

中央社会保険医療協議会 総会（第 433 回） 議事次第

令和元年11月15日(金) 保険医療材料専門部会終了後～
於 厚生労働省講堂（低層棟2階）

議 題

- 入院医療（その1）について
- 個別事項（その9）について
- 診療報酬改定結果検証部会からの報告について
- 被災地における特例措置について

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時:令和元年11月15日(金) 保険医療材料専門部会終了後
会場:中央合同庁舎第5号館 講堂(低層棟2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								松浦
有澤								
						田村	半田	吉川

中医協関係者

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	医療介護連携政策課長	調査課長	調査課数理企画官	
----------	---------	------------	------------	------	-------	------	------------	------	----------	--

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

入院医療（その1）

入院医療（その１）

１．一般病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況
- 重症度、医療・看護必要度

２．特定集中治療室管理料について

- 入院患者の評価指標
- 専門性の高い看護師
- 早期からの栄養管理

３．急性期入院医療に関するその他の事項について

- 総合入院体制加算
- 抗菌薬適正使用支援加算

1. 一般病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況
- 重症度、医療・看護必要度

現在の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準①

入院料等		急性期一般入院基本料							地域一般入院基本料
		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6	入院料 7	入院料 1
看護職員配置		7 対 1	10対 1						
必要度に係る加算		なし							
重症度、医療・看護必要度に係る基準		・ 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	一般病棟看護 必要度評価加算
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）	
患者割合 基準	必要度 I	なし	11%
	必要度 II		9 %

7 対 1 入院基本料の施設基準に係る経緯

平成17年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療制度改革大綱 <ul style="list-style-type: none"> ・「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」
平成18年	7対1入院基本料創設
平成19年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議 <ul style="list-style-type: none"> ・「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」
平成20年	7対1入院基本料の基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入 <ul style="list-style-type: none"> ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」
平成24年	7対1入院基本料の基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」 ○ 平均在院日数要件の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「平均在院日数が19日→18日以下」
平成26年	7対1入院基本料の基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「名称の変更」及び「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」 ○ データ提出加算の要件化、在宅復帰率の導入
平成28年	7対1入院基本料の基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「A項目の一部追加、B項目の項目変更、侵襲性の高い治療を評価するC項目を新設」 ・「A項目2点以上及びB項目3点以上→A項目2点以上及びB項目3点以上、<u>A項目3点以上又はC項目1点以上</u>」 ・「該当患者割合を15%以上→<u>25%以上</u>」 ○ 在宅復帰率の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「75%以上→<u>80%以上</u>」
平成30年	7対1入院基本料の基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟入院基本料の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を「急性期一般入院基本料」へ再編・統合 ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・C項目の内容変更 ・該当患者の基準に「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」を追加（総合入院体制加算も同様に基準を追加） ・A項目及びC項目は診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を評価する「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を新設 ○ 在宅復帰率の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「在宅復帰・病床機能連携率」と名称を変更 ・指標の定義等の見直し

（参考）平成14年 特定集中治療室管理料に重症度の判定基準及び患者割合を導入
平成16年 ハイケアユニット入院医療管理料に重症度・看護必要度の判定基準及び患者割合を導入

改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の状況

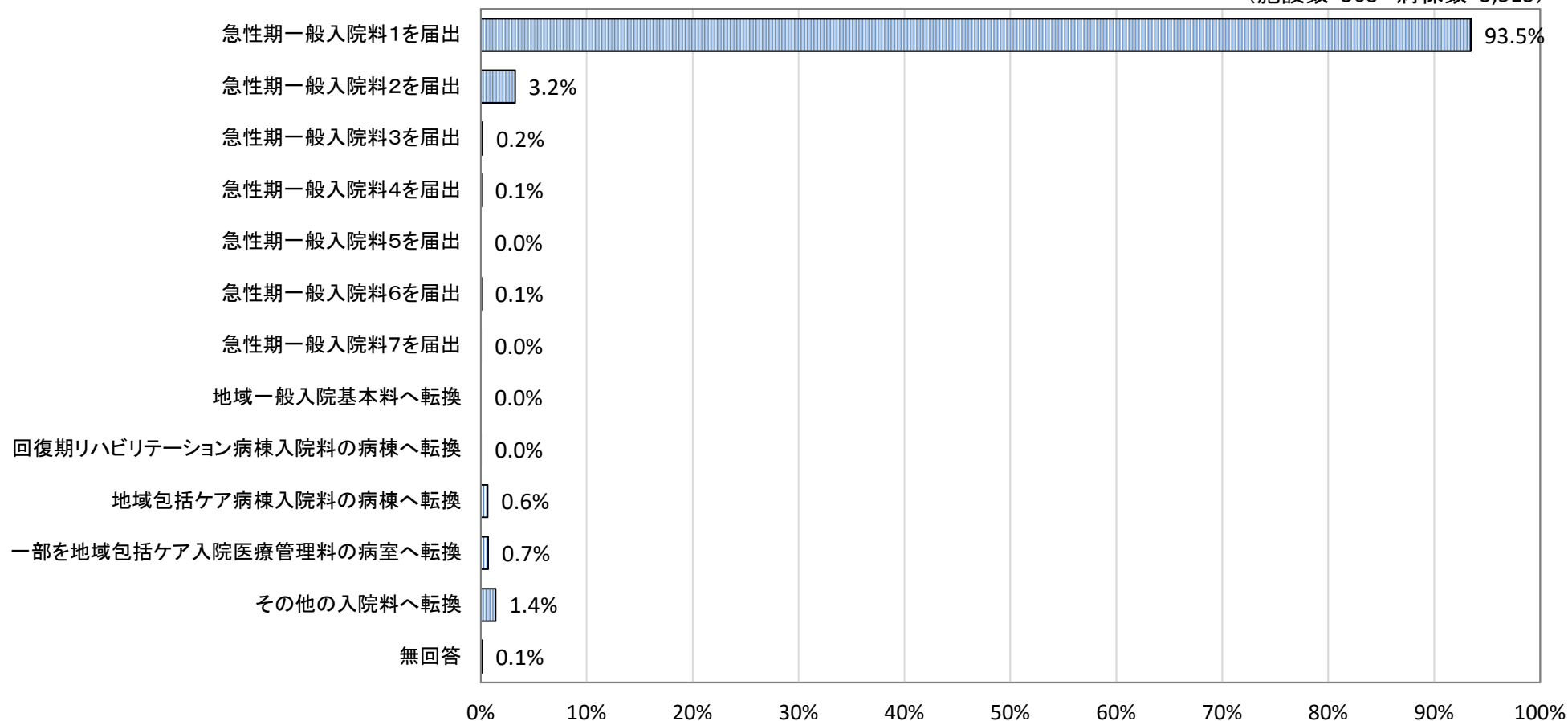
診調組 入-1
元 9 26

- 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）



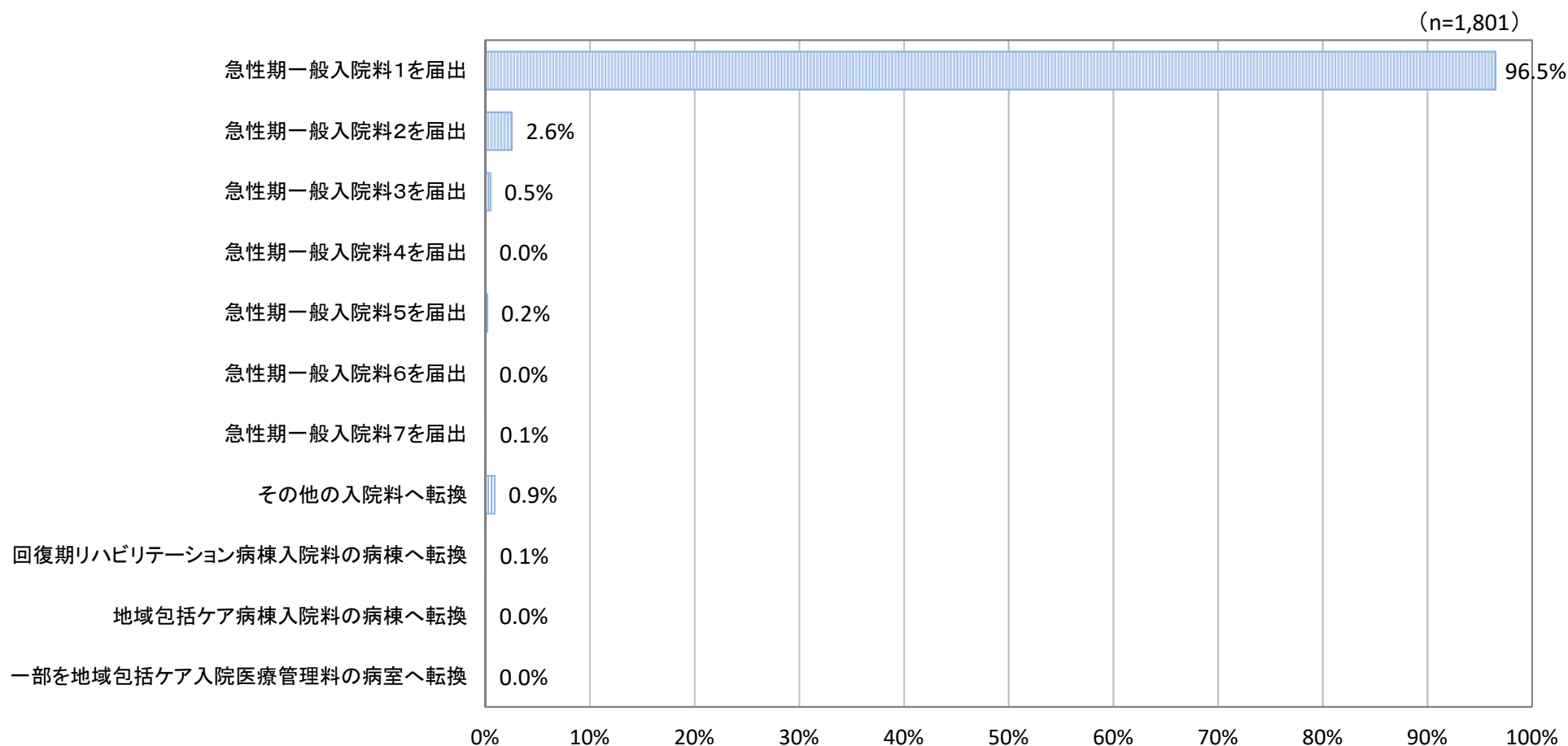
改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の状況

診調組 入-1
元 6 7

- 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。

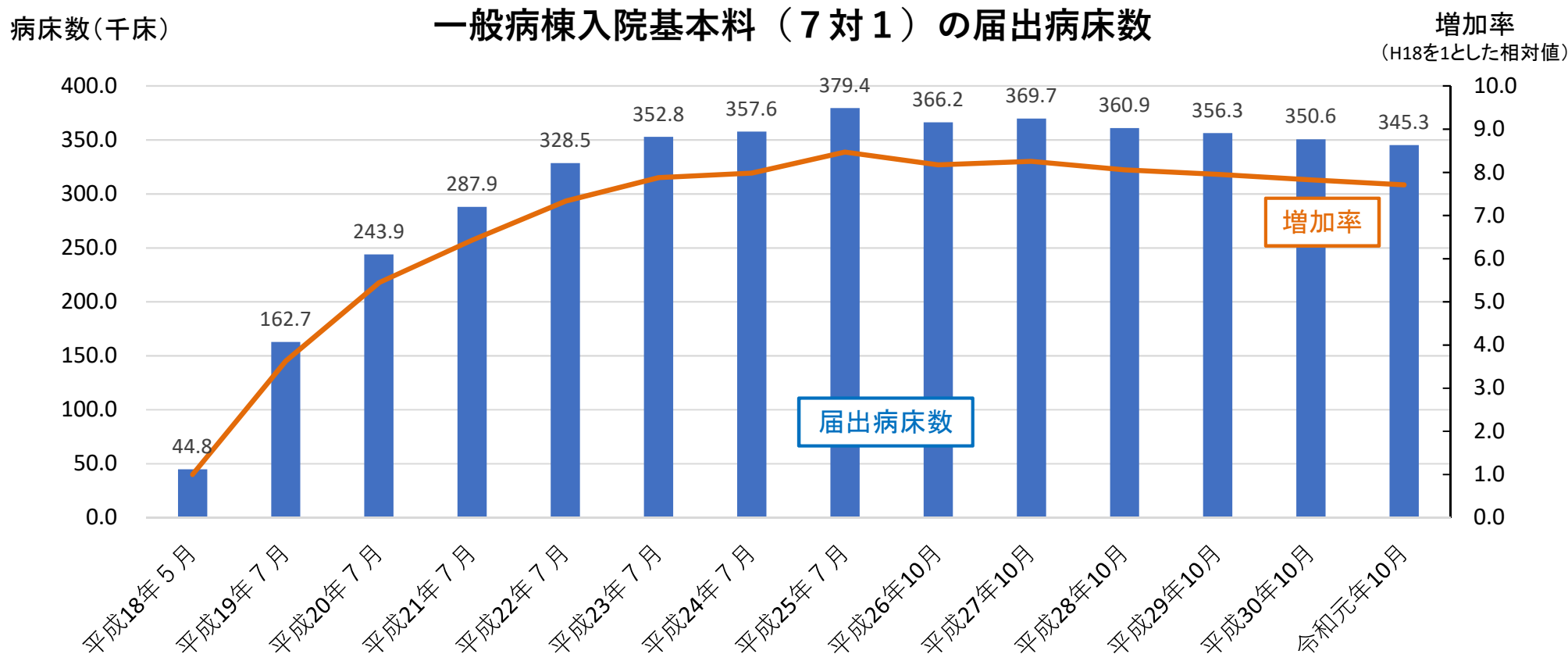
2018年度調査

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



7対1入院基本料(急性期一般入院料1)の届出状況

○ 7対1入院基本料(平成30年度以降は急性期一般入院料1)の届出病床数は近年減少傾向。



[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の
見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の
見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護
必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の
導入

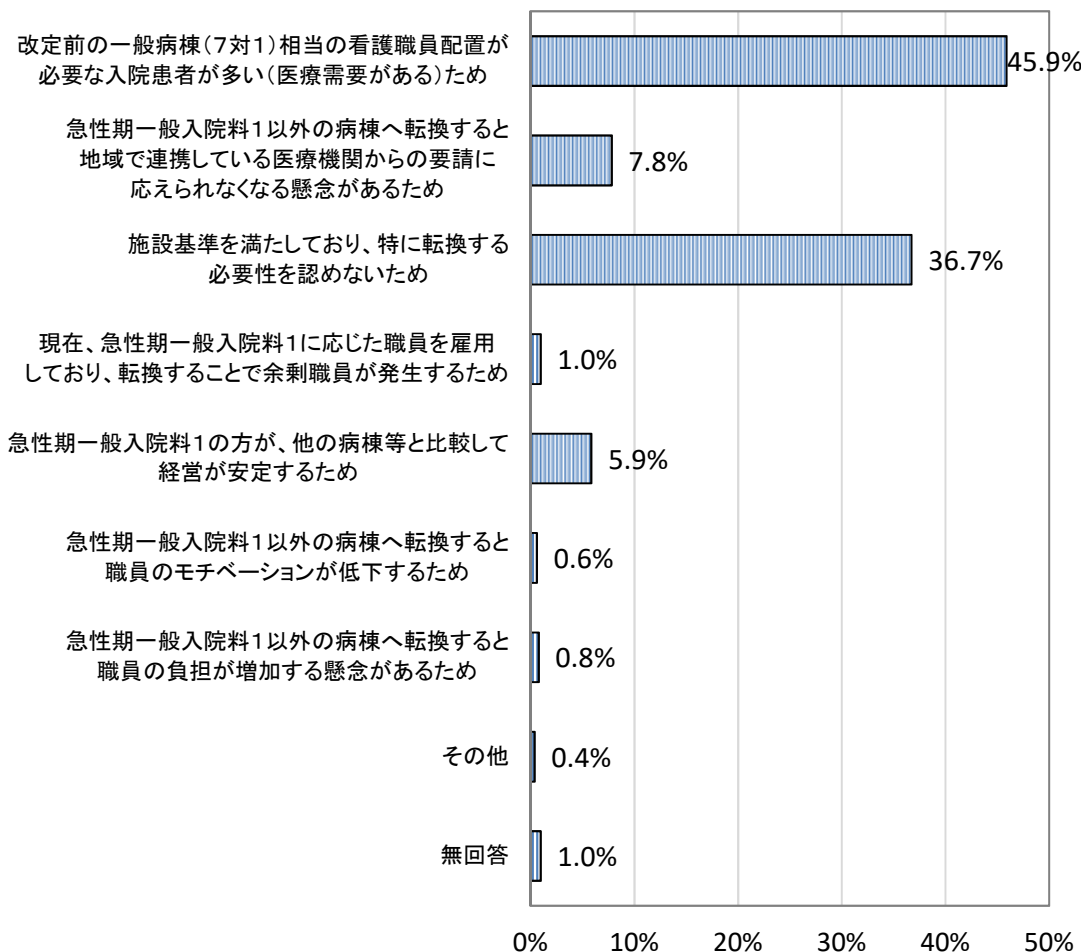
[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

[H30.4]
重症度、医療・看護必要度Ⅱの創設
該当患者割合基準の見直し
(25%→30%)
判定基準の追加
C項目の評価の見直し

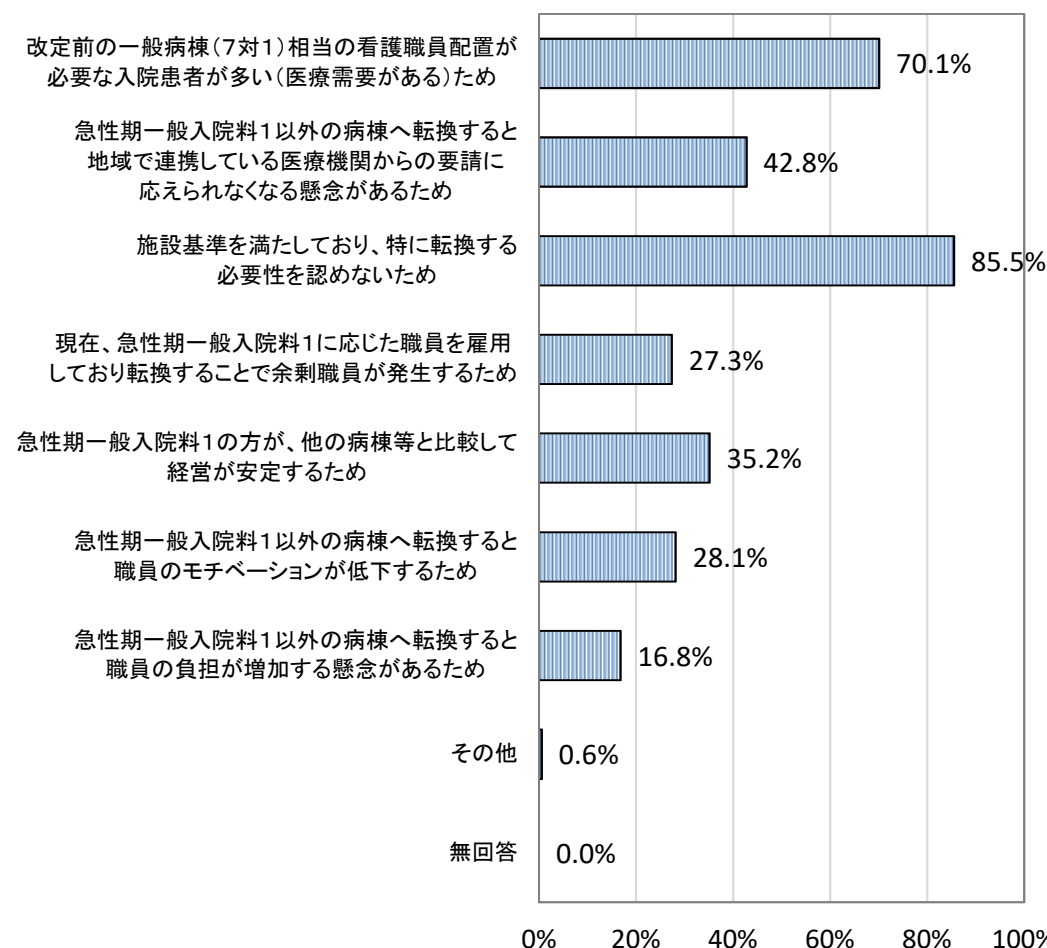
○ 急性期一般入院料1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「改定前の一般病棟(7対1)相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため」や「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため」が多かった。

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)



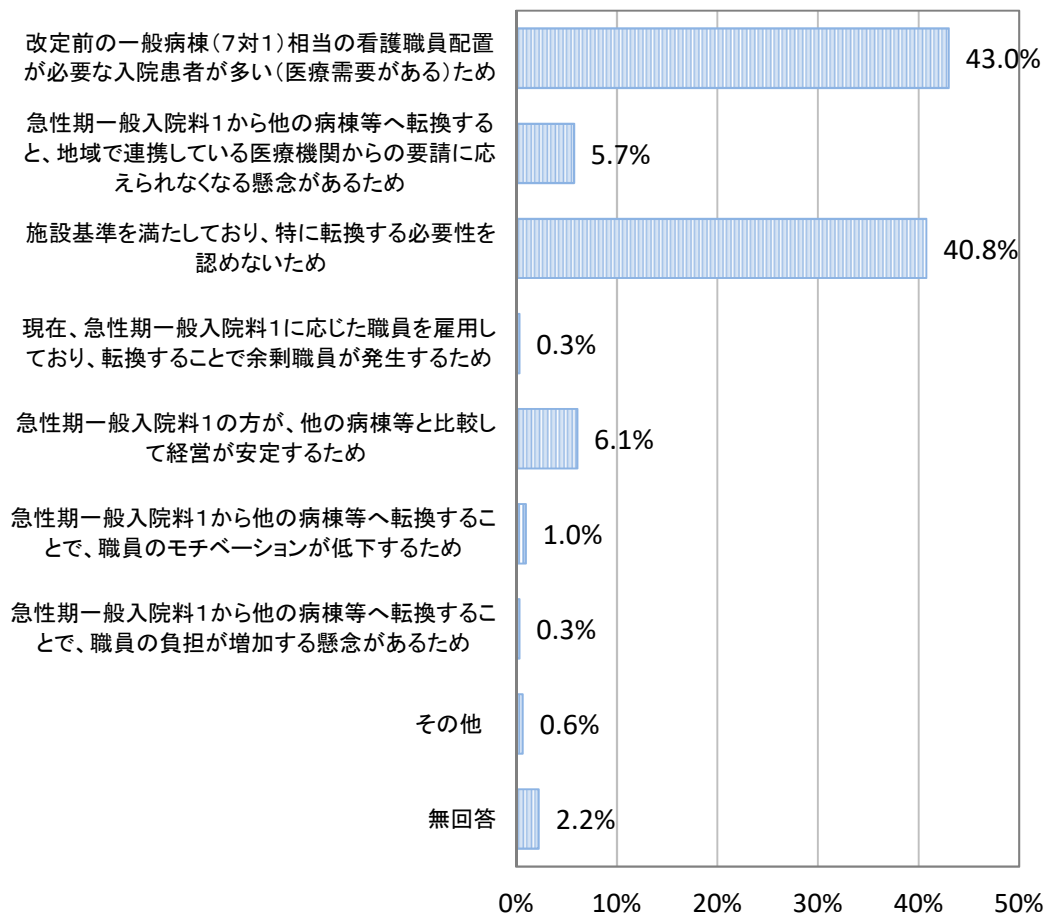
急性期一般入院料1を届出ている理由 (複数回答) (n=512)



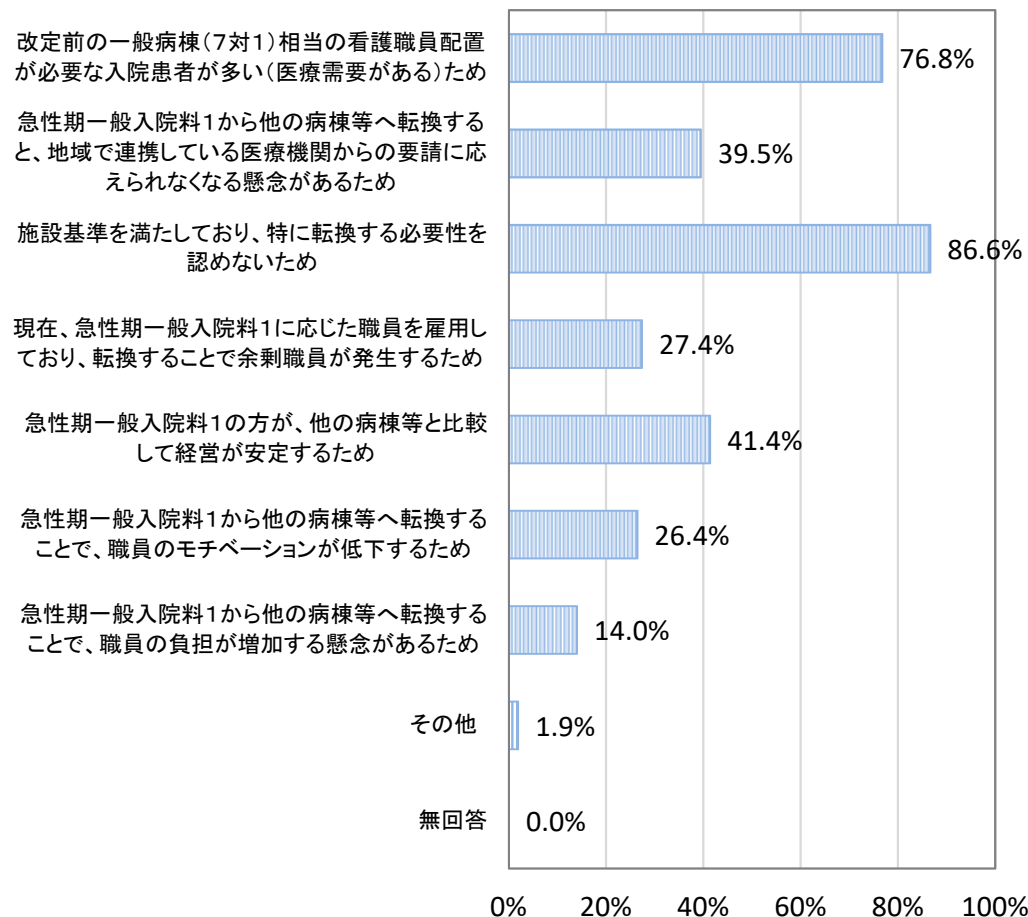
○ 急性期一般入院料1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「改定前の一般病棟(7対1)相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため」や「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため」が多かった。

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)

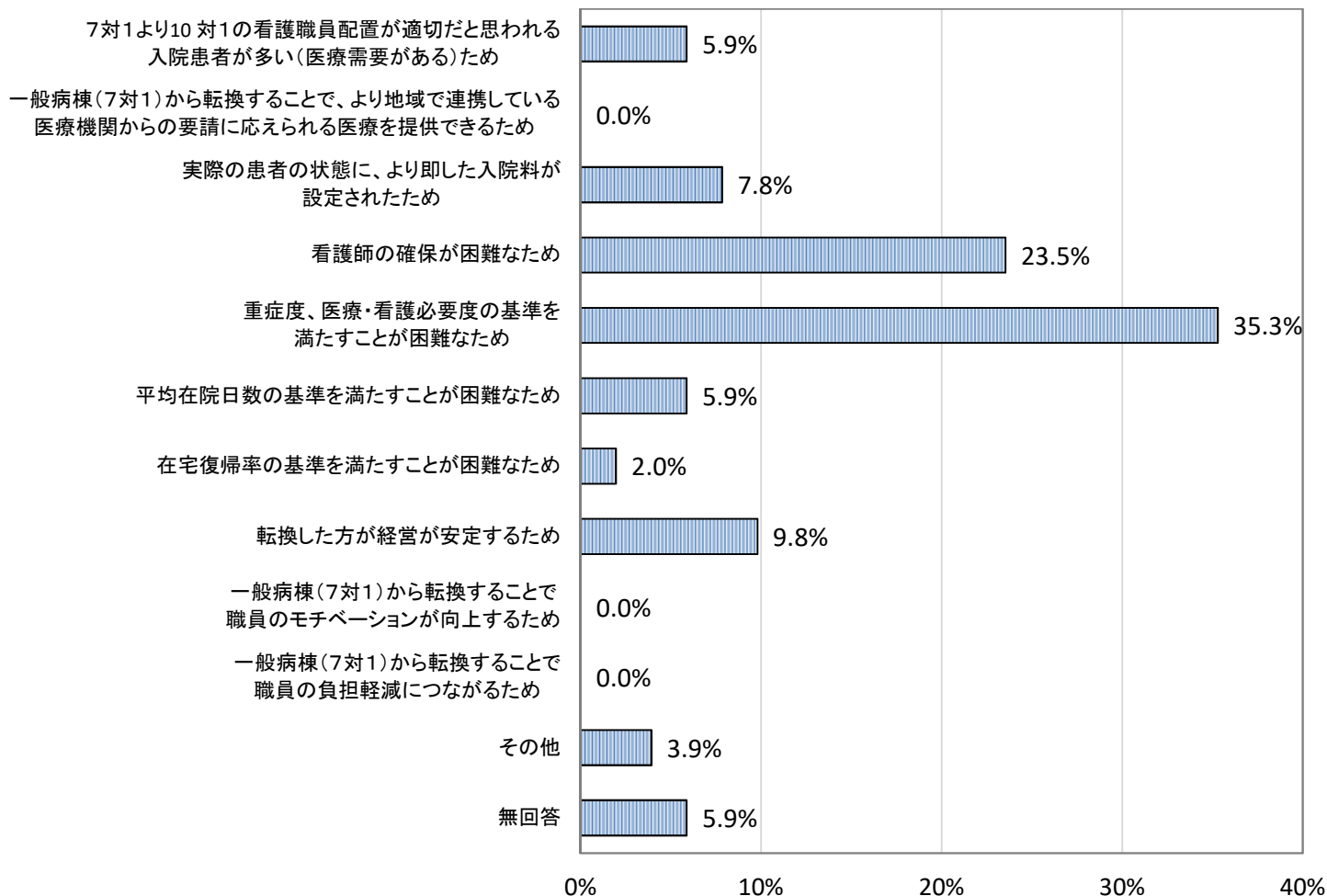


○ 一般病棟（7対1）から急性期一般入院料2又は3に転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難なため」が最も多く、次いで「看護師の確保が困難なため」が多かった。

2019年度調査

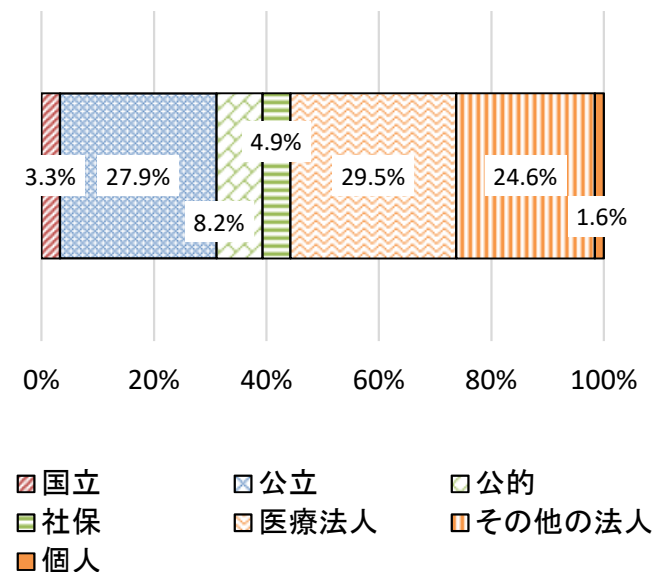
一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）

(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)

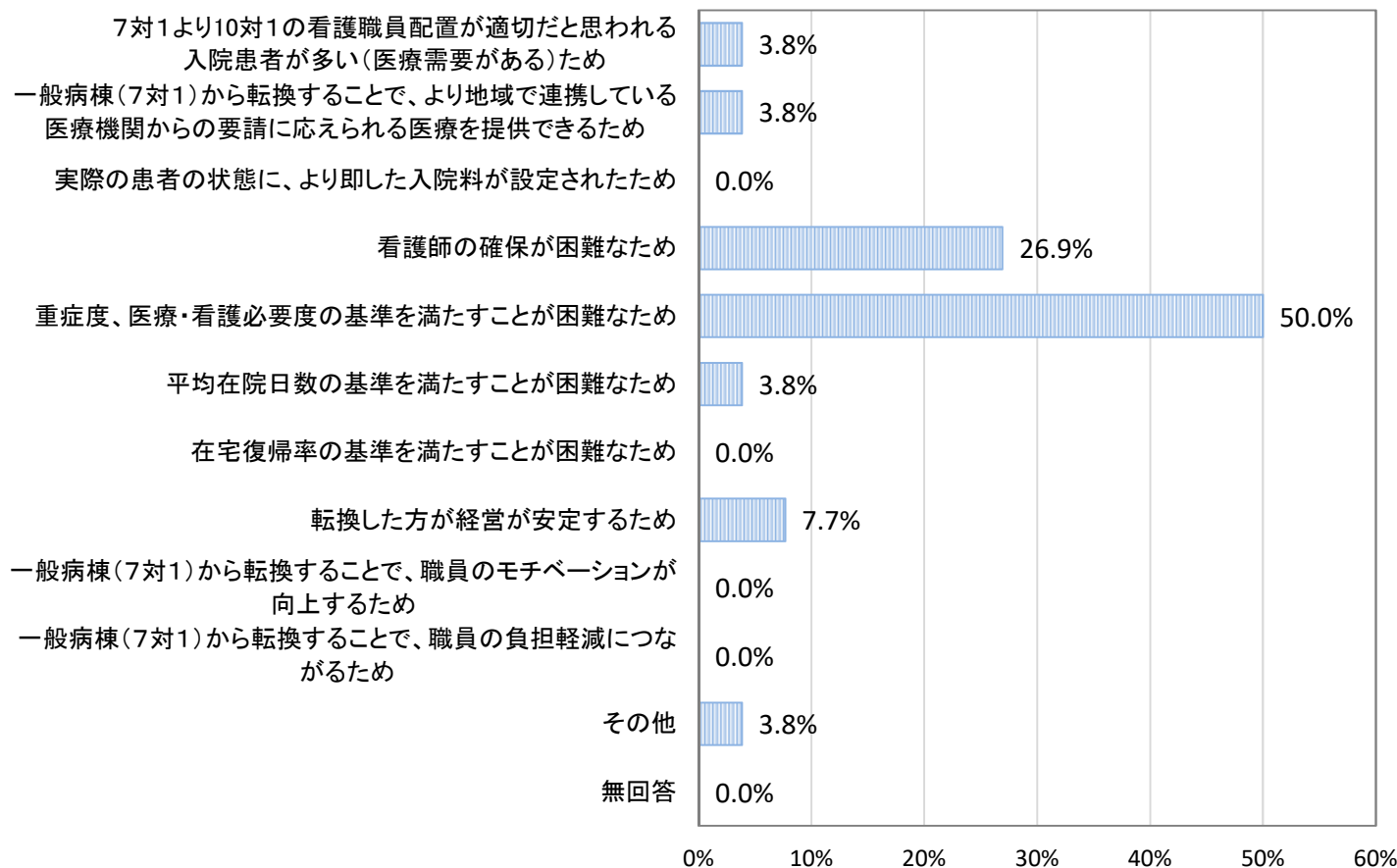


○ 一般病棟（7対1）から急性期一般入院料2又は3に転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難なため」が最も多く、次いで「看護師の確保が困難なため」が多かった。

2018年度調査

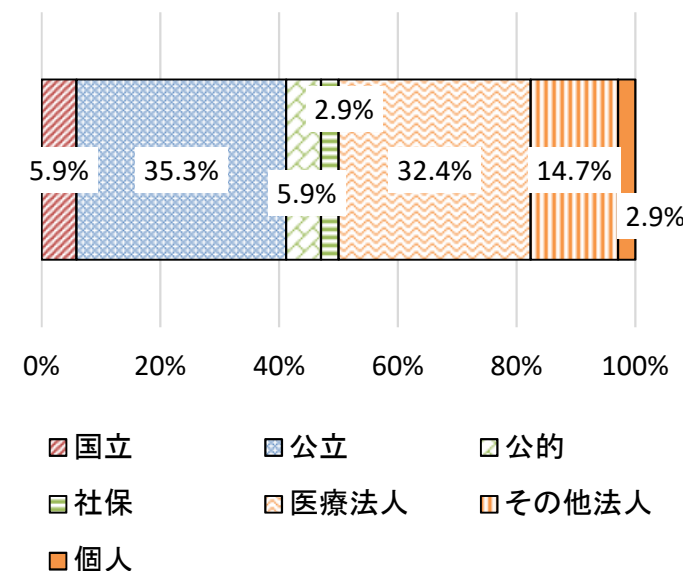
一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）

(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

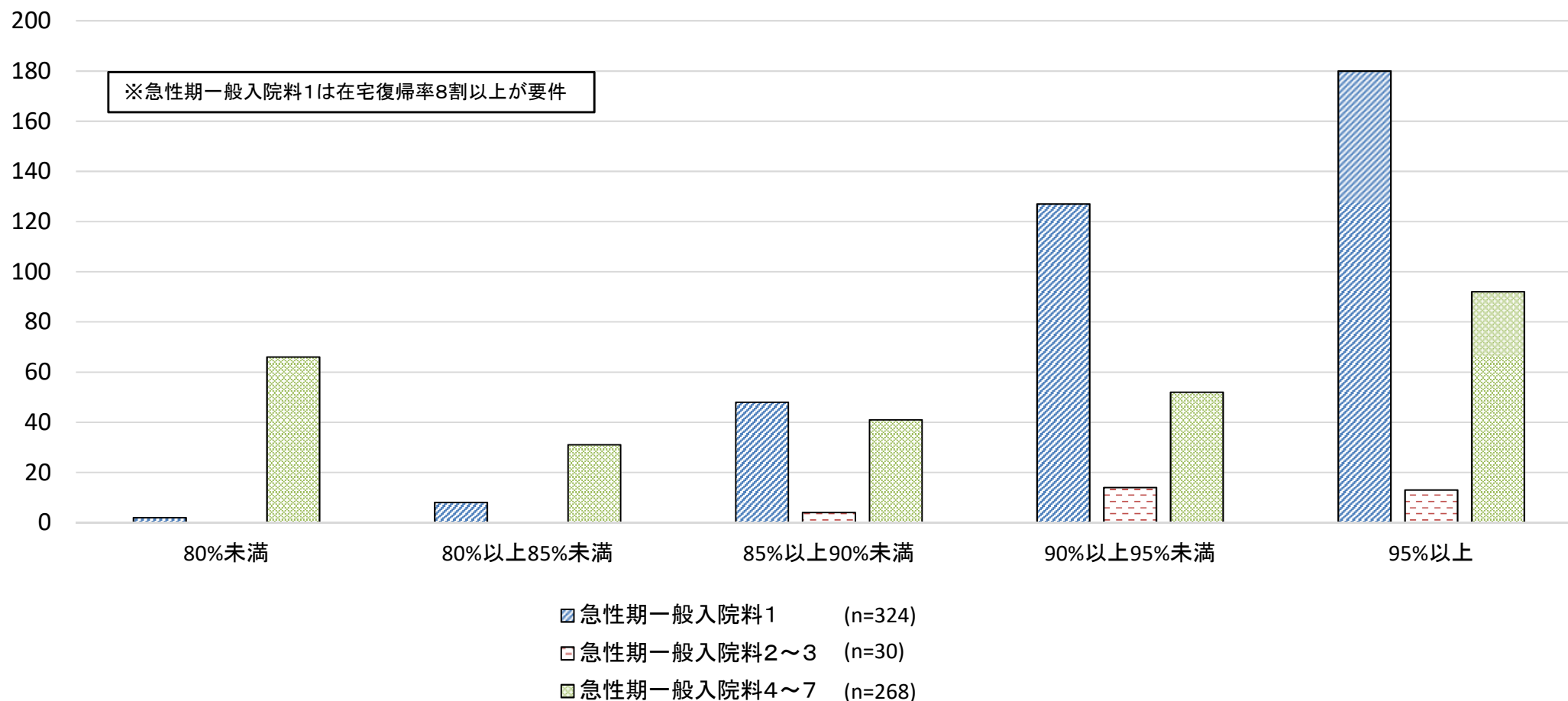
(n=34)



- 急性期一般入院料1及び2・3においては、在宅復帰率が90%以上の医療機関の占める割合が大きい。
- 急性期一般入院料4～7の在宅復帰率は、ばらついている。

在宅復帰率の医療機関分布

(医療機関数)



急性期一般入院料 1 の病棟における患者の流れ

診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

- 急性期一般入院料1の入棟元をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、66.5%であった。
- 退棟先においても、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、60.7%であった。

【入棟元】 (n=13,046)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.8%
	自宅(在宅医療の提供なし)	66.5%
介護施設等	介護老人保健施設	1.7%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	1.5%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.6%
	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)	1.3%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	3.4%
	他院の一般病床以外	0.9%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回りハ以外)	6.6%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.1%
	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%
	自院の療養病床(上記以外)	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	4.4%
有床診療所		0.1%
その他		0.5%
無回答		2.1%

急性期一般入院料 1

【退棟先】 (n=5,961)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	6.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	60.7%
介護施設等	介護老人保健施設	1.1%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	1.1%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.1%
	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)	0.8%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回りハ以外)	3.9%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.2%
	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	3.3%
	他院の療養病床(上記以外)	1.2%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.4%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回りハ以外)	3.6%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.1%
	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	3.6%
	自院の療養病床(上記以外)	0.3%
	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(介護サービス提供医療機関)		0.1%
有床診療所(上記以外)		0.1%
死亡退院		3.5%
その他		0.3%
無回答		7.1%

1. 一般病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況
- 重症度、医療・看護必要度
 - ・ 必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況について
 - ・ 判定基準について
 - ・ 評価項目について

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(A項目)

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

平成20年：導入
9項目（うち、「専門的な治療・処置」は7種類）



平成26年：急性期病棟で行われる項目のみへ見直し（慢性期病棟でも一般的に行われている項目を削除）
→7項目（うち、「創傷処置」は2種類、「専門的な治療・処置」は10種類）



平成28年：医療の必要性の高い患者の状態追加
→8項目（うち、「創傷処置」は2種類、「専門的な治療・処置」11種類）



平成30年：必要度Ⅱ※のみ、「救急搬送後の入院（2日間）」は対象外とする

行為の実施

行為の実施
及び管理

入院受入
（実施）

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

重症度、医療・看護必要度（B項目、C項目）

B項目 患者自身のADLの状況、療養上の世話等の内容を測定

平成20年：導入
7項目



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

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

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

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



平成30年：「開腹手術」の該当日数を短縮

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

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

平成30年度改定前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%



平成30年度改定後の基準を満たす患者割合の要件

	重症度、医療・看護 必要度Ⅰ	重症度、医療・看護 必要度Ⅱ
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%

(必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況について)

- 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。

(判定基準について)

- 基準② (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)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いえないのではないかという意見もあった。

(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。

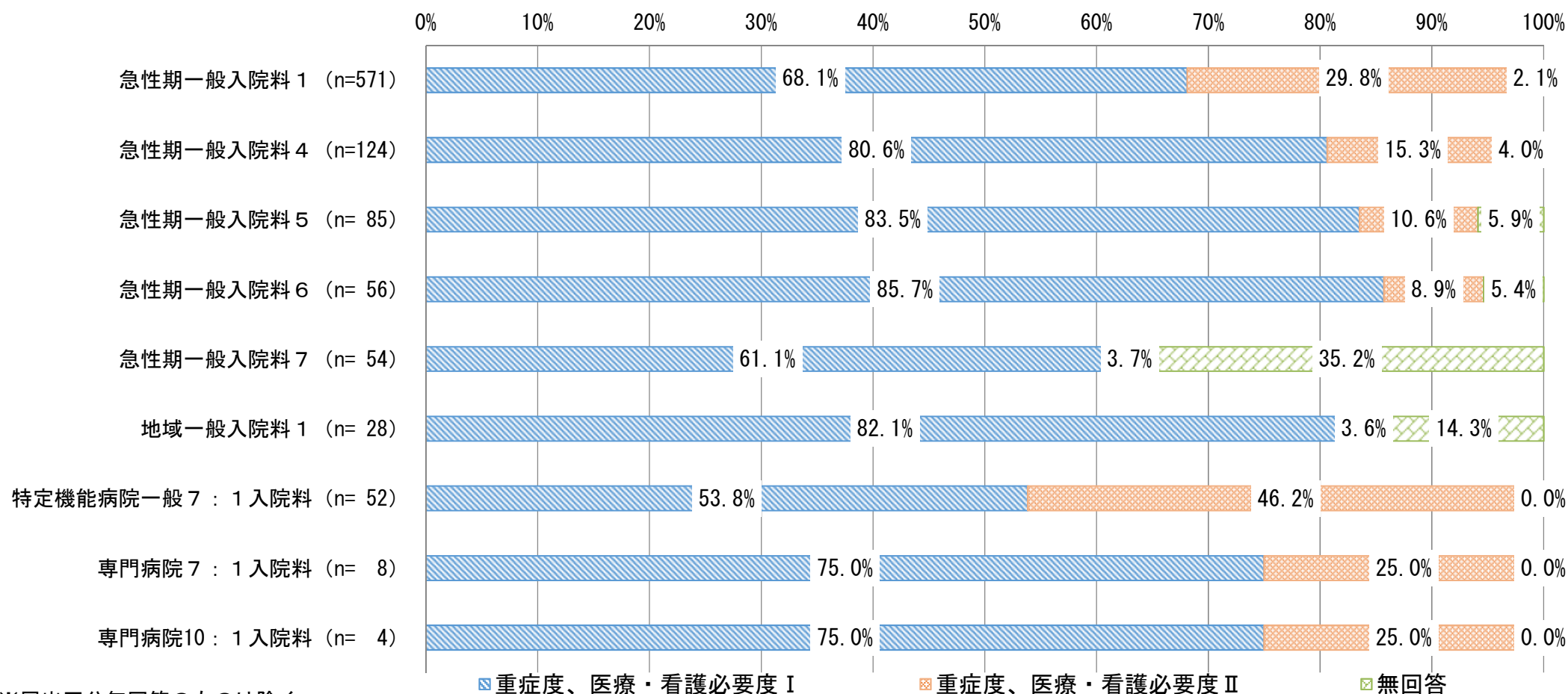
1. 一般病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況
- 重症度、医療・看護必要度
 - ・ I・IIの届出状況について
 - ・ 判定基準について
 - ・ 評価項目について

○ 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

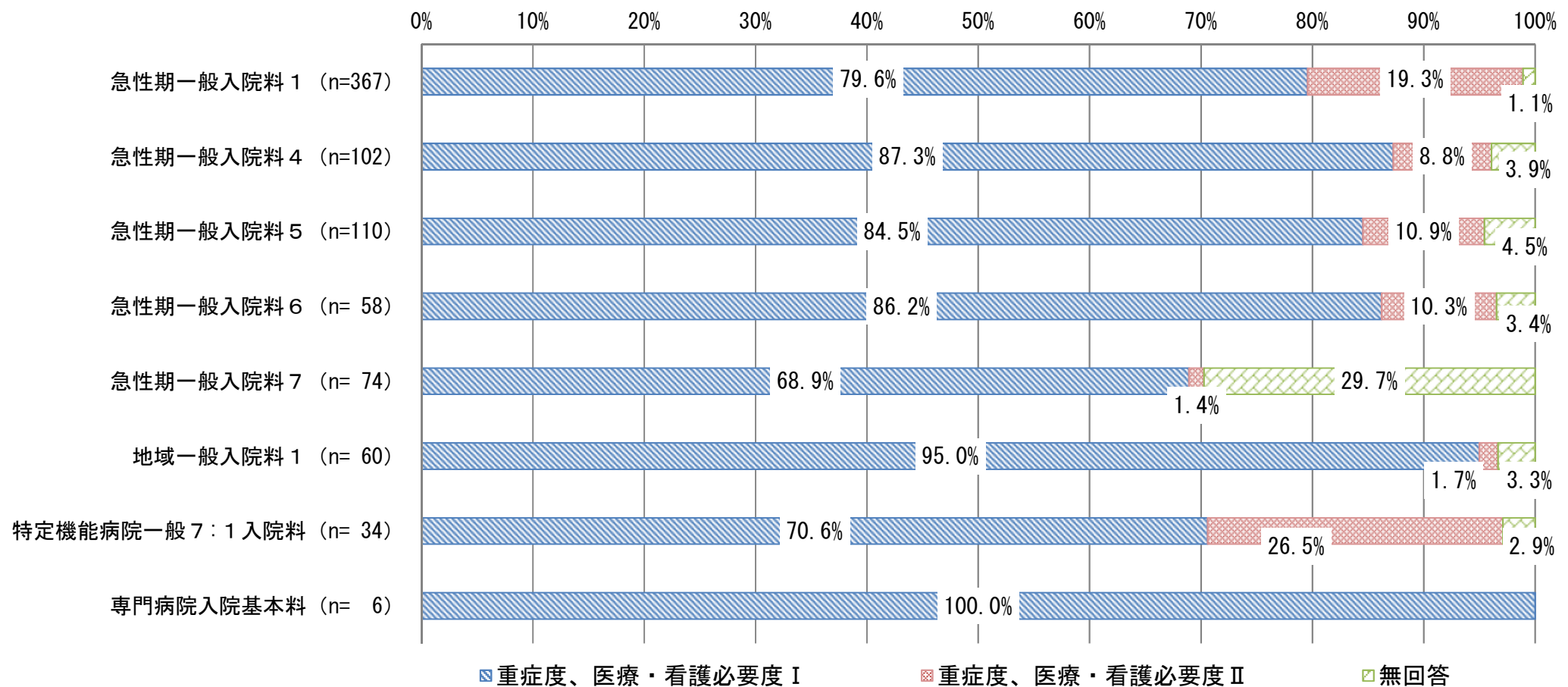


※届出区分無回答のものは除く

○ 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

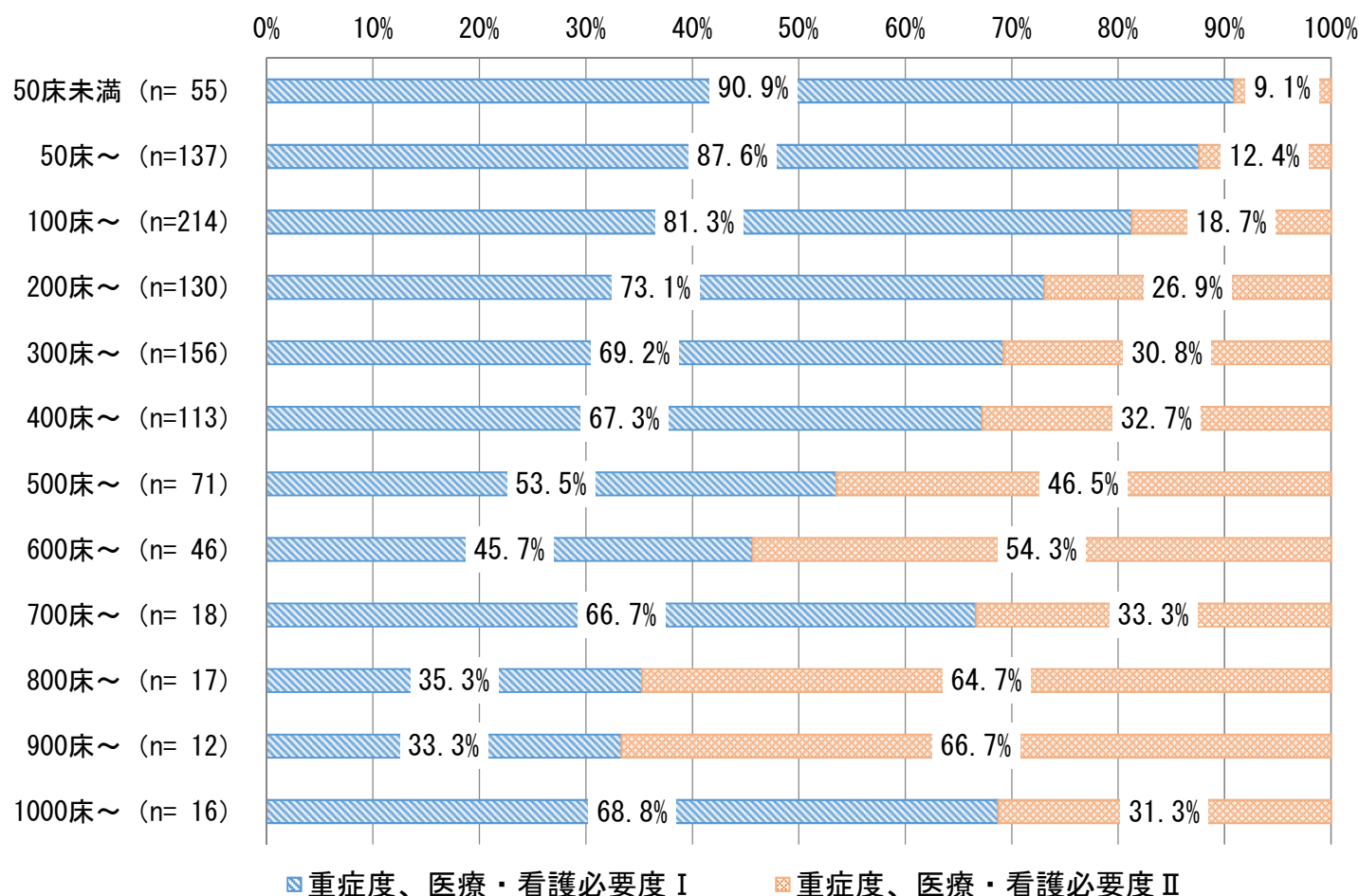


※届出区分無回答のものは除く

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況（許可病床数別）

- 許可病床数別に重症度、医療・看護必要度の届出状況をみると、許可病床数が多いほど、重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出割合が多い傾向にあった。

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（許可病床数別）



※一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の届出種別を回答した施設のみ
※許可病床数は、各施設の合計許可病床数として回答されたものを使用

1. 一般病棟入院基本料について

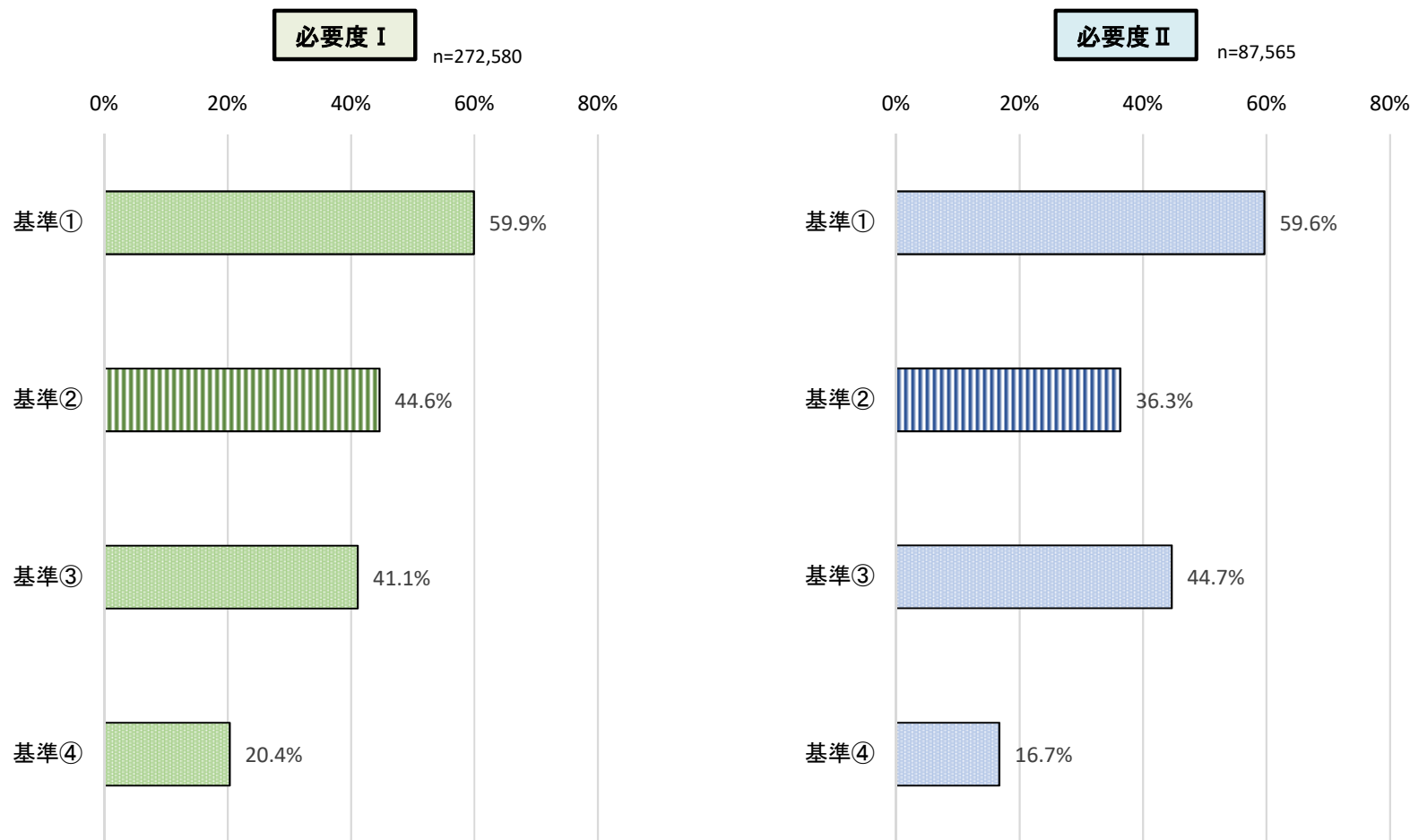
- 算定病床の動向及び施設の状況
- 重症度、医療・看護必要度
 - ・ I・IIの届出状況について
 - ・ 判定基準について
 - ・ 評価項目について

各基準を満たす患者の割合（A票）

診調組 入 - 2 参考
元 . 9 . 5

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者のうち、各基準を満たす患者の割合をみると、平成30年度診療報酬改定で新設された基準②は4割前後であった。

重症度、医療・看護必要度の該当患者のうち、各基準を満たす患者の割合



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

どちらも、A票のうち、急性期一般入院料1～7及び特定機能病院一般病棟7対1入院基本料を対象として集計。
ただし、必要度 II は、急性期一般入院料6及び7は該当者なし。

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	×	×	×	24.0%	22.6%	23.3%	25.5%	35.4%	53.9%	12.9%	29.4%
	○	×	×	21.9%	22.2%	35.4%	29.5%	24.7%	6.3%	45.2%	10.7%
	×	○	×	21.4%	21.0%	8.9%	21.9%	16.4%	24.9%	6.5%	29.9%
	×	×	○	3.9%	4.2%	2.0%	0.9%	3.1%	3.9%	6.5%	4.7%
	○	○	×	18.1%	18.6%	28.0%	19.0%	13.7%	10.0%	14.5%	10.6%
	○	×	○	0.8%	0.9%	0.1%	0.2%	0.1%	0.4%	1.6%	0.4%
	×	○	○	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	×	×	×	41.8%	41.5%	41.5%	48.6%	56.1%	61.8%	62.7%	35.9%
	○	×	×	29.4%	29.1%	32.1%	30.6%	27.4%	12.9%	23.7%	29.0%
	×	○	×	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	×	×	○	1.3%	1.3%	0.8%	0.5%	0.4%	3.7%	5.1%	1.4%
	○	○	×	24.2%	24.4%	25.4%	19.7%	15.2%	20.3%	7.6%	28.6%
	○	×	○	1.1%	1.2%	0.1%	0.2%	0.1%	0.8%	0.8%	1.1%
	×	○	○	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	×	×	×	24.0%	23.5%	23.7%	12.6%	23.5%	41.3%	4.5%	32.4%
	○	×	×	31.2%	30.4%	17.3%	42.8%	33.1%	37.9%	18.2%	34.9%
	×	○	×	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	×	×	○	4.0%	4.1%	0.3%	1.8%	2.5%	4.7%	0.0%	3.5%
	○	○	×	26.3%	27.0%	54.4%	37.1%	27.7%	15.2%	40.9%	12.4%
	○	×	○	12.0%	12.0%	4.3%	5.1%	12.0%	0.6%	36.4%	15.0%
	×	○	○	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	×	×	×	46.0%	45.1%	45.5%	66.8%	49.1%	55.1%	13.6%	43.7%
	○	×	×	11.6%	11.9%	20.0%	5.3%	14.0%	17.8%	18.2%	11.5%
	×	○	×	2.8%	2.9%	9.1%	2.7%	1.6%	8.4%	27.3%	1.2%
	×	×	○	8.0%	8.0%	1.8%	5.7%	5.5%	14.0%	0.0%	7.4%
	○	○	×	2.4%	2.6%	0.9%	1.1%	0.5%	1.9%	4.5%	1.0%
	○	×	○	24.3%	24.3%	22.7%	16.1%	26.4%	1.9%	36.4%	31.5%
	×	○	○	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%	3.7%	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）

診療組 入－2 参考
元 9 5

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）

診調組 入－2 参考
元 9 5

- 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%

※A1点＋B3点の患者における割合（n=1,379人日）

		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＋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）

診療組 入-2 参考
元 9 5

- 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
A 1 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%

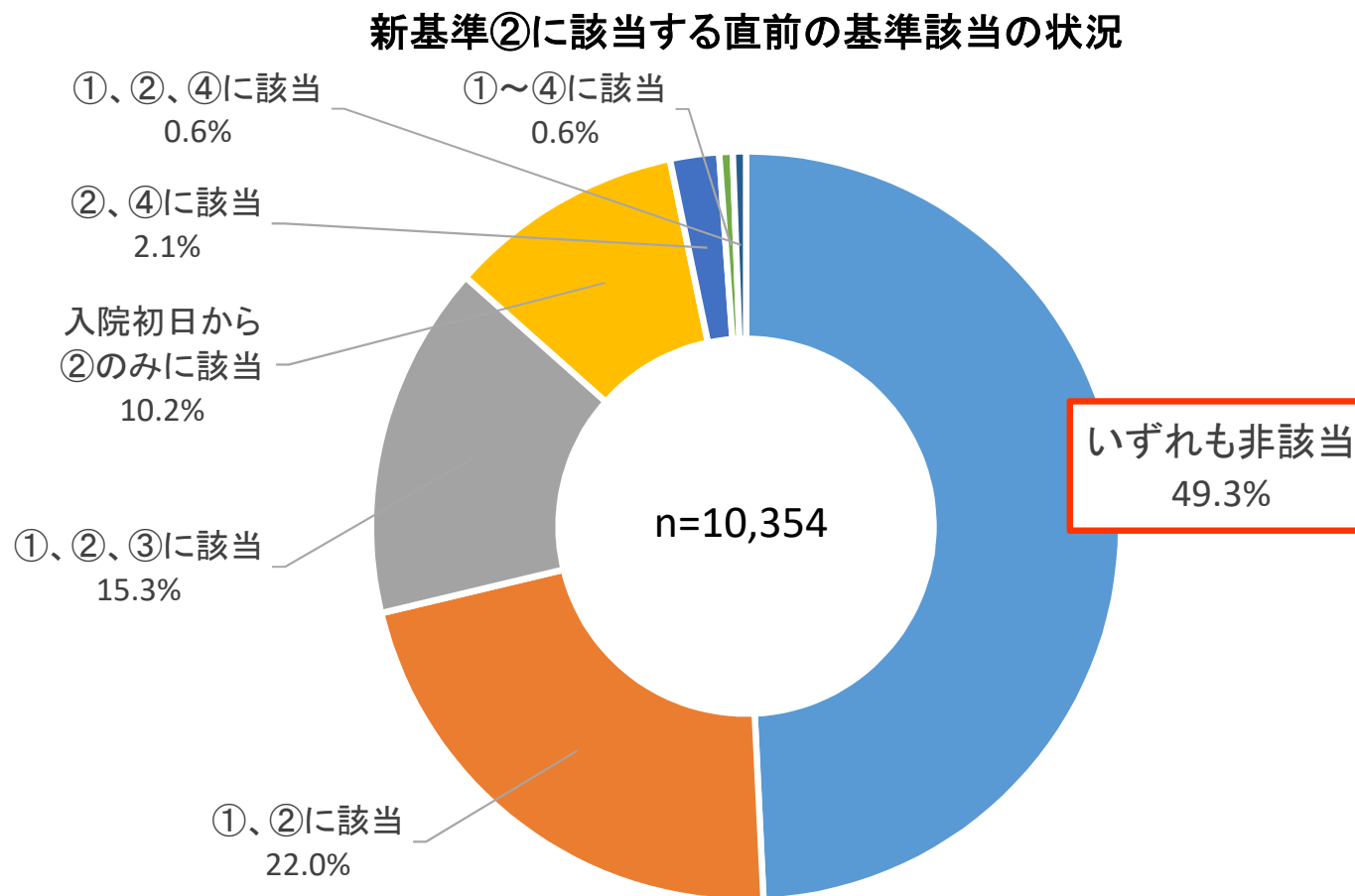
		B3点（1点×3）									
		食事,衣服,指示	口腔,衣服,指示	口腔,食事,指示	移乗,衣服,指示	移乗,口腔,指示	移乗,口腔,指示	寝返り,衣服,指示	寝返り,食事,指示	寝返り,口腔,指示	寝返り,移乗,指示
A 1 点	血液製剤	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	モニター	0.0%	2.5%	4.1%	11.1%	0.8%	3.7%	1.2%	0.0%	4.1%	6.1%
	点滴3本	0.0%	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
A 1 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)

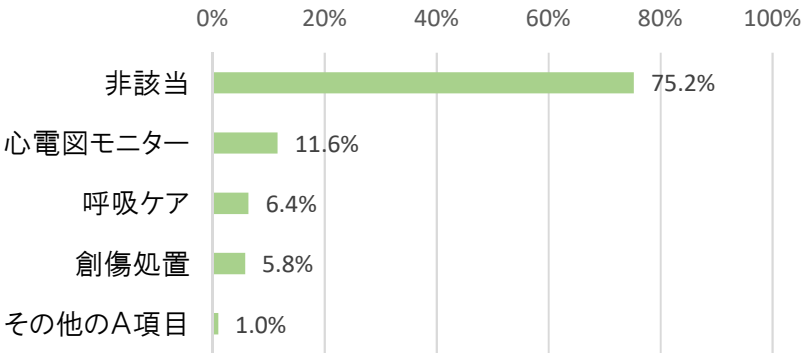
○ 入院期間中に基準②のみに該当する日があった患者について、基準②のみに該当する直前の該当状況をみると、「いずれも非該当」の患者が最も多く、約半数であった。次いで、「①、②に該当」の患者が多かった。



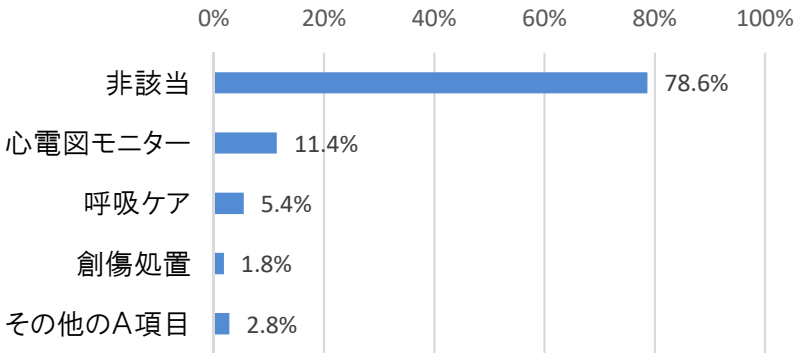
基準①: A2点かつB3点以上
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上
基準③: A3点以上 基準④: C1点以上

○ 「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。

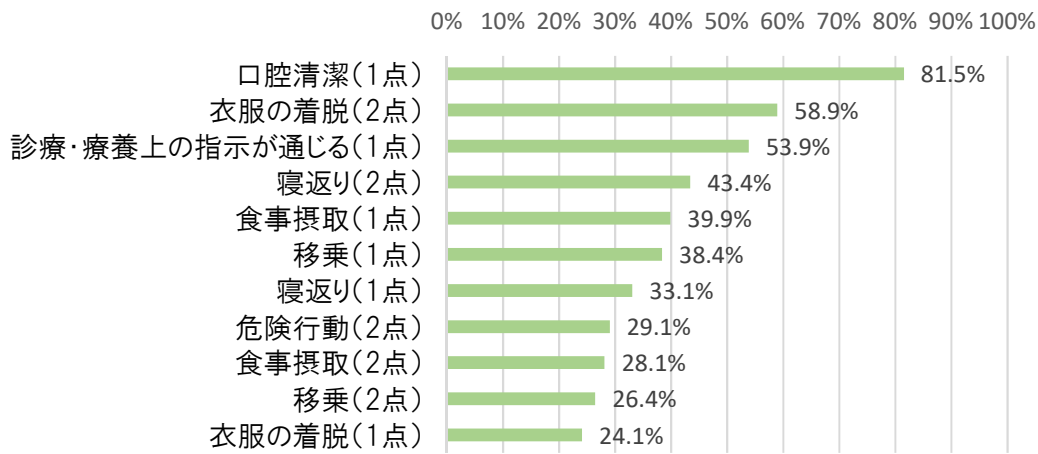
A項目の該当状況（必要度Ⅰ）



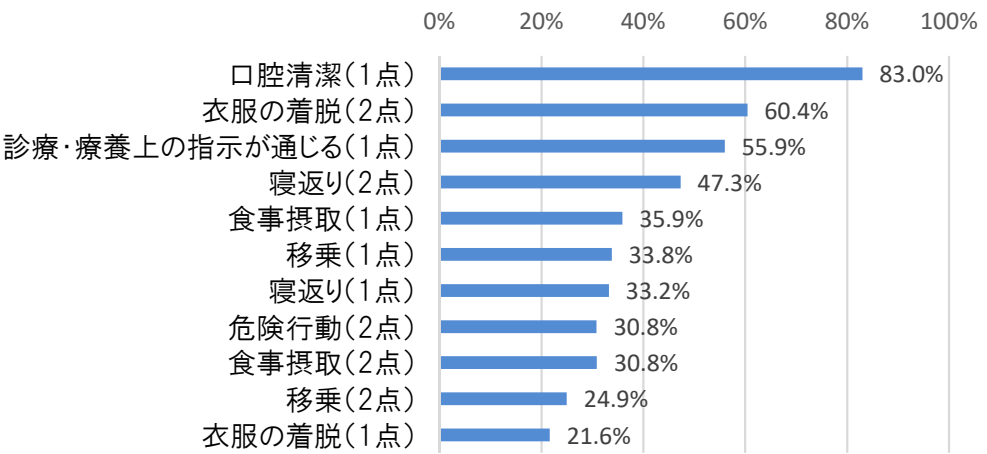
A項目の該当状況（必要度Ⅱ）



B項目の該当状況（必要度Ⅰ）

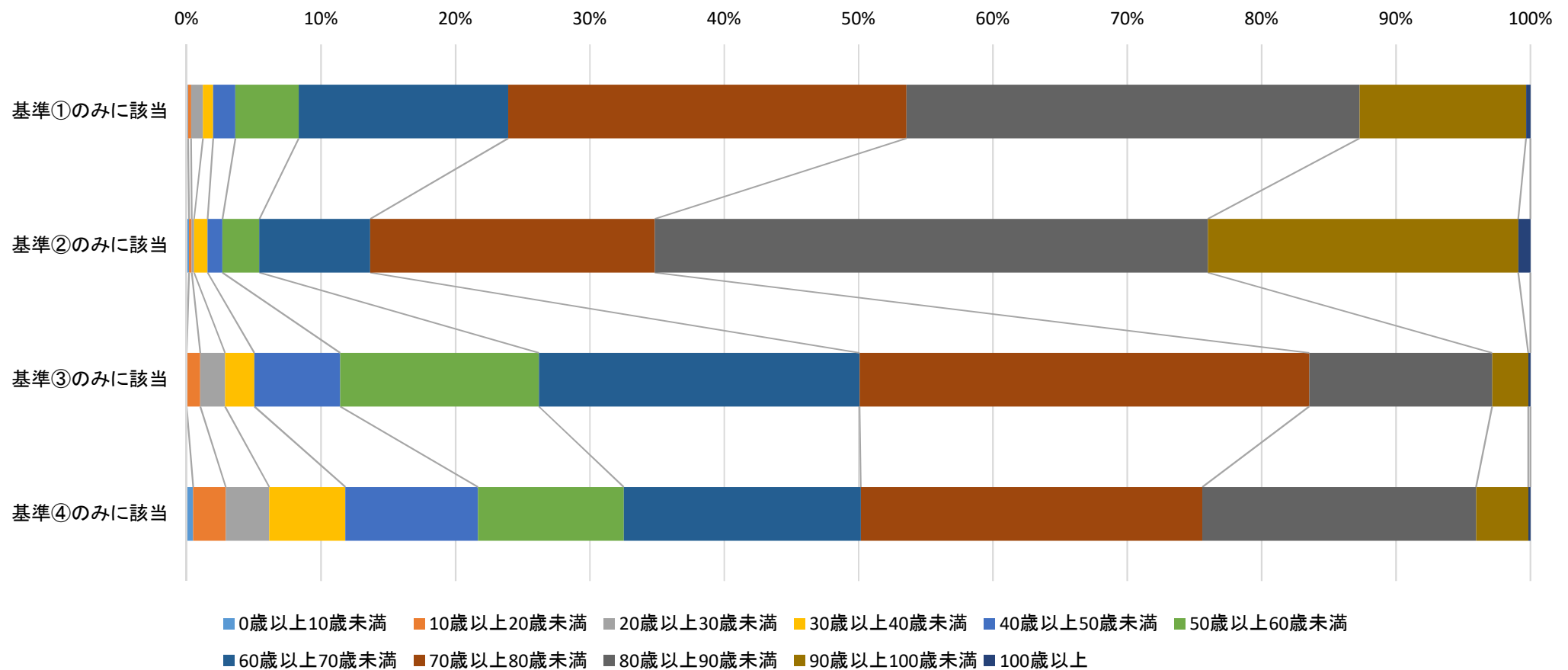


B項目の該当状況（必要度Ⅱ）



○ 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)

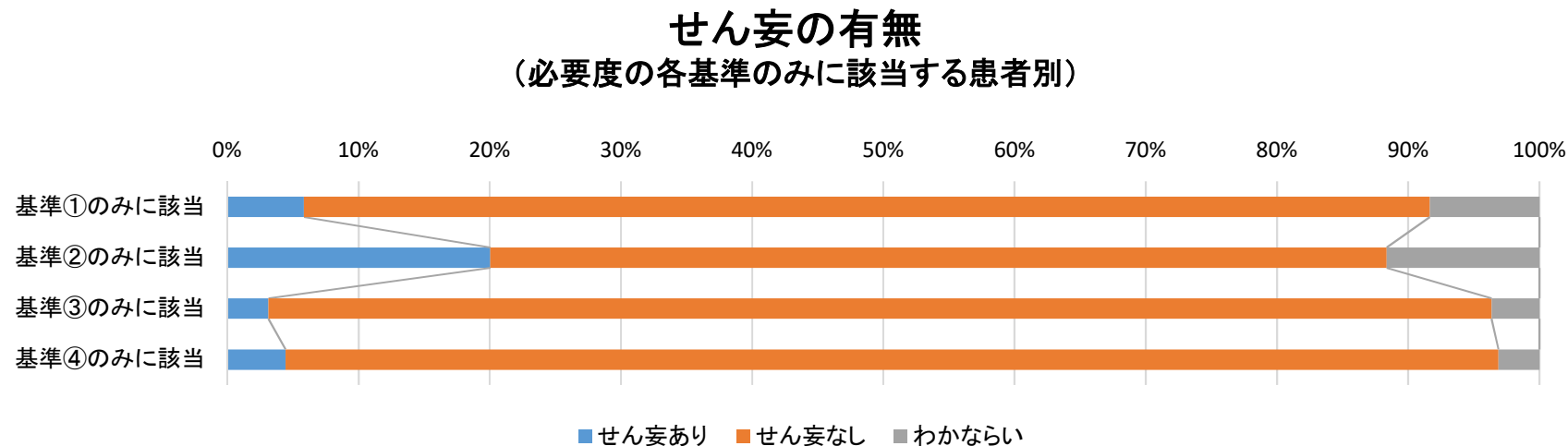
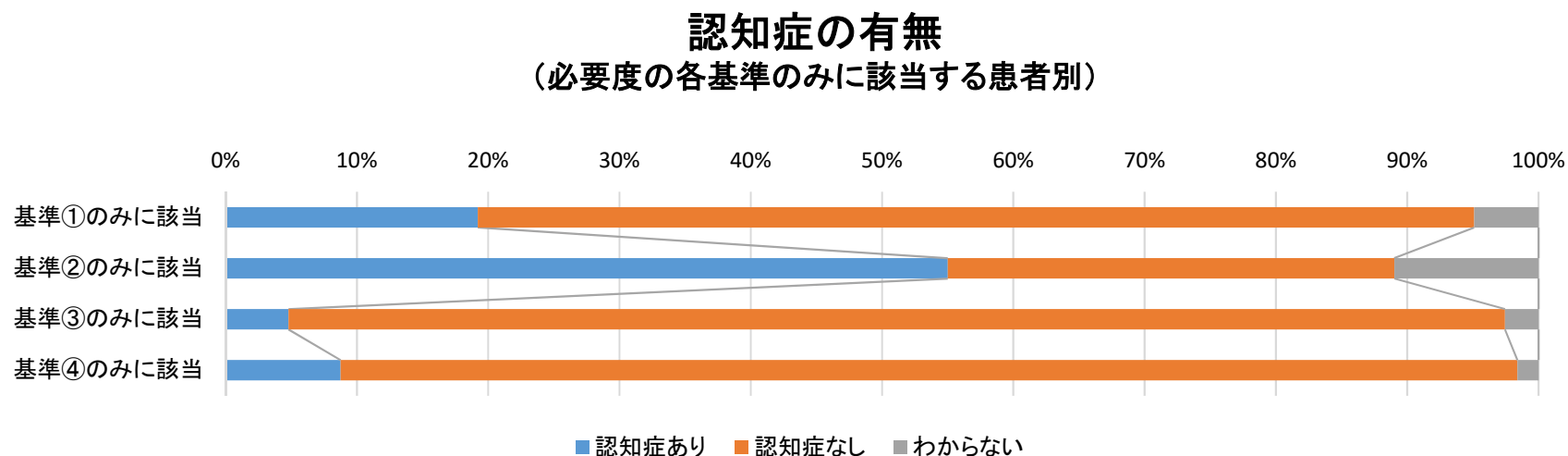
基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)

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。



※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)

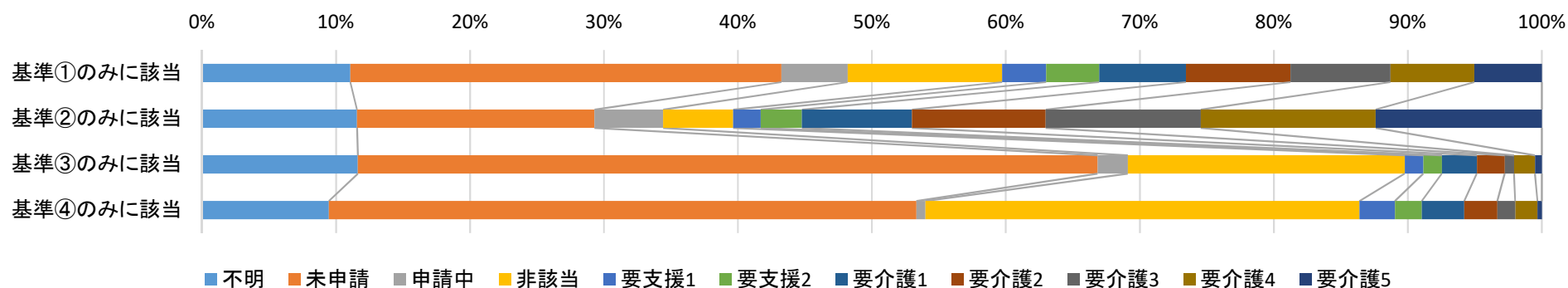
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)

基準③: A3点以上 (n=599)

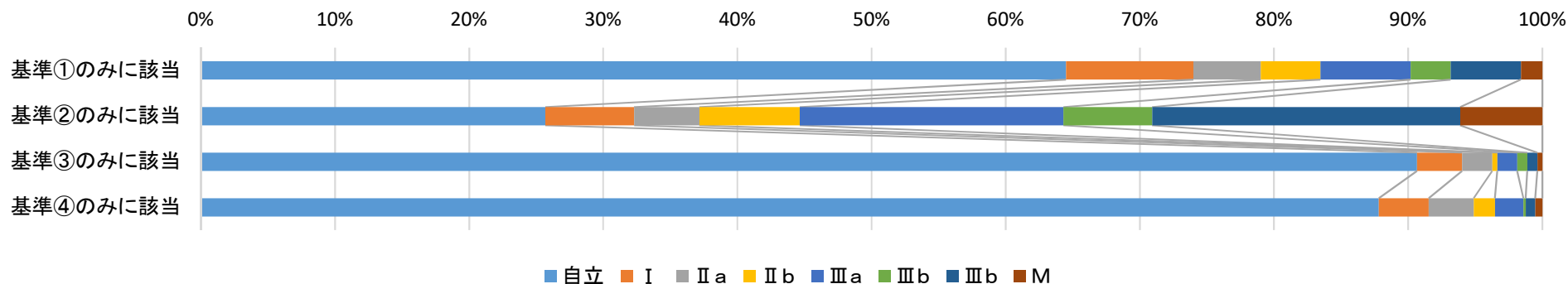
基準④: C1点以上 (n=622)

○ 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)

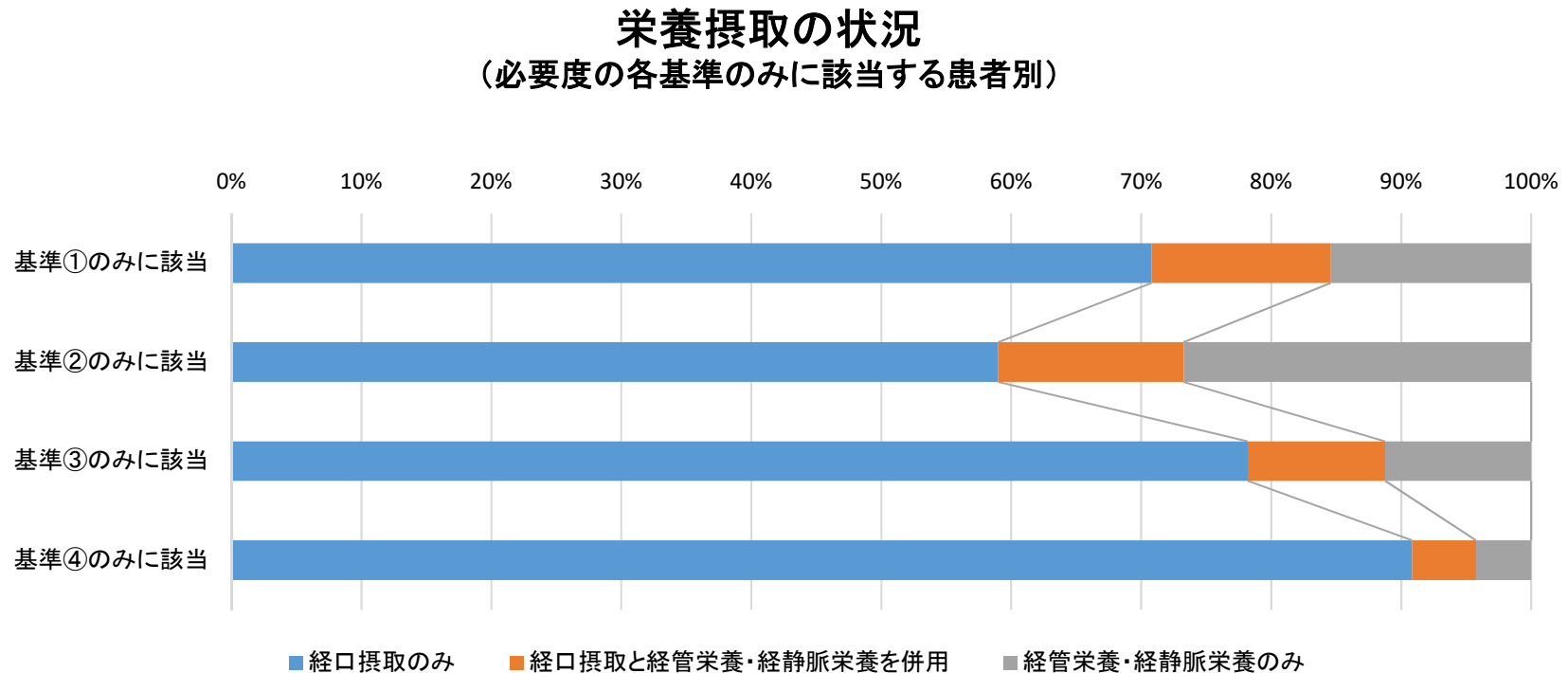
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)

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。



※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)

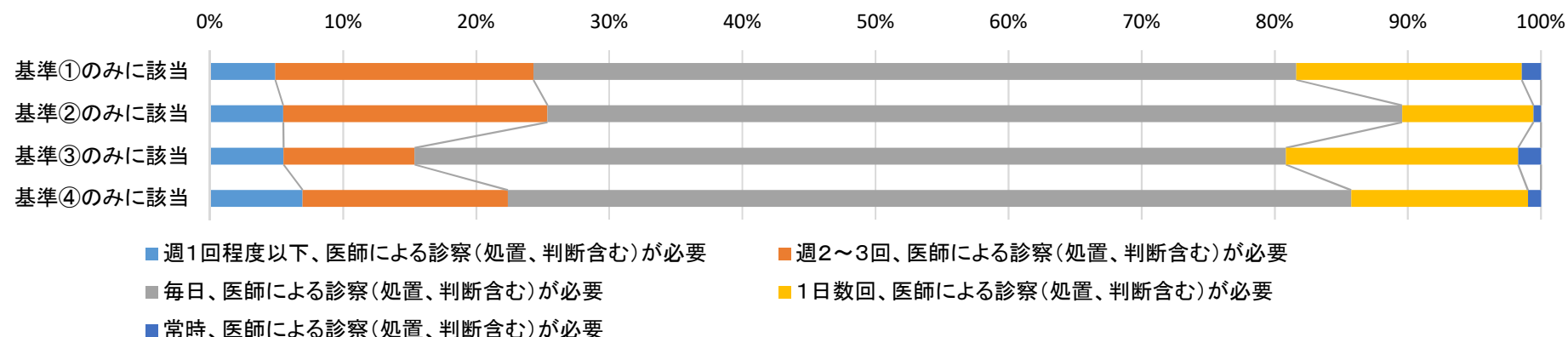
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)

基準③: A3点以上 (n=599)

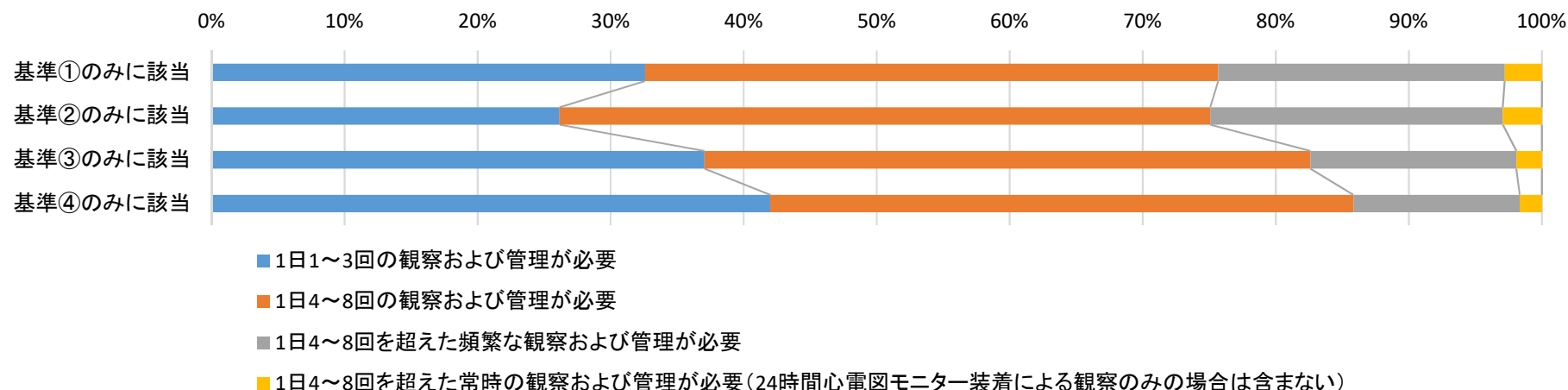
基準④: C1点以上 (n=622)

○ 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)

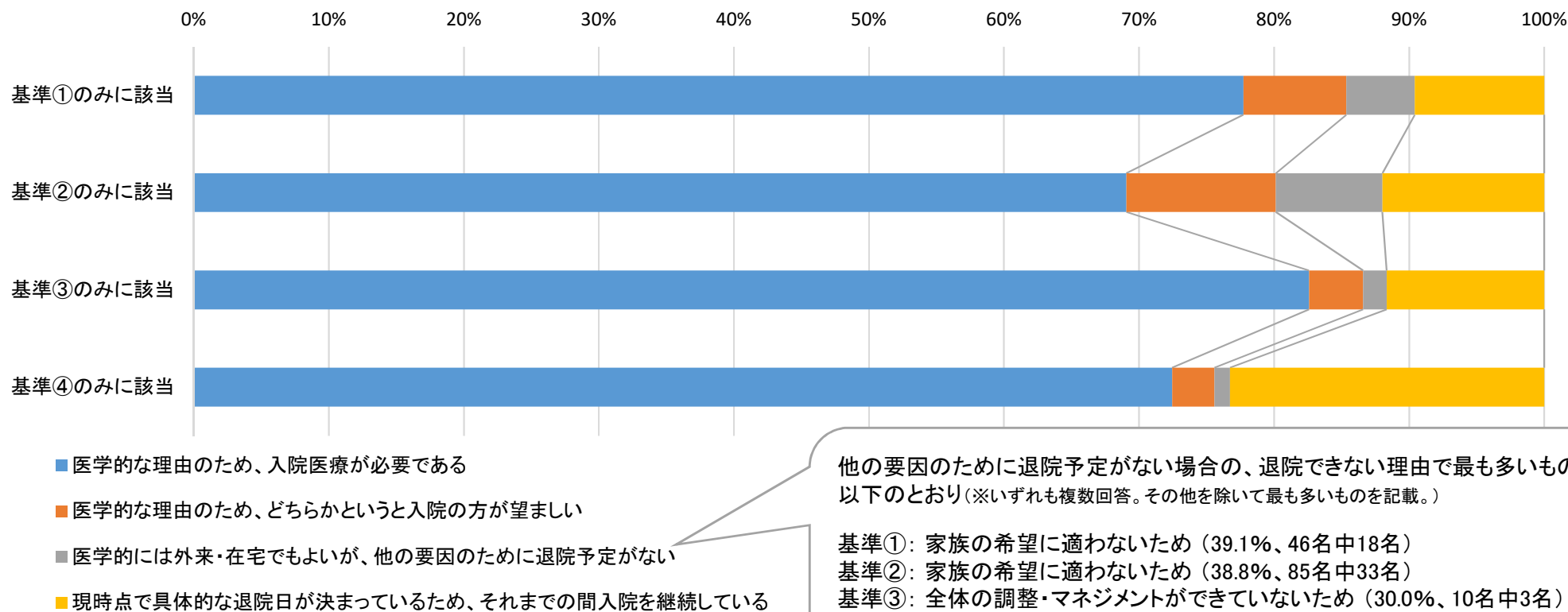
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)

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）



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）

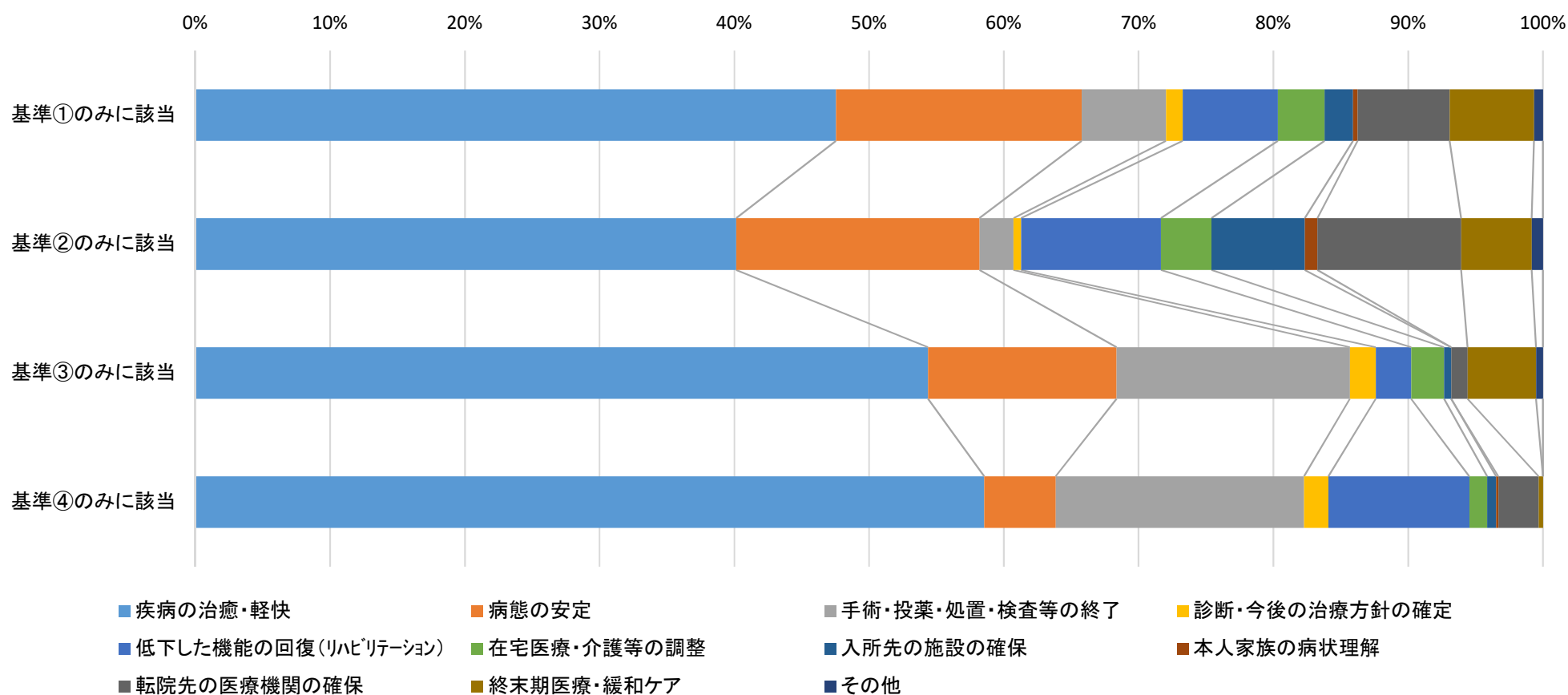
基準③：A3点以上（n=599） 基準④：C1点以上（n=622）

※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）



※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)

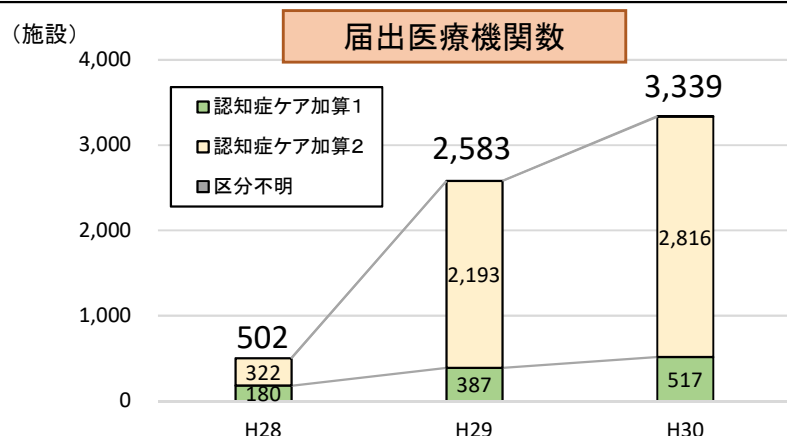
基準②のみに該当する患者について

診調組 入-1
元. 10. 16

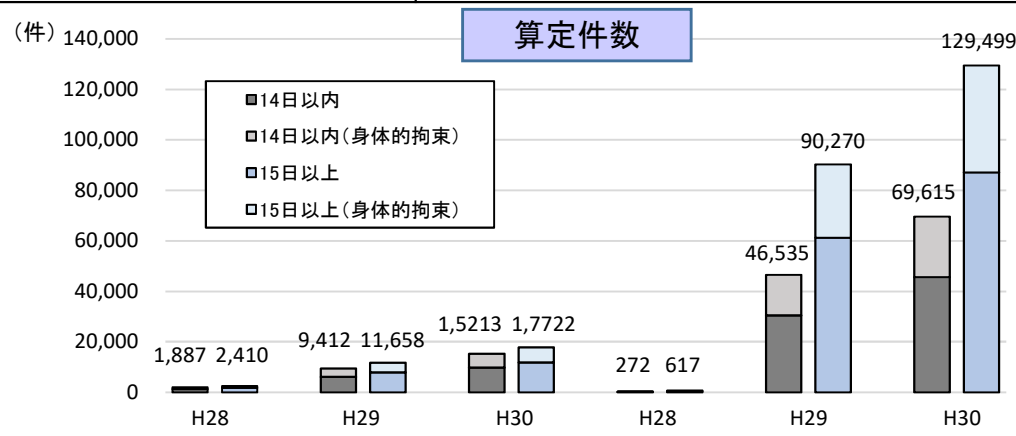
○ 基準②（B14又はB15に該当し、A得点1点以上かつB得点3点以上）のみに該当する患者の割合と該当項目について入院料別に比較すると、当該患者は急性期病棟より療養病棟が多かった。また、急性期病棟は療養病棟と比較して、「創傷処置」の割合が低く、「心電図モニター」の割合が高かった。

	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%
点滴ライン同時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%
ドレーナの管理	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%

		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。 ・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"> ・<u>認知症ケアチームと連携し</u>、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<u>認知症ケアチーム</u>を設置。 ア 認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科5年以上、神経内科5年以上、認知症治療に係る適切な研修を修了のいずれか) イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師 ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士 ・認知症ケアチームは、以下の取組を通じて認知症ケアの質の向上を図る。 ① カンファレンスを週1回程度開催。 ② 各病棟を週1回以上巡回、認知症ケアの実施状況を把握。 ③ 医師、看護師等からの相談に速やかに対応、助言。 ④ 認知症患者に関わる職員を対象に研修を定期的に実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として、全ての病棟に認知症患者のアセスメント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	・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。	・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	・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。	・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。



【出典】保険局医療課調べ(各年7月1日時点)
※区分不明のものは除く。



加算1

加算2

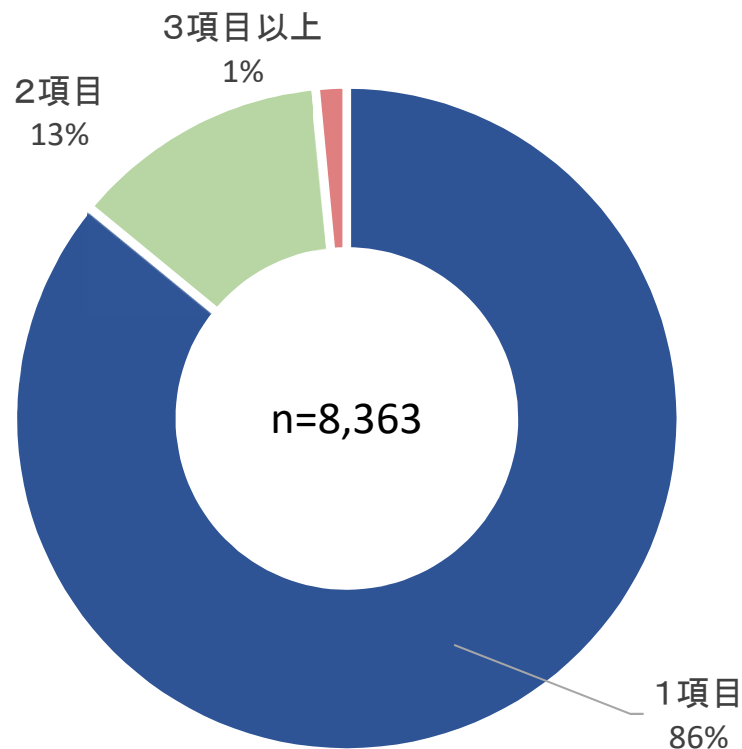
【出典】社会医療診療行為別統計
(各年6月審査分)

1. 一般病棟入院基本料について

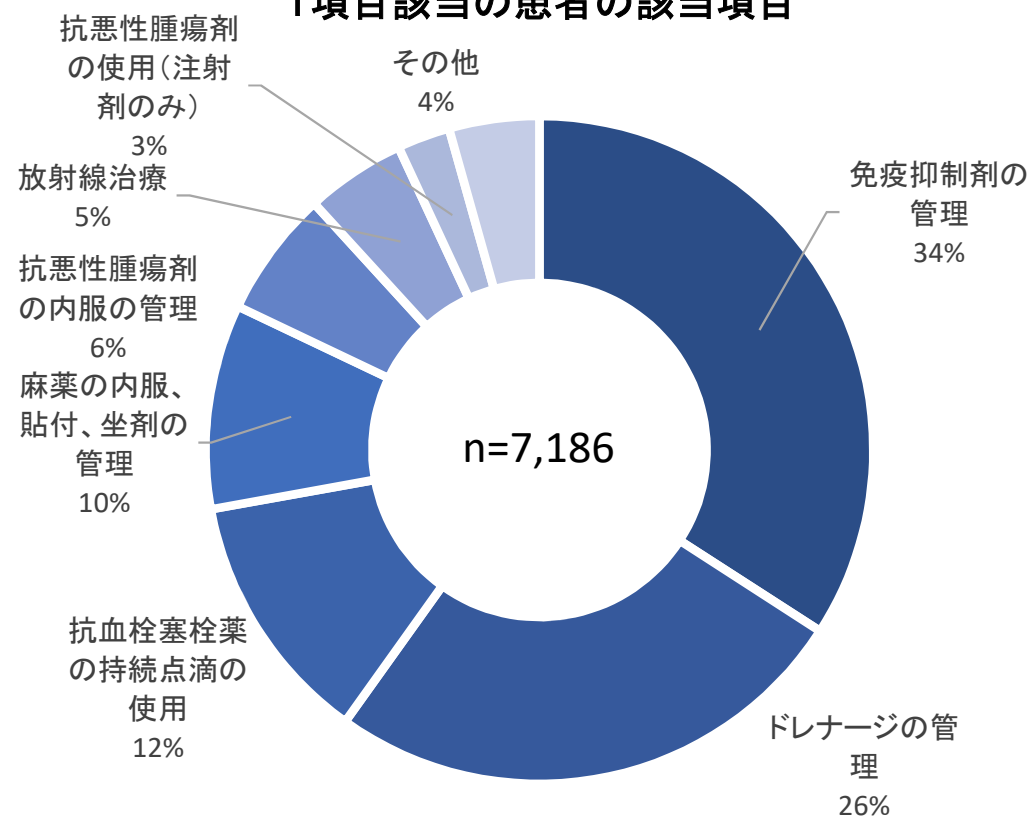
- 算定病床の動向及び施設の状況
- 重症度、医療・看護必要度
 - ・ I・IIの届出状況について
 - ・ 判定基準について
 - ・ 評価項目について

- 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（薬剤の使用）の定義

重症度、医療・看護必要度Ⅰ

（複数項目に共通する事項）

- ①薬剤を投与した当日のみを対象に含め休薬中は含めない ②薬剤が当該評価項目の目的以外で使用された場合は含めない
③患者に対して予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、使用の確認及び使用後の副作用の観察をしていれば含めるが、単に与薬のみを実施した場合は含めない
（患者が薬剤の自己管理をしている場合でも計画に基づく使用の確認と使用後の副作用の確認をしていれば含める）

項目名	定義	主な留意点
抗悪性腫瘍剤の使用 （注射剤のみ）	・固形腫瘍又は血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的として抗悪性腫瘍の注射剤を使用した場合に評価する項目	・薬剤の種類は問わない ・注射薬の投与方法は、静脈内、動注、皮下注を対象に含める
抗悪性腫瘍剤の内服の管理	・固形腫瘍又は血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、又は悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的とした薬剤を使用した場合で、看護職員等による内服の管理が実施されていることを評価する項目	・薬剤の種類は問わない ・内服の管理が発生しており、看護職員等による管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを対象に含める
麻薬の使用 （注射剤のみ）	・痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現することを目的として、麻薬注射薬を使用した場合に評価する項目	・麻薬とは「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤のこと ・注射薬の投与の方法は、静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下を対象に含める
麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	・痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現する薬剤の内服、貼付、坐剤を使用した場合で、看護職員等による内服、貼付、坐剤の管理が実施されていることを評価する項目	・麻薬とは「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤のこと ・看護職員による管理が発生しており、管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合にのみ対象に含める
免疫抑制剤の管理	・自己免疫疾患の患者に対する治療、又は、臓器移植を実施した患者に対して拒絶反応防止の目的で免疫抑制剤が使用された場合で、看護職員等による注射及び内服の管理が実施されていることを評価する項目	・注射及び内服による免疫抑制剤の投与を免疫抑制剤の管理の対象に含める ・内服の管理が発生しており、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを対象に含める ・輸血の際に拒絶反応防止の目的で使用された場合や副作用の軽減目的で使用した場合も含めない。
昇圧剤の使用 （注射剤のみ）	・ショック状態、低血圧状態、循環虚脱の患者に対して、血圧を上昇させる目的で昇圧剤を使用した場合に評価する項目	・昇圧剤の注射薬を使用している場合に限り対象に含める
抗不整脈剤の使用 （注射剤のみ）	・不整脈のある患者に対して、不整脈の発生を抑えることを目的として抗不整脈剤の注射薬を使用した場合に評価する項目	・抗不整脈剤の注射薬を使用している場合に限り対象に含める
抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	・冠動脈疾患、肺血栓塞栓症、脳梗塞、深部静脈血栓症等の静脈・動脈に血栓・塞栓が生じているもしくは生じることが疑われる急性疾患の患者に対して、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的として、抗血栓塞栓薬を持続的に点滴した場合に評価する項目	・手術の有無を問わず、薬剤の種類、量を問わない ・持続的に血液凝固阻害薬、血小板凝固阻害薬、血栓溶解薬等を投与した場合を対象に含める ・点滴ラインが設置されていても常時ロックされている場合は含めない

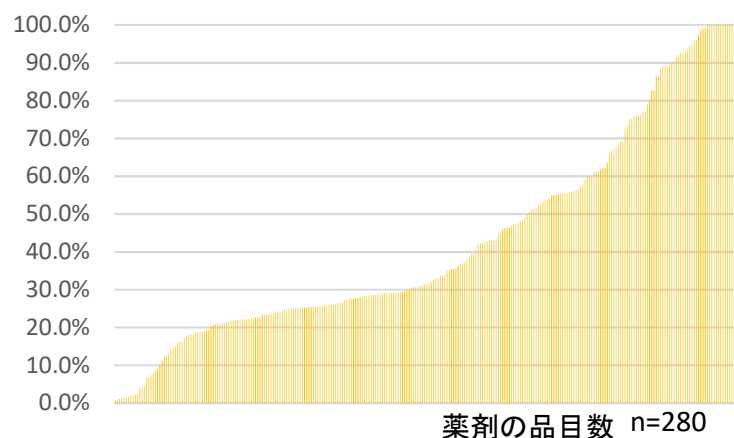
重症度、医療・看護必要度Ⅱ

○ 別途規定されるレセプト電算処理システム用コード一覧に該当する処置を実施している場合に評価の対象となる

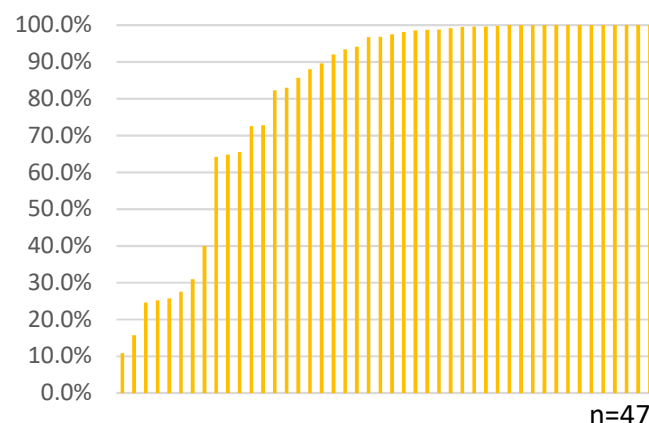
○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの「専門的な治療・処置」に該当する薬剤のうち、注射と内服の剤形があるものについて、薬剤の品目ごとに入院で使われる割合をみると、ばらついていた。

入院の占める
割合

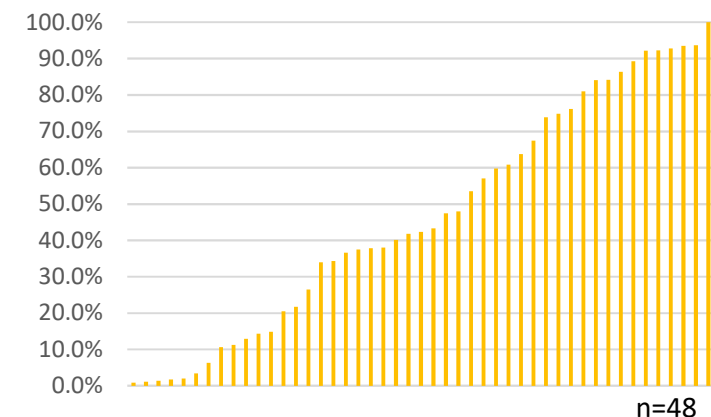
抗悪性腫瘍剤（注射）



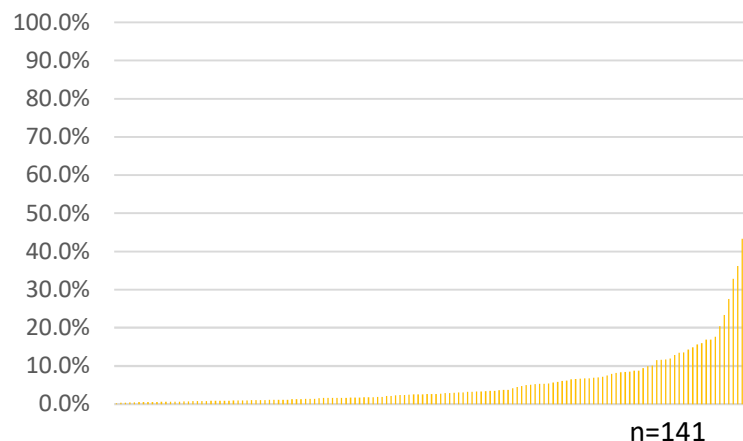
麻薬（注射）



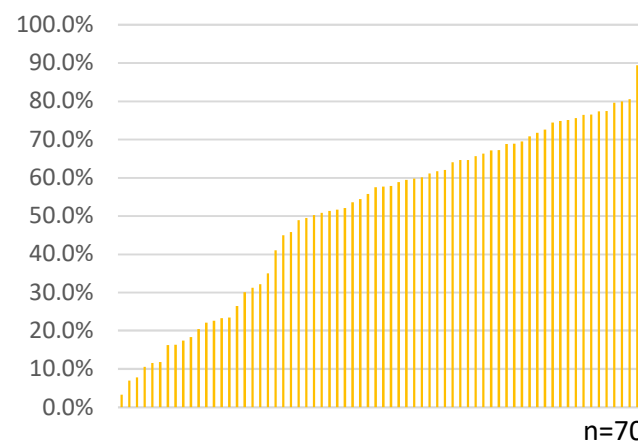
免疫抑制剤（注射）



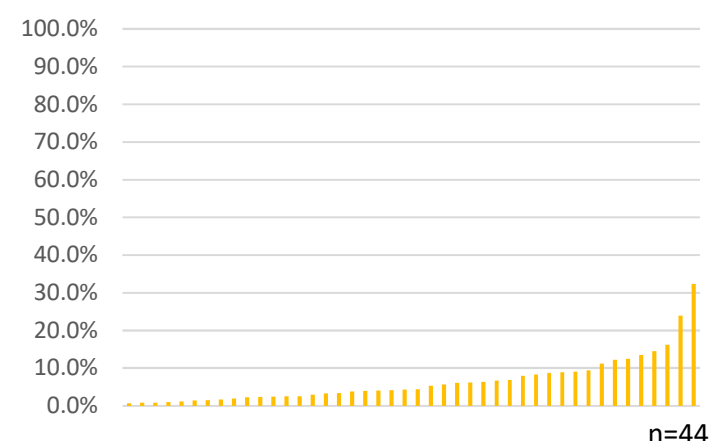
抗悪性腫瘍剤（内服）



麻薬（内服）



免疫抑制剤（内服）



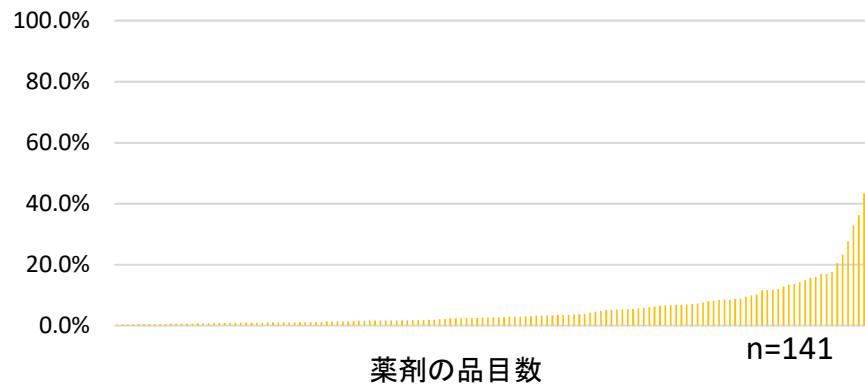
抗悪性腫瘍剤・免疫抑制剤の内服を入院で使用する割合

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

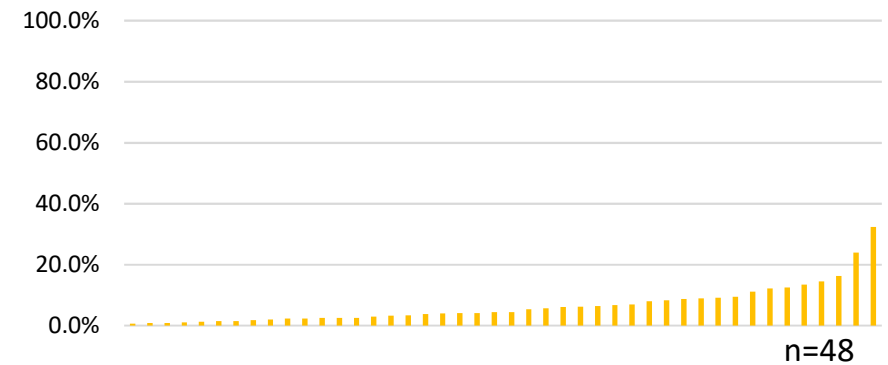
入院医療等の調査・評価分科会において
実施した集計(再掲)

入院の占める
割合

抗悪性腫瘍剤 (内服)



免疫抑制剤 (内服)

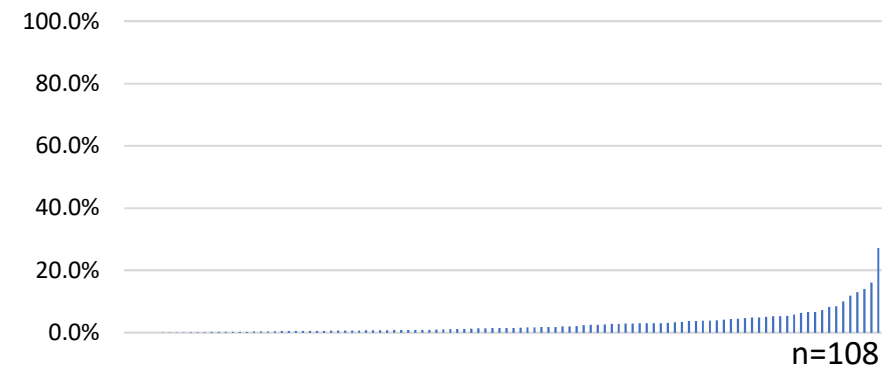


NDBデータを用いた集計(※)

抗悪性腫瘍剤 (内服)



免疫抑制剤 (内服/坐剤/軟膏)



手術等の医学的状況の定義

重症度、医療・看護必要度Ⅰ

(共通事項の概要)

- ①検査又は処置のみを実施した場合には評価の対象とはならない ②同一入院中の、同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ評価の対象とする
③判断基準に示された術当日からの期間については術当日を含む日数である

項目名		定義	主な留意点
	開頭手術 (7日間)	・開頭により頭蓋内に達する方法による手術	・穿頭及び内視鏡下に行われた手術は含めない
	開胸手術 (7日間)	・胸壁を切開し胸腔に達する方法による手術 (胸骨正中切開により縦隔に達するものも含む)	・胸腔鏡下に行われた手術は含めない
	開腹手術 (4日間)	・腹壁を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法による手術 (腹膜を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む)	・腹腔鏡下に行われた手術は含めない
	骨の手術 (5日間)	・骨切り又は骨の切除・移植を要する手術(指(手、足)の手術は除く) ・関節置換・骨頭挿入に係る手術 ・下肢・骨盤の骨接合に係る手術(指(足)は除く) ・脊椎固定に係る手術又は骨悪性腫瘍に係る手術	—
	胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3日間)	・胸腔鏡下に胸腔に達する手術(縦隔に達するものも含む) ・腹腔鏡下に腹腔・骨盤腔内の臓器に達する手術 (後腹膜腔の臓器に達する場合も含む)	—
全身麻酔・脊椎麻酔 の手術(2日間)		・上記5項目に該当しないもので、全身麻酔下・脊椎麻酔下に行われた手術	—
救命等に係る 内科的治療	①経皮的血管内治療 (2日間)	・経皮的な脳血管内治療 ・冠動脈カテーテル治療 ・選択的血管塞栓による止血術 ・t-PA療法 ・胸部又は腹部のステントグラフト挿入術	・検査のみの場合は含めない
	②経皮的心筋焼灼術等 の治療(2日間)	・経皮的な心筋焼灼術 ・体外ペースメーカー置入術 ・ペースメーカー移植術 ・除細動器移植術	・ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない ・体外ペースメーカー置入術は、1入院中に初回に実施した日から 2日間までに限り評価を行う
	③侵襲的な消化器治療 (2日間)	・内視鏡による胆道・膵管に係る治療 ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術 ・肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 ・緊急時の内視鏡による消化管止血術	・検査のみの場合は含めない ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜切除術又は内視鏡的ポリープ切除術を実施 した場合は含めない ・緊急時の内視鏡による消化管止血術は、慢性疾患に対して予定された止 血術や硬化療法を行う場合、同一病変について1入院中に再止血を行う場 合、内視鏡治療に起因する出血に対して行った場合等は含めない

重症度、医療・看護必要度Ⅱ

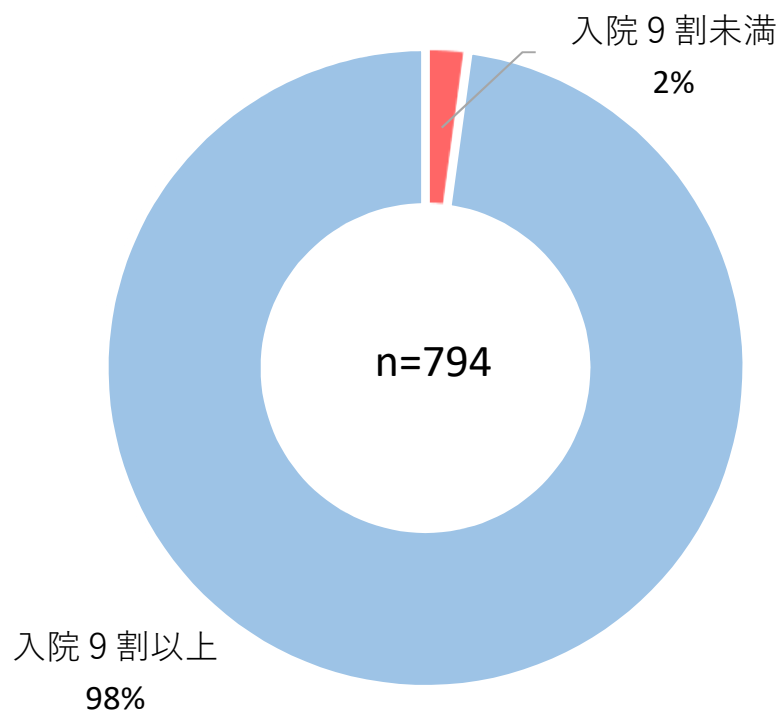
○ 別途規定されるレセプト電算処理システム用コード一覧に該当する処置を実施している場合に評価の対象となる

手術等を入院で実施する割合

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

入院の実施が9割未満の手術（例）

必要度Ⅱの評価対象手術

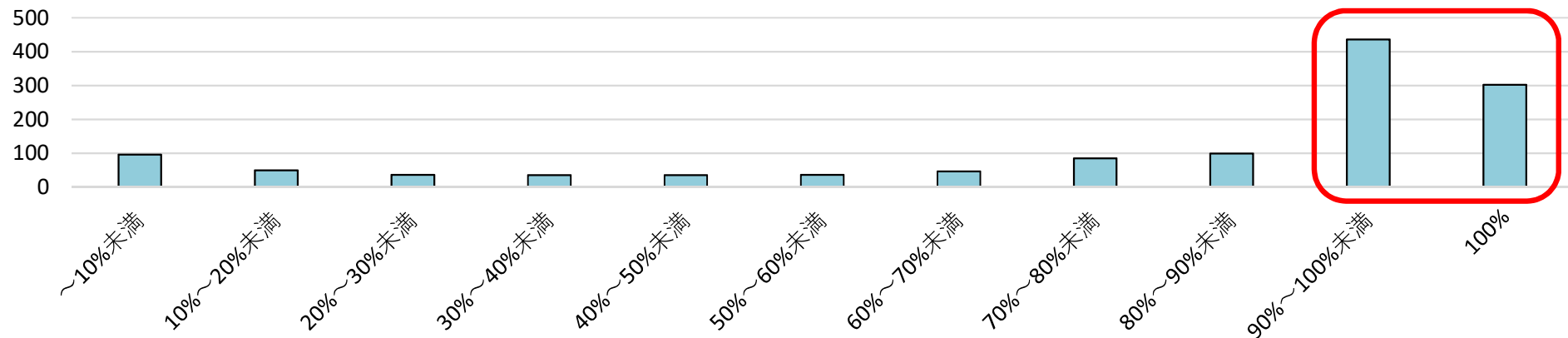


種別	診療行為	入院の割合
開胸手術	胸壁腫瘍摘出術	84.6%
	静脈形成術、吻合術（胸腔内静脈）	76.9%
開腹手術	腹直筋離開手術	85.7%
	直腸脱手術（骨盤底形成）	84.7%
	膀胱内凝血除去術	64.2%
	膀胱異物摘出術（膀胱高位切開術）	70.3%
	膀胱脱手術（その他）	42.9%
骨の手術	骨部分切除術（上腕）	87.6%
	骨部分切除術（前腕）	84.1%
	骨部分切除術（手）	69.5%
	骨部分切除術（その他）	79.6%
	腐骨摘出術（手）	58.8%
	腐骨摘出術（足その他）	89.9%
	骨腫瘍切除術（手）	74.4%
	骨腫瘍切除術（足）	83.6%
	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

- 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。

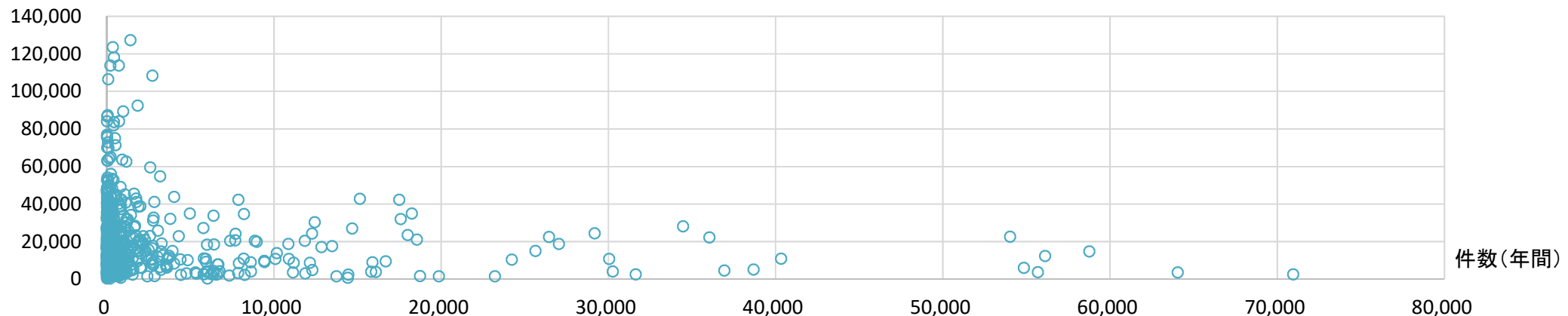
手術の種類数
(n=1255)

手術を入院で実施する割合の分布（必要度Ⅱの対象外のもの）



点数

入院の実施が90%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（必要度Ⅱの対象外のもの）

		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（必要度Ⅱの対象外のもの）

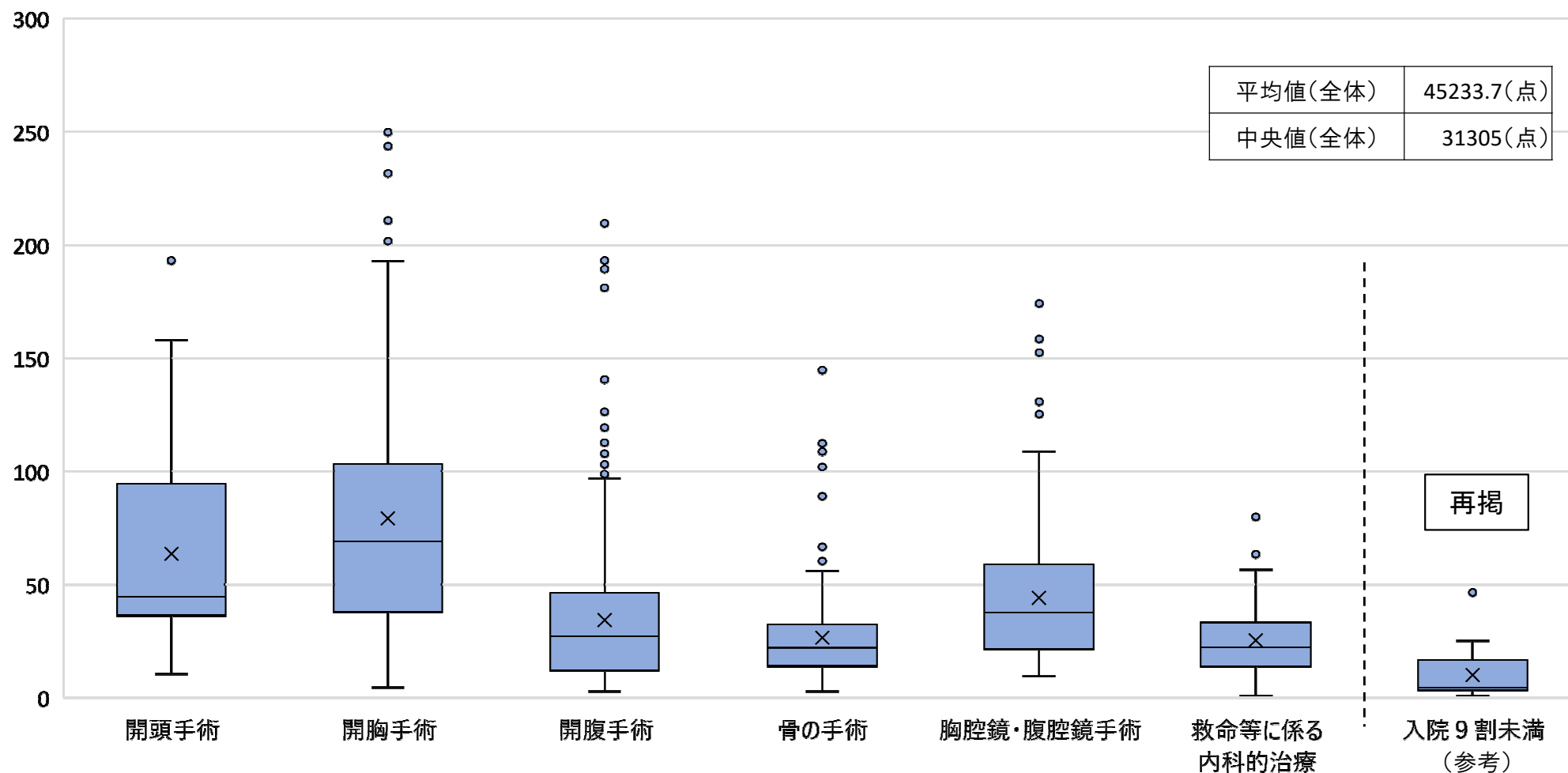
		点数					
		1,000点未満	1,000点以上	うち 5,000点以上	うち 10,000点以上	うち 20,000点以上	うち 50,000点以上
入院割合	90%以上（n=738）	5 (0.7%)	733 (99.3%)	614 (83.2%)	497 (67.3%)	262 (35.5%)	38 (5.1%)
	（うち）95%以上 （n=677）	4 (0.6%)	673 (99.4%)	568 (83.9%)	467 (69.0%)	256 (37.8%)	38 (5.6%)
	（うち）100% （n=302）	7 (2.3%)	295 (97.7%)	271 (89.7%)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

重症度、医療・看護必要度の評価対象となっている手術等について

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

点数(千点)

＜重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となっている手術等の点数＞



- 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	骨髓生検	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

一般病棟入院基本料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

(重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況について)

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

(判定基準について)

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

(評価項目について)

- A項目の「専門的な治療・処置」に該当する薬剤のうち、抗悪性腫瘍剤や免疫抑制剤の内服薬は、全体的に入院で実施される割合が低い。
- C項目の評価対象である手術等には入院で実施される割合が9割未満のものもある一方で、入院で実施される割合が9割以上であるが現在評価対象となっていないものも多くある。

【論点】



- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出状況を踏まえ、業務負担軽減等の観点から、Ⅱの届出を一定程度進めることについてどのように考えるか。
- 入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、急性期の入院患者の指標として、重症度、医療・看護必要度の判定基準のうち「B14又はB15に該当し、A1点以上かつB3点以上」の基準をどのように考えるか。
- 原則として入院で実施される医療を適切に評価する観点から、入院の必要性等に応じてA項目・C項目の評価対象の整理を行うことについてどのように考えるか。
- 該当患者割合の施設基準については、これらの見直しが該当患者割合に与える影響を踏まえて検討してはどうか。

入院医療（その１）

1．一般病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況
- 重症度、医療・看護必要度

2．特定集中治療室管理料について

- 入院患者の評価指標
- 専門性の高い看護師
- 早期からの栄養管理

3．急性期入院医療に関するその他の事項について

- 総合入院体制加算
- 抗菌薬適正使用支援加算

(生理学的スコアについて)

- 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。

(重症度、医療・看護必要度について)

- 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の意見があった。

(専門性の高い看護師)

- 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。

2. 特定集中治療室管理料について

- 入院患者の評価指標
- 専門性の高い看護師
- 早期からの栄養管理

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	・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	・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	・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	・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	・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 ～14日 12,126点			・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
	管理料3	～7日 9,361点 ～14日 7,837点			・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		
	管理料4	～7日 9,361点 ～14日 7,837点	・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				
	ハイケアユニット 入院医療管理料	管理料1	6,584点	・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	・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(スワングアンツカテーテル)	なし		あり
9 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓 ICP測定、ECMO)	なし		あり

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

基準

A得点4点以上かつB得点3点以上

【ハイケアユニット用】

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

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

基準

A得点3点以上かつB得点4点以上

特定集中治療室管理料等の近年の改定事項

特定集中治療室等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し

平成28年度診療報酬改定

- 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」のA項目及び特定集中治療室管理料の施設基準の見直しを行う。

平成28年度改定前

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」

A項目:すべての項目が1点

該当基準:A項目が3点以上かつB項目が3点以上

特定集中治療室管理料1・2

「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が90%以上

特定集中治療室管理料3・4

「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上

平成28年度改定後

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」

A項目:「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」「シリンジポンプの管理」が1点
その他の項目が2点

該当基準:A項目が4点以上かつB項目が3点以上

特定集中治療室管理料1・2

「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上

特定集中治療室管理料3・4

「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が70%以上

- 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」について、B項目の簡素化を図るため、一般病棟用の評価と統一する。

生理学的スコア等の測定の要件化

平成30年度診療報酬改定

- 特定集中治療室管理料1・2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):

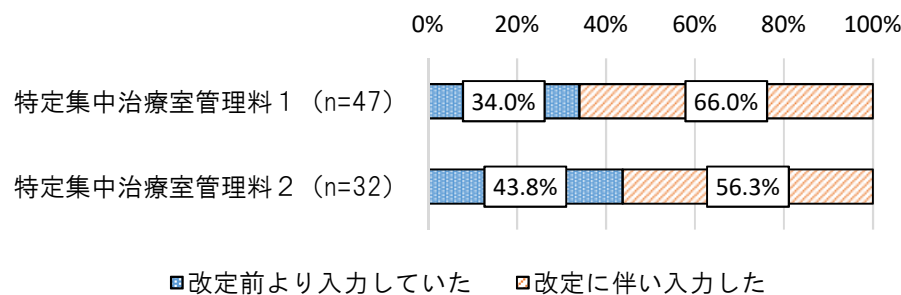
呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの。

		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	血压低下	なし	平均動脈圧<70mmHg	ドパミン≤5γ あるいはドブタミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ あるいはノルエピネフリン≤0.1γ	ドパミン>15γ あるいはエピネフリン>0.1γ あるいはノルエピネフリン>0.1γ
中枢神経機能	Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能	クレアチニン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 あるいは尿量500ml/日未満	>5.0 あるいは尿量200ml/日未満

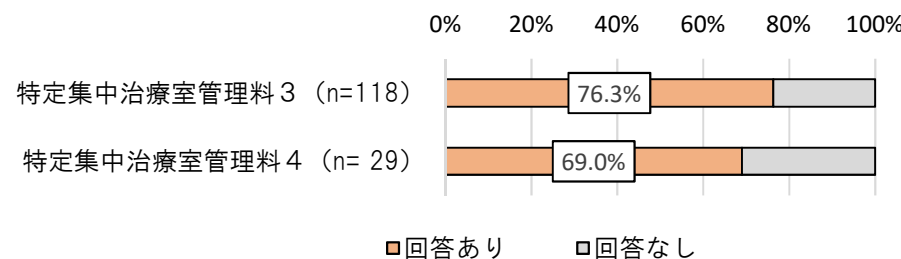
- 救命救急入院料1・3、脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする。
(救命救急入院料1・3は特定集中治療室用を、脳卒中ケアユニット入院医療管理料は一般病棟用を用いる)

- 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。

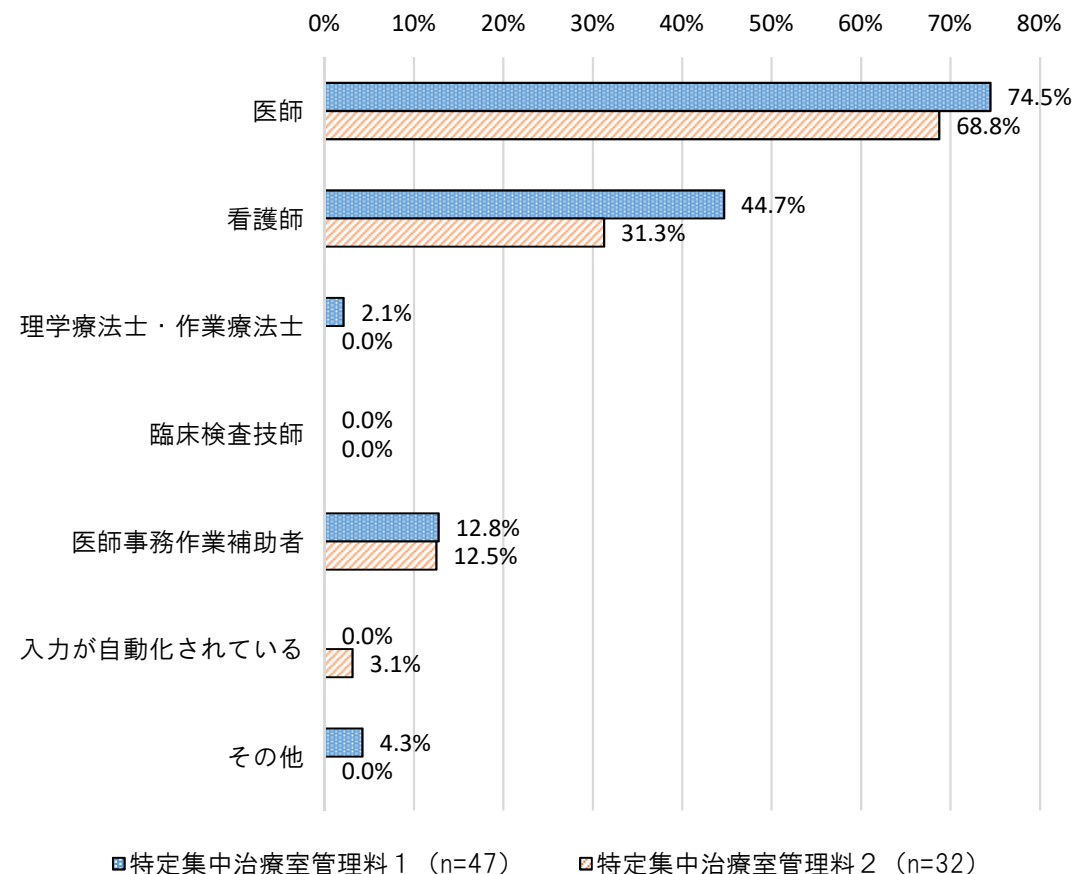
いつから入力を開始したか
(管理料 1・2)



SOFAスコアについて回答があった割合
(管理料 3・4)

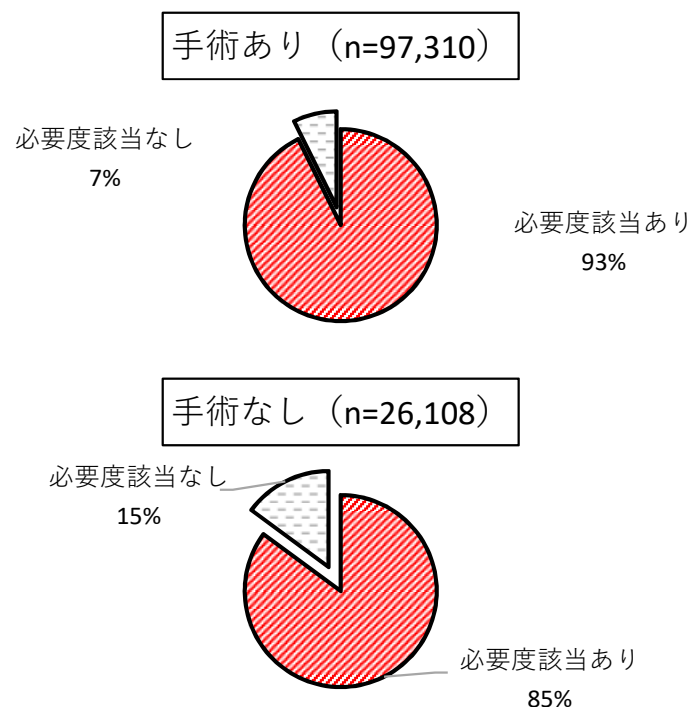


入力を行う職種 (管理料 1・2)

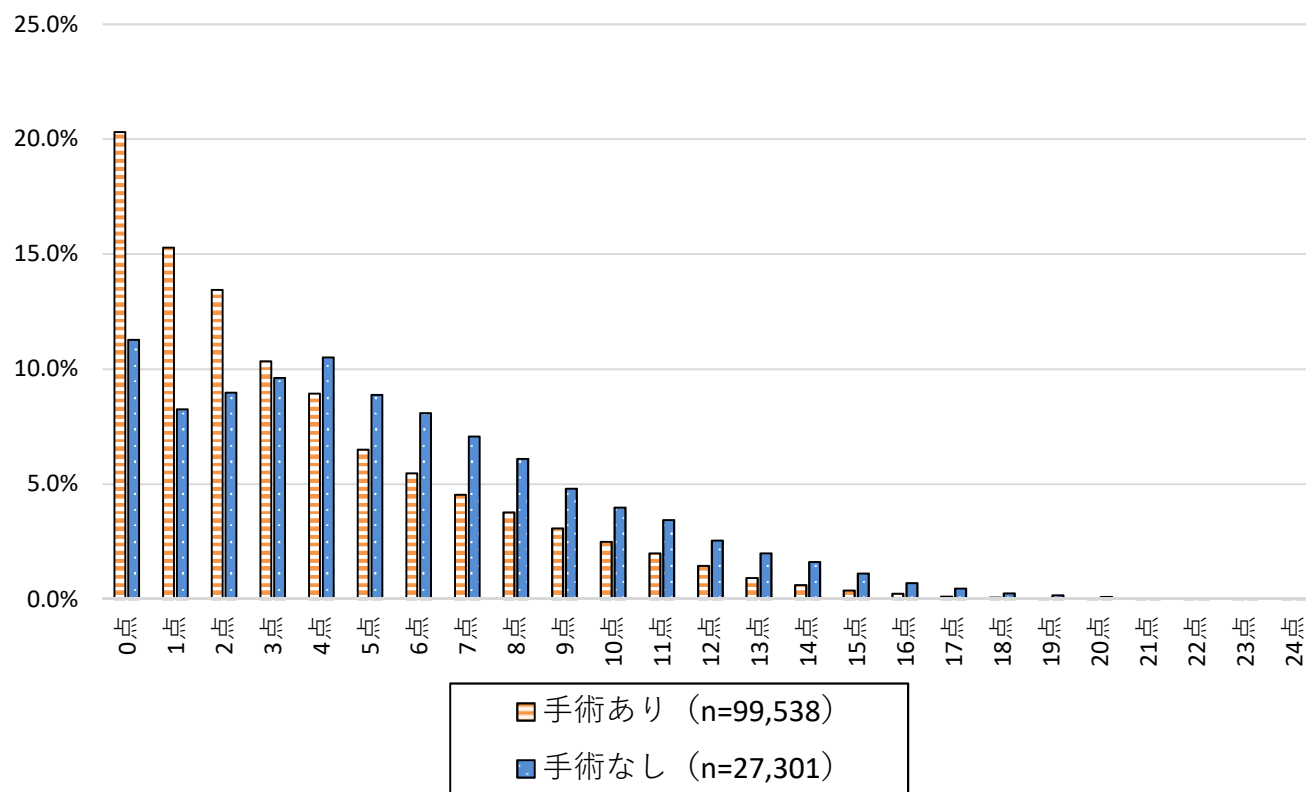


- 手術の実施の有無と、入室日の重症度、医療・看護必要度の関係をみると、手術あり・なしの患者ともに、必要度の該当患者が多く、約8～9割を占めた。
- 手術の実施の有無と、入室日のSOFAスコアの関係をみると、手術ありの患者ではSOFAスコア0点の患者の割合が最も高く約2割であったが、手術なしの患者ではSOFAスコア0点と4点の割合がともに高く、約1割であった。

手術の有無×必要度（入室日）

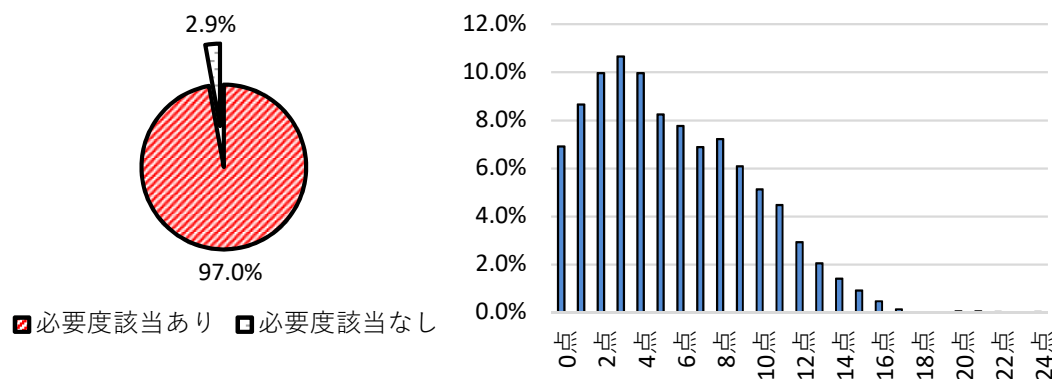


手術の有無×SOFAスコア（入室日）

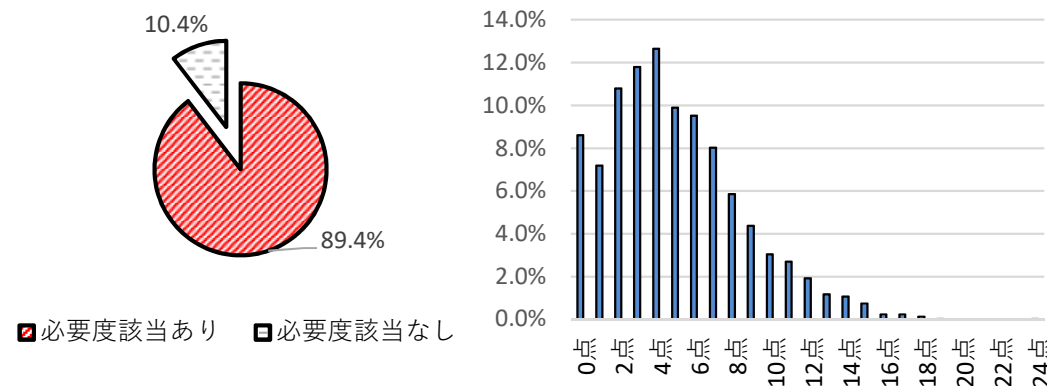


○ 最も医療資源を投入した傷病名ごとに、重症度、医療・看護必要度の該当の有無とSOFAスコアをみると、必要度はいずれの傷病でも該当患者が約9割以上であったが、SOFAスコアの分布は傷病によってばらついていった。

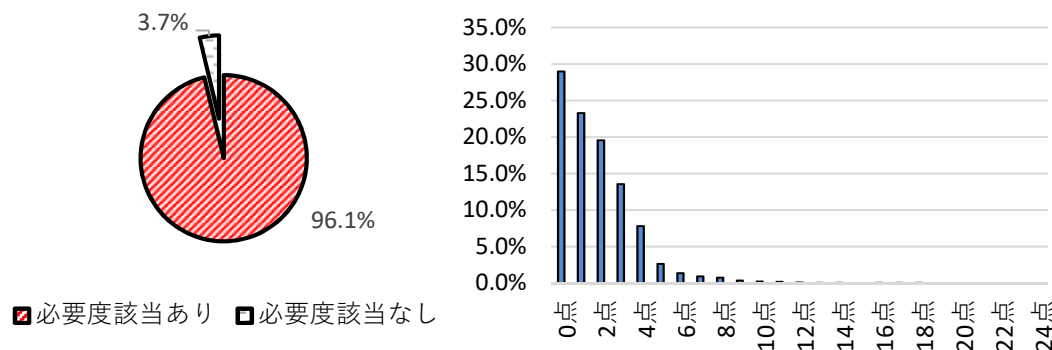
大動脈弁狭窄（症）（n=4780）



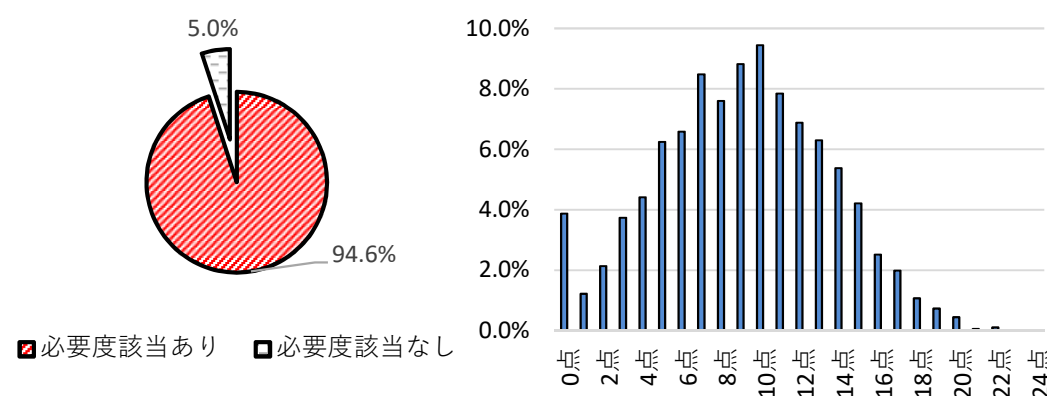
うっ血性心不全（n=3746）



気管支及び肺の悪性新生物, 上葉, 気管支又は肺（n=3471）

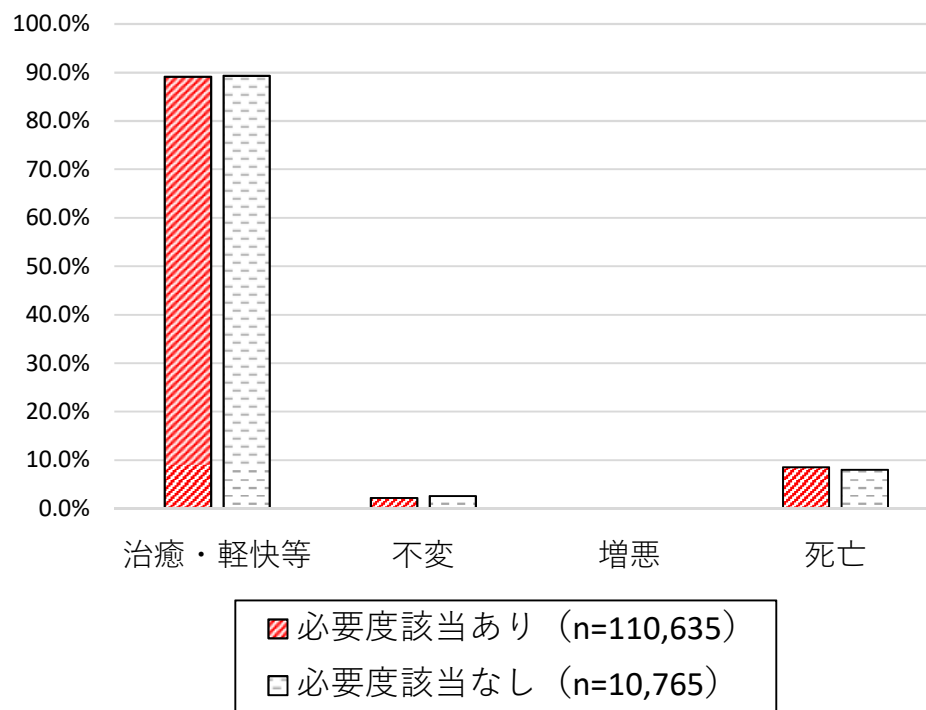


敗血症, 詳細不明（n=2105）

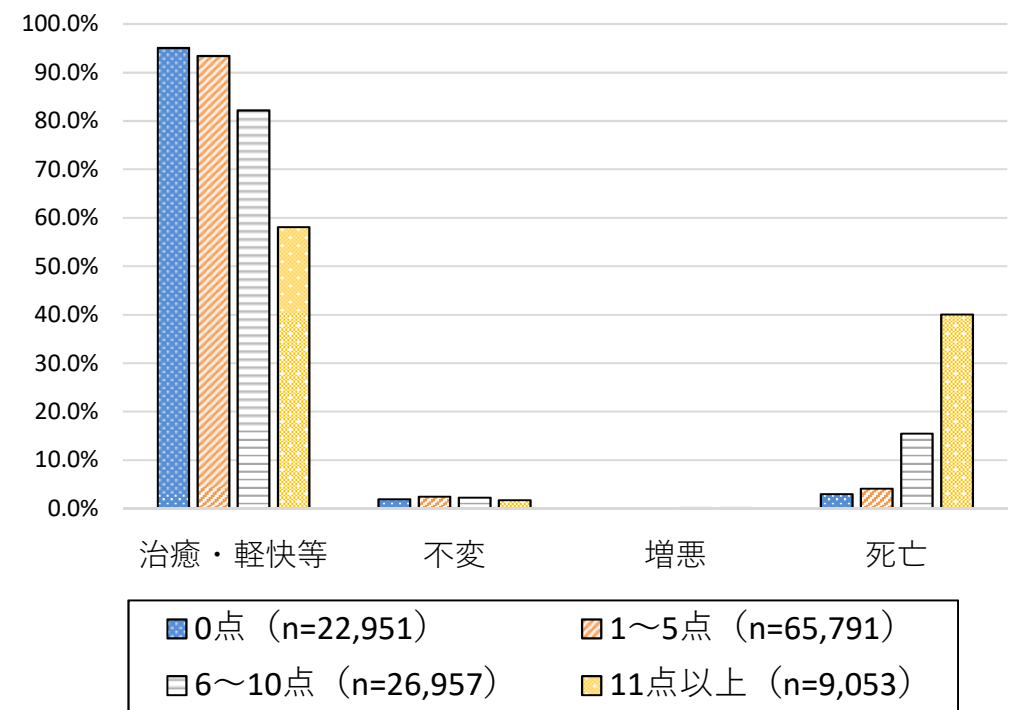


- 退院時転帰と入室日の重症度、医療・看護必要度の関係を見ると、必要度の該当あり・なしで退院時転帰に明らかな差は見られなかった。
- 退院時転帰と入室日のSOFAスコアの関係を見ると、SOFAスコアが高くなるほど、退院時転帰が「治癒・軽快等」の患者割合が低く、「死亡」の患者割合が高くなっていった。

退院時転帰×必要度（入室日）



退院時転帰×SOFAスコア（入室日）

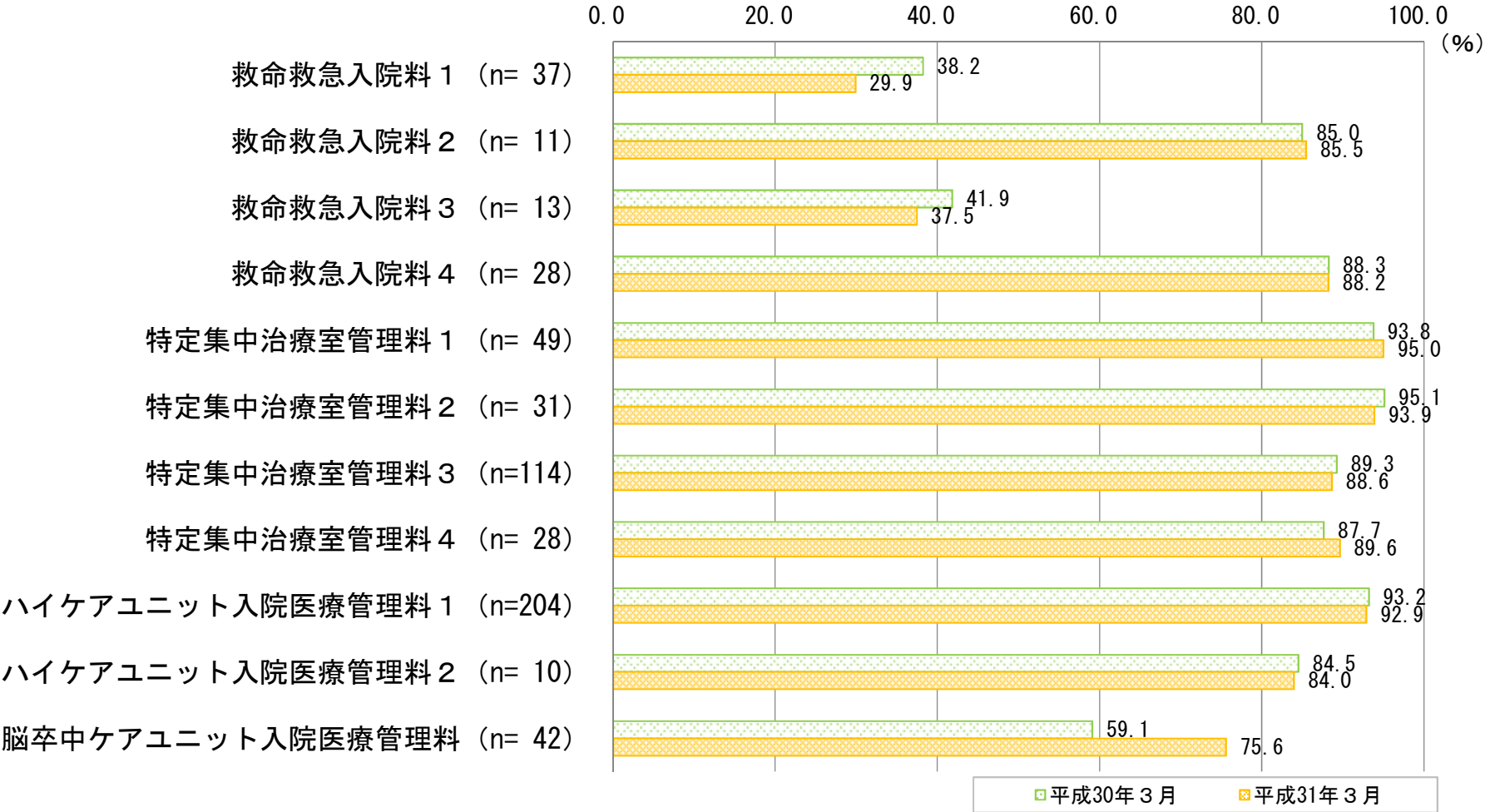


※必要度基準: A得点4点以上かつB得点3点以上

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。

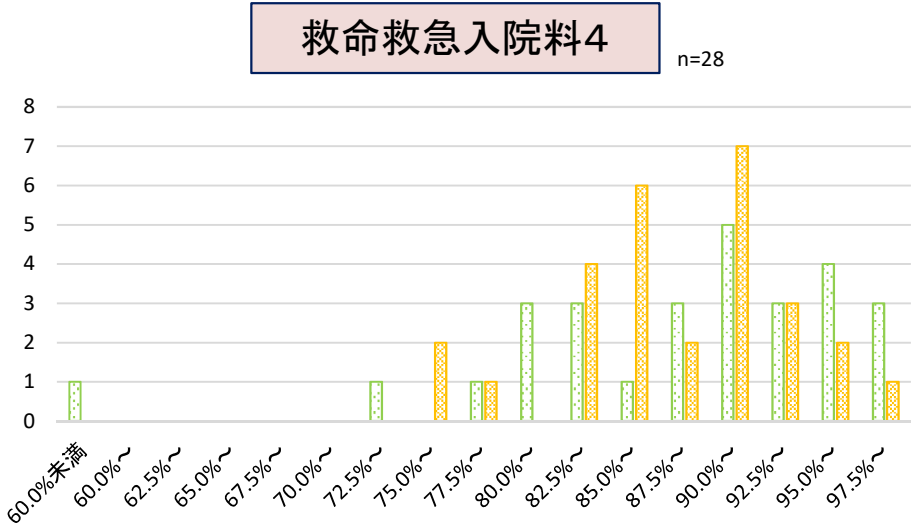
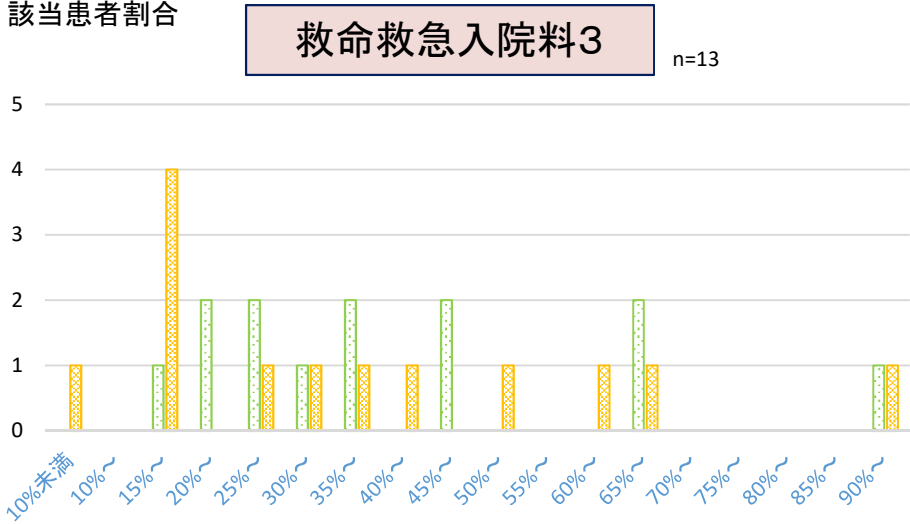
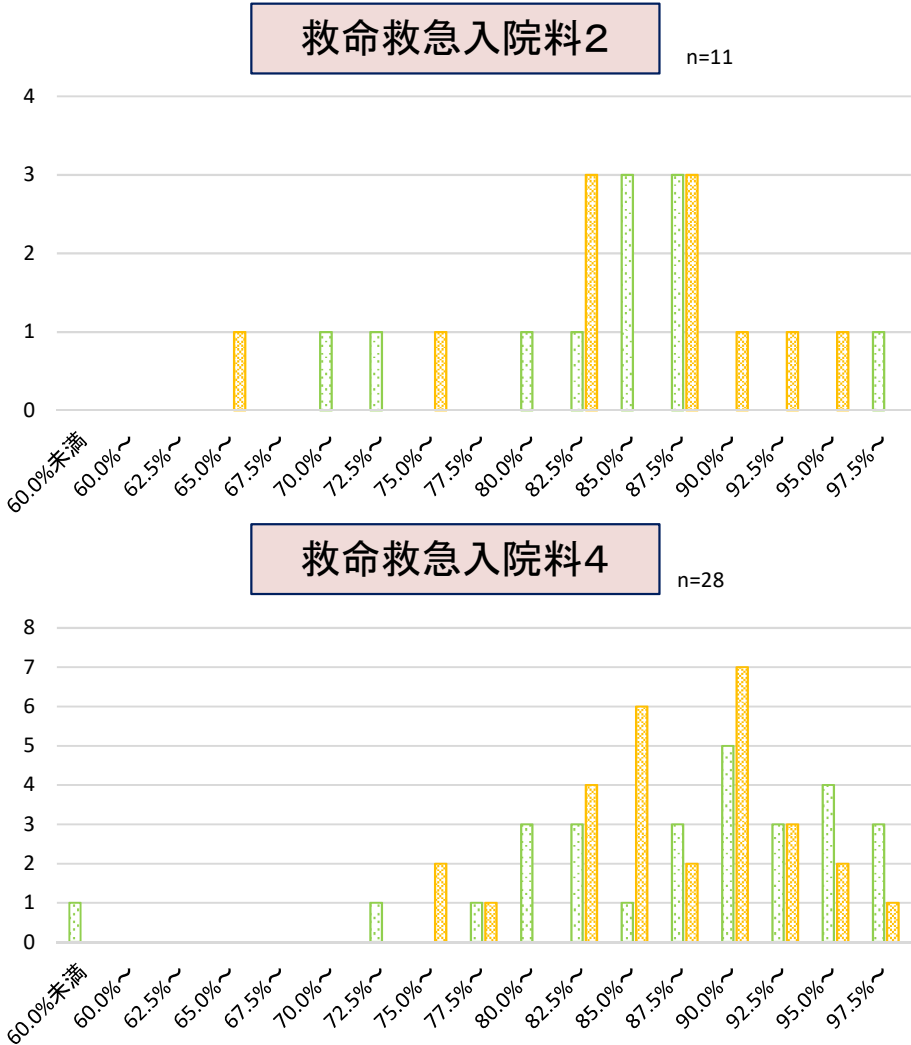
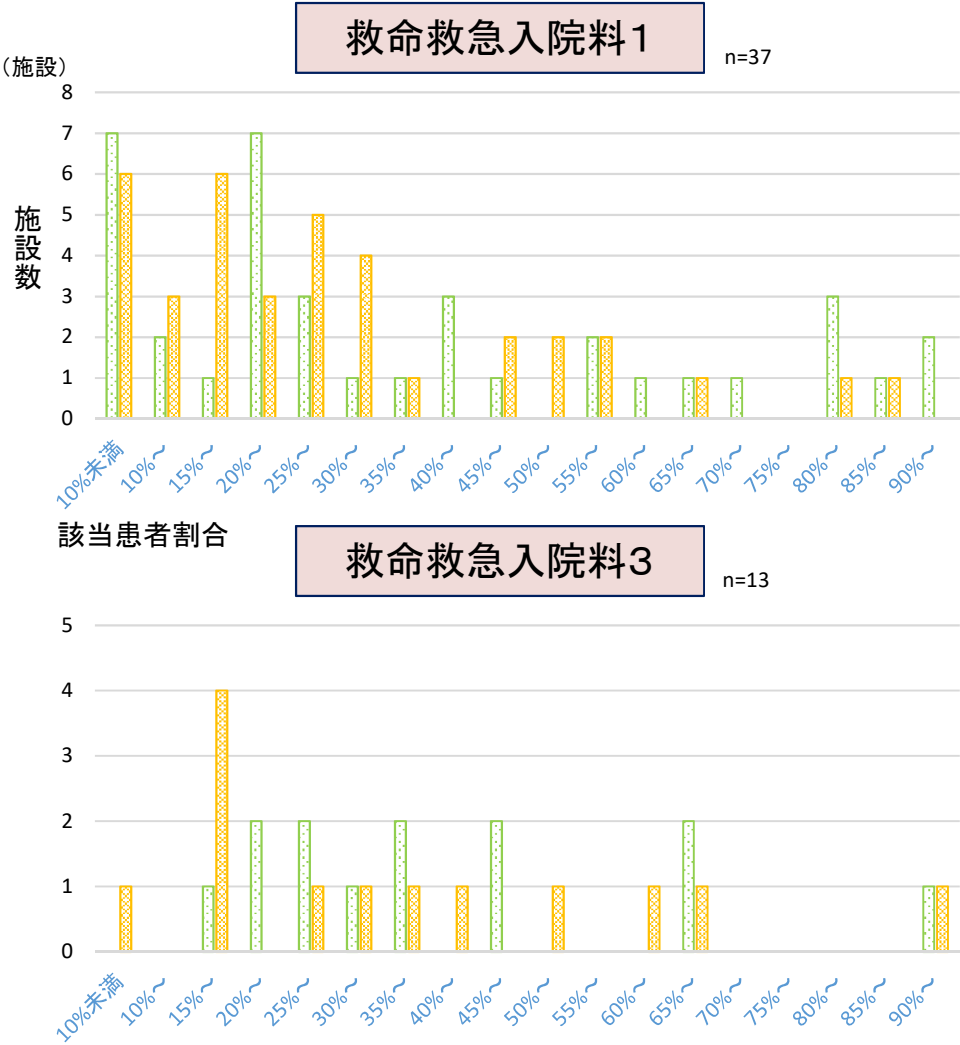
○ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、平成30年と平成31年のいずれも回答した施設の平均をみると、大きな差はみられなかった。

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）



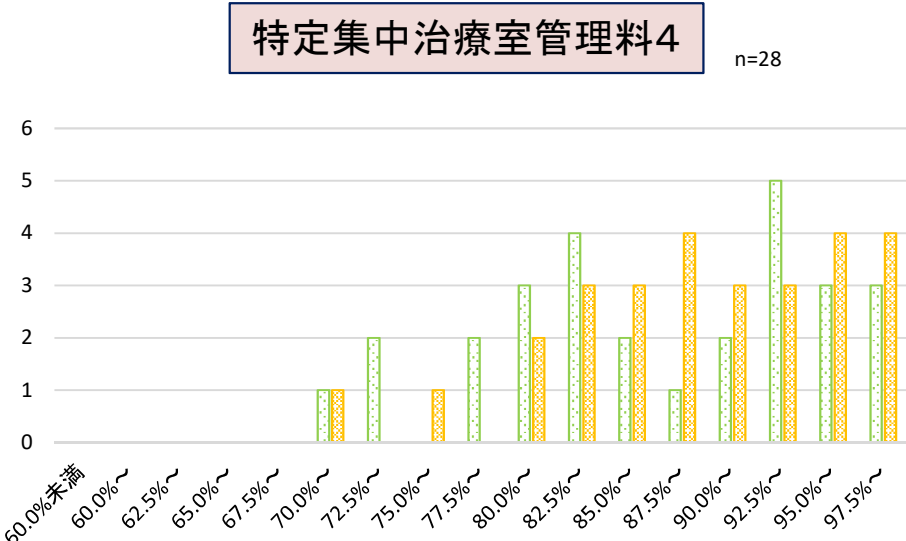
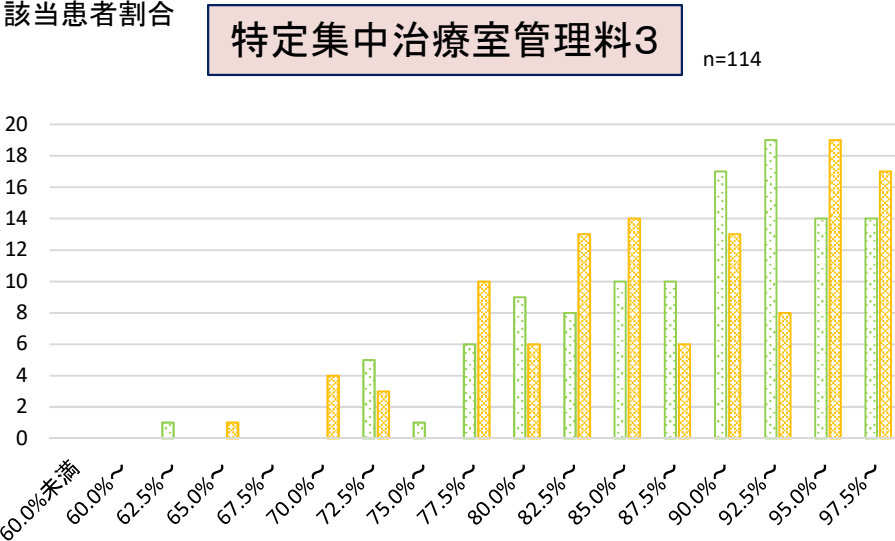
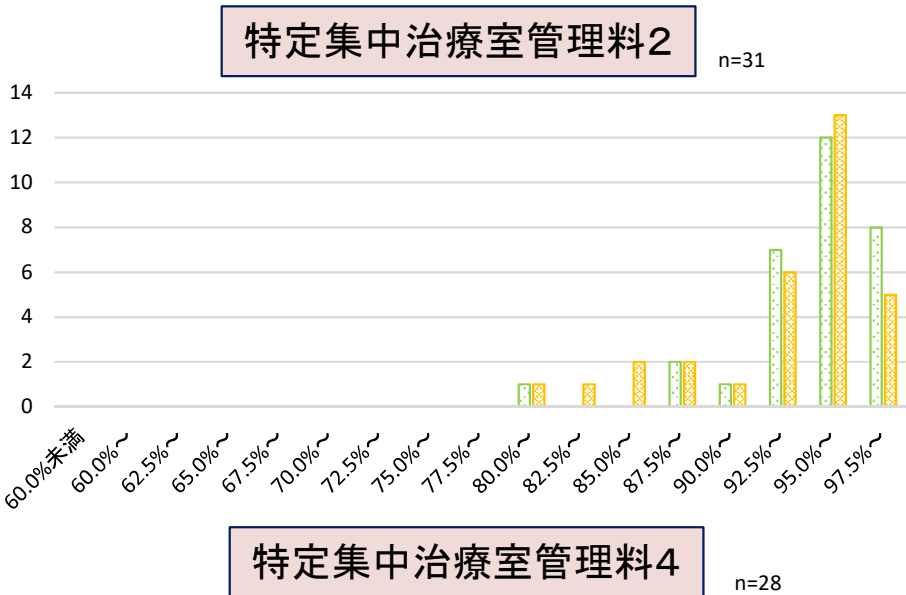
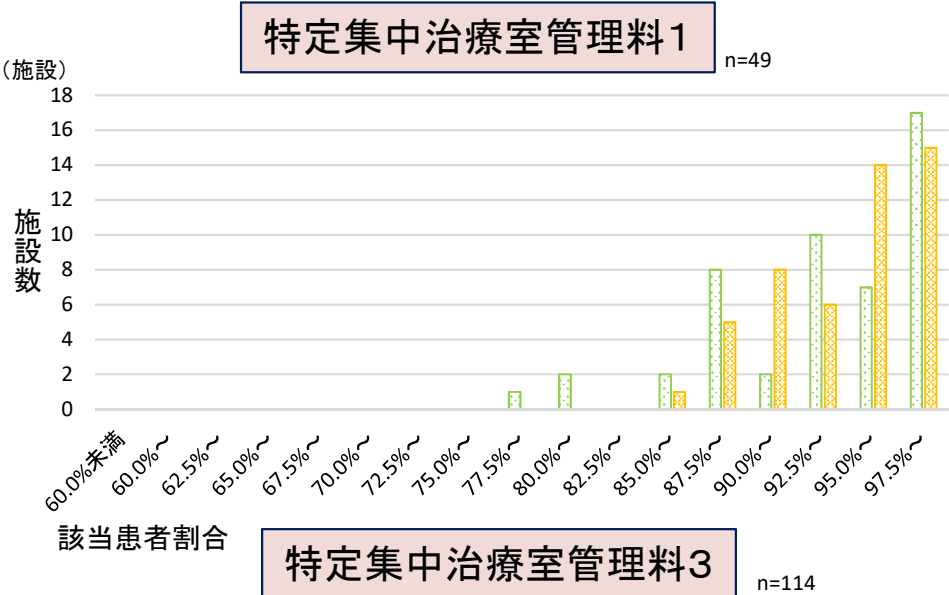
○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、救命救急入院料においては、施設によってばらつきがみられた。

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）



○ 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）

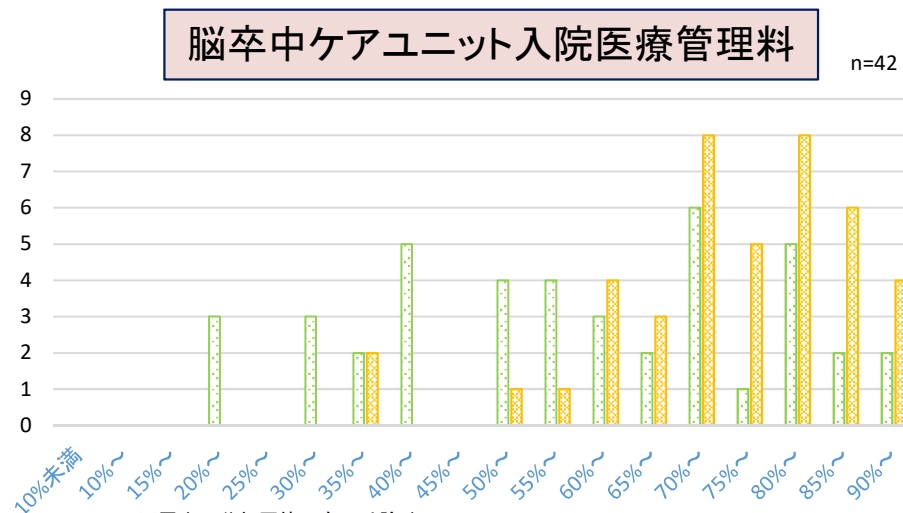
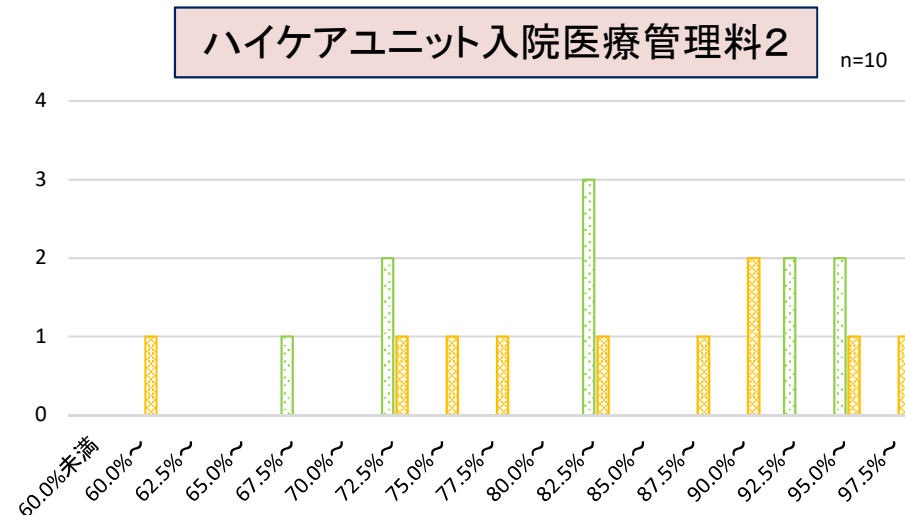
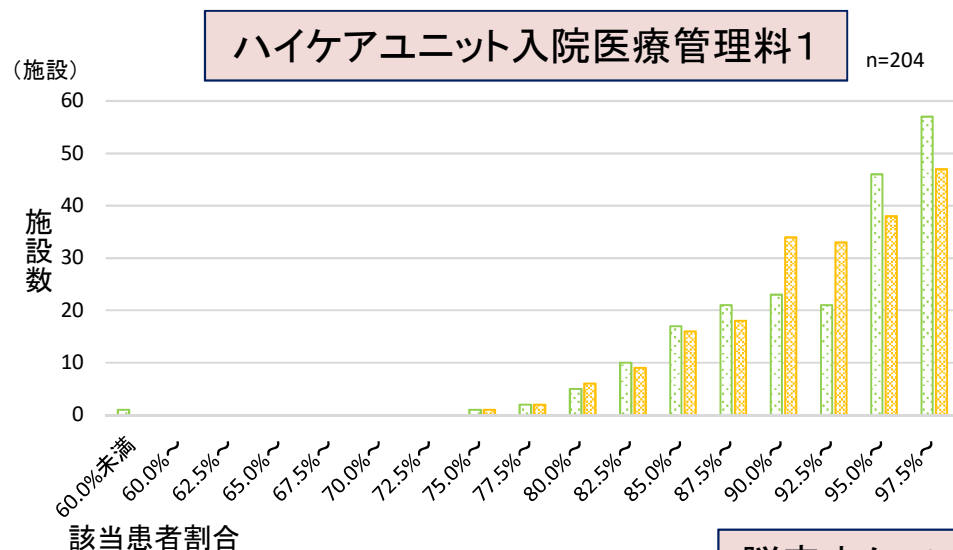


ハイケアユニット入院医療管理料等の重症度、医療・看護必要度の 該当患者割合（H30／H31）

診調組 入－1
元． 1 0． 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

2. 特定集中治療室管理料について

- 入院患者の評価指標
- 専門性の高い看護師
- 早期からの栄養管理

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。

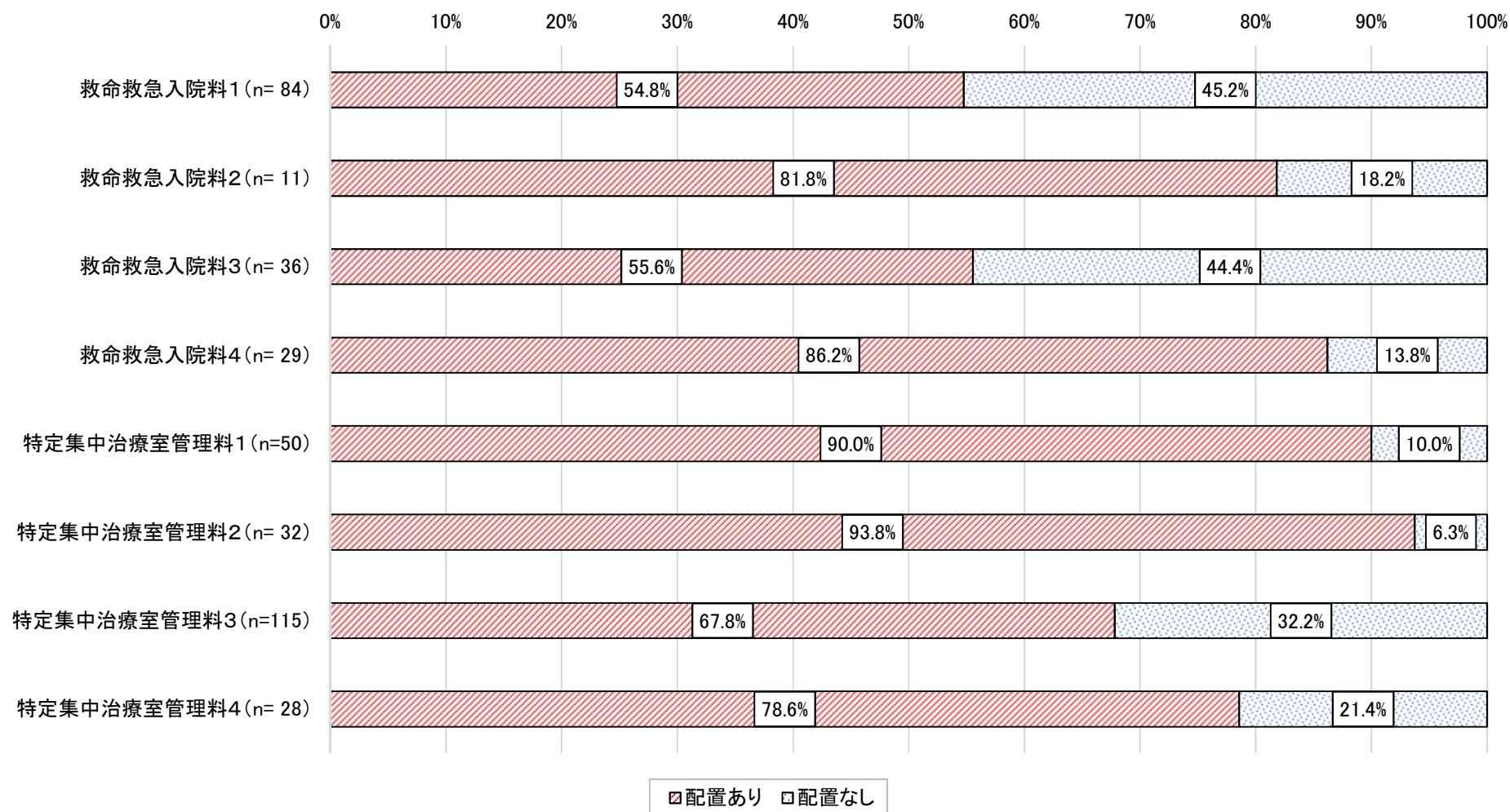
(答)現時点では、以下のいずれかの研修である。

- 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



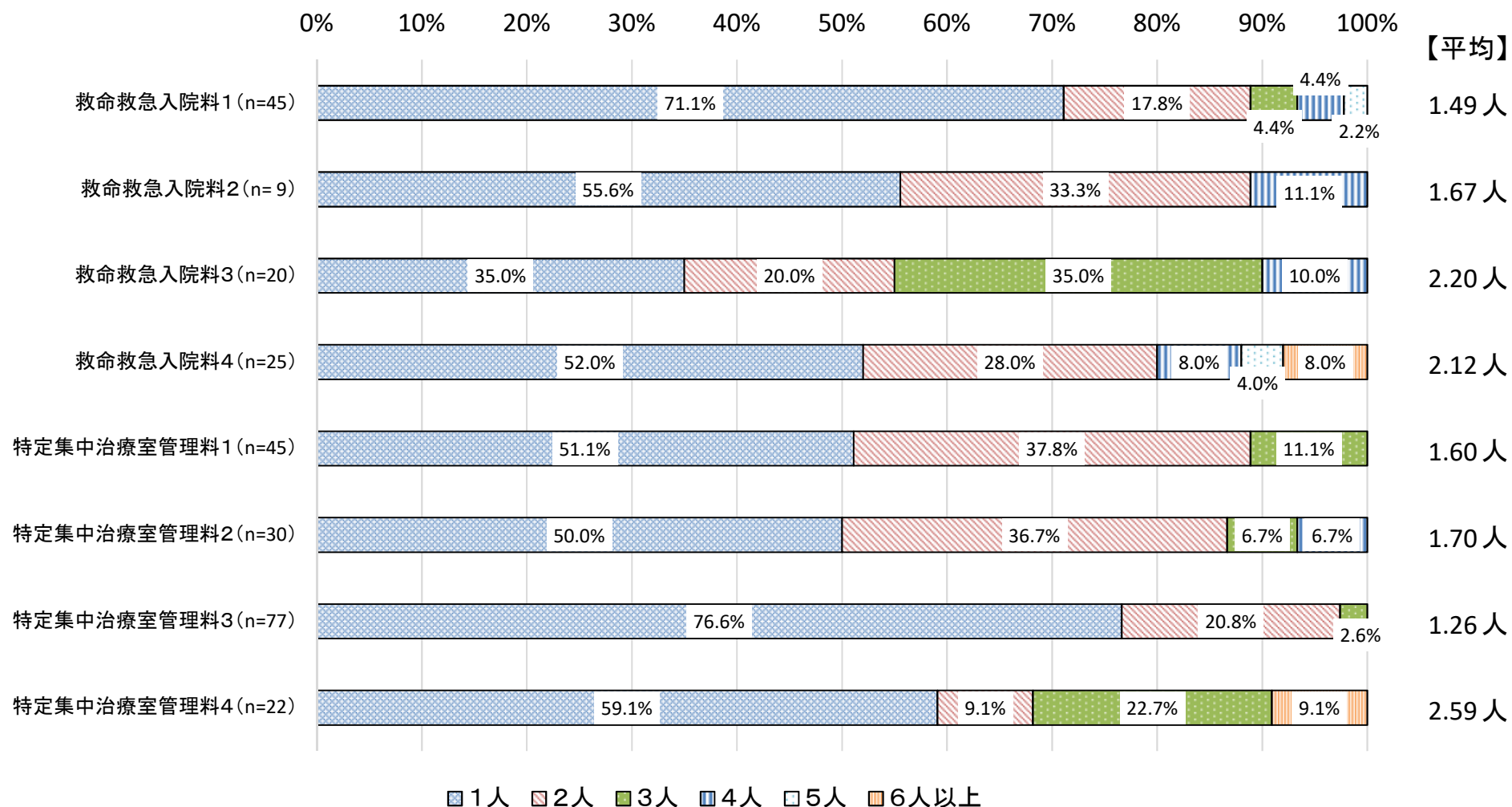
※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

専門性の高い看護師の配置人数

診調組 入 - 1
元 . 9 . 2 6

- 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



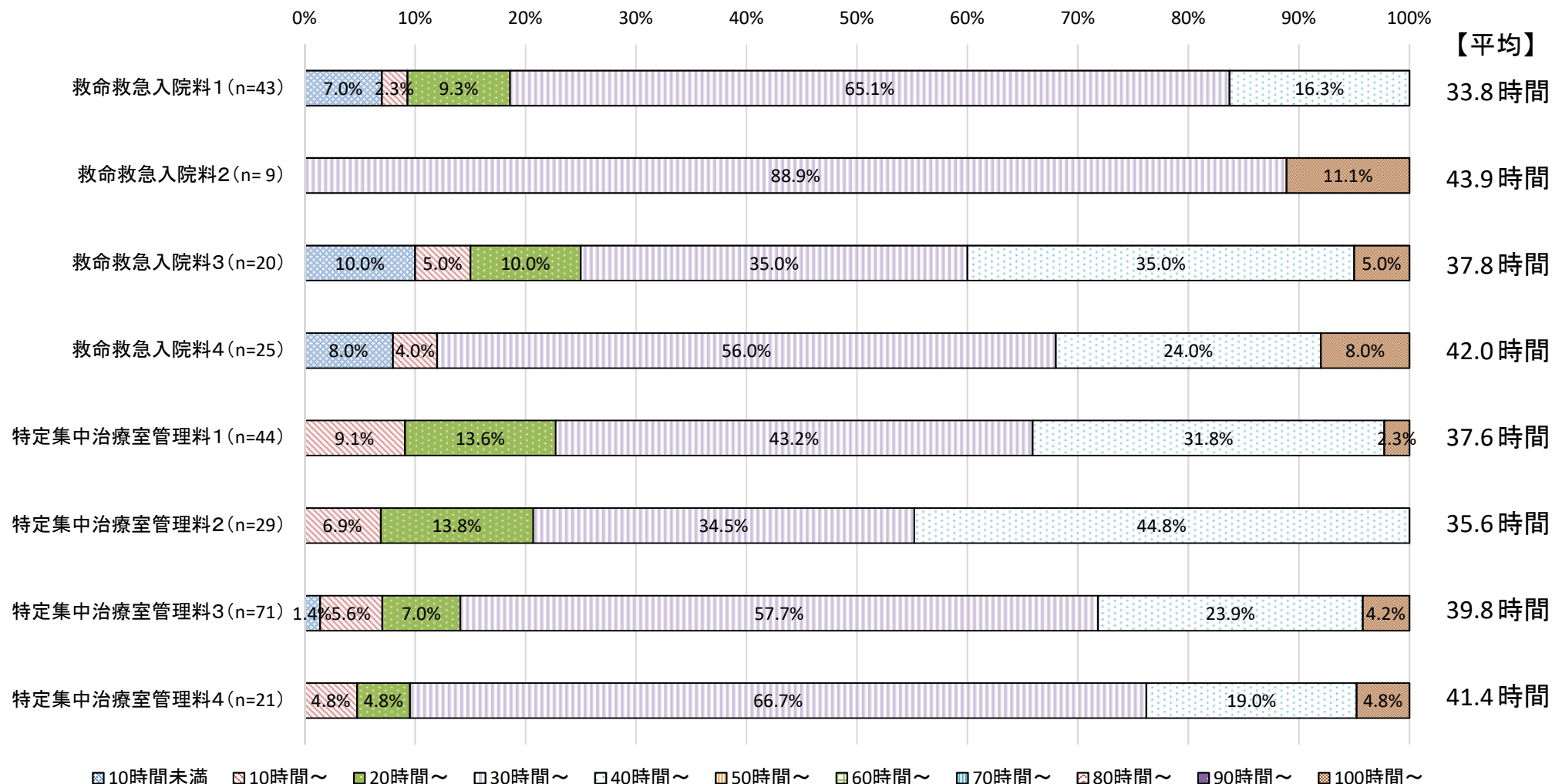
※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

専門性の高い看護師の配置時間数

診調組 入 - 1
元 . 9 . 2 6

- 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)



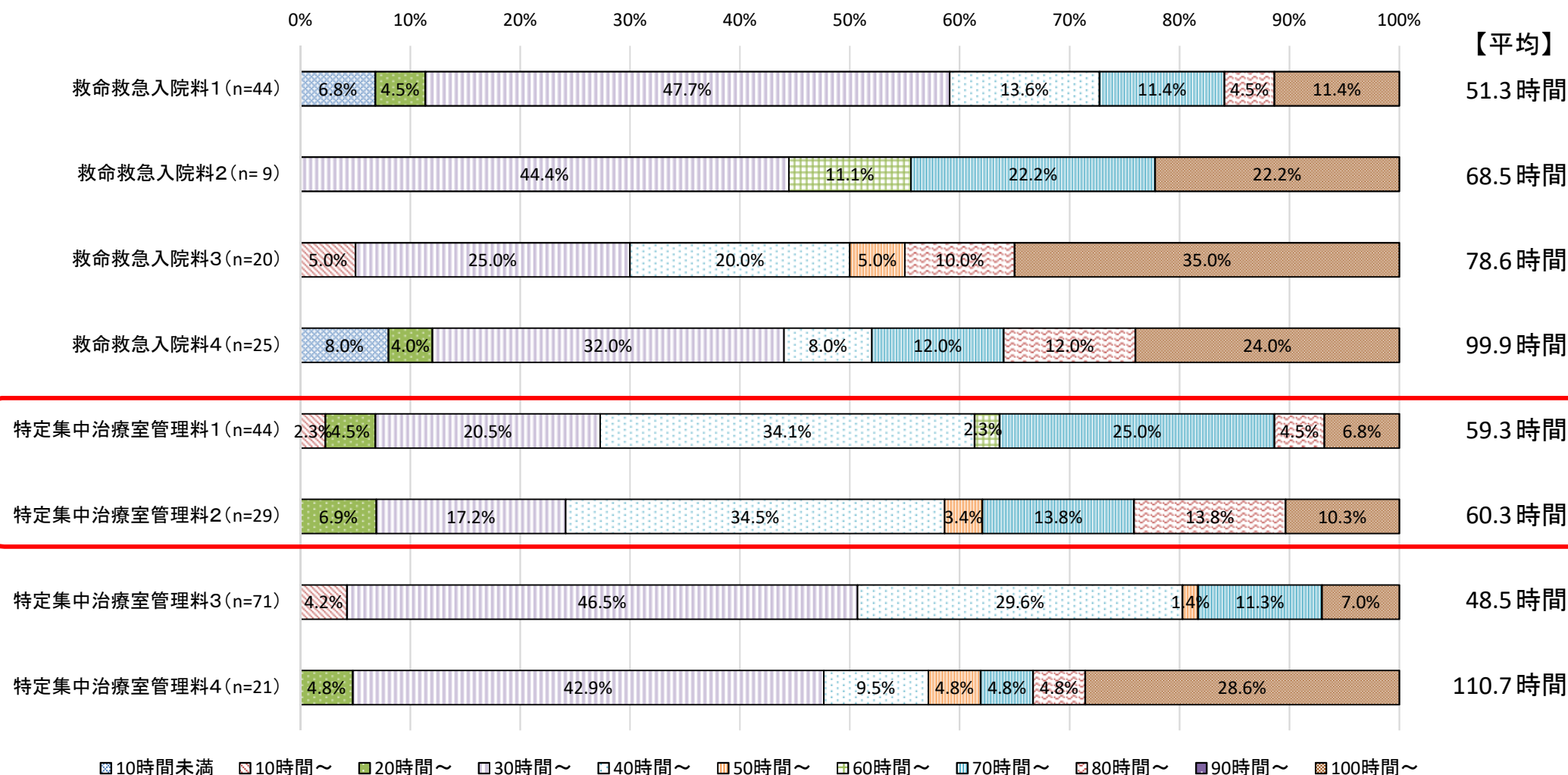
※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

専門性の高い看護師の配置時間数（延べ時間数）

診調組 入 - 1
元 . 1 0 . 3

- 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）



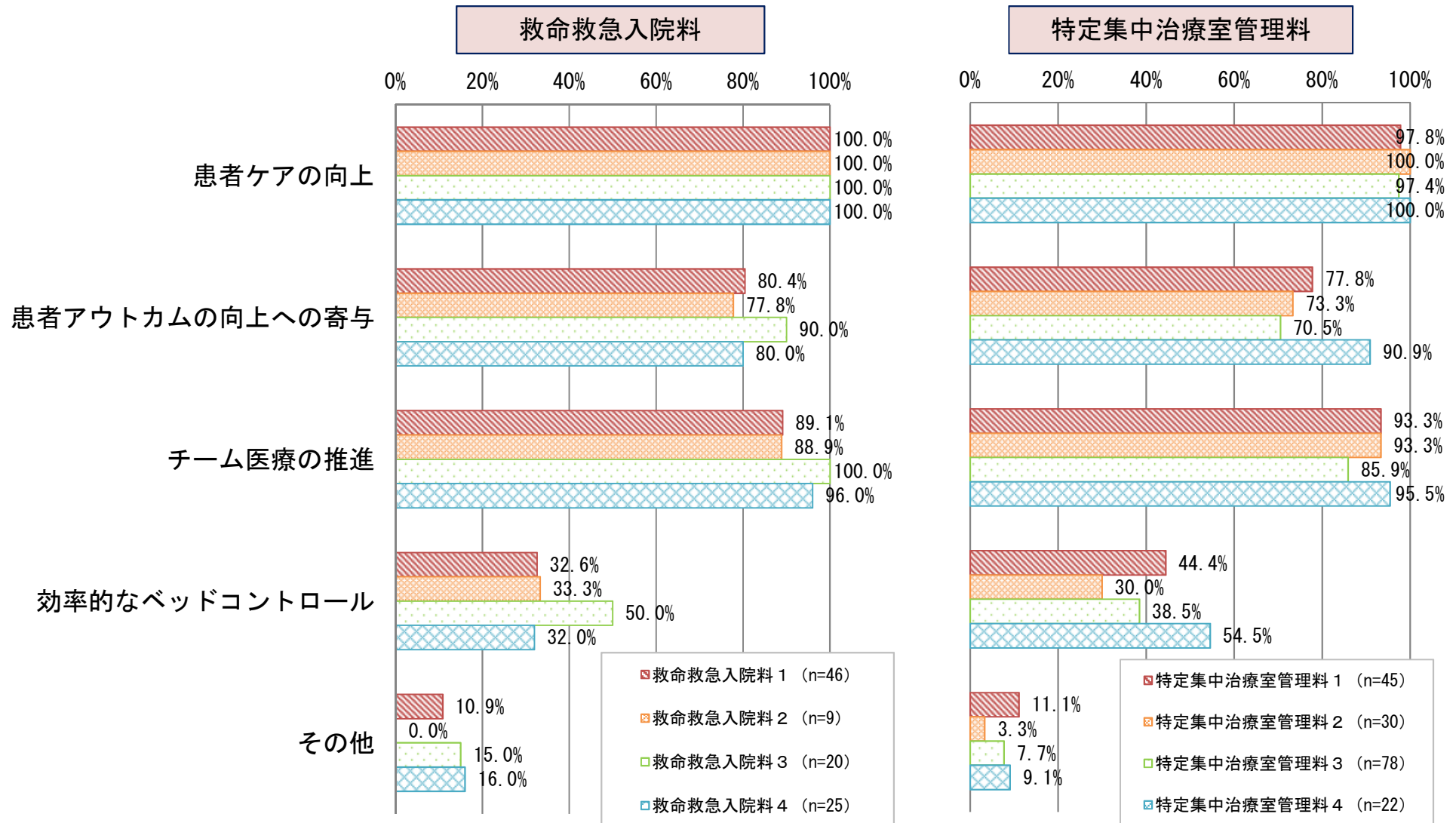
※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

専門性の高い看護師の配置による効果

診調組 入 - 1
元 . 9 . 2 6

- 専門性の高い看護師の配置による効果をみると、「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）



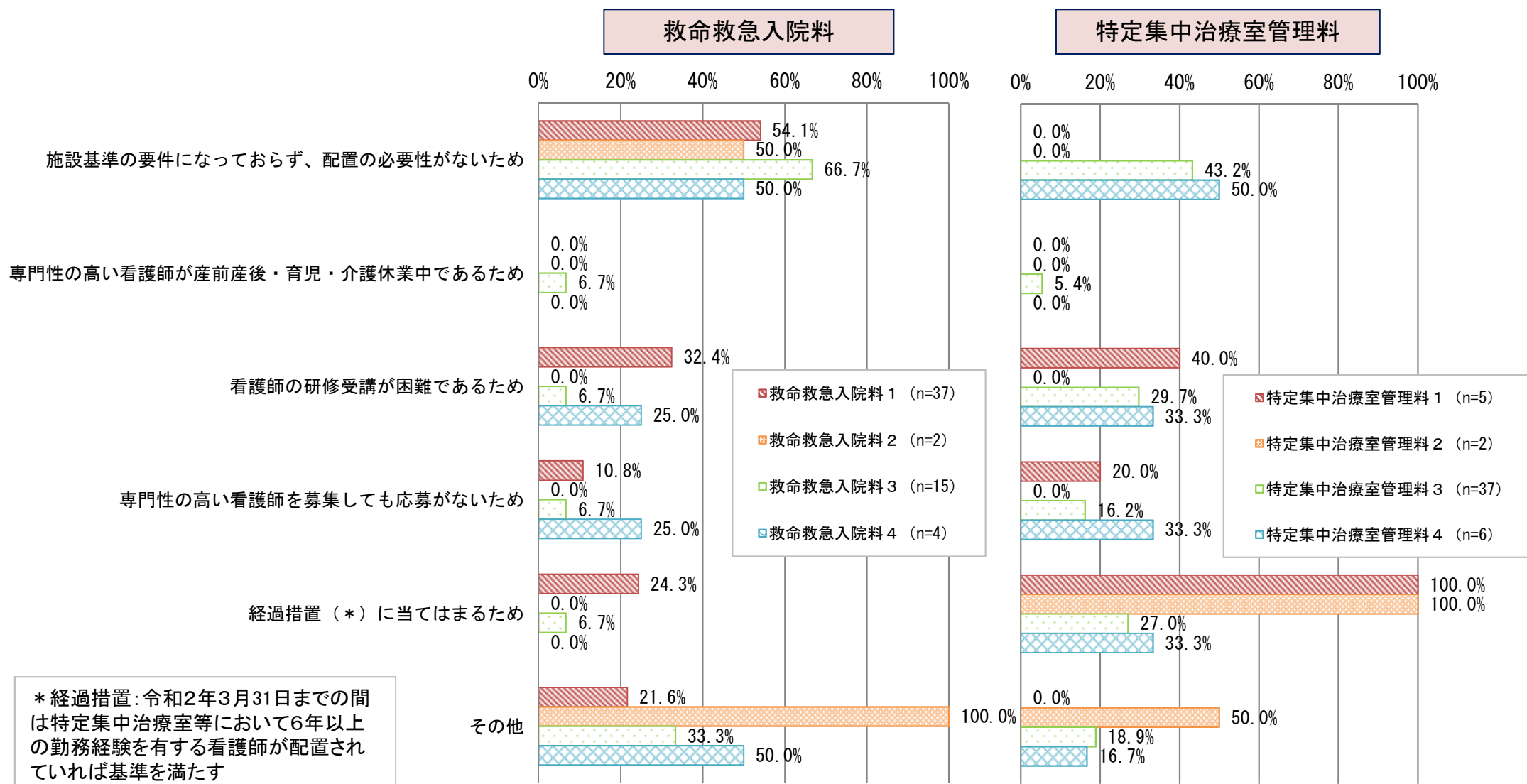
※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

専門性の高い看護師を配置していない理由

診調組 入 - 1
元 . 9 . 2 6

- 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）



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

2. 特定集中治療室管理料について

- 入院患者の評価指標
- 専門性の高い看護師
- 早期からの栄養管理

特定集中治療室等における栄養管理

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

日本版重症患者の栄養療法ガイドライン

<目的>

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

<栄養管理の必要性>

重症患者の病態や病期に応じた栄養管理を行うことを強く推奨する。

<栄養投与ルート>

栄養投与ルートは、経腸栄養を優先することを強く推奨する。

<経腸栄養>

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

ICUにおける早期栄養投与の効果

<対象者>

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

<結果>

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

表 経腸栄養の開始時期の違いによる臨床結果の比較

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

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

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

特定集中治療室等における管理栄養士の介入効果①

【対象者】

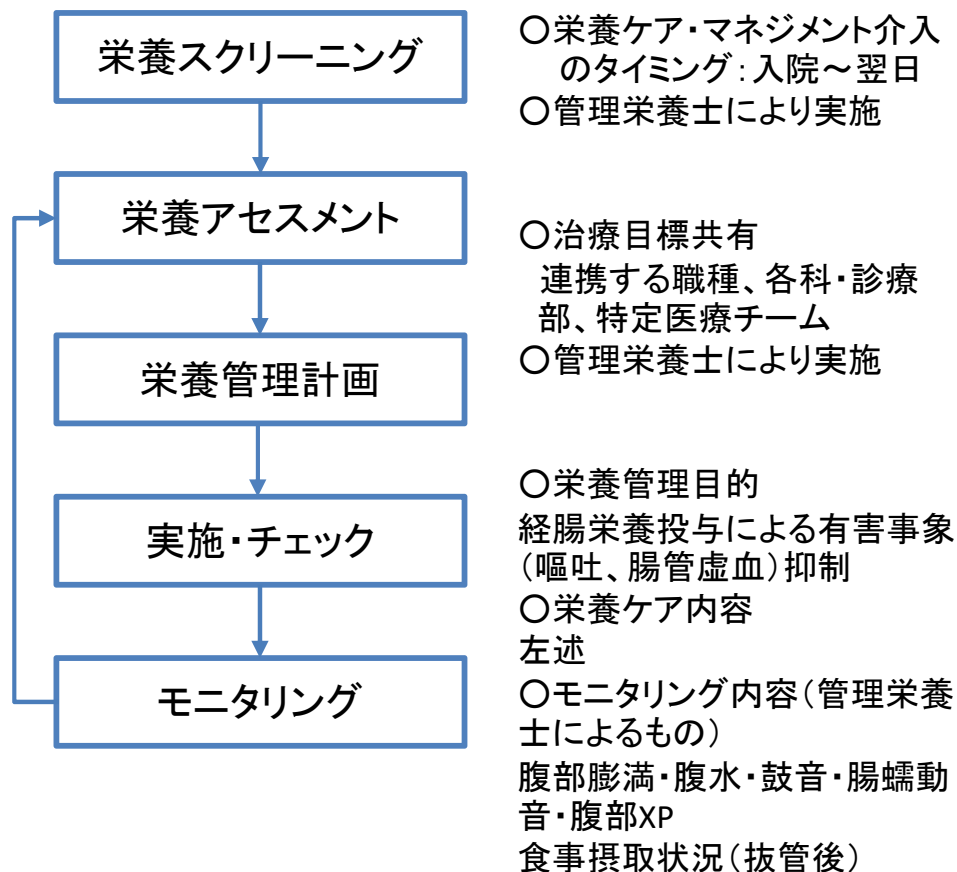
ICU入室中に栄養管理を行った患者(外科手術後1泊入室の患者は除く)

2011年度(360名、平均年齢70.4±13.7歳)、2017年度(295名、平均年齢69.2±14.2歳)

【方法】

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

栄養ケア・マネジメント(栄養管理内容)



管理栄養士による栄養介入内容 (早期経腸栄養プロトコル)

【ICU等入室時】

- ・栄養スクリーニング(48時間以内)の実施
- ・栄養アセスメントの実施
- ・栄養管理計画の作成(多職種協働における回診に基づき治療目的を共有)腸管機能評価を実施し、48時間以内に経腸栄養投与を開始
- ・再アセスメントの実施(胃管からの逆流の有無等)

【経腸栄養投与開始後】

- ・モニタリングの実施
胃管廃液量の確認、循環動態の確認、注入頭位の確認等
- ・目標エネルギー量の設定
- ・再アセスメントの実施

【経腸栄養投与方法】

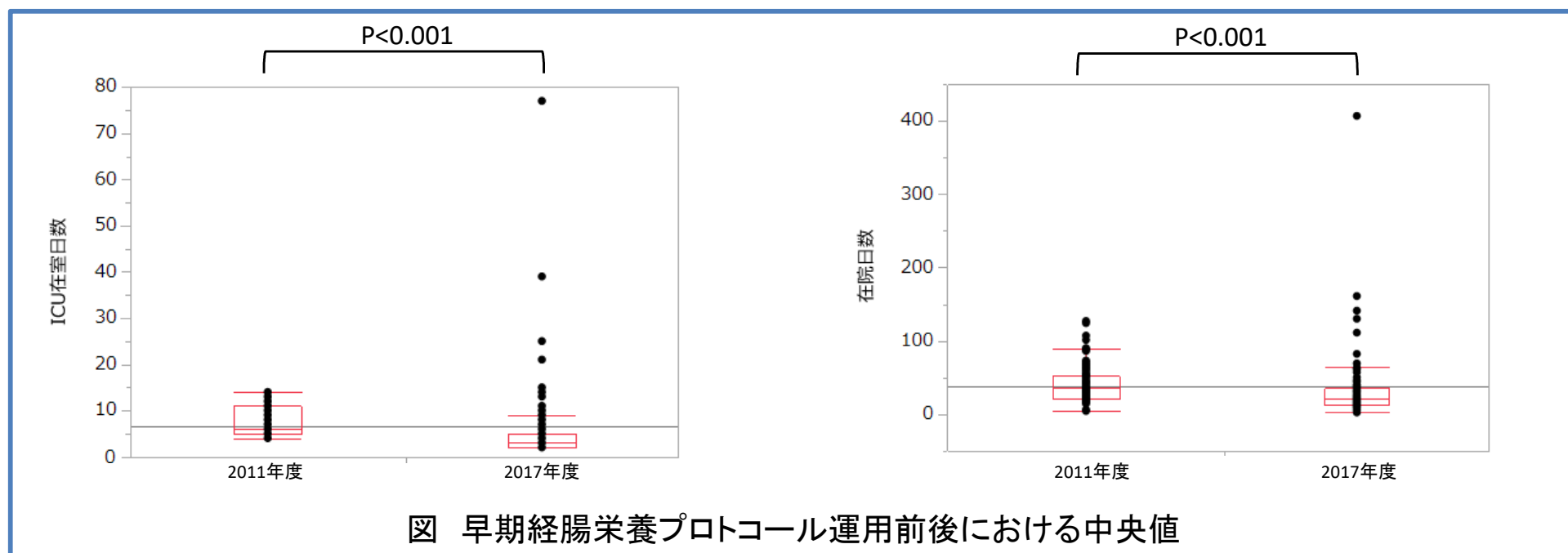
- ・流量10ml/hから8時間毎に同流量ずつ50ml/hまで増量
- ・50ml/h以上にて有害事象なければ間歇投与

特定集中治療室等における管理栄養士の介入効果②

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

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

* F検定後T検定 ** Wilcoxon順位和検定



特定集中治療室管理料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

（入院患者の評価指標）

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

（専門性の高い看護師）

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

（早期からの栄養管理）

- 「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」ではICU入室24～48時間以内に経腸栄養を開始することが推奨されている。
- ICUにおいて、入室後48時間以内に栄養投与を開始した場合、48時間以降に栄養投与を開始した場合と比較して、死亡率が有意に低いという報告がある。また、早期経腸栄養プロトコルを用いて48時間以内に管理栄養士が介入し経腸栄養を開始することにより、死亡率が有意に低下するとともに、平均在ICU室日数、平均在院日数が、有意に減少するという報告がある。

【論点】



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

入院医療（その１）

1．一般病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況
- 重症度、医療・看護必要度

2．特定集中治療室管理料について

- 入院患者の評価指標
- 専門性の高い看護師
- 早期からの栄養管理

3．急性期入院医療に関するその他の事項について

- 総合入院体制加算
- 抗菌薬適正使用支援加算

（総合入院体制加算について）

- 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について）

- 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。

3. 急性期入院医療に関するその他の事項について

- 総合入院体制加算
- 抗菌薬適正使用支援加算

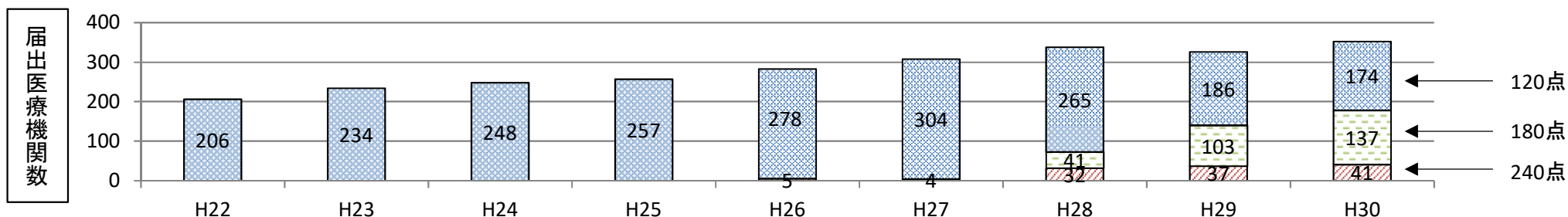
総合入院体制加算の概要

A200 総合入院体制加算（1日につき／14日以内）

加算1：240点 加算2：180点 加算3：120点

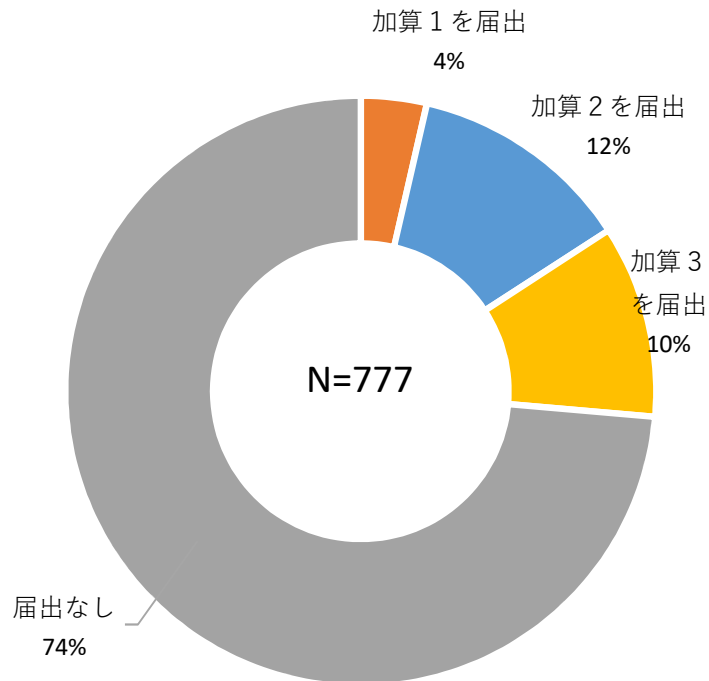
	総合入院体制加算1	総合入院体制加算2	総合入院体制加算3
共通の施設基準	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、それらに係る入院医療を提供している ・全身麻酔による手術件数が年800件以上		
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす —	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上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

共通要件

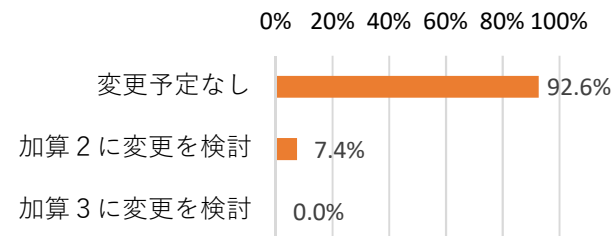


- いずれかの総合入院体制加算を届出ている施設は約3割であった。
- いずれの加算を届け出ている施設も、現状を変更する予定がない施設が多かった。

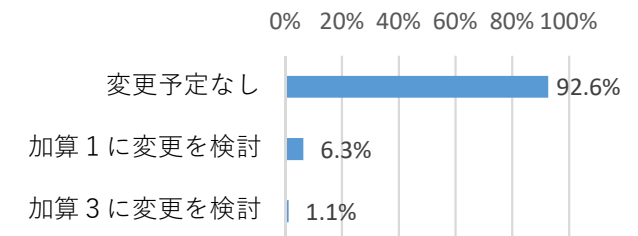
総合入院体制加算の届出状況



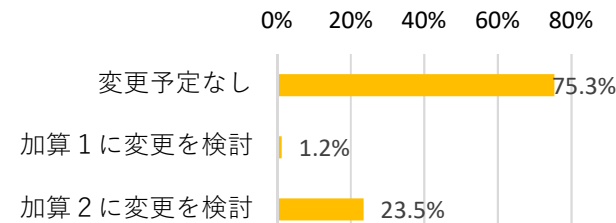
加算1の届出施設 (n=27)



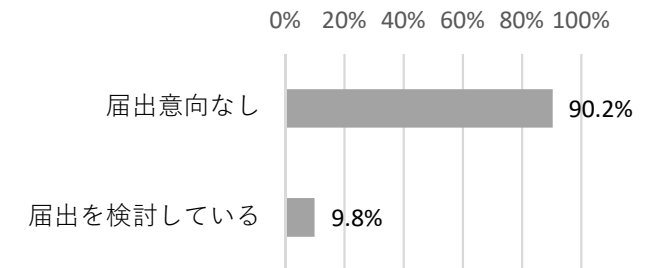
加算2の届出施設 (n=95)



加算3の届出施設 (n=81)



届出なしの施設 (n=563)



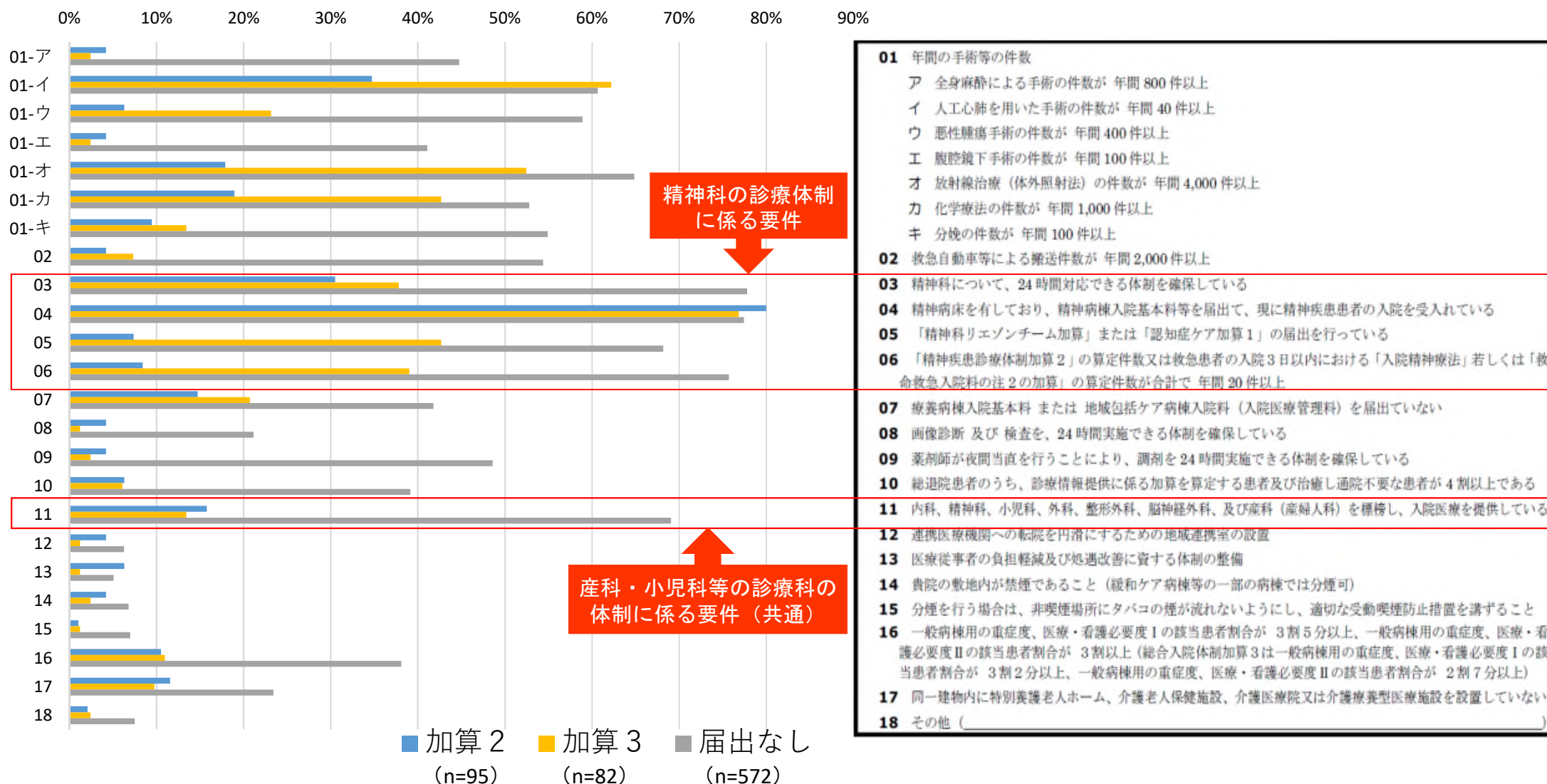
総合入院体制加算の満たすことが困難な要件

診調組 入 - 1

元 . 9 . 26 (改)

- 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>

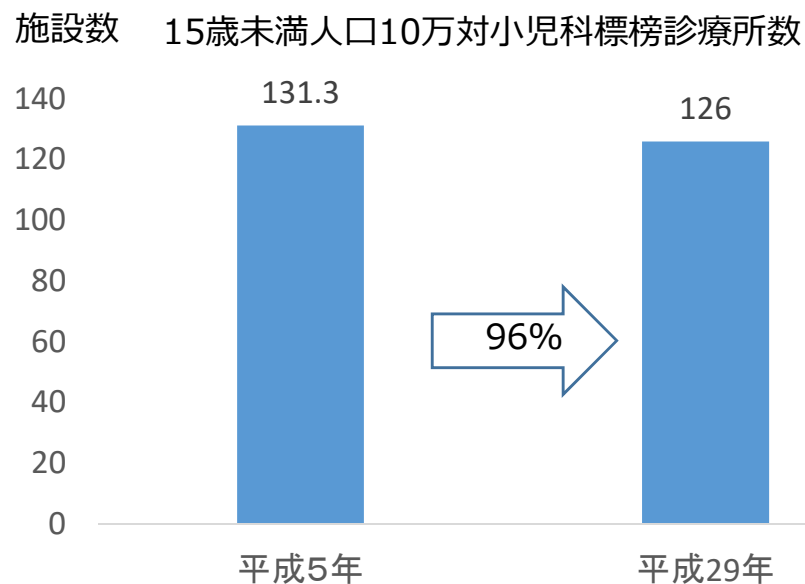
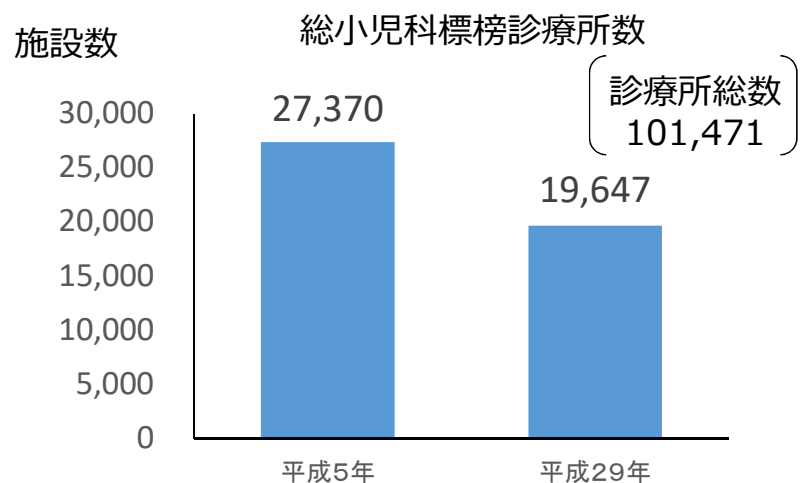


小児科を標榜している施設数（総数・15歳未満人口10万対）

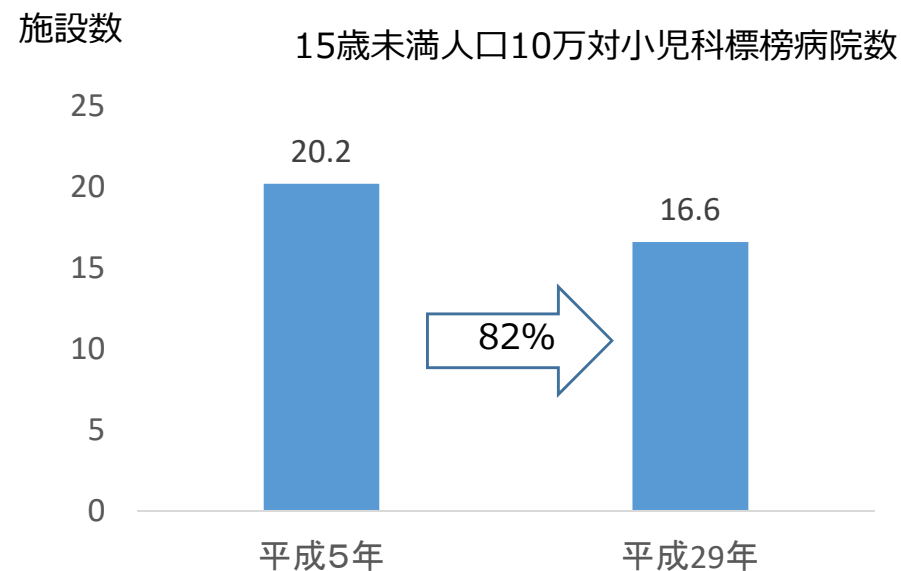
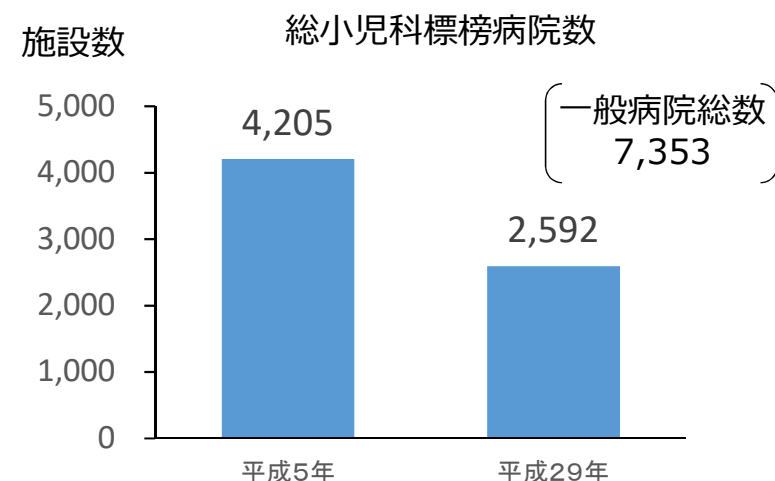
中医協 総 - 4
3 1 . 4 . 1 0

○ 小児科を標榜している病院数は対人口比で82%に減少している。

診療所

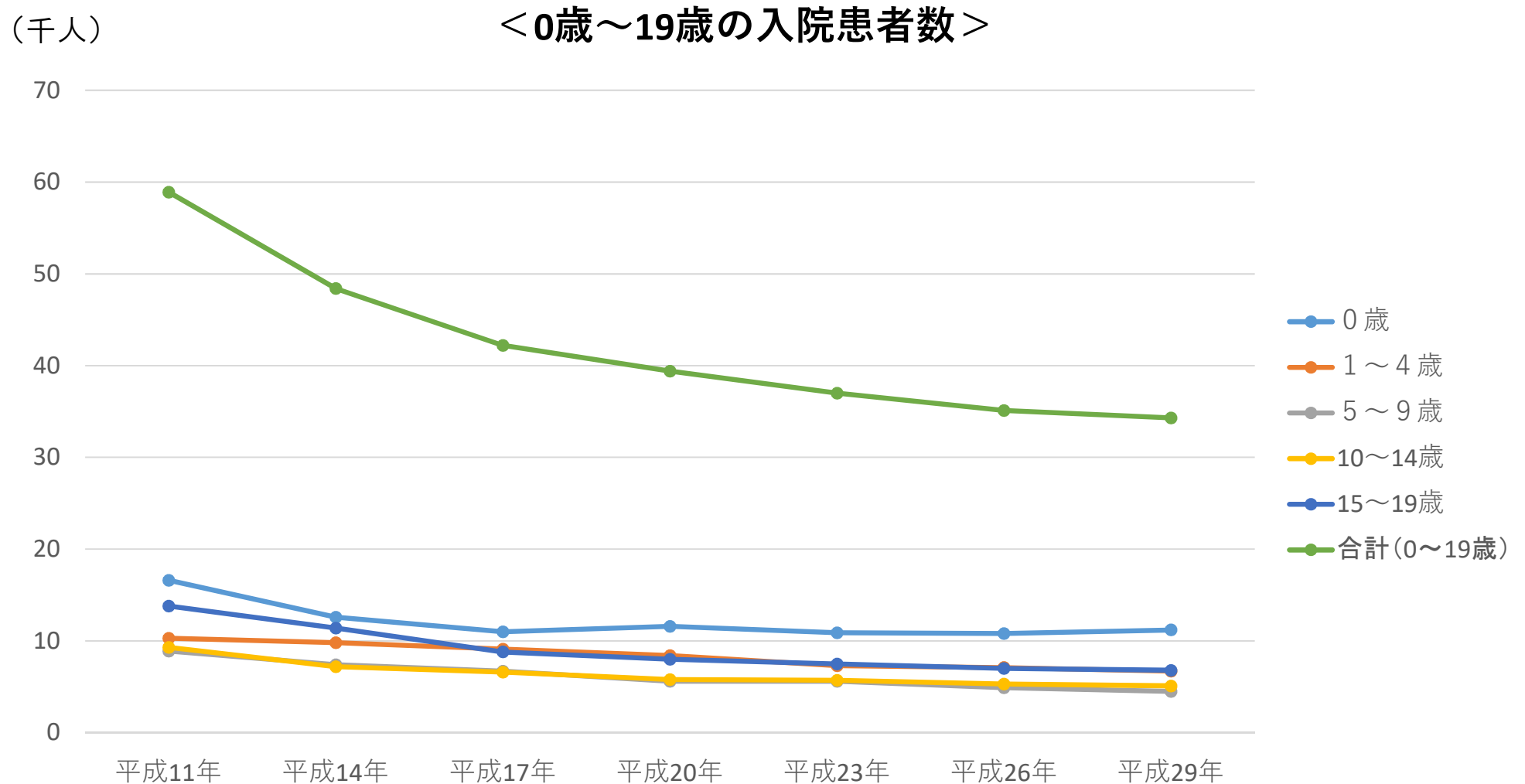


病院



0歳～19歳の入院患者数の推移

○ 0歳～19歳の入院患者数の合計は、近年減少傾向。



産婦人科を標榜する医療機関数と分娩取り扱い実績医療機関数の推移

- 産婦人科又は産科を標榜していても、実際に分娩を取り扱うとは限らない。
- 出生数は減少しており、併せて分娩を取り扱う医療機関も減少している。
- 診療所において分娩を取り扱っていない比率が高い。

第1回妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会

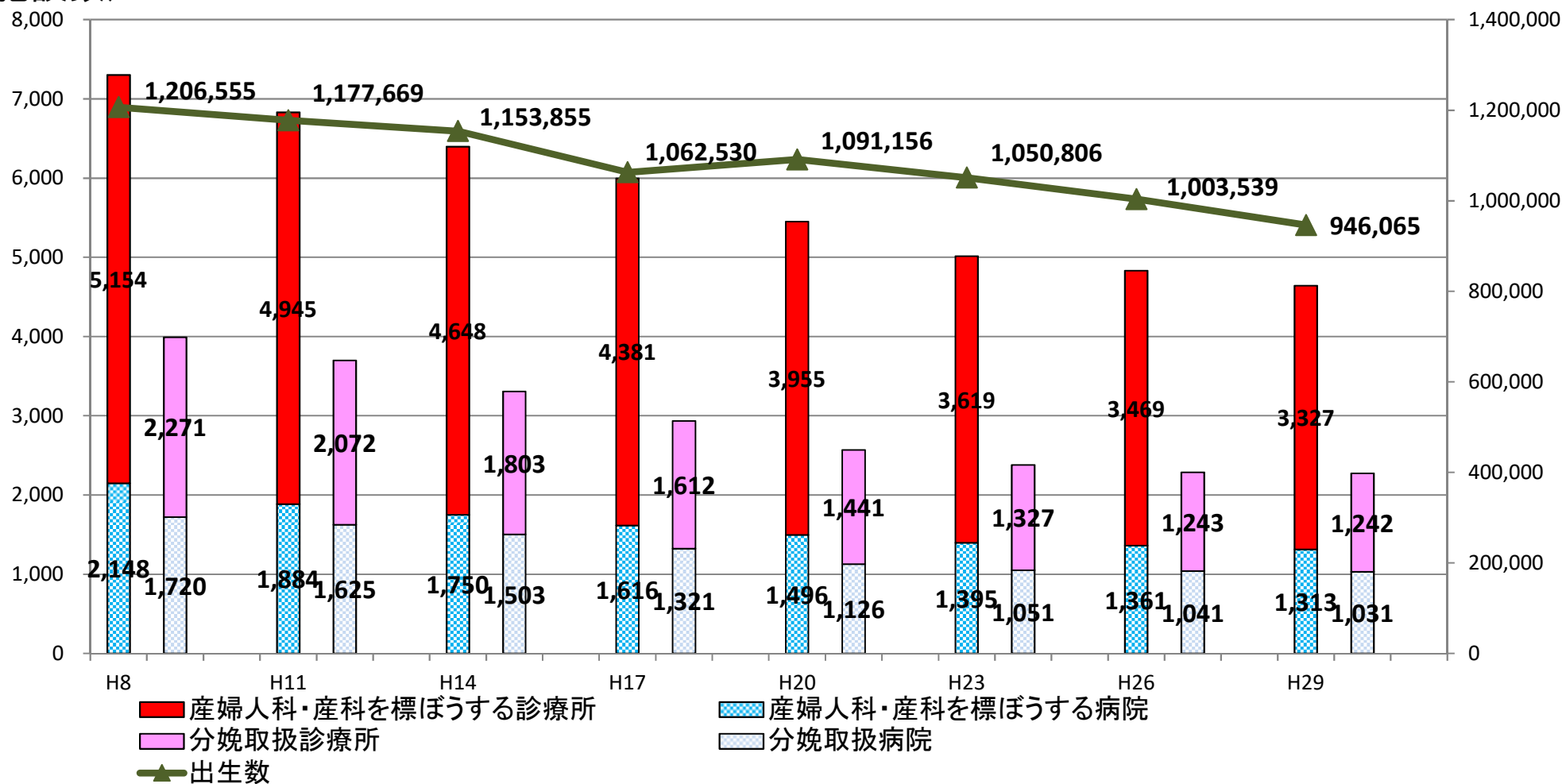
平成31年2月15日

資料2

中医協 総－4
3 1 . 4 . 1 0

(施設数)

(出生数:人/年)



出典: 厚生労働省「医療施設調査(静態)」、「人口動態調査」

奈良県の南和地域の広域医療提供体制の再構築

第8回地域医療構想に関するWG
(平成29年10月26日) 資料1-2

発想の契機

- ・町立大淀病院
- ・県立五條病院
- ・国保吉野病院

3つの公立病院(急性期)がそれぞれ医療を提供

連携内容

医療機能が低下している3つの公立病院を、1つの救急病院(急性期)と2つの地域医療センター(回復期・療養期)に役割分担し、医療提供体制を再構築

12市町村とともに、県が構成員として参加する全国でも珍しい一部事務組合で3病院の建設、改修、運営を実施

南和広域医療企業団

回復期・慢性期

吉野病院
改修 (H28年 4月)



急性期・回復期

南奈良総合医療センター
新設 (H28年 4月)

回復期・慢性期

五條病院
改修 (H29年 4月)

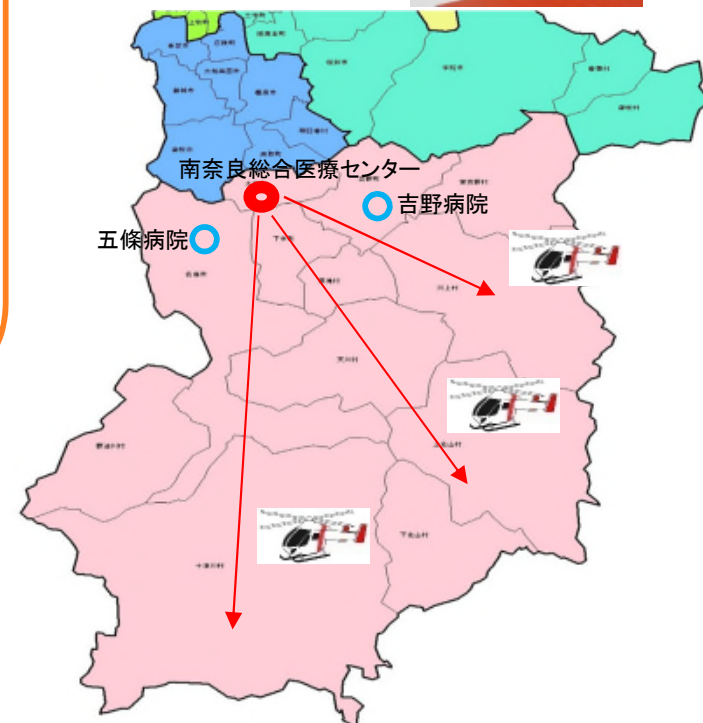


連携

連携の成果

- ・急性期から慢性期まで**切れ目の無い医療提供体制を構築**
- ・救急搬送受入数 計 5.7件→**11.2件/日**(H28年度実績)
- ・病床利用率 65.0%→**88.8%**(H28年度実績)
- ・**へき地診療所との連携強化**
(医療情報ネットワークで結び、病院の予約や検査結果の相互利用)

H29.3ドクターヘリ
運用開始



南和地域の医療提供体制の再構築、ドクターヘリの運用により、救急医療、へき地医療、災害医療等が充実

奈良県の南和地域の病院再編による医師確保への効果

第8回地域医療構想に関するWG
(平成29年10月26日) 資料1-2

※医療課にて一部改変

再 編 前

3病院の医師数
(常勤換算)
※全て急性期病院

五條病院 25.7 人
大淀病院 13.0 人
吉野病院 9.7 人
(計 48.4人)

(参考)

南和医療圏
人口 78,116人
(2015年)
医師数 107人
(2014年)
人口10万人あたり医師数
137人
(2014年)



再 編 後

集約化のメリット

集約化による 急性期機能の向上

3病院の医師数計
48.4 人 ⇒ 60.8 人 (H28.4月時点)
(1. 26倍)

に対し

救急搬送受け入れ件数
2,086件 ⇒ 4,104件 (H28実績)
(1. 97倍)

症例集積や研修機能の向 上による若手医師への魅 力向上

- ✓ 専門研修基幹施設(1領域)
総合診療科
- ✓ 専門研修連携施設(12領域)
内科、外科、小児科、整形外科、
救急科、脳神経外科、麻酔科、
皮膚科、病理、形成外科
放射線科、総合診療科
- ✓ 基幹型臨床研修指定病院の指定
申請(H31年度の受入を目指す)

病院の役割の明確化による 医局からの協力

- ✓ 医大医師配置センターから
3病院への派遣人数 (H28.4派遣)
- 要請人数 52人(25診療科)
- 派遣人数 51人(25診療科)

24時間365日の救急体制の
ために必要な医師数

スケールメリットによる 診療科の増加・強化

- ✓ 再編後に開始した診療科
 - 産婦人科
 - 歯科口腔外科
 - 精神科
 - 救急科
- ✓ 小児科の機能強化
 - 南奈良総合医療センターに
機能集約
 - 小児科救急輪番の充実
輪番日以外にも宿直対応
 - 夕診、午後診も実施

3病院の医師数
(H29.4.1現在)

(急性期中心)
南奈良総合医療センター
_____ 58.2 人

(回復期・慢性期中心)
吉野病院
_____ 5.8人

五條病院
_____ 3.0人

(計 67.0 人)

3. 急性期入院医療に関するその他の事項について

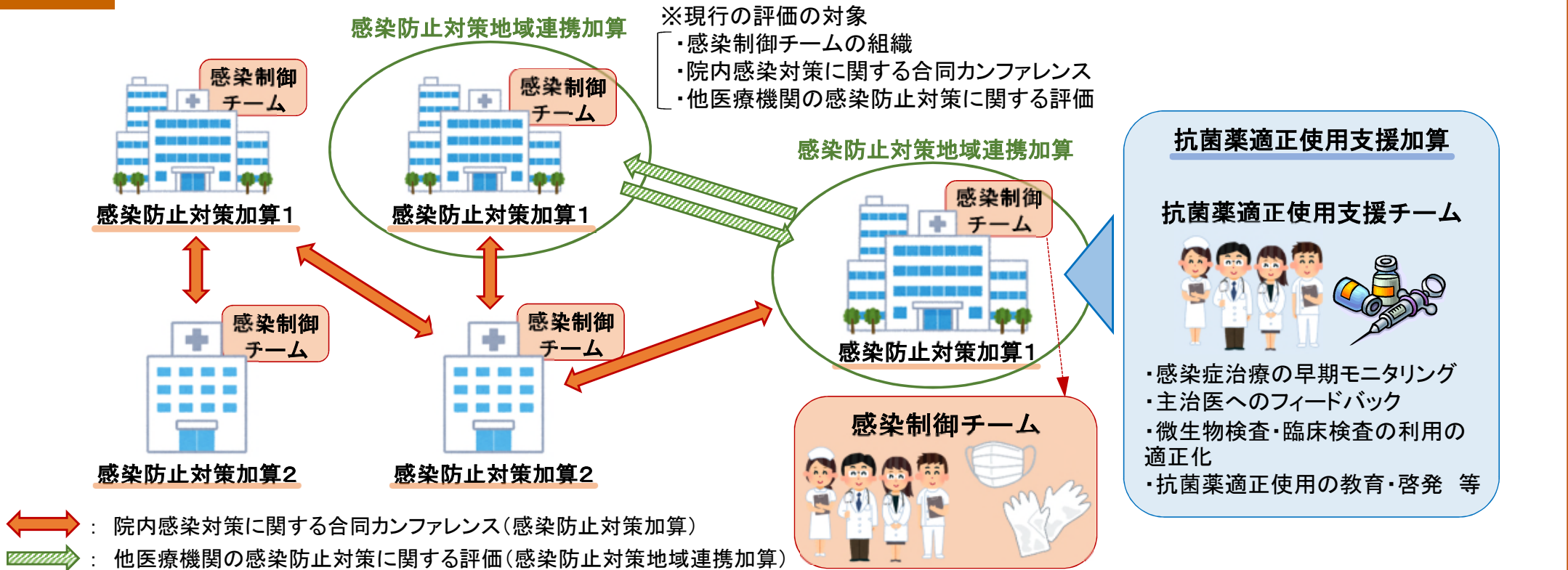
- 総合入院体制加算
- 抗菌薬適正使用支援加算

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

入院

これまでの取組※

新たな取組



新たな取組



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



外来

感染防止対策加算の概要

A234-2 感染防止対策加算（入院初日）

感染防止対策加算 1 390点

感染防止対策加算 2 90点

【算定要件】

院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行う保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。

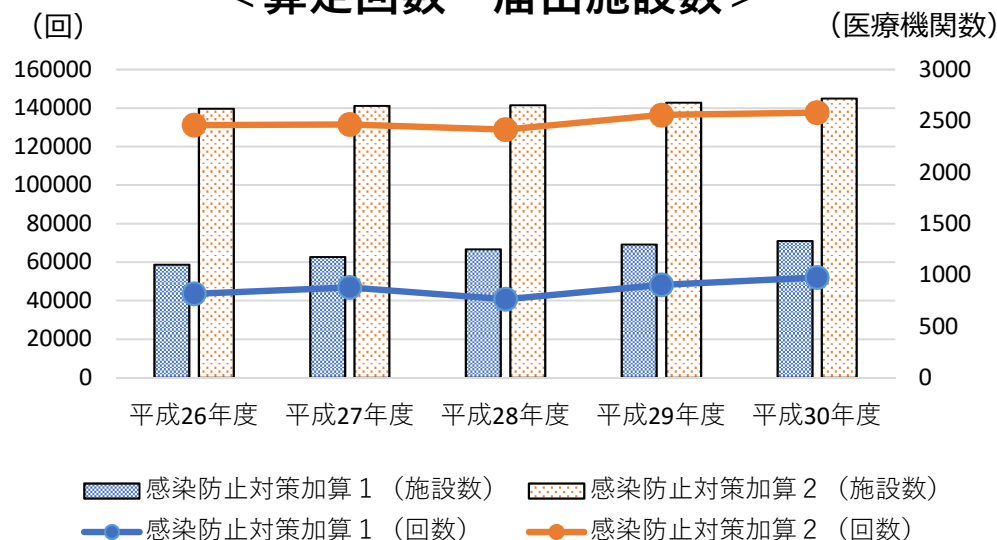
（感染制御チームの業務）

- ア 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。
また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。
- イ 微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制を取り、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。
- ウ 院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

【施設基準】（加算1）

- 感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
（ア又はイのうち1名は専従）
 - ア 感染症対策に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防止対策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専任の臨床検査技師
- 職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。
- 感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。
- 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- 院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

< 算定回数・届出施設数 >



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）

地域連携加算・抗菌薬適正使用支援加算の概要

感染防止対策加算 1

地域連携加算 100点

【算定要件】

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

【施設基準】

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

感染防止対策加算 1

抗菌薬適正使用支援加算 100点

【算定要件】

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

（抗菌薬適正使用支援チームの役割）

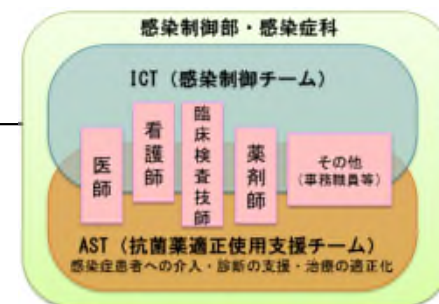
- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

【施設基準】

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

<届出医療機関数及び算定回数>

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



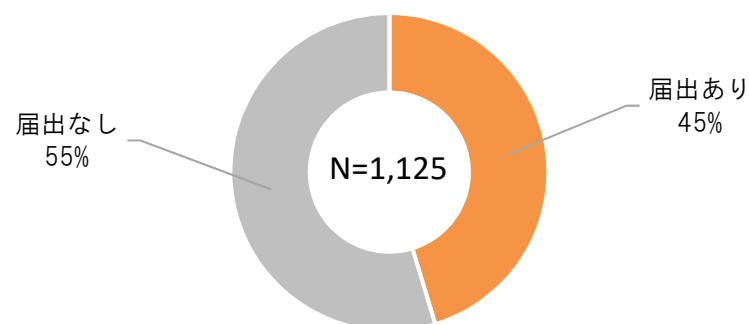
（出典）

届出医療機関数：保険局医療課調べ（平成30年7月1日時点）

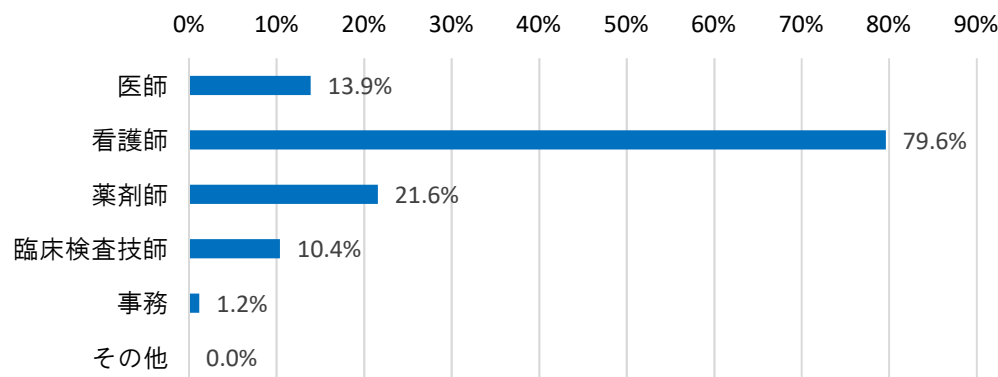
算定回数：平成30年社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分） 98

- 一般病棟入院基本料等を届出ている医療機関の約 5 割が抗菌薬適正使用支援加算を届け出ていた。
- 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。

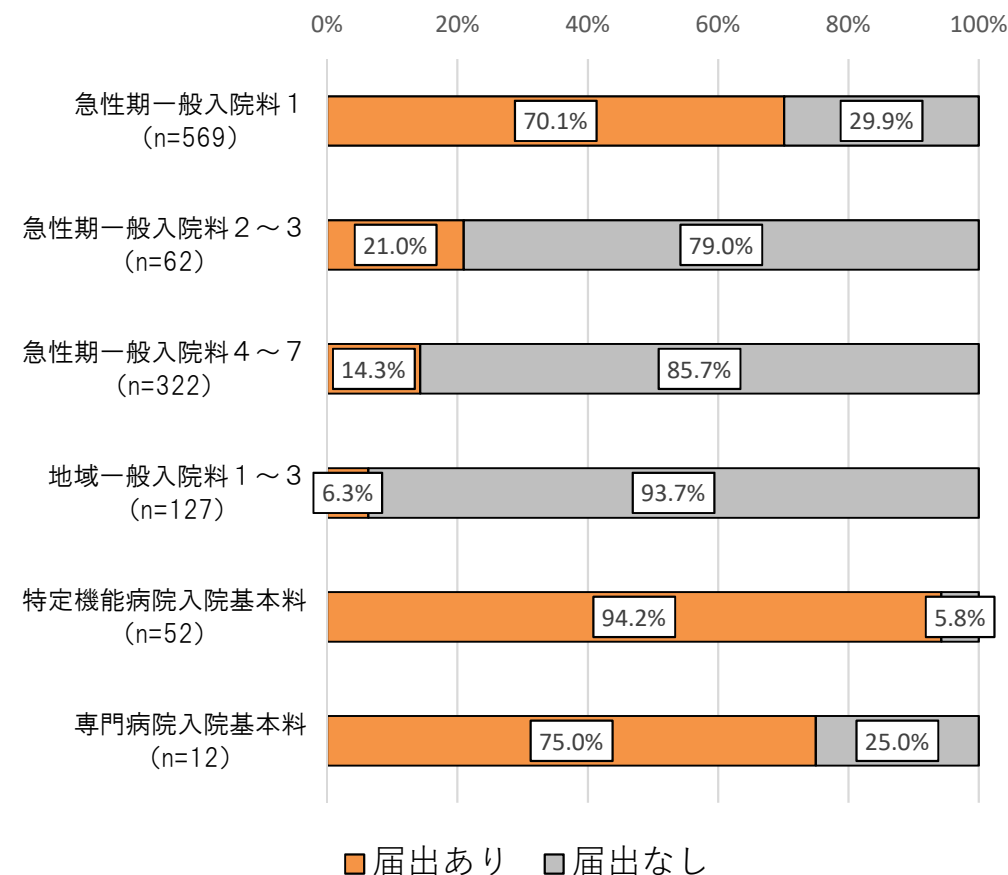
抗菌薬適正使用支援加算の届出状況（A票）



専従職員の職種



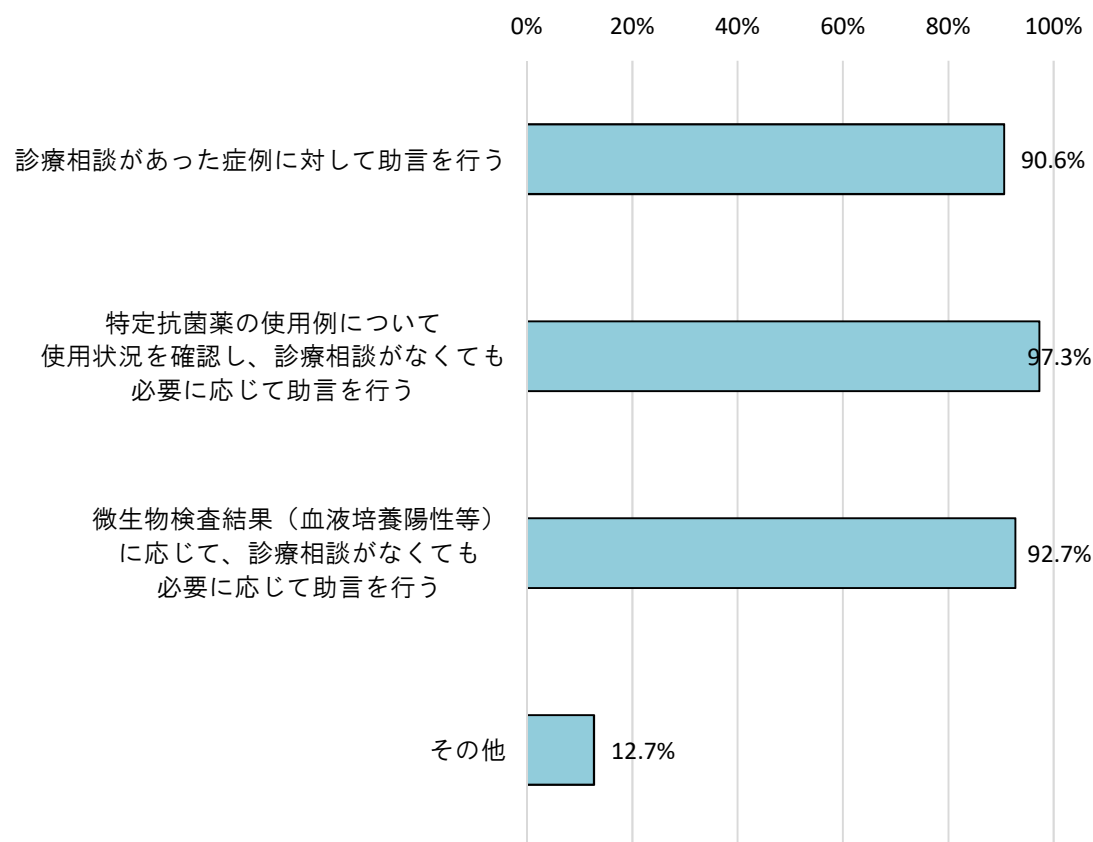
入院料別の届出状況



- 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。

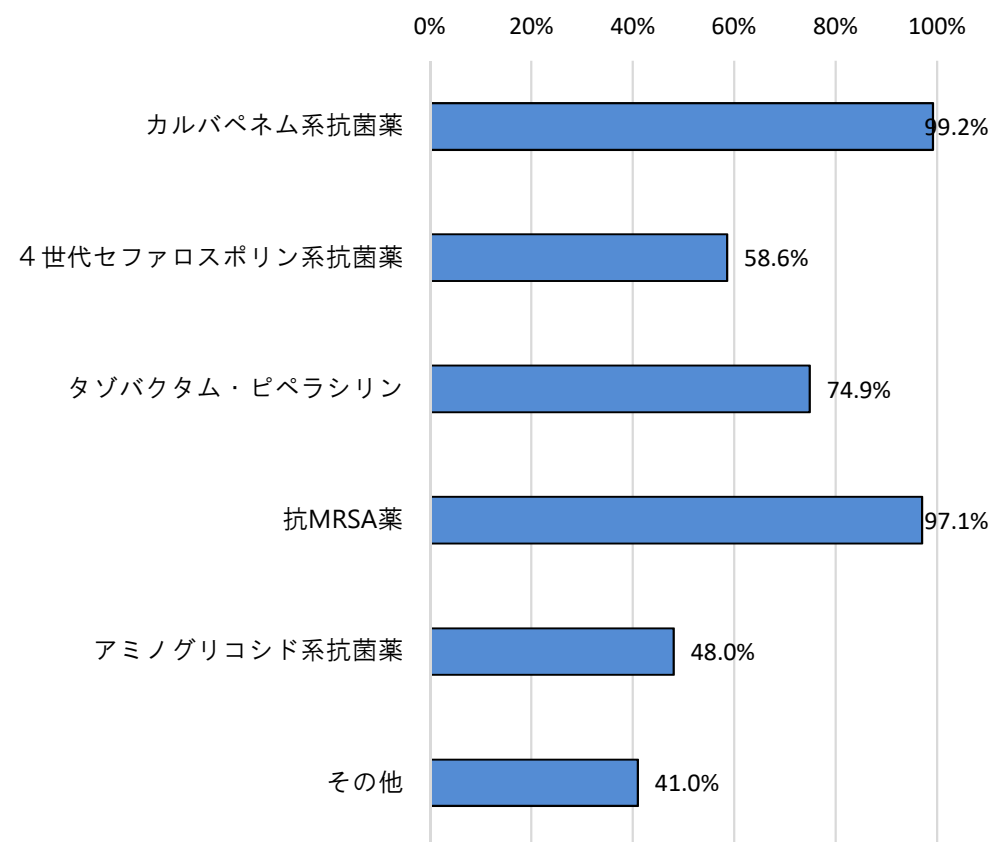
抗菌薬適正使用支援チームの役割

(n=510)



院内の使用状況を把握している薬剤

(n=510)



広域抗菌薬等のモニタリング及びフィードバックについて

- 広域抗菌薬等のモニタリング及び主治医へのフィードバックの取組では、抗MRSA薬のほか、抗緑膿菌作用のある抗菌薬や、抗真菌薬を広くモニタリングすることが行われている。
- この取組を適切に行うことにより、患者に悪影響を与えることなく、広域抗菌薬の使用量を減らすことができることが報告されている。

モニタリング及びフィードバックの対象とした広域抗菌薬

Table 1 Targeted antibiotics in the prospective audit and feedback

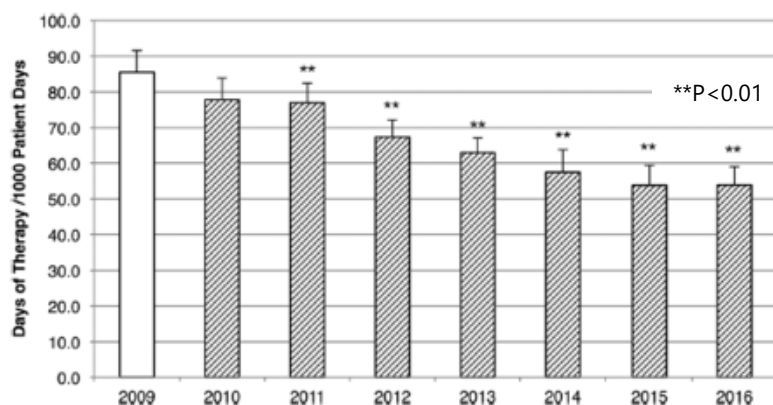
Classes	Antibiotics
Anti-methicilin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> agents	Vancomycin, Teicoplanin, Arbekacin, Linezolid, Daptomycin
Antipseudomonal agents	
Carbapenems	Meropenem, Doripenem, (Imipenem/Cilastatin), (Biapenem), (Panipenem/Betamipron)
Antipseudomonal penicillins	Piperacillin, Piperacillin/Tazobactam
Antipseudomonal cephalosporins	Ceftazidime, Cefepime, Cefozopran, (Cefpirome)
Fluoroquinolones	Levofloxacin, Ciprofloxacin, Pazufloxacin
Aminoglycosides	Gentamicin, Tobramycin, Amikacin, (Isepamicin)
Antifungals	Fosfluconazole, Itraconazole, Voriconazole, Micafungin, (Caspofungin), Liposomal-amphotericin B
Oral agents	Vancomycin

抗MRSA薬 →

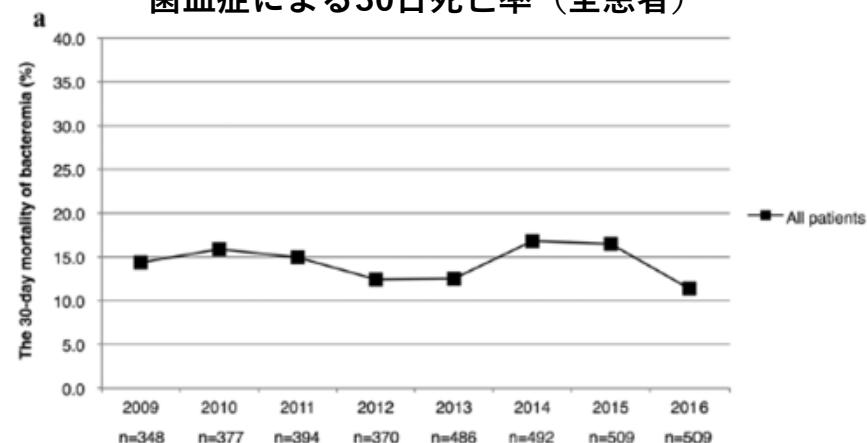
抗緑膿菌薬 →

抗真菌薬 →

抗緑膿菌薬の使用日数（患者千人当たり）

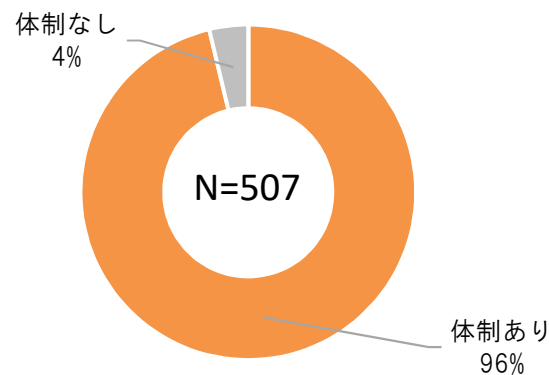


菌血症による30日死亡率（全患者）

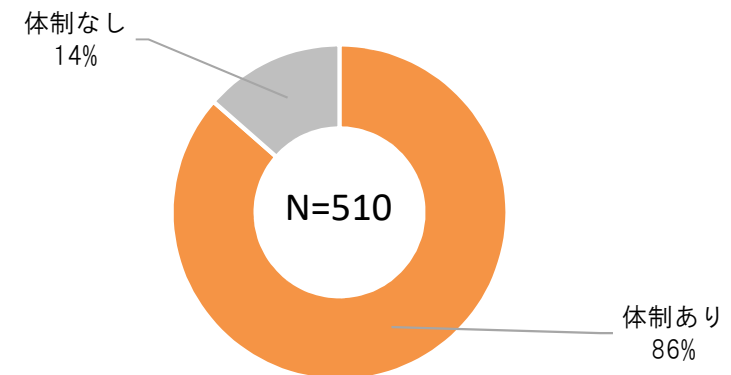


○ 加算を届出ている医療機関における体制等の状況は以下のとおりであった。

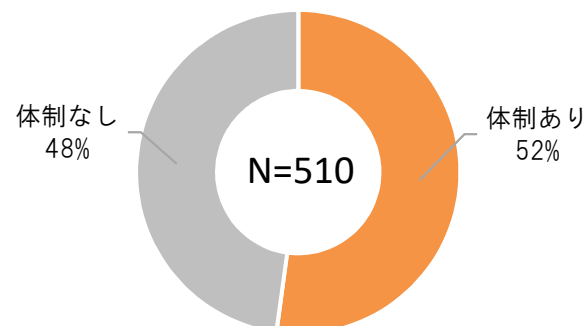
感染症診療に関する診療支援を
全ての診療科から受ける体制の有無



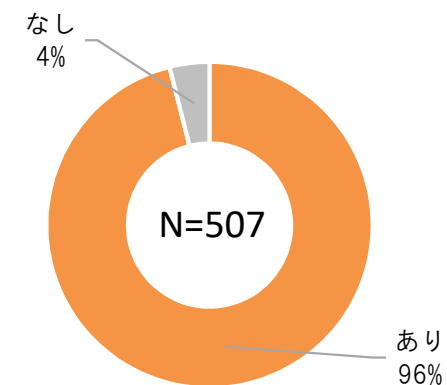
院内の細菌検査ができる
体制の有無



副作用について
ASTが把握する体制の有無

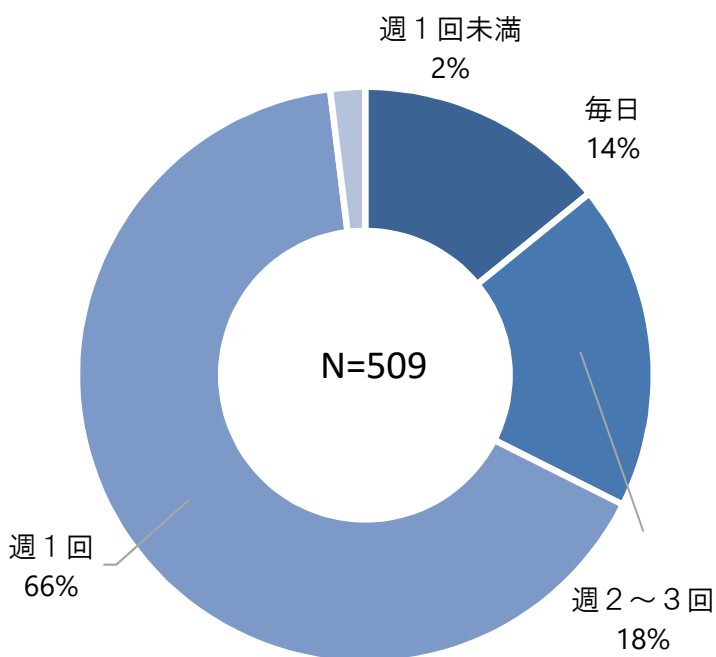


院内のアンチバイオグラムの有無

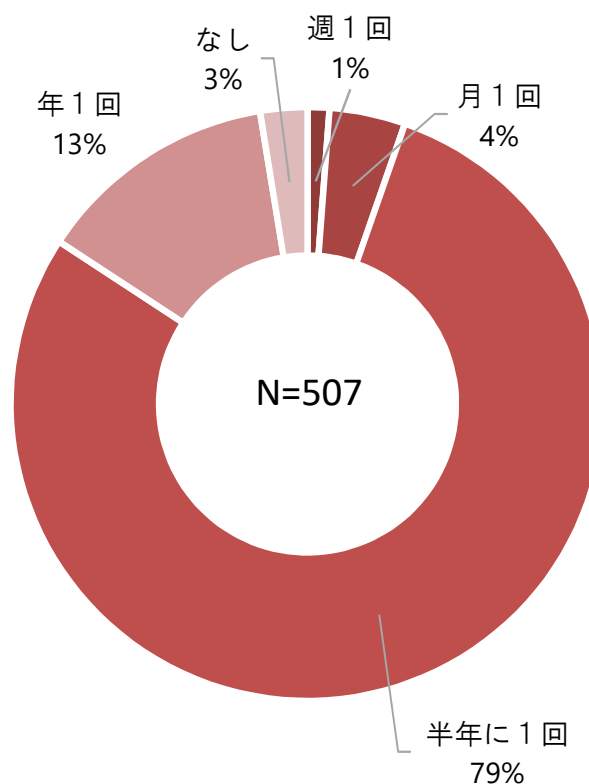


- 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスを行っている頻度をみると、週1回が約7割であった。
- 抗菌薬適正使用に関する院内講習会を行っている頻度をみると、半年に1回が約8割であった。
- 直近3月における、周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績をみると、実績なしが約5割であった。

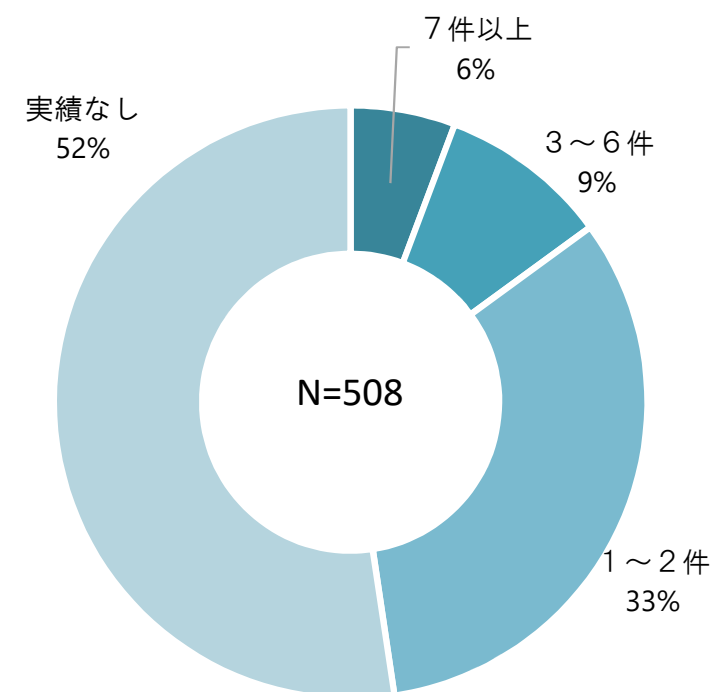
抗菌薬適正使用に関する
カンファレンスの頻度



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)



急性期入院医療に関するその他の事項に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

（総合入院体制加算）

- 総合入院体制加算の共通の要件として、「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こと」や「精神科につき24時間対応できる体制があること」を求めている。
- 小児科や産婦人科を標榜する医療機関数は減少傾向にある。また、0歳～19歳の入院患者は近年減少傾向にある。
- 地域において、複数病院が医療機能を再編・統合することにより、小児科や産婦人科を含めて医療提供体制を強化できた例がある。

（抗菌薬適正使用支援加算）

- 平成30年度診療報酬改定において、感染防止対策加算の加算として抗菌薬適正使用支援加算が創設された。
- 当該加算の算定は急性期一般入院料1や特定機能病院等において多く、加算を算定している医療機関では、相談の有無によらず抗菌薬適正使用に関する必要な助言等を行っていた。
- 他方、院内の使用状況を把握している薬剤については、カルバペネム系や抗MRSA薬は概ね把握されていたものの、薬剤によってばらつきが見られた。また、加算を届出ている医療機関であっても、院内に細菌検査ができる体制がない等の場合があった。
- 当該加算の要件として、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こととしているが、直近3月で相談を受けた実績がない割合が約5割であった。

【論点】

- 総合入院体制加算は医療機関の総合的な医療の提供体制を評価する加算であるが、地域において質の高い医療を提供するために複数の医療機関で適切な役割分担を図る場合があることや、小児科・産婦人科を標榜する医療機関が減少傾向にあること等を踏まえ、当該加算の共有要件である、特定の診療科の標榜及びそれらに係る入院医療の提供についてどのように考えるか。
- 抗菌薬適正使用支援加算について、院内における抗菌薬使用の把握状況や周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績等を踏まえ、院内・院外における抗菌薬適正使用をさらに推進する観点から、感染防止対策加算の要件との整理を行いつつ、当該加算の要件を見直してはどうか。

個別事項（その9）

（医薬品の効率的かつ有効・安全な使用（その3））

個別事項（その９）

医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について（その３）

- （１）後発医薬品
- （２）重複投薬②（外来時の対応の検討の方向性）
- （３）残薬への対応

個別事項（その９）

医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について（その３）

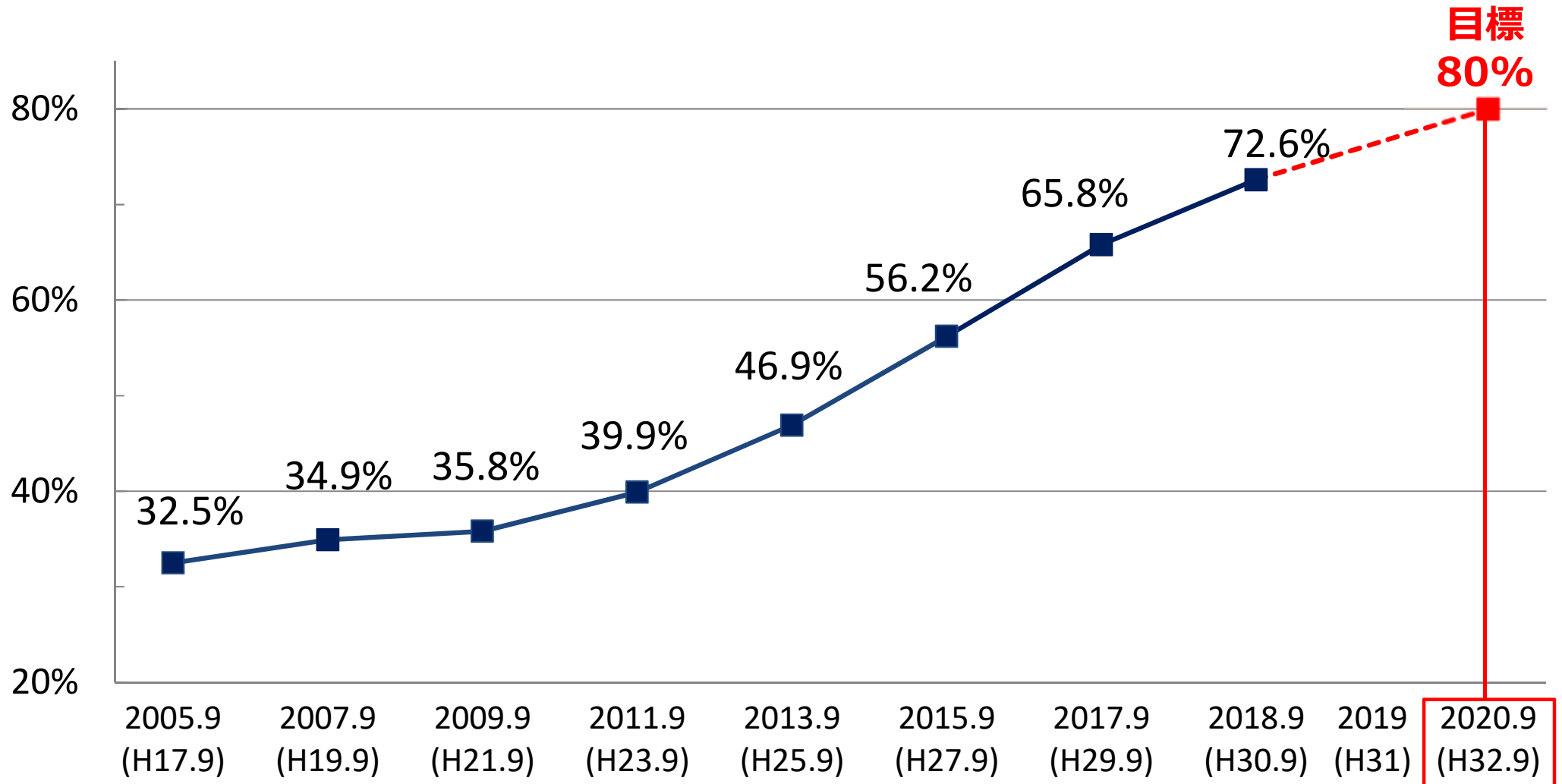
- （１）後発医薬品
- （２）重複投薬②（外来時の対応の検討の方向性）
- （３）残薬への対応

後発医薬品の使用割合の推移と目標

中医協 総 - 4 - 2
3 1 . 3 . 2 7

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

- ⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等
2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注）「使用割合」とは、後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

厚生労働省調べ

後発医薬品の使用促進のための主な診療報酬上の取組経緯（１）

中医協 総－４－１
元．６．２６

	医療機関			薬局	
	処方	体制	その他	調剤・その他	体制
2002年 (H14)	処方箋料 (後発医薬品を含む場合2点加算)			後発医薬品調剤加算 (内服薬1剤につき2点加算等)	
2004年 (H16)					
2006年 (H18)			処方箋様式の変更 (変更可欄の新設)	後発医薬品情報提供料： 10点	
2008年 (H20)			処方箋様式の変更 (変更不可欄に変更)	変更調剤時に分割調剤とした場合の調剤基本料を設定（お試し調剤：5点）	後発医薬品調剤体制加算 後発医薬品を調剤した処方箋受付回数の割合30%以上：4点
2010年 (H22)		後発医薬品使用体制加算 (入院) 後発医薬品採用割合20%以上：30点		含量違いの後発医薬品等の変更の明確化	数量ベースでの後発医薬品の使用割合 20%以上：6点 25%以上：13点 30%以上：17点
2012年 (H24)	一般名処方加算：2点加算	20%以上：28点 30%以上：35点	処方箋様式の変更 (処方薬ごとに変更の可否を明示)	薬剤服用歴管理指導料の算定要件化	22%以上：5点 30%以上：15点 35%以上：19点
2013年 (H25)		新指標（後発医薬品の数量シェア*）の導入			
2014年 (H26)				要件追加（一般名処方時に後発医薬品を調剤しない場合、理由を明細書に記載）	（新指標） 55%以上：18点 65%以上：22点

*後発医薬品に置き換えられる先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量

後発医薬品の使用促進のための主な診療報酬上の取組経緯（２）

中医協 総－４－１
元．６．２６

	医療機関			薬局	
	処方	体制	その他	調剤・その他	体制
2016年 (H28)	<u>(一般名処方加算)</u> 全品目：３点 １品目以上：２点	<u>(後発医薬品使用体制加算（入院））</u> ： 後発医薬品使用割合 70%以上：42点 60%以上：35点 50%以上：28点	<u>外来後発医薬品使用体制加算（診療所のみ）</u> ： 後発医薬品使用割合 70%以上：4点 60%以上：3点		<u>(後発医薬品調剤体制加算)</u> 65%以上：18点 75%以上：22点
2018年 (H30)	全品目：6点 １品目以上：4点	85%以上：45点 80%以上：40点 70%以上：35点 60%以上：22点	85%以上：5点 75%以上：4点 70%以上：2点		75%以上：18点 80%以上：22点 85%以上：26点 20%以下（調剤基本料から2点減点）

後発医薬品の使用推進(一般名処方の推進、処方箋様式での対応)

- 一般名処方加算について、一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す（平成30年度診療報酬改定）。

平成28年度改定時		平成30年度改定時	
一般名処方加算1	3点	一般名処方加算1	<u>6点</u>
※後発医薬品のある全ての医薬品が一般名処方		※後発医薬品のある全ての医薬品が一般名処方	
一般名処方加算2	2点	一般名処方加算2	<u>4点</u>
※1品目でも一般名処方されたものがある		※1品目でも一般名処方されたものがある	

【一般名処方ルール】

銘柄名処方

原則、当該銘柄を用いて調剤

ガスター錠20mg 2錠 など
1日2回 朝食後・就寝前 〇日分

一般名処方

有効成分が同一であれば、どの後発医薬品も調剤可能

【般】 ファモチジン錠20mg 2錠

1日2回 朝食後・就寝前 ○日分

【般】 ファモチジン錠20mg 2錠

1日2回 朝食後・就寝前 ○日分

【処方箋様式での対応】

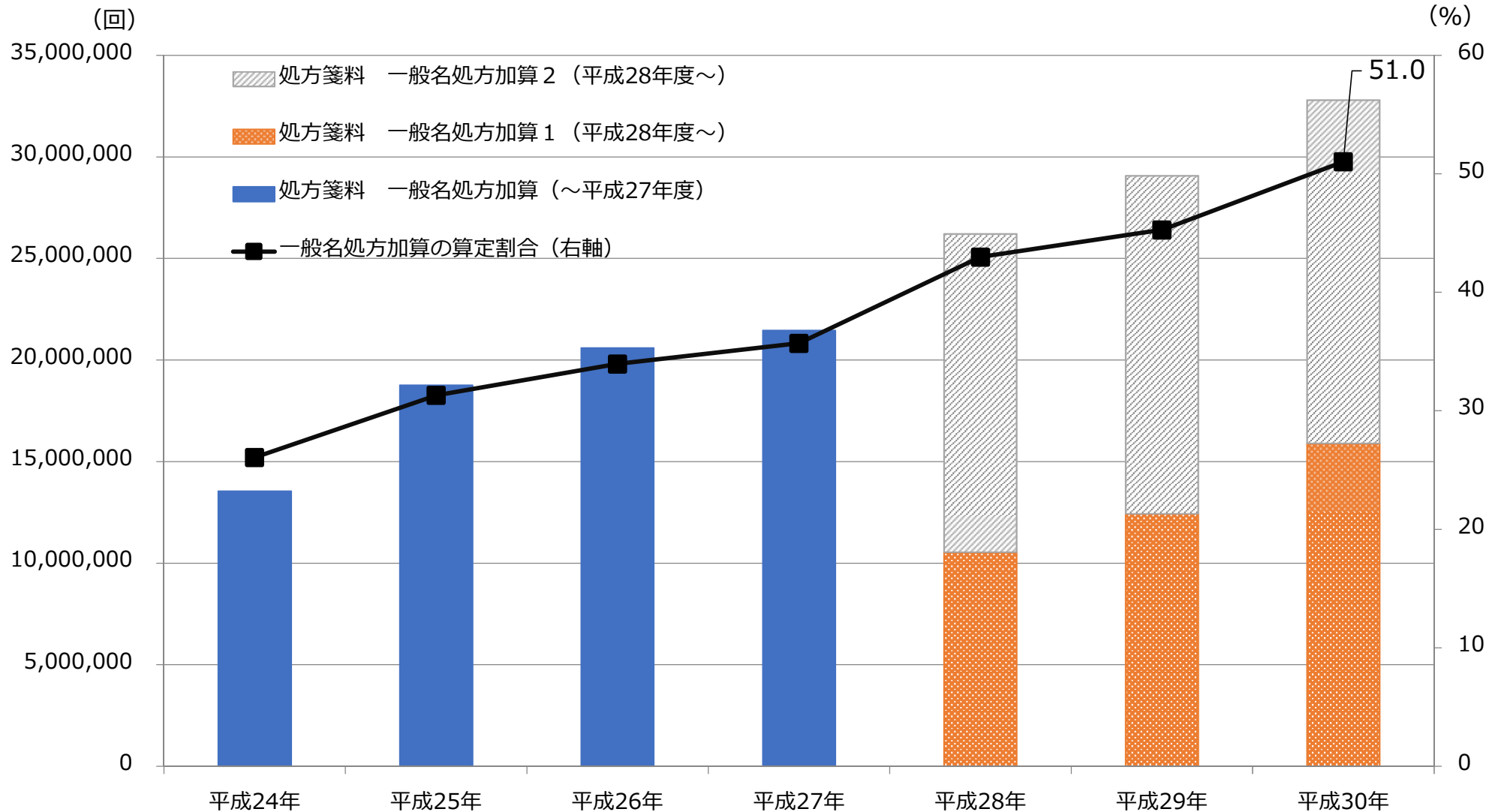
ここに変更不可の印(「レ」印など)がない場合、一般名処方ではなくても医師への問合せなしに後発医薬品へ変更することができる。

生年月日	性別	氏名	年齢	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	男	田中 太郎	40歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	女	田中 花子	38歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	男	田中 一郎	35歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	女	田中 美子	32歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	男	田中 次郎	30歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	女	田中 三子	28歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	男	田中 四郎	25歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	女	田中 五子	22歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	男	田中 六郎	20歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	女	田中 七子	18歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	男	田中 八郎	15歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	女	田中 九子	12歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	男	田中 十郎	10歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	女	田中 十一子	8歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	男	田中 十二郎	5歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	女	田中 十三子	3歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	男	田中 十四郎	1歳	変更不可	変更可能
昭和30年1月1日	女	田中 十五子	0歳	変更不可	変更可能

ここに変更不可の印(「レ」印など)がある場合は、後発医薬品へ変更することができない。

一般名処方加算の算定状況（医科）

○ 一般名処方加算の算定回数及び算定割合は増加している（平成30年6月審査分で51.0%）。

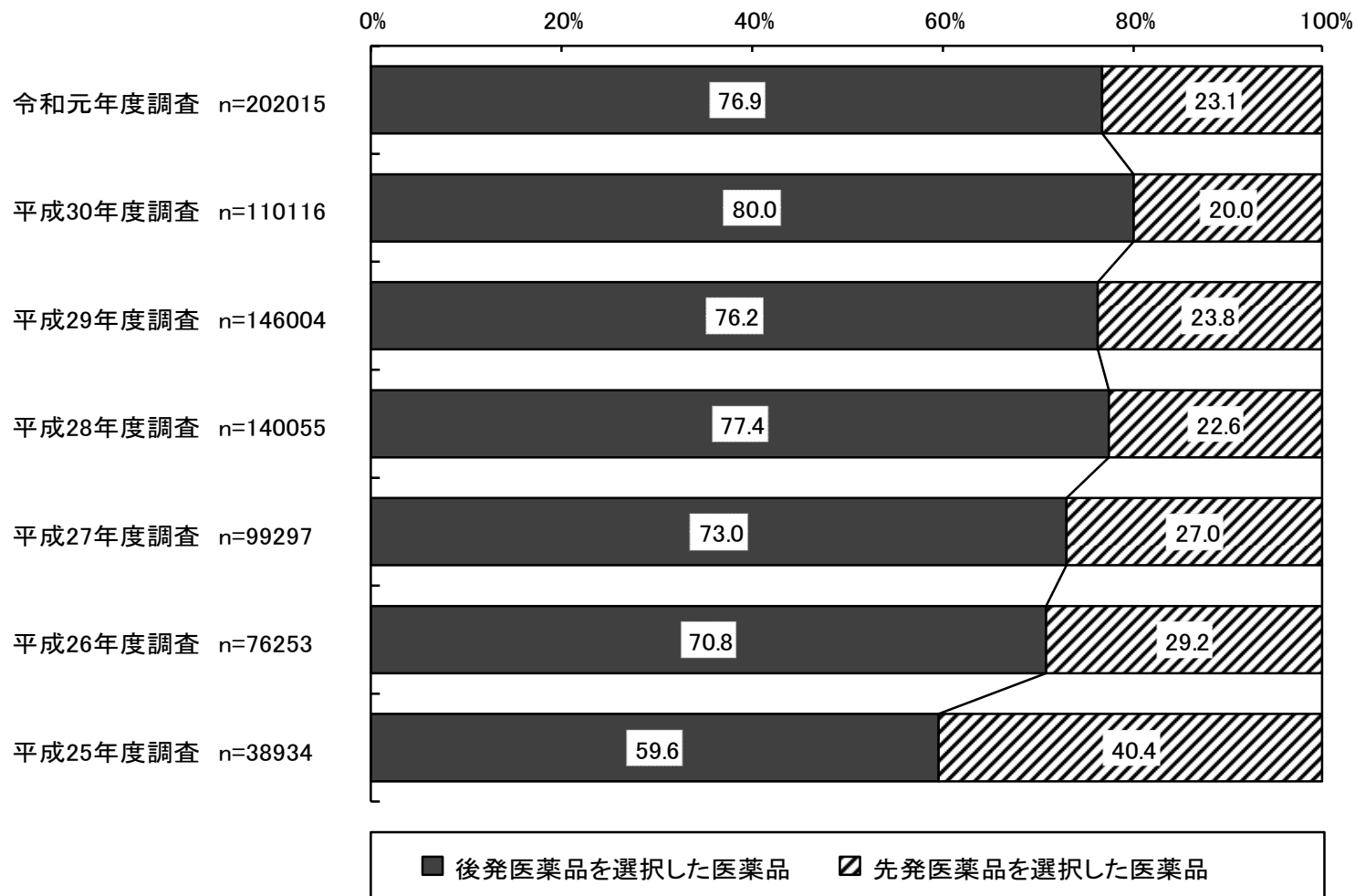


出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

一般名処方された医薬品の薬局での調剤の状況

○ 一般名で処方された医薬品のうち、約80%が薬局で後発医薬品が調剤されている。

◆ 一般名で処方された医薬品の後発医薬品の調剤状況



(注) 「先発医薬品」には、準先発品*も含まれる。

*準先発品とは昭和42年以前に承認・薬価収載された医薬品（その後の剤形追加・規格追加等を含む）のうち、価格差のある後発医薬品があるもの

医薬品の処方状況（変更不可の状況等）

- 先発医薬品名で処方された医薬品の品目は全体の約35%。
- 先発医薬品名で処方され、かつ、変更不可となっている医薬品の品目数は全体の約6%（先発医薬品名で処方されたもののうち、変更不可とされた医薬品の割合は約18%）。

◆ 1週間の取り扱い処方箋に記載された医薬品の品目数と対応状況別品目数（抜粋）
（504施設、合計389,343品目数）

	今回調査		(参考) 前回調査
	品目数	割合	
①一般名で処方された医薬品の品目数	200,433	51.5%	43.3%
④先発医薬品（準先発品）名で処方された医薬品の品目数	135,821	34.9%	41.7%
⑤'「変更不可」となっている医薬品の品目数	24,547	6.3%	6.1%
⑤'「変更不可」となっていない医薬品の品目数	111,274	28.6%	35.6%
⑪後発医薬品名で処方された医薬品の品目数	37,038	9.5%	10.9%
⑫'「変更不可」となっている医薬品の品目数	3,476	0.9%	.6%
⑫'「変更不可」となっていない医薬品の品目数	33,562	8.6%	10.3%
⑬その他の品目名で処方された医薬品の品目数	16,051	4.1%	4.1%
⑭処方箋に記載された医薬品の品目数の合計	389,343	100.0%	100.0%

- 先発医薬品名で処方されたものが全体の34.9%
- 先発医薬品名で処方され、かつ、変更不可とされたものは全体の約6.3%

⇒（先発医薬品名で処方されたもののうち、変更不可とされた医薬品の割合は約18%）
 $(6.3/34.9 \times 100 = 18.1\%)$

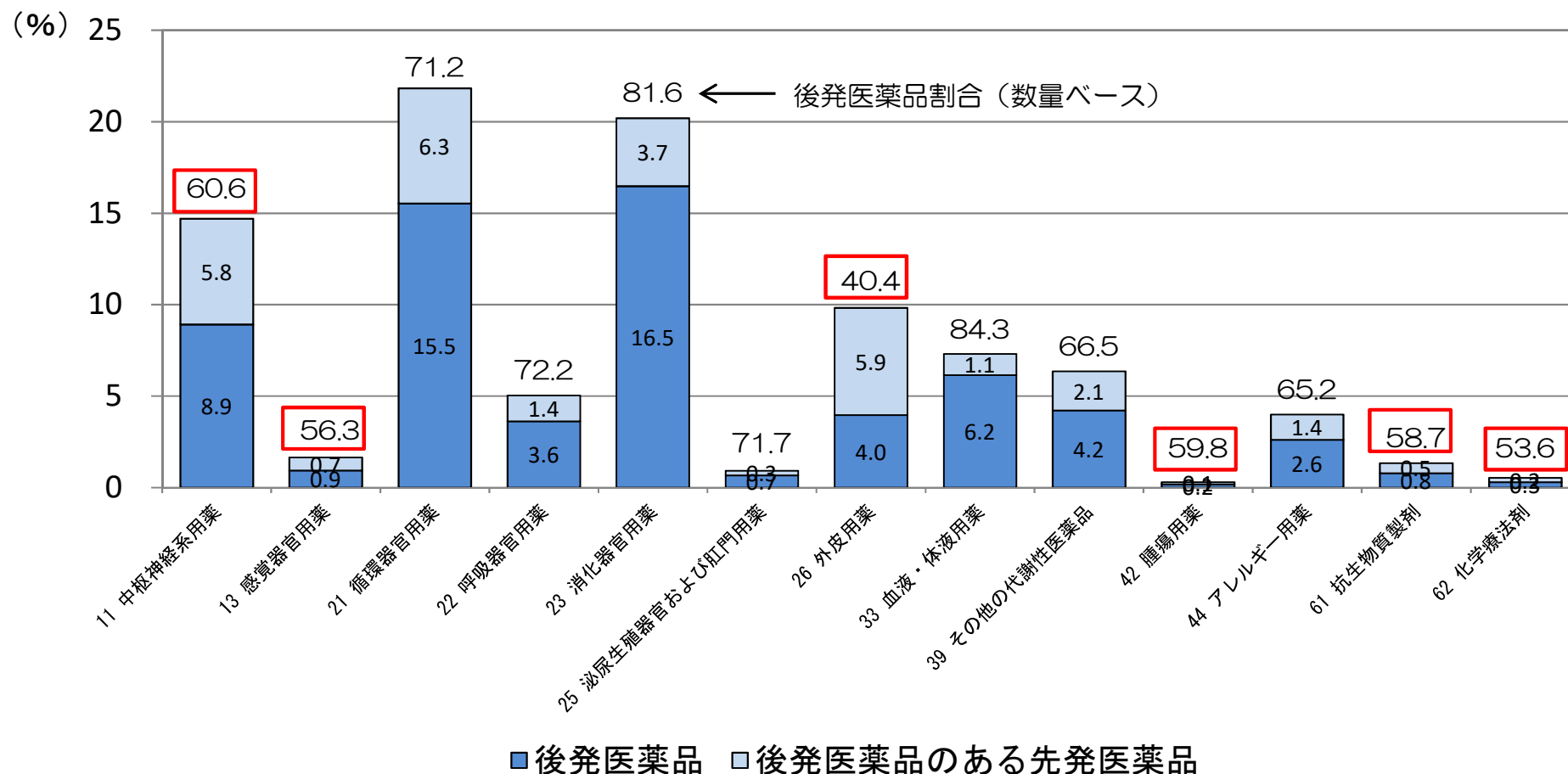
（注）

- ・令和元年6月21日（金）～6月27日（木）に取り扱った処方箋枚数及び品目数内訳について回答があった施設を集計対象とした。
- ・前回調査分は平成30年9月7日（金）～9月13日（木）を調査期間とし、556施設、総処方箋164,020枚に記載された377,034品目数の内訳
- ・⑤'は、④（先発医薬品（準先発品）名で処方された医薬品の品目数）から⑤（「変更不可」となっていない医薬品の品目数）を控除して算出した。
- ・⑫'は、⑪（後発医薬品名で処方された医薬品の品目数）から⑫（「変更不可」となっている医薬品の品目数）を控除して算出した。

薬効分類別の後発医薬品割合（数量ベース）（平成29年9月）

中医協 総－４－１（改）
元 ． ６ ． ２ ６

○ 後発医薬品の調剤割合（数量ベース）が低い薬効群としては、外皮用薬、中枢神経系用薬等が挙げられる。



注1) 全数量（〔後発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕）に対する薬効分類別のシェアを示したものであり、全数量を100(%)としたときの薬効分類別の数量をそれぞれ棒グラフで表示している。

注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

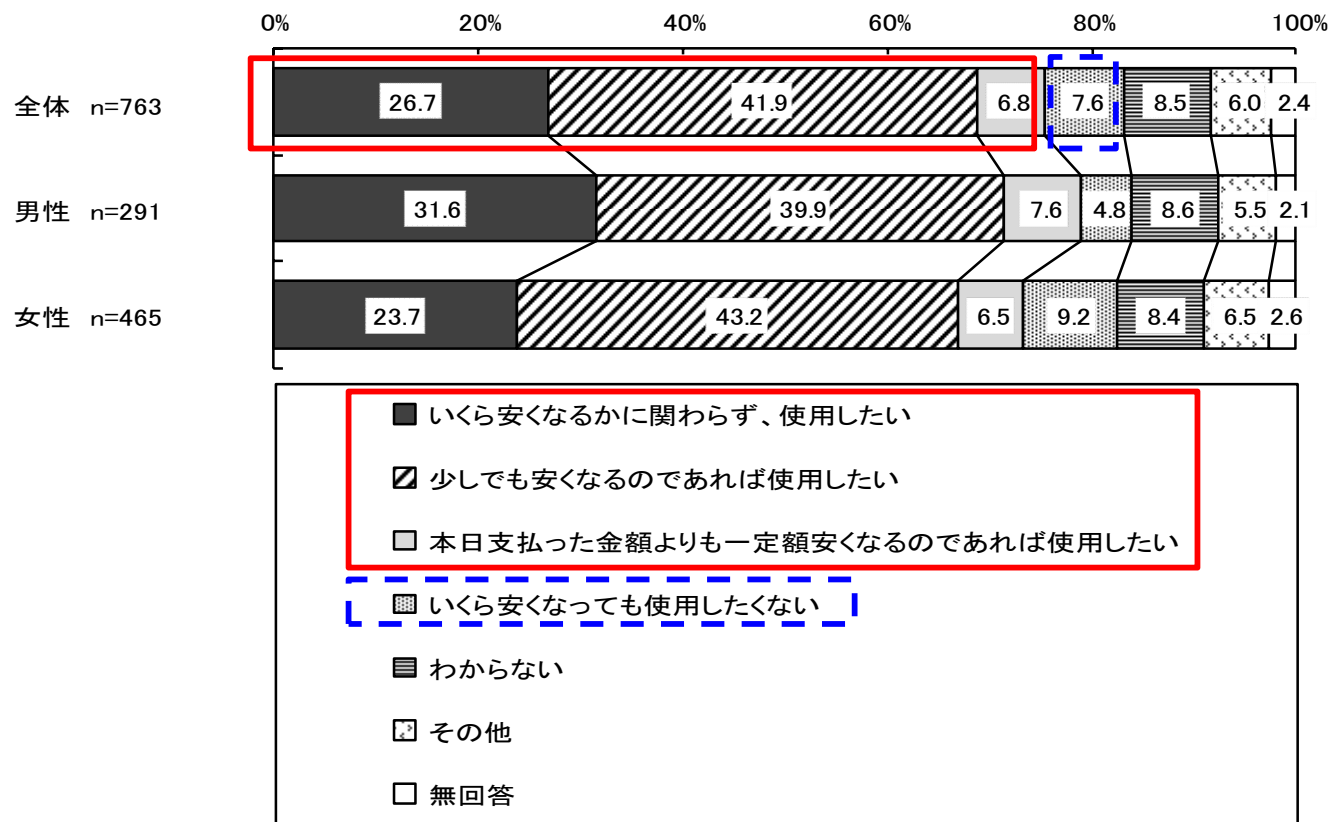
注3) 「後発医薬品割合（数量ベース）」は、〔後発医薬品の数量〕／〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕で算出している。

出典) 最近の調剤医療費(電算処理分)の動向 (トピックス) (平成30年度)

後発医薬品に関する患者の使用意向

- 患者に後発医薬品の使用意向を尋ねたところ、安くなるのであれば使用したいなどと回答したのは、合計で約75%であった。
- ※ 「いくら安くなるかに関わらず、使用したい」、「少しでも安くなるのであれば使用したい」、「本日支払った金額よりも一定程度安くなるのであれば使用したい」の合計が約75%
- 一方で、約8%の患者では、「いくら安くなっても使用したくない」と回答していた。

◆ 後発医薬品に関する使用意向（自己負担との関係） （医療費の自己負担があった人、男女別、単数回答）



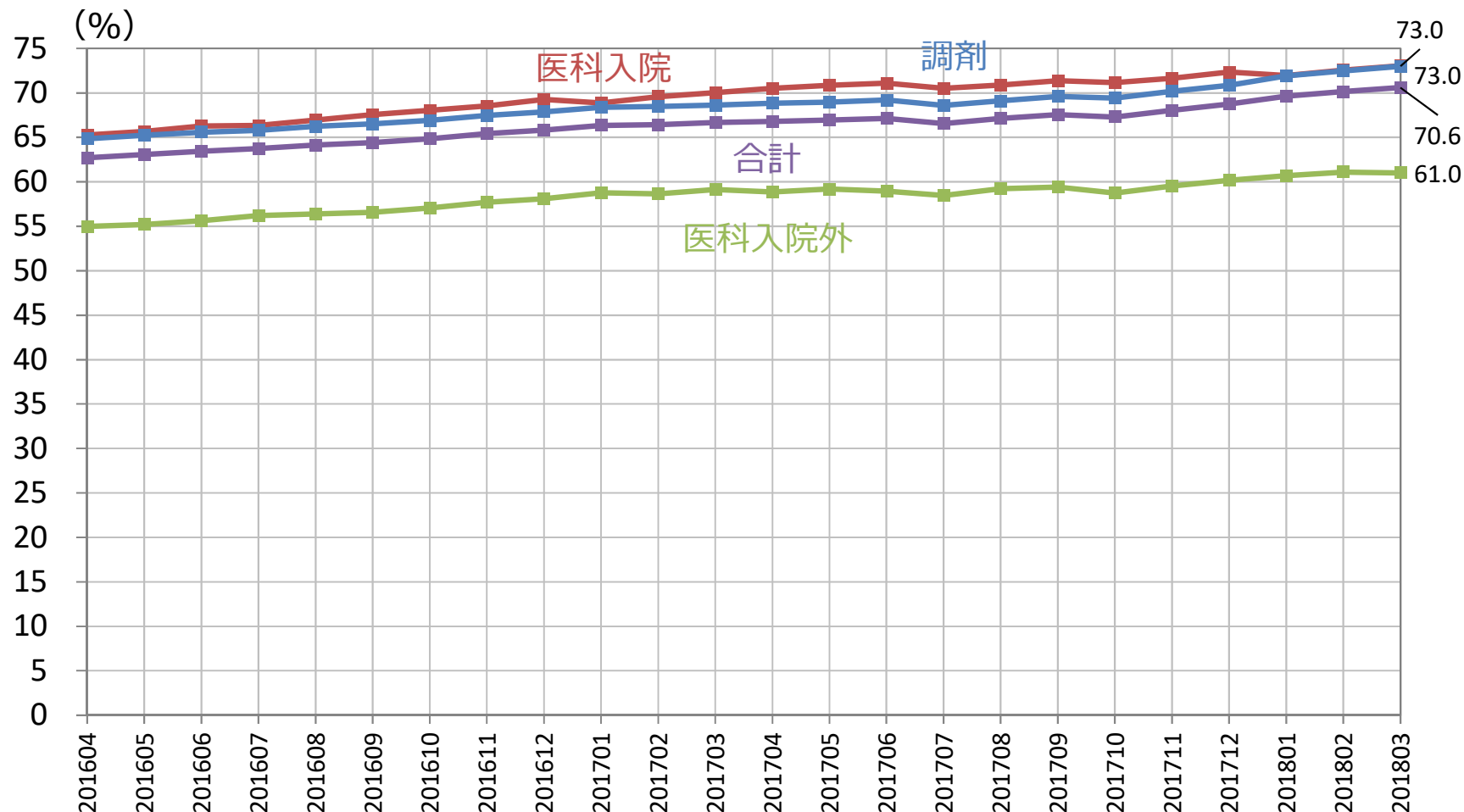
注) 「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

- ・すでに後発医薬品を使用している。
- ・薬によって考える。
- ・金額ではなく、薬の内容や効果、使用感によって後発医薬品か先発か選びたい。
- ・どちらでもいい。

医療機関、薬局での後発医薬品の使用・調剤割合

○ 医療機関、薬局での後発医薬品の使用・調剤割合は増加している（平成30年3月において、医科入院：73.0%、医科入院外：61.0%、調剤：73.0%であった。）（電算処理分のみによる集計）。

後発医薬品割合（数量ベース）の推移



注1) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注2) 「後発医薬品割合（数量ベース）」は、「後発医薬品の数量」/（〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕）で算出している。

注3) 入院外の数量は、1/100の抽出率でランダム抽出したデータを100倍した値としている。

注4) 「合計」とは、「医科入院」「医科入院外」「調剤」の数量を、電算化率の違いは考慮せずに単純に合計して算出した値としている。

注5) 入院料等に包括される薬剤料は含まれない。

薬局における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発品の数量割合の基準を引き上げ、数量割合に応じた評価に見直す。

平成28年度改定時

後発医薬品調剤体制加算1(65%以上)	18点
後発医薬品調剤体制加算2(75%以上)	22点



平成30年度改定時

後発医薬品調剤体制加算1(<u>75%以上</u>)	18点
後発医薬品調剤体制加算2(<u>80%以上</u>)	22点
後発医薬品調剤体制加算3(<u>85%以上</u>)	<u>26点</u>

- 後発医薬品の数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

(新)後発医薬品の数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料の減算(20%以下) 2点減算

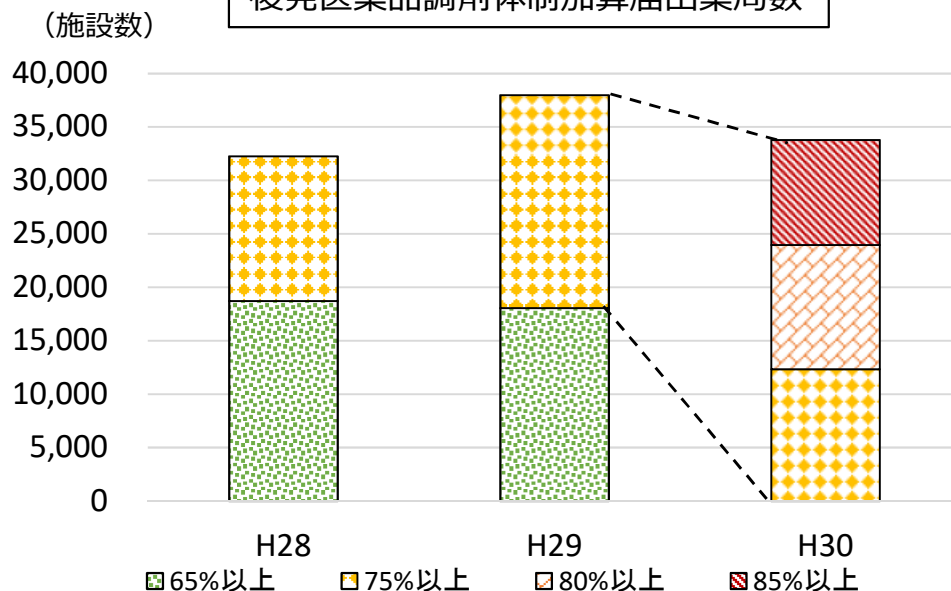
処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局は地方厚生局への報告が必要(年1回)

ただし、以下の場合は含まない。

- ① 処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局
- ② 当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ない場合

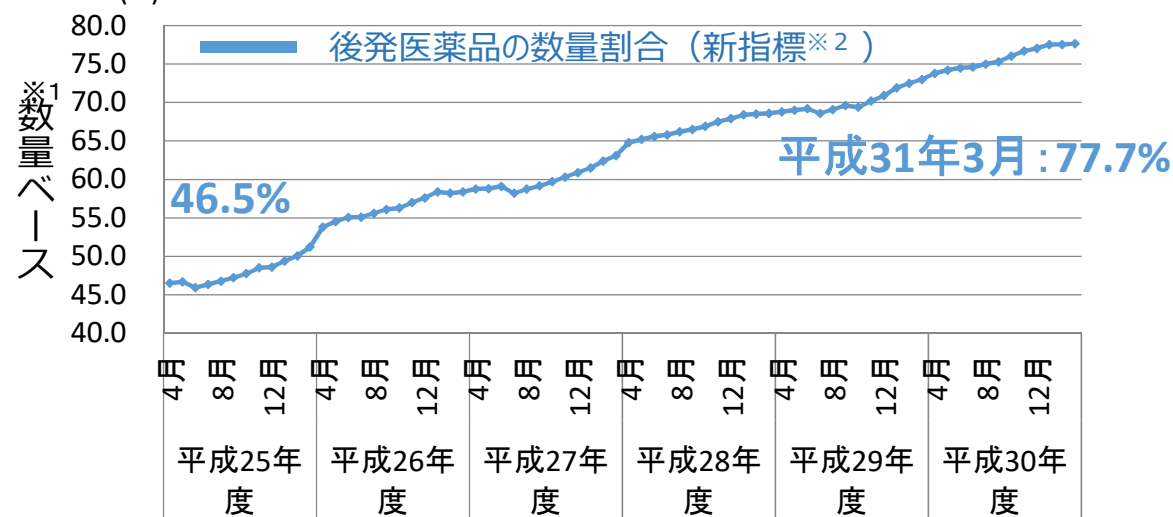
直近1ヶ月の処方箋受付回数のうち先発用医薬品変更不可のある処方箋の受付回数が5割以上

後発医薬品調剤体制加算届出薬局数



出典：保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

➤ 薬局における後発医薬品の数量割合



※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

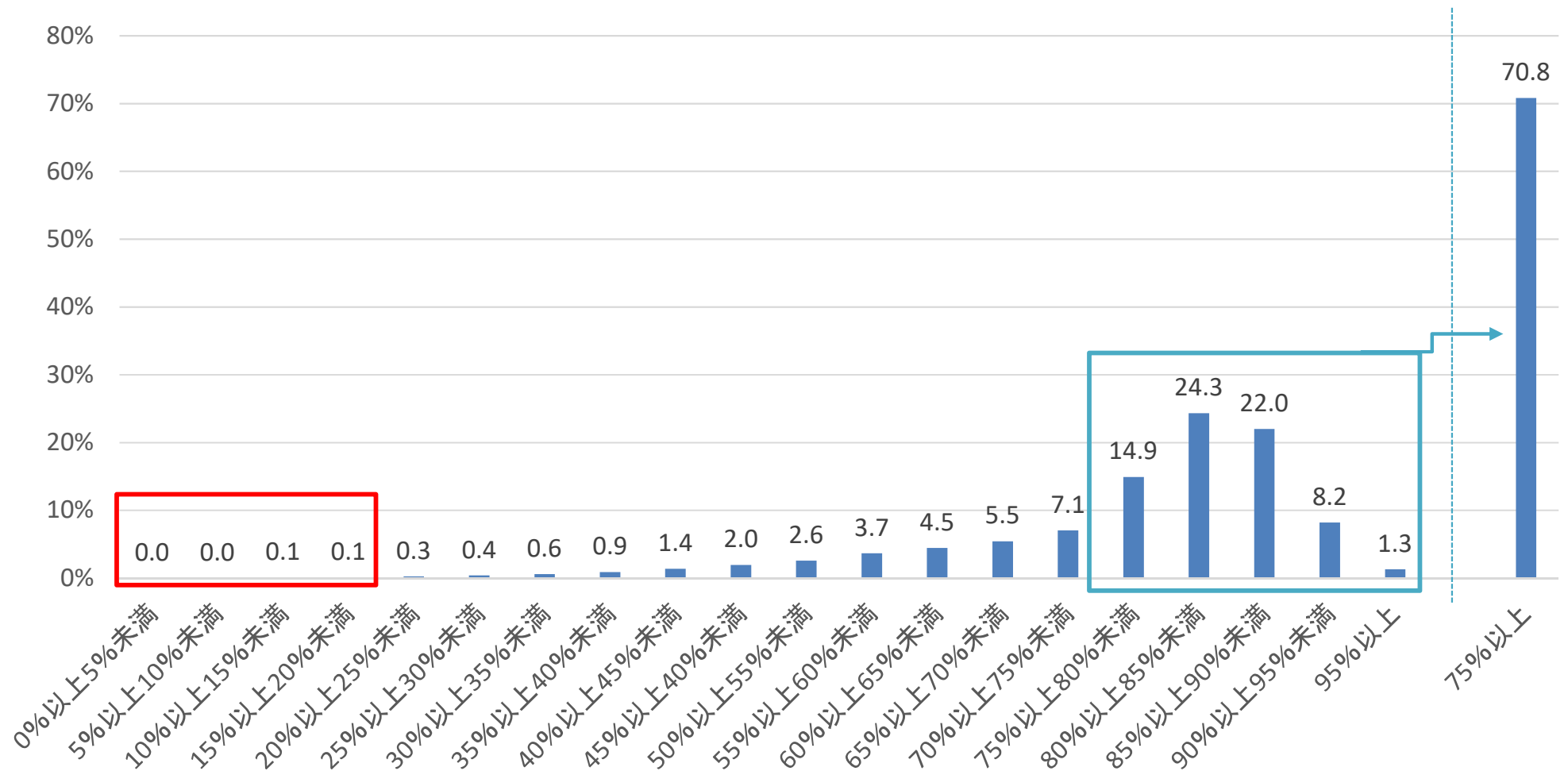
※2:「新指標」=〔後発医薬品の数量〕/〔〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕〕
(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

出典：調剤医療費(電算処理分)の動向より医療課作成

薬局における後発医薬品の調剤割合の分布

○ 平成31年3月時点で、後発医薬品調剤の割合が75%以上の薬局が全体の7割以上を占めていた。

後発医薬品の調剤割合別の薬局数の構成割合



出典：最近の調剤医療費（電算処理分）の動向 平成31年3月号
後発医薬品割合（数量ベース、新指標）階級別保険薬局数構成割合より、医療課作成

後発医薬品使用体制加算

- 医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

平成28年度改定時

後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点

平成28年度改定時

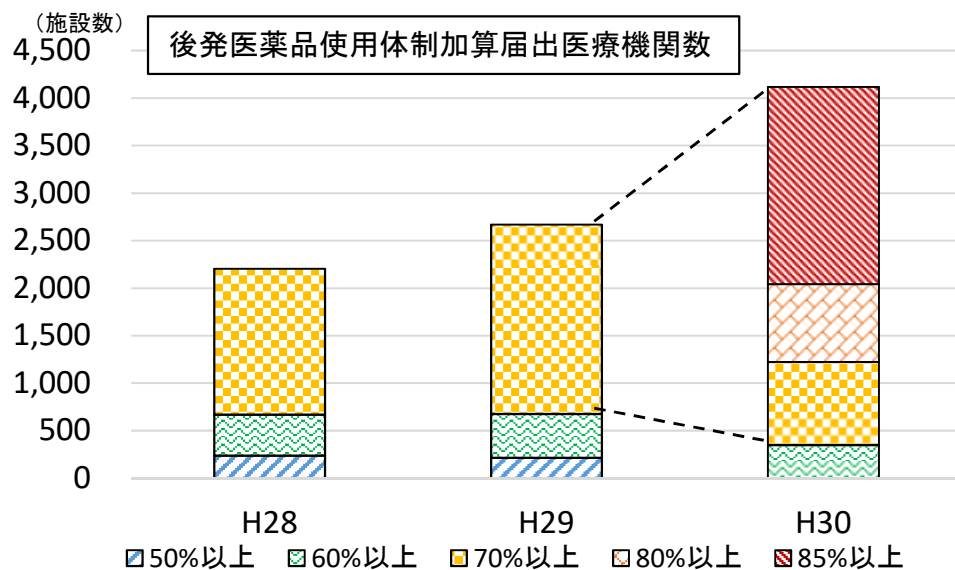
外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点

平成30年度改定時

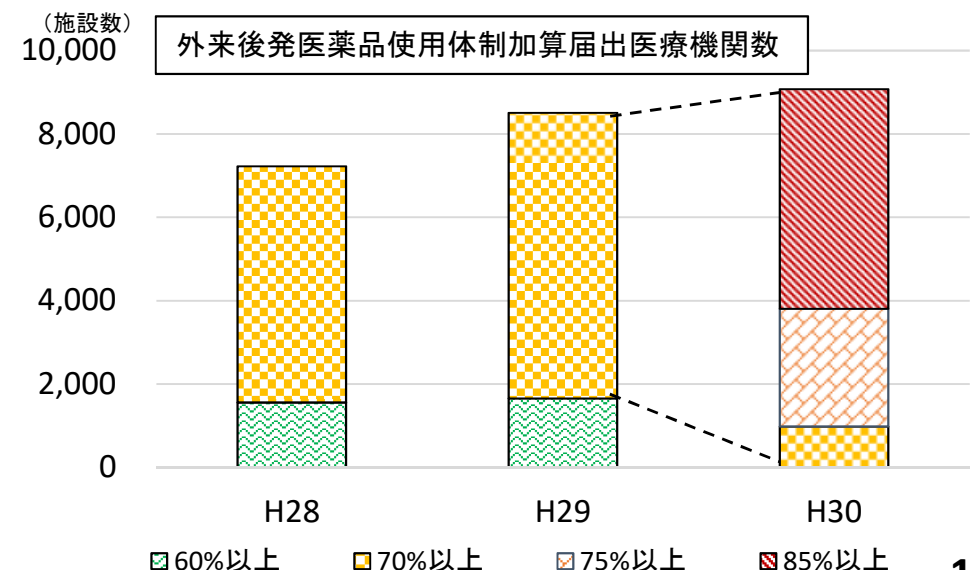
後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>45点</u>
後発医薬品使用体制加算2 (<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>35点</u>
後発医薬品使用体制加算4 (<u>60%以上</u>)	<u>22点</u>

平成30年度改定時

外来後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2 (<u>75%以上</u>)	<u>4点</u>
外来後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>2点</u>



出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

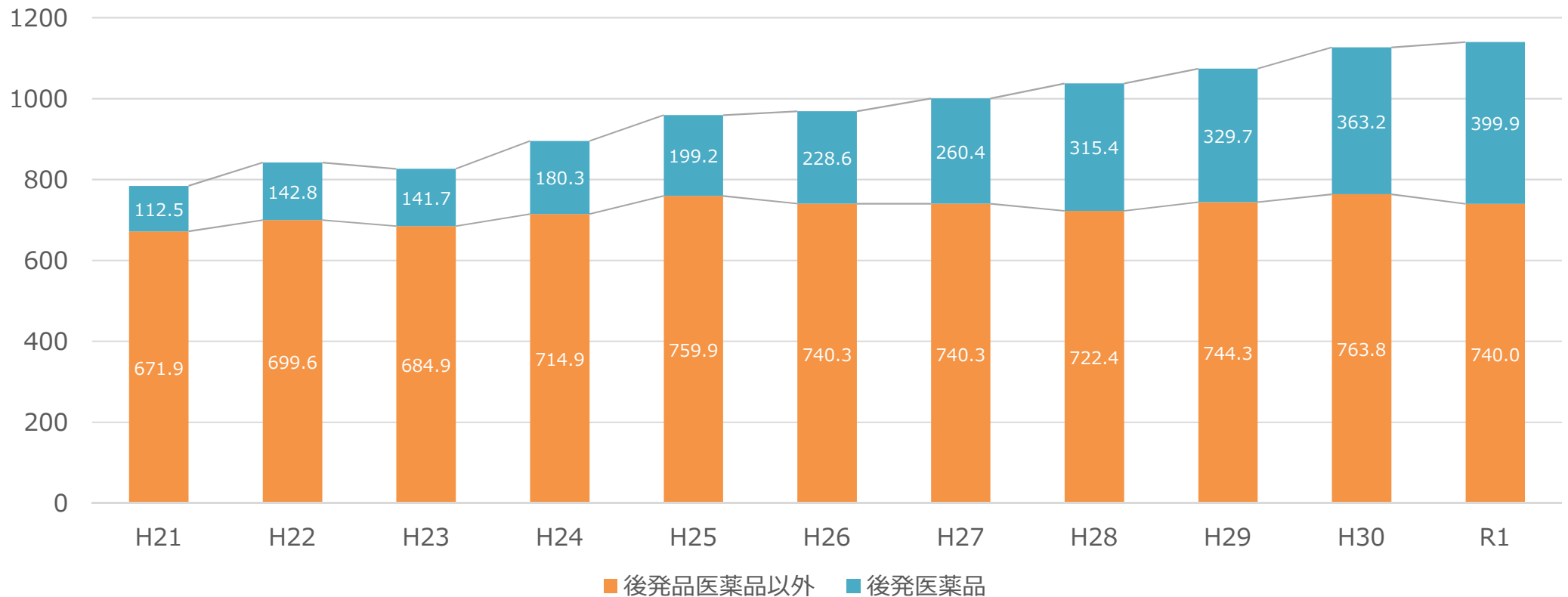


出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

薬局における医薬品在庫品目数の推移

○ 薬局における後発医薬品の在庫品目数は増加している。

医薬品在庫品目数（平均値）



※備蓄医薬品目数は指定した月の末日時点の数値等として報告されたもの

後発医薬品への置換えによる医療費適正効果額の推計

以下の方法に基づく推計から、平成17年度～29年度の医療費適正効果額は、単調に増加しており、平成29年度は13,000億円程度となっていると考えられる。

< 推計方法と考え方 >

○各年度の薬価調査の結果から、取引された全ての後発医薬品について、個別に対応する先発医薬品（同一剤形・規格の先発医薬品）が取引されていた場合を仮想し、実際の取引額（後発医薬品の薬価ベース）と仮想の取引額（先発医薬品の薬価ベース）の差を後発医薬品への置換えによる医療費適正効果額とした。

※ 後発品販売額は、全後発品のうち、同一剤形・規格の先発医薬品があるものについての販売額の合計

○また、同一剤形・規格で複数価格の先発医薬品がある品目については、最高額と最低額の先発医薬品に置き換えた場合の医療費適正効果額を算出し、効果額を範囲（例：○－○）とした。

○年間医療費適正効果額については、単月医療費適正効果額の12倍とした。

単位：億円

	H17年度	H19年度	H21年度	H23年度	H25年度	H27年度	H29年度
後発品販売額(月)	153	183	284	334	453	759	932
推定先発相当額(月)	337－323	397－383	587－569	678－671	903－896	1,549－1,538	2,022－2,007
適正効果額(月)	183－169	214－200	303－285	344－337	450－443	790－779	1,090－1,075
年間適正効果額	2,201－2,033	2,569－2,398	3,637－3,423	4,128－4,045	5,560－5,439	9,479－9,345	13,076－12,905
年間平均効果額	2,117	2,484	3,530	4,087	5,500	9,412	12,991

後発医薬品の現状・課題と論点

【現状・課題】

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

<参考> 各報酬の算定の下限值

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

【論点】

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

個別事項（その9）

医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について（その3）

（1）後発医薬品

（2）重複投薬②（外来時の対応の検討の方向性）

（3）残薬への対応

- 保険者のレセプト分析により、重複投薬が多い医薬品成分、重複が疑われる薬効群の見える化が行われている。

さいたま市

- 対象患者： 国民健康保険の被保険者
- 分析対象レセプト：平成28年度の医科（入院外）、調剤レセプト
- 重複の定義
同一月に、同一成分の内服薬が14日以上処方されている。

レセプト分析の結果

- 上述の「重複の定義」に合致するレセプトを抽出。
- 要因となった医薬品成分の上位は以下のとおり。

1	レバミピド（消化性潰瘍用剤）
2	ゾルピデム（催眠鎮静剤、抗不安薬）
3	エチゾラム（精神神経用剤）
4	ロキソプロフェン（解熱鎮痛消炎剤）
5	ブロチゾラム（催眠鎮静剤、抗不安薬）
6	アムロジピン（血管拡張剤）
7	メコバラミン（ビタミンB剤）
8	酸化マグネシウム（制酸剤）
9	L-カルボシステイン（去たん剤）
10	オロパタジン（その他のアレルギー用剤）

福岡市

- 対象患者： 国民健康保険の被保険者
- 分析対象レセプト：平成29年9月～平成30年2月診療分の医科（入院外）、調剤レセプト
- 重複の定義
同一月に、同一の薬効（9桁の医薬品コード）の医薬品が2以上処方されている

レセプト分析の結果

- 上述の「重複の定義」に合致するレセプトを抽出。
- 要因となった薬効を、3桁の薬効分類別で、上位から並べると以下のとおり。（6ヶ月の延べ数を合計）

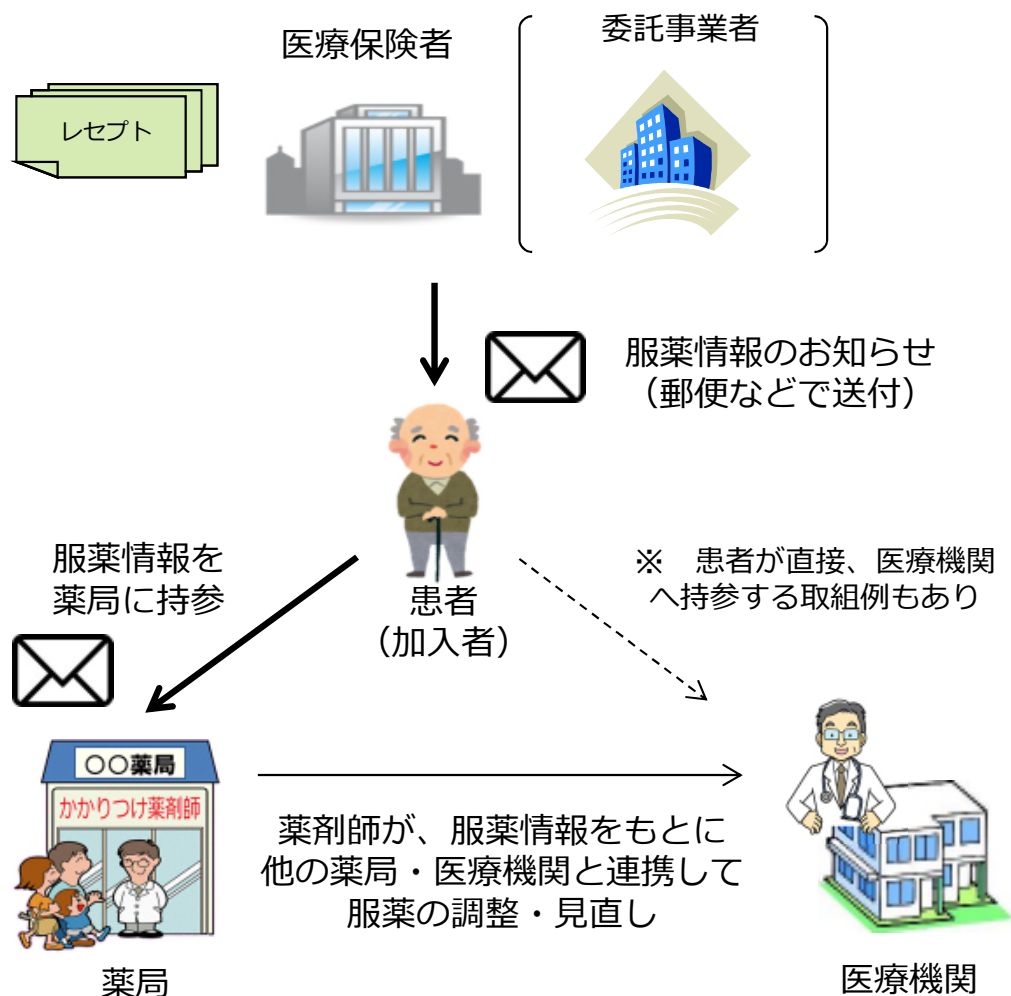
1	鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤
2	解熱鎮痛消炎剤
3	消化性潰瘍用剤
4	催眠鎮静剤、抗不安剤
5	去たん剤
6	その他のアレルギー用薬
7	眼科用剤
8	精神神経用剤
9	漢方製剤

保険者による現行の取組例

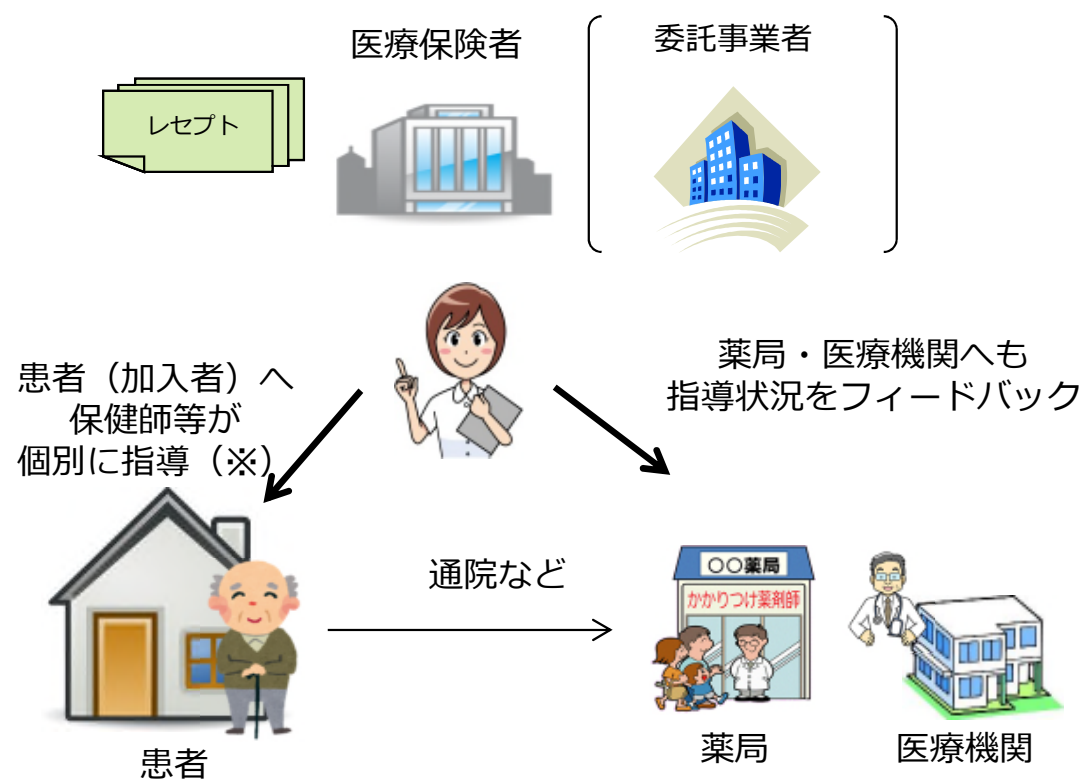
2018年4月19日
経済・財政一体改革推進委員会
社会保障WG厚労省資料

- 保険者は、レセプト情報により患者（加入者）の服薬状況を把握できるため、それを活用して多剤・重複投薬されている者を抽出して取組を実施することが可能。対象の加入者に個別に訪問・指導を行う取組も行われている。

対象の加入者に服薬情報を通知するパターン



対象の加入者に個別に訪問・指導するパターン



お薬手帳を用いた重複投薬の確認について

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 8

○ お薬手帳を用いた重複投薬の確認を行う場合には、複数のページを確認するなど、一定の注意が必要。

患者例：神経性疼痛、高血圧、狭心症で定期的に受診＋急性咽頭炎で受診

7月：A病院（整形外科＋循環器内科）

7月：B診療所（内科）①

8月：B診療所（内科）②

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/07/01
A病院 整形外科

ロキソプロフェンNa錠60mg「▲▲」 3錠
レバミピド錠100mg「◇◇」 3錠
1日3回 毎食後 60日分

リカOD錠150mg 2錠
1日2回 朝夕食後 60日分

1

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/07/01
A病院 循環器内科

ジルチアゼム塩酸塩錠30mg「□□」 3錠
1日3回 毎食後 60日分

2

成分は異なるがいずれもカルシウム拮抗薬
いずれも高血圧症と狭心症の適応を有しており、
重複投薬か否かは処方背景の確認が必要

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/07/10
B診療所 内科

アムロジピン錠5mg「●●」 1錠
オルメサルタン錠10mg「▲▲」 1錠
1日1回 朝食後 28日分

3

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/08/07
B診療所 内科

アムロジピン錠5mg「●●」 1錠
オルメサルタン錠10mg「▲▲」 1錠
1日1回 朝食後 28日分

4

8月：C診療所（内科）③

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/08/20
C診療所 内科

カルボシステイン錠500mg「◆◆」 3錠
トラネキサム酸錠500mg「○○」 3錠
ロキソプロフェンNa錠60mg「■ ■」 3錠
1日3回 毎食後 7日分

5

6

同一成分であるが、ページが離れている。

【重複投薬の確認時に注意が必要な点】

- ❑ 処方日数を確認しつつ、複数ページの確認が必要
- ❑ 重複投薬か否かの判断に、処方の背景の確認が必要な場合がある
- ❑ 後発医薬品の銘柄名は、一般名を基本とした形となっており、先発品の名称と一般名の両方の知識が必要となる

地域包括診療料・加算等の施設基準等(平成30年度～)

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 8

	対象疾患	内服薬数	主な施設基準
認知症地域包括診療料1 認知症地域包括診療料2	認知症 +1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○慢性疾患の指導に係る研修を受講した医師が担当医 ○ <u>他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理</u> ○病院の場合以下の全て ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
地域包括診療料1 地域包括診療料2	下記のうち2疾患 以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤換算2名以上の医師(うち1名以上が常勤)(※2) ・在宅療養支援診療所であること ○診療料1を算定する場合 ・外来中心の医療機関(直近1ヶ月に外来及び在宅医療を実施した患者のうち在宅医療の患者の割合が7割未満) ・直近1年間の外来診療を経た訪問診療への移行患者数が10人以上
認知症地域包括診療加算1 認知症地域包括診療加算2	認知症 +1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○慢性疾患の指導に係る研修を受講した医師が担当医 ○在宅医療の提供及び24時間の往診等の体制を確保 ○ <u>他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理</u>
地域包括診療加算1 地域包括診療加算2	下記のうち2疾患 以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤換算2名以上の医師(うち1名以上が常勤)(※2) ・在宅療養支援診療所(在支診)であること ○加算1を算定する場合 ・外来中心の医療機関(直近1ヶ月に外来及び在宅医療を実施した患者のうち在宅医療の患者の割合が7割未満) ・直近1年間の外来診療を経た訪問診療への移行患者数が患者数が3人(在支診の場合は10人)以上

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成30年度改定において常勤換算が可能となるよう要件を緩和。

お薬手帳の持参状況

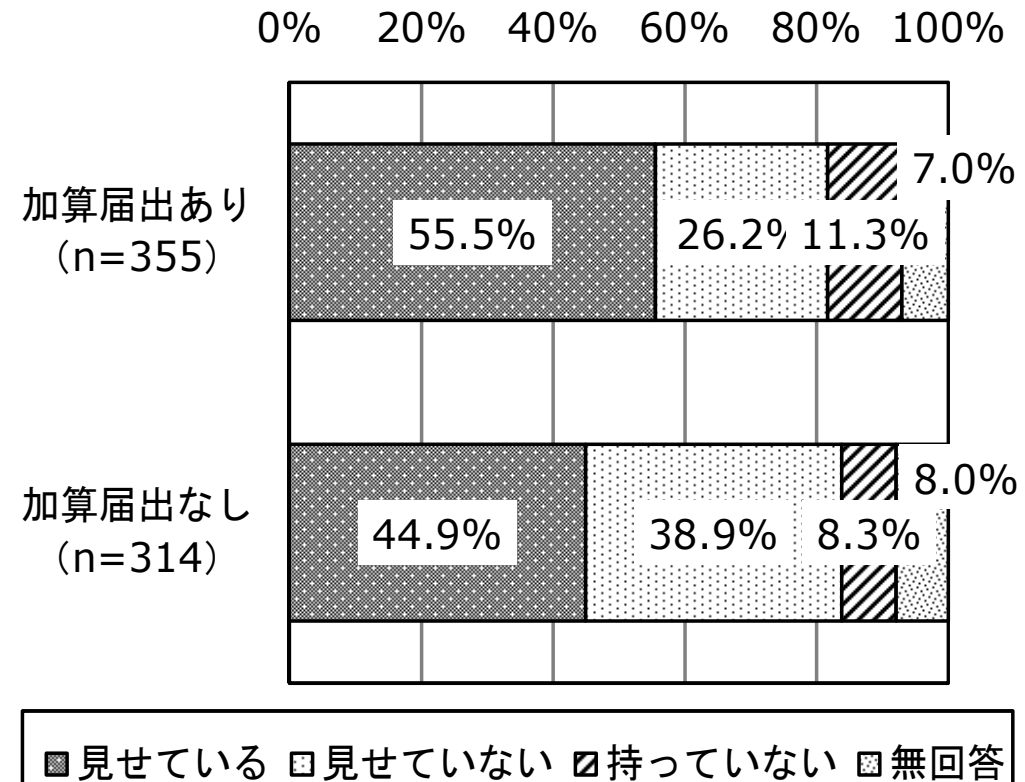
- 地域包括診療料等について、患者に対してお薬手帳の持参を求めることが要件となっている。
- 地域包括診療料等を届出ている医療機関を受診した患者の方が、届出していない医療機関を受診した患者に比べ、お薬手帳を見せている患者の割合が高かった。

B001-2-9 地域包括診療料

【留意事項】

- 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護師、准看護師等が情報の把握を行うことも可能であること。
- 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。(病院についても同様の規定が存在する)
 - ① 調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局(以下「連携薬局」という。)と連携していること。
 - ② 原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。
 - ③ 当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該診療料を算定している旨を、処方箋に添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。
 - ④ 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局若しくは当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けることでもよい。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合も、当該患者に対し、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。
 - ⑤ また、診療録にお薬手帳のコピー若しくは保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

調査票を受け取った医療機関に他の医療機関での受診状況等を伝えているか【お薬手帳】
(地域包括診療料等の届出状況の有無別)(患者票)



出典:平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)

【現状・課題】

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

【論点】

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

外来時の重複投薬等への対応（検討の方向性のイメージ）

医療保険者



レセプト情報を活用し、重複投薬等の可能性がある患者を抽出

服薬情報の連絡



複数の医療機関を受診する患者

相談



調整の主体となる
医療機関
(かかりつけ医)

その他の医療機関

ステップ④：

重複投薬の有無等の評価結果を患者に説明、医療機関間の連絡・調整

- ・ 重複等の有無等の評価し、その結果を患者に説明
- ・ 必要に応じて他の医療機関と処方内容の調整

【課題】 複数の医療機関から医薬品が処方される患者について、**重複投薬等の解消をさらに進めていくためにどのような対応が必要か？**

検討の方向性

- 薬局による服用薬の把握や重複投薬等の確認の結果も活用しつつ、かかりつけ医が**重複投薬の有無等**を評価し、他の医療機関間の**連絡・調整**を行う取組を推進
- 重複投薬の可能性のある患者の把握には、保険者のレセプト分析の事業も活用

ステップ①：

処方薬の一元的把握、重複確認等を薬局に依頼

ステップ③：
確認結果を連絡

※処方箋受付時に重複が疑われる事例が判明した場合は、直ちに処方医に照会

ステップ⑤：
調整結果を連絡

患者が日常的に利用する薬局



ステップ②：

服用薬の把握、重複等の確認

ア 一元的把握
①レセプト情報、②お薬手帳、
③患者への聞き取り

イ 重複等の確認
処方の背景（適応症等）を把握しつつ、重複する医薬品の確認

②必要に応じて患者の服用する医薬品を確認

その他の薬局

②必要に応じて処方の背景等を確認
(同種・同効薬の重複が疑われる場合等)

重複投薬等の確認結果として薬局から医療機関に報告する内容（イメージ）

- お薬手帳、患者等への聞き取り等から、服用中の薬剤やその服用期間、処方医療機関等を把握し、一覧表を作成して医療機関に報告（必要に応じて、処方医に処方背景等を確認）。

患者例：高血圧、高脂血症、腰痛症、狭心症等で複数の医療機関に通院

医療機関への報告内容のイメージ

（１）受診中の医療機関、診療科名等

- ①A診療所 内科 ○○医師
- ②B診療所 内科 △△医師
- ③C病院 整形外科 □□医師
- ④C病院 循環器内科 ◇◇医師

調整の主体となる医療機関
（薬局に確認を指示）
ロスバスタチン、アムロジピンを
定期的に処方

（３）重複投薬等に関する報告

- ロキソプロフェンNa（ロキソニン）がC病院 整形外科より定時処方されていますが、B診療所 内科でも3か月に1回程度処方されています。
- C病院 循環器内科に確認したところ、ジルチアゼム（ヘルベッサ）は狭心症に対し処方されていると回答をいただきました。
- 患者に確認したところ、プレガバリン（リリカ）は飲みきり終了と説明を受けているそうです。

（２）薬剤の一覧

薬効分類	成分名（先発品名）	医療機関
脂質異常症薬	ロスバスタチン（クレストール）	①
非ステロイド抗炎症薬	ロキソプロフェンNa（ロキソニン）	②
	ロキソプロフェンNa（ロキソニン）	③
神経障害性疼痛緩和薬	プレガバリン（リリカ）	③
消化性潰瘍薬	ボノプラザン（タケキャブ）	③
カルシウム拮抗薬	アムロジピン（アムロジン等）	①
	ジルチアゼム（ヘルベッサ）	④
ベンゾジアゼピン系睡眠薬	ブロチゾラム（レンドルミン）	④
ベンゾジアゼピン系抗不安薬	エチゾラム（デパス）	④
気道粘膜修復薬	カルボシステイン（ムコダイン）	②

※上記のほか、服用期間等も記載

（参考）その他連絡事項のイメージ

○ その他必要に応じて確認することが期待される事項

- 服用薬の理解度、アドヒアランス等を確認
- 常用しているOTC、サプリメント等の情報を確認
- 食事の回数や睡眠の状況等、患者の生活状況を確認
- その他、患者が気になっている事項等を確認

など

○ 重複投薬以外の報告

- 頓用薬の服用頻度について情報提供致します。
患者に確認したところ、ブロチゾラムは、1週間に2、3回程度の服用頻度。
エチゾラムは、ほとんど服用していないとのことでした。
- めまいの訴えがありました。
プレガバリン（リリカ）の尿中排泄率は約90%ですので、今後の腎機能の変化にご留意をお願い致します。

向精神薬調整連携加算

参考

- 処方箋料において、処方する抗不安薬等の種類数や投薬量が減少した患者について、薬剤師に症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算（12点）を算定することができる。

F 4 0 0 処方箋料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点
- 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点
- 3 1及び2以外の場合 68点

注1～7（略）

- 8 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A 2 5 0に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B 0 0 8－2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

<向精神薬調整連携加算の算定状況>

	届出医療機関数	算定回数
		H30
向精神薬調整連携加算	（届出不要）	1,033

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

重複投薬についての現状・課題と論点

【現状・課題】

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

【論点】

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

個別事項（その９）

医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について（その３）

- （１）後発医薬品
- （２）重複投薬②（外来時の対応の検討の方向性）
- （３）残薬への対応

医薬品の有効・安全な使用に関する診療報酬上の主な取組（概要）

中医協 総－４－１
元．６．２６（改）

- 重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応、後発医薬品の使用促進等の医薬品の適切な使用について、診療報酬上の様々な対応を進めてきた。

改定年度	重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応	後発医薬品の使用促進	向精神薬への対応	その他
平成２６年度		後発医薬品体制加算の見直し＜医・調＞	向精神薬の処方の適正化（処方箋料及び処方料の減算等）＜医＞	
平成２８年度	<p>【重複投薬、ポリファーマシー】入院患者・外来患者の減薬の評価（薬剤総合評価調整管理料、薬剤総合評価調整加算）＜医＞</p> <p>【残薬】処方箋様式の変更（残薬を確認した場合の対応の記載欄を追加）＜医＞</p> <p>【残薬】いわゆるブラウンバッグの活用等による残薬解消の評価（外来服薬支援料の拡充）＜調＞</p>	<p>一般名処方加算の評価の拡充＜医＞</p> <p>後発医薬品体制加算の見直し＜医・調＞</p>	向精神薬の処方の適正化（減算対象の拡大等）＜医＞	長期処方時の取扱の明確化
平成３０年度	【重複投薬、ポリファーマシー】薬局の減薬の提案の評価（服用薬剤調整支援料）＜調＞	<p>一般名処方加算の評価の拡充＜医＞</p> <p>後発医薬品体制加算の見直し＜医・調＞</p>	向精神薬の処方の適正化（ベンゾジアゼピン系抗不安薬等の長期処方の適正化（処方箋料・処方料の減算）等＜医＞	薬剤耐性対策の評価（抗菌薬適正使用支援チーム、小児外来診療）＜医＞

残薬解消に向けた薬局の取組の評価（外来服薬支援料）

外来服薬支援料

○ 残薬の解消に向けた薬局の以下の取組を評価

（１）自己による服薬管理が困難な患者に対し、患者や家族が持参した薬剤の一包化や服薬カレンダーの活用などにより薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援すること

※上記支援は、当該薬剤を処方した保険医に了解を得た上で行う。

（２）いわゆるブラウンバック運動（患者や家族等に対して服用中の薬剤等を入れる袋等を薬局が提供し、患者等が持参した薬剤等について服薬管理を行う取組）を周知し、実際に患者等が持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を医療機関に情報提供すること

外来服薬支援料

185点（月１回まで）

①自己による服薬管理が困難な患者

相談

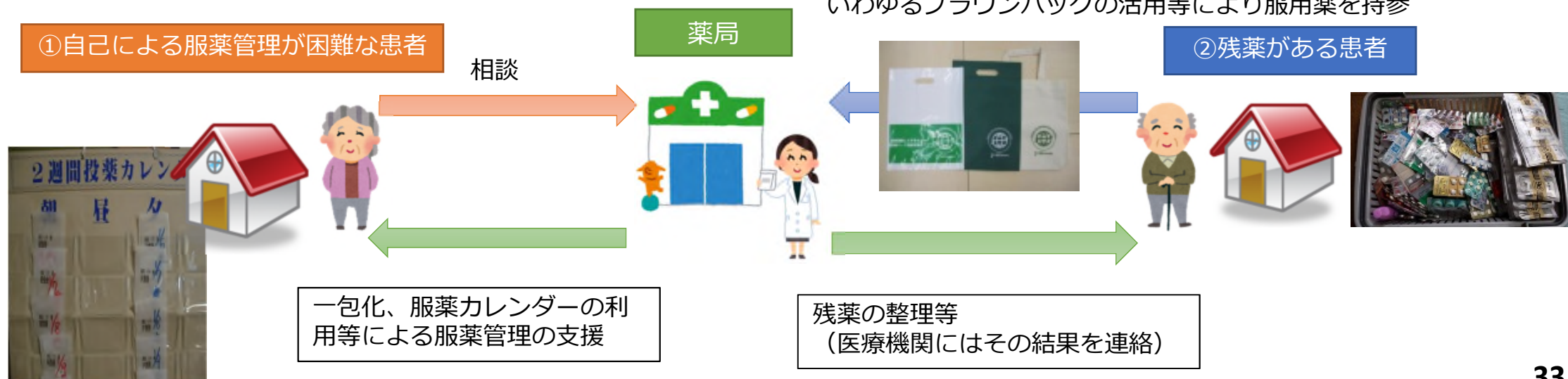
薬局

いわゆるブラウンバックの活用等により服用薬を持参

②残薬がある患者

一包化、服薬カレンダーの利用等による服薬管理の支援

残薬の整理等
（医療機関にはその結果を連絡）



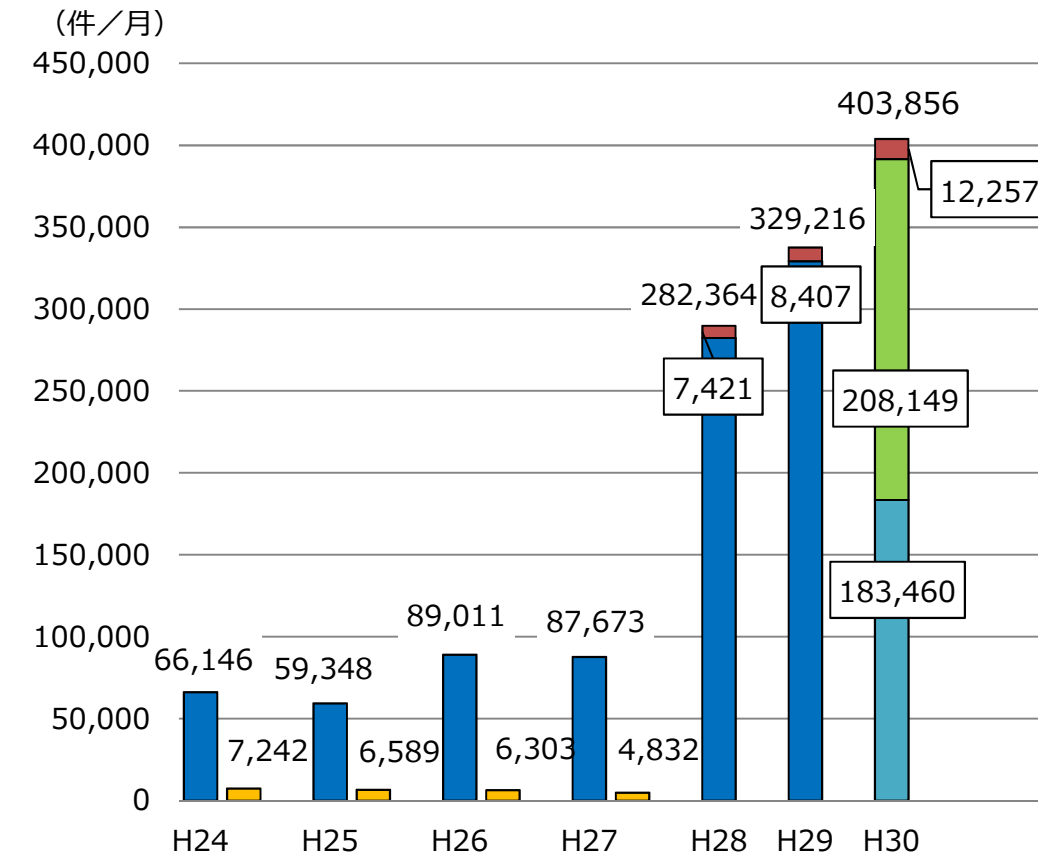
重複投薬、残薬解消に関する取組の実態

中医協 総－４－１（改）
元 . 6 . 2 6

○ 重複投薬・相互作用等防止加算及び外来服薬支援料の算定回数は増加傾向にある。

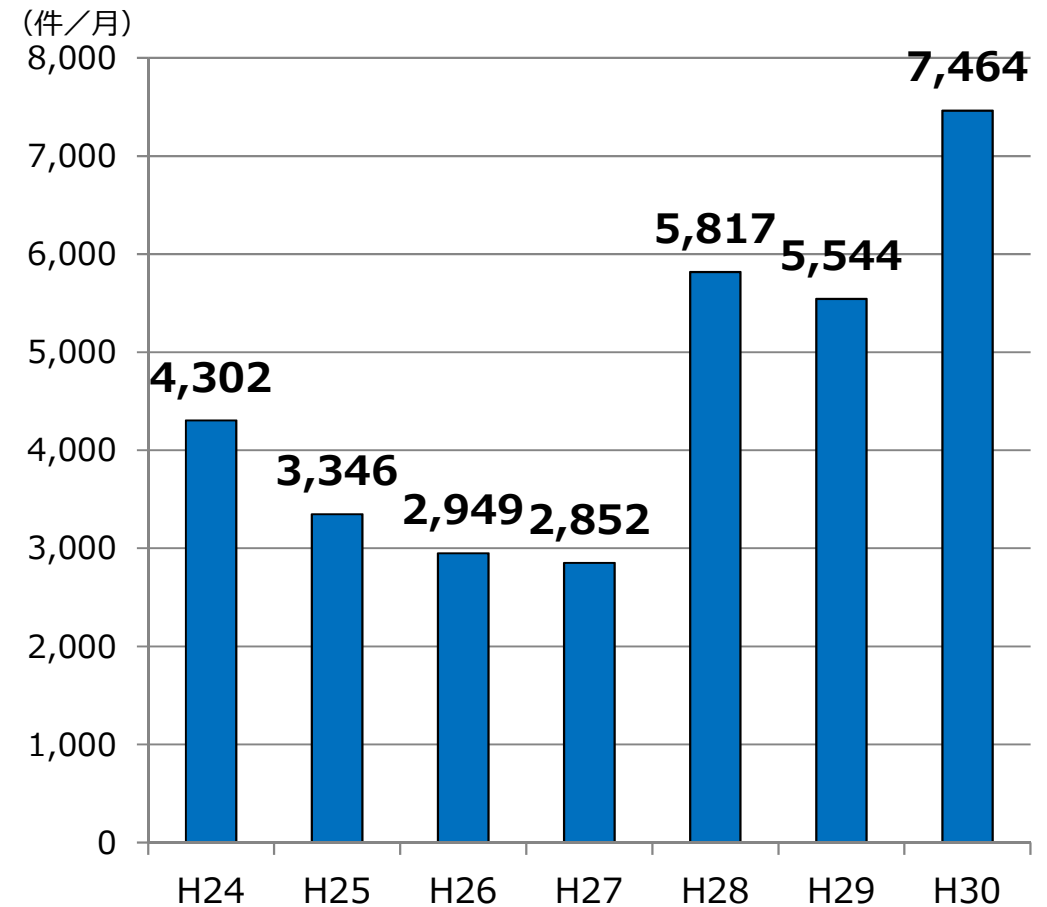
➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む



■ 処方変更あり ■ 処方変更なし ■ 残薬調整以外 ■ 残薬調整
■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（平成30年度は残薬調整以外及び残薬調整分を含む）

➤ 外来服薬支援料の算定回数



薬局における対人業務の評価の充実(服薬情報等提供料)

服薬情報等提供料

○ 服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

平成28年度改定時

【服薬情報等提供料】
服薬情報等提供料

20点

平成30年度改定時

【服薬情報提供料】

服薬情報等提供料1

30点

※保険医療機関の求めがあった場合

服薬情報等提供料2

20点

※患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



保険医療機関

医療機関へ文書等で情報提供

- ・患者の服用薬及び服薬状況
- ・患者の服薬指導の要点、患者の状態等
- ・患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報



保険薬局

患者等への情報提供や必要な指導

- ・医薬品緊急安全性情報や医薬品・医療機器等安全性情報等
- ・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導



患者

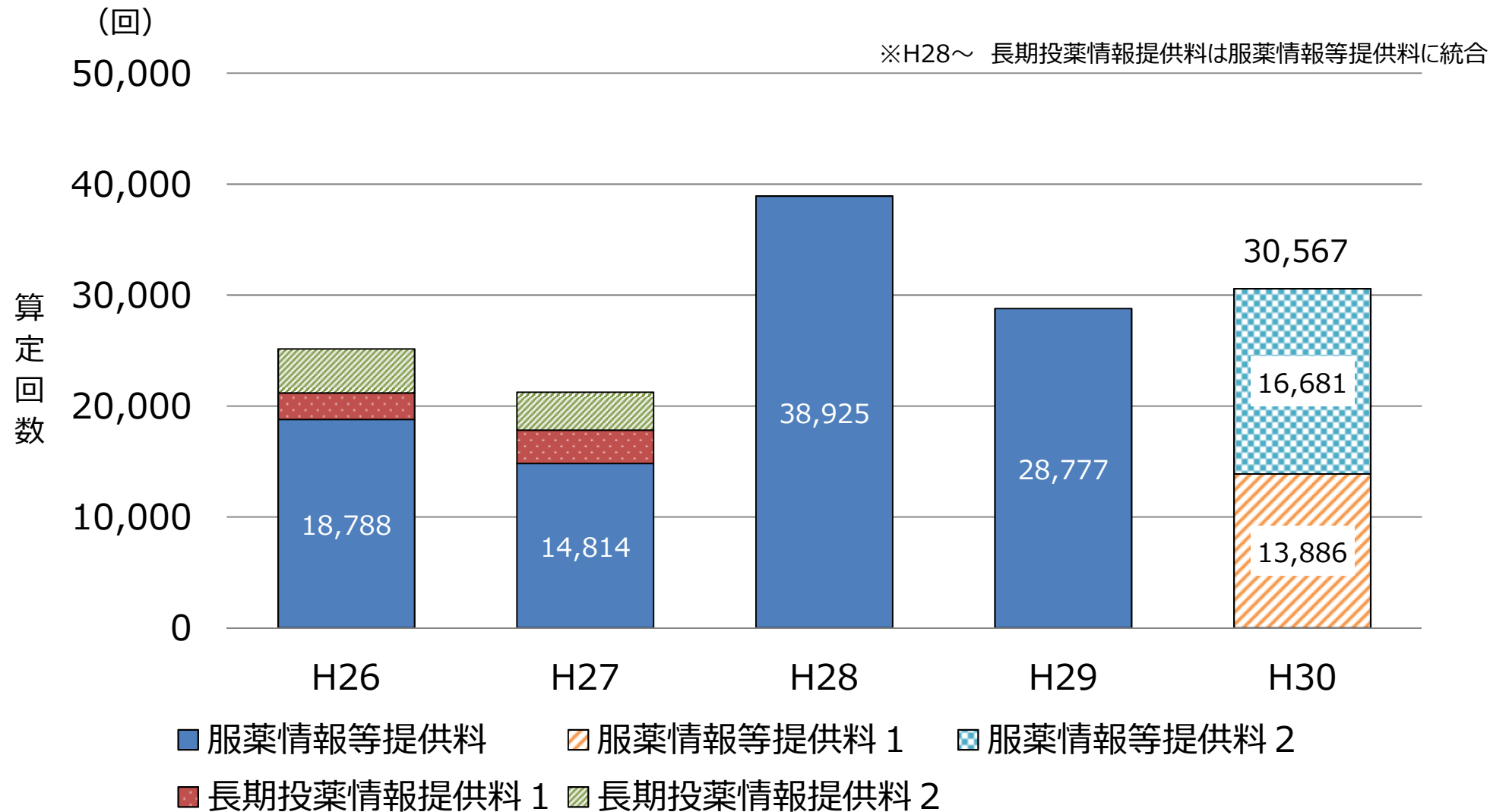
例えば、向精神薬の減薬の場合に副作用の発現状況のフォローを指示

※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

服薬情報等提供料の算定状況

中	医	協	総	-	1
元	.	9	.	1	1

- 服薬情報等提供料は、近年、1月あたり約3万回算定されている。



薬剤服用歴管理指導料における残薬に関する要件

- 薬剤服用歴管理指導料の算定要件では、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡し、投与日数等の確認を行うよう努めることとされている。
- お薬手帳の記載事項には、残薬に関する項目は特に定められていない。

薬剤服用歴管理指導料（残薬関連部分のみ抜粋）

- (1) 薬剤服用歴管理指導料「1」及び「2」は、保険薬剤師が、患者に対して、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳等により、薬剤服用歴及び服薬中の医薬品等について確認するとともに、次に掲げる指導等の全てを行った場合に算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は「区分番号00」の調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して次に掲げる指導等の全てを行った場合は、「注1」のただし書の点数を算定する。
- ア (略)
- イ 患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等の情報を収集し、その要点を薬剤服用歴の記録に記載するとともに、これに基づき、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行うこと。薬剤服用歴の記録への記載は、指導後速やかに完了させるとともに、同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存・管理すること。
- ウ (略)
- エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。
- オ (略)
- (2)～(18) (略)
- (19) (1)のエの残薬の状況の確認に当たり、患者又はその家族等から確認できなかった場合には、次回の来局時には確認できるよう指導し、その旨を薬剤服用歴の記録に記載する。
- (20)～(31) (略)

参考：薬剤服用歴管理指導料における手帳の要件

- (1) ア・イ (略)
- ウ 手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項等を患者の手帳に経時的に記載すること。
- (14) 手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行う。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、同一の手帳で管理できると判断した場合は1冊にまとめる。なお、1冊にまとめなかった場合については、その理由を薬剤服用歴の記録に記載する。

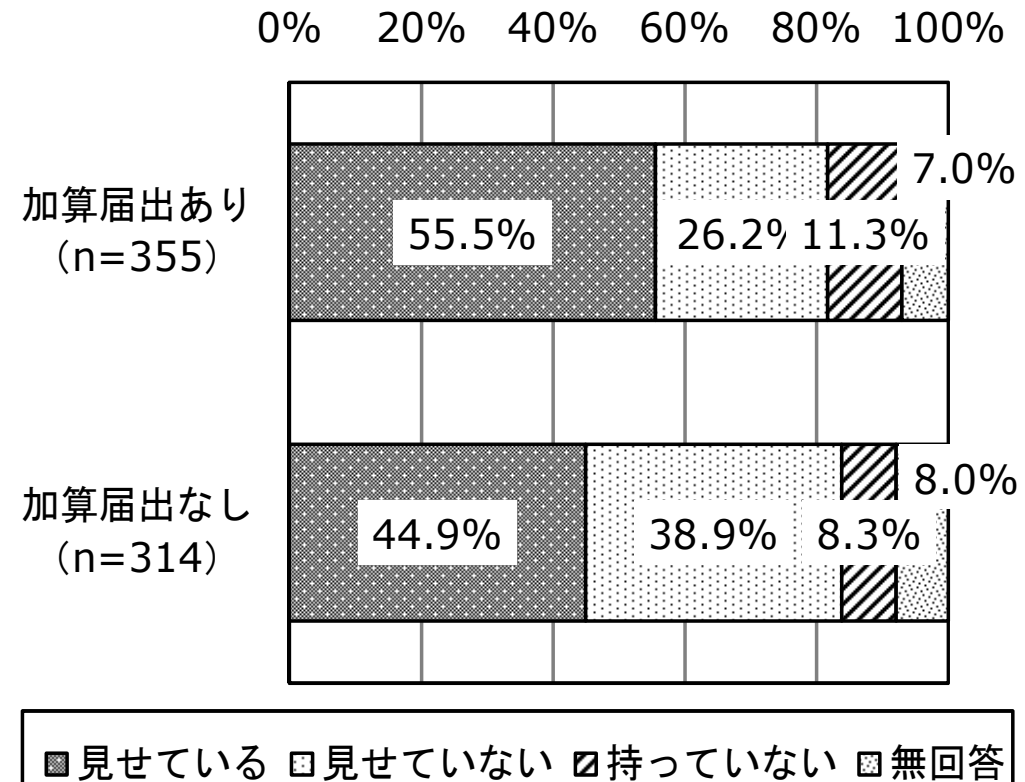
- 地域包括診療料等について、患者に対してお薬手帳の持参を求めることが要件となっている。
- 地域包括診療料等を届出ている医療機関を受診した患者の方が、届出していない医療機関を受診した患者に比べ、お薬手帳を見せている患者の割合が高かった。

B001-2-9 地域包括診療料

【留意事項】

- 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護師、准看護師等が情報の把握を行うことも可能であること。
- 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。(病院についても同様の規定が存在する)
 - ① 調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局(以下「連携薬局」という。)と連携していること。
 - ② 原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。
 - ③ 当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該診療料を算定している旨を、処方箋に添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。
 - ④ 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局若しくは当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けることでもよい。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合も、当該患者に対し、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。
 - ⑤ また、診療録にお薬手帳のコピー若しくは保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

調査票を受け取った医療機関に他の医療機関での受診状況等を伝えているか【お薬手帳】
(地域包括診療料等の届出状況の有無別)(患者票)



出典:平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)

平成28年度診療報酬改定（処方箋様式の見直し）

中 医 協 総 - 2
2 9 . 1 1 . 1

医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

➤ 医療機関と薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方等の仕組みを見直す。

- ① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方箋様式に調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。
- ② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、
 - a. 医療機関へ疑義照会した上で調剤
 - b. 医療機関へ情報提供のいずれかの対応を行う。

処 方 せ ん												
（この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。）												
公費負担者番号				保 険 者 番 号								
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号								
患 者	氏 名			保険医療機関の所在地及び名称								
	生年月日 男・女			電 話 番 号								
	保 険 医 氏 名			保 険 医 氏 名								
区 分	被保険者			被扶養者			都道府県番号		点数表番号		医療機関コード	
	交付年月日 平成 年 月 日			処方せんの使用期間 平成 年 月 日			特記事項（特記のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。）					
処 方	変更不可			個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。								

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）
☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供

考											
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											
調剤済年月日 平成 年 月 日				公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				公費負担医療の受給者番号							

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、日本工業規格 A 列B番を標準とすること。

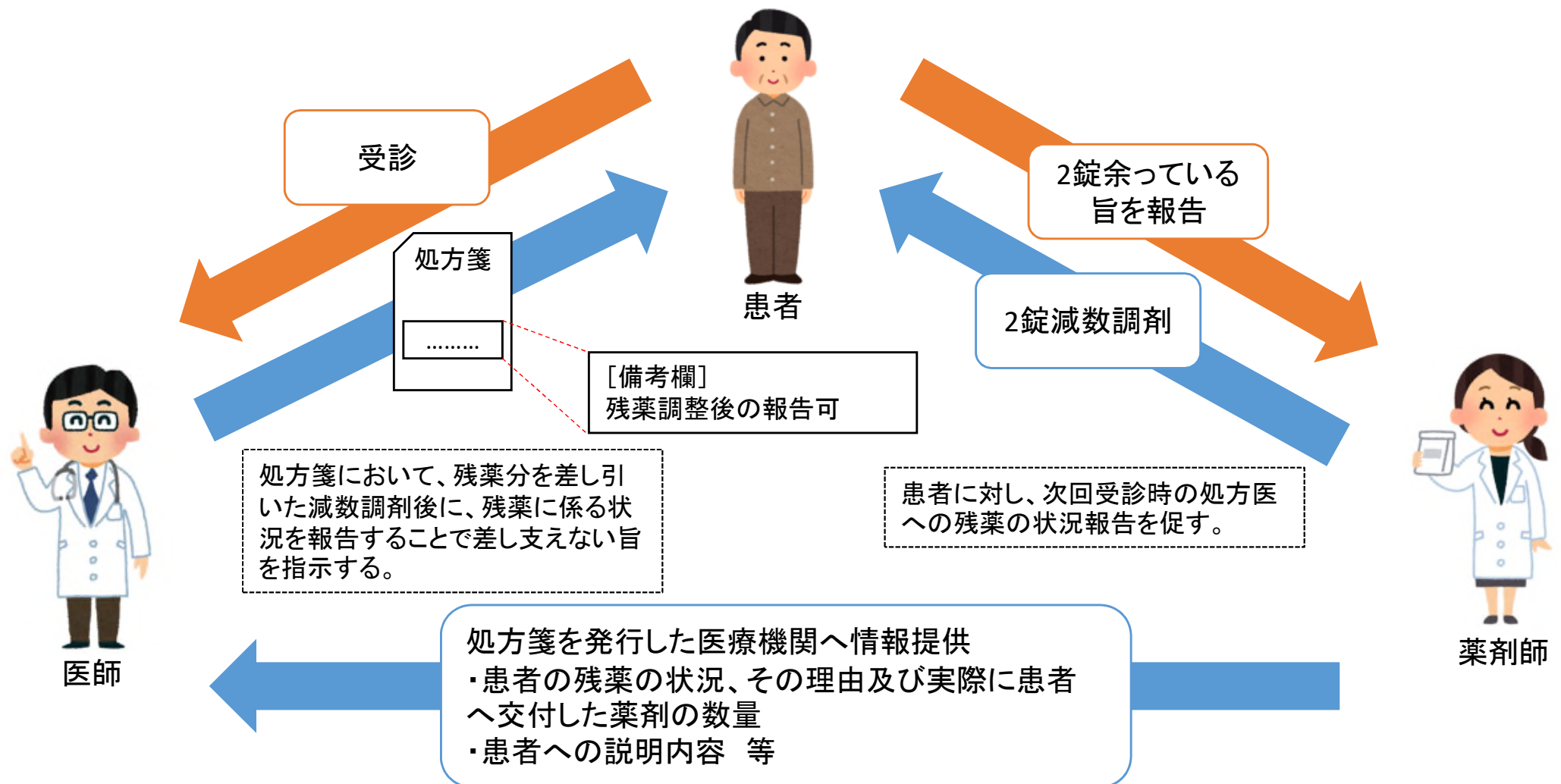
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和61年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

残薬調整に係る取扱い

残薬分を差し引いた減数調剤に係る取扱いについて以下のように明確化する

残薬分を差し引いた減数調剤：薬剤服用歴の記録又は調剤録及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務。

○残薬分を差し引いた減数調剤（例）



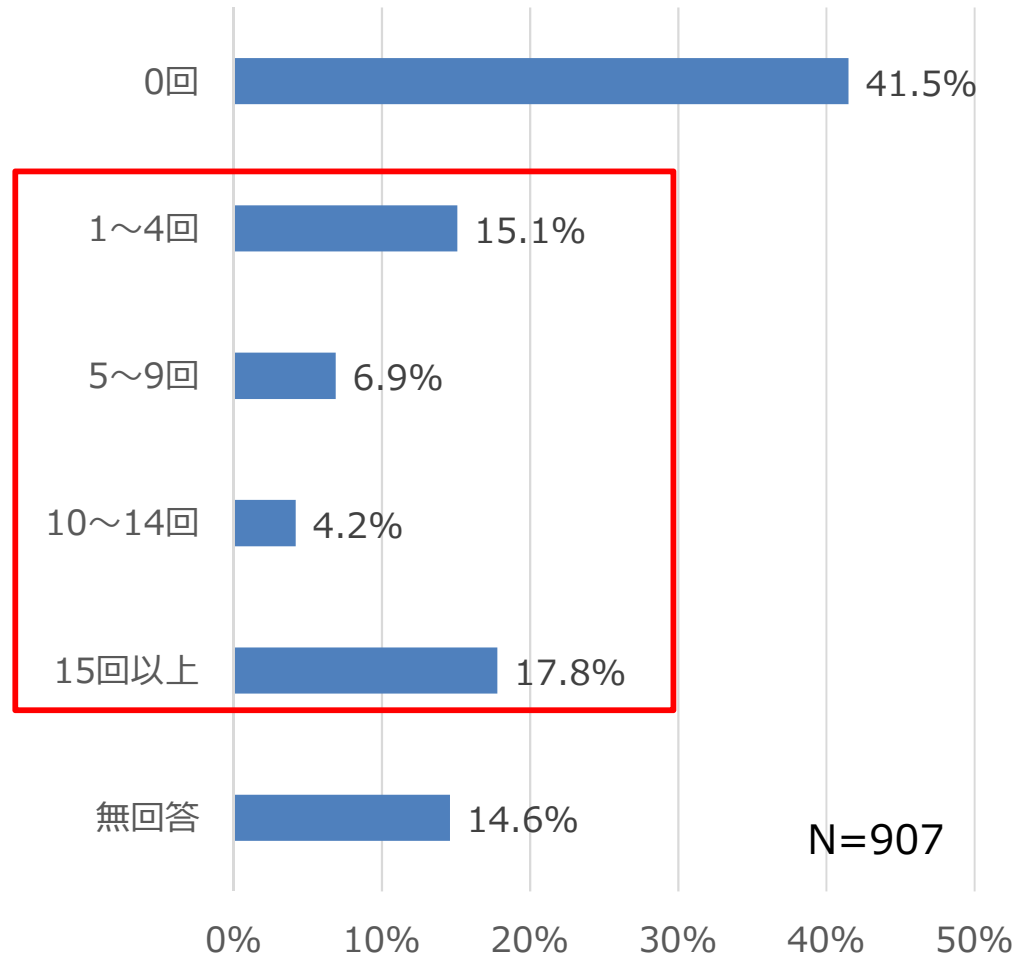
処方箋を活用した薬局への残薬の確認等の依頼の状況

- 処方箋のチェック欄に「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」又は「保険医療機関へ情報提供」にチェックがある処方箋を受け付けた薬局は、約44%であった。
- 処方箋の備考欄に「残薬調整後の報告可」と記載された処方箋を受け付けた薬局は、約12%であった。

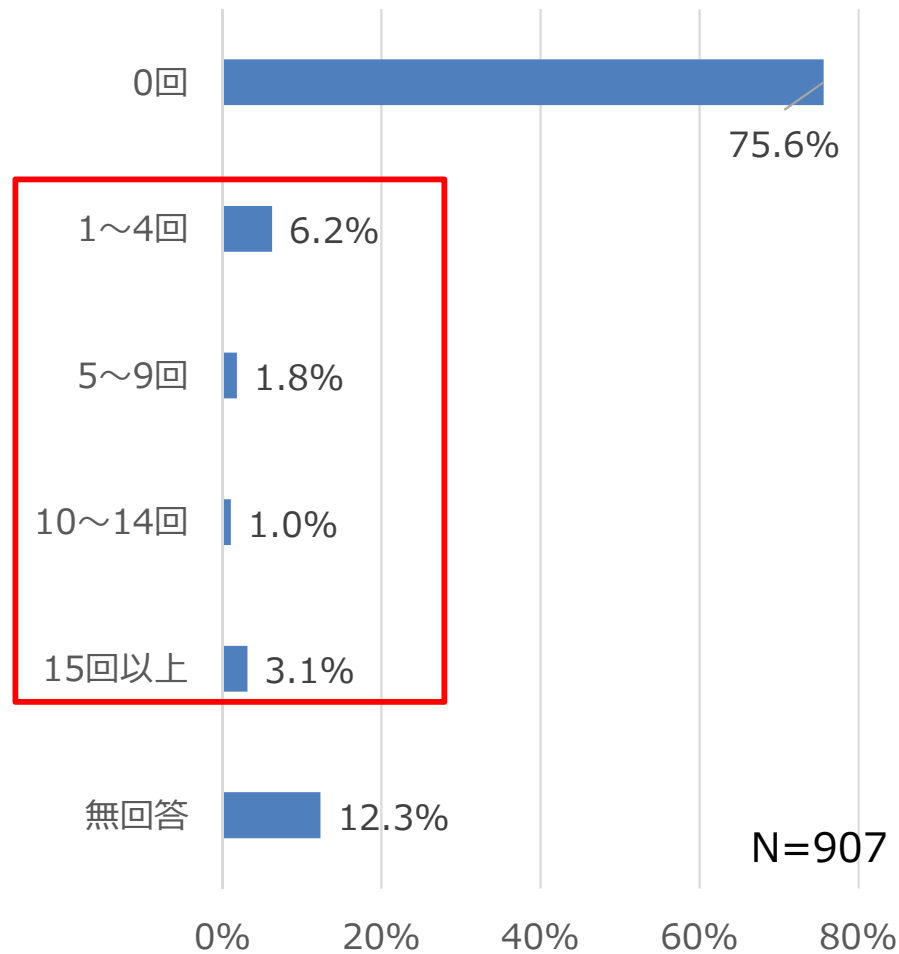
残薬を確認した際の対応を指示する処方箋の受付回数（令和元年7月1か月間）

出典：薬局の機能に係る実態調査（令和元年度医療課委託調査）速報値

処方箋のチェック欄にチェックがあるもの
⇒「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」又は「保険医療機関へ情報提供」



備考欄に「残薬調整後の報告可」の記載のあるもの



残薬についての課題と論点

【現状・課題】

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

【論点】

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

參考資料

お薬手帳について

意義と役割

利用者自身が、

- ①自分の服用している医薬品について把握するとともに正しく理解し、②服用した時に気付いた副作用や薬の効果等の体の変化や服用したかどうか等を記録することで、医薬品に対する意識を高める。
- 複数の医療機関を受診する際及び薬局にて調剤を行う際に、③利用者がそれぞれの医療機関の医師及び薬局の薬剤師等にお薬手帳を提示することにより、相互作用や重複投与を防ぎ、医薬品のより安全で有効な薬物療法につなげる。

お薬手帳の取扱い（薬剤服用歴管理指導料の算定要件抜粋）

- 手帳の当該欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。
- 患者に対して、手帳を保有することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者の理解を得た上で提供する。

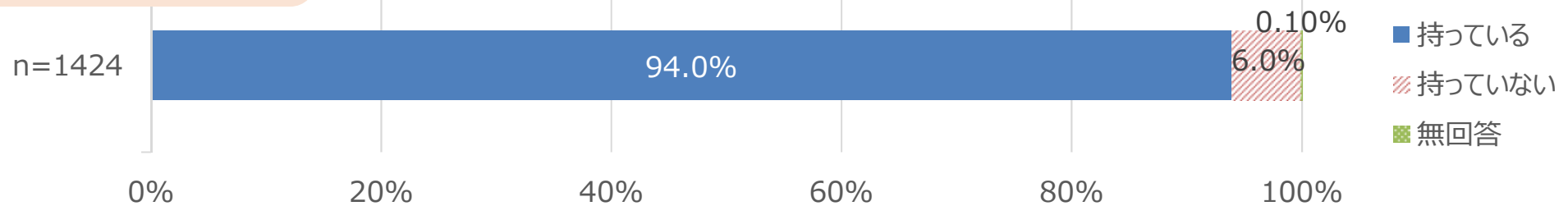


お薬手帳の活用状況

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 8

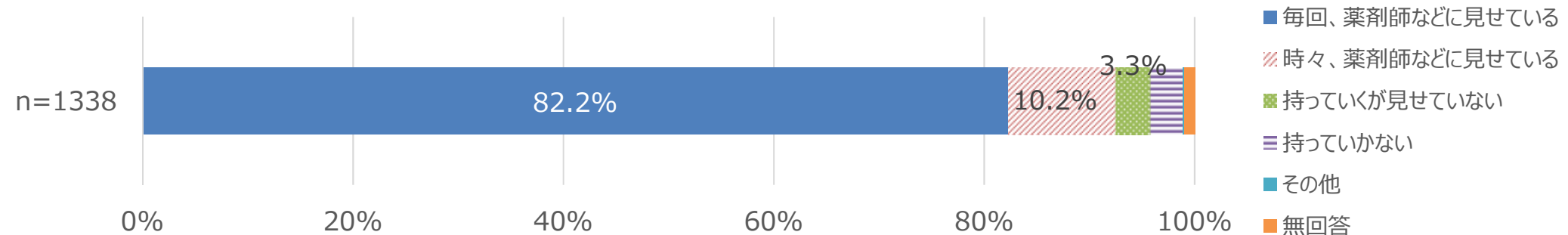
- 9割以上の患者がお薬手帳を持っている。
- お薬手帳を持っている患者のうち、約 8 割が薬局で毎回、薬剤師などに見せている。医療機関では約25%が毎回、医師などに見せている（時々、医師などに見せている場合を含めると約55%）。

1 お薬手帳の保有状況

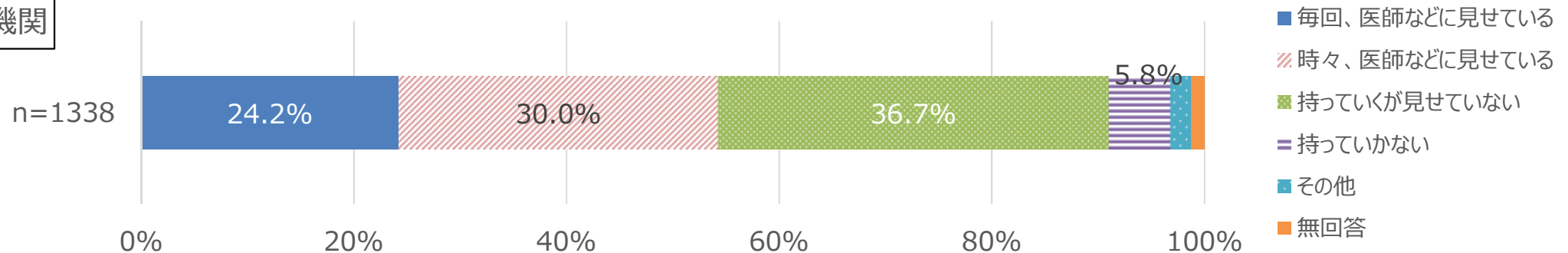


2 お薬手帳の活用状況

薬局



医療機関



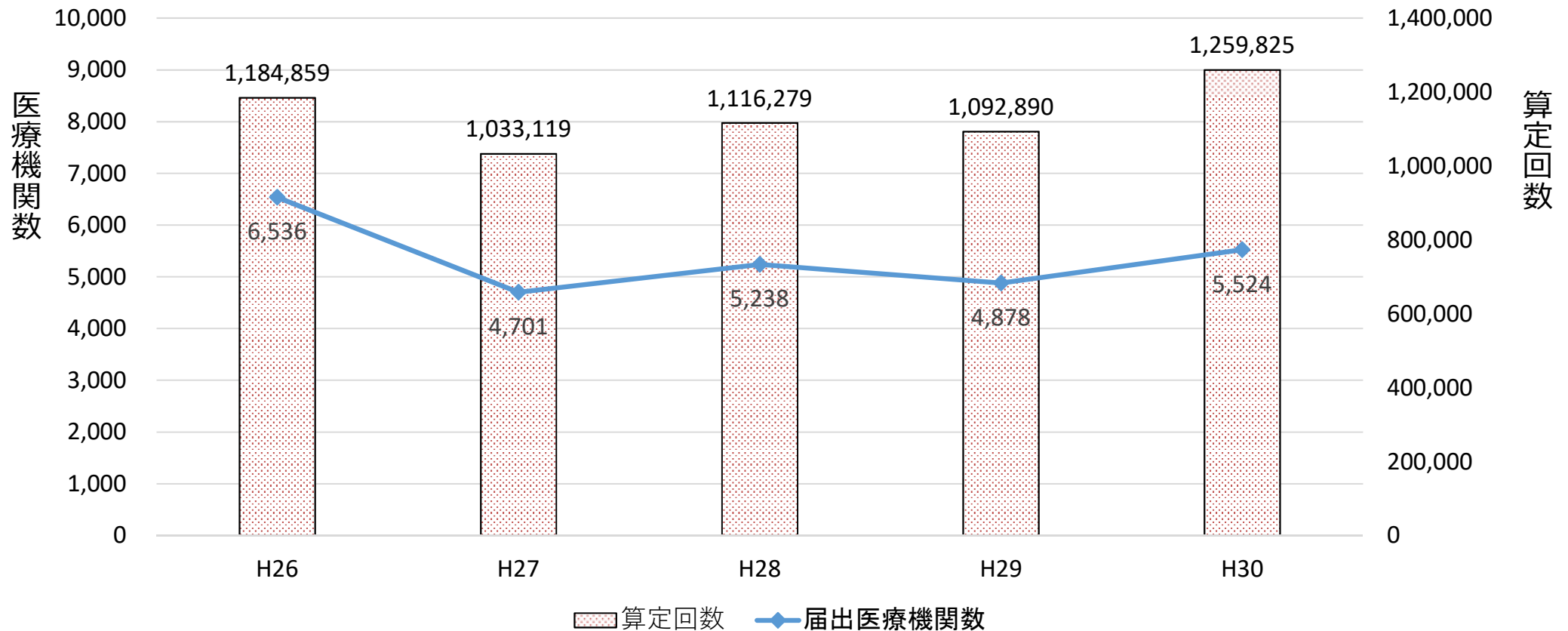
A001注12 地域包括診療加算

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 1

- 地域包括診療加算について、届出医療機関数及び算定回数は減少傾向～横ばい。

A001注12	再診料		
	イ 地域包括診療加算 1	25点	
	ロ 地域包括診療加算 2	18点	
主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したもの。			

A001 注12 地域包括診療加算



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日現在）

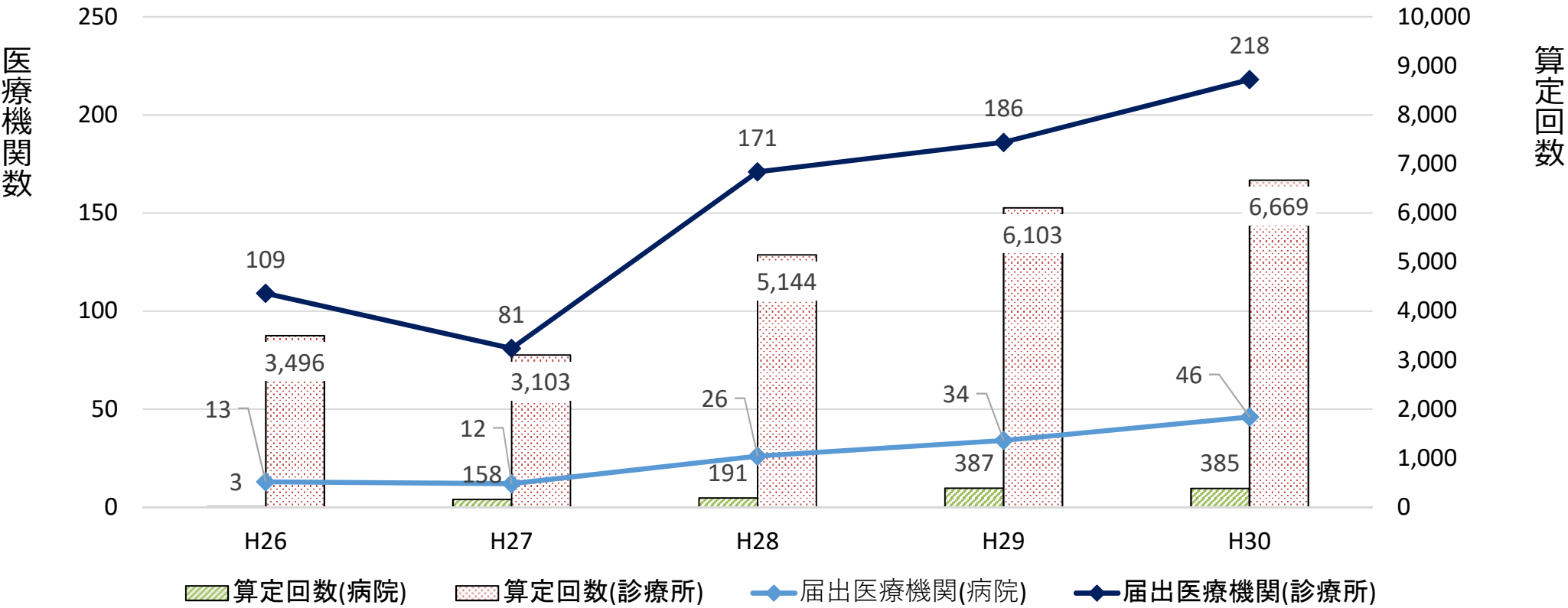
B001-2-9 地域包括診療料

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 1

○ 地域包括診療料について、病院・診療所共に、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向。

B001-2-9 1	地域包括診療料（月 1 回） 地域包括診療料 1 1,560点	主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行う事を評価したもの。
B001-2-9 2	地域包括診療料（月 1 回） 地域包括診療料 2 1,503点	

B001-2-9 地域包括診療料



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）
保険局医療課調べ（各年 7 月 1 日現在）

薬局における対人業務の評価の充実

重複投薬・相互作用等防止加算

- 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について、残薬調整に係るもの以外の評価を見直す。

平成28年度改定時

【重複投薬・相互作用等防止加算】	30点
薬剤服用歴に基づき、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は、30点を所定点数に加算する。	
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	30点

平成30年度改定時

【重複投薬・相互作用等防止加算】	
薬剤服用歴に基づき、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は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
イ 残薬調整に係るもの以外の場合	<u>40点</u>
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	
イ 残薬調整に係るもの以外の場合	<u>40点</u>
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点

イ、ロの併算定は不可

診療報酬改定結果検証部会からの報告について

中医協総会（第 433 回）資料の「総－3」につきましては、診療報酬改定結果検証部会（第 59 回）の資料と同一の内容ですので、厚生労働省ホームページに掲載しております以下URLをご覧ください。

【診療報酬改定結果検証部会】

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128160.html

被災地特例措置の今後の取扱いについて(案)

中医協 総 - 4
元 . 1 1 . 1 5

○令和元年台風第15号による被災、令和元年台風第19号による被災における被災地特例措置について、今後どのように対応するか。

【対応案】

○令和元年台風第15号による被災については9月12日から、令和元年台風第19号による被災については10月12日から、別添の診療報酬上の特例措置を実施している。

○これらの特例措置については、「当面の間」実施するとしているが、平成30年7月豪雨による被災等と同様、その期限を年度末(令和2年3月末)までと設定し、その上で、当該特例措置を利用している保険医療機関数等をアンケート等により把握し、その結果をもとに、期限を延長するかどうかを検討していくこととしてはどうか。
具体的には、以下の取扱いとしてはどうか。

<令和元年11月>

令和元年台風第15号による被災、令和元年台風第19号による被災における特例措置について、令和2年3月末までと期限を定める事務連絡を発出。

<令和2年1月>

アンケートにより、特例措置を利用している保険医療機関数等を調査。

<令和2年3月>

調査・集計したアンケート結果をもとに、中医協に諮り、特例措置の延長の有無を判断。

なお、今後、被災者や被災保険医療機関等の状況に変化があり、必要がある場合には、別途対応を検討する。

保険診療の特例措置の概要

	特例措置の概要
1 仮設の建物による保険診療等	保険医療機関、保険薬局の建物が全半壊等したため、これに代替する仮設の建物等において、引き続き当該保険医療機関、保険薬局として保険診療等を実施できることとする。
2 定数超過入院	医療法上の許可病床数を超過して患者を入院させた場合でも、当面、入院基本料及び特定入院料の減額措置の対象としない。
3 月平均夜勤時間数 (被災者受入の場合)	被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し、入院基本料の施設基準のうち月平均夜勤時間数(72時間以下)について、1割以上の一時的な変動があった場合においても、当面、変更の届出を不要とする。
4 月平均夜勤時間数 (被災地派遣の場合)	被災地に職員を派遣したため一時的に職員数が不足し、入院基本料の施設基準のうち月平均夜勤時間数(72時間以下)について、1割以上の一時的な変動があった場合においても、当面、変更の届出を不要とする。
5 看護配置 (被災者受入の場合)	被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したため、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、1割以上の一時的な変動があった場合においても、当面、変更の届出を不要とする。
6 看護配置 (被災地派遣の場合)	被災地に職員を派遣したことにより一時的に職員数が不足したため、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、1割以上の一時的な変動があった場合においても、当面、変更の届出を不要とする。
7 病棟以外への入院	被災地の保険医療機関において、会議室等の病棟以外の場所に患者を入院させた場合、特例として、その保険医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が本来入院すべき病棟の入院基本料を算定する。
8 他の病棟への入院 (被災地)	被災地の保険医療機関において、医療法上、本来入院できない病棟に入院させた場合や、診療報酬上、その病棟の施設基準の要件を満たさない患者を入院させた場合、入院基本料について特例的な算定を可能とする。
9 他の病棟への入院 (被災地以外)	被災地以外の保険医療機関において、医療法上、本来入院できない病棟に入院させた場合や、診療報酬上、その病棟の施設基準の要件を満たさない患者を入院させた場合、入院基本料について特例的な算定を可能とする。

保険診療の特例措置の概要

	特例措置の概要
10 平均在院日数 (被災地)	被災地の保険医療機関において、平均在院日数が入院基本料等の施設基準を満たさなくなった場合にも、特例的に従来の入院基本料等を算定する。
11 平均在院日数 (被災地以外)	被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合には、当該患者を除いて平均在院日数を計算する。
12 特定入院料の取扱い	被災地及び被災地以外の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院した場合には、当該患者を除いて施設基準の要件を満たすか否かを判断することができる。
13 転院受け入れの場合の 入院日	被災地及び被災地以外の保険医療機関において、被災地の他の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該他の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合に、特別の関係にあるか否かに関わらず、当該保険医療機関に入院した日を入院の日とする。
14 透析に関する他医療機 関受診	被災地の保険医療機関から慢性透析患者を受け入れた場合・被災により透析設備が使用不可能となった場合に、特例的に、当該被災地の保険医療機関において透析を目的とした他医療機関受診の際の入院基本料等の減額を行わない。