

中央社会保険医療協議会 総会（第 495 回） 議事次第

令和3年11月10日(水) 診療報酬基本問題小委員会終了後～  
於 オンライン開催

議 題

- 医療機器の保険適用について
- 費用対効果評価専門組織からの報告について
- 診療報酬基本問題小委員会からの報告について
- 在宅（その4）について
- 入院（その2）について

## 医療機器の保険適用について（令和3年12月収載予定）

### 区分C1（新機能）

販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均 価格との比	頁数
Euloc Fixation システム	Euloc 橈側コ ンポーネント	ハンソン・イノベーション株 式会社	30,400 円	原価計算方式	-	-
	Euloc 背側コ ンポーネント					
	Euloc 尺骨コ ンポーネント					
ULTRASCORE Scoring PTA バル ーンカテーテル 0350TW	株式会社メディコン	97,100 円	類似機能区分 比較方式	-	0.97	6

### 区分C2（新機能・新技術）

販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均 価格との比	頁数
オンコタイプDX 乳がん再発 スコアプログラム	エグザクトサイエンス株式会 社	特定保険医療材料として設定せず、 新規技術料として評価する。		-	-	10
術中MR イメージング装置 OPERADA Open	富士フイルムヘルスケア株式 会社	特定保険医療材料として設定せず、 新規技術料として評価する。		-	-	14

## 医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名                                      Euloc Fixation システム  
 保険適用希望企業                      ハンソン・イノベーション株式会社

販売名		決定区分	主な使用目的
Euloc Fixation システム	Euloc 橈側 コンポーネ ント	C1（新機 能）	本品は、橈骨遠位端骨折及び尺骨骨折において、骨折部の固定及び安定化を目的として使用する。
	Euloc 背側 コンポーネ ント		
	Euloc 尺骨 コンポーネ ント		

○ 保険償還価格

販売名		償還価格	類似機能区分	外国平均 価格との 比	費用対効果 評価への該 当性
Euloc Fixation システム	Euloc 橈側コン ポーネント	30,400 円	原価計算方式	—	無し
	Euloc 背側コン ポーネント				
	Euloc 尺骨コン ポーネント				

【Euloc コンポーネント】

076 固定用金属ピン

次のいずれにも該当すること。

(1) 略

(2) 構造、使用目的及び対象患者により、創外固定器用（3区分）及び一般用（3-2区分）の合計6-5区分に区分する。

(3) 機能区分の定義

①～⑤略

⑥ 一般用・プレート型

次のいずれにも該当すること。

ア ピンの刺入によって使用されること。

イ 固定用内副子（スクリュー）と併用して、橈骨遠位端及び尺骨の骨折を固定するために使用される体内固定用ワイヤであること。

ウ スクリュー固定用のプレート部を有すること。

エ 材質がステンレスであること。

○関連技術料

K046 骨折観血的手術

2 前腕、下腿、手舟状骨 15,980 点



[参考]

○ 企業希望価格

販売名		償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
Euloc Fixation システム	Euloc 機側 コンポーネ ント	37,800 円	原価計算方式	—
	Euloc 背側 コンポーネ ント			
	Euloc 尺骨 コンポーネ ント			

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：10 年度

推定適用患者数：68,226 人／年間

○ 本医療機器の市場規模予測（ピーク時）

予測年度：6 年度

本医療機器使用患者数：5,940 人／年間

予測販売金額：3.61 億円／年間

○ 諸外国におけるリストプライス

販売名	アメリカ 合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラ リア	外国平均価 格
Euloc Fixation システム	—	—	—	—	—	—

## 製品概要

1 販売名	Euloc Fixation システム
2 希望業者	ハンソン・イノベーション株式会社
3 使用目的	本品は、橈骨遠位端骨折及び尺骨骨折において、骨折部の固定及び安定化を目的として使用する。
4 構造・原理	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid purple; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>製品特徴</b> </div> <div style="text-align: right;"> <small>出典：企業提出資料</small> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>本品は、ステンレススチール製のピン部とプレート部で構成されるコンポーネントとスクリューからなり、橈骨遠位端及び尺骨の骨折において、骨折部の固定及び接合をするために用いられる。</li> </ul> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <p>本体コンポーネント      ピン部      プレート部</p> <p>スクリュー</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p style="border: 1px dashed green; padding: 2px; color: green;">てこの原理で骨折部を 整復しながら刺入</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="border: 1px dashed green; padding: 2px; color: green;">骨端をスクリューと 組み合わせ固定する</p> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid purple; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>臨床上的の有用性</b> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>本品について、適用部位を模した模擬骨を用いた安全性試験において、インプラント自体に破損は見られず、機械的安全性が示された。</li> <li>橈骨遠位端骨折においては、強固な固定を要しない場合でも侵襲性の高いプレート固定法が用いられる場合がある。そのような症例に対して、本品を用いることにより、簡単で低侵襲な手技で固定することが可能となる。</li> </ul> <p style="margin-top: 10px;">なお、本品は強固な固定を意図したものでないため、使用は橈骨遠位端プレートの適応のうち、軟部組織や骨質の状態が良い症例に限られる。</p> </div>

## 医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 ULTRASCORE Scoring PTA バルーンカテーテル 035OTW  
 保険適用希望企業 株式会社メディコン

販売名	決定区分	主な使用目的
ULTRASCORE Scoring PTA バルーンカテーテル 035OTW	C1（新機能）	本品は、経皮的血管形成術（PTA）において、腎動脈、腸骨動脈、大腿動脈、膝窩動脈、膝下動脈、並びにシャント（自己及び人工血管）における一般型バルーンカテーテルによる拡張に対して抵抗性の病変の拡張、又はこれらの血管へのステント留置時の後拡張を行う目的で使用される。

### 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	費用対効果評価への該当性
ULTRASCORE Scoring PTA バルーンカテーテル 035OTW	97,100 円	133 血管内手術用カテーテル (3) PTAバルーンカテーテル スリッピング防止型	0.97	該当しない

### 定義案

133 血管内手術用カテーテル（3）PTA バルーンカテーテルに以下を加える。

#### ・ボディワイヤ型

拡張圧をワイヤに集中させて病変に伝達することにより、一般型バルーンカテーテルより低圧で病変が拡張でき、高圧での拡張に伴う血管解離のリスクを軽減するものであること。

### 留意事項案

ボディワイヤ型を使用した場合には、診療報酬明細書の摘要欄に、一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難であると判断した医学的根拠を記載すること。

関連技術料

K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術

[ 参考 ]

企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ULTRASCORE Scoring PTA バルーンカテーテル 035OTW	97,100 円	133 血管内手術用カテーテル (3) P T A バルーンカテーテル スリッピング防止型	0.97

関連技術料

K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術

推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：初年度

推定適用患者数：17,477 人 / 年

本医療機器の市場規模予測（ピーク時）

予測年度：6 年度

本医療機器使用患者数：5,120 人 / 年

予測販売金額：5.5 億円 / 年




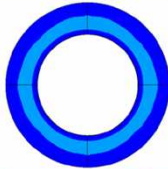
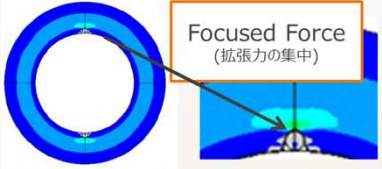


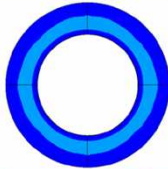
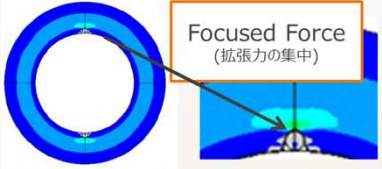


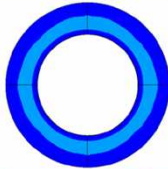
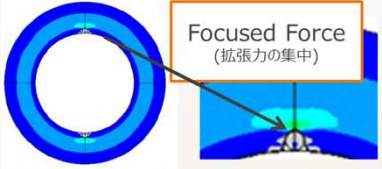
諸外国におけるリストプライス

販売名	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラリア	外国平均価格
ULTRASCORE Scoring PTA バルーンカテーテル 035OTW	1,306 米ドル (139,742 円)	-	499 ユーロ (63,373 円)	-	-	101,558 円

\* 為替レート（2020 年 9 月～2021 年 8 月の日銀による為替レートの平均）

1 米ドル = 107 円、1 ユーロ = 127 円

## 製品概要

1 販売名	ULTRASCORE Scoring PTAバルーンカテーテル 035OTW									
2 希望業者	株式会社メディコン									
3 使用目的	<p>本品は、経皮的血管形成術(PTA)において、腎動脈、腸骨動脈、大腿動脈、膝窩動脈、膝下動脈、並びにシャント(自己及び人工血管)における一般型バルーンカテーテルによる拡張に対して抵抗性の病変の拡張、又はこれらの血管へのステント留置時の後拡張を行う目的で使用される。</p>									
4 構造・原理	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">出典:企業提出資料</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>製品特徴</b> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 本品は、経皮的血管形成術(PTA)において、一般型バルーンカテーテルによる拡張に対して抵抗性の病変の拡張等を行う目的で使用されるバルーン拡張式血管形成術用カテーテルである。</li> <li>● 本品は、拡張圧をバルーン側面のワイヤに集中させることにより、より低圧で病変が拡張でき、高圧での拡張に伴う血管解離のリスクを軽減することができる。また、本品は40mmから300mmまでのバルーン長があり、病変長が長く、抵抗性の病変に対しても拡張を行うことができる。</li> </ul> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 45%;">一般型バルーン (POBA)</th> <th style="width: 40%;">本品</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">断面図</td> <td style="text-align: center;">  <p style="text-align: center;">バルーン</p> </td> <td style="text-align: center;">  <p style="text-align: center;">ボディワイヤ バルーン ボディワイヤ</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">FEA</td> <td style="text-align: center;">  <p style="text-align: center;">拡張力は 全体に分散する</p> </td> <td style="text-align: center;">  <p style="text-align: center;">Focused Force (拡張力の集中)</p> </td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <b>臨床上の有用性</b> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 本品の有用性及び安全性について、国内外の学術文献及び非臨床試験成績等に基づき、以下の事項が示されている。 <ul style="list-style-type: none"> <li>POBA(経皮的古典的バルーン血管形成)より低圧で拡張抵抗性病変を開大できること</li> <li>拡張時の血管損傷リスクは、通常型バルーン使用時と同等であること</li> </ul> </li> <li>● また、心血管造影・インターベンション協会(SCAI)のコンセンサスガイドラインにおいても、中等度から重度の石灰化で拡張が困難な病変に対する補助的な治療として推奨されている。</li> </ul>		一般型バルーン (POBA)	本品	断面図	 <p style="text-align: center;">バルーン</p>	 <p style="text-align: center;">ボディワイヤ バルーン ボディワイヤ</p>	FEA	 <p style="text-align: center;">拡張力は 全体に分散する</p>	 <p style="text-align: center;">Focused Force (拡張力の集中)</p>
	一般型バルーン (POBA)	本品								
断面図	 <p style="text-align: center;">バルーン</p>	 <p style="text-align: center;">ボディワイヤ バルーン ボディワイヤ</p>								
FEA	 <p style="text-align: center;">拡張力は 全体に分散する</p>	 <p style="text-align: center;">Focused Force (拡張力の集中)</p>								

## 医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名                                    オンコタイプ DX 乳がん再発スコアプログラム  
 保険適用希望企業                    エグザクトサイエンス株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
オンコタイプ DX 乳がん再発スコア プログラム	C2（新機能・新技術）	本品は、ホルモン受容体陽性かつHER2 陰性の早期浸潤性乳がん患者の腫瘍組織から抽出した 21 遺伝子のRNA 発現の定量値に基づき再発スコアを算出する。再発スコアは、浸潤性乳がん患者における遠隔再発リスクの提示及び化学療法の要否の決定を補助する。 検査対象は、リンパ節転移陰性、微小転移又はリンパ節転移1～3 個の患者とする。

### ○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	費用対効果評価への該当性
オンコタイプ DX 乳がん再発スコア プログラム		特定保険医療材料として設定せず、 新規技術料として評価する。		

### ○ 準用技術料

#### D004-2 悪性腫瘍組織検査

##### 1 悪性腫瘍遺伝子検査

イ処理が容易なもの

（1）医薬品の適応判定の補助等に用いるもの

注1 イ 2項目

注1 ハ 4項目以上

2,500点 3回分

4,000点 2回分

8,000点 2回分

#### D006-19 がんゲノムプロファイリング検査

##### 1 検体提出時

8000点

#### D409-2 乳がんセンチネルリンパ節生検

##### 1 併用法

5000点

合計 44,500点

○ 留意事項案

D004-2 悪性腫瘍組織検査の留意事項に以下を追加する。

(26) 乳癌悪性度判定検査

ア ホルモン受容体陽性かつ **HER2** 陰性であって、リンパ節転移陰性、微小転移又はリンパ節転移 1～3 個の早期浸潤性乳癌患者を対象に、遠隔再発リスクの提示及び化学療法の要否の決定を目的として、腫瘍組織から抽出した 21 遺伝子の RNA 発現の定量値に基づき乳癌悪性度判定検査を実施した場合は、本区分の「1」の「イ」の（1）医薬品の適応判定の補助等に用いるものの所定点数 3 回分、「注 1」の「イ」 2 項目の所定点数 2 回分、「ハ」 4 項目以上の所定点数 2 回分、区分番号「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の「1」検体提出時の所定点数及び区分番号「D409-2」乳がんセンチネルリンパ節生検の「1」併用法の所定点数を合算した点数を準用して、原則として患者 1 人につき 1 回に限り算定できる。なお、医学的な必要性から患者 1 人につき 2 回以上実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的な理由を記載すること。

イ 本検査の実施に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄にホルモン受容体、**HER2** の検査結果及びリンパ節転移の状況について記載すること。



[参考]

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分
オンコタイプ DX 乳がん再発スコア プログラム	特定保険医療材料ではなく新規技術料を希望する。	

○ 準用希望技術料

D004-2 悪性腫瘍組織検査

1 悪性腫瘍遺伝子検査

ロ処理が複雑なもの

5,000 点 3 回分

注 2 イ 2 項目

8,000 点 2 回分

注 2 ロ 3 項目以上

12,000 点 2 回分

合計 55,000 点

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：10 年度

推定適用患者数：63,000 人／年間

○ 本医療機器の市場規模予測（ピーク時）

予測年度：9 年度

本医療機器使用患者数：18,700 人／年間

予測販売金額：83.2 億円／年間

## 製品概要

1 販売名	オンコタイプDX 乳がん再発スコアプログラム																																	
2 希望業者	エグザクトサイエンス株式会社																																	
3 使用目的	<p>本品は、ホルモン受容体陽性かつHER2 陰性の早期浸潤性乳がん患者の腫瘍組織から抽出した21 遺伝子のRNA 発現の定量値に基づき再発スコアを算出する。再発スコアは、浸潤性乳がん患者における遠隔再発リスクの提示及び化学療法の要否の決定を補助する。</p> <p>検査対象は、リンパ節転移陰性、微小転移又はリンパ節転移1～3 個の患者とする。</p>																																	
4 構造・原理	<div style="text-align: right;">出典：企業提出資料</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>製品特徴</b> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>本品は、オンコタイプDX乳がん再発スコア<sup>®</sup>検査から得られる遺伝子増幅曲線を、専用ウェブサイトを通じて医師に提示し、医師が照査、承認後に再発スコア<sup>®</sup>結果が記載された最終報告書が発行されるソフトウェアプログラムである。  <small>※ 医療従事者からの依頼をもとに、バリデートされたラボプロセスから得られたデータを集約、正規化し、医療従事者がデータの照査と承認を行うことで、本品は再発スコア結果を生成する。再発スコア結果は、浸潤性乳がん患者における化学療法の要否の判断を補助する遠隔再発のリスクと化学療法の上乗せ効果を提供する数値である。</small></li> <li>本品を用いることで術後化学療法の要否についての客観的な指標が得られることにより、過剰治療および過小治療のリスクを低減することが可能である。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>臨床上的有用性</b> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>ホルモン受容体陽性、HER2陰性、リンパ節転移陰性乳がん患者を対象としたTAILORx試験では、再発スコア結果0-10の患者に対して、ホルモン療法単独を行った場合の9年無遠隔再発率は96.8% ±0.7%と推定された。また、再発スコア結果が11-25の患者における無遠隔再発期間、無再発期間、及び全生存期間について、内分泌療法単独による治療は化学内分泌療法に非劣勢であった。</li> <li>NSABP B-20試験のHER2陰性サブグループ解析では、再発スコア結果が26-100の患者における10年無遠隔再発率の推定値が、術後化学療法なしの場合は62%、術後化学療法ありの場合は88%となった。</li> </ul> <div style="text-align: center;"> <b>NSABP B-20試験（HER2陰性サブグループ解析）とTAILORx試験の結果</b> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 30%;"> <p>再発スコア<sup>®</sup>結果 0-10 NSABP B-20<sup>12</sup> (Level 1B evidence)</p> <p>化学療法の上乗せ効果なし</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>RSB result</th> <th>TAM + CT</th> <th>TAM</th> <th>N</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-10</td> <td>110</td> <td>46</td> <td></td> <td>0.46</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 30%;"> <p>再発スコア<sup>®</sup>結果 11-25 TAILORx<sup>2</sup> (Level 1A evidence)</p> <p>化学療法の上乗せ効果なし</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>RSB result</th> <th>ET + CT</th> <th>ET</th> <th>N</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11-25</td> <td>3,312</td> <td>3,399</td> <td></td> <td>0.48</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 30%;"> <p>再発スコア<sup>®</sup>結果 26-100 NSABP B-20<sup>12</sup> (Level 1B evidence)</p> <p>化学療法の上乗せ効果 26%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>RSB result</th> <th>TAM + CT</th> <th>TAM</th> <th>N</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26-100</td> <td>87</td> <td>35</td> <td></td> <td>&lt;0.001</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>約 80% の患者さん<sup>*)3-8</sup></p> <p>約 20% の患者さん<sup>*)3-8</sup></p> </div>	RSB result	TAM + CT	TAM	N	p	0-10	110	46		0.46	RSB result	ET + CT	ET	N	p	11-25	3,312	3,399		0.48	RSB result	TAM + CT	TAM	N	p	26-100	87	35		<0.001			
	RSB result	TAM + CT	TAM	N	p																													
0-10	110	46		0.46																														
RSB result	ET + CT	ET	N	p																														
11-25	3,312	3,399		0.48																														
RSB result	TAM + CT	TAM	N	p																														
26-100	87	35		<0.001																														
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>TAILORx試験 主要解析結果</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">             再発スコア結果11-25では、 内分泌療法単独による治療 は化学内分泌療法に非劣勢         </div> <p>P= 0.26 Hazard Ratio Arm B vs. Arm C (95% CI) 1.08 (0.94, 1.24)</p> <p>9-year IDFS Arm C Chemo + ET 84.3% Arm B ET Alone 83.3% } 1% difference</p> <p>Number at risk</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Months</th> <th>0</th> <th>12</th> <th>24</th> <th>36</th> <th>48</th> <th>60</th> <th>72</th> <th>84</th> <th>96</th> <th>108</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arm C Chemo + ET</td> <td>3312</td> <td>3204</td> <td>3104</td> <td>2993</td> <td>2849</td> <td>2645</td> <td>2335</td> <td>1781</td> <td>1130</td> <td>523</td> </tr> <tr> <td>Arm B ET Alone</td> <td>3399</td> <td>3293</td> <td>3194</td> <td>3081</td> <td>2953</td> <td>2741</td> <td>2431</td> <td>1859</td> <td>1197</td> <td>537</td> </tr> </tbody> </table>	Months	0	12	24	36	48	60	72	84	96	108	Arm C Chemo + ET	3312	3204	3104	2993	2849	2645	2335	1781	1130	523	Arm B ET Alone	3399	3293	3194	3081	2953	2741	2431	1859	1197	537
Months	0	12	24	36	48	60	72	84	96	108																								
Arm C Chemo + ET	3312	3204	3104	2993	2849	2645	2335	1781	1130	523																								
Arm B ET Alone	3399	3293	3194	3081	2953	2741	2431	1859	1197	537																								
	<ul style="list-style-type: none"> <li>日本乳癌学会「乳癌診療ガイドライン」において、「ホルモン受容体陽性HER2 陰性乳癌で、リンパ節転移陰性であれば、OncotypeDXのRSが25以下の場合には術後化学療法を省略することは強く勧められる。」とされている。</li> </ul>																																	

## 医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 術中 MR イメージング装置 OPERADA Open  
 保険適用希望企業 富士フイルムヘルスケア株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
術中 MR イメージング装置 OPERADA Open	C2（新機能・新技術）	<p>患者に関する磁気共鳴信号をコンピュータ処理し、再構成画像を診療のために提供すること。なお、MR装置の静磁場強度は4テスラ以下である。</p> <p>汎用電動式手術台は、手術が必要な部位の大部分に適応するよう改良された完全移動型（汎用）であり、コンセント電源式・電池電源式の併用式である。</p> <p>頭部手術用クランプは、手術時に特定の固定位置に頭部及び頸部を固定するため頭蓋の保持に用いる手術器具である。通常、脳神経外科手術に用いる。</p> <p>なお、MR手術室内で、汎用電動式手術台および頭部手術用クランプを使用してMR撮像する場合がある。</p>

### ○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	費用対効果評価への該当性
術中 MR イメージング装置 OPERADA Open	特定保険医療材料としては設定せず、新規技術料にて評価する。			

### ○ 準用技術料

K 9 3 9 画像等手術支援加算

1 ナビゲーションによるもの 2,000 点

N 0 0 3 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき） 1,990 点

合計 3,990 点

○ 留意事項案

- ・ 区分番号「K169」の「2」又は「K171-2」に掲げる手術に当たって、同一手術室内において術中にMRIを撮像した場合は、区分番号「K939」の「1」ナビゲーションによるもの及び「N003」術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）の所定点数を合算した点数を準用して算定する。なお、本品の使用に当たっては、術中MRIガイドラインを遵守すること。
- ・ この場合、MRIに係る費用は別に算定できる。

○ 関連技術料

K169	頭蓋内腫瘍摘出術	
2	その他のもの	132,130点
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術	
1	下垂体腫瘍	110,970点
2	頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く。）	126,120点
E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）	
3	1又は2以外の場合	900点
注3	造影剤使用加算	250点

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分
術中 MR イメージング装置 OPERADA Open	特定保険医療材料ではなく新規技術料を希望する。	

○ 関連技術料

K169	頭蓋内脳腫瘍摘出術	
2	その他のもの	132,130 点
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術	
1	下垂体腫瘍	110,970 点
2	頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く。）	126,120 点

○ 準用希望技術料

B011-4	医療機器安全管理料	
2	放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき）	1,100 点
E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）（一連につき）	
3	1 又は 2 以外の場合	900 点 3 回分
	注 3 造影剤使用加算	250 点 3 回分
K939-2	術中血管等描出撮影加算	500 点 3 回分
M001	体外照射	
	注 3 体外照射用固定器具加算	1,000 点 3 回分
M001-3	直線加速器による放射線治療（一連につき）	
	注 2 定位放射線治療呼吸性移動対策加算 イ 動体追尾法	10,000 点
	合計	19,050 点

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：初年度

推定適用患者数：5,205 人／年

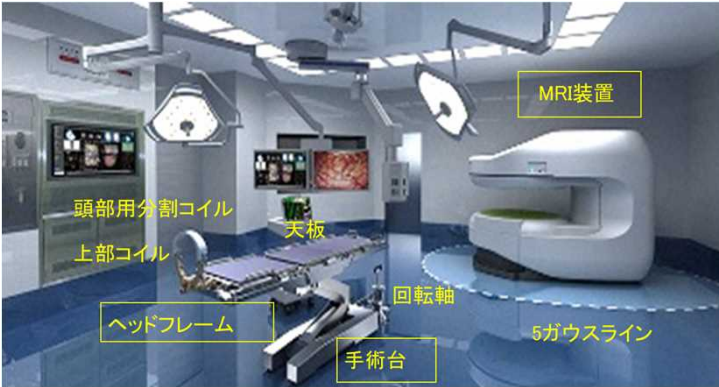
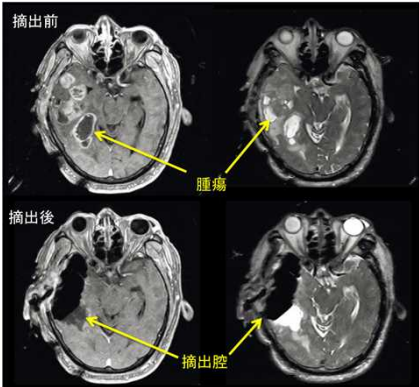
○ 本医療機器の市場規模予測（ピーク時）

予測年度：10 年度

本医療機器使用患者数：4,800 人／年

予測販売金額：1.9 億円

## 製品概要

1 販売名	術中MRイメージング装置 OPERADA Open															
2 希望業者	富士フイルムヘルスケア株式会社															
3 使用目的	<p>患者に関する磁気共鳴信号をコンピュータ処理し、再構成画像を診療のために提供すること。なお、MR装置の静磁場強度は4テスラ以下である。</p> <p>汎用電動式手術台は、手術が必要な部位の大部分に適応するよう改良された完全移動型(汎用)であり、コンセント電源式・電池電源式の併用式である。</p> <p>頭部手術用クランプは、手術時に特定の固定位置に頭部及び頸部を固定するため頭蓋の保持に用いる手術器具である。通常、脳神経外科手術に用いる。</p> <p>なお、MR手術室内で、汎用電動式手術台および頭部手術用クランプを使用してMR撮像する場合がある。</p>															
4 構造・原理	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="335 761 582 824" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>製品特徴</b> </div> <div data-bbox="1220 757 1465 790">             出典:企業提出資料           </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>本品は、脳神経外科手術において、手術室内でMR検査を実施するために、汎用電動式手術台及び頭部手術用クランプと組合せて使用するMR装置である。手術室内で頭蓋内腫瘍摘出術中にMR撮像を行うことができる(1ルーム型術中MRI)ため、手術中に残存腫瘍や合併症の有無を確認できる。</li> </ul> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="335 1411 699 1473" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>临床上の有用性</b> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>術中MRを使うと、残存腫瘍、術中出血、遺残金属等の確認ができるため、様々な手術後合併症等のリスクを低減できる。             <p style="font-size: small; margin-left: 20px;">脳腫瘍診療ガイドライン;「膠芽腫では、手術後の一般状態が良い場合において、手術による摘出度が高いほど、無増悪生存期間と全生存期間の改善がみられる(推奨グレードC1)」と推奨。</p> <p style="font-size: small; margin-left: 20px;">術中MRIガイドライン;「術中MRIはグリオーマ(神経膠腫)など脳内の浸潤性腫瘍や下垂体腫瘍に対する手術が良い適応となる。」、目的として「手術計画の達成度の評価」を推奨。</p> </li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #4a7ebb; color: white;"> <th></th> <th>術死 (術後1カ月以内)</th> <th>30日以内再手術</th> <th>再手術内訳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 room 術中MRI 摘出術</td> <td>0.06% (1634例中1例)</td> <td>2% (1634例中34例)</td> <td>・術後出血0.98%(16例) ・感染0.86%(14例) ・水頭症0.25%(4例)</td> </tr> <tr> <td>2 room 術中MRI 摘出術</td> <td>-</td> <td>4.8% (516例中25例)</td> <td>・術後出血3.3%(17例) ・感染0.8%(4例) ・創傷治癒障害0.8%(4例)</td> </tr> <tr> <td>従来の摘出術</td> <td>3% (11462例中371例)</td> <td>3-9% (11462例中350例<sup>3)</sup>)</td> <td>・血種除去1.1%(128例) ・感染0.58%(68例) ・腫瘍再摘出0.41%(48例)</td> </tr> </tbody> </table>		術死 (術後1カ月以内)	30日以内再手術	再手術内訳	1 room 術中MRI 摘出術	0.06% (1634例中1例)	2% (1634例中34例)	・術後出血0.98%(16例) ・感染0.86%(14例) ・水頭症0.25%(4例)	2 room 術中MRI 摘出術	-	4.8% (516例中25例)	・術後出血3.3%(17例) ・感染0.8%(4例) ・創傷治癒障害0.8%(4例)	従来の摘出術	3% (11462例中371例)	3-9% (11462例中350例 <sup>3)</sup> )
	術死 (術後1カ月以内)	30日以内再手術	再手術内訳													
1 room 術中MRI 摘出術	0.06% (1634例中1例)	2% (1634例中34例)	・術後出血0.98%(16例) ・感染0.86%(14例) ・水頭症0.25%(4例)													
2 room 術中MRI 摘出術	-	4.8% (516例中25例)	・術後出血3.3%(17例) ・感染0.8%(4例) ・創傷治癒障害0.8%(4例)													
従来の摘出術	3% (11462例中371例)	3-9% (11462例中350例 <sup>3)</sup> )	・血種除去1.1%(128例) ・感染0.58%(68例) ・腫瘍再摘出0.41%(48例)													

# 医薬品等の費用対効果評価案について

中医協 総-2-1  
3 . 1 1 . 1 0

	品目名	効能・効果	収載時価格	うち有用性系 加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	頁
①	ノクサフィル錠 (MSD)	深在性真菌症※	3,109.10円(100mg1錠)	なし	112億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2020/4/8	2

※ 「造血幹細胞移植患者又は好中球減少が予測される血液悪性腫瘍患者における深在性真菌症の予防」及び「真菌症(侵襲性アスペルギルス症、フサリウム症、ムーコル症、コクシジオイデス症、クロモブラストミコーシス、菌腫)の治療(侵襲性アスペルギルス症については令和3年9月27日に効能追加)」

## 医薬品等の費用対効果評価案について

対象品目名：ノクサフィル錠(ポサコナゾール)

製造販売業者名：MSD 株式会社

効能又は効果：「造血幹細胞移植患者又は好中球減少が予測される血液悪性腫瘍患者における深在性真菌症の予防」及び「真菌症(侵襲性アスペルギルス症、フサリウム症、ムーコル症、コクシジオイデス症、クロモブラストミコーシス、菌腫)の治療※」

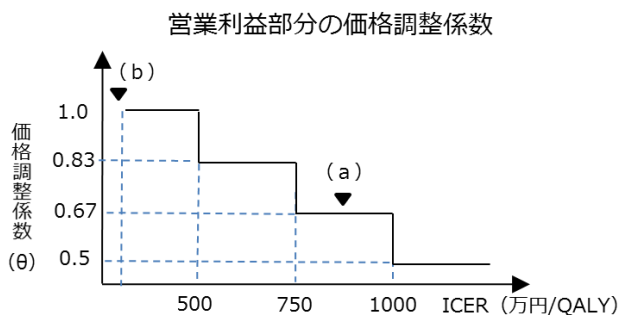
※ 真菌症の治療においては、本邦では希少な感染症であり、本剤の使用が予測される患者数に占める割合も小さく、分析対象としていない(侵襲性アスペルギルス症については令和3年9月27日に効能追加)。

対象集団	比較対照技術	ICER (円/QALY) の区分 ※1, 2	患者割合 (%)
分析対象集団 (a)：造血幹細胞移植患者	フルコナゾール	750 万円/QALY 以上 1,000 万円/QALY 未満	9.3
分析対象集団 (b)：好中球減少が予測される血液悪性腫瘍患者	イトラコナゾール	200 万円/QALY 未満	90.7

※1 価格決定に当たっては、その時点における対象品目並びに比較対照技術の最新の価格及びその価格を用いた ICER の区分を用いる。

※2 決定された ICER の区分について、価格決定の時点における対象品目及び比較対照技術の最新の価格を用いて、機械的に再計算し、区分が変更される場合がある。

### (補足) 分析対象集団の ICER の区分



$$\begin{aligned} & \text{価格調整後の薬価} \\ = & \text{価格調整前の薬価} - \text{有用性系加算部分} \times (1 - \gamma) \\ & - \text{営業利益部分} \times (1 - \theta) \end{aligned}$$



## (参考) ノクサフィル錠の費用対効果評価案策定に係る主な検討事項

### 1. 分析枠組みについて

決定された分析枠組み	対象とする疾患	以下の目的 (a) (b) で本剤が使用される患者それぞれについて分析を実施する。 (a) 造血幹細胞移植患者における深在性真菌症の予防 (b) 好中球減少が予測される血液悪性腫瘍患者における深在性真菌症の予防
	比較対照技術	分析対象集団 (a): ジフルカンカプセル(フルコナゾール) 分析対象集団 (b): イトリゾール内用液(イトラコナゾール)
	その他	なお、真菌症の治療においては、本邦では希少な感染症であり、本剤の使用が予測される患者数に占める割合も小さく、分析対象としていない。

### 2. 分析枠組みに係る専門組織での主な検討事項

特になし

### 3. 費用対効果評価結果案策定に係る専門組織での主な検討事項

- 深在性真菌症発生率の設定について
- 死亡確率の設定について

(専門組織の見解)

- ・ 深在性真菌症発生率と死亡確率の設定について、更なる検証として公的分析による追加分析が必要である。
- ・ 深在性真菌症の発生率と深在性真菌症発症後の死亡確率の設定について、項目により異なる期間を用いるなど、分析に用いる値の設定方法に係る課題があることを踏まえ、分析に用いる値を整理した上で、シナリオ分析を行ってはどうか。
- ・ 死亡確率の設定について、死亡確率の基となる推定値自体は、臨床試験で偶然得られた数値であり、より群間差が小さくなる場合と群間差が広がる場合のシナリオ分析を行ってはどうか。

上記を踏まえて、専門組織は、ノクサフィル錠の費用対効果評価に係る総合的評価を保留とし、死亡確率の設定及び深在性真菌症の発生率の設定方法について公的分析に対して追加分析を求めることとした。

(追加分析を踏まえた専門組織の見解)

- ・ 深在性真菌症発生率の設定について、予防投薬終了後に深在性真菌症の発症が一定数みられることから、投薬終了後の一定の観察期間を含めた期間を用いることが妥当である。
- ・ 深在性真菌症発症者の死亡確率の設定において、死亡数が試験期間全体でしかデータがない状況であれば、深在性真菌症発症数と死亡数を算出する期間については、それぞれ試験期間全体の値を用いて、期間を揃えるべきである。

- ・ 深在性真菌症発症者の死亡確率の設定において、企業は個別の値を用いて設定しているが、企業からの同死亡確率の設定に係る追加的有用性の説明は不十分であり、ガイドラインに従い、評価対象技術と比較対照技術の両群をプールした同一の値を用いるべきである。
- ・ 上記を踏まえ、公的分析による再分析及び追加分析の結果をもって当該品目の評価をすることが妥当である。

(企業からの不服意見)

- ・ 特になし

<参考：本資料に係る留意事項>

- ・ 総合的評価では、企業分析及び公的分析双方とも一定の科学的妥当性が認められている。
- ・ 「専門組織での主な検討事項」は、主な意見を抜粋したものである。
- ・ 費用対効果評価の詳細については、国立保健医療科学院から公表される報告書を参照されたい。

(以上)

# カボメティクスの企業分析提出の遅れについて

中医協 総-2-2  
3 . 11 . 10

## 経緯

令和2年5月13日	総会での指定日（腎細胞癌）	9か月※
11月27日	効能追加（肝細胞癌）	
令和3年2月12日	企業分析（腎細胞癌）提出日	
2月13日	企業分析提出期限	
8月20日	企業分析（肝細胞癌）提出日	

※製造販売業者は、中央社会保険医療協議会総会において対象品目が指定された日から、分析結果のデータを原則として9か月以内に費用対効果評価専門組織に提出することとなっている。

## 企業の主な説明内容

- 追加効能においては、当初の効能とは異なる分析枠組みの検討、枠組み決定後の企業分析が必要であり、分析枠組みの合意に3か月程度、その後の分析に概ね6か月程度が必要であった。
- 追加効能の承認は、当初の効能に関する分析データ等の提出期限の3か月前であり、追加効能に関する分析データ等も含めて企業分析期間9か月以内に提出することは困難であった。



## 費用対効果評価専門組織における妥当性の検証（令和3年9月）

- 効能追加があり、新たな分析枠組みの決定とそれに則った分析に時間を要することに関しては一定程度理解ができるため、提出期限までに分析データ等を提出できなかった当該理由は妥当である。



# 費用対効果評価対象品目（評価終了品目を除く）（令和3年10月13日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模（ピーク時予測）	費用対効果評価区分	総会での指定日	現状
1	7	ノクサフィル※3 (MSD)	深在性真菌症※7	3,109.10円 (100mg錠)	なし	112億円	H1 (市場規模が100億円以上)	2020/4/8	公的分析中
2	8	カボメティクス (武田薬品工業)	腎細胞癌、 肝細胞癌※5	8,007.60円 (20mg錠) 22,333.00円 (60mg錠)	10%	127億円	H1 (市場規模が100億円以上)	2020/5/13	公的分析中※5
3	9	エンハーツ (第一三共)	乳癌、胃癌※4	165,074円	5%	129億円	H1 (市場規模が100億円以上)	2020/5/13	公的分析中※4
4	10	ゾルゲンスマ (ノバルティスファーマ)	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	H3 (単価が高い)	2020/5/13	公的分析中
5	13	リベルサス (ノバルティスファーマ)	2型糖尿病	143.20円 (3mg錠) 334.20円 (7mg錠) 501.30円 (14mg錠)	5%	116億円	H1 (市場規模が100億円以上)	2020/11/11	公的分析中
6	15	エムガルディ (日本イライリ)	片頭痛	45,165円 (120mg 1mL1キット) 44,940円 (120mg 1mL1筒)	なし	173億円	H1 (市場規模が100億円以上)	2021/4/14	企業分析中
7	17	ポライビー (中外製薬)	リンパ腫	298,825円 (30mg) 1,364,330円 (140mg)	5%	120億円	H1 (市場規模が100億円以上)	2021/5/12	企業分析中
8	18	ダラキューロ (ヤシロファーマ)	多発性骨髄腫、全身性ALアミロイドーシス※6	432,209円	5%	370億円	H1 (市場規模が100億円以上)	2021/5/12	企業分析中※6
9	19	アリケイス (インメット)	肺非結核性抗酸菌症	42,408.40円	10%×0.2※2 (2%)	177億円	H1 (市場規模が100億円以上)	2021/5/12	企業分析中
10	22	アジヨビ (大塚製薬)	片頭痛	41,356円 (225mg1.5mL1筒)	なし	137億円	H5 (エムガルディの類似品目)	2021/8/4	分析は行わない(エムガルディの評価に準じる)
11	23	アイモビーグ (アムジエン)	片頭痛	41,356円 (70mg 1mL1キット)	なし	153億円	H5 (エムガルディの類似品目)	2021/8/4	分析は行わない(エムガルディの評価に準じる)
12	24	レベスティブ (武田薬品工業)	短腸症候群	79,302円 (3.8mg 1瓶)	5%×0.2※2 (1%)	60億円	H2 (市場規模が50億円以上)	2021/8/4	分析前協議中
13	25	ベクルリー (ギリアド・サイエンズ)	SARS-CoV-2による感染症	63,342円 (100mg 1瓶)	なし	181億円	H1 (市場規模が100億円以上)	2021/8/4	分析前協議中
14	26	Micra 経カテーテル ペーシングシステム (日本トドコック)	※8	1,170,000円	10%	77億円	H2 (市場規模が50億円以上)	2021/10/13	分析前協議中

※1 収載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。

※2 加算係数（製品総原価の開示度に応じた加算率）・・・開示度80%以上：1.0、50～80%：0.6、50%未満：0.2

※3 ノクサフィルは内用薬（ノクサフィル錠100mg）のみが費用対効果評価対象。

※4 胃癌については令和2年9月25日に効能追加され、公的分析中。

※5 肝細胞癌については令和2年11月27日に効能追加され、公的分析中。

※6 全身性ALアミロイドーシスについては令和3年8月25日に効能追加され、分析前協議中。

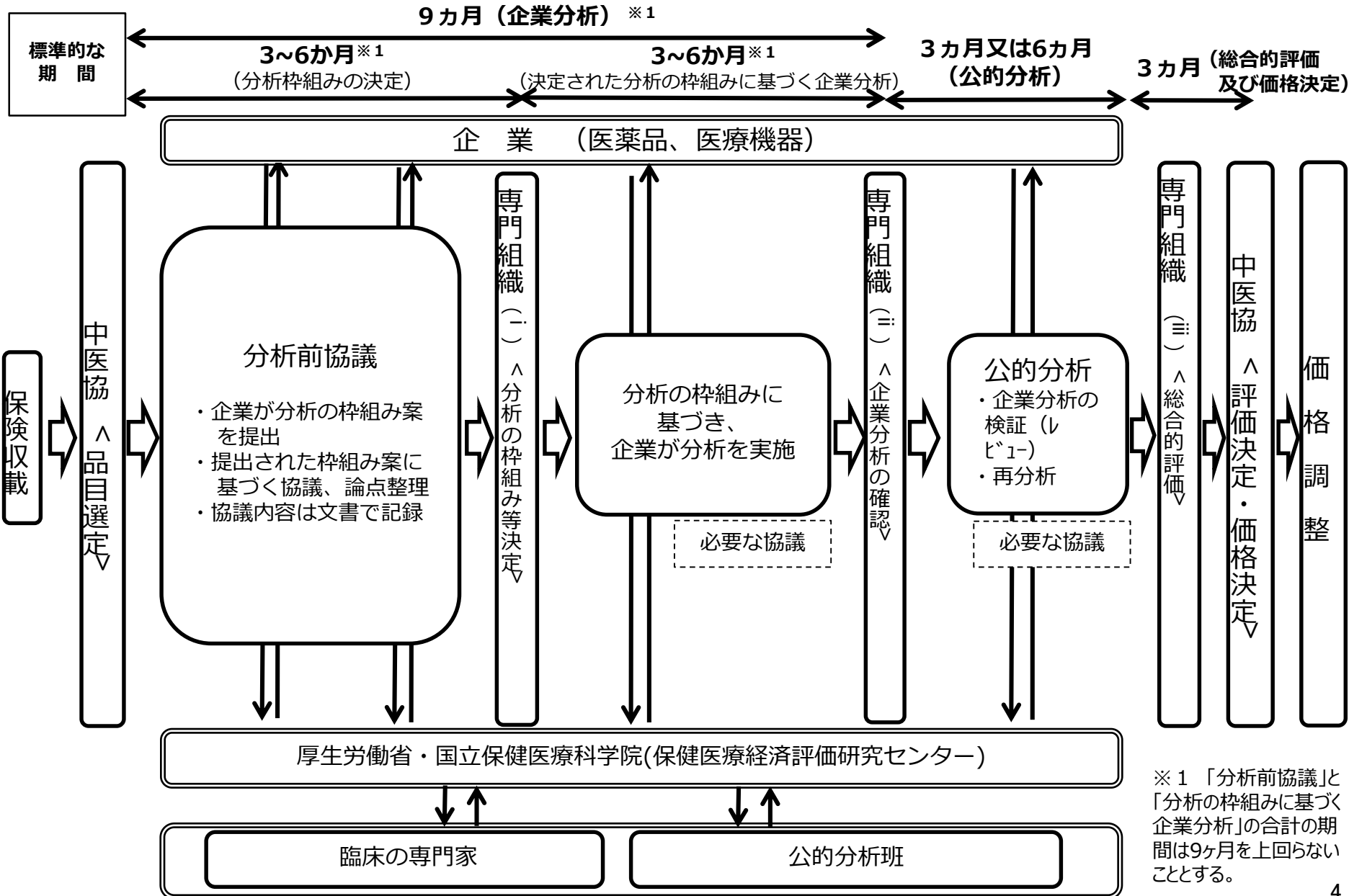
※7 「造血幹細胞移植患者又は好中球減少が予測される血液悪性腫瘍患者における深在性真菌症の予防」及び「真菌症(侵襲性アスペルギルス症、フザリウム症、ムーコル症、コクシジオイデス症、クロモプラストミコーシス、菌腫)の治療(侵襲性アスペルギルス症については令和3年9月27日に効能追加)」

※8 主な使用目的：本品は、カテーテルを用いて経皮的に右心室内に留置される電極一体型の植込み型心臓ペースメーカーである。なお、本品は撮像可能条件に適合する場合にのみ限定的にMRI検査が可能となる機器である。

## 費用対効果評価終了品目（令和3年10月13日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
1	1	テリルジー100エリプタ (グラク・スミスクライン)	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	236億円	H1（市場規模が100億円以上）	2019/5/15	4,183.50円（14吸入1キット） 8,853.80円（30吸入1キット）	4,160.80円（14吸入1キット） 8,805.10円（30吸入1キット）	2021/7/1
2	2	キムリア (ノバルティスファーマ)	白血病	72億円	H3（単価が高い）	2019/5/15	34,113,655円	32,647,761円	2021/7/1
3	3	ユルトミリス (アレクシオンファーマ)	発作性夜間ヘモグロビン尿症	331億円	H1（市場規模が100億円以上）	2019/8/28	730,894円	699,570円	2021/8/1
4	4	ビレーズトリエアロス フィア（アストラゼネカ）	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	189億円	H5（テリルジーの類似品目）	2019/8/28	4,150.30円	4,127.60円	2021/7/1
5	12	エナジア (ノバルティスファーマ)	気管支喘息	251億円	H5（テリルジーの類似品目）	2020/8/19	291.90円（中用量） 333.40円（高用量）	290.30円（中用量） 331.50円（高用量）	2021/7/1
6	14	テリルジー200エリプ (グラク・スミスクライン)	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	130億円	H5（テリルジーの類似品目）	2021/2/10	4,764.50円（14吸入1キット） 10,098.90円（30吸入1キット）	4,738.50円（14吸入1キット） 10,043.30円（30吸入1キット）	2021/7/1
7	16	イエスカルタ (第一三共)	リンパ腫	79億円	H5（キムリアの類似品目）	2021/4/14	34,113,655円	32,647,761円	2021/4/21
8	20	ブレヤンジ (セルジーン)	リンパ腫	82億円	H5（キムリアの類似品目）	2021/5/12	34,113,655円	32,647,761円	2021/5/19
9	5	トリンテリックス (武田薬品工業)	うつ病・うつ状態	227億円	H1（市場規模が100億円以上）	2019/11/13	168.90円（10mg錠） 253.40円（20mg錠）	161.70円（10mg錠） 242.50円（20mg錠）	2021/11/1
10	6	コララン (小野薬品工業)	慢性心不全	57.5億円	H2（市場規模が50億円以上）	2019/11/13	82.90円（2.5mg錠） 145.40円（5mg錠） 201.90円（7.5mg錠）	変更なし	-
11	11	エンレスト (ノバルティスファーマ)	慢性心不全	141億円	H5（コラランの類似品目）	2020/8/19	65.70円（50mg錠） 115.20円（100mg錠） 201.90円（200mg錠）	変更なし	-
12	21	ベリキューボ (バイエル薬品)	慢性心不全	95億円	H5（エンレストの類似品目）	2021/8/4	131.50円（2.5mg錠） 230.40円（5mg錠） 403.80円（10mg錠）	変更なし	-

# 費用対効果評価の分析・評価の流れ



※1 「分析前協議」と「分析の枠組みに基づく企業分析」の合計の期間は9ヶ月を上回らないこととする。

医薬品、医療機器及び再生医療等製品の  
費用対効果評価に関する取扱いについて（抜粋）  
（令和2年2月7日医政発0207第5号、保発0207第6号）

2 製造販売業者による分析

(2) 製造販売業者による分析

③ 分析データ等の提出

製造販売業者は、中央社会保険医療協議会総会において対象品目が指定された日から、分析方法、条件及びICER（対象品目の増分費用効果比をいう。以下同じ。）を含む分析結果のデータ（以下「分析データ等」という。）を、原則として9か月以内に費用対効果評価専門組織に提出しなければならない。

製造販売業者は、提出期限までに分析データ等を提出することができなかった場合には、分析データ等を提出する際に、その理由を付さなければならない。費用対効果評価専門組織は、当該理由の妥当性を検証し、当該検証結果を中央社会保険医療協議会総会に報告する。

4 費用対効果評価専門組織の開催

(2) 製造販売業者の分析データ等の審査

① 費用対効果評価専門組織は、次の事項について、製造販売業者から提出された分析データ等の内容を専門的見地から審査する。

ア 分析中の協議の内容

イ 分析方法の妥当性（分析枠組みに基づく分析方法であることの確認等）

ウ 分析データ等の科学的妥当性

エ 報告期限までに分析データ等が報告されなかった場合には、その理由の妥当性



## 令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価等について

### 1. 現状について

- 令和4年度診療報酬改定に向けて、診療報酬における医療技術の適正な評価の観点から、医療技術評価分科会（以下「分科会」という。）において、学会等から提出された医療技術評価・再評価提案書（以下「提案書」という。）に基づき、新規医療技術の評価及び既存技術の再評価（以下単に「評価」という。）に関する検討を行っている。
  
- 具体的には、本年2月から6月にかけて、学会等から合計905件の提案書が厚生労働省に提出された。今般、学会等からのヒアリングの内容とワーキンググループの意見を踏まえ、事務局において提案内容や重複提案の有無の確認を行ったうえで、「医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）」を作成した。

### 2. 令和4年度診療報酬改定に向けた対応について

#### （1）評価の対象等について

- 令和2年度診療報酬改定と同様の取扱いとする。
  - ① 医療技術評価分科会に提案書の提出された技術について
    - ・ 評価の対象となる提案は、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部「医学管理等」から第13部「病理診断」、又は歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部「医学管理等」から第14部「病理診断」に該当する技術として評価されている又はされることが適当な医療技術であって、医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができる技術に係るものに限る。
    - ・ また、提案書が提出された医療技術の実施に当たり、薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用するものは、原則として分科会における評価の対象外とする。承認が見込まれるものについては、令和3年8月末日までに確実に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となる。
  
  - ② 先進医療として実施されている技術について
    - ・ 先進医療として実施されている技術についても、分科会における評価の対象とする。

#### （2）医療技術の体系的な分類について

- 令和2年度診療報酬改定において、平成30年度分（1年間）の手術分類（Kコード）に係るDPCデータの抽出・検証等を通じて、体系的な分類方法の検討、課題の抽出、特定の診療分野における試行的な導入等を検討することとされたことを踏まえ、厚生労働行政推進調査事業「公的医療保険における外科手術等の医療技術の評価及びその活用方

法等に関する研究」(以下「研究班」という。)において、関係団体等とも連携しつつ検討し、今後、その内容について分科会への報告を求めることとした。

(3) 科学的根拠に基づく医療技術の評価について

○ 既に保険収載されている医療技術の評価について

学会等が作成する「診療ガイドライン」等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療報酬上の評価や要件の見直し等を行うため、提案書において、

- ・ 診療ガイドライン等における当該医療技術の位置づけ等を明記する欄を新設し、当該医療技術の評価の参考とする
- ・ 当該医療技術に関連して、評価の見直しや削除等が可能と考えられる医療技術について、現在行われている医療技術も含まれることを明確化し、知見の提出を求める

こととした。

○ レジストリに登録され、実施された医療技術の評価について

レジストリに登録することを要件として保険適用された医療技術については、レジストリへの登録状況及び当該医療技術の実績等について、関連学会等を主体として検証した上で、分科会への報告等を行うこととした。

3. 令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術評価等の進め方について(案)

(1) 評価の対象等について

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

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

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

○ 令和4年1月を目途に開催予定の分科会において結果をとりまとめ、その後中央社会保険医療協議会(中医協)へ報告し、中医協総会において最終的な検討を行う。

(2) 医療技術の体系的な分類について

○ 研究班において、データの利活用の観点から、DPCデータを用いて、KコードとSTEM7との突合を行っている。今後、検討結果について、研究班より分科会に対して報告を

受けることとし、それに基づいて検討を進めることとする。

(3) 科学的根拠に基づく医療技術の評価について

○ 既に保険収載されている医療技術の評価については、診療ガイドライン等やレジストリへの登録等に係る項目を提案書に盛り込んでいたことから、引き続き、これらの観点を踏まえ、評価を進めることとする。

① 提案書においては、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置づけ等を明記する欄を新設し、ガイドラインの見直し状況などについて、現状把握を行うこととともに、評価の参考とすることとした。今般、提案書が提出され、医療技術評価分科会における評価の対象である医療技術のうち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等での記載あり」とされたものは、481件であった。

② 今般、学会等から分科会に提案書の提出があった技術のうち、レジストリへの登録に関連して、ロボット支援下内視鏡手術に関するものは18件であった。さらにこのうち、レジストリへの登録状況及び当該医療技術の実績等について、関連学会等を主体として検証されたものは、13件であった。

中医協	総-3	参考1
3	1	1
1	1	0

診調組	技-1-1	参考2
3	1	1
1	1	4

中医協	診-1
3	2
1	0

診調組	技-2
3	2
1	1

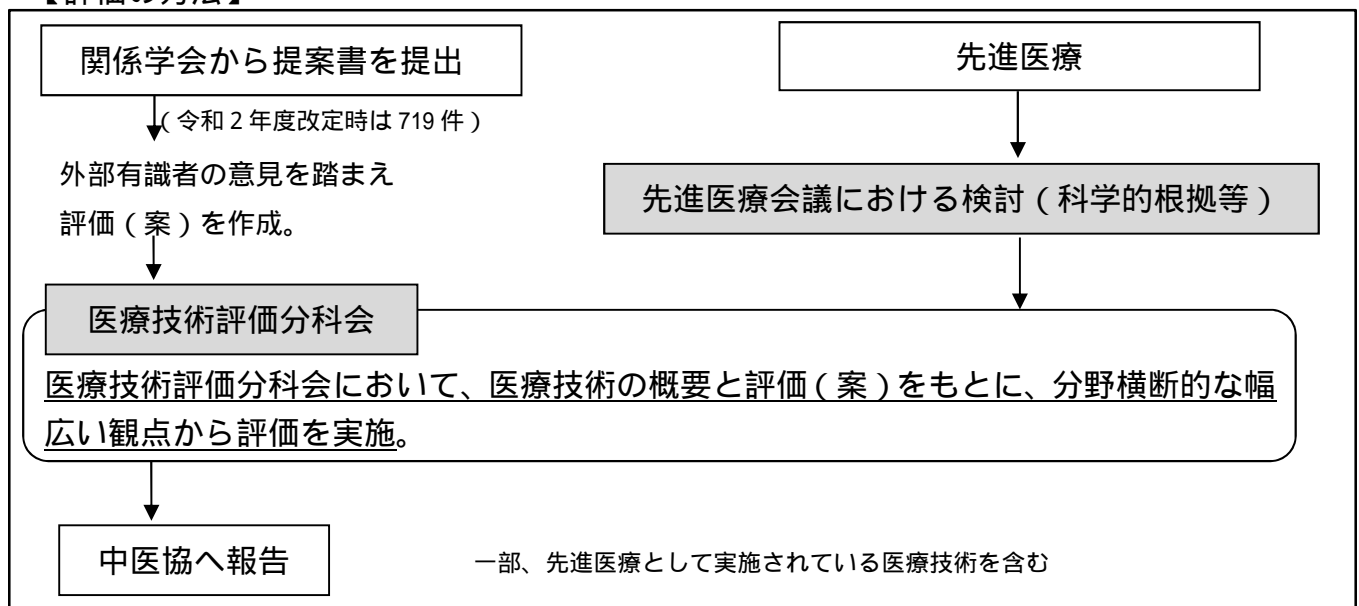
## 令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価方法等について（案）

### 1. 令和2年度診療報酬改定における対応

#### (1) 令和2年度診療報酬改定における評価の概要

新規医療技術の評価及び既存医療技術の再評価については、診療報酬改定毎に、学会等から提出された技術評価提案書を踏まえ、医療技術評価分科会（以下、「分科会」という。）において検討を進め、中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」という。）総会へ報告を行ってきた。

#### 【評価の方法】



分科会における評価の対象となる医療技術は、これまで同様、診療報酬点数表の基本診療料に係る事項を除く医療技術であって、当該医療技術に係る医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品に係る医薬品医療機器等法上の承認が確認されたものとした。また、先進医療として実施されている医療技術についても、分科会における評価の対象とした。

提案書の様式については、効率的に作業を進めるために、以下のような対応を行った。

提案が複数回行われている医療技術について、過去の提案との差異や改善点等を明

確化するために、当該医療技術に係る過去の提案年や名称等を記載する欄を新設  
薬事承認に係る状況を記載する欄について、正確に記載されるよう修正

学会等からの医療技術の提案に対する評価（案）の作成に当たり、その透明性や公平性等を確保する観点から、各領域の専門家からなるワーキンググループ（以下、「WG」という。）を分科会の下に設置し、意見を求めることとした。なお、WGの開催に当たっては、「医療技術評価分科会に係るワーキンググループ 開催設置要綱」に基づくこととした。

## （２）令和２年度診療報酬改定における主な論点

令和２年度診療報酬改定における医療技術の評価に係る主な論点は以下のとおり。

先進医療として実施されている医療技術の保険適用の検討について

平成 28 年度診療報酬改定においては、先進医療として実施されている医療技術について、分科会への提案の受付を行うことを明確化した。

平成 30 年度診療報酬改定においては、統一的な考え方のもとで、より分野横断的・網羅的に検討されることが必要であることを踏まえ、当該医療技術の保険適用に係る評価も分科会で行うこととした。

令和２年度診療報酬改定においては、先進医療会議で評価された科学的根拠を踏まえつつ、その他の医療技術等と同様の評価基準のもと、診療における位置づけや保険適用の優先度等の観点も含め、当該医療技術の保険適用の必要性・妥当性について評価することとした。また、今後の対応として、以下のとおりとすることとした。

### （１）先進医療会議における評価対象技術

当該技術が分科会に提案されていない場合

これまで同様、先進医療会議の評価を踏まえ、分科会として評価を行う。

当該技術と類似又は同一のものが分科会に提案された場合

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

その後、先進医療会議の評価結果を踏まえ、分科会として評価を行う。

### （２）先進医療会議における評価対象技術とならない技術

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

医療技術の体系的な分類について

診療報酬上の手術分類（Ｋコード）については、診療報酬改定ごとに、様々な追加

等を行い対応してきたところであるが、イノベーションの進展に伴い手術の多様化・高度化等が進む中で、一定の限界が指摘されている。一方で、臨床的な観点から、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）により整理されている手術・手技の分類として、外保連手術試案の手術の基幹コード（STEM7）がある。

平成30年度診療報酬改定において、データ提出加算で提出を求めているデータについて、KコードにSTEM7を併記することとされた。

また、令和2年度診療報酬改定において、平成30年度分（1年間）のDPCデータの抽出・検証等を通じて、体系的な分類方法の検討、課題の抽出、特定の診療分野における試行的な導入等について、令和2年度中を目途として検討することとされた。

科学的な根拠に基づく医療技術の評価の在り方について

令和2年度診療報酬改定において、学会等が作成する「診療ガイドライン」等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療報酬上の評価の充実や要件の見直しを行った。

令和2年度診療報酬改定における中医協答申書附帯意見として、医療技術の評価について、以下のような指摘があり、令和2年5月27日中医協総会において、本分科会において検討を進めることとされた。

（参考）「中医協答申書附帯意見」（抜粋）

（医療技術の評価）

医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

## 2. 今後の進め方(案)

### (1) 令和4年度の評価の具体的な進め方について

#### (ア) 分科会における評価の対象となる医療技術

令和2年度診療報酬改定と同様の取扱いとする。

分科会に提案書が提出された医療技術について

- ・ 評価の対象となる医療技術は、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部「医学管理等」から第13部「病理診断」、又は歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部「医学管理等」から第14部「病理診断」に該当する技術として評価されている又はされることが適当な医療技術であって、医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができるものに限る。
- ・ また、提案書が提出された医療技術の実施に当たり、薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用するものは、原則として分科会における評価の対象外とする。承認が見込まれるものについては、令和3年8月末日までに確実に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となる。

先進医療として実施されている医療技術について

- ・ 先進医療として実施されている医療技術についても、平成30年度診療報酬改定及び令和2年度診療報酬改定における取扱いと同様に、分科会における評価の対象とする。

#### (イ) 提案書の様式

令和2年度診療報酬改定で用いた様式から、以下のとおり変更することとする。

当該医療技術が用いられることが想定される診療科について、選択する欄を新設  
学会等が作成する「診療ガイドライン」等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置づけ等を明記する欄を新設

当該医療技術により予想される影響額については、社会医療診療行為別統計に基づき算出されることが主であるものの、それ以外のデータを用いて算出される場合もあることを踏まえ、備考欄を新設

当該医療技術に関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術について、現に当該医療技術の対象となる患者に対して行われている医療技術も含めて記載することを明確化

参考文献について、雑誌名等を具体的に記載する欄を新設

#### (ウ) 医療技術の評価等の進め方

令和2年度診療報酬改定と同様に、学会等からの医療技術の提案に対する評価(案)の作成に当たり、WGを設置し、意見を求めることとする。

## (2) 医療技術の体系的な分類について

令和2年度診療報酬改定において、平成30年度分(1年間)の手術分類(Kコード)に係るDPCデータの抽出・検証等を通じて、体系的な分類方法の検討、課題の抽出、特定の診療分野における試行的な導入等を検討することとされたことを踏まえ、厚生労働行政推進調査事業「公的医療保険における外科手術等の医療技術の評価及びその活用方法等に関する研究」において、関係団体等とも連携しつつ検討し、今後、その内容について分科会への報告を求めることとする。

## (3) 科学的根拠に基づく医療技術の評価について

### (ア) 既に保険収載されている医療技術の評価について

学会等が作成する「診療ガイドライン」等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療報酬上の評価や要件の見直し等を行うため、提案書において、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置づけ等を明記する欄を新設し、当該医療技術の評価の参考とする。

また、当該医療技術に関連して、評価の見直しや削除等が可能と考えられる医療技術について、現在行われている医療技術も含まれることを明確化し、知見の提出を求めることとする。

### (イ) レジストリに登録され、実施された医療技術の評価について

レジストリに登録することを要件として保険適用された医療技術については、レジストリへの登録状況及び当該医療技術の実績等について、関連学会等を主体として検証した上で、分科会への報告等を行うとともに、引き続き有効性・安全性等に係る評価を行うこととする。



### 3. 今後のスケジュール(案)

令和4年度診療報酬改定に向け、提案書の作成や、分科会における評価等に必要な時間を確保する観点から、下記のスケジュールで実施することとする。

令和3年 2月中旬 提案書受付 (前回改定：2月20日)



約4ヶ月

6月上旬 提出締切 (前回改定：6月14日)

6月～

- ・提案内容の重複や薬事承認等の確認
- ・WGの意見を聴取しつつ、事務局において評価(案)を作成
- ・評価(案)を元に分科会において評価

令和3年度内

評価結果を中医協総会に報告

医療技術評価提案書（保険未収載技術用） 表紙	
整理番号（6桁）	
関連技術の整理番号 ※事務局使用欄	

提出年月日 令和3年 月 日

提案される医療技術名	
------------	--

1. 申請団体

主たる申請団体名	
代表者氏名	
申請団体 事務連絡先 ※必ず連絡の取れ る連絡先を記載す ること	郵便番号 所在地 電話番号 E-Mail FAX番号 担当者氏名
上記以外の申請団体名 (共同提案学会名)	

2. 技術担当者（提案される医療技術の医学的内容について連絡をすることがある。）

担当者氏名	
担当者連絡先	所属施設名 診療科 役職 所属施設所在地 所属施設電話番号 E-Mail FAX番号 ※無い場合は自宅等

※ 必ず全ての空欄に記載することとし、該当しない場合も「該当なし」等と記載すること。記載のない欄がある場合は受け付けられない。

※ 1つの申請団体が複数の提案書を提出する場合には、「提案される医療技術名」は同じにならないようにすること。類似の技術がある場合には、「〇〇術（××について）」「〇〇術（△△について）」などとし、区別できるように記載すること。

※ 複数の団体が同一技術の提案をする場合は、可能な限り団体間で調整し、1つの提案書にまとめて提出すること。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）

整理番号 ※事務処理用		
提案される医療技術名		
申請団体名		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	<p>※リストから選択</p> <p>01内科 02呼吸器内科 03循環器内科 04消化器内科 05腎臓内科 06糖尿病内科 07血液内科 08感染症内科 09アレルギー内科 10リウマチ内科 11心療内科 12神経内科 13外科 14呼吸器外科 15心臓血管外科 16乳腺外科 17気管食道外科 18消化器外科 19肛門外科 20小児外科 21精神科 22小児科 23皮膚科 24泌尿器科 25産婦人科・産科 26眼科 27耳鼻咽喉科 28放射線科 29脳神経外科 30整形外科 31麻酔科 32救急科 33形成外科 34病理診断科 35臨床検査科 36リハビリテーション科 37歯科・歯科口腔外科 38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）</p>
	関連する診療科（2つまで）	<p>※リストから選択</p> <p>00なし 01内科 02呼吸器内科 03循環器内科 04消化器内科 05腎臓内科 06糖尿病内科 07血液内科 08感染症内科 09アレルギー内科 10リウマチ内科 11心療内科 12神経内科 13外科 14呼吸器外科 15心臓血管外科 16乳腺外科 17気管食道外科 18消化器外科 19肛門外科 20小児外科 21精神科 22小児科 23皮膚科 24泌尿器科 25産婦人科・産科 26眼科 27耳鼻咽喉科 28放射線科 29脳神経外科 30整形外科 31麻酔科 32救急科 33形成外科 34病理診断科 35臨床検査科 36リハビリテーション科 37歯科・歯科口腔外科 38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）</p>
		<p>※リストから選択</p> <p>00なし 01内科 02呼吸器内科 03循環器内科 04消化器内科 05腎臓内科 06糖尿病内科 07血液内科 08感染症内科 09アレルギー内科 10リウマチ内科 11心療内科 12神経内科 13外科 14呼吸器外科 15心臓血管外科 16乳腺外科 17気管食道外科 18消化器外科 19肛門外科 20小児外科 21精神科 22小児科 23皮膚科 24泌尿器科 25産婦人科・産科 26眼科 27耳鼻咽喉科 28放射線科 29脳神経外科 30整形外科 31麻酔科 32救急科 33形成外科 34病理診断科 35臨床検査科 36リハビリテーション科 37歯科・歯科口腔外科 38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）</p>
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	※リストから選択 有・無	
過去に提案した年度 （複数回提案した場合は、直近の年度）	※リストから選択 令和2年度・平成30年度・平成28年度・平成26年度・平成24年度・その他（平成22年度以前）	
「実績あり」の場合、右欄も記載する		
提案当時の医療技術名		
追加のエビデンスの有無	※リストから選択 有・無	
提案される医療技術の概要 （200字以内）		
文字数：		
対象疾患名		

<p style="text-align: center;">保険収載が必要な理由 (300字以内)</p> <p>文字数：</p>	
--	--

【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等									
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等 (具体的に記載する)									
③対象疾患に対して現在行われている医療技術(当該医療技術が検査等であつて、複数ある場合は全て列挙すること)	<p style="text-align: center;">※リストから選択 B・C・D・E・F・G・H・I・J・K・L・M・N・その他(右欄に記載する。)</p>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">区分</td> <td style="width: 85%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">医療技術名</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">既存の治療法・検査法等の内容</td> <td></td> </tr> </table>	区分		番号		医療技術名		既存の治療法・検査法等の内容		
区分									
番号									
医療技術名									
既存の治療法・検査法等の内容									
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム									
⑤④の根拠となる研究結果等	<p style="text-align: center;">研究結果</p> <p style="text-align: center;">※エビデンスレベルをリストから選択 1a・1b・2a・2b・3・4・5・6</p>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">ガイドライン等での位置づけ</td> <td style="width: 85%;"></td> </tr> </table>	ガイドライン等での位置づけ		<p style="text-align: center;">※リストから選択</p> <p>・ガイドライン等での記載あり(右欄に詳細を記載する。) ・ガイドライン等での記載なし(右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。)</p>						
ガイドライン等での位置づけ									
⑥普及性 ・年間対象患者数(人) ・国内年間実施回数(回) ※患者数及び実施回数の推定根拠等									
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</td> <td style="width: 85%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)</td> <td></td> </tr> </table>	施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)		施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)		人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)		その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)		
施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)									
施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)									
人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)									
その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)									
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度									
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)									
⑩希望する診療報酬上の取扱い	<p style="text-align: center;">※リストから選択 B・C・D・E・F・G・H・I・J・K・L・M・N</p>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">妥当と思われる診療報酬の区分</td> <td style="width: 85%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">点数(1点10円)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">その根拠</td> <td></td> </tr> </table>	妥当と思われる診療報酬の区分		点数(1点10円)		その根拠				
妥当と思われる診療報酬の区分									
点数(1点10円)									
その根拠									

関連して減点 や削除が可能と 考えられる医療 技術(③対象疾 患に対して現在 行われている医 療技術を含む)	区分	※リストから選択 B・C・D・E・F・G・H・I・J・K・L・M・ N・その他(右欄に記載する。)	
	番号		
	技術名		
	具体的な内容		
予想影響額	プラスマイナス	※リストから選択 増(+) 不変(0) 減(-)	
	予想影響額(円) その根拠 備考		
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(主なものを記載する)			
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況		※リストから選択 1) 収載されている 2) 調べたが収載を確認できない 3) 調べていない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴(例：年齢制限)等			
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い		※リストから選択 a. 承認を受けている b. 届出されたが承認されなかった c. 届出中 d. 届出はしていない	
⑭その他			
⑮当該申請団体以外の関係学会(共同提案学会名、関連団体名)、代表的研究者等			
⑯参考文献 1	1) 名称		
	2) 著者		
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ		
	4) 概要		
⑯参考文献 2	1) 名称		
	2) 著者		
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ		
	4) 概要		
⑯参考文献 3	1) 名称		
	2) 著者		
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ		
	4) 概要		
⑯参考文献 4	1) 名称		
	2) 著者		
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ		
	4) 概要		
⑯参考文献 5	1) 名称		
	2) 著者		
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ		
	4) 概要		

提案される医療技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

提案される医療技術名	
申請団体名	

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、令和3年（2021年）8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

**医療技術評価提案書（保険既収載技術用） 表紙**

整理番号（6桁）	
関連技術の整理番号 ※事務局使用欄	

提出年月日 令和3年 月 日

提案される医療技術名	
------------	--

1. 申請団体

主たる申請団体名	
代表者氏名	
申請団体 事務連絡先 ※必ず連絡の取れる 連絡先を記載すること	郵便番号 所在地 電話番号 E-Mail FAX番号 担当者氏名
上記以外の申請団体名 (共同提案学会名)	

2. 技術担当者（提案される技術の医学的内容について連絡をすることがある。）

担当者氏名	
担当者連絡先	所属施設名 診療科 役職 所属施設所在地 所属施設電話番号 E-Mail FAX番号 ※無い場合は自宅等

※ 必ず全ての空欄に記載すること。記載のない欄がある場合は受け付けられない。

※ 1つの申請団体が複数の提案書を提出する場合には、「提案される医療技術名」は同じにならないようにすること。類似の技術がある場合には、「〇〇術（××について）」「〇〇術（△△について）」などとし、区別できるように記載すること。

※ 複数団体が同一技術の提案をする場合、可能な限り団体間で調整し、1つの提案書にまとめて提出すること。

医療技術評価提案書（保険既収載技術用）

整理番号 ※事務処理用		
提案される医療技術名		
申請団体名		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	※リストから選択 01内科 02呼吸器内科 03循環器内科 04消化器内科 05腎臓内科 06糖尿病内科 07血液内科 08感染症内科 09アレルギー内科 10リウマチ内科 11心療内科 12神経内科 13外科 14呼吸器外科 15心臓血管外科 16乳腺外科 17気管食道外科 18消化器外科 19肛門外科 20小児外科 21精神科 22小児科 23皮膚科 24泌尿器科 25産婦人科・産科 26眼科 27耳鼻咽喉科 28放射線科 29脳神経外科 30整形外科 31麻酔科 32救急科 33形成外科 34病理診断科 35臨床検査科 36リハビリテーション科 37歯科・歯科口腔外科 38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）
	関連する診療科（2つまで）	※リストから選択 00なし 01内科 02呼吸器内科 03循環器内科 04消化器内科 05腎臓内科 06糖尿病内科 07血液内科 08感染症内科 09アレルギー内科 10リウマチ内科 11心療内科 12神経内科 13外科 14呼吸器外科 15心臓血管外科 16乳腺外科 17気管食道外科 18消化器外科 19肛門外科 20小児外科 21精神科 22小児科 23皮膚科 24泌尿器科 25産婦人科・産科 26眼科 27耳鼻咽喉科 28放射線科 29脳神経外科 30整形外科 31麻酔科 32救急科 33形成外科 34病理診断科 35臨床検査科 36リハビリテーション科 37歯科・歯科口腔外科 38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）
		※リストから選択 00なし 01内科 02呼吸器内科 03循環器内科 04消化器内科 05腎臓内科 06糖尿病内科 07血液内科 08感染症内科 09アレルギー内科 10リウマチ内科 11心療内科 12神経内科 13外科 14呼吸器外科 15心臓血管外科 16乳腺外科 17気管食道外科 18消化器外科 19肛門外科 20小児外科 21精神科 22小児科 23皮膚科 24泌尿器科 25産婦人科・産科 26眼科 27耳鼻咽喉科 28放射線科 29脳神経外科 30整形外科 31麻酔科 32救急科 33形成外科 34病理診断科 35臨床検査科 36リハビリテーション科 37歯科・歯科口腔外科 38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		※リストから選択 有・無
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	※リストから選択 令和2年度・平成30年度・平成28年度・平成26年度・平成24年度・その他（平成22年度以前）
	提案当時の医療技術名	
	追加のエビデンスの有無	※リストから選択 有・無
診療報酬区分		※リストから選択 B・C・D・E・F・G・H・I・J・K・L・M・N
診療報酬番号		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	該当する場合、リストから○を選択
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		



提案される医療技術の概要（200字以内）  文字数：	
再評価が必要な理由	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容 （根拠や有効性等について記載）	
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	
診療報酬区分（再掲）	※リストから選択 B・C・D・E・F・G・H・I・J・K・L・M・N
診療報酬番号（再掲）	
医療技術名	
③再評価の根拠・有効性  治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム  ガイドライン等での位置づけ	※リストから選択  ・ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。） ・ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人） 見直し後の症例数（人）
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回） 見直し後の回数（回）
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）  ・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠

関連して減点 や削除が可能と 考えられる医療 技術（当該医療 技術を含む）	区分	リストから選択 B・C・D・E・F・G・H・I・J・K・L・ M・N・その他（右欄に記載。）
	算号 技術名 具体的な内容	
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円）	リストから選択 増（+）・不変（0）・減（-）
	その根拠 備考	
算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		
その他		
当該申請団体以外の関係学会（共同提案学会名、関連団体名）、代表的研究者等		
参考文献 1	1) 名称 2) 著者	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	
参考文献 2	1) 名称 2) 著者	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	
参考文献 3	1) 名称 2) 著者	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	
参考文献 4	1) 名称 2) 著者	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	
参考文献 5	1) 名称 2) 著者	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	

提案される医療技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

提案される医療技術名	
申請団体名	

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、令和3年（2021年）8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	備考 特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

## 医療技術評価提案書 記載要領（案）

### 【通則】

1. 医療技術評価分科会において評価を行う技術は、以下のとおりである。
  - (1) 評価の対象となる医療技術の範囲  
評価の対象となる医療技術は、原則として以下に含まれるものとする。
    - 医科診療報酬点数表 第2章特掲診療料第1部医学管理等から第13部病理診断まで
    - 歯科診療報酬点数表 第2章特掲診療料第1部医学管理等から第14部病理診断まで
  - (2) 提案される医療技術に係る医薬品等について  
提案される医療技術において用いる医薬品、医療機器及び体外診断薬等は、全て薬事承認を得たものとする。薬事承認を得ていない医薬品等を用いる医療技術は、原則として医療技術評価分科会における評価の対象外とする。ただし、令和3年8月末日までに薬事承認が確実に可能な場合、評価の対象とする。
2. 医療技術評価提案書（以下「提案書」という。）には、「医療技術評価提案書（保険未収載用）」（以下「提案書（未収載用）」という。）と「医療技術評価提案書（保険既収載技術用）」（以下「提案書（既収載用）」という。）がある。提案書は必ず、令和4年度診療報酬改定に向けて作成されたものを使用すること。令和4年度診療報酬改定に向けて作成されたもの以外を使用した場合、評価の対象外となるため、十分注意すること。
3. 医療技術の提案にあたり、どちらの提案書の様式を用いるかについては、以下に従い選択すること。
  - (1) 提案される医療技術が、現に診療報酬点数表に収載されていないものであり、かつ、以下の(2)のいずれにも該当しない場合は、「提案書（未収載用）」を用いること。
  - (2) 提案される医療技術が、以下のいずれかに該当する場合は「提案書（既収載用）」を用いること。
    - ・ 現に診療報酬点数表に収載されている医療技術について、新たな適応疾患等に保険適用を拡大することを提案する場合
    - ・ 現に診療報酬点数表に収載されている医療技術について、施設基準、回数制限等の算定要件の見直し又は点数の見直しを提案する場合

- ・ 現に診療報酬点数表に掲載されている医療技術であるが、別の技術料として新設することが妥当と考えられる場合
  - ・ 過去に診療報酬点数表に掲載されていた医療技術であって、現に診療報酬点数表に掲載されていないものについて、再評価を提案する場合
  - ・ 新規特定保険医療材料等により新設される技術料に係る医療技術について提案する場合
- 4 . 提案書への記載に当たっては、公表することを前提とすること。なお、機密事項としての取扱いを希望する項目がある場合には、その旨を明記すること。
- 5 . 平易な用語や図表を用いて、A 4用紙 1 枚でまとめた「提案される医療技術の概要をまとめた資料(以下「概要図」という。)」を添付すること。概要図には、「医療技術名」、「医療技術の概要」、「対象疾患名」、「現在当該疾患に対して行われている治療との比較」、「有効性」及び「診療報酬上の取扱い」を必ず記載すること。概要図は、先進医療会議の資料を参考として記載すること。  
なお、必要であれば、海外のデータを用いても差し支えない。
- (参考) 先進医療会議  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken.html?tid=129195>
- 6 . 提案される医療技術を評価する上で有用と考えられる文献等について、5 つを上限として提案書に添付できることとする。ただし、「提案される医療技術において用いる医薬品、医療機器又は体外診断薬」に関する添付文書等については、この限りでない。
- 7 . 提案書の記載に当たっては、以下を遵守すること。
- ・ 既に記載されている項目や内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載すること。
  - ・ セルの結合や削除はしないこと。なお、印刷ページで 4 ページ以内に収まる範囲であれば、各行の高さを変更しても差し支えない。
  - ・ 文字の大きさは 12 ポイントとし、欄外には記載しないこと。
- 8 . 記載する事項がない項目については、当該項目欄に「特になし」と必ず記入すること。
- 9 . 提案される医療技術がレジストリを要件とする医療技術である場合、当該技

術に係るレジストリについて検証を行った上で、検証結果を提案書に添付すること。

#### 【提案書（未収載用）の記載方法】

##### 1. 「申請団体名」について

提案書の記載内容について確認が可能な申請団体名を記載すること。

##### 2. 「提案される医療技術が関係する診療科」について

「主たる診療科」については、提案される医療技術が最も用いられることが想定される診療科を1つ選択すること。「関連する診療科」については、主たる診療科以外で、提案される医療技術が用いられることが想定される診療科がある場合には、該当する診療科を2つまで選択すること（ない場合には、「00なし」を選択すること）。なお、「申請技術が関係する診療科」の選択に当たっては、可能な限り「38 その他」を選択せず、リストの中の診療科から選択すること。

##### 3. 「提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無」について

過去の診療報酬改定に向けた医療技術の評価の際に提案されたが、新規保険収載等の対応がなされなかった医療技術について、改めて提案される場合には、「提案実績あり」を選択すること。そうでない場合には「提案実績なし」を選択すること。

「提案実績あり」を選択した場合には、直近の提案がなされた年度及び提案技術名を記載するとともに、直近の提案の内容との違い（追加のエビデンスの有無）について、追加のエビデンスがある場合、「有」を選択し、それが分かるように提案書に印を付す等、わかりやすく示すこと。

##### 4. 「保険収載が必要な理由」について

提案される医療技術について、対象となる疾病等に関する現状及び保険収載された際に期待される効果を、評価項目（有効性、安全性等）に記載したデータ等を用いて、300字以内で簡潔に記載すること。

##### 5. 評価項目について

###### 「提案される医療技術の対象」について

疾患、病態、症状及び年齢等、提案される医療技術の対象となる患者群を具体的に記載する。

「提案される医療技術の内容」について

提案される医療技術について、具体的な手技・手法、実施に要する時間(例：手術時間、検査時間等)、個々の患者における実施頻度及び治療期間等を記載すること。

「対象疾患に対して現在行われている医療技術」について

現在、で記載した患者群に対して、診断・治療等の目的で行われている既収載医療技術について、区分番号と共に記載すること。

なお、提案される医療技術が検査等であって、現に複数の検査等において診断・治療を行っている場合には、現に収載されている医療技術を全て記載すること。その際、区分が複数にある場合は、「その他」を選択し、該当する区分を全て右欄に記載すること。

「有効性・効率性」及び「の根拠となる研究結果等」について

治癒率・死亡率・QOLの改善等の長期予後のアウトカムや、診断の正確性の向上等について、で記載した既存技術の有効性と可能な範囲で比較した上で、両者の相違点がわかるように、データや学会のガイドライン等に基づき記載すること。また、その概要について記載した上で、エビデンスの質(エビデンスレベル)を明記し、当該有効性に関する資料(ガイドラインや論文の写し等)を必ず添付すること(ガイドラインや論文等である場合、参考文献の欄にも記載すること。)

エビデンスレベルは、1a、1b、2a、2b、3、4、5又は6の中から選択することとし、それぞれのエビデンスレベルの分類は以下とする。

1a：ランダム化比較試験(RCT)のメタアナリシス

1b：少なくとも1つのRCT

2a：少なくとも1つのランダム割付けを伴わない前向きコホート研究

2b：少なくとも1つのランダム割付けを伴わない後ろ向きコホート研究

3：ケースコントロール研究

4：前後比較、対照群を伴わない研究

5：症例報告、ケースシリーズ

6：専門家個人の意見(専門家委員会報告を含む)

ガイドライン等における位置づけについて、提案される医療技術がガイドライン等に記載されている場合には、当該ガイドライン等の名称、発行年、発行団体名、提案される医療技術に関する記載の概要について記載すると

もに、参考文献の欄にも記載すること。また、提案される医療技術に係るガイドライン等が「診療ガイドライン」である場合には、「Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017」([https://minds.jcqhc.or.jp/s/guidance\\_2017](https://minds.jcqhc.or.jp/s/guidance_2017))等に準じて質を確保しているかどうかについて、評価ツール等 ([https://minds.jcqhc.or.jp/s/evaluation\\_tool](https://minds.jcqhc.or.jp/s/evaluation_tool)) を用いた自己点検の状況や、Minds に掲載された診療ガイドラインであるかどうかについても記載すること。提案される医療技術がガイドライン等に記載されていない場合には、提案される医療技術について掲載され得るガイドライン等の名称、発行年、発行団体名、当該ガイドラインの改訂の見込みの時期、提案される医療技術が当該ガイドライン改訂時に記載される見込みについて記載すること。

#### 「普及性」について

及び の記載内容を踏まえ、患者数の将来予測推計を、学会のデータ、患者調査結果等を活用し記載すること。また、提案される医療技術の(年間)実施回数の将来予測推計(提案される医療技術を実施できる医療機関の数及び実施回数の推計)を、学会等が保有するデータや社会医療診療行為別統計(旧:社会医療診療行為別調査)結果等を活用し記載すること。

(参考)

- ・患者調査

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450022&tstat=000001031167&second=1>

- ・社会医療診療行為別統計(令和元年)

[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450048&tstat=000001029602&cycle=7&tclass1=000001140767&tclass2=000001140772&tclass3=00001140773&cycle\\_facet=cycle&tclass4val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450048&tstat=000001029602&cycle=7&tclass1=000001140767&tclass2=000001140772&tclass3=00001140773&cycle_facet=cycle&tclass4val=0)

#### 《社会医療診療行為別統計を用いた年間実施回数の調べ方》

( ) 上記 URL のうち、調べたい統計表の「CSV」マークをクリックすると、該当する統計表が閲覧できる。

個別の処置や手術等の算定回数については、表番号 1 ~ 3 を参照すると便利である。

( ) 調べたい診療行為の、「総数」の中の「実施件数、回数」を見る。  
例: 下記の「術」であれば「200回」となる。

		実施件数	回数	点数
術	12345	150	200	246900



この調査は、1か月の算定回数の調査であるため、年間実施回数を推計する際には12倍する。

例：「200回×12=2400回」となる。

#### 「医療技術の成熟度」について

提案される医療技術の学会等における位置づけや難易度（例えば、必要と考えられる医師の専門性、経験年数及び施設基準等）について記載すること。

施設基準については、提案される医療技術の専門性等を踏まえ、施設、人的配置の要件等について、根拠となるデータも含め記載を行うこと。

#### 「安全性」について

提案される医療技術を実施した際に発生した又は発生が予想される副作用・合併症・事故などのリスクについて、その内容と頻度を記載すること。また、に記載した既存医療技術の安全性と可能な範囲で比較すること。

#### 「倫理性・社会的妥当性」について

提案される医療技術に関し、倫理性、社会的妥当性の視点から考慮すべき点があれば具体的に記載すること。

例) 脳死移植における臓器移植法との関係（法的問題点）

移植医療における倫理的問題（倫理的問題点）等

考慮すべき点がないと判断した場合は、「問題なし」と記載すること。

#### 「希望する診療報酬上の取扱い」について

提案される医療技術が保険収載となった場合、診療報酬点数表上妥当と思われる区分（「D検査」、「K手術」等）を1つ選択し、点数（点）及びその根拠（類似医療技術の点数との対比、実勢コストとの対比等）を記載すること。

また、既に保険収載されている医療技術のうち、提案される医療技術を保険収載することで代替されること等により、既存医療技術の対象者数が減少するなどして、保険収載の必要がなくなる又は点数を減点することが可能な医療技術があれば、どの程度減点が可能か等、具体的に記載すること。なお、記載した医療技術が必ず削除又は減点されるわけではない。

さらに、提案される医療技術の新規性や一症例当たりの効果（治癒率、入院・通院期間、合併症等の比較、費用の比較）等を踏まえ、提案される医療技術を保険収載した場合の医療費への影響を試算すること。また、費用の比較に当たっては、算出の根拠も記載するとともに、提案される医療技術に直接

係る費用だけでなく、提案される医療技術が用いられることにより減少が期待される費用が想定できる場合は、併せて記載すること。

ただし、増加と記載されたことにより、提案される医療技術への評価が変わるものではない。

予想影響額の算出方法は以下のとおりとする。

予想影響額 = 下記 (x) - (y) 円 増・減

**(x) : 提案される技術に係る予想年間医療費 ( = (a) × (b) × (c) )**

(a) 妥当と思われる診療報酬点数 ( の数値 )

(b) 予想される年間対象患者数 ( の数値 )

(c) 予想される一人当たりの年間実施回数

社会医療診療行為別統計の年間実施回数を使用する場合は、提案される医療技術に係る予想年間医療費 = (a) × 予想される年間実施回数 ( (b) × (c) ) となる。

**(y) : 提案される技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費**

例) ・ 代替される既存医療技術の対象者減少に伴う医療費減少

・ 入院期間の短縮、重症化抑制、合併症抑制に伴う医療費減少等

なお、提案される医療技術について費用 - 効果分析、費用 - 便益分析などの経済評価が実施されていれば ( 海外での研究も含む。 ) その結果を記載すること。

備考欄については、上記の予想影響額の算出方法とは異なる方法で予想影響額を算出した場合に使用すること。

「提案される医療技術において用いる医薬品、医療機器又は体外診断薬」について

提案される医療技術の実施に当たって、医薬品、医療機器又は体外診断薬を用いる場合、当該医薬品等について医薬品医療機器等法上の承認状況を確認する観点から、主なものについて、その名称 ( 販売名及び一般名 )、薬事承認又は認証の有無 ( 承認又は認証番号 )、医薬品医療機器等法の「使用目的、効能又は効果」、薬価又は材料価格等の内容を記載し、併せて添付文書を添付すること。ただし、一般的に普及し、かつ、明らかに医薬品医療機器等法上の承認内容に適して使用されているもの ( 例 : 心電図等監視装置、手術に用いる鉗子等基本的器械類、消炎鎮痛剤等基本的医薬品 ) は除く。

医薬品、医療機器及び体外診断薬について、未承認のもの又は適応外使用による医療技術に関しては、原則として評価の対象とならないので注意する

こと。承認見込みの場合、令和3年8月末日までに確実に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となる。

なお、当該項目の記載や添付資料が不十分な場合には、適切な評価が困難であるため、評価の対象とならない点に十分注意すること。また、提案に当たって企業と情報共有等を行った場合には、その旨を「その他記載欄」に記入すること。

「提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況」について

提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）（例：米国 Medicare、英国 NHS 等）への収載状況について、以下のいずれかを選択すること。

- 1) 収載されている
- 2) 調べたが収載を確認できない
- 3) 調べていない

また、1) を選択した場合は、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）を記載の上、それを示す資料を添付すること。

「提案される医療技術の先進医療としての取扱い」について

提案される医療技術の先進医療としての取扱い状況について、以下のいずれかを選択すること。また、b 又は c を選択した場合は、現状について簡単に記載すること。

- a. 承認を受けている
- b. 届出されたが承認されなかった
- c. 届出中
- d. 届出はしていない

「その他」について

その他、QOL の改善等について、上記までの記載で網羅されておらず特記すべき事項があれば記載すること。

「当該申請団体以外の関係学会（共同提案学会名、関連団体名）、代表的研究者等」について

提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している主たる学会、研究者等の名称を記載すること。また、提案に当たって連携している団体等がある場合は、その旨明記すること。

「参考文献」について

提案される医療技術を評価する上で有用と考えられる文献等について、主たるもので最新のもの5つを上限として、その概要等を記載すること。

【提案書（既収載用）の記載方法】

1. 「申請団体名」について

【提案書（未収載用）の記載方法】1. を参照すること。

2. 「提案される医療技術が関係する診療科」について

【提案書（未収載用）の記載方法】2. を参照すること。

3. 「提案される医療技術または提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無」について

【提案書（未収載用）の記載方法】3. を参照すること。

4. 「診療報酬区分」について

提案される医療技術が該当する診療報酬区分について、いずれか一つの区分を選択する。なお、通則の「1」の通り、Aに該当する場合は医療技術評価分科会の評価の対象とならないことに留意すること。

5. 「再評価区分」及び「提案される医療技術の概要」について

当該技術の保険収載の取扱いについて再評価を希望する場合は、再評価区分を選択（複数選択可）し、その概要を該当欄に記載すること。

	概要	例
(1 - A) 算定要件の見直し (適応疾患等の拡大)	適応疾患の拡大	・他の疾患の診断についても有効性が明らかとなった検査 ・他の疾患についても長期成績等の有効性が明らかとなった手術
(1 - B) 算定要件の見直し (施設基準)	提案される医療技術に係る現行の施設基準の見直し	・質の担保の観点から施設基準を設けるべき手術 ・現行の基準が厳しすぎるため保険診療に支障が生じている手術

( 1 - C ) 算定要件の見直し (回数制限)	回数制限の見直し	・回数制限が現在のエビデンスと合致していない検査 ・回数制限がないため不必要に実施されている検査・処置 これらについて、患者の生活上の有用性(QOLの改善への寄与等)も含め、その理由を記載すること。
( 2 - A ) 点数の見直し(増点) ( 2 - B ) 点数の見直し(減点)	提案される医療技術に係る保険点数の再評価 (増点・減点)	・新たなエビデンスにより、臨床上的有用性が高いことが示された技術 これらについて、類似技術の点数との対比、原価との対比等を記載すること。
( 3 ) 項目設定の見直し	保険既収載の医療技術で算定できているものの、新たなガイドラインや文献等により、別の技術料又は加算としての評価等を希望	
( 4 ) 保険収載の廃止	・提案される医療技術が、既に実施されていない ・提案される医療技術は実施されているが、有効性・安全性等に疑義が生じている	
( 5 ) 新規特定保険医療材料等に係る点数	・新規特定保険医療材料又は新規体外診断用医薬品により、平成30年度改定まで既存の項目の点数を準用して算定している	
( 6 )その他( 1 ~ 4 のいずれも該当しない)	・上記に該当する区分がない場合にのみ、本区分を選択	(例)ガイドラインの変更等により、呼称の変更が必要である(但し、変更により算定範囲が拡大する場合を除く。)

## 6. 評価項目について

「再評価すべき具体的な内容」について

提案される医療技術の保険収載の取扱いについて再評価の提案内容を記載すること。また、点数の見直しの場合は、現行の点数から何点に見直すのか具体的に記載すること。

「現在の診療報酬上の取扱い」について

提案される医療技術の現在の取扱いについて、対象としている患者、技術

の内容及び現在の診療報酬上の評価等について具体的に記載すること。

#### 「再評価の根拠・有効性」について

再評価の根拠や有効性（治癒率、死亡率や QOL の改善等の長期予後等のアウトカム）を可能な限りデータや学会のガイドライン等に基づき記載すること。また、当該再評価の理由に関する資料（論文の写し等）を必ず添付すること。

ガイドライン等での位置づけについて、提案される医療技術がガイドライン等に記載されている場合、当該ガイドライン等の名称、発行年、発行団体名、提案される医療技術に関する記載の概要について記載するとともに、参考文献の欄にも記載すること。また、提案される医療技術に係るガイドライン等が「診療ガイドライン」の場合については、「Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017」（[https://minds.jcqhc.or.jp/s/guidance\\_2017](https://minds.jcqhc.or.jp/s/guidance_2017)）等に準じて質を確保しているかどうかについて、評価ツール等

（[https://minds.jcqhc.or.jp/s/evaluation\\_tool](https://minds.jcqhc.or.jp/s/evaluation_tool)）を用いた自己点検の状況や、Minds に掲載された診療ガイドラインであるかどうかについても記載すること。提案される医療技術がガイドライン等に記載されていない場合、提案される医療技術について掲載され得るガイドライン等の名称、発行年、発行団体名、当該ガイドラインの改訂の見込みの時期、提案される医療技術が当該ガイドライン改訂時に記載される見込みについて記載すること。

#### 「普及性の変化」について

年間対象者数の変化や年間実施回数の変化等を記載するとともに、そのように推定した根拠も記載すること。なお、年間対象者数の変化や年間実施回数の変化等の記載に当たっては、【提案書（未収載用）の記載方法】5 . を参照すること。

#### 「医療技術の成熟度」について

【提案書（未収載用）の記載方法】5 . を参照すること。

#### 「安全性」について

提案される医療技術を見直すことによって安全性に影響が及ぶと予想される場合（安全性が向上する場合も含む）は、副作用・合併症・事故などのリスクについて、その内容と頻度を記載すること。

#### 「倫理性・社会的妥当性」について

【提案書（未収載用）の記載方法】5． を参照すること。

「点数等の見直しの場合」について

見直し前後の点数及び見直し後の点数の根拠について記載すること

「関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術」について

提案される医療技術を見直すことによって、他の既存技術の対象者数が減少するなどして、保険収載の必要がなくなる又は点数を減点することが可能な医療技術があれば記載し、どの程度減点が可能か具体的な点数を記載すること。また、同一区分番号内であっても、減点や削除が可能な部分があれば記載すること。なお、記載した技術が必ず削除又は減点されるわけではない。

関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術が複数ある場合には、全て記載すること。その際、区分が複数にある場合は、「その他」を選択し、該当する区分を全て右欄に記載すること。

「予想影響額」について

予想影響額の算出方法及び備考欄の取扱いについては、【提案書（未収載用）の記載方法】5． を参照すること。

「算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬」について

算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬がある場合には、【提案書（未収載用）の記載方法】5． を参照の上、別紙に記載すること。

当該医薬品等について、未承認のもの又は適応外使用による技術に関しては、原則として評価の対象とならないので注意すること。なお、承認見込みの場合、令和3年8月末日迄に確実に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となる。また、当該項目の記載や添付資料が不十分な場合には評価の対象とならないため、十分注意すること。

「その他」について

【提案書（未収載用）の記載方法】5． を参照すること。

「当該申請団体以外の関係学会（共同提案学会名、関連団体名）、代表的研究者等」について

【提案書（未収載用）の記載方法】5． を参照すること。

「参考文献」について

【提案書（未収載用）の記載方法】5 . を参照すること。



保険未収載技術 評価票 (案)

番号：  
評価対象技術：  
評価者：

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

(評価上の留意事項)

. 評価結果について

・「1 . 当該技術の保険収載に係る必要性・妥当性について」及び「2 . 倫理性・社会的妥当性について」は、提案書 ~ に記載された内容を、エビデンスレベル等のデータの質・信頼度、臨床的観点からの妥当性などから総合的に評価し、評価結果を で囲むこと。

・「3 . 実施施設の限定について」は、提案書 ~ の記載を総合的に評価し、当該技術を実施する場合には、安全性等の観点から一定の施設に限定する必要がある、と判断した場合は、1 を で囲むこと。

. コメントについて

・評価結果を1又は2とした場合は、提案書の内容が不十分と考えられる点

・評価結果を5とした場合は、評価ができると考えられる点

を少なくとも1項目について、(1)~(5)の「コメント」欄に記載する。(複数記載可)

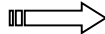
. 自由記載欄について

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

保険既収載技術 評価票（案）

番号：  
 評価対象技術：  
 評価者：

評価結果

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

（評価上の留意事項）

. 評価結果について

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

. コメントについて

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

. 自由記載欄について

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

中医協 総-3 参考2  
3 . 1 1 . 1 0

診調組 技-1-2 (一部修正)  
3 . 1 1 . 4

医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）

令和3年11月4日

## 医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）〈概要〉

	項目	件数 <sup>注1</sup>	評価対象
1	学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術	905 件	
①	うち、医療技術評価分科会における評価の対象となるもの	768 件 (新規 288 件 既存 480 件)	○
①-i	うち、先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術 <sup>注2</sup> に係るもの	7 件	
②	うち、医療技術評価分科会における評価の対象とならないもの	137 件	
②-i	うち、「基本診療料」または医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができない、制度や指導管理等に係るもの	90 件	×
②-ii	うち、使用する医薬品及び医療機器等について医薬品医療機器等法上の承認が確認できないもの	47 件	
2	先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術	22 件 <sup>注3</sup>	○

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

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

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

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

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

## 医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）＜目次＞

### 1. 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術

#### ① 医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

・・・・・・・・・・ 3～36 ページ

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

・・・・・・・・・・ 37 ページ

#### ② 医療技術評価分科会における評価の対象とならない技術

・・・・・・・・・・ 38～44 ページ

### 2. 先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術

・・・・・・・・・・ 45 ページ

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	201202	血漿交換療法(増点について)	日本アフェレシス学会		6
既	201203	ABO血液型不適合間の同種腎移植又はリンパ球抗体陽性の同種腎移植に対する単純血漿交換	日本アフェレシス学会		11
既	202201	依存症集団療法1・2における専従者要件の拡大(公認心理師の追加)	日本アルコール・アディクション医学会		16
既	202202	依存症集団療法	日本アルコール・アディクション医学会		21
既	203201	スパイログラフィー等検査 呼気ガス分析	日本アレルギー学会		26
未	204101	人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算(単純・コンピュータ断層撮影)	日本医学放射線学会		31
未	204102	人工知能技術等を用いたデジタル画像再構成に対する加算	日本医学放射線学会		36
未	204103	ネットワーク型画像管理加算	日本医学放射線学会		41
未	204104	診断困難小児稀少疾患依頼読影料	日本医学放射線学会		46
既	204201	画像診断管理加算2の見直し(2.5の創設)	日本医学放射線学会		50
既	204202	画像診断管理加算3の見直し(4の新設)	日本医学放射線学会		55
既	204203	画像診断加算(小児)(小児被ばく低減加算)	日本医学放射線学会		60
既	204204	コンピューター断層診断の増点	日本医学放射線学会		65
既	204205	遠隔画像診断管理加算3の廃止	日本医学放射線学会		70
未	208101	遺伝カウンセリングの適応拡大	日本遺伝カウンセリング学会		80
未	209101	がんゲノム医療における体細胞遺伝子検査および遺伝学的検査によって得られた二次的所見の管理料	日本遺伝子診療学会		85
未	209102	遺伝学的検査陽性者の血縁者の遺伝カウンセリング	日本遺伝子診療学会		89
既	209201	体細胞遺伝子変異解析システム「オンコマイン Dx Target Test マルチ CDxシステム」	日本遺伝子診療学会		93
既	209202	難聴の遺伝学的検査	日本遺伝子診療学会		98
既	209203	微生物核酸同定	日本遺伝子診療学会		103
既	210201	運動器リハビリテーション起算日の変更	日本運動器科学会		108
未	214101	M000-2 放射性同位元素内用療法管理料 神経内分泌腫瘍に対するもの	日本核医学会		112
未	214102	M000-2 放射性同位元素内用療法管理料 褐色細胞腫に対するもの	日本核医学会		118

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	214202	「E101-2 ポジトロン断層撮影」及び「E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影」 食道癌術前補助療法の再病期診断	日本核医学会		133
既	214203	ポジトロン断層撮影(FDG-PET)、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(FDG-PET/CT)又は乳房用ポジトロン断層撮影による乳癌術前補助療法の治療効果判定	日本核医学会		138
既	214204	ポジトロン断層撮影及びポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影（薬剤師配置）	日本核医学会		143
既	214205	内用療法用放射性医薬品を院内調製する場合、 「放射性同位元素内用療法管理料における薬剤師配置が望ましい」 を適用要件追加	日本核医学会		148
未	215101	内視鏡的経口カプセル内視鏡留置術	日本カプセル内視鏡学会		153
未	218101	超音波減衰法による肝脂肪化定量	日本肝臓学会		158
未	218102	サルコペニアや脂肪性肝疾患診断時のBIA法(インボディ)による体組成計測	日本肝臓学会		162
未	218103	糖鎖欠損トランスフェリン(CDT)/トランスフェリン比	日本肝臓学会		167
未	218104	自己免疫性肝炎における抗平滑筋抗体の測定	日本肝臓学会		172
既	219201	外来緩和ケア管理料	日本緩和医療学会		176
既	219202	がん患者指導管理料イ	日本緩和医療学会		180
既	219203	がん性疼痛緩和指導管理料	日本緩和医療学会		184
未	224101	トキソプラズマ症遺伝子診断検査	日本血液学会		192
既	224201	注射G通則6「外来化学療法加算と注射G通則7「連携充実加算」における加算算定項目としての「皮下注射」の追加	日本血液学会		197
既	224202	D025 基本的検体検査実施料(1日につき)	日本血液学会		202
既	224203	F200薬剤いわゆる「7種通減」対象薬剤からの抗悪性腫瘍薬の除外	日本血液学会		207
既	224204	WT1 mRNA	日本血液学会		212
既	224206	特定薬剤治療管理料対象薬として「ブスルファン注射液」を追加	日本血液学会		222
既	226201	凝固因子活性検査:第VIII因子, 第IX因子[合成基質法]	日本血栓止血学会		227
未	227102	電子媒体記録あるいはデータ伝送システムによる夜間血圧測定	日本高血圧学会		236
未	228101	Trail Making Test日本版(TMT-J)	日本高次脳機能障害学会		241
未	229102	FLCN遺伝子検査	日本呼吸器学会		250
未	229103	過呼吸法による動的肺過膨張の評価	日本呼吸器学会		255

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	229201	外来緩和ケア管理料	日本呼吸器学会		265
既	229202	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の算定要件ウの修正	日本呼吸器学会		270
既	229203	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の注2および(6)の修正	日本呼吸器学会		275
未	231101	在宅ハイフローセラピー装置加算	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会		296
未	231102	外来呼吸ケア管理料(再増患防止管理料)	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会		302
既	232201	D222経皮的血液ガス分圧測定1,2及び算定要件(1)イの修正	日本呼吸療法医学会		316
未	234101	不妊症指導管理料	日本産科婦人科学会		321
未	235101	遠隔分娩監視装置によるハイリスク妊婦管理料	日本産婦人科医会		326
未	235102	リモートによるノンストレステスト(一連につき)点数の新設	日本産婦人科医会		331
未	236101	在宅心不全患者指導管理料	日本在宅医療連合学会		336
未	236102	在宅人工呼吸器の加湿器加算	日本在宅医療連合学会		340
未	236103	点滴皮下注(持続皮下輸液)	日本在宅医療連合学会		344
既	236203	在宅医療における在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っていない保存期腎不全による腎性貧血患者へのエリスロポエチン製剤注射	日本在宅医療連合学会		358
既	236205	外来栄養食事指導料2の「当該保険医療機関以外」に認定栄養ケア・ステーションを含める	日本在宅医療連合学会		368
既	236206	在宅患者訪問栄養食事指導料2の「当該保険医療機関以外」に認定栄養ケア・ステーションを含める	日本在宅医療連合学会		373
既	236207	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の適応拡大	日本在宅医療連合学会		378
既	236209	認知症の検査を居宅で実施した場合の算定	日本在宅医療連合学会		388
既	237201	アルブミン非結合型ビリルビン	日本周産期・新生児医学会		393
既	239201	食道内多チャンネル・インピーダンスpH測定検査	日本消化管学会		398
既	239202	ペドリズマブ(生物学的製剤)の外来化学療法加算	日本消化管学会		403
未	240101	内視鏡電子画像管理加算	日本消化器内視鏡学会		408
既	240201	経皮的胃壁腹壁固定法	日本消化器内視鏡学会		413
未	242101	小児アレルギー疾患療養指導料	日本小児アレルギー学会		418



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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	242201	小児食物アレルギー負荷検査	日本小児アレルギー学会		423
既	243201	静脈麻酔	日本小児栄養消化器肝臓学会		428
既	245201	在宅ターミナルケア加算	日本小児科学会		448
既	246201	RSウイルス抗原定性	日本小児感染症学会		458
既	246202	グロブリンクラス別ウイルス抗体価ヒトパルボウイルスB19	日本小児感染症学会		463
既	248201	携帯型精密輸液ポンプ加算	日本小児血液・がん学会		468
既	248202	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	日本小児血液・がん学会		472
既	248203	がんゲノムプロファイリング検査	日本小児血液・がん学会		477
未	249101	小児(乳幼児)在宅ハイフローセラピー指導管理料、小児(乳幼児)在宅ハイフローセラピー装置加算、乳幼児呼吸管理材料加算(2020年保険収載)の適応にハイフローセラピーを追加	日本小児呼吸器学会		482
未	250101	ゾルゲンスマ(一般名・オナセムノゲンアベパルボベク)治療におけるカルタヘナ法加算	日本小児神経学会		488
未	250102	小児鎮静下脳波等生理検査加算	日本小児神経学会		493
既	250202	在宅時医学総合管理料	日本小児神経学会		506
既	252201	肺血流増加型先天性心疾患に対する低酸素療法	日本小児循環器学会		520
既	253201	リツキシマブ投与後のCD19、またはCD20モニタリング	日本小児腎臓病学会		525
未	254101	改訂版標準読み書きスクリーニング検査(STRAW-R)	日本小児精神神経学会		535
未	254102	感覚プロファイル(SP)	日本小児精神神経学会		539
既	254201	小児特定疾患カウンセリング料	日本小児精神神経学会		543
既	254202	全訂版田中ビネー知能検査	日本小児精神神経学会		548
既	254203	WISC-R 知能検査	日本小児精神神経学会		552
既	255201	オクトレオチド酢酸塩皮下注射における間歇注入シリンジポンプ加算	日本小児内分泌学会		556
既	255202	血糖自己測定器加算 間欠スキャン式持続血糖測定器によるもの	日本小児内分泌学会		561
未	257101	心臓超音波検査3次元画像法	日本心エコー図学会		566
未	257102	Global Longitudinal Strain測定による抗癌剤心筋障害の診断:投与前中後	日本心エコー図学会		571

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	257103	心臓超音波検査のデジタル動画保存加算	日本心エコー図学会		575
未	257104	心臓超音波検査による心臓弁膜症の定量評価法	日本心エコー図学会		579
既	257201	経胸壁心エコー法と経食道心エコー法を同一日に検査した際の診療報酬の個別算定	日本心エコー図学会		583
未	258102	細菌・ウイルス・真菌核酸多項目同時検出	日本神経学会		593
未	258103	神経疾患、脳卒中患者に対する公認心理師によるカウンセリング料	日本神経学会		599
未	258104	難治性片頭痛・三叉神経自律神経性頭痛指導料	日本神経学会		603
既	258201	経管栄養・薬剤投与用 カテーテル交換法	日本神経学会		608
既	258202	パーキンソン病およびその類縁疾患の急性増悪に対する回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーション	日本神経学会		613
既	258203	デジタル脳波判読の遠隔診断	日本神経学会		618
既	258204	薬剤投与用胃瘻造設術	日本神経学会		623
既	258205	排痰補助装置	日本神経学会		628
未	259101	難病患者治療継続生活指導管理料	日本神経治療学会		633
既	259201	ボリヌス毒素療法の注射技術	日本神経治療学会		637
既	259202	ニューロリハビリテーション(装着型サイボーグによる)	日本神経治療学会		642
既	259203	オンライン装置治療指導管理料	日本神経治療学会		648
未	260101	多発性硬化症患者の脳画像解析プログラムによる脳体積の計測	日本神経免疫学会		653
既	260201	重症筋無力症および視神経脊髄炎スペクトラム障害に対するエクリズマブの外来化学療法加算	日本神経免疫学会		658
既	261201	冠攣縮性狭心症の診断における冠攣縮誘発薬物負荷試験	日本心血管インターベンション治療学会		662
既	261202	血流予備量比コンピューター断層撮影	日本心血管インターベンション治療学会		667
既	262201	心身医学療法	日本心身医学会		677
既	262202	重症過敏性腸症候群に対する認知行動療法	日本心身医学会		681
既	262203	神経性やせ症に対する認知行動療法	日本心身医学会		686
既	262204	神経性過食症に対するガイドセルフヘルプ認知行動療法	日本心身医学会		691

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	262205	特定疾患カウンセリング	日本心身医学会		696
未	266101	遠隔心大血管リハビリテーションオンライン診療料	日本心臓リハビリテーション学会		701
未	266102	心不全再入院予防指導管理料	日本心臓リハビリテーション学会		705
未	266103	在宅心臓リハビリテーション指導管理料	日本心臓リハビリテーション学会		710
既	266201	心臓弁膜症に対する経カテーテル弁修復術を心大血管リハビリテーションの対象疾患に含める	日本心臓リハビリテーション学会		715
既	266202	先天性心疾患に対する経カテーテル修復術後を心大血管リハビリテーションの対象疾患に含める	日本心臓リハビリテーション学会		719
既	266203	肺高血圧症を心大血管リハビリテーションの対象疾患に含める	日本心臓リハビリテーション学会		724
既	266204	リハビリテーション実施計画書の説明医師の条件に、専任医師以外の主治医または担当医にも拡大	日本心臓リハビリテーション学会		729
既	266205	追加専任従事者としての臨床検査技師の活用とチーム医療の強化	日本心臓リハビリテーション学会		733
既	268201	慢性痛に対する認知療法・認知行動療法	日本心療内科学会		742
未	269101	MRI体内デバイス安全対策加算	日本磁気共鳴医学会		747
未	270102	児童思春期精神科連携指導料	日本児童青年精神医学会		756
既	270201	通院・在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算 施設基準(5)診療所の施設基準の変更	日本児童青年精神医学会		760
既	270202	通院・在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算 施設基準(2)専任の常勤精神科医の変更	日本児童青年精神医学会		765
既	270203	通院・在宅精神療法 注3、注4加算の算定期限の変更	日本児童青年精神医学会		770
未	271101	補聴器適応難聴指導料	日本耳鼻咽喉科学会		775
未	271102	ビデオヘッドインパルス検査 (video Head Impulse Test)	日本耳鼻咽喉科学会		780
未	271103	アレルギー性鼻炎免疫療法指導管理料	日本耳鼻咽喉科学会		785
既	271201	中咽頭癌および原発不明癌検体のp16蛋白免疫染色	日本耳鼻咽喉科学会		789
既	271202	上咽頭癌および原発不明癌検体におけるEBERs in situハイブリダイゼーション (ISH) 染色	日本耳鼻咽喉科学会		794
未	276101	腎容積測定加算	日本腎臓学会		809
既	276202	経皮的腎生検	日本腎臓学会		819
既	276203	重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス(LDL-A)療法	日本腎臓学会		824

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	277101	透析リハビリテーション料	日本腎臓リハビリテーション学会		829
既	278201	BRCA1/2遺伝子検査	日本人類遺伝学会		842
既	278204	乳癌サーベイランス	日本人類遺伝学会		857
既	278205	卵巣がんサーベイランス	日本人類遺伝学会		862
既	278206	予防的卵巣卵管切除術	日本人類遺伝学会		867
既	278207	マイクロサテライト不安定性検査	日本人類遺伝学会		872
未	280101	覚醒維持検査	日本睡眠学会		877
既	280201	認知療法・認知行動療法	日本睡眠学会		885
既	280202	終夜睡眠ポリグラフィ	日本睡眠学会		890
未	281101	電子的頭痛ダイアリーによる難治性頭痛の遠隔AI診断・治療支援技術	日本頭痛学会		895
既	281201	難治性片頭痛に対する認知行動療法	日本頭痛学会		900
既	281202	オンライン診療における慢性頭痛性疾患の生活指導, 薬物療法の療養管理料	日本頭痛学会		905
既	281203	外来診療における慢性頭痛性疾患の生活指導, 薬物療法の療養管理料	日本頭痛学会		910
既	281204	片頭痛, 群発頭痛患者のオンライン診療における在宅自己注射指導管理料	日本頭痛学会		915
既	281205	群発頭痛患者オンライン診療における在宅酸素療法指導管理	日本頭痛学会		919
未	283101	絨毛染色体検査	日本生殖医学会		924
未	283102	不育症管理指導料	日本生殖医学会		929
未	284101	精神科保護集中治療加算	日本精神科病院協会		934
未	284102	精神科作業療法の加算項目の新設 認知機能リハビリテーション加算	日本精神科病院協会		939
既	284201	通院・在宅精神療法(通院精神療法)	日本精神科病院協会		944
既	284202	入院精神療法(Ⅱ)イ	日本精神科病院協会		949
既	284203	精神科ショート・ケア・精神科デイ・ケア	日本精神科病院協会		953
既	284204	入院精神療法(20歳未満)	日本精神科病院協会		957

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	284205	重度認知症デイ・ケア料 夜間ケア加算	日本精神科病院協会		962
既	284208	精神科退院前訪問指導料	日本精神科病院協会		977
既	284209	特定薬剤副作用評価加算	日本精神科病院協会		981
既	284211	B000 特定疾患療養管理料	日本精神科病院協会		991
既	284212	通院・在宅精神療法(オンライン診療時の算定)	日本精神科病院協会		995
未	285101	精神科作業療法計画書の評価	日本精神神経学会		1000
未	285102	アルコール関連疾患患者節酒指導料	日本精神神経学会		1004
未	285103	精神科訪問作業療法	日本精神神経学会		1009
未	285104	D285 認知機能検査その他の心理検査	日本精神神経学会		1013
既	285201	クロザピン血中濃度の測定(特定薬剤治療管理料)	日本精神神経学会		1027
既	285202	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア 児童思春期加算	日本精神神経学会		1032
既	285204	治療抵抗性統合失調症治療指導管理料	日本精神神経学会		1041
既	285205	児童思春期精神科専門管理加算のイ	日本精神神経学会		1046
既	285206	「通院・在宅精神療法」30分未満の増点	日本精神神経学会		1050
既	285207	向精神薬の多剤減算	日本精神神経学会		1054
既	285208	通院・在宅精神療法の算定要件変更	日本精神神経学会		1059
既	287201	脊髄障害患者に対する間歇的導尿(一日につき)	日本脊髄障害医学会		1063
未	288101	摂食嚥下障害検査	日本摂食嚥下リハビリテーション学会		1068
既	288201	摂食機能療法Ⅲ	日本摂食嚥下リハビリテーション学会		1072
既	288202	嚥下造影多職種連携評価加算	日本摂食嚥下リハビリテーション学会		1077
未	289101	在宅輸血管管理料	日本先天代謝異常学会		1081
既	289201	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	日本先天代謝異常学会		1085
未	291102	特定薬剤治療管理料対象薬として「ブスルファン注射液」を追加	日本造血・免疫細胞療法学会		1094

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	291201	移植後患者指導管理料(造血幹細胞移植)における情報通信機器を用いた遠隔面談への要件拡大	日本造血・免疫細胞療法学会		1103
既	291202	K921-3【末梢血単核球採取(一連につき)】	日本造血・免疫細胞療法学会		1107
既	291203	コーディネート体制充実加算	日本造血・免疫細胞療法学会		1112
既	291204	周術期口腔機能管理後手術加算	日本造血・免疫細胞療法学会		1117
既	292201	超音波エラストグラフィ	日本超音波医学会		1122
未	294102	てんかん心理教育集団療法	日本てんかん学会		1133
既	294201	遠隔連携診療料	日本てんかん学会		1138
既	294202	認知機能検査その他の心理検査	日本てんかん学会		1143
未	295101	透析患者感染症予防管理加算	日本透析医学会		1148
未	295102	血液透析アクセス日常管理加算	日本透析医学会		1152
未	295103	在宅血液透析管理加算(多職種による)	日本透析医学会		1157
未	295104	在宅透析患者管理における遠隔モニタリング加算	日本透析医学会		1161
既	295201	感染症免疫学的検査	日本透析医学会		1166
未	296102	SGLT2阻害薬使用中の1型糖尿病における血中ケトン体自己測定加算	日本糖尿病学会		1175
未	296103	糖尿病重症化予防データ解析指導管理(遠隔含む)料	日本糖尿病学会		1179
既	298201	超音波法によるアキレス腱厚の測定	日本動脈硬化学会		1188
既	298202	血圧脈波検査	日本動脈硬化学会		1192
未	299101	注射処方料	日本内科学会		1197
未	301101	乳房トモシンセシス	日本医学放射線学会		1208
既	301201	先進画像加算:心臓CT撮影加算	日本医学放射線学会		1217
既	302201	胃悪性腫瘍手術(切除)(ロボット支援)	日本胃癌学会		1222
既	302202	胃悪性腫瘍手術(全摘)(ロボット支援)	日本胃癌学会		1227
既	302203	胃悪性腫瘍手術(噴門側切除術)(ロボット支援)	日本胃癌学会		1232

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	303201	移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	日本移植学会		1237
未	304101	副腎静脈採血(中心および支脈)	日本インターベンショナルラジ オロジー学会		1242
未	305103	運動器リハビリテーション(物理療法併施)	日本運動器科学会		1256
未	305104	運動器不安定症訓練法	日本運動器科学会		1260
未	305105	運動器物理療法	日本運動器科学会		1264
既	305202	運動器リハビリ急性増悪の定義の変更	日本運動器科学会		1272
既	305203	大関節(手・肘関節)テーピング(絆創膏固定術)	日本運動器科学会		1276
既	305204	消炎鎮痛処置を施行した分加算する	日本運動器科学会		1280
既	305208	大腿骨頸部骨折連携パス使用時の骨粗鬆症治療算定	日本運動器科学会		1296
既	306201	慢性痛リハビリテーション治療	日本運動器疼痛学会		1300
未	308101	マイボーム腺機能検査	日本角膜学会		1309
未	308102	涙液動態検査	日本角膜学会		1313
未	308103	実用視力検査	日本角膜学会		1317
既	308201	前眼部三次元画像解析の適応拡大	日本角膜学会		1321
既	308202	羊膜移植術の併施(通則14)	日本角膜学会		1325
既	308203	コントラスト感度検査の適応拡大	日本角膜学会		1329
未	309101	「腱固定術・肩」および「腱固定術・肩」(関節鏡下)	日本肩関節学会		1333
未	309102	肩腱板断裂手術(腱板断裂5cm未満)(関節鏡下)(腱固定術を伴う)	日本肩関節学会		1338
未	310101	前眼部デジタル撮影	日本眼科医会		1343
未	310102	洗眼	日本眼科医会		1347
未	310103	電子画像精度管理料	日本眼科医会		1351
既	310201	疾患に応じた眼底三次元画像解析の算定頻度の変更	日本眼科医会		1356
既	310204	硝子体内注射	日本眼科医会		1368

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	310205	眼鏡処方箋発行加算	日本眼科医会		1372
未	311101	角結膜悪性腫瘍切除術	日本眼科学会		1380
未	311102	眼瞼内反症手術(眼瞼下制筋前転法)	日本眼科学会		1384
未	311103	眼瞼挙筋機能検査	日本眼科学会		1389
既	311201	網膜冷凍凝固術の適応拡大(網膜芽細胞腫などの眼内腫瘍)	日本眼科学会		1393
既	311202	網膜芽細胞腫等における網膜冷凍凝固術と網膜光凝固術の併施	日本眼科学会		1398
既	311203	幼児及び小児の近視眼に対する眼軸長測定の保険適応	日本眼科学会		1402
既	311204	ロービジョン検査判断料	日本眼科学会		1407
既	311205	コンタクトレンズ検査料	日本眼科学会		1411
未	312101	脛骨近位骨切り術	日本関節鏡・膝・スポーツ整形 外科学会		1414
未	313101	胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除を伴う)(腹腔鏡下)、 胆嚢悪性腫瘍手術(亜区域4a+5以上の肝切除を伴う)(腹腔鏡下)	日本肝胆膵外科学会		1420
未	313102	腹腔鏡下移植用部分肝採取術(生体)(外側区域切除)	日本肝胆膵外科学会		1425
既	313201	膵頭十二指腸切除(腹腔鏡下)	日本肝胆膵外科学会		1430
既	313202	自動縫合器加算	日本肝胆膵外科学会		1435
未	314101	救命のための骨髄路確保	日本救急医学会		1440
未	314104	大量輸血プロトコル(MTP:Massive transfusion protocol)の体制加算	日本救急医学会		1453
既	314201	低体温療法	日本救急医学会		1457
既	314203	肋骨骨折観血的手術	日本救急医学会		1466
未	315101	胸腔鏡下左心耳閉鎖術	日本胸部外科学会		1473
既	315201	手術通則14の改正	日本胸部外科学会		1477
未	316101	自家脂肪注入	日本形成外科学会		1481
未	316102	皮膚良性腫瘍摘出術・露出部、長径8cm以上	日本形成外科学会		1485
未	316103	皮下良性腫瘍摘出術・露出部、長径8cm以上	日本形成外科学会		1489



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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	316201	小耳症手術(軟骨移植による耳介形成術)	日本形成外科学会		1498
既	316202	下顎骨延長術における画像等手術支援加算適応拡大	日本形成外科学会		1502
既	316204	超音波凝固切開装置等加算適応拡大	日本形成外科学会		1510
既	316206	乳房再建術(ゲル充填人工乳房によるもの)適応拡大	日本形成外科学会		1520
既	316207	筋肉コンパートメント内圧測定	日本形成外科学会		1525
既	316208	局所陰圧閉鎖療法適応拡大(縫合創)	日本形成外科学会		1530
既	317201	手術通則14の改正	日本外科学会		1535
既	317202	自動縫合器・自動吻合器加算の適応拡大	日本外科学会		1540
既	319201	高気圧酸素治療 治療回数制限の追加と見直し	日本高気圧環境・潜水医学会		1567
既	320201	上顎骨悪性腫瘍手術ならびに下顎骨悪性腫瘍手術における超音波 切削機器加算	日本口腔科学会		1572
既	320202	神経再生誘導術(即時)	日本口腔科学会		1576
未	321101	画像等手術支援加算 3次元画像に基づく3次元術前計画ソフトによ るもの	日本股関節学会		1581
既	321201	寛骨臼移動術	日本股関節学会		1586
既	321202	大腿骨骨切り併用人工股関節置換術	日本股関節学会		1591
未	322101	肺悪性腫瘍手術(気管支形成を伴う肺切除)(胸腔鏡下)	日本呼吸器外科学会		1596
未	322102	胸腔内(胸膜内)血腫除去術(胸腔鏡下)	日本呼吸器外科学会		1601
既	322201	死体肺移植用肺採取術	日本呼吸器外科学会		1606
既	322202	自動縫合器の適応拡大(肺部分切除後の肺葉切除)	日本呼吸器外科学会		1610
既	322203	膿胸に対する局所陰圧閉鎖処置における局所陰圧閉鎖処置用材料 保険適応期間の延長	日本呼吸器外科学会		1615
未	323101	胸腔内視鏡検査(凍結生検法)	日本呼吸器内視鏡学会		1620
既	323201	経気管支凍結生検法	日本呼吸器内視鏡学会		1629
既	323202	経気管支生検法(仮想気管支鏡を用いた場合)のガイドシース加算	日本呼吸器内視鏡学会		1633
既	323203	気管支肺胞洗浄術	日本呼吸器内視鏡学会		1638

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	324101	緊急骨折観血的整復固定手術・大腿骨	日本骨折治療学会		1642
未	324102	緊急人工骨頭挿入術・股関節	日本骨折治療学会		1646
未	324103	コンピューター支援骨形態制御手術(創外固定器による)	日本骨折治療学会		1650
未	324104	関節内変形治癒骨折矯正手術	日本骨折治療学会		1654
未	324105	インプラント周囲偽関節手術(複雑)	日本骨折治療学会		1659
未	325101	子宮悪性腫瘍手術(広汎切除)(ロボット支援)	日本産科婦人科学会		1663
未	325102	ロボット支援下子宮悪性腫瘍手術(単純)(傍大動脈リンパ節郭清を含む)	日本産科婦人科学会		1668
既	325201	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の進行期適用拡大並びに傍大動脈リンパ節郭清時の増点	日本産科婦人科学会		1673
未	326101	子宮瘢痕部修復術(腹腔鏡下)	日本産科婦人科内視鏡学会		1678
未	326102	腔断端挙上術(腹腔鏡下)	日本産科婦人科内視鏡学会		1683
既	326201	仙骨腔固定術(腹腔鏡下)	日本産科婦人科内視鏡学会		1688
既	327201	流産手術(妊娠11週までのもの)	日本産婦人科医会		1693
既	327202	異所性妊娠手術(腹腔鏡下)	日本産婦人科医会		1696
未	328101	子宮腺筋症病巣除去術	日本産婦人科手術学会		1699
未	329101	先進画像加算 肝細胞特異性造影剤を用いた肝悪性腫瘍MR	日本磁気共鳴医学会		1704
未	329102	先進画像加算 肝エラストグラフィ	日本磁気共鳴医学会		1709
未	329103	小児全身MRI撮像加算	日本磁気共鳴医学会		1714
未	329104	小児脳MRS加算	日本磁気共鳴医学会		1719
既	329201	先進画像加算:心臓MRI撮影加算の見直し	日本磁気共鳴医学会		1725
既	329202	頭部MRI撮影加算の増点	日本磁気共鳴医学会		1730
既	329203	全身(広範囲)MRIによる悪性腫瘍(原発巣および転移)の診断(乳癌/悪性腫瘍)	日本磁気共鳴医学会		1735
既	329204	骨軟部全身MRI撮影加算	日本磁気共鳴医学会		1740
未	330101	自己血貯血(液状保存)(保存前白血球除去)	日本自己血輸血・周術期輸血学会(旧・日本自己血輸血学会)		1745

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	330201	貯血式自己血輸血管理体制加算	日本自己血輸血・周術期輸血学会(旧・日本自己血輸血学会)		1749
既	330202	術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの) 1 濃縮及び洗浄を行うもの:出血量の適応拡大	日本自己血輸血・周術期輸血学会(旧・日本自己血輸血学会)		1754
既	330203	術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの) 2 濾過を行うもの:出血量の適応拡大	日本自己血輸血・周術期輸血学会(旧・日本自己血輸血学会)		1758
未	331101	舌悪性腫瘍手術および鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(片側あるいは両側頸部郭清術を伴うもの)	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1762
未	331102	ロボット支援手術(喉頭・下咽頭悪性腫瘍手術、中咽頭悪性腫瘍手術(前壁切除)、中咽頭悪性腫瘍手術(前壁以外))	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1768
未	331103	内喉頭筋内注射(ボツリヌス毒素を用いた場合)	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1775
未	331104	鼓室形成術(経外耳道的内視鏡下)(上鼓室開放なしと上鼓室・乳突洞開放)	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1780
未	331105	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術(経鼻内視鏡下、頭蓋底郭清、再建)	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1785
未	332101	斜視手術(調節系法)	日本弱視斜視学会		1790
未	332102	眼科学的検査料(知的障害児(者)に行われた場合の評価)	日本弱視斜視学会		1794
既	332201	不等像視検査	日本弱視斜視学会		1799
未	333101	胎児MRI	日本周産期・新生児医学会		1803
未	333102	臍帯穿刺	日本周産期・新生児医学会		1807
既	334201	ECMO	一般社団法人日本集中治療医学会		1811
既	334202	長期人工呼吸	一般社団法人日本集中治療医学会		1815
未	335101	高解像度食道運動機能検査	日本消化管学会		1819
未	335102	C13呼気試験法胃排出能検査	日本消化管学会		1824
未	335103	胃悪性腫瘍手術(全摘・空腸囊作製術を伴う)	日本消化管学会		1828
未	336101	人工知能による大腸内視鏡診断支援	日本消化器内視鏡学会		1832
未	336102	胃静脈瘤内視鏡的組織接着剤注入術	日本消化器内視鏡学会		1837
未	336103	内視鏡的逆流防止粘膜切除術	日本消化器内視鏡学会		1842
既	336201	POEMの保険点数の改定	日本消化器内視鏡学会		1847
未	337101	バルーン内視鏡を用いた全大腸内視鏡検査	日本消化器病学会		1852

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	337102	バルーン内視鏡を用いた小腸ポリープ切除術	日本消化器病学会		1857
未	338101	総胆管拡張症手術(ロボット支援)	日本小児外科学会		1862
未	338102	陰唇癒合剥離	日本小児外科学会		1867
未	338103	処置の通則の新設(乳幼児処置加算)	日本小児外科学会		1871
未	338104	処置の通則の新設(新生児処置加算)	日本小児外科学会		1875
既	338201	複数手術に関わる費用の特例に対する要望(通則14)	日本小児外科学会		1879
既	338202	摘便100点に対する新生児加算、乳幼児加算の要望	日本小児外科学会		1883
既	338203	経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術180点に対する新生児加算、乳幼児加算の要望	日本小児外科学会		1887
既	338204	経鼻栄養・薬剤投与用カテーテル交換法200点に対する新生児加算、乳幼児加算の要望	日本小児外科学会		1891
既	338205	局所陰圧閉鎖処置(入院)1,040~1,100点に対する新生児加算、乳幼児加算の要望	日本小児外科学会		1895
既	338206	イレウス用ロングチューブ挿入法730点に対する新生児加算、乳幼児加算の要望	日本小児外科学会		1899
既	338207	腸内ガス排気処置(開腹手術後)45点に対する新生児加算、乳幼児加算の要望	日本小児外科学会		1903
未	339101	埋没陰茎手術	日本小児泌尿器科学会		1907
未	339102	精巣腫瘍核出術	日本小児泌尿器科学会		1912
未	339103	二分陰嚢・陰茎前置陰嚢手術(陰嚢形成術)	日本小児泌尿器科学会		1917
未	339104	膀胱頸部形成術(膀胱頸部吊上げ術以外)	日本小児泌尿器科学会		1921
既	339201	陰嚢水腫手術(鼠径部アプローチ)	日本小児泌尿器科学会		1926
既	339202	精索捻転手術(対側の精巣固定術を伴わない)	日本小児泌尿器科学会		1931
未	340101	空気容積脈波	日本静脈学会		1936
既	340201	下肢静脈瘤切除術	日本静脈学会		1945
既	340203	リンパ浮腫複合的治療	日本静脈学会		1953
未	341101	局所陰圧閉鎖処置(特定疾患治療管理料・在宅療養指導料)	日本褥瘡学会		1963
未	341103	壊死組織とバイオフィルムの管理的除去	日本褥瘡学会		1973

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	341201	局所陰圧閉鎖処置(算定期間の延長)	日本褥瘡学会		1978

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	341203	重度褥瘡処置の算定期間の要件緩和	日本褥瘡学会		1987
既	341204	長期療養患者における褥瘡処置の増点	日本褥瘡学会		1991
未	342101	再建胃管悪性腫瘍切除術・全摘(消化管再建を伴う)(頸部・胸部・腹部の操作)	日本食道学会		1995
未	342102	再建胃管悪性腫瘍切除術・全摘(消化管再建を伴う)(頸部・腹部の操作)	日本食道学会		2000
既	342201	食道大動脈瘻に対する食道切除術(単に切除のみのもの)と大動脈瘤切除術の同時算定	日本食道学会		2005
既	342202	食道悪性腫瘍切断術(消化管再建を伴う)(頸部、腹部の操作によるもの)(縦隔鏡下)の増点	日本食道学会		2010
既	342203	K936自動縫合器加算:K529からK529-3までに対する自動縫合器使用個数限度の増加	日本食道学会		2015
既	343201	経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞に対する)	日本心血管インターベンション治療学会		2020
既	343202	経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞に対する)	日本心血管インターベンション治療学会		2024
既	343203	経皮的中隔心筋焼灼術	日本心血管インターベンション治療学会		2028
既	343204	経皮的冠動脈ステント留置術(不安定狭心症に対する)	日本心血管インターベンション治療学会		2033
既	343205	経皮的冠動脈形成術(不安定狭心症に対する)	日本心血管インターベンション治療学会		2037
既	343206	経皮的冠動脈ステント留置術(その他)	日本心血管インターベンション治療学会		2041
既	343207	急性冠症候群に対する橈骨動脈アプローチの加算【ラディアル加算】	日本心血管インターベンション治療学会		2045
既	343208	血管内視鏡	日本心血管インターベンション治療学会		2049
既	344201	人工臓器療法	日本人工臓器学会		2053
既	344202	人工臓器検査	日本人工臓器学会		2058
既	345201	大量出血症例に対する輸血管理加算Ⅲ	日本心臓血管麻酔学会		2063
既	346201	ストーマ処置(1日につき) イ.単純なもの、ロ.複雑なもの	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会		2067
既	346202	情報通信機器を用いた在宅療養指導料	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会		2072
既	346203	病診連携による外来排尿自立指導料	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会		2076
既	347201	悪性軟部腫瘍広範切除時の人工関節置換術併施の算定	日本整形外科学会		2080
既	347202	椎間板ヘルニア徒手整復術	日本整形外科学会		2083

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	348101	放射線被ばく下操作が必要な手術に対する加算	日本整形外科勤務医会		2086
既	348201	骨折経皮的鋼線刺入固定術(K045 3)の増点	日本整形外科勤務医会		2091
既	348202	ガングリオン穿刺術(J116-3)ガングリオン圧砕(J116-4)に(片側)の注釈をつけての算定	日本整形外科勤務医会		2095
未	349101	ソノヒステログラフィ	日本生殖医学会		2099
未	350101	顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術	日本脊髄外科学会		2103
未	350102	脊髄硬膜外血腫除去術	日本脊髄外科学会		2107
既	350201	脊髄腫瘍摘出術(髄外)	日本脊髄外科学会		2111
既	350202	脊髄腫瘍摘出術(髄内)	日本脊髄外科学会		2115
既	350203	脊髄血管奇形手術	日本脊髄外科学会		2119
既	350204	癒着性脊髄くも膜炎手術(脊髄くも膜剥離操作を行うもの)	日本脊髄外科学会		2123
既	350205	脊椎脊髄手術における術中CT画像加算	日本脊髄外科学会		2127
既	350206	減圧開頭術(キアリ奇形・脊髄空洞症の場合)	日本脊髄外科学会		2131
既	350207	脊椎被裂手術(神経処置を伴う)	日本脊髄外科学会		2135
既	350208	肋骨切除術・第1肋骨	日本脊髄外科学会		2139
未	351101	起立性低血圧予防訓練(脊髄損傷患者)	日本脊髄障害医学会		2143
未	351102	用手的呼吸補助を併用した肺、気管支内喀痰吸引法(脊髄損傷患者)	日本脊髄障害医学会		2148
未	351103	頸髄損傷患者の退院時リハビリテーションカンファレンス	日本脊髄障害医学会		2153
未	352101	自己骨髄由来間葉系幹細胞移植術	日本脊椎脊髄病学会		2157
既	352201	人工椎間板置換術の技術料改定	日本脊椎脊髄病学会		2162
既	352202	椎間板内酵素注入療法の技術料改定	日本脊椎脊髄病学会		2166
既	352203	画像等手術支援加算 患者適合型支援ガイドに脊椎手術を追加	日本脊椎脊髄病学会		2172
既	352204	超音波凝固切開装置等加算	日本脊椎脊髄病学会		2176
既	352205	内視鏡下椎弓形成術における複数椎間加算	日本脊椎脊髄病学会		2180

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	352206	通則14の追加:内視鏡下椎間板摘出(切除)術、内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎弓形成術	日本脊椎脊髄病学会		2184
未	353101	立位全身骨撮影	日本側彎症学会		2188
未	353102	立位全身骨撮影(術前精密検査)	日本側彎症学会		2193
既	353201	脊椎側彎症手術の注に後彎症矯正の追加	日本側彎症学会		2198
既	353202	脊椎後方固定術(K142 2)における上位頸椎加算	日本側彎症学会		2202
未	354101	大腸局所切除術(腹腔鏡下・内視鏡併用)	日本大腸肛門病学会		2206
既	354201	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料(C119:800点)の改正による「適用拡大」	日本大腸肛門病学会		2211
既	354202	自動縫合器加算(K716及びK716-2)に対する使用限度数(3個)の増量	日本大腸肛門病学会		2217
既	354203	人工肛門閉鎖術に対する良性疾患への適応拡大	日本大腸肛門病学会		2221
既	354204	腹腔鏡下人工肛門閉鎖術に対する良性疾患への適応拡大	日本大腸肛門病学会		2226
既	354205	自動吻合器加算(K732 2-I及びK732-2)の適用拡大	日本大腸肛門病学会		2230
未	355101	内視鏡的乳頭切除術	日本胆道学会		2234
未	355102	胆管悪性腫瘍手術 3.肝外胆道切除術	日本胆道学会		2238
既	355201	胆管悪性腫瘍手術 3.膵頭十二指腸切除によるもの	日本胆道学会		2242
既	356201	神経縫合術に関する複数縫合加算 指(手、足)	日本手外科学会		2246
既	356202	神経縫合術に関する複数縫合加算 その他のもの	日本手外科学会		2250
既	356203	神経再生誘導術に関する複数縫合加算 指(手、足)	日本手外科学会		2254
既	356204	神経再生誘導術に関する複数縫合加算 その他のもの	日本手外科学会		2258
既	356205	複雑な屈筋腱縫合加算	日本手外科学会		2262
既	356206	観血的関節固定術・人工関節再置換術に関する、指に係る同一手術野の範囲の明確化	日本手外科学会		2266
既	356207	複数手術に係る費用の特例ー骨・腱・神経・血管の手術に関する適用範囲の改定	日本手外科学会		2270
既	357201	頭蓋内電極植込術「硬膜下電極によるもの」の項目設定の見直しと増点	日本てんかん学会		2274
既	358201	経皮的体外循環補助装置設置術(カフ型)	日本透析医学会		2279



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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	358202	経皮的体外循環補助装置設置術(短期型)	日本透析医学会		2283
未	359101	肝切除術(ロボット支援)	日本内視鏡外科学会		2287
未	359102	結腸悪性腫瘍手術(ロボット支援)	日本内視鏡外科学会		2292
未	359103	骨盤内臓全摘術(ロボット支援)	日本内視鏡外科学会		2296
未	359104	肝門部胆管悪性腫瘍手術(血行再建なし)(ロボット支援)	日本内視鏡外科学会		2300
既	359201	直腸切除・切断術(ロボット支援)	日本内視鏡外科学会		2305
既	359202	直腸切除・切断術(腹腔鏡下)	日本内視鏡外科学会		2310
既	359203	食道悪性腫瘍手術(頸部、胸部もしくは縦隔、腹部の操作によるもの)(ロボット支援)	日本内視鏡外科学会		2315
既	360201	脊髄誘発電位測定等加算(増点)	日本内分泌外科学会		2320
既	360202	脊髄誘発電位測定等加算(適応拡大)	日本内分泌外科学会		2323
既	360203	超音波凝固切開装置等加算	日本内分泌外科学会		2326
未	361101	対側乳房縮小・固定術(乳房再建・乳房部分切除後)	日本乳癌学会		2329
既	361201	超音波凝固切開装置等加算	日本乳癌学会		2334
既	361202	体腔液を用いたセルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色(乳癌の追加)	日本乳癌学会		2339
未	362101	人工乳房抜去術	日本乳房オンコプラスチック サージャリー学会		2344
未	362102	乳房インプラント周囲漿液穿刺	日本乳房オンコプラスチック サージャリー学会		2348
既	362201	遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する予防的乳房切除の施設基準の要件変更	日本乳房オンコプラスチック サージャリー学会		2352
既	362202	ゲル充填人工乳房 併施の増点	日本乳房オンコプラスチック サージャリー学会		2356
既	362203	組織拡張器による再建手術(乳房一次再建)併施の増点	日本乳房オンコプラスチック サージャリー学会		2360
既	362204	造血器腫瘍細胞抗原検査のBIA-ALCLを疑った穿刺液への適応拡大	日本乳房オンコプラスチック サージャリー学会		2364
既	362205	予防的乳房切除術(遺伝性乳癌卵巣癌症候群(HBOC)増点)	日本乳房オンコプラスチック サージャリー学会		2368
既	363201	分層植皮術MEEK植皮加算	日本熱傷学会		2372
未	364101	シャント再建術	日本脳神経外科学会		2377

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	364102	皮下髄液貯溜槽留置術	日本脳神経外科学会		2382
未	364103	画像等手術支援加算 術中MRIによるもの	日本脳神経外科学会		2387
既	364201	画像等手術支援加算 術前脳血管CT、特殊脳MRI等によるもの	日本脳神経外科学会		2391
既	364202	頭蓋頸椎移行部の減圧術(K149、K149-2)における脊髄誘発電位測定等加算	日本脳神経外科学会		2395
未	365101	脳動脈瘤コイル試験的留置術	日本脳神経血管内治療学会		2399
既	365201	脳動静脈奇形摘出前の前処置としての血管塞栓術	日本脳神経血管内治療学会		2403
既	365202	経皮的脳血栓回収術(経皮的頸動脈ステント留置術併用加算)	日本脳神経血管内治療学会		2407
未	366101	ハンナ型間質性膀胱炎手術(経尿道)	日本排尿機能学会		2411
未	366103	内圧尿流測定(プレッシャーフロースタディ)	日本排尿機能学会		2422
未	366104	在宅排尿管理指導料	日本排尿機能学会		2427
未	367101	核磁気共鳴画像-経直腸的超音波画像融合画像に基づいた前立腺生検	日本泌尿器科学会		2433
未	367102	プロスタグランジンE1陰茎海綿体注射テスト(PGE1テスト)	日本泌尿器科学会		2438
未	367103	尿管切石術(腹腔鏡下)	日本泌尿器科学会		2443
未	367104	腎盂切石術(腹腔鏡下)	日本泌尿器科学会		2448
既	367201	前立腺肥大症に対するツリウムレーザーをもちいた経尿道的前立腺蒸散術	日本泌尿器科学会		2453
既	367202	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術(蛍光膀胱鏡利用のもの)	日本泌尿器科学会		2458
既	367203	前立腺針生検法	日本泌尿器科学会		2463
未	368101	腎悪性腫瘍手術(ロボット支援)	日本泌尿器内視鏡学会		2468
未	368102	尿管悪性腫瘍手術(ロボット支援)	日本泌尿器内視鏡学会		2473
未	368103	副腎腫瘍摘出術(ロボット支援)	日本泌尿器内視鏡学会		2478
未	368104	副腎腫瘍切除術・髄質腫瘍(褐色細胞腫)(ロボット支援)	日本泌尿器内視鏡学会		2483
既	368201	「K939 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの(2,000点) 2 実物大臓器立体モデルによるもの(2,000点)」の腎部分切除術(K773、K773-2、K773-3、K773-4、K773-5、K769、K769-2、K769-3)への適応拡大	日本泌尿器内視鏡学会		2488
既	368202	「K939 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの(2,000点) 2 実物大臓器立体モデルによるもの(2,000点)」の経皮的尿路結石除去術(K764)への適応拡大	日本泌尿器内視鏡学会		2493

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	369101	皮膚病像撮影料	日本皮膚科学会		2498
未	369102	爪甲処置(爪甲肥厚症、爪甲鉤彎症)	日本皮膚科学会		2502
既	369201	鶏眼、胼胝処置	日本皮膚科学会		2506
既	369202	皮膚科光線療法(2)長波紫外線又は中波紫外線療法(3)中波紫外線療法	日本皮膚科学会		2509
既	369203	皮膚科軟膏処置	日本皮膚科学会		2512
既	369204	パッチテスト	日本皮膚科学会		2515
既	369205	全身温熱性発汗試験	日本皮膚科学会		2519
未	370101	スリーブ状胃切除・バイパス術(腹腔鏡下)	日本肥満症治療学会		2523
既	370201	スリーブ状胃切除術(腹腔鏡下)(適応拡大について)	日本肥満症治療学会		2531
既	370202	スリーブ状胃切除術(腹腔鏡下)(施設基準緩和について)	日本肥満症治療学会		2535
既	370203	スリーブ状胃切除術(腹腔鏡下)(増点について)	日本肥満症治療学会		2539
既	370204	スリーブ状胃切除術(腹腔鏡下)(適応疾患の追加について)	日本肥満症治療学会		2543
既	372201	経皮的カテーテル心筋焼灼術(付加手技を伴う) (単独肺静脈隔離術および単独肺静脈隔離術を除くもの)	日本不整脈心電学会		2556
既	372202	「K598両心室ペースメーカー移植術」「K598-2両心室ペースメーカー交換術」「K599植込型除細動器移植術」「K599-2植込型除細動器交換術」「K599-3両心室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術」「K599-4両心室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術」における特掲診療料の施設基準の改訂(様式61・様式62・様式63)	日本不整脈心電学会		2560
既	372203	ペースメーカー交換術	日本不整脈心電学会		2565
既	372204	不整脈手術 4左心耳閉鎖術 イ開胸手術によるもの	日本不整脈心電学会		2570
既	372205	両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術(経静脈電極)	日本不整脈心電学会		2574
既	372206	植込型除細動器交換術	日本不整脈心電学会		2578
既	372207	経静脈電極抜去術(レーザーシース使用)	日本不整脈心電学会		2582
既	372208	両心室ペースメーカー交換術	日本不整脈心電学会		2587
未	373101	神経ブロック(パルス高周波法使用)	日本ペインクリニック学会		2591
既	373201	慢性疼痛に対する認知行動療法の適応拡大	日本ペインクリニック学会		2600
未	374101	ロボット支援下鼠径ヘルニア手術	日本ヘルニア学会		2608

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	374102	腹腔鏡下傍ストーマヘルニア手術	日本ヘルニア学会		2613
未	375101	麻酔後ケアユニット(PACU)加算	日本麻酔科学会		2618
未	375102	空気予防策が必要な感染症に対する麻酔管理加算	日本麻酔科学会		2622
未	376101	眼底直視下微小視野検査(片側)	日本網膜硝子体学会		2626
既	376201	眼底カメラ撮影 1通常の方法の場合の広角眼底撮影加算	日本網膜硝子体学会		2631
未	377101	緑内障指導管理料	日本緑内障学会		2636
未	377102	緑内障手術(流出路再建術)(眼内法)	日本緑内障学会		2641
未	377103	濾過胞再建術(needle法)	日本緑内障学会		2645
未	377104	角膜中央厚測定	日本緑内障学会		2649
既	377201	緑内障手術(濾過手術)	日本緑内障学会		2653
既	377202	アプラーション精密眼圧測定トノメーター	日本緑内障学会		2657
既	377203	水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	日本緑内障学会		2661
未	378101	側方郭清(直腸癌)加算	日本臨床外科学会		2665
未	378102	手術困難肥満加算	日本臨床外科学会		2670
未	378103	低侵襲側方リンパ節郭清	日本臨床外科学会		2675
既	378201	腹腔鏡下胃癌手術(改正)	日本臨床外科学会		2680
既	378202	腹腔鏡下直腸脱手術(K742-2)メッシュ代の償還	日本臨床外科学会		2684
既	378203	腹腔鏡下虫垂切除術	日本臨床外科学会		2687
既	379201	自動縫合器加算 移植用腎採取術(腹腔鏡)	日本臨床腎移植学会		2697
未	380101	超音波ガイド下神経幹内注射	日本臨床整形外科学会		2702
未	380102	骨折観血的手術の透視加算	日本臨床整形外科学会		2706
未	380103	ギプス包帯管理	日本臨床整形外科学会		2710
未	380104	上腕以遠の伝達麻酔	日本臨床整形外科学会		2714

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	380105	大腿以遠の伝達麻酔	日本臨床整形外科学会		2718
既	380201	超音波骨折治療法の疲労骨折への適応拡大	日本臨床整形外科学会		2722
既	380202	小関節テーピング	日本臨床整形外科学会		2727
既	380203	絆創膏固定術を両側算定可とする	日本臨床整形外科学会		2731
既	380204	手掌、足底異物摘出術を手、足に適応拡大する	日本臨床整形外科学会		2735
既	380205	骨折非観血的整復術の複数算定	日本臨床整形外科学会		2739
既	380206	腱鞘内注射(増点)	日本臨床整形外科学会		2743
既	380207	腋窩神経ブロック、上肢伝達麻酔(増点)	日本臨床整形外科学会		2747
既	380208	トリガーポイント注射と神経ブロックの併算定	日本臨床整形外科学会		2751
未	381101	内視鏡下脳腫瘍摘出術	日本臨床脳神経外科学会		2755
未	381102	内視鏡下脳腫瘍生検術	日本臨床脳神経外科学会		2760
既	381201	バイパス併用脳動脈瘤手術	日本臨床脳神経外科学会		2765
既	381202	動脈血栓内膜摘出術(内頸動脈)	日本臨床脳神経外科学会		2770
既	381203	頭蓋内微小血管減圧術(責任血管;椎骨・脳底動脈)	日本臨床脳神経外科学会		2775
既	381204	画像等手術支援加算(K939をK154,K181に拡大)	日本臨床脳神経外科学会		2779
既	381205	画像等手術支援加算(K939をK181-6に拡大)	日本臨床脳神経外科学会		2784
既	381206	硬膜外自家血注入療法	日本臨床脳神経外科学会		2789
既	382201	皮膚・皮下腫瘍摘出術 / 鶏眼・胼胝切除術	日本レーザー医学会		2793
未	402101	顎関節症検査(顎関節・咀嚼筋検査)	日本顎関節学会		2798
既	402201	歯科口腔リハビリテーション料2	日本顎関節学会		2803
既	403201	広範囲顎骨支持型装置埋入手術における画像等手術支援加算	日本顎顔面インプラント学会		2808
既	403202	下顎無歯顎高度顎堤吸収患者への広範囲顎骨支持型装置埋入手術	日本顎顔面インプラント学会		2814
既	403203	広範囲顎骨支持型装置および広範囲顎骨支持型補綴における暫間装置および暫間補綴加算	日本顎顔面インプラント学会		2819

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	403204	広範囲顎骨支持型装置埋入術・適応イ	日本顎顔面インプラント学会		2825
既	403205	広範囲顎骨支持型装置埋入術・適応ニ	日本顎顔面インプラント学会		2830
既	403206	広範囲顎骨支持型補綴(増点について)	日本顎顔面インプラント学会		2835
既	404201	歯科口腔リハビリテーション料1項目2(算定制限の見直し)	日本顎顔面補綴学会		2840
既	404202	顎欠損症例への軟質材料による直接法有床義歯内面適合法の適用	日本顎顔面補綴学会		2844
既	404203	顎欠損患者への口腔機能管理料の適応拡大	日本顎顔面補綴学会		2848
既	404204	広範囲顎骨支持型補綴(適応症例とインプラント埋入部位の見直し)	日本顎顔面補綴学会		2852
既	404205	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の調整	日本顎顔面補綴学会		2856
既	407201	上顎骨形成術ならびに下顎骨形成術における三次元シミュレーション	日本顎変形症学会		2864
既	407202	顎変形症患者を対象とした咀嚼能力検査	日本顎変形症学会		2869
既	407203	顎変形症患者を対象とした歯科口腔リハビリテーション	日本顎変形症学会		2874
既	407204	画像支援下(ナビゲーションによる)上顎骨形成術ならびに下顎骨形成術	日本顎変形症学会		2879
既	408201	厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常に係る適応症の拡大	日本矯正歯科学会		2884
既	408202	前歯・小臼歯3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常(埋伏歯開窓術を必要とするものに限る)	日本矯正歯科学会		2888
未	409101	歯槽骨密度評価	日本口腔インプラント学会		2893
既	409201	歯周病の検査・処置・管理(歯科訪問診療における無菌顎症例のインプラント周囲炎への拡大)	日本口腔インプラント学会		2899
既	412202	口腔外科領域の周術期疼痛に対する三叉神経ブロック	日本口腔顔面痛学会		2909
未	413101	閉塞性睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の歯科タイトレーション法	日本口腔外科学会		2914
既	413201	神経再生誘導術(即時)	日本口腔外科学会	320202と重複。	2918
既	413202	口腔粘膜蛍光観察検査	日本口腔外科学会		2923
既	413203	上顎骨悪性腫瘍手術ならびに下顎骨悪性腫瘍手術における超音波切削機器加算	日本口腔外科学会	320201と重複。	2928
既	413204	閉塞性睡眠時無呼吸症に対する顎顔面形態評価のための頭部側方X線規格撮影	日本口腔外科学会		2933
未	418101	咀嚼・食塊形成機能検査(内視鏡を含む)	日本口腔リハビリテーション学会		2938

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	421102	切削時感染予防処置加算	日本歯科医療管理学会		2947
既	421201	歯周病安定期治療(1)及び(2)に対する糖尿病患者加算の新設	日本歯科医療管理学会		2951
既	421203	歯科疾患管理料に対する糖尿病患者の総合的医療管理加算の増点	日本歯科医療管理学会		2959
既	421204	歯科衛生実地指導料への糖尿病患者加算の新設	日本歯科医療管理学会		2963
未	424101	前歯部CAD/CAM冠のコーティング	日本歯科審美学会		2967
未	424102	歯科用CAD/CAM装置を用いたファイバー補強高強度コンポジットレジンブリッジ	日本歯科審美学会		2972
既	424201	臼歯部テンポラリークラウン	日本歯科審美学会		2977
未	426101	顎骨脆弱度評価	日本歯科放射線学会		2987
未	426102	骨塩定量検査	日本歯科放射線学会		2992
未	426103	歯科部分パノラマ断層撮影	日本歯科放射線学会		2997
未	427101	CAD/CAMインレー修復に対する光学印象法	日本歯科保存学会		3001
未	427102	CAD/CAMインレー修復	日本歯科保存学会		3006
既	427201	NiTiロータリーファイルによる根管形成加算	日本歯科保存学会		3016
既	427202	重度要介護高齢者等に対する充填処置加算	日本歯科保存学会		3021
既	427204	唾液等飛沫防止対策ラバーダム防湿加算	日本歯科保存学会		3030
既	427205	歯科用合着・接着材料Ⅲ(仮着セメントを除く)の廃止	日本歯科保存学会		3035
既	427206	歯科充填用材料Ⅲの廃止	日本歯科保存学会		3040
既	428201	歯科麻酔管理料における長時間麻酔管理加算	日本歯科麻酔学会		3044
既	428202	静脈内鎮静法における麻酔困難患者加算	日本歯科麻酔学会		3049
既	428203	静脈内鎮静法における麻酔管理時間加算	日本歯科麻酔学会		3054
未	432101	口腔バイオフィルム検査	日本歯周病学会		3059
未	432102	慢性歯周炎患者の禁煙指導	日本歯周病学会		3063
既	432202	歯周ポケット搔爬	日本歯周病学会		3072

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	433201	歯科用3次元エックス線断層撮影の撮影要件に根管形態の明記	日本歯内療法学会		3075
既	436201	小児口腔機能管理料	日本小児歯科学会		3080
既	436202	小児の舌圧検査	日本小児歯科学会		3085
既	436204	小児保隙装置	日本小児歯科学会		3095
未	440102	顎堤吸収が高度に進行した下顎総義歯患者へのデンチャースペース 検査	日本補綴歯科学会		3105
未	440103	金属アレルギー患者へのジルコニアによる前歯部CAD/CAMブリッジ	日本補綴歯科学会		3109
未	440104	ポリエーテルエーテルケトン(PEEK)による大臼歯歯冠修復物	日本補綴歯科学会		3114
未	440105	異常絞扼反射患者に対する口腔内装置製作のための光学印象法	日本補綴歯科学会		3119
未	440106	インフォームドコンセントへの口腔内スキャン検査の応用	日本補綴歯科学会		3124
既	440201	チタンおよびチタン合金による前歯部レジン前装金属冠	日本補綴歯科学会		3129
既	440202	有床義歯咀嚼機能検査の実施期間の延長	日本補綴歯科学会		3135
既	440203	即時義歯の仮床試適	日本補綴歯科学会		3140
既	440204	有床義歯咀嚼機能検査の適応症例の拡大	日本補綴歯科学会		3144
既	442201	液状化検体細胞診(Liquid based cytology: LBC)の算定及び加算の 見直し	日本臨床口腔病理学会		3149
既	443201	糖尿病罹患患者の歯科治療に係る指導管理	日本臨床歯周病学会		3154
既	444201	光学式う蝕検出検査	日本レーザー歯学会		3160
既	444202	レーザー機器加算	日本レーザー歯学会		3165
未	445101	口腔不潔度測定	日本老年歯科医学会		3170
未	445103	口腔健康管理地域連携クリティカルパス(地域連携歯科診療計画書)	日本老年歯科医学会		3180
既	445201	口腔機能包括検査	日本老年歯科医学会		3186
既	445202	口腔機能低下症における口腔不潔検査	日本老年歯科医学会		3191
既	445203	口腔内止血処置(抜歯後出血処置を除く)	日本老年歯科医学会		3196
既	501201	特定薬剤副作用評価加算	日本薬学会		3201



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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	501202	特定薬剤治療管理料1	日本薬学会		3206
既	501203	無菌製剤処理料1	日本薬学会		3211
既	501204	ポジトロン断層撮影及びポジトロン断層・コンピューター断層複合撮 影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用 ポジトロン断層撮影	日本薬学会		3216
未	601101	がん患者妊孕性相談指導料	日本緩和医療学会		3221
既	602201	がん患者指導管理料口における情報通信機器を用いた遠隔面談へ の適応拡大	日本がん看護学会		3229
既	603201	在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算の増点と回数制限 の緩和	日本在宅ケア学会		3242
未	604101	心不全再入院予防指導管理料	日本循環器看護学会		3251
既	605201	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	日本助産学会		3261
既	606201	ストーマ処置(1日につき) イ.単純なもの、ロ.複雑なもの	日本ストーマ・排泄リハビリテー ション学会		3266
既	606202	情報通信機器を用いた在宅療養指導料	日本ストーマ・排泄リハビリテー ション学会	346202と重複。	3270
未	607101	一般不妊治療指導管理料	日本生殖看護学会	234101と重複。	3278
未	610101	地域連携褥瘡重症化予防管理料Ⅰ・Ⅱ	日本創傷・オストミー・失禁管理 学会		3291
既	610201	在宅患者訪問看護・指導料3算定要件の変更： ICTIによる在宅患者遠隔支援看護指導の算定拡大	日本創傷・オストミー・失禁管理 学会		3296
既	610202	排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料(既収載)算定要件拡大と 「排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料」への名称変更	日本創傷・オストミー・失禁管理 学会		3301
未	611101	インスリン製剤使用糖尿病患者に対する遠隔モニタリング	日本糖尿病教育・看護学会		3306
未	612101	脳卒中再発・重症化予防指導料(仮称)	日本ニューロサイエンス看護学 会		3311
未	701101	頭皮冷却法	日本乳癌学会		3324
既	701201	D409-2 センチネルリンパ節生検(片側)	日本乳癌学会		3328
未	702101	ポジトロン断層撮影(アミロイドイメージング)	日本認知症学会		3333
未	702102	脳脊髄液アミロイドβアッセイ	日本認知症学会		3339
未	702103	血中アミロイドβ関連ペプチドアッセイ	日本認知症学会		3344
未	703102	時間外緊急遠隔診療料	日本脳神経外科学会		3354
未	704101	急性期脳梗塞における灌流画像解析	日本脳卒中学会		3363

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	704103	超急性期抗凝固薬中和加算	日本脳卒中学会		3372
既	704201	遠隔連携診療料(急性期脳卒中)	日本脳卒中学会		3376
既	704202	経頭蓋ドプラ装置による脳動脈血流速度連続測定	日本脳卒中学会		3381
既	704203	7日以上長時間心電図データレコーダ解析	日本脳卒中学会		3386
既	705203	(肺)悪性腫瘍遺伝子検査	日本肺癌学会		3401
既	705204	(肺)免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 6 ALK融合タンパク	日本肺癌学会		3406
既	705205	(肺)PD-L1タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製	日本肺癌学会		3412
既	706201	電磁波温熱療法	日本ハイパーサーミア学会		3417
未	707101	前立腺癌監視療法管理料	日本泌尿器科学会		3422
未	707102	前立腺肥大症および過活動膀胱の特定疾患療養管理料への規定	日本泌尿器科学会		3427
未	707103	特定薬剤治療管理料対象薬として「アキシチニブ」を追加	日本泌尿器科学会		3432
未	707104	特定薬剤治療管理料対象薬として「パゾパニブ」を追加	日本泌尿器科学会		3436
既	707201	「B001-9 外来栄養食事指導料」の再発性尿路結石への適応拡大	日本泌尿器科学会		3445
既	708201	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	日本皮膚科学会		3450
既	708202	ダーモスコピー	日本皮膚科学会		3455
既	708203	リンパ球刺激試験(LST)	日本皮膚科学会		3460
未	709101	内臓脂肪量測定(腹部CT法)	日本肥満学会		3465
未	709102	「肥満症」病名による生活習慣病管理料の算定	日本肥満学会		3470
未	712101	連携病理診断診療情報提供料	日本病理学会		3475
未	712102	病理診断デジタル化加算	日本病理学会		3480
既	712201	病理診断料	日本病理学会		3485
既	712202	施設基準通知 第84の3 100分の80の廃止	日本病理学会		3489
既	712203	連携病理診断の体制強化 第84の3 施設基準の見直し	日本病理学会		3494

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	712205	がんゲノムプロファイリング検査のための病理組織標本作製等	日本病理学会		3504
既	712206	センチネルリンパ節生検	日本病理学会	701201と重複。	3509
既	712207	病理診断管理加算	日本病理学会		3514
未	713101	GAD-7およびPHQ-9日本語版	日本不安症学会		3519
未	713102	M.I.N.I.精神疾患簡易構造化面接法 日本語版	日本不安症学会		3523
未	713103	自己記入式YALE-BROWN 強迫観念・強迫行為評価スケール(Y-BOCS)	日本不安症学会		3527
未	713104	外来認知行動指導料	日本不安症学会		3531
未	713105	オンライン認知行動療法	日本不安症学会		3536
既	713201	認知療法・認知行動療法	日本不安症学会		3540
未	715101	心臓ペースメーカー指導管理料 遠隔モニタリング加算(植込型心電図の場合)	日本不整脈心電学会		3545
未	715103	カテコラミン誘発多形性心室頻拍(CPVT)遺伝子診断料	日本不整脈心電学会		3555
未	715104	カテーテルアブレーション遠隔支援システム	日本不整脈心電学会		3560
既	715201	心房細動患者に合併した睡眠時無呼吸患者に対する在宅持続陽圧呼吸療法適応拡大	日本不整脈心電学会		3564
既	715202	心臓ペースメーカー指導管理料 遠隔モニタリング加算(着用型自動除細動器による場合)	日本不整脈心電学会		3569
既	715203	植込型除細動器移植術 皮下植込型リードを用いるもの	日本不整脈心電学会		3574
既	715204	植込み型除細動器、両室ペーシング機能付き植込み型除細動器 指導管理料増設	日本不整脈心電学会		3579
既	715205	経静脈電極抜去術 レーザーシースを用いないもの	日本不整脈心電学会		3584
既	715206	胸腔鏡下交感神経節切除術	日本不整脈心電学会		3589
既	715207	植込み型除細動器一次予防 適応基準通知	日本不整脈心電学会		3594
未	716101	下肢創傷処置	日本フットケア・足病医学会		3599
未	716102	下肢創傷処置管理加算	日本フットケア・足病医学会		3604
既	716201	運動器リハビリテーション料の対象疾患への糖尿病足病変の追記	日本フットケア・足病医学会		3609
既	716202	遠隔連携診療料の対象疾患への下肢末梢動脈疾患の追記	日本フットケア・足病医学会		3614

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	718101	ヘリコバクターピロリ菌の抗菌薬感受性試験	日本ヘリコバクター学会		3619
未	718103	血清ペプシノゲンによるヘリコバクターピロリ除菌判定	日本ヘリコバクター学会		3628
未	718104	血清ペプシノゲンによる胃炎診断	日本ヘリコバクター学会		3633
既	718201	胃がん家族歴を有する若年者における非侵襲的ヘリコバクター・ピロリ(ピロリ菌)検査	日本ヘリコバクター学会		3638
既	718202	内視鏡未施行者に対する非侵襲的ヘリコバクター・ピロリ検査	日本ヘリコバクター学会		3643
未	719102	Intrafractional IGRT加算	日本放射線腫瘍学会		3652
未	719103	画像誘導粒子線治療加算	日本放射線腫瘍学会		3657
未	719104	粒子線治療における呼吸性移動対策加算	日本放射線腫瘍学会		3662
未	719105	即時適応放射線治療加算	日本放射線腫瘍学会		3667
未	719106	AIを用いた放射線治療計画	日本放射線腫瘍学会		3673
未	719107	画像融合放射線治療計画加算(A:剛体、B:非剛体)	日本放射線腫瘍学会		3678
未	719108	治療管理料における呼吸性移動対策加算	日本放射線腫瘍学会		3683
未	719110	緊急時放射線治療加算	日本放射線腫瘍学会		3693
既	719201	「1回線量増加加算」の増点	日本放射線腫瘍学会		3698
既	719202	外来放射線治療診療料の算定要件の見直しと増点 (医師の要件(放射線治療経験5年以上)の緩和)	日本放射線腫瘍学会		3703
既	719203	陽子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会		3708
既	719204	重粒子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会		3713
既	719205	婦人科がん腔内照射管理料の増点と毎回算定 「M000 放射線治療管理料 2 腔内照射を行った場合」	日本放射線腫瘍学会		3718
既	719206	組織内照射料の増点「M004 密封小線源治療 3 組織内照射 □ 高 線量率イリジウム照射を行った場合 又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合」	日本放射線腫瘍学会		3723
既	719208	強度変調放射線(intensity-modulated radiation therapy:IMRT)の算 定方法の見直し	日本放射線腫瘍学会		3734
既	719210	画像誘導密封小線源治療加算の適応拡大	日本放射線腫瘍学会		3744
既	719211	「直線加速器による定位放射線治療」と「体外照射」の同時算定	日本放射線腫瘍学会		3749
既	719213	画像誘導放射線治療(体表面の位置情報によるもの)の増点	日本放射線腫瘍学会		3759

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	719214	呼吸性移動対策加算の適応拡大	日本放射線腫瘍学会		3764
既	719215	頭頸部固定具の適応疾患に良性疾患を追加	日本放射線腫瘍学会		3769
既	719217	医療機器安全管理料2の見直し(専任から専従へ、対象に小線源治療も追加)	日本放射線腫瘍学会		3779
既	719218	強度変調放射線治療(intensity-modulated radiation therapy:IMRT)の施設基準の見直し	日本放射線腫瘍学会		3784
既	719219	サイバーナイフによる三叉神経痛治療	日本放射線腫瘍学会		3789
既	719223	耐用期間を過ぎた放射線治療装置による高精度照射の減点	日本放射線腫瘍学会		3809
未	720101	下肢静脈超音波検査画像診断料	日本脈管学会		3814
未	721102	血液製剤院内分割加算	日本輸血・細胞治療学会		3823
未	721104	輸血管理料Ⅲ	日本輸血・細胞治療学会		3832
未	721105	輸血検査自動機器加算	日本輸血・細胞治療学会		3837
未	721106	輸血用血液製剤の適正温度管理加算料	日本輸血・細胞治療学会		3842
既	721201	輸血適正使用加算:基準変更 血漿交換使用分の新鮮凍結血漿全量の除外	日本輸血・細胞治療学会		3847
未	723101	関節液検査	日本リウマチ学会		3852
既	723201	顕微鏡的多発血管炎、多発血管炎性肉芽腫症に対するリツキシマブの外来化学療法加算2	日本リウマチ学会		3857
既	723202	治療薬変更時の抗シトルリン化ペプチド抗体(抗CCP抗体)の複数回測定	日本リウマチ学会		3862
既	723204	全身性エリテマトーデス(SLE)疑いの患者での抗核抗体と抗DNA抗体の同時測定	日本リウマチ学会		3872
未	724101	生活期包括的リハビリテーション指導料	日本リハビリテーション医学会		3877
未	724102	指定感染症患者リハビリテーション加算	日本リハビリテーション医学会		3882
未	724103	指定感染症患者摂食機能療法加算	日本リハビリテーション医学会		3886
未	724104	高次脳機能障害包括管理料	日本リハビリテーション医学会		3890
既	724201	リハビリテーション総合計画評価料における運動量増加機器加算	日本リハビリテーション医学会		3894
既	724202	がん患者リハビリテーション料	日本リハビリテーション医学会		3899
既	724205	神経ブロック(ボツリヌス毒素使用)	日本リハビリテーション医学会	259201と重複。	3912

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	725201	血清セレン測定(検査 D007 血液化学検査)	日本臨床栄養学会		3917
未	726101	不規則抗体同定検査	日本臨床検査医学会		3922
未	726102	関節液検査	日本臨床検査医学会	723101と重複。	3926
既	726201	細菌培養同定検査(消化管からの検体)	日本臨床検査医学会		3930
既	726202	血液採取・静脈	日本臨床検査医学会		3935
既	726203	結核菌群核酸検出	日本臨床検査医学会		3940
既	726204	抗酸菌核酸同定	日本臨床検査医学会		3945
既	726205	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー(MAC)核酸検出	日本臨床検査医学会		3949
既	726206	細菌培養同定検査(その他の部位からの検体)	日本臨床検査医学会		3953
既	726207	細菌培養同定検査(口腔・気道又は呼吸器からの検体)	日本臨床検査医学会		3958
既	726208	細菌培養同定検査(泌尿器又は生殖器からの検体)	日本臨床検査医学会		3963
既	726209	細菌培養同定検査:血液および穿刺液	日本臨床検査医学会		3967
既	726210	細菌薬剤感受性検査1菌種	日本臨床検査医学会		3972
既	726211	細菌薬剤感受性検査2菌種	日本臨床検査医学会		3976
既	726212	細菌薬剤感受性検査3菌種以上	日本臨床検査医学会		3980
既	726213	抗酸菌分離培養(液体培地法)	日本臨床検査医学会		3984
既	726214	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	日本臨床検査医学会		3988
既	726215	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	日本臨床検査医学会		3993
既	726216	迅速微生物核酸同定・定量検査加算	日本臨床検査医学会		3998
既	726217	細菌培養同定検査・嫌気性加算	日本臨床検査医学会		4002
既	726218	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 集菌塗抹法加算	日本臨床検査医学会		4007
既	726219	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 その他のもの	日本臨床検査医学会		4011
既	726220	クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性	日本臨床検査医学会		4016

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	726221	診療情報提供料(Ⅰ)・検査・画像情報提供加算	日本臨床検査医学会		4020
既	726222	国際標準検査管理加算	日本臨床検査医学会		4024
既	726223	がんゲノムプロファイリング	日本臨床検査医学会		4028
既	726224	ヘモグロビンA1Cの分類見直し	日本臨床検査医学会		4032
既	726225	血小板凝集能	日本臨床検査医学会		4036
既	726226	骨髄像(検鏡法)・特殊染色加算	日本臨床検査医学会		4040
既	726227	末梢血液像(検鏡法)・特殊染色加算	日本臨床検査医学会		4044
既	726228	スパイログラフィー等検査 肺気量分画測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。)	日本臨床検査医学会		4048
既	726229	スパイログラフィー等検査 フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。)	日本臨床検査医学会		4052
既	726230	スパイログラフィー等検査 機能的残気量測定	日本臨床検査医学会		4056
既	726231	肺胞機能検査 肺拡散能力検査	日本臨床検査医学会		4060
既	726232	膀胱がん関連遺伝子検査	日本臨床検査医学会		4064
既	726233	HBVコア関連抗原(HBcrAg)	日本臨床検査医学会		4069
既	727201	鼻腔・咽頭拭い液採取	日本臨床検査専門医会		4073
未	728102	婦人科子宮頸部細胞診自動判定支援加算	日本臨床細胞学会		4082
未	728103	細胞診精度管理料	日本臨床細胞学会		4087
未	728104	国際標準病理診断管理加算	日本臨床細胞学会		4091
既	728201	細胞診断料の見直し(婦人科細胞診への適用)	日本臨床細胞学会		4095
既	728202	迅速細胞診(検査中の場合)、適応疾患の拡大	日本臨床細胞学会		4100
既	728203	免疫染色、細胞診標本への適用拡大	日本臨床細胞学会		4105
既	728204	液状化検体細胞診加算の見直し	日本臨床細胞学会		4109
既	728205	迅速細胞診(検査中の場合)、乳腺、甲状腺への適用拡大	日本臨床細胞学会		4113
未	729101	閉鎖式接続器具を用いた抗悪性腫瘍剤投与	日本臨床腫瘍学会		4118

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	729102	特定薬剤治療管理料対象薬として「フルオロウラシル(5-FU)注射液」を追加	日本臨床腫瘍学会		4122
既	729201	がんゲノムプロファイリング検査	日本臨床腫瘍学会		4127
既	729202	無菌調製処理料	日本臨床腫瘍学会		4133
既	729203	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	日本臨床腫瘍学会		4137
未	730101	統合失調症MMN検査	日本臨床神経生理学会		4142
未	730102	ICUにおける持続脳波モニタリング	日本臨床神経生理学会		4146
未	730103	皮膚コンダクタンス計測	日本臨床神経生理学会		4150
既	730201	誘発筋電図(神経伝導検査を含む)	日本臨床神経生理学会		4155
既	732201	外来リハビリテーションでの初期加算、早期加算の適応疾患の拡大	日本臨床整形外科学会		4160
既	732203	骨粗鬆症における骨代謝マーカー測定要件の見直し	日本臨床整形外科学会		4168
既	733201	処方箋料	日本臨床内科医会		4180
既	733202	処方料	日本臨床内科医会		4184
既	735201	染色体検査	日本リンパ網内系学会		4188
既	735202	在宅自己注射指導管理料加算のがん薬物療法実施中のG-CSF製剤に対する適応拡大	日本リンパ網内系学会		4193
未	736102	ABC認知症スケール	日本老年医学会		4203



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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	先進医療としての 現時点での取扱い			
				告示番号		提案書の ページ	
既	276203	重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス(LDL-A)療法	日本腎臓学会	A	14	LDLアフェレシス療法	824
未	283101	絨毛染色体検査	日本生殖医学会	A	25	流産検体を用いた染色体検査	924
未	328101	子宮腺筋症病巣除去術	日本産婦人科手術学会	A	1	高周波切除器を用いた子宮腺筋症核出術	1699
未	367101	核磁気共鳴画像-経直腸的超音波画像融合画像に基づいた前立腺生検	日本泌尿器科学会	A	17	MRI撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法	2433
未	370101	スリーブ状胃切除・バイパス術(腹腔鏡下)	日本肥満症治療学会	A	19	腹腔鏡下スリーブ状胃切除術及び十二指腸空腸バイパス術	2523
既	719203	陽子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会	A	2	陽子線治療	3708
既	719204	重粒子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会	A	4	重粒子線治療	3713

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	201201	抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎 に対する血漿交換療法	日本アフェシス学会	使用する医薬品・医療機 器等の承認が確認できな い。	1
既	206201	抗HLA抗体検査(スクリーニング・同定)	日本移植学会	使用する医薬品・医療機 器等の承認が確認できな い。	75
未	214103	第12部 放射線治療 薬剤料の節立て	日本核医学会	制度や指導管理、基本診 療料等に関する提案。	123
既	214201	「E101-2 ポジトロン断層撮影」及び「E101-3 ポジトロン断 層・コンピューター断層複合撮影」 不明熱の診断	日本核医学会	使用する医薬品・医療機 器等の承認が確認できな い。	128
未	221101	ミトコンドリア遺伝子検査:G3460A、G11778A、T14484C (Invader法による)	日本眼科学会	使用する医薬品・医療機 器等の承認が確認できな い。	188
既	224205	赤血球・好中球表面抗原検査	日本血液学会	使用する医薬品・医療機 器等の承認が確認できな い。	217
未	227101	随時尿ナトリウム、クレアチニン測定に基づく推定1日食塩 摂取量を指標とした減塩指導	日本高血圧学会	制度や指導管理、基本診 療料等に関する提案。	232
未	229101	血清VEGF-D濃度の測定	日本呼吸器学会	使用する医薬品・医療機 器等の承認が確認できな い。	246
未	229105	抗Granulocyte Macrophage Colony-Stimulating Factor (GM-CSF) 抗体濃度測定	日本呼吸器学会	使用する医薬品・医療機 器等の承認が確認できな い。	260
既	229204	百日咳の早期診断法	日本呼吸器学会	使用する医薬品・医療機 器等の承認が確認できな い。	281
既	229205	特発性肺線維症の急性増悪に対する吸着式血液浄化法	日本呼吸器学会	使用する医薬品・医療機 器等の承認が確認できな い。	286
既	229206	在宅酸素療法指導管理料の算定要件変更	日本呼吸器学会	制度や指導管理、基本診 療料等に関する提案。	291
未	231103	在宅医療機器安全管理指導料	日本呼吸ケア・リハビリテーショ ン学会	制度や指導管理、基本診 療料等に関する提案。	307
既	231201	呼吸器リハビリテーション料(増点)	日本呼吸ケア・リハビリテーショ ン学会	制度や指導管理、基本診 療料等に関する提案。	311
既	236201	在宅患者訪問診療料・歯科訪問診療料の「同一建物居住 者」の人数による減額の見直し	日本在宅医療連合学会	制度や指導管理、基本診 療料等に関する提案。	348
既	236202	看取り介護加算(Ⅱ)と在宅患者訪問診療料の看取り加算 の併算定の制限撤廃	日本在宅医療連合学会	制度や指導管理、基本診 療料等に関する提案。	353
既	236204	ポリウレタンフィルムおよびポリウレタンフォームの褥瘡予 防の適応拡大	日本在宅医療連合学会	制度や指導管理、基本診 療料等に関する提案。	363
既	236208	強化型在宅療養支援診療所のグループ内の訪問診療の実 績評価	日本在宅医療連合学会	制度や指導管理、基本診 療料等に関する提案。	383
既	244201	小児科外来診療料	日本小児科医会	制度や指導管理、基本診 療料等に関する提案。	433

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	244202	小児かかりつけ診療料	日本小児科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	438
未	245101	成人移行支援連携指導料1, 2	日本小児科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	443
未	246101	殺菌能検査	日本小児感染症学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	453
未	250103	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症のスクリーニング検査	日本小児神経学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	497
既	250201	小児科療養指導料	日本小児神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	502
既	250203	診療情報提供料(I)	日本小児神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	511
未	251101	要支援児童指導管理料(外来) 要支援児童指導管理料(入院)	日本小児心身医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	516
既	253202	腎代替療法指導管理料	日本小児腎臓病学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	530
未	258101	血清コレステロール測定(血液)	日本神経学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	588
既	261203	四肢の血管拡張術・血栓除去術	日本心血管インターベンション治療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	672
未	267101	末期心不全患者への訪問看護の医療保険適応	日本心不全学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	737
未	270101	通院・在宅精神療法 児童思春期精神科共同指導加算	日本児童青年精神医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	752
未	272101	心筋脂肪酸代謝シンチグラフィによる後期像撮影	日本循環器学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	799
未	274101	ホルモン補充療法(HRT)管理料	日本女性医学学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	804
既	276201	薬物治療抵抗性・進行性原発性ネフローゼ症候群に対するLDLアフェレンス療法	日本腎臓学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	814
未	278101	リンチ症候群診断目的の遺伝学的検査	日本人類遺伝学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	834
未	278102	遺伝子パネルによる難病等の遺伝学的検査	日本人類遺伝学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	838
既	278202	遺伝学的検査の適用拡大	日本人類遺伝学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	847
既	278203	遺伝学的検査(遺伝性腫瘍)	日本人類遺伝学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	852

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	280102	アクチグラフ	日本睡眠学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	881
既	284206	精神科訪問看護・指導料【1-A 算定要件の拡大(適応疾患の拡大)】	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	968
既	284207	医療保護入院等診療料	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	972
既	284210	精神科訪問看護・指導料	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	986
未	285105	精神科包括的支援マネジメント料	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1017
未	285106	DPCの医療機能評価係数Ⅱで精神科リエゾンチーム加算の存在を評価する仕組みを組み入れること	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1022
既	285203	ハイリスク妊産婦連携指導料1,2	日本精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1037
未	291101	HHV-6 DNA定量検査	日本造血・免疫細胞療法学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1090
未	291103	移植後キメリズム解析 STR法	日本造血・免疫細胞療法学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1099
未	294101	てんかん紹介料連携加算	日本てんかん学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1127
未	296101	周術期血糖管理料	日本糖尿病学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1171
未	298101	ステロール分画	日本動脈硬化学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1183
未	299102	人工呼吸器装着時意思決定支援管理料	日本内科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1203
未	301102	造影マンモグラフィ	日本医学放射線学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1212
未	305101	運動器リハビリテーション(休日)	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1248
未	305102	再診時他医のフィルムのコンピューター断層診断料	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1252
既	305201	小児運動器疾患指導管理料(適応年齢の引き上げ)	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1268
既	305205	特定疾患療養管理料の適応拡大	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1284
既	305206	入院患者の他医療機関受診(通則の変更)	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1288

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	305207	骨密度測定時の外来管理料加算	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1292
既	307201	PET検査、PET/CT検査、PET/MRI検査の画像検査技術	日本核医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1304
既	310202	診療情報提供料(Ⅲ)算定要件の緩和	日本眼科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1360
既	310203	短期滞在手術等基本料3と無関係な検査の承認	日本眼科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1364
既	310206	短期滞在手術等基本料3の改正	日本眼科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1376
未	314102	病院救急自動車搬送料	日本救急医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1445
未	314103	入院時重症患者対応加算	日本救急医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1449
既	314202	経皮的体温調節療法適応条件の拡大(低体温に対する加温)	日本救急医学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1461
既	314204	早期栄養介入管理加算	日本救急医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1470
未	316104	自家皮膚移植術(細胞)(RECELL)	日本形成外科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1493
既	316203	局所陰圧閉鎖療法適応拡大(植皮)	日本形成外科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1506
既	316205	術中血管等描出撮影加算の適応拡大	日本形成外科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1515
未	318101	術後回復促進加算	日本外科代謝栄養学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1544
未	318102	腸管不全治療(腸管リハビリテーション)マネジメント加算	日本外科代謝栄養学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1549
既	318201	「早期栄養介入管理加算」の要件の変更	日本外科代謝栄養学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1554
既	318202	重症腸管不全治療患者における特殊管理加算の引き上げ	日本外科代謝栄養学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1557
既	318203	小児重症腸管不全治療患者における特殊管理加算の引き上げ	日本外科代謝栄養学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1562
未	323102	気管支鏡下術前肺マーキング	日本呼吸器内視鏡学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1624
未	340102	四肢リンパ浮腫診断・治療のためのICGによる近赤外線リンパ管・リンパ節造影	日本静脈学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1940
既	340202	四肢血管拡張術	日本静脈学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1949
既	340204	静脈圧迫処置(療養費支給)	日本静脈学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1958
未	341102	重度褥瘡栄養管理加算	日本褥瘡学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1968
既	341202	局所陰圧閉鎖処置の適用範囲に植皮皮膚の生着を追加	日本褥瘡学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1983

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	366102	脂肪組織由来再生(幹)細胞採取・経尿道的移植術	日本排尿機能学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2416
未	370102	減量・代謝改善手術周術期管理加算	日本肥満症治療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2527
未	371101	センチネルリンパ節生検術(子宮悪性腫瘍手術)	日本婦人科腫瘍学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2547
未	371102	センチネルリンパ節生検術(女子外性器悪性腫瘍)	日本婦人科腫瘍学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2551
未	373102	慢性疼痛に対する集学的治療	日本ペインクリニック学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2596
既	373202	緩和ケア病棟入院中の患者に対する神経ブロックの包括対象外化	日本ペインクリニック学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2604
既	378204	医師事務作業補助体制加算	日本臨床外科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2691
既	378205	診療録管理体制加算	日本臨床外科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2694
未	407101	上顎骨形成術ならびに下顎骨形成術におけるCAD/CAMサージカルガイドプレート	日本顎変形症学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2860
既	412201	三叉神経ニューロパチーに対する近赤外線レーザー機器加算	日本口腔顔面痛学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2904
未	421101	う蝕重症化予防治療	日本歯科医療管理学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2943
既	421202	歯髄保護処置の点数引き上げ及び歯髄保護処置実施時の歯科疾患管理料の加算新設	日本歯科医療管理学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2955
既	424202	器械測色法による色調採得検査	日本歯科審美学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2982
未	427103	う蝕リスク検査	日本歯科保存学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3011
既	427203	抜髄(抜直)	日本歯科保存学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3026
既	432201	P処(糖尿病関連歯周炎)	日本歯周病学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3068
既	436203	エナメル質初期う蝕管理加算の施設基準の見直し	日本小児歯科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3090
未	440101	接着性レジンセメントを用いた人工歯による欠損補綴処置	日本補綴歯科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3100
未	445102	歯科オンライン診療	日本老年歯科医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3175
既	601201	がん患者指導管理料ロ	日本緩和医療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3225
既	602202	がん患者指導管理料イにおける算定回数制限の緩和	日本がん看護学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3233
既	602203	がん患者指導管理料イまたはロにおける外来高齢患者加算	日本がん看護学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3237
既	603202	在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算適用疾患の拡大	日本在宅ケア学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3246

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	604201	在宅患者訪問看護・指導料3	日本循環器看護学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3256
既	606203	病診連携による外来排尿自立指導料	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3274
未	608101	足病変をもつリスクの高い高齢者へのフットケア指導料(新設)	日本赤十字看護学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3282
未	609101	アドバンス・ケア・プランニング(ACP)支援管理料	日本専門看護師協議会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3286
既	613201	糖尿病合併症管理料の算定対象拡大	日本フットケア・足病医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3316
既	613202	糖尿病合併症管理料の算定料増点	日本フットケア・足病医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3320
未	703101	悪性腫瘍組織検査 IDH1/2遺伝子変異	日本脳神経外科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3349
未	703103	髄液中胎盤性アルカリフォスファターゼ(PLAP)	日本脳神経外科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3359
未	704102	脳卒中ケアユニットにおける休日リハビリテーション加算	日本脳卒中学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3367
既	705201	悪性腫瘍組織検査(悪性腫瘍遺伝子検査): オンコマインDx Target Test マルチ CDxシステムへの 「METエクソン14スキッピング検査」項目の追加	日本肺癌学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3391
既	705202	胸水中のヒアルロン酸濃度の測定	日本肺癌学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3396
未	707105	尿中クエン酸濃度	日本泌尿器科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3440
既	712204	悪性腫瘍病理組織標本加算	日本病理学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3499
未	715102	心臓ペースメーカー指導管理料(植込型心電図の場合)	日本不整脈心電学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3550
未	718102	抗壁細胞抗体検査	日本ヘリコバクター学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3624
未	719101	「M006」「放射線治療用材料装着技術料」の新規項目立て	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3648
未	719109	時間外放射線治療加算	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3688
既	719207	外来放射線照射診療料における専門認定看護師加算 (有資格看護師配置の場合の増点)	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3729
既	719209	遠隔放射線治療計画のテレワークとしての活用(常勤医の 定義の見直し)	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3739
既	719212	体外照射用固定器具加算の特定医療材料としての扱いと 装着手技料の追加	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3754
既	719216	放射線治療「専従」加算	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3774
既	719220	精度管理者・技師による画像誘導放射線治療(IGRT)	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3794
既	719221	経会陰的放射線治療用材料局所注入手技の技術区分変更	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3799

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

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	719222	経皮的金マーカ留置術の手技料追加、材料と合わせてM枠に移動	日本放射線腫瘍学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3804
未	721101	CD34陽性細胞測定	日本輸血・細胞治療学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3818
未	721103	輸血関連情報提供料	日本輸血・細胞治療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3828
既	723203	ベーチェット病におけるHLA型クラスI検査	日本リウマチ学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	3867
既	724203	療養・就労両立支援指導料の対象疾患の拡大	日本リハビリテーション医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3904
既	724204	療養・就労両立支援指導料 相談支援加算対象職種へ理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の追記	日本リハビリテーション医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	3908
未	728101	感染対策加算	日本臨床細胞学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4078
既	732202	運動器リハビリテーション(Ⅰ)の適正評価	日本臨床整形外科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4164
未	733101	慢性便秘症の特定疾患療養管理料	日本臨床内科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4172
未	733102	入院患者に関する診療情報提供料	日本臨床内科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4176
未	736101	認知機能・生活機能質問票(DASC-8)を用いた高齢者糖尿病管理目標値の設定と管理	日本老年医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	4198



先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術

先進医療における現時点の取扱い		
告示番号	申請技術名	
A	1	高周波切除器を用いた子宮腺筋症核出術
A	2	陽子線治療
A	3	神経変性疾患の遺伝子診断
A	4	重粒子線治療
A	5	抗悪性腫瘍剤治療における薬剤耐性遺伝子検査
A	6	家族性アルツハイマー病の遺伝子診断
A	7	腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術
A	10	培養細胞によるライソゾーム病の診断
A	11	培養細胞による脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症の診断
A	12	ウイルスに起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断(PCR法)
A	13	細菌又は真菌に起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断(PCR法)
A	14	LDLアフェレシス療法
A	15	多項目迅速ウイルスPCR法によるウイルス感染症の早期診断
A	16	CYP2D6遺伝子多型検査
A	17	MRI撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法
A	18	糖鎖ナノテクノロジーを用いた高感度ウイルス検査
A	19	腹腔鏡下スリーブ状胃切除術及び十二指腸空腸バイパス術
A	20	血中TARC濃度の迅速測定
A	22	細胞診検体を用いた遺伝子検査
A	23	内視鏡的憩室隔壁切開術
A	24	内視鏡的胃局所切除術
A	25	流産検体を用いた染色体検査

# 在宅(その4)

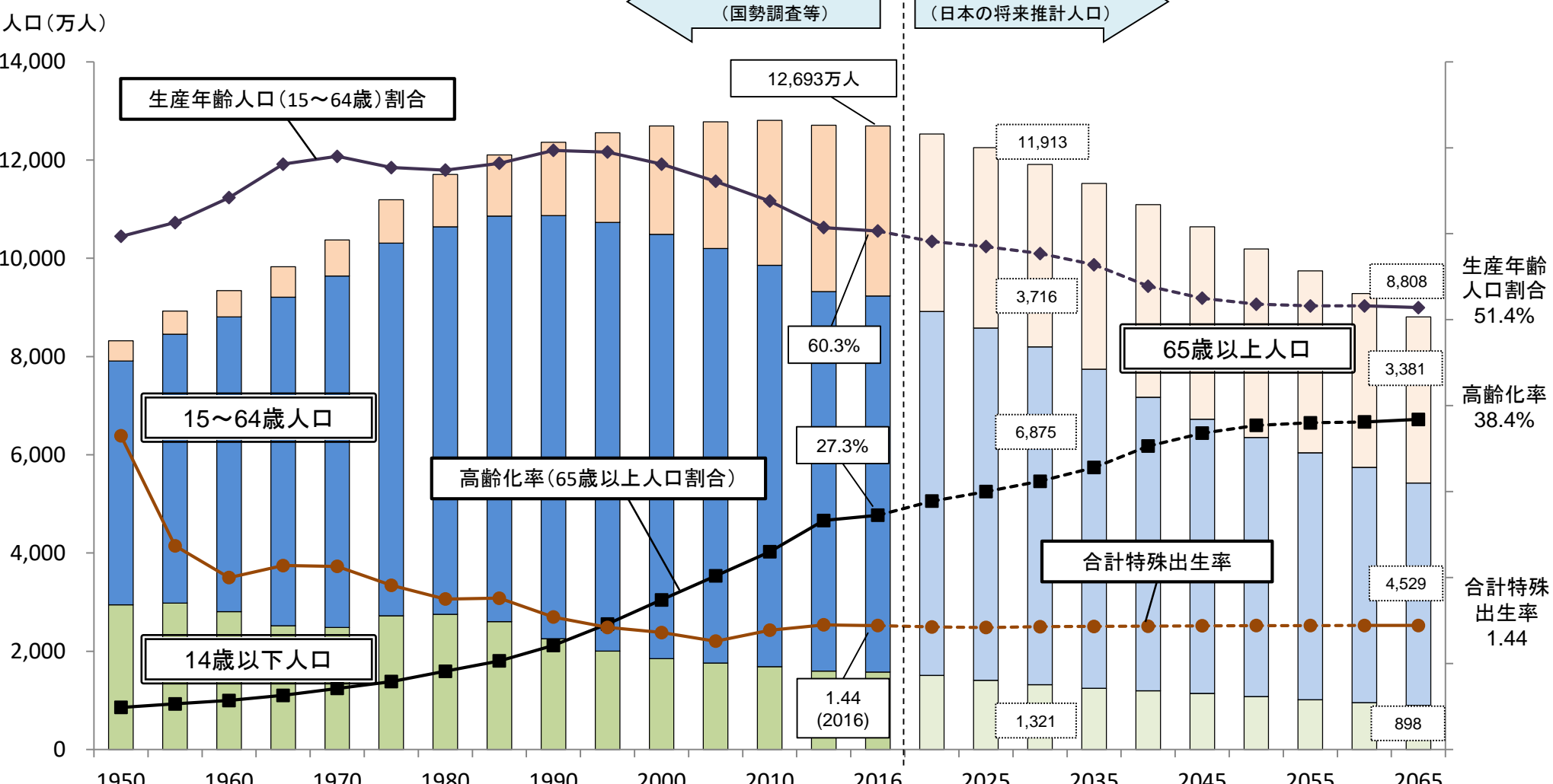
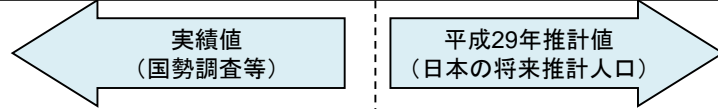
在宅医療について

## 在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
  - 1－1 在宅医療を取りまく状況について
  - 1－2 小児の在宅医療の現状について
2. 小児の在宅医療について
3. 救急搬送診療料について
4. 論点

# 日本の人口の推移

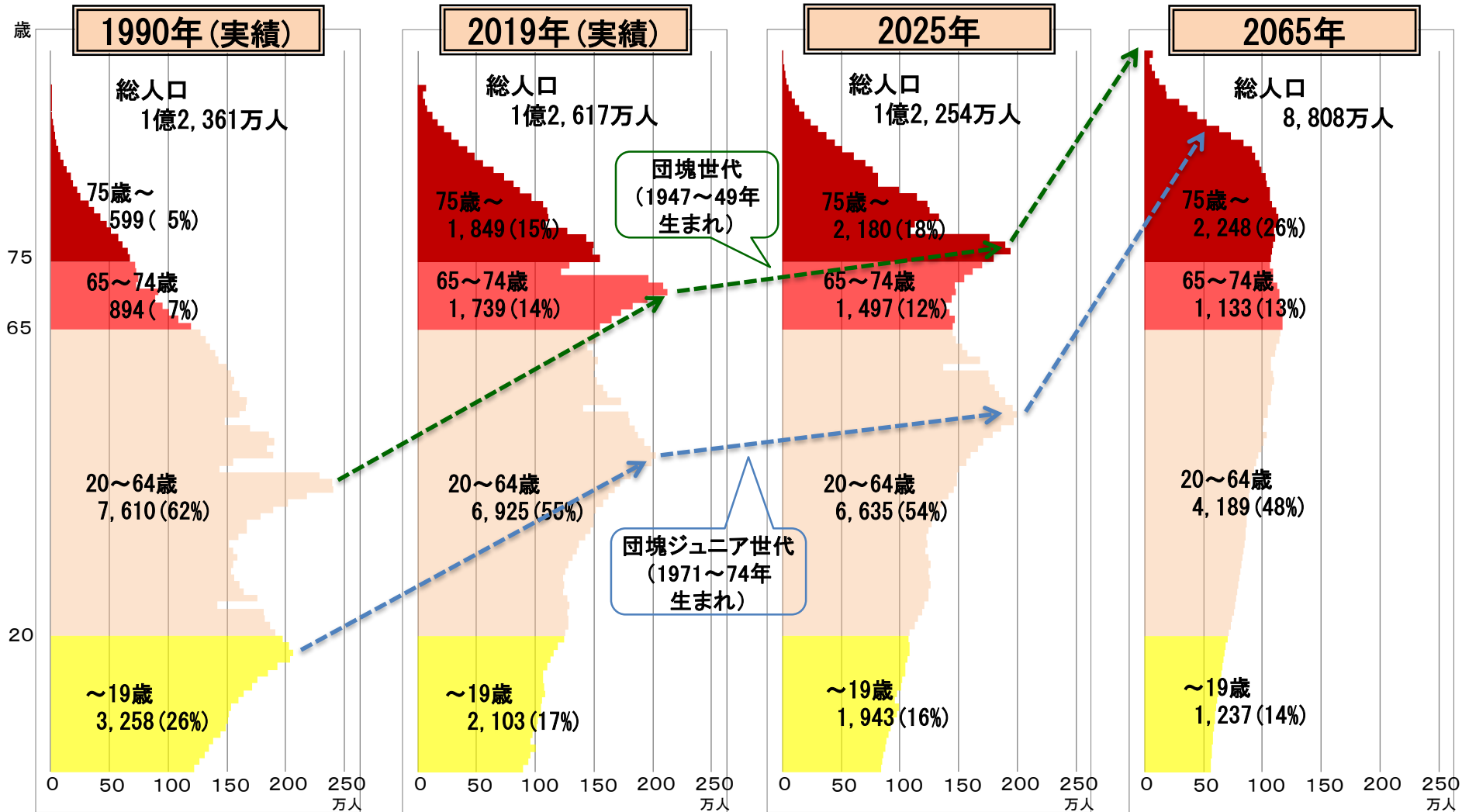
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(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。

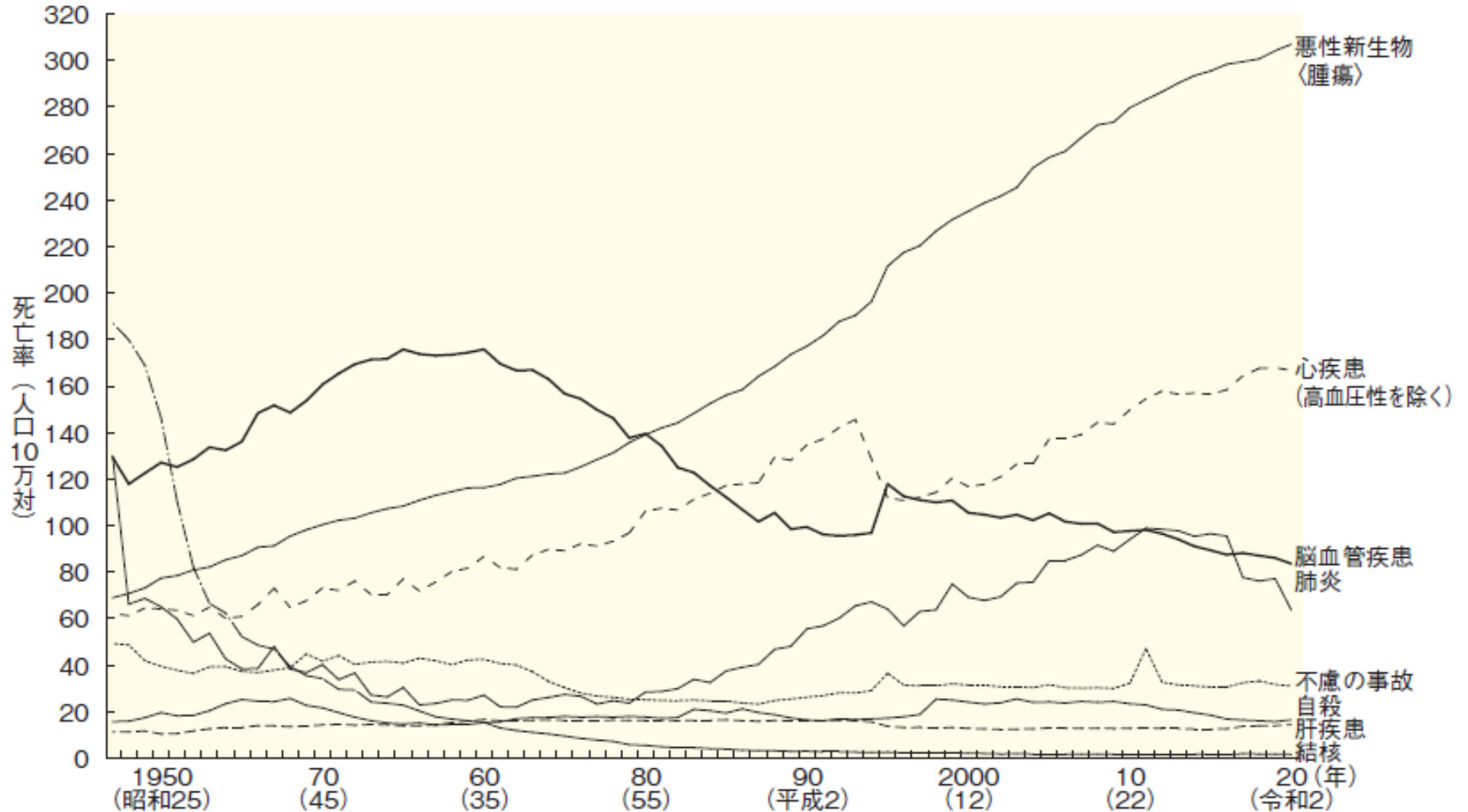


(出所) 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

# 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)



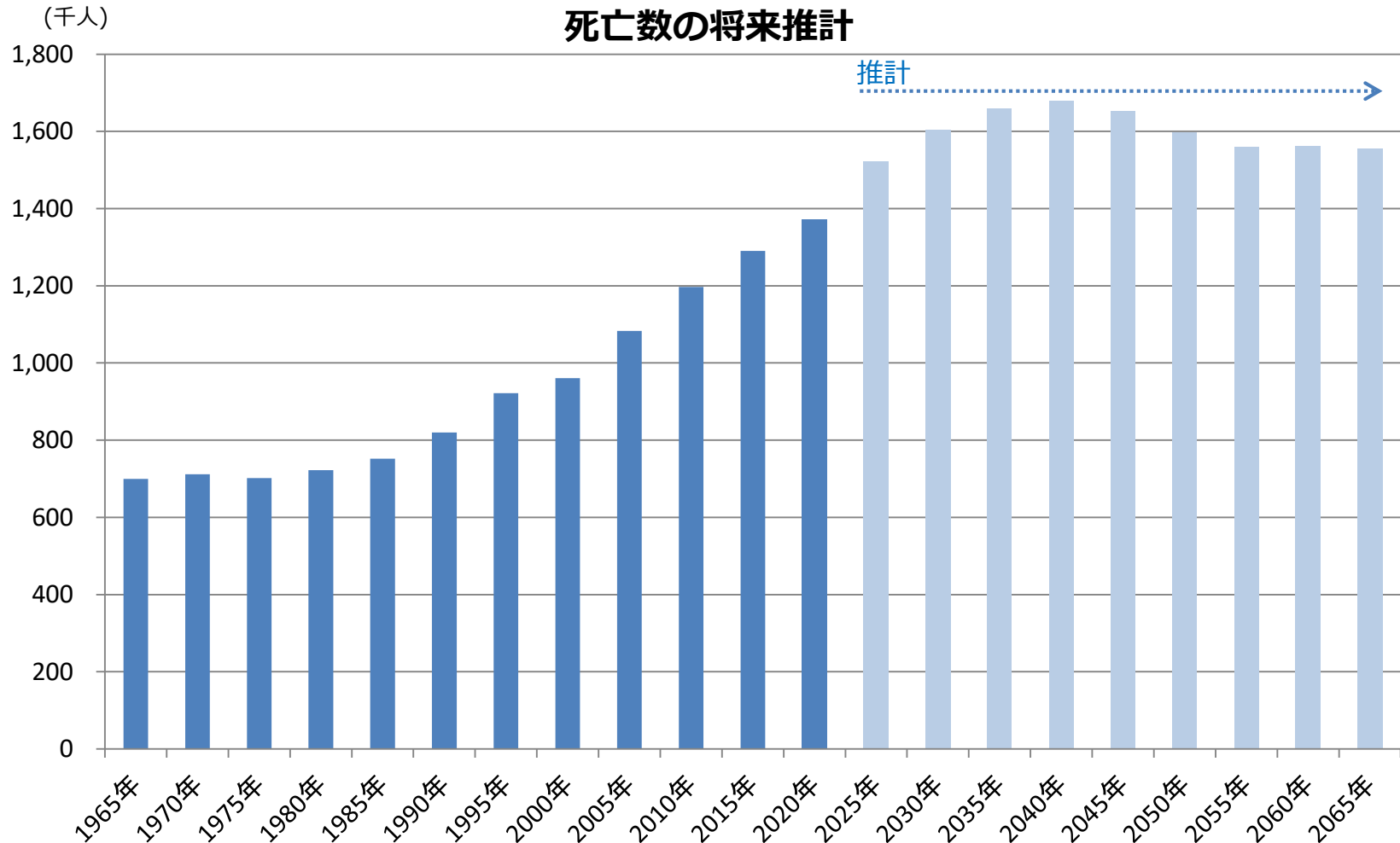
資料: 厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

- (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

中医協 総 - 1 - 1  
3 . 8 . 2 5

○ 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

中医協 総 - 1 - 1  
3 . 8 . 2 5



※ 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。

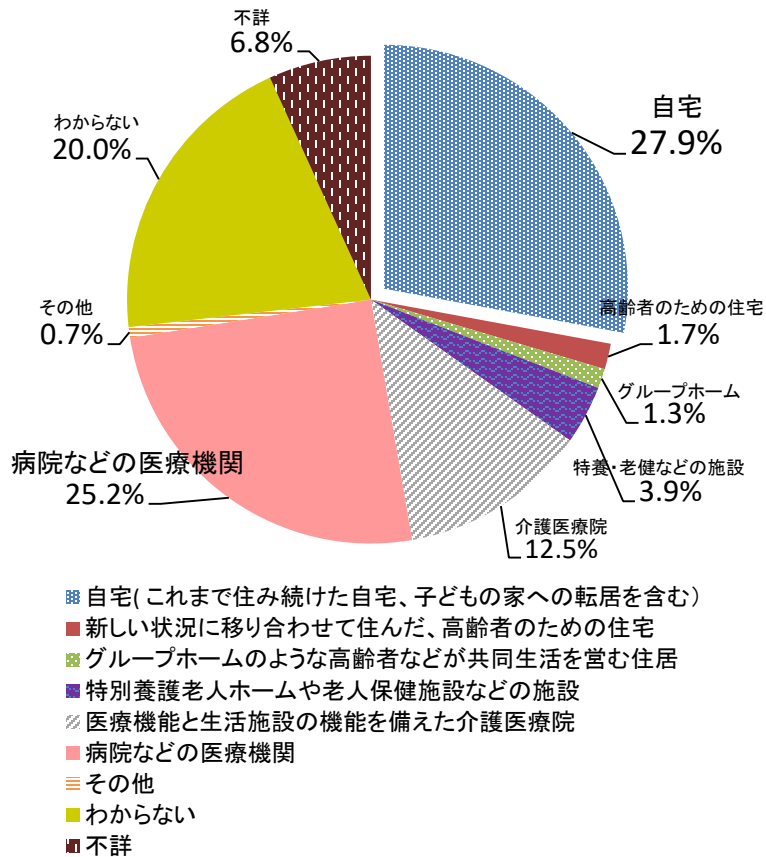
※ 出典：「人口推計（平成30年10月）」（総務省）、「介護保険事業状況報告（平成30年10月分）」（厚生労働省）、「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）（出生中位（死亡中位）推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）。



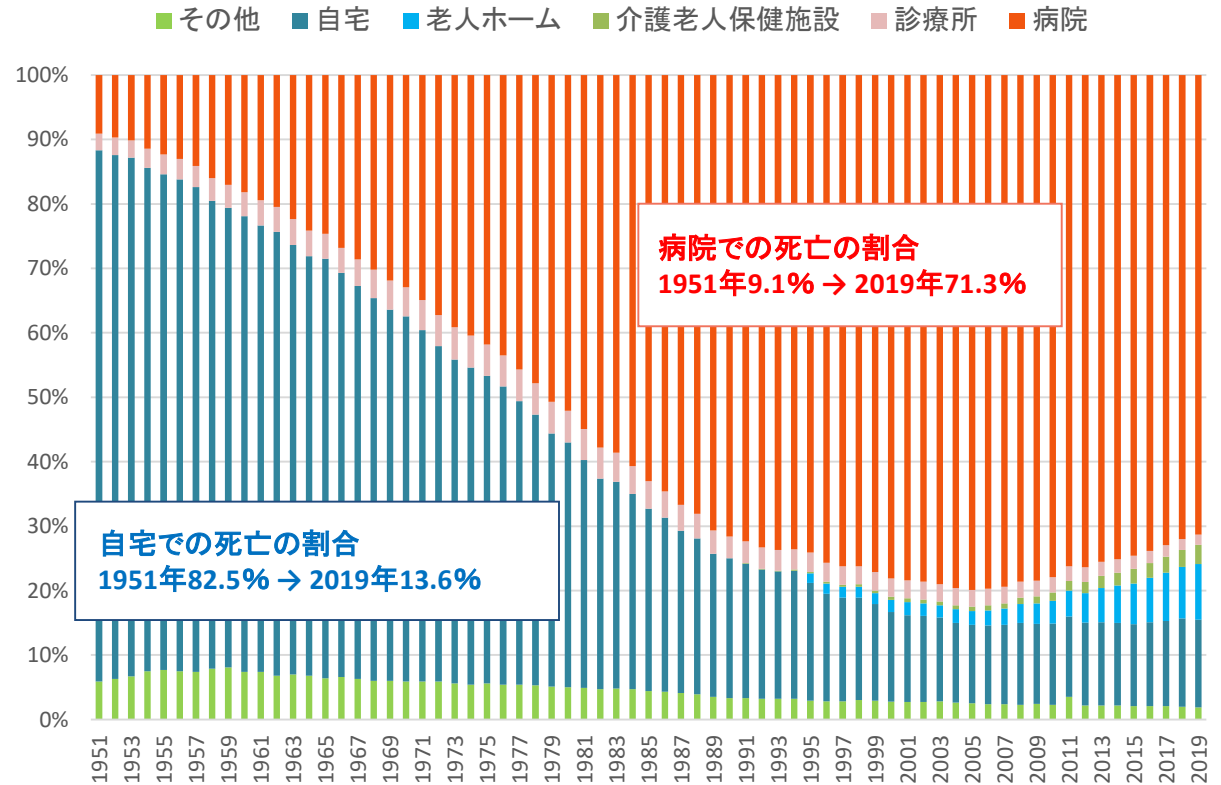
# 死亡場所の推移

- 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

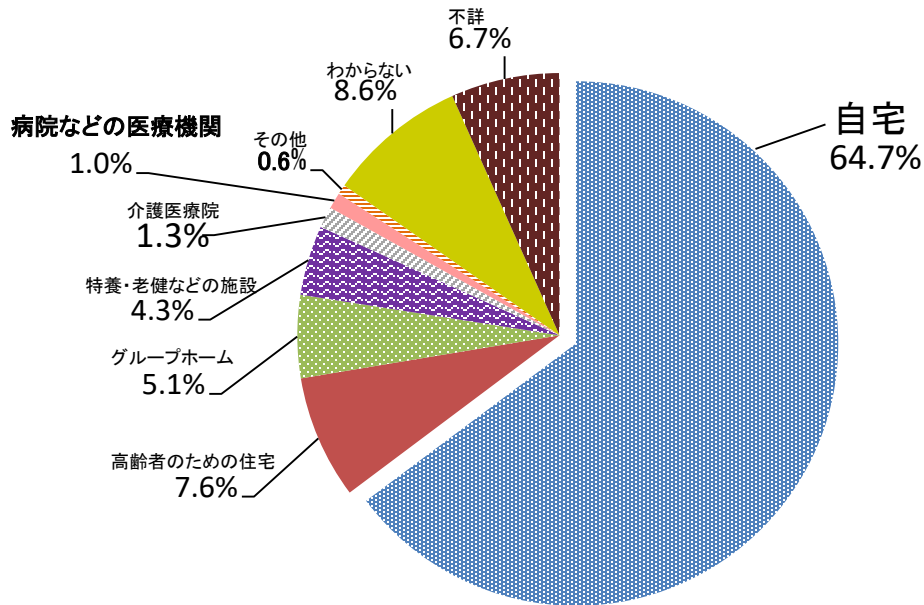
## 人生の最期をむかえるとき生活したい場所



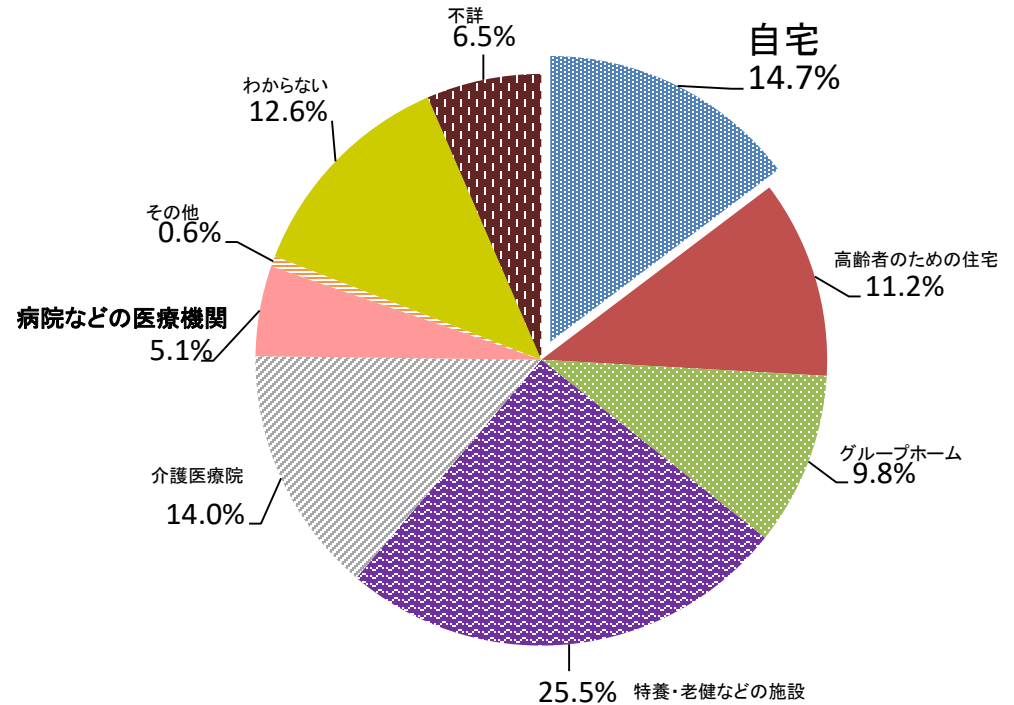
## 死亡の場所の推移



## 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

- 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

- ・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

第13回医療計画の見直し 等に関する検討会	資料 1-2
平成30年9月28日	一部改変
中医協 総-1-1	
3.8.25	

## 【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

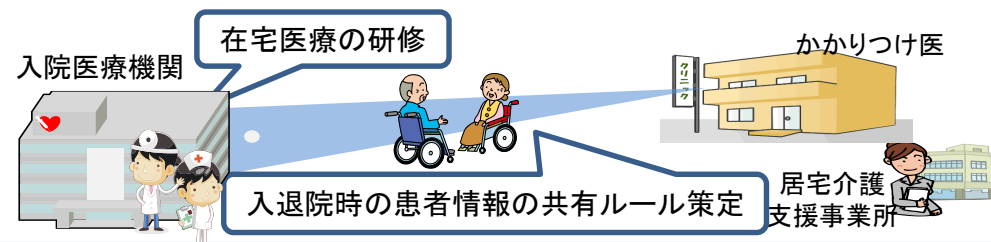
- 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、**都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場**を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と整合的な目標を検討。



- 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



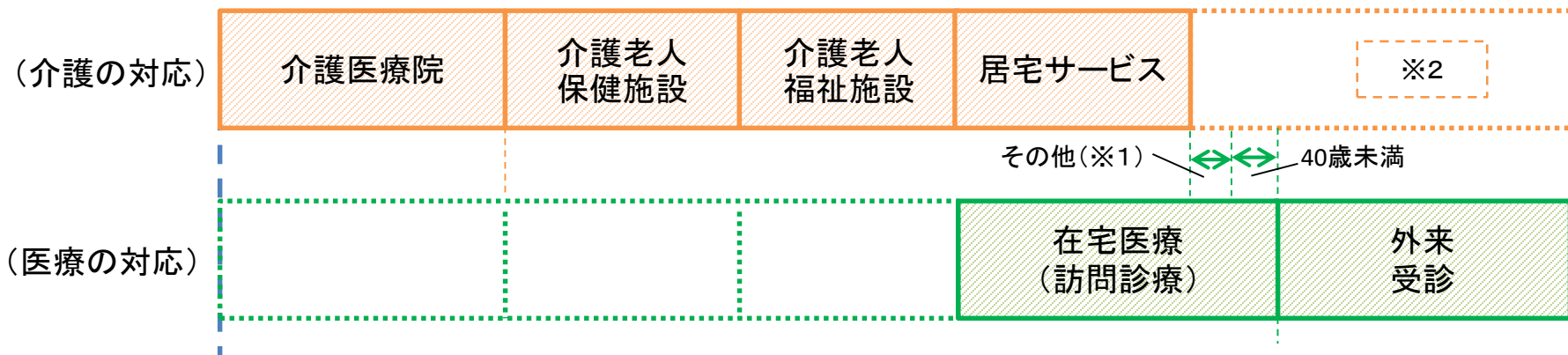
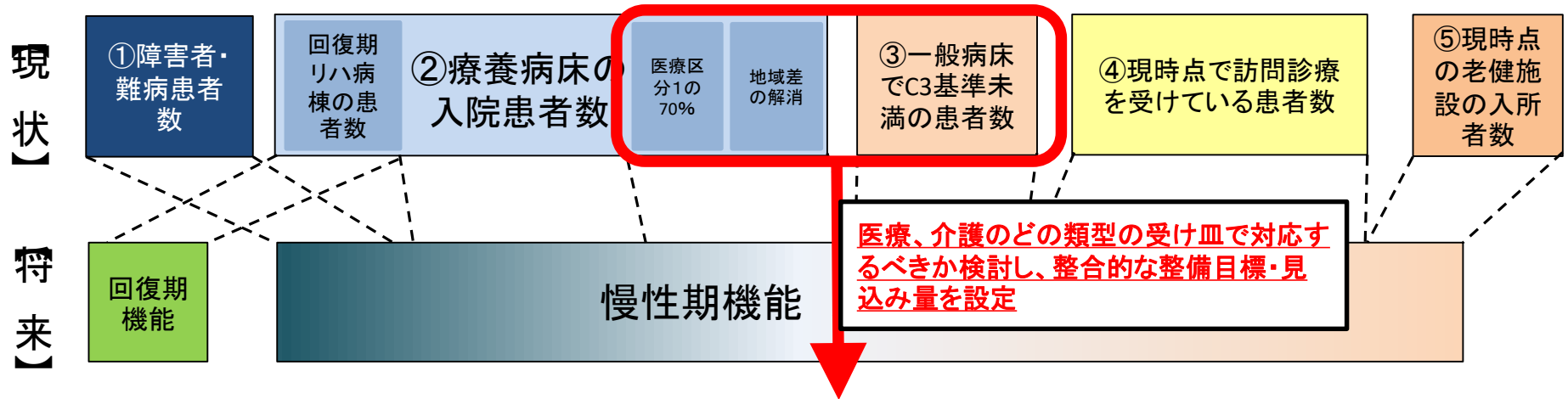
## 地域支援事業と連携した取組

- 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

中医協 総 - 1 - 1 第10回医療計画の見直し  
 3 . 8 . 2 5 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。

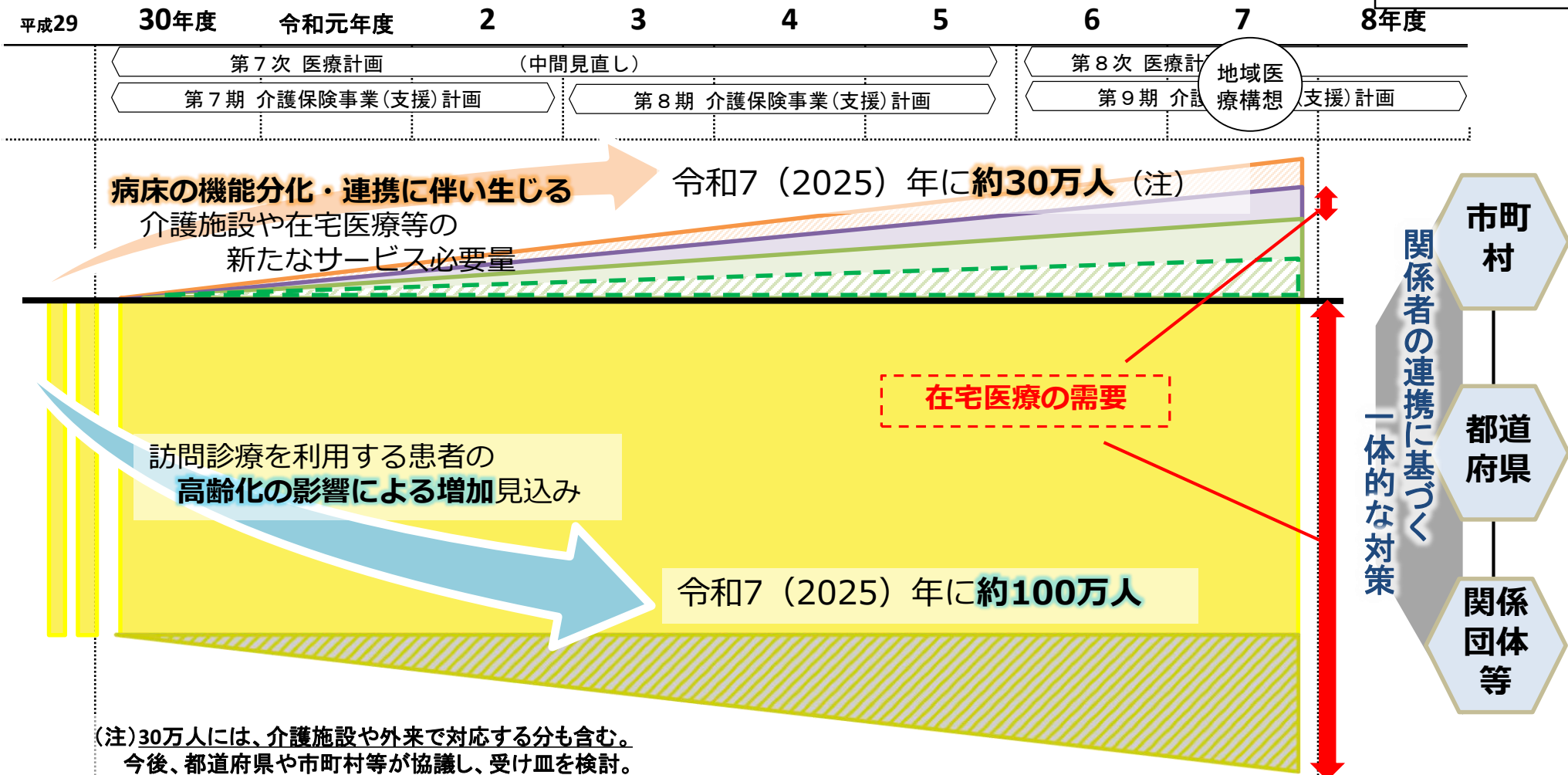
(※2) 外来サービスを利用する者の一部には、居宅サービスを利用する者もあり



# 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。

中医協 総-1-1  
3.8.25

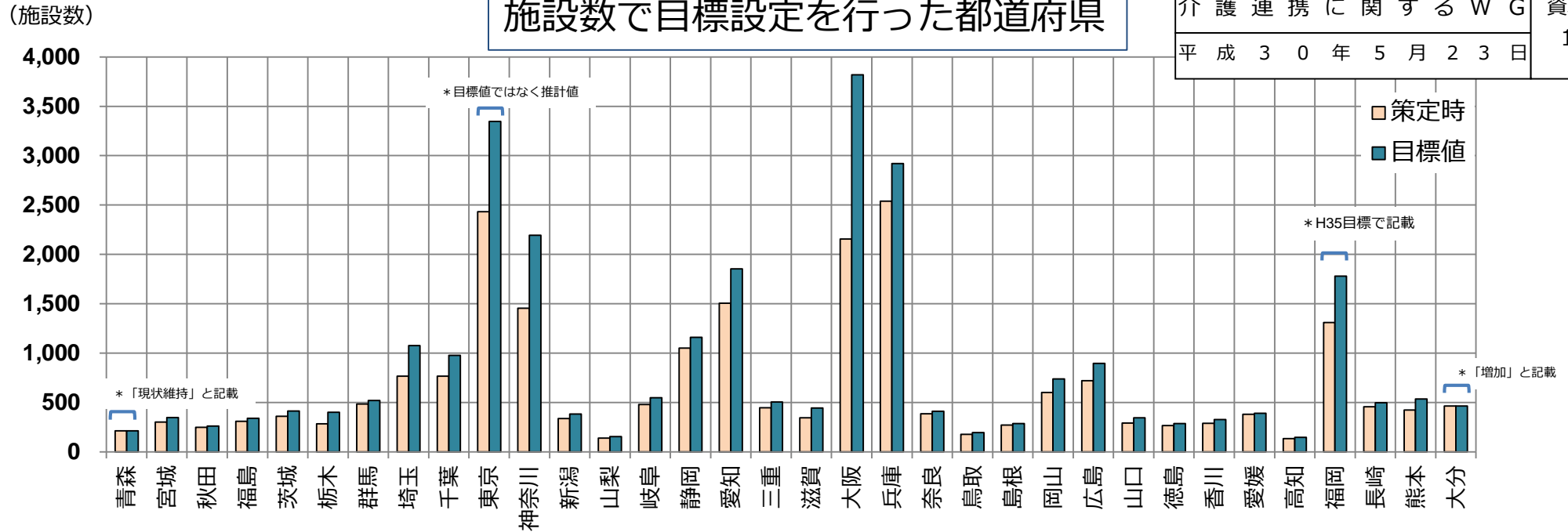


(注)30万人には、介護施設や外来で対応する分も含む。今後、都道府県や市町村等が協議し、受け皿を検討。

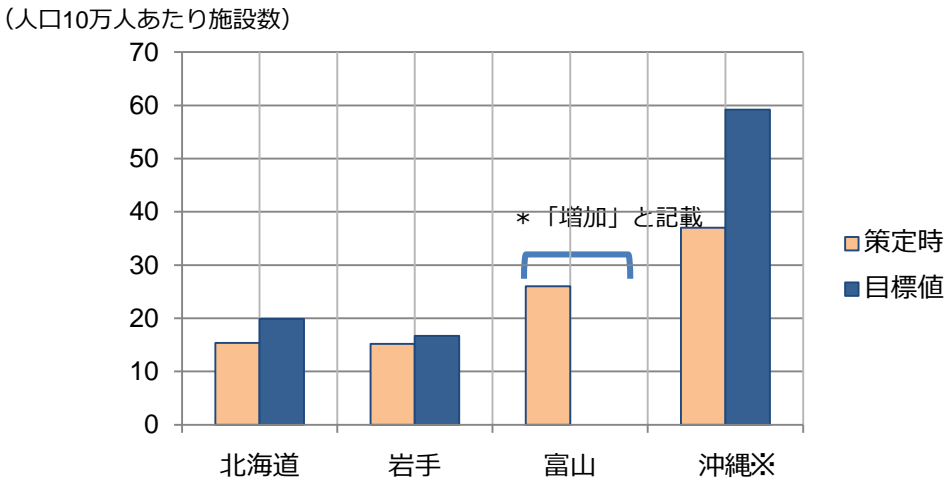
# 訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定

第 4 回 在宅医療及び医療・介護連携に関する W G 資料 1  
平成 3 0 年 5 月 2 3 日

## 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

中医協 総 - 1 - 1  
3 . 8 . 2 5

## 【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



## 在宅医療について

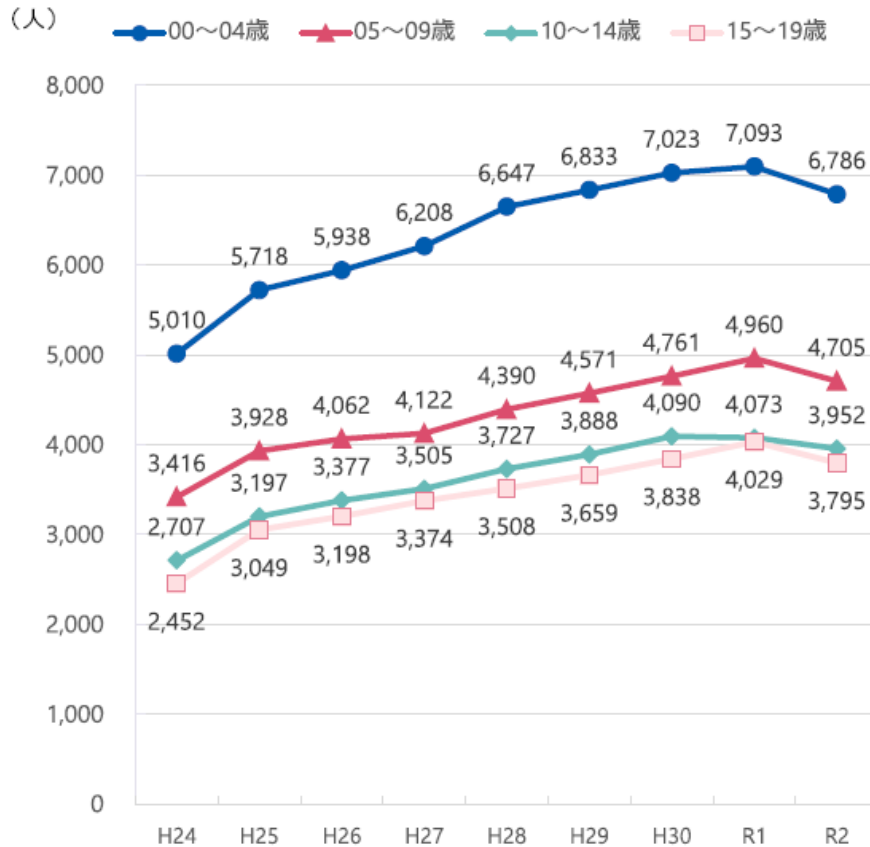
1. 在宅医療の現状等について
  - 1-1 在宅医療を取りまく状況について
  - 1-2 小児の在宅医療の現状について
2. 小児の在宅医療について
3. 救急搬送診療料について
4. 論点

# 医療的ケア児数

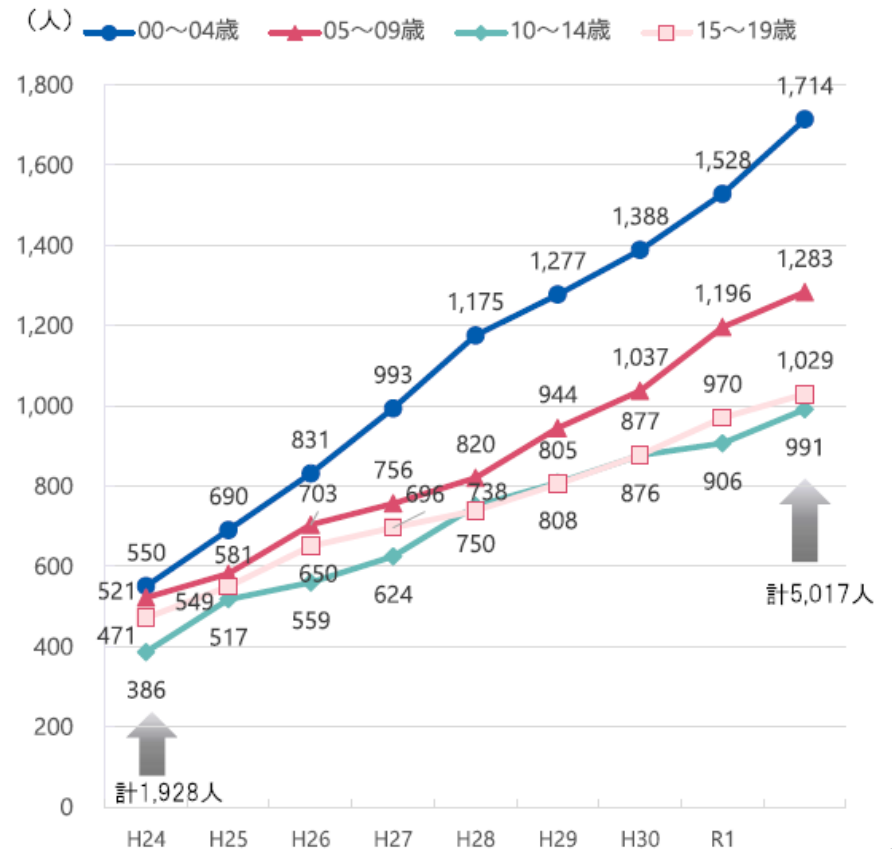
## 年齢階級別の医療的ケア児数等

- 年齢階級別の医療的ケア児数は、低年齢ほど人数が多く、0～4歳が最も多い。いずれの年齢階級も増加傾向である。
- 人工呼吸器を必要とする児童数は、直近7年で約2.6倍に増加している。0～4歳が最も多く、経年での増え方も大きい。

■ 年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移（推計）



■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児童数※の年次推移（推計）



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成

※出典：同左（「C107 在宅人工呼吸指導管理料」算定者数）

【出典】令和3年度 医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者会議 資料1-1 2021年9月28日

# 医療的ケア児数

○ 在宅の医療的ケア児は増加している。

## 医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は約2万人（推計）

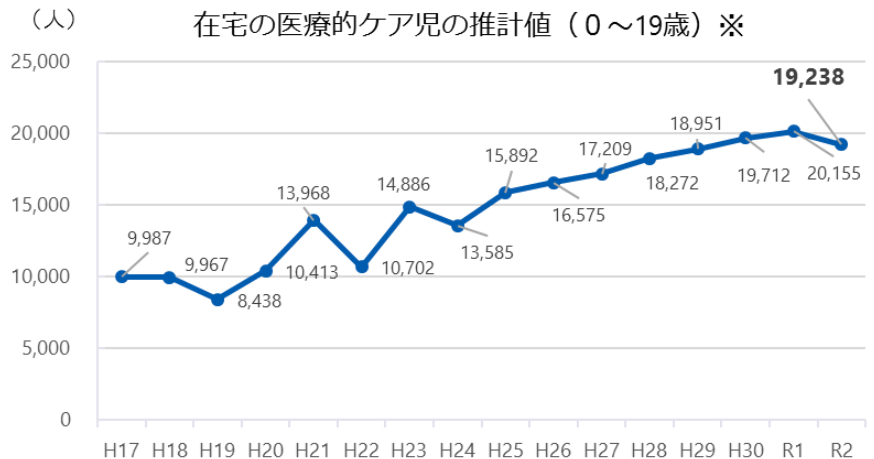


- 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
- 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要例）気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養等

※1：重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人（者も含まれている）。[岡田2012推計値]



\* 画像転用禁止



（出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成）

### 児童福祉法の改正（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

#### 第五十六条の六第二項

「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

※ 児童福祉法上の児童の定義は満18歳に満たない者であるが、社会医療診療行為別統計は5歳ごとの年齢階級別の統計となっていることから、医療的ケア児数（推計値）は20歳未満の者を含む。

# 在宅医療に係る主な指摘事項

(8月25日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 小児に係る在宅医療は、成人に対する医療と大きく異なる点があり、小児の特性に配慮した評価の設計が必要ではないか。
- 小児の在宅医療について、専門的な医療機関への集約化等も検討するべきではないか。

(10月13日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 小児の在宅医療について、在宅ターミナルケアに係る手間が成人と比較して小児において大きい。

## 在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 小児の在宅医療について
  - 2-1 緊急往診加算について
  - 2-2 在宅がん医療総合診療料について
3. 救急搬送診療料について
4. 論点

# 往診の評価について

## ○ 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。

### 往診料の加算について

#### 点数

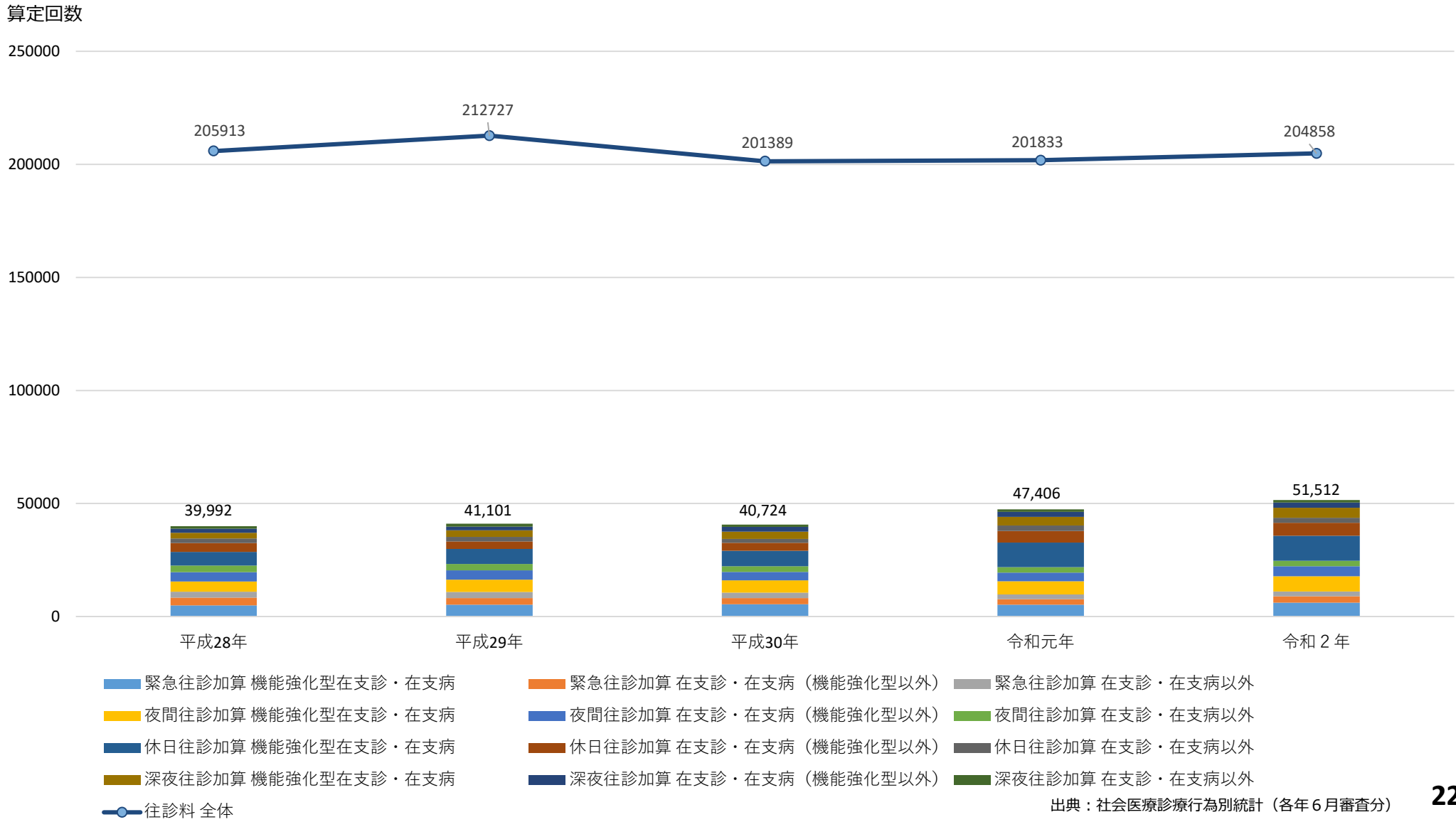
	機能強化型在宅療養支援診療所・病院		左記以外の在宅療養支援診療所・病院	在宅療養支援診療所・病院以外
	病床あり	病床なし		
緊急往診加算	850	750	650	325
夜間・休日往診加算	1,700	1,500	1,300	650
深夜往診加算	2,700	2,500	2,300	1,300

#### 要件

	時間帯	その他の要件
緊急往診加算	標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時（概ね午前8時から午後1時）	往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合
夜間・休日往診加算	午後6時から午前8時／日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日	—
深夜往診加算	午後10時から午前6時	—

# 往診料等の算定回数

○ 往診料と、往診料の加算のうち緊急に行う往診の加算（緊急往診加算）、夜間・深夜・休日の加算（夜間往診加算、深夜往診加算、休日往診加算）の算定状況は以下のとおり。



# 緊急の往診について

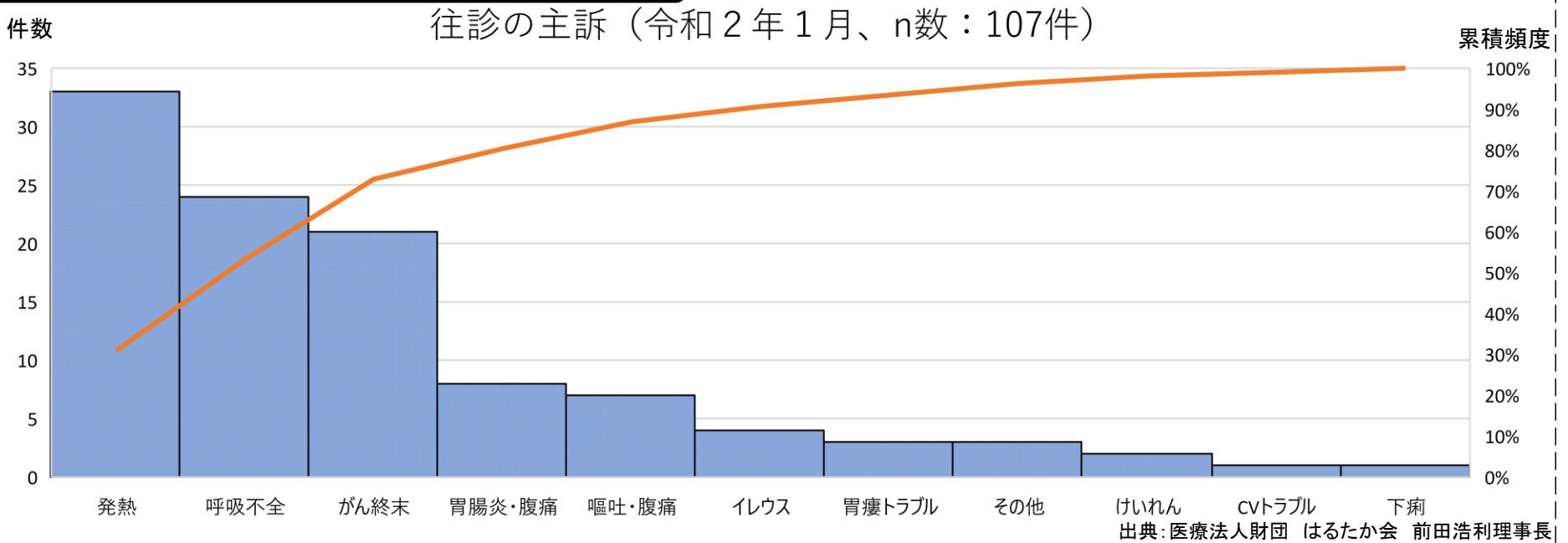
○ 緊急往診加算については、「往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に算定できるとされているが、小児においては、これらの状態には当てはまらない、「急性の呼吸不全やけいれん」など、成人と違った理由により緊急の往診が必要となる場合がある。

## 小児において緊急の往診が必要となる病態のうち、多いもの(例)

- 急性の呼吸不全（呼吸器使用中の患者や酸素使用の患者の低酸素状態等）
- 嘔吐
- けいれん
- 発熱

出典:さいわいこどもクリニック 宮田章子医師

## 小児における緊急往診が必要となる病態の主訴



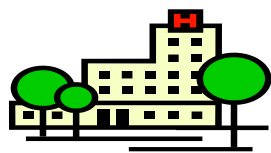


## 在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 小児の在宅医療について
  - 2-1 緊急往診加算について
  - 2-2 在宅がん医療総合診療料について
3. 救急搬送診療料について
4. 論点

# 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。

# 小児がんにおける現状と課題

- ・ がんは、小児及びAYA世代の病死の主な原因の1つであるが、多種多様ながん種を多く含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人の希少がんとは異なる対策が求められる。特に、小児がんについては、臨床研究の推進により治癒率は向上しているものの、依然として難治症例も存在することから、十分な診療体制の構築とともに診断時から晩期合併症への対応が必要である。
- ・ 小児がんについては、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指して、十分な経験と支援体制を有する医療機関を中心に、平成25(2013)年2月に、全国に15か所の小児がん拠点病院及び2か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。
- ・ しかしながら、脳腫瘍のように標準的治療が確立しておらず診療を集約化すべきがん種と、標準的治療が確立しており一定程度の診療の均てん化が可能ながん種とを整理することが求められている。また、提供体制については、小児がん拠点病院と地域ブロックにおける他の医療機関とのネットワークや、患者・家族の希望に応じて在宅医療を実施できる支援体制の整備が求められている。
- ・ 再発症例・初期治療反応不良例等の難治性の小児がん及びAYA世代のがんについては、新規治療・新薬開発、ゲノム医療の応用等の実施体制の整備が十分でなく、新規治療・薬剤の開発が切望されている。

(第3期がん対策推進基本計画(平成30年3月))

# 小児がん対策のこれまでの経緯

中医協 総 - 1 - 1  
3 . 8 . 2 5

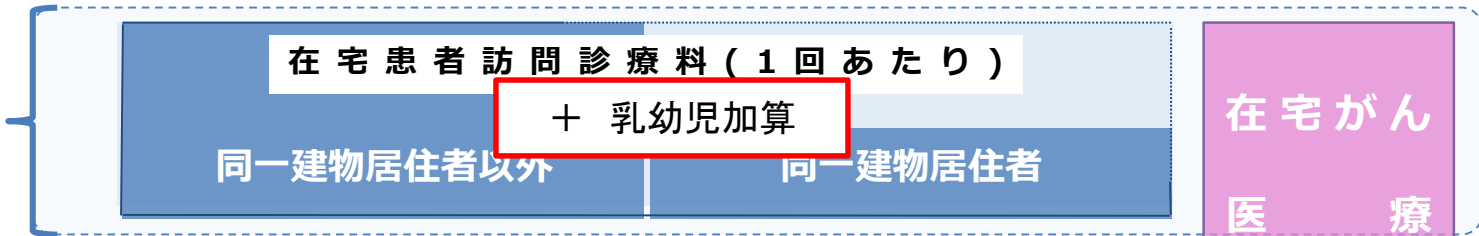
平成24年5月-6月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会(計3回)開催
平成24年6月	第2期がん対策推進基本計画閣議決定
平成24年9月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会 報告書とりまとめ
平成24年11月- 平成25年1月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会(計4回開催)
<b>平成25年2月</b>	<b>小児がん拠点病院選定(15施設)</b>
平成25年12月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催
<b>平成26年2月</b>	<b>小児がん中央機関選定(2施設)</b>
平成27年6月	「がん対策推進基本計画中間評価報告書」のとりまとめ
平成27年12月	「がん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

# 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

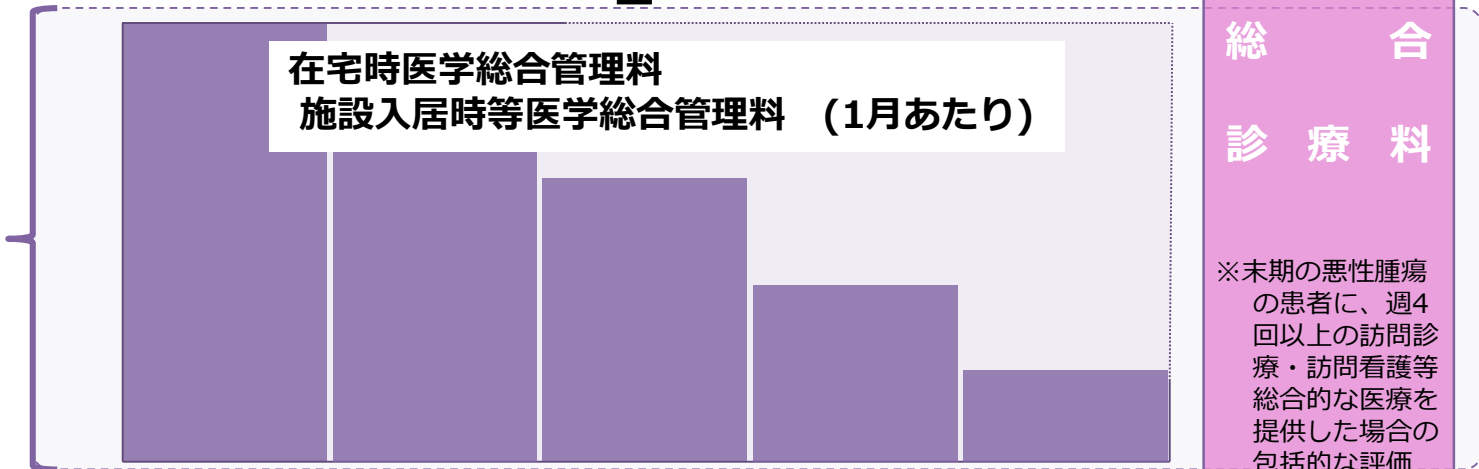


在宅がん  
医療



## 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

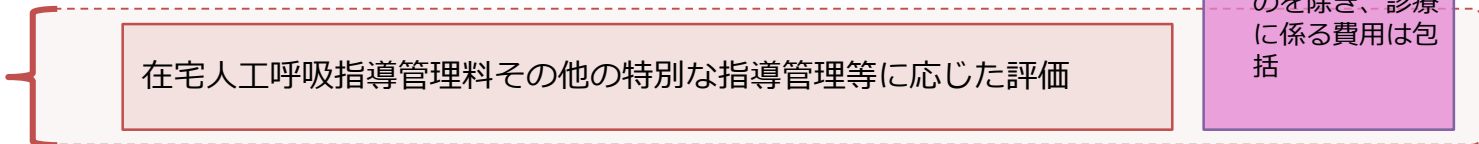


総合  
診療料

※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



## ③指導管理等に対する評価



※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

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

# 在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬

- 末期のがん患者については、訪問診療に関する基本的な評価が包括された在宅がん医療総合診療料を算定する方法を選択可能な取扱いとなっている。
- 在宅がん医療総合診療料には、注射による鎮痛療法等、専門的な在宅療養に係る指導管理料も包括されている。

＜在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬（イメージ）＞

- 医療機関の形態： 機能強化型の在宅療養支援診療所（病床を有する）
- 居住形態： 一軒家
- 診療内容： 1日に1回の訪問診療、注射による鎮痛療法、投薬（処方せん交付のみの院外処方）

①定期的に訪問して診療を行った場合の評価	在宅がん医療総合診療料 1日当たり1,800点
②総合的な医学的管理等を行った場合の評価	
③指導管理等に対する評価 (在宅療養指導管理料・材料加算)	



- 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



# 成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

○ 小児がん終末期在宅診療では脳腫瘍の割合が非常に高い

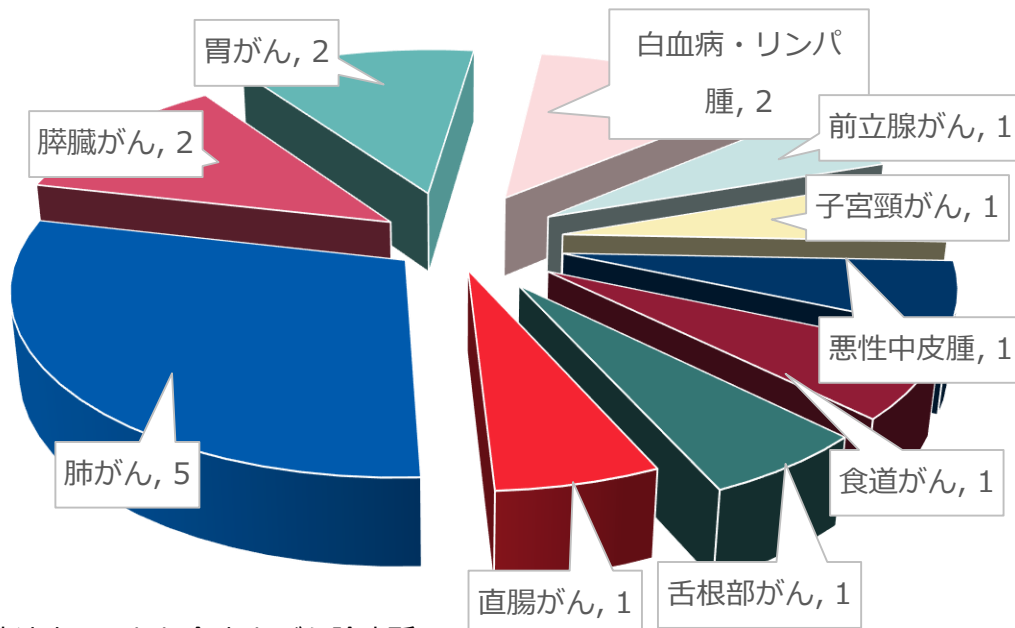
同一医療法人において診療した成人と小児のがん患者17例ずつの比較

診療録・レセプト情報から診療実態・麻薬投与量・輸血に関する情報を収集

## 年齢と原疾患の分布

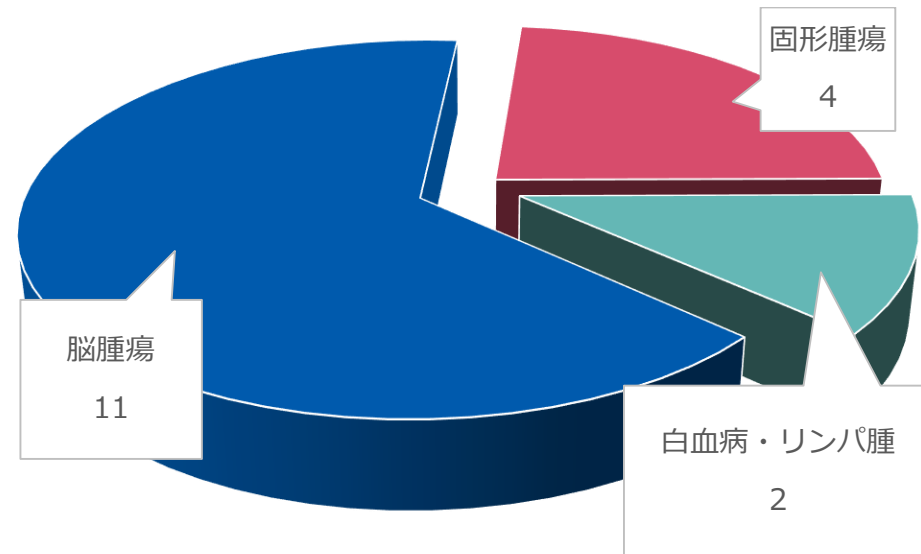
### 成人

中央値 78歳  
(50-93歳)



### 小児

中央値 9歳  
(0-19歳)





# 成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

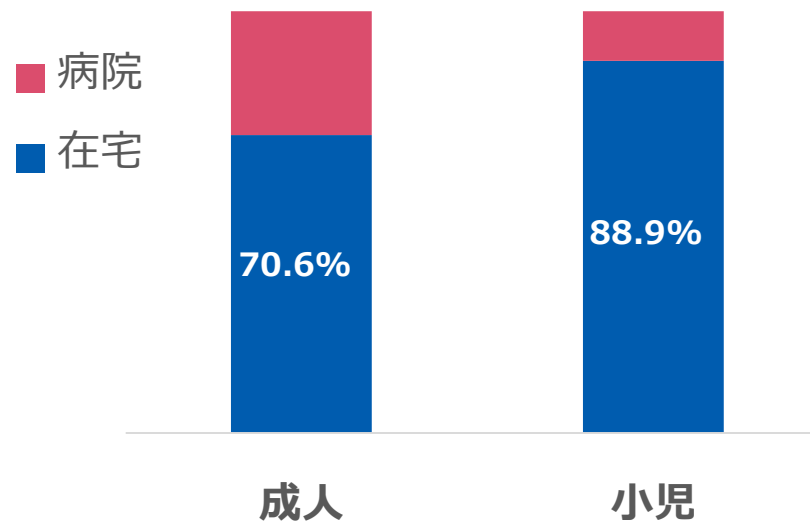
- 小児がん終末期在宅診療では、成人と比べて長い期間訪問診療が行われることが多く、本人のみならず家族のケアも求められる。
- また、成人に比し在宅で看取られる割合が高い。

## 初回の訪問診療から永眠までの期間

成人 中央値 **34日間**  
(2日-462日間)

小児 中央値 **74日間**  
(2日-453日間)

## 在宅での看取りの割合



# 成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

- 疼痛などの症状緩和が容易ではなく、オピオイドを積極的に使用する必要がある。
- また、原疾患には抗腫瘍薬に対する感受性が高いものが多く、終末期まで化学療法が継続されることも多いため、在宅でも輸血の実施が必要となることが多い。

## 代表的な静注用麻薬製剤使用量 (一人当たりの使用量平均)

	成人	小児
オキシコドン (mg)	18.8	<b>108</b>
モルヒネ (mg)	195.9	<b>1297</b>

## 輸血量 (一人当たりの輸血単位数平均)

	成人	小児
濃厚赤血球 (単位)	0	<b>0.5</b>
濃厚血小板 (単位)	0	<b>15.3</b>

(参考)WHOガイドラインにおいては、アセトアミノフェンやイブプロフェンで効果不十分、又は中等度以上の疼痛の場合、成人では3段階ラダーを用いるため、弱オピオイドの使用が推奨されているところ、小児では2段階ラダーを用いるため、モルヒネ等の強オピオイドの使用が推奨されている。

# 小児の在宅医療に係る課題（小括）

## （緊急往診加算について）

- ・ 医療的ケア児とは、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃瘻等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のことを指す。在宅の医療的ケア児の数は全国に約2万人と推計されており、年々増加してきている。
- ・ 緊急往診加算については、「往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に算定できるとされているが、小児においては、これらの状態には該当しない、「急性の呼吸不全やけいれん」など、成人と違った理由により緊急の往診が必要となる場合がある。

## （在宅がん医療総合診療料について）

- ・ 末期のがん患者については、訪問診療に関する基本的な評価が包括された在宅がん医療総合診療料を算定することが可能である。
- ・ 小児に対する緩和ケアについて、成人と比較した場合に、「障害がある子どもへのケアに特殊な技術を必要とする」、「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。
- ・ 成人と小児で、在宅医療を受けている末期のがん患者の疾患を比較すると、成人では肺癌が最多である一方、小児においては脳腫瘍が最多であった。また、小児においては、成人と比較して、在宅医療を受けている期間が長く、看取りが在宅で行われる割合も高かった。
- ・ 医療の内容について、静注用麻薬製剤使用量や輸血量で比較をすると、小児のほうが成人よりも使用量の平均値が大きかった。

## 在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 小児の在宅医療について
3. 救急搬送診療料について
4. 論点

# 救急搬送診療料の概要

## 救急搬送診療料

- 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合への評価。

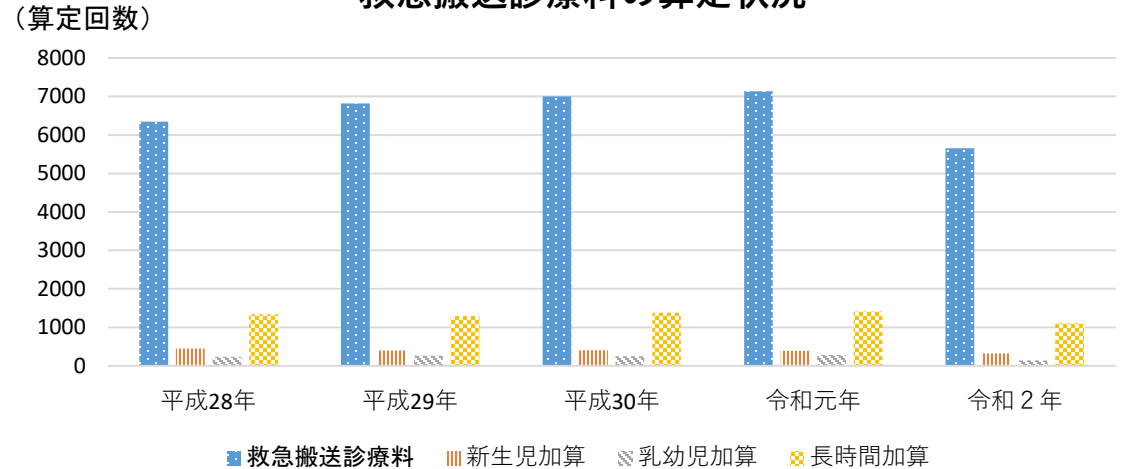
C-004 救急搬送診療料 1300点

長時間加算(30分以上) 700点

新生児加算 1500点

乳幼児加算(6歳未満) 700点

救急搬送診療料の算定状況



出典：社会医療診療行為別統計

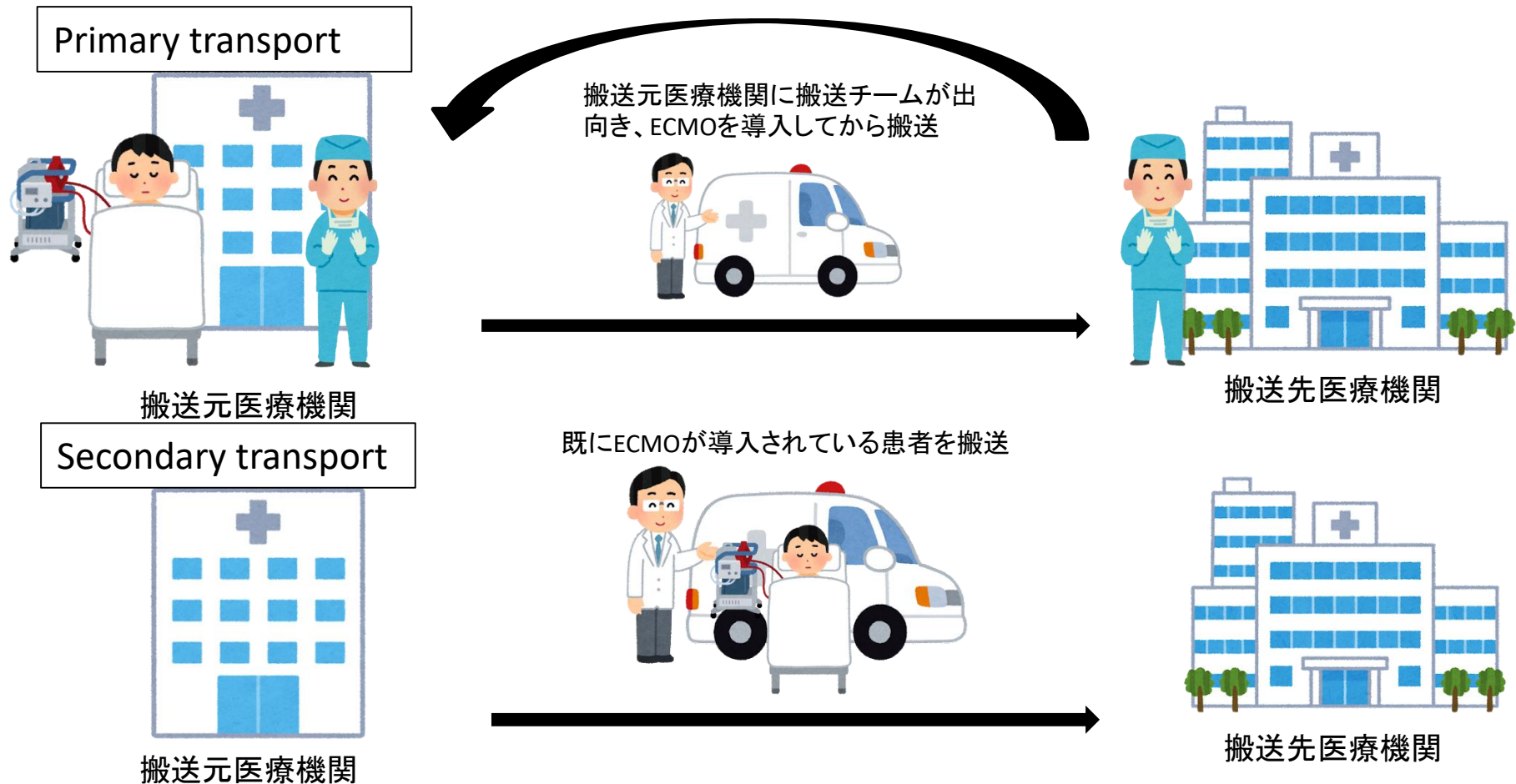
### [主な算定要件]

- ① 救急用の自動車とは、消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車であって、当該保険医療機関に属するものをいう。
- ② 救急医療用ヘリコプター内において診療を行った場合についても当該加算を算定することができる。
- ③ 診療を継続して提供した場合、A000初診料、A001再診料又はA002外来診療料は1回に限り算定する。
- ④ 搬送先の医療機関の保険医に立会診療を求められた場合はA000初診料、A001再診料又はA002外来診療料は1回に限り算定し、C000往診料は併せて算定できない。ただし、患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、C000往診料を算定できる。
- ⑤ 当該保険医療機関の入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定出来ない。

# ECMO装着患者搬送の概要

○ ECMO装着患者の転院搬送は、搬送元に搬送チームが出向き、搬送元でECMOを導入してから搬送先にECMO装着患者を搬送をするPrimary transportと、すでに搬送元でECMOが導入されている患者をそのまま搬送先医療機関に搬送するSecondary transportの2種類の概念があり、そのときの状況によって選択される。

(出典: Extracorporeal Life of Support Organization(ELSO) Guidelines for ECMO Transport)



## 事業の概要

「感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制確保について」  
(令和2年12月25日新型コロナウイルス感染症対策推進本部)より抜粋し、改変

- 集中治療の専門家等による相談窓口
- ECMOの取扱いに精通した医師を含む集中治療の専門家等の派遣調整
- 都道府県調整本部（※）等における搬送調整業務支援 等 ※都道府県内の患者受入れを調整する機能を有する組織・部門

## <集中治療の専門家等の派遣スキーム>

- (1) ICU管理や人工呼吸管理が必要な患者→各医療機関で診療する。
- (2) (1)の患者がさらに悪化し、ECMOを含む高度集中治療管理が必要と判断される場合
  - パターン1：当該医療機関でECMOを含む診療を実施
  - パターン2：当該医療機関でECMOを含む診療が困難な場合：地域のECMO診療可能な病院へ転院搬送
    - ・都道府県調整本部がコーディネーターと相談して搬送先を選定する。その際に、当該事業のDr to Drで搬送先選定の助言を行う。

医療機関の求めに応じて、「重症者治療搬送調整等支援事業」の相談窓口（TEL: 050-3085-3335）が診療の助言・サポートを実施している

さらに地域全体のECMO患者が増える見込みがある場合

- ① 都道府県は、厚生労働省に当該事業を通じた専門家派遣について相談。厚生労働省は、都道府県の状況を聴取し、技術的助言を実施。
- ② 厚生労働省は、日本集中治療医学会・日本ECMOnetに出動準備依頼。
- ③ 日本集中治療医学会・日本ECMOnetは、全国の診療状況を踏まえて、現地に派遣するECMO専門家チームの人選を行う。
- ④ 都道府県から厚生労働省に派遣要請。
- ⑤ 厚生労働省は、日本集中治療医学会・日本ECMOnetに出動要請。
- ⑥ 日本集中治療医学会・日本ECMOnetの専門家チームが現地入りする。

I 日本集中治療医学会・日本ECMOnetの専門家チームが現地で重症者の診療について助言・指導を行い、当該地域内のECMO受け入れキャパシティーを大きくする。

上記を行ってもなお、ECMO等の重症患者の受け入れキャパシティーが不足すると見込まれる場合、移送・搬送を検討する。

II 当該地域外へECMO等の重症患者を移送する（広域移送・搬送）。

※移送・搬送に当たっては、患者の身体への負担を考慮して、患者、患者の家族、送り出し、受入れ都道府県の合意が必要。

→搬送先選定：現地入りしているECMO専門家チームの派遣元病院への移送を軸に調整を行う（日本集中治療医学会・日本ECMOnet、厚生労働省、都道府県）。移送・搬送には日本集中治療医学会・日本ECMOnetからの派遣された専門家チームが同行する。



# 重症患者搬送のガイドライン(案)

○ 現在、集中治療室等から他の施設の集中治療室等までの広域搬送における、リスクの軽減と予防戦略に焦点をあてたガイドラインを、日本集中治療医学会が作成しているところである。このガイドラインにおいては、搬送に必要な医療機材や、必要な人員を定めている他、搬送に係る処置等、重症患者搬送に係る事項をまとめている。

## 4) 搬送に必要な医療機材

- 集中治療室入室中に装着されていた医療機材を、航空耐性や振動・衝撃などの異常環境に耐えるものに変更する。
- 搬送用の生命維持装置（例、人工呼吸器等）については、可能な限り患者の病態に適合したものを  
選択し、搬送前に患者の適合性を評価する。
- 搬送中であっても治療の質を同等に保つ努力をする（例、手動換気による呼吸管理に変更しない）
- 搬送手段への搭載・卸下時の時間の短縮及び事故予防から、可搬性を追求し、また適切かつ強固な固縛要領を追求する。可能であれば、専用の搬送用架台等を準備する。
- 航空搬送において電磁適合性基準を満たすものを準備する。
- 搬送中は患者が暑熱冷寒等に晒される可能性が高いため、環境温度等に対して患者の恒常性を維持しうる装置を準備する。

## 9) 搬送スタッフについて（搬送スタッフの構築は予後を改善しうるか？）

- 集中治療を要する重症患者の搬送においては、集中治療医（集中医療専門医もしくはそれと同等の能力を有する医師）の帯同が必須である。
- 搬送チームにおいて集中治療医が主導的立場を取る。
- 病状に応じ医師は複数であることが望ましい。
- 医師以外に看護師、臨床工学技士が必要である。
- 患者の病態に応じた専門分野および高度手技（例：ECMO、小児の緊急気道確保等）に卓越した医師が含まれるべきである。
- 病態や搬送環境に応じて搬送チームの構成は可変的であるべきである。
- 熟練した搬送チームによる搬送は予後を改善する。



# 救急搬送診療料に係る課題（小括）

- ・ 救急搬送診療料は、患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合を評価したものである。
- ・ 救急搬送においてはECMOを装着した患者の転院搬送をするケースもあり、これには、搬送チームが搬送元医療機関に出向いてECMOの導入を行った上で搬送をするPrimary transportと、すでに搬送元医療機関でECMOが導入されている患者を搬送するSecondary transportの2つのパターンが存在する。
- ・ 新型コロナウイルス感染症流行禍においても、集中治療専門の医師を派遣し、必要に応じてECMO装着患者を含む重症患者の転院搬送を行う等の取組が行われていた。
- ・ ECMO装着患者を含めた重症患者を搬送する際のリスクを最小限にするための予防戦略をまとめたガイドラインの策定が現在進められている。

## 在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 小児の在宅医療について
3. 救急搬送診療料について
4. 論点

# 在宅医療に係る論点

## 【緊急往診加算について】

- 緊急往診加算における緊急に行う往診とは、「患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。」こととされているところ、成人と小児における緊急の往診の際の疾患等が異なること等を踏まえ、要件の在り方についてどのように考えるか。

## 【在宅がん医療総合診療料について】

- 成人と小児における在宅の末期がん診療の在り方を踏まえつつ、在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の評価の在り方について、どのように考えるか。

## 【救急搬送診療料について】

- 救急搬送診療料においては、医師が診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定出来ることとされているが、高次の医療機関へ送ることがある実態やECMO等を装着した患者の搬送に係るガイドラインが策定されたことを踏まえて、評価をどのように考えるか。

# 在宅(その4)

在宅歯科医療について

## 在宅歯科医療について

1. 在宅歯科医療の現状について
2. 歯科訪問診療において提供される医療について
3. 在宅療養支援歯科診療所について
4. 在宅歯科医療における他職種との連携について
5. 論点

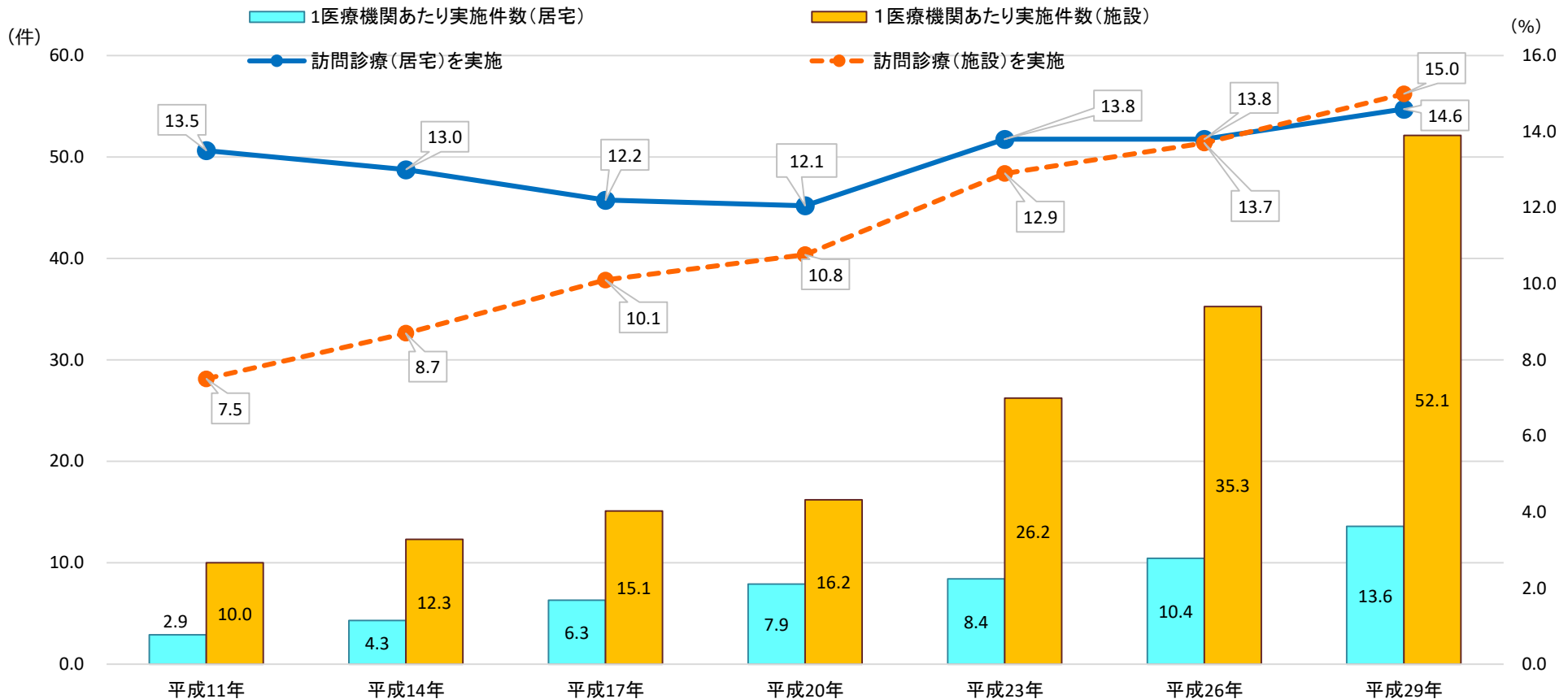
## 在宅歯科医療について

1. 在宅歯科医療の現状について
2. 歯科訪問診療において提供される医療について
3. 在宅療養支援歯科診療所について
4. 在宅歯科医療における他職種との連携について
5. 論点

# 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歯科診療所あ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。



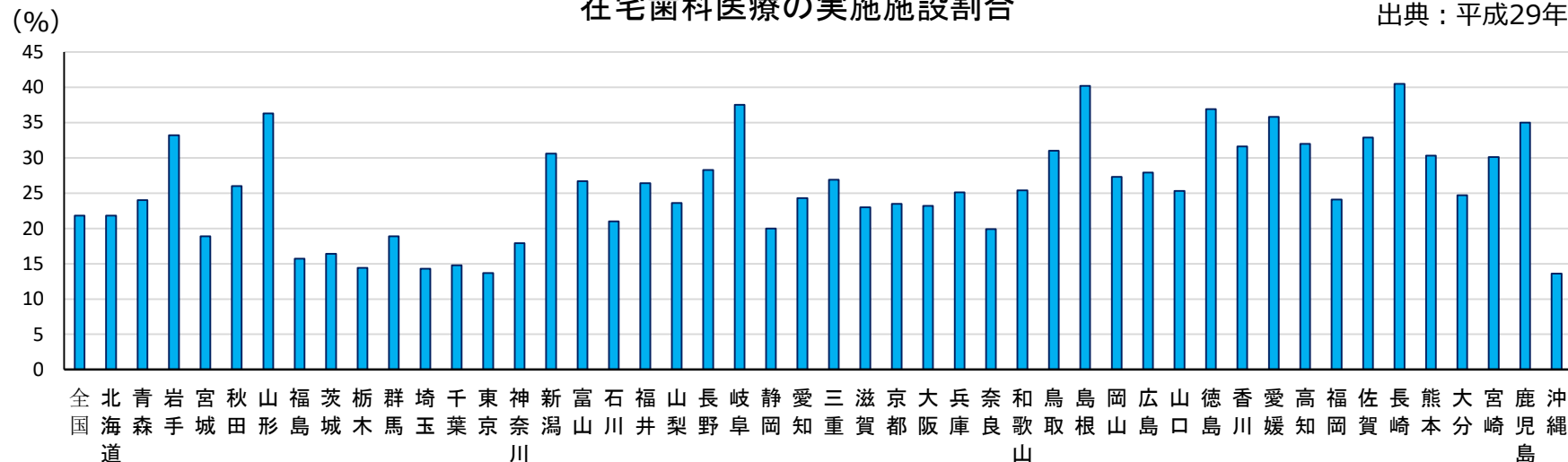
(医療施設調査)

# 都道府県別の歯科訪問診療実施医療機関の割合

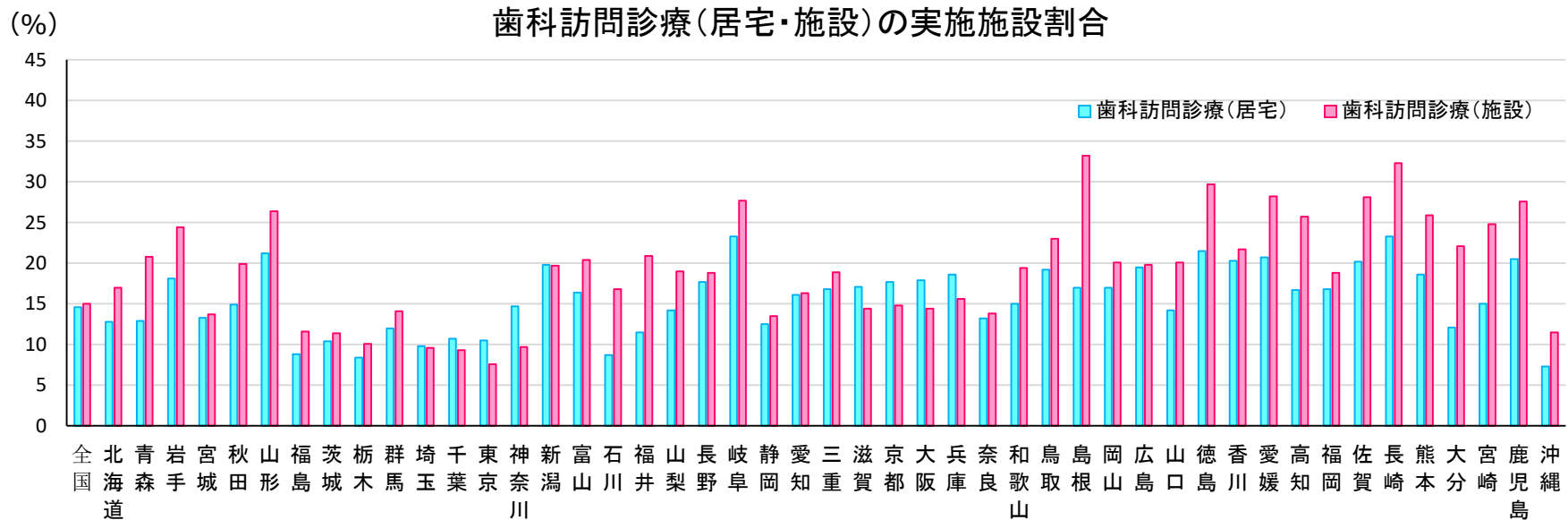
- 歯科保険医療機関数(病院を含む)に対する割合をみると、全国平均が21.8%であった。
- 都道府県別では長崎県が約40.5%と最も高く、沖縄県が約13.6%で最も低かった。

在宅歯科医療の実施施設割合

出典：平成29年医療施設調査



歯科訪問診療(居宅・施設)の実施施設割合

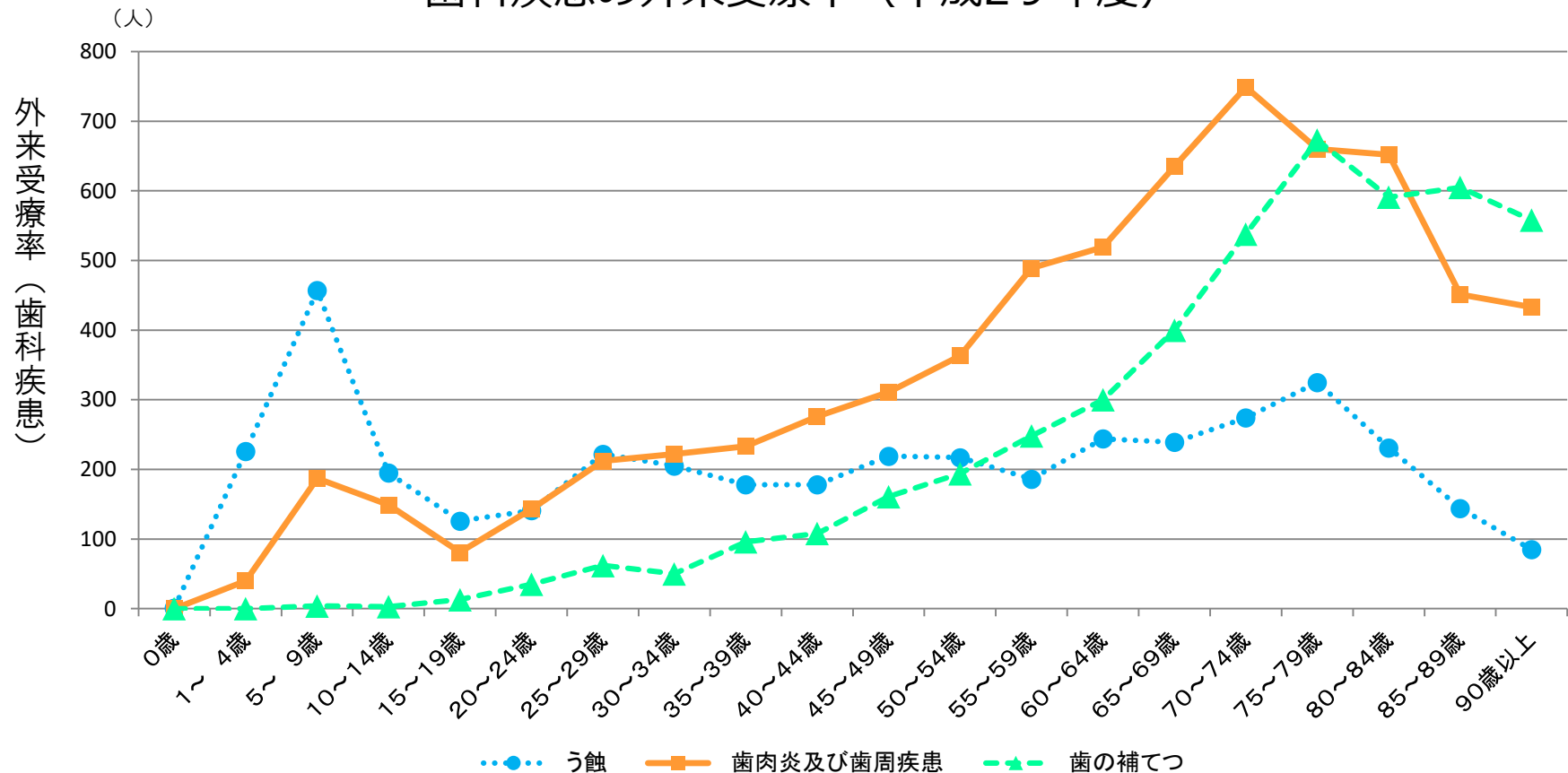




# 診療内容別の外来受療率

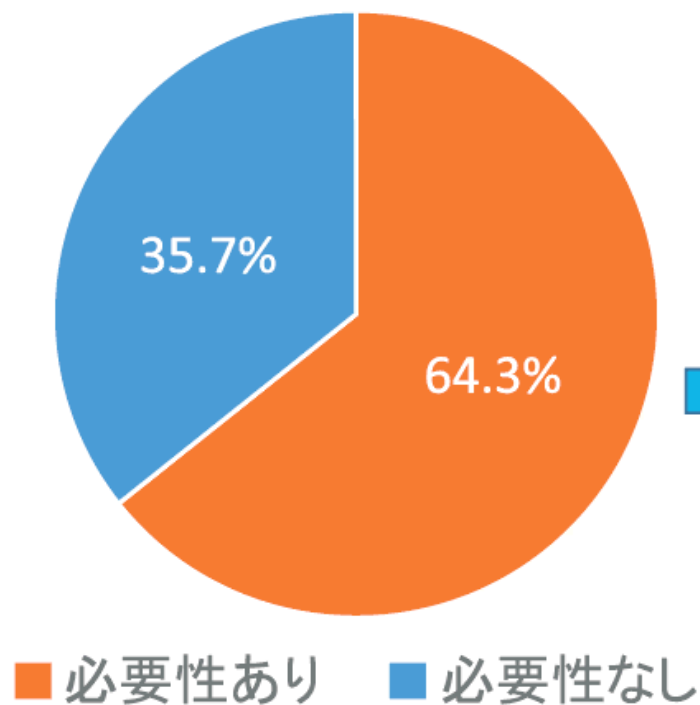
- 診療内容別の外来受療率は、う蝕は5～9歳が最も高く、その後減少した後に緩やかに70代後半まで増加し、再度減少する。
- 歯肉炎及び歯周疾患では、10代から経年的に増加し、30代でう蝕を上回り70～74歳をピークに減少する。
- 歯の補てつの外来受療率は経年的に増加し、70代後半をピークに80代前半から減少する。

## 歯科疾患の外来受療率（平成29年度）



※外来受療率とは、推計外来患者数(調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者(訪問診療を含む。)の推計数)を人口10万対であらわした数である。

- 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。

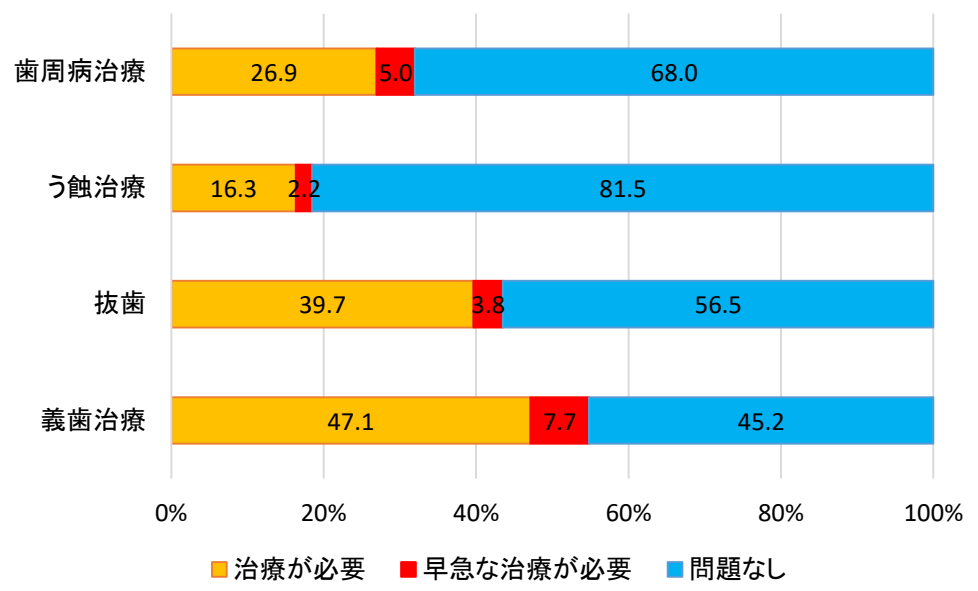
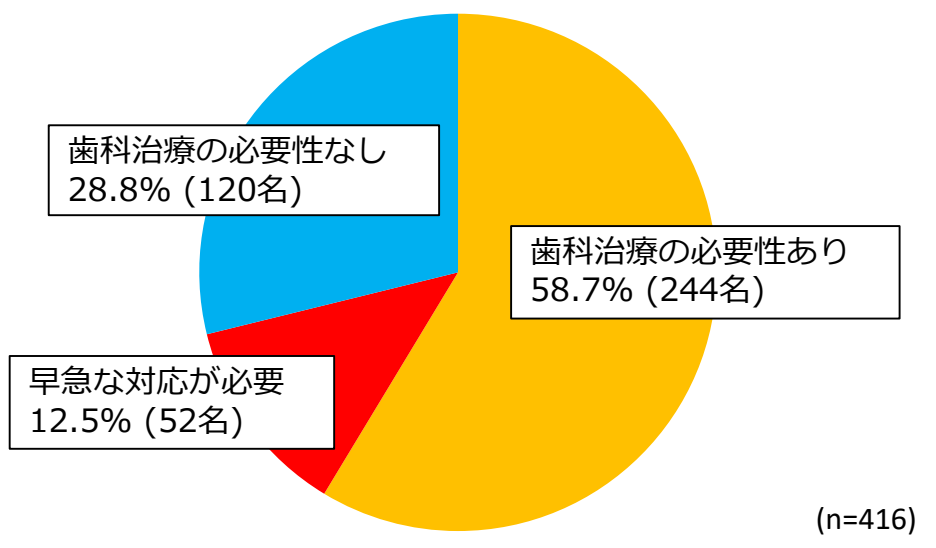


歯科治療が必要な  
64.3%のうち  
実際に歯科治療を  
受けた要介護者は  
**2.4%**である。

# (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<sup>※1</sup>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。**

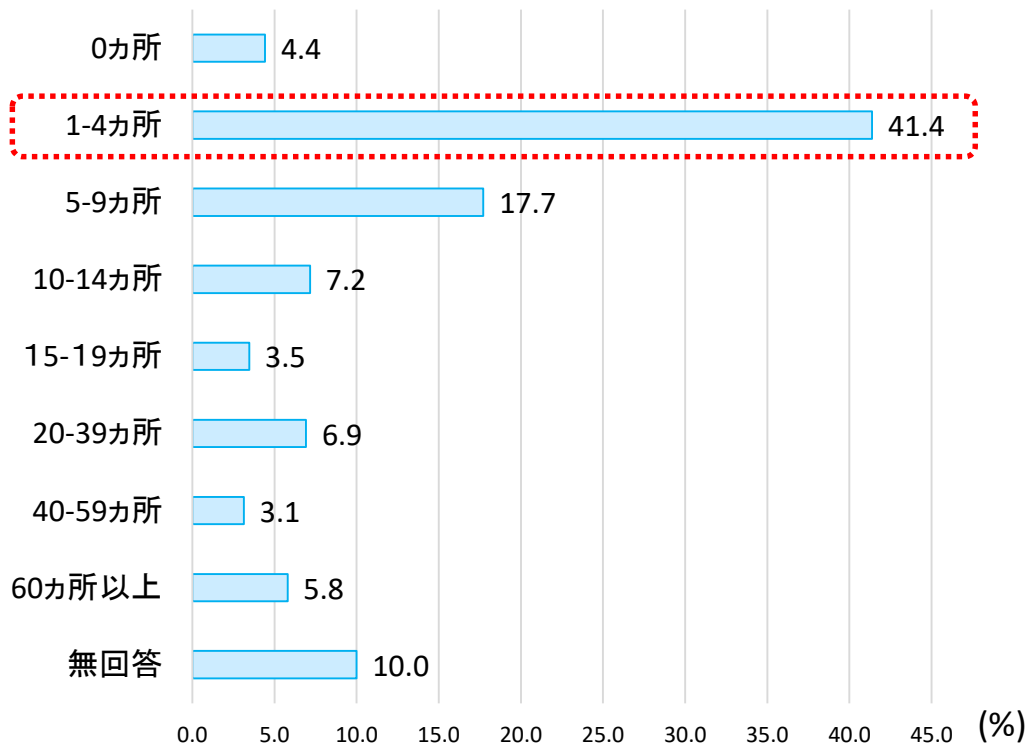
出典：平成28年度老人保健増進等事業報告書「介護保険施設における歯科医師、歯科衛生士の関与による適切な口腔衛生管理体制のあり方に関する調査研究」報告書（日本老年歯科医学会）

# 歯科訪問診療における訪問建物数及び訪問先

- 3カ月間に歯科医師が訪問した建物数の総数について、分布で見ると、1-4か所が41.4%であった。
- 歯科訪問診療を実施した個々の患者の訪問先をみると、自宅が38.5%、介護保険施設等への訪問が50.2%であった。

## <3カ月間に歯科医師が訪問した建物数（総数）別分布>

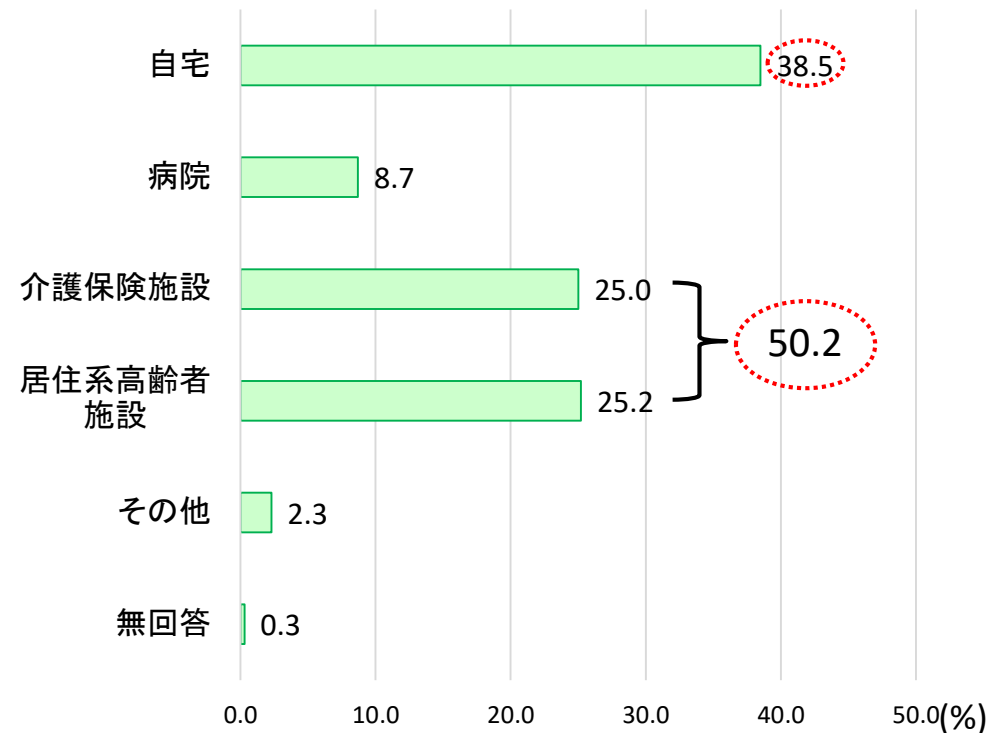
令和元年10月～令和2年9月の期間で歯科訪問診療を行っていると感じた医療機関(n=1,242)



令和2年7-9月の3カ月間について回答

## <歯科訪問診療を実施した患者の訪問先>

(n=1,999)

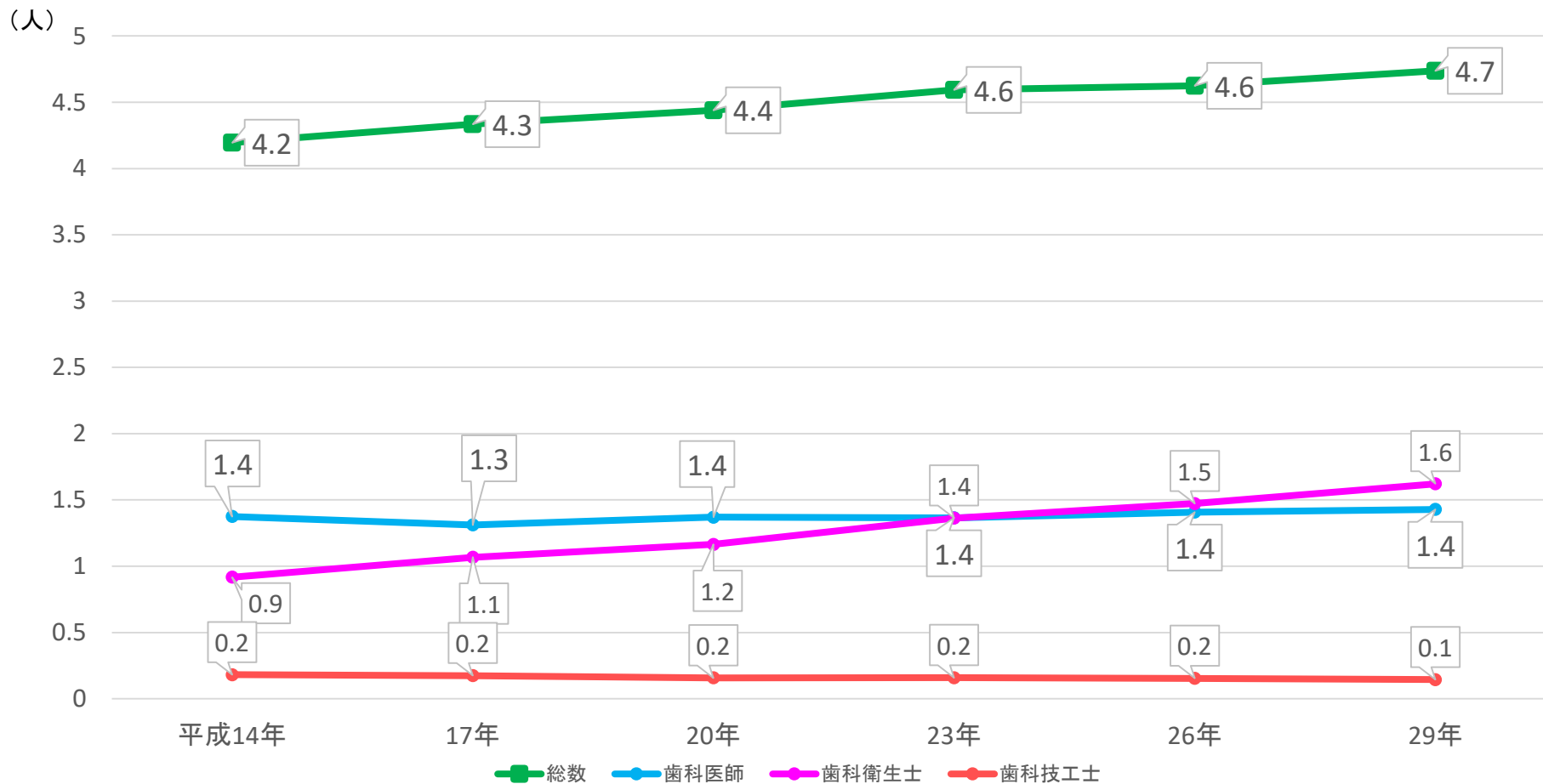


(令和2年7月1日～9月30日の間に歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者と、最後に訪問した患者)

\*自宅：戸建て、団地、マンション等の集合住宅（施設以外）

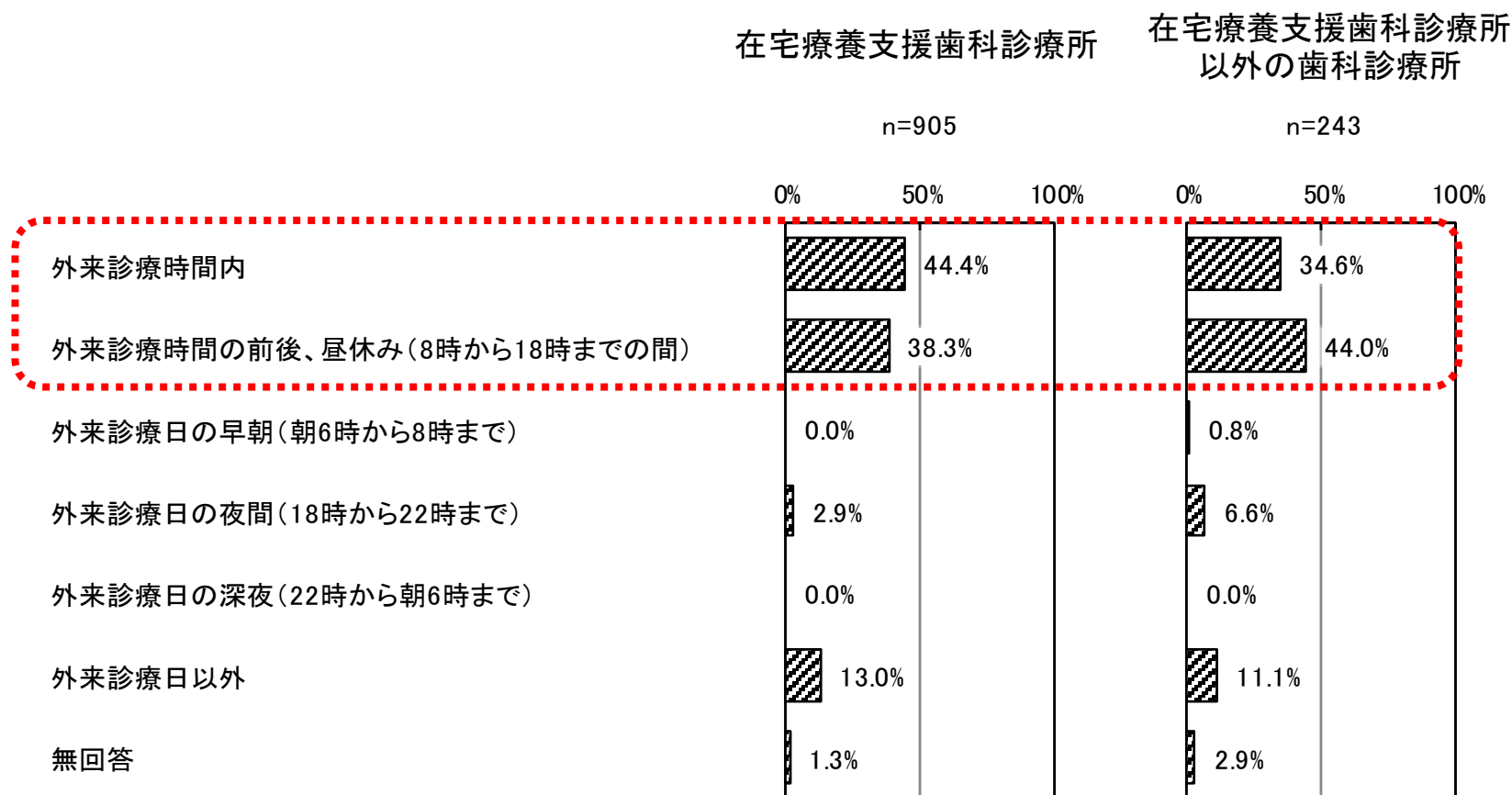
# 歯科診療所の従事者数の推移

- 歯科診療所は、常勤換算の従事者数が5人以下の小規模事業所である。
- 1診療所あたりの歯科医師数は1.4人である。（常勤1.2人、非常勤0.2人）
- 歯科診療所に勤務する歯科衛生士数が増加傾向である。



## 直近1年間に歯科訪問診療等を最も多く実施した時間帯について

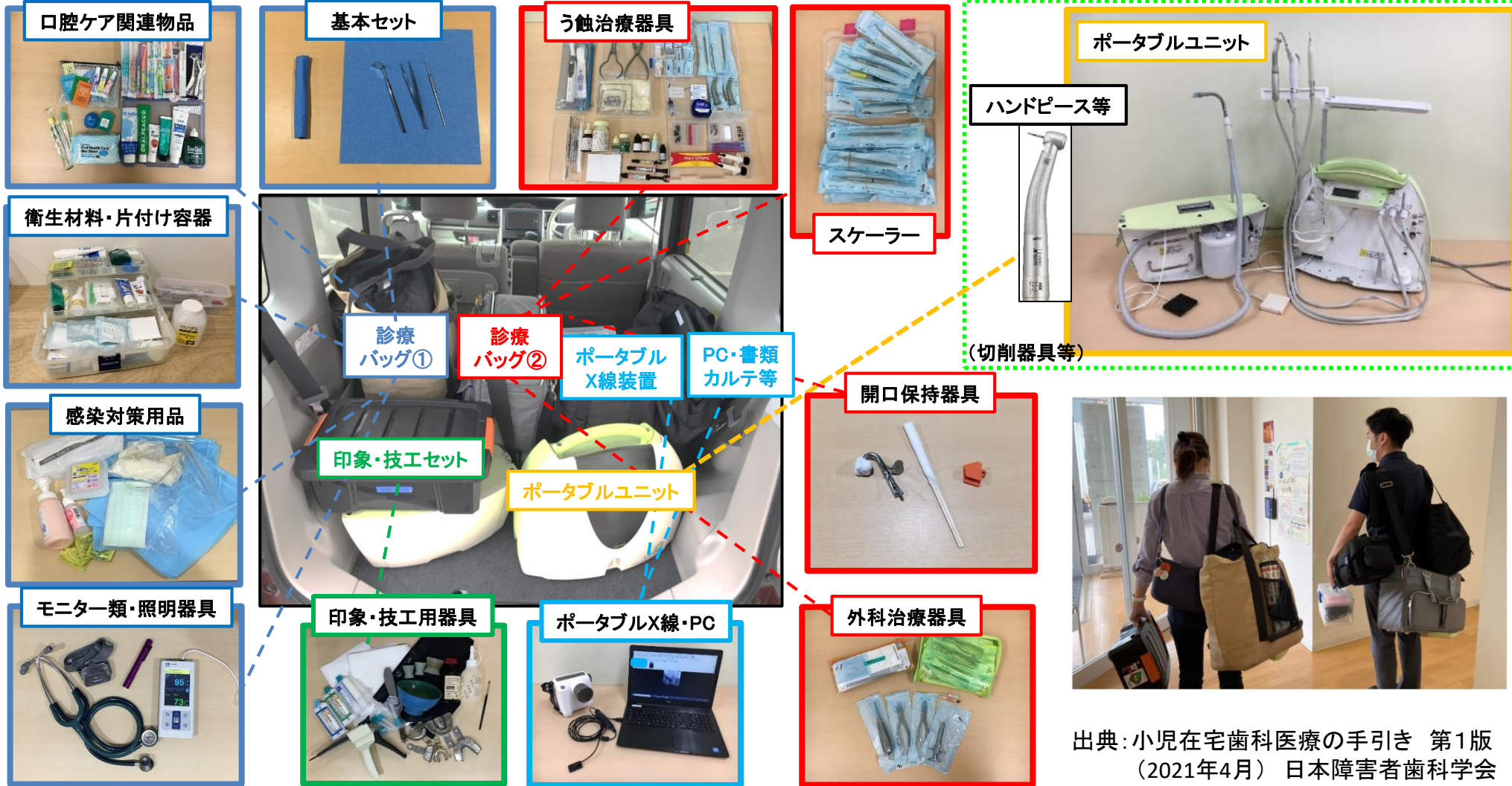
- 歯科訪問診療等を最も多く実施した時間帯は、在宅療養支援歯科診療所では「外来診療時間内」が44.4%で最も多く、次いで「外来診療時間の前後、昼休み」が38.3%、「外来診療日以外」が13.0%であった。
- 在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所では「外来診療時間の前後、昼休み」が44.0%で最も多く、次いで「外来診療時間内」が34.6%であった。





# 歯科訪問診療時に携行する器具等について

○ 歯科訪問診療において、様々な診療に対応するためには多くの器材が必要となる。

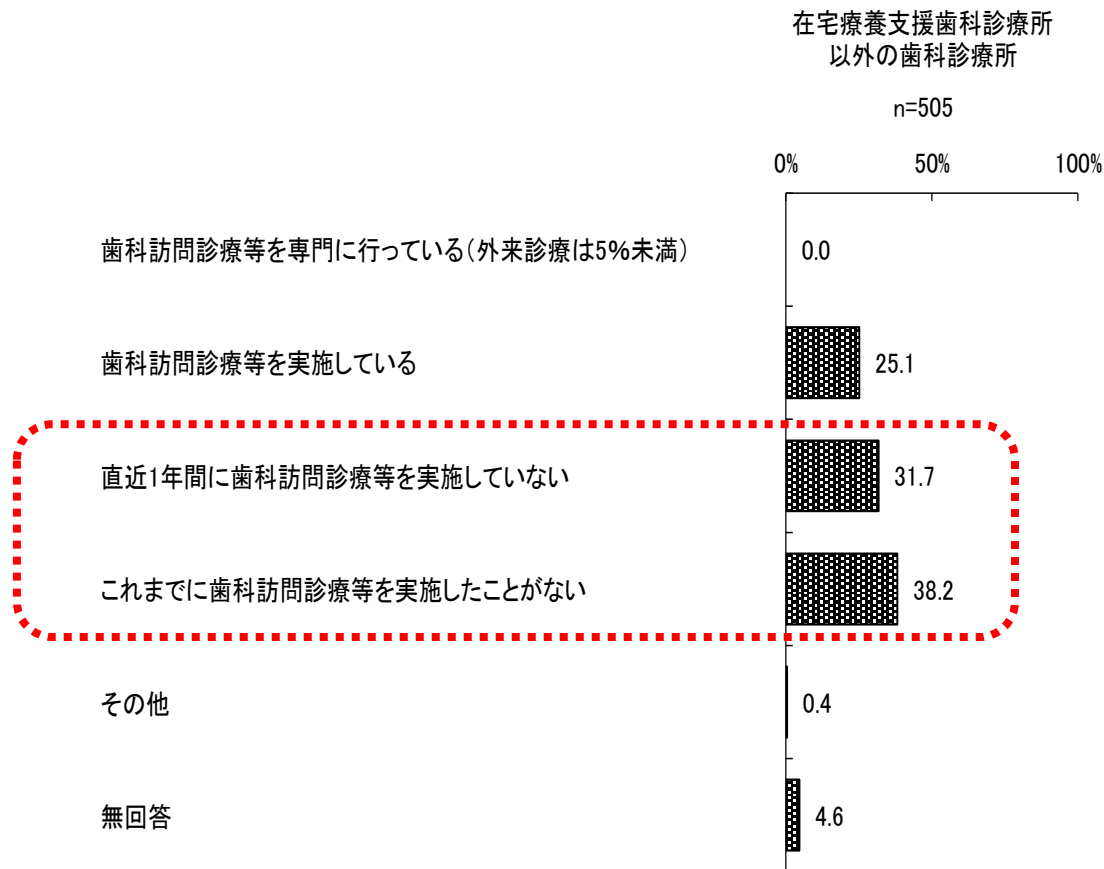


出典：小児在宅歯科医療の手引き 第1版  
(2021年4月) 日本障害者歯科学会

(参考) 留意事項通知 C000 歯科訪問診療料

(1) (略)なお、歯科訪問診療を実施するに当たっては、急性症状の発症時等に即応できる環境の整備が必要なことから、歯科訪問診療料は切削器具を常時携行した場合に算定する。

○ 在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所における歯科訪問診療等の実施状況をみると、「これまでに歯科訪問診療を実施したことがない」が最も多く38.2%、次いで「直近1年間に歯科訪問診療等を実施していない」が31.7%であった。



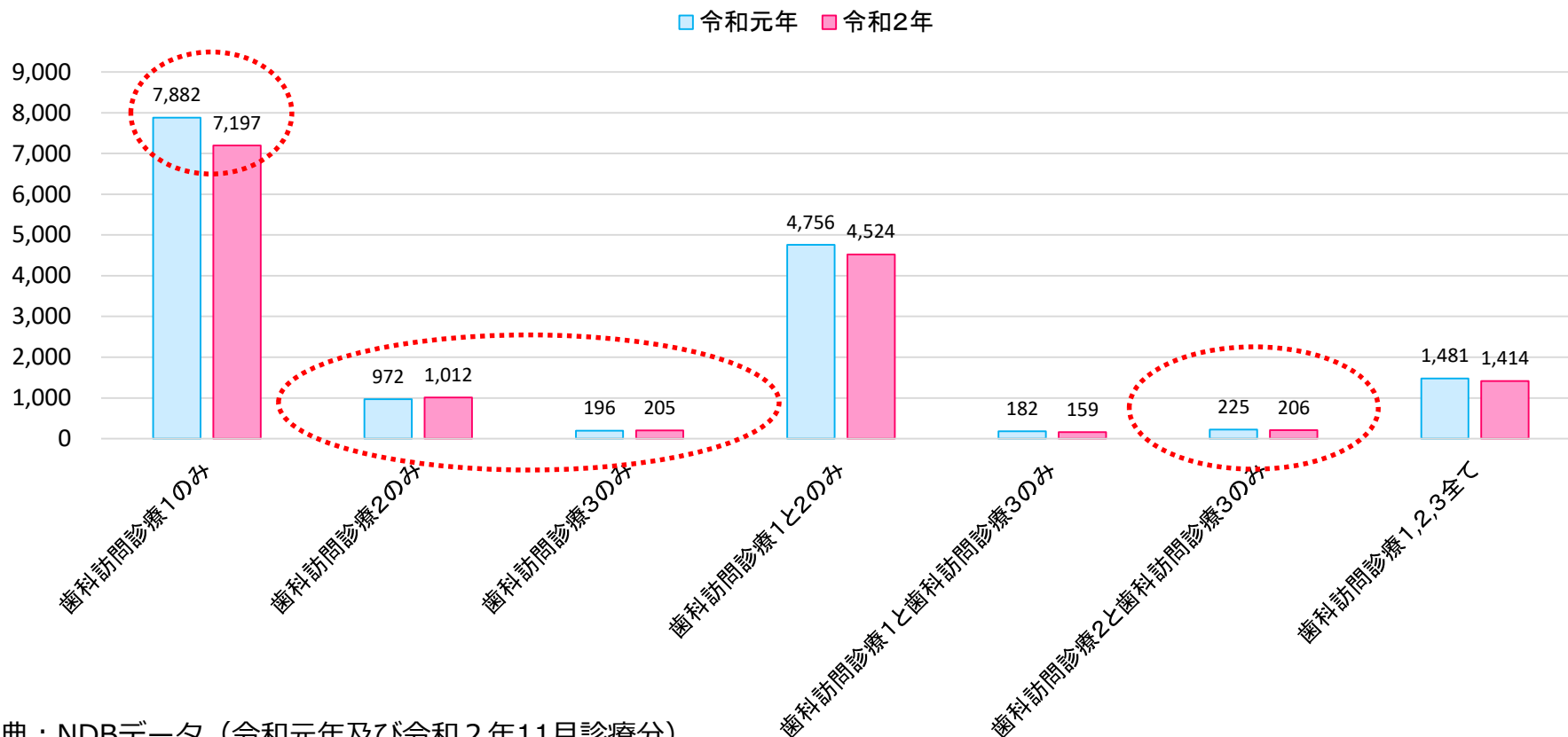


# 歯科訪問診療の実施状況(医療機関数)

- 令和2年11月において、歯科訪問診療を実施している医療機関のうち、歯科訪問診療1のみを算定している医療機関は7,197施設であり、令和元年と同様に最も多い。
- 一方、歯科訪問診療1の算定がない医療機関が令和元年では8.9%(1,393施設)であり、令和2年では9.7%(1,423施設)であった。

## <歯科訪問診療料の区分別算定医療機関の内訳>

(施設)



出典：NDBデータ（令和元年及び令和2年11月診療分）

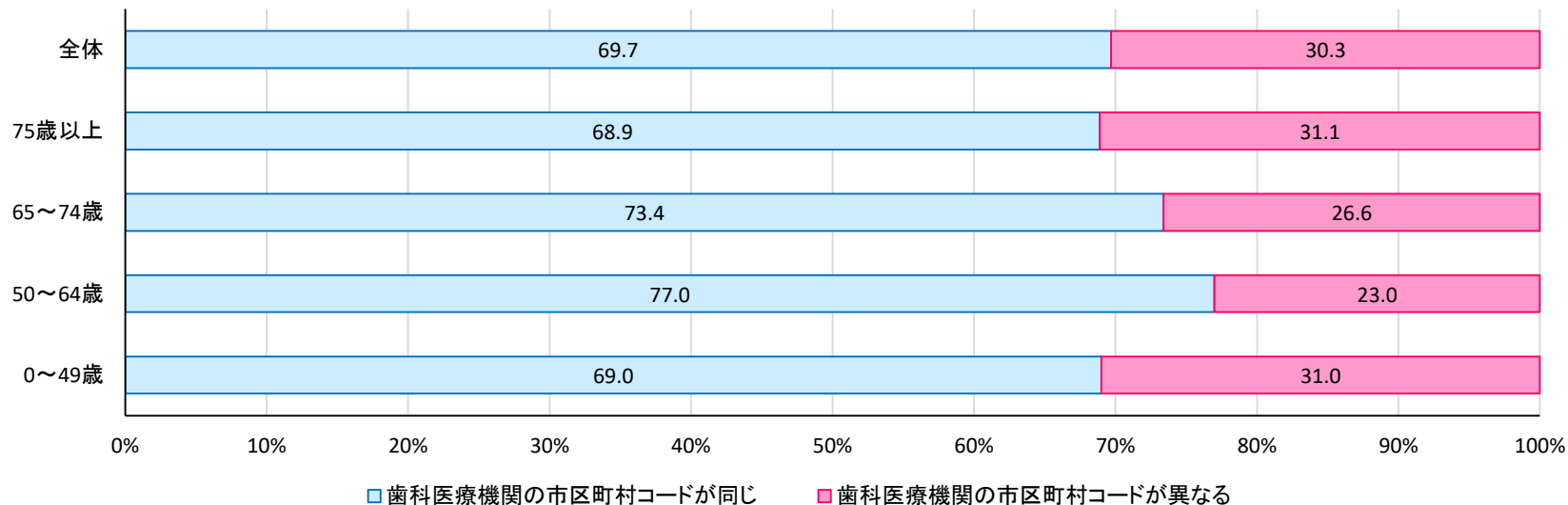
# 歯科外来診療時と歯科訪問診療時の歯科医療機関について

- 令和元年6月に歯科外来診療を受診し、7月にも歯科訪問診療を受けた者は、4,416名(0.05%)であった。
- 4,416名のうち、歯科外来診療時と歯科訪問診療時の歯科医療機関の市区町村コードが異なっている割合は、約3割であった。

6月に歯科外来診療(歯科訪問診療なし) 7月にも受診した患者数	このうち、7月に歯科訪問診療の患者数
9,585,020名	4,416名 (0.05%)

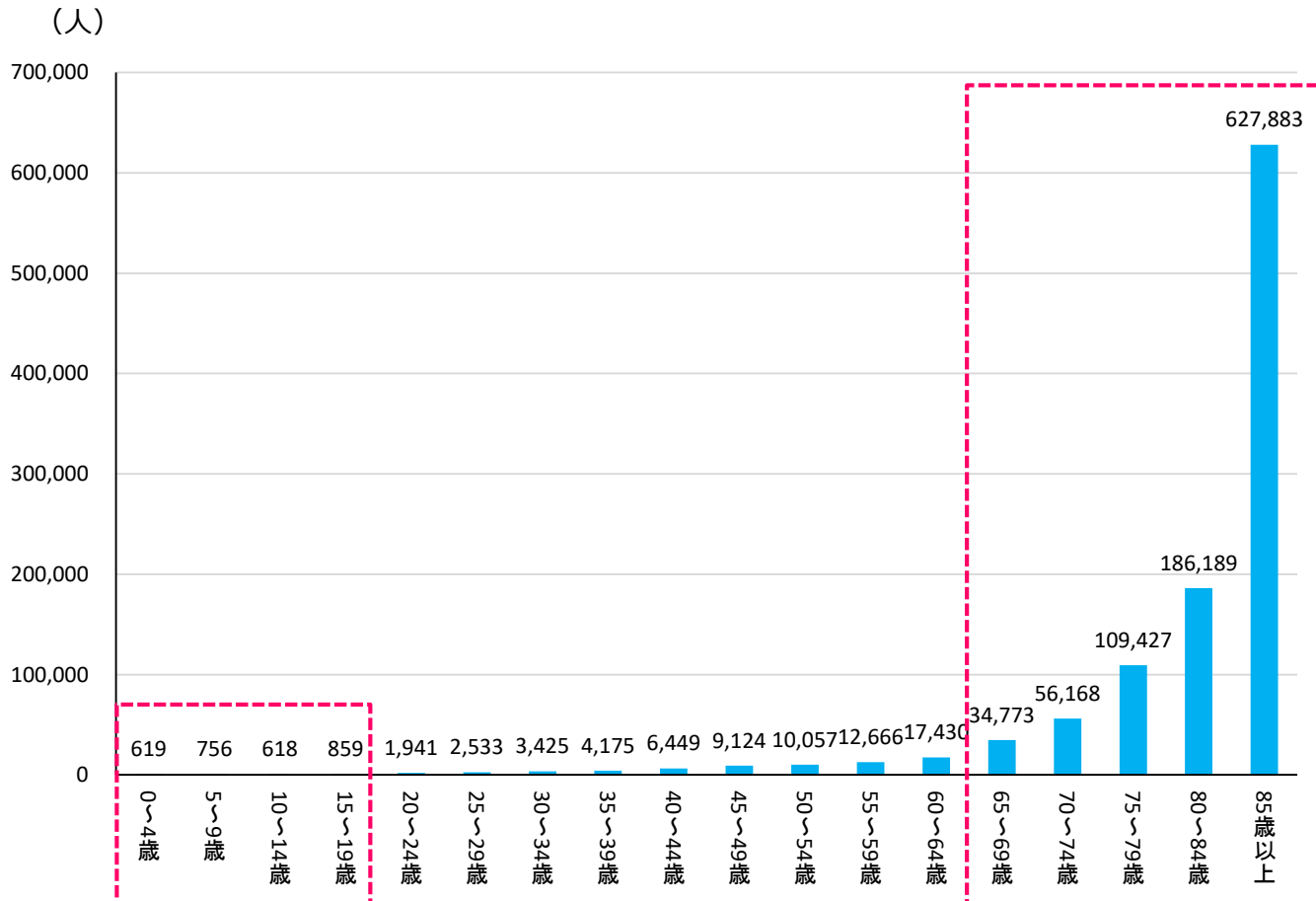


歯科外来診療時と歯科訪問診療時の歯科医療機関の市区町村コード



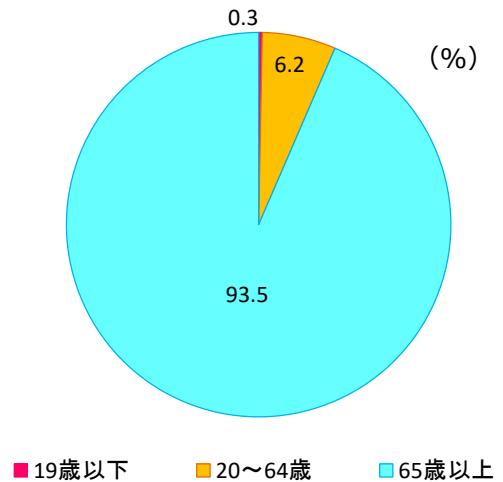
# 歯科訪問診療を受けている年齢階級別患者数(年間)

- 歯科訪問診療を受けている者のうち、65歳以上が93.5%、20～64歳が6.2%であった。19歳以下で歯科訪問診療を受けている者も認められた。
- 65歳以上、75歳以上の人口のうち、歯科訪問診療を受けている者は、各々、2.9%、5.3%であった



出典：NDBデータ（2018年）

歯科訪問診療を受けている者の年齢



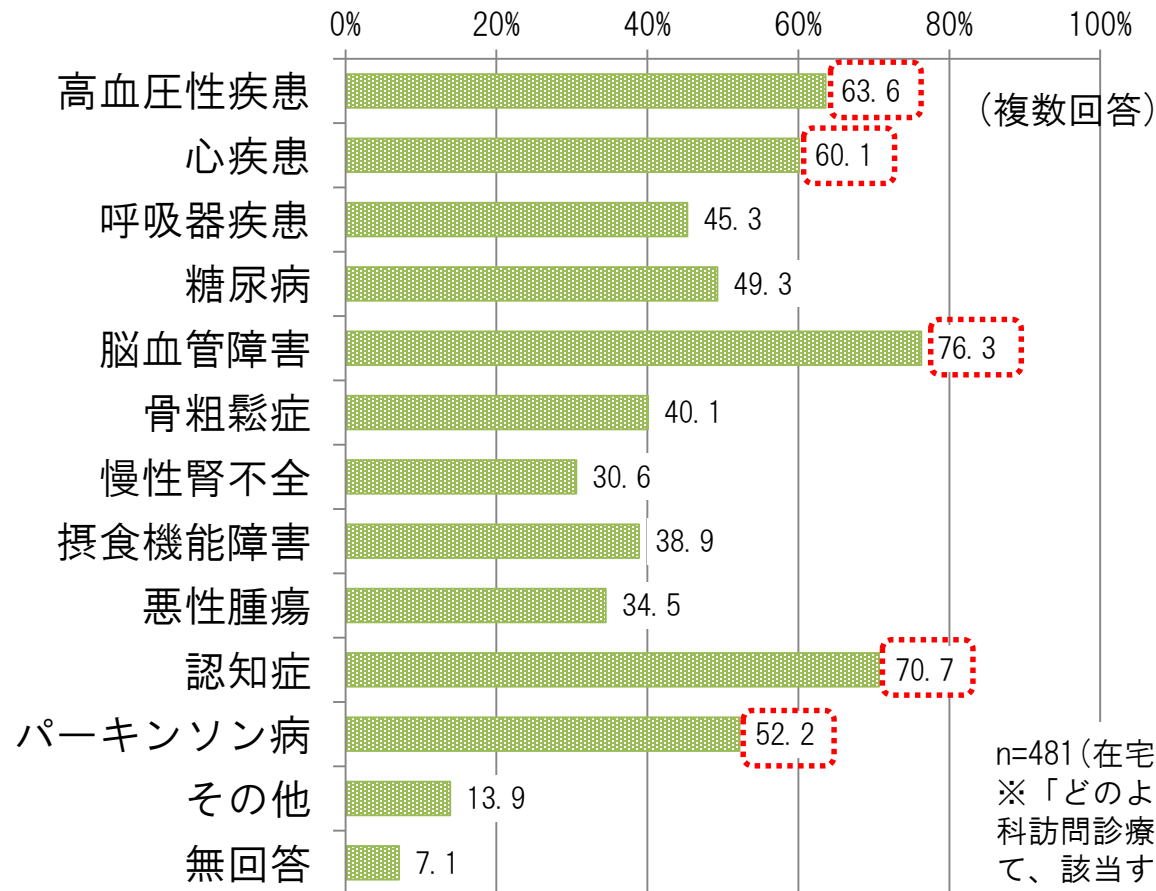
65歳以上の者のうち、歯科訪問診療を受けている者の割合	2.9%
75歳以上の者のうち、歯科訪問診療を受けている者の割合	5.3%

出典：NDBデータ（2018年）

# 歯科訪問診療を実施した患者の状態像

- 歯科訪問診療を実施した患者の全身的な疾患は、脳血管障害が76.3%で最も多く、次いで認知症が70.7%であった。
- また、高血圧性疾患や心疾患は6割超、パーキンソン病は5割超であった。

＜歯科訪問診療を実施した患者の全身的な疾患の状況＞



# 在宅歯科医療に係る主な指摘事項

(8月25日 中央社会保険医療協議会 総会)

## 【主な意見】

- 歯科訪問診療を実施している医療機関は少なく、地域差も大きい。必要な機材や人材の不足への対応、ICTの活用も含め、歯科訪問診療の体制構築を推進するとともに、広く他職種や国民に認識される工夫を検討すべき。
- 感染対策や診療内容に合わせた器機の準備など訪問歯科診療は手間と時間がかかることを踏まえて、評価を検討すべき。
- 在宅で療養を行っている患者に対する口腔機能管理について、評価の在り方を検討すべき。
- 歯科訪問診療の回数が増加するよう、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所や在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直しについて検討すべき。
- 在宅療養支援歯科診療所の施設基準は、歯科訪問診療が未実施の小規模な歯科医療機関が参入しやすくなるような工夫も必要。
- 要介護高齢者は受診につながっていないため、その要因を検証するとともに、要介護高齢者を訪問歯科診療につないでいく多職種連携が必要。

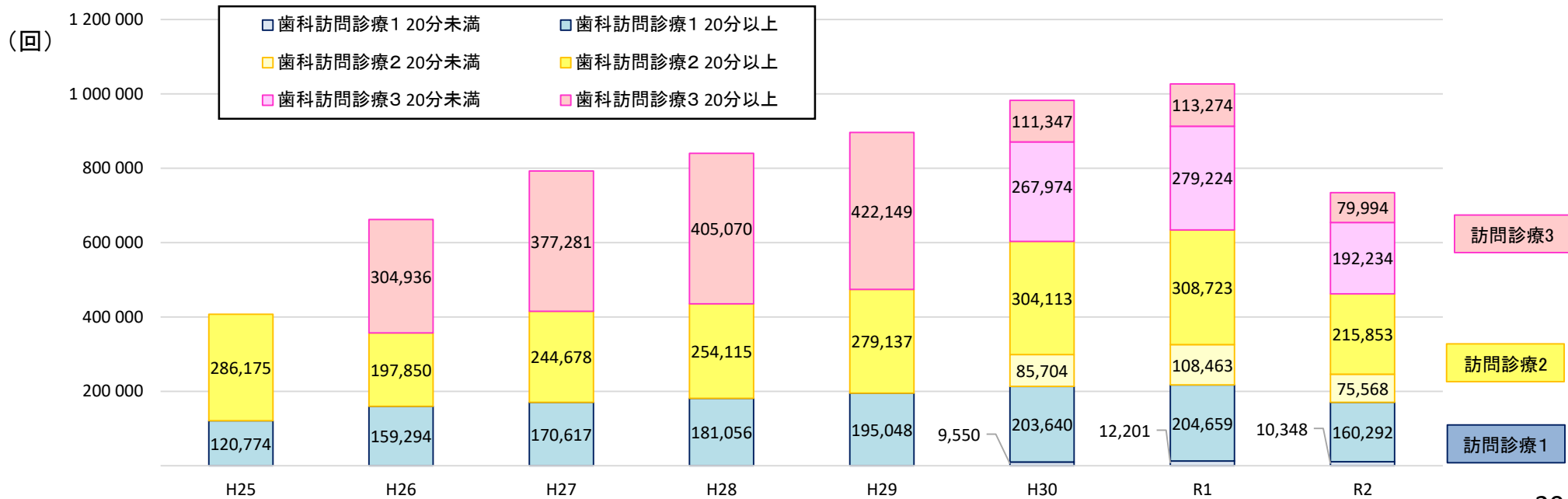
## 在宅歯科医療について

1. 在宅歯科医療の現状について
2. 歯科訪問診療において提供される医療について
3. 在宅療養支援歯科診療所について
4. 在宅歯科医療における他職種との連携について
5. 論点

# 歯科訪問診療料の算定状況の推移

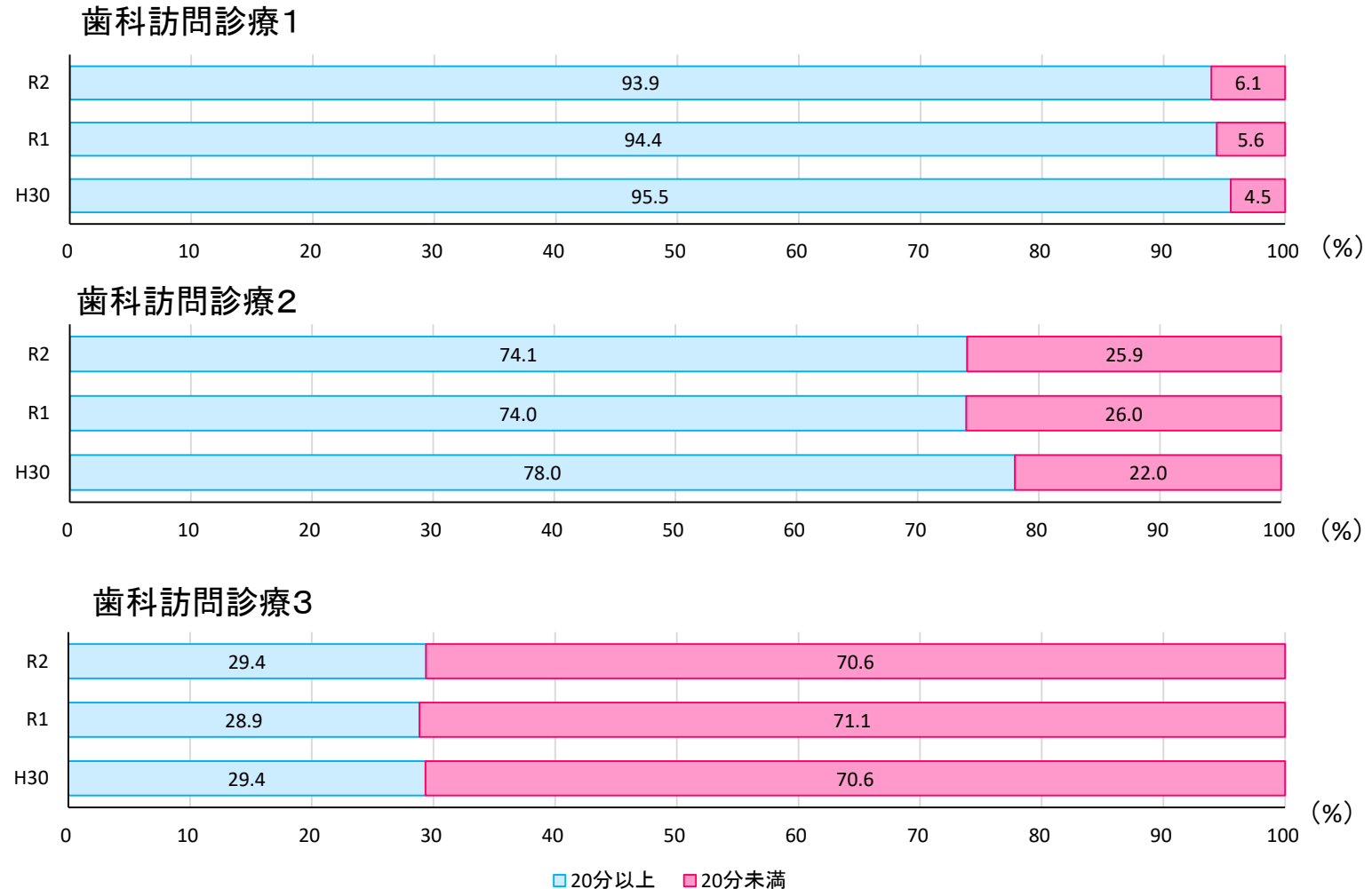
- 歯科訪問診療料の算定回数は全体的に増加傾向にあり、特に歯科訪問診療2及び3の割合が多い。
- 平成30年度以降は歯科訪問診療2が最も多く算定されている。
- 歯科訪問診療1及び2と比較し、歯科訪問診療3は20分未満の割合が多い。

		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)



# 歯科訪問診療料における20分以上／20分未満の算定割合

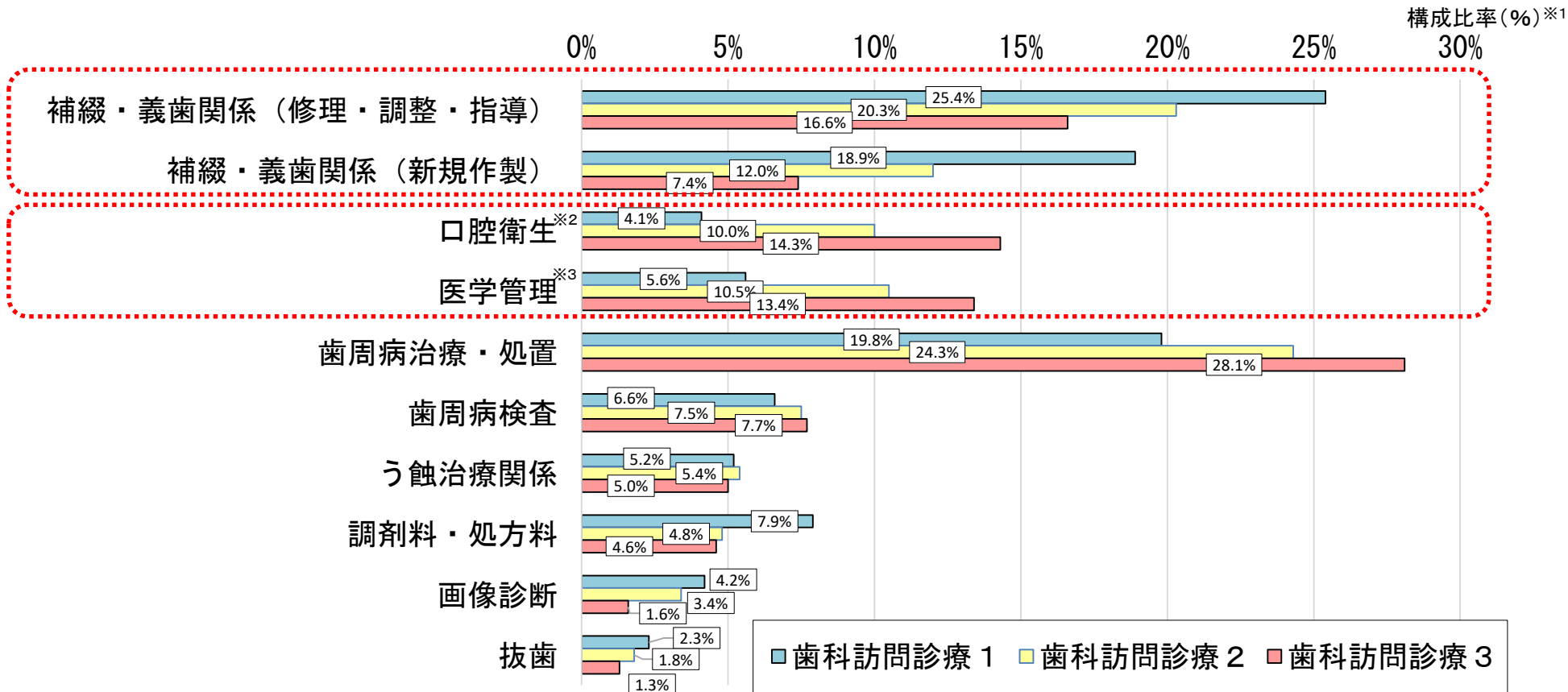
○ 歯科訪問診療1、2、3別に診療時間が20分以上と20分未満の割合をみると、20分未満が歯科訪問診療1では10%未満、歯科訪問診療2では25%程度、歯科訪問診療3では70%程度となっている。





# 歯科訪問診療実施時に行われる診療行為

- 歯科訪問診療実施時に行われる診療行為の構成比率を比較すると、「補綴・義歯関係（修理・調整・指導）」や「補綴・義歯関係（新規作製）」について、歯科訪問診療1において多い傾向であった。
- 一方、「口腔衛生」や「医学管理」については、歯科訪問診療3において多い傾向であった。



※1 訪問診療時に行われる診療行為のうち、上位50件に該当する診療行為について、以下の10分類を作成し、構成比率を算出  
<10分類>

出典：NDBデータ（2018年）

「歯周病治療・処置」「補綴・義歯関係（修理・調整・指導）」「補綴・義歯関係（新規作製）」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料、処方料」「画像診断」「拔牙」

※2 「口腔衛生」に分類される診療行為： 訪問歯科衛生指導料、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

※3 「医学管理」に分類される診療行為： 歯科疾患在宅療養管理料

# 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

中医協 総 - 1 - 3  
3 . 8 . 2 5

○ 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

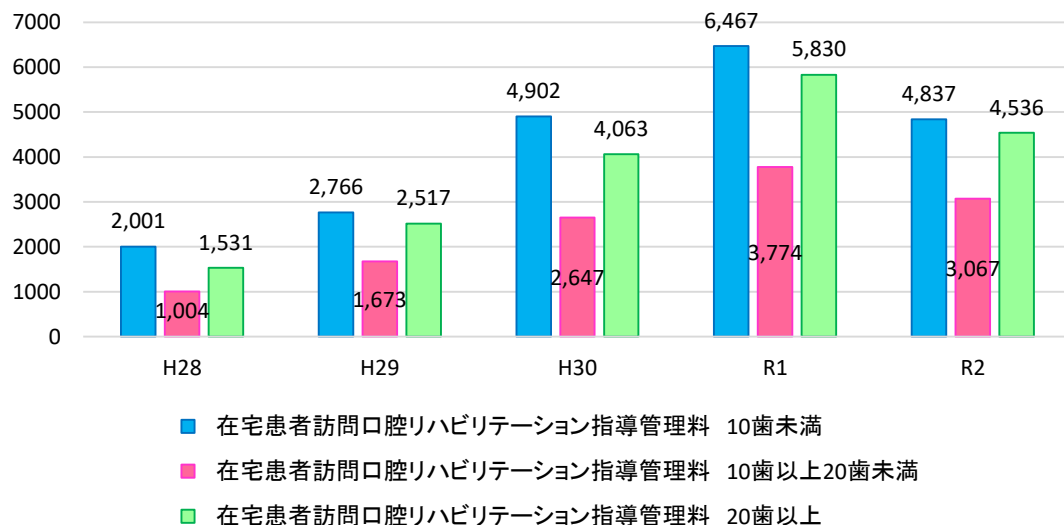
○ 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの

○ 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

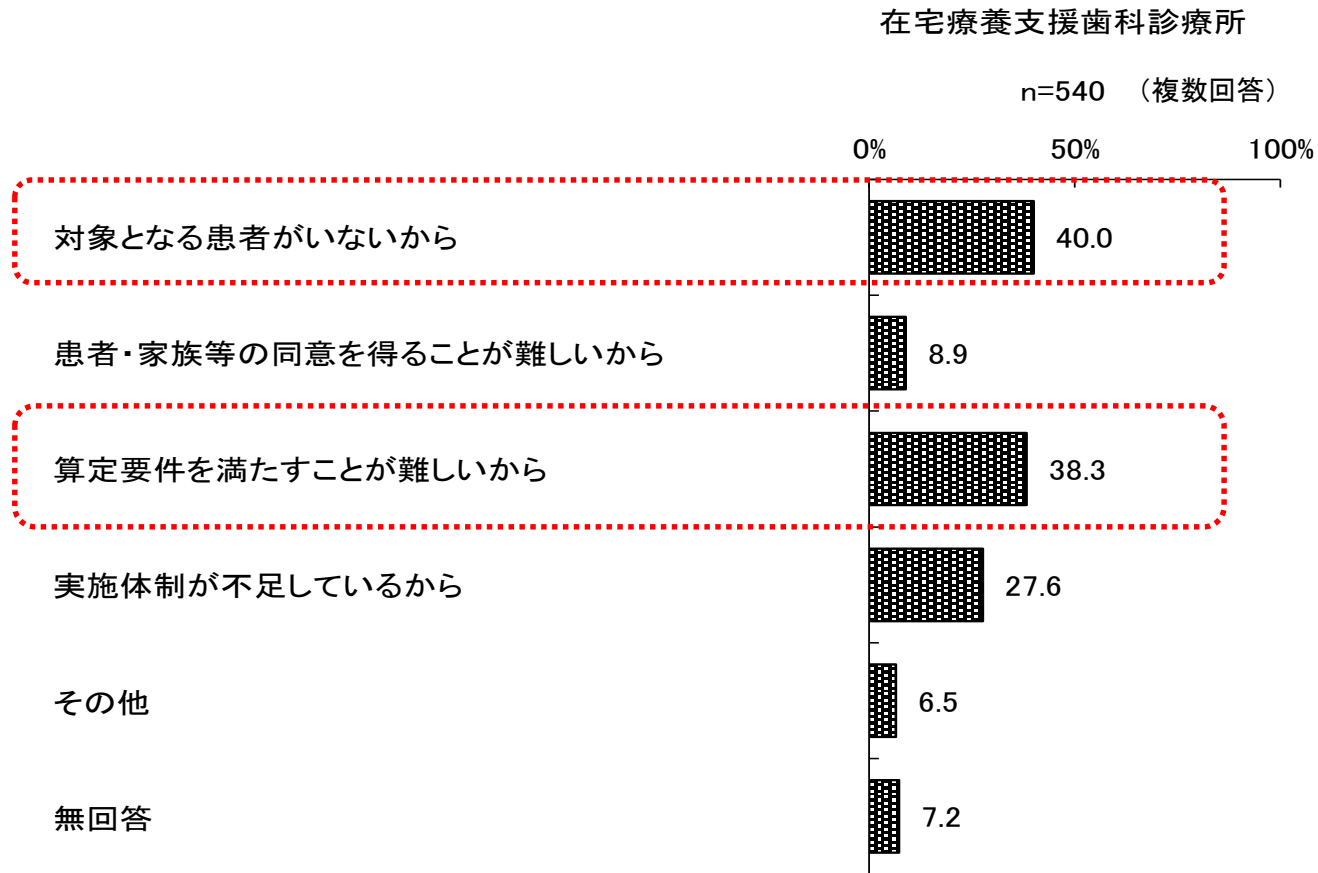
(回)

算定回数



# 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ていない理由

- 在宅療養支援歯科診療所が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ていない理由では「対象となる患者がないから」が40.0%で最も多く、次いで「算定要件を満たすことが難しいから」が38.3%であった。



# 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

中医協 総 - 1 - 3  
3 . 8 . 2 5

- 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

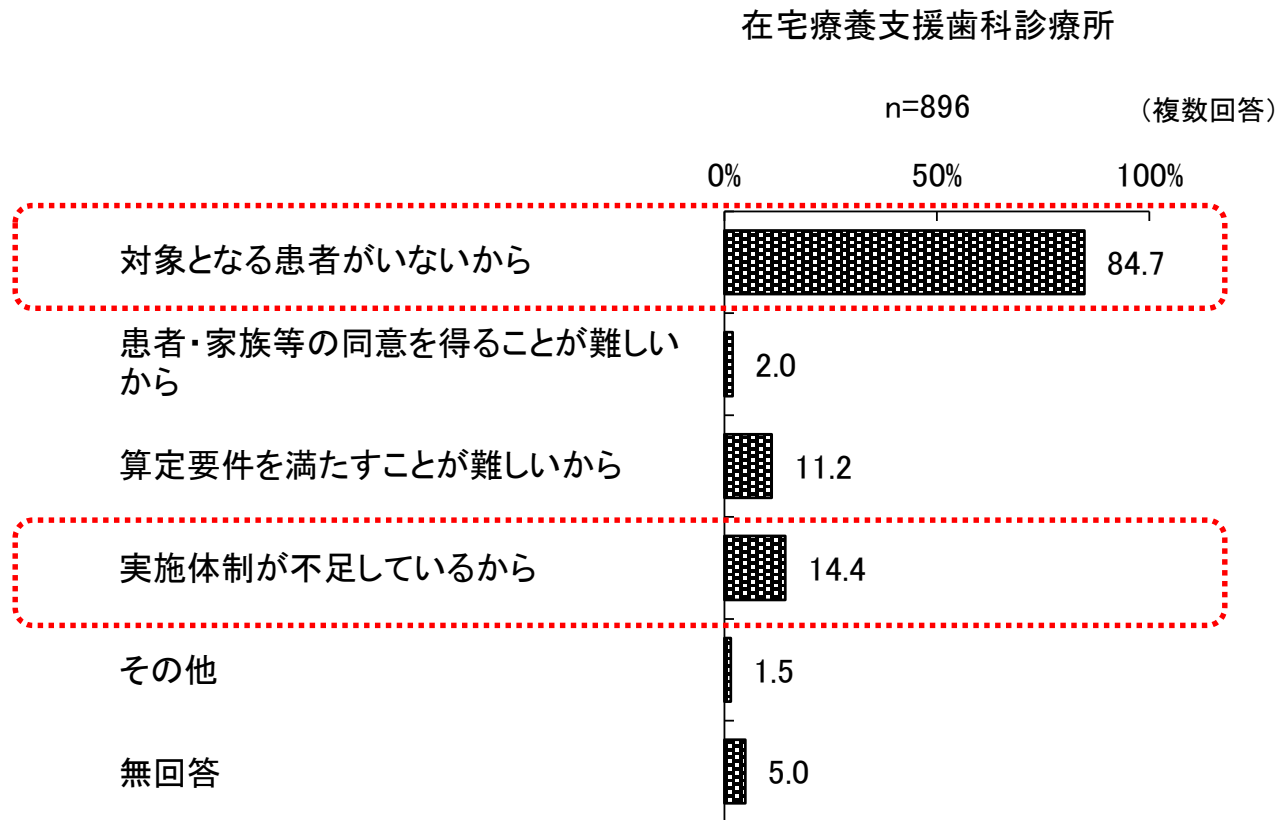
(出典)  
算定回数: 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

※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。

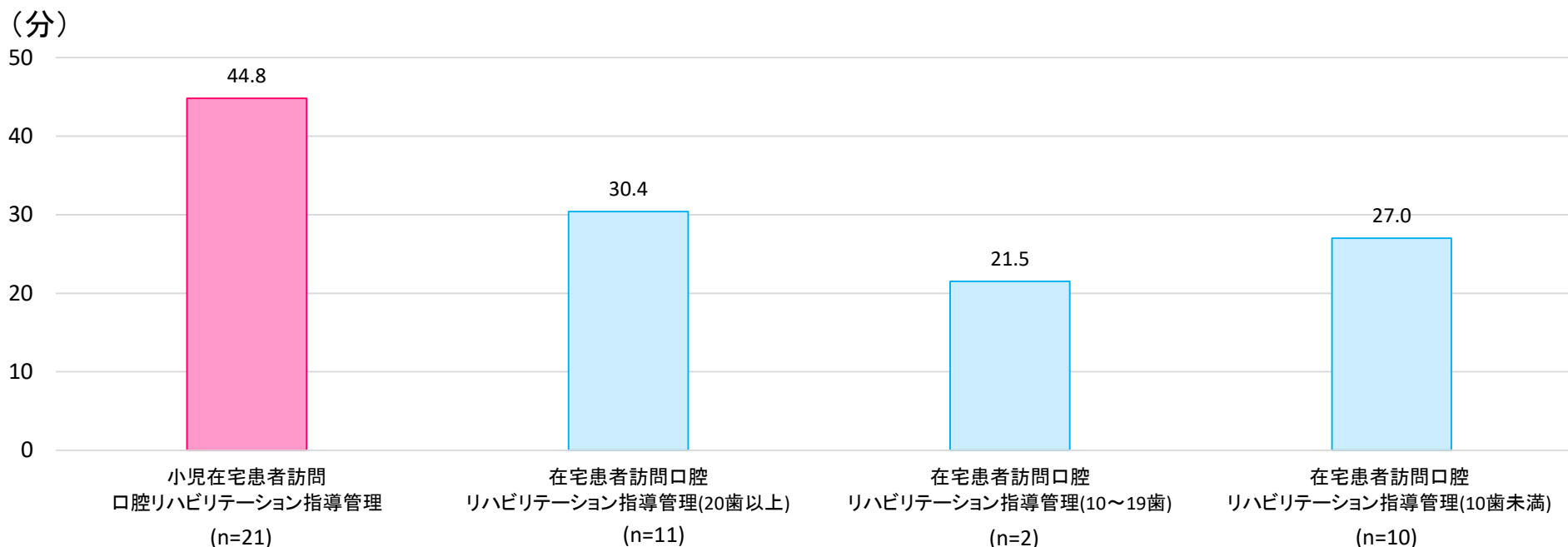
# 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定していない理由

○「小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」の算定を行っていない理由についてみると、在宅療養支援歯科診療所では「対象となる患者がないから」が84.7%で最も多く、次いで「実施体制が不足しているから」が14.4%であった。



## 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料等の実施状況等

- 在宅患者訪問口腔リハビリテーション及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーションの平均所要時間をみると、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理は、現在歯数が多いほど所要時間が長くなり、20歯以上で30.4分であった。
- 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平均所要時間は、44.8分であり、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理(20歯以上)より長くなっていた。



(歯科診療行為のタイムスタディー調査2016,2019: 日本歯科医学会)

### 【算定回数】

		H30	R1	R2
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	227	326	256
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	20歯以上	4063	5830	4536
	10～19歯	2647	3774	3067
	10歯未満	4902	6467	4837

出典: 社会医療診療行為別統計



# 小児在宅患者に対する在宅歯科医療提供時における留意点等

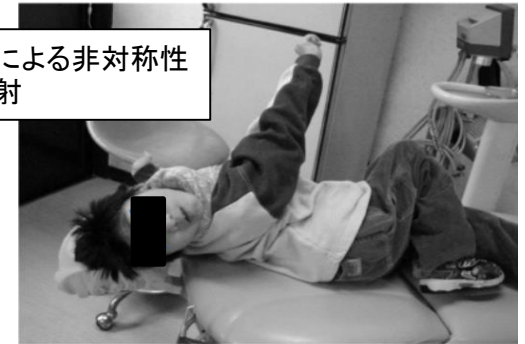
- 在宅療養児は、口腔内に触るだけでも筋緊張が亢進や呼吸状態の悪化等の可能性があるため、小児在宅患者に対する在宅歯科医療提供には特に配慮が必要である。
- 患児が緊張しないような姿勢調整や環境調整、過敏等による接触拒否がみられる場合には、まず過敏の除去等の対応等、状態に応じた対応を行っている。

## 重症心身障がい児の在宅歯科診療時の留意点と対応

### 姿勢調整

心理的な要因等で(不安、不満、興奮、精神的ストレス)筋緊張亢進状態となるため、姿勢調整を行いリラックスした姿勢をつくる。日常のリラックス姿勢や呼吸に問題無い姿勢を確認し、患児が安定する姿勢に調整する。また、処置によっては誤嚥しにくい姿勢等への体位変換を行う。

筋緊張亢進による非対称性緊張性頸反射



毛布、枕等を用いた姿勢調整



### 環境調整

感染対策や誤嚥対策(ポータブル吸引器等)への対応に加えて、患児のリラックスできる環境調整が必要である。

### 過敏等による接触拒否への対応

過敏等によって、口腔への接触拒否がある場合、過敏の除去等の対応が必要となる。過敏は身体の他の部位に比較して顔面口腔領域で発生率が高い。過敏があると他の訓練等が難しいため、まず過敏を取り除く訓練が必要となる。



過敏を取り除く訓練

# 在宅歯科医療に係る課題(小括1)

(歯科訪問診療において提供される医療について)

- 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であった。
- 歯科訪問診療において、20分以上と20分未満の割合をみると、20分未満が歯科訪問診療1では10%未満、歯科訪問診療2では25%程度、歯科訪問診療3では70%程度となっている。
- 歯科訪問診療実施時に行われる診療行為の構成比率を比較すると、「補綴・義歯関係(修理・調整・指導)」や「補綴・義歯関係(新規作製)」について、歯科訪問診療1において多い傾向であり、「口腔衛生」や「医学管理」については、歯科訪問診療3において多い傾向であった。
- 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ていない理由では「対象となる患者がいないから」が最も多く、次いで「算定要件を満たすことが難しいから」であった。
- 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ていない理由では「対象となる患者がいないから」が最も多く、次いで「実施体制が不足しているから」が多かった。



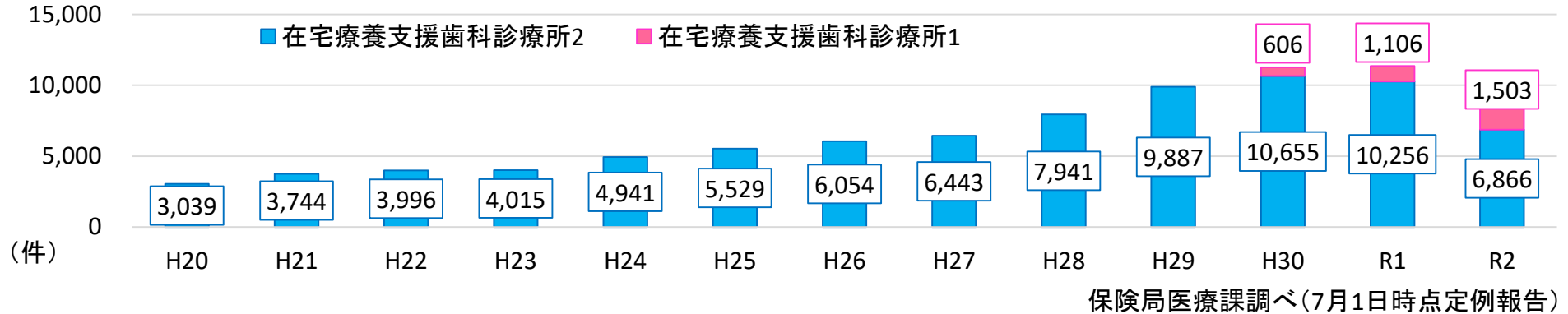
## 在宅歯科医療について

1. 在宅歯科医療の現状について
2. 歯科訪問診療において提供される医療について
3. 在宅療養支援歯科診療所について
4. 在宅歯科医療における他職種との連携について
5. 論点

# 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1及び2について、令和元年度までは経年的に増加傾向であったが、令和2年度は在宅療養支援歯科診療所2については減少している。

## ＜在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移＞



## ＜在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価＞

区分	歯援診1	歯援診2	か強診	その他の 歯科医療機関
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

○ 「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)の算定回数が要件(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

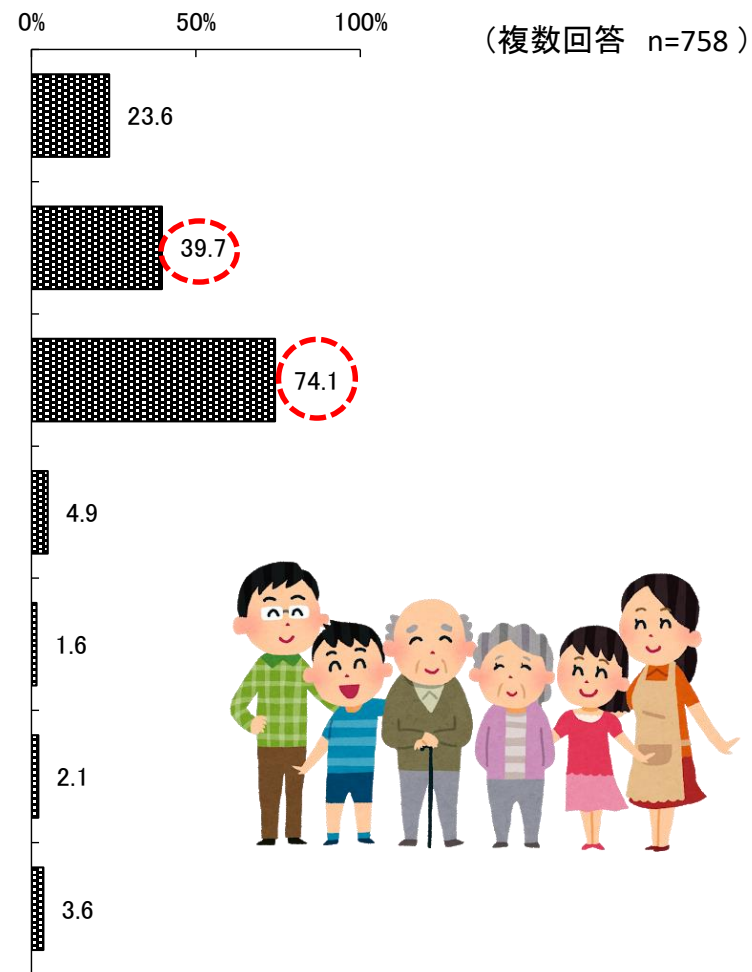
栄養サポートチーム等連携加算(1又は2)、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定実績が不足しているため

施設基準を満たしており、今後届出の予定あり

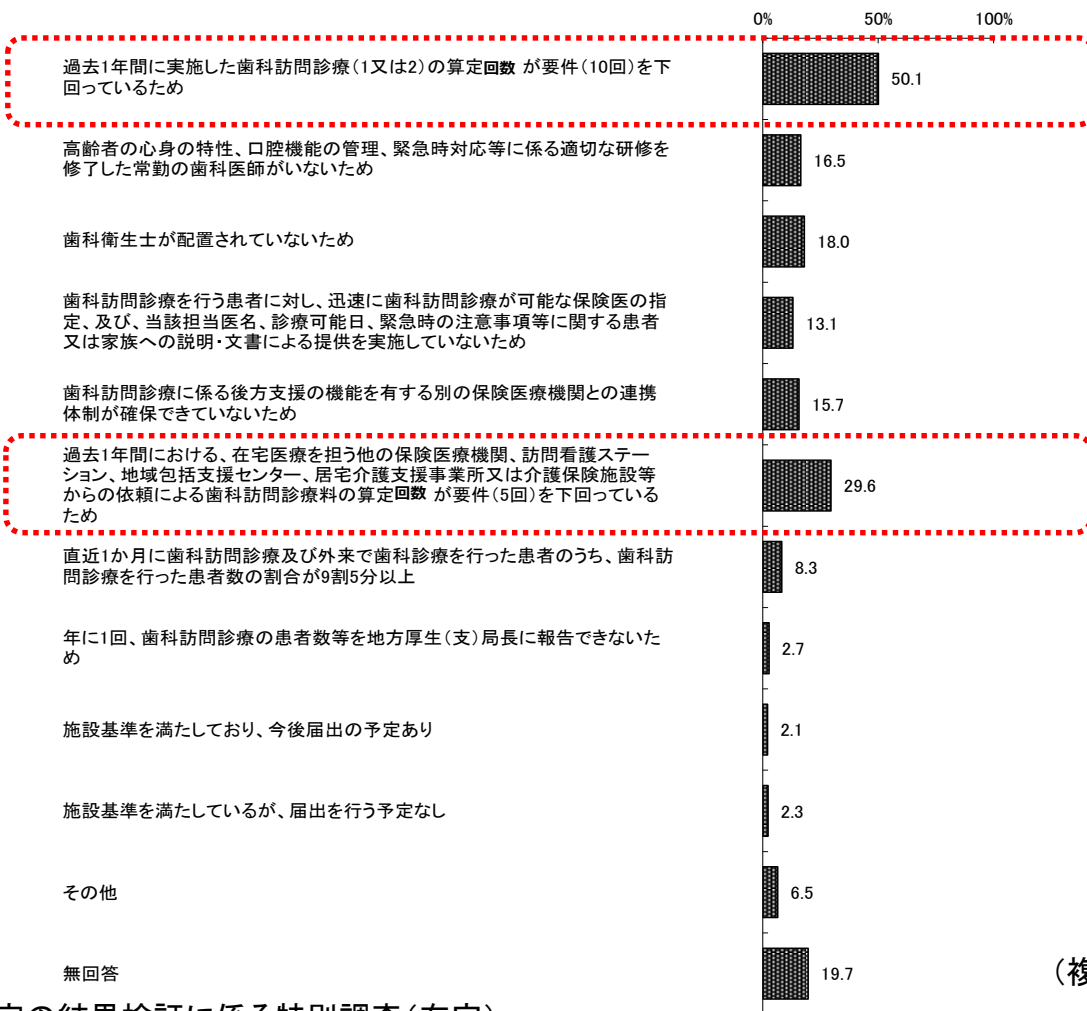
施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし

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としては、「過去1年間に実施した歯科訪問診療の算定回数が要件を下回っているため」が、50.1%で最も多く、次いで「過去1年間ににおける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件数が要件を下回っているため」が29.6%であった。



(複数回答、n=527)

# 在宅療養支援歯科診療所の施設基準(抜粋)

中医協 総 - 1 - 3  
3. 8. 25 (改)

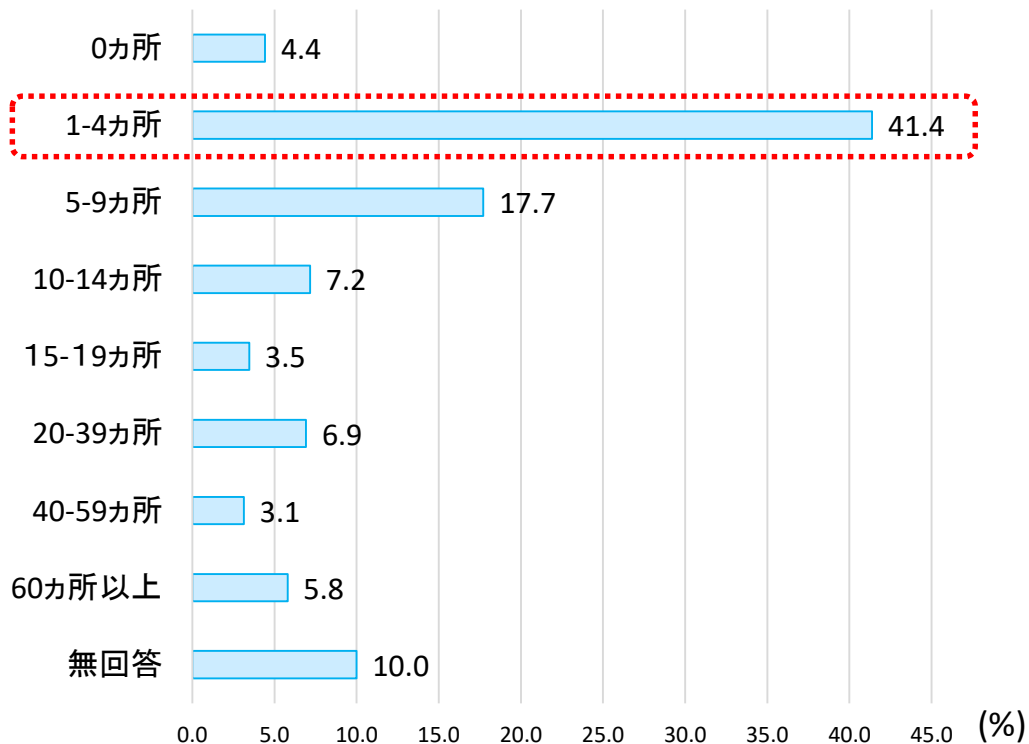
【在宅療養支援歯科診療所1】	【在宅療養支援歯科診療所2】
ア) 過去1年間に歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2をあわせて15回以上算定	過去1年間に歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2をあわせて10回以上算定
イ) 高齢者の心身の特性(認知症に関する内容を含むものであること。)、口腔機能管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師を1名以上配置	
ウ) 歯科衛生士配置	
エ) 患家の求めに応じた迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、患家に情報提供	
オ) 後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制	
カ) 当該診療所において、過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、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回数の実績が5回以上	
キ) 以下のいずれか1つに該当すること <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol>	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"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol>	

# 歯科訪問診療における訪問建物数及び訪問先

- 3カ月間に歯科医師が訪問した建物数の総数について、分布で見ると、1-4か所が41.4%であった。
- 歯科訪問診療を実施した個々の患者の訪問先をみると、自宅が38.5%、介護保険施設等への訪問が50.2%であった。

## <3カ月間に歯科医師が訪問した建物数（総数）別分布>

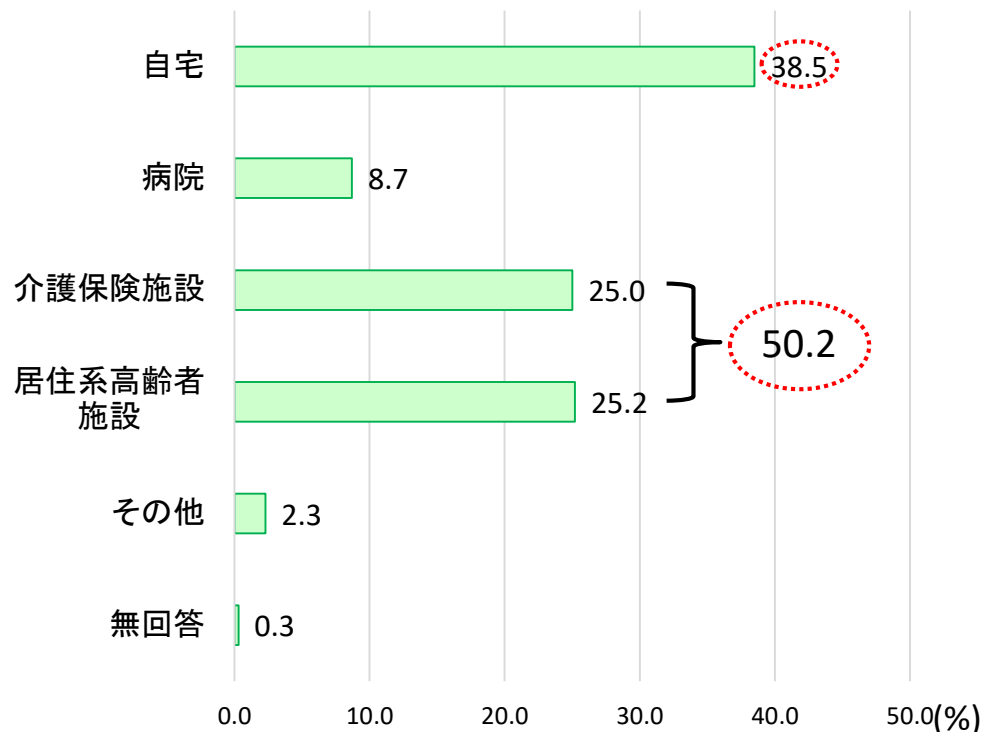
令和元年10月－令和2年9月の期間で歯科訪問診療を行っていると感じた医療機関(n=1,242)



令和2年7-9月の3カ月間について回答

## <歯科訪問診療を実施した患者の訪問先>

(n=1,999)

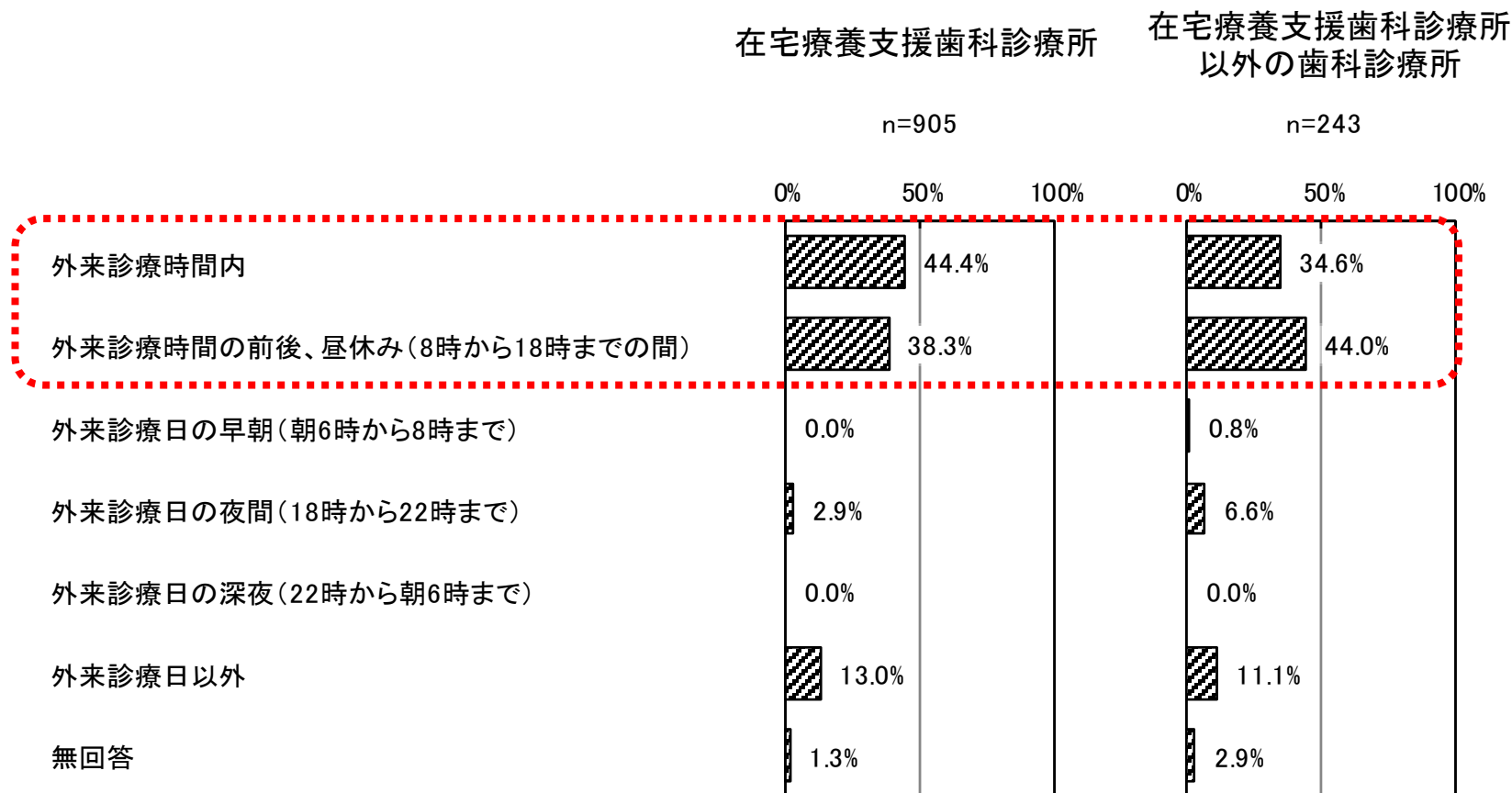


(令和2年7月1日～9月30日の間に歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者と、最後に訪問した患者)

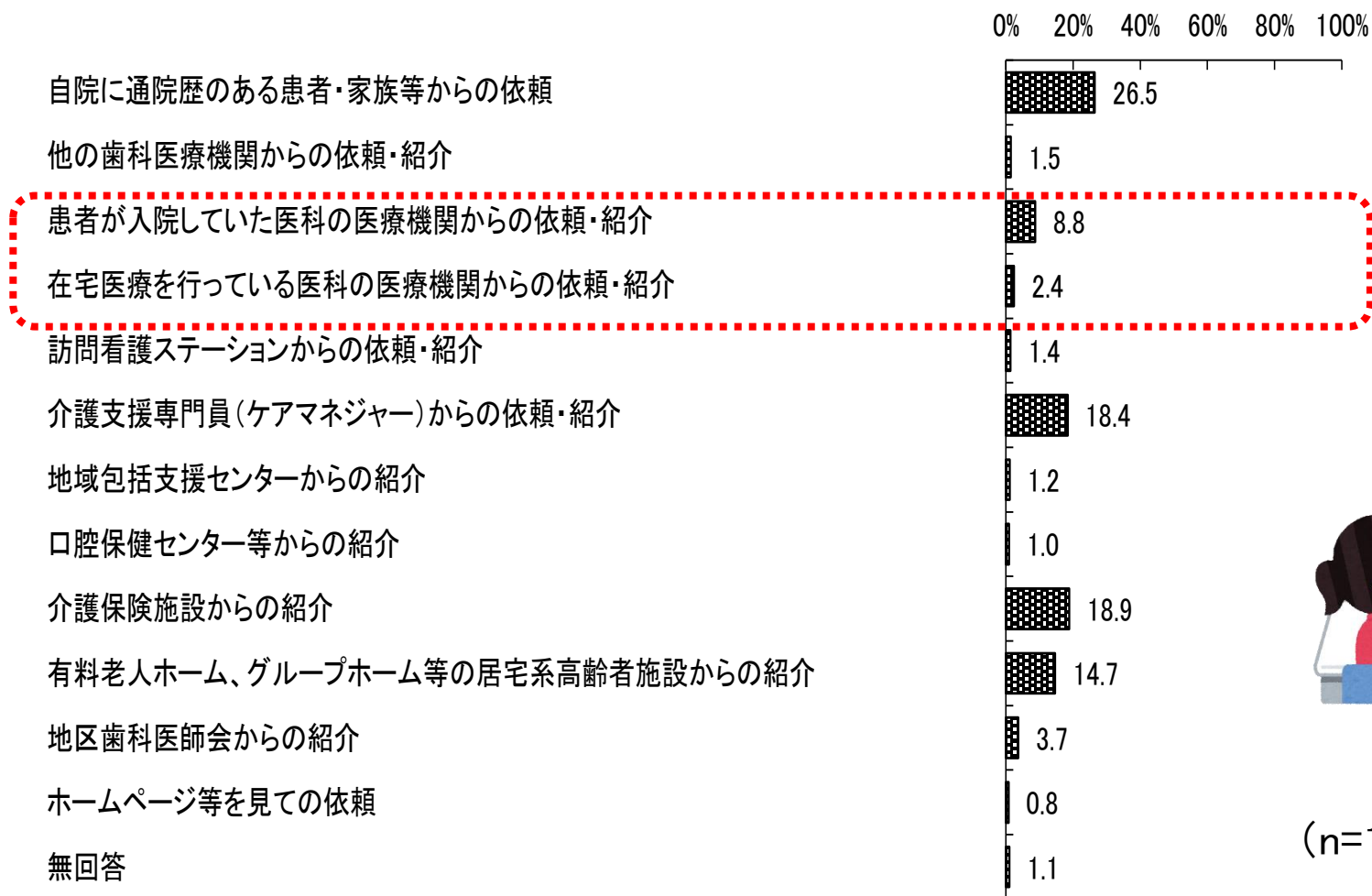
\*自宅：戸建て、団地、マンション等の集合住宅（施設以外）

## 直近1年間に歯科訪問診療等を最も多く実施した時間帯について

- 歯科訪問診療等を最も多く実施した時間帯は、在宅療養支援歯科診療所では「外来診療時間内」が44.4%で最も多く、次いで「外来診療時間の前後、昼休み」が38.3%、「外来診療日以外」が13.0%であった。
- 在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所では「外来診療時間の前後、昼休み」が44.0%で最も多く、次いで「外来診療時間内」が34.6%であった。



- 歯科訪問診療を実施したきっかけとしては、患者・家族等や、介護保険施設、介護支援専門員からの依頼・紹介が多くを占めているが、医科の医療機関からの依頼・紹介も一定の割合存在している。



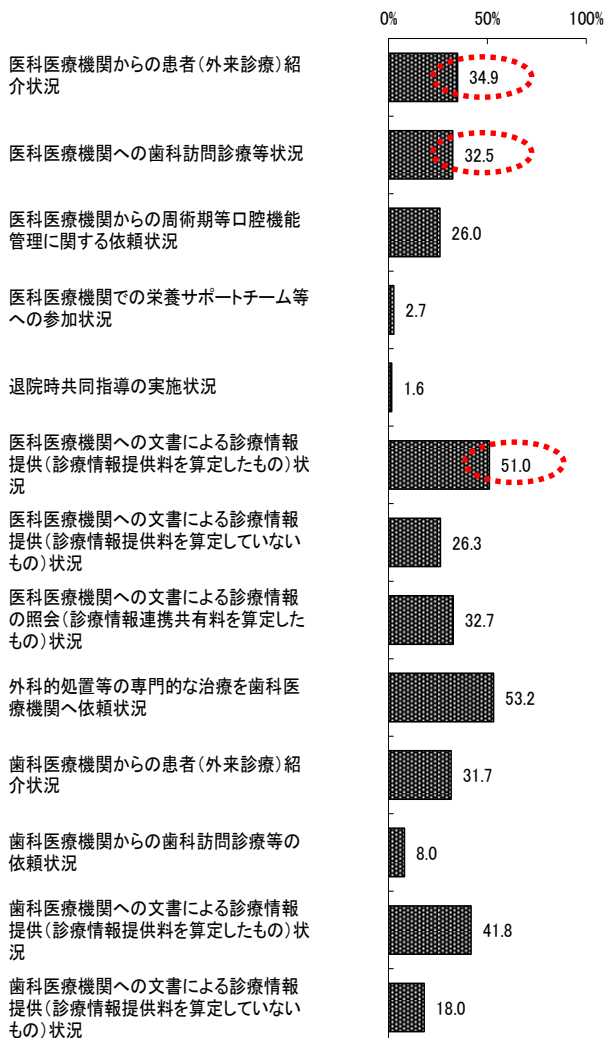
(n=1,999)



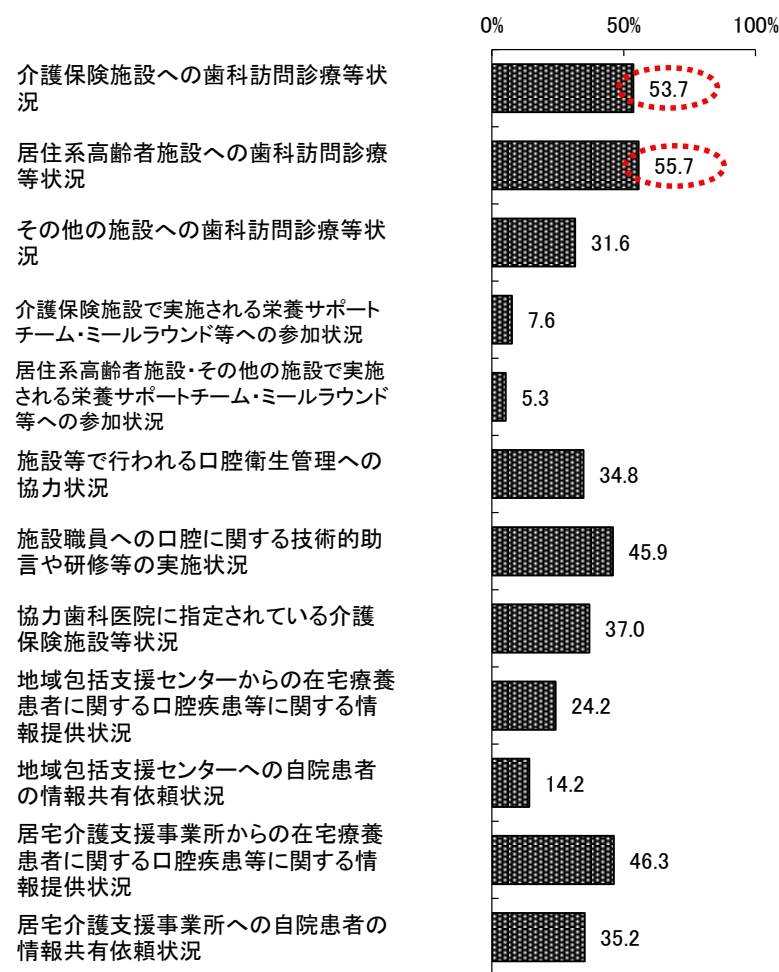
# 医療機関(医科・歯科)、介護保険施設等との連携(在宅療養支援歯科診療所)

- 医科医療機関との連携では、医科医療機関への文書による診療情報提供が最も多く、次いで医科医療機関からの患者(外来診療)紹介であった。
- 介護保険施設との連携は、居住系高齢者施設や介護保健施設への歯科訪問診療が多かった。

## 医療機関(医科・歯科)との患者紹介や情報提供・共有等の状況



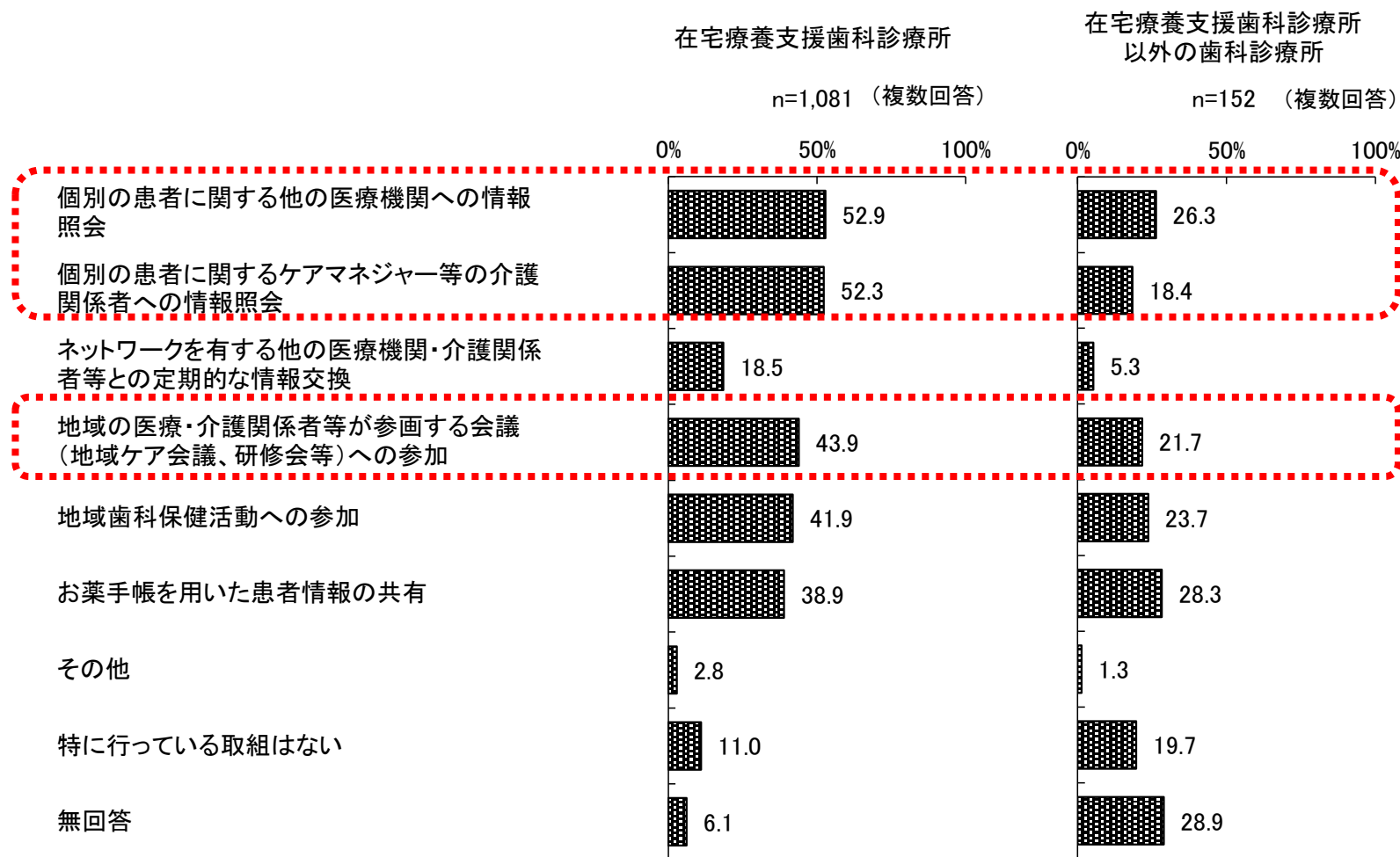
## 介護保険施設等との連携状況



※「あり」と回答したもの(令和2年7月~9月) n=1,081

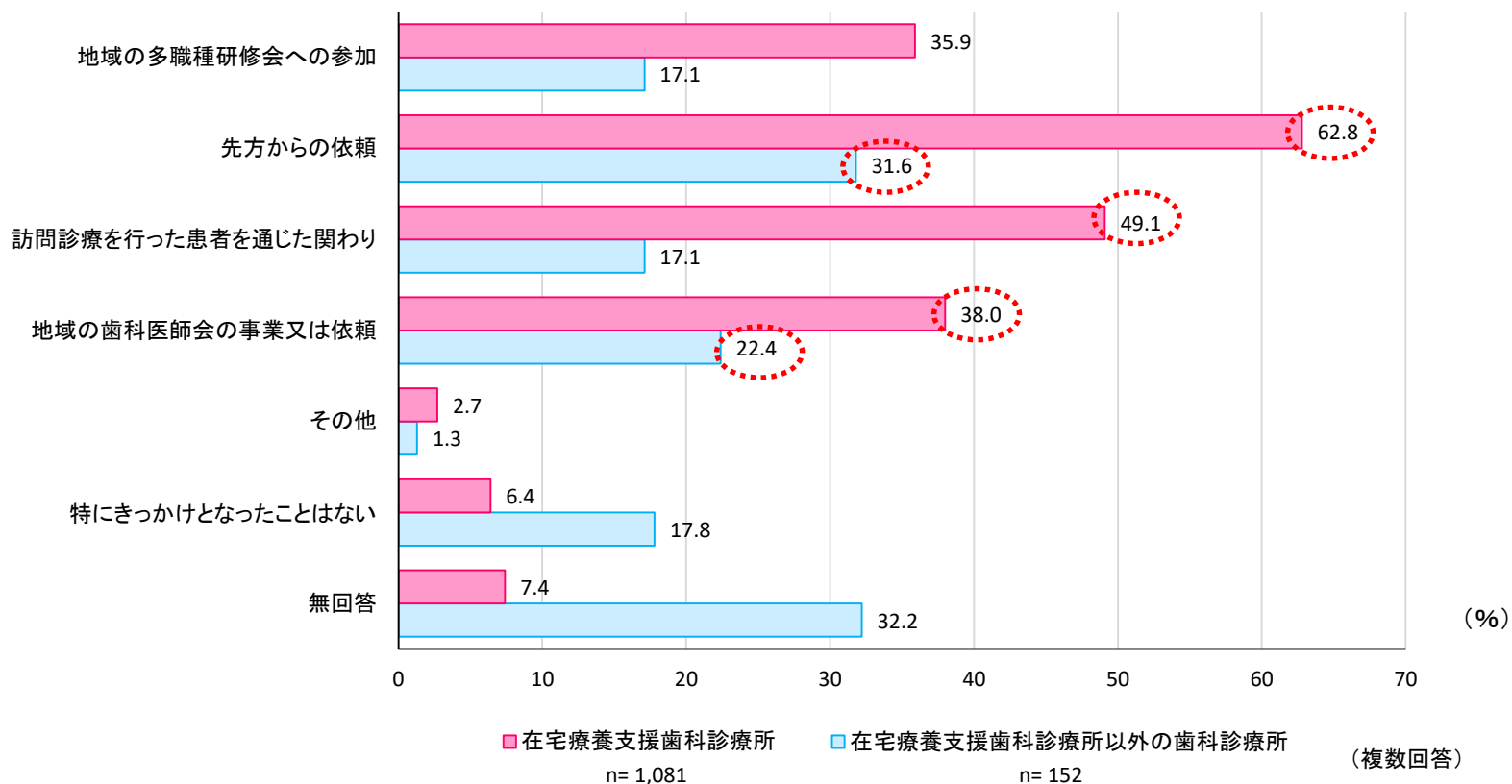
# 地域における在宅医療・介護を推進するために取り組んでいる内容

○ 在宅療養支援歯科診療所では「個別の患者に関する他の医療機関への情報照会」が52.9%で最も多く、「個別の患者に関するケアマネジャー等の介護関係者への情報照会」が52.3%、「地域の医療・介護関係者等が参画する会議（地域ケア会議、研修会等）への参加」が43.9%であった。



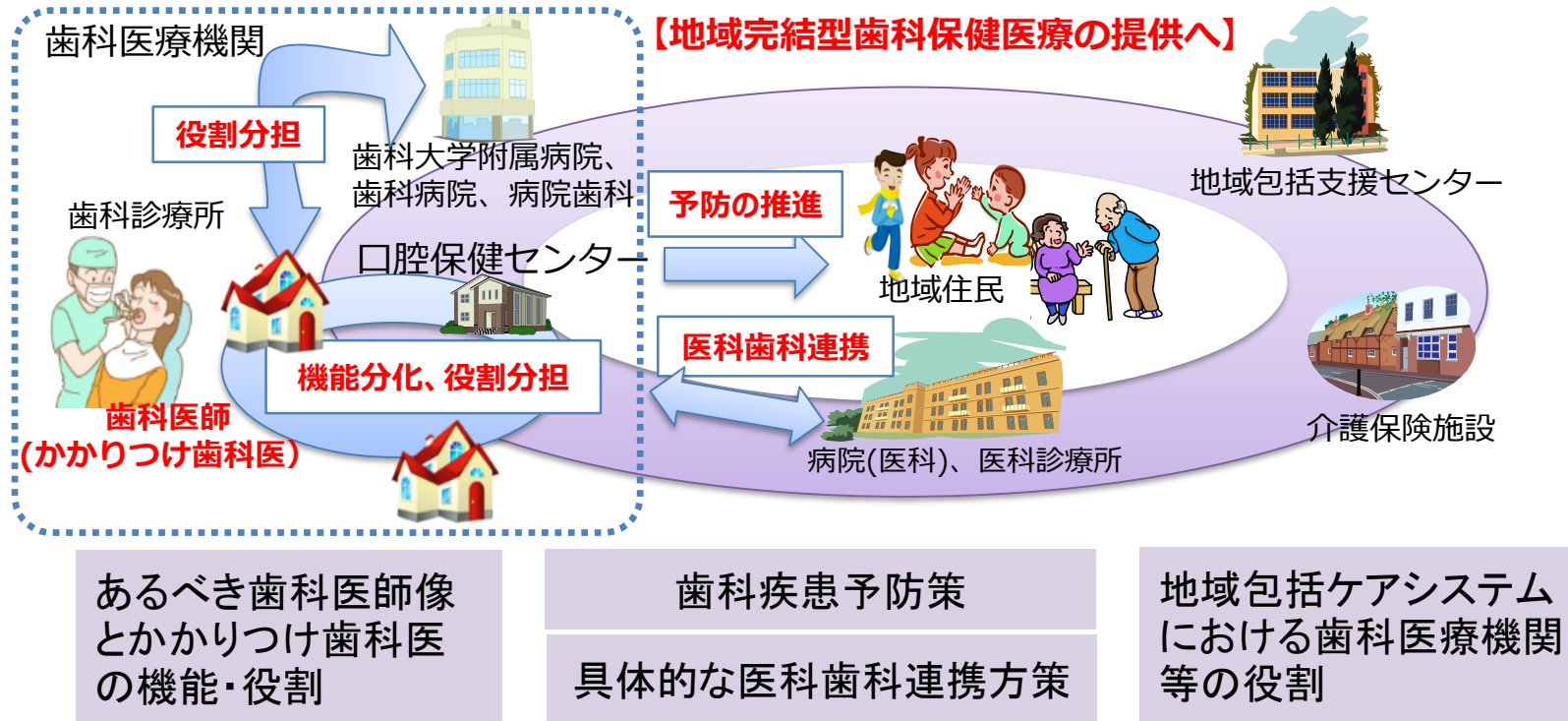
# 歯科診療所が地域の医療機関、介護施設、居宅療養支援事業所等と連携を行うきっかけ

- 地域の医療機関、介護施設、居宅療養支援事業所等と連携を行うきっかけについてみると、在宅療養支援歯科診療所では、「先方からの依頼」が62.8%と最も多く、次いで「訪問診療を行った患者を通じた関わり」が49.1%、「地域の歯科医師会の事業又は依頼」が38.0%であった。
- 在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所では、「先方からの依頼」が31.6%と最も多く、次いで「地域の歯科医師会の事業又は依頼」が22.4%であった。



高齢化の進展や歯科保健医療の需要の変化を踏まえた、これからの歯科保健医療の提供体制について、歯科医療従事者等が目指すべき姿を提言したもの。

## 歯科保健医療の需要と提供体制の目指すべき姿(イメージ図)



### ◆ 歯科医師の資質向上等に関する検討会

(平成27年1月～座長:江藤一洋(医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長))

<趣旨>小児のう蝕罹患率の低下や8020達成者の増加、高齢化の進展に伴う歯科医療機関を受診する患者像の高齢化・多様化等の状況に鑑み、**国民のニーズに基づき質の高い歯科医療を提供すること等を目的として、歯科医師の資質向上等に関する事項について総合的に議論を行う。**

## 在宅歯科医療に係る課題（小括2）

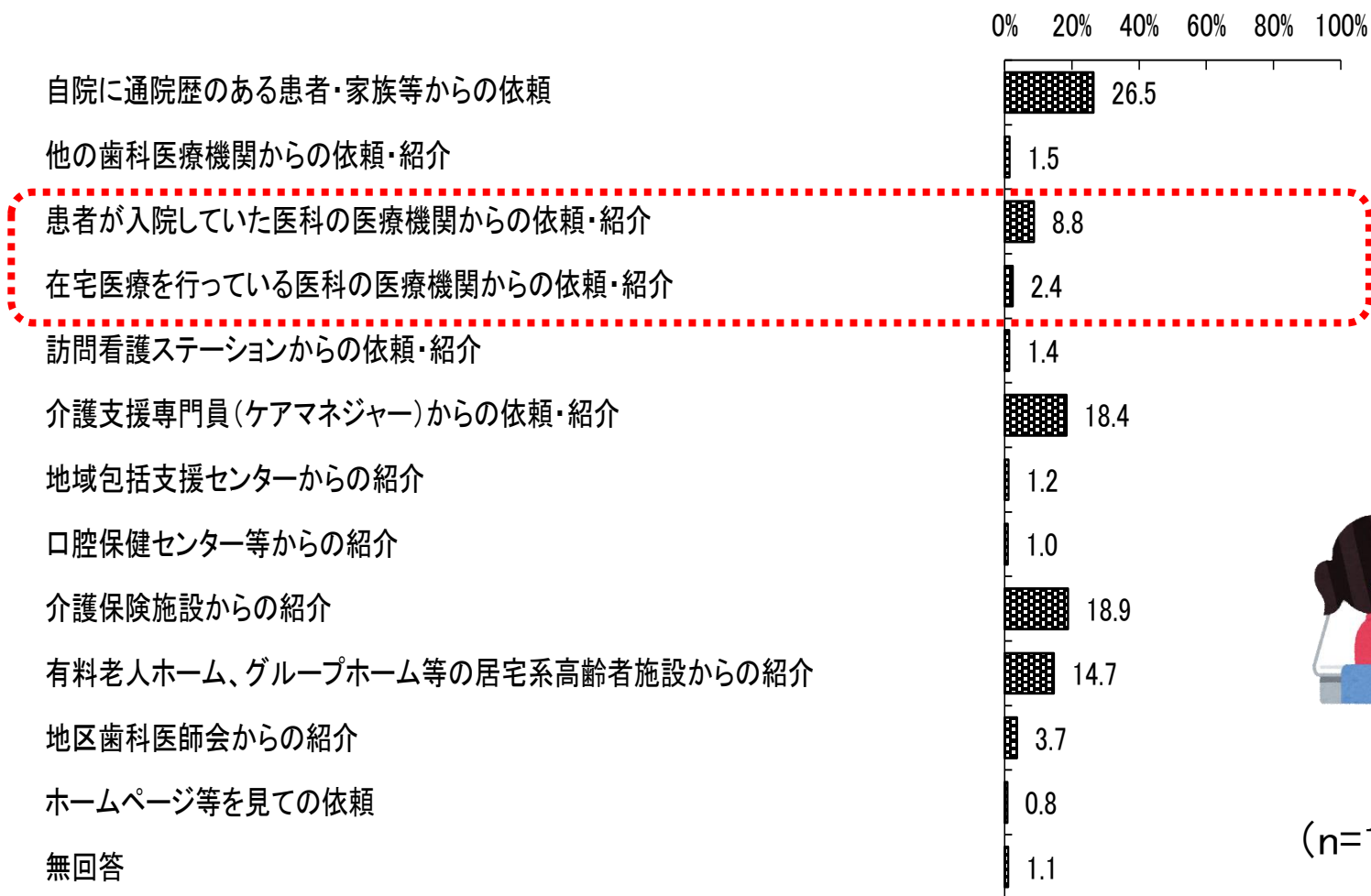
（在宅療養支援歯科診療所について）

- 在宅療養支援歯科診療所について、令和元年度までは経年的増加傾向であったが、令和2年度は減少している。
- 3ヵ月間に歯科医師が訪問した建物数の総数については、分布で見ると1-4か所が最も多かった。また、歯科訪問診療を実施した個々の患者の訪問先では、自宅が38.5%、介護保険施設等への訪問が50.2%であった。
- 歯科訪問診療を実施する時間帯は、通常の外來診療時間又はその前後、昼休みの時間に実施している。
- 歯科訪問診療を実施したきっかけとしては、患者・家族等や、介護保険施設、介護支援専門員からの依頼・紹介が多くを占めているが、医科の医療機関からの依頼・照会も一定の割合存在している。

## 在宅歯科医療について

1. 在宅歯科医療の現状について
2. 歯科訪問診療において提供される医療について
3. 在宅療養支援歯科診療所について
4. 在宅歯科医療における他職種との連携について
5. 論点

○ 歯科訪問診療を実施したきっかけとしては、患者・家族等や、介護保険施設、介護支援専門員からの依頼・紹介が多くを占めているが、医科の医療機関からの依頼・紹介も一定の割合で存在している。





# 在宅医療における医科歯科連携の推進

○ 在宅医療における医科歯科連携を推進する観点から、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から歯科訪問診療の依頼について、診療情報提供料(Ⅰ)の歯科医療機関連携加算の対象としている。

## 【医科点数表】

B009 診療情報提供料(Ⅰ) 歯科医療機関連携加算1 100点

[算定要件] 保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除く。)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を以下のア又はイにより行った場合に算定

ア (略)

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合



算定回数

	平成30年	令和元年	令和2年
診療情報提供料(Ⅰ) 歯科医療機関連携加算1 ※歯科医療機関連携加算	1,819※	1,905※	1,527



# 外来(医科)から在宅医療、在宅歯科医療への移行(事例)①

○ 外来診療から在宅医療への移行時に、在宅歯科医療を依頼されるケースがある。

【事例1】87歳男性

【病名】パーキンソン病

【既往歴】高血圧、肺炎、麦粒腫

【現病歴】

左膝関節炎で地域の病院に入院、老健を経て、自宅退院し外来通院となる。

その後病状が悪化し、通院困難となり、在宅医療に移行することとなる。

在宅医療に移行するにあたり、歯科に1年近く通院していないことが明らかとなり、歯科訪問診療を依頼。

【現症】

身体所見、認知機能:ADLは一部介助。認知機能低下は軽度～中程度。

口腔内所見 : 多数のう蝕(19本)、義歯の不適合、口腔の清掃状態不良、全顎的に歯肉発赤、腫脹

【歯科受診後の経過】

- 義歯調整を行いながら、6回に分けて保存不可能な歯の抜歯を実施
- 並行して器具を使用したブラッシングの指導も行い、残存歯を可及的に保存
- 初診から7か月で、すべての抜歯が完了し、新義歯作製することにより、安定した咬合が得られた。
- 一連の治療過程でCPRが減少、常食摂取可能となり栄養状態も改善、加齢と現疾患を考慮し継続管理中。



初診時



7か月後



初診	半年	1年後
CRP 6.17	CRP 0.89	CRP 0.04
ALB 3.4	ALB 3.8	ALB 3.9

## 外来(医科)から在宅医療、在宅歯科医療への移行(事例)②

【事例2】94歳男性

【病名】誤嚥性肺炎後 要介護2

【既往歴】

90歳 誤嚥性肺炎

92歳 圧迫骨折

93歳 血小板減少(原因不明)

94歳 带状疱疹

最近転倒することが増え、内科への通院が困難と判断され、在宅医療へ移行となる。

その際、誤嚥性肺炎の既往があることを踏まえ、歯科訪問診療を依頼される。

【歯科受診後の経過】

歯科訪問診療で、食形態指導および月2回の摂食機能障害に対する指導・訓練と義歯調整を開始。

現在、在宅医療を担当する医師やケアマネジャー、訪問言語聴覚士等と情報を共有しながら歯科訪問診療を継続中。

東京歯科大学口腔健康科学講座  
摂食嚥下リハビリテーション研究室 ご提供資料

【事例3】59歳男性

【病名】パーキンソン病、肺癌

【既往歴】

50歳～・歩行時の転倒、手指の不随意運動を自覚

52歳 ・A病院にてパーキンソン病の診断

59歳～・通院が困難となり、在宅医療へ移行、嚥下機能や認知機能低下もあり胃瘻造設。

・A病院の地域連携室からかかりつけの歯科診療所に歯科訪問診療の依頼があるも対応不可であったため、対応可能な歯科診療所において、歯科訪問診療開始。

60歳 ・A病院にて肺がんの診断。

61歳 ・経口摂取について家族から要望があり、開始

62歳 ・肺癌のため自宅にて逝去

【歯科受診後の経過】

59～60歳まで

口腔衛生の管理、う蝕治療、歯周病の管理など通常の歯科診療を実施。胃瘻造設後は非経口摂取であった。

60歳 肺癌および余命宣告をされたことが契機となり、家族よりQOL向上のために経口摂取再開の希望・相談があり、摂食機能障害に対する指導・訓練を実施、少量ではあるが経口摂取が可能となった。半年程、ご家族や訪問看護師とともに少量の経口摂取継続

62歳 肺癌のため自宅にて逝去

昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔衛生学部門 ご提供資料



## 在宅歯科医療に係る課題（小括3）

（在宅歯科医療における他職種との連携について）

- これまで、入院中の患者が退院後に在宅に移行するにあたっての評価や、在宅患者における在宅療養支援診療所等から在宅歯科医療を行う歯科医療機関に対する歯科訪問診療に対する評価を行っている。
- 外来において医療を受けていた患者が在宅医療に移行するあたり、歯科医療のニーズが把握されるケースも存在する。

## 在宅歯科医療について

1. 在宅歯科医療の現状について
2. 歯科訪問診療において提供される医療について
3. 在宅療養支援歯科診療所について
4. 在宅歯科医療における他職種との連携について
5. 論点

# 在宅歯科医療に係る論点

## 【歯科訪問診療において提供される医療について】

- 歯科訪問診療は患者の居宅や介護保険施設、病院など様々な場所で提供されているが、実際に歯科訪問診療実施時に行われる診療行為の内容の違いや診療に要する時間などを踏まえ、評価の在り方について、どのように考えるか。
- 在宅医療の対象となる患者像を踏まえ、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料や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評価の在り方について、どのように考えるか。

## 【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について、地域包括ケアシステムにおける医科医療機関等との連携状況や多くの施設が3か月間に1～4カ所訪問している実態も踏まえ、在宅歯科医療の質を確保しつつ、さらに推進する観点から、施設基準の在り方について、どのように考えるか。

## 【在宅歯科医療における他職種との連携について】

- 外来において医療を受けていた患者が在宅医療を受けるに当たって、歯科医療のニーズが把握されるケースがある。円滑な在宅歯科医療の実施の観点から、外来から在宅に移行する場合における医科医療機関と歯科医療機関の連携に関する評価について、どのように考えるか。

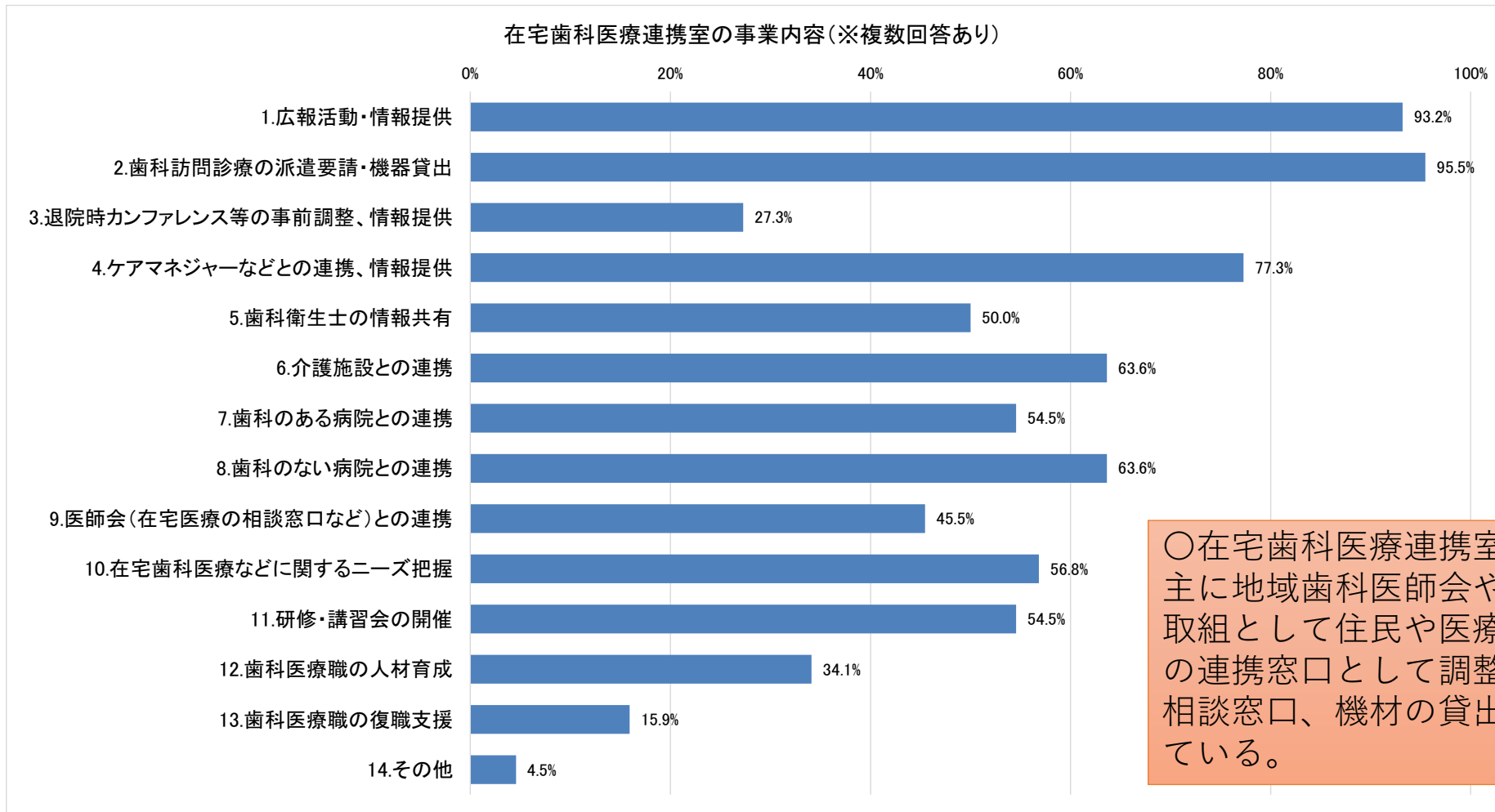
# 在宅歯科医療推進に向けて

令和3年11月10日

公益社団法人 日本歯科医師会

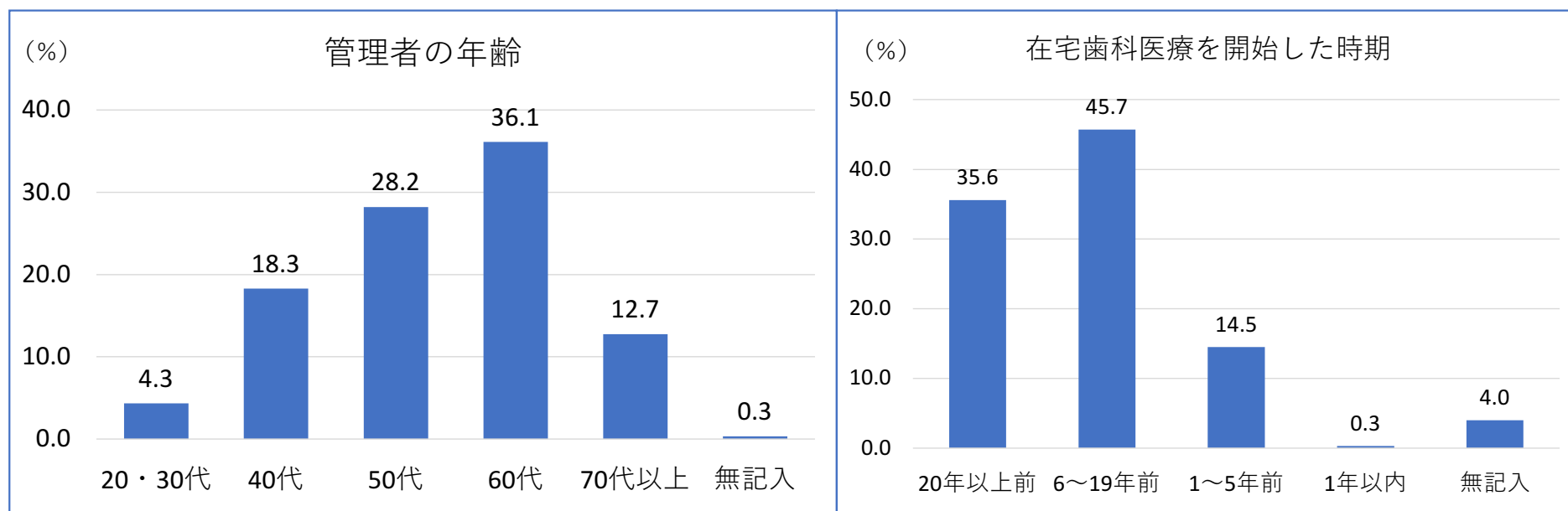
# 令和2年度 地域保健・産業保健・介護保険アンケートより

## 47都道府県歯科医師会の在宅歯科医療連携室事業内容



# 「在宅療養支援歯科診療所における 在宅歯科医療に関する調査」 (速報版)

最終送付数 (不達・閉院等を除く) 10,991  
 (2019年12月時点で歯援診1または2の届出のある歯科診療所)  
 有効回答数および有効回答率 5,090 (46.3%)  
 (2021年10月21日までの回収数)



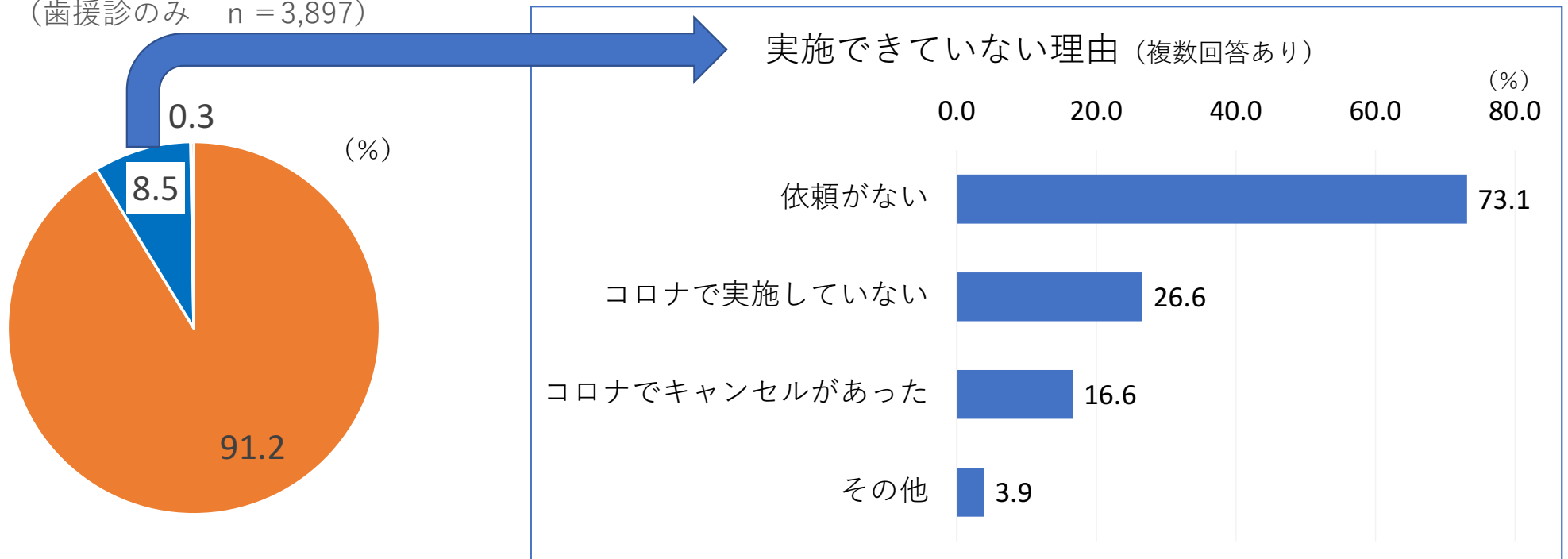
在宅療養支援歯科診療所の届出実績のある  
 歯科診療所は以前から在宅を開始している



# 在宅療養支援歯科診療所における在宅歯科医療の実施有無と在宅歯科医療が実施できていない理由

令和3年4月～9月  
在宅歯科医療の実施有無  
(歯援診のみ n = 3,897)

在宅歯科医療を実施していない8.5% (331施設)

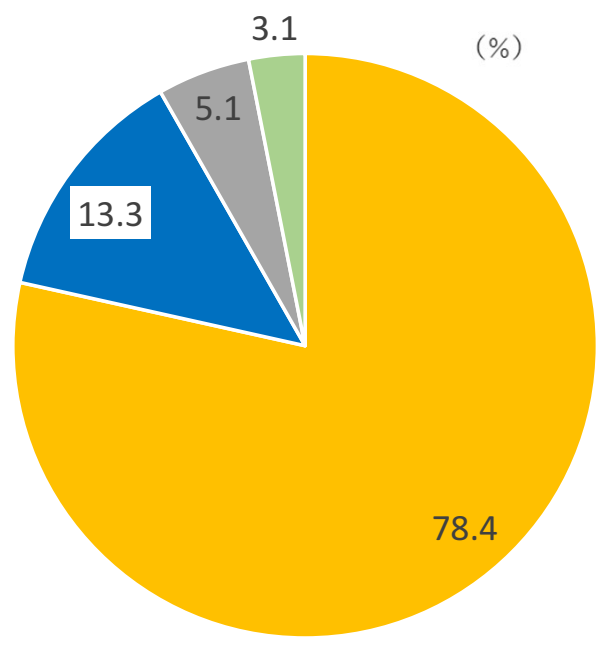


■ 実施 ■ 実施していない ■ 無回答

在宅療養支援歯科診療所の届出歯科診療所においても8.5%は調査期間中に在宅歯科医療が実施できておらず、その理由は「依頼がない」との回答が最も多く、コロナの影響も確認できる。

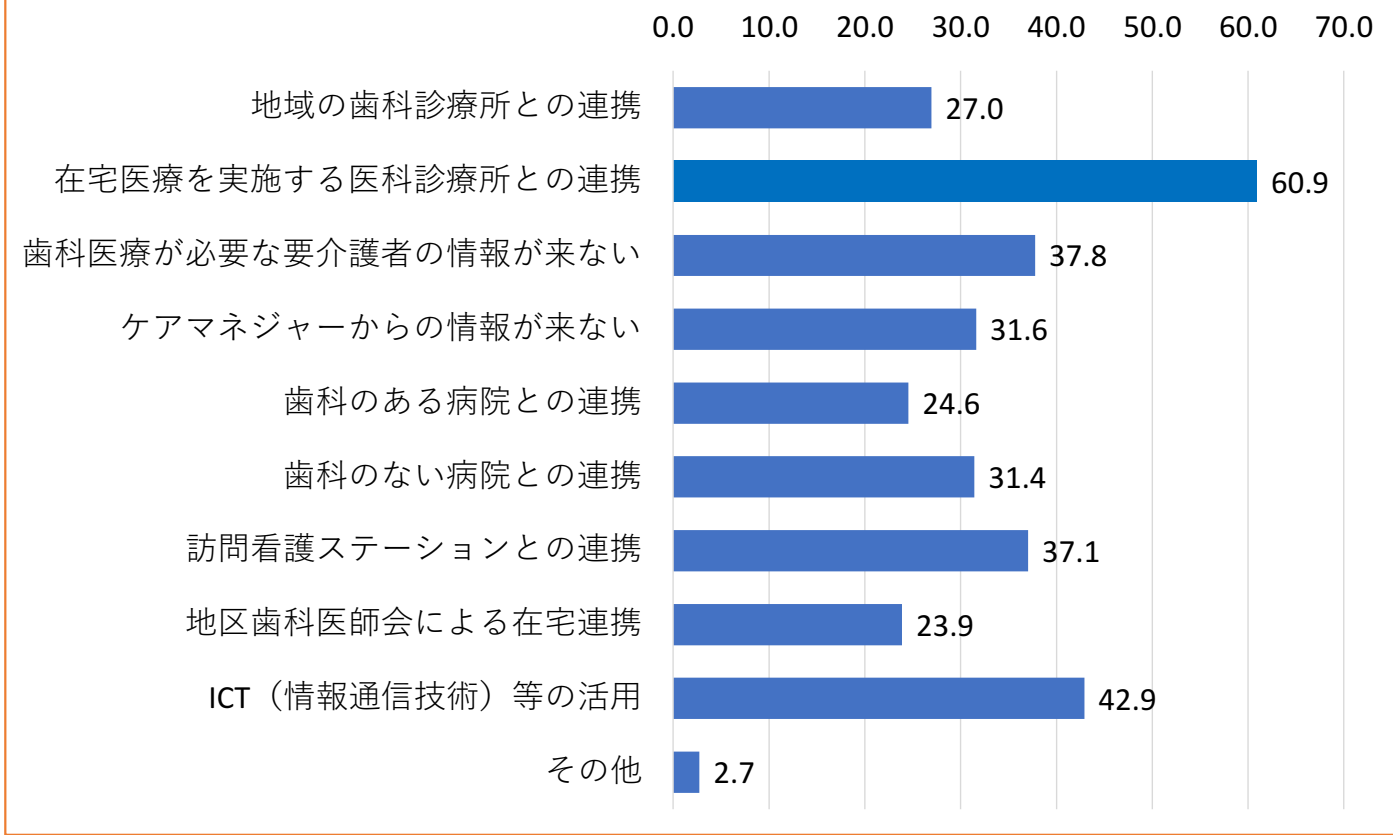
# 将来の在宅歯科医療と課題 (全回答者対象)

将来の在宅歯科医療提供  
(全ての回答者を対象)



- 今後も実施したい
- できれば縮小したい
- その他
- 無記入

歯科訪問診療提供に対する課題 (複数回答あり) (%)

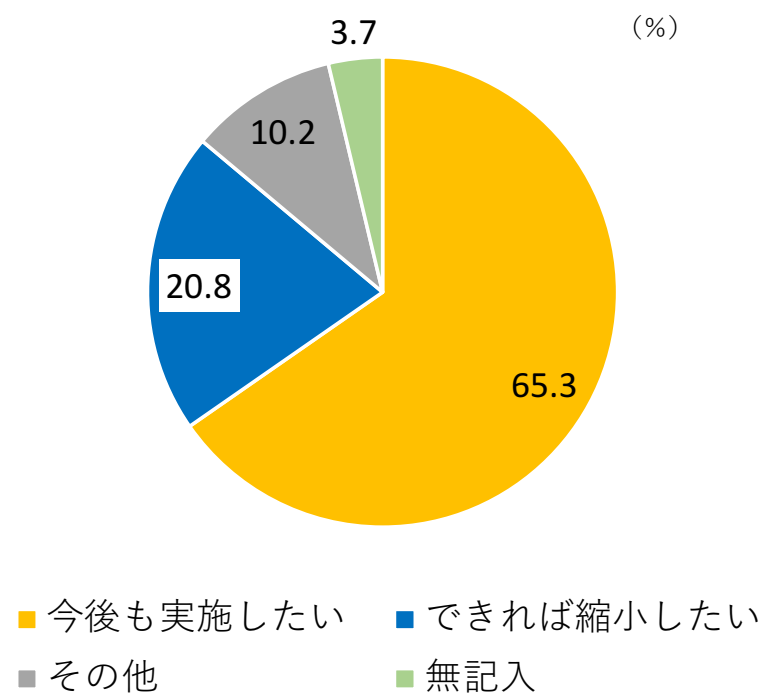
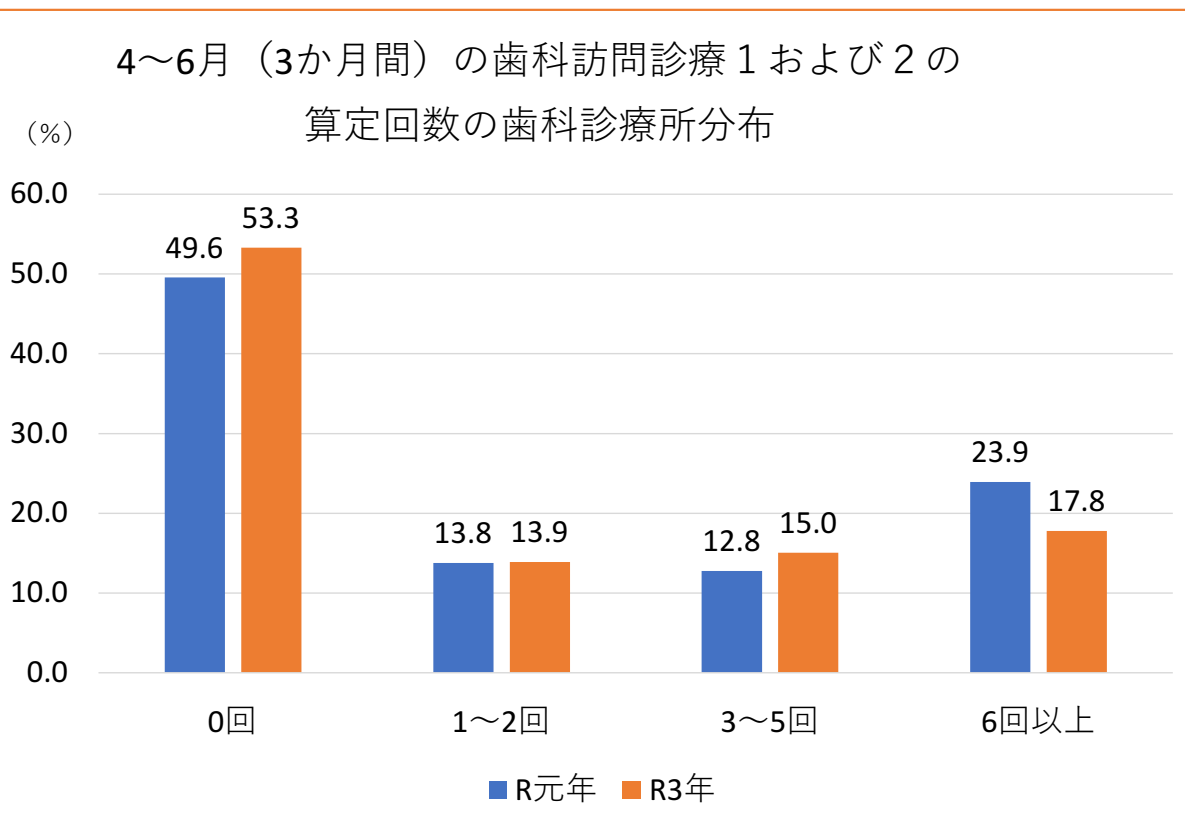


「医科診療所との連携」が課題と回答した割合が最も多い

# 在宅療養支援歯科診療所の届出を継続できなかった歯科診療所結果①

698施設 (13.7%)

将来の在宅歯科医療提供 (n=698)



在宅療養支援歯科診療所を継続できなかった歯科診療所において在宅歯科医療を今後も実施したいとの回答は65%

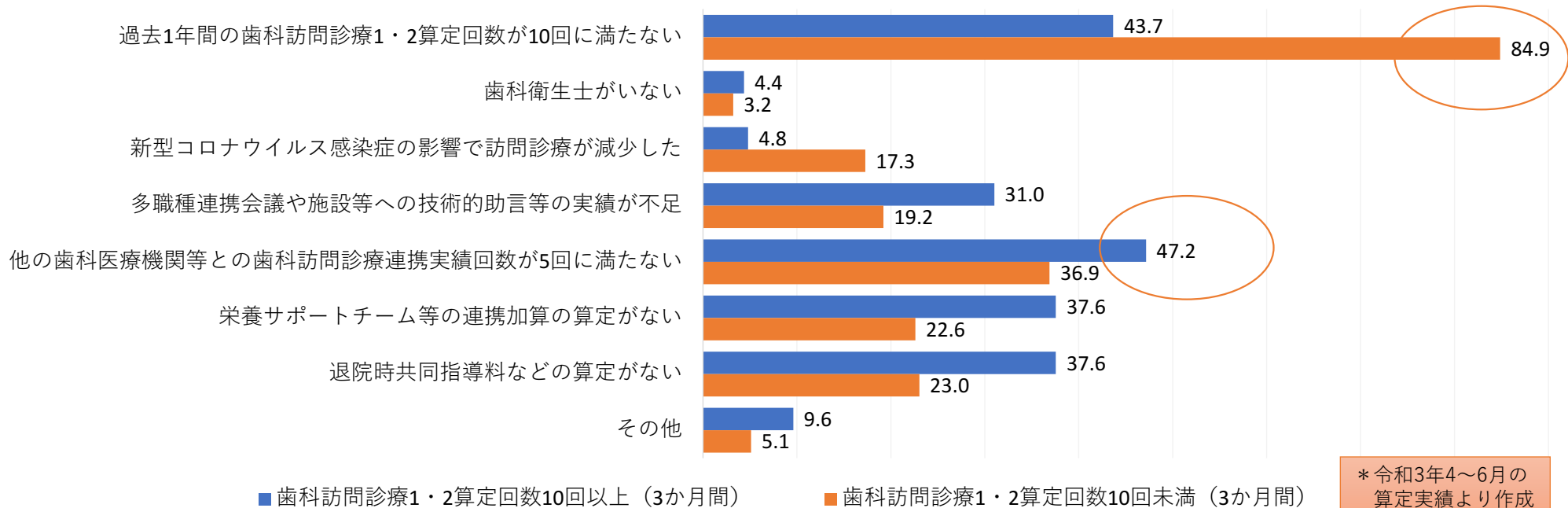
# 在宅療養支援歯科診療所の届出を継続できなかった歯科診療所結果②

698施設 (13.7%)

歯援診を継続して届出していない理由

(%)

0.0 10.0 20.0 30.0 40.0 50.0 60.0 70.0 80.0 90.0



在宅実施件数や連携実績の課題がある

# 入院(その2)

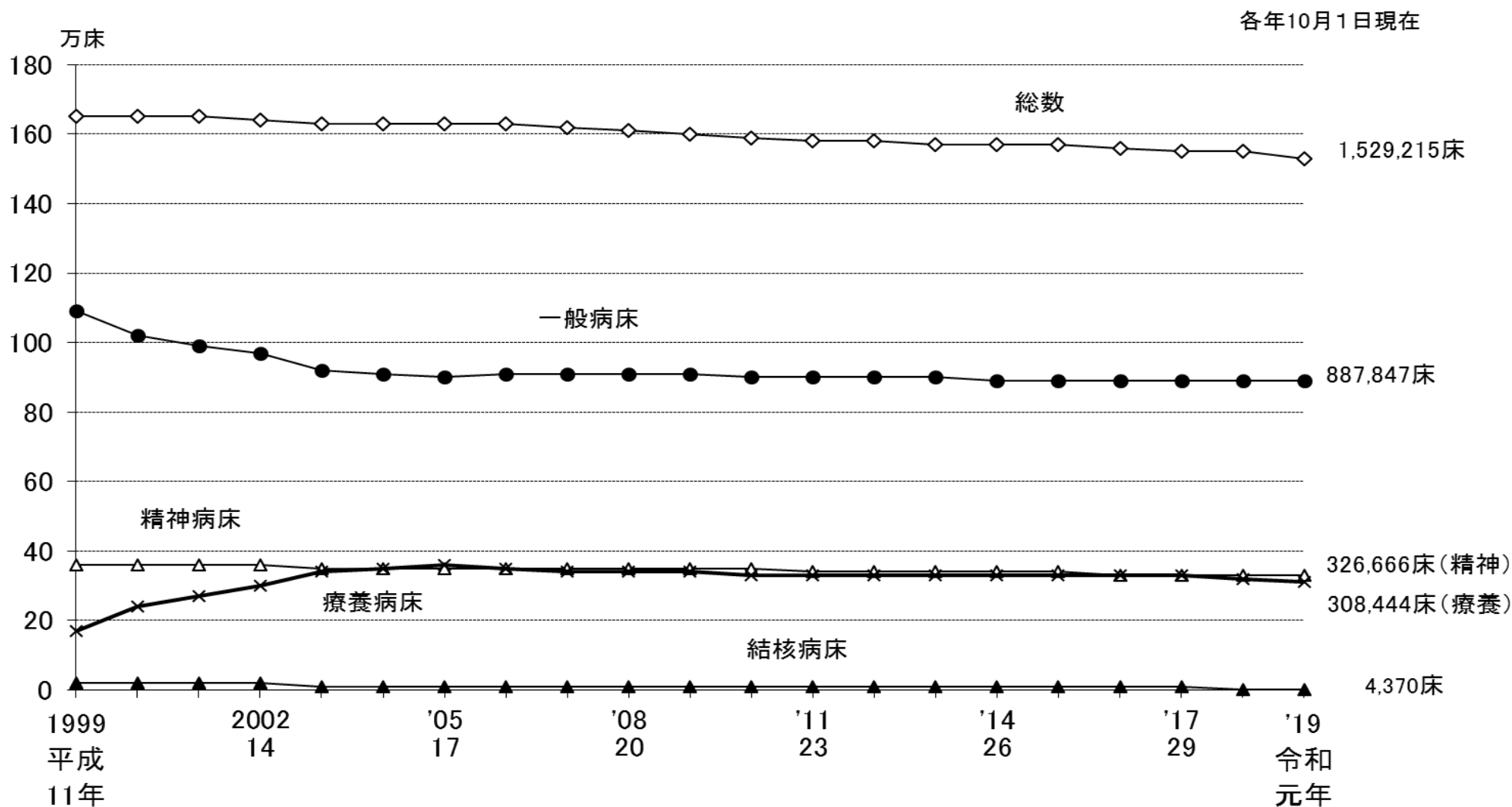
## 急性期入院医療について

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
4. 論点

# 病床の種類別に見た病床数の年次推移

中医協 総-2  
3. 8. 25

○ 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。

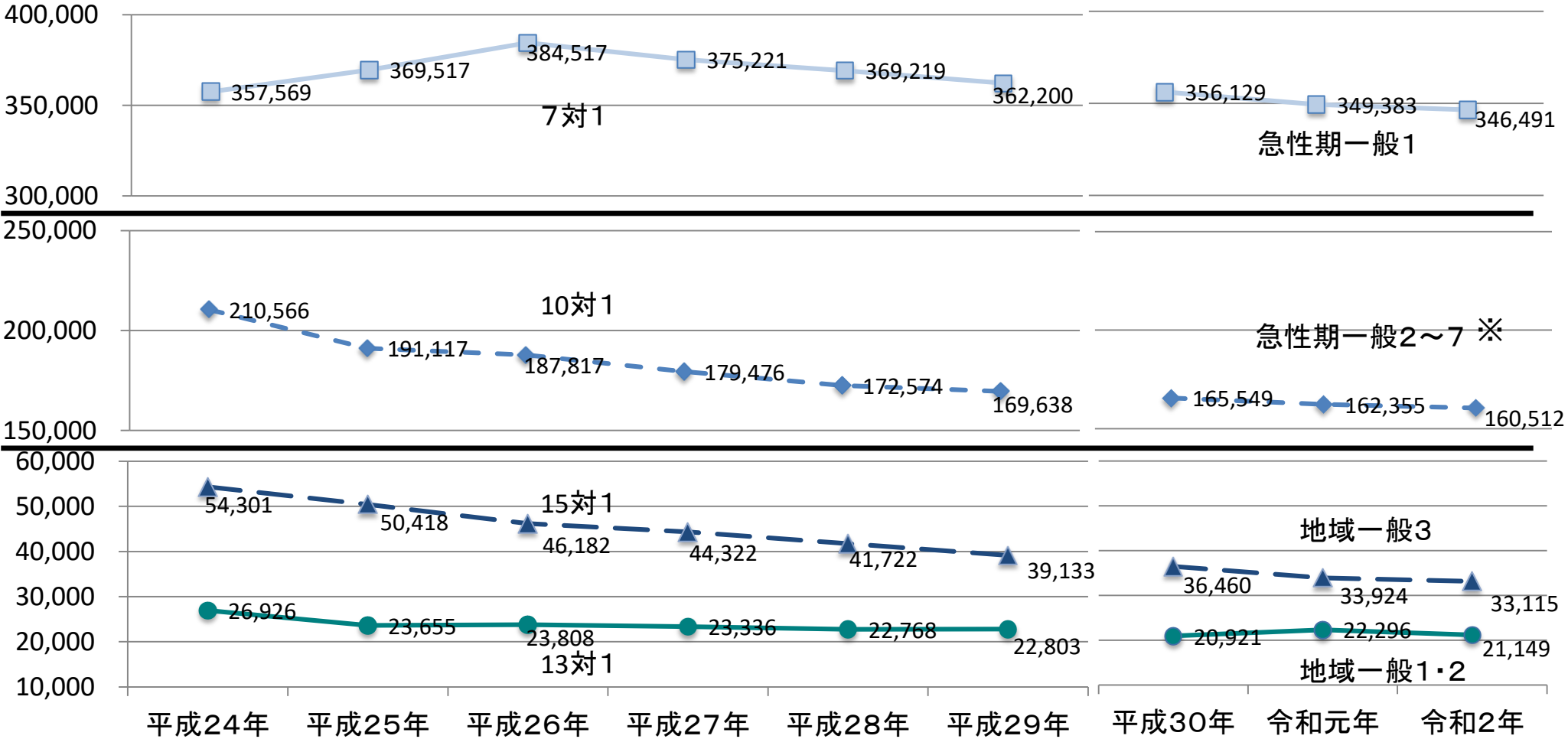
出典：医療施設調査

# 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	令和2年
急性期一般2・3	5,399	10,704	14,896
急性期4~7	160,150	151,651	145,616

出典：各年7/1の届出状況。保険局医療課調べ

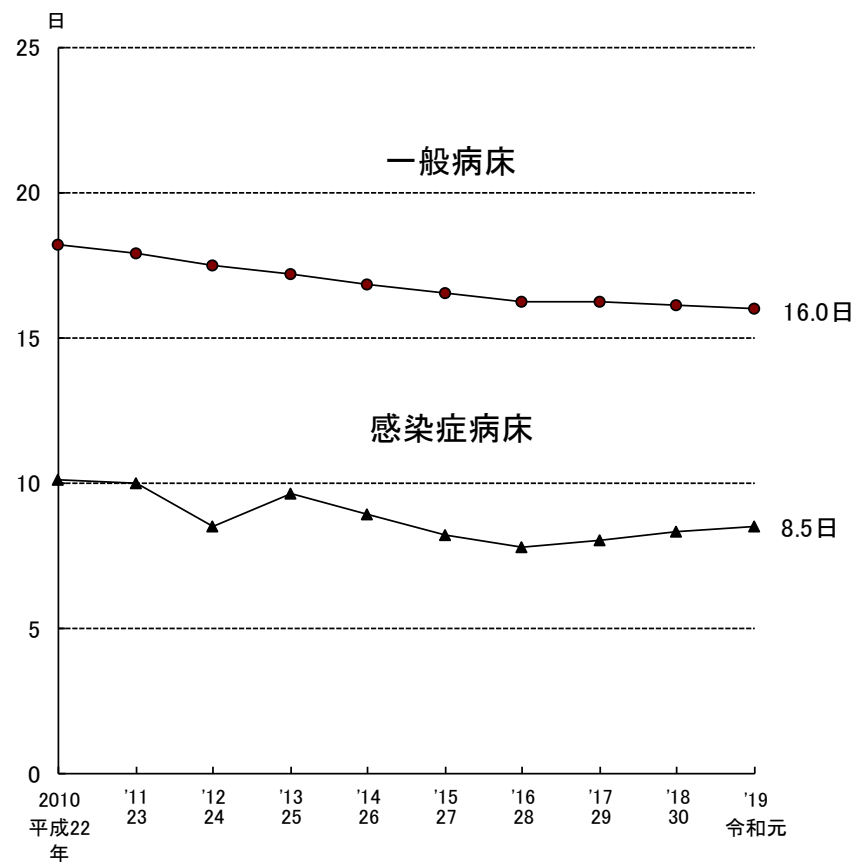
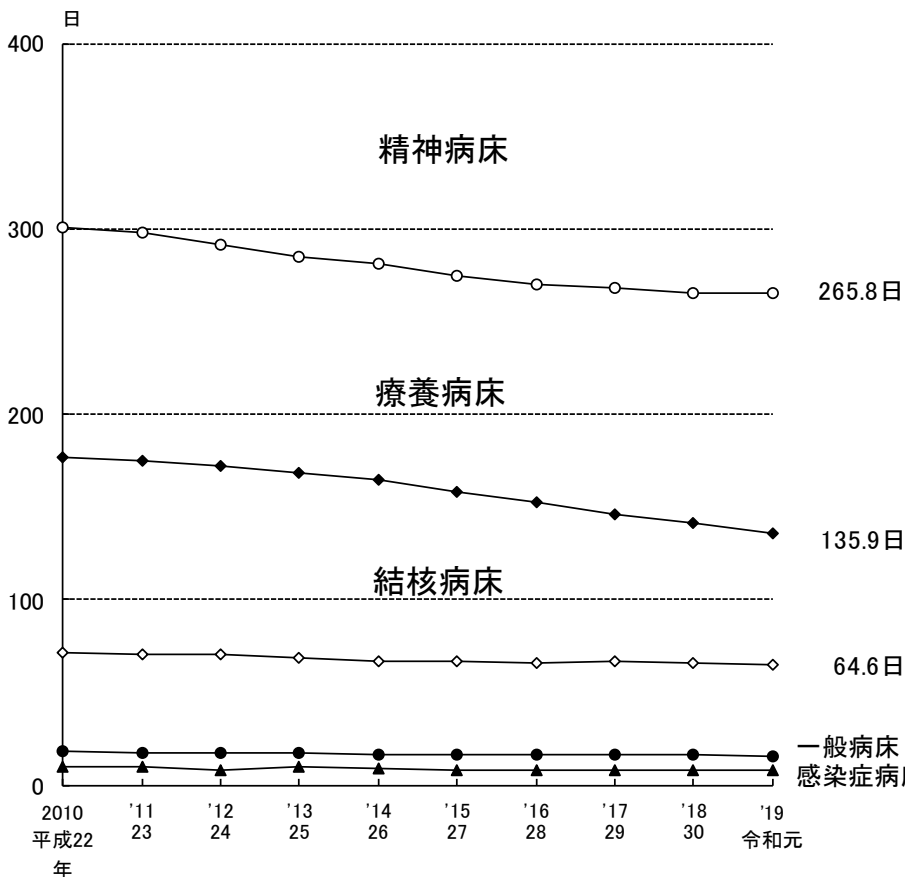


# 病床種類別の平均在院日数の推移

○ 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みた平均在院日数の年次推移

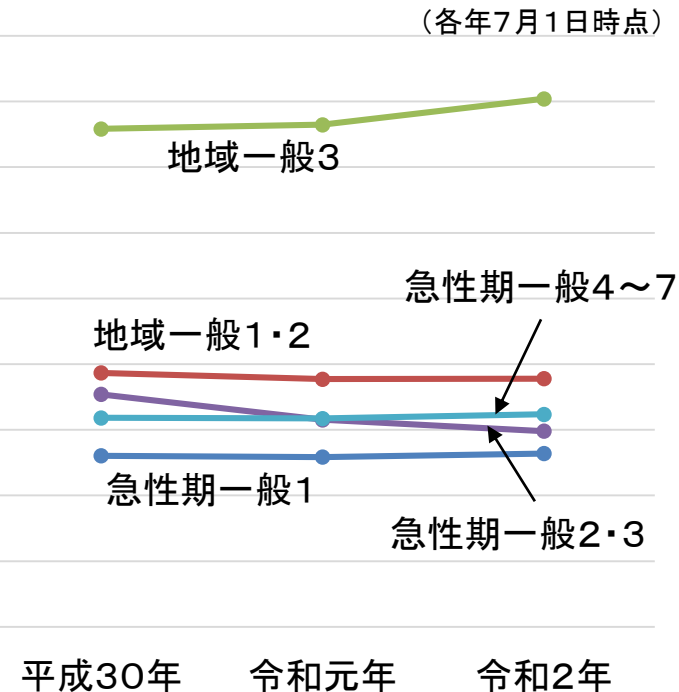
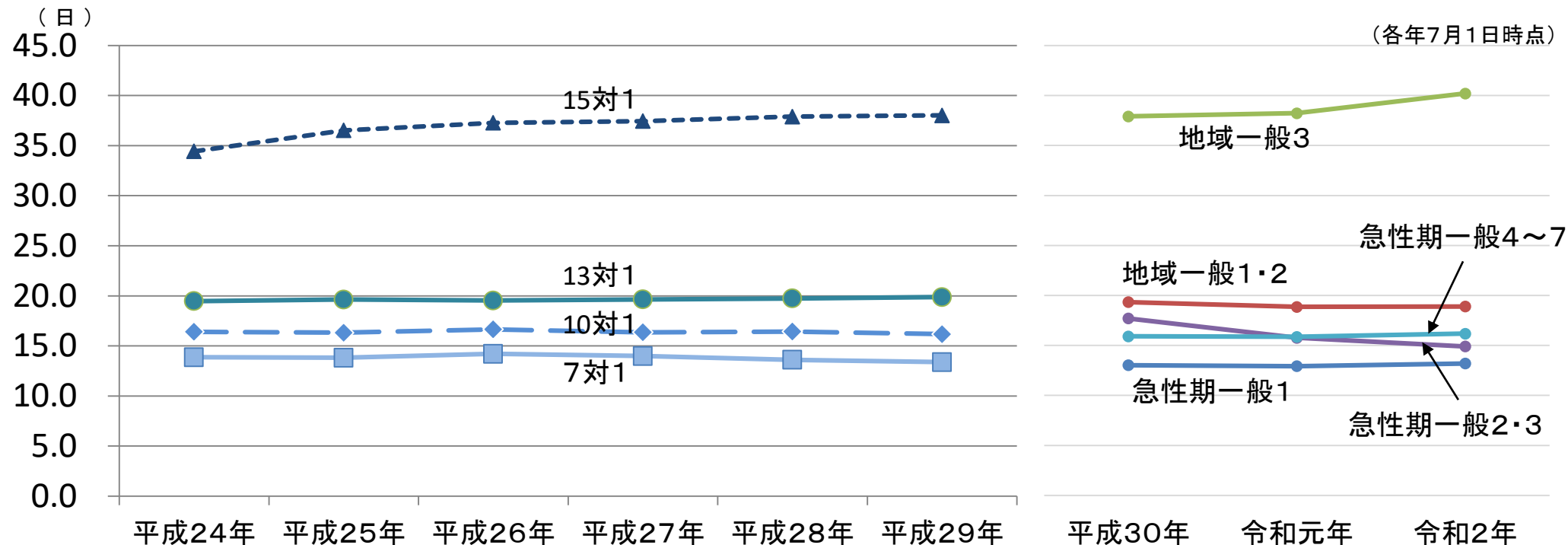
各年間



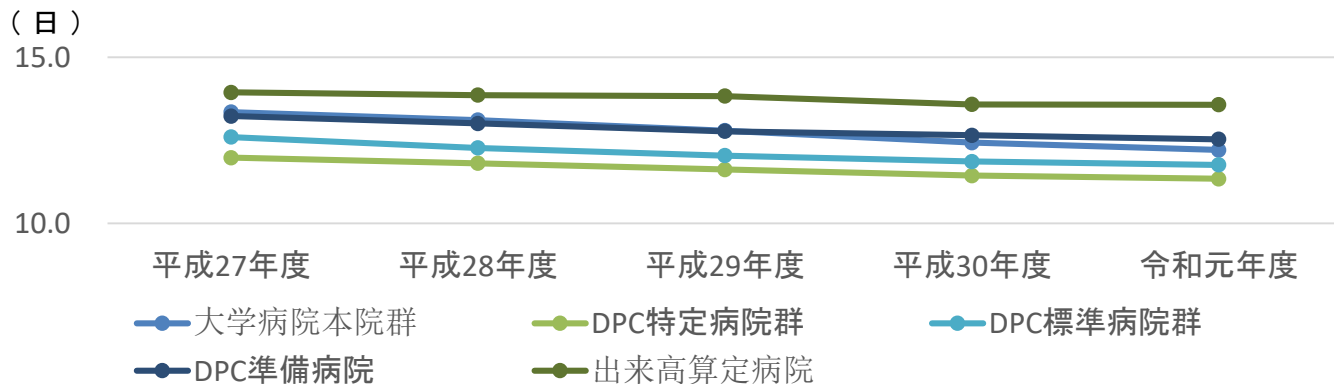
注：東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。  
熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。  
平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

# 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。

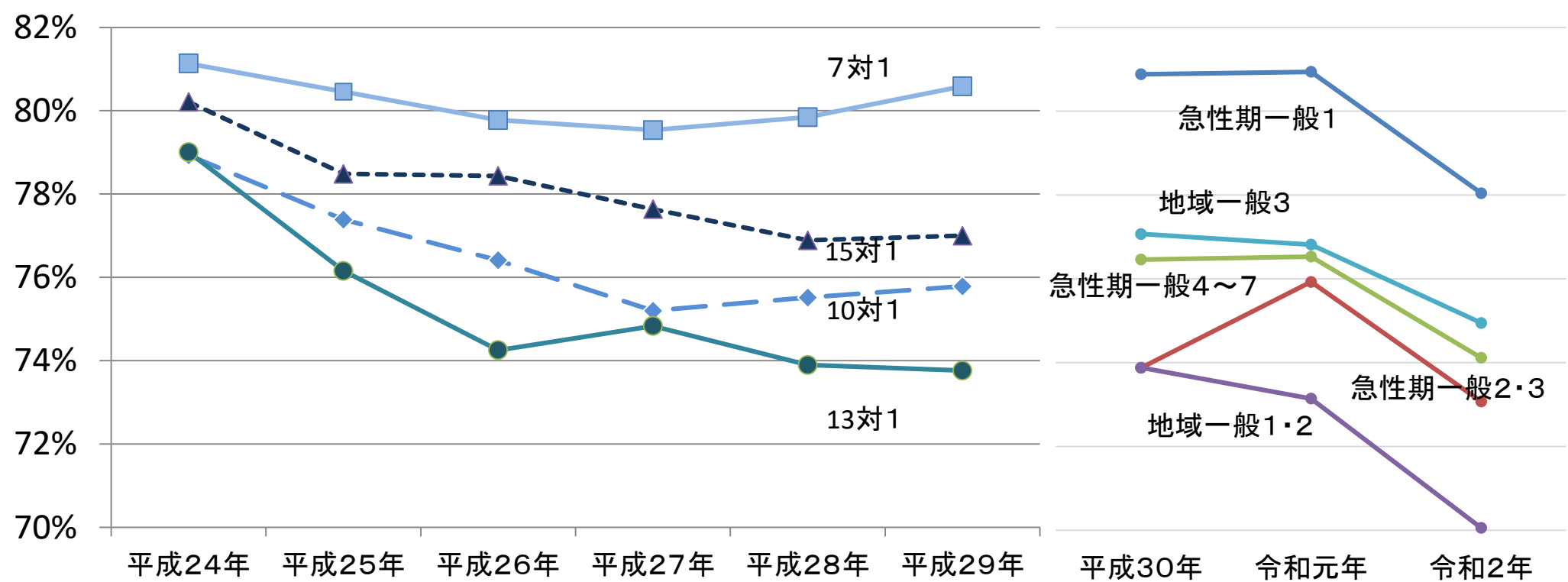


(参考)施設類型毎の在院日数の平均



# 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。令和2年はいずれの入院料においても、病床稼働率が大きく減少した。

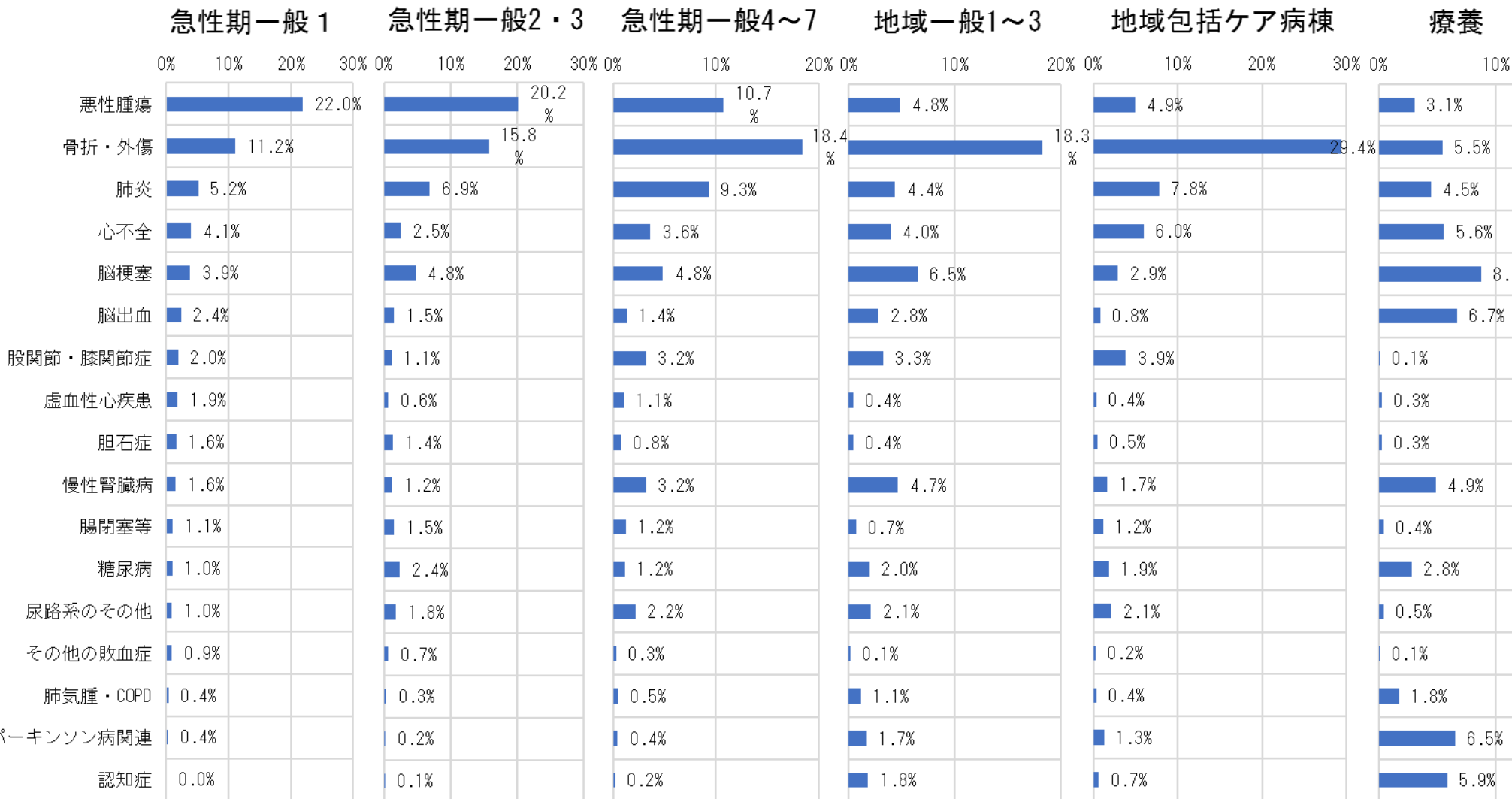


※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したのもの  
 ※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

# 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。

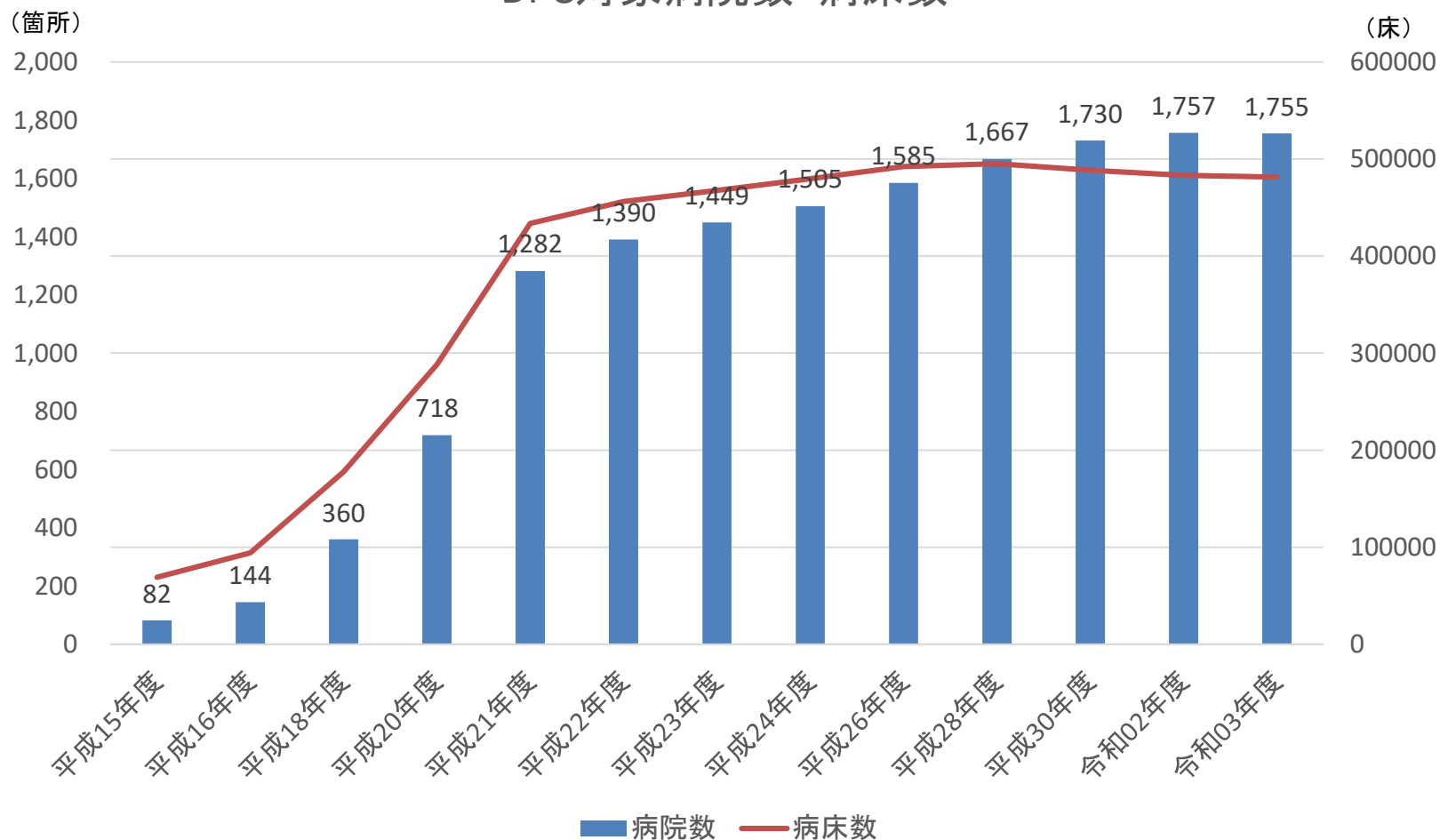
入院料別・入院患者の主な主傷病の分布



# 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。

## DPC対象病院数・病床数



# 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  
58,175床※1  
(▲395床)  
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料  
19施設 6,133床 (▲182床)

#### 救命救急入院料

入院料1 183施設 3,528床  
入院料2 25施設 196床  
入院料3 80施設 1,666床  
入院料4 82施設 902床  
合計 370施設 6,292床 (▲68床)

#### 特定集中治療室管理料

管理料1 140施設 1,397床  
管理料2 70施設 797床  
管理料3 349施設 2,390床  
管理料4 64施設 618床  
合計 623施設 5,202床 (▲33床)

#### ハイクアユニット入院医療管理料

管理料1 582施設 5,779床  
管理料2 30施設 305床  
合計 612施設 6,084床 (+328床)

#### 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

180施設 1,479床 (+79床)

#### 小児特定集中治療室管理料

9施設 116床 (+8床)

#### 新生児特定集中治療室管理料

229施設 1,629床 (▲23床)

#### 総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 851床 (+36床)  
新生児 1,720床 (+67床)

#### 新生児治療回復室入院医療管理料

202施設 2,899床 (+59床)

#### 一類感染症患者入院医療管理料

33施設 105床 (+2床)

小児入院 医療管理料	管理料1 81施設 5,438床 (+75床)	管理料2 183施設 6,158床 (▲114床)	管理料3 97施設 2,267床 (▲4床)	管理料4 379施設 8,044床 (+73床)	管理料5 154施設 -
---------------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------

### 一般病棟入院基本料

584,162床 (▲8,178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
813施設 53,511床 (+4,960床)	179施設 9,478床	407施設 18,812床 (▲1,524床)	71施設 3,323床 (▲397床)	56施設 2,184床 (▲88床)	45施設 1,876床 (▲808床)	1,571施設 89,184床 (+1,930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
1,203施設 38,981床 (+7,532床)	1,315施設 43,803床 (▲1,564床)	49施設 1,329床 (▲69床)	83施設 1,792床 (▲499床)	2,650施設 85,905床 (+5,400床)

#### 障害者施設等入院基本料

882施設  
70,269床 (▲35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 (±0床)

#### 特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
103施設 5,431床 (▲178床)	106施設 7,539床 (+328床)	32施設 444床 (▲3床)

#### 緩和ケア病棟入院料

入院料1 209施設 4,245床  
入院料2 246施設 4,684床  
合計455施設 8,929床 (+283床)

### 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2年7月1日現在  
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,770施設 64,209床 (▲2,297床)

有床診療所 (療養) 475施設 4,706床 (+644床)

#### 精神科救急入院料

入院料1 163施設 10,586床 (+709床)  
入院料2 4施設 127床 (▲94床)

#### 精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 360施設 16,280床 (+260床)  
入院料2 13施設 508床 (▲343床)

#### 精神病棟 1,179施設 143,543床 (▲3,343床)

精神科救急・合併症入院料 11施設 376床 (+2床)  
児童・思春期精神科入院 46施設 1,491床 (+83床)

#### 精神療養病棟入院料

819施設 90,266床 (▲943床)

#### 認知症治療病棟入院料

入院料1 536施設 37,322床 (+804床)  
入院料2 4施設 296床 (▲364床)

#### 地域移行機能強化病棟入院料

38施設 1,435床 (+58床)

結核病棟 168施設 3,905床 (+5床)

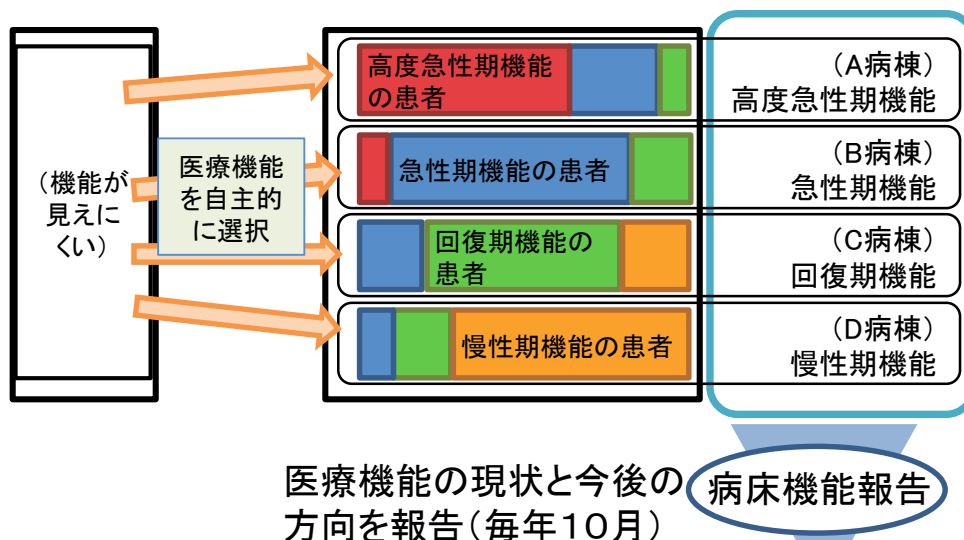
# 地域医療構想について

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。



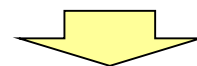
## 「地域医療構想」の内容

### 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。

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

都道府県



# 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。

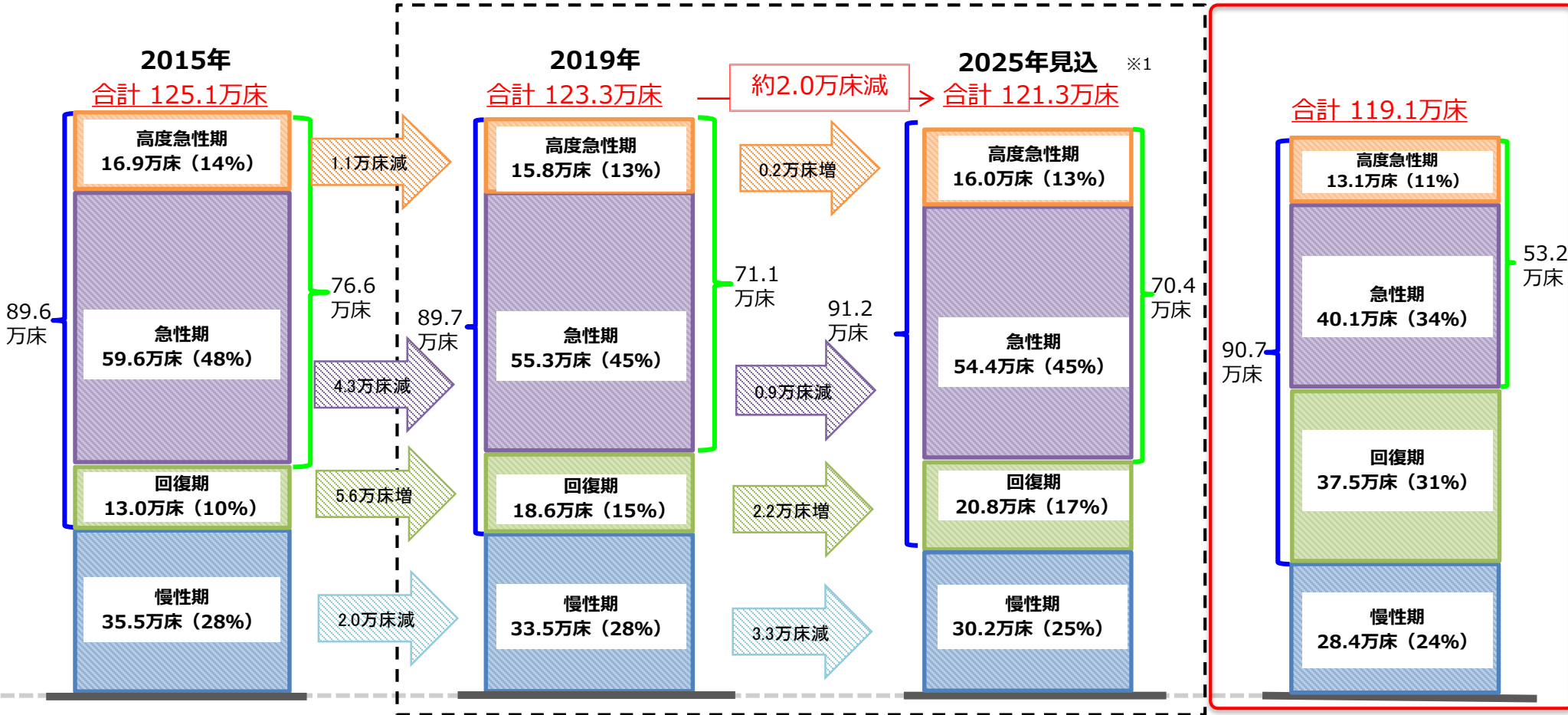


# 2019年度病床機能報告について

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

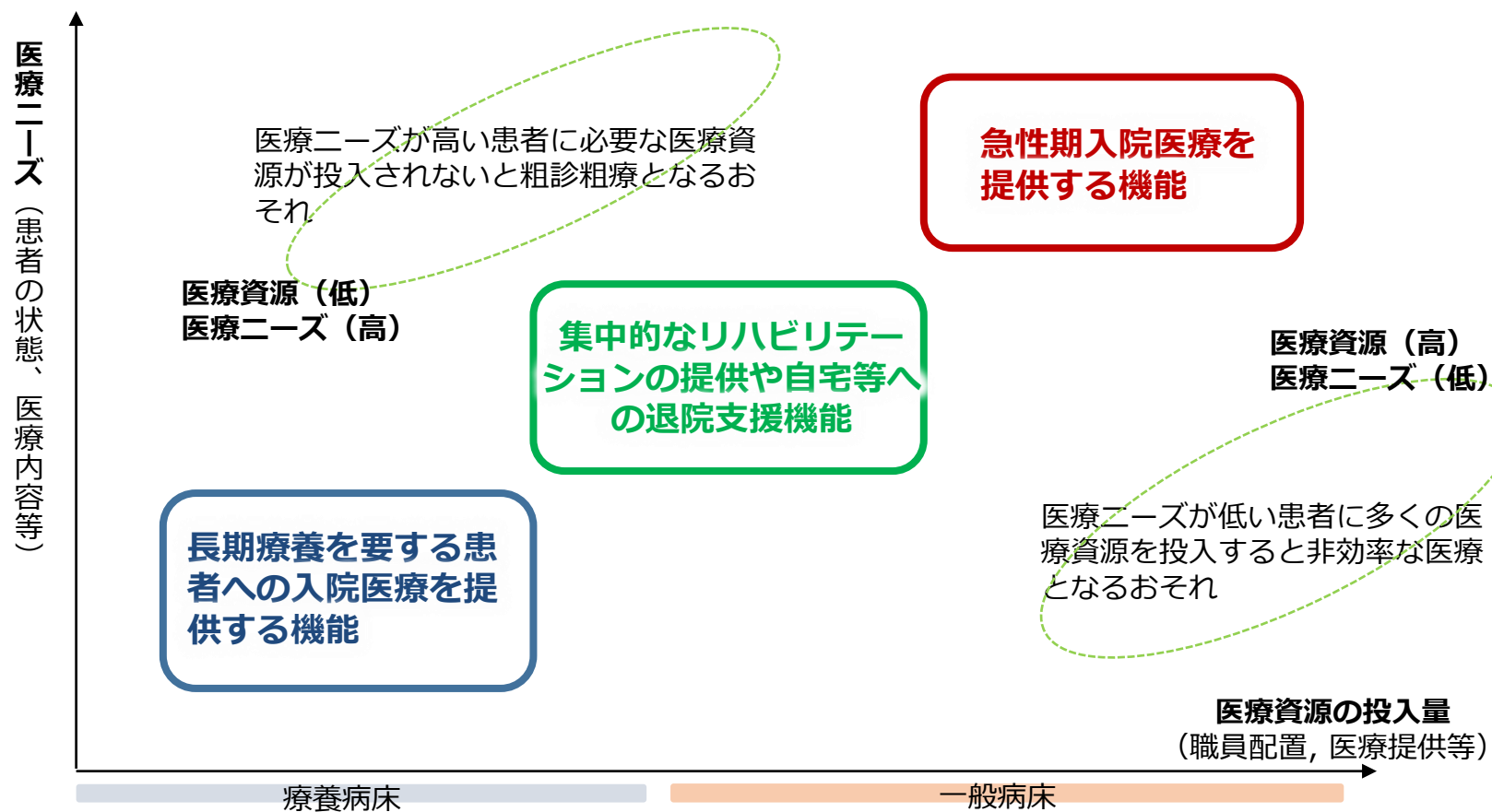
- 各地域の検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域に対して支援。
- **新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定（※）について検討**。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が進められることから、**2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意**が必要。

※ 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）

## 入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

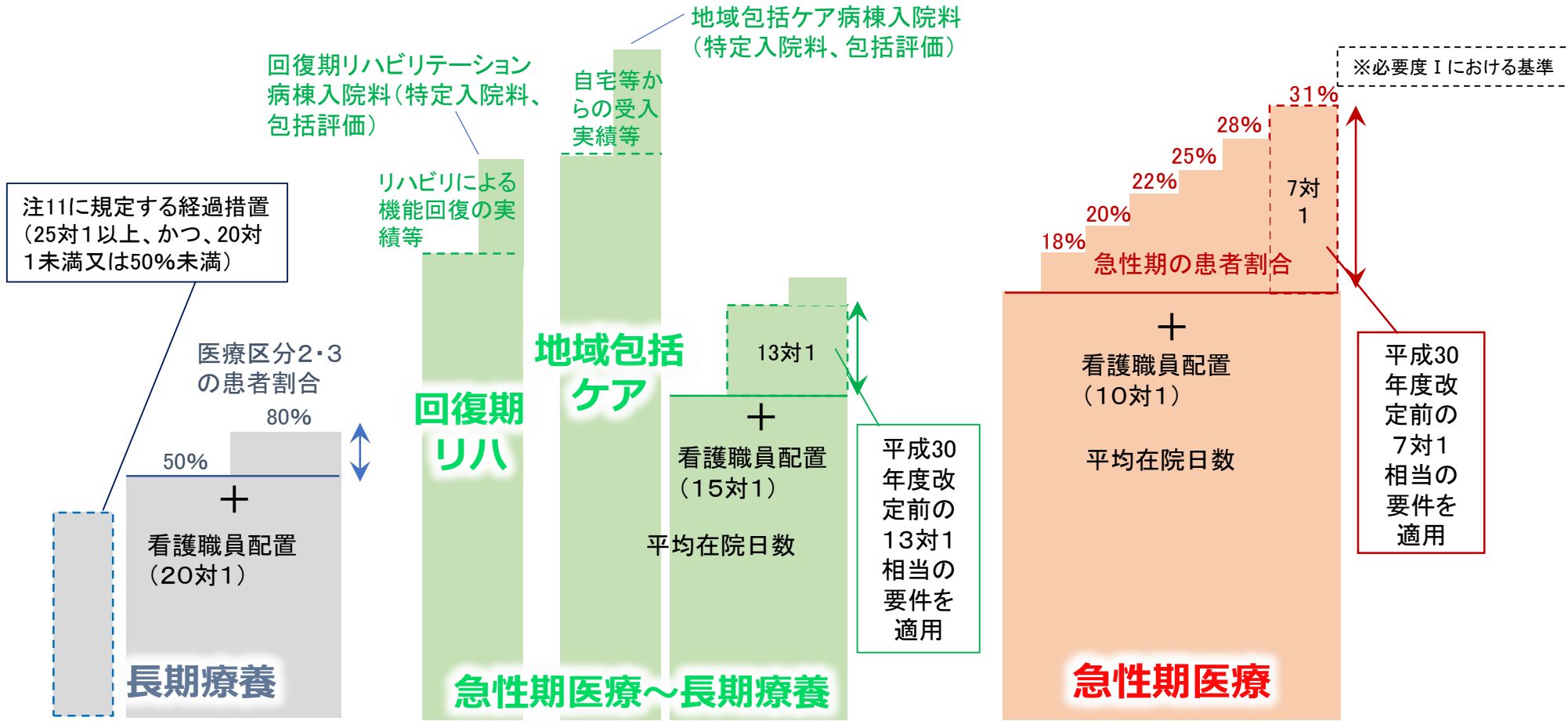
- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。





# 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	<b>7対1入院基本料創設</b>
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	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> ○ <b>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入</b> ・「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	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> ○ <b>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し</b> ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」 ○ <b>平均在院日数要件の見直し</b> ・「平均在院日数が19日→18日以下」
平成26年	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> ○ <b>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し</b> ・「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」 ○ <b>データ提出加算の要件化、在宅復帰率の導入</b>

(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

平成28年	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> ○ <b>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</b> ・「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」 ○ <b>在宅復帰率の見直し</b> ・「75%以上→80%以上」
平成30年	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> ○ <b>一般病棟入院基本料の見直し</b> ・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 ○ <b>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</b> ・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 ○ <b>在宅復帰率の見直し</b> ・「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	<b>急性期一般入院料1の基準の見直し</b> ○ <b>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</b> ・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

## 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】

&lt;全体&gt;

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。

&lt;200床未満&gt;

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

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

※対象病棟の入院患者について、A項目(必要度 I の場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る)及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	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
8	I:救急搬送後の入院(5日間) II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

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・脊髄麻酔の手術(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	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ 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		/	/

# 7対1入院基本料に係る建議書

○ 平成19年の中央社会保険医療協議会において、7対1入院基本料に係る建議書が提出された。

平成19年 1月31日 中央社会保険医療協議会 建議書

平成19年 1月31日

厚生労働大臣 柳澤伯夫 殿

中央社会保険医療協議会 会長 土田武史

## 建議書

当協議会においては、昨年4月の平成18年度診療報酬改定実施以後、看護の問題に関して、経過措置の在り方などを慎重に検討してきた。特に同改定において導入した「7対1入院基本料」については、急性期入院医療の実態に即した看護配置を適切に評価する目的で導入したものであるが、制度導入後、短期間に数多くの届出が行われるとともに、一部の大病院が平成19年度新卒者を大量に採用しようとしたことにより、地域医療に深刻な影響を与える懸念が示されてきた。このような状況を踏まえ、当協議会においては、昨年11月29日の第95回総会以降、この問題について取り上げ、実情の把握に努めるとともに、対応について審議を重ねてきたところである。

その結果、今春に向け国立大学病院等を中心として積極的な採用活動が行われていることが明らかとなった。しかし、一方で、今回の診療報酬改定の趣旨に必ずしも合致しているか疑問なしとしない病院においても7対1入院基本料の届出が行われているとの指摘がなされているところである。看護職員という貴重な医療資源が限られていることを考慮すると、このような状況に対して、当協議会としては深い憂慮を示さざるを得ない。

これを踏まえ、7対1入院基本料の取扱いについて今般結論を得るに至ったので、社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）第2条第1項の規定に基づき、下記のとおり建議する。

なお、各保険医療機関におかれては、看護職員の募集・採用に当たって、地域医療の実情に配慮し、節度を持って行われるよう、強く期待したい。

## 記

- 1 看護職員の配置数等を満たした病院について届出を認めるという現行の7対1入院基本料の基準を見直し、急性期等手厚い看護が必要な入院患者が多い病院等に限って届出が可能となるようなものとする。
- 2 手厚い看護を必要とする患者の判定方法等に関する基準の在り方について、必要な研究に早急に着手し、その結果を踏まえて、平成20年度の診療報酬改定において対応すること。
- 3 看護職員確保に関する各般の施策について、積極的に取り組むこと。

# 平成26年度改定における「重症度、医療・看護必要度」への対応

- 平成26年度改定において、急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図る観点から、急性期患者の特性を評価する項目へ変更するとともに、名称を「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に変更した。

平成26年度診療報酬改定

## 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化②

### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶ 急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。**

現行(A項目)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理



改定後(A項目)	
1	創傷処置 <b>褥瘡処置</b> <b>いずれか1つ以上該当する場合</b>
	<b>(削除)</b>
	<b>(削除)</b>
2	呼吸ケア <b>(喀痰吸引のみの場合を除く)</b>
3	点滴ライン同時3本以上
4	心電図モニター
5	シリンジポンプの使用
6	輸血や血液製剤の使用
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、② <b>抗悪性腫瘍剤の内服</b> ③ 麻薬注射薬の使用 ④ <b>麻薬の内服・貼付</b> ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の使用、⑦ 昇圧剤の使用、⑧ 抗不整脈剤の使用、 ⑨ <b>抗血栓栓薬の持続点滴</b> ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点  
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

#### 【経過措置】

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。

※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、  
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

# 平成28年度改定における「重症度、医療・看護必要度」への対応

- 平成28年度改定においては、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、手術等の実施を評価するC項目を追加した。

平成28年度診療報酬改定

## 医療機能に応じた入院医療の評価について①

### 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

現行 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上	
[A項目]	
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)	
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	
4 心電図モニターの管理	
5 シリンジポンプの管理	
6 輸血や血液製剤の管理	
7 専門的な治療・処置	
① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ ドレナージの管理	
[B項目]	
8 寝返り	9 起き上がり
10 座位保持	11 移乗
12 口腔清潔	13 食事摂取
14 衣服の着脱	



改定後 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上、 <b>A項目3点以上又はC項目1点以上</b>	
[A項目]	
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)	
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	
4 心電図モニターの管理	
5 シリンジポンプの管理	
6 輸血や血液製剤の管理	
7 専門的な治療・処置	
① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、⑪ <b>無菌治療室での治療</b>	
<b>8 救急搬送後の入院</b>	
[B項目]	
<del>9 寝返り</del>	<del>(削除)</del>
<del>(削除)</del>	<del>10 移乗</del>
<del>11 口腔清潔</del>	<del>12 食事摂取</del>
<del>13 衣服の着脱</del>	<del>14 診療・療養上の指示が通じる</del>
	<b>15 危険行動</b>
[C項目]	
<b>16 開頭手術</b>	<b>17 開胸手術</b>
<b>18 開腹手術</b>	<b>19 骨の手術</b>
<b>20 胸腔鏡・腹腔鏡手術</b>	<b>21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術</b>
<b>22 救命等に係る内科的治療</b>	
① 経皮的血管内治療 ② 経皮的筋焼灼術等の治療 ③ 侵襲的な消化器治療	



# 平成30年度改定における「重症度、医療・看護必要度」への対応

- 平成30年度改定においては、実績に応じた評価体系を導入して入院料を再編するとともに、実態を踏まえた基準の見直しを行った。

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑥ (1)急性期医療

## 急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1～7)の内容

- 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に再編する。

		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 [ ]内は 200床未満の経過 措置	重症度、 医療・看護必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	— [26%以上]	— [27%以上]	30%以上
	重症度、 医療・看護必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%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		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

\*1: 現行方法による評価 \*2: 診療実績データを用いた場合の評価 [ ]内は許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の経過措置

## 重症度、医療・看護必要度の見直し②

### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の基準の見直し

- 手術等の医学的状況(C項目)の開腹手術について、実態を踏まえ、該当日数を短縮する。

現行  
C18 開腹手術(5日間)



改定後  
C18 開腹手術(4日間)

- 処置等を受ける認知症やせん妄状態の患者に対する医療について、適切に評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準を見直す。

現行  
・A得点2点以上かつB得点3点以上  
・A得点3点以上  
・C得点1点以上



改定後  
・A得点2点以上かつB得点3点以上  
・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上  
・A得点3点以上  
・C得点1点以上

※ B14・診療・療養上の指示が通じる  
B15・危険行動

# 令和2年度改定における「重症度、医療・看護必要度」への対応

- 令和2年度改定においても、急性期の入院医療の必要性に応じた評価となるよう、重症度、医療・看護必要度の評価項目や判定基準の見直しを行った。

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

## 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（概要）

- 医療機能や入院患者の状態に応じて適切な医療が提供されるよう、入院医療の評価について、以下のとおり見直しを行う。

### 急性期一般入院基本料

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、急性期の入院医療の必要性に応じた評価となるよう、評価項目や判定基準を見直す。また、該当患者割合に係る施設基準について、実態を踏まえて見直す。

### 地域包括ケア病棟入院料

- 地域包括ケア病棟の主な3つの機能をバランスよく発揮することができるよう、地域包括ケアに係る実績や入退院支援等に係る施設基準を見直す。また、同一医療機関内で転棟した場合の算定方法を見直す。

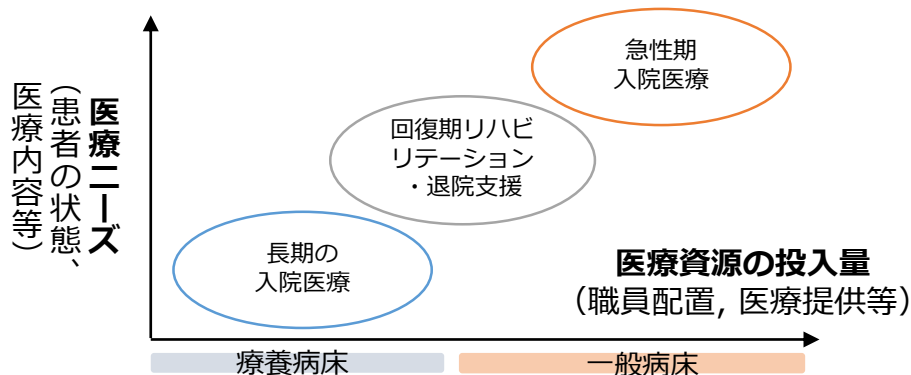
### 回復期リハビリテーション病棟入院料

- リハビリテーションの実績を適切に評価に反映する観点から、実績指数等に係る要件を見直すとともに、日常生活動作の評価に関する取扱いを見直す。

### 療養病棟入院基本料

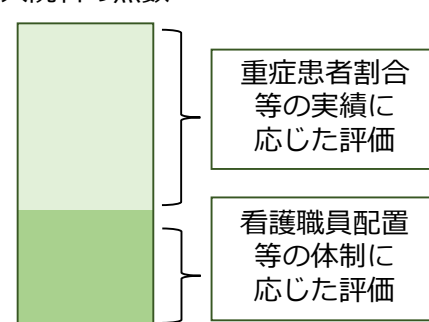
- 医療療養病床に係る医療法上の経過措置の見直し方針や届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す。また、中心静脈カテーテル等の適切な管理を推進する観点から、施設基準や医療区分の要件を見直す。

医療ニーズと医療資源投入量（イメージ）



医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

入院料の点数



入院料	実績指標
急性期一般入院基本料	重症度、医療・看護必要度
地域包括ケア病棟入院料	在宅医療等の提供実績
回復期リハビリテーション病棟入院料	リハビリ実績指数、重症者の割合
療養病棟入院基本料	医療区分・ADL区分

# 重症度、医療・看護必要度(A項目)の変遷

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

平成20年：導入  
9項目

「創傷処置」、「血圧測定」、「時間尿測定」、「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター」「シリンジポンプの使用」、「輸血や血液製剤の使用」  
「専門的な治療・処置」（「専門的な治療・処置」は7種類）

平成26年：急性期病棟で行われる項目のみへ見直し（慢性期病棟でも一般的に行われている項目を削除）  
→7項目

- ・「血圧測定」、「時間尿測定」を削除
- ・「創傷処置」は、「創傷処置 褥瘡処置 いずれか一つ以上該当する場合」に変更
- ・「呼吸ケア」は、「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」に変更
- ・「専門的な治療・処置」に、「抗悪性腫瘍剤の内服」、「麻薬の内服・貼付」、「抗血栓塞栓薬の持続点滴」を追加（10種類）

平成28年：医療の必要性の高い患者の状態追加  
→8項目

- ・「救急搬送後の入院」を追加
- ・「専門的な治療・処置」に、「無菌治療室での治療」を追加（11種類）

平成30年：一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを導入  
（必要度Ⅰと選択可能）

- ・必要度Ⅱのみ、「救急搬送後の入院（2日間）」は対象外とする

令和2年：入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し

- ・「専門的な治療・処置」の「免疫抑制剤の管理」は、「免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）」に変更
- ・「救急搬送後の入院（必要度Ⅰのみ／2日間）」は、「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）」に変更

A		モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
行為の実施	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	—
行為の実施及び管理	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ドレーナの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
入院受入(実施)	8	I：救急搬送後の入院(5日間) II：緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり



# 重症度、医療・看護必要度(B項目、C項目)の変遷

## B項目 患者自身のADLの状況、療養上の世話等の内容を測定

平成20年：導入

7項目

「寝返り」、「起き上がり」、「座位保持」、「移乗」、「口腔清潔」、「食事摂取」  
「衣服の着脱」

平成28年：

→7項目

・他の項目と類似する2項目（「起き上がり」、「座位保持」）を削除  
・認知症、せん妄状態の患者が含まれるよう新たに2項目（「診療・療養上の指示が通じる」、「危険行動」）を追加

令和2年：

・「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」を不要とした

患者の状態	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
患者の状態	9 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		
	10 移乗	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
介助の必要性	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			
患者の状態	15 危険行動	ない		ある		

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

平成28年：導入

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

平成30年：

・実態を踏まえ、該当日数を短縮「開腹手術」5日間→4日間

令和2年：

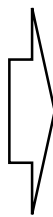
・入院で実施される割合が高い検査・手術を追加  
→9項目「別に定める検査（2日間）」、「別に定める手術（6日間）」を追加  
・実態を踏まえて手術の該当日数を延長  
「開腹手術」7日間→13日間 / 「開胸手術」7日間→12日間  
「開腹手術」4日間→7日間 / 「骨の手術」5日間→11日間  
「胸腔鏡・腹腔鏡手術」3日間→5日間 / 「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」2日間→5日間  
「救命等に係る内科的治療」2日間→5日間

	C 手術等の医学的状況	0点	1点
手術	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
内科的治療	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
検査・手術	24 別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

# 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%) <sup>※1</sup>	26% (24%) <sup>※1</sup>
急性期一般入院料3	25% (23%) <sup>※2</sup>	23% (21%) <sup>※2</sup>
急性期一般入院料4	22% (20%) <sup>※3</sup>	20% (18%) <sup>※3</sup>
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】

基準		
A得点4点以上かつB得点3点以上		

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

## 【ハイケアユニット用】

基準		
A得点3点以上かつB得点4点以上		

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

## 【特定集中治療室用／ハイケアユニット用 共通】

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		
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない					点
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり		点
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
危険行動	ない		ある					点

## 令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

## (全般的事項)

1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること。

## (働き方改革)

2 医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

## (入院医療)

3 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、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等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。

4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

## (DPC/PDPS)

5 急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

## (かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等)

6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

7 地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。

8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。

9 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。

10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

11 オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

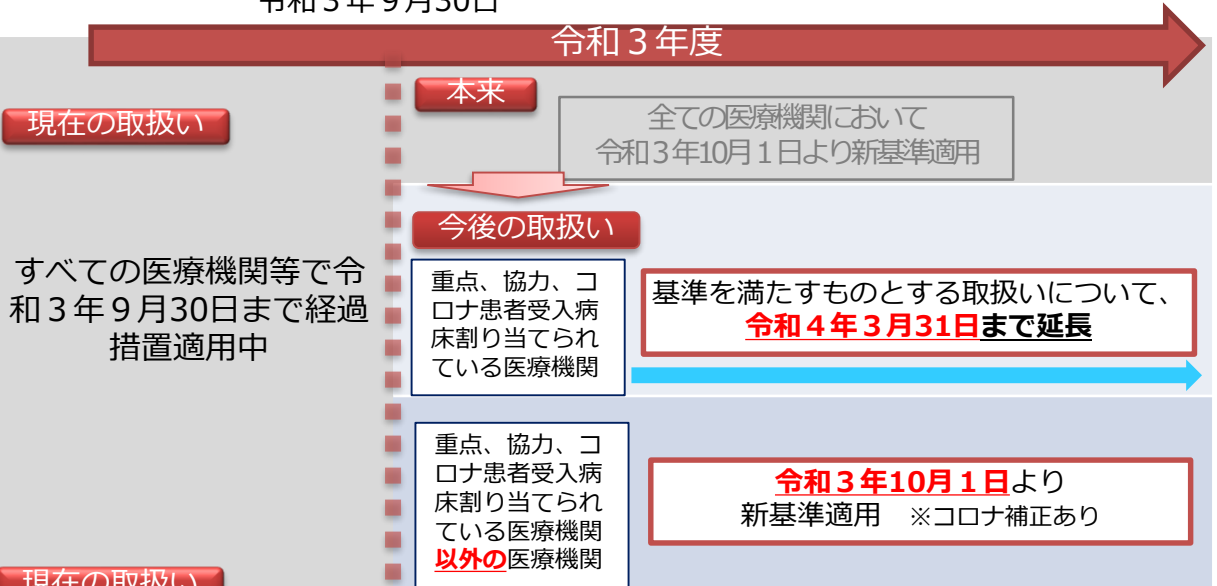
# 経過措置等の取扱いについて（まとめ）

○ 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置等について、令和3年10月以降の取扱いを以下のとおりとする。

令和3年9月30日

## 1. 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置

- ①急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の引き上げ
- ②回復期リハビリテーション料における実績指数の水準引き上げ
- ③地域包括ケア病棟入院料等における診療実績の水準引き上げ 等



現在の取扱い

重点、協力、コ  
ロナ患者受入病  
床割り当てられ  
ている医療機関

令和4年3月31日まで令和元年（平成31年）の実績値で判定可

## 2. 施設基準等において年間実績を使用

例)

- ①地域医療体制確保加算における救急搬送受け入れ件数
- ②処置・手術等の時間外加算における手術等の件数
- ③個別の処置、手術等（腹腔鏡下胃切除術、経皮的僧帽弁クリップ術など）

現在の取扱い

重点、協力、コ  
ロナ患者受入病  
床割り当てられ  
ている医療機関  
**以外の医療機関**

令和3年9月30日まで令  
和元年（平成31年）の  
実績値で判定可

本来

令和3年10月1日より特例廃止

今後の取扱い

**令和3年10月1日**より、特例は終了し、令和2  
年実績を使用して判定 ※コロナ補正あり

# 経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

中医協 総 - 9  
3 . 9 . 1 5

## 急性期一般入院料

区分	本来変更となるべき施設基準	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
			重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
急性期一般入院料 1 (34施設)	急性期一般入院料 2	22施設	8	6	3	2	3
	急性期一般入院料 3	6施設	2	1	2	1	-
	急性期一般入院料 4	5施設	1	1	1	1	1
	急性期一般入院料 6	1施設	-	-	-	1	-
急性期一般入院料 2 (7施設)	急性期一般入院料 3	2施設	-	2	-	-	-
	急性期一般入院料 4	1施設	-	-	-	1	-
	急性期一般入院料 5	1施設	-	-	1	-	-
	急性期一般入院料 6	1施設	-	-	-	1	-
	急性期一般入院料 7	2施設	1	-	-	-	1
急性期一般入院料 4 (22施設)	急性期一般入院料 5	2施設	2	-	-	-	-
	急性期一般入院料 6	2施設	-	1	-	1	-
	急性期一般入院料 7	18施設	-	2	2	5	9
急性期一般入院料 5 (27施設)	急性期一般入院料 6	9施設	-	2	-	4	3
	急性期一般入院料 7	18施設	4	4	1	2	7
急性期一般入院料 6 (18施設)	急性期一般入院料 7	18施設	1	2	1	6	8

# 経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

中医協 総 - 9  
3 . 9 . 1 5

## 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料

区分	本来変更となるべき施設基準	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
			重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
地域包括ケア病棟入院料 1	地域包括ケア病棟入院料 2	4施設	2	2	-	-	-
	地域包括ケア病棟入院料 3	1施設	-	-	-	1	-
	-	2施設	-	-	1	1	-
地域包括ケア病棟入院料 2	-	12施設	8	2	1	-	1
地域包括ケア入院医療管理料 1	地域包括ケア入院医療管理料 2	8施設	-	-	2	3	3
	地域包括ケア入院医療管理料 4	1施設	-	1	-	-	-
	-	4施設	-	1	-	2	1
地域包括ケア入院医療管理料 2	-	9施設	1	1	2	3	2



# 経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

中医協 総 - 9  
3 . 9 . 1 5

## 回復期リハビリテーション病棟入院料

区分	本来変更となるべき施設基準	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
			重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	7施設	-	1	1	3	2
	回復期リハビリテーション病棟入院料 3	1施設	-	-	-	-	1
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	回復期リハビリテーション病棟入院料 4	4施設	1	2	-	-	1
	-	1施設	1	-	-	-	-



# 経過措置終了に伴う急性期一般入院料等の届出状況

○ 新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れていない医療機関において、令和3年9月30日に入院料に係る経過措置が終了したことによる、影響は以下のとおりだった。

新型コロナウイルス感染症に係る対応として  
重点医療機関、協力医療機関、新型コロナ患者受入病床割り当て医療機関、  
のいずれにも該当していなかった医療機関について、  
入院料に係る経過措置が令和3年9月30日で終了したことにより、入院料を変更した医療機関の状況

変更前	変更後	医療機関数
急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 3	1
急性期一般入院料 2	急性期一般入院料 5	1
	急性期一般入院料 7	1
急性期一般入院料 4	急性期一般入院料 7	8
急性期一般入院料 5	急性期一般入院料 6	1
	急性期一般入院料 7	10
急性期一般入院料 6	急性期一般入院料 7	8
地域包括ケア病棟入院料 2 及び／又は地域包括ケア入院医療管理料 2	—	3
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	回復期リハビリテーション病棟入院基本料 2	4
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1

## 急性期入院医療について

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
  - 2-1 重症度、医療・看護必要度について
  - 2-2 急性期入院医療の評価について
  - 2-3 重症患者対応について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
4. 論点

# 入院分科会のとりまとめ及びとりまとめにおける指摘事項①

(必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況について)

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では7割程度であった。

(必要度の該当患者割合について)

○ 令和2年度改定後の必要度の該当患者割合の変化は、令和2年度の見直しにおける、どの内容が最も影響しているのか分析してはどうかという指摘を踏まえ、令和2年度における必要度の基準を満たす患者について、基準①～③の割合を令和2年度改定前と比較したところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに基準③(令和2年度改定前の基準④)の割合が高くなっていた。

○ 新型コロナウイルス感染症の影響が少ないと考えられる医療機関に着目した分析をさらに行うことで、令和2年度改定による必要度への影響を検討できるのではないかと指摘を踏まえ、新型コロナウイルス感染症に係る影響が少ないと考えられる医療機関を抽出し、改定前後の該当患者割合について分析を行った。

# 入院分科会のとりまとめ及びとりまとめにおける指摘事項②

(評価項目)

## ○ 「心電図モニター管理」

- ・「心電図モニター管理」については、医師が医学的必要性から装着の必要性を判断している医療機関がある一方で、心電図モニターの保有台数等、医学的必要性以外の理由で装着を決定している医療機関もあるのではないかと指摘があった。こういった背景については、単に「心電図モニター管理」に該当しているという結果のみから分析を進めても、議論を進めることが難しいのではないかと指摘があった。
- ・これらの実態や指摘も踏まえると、「心電図モニター管理」は、純粋に患者の状態を反映しているとは必ずしも言えない、との指摘があった。
- ・急性期における評価指標として適切かという観点から検討する余地があり、今回示された他の項目の該当割合との掛け合わせの結果や、本項目を除外した場合の影響も見ながら、検討することがよいのではないかと指摘があった。
- ・医学的必要性がない項目である場合、看護師の手間が不必要に増えてしまう観点も踏まえて検討することが必要、との指摘があった。

## ○ 「点滴ライン同時3本以上の管理」

- ・「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者の使用薬剤の種類数について分析すると、4種類が最も多かった一方で、同時3本以上という要件でありながらも2種類以下という患者が存在し、評価指標として適切か検討が必要との指摘があった。
- ・必要度Ⅱでは、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価であるため、コードによっては使用薬剤が2種類以下となる場合もあることも踏まえる必要があるのではないかと指摘があった。

## ○ 「輸血や血液製剤管理」

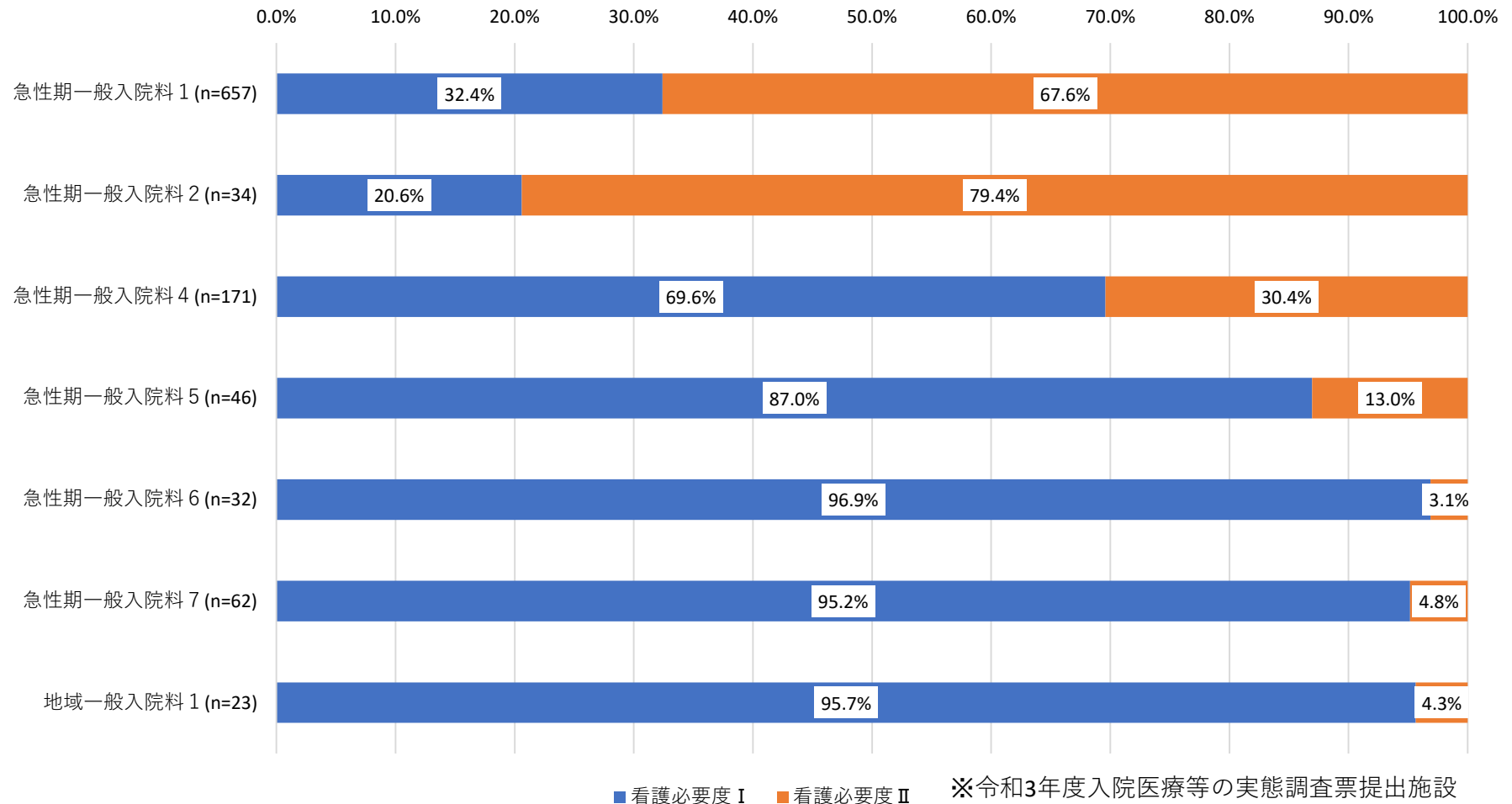
- ・「輸血や血液製剤管理」の有無別に医師による診察の頻度をみると、「輸血や血液製剤管理」有りの方が、診察が頻回な患者の割合が高く、看護師による直接の看護提供の頻度も同様の傾向であったことを踏まえ、評価を見直してはどうかという指摘があった。

○ B項目について、「口腔清潔」と「衣服の着脱」や「口腔清潔」と「食事摂取」の相関をみたところ、高い正の相関がみられた。

○ 令和2年度診療報酬改定におけるC項目の該当日数の見直しの影響について、今後も注視していく必要があるとの指摘があった。

○ 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7割程度であった。

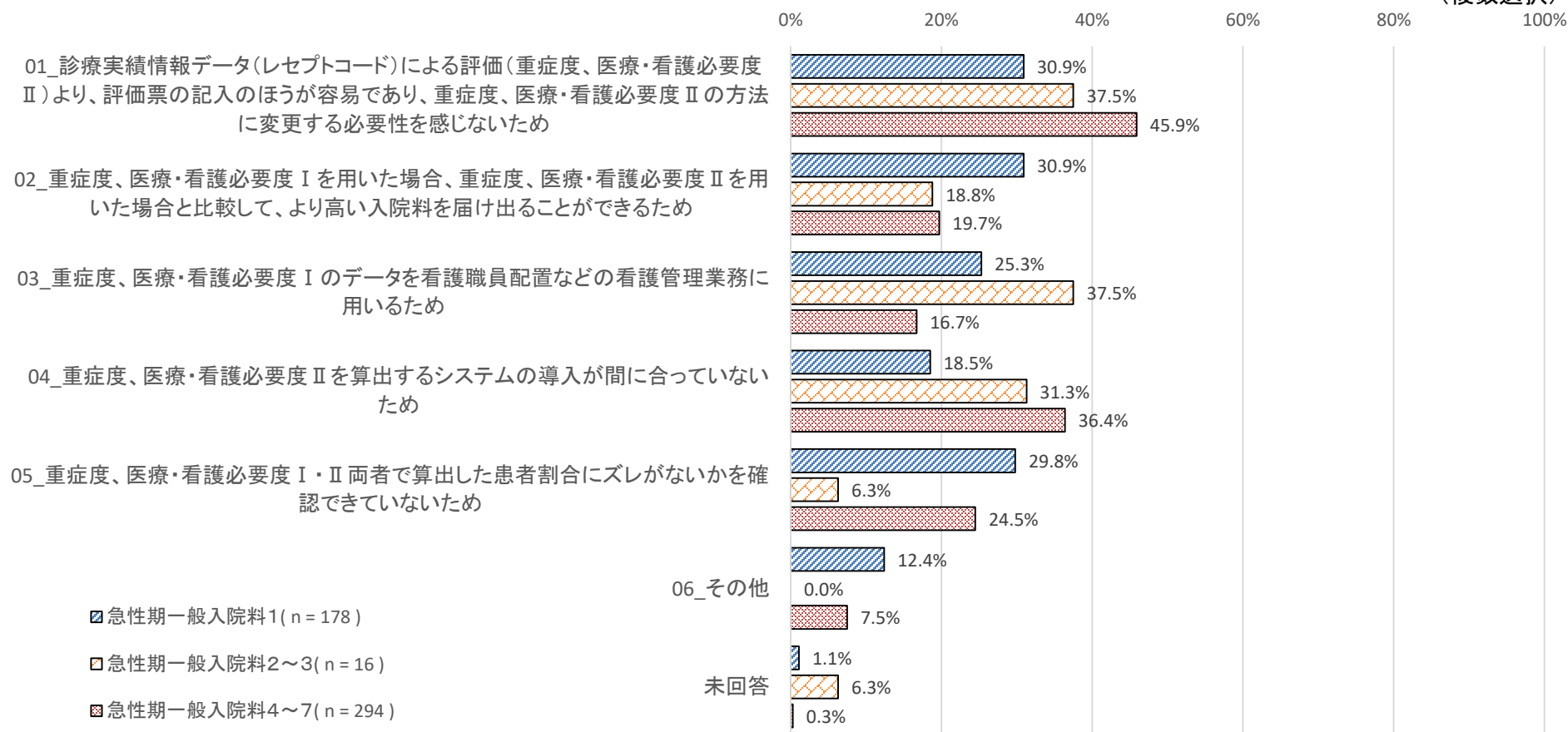
届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（令和3年6月時点）



# 重症度、医療・看護必要度 I を届出ている理由

- 重症度、医療・看護必要度 I を届出ている理由をみると、「診療実績データによる評価より、評価票の記入のほうの方が容易であり、IIに変更する必要性を感じないため」が多かった。
- 急性期一般入院料 2～3、急性期一般入院料 4～7については、「看護職員配置などの看護管理業務に用いるため」や「重症度、医療・看護必要度 II を算出するためのシステムの導入が間に合っていないため」も多かった。

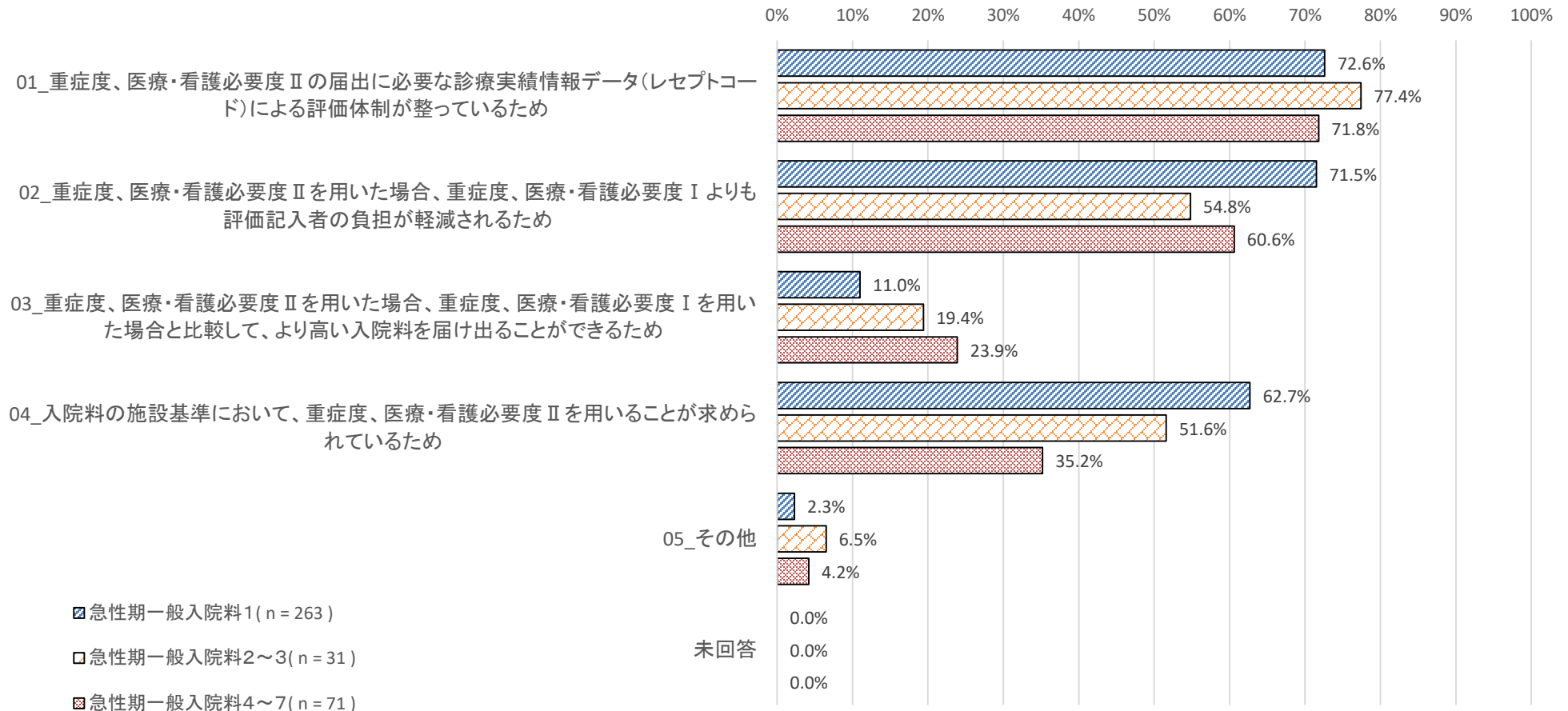
重症度、医療・看護必要度 I の届出を行っている理由(該当するもの複数選択)



○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由をみると、「重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っているため」「重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合、Ⅰよりも評価記入者の負担が軽減されるため」が多かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出を行っている理由(該当するもの複数選択)

(複数選択)



# 重症度、医療・看護必要度ⅠからⅡへ移行した施設についての分析

- 令和2年度に必要度Ⅱを届出ている医療機関のうち、令和元年度の届出が必要度Ⅰであった医療機関は96施設だった。
- 96施設について開設者別にみたところ、医療法人、公立が多かった。
- 病床規模についてみたところ、200床未満と400床以上が多かった。

## 必要度Ⅰから必要度Ⅱに移行した医療機関（96施設）

開設者別	1) 国立	7	R2	急性期一般入院料 1	52
	2) 公立	22		急性期一般入院料 2	1
	3) 公的	10		急性期一般入院料 3	0
	4) 社会保険関係	0		急性期一般入院料 4	22
	5) 医療法人	27		急性期一般入院料 5	7
	6) その他の法人	19		急性期一般入院料 6	2
	7) 個人	1		急性期一般入院料 7	6
	不明	10		特定機能病院 7 : 1	6
	合計	96		合計	96
病床規模別	～199床	35			
	200～399床	16			
	400床～	34			
	不明	11			
	合計	96			

※R2年度に必要度Ⅱを届出ている医療機関:419施設

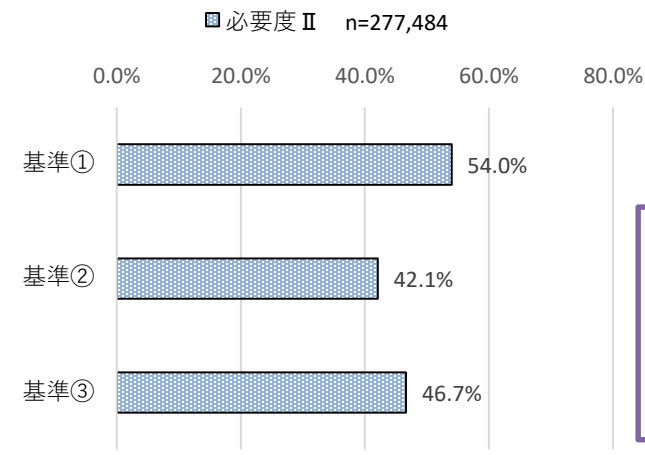
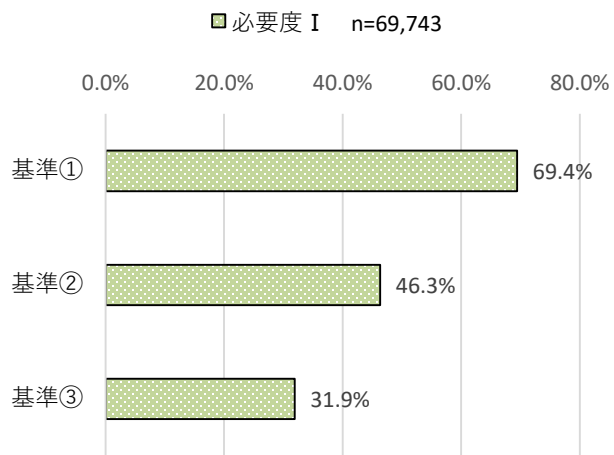


# 各基準を満たす患者の割合

○ 令和2年度における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者について、基準①～③の割合をみると、令和2年度改定前と比較し、必要度Ⅰ・Ⅱともに、基準③（令和2年度改定前の基準④）の割合が高かった。

重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者における各基準の割合

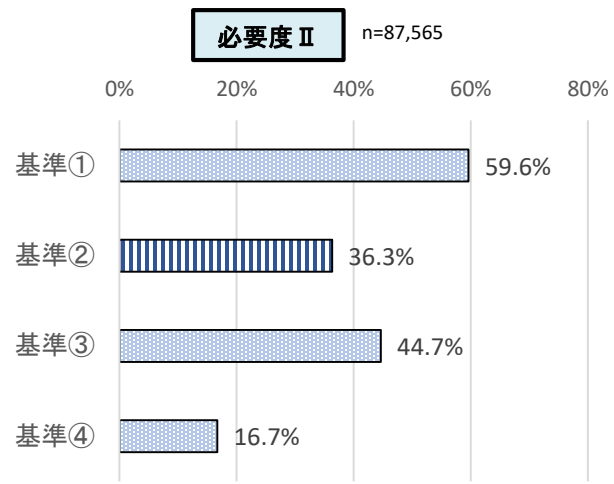
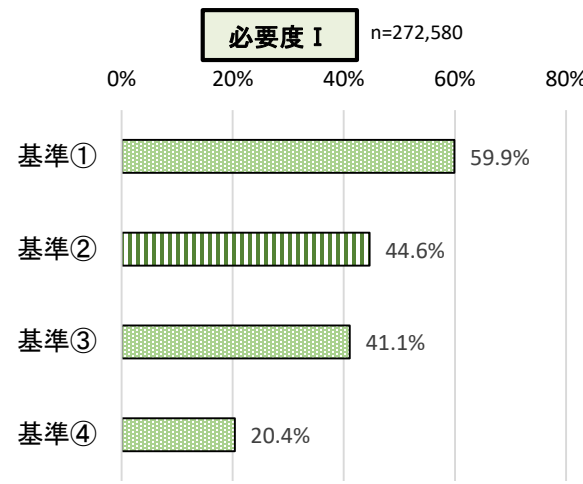
R 2



基準①:  
A2点以上かつB3点以上  
基準②:  
A3点以上  
基準③:  
C1点以上

出典：令和2年度入院医療等の調査 ※nは患者数×日数(人・日) 新型コロナウイルス感染症患者は除く

H 30



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

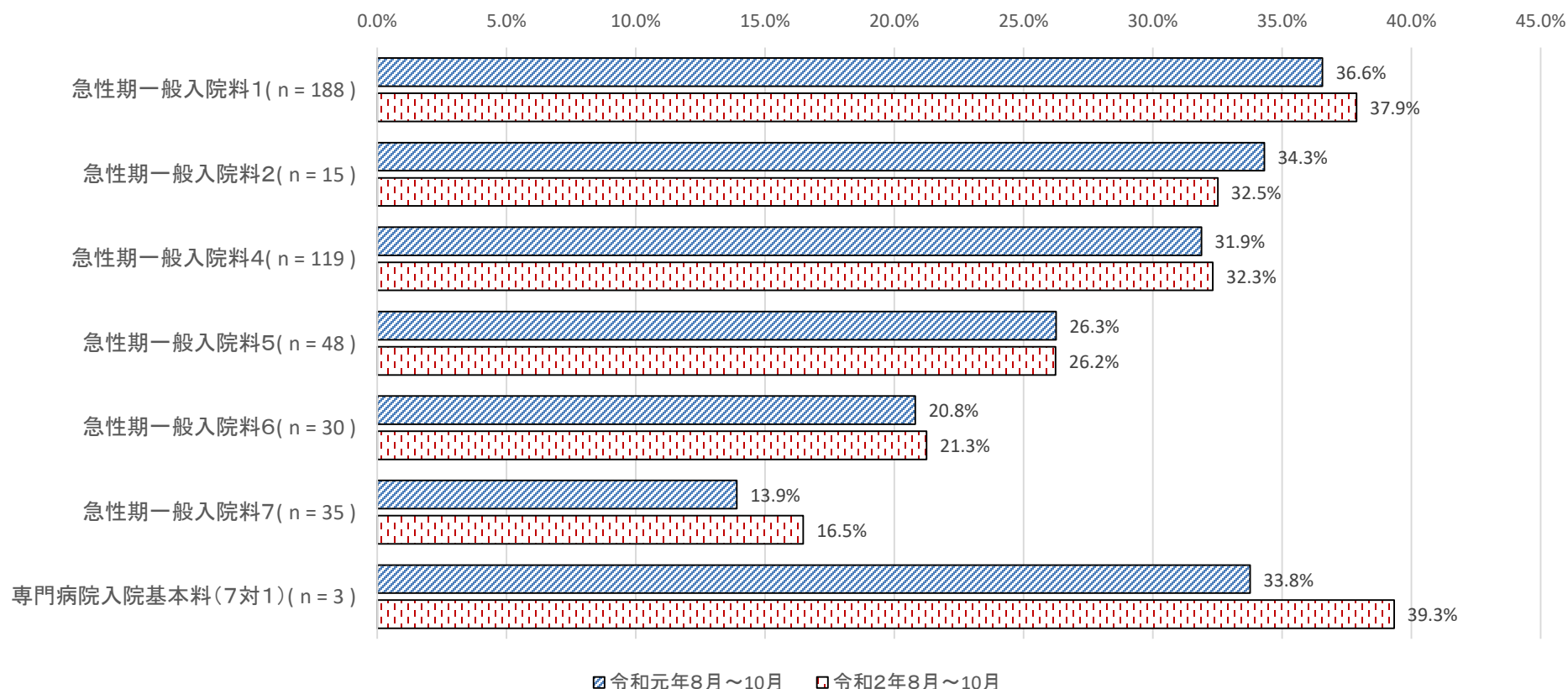
出典：平成30年度入院医療等の調査 ※nは患者数×日数(人・日) ※届出区分無回答のものは除く

# 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 総-2  
3.8.25

○ 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)

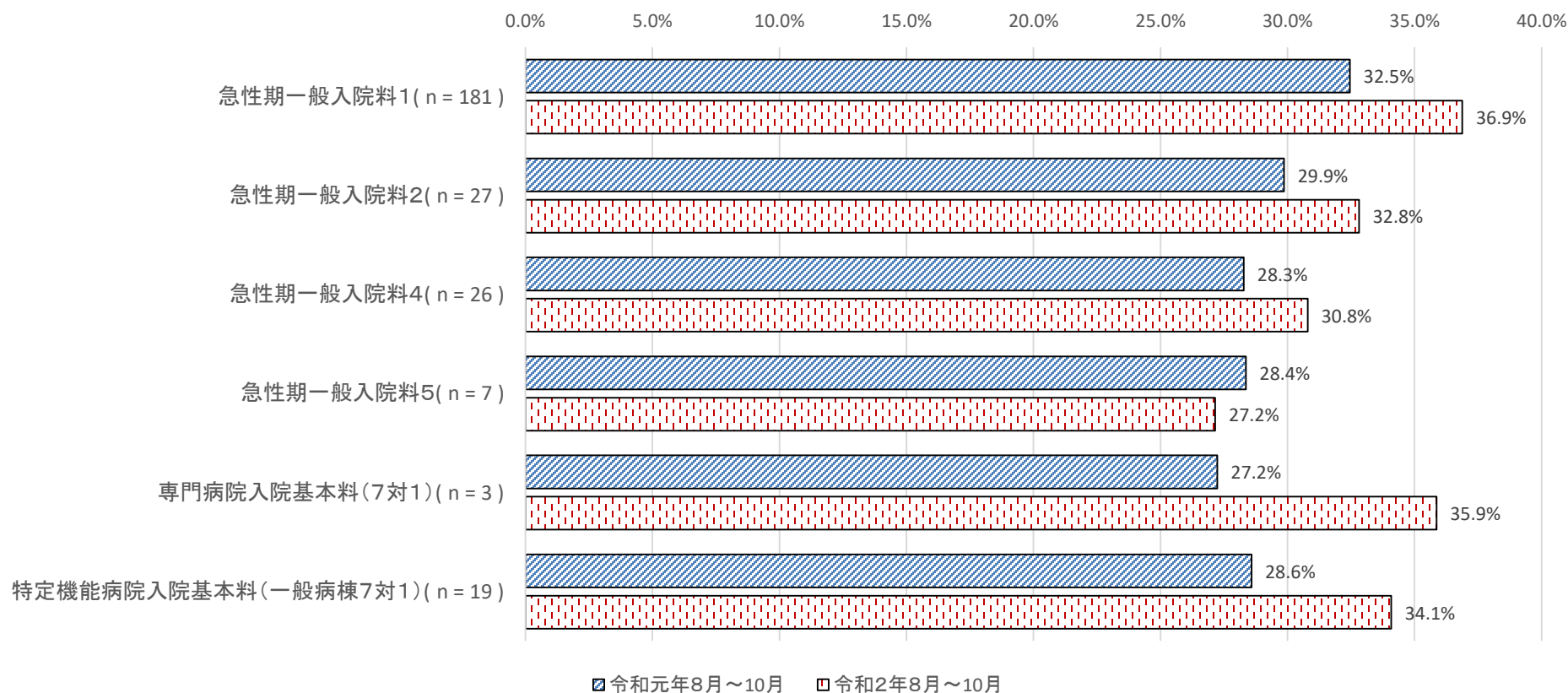


# 一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合の比較（R1/R2）

中医協 総-2  
3.8.25

○ 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

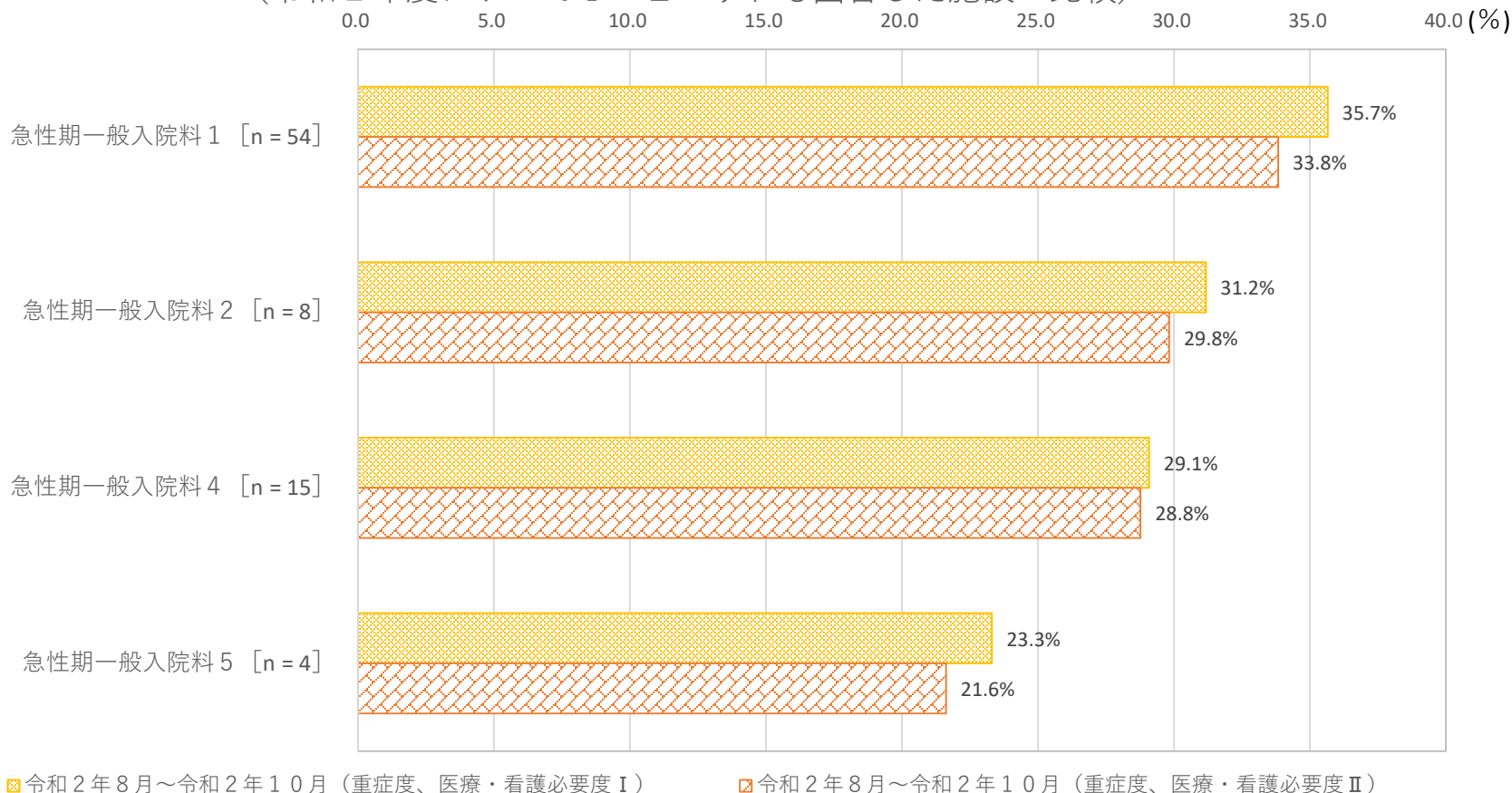
# 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（Ⅰ／Ⅱ）

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、令和2年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設の平均をみると、Ⅰの方が割合が高い傾向にあった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合

（令和2年度においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較）



※届出区分無回答のものは除く ※n=2以下の入院料は除く

出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票） ※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

- 医療機関のコロナ患者受け入れに関する分析では、次の分類を用いた。

## 新型コロナ患者受入等

- ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等
- イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等
- ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等
- エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

A票：問1-4  
B～D票：問1-5

※ 上記ア～エは、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

コロナ患者受入医療機関／非受入医療機関の分析においては、「コロナ受入あり」「コロナ受入なし」を以下のとおり分類した。

### 「コロナ受入あり」

A票～D票：コロナ受入分析期間で、アに一度でも該当している医療機関

### 「コロナ受入なし」

A票～D票：コロナ受入分析期間で、アに該当していない医療機関

※コロナ受入分析期間

令和2年4～6月、令和2年4～9月、令和2年8～10月

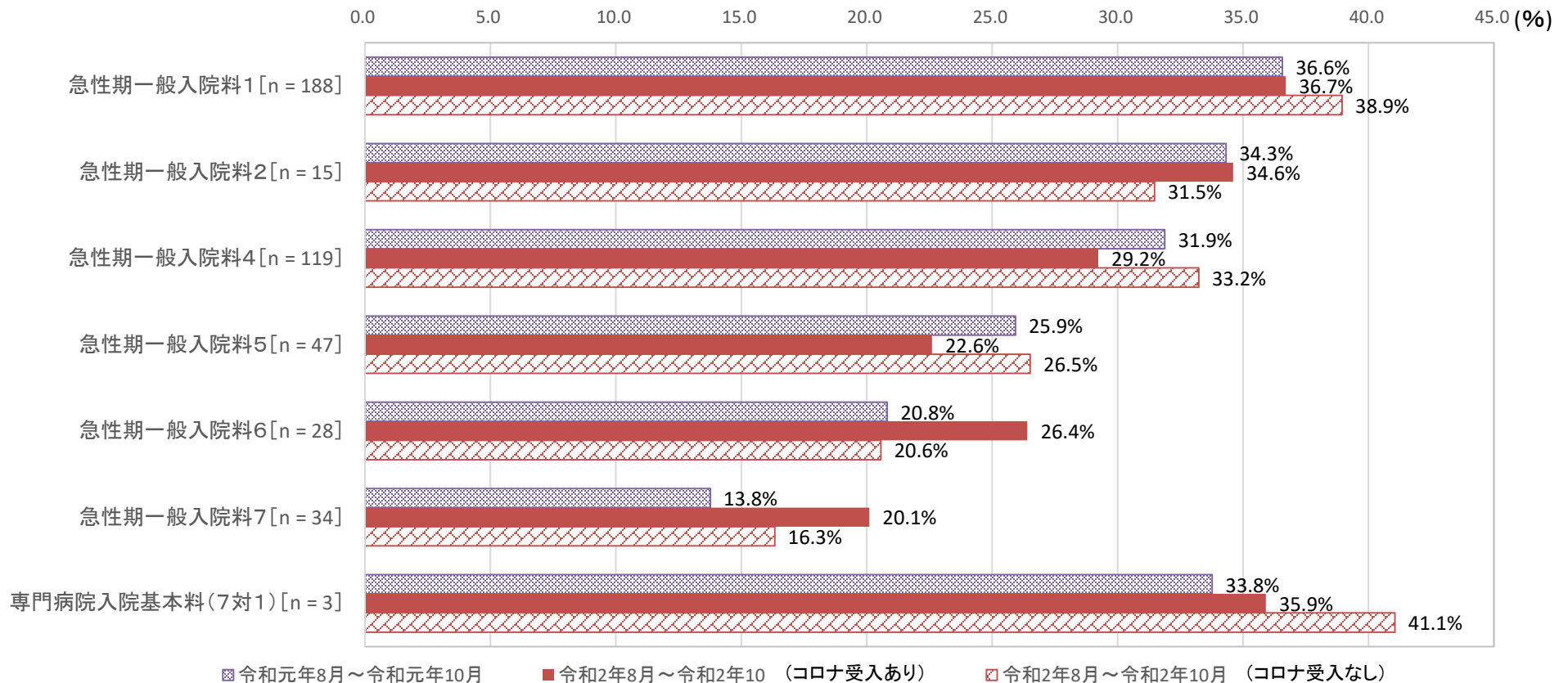
# 一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合 (R1/R2コロナ有無)

中医協 総-1-2  
3.10.27

コロナ

- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの患者割合は、急性期一般入院料1、4、5、専門病院入院基本料（7：1）において、令和2年度コロナ受入ありの施設の割合が低くなる傾向にあった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合  
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)



※届出区分無回答のものは除く ※n=2以下の入院料は除く

※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したのもののみ集計

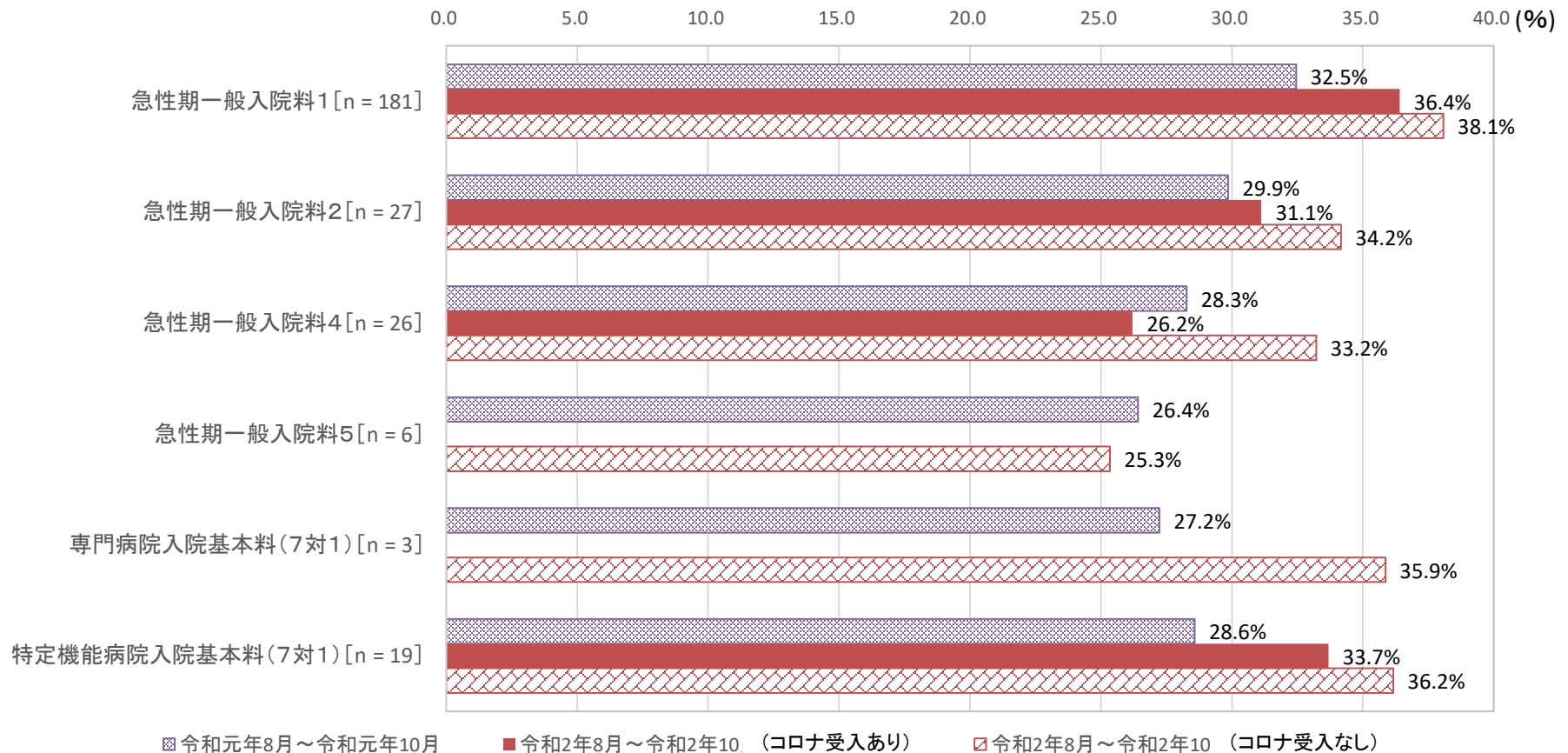
# 一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合 (R1/R2コロナ有無)

中医協 総-1-2  
3.10.27

コロナ

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの患者割合は、全体的に令和2年に割合が高くなる傾向があり、中でもコロナ受入ありの施設の方がコロナ受入なしの施設よりも、患者割合が低くなっていた。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合  
(R1・R2いずれも回答した施設の比較)



※届出区分無回答のものは除く ※n=2以下の入院料は除く

※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

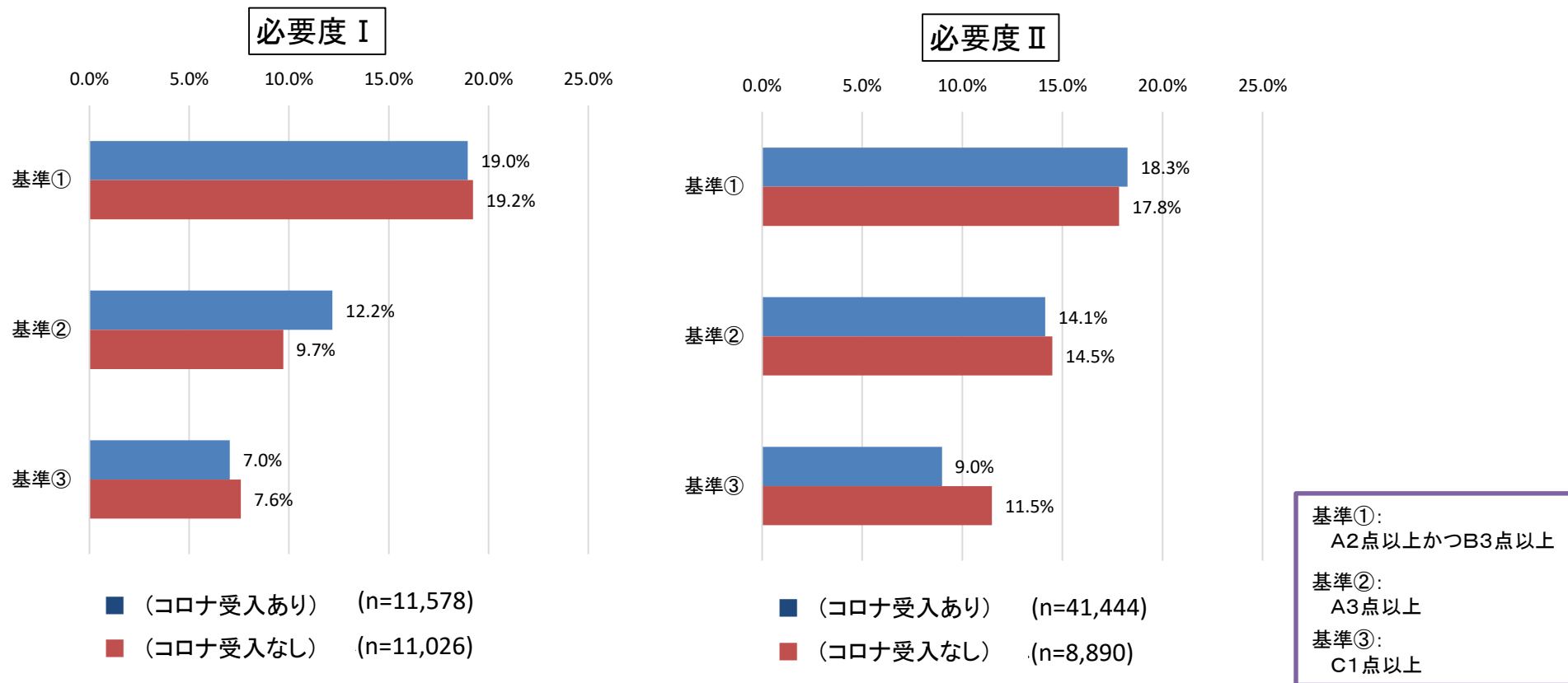
※令3年6月16日の分科会資料より一部訂正有り

# 重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合

中医協 総-1-2  
3.10.27

コロナ

- 重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合をみると、基準③については、必要度Ⅰ・Ⅱともに「コロナ受入あり」の方が基準を満たす患者の割合が低かった。





- コロナ影響が少ないと考えられる医療機関について抽出条件を変更し、対象数を増やしたところ、以下のとおりだった。
- 影響が少ないと考えられるA区分の施設を病床規模別にみたところ、以下の通りであった。

1. コロナ分受入分析期間中、施設票問1-4の(ア)に一度も該当しない施設数

A区分	510
B区分	650
C区分	510
D区分	290
合計	1,960

2. 1かつ、施設票問2-3の「①外来」～「⑦緊急手術」の全てにおいて「01」または「04」に該当する施設数

A区分	285
B区分	398
C区分	327
D区分	129
合計	1,139

3. 1かつ、施設票問2-3の「③入院」～「⑦緊急手術」の全てにおいて「01」または「04」に該当する施設数

A区分	307
B区分	446
C区分	368
D区分	175
合計	1,296

\* 2-3 次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。（該当する番号それぞれ1つに○）

①外来（平日）	01通常	02制限	03停止	
②外来（土日）	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
③入院	01通常	02制限	03停止	
④救急	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
⑤化学療法	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
⑥手術	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
⑦緊急手術	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし

病床規模区分	施設数
～199床	241
200～399床	26
400床～	10
不明	30
合計	307

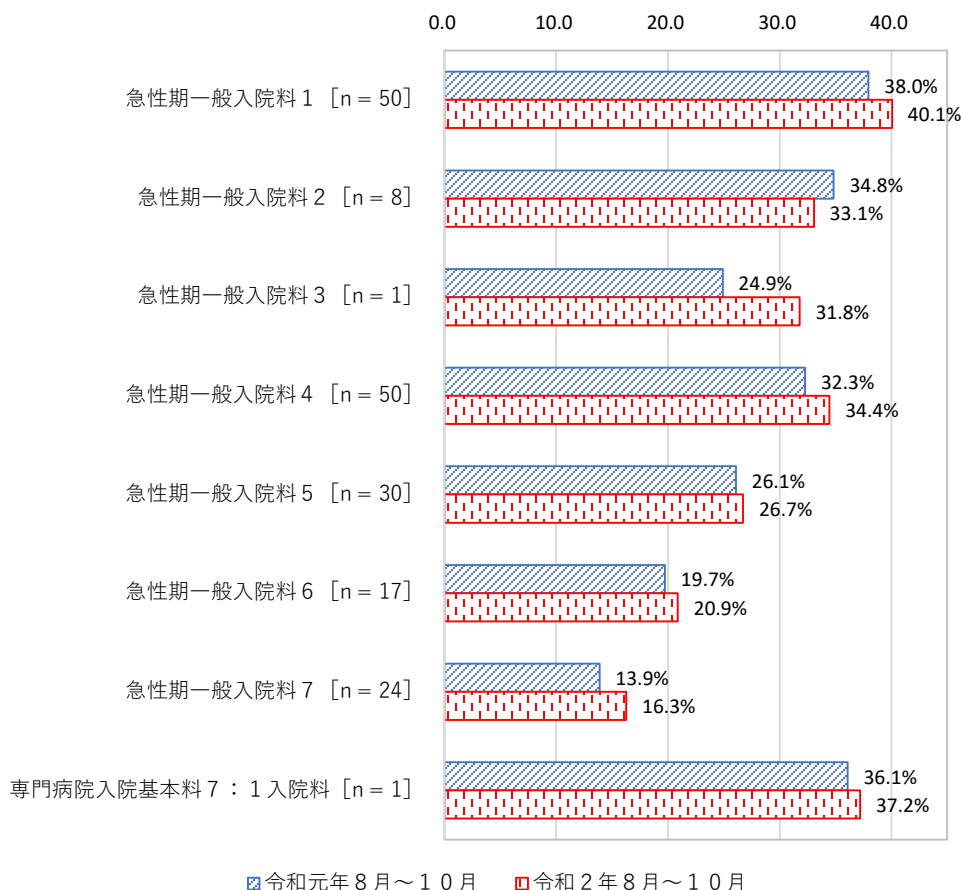
# 一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較 (R1/R2)

○ コロナ影響が少ないと考えられる医療機関について抽出条件を変更し、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに、令和元年より令和2年の方が高い傾向にあった。

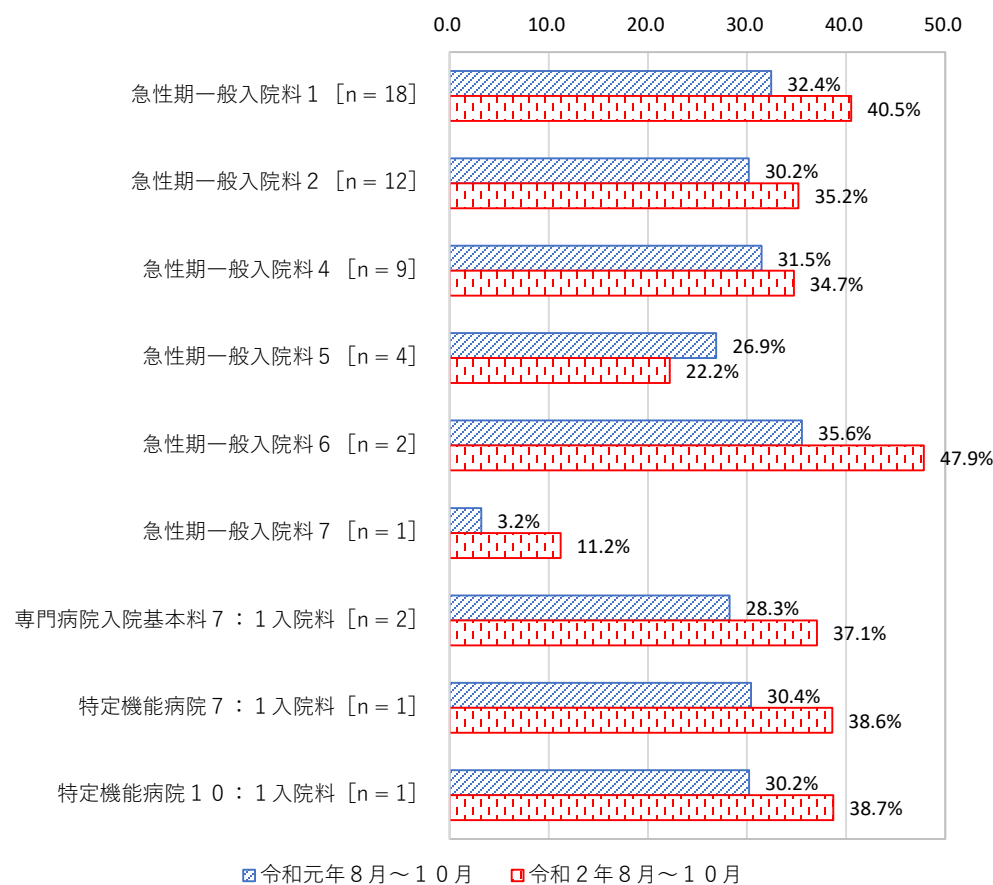
中医協 総-1-2  
3. 10. 27

▶ 3で集計した307施設にしぼり、R1・R2のいずれも回答した施設を対象に集計

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いずれも回答した施設の比較)



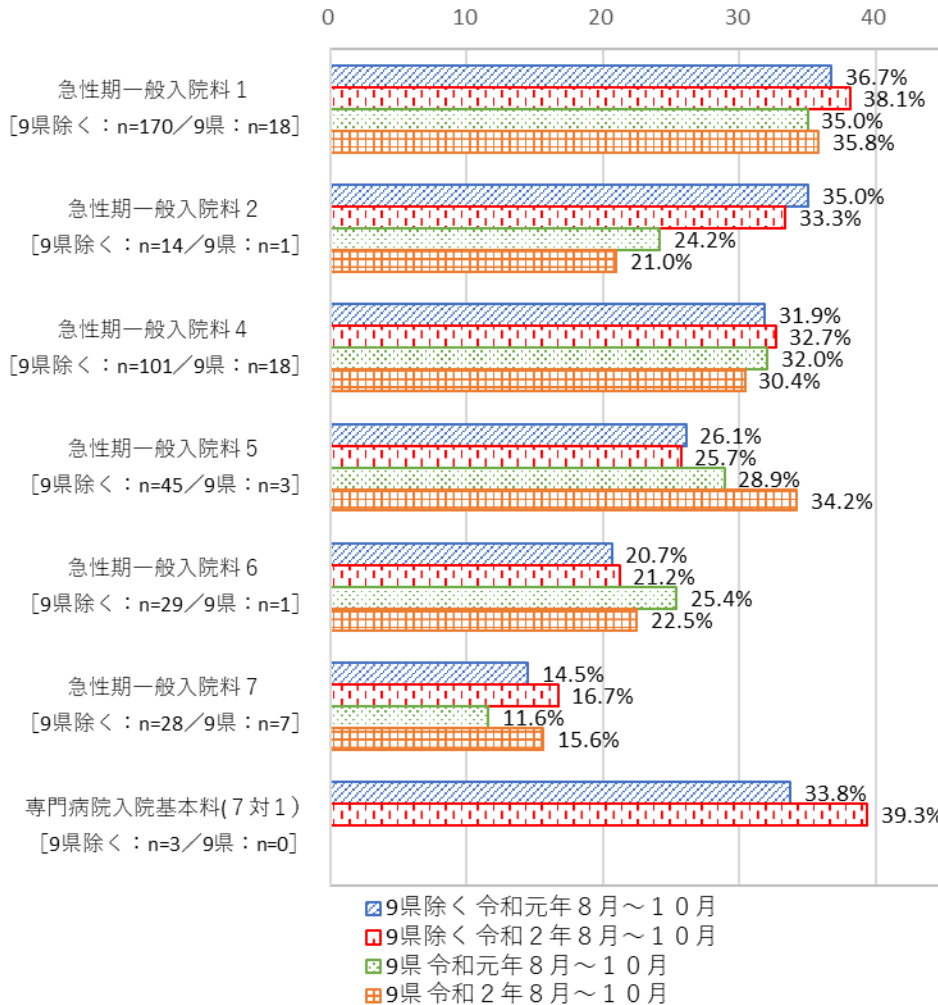
重症度、医療・看護必要度Ⅱの判定基準を満たす患者割合  
(R1・R2いずれも回答した施設の比較)



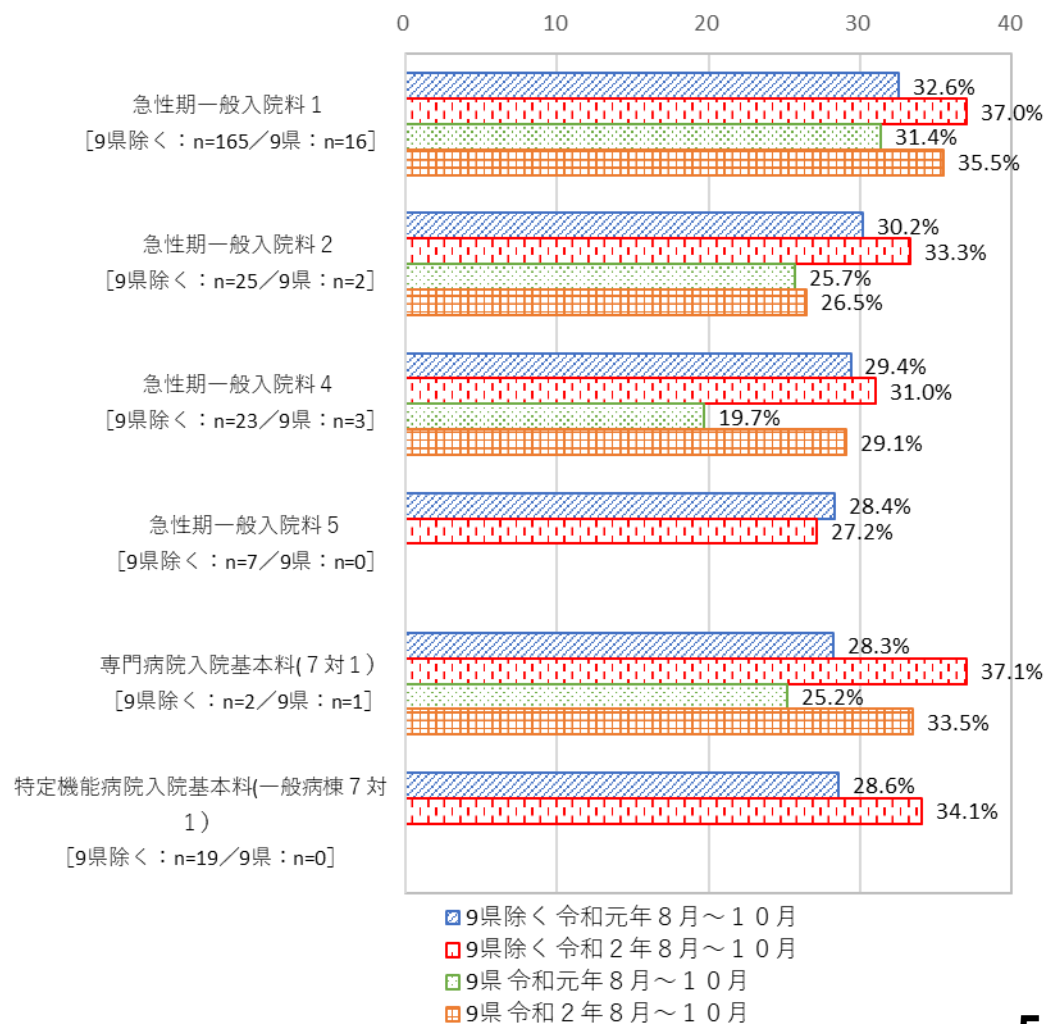
# 新型コロナウイルス感染症に係る影響を踏まえた分析 (R1/R2)

○ 令和2年8月～10月の間に、新型コロナウイルス新規陽性者100人未満の県(9県)と100人以上の県(38都道府県)で、重症度、医療・看護必要度の該当割合について分析したところ、急性期一般入院料1では、9県・38都道府県ともに令和2年度の方が高かった。

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いずれも回答した施設の比較)



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いずれも回答した施設の比較)



# 重症度、医療・看護必要度についての課題（小括）

（必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況について）

- ・重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では7割程度であった。

（必要度の該当患者割合について）

- ・令和2年度における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者について、基準①～③の割合をみると、令和2年度改定前と比較し、必要度Ⅰ・Ⅱともに、基準③（令和2年度改定前の基準④）の割合が高かった。
- ・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く、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。
- ・必要度の基準を満たす患者の割合について、令和2年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設の平均をみると、Ⅰの方が割合が高い傾向にあった。
- ・必要度Ⅰと比較して、必要度Ⅱの該当患者割合は、令和2年に割合が高くなる傾向があり、中でもコロナ受入ありの施設の方がコロナ受入なしの施設よりも、患者割合が低くなっていた。
- ・全患者に対する必要度の各基準の該当患者割合については、基準③（C1点以上）で、必要度Ⅰ・Ⅱともにコロナ受入ありの方が、該当患者割合が低かった。
- ・新型コロナウイルス感染症に係る影響が少ないと考えられる医療機関を抽出し、改定前後の該当患者割合について分析を行ったところ、令和元年度より令和2年度の方が必要度の基準を満たす患者割合が高い傾向にあった。
- ・令和2年8月～10月の間に、新型コロナウイルス新規陽性者100人未満の県（9県）と100人以上の県（9県を除く38都道府県）で、重症度、医療・看護必要度の該当割合について分析を行ったところ、急性期一般入院料1では、9県・38都道府県ともに令和2年度の方が高かった。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

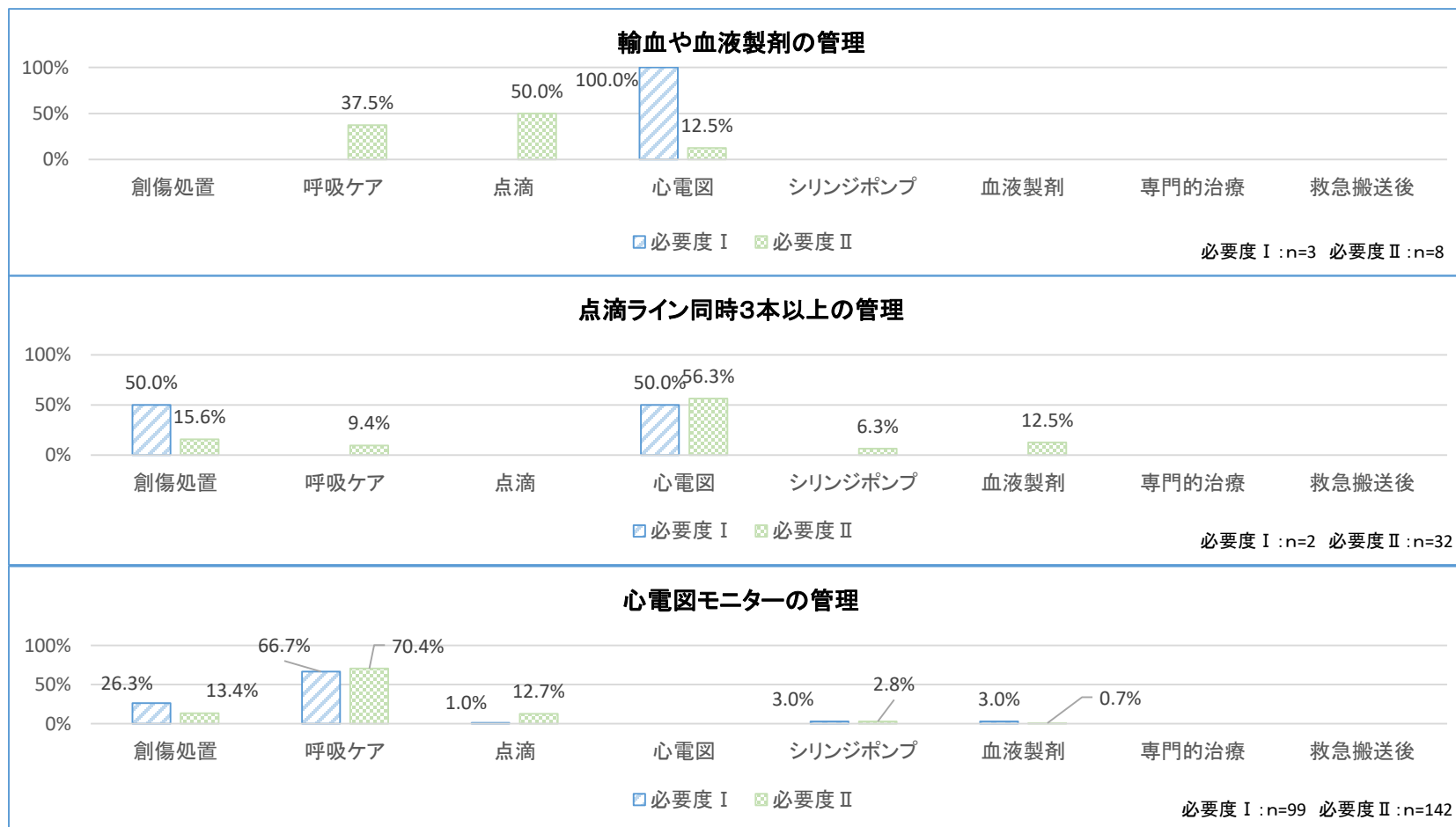
A項目	点滴ライン同時3本以上の管理	心電図モニターの管理	輸血や血液製剤の管理
<b>項目の定義</b>	点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護職員が管理を行った場合に評価する項目である。	心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。	輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。
<b>選択肢の判断基準</b>	「なし」 同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。 「あり」 同時に3本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。	「なし」 持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。 「あり」 持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。	「なし」 輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。 「あり」 輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。
<b>判断に際しての留意点</b>	施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。 2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクタで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。 スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。	心電図の誘導の種類や誘導法の種類は問わない。 機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。 心電図検査として一時的に測定を行った場合は含めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。	輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

## 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A3点滴ライン同時3本以上の管理	130004410	中心静脈注射
	130010670	血漿成分製剤加算（中心静脈注射）
	150247310	硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入
	150255670	精密持続注入加算（硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入）

# A2点+B3点のみに該当している患者（必要度Ⅰ/Ⅱ）

- 「A2点+B3点」に該当する患者のうち「輸血や血液製剤の管理」に該当している患者のA項目の組み合わせをみたところ、必要度Ⅰでは「心電図モニターの管理」との組み合わせが100%であった。
- 「A2点+B3点」に該当する患者のうち「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当している患者のA項目の組み合わせをみたところ、「創傷処置」または「心電図」との組み合わせが多かった。
- 「A2点+B3点」に該当する患者のうち「心電図モニターの管理」に該当している患者のA項目の組み合わせをみたところ、「呼吸ケア」との組み合わせが多かった。

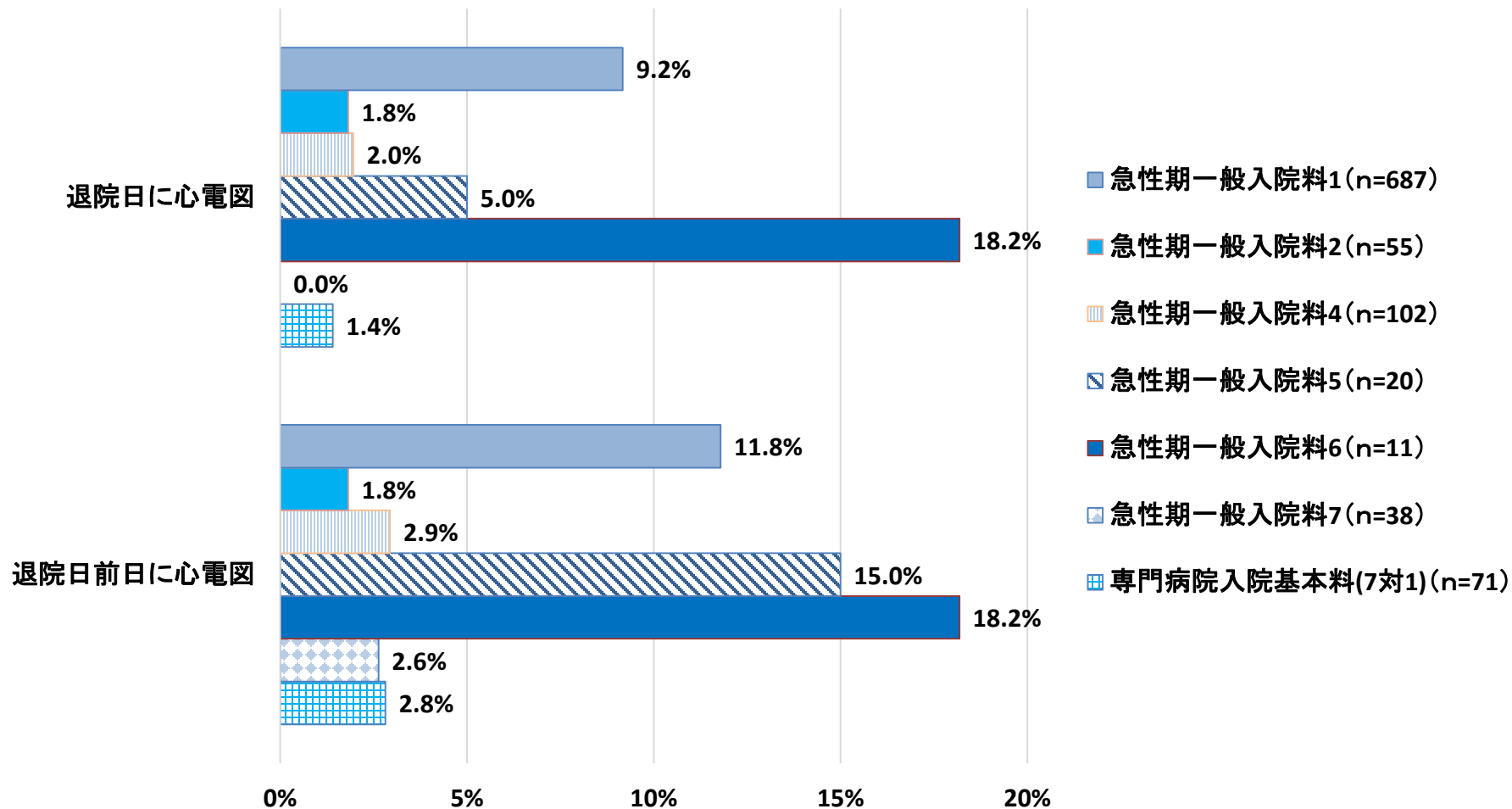


# 退院日及び退院前日の「心電図モニター」の該当状況について（必要度Ⅰ）

○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」についてみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。

中医協 総-1-2  
3.10.27

## 心電図モニターの管理



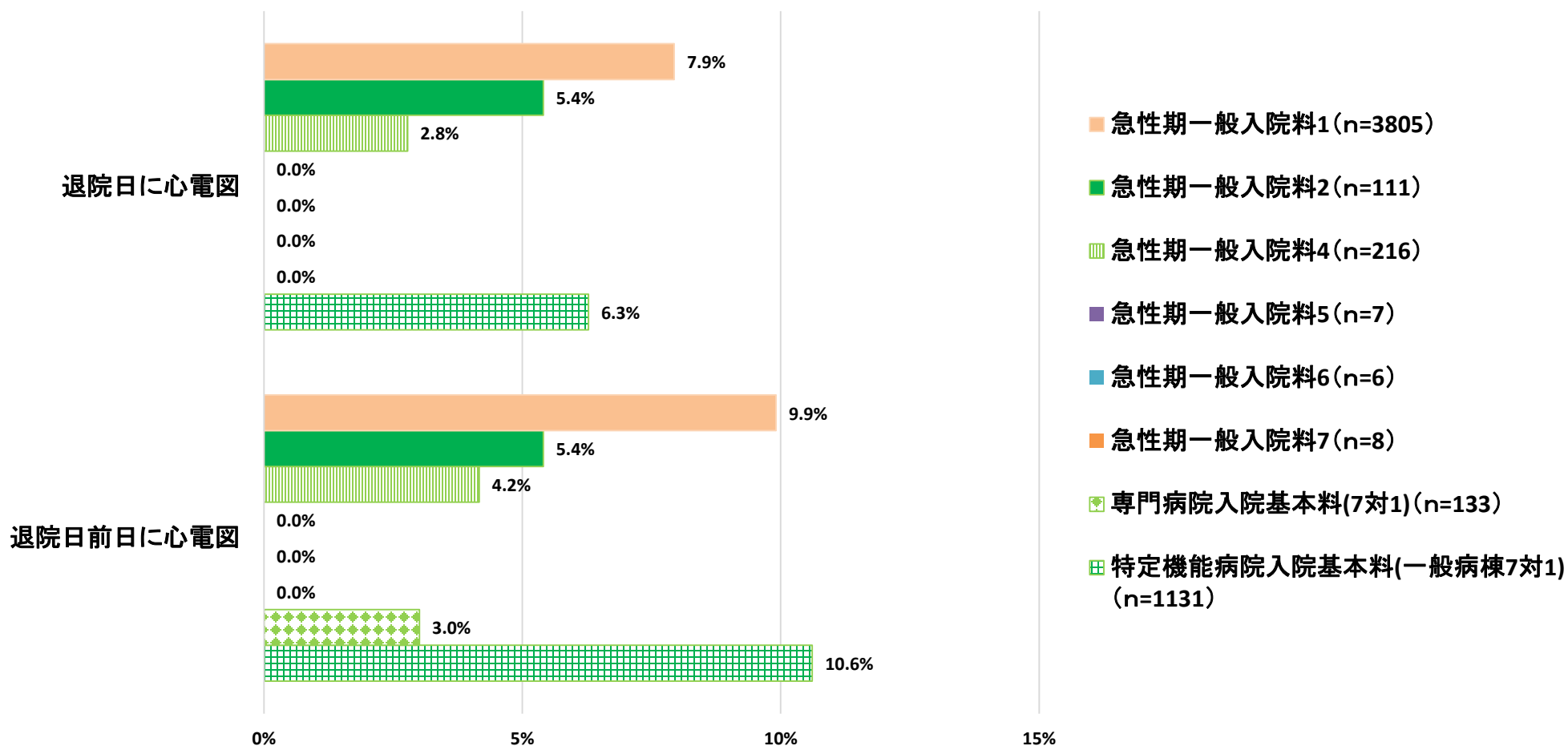


# 退院日及び退院前日の「心電図モニター」の該当状況について（必要度Ⅱ）

○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」についてみると、該当する患者割合は以下の通りであった。

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

## 心電図モニターの管理

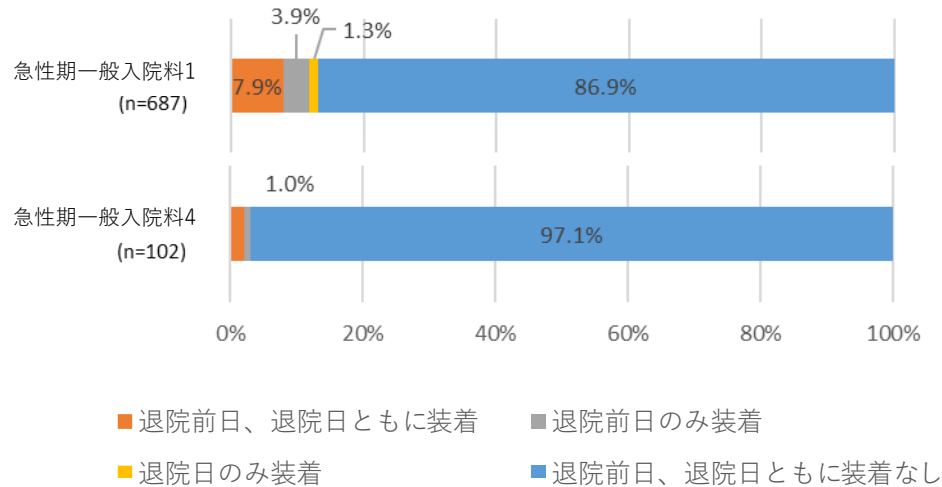




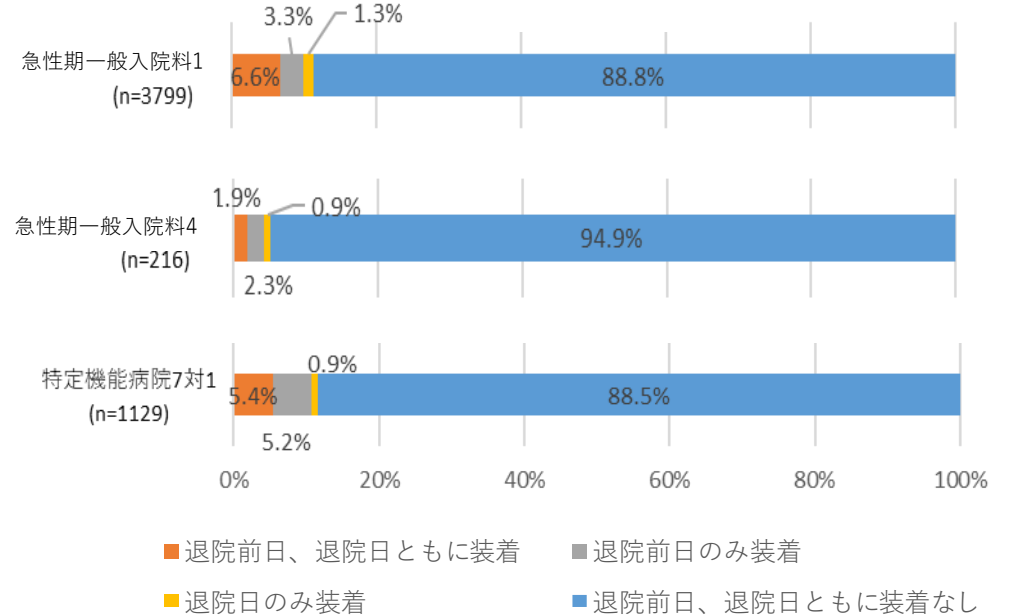
# 退院日及び退院前日の「心電図モニター」の管理（必要度Ⅰ・Ⅱ）

○ 自宅に退院した患者について、①退院前日・退院日ともに心電図モニター装着、②退院前日のみ装着、③退院日のみ装着、の分類ごとに該当割合をみたところ、③退院日のみ装着が最も低かった。

該当患者割合  
(必要度Ⅰ)



該当患者割合  
(必要度Ⅱ)



- 基準①又は②に該当し、かつ「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰでは4割、必要度Ⅱでは5割を超えていた。
- 基準①又は②を満たし、かつ「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰでは1.5割、必要度Ⅱでは約2割であった。

基準①②を満たし「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、  
専門的な治療・処置に該当する患者

●看護必要度Ⅰ

専門的治療件数	心電図全件数	割合
16,144	40,363	40.0%

●看護必要度Ⅱ

専門的治療件数	心電図全件数	割合
59,210	105,122	56.3%

基準①②を満たし「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、  
C項目に該当する患者

●看護必要度Ⅰ

C_件数	心電図全件数	C_割合
6,150	40,363	15.2%

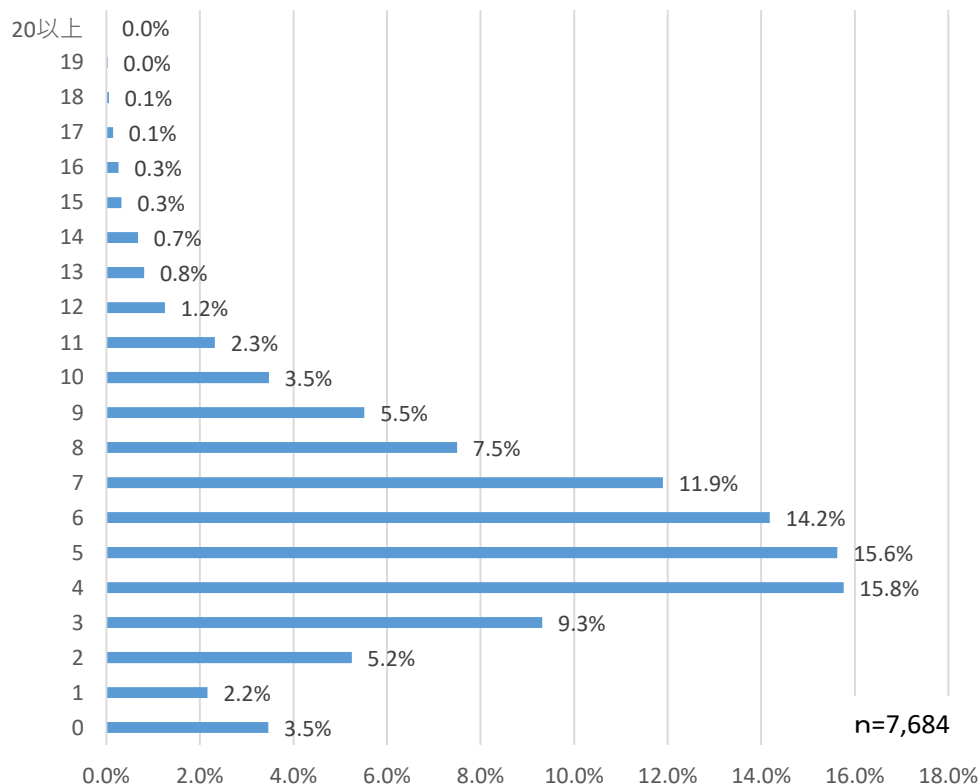
●看護必要度Ⅱ

C_件数	心電図全件数	C_割合
20,455	105,122	19.5%

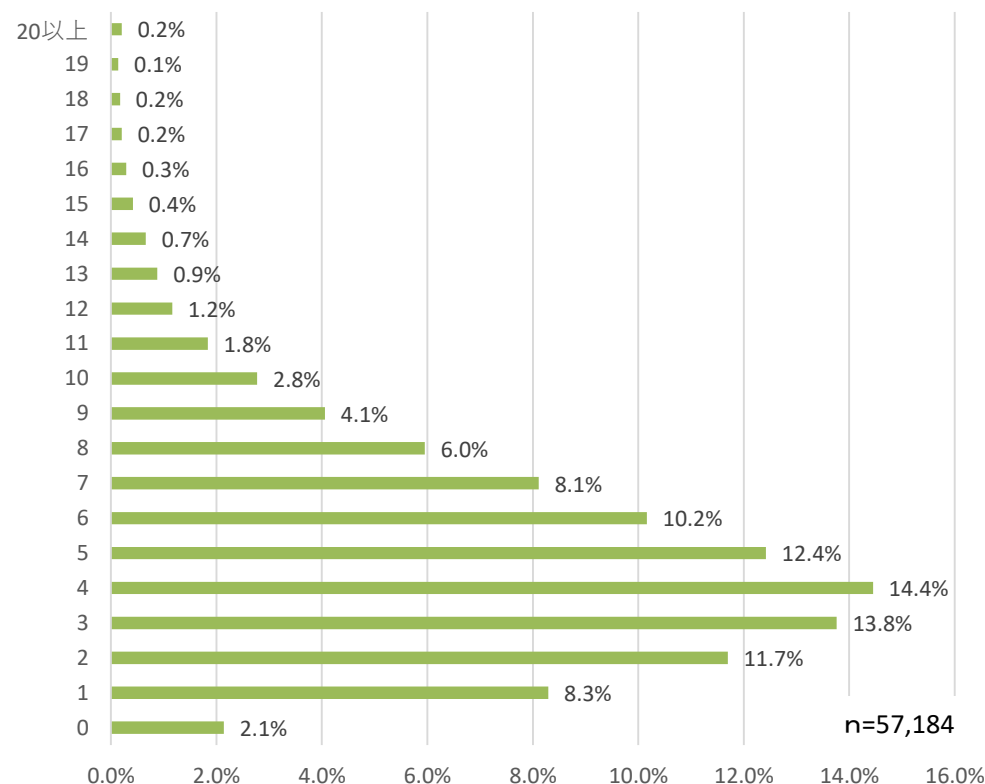
# 使用した薬剤数毎の該当患者割合（「点滴同時3本以上」）

○ 「点滴同時3本以上」に該当する患者のうち、薬剤の使用数（成分名の種類数）毎に割合の分布を見たところ、4種類が最も高く、2種類以下も存在した。

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅰ）



使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅱ）



<集計方法>

- 1.EFファイルからデータ区分「33」のうち薬剤に該当するレセ電コード6から始まる9桁の薬剤を抽出
- 2.抽出した薬剤のレセ電コードと薬価基準収載医薬品コードを紐付け
- 3.「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」のマスタから紐付けした薬価基準収載医薬品コードの「成分名」をまとめたものを種類数としてカウント。

- 基準①又は②に該当し、かつ「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに約7割であった。
- 基準①又は②に該当し、かつ「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに約2割であった。

基準①②を満たし「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、専門的な治療・処置に該当する患者

●看護必要度Ⅰ

専門的治療件数	点滴全件数	割合
4,941	6,974	70.8%

●看護必要度Ⅱ

専門的治療件数	点滴全件数	割合
31,056	42,740	72.7%

基準①②を満たし「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者

●看護必要度Ⅰ

C_件数	点滴全件数	C_割合
1,653	6,974	23.7%

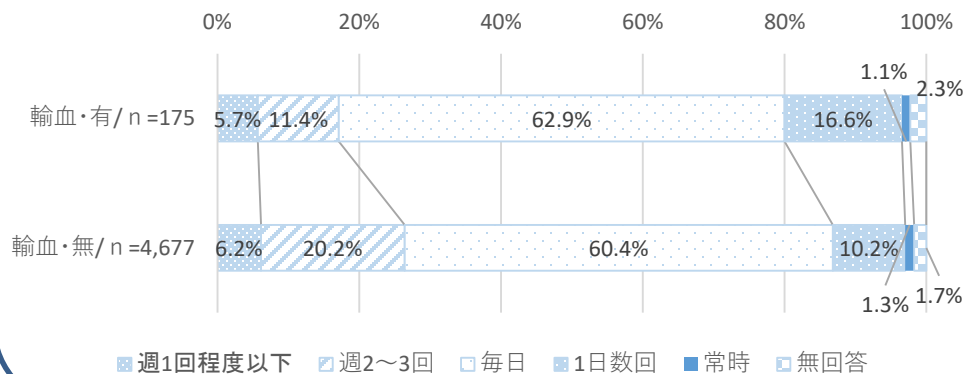
●看護必要度Ⅱ

C_件数	点滴全件数	C_割合
9,123	42,740	21.3%

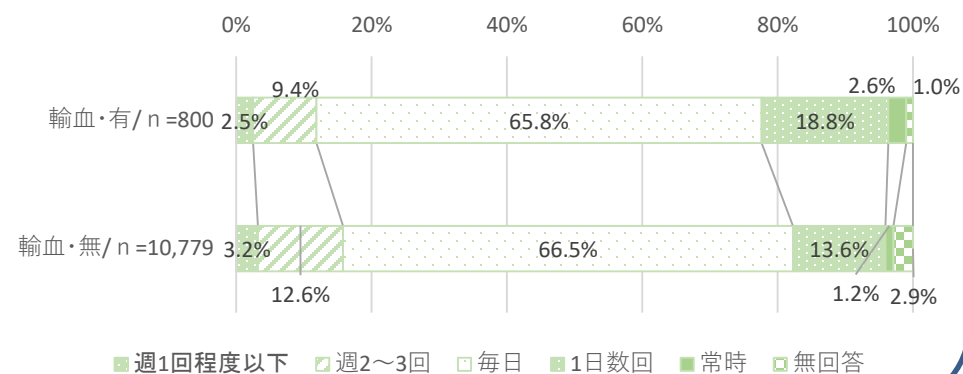
# 「輸血や血液製剤の管理」に該当する患者

- 「A2点以上かつB3点以上」または「A3点以上」の基準を満たす患者について「輸血や血液製剤の管理」の有無別に医師による診察の頻度をみたところ「輸血や血液製剤の管理」有りの方が、診察が頻回な患者の割合が高かった。
- 看護師による直接の看護提供の頻度も同様の傾向だった。

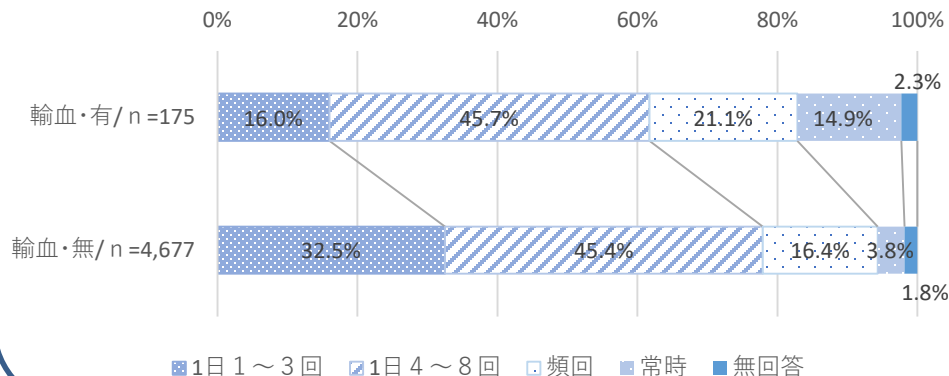
医師による診察の頻度（必要度Ⅰ）



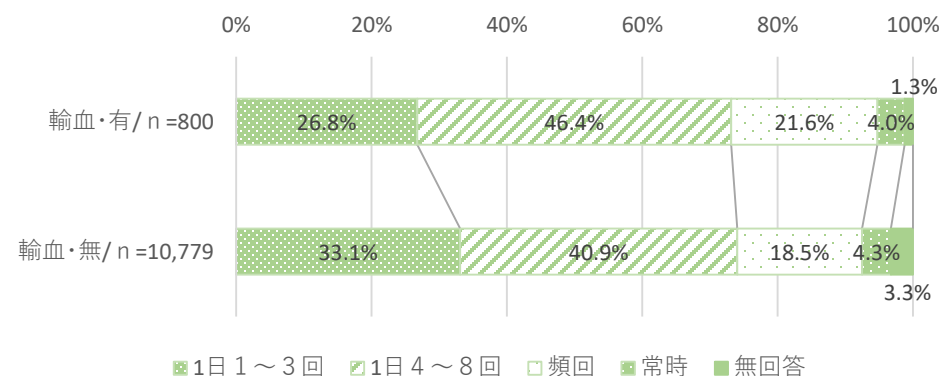
医師による診察の頻度（必要度Ⅱ）



看護師による直接の看護提供の頻度（必要度Ⅰ）



看護師による直接の看護提供の頻度（必要度Ⅱ）



- 「口腔清潔」と「衣服の着脱」の相関をみたところ、以下のとおりであった。
- 「口腔清潔」と「食事摂取」の相関をみたところ、以下のとおりであった。

### 必要度Ⅰ

入院基本料		口腔清潔	衣装着脱	食事摂取
急性期一般入院料 1	口腔清潔	1.00	0.72	0.62
	衣装着脱	0.72	1.00	0.60
	食事摂取	0.62	0.60	1.00
急性期一般入院料 2	口腔清潔	1.00	0.57	0.55
	衣装着脱	0.57	1.00	0.65
	食事摂取	0.55	0.65	1.00
急性期一般入院料 4	口腔清潔	1.00	0.75	0.57
	衣装着脱	0.75	1.00	0.57
	食事摂取	0.57	0.57	1.00
急性期一般入院料 5	口腔清潔	1.00	0.71	0.55
	衣装着脱	0.71	1.00	0.48
	食事摂取	0.55	0.48	1.00
急性期一般入院料 6	口腔清潔	1.00	0.68	0.44
	衣装着脱	0.68	1.00	0.40
	食事摂取	0.44	0.40	1.00
急性期一般入院料 7	口腔清潔	1.00	0.67	0.57
	衣装着脱	0.67	1.00	0.50
	食事摂取	0.57	0.50	1.00
専門病院入院基本料（7対1）	口腔清潔	1.00	0.65	0.50
	衣装着脱	0.65	1.00	0.49
	食事摂取	0.50	0.49	1.00
合計	口腔清潔	1.00	0.73	0.60
	衣装着脱	0.73	1.00	0.59
	食事摂取	0.60	0.59	1.00

### 必要度Ⅱ

相関係数が0.7以上

入院基本料		口腔清潔	衣装着脱	食事摂取
急性期一般入院料 1	口腔清潔	1.00	0.70	0.64
	衣装着脱	0.70	1.00	0.60
	食事摂取	0.64	0.60	1.00
急性期一般入院料 2	口腔清潔	1.00	0.73	0.58
	衣装着脱	0.73	1.00	0.59
	食事摂取	0.58	0.59	1.00
急性期一般入院料 4	口腔清潔	1.00	0.73	0.65
	衣装着脱	0.73	1.00	0.59
	食事摂取	0.65	0.59	1.00
急性期一般入院料 5	口腔清潔	1.00	0.84	0.68
	衣装着脱	0.84	1.00	0.65
	食事摂取	0.68	0.65	1.00
急性期一般入院料 6	口腔清潔	1.00	0.60	0.56
	衣装着脱	0.60	1.00	0.59
	食事摂取	0.56	0.59	1.00
急性期一般入院料 7	口腔清潔	1.00	0.92	0.87
	衣装着脱	0.92	1.00	0.92
	食事摂取	0.87	0.92	1.00
専門病院入院基本料（7対1）	口腔清潔	1.00	0.28	0.32
	衣装着脱	0.28	1.00	0.41
	食事摂取	0.32	0.41	1.00
特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）	口腔清潔	1.00	0.63	0.58
	衣装着脱	0.63	1.00	0.57
	食事摂取	0.58	0.57	1.00
合計	口腔清潔	1.00	0.70	0.63
	衣装着脱	0.70	1.00	0.60
	食事摂取	0.63	0.60	1.00

# 重症度、医療・看護必要度についての課題（小括）

（評価項目について）

## ○「心電図モニター管理」

- ・ 自宅に退院した患者について、退院日や退院前日に「心電図モニター管理」に該当する患者が、必要度Ⅰ・Ⅱともに、一定程度存在した。
- ・ 自宅に退院した患者について、①退院前日・退院日ともに心電図モニター装着、②退院前日のみ装着、③退院日のみ装着、の分類ごとに該当割合をみたところ、③退院日のみ装着が最も低かった。
- ・ 「心電図モニター管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者について分析すると、必要度Ⅰでは4割であり、必要度Ⅱでは5割を超えていた。また、「心電図モニター管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者は、必要度Ⅰでは1.5割であり、必要度Ⅱでは2割だった。

## ○「点滴ライン同時3本以上の管理」

- ・ 「点滴同時3本以上の管理」に該当する患者の使用薬剤の種類数について分析すると、4種類が最も多かった一方で、同時3本以上という要件でありながらも2種類以下という患者が存在した。
- ・ 「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者を分析すると、必要度Ⅰ・Ⅱともに約7割であり、「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者は、必要度Ⅰ・Ⅱとともに約2割だった。

## ○「輸血や血液製剤の管理」

- ・ 「A 2点以上かつB 3点以上」又は「A 3点以上」の基準を満たす患者について、「輸血や血液製剤の管理」の有無別に医師による診察の頻度をみると、「輸血や血液製剤の管理」有りの方が、診察が頻回な患者の割合が高く、看護師による直接の看護提供の頻度も同様の傾向であった。

- B項目について、「口腔清潔」と「衣服の着脱」や「口腔清潔」と「食事摂取」の相関をみたところ、高い正の相関がみられた。

## 急性期入院医療について

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
  - 2-1 重症度、医療・看護必要度について
  - 2-2 急性期入院医療の評価について
  - 2-3 重症患者対応について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
4. 論点



# 入院分科会のとりまとめにおける指摘事項

(10月27日 入院医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果(とりまとめ))

## 【急性期入院医療の評価について】

- 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において、治療室の有無により手術等の実績に違いがあったが、急性期入院医療を担っている医療機関の中でも、中小病院では手術等の件数が少なくても地域で役割を果たしている場合もある、との指摘や、  
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関の中でも手術等の実績に違いが出ていることからすれば、実績に応じた評価を行うべきではないか、との指摘があった。
- 人工心肺を用いた手術については、オフポンプ冠動脈バイパス術が主流となるなど、人工心肺を用いた手術を実施できる体制・能力と、実績とは、必ずしも合わない可能性もあるのではないかと指摘があった。

# 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)

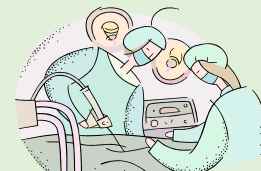
急性期医療の役割

① **重症救急**患者に対する  
医療の提供

救急搬送  
(24時間)

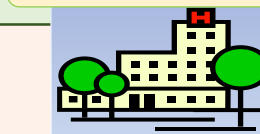


② 手術や放射線治療、化学療法、分娩、精神医療等の**総合的かつ専門的な医療**の提供



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。

# 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	183 3,528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	25 196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	80 1,666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	82 902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	140 1,397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	70 797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	349 2,390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	64 618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	582 5,779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	30 305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	180 1,479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3年9月15日中医協総-13-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

# 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	9 116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	84 797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	145 832床				
総合周産期 特定集中治療室管理料 (MFICU)	管理料 1	7,381点	133 851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	133 1,720床				
新生児治療回復室 入院医療管理料 (GCU)		5,697点	202 2,899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	/

# 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。

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編、平成26年、28年に改定。

(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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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  <u>※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いても良い。</u></li> <li>次のいずれにも該当する。               <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。</li> <li>イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。</li> </ul> </li> <li>全身麻酔による手術件数が年800件以上</li> </ul>		
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	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
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



# 総合入院体制加算の概要②

○ 施設基準に含まれる、医療従事者の勤務環境改善の取組に関する要件は、以下のとおり。

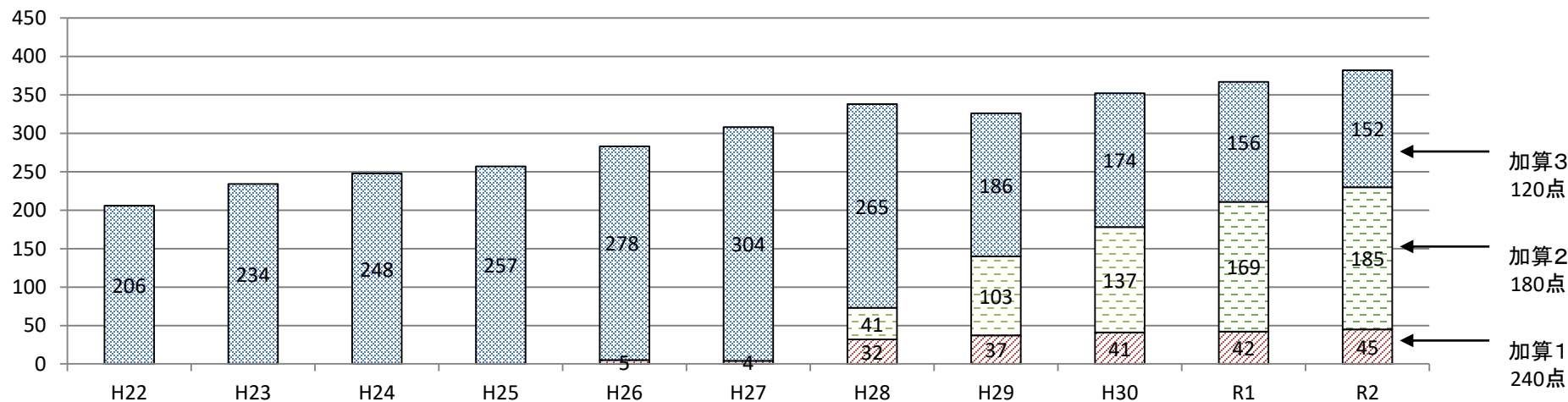
(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
<p>共通の施設基準 (医療従事者の勤務環境改善の取組等)</p>	<p>病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。(中略)</p> <p>ア 当該保険医療機関内に、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。</p> <p>イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議(以下この項において「委員会等」という。)を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。</p> <p>ウ イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。</p> <p>エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。</p> <p><b>(イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組(許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)</b></p> <p>(ロ) 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい。)</p> <p>(ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減</p> <p>(ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</p> <p>(ホ) 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減</p> <p>(ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減</p> <p>(ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</p> <p>オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。</p>		

# 総合入院体制加算の概要③

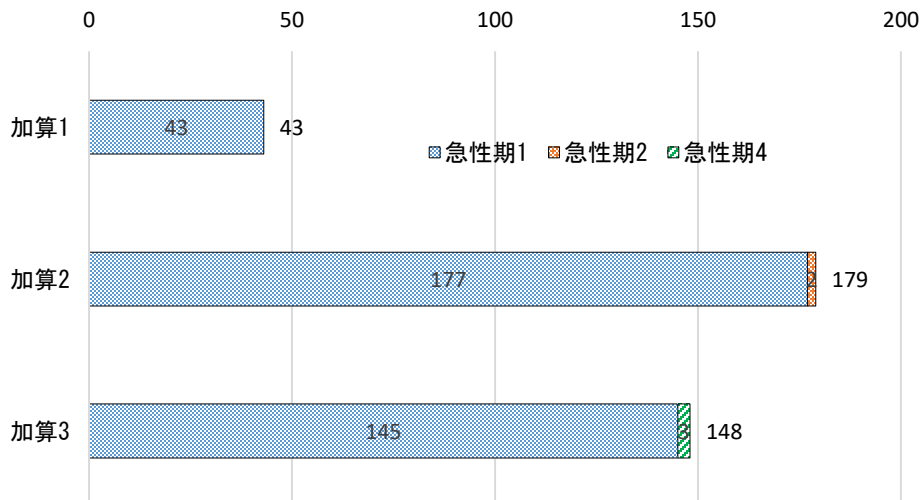
○ 総合入院体制加算の届出医療機関数の推移は以下のとおり。

## 総合入院体制加算の届出医療機関数の推移

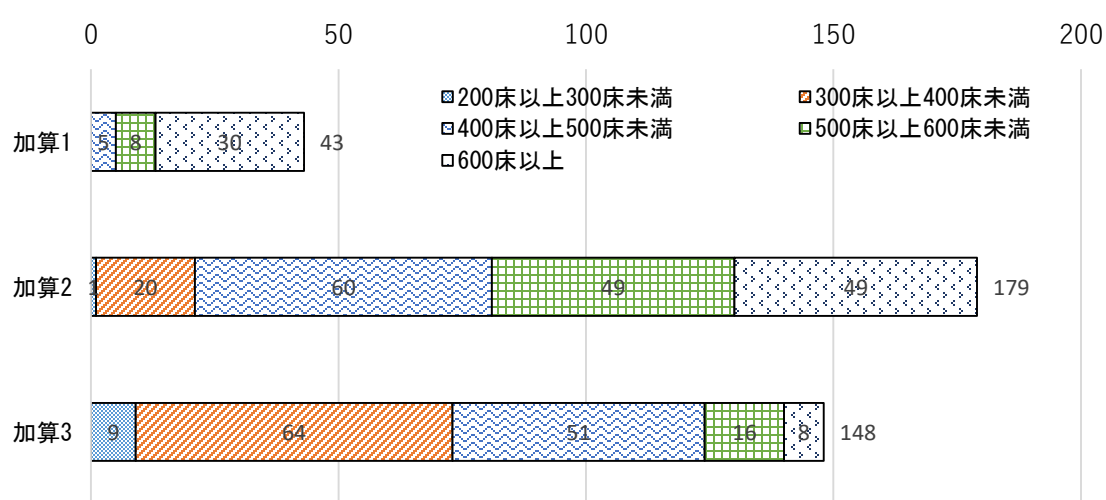
(医療機関数)



## 総合入院体制加算の加算別、届け出ている入院料



## 総合入院体制加算の加算別、一般病床許可病床数の届出状況



# 入院基本料別・届け出ている治療室の種類

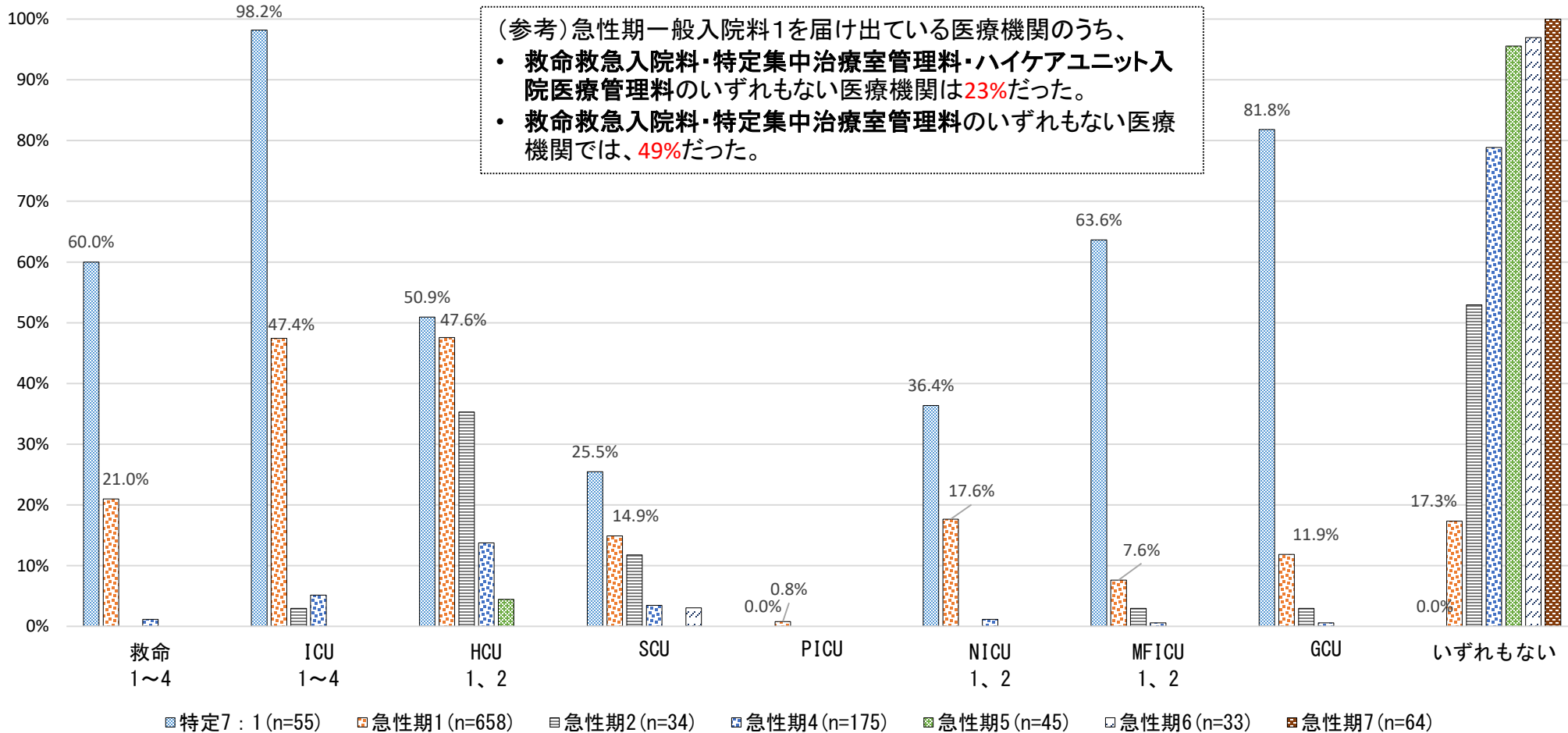
- 特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)を届け出ている医療機関は、他の入院料と比較して治療室の届出が高い割合となっており、全ての医療機関で届出がされていた。
- 特定機能病院以外においては、ハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている医療機関が最も多かった。急性期一般入院料1を届け出ている施設の8割超でなんらかの治療室を届け出ていた。

## 入院基本料別・他に届け出ている治療室の種類

(参考)急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、

- 救命救急入院料・特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料のいずれもない医療機関は23%だった。
- 救命救急入院料・特定集中治療室管理料のいずれもない医療機関では、49%だった。

(治療室を届け出ている医療機関の割合)

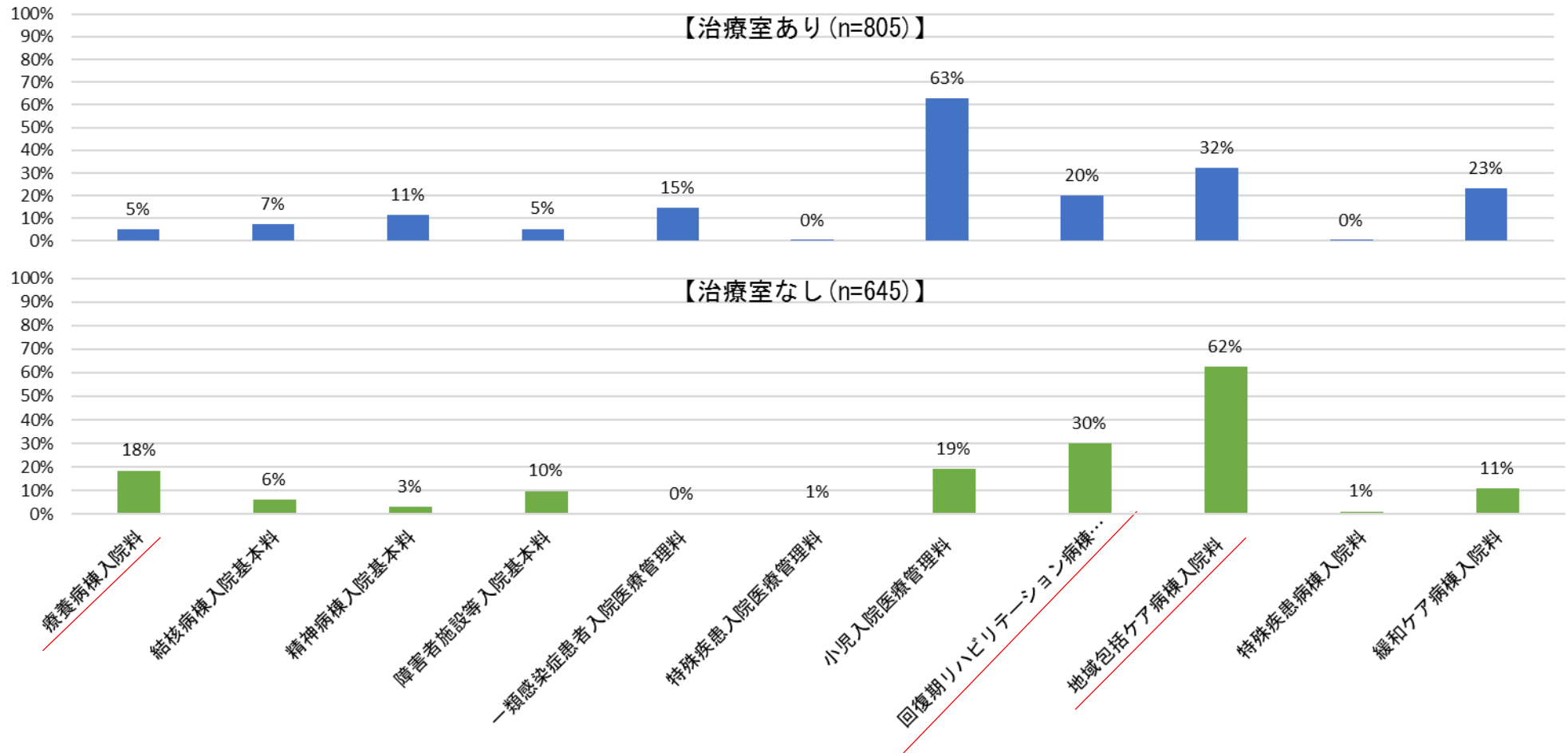




# 急性期 1 における治療室の有無別・届出病棟の状況

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において、治療室(救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、特定集中治療室のいずれか)の有無別に、他に届け出ている病棟の状況を集計したところ、治療室の届出なしの医療機関の方が届出ありの医療機関より、療養、回りハ、地ケアを届け出ている割合が高かった。

急性期一般入院料1における、治療室(救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、特定集中治療室のいずれか)の有無別、届出病棟の状況

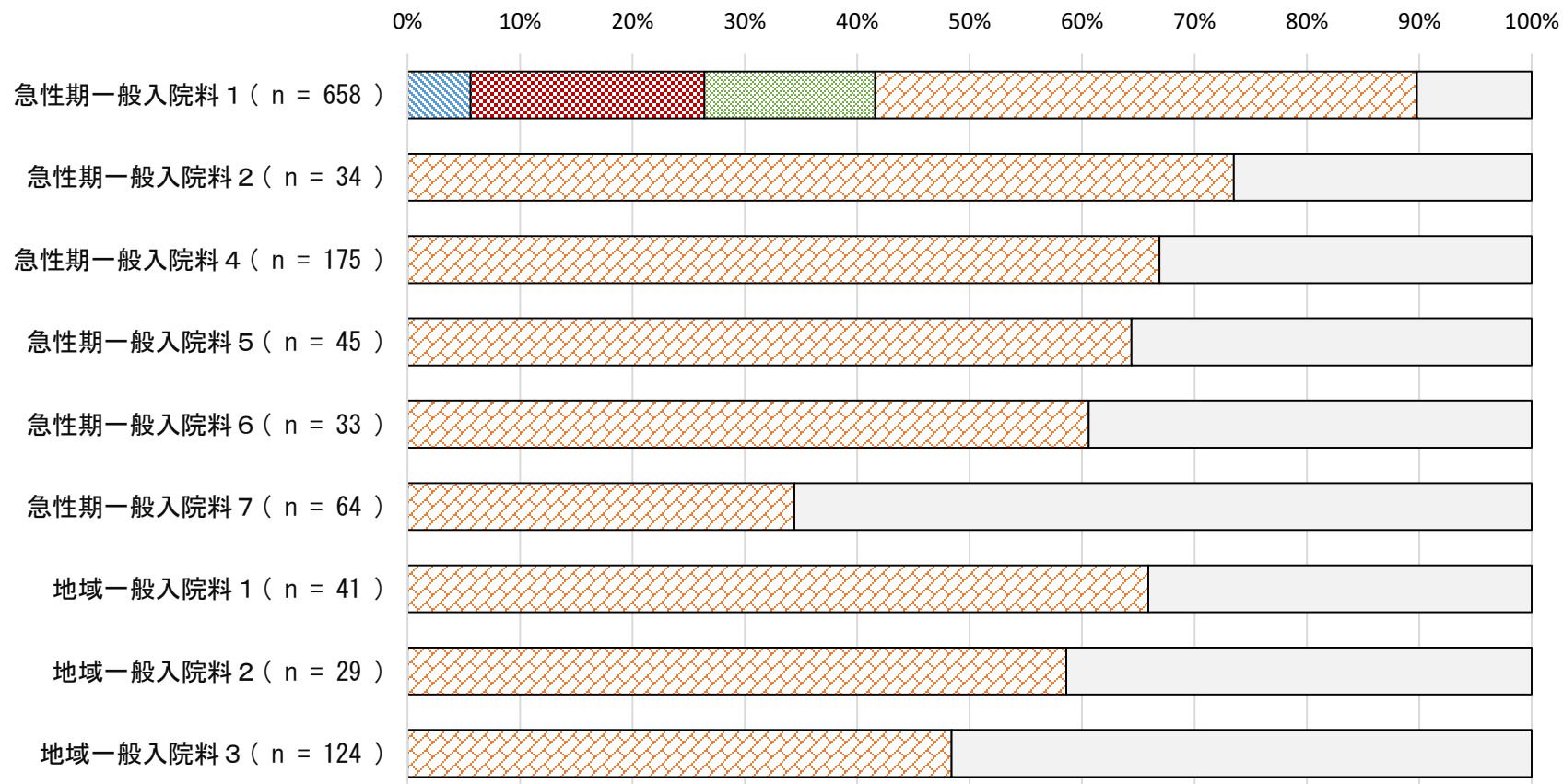


出典：DPCデータ（令和元年3月時点）

# 総合入院体制加算の届出状況

○ 急性期一般入院料1のうち4割程度は、いずれかの総合入院体制加算の届出を行っていた。

「総合入院体制加算」の届出状況  
(令和3年6月1日時点)

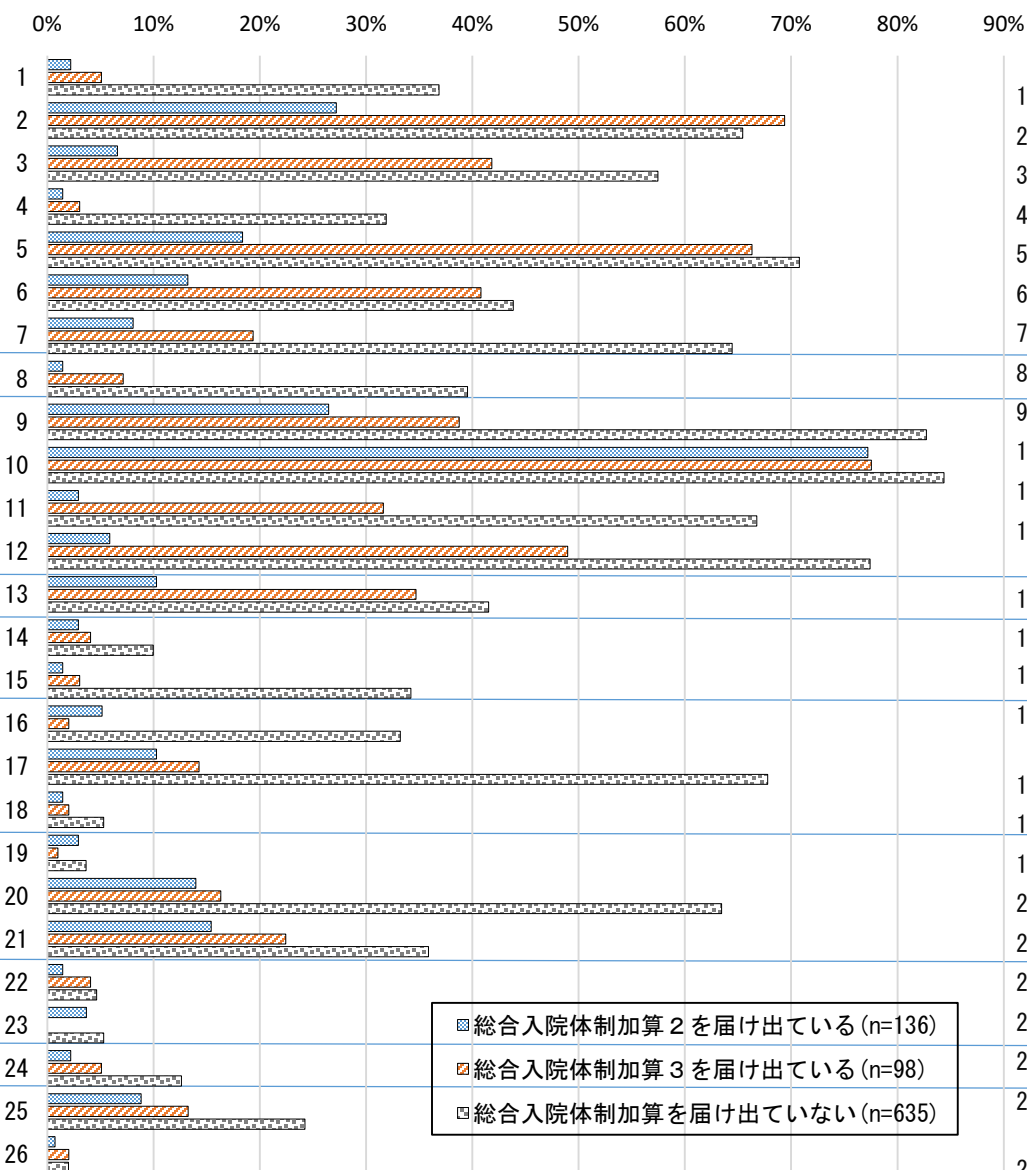


□01\_総合入院体制加算1   □02\_総合入院体制加算2   □03\_総合入院体制加算3   □04\_総合入院体制加算を届け出していない   □未回答

# 総合入院体制加算の満たすことが困難な要因

○ 総合入院体制加算の満たすことが困難な要因については、以下のとおりであった。

## 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において 総合入院体制加算の満たすことが困難な要因(複数回答)



- 全身麻酔による手術の件数が 年間800件以上
- 人工心肺を用いた手術の件数が 年間40件以上
- 悪性腫瘍手術の件数が 年間400件以上
- 腹腔鏡下手術の件数が 年間100件以上
- 放射線治療（体外照射法）の件数が 年間4,000件以上
- 化学療法の件数が 年間1,000件以上
- 分娩の件数が 年間100件以上
- 救急自動車等による搬送件数が 年間2,000件以上
- 精神科について、24時間対応できる体制を確保している
- 精神病棟入院基本料等を届け出て、現に精神疾患患者の入院を受入れている
- 「精神科リエゾンチーム加算」または「認知症ケア加算1」の届出を行っている
- 「精神疾患診療体制加算2」の算定件数又は救急患者の入院3日以内における「入院精神療法」若しくは「救命救急入院料の注2の加算」の算定件数が合計で 年間20件以上
- 療養病棟入院基本料 または 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を届け出していない
- 画像診断 及び 検査を、24時間実施できる体制を確保している
- 薬剤師が夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保している
- 総退院患者のうち、診療情報提供に係る加算を算定する患者及び治癒し通院不要な患者が4割以上である
- 内科、精神科、小児科、外科等を標榜し、入院医療を提供している
- 連携医療機関への転院を円滑にするための地域連携室の設置
- 医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備
- 院内助産又は助産師外来の開設
- 特定行為研修修了者の複数名の配置
- 貴院の敷地内が禁煙であること（緩和ケア病棟等以外）
- 敷地内に喫煙所を設ける場合は、適切な受動喫煙防止措置を講ずること
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合
- 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない
- その他

# 総合入院体制加算の実績の状況

中医協 総-1-2 (改)  
3 . 1 0 . 2 7

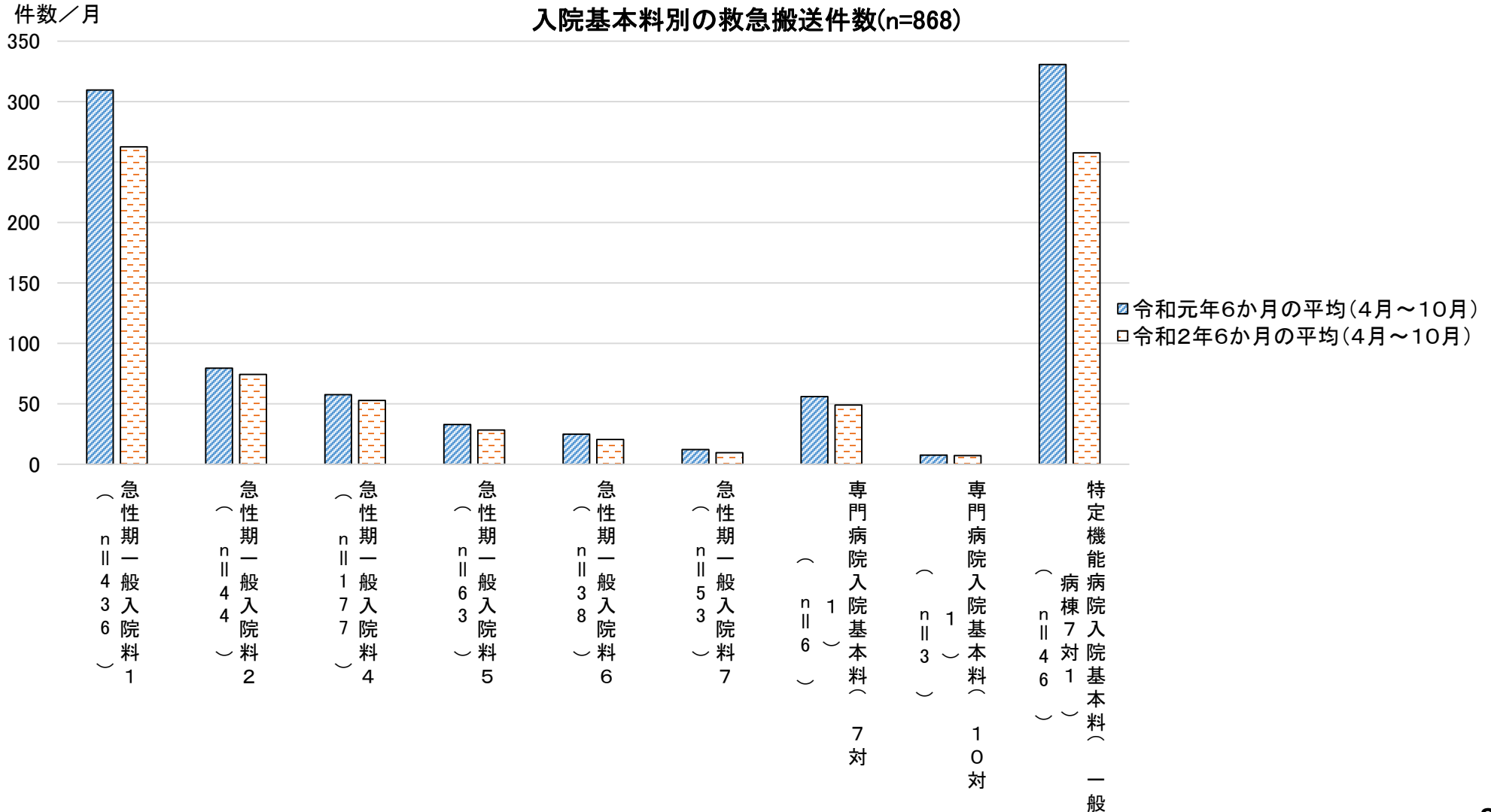
- 総合入院体制加算の届出を行っている医療機関における手術等の年間実施件数は以下のとおり。
- 加算1を届け出ている医療機関においては、要件の基準をいずれも大きく上回っていた。

総合入院体制加算の届出状況別  
手術等の年間実施件数(各施設の平均)(n=265)

	要件の 基準	R元. 4. 1~R2. 3. 31			R2. 6. 1~R3. 5. 31		
		加算 1	加算 2	加算 3	加算 1	加算 2	加算 3
①全身麻酔による手術件数	800	4,200.4	3,315.9	1,918.2	3,865.6	3,148.4	1,800.6
①-i うち 緊急手術件数		592.8	430.4	246.9	577.5	463.3	245.9
①-ii うち 休日加算等を算定している件数		184.4	144.0	69.9	161.4	136.6	65.9
②人工心肺を用いた手術件数	40	121.4	75.3	25.6	115.0	74.4	23.7
②-i うち 緊急手術件数		18.5	12.9	4.0	19.7	13.2	3.0
②-ii うち 休日加算等を算定している件数		8.8	5.9	1.7	7.4	5.8	1.5
③悪性腫瘍手術件数	400	1,046.1	825.2	428.9	967.3	772.3	404.4
③-i うち 緊急手術件数		43.0	21.0	11.3	30.8	16.9	9.4
③-ii うち 休日加算等を算定している件数		19.8	5.1	2.3	16.9	3.7	2.9
④腹腔鏡下手術件数	100	741.5	695.7	413.0	726.6	691.2	400.9
④-i うち 緊急手術件数		87.5	90.1	52.5	91.4	93.3	53.4
④-ii うち 休日加算等を算定している件数		35.9	32.7	17.8	35.7	32.8	18.0
⑤放射線治療(体外照射法)の件数	4,000	8,175.0	6,426.2	2,466.3	7,616.5	6,080.1	2,286.0
⑥化学療法の件数	1,000	4,649.6	3,526.0	1,891.9	4,629.3	3,748.2	1,959.9
⑦分娩の件数	100	621.8	515.1	333.5	553.6	487.9	303.2
⑧救急自動車等による搬送件数	2,000	6,156.0	5,549.3	3,923.5	5,589.3	5,009.0	3,543.4

# 入院基本料別の救急搬送件数

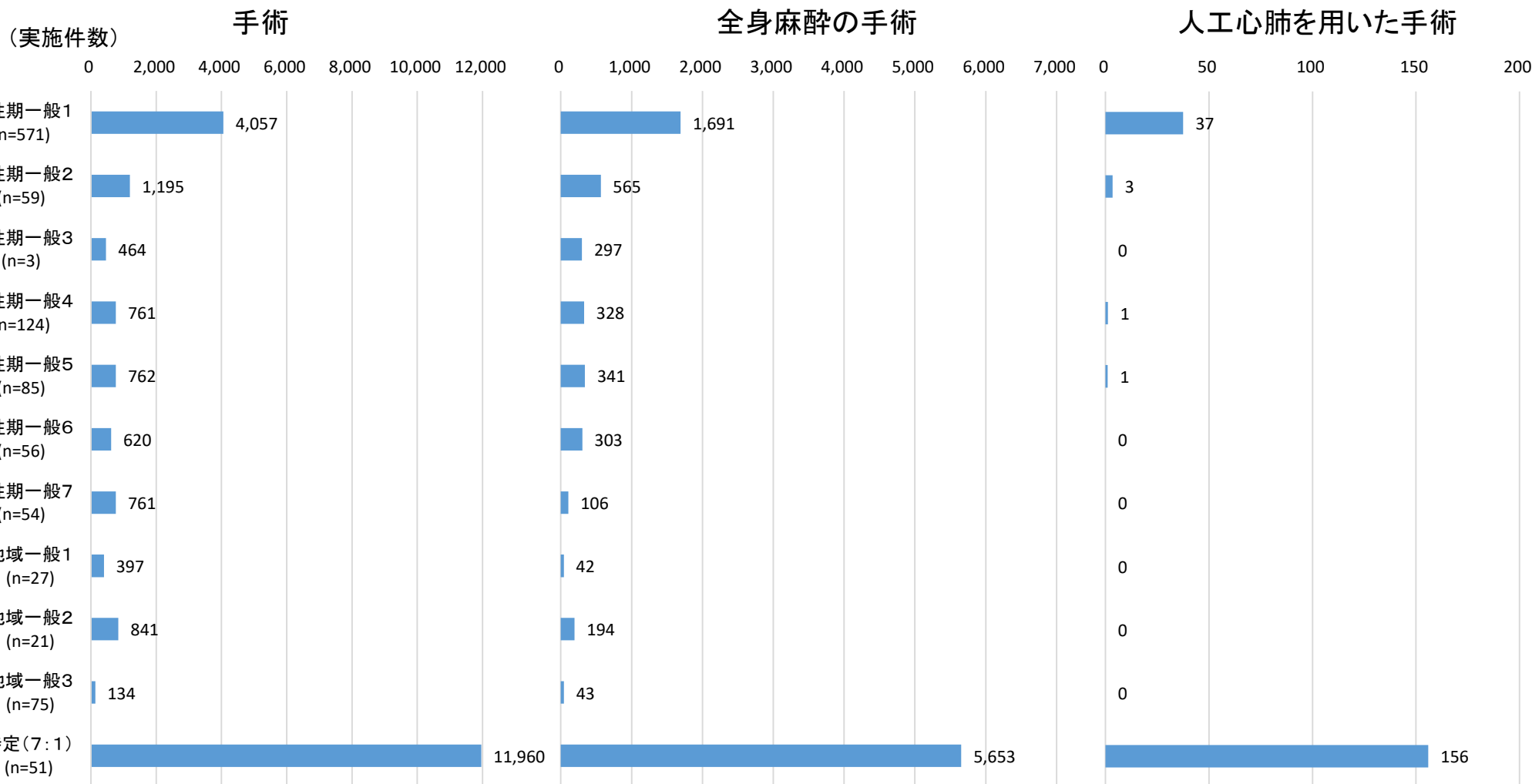
○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関では特定機能病院と同程度の救急搬送者の受入件数があり、急性期一般入院料2～7より多かった。



# 入院料毎の手術等の状況①

○ 入院料毎の手術等の年間実施件数を比較したところ、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、急性期一般入院料1、急性期一般入院料2～7で大きく異なっていた。

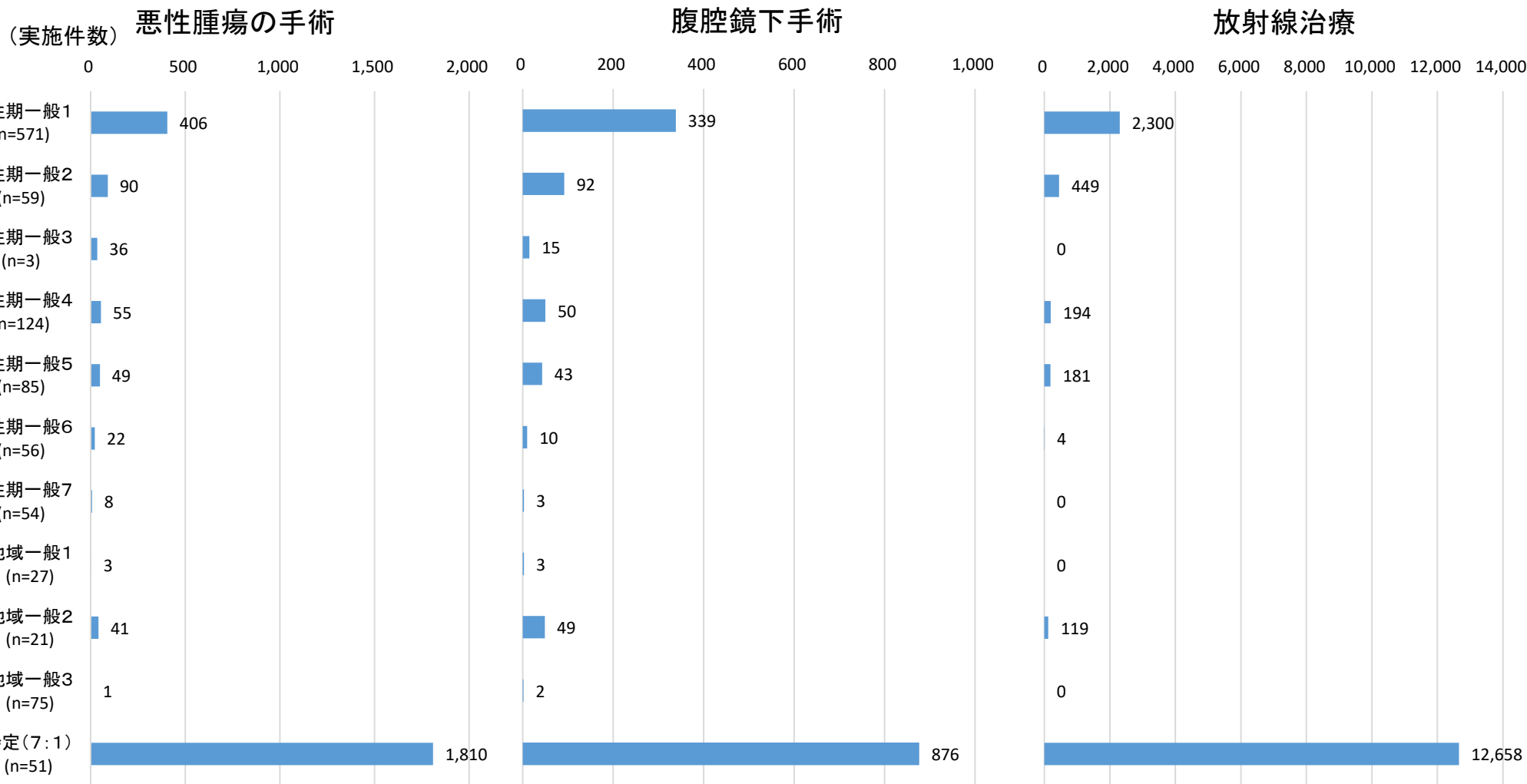
入院料毎の手術等の年間実施件数



# 入院料毎の手術等の状況②

○ 悪性腫瘍の手術や腹腔鏡下手術、放射線治療は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)、急性期一般入院料1では多く実施されているが、急性期一般入院料2~7では実施件数が少なかった。

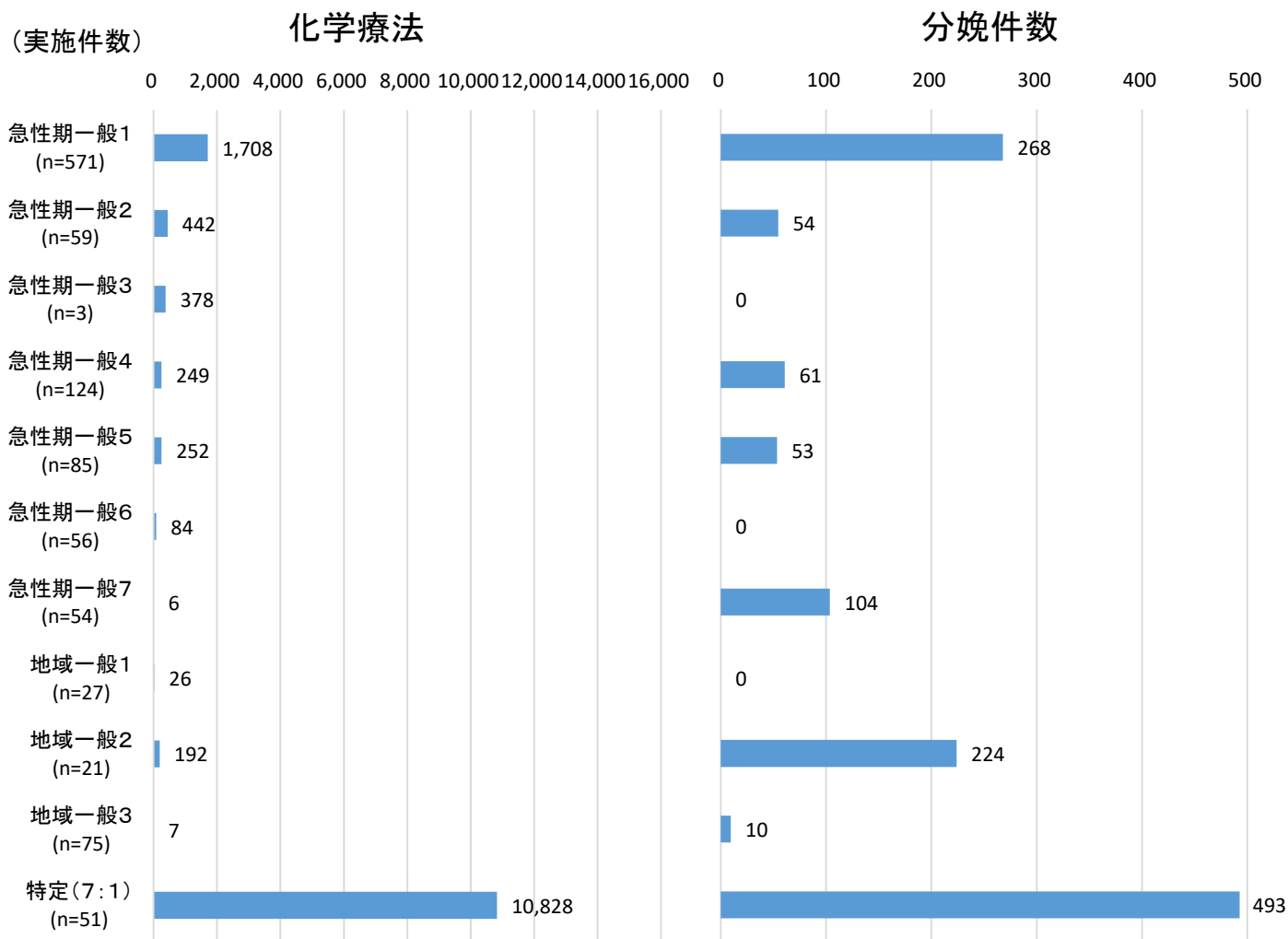
入院料毎の手術等の年間実施件数



# 入院料毎の手術等の状況③

○ 化学療法の実施件数は他の手術と傾向は同じだったが、分娩件数は特定機能病院、急性期一般入院料1以外の入院料でも多く実施されていた。

入院料毎の手術等の年間実施件数





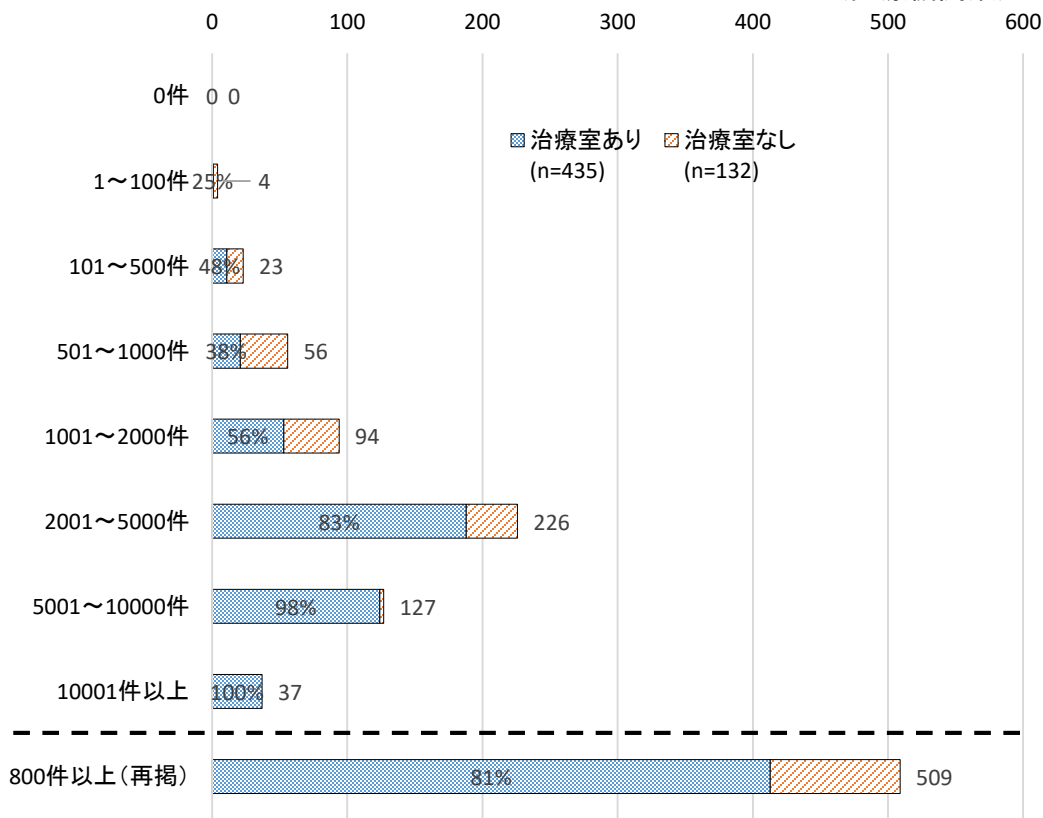
# 急性期一般入院料 1 の手術等の状況①

中医協 総-1-2 (改)  
3 . 1 0 . 2 7

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における手術の年間実施件数の分布を見たところ、約9割の医療機関では800件以上実施されていた。また、実施件数が多いと、治療室を届け出ている医療機関の割合は高くなる傾向にあった。

急性期一般1を届け出ている医療機関における  
1施設あたりの手術の年間実施件数の分布 (n=567)

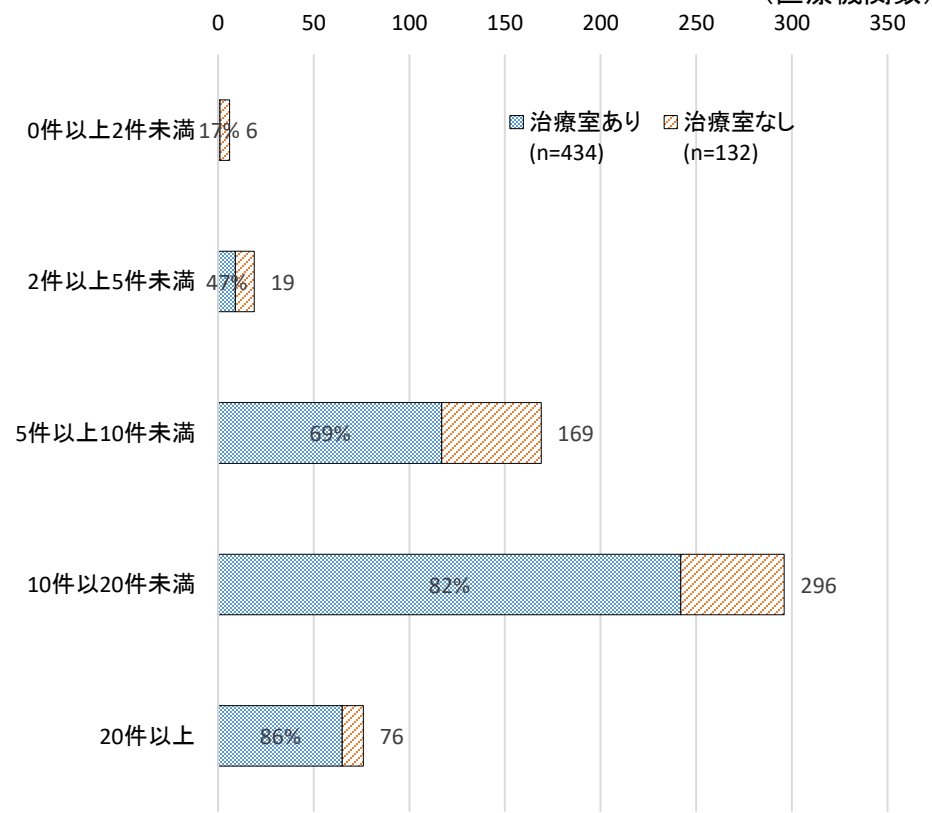
(医療機関数)



(年間手術件数)

急性期一般1を届け出ている医療機関における  
病床1床あたりの年間手術件数の分布 (n=566)

(医療機関数)



(病床1床あたり年間手術件数)

※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。  
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、  
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料  
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

※病床数は急性期一般入院料1の届出病床数

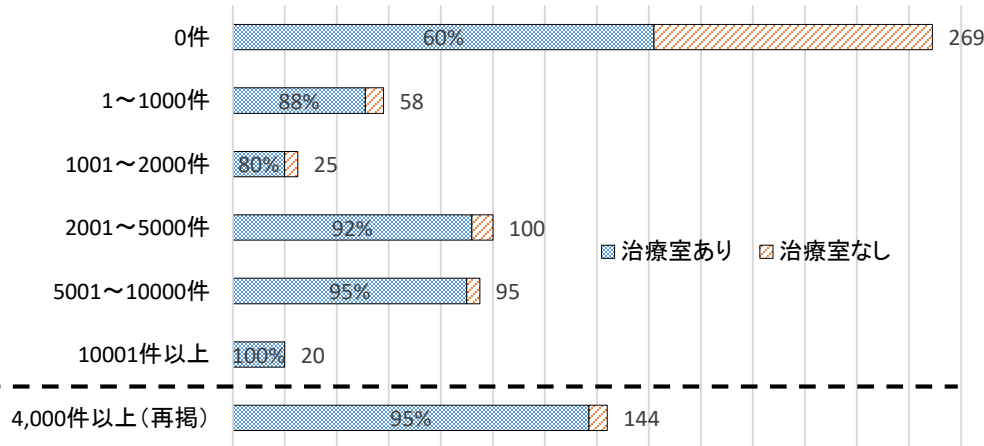
# 手術・放射線療法・化学療法の年間実施件数

中医協 総-1-2 (改)  
3 . 1 0 . 2 7

○ 放射線療法、化学療法、分娩について、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における年間実施件数の分布を見ると、実施件数が多いと、治療室を届け出ている医療機関の割合が高くなる傾向にあった。

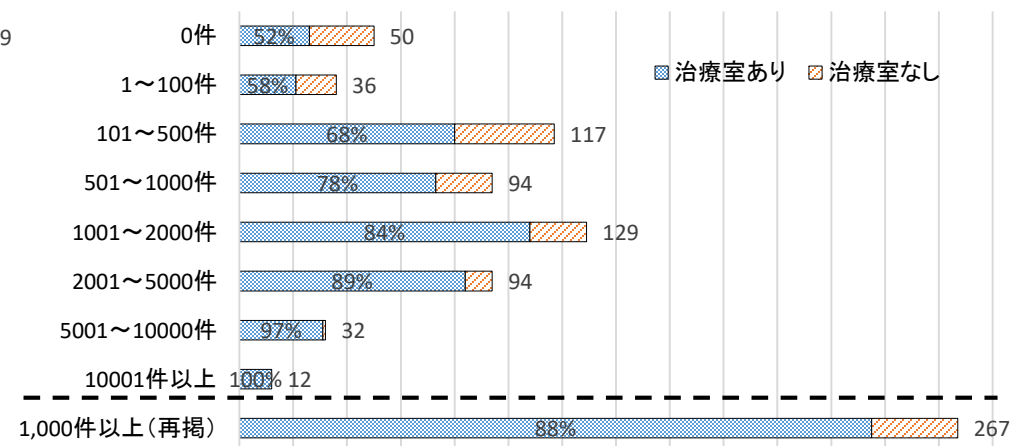
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における  
1施設あたりの放射線療法の年間実施件数の分布 (医療機関数)

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280



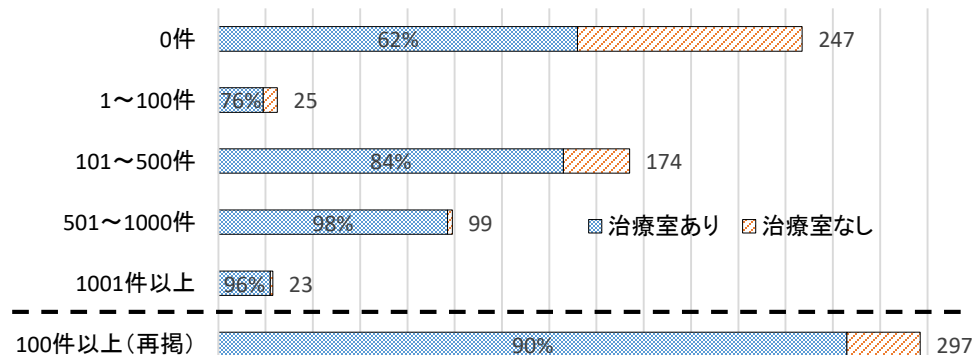
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における  
1施設あたりの化学療法の年間実施件数の分布 (医療機関数)

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280



急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における  
1施設あたりの分娩の年間実施件数の分布 (医療機関数)

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280 300 320



※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。  
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、  
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料  
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

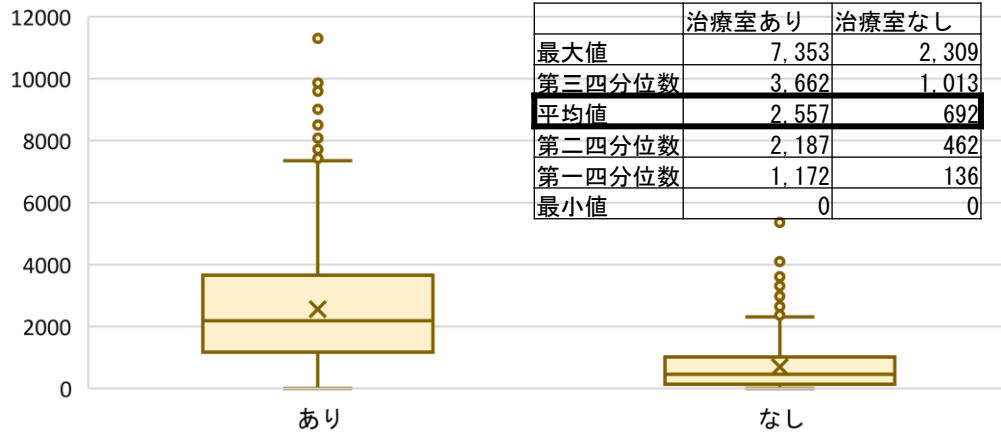
# 急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況①

○ 全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術については、いずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

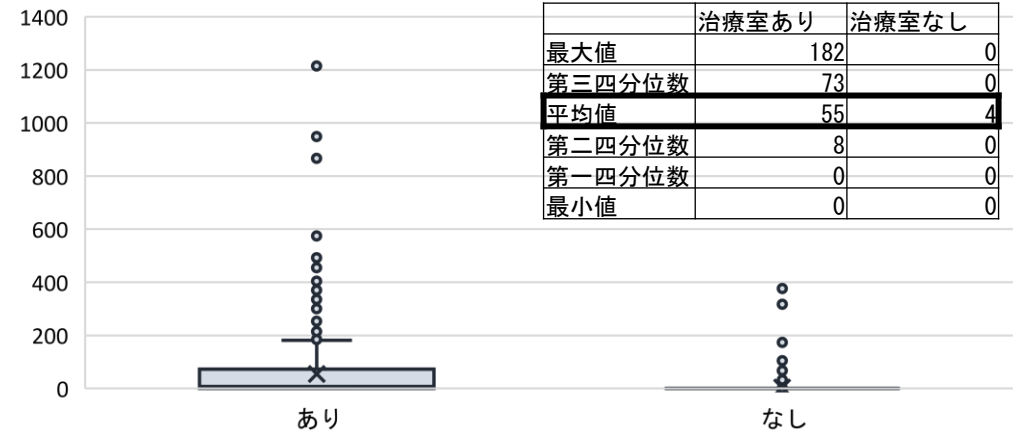
## 急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

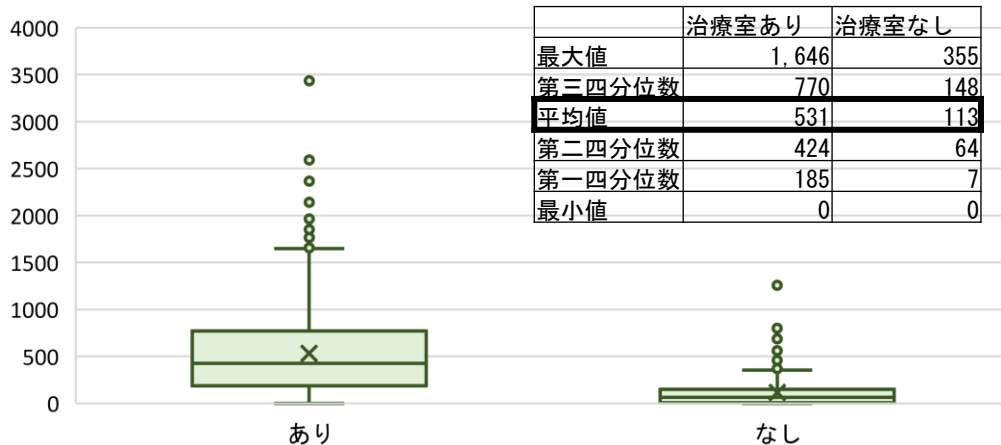
全身麻酔の手術 (算定回数/年)



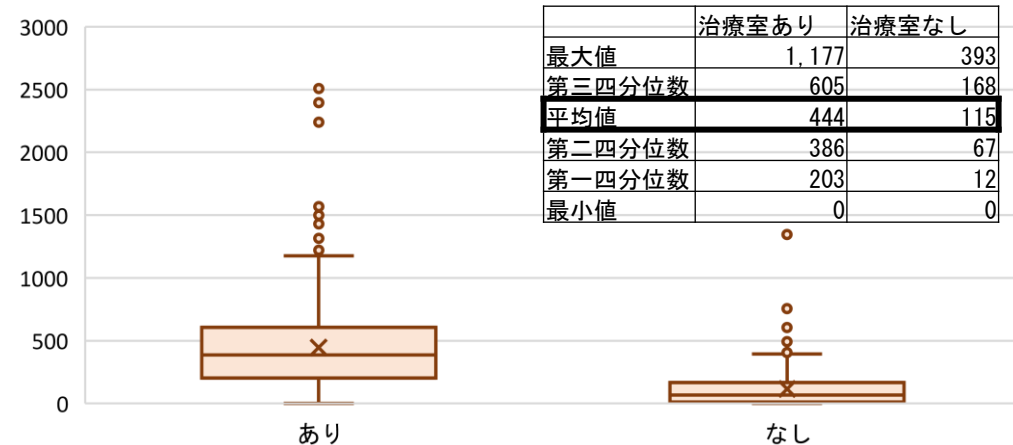
人工心肺を用いた手術 (算定回数/年)



悪性腫瘍の手術 (算定回数/年)



腹腔鏡下手術 (算定回数/年)



※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。  
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、  
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料  
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

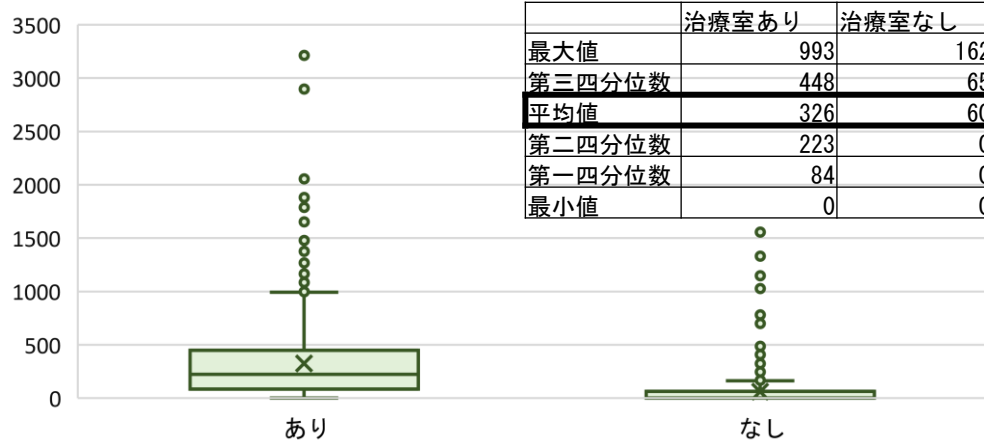
# 急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況②

○ 心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術、時間外に実施された手術について、いずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

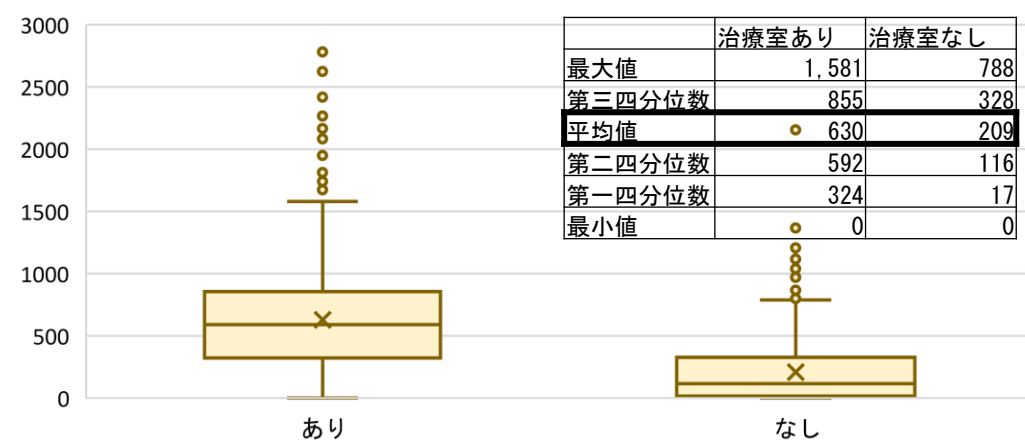
## 急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

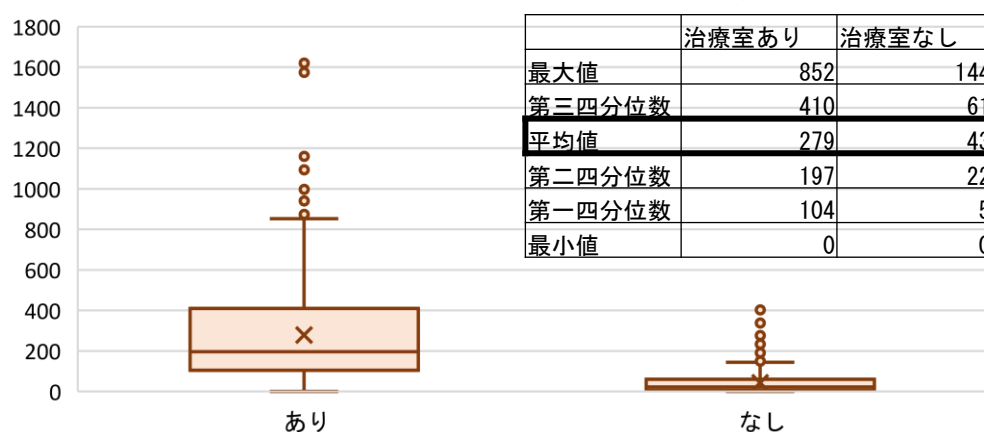
心臓カテーテル法による手術 (算定回数/年)



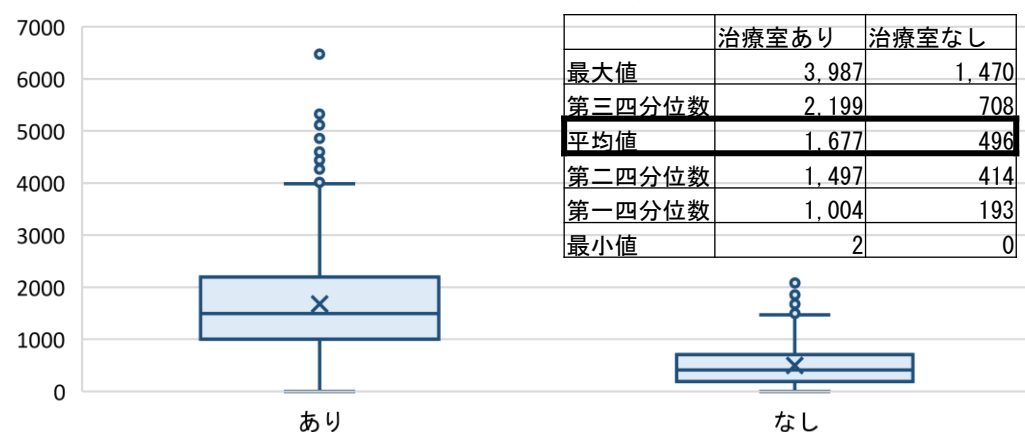
消化管内視鏡による手術 (算定回数/年)



手術における時間外加算の算定回数 (回/年)



救急搬送受入件数 (件/年)

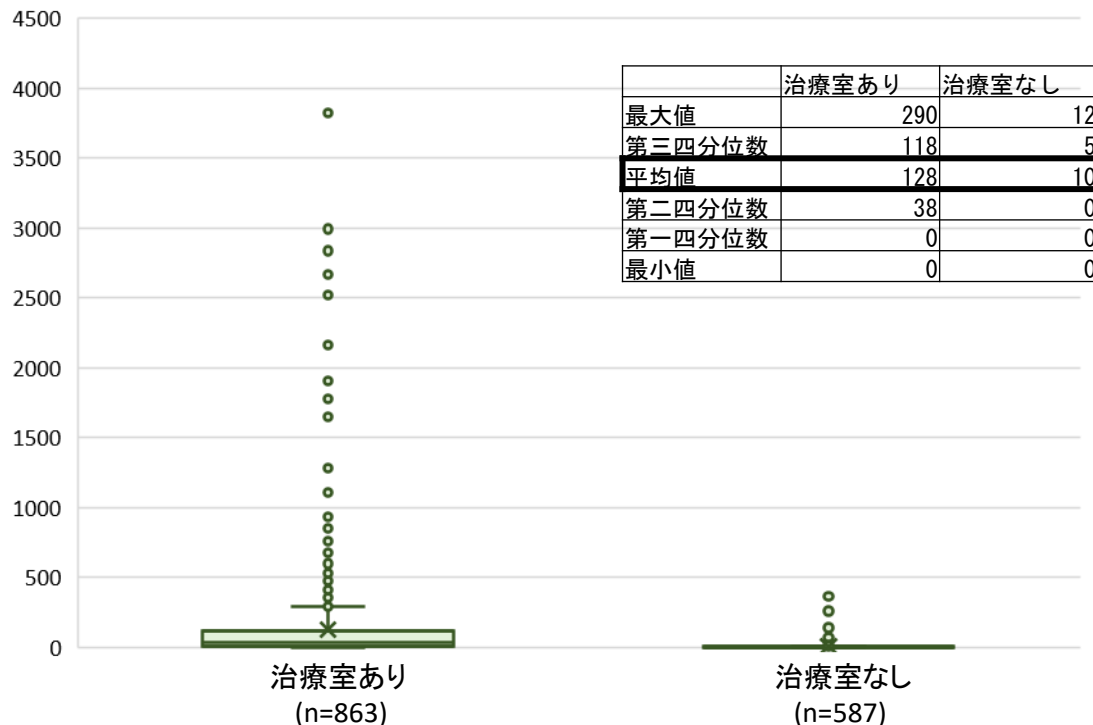


※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。  
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、  
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料  
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

# 急性期 1 における 6 歳未満の手術の実施状況

○ 6歳未満における手術の実施状況(手術における6歳未満に係る加算の算定回数)を集計したところ、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

急性期一般入院料 1 における、治療室の有無別、手術における 6 歳未満の患者に係る加算 (算定回数/年)



※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。  
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、  
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料  
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

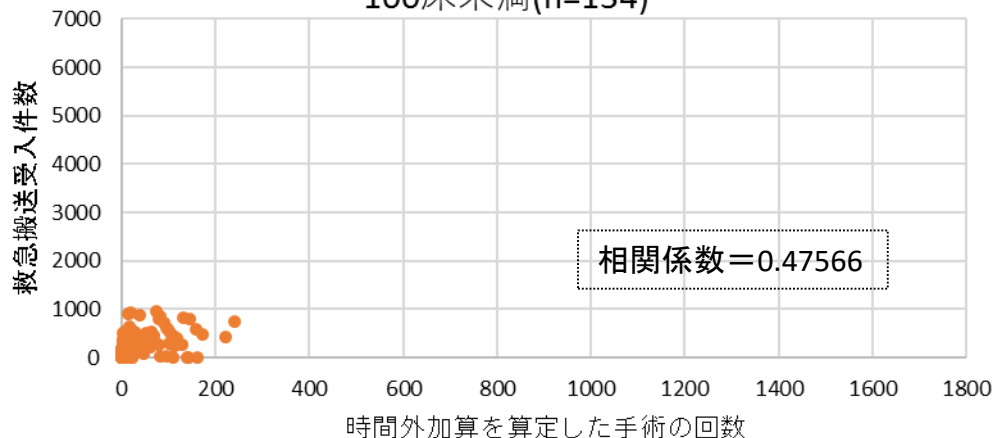
# 急性期 1 における時間外の手術と救急搬送件数の関係

○ 救急搬送受入件数と手術における時間外加算の算定回数との相関を、病床規模別に分析した結果は以下のとおり。

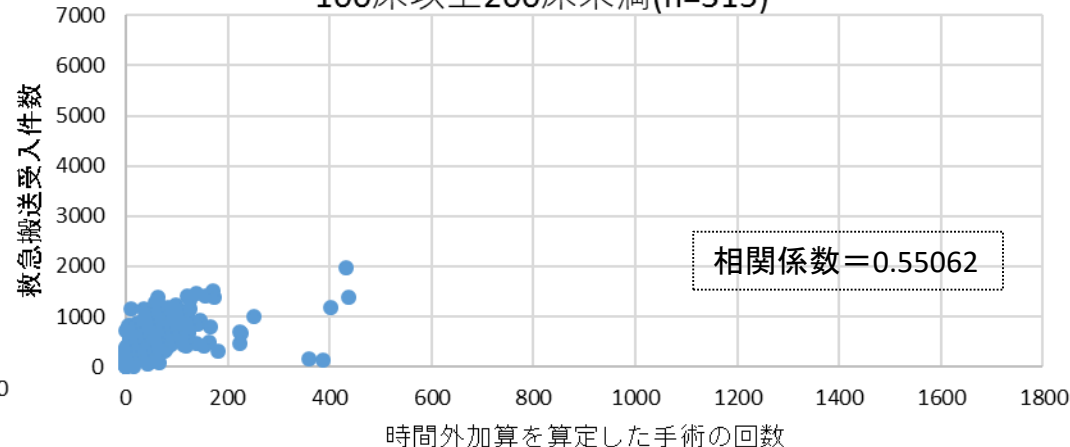
急性期一般入院料1における、医療保険届出病床数の規模別の、  
救急搬送受入件数と手術における時間外加算の算定回数の相関

中医協 総-1-2 (改)  
3 . 1 0 . 2 7

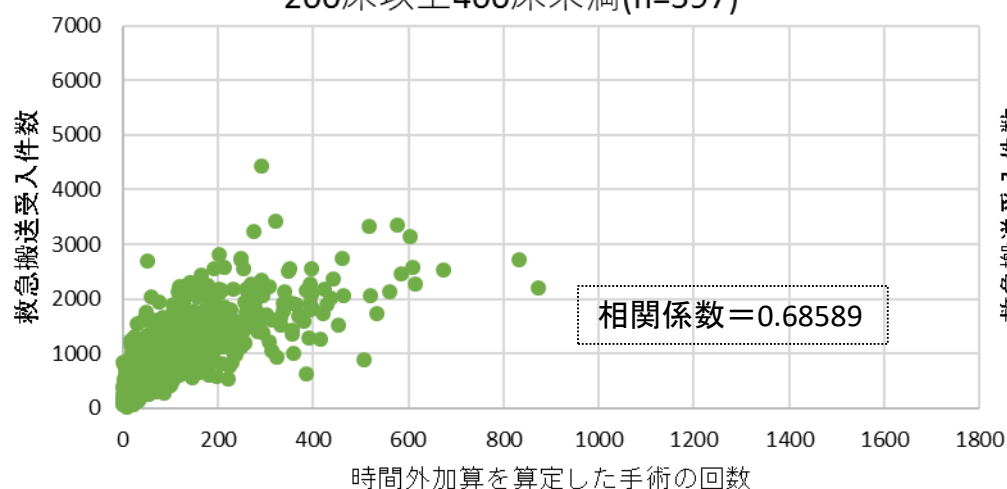
100床未満(n=134)



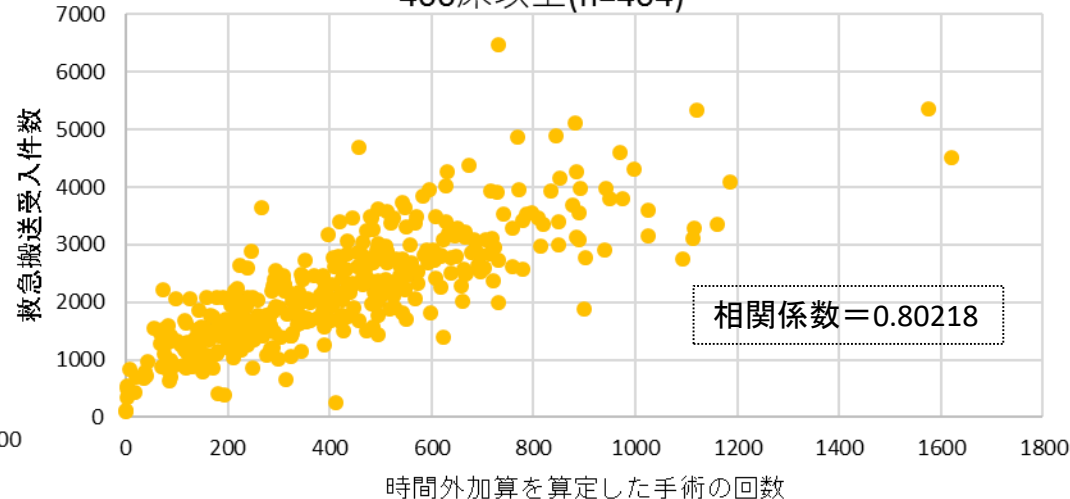
100床以上200床未満(n=315)



200床以上400床未満(n=597)



400床以上(n=404)



# 入院料別、新型コロナの診療状況①

○ 急性期一般入院料1の届出医療機関において、「ア. 新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数が0か月の施設と1か月以上の施設における治療室の届出状況を比較したところ、1か月以上の施設では、特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、簡易な報告による治療室のいずれかを届け出ている医療機関が多かった。

新型コロナに係る施設基準等の臨時的な取扱い

ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

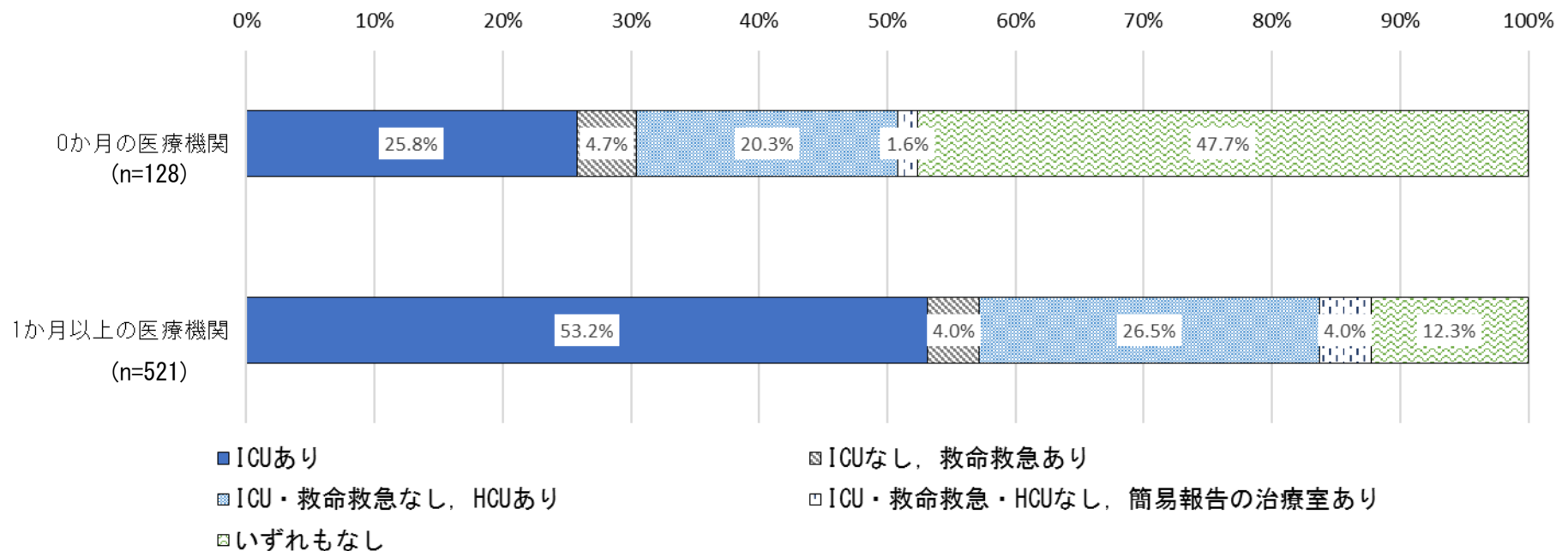
イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等

エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

※ 上記ア～エは、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

急性期一般入院料1において、アの該当月数が0ヶ月の医療機関の治療室の保有状況

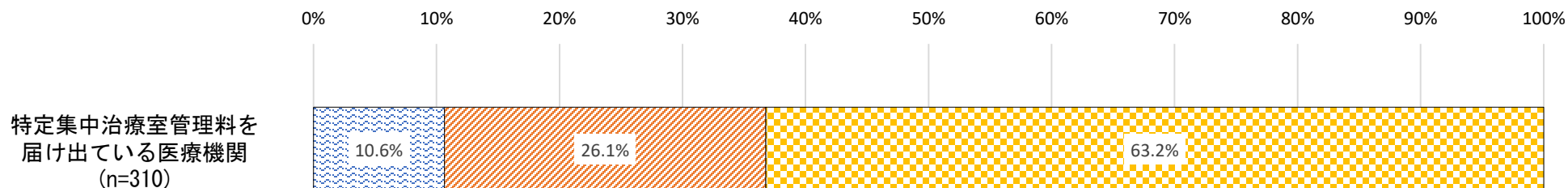




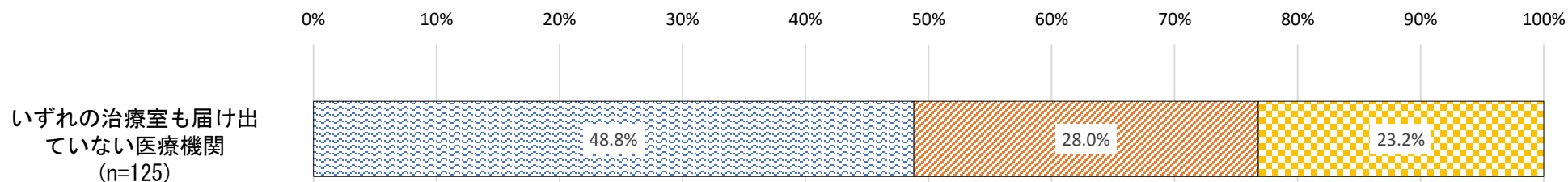
# 入院料別、新型コロナの診療状況②

○ 急性期一般入院料1の届出医療機関において、特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関と、簡易な報告を含めいずれの治療室も届け出していない医療機関において、「ア. 新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数の状況を比較したところ、特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関の方が、該当月数が0か月である割合が低く、1か月以上、特に、14か月以上の医療機関が多かった。

急性期一般入院料1において、特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関におけるアの該当月数の状況



急性期一般入院料1において、簡易な報告も含め、いずれの治療室も届け出していない医療機関におけるアの該当月数の状況



□ 0か月の医療機関    ▨ 1か月以上13か月以下の医療機関    ▩ 14か月以上の医療機関

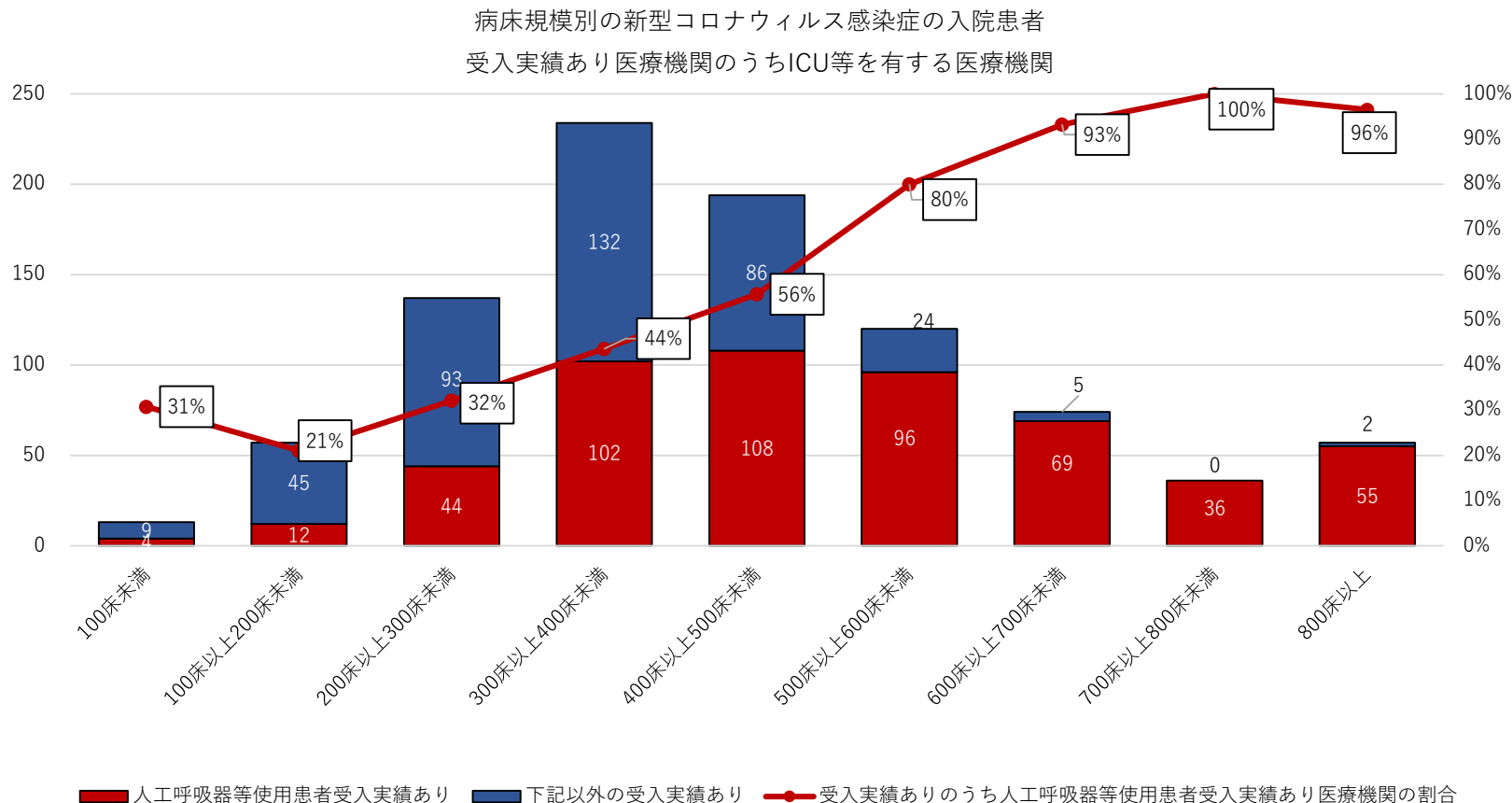


# 病床規模別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績あり 医療機関のうち人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合

厚生労働省ホームページ  
公表資料を一部抜粋

○ 病床規模が大きいほど人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合が大きい。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,364医療機関）

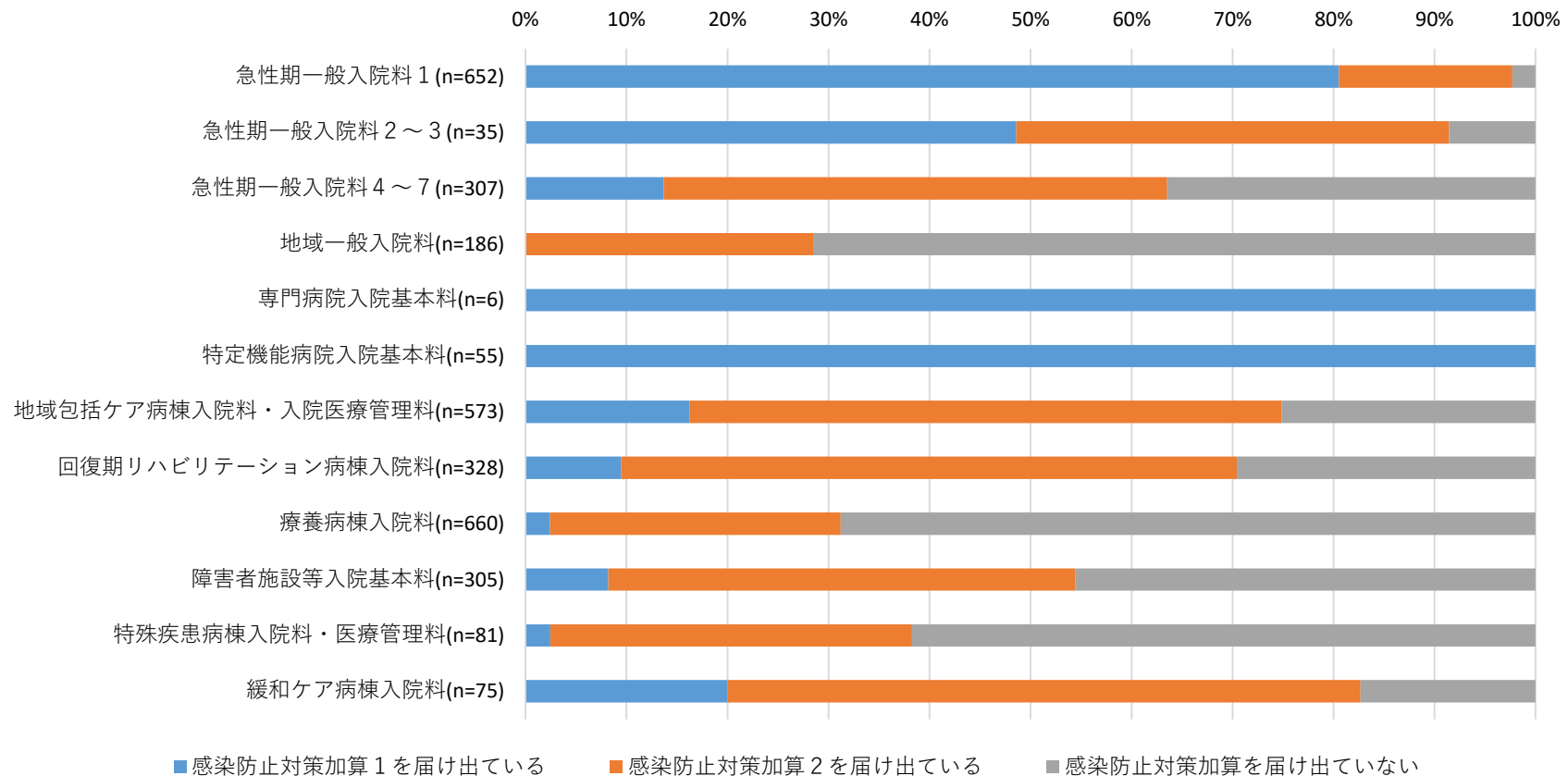


※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関  
 ※ 下記以外の受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関のうち「人工呼吸器等使用患者受入実績あり」でないもの  
 ※ 人工呼吸器等使用患者受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナ患者であって人工呼吸器またはECMOを使用した患者を受け入れていると報告したことのある受入医療機関  
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関〔高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む〕（平成30年度病床機能報告）n=4,548病院  
 ※ ICU等を有する医療機関：救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）・（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1・2、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料1・2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを算定した実績がある医療機関（平成30年度病床機能報告）n=1,040医療機関  
 ※ 病床規模：平成30年度病床機能報告における一般病床及び療養病床の許可病床数

# 感染防止対策加算の届出状況

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

## 感染防止対策加算の届出有無

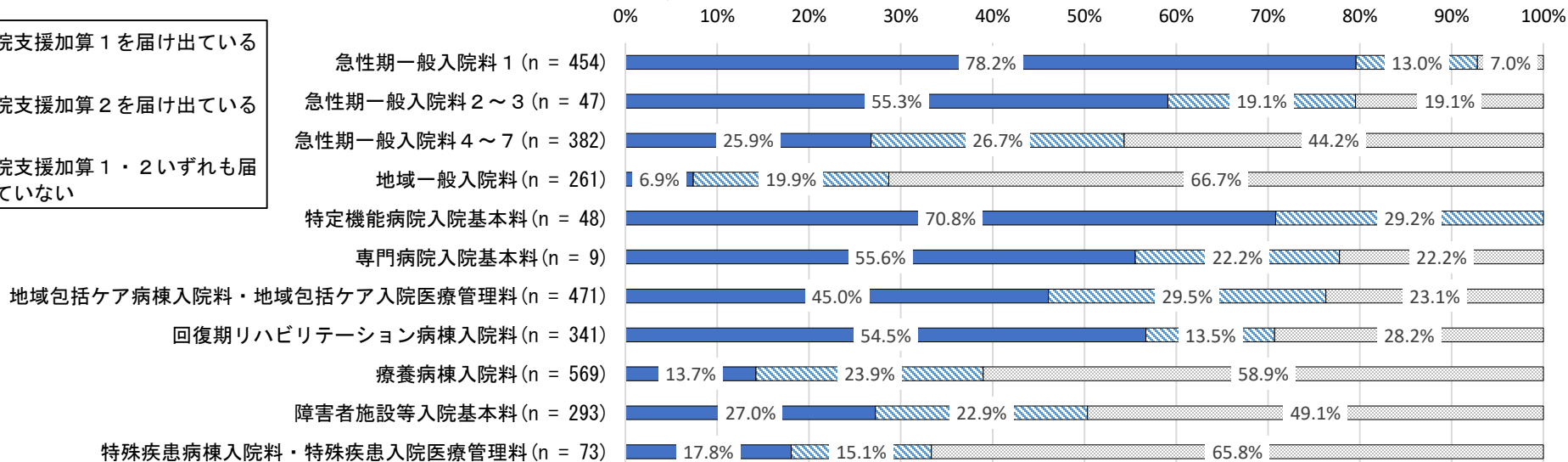


# 入退院支援加算の届出状況

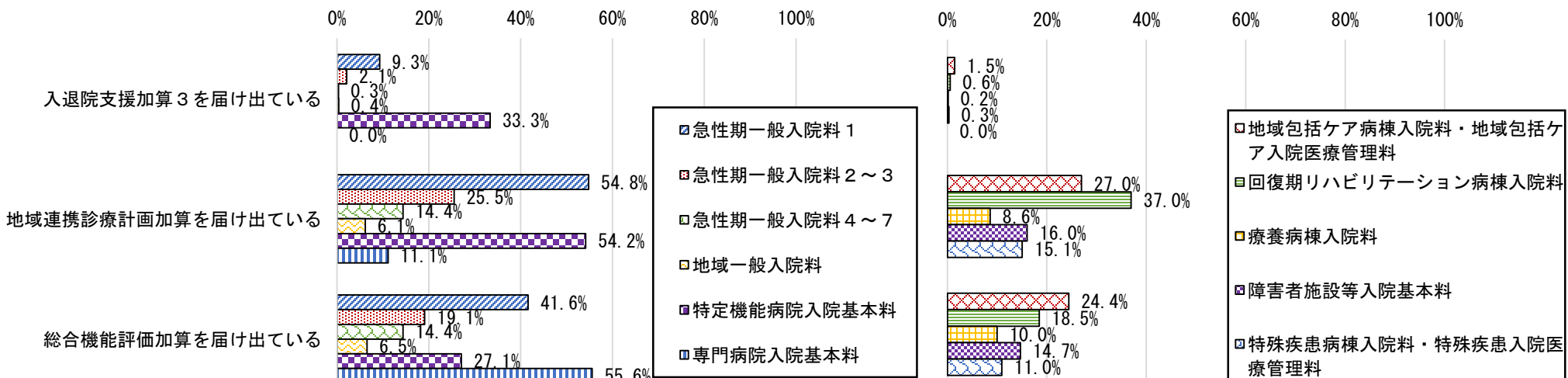
○ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院入院基本料での届出が多かった。

## 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)



# 急性期入院医療の評価についての課題（小括）

（急性期入院医療の評価について）

- 急性期医療を担う医療機関の役割として、重症救急患者への対応、総合的かつ専門的な医療の提供、退院支援する機能が重要であり、この観点に基づいた評価を行っている。
- 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、救命救急入院料・特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料のいずれもない医療機関は23%、また、救命救急入院料・特定集中治療室管理料のいずれもない医療機関は49%だった。
- 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関について、他に届け出ている病床の状況を集計したところ、治療室（救命救急入院料/ハイケアユニット入院医療管理料/特定集中治療室のいずれか）の届出なしの医療機関の方が、届出ありの医療機関より、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出ている割合が高かった。
- 急性期一般入院料1のうち4割程度は、いずれかの総合入院体制加算の届出を行っていた。加算1を届け出ている医療機関においては、手術等の実績が、総合入院体制加算の実績要件を大きく上回っていた。
- 入院料毎に、手術等の年間実施件数を比較したところ、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、急性期一般入院料1、急性期一般入院料2～7で大きく異なっていた。
- 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関について、全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術、心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術、時間外に実施された手術、救急搬送受入件数のいずれにおいても、治療室（特定集中治療室管理料等）を届け出ている医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。
- 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関の6歳未満における手術の実施状況（手術における6歳未満に係る加算の算定回数）についても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。
- 救急搬送受入件数は、手術における時間外加算の算定回数と、病床規模が大きくなると、高い相関が見られた。
- 急性期一般入院料1の届出医療機関において、「ア. 新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数が0か月の施設と1か月以上の施設における治療室の届出状況を比較したところ、1か月以上の施設では、特定集中治療室管理料等を届け出ている医療機関が多かった。また、特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関と、いずれの治療室も届け出ない医療機関を比較すると、「ア. 新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数が大きく異なっていた。

## 急性期入院医療について

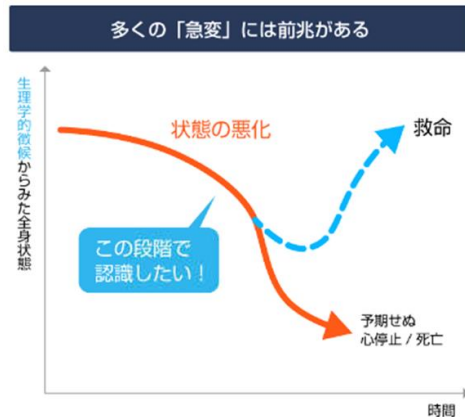
1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
  - 2-1 重症度、医療・看護必要度について
  - 2-2 急性期入院医療の評価について
  - 2-3 重症患者対応について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
4. 論点

# 重症患者対応について①

- 院内心停止の発生前には、平均動脈圧や脈拍数、呼吸数、意識状態の変化等の前兆が現れる場合があるとされている。

## 院内心停止の発生頻度、発生前の前兆

- 米国の疫学研究では大人1000人の入院にあたり6.65人の院内心停止が生じるとされる。(Circulation Laurie J. Morrison et al. 2013;127:1538-1563)
- 心停止に陥った患者は事前に何らかの異常な症状や兆候を示すとされる。(arrest. Chest. 1990;98:1388-1392.、Med. 1994;22(2):244-247.)
- 心停止前の6時間以内に現れる警告的サインとして、平均動脈圧や意識状態の変化等が挙げられている。(Franklin C et al. Crit Care Med 22 : 244-247, 1994)



## ■表3 心停止6時間以内に現れる警告的サイン

- 平均動脈圧：70mmHg以下もしくは130mmHg以上
- 脈拍数：45回/分以下もしくは125回/分以上
- 呼吸数：10回/分以下もしくは30回/分以上
- 胸痛
- 意識の変容

Franklin C, Mathew J : Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest : analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. Crit Care Med 22 : 244-247, 1994.から引用，邦訳および改変

出典：日本院内救急検討委員会ホームページ

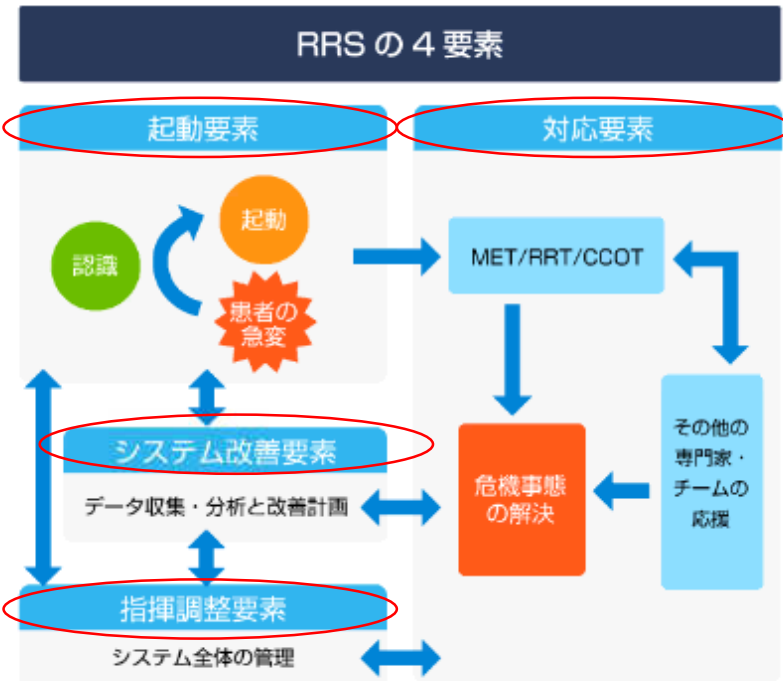
# 院内迅速対応システム(RRS)の概要

○ 患者の急変の兆候を捉え、致死性の急変に至るのを未然に防ぐことで、院内心停止を減らす取組として、「院内迅速対応システム(RRS)」がある。

院内迅速対応システム(Rapid Response System(以下、RRSと略す))とは、患者の急変の前兆を捉えるために予め起動基準を定め、院内の患者が当該基準を満たした場合には医師、看護師等からなるチームが要請され、速やかに患者の安定化と管理を行うことで、致死性の急変に至るのを未然に防ごうとするシステムである。また、本システムにおいては、発生した事案のデータを収集し、将来同様の事案を回避できるようフィードバックを行うことや、RRSのチームの設置やスタッフへの教育を行う指揮調整を行う組織を含む。

## RRSに必要な4つの要素

2005年に行われたICMET (International Conference on Medical Emergency Teams、患者安全、急性期治療、METの専門家による国際会議)において、RRSに含めるべき以下の4つの要素が定められた。



出典: 日本院内救急検討委員会ホームページ

## コードブルーとRRSの違い

表2 コードブルーとRRSの違い

	コードブルー	RRS
チーム起動	意識なく、脈・呼吸なし	血圧低下、頻脈、呼吸数増加、意識変容
対象疾患	心停止、呼吸停止、気道閉塞	敗血症、肺水腫、不整脈、呼吸不全、アナフィラキシー
チーム構成	麻酔科、救急部、ICU、内科 医師・看護師	ICU医師・看護師、呼吸療法士、 内科医
呼び出し回数 (回/1000入院患者)	0.5~5	20~40
対応時間(分)	>30	20~30
院内死亡率(%)	70~90	0~20

出典: 日臨麻会誌Vol35 No4. 507-511, 2015

公益財団法人日本医療機能評価機構: 病院機能評価「一般病院3」における、RRSの評価

- 2 良質な医療の実践 1
  - 2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保
    - 2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している
 

【評価の要素】

      - 院内緊急コードの設定
      - 急変の兆候を捉えて対応する仕組み
      - 救急カートや蘇生装置の整備・配置状況
      - 定期的な訓練

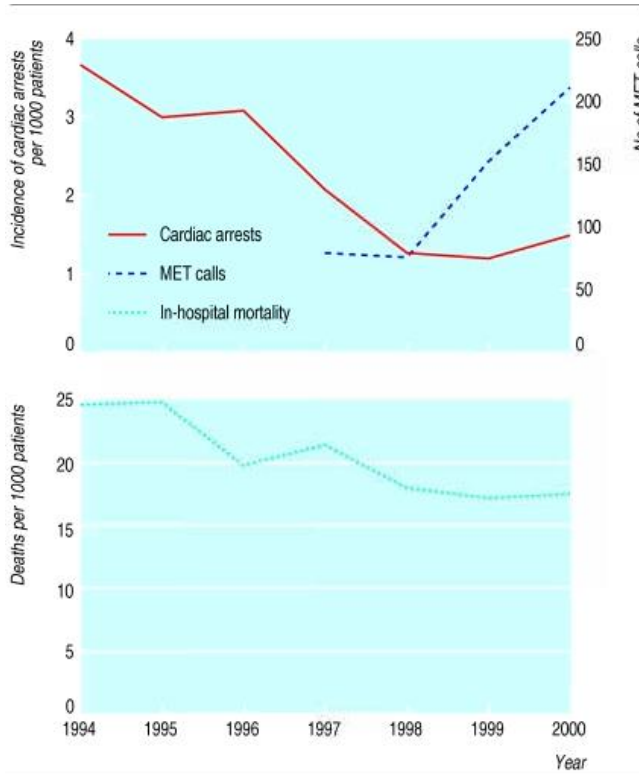
出典: 公益財団法人日本医療機能評価機構HP

# RRSの効果と日本における現状

- RRSが院内死亡を減少させるとのエビデンスがある。
- 日本においても、特に病床規模の大きい医療機関を中心に、一定程度RRSが導入されている医療機関が存在する。

## RRSの効果

●MET(院内急変対応チーム、RRSの一部)のコール件数が上昇してから心停止の件数と院内死亡件数が減少している。



出典: Michael D Buist et al. BMJ. 2002;324:387-390

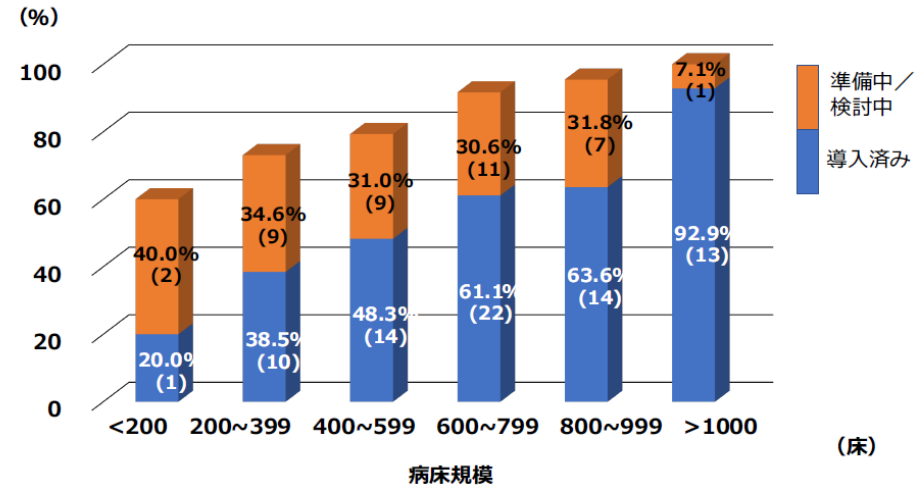
●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campaign」(医療安全対策キャンペーン)に参加した医療機関の院内死亡が、RRS導入により15%減少した。

出典: JAMA 2005 May 18;293(19):2384-90

## 日本におけるRRSの現状

●市中病院や大学病院等を対象として実施されたアンケートでは、特に病床規模の大きい医療機関では、RRSを導入している割合が高いという結果だった。

## 日本における院内迅速対応システム(RRS)導入率



出典: 日本集中治療医学会Rapid Response System検討委員会、日本臨床救急医学会患者安全検討委員会RRTワーキンググループにより実施されたアンケート調査



# RRSの運用及び研修の例

○ RRSの運用例、及び、日本集中治療医学会等により開催されている研修の例は、以下のとおり。

## RRSの運用の例

### 例) 島根県立中央病院

RRSの4つの要素について以下のとおり対応；

- ①起動要素:患者の状態変化に対して、緊急コールの必要性を認識していない等の問題点を明らかにし、RRS推進メンバーを病棟から36名の看護師を選出し、研修会を重ねた。
- ②対応要素:救命救急医師をコールする基準が決められRRTをコールするためのPHSを開設した。
- ③システム改善要素:院内の医療事故防止・医療安全管理委員会からの指示で症例検討会を開催し、その結果を病院全体に周知するシステムを構築した。
- ④指揮調整要素:RRSに関する教育年間計画を作成し、院内の医療安全委員会でRRSに対する認識と活動に対するサポートを再確認した。

→これらを行った結果、島根県立中央病院では、年間187件のRRS要請があった。RRS要請時CPAであった件数は前期に15件、後期に3件と有意に減少した。

出典:日臨救医誌2017;20:608-15

表1 当院のRRS要請基準

RRS要請基準	
PHS:7119 同時に担当医をcall	
全般事項	・患者に関する何らかの懸念(心配なこと)
呼吸器系	<ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸数:8回未満 30回以上</li> <li>・新たな呼吸困難の出現</li> <li>・5分以上にわたる新たなSpO<sub>2</sub>:85%以下</li> <li>・気道内出血、もしくは気道内出血に伴う誤嚥</li> </ul>
循環器系	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな症状を伴った脈拍40回以下、130回以上</li> <li>・収縮期血圧:90未満、200以上</li> <li>・新たな胸痛</li> <li>・ニトログリセリンに反応しない胸痛</li> <li>・医師の指示が仰げない胸痛</li> </ul>
泌尿系	・新たに発生した尿量:50ml/4時間以下
神経系	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急激な意識消失</li> <li>・新たな意識状態の変化、歩行障害</li> <li>・新たな脳卒中、痙攣</li> <li>・新たな顔面や四肢の麻痺</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急に医師の処置が必要だが、医師に迅速に連絡がとれないとき</li> <li>・チアノーゼなど皮膚色の急激な変化</li> <li>・10分以上の異常な興奮</li> <li>・自殺企図</li> <li>・制御不能な出血</li> <li>・麻薬拮抗薬に反応しない意識障害</li> <li>・制御不能な疼痛</li> <li>・制御不能な30分以上にわたる悪心・嘔吐</li> </ul>

日本集中治療医学会、日本臨床救急医学会等の学会や団体から成る日本院内救急検討委員会が実施している、RRSのハンズオン研修の例

コース名:MET/RRTスタッフ育成セミナー(第1回)



📅 日程

2016/03/12

☆ 主催

Critical Care Patient Safety Network (CCPAT)

📍 場所

北里大学病院

📄 内容

【対象】MET・RRTとして対応するメンバー

【到達目標】・対応者として知るべき概念、すべき基本的な流れを学ぶ・チーム内の連携、ノンテクニカルスキルを学ぶ・対応する中で起こりうる問題点について検討する

📄 レポート

出典:日本院内救急検討委員会ホームページ

## 重症患者対応について②

- 救急・集中治療領域の重症患者の家族は、治療について代理意思決定という大きな負担を強いられているが、家族に対する支援体制は十分ではないとされている。

### 救急・集中治療領域における重症患者の家族に対する支援の実態

集中治療領域では、患者は生命の危機状態にあり、急激な変化で亡くなる場合もあれば、脳死などのように数時間後または数日中に亡くなるなど、懸命な医療を行っても死にいたることがある。(略)また、患者自身の意識が低下、もしくは消失している状態では、患者は治療選択の意思決定ができず、家族が代理意思決定をしなければならない状況が存在する。(略)しかし、家族にとっては、生死にかかわる治療の代理意思決定自体が、大きな負担を強いられる深刻な問題となる。

(略)しかし、現実的には組織的な家族支援体制は存在せず、医師や看護師を中心とした自発的、個人的努力で家族の支援が行われている。常に、死と直面している患者をケアする集中治療領域において、こころのケアに関して専門教育を受けた医療者は少なく、家族への支援体制が十分でないという現状は、大きな課題である。

(出典：日本集中治療医学会「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」)

ICUにおいて、家族が代理意思決定者となる場合が多いが、家族にかかっている精神的負荷は、適切な判断に影響を与える場合があることから、家族に対する精神的負荷は患者の治療の妨げにもなり得る。

(出典：Practical guidance for evidence -based ICU Family Conferences.  
Chest. 2008 October ; 134(4) : 835-843.)

# 救急・集中治療領域の終末期にある患者の家族支援の方法

- 日本集中治療学会より、集中治療領域における終末期にある患者の家族支援の方法について指針が示されている。

## 集中治療領域における終末期患者の家族支援の方法

- ・ 集中治療領域における終末期にある家族へのこころのケアの具体的方略として、5つの中核的要素を主軸とした直接的アプローチ、管理的アプローチからなるアプローチを複合的に実践することが必要である。
- ・ これらのケアの提供にあたっては、施設ごと、症例ごとの振り返りや教育体制を構築し、医療者の倫理的感性を高めるような取り組みがなされることが望ましい。(出典より)

### こころのケアにおける「5つの中核的要素」

#### 1. 家族の権利擁護

- ＜直接的アプローチ＞・ 家族の代理意思決定を支援する
- ＜管理的アプローチ＞・ 社会資源などの情報を提供する
- ・ 思いを表出できる環境を整える

#### 2. 家族の苦痛を緩和する

- ＜直接的アプローチ＞・ 苦痛の緩和を図る
- ・ 情緒的に安定が得られるように支援する
- ・ 患者に主にかかわる家族への関わり
- ＜管理的アプローチ＞・ 個人的な時間と空間を確保する

#### 3. 家族との信頼関係を維持する

- ＜直接的アプローチ＞・ 医療者の姿勢
- ・ 感情・意思の疎通を図る
- ＜管理的アプローチ＞・ チーム医療の提供

#### 4. 家族に十分な情報を提供する

- ＜直接的アプローチ＞・ 家族が患者の状況を理解できる情報提供を行う
- ・ 状況に応じて家族も含めたカンファレンスを開催する
- ＜管理的アプローチ＞・ 多職種を含めたカンファレンスを開催する

#### 5. 家族のケア提供場面への参加を促す

- ＜直接的アプローチ＞・ ケアへの参加を促す
- ＜管理的アプローチ＞・ 環境を調整する

# 救急・集中治療領域の重症患者の家族に対する支援に係る取組

- 救急・集中治療領域の重症患者の診療において、治療に直接関与しない職員が、家族の意思決定を支援する役割を担うことは有効であるとの調査結果があり、一般社団法人日本臨床救急医学会では、当該役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」を認定するための講習会を開催している。

## 入院時重症患者対応メディエーター

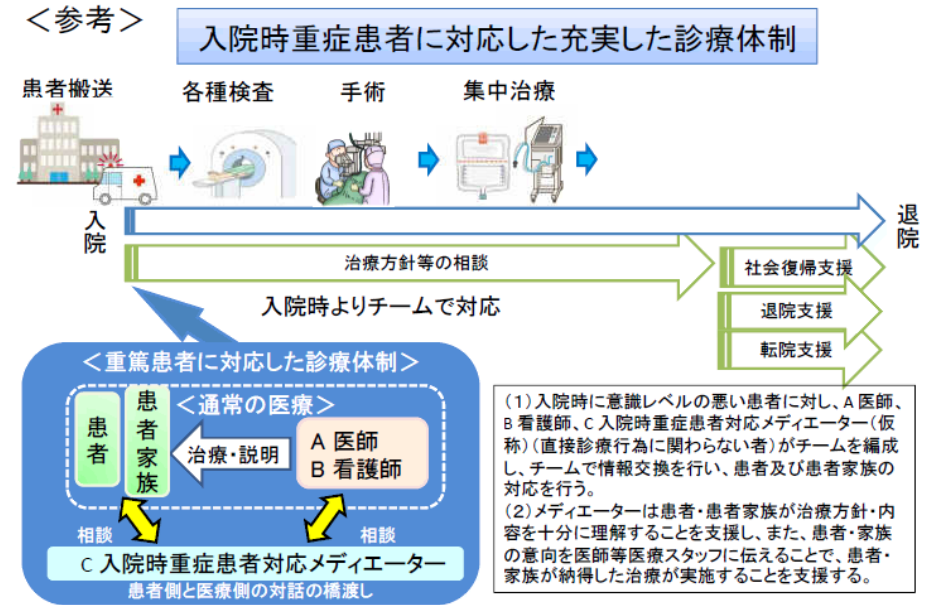
一般社団法人日本臨床救急医学会では、救急・集中治療領域において、重症患者の家族へのサポートを行う役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」に係る認定講習会を開催している。

「入院時重症患者対応メディエーター」の役割や特徴は以下のとおり。

- 医師、看護師に加えて、重症患者とその家族へのサポート体制を担うチームの構成メンバーとなる。
- 患者・家族が治療方針・内容を十分に理解することを支援する。
- 患者・家族の意向を医師等医療スタッフに伝え、患者・家族が納得した治療を選択する際の意思決定を支援する。
- 例えば、救命不能で看取りの医療が必要となった際などに、選択肢の一つとして生じうる臓器提供に関する意思決定過程にも、支援が可能となる。

(出典：「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト)

## 入院時重症患者対応メディエーターの役割 (イメージ)



※日本臨床救急医学会にて、今年度、認定講習会開催。

出典：第50回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会  
(令和元年6月21日) 資料2

## 治療に直接関与しない職員の必要性

- 急性期疾患で死亡退院した患者家族22例において、担当医師・担当看護師以外の治療に直接関与しない社会福祉士などの“第3の職員”が患者家族の相談に介入したグループと介入していないグループで、医療の満足度に関するアンケートを行ったところ、介入したグループの方が有意に満足度が高かった。

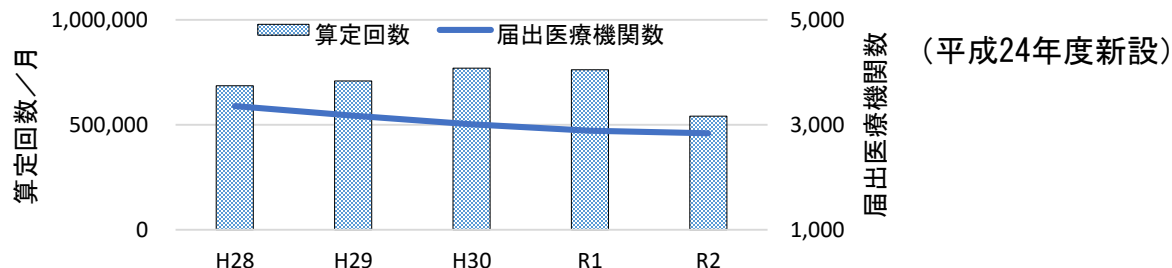
(出典：名取良弘、「選択肢提示の一般市民への啓発活動に関する研究」. 厚生労働科学研究費補助金移植医療基盤整備研究事業. 令和2年度「脳死下、心停止後の臓器・組織提供における効率的な連携体制の構築に資する研究」. 横田裕行.)



# 患者またはその家族等に対する支援体制の評価

- 医療従事者と患者の対話を促進するため、患者又はその家族等（以下「患者等」という。）に対する支援体制を評価。

## 患者サポート体制充実加算 70点（入院初日）



### 【算定要件】

- 施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者（特別入院基本料等を除く入院基本料、特定入院料。）について、入院初日に限り所定点数を算定する。
- 当該保険医療機関に相談支援窓口を設置し、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応する。
- 医療従事者と患者等との良好な関係を築くため、患者支援体制が整備されている。

### 【施設基準】

- 患者等からの疾病に関する医学的な質問、生活上・入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
- (1)における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。なお、当該窓口はA234医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。
- (1)における相談窓口に配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。
- 患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは、
  - ア 患者支援体制確保のため、(1)における相談窓口と各部門とが十分に連携していること。
  - イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。
  - ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されていること。
  - エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備していること。
  - オ 対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。
  - カ 定期的に患者支援体制に関する取組みの見直しを行っていること。
- 当該保険医療機関内の見やすい場所に、相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、入院時に文書等を用いて相談窓口について説明を行っていること。
- 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。

# 重症患者対応についての課題（小括）

## （重症患者対応について①）

- ・ 院内心停止の発生前には、平均動脈圧や脈拍数、呼吸数、意識状態の変化等の前兆が現れる場合があるとされている。
- ・ 患者の急変の兆候を捉え、致死性の急変に至るのを未然に防ぐことで、院内心停止を減らす取組として、「院内迅速対応システム（RRS）」があるが、院内死亡を減少させるとのエビデンスがある。日本においても、特に病床規模の大きい医療機関を中心に、一定程度RRSが導入されている医療機関が存在する。また、日本集中治療医学会等により研修が開催されている。

## （重症患者対応について②）

- ・ 救急・集中治療領域の重症患者の家族は、治療について代理意思決定という大きな負担を強いられているが、家族に対する支援体制は十分ではないとされている。
- ・ 日本集中治療学会より、集中治療領域における終末期にある患者の家族支援の方法について指針が示されており、家族の権利擁護、苦痛の緩和、信頼関係の維持、十分な情報提供、ケア提供場面への参加、の5つの中核的要素を主軸としたアプローチの必要性が示されている。
- ・ 救急・集中治療領域の重症患者の診療において、治療に直接関与しない職員が、家族の意思決定を支援する役割を担うことは有効であるとの調査結果があり、一般社団法人日本臨床救急医学会では、当該役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」を認定するための講習会を開催している。
- ・ 医療従事者と患者の対話を促進するため、患者又はその家族等に対する支援体制の評価として、患者サポート体制充実加算を平成24年より設けている。

## 急性期入院医療について

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
  - 3－1 重症度、医療・看護必要度等について
  - 3－2 人員配置等について
4. 論点

# 入院分科会のとりまとめにおける指摘事項

(重症度、医療・看護必要度について)

- 必要度のB項目については、早期のリハビリテーションの介入等が有用であるとのエビデンスを踏まえ、患者の状態を改善させる取組が進められている中、必要度の基準に組み入れられていることで、負のインセンティブになっていないか等の視点もあることから、特定集中治療室における適切な評価指標であるかは検討が必要である、との指摘があった。
- 一方、ADL等の改善状況を統一的な指標で把握するために、B項目を必要度の基準から外したとしても、測定自体は継続すべきではないかとの指摘があった。
- A項目について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱと同様に、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ことで、必要度の測定に係る看護職員の負荷を軽減できるのではないか、という指摘があった。

(生理学的スコアについて)

- 大学病院等ではSOFAスコアの入力が自動化されているが、このシステムの導入には多額の費用がかかるため全ての治療室に導入することは難しいとの指摘があった。

(専門性の高い看護師)

- 人工呼吸器を装着する患者に対して自立したケアを行える看護師は少なく、今般のコロナ禍において、ICUで重症患者をケアできるような専門性の高い看護師の確保の重要性がみられたことから、専門性の高い看護師の配置をより強化していくべきとの指摘があった。

(バイオクリーンルームについて)

- 日本集中治療医学会の策定した指針も踏まえ、バイオクリーンルームの在り方については検討が必要、との指摘があった。



# 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	183 3,528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	25 196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	80 1,666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	82 902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	140 1,397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	70 797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	349 2,390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	64 618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	582 5,779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	30 305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	180 1,479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3年9月15日中医協総-13-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

# 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	9 116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	84 797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	145 832床				
総合周産期 特定集中治療室管理料 (MFICU)	管理料 1	7,381点	133 851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	133 1,720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	202 2,899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	/

# 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】

<b>基準</b>
A得点4点以上かつB得点3点以上

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

【ハイケアユニット用】

<b>基準</b>
A得点3点以上かつB得点4点以上

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

【特定集中治療室用／ハイケアユニット用 共通】

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		
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	/	/	=	点
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
口腔清潔	自立	要介助	/		実施なし	実施あり		点
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/		/	/		点
危険行動	ない	/	ある		/	/		点

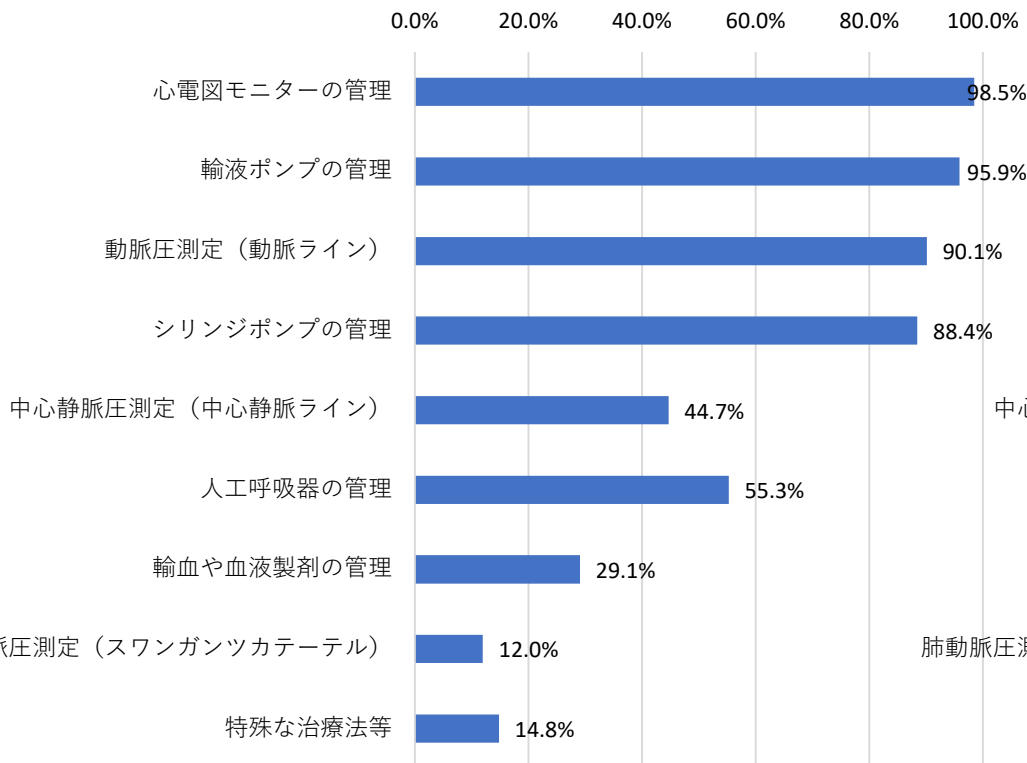
# 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の詳細(A項目)

中医協 総-1-2

3.10.27

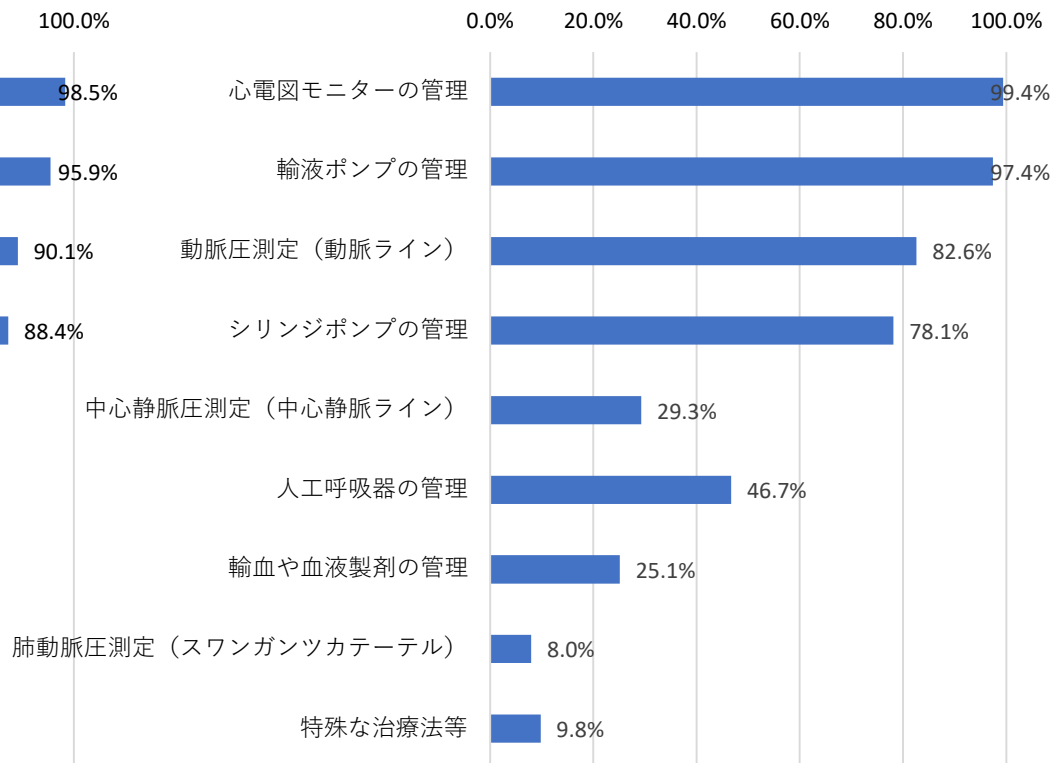
○ 特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、いずれも「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」は9割を越えるが、他の項目には違いがみられた。

特定集中治療室1・2の項目別の該当患者割合 (A項目)



n=6,523

特定集中治療室3・4の項目別の該当患者割合 (A項目)

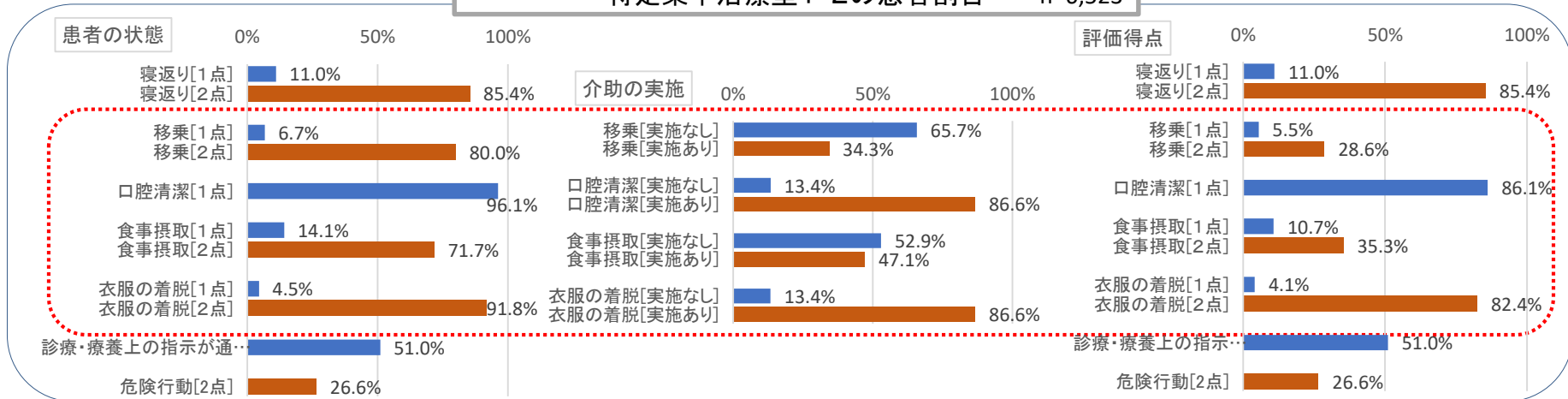


n=7,151

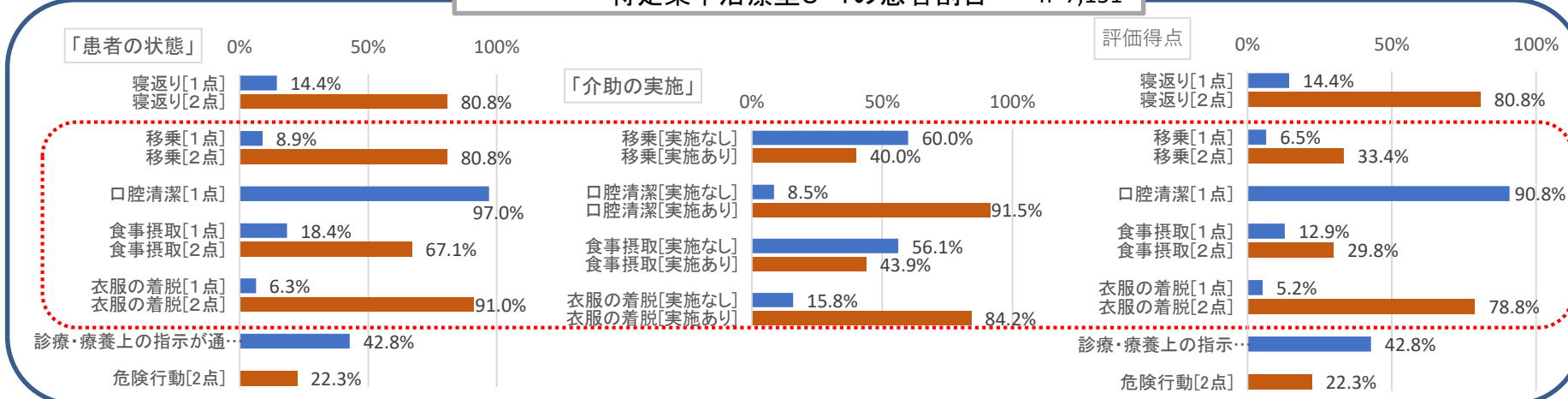
# 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の詳細(B項目)

○ 特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、以下の通りであった。

特定集中治療室1・2の患者割合 n=6,523



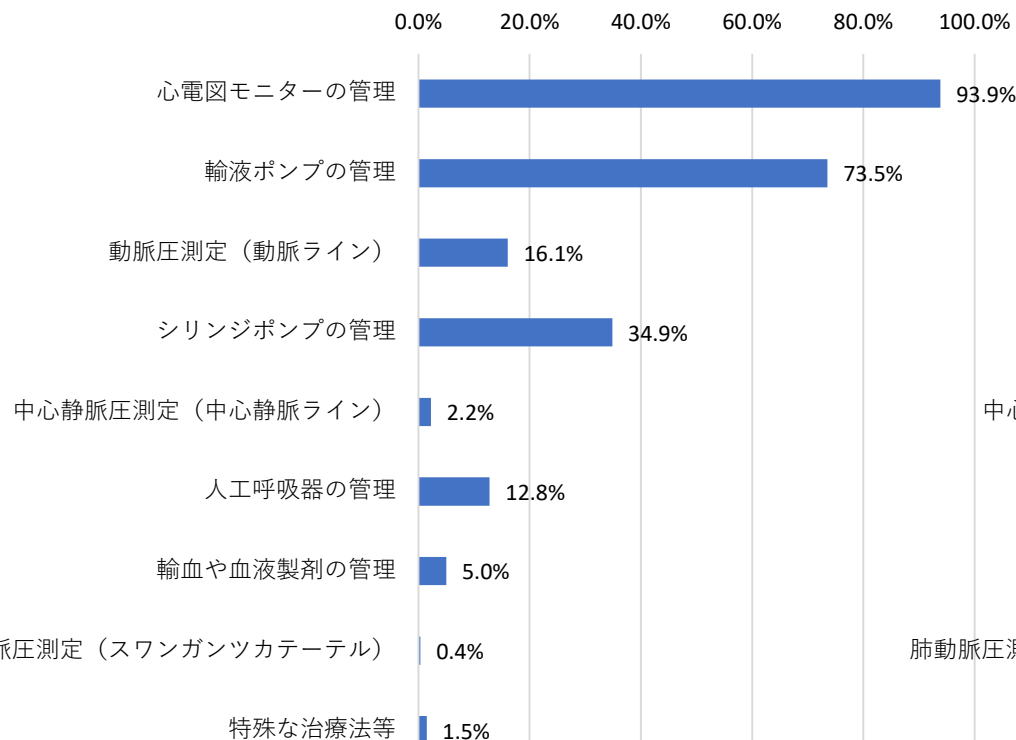
特定集中治療室3・4の患者割合 n=7,151



# 救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の詳細(A項目)

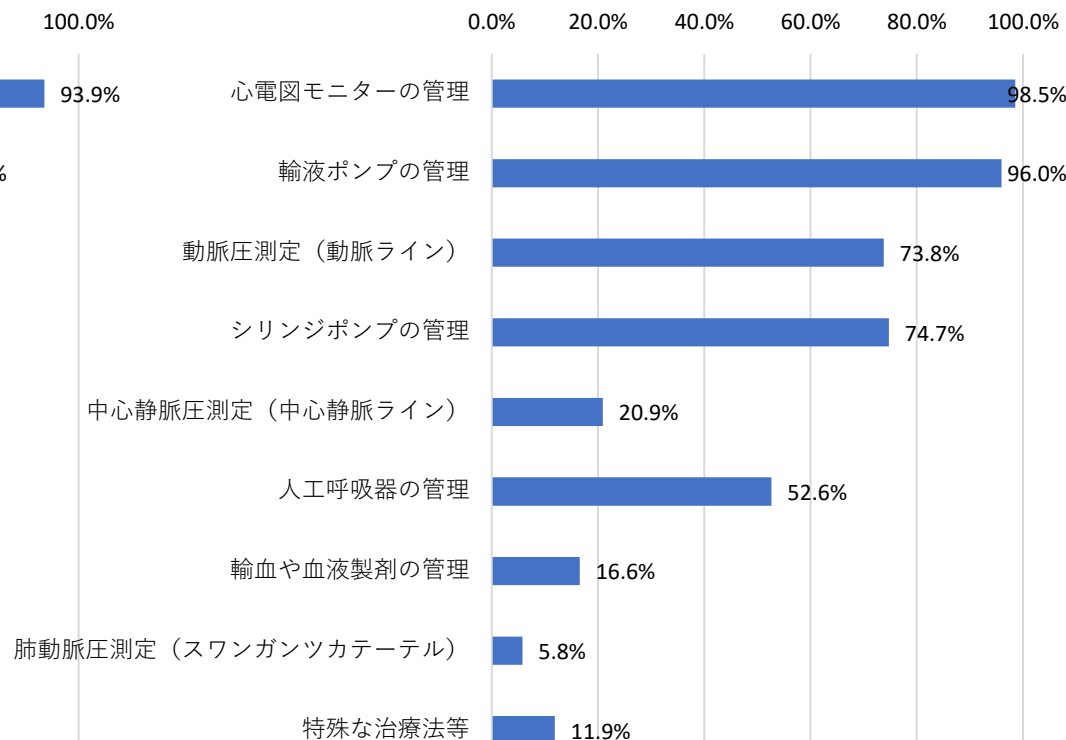
○ 救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、いずれも「心電図モニターの管理」は9割を超えるが、他の項目には違いがみられ、特に、動脈圧測定、シリンジポンプの管理、人工呼吸器の管理については、救命救急入院料1・3にくらべて2・4の方が該当割合が高かった。

救命救急入院料1・3の項目別の該当患者割合 (A項目)



n=9,437

救命救急入院料2・4の項目別の該当患者割合 (A項目)

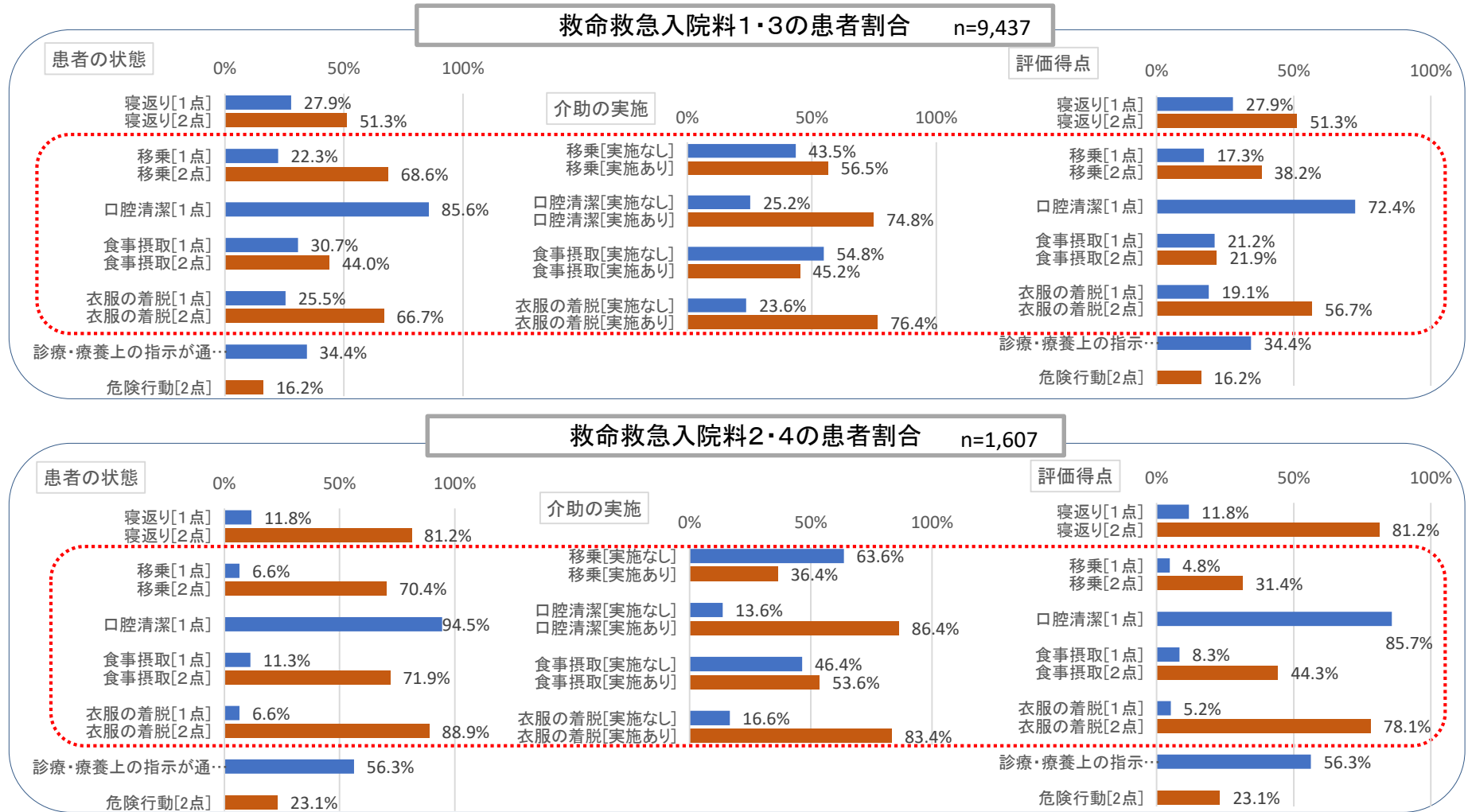


n=1,607



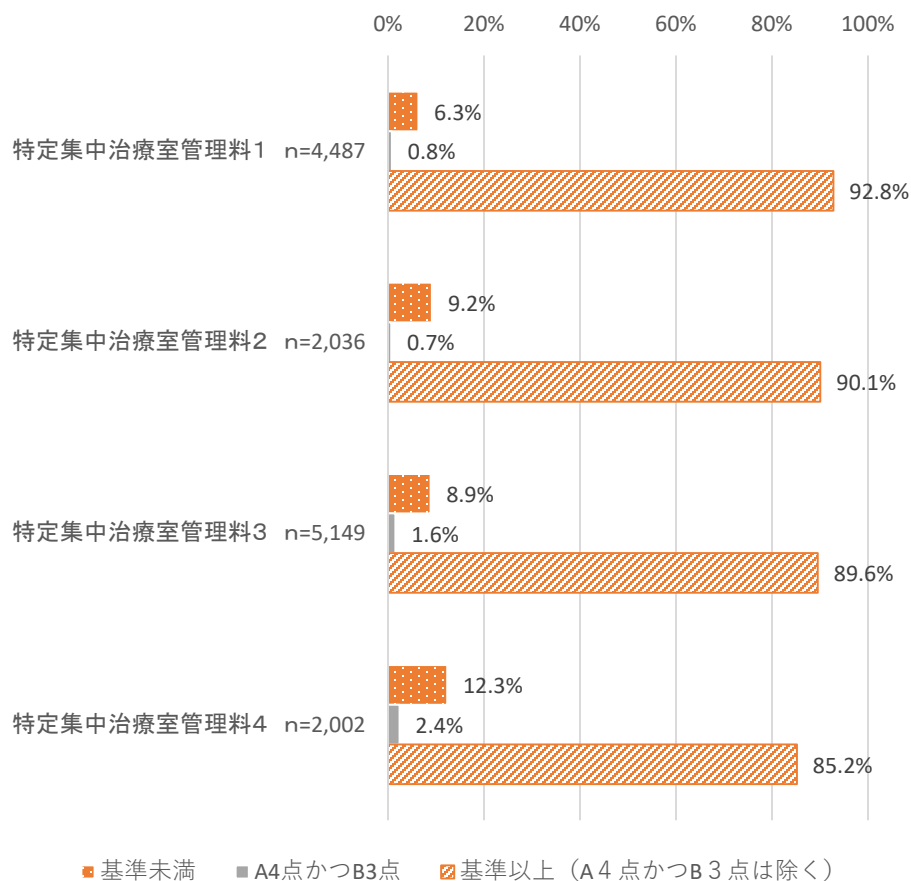
# 救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の詳細(B項目)

○救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、以下の通りであった。

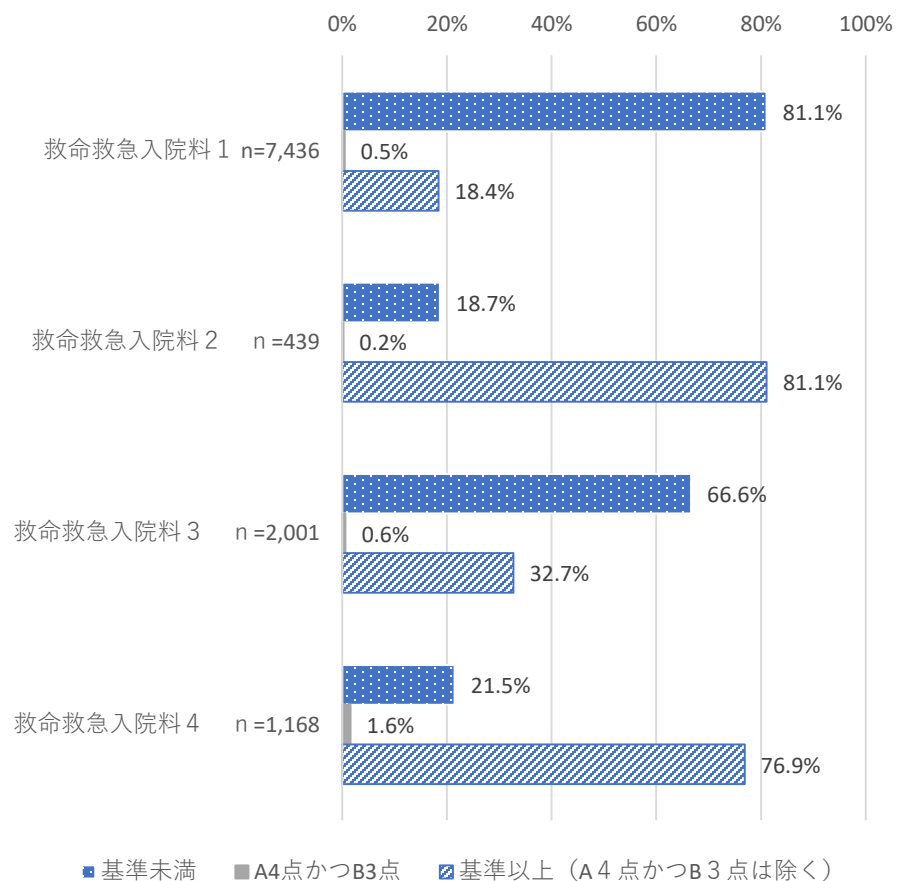


○ 特定集中治療室、救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を点数別にみると、救命救急入院料1・3と2・4では、基準別の該当割合が大きく異なっていた。

点数別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合



点数別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合





# 特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度B項目の該当状況

- 特定集中治療室管理料を算定する患者において、必要度A項目の基準は満たしているがB項目を満たしていない割合は1.7%だった。
- 上記の患者について、最も医療資源を投入した疾患を見たところ、上位10疾患は以下のとおりだった。

## 必要度の該当状況

	A項目4点未満 (基準未満)	A項目4点以上 (基準以上)	全体
B項目3点未満 (基準未満)	14,887 (1.4%)	★ 18,773 (1.7%)	33,660 (3.1%)
B項目3点以上 (基準以上)	75,214 (7.0%)	967,945 (89.9%)	1,043,159 (96.9%)
全体	90,101 (8.4%)	986,718 (91.6%)	1,076,819 (100%)

## ★ 疾患別患者数

医療資源最傷病 ICD10	資源病名	患者数
I710	大動脈の解離 [各部位]	625
I210	前壁の急性貫壁性心筋梗塞	601
I714	腹部大動脈瘤, 破裂の記載がないもの	571
C341	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	523
I211	下壁の急性貫壁性心筋梗塞	469
I350	大動脈弁狭窄 (症)	419
I500	うっ血性心不全	409
C343	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 下葉, 気管支又は肺	378
I671	脳動脈瘤, 非<未>破裂性	315
I712	胸部大動脈瘤, 破裂の記載がないもの	315

○ 救命救急入院料1及び3を算定する患者について、ハイケアユニット用の評価票を用いて評価したところ、基準を満たす患者割合は以下のとおりだった。

## ICU評価票

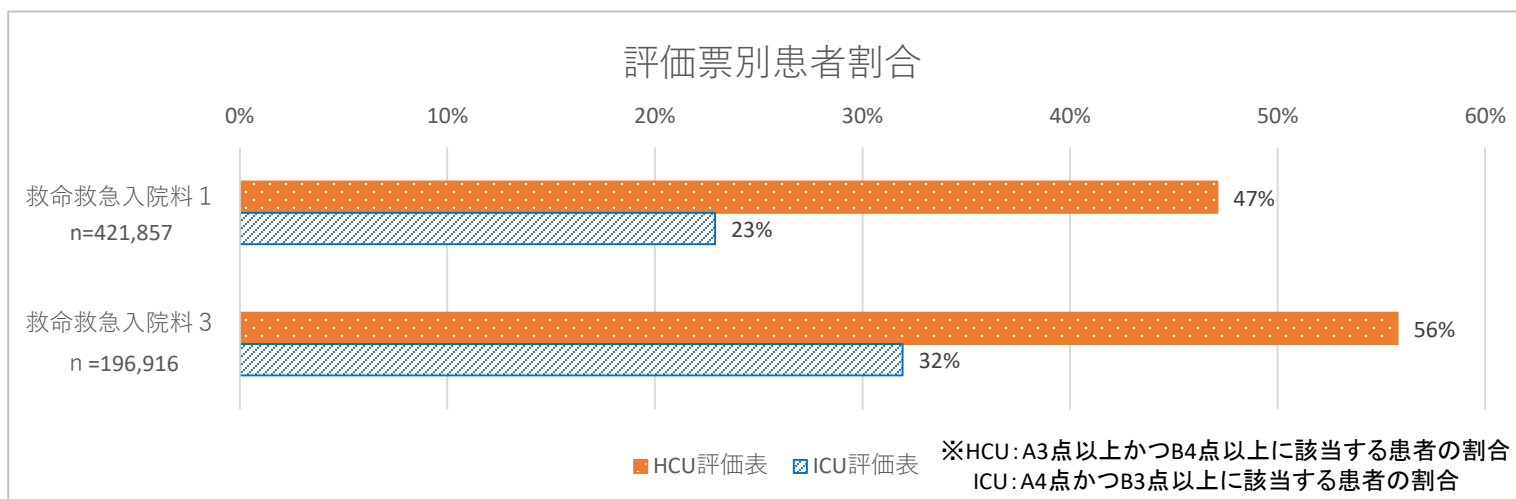
	延患者数	対象延患者	割合
救命救急入院料1	421,857	96,615	22.9%
救命救急入院料3	196,916	62,890	31.9%

※A得点4点以上かつB得点3点以上

## HCU評価票

	延患者数	対象延患者	割合
救命救急入院料1	421,857	198,699	47.1%
救命救急入院料3	196,916	109,845	55.8%

※A得点3点以上かつB得点4点以上  
※蘇生術の施行は除く



# 令和2年度改定における特定集中治療室管理料の見直し

- 令和2年度の診療報酬改定においては、SOFAスコアについて、重症度、医療・看護必要度の該当項目の状況等との比較も含め、引き続き分析を行う観点から、測定対象を特定集中治療室管理料3・4についても要件とした。

令和2年度診療報酬改定 I-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 -⑥

## 特定集中治療室管理料の見直し

### 生理学的スコアの測定に係る要件の見直し

- 特定集中治療室管理料1・2において提出が要件となっている生理学的スコア(SOFAスコア)について、特定集中治療室管理料3・4についても要件とする。 ※令和2年10月1日以降に当該治療室に入室した患者が提出対象

#### 生理学的スコア(SOFAスコア)

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

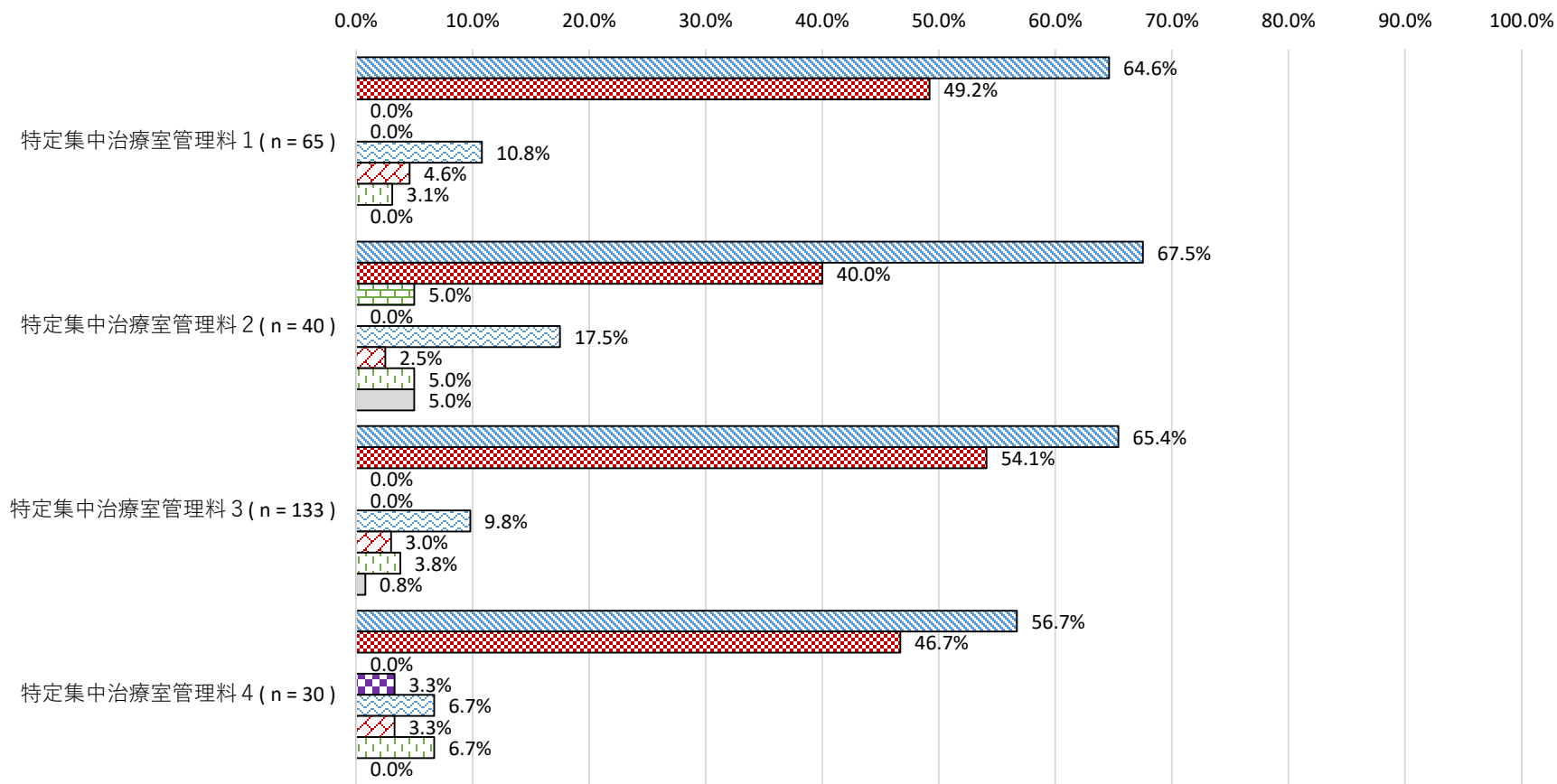
		0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (mmHg)	>400	≤400	≤300	≤200 呼吸器補助下	≤100 呼吸器補助下
凝固機能	血小板数 (×10 <sup>3</sup> /mm <sup>2</sup> )	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
肝機能	ビリルビン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能	血压低下	なし	平均動脈圧<70mmHg	ドパミン≤5γ あるいはドブタミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ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

※ DPCデータにおいて、SOFAスコアは「入室日当日」、「入室日翌日」及び「退室日」に測定することを求めている。

# SOFAスコアの入力状況

○ SOFAスコアの入力を行う職種は、特定集中治療室管理料1～4の全てにおいて「医師」が行っている割合が最も高かった。

生理学的スコア（SOFAスコア）の入力を行う職種



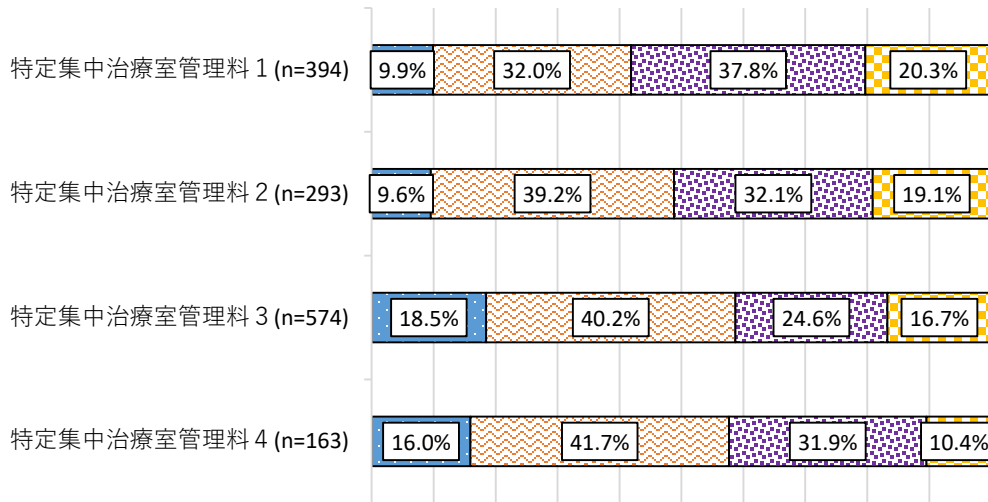
■01\_医師 ■02\_看護師 ■03\_理学療法士・作業療法士 ■04\_臨床検査技師 ■05\_医師事務作業補助者 ■06\_入力自動化されている □07\_その他 □すべて未回答

# 特定集中治療室ごとのSOFAスコア

- 特定集中治療室管理料1～4について、治療室入室時のSOFAスコア別の患者割合を比較すると、特定集中治療室管理料3・4については、SOFAスコア0～5点の患者割合が高かった。
- 特定集中治療室管理料1～4について、治療室退室時のSOFAスコア別の患者割合を比較すると、以下のとおりであった。

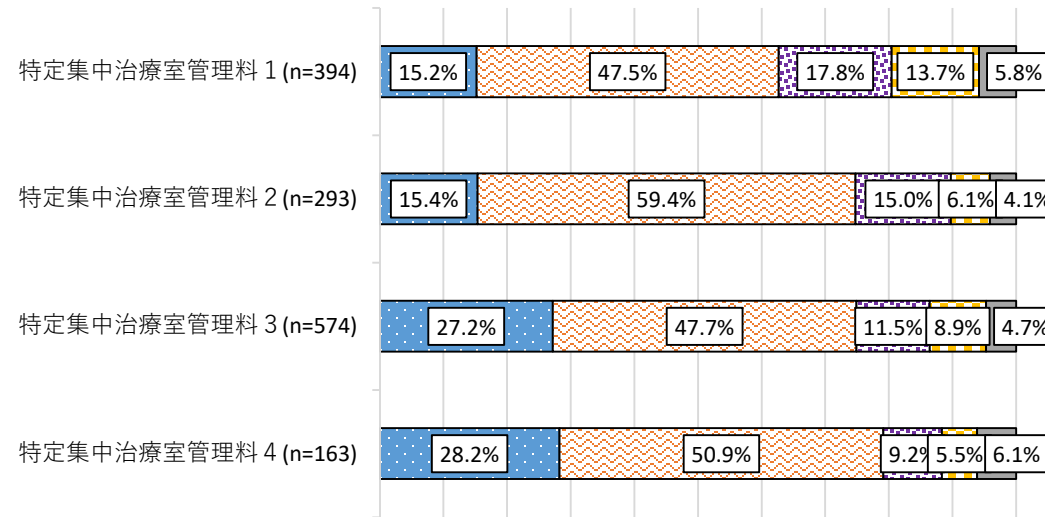
SOFAスコア別の患者割合（入室時）

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



SOFAスコア別の患者割合（退室時）

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

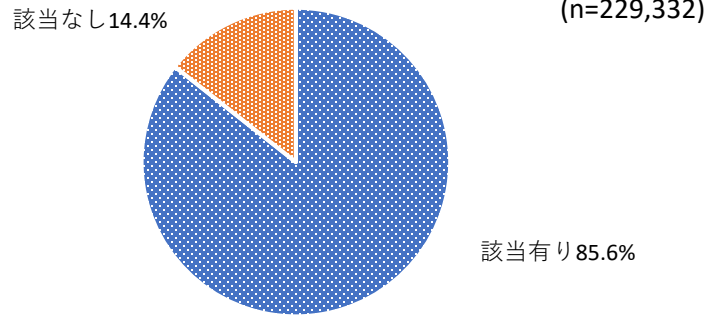


■ 0点 ■ 1～5点 ■ 6～10点 ■ 11点以上 ■ 死亡

# 入室日の重症度、医療・看護必要度・SOFAスコア

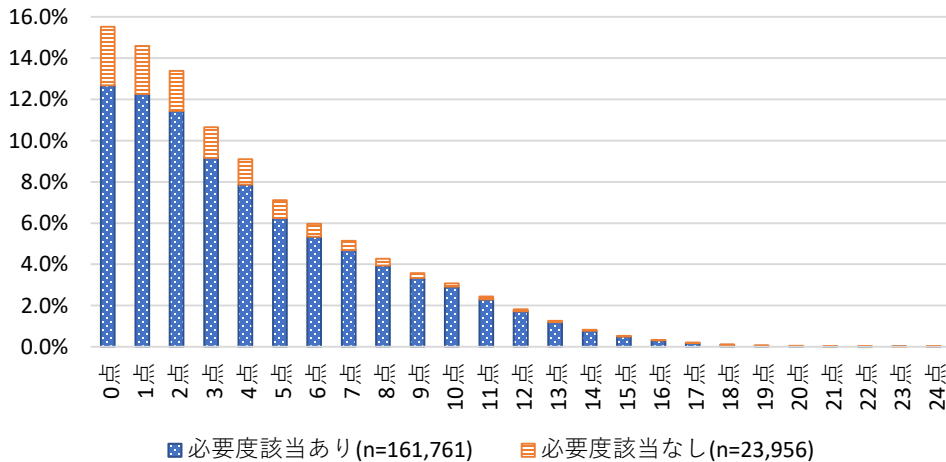
- 必要度の基準を満たす患者は、特定集中治療室管理料を算定する患者の85.6%を占めていた。
- 必要度の基準を満たしていない患者と比較すると、基準を満たす患者は、SOFAスコア5点以上の患者の割合が高い傾向にあった。

### 必要度（入室日・全患者）

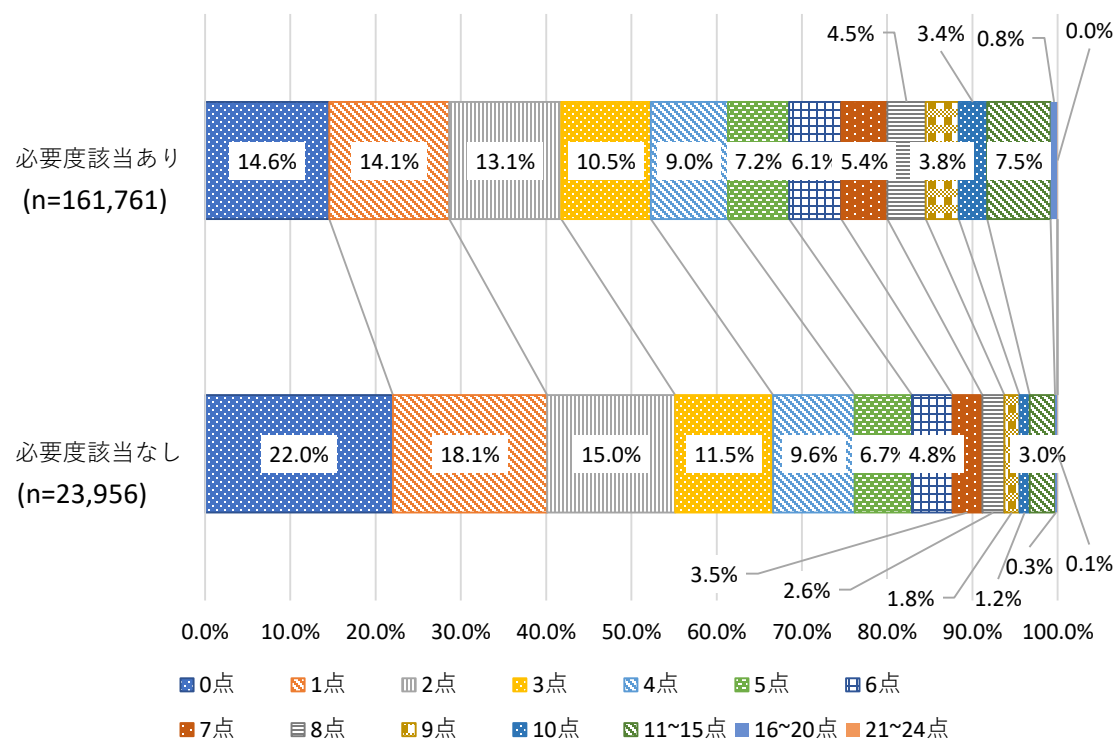


※必要度基準：A得点4点以上かつB得点3点以上

### SOFA×必要度（入室日）



### SOFAスコア（入室日）



# 特定集中治療室のA項目・B項目とSOFAスコアの分布

○ 必要度のA項目、B項目において、各項目に該当している患者のSOFAスコアの分布をみたところ、以下のとおりだった。

A項目	件数	得点0点	得点1から5点	得点6から10点	得点11から15点	得点16点以上	SOFAスコア
心電図モニター管理	184,536	15.6%	54.8%	22.0%	6.9%	0.8%	
輸液ポンプ管理	182,366	15.7%	54.8%	21.9%	6.9%	0.8%	
動脈圧測定（動脈ライン）	164,681	14.9%	54.3%	22.7%	7.3%	0.8%	
シリンジポンプ管理	136,028	12.0%	51.4%	26.7%	8.9%	1.0%	
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	49,575	4.9%	37.7%	40.6%	15.3%	1.4%	
人工呼吸器管理	61,070	2.8%	31.0%	46.0%	18.2%	2.0%	
輸血や血液製剤管理	42,803	4.9%	35.5%	40.5%	17.2%	2.0%	
肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	19,257	2.8%	25.5%	49.7%	20.6%	1.4%	
特殊な治療法等	10,248	3.8%	25.8%	39.8%	25.3%	5.3%	

B項目	件数	得点0点	得点1から5点	得点6から10点	得点11から15点	得点16点以上	SOFAスコア
寝返り1点	17,938	23.5%	63.6%	11.4%	1.3%	0.2%	
寝返り2点	162,209	14.4%	53.7%	23.4%	7.6%	0.9%	
移乗1点	4,439	22.9%	59.5%	14.5%	2.8%	0.2%	
移乗2点	82,385	14.0%	52.5%	24.1%	8.2%	1.1%	
口腔清潔1点	135,670	16.2%	55.5%	21.1%	6.6%	0.7%	
食事摂取1点	9,758	24.3%	60.0%	13.5%	2.0%	0.2%	
食事摂取2点	11,807	16.0%	53.1%	23.1%	7.1%	0.7%	
衣服の着脱1点	6,447	23.6%	61.1%	12.7%	2.4%	0.1%	
衣服の着脱2点	113,042	14.1%	54.0%	23.3%	7.7%	0.9%	
診療・療養上の指示が通じる1点	59,710	4.0%	37.5%	40.2%	16.3%	1.9%	
危険行動2点	21,233	5.8%	47.1%	33.9%	12.0%	1.2%	

# 必要度の基準該当別のSOFAスコアとA項目の該当

○ 必要度の該当別にSOFAスコアごとにA項目の該当状況をみると、以下のとおりであった。

必要度該当あり n = 151,891						SOFAスコア
A項目 \ SOFA	0点	1~5点	6~10点	11~15点	16点以上	
該当患者数	(n=22194)	(n=82055)	(n=35183)	(n=11172)	(n=1287)	
心電図モニターの管理	99.9%	99.8%	99.8%	99.7%	99.5%	
輸液ポンプの管理	99.5%	99.1%	98.8%	99.0%	98.4%	
動脈圧測定（動脈ライン）	96.5%	96.0%	95.2%	95.7%	93.6%	
シリンジポンプの管理	58.1%	71.4%	91.2%	96.1%	94.3%	
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	9.6%	19.9%	50.5%	59.4%	48.0%	
人工呼吸器の管理	6.7%	20.7%	72.3%	88.6%	88.3%	
輸血や血液製剤の管理	8.0%	16.0%	43.1%	56.9%	59.3%	
肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	1.9%	5.1%	23.7%	30.2%	19.3%	
特殊な治療法等	1.5%	2.8%	10.5%	21.1%	37.8%	
必要度該当なし n = 23,567						SOFAスコア
A項目 \ SOFA	0点	1~5点	6~10点	11~15点	16点以上	
該当患者数	(n=5212)	(n=14346)	(n=3226)	(n=703)	(n=80)	
心電図モニターの管理	92.6%	86.8%	67.1%	48.9%	57.5%	
輸液ポンプの管理	89.0%	83.2%	60.7%	38.4%	36.3%	
動脈圧測定（動脈ライン）	28.5%	31.4%	27.0%	23.0%	17.5%	
シリンジポンプの管理	43.2%	45.8%	40.6%	33.1%	21.3%	
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	1.8%	4.3%	12.2%	15.2%	7.5%	
人工呼吸器の管理	0.9%	2.8%	13.7%	20.8%	25.0%	
輸血や血液製剤の管理	2.6%	4.3%	10.6%	14.8%	11.3%	
肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	0.3%	0.9%	5.6%	8.5%	2.5%	
特殊な治療法等	0.3%	0.7%	2.8%	3.6%	5.0%	



# 最も医療資源を投入した傷病名とSOFAスコア

- 特定集中治療室の患者について、最も医療資源を投入した傷病名で多かったものから順列し、それぞれのSOFAスコアの分布を比較すると、「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞」、「肺の悪性腫瘍」、「結腸の悪性腫瘍」及び「脳腫瘍」についてはSOFAスコアが0点の患者割合が高かった。
- 「弁膜症」及び「狭心症、慢性虚血性心疾患」については、SOFAスコアが6～10点の患者割合が高かった。

傷病名 \ SOFA		0点	1～5点	6～10点	11～15点	16点以上
弁膜症（連合弁膜症を含む。）	(n=14862)	4.4%	38.4%	41.7%	14.8%	0.7%
急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	(n=12737)	26.5%	50.7%	15.7%	6.4%	0.7%
非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	(n=10204)	8.2%	59.0%	26.3%	6.2%	0.3%
肺の悪性腫瘍	(n=9910)	25.5%	69.8%	4.2%	0.5%	0.0%
狭心症、慢性虚血性心疾患	(n=8293)	11.8%	34.4%	40.3%	13.0%	0.5%
解離性大動脈瘤	(n=6957)	9.8%	50.8%	28.4%	10.5%	0.5%
心不全	(n=6939)	5.3%	54.6%	31.9%	7.3%	0.8%
結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	(n=4972)	25.9%	66.5%	6.5%	1.0%	0.1%
肝・肝内胆管の悪性腫瘍	(n=4887)	15.3%	72.1%	11.3%	1.1%	0.2%
脳腫瘍	(n=4084)	26.8%	66.9%	6.0%	0.3%	0.0%

※急性心筋梗塞は続発性合併症を含む。  
 ※肝・肝内胆管の悪性腫瘍は続発性を含む。

# 重症度、医療・看護必要度等についての課題（小括）

## （重症度、医療・看護必要度について）

- ・特定集中治療室管理料におけるA項目の該当患者割合を項目別にみると、特定集中治療室1・2と3・4のいずれも「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」が9割を超えるが、他の項目には違いが見られた。
- ・特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4のB項目の該当患者割合について、「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、いずれの項目も、「患者の状態」の割合に対して「介助の実施」の介助ありの方が割合が低く、「評価得点」の割合も低かった。
- ・救命救急入院料におけるA項目の該当患者割合を項目別にみると、救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4のいずれも「心電図モニターの管理」は9割を越えるが、他の項目には違いがみられ、特に、動脈圧測定、シリンジポンプの管理、人工呼吸器の管理については、救命救急入院料1・3にくらべて2・4の方が、該当割合が高かった。
- ・救命救急入院料1・3救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、いずれの項目も、「患者の状態」の割合に対して「介助の実施」の介助ありの方が、割合が低く、「評価得点」の割合も低かった。
- ・特定集中治療室管理料、救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を点数別にみると、救命救急入院料1・3と2・4では、基準別の該当割合が大きく異なっていた。
- ・特定集中治療室管理料を算定する患者において、必要度A項目の基準は満たしているがB項目を満たしていない割合は1.7%だった。
- ・救命救急入院料1及び3を算定する患者について、特定集中治療室用の評価票を用いて測定すると、救命救急入院料1は22.9%、救命救急入院料3は31.9%であったが、ハイケアユニット用の評価票を用いて評価したところ、救命救急入院料1は47.1%、救命救急入院料3は55.8%であった。

## （生理学的スコアについて）

- ・SOFAのスコアを入力する職種は、特定集中治療室管理料1～4いずれにおいても医師及び看護師の割合が高かった。
- ・特定集中治療室管理料1～4について、SOFAスコア別の患者割合を比較すると、特定集中治療室管理料3・4においてはSOFAスコア0点である患者割合が高い傾向であった。
- ・最も医療資源を投入した傷病名で頻度が高かったものについて、SOFAスコアの分布を比較すると、傷病名とSOFAスコアの分布には一定の傾向がみられた。
- ・必要度の基準を満たす患者は、特定集中治療室管理料を算定する患者の85.6%を占めており、必要度の基準を満たしていない患者と比較すると、基準を満たす患者は、SOFAスコア5点以上の患者の割合が高い傾向にあった。

## 急性期入院医療について

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
  - 3－1 重症度、医療・看護必要度等について
  - 3－2 人員配置等について
4. 論点

## 特定集中治療室管理料の見直し

### 専門の研修を受けた看護師の配置要件の見直し

- 特定集中治療室管理料1・2の専門の研修を受けた看護師の配置について、より柔軟な働き方に対応する観点から要件の緩和を行う。

※専門性の高い看護師の配置に係る経過措置は、予定通り令和2年3月31日で終了

#### 現行

##### 【特定集中治療室管理料1及び2】

###### [施設基準]

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



#### 改定後

##### 【特定集中治療室管理料1及び2】

###### [施設基準]

- 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。
- 専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。

# 治療室における適切な研修を修了した看護師に係る施設基準

中医協 総-1-2  
3. 10. 27

## 特定集中治療室管理料1・2の施設基準

- ・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上
  - ・集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
  - ・当該治療室内に週20時間以上配置
- ※専任の常勤看護師2名組み合わせることにより、週20時間以上配置しても差し支えない(重複する時間帯については1名についてのみ計上)

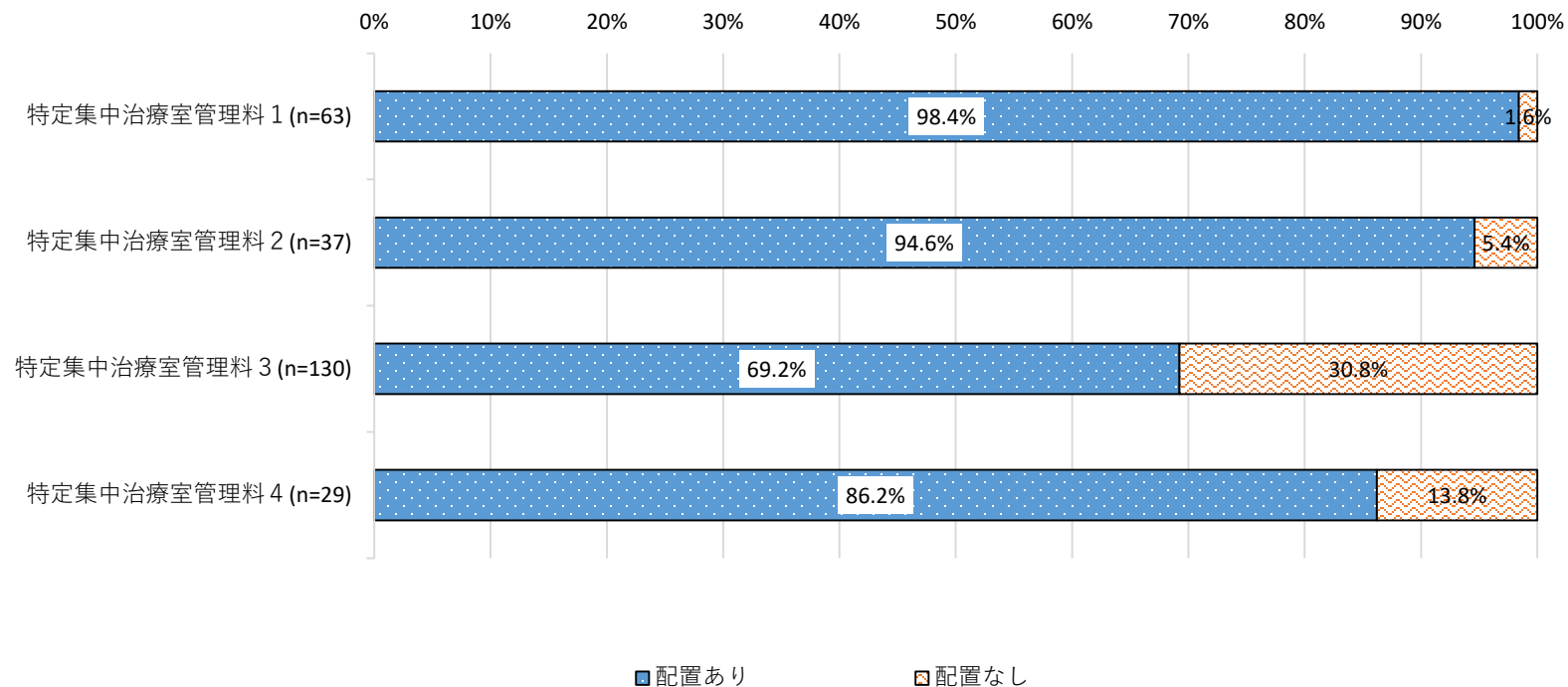
「適切な研修」とは、  
国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修(修了証が交付されるもの)であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること

### 「適切な研修」の内容

		認定・専門・特定行為 における分野	2021年度～ 新たな認定看護分野
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A301 特定集中治療室管理料1</li> <li>■ A301 特定集中治療室管理料2</li> </ul>	14,211点 (7日以内)	<b>認定看護師の分野</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・救急看護</li> <li>・集中ケア</li> </ul>	<b>認定看護師の分野</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・クリティカルケア</li> <li>・新生児集中ケア</li> </ul>
	12,633点 (8日以上 14日以内)		
			<b>専門看護師の分野</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・急性・重症患者看護</li> </ul>
		<b>特定行為研修において該当する区分</b> 以下の8区分全てを研修が修了した場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸器(気道確保に係るもの)関連</li> <li>・呼吸器(人口呼吸療法に係るもの)関連</li> <li>・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</li> <li>・血糖コントロールに係る薬剤投与関連</li> <li>・循環動態に係る薬剤投与関連</li> <li>・術後疼痛関連</li> <li>・循環器関連</li> <li>・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</li> </ul>	

- 適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室管理料3では約7割、特定集中治療室管理料4では8割以上の施設で配置されていた。

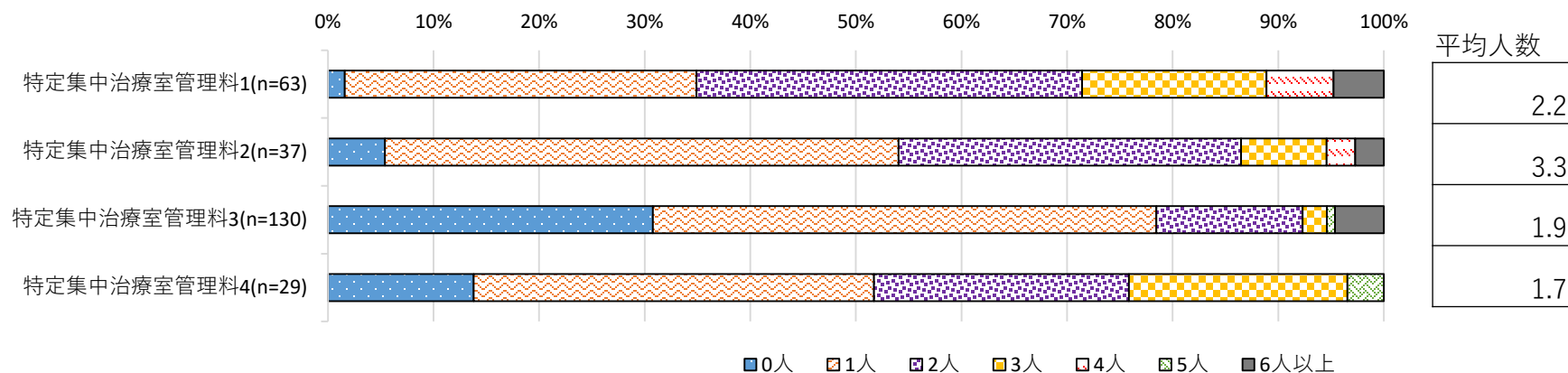
### 適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置有無



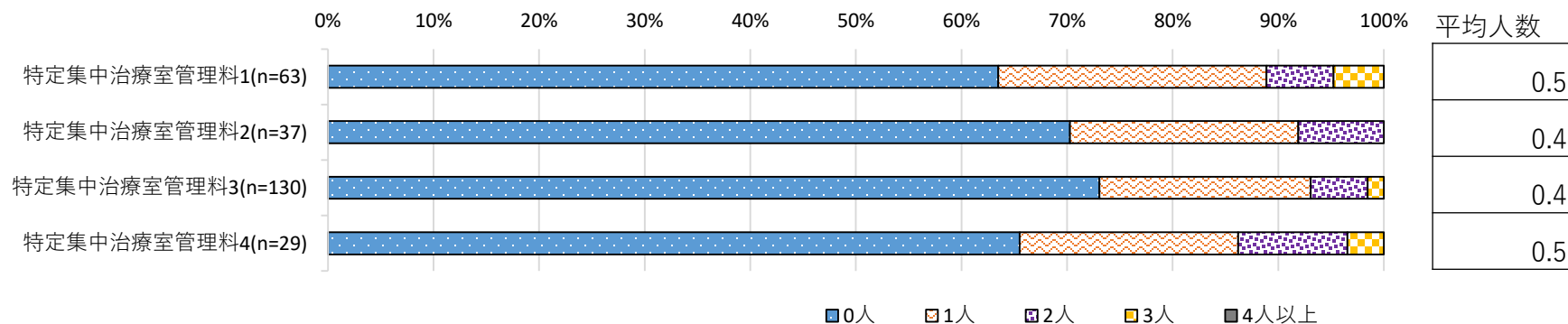
# 適切な研修を修了した看護師の配置人数

- 特定集中治療室管理料における適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室1では平均2人を超えており、特定集中治療室2では3人を超えていた。
- 適切な研修を修了した看護師のうち、特定行為研修修了者の配置状況をみると、1人以上配置している割合が、3割前後であった。

適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置状況



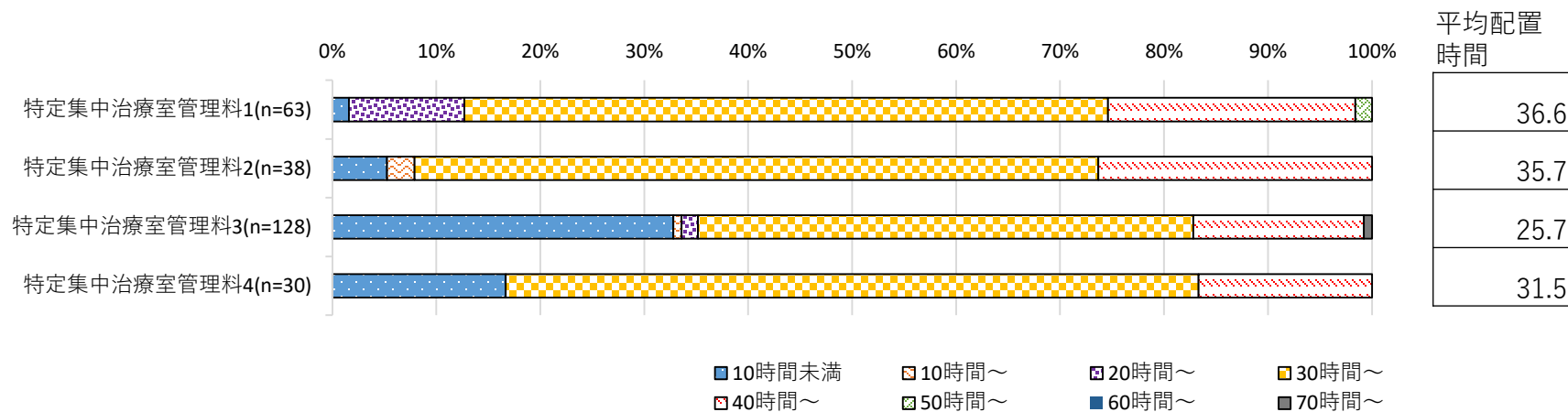
適切な研修を修了した専任の常勤看護師のうち、  
特定行為研修修了者の配置状況



# 適切な研修を修了した看護師の配置時間数

○ 特定集中治療室管理料における適切な研修を修了した看護師の配置時間数をみると、看護師1名あたりの配置時間は、特定集中治療室1・2・4では、1週間あたり30時間を超えていた。

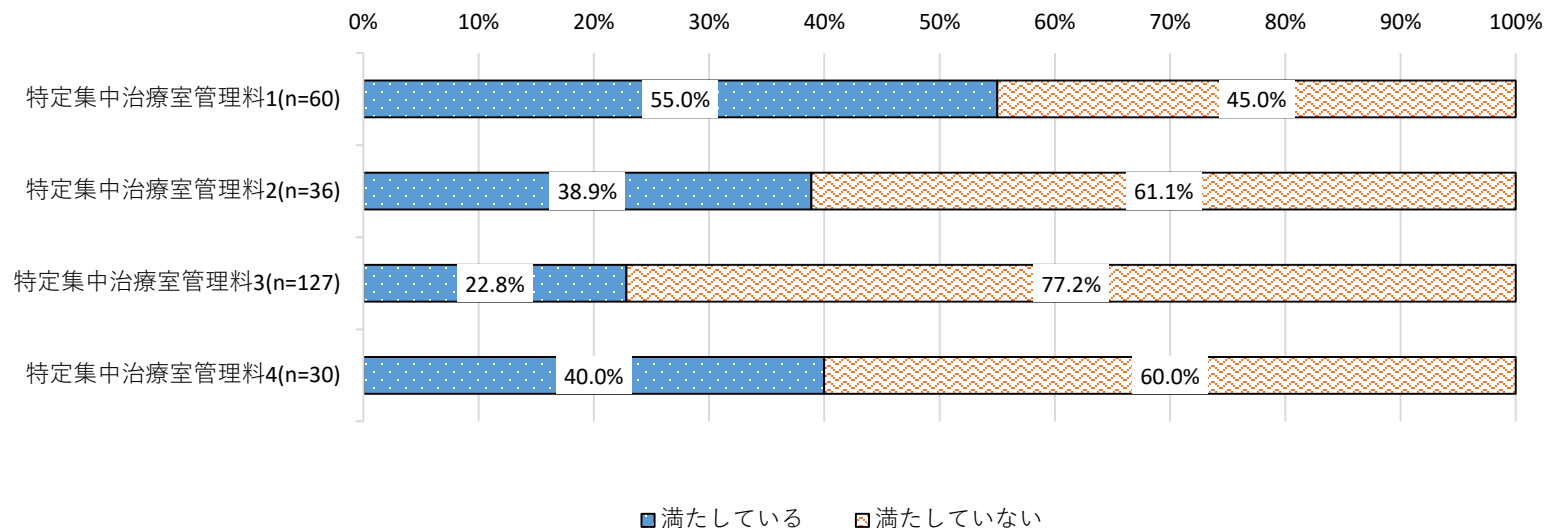
適切な研修を修了した専任の常勤看護師一人当たり配置時間平均配置時間  
(1週間の延べ配置時間数)





- 特定集中治療室管理料における看護師配置要件について、常勤看護師を2名組み合わせることにより配置要件を満たしているのは、特定集中治療室1では5割を超えていた。

適切な研修を修了した専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより  
20時間の配置要件を満たしているか



# 特定行為研修制度における領域別パッケージ研修

平成31年4月26日に保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令の一部を改正する省令が公布された。本改正により、領域別に特定行為をパッケージ化し研修することが可能となった。

## 領域別パッケージ研修とは

- 特定行為研修は区分毎に受講するよう定められているところ、領域別パッケージ研修では、各領域において一般的な患者の状態を想定し、特定の領域において実施頻度が高い特定行為をまとめた。
- 厚生労働大臣が適当と認める場合において、当該特定行為研修に係る特定行為の一部を免除した研修を行うことができる。
- 領域別パッケージ研修の修了者について、免除された特定行為については、修了したことにはならない。

## 領域とは

- 区分や特定行為をまとめて研修した方が現場での活用に資すると考えられる領域。
- 領域は、在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域、救急領域、外科系基本領域、**集中治療領域**の6領域。(2020年10月時点)

想定する患者像：様々な臓器が障害を受け集中治療を要する重症な患者や心臓手術等の術後の患者

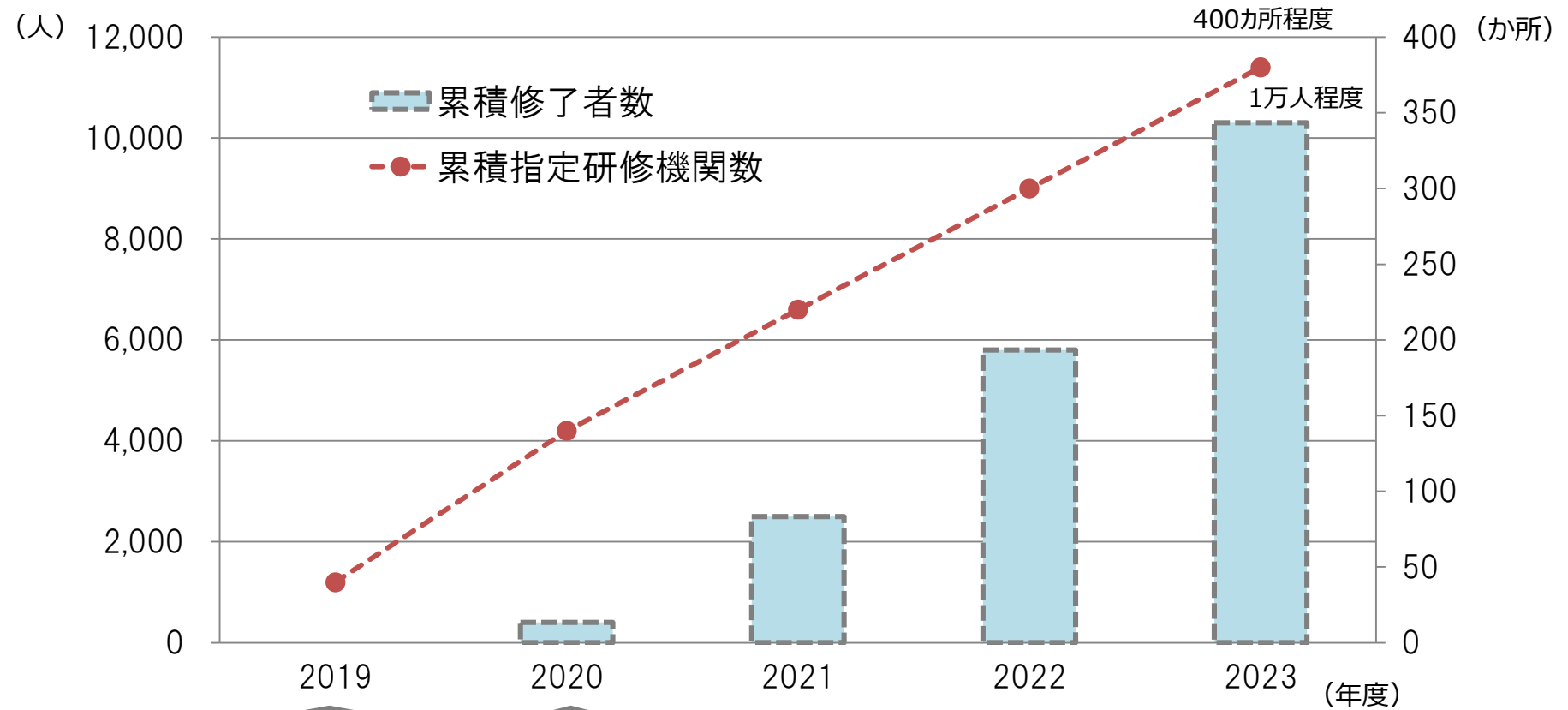
特定行為区分	特定行為	現行の時間数	改正後時間数※
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	9	9 + 5症例
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	29	23 + (5症例×3)
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更		
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整		
	人工呼吸器からの離脱		
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理	20	8 + 5症例
	一時的ペースメーカーリードの抜去		
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理		
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整		
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	中心静脈カテーテルの抜去	7	7 + 5症例
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血	13	9 + 5症例
	橈骨動脈ラインの確保		
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	28	20 + (5症例×3)
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整		
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整		
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整		
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整		
<b>区分別科目 合計</b>		106時間	76時間
合計時間（共通科目+区分別科目）		<b>356時間 (100%)</b>	<b>326時間 (92%) + 各5症例</b>

※区分別科目の実習は、講義及び演習の時間とは別に、行為の難易度に応じて5例又は10例程度の症例数で行うこと。

# 特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

○ 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度末までにパッケージ研修の修了者として1万人の養成を目指す。

## ■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



省令改正（パッケージ研修創設）  
パッケージ研修を実施する指定研修機関の申請開始

パッケージ研修開始

# 集中治療において必要となる看護師の能力・研修について

- 「集中治療に携わる看護師のクリニカルラダー」（日本集中治療医学会）が示されており、施設に応じた形で研修が実施されている。
- クリティカルケア（集中治療分野）における認定看護師に必要な知識と技術には、侵襲的・非侵襲的陽圧換気の設定の変更、人工呼吸器からの離脱等に関する知識・技術が挙げられている。

## 集中治療に携わる看護師のクリニカルラダーと実践例

（「ニーズを捉える力」のみ抜粋）

レベル	I	II	III	IV	V	
[JNA] レベル毎の定義	基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する	幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する	
[JSICM] レベル毎の定義と解釈	集中治療領域の基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する (例えば、開心術、開頭術、開腹術の患者に対する看護実践)	集中治療領域の標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する (例えば、開心術、開頭術、開腹術の患者に対する看護実践)	患者の病態を把握し、患者・家族に合う個別的な看護を実践する (例えば、敗血症、循環不全、呼吸不全、多臓器不全の患者に対する看護実践)	幅広い視野で予測的な判断をもち看護を実践する (例えば、エンドオブライフケア、臓器移植患者・家族に対する看護実践)	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する (例えば、PICSケア)	
ニーズをとらえる力	[JNA] レベル毎の目標	助言を得てケアの受け手や状況（場）のニーズをとらえる	ケアの受け手や状況（場）のニーズを自らとらえる	ケアの受け手や状況（場）の特性をふまえたニーズをとらえる	ケアの受け手や状況（場）を統合しニーズをとらえる	ケアの受け手や状況（場）の関連や意味をふまえてニーズをとらえる
	[JSICM] レベル毎の目標	助言を得て集中治療にある患者・家族や状況（場）のニーズをとらえる	集中治療にある患者・家族や状況（場）のニーズを自らとらえる	集中治療にある患者・家族や状況（場）の特性をふまえたニーズをとらえる	集中治療にある患者・家族や状況（場）を統合しニーズをとらえる	集中治療にある患者・家族や状況（場）の関連や意味をふまえてニーズをとらえる
	[JNA] 【行動目標】	□助言を受けながらケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる □ケアの受け手の状況から緊急度をとらえることができる	□自立してケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる □得られた情報をもとに、ケアの受け手の全体像としての課題をとらえることができる	□ケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から個別性を踏まえ必要な情報収集ができる □得られた情報から優先度の高いニーズをとらえることができる	□予測的な状況判断のもと身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる □意図的に収集した情報を統合し、ニーズをとらえることができる	□複雑な状況を把握し、ケアの受け手を取り巻く多様な状況やニーズの情報収集ができる □ケアの受け手や周囲の人々の価値観に応じた判断ができる
	実践例	助言を受けながら患者の術前から術式をふまえた疾患・病態の理解に必要な情報収集ができる	患者の術前から術式をふまえた疾患・病態の理解に必要な情報収集ができる	臓器障害にある患者の個別性を踏まえて重要臓器の評価を通して、合併症予防と早期回復に向けたニーズを把握できる	全人的看護の視点に基づき、生命の危機にある患者・家族に対して、予測的な状況判断のもと意図的にニーズを把握できる	患者・家族の長期にわたるQOLの高い生活を考慮した視点でニーズを把握できる
		助言を受けながら患者の術後の呼吸、循環、代謝の状態に関する情報収集ができる	患者の術後の呼吸、循環、代謝の状態に関する情報収集ができる	臓器障害での生命維持に必要な医療機器を使用している患者のフィジカルアセスメントができる	生命の危機にある患者の全体像を把握し、時間の経過とともに推移する状況を予測性をもってとらえることができる	高齢者・活動耐性の低下・過大侵襲により脆弱性が高まった状態の患者・家族にとっての最善、QOLの維持・向上のためのニーズを把握できる
助言を受けながら生命維持装置（人工呼吸器・ペースメーカー・CRRT）が必要な患者のフィジカルアセスメントができる		生命維持装置（人工呼吸器・ペースメーカー・CRRT）が必要な患者のフィジカルアセスメントができる	複雑な病態にある患者・家族に必要な精神的、社会的、スピリチュアルな側面から個別性を踏まえ情報収集ができる	高度なコミュニケーションスキルを駆使し、患者・家族の価値観に基づくニーズをとらえることができる		
助言を受けながら患者・家族に対しガイドラインに基づいた早期回復のための情報収集ができる		患者・家族に対しガイドラインに基づいた早期回復のための情報収集ができる	臓器障害にある患者の臓器評価を踏まえて、優先度の高いニーズをとらえることができる	生命維持に関わる医療機器管理を受けている患者・家族の治療継続・中断に関するニーズを把握できる		
助言を受けながら患者・家族の痛み、精神症状に関する情報収集ができる	患者・家族の痛み、精神症状に関する情報収集ができる					
助言を受けながら患者の生体モニターやフィジカルアセスメントを通して急変が認識できる	患者の生体モニターやフィジカルアセスメントを通して急変が認識できる					

出典：日本集中治療医学会 看護卒後教育検討委員会 改訂版集中治療に携わる看護師のクリニカル・ラダー作成ワーキンググループ 日本集中治療医学会HPより一部抜粋 <https://www.jsicm.org/news/upload/icmnn12019002.pdf>

### （抜粋）新たな認定看護分野一覧（19分野：2020年度から教育開始）

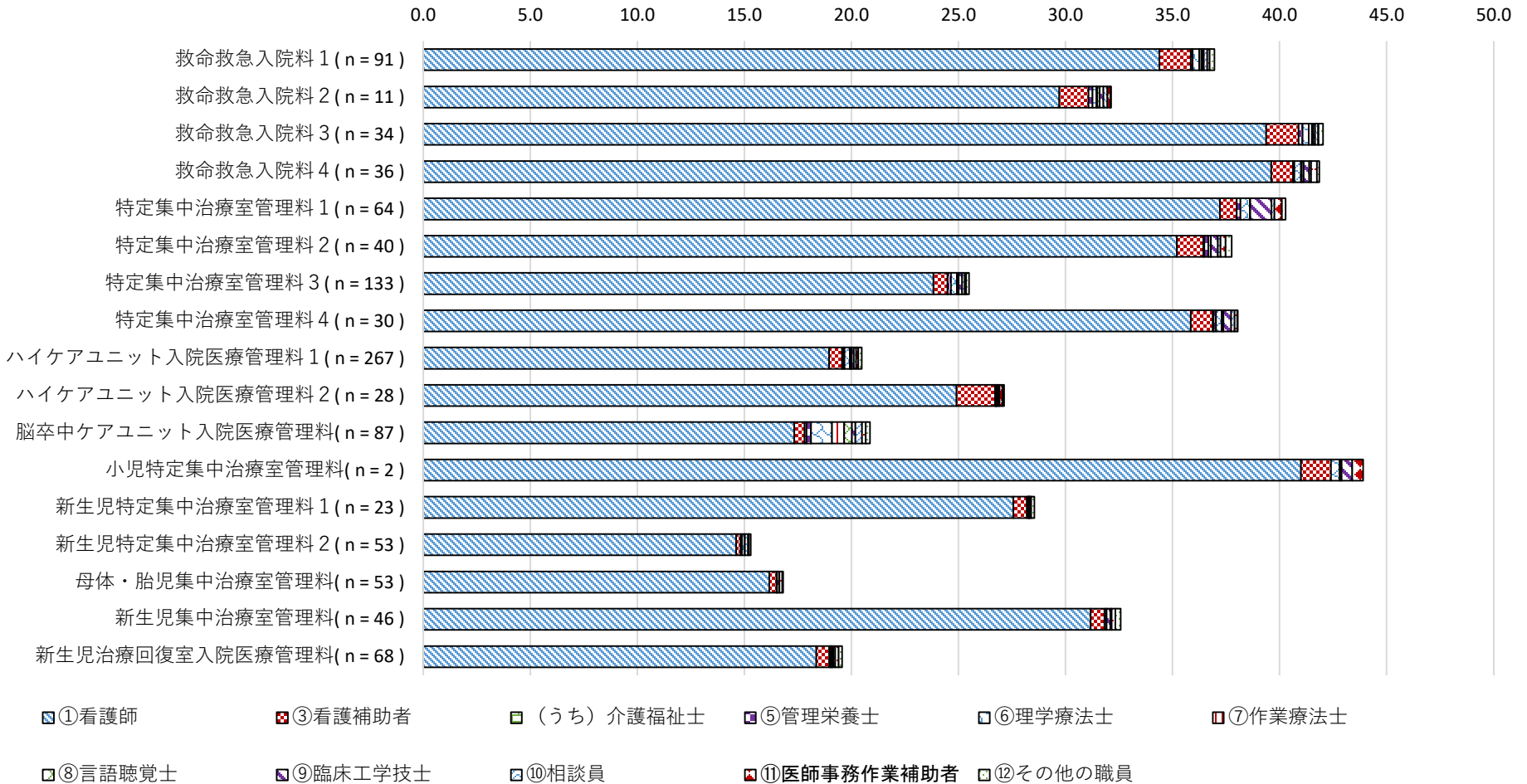
分野名	特定年月	認定開始年月	知識と技術（一部）
クリティカルケア	2019. 2	2021. 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性かつ重篤な患者の重篤化回避と合併症予防に向けた全身管理</li> <li>・安全・安楽に配慮した早期回復支援</li> <li>・身体所見から病態を判断し、侵襲的陽圧換気・非侵襲的陽圧換気の設定の変更、人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整、人工呼吸器からの離脱ができる知識・技術</li> <li>・身体所見から病態を判断し、持続点滴中の薬剤（カテコラミン、ナトリウム、カリウム又はクロール、降圧剤、糖質輸液又は電解質輸液、利尿剤）の投与量の調整を安全・確実にできる知識・技術</li> </ul>

（出典：日本看護協会HPより作成）

# 治療室ごとの多職種配置状況

○ 各治療室の職員配置状況は以下のとおりであった。

病棟に配置されている職員数（常勤換算）（令和3年6月1日時点）  
（一治療室あたり）



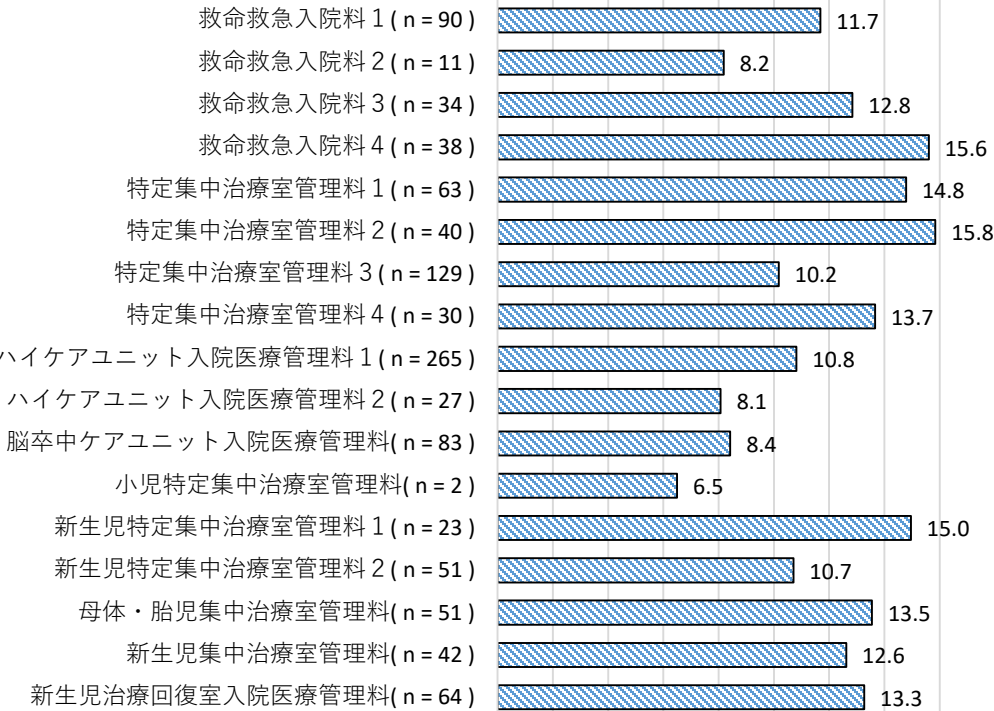
# 治療室ごとの臨床工学技士の配置状況

○ 常時、院内又は特定集中治療室内に勤務している臨床工学技士数を、治療室ごとに比較すると、以下のとおりであった。

## 臨床工学技士の配置状況

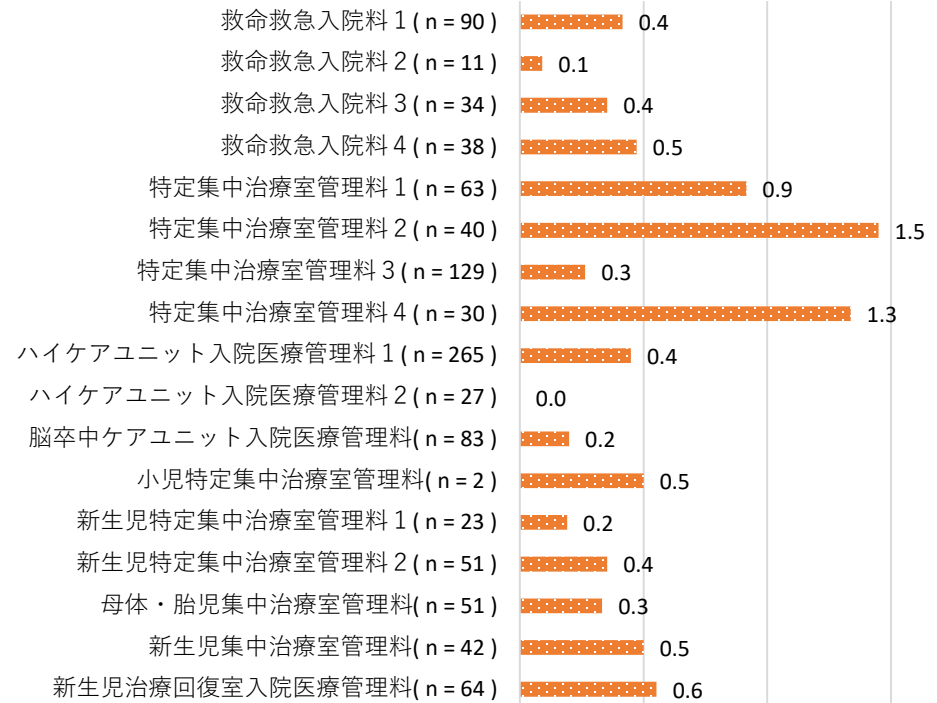
常時、院内に勤務している臨床工学技士数 (人)

0.0 2.0 4.0 6.0 8.0 10.0 12.0 14.0 16.0 18.0



常時、治療室内に勤務している臨床工学技士数 (人)

0.0 0.5 1.0 1.5 2.0





# 特定集中治療室等における人工呼吸管理およびECMO管理等に必要な看護師数

- ひとつのICUあたり、人工呼吸器を装着したARDS等の重症呼吸不全患者を自立して担当できる看護師数の中央値は、17であり、常勤看護師数に占める割合の中央値は60%であった。(表2)
- 症例経験のあったICUにおいて、V-V ECMOの患者を自立して担当できる看護師数の中央値は15であり、常勤看護師に占める割合の中央値は46.9%であった。(表2)
- V-V ECMOを装着した重症COVID-19患者1名に要する看護師数の中央値は、V-V ECMO導入時などを含む急変時や回路交換等では4名、急変時等を除く日勤帯は2名、急変時等を除く夜勤帯は2名であった。(表5)

表2. 人工呼吸管理およびECMO管理を自立して行える看護師数 (2020年1月時点)

項目	中央値 [IQR]
<b>人工呼吸管理</b>	
人工呼吸器を装着したARDS等の重症呼吸不全患者を自立して担当できる看護師数, 中央値 [IQR], n=259	17 [12-23]
人工呼吸器を装着したARDS等の重症呼吸不全患者を自立して担当できる看護師の割合, 中央値 [IQR], n=259	60 [42.3-77.3]
<b>VV-ECMOの管理</b>	
VV-ECMOの管理を行っている施設の背景, n(%), n=133	
大学病院	48 (36%)
国公立・公的病院 (大学病院を除く)	56 (42%)
その他 (大学病院を除く)	25 (19%)
欠損	4 (3%)
年間のVV-ECMO患者の症例数, 中央値 [IQR], n=133	2 [1-5]
VV-ECMOの患者を自立して担当できる看護師数, 中央値 [IQR], n=117	15 [11-21]
VV-ECMOの患者を自立して担当できる看護師の割合, 中央値 [IQR], n=117	46.9 [35.7-63.6]

表5. COVID-19患者一人に対する看護師の必要人数

項目	中央値 [IQR]
人工呼吸管理を要する重症呼吸不全患者 (ECMOは除く), n=133	
気管挿管時などを含む急変時、最大で何人の看護師を必要としたか, n=126	3 [2-4]
維持期に一人の患者に対する必要看護師数 (日勤), n=128	2 [2-2]
維持期に一人の患者に対する必要看護師数 (夜勤), n=128	2 [1.75-2.00]
<b>V-V ECMO 管理を要する重症呼吸不全患者, 中央値 [IQR], n=61</b>	
V-V ECMO 導入時などを含む急変時や回路交換等、最大で何人の看護師を必要としたか?, n=54	4 [3-4]
維持期に一人の患者に対する必要看護師数 (日勤), n=54	2 [2-3]
維持期に一人の患者に対する必要看護師数 (夜勤), n=54	2 [2-2]

表3. COVID-19受け入れのための対策について

項目	n(%)
病床の確保やPPE着脱場所の設置など構造上の対策, n(%), n=282	
ICUに入室するようなCOVID-19重症患者の受け入れ予定はなかった。(対策は行っていない)	31 (11%)
既存の集中治療室 (自部署) においてCOVID-19重症患者受け入れのための対策を行った。(COVID-19以外の患者も入室する)	162 (57.4%)
既存の集中治療室 (自部署) をCOVID-19重症患者専用に変更した。(COVID-19患者のみが入室する)	25 (8.9%)
自部署とは別の病棟等をCOVID-19重症患者専用 (もしくは一部使用) に変更または新設し、自部署の看護師が主に関わった	23 (8.2%)
自部署とは別の病棟等をCOVID-19重症患者専用 (もしくは一部使用) に変更または新設したが、自部署の看護師はあまり関わらなかった	38 (13.5%)
欠損	3 (1.1%)
COVID-19患者受け入れのための最大病床確保数, 中央値 [IQR], n=247	2 [1-4]
最も多くCOVID-19患者の対応をした月の平均病床利用率 (入室が無い場合は5月における利用率), n(%), n=282	
減った	111 (39.4%)
やや減った	60 (21.3%)
変わらなかった	47 (16.7%)
やや増えた	15 (5.3%)
増えた	8 (2.8%)
欠損	41 (14.5%)
人工呼吸器やECMOを装着しているCOVID-19患者を受け入れるために行った集中治療室全体の人的資源に対する対策, n(%), n=282	
集中治療の経験がある看護師のみを増員した	30 (10.6%)
集中治療の経験を問わず看護師を増員した	28 (9.9%)
増員していない	176 (62.4%)
減員した	8 (2.8%)
欠損	40 (14.2%)
集中治療室Iに増員した看護師の主な業務内容について, n(%), n=58	
COVID-19以外の集中治療室の患者の担当	16 (27.6%)
COVID-19以外の集中治療室の患者の担当の手伝い	6 (10.3%)
人工呼吸器やECMO管理中のCOVID-19患者の担当	18 (31.0%)
人工呼吸器やECMO管理中のCOVID-19患者の担当の手伝い	5 (8.6%)
人工呼吸器を離脱し退室予定のCOVID-19患者の担当	1 (1.7%)
人工呼吸器を離脱し退室予定のCOVID-19患者の担当の手伝い	11 (19.0%)
欠損	1 (1.7%)

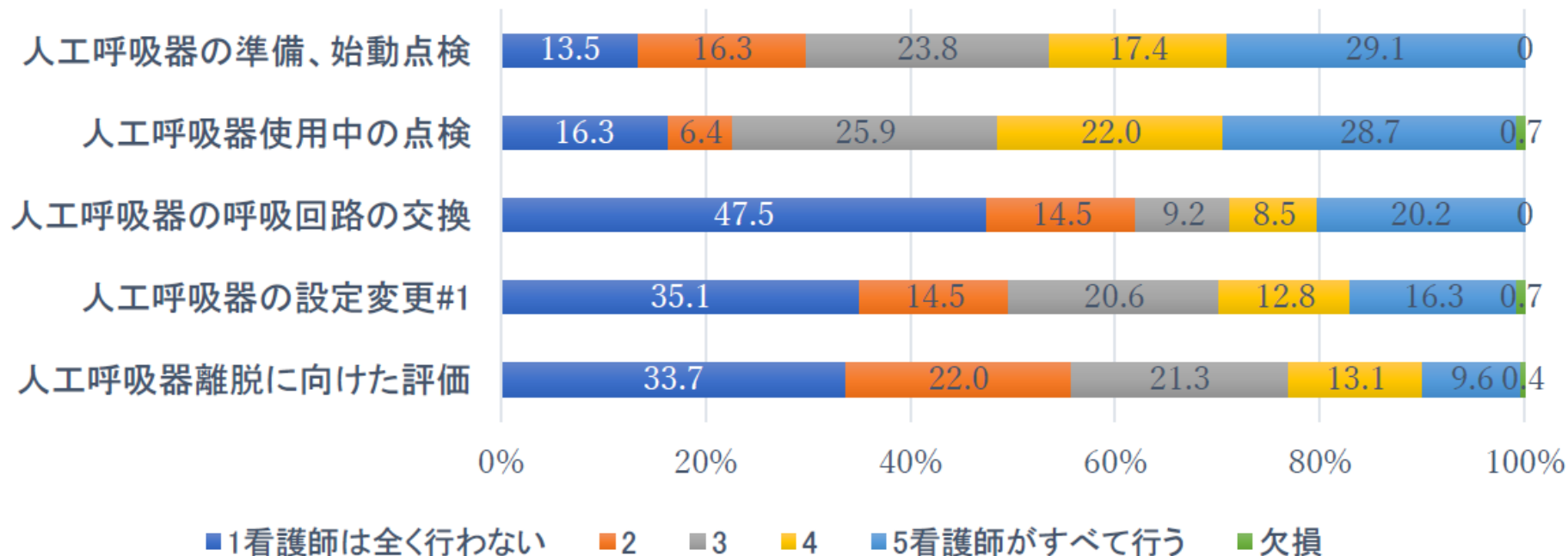


# 特定集中治療室等における人工呼吸管理及びECMO管理における業務

○ 人工呼吸管理に関する24時間を通じた各種業務について、「看護師は全く行わない」を「1」とし、「看護師が全て行う」を「5」とした場合の回答の割合は以下のとおりであった。

## 図1. 人工呼吸器に関して(n=282)

#1プロトコルや医師の包括指示等を用いた実施

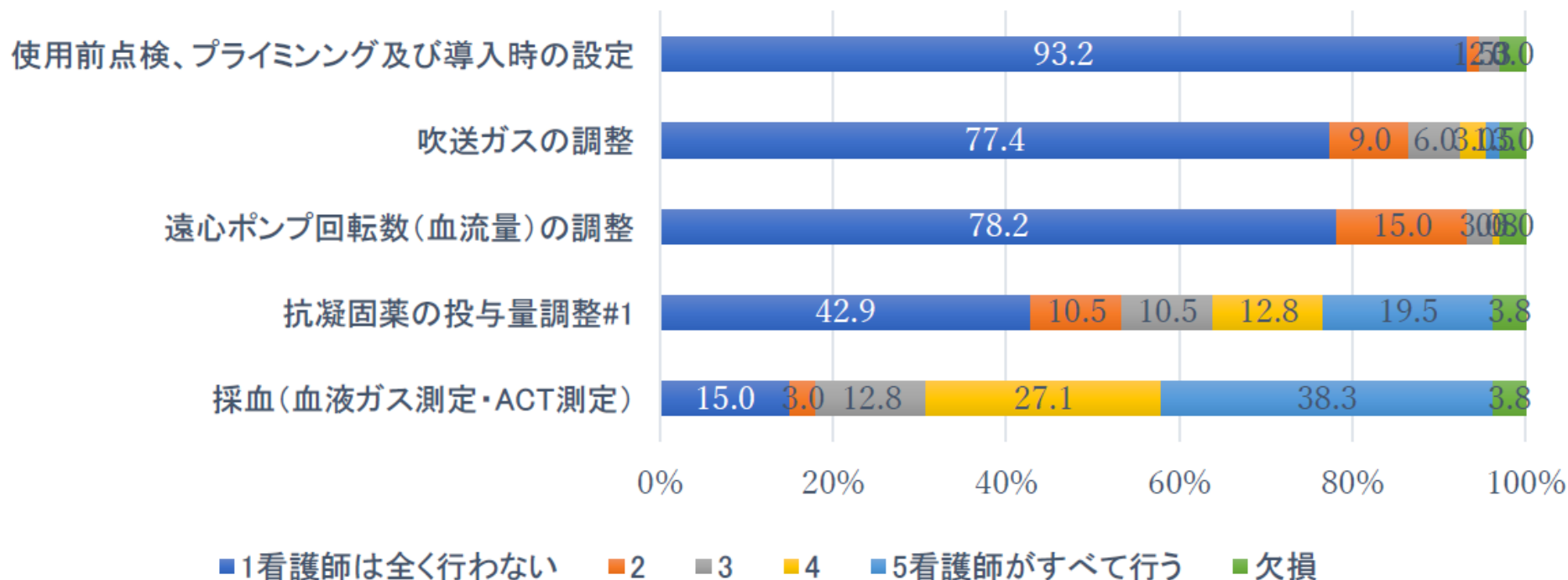


# 特定集中治療室等における人工呼吸管理及びECMO管理における業務

○ V-V ECMOの症例経験のあったICUにおけるV-V ECMO関する24時間を通じた各種業務について、「看護師は全く行わない」を「1」とし、「看護師が全て行う」を「5」とした場合の回答の割合は以下のとおりであった。

図2. V-V ECMOに関して(n=133)

#1プロトコルや医師の包括指示等を用いた実施

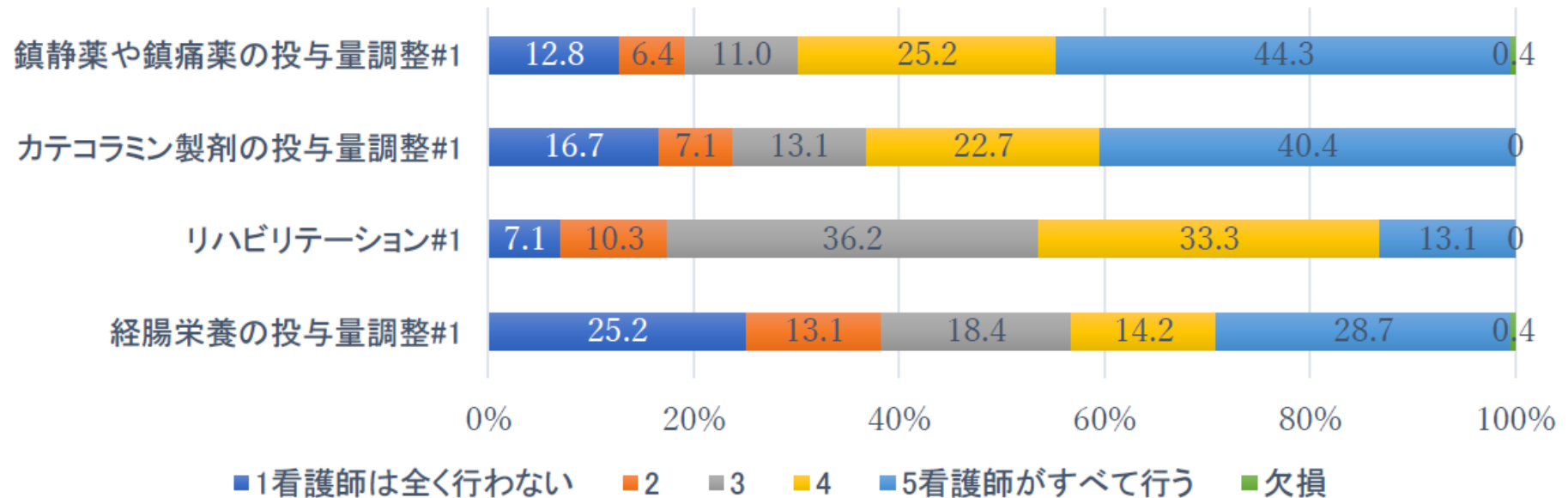


# 特定集中治療室等における集中治療関連の業務

○ その他の集中治療に関する24時間を通じた各種業務について、「看護師は全く行わない」を「1」とし、「看護師が全て行う」を「5」とした場合の回答の割合は以下のとおりであった。

図3.集中治療関連の業務について(n=282)

#1プロトコルや医師の包括指示等を用いた実施



# 臨床工学技士の概要

## 業務等 ※臨床工学技士法（昭和62年法律第60号）

- 医師の指示の下に、生命維持管理装置（※1）の操作（※2）及び保守点検を行うことを業とする。（法第2条第2項）

※1 人の呼吸、循環又は代謝の機能の一部を代替し、又は補助することが目的とされている装置をいう。

※2 生命維持管理装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去であって政令で定めるものを含む。

### 【生命維持管理装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去であって政令で定めるもの（施行令第1条）】

1. 人工呼吸装置のマウスピース、鼻カニューレその他の先端部の身体への接続又は身体からの除去（気管への接続又は気管からの除去にあつては、あらかじめ接続用に形成された気管の部分への接続又は当該部分からの除去に限る。）
2. 血液浄化装置の穿せん刺針その他の先端部のシャント、表在化された動脈若しくは表在静脈への接続又はシャント、表在化された動脈若しくは表在静脈からの除去
3. 生命維持管理装置の導出電極の皮膚への接続又は皮膚からの除去

- 臨床工学技士は、診療の補助として生命維持管理装置の操作及び生命維持管理装置を用いた治療において当該治療に関連する医療用の装置（生命維持管理装置を除く。）の操作（当該医療用の装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去を含む。）として厚生労働省令で定めるもの（医師の具体的な指示を受けて行うものに限る。）を行うことを業とすることができる。（法第31条の2）

### 【厚生労働省令で定める医療用の装置の操作（法37条第1項）】

1. 手術室又は集中治療室で生命維持管理装置を用いて行う治療における静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続、薬剤を投与するための当該輸液ポンプ又は当該シリンジポンプの操作並びに当該薬剤の投与が終了した後の抜針及び止血
2. 生命維持管理装置を用いて行う心臓又は血管に係るカテーテル治療における身体に電氣的刺激を負荷するための装置の操作
3. 手術室で生命維持管理装置を用いて行う鏡視下手術における体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラの保持及び手術野に対する視野を確保するための当該内視鏡用ビデオカメラの操作

- 臨床工学技士は、医師の具体的な指示を受けなければ、厚生労働省令で定める生命維持管理装置の操作を行ってはならない。（法第38条）

### 【厚生労働省令で定める生命維持管理装置の操作（施行規則32条）】

1. 身体への血液、気体又は薬剤の注入
2. 身体からの血液又は気体の抜き取り（採血を含む。）
3. 身体への電氣的刺激の負荷

## 現況

(1) 免許取得者数（令和2年12月31日現在）

47,792名

(2) 医療従事者数（平成29年10月1日 医療施設調査・病院報告より）

病院： 21,184名（常勤換算数）

診療所： 6,859名（常勤換算数）

(3) 学校養成所数（令和3年4月1日現在）

50校 定員2,314名

# 臨床工学技士の配置状況①

- 臨床工学技士の配置について、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設及び調査施設全体とで「医療施設全体での在籍数」及び「100床あたりの在籍数」をみると、いずれも最大値・最小値には大きな開きがみられた。
- また、日勤・夜勤におけるICU専従臨床工学技士の配置数毎の施設割合を、特定集中治療室1, 2を算定する医療施設と調査施設全体とで比較すると、日勤・夜勤ともに、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設のほうがICU専従臨床工学技士を配置している施設割合が高かった。

## 臨床工学技士の在籍状況

### 《医療施設全体での在籍数》

	平均値	最大値	最小値
調査施設全体	20.6名	70名	2名
管理料1, 2算定施設	21.7名	58名	8名

### 《100床あたりの在籍数》

	平均値	最大値	最小値
調査施設全体	3.1名	8.5名	0.6名
管理料1, 2算定施設	3.1名	6.9名	1.5名

### 《ICU専従臨床工学技士の配置数毎の施設割合》

	配置なし	1名	2名	3名以上
日勤（調査施設全体）	39.4%	40.9%	12.9%	6.8%
日勤（管理料1, 2）	23.9%	50.7%	16.9%	8.5%

	配置なし	1名	2名	3名以上
夜勤（全体）	60.6%	35.6%	3.0%	0%
夜勤（管理料1, 2）	47.9%	47.9%	4.2%	0%

※管理料1, 2は特定集中治療室管理料1及び2を表す

# 臨床工学技士の配置状況②

- 臨床工学技士の配置状況を入院料別に比較すると、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設においては、他の入院料を算定する医療機関と比較して専従を日勤+夜勤で配置している割合が高く、専従配置をしていない施設の割合が低かった。
- 一方で臨床工学技士の配置が要件となっていない入院料を算定する病床においても臨床工学技士を専従で配置している医療施設は一定数存在した。

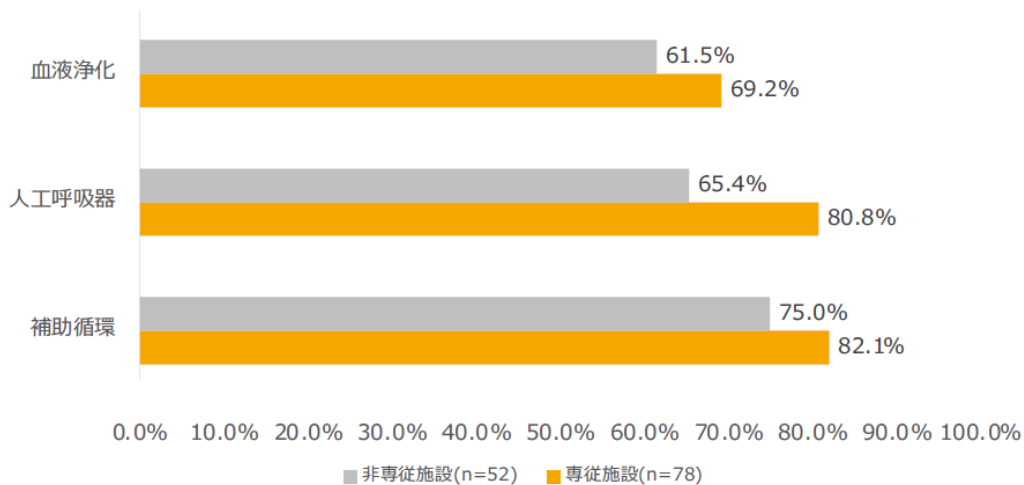
## 臨床工学技士の専従体制

	日勤+夜勤	日勤のみ	専従なし	その他
特定集中治療室管理料1または2 (160施設)	90施設 (56.3%)	20施設 (12.5%)	48施設 (30%)	2施設 (1.3%)
特定集中治療室管理料3または4 (106施設)	16施設 (15.1%)	27施設 (25.5%)	58施設 (54.7%)	5施設 (4.7%)
救命救急入院料2または4 (67施設)	15施設 (22.4%)	15施設 (22.4%)	37施設 (55.2%)	0施設 (0.0%)
小児特定集中治療室管理料 (7施設)	1施設 (14.3%)	0施設 (0.0%)	5施設 (71.4%)	1施設 (14.3%)

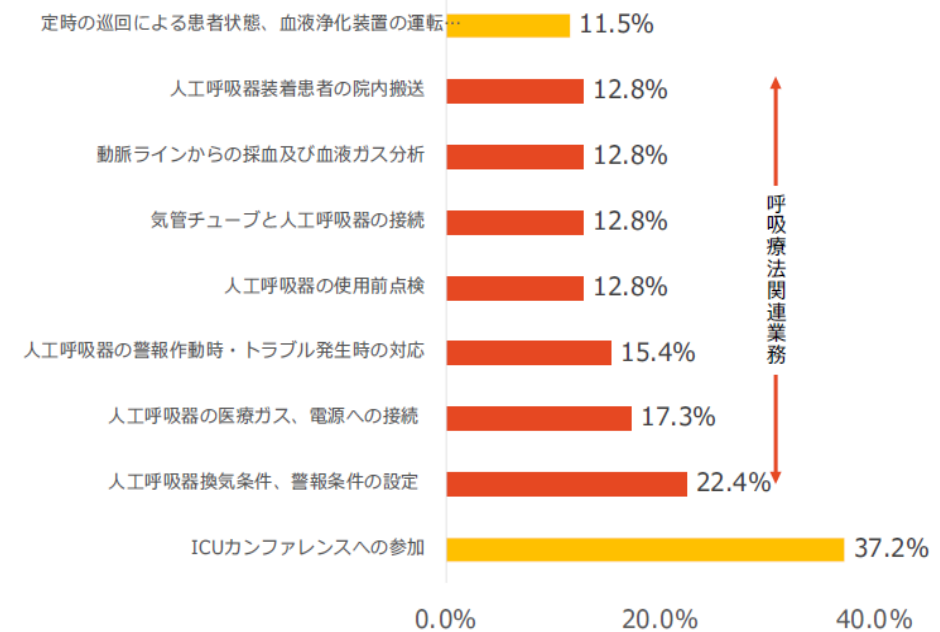
# 臨床工学技士の手厚い配置によるメリット

- 臨床工学技士専従施設と非専従施設での警報作動時の初期対応率を比較すると、臨床工学技士専従施設では、臨床工学技士の初期対応率が高い傾向であった。
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設の業務実施率の差異をみると、人工呼吸器に関連する業務の実施率が高く、人工呼吸器によるトラブル回避のための行動が多く取られている傾向にあった。

警報作動時の初期対応率



専従施設と非専従施設の実施率の差異



対象：日本集中治療専門医研修施設343施設の代表者  
 調査実施期間：2019年11月26日～12月25日  
 回答数：132件（医療機関数130施設）



# 特定集中治療室等における治療の実施状況

- 特定集中治療室管理料等における治療の実施状況について、まとめたものは以下のとおり。
- 人工呼吸器使用患者の割合、血液浄化療法実施患者の割合はいずれも第1四分位数-第3四分位数で約2倍の開きがみられた。ECMO実施患者数はさらに大きくばらついていた。

	中央値 (第1四分位数-第3四分位数)
人工呼吸器使用患者の割合 (NPPVは含めない) (287施設)	38.1% (24.9-50.1)
血液浄化療法実施患者の割合 (CHDF、HD、PMX-HP、PEなど) (290施設)	8.2% (5.0-12.4)
ECMO実施患者数 (V-A、V-V) (300施設)	8 症例 (3-18)



# バイオクリーンルーム要件について

- 特定集中治療室管理料等においては、「原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること」を施設基準において求めており、届出様式においてはバイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等の記載を求めている。確認できる限り、昭和53年以降、バイオクリーンルームを原則として設置することを、要件として定めている。
- 日本医療福祉設備協会の病院設備設計ガイドラインでは、集中治療室の空気清浄度は清浄度クラスⅢ (ISO清浄度クラス7相当) が望ましいとされている。

バイオクリーンルームが要件となっている治療室	
A300	救命救急入院料2・4
A301	特定集中治療室管理料1～4
A301-4	小児特定集中治療室管理料
A302	新生児特定集中治療室管理料1・2
A303	総合周産期特定集中治療室管理料1・2

届出様式内、「バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等」の記載を求めている。

様式42 [ ] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室の従事者	専任医師	日勤	名	当直	名	その他	名
	当該病院に勤務する麻酔医						名
当該治療室の概要	看護師	日勤	名	準夜勤	名	その他	名
	病床面積	病床数	1床当たりの床面積		1日平均取扱患者数		
	床	床	平方メートル		名		
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等							
装置・器具		配置場所		装置・器具の名称・台数等			
救急蘇生装置		治療室内	病院内				
除細動器		治療室内	病院内				

ISO清浄度クラス	上限濃度(個/m³)					
	測定粒径					
	0.1 μm	0.2 μm	0.3 μm	0.5 μm	1 μm	5 μm
1	10					
2	100	24	10			
3	1,000	237	102	35		
4	10,000	2,370	1,020	352	83	
5	100,000	23,700	10,200	3,520	832	
6	1,000,000	237,000	102,000	35,200	8,320	293
7				352,000	83,200	2,930
8				3,520,000	832,000	29,300
9				35,200,000	8,320,000	293,000

(左図) ISO清浄度クラス表  
(下図) 病院設備設計ガイドラインの清浄度分類

クラス	名称	該当室
I	高度清潔区域	バイオクリーン手術室など
II	清潔区域	手術室
III	準清潔区域	集中治療室など
IV	一般清潔区域	一般病室など
V	汚染管理区域 拡散防止区域	細菌検査室など

- 日本集中治療医学会が2002年に策定した「集中治療部設置のための指針」においては、易感染性患者を収容すること、および感染の機会が多いことを考慮し、ISO(国際標準化機構)基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000~100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨していた。
- 「集中治療部設置のための指針」の改訂にあたって、病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠がないことから、空気清浄度の規定を当該指針から削除し、手術室同等の空気清浄度を保つ個室と空気感染症にも対応可能な陰圧個室を適正数配備することが望ましいとした。

《集中治療部設置のための指針 —2002年3月—》

日本集中治療医学会集中治療部設置基準検討委員会

## 6.設備

### (2) 空調設備

集中治療部は、適切で安全な空気質条件を常時維持しなければならない。空調能力は基本的には部屋の容積と施設の要求仕様、換気回数によって定められる。空気感染防止を目的とした隔離のための個室は別空調を設置しなければならない。

#### a.空気清浄度

集中治療部にはISO(国際標準化機構)基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000~100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨する。

## 9.感染防止対策

### (3) 空調設備

病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠はないが、易感染性患者を収容すること、および感染の機会が多いことを考慮し、前述の空気清浄度を保つことを推奨する。



《集中治療部設置のための指針:2021年改訂について 空調設備に関する改訂方針と提言》

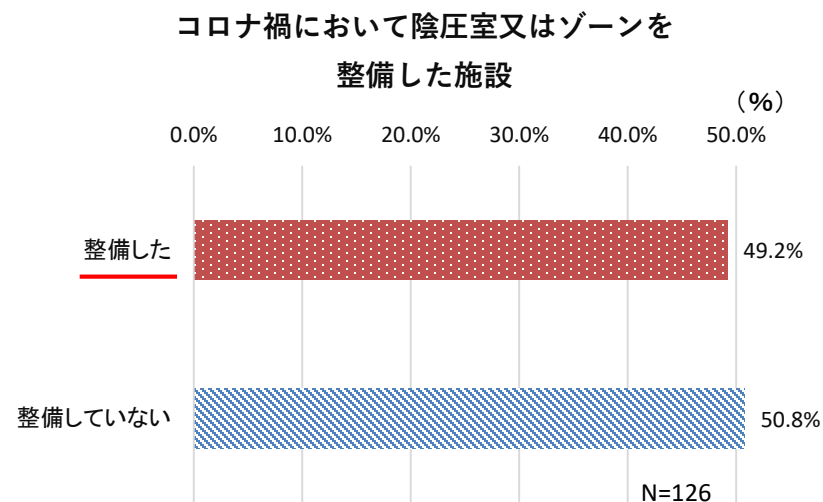
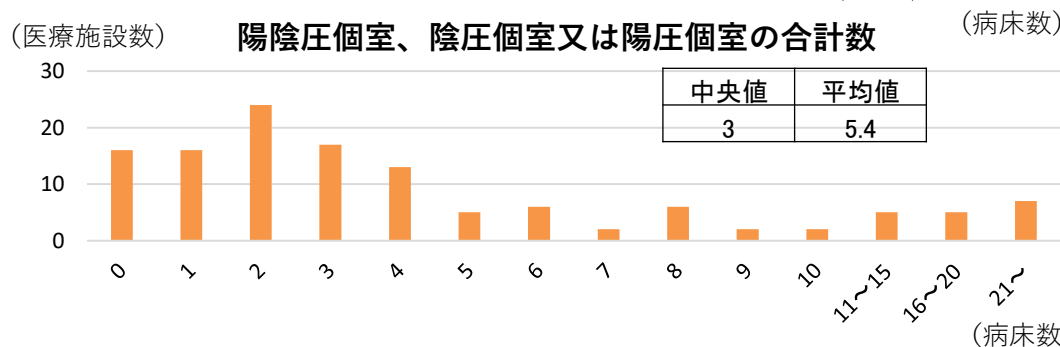
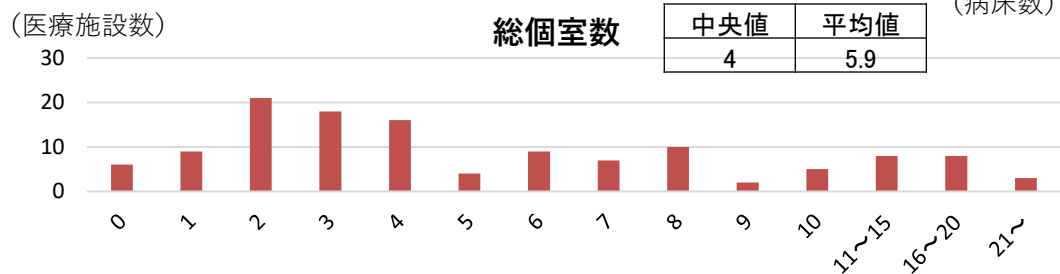
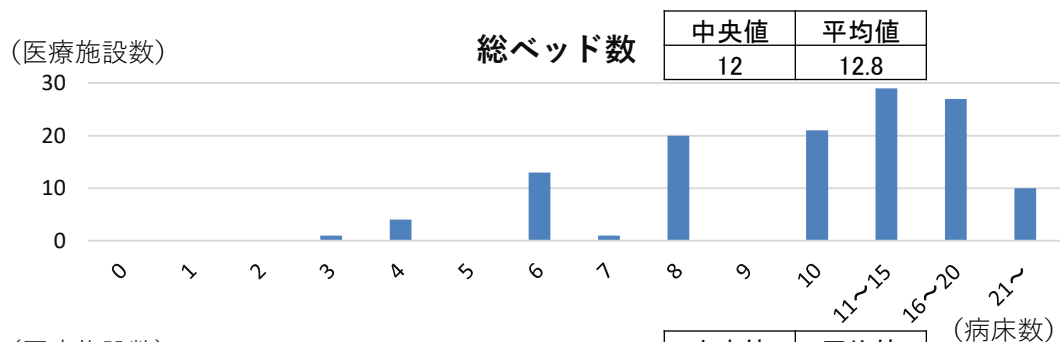
日本集中治療医学会理事会集中治療部設置指針改訂タスクフォース

(中略)しかし、病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠はない。

(中略)したがって、本改訂では“指針”において、“集中治療部にはISO基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000~100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨する”の記載は削除し、“HEPAフィルター設置により手術室同等の空気清浄度を保つ個室と空気感染症にも対応可能な陰圧個室をユニット内に適正数配備することが望ましい”とする文言に置き換える。

# 治療室における個室設置状況

- 特定集中治療室管理料1~4、救命救急入院料2・4及び小児特定集中治療室を対象とした調査結果では、ほとんどの治療室において個室及び陽陰圧個室・陰圧個室・陽圧個室のいずれかの個室を設置していたが、一部治療室においては、設置がされていなかった。
- 新型コロナウイルス感染症の流行により、陰圧室又はゾーンの整備を行った医療機関が約半数存在した。



## 人員配置等についての課題（小括）

### （人員配置について）

- ・ 特定集中治療室管理料において、適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室管理料3では約7割、特定集中治療室管理料4では8割以上の施設で配置されていた。
- ・ 特定集中治療室管理料1・2における、適切な研修を修了した看護師のうち、特定行為研修修了者の配置状況をみると、1人以上配置している割合が3割前後であった。
- ・ 特定行為研修は、各領域における一般的な患者の状態を想定し、実施頻度が高い特定行為をまとめた領域別パッケージ研修の受講が可能であり、集中治療領域においてもパッケージ研修が可能となっている。
- ・ 特定集中治療室においては、例えば「集中治療に携わる看護師のクリニカルラダー」などを参考に、施設に応じた形で看護師に対する研修が実施されている。
- ・ 治療室における、血液浄化療法やECMO等の実施状況は医療施設によってばらつきがみられた。
- ・ 治療室における、臨床工学技士の配置状況は医療施設によってばらつきがみられた。
- ・ 臨床工学技士が専従配置されることにより、警報作動時の臨床工学技士による初期対応率の向上や、トラブル回避のための業務実施率が向上した。

### （バイオクリーンルームについて）

- ・ 特定集中治療室管理料等においては、「原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること」を施設基準において求めている。
- ・ バイオクリーンルームが集中治療部内における感染症発生頻度を減少させるという直接的な根拠は示されていない。

## 急性期入院医療について

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
4. **論点**

# 急性期入院医療についての論点①

## 【急性期入院医療について】

(重症度、医療・看護必要度について)

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出状況を踏まえ、業務負担軽減等の観点からも、必要度Ⅱの届出をさらに進めることについて、どのように考えるか。
- 入院患者における急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、A項目の「心電図モニターの管理」、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「輸血や血液製剤の管理」について、どのように考えるか。
- B項目については、項目間の相関が高い場合があること、C項目については、術後経過日数の実態を踏まえ、どのように考えるか。
- 入院患者における急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟入院基本料等の該当患者割合について、どのように考えるか。

(急性期入院医療の評価について)

- 急性期入院医療を担う医療機関の役割として、重症救急患者への対応や手術等の総合的かつ専門的な医療の提供、退院支援が重要であることから、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、治療室のほかの入院料の届出状況や、救急搬送受入件数、手術（緊急手術等を含む）等の実績に差がある実態を踏まえ、充実した急性期入院医療を担っている医療機関に対する評価の在り方について、どのように考えるか。

(重症患者対応について)

- 院内において、状態が不安定な患者の急変の兆候を捉え、急変を未然に防ぐ取組として「院内迅速対応システム（RRS）」が実施され、院内死亡を減少させるエビデンスが報告されていることを踏まえ、このような患者を多く扱うこととなる充実した急性期入院医療を担っている医療機関に対する評価の在り方について、どのように考えるか。
- 救急・集中治療領域において、重症患者の家族が代理意思決定の負担を強いられ、その支援が必要とされることから、「入院時重症患者対応メディエーター」の養成が行われていること等を踏まえ、重症患者対応に係る取組への評価の在り方について、どのように考えるか。

## 急性期入院医療についての論点②

### 【高度急性期入院医療について】

#### (重症度、医療・看護必要度について)

- 特定集中治療室管理料、救命救急入院料2・4におけるA項目の該当患者割合の実態を踏まえ、特定集中治療室用の評価票における「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」についてどのように考えるか。
- A項目の基準は満たしているがB項目の基準を満たしていない患者割合の実態や、早期のリハビリテーションの介入等が有用であり、患者の状態を改善させる取組が進められている実態も踏まえ、特定集中治療室におけるB項目の測定についてどのように考えるか。
- 救命救急入院料1・3及び2・4については、看護師配置及び患者の状態像が異なっている実態を踏まえ、用いる評価票についてどのように考えるか。
- A項目については、看護必要度の測定にかかる負担に配慮しつつ、レセプト電算処理システムコードを用いた測定方法を導入することについてどのように考えるか。
- 重症度、医療・看護必要度とSOFAスコアに係る分析を踏まえ、特定集中治療室におけるSOFAスコアに係る取扱い等についてどのように考えるか。

#### (人員配置等について)

- 特定集中治療室管理料1・2の施設基準に係る適切な研修については、特定行為研修におけるパッケージ研修が受講可能となっている状況を踏まえ、適切な研修の具体的な範囲について、どのように考えるか。
- 人工呼吸器やECMO等を実施する場合に、専門性の高い看護師や臨床工学技士が手厚く配置された上で、専門的なケア・技術を実施している実態があり、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、重要な役割を担ったことを踏まえ、こういった対応に係る評価の在り方について、どのように考えるか。
- 特定集中治療室等の構造・設備の実態等も踏まえつつ、高度急性期の患者を治療する治療室の適正な評価を行う観点から、構造・設備に係る評価のあり方について、どのように考えるか。