

# 入院医療（その5）

# 入院医療（その5）

1. 重症度、医療・看護必要度の記録について
2. 特定機能病院に係る評価について
3. 地域の実情を踏まえた対応について
4. その他の事項

## 1. 重症度、医療・看護必要度の記録について

### 令和元年11月15日中医協総会における指摘事項

- 必要度の根拠の記録は、日々の看護記録の中に書けばよいことになっているが、適時調査において、必要度の記録は別途まとめて記載するようという指導がされることがあり、既存の看護記録のほかに二重の記録を求められるなど、現場において業務負担の声がある。

# 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度 I」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

## ➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心的筋焼灼術等の治療 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	基準①:A得点2点以上かつB得点3点以上 基準②:「B14」又は「B15」に該当する患者であつて、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 基準③:A得点3点以上 基準④:C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・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 I に係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき、  
・Bについては、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

# 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の概要

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

## ➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

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経皮的心的筋焼灼術等の治療 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	基準①:A得点2点以上かつB得点3点以上 基準②:「B14」又は「B15」に該当する患者であつて、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 基準③:A得点3点以上 基準④:C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価にあたっては、  
・Bについては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き等

## アセスメント共通事項(抄)

### 2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等(A項目)、患者の状況等(B項目)並びに手術等の医学的状況(C項目)について、毎日評価を行うこと。ただし、地域包括ケア病棟入院料等については、A項目及びC項目のみの評価とし、毎日評価を行うこと。

### 5. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が当該病棟内において実施することを評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該病棟の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

### 6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましい。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

### 8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目及びC項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。評価においては、後日、第三者が検証を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。項目ごとの記録を残す必要はなく、モニタリング及び処置等(A項目)や患者の状況等(B項目)、手術等の医学的状況(C項目)等について診療録及び看護記録等に記載すること。記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること

## 施設基準通知(抄)

4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料(地域一般入院料1に限る。)に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

(6) 重症度、医療・看護必要度 I・II (IIにあつては、B項目のみ)に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの(修了証が交付されているもの)又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること(1日程度)

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

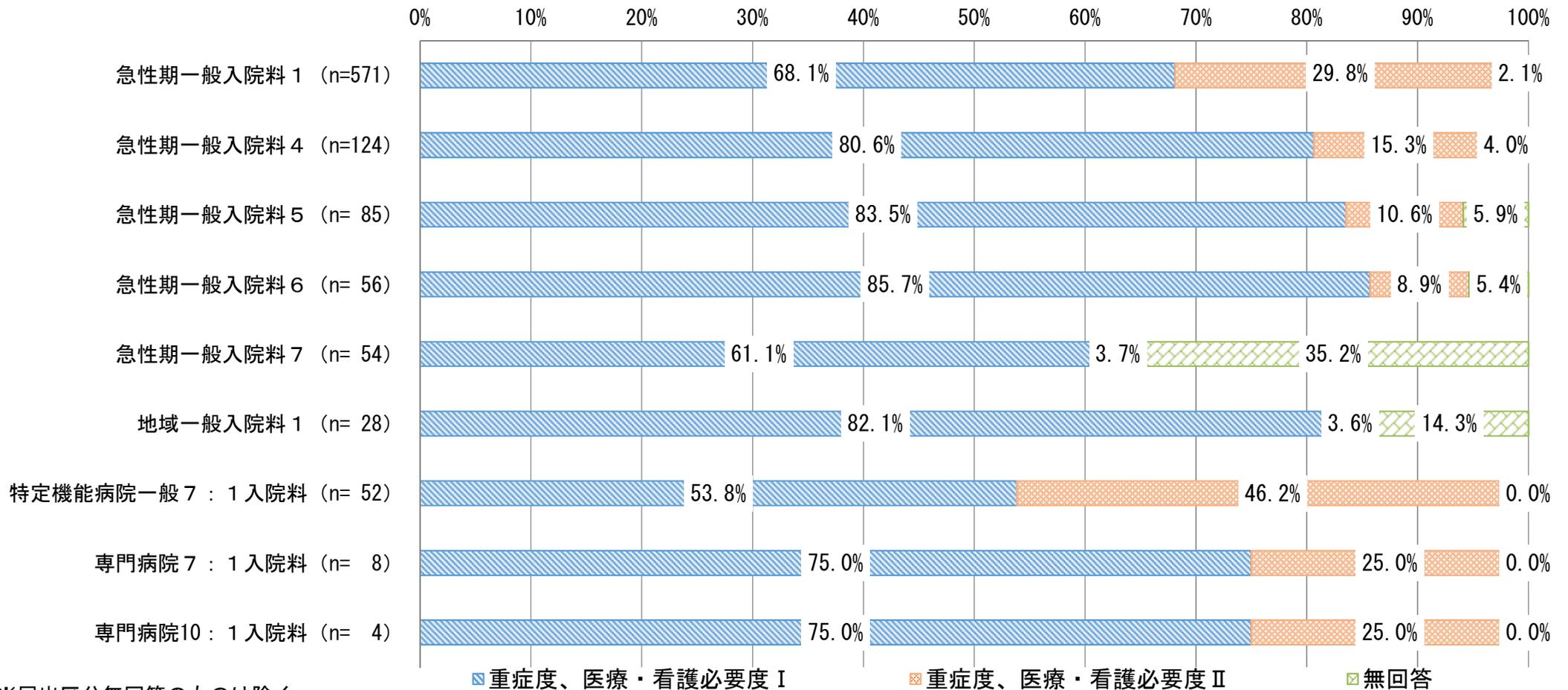
(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

○ 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

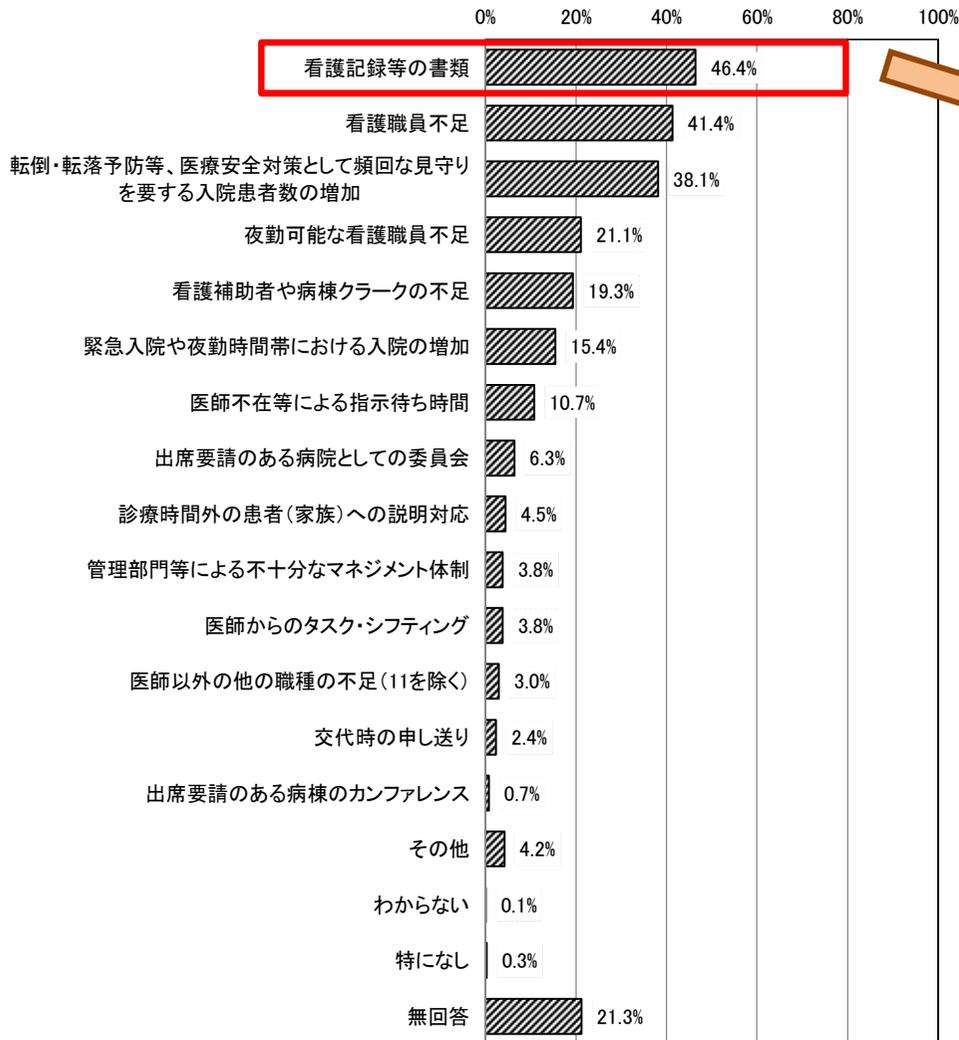


※届出区分無回答のものは除く

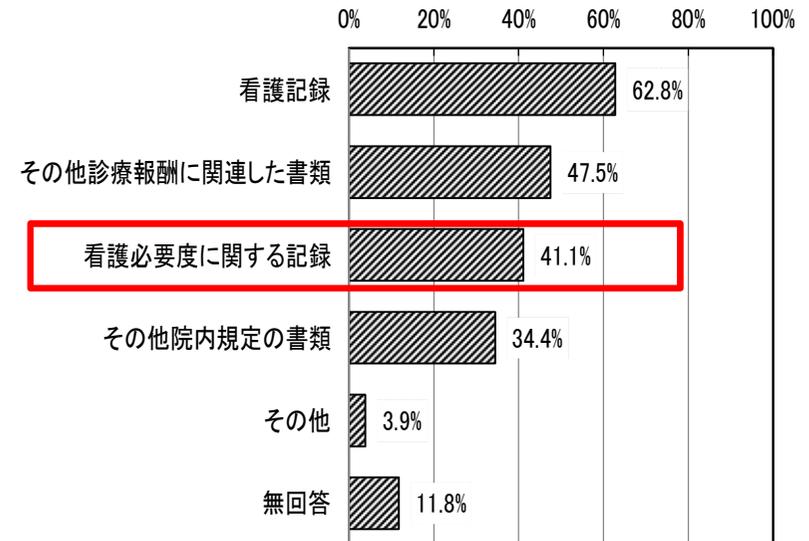
# 看護職員の業務負担の要因

○ 看護職員の業務負担の要因としては、「看護記録等の書類」が46.4%で最も多く、「看護記録等の書類」のうち、負担となっている書類の内訳をみると、「看護記録」が62.8%で最も多く、次いで「その他診療報酬に関連した書類」が47.5%、「看護必要度に関する記録」が41.1%であった。

■ 看護職員の業務負担の要因(複数回答、回答は3つまで、n=1482)



■ 看護記録等の書類のうち負担となっている書類の内訳(複数回答、n=688)



## 参考

「平成30年度に実施した適時調査において保険医療機関に改善を求めた主な指摘事項 関東信越厚生局」(抄)

1. 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準(4)一般病棟入院基本料

① 重症度、医療・看護必要度について、次の不適切な例が認められたので改めること。

○ 患者の重症度、医療・看護必要度について、定期的な院内での検証を実施していない。

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ(Ⅱにあっては、B項目のみ)に係る評価票の記入を、院内研修を受けたものにより行っていない。

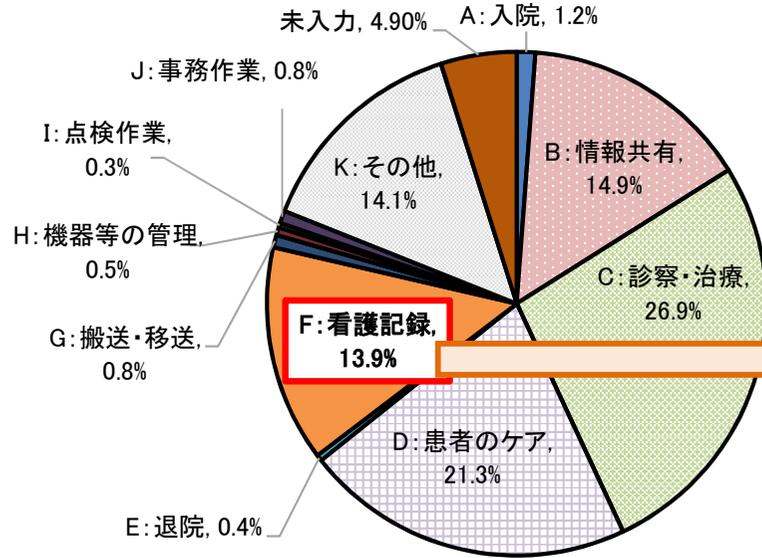
○ 重症度、医療・看護必要度に係る評価を導く根拠を記録していない。

出典：[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/hoken\\_shiteki.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/hoken_shiteki.html)  
(アクセス:2019年12月)

# 看護業務に占める看護記録に係る時間

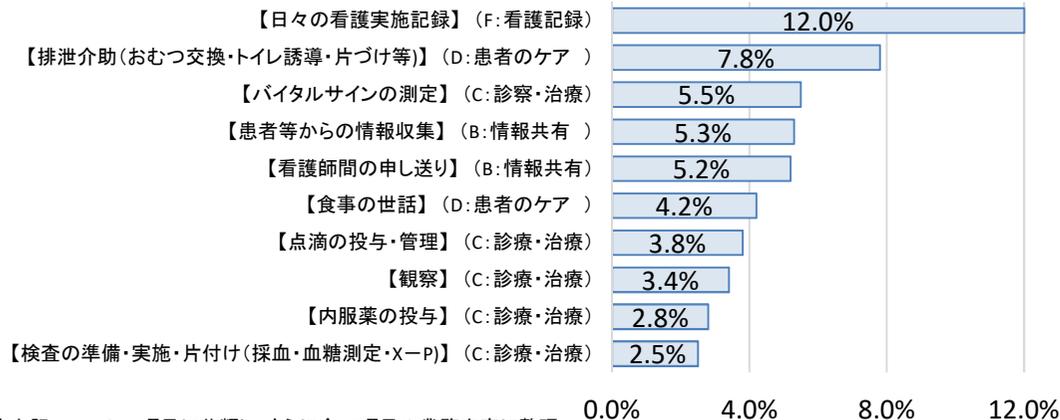
○ 看護師のタイムスタディ調査によると、看護師の業務のうち、「看護記録」に要する時間は全体の約14%であり、「看護記録」のうち特に「日々の看護実施記録」に要する時間が多い。

## ■ 看護師の業務内容別行為の時間



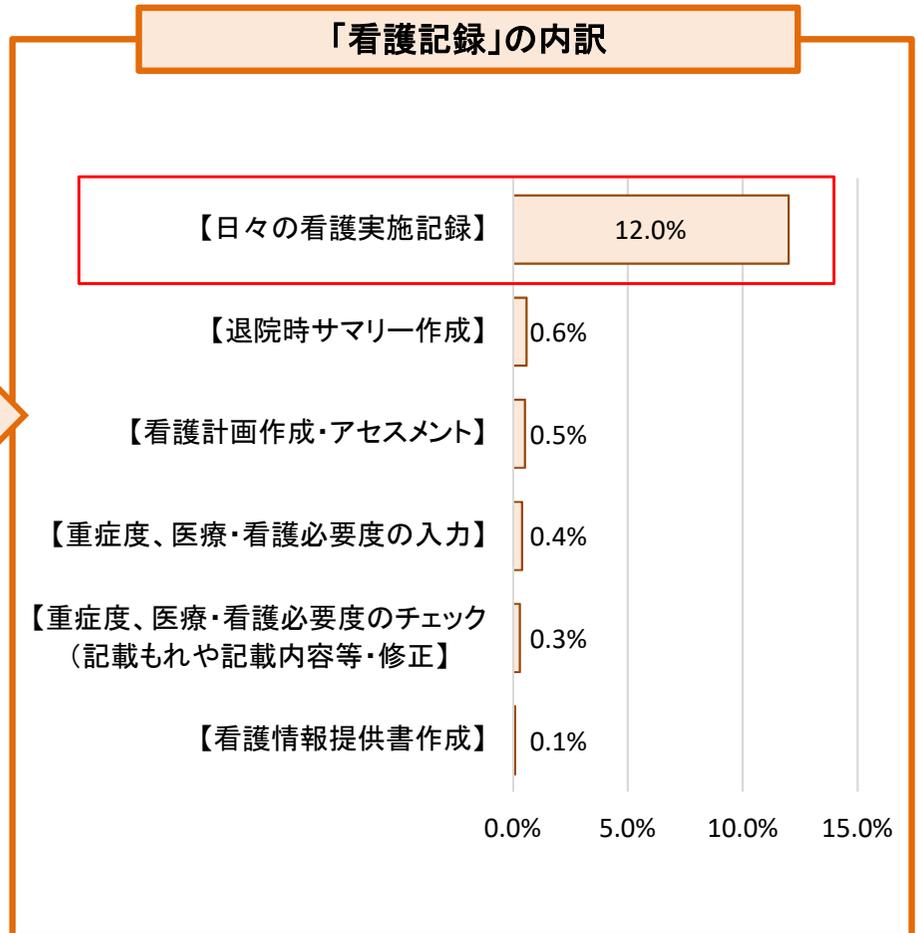
### 【参考】各業務内容の内訳(上位10項目のみ)

※ 上位10項目の合計で、全体の過半数を占める



※ 看護業務を上記A~Kの11項目に分類し、さらに全85項目の業務内容に整理。  
総業務時間数に占める各業務時間数の割合のうち、上位10項目を示した。(ただし、【休憩】及び未入力は含まない)

## 「看護記録」の内訳



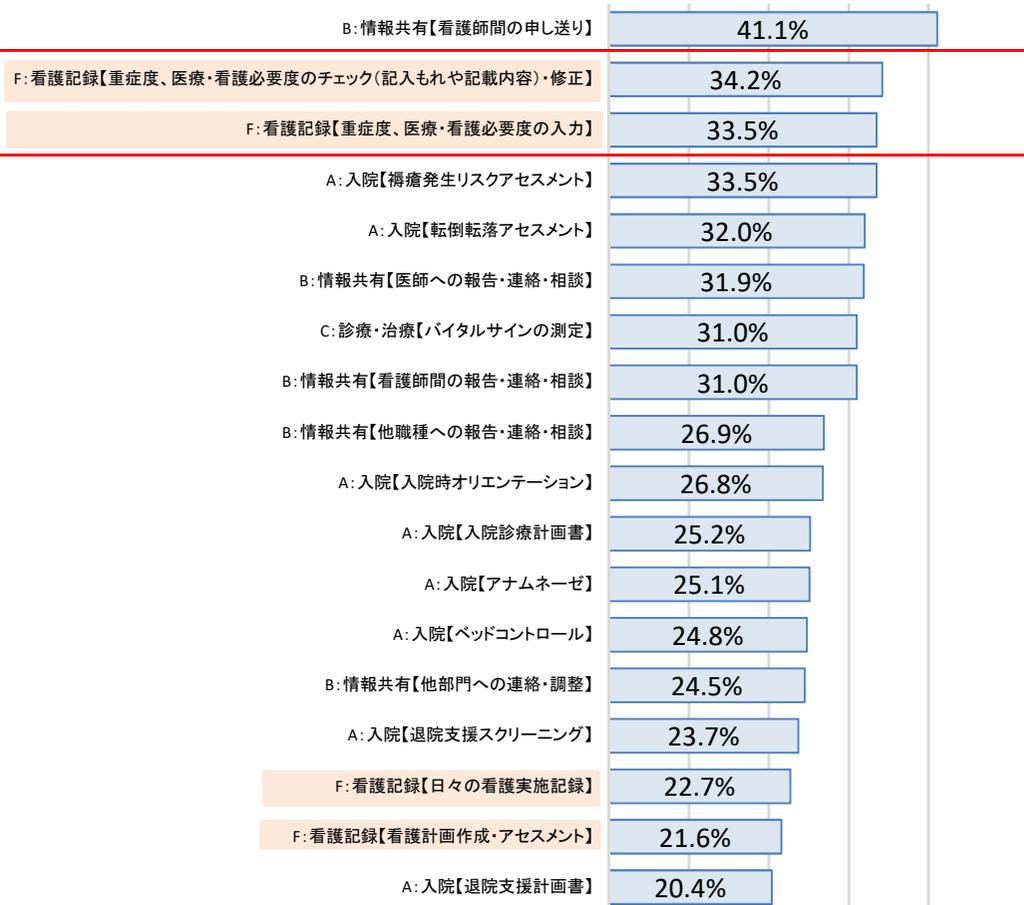
【出典】平成30年度厚生労働科学特別研究事業「効率的な看護業務の推進に向けた実態調査研究(H30-特別一指定-011)」※をもとに保険局医療課において作成

※ 当該研究は、病床規模、病床機能の異なる47病院の50病棟、計955名の看護師に対する①タイムスタディ調査(始業から終業までの業務内容と一連の看護業務に要した累積時間を10分単位で自記式にて調査票に記入)と②看護師への業務効率化に関する意識調査(看護業務の移譲可能性及び機械(ICT)への移譲可能性についての調査)等から構成されている。

# 看護記録に係る業務のICTへの移譲可能性

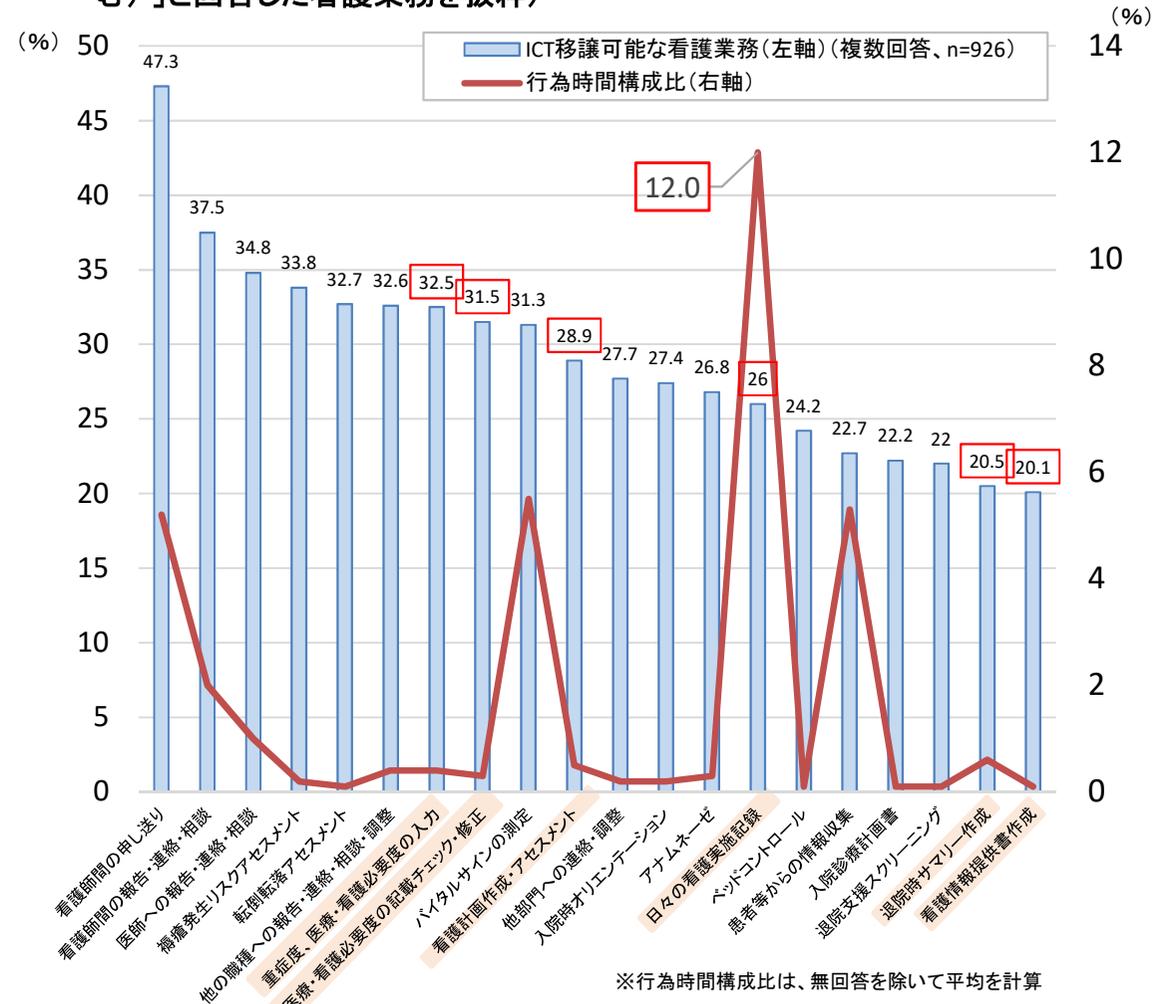
- 急性期病棟において、看護業務のうち重症度、医療・看護必要度に係る「看護記録」については、ICTへの移譲が可能と考えられている割合が高い傾向があり、約3割となっている。
- 病棟種別によらず、「看護記録」については、ICTへの移譲が可能と考えられている割合が全て2割以上であり、そのうち「日々の看護実施記録」の業務については、タイムスタディ調査においても看護業務の約1割を占めていた。

■ICTへの移譲が可能と考える看護業務  
(20%以上の看護師が「ICTに移譲できる(「一部できる」「全てできる」を含む)と回答した看護業務を抜粋)(急性期(7対1看護職員配置)病棟に限る)(複数回答、n=517)



※色塗りした項目は、看護業務のうち「看護記録」に係る項目

■ ICTに移譲可能な看護業務と行為時間の関係  
(20%以上の看護師が「ICTに移譲できる(「一部できる」「全てできる」を含む)と回答した看護業務を抜粋)



※行為時間構成比は、無回答を除いて平均を計算

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

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

## 【項目の定義】

## 判断基準の例(移乗)

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

## 【選択肢の判断基準】

### 「介助なし」

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

### 「一部介助」

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

### 「全介助」

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

## 【判断に際しての留意点】

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

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

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

## 入院医療等の調査・評価分科会における検討結果 報告(抄)(中医協 診-2元. 11. 6)

- ・ また、B項目の判断基準においては、ADLを含む患者の状態と、看護職員等による評価日当日の介助の実施の有無が、一体となって評価されている。これについて、患者の状態を正確に把握するために、患者の状態と介助の実施を分けて測定することとしてはどうかという意見があった。
- ・ 検討に当たっては、臨床現場に混乱をきたさないよう配慮を求める意見や、評価方法を変更することによる得点への影響がないかを検証する必要があるという意見があった。

# 重症度、医療・看護必要度のB項目の評価方法について

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

## 重症度、医療・看護必要度に係る評価票(B項目)

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

患者の状態と介助の実施に分けて測定する場合のイメージ

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

# 特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度評価票

## 【特定集中治療室用】

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

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

### 基準

A得点4点以上かつB得点3点以上

## 【ハイケアユニット用】

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

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

### 基準

A得点3点以上かつB得点4点以上

# 重症度、医療・看護必要度の記録に係る現状及び課題と論点

## 【現状及び課題】

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



## 【論点】

- 看護職員の看護記録等の書類作成に係る業務負担軽減の観点から、重症度、医療・看護必要度のB項目の評価方法を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価することとし、併せて、根拠となる記録を不要とする対応を進めてはどうか。また、特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様の対応をすることとしてはどうか。

## 2. 特定機能病院に係る評価について

- 特定機能病院入院基本料の概要
- 特定機能病院における入院患者の薬剤適正使用の推進

# 特定機能病院制度の概要

## 趣 旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

※承認を受けている病院(令和元年8月1日現在) ... 86病院(大学病院本院79病院)

## 役 割

- 高度の医療の提供
- 高度の医療に関する研修
- 高度の医療技術の開発・評価
- 高度な医療安全管理体制

## 承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率50%以上、逆紹介率40%以上）
- 病床数 …… 400床以上の病床を有することが必要
- 人員配置
  - ・ 医 師…… 通常の2倍程度の配置が最低基準。医師の配置基準の半数以上がいずれかの専門医。
  - ・ 薬剤師…… 入院患者数÷30が最低基準。（一般は入院患者数÷70）
  - ・ 看護師等… 入院患者数÷2が最低基準。（一般は入院患者数÷3）
  - ・ 管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備……集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要
- 医療安全管理体制の整備
  - ・ 医療安全管理責任者の配置
  - ・ 専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置
  - ・ 監査委員会による外部監査
  - ・ 高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置
- 原則 定められた16の診療科を標榜していること
- 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること 等

※ がん等の特定の領域に対応する特定機能病院は、診療科の標榜、紹介率・逆紹介率等について、別途、承認要件を設定。

# 診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

医療法の  
位置付け

## 一般病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 891,492床  
病床利用率 73.3%  
平均在院日数 15.7日

## 療養病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 327,088床  
病床利用率 87.8%  
平均在院日数 145.5日

### DPC/PDPS

1,664施設 483,747床※2  
(▲11,480床)  
※2 H29.4.1現在

### 特定機能病院 入院基本料

85施設  
58,446床※1  
(+103床)  
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料  
21施設 6,513床 (▲770床)

救命救急入院料  
383施設 6,499床 (+1床)

特定集中治療室管理料  
644施設 5,299床 (▲229床)

ハイケアユニット入院医療管理料  
管理料1 493施設 4,732床  
管理料2 36施設 337床  
合計 529施設 5,069床 (+426床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料  
153施設 1,202床 (+198床)

小児特定集中治療室管理料  
8施設 88床 (+4床)

新生児特定集中治療室管理料  
231施設 1,615床 (▲21床)

総合周産期特定集中治療室管理料  
125施設 母児・胎児 797床 (+48床)  
新生児 1,615床 (+90床)

新生児治療回復室入院医療管理料  
197施設 2,750床 (+17床)

一類感染症患者入院医療管理料  
31施設 99床 (+6床)

小児入院	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
医療管理料	68施設 5,027床 (+95床)	192施設 6,780床 (+4床)	105施設 2,563床 (▲64床)	371施設 7,923床 (▲298床)	138施設 -

### 一般病棟入院基本料

617,411床 (▲13,978床)

### 回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	計
688施設 44,299床 (+5,589床)	696施設 32,560床 (▲1,736床)	124施設 5,204床 (▲820床)	1,508施設 82,063床 (+3,033床)

### 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	計
1,848施設 56,332床 (+13,503)	126施設 3,093床 (+381)	1,974施設 59,425床 (+13,884)

### 障害者施設等入院基本料

863施設  
67,341床 (+541床)

### 特殊疾患病棟

入院料1	入院料2	管理料
110施設 5,850床 (▲26床)	93施設 6,877床 (+315床)	30施設 470床 (▲24床)

緩和ケア病棟入院料  
394施設 7,927床  
(+388床)

### 介護療養 病床

52,724床  
※H29.6末病院報告

施設基準届出  
平成29年7月1日現在  
(かっこ内は前年比較)

有床診療所（一般） 5,372施設 71,913床 (▲3,529床)

有床診療所（療養） 563施設 5,523床 (▲879床)

### 精神病棟 1,303施設 157,205床 (▲2,915床)

精神科救急入院料  
入院料1 137施設 8,630床 (+876床)  
入院料2 4施設 256床 (▲2床)

精神科急性期治療病棟入院料  
入院料1 346施設 16,220床 (+284床)  
入院料2 12施設 628床 (▲62床)

精神科救急・合併症入院料  
10施設 334床 (+12床)

児童・思春期精神科入院  
37施設 1,223床 (+43床)

精神療養病棟入院料  
824施設 92,816床 (▲1,466床)

認知症治療病棟入院料  
入院料1 501施設 34,911床 (+453床)  
入院料2 8施設 680床 (▲256床)

結核病棟 193施設 4,627床 (▲140)

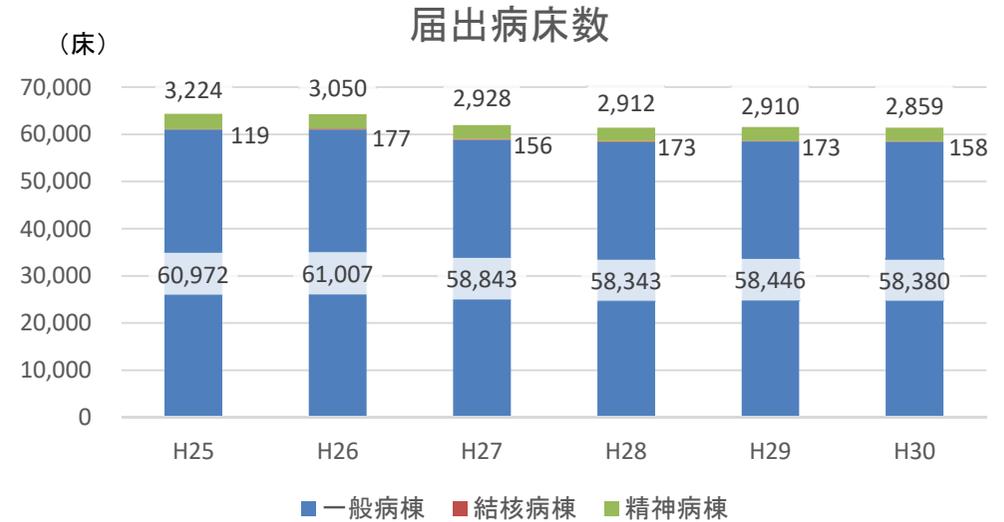
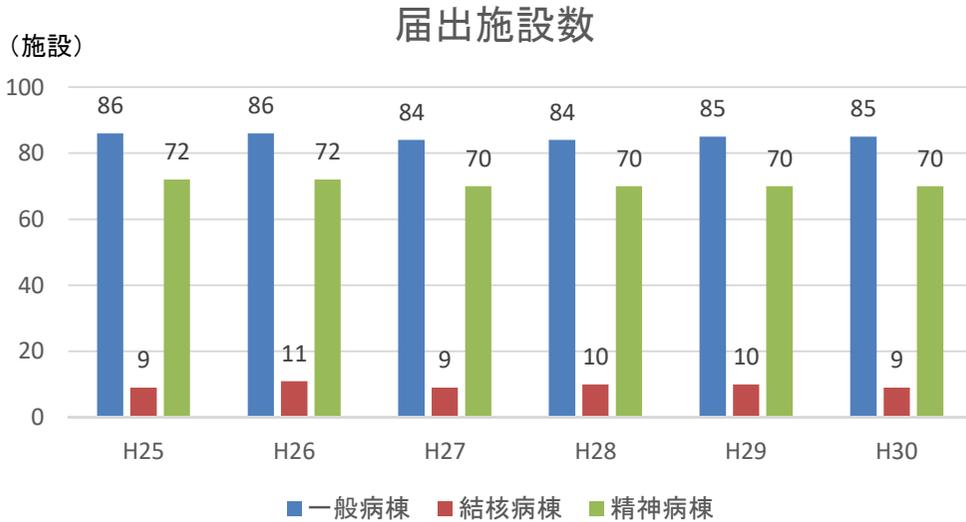
# 特定機能病院入院基本料の概要

## A104 特定機能病院入院基本料(1日につき)

1 一般病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,718点	ロ 10対1入院基本料	1,438点
2 結核病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,718点	ロ 10対1入院基本料	1,438点
	ハ 13対1入院基本料	1,210点	ニ 15対1入院基本料	1,037点
3 精神病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,450点	ロ 10対1入院基本料	1,373点
	ハ 13対1入院基本料	1,022点	ニ 15対1入院基本料	933点

【算定要件(抜粋)】

- 特定機能病院の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。



(参考)

## A100 一般病棟入院基本料(1日につき)

1 急性期一般入院基本料	イ 急性期一般入院料1	1,650点	ロ 急性期一般入院料2	1,619点	ハ 急性期一般入院料3	1,545点
	ニ 急性期一般入院料4	1,440点	ホ 急性期一般入院料5	1,429点	ヘ 急性期一般入院料6	1,408点
			ト 急性期一般入院料7	1,382点		
2 地域一般入院基本料	イ 地域一般入院料1	1,159点	ロ 地域一般入院料2	1,153点	ハ 地域一般入院料3	988点

# 特定機能病院入院基本料と一般病棟入院基本料の比較

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

	特定機能病院入院基本料 (一般病棟)	一般病棟入院基本料
重症度、医療・看護必要度 ※()内は、重症度、医療・看護必要度Ⅱの数値	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一般病棟7対1 28%(23%)以上</li> <li>○ 一般病棟10対1 測定していること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急性期一般入院料1 30%(25%)</li> <li>○ 急性期一般入院料2 - (24%)</li> <li>○ 急性期一般入院料3 - (23%)</li> <li>○ 急性期一般入院料4 27%(22%)</li> <li>○ 急性期一般入院料5 21%(17%)</li> <li>○ 急性期一般入院料6 15%(12%)</li> <li>○ 急性期一般入院料7 測定していること</li> </ul>
A200 総合入院体制加算	届出不可	届出可能
A204 地域医療支援病院入院診療加算	届出不可	届出可能
A207-2 医師事務作業補助体制加算	届出可能 ※ 医師事務作業補助体制加算1に限る。	届出可能
A207-3 急性期看護補助体制加算	届出可能	届出可能
A207-4 看護職員夜間配置加算	届出可能	届出可能
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	届出可能	届出可能
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	届出不可	届出可能

# 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準

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

## 【地域包括ケア病棟入院料】

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

## 【回復期リハビリテーション病棟入院料】

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

\*1: 現行方法による評価 \*2: 診療実績データを用いた場合の評価

## 2. 特定機能病院に係る評価について

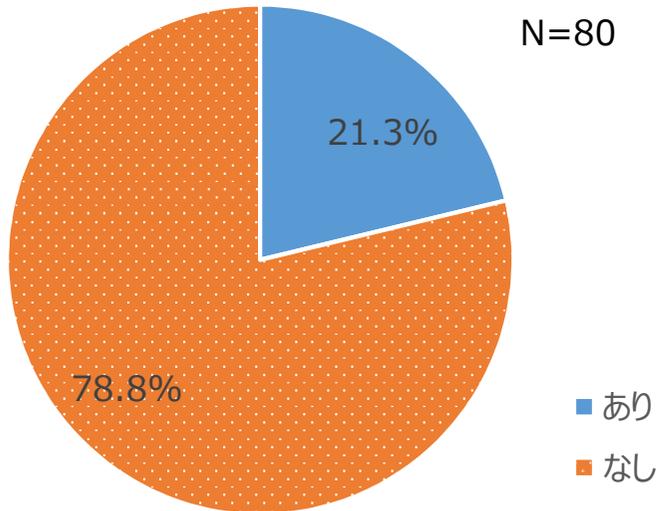
- 特定機能病院入院基本料の概要
- 特定機能病院における入院患者の薬剤適正使用の推進

# 特定機能病院における使用ガイド付きの医薬品集の策定状況等

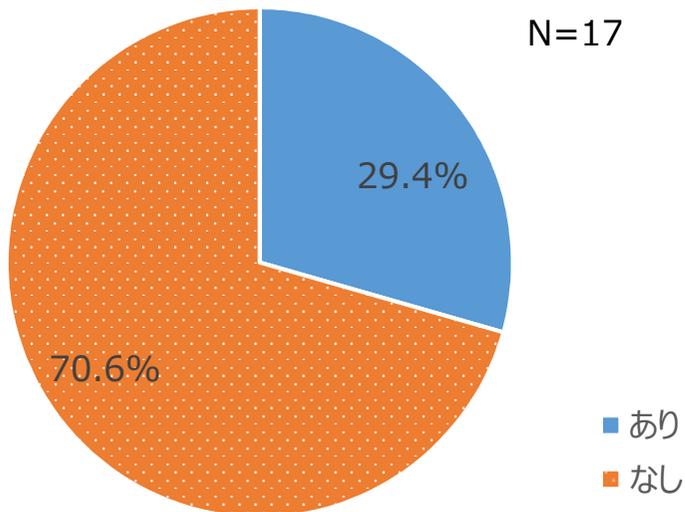
○ 院内使用ガイド付きの医薬品集※を策定している医療機関は一定程度有るものの、その数はまだ限られている。また、医薬品の新規採用毎に更新がなされていない実態もある。

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

使用ガイド付きの医薬品集策定の有無  
(特定機能病院)

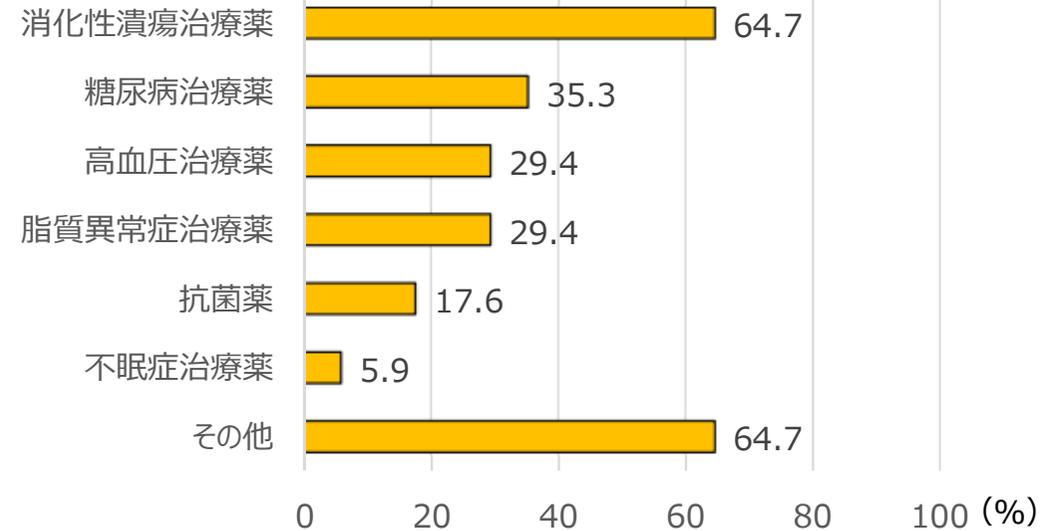


医薬品の新規採用毎に  
使用ガイド付きの医薬品集の更新の有無



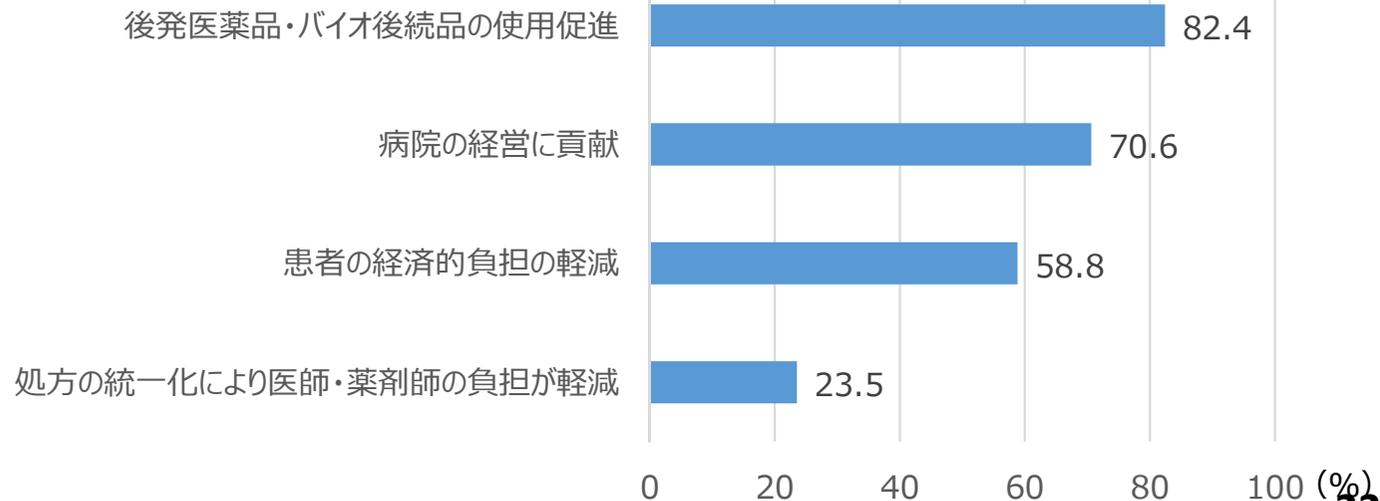
使用ガイド付きの医薬品集を作成している薬効群

N=17



使用ガイド付きの医薬品集導入による効果

N=17



出典：日本病院薬剤師会提供資料（2019年度 診療報酬改定特別調査）

# 浜松医科大学医学部附属病院での院内使用ガイド付きの医薬品集 について①（検討体制等）

- 浜松医科大学医学部附属病院では経済性のみではなく、採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価しておくことなどにより、質と安全性の高い薬物治療を行うために院内使用ガイド付きの医薬品集を作成。
- 院内使用ガイド付きの医薬品集の作成は関連する院内部門・委員会、診療科及び薬剤部が連携して行っている。

## ■ 新規採用医薬品および採用削除医薬品などの取扱内規

### 【使用指針の基準】（例）

**採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価**しておくことで、簡便かつ効率的な治療が行うことができる。（中略）この使用ガイド付きの医薬品集の作成は経済性のみではなく、**質と安全性の高い薬物治療を効率的に実施**する上で必要不可欠なものである。

## ■ 院内使用ガイド付きの医薬品集の検討体制

### 薬剤管理委員会

【手順3：薬剤管理委員会での承認】

・院内使用ガイド付きの医薬品集案を**審議、承認**する

【手順4：院内での周知・活用】

・薬剤管理委員会事務局より、すべての診療科にメールにて連絡を行うとともに、院内ポータルサイトにて周知する

・必要に応じて、処方オーダー時に情報提供・注意喚起などを設定を周知する  
（薬剤師は処方提案、医師からの薬剤選択に関する問い合わせの回答に活用）



### 薬剤部、関連する院内部門・委員会、診療科

【手順1：院内使用ガイド付きの医薬品集作成対象領域の選定】

・複数採用のある同種・同効医薬品、後発医薬品及びバイオシミラーの採用がある領域について、**案の作成を検討**する

【手順2：院内使用ガイド付きの医薬品集案の立案】

・薬剤部にて案を作成し、根拠となるガイドライン、参考文献や経済効果を示した上で、**薬剤部および関連する診療科等において協議し、原案を作成**する

# 浜松医科大学医学部附属病院での院内使用ガイド付きの医薬品集 について②（実績等）

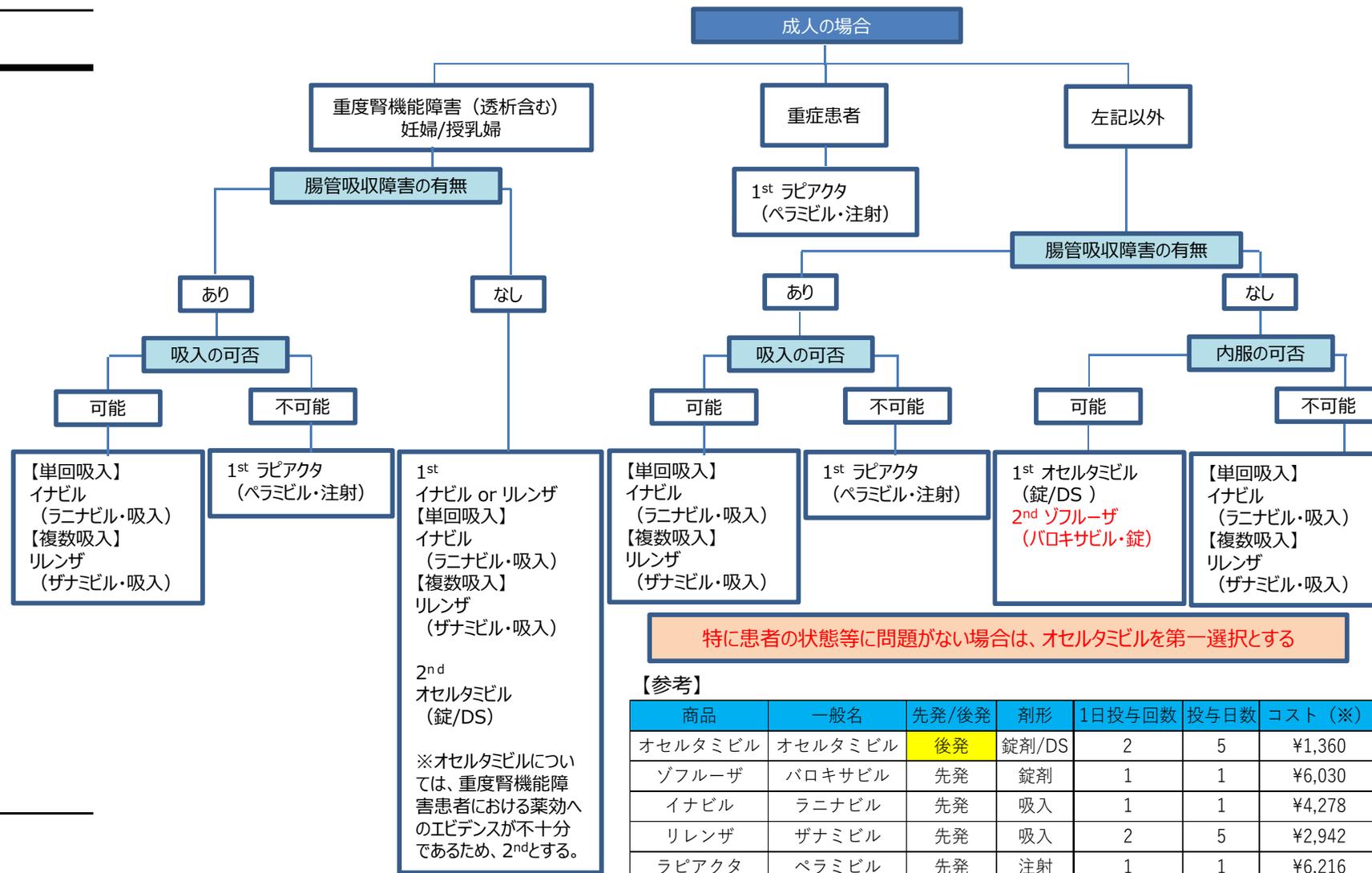
○ これまでに、13薬効群で院内使用ガイド付きの医薬品集が作成されている。

## ■ 作成薬効群リスト

### 対象薬効群

- 抗インフルエンザウイルス薬
- 経口抗菌薬
- 広域スペクトラム抗菌薬
- 抗MRSA薬
- 整腸剤
- ヘルペスウイルス治療薬
- インフリキシマブ製剤
- リツキシマブ製剤
- 強オピオイド系鎮痛薬
- 便秘症治療薬
- ビソプロロール・テープ剤
- ヨード造影剤
- プロトンポンプインヒビター

## ■ 院内使用ガイド付きの医薬品集例：抗インフルエンザウイルス薬（治療）



特に患者の状態等に問題がない場合は、オセルタミビルを第一選択とする

### 【参考】

商品	一般名	先発/後発	剤形	1日投与回数	投与日数	コスト(※)
オセルタミビル	オセルタミビル	後発	錠剤/DS	2	5	¥1,360
ソフルーザ	パロキサビル	先発	錠剤	1	1	¥6,030
イナビル	ラニナビル	先発	吸入	1	1	¥4,278
リレンザ	ザナミビル	先発	吸入	2	5	¥2,942
ラピアクタ	ペラミビル	先発	注射	1	1	¥6,216

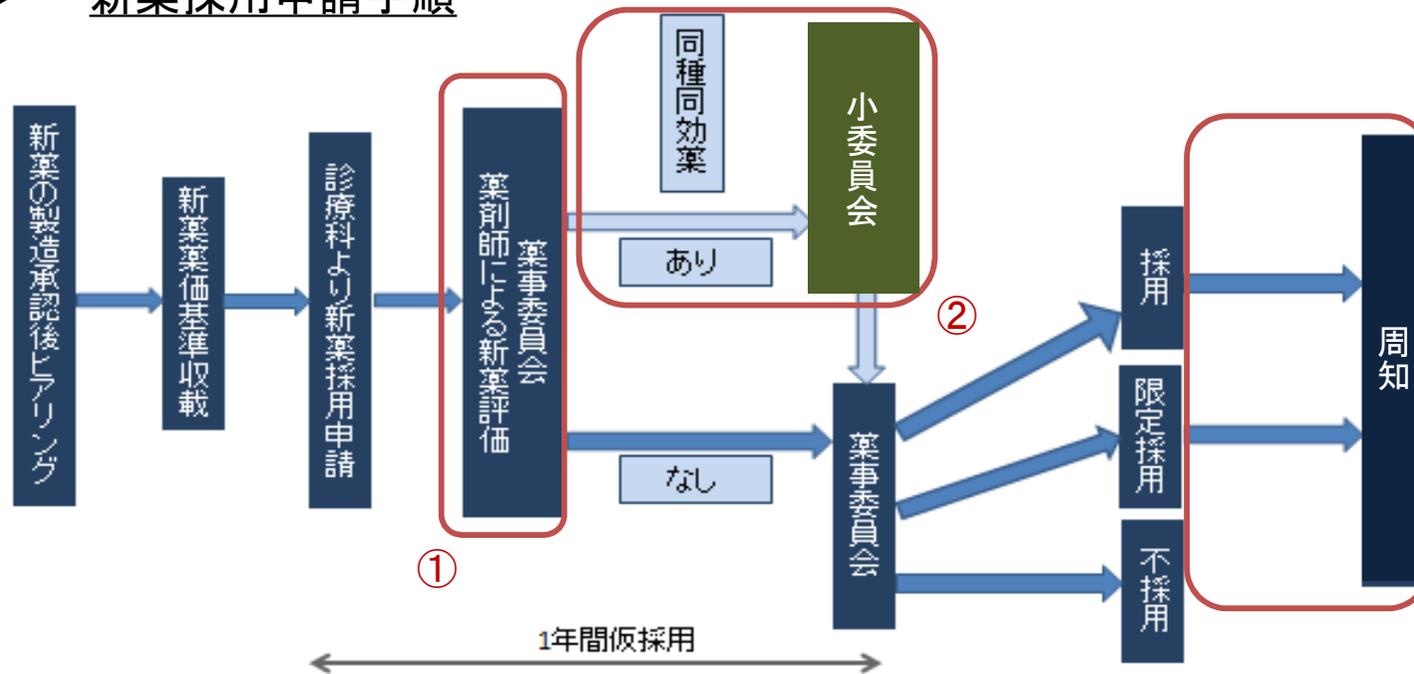
(※コスト=成人において治療1クールにかかる総薬剤費)

# 聖マリアンナ医科大学病院での院内使用ガイド付きの医薬品集

## 《目的》

重症例や難治症例に対しての有用な新薬を使用できる環境を維持するため、既存治療のある薬剤は費用対効果を重視。

## ➤ 新薬採用申請手順



### ①医薬品新規採用評価書

1. 医薬品概要（商品名・一般名・会社名等）
2. **使用ガイド付きの医薬品集の必要性**
3. 有効性に関するエビデンスの評価
4. 安全性とモニタリング項目の評価
5. ガイドラインでの推奨
6. 費用・経済性の検討
7. 考察
8. 臨床上の必要性（評価チェックリスト）

### ②小委員会の構成員

- 薬事医院長（副病院長）
- 診療科薬事委員（6名）
- 病棟薬剤師（6名）
- 医薬品情報科薬剤師（1名）

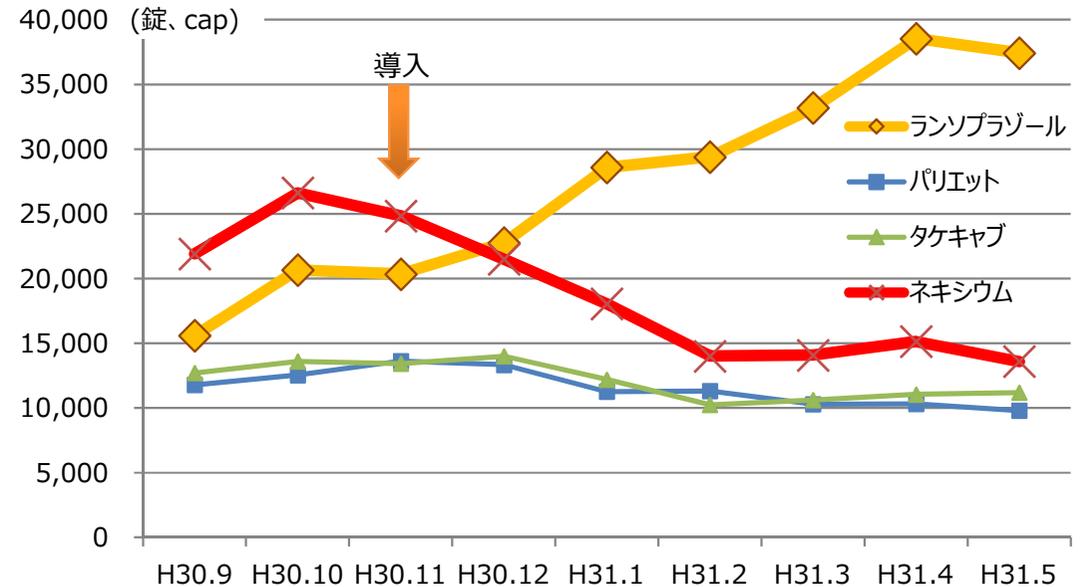
# 日本海ヘルスケアネットでの使用ガイド付きの医薬品集について

- プロトンポンプ阻害薬（PPI）等の薬効群で地域における推奨薬剤リストが作成されている。
- 日本海総合病院においては、一定の導入効果が出ている。

## ■ 推奨薬剤リスト

対象薬効群	薬剤名
プロトンポンプ阻害薬	ランソプラゾール
	ラベプラゾール
	オメプラゾール
αグルコシダーゼ阻害薬	ボグリボース
	ミグリトール
アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬	テルミサルタン（第一推奨薬）
	オルメサルタン（第二推奨薬）
	カンデサルタン（第三推奨薬）
HMG-CoA還元酵素阻害薬	ロスバスタチン
	ピタバスタチン
バイオシミラー製剤	インフリキシマブ
ビスフォスフォネート製剤	アレンドロン酸ナトリウム
	リセドロン酸ナトリウム

## ■ 導入の効果（日本海総合病院）



## ■ 非推奨薬選択時のアラート表示（例）

採用薬での使用ガイド付きの医薬品集推奨薬が表示される。

# 使用ガイド付きの医薬品集に関する基本的な考え

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

## <使用ガイド付きの医薬品集の運用（イメージ）>

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

## <参考> 後発医薬品使用体制加算の施設基準

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

# 経済財政運営と改革の基本方針2019等

## 「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）（抄）

### 第3章 経済再生と財政健全化の好循環

#### 2. 経済・財政一体改革の推進等

##### (2) 主要分野ごとの改革の取組

##### ① 社会保障

##### (iv) 診療報酬・医薬品等に係る改革

- ・ 調剤報酬について、2018年度診療報酬改定の影響の検証やかかりつけ機能の在り方の検討等を行いつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討する。その際、医療機関及び薬局における調剤の実態や報酬体系を踏まえ、調剤料などの技術料について、2018年度診療報酬改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う。診療報酬等について、高齢者への多剤投与対策、**生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方**の在り方については引き続き検討を進める。

## <参考> 令和2年度診療報酬改定の基本方針（令和元年12月10日）

### 2. 改定の基本的視点と具体的方向性

#### (4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

##### ○ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

- ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、薬剤耐性（AMR）や、適正使用のための長期処方の在り方への対応等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進。
- ・ **医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。**

# 使用ガイド付きの医薬品集に関する指摘

令和元年6月26日、7月24日中医協総会における主な意見

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

# 特定機能病院に係る現状及び課題と論点

## 【現状及び課題】

(特定機能病院入院基本料の概要)

- 特定機能病院は、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院として、厚生労働大臣が個別に承認するもの。
- 診療報酬においては、病床の有する機能等に応じた評価を設けており、特定機能病院の有する機能及び体制等を評価する観点から、特定機能病院入院基本料が設けられている。
- 特定機能病院入院基本料と、一般病棟入院基本料の施設基準を比較すると、届出可能な入院基本料等加算や、特定入院料に違いがある。

(特定機能病院における入院患者の薬剤適正使用の推進)

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



## 【論点】

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

### 3. 地域の実情を踏まえた対応について

- 医療資源の少ない地域
- 地域加算

#### 令和元年9月25日中医協総会における指摘事項

(医療資源の少ない地域について)

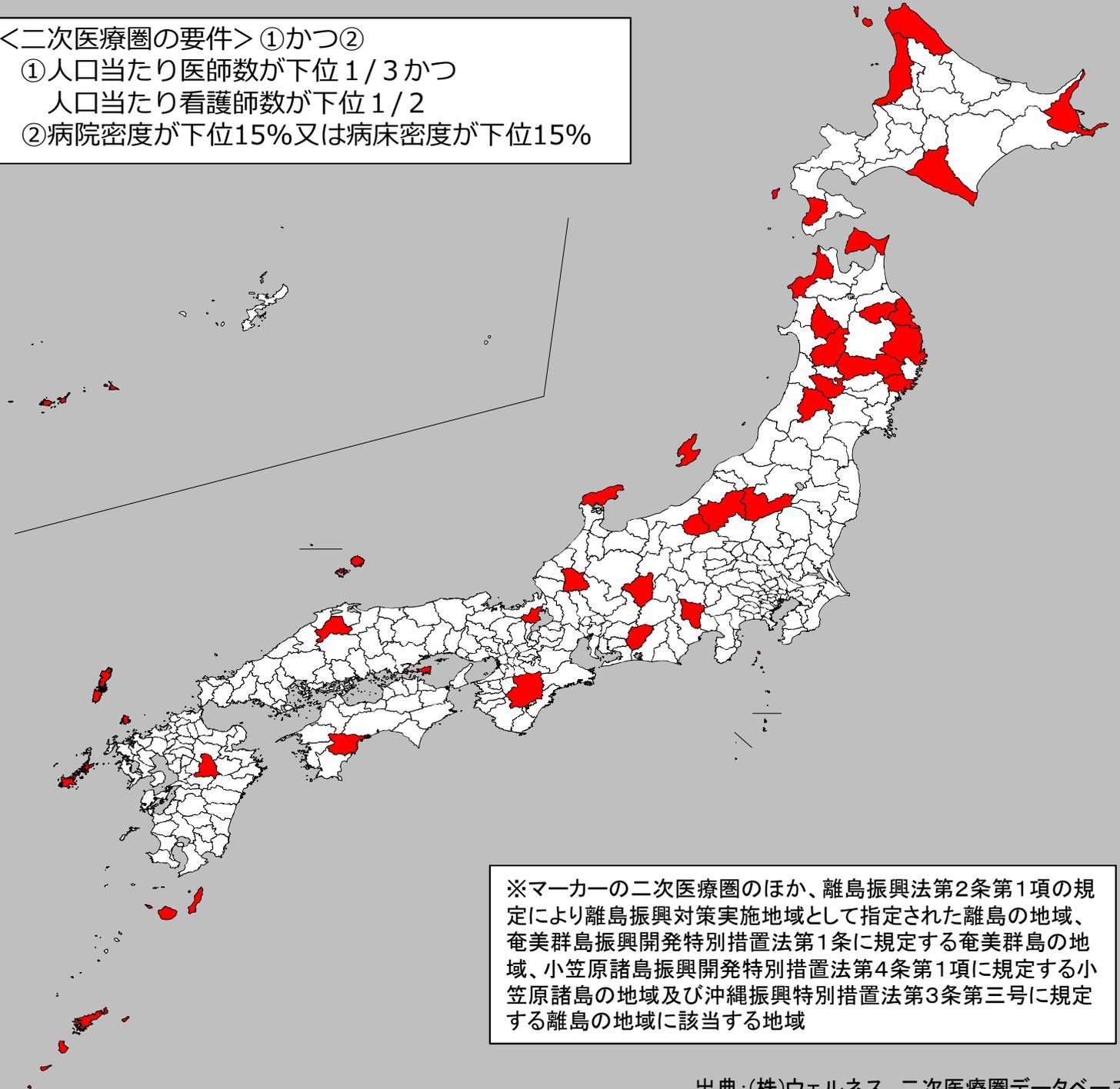
- 医療資源の少ない地域については、新たに医師少数区域や医師偏在指標が設定されたので、最新データをもとに見直すことを検討すべきではないか。
- 地方の人口減少が加速しており、このような地域に配慮した診療報酬上の対応については、対象拡大する必要があるのではないか。
- 見直しの結果、従来対象であった地域が対象外となる場合、配慮が必要ではないか。
- 医療資源の少ない地域とへき地について、同等の要件としたほうがいいのではないか。
- 医療資源の少ない地域の対象地域として、医師と看護師の数で算出しているが、人口が減っていく地域でどういうふうにもその医療を守るかという視点で、周囲の人口を対象とするべきではないか。

改定年度	改定内容
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする</li> <li>※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く</li> <li>○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設</li> <li>○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設</li> </ul>
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入</li> <li>○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える</li> <li>○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和</li> </ul>
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し             <ul style="list-style-type: none"> <li>＜対象地域に関する要件＞                 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※</li> <li>➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加える (特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く)</li> </ul> <div data-bbox="1585 794 2145 995" style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※要件①かつ② ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%</p> </div>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く）</li> <li>○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和             <ul style="list-style-type: none"> <li>＜対象＞                 <ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-right: 20px;">○地域包括ケア入院医療管理料1～4</li> <li style="margin-right: 20px;">○地域包括ケア病棟入院料1・3</li> <li style="margin-right: 20px;">○精神疾患診療体制加算</li> <li style="margin-right: 20px;">○精神科急性期医師配置加算</li> <li style="margin-right: 20px;">○在宅療養支援診療所</li> <li style="margin-right: 20px;">○在宅療養支援病院</li> <li>○在宅療養後方支援病院</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

# 現行の「医療資源の少ない地域」(41医療圏)

## ＜二次医療圏の要件＞ ①かつ②

- ①人口当たり医師数が下位 1/3 かつ  
人口当たり看護師数が下位 1/2
- ②病院密度が下位 15% 又は病床密度が下位 15%



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

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

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

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

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

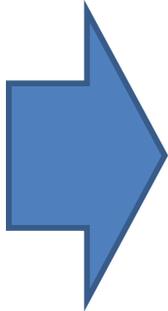
注) 下線部については、平成30年度診療報酬改定にて追加もしくは項目名が変更となったもの。

# 医療資源の少ない地域の見直しのシミュレーション

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

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

## 【結果】

 <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;">                 (現行) 41 医療圏             </div>	→	引き続き要件を満たす二次医療圏数	30 医療圏	→ <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block; font-size: 1.2em;">35 医療圏</div>
	→	新たに要件を満たす二次医療圏数	5 医療圏	
	→	要件を満たさなくなる二次医療圏数	11 医療圏 (うち離島 6)	

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

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来的人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\ast 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率} (\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

注) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。  
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

□ 医師偏在指標については、

- 人口の高齢化率の高い地域（医療需要が高くなる）
- 患者の流入の多い地域（医療需要が高くなる）
- 医師の高齢化率の高い地域（医師供給が少なくなる）

の順位が、人口10万人対医師数と比較して、下がる傾向がみられる。

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

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

# へき地医療拠点病院の事業内容等

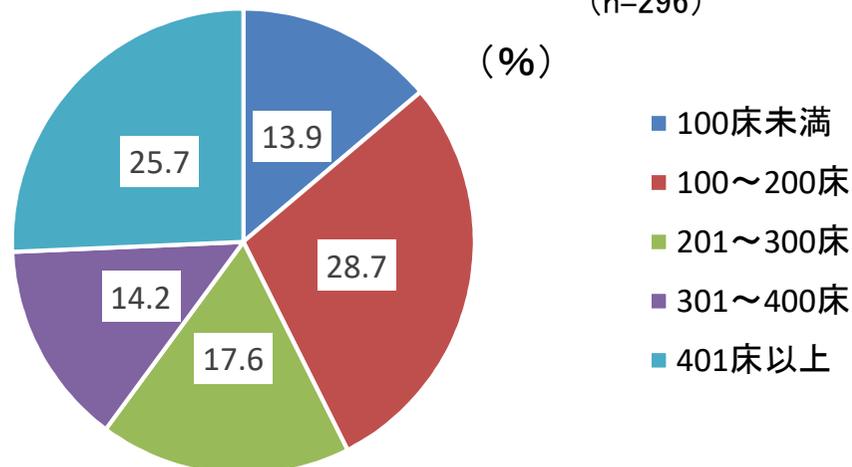
- へき地医療拠点病院の事業内容は、巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること等とされている。
- へき地医療拠点病院の病床規模をみると、400床以上の医療機関が約25%である。

## へき地医療拠点病院の事業内容

- 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
- へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。
- 特例措置許可病院への医師の派遣に関すること。
- 派遣医師等の確保に関すること。
- へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。
- 遠隔医療等の各種診療支援に関すること。
- 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関すること。
- その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関すること。

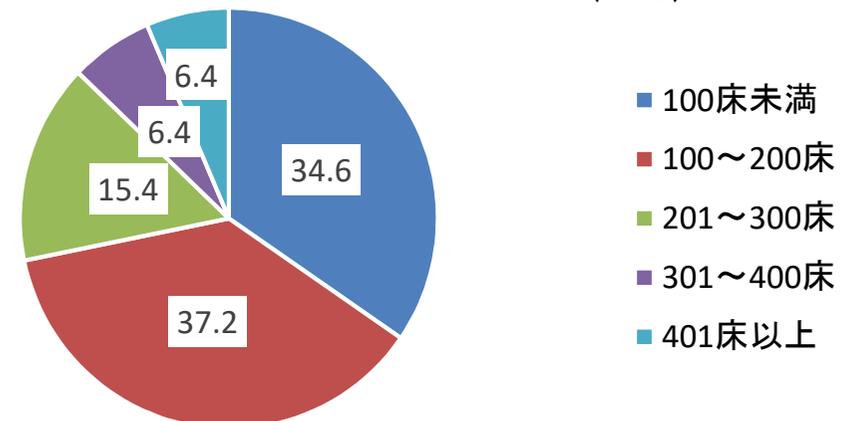
病床規模別のへき地医療拠点病院

(n=296)



(参考) 病床規模別の医療資源の少ない地域に所在する医療機関

(n=78)



# 医療資源の少ない地域及びへき地に配慮した項目の整理(案)

- 医療資源の少ない地域に配慮した要件とへき地に配慮した要件が分けて設定されている。
- へき地に配慮した要件について、医療資源の少ない地域も対象としてはどうか。

	医療資源の少ない地域	へき地医療拠点病院等
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 緩和ケア診療加算等の人員配置の緩和</li> <li>○ 地域包括ケア病棟入院料1・3の病床数要件の緩和</li> <li>○ ICTを用いたカンファレンスの要件緩和</li> </ul> 等	対象	対象外
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 遠隔画像診断</li> <li>○ 保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準</li> </ul> 等	対象	対象



(注) へき地が存在している地域であるが、医療資源の少ない地域ではない地域もあれば、医療資源の少ない地域であるが、へき地が存在しない地域もある。また、医療資源の少ない地域であって、へき地が存在している地域もある。

### 3. 地域の実情を踏まえた対応について

- 医療資源の少ない地域
- 地域加算

## 地域加算の現行の取扱いについて

### 【基本的な考え方】

- 地域加算は、医業経営における地域差に配慮する観点から設けられているものであり、国家公務員一般職の地域手当に  
関して人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域に所在する保険医療機関に対し、入院基本料、特定入院料又は  
短期滞在手術等基本料2の加算として算定できる。(留意事項通知)
- 地域手当非支給地であっても、人事院規則で定める地域に囲まれている地域及び複数の対象地域に隣接している地域に  
ついては、隣接する対象地域の級地のうち、低い級地と同様の区分で評価している。
- 平成28年度診療報酬改定において地域加算の対象地域を見直した際に、地域加算の対象から外れることとなった7地域  
については、平成32年(令和2年)3月31日までの間、7級地とみなす経過措置としている(愛知県稲沢市、神奈川県山北町、  
大井町、岐阜県海津町、奈良県安堵町、河合町、福岡県篠栗町)。

### ○ 地域加算の級地別対象地域(抜粋)

級地	点数	国で定める地域(267地域)	準じる地域(257地域)
1級地	18点	特別区	—
2級地	15点	町田市、横浜市、大阪市、他	—
3級地	14点	千葉市、名古屋市、西宮市、他	東久留米市、大府市
4級地	11点	浦安市、吹田市、神戸市、他	習志野市、昭島市、他
5級地	9点	京都市、広島市、福岡市、他	つくばみらい市、摂津市、他
6級地	5点	仙台市、宇都宮市、静岡市、他	奥多摩市、蒲郡市、佐賀市、他
7級地	3点	札幌市、浜松市、長崎市、他	東大和市、箱根市、備前市、他

## 医療機能に応じた入院医療の評価について⑯

## 地域加算の見直し

- 診療報酬上の地域加算について、国家公務員の地域手当の見直しに伴い対象地域等を見直す。

## 【現行】

地域加算(1日につき)	点数
1級地	18点
2級地	15点
3級地	12点
4級地	10点
5級地	6点
6級地	3点



## 【改定後】

地域加算(1日につき)	点数
1級地	<u>18点</u>
2級地	<u>15点</u>
3級地	<u>14点</u>
4級地	<u>11点</u>
5級地	<u>9点</u>
6級地	<u>5点</u>
<b>(新)7級地</b>	<u>3点</u>

対象地域は、一般職の職員の給与に関する法律(昭和25年法律第95号)第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域とする。

# 地域の実情を踏まえた対応に係る現状及び課題と論点

## 【現状及び課題】

(医療資源の少ない地域)

- 現行の「医療資源の少ない地域」は以下の2つの要件の両方を満たす41地域である。
  - ・ 人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2
  - ・ 病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%
- 医師の確保が困難な地域については、人口構成や患者の流入についても反映できるよう、医療従事者の受給に関する検討会医師需給分科会第4次中間とりまとめで示された「二次医療圏別医師偏在指標(暫定)」を取り入れ、平成29年医療施設調査等を利用してシミュレーションを行ったところ、引き続き要件を満たす二次医療圏が30、新たに要件を満たす二次医療圏が5、要件を満たさなくなる二次医療圏が11であり、35医療圏が該当した。
- 医療資源の少ない地域に配慮した要件とへき地に配慮した要件が分けて設定されている。

(地域加算)

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



## 【論点】

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

## 4. その他の事項

- 一連の入院の取扱いについて
- 提出データ評価加算について

# 入院料等の通則における再入院について

- 入院料等の通則において、同一の保険医療機関に再入院する際の入院の起算日を規定している。
- 一旦治癒に近い状態になって再発した場合や退院の日から3月以上経過した場合を除き、初回入院日を起算日として計算することとなる。

## (参考)

### 医科点数表

#### 第1章第2部 入院料等 通則5

#### 留意事項通知

(入院期間の計算について)

(1)(略)

(2)(1)にかかわらず、保険医療機関を退院後、同一傷病により当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算する。  
ただし、次のいずれかに該当する場合は、新たな入院日を起算日とする。

ア 1傷病により入院した患者が退院後、一旦治癒し若しくは治癒に近い状態までになり、その後再発して当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

イ 退院の日から起算して3月以上(中略)の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所(短期入所療養介護費を算定すべき入所を除く。)することなく経過した後に、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

# 再入院時の加算等の取扱いについて

○ 次の加算については、入院期間が通算される再入院に該当する場合は、算定できない。

区分番号	名称	概要
A205 1,2	救急医療管理加算1,2	緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に加算
A205-2	超急性期脳卒中加算	脳梗塞と診断された患者に対し、発症4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投入した場合に加算
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	妊産婦が、母体又は胎児の状態により緊急入院が必要ある場合に加算
A206 1,2,3	在宅患者緊急入院診療科加算 1,2,3	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に加算
A212 1,2	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 1,2	出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に対し加算
A231-3 1,2	重度アルコール依存症入院医療管理加算	アルコール依存症の入院患者に対して、集中的かつ多面的な専門的治療の計画的な提供を行った場合に加算
A232 1イロ 2	がん拠点病院加算	別の医療機関からの紹介により入院した、悪性腫瘍と診断された患者について加算
A234-3	患者サポート体制充実加算	患者に対する支援体制について施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について加算
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算	保険診療の対象となる合併症を有している疾患等の妊婦であって、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に加算
A237	ハイリスク分娩管理加算	保険診療の対象となる合併症を有している疾患等の妊婦であって、入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に加算
A240	総合評価加算	入院中の患者であって、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものに対して、評価を行った場合に加算
B004,B005	退院時共同指導料1,2	退院後の在宅事業を担う保険医療機関等に情報提供した場合等に算定
B014	退院時薬剤情報管理指導料	退院後の薬剤に関する指導を行った場合に加算

# DPC/PDPSにおける再入院について

- DPC/PDPSにおいては、診断群分類に基づいた点数を算定する際の再入院に係る取扱いを定めている。
- 退院してから7日以内にDPC対象病棟に再入院する際、病名が同一又は特定の病名が選択されている場合は、入院期間の起算日を初回の入院日とする取扱となっている。

## (参考)

平成30年3月20日付け厚生労働省通知保医発0320第3号

留意事項通知等

第3 費用の算定方法

1 診療報酬の算定

(7) 同一傷病名等での再入院に係る取扱い

① DPC算定対象となる病棟等に入院していた患者(中略)が、当該病棟等より退院した日の翌日又は転棟した日から起算して7日以内にDPC算定対象となる病棟等(中略)に再入院(中略)した場合について、次に該当する場合は、当該再入院は前回入院と一連の入院とみなすこととし、当該再入院の入院期間の起算日は初回の入院日とする。なお、退院期間は入院期間として算入しない(DPC算定対象とならない病棟への転棟期間は入院期間として算入する。)

ア 直近のDPC算定対象となる病棟等に入院していた際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上2桁が同一である場合又は直近のDPC算定対象となる病棟等に入院していた際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上6桁が同一である場合(以下「同一傷病」という。)

イ 再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に、定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるICDコード以外のICDコード又は診断群分類「180040 手術・処置等の合併症」に定義されるICDコードを選択した場合  
(後略)

② 予め当該病院に再入院することが決まっており、再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」が悪性腫瘍であり、かつ、化学療法(第2の3の(5)の①に掲げる「化学療法」)に係る診断群分類区分(いわゆる「化学療法あり」の診断群分類区分を含む。)に該当する場合は、①に該当する場合でも同一傷病での再入院に係る取扱いから除き一連の入院とはみなさない。当該規定を適用する場合には、化学療法の実施日(予定日)及びレジメンを含む化学療法の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

なお、当該規定は、再転棟の場合は適用されないので留意すること。

# DPC/PDPSにおける再入院時の加算等の取扱いについて

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

(例)

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

10日間

入院

退院

入院

退院

肺炎で入院加療

再び肺炎で入院

- ・入院料等の通則では、一連の入院となる。
- ・DPC/PDPSにおいては、一連では無い入院として診断群分類の点数を算定する。

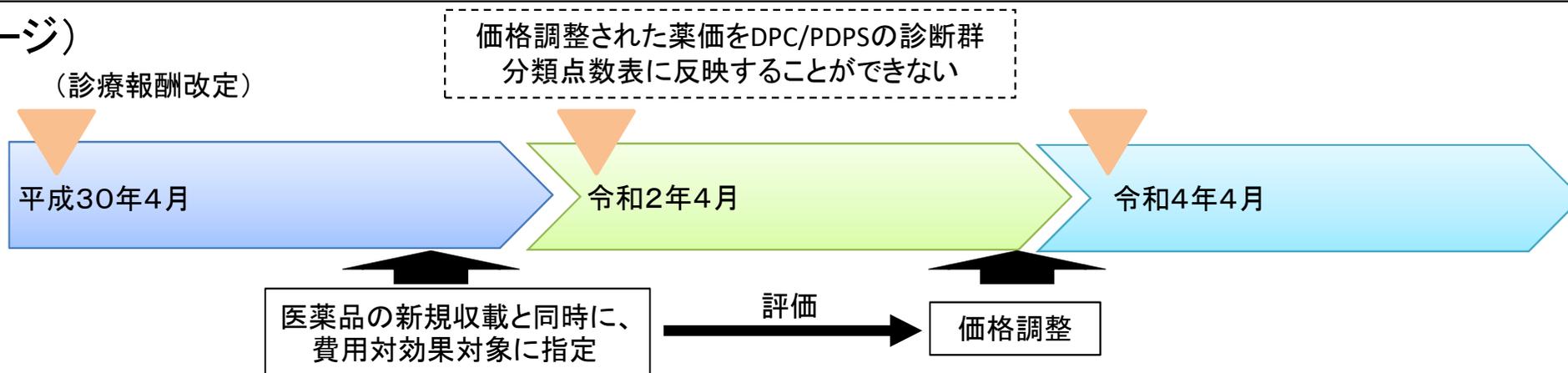
入院初日にA234-3 患者サポート  
体制充実加算を算定

この入院初日にA234-3 患者サポ  
ート体制充実加算は算定不可

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

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

(イメージ)



## 費用対効果評価の対象品目一覧

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

## 4. その他の事項

- 一連の入院の取扱いについて
- 提出データ評価加算について

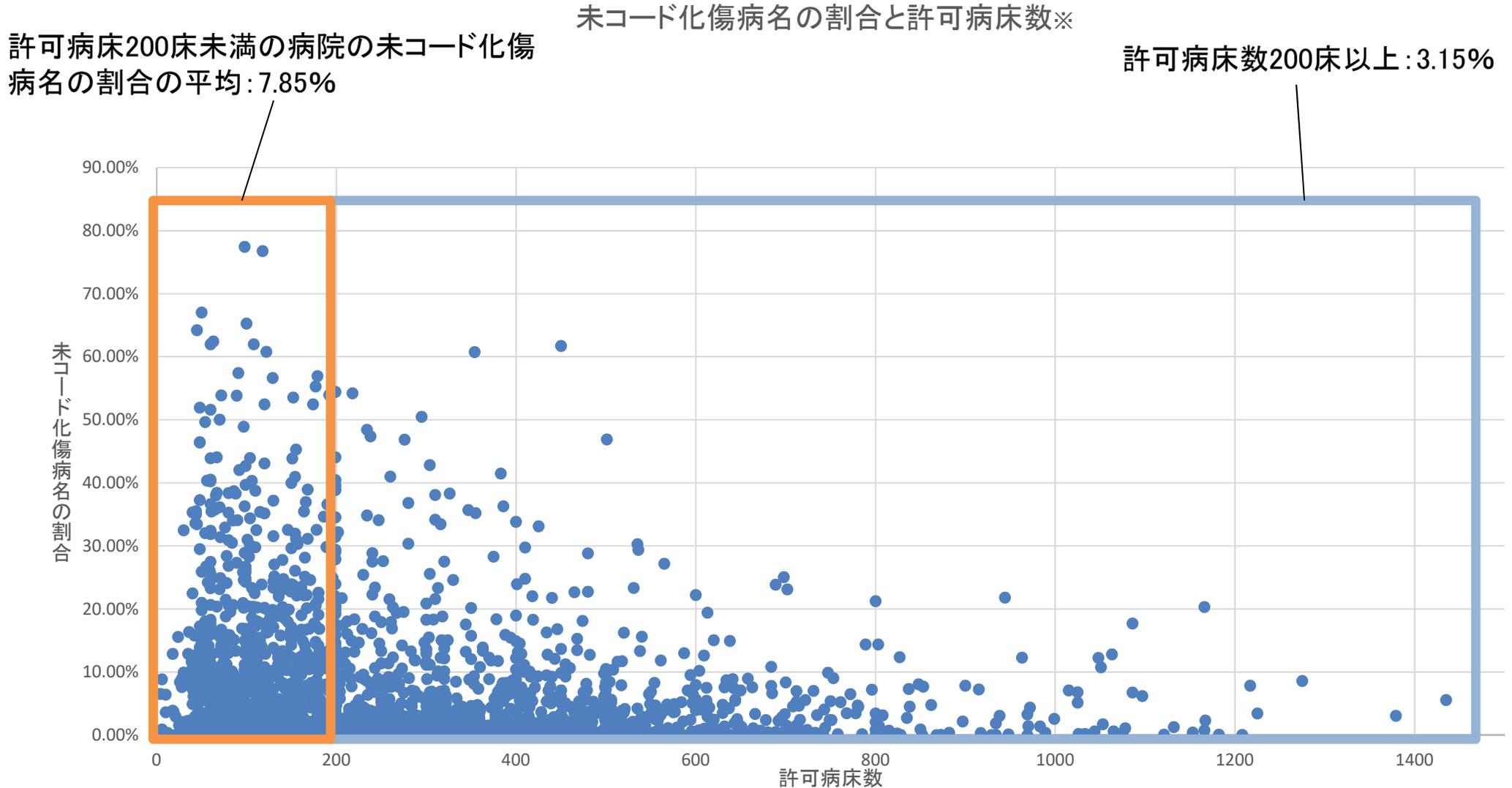
### 令和元11月22日中医協総会における指摘事項

(提出データ評価加算)

- 病床規模などで未コード化傷病名の割合を比較して検討し、例えば、病床規模が低い病院で未コード化傷病名の割合が高い、等の傾向が見られた場合、病床規模が小さい病院を重点的に評価することとしてはどうか。

# 未コード化傷病名の割合と病床規模

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



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

# 一連の入院の取扱い等に係る現状及び課題と論点

## 【現状及び課題】

(DPC/PDPSの再入院時における加算等の取扱いについて)

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

(DPC/PDPSにおける高額な医薬品等への対応について)

- 新規収載又は適用が拡大された医薬品等について、DPC/PDPSにおいては次期診療報酬改定までの間は、中医協での審議の上、一定の基準に該当する場合に出来高算定することとしている。
- 費用対効果評価の対象となった医薬品等については、他の医薬品と異なり、費用対効果評価による価格調整の結果を診療報酬改定後の診断群分類点数表に反映させることができない。

(提出データ評価加算について)

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



## 【論点】

(DPC/PDPSの再入院時における加算料等の取扱いについて)

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

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

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

(提出データ評価加算について)

- 許可病床数200床未満の病院にデータ提出加算の対象が拡大することや、許可病床数200床未満の病院において、200床以上の病院と比べ未コード化傷病名の割合が高いことを踏まえ、未コード化傷病名の割合の評価基準を見直すことについて、どのように考えるか。  
例えば、許可病床200床未満の病院の未コード化傷病名の割合の評価基準を5%とした上で評価は継続し、許可病床200床以上の病院については未コード化傷病名の割合の評価は終了することとしてはどうか。