

中央社会保険医療協議会 総会（第 486 回） 議事次第

令和3年8月25日(水) 保険医療材料専門部会終了後～
於 オンライン開催

議 題

- 在宅（その1）について
- 入院（その1）について
- 選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果（速報）
について

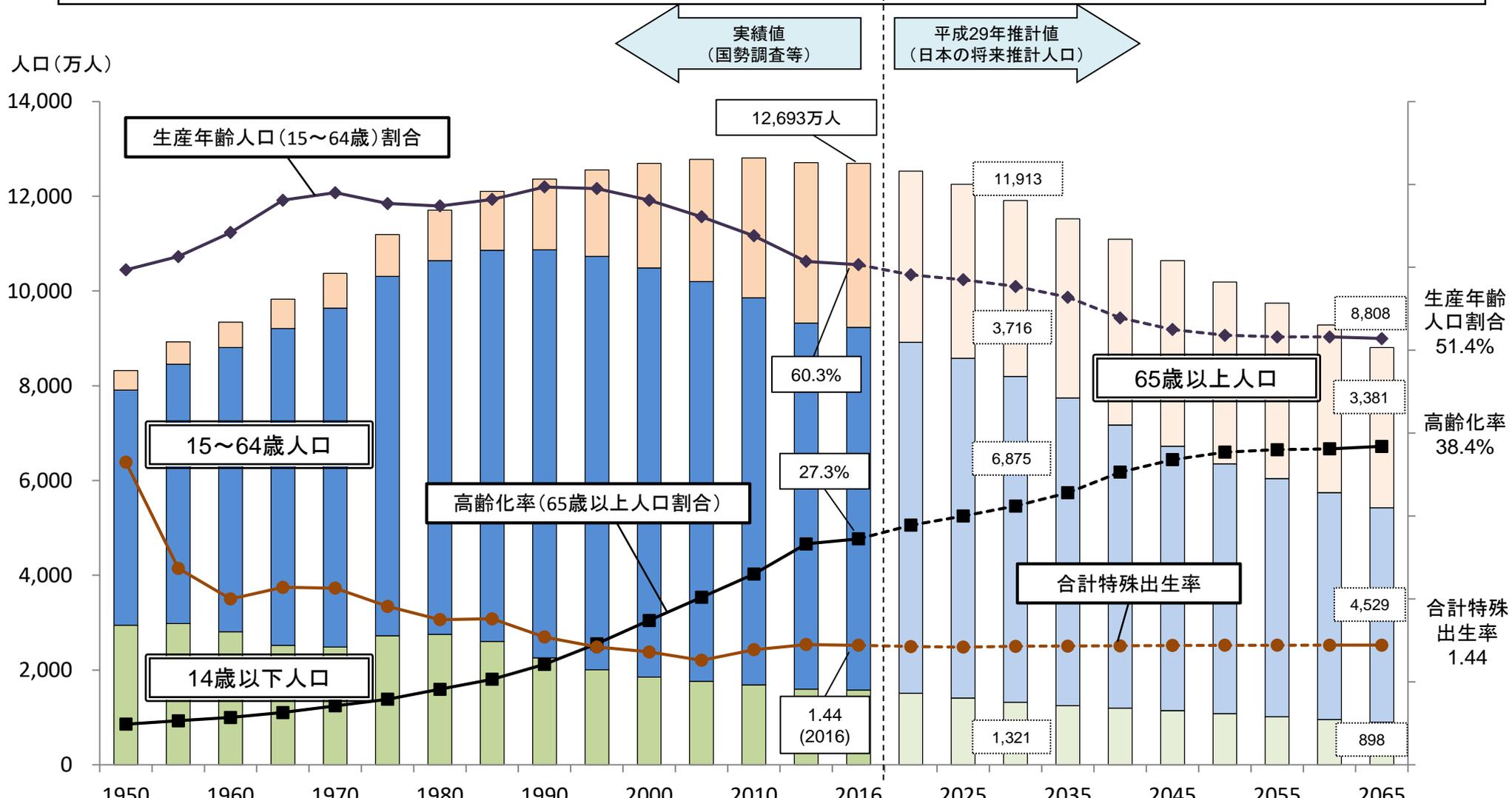
在宅(その1)

在宅医療について

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 在宅医療領域における取組等について
3. 在宅医療に係る診療報酬上の評価について

日本の人口の推移

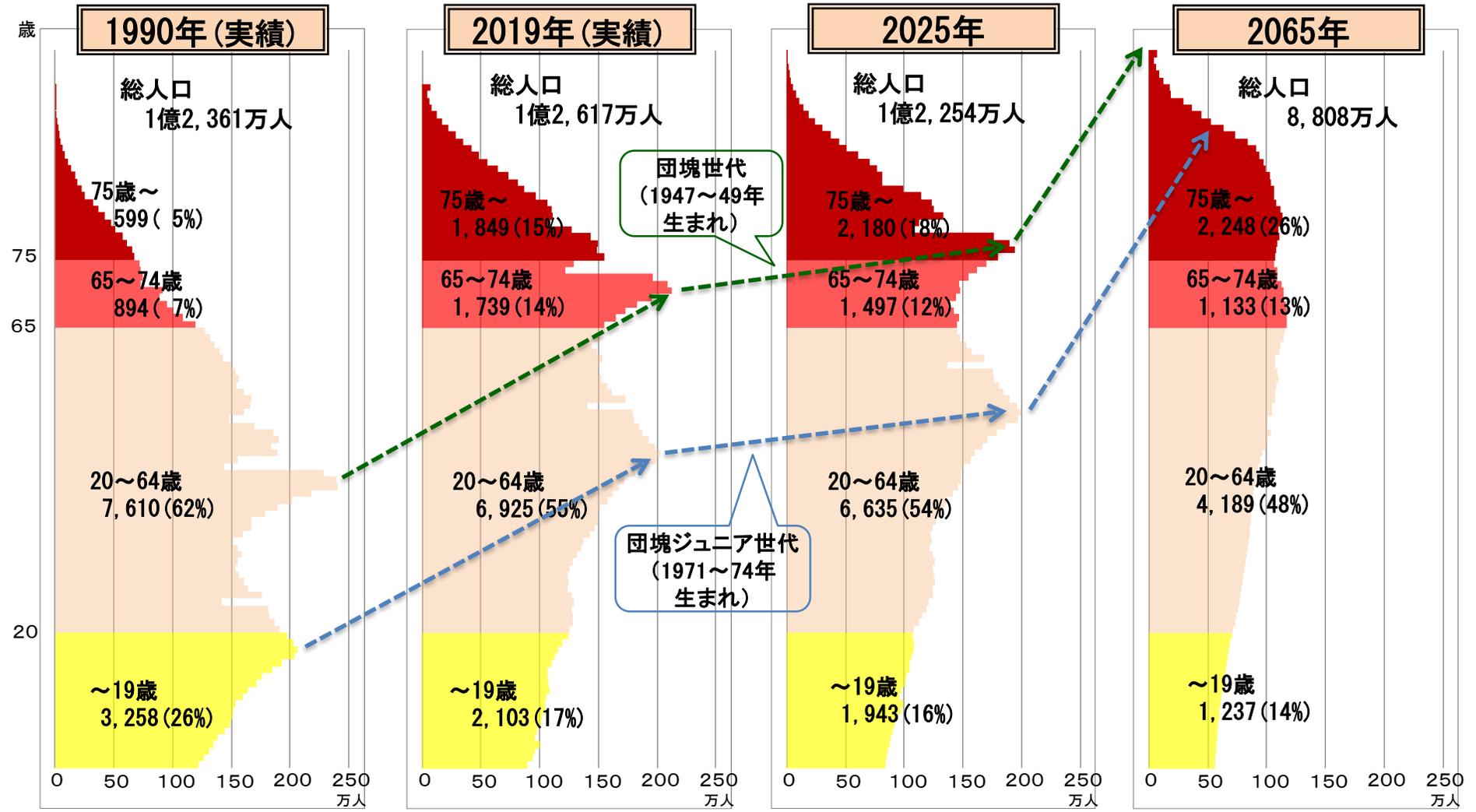
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(出所) 2016年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」(※2015年までは確定値、2016年は概数)、2017年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

日本の人口ピラミッドの変化

○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
 ○2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。

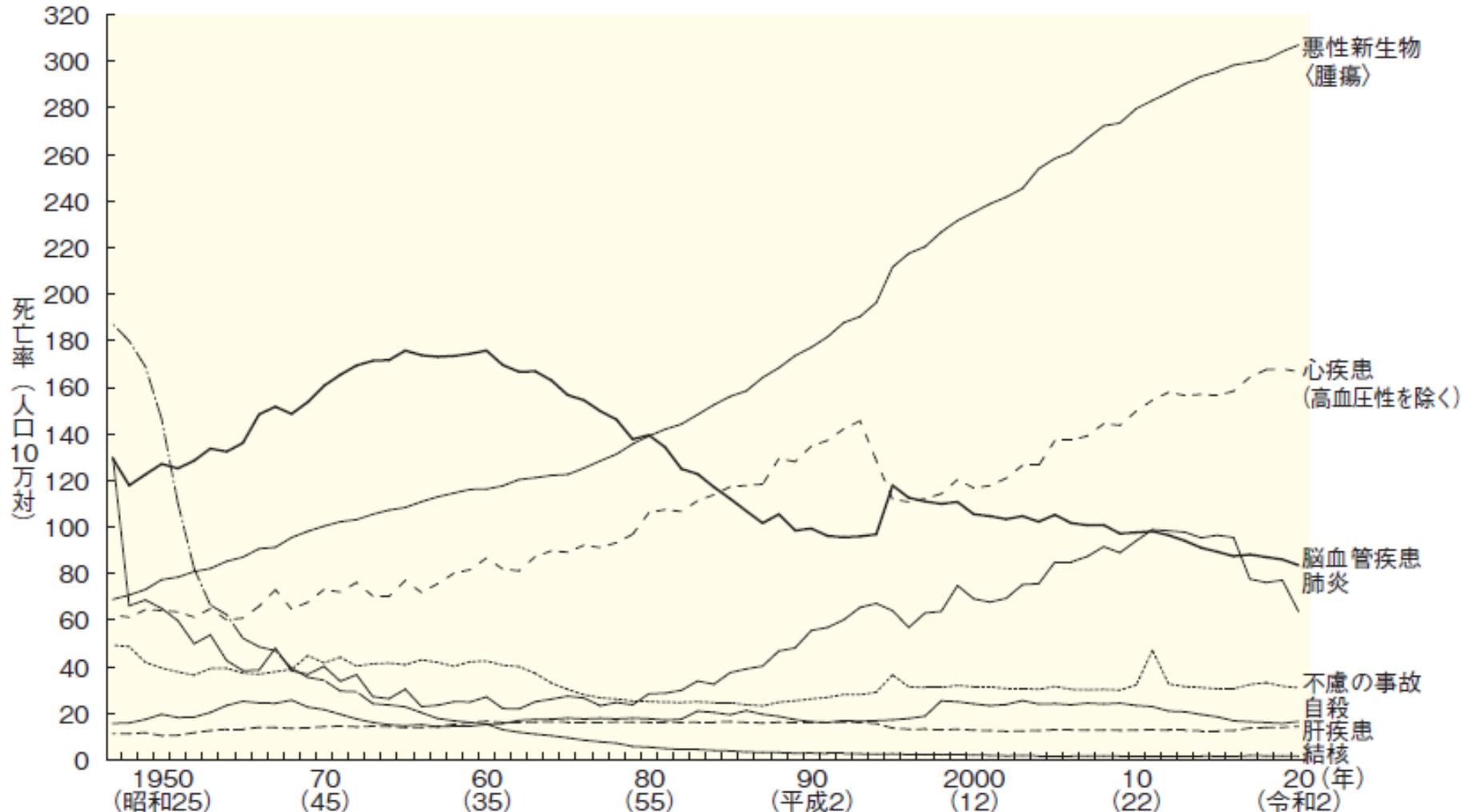


(出所) 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

主な死因別にみた死亡率の推移

出典：令和3年度厚生労働白書

主な死因別にみた死亡率の推移（人口10万対）



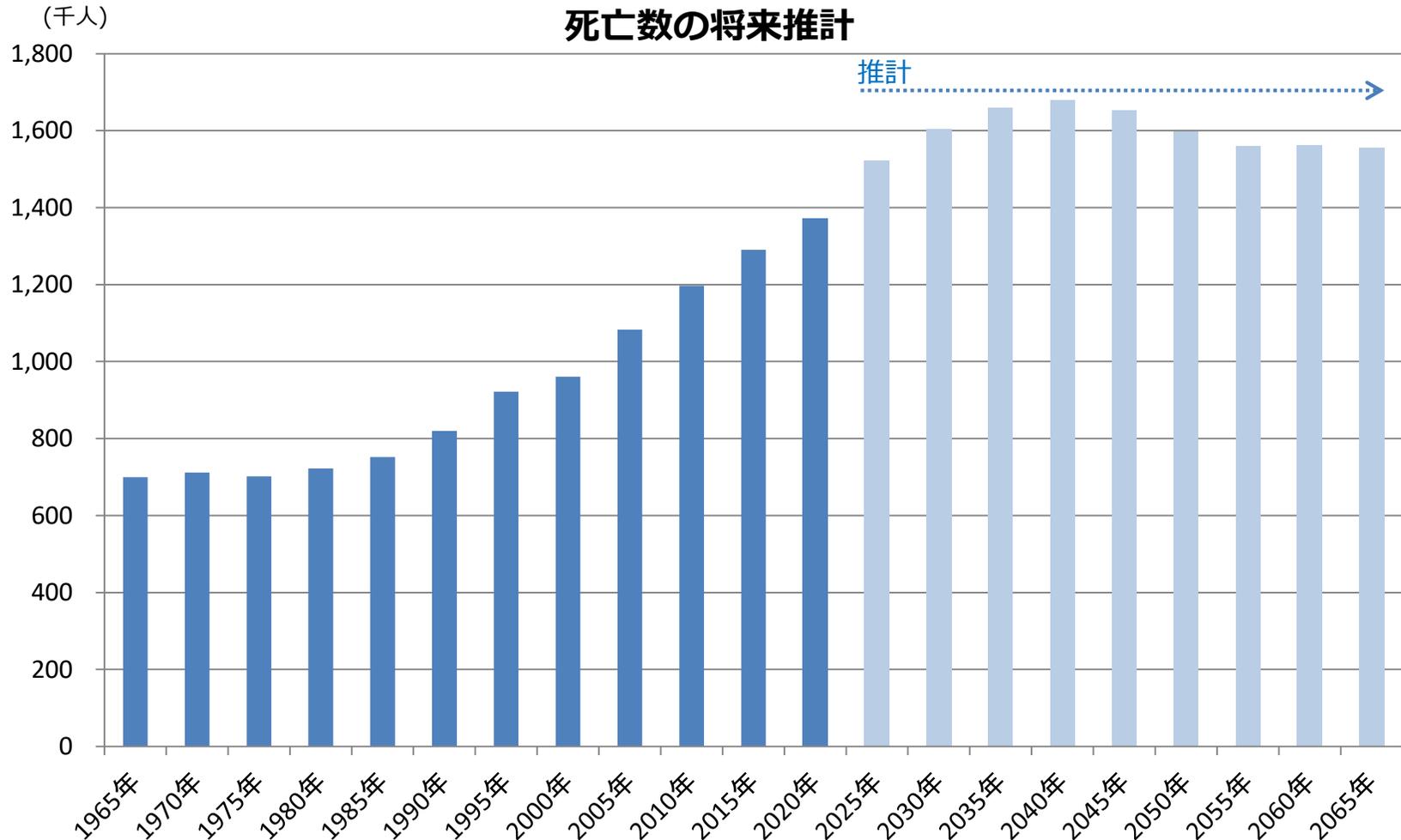
資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

(注) 1. 死因分類等の改正により、死因の内容に完全な一致をみることはできない。

2. 2020（令和2）年は概数である。

看取りに関わる状況 死亡数の将来推計

○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。



出典：2020年以前は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数（日本人）

2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の死亡中位仮定による推計結果

要介護認定者数の見通し



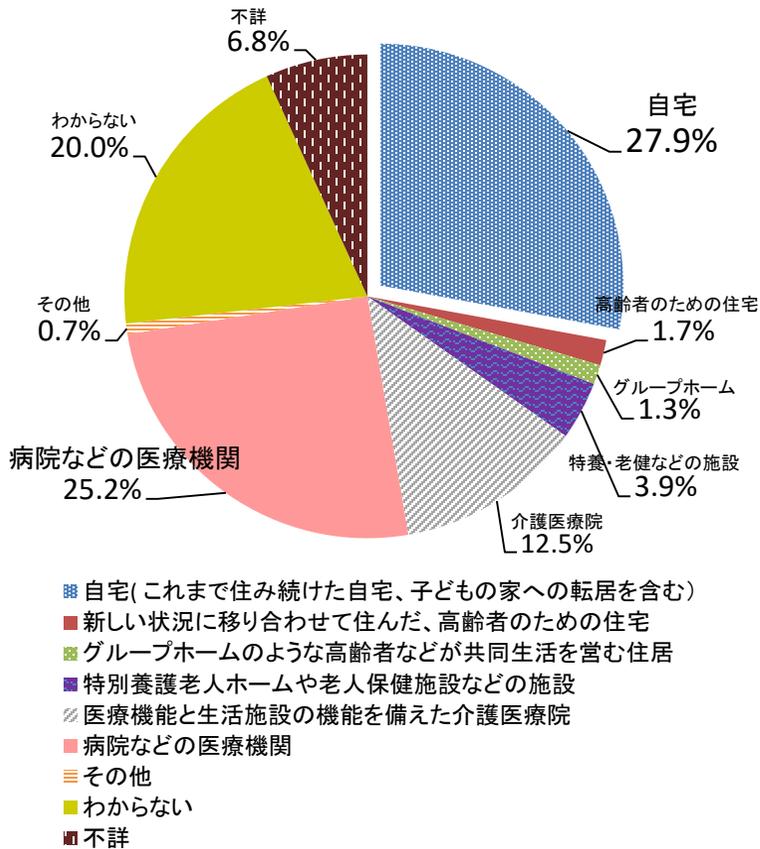
※ 1号被保険者について、性・年齢階級別の認定率等が現状のまま変わらないと仮定して機械的に推計。

※ 出典：「人口推計（平成30年10月）」（総務省）、「介護保険事業状況報告（平成30年10月分）」（厚生労働省）、「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）（出生中位（死亡中位）推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）。

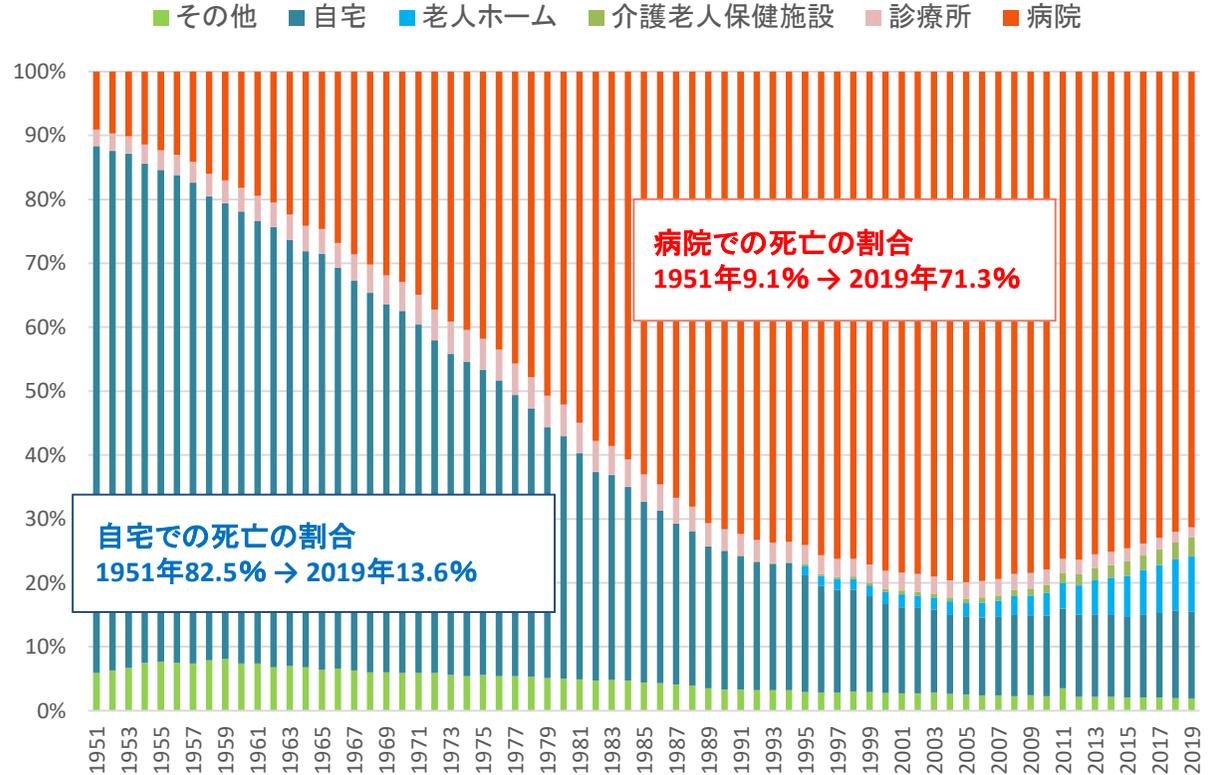
死亡場所の推移

- 国民の約3割は、「最期をむかえるときに生活したい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

人生の最期をむかえるとき生活したい場所



死亡の場所の推移

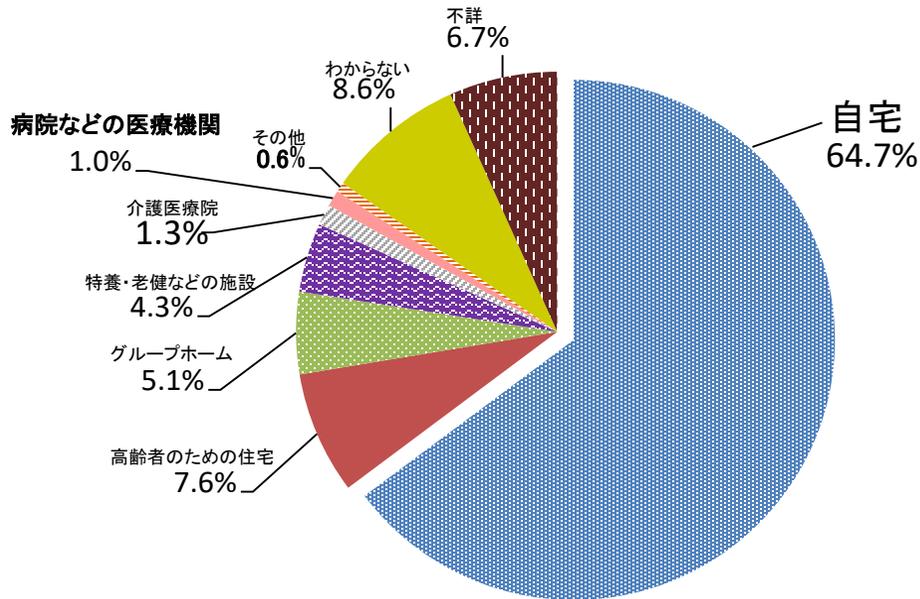


出典：厚生労働省「平成30年高齢期における社会保障に関する意識調査」

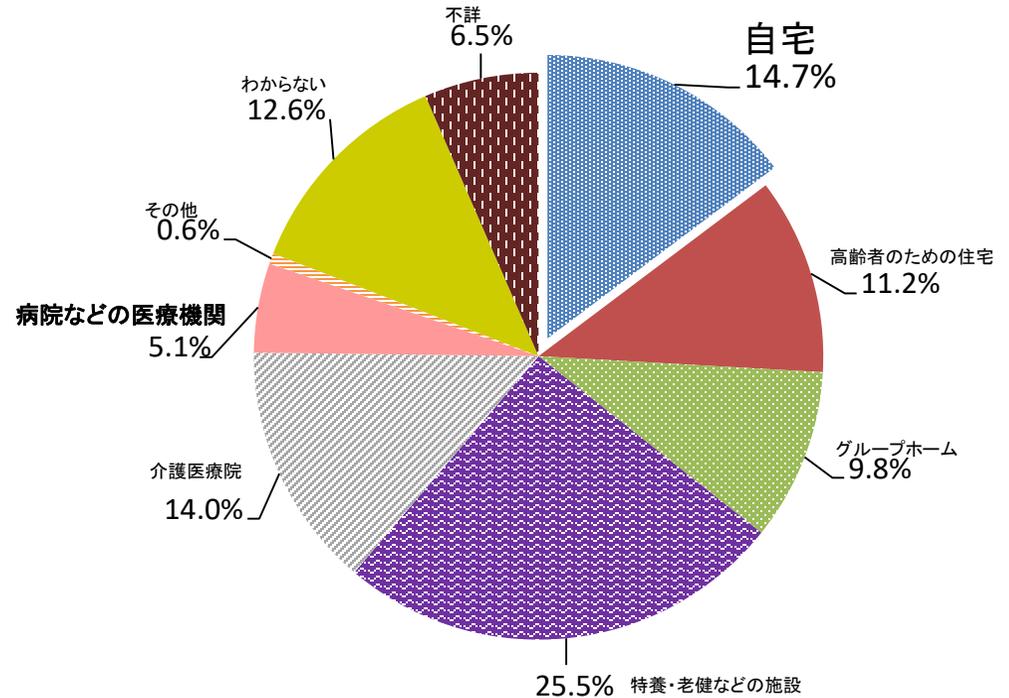
出典：厚生労働省人口動態調査(令和元年度)

年をとって生活したい場所(状況別)

配偶者がいなくなり一人となった場合



介護を必要とする場合



- 自宅(これまで住み続けた自宅、子どもの家への転居を含む)
- 新しい状況に移り合わせて住んだ、高齢者のための住宅
- グループホームのような高齢者などが共同生活を営む住居
- 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設
- 医療機能と生活施設の機能を備えた介護医療院
- 病院などの医療機関
- その他
- わからない

- 自宅(これまで住み続けた自宅、子どもの家への転居を含む)
- 新しい状況に移り合わせて住んだ、高齢者のための住宅
- グループホームのような高齢者などが共同生活を営む住居
- 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設
- 医療機能と生活施設の機能を備えた介護医療院
- 病院などの医療機関
- その他
- わからない
- 不詳

出典：厚生労働省「平成30年高齢期における社会保障に関する意識調査」

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む） ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等

在宅医療の体制

【概要】

- 地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
- 多様な職種・事業者を想定した取組、市町村が担う地域支援事業と連携した取組など、より効果的な施策を実施する。

実効的な整備目標の設定

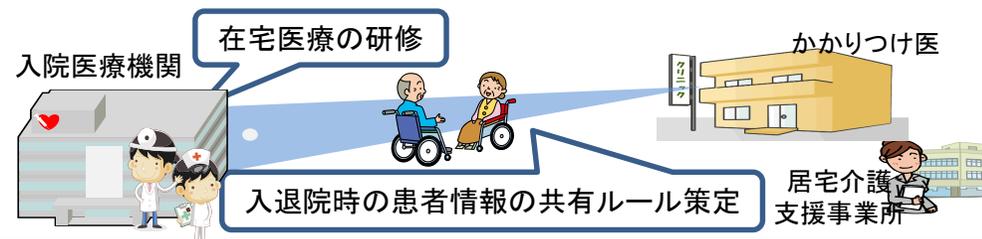
- 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、**都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場**を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と統合的な目標を検討。



- 地域医療構想において推計した**将来必要となる訪問診療の需要に対応する、具体的な診療所・病院の数値目標を記載することを原則化**。

多様な職種・事業者を想定した取組

- 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。
(例)・地域住民に対する普及啓発
 - ・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
 - ・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための連携ルール等の策定 等



地域支援事業と連携した取組

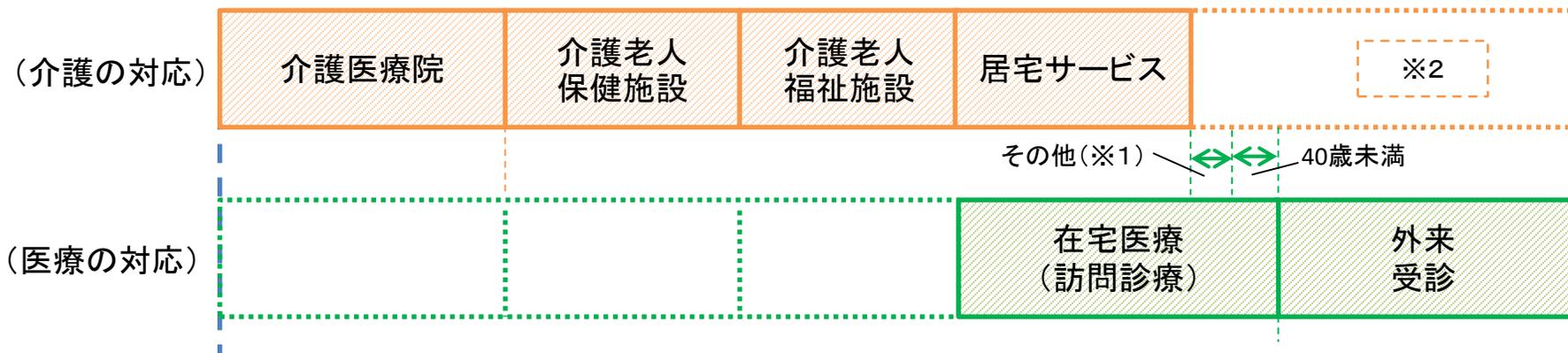
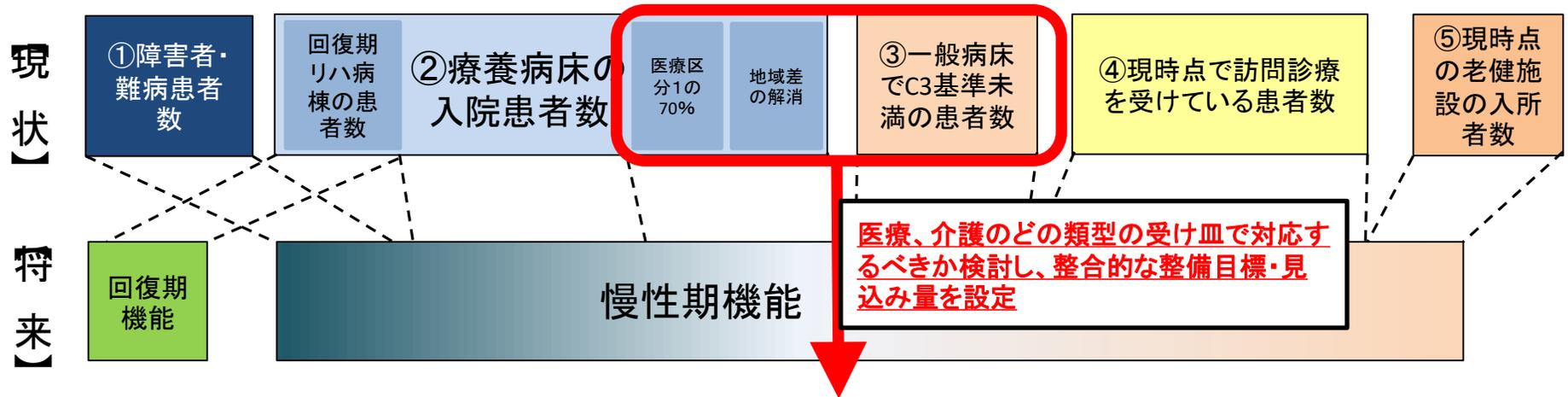
- 医師会等と連携し、また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。
特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。
 - (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
 - (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- 広域的な連携が必要な事項については、都道府県の支援のもと、複数の関係市町村、関係者等と連携し、協議・検討を実施。**11**

介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方について

第10回医療計画の見直し等に関する検討会
平成29年3月8日

資料
1改

都道府県及び市町村は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、協議の場を活用し医療、介護各々の主体的な取組により受け皿整備の責任を明確にした上で、次期医療計画及び介護保険事業計画における統合的な整備目標・見込み量を設定する。

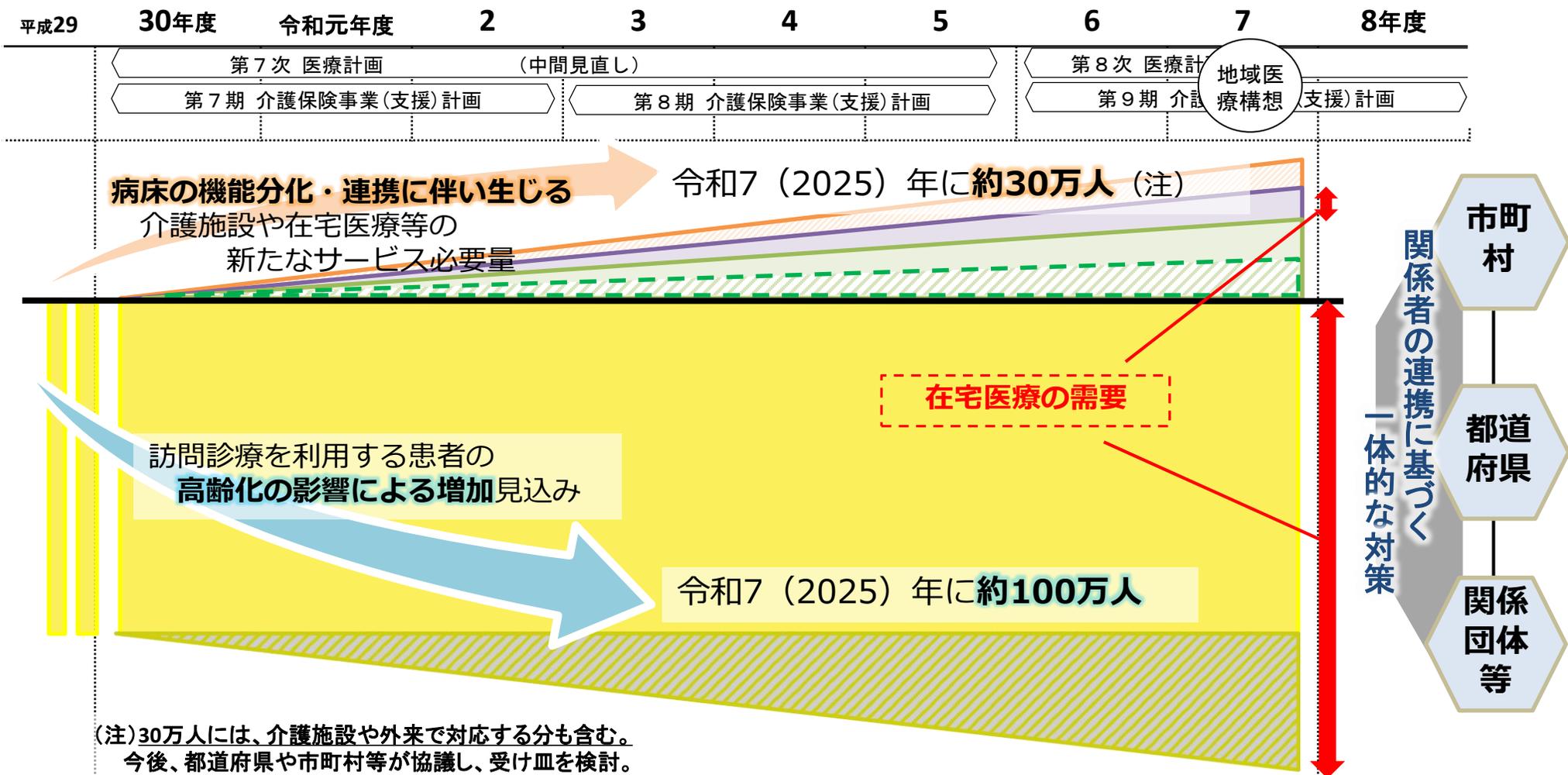


(※1)その他:介護保険の要介護被保険者等が訪問看護等の提供を受ける場合、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに、医療保険の給付が行われる。

(※2)外来サービスを利用する者の一部には、居宅サービスを利用する者もあり

2025年に向けた在宅医療の体制構築について

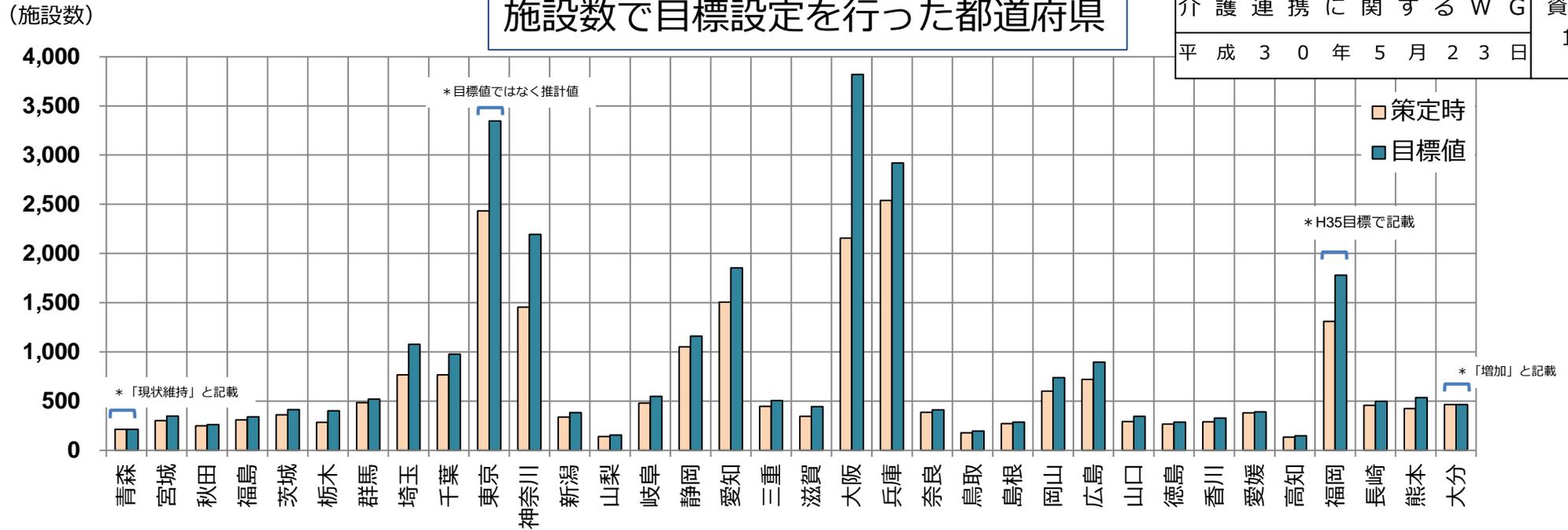
- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「**高齢化の進展**」や「**地域医療構想による病床の機能分化・連携**」により**大きく増加**する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**して行くことが重要。



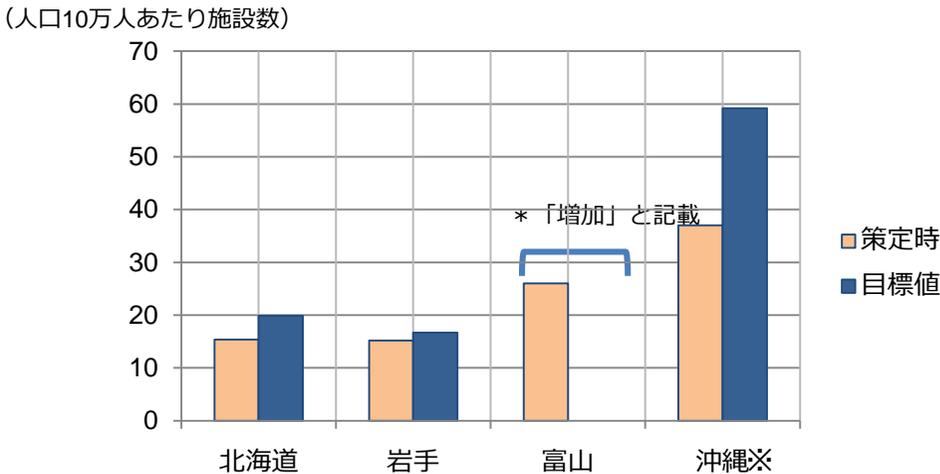
訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
平成30年5月23日
資料1

施設数で目標設定を行った都道府県



人口10万人あたりの施設数で目標設定を行った都道府県



(※65歳以上人口10万あたり)

施設数の増加率で目標設定を行った都道府県

(訪問診療を実施している医療機関の割合)

	策定時	目標値
鹿児島	30.7%	35.7%

(再掲) 提出資料(参考資料3)において「訪問診療を実施している診療所、病院数」に関する目標項目の記載のなかった都道府県：山形、石川、福井、長野、京都、和歌山、佐賀、宮崎

各団体から提出された

在宅医療の課題に対する既存の取組

新たに取り組む必要がある課題

を収集し、背景にある課題を分類

- ・地域の病院と在宅医療との水平連携が不足している
- ・かかりつけ医の在宅医療への参画等、在宅医療推進を支える体制が不十分である
- ・医師会等関係団体と行政との連携が進んでいない地域もある
- ・行政担当者が在宅医療について知らないことがある
- ・在宅医療に取り組む専門職の連携が不足している
- ・情報共有に関する整備（ICT等）ができていない
- ・新たな技術が在宅医療分野で活用できていない
- ・市民が在宅医療について知らないことがある
- ・市民の力を活かせていない
- ・在宅医療について発信できていないことがある
- ・在宅医療に関わる職種も在宅医療について知らないことがある
- ・在宅医療に取り組む専門職種が不足している
- ・知識・技術を習得するコンテンツが整備されていない
- ・在宅医療の教育・研修を受ける機会や体験する機会がない
- ・在宅医療に取り組む専門職の知識が不足している
- ・在宅医療の有効性が調査されていない
- ・在宅医療における研究データが整理されていない
- ・在宅医療における実践・事例を共有する場がない
- ・在宅医療において専門職が行う標準的な指標が未整備

【7つの柱】

- 地域の病院と在宅医療との協働体制の構築
- 行政と関係団体との連携
- 関係団体同士の連携
- ICT等最新技術の活用
- 国民への在宅医療に関する普及・啓発
- 在宅医療に関わる関係者への普及・啓発
- 在宅医療の実践に関する研究及び教育

【重点分野】

在宅医療に関する医療連携モデルの構築

在宅医療に関する普及啓発モデルの構築

在宅医療に関するエビデンスの構築

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 在宅医療領域における取組等について
3. 在宅医療に係る診療報酬上の評価について

1) 在宅医療と介護との連携について

2) 専門的領域における在宅医療について

在宅医療・介護連携推進事業

○ 平成26年に介護保険法が改正され、平成27年度から市町村が行う事業として、地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられた。切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組が継続的に行われるよう取り組みが進められている。

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

③(ア)(イ)に基づいた取組の実施

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

事業全体の目的を明確化しつつ、PDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする
観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

地域のめざす理想像

- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

①現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

②対応策の実施

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

+

<地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能>

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

- 地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

③対応策の評価・改善

都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施にも必要に応じ支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

※あくまでも8つの事業項目の再編イメージであることに留意。実際の運用や語句イメージは、次のスライドを参照。なお、「(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」には、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」と「企画立案」の要素があったため、「地域のめざす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記

在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進について

- 在宅医療・介護連携推進事業においては、市町村は、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を行うこととされている。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。



実施内容・方法

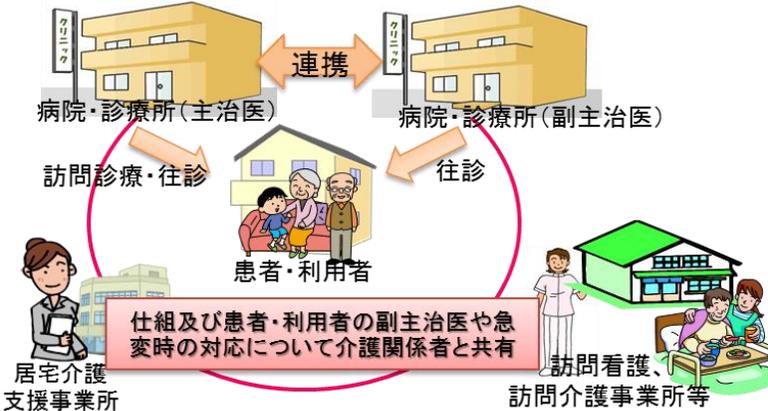
- (1) 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。
- (2) 検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

留意事項

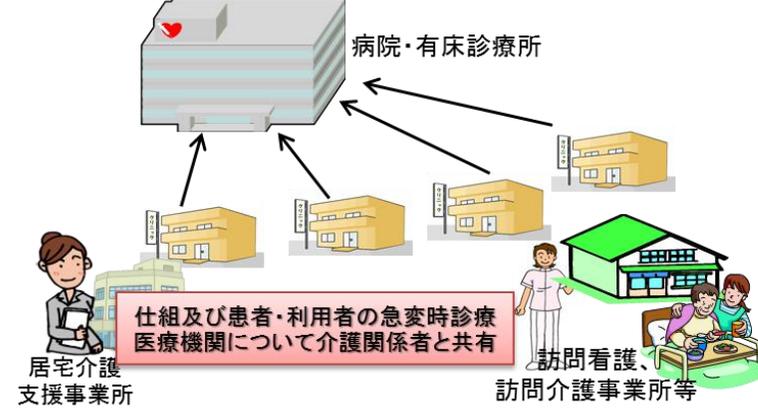
- (1) 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては郡市区医師会を始めとした関係団体等に委託して差し支えない。
- (2) 切れ目なく在宅医療と介護を提供するための仕組みは、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、取組例に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。

取組例

(取組例) 主治医・副主治医制の導入



(取組例) 在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保

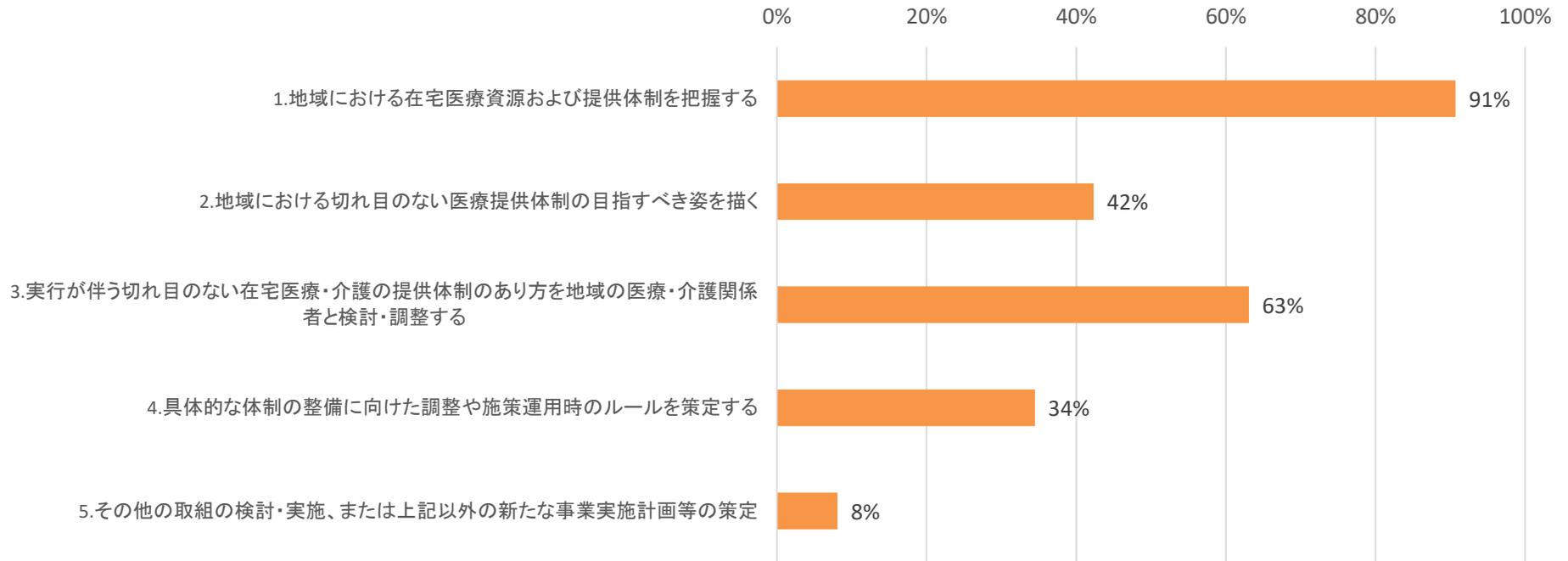


在宅医療・介護連携推進事業の進捗について

○「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」の進捗状況について、「地域における在宅医療資源および提供体制を把握する」ことについての進捗は91%、「実行が伴う切れ目のない在宅医療・介護の提供体制のあり方を地域の医療・介護関係者と検討・調整する」は63%であった。

在宅医療・介護連携推進事業の事業項目別の進捗状況③(n=1,734 複数回答)

(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進



地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業（速報値）
（平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所）

基盤整備の推進に関する事業例 (令和元年度都道府県計画)

提供体制強化

北海道

在宅医療提供体制強化事業

- 在宅医と在宅医療未経験医師によるグループを編成し、日常の診療時における指導・助言や定期的なカンファレンス・学習会を通じて、新たな在宅医を養成するとともに、急変時受入医療機関もグループに加え、受入病床の確保と医師の負担軽減を図る。
- 在宅医療を担う医療機関が少ない地域において、不在時の代診費用や受入病床の確保費用等について支援し、受入病床の確保と医師の負担軽減を図る。
- 訪問看護ステーション不足地域での設置など在宅医療の推進に取り組む市町村を支援する。
- 携帯型エコーなど医療機関が訪問診療の充実のために行う機器整備に対し支援する。
- 市町村が実施する「在宅医療・介護連携推進事業」について、保健所に設置している多職種連携協議会による先進事例の提供や助言、市町村間の情報共有の場として、事業内容の充実に向けた支援を行う。

支援センター

富山県

富山県在宅医療支援センター運営事業・在宅医療推進加速化事業

- ① 平成27年度に開設した「富山県在宅医療支援センター（県医師会委託）」において在宅医療を担う医師の確保・育成、在宅医療の普及啓発等を総合的に取り組む。
- ② 医療・介護の多職種連携、在宅医療の普及啓発、在宅医療に取り組む医師の確保・育成などを推進するための郡市医師会（在宅医療支援センター）の取組みを支援する。

経営等支援

千葉県

在宅医療スタートアップ支援事業

医師等に在宅医療を実施するための動機づけ、医学的知識、在宅医療の経営等に関する研修を行うとともに、研修を受講した医師を対象に、個別の診療所の状況に応じたコンサルティングを行うアドバイザーを派遣する。

熊本県

訪問看護ステーション等経営強化支援事業

訪問看護師の人材育成、訪問看護ステーションの業務に関する相談対応や訪問看護ステーションへアドバイザーを派遣することによる経営管理、看護技術面の支援に対する助成。

在宅医療推進

福島県

在宅医療推進事業

医療機関及び医療関係団体等が①地域包括ケア・在宅医療に関わる従事者の連携・資質向上に資する研修会、②在宅医療やかかりつけ医等の普及・啓発に資する取組、③医療従事者向け在宅医療導入研修、④訪問診療医のグループや急変時受入医療機関による連携に向けた情報交換会を実施する場合の経費を支援する。

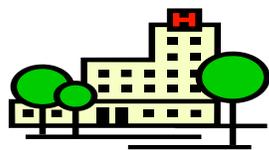
※ R 1 年度都道府県計画の「居宅等の医療の提供に関する事業」からの抜粋。
※ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000199985_00003.html 事業の内容は、事業内容の一部を記載している。

1) 在宅医療と介護との連携について

2) 専門的領域における在宅医療について

わが国における専門的緩和ケア

中医協 総 - 1
29 . 10 . 4



入院医療

在宅医療

- ・医療従事者の求めに応じて、専門的な緩和ケアを提供することが目的。
- ・多職種で構成されるチームによって、緩和ケア病棟以外で実施する。

すべてのがん診療連携拠点病院に設置を義務付け

緩和ケアチーム

- ・在宅での症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・訪問診療・看護・介護を中心として行われる。

- ✓ 医療用麻薬による痛みの治療、副作用対策、残薬管理
- ✓ 胸水・腹水等の処置
- ✓ 急変時の対応等



緩和ケア病棟

在宅緩和ケア



- ・症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・緩和ケア病棟でケアを専門的・集中的に提供する。

小児がん対策のこれまでの経緯

平成24年5月-6月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会(計3回)開催
平成24年6月	第2期がん対策推進基本計画閣議決定
平成24年9月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会 報告書とりまとめ
平成24年11月- 平成25年1月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会(計4回開催)
平成25年2月	小児がん拠点病院選定(15施設)
平成25年12月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催
平成26年2月	小児がん中央機関選定(2施設)
平成27年6月	「がん対策推進基本計画中間評価報告書」のとりまとめ
平成27年12月	「がん対策加速化プラン」策定
平成29年12月- 平成30年4月	小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会(計3回)開催
平成30年4月	小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会 報告書とりまとめ
平成30年3月	第3期がん対策推進基本計画閣議決定
平成30年7月	新たな小児がん拠点病院等の整備に関する指針を公表
平成31年2月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催
平成31年4月	新たな整備指針に基づき、 小児がん拠点病院選定(15施設)

小児に対する緩和ケアについて

- 小児に対する緩和ケアについて、成人と比較した場合に、以下の様な点が異なるとの意見がある。
- 例として「障害がある子どもへのケアに特殊な技術を必要とする」、「関わるスタッフの精神的負担が大きい」といった指摘がある。

成人と子どもの緩和ケア



成人と子どもが異なる点

- 子どもの死が稀で家族の受容が困難であること
- 子どもは対象となる疾患の種類が多いし、稀な疾患が多く、経過も異なり、時として進行が急速で予測困難である
- 子どもは発達・成長を考慮しなければならない
- 知的・あるいはコミュニケーションに障害がある子どもへのケアに特殊な技術を必要とする
- 家族のケアの幅広さ 兄弟や祖父母など
- 家族の悲嘆が深い
- 倫理的配慮 子どもの自己決定権など
- 関わる職種が多い 地域、病院、学校など
- 関わるスタッフの精神的負担が大きい
- 子どもは家庭で生活することが決定的に重要であること



1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 在宅医療領域における取組等について
3. 在宅医療に係る診療報酬上の評価について

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

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

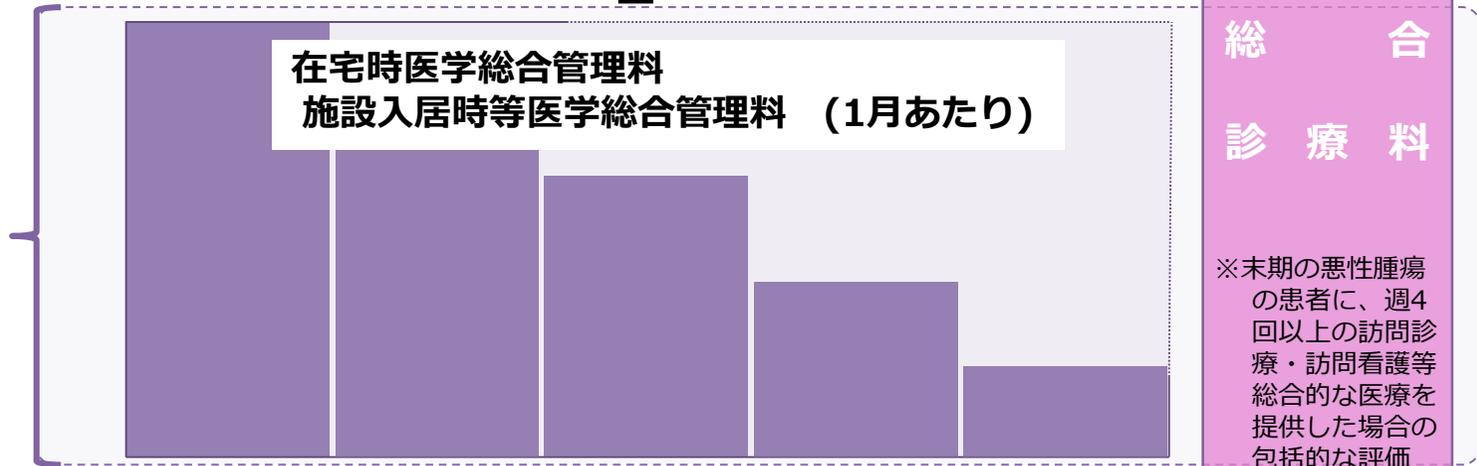
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

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

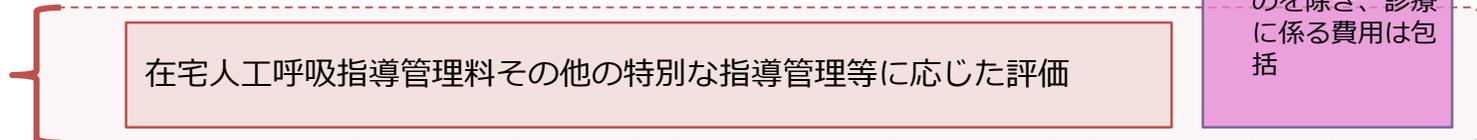


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

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



③指導管理等に対する評価



在宅がん
医療

総合
診療料

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

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

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

主な診療報酬の比較

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

在宅療養支援診療所及び在宅支援病院の施設基準の概要

	機能強化型在支診・在支病		在支診・在支病	(参考)在宅療養後方支援病院
	単独型	連携型		
全ての在支診・在支病が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している			○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) <small>※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること</small> ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
全ての在支病が満たすべき基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること <small>※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあつては280床未満</small>			
機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上各医療機関で4件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上		

往診及び在宅患者訪問診療料の評価

○ 往診料 720点

➤ 患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家へ赴き診療を行った場合の評価。

※ 定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関へ赴いて診療を行った場合には算定できない。

○ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (1日につき)

1 在宅患者訪問診療料1

イ 同一建物居住者以外の場合 888点

ロ 同一建物居住者の場合 213点

2 在宅患者訪問診療料2

イ 同一建物居住者以外の場合 884点

ロ 同一建物居住者の場合 187点

➤ 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価。

※ 同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定する。

※ 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 150点を算定。

[算定要件](抜粋)

○ 在宅患者訪問診療料1

1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定。

○ 在宅患者訪問診療料2

患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定。

在宅患者訪問診療料(Ⅰ)等の概要

在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (1日につき)	同一建物居住者以外の場合		888点		
	同一建物居住者の場合		213点		
在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の訪問診療等を実施した場合に算定	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関	
	有床診・在支病	無床診			
	6,500点	5,500点	4,500点	3,500点	
	+在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点	6,500点	/	
	+在宅療養実績加算1	/			
+在宅療養実績加算2	5,000点				
看取り加算 在宅で患者を看取った場合に算定			3,000点		
死亡診断加算 患家で死亡診断を行った場合に算定			200点		

■その他の加算■

○乳幼児加算 400点

○診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点/30分を加算

在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷①

(昭和61～平成18年度診療報酬改定)

○ 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

	【診療報酬】	【老人診療報酬】
昭和61年		<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>寝たきり老人訪問診療料の創設(～H18年)</u>; 定期的に訪問して診療を行った際に算定 ○ <u>寝たきり老人訪問指導管理料(月ごと)の創設(～H18年)</u>; 寝たきり老人訪問診療料を算定すべき診療を行った際に、療養上必要な指導管理を行った場合に算定
昭和63年	○ <u>在宅患者訪問診療料の創設</u> ; 定期的に訪問して診療した際に算定	
平成4年		○ <u>寝たきり老人在宅総合診療料(月ごと)の創設(～H18年)</u> ; 計画的な医学管理の下に、1月に2回以上訪問して診療した場合に算定
平成6年	○ <u>在宅時医学管理料(月ごと)の創設(～H18年)</u> ; 計画的な医学管理の下に、 <u>週1回以上訪問して診療した場合に算定</u>	
平成18年	【診療報酬】 ○ <u>在宅時医学総合管理料(月ごと)の創設</u> ; 計画的な医学管理の下に、 <u>月2回以上訪問して診療した場合に算定</u>	



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

○在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成18年	—	・在宅時医学総合管理料(在総管)の創設	・在宅療養支援診療所(在支診)の創設	・入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価 ・在宅、特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価
平成20年	・居住場所により訪問診療料を分類 →訪問診療料1(自宅) 訪問診療料2(居住系施設)	・特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)の創設	・在宅療養支援病院(在支病)の創設	・カンファレンス等の情報共有に関する評価
平成22年	・居住場所ではなく、同一建物の訪問人数により訪問診療料を再分類 →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(同一建物)	—	・在支病の届出を、許可病床数が200床未満の病院に拡大	・往診料の引き上げ ・乳幼児加算の創設 ・在宅ターミナルケア加算の要件緩和 ・在宅移行早期加算の創設
平成24年	・特定施設入居者に対する評価の引き上げ →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(特定施設等) 訪問診療料2(上記以外の同一建物)	・在総管、特医総管に対する評価の引き上げ(機能強化型在支診・在支病の創設に伴うもの)	・強化型、連携強化型の在支診・在支病を創設	・緊急時、夜間の往診料の引き上げ ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し ・在宅緩和ケアに係る評価 ・緊急時の在宅患者の受入に対する評価の引き上げ



在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷③(平成26～令和2年度診療報酬改定)

○在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成26年	・訪問診療料2の評価引き下げ	・同一建物居住者に対する評価の適正化	・機能強化型の実績要件の引き上げ	・在宅療養後方支援病院及び在宅患者共同診療料の創設
平成28年	・訪問診療料2を「同一建物居住者の場合」に一本化	・単一建物診療患者数、重症度、月の訪問回数に応じて細分化	・機能強化型の施設基準に小児在宅医療に係る要件を追加	・在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の新設等による緊急往診や看取り実績の評価 ・在宅専門医療機関の要件明確化
平成30年	・訪問診療料Ⅰに、2(他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合)を新設 ・訪問診療料Ⅱ(併設する介護施設等の場合)を新設	・月2回以上の訪問診療を行った場合の評価を適正化 ・月1回の訪問診療を行っている場合の評価を充実 ・包括的支援加算を新設	—	・往診料の算定要件を明確化 ・緊急往診加算の対象患者拡大と算定要件の見直し ・ターミナルケアの評価の充実 ・オンライン在宅管理料を新設
令和2年	・訪問診療料Ⅰ 2(他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合)について、6月を超えても算定可能とした	—	—	・在宅療養支援病院の往診について、オンコール体制でも良いこととした

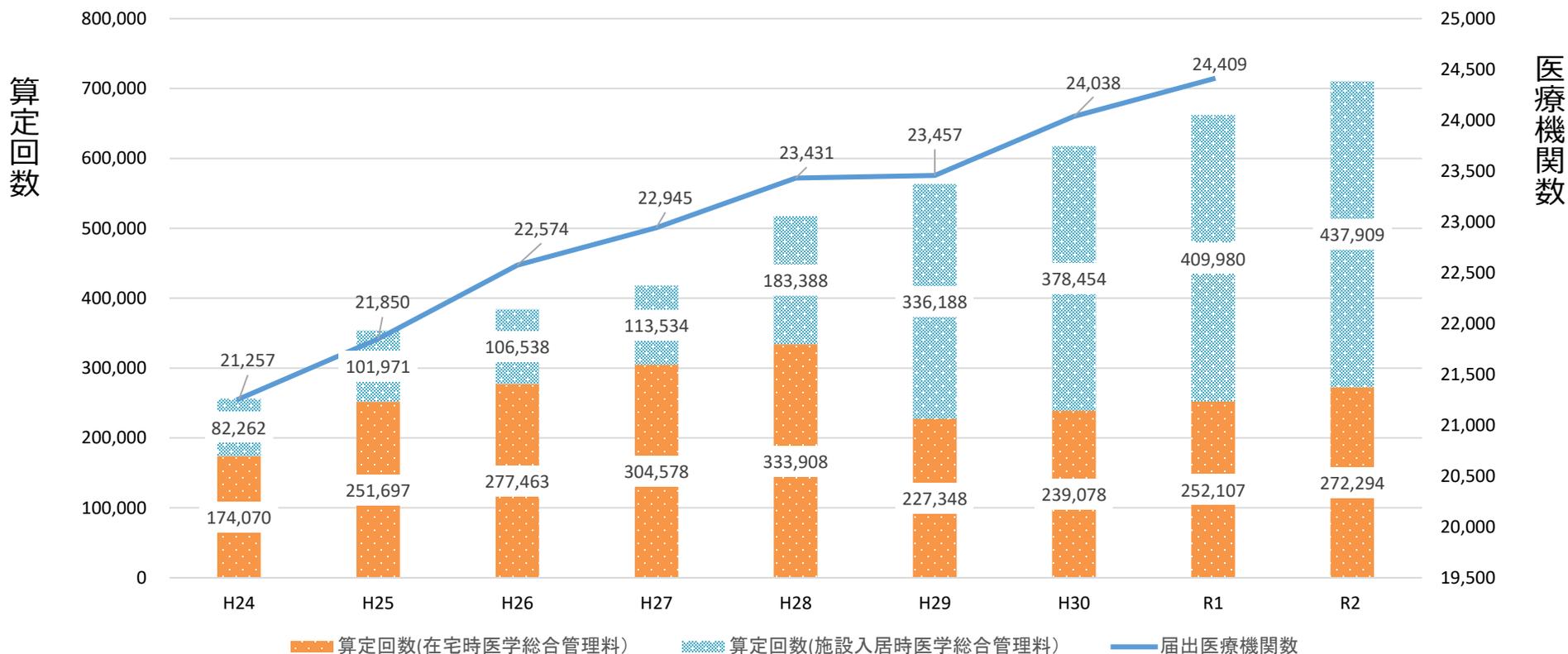
在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の変遷(平成18～30年度診療報酬改定)

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

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定状況

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

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



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

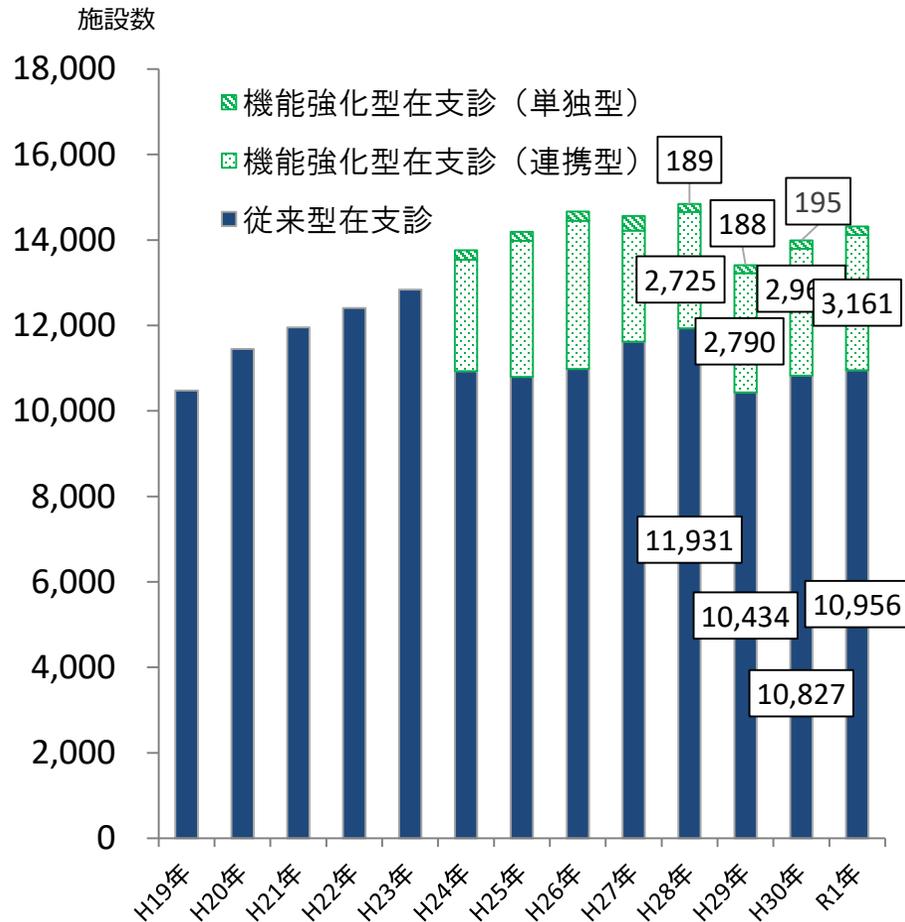
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

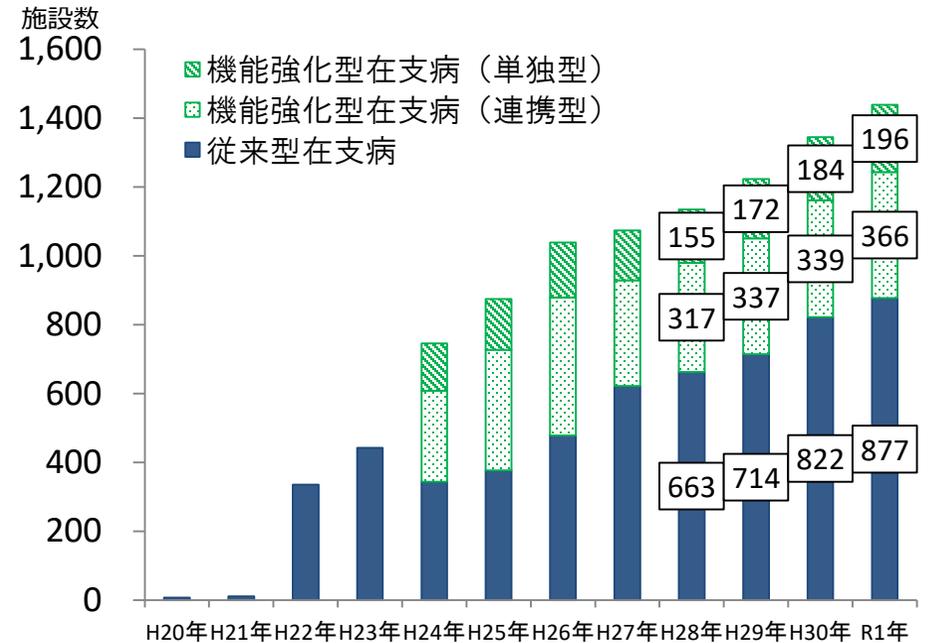
在宅療養支援診療所等の届出数

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

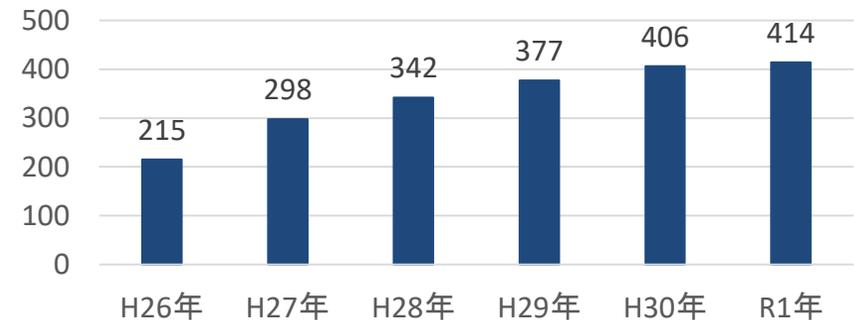
<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



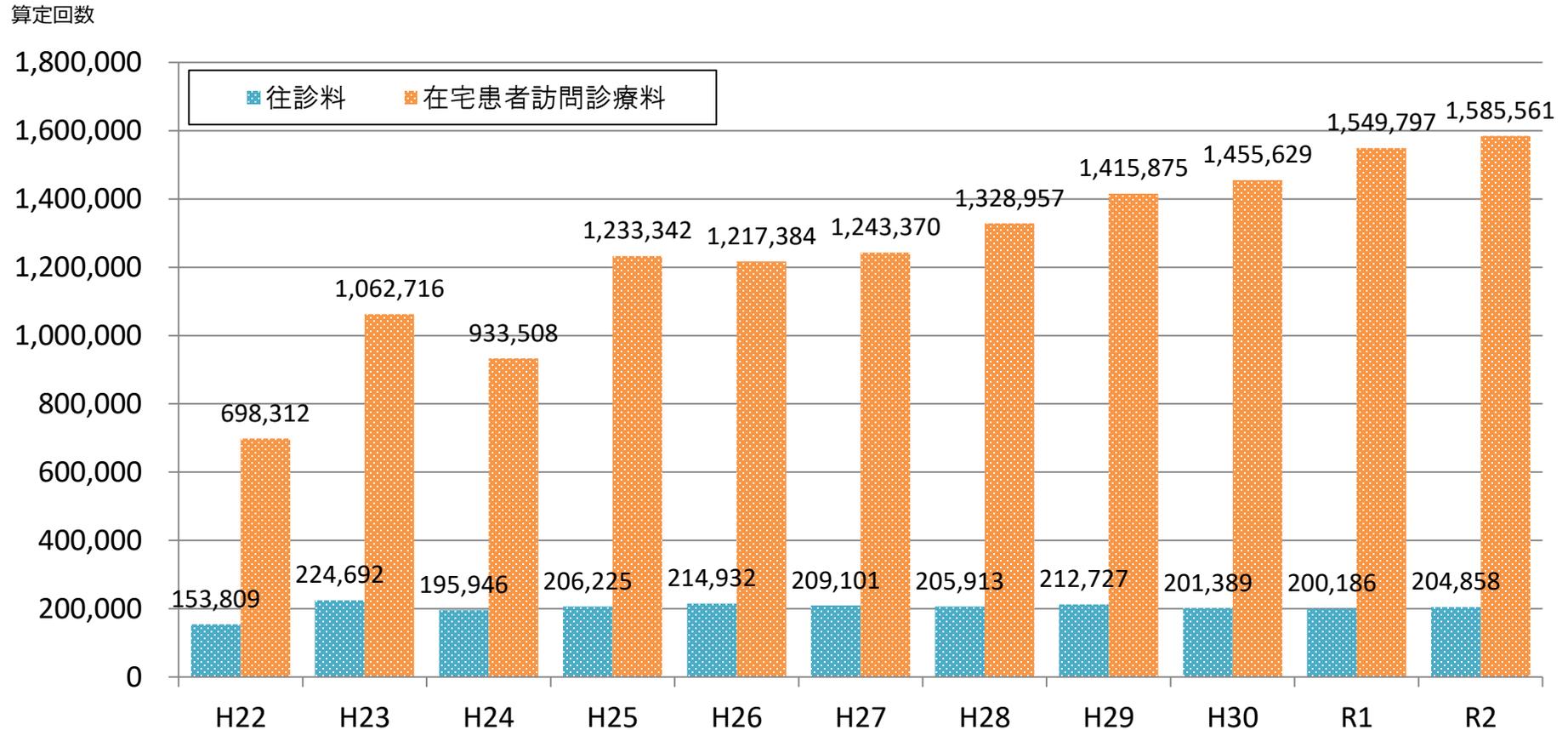
<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



往診料・在宅患者訪問診療料の算定状況

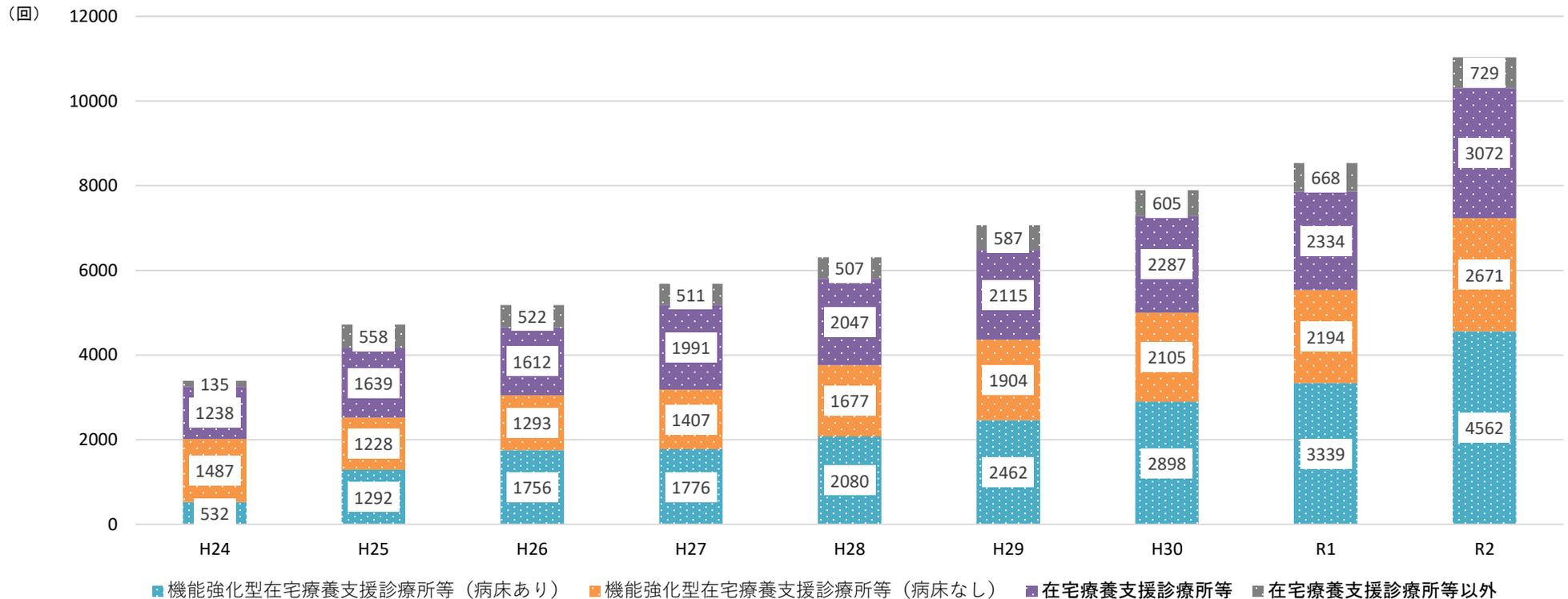
○ 往診料の算定回数は横ばいであり、在宅患者訪問診療料の算定回数は増加傾向である。

＜往診料・在宅患者訪問診療料の算定回数＞



在宅ターミナルケア加算の算定状況

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



参考：（平成27年）

死亡者数：約129万人、死亡場所：自宅12.7%、老人ホーム6.3%
 →自宅＋老人ホームでの死亡者数は約24.5万人
 →1ヶ月当たり2.0万人

出典：厚生労働省「人口動態統計」

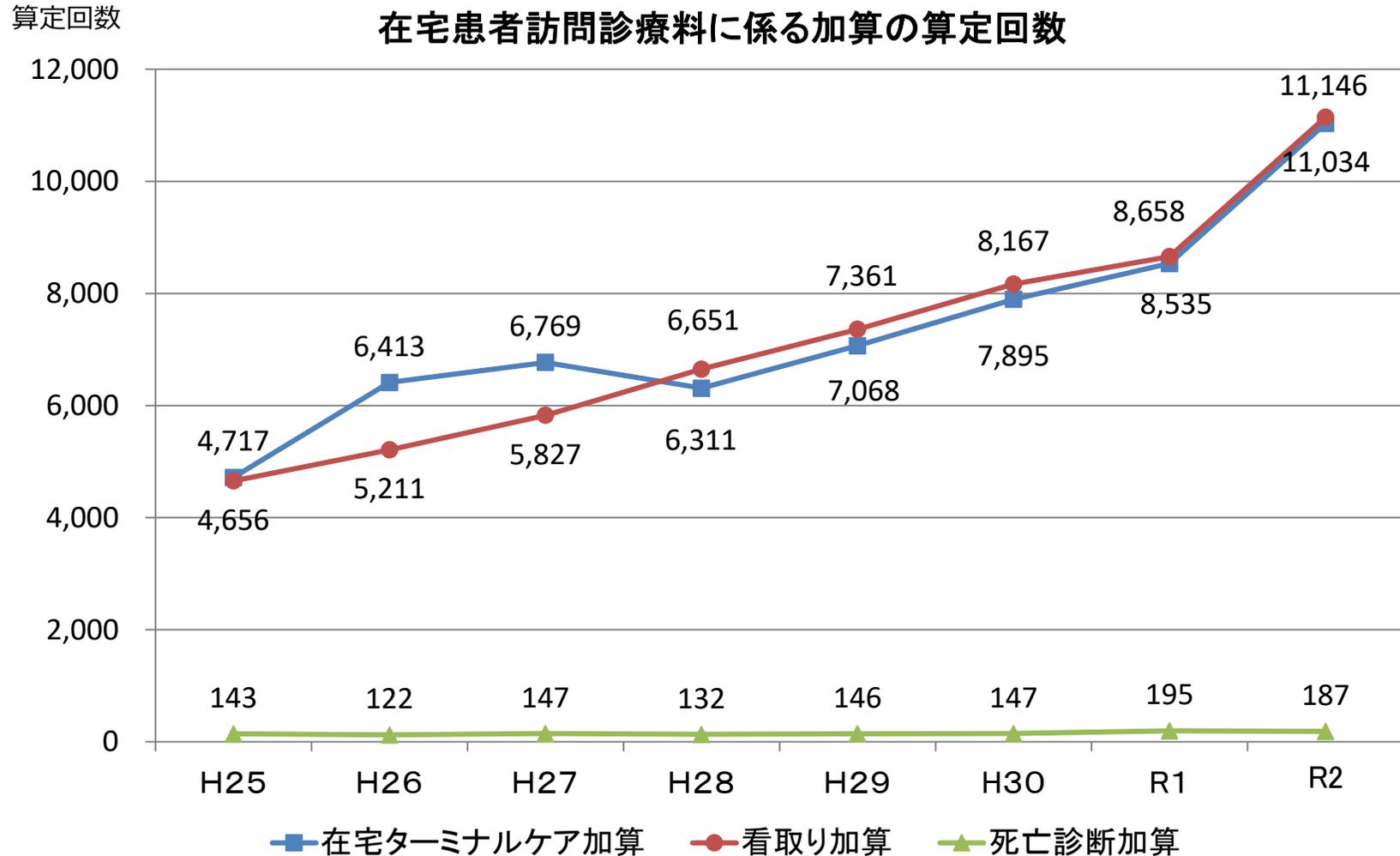
出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

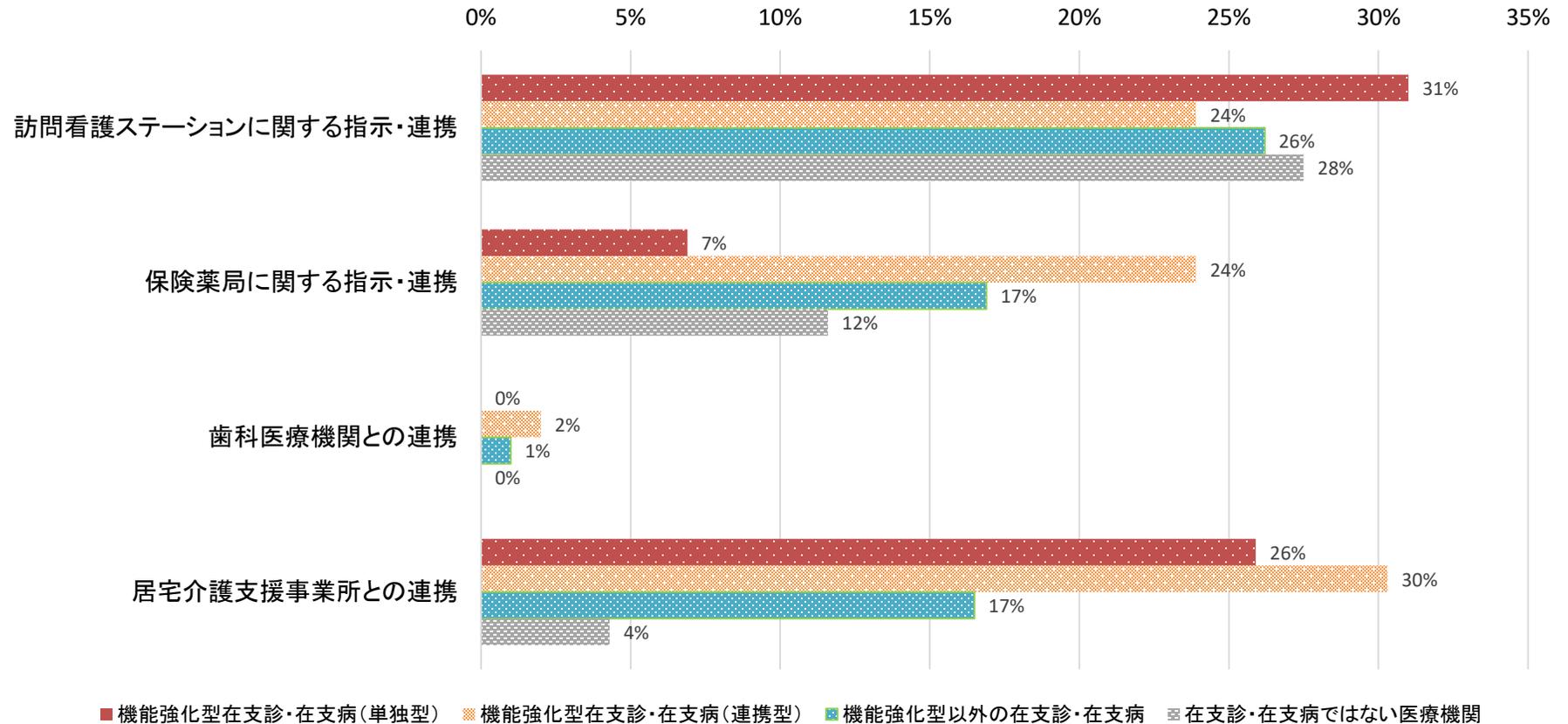
在宅ターミナルケア加算等の算定状況

○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定回数は増加傾向である。



医師が実施している連携等の内容について

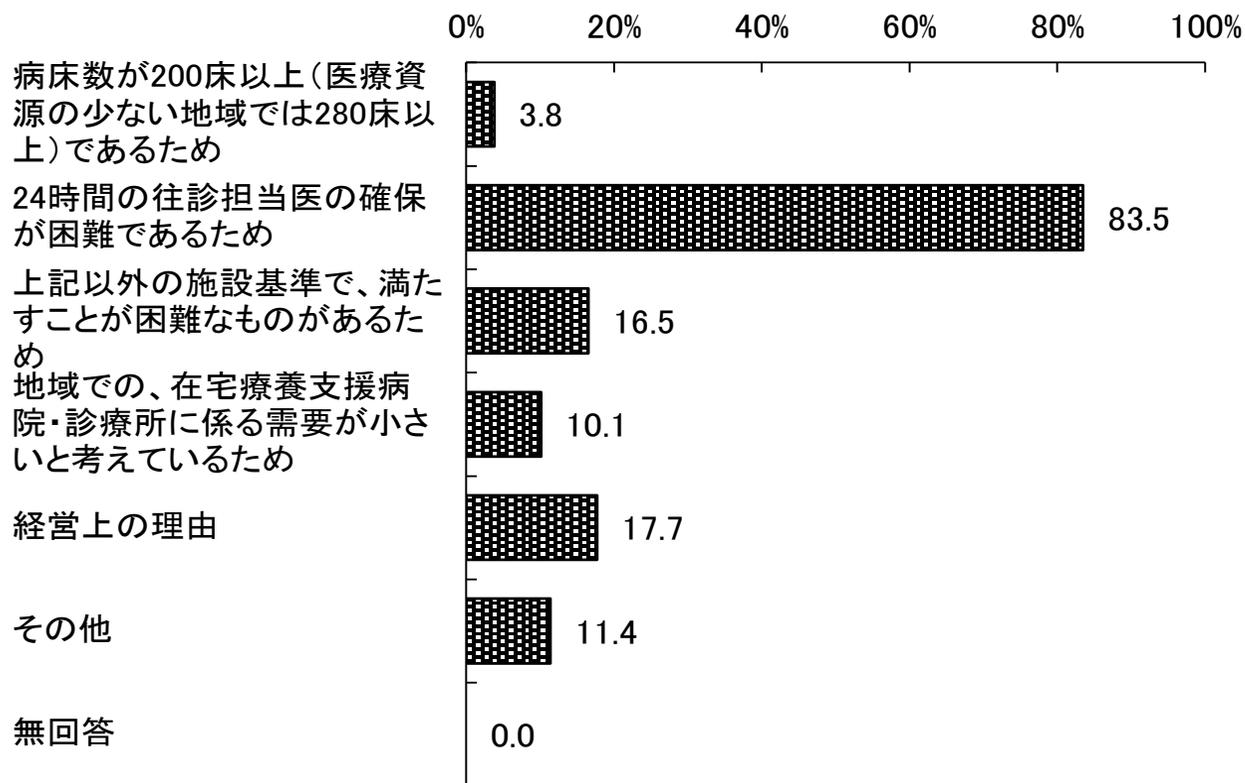
- 各病院・診療所における、医師が実施した連携等の実施状況は以下のとおりであった。
- 「居宅介護支援事業所との連携」については、在宅療養支援診療所・病院においては25～30%の患者に対し提供されており、それ以外の医療機関においては数%程度実施されていた。



在宅療養支援診療所の要件のうち、満たすのが困難な要件

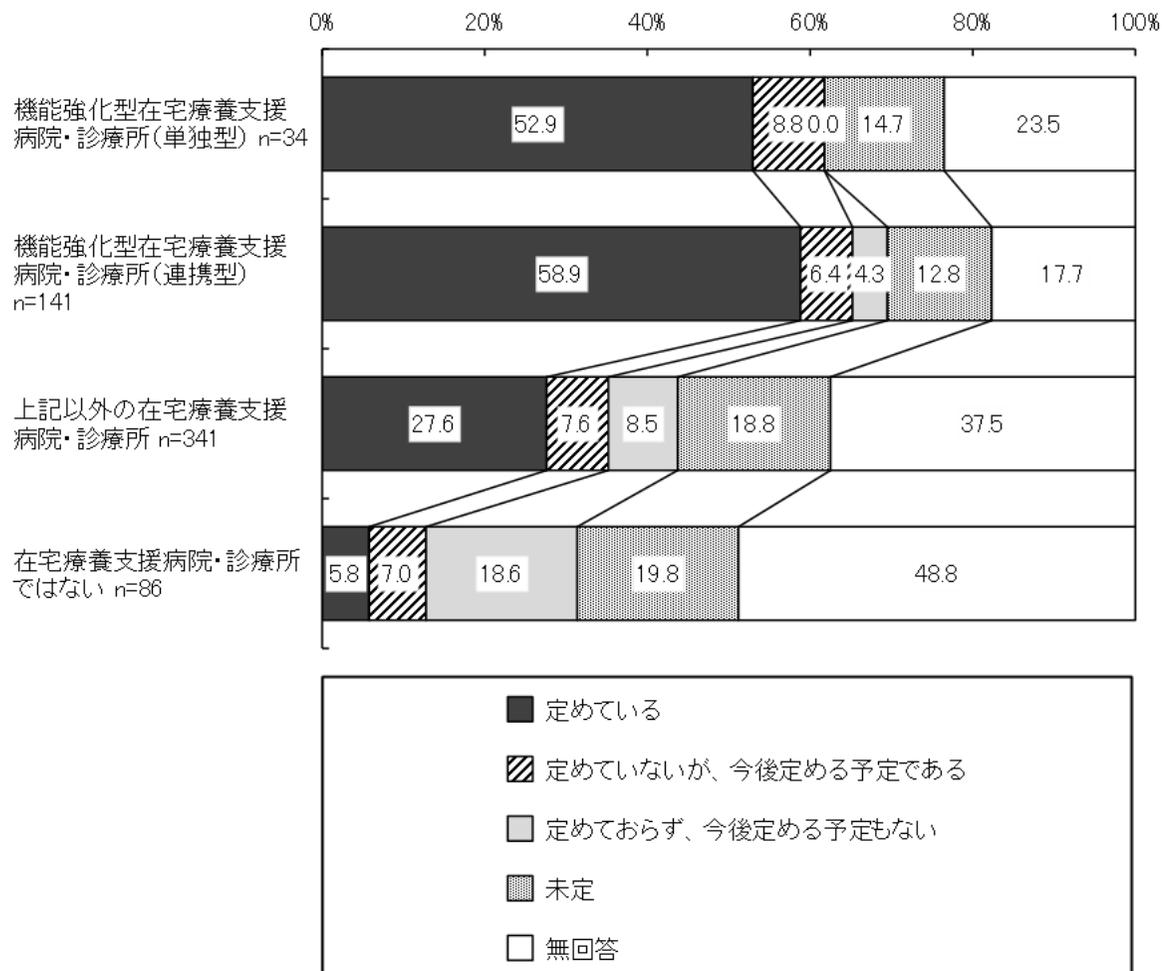
○ 届出を行わない理由について、「24時間の往診担当医の確保が困難であるため」83.5%が最も多かった。

n=79



「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応について

○ 看取りに対する指針の有無についてみると、機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型)、機能強化型在宅療養支援病院・診療所(連携型)、在支病・在支診では「定めている」でそれぞれ52.9%、58.9%、27.6%、在支病・在支診以外では「未定」19.8%が最も多かった。



オンライン在宅管理料等について

在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料

100点(1月につき) (平成30年度診療報酬改定において新設)

[主な算定要件]

ア オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、月1回以上の訪問診療を行っている場合であって、訪問診療を実施した日以外の日にオンライン診療による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診療は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン在宅管理料は算定できない。

イ オンライン診療は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた医学管理のもとで実施すること。

ウ オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、在宅時医学総合管理料を初めて算定した月から3月以上経過し、かつオンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。

エ 患者の同意を得た上で、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。

オ 当該計画に沿って、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係るオンライン診療を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。

カ オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、同一の保険医療機関に所属する5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。

[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料

100点(1月につき)

(平成30年度診療報酬改定において新設)

[主な算定要件]

ア 精神科オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、訪問診療を実施した時間帯以外の時間帯にオンライン診療による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

イ オンライン診療は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた医学管理のもとで実施すること。

ウ 精神科オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、精神科在宅患者支援管理料の算定対象となる患者であって、精神科在宅患者支援管理料を初めて算定した月から3月以上経過し、かつオンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。

エ 患者の同意を得た上で、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。

オ 当該計画に沿って、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係るオンライン診療を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。

カ オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、精神科在宅患者支援管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が同一の保険医療機関に所属する5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。

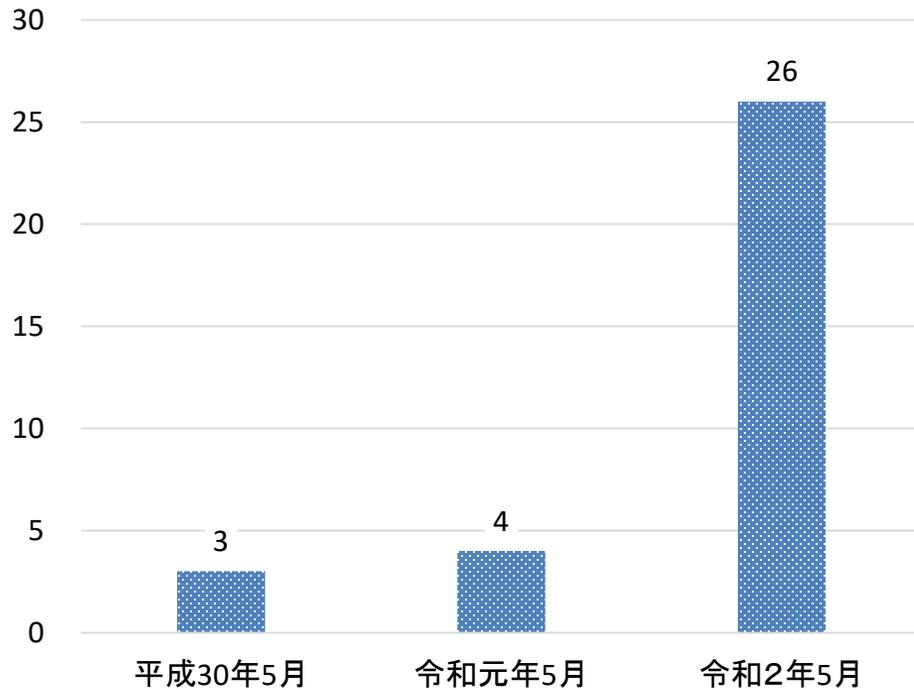
[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

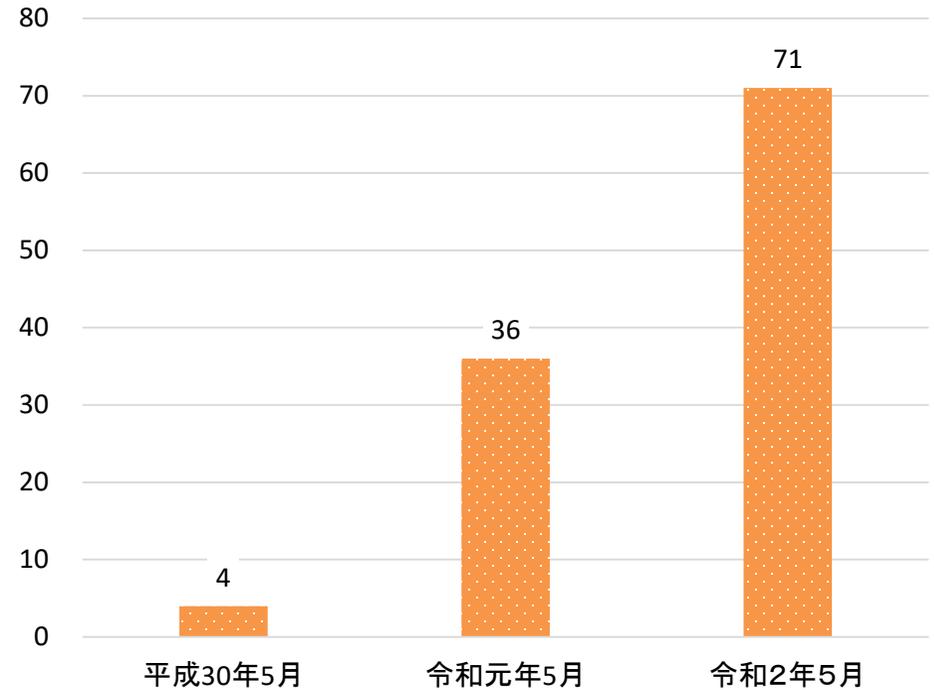
オンライン在宅管理料の算定状況

○ オンライン在宅管理料の算定医療機関数及び算定回数については、いずれも増加している。

オンライン在宅管理料 の算定医療機関数の推移



オンライン在宅管理料 算定回数の推移



遠隔モニタリング加算について

在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 150点(1月につき)

(平成30年度診療報酬改定において新設)

[算定要件]

- ア 日本呼吸器学会「COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン」の病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。
- イ 患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院を促す等の対応を行う。なお、当該モニタリングの開始に当たっては、患者やその家族等に対し、情報通信機器の基本的な操作や緊急時の対応について十分に説明する。
- ウ 当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた臨床所見等及び行った指導内容を診療録に記載すること。
- エ 療養上必要な指導はビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って行うこと。なお、当該診療に関する費用は当該加算の所定点数に含まれており、別に区分番号「A003」オンライン診療料を算定することはできない。

[主な施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。



在宅酸素療法



持続陽圧呼吸療法

出典：日本呼吸器学会HP

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 150点(1月につき)

(平成30年度診療報酬改定において新設)

[算定要件]

- ア 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法(CPAP)を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態を踏まえた療養方針について診療録に記載した場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。
- イ 患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院を促す等の対応を行う。
- ウ 当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。
- エ 療養上必要な指導は電話又はビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて行う。当該情報通信機器を用いて行う場合は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って行うこと。なお、当該診療に関する費用は当該加算の所定点数に含まれており、別に区分番号「A003」オンライン診療料を算定することはできない。

[主な施設基準]

- (1) リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いて指導を行う場合は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

継続診療加算について

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(平成30年度診療報酬改定において新設)

継続診療加算

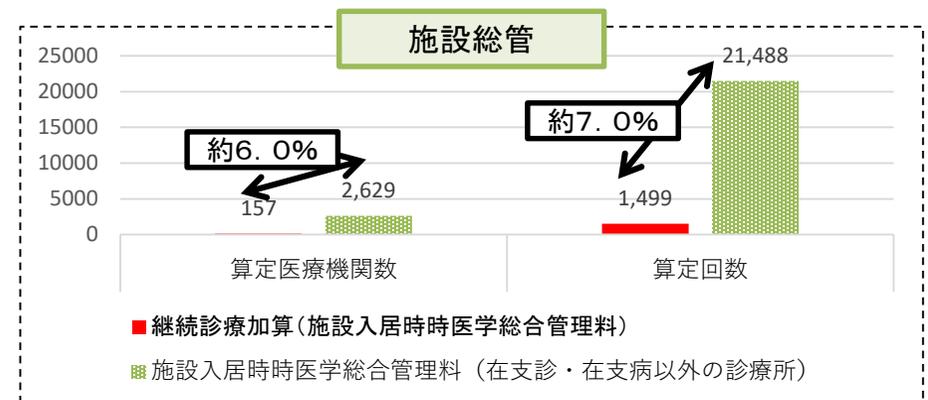
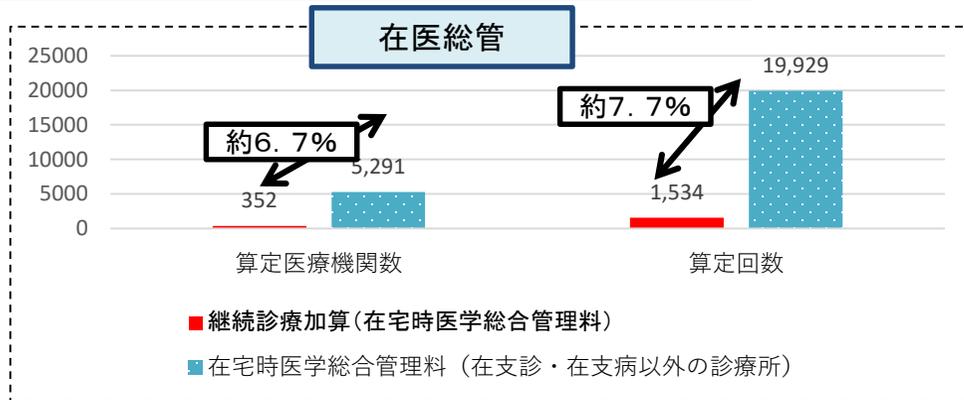
216点(1月に1回)

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

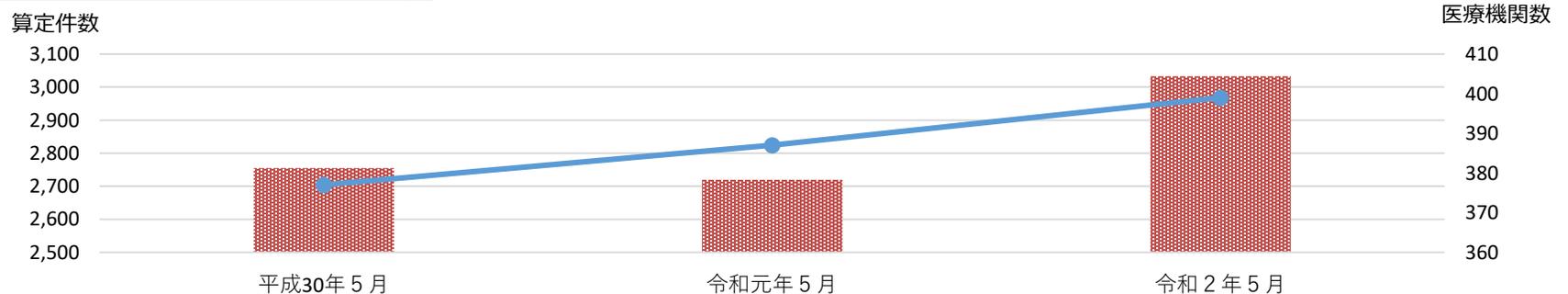
[主な算定要件]

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

●継続診療加算等の算定状況(令和2年5月診療分)



●継続診療加算の年次推移(各年5月)

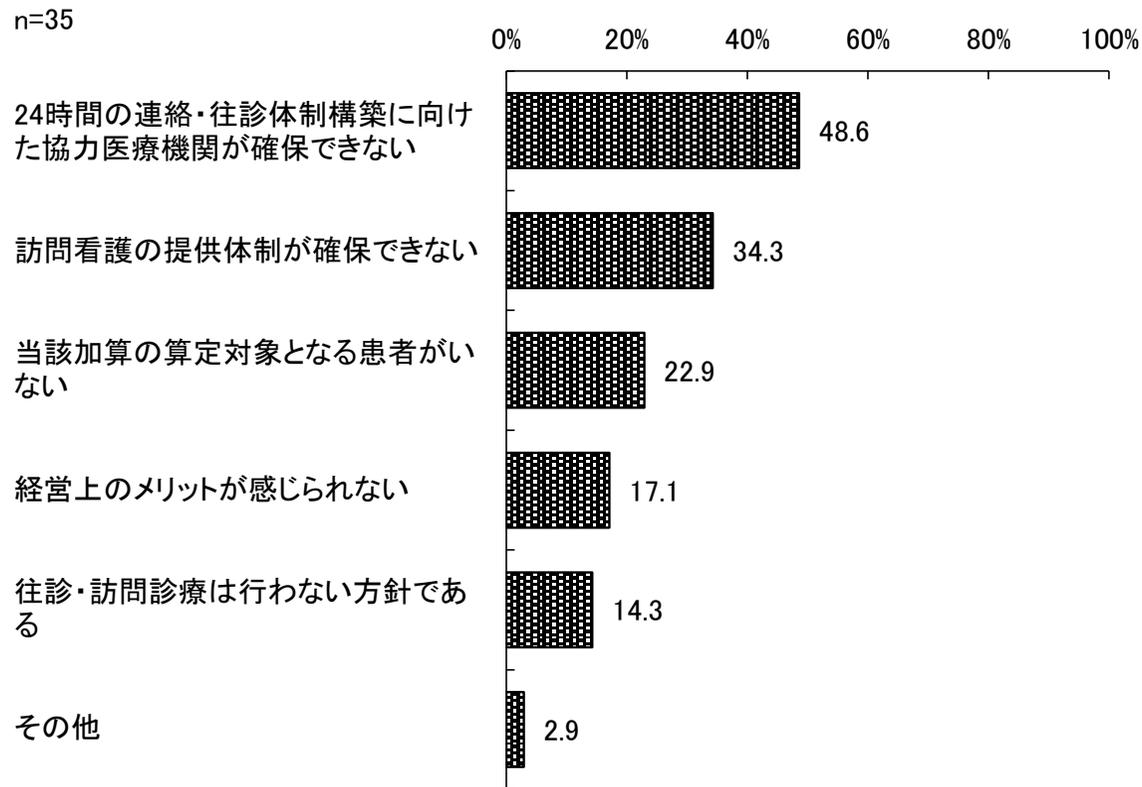


■ 件数 — 医療機関数

継続診療加算について

○ 継続診療加算を算定していない理由は以下のとおりであり、最も多いものは、「24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない」であった。

継続診療加算を算定していない理由



在宅医療についての課題と論点

(在宅医療を取りまく現状について)

- ・ 在宅医療については、高齢化の進展及び地域医療構想による病床の機能分化・連携により、需要が大幅に増加することが見込まれている。
- ・ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。場所別の死亡者数をみると、近年は多くの方が「病院」で亡くなっているが、「最期を迎えたい場所」については、「自宅」が最も多い。
- ・ 在宅医療の体制構築に係る指針において、在宅医療において積極的役割を担う医療機関は「多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供」、「医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援」を行うことが望ましいとされている。また、医師会や市町村等の在宅医療に必要な連携を担う拠点は、「関係機関の連携による24時間体制の構築」を行うこととされている。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業において、市町村は、「地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う」こととされている。
- ・ 医療計画において、訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定を各都道府県が行うこととされているが、現状の数が目標値に達していない都道府県が存在する。
- ・ 在宅医療の関係者会議において、「地域の病院と在宅医療との水平連携が不足している」、「かかりつけ医の在宅医療への参画等、在宅医療推進を支える体制が不十分である」、「医師会等関係団体と行政との連携が進んでいない地域がある」、「行政担当者が在宅医療について知らないことがある」等の在宅医療についての課題が指摘されている。

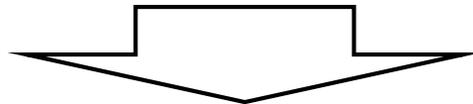
在宅医療についての課題と論点

(在宅医療領域における取組等について)

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業において、各市町村により、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組が進められている。取組例として「主治医・副主治医制の導入」がある。
- ・ 都道府県により、居宅等の医療の提供に関する事業が行われている。事業例として、「訪問診療医のグループや急変時受入医療機関による連携に向けた情報交換会を実施する場合の経費を支援」等がある。
- ・ 緩和ケアのうち、在宅緩和ケアは、訪問診療・看護・介護を中心として行われる。
- ・ 特に、小児に対する緩和ケアにおいては、成人の緩和ケアとの違いが指摘されている。

(在宅医療に係る診療報酬上の評価について)

- ・ 平成18年度診療報酬改定において、高齢者が住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送り、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、在宅療養支援診療所を新設した。新設後、届出医療機関数は増加傾向であったが、近年は概ね横ばいとなっている。在宅療養支援診療所の届出を行わない理由として「24時間の往診担当医の確保が困難であるため」が最も多かった。
- ・ 平成30年度診療報酬改定において、在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価として、継続診療加算を新設した。算定回数は平成30年と比較して令和2年は増加していた。継続診療加算を算定していない理由として「24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない」が最も多かった。



【論点】

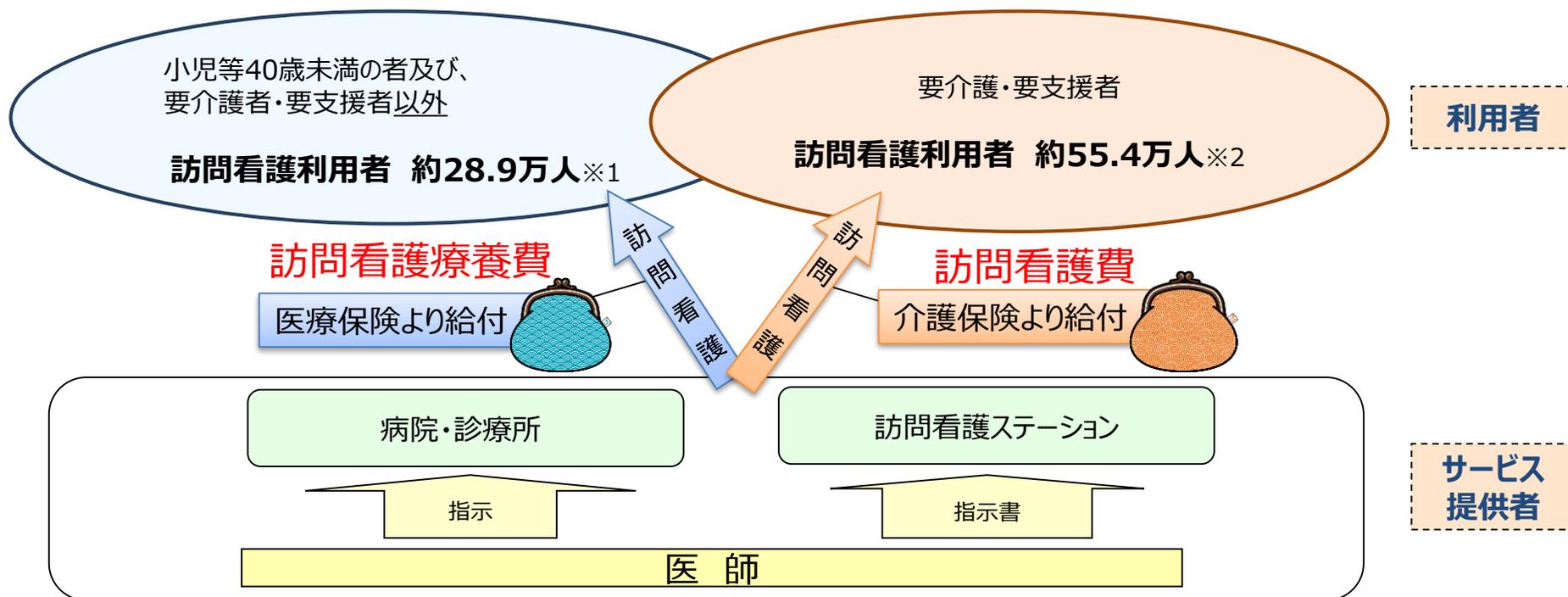
- 今後、在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、在宅医療を担う医療機関と市町村・医師会との連携、及び、医療・介護の切れ目のない提供体制の構築等を推進し、質の高い在宅医療を十分な量提供できるようにするため、診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

在宅(その1)

訪問看護について

訪問看護の仕組み

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



訪問看護の報酬体系

訪問看護基本療養費			在宅患者訪問看護・指導料		
【訪問看護ステーション】			【医療機関】		
訪問看護基本療養費 (I)	(週3日目まで) (週4日目以降)	5,550 円 6,550 円	在宅患者 訪問看護・指導料	(週3日目まで) (週4日目以降)	580 点 680 点
※准看護師の場合は基本療養費-500円、在宅患者訪問看護・指導料-50点 ※理学療法士等の場合は日数によらず5,550円 ※専門性の高い看護師による訪問(緩和ケア、褥瘡ケア、人工肛門・人工膀胱ケア)は、月1回まで12,850円又は1,285点					
訪問看護基本療養費 (II)	2人まで (週3日目まで) (週4日目以降) 3人以上 (週3日目まで) (週4日目以降)	5,550 円 6,550 円 2,780 円 3,280 円	同一建物居住者 訪問看護・指導料	2人まで (週3日目まで) (週4日目以降) 3人以上 (週3日目まで) (週4日目以降)	580 点 680 点 293 点 343 点
※准看護師の場合は基本療養費-500円、在宅患者訪問看護・指導料-50点(3人以上は-250円、-25点) ※理学療法士等の場合は日数によらず5,550円(3人以上は2,780円) ※専門性の高い看護師による訪問(緩和ケア、褥瘡ケア、人工肛門・人工膀胱ケア)は、月1回まで12,850円又は1,285点					
+					
訪問看護管理療養費	(月の初日) 機能強化型1 機能強化型2 機能強化型3 機能強化型以外 (2日目以降)	12,530 円 9,500 円 8,470 円 7,440 円 3,000 円			
訪問看護基本療養費(III)	(入院中1回又は2回)	8,500 円	退院前訪問指導料	(入院中1回又は2回)	580 点
※在宅療養に備えて一時的に外泊をしている入院中の患者(基準告示第2の2に規定する者に限る)に対して訪問看護を行う場合(准看護師でも同額)					
訪問看護ターミナルケア療養費 1		25,000 円	在宅ターミナルケア加算	(看取り介護加算等算定なしの場合)	2,500 点
訪問看護ターミナルケア療養費 2		10,000 円		(看取り介護加算等算定ありの場合)	1,000 点
訪問看護情報提供療養費 1	(月1回)	1,500 円			
訪問看護情報提供療養費 2	(年度1回+入学月等)	1,500 円			
訪問看護情報提供療養費 3	(月1回)	1,500 円			
難病等複数回訪問看護加算、緊急訪問看護加算、特別管理加算 等			難病等複数回訪問看護加算、緊急訪問看護加算、特別管理加算 等		

同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し

➤ 効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数回の訪問看護、複数名による訪問看護を行う場合の加算について、評価体系を見直す。

難病等複数回訪問加算等の見直し

現行	改定後
【難病等複数回訪問加算】 1日に2回の場合 4,500円 1日に3回以上 8,000円	【難病等複数回訪問加算】 イ 1日に2回の場合 (1) 同一建物内1人 4,500円 (2) 同一建物内2人 4,500円 (3) 同一建物内3人以上 4,000円 ロ 1日に3回以上 (1) 同一建物内1人 8,000円 (2) 同一建物内2人 8,000円 (3) 同一建物内3人以上 7,200円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、精神科基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算についても同様

同一建物居住者の人数の明確化

➤ 同一建物居住者に係る区分の算定方法を明確化する

改定後

【基本療養費】

同一建物居住者に係る人数については、同一日に訪問看護基本療養費を算定する利用者数と精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者数とを合算した人数とすること。

【難病等複数回訪問加算と精神科複数回訪問加算】

同一建物内において、難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算(1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。

【複数名訪問看護加算と複数名精神科訪問看護加算】

同一建物内において、複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算(同時に指定訪問看護を実施する職種及び1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。

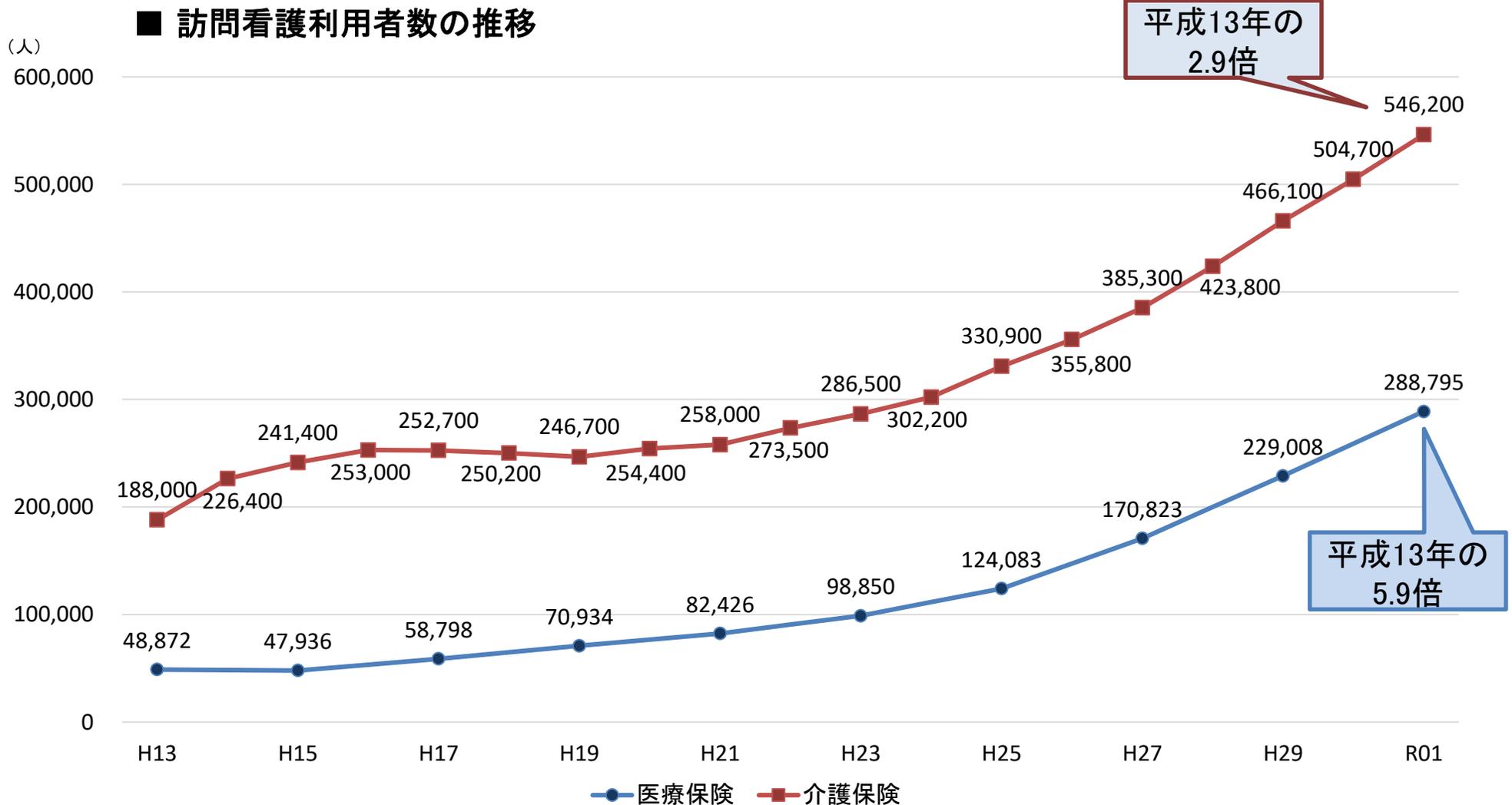
複数名訪問看護加算等の見直し

現行	改定後
【複数名訪問看護加算】 イ 看護師等 4,500円 ロ 准看護師 3,800円 ハ 看護補助者(二以外) 3,000円 ニ 看護補助者(別表7・8、特別指示) (1) 1日に1回の場合 3,000円 (2) 1日に2回の場合 6,000円 (3) 1日に3回以上の場合 10,000円	【複数名訪問看護加算】 イ 看護師等 (1) 同一建物内1人 4,500円 (2) 同一建物内2人 4,500円 (3) 同一建物内3人以上 4,000円 ロ 准看護師 (1) 同一建物内1人 3,800円 (2) 同一建物内2人 3,800円 (3) 同一建物内3人以上 3,400円 ハ 看護補助者(二以外) (1) 同一建物内1人 3,000円 (2) 同一建物内2人 3,000円 (3) 同一建物内3人以上 2,700円 ニ 看護補助者(別表7・8、特別指示) (1) 1日に1回の場合 ① 同一建物内1人 3,000円 ② 同一建物内2人 3,000円 ③ 同一建物内3人以上 2,700円 (2) 1日に2回の場合 ① 同一建物内1人 6,000円 ② 同一建物内2人 6,000円 ③ 同一建物内3人以上 5,400円 (3) 1日に3回以上の場合 ① 同一建物内1人 10,000円 ② 同一建物内2人 10,000円 ③ 同一建物内3人以上 9,000円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様

訪問看護利用者数の推移

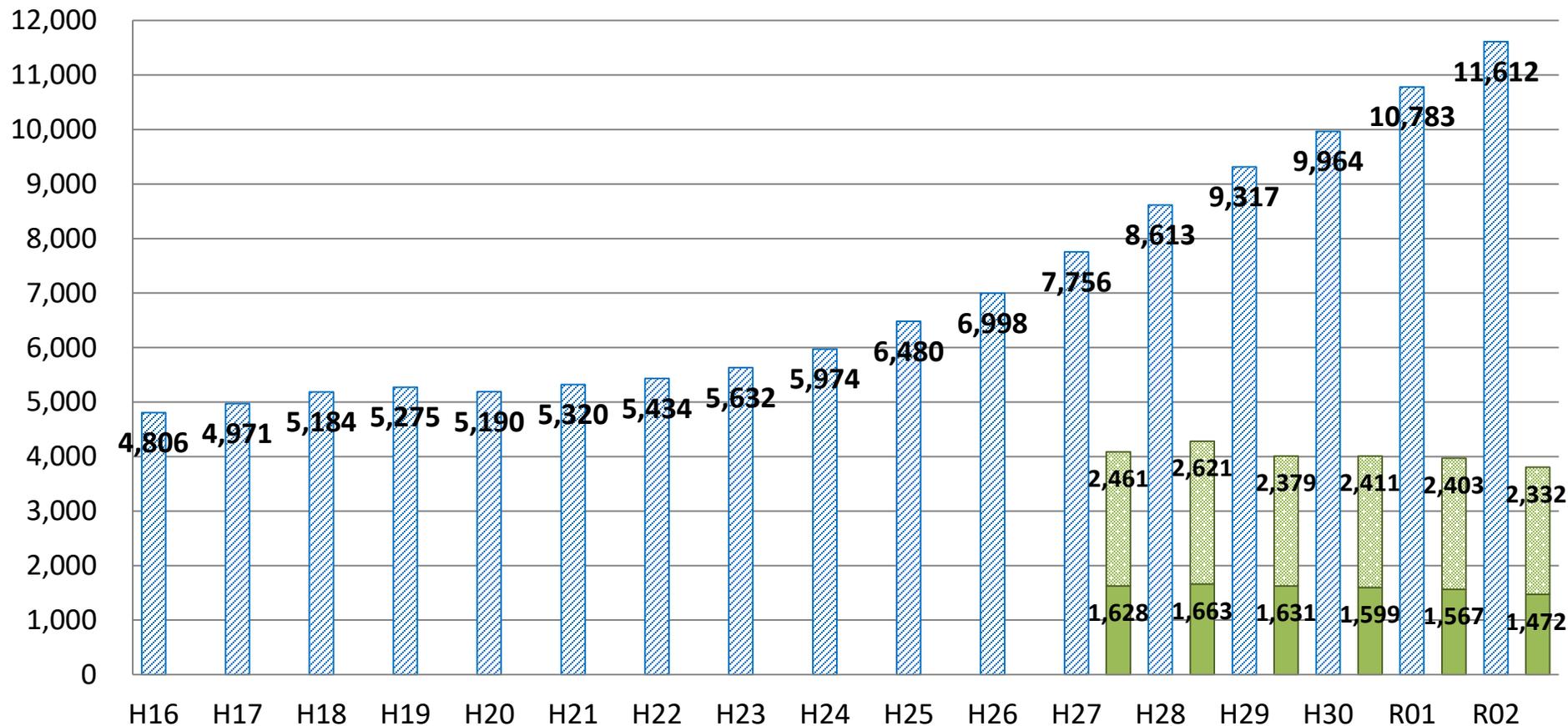
○ 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加傾向



訪問看護ステーション数及び訪問看護を行う医療機関数の年次推移

○ 訪問看護ステーションは増加傾向、訪問看護を行う病院・診療所は横ばい。

■ 医療保険の訪問看護ステーション数及び医療保険の訪問看護を行う医療機関数



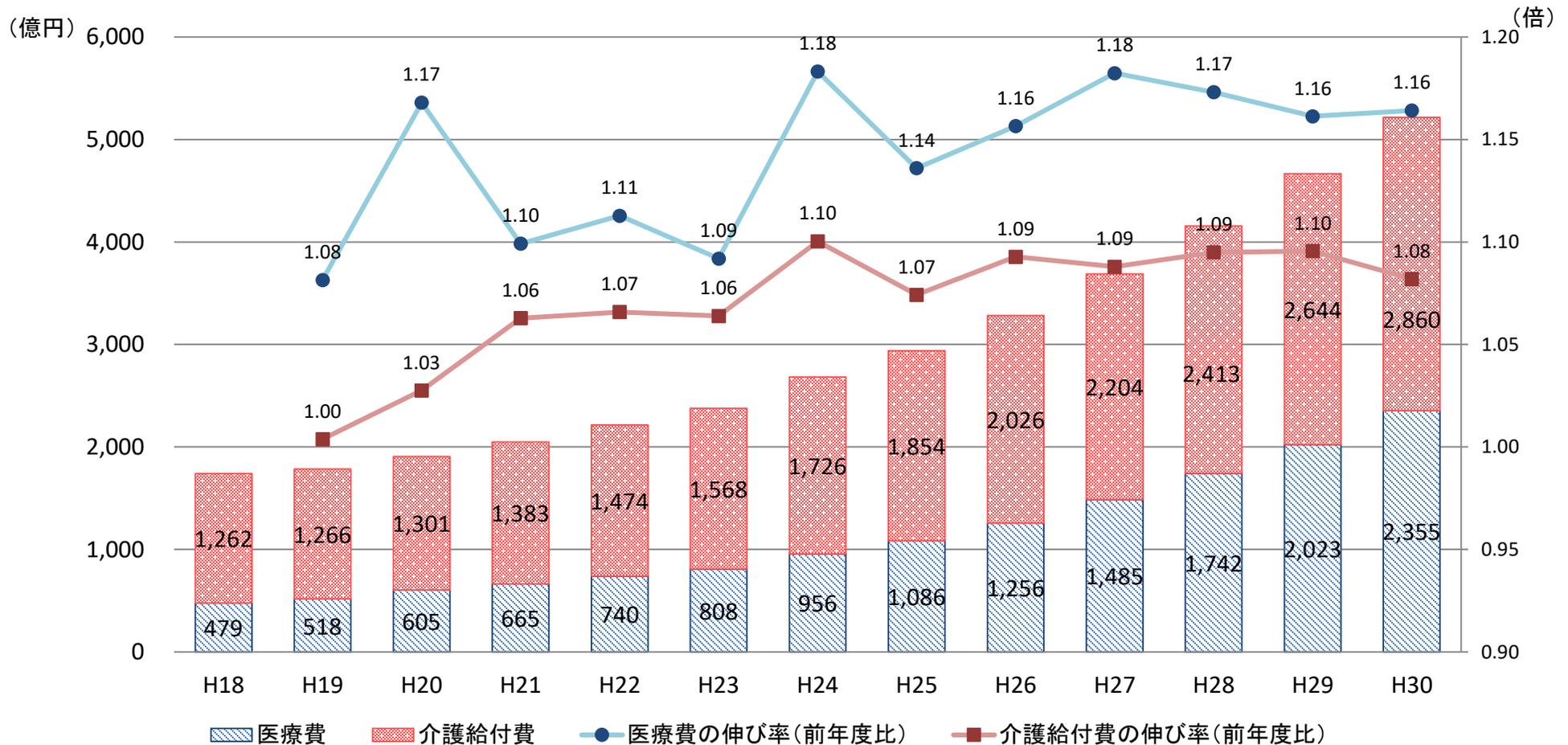
■ 医療保険の訪問看護事業所 ■ 医療保険の訪問看護を行う病院(※) ■ 医療保険の訪問看護を行う診療所(※)

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移

○ 訪問看護ステーションの利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加しており、医療費の伸び率が大きい。

■ 訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移



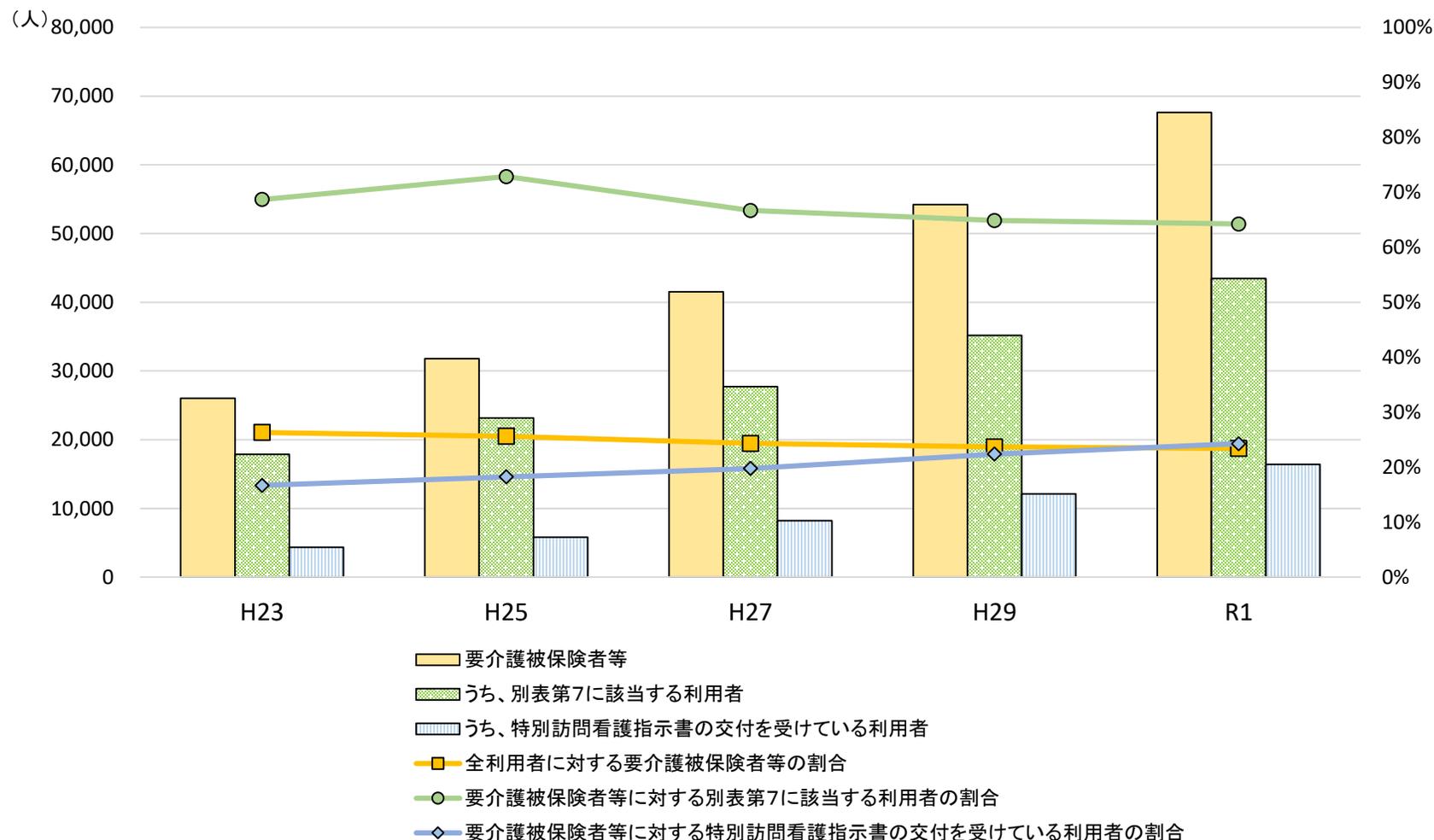
【出典】国民医療費の概況(平成18～30年度)、介護給付費実態調査(平成18～令和元年度)

※ 医療費…健康保険、後期高齢者医療制度、公費負担医療、自費
介護給付費…訪問看護費・介護予防訪問看護費

医療保険の訪問看護利用者における要介護被保険者等の状況

- 医療保険における訪問看護ステーションの利用者に対する要介護被保険者等の割合は横ばい。
- そのうち、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者の割合は増加傾向。

■ 訪問看護ステーションの利用者における、要介護被保険者等、別表第7該当者、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者数及び割合の推移

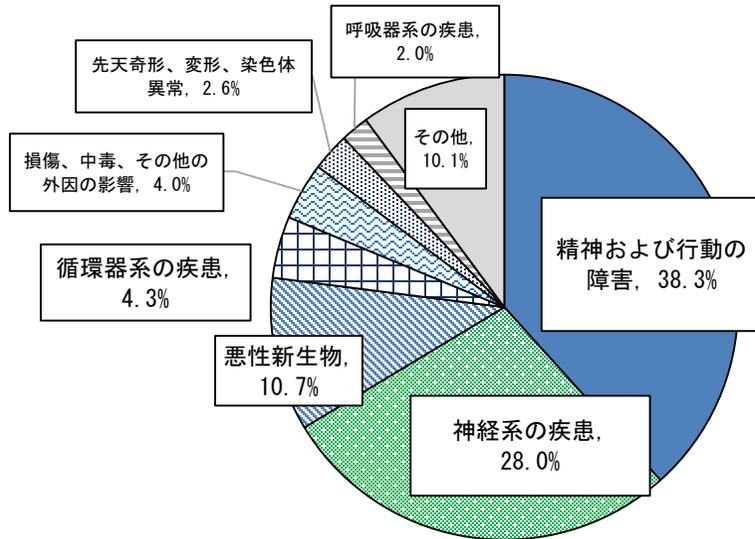


訪問看護ステーション利用者の状態

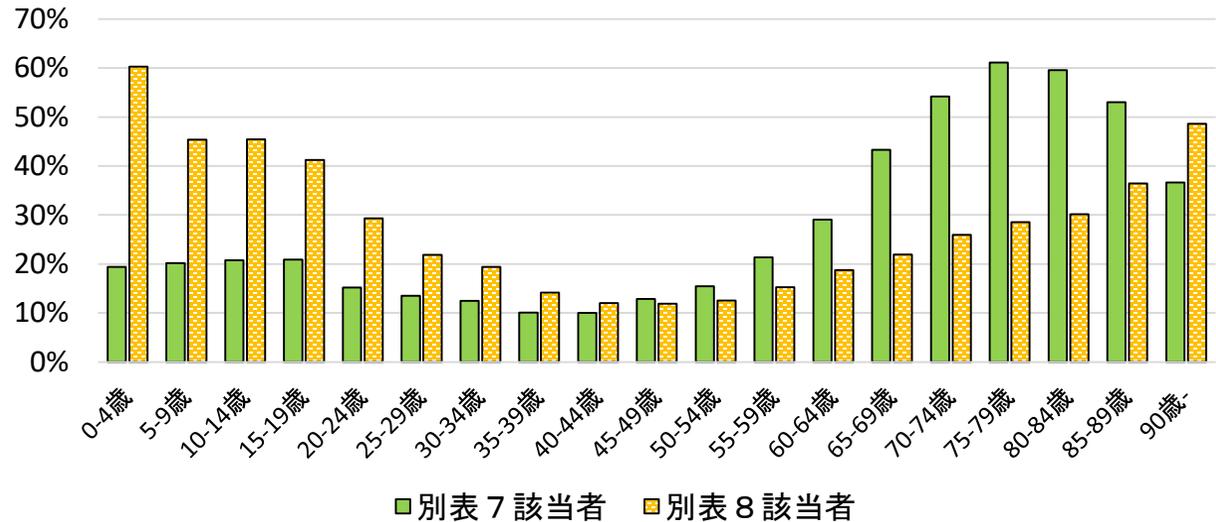
○ 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く、「神経系の疾患」「悪性新生物」を含めると、75%以上を占める。

○ 訪問看護利用者における別表7の該当者は70～80歳代、別表8の該当者は小児と高齢者において割合が高い。

■ 訪問看護利用者の主傷病



■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



<別表第7>

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※要介護被保険者等にかかわらず医療保険での訪問看護が可能。算定日数制限なし。

<別表第8>

1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理

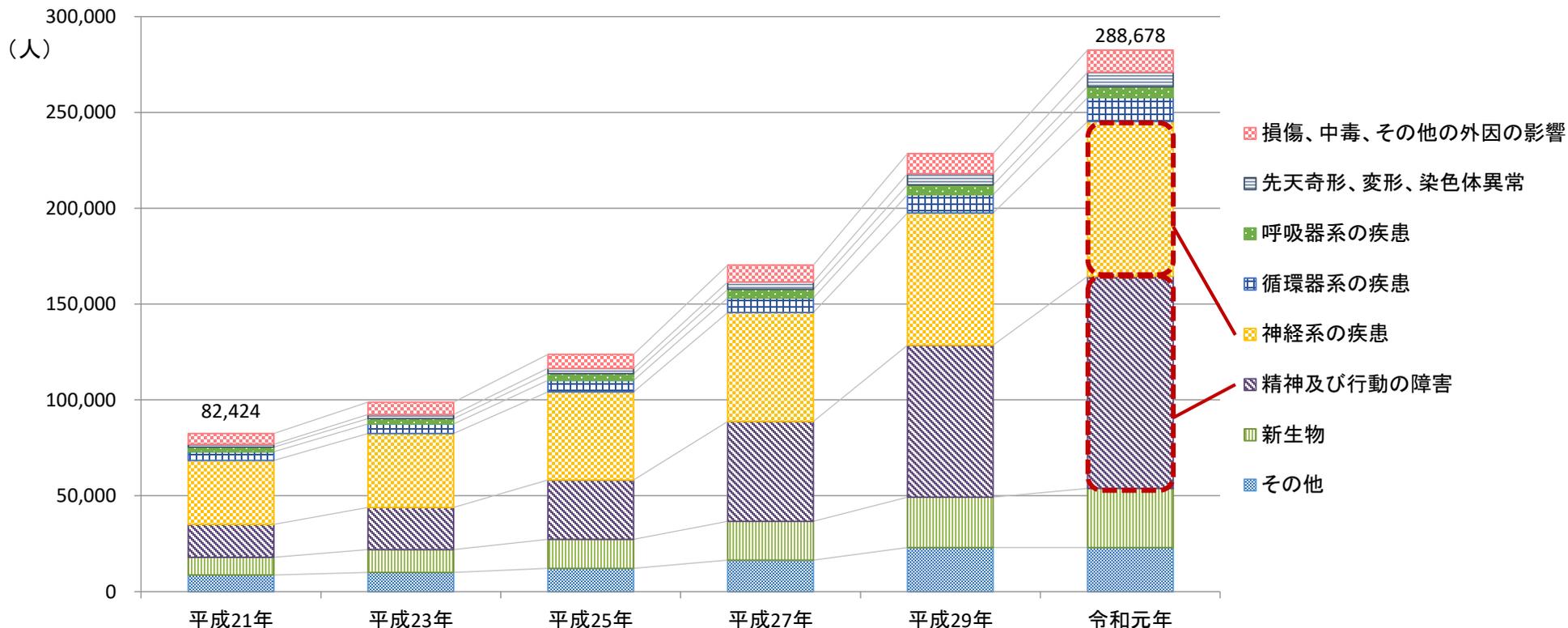
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

※算定日数制限なし。

訪問看護ステーション利用者の主傷病の推移

○ 訪問看護ステーション利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が年々増加しており、増加率も最も大きい。

■ 傷病分類※(主傷病)別利用者数の推移



■ 傷病分類別の増加率

	新生物	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	先天奇形、変形、染色体異常	損傷、中毒、その他の外因の影響
R01/H21年比	3.33	6.42	2.43	2.70	2.33	5.32	2.04
R01/H29年比	1.17	1.40	1.17	1.30	1.12	1.30	1.10

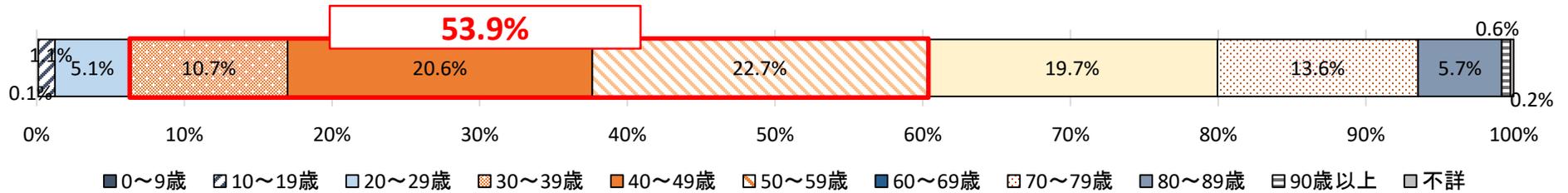
【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計)

※傷病分類(主傷病)は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

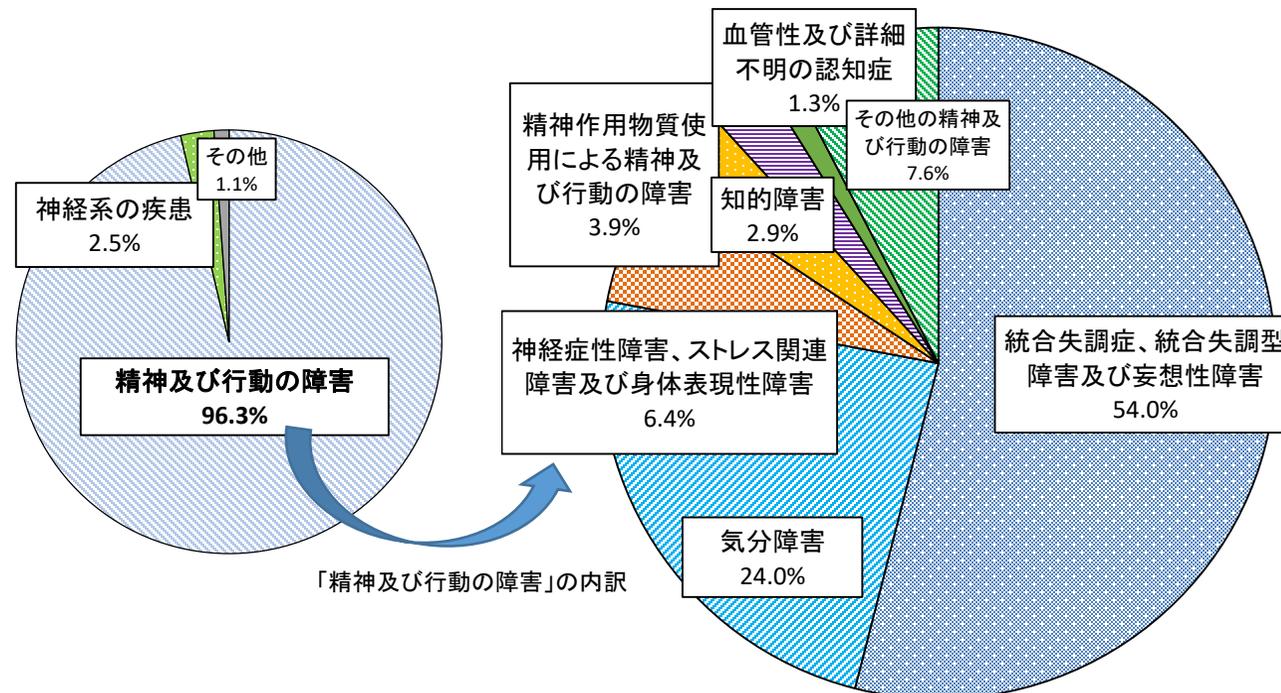
精神科訪問看護の利用者の状況

- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者のうち、30～50歳代の利用者が半数以上を占めている。
- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病うち、最も多いのは統合失調症等である。

■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の年齢階級別内訳



■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病別内訳

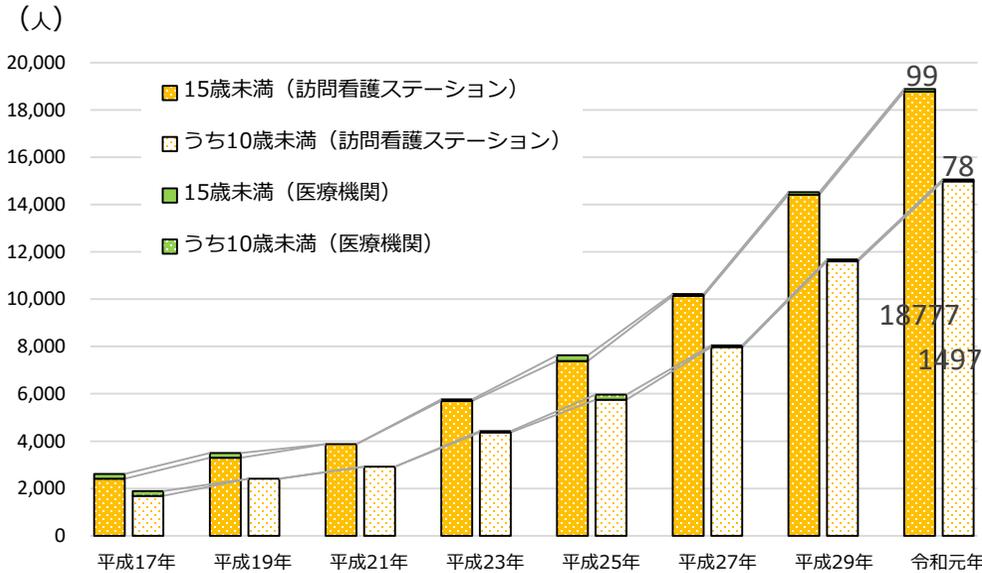


「精神及び行動の障害」の内訳

小児の訪問看護利用者の状況

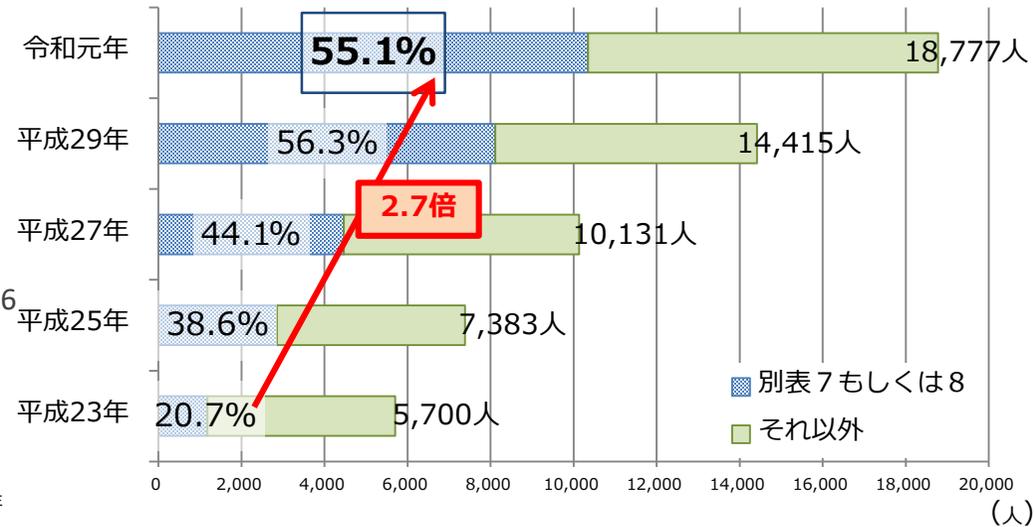
- 訪問看護を受ける小児(15歳未満)の利用者数は増加しており、近年増加傾向が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア(基準告示第2の1)に該当する者の割合は、平成23年に比べて令和元年は約2.7倍である。

■小児の訪問看護利用者数の推移



【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成 (各年6月審査分より推計)
社会医療診療行為別統計 (調査) (各年6月審査分)

■小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第2の1に該当する者※1,2の割合 (訪問看護ステーションのみ)



【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成 (各年6月審査分より推計)

※1：別表第7

- | | |
|--------------|----------------|
| 末期の悪性腫瘍 | プリオン病 |
| 多発性硬化症 | 亜急性硬化性全脳炎 |
| 重症筋無力症 | ライソゾーム病 |
| スモン | 副腎白質ジストロフィー |
| 筋萎縮性側索硬化症 | 脊髄性筋萎縮症 |
| 脊髄小脳変性症 | 球脊髄性筋萎縮症 |
| ハンチントン病 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群 |
| パーキンソン病関連疾患 | 頸髄損傷 |
| 多系統萎縮症 | 人工呼吸器を使用している状態 |

※2：別表第8

- | | |
|---|---------------------------|
| 1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者 | 在宅人工呼吸指導管理 |
| 2 以下のいずれかを受けている状態にある者 | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 |
| 在宅自己腹膜灌流指導管理 | 在宅自己疼痛管理指導管理 |
| 在宅血液透析指導管理 | 在宅肺高血圧症患者指導管理 |
| 在宅酸素療法指導管理 | 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 |
| 在宅中心静脈栄養法指導管理 | 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者 |
| 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 |
| 在宅自己導尿指導管理 | |

訪問看護提供体制の充実

機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し

- 機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置基準について、より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、看護職員の割合を要件に加え、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現行	改定後
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費】</p> <p>[施設基準]</p> <p>機能強化型1</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護職員 7人以上 <p>機能強化型2</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護職員 5人以上 <p>機能強化型3</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護職員 4人以上 	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費】</p> <p>[施設基準]</p> <p>機能強化型1</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護職員 7人以上 <u>(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)</u> <u>看護職員 6割以上</u>※ <p>機能強化型2</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護職員 5人以上 <u>(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)</u> <u>看護職員 6割以上</u>※ <p>機能強化型3</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護職員 4人以上 <u>看護職員 6割以上</u>※ <p>[経過措置] (看護職員割合の要件について)</p> <p>令和2年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。</p>

※ 看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)の割合は、看護師等(看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)に占める看護職員の割合を指す。(人員配置に係る基準のみ抜粋)

訪問看護提供体制の充実

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※1	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤7人以上（ 1人は常勤換算可 ）、 6割以上	5人以上（ 1人は常勤換算可 ）、 6割以上	4人以上、 6割以上
24時間対応	 24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施 		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者 or 複数の訪看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか ・ターミナル 前年度 20件以上 ・ターミナル 前年度 15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度 15件以上 ・ターミナル 前年度 10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画を作成 ・特定相談支援事業所 or 障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 + サービス等利用計画 or 障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施（望ましい）		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上

※1 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない場合は、7,440円。

※2 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合。令和3年3月末までの経過措置あり。

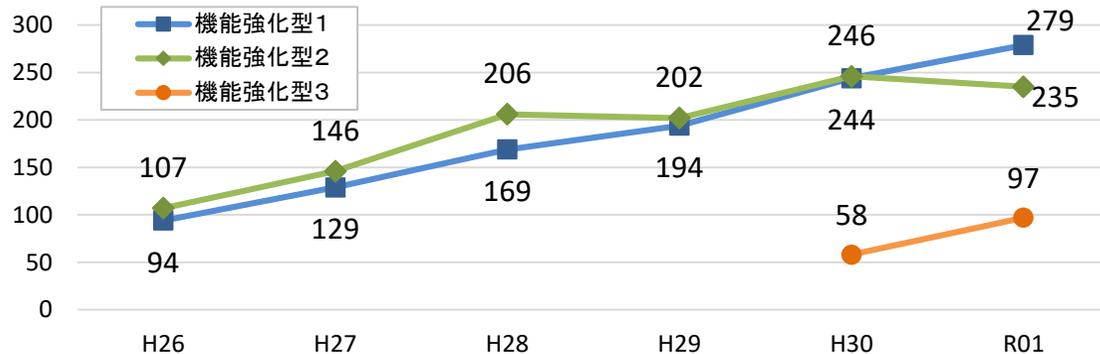
※3 重症児の受入れ数は、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数。

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和元年7月時点で機能強化型1が279事業所、機能強化型2が235事業所、機能強化型3が97事業所である。
- 全都道府県において届出があり、特に大都市部で届出が多い傾向がある。

機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移

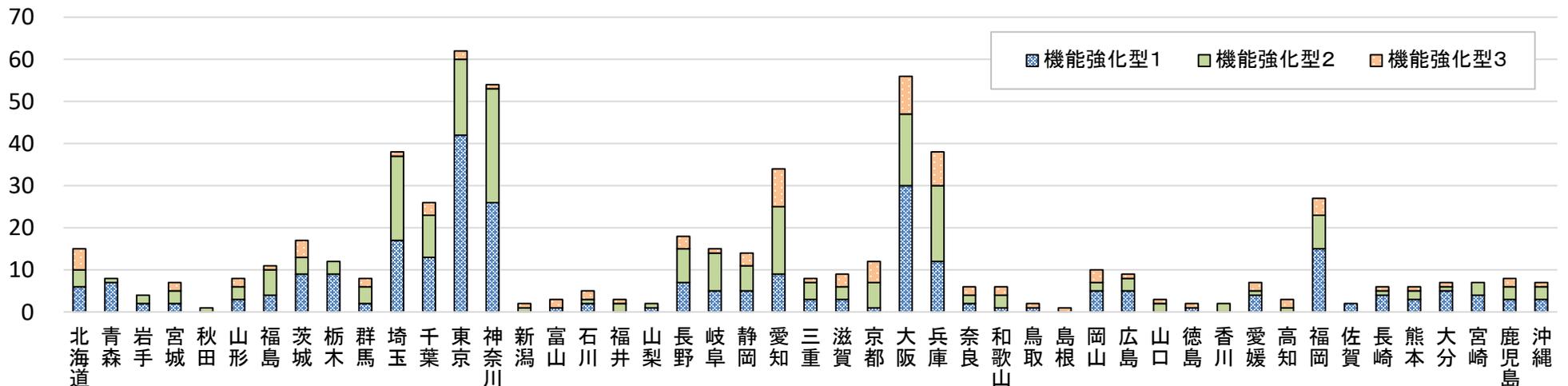
(ヶ所)



機能強化型 訪問看護管理療養費1	279
機能強化型 訪問看護管理療養費2	235
機能強化型 訪問看護管理療養費3	97
計	611

都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数(令和元年)

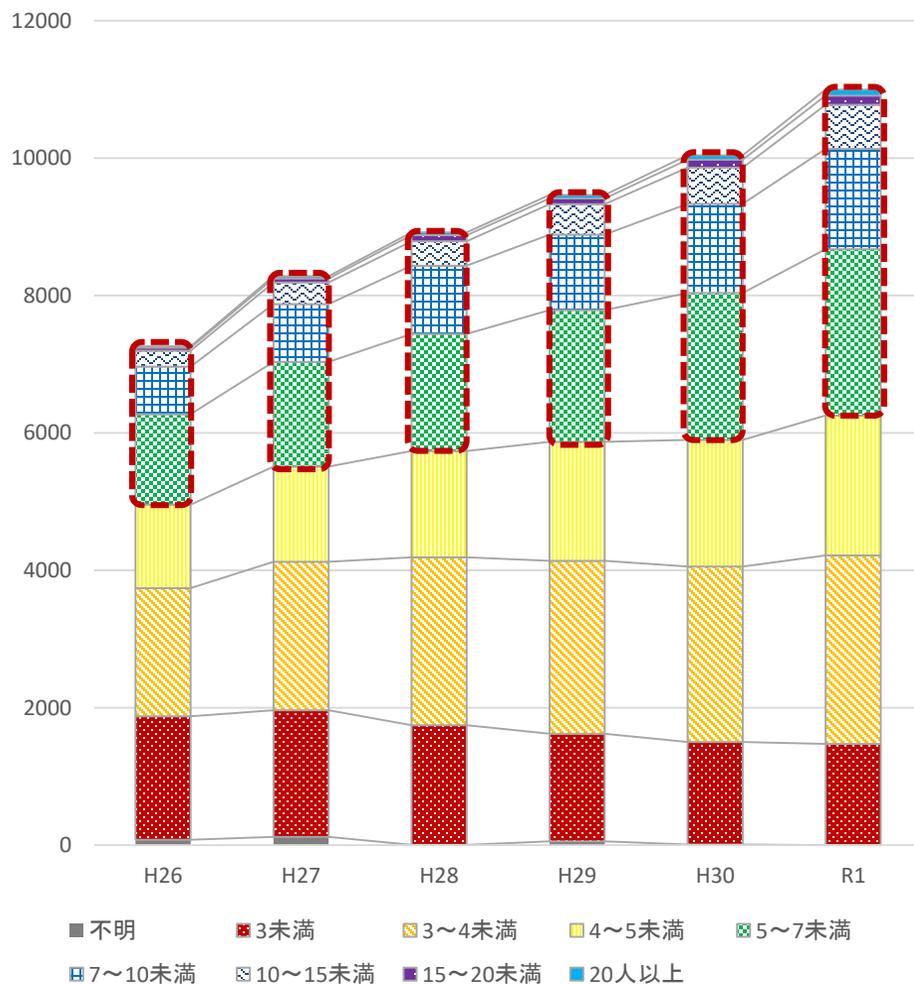
(ヶ所)



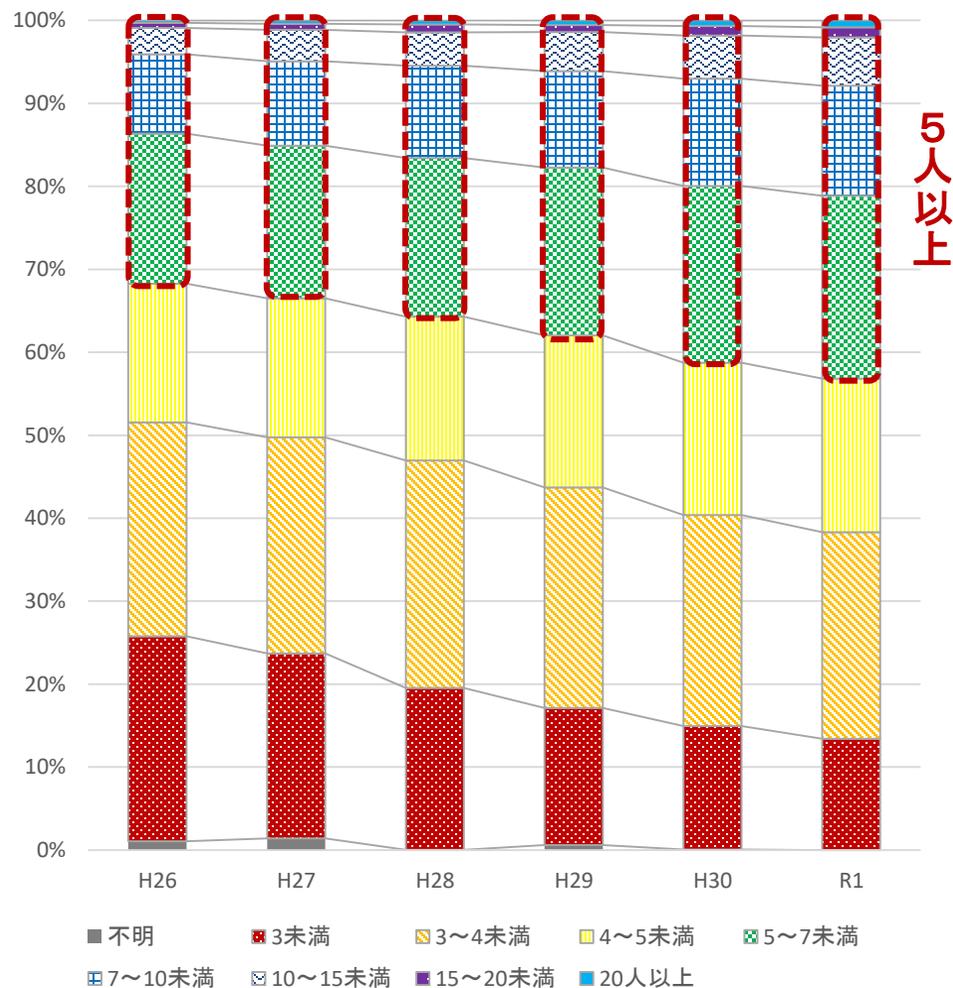
訪問看護ステーション数の看護職員規模別の推移

○ 看護職員規模(常勤換算)別の訪問看護ステーション数は、5人未満が約57%、5人以上が約43%であり、看護職員数の多いステーションが増加傾向にある。

■ 看護職員規模別の訪問看護ステーション数の推移



■ 看護職員規模別の訪問看護ステーション数(割合)の推移



5人以上

理学療法士等による訪問看護の見直し

※ 理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

週4日目以降の評価の見直し

- 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。



現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合(ハを除く)
 (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目以降 6,550円
- ロ 准看護師による場合
 (1)週3日目まで 5,050円 (2)週4日目以降 6,050円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ **保健師、助産師又は看護師**による場合(ハを除く)
 (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目以降 6,550円
- ロ 准看護師による場合
 (1)週3日目まで 5,050円 (2)週4日目以降 6,050円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円
- ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合 5,550円**

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)についても同様

計画書・報告書への記載事項の見直し

- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、訪問する職種又は訪問した職種の記載を要件とする。

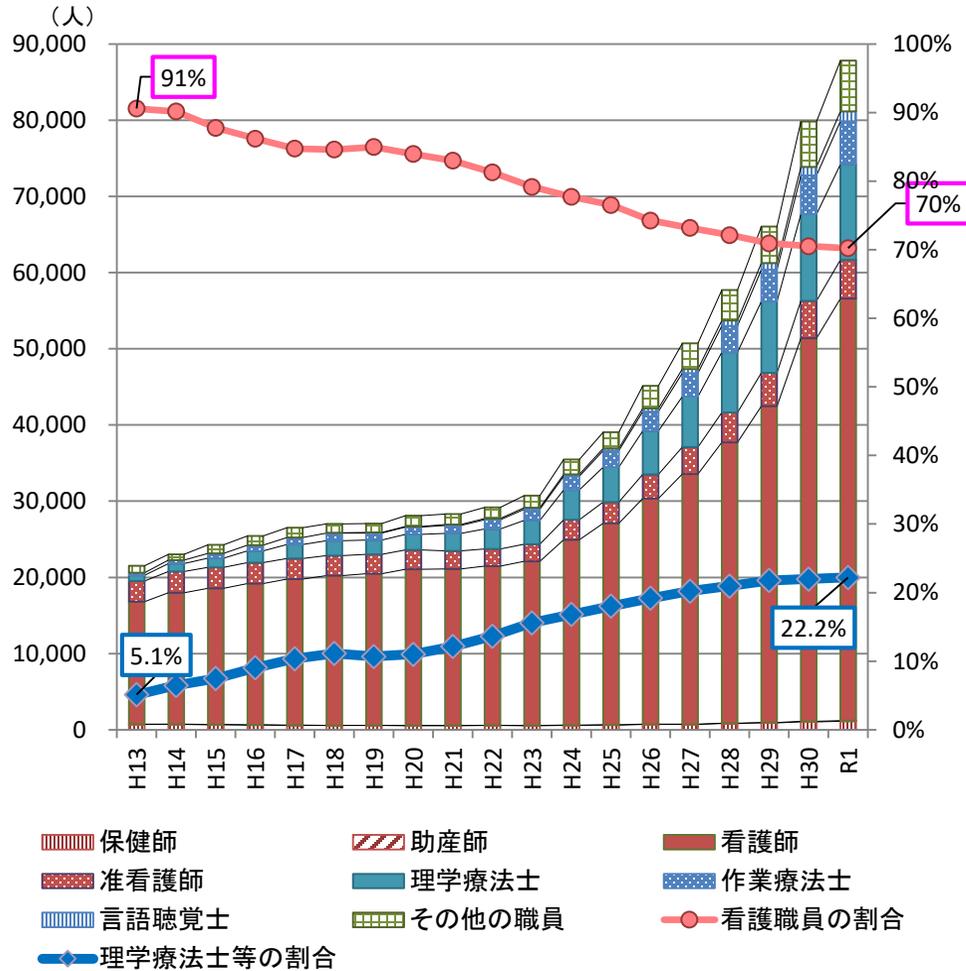
[算定要件]

- 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等が連携し作成する。
- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。
- 訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載する。**

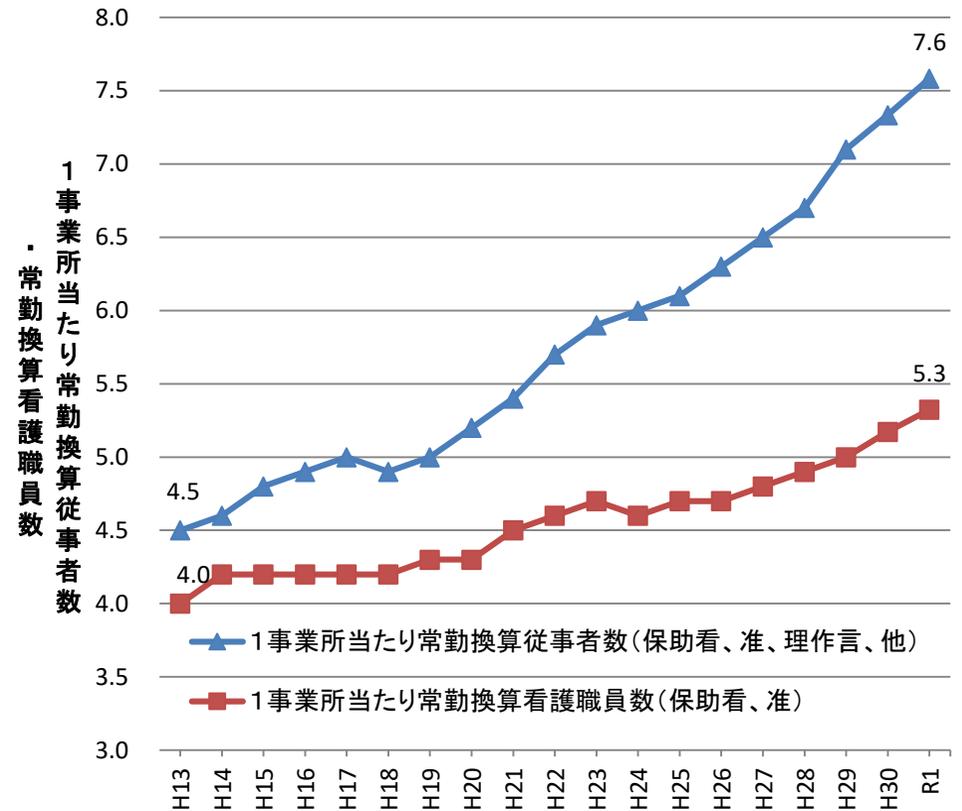
訪問看護ステーションにおける理学療法士等の状況

○ 訪問看護ステーションの従事者数のうち、理学療法士等が占める割合が増加傾向。

■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移(常勤換算)



■ 訪問看護ステーションの1事業所当たり従事者数(常勤換算)



※ 理学療法士等:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

自治体への情報提供の見直し

- 訪問看護ステーションから自治体への情報提供について、15歳未満の小児の利用者を含め

現行

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等

改定後

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等
- (4) 15歳未満の小児**



学校等への情報提供の見直し

- 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。

現行

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、義務教育諸学校(小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部)への入学時、転学時等により初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき月1回に限り算定。

改定後

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、**学校等(保育所等、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部)へ通園又は通学する利用者**について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該**学校等**からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき**各年度1回**に限り算定。**また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定可能。**

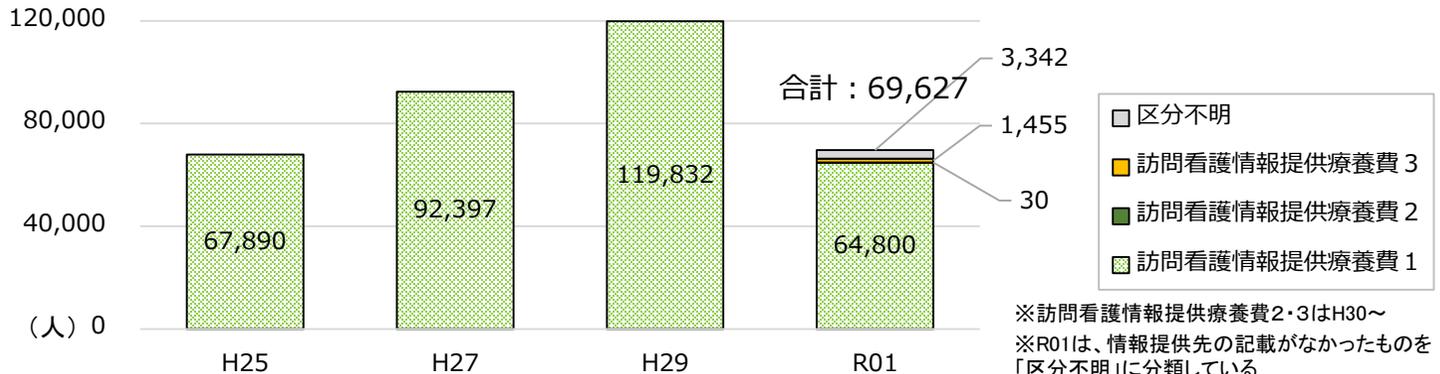
訪問看護情報提供療養費の算定要件及び算定状況

○ 訪問看護情報提供療養費の算定状況は以下の通り。

	訪問看護情報提供療養費 1	訪問看護情報提供療養費 2	訪問看護情報提供療養費 3
金額	1,500円	1,500円	1,500円
情報提供先	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村 ・都道府県 	<ul style="list-style-type: none"> ・保育所等 ・小学校 ・義務教育学校 ・中等教育学校（前期課程） ・特別支援学校（小学部、中学部） ※ 看護職員が勤務している学校が対象 <ul style="list-style-type: none"> ・幼稚園 ・中学校 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険医療機関 ・介護老人保健施設 ・介護医療院
算定対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・別表第7該当者 ・精神障害を有する者、その家族等 ・15歳未満の小児 	<ul style="list-style-type: none"> ・15歳未満の超重症児、準超重症児 ・15歳未満の別表第7該当者 ・15歳未満の別表第8該当者 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険医療機関等に入院・入所する利用者
主な算定要件	利用者の同意を得て、市町村等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該市町村等が利用者に対して、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス等の福祉サービスを有効に提供するために必要な情報を提供	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及び家族の同意を得て、学校等の求めに応じて、医療的ケアの実施方法等の指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供 ・各年度1回に限り算定 ・入園若しくは入学又は転園若しくは転学時等の当該学校等に初めて在籍する月については別に算定できる 	利用者の同意を得て、利用者の診療を行っている保険医療機関が入院・入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたり、指定訪問看護に係る情報を主治医に提供
算定状況※ 機能強化型/ 機能強化型以外 (R2年9月分)	算定した事業所：60.6%/29.4% 平均人数：12.2人/3.9人 中央値：3.0人/0.0人	算定した事業所：1.9%/0.6% 平均人数：0.3人/0.0人 中央値：0.0人/0.0人	算定した事業所：19.2%/7.0% 平均人数：0.4人/0.2人 中央値：0.0人/0.0人

※ 出典：令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」（訪問看護調査票・事業所票）
 ※ 各療養費を算定した利用者がある訪問看護ステーションの割合、算定した利用者があるステーションにおける算定利用者数の平均人数、中央値、最小人数、最大人数を記載

■ 訪問看護情報提供療養費の算定人数



※訪問看護情報提供療養費2・3はH30～
 ※R01は、情報提供先の記載がなかったものを「区分不明」に分類している

【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計)

専門看護師・認定看護師の概要

※日本看護協会HP・R2看護白書をもとに作成 (2021.6)

	専門看護師	認定看護師	
目的	複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識及び技術を深め、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかる。	特定の看護分野における熟練した看護技術及び知識を用いて、あらゆる場で看護を必要とする対象に、水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護ケアの広がりや質の向上を図る。	
役割	<ul style="list-style-type: none"> 実践 倫理調整 相談 教育 調整 研究 	<ul style="list-style-type: none"> 実践 指導 相談 	
経験	通算5年以上の実務経験者 (うち3年以上は専門分野の実務研修)	通算5年以上の実務経験者 (うち3年以上は認定看護分野の実務研修)	
教育	看護系大学院修士課程修了者で、日本看護系大学協議会が定める専門看護師教育課程基準の所定の単位(総計26単位または38単位)を取得していること。	A 課程 (特定行為研修なし) 2026年度にて終了	B 課程 (特定行為研修あり) 2020年度より開始
		認定看護師教育 A 課程修了 (6ヶ月以上～1年以内・600時間以上)	認定看護師教育 B 課程修了 (1年以内・800時間程度)
教育機関	108大学院 347課程	32機関 23課程 (665名分)	16機関 29課程 (579名分)
専門・認定看護分野(人)	<ul style="list-style-type: none"> 急性・重症患者看護 (312名) 慢性疾患看護 (226名) 感染症看護 (90名) がん看護 (937名) 精神看護 (364名) 老人看護 (206名) 小児看護 (275名) 母性看護 (84名) 遺伝看護 (11名) 家族支援 (74名) 在宅看護 (86名) 地域看護 (27名) 災害看護 (22名) 	<ul style="list-style-type: none"> 救急看護 (1238名) がん性疼痛看護 (753名) がん化学療法看護 (1639名) 不妊症看護 (176名) 透析看護 (276名) 摂食・嚥下障害看護 (1006名) 小児救急看護 (256名) 脳卒中リハビリテーション看護 (759名) 慢性呼吸器疾患看護 (308名) 慢性心不全看護 (452名) 訪問看護 (650名) 皮膚・排泄ケア (2272名) 感染管理 (2824名) 糖尿病看護 (841名) 新生児集中ケア (429名) 手術看護 (658名) 乳がん看護 (370名) 認知症看護 (1836名) がん放射線療法看護 (353名) 	<ul style="list-style-type: none"> クリティカルケア (217名) 緩和ケア (40名) がん薬物療法看護 (31名) 生殖看護 (1名) 腎不全看護 (8名) 摂食嚥下障害看護 (24名) 小児プライマリケア (4名) 脳卒中看護 (14名) 呼吸器疾患看護 (22名) 心不全看護 (15名) 在宅ケア (16名) 皮膚・排泄ケア (300名) 感染管理 (96名) 糖尿病看護 (81名) 新生児集中ケア (2名) 手術看護 (17名) 乳がん看護 (1名) 認知症看護 (31名) がん放射線療法看護 (2名)
	2,714名 (13分野)	20,673名 (21分野)	922名 (19分野) ※2
認定機関	公益社団法人 日本看護協会		

※1 A 課程修了の認定看護師について
●特定行為研修+移行手続きをする場合
 →現在取得している認定分野と同一、または統合、もしくは変更した新たな分野名称の認定を受け、「**特定認定看護師**」を名乗ることができる。
○移行手続きをしない場合
 →現在取得している認定看護分野の資格が継続され、「**認定看護師**」のままとなる。

※2 B 課程修了者について
 ○2021年6月現在で**922名**の認定看護師が特定行為研修を修了しており、**特定認定看護師**として審査・移行手続きを終えた。

今後、特定行為研修修了者が増加していくと、A課程修了者は減少し、B課程修了者が増加していく ※2

専門性の高い看護師による同行訪問

○ 褥瘡ケア等のニーズを有する在宅療養者に対する専門の研修を受けた看護師による同行訪問は、医療機関によるものが多い。

■ 専門性の高い看護師に係る診療報酬上の評価

■ 訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)

ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円

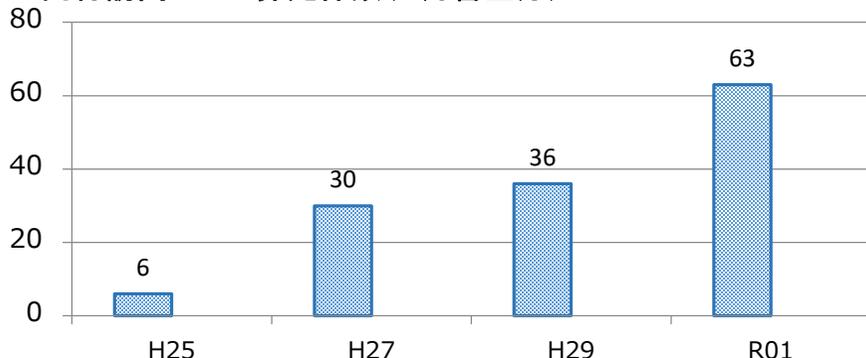
■ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料³

■ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者若しくは人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。

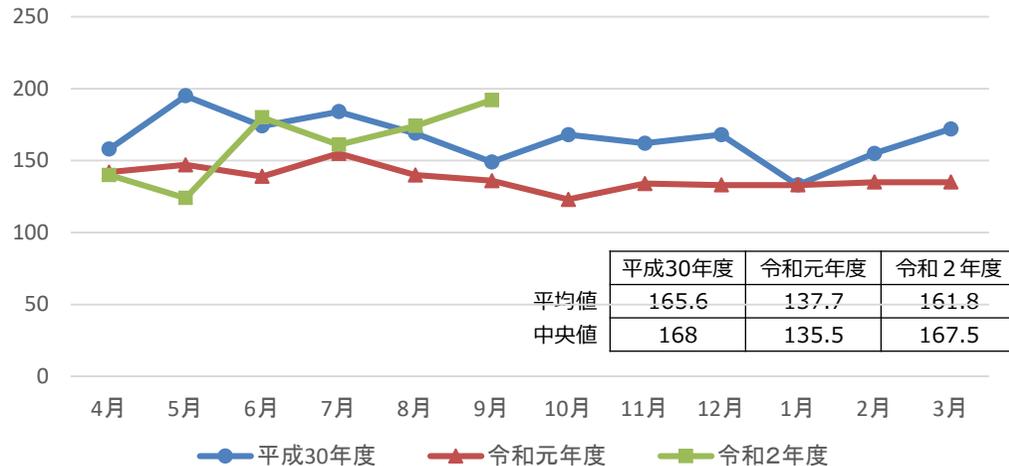
※平成30年度診療報酬改定において人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを追加

■ 訪問看護ステーションにおける専門の研修を受けた看護師の同行訪問※1の算定件数(6月審査分)

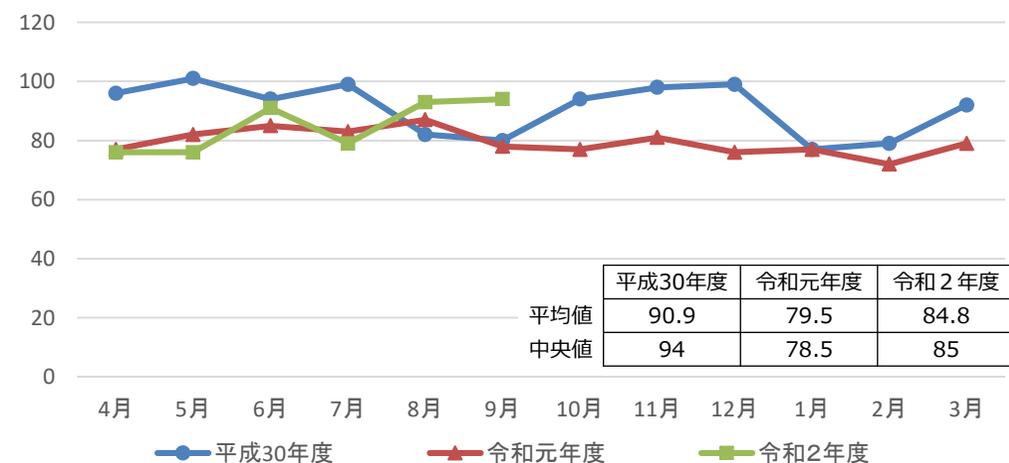


※1 訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)ハ(悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合)の合計

■ 医療機関における専門の研修を受けた看護師の同行訪問※2の算定件数



■ 専門の研修を受けた看護師の同行訪問※2を算定した医療機関(施設数)



※2 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料(ともに(悪性腫瘍患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合)の合計

専門性の高い看護師による同行訪問の充実

人工肛門・人工膀胱の合併症を有する利用者を対象に追加

- 利用者のニーズに合わせた質の高い訪問看護の提供を推進するため、専門性の高い看護師による同行訪問について、人工肛門・人工膀胱の皮膚障害を伴わない合併症を対象に含める。

現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

に係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハ、在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様

改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

に係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。



ストーマ陥凹の例

凸面型器具に固定ベルトを併用して、安定した密着を得られるよう調整。姿勢の変化により深くぼみができるため、用手形成皮膚保護剤で調整し、便のもぐり込みを予防した。

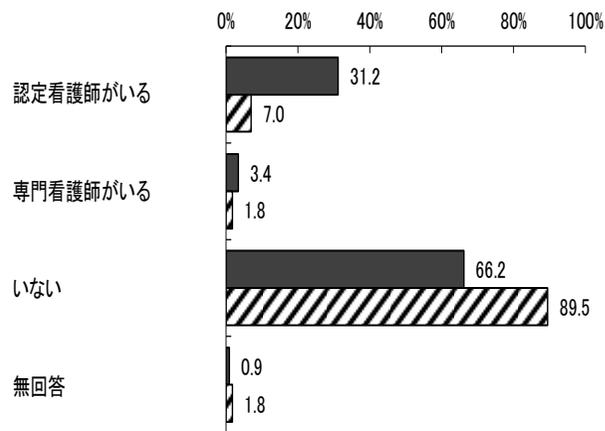


【出典】消化管ストーマ関連合併症の予防と治療・ケアの手引き
(日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会、日本大腸肛門病学会編、金原出版、2018)

訪問看護ステーションに所属する認定看護師・専門看護師

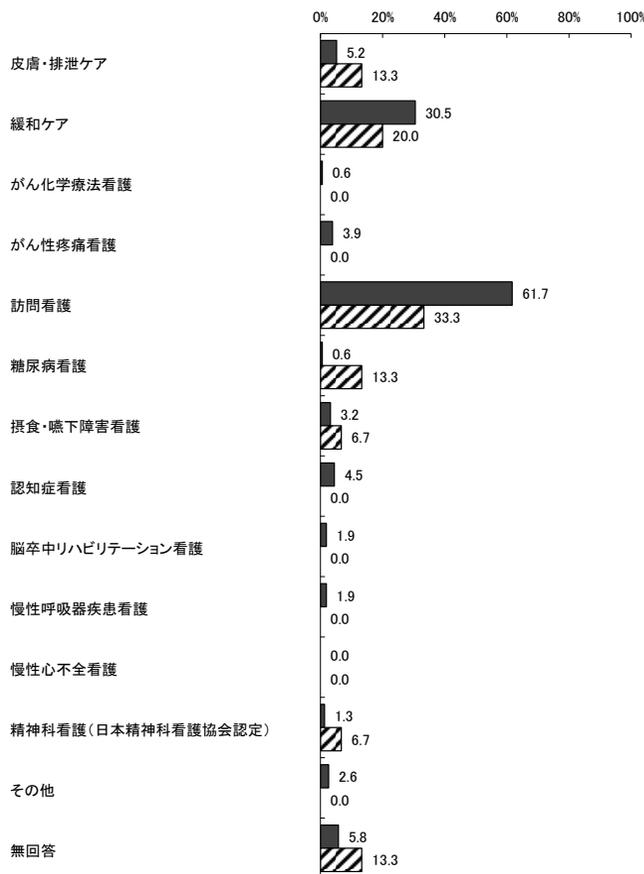
○ 専門性の高い看護師(認定看護師・専門看護師)の事業所への所属の有無と専門分野は以下の通り。

■ 専門性の高い看護師(認定看護師・専門看護師)の有無(令和2年10月1日時点)



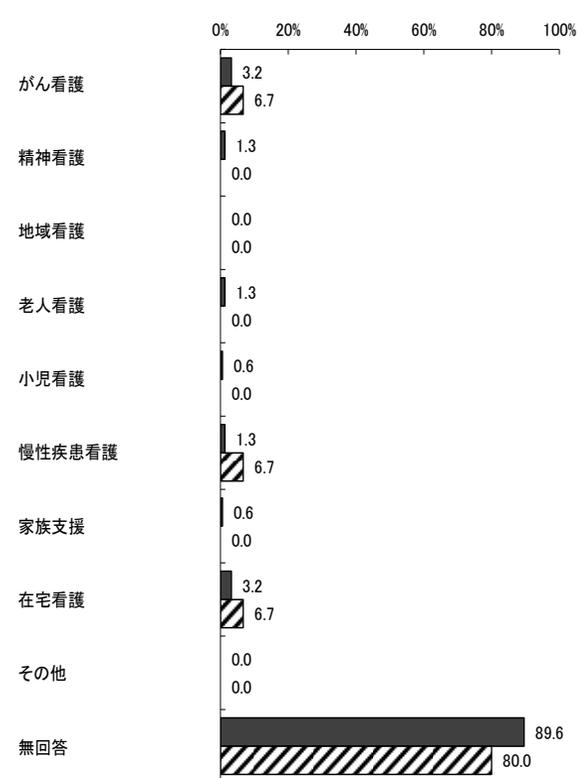
■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出あり n=468
 ▨ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし n=171

■ 認定看護師の専門分野(令和2年10月1日時点)(複数回答)



■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出あり n=154
 ▨ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし n=15

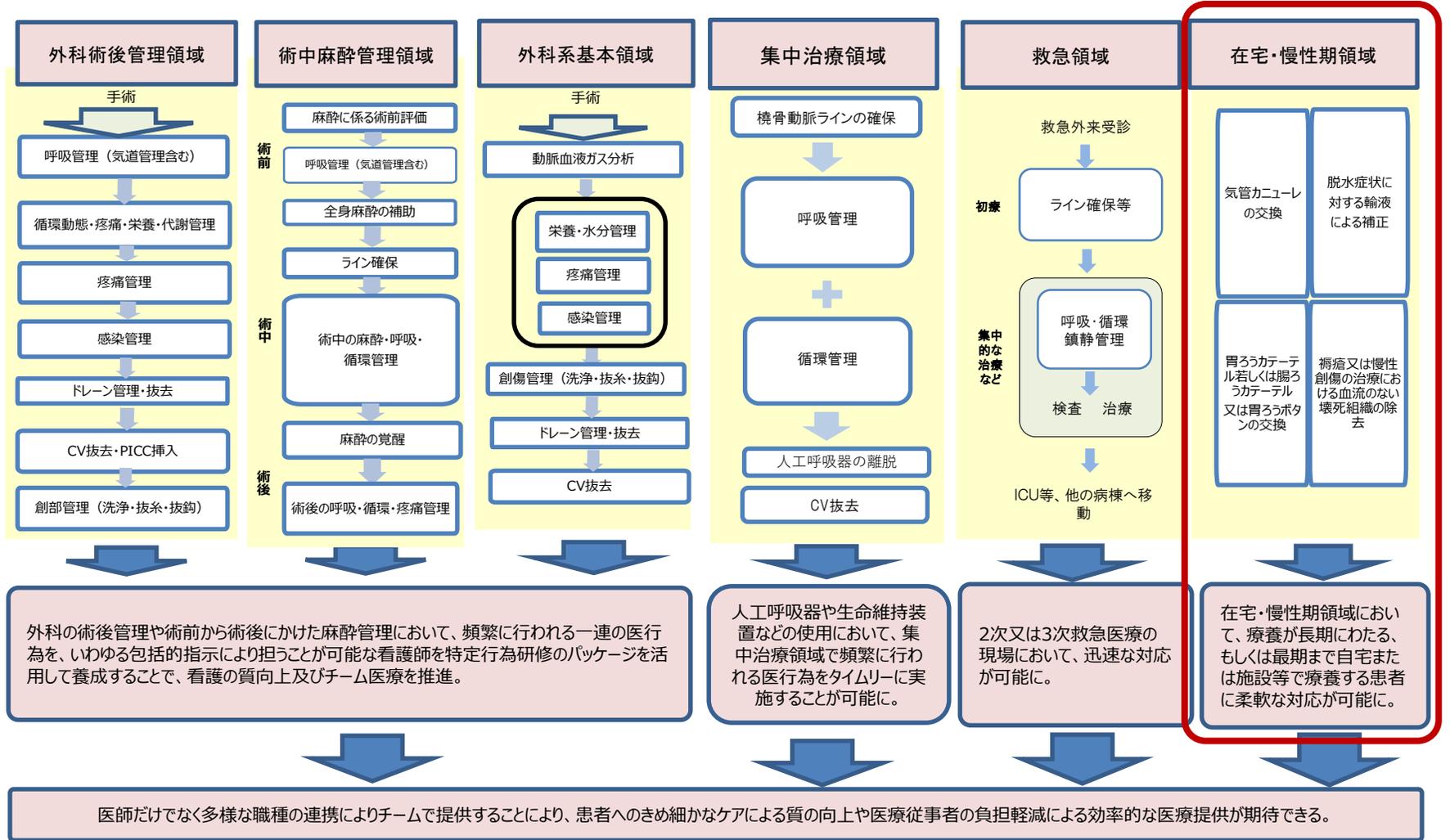
■ 専門看護師の専門分野(令和2年10月1日時点)(複数回答)



■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出あり n=154
 ▨ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし n=15

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定の領域において頻繁に行われる一連の医行為についてパッケージ化し研修することで特定行為研修修了者を確保する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。



訪問看護での活躍が期待される領域

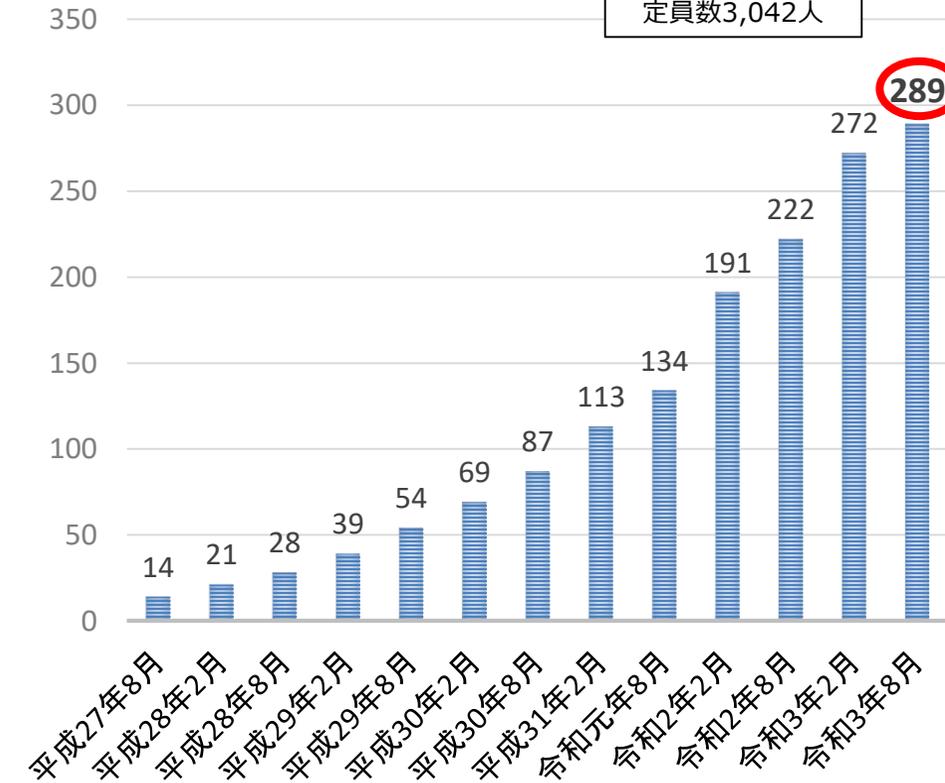
（一連の流れの中で特定行為研修修了者がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施）

特定行為に係る看護師の研修制度 指定研修機関数・研修修了者の推移

- 特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和3年8月現在で289機関である。
- これらの指定研修機関が年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は3,042人（令和3年8月現在）となっている。
- 特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和3年3月現在で3,307名である。

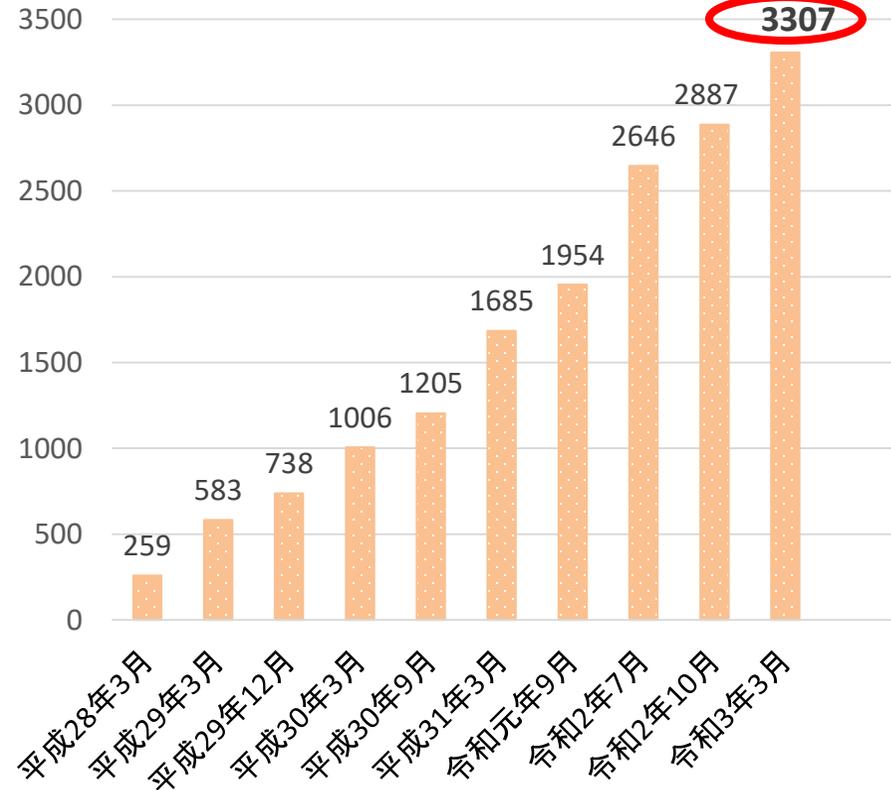
■指定研修機関数の推移

(指定研修機関数)



■研修修了者数の推移

(人)



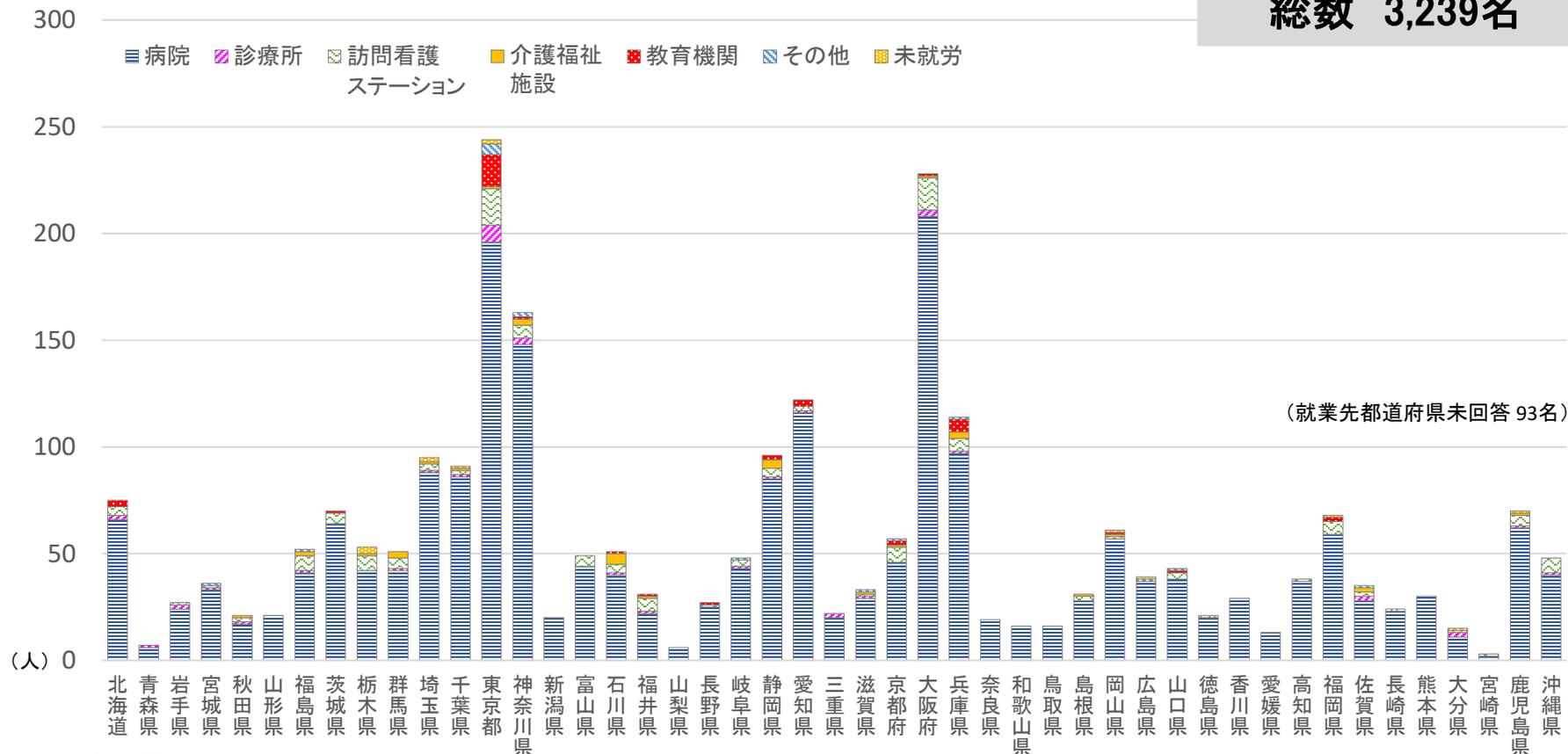
(看護課調べ)

特定行為研修修了者の就業状況

令和3年6・7月現在

【都道府県別】

総数 3,239名



【就業場所別】

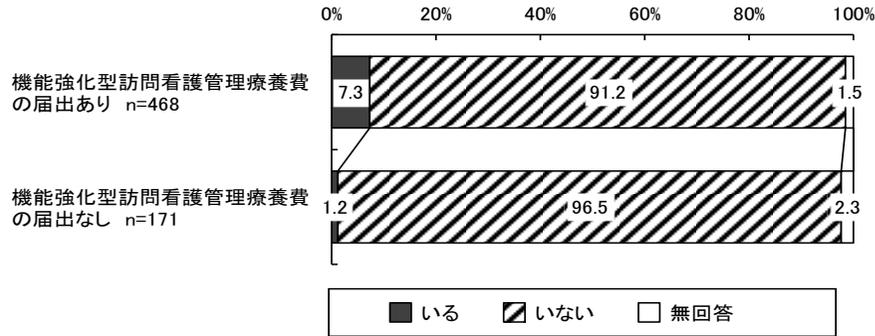
就業場所	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護福祉施設	教育機関	その他	未就労	不明
就業者総数	2240	40	145	34	41	16	16	707
割合	69.2%	1.2%	4.5%	1.0%	1.3%	0.5%	0.5%	21.8%

(令和3年度 看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業)

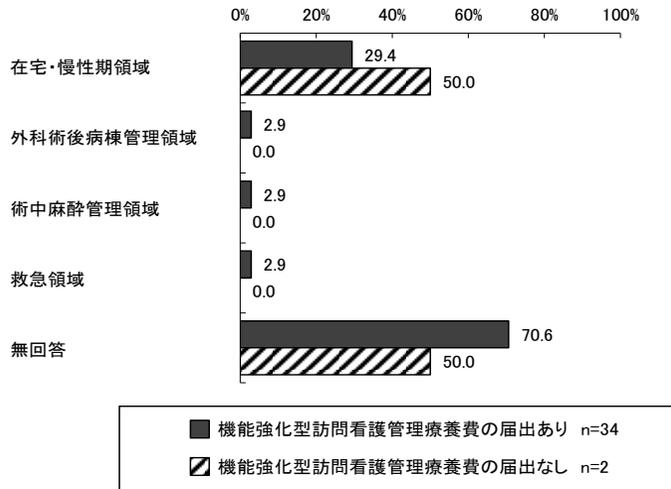
訪問看護ステーションに所属する特定行為研修修了者

○ 事業所に所属する特定行為研修者数と活動状況は以下の通り。

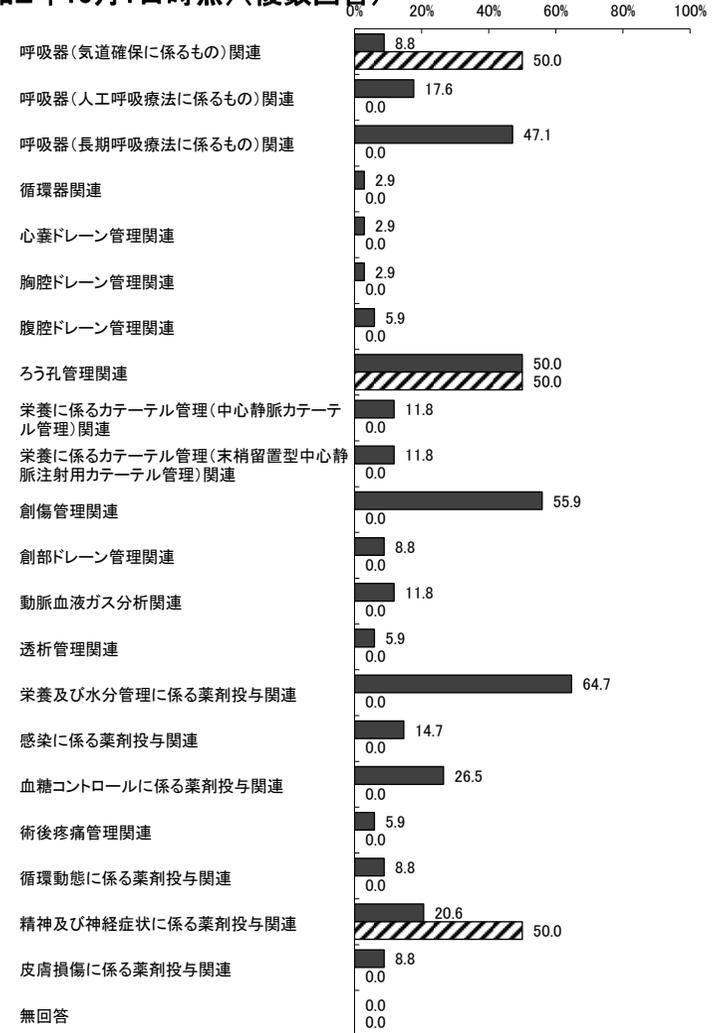
■ 特定行為研修修了者の有無(令和2年10月1日時点)



■ 特定行為研修修了者が修了しているパッケージ研修(令和2年10月1日時点)(複数回答)



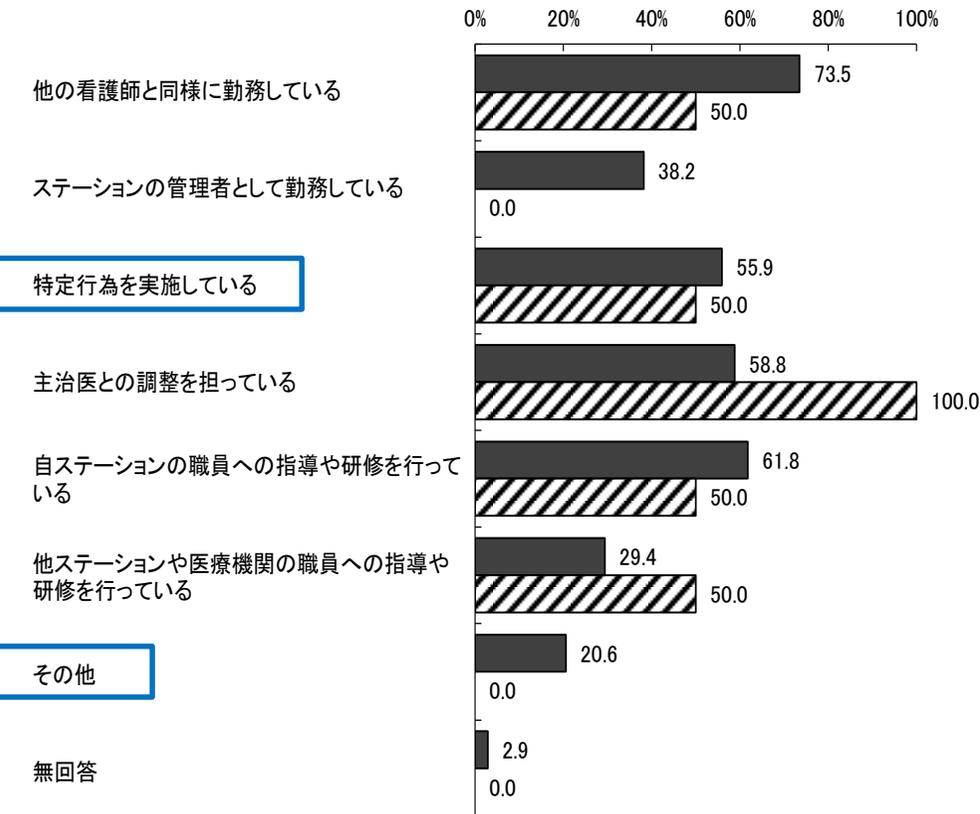
■ 特定行為研修修了者が修了している特定行為区分(令和2年10月1日時点)(複数回答)



訪問看護ステーションに所属する特定行為研修修了者

○ 事業所に所属する特定行為研修者の活動状況は以下の通り。

■ 特定行為研修修了者が行っている活動(令和2年10月1日時点)(複数回答)



■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出あり n=34

▨ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし n=2

実施している特定行為

- ・創傷関連
- ・気管カニューレの交換、胃瘻チューブ交換、膀胱瘻カテーテル交換
- ・ろう孔、潰瘍・褥瘡処置
- ・デブリードマン(壊死組織除去)、陰圧閉鎖療法
- ・呼吸器(長期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
- ・脱水症状に対する輸液補正

その他の活動

- ・栄養管理(経口から胃ろうorTPNへの変更)についての意思決定支援、慢性創傷のアセスメントと治療の調整
- ・コンサルテーション、相談指導
- ・県の研修
- ・ヘルパー、デイサービス職員へのアドバイス
- ・高校の養護教諭へ障がい児への吸引や気管切開チューブ交換の指導

訪問看護についての課題と論点

(訪問看護を取りまく状況について)

- 訪問看護ステーションの数は増加傾向であり、訪問看護ステーションの利用者についても特に医療保険で利用者数の増加が顕著。
- 訪問看護ステーションの利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加しており、医療費の伸び率が高い。
- 看護職員数の多い訪問看護ステーションが増加傾向であり、機能強化型訪問看護管理療養費の届出も増加傾向。
- 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数のうち、理学療法士等が占める割合が増加傾向。

(訪問看護の診療報酬上の評価について)

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、統合失調症等の利用者が半分以上を占めている。
- 令和2年度診療報酬改定において、機能強化型訪問看護ステーションの人員配置要件の見直し、小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化、専門性の高い看護師による同行訪問の充実の評価を行った。
- 訪問看護ステーションにおいて、褥瘡ケア等のニーズを有する在宅療養者に対する専門の研修を受けた看護師による同行訪問の算定件数は増加傾向にある。
- 特定行為研修修了者が増加するなか、就業場所も多岐にわたっており、特定行為研修修了者のうち約4.5%が訪問看護ステーションで就業している。



【論点】

- 訪問看護に係る診療報酬上の評価について、令和2年度改定における見直し・評価の考え方を踏まえ、質の高い訪問看護の適切な評価を推進しつつ、地域包括ケアを推進する役割を果たしていくため、どのように考えるか。

在宅(その1)

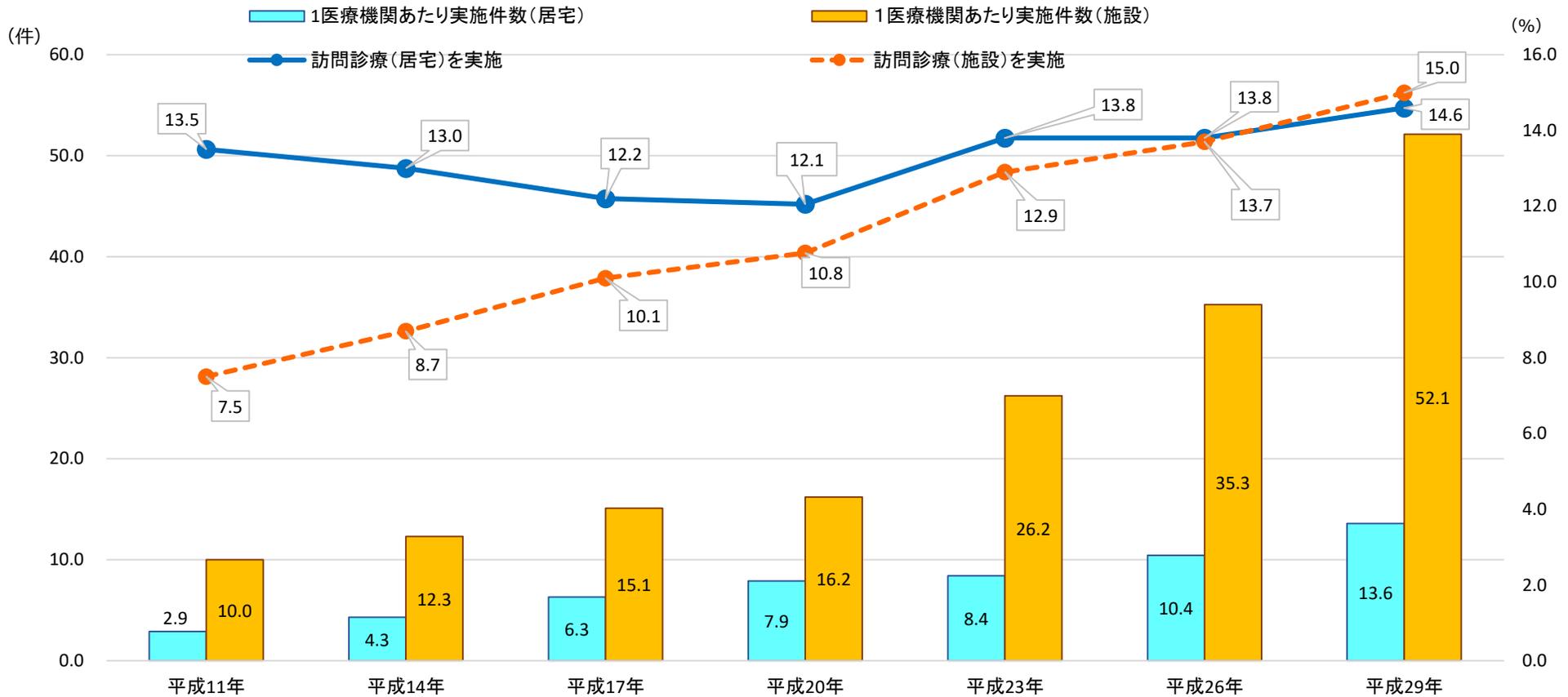
在宅歯科医療について

1. 在宅歯科医療を取りまく状況について
2. 在宅歯科医療の診療報酬上の評価について

歯科訪問診療を提供している歯科診療所の状況

中 医 協 総 - 3
元 . 4 . 2 4

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

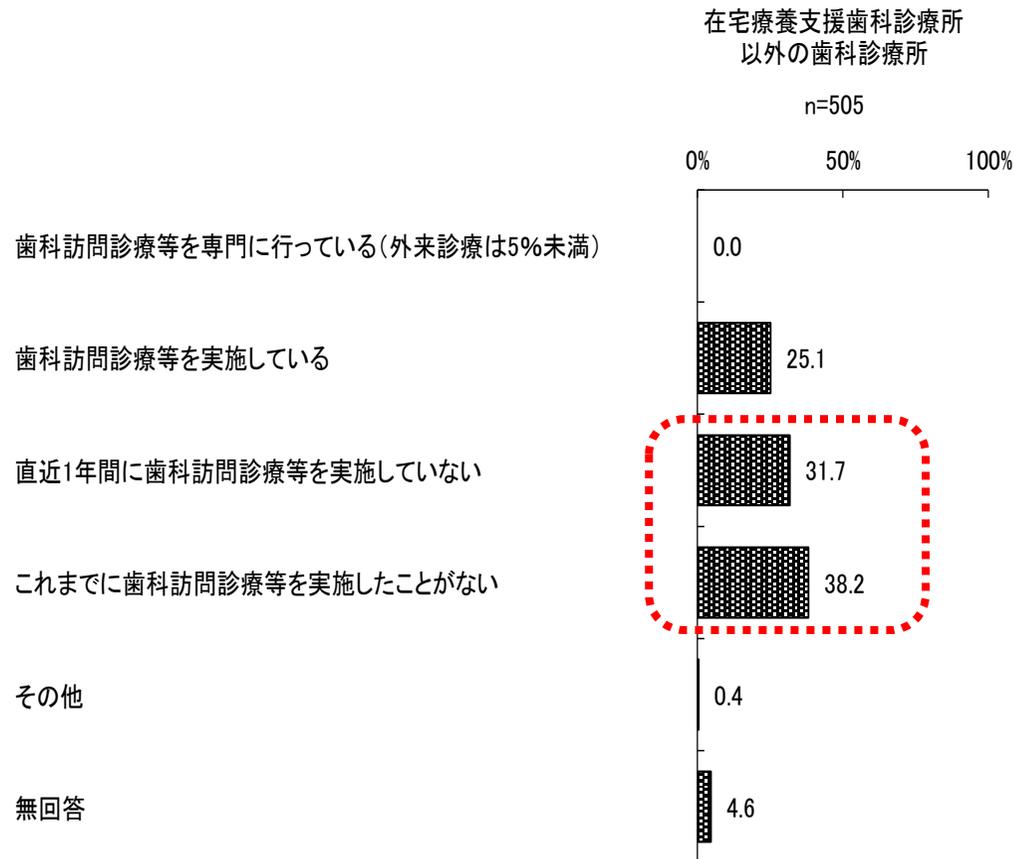


(医療施設調査)

注：平成23年は宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

歯科訪問診療等の実施状況

○ 在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所では、「直近1年間に歯科訪問診療等を実施していない」が31.7%、「これまでに歯科訪問診療等を実施したことがない」が38.2%であった。



歯科訪問診療等を実施していない理由

- 歯科訪問診療等を実施していない理由としては、在宅療養支援歯科診療所では「歯科訪問診療の依頼がないから」が71.4%で最も多かった。
- 在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所では「歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから」が53.8%で最も多く、次に「歯科訪問診療を実施するために必要な機器・機材がないから」が47.9%で多かった。

歯科訪問診療の依頼がないから（ニーズがあれば対応は可能）

歯科訪問診療を実施するために必要な機器・機材がないから

人員（歯科医師、歯科衛生士、その他のスタッフ）が確保できないから

歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから

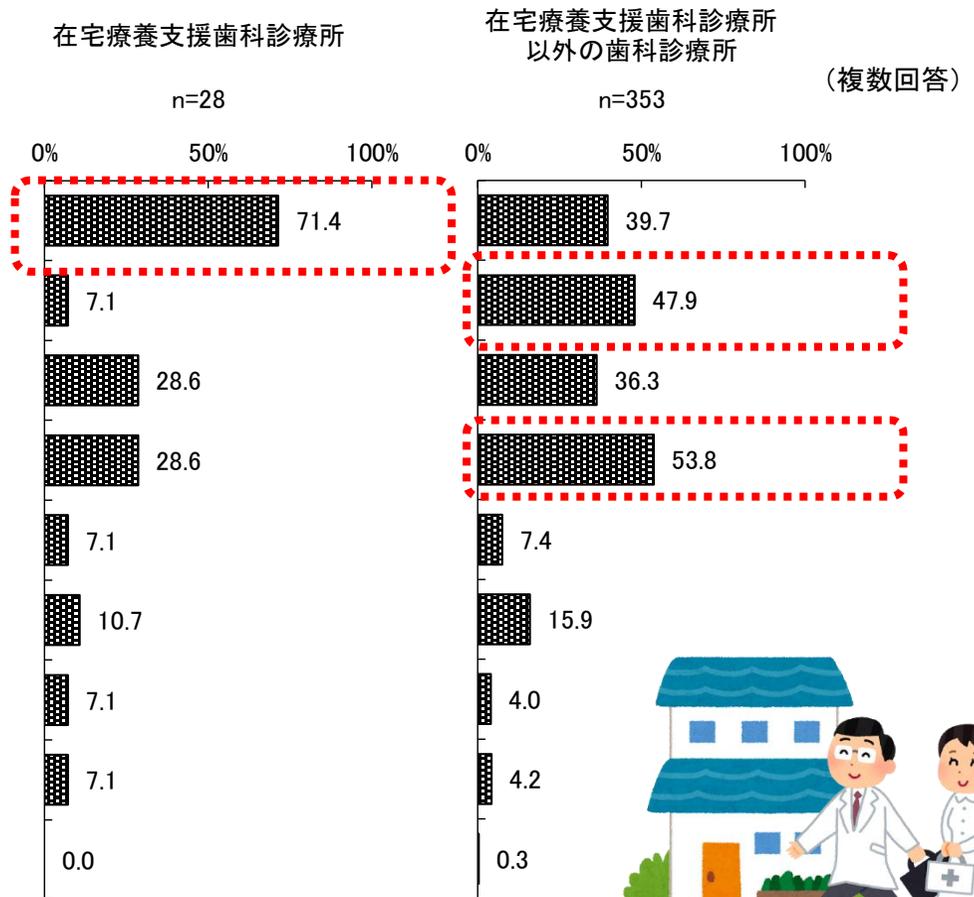
歯科訪問診療を実施している他の歯科医療機関に紹介しているから

全身的な疾患を有する患者に対し、歯科治療を行うのが困難だから

診療報酬上の評価が低いから

その他

無回答

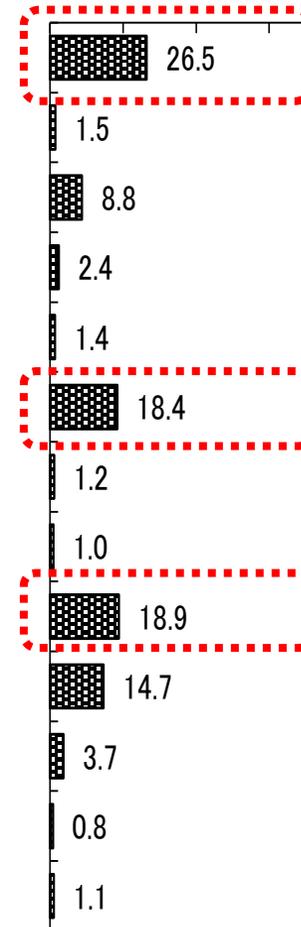


歯科訪問診療を実施したきっかけ

- 歯科訪問診療を実施したきっかけについてみると、「自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼」が26.5%と最も多く、次いで「介護保険施設からの紹介」が18.9%、「介護支援専門員（ケアマネジャー）からの依頼・紹介」が18.4%の順であった。

自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼	26.5
他の歯科医療機関からの依頼・紹介	1.5
患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介	8.8
在宅医療を行っている医科の医療機関からの依頼・紹介	2.4
訪問看護ステーションからの依頼・紹介	1.4
介護支援専門員（ケアマネジャー）からの依頼・紹介	18.4
地域包括支援センターからの紹介	1.2
口腔保健センター等からの紹介	1.0
介護保険施設からの紹介	18.9
有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの紹介	14.7
地区歯科医師会からの紹介	3.7
ホームページ等を見ての依頼	0.8
無回答	1.1

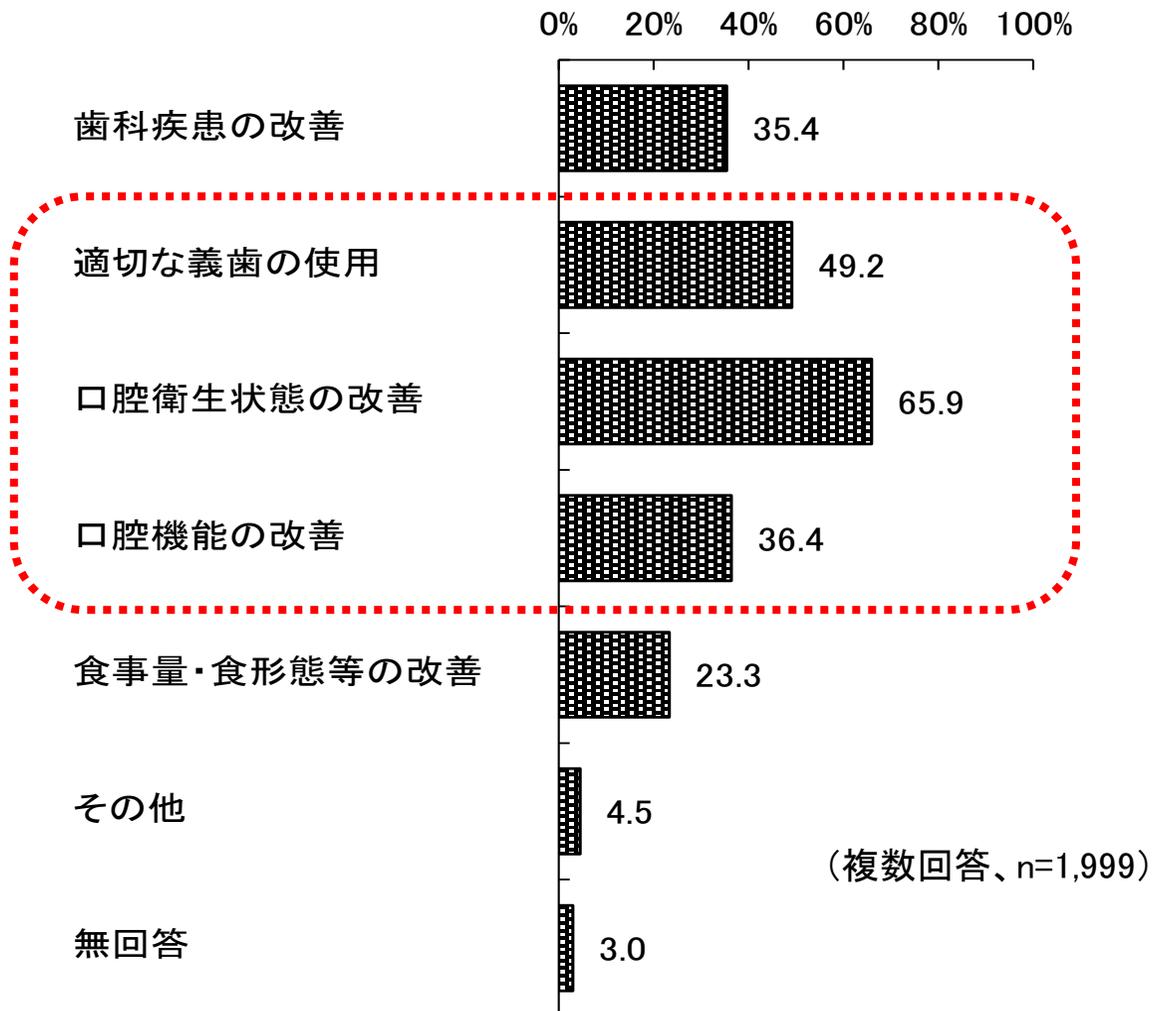
0% 20% 40% 60% 80% 100%



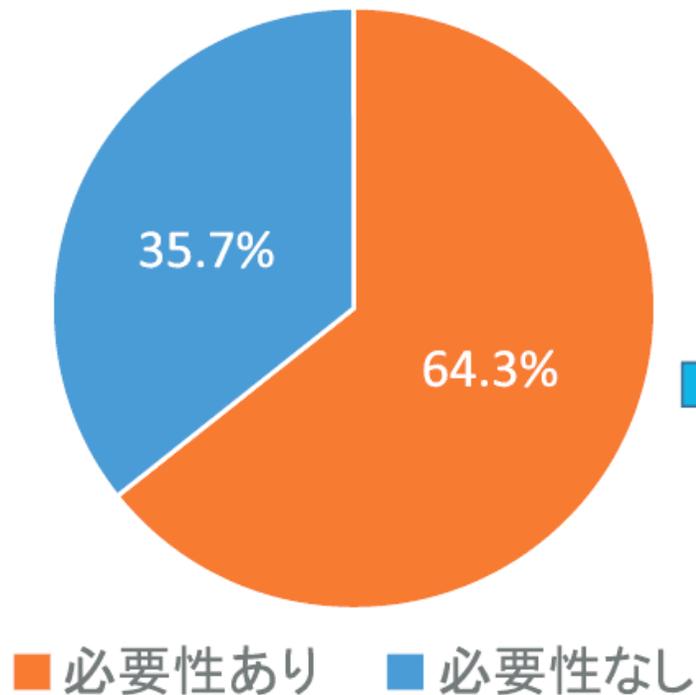
(n=1,999)

歯科訪問診療等を受けたことによる患者の変化

○ 歯科訪問診療等を受けたことによる患者の変化についてみると、「口腔衛生状態の改善」が65.9%で最も多く、次いで「適切な義歯の使用」が49.2%、「口腔機能の改善」が36.4%であった。



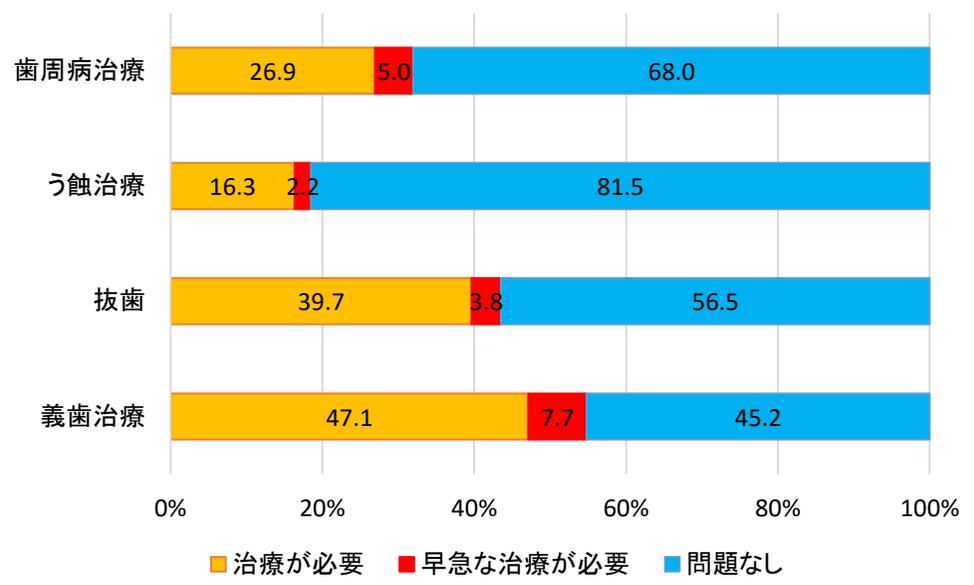
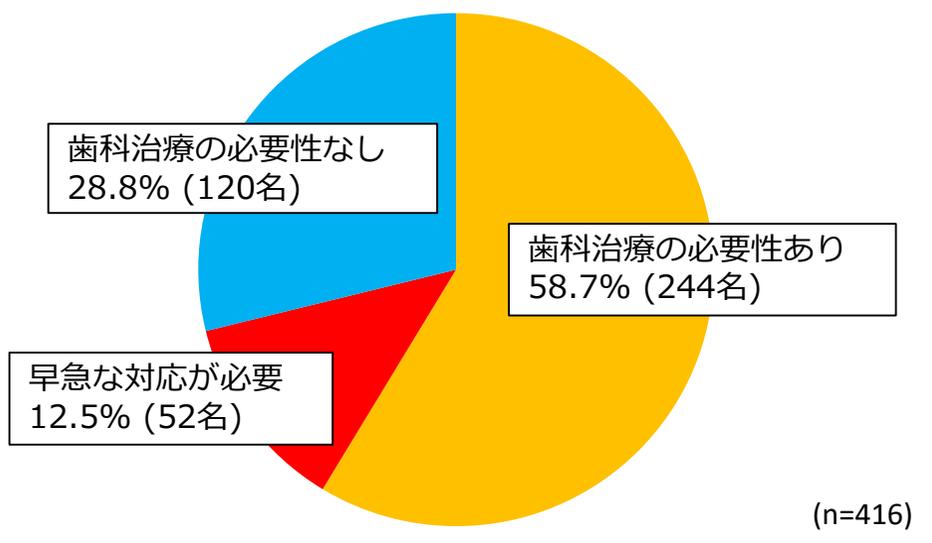
- 要介護高齢者（N=290,平均年齢86.9±6.6歳）の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であったが、そのうち、過去1年以内に歯科を受療していたのは、2.4%であった。



歯科治療が必要な
64.3%のうち
実際に歯科治療を
受けた要介護者は
2.4%である。

(参考) 要介護高齢者における歯科的対応の必要性 ～地域の要介護高齢者に対する悉皆研究調査から～

A県O町圏域の要介護高齢者416名（悉皆）に対する調査結果。義歯治療、抜歯、う蝕治療、歯周病の治療が必要な者は、それぞれ、54.8%、43.5%、18.5%、32.0%であった。
また、そのうち早急な対応が必要^{※1}と判断された者は、それぞれ7.7%、3.8%、2.2%、5.0%であった。
（※1 食事に影響する強い痛みや炎症などがある、脱落の可能性が高いなど）
重複を除き、416名の要介護高齢者のうち義歯治療、抜歯、う蝕治療、歯周病の治療うち、どれか一つでも必要と判断された者は296名（71.2%）であった。



**要介護高齢者の約7割が何らかの歯科治療を必要としていた。
また、そのうち早急な対応が必要と判断された者は52名（12.5%）であった。**

出典：平成28年度老人保健増進等事業報告書「介護保険施設における歯科医師、歯科衛生士の関与による適切な口腔衛生管理体制のあり方に関する調査研究」報告書（日本老年歯科医学会）

在宅療養支援歯科診療所の見直し(主な内容)

在宅療養支援歯科診療所の役割を明確化するとともに機能に応じた評価となるよう見直しを行う。

- 在宅医療、介護に関する連携等
- 多職種連携 等



連携

在宅療養支援歯科診療所



【在宅療養支援歯科診療所1】
(従来より連携機能を強化)



【在宅療養支援歯科診療所2】
(従来の在宅療養支援歯科診療所に相当)

口腔機能管理の
推進



- 多職種連携による口腔機能管理

連携



- 他の保険医療機関、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等との連携

研修内容の見直し

- 高齢者の心身の特性
- 認知症高齢者の特徴
- 高齢者の口腔機能管理
- 緊急時対応

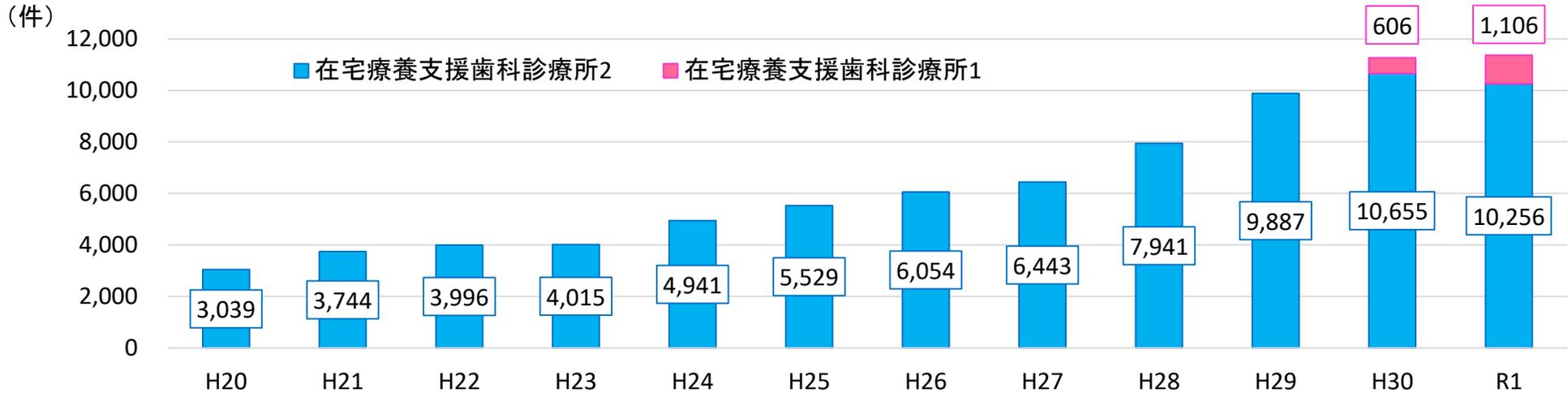
- 認知症に関する研修の追加

在宅療養支援歯科診療所の施設基準(抜粋)

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

在宅療養支援歯科診療所について

<在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移>



保険局医療課調べ(7月1日時点定例報告)

<在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価>

区分	歯援診1	歯援診2	か強診	その他の 歯科医療機関
歯科訪問診療料 歯科訪問診療補助加算	(1) 同一建物居住者以外 (2) 同一建物居住者		115点 50点	(1) 同一建物 居住者以外:90点 (2) 同一建物居住者: 30点
歯科訪問診療料 歯科訪問診療移行加算	100点		150点	100点
歯科疾患在宅療養管理料	320点	250点	200点	
在宅患者訪問口腔リハビリテー ション指導管理料、小児在宅患 者訪問口腔リハビリテーション指 導管理料の加算	125点	100点	75点	(-)
退院時共同指導料1	900点		500点	

かかりつけ歯科医機能評価の充実

- かかりつけ歯科医機能をより一層推進する観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の見直しや、かかりつけ医との情報共有・連携の評価を行う。

・う蝕・歯周病の継続管理
の算定実績の明確化

連携



・在宅療養支援歯科診療所
との連携を評価

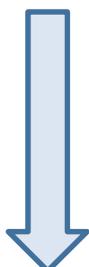


・学校歯科医等の実績

連携



・在宅医療、介護に関する
連携等を評価
・多職種連携の評価 等

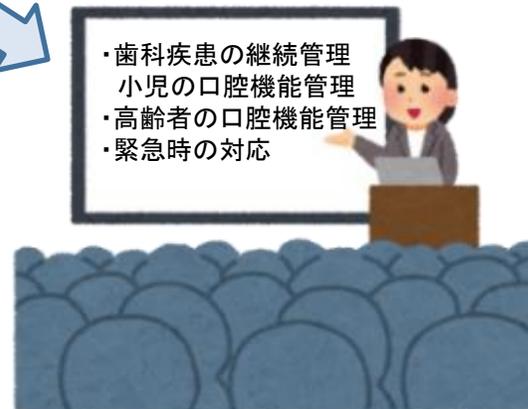


歯科訪問診療への移行



・外来から歯科訪問診療に移行した
場合を評価

・歯科疾患の継続管理
小児の口腔機能管理
・高齢者の口腔機能管理
・緊急時の対応



・研修内容

在宅療養支援歯科診療所1の届出を行っていない理由

○ 「在宅療養支援歯科診療所1」の届出を行っていない理由について、「栄養サポートチーム等連携加算等の算定実績が不足しているため」が74.1%と最も多く、次いで「地域における多職種連携に係る会議への出席等の連携実績が不足しているため」が39.7%であった。

過去1年間に実施した歯科訪問診療(1又は2)の算定件数が要件(15回)を下回っているため

地域における多職種連携に係る会議への出席、病院・介護保険施設等の職員への技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力、又は歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が不足しているため

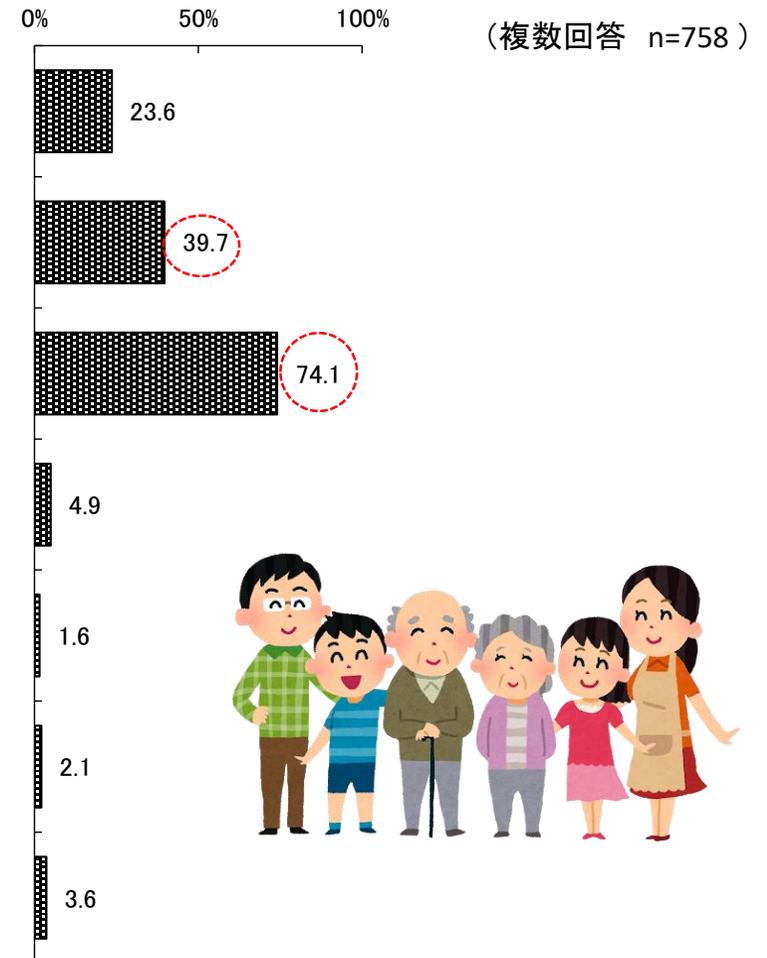
栄養サポートチーム等連携加算(1又は2)、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定実績が不足しているため

施設基準を満たしており、今後届出の予定あり

施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし

その他

無回答



在宅療養支援歯科診療所1, 2の届出を行っていない理由

○ 「在宅療養支援歯科診療所1, 2」の届出を行っていない理由としては、「過去1年間に実施した歯科訪問診療の算定件数が要件を下回っているため」が、50.1%で最も多かった。



過去1年間に実施した歯科訪問診療(1又は2)の算定件数が要件(10回)を下回っているため

高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師がないため

歯科衛生士が配置されていないため

歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医の指定、及び、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等に関する患者又は家族への説明・文書による提供を実施していないため

歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保できていないため

過去1年間における、在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定件数が要件(5回)を下回っているため

直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上

年に1回、歯科訪問診療の患者数等を地方厚生(支)局長に報告できなかったため

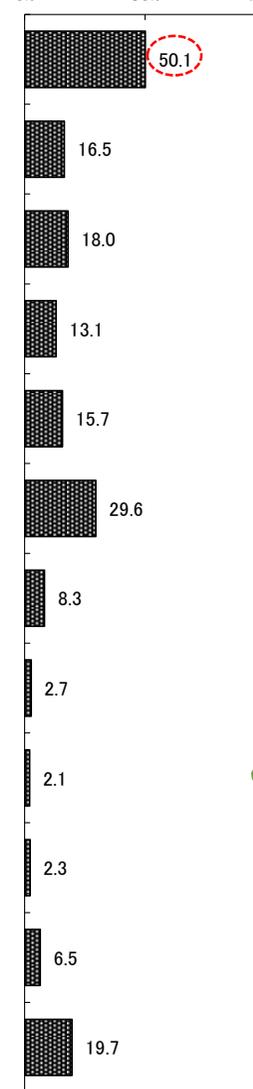
施設基準を満たしており、今後届出の予定あり

施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし

その他

無回答

0% 50% 100%

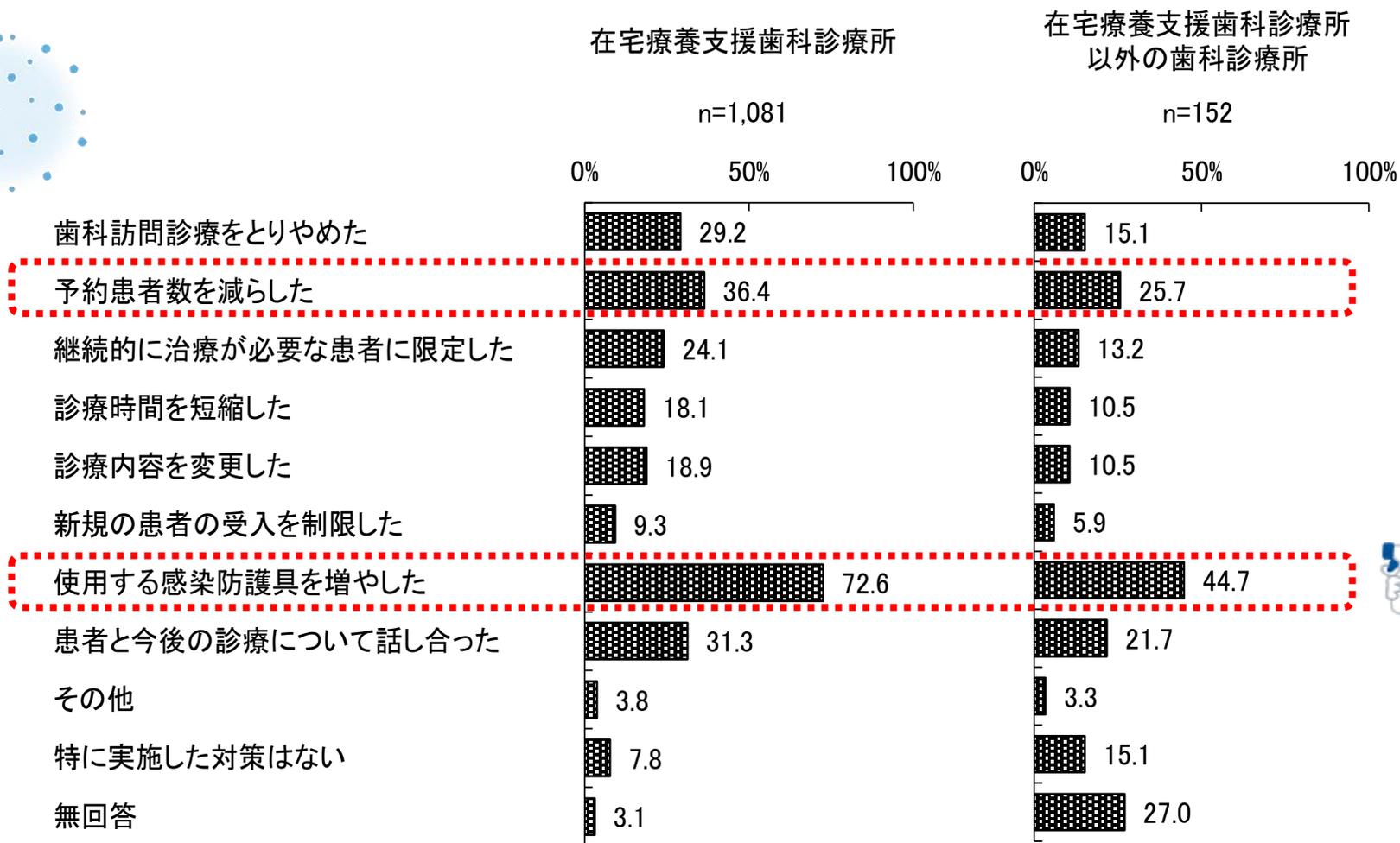
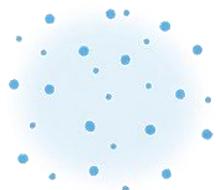


(複数回答、n=527)



歯科訪問診療における新型コロナウイルス感染拡大の影響について

○ 在宅療養支援歯科診療所、在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所ともに、新型コロナウイルス感染拡大による影響を踏まえた歯科訪問診療を行う際の対策として、多かった回答は「使用する感染防護具を増やした」、「予約患者数を減らした」の順であった。



1. 在宅歯科医療を取りまく状況について
2. 在宅歯科医療の診療報酬上の評価について

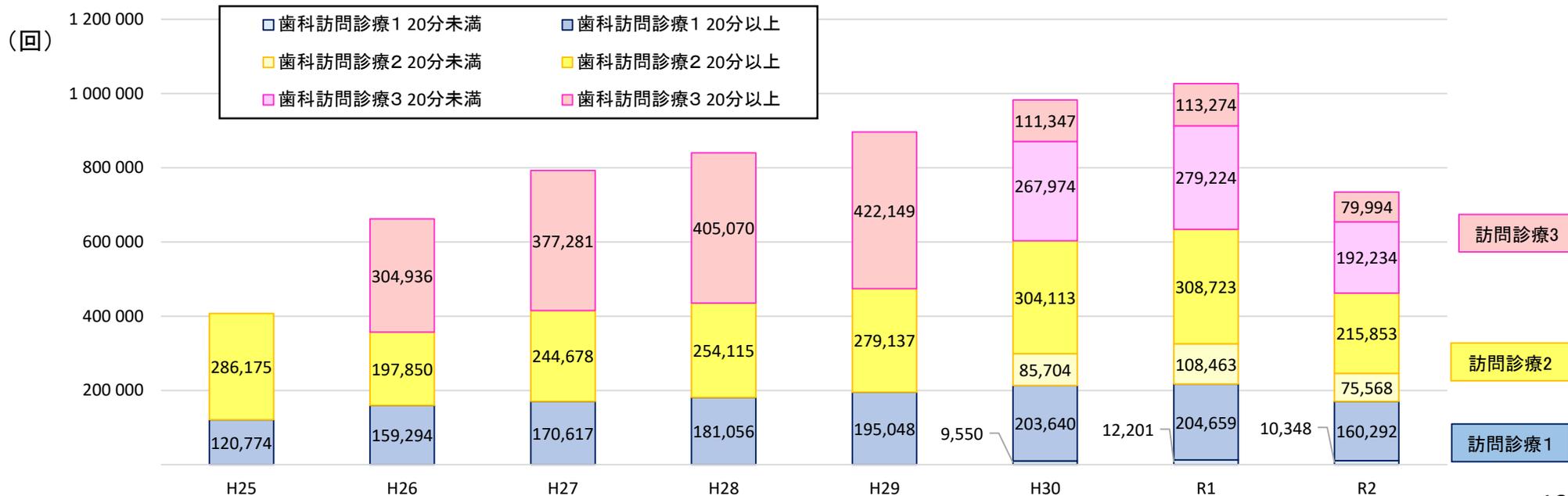
在宅歯科診療に関する近年の主な変遷

改定年	概 要
H26	<ul style="list-style-type: none"> ○「在宅かかりつけ歯科診療所加算」新設（100点） <ul style="list-style-type: none"> → 歯科訪問診療の実績が月平均5人以上、そのうち8割以上が歯科訪問診療1を算定している歯科診療所の歯科訪問診療1の加算 ○ 歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等 <ul style="list-style-type: none"> → 「2」: 同一建物居住者で2人以上9人未満の患者に対し20分以上診療を実施した場合 「3」: 20分未満の歯科訪問診療を実施した場合又は同一建物居住者で10人以上の患者に対し歯科訪問診療を実施した場合 ○ 「歯科訪問診療料」の消費税対応（「1」: 850点→866点、「2」: 380点→283点、「3」: 143点（新設））
H28	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「在宅かかりつけ歯科診療所加算」を「在宅歯科医療推進加算」に改称、施設基準の算定回数要件を緩和 ○ 「歯科訪問診療1」における20分要件を見直し <ul style="list-style-type: none"> → 「著しく歯科診療が困難な者」又は要介護3以上に準じる状態等で、20分以上の診療が困難である場合に限り条件を緩和 ○ 「在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」の新設
H30	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「歯科訪問診療料」の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・ 「1」: 886点→1,036点、「2」: 283点→338点、「3」: 120点→175点 ・ 20分未満について見直し（人数に関わらず）歯科訪問診療3（175点） → （人数に応じ）歯科訪問診療1～3の100分の70の点数 ・ 在宅患者等急性歯科疾患対応加算の廃止 ○ 「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準を、機能に応じ「在宅療養支援歯科診療所1」と「在宅療養支援歯科診療所2」に見直し ○ 「在宅等療養患者専門的口腔衛生処置」の新設（120点） ○ 「小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」の新設（450点）
R1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「歯科訪問診療の消費税対応（10月）（「1」: 1,036点→1,100点、「2」: 338点→361点、「3」: 175点→185点）
R2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「歯科疾患在宅療養管理料」を見直し <ul style="list-style-type: none"> 「3 在宅療養支援歯科診療所1及び2以外の場合」 190点→200点

歯科訪問診療料の算定状況の推移

- 歯科訪問診療料の算定回数は全体的に増加傾向にあり、特に歯科訪問診療2及び3の割合が多い。
- 平成30年度以降は歯科訪問診療2が最も多く算定されている。
- 歯科訪問診療1及び2と比較し、歯科訪問診療3は20分未満の割合が多い。

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



在宅歯科医療の推進

歯科疾患在宅療養管理料の評価の見直し

- 歯科疾患在宅療養管理料について、評価を充実する。



現行

【歯科疾患在宅療養管理料】

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



改定後

【歯科疾患在宅療養管理料】

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 | 320点 |
| 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 | 250点 |
| 3 1及び2以外の場合 | <u>200点</u> |



歯科疾患在宅療養管理料

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1 在宅療養支援歯科診療所1の場合	320点
2 在宅療養支援歯科診療所2の場合	250点
3 1及び2以外の場合	200点

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

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

[算定要件]

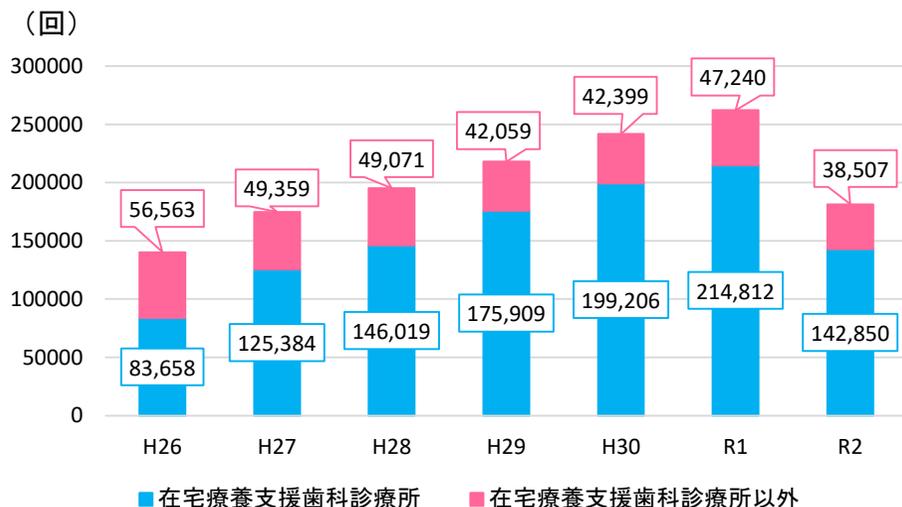
歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況及び併せて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に、月1回に限り算定。

[対象患者]

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



算定回数



(出典) 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

管理計画

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

質の高い在宅医療の確保⑦

訪問歯科衛生指導料の見直し①

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

現行

【訪問歯科衛生指導料】

1 複雑なもの	360点
2 簡単なもの	120点

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）を限度として算定する。

2 1については、患者と1対1で20分以上療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定し、2については、1人又は複数の患者に対して療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定する。それぞれ当該歯科衛生指導で実施した指導内容等について、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

改定後

【訪問歯科衛生指導料】

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

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

2 （削除）

介護報酬改定における対応

○居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）の見直し

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

訪問歯科衛生指導料

C001 訪問歯科衛生指導料	1 単一建物診療患者が1人の場合	360点
	2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	328点
	3 1及び2以外の場合	300点

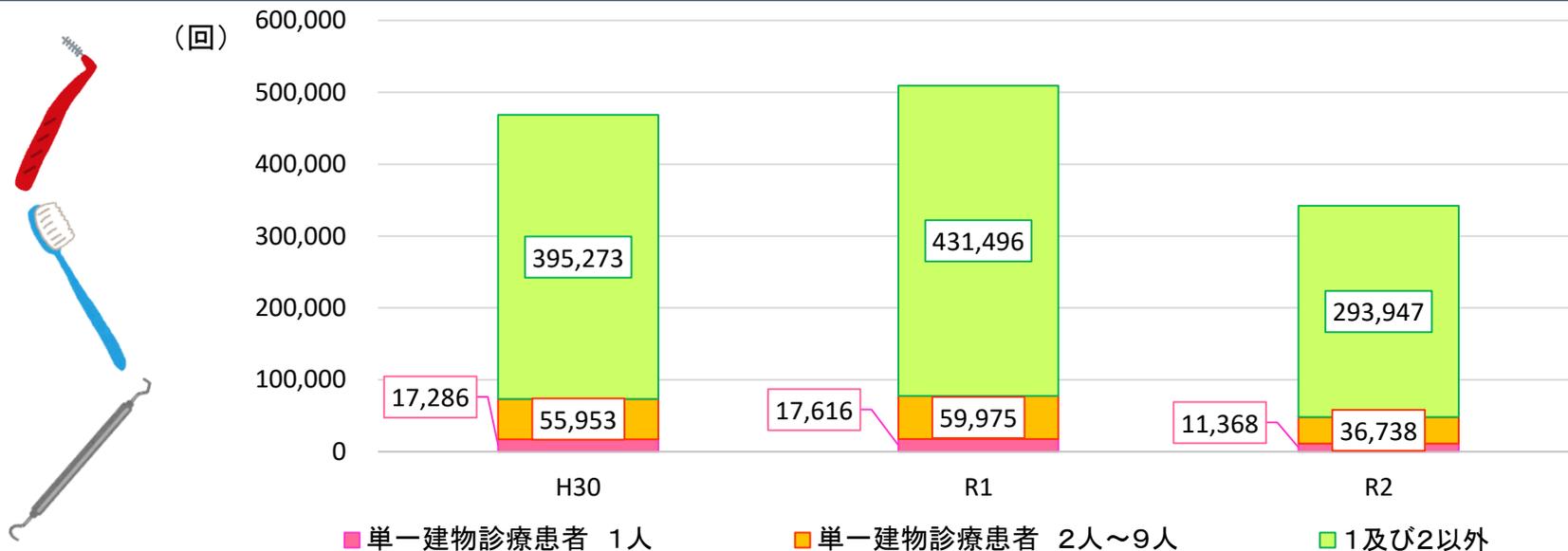


[算定要件]

歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者※又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。

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

※当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているもの



在宅等療養患者専門的口腔衛生処置

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

1029-2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（1口腔につき） 120点

[算定要件]

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



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

算定回数

	平成30年	令和元年	令和2年
在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	44,089	46,555	31,694

(出典)

算定回数:社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

○ 平成28年度診療報酬改定において、口腔機能が低下し、摂食機能障害を有する患者に対する口腔機能の管理の包括的な評価を新設した。

C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	10歯未満	350点
		10歯以上20歯未満	450点
		20歯以上	550点

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

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

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



対象患者

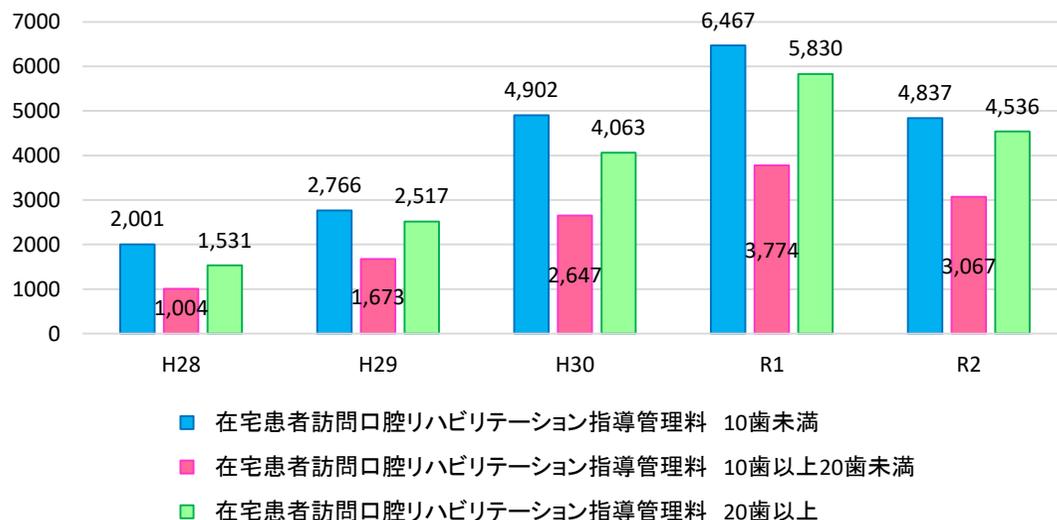
○ 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの

○ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

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

(回)

算定回数



小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- 平成30年度診療報酬改定において、通院困難な小児に対する歯科訪問診療を充実させる観点から、口腔衛生指導や口腔機能管理等を包括した評価を新設した。
- 主に在宅療養支援歯科診療所において、通院困難な小児に対する口腔衛生指導等が実施されている。

C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

450点

[算定要件]

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

[包括範囲]

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

[加算]

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



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

算定回数

		平成30年	令和元年	令和2年
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料		227	326	256
	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 加算	11	12	10
	在宅療養支援歯科診療所 加算1 ※イ	30	155	177
	在宅療養支援歯科診療所 加算2 ※ロ	136	114	29

(出典)
 算定回数: 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

※イは在宅療養支援歯科診療所1、※ロは在宅療養支援歯科診療所2が算定可能。

※各々の加算は重複算定不可能。

在宅歯科医療の推進

栄養サポートチーム等連携加算の対象拡大

- 多職種連携を推進する観点から、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料において栄養サポートチーム等連携加算を設定する。

現行

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】
450点

注1～注5 略



改定後

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】
450点

（新）注6 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

注7 当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。

在宅歯科医療に係る現状及び課題

(在宅歯科医療を取りまく状況)

- 歯科訪問診療を実施している歯科診療所数は微増傾向。
- 在宅療養支援歯科診療所について、地域における連携を推進する観点から、機能に応じて評価しており、連携機能を強化をしている在宅療養支援歯科診療所1は増加傾向。
- 歯科訪問診療等を実施していない理由は、在宅療養支援歯科診療所では「歯科訪問診療の依頼がないから」、それ以外の歯科診療所では「歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから」が最も多かった。
- 新型コロナウイルス感染拡大による影響を踏まえた歯科訪問診療を行う際の対策として、使用する感染防護具を増やすなど対応を行っている。

(在宅歯科医療の診療報酬上の評価について)

- 在宅歯科医療を推進する観点から、歯科訪問診療料の見直しや外来受診していた患者について、かかりつけ歯科医が継続的に歯科訪問診療を実施した場合の評価など、評価の充実を行っている。
- 歯科訪問診療料の算定回数は増加傾向にあり、特に歯科訪問診療2の増加が顕著。
- 歯科訪問診療1及び2と比較し、歯科訪問診療3は20分未満の割合が多い。
- 歯科訪問診療料を算定した患者における、口腔機能の評価に基づく継続的な歯科疾患の管理について評価の充実を行っている。

【論点】

- 患者のニーズにあわせた歯科訪問診療を推進するために、近年における診療報酬改定の内容を踏まえ、どのような対応が考えられるか。

在宅(その1)

在宅患者訪問薬剤管理指導について

患家への医薬品・衛生材料の供給
患者の状態に応じた調剤（一包化、簡易懸濁法、無菌製剤等）
薬剤服用歴管理（薬の飲み合わせの等の確認）
服薬指導・支援
服薬状況と副作用等のモニタリング
残薬の管理
医療用麻薬の管理（廃棄含む）
在宅担当医への処方提案等
ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有



在宅患者への最適かつ効果的で
安全・安心な薬物療法の提供

I.(2)③ 地域における医薬品供給体制を確保するための薬局の体制整備

在宅医療への移行に伴い薬局が果たす役割

○ 在宅医療へ移行する際の薬局の関わり方は、入院時の薬物療法をもとに、在宅で可能な薬剤や投薬に必要な医療材料等を提供するとともに、訪問の際に得られた情報は、家族の看護や多職種との訪問状況等を踏まえ、患者情報を多職種と共有し、患者の生活をサポートすることが重要。

1. 訪問の依頼

医療機関からの退院時カンファレンスへの参加依頼や病院内地域連携室、地域の他職種からの連絡等による訪問依頼

2. 処方提案

在宅医療において入院時と同様の治療を継続するため、院内における薬物療法の現状や、退院後の生活の情報等を把握した上で、

- 輸液セット（輸液ポンプ、チューブ、針など）等の医療材料
- （無菌調剤を行う場合には）配合変化の有無
- 薬局で調剤可能な医薬品であるかどうか

等を確認し、治療に必要な処方内容を整理し、医師等にあらかじめ提案

例) 高カロリー輸液投与患者

院内：

エルネオパNF 2号 1000ml	1キット
ガスター 20mg/2ml	2管
プリンペラン 10mg/2ml	1管
1日分	
フェントステープ 4mg	1枚
アブストラル舌下錠 100μg	



院外処方：

1) エルネオパNF 2号 1000ml	1キット
ガスター 20mg/2ml	2管
プリンペラン 10mg/2ml	1管
中心静脈注射	7日分
2) フェントステープ 4mg	7枚
1日1枚15時に貼り替え	
3) アブストラル舌下錠 100μg	1錠
疼痛時（1日4回まで）	20回分
4) テルフュージョン（カフティポンプ用）チューブセット	2本
5) コアレスニードルセット 22G	2本
6) ヘパフラッシュ 100単位/mlシリンジ10ml	2本

訪問看護
週2回

3. 無菌調剤の実施

4. 薬剤管理指導（訪問）

薬剤の使用方法等の説明、残薬の確認、体調の変化の確認等

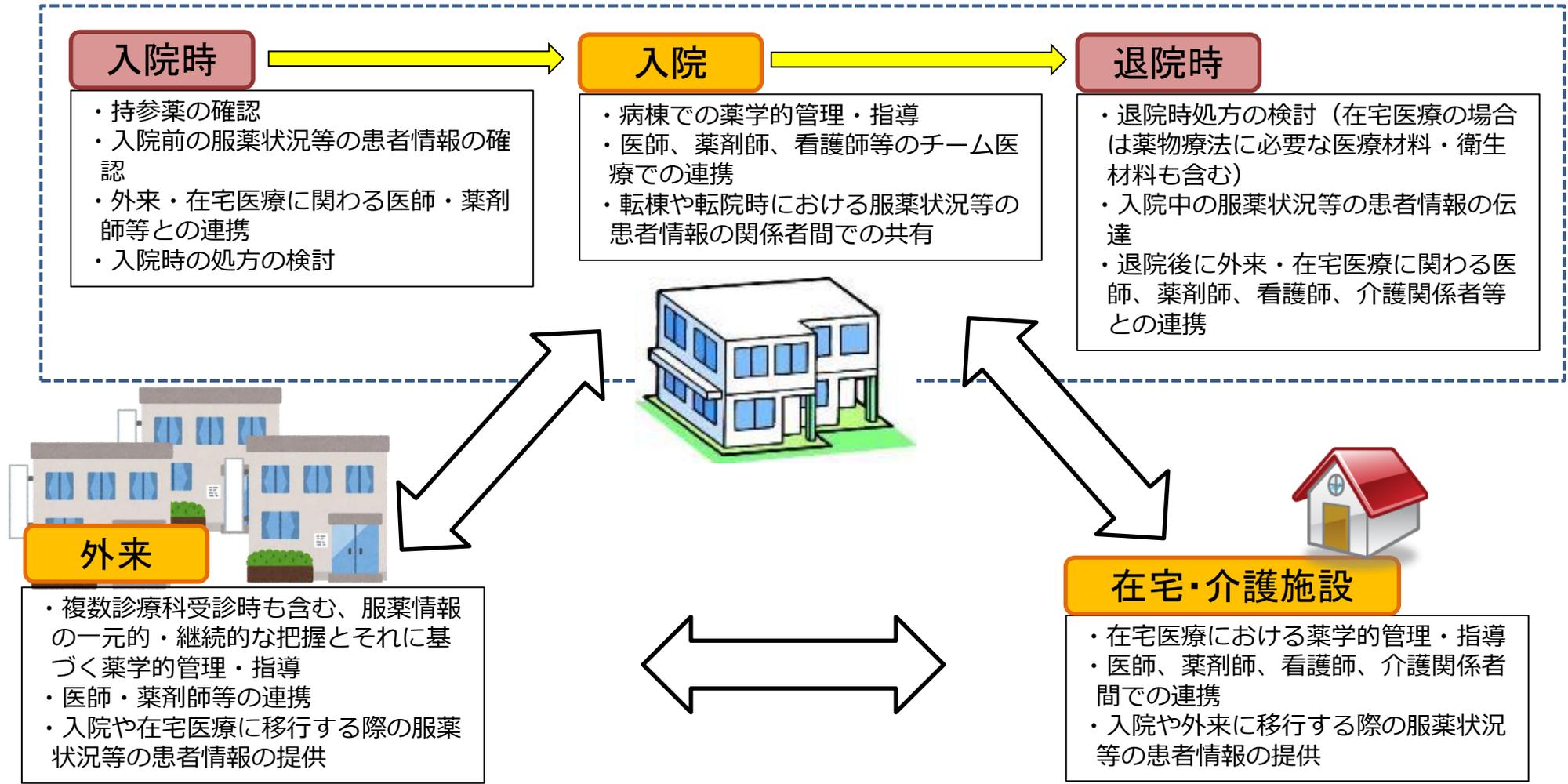
5. 多職種連携

訪問時の情報を精査した上で、必要な情報については医師、訪問看護、ケアマネ等の多職種と共有し、患者の生活をサポートできる方法を、検討・提案

（参考）平成29年度患者のための薬局ビジョン推進事業（埼玉県）

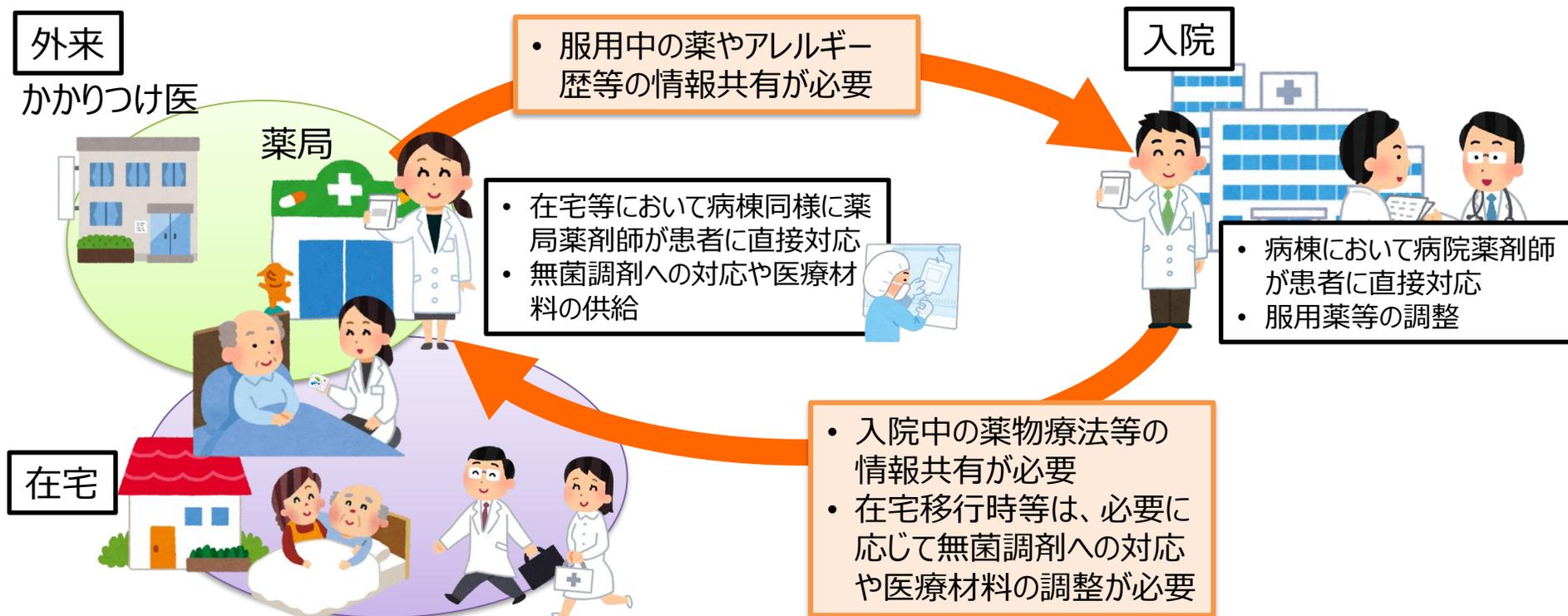
「在宅医療ステップアップガイドブック（Step4）」

- 安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療・介護サービスを提供する上で、患者の薬物療法に関しても、有効で安全な薬物療法を切れ目なく継続的に受けられるようにすることが必要。
- このため、薬物療法に関わる関係者が、患者の服薬状況等の情報を共有しながら、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施することが求められる。



病院薬剤師と薬局薬剤師のシームレスな連携の必要性

- 入院医療だけでは完結しない → 地域包括ケアシステムでの対応
- 入退院時における患者の薬物療法に関する情報共有、処方薬の調整等をどのように対応するか
- 薬局薬剤師（かかりつけ薬剤師）、病院薬剤師ともに、地域包括ケアシステムの下で何をすべきか考える必要がある
（薬剤師同士だけではなく、多職種との連携 = 地域のチーム医療）



在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

中医協 総-5
3. 7. 14

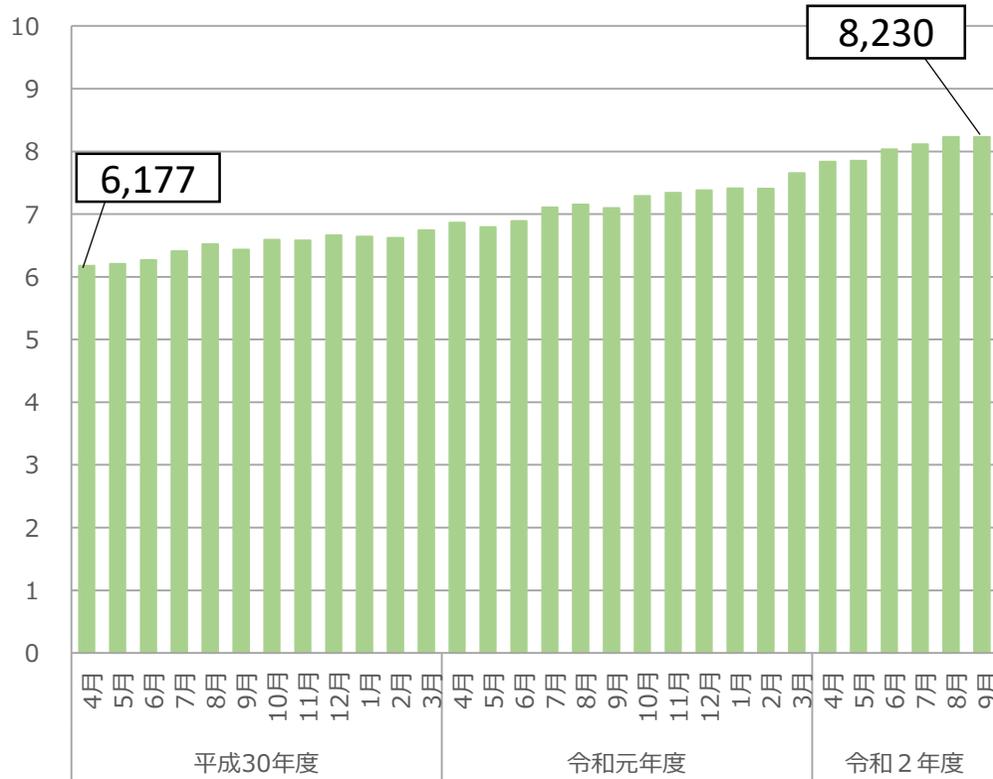
○ 在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)

居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)

薬局数(千)

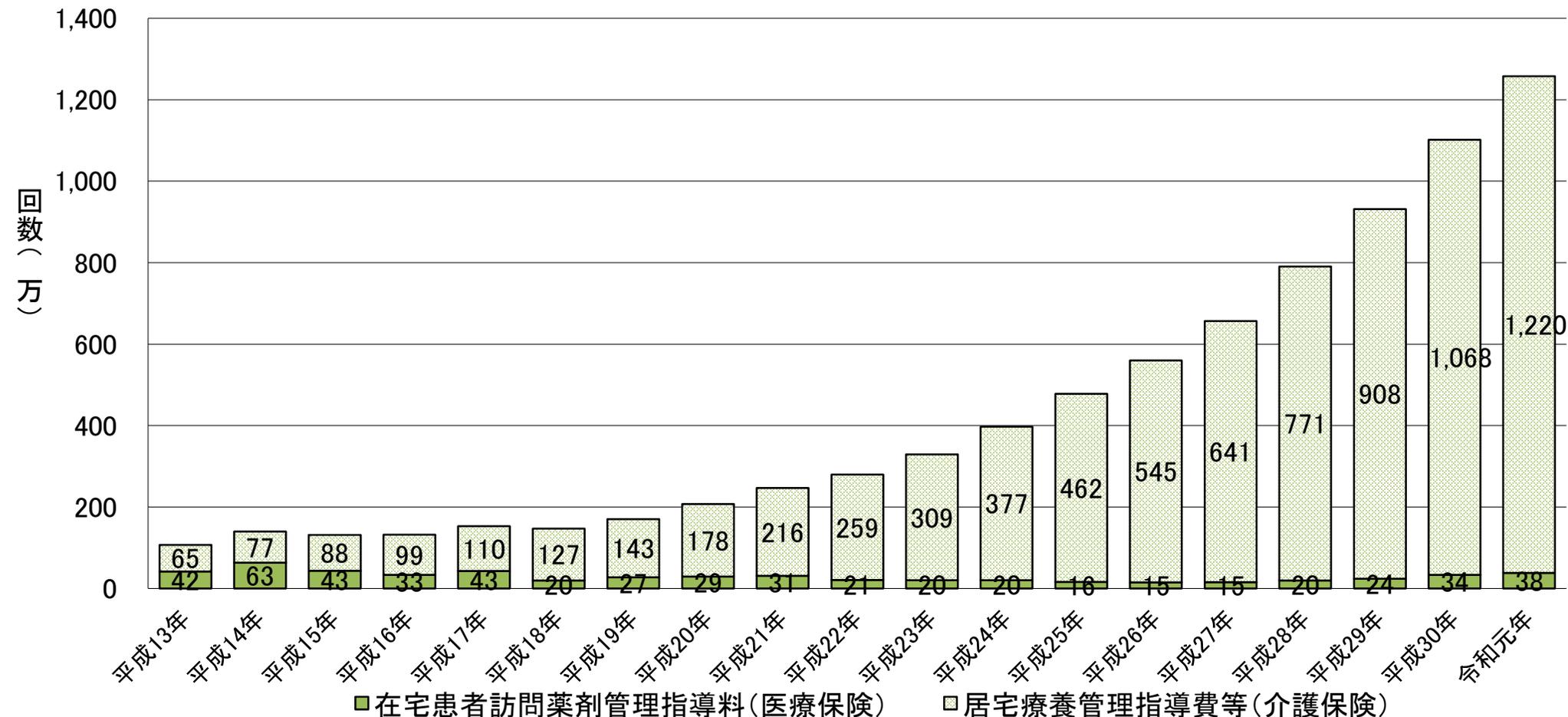
薬局数(千)



薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

中医協 総-5
3. 7. 14

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



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

出典) 社会医療診療行為別統計及び介護給付費実態調査を基に医療課で作成

薬局における訪問薬剤管理指導業務（診療報酬）

中医協 総-5

3. 7. 14

項目	内容	点数	
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が1人の場合 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 ・単一建物診療患者が10人以上の場合 （+麻薬管理指導加算） （+乳幼児加算）	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	650点 320点 290点 （+100点） （+100点）	薬剤師1人週 40回まで 患者1人につき 月4回まで※
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 2 1以外の場合 （+麻薬管理指導加算） （+乳幼児加算）	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	1：500点 2：200点 （+100点） （+100点）	月4回まで
○在宅患者緊急時等共同指導料 （+麻薬管理指導加算） （+乳幼児加算）	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	700点 （+100点） （+100点）	月2回まで
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	40点 30点	
○（調剤料）在宅患者調剤加算	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	15点	

※末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回まで

（参考）介護報酬

○ 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合）

- | | | | |
|-------------------|-------|---------|---------|
| ・単一建物居住者が1人の場合 | 517単位 | （麻薬指導加算 | +100単位） |
| ・単一建物居住者が2～9人の場合 | 378単位 | （麻薬指導加算 | +100単位） |
| ・単一建物居住者が10人以上の場合 | 341単位 | （麻薬指導加算 | +100単位） |

在宅訪問薬剤管理指導についての課題と論点

- ・ 在宅、入院、外来などの状況において、患者が有効で安全な薬物療法を切れ目なく継続的に受けられるようにすることが必要であり、入院・外来から在宅に移行する際や在宅から入院に移行する際の服薬状況等の患者情報の提供など、薬物療法に関わる関係者が、患者の服薬状況等の情報を共有しながら、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施することが重要。
- ・ 在宅業務を実施している薬局は増加傾向にある。
- ・ 医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定回数は横ばいだが、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びており、全体として薬剤師による在宅薬剤管理は進んでいる。



【論点】

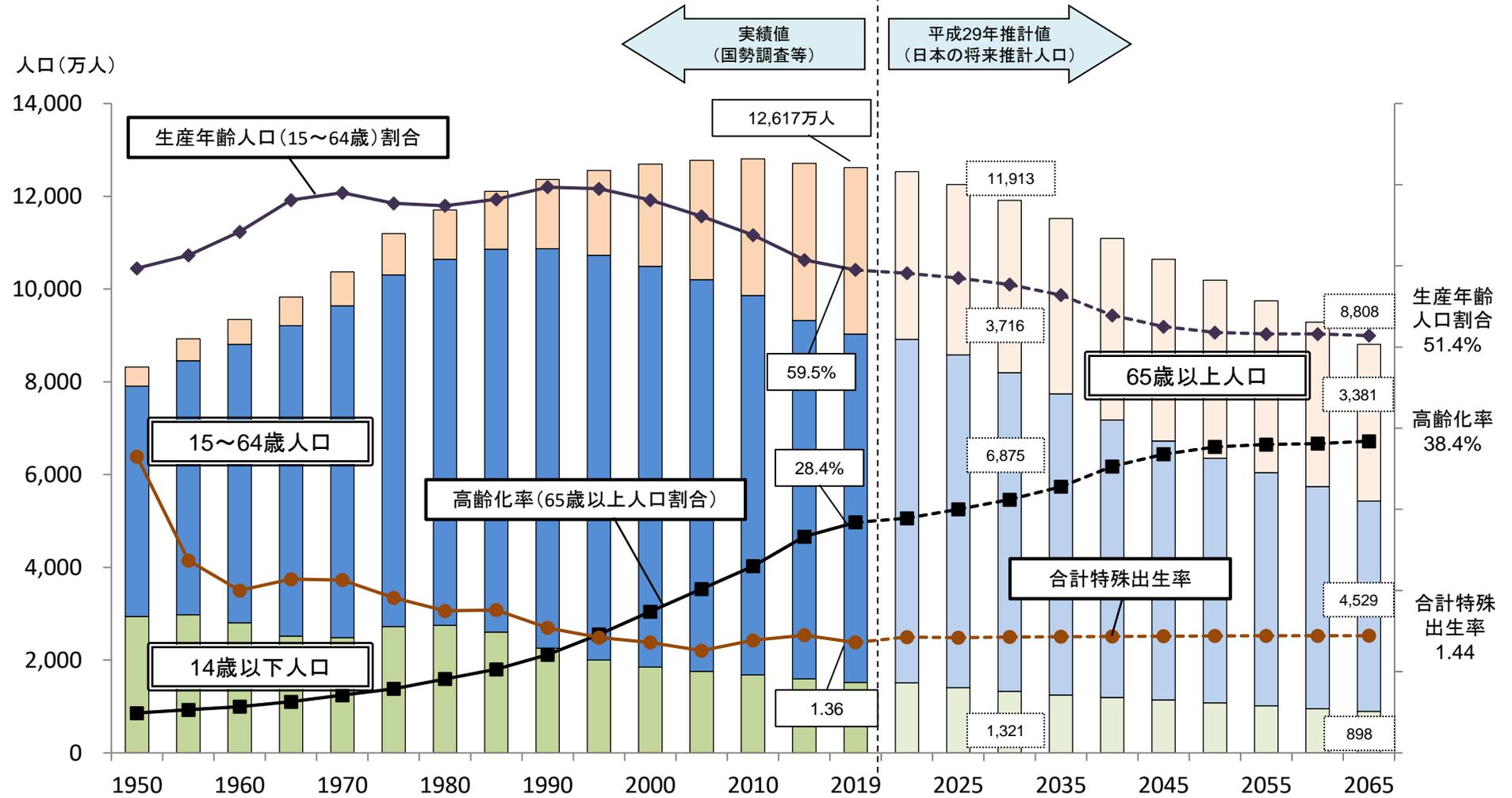
- 今後、在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、薬物療法に関わる関係者が、患者の服薬状況等の情報を共有しながら、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施し、在宅患者が有効で安全な薬物療法を切れ目なく継続的に受けられるようにするための診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

入院(その1)

1. 入院医療をとりまく環境について
2. 入院医療と医療費について
3. 入院医療に係る診療報酬上の評価について

日本の人口の推移

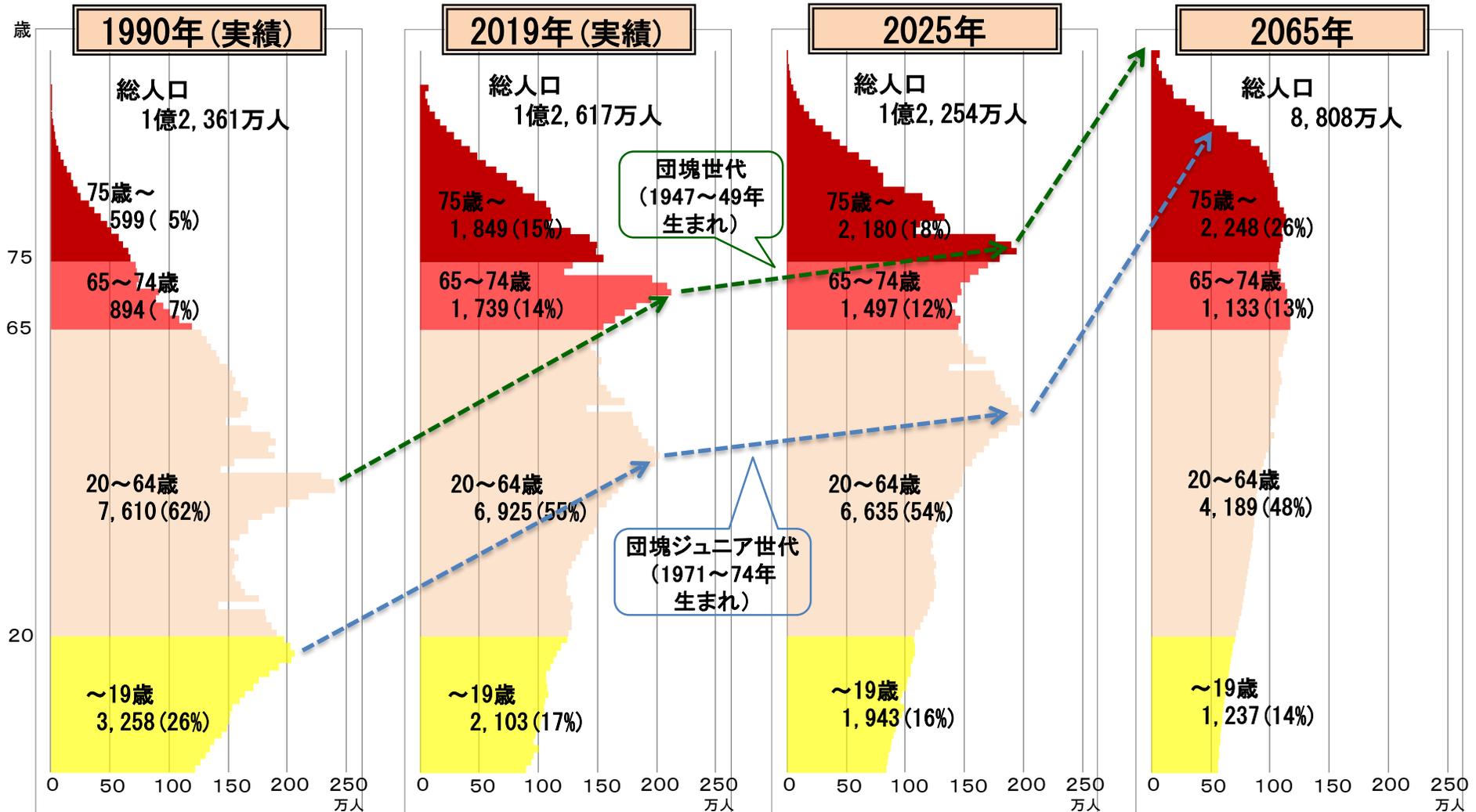
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(出所) 2019年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2019年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
2019年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

日本の人口ピラミッドの変化

- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
- 2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。

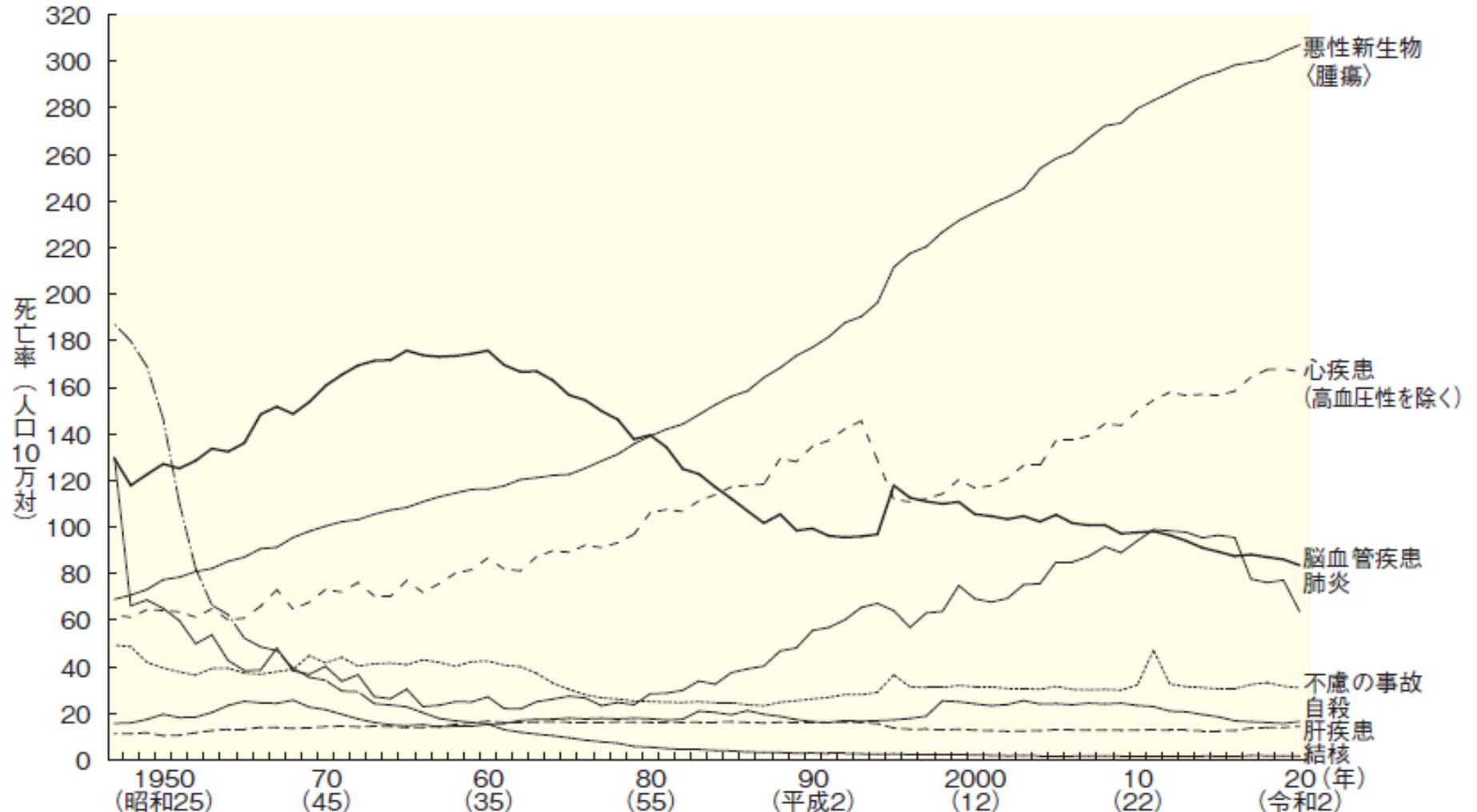


(出所) 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

主な死因別にみた死亡率の推移

出典：令和3年度厚生労働白書

主な死因別にみた死亡率の推移（人口10万対）



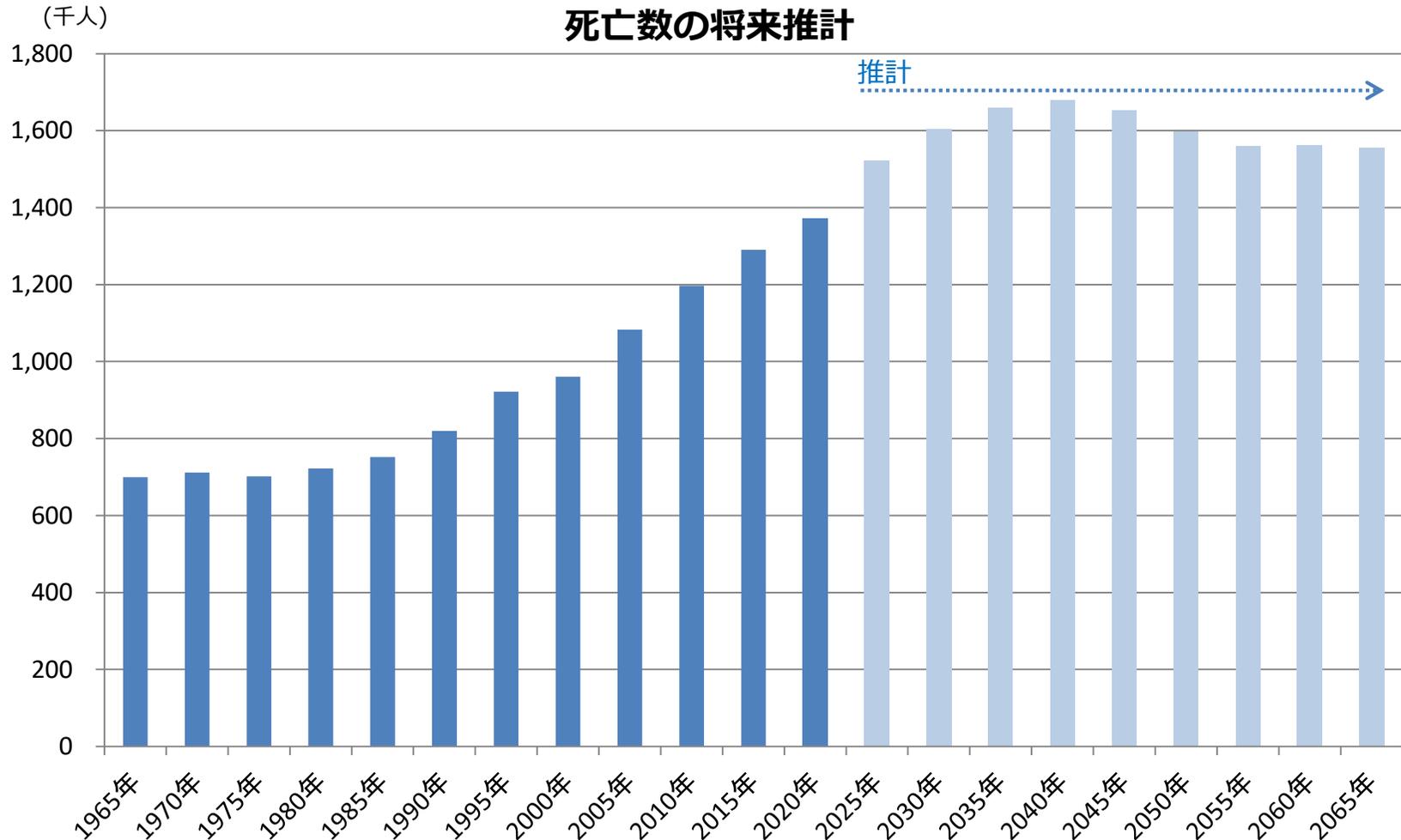
資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

(注) 1. 死因分類等の改正により、死因の内容に完全な一致をみることはできない。

2. 2020（令和2）年は概数である。

看取りに関わる状況 死亡数の将来推計

○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。

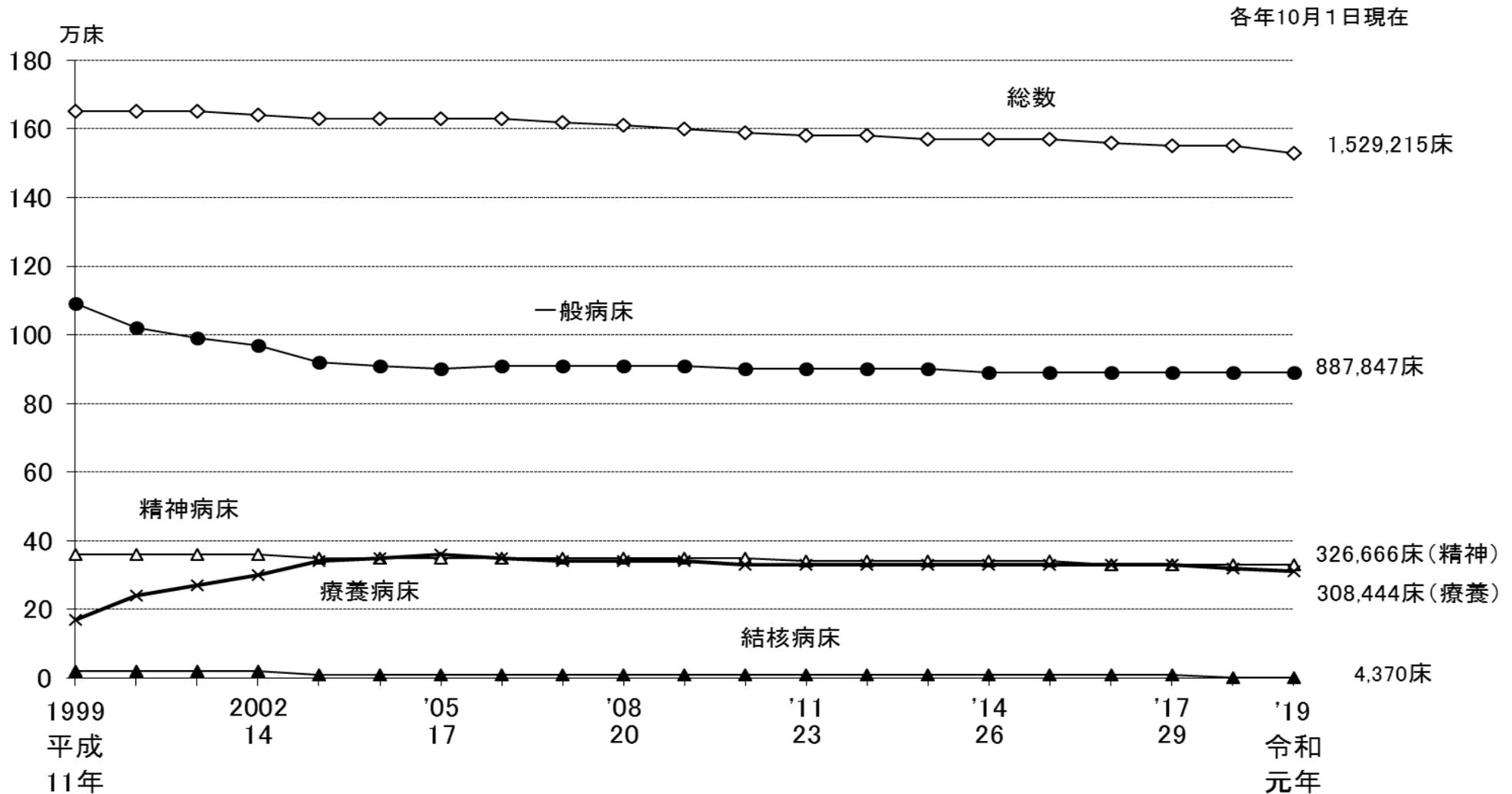


出典：2020年以前は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数（日本人）

2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の死亡中位仮定による推計結果

病床の種類別にみた病床数の年次推移

○ 総病床数はゆるやかな減少傾向。一般病床数は近年は横ばいからやや減少傾向。



注:1) 「一般病床」は、平成12年までは「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成13・14年は「一般病床」及び「経過旧その他の病床(経過旧療養型病床群を除く。)」である。

2) 「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過旧療養型病床群」である。

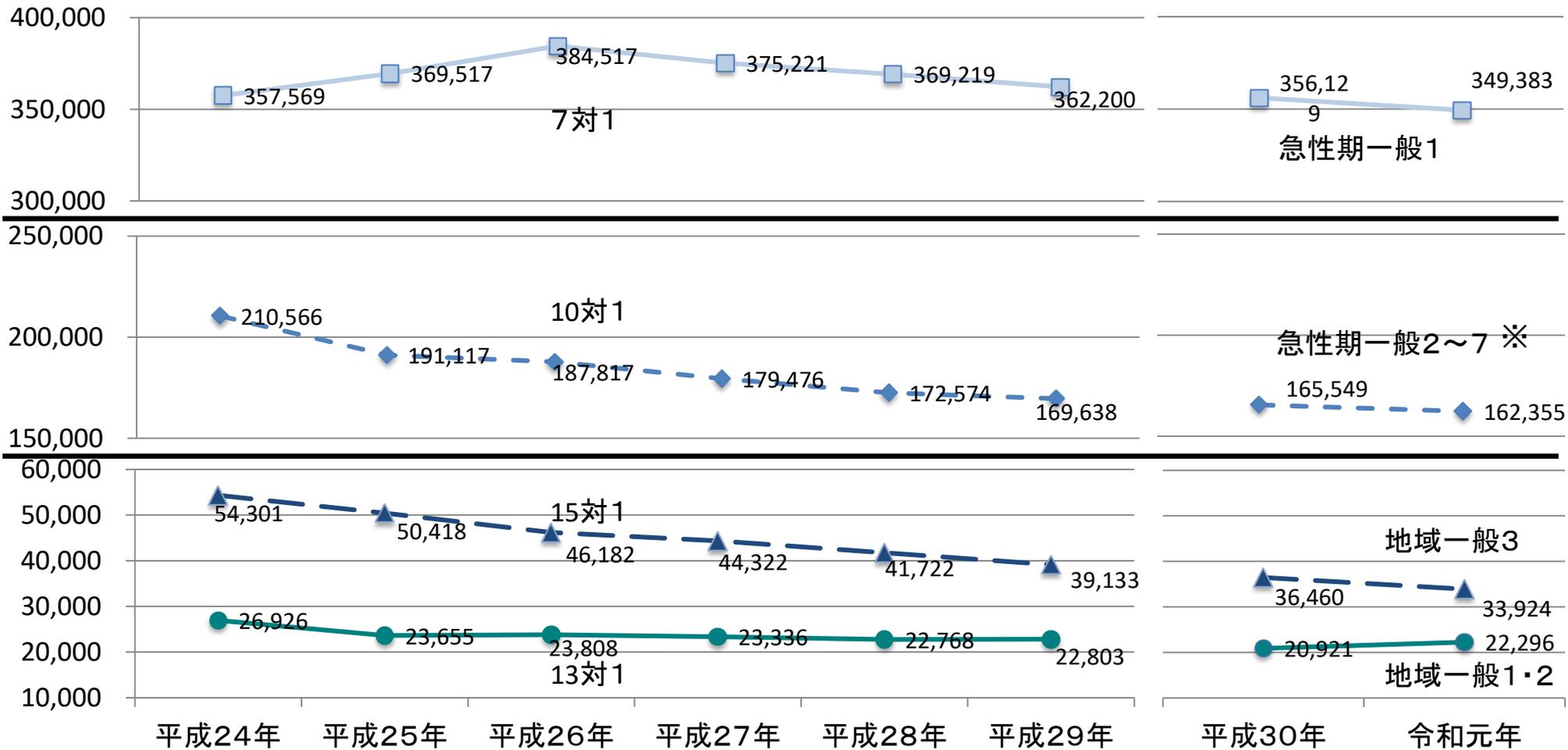
出典：医療施設調査

入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

○ 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多いが、平成26年以降、減少傾向。その他の入院料は横ばい。

（医療保険届出病床数）

（各年7月1日時点）



※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

	平成30年	令和元年
急性期一般2・3	5,399	10,704
急性期4~7	160,150	151,651

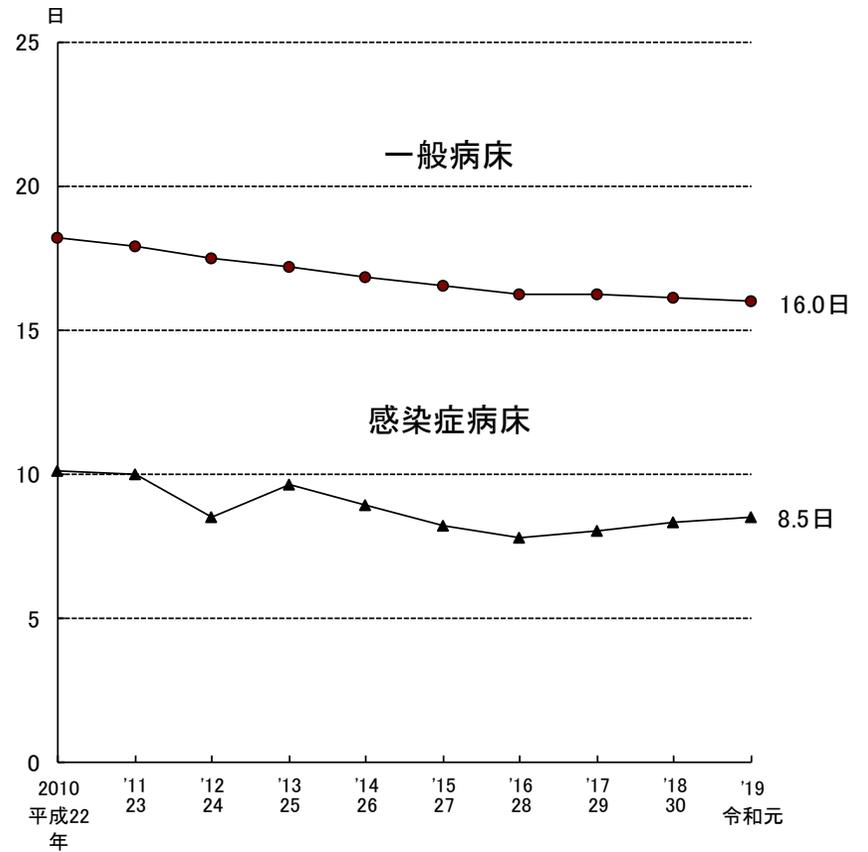
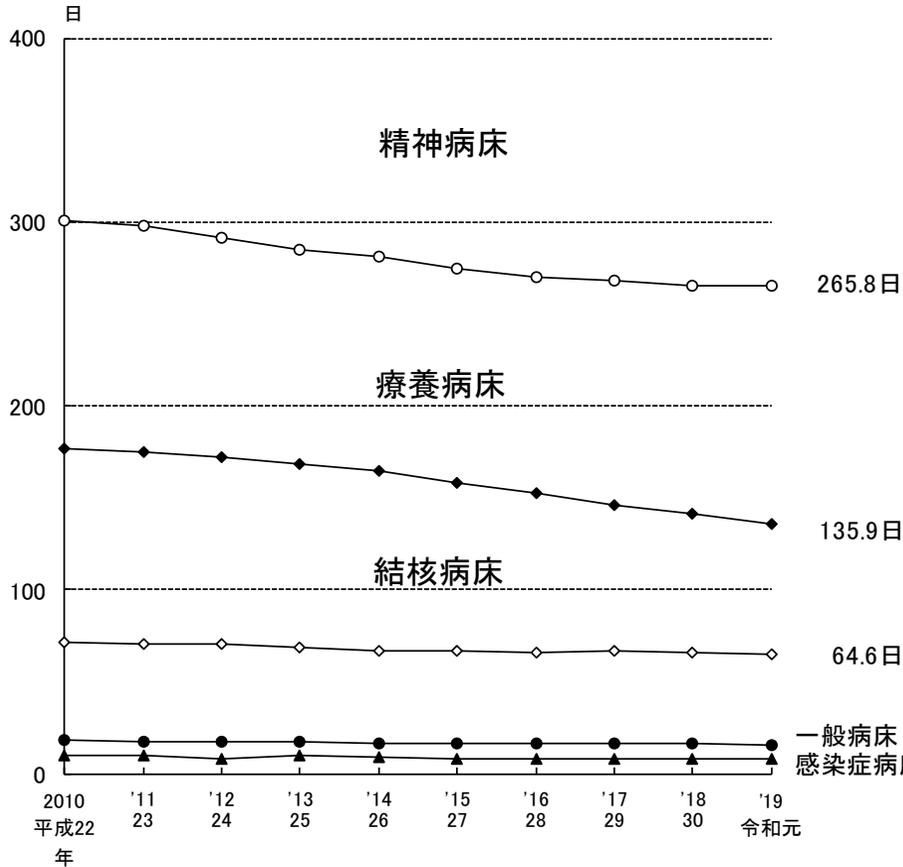
出典：各年7/1の届出状況。保険局医療課調べ

病床種類別の平均在院日数の推移

○ 平均在院日数は、いずれの病床の種類においても減少している。

病院の病床の種類別に見た平均在院日数の年次推移

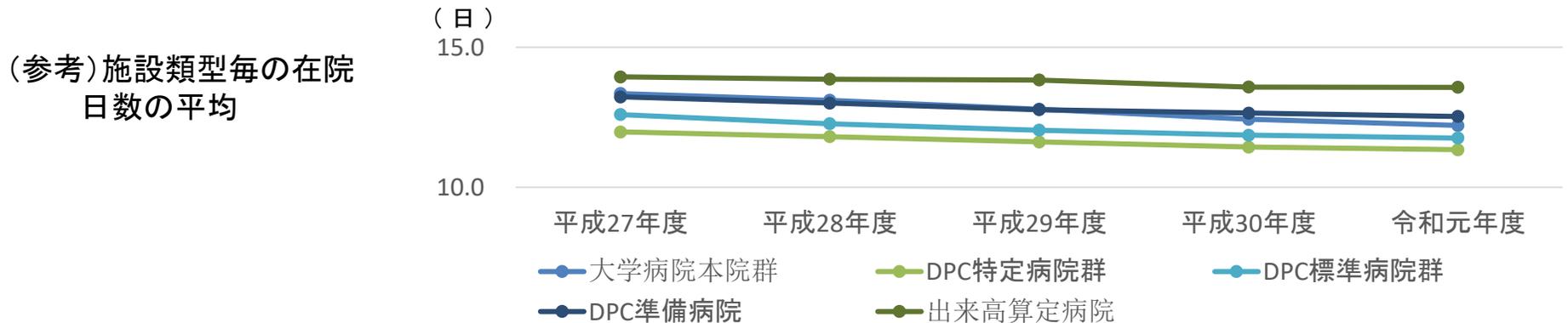
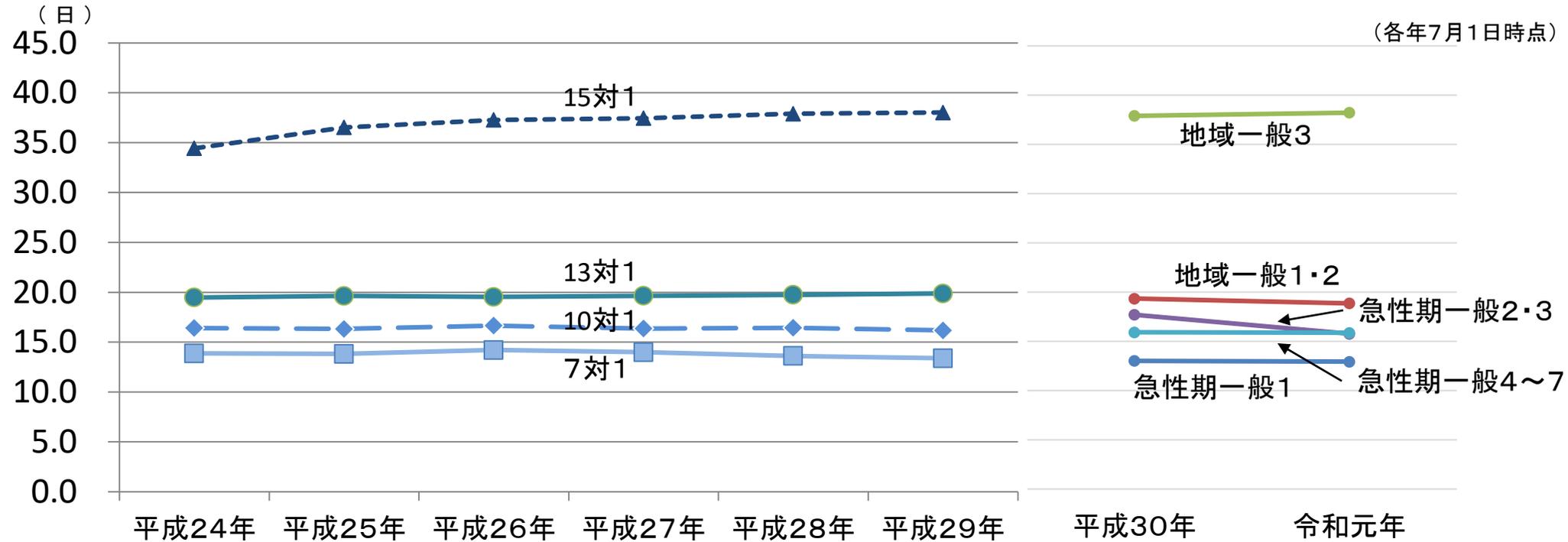
各年間



注：東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。
 熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

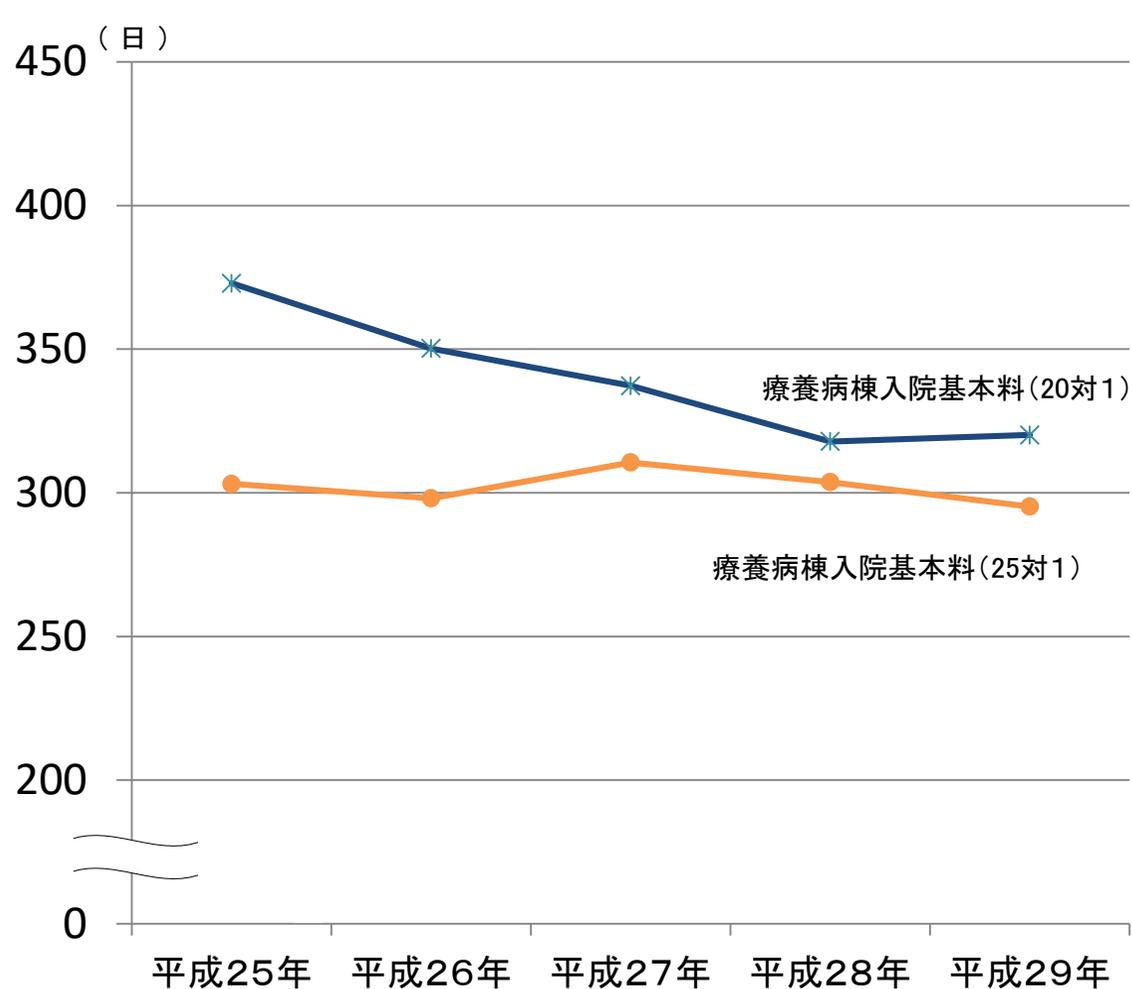
入院料別の平均在院日数の推移（一般病棟入院基本料）

- 平均在院日数は、急性期一般入院料1が最も短く、全体的に、横ばいの傾向。
- DPC病院については、出来高算定病院に比べて短縮化が大きい。



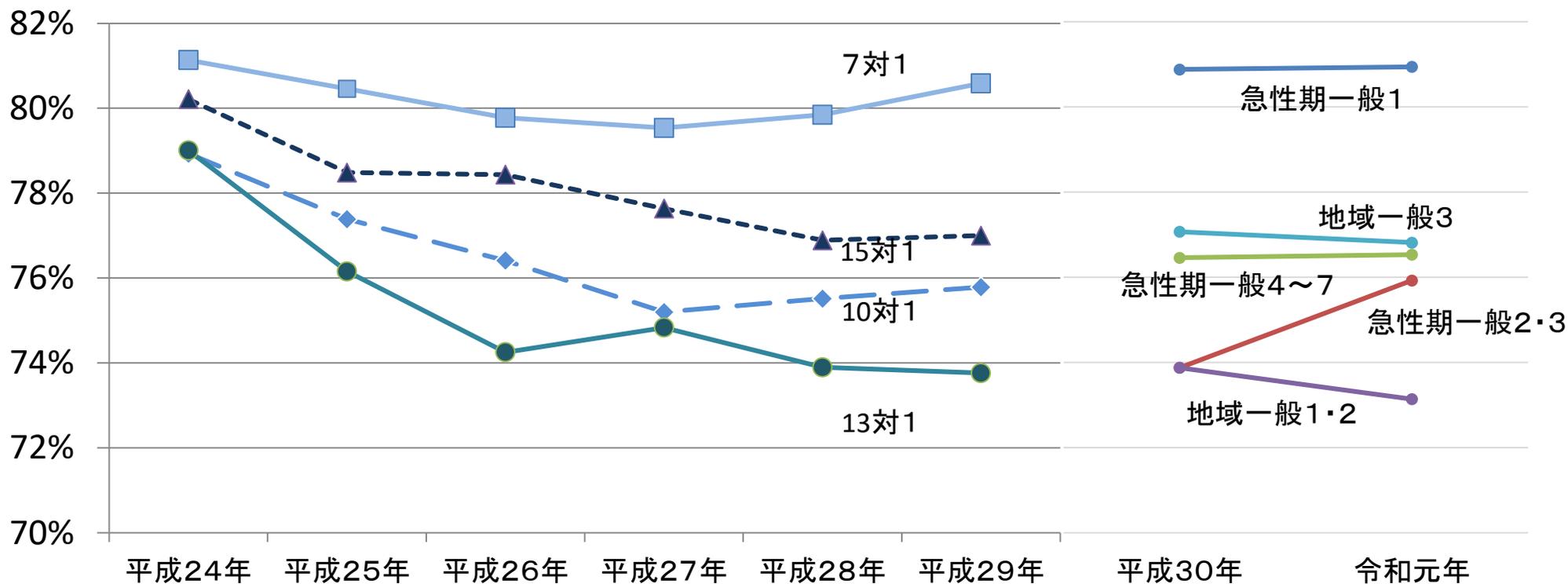
入院料別の平均在院日数の推移（療養病棟入院基本料）

○平均在院日数の推移は以下のとおりであった。平均在院日数を入院料1と2と比較すると、入院料1のほうが入院料2よりも長い傾向であった。



入院料別の病床稼働率の推移（一般病棟入院基本料）

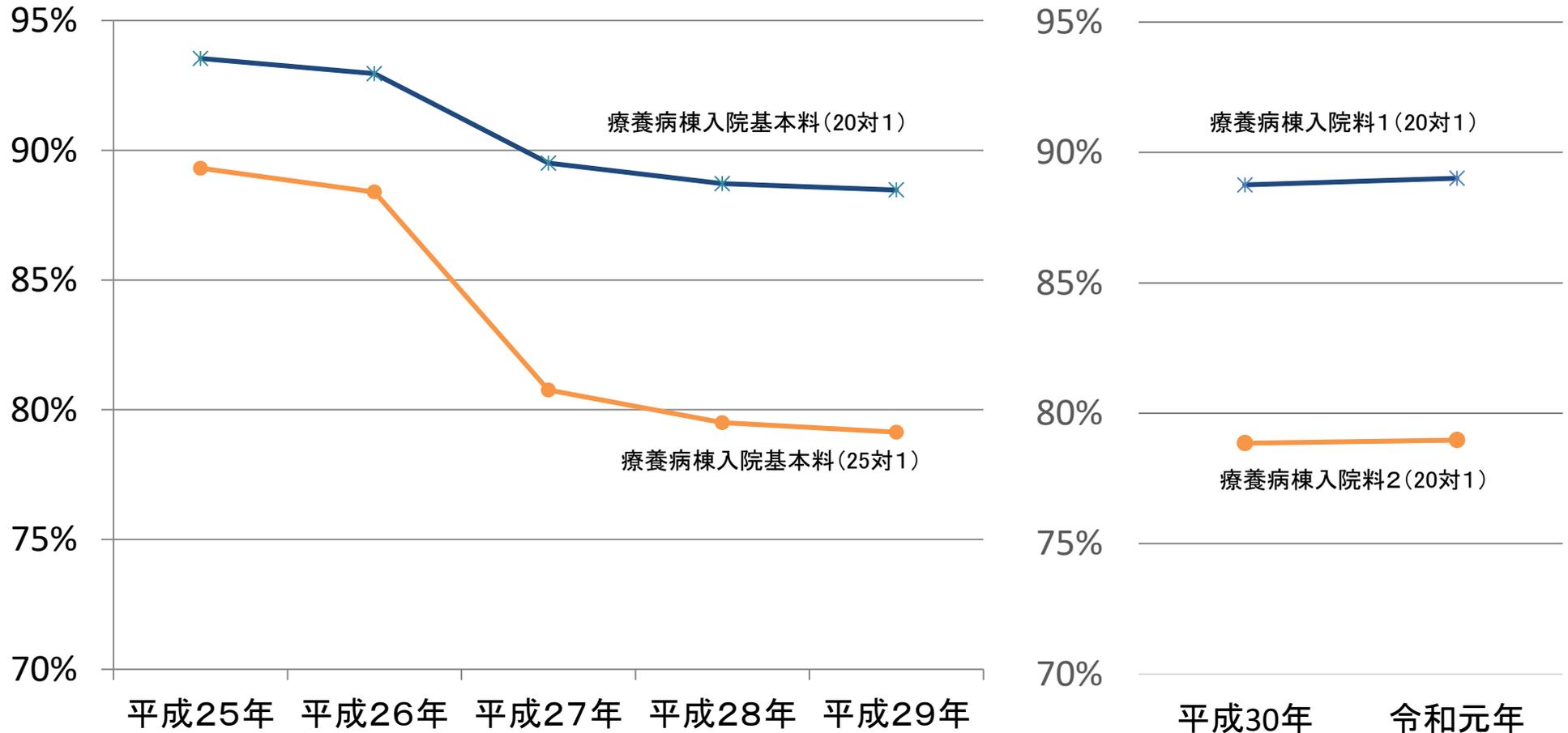
○ 病床稼働率は、急性期一般入院料1が最も高い。全体的に、平成30年度改定以降、病床稼働率は減少している。



※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したのもの
 ※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

入院料別の病床稼働率の推移（療養病棟入院基本料）

○ 病床稼働率の年次推移は以下のとおりであった。病床稼働率を入院料1と2と比較すると、入院料1は入院料2と比較して高い傾向であった。



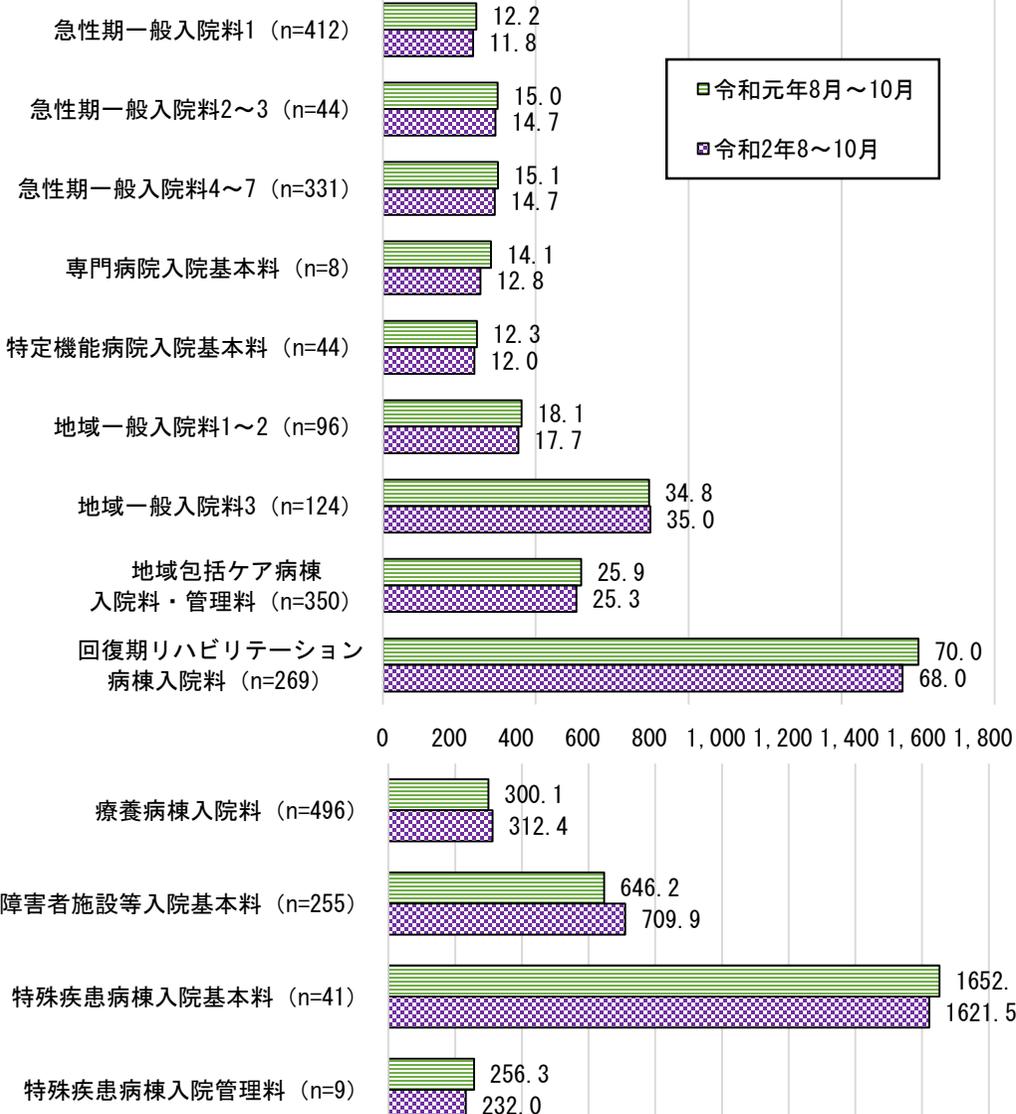
※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したもの

入院料ごとの平均在院日数・病床利用率

平均在院日数

(日)

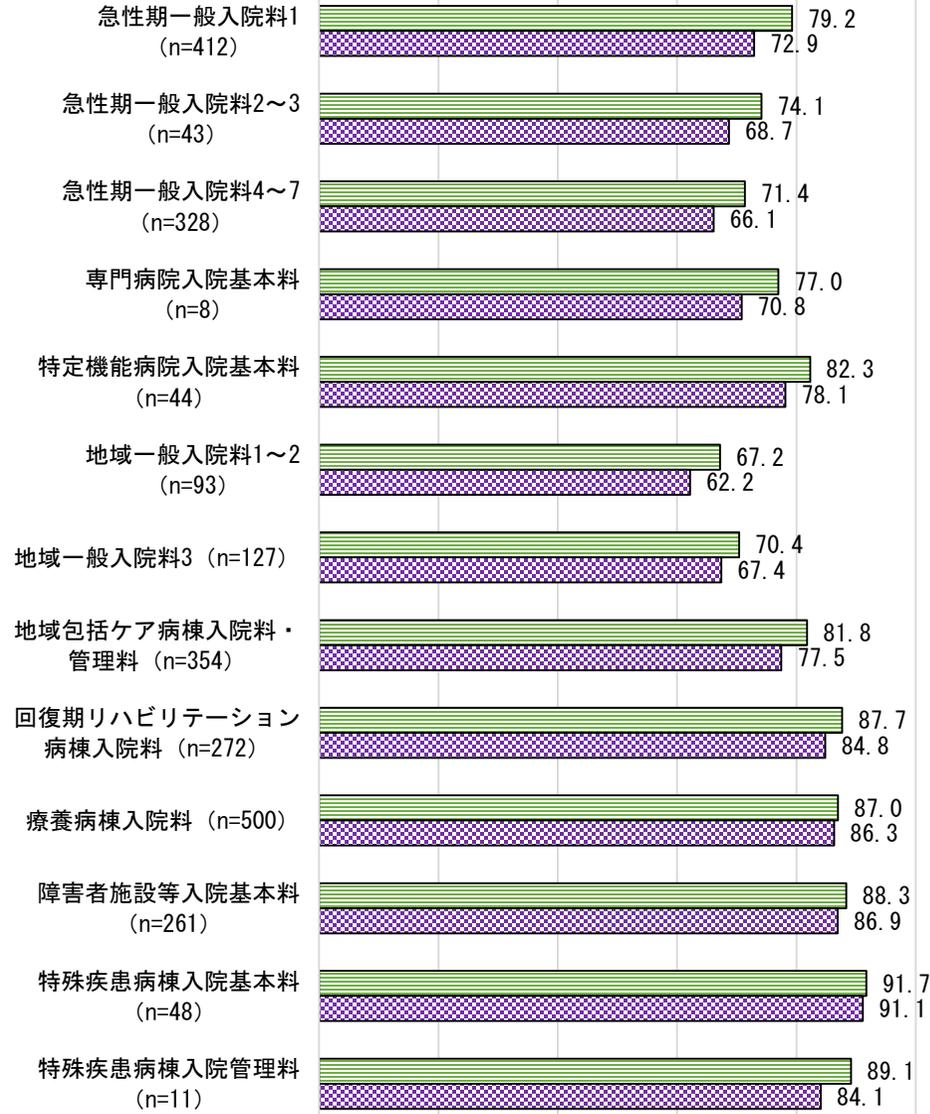
0 20 40 60 80



病床利用率

(%)

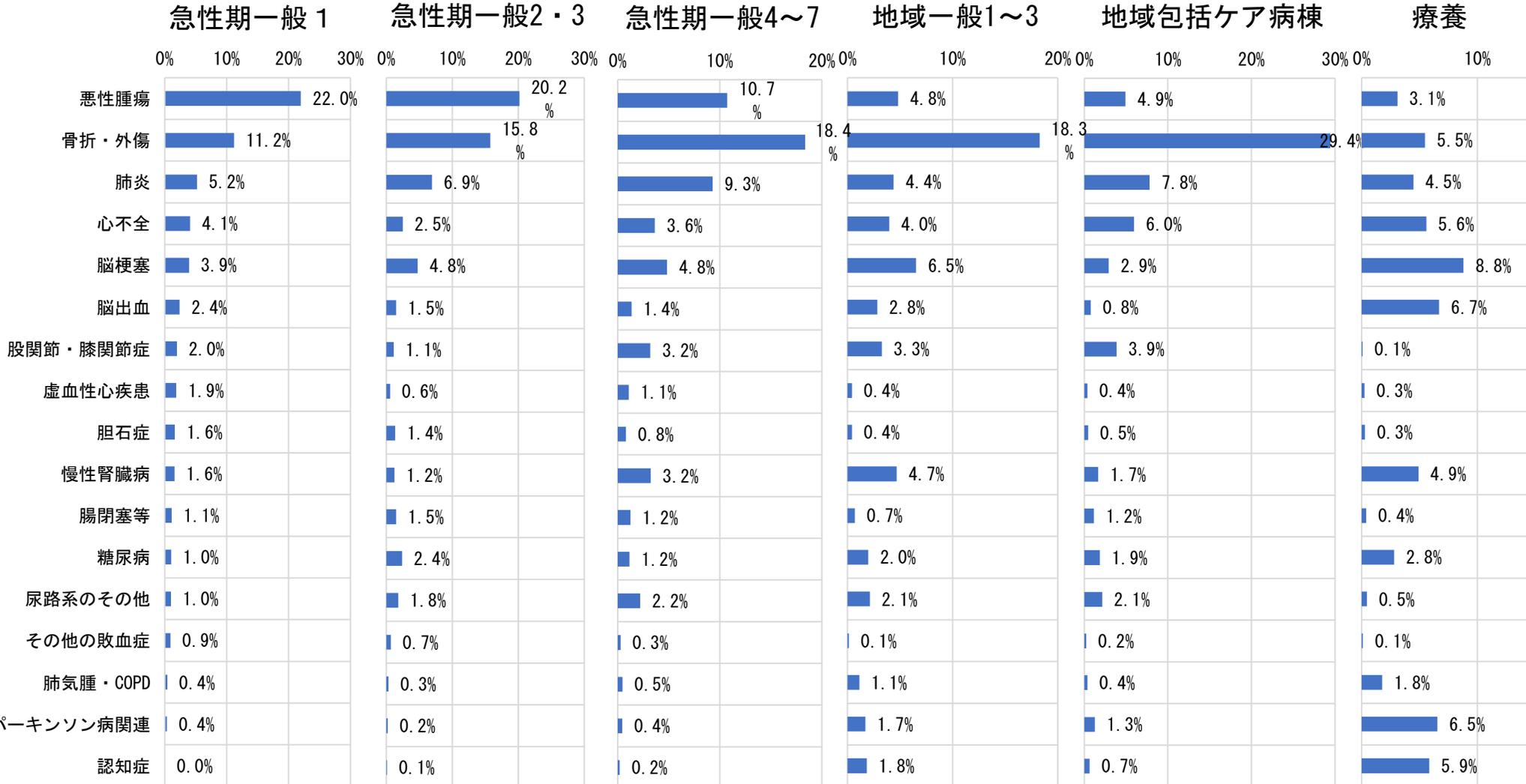
0 20 40 60 80 100



入院料ごとの入院患者の主な傷病

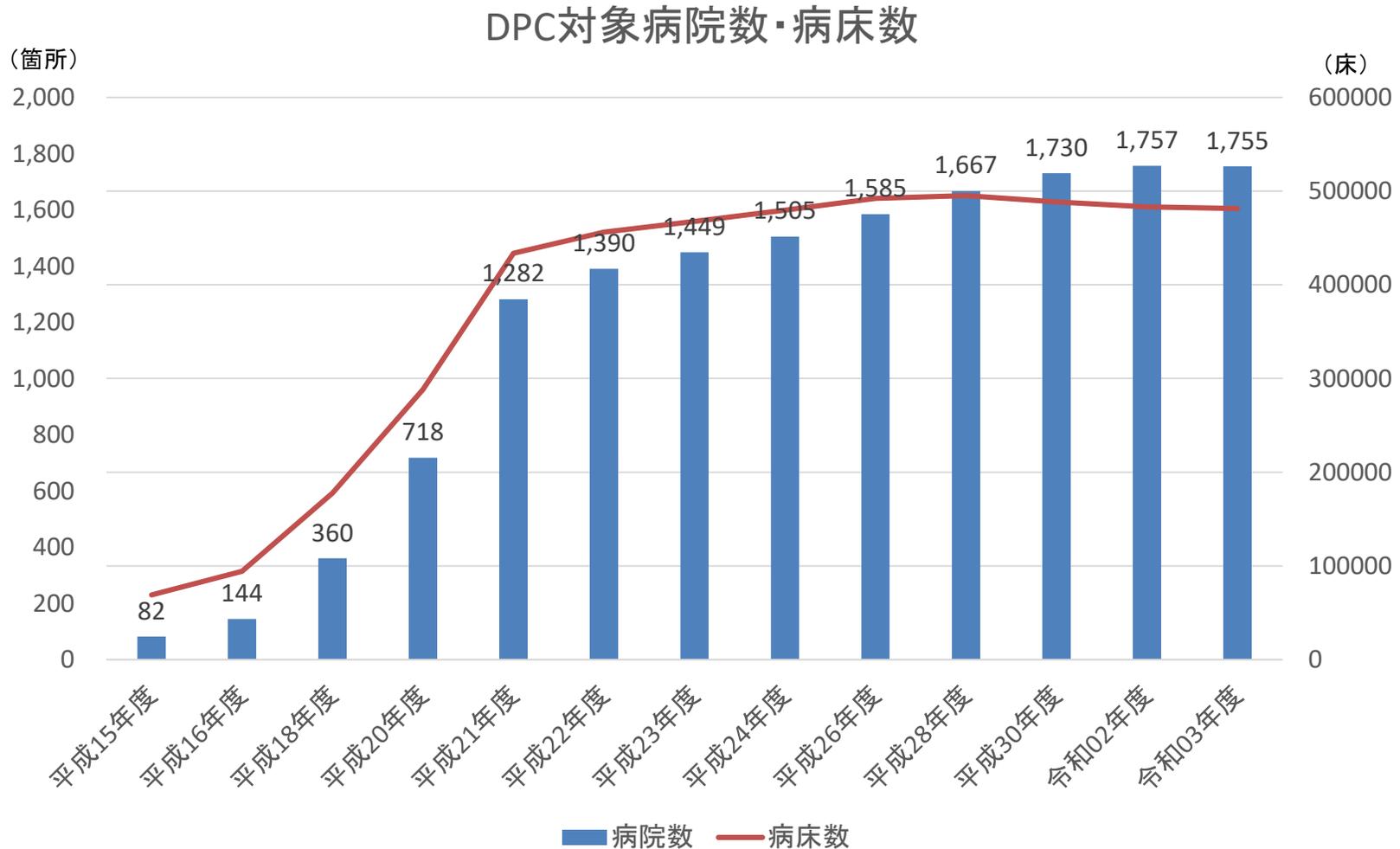
○ 急性期一般入院料 1 や 2・3 では悪性腫瘍が最も多く、急性期一般入院料 4～7 や地域一般入院料、地ケア病棟は骨折・外傷が最も多かった。療養病棟では疾患のバラツキが大きかった。

入院料別・入院患者の主な主傷病の分布



DPC対象病院

- DPC対象病院は、令和3年4月1日時点で1755病院となった。



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

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 888,920床
病床利用率 76.5%
平均在院日数 16.0日

療養病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 310,621床
病床利用率 87.3%
平均在院日数 135.9日

DPC/PDPS

1,727施設 483,747床※2
(▲6,202床)
※2 H31.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

86施設
58,570床※1
(+190床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

20施設 6,315床 (▲304床)

救命救急入院料

374施設 6,360床 (▲51床)

特定集中治療室管理料

624施設 5,235床 (▲24床)

ハイケアユニット入院医療管理料

管理料1 562施設 5,440床
管理料2 30施設 316床
合計 592施設 5,756床 (+344床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

173施設 1,400床 (+82床)

小児特定集中治療室管理料

9施設 108床 (+14床)

新生児特定集中治療室管理料

233施設 1,652床 (+26床)

総合周産期特定集中治療室管理料

127施設 母児・胎児 815床 (+12床)
新生児 1,653床 (+14床)

新生児治療回復室入院医療管理料

200施設 2,840床 (+76床)

一類感染症患者入院医療管理料

32施設 103床 (±0床)

	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
小児入院	76施設	133施設	97施設	372施設	151施設
医療管理料	5,363床	6,272床	2,271床	7,971床	-
	(+126床)	(▲292床)	(+31床)	(▲125床)	

一般病棟入院基本料

592,340床 (▲12,569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	入院料4	入院料5	入院料6	計
732施設	180施設	440施設	85施設	54施設	59施設	1,550施設
48,551床	9,691床	20,336床	3,720床	2,272床	2,684床	87,254床
(+12,735床)	(▲6,338床)	(+123床)	(▲4,139床)	(+329床)	(▲374床)	(+2,336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	入院料3	入院料4	計
998施設	1,372施設	51施設	97施設	2,518施設
31,449床	45,367床	1,398床	2,291床	80,505床
(+12,620)	(▲5,460)	(+826)	(+151)	(+8,137)

障害者施設等入院基本料

888施設
70,304床 (+1,883床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 138床
入院料2 2施設 79床
合計 5施設 217床 (▲6床)

特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
106施設	102施設	32施設
5,609床	7,211床	447床
(▲172床)	(+116床)	(+16床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 306施設 5,998床
入院料2 130施設 2,648床
合計436施設 8,646床 (+283)

介護療養 病床

33,331床
※R元.6末病院報告

施設基準届出
令和元年7月1日現在
(かっこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,938施設 66,506床 (▲2,462床)

有床診療所 (療養) 426施設 4,062床 (▲13床)

精神科救急入院料

入院料1 156施設 9,877床 (+352床)
入院料2 5施設 221床 (+5床)

精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 353施設 16,020床 (▲134床)
入院料2 18施設 851床 (+105床)

精神病棟 1,190施設 146,886床 (▲2,838床)

精神科救急・合併症入院料 11施設 374床 (▲50床)
児童・思春期精神科入院 44施設 1,408床 (+140床)

精神療養病棟入院料

825施設 91,209床 (▲763床)
地域移行機能強化病棟入院料 39施設 1,377床 (▲289床)

認知症治療病棟入院料

入院料1 521施設 36,518床 (+1,234床)
入院料2 7施設 660床 (±0床)

結核病棟 165施設 3,900床 (▲181)

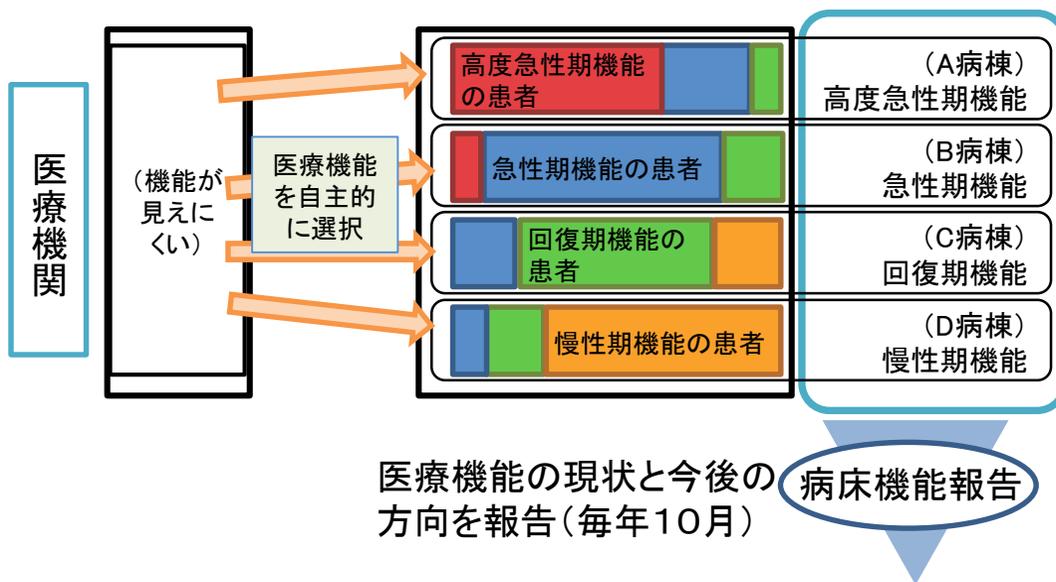
地域医療構想について

令和3年2月8日

第78回社会保障審議会医療部会

参考資料1

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



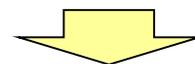
「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等



- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

病床機能報告制度

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

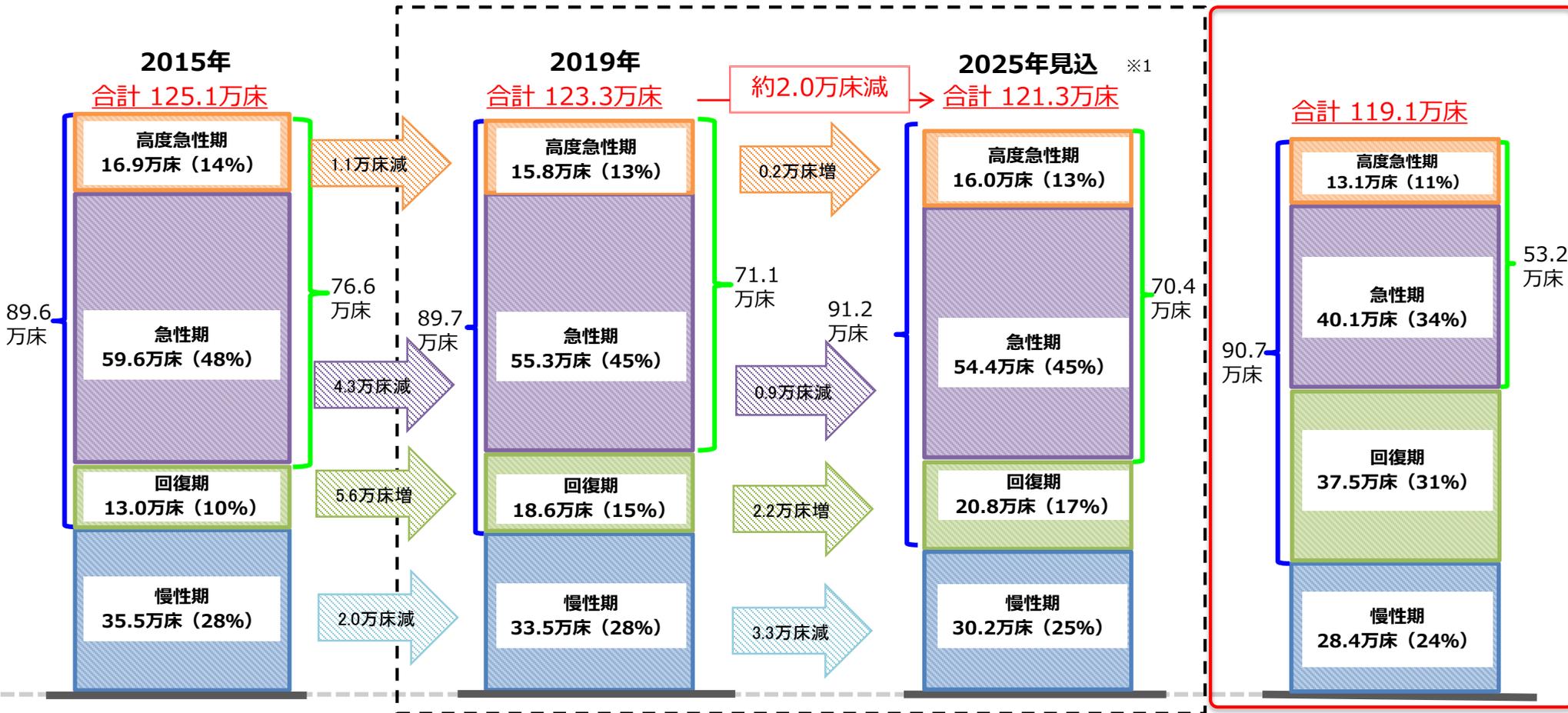
- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

2019年度病床機能報告について

地域医療構想における ※4
2025年の病床の必要量
(平成28年度末時点の推計)

2015年度病床機能報告

2019年度病床機能報告



出典: 2019年度病床機能報告

※1: 2019年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

※3: 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・ 勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・ 地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・ 当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎ 具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
(感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備)
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
(感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等)
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関間での連携・役割分担
(感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等) 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
 - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
 - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
 - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
 - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
 - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定

2. 今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

(1) 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

- 新型コロナ対応が続く中ではあるが、以下のような**地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない**。
 - ・ 人口減少・高齢化は着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化、マンパワーの制約も一層厳しくなる
 - ・ 各地域において、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠
- **感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応**することを前提に、**地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持**しつつ、着実に取組を進めていく。

(2) 地域医療構想の実現に向けた今後の取組

【各医療機関、地域医療構想調整会議における議論】

- **公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組**を実施するとともに、**民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め**、地域医療構想調整会議の議論を活性化

【国における支援】 * 各地の地域医療構想調整会議における合意が前提

- 議論の活性化に資する**データ・知見等を提供**
- 国による助言や集中的な支援を行う「**重点支援区域**」を選定し、積極的に支援
- **病床機能再編支援制度**について、令和3年度以降、消費税財源を充当するための法改正を行い、引き続き支援
- 医療機関の再編統合に伴い資産等の取得を行った際の**税制の在り方**について検討

(3) 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

- 各地域の検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域に対して支援。
- **新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定（※）について検討**。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が進められることから、**2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意**が必要。

※ 具体的には、以下の取組に関する工程の具体化を想定

- ・ 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- ・ 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定（策定済の場合、必要に応じた見直しの検討）

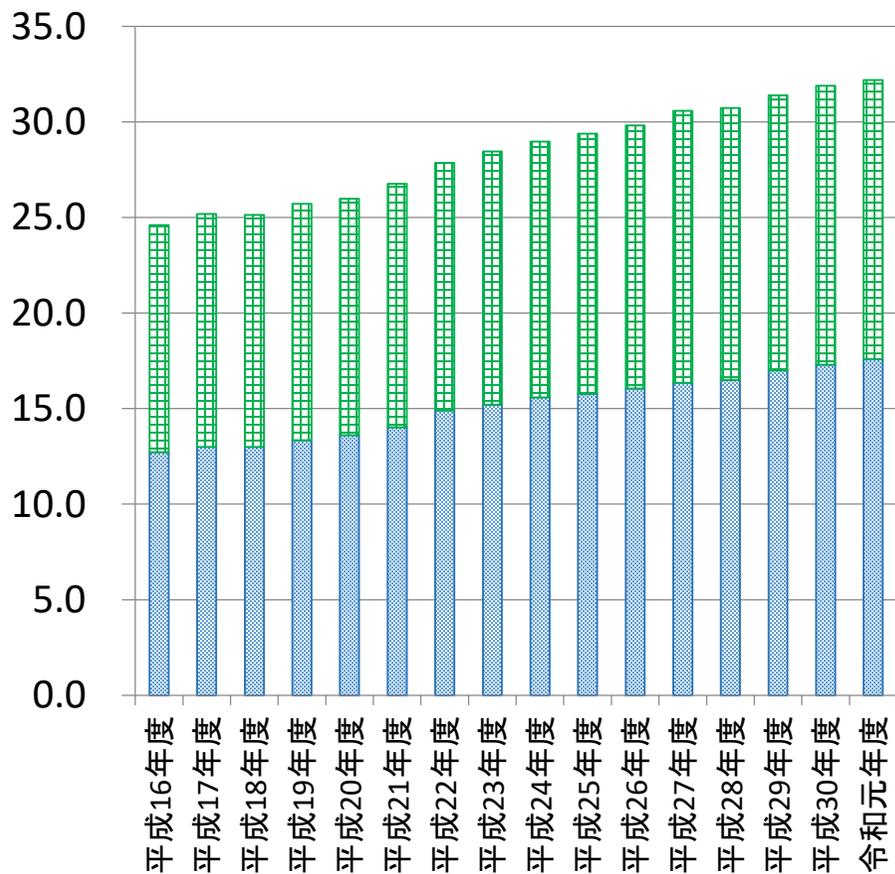
1. 入院医療をとりまく環境について
2. 入院医療と医療費について
3. 入院医療に係る診療報酬上の評価について

入院／入院外医療費の推移

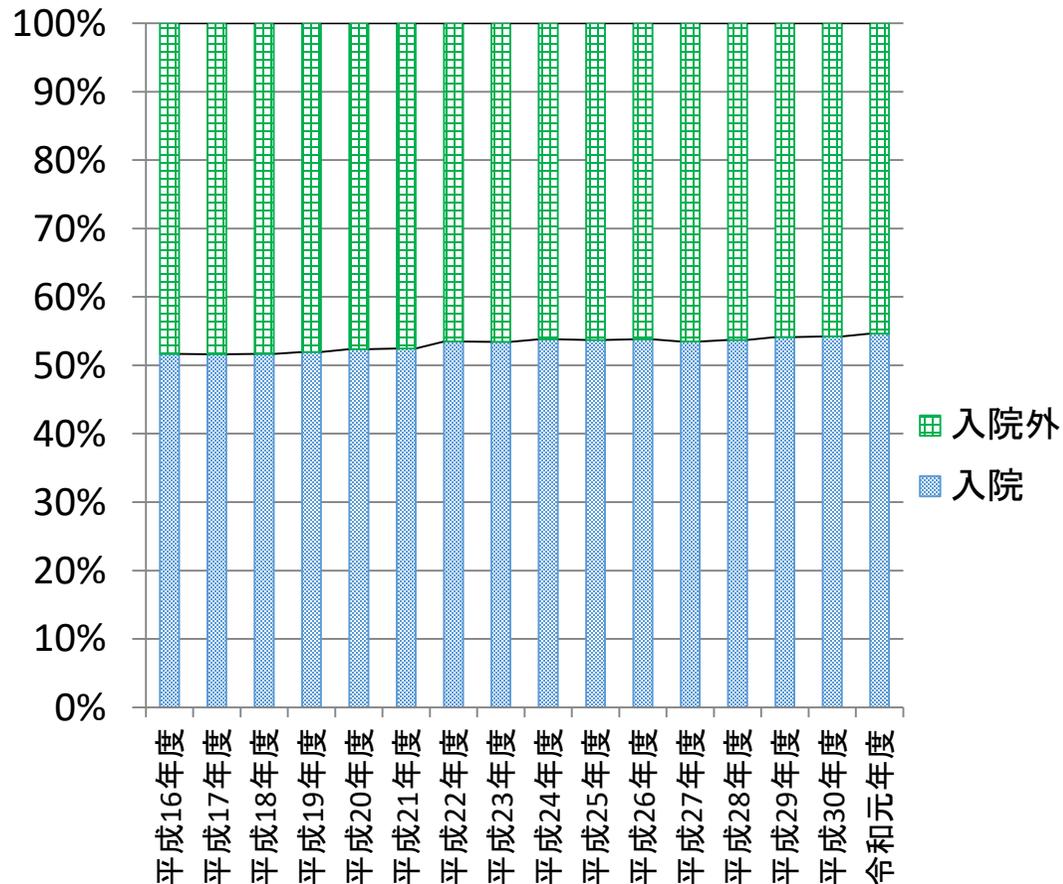
- 入院及び入院外の医療費は、ともに増加傾向である。
入院と入院外の比率で見ると、入院の医療費が微増している。

(兆円)

医療費(医科)

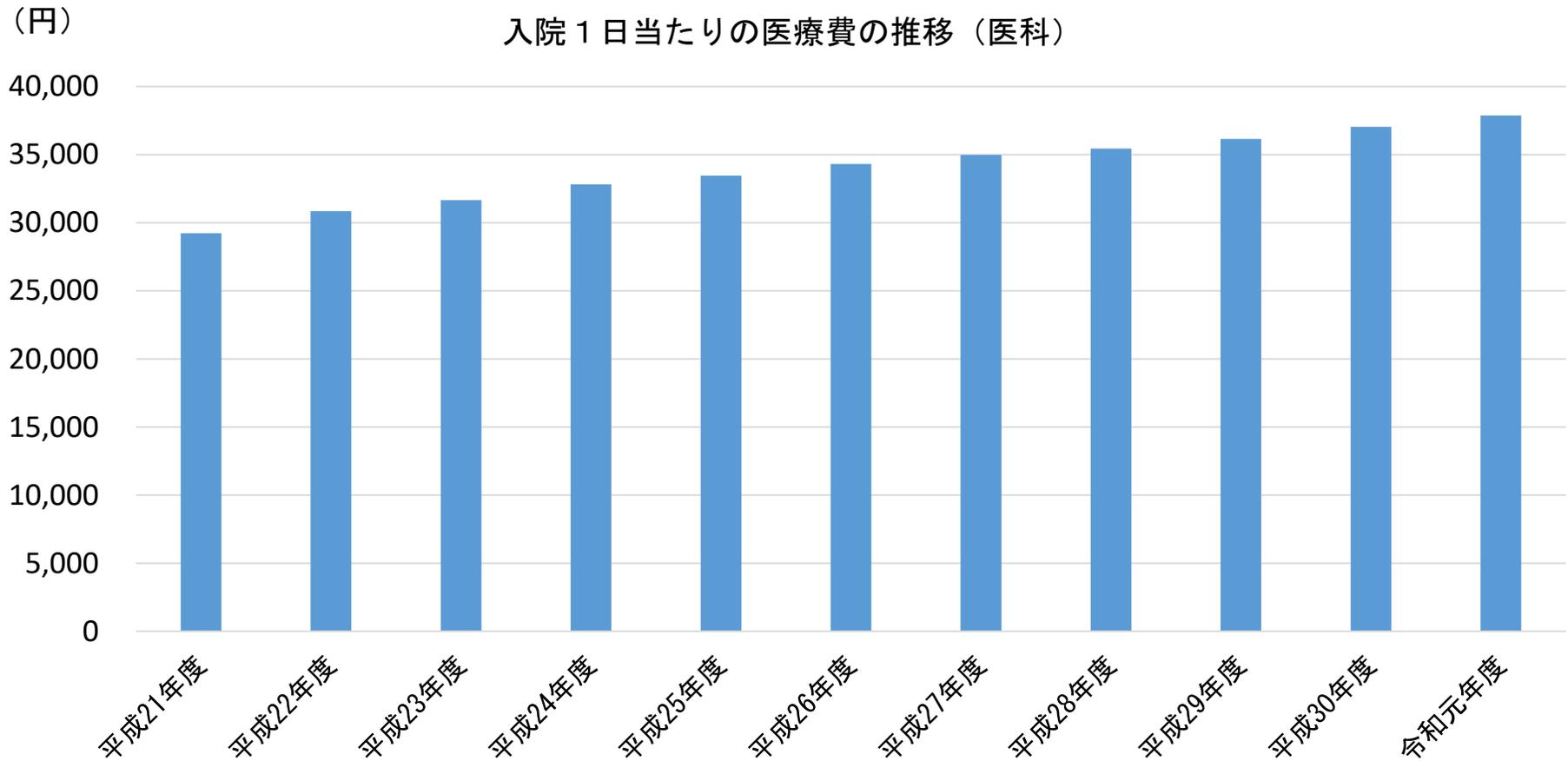


入院／外来比率



入院1日当たりの入院医療費の推移

○ 入院1日当たりの医療費は増加傾向である。

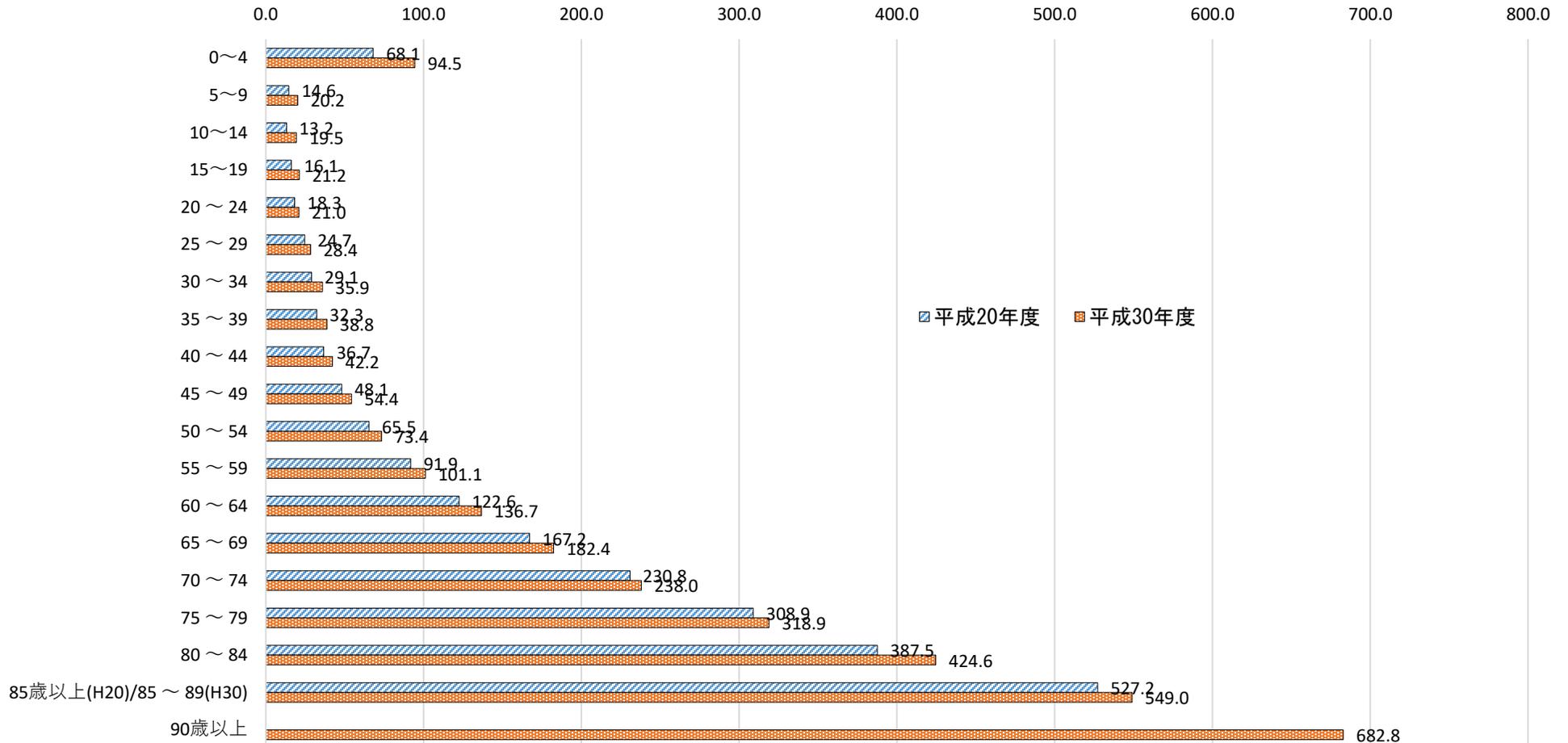


【入院】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費

○ 年齢階級別に1人当たりの入院医療費の伸びを見ると、10年前と比べ、1人当たりの入院医療費は多くの年齢層で増加しているが、特に、0～4歳、80歳以上の伸び幅が大きい。

【入院】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費（医科）

（千円）



※「国民医療費」は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計されたもの。

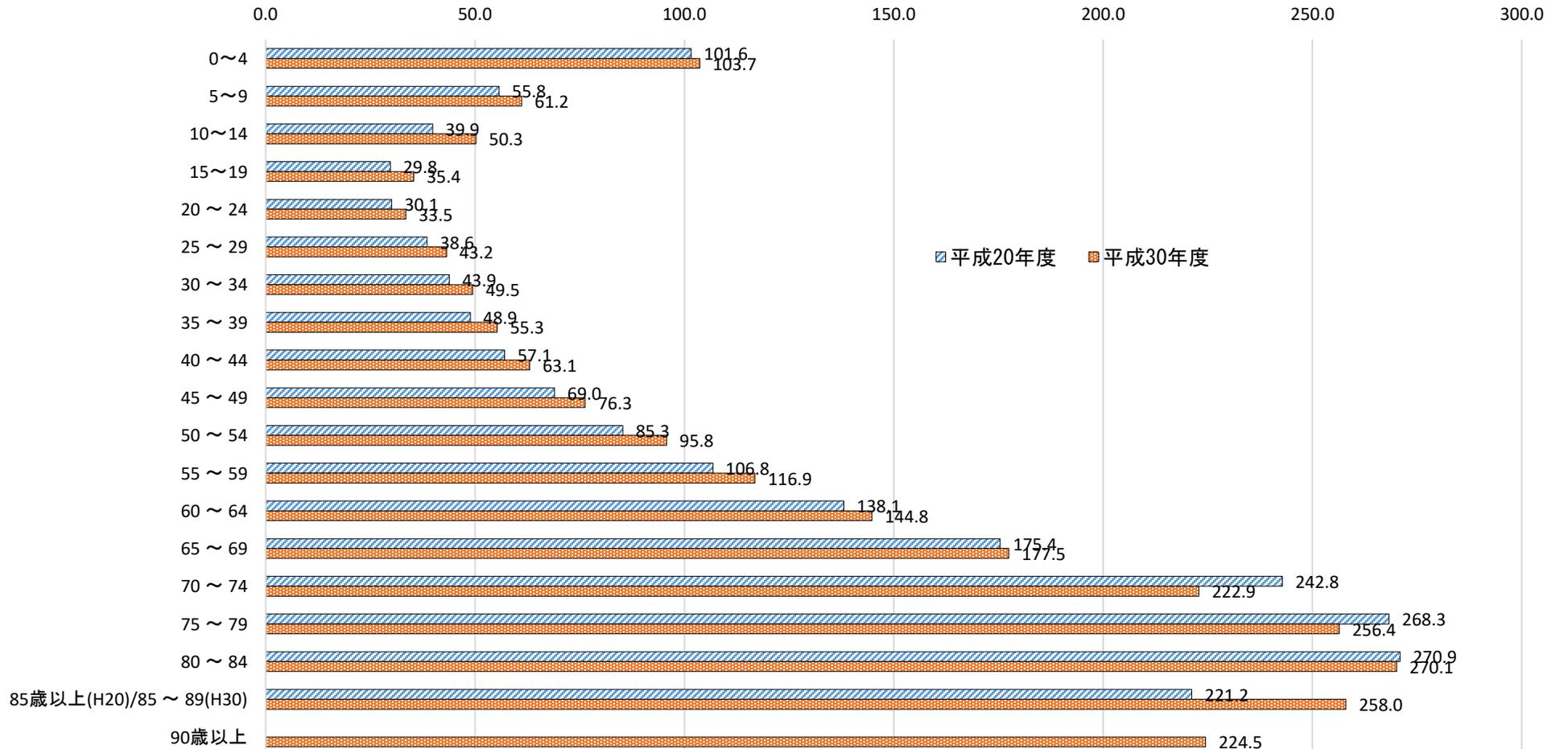
※人口一人当たり国民医療費は、総務省統計局「国勢調査」又は「人口推計」の総人口により算出されたもの。

【入院外】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費

○ 年齢階級別に1人当たり入院外の医療費の伸びを見ると、10年前と比べ、69歳以下及び85歳以上では増加しているが、70歳～84歳では減少している。

【入院外】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費（医科）

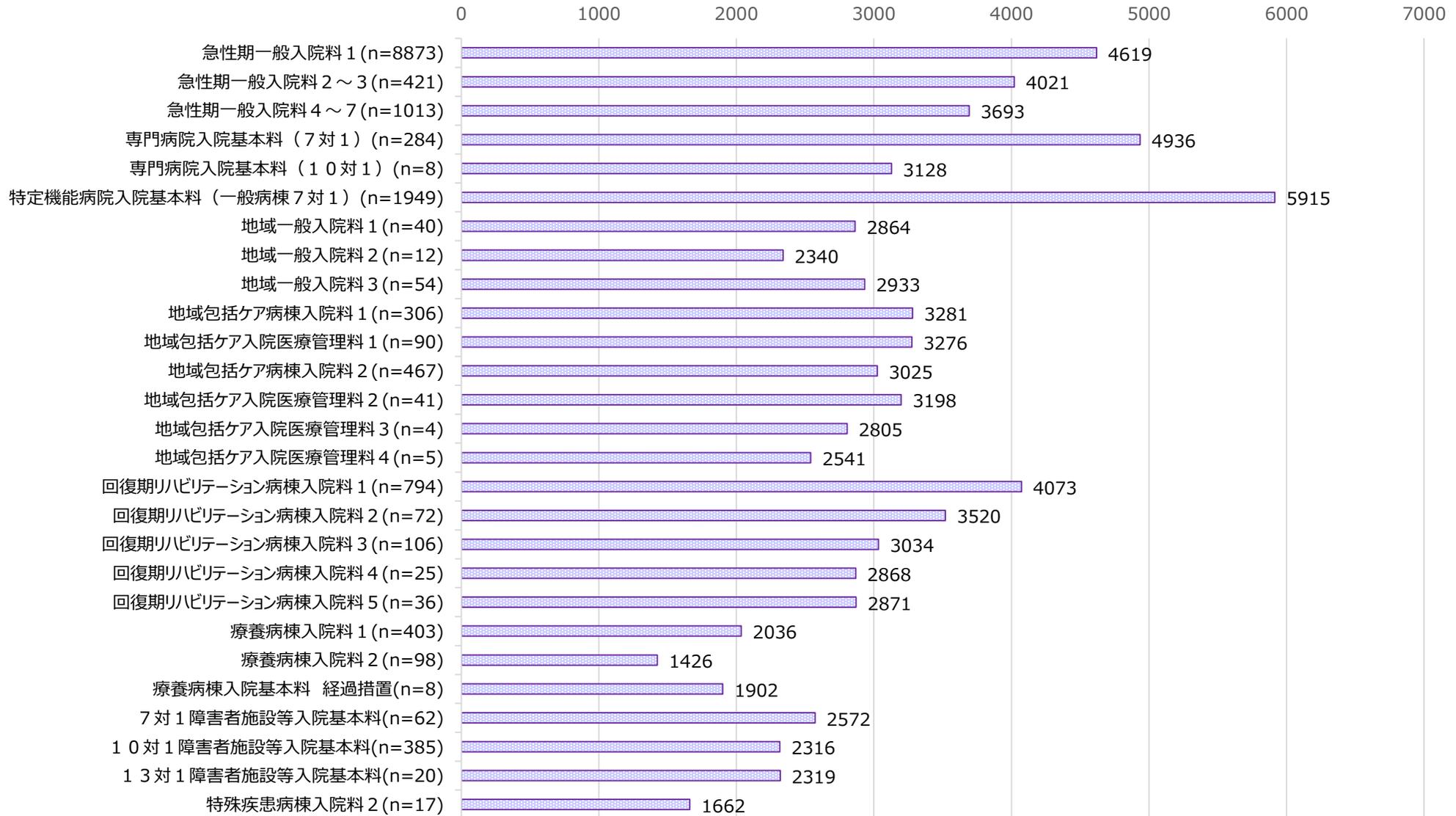
（千円）



※「国民医療費」は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計されたもの。

※人口一人当たり国民医療費は、総務省統計局「国勢調査」又は「人口推計」の総人口により算出されたもの。

1日当たりのレセプト請求点数（点数/日）

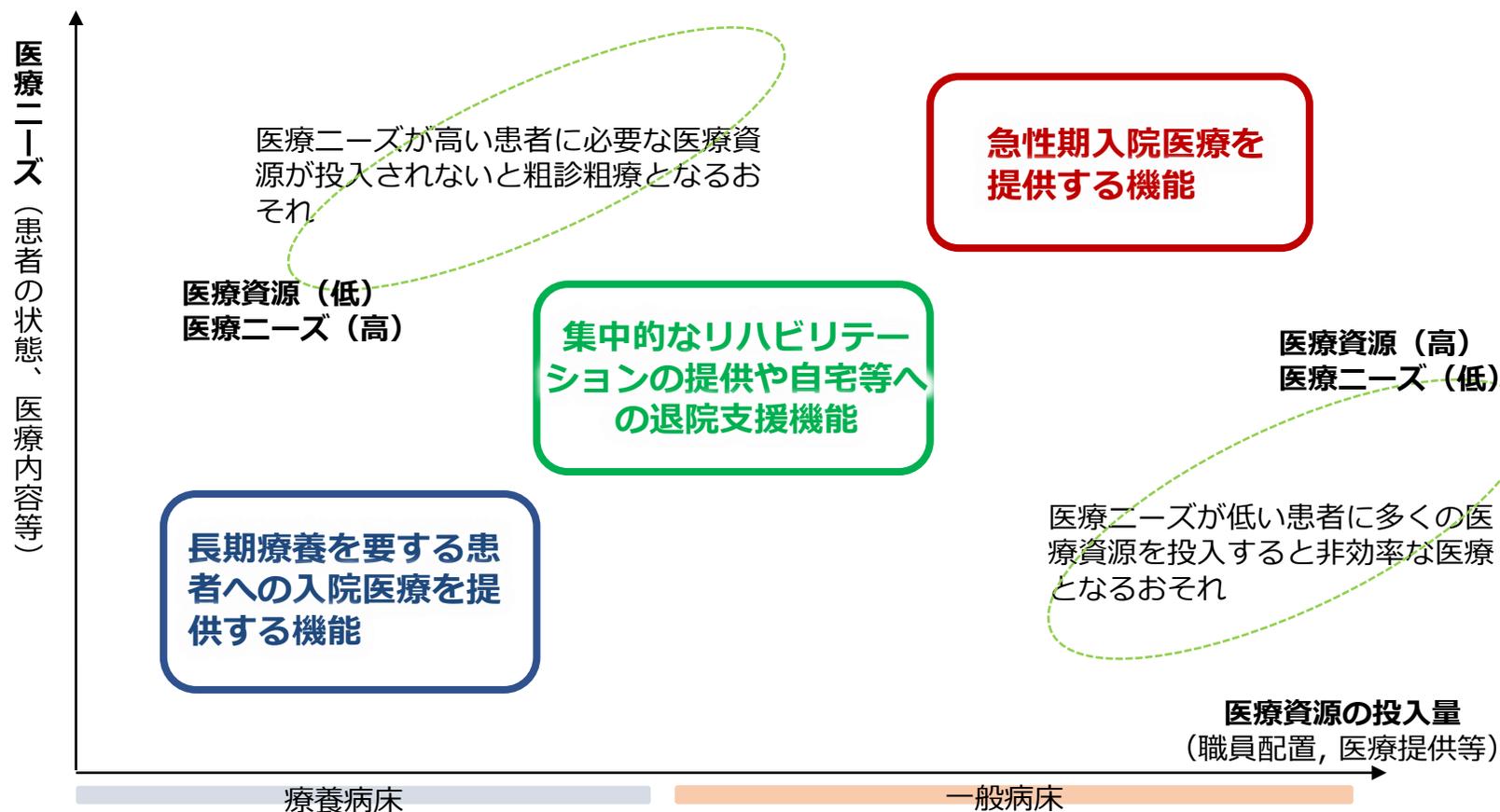


1. 入院医療をとりまく環境について
2. 入院医療と医療費について
3. 入院医療に係る診療報酬上の評価について

- ①急性期入院医療について
- ②回復期入院医療について
- ③慢性期入院医療について
- ④入院医療における他の取組について

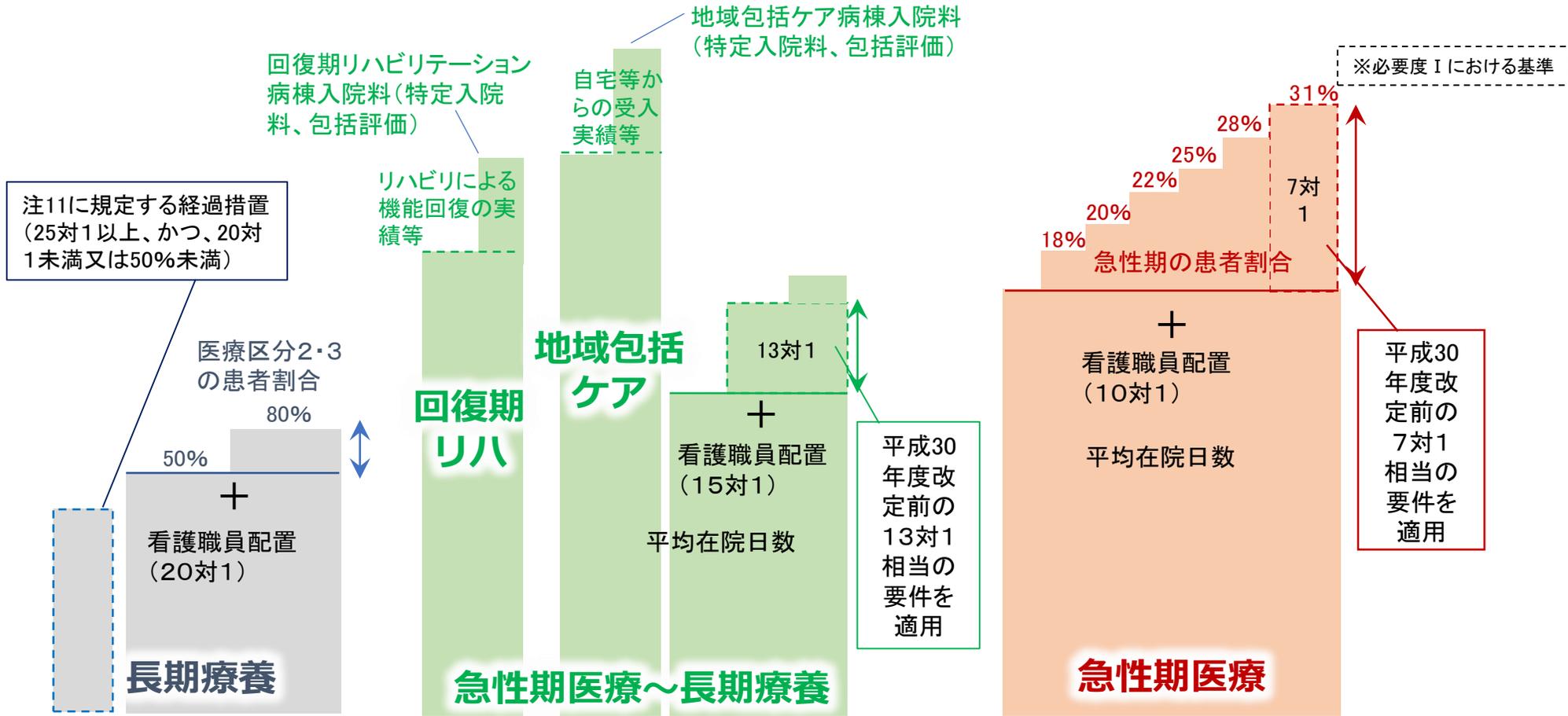
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



入院医療の評価体系(イメージ)

○ 入院医療評価体系については、平成30年度改定において基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合した。評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料 (20対1、25対1) を再編・統合

一般病棟入院基本料 (13対1、15対1) 等を再編・統合

一般病棟入院基本料 (7対1、10対1) を再編・統合

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

7対1入院基本料の施設基準に係る経緯

平成17年	○ 医療制度改革大綱 ・「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	○ 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議 ・「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 ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入 ・「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 ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し ・「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 ・「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 ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し ・「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 ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・「A項目の一部追加、B項目の評価項目の見直し、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、A項目3点以上又はC項目1点以上」 ・「該当患者割合を15%以上→25%以上」 ○ 在宅復帰率の見直し ・「75%以上→80%以上」
平成30年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟入院基本料の見直し ・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 ・C項目の評価項目の見直し ・該当患者の判定基準に「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 ・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合（30%／25%）を設定 ○ 在宅復帰率の見直し ・「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
令和2年	急性期一般入院料1の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・該当患者の判定基準から「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」を削除 ・B項目を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価 ・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合を（30%／25%）→（31%／29%）以上へ見直し ・A・C項目の評価項目の見直し

（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

急性期一般入院料1～7の内容

- 平成30年度改定において、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編した。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ	測定していること	18%以上	20%以上	22%以上 [20%以上]※3	25%以上 [23%以上]※2	28%以上 [26%以上]※1	31%以上
	[]内は 200床未満の 経過措置	測定していること	15%以上	18%以上	20%以上 [18%以上]※3	23%以上 [21%以上]※2	26%以上 [24%以上]※1	29%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
その他		—				・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績 が必要	医師の員数が入 院患者数の100 分の10以上	
データ提出加算		○(要件)						
点数		1,382点	1,408点	1,429点	1,440点	1,545点	1,619点	1,650点

【経過措置】

<全体>

令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり
 ⇒ **令和3年9月30日まで**基準を満たしているものとする

<200床未満>

許可病床数200床未満の病院
 ⇒ **令和4年3月31日まで**割合の基準値を緩和する。

※[]内は許可病床数200床未満の病院の経過措置

※1現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る。
 ※2現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る。
 ※3現に急性期4を届け出ている病棟に限る。

地域一般入院料1～3の内容

平成30年度改定において、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、地域一般入院基本料とした。

	入院料3	入院料2	入院料1
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)	
平均在院日数	60日以内	24日以内	
重症度、医療・ 看護必要度の 測定	—		○
データ提出加算	—(要件なし)		
点数	988点	1,153点	1,159点

データ提出加算の届出を要件とする入院料の拡大について

○ これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料が拡大してきた。

1 データ提出加算 1

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

2 データ提出加算 2

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**

3 データ提出加算 3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

4 データ提出加算 4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟又は病床について入院期間が90日を超えるごとに1回加算する。**

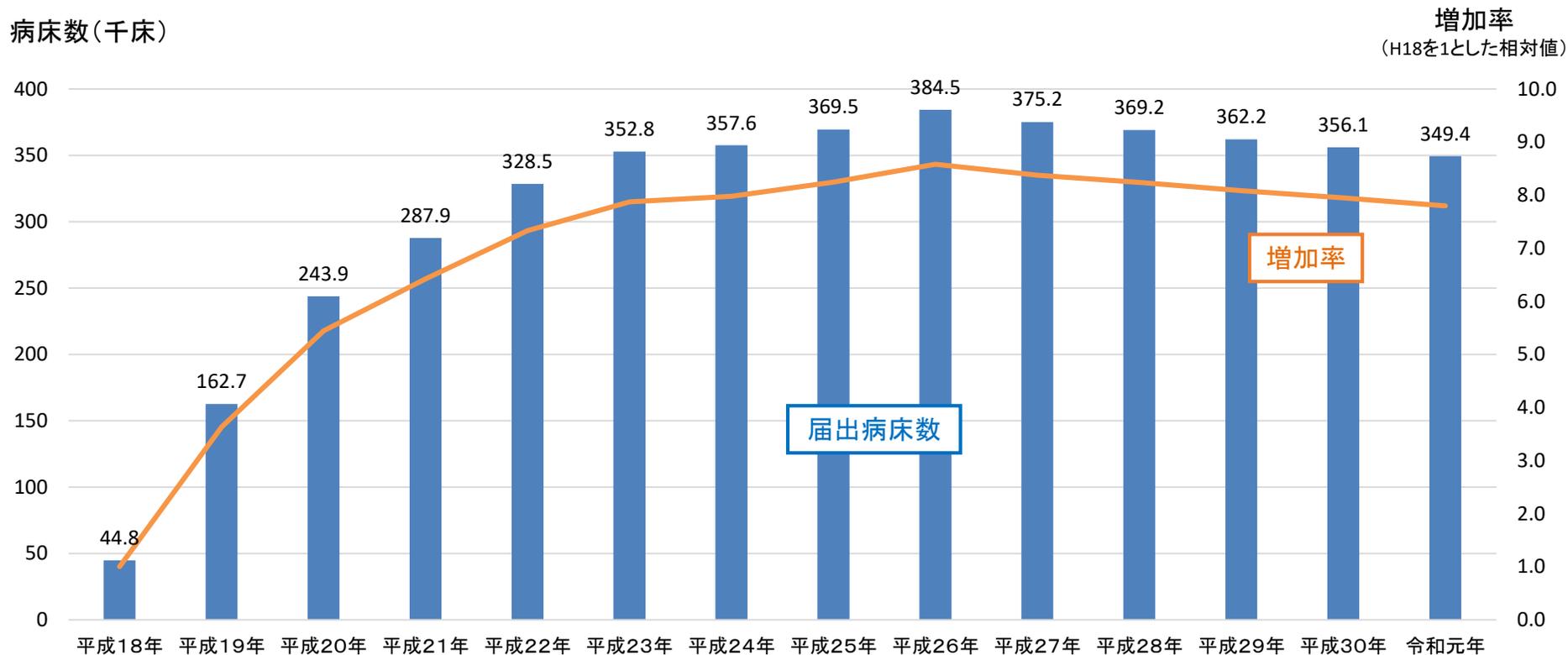
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般1 特定機能病院(7対1) 専門病院(7対1) 地域包括ケア病棟	平成26年度以降データの提出が必須	
急性期一般2～7 特定機能病院(10対1) 専門病院(10対1)	平成28年度以降 データの提出が必須	平成30年度以降 データの提出が必須
地域一般1～3 専門病院(13対1)	—	
回復期リハビリテーション病棟1～4	平成30年度以降データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	平成30年度以降 データの提出が必須 (経過措置②)	令和2年度以降 データの提出が必須 (経過措置①及び②)

[経過措置]

- ①令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ②回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

看護配置 7 対 1 の入院基本料の届出状況

○ 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成27年以降減少傾向。



[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

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」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表

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(注射剤のみ)、 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
	I:救急搬送後の入院(5日間)	なし	—	あり
	II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)			

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5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
	23 別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上

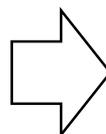
B	患者の状況等	患者の状態			×	介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない			
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				
15	危険行動	ない		ある			

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

A項目の見直し

- 「免疫抑制剤の管理」について注射剤のみを対象とする
- 救急患者の評価を充実する

A	モニタリング及び処置等	点数
7	専門的な治療・処置 ⑥ 免疫抑制剤の管理	2点
8	救急搬送後の入院(必要度Ⅰのみ/2日間)	

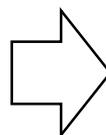


A	モニタリング及び処置等	点数
7	専門的な治療・処置 ⑥ 免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)	2点
8	必要度Ⅰ： 救急搬送後の入院(5日間) 必要度Ⅱ： 緊急に入院を必要とする状態(5日間) (入院日に救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者)	

C項目の見直し

- 手術の評価日数を実績を踏まえて延長する
- 入院で実施される割合が高い手術・検査を評価対象に追加する

C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(7日間)	1点
17	開胸手術(7日間)	
18	開腹手術(4日間)	
19	骨の手術(5日間)	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	
22	救命等に係る内科的治療(2日間)	



C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(13日間)	1点
17	開胸手術(12日間)	
18	開腹手術(7日間)	
19	骨の手術(11日間)	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	
22	救命等に係る内科的治療(5日間)	
23	別に定める検査(2日間)	
24	別に定める手術(6日間)	



対象となる検査・手術(例)	
別に定める検査	経皮的針生検法、EUS-FNA、縦隔鏡、腹腔鏡、胸腔鏡、関節鏡、心カテ(右心・左心)
別に定める手術	眼窩内異物除去術、鼓室形成術、上・下顎骨形成術、甲状腺悪性腫瘍手術、乳腺悪性腫瘍手術、観血的関節固定術 等

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

B項目の評価方法の見直し

- 重症度、医療・看護必要度のB項目について、「**患者の状態**」と「**介助の実施**」に分けた評価とし、「評価の手引き」により求めている「**根拠となる記録**」を**不要**とする。

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

A・C項目の評価方法の見直し

- A項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る)及びC項目について、必要度Iにおいても、**レセプト電算処理システム用コードを用いた評価**とする。

必要度IIの要件化

- 許可病床数**400床以上**の医療機関において、一般病棟入院基本料(**急性期一般入院料1~6**に限る)又は**特定機能病院入院基本料**(一般病棟7対1に限る)について**重症度、医療・看護必要度II**を用いることを要件とする。

院外研修の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件について、「所定の**(院外)研修**を修了したものが行う研修であることが望ましい」との記載を**削除**する。

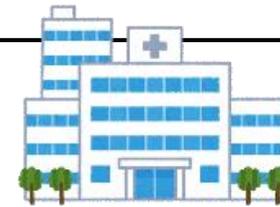
[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1~6に限る)又は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1に限る)を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※ B項目及び院外研修の見直しについて、特定集中治療室用・ハイケアユニット用の必要度についても同様。

急性期入院医療の適切な評価の推進(概要)

入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し



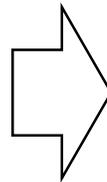
評価項目・判定基準

- ✓ 判定基準より、「**B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上**」の基準を削除
- ✓ A項目の「免疫抑制剤の管理」を**注射剤に限る**
- ✓ C項目に、入院での実施割合が9割以上の**手術及び検査を追加**
- ✓ C項目の評価対象日数を右表の期間に変更
- ✓ **救急患者の評価を充実**
 - ・必要度Ⅰ 救急搬送後の入院の評価を5日間に延長
 - ・必要度Ⅱ 救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者を新たに評価

	現行	改定後
開頭手術	7日間	13日間
開胸手術	7日間	12日間
開腹手術	4日間	7日間
骨の手術	5日間	11日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間	5日間
救命等に係る内科的治療	2日間	5日間
別に定める検査	なし	2日間
別に定める手術	なし	6日間

該当患者割合の施設基準

	現行 I / II (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	30% / 25%
急性期一般入院料2	— / 24% (27% / 22%)
急性期一般入院料3	— / 23% (26% / 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%
特定機能病院入院基本料	28% / 23%



	見直し後 I / II (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	31% / 29%
急性期一般入院料2	28% / 26% (26% / 24%)※1
急性期一般入院料3	25% / 23% (23% / 21%)※2
急性期一般入院料4	22% / 20% (20% / 18%)※3
急性期一般入院料5	20% / 18%
急性期一般入院料6	18% / 15%
特定機能病院入院基本料	— / 28%

※1 現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る ※2 現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る ※3 現に急性期4を届け出ている病棟に限る

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 重症度、医療看護必要度の評価項目及び判定基準の見直しに伴い、施設基準を以下のとおり見直す。

現行		
	必要度 I	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)	28%	23%
7対1入院基本料(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%



改定後		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2	28% (26%) ^{※1}	26% (24%) ^{※1}
急性期一般入院料3	25% (23%) ^{※2}	23% (21%) ^{※2}
急性期一般入院料4	22% (20%) ^{※3}	20% (18%) ^{※3}
急性期一般入院料5	20%	18%
急性期一般入院料6	18%	15%
7対1入院基本料(特定)	—	28%
7対1入院基本料(専門)	30%	28%
看護必要度加算1 (特定、専門)	22%	20%
看護必要度加算2 (特定、専門)	20%	18%
看護必要度加算3 (特定、専門)	18%	15%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	33%
総合入院体制加算3	32%	30%
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	14%	11%

（カッコ内は許可病床数
200床未満の経過措置）

【経過措置】

<全体>
令和2年3月31日時点で
施設基準の届出あり
⇒ **令和3年9月30日まで**
基準を満たしているものとする。

<200床未満>
許可病床数200床未満の病院
⇒ **令和4年3月31日まで**
割合の基準値を緩和する。
(※1～3)

※1
現に急性期1又は2を届け出
ている病棟に限る。
※2
現に急性期1、2又は3を届
け出している病棟に限る。
※3
現に急性期4を届け出ている
病棟に限る。

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

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

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

基準

A得点4点以上かつB得点3点以上

【ハイケアユニット用】

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

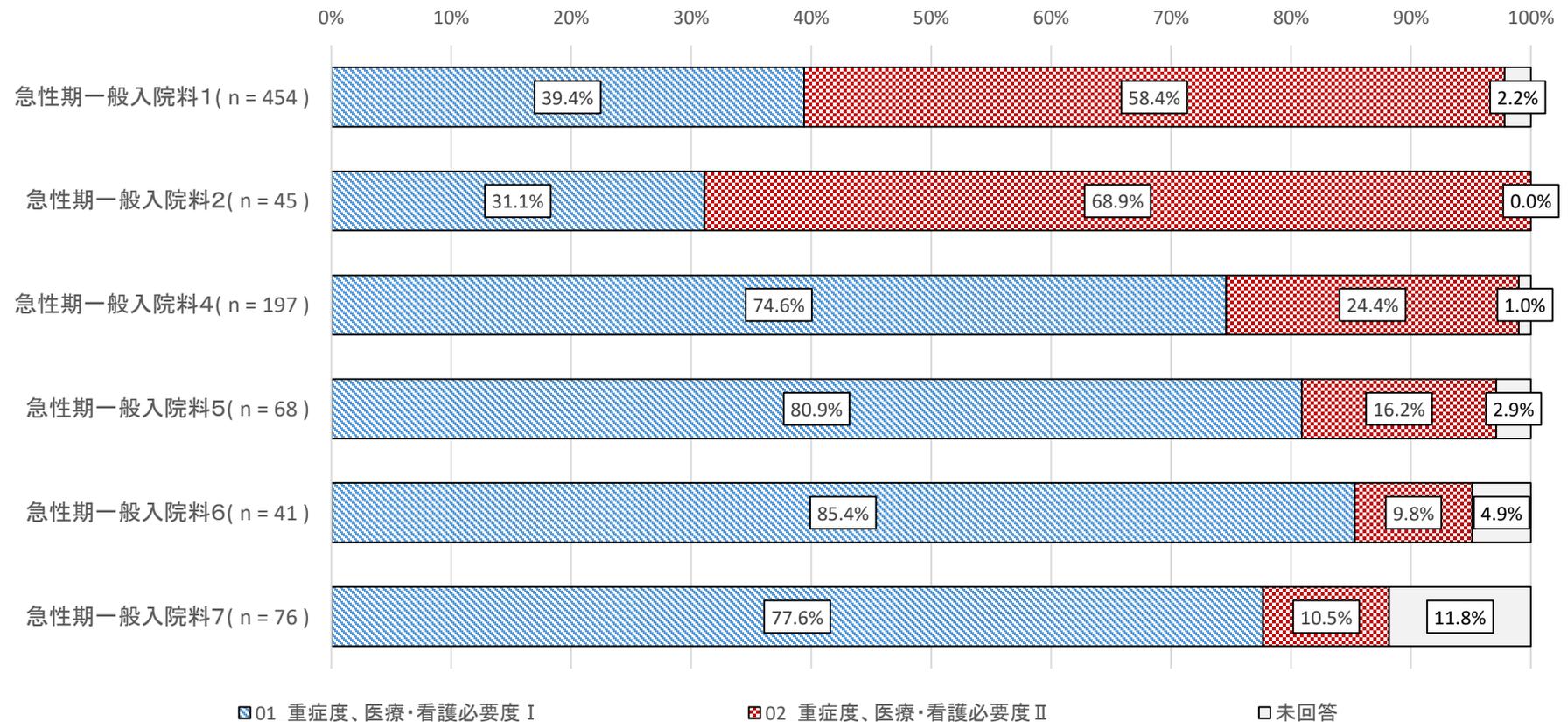
B 患者の状況等	0点	1点	2点
14 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
15 移乗	介助なし	一部介助	全介助
16 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
17 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
18 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
19 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
20 危険行動	ない	—	ある

基準

A得点3点以上かつB得点4点以上

○ 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6割程度、急性期一般入院料4～7では1～2割であった。

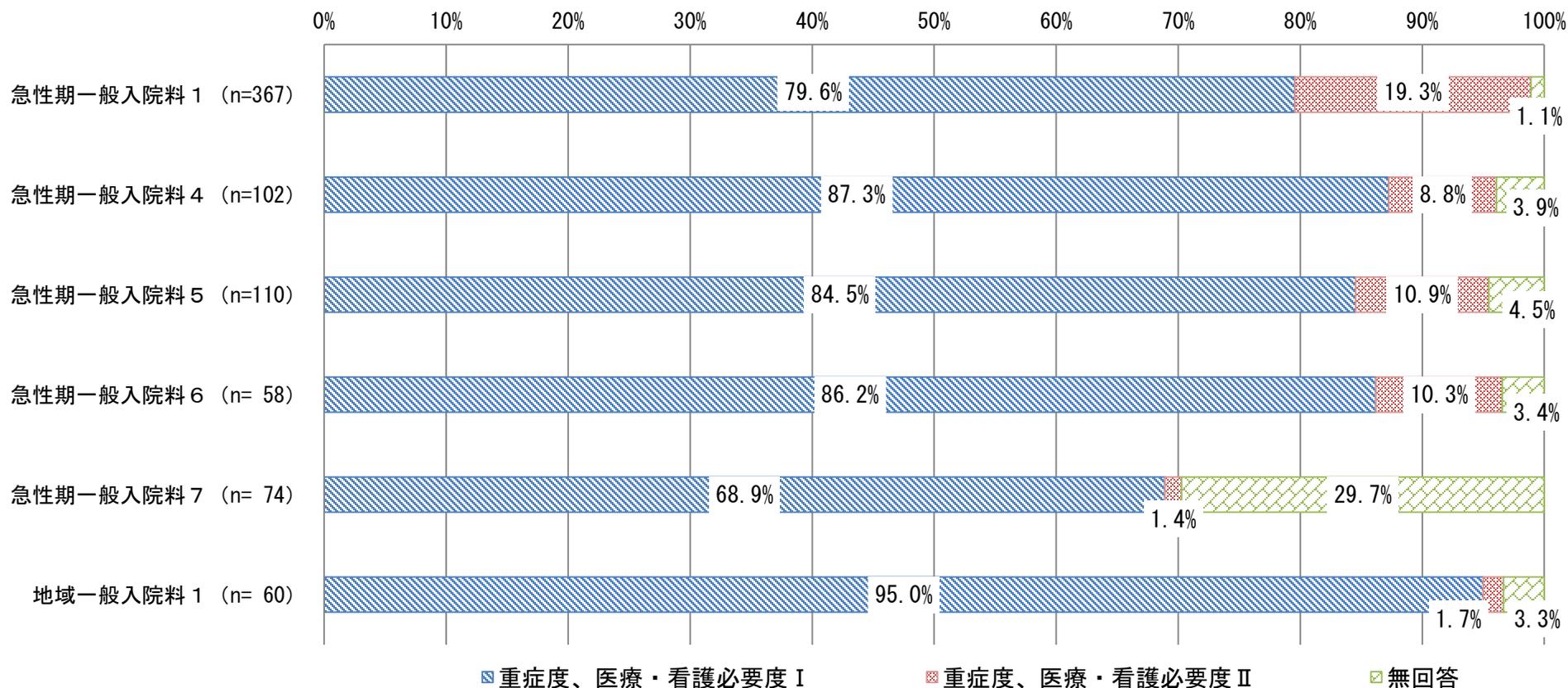
届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（令和2年11月1日時点）



※ n = 2 以下の入院料を除く

○ 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。

<届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別>



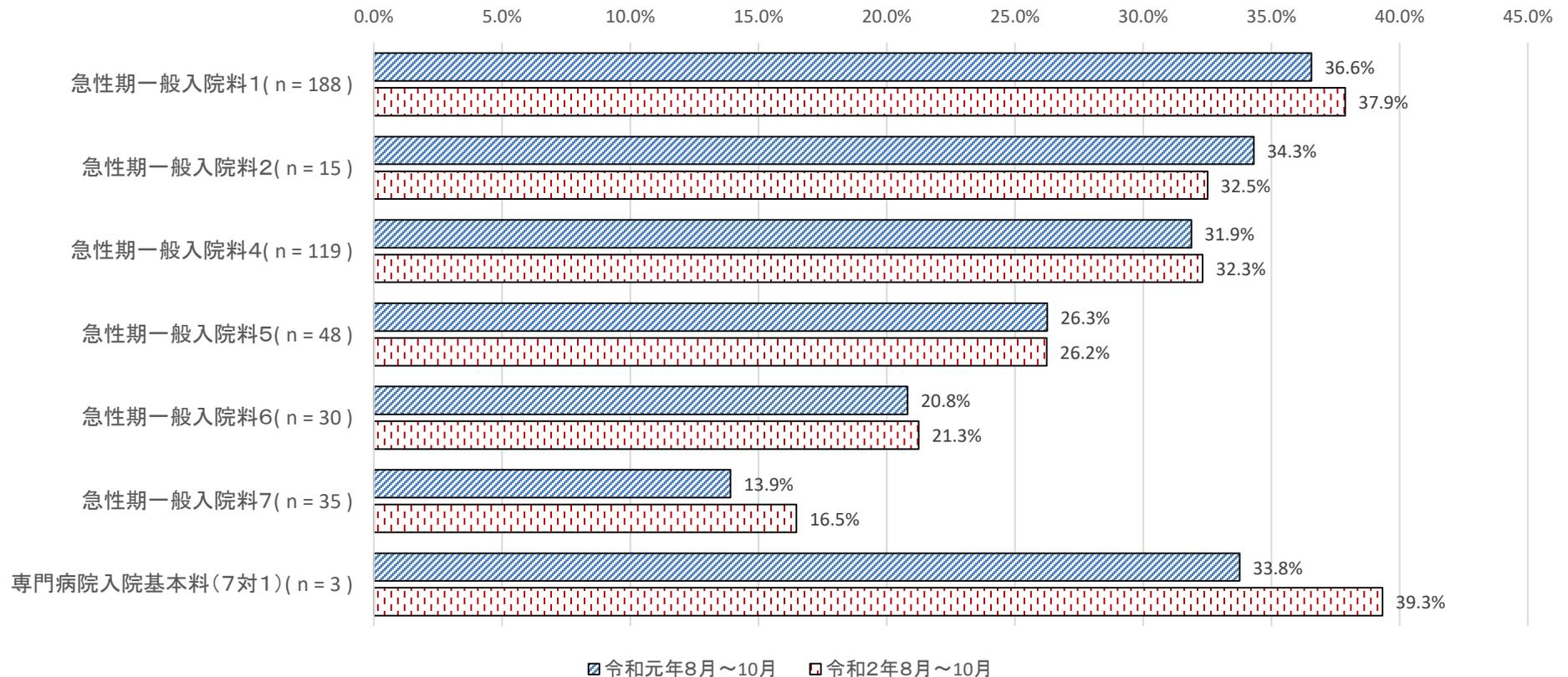
※届出区分無回答のものは除く

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度 I の該当患者割合の比較 (R1/R2)

中医協 診-1(改)
3 . 6 . 2 3

○重症度、医療・看護必要度 I の該当患者割合は、令和元年と令和2年では大きな差はなかった。

期間別・入院料別 重症度、医療・看護必要度 I の判定基準を満たす患者割合
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)

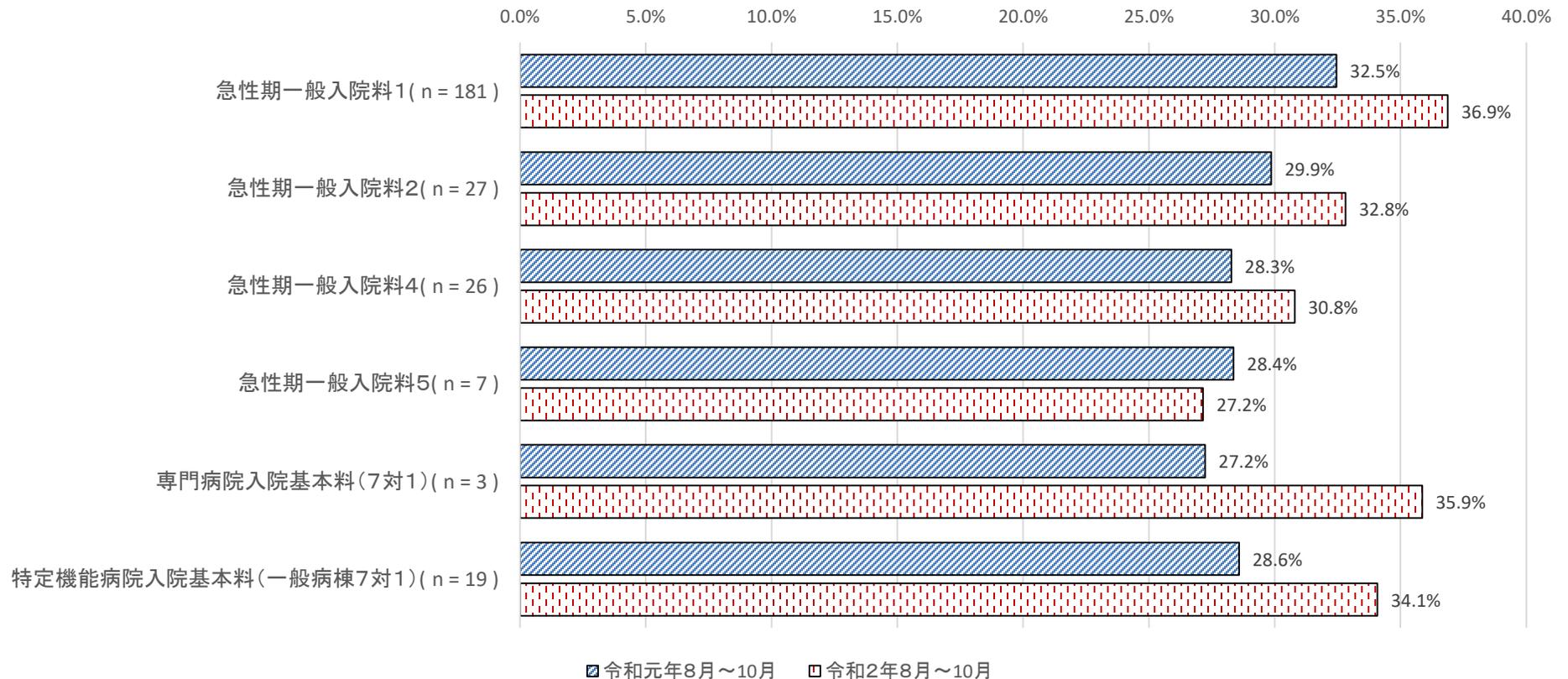


一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合の比較 (R1/R2)

中医協 診-1(改)
3 . 6 . 2 3

○重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、急性期一般入院料5を除き、令和元年より令和2年の方が割合が高い傾向にあった。

期間別・入院料別 重症度、医療・看護必要度Ⅱの判定基準を満たす患者割合
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)



※ n=2 以下の入院料は除く

※令3年6月16日の分科会資料より一部訂正有り

急性期医療を担う医療機関の役割(イメージ)

中医協 総-3(改)
25.11.13

高度急性期・
急性期

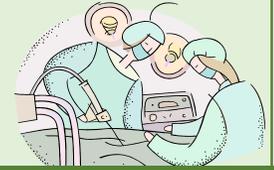
高度急性期・急性期
(ICU, NICU, HCU等)

急性期医療の役割

① 重症救急患者に対する医療の提供

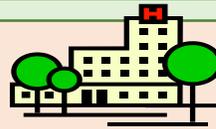


② 手術や放射線治療、化学療法、分娩、精神医療等の総合的かつ専門的な医療の提供



③ 急性期後の患者を自宅や後方病床等に退院支援する機能

亜急性期・回復期等



長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療



急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の後方病床等への退院支援などが重要であると考えられる。

総合入院体制加算の概要①

○ 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
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)	必要度Ⅰ:3割5分以上 必要度Ⅱ:3割3分以上		必要度Ⅰ:3割2分以上 必要度Ⅱ:3割以上

※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行ってなくても良い。



救命救急入院料等の主な施設基準①

		点数	医療機関数 病床数	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 10,223点 ～7日 9,250点 ～14日 7,897点	187 3,578床	・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 ※「イ」は救命救急入院料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	入院料2	～3日 11,802点 ～7日 10,686点 ～14日 9,371点	28 234床	・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	
	入院料3	イ・ロ:～3日 10,223点 イ・ロ:～7日 9,250点 イ:～14日 7,897点 ロ:～60日 8,318点	77 1,663床	・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	
	入院料4	イ・ロ:～3日 11,802点 イ・ロ:～7日 10,686点 イ・ロ:～14日 9,371点 ロ:～60日 8,318点	82 1,081床	・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	
特定集中治療室管理料 (ICU)	管理料1	～7日 14,211点 ～14日 12,633点	133 1,482床	・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 ・バイオクリーンルームであること	2対1	ICU用 8割	※「イ」は特定集中治療室管理料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	管理料2	イ・ロ:～7日 14,211点 イ:～14日 12,633点 ロ:～60日 12,833点	66 755床	・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			
	管理料3	～7日 9,697点 ～14日 8,118点	361 2,839床	・専任の医師が常時勤務 ・バイオクリーンルームであること		ICU用 7割	
	管理料4	イ・ロ:～7日 9,697点 イ:～14日 8,118点 ロ:～60日 8,318点	72 762床	・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 (HCU)	管理料1	6,855点	574 5,388床	・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	4,224点	34 339床		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (SCU)		6,013点	185 1,719床	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時勤務すれば可 ・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

※医療機関数及び病床数は令和2年9月16日中医協総会のデータを精査し集計し直したものの。

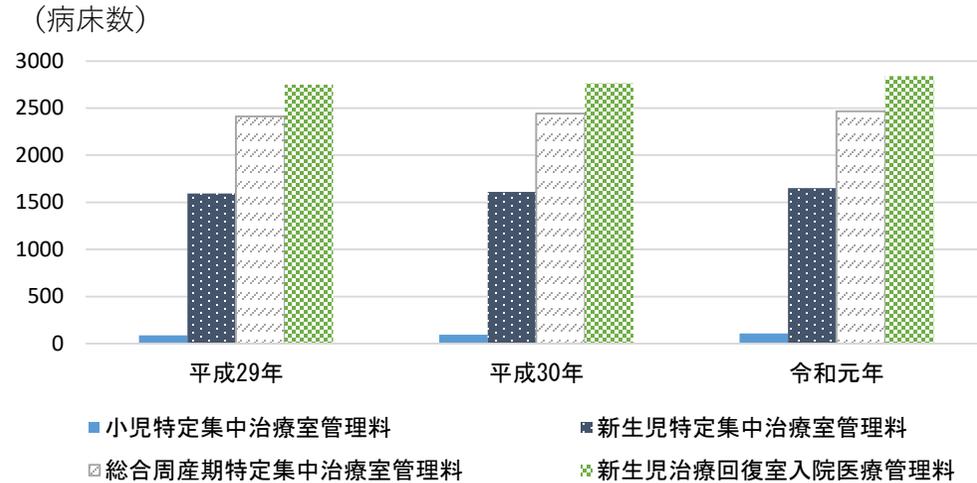
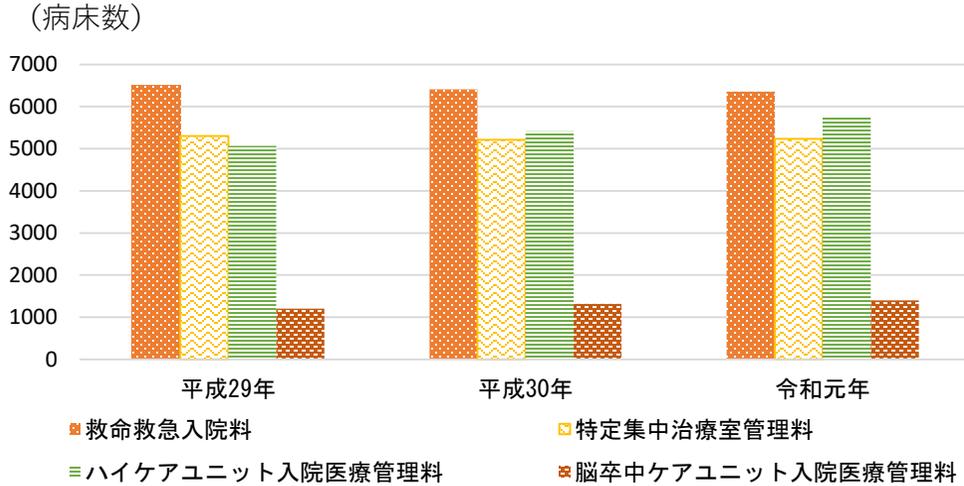
救命救急入院料等の主な施設基準②

		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	看護 配置	その他
小児特定集中治療室 管理料 (PICU)		～7日 16,317点	11 226床	15歳未満(小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満)であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日(急性血液浄化、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、ECMOを必要とする状態の患者にあっては35日)を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務(専任の医師にはPICU勤務経験を5年以上有する医師を2名以上) ・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上(そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)	2対1	小児入院医療管理料1の医療機関であること
		8日～ 14,211点					
新生児特定集中治療室 管理料 (NICU)	管理料 1	10,539点	79 779床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日)を限度とする。	・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上	3対1	/
	管理料 2	8,434点	152 905床				
総合周産期 特定集中治療室管理料 (MFICU)	管理料 1	7,381点	123 830床	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、定められた状態にあり、医師が必要であると認めた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・3床以上設置	3対1	総合/ 地域周産期母子医療センターであること
	管理料 2	10,539点	112 1,618床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日)を限度とする。	・新生児特定集中治療室管理料1の基準を全て満たす ・6床以上設置		
新生児治療回復室 入院医療管理料 (GCU)		5,697点	199 2,882床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。算定は30日(出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g未満の児は120日、出生体重が1000～1500gの児は90日)を限度とする。	・医療機関内に専任の小児科の常勤医師又は週3日以上を常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時1名以上配置	6対1	/

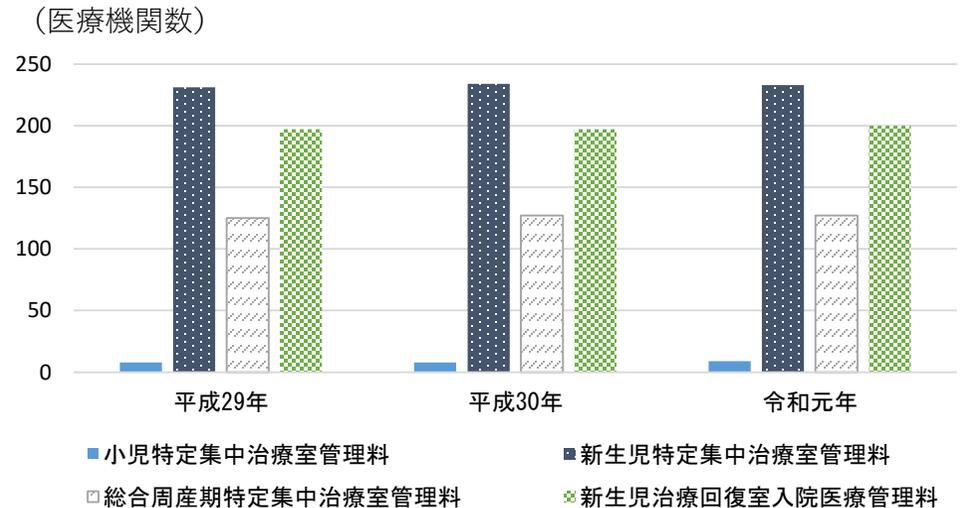
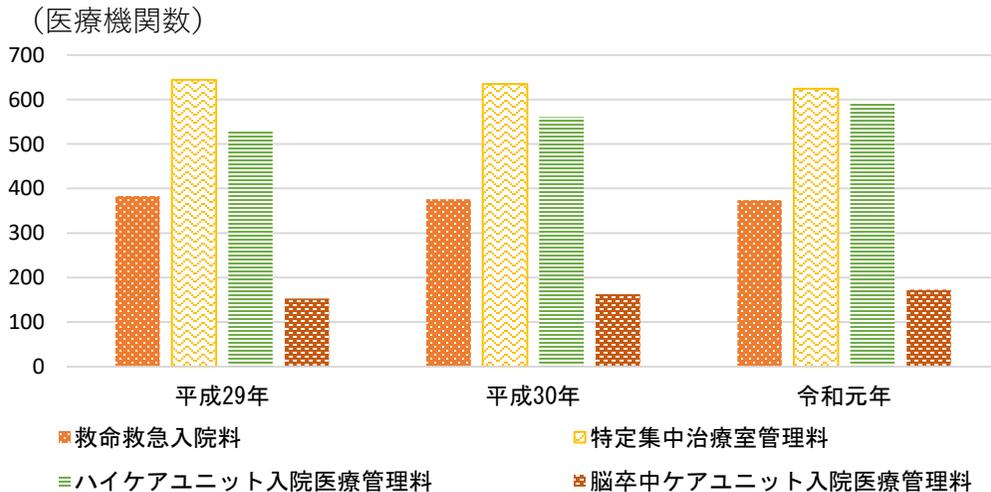
救命救急入院料等の届出状況

○ 救命救急入院料等の届出医療機関数及び届出病床数の推移は以下のとおりであった。

届出病床数



届出医療機関数



※医療機関数及び病床数は令和2年9月16日中医協総会資料7-1「主な施設基準の届出状況」より引用

簡易な報告による届出状況

重症の新型コロナウイルス感染症患者が主に入院する①救命救急入院料、②特定集中治療室管理料、③ハイケアユニット入院医療管理料等の病床を増床した場合、本来であれば、定められた様式に従って、治療室に関する詳細な状況を含め届出を行うべきところだが、今回の臨時的な取扱いでは、新型コロナウイルス感染症患者の受入れのために、特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟において、新型コロナウイルス感染症患者又は本来当該入院料を算定する病棟において受け入れるべき患者を受け入れた場合には、それぞれの入院料に係る運用開始の日付及び人員配置等に関する「簡易な報告」を行うことにより、該当する入院料を算定できることとしている。（令和2年4月18日～）

（いずれの病床においても新型コロナの患者を受け入れることが可能）

新型コロナ対応に係る臨時的な取扱いである「簡易な報告」により増加した病床数。

診療報酬上の本来の届出による病床数。

①救命救急入院料の簡易な報告の届出数

	令和2年度	令和3年度				累積	令和元年7月1日時点の届出病床数
		4月2日 ～5月1日	5月2日 ～6月1日	6月2日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日		
救命救急入院料	1,324	59	231	81	10	3,029	6,556
救命救急入院料1	654	26	147	47	6	1,534	3,578
救命救急入院料2	197	5	31	-9	0	421	234
救命救急入院料3	178	3	-14	92	4	441	1,663
救命救急入院料4	295	25	67	-49	0	633	1,081

②特定集中治療室管理料の簡易な報告の届出数

	令和2年度	令和3年度				累積	令和元年7月1日時点の届出病床数
		4月2日 ～5月1日	5月2日 ～6月1日	6月2日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日		
特定集中治療室管理料	1,016	48	107	56	-6	2,237	5,383
特定集中治療室管理料1	244	24	68	-22	-5	553	1,482
特定集中治療室管理料2	95	22	20	30	-8	254	755
特定集中治療室管理料3	628	2	19	44	1	1,322	2,839
特定集中治療室管理料4	49	0	0	4	6	108	762

③ハイケアユニット入院医療管理料の簡易な報告の届出数

	令和2年度	令和3年度				累積	令和元年7月1日時点の届出病床数
		4月2日 ～5月1日	5月2日 ～6月1日	6月2日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日		
ハイケアユニット入院医療管理料	8,819	657	1,268	471	284	20,318	5,727
ハイケアユニット入院医療管理料1	7,318	512	930	490	-8	16,560	5,388
ハイケアユニット入院医療管理料2	1,501	145	338	-19	292	3,758	339

- ①急性期入院医療について
- ②回復期入院医療について
- ③慢性期入院医療について
- ④入院医療における他の取組について

地域包括ケア病棟の経緯①(平成24年度診療報酬改定まで)

【平成16年度診療報酬改定】

- ・ **亜急性期入院医療管理料の創設**

[主な要件] 算定上限90日、病床床面積6.4㎡以上、病棟に専任の在宅復帰担当者1名

- ・ 当該管理料の役割は「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」とされた

【平成20年度診療報酬改定】

- ・ 急性期治療を経過した患者に特化して効率的かつ手厚い入院医療を施した場合の評価として、亜急性期入院医療管理料2を新設

[管理料2の主な要件] 算定上限60日、許可病床数200床未満、病棟に専任の在宅復帰担当者1名、急性期の病床からの転床・転院患者で主たる治療の開始日より3週間以内である患者が2/3以上

【平成24年度診療報酬改定】

- ・ 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直し、医療機関におけるより適切な機能分化を推進

(新) 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定
(最大60日まで算定可能)

(新) 亜急性期入院医療管理料2 1,911点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定
(最大60日まで算定可能)

地域包括ケア病棟の経緯②(平成26～28年度診療報酬改定)

【平成26年度診療報酬改定】

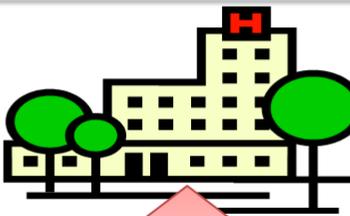
・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
 - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
 - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
 - データ提出加算の届出を行っていること
 - リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
 - 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ）
 - 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
 - 療養病床については、1病棟に限る
- ・ 当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされた

地域包括ケア病棟の役割

①急性期治療を経過した患者の受け入れ



②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ



③在宅復帰支援



地域包括ケア病棟の経緯③(平成30～令和2年度診療報酬改定)

【平成28年度診療報酬改定】

- 包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする
- 在宅復帰率の評価の対象となる退院先に、有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る)を追加

【平成30年度診療報酬改定】

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

【令和2年度診療報酬改定】

- 地域包括ケア病棟に求められる機能をさらに推進する観点から、
 - 実績要件の見直し
 - 400床以上の病院において、新規の届出を不可とする見直し
 - 入退院支援部門の設置を必須とする見直し

を実施

- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直し

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
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 <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
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							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		—	3月で <u>6人</u> 以上		—	—
	地域包括ケアの実績※2	○		—	○		—	—
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		—	○	○		—	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

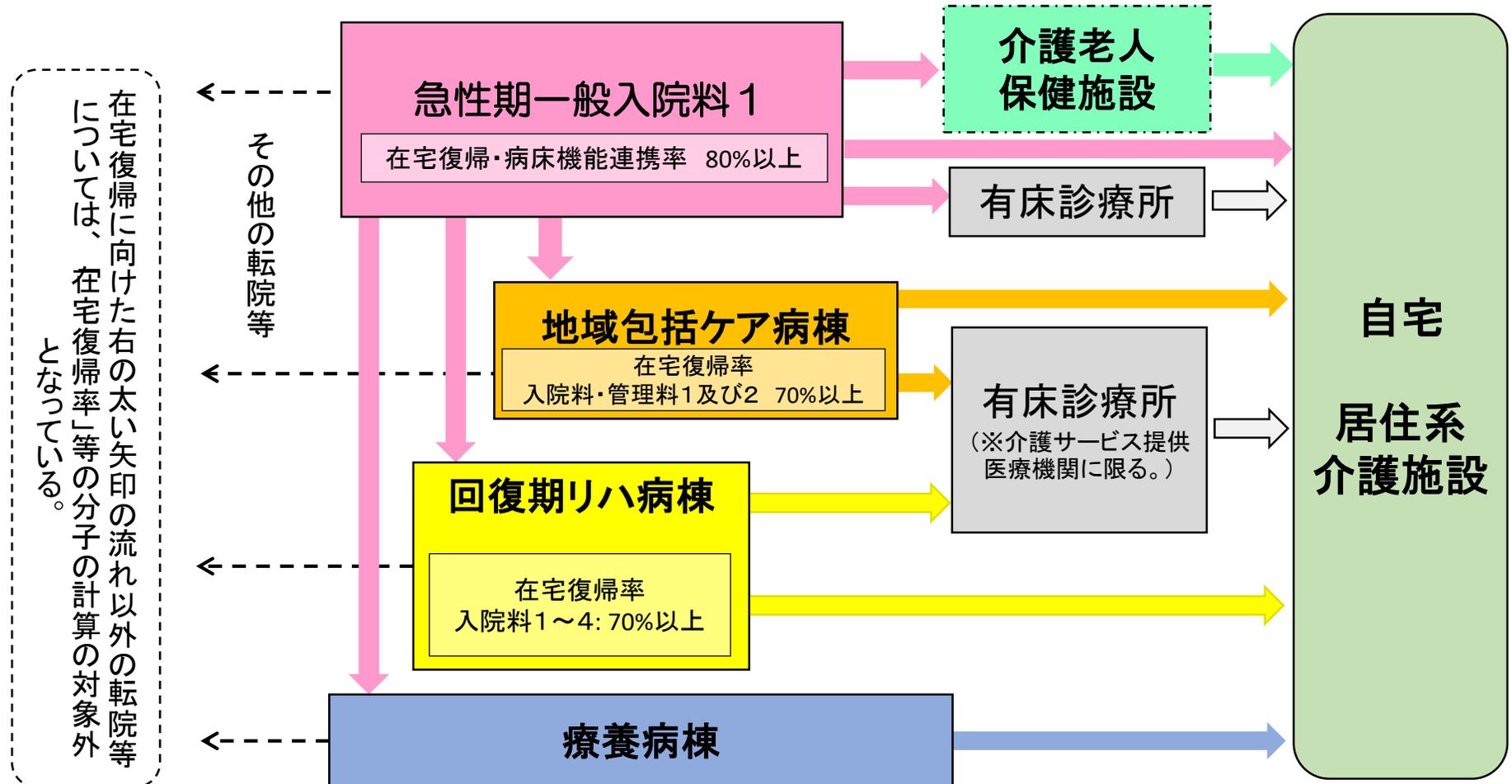
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ(イメージ図)

- 急性期一般入院料1における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印(➡)で示す



※ 転棟患者(自院内の転棟)は除く。
 ※ 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

地域包括ケア病棟の「重症度、医療・看護必要度」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表

A モニタリング及び処置等				C 手術等の医学的状況				
		0点	1点	2点		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	—	16	開頭手術(13日間)	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	—	17	開胸手術(12日間)	なし	あり
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—	18	開腹手術(7日間)	なし	あり
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—	19	骨の手術(11日間)	なし	あり
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—	21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	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(注射剤のみ)、 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	22	救命等に係る内科的治療(5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
	23				別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし		
8	I:救急搬送後の入院(5日間)	なし	—	あり	24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり
	II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)							

[該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
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 又は ・C得点1点以上

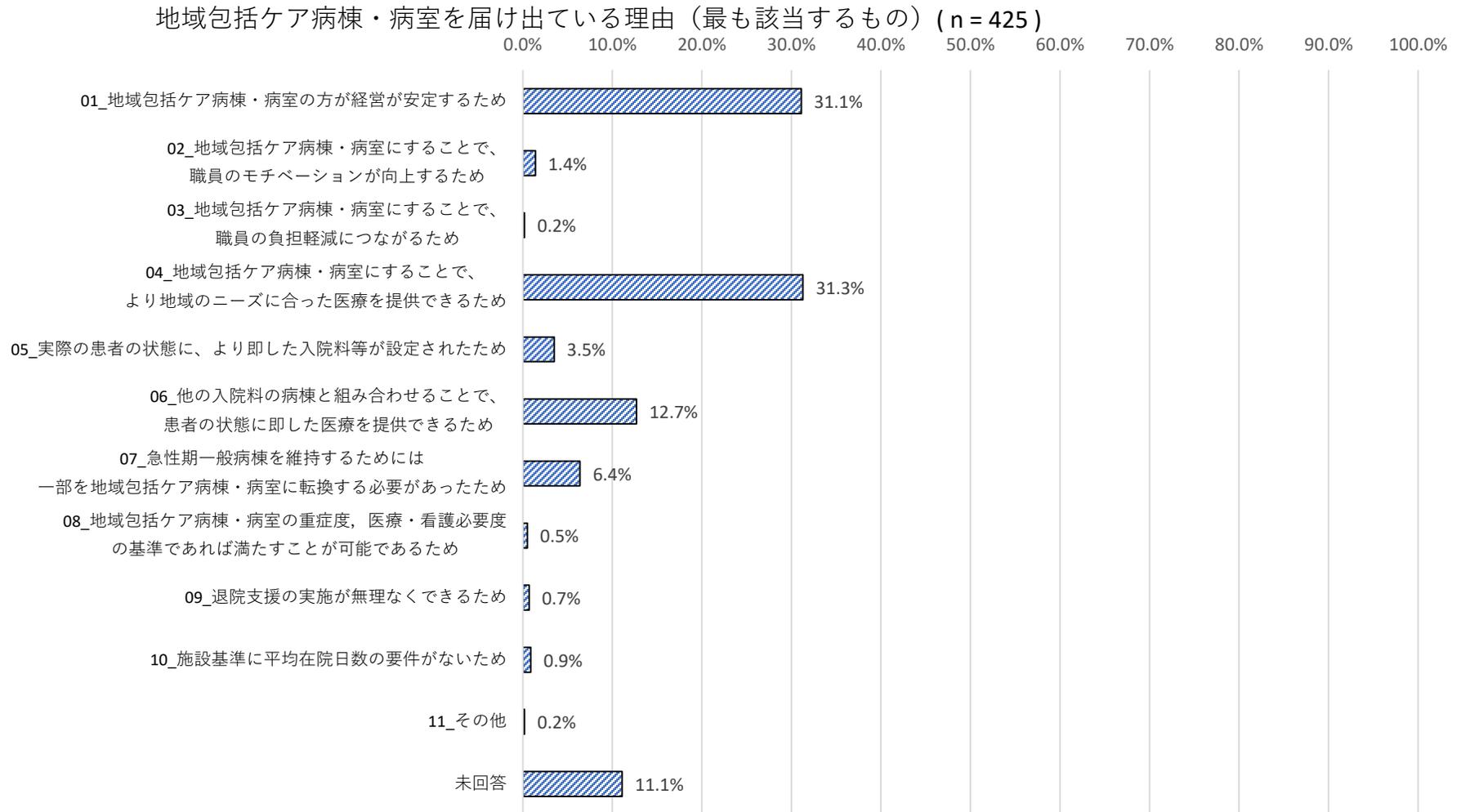
地域包括ケア病棟入院料について

	包括範囲について
A 入院基本料等加算	○ ※一部を除く。
B 医学管理等	○
C 在宅医療	—
D 検査	○
E 画像診断	○
F 投薬	○ ※一部を除く。
G 注射	○ ※一部を除く。
H リハビリテーション	○ ※一部を除く。
I 精神科専門療法	○
J 処置	○ ※一部を除く。
K 手術	—
L 麻酔	—
M 放射線治療	○
N 病理診断	○

○ 地域包括ケア病棟入院料について、当該入院料に費用が含まれる範囲は左記のとおり。

○: 包括範囲
—: 包括範囲外

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



回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定】

【実績部分】

現行のリハビリテーション充実加算の要件である、
リハビリテーション実績指数を用いる
(1日あたりのFIM*得点の増加を示す指数)

* FIM (Functional Independence Measure) 日常生活動作の指標

【入院料1相当の実績】
・重症割合3割以上
・重症者の4点以上回復が3割以上
・自宅等退院 7割以上

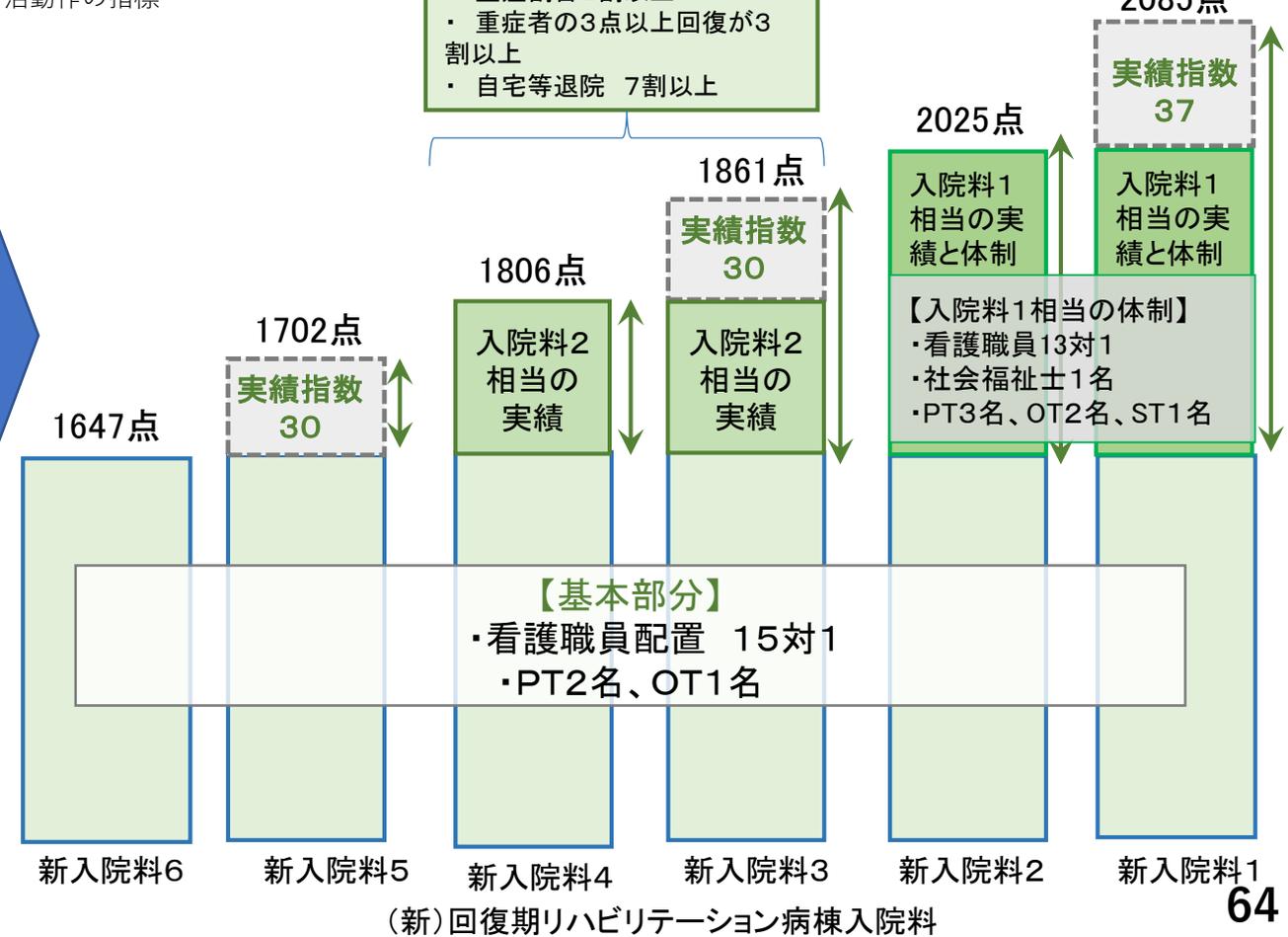
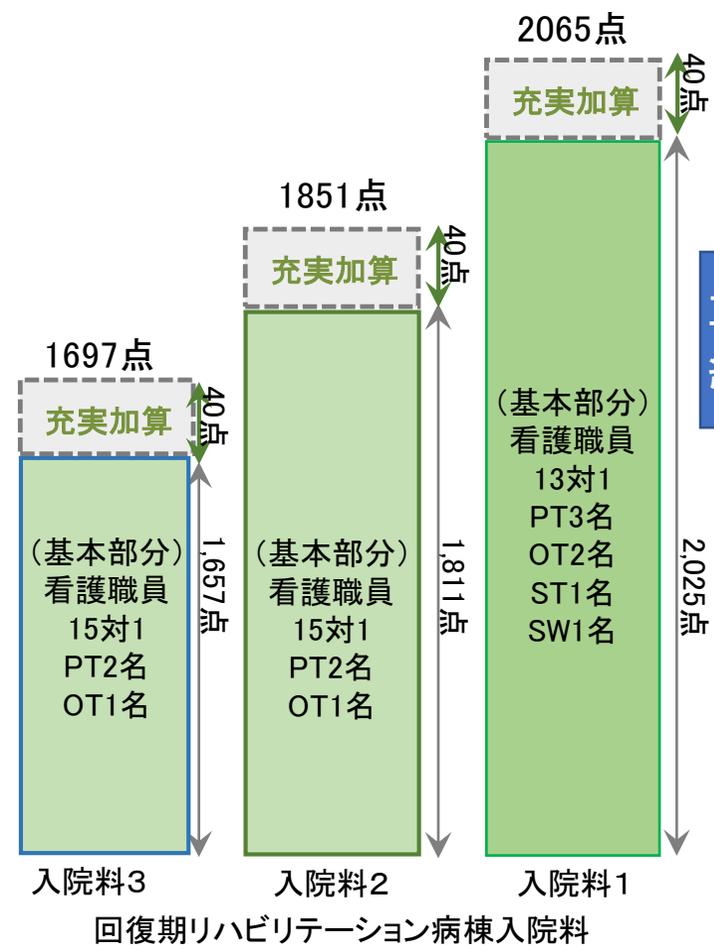
【入院料2相当の実績】
・重症割合2割以上
・重症者の3点以上回復が3割以上
・自宅等退院 7割以上

2085点
実績指数 37
入院料1相当の実績と体制

2025点
入院料1相当の実績と体制

【入院料1相当の体制】
・看護職員13対1
・社会福祉士1名
・PT3名、OT2名、ST1名

【基本部分】
・看護職員配置 15対1
・PT2名、OT1名



回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4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PT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1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	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○			○(※経過措置あり)		
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」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12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	40以上	-	35以上	-	30以上	-
点数 ※()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,736点 (1,721点)	1,678点 (1,664点)

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

回復期リハビリテーション病棟の経緯①（平成24年度診療報酬改定まで）

平成12年	<ul style="list-style-type: none"> ○ リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、回復期リハビリテーション病棟入院料を新設 	<p>[主な施設基準]専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上</p>
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一律180日としていた算定上限を、リハビリテーションを要する状態ごとに60～180日に設定 ○ 提供単位上限の引き上げ(6単位→9単位)
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院料の施設基準に質の評価を導入 重症者の受け入れと居宅等への復帰率に関する要件を追加 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院料1に重症患者回復病棟加算を新設 [施設基準]重症者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善すること ○ 医師の病棟専従配置を緩和
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「提供すべき単位数」の設定 ○ 休日リハビリテーション加算の新設 [施設基準]休日を含め、週7日以上リハビリテーションを提供できる体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> ○ リハビリテーション充実加算の新設 [施設基準]1日当たり6単位以上のリハビリテーションが行われていること
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を新設 [主な施設基準]専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重症患者回復病棟加算の包括化 ○ 包括範囲の見直し 人工腎臓等を包括外に見直し

回復期リハビリテーション病棟の経緯②（平成26～令和2年度診療報酬改定）

平成26年	○入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化	○入院料1に体制強化加算を新設 [施設基準]専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上
平成28年	○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価を導入	○入院料1に体制強化加算2を新設 [施設基準]専従の常勤医師2名以上(一定程度病棟外業務にも従事可能)
平成30年	○入院料を6区分に見直し ○基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を導入	
令和2年	○入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し ○入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除 ○管理栄養士の配置に係る要件の見直し	○特定機能病院での届出を原則不可とした

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直し

実績要件の見直し

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数について、その水準を見直す。

1. 入院料1:リハビリテーション実績指数 (現行)37 → (改定後)40
2. 入院料3:リハビリテーション実績指数 (現行)30 → (改定後)35



現行

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
チ リハビリテーションの効果に係る実績指数が37以上であること。
 - (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が30以上であること。



改定後

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
リ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上であること。
 - (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が35以上であること。

管理栄養士の配置に係る見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を要件とする。
- 入院料2～6について、管理栄養士の配置が望ましいこととする。



現行

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
(新設)
 - 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
(1) また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
 - 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
(新設)



改定後

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
□ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
 - 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
 - 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
(1) 当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

回復期リハビリテーション病棟における入院患者に係る要件の見直し

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

- 入院患者に対して、入院時のFIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明する。

現行

[算定要件(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、また退棟(死亡の場合を除く。)に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を説明すること。

改定後

[算定要件(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、また退棟(死亡の場合を除く。)に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その**合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、説明の上で患者の求めに応じて交付すること。**

- 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いる日常生活機能評価について、FIMに置き換えてもよいこととする。

入院患者に係る要件の見直し

- 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

現行

[施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態(発症後又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。)又は義肢装着訓練を要する状態(算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内)

改定後

[施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態(算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内)

※ 二～五についても同様。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

効果の実績の評価基準

- 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\sum (\text{FIM得点}[\text{運動項目}] \text{の、退棟時と入棟時の差})}{\sum \left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right)}$$

<実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
- ただし、以下の患者を除外する(できる)。

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者

日常生活動作(ADL)の指標 FIMの概要

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

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

回復期リハビリテーション病棟の入院患者に係る主な要件について

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

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

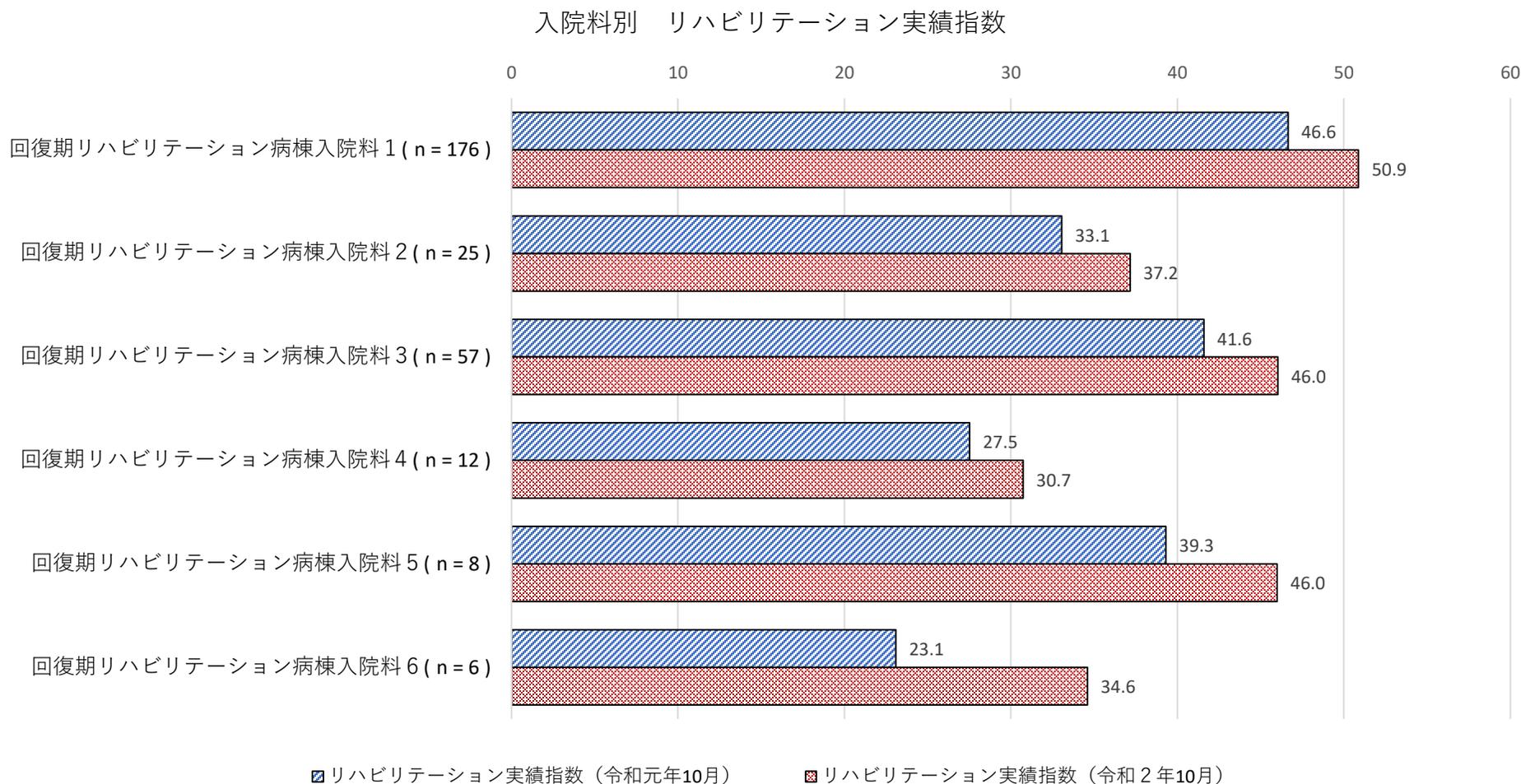
回復期リハビリテーション病棟入院料について

	包括範囲について
A 入院基本料等加算	○ ※一部を除く。
B 医学管理等	○ ※一部を除く。
C 在宅医療	—
D 検査	○
E 画像診断	○
F 投薬	○ ※一部を除く。
G 注射	○ ※一部を除く。
H リハビリテーション	—
I 精神科専門療法	○
J 処置	○ ※一部を除く。
K 手術	○
L 麻酔	○
M 放射線治療	○
N 病理診断	○

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料について、当該入院料に費用が含まれる範囲は左記のとおり。

○: 包括範囲
—: 包括範囲外

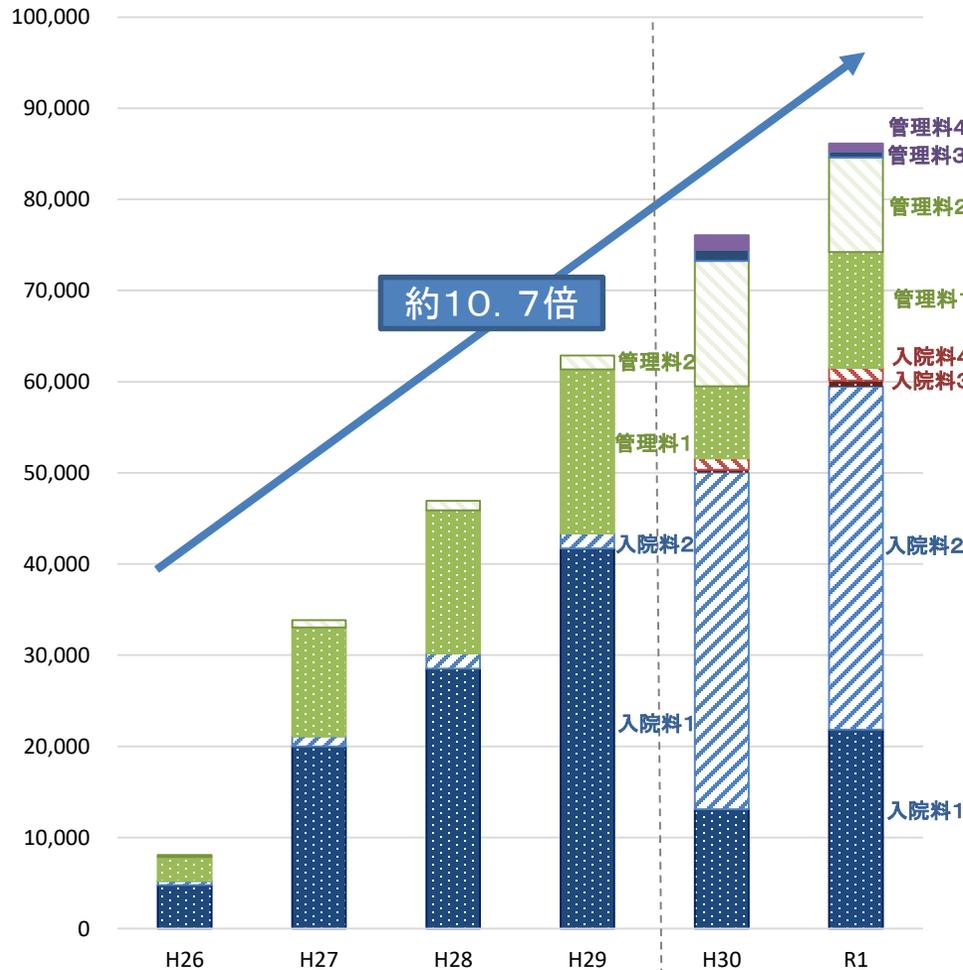
- 令和元年10月及び令和2年10月の入院料別リハビリテーション実績指数は以下のとおりであり、いずれも令和2年の方が高い傾向にあった。



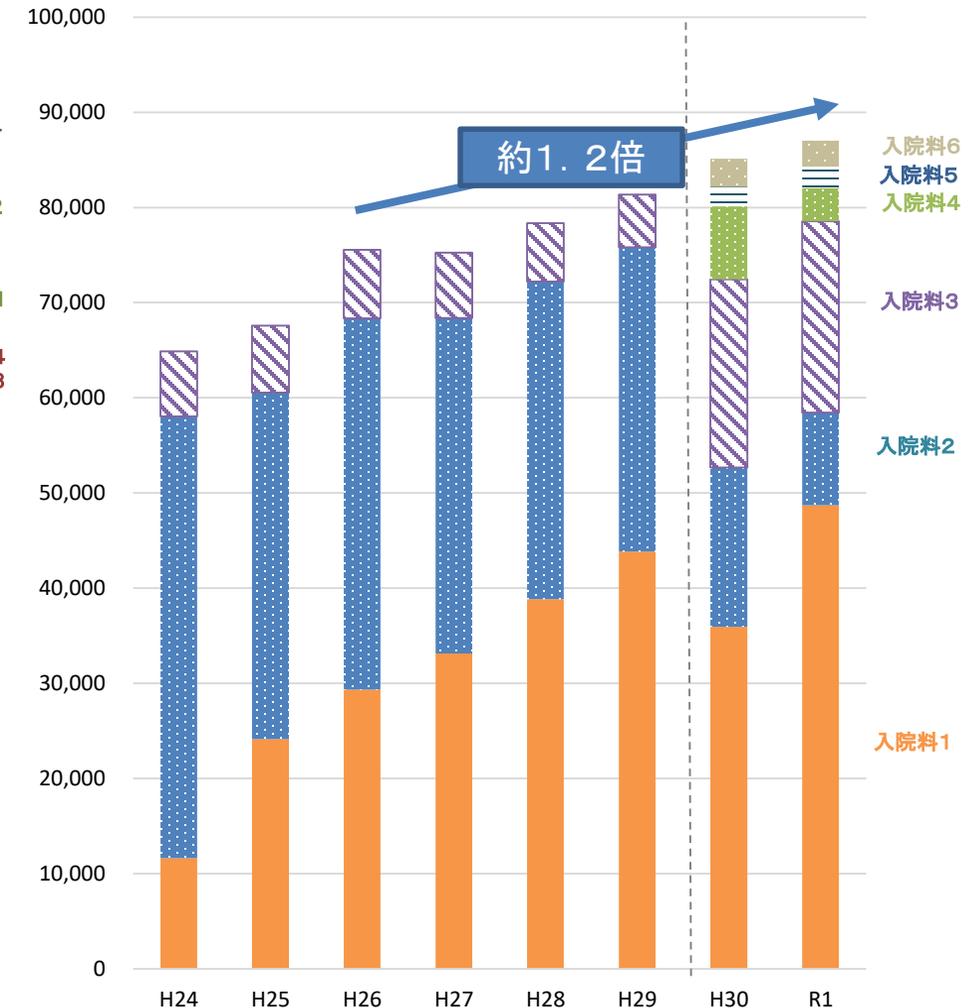
入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



- ①急性期入院医療について
- ②回復期入院医療について
- ③慢性期入院医療について
- ④入院医療における他の取組について

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の 85/100を算定

* :生活療養を受ける場合の点数は除く。

療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の評価の見直し

- **療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置**（所定点数の100分の90）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上で、**経過措置期間を2年間延長する**。

現行

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

[算定要件]

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

改定後

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

[算定要件]

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

- **療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置**（所定点数の100分の80を算定）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、**経過措置を令和2年3月31日限りで終了する**。

適切な意思決定の支援

- **地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料**について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**適切な意思決定支援に関する指針**を定めていることを要件とする。

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

ADL区分

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

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

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

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

療養病棟入院基本料について

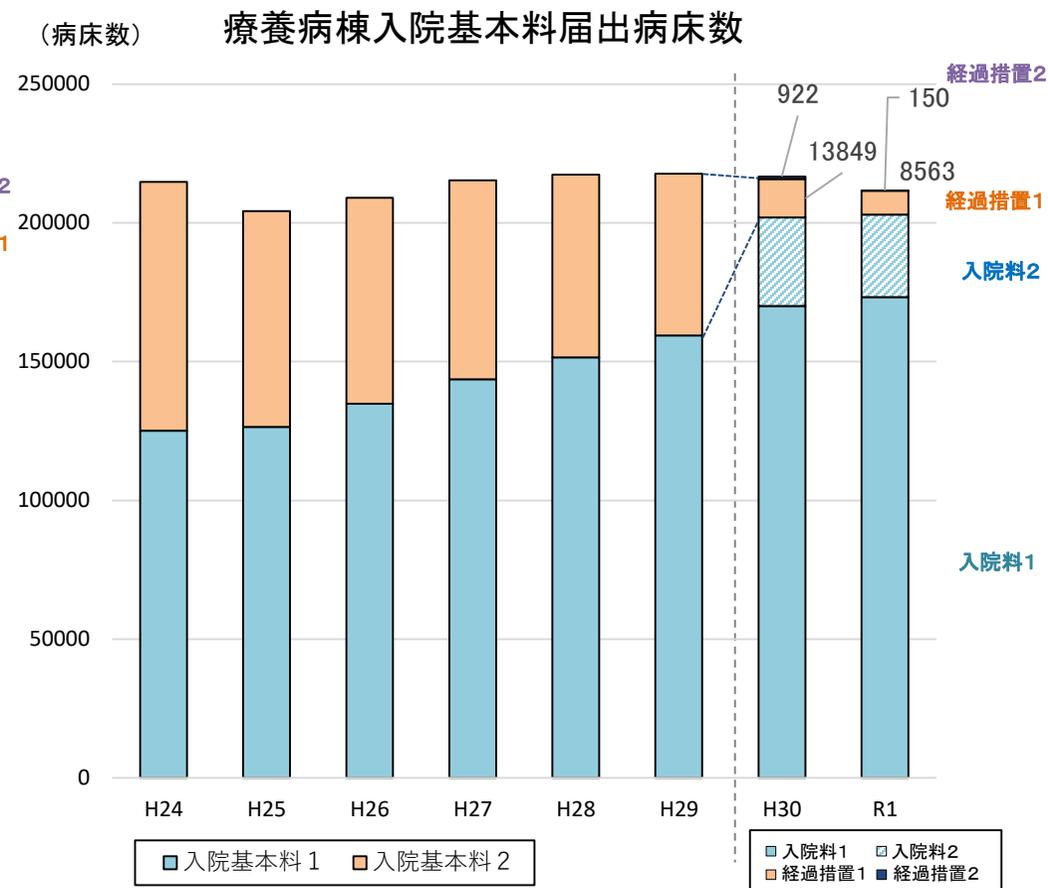
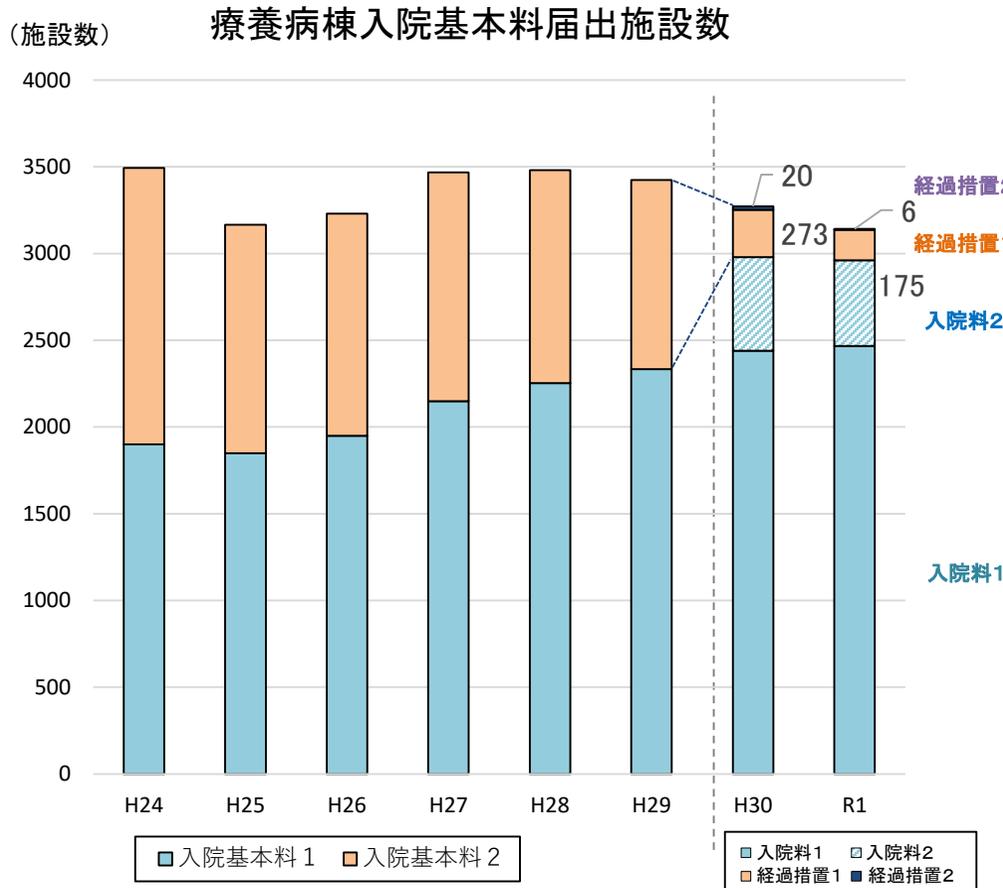
	包括範囲について
A 入院基本料等加算	— ※一部を除く。
B 医学管理等	—
C 在宅医療	—
D 検査	○
E 画像診断	○ ※一部を除く。
F 投薬	○ ※一部を除く。
G 注射	○ ※一部を除く。
H リハビリテーション	—
I 精神科専門療法	—
J 処置	○ ※一部を除く。
K 手術	—
L 麻酔	—
M 放射線治療	—
N 病理診断	○

- 療養病棟入院基本料について、当該基本料に費用が含まれる範囲は左記のとおり。
- 例として、リハビリテーションや精神科専門療法に係る費用は出来高で算定することができる。

○: 包括範囲
—: 包括範囲外

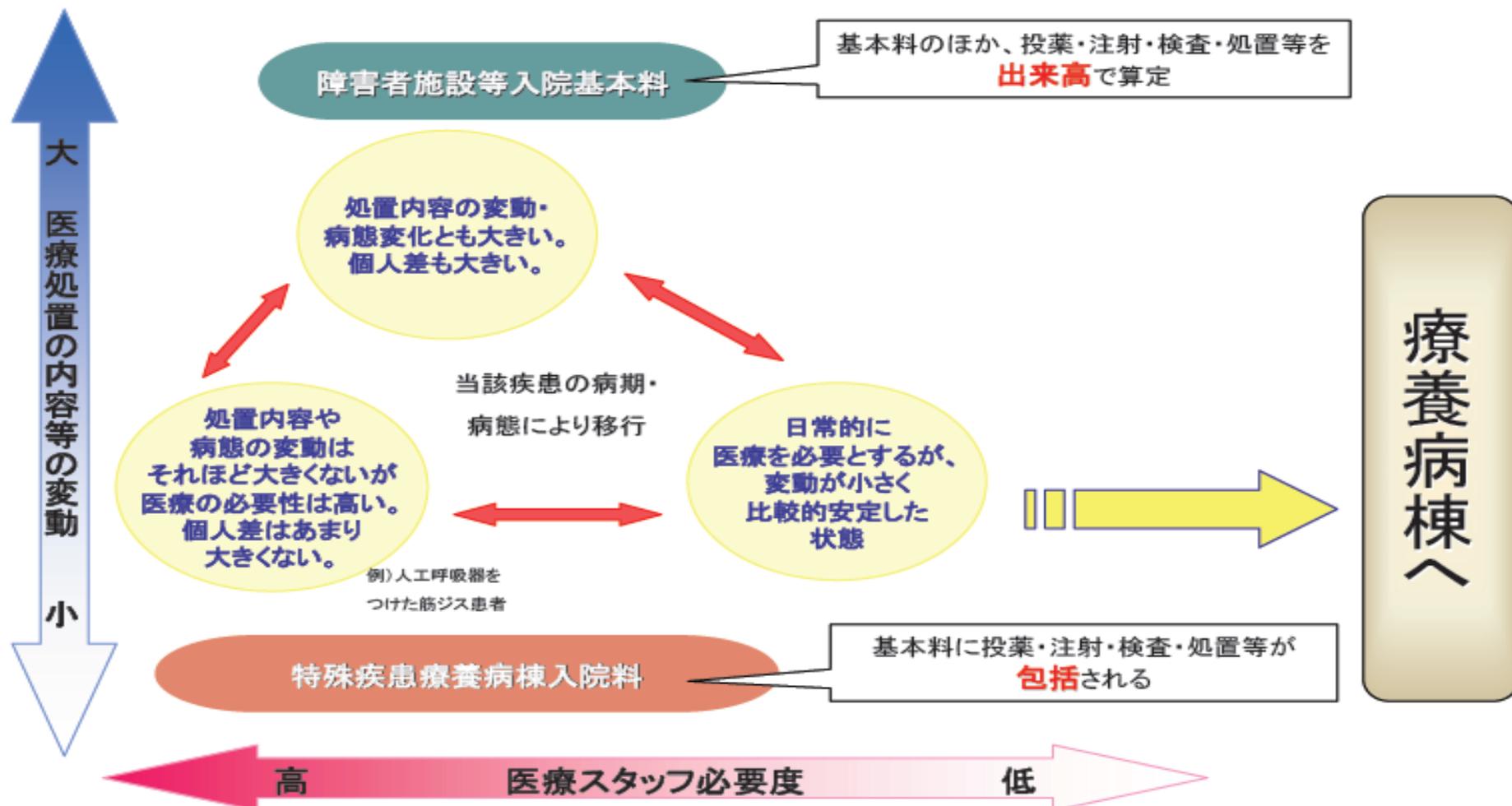
療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

○ 療養病棟入院料経過措置1（看護職員配置25対1又は医療区分2・3の割合の患者5割未満）の届出施設数は令和元年7月1日時点で175施設、8563床であった。



出典：保険局医療課調べ（7月1日時点）
 ※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

		障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2～4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	
看護配置		7対1以上	10対1以上～15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上		
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	—			
	両方を満たす	患者像	—	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
	看護要員	—	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上		
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟		
		超重症、準超重症児(者)3割以上	—			褥瘡の評価			
点数	通常	1,615点	1,356～995点	2,070点	1,675点	2,070点	1,813～815点	1,748～751点	
	重度の意識障害者(脳卒中後)	1,496, 1,358点	1,496～1,107点	1,910, 1,745点	1,657, 1,491点	1,909, 1,743点			
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括		検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括			
	重度の意識障害者(脳卒中後)	療養病棟入院基本料と同様の取扱							

障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

H12

障害者施設等入院基本料を新設

【対象となる施設】

- 児童福祉法が規定する
- ・肢体不自由児施設
- ・重症心身障害児施設
- ・国立療養所 その他

【上記施設以外における要件】

- 重度の肢体不自由児(者)
 - 脊髄損傷等の重度障害者
 - 重度の意識障害者
 - 筋ジストロフィー患者
 - 難病患者等
- これらの患者が概ね7割以上

<障害者施設等入院基本料の特徴>

個別の病態変動が大きく、
その変動に対し高額な薬剤や
高度な処置が必要となるような
患者が対象

→投薬・注射・処置等が出来高払い

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

平成20年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H28

平成28年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの係る経緯

H6 特殊疾患療養病棟を新設

H12 特殊疾患入院医療管理料を新設
(病室単位で算定可能に)

H16実態調査

実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H16

平成18年度診療報酬改定

特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

- ・療養病床部分 → 廃止
- ・一般病床、精神病床部分 → 19年度末に廃止を予定

H18

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において 脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

平成20年度診療報酬改定

- ・存続を決定
- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・名称変更
(特殊疾患療養病棟入院料→特殊疾患病棟入院料)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H28

平成28年度診療報酬改定

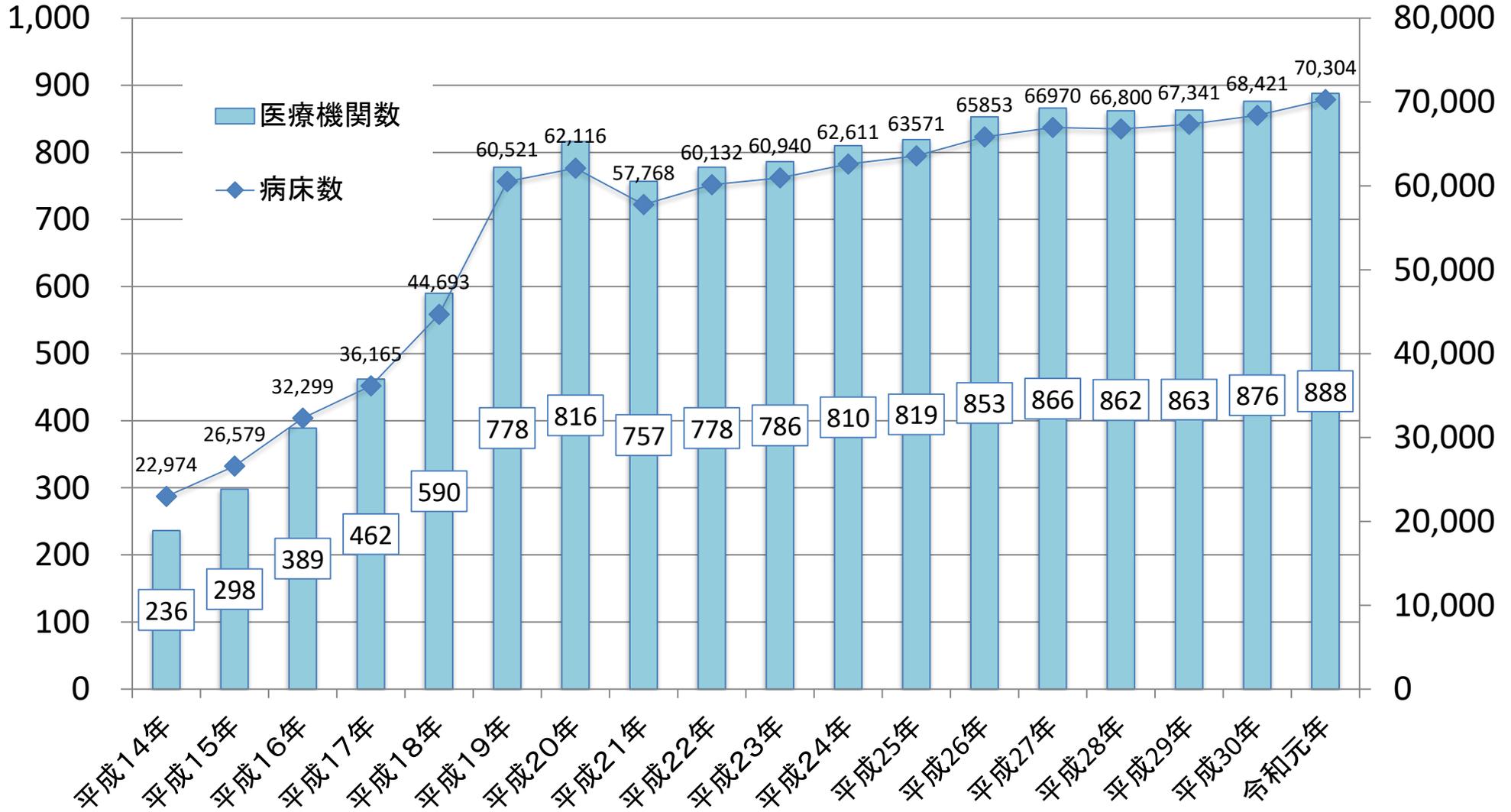
- ・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

＜特殊疾患病棟入院料の特徴＞
処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い
→投薬・注射・処置等が包括払い

障害者施設等入院基本料届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数



障害者施設等入院基本料届出医療機関数(入院料別)

医療機関数

1,000

900

800

700

600

500

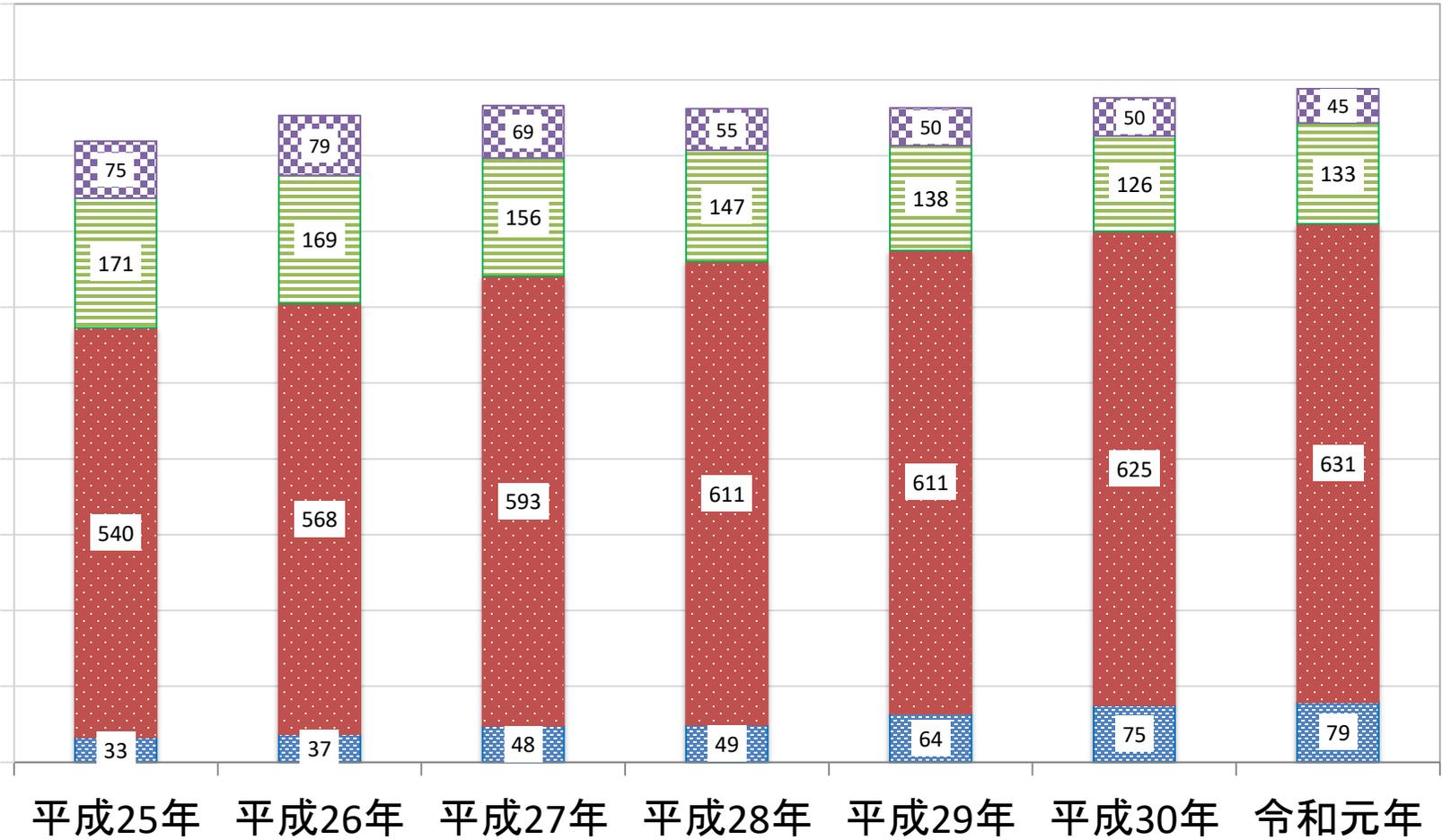
400

300

200

100

0



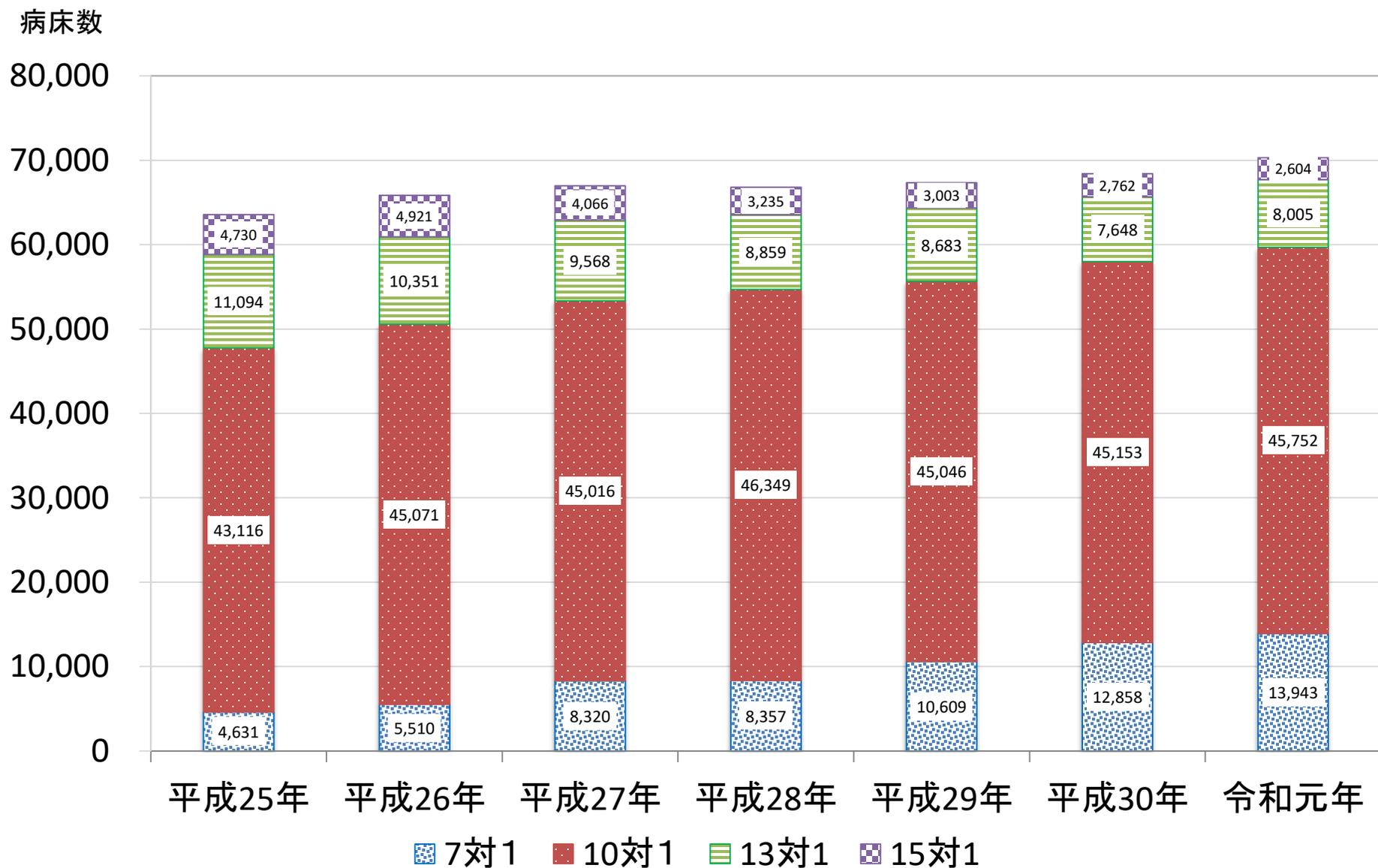
7対1

10対1

13対1

15対1

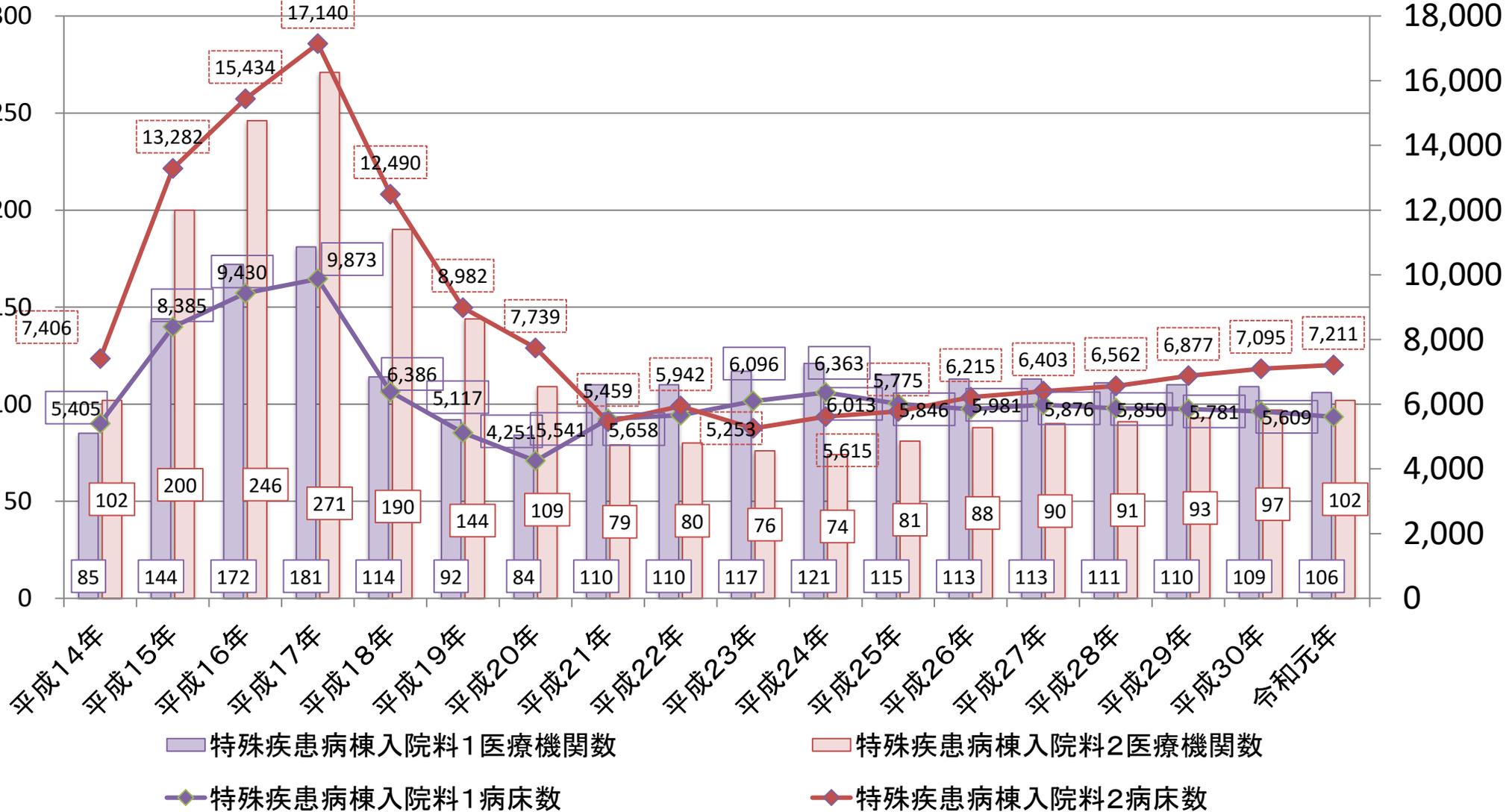
障害者施設等入院基本料届出病床数(入院料別)



特殊疾患病棟入院料届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数

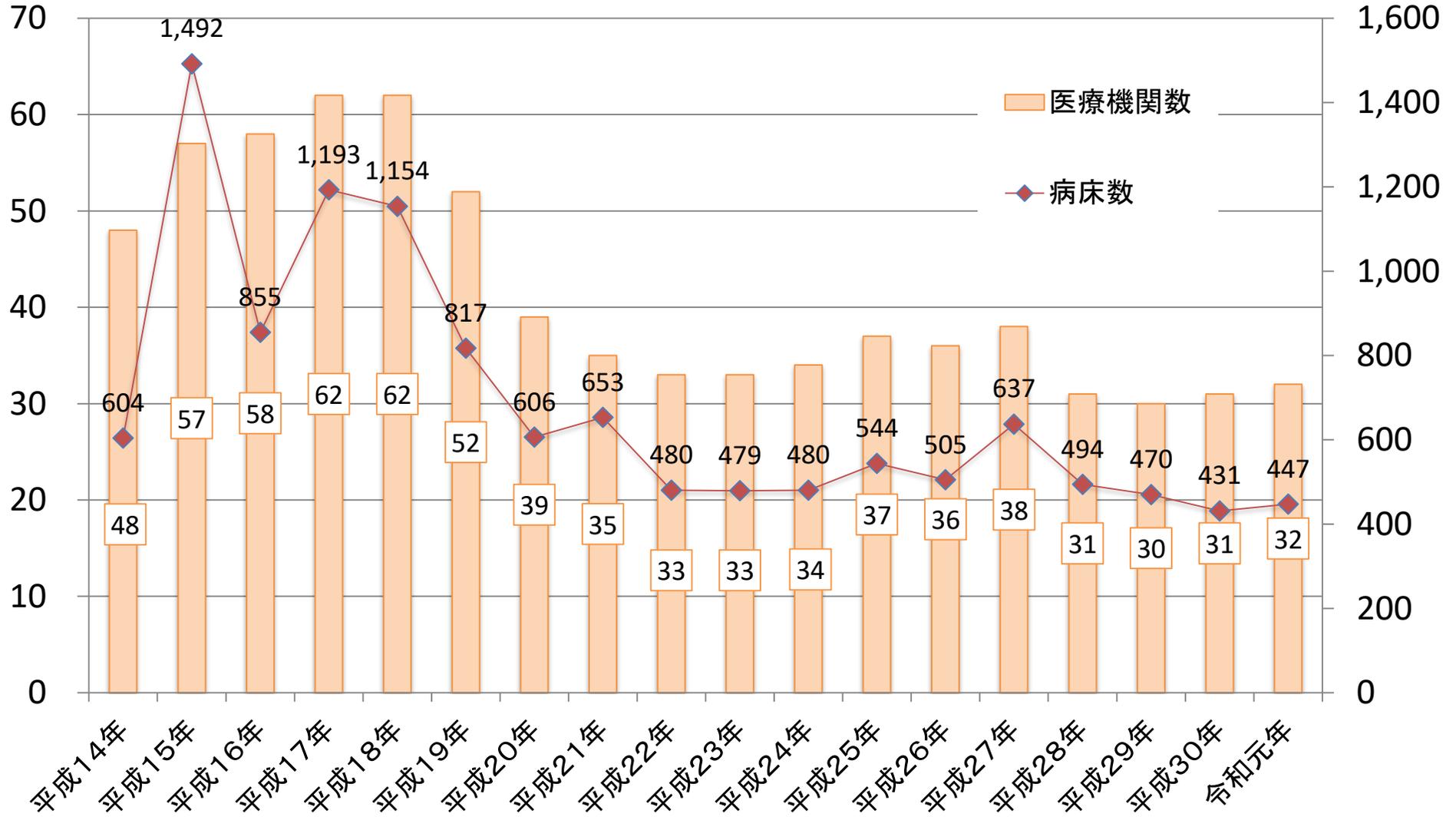


※平成20年3月31日以前は特殊疾患療養病棟入院料

特殊疾患入院医療管理料届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数



- ①急性期入院医療について
- ②回復期入院医療について
- ③慢性期入院医療について
- ④入院医療における他の取組について

- a) 入退院支援について
- b) 救急医療について
- c) 医療資源の少ない地域への配慮について
- d) 短期滞在手術等基本料について
- e) 多職種連携について
- f) その他

入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

・ 入院時支援加算

- ・ 入退院支援加算
- ・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

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



《入退院支援の対象となる患者》

- ・ 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・ 緊急入院 / ・ 要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・ 退院後に医療処置が必要
- ・ 入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・ 医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は
【情報提供】

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



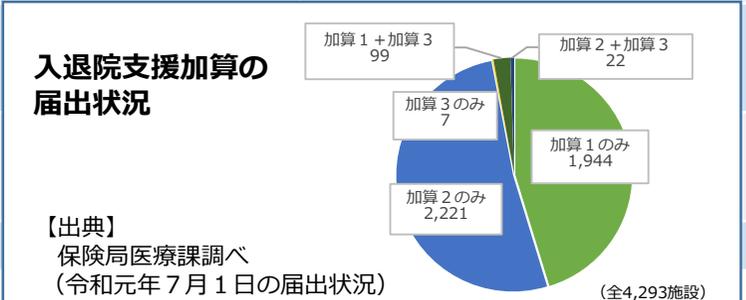
入退院支援加算の概要①

A246 入退院支援加算（退院時1回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算1
 - イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
 - ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- 入退院支援加算2
 - イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点
 - ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- 入退院支援加算3 1,200点
- 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。
 - 小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が20以上かつ、連携機関の職員と面会を年3回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		



※週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。

入退院支援加算の概要②

入院前からの支援を行った場合の評価

➤ 入院時支援加算1 230点

[算定対象]

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

[施設基準]

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

入院時支援加算2 200点（退院時1回）

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1) から8) を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。
入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算1を、患者の病態等によりア)、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算2を算定する。

- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価 / エ) 栄養状態の評価
- オ) 服薬中の薬剤の確認 / カ) 退院困難な要因の有無の評価
- キ) 入院中に行われる治療・検査の説明 / ク) 入院生活の説明
(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

医療機関間の連携に関する評価

➤ 地域連携診療計画加算 300点（退院時1回）

[算定要件]

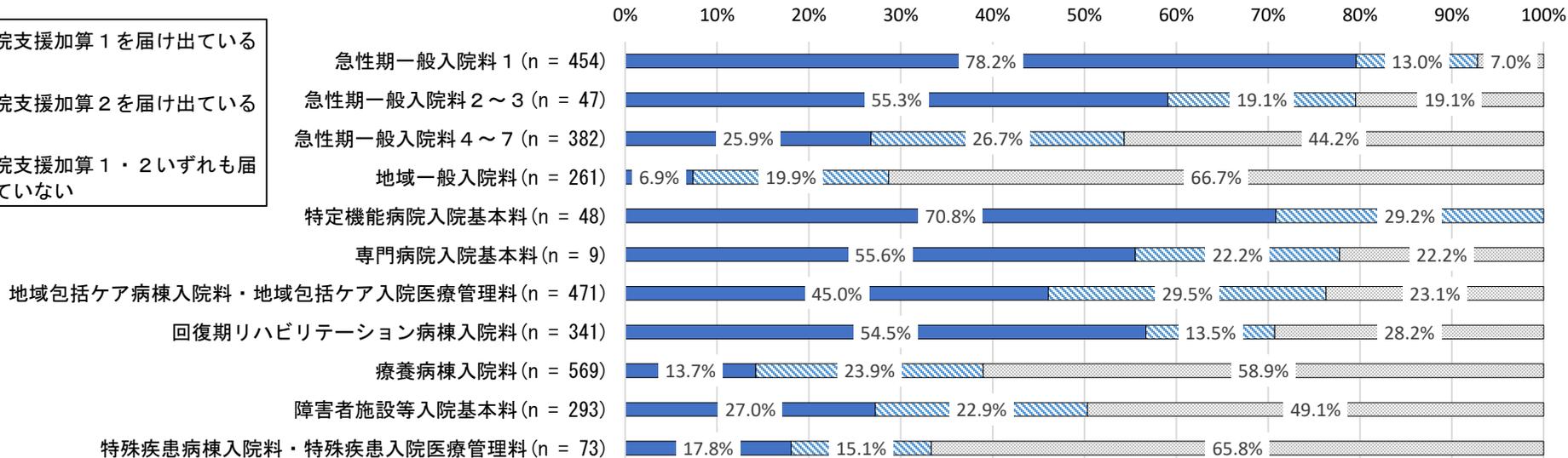
- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

入退院支援加算の届出状況

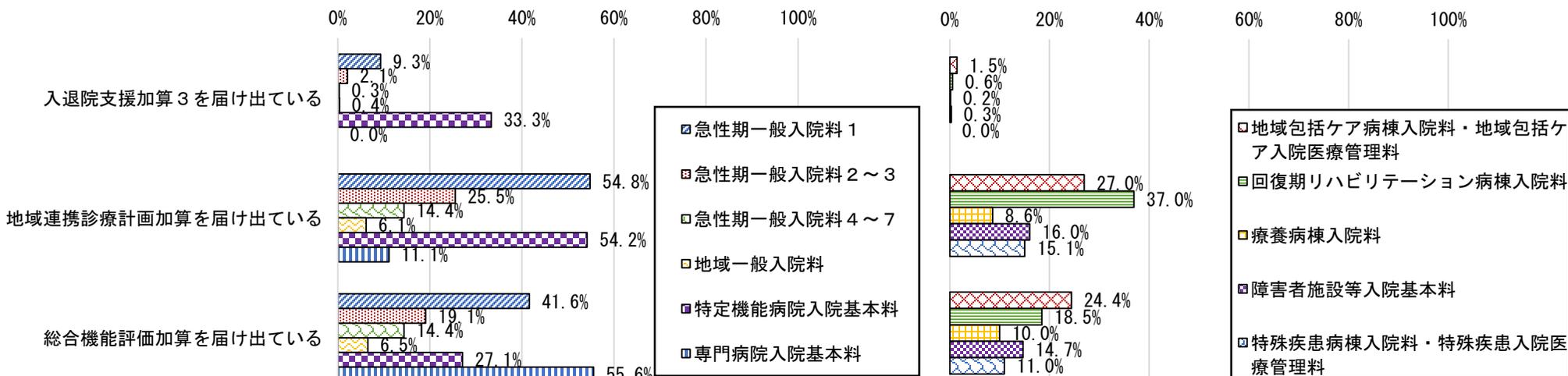
○ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院入院基本料での届出が多かった。

入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況

- 入退院支援加算 1 を届け出ている
- ▨ 入退院支援加算 2 を届け出ている
- ▩ 入退院支援加算 1・2 いずれも届け出していない



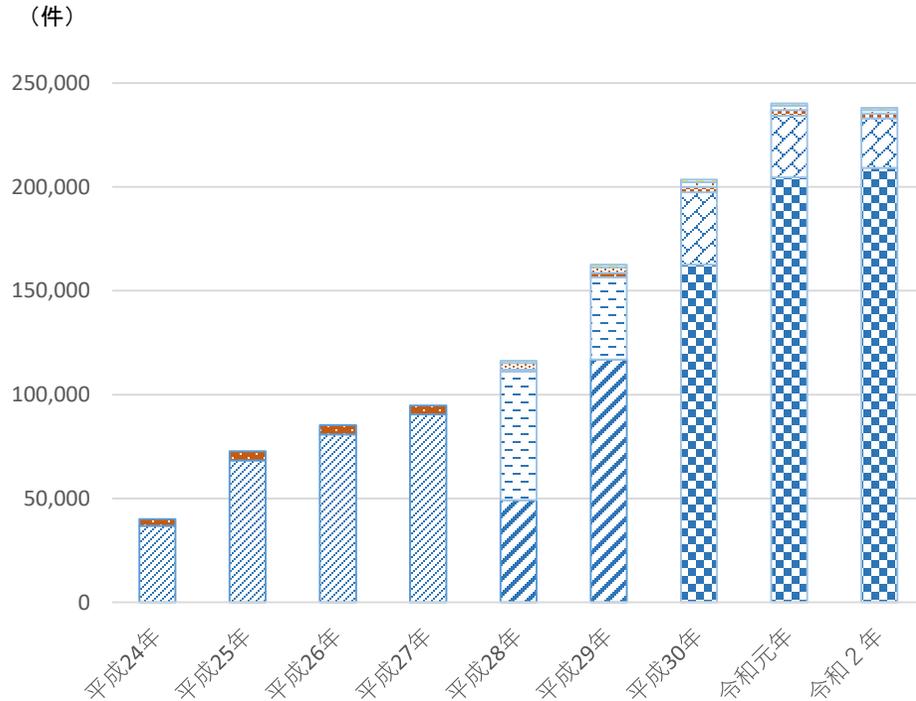
入退院支援加算等の届出状況 (複数回答)



入退院支援加算等の算定状況

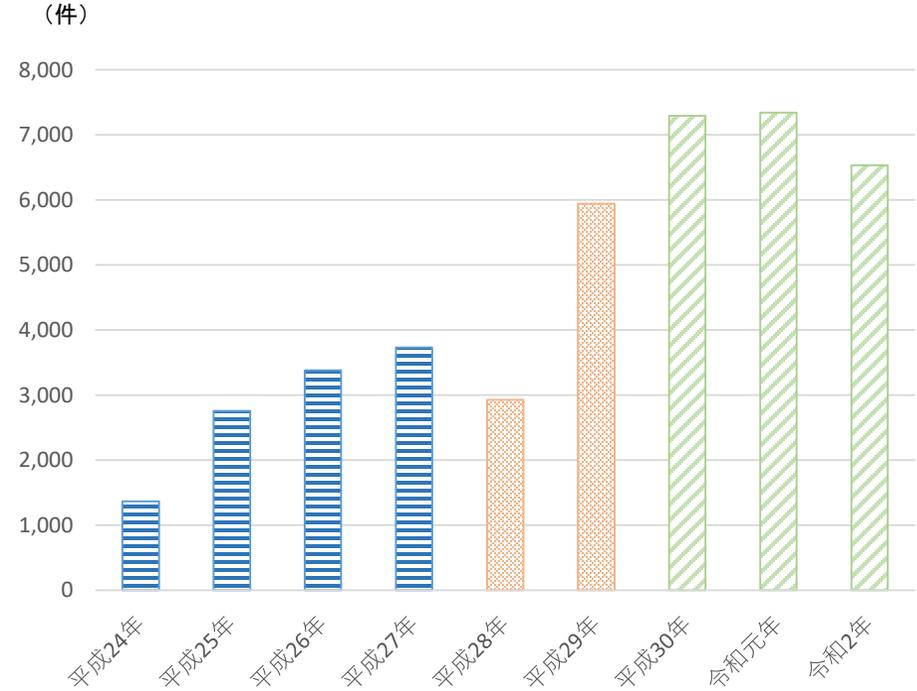
○ 入退院支援加算(平成24~27年は退院調整加算、平成28~29年は退院支援加算)の算定件数は増加傾向だが、近年は横ばい。

入退院支援加算の算定件数



- 入退院支援加算 3
- 入退院支援加算 2 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 1 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 2 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 1 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 3
- 退院支援加算 2 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 1 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 2 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 1 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院調整加算(療養病棟入院基本料等)
- 退院調整加算(一般病棟入院基本料等)

地域連携診療計画加算の算定件数



- 入退院支援加算 地域連携診療計画加算
- 退院調整加算 地域連携計画加算
- 退院支援加算 地域連携診療計画加算

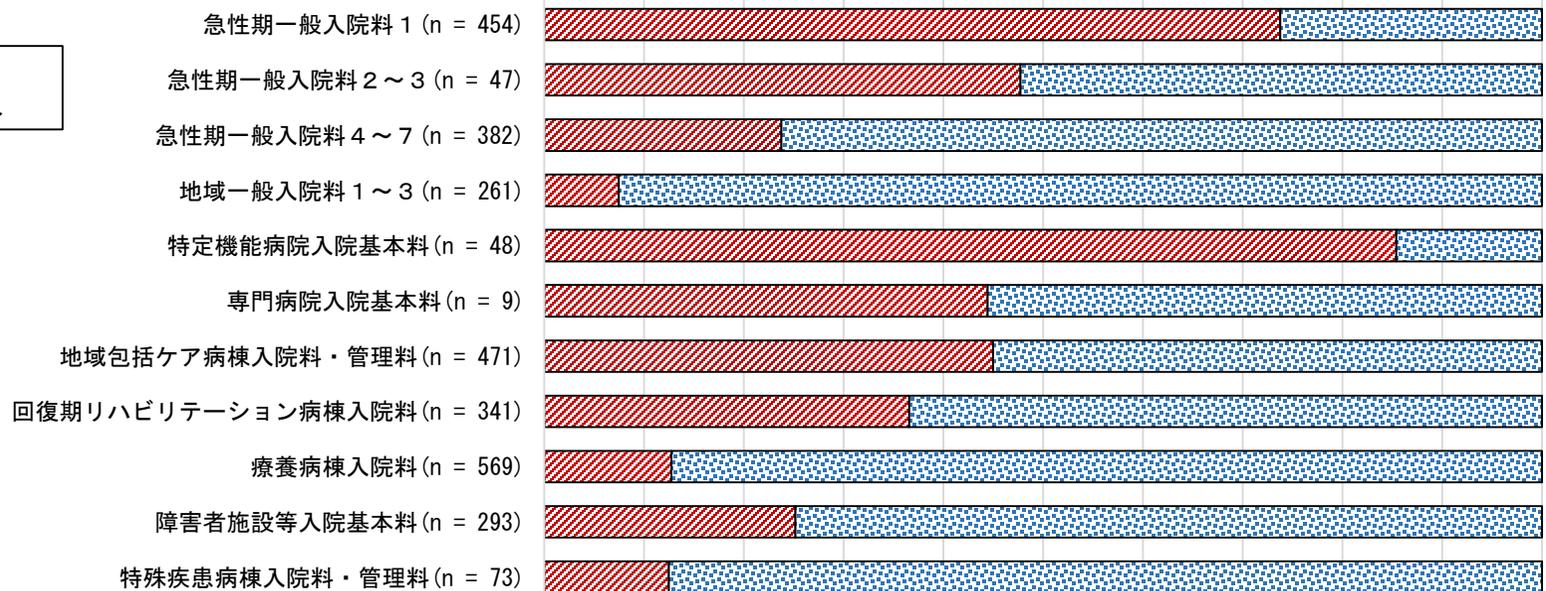
入院時支援加算の届出状況

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

入院時支援加算の届出状況

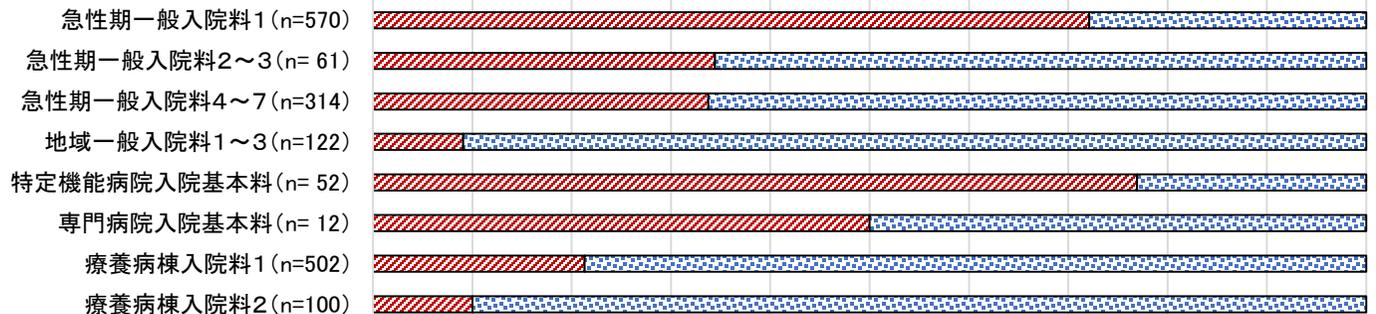
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

■ 届出あり
■ 届出なし



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

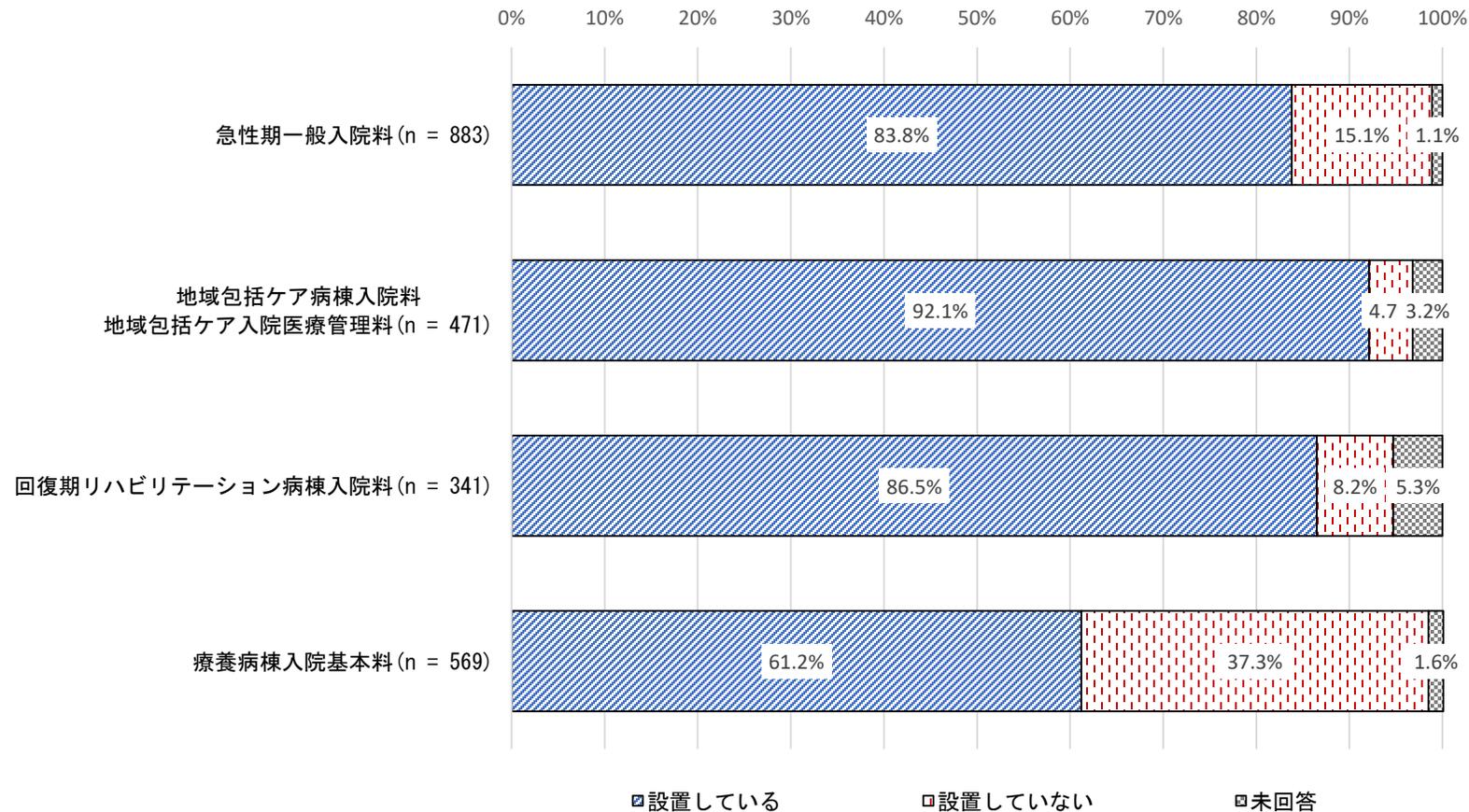
参考：令和元年度調査



入退院支援部門の設置状況

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

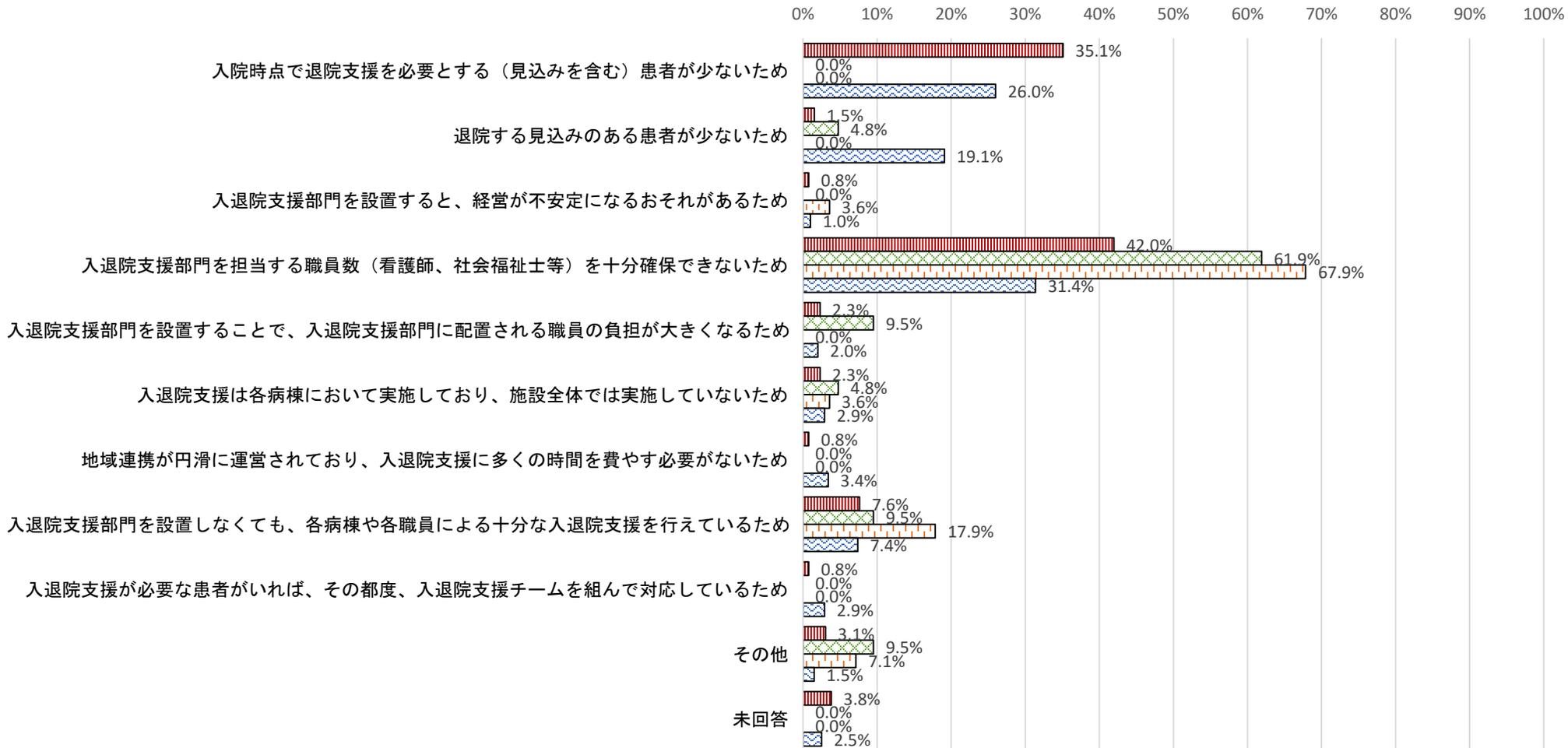
入退院支援部門の設置状況



入退院支援部門を設置していない理由

○ 入退院支援部門を設置していない理由をみると、「入退院支援部門を担当する職員数（看護師、社会福祉士等）を十分確保できないため」が最も多かった。

入退院支援部門を設置していない理由（最も該当するもの）



■急性期一般入院料 (n = 131) □地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 21) □回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 28) □療養病棟入院基本料 (n = 204)

救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

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

現行

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

改定後

【急性期病棟から受入れた患者】

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

【在宅から受入れた患者】

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

治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制の構築

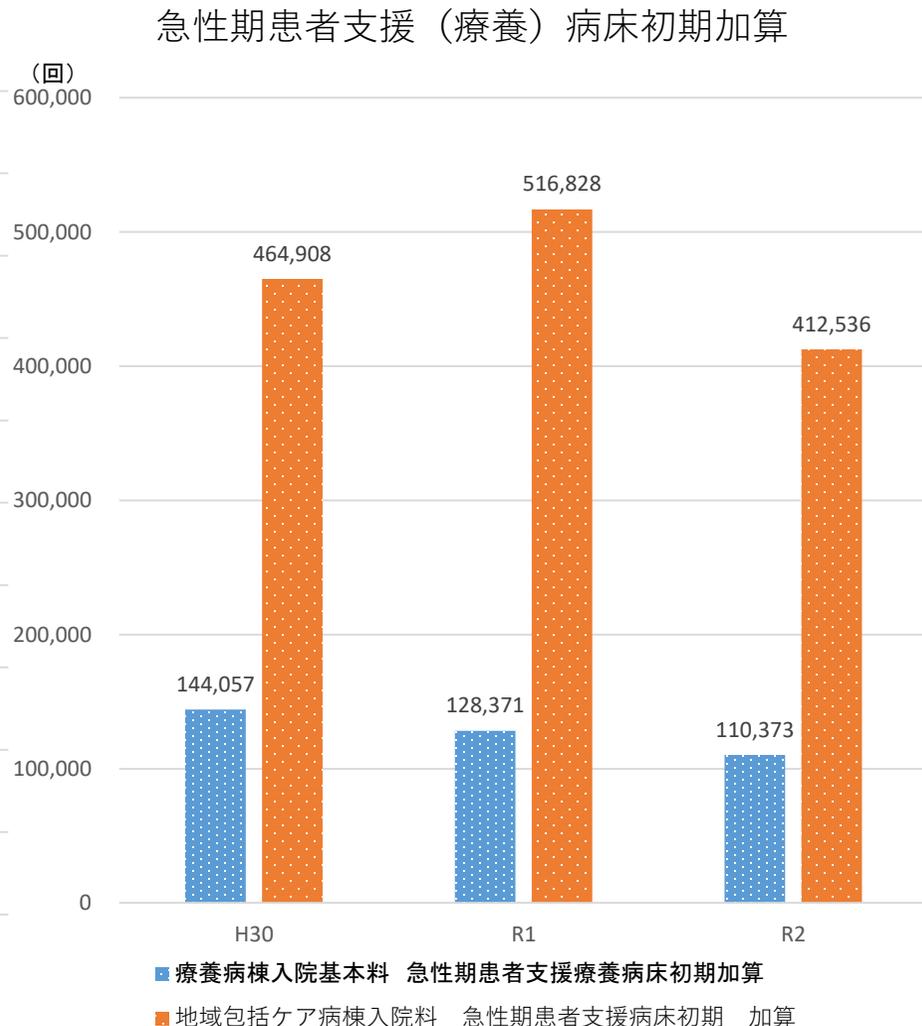
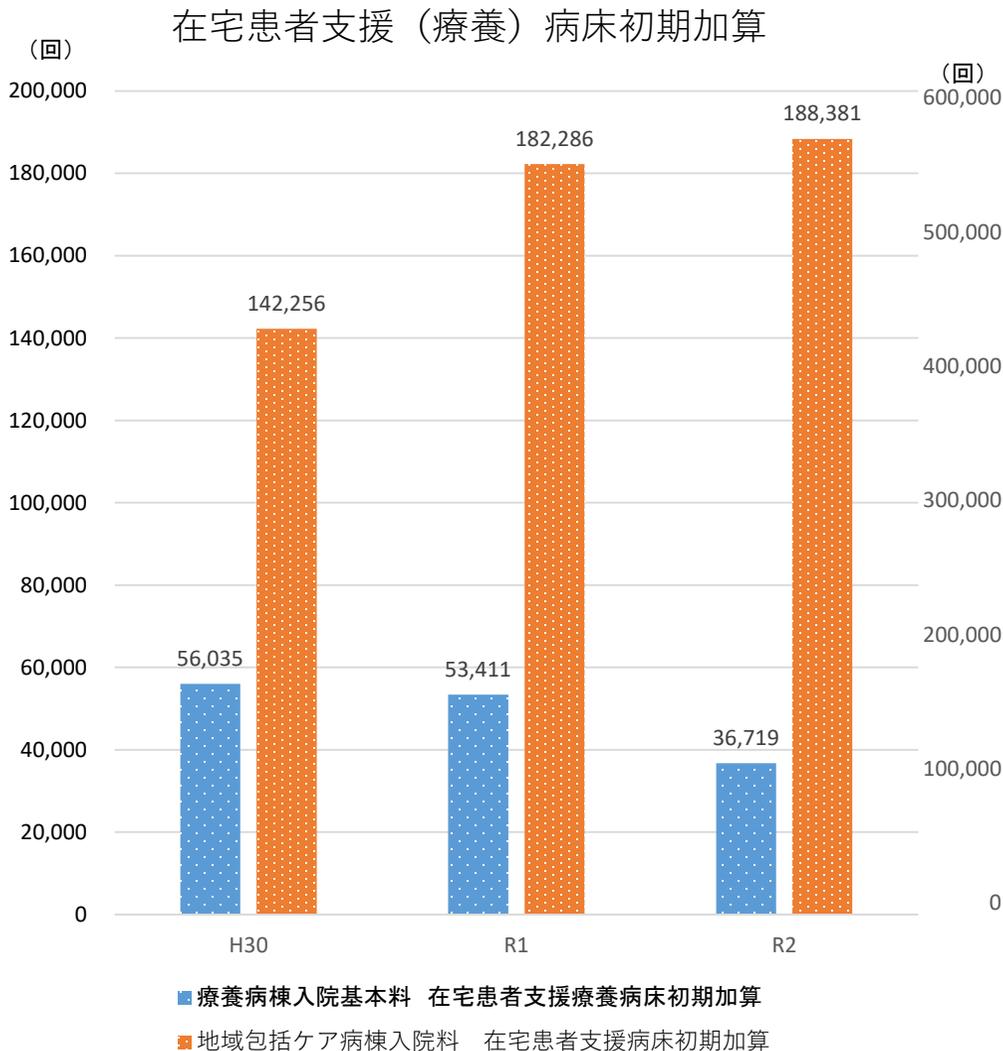
- 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを規定する。

[施設基準]

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

救急・在宅等支援病床初期加算等の算定状況

- 地域包括ケア病棟における在宅患者支援病床初期加算の算定回数は増加している。療養病棟における在宅患者支援療養病床初期加算の算定回数は減少している。
- 急性期患者支援（療養）病床初期加算の算定回数は横ばいで推移している。



ヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチーム報告

【厚生労働省・文部科学省の副大臣を共同議長とするヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチームとりまとめ】

令和3年5月17日

現状・課題

- ヤングケアラーは、家庭内のデリケートな問題であることなどから表面化しにくい構造。福祉、介護、医療、学校等、関係機関におけるヤングケアラーに関する研修等は十分でなく、地方自治体での現状把握も不十分。
- ヤングケアラーに対する支援策、支援につなぐための窓口が明確でなく、また、福祉機関の専門職等から「介護力」と見なされ、サービスの利用調整が行われるケースあり。
- ヤングケアラーの社会的認知度が低く、支援が必要な子どもがいても、子ども自身や周囲の大人が気付くことができない。



福祉、介護、医療、教育等、関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるため、以下の取組を推進

今後取り組むべき施策

1 早期発見・把握

- 福祉・介護・医療・教育等関係機関、専門職やボランティア等へのヤングケアラーに関する研修・学ぶ機会の推進。
- 地方自治体における現状把握の推進。

2 支援策の推進

- 悩み相談支援
支援者団体によるピアサポート等の悩み相談を行う地方自治体の事業の支援を検討（SNS等オンライン相談も有効）。
- 関係機関連携支援
 - ・ 多機関連携によるヤングケアラー支援の在り方についてモデル事業・マニュアル作成を実施（就労支援を含む）。
 - ・ 福祉サービスへのつなぎなどを行う専門職や窓口機能の効果的な活用を含めヤングケアラーの支援体制の在り方を検討。
- 教育現場への支援
スクールソーシャルワーカー等の配置支援。民間を活用した学習支援事業と学校との情報交換や連携の促進。
- 適切な福祉サービス等の運用の検討
家族介護において、子どもを「介護力」とすることなく、居宅サービス等の利用について配慮するなどヤングケアラーがケアする場合のその家族に対するアセスメントの留意点等について地方自治体等へ周知。
- 幼いきょうだいをケアするヤングケアラー支援
幼いきょうだいをケアするヤングケアラーがいる家庭に対する支援の在り方を検討。

3 社会的認知度の向上

2022年度から2024年度までの3年間をヤングケアラー認知度向上の「集中取組期間」とし、広報媒体の作成、全国フォーラム等の広報啓発イベントの開催等を通じて、社会全体の認知度を調査するとともに、当面は中高生の認知度5割を目指す。

※ヤングケアラー：法令上の定義はないが、一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている児童を指す。

ヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチーム

立ち上げの背景

- ヤングケアラーは、年齢や成長の度合いに見合わない重い責任や負担を負うことで、本人の育ちや教育に影響があるといった課題があるが、家庭内のデリケートな問題、本人や家族に自覚がないといった理由から、支援が必要であっても表面化しにくい構造となっている。
- ヤングケアラーに対しては、様々な分野が連携したアウトリーチによる支援が重要であり、さらなる介護・医療・障害・教育分野の連携が重要。
- これらを踏まえ、厚労副大臣と文科副大臣を共同議長とするプロジェクトチームを立ち上げ、連携の強化・支援の充実を図る。

構成員

共同議長 厚生労働副大臣 山本 博司

共同議長 文部科学副大臣 丹羽 秀樹

厚生労働省子ども家庭局長

文部科学省初等中等教育局長

厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課虐待防止対策推進室長

文部科学省初等中等教育局児童生徒課長

厚生労働省健康局難病対策課長

文部科学省総合政策局地域学習推進課長

厚生労働省社会・援護局保護課長

厚生労働省社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長

開催実績

第1回<3月17日>

- 関係部局におけるヤングケアラー支援に係る取組について
- 関係者ヒアリング
 - ・ 成蹊大学文学部教授 澁谷智子氏
 - ・ 一般社団法人日本ケアラー連盟

第2回<4月12日>

- 令和2年度「ヤングケアラーの実態に関する調査研究」報告
- ヤングケアラー支援に向けた主な論点、課題の整理
- 関係者ヒアリング
 - ・ 埼玉県(福祉部地域包括ケア課・教育局市町村支援部人権教育課)
 - ・ 中核地域生活支援センターがじゅまる

第3回<4月26日>

- 関係者ヒアリング
 - ・ Yancle株式会社代表取締役 宮崎成悟氏
 - ・ 精神疾患の親をもつ子どもの会「こどもぴあ」
 - ・ 弁護士 藤木和子氏
 - ・ 尼崎市(教育委員会事務局学校教育部こども教育支援課)

第4回<5月17日>

- とりまとめ報告(案)

- a) 入退院支援について
- b) 救急医療について
- c) 医療資源の少ない地域への配慮について
- d) 短期滞在手術等基本料について
- e) 多職種連携について
- f) その他

救急医療管理加算改定に関するこれまでの経緯

H22

【平成22年度改定】

- ・救急搬送受入の中心を担う二次救急医療機関の評価の引き上げを行った。
救急医療管理加算 600点 → 800点
乳幼児救急医療管理加算 150点 → 200点

H24

【平成24年度改定】

- ・小児の救急医療を評価する観点から、小児加算(15歳未満)(200点)を新設するとともに、乳幼児加算(6歳未満)を引き上げ(200点→400点)、一般病棟における小児救急医療の充実を図った。

H26

【平成26年度改定】

- ・算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに、評価の見直しを行った。
(改定前)救急医療管理加算 800点 → (改定後)救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)

H28

【平成28年度改定】

- ・緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行った。
(改定前)救急医療管理加算1 900点 → (改定後)救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点 救急医療管理加算2 300点

R2

【令和2年度改定】

- ・患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件及び評価を見直した。

救急医療管理加算の概要

A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

- 1 救急医療管理加算1 950点
- 2 救急医療管理加算2 350点

【算定要件】(抜粋)

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～ケいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態であっても算定できる。
- 救急医療管理加算2の対象となる患者は、アからケまでに準ずる重篤な状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態であっても算定できる。
- 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。
- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ◆ アからケのうち該当する状態（加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの）
 - ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
イ 意識障害又は昏睡	キ 広範囲熱傷
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
エ 急性薬物中毒	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
オ ショック	コ その他重症な状態(加算2のみ)

【施設基準】(抜粋)

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

摘要欄への記載事項

令和2年度の診療報酬改定において、救急医療管理加算の算定にあたって、以下について摘要欄に記載することとした。

① アからケのうち該当する状態 (加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの)

② イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの 入院時の状態に係る指標。また、コに該当する場合はその医学的根拠。

イ. 意識障害又は昏睡

JCS1～300のうち当てはまるものを記載

ウ. 呼吸不全又は心不全で重篤な状態

呼吸不全:P/F比400以上、P/F比300以上400未満、P/F比200以上300未満、P/F比200未満のうち当てはまるものを記載

心不全:NYHA1～4のうち当てはまるものを記載

オ. ショック

平均血圧70mmHg以上、平均血圧70mmHg未満、昇圧剤利用なし、昇圧剤利用あり、のうち当てはまるものを記載

カ. 代謝障害

肝不全:AST値、ALT値

腎不全:eGFR値

重症糖尿病:JSD値、NGSP値、随時血糖値

その他:具体的な状態を記載

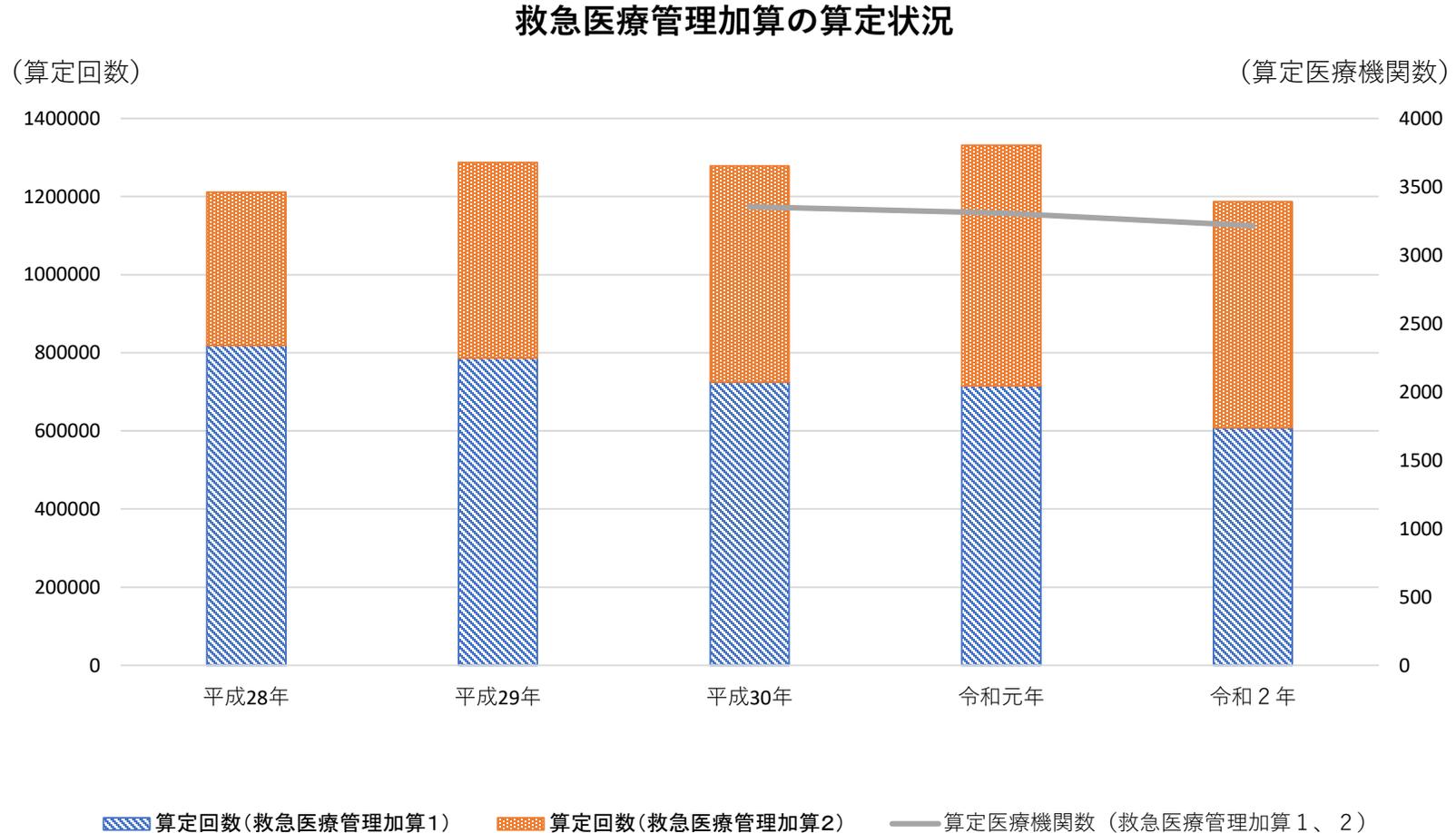
キ. 広範囲熱傷

Burn Index4未満、4以上9未満、9以上、気道熱傷なし、気道熱傷ありのうち当てはまるものを記載

③ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについての医科診療コード。

救急医療管理加算の算定状況

○ 救急医療管理加算の算定回数及び算定医療機関数については、以下のとおりであった。



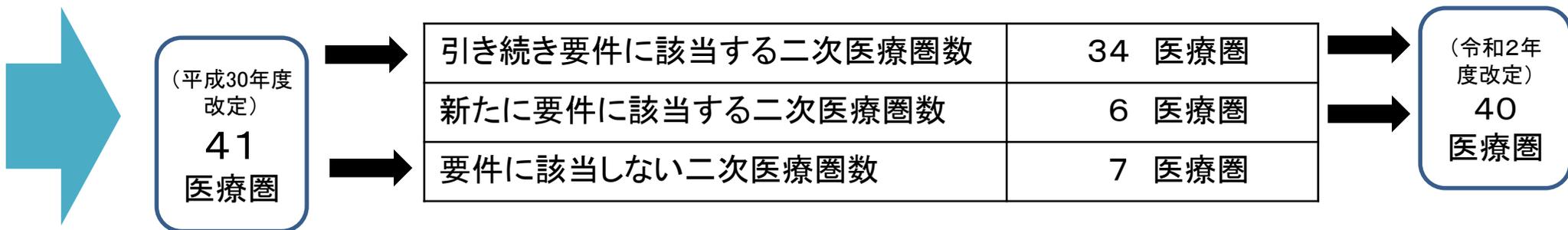
出典：平成30年～令和2年についてはNDBデータより集計（保険局医療課調べ）
平成28年、平成29年については社会医療診療行為別統計より引用

- a) 入退院支援について
- b) 救急医療について
- c) 医療資源の少ない地域への配慮について**
- d) 短期滞在手術等基本料について
- e) 多職種連携について
- f) その他

医療資源の少ない地域の考え方

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 令和2年度診療報酬改定においては、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した。

平成30年度改定時	令和2年度改定後
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1/2」 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%	



※: 上記のほか、離島振興法第二条第一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一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四条第一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三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域を含む。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

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

医療資源の少ない地域（令和2年度診療報酬改定）

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	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
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町
	宗谷	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
青森県	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
	西北五地域	所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	北秋田	北秋田市及び上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市及び美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町及び東成瀬村
山形県	最上	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
東京都	島しょ	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
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曾	木曾郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	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、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	大田	大田市及び邑智郡
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和（概要）

○ 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、病床数の要件等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
A003 オンライン診療料	医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能。また、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行うことが可能	算定の要件
A100 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
A108 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）
A207 医師事務補助体制加算	20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の要件
A226-2 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
A233-2 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
A236 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
A246 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
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、240床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3）	人員配置 病床数
A317 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
A248 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
A249 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280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
B001 24 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
B001 27 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
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*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。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、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（受信側）、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迅速細胞診（受信側）についても同様。

注）下線部については、令和2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医療機関へのヒアリング調査結果①

中医協 診-1
3.6.23

設問	医療機関の主な意見等
入退院支援の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専従の看護師と社会福祉士が不足している。 ・ 新型コロナウイルス感染症の影響で施設への訪問が難しい。
地域連携の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護、訪問看護、各通所サービス等の施設と連携。 ・ 各地区連絡会への参加、退院前サービス調整会議、カンファレンスを実施。 ・ 連携会議は地域内で横連携・縦連携が可能であり有用。 ・ 病院や介護施設が少なく、退院支援等が長期化することもある。
診療提供体制等の状況	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人員配置 <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の職場定着率が低い。 ・ 医師や看護師、社会福祉士が確保しにくい。 ・ 当診療圏を希望する医師が少ない。 ○ 研修 <ul style="list-style-type: none"> ・ オンラインを用いた研修や講義を教育に活用している。 ・ オンラインを用いた研修により看護師等の勤務調整や移動の負担が軽減された。 ○ ICT <ul style="list-style-type: none"> ・ 近隣診療所の医師が高齢で電子カルテ等の共有が困難。 ・ 公立病院であるためICT導入には自治体と調整が必要。 ・ ICTを用いた圏域内でのカルテや画像情報、調整会議等の連携を実施している。

医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査結果②

中医協 診-1
3.6.23

設問	医療機関の主な意見等
<p>医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師事務作業補助体制加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 人材の確保が困難。 ・ 医師事務作業補助者は医師の負担軽減につながっており不可欠。 ○ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の体制確保が困難。 ○ 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の勤務環境など施設基準に該当しない項目がある。 ○ 遠隔画像診断 <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当医がいない。 ・ 環境整備が困難。 ・ 設備は導入したが、施設基準に該当しない項目(医師に係る要件)がある ・ 日々の診療に欠かせないが、使用料などが高く遠隔診断加算で賄えない。 ○ 保険医療機関間の連携による病理診断 <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当医がいない。 ○ 在宅療養支援病院について <ul style="list-style-type: none"> ・ 人員の確保、体制維持が困難。 ・ ニーズはあるものの、現状の医師数では、緊急時の往診等、十分な診療体制を確保することが困難 ○ オンライン診療 <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児科では利用しているが、高齢者是对応できていない。 ・ 内科は予約診療を基本としているため、オンライン診療時間の確保が困難。 ・ 光回線などのインフラが整っていない。

設問	医療機関の主な意見等
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉士の人材確保が困難であるため、要件を緩和してほしい。 ・ 地域包括ケア病棟入院料について、理学療法士などの要件を専従から兼務可能に緩和してほしい。 ・ 医師事務作業補助者の確保のために賃金を上げたい。現在の加算点数では足りない。 ・ 病院ごとにシステムが違うことや、各地域でネットワーク環境が違うなど、方々の病院と連携が求められる当院では病院ごとに対応を変える必要がある。国で統一したICTの整備を行われることを期待する。 ・ ネットワークの環境や構築は、行政が主体で進めてほしい。 ・ 医師の少ない地域としては、数回の訪問診療実施後は研修医と看護師のみで訪問診療できるようなルールになってほしい。

- a) 入退院支援について
- b) 救急医療について
- c) 医療資源の少ない地域への配慮について
- d) 短期滞在手術等基本料について**
- e) 多職種連携について
- f) その他

短期滞在手術等基本料の概要

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

(共通の要件)

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

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合: 2, 947点

短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合: 5, 075点 (生活療養を受ける場合: 5, 046点)

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

届出

届出が必要

届出が必要

届出は不要

主な
施設
基準

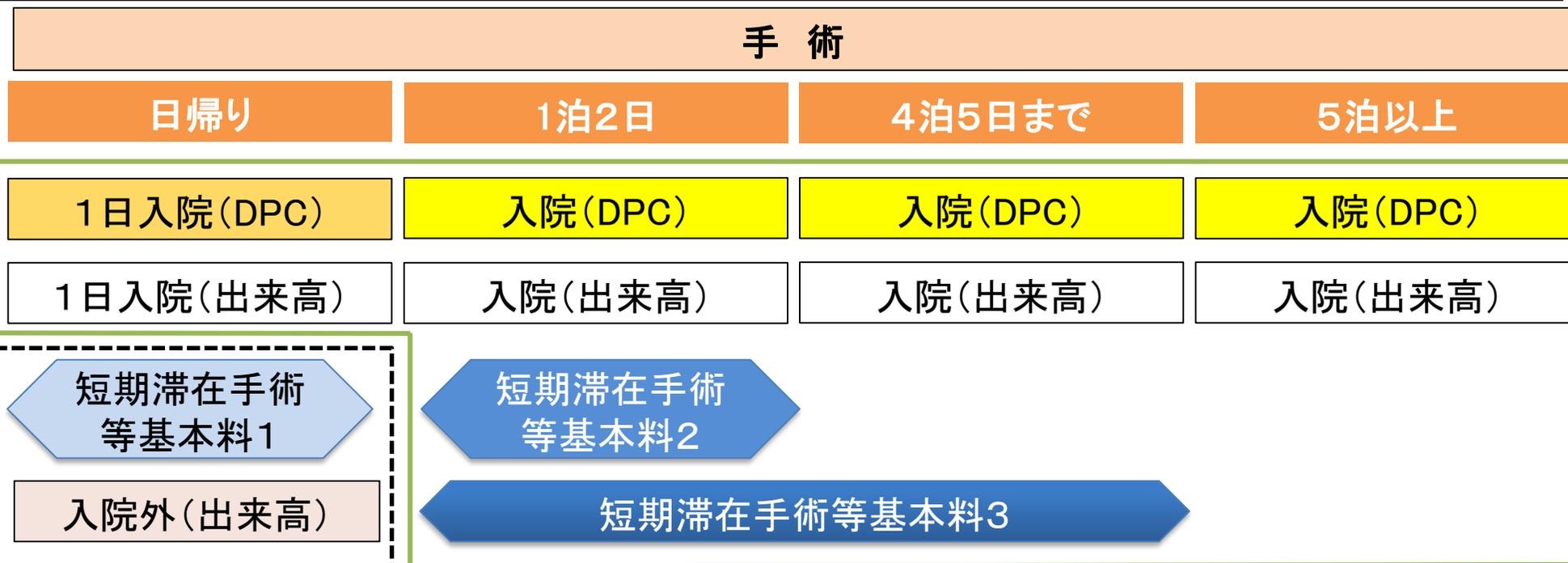
- ・局所麻酔による短期滞在手術を行うにつき十分な体制が整備されていること
- ・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること
- ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること
- ・短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること

- ・病院は、一般病棟入院基本料若しくは7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料のいずれかの基準を満たしていること
- ・有床診療所は、有床診療所入院基本料1又は4の基準を満たしていること
- ・短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること
- ・DPC対象病院ではないこと

- ・DPC対象病院又は診療所ではないこと

手術の算定方法の全体像(イメージ)

- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。
- DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料2及び3は算定不可となっている。



【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

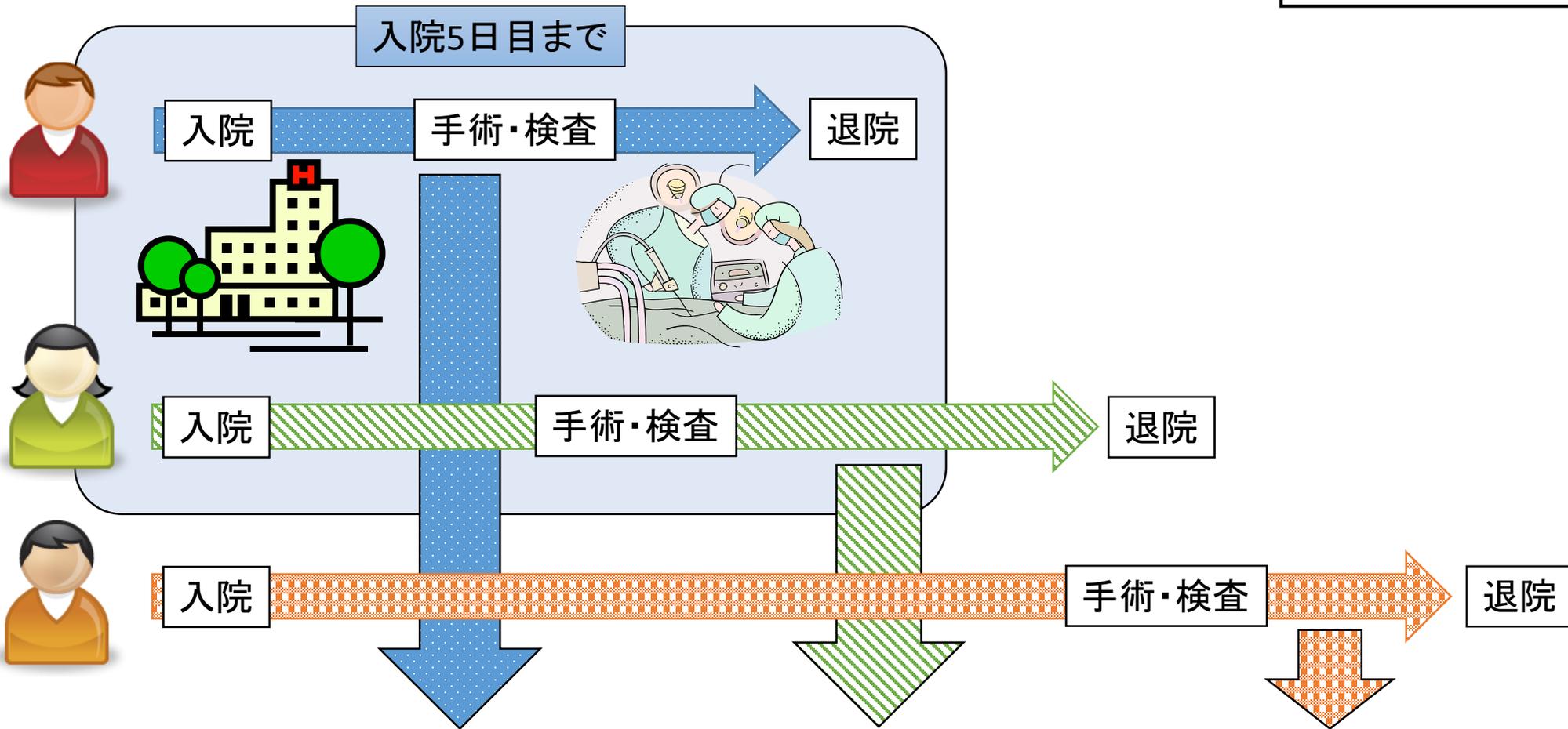
	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料2	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×	×
DPC対象病院以外(病院)	○	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外(診療所)	○	○	×

○ : 算定可能、 × : 算定不可

短期滞在手術等基本料3に係る算定のイメージ

診調組 入-1(改)

29.10.18



入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術等基本料3を算定(※)。

入院5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合、6日目以降は出来高で算定。

入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は出来高で算定。

※ DPC対象病院及び診療所を除く。

短期滞在手術等基本料の経緯①

平成12年 短期滞在手術等基本料1, 2の新設

- 医療の質の向上と効率化を図るため、短期滞在手術の環境整備を図りつつ、基本診療料、検査料、画像診断料、麻酔料等の全部又は一部を包括した短期滞在手術基本料を新設
- 短期滞在手術基本料 1 (日帰り手術)
対象手術:入院当日に退院する眼内レンズ挿入術、乳腺腫瘍摘出術等 13種類
- 短期滞在手術基本料 2 (1泊2日入院による手術)
対象手術:入院の翌日までに退院する顎下線腫瘍摘出術、腹腔鏡下胆嚢摘出術等 16種類

平成20年 短期滞在手術等基本料3の新設

- 標準的な治療方法が確立されており、手術に伴う入院期間及び費用に大きな変動のないものについて、1手術当たりの支払い方式として追加
- 短期滞在手術基本料 3 (4泊5日入院による手術)
 - 1 15歳未満の鼠径ヘルニア手術(ただし、小児入院医療管理料を算定する患者、特別入院基本料を算定する患者は除く。)に係る5日以内の入院を対象とする。
 - 2 包括対象
 - 入院基本料及び入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、栄養管理実施加算は除く。
 - 検査、画像診断、投薬、注射、1,000点未満の処置 等

短期滞在手術等基本料の経緯②

平成26年 短期滞在手術等基本料3の見直し

- 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とする。

[留意事項]

- ① 診療所については短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定する(入院料等が病院と異なること、診療所に関するデータが存在しないことが理由。)
- ② 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、原則として**本点数を算定する**。また、本点数のみを算定した患者は**平均在院日数の計算対象から除く**。
- ③ 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。
- ④ それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術又は短期滞在手術等基本料3に係る検査を行った場合、検査においては入院5日以内に手術又は短期滞在手術等基本料3に係る他の検査を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ⑤ 入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。(例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等)
- ⑥ 入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合については、当該医療機関と転院先の医療機関はどちらも短期滞在手術等基本料3を算定しない。

※ 短期滞在手術等基本料を算定する患者は、**重症度、医療・看護必要度の計算対象から除外**。

短期滞在手術等基本料の経緯③

平成26年 短期滞在手術等基本料3の対象手術の追加

- D237 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合
- D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
- D413 前立腺針生検法
- K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術
- K093-2 関節鏡下手根管開放手術
- K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
- K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの
- K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合
- K474 乳腺腫瘍摘出術1 長径5cm未満
- K617 下肢静脈瘤手術1 抜去切除術
- K617 下肢静脈瘤手術2 硬化療法
- K617 下肢静脈瘤手術3 高位結紮術
- K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳未満の場合)
- K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳以上の場合)
- K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満の場合)
- K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳以上の場合)
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1 長径2cm未満
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2 長径2cm以上
- K743 痔核手術2 硬化療法(四段階注射法)
- K867 子宮頸部(腔部)切除術
- K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

短期滞在手術等基本料の経緯④

平成28年 短期滞在手術等基本料3の見直し

- 短期滞在手術等基本料3について、新たな対象手術等を追加するとともに、一部の手術等について診療の実態に合わせ、よりきめ細かな評価とする。

- ① 「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破碎術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」を短期滞在手術等基本料3の対象に加える。
- ② 「水晶体再建術」「ヘルニア手術」「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」について、片側・両側の別又は年齢別に評価を区分する。
- ③ 透析や抗悪性腫瘍剤の使用等高額となる医療行為については、包括範囲から除外する。

平成30年 短期滞在手術等基本料2及び3の見直し

- DPC対象病院については、DPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。
- 短期滞在手術等基本料3の一部の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

令和2年 短期滞在手術等基本料3の見直し

- 対象手技の評価の見直しに伴い、一部の項目の評価を廃止する。
- 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

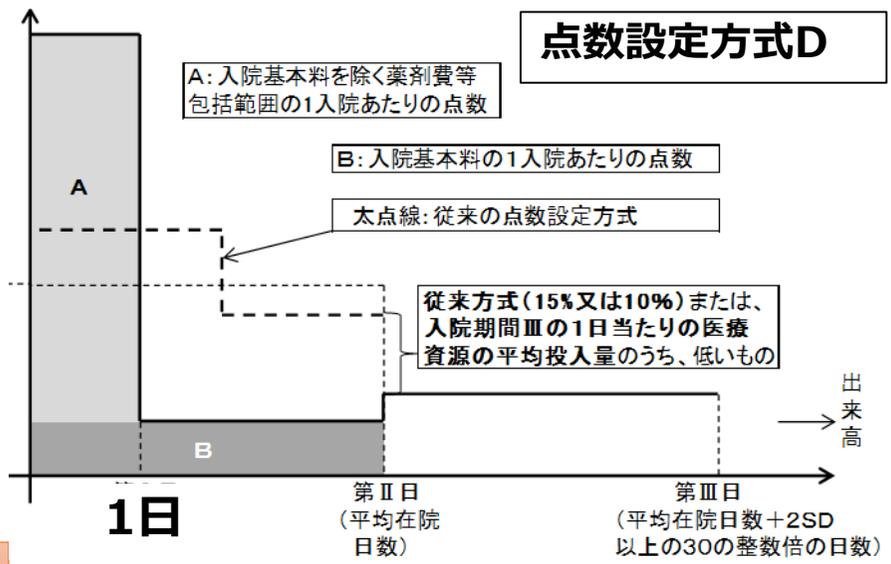
短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

➤ DPC対象病院については、特定の単一の手術等の実施の有無のみにより評価される現行の短期滞在手術等基本料ではなく、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。

➤ DPC/PDPSによる算定となる症例については、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dを設定する。

➤ ただし、平均在院日数及び重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。



個別項目の見直し

➤ 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合 (片側)
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合 (両側)
K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術	

➤ 個別項目について、技術の評価の見直しや包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価を見直す。

短期滞在手術等基本料の見直し

短期滞在手術等基本料の見直し

- 対象となっている検査及び手術の評価の見直しに伴い、一部項目については評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

- 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平成30年度の平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

現行(例)
D413 前立腺生検法 11,736点
K282 水晶体再建術1眼 内レンズを挿入する場 合 口 その他のもの 22,411点



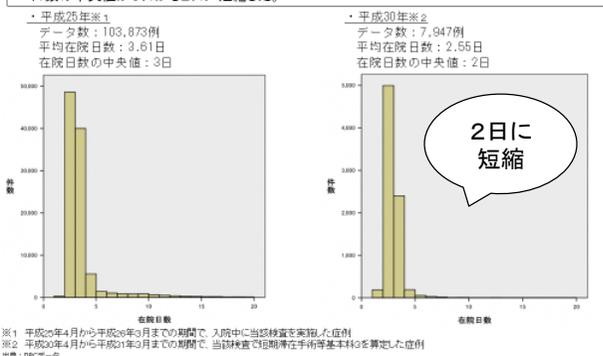
改定後(例)
D413 前立腺生検法 10,309点
K282 水晶体再建術1眼 内レンズを挿入する場 合 口 その他のもの 19,873点

(平均在院日数の検討例)

前立腺生検法

短期滞在手術等基本料3対象検査の平均在院日数の変化(例)

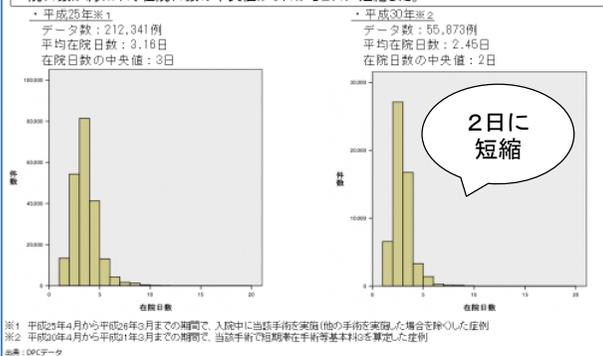
○ 前立腺生検法を実施した症例は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約1日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。



水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)

短期滞在手術等基本料3対象手術の平均在院日数の変化(例)

○ 水晶体再建術(眼内レンズを挿入するもの 其他)は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約0.7日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。



- 短期滞在手術等基本料1及び2を実施した場合、当該基本料を実施する根拠となった対象手術について、診療報酬明細書に記載(選択式)することとする。

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合:2,947点

短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合:5,075点 (生活療養を受ける場合:5,046点)

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、短期滞在手術等基本料は算定せず、出来高で算定。

K005 皮膚, 皮下腫瘍摘出術(露出部)長径4cm以上(6歳未満に限る)
K006 3,4 皮膚, 皮下腫瘍摘出術(露出部以外)長径6cm以上12cm未満, 長径12cm以上(6歳未満に限る)
K008 1,2,3 腋臭症手術 皮弁法, 皮膚有毛部切除術, その他のもの
K068(-2) 半月板切除術(関節鏡下)
K093(-2) 手根管開放手術(関節鏡下)
K282 1 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合、縫着レンズを挿入するもの、その他のもの、眼内レンズを挿入しない場合、計画的後嚢切開を伴う場合
K474 1,2 乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満, 長径5cm以上
K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)
K510 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
K653 1 内視鏡的胃, 十二指腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍粘膜切除術
K721 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術・蒸散術

K067(-2) 1,2,3 関節鼠摘出手術(関節鏡下) 肩, 股, 膝, 胸鎖, 肘, 手, 足, 肩鎖, 指(手, 足)
K069 半月板縫合術
K069-3 関節鏡下半月板縫合術
K074(-2) 1,2,3 靭帯断裂縫合術(関節鏡下) 十字靭帯, 膝側副靭帯, 指(手, 足)その他の靭帯
K453 顎下腺腫瘍摘出術
K454 顎下腺摘出術
K461 甲状腺部分切除術, 甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合, 両葉の場合
K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術
K718-2 1,2 腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの, 虫垂周囲膿瘍を伴うもの
K743 4,5 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法, 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K781 経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの, その他のもの
K823 尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの, その他のもの
K888 子宮附属器癒着剥離術(両側) 腹腔鏡によるもの

D291-2 小児科食物アレルギー負荷検査
D413 前立腺針生検法
K093-2 関節鏡下手根管解放手術 *
K196-2 胸腔鏡下交感神経切除術(両側)
K282 1口水晶体再建術(片側),(両側) *
K474 1 乳腺腫瘍摘出術 *
K616-4 1,2経皮的シャント拡張術・血栓除去術
K617 1,2,3 下肢静脈瘤手術 抜去切除術, 硬化療法, 高位結紮術
K633 鼠径ヘルニア手術(3歳未満)、(3歳以上6歳未満)、(6歳以上15歳未満)、(15歳以上)
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)、(3歳以上6歳未満)、(6歳以上15歳未満)、(15歳以上)
K721 1,2 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満*, 長径2cm以上
K743 2 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術
K867 子宮頸部(腔部)切除術
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

※ 短期滞在手術等基本料1の対象になっている手術に*を付している。

短期滞在手術等基本料に包括されている対象

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合:2,947点

- ・尿中一般物質定性半定量検査
- ・血液形態・機能検査の一部(末梢血一般検査等)
- ・出血・凝固検査の一部(出血時間等)
- ・血液化学検査の一部(総ビリルビン等)
- ・感染症免疫学的検査の一部(梅毒血清反応等)
- ・肝炎ウイルス関連検査の一部(HBs抗原等)
- ・血漿蛋白免疫学的検査の一部(C反応性蛋白等)
- ・心電図検査
- ・写真診断
- ・撮影
- ・麻酔管理料(I)
- ・麻酔管理料(II)

短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合:5,075点 (生活療養を受ける場合:5,046点)

- ・入院基本料
- ・入院基本料等加算
(臨床研修病院入院診療加算, 地域加算, 離島加算, がん拠点病院加算及びデータ提出加算を除く)

- ・尿中一般物質定性半定量検査
- ・血液形態・機能検査の一部(末梢血一般検査等)
- ・出血・凝固検査の一部(出血時間等)
- ・血液化学検査の一部(総ビリルビン等)
- ・感染症免疫学的検査の一部(梅毒血清反応等)
- ・肝炎ウイルス関連検査の一部(HBs抗原等)
- ・血漿蛋白免疫学的検査の一部(C反応性蛋白等)
- ・心電図検査
- ・写真診断
- ・撮影
- ・麻酔管理料(I)
- ・麻酔管理料(II)

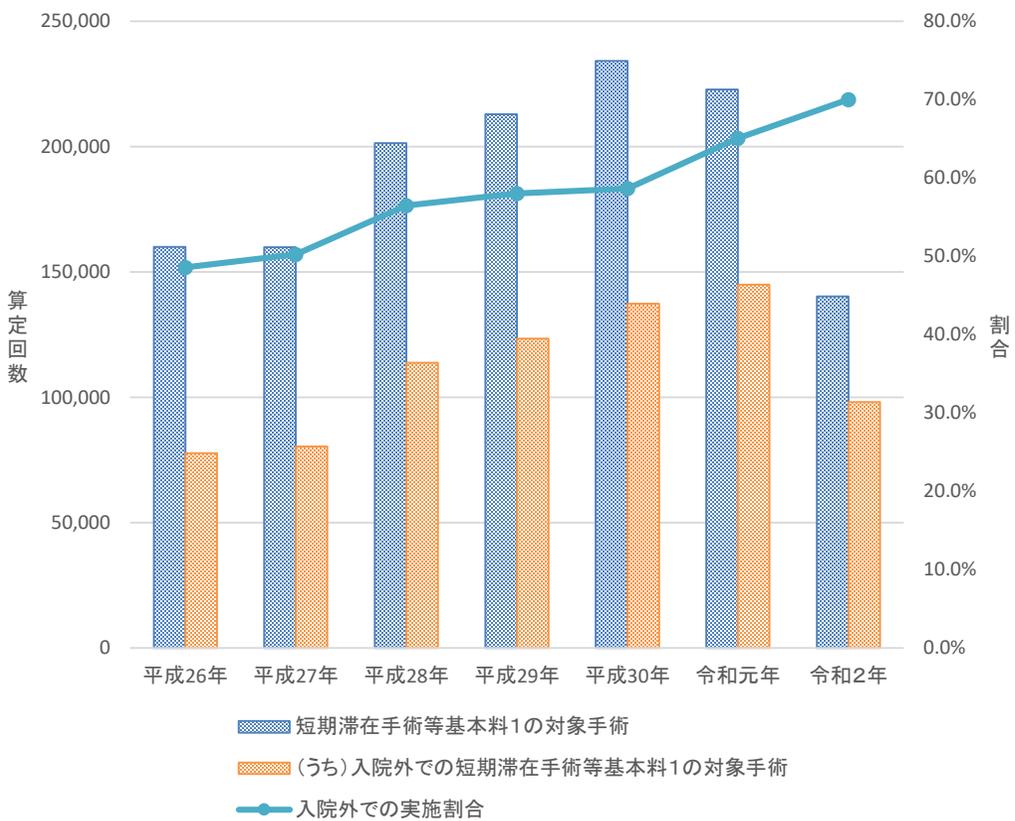
短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

- ・入院基本料
- ・入院基本料等加算
- ・医学管理等
- ・在宅医療
(在宅療養指導管理料, 薬材料, 特定保険医療材料を除く)
- ・検査
- ・画像診断
- ・投薬
(退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く)
- ・注射
(除外薬剤・注射薬を除く)
- ・リハビリテーション
- ・精神科専門療法
- ・処置
(人工腎臓を除く)
- ・手術
- ・麻酔
- ・放射線治療
- ・病理診断

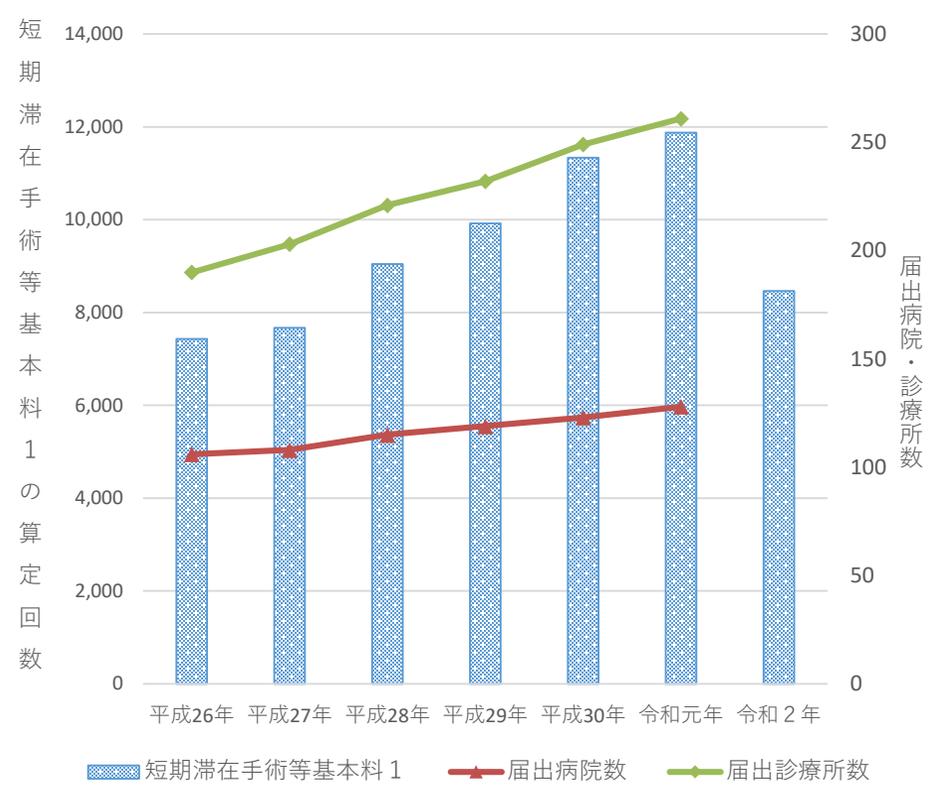
短期滞在手術等基本料 1 の年次推移

- 短期滞在手術等基本料 1 の対象となっている手術は、入院外での実施割合が増加していた。
- 短期滞在手術等基本料 1 の算定回数、届出病院・診療所数は、いずれも令和元年まで増加を続けていた。

短期滞在手術等基本料1の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料 1 の算定実績

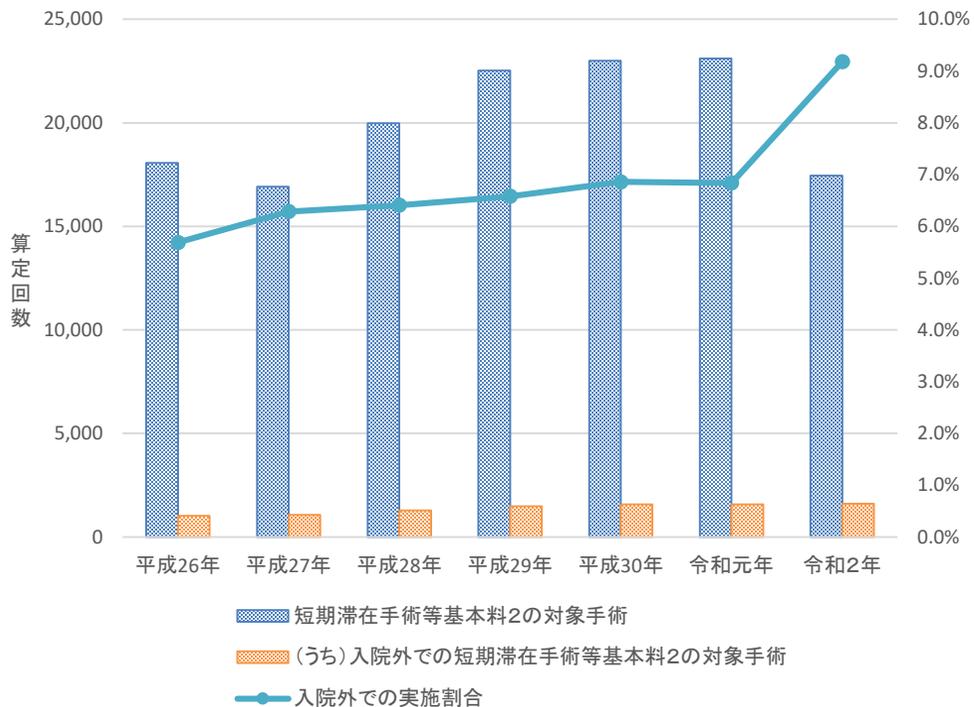


出典：
 (算定回数)社会医療診療行為別統計 各年6月審査分
 (届出医療機関数)保険局医療課調べ 各年7月1日時点

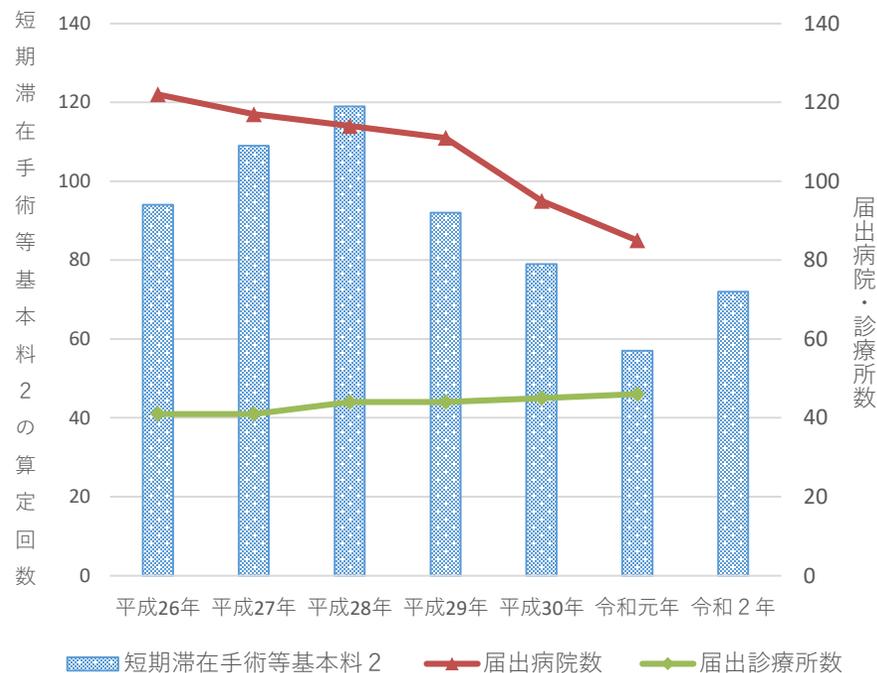
短期滞在手術等基本料2の年次推移

- 短期滞在手術等基本料2の対象となっている手術は、入院外で実施される割合は低いものの、一部、入院外での実施割合が高い手術が存在した。
- 短期滞在手術等基本料2の算定回数は平成28年度以降、減少傾向であり、近年は数十回程度となっていた。
- 短期滞在手術等基本料2の届出病院数は減少傾向、届出診療所数は横ばいとなっていた。

短期滞在手術等基本料2の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料2の算定実績



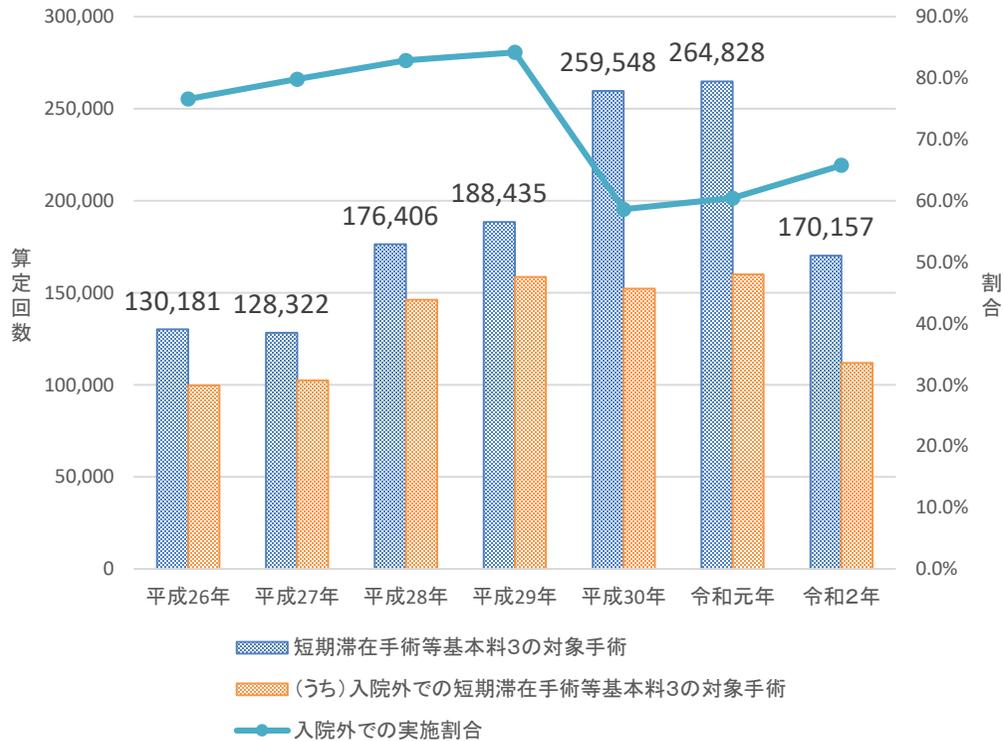
【短期滞在手術等基本料2の対象手術のうち、入院外での実施割合が高いもの】 (算定回数は令和2年6月審査分)

手術名称	入院での算定回数	入院外での算定回数	入院外での実施割合
靭帯断裂縫合術 指(手, 足)	45	30	40.0%
関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手, 足)	1	1	50.0%
痔核手術(脱肛を含む) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	1523	583	27.7%
痔核手術(脱肛を含む) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)	916	913	49.9%

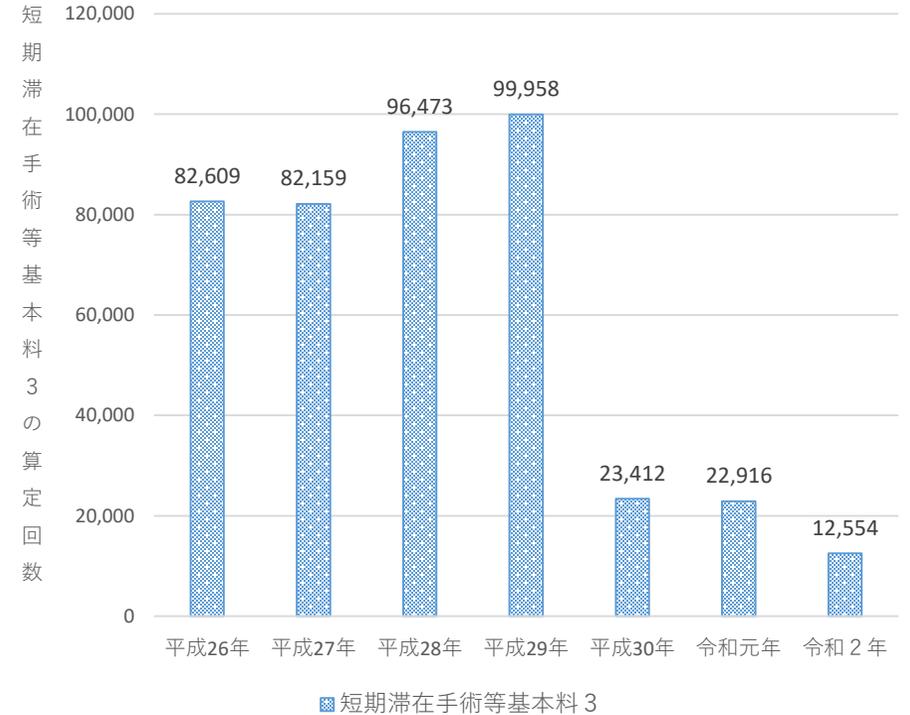
短期滞在手術等基本料3の年次推移

- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、平成30年度以降、外来で実施される割合は60%程度となっている。
- 短期滞在手術等基本料3の算定回数は平成30年度以降、減少したが、一定程度算定されている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料3の算定実績



- a) 入退院支援について
- b) 救急医療について
- c) 医療資源の少ない地域への配慮について
- d) 短期滞在手術等基本料について
- e) 多職種連携について**
- f) その他

多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

摂食機能療法の加算の見直し

- 摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。



現行

【摂食機能療法】

経口摂取回復促進加算1	185点
経口摂取回復促進加算2	20点
(治療開始日から6月を限度として摂食機能療法に加算)	

[算定対象]

- 鼻腔栄養を実施している患者(加算1のみ)
- 胃瘻を造設している患者

[算定要件]

- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、多職種カンファレンスを実施(月1回以上)
- カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直しを実施

[施設基準]

- 専従の常勤言語聴覚士 1名以上
- 加算1:
胃瘻新設の患者 2名以上
鼻腔栄養又は胃瘻の患者の経口摂取回復率 35%以上
- 加算2:
胃瘻の患者の経口摂取回復率 30%以上



改定後

【摂食機能療法】

摂食嚥下支援加算	200点
(週1回に限り摂食機能療法に加算)	

[算定対象]

- **摂食嚥下支援チームの対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者**

[算定要件]

- **摂食嚥下支援チームにより**、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、**摂食嚥下支援計画書を作成**
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、**チームカンファレンスを実施(週1回以上)**
- カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

[施設基準]

- **摂食嚥下支援チームを設置** *の職種は、カンファレンスの参加が必須
 - 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 *
 - 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了) *
 - 専任の常勤言語聴覚士 *
 - 専任の常勤薬剤師 *
 - 専任の常勤管理栄養士 *
 - 専任の歯科衛生士
 - 専任の理学療法士又は作業療法士
- **入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告**



栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合について、週1回に限り、所定の点数を算定する。

【対象患者】

栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

【算定要件】

栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。

- ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。
- イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する。
- ウ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。
- エ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録等に添付する。
- オ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

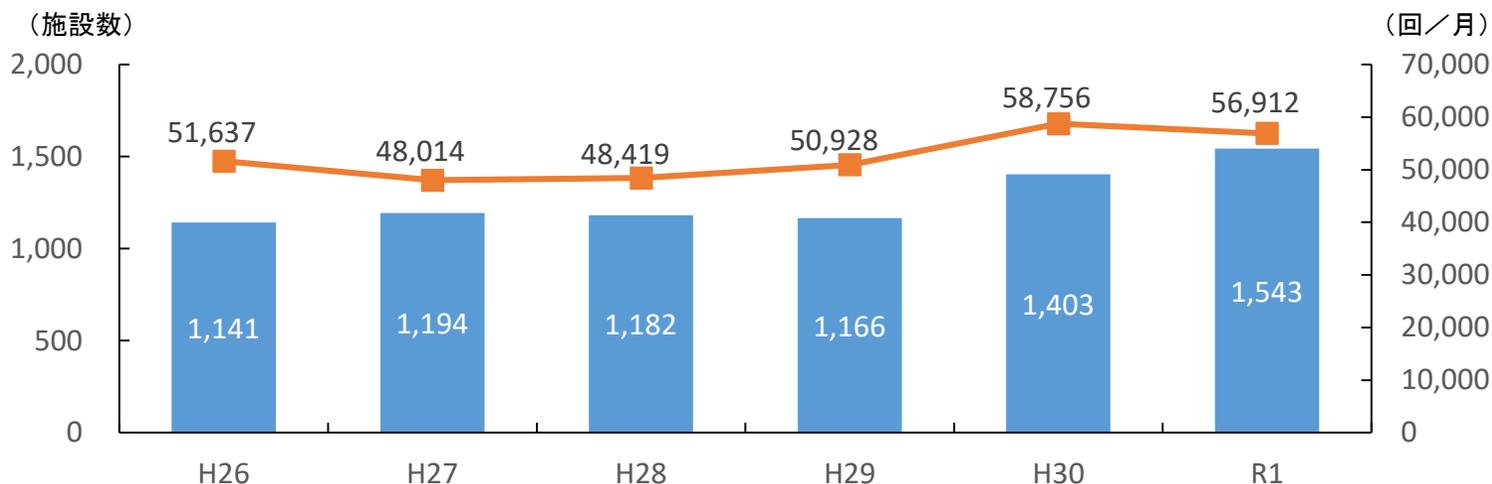


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

- 病院の薬剤師の業務は、調剤のみではなく、チーム医療に積極的に参加し、病棟における服薬指導等を行うことが必要であり、これらの業務は医療技術の進展等により高度化・多様化している。

病院薬剤師のあるべき業務と役割 「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会報告書」（平成19年8月10日）から抜粋・要約

（１）医療・薬物治療の安全確保と質の向上のための業務

- ① 医療の安全確保のための薬歴に基づく処方監査の充実（特にハイリスク薬が処方されている患者）
- ② 患者情報に基づく服薬指導と薬学的ケアの実施（病棟における医薬品関連業務への参画）
- ③ 入院患者の持参薬管理（持参薬の確認と情報収集・評価を行い、必要な情報を医師等に提供し服薬管理）
- ④ 注射剤の処方箋に基づく調剤の実施
- ⑤ がん化学療法への参画（レジメンの監査・登録・管理、支持療法への支援、無菌調製、患者への治療内容の説明、副作用対策等）
- ⑥ 手術室、集中治療室等における医薬品の適正管理
- ⑦ 高齢者に対する適切な薬物療法への参画（多剤併用や腎機能・肝機能低下など患者の状態等に合わせた薬物療法の実施、服薬支援等）
- ⑧ 精神科領域薬物療法における患者の服薬遵守の向上（薬物療法に関する情報を患者やその家族に説明、医師、看護師等に得られた情報を共有）
- ⑨ チーム医療への参画による安全性の確保と質の向上
- ⑩ 個々の患者に応じた薬物療法への参画（院内製剤業務、薬物血中濃度の測定・解析）
- ⑪ 夜間・休日における業務の実施

（２）医療の安全確保のための情報に関する業務

- ① 医療安全確保のための情報の共有化（製薬企業、厚生労働省等からの医薬品に関する情報の収集、回診同行、カンファレンス等への参画）
- ② 医薬品の採用に必要な情報の収集と提供（国内外の治験成績等の情報収集・評価、薬剤経済学的な検討）

（３）その他取組むべき業務

- ① 教育・研修への積極的な関与（薬学教育6年制での長期実務実習の受入、薬剤師養成等の卒後教育の充実）
- ② その他（小児や妊産婦に対する適切な薬物療法への参画、治験への参画、在宅療養への関与など）

病棟薬剤業務実施加算 120点(週1回)/100点(1日につき)

- 薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施していることを評価するもの。

- ※ 病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟又は治療室1週間につき20時間相当以上実施
病棟薬剤業務実施加算1: 一般病棟入院料、療養病棟入院料等を算定する病棟が対象
病棟薬剤業務実施加算2: 救命救急入院料、特定集中室管理料等を算定する高度急性期医療に係る治療室が対象



薬剤管理指導料 380点/325点(週1回)

- 医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行ったことを評価するもの。

- ※ 薬剤管理指導料1: 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合
薬剤管理指導料2: 1の患者以外の患者の場合



薬剤総合評価調整加算/薬剤調整加算 100点/150点(退院時1回)

- 入院時のポリファーマシーに対する取組みを評価するもの。

- ※ 薬剤総合評価調整加算: 処方 の総合的な評価及び変更の取組を評価
調整加算: 減薬に至った場合を評価



退院時薬剤情報管理指導料/連携加算 90点/60点(退院時1回)

- 退院時に直接服薬指導等を行い、地域における継続的な薬学的指導を支援するための情報を提供することを評価するもの。

- ※ 退院時薬剤情報管理指導料: 入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合
連携加算: 入院前の内服薬の変更又は中止について、保険薬局に対して、その理由や変更又は中止後の患者の状況を文書により提供した場合



- a) 入退院支援について
- b) 救急医療について
- c) 医療資源の少ない地域への配慮について
- d) 短期滞在手術等基本料について
- e) 多職種連携について
- f) その他**

経済財政運営と改革の基本方針2021(抄)

(令和3年6月18日 閣議決定)

第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

2. 社会保障改革

(1) 感染症を機に進める新たな仕組みの構築

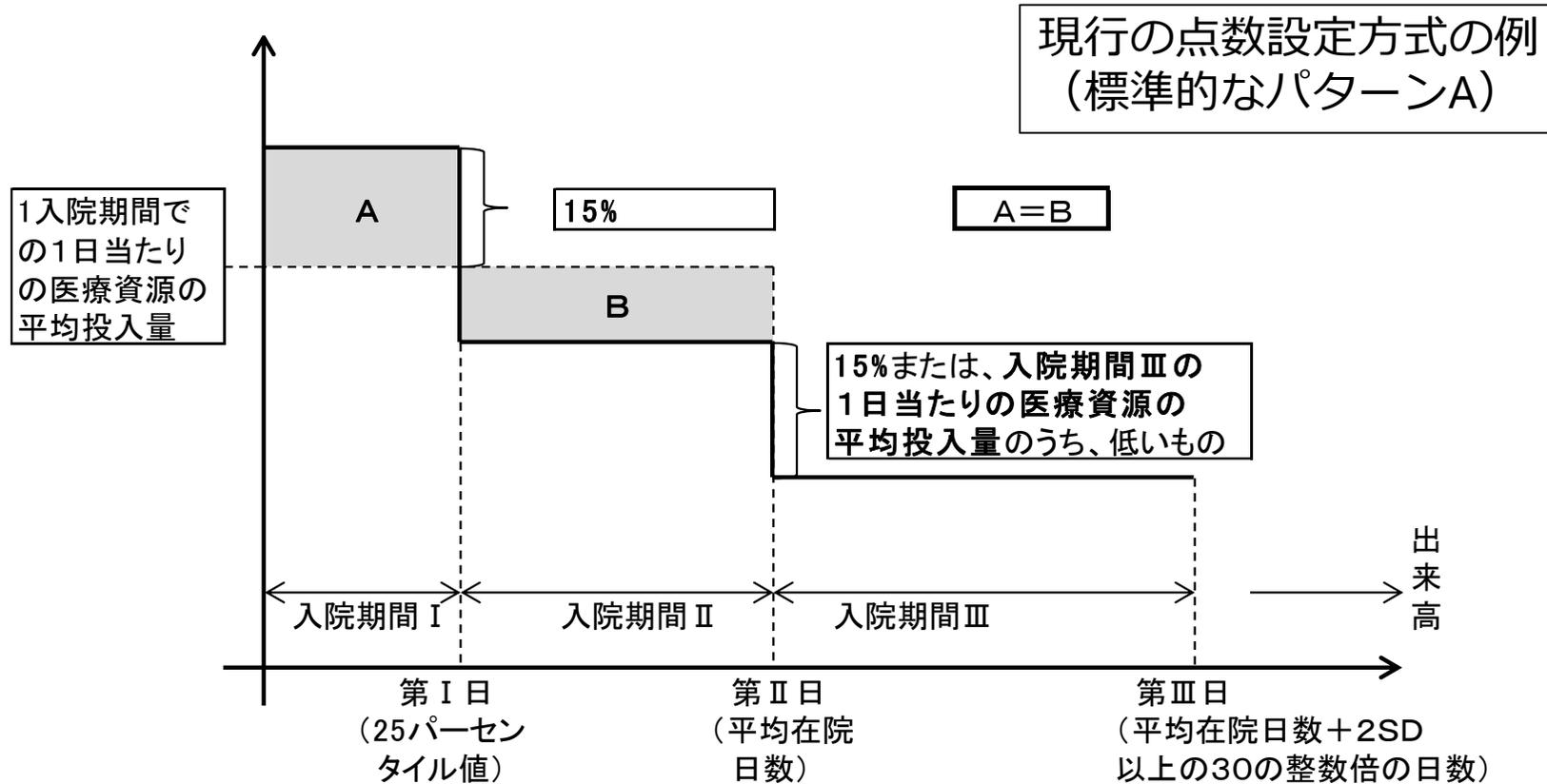
(略)

あわせて、今般の感染症対応の検証や救急医療・高度医療の確保の観点も踏まえつつ、地域医療連携推進法人制度の活用等による病院の連携強化や機能強化・集約化の促進などを通じた将来の医療需要に沿った病床機能の分化・連携などにより地域医療構想を推進するとともに、かかりつけ医機能の強化・普及等による医療機関の機能分化・連携の推進、更なる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し、診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進、実効的なタスク・シフティングや看護師登録制の実効性確保 並びに潜在看護師の復職に係る課題分析及び解消、医学部などの大学における医療人材養成課程の見直しや医師偏在対策の推進などにより、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進める。

DPC/PDPSの基本事項(1日当たり点数の設定方法)

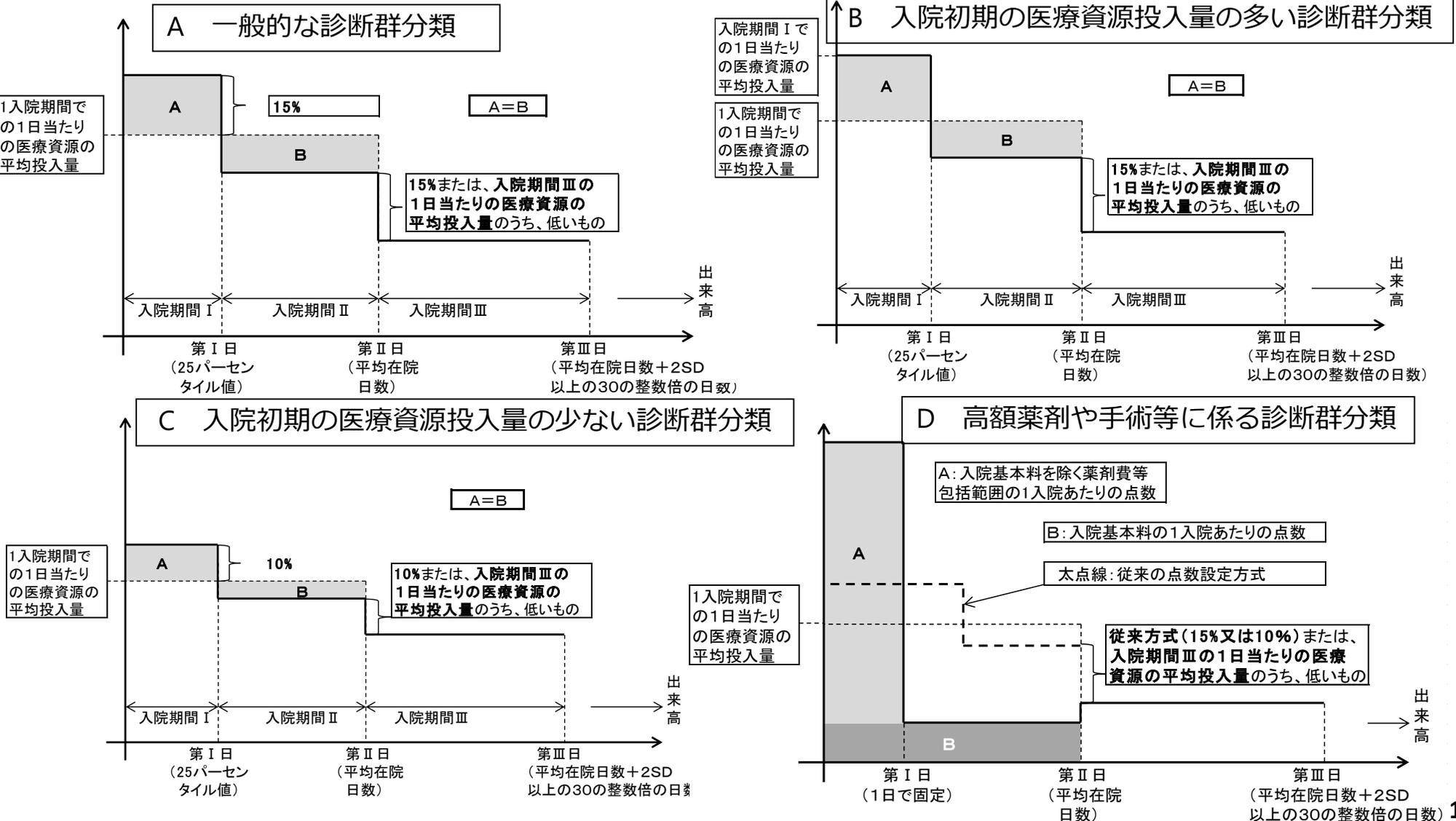
<1日当たり定額点数・設定方式のポイント>

- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者への対応として、期間Ⅲ（平均在院日数+2SD以上の30の整数倍を超えた部分）以降については出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、4種類の点数設定パターンで対応



1日当たり点数の設定方法(4つの点数設定方式)

○ 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの方式により点数が設定される。



入院医療についての課題と論点

（急性期入院医療）

- ・ 入院医療評価体系については、平成30年度改定において基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合した。また、患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入を評価する観点から、累次の改定において重症度、医療・看護必要度の見直し等を行ってきた。
- ・ 急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の後方病床等への退院支援の機能が重要であるとして、総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制を評価する総合入院体制加算を設けているほか、高度急性期機能の評価については、救命救急入院料等の入院料を設けている。

（回復期入院医療）

- ・ 地域包括ケア病棟入院料について、「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」、「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」、「③在宅復帰支援」の3つの役割を担うこととされ、平成26年度改定において設定された。地域包括ケア病棟を届け出ている理由については、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料は、リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、平成12年に新設された。質の高いリハビリテーション医療を充実する観点から、アウトカム評価に基づく入院料の評価を導入し、水準の引き上げを講じてきている。
- ・ いずれの入院料も病床数は増加しており、8万床超となっている。

（慢性期入院医療）

- ・ 療養病棟入院基本料の届出医療機関数・病床数は近年横ばいであるが、経過措置（注11）を届け出ている病棟については、届出医療機関数・病床数ともに減少している。令和2年度改定においては、療養病棟入院料2の85/100の点数に切り下げを行った。
- ・ 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者が対象」、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者が対象」とされている。直近では、平成28年度診療報酬改定において、脳卒中の後遺症による重度の意識障害者について、患者の状態が医療区分の1、2に相当する場合は療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。

入院医療についての課題と論点

(入院医療における他の取組)

- ・ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価している。
- ・ 患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、累次の改定において、救急医療管理加算の要件及び評価の見直しを行っている。
- ・ 医療資源の少ない地域の医療機関については、診療報酬の要件緩和等を行っている。
- ・ 日帰り、1泊2日入院及び4泊5日入院による手術等を行うための管理等について、包括的な評価を行う短期滞在手術等基本料が設定されている。
- ・ 平成30年度以降、DPC対象病院においては、DPC/PDPSによる評価を優先する(点数設定方式Dにより設定。)こととし、短期滞在手術等基本料2及び3は算定不可となっている。実態等に合わせ、対象手術等や評価の見直しを実施してきている。



【論点】

- 人口減少・高齢化が着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化し、マンパワーの制約も一層厳しくなる中、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されるよう、医療機能の分化・連携の促進を推進する入院医療の提供体制の評価のあり方について、どのように考えるか。

選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果（速報）について

- 「「日本再興戦略」改訂 2014」（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定）を踏まえ、令和 2 年度診療報酬改定の際と同様に、関係学会・医療関係団体・国民から、選定療養に追加すべきものに関する提案・現行の選定療養の類型の見直しに関する意見の募集を行った。

【意見募集期間】

厚生労働省ホームページ： 令和 3 年 4 月 19 日～5 月 18 日

関係学会・関係団体： 令和 3 年 4 月 19 日～6 月 18 日

【寄せられた意見】

合計：109 件

新たな選定療養の追加に係る提案：85 件

医科：16 件

歯科：57 件

全般及びその他：12 件

既存の選定療養の見直しに係る提案：23 件

療養の給付と直接関係ないサービス等に関する意見：0 件

その他：1 件

- 今後は、事務局において、さらに整理・検討を進め、必要に応じて中医協において議論することとする。

【選定療養について】

健康保険法第 63 条第 2 項第 5 号において「被保険者の選定に係る特別の病室の提供その他の厚生労働大臣が定める療養（以下「選定療養」という。）」と規定されており、現在、厚生労働省告示において、以下の 11 類型が定められている。

- ・特別の療養環境（差額ベッド）
- ・制限回数を超える医療行為
- ・予約診療
- ・180 日超の入院
- ・時間外診療
- ・歯科の金合金等
- ・大病院の初診
- ・金属床総義歯
- ・大病院の再診
- ・小児う蝕の指導管理
- ・水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

1. 新たな選定療養の追加に係る提案・意見

<医科>

提案・意見内容	理由
膝関節変形症における再生医療	膝関節変形症は、種々の原因があるものの、現状保存的治療ないし人工関節置換療法が広く用いられている。それ以外の選択肢としては、再生医療があるが、適用範囲が幅広いという理由で、保険適用からは除かれているが、有用性が認められているため。
急性期一般入院料の入院料1（看護配置7対1）と入院料2（看護配置10対1）の点数の差	急性期一般入院料1及び2について、入院料の7対1と10対1の点数（DPCの場合は係数）の差異分を選定療養費にしようか。
栄養指導対象外の患者における栄養指導	対象外の患者に対し栄養指導を行うことで、疾病の発展予防につながるため。
救急車利用による外来受診	救急車を利用して入院とならずに外来診療にて帰宅する場合は、救急搬送における医学的必要性を判断できると考え、救急車の過剰利用を抑制するため、選定療養とすべき。
在宅寝たきり患者処置指導料対象外患者に対して在宅での処置に使用する医療材料等	在宅医療の推進のための患者側の多様なニーズへの対応には、在宅医療の算定要件変更では対応困難であるため。
在宅自己注射を行っていない糖尿病患者への血糖自己測定に使用する穿刺針・センサー等の支給、在宅自己注射を行っている患者への血糖自己測定器加算の回数を超えての血糖試験紙等の支給	在宅医療の推進のための患者側の多様なニーズへの対応として、糖尿病患者の血糖コントロールに関し、在宅自己注射の対象外患者への血糖測定への対応、指導管理料回数制限を超えての血糖測定希望については、選定療養とすべき。
1処方につき70枚を超えて湿布薬を希望投与した場合の費用	1処方につき70枚を超えて投与する場合は疾患の特性等により医師が判断した場合に認められるが、患者が希望する場合は選定療養として処方を可能とすることが望まれているため。
治験やがん遺伝子パネル検査など特定の医療機関のみで実施している医療を目的としたセカンドオピニオンの費用（患者の同意に基づいた場合）	セカンドオピニオン先で実施している治験やがん遺伝子パネル検査などに適格と判断され、患者もこれらの医療を希望した場合において、セカンドオピニオンの費用が保険外診療にあたるため、同日に検査等を実施できないことから、検査等の遅延や遠方からの再受診などの不利益が生じるため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

<p>① レスパイト入院等の入院費用 ② 患者の都合による入院継続 ③ 夜間・休日等のインフォームドコンセント（患者家族が希望した場合）</p>	<p>① 高齢化に伴い要介護高齢者が増え、介護保険が導入されたとはいえ、家族の介護負担が大きくなっていることから、差額ベッドに近い形で選定療養費になれば、患者側は利用しやすくなり、本来の入院とは明確に差別化できるため。 ② 退院許可が出ても、家の改修待ちや家族の都合等の理由で入院が延びるケースが多く、ベッドの有効利用が出来ない状況があり、患者、家族の理由で入院期間が長引くことに対して、何らかの加算が必要であるため。 ③ 医師の働き方改革の観点から、医師がサービス残業として時間外や土日にインフォームドコンセントを行うのではなく、選定療養とすることで、患者家族も気兼ねなく依頼しやすいということも考えられ、双方にメリットがあるため。</p>
<p>肝移植周術期、肝硬変（非代償性、代償性）患者へのアルブミン投与</p>	<p>アルブミンの定期的な投与により、非代償性肝硬変患者の予後や、外来での管理が非常に安定するケースが報告されている。これにより不要な入院加療の防止や患者の予後の改善などをもたらす可能性がある。また、代償性肝硬変や肝移植の周術期においても同様にアルブミン投与を要するケースが臨床上多いため。</p>
<p>肝移植患者に対する特別な免疫抑制療法と術後血液製剤投与</p>	<p>現行の免疫抑制療法では制御困難な抗ドナーHLA抗体陽性者に対するリツキサンの療法、腎機能不良例に対するバジリキシマブ療法について、いずれも薬剤を使用することで、その後の医療費抑制に寄与する。肝移植術後に頻回のアルブミン製剤・血小板投与を要するため。</p>
<p>患者や患者家族への時間外や休日の病状説明</p>	<p>患者や患者家族の都合（要望）による時間外・休日に医師からの病状説明について、患者・医療者双方の意識改革を促し、医師の働き方改革を着実に進めるためにも、時間外に実施される病状説明に対しては実費徴収を可能とすべき。従来の「時間外診療」に含める場合にも、「患者や患者家族への時間外や休日の病状説明」を選定療養の対象と明示すべき。</p>
<p>かかりつけの患者が内科（例えば糖尿病）で来院した際、病状が思わしくないので内科における他の専門医資格のある医師に検診依頼をし、診察した時の費用</p>	<p>現行では、内科のなかで専門が異なっても、診察料は保険請求できない。しかし、ほかの診察日を予約することは患者側に負担が増えるだけでなく、新型コロナウイルス感染の可能性も増加するため、不利益である。検診依頼をする医師が内科認定医であること、依頼される医師が専門医資格を有する場合には選定療養費を取ってよいこととすべき。</p>
<p>精神保健福祉士による家族相談</p>	<p>病識に乏しい重度精神疾患患者が医療機関受診に消極的な場合であっても、受診前に精神保健福祉士が家族等からの相談を受けて対処法を共に検討することで診療や入院へと円滑に導入出来ることは多い。早期診断・早期治療の重要性を示すエビデンスが蓄積されており、精神科特性から家族との事前の相談が後の患者の療養や予後に大きな影響を及ぼすことを考えた場合、選定療養として別途算定可能とすべき。</p>

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

精神科復職判定における会社産業医等との連携	精神科における復職判定は、診察で把握できる症状レベルの改善だけではなく、戻る部署の（上司や同僚との対人関係や求められる作業内容を含めた）職場環境との適性を考慮して行われる高度な判断である。当然、そこでは会社産業医等との情報交換や環境調整が必須であり、そのコストを選定療養として認めるべきである。
-----------------------	---

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

< 歯科 >

提案・意見内容	理由
金属アレルギー患者に対する臼歯部における欠損補綴（ジルコニア Br）	金属アレルギーは歯科治療を困難にする疾患のひとつである。特に大白歯部の欠損補綴（Br）では咬合力は強く、現在の金属アレルギー患者に使用できる保険収載されている修復材料では最後方臼歯部の咬合力に耐え得られないのが現状である。咬合力に耐え得る強度を兼ね備えたジルコニアを使用した Br を検討していただきたい。
唾液検査、 1. PCR-インベーター法での歯周病原性細菌数定量検査 2. う蝕関連菌に対する培養法での定量検査	歯周病関連菌、う蝕関連菌について、定量的に検査することにより歯周疾患の定量的診断及びう蝕のリスク判定をすることが必要。
露髄部の覆罩および根管治療時の根管充填及び側壁・髄床底穿孔部の封鎖におけるMTAの使用	複数の学会において論文および確かなエビデンスが公開・発表され良好な治療効果が得られているので新規導入していただきたい。
プレオルソ	乳歯列期・混合歯列期に行うことにより正常咬合へ導きやすく、また口腔周囲筋や舌機能改善訓練も行えるため。口呼吸から鼻呼吸への改善は小児の全身の健康にもつながる。
「著しく歯科診療が困難な者」に対するトレーニング	「著しく歯科診療が困難な者」に対する特導や特別対応加算はあるが、診療室に入ることができなかつたり、口腔内の視診が不可能で歯式や病名がつけられないケースでは保険算定が難しく、不要不急な「身体抑制」の抑制にもつながるため。
部分床義歯における、いわゆるノンクラスプデンチャー	現在、審美的面から診ても主治医、患者から両面の需要が高まっている。使用材料の安定供給、また機能的にも鉤歯の負担軽減等、口腔機能低下重症化予防に繋がるものとする。
保険適応外レジンをを用いたダイレクトボンディング	コンポジットレジンの物性や操作性、それに伴うマトリックスの開発が進み、金属による修復の代替となりうるものであるため。
CAD/CAM インレー修復	金属アレルギー患者に対する修復に対して CAD/CAM インレー修復を求める。
チタン及びジルコニア等非金属材料を使用した CAD/CAM によるブリッジ	金銀パラジウム合金は保険医療材料として使用するにはその価格が安定せず、近年は随時改定価格が実態と大きくかけ離れ、医院経営を圧迫する一因となっている。価格が安定した材料によるブリッジを選択肢のひとつとすることで良質な医療を安定して提供することが可能となると考えるため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

口腔機能低下が認められる患者への処置等の評価	口腔機能低下が認められる患者への補綴、歯冠修復、歯周治療等の評価の充実を求める。
有床義歯における根面板を応用した各種維持装置	歯冠歯根比を変更することができるので、既存のクラスプ等では成し得ない歯牙負担の軽減が得られ、審美的な補綴が可能になると思われるため。
歯科口腔内デジタル印象	印象材料、石膏削減、模型保管スペース削減、患者さん苦痛軽減、データ保存の簡便化、技工所との情報共有等利点が多い。
成長期におけるスポーツの際に装着するマウスガード	スポーツの際にマウスガードを装着することの有用性は周知されてきており、成長期における健全な発育を促進し、口腔機能の発達を妨げないために正しく作成されたマウスガードの装着を普及させるために新規導入すべき。
歯冠部が崩壊している歯牙の根管治療時ごとの暫間被覆冠作成・仮着料金	テンポラリークラウンは、歯冠部が崩壊した歯牙で根管治療を伴う場合等は、治療完了までの間に何度か暫間被覆冠を作り替える必要がある。保険適用のテンポラリークラウン以外の暫間被覆冠の費用を新たに選定療養に組み込んで頂きたい。
補綴治療前の MTM	補綴物を長期間維持するために重要な治療であり、特に臼歯部で咀嚼効率もあがる。また、患者の選択も広がり、経済的負担軽減にもつながると考えるため。
クラウンディスタルシュー	現在クラウンループは保険で認められているが、欠損になった場合にクラウンディスタルシューが必要となるため、選定療養とすべき。
金属床部分床義歯	金属床総義歯は認められているため、部分床義歯も新規導入すべき。
口腔内スキャナーを用いた歯周検査時の歯垢染出し検査の代用導入	患者には、もっともわかりやすく示すことができ、また術者側も簡単に検査としてできるようになるため。
う蝕無痛処置の適用拡大	修形時に窩洞概形成時は切削器具を用い深部カリエス除去時にレーザー応用の選定療養を認めることで、患者の精神的苦痛も少なくその後抜髄への移行も少なくなると考えられる。
クラウン・ブリッジにセラミック系補綴物の導入	CAD/CAM 冠の導入が拡大されてきたが、ブリッジや連結冠といったケースには導入できない点。また単冠でも強度や、脱落、経年劣化（変色）、着色やプラークの付着しやすさを考慮するとやはりセラミック系の材料を選定療養にとり入れることにより、患者が選択しやすくするのはメリットが大きいと思われる。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

小児期における舌圧検査、咀嚼能力検査	歯列不正の原因に、食べ方、弄舌癖などが大きく関与している。小さい内に、自分自身の問題を知ること、正しく改善することが、虫歯や歯周病を防ぐだけでなくあらゆる健康リスクから回避して健康保険を使わず自分自身で健康を守れるようになる。
総義歯完成後の再咬合採得により咬合器再付着による口腔外咬合調整	義歯を口腔内に入れて、咬合調整を試みても入れ歯が動いて正しく咬み合っているようにとらえてしまう。現状では、2回目のゴシックアーチを採得して咬合器に再付着させて咬合調整しているが手間と時間が全く評価されておらず、逆にその過程を避けて、入れ歯がずれるときにできる粘膜を避けるために安易に入れ歯を削るだけの治療を繰り返し、意味のない無駄な治療回数と費用がかかっている。
高齢者による口唇閉鎖力検査	口腔内の筋肉の力の衰えを自覚し、改善しようと試みることは、健康寿命の延長と医療費の縮小に大いに役立つため。
義歯に沈着した歯石・着色に対する専門的クリーニング	義歯に沈着した歯石や着色を除去することは、通常義歯調整とは異なり、義歯を快適に使用できるという点では患者 QOL の向上に寄与する。義歯の研磨か専用の洗浄剤による超音波洗浄などが必要となることから、本件を選定療養に新規導入することを提案する。
睡眠時無呼吸症候群に対する顎位置調節可能な上下分離型口腔内装置	睡眠時無呼吸症に対する口腔内装置は、通気性を維持するためにその都度適切な歯科タイトレーションによる顎位置の変更が必要であり、顎位置が調節可能な装置の方が治療効果は高い。選定医療に導入することで患者の負担軽減となり、適切な歯科医療が行われるため、医療費の是正につながるもの。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

<その他>

提案・意見内容	理由
変形性膝関節症への鍼灸治療	鍼灸治療を受けられる病院は少ないと聞いているが、自費でも病院なら安心して鍼灸を受けることができる。病院で鍼灸を受ける患者が増えれば、そのうち保険の範囲に入れていただける可能性もあるものと期待する。
セカンドオピニオン	診療情報提供料(Ⅱ)(情Ⅱ)を持参の患者が、そもそもセカンドオピニオンであることを認識していない。セカンドオピニオンについての内容等や費用が自費扱いになることが、事前に情Ⅱを発行した医院にて十分な説明がなされていない。もしくは、患者が十分に理解していない。紹介先の保険医療機関にてセカンドオピニオンを実施する場合、情Ⅱに対する返書等を含め、費用徴収を新規導入していただきたい。
診療行為を伴わない健康相談に対する費用	基本診療料に含まれるとは限らない内容や、本来の保険給付内の診療計画では対応できない範囲の診療に対する相談、一連の診療計画とは異なるその他健康相談が必要と認められる場合、もしくは患者本人に対する診療行為を伴わないものの、患者家族等から患者本人の治療方針に対する相談が必要な場合等であって、一定の所要時間(例えば30分を超える)を必要とした相談を行ったものの、既存の保険診療報酬体系では算定項目がない場合に、特別の料金を徴収することは妥当性が認められると考える。
特別の診療環境としての完全個室診療	個人情報秘匿を強く求める患者の要求に対して対応する必要がある場合、もしくは、障害者診療などでしばしば認められるような周囲の環境から隔絶する必要があるような場合などのように、安全にかつ円滑な診療を行うために完全個室での診療が必要である場合には、特別の料金の徴収を認めることは、その一定基準を満たす完全個室内を整備するための費用、診療時間の確保の点で妥当性が認められると考える。
キャッシュレス決済手数料	国はキャッシュレス決済の推進を政策として掲げている。感染症の拡大防止策としても導入のメリットがあると考えるが、決済手数料の負担が大きな障壁となっている。また保険医療になじまない場面が生まれており解消する必要がある。 選定療養でキャッシュレス決済の手数料を患者から徴収する仕組みを整えることで、経済的なリスクを医療機関・薬局が抱えることなく、療養担当規則上も問題のないキャッシュレス決済を導入することが可能となると考える。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

敷地内薬局での調剤	<p>敷地内薬局は患者のための薬局ビジョンに示された「立地から地域へ」の思想と逆行する仕組みである。調剤報酬を減額するなどの措置が取られているが、この施策が逆に「患者負担が安い薬局」を生み出し、患者を誘導している。</p> <p>患者負担の差異により地域医療のあるべき姿とはかけ離れた薬局の利用を推進することにつながっており、その患者負担の差異を是正するため、選定療養の導入が必要と考える。</p> <p>敷地内薬局利用料として、患者から一定額を徴収することで、敷地内ではない（患者のための薬局ビジョンで示された目指すべき姿の）地域の薬局を利用した場合の一部負担金との差異を解消する、もしくは高額になるように金額を設定する。</p> <p>本件の趣旨を考慮し薬局がこの費用を「徴収することができる」ではなく「徴収しなければならない」とする必要があると考える。</p>
院外処方箋の FAX 送信における費用	<p>FAX を利用した処方せん送信については、患者待ち時間の短縮、かかりつけ薬局における処方内容の事前チェックなど、面分業の推進や患者サービス向上に資するという考え方から、利用を認める通知が出されたが、医療機関における費用負担の軽減につながるため、選定療養とすべきである。</p>
医療機関が運用している送迎費用	<p>自己通院が困難な患者に対し、送迎車を運用することにより在宅での療養が可能になるため、選定療養とすべきである。</p>
予約可能な医療機関において、未予約者に対する料金の徴収	<p>入院診療のある医療機関において外来診療が負担になっており、その原因の一つが予約以外の患者が多いことがある。長い待ち時間の解消を含め、予約のできる診療科において、予約以外の患者が受診した場合の費用を、選定療養とすべきである。</p>
他医療機関受診における患者への付き添い及び交通費	<p>精神科入院患者の身体合併症においては、転医や対診が困難である。また、患者の症状によっては看護職員を含め複数の職員の付き添いが必要な状況が多々あるにも関わらず、他科受診に係る費用は交通費を含め医療機関の持ち出しとなる。療養担当規則第 16 条には「疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医又は対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない」とあり、療養担当規則に則り適切な措置を講じた場合には、他医療機関への付き添い料及び交通費の実費については選定療養で別途算定できるようにすべき。</p>
障害者差別解消法の合理的配慮に係る費用	<p>障害者差別解消法に規定されている合理的配慮を行う際に発生した患者サービスの向上に係る費用について、選定療養として別途算定できるようにすべき。</p>

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

2. 既存の選定療養の類型の見直しに係る提案・意見

○予約診療

提案・意見内容	理由
廃止	ほとんどの歯科医院では、別途料金徴収することなく予約診療を行っているため。

○時間外診療

提案・意見内容	理由
廃止	平日は病院へかかれないことの方が多い。時間外の費用は子供のいる親などにもかかってくると思う。公平でない。病院は緊急を要するときもある。
(病床 200 床以上の) 病院が「徴収することができる」から「徴収しなければならない」規定へ変更する。 (徴収の対象外の要件は原則、各病院で決められるようにする。)	①時間外の救急外来診療が必要な方への医療に集中できるような環境を整えるため ②医療従事者の長時間労働等の負担軽減につなげるため ③対象の病院が時間外選定療養費を徴収しやすくするため

○大病院の再診

提案・意見内容	理由
案 1) 費用徴収の要件について、同時に 2 以上の傷病について再診を行った場合は、当該 2 以上の傷病全てにつき要件を満たさない限り徴収は認められないルールを、傷病ごとに要件を満たせば徴収可能なように見直しを求める。 案 2) 当該療養費について、紹介を要件とせず、一定程度の期間継続受診している患者は一律に、より低額な費用 (500 円程度) を受診の都度徴収可能とする。(難病、小児慢性、他公費患者は除外)	大病院の再診に係る選定療養費は、病院と診療所の機能分化推進 (大病院への患者集中をさける) 目的で導入されたが、 案 1) 現行、大病院の再診に係る選定療養費の算定要件は、複数科を受診している場合、受診している全ての診療科が他医療機関に紹介した場合に限り算定することが可能となるが、複数診療科を受診している患者が相当数いる大学病院において、受診している全ての診療科が他医療機関に紹介することは困難であり、殆ど算定できない状況であるため、診療科単位で選定療養費を算定できるように見直していただきたい。 案 2) 他院への紹介は患者の同意が必要 (診療情報提供料の算定要件) であるが、患者へは、「他院へ紹介後は、かかりつけ医の紹介なしに大学病院を受診した場合は別途費用がかかります」といった趣旨の説明には患者の同意を得ることが難しく、逆に紹介の妨げとなり運用が難しい。そこで、例えば、一定期間継続して受診している患者からは一律定額料金を徴収できるような制度をつくれば、大学病院は他院より診療費が高いので他院へ移動すると

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	<p>というようなシステムで機能分化が進むのではないかと考える。(一律徴収のため、金額はより低額(500円程度)、難病、小児慢性他公費負担制度利用患者は除外する)</p>
--	---

○制限回数を超える医療行為

提案・意見内容	理由
「制限回数を超える医療行為」の類型を選定療養から除外すべき	<p>診療報酬点数表で設けられているこれらの回数制限は、健康保険法の「療養の給付」の範囲として認められている医療行為ではあるが、保険者への診療報酬の請求は認めない、という制限である。本来、必要な医療はすべて保険給付とし、個々の患者の状態において「医療上必要か、否か」で判断すべきである。もし、「医療上の必要性がほとんどない」と判断される医療行為であるなら、保険給付と併用を認めるべきではない。</p> <p>選定療養は「療養時のアメニティの向上に資するもの」の範囲に限定すべきで、医療行為そのものを対象とすることには断固反対である。</p>
「制限回数を超える医療行為および保険適用範囲外の検査について」として対象範囲を拡大	<p>回数や病名、年齢制限等がある検査を、制限を超えて実施した際、保険と併用して実施可能にするべきである。</p>

○歯科の金合金等

提案・意見内容	理由
前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の廃止	<p>前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金は現在ほとんど行われていない。</p>
特定の理由がある患者に対しては、保険外併用療養費制度ではなく、全て保険導入しても良いと考える。	<p>特定の理由がある患者とは、過度な咬合力で義歯破損の回数が多い方、胃の全摘出で咀嚼能力が重視となる方、著しい嘔吐反射で嚥下機能低下の方などが考えられ、選定療養から除外した対象者においては、事前承認の上で全ての保険適用も考慮すべきと考える。</p>

○金属床総義歯

提案・意見内容	理由
無歯顎に対する金属床総義歯の基準の見直し	<p>現在、金属床による総義歯の提供は、無歯顎の患者に対して総義歯による欠損補綴を必要とする場合に限られていますが、高齢化社会における抜歯禁忌の方や、積極的に根を保存した場合についても対象となるよう検討していただきたい。</p>

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

対象を総義歯だけでなく、部分床義歯にも適用させる	特に上顎の両側遊離端欠損がある場合は口蓋の厚みが少なくなり、かなり違和感が軽減されるから。保険でもバーの適用があるが、現状金パラや Co-Cr での鑄造バーは採算が合わない、屈曲バーも適合に問題があること等により、使用しない事が多い。そのため、補強線を入れたレジン床で行うことになるが、たびたび破折が起り修理の対象となる。金属床を認めることでいくらか解消される可能性はある。
多数歯欠損の部分床義歯の追加	多数歯欠損における部分床義歯では、金属床にするメリットが大きく患者の満足感も高い。総義歯と同様に、保険の部分床義歯との差額を徴収することで、選定療養制度として取り扱うことが可能だと考える。
上顎無歯顎症例に加え、上顎に残根上義歯として金属床総義歯（オーバーデンチャー）を製作する場合にも適用を拡大する	上顎に残根上義歯として金属床総義歯の装着が可能となれば、異物感の少なさや熱伝導性、清掃性の向上により患者 QOL が向上する。またオーバーデンチャーでは残存歯部が支点となる義歯床破折の頻度が増すが、金属床義歯にすることにより破折を防止できるため、義歯修理や再製作が減ると予測される。以上のことから、上顎無歯顎症例に加え、上顎に残根上義歯として金属床総義歯を製作する場合にも選定療養の適用を拡大することを提案する。ただし、今年度保険収載された磁性アタッチメントについては、算定実績を確認したのちに導入の可否を検討すべきと考える。

○小児う蝕の指導管理

提案・意見内容	理由
廃止	う蝕多発傾向者と判定されれば保険診療においてフッ化物応用（F 局等）が認められるということは、裏を返せば判定外であればう蝕多発傾向者ではないということになる。う蝕多発傾向者と判定されないフッ化物応用に関しては現行制度では完全自費診療もしくは C 選療となるわけであるが、廃止の理由として、①C 選療を行っている医院が少ないこと。②完全自費診療や無料（診療費の請求はしない）でフッ化物応用のサービスを行っている医院も現実として存在すること。③患者が受診の際に完全な形で本制度（う蝕多発傾向者判定基準含め）の主旨を理解されているとは言い難いこと。④以前に比してう蝕多発傾向者の判定基準も下がり C 選療を選択せずにフッ化物応用を受けられる環境が整ってきたこと。またそのことにより保険適用で F 局を受けられる患者と C 選療で受けられる患者で負担額に差が生じること（福祉医療費（助成）受給者では更に負担額の差が生じる）等が上げられる。フッ化物局所応用により、小児におけるう蝕罹患率は年々減少傾向にある。どのくらいの患者が本制度に理解されているか疑問が残るし、C 選療を利用する患者や算定する歯科医

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	療機関が少ないとするならば、本制度の役割は終えたと考える。保険医療の公平性、公共性等を鑑みても本制度は廃止すべきでないかと考える。
廃止	保険診療で十分カバーしているため。
廃止又はカリエスフリーまで範囲拡大	小児う蝕の指導管理で、現在う蝕に罹患している患者であって、継続的な管理を要する者（う蝕多発傾向を有しない13歳未満の者に限る）が対象となっているが、Ce病名でのフッ化物応用等保険診療との違いがわかりにくく廃止を検討してもよいと考える。 また、早期より介入することが、小児のう蝕の発生や再発予防につながり医療費の抑制につながると考えるとカリエスフリーまで対象拡大してもよいと考える。
「う蝕に罹患している患者の指導管理」の除外	年齢、乳歯・永久歯別、う蝕の多寡により患者を選別する「う蝕多発傾向者の判定基準」により、う蝕歯1本、年齢1歳の差異で保険給付か否かを左右するうえに、う蝕が比較的少ない患者への保険給付を一部制限する取扱いは不合理である。 「う蝕多発傾向者の判定基準」は廃止し、1歯でもう蝕に罹患している患者へのフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞は医療保険で給付すべきである。
対象年齢13歳未満を16歳未満に変更する。	第2大臼歯の萌出時期とフッ素塗布の効果を鑑みた場合、年齢を16歳未満とするのが妥当。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

3. 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについての意見

提案・意見内容	理由
なし	なし

4. その他

提案・意見内容	理由
乳幼児感染対策予防加算、歯科外来等感染症対策実施加算の継続	新型コロナウイルス感染症再拡大により、院内感染対策の実施に対し評価の継続を求めます。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

寄せられたご提案・ご意見

(募集期間：令和3年4月19日(月)～令和3年6月18日(金))

1. 選定療養として新規導入すべき事例に関する提案

(現行の11類型以外で新たに選定療養に導入すべき事例の提案)

<医科>

1 個人 年齢：65～74歳 職業：会社員(医療関係の企業以外)

【具体的内容】

膝関節変形症における再生医療

【理由】

膝関節変形症は、種々の原因があるものの、現状保存的治療ないし人工関節置換療法が広く用いられている。それ以外の選択肢としては、再生医療があるが、適用範囲が幅広いという理由で、保険適用からは除かれているが、有用性が認められている。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者)

【具体的内容】

急性期一般入院料(特定機能病院入院基本料含む。)のうち、同入院料1(看護配置7対1)については、特定機能病院、DPC特定病院群並びに地域医療支援病院を施設基準の届出対象医療機関とし、他の医療機関にあつては同入院料2(同10対1)を基準とする。

ただし、他の医療機関が同入院料1の施設基準のすべての要件を満たせば、同入院料1の診療報酬から同入院料2の診療報酬を差し引いた差異分について、選定療養費(看護師等の手厚い配置基準を満たす一般病院)として患者から費用を徴収することができる。

具体的には、他の医療機関は10対1の施設基準の届出を行い、7対1の要件をすべて満たす医療機関に限り、上記の費用を徴収してよい旨の選定療養費の届出をあわせて行う。

【理由】

上述(1)の急性期一般入院料1及び2について、以下、前者を7対1、後者を10対1と称す。入院料の7対1と10対1の点数(DPCの場合は係数)の差異分を選定療養費にすればよいと思う。7対1：1,650点、10対1：1,619点、差異は31点であり、金額に換算すると1日310円、ひと月(30日)9,300円となる。多くの入院患者が限度額認定の手続きをするので、月額、限度額認定の負担金+9,300円程度(限度額プラス1万円程度)であれば、患者の負担感はいはいて大きくならないものと考え。

(根拠)

去る2019年6月19日の入院分科会のスライド資料の6頁に、入院料別の平均在院日数の推移というタイトルのチャートがあるが、ここ数年、各入院料の平均在院日数に顕著な変化は認められない。平均在院日数の短縮は、入院初期の医療資源(ヒト・モノ)の集中的な投下によって実現することは否定しないが、当該グラフを見ると、それぞれの入院料の施設基準

にある平均在院日数の要件ギリギリのところでは推移していることがわかる。
これは、入院時より医療資源を集中投下した結果以外にも、平均在院日数短縮の要因があるという証左であり、つまり単純に在院日数をコントロールしていた、ということであろう。
また、看護配置7対1と10対1といているが、夜間・休日の傾斜配置を認めており、実態は、スタッフが手厚い平日昼間と手薄な夜間・休日のシフトの組み合わせである。
急性期医療の病棟に必要な看護師数は、実は同定されていないのではないか。

3 団体

【具体的内容】

栄養指導対象外の患者における栄養指導

【理由】

対象外の患者に対し栄養指導を行うことで、疾病の発展予防につながるため、選定療養とすべきである。

4 団体

【具体的内容】

救急車利用による外来受診

【理由】

救急車を利用して入院せずに外来診療にて帰宅する場合は、救急搬送における医学的必要性を判断できると考え、救急車の過剰利用を抑制するため、選定療養とすべきである。

5 団体

【具体的内容】

在宅寝たきり患者処置指導料対象外患者における、在宅での処置に使用する医療材料等（栄養用ディスポーザブルカテーテル、膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル、皮膚欠損用創傷被覆材（3週間制限）等の支給

【理由】

在宅医療の推進のため患者側の多様なニーズへの対応には、在宅医療の算定要件変更では対応困難であるため、選定療養とすべきである。

6 団体

【具体的内容】

在宅自己注射を行っていない糖尿病患者への血糖自己測定に使用する穿刺針、センサー等の支給、および在宅自己注射を行っている患者への、血糖自己測定器加算の回数を超えての血糖試験紙等の支給

【理由】

在宅医療の推進のために患者側の多様なニーズへの対応として、糖尿病患者の血糖コントロ

ールに関しては、在宅自己注射の対象外患者への血糖測定への対応、指導管理料回数制限を超えての血糖測定希望に対しては、選定療養とすべきである。

7 団体

【具体的内容】

1 処方につき 70 枚を超えて湿布薬を希望投与した場合の費用

【理由】

1 処方につき 70 枚を超えて投与する場合は疾患の特性等により医師が判断した場合認められるが、患者が希望する場合は選定療養として処方を可能とすることが望まれているため、選定療養とすべきである。

8 学会

【具体的内容】

治験やがん遺伝子パネル検査など特定の医療機関のみで実施している医療を目的としたセカンドオピニオンの費用(患者の同意に基づいた場合)

【理由】

セカンドオピニオン先で実施している治験やがん遺伝子パネル検査などに適格と判断され、患者もこれらの医療を希望した場合において、セカンドオピニオンの費用が保険外診療にあたるため、同日に検査等を実施できないことから検査等の遅延や遠方からの再受診などの不利益が生じるが、これを改善することができる。患者の同意に基づいているのであれば、問題点も少ないと考えられる。

治験やがん遺伝子パネル検査など特定の医療機関のみで実施している医療の提供を受けるか、現在のかかりつけ医療機関での診療を継続するかについては、患者はセカンドオピニオンで得た情報を踏まえて自身の治療方針を選択するのが適切であることや、医療機関側としても特定の医療機関のみで実施している医療の提供を目的とした検査等が必要かどうか、また対象になり得るのかなどについてあらかじめ正確に判断することは困難であることから、予約の時点でセカンドオピニオンと初診を適切に振り分けることは不可能である。セカンドオピニオン先においても受けられる医療が変わらない場合は、通常、現在のかかりつけ医療機関で治療を受けることから、全てを初診として受け入れることも現実的ではない。

9 学会

【具体的内容】

- ① レスパイト入院等の入院費用に係ること
- ② 退院許可が出たが、患者の都合で病院に入院継続する場合
＜例＞ 施設への入所待ち 家の改修待ち など
- ③ 夜間・休日等の IC に係ること (患者家族が希望した場合)
患者や患者家族への時間外の病状説明

【理由】

- ① 高齢化に伴い要介護高齢者が増え、介護保険が導入されたとはいえ、家族の介護負担は大きくなっている。家族の介護疲れから、高齢者の虐待や介護放棄なども起こっている現状がある。このように介護に追い詰められた介護者を支援することが必要であり、ショートステイなども活用されているが、医療的処置がある高齢要介護者はショートステイには入れない。そこで、医療的処置の多い要介護者を一時的に入院できる仕組みがレスパイト入院である。入院することで、家族の介護疲れを癒すことができ、また、医療者はレスパイト入院中の患者のケアを通して、在宅療養での課題を見出し、患者の療養環境の改善や家族への介護支援へつなげることができる。差額ベッドに近い形で選定療養費になれば、患者側は利用しやすくなり、本来の入院とは明確に差別化できる。そして、介護者も要介護高齢者も安心して在宅療養ができる環境を整えることができる。
- ② 退院許可が出ても、家の改修待ちや家族の都合等の理由で入院が延びるケースが多く、そのためベッドの有効利用が出来ない状況がある。患者、家族の理由で入院期間が長引くことに対して、何らかの加算が必要と思う。
- ③ 患者の病状説明や今後の治療方針に対する医師の説明は、今まで医師が外来や手術が終わってから時間外や土・日に、家族の都合に合わせて実施していることが多かった。しかし、医師の働き方改革が進むと、医師もこれまでのように家族の都合に合わせて夜間や週末に出勤することも難しくなる。今後の治療や療養をどこでどのようにするのか、患者だけでなく患者を支える家族にも理解していただき、患者・家族が納得して療養を進めていくためには、医師のインフォームドコンセントは非常に重要である。医療サービスの一環として、医師がサービス残業として時間外や土日にインフォームドコンセントを行うのではなく、選定療養とすることで、患者家族も気兼ねなく依頼しやすいということも考えられ、双方にメリットがあると思われる。

10 学会

【具体的内容】

肝移植周術期、肝硬変（非代償性、代償性）患者へのアルブミン投与

【理由】

近年、Long-term albumin administration in decompensated cirrhosis (ANSWER): an open-label randomised trial Lancet 2018 Jun 16;391(10138):2417-2429. などで報告されているが、アルブミンの定期的な投与により、非代償性肝硬変患者の予後や、又外来での管理が非常に安定するケースが報告されている。この事により不要な入院加療や患者の予後の改善などをもたらす事が可能にある可能性がある。また、代償性肝硬変や肝移植の周術期においても同様にアルブミン投与を要するケースが臨床上多いが大きく査定されるケースがあるため。

11 学会

【具体的内容】

肝移植患者に対する特別な免疫抑制療法と術後血液製剤投与

【理由】

現行の免疫抑制療法では制御困難な抗ドナーHLA 抗体陽性者に対するリツキサン療法、腎機能不良例に対するバジリキシマブ療法。いずれも薬剤を使用することで、その後の医療費抑制に寄与する。肝移植術後に頻回のアルブミン製剤・血小板投与を要することがあるが、現状は大きく査定されている。

12 団体

【具体的内容】

患者や患者家族への時間外の病状説明

【理由】

患者や患者家族の都合（要望）による時間外・休日に医師からの病状説明について、患者・医療者双方の意識改革を促し、医師の働き方改革を着実に進めるためにも、時間外に実施される病状説明に対しては実費徴収を可能とすべき。従来の「時間外診療」に含める場合にも、「患者や患者家族への時間外の病状説明」を選定療養の対象とする旨を明示いただきたい。

13 学会

【具体的内容】

かかりつけの患者さんが内科（例えば糖尿病）で来院した際、病状が思わしくないので内科における他の専門医資格のある医師（例えば同じ病院の消化器内科）に検診依頼を、同日依頼し診察した時の診察料

【理由】

現行では、内科のなかで専門が異なっても、診察料は保険請求できない。しかし、ほかの診察日を予約することは患者側に負担が増えるだけでなく、新型コロナ感染の可能性も増加するため、不利益である。検診依頼をする医師が内科認定医であること、依頼される医師が専門医資格を有する場合には選定診察料を取ってよいことにしていただきたい。ただし、病院が自由に報酬を設定するのは、患者さんには著しく不利益になるので、上限設定が望ましい。

14 団体

【具体的内容】

精神保健福祉士による家族相談

【理由】

病識に乏しい重度精神疾患患者が医療機関受診に消極的な場合であっても、受診前に精神保健福祉士が家族等からの相談を受けて対処法を共に検討することで診療や入院へと円滑に導入出来ることは多い。しかしながら、これらのコストは診察に係る診療報酬行為では算定できない。早期診断・早期治療の重要性を示すエビデンスが蓄積されており、精神科特性か

ら家族との事前の相談が後の患者の療養や予後に大きな影響を及ぼすことを考えた場合、選定療養として別途算定可能とすべきである。

15 団体

【具体的内容】

精神科復職判定における会社産業医等との連携

【理由】

精神科における復職判定は、診察で把握できる症状レベルの改善だけではなく、戻る部署の（上司や同僚との対人関係や求められる作業内容を含めた）職場環境との適性を考慮して行われる高度な判断である。当然、そこでは会社産業医等との情報交換や環境調整が必須であり、そのコストを選定療養として認めるべきである。

16 学会

【具体的内容】

患者や患者家族の都合に伴う時間外や休日における医師からの病状説明

【理由】

医師からの入院中の患者家族への病状説明（緊急時を除く）を患者家族の都合で時間外や休日に実施することがあり、長時間労働につながっている。患者家族が安易に時間外や休日を選択することを抑止することで、医師の勤務時間短縮（働き方改革）の一助となる。そのため、患者家族の都合で時間外や休日に病状説明（緊急時を除く）を実施する際の費用を選定療養とすることを要望する。

< 歯科 >

1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

金属アレルギー患者に対する臼歯部における欠損補綴（ジルコニア Br）

【理由】

金属アレルギーは歯科治療を困難にする疾患のひとつである。特に大臼歯部の欠損補綴（Br）では咬合力は強く、現在の金属アレルギー患者に使用できる保険収載されている修復材料では最後方臼歯部の咬合力に耐え得られないのが現状である。咬合力に耐え得る強度を兼ね備えたジルコニアを使用した Br を検討していただきたい。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

唾液検査、

- 1、PCR-インバーダー法での歯周病原性細菌数定量検査
歯周病関連菌

A. actinomycetemcomitans (Aa)、P. gingivalis (Pg)、P. intermedia (Pi)、T. forsythensis (Tf)、T. denticola (Td)、F. nucleatum (Fn)

2、う蝕関連菌、に対する培養法での定量検査

Streptococcus mutans、Streptococcus sobrinus

【理由】

歯周病関連菌

A. actinomycetemcomitans (Aa)、P. gingivalis (Pg)、P. intermedia (Pi)、T. forsythensis (Tf)、T. denticola (Td)、F. nucleatum (Fn)

定量的に測定することにより歯周疾患の定量的診断をします

う蝕関連菌

Streptococcus mutans は、 α -あるいは γ -溶血性のレンサ球菌でヒトの口腔に生息し、最も重要なう蝕病原菌とされています。ソルビット、マンニットを分解し、スクロースから非水溶性でかつ粘着性の α -グルカンを産生し、菌体は歯の固表面に強く付着します。多くの糖類を分解し、乳酸などを産生して歯の硬組織を溶解します。

Streptococcus sobrinus はう蝕の約20%に、S. mutans とともに S. sobrinus が分離され、S. mutans 単独の場合よりもう蝕の度合いが重度と評価されています。

これらを定量的に検査することによりう蝕のリスク判定をします。

3 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

露髄部の覆罩および根管治療時の根管充填及び側壁・髄床底穿孔部の封鎖においてMTAを使用した場合、認めていただきたい。

【理由】

複数の学会において論文および確かなエビデンスが公開・発表され良好な治療効果が得られているので新規導入していただきたい。

4 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

唾液検査（サリバテスト）

【理由】

近年、予防医学の分野に注目が高まっている。その予防医学の二次予防（早期発見・早期治療）の結果、早い段階で病気の芽を摘んでおくことで、患者の負担はもちろん、医療費や人件費の削減にもつながると考える。歯科領域において、二次予防として唾液検査（う蝕関連細菌検査・歯周病原細菌検査）があり、その有効性があるため。

5 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

サリバチェッカーなどのがんリスク検査やシルハなどの口腔環境検査などの導入

【理由】

唾液を使ったこのような検査など、選定療養で導入してもいいのではないかと。

6 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

プレオルソ

【理由】

乳歯列期・混合歯列期に行うことにより正常咬合へ導きやすく、また口腔周囲筋や舌機能改善訓練も行えるため。口呼吸から鼻呼吸への改善は小児の全身の健康にもつながる。

7 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

「著しく歯科診療が困難な者」に対するトレーニング

【理由】

「著しく歯科診療が困難な者」に対する特導や特別対応加算はあるが、診療室に入ることができなかつたり、口腔内の視診が不可能で歯式や病名がつけられないケースでは保険算定が難しいため。不要不急な「身体抑制」の抑制にもつながる。

8 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

漢方薬の歯科領域に対する適用拡大。

歯性上顎洞炎に対し、辛夷清肺湯（例：ツムラ 104 番）処方を認め、将来的には保険診療に導入することを要望する。

【理由】

漢方薬は菌交代現象を引き起こさない薬剤であり、今後の使用頻度増加が見込まれる。歯科領域への更なる積極的な導入が望まれる。

9 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

部分床義歯における、いわゆるノンクラスプデンチャー

【理由】

現在、審美的面から診ても主治医、患者から両面の需要が高まっている。使用材料の安定供給、また機能的にも鉤歯の負担軽減等、口腔機能低下重症化予防に繋がるものとする。

10 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

ノンクラスプデンチャーの導入

【理由】

症例により審美的な観点を優先する事例もある。また、メタルフリーの実現も可能な症例もあることから導入してもよいと考える。

11 団体

【具体的内容】

ノンメタルクラスプデンチャー

【理由】

高分子材料を用いることで歯科用金属アレルギー患者への対応が可能となることに加えて、金属床の選定療養の代わりとなると考えられる。

12 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

保険適応外レジンを用いたダイレクトボンディング

【理由】

コンポジットレジンの物性や操作性、それに伴うマトリックスの開発が進み、金属による修復の代替となりうるものである。

13 個人 年齢：65～74歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

臼歯部の金属冠修復における金合金または12%金銀パラジウム合金の使用

【理由】

現在臼歯部の金属冠修復においては12%金銀パラジウム合金も保険適用となっているが、金属価格の高騰により医療保険の原資を損なう状態となっている。一方、銀合金の強度、性質も向上し代替できる状態となっているため、臼歯部においては医療保険では銀合金までを適用とし、変色など銀合金の欠点を忌避する症例においては金合金または12%金銀パラジウム合金の使用を選定療養としてはどうか。

14 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

小児期・学齢期の矯正治療

【理由】

小児期、学齢期に機能的理由から歯列不正や不正咬合が多く見受けられる。これらは早期治療で改善し、その後の矯正治療が不要な場合も多い。歯列不正や不正咬合は本人の努力では予防が出来ず発症する。また治療しようと思えば治療費の負担も多い。通常の保険診療で矯正治療ができればいいのですが、現状では困難と思われれます。そこで矯正治療費の一部でも

選定療養として導入され患者負担が軽減されれば、子育て負担の軽減のため、また国民のためになると考えます。

15 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

小児におけるマウスピース・拡大床による矯正治療

【理由】

早期に咬合の改善や歯列不正に介入することでカリエスリスクの軽減や歯周病予防効果が期待でき、将来的に健康寿命の延伸と医療費削減の一助になると考えられるため。

16 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

口腔機能発達不全症が認められるが、矯正治療が優先される対象患者への矯正治療

【理由】

小児口腔機能管理において、検査の結果、明らかに口腔機能発達不全症が認められるが、矯正治療が優先されるケース（現在、矯正治療を優先させた場合は、本疾患の対象外となってしまう）があるため。

17 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

小児の咬合誘導

【理由】

近年咬合に問題のある小児を多く見かける。いわゆる歯列不正のみではなく、智歯以外の埋伏歯も多く特に上顎犬歯の位置異常から前歯の歯列不正や歯根吸収を来す症例を多く見かけるようになった。牽引や萌出部位を確保するための矯正が必要な場合は開窓の手術すら自費となってしまふ現行の制度は問題がある。健全な咬合を獲得することで、その後のトラブルを回避することが出来ることも多く、将来的な治療費の抑制にも寄与すると考えられる。

18 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

ブリッジ作成時における、部分矯正

【理由】

臨床においてブリッジ作成時に、歯軸や歯冠長の問題からブリッジにできなかつたり、延長ブリッジにしなればいけなかつたりすることがある。ほかの歯にも負担をかけるし、部分矯正ができるようになると患者の選択肢も増えるしいいのではないかと。

19 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯列矯正

【理由】

咬合（かみ合わせ）が全身の健康に与える影響は大きい。精神的、肉体的の両方に。

20 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

CAD/CAM インレー修復

【理由】

金属アレルギー患者に対する修復に対して CAD/CAM インレー修復を求めます。

21 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

チタン及びジルコニア等非金属材料を使用した CAD/CAM によるブリッジ

【理由】

金銀パラジウム合金は保険医療材料として使用するにはその価格が安定せず、近年は随時改定価格が実態と大きくかけ離れ、医院経営を圧迫する一因となっていることは周知の通りである。そこで価格が安定した材料によるブリッジを選択肢のひとつとすることで良質な医療を安定して提供することが可能となると考えるが、選定療養として採用しいずれは保険収載していく方向で検討しては如何か。

22 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

口腔機能低下が認められる患者への処置等の評価

【理由】

口腔機能低下が認められる患者への補綴、歯冠修復、歯周治療等の評価の充実を求めます。

23 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯周病原細菌の細菌学的検査

【理由】

歯周病は、一部の歯肉疾患を除き、歯周病原細菌によって引き起こされる感染性炎症性疾患であるが、現在の保険診療における歯周治療では、歯肉の炎症と組織の破壊の程度を計測する歯周検査のみに基づいて診断が行われている。つまり、端的に言えば細菌叢の分布や細菌感作の程度は一切診断には組み入れられていない。人類最大の感染症ともいわれる歯周病の診断や治療に、細菌検査や細菌抗体価検査を採用していないのは EBM の面でも大きな疑問がある。また、細菌学的検査の導入により、治療の成否がより明確になり、医療費の削減につ

ながる可能性もある。以上のことから、歯周病原細菌の細菌学的検査を新規導入すべきと考
える。

24 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

有床義歯における根面板を応用した各種維持装置（0 リングアタッチメント・ロケータア
タッチメント等）

【理由】

歯冠歯根比を変更することができるので、既存のクラスプ等では成し得ない歯牙負担の軽減
が得られる。また、それによって有る程度の審美的な補綴が可能になると思われるため。

25 個人 年齢：不明 職業：不明

【具体的内容】

1. 歯科口腔内デジタル印象
2. 第2大臼歯ジルコニアクラウン

【理由】

1. 印象材料、石膏削減、模型保管スペース削減、患者さん苦痛軽減、データ保存の簡便化、
技工所との情報共有等利点が多い。
2. 歯科金属使用削減につながり、保険導入済み CAD/CAM 冠では強度に問題があるがジルコニ
アならば適応可能な事。

26 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

成長期におけるスポーツの際に装着するマウスガード

【理由】

スポーツの際にマウスガードを装着することの有用性は周知されてきている。しかし、市販
の簡便な自作タイプのマウスガードでは、成長期において顎の成長を妨げたり顎の変異をも
たらしたりするリスクがある。成長期における健全な発育を促進し、口腔機能の発達を妨げ
ないために正しく作成されたマウスガードの装着を普及させるために新規導入すべきと考
える。

27 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯冠部が崩壊している歯牙の根管治療時ごとの暫間被覆冠作成・仮着料金

【理由】

テンポラリークラウンは、当該歯に係る処置等を開始した日から当該補綴物を装着するまで
の期間において、1 歯につき 1 回に限り算定するとなっているが、歯冠部が崩壊した歯牙で

根管治療を伴う場合等は、治療完了までの間に何度か暫間被覆冠を作り替える必要がある。従って保険適応のテンポラリークラウン以外の暫間被覆冠の費用を新たに選定療養に組み込んで頂きたい。

28 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

義歯に対する各種アタッチメントの導入

【理由】

義歯の維持に対して、さまざまな有効なアタッチメント（磁性アタッチメントなど）が存在するが、残念ながら保険導入がない。患者の選択肢を増やしてあげられるべきと思われるし、インプラントオーバーデンチャーなども認められれば、義歯不適合の解消にかなり役立つと思われる。

29 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

補綴治療前のMTM

【理由】

補綴物を長期間維持するために重要な治療であり、特に臼歯部で咀嚼効率もあがる。また、患者の選択も広がり、経済的負担軽減にもつながると考える。

30 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

クラウンディスタルシュー

【理由】

現在クラウンループは保険で認められているが、まだ6番が萌出してない段階で、Eが欠損になった場合にクラウンディスタルシューが必要となる。これが自費になってしまうと、躊躇される方もいるかもしれません。これが入れないと、6が近心傾斜して萌出してきてしまい、矯正が必要になってしまう可能性がある。そうすると金銭的な負担が大きくなってしまいうので、そうならないようクラウンディスタルシューを選定療養として入れてもらいたいと思います。（クラウンループが保険で認められているのにディスタルシューが保険でダメな理由がわかりません）

31 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

根管治療時における機器・器具代や材料費

【理由】

根管治療において、機器・器具・滅菌代がかかるうえ、歯科医師の拘束時間も長時間に及ぶ

のは周知のとおりである。しかし、診療報酬は、それを加味したものになっていない。診療報酬とは別に、器具代・材料費を患者から徴収可能としてはいかがか。

32 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

金属床部分床義歯

【理由】

金属床総義歯は認められているのに、金属床部分床義歯が認められていない理由について患者さんから説明を求められたとき、いつも答えに窮します。総義歯が認められているなら部分床義歯も新規導入すべきと考えます。

33 個人 年齢：65～74歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

直接覆髄および歯根のパーフォレーション部の閉鎖に用いるMTA (Mineral Trioxide Aggregate) セメントの費用

【理由】

従来であれば抜髄治療になるような露髄に対して MTA セメントを用いる事により歯髄保存の可能性が高くなること、従来であれば抜歯に至るような歯根のパーフォレーション部の閉鎖に MTA セメントを用いる事により歯を保存出来る確率が高いこと、などから MTA セメントの有用性については今までの臨床治験も多く異論はないものとする。保険材料として収載されていないために現状では治療の全額が自費治療となっているが選定療養費として収載されれば抜髄および抜歯をしなくて済む症例が増加し、しいては国民の口腔状態の向上につながるものと思われる。

34 個人 年齢：65～74歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

MTAの直接覆髄とパーフォレーションへの使用

【理由】

MTAの臨床応用についてはエビデンスが確立されつつあり、抜歯や抜髄適応であった歯牙の保存が図られ、Longevityに繋がると思うため。

35 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

口腔内スキャナーを用いた歯周検査時の歯垢染出し検査の代用導入

【理由】

患者には、もっともわかりやすく示すことができ、また術者側も簡単に検査としてできるようになる。

36 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

矯正に於ける便宜抜歯に至るレントゲン、麻酔薬剤等

【理由】

患者の希望による手術時の薬剤、レントゲン、医学管理等、歯科医学的な必要性がある事。

37 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

臼歯部単独歯中間欠損に対するインプラント治療

【理由】

他の治療（可撤性及び固定性補綴治療）と比較したインプラント治療の優位点として、先ずは残存歯の保護そして機能回復が挙げられる。適切な診断下におけるインプラント治療は、管理も容易で長期の予知性を期待できる。当然、結果として医療費抑制へも繋がる。

38 個人 年齢：不明 職業：不明

【具体的内容】

インプラント

【理由】

インプラントは高度な技術、知識等を要するが、学生のうちから教育されるようになり、既に一般的な治療となった。また、本年より新しい歯周病の分類が適用となり、インプラントも含めた歯周治療が明記されている。学術的根拠に基づく治療が保険制度に組み込まれないのは国民にとって不利益なものとなる。またすでに装着されたインプラントについても口腔を一単位として管理する上で、インプラントを自費治療として保険から切り離すことはもはや、不適切といわざるを得ない状況である。

39 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

金銀パラジウム合金を用いた歯冠修復等の補綴処置

【理由】

金銀パラジウム合金の価格変動が激しく、保険診療における材料としては適していないものと考えます。金合金と同様選定療養に入れたほうが良いのではないのでしょうか？ 鑄造技術、CAD/CAM などの進歩により、他の価格の安定した安全な金属（現在保険収載されている Ti 以外の材料）やセラミックス材料を積極的に保険収載することにより、安心安全な歯科治療が国民に提供できるものと考えます。

40 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

キャンセル料の徴収について

【理由】

歯科の治療においては比較的短時間で終われる処置や時間のかかる処置が混在している。近年の歯科医院は患者のアポイントを取り効率よく処置することで低価格の診療報酬でも収益があげられるように努力しており、また、待ち時間等を改善しているのが現状である。歯科医院はアポイントで動いているとも言える。アポイントを守らない患者がいると医院の全体に悪影響が出てしまう。他業種を見ても無断キャンセルや当日キャンセルには課金されているが、何故か歯科にはキャンセル料の設定がない。保険外療養としてキャンセル料が徴収出来るようにすべきであると考える。

41 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

う蝕無痛処置の適用拡大

【理由】

現在、充形時にタービン等切削器具を用いることなくレーザーを応用することで保険算定可能ですが、麻酔を怖がる患者や歯髄への影響を考えるとレーザー応用は大変有効です。そこで修形時にも窩洞概形成時は切削器具を用い深部カリエス除去時にレーザー応用の選定療養を認めることで、患者の精神的苦痛も少なくその後抜髄への移行も少なくなると考えられる。

42 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

磁性アタッチメントを使用した局部義歯

【理由】

磁性アタッチメントを使用した局部義歯は臨床の現場ではすでに20年を超える使用実績があり、多くの場合良好な治療結果を得ていると承知している。特別な技能を必要とせず、製品もさほど高価ではないことなどから、大きな費用対効果を得ることができると考えるが、選定療養として採用しいずれは保険収載していく方向で検討しては如何か。

43 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

クラウン・ブリッジにセラミック系補綴物の導入

【理由】

金属の逆ザヤ問題の解決に材料価格の安定が図れるセラミック系の補綴物を保険導入してもらうのが一番であるが、自費価格の医院差があるので、なかなか賛成が得られないのであれば、選定療養で導入したならば医院ごとの価格設定は保たれるので、ある程度賛同が得ら

れるのではないか。CAD/CAM 冠の導入が拡大されてきたが、ブリッジや連結冠といったケースには導入できない点。また単冠でも強度や、脱落、経年劣化（変色）、着色やプラークの付着しやすさを考慮するとやはりセラミック系の材料を選定療養にとり入れることにより、患者が選択しやすくするのはメリットが大きいと思われる。

これを導入することにより、自費の補綴を選択する場合に支台築造から保険外になってしまうこと問題を解消できる。（临床上では、保険か自費か患者が選択するまでに支台築造をして仮歯等を入れなくてはならないときがあり得るため、当初患者の希望どおり保険算定したあと、あとから患者の希望が変わって自費になった際に取下げ請求をしなくてはならなくなる）

金属アレルギーに対する保険診療での解決にはこれしかないこと。（保険で強度を必要とした Br のケースでは現行対応できないので）

44 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

小児期における舌圧検査、咀嚼能力検査

【理由】

歯列不正の原因に、食べ方、弄舌癖などが大きく関与している。小さい内に、自分自身の問題を知ること、正しく改善することが、虫歯や歯周病を防ぐだけでなくあらゆる健康リスクから回避して健康保険を使わず自分自身で健康を守れるようになる。

45 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

総義歯完成後の再咬合採得により咬合器再付着による口腔外咬合調整

【理由】

義歯を口腔内に入れて、咬合調整を試みても入れ歯が動いて正しく咬み合っているようにとらえてしまう。現状では、2 回目のゴシックアーチを採得して咬合器に再付着させて咬合調整しているが手間と時間が全く評価されていない。逆にその過程を避けて、入れ歯がずれるときにできる粘膜のを避けるために安易に入れ歯を削るだけの治療を繰り返し、意味のない無駄な治療回数と費用がかかっている。そのことによる患者の苦痛と入れ歯に対する諦めにつながってしまっている。

46 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

高齢者による口唇閉鎖力検査

【理由】

口腔内の筋肉の力の衰えを自覚し、改善しようと試みることは、健康寿命の延長と医療費の縮小に大いに役立つ。健康に一番大切なのは、自分自身を知ること。

47 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

位相差顕微鏡による口腔内細菌検査

【理由】

患者自身がリアルタイムに自分自身の歯垢の中の細菌を肉眼で動画としてみることは、歯を磨くということに対するモチベーションに一番役立つ。虫歯や歯周病に対するリスク分けに役立つので、無駄に時間や医療費を費やすことがなくなる。

48 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

大臼歯部のジルコニアを材料とした補綴

【理由】

現在 CAD/CAM 冠による補綴が小臼歯、大臼歯部にも認められており、特に金属アレルギーの患者への対応として非常に重宝している。ただし、大臼歯部への補綴では強度・硬度とも不足していると考えられる。ジルコニアは強度・硬度ともに優れており、また CAD/CAM 冠との差額を徴収することで選定療養として取り扱うことが可能であると考えられる。

49 団体

【具体的内容】

ジルコニアブリッジ

【理由】

現在、保険適用となっているブリッジは、一部の例外を除いて金属を用いたものがほとんどである。金属アレルギーがあっても保険で作る場合、金属のブリッジを選択せざるを得ない。金属アレルギーは患者の過失によるものでない以上、一定の配慮が必要と考えられる。

50 団体

【具体的内容】

前歯部の金合金や白金加金を用いた金属歯冠修復について、新規材料の追加。前歯部の歯冠修復に使用する材料について、既存の金合金や白金加金を用いた金属歯冠修復に加え、ジルコニアやニケイ酸リチウムガラスセラミックスの導入

【理由】

メタルフリー化している現代歯科医学を鑑み、前歯部の金属歯冠修復について、従来からの金合金等による治療を選択する状況はごく稀となっていると考えられる。新規材料として、既存の金合金や白金加金に加え、強度や審美性を兼ね備えたジルコニアや、ニケイ酸リチウムガラスセラミックス(商品名:e. max 等)も追加しては如何と考える。

51 団体

【具体的内容】

露髄部の覆罩および根管治療時の根管充填及び側壁・髄床底穿孔部の封鎖において MTA を使用した場合、認めていただきたい。

【理由】

複数の学会において論文および確かなエビデンスが公開・発表され良好な治療効果が得られているので新規導入していただきたい。

52 団体

【具体的内容】

歯科における観血的外科治療を前提とした採血検査

【理由】

歯科治療は観血的外科処置が多いにもかかわらず、患者からの「問診」だけを頼りに全身状態を評価している。外科処置に伴うリスク回避のために採血検査は必要である。

53 団体

【具体的内容】

磁性アタッチメント、O-リング等の根面アタッチメントおよび根面アタッチメントを利用した義歯（オーバーデンチャー）

【理由】

- ・ 口腔内および義歯の清掃が容易なため、衛生的に有利。
- ・ 単純な構造のため義歯の着脱や取り扱いが容易。
- ・ クラスプなどの鋭利部分がなく安全。
- ・ 局部義歯の支台歯への負担軽減、残存歯の保護・活用に有利

上記より良好な口腔機能を維持しつつ、将来的に介護負担の軽減につながる可能性がある。

54 団体

【具体的内容】

口腔機能低下症の診断後に現在保険収載されていない機能訓練（口腔清掃の自立訓練・咀嚼機能の向上訓練・構音・発声機能の向上訓練・嚥下機能の向上訓練・呼吸機能の向上訓練・食事環境についての指導等）

【理由】

機能訓練に特化した時間を設けることで、口腔機能低下症の積極的なリハビリが行える。

55 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

チタン合金による CAD/CAM 冠

【理由】

現在、鑄造による純チタン2種による金属冠は保険導入されているところであるが、対応できる技工所がほとんど無いため市中の開業歯科医ではほとんど使用されていない。一方、CAD/CAM装置は多くの技工所が備えており、CAD/CAM用の歯科用チタンブロックも市販されていることから、選定療養として採用しいずれは保険収載していく方向で検討しては如何か。

56 学会

【具体的内容】

義歯に沈着した歯石・着色に対する専門的クリーニング

【理由】

義歯に沈着した歯石や着色を除去することは、通常の義歯調整とは異なり、義歯を快適に使用できるという点では患者QOLの向上に寄与するが、義歯による機能維持には直接影響を及ぼさない。したがって、その要求度は患者の口腔環境に対する価値観に左右される。また義歯の研磨か専用の洗浄剤による超音波洗浄などが必要となる。以上のことから、本件を選定療養に新規導入することを提案する。

57 学会

【具体的内容】

睡眠時無呼吸症候群に対する顎位置調節可能な上下分離型口腔内装置

【理由】

睡眠時無呼吸症に対する口腔内装置は、通気性を維持するためにその都度適切な歯科タイトレーションによる顎位置の変更が必要であり、顎位置が調節可能な装置の方が治療効果は高い。しかし、現状では、この顎位置調整可能な装置は、その技工料が所定点数の3倍であり、作製、装着までの労力・経費を勘案すると、上下一体型の固定式装置で対処せざるを得ない。この固定式では、顎位置の調整ができない、患者の苦痛を伴うことがあるなど、適切な歯科医療を行えない場合がある。「顎位置調節可能な上下分離型口腔内装置」を選定医療に導入することで患者の負担軽減となり、適切な歯科医療が行われるため、医療費の是正につながるものと提案する。

<その他>

1 個人 年齢：40～64歳 職業：無職

【具体的内容】

変形性膝関節症への鍼灸治療

【理由】

変形性膝関節症の患者です。3つの病院を回りましたが、最初の病院ではMRIなどの検査の後、リハビリテーションを勧められ、続けられませんでした。次の整形外科ではステロイドやヒアルロン酸の関節内注射(?)を提案され、恐ろしいので断って、次の病院で処方され

た痛み止めの薬と貼り薬+薬局で購入したサポーターで数か月過ごしました。改善のきざしはなく、痛みを抱えて暮らすのは本当につらいので、覚悟を決めて鍼灸を試してみることにしました。2軒めの鍼灸院で効果がみられたので継続して通院し、今は痛みもなく、小走り程度ならできるまでに回復しています。

私自身は、家族や友人、インターネットなどから情報収集して自分に合った医療を選ぶことができたと思いますが、最初の頃の、膝が腫れて激痛を感じていた私のように、痛みを抱えたまま、階段の上り下りもままならず、つらい思いをしている方が大勢いらっしゃると思いますので、こうして提案をさせていただきます。

鍼灸治療を受けられる病院は少ないと聞いています。混合診療に当たるからそうですが、自費でも病院なら安心して鍼灸を受けることができます。また、病院から通いやすい（近所にある）鍼灸院を紹介していただければ、とても助かります。

私も最初の鍼灸院では良し悪しがわからず、2軒めの鍼灸院で初めて効果を感じたのですが、それぞれの患者さんにとって良い（技術の高い、自分に合った）鍼灸院を探すのは、なかなか難しいと思われます。病院から紹介していただければ、最初のハードルがぐっと下がります。もちろん、鍼灸治療は1回数千円かかりますので、保険で受けることができるようになれば、なお嬉しいです。今は膝の治療には保険が効かないと聞きましたが、私の個人的な経験で言えば、複数の選択肢の中で、最も自分に合う治療でした。また、病院で鍼灸を受ける患者さんが増えれば、そのうち保険の範囲に入れていただける可能性もあるのかなと期待します。どうぞよろしくお願ひします。

2 団体

【具体的内容】

セカンドオピニオン

【理由】

診療情報提供料(Ⅱ)(情Ⅱ)を持参の患者が、そもそもセカンドオピニオンであることを認識していない。セカンドオピニオンについての内容等や費用が自費扱いになることが、事前に情Ⅱを発行した医院にて十分な説明がなされていない。もしくは、患者が十分に理解していない。紹介先の保険医療機関にてセカンドオピニオンを実施する場合、情Ⅱに対する返書等を含め、費用徴収を新規導入していただきたい。

3 団体

【具体的内容】

セカンドオピニオン

【理由】

初診時、主訴に対する保険診療を希望し、口腔内の検査や画像診断を行い病態、治療方針等の説明時に、すでに診療を担っていない前医でのファーストオピニオン等に対する説明を求められることが歯科では多々ある。この場合、元々、セカンドオピニオンを求めての来院で

はないため、前医からの情Ⅱによる資料等はなく、不鮮明ではありつつも現状の資料のみで納得される説明を行うのには長時間を要することも多い。患者にとっても、長時間の診療の防止や、経時的な診断ができること、適切な治療方針等は利益となると考える。前医への照会、現状との比較、その後の説明等、適切な手順を示し、対応できるよう導入するのは如何かと考えます。

4 団体

【具体的内容】

診療行為を伴わない健康相談に対する費用

【理由】

基本診療料に含まれるとは限らない内容や、本来の保険給付内の診療計画では対応できない範囲の診療に対する相談、一連の診療計画とは異なるその他健康相談が必要と認められる場合、もしくは患者本人に対する診療行為を伴わないものの、患者家族等から患者本人の治療方針に対する相談が必要な場合等であって、一定の所要時間（例えば30分を超える）を必要とした相談を行ったものの、既存の保険診療報酬体系では算定項目がない場合に、特別の料金を徴収することは妥当性が認められると考える。

5 団体

【具体的内容】

特別の診療環境としての完全個室診療

【理由】

個人情報秘匿を強く求める患者の要求に対して対応する必要がある場合。もしくは、障害者診療などでしばしば認められるような周囲の環境から隔絶する必要があるような場合などのように、安全にかつ円滑な診療を行うためには完全個室での診療が必要である場合には、特別の料金の徴収を認めることは、その一定基準を満たす完全個室を整備するための費用、診療時間の確保の点で妥当性が認められると考える。

6 団体

【具体的内容】

キャッシュレス決済手数料

【理由】

国はキャッシュレス決済の推進を政策として掲げている。感染症の拡大防止策としても導入のメリットがあると考え、決済手数料の負担が大きな障壁となっている。また保険医療になじまない場面が生まれており解消する必要がある。

保険医療においては、技術料に薬剤料を加えた合計額から一部負担金が計算される。これをキャッシュレス決済する場合は、この一部負担金に定められた料率をかけることで手数料が算出される。

高額な薬剤を使用した場合はキャッシュレス決済の手数料が技術料の大部分を占めることもあり、場合によっては技術料を上回る手数料を支払わなければならないことも起こりうる。現在のキャッシュレス決済の事業者が用いている規約によると利用額の多寡により決済を拒否することはできず、医療機関・薬局がそのリスクを負うこととなる。そのために導入ができないとする医療機関・薬局は多い。店舗での支払額に応じてポイント等のインセンティブを付与し顧客を囲い込む手段が通常の商業では行われているが、保険医療上では経済的インセンティブによる患者誘導にあたる行為は行われるべきではなく、療養担当規則でも禁じられている。

キャッシュレス決済を行った際には、一般的に利用額に応じてイシューア（カード会社）から利用者にポイント付与が行われており、昨今では“抽選で大幅なキャッシュバック”が行われることも多い。

この原資が医療機関からの手数料収入で賄われていることを考えると、ある種の経済的なインセンティブにより患者誘導を行っているとも考えられ、対応が必要と考えられる。

通常の商業であれば、手数料支出も考慮したうえで全般的な販売価格を設定することができるが、保険医療においてはそういった設定を行うことはできない。

選定療養でキャッシュレス決済の手数料を患者から徴収する仕組みを整えることで、経済的なリスクを医療機関・薬局が抱えることなく、療養担当規則上も問題のないキャッシュレス決済を導入することが可能となると考える。

通常のキャッシュレス決済の仕組み（料率による手数料算定）とは別に、税金納入の際に用いられるような決済の仕組み（金額帯に応じた手数料設定）を導入する必要があり、併せて整備が必要と考えられる。

7 団体

【具体的内容】

敷地内薬局での調剤

【理由】

敷地内薬局は患者のための薬局ビジョンに示された「立地から地域へ」の思想と逆行する仕組みである。調剤報酬を減額するなどの措置が取られているが、この施策が逆に「患者負担が安い薬局」を生み出し、患者を誘導している。

患者負担の差異により地域医療のあるべき姿とはかけ離れた薬局の利用を推進することにつながっており、その患者負担の差異を是正するため、選定療養の導入が必要と考える。

敷地内薬局利用料として、患者から一定額を徴収することで、敷地内ではない（患者のための薬局ビジョンに示された目指すべき姿の）地域の薬局を利用した場合の一部負担金との差異を解消する、もしくは高額になるように金額を設定する。

本件の趣旨を考慮し薬局がこの費用を「徴収することができる」ではなく「徴収しなければならない」とする必要があると考える。

8 学会

【具体的内容】

院外処方箋の FAX 送信における費用

【理由】

FAX を利用した処方せん送信については、患者待ち時間の短縮、かかりつけ薬局における処方内容の事前チェックなど、面分業の推進や患者サービス向上に資するという考え方から、利用を認める通知が出されたが、医療機関における費用負担の軽減につながるため、選定療養とすべきである。

9 学会

【具体的内容】

医療機関が運用している送迎費用

【理由】

自己通院が困難な患者に対し、送迎車を運用することにより在宅での療養が可能になるため、選定療養とすべきである。

10 学会

【具体的内容】

予約可能な医療機関において、未予約者に対する料金の徴収

【理由】

入院診療のある医療機関において外来診療が負担になっており、その原因の一つが予約以外の患者が多いことがある。長い待ち時間の解消を含め、予約のできる診療科において、予約以外の患者が受診した場合の費用を、選定療養とすべきである。

11 団体

【具体的内容】

他医療機関受診における患者への付き添い及び交通費

【理由】

精神科入院患者の身体合併症においては、転医や対診が困難であるため、専門的な診療が必要な場合は、他科受診せざるを得ない状況であるにも関わらず、平成 28 年度診療報酬で改善されたとは言え、今なお減算となる。また、患者の症状によっては看護職員を含め複数の職員の付き添いが必要な状況が多々あるにも関わらず、他科受診に係る費用は交通費を含め医療機関の持ち出しとなる。療養担当規則第 16 条には「疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医又は対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない」とあり、療養担当規則に則り適切な措置を講じた場合には、他医療機関への付き添い料及び交通費の実費については選定療養で別途算定できるようにすべきである。

12 団体

【具体的内容】

障害者差別解消法の合理的配慮に係る費用

【理由】

障害者差別解消法に規定されている合理的配慮を行う際に発生した患者サービスの向上に係る費用について、選定療養として別途算定できるようにすべきである。

2. 現行の選定療養の見直しに関する意見

○ 予約診療

1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

廃止

【理由】

現在、歯科において予約診療は当たり前に行っており、選定療養としての運用は適当ではないため。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

廃止

【理由】

ほとんどの歯科医院では、別途料金徴収することなく予約診療を行っている。予約診療の実施報告している医療機関は、山口県下では、医科歯科あわせても数件しかないのが現状です。不要かと考えます。

3 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

廃止

【理由】

現在ほとんどの歯科医院が予約診療になっている為、必要性を感じない為。

○ 時間外診療

1 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

廃止

【理由】

平日の日は病院へかかれないことの方が多い。時間外の費用は子供のいる親などにもかかってくると思う。公平でない。もっとなんとかすべきだと思う。病院は緊急を要するときもある。

2 学会

【具体的内容】

(病床200床以上の)病院が「徴収することができる」から「徴収しなければならない」規定へ変更する。(徴収の対象外の要件は原則、各病院で決められるようにする。)

【理由】

- ①時間外の救急外来診療が必要な方への医療に集中できるような環境を整えるため
- ②医療従事者の長時間労働等の負担軽減につなげるため
- ③対象の病院が時間外選定療養費を徴収しやすくするため

○ 大病院の再診

1 団体

【具体的内容】

案1) 費用徴収の要件について、同時に2以上の傷病について再診を行った場合は、当該2以上の傷病全てにつき要件を満たさない限り徴収は認められないルールを、傷病ごとに要件を満たせば徴収可能なように見直しを求める。

案2) 当該療養費について、紹介を要件とせず、一定程度の期間継続受診している患者は一律に、より低額な費用(500円程度)を受診の都度徴収可能とする。(難病、小児慢性、他公費患者は除外とした上)

【理由】

大病院の再診に係る選定療養費は、病院と診療所の機能分化推進(大病院への患者集中をさける)目的で導入されたものですが、

案1) 現行、大病院の再診に係る選定療養費の算定要件は、複数科を受診している場合、受診している全ての診療科が他医療機関に紹介した場合に限り算定することが可能となるが、複数診療科を受診している患者が相当数いる大学病院において、受診している全ての診療科が他医療機関に紹介することは困難であり、殆ど算定できない状況であるため、診療科単位で選定療養費を算定できるよう見直しをいただきたい。

案2) 他院への紹介は患者の同意が必要(診療情報提供料の算定要件)であるが、患者へは、「他院へ紹介後は、かかりつけ医の紹介なしに大学病院を受診した場合は別途費用がかかります」といった趣旨の説明には患者の同意を得ることが難しく、逆に紹介の妨げとなり運用が難しい。そこで、例えば、一定期間継続して受診している患者からは一律定額料金を徴収できるような制度をつくれば、大学病院は他院より診療費が高いので他院へ移動するというようなシステムで機能分化が進むのではないかと考える。(一律徴収のため、金額はより低額(500円程度)、また難病、小児慢性他公費負担制度利用患者は除外するルールを設けたうえで)

○ 制限回数を超える医療行為

1 団体

【具体的内容】

「制限回数を超える医療行為」の類型を選定療養から除外すべき

【理由】

選定療養の類型の一つに「制限回数を超える医療行為」が認められており、①「腫瘍マーカ

一（AFP、CEA、PSA、CA19-9）」、②「疾患別リハビリテーション」、③「精神科ショート・ケア」「精神科デイ・ケア」「精神科ナイト・ケア」「精神科デイ・ナイト・ケア」について、制限回数を超えて実施した場合、その費用を患者から自費徴収できるとされている。①には患者の不安を軽減する必要がある場合に限り、②には患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合に限り、③には患者家族の負担を軽減する必要がある場合に限り、実施されるという要件がある。

しかし、診療報酬点数表で設けられているこれらの回数制限は、健康保険法の「療養の給付」の範囲として認められている医療行為ではあるが、保険者への診療報酬の請求は認めない、という制限である。本来、必要な医療はすべて保険給付とし、個々の患者の状態において「医療上必要か、否か」で判断すべきである。

もし、「医療上の必要性がほとんどない」と判断される医療行為であるなら、保険給付と併用を認めるべきではない。

2016年、厚労省は「治療中の疾病または負傷と直接関係しない検査」として、保険導入の要望が強いノロウイルス検査を選定療養に導入することを中医協に提案した経緯がある。今後も「療養の給付」の範囲として認められている項目や保険導入の要望の強い項目が、「制限回数を超える医療行為」「治療中の疾病または負傷と直接関係しない検査」として、選定療養の検討対象に加えられることになれば、「療養の給付」の範囲は次第に縮小し、必要な医療は「療養の給付」として現物給付する、という現在の健康保険法の理念は空洞化してしまう。

選定療養は「療養時のアメニティの向上に資するもの」の範囲に限定すべきで、医療行為そのものを対象とすることには断固反対である。

2 学会

【具体的内容】

「制限回数を超える医療行為および保険適用範囲外の検査について」として対象範囲を拡大

【理由】

回数や病名、年齢制限等がある検査を、制限を超えて実施した際、保険と併用して実施可能にするべきである。

○ 歯科の金合金等

1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の廃止

【理由】

前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金は現在ほとんど行われていない。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

廃止

【理由】

時代の変化に伴い、前歯部での金合金又は白金加金の需要が減ってきていると考えられるため。

3 個人 年齢：20～39歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

廃止

【理由】

現在、パラが高騰しており、保険で使用する金属より選定療養で用いる金属が安価であることに疑問を感じます。

4 団体

【具体的内容】

特定な理由がある患者に対しては、保険外併用療養費制度ではなく、全て保険導入しても良いと考える。

【理由】

特定な理由がある患者とは、過度な咬合力で義歯破損の回数が多い方、胃の全摘出で咀嚼能力が重視となる方、著しい嘔吐反射で嚥下機能低下の方などが考えられ、選定療養から除外して対象者においては、事前承認の上で全ての保険適用も考慮すべきと考える。

○ 金属床総義歯

1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

無歯顎に対する金属床総義歯の基準の見直し

【理由】

現在、金属床による総義歯の提供は、無歯顎の患者に対して総義歯による欠損補綴を必要とする場合に限られていますが、高齢化社会における抜歯禁忌の方や、積極的に根を保存した場合についても対象となるよう検討していただきたい。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

対象を総義歯だけでなく、部分床義歯にも適用させる

【理由】

特に上顎の両側遊離端欠損がある場合は口蓋の厚みが少なくなり、かなり違和感が軽減されるから。保険でもバーの適用があるが、現状金パラやCo-Crでの鑄造バーは採算が合わない。

屈曲バーも適合に問題があるなどのため、使用しない事が多い。そのため、補強線を入れたレジン床で行うことになるが、たびたび破折が起り修理の対象となる。金属床を認めることでいくらか解消される可能性はある。

3 団体

【具体的内容】

現行では、無歯顎患者に対する金属床総義歯のみが対象となっているが、残根歯に対して適切な根面被覆処置を行った場合には、適応症として取り扱いを認める。但し、根面被覆した歯であっても、アタッチメントを装着した義歯は除く。

【理由】

残根歯に対して、必要に応じて根管処置を行い、適切な根面被覆を行うことで積極的な保存を図った歯に対して有床義歯を製作することは保険給付として認められていること、さらに積極的な歯根の保存を図ることで顎堤吸収を抑制すること、歯根膜感覚の保存による咀嚼機能の向上が期待できることから、有床義歯の継続的な使用を目的として患者にとって有益であることから、この選定療養費の対象として認めることは妥当と考える。

4 学会

【具体的内容】

多数歯欠損の部分床義歯の追加

【理由】

多数歯欠損における部分床義歯では、金属床にするメリットが大きく患者の満足感も高い。総義歯と同様に、保険の部分床義歯との差額を徴収することで、選定療養制度として取り扱うことが可能だと考える。

5 個人 年齢：20～39歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

「総義歯」にのみ金属床が認められているが、適応範囲を両側遊離端や多数歯欠損症例などの条件下で金属床による選定療養を「部分床義歯」にも拡大をお願いしたい。

【理由】

現状、1本でも鉤歯があると、金属床義歯は全額自費になってしまい、総義歯に準ずる床の大きさが必要な症例であっても選定療養制度が使えないため。

6 学会

【具体的内容】

現行では、上顎無歯顎症例に対して金属床総義歯を製作する場合に選定療養の適用が認められている。本件では、上顎無歯顎症例に加え、上顎に残根上義歯として金属床総義歯（オーバーデンチャー）を製作する場合にも適用を拡大することを提案する。ただし、残根部には

根面板のみの装着を認め、磁性アタッチメントの装着は認めない。

【理由】

上顎に残根上義歯として金属床総義歯の装着が可能となれば、異物感の少なさや熱伝導性、清掃性の向上により患者 QOL が向上する。またオーバードンチャーでは残存歯部が支点となる義歯床破折の頻度が増すが、金属床義歯にすることにより破折を防止できるため、義歯修理や再製作が減ると予測される。以上のことから、上顎無歯顎症例に加え、上顎に残根上義歯として金属床総義歯を製作する場合にも選定療養の適用を拡大することを提案する。ただし、今年度保険収載された磁性アタッチメントについては、算定実績を確認したのちに導入の可否を検討すべきと考える。

○ 小児う蝕の指導管理

1 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

廃止

【理由】

保険診療で十分カバーしている。

2 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

廃止

【理由】

う蝕多発傾向者と判定されれば保険診療においてフッ化物応用（F 局等）が認められるということは、裏を返せば判定外であればう蝕多発傾向者ではないということになる。う蝕多発傾向者と判定されないフッ化物応用に関しては現行制度では完全自費診療もしくは C 選療となるわけであるが、廃止の理由として、①C 選療を行っている医院が少ないこと。②完全自費診療や無料（診療費の請求はしない）でフッ化物応用のサービスを行っている医院も現実として存在すること。③患者が受診の際に完全な形で本制度（う蝕多発傾向者判定基準含め）の主旨を理解されているとは言い難いこと。④以前に比してう蝕多発傾向者の判定基準も下がり C 選療を選択せずにフッ化物応用を受けられる環境が整ってきたこと。またそのことにより保険適用で F 局を受けられる患者と C 選療で受けられる患者で負担額に差が生じること（福祉医療費（助成）受給者では更に負担額の差が生じる）。等が上げられる。フッ化物局所応用により、小児におけるう蝕罹患率は年々減少傾向にある。どのくらいの患者が本制度に理解されているか疑問が残るし、C 選療を利用する患者や算定する歯科医療機関が少ないとするならば、本制度の役割は終えたと考える。保険医療の公平性、公共性等を鑑みても本制度は廃止すべきでないかと考える。

3 団体

【具体的内容】

「う蝕に罹患している患者の指導管理」は選定療養から除外すべき

【理由】

本制度の対象となる指導管理は、う蝕多発傾向を有しないものの「継続的な管理を要するものに対するフッ化物局所応用又は小窩裂溝填塞による指導管理」が対象となっているが、「継続的な管理」が必要であるならば、すべて医療保険で給付すべきである。

また年齢、乳歯・永久歯別、う蝕の多寡により患者を選別する「う蝕多発傾向者の判定基準」により、う蝕歯1本、年齢1歳の差異で保険給付か否かを左右するうえに、う蝕が比較的に少ない患者への保険給付を一部制限する取扱い是不合理である。

「う蝕多発傾向者の判定基準」は廃止し、1歯でもう蝕に罹患している患者へのフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞は医療保険で給付すべきである。

4 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

廃止又はカリエスフリーまで範囲拡大

【理由】

小児う蝕の指導管理で、現在う蝕に罹患している患者であって、継続的な管理を要する者（う蝕多発傾向を有しない13歳未満の者に限る）が対象となっているが、Ce病名でのフッ化物応用等保険診療との違いがわかりにくく廃止を検討してもよいと考える。また、現行の利用状況を調査する必要があると思う。

また、早期より介入することが、小児のう蝕の発生や再発予防につながり医療費の抑制につながると考えるとカリエスフリーまで対象拡大してもよいと考える。

5 団体

【具体的内容】

C選療の対象年齢13歳未満を16歳未満に変更する。

【理由】

厚労省e-ヘルスネットで、フッ化物洗口を中学生まで続けるとあるように、第2大臼歯の萌出時期とフッ素塗布の効果を鑑みた場合、年齢を16歳未満とするのが妥当と考えます。

3. 療養の給付と直接関係ないサービス等に関する意見
なし

4. その他

1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

乳幼児感染対策予防加算、歯科外来等感染症対策実施加算の継続

【理由】

新型コロナウイルス感染症再拡大により、院内感染対策の実施に対し評価の継続を求めます。

選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集について

1. 背景

- 選定療養については、「「日本再興戦略」改訂 2014」（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定）において、「学会等を通じ、定期的に選定療養として導入すべき事例を把握する仕組みを年度内に構築する。」こととされている。
- このため、平成 27 年 1 月 28 日の中医協総会において、選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見を定期的に医療関係者、国民から募集し、寄せられた提案・意見を基に、中医協において議論することについて、御了承いただいた。
- これを受け、関係学会、医療関係団体及び国民から提案・意見を募集し、中医協総会における議論を踏まえ、関係告示・通知の改正を行っているところ。

2. 対応方針

- 選定療養として導入すべき事例等に関する意見募集について、これまでと同様に実施することとする。
- 具体的には、これまでと同様、外科系学会社会保険委員会連合、内科系学会社会保険連合及び日本歯科医学会等に依頼し、関係学会からの提案・意見を報告いただくとともに、医療関係団体からの提案・意見を募集し、あわせて、厚生労働省のホームページを通じて、幅広く国民からの提案・意見を募集することとする。
- 学会等から寄せられた提案・意見を基に、必要に応じて中医協において議論することとする。なお、これまでと同様、選定療養の追加提案については、選定療養として追加するか検討を要するもののほか、療養の給付とは直接関係のないサービス等に当たるもの（実費徴収が可能であると整理するもの）等の整理も行うこととする。

3. 今後のスケジュール

- 令和 3 年 4 月 提案募集開始
- 令和 3 年 5 月以降 提案の結果を踏まえ、中医協において議論

以上