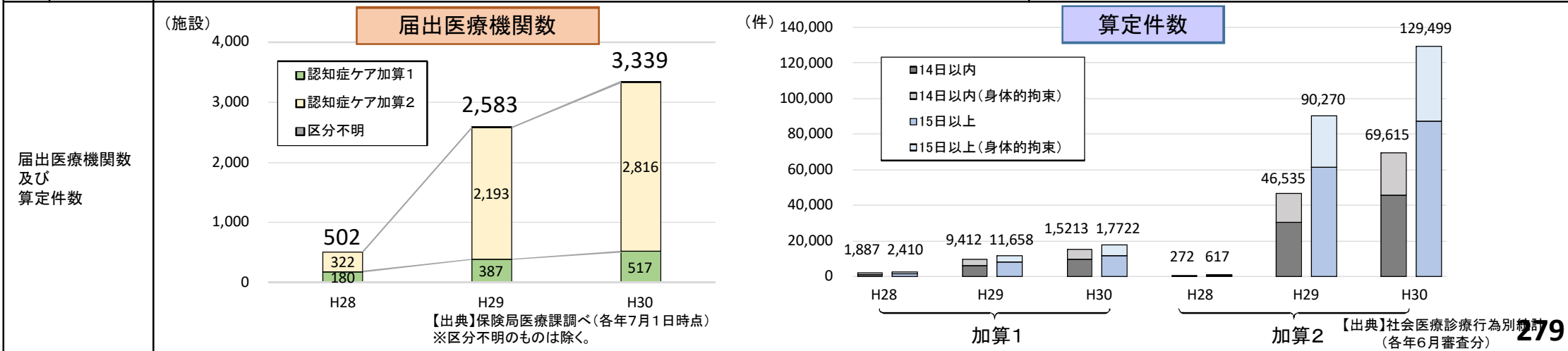


とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. **横断的事項について**
 - 5-1. 入退院支援
 - 5-2. 診療実績データの提出に係る評価
 - 5-3. その他の事項
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

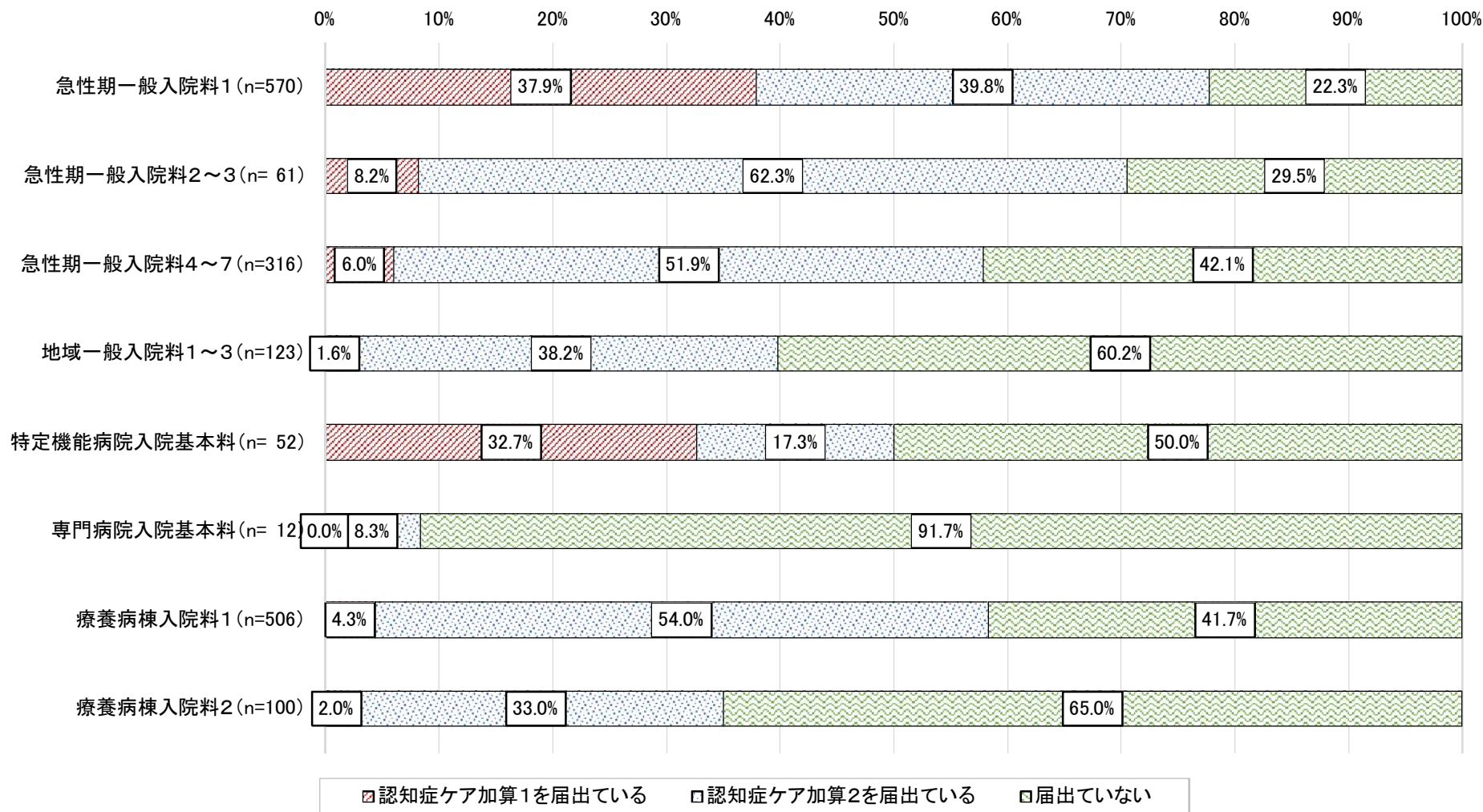
認知症ケア加算の算定状況

		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の修了のいずれか) イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師 ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士 認知症ケアチームは、以下の取組を通じて認知症ケアの質の向上を図る。 ① カンファレンスを週1回程度開催。 ② 各病棟を週1回以上巡回、認知症ケアの実施状況を把握。 ③ 医師、看護師等からの相談に速やかに対応、助言。 ④ 認知症患者に関わる職員を対象に研修を定期的実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 原則として、全ての病棟に認知症患者のアセスメントアセスメントや看護方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置。
	マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアチームが身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。 	<ul style="list-style-type: none"> 身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。
	院内研修等	<ul style="list-style-type: none"> 認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、原則として年に1回、認知症ケアチームによる研修又は院外研修を受講。 	<ul style="list-style-type: none"> 適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対して、研修や事例検討会等を少なくとも年に1回実施。



○ 認知症ケア加算 1 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

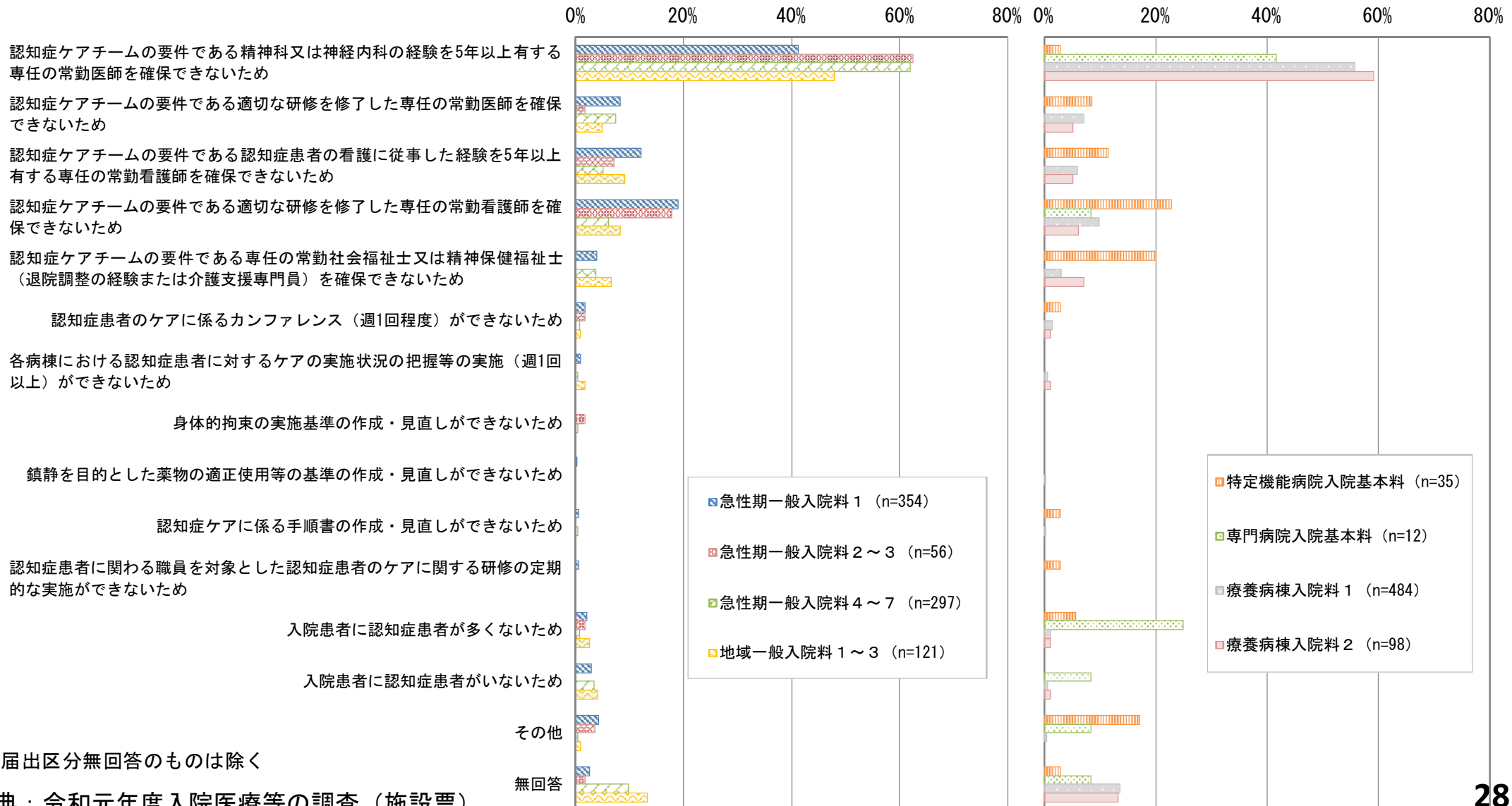


認知症ケア加算 1 を届出していない理由（最も該当）

診調組 入 - 1
元 . 1 0 . 3

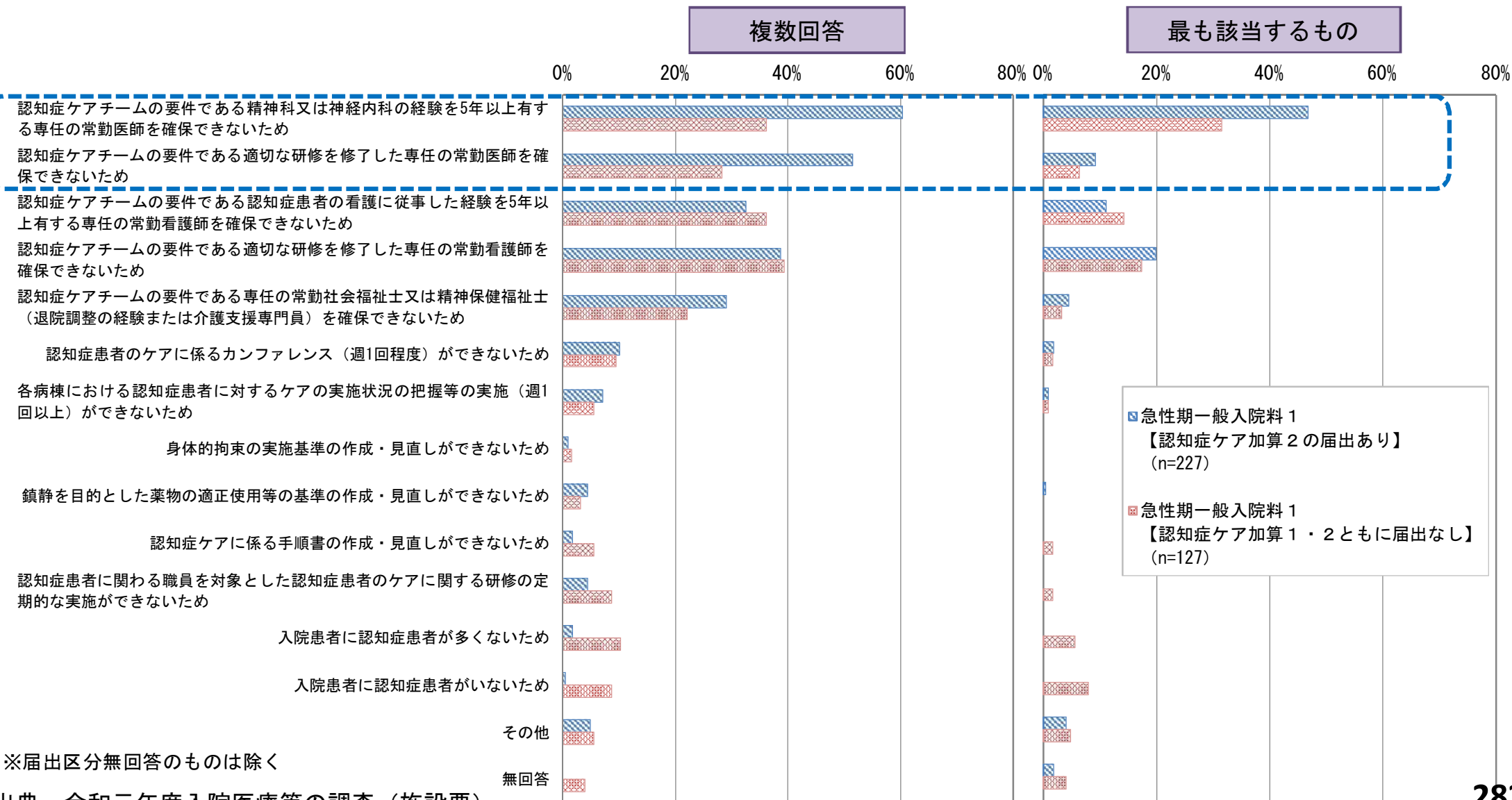
○ 認知症ケア加算 1 を届出していない理由で最も該当するものは、「認知症ケアチームの要件である精神科又は神経内科の経験を5年以上有する専任の常勤医師を確保できないため」であった。

認知症ケア加算 1 を届出していない理由（最も該当）



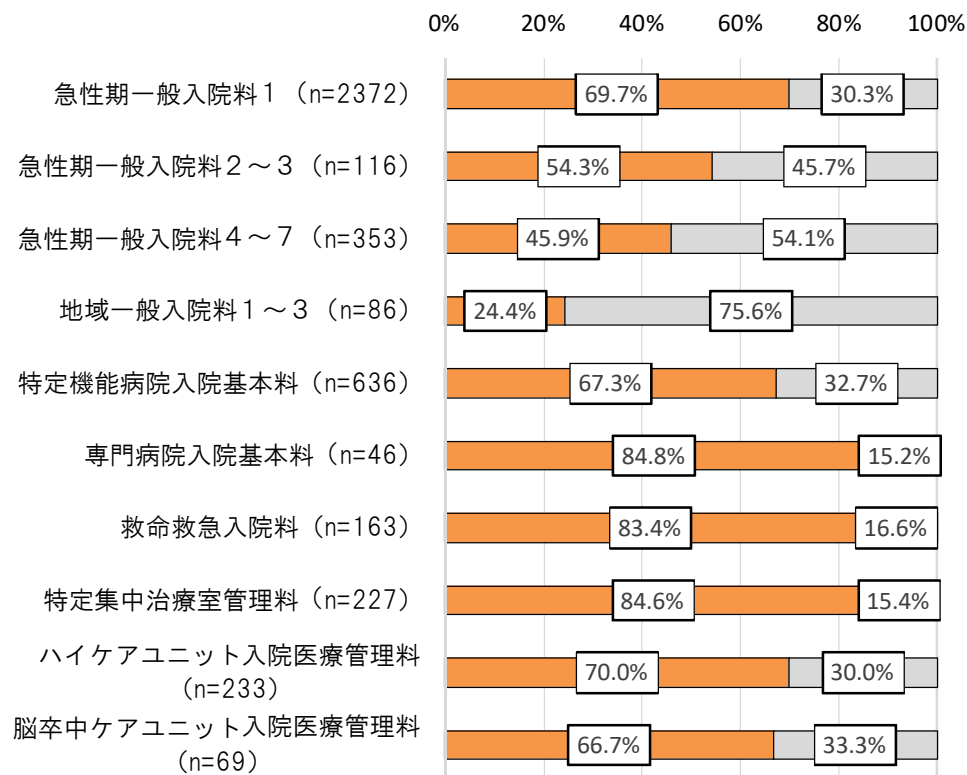
○ 急性期一般入院料 1 において、認知症ケア加算 1 を届出していない理由を認知症ケア加算の届出別にみると、認知症ケア加算 1・2 ともに届出していない施設よりも、認知症ケア加算 2 を届出している施設の方が、医師に関する要件を理由に挙げた割合が多かった。

認知症ケア加算 1 を届出していない理由



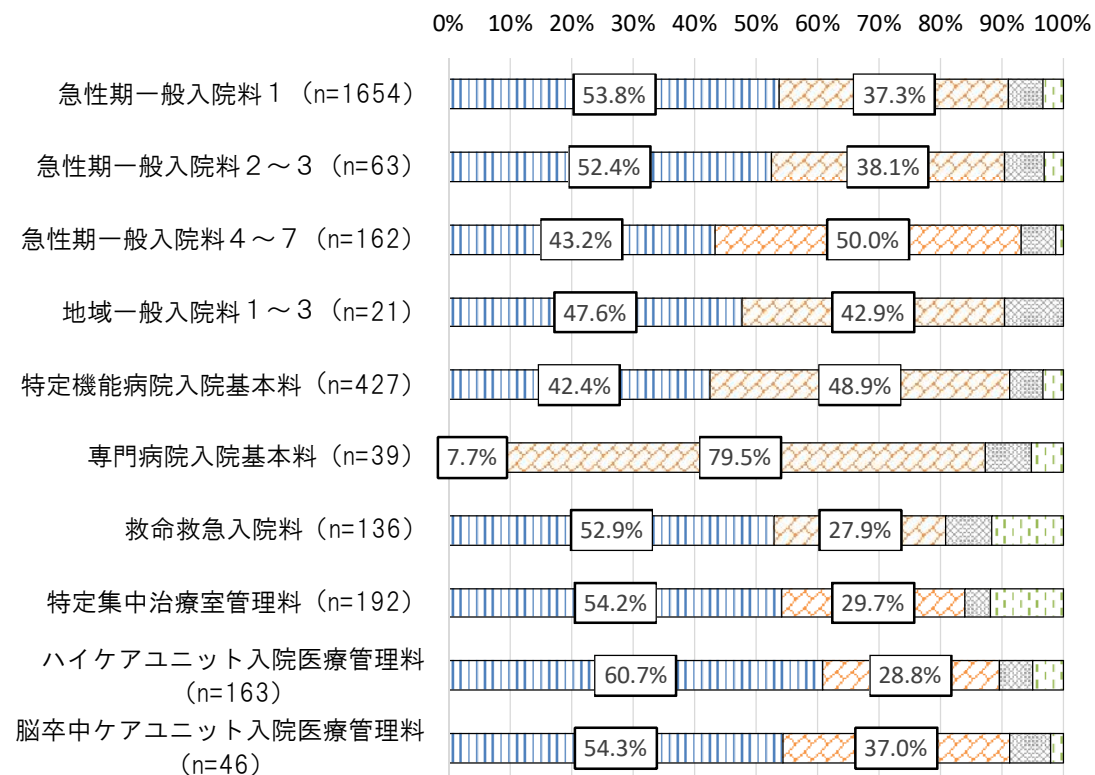
- せん妄予防の取組の状況をみると、急性期一般入院料1や集中治療室等の約7～8割で取組が行われていた。
- 取組を行っているタイミングをみると、「入院時又は入院後早期に一律に行っている」と「せん妄を疑う際に行っている」が多く、特に集中治療室等においては前者の割合が多かった。

せん妄予防の取組の状況



■取組あり □取組なし

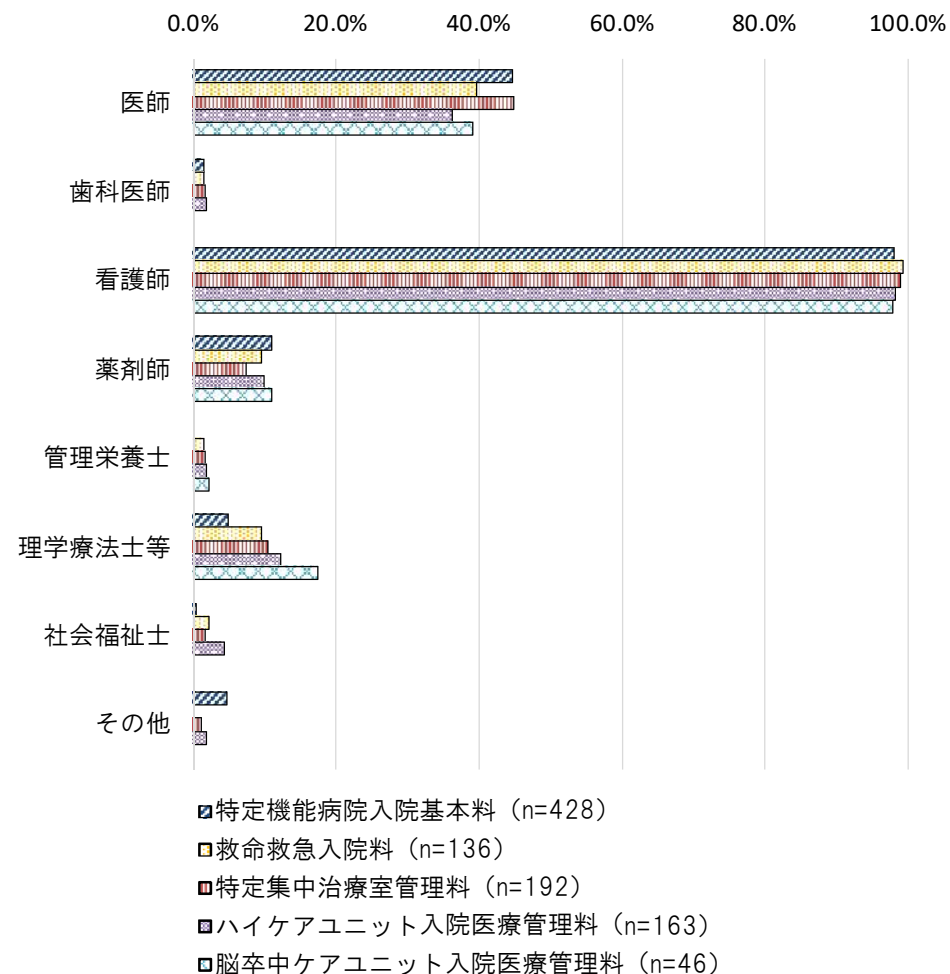
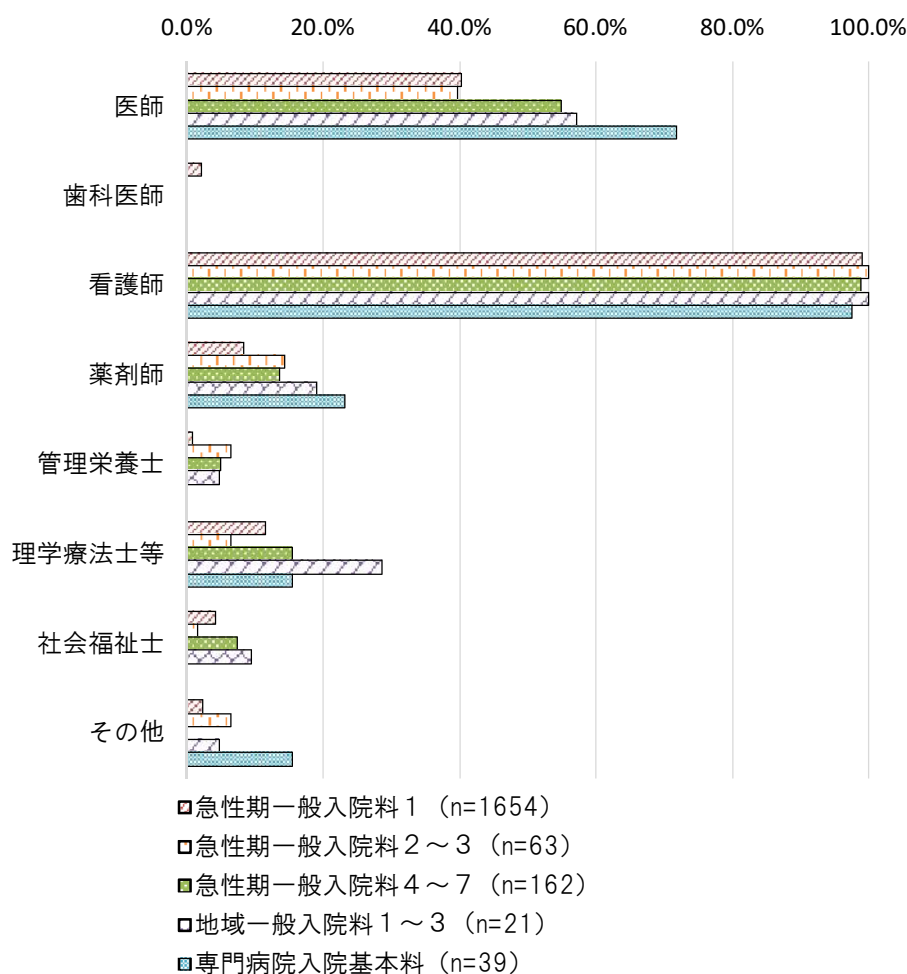
取組を行っているタイミング



■入院時又は入院後早期に一律に行っている
 ■せん妄を疑う際に行っている
 ■特にタイミングを決めていない
 ■その他

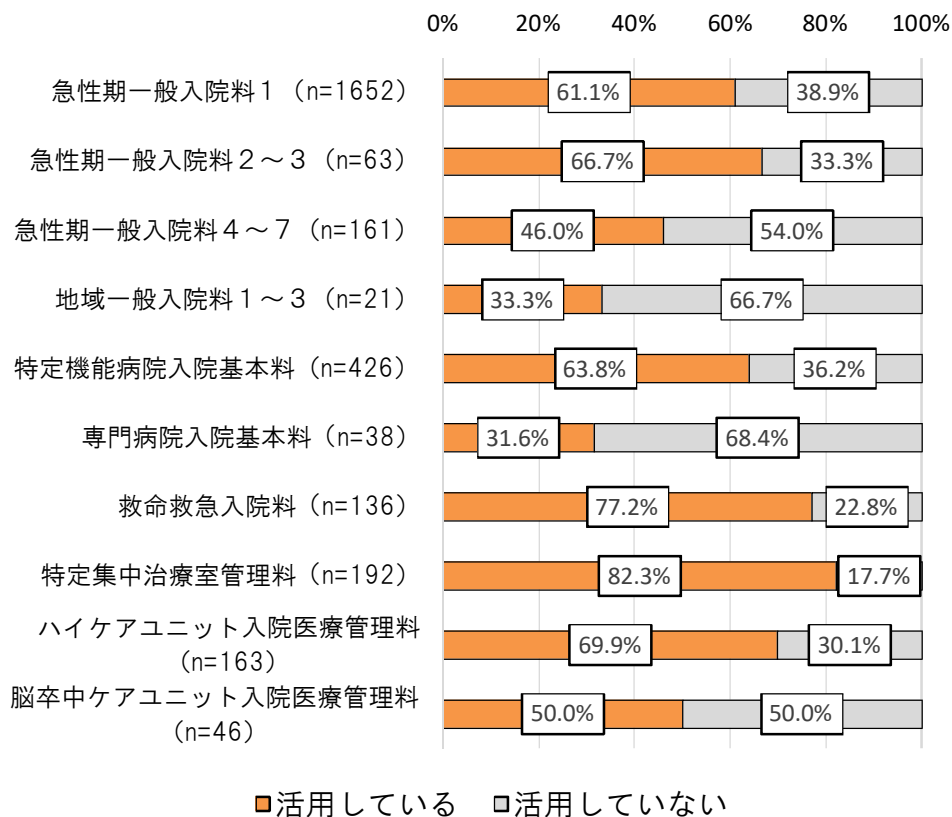
○ せん妄予防の取組を実施している職種をみると、いずれの入院料等においても看護師の割合が最も高く、次いで医師の割合が高かった。

取組を行っている職種

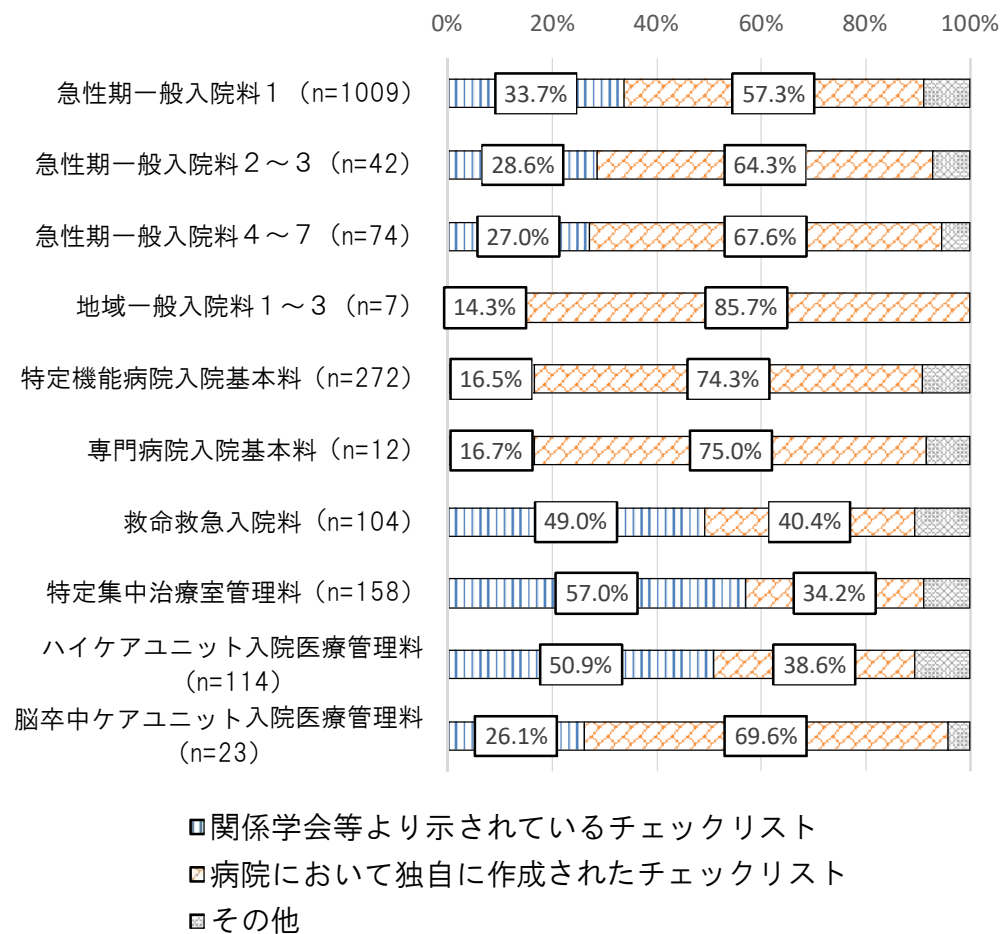


- せん妄予防の取組において、チェックリストの活用状況をみたところ、集中治療室等では約7～8割が活用していた。
- 活用しているチェックリストの種類をみると、「関係学会等により示されているチェックリスト」と「病院において独自に作成されたチェックリスト」が多く、特に集中治療室等においては前者の割合が多かった。

チェックリストを活用しているか

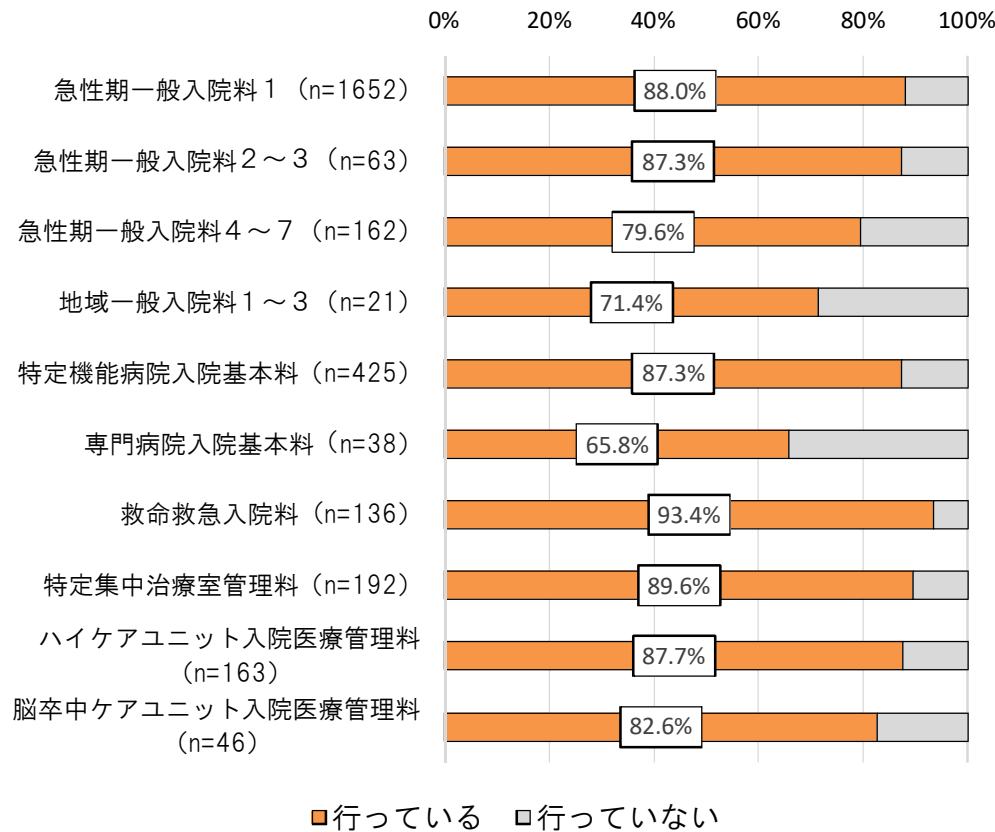


活用しているチェックリストの種類

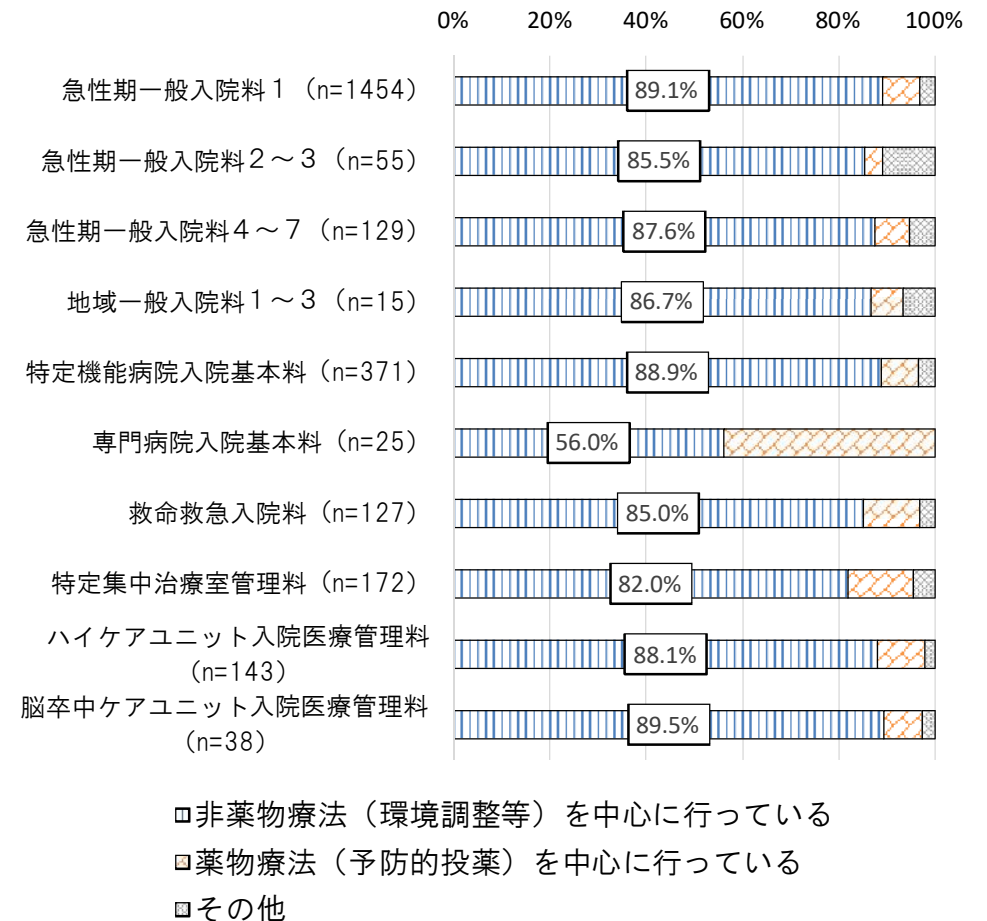


○ せん妄のリスクがある患者への予防的介入の有無をみると、いずれの入院料等においても予防的介入を行っている割合が多く、その内容は非薬物療法（環境調整等）を中心に行われていた。

予防的介入を行っているか

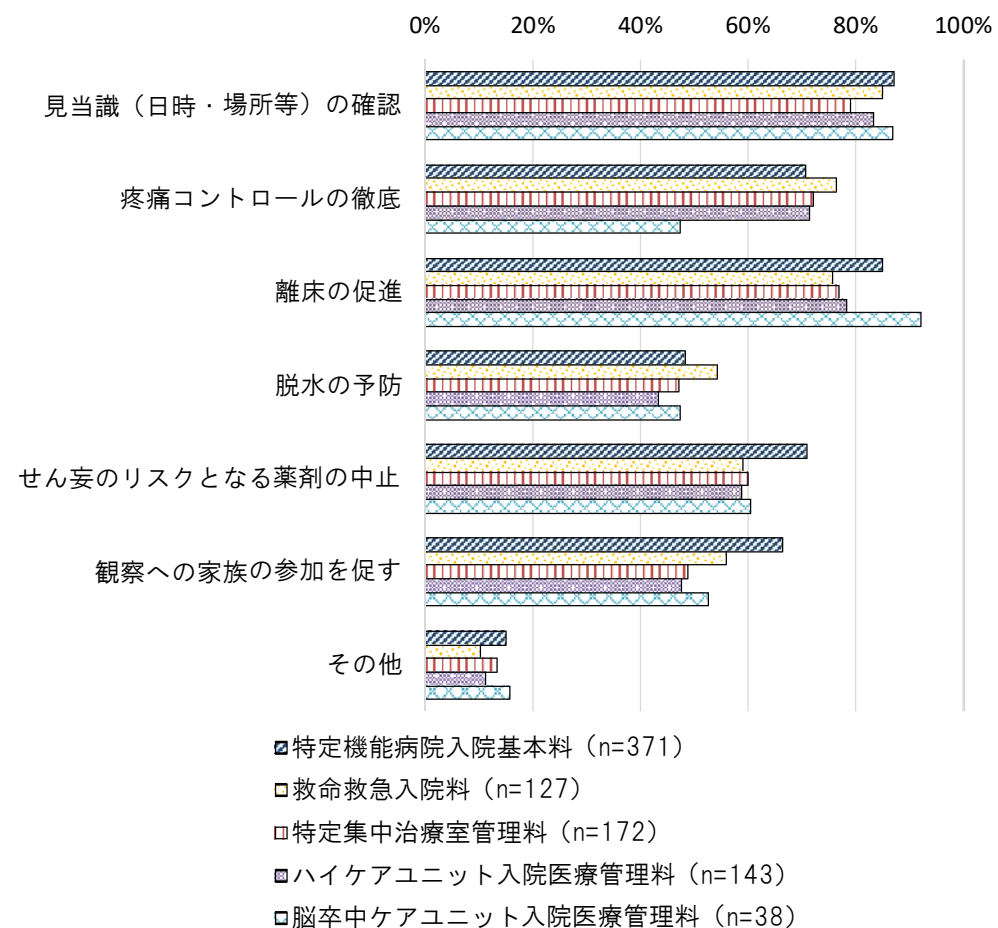
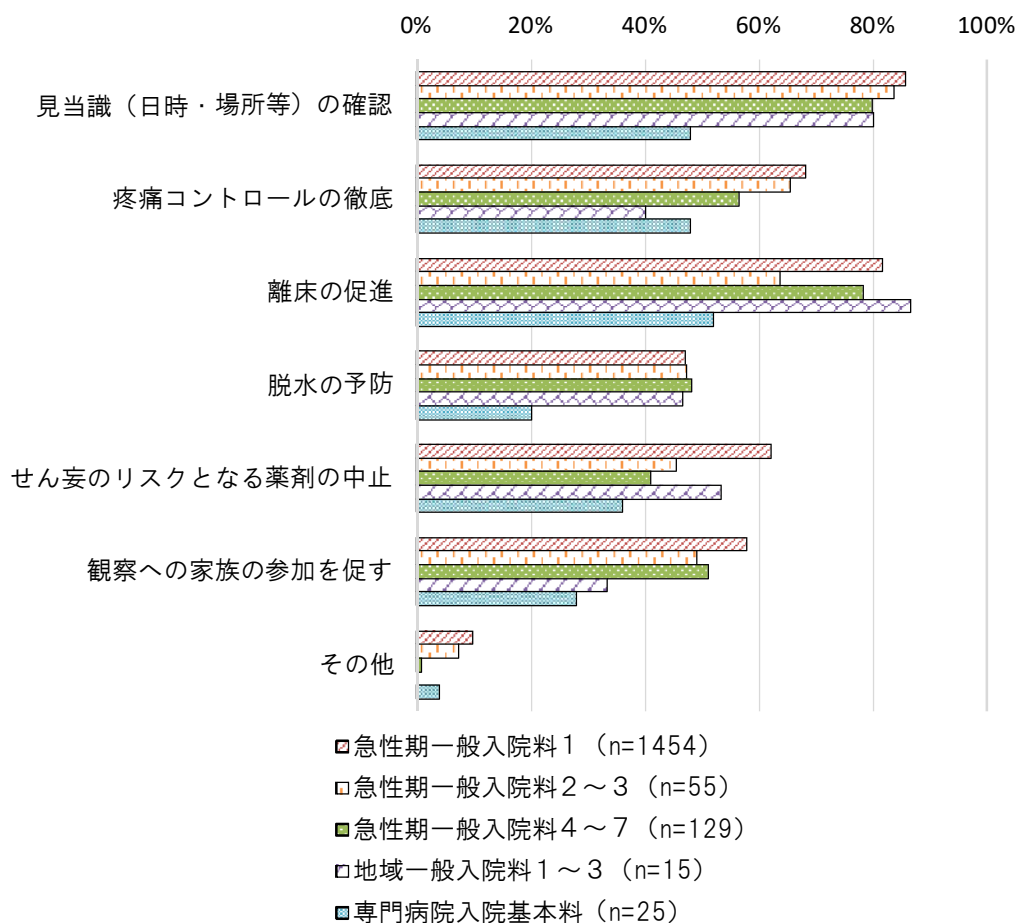


予防的介入の種類



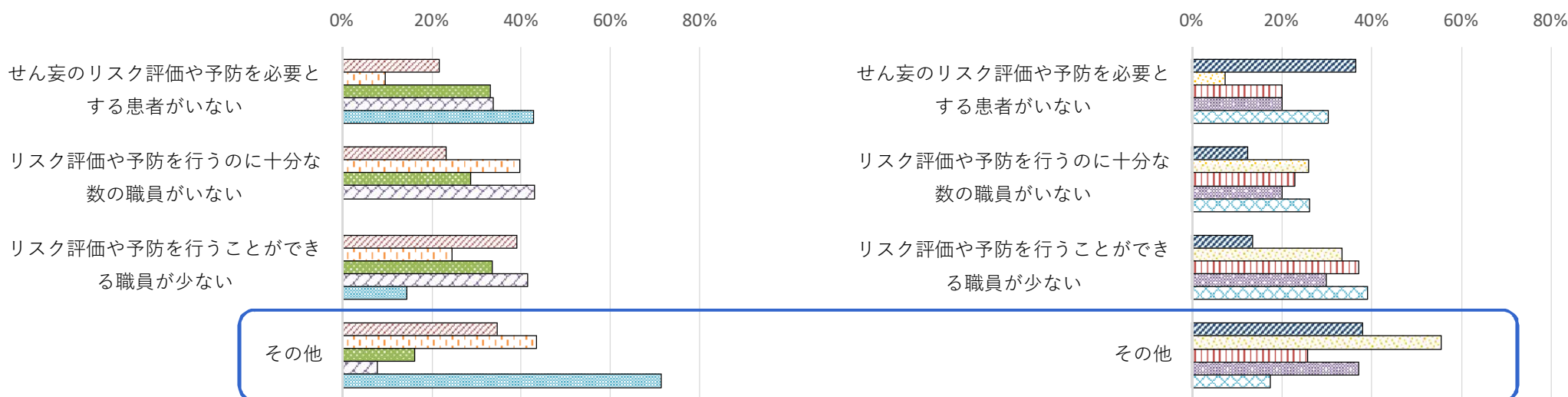
○ 非薬物療法の具体的な内容をみると、いずれの入院料等においても「見当識の確認」や「離床の促進」の実施が多かったが、「脱水の予防」の実施は少なく、他の項目の実施状況にはばらつきが見られた。

取組の具体的な内容（非薬物療法）



- せん妄予防の取組を行っていない理由は、入院料等によってばらついていた。
- その他の理由として、せん妄予防の取組に対する様々な考え方がみられた。

取組を行っていない理由



- 急性期一般入院料1 (n=718)
- 急性期一般入院料2~3 (n=53)
- 急性期一般入院料4~7 (n=191)
- 地域一般入院料1~3 (n=65)
- 専門病院入院基本料 (n=7)

- 特定機能病院入院基本料 (n=208)
- 救命救急入院料 (n=27)
- 特定集中治療室管理料 (n=35)
- ハイケアユニット入院医療管理料 (n=70)
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (n=23)

【その他の自由記載】

- ・必要性は感じているが、取組を行う体制やマニュアルが整っていない
- ・予防が大切という教育が十分行われておらず風土がない
- ・リスク評価はしていないが一律に環境調整のみ行っている
- ・せん妄が発生してから対応している 等

A240 総合評価加算

100点（入院中1回）

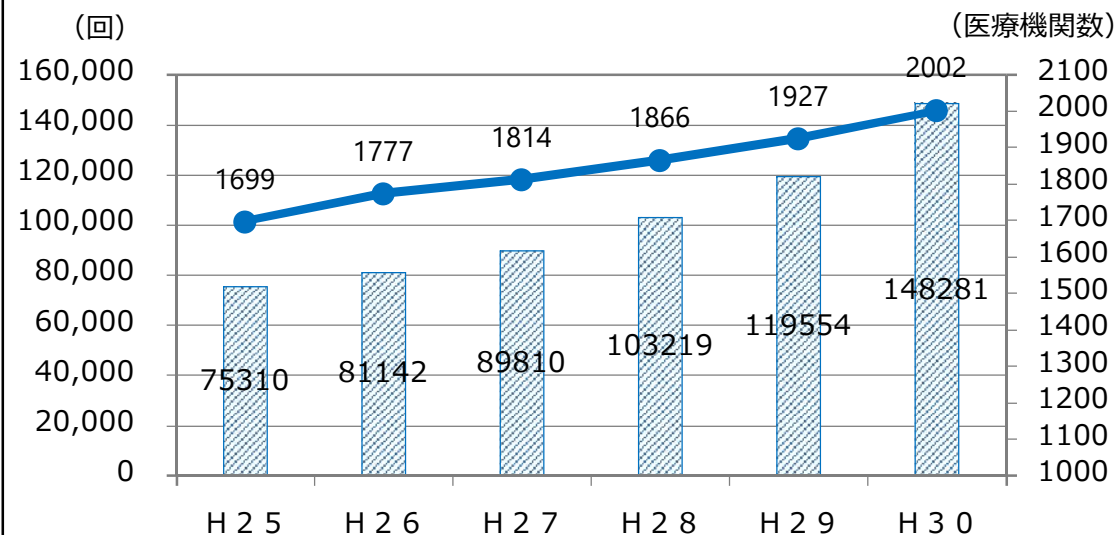
【主な算定要件】

- (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。

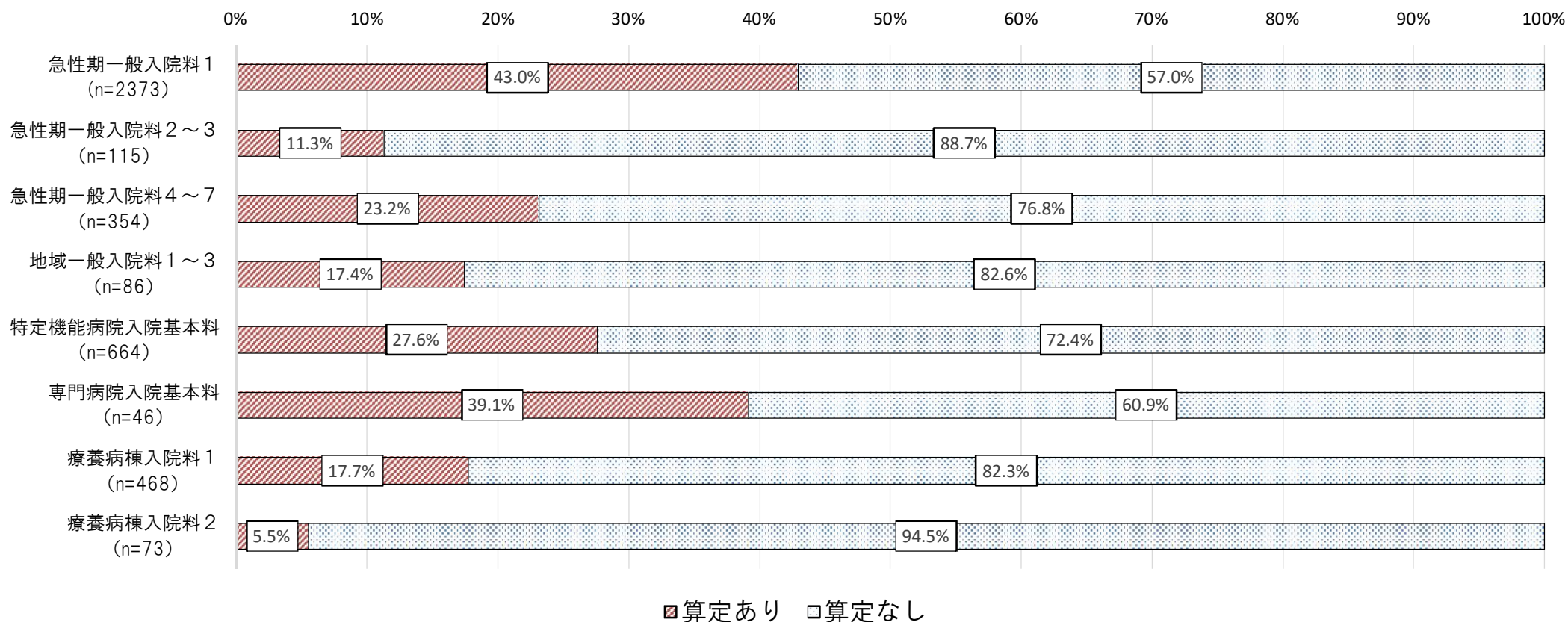
総合評価加算の算定回数・届出医療機関数



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）

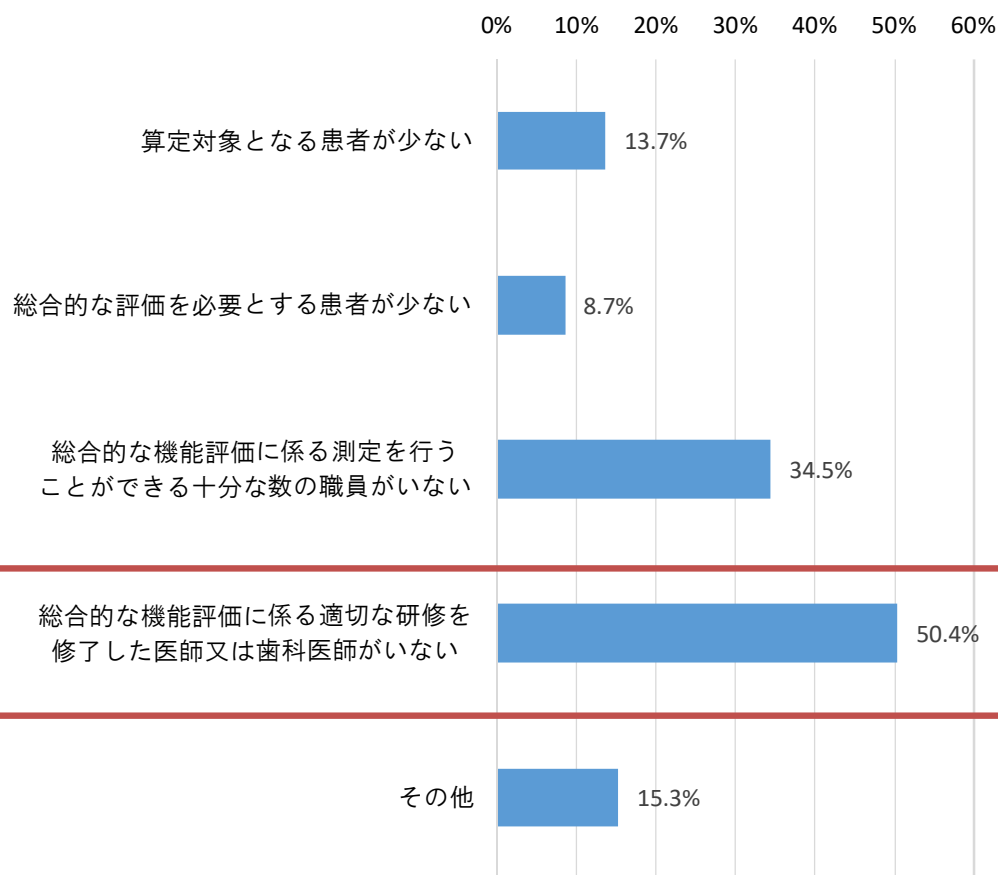
○ 総合評価加算の算定状況をみると、急性期一般入院料1及び専門病院において算定ありの割合が多かった。

総合評価加算の算定状況

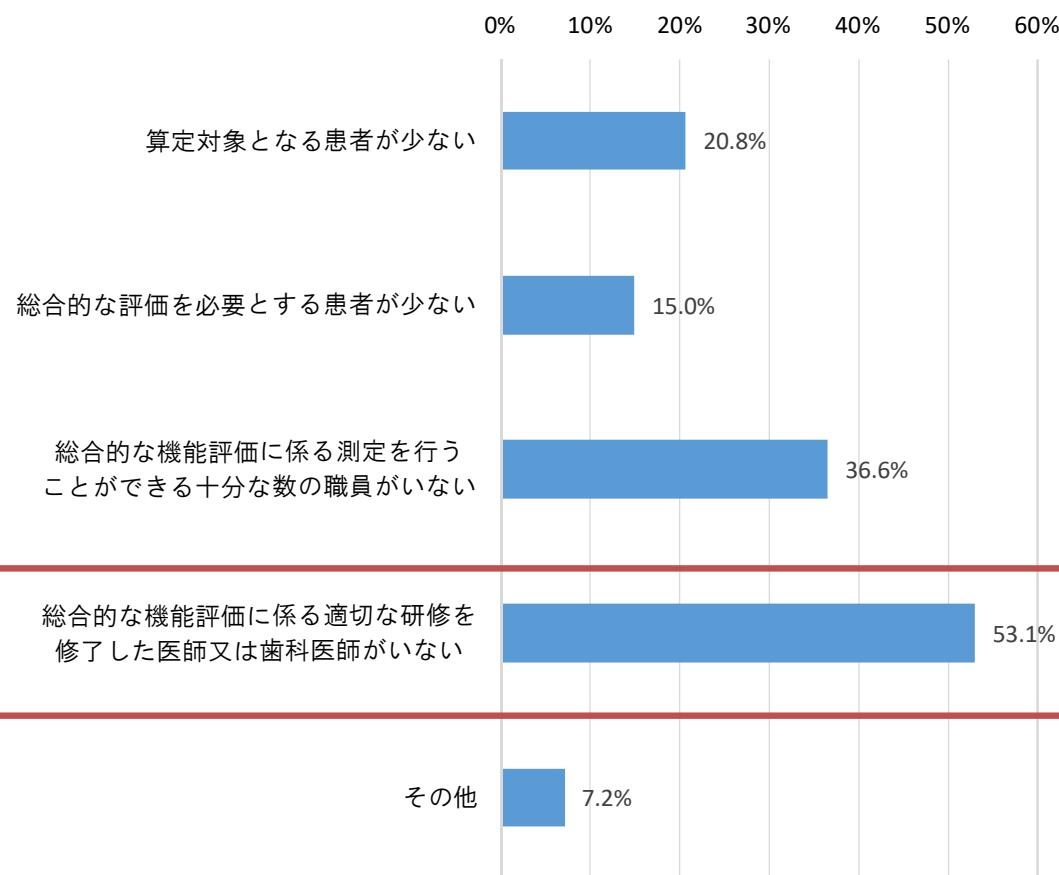


○ 総合評価加算を算定していない理由をみると、いずれの病棟においても、「総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した医師又は歯科医師がない」が多く、約半数であった。

算定していない理由（A票） (n=2,312)

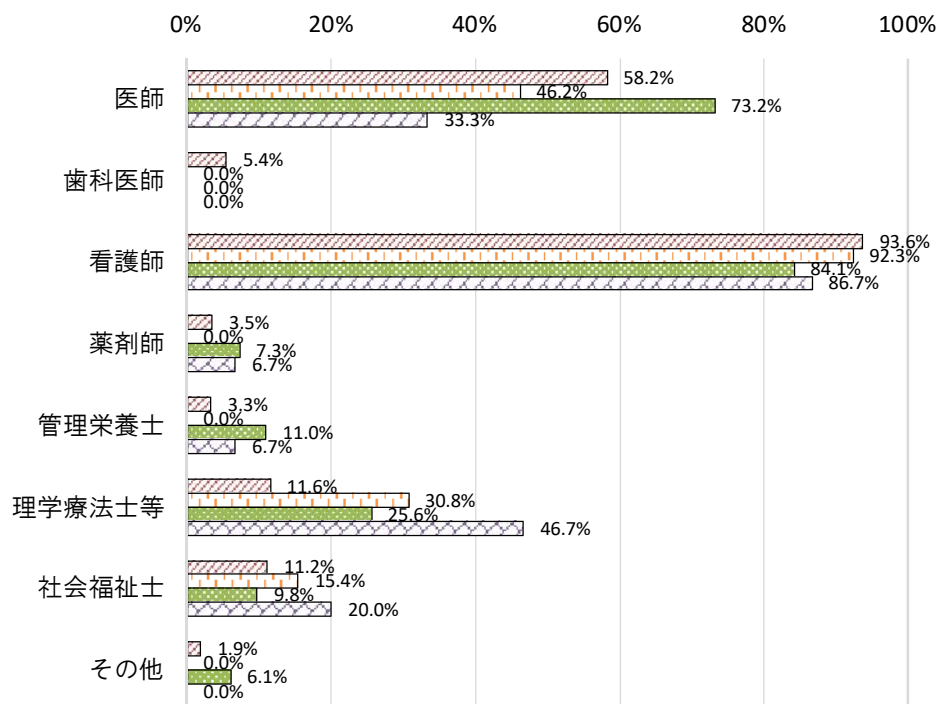


算定していない理由（B票） (n=486)

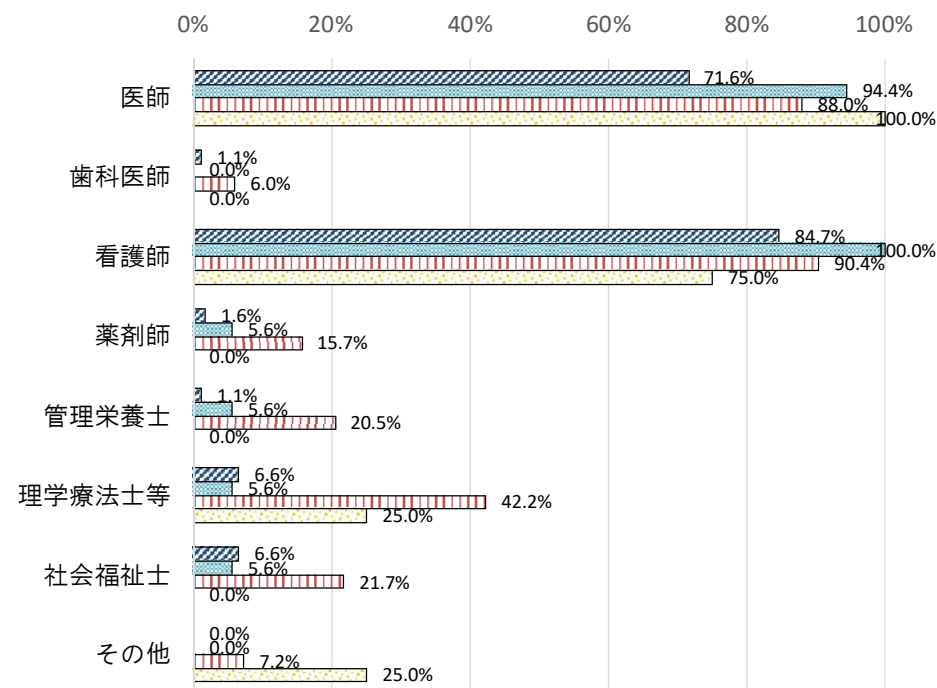


○ 総合的な機能評価にかかる測定を行っている職種をみると、いずれの入院料においても医師や看護師の割合が多かった。

総合的な機能評価にかかる測定を行っている職種



- 急性期一般入院料1 (n=1020)
- 急性期一般入院料2～3 (n=13)
- 急性期一般入院料4～7 (n=82)
- 地域一般入院料1～3 (n=15)

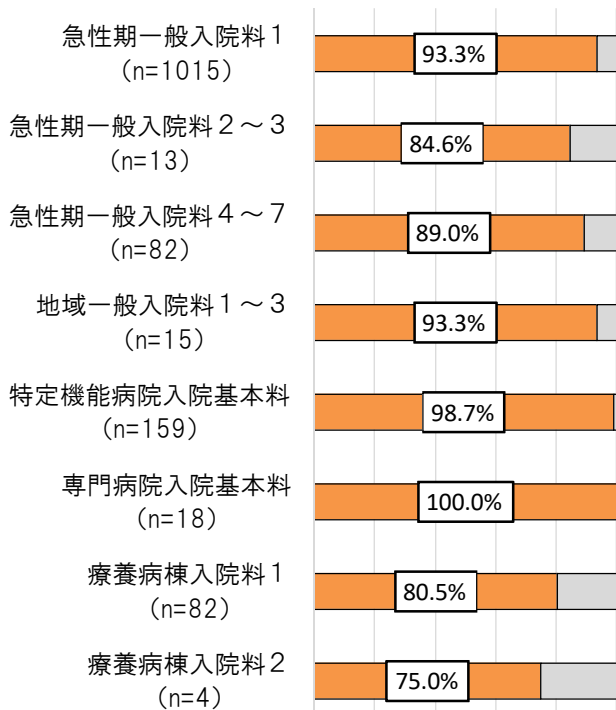


- 特定機能病院入院基本料 (n=183)
- 専門病院入院基本料 (n=18)
- 療養病棟入院料1 (n=83)
- 療養病棟入院料2 (n=4)

- 総合的な機能評価にかかる測定にチェックリストを活用しているかをみると、いずれの入院料においても活用している割合が多く、チェックリストの種類は療養病棟を除き「病院において独自に作成されたチェックリスト」が多い傾向にあった。
- 総合的な機能評価に使用しているガイドラインの有無をみると、急性期一般入院料1や特定機能病院では「ある」の割合が多かった。

チェックリストの活用状況

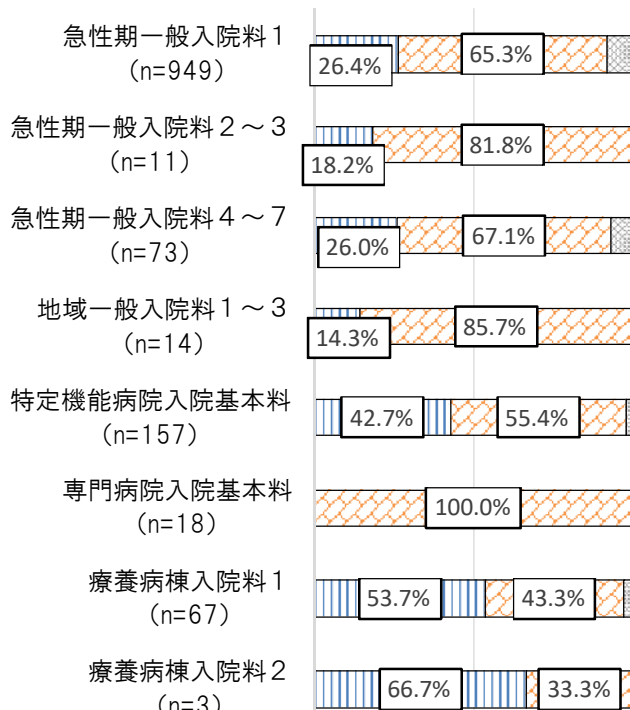
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■活用している □活用していない

チェックリストの種類

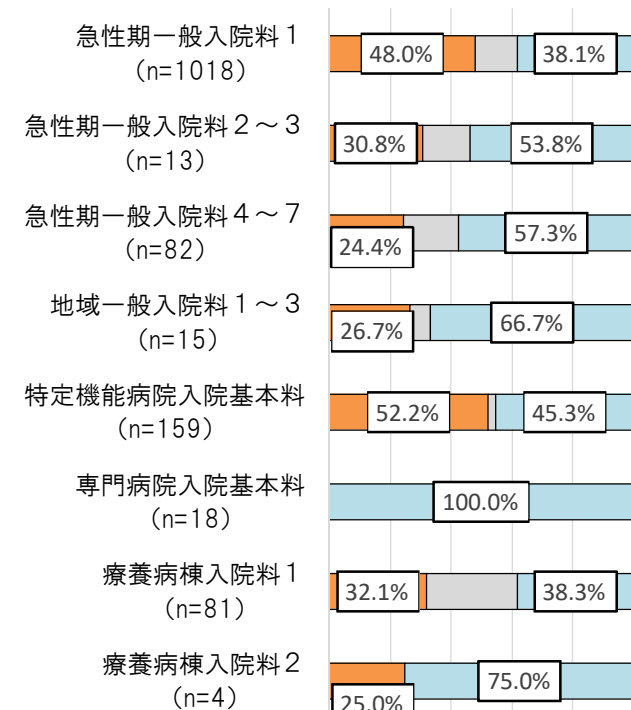
0% 50% 100%



■関係学会等により示されているチェックリスト
□病院において独自に作成されたチェックリスト
□その他

使用するガイドラインの有無

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



■ある □ない □わからない

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)

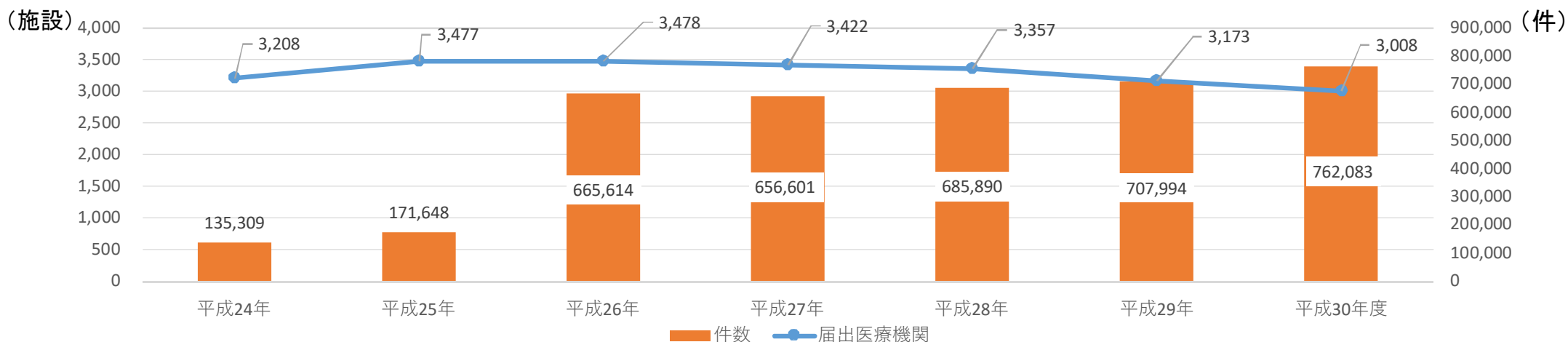
[施設基準]

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。

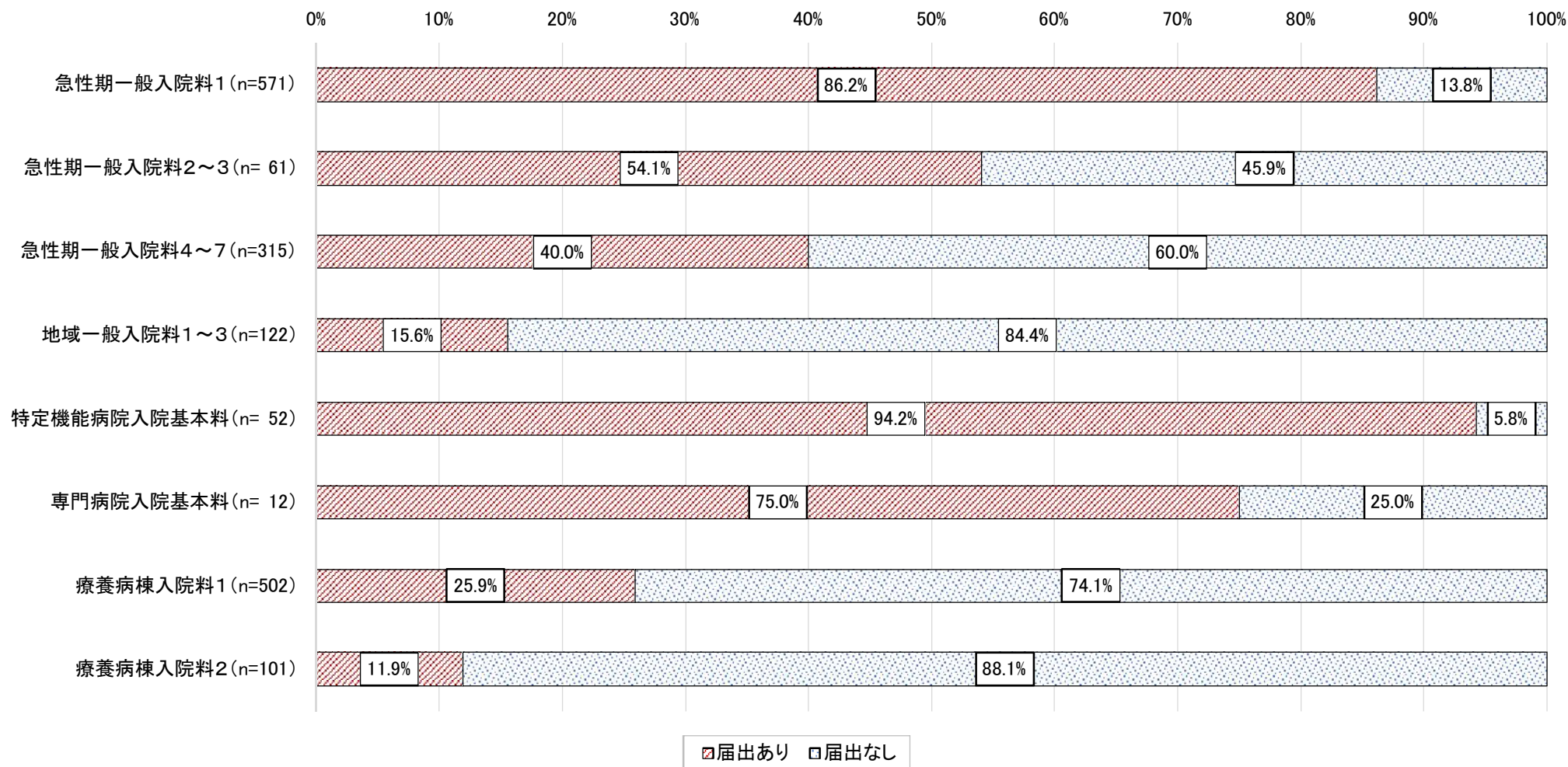
(参考) 患者サポート体制充実加算※の届出医療機関数と算定件数の推移

※「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。

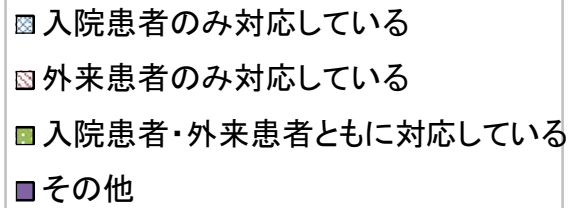
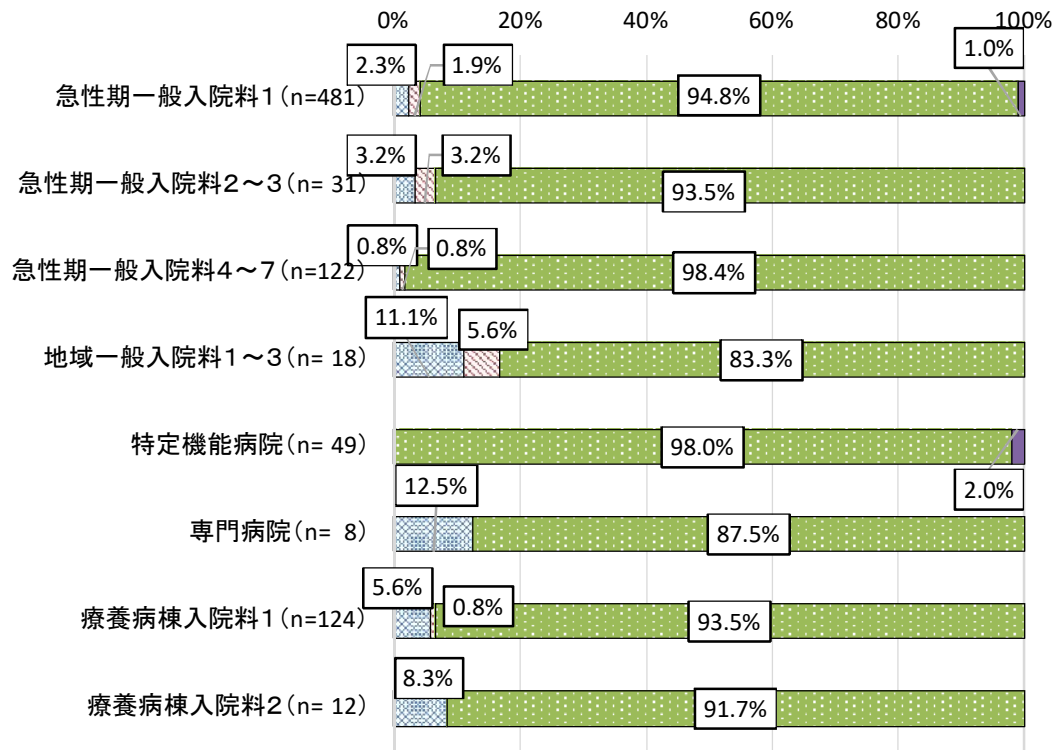
患者サポート体制充実加算の届出状況



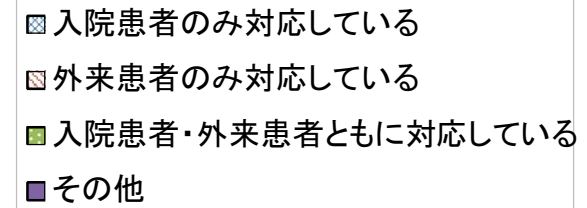
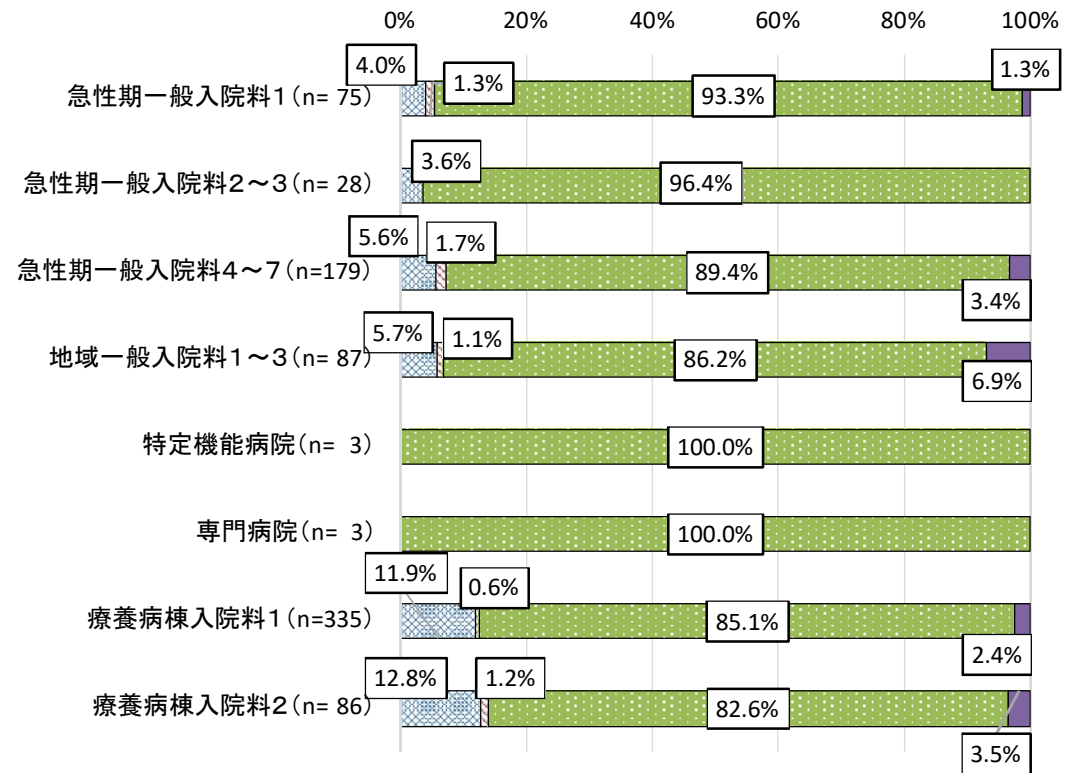
○ 患者対応窓口の対応状況をみると、患者サポート体制充実加算の届出の有無に関わらず、「入院患者・外来患者ともに対応している」と回答した施設が多かった。

患者対応窓口の対応状況

患者サポート体制充実加算の届出あり



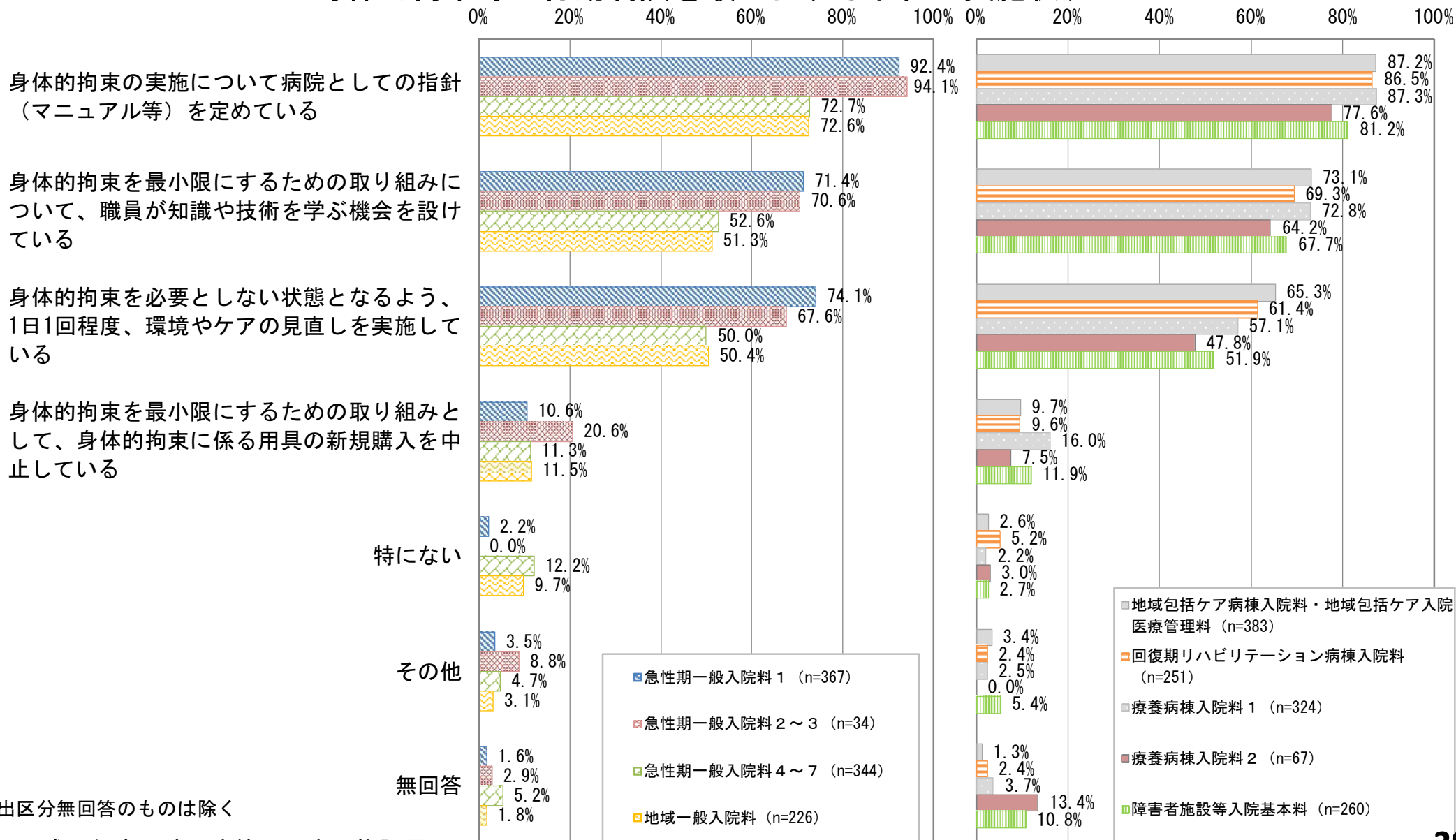
患者サポート体制充実加算の届出なし



○ 身体的拘束等の行動制限を最小化する取組として最も実施されていたのは、いずれの届出区分でも「身体的拘束の実施について病院としての指針（マニュアル等）を定めている」であった。

身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施状況

(複数回答)



※届出区分無回答のものは除く

とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
- 6. 医療資源の少ない地域について**
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

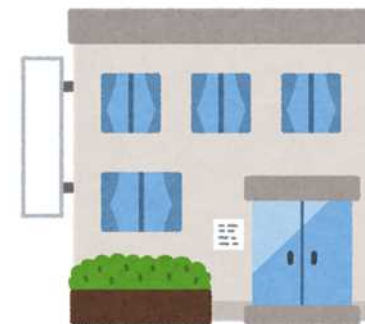
- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く。

- 医療機関の病床数が一定程度以上又は未満であることを基準としている診療報酬について、医療資源の少ない地域においては、当該基準の病床数を2割不足又は超過しても差し支えないこととする。

[対象]

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| ○ 地域包括ケア入院医療管理料1、2、3及び4 | ○ 地域包括ケア病棟入院料1及び3 |
| ○ 精神疾患診療体制加算 | ○ 精神科急性期医師配置加算 |
| ○ 在宅療養支援診療所 | ○ 在宅療養支援病院 |
| ○ 在宅療養後方支援病院 | |



<参考> 医療資源の少ない地域に配慮した評価

- 医療資源の少ない地域については、次のように設定。
 - ① 「人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2」かつ「病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%」を満たす二次医療圏 ⇒ 41二次医療圏
 - ② 離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域
- 医療資源の少ない地域に配慮した評価としては、医療従事者が少ないこと等に着目し、緩和ケア診療加算・栄養サポート加算等の専従要件等を一定程度緩和した上で、それに見合った評価を設定したものや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めたもの等を設定。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和

○ 医療資源の少ない地域(特定地域)においては、入院基本料の算定、人員配置、夜勤、病床数要件の緩和対象となっている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A 1 0 0 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域(特定地域)に所在する有床診療所であること	(入院料の要件)
A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A 2 4 6 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ^{※1} 特定地域以外では13対1以上 ^{※2} 特定地域以外では7割以上 <u>許可病床数200床未満に限るとされている基準について、240床未満とする(地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3)</u>	人員配置 病床数
A 3 1 7 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ(DPC対象病院を除く) 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A 2 4 8 精神疾患診療体制加算	<u>許可病床数80床以上(特定地域以外は許可病床数100床以上)</u>	病床数
A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算	<u>許可病床数80床以上(特定地域以外は許可病床数100床以上)</u>	病床数
在宅療養支援診療所	<u>許可病床数240床未満(特定地域以外は許可病床数200床未満)</u>	病床数
在宅療養支援病院	<u>許可病床数240床未満(特定地域以外は許可病床数200床未満)</u>	病床数
在宅療養後方支援病院	<u>許可病床数160床以上(特定地域以外は許可病床数200床以上)</u>	病床数
B 0 0 1 2 4 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B 0 0 1 2 7 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く)の一般病棟が対象。

注) 下線部については、平成30年度診療報酬改定にて追加もしくは項目名が変更となったもの。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価

改定年度	改定内容
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする ※ 特定機能病院、200床以上の病院、D P C対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 ○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える ○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し <ul style="list-style-type: none"> ＜対象地域に関する要件＞ <ul style="list-style-type: none"> ➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 ○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加える (特定機能病院、200床以上の病院、D P C対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※要件①かつ②</p> <ul style="list-style-type: none"> ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15% </div>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く） ○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 <ul style="list-style-type: none"> ＜対象＞ <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケア入院医療管理料1～4 ○地域包括ケア病棟入院料1・3 ○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算 ○在宅療養支援診療所 ○在宅療養支援病院 ○在宅療養後方支援病院

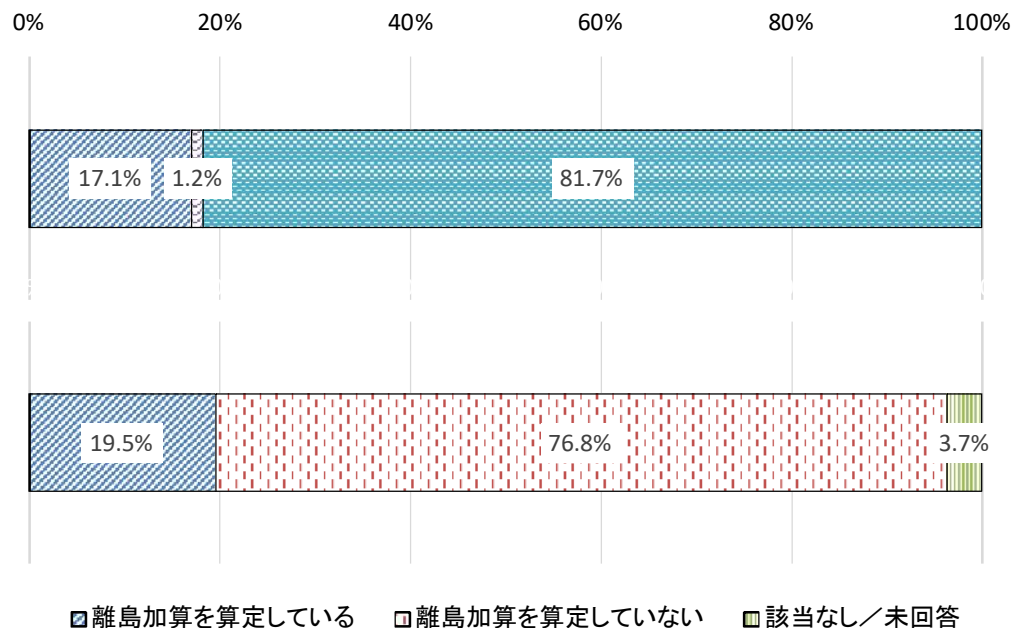
○ 算定回数は、増加傾向にあるものの、一部の算定項目については算定されていない。

算定項目	点数	H28件数	H29件数	H28回数	H29回数
緩和ケア診療加算（特定地域）	200	0	0	0	0
栄養サポートチーム加算（特定地域）	100	10	20	34	42
褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）	250	0	1	0	1
退院支援加算2（特定地域）（一般病棟入院基本料等の場合）	95	2	5	2	5
退院支援加算2（特定地域）（療養病棟入院基本料等の場合）	318	4	6	4	6
地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）	2,371	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料1（生活療養）（特定地域）	2,357	0	0	0	0
地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）	2,371	2	9	88	133
地域包括ケア入院医療管理料1（生活療養）（特定地域）	2,357	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）	2,191	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料2（生活療養）（特定地域）	2,177	0	0	0	0
地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）	2,191	0	0	0	0
地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養）（特定地域）	2,177	0	0	0	0
特定一般病棟入院料1	1,121	112	124	1,861	1,520
特定一般病棟入院料2	960	93	190	1,818	3,061
特定一般病棟入院料 入院期間加算（14日以内）	450	146	227	1,543	1,767
特定一般病棟入院料 入院期間加算（15日以上30日以内）	192	72	73	809	639
特定一般病棟入院料 重症児（者）受入連携 加算	2,000	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 救急・在宅等支援病床初期 加算	150	84	62	872	527
特定一般病棟入院料 一般病棟看護必要度評価 加算	5	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理1	2,371	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理2	2,191	0	0	0	0
外来緩和ケア管理料（特定地域）	150	0	0	0	0
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	175	0	0	0	0

- 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関における、所在地域の指定状況及び離島加算の算定状況は以下のとおりであった。
- 有床診療所については、離島加算の施設基準を満たす地域に所在する場合であっても、算定していない場合がある。

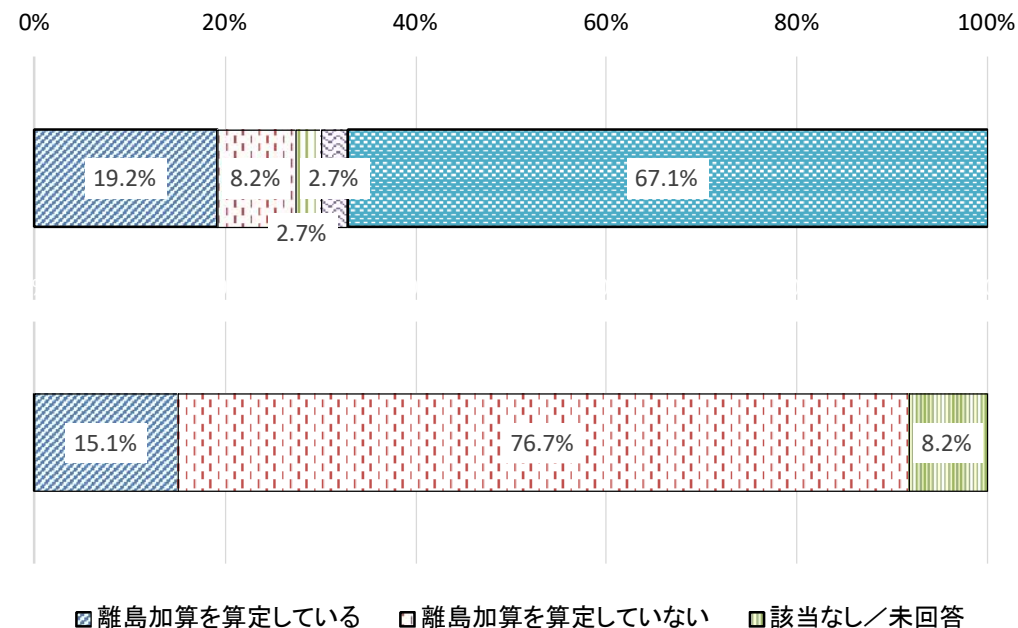
病院 (n=82)

- 離島振興法(昭和28年法律第72号)により離島振興対策実施地域として指定された地域
- 奄美群島振興開発特別措置法(昭和29年法律第189号)により指定された地域
- 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和44年法律第79号)により指定された地域
- 沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)に規定する離島
- その他/該当なし/未回答



診療所 (n=73)

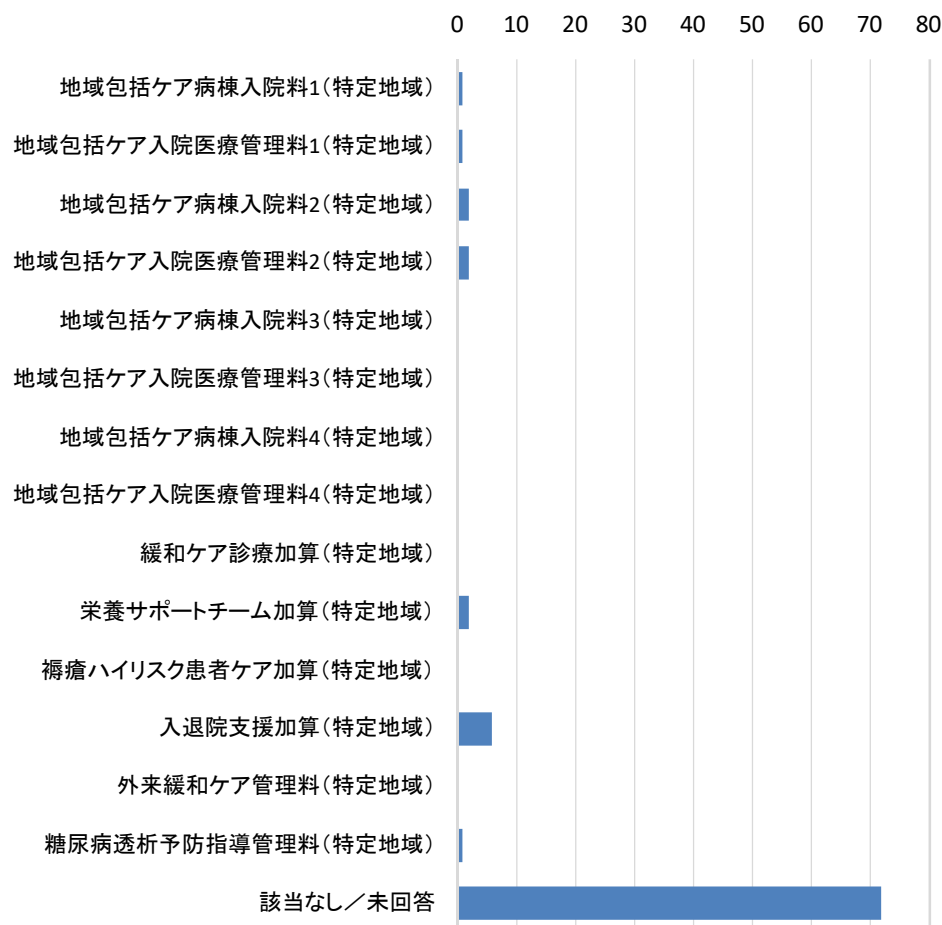
- 離島振興法(昭和28年法律第72号)により離島振興対策実施地域として指定された地域
- 奄美群島振興開発特別措置法(昭和29年法律第189号)により指定された地域
- 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和44年法律第79号)により指定された地域
- 沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)に規定する離島
- その他/該当なし/未回答



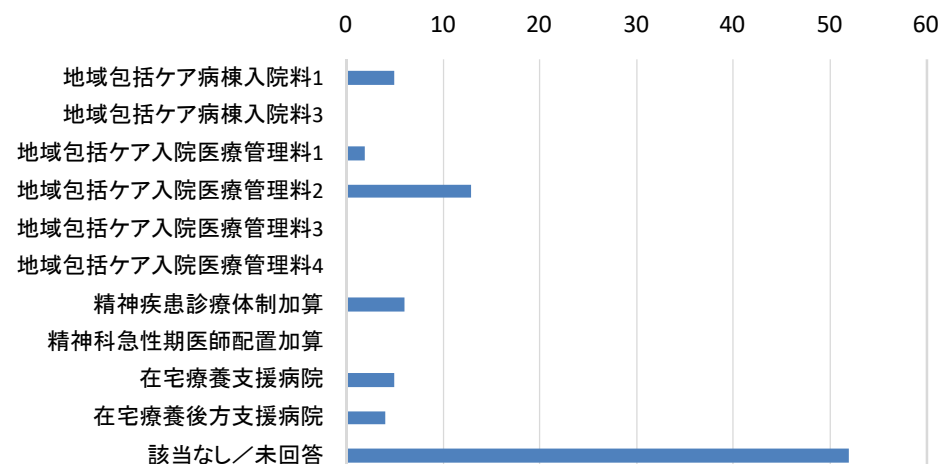
医療資源の少ない地域に配慮した要件を設けた 特定入院料及び加算等の届出状況等について

○ 平成30年度診療報酬改定において要件の見直しを実施した、医療資源の少ない地域に所在する病院及び診療所が対象となる特定入院料及び加算等の届出状況は、以下のとおりであった。

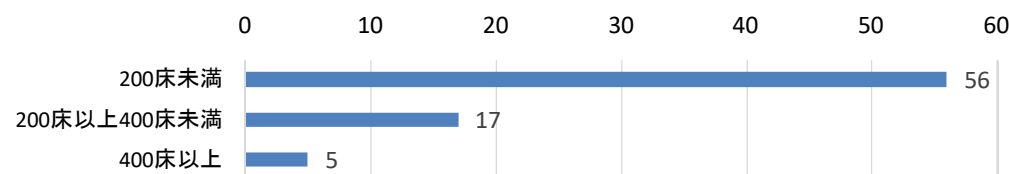
① 400床未満の病院が緩和対象となる見直しを実施した
特定地域に係る特定入院料、加算の届出状況(病院) (n=82)



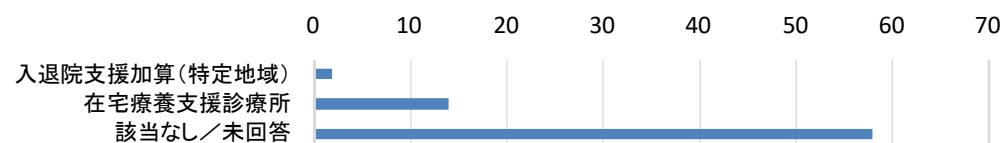
② 病床数の要件の見直しを実施した
特定入院料、加算等の届出状況(病院) (n=82)



③ 回答した病院の許可病床数の分布 (n=78)

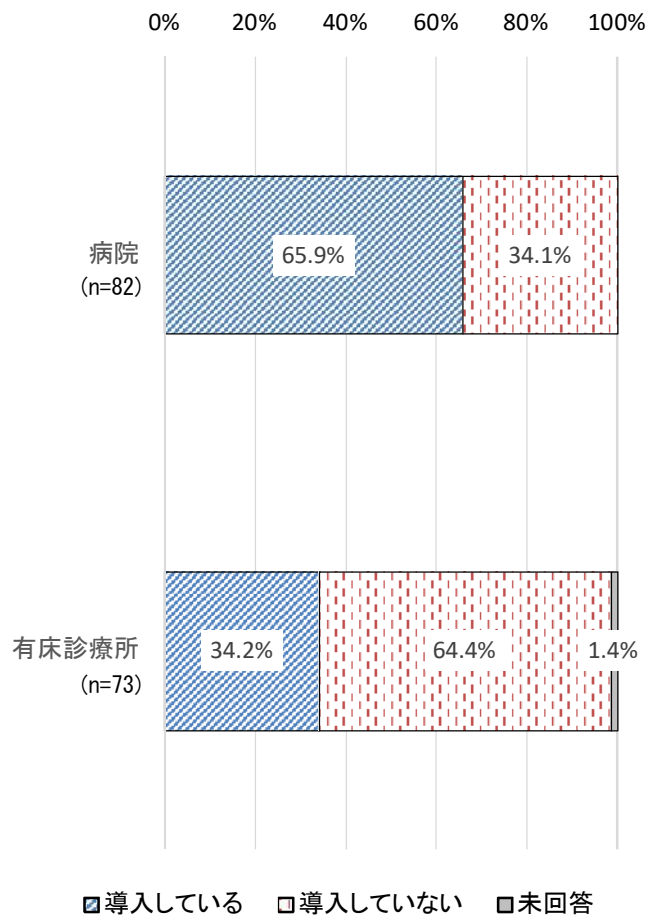


④ ①②に相当する見直しを実施した
加算等の届出状況(有床診療所) (n=73)

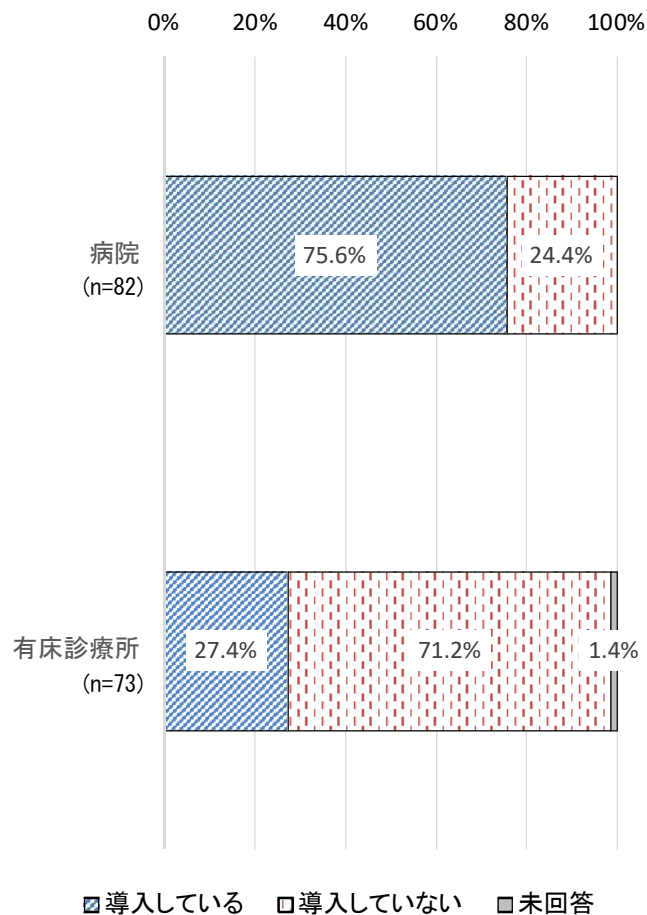


- 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関における、電子カルテの導入状況、オーダーリングシステムの導入状況及び医療情報連携ネットワークへの参加状況は以下のとおりであった。
- いずれも、病院において、導入状況及び参加状況が高い傾向にあった。

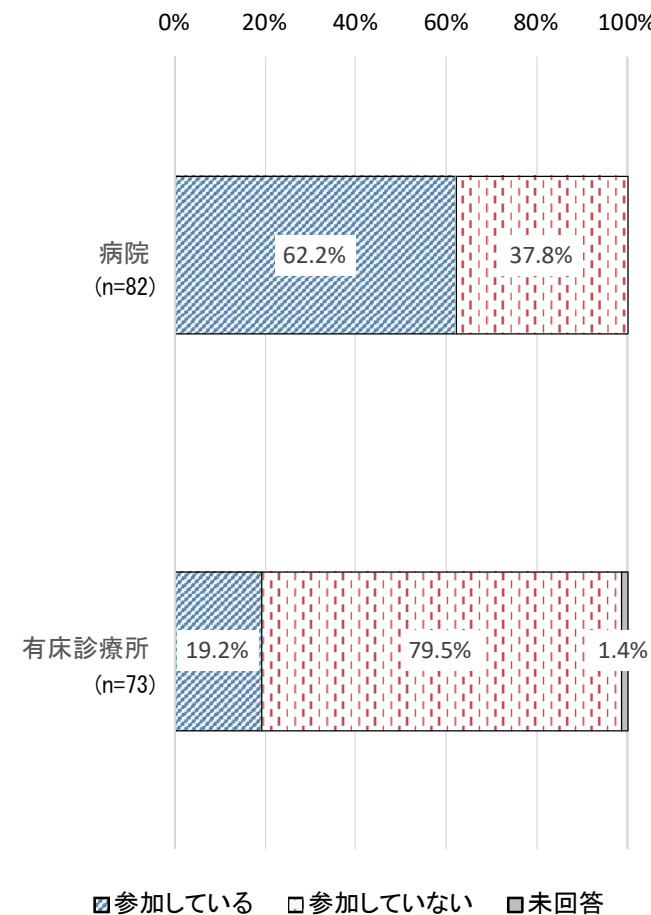
電子カルテの導入状況



オーダーリングシステムの導入状況



医療情報連携ネットワークへの参加状況



	医療機関の概況	所在している市町村の概況
A病院	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数: 一般40床、療養48床 ・届出入院料: 急性期一般、療養、地域包括ケア 	<ul style="list-style-type: none"> ○九州地方 ○人口: 約26,000人 ○離島振興実施対策地域
B病院	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数: 療養120床 ・届出入院料: 療養 	<ul style="list-style-type: none"> ○東北地方 ○人口: 約57,000人
C病院	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数: 一般98床 ・届出入院料: 急性期一般 	<ul style="list-style-type: none"> ○東北地方 ○人口: 約15,000人
D病院	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数: 一般60床 ・届出入院料: 地域一般 	<ul style="list-style-type: none"> ○東北地方 ○人口: 約8,500人
E病院	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数: 一般120床、療養48床、精神50床 ・届出入院料: 急性期一般、療養、地域包括ケア 	<ul style="list-style-type: none"> ○九州地方 ○人口: 約26,000人 ○離島振興実施対策地域
F病院	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数: 一般90床、療養44床 ・届出入院基本料: 急性期一般、療養、地域包括ケア 	<ul style="list-style-type: none"> ○甲信越地方 ○人口: 約36,000人
G病院	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数: 一般90床、療養50床 ・届出入院料: 急性期一般、療養、地域包括ケア 	<ul style="list-style-type: none"> ○東北地方 ○人口: 約12,000人
H病院	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数: 一般178床、療養92床 ・届出入院料: 地域一般、療養、障害者施設等、回復期リハ 	<ul style="list-style-type: none"> ○東北地方 ○人口: 約36,000人
I病院	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数: 一般120床 ・届出入院料: 急性期一般、地域包括ケア 	<ul style="list-style-type: none"> ○北陸地方 ○人口: 約17,000人

設問	医療機関の主な意見等
地域連携の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICTによる連携とケア会議を運営しており、大変効果がある。
診療提供体制等の状況	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人員配置 <ul style="list-style-type: none"> ・ 専従要件が緩和されても、職員の絶対数が不足する。 ・ 医師や看護師等について、常勤の職員が不足している。 ・ 社会福祉士が不足している。 ○ 研修 <ul style="list-style-type: none"> ・ 研修の機会の確保が難しい。 ・ オンライン講義を教育に活用している。 ・ e-ラーニングによる研修がありがたい。 ○ ICT <ul style="list-style-type: none"> ・ 遠隔診療の導入を予定している。 ・ ICTを用いた画像情報の連携を実施している。 ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師事務作業補助者が非常に有用である。

設問	医療機関の主な意見等
<p>医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入退院支援加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師や社会福祉士以外の配置でも算定できれば有用だと思う。 ○ 栄養サポートチーム加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 常勤要件があることにより、届出が難しい。 ・ 公立であり、管理栄養士の異動があるため、経験を有する管理栄養士が異動してこないと届出ができない。 ・ オンラインでの研修がないと、研修要件が満たせない。 ○ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の異動があるため、経験を有する人員の確保が難しい。 ○ 緩和ケア診療加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者の確保が難しい。 ・ がん診療の拠点となる病院等の要件を満たすことが困難である。 ・ 常勤要件を満たすのが難しい。 ○ 外来緩和ケア管理料 <ul style="list-style-type: none"> ・ 身体症状の緩和を担当する医師と精神症状の緩和を担当する医師を1名ずつ配置することが困難。 ・ 看護師の研修要件を満たすことが困難である。 ○ 糖尿病透析予防指導管理料 <ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験や研修を満たすことが難しい。

とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

平成30・31年度厚生労働科学研究
「急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性と職員配置等の指標の開発
に係る研究（H30-政策-指定-006）」の概要

研究代表者 松田 晋哉 産業医科大学医学部 教授
研究分担者 林田 賢史 産業医科大学病院 医療情報部長

・目的：

入院医療の提供体制の将来予測では、入院医療ニーズは増加・多様化する一方で、支え手の減少が見込まれており、限られた医療資源の中で、医療の質を確保しながらより効率的な提供体制の確保が必要となっている。そこで、本研究では既存の入院患者データ、病棟機能報告などを用いて評価・分析し、候補となる指標項目を検討する。その上で、平成30年度診療報酬改定で導入された新たな入院医療評価体系の実績評価に用いるのにより適切な指標や評価手法を提案することを、本研究の目的とする。

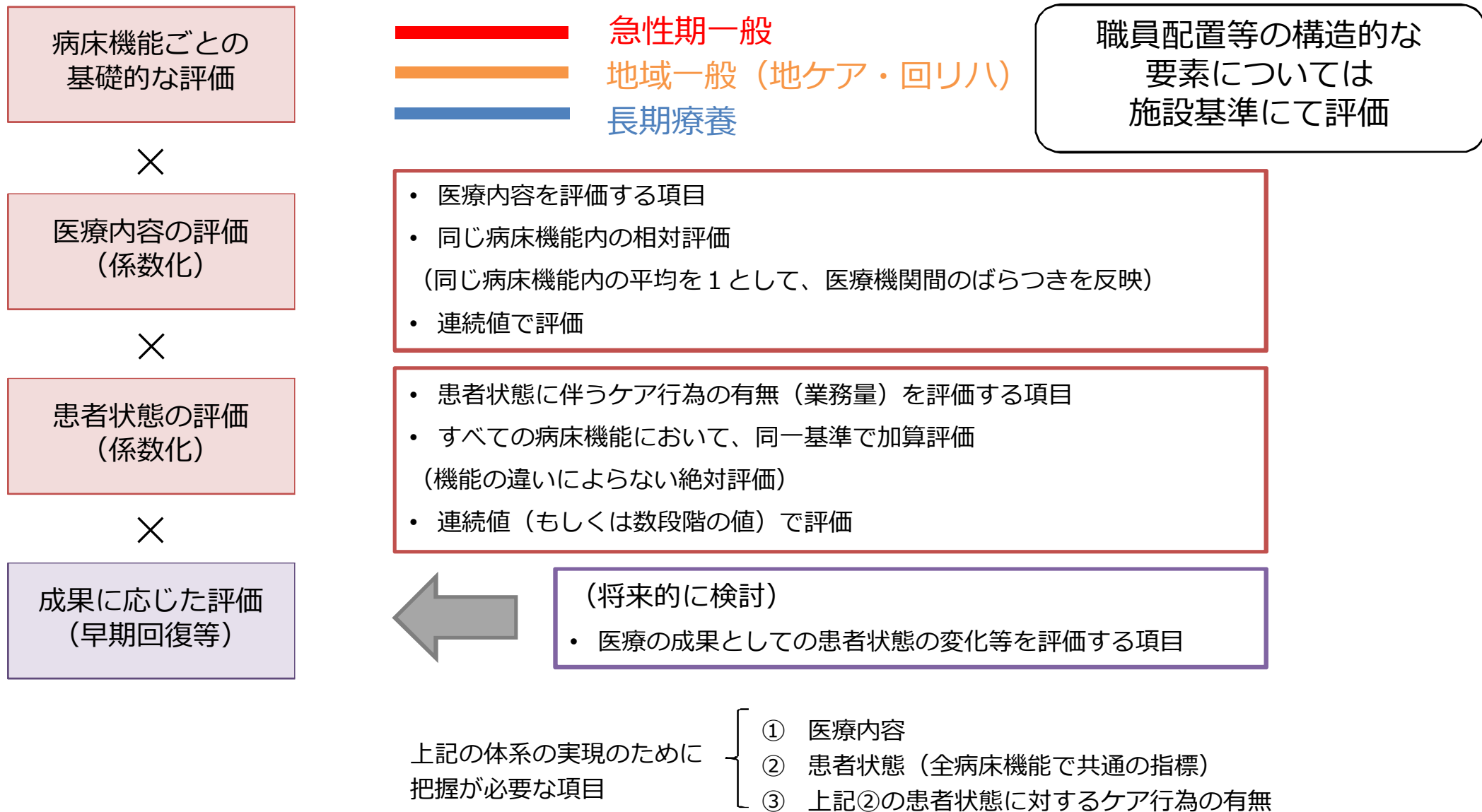
・方法：

平成28年度の病床機能報告公開データと平成28年度のDPC公開データを医療機関コードで連結し、総合的な分析ができるデータベースを作成した。このデータベースをもとに、稼働病床100床当たり看護師数と関連のある指標を相関分析により探索的に検討した。また、DPC事業で収集している様式1、様式3、EFファイル、Hファイルを用いて看護業務量を評価するための方法論について検討を行った。

現行の診療報酬体系の課題解決および改善に向けた具体的な対応

- 医療ニーズ（患者の状態、医療内容等）を反映した診療報酬体系
 - 全病床機能における共通指標によるシームレスな入院患者像（特に患者状態）の把握
 - 患者状態とケア行為の有無（業務量）を分離して把握
- 容易なデータ収集
 - 医療内容（例えば、現行の重症度、医療・看護必要度のA/C項目等におおむね該当）のデータ収集はレセプト等を積極的に活用
- 診療報酬上の評価における閾値設定の弊害の解消
 - 連続値による評価
- 医療内容の多寡が、患者の状態（ADL等）に伴う看護業務量に与える相乗的な影響の反映
 - 相乗的な評価の必要性
- 成果に基づいた評価（P4P等）の将来的な導入
 - 患者状態の変化を評価できるよう、患者状態を把握

中・長期的な入院に係る評価体系（イメージ案）



研究の具体的な内容（案）

1. 医療内容の評価（係数化）

（現行の「重症度、医療・看護必要度A/C項目」や「医療区分」におおむね該当）

【研究1】 現行指標の精緻化、あるいは新たな指標の探索

- ・ DPCデータやレセプトデータを用いた医療内容（医療行為）の現状把握

2. 患者状態の評価（係数化）

（現行の「重症度、医療・看護必要度B項目」や「ADL区分」におおむね該当）

【研究2】 全病床機能における入院患者の患者状態の現状把握

- ・ 療養病棟のADL区分に基づいた各区分の患者割合の算出

【研究3】 現行指標の精緻化、あるいは新たな指標の探索

- ・ 妥当性が担保された国内外の既存指標（現行指標も含む）に関する調査・検討

今後、中長期の研究において、現状把握を実施するとともに、
現行指標の精緻化もしくは新たな指標の探索を実施

【研究課題】急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性と職員配置等の指標の開発に係る研究(H30-政策-指定-006)にて一部実施予定

とりまとめの構成

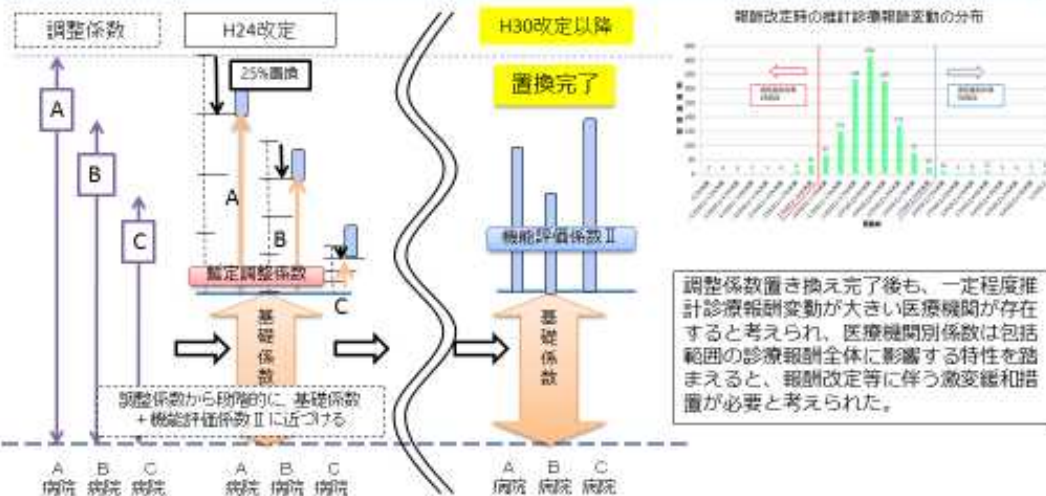
1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて
 - 8-1. DPC対象病院の要件
 - 8-2. 医療機関別係数
 - 8-3. 退院患者調査に関する事項

- H30年度診療報酬改定におけるDPC/PDPSに関する附帯意見は以下の通り。
 - （調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。）
- 前回改定の議論で、DPC対象病院のうち、平均的な診療実態とかい離れた病院の存在が確認されている。平均的な診療実態とかい離れた病院が存在すると、包括報酬の水準がそれらの実績を用いて設定され、結果的にDPC/PDPSの安定的な運用の妨げとなりうる。

平成30年度診療報酬改定

調整係数の置き換え①（平成30年度における対応）

- 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了し、今後は基礎係数+機能評価係数Ⅱによる評価となる。
- 診療報酬改定等に伴う激変に対応する激変緩和係数を設定（改定年のみ）



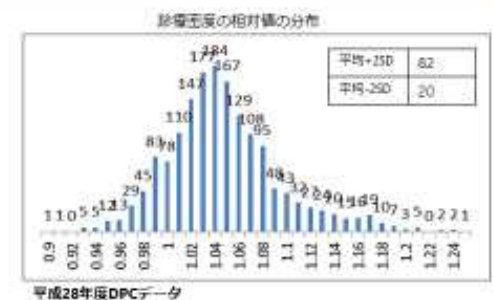
平成30年度診療報酬改定

調整係数の置き換え②（今後の課題）

- 平均的な診療実態から外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い等の医療機関については、退出等の対応を今後検討する。



医療機関毎に、平均在院日数の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均+2SDを超える（平均在院日数が長い）医療機関が47存在する。これら医療機関は、DPC/PDPSにおいて期待される効率化などが不十分な可能性があり、このような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。



医療機関毎に、診療密度の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均-2SDを下回る医療機関が20存在する。このような医療機関は、診断群分類において平均的な病態とは異なる疾患を対象としている可能性や粗診相療の懸念があり、さらにこのような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。

- DPC準備病院のうち、一定の要件をみたすものについては、当該病院の意向を踏まえ、診療報酬改定の度にDPC対象病院となる。
- DPC対象病院のデータ病床比(※)の基準は、急性期一般入院基本料等の届出を行う医療機関の大半が満たしている。

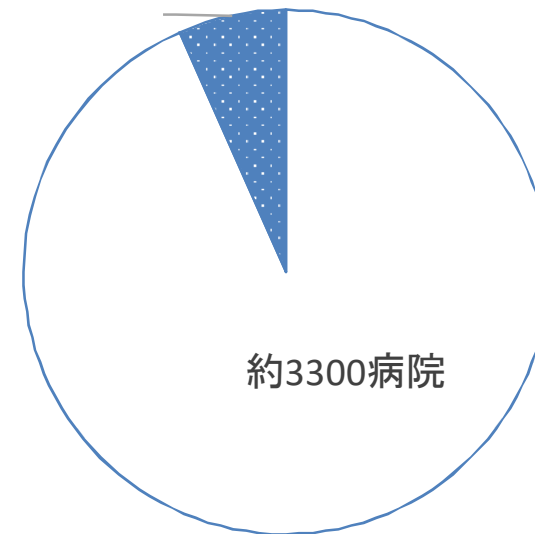
DPC対象病院の要件

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

※データ病床比: 提出されるデータとDPC対象(または急性期一般入院基本料等の)病床数の比

急性期入院料の届出医療機関のデータ病床比の状況

約230病院(6.6%)



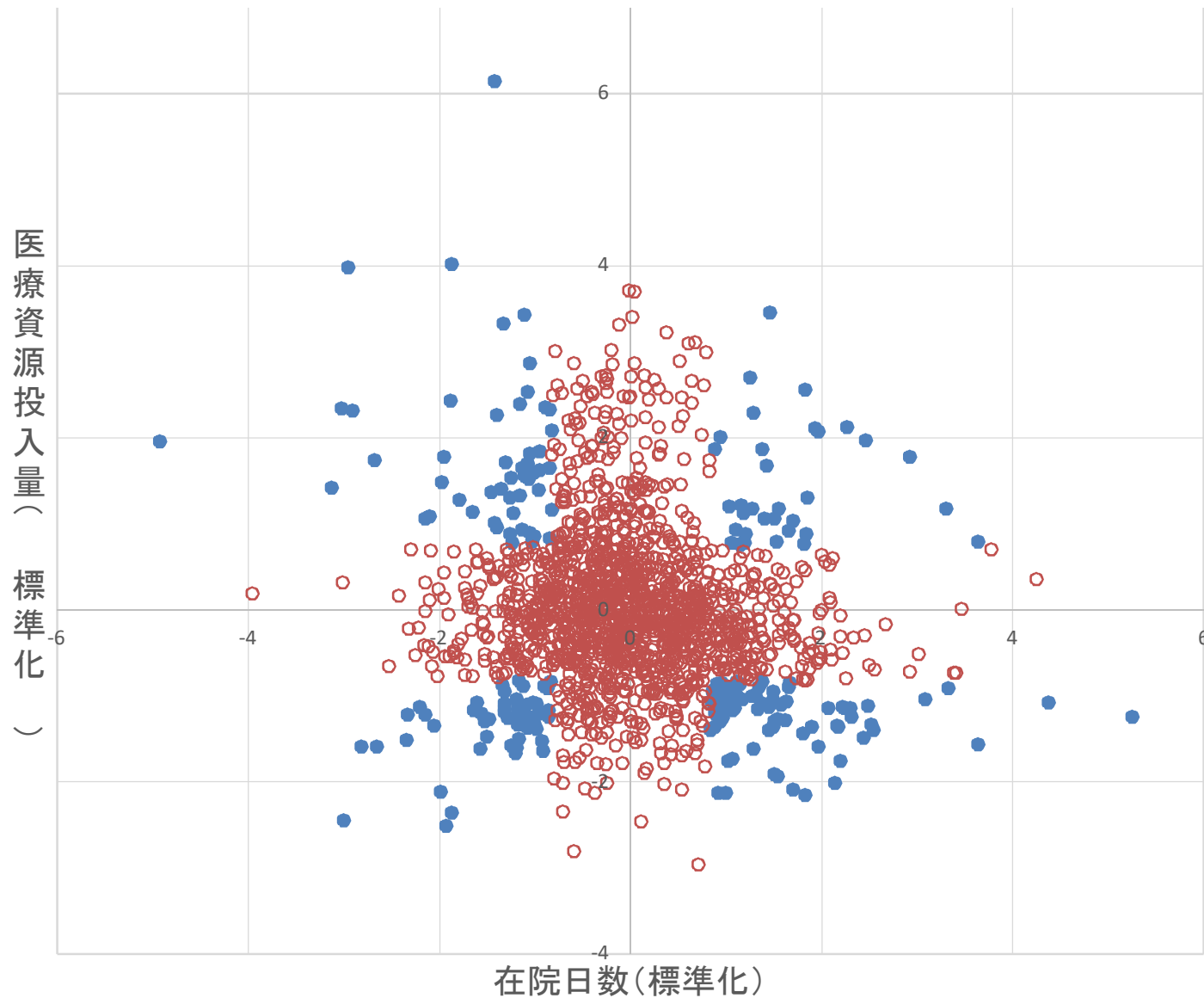
□ データ病床比が0.875以上の医療機関数

■ データ病床比が0.875未満の医療機関数

出典: 平成30年度DPCデータ

医療資源投入量及び在院日数が外れた病院

診調組 入-2参考
元 . 9 . 1 9

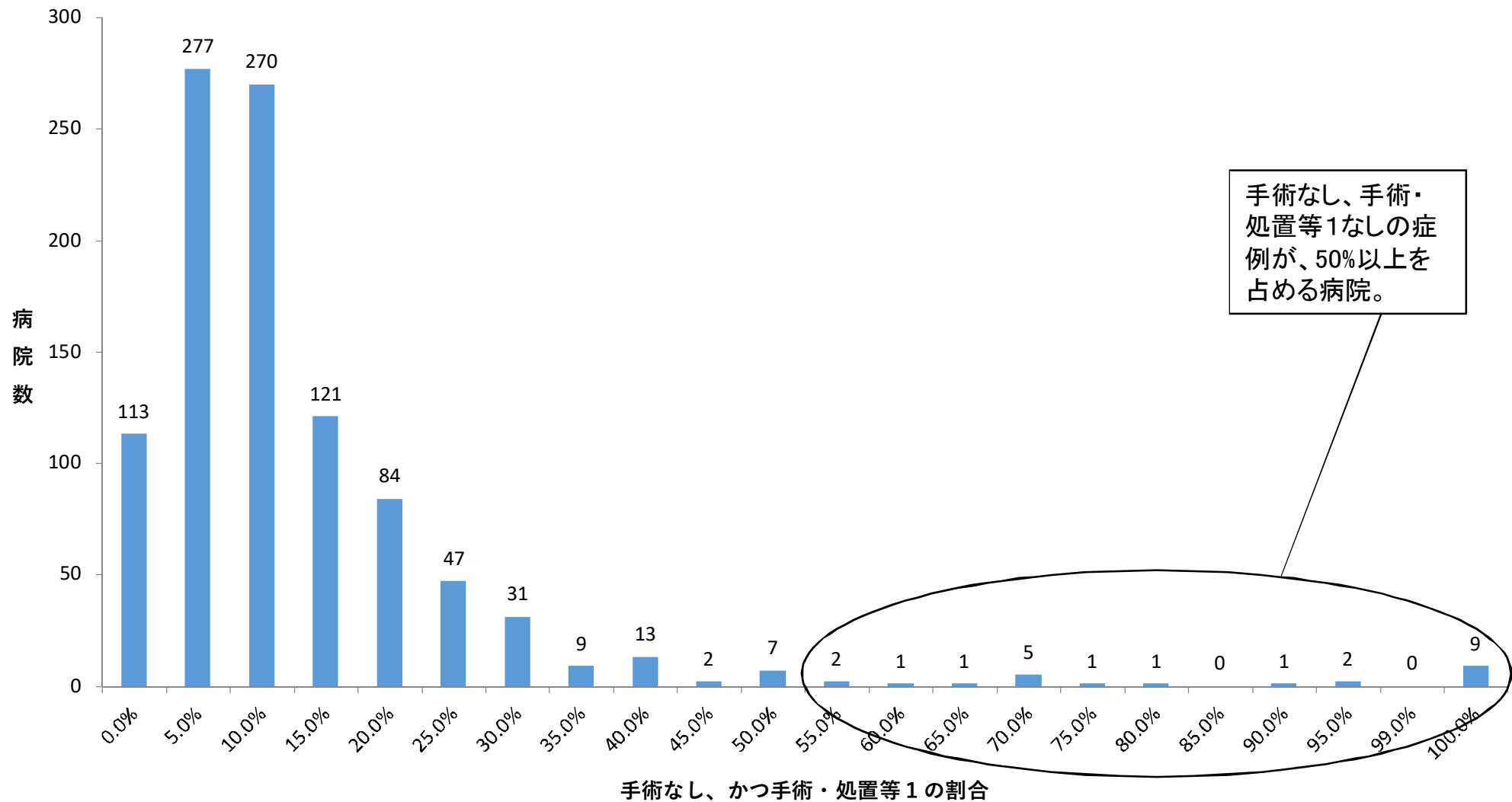


- ※ 医療資源投入量（1入院あたり）、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
- ※ 標準化：（実測値－平均値）/標準偏差
- ※ 青は、医療資源投入量、在院日数ともに値が上位（下位）300病院となる病院

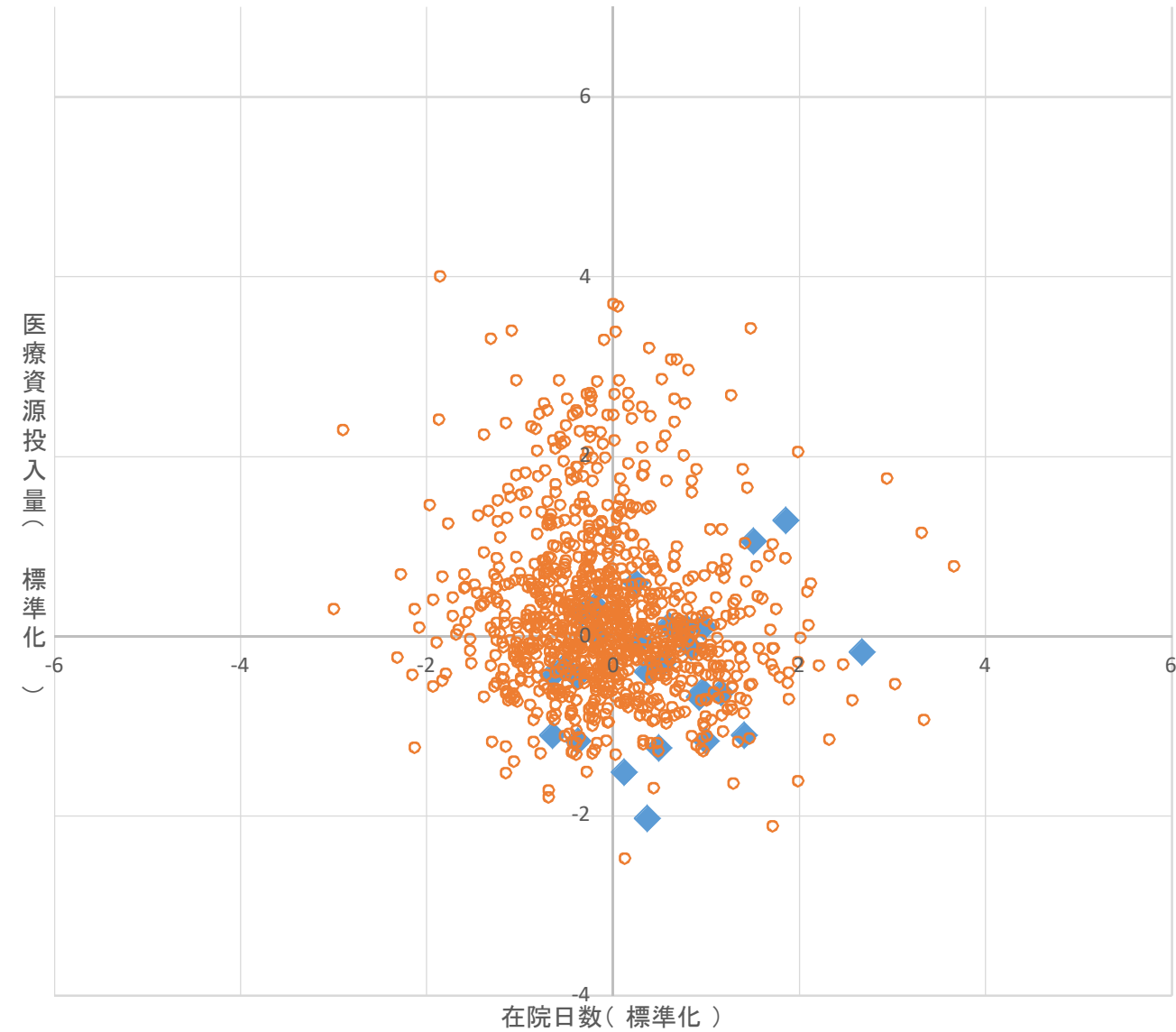
急性心筋梗塞の診断群分類区分と病院数の分布

診調組 入-2参考
元 . 1 0 . 3

○ 急性心筋梗塞(050030)の症例の内、手術なし、かつ手術・処置等1なしの症例が50%以上を占める医療機関が一定数存在する。



○ 急性心筋梗塞(050030)の症例の内、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占めるにも関わらず、在院日数が長い病院が一部存在する。



急性心筋梗塞(050030)の診断群分類

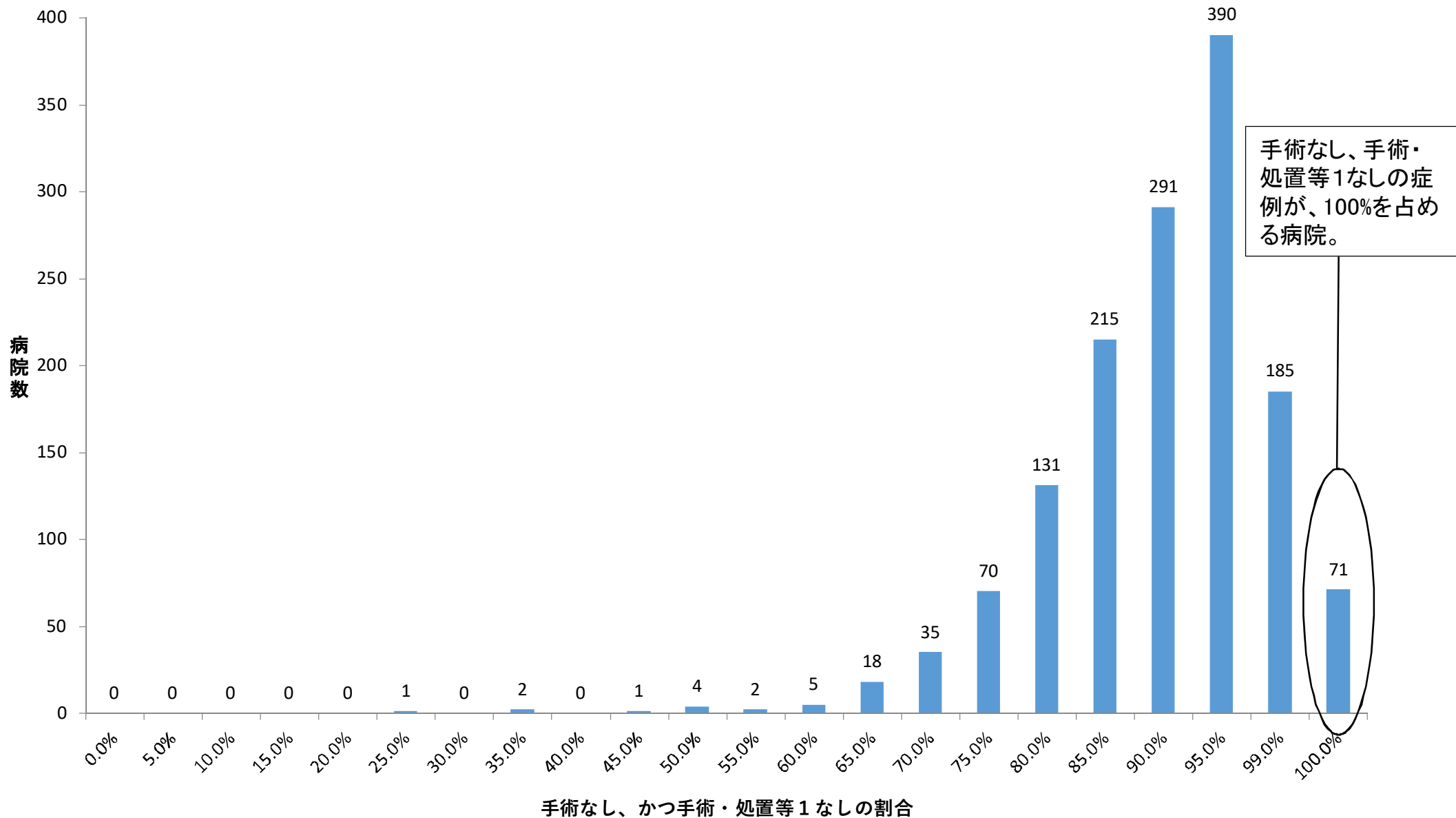
- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術等
 - ・左室形成等
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング
 - ・心臓カテーテル法等

※ 急性心筋梗塞(050030)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,003)

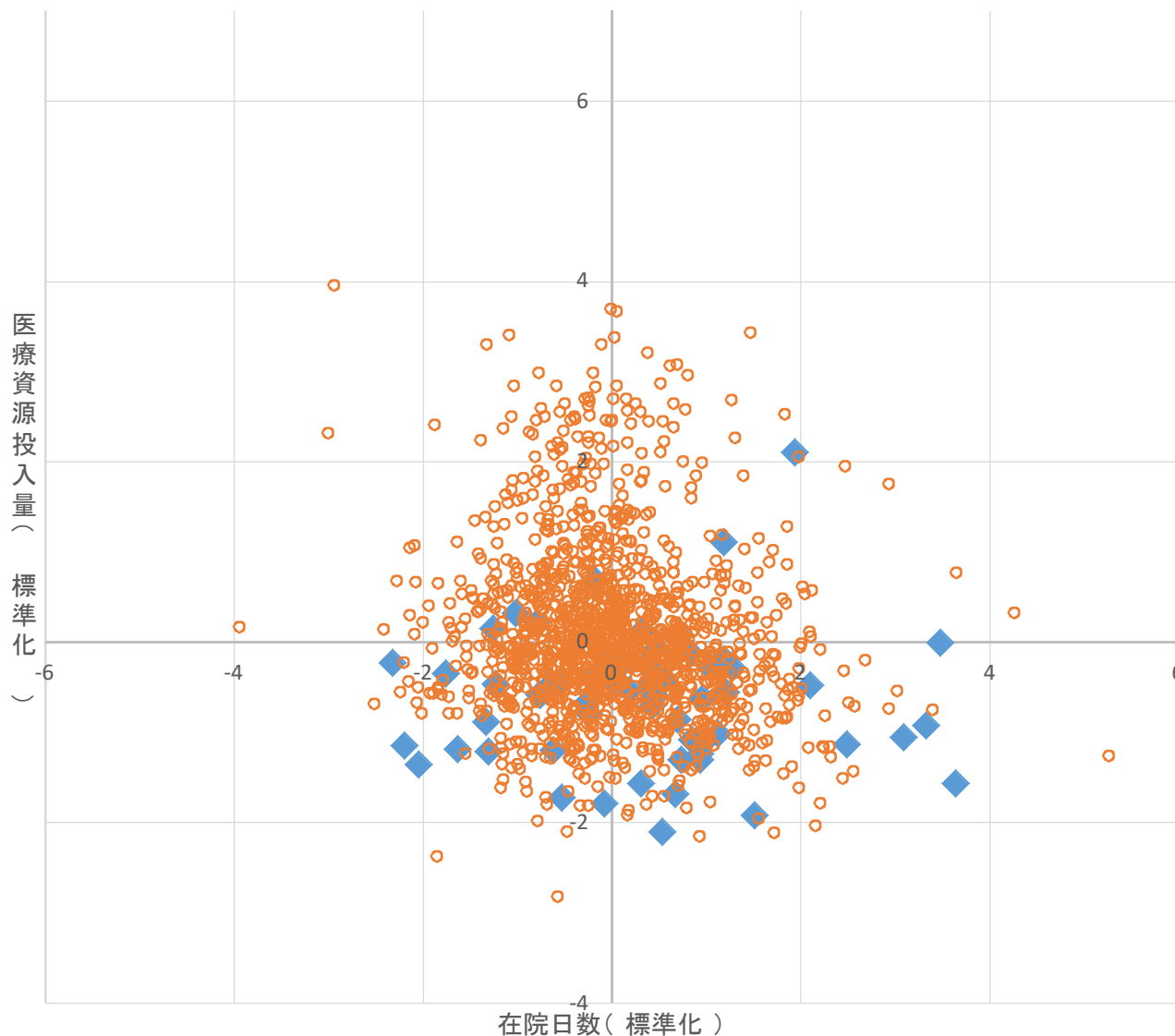
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占める病院

脳梗塞の診断群分類区分と病院数の分布

○ 脳梗塞(010060)の症例の内、手術なし、かつ手術・処置等1なしの症例が100%を占める医療機関が一定数存在する。



○ 脳梗塞(010060)の症例の内、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占めるにも関わらず、在院日数が長い病院が一部存在する。



脳梗塞(010060)の診断群分類

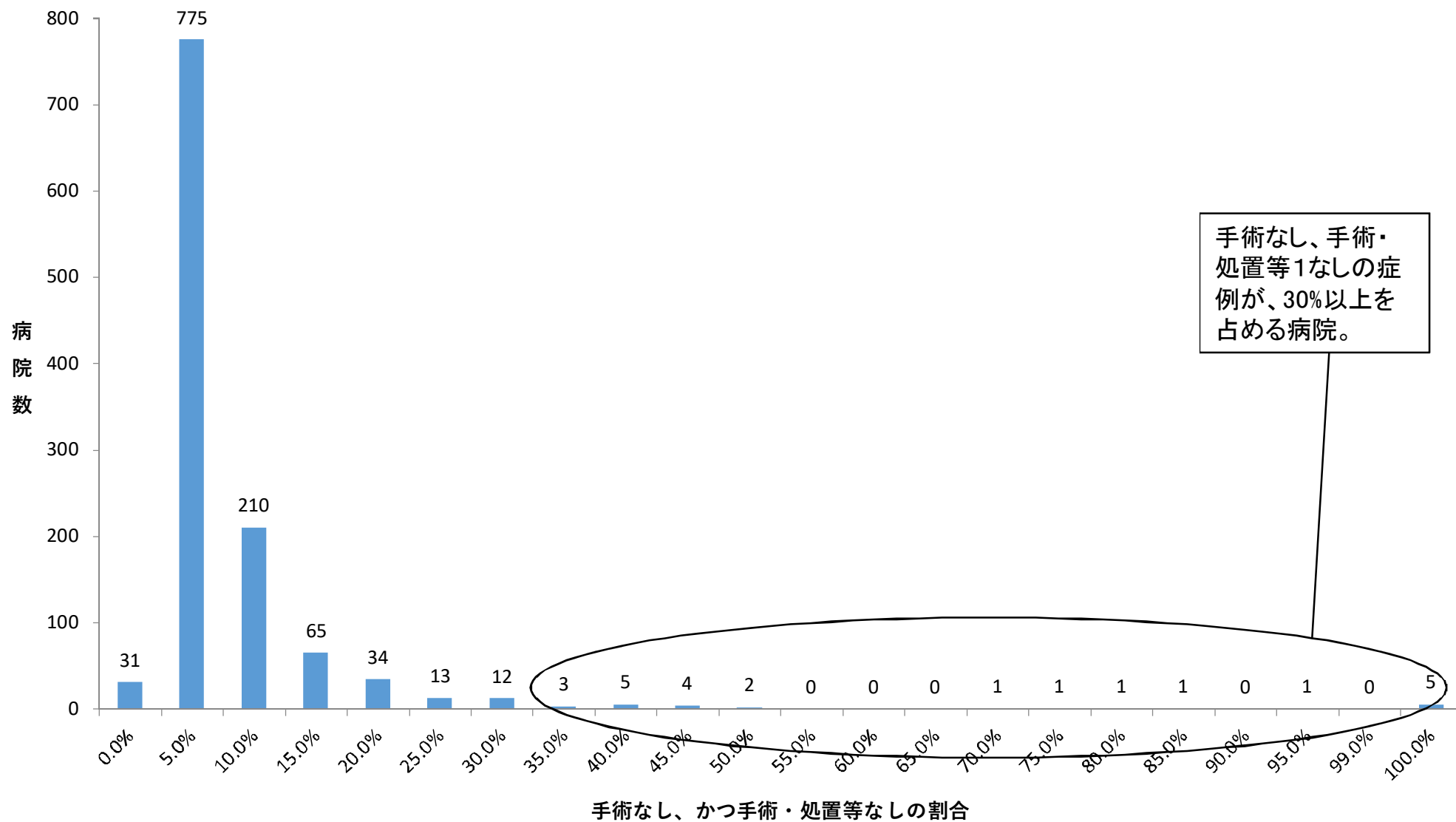
- 手術
 - ・動脈血栓内膜摘出術 等
 - ・経皮的脳血栓回収術 等
- 手術処置等1
 - ・造影剤注入手技 等

※ 脳梗塞(010060)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,421)

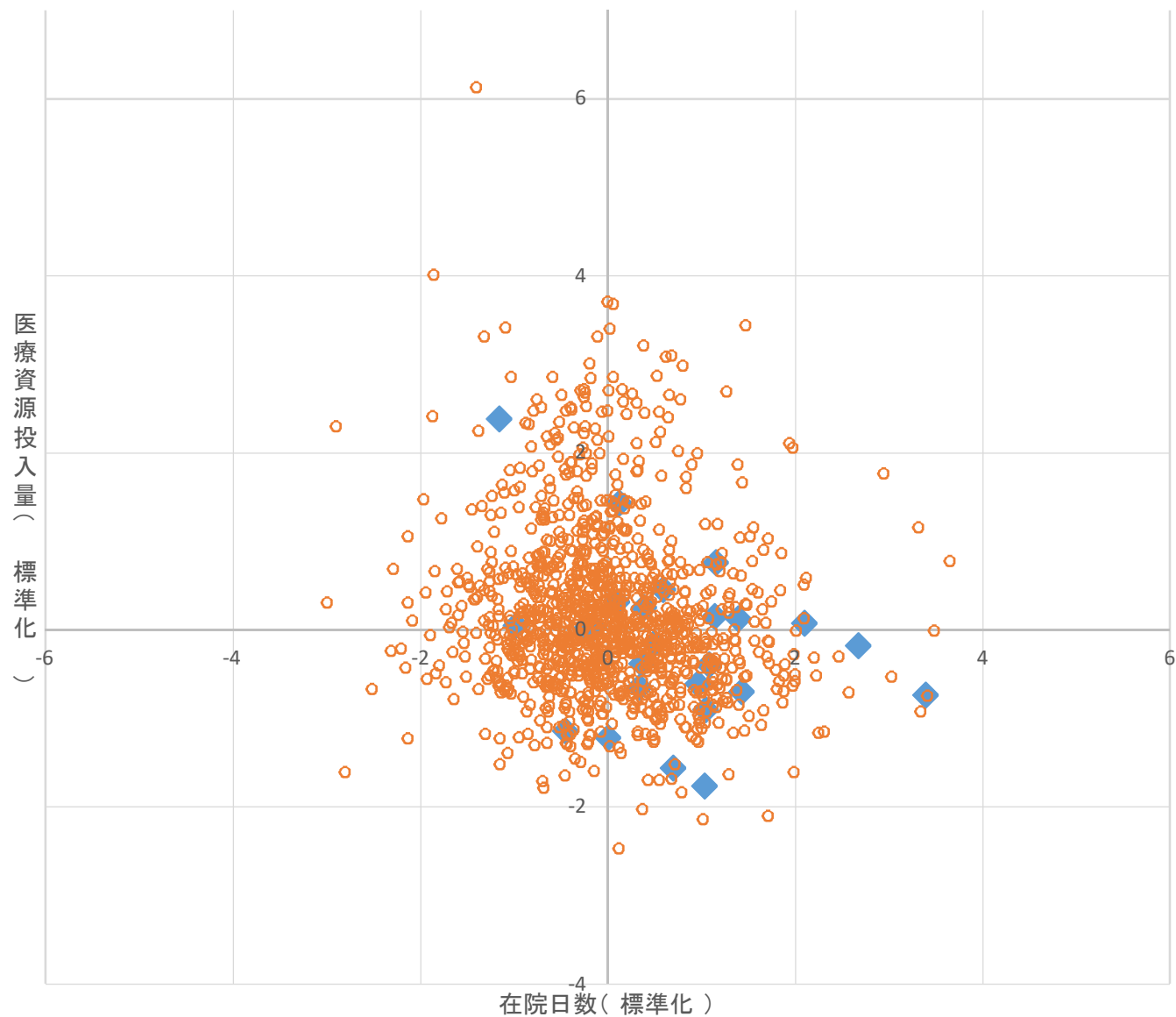
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

狭心症の診断群分類区分と病院数の分布

○ 狭心症(050050)の症例の内、手術なし、かつ手術・処置等1なしの症例が30%以上を占める医療機関が一定数存在する。



○ 狭心症(050050)の症例の内、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が30%以上を占めるにも関わらず、在院日数が長い病院が一部存在する。



狭心症(050050)の診断群分類

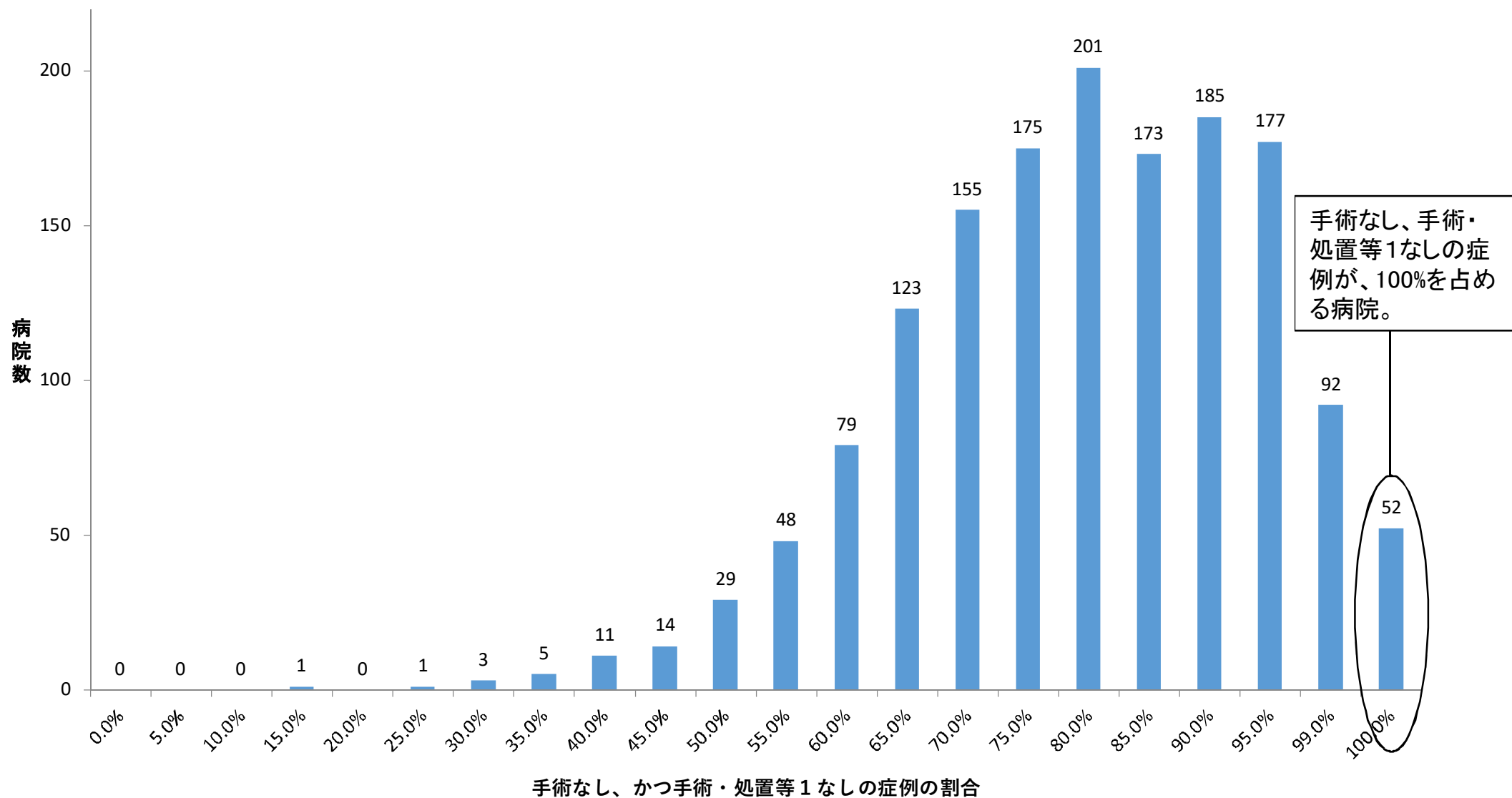
- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術
 - ・冠動脈大動脈バイパス移植術等
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング
 - ・心臓カテーテル法 等

※ 狭心症(050050)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,164)

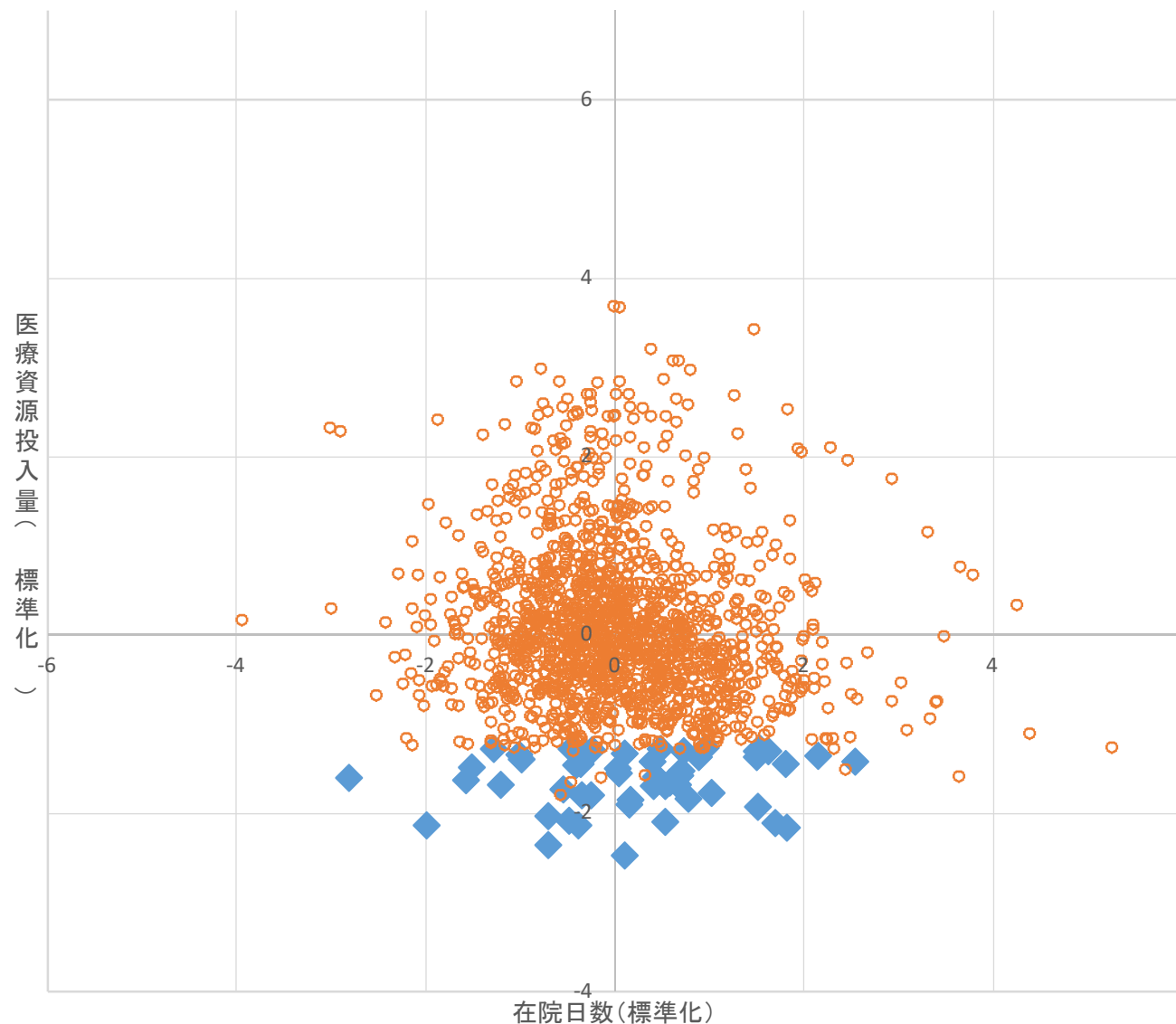
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が30%以上を占める病院

心不全の診断群分類区分と病院数の分布

○ 心不全(050130)の症例の内、手術なしかつ手術・処置等1なしの症例が100%を占める医療機関が一定数存在する。



○ 心不全(050130)の症例の内、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占めるにも関わらず、在院日数が長い病院が一部存在する。



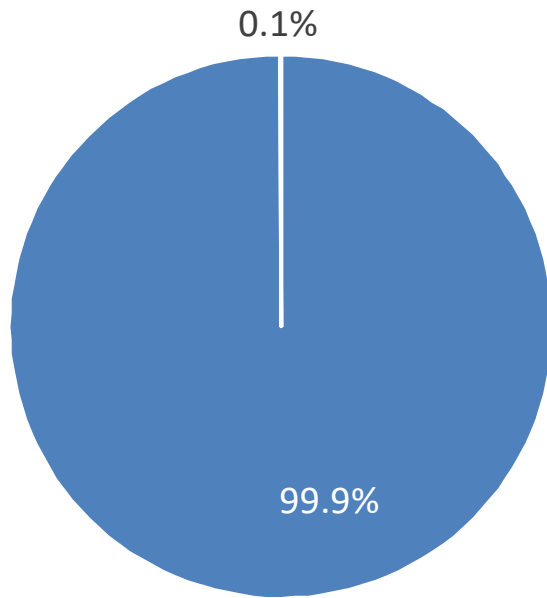
心不全(050130)の診断群分類

- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術
 - ・体外ペースメーカー術
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング
 - ・心臓カテーテル法 等

※ 心不全(050130)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,524)

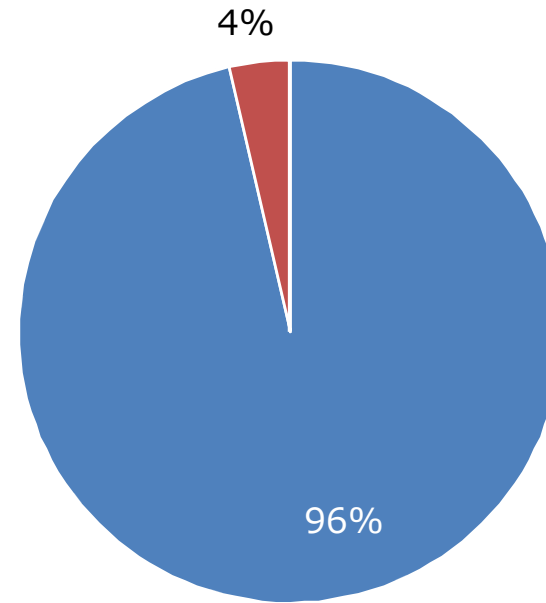
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

DPC対象病院の入院経路



■ 入院 ■ 転棟

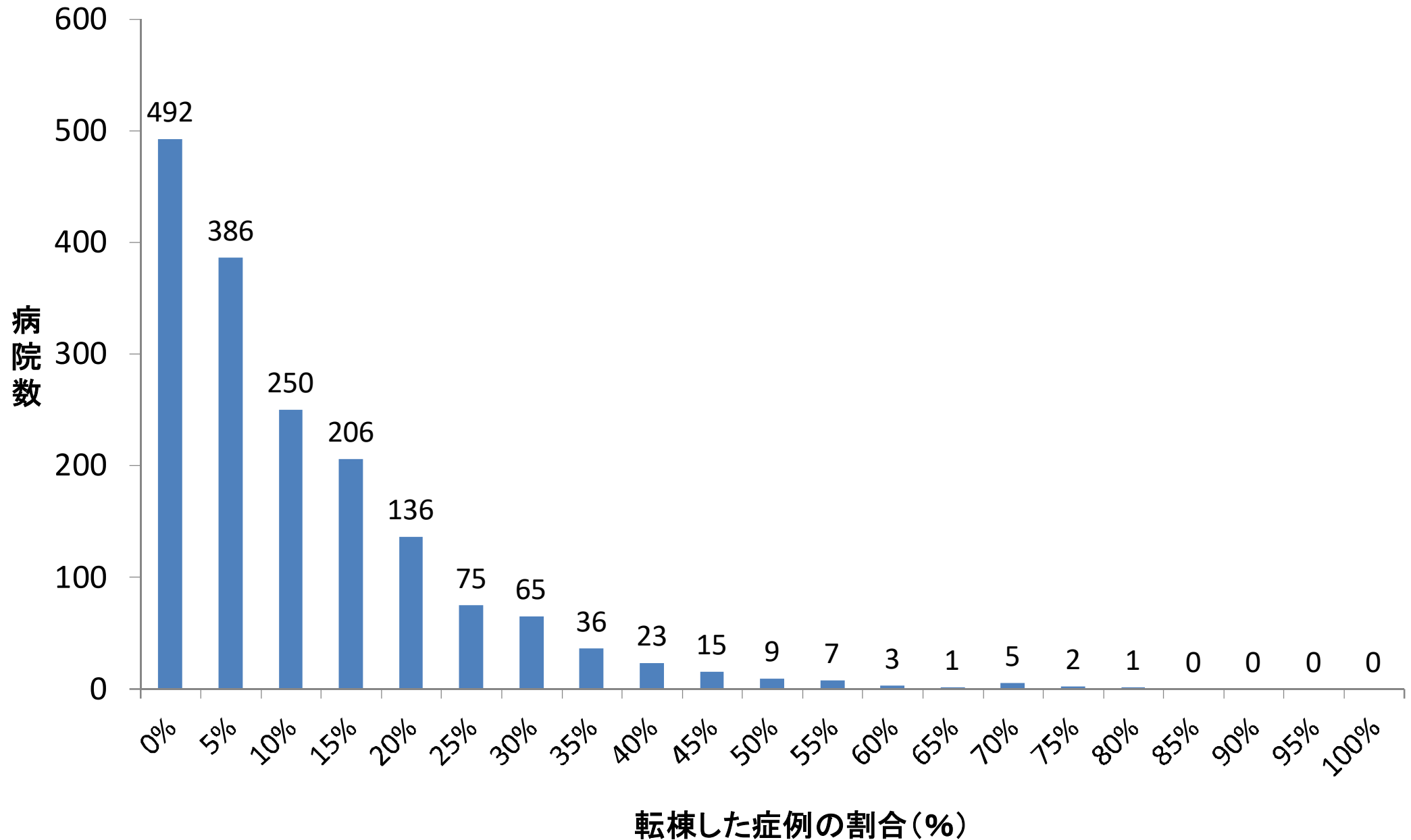
DPC対象病院の退出経路



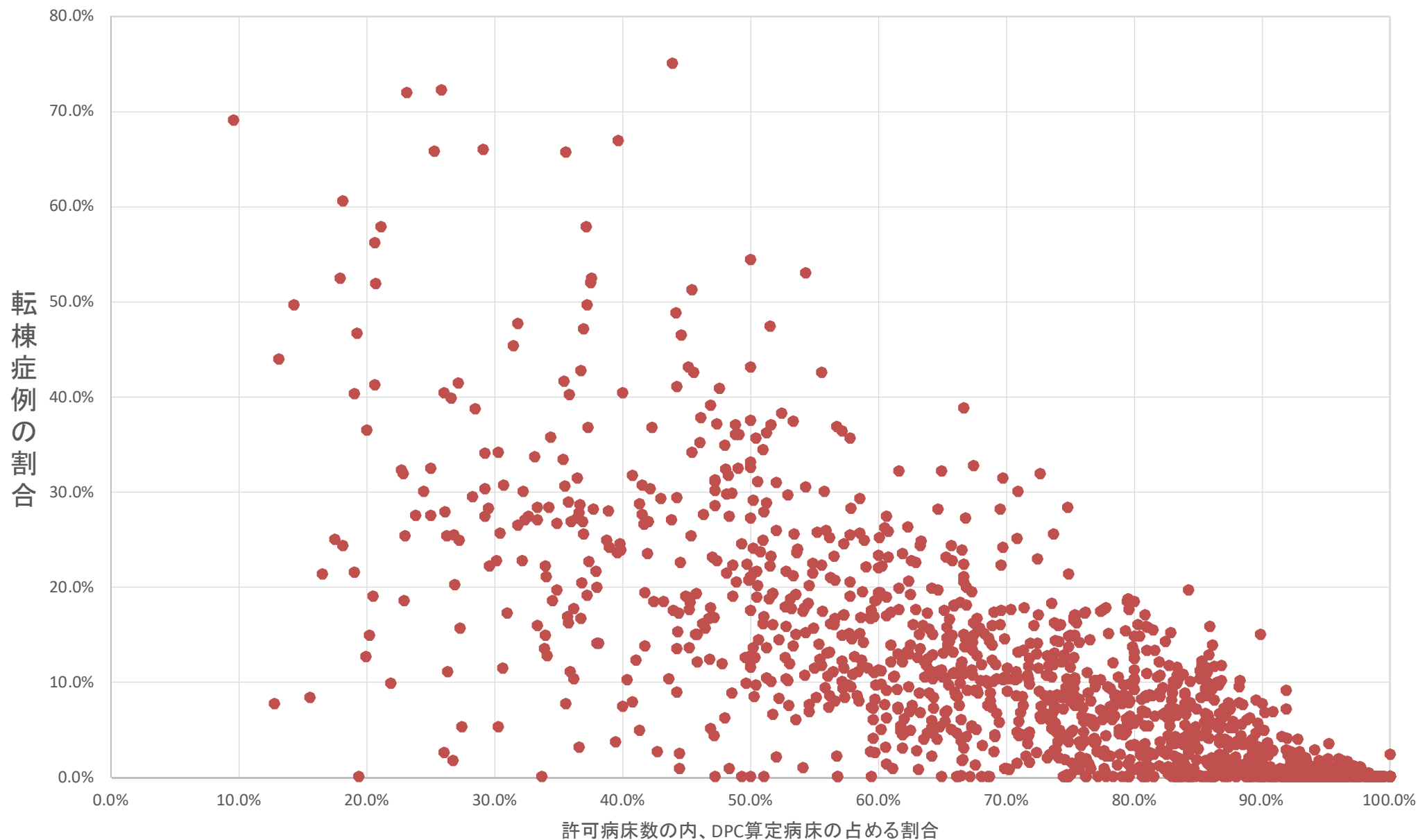
■ 退院 ■ 転棟

病院ごとの転棟した症例の割合別の病院数

診調組 入-2参考
元 . 9 . 19



DPC算定病床割合と転棟症例の割合



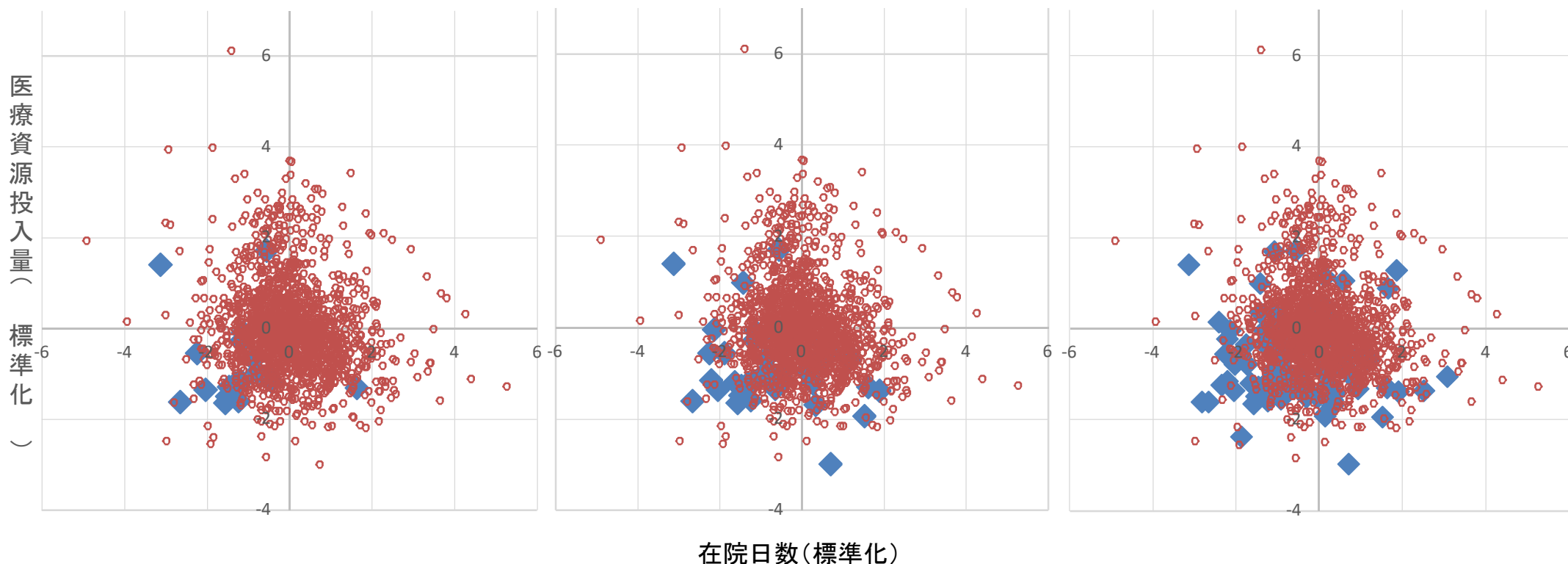
医療資源投入量及び在院日数と転棟との関係

- 転棟した症例が50%・40%・30%を越える病院のうち、医療資源投入量が少なく在院日数が短い群に分布するのはそれぞれ、84%(16/19)、62%(26/42)、55%(52/94)
- 当該割合が50%を越える病院の多くは、医療資源投入量が少なく在院日数が短い群に分布している。

転棟した症例の割合が50%以上の病院の分布

転棟した症例の割合が40%以上の病院の分布

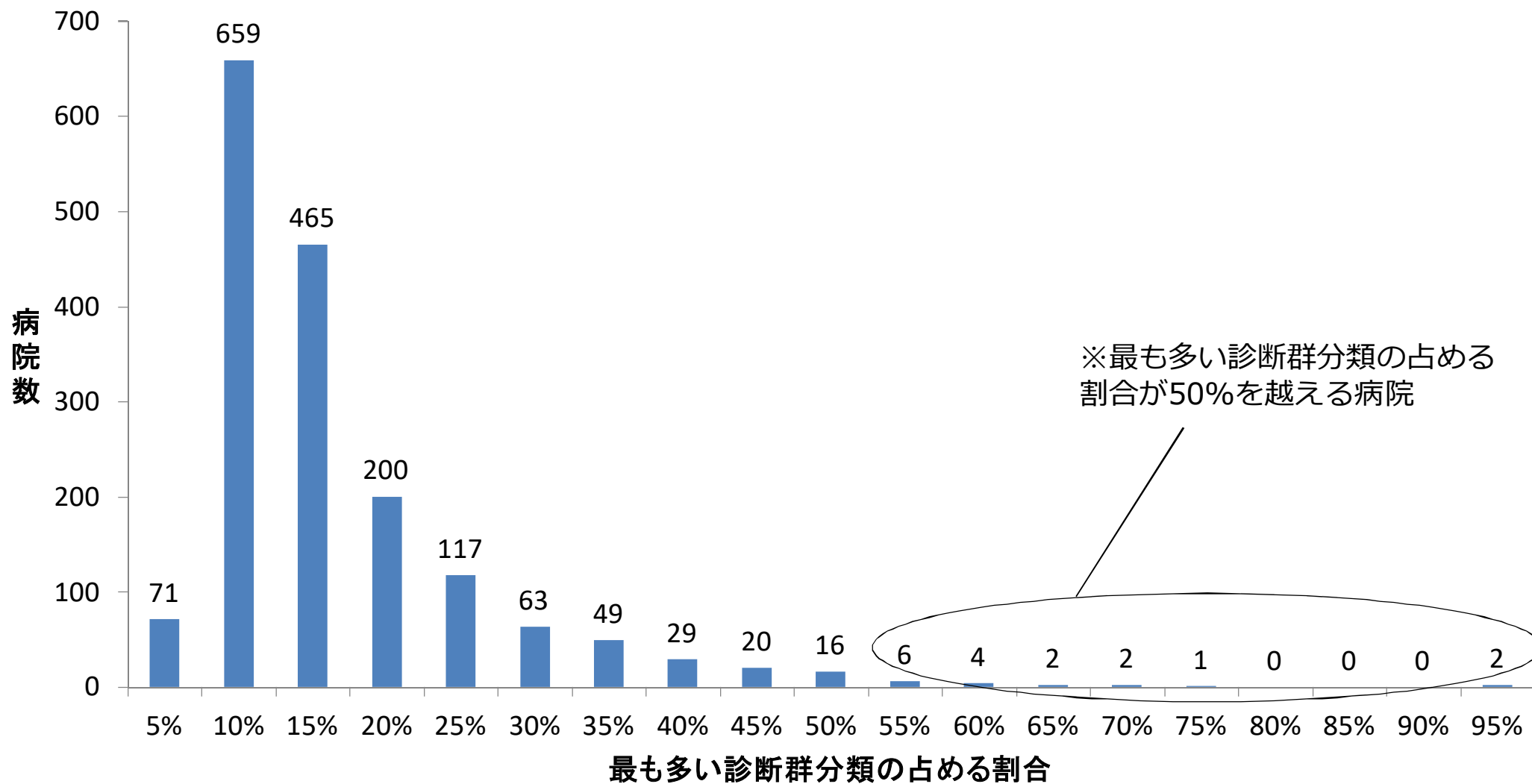
転棟した症例の割合が30%以上の病院の分布



- ※ 医療資源投入量(1入院あたり)、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
- ※ 標準化: (実測値-平均値)/標準偏差
- ※ 青は、転棟する症例が50%を越える病院

最も多い診断群分類の占める割合別の病院数

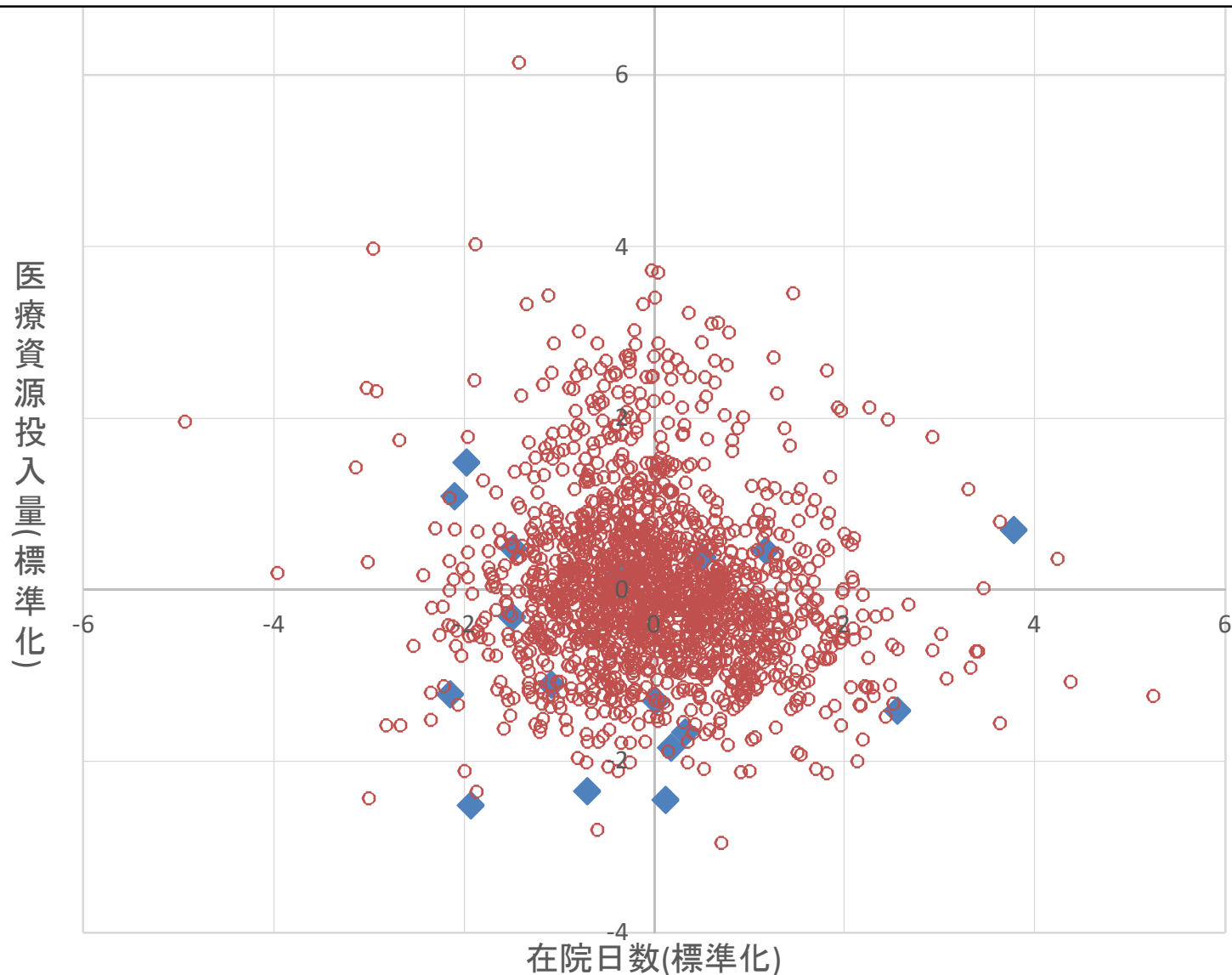
診調組 入-2参考
元 . 9 . 1 9



※診断群分類：主要診断群(MDC) 2桁に加え、傷病の細分類 4桁を加えた 6桁のコード(全505種類)

※病院ごとに最も多い診断群分類の割合が、全症例に占める割合を算出

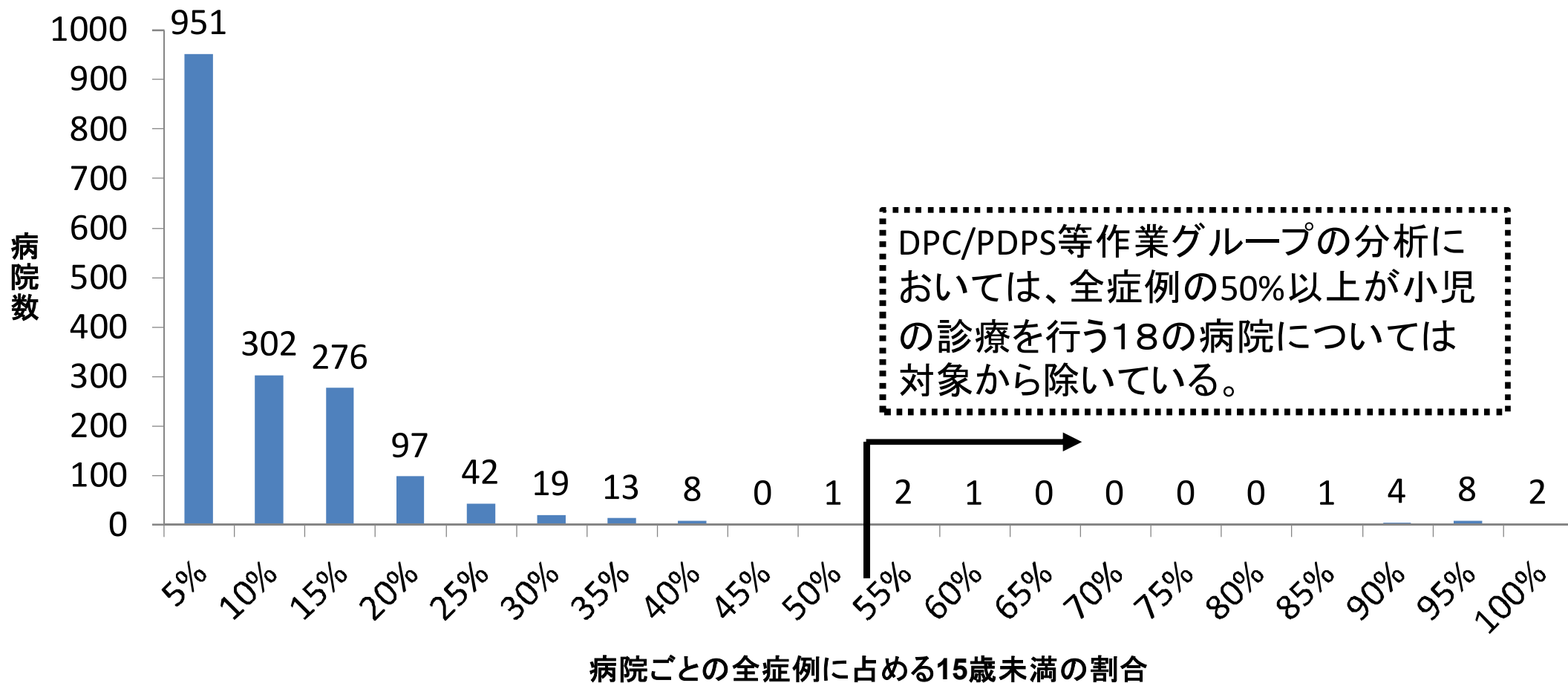
○ 特定の診断群分類の症例に対し診療を行っている病院について、医療資源投入量及び在院日数との明らかな相関は認められなかった。



- ※ 医療資源投入量（1入院あたり）、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
- ※ 標準化：(実測値-平均値)/標準偏差
- ※ 青は、転棟する症例が50%を越える病院

小児の症例が多い病院について

診調組 入2-2
元 . 7 . 25

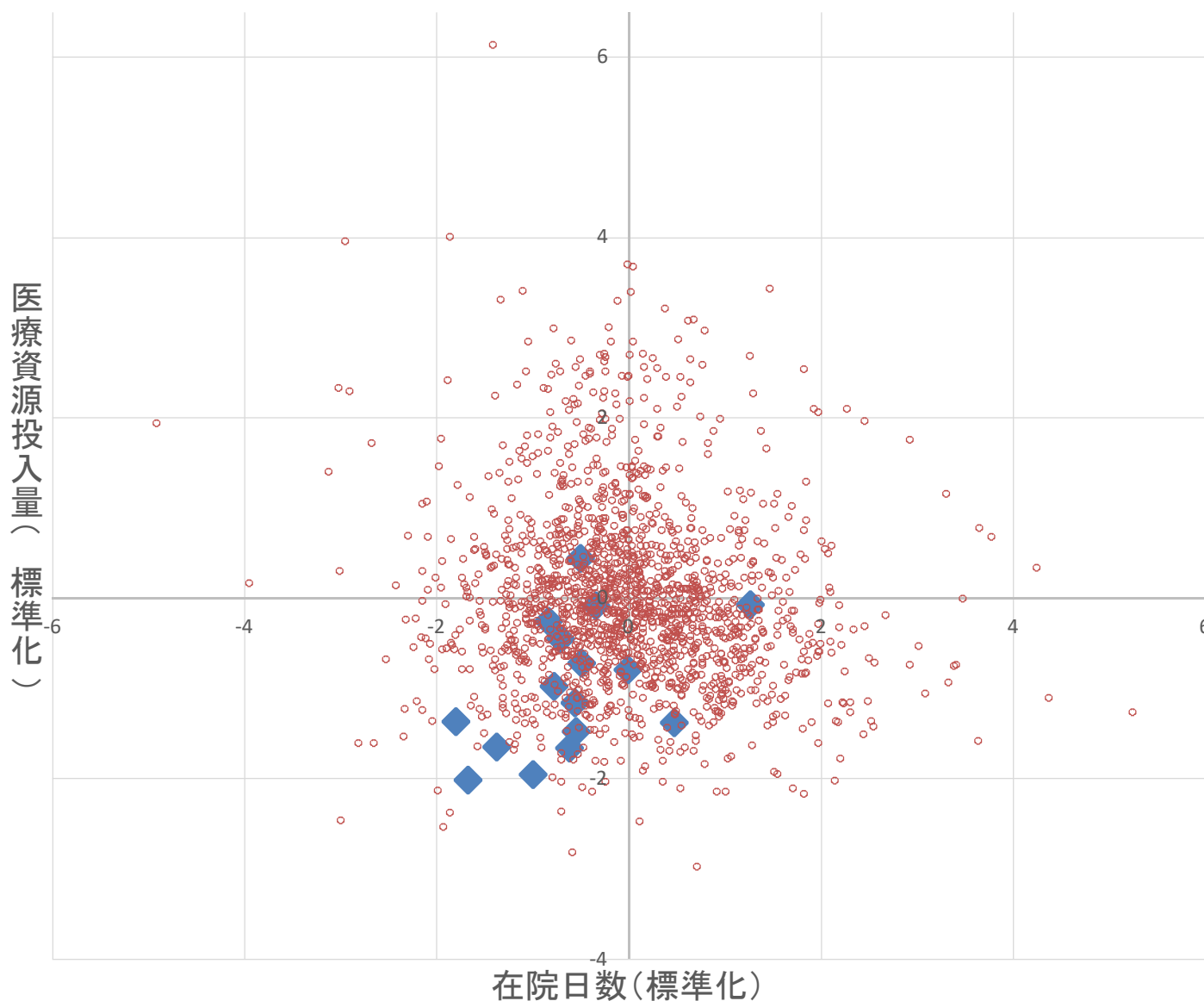


※15歳未満の割合

= 当該病院のDPC対象病棟に入院する15歳未満の症例数 / DPC対象病棟に入院する全症例数

医療資源投入及び在院日数と小児の症例の割合の関係

○ 小児の症例が全症例の50%を越える病院の多くは、医療資源投入料が少なく、在院日数が短い群に分布している。



- ※ 医療資源投入量(1入院あたり)、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
- ※ 標準化： $(\text{実測値} - \text{平均値}) / \text{標準偏差}$
- ※ 青は、全症例の50%以上が小児の診療を行う病院

とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて
 - 8-1. DPC対象病院の要件
 - 8-2. 医療機関別係数
 - 8-3. 退院患者調査に関する事項

「治験等の実施」について

(現状)

- 機能評価係数Ⅱの一つである地域医療係数において、高度・先進的な医療の提供として医師主導試験治療の実施、先進医療の実施、患者申し出療養の実施等を評価している。
- 地域医療係数の評価項目の一つである「10例以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成」について、該当する病院は令和元年4月時点で、2病院のみ。

(見直しの方向性)

- 臨床研究中核病院では、医師主導治験及び臨床研究の実施件数によるが評価されており、これを参考とし評価項目を見直してはどうか。

参考) 臨床研究中核病院の承認要件 (平成30年6月22日「医療法の一部改正(臨床研究中核病院関係)の施行等について」)

第2承認手続等

(1) 次の①又は②のいずれかに該当すること

① 省令第6条の5の3第1号に該当する特定臨床研究(以下「治験」という。)を主導的に実施した実績が4件以上あること

② 次のア及びイのいずれにも該当すること

ア 治験を主導的に実施した実績が1件以上であること

イ 次のi)及びii)に掲げる臨床研究を主導的に実施した実績が合計80件以上であること

i) 平成30年3月31日までに開始した臨床研究にあつては、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号)に規定する侵襲及び介入を伴う臨床研究であつて、医薬品、医療機器又は再生医療等製品を用いたもの

ii) 平成30年4月1日以降に開始した臨床研究にあつては、臨床研究法(平成29年法律第16号)第2条第1項に規定する臨床研究

「新型インフルエンザ等対策」について

(現状)

- 新型インフルエンザ等の発生時に必要な医療を提供する体制を整備する病院について、平成26年診療報酬改定から、機能評価係数Ⅱで評価することとしている。
- 現状では、新型インフルエンザ等対策に係る地方公共機関の指定を法人単位で受ける場合がある等、個別の病院の指定の状況について把握が困難な場合があったため、機能評価係数での評価は行っていなかった。

(見直しの方向性)

- 令和元年度から、新型インフルエンザ等対策政府行動計画を踏まえ、新型インフルエンザ等協力医療機関について、厚生労働省のホームページにおいて公開され、評価の対象となる病院が明確となったことから、令和2年度からは機能評価係数Ⅱにおいて評価を行うこととしてはどうか。

- 平成30年度診療報酬改定時には、診療報酬改定のある年度のみ激変緩和係数を設定し、推計診療報酬変動率は、±2%までとする対応を行ったところ。
- 平均的な診療実態から外れる病院の令和2年度診療報酬の対応については、引き続き検討することとした。
- 診療報酬改定における報酬の変動については、病院の個別の要因を特定することは困難と考えられるため、令和2年度診療報酬改定においても一定の激変緩和が必要ではないか。

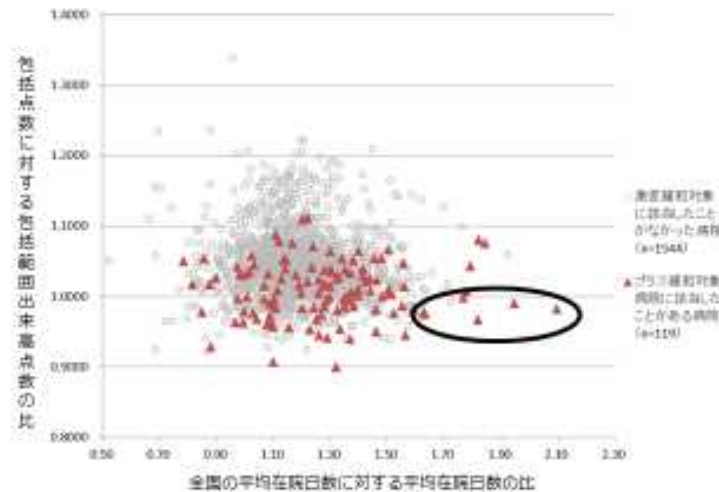
参考) 平成29年11月29日診調組

調整係数置換え完了に係る対応

診調組 参考(改)
29.11.29

激変緩和措置の具体的な方法

- ・ 診療報酬改定のある年度のみ激変緩和係数を設定（推計診療報酬変動±2%まで）
 - ・ 新たにDPC/PDPSに参加する医療機関のマイナス緩和は、所属医療機関群の平均値を用いる。
- 平均的な診療実態から外れる医療機関
- ・ 平成30年度診療報酬改定以降も取扱いについて検討する。



とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて
 - 8-1. DPC対象病院の要件
 - 8-2. 医療機関別係数
 - 8-3. 退院患者調査に関する事項

- 回復期リハビリテーション病棟、療養病棟のデータの公開について、FIM及び要介護度の集計を公開データに追加してはどうか。
- FIM及び要介護度の集計の公開に当たっては、入院症例の背景等による違いを踏まえた解釈が可能となるよう、必要な項目を、当該集計と併せて公表することとしてはどうか。

・ F I M

告示番号	施設名	当該集計と合わせて 公開する項目	入棟時						退棟時					
			運動項目			認知項目			運動項目			認知項目		
			13~26点	27~52点	53~91点	5~10点	11~20点	21~35点	13~26点	27~52点	53~91点	5~10点	11~20点	21~35点
0000	●●		○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%

・ 要介護度

告示番号	施設名	当該集計と合わせて 公開する項目	要介護度									
			0.無し	1.要支援1	2.要支援2	3.要介護1	4.要介護2	5.要介護3	6.要介護4	7.要介護5	8.申請中	9.不明
0000	●●		○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%

FIM、要介護度
について入力
しているデータ
の集計

- 提出されたデータのうち、FIM及び要介護度を公開することについては、令和元年9月19日開催の入院分科会においてご議論いただいたところ。
- 具体的に、当該集計と併せて公開する項目としては、以下の様な例が考えられる。

【FIM及び要介護度の集計と併せて公開する項目例(案)】

- FIM(回復期リハビリテーション病棟に入院した症例に限る。)
 - ・ 届出ている回復期リハビリテーション病棟入院料の種別
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出る病棟の病床数
 - ・ 当該医療機関に入院した全症例のうち、FIMの入力対象となった症例の占める割合
 - ・ FIMの入力対象となった症例の平均年齢
 - ・ FIMの入力対象となった症例のうち、手術ありの症例の割合
- 要介護度(療養病棟に入院した症例に限る。)
 - ・ 療養病棟入院基本料を届出る病棟の病床数
 - ・ 当該医療機関に入院した全症例のうち、要介護度の入力対象となった症例の占める割合
 - ・ 要介護度の入力対象となった症例の平均年齢

【データ提出加算の様式1について】

○ ある事象に係る評価として設けられている、データ提出加算の調査実施説明資料に定められた様式1における項目と、同一の事象に係る評価として、診療報酬上の他の項目の算定要件等において定められている項目が、異なっている場合がある(例:褥瘡に係る事項)。

○ 様式1における褥瘡の項目

値	所見
0	皮膚損傷・発赤なし
1	持続する発赤
2	真皮までの損傷
3	皮下組織までの損傷
4	皮下組織を越える損傷
5	関節腔、体腔に至る損傷
9	判定不能

- 「DESIGN-R分類」のDepth(深さ)に基づき、入棟時の褥瘡及び退棟時(死亡退院も含む。)の褥瘡を上表に従って入力することとされている(評価が一番深い部分により行うこととする。)

○ 入院料等 通則7 褥瘡対策について

別紙3
褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 性別 _____ 年齢 _____ 病室番号 _____
 氏名(別紙) _____ 氏名(別紙) _____
 氏名(別紙) _____ 氏名(別紙) _____

褥瘡の有無
 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、踵骨部、大転子部、踵部、その他())
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、踵骨部、大転子部、踵部、その他())

<日常生活自立度の低い入院患者>

危険因子の評価	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対応
・基本的動作能力 (ベッド上、自力排便機能) (イス上、座位姿勢の保持、転倒)	できる	できる	できない	
・褥瘡発出	なし	あり	あり	「あり/なし」は「できない」が1つ以上の場合、専任の医師が立案し、実施する
・関節拘縮	なし	あり	あり	
・栄養状態低下	なし	あり	あり	
・皮膚湿度(多汗、尿失禁、便失禁)	なし	あり	あり	
・皮膚の脆弱性(浮腫)	なし	あり	あり	
・皮膚の脆弱性(スキンケアの保有、既往)	なし	あり	あり	

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者>

褥瘡の深さ	①皮膚損傷・発赤なし	②褥瘡の深さ ①(1)褥瘡の深さ ②(1)褥瘡の深さ ③(1)褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	③褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	④褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑤褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑥褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑦褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑧褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑨褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑩褥瘡の深さ	合計点
深さ	なし	①(1)褥瘡の深さ ②(1)褥瘡の深さ ③(1)褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	③褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	④褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑤褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑥褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑦褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑧褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑨褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑩褥瘡の深さ	
深さ	なし	①(1)褥瘡の深さ ②(1)褥瘡の深さ ③(1)褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	③褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	④褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑤褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑥褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑦褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑧褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑨褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑩褥瘡の深さ	
深さ	なし	①(1)褥瘡の深さ ②(1)褥瘡の深さ ③(1)褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	③褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	④褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑤褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑥褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑦褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑧褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑨褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑩褥瘡の深さ	
深さ	なし	①(1)褥瘡の深さ ②(1)褥瘡の深さ ③(1)褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	③褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	④褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑤褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑥褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑦褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑧褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑨褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑩褥瘡の深さ	
深さ	なし	①(1)褥瘡の深さ ②(1)褥瘡の深さ ③(1)褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	③褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	④褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑤褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑥褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑦褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑧褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑨褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑩褥瘡の深さ	
深さ	なし	①(1)褥瘡の深さ ②(1)褥瘡の深さ ③(1)褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	③褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	④褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑤褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑥褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑦褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑧褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑨褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑩褥瘡の深さ	
深さ	なし	①(1)褥瘡の深さ ②(1)褥瘡の深さ ③(1)褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	③褥瘡の深さ ④(1)褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	④褥瘡の深さ ⑤(1)褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑤褥瘡の深さ ⑥(1)褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑥褥瘡の深さ ⑦(1)褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑦褥瘡の深さ ⑧(1)褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑧褥瘡の深さ ⑨(1)褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑨褥瘡の深さ ⑩(1)褥瘡の深さ	⑩褥瘡の深さ	

※評価する状態について、関節腔内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

- 日常生活の自立度が低い入院患者につき、上の様式を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこととされている。