

中央社会保険医療協議会 総会（第 575 回） 議事次第

令和 5 年 12 月 22 日(金) 9 : 00～

議 題

- 臨床検査の保険適用について
- 個別事項（その 18）について
- 個別事項（その 19）について
- 個別事項（その 20）について
- 入院（その 9）について
- その他

臨床検査の保険適用について（令和6年1月収載予定）

		測定項目	測定方法	参考点数	頁数
①	E 3（新項目）	イムニス サイトケラチン 18F EIA	酵素免疫測定法（定量）	D007-48 M a c - 2 結合蛋白糖鎖修飾異性体、マロ ンジアルデヒド修飾LDL（MDA-LDL）、オ ートタキシン	2
②	E 3（新項目）	ルミパルスプレスト PGEMUM	化学発光酵素免疫測定法 （CLEIA）（定量）	D001 尿中特殊物質定性定量検査 8 アルブミン定量（尿）99 点 D013 肝炎ウイルス関連検査 3 HB s 抗原、HB s 抗体 88 点	5

[参考]

○ 企業希望価格

測定項目	測定方法	保険点数	準用保険点数
血清中のヒトサイトケラチン 18 フラグメント (CK-18F) 濃度の測定	酵素免疫測定法(定量)	460 点	D007-63 血管内皮増殖因子 (VEGF) 460 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：20.7 万人

○ 市場規模予測 (ピーク時)

予測年度：6 年度

本体外診断用医薬品使用患者数：10.4 万人

予測販売金額：2.0 億円

製品概要

1 販売名	イムニス サイトケラチン18F EIA																				
2 希望企業	株式会社特殊免疫研究所																				
3 使用目的	血清中のヒトサイトケラチン18フラグメント(CK-18F)の測定(非アルコール性脂肪性肝炎(NASH)診断の補助)																				
4 構造・原理	<p style="text-align: right;">出典:企業提出資料</p> <p>製品特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品は、非アルコール性脂肪性肝炎(NASH)診断の補助を目的として、肝細胞のアポトーシスによって血中へ放出されるCK-18Fを測定する体外診断用医薬品である。 <p>臨床上的有用性</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品のNASHの診断における性能はFIB-4 indexと同等である。 また、本品の感度は他の線維化マーカーであるIV型コラーゲン7S及びMac-2 結合蛋白糖鎖異性体よりも高いことが示されており、NASHの診断において、他の線維化マーカーと同様に、FIB-4 indexと組み合わせて使用することが可能である。 <p style="text-align: center;">本品と他の検査項目の性能比較</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>ROC曲線下面積</th> <th>感度</th> <th>特異度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>本品</td> <td>0.774</td> <td>82.7%</td> <td>57.4%</td> </tr> <tr> <td>FIB-4 index</td> <td>0.776</td> <td>74.6%</td> <td>59.0%</td> </tr> <tr> <td>IV型コラーゲン7S</td> <td>—</td> <td>59.8%</td> <td>84.7%</td> </tr> <tr> <td>Mac-2 結合蛋白糖鎖異性体</td> <td>—</td> <td>32.7%</td> <td>82.8%</td> </tr> </tbody> </table>	検査項目	ROC曲線下面積	感度	特異度	本品	0.774	82.7%	57.4%	FIB-4 index	0.776	74.6%	59.0%	IV型コラーゲン7S	—	59.8%	84.7%	Mac-2 結合蛋白糖鎖異性体	—	32.7%	82.8%
検査項目	ROC曲線下面積	感度	特異度																		
本品	0.774	82.7%	57.4%																		
FIB-4 index	0.776	74.6%	59.0%																		
IV型コラーゲン7S	—	59.8%	84.7%																		
Mac-2 結合蛋白糖鎖異性体	—	32.7%	82.8%																		

[参考]

○ 企業希望価格

測定項目	測定方法	保険点数	準用保険点数
プロスタグランジン E主要代謝物	化学発光酵素免疫測定法 (CLEIA) (定量)	364 点	D007 血液化学検査 57 ロイシンリッ チα 2 グリコプロテイン 276 点 D013 肝炎ウイルス関連検査 3 HBs 抗原 88 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：219,700 人

○ 市場規模予測 (ピーク時)

予測年度：3 年度

本体外診断用医薬品使用患者数：24,500 人

予測販売金額：1.83 億円

1 販売名	ルミパルスプレスト PGE-MUM									
2 希望企業	富士レビオ株式会社									
3 使用目的	尿中のプロスタグランジンE主要代謝物の測定(潰瘍性大腸炎の病態把握の補助)									
4 構造・原理	<p>製品特徴 出典:企業提出資料</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品は尿中のプロスタグランジンE主要代謝物の測定(潰瘍性大腸炎の病態把握の補助)を行う体外診断用医薬品である。 <p>臨床上的有用性</p> <ul style="list-style-type: none"> 潰瘍性大腸炎の病期は、血便などの腹部症状を訴える「活動期」と腹部症状のない「寛解期」に分けられ、潰瘍性大腸炎の治療目標は「寛解期の維持」とされているため、疾患活動性の評価を行った上で治療法を選択する必要がある。 本品の有効性の評価として、既存検査項目「CRP」を対照とした臨床性能試験を行った。本品又はCRPによる内視鏡的寛解期と活動期の判別において、本品はCRPよりも高い感度・特異度を示した。 <p style="text-align: center;">本品とCRPの性能比較</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>感度</th> <th>特異度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>本品</td> <td>72.5%</td> <td>73.6%</td> </tr> <tr> <td>CRP</td> <td>70.0%</td> <td>71.4%</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> 本品は、便中カルプロテクチン検査と同様に用いられるが、尿を検体としていることから、血液検査及び便検査より患者負担を低減させることが期待される。 	検査項目	感度	特異度	本品	72.5%	73.6%	CRP	70.0%	71.4%
検査項目	感度	特異度								
本品	72.5%	73.6%								
CRP	70.0%	71.4%								

個別事項(その18)

精神医療について(その2)

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進について
 - 1－1. 入院医療
 - 1－2. 在宅医療
 - 1－3. 外来医療
2. 心的外傷等に対する心理支援について
3. 不適切な養育への対応に係る体制について
4. 精神障害者に対する就労支援について

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機関の役割

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能が取りまとめられている。
- 入院、入院外によらず、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関においては、かかりつけ精神科医機能の発揮のほか、連携拠点機能や救急医療体制への参画等が求められる。

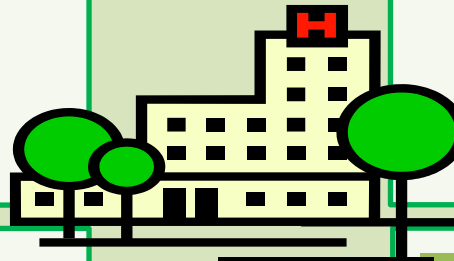
精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

①かかりつけ精神科医機能

- ケースマネジメント
主治医（かかりつけ精神科医）が、多職種、障害福祉サービス、行政機関等と連携し、チームを総括しながらケースマネジメントを実施
- 急性増悪時等の対応
日常的なクライシスプランの確認
緊急時の相談対応、医療提供
- 訪問診療、訪問看護の提供
- 他科連携、身体合併症等への対応

②地域の精神科医療への貢献

- 地域における連携拠点機能
- 政策医療への関与
災害対応
医療観察法医療の提供
自殺対策 等



③精神科救急医療体制への参画

- 入院外医療の提供
夜間・休日診療
電話対応
往診、訪問看護 等
- 精神科救急医療体制整備事業への参画
病院群輪番型精神科救急医療施設
常時対応型精神科救急医療施設 等の指定

④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能

- 協議の場への参画
- 地域住民に対する普及啓発への参画及び協力
- 社会的な機能の発揮
同システムの関係機関への情報発信
研修への関与
精神保健相談への協力 等

【論点5】精神障害者の地域移行等について

現状・課題

- 誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、精神障害の有無や程度にかかわらず、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労等）、地域の助け合い、普及啓発（教育等）が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するため、令和3年3月に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書がとりまとめられた。
- さらに、令和4年6月には、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書（以下、単に「報告書」という。）がとりまとめられたことを踏まえ、同月には障害者部会でも障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しに関する報告書がとりまとめられた。これらの内容に基づき、「関係法令等の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業（支援）計画の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定・介護報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべき。」ことが今後必要な対応とされている。
- 報告書を踏まえつつ、
 - 令和4年第210回国会において、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第104号）が成立し、令和4年12月16日に公布された。これにより、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）についても一部改正された。
 - 令和6年度から、第8次医療計画及び第7期障害福祉計画が開始され、
 - ・（第8次医療計画）精神病床における推計入院患者数の減少傾向を踏まえた基準病床数の考え方を示すとともに、入院期間が1年以上の長期入院患者数については、今後の新たな取り組み（政策効果）による減少も加味して、将来の入院患者数を推計するよう算定式を示している。
 - ・（第7期障害福祉計画）医療計画における推計入院患者数をもとに、令和8年における1年以上の長期入院患者数を、令和2年から3.3万人減少させることを成果目標としている。
- これらの政策的方向性を踏まえ、精神科病院に入院中の患者については、長期入院者に対する地域移行に係る取組を引き続き実施するとともに、長期入院に至っていない患者についても、入院を長期化させず、可能な限り早期に退院し、地域で安心して暮らすことができるよう、医療提供体制を整備しつつ、医療と障害福祉等との連携をさらに進める必要がある。

【論点5】精神障害者の地域移行等について

検討の方向性

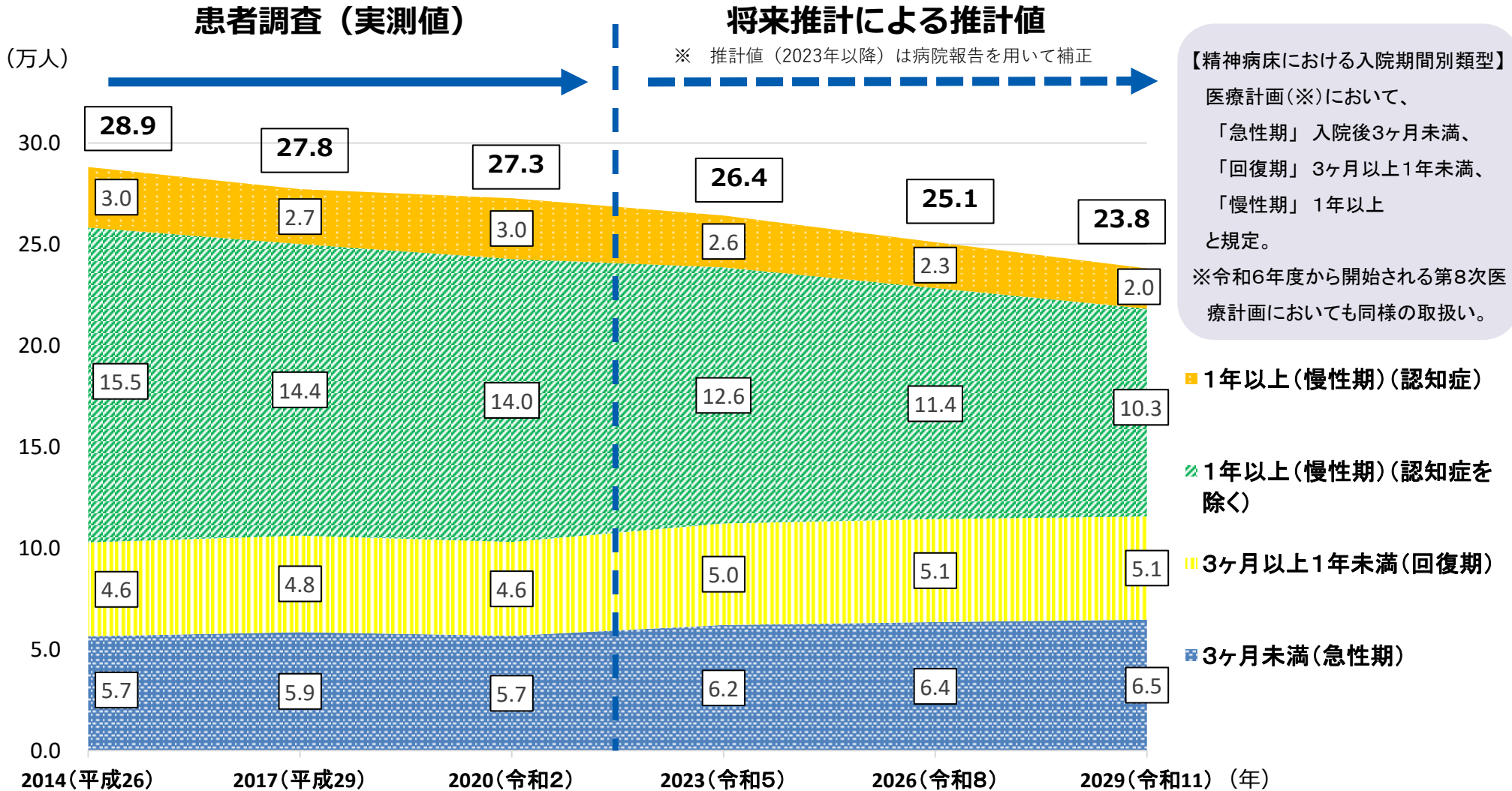
- 精神障害者の地域移行及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を一層進めるため、医療機関における入院時・入院中から、患者の希望や状態に応じて、退院後の地域における環境や生活を想定し、障害福祉サービス等の連携調整を行うこと等により、入院から退院後の地域生活まで、医療と福祉等による切れ目のない支援を行えるよう、
 - 医療と障害福祉サービス等との連携を一層進めるための仕組みに対する評価
 - 自立生活援助・地域定着支援の対象者に、家族と同居する場合であっても、地域移行支援を利用して退院した者、精神科病院の入退院を繰り返している者等が含まれることを明確化
 - 入院・入所から地域移行など本人の生活環境が大きく変化する際に、集中的な支援を実施する自立生活援助事業所に対する評価
 - 計画相談支援・障害児相談支援における医療等の多機関連携のための各種加算について、多機関連携の推進や業務負担を適切に評価する観点からの見直し 等
 - 多職種による包括的支援を中心とした、回復期の入院患者に対する医療や入退院の支援等を含めた医療提供体制の評価

等について、障害福祉サービス等報酬と診療報酬の同時改定において、検討することとしてはどうか。

※ 診療報酬改定の具体については、中央社会保険医療協議会において議論

精神病床における入院患者数の将来推計結果

- 精神病床における入院患者数は、将来的に減少することが推計されている。
- 入院期間が3ヶ月未満の急性期、3ヶ月以上1年未満の回復期の各患者数は、増加する見込み。



精神科入院に係る診療報酬の届出状況等

- 精神科入院に係る診療報酬の届出医療機関数、届出病床数については以下のとおり。
- 精神病棟における入院料は、一部の特定入院料を除き、急性期又は慢性期に大別される。

特定入院料 (約15.8万床)

精神科救急急性期医療入院料
173医療機関、10,875床

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1：367医療機関、16,560床
入院料2：9医療機関、329床

精神科救急・合併症入院料
11医療機関、390床

児童・思春期精神科入院医療管理料
50医療機関、1,690床

精神療養病棟入院料
808医療機関、88,399床

認知症治療病棟入院料
入院料1：554医療機関、38,590床
入院料2：3医療機関、220床

地域移行機能強化病棟入院料
27医療機関、1,129床

救急
急性期

慢性期
又は
個別疾患等

平均在院日数
又は
算定期間に上限

平均在院日数等の定めなし

精神病棟入院基本料 (約14.0万床)

10対1
46医療機関、1,620床

13対1
72医療機関、4,204床

15対1
1,021医療機関、128,300床

18対1
23医療機関、3,760床

20対1
9医療機関、1,472床

特別入院基本料
9医療機関、1,122床

特定機能病院 入院基本料 (約0.3万床)

10対1 入院基本料
17医療機関、597床

10対1 入院基本料
12医療機関、474床

13対1 入院基本料
40医療機関、1,596床

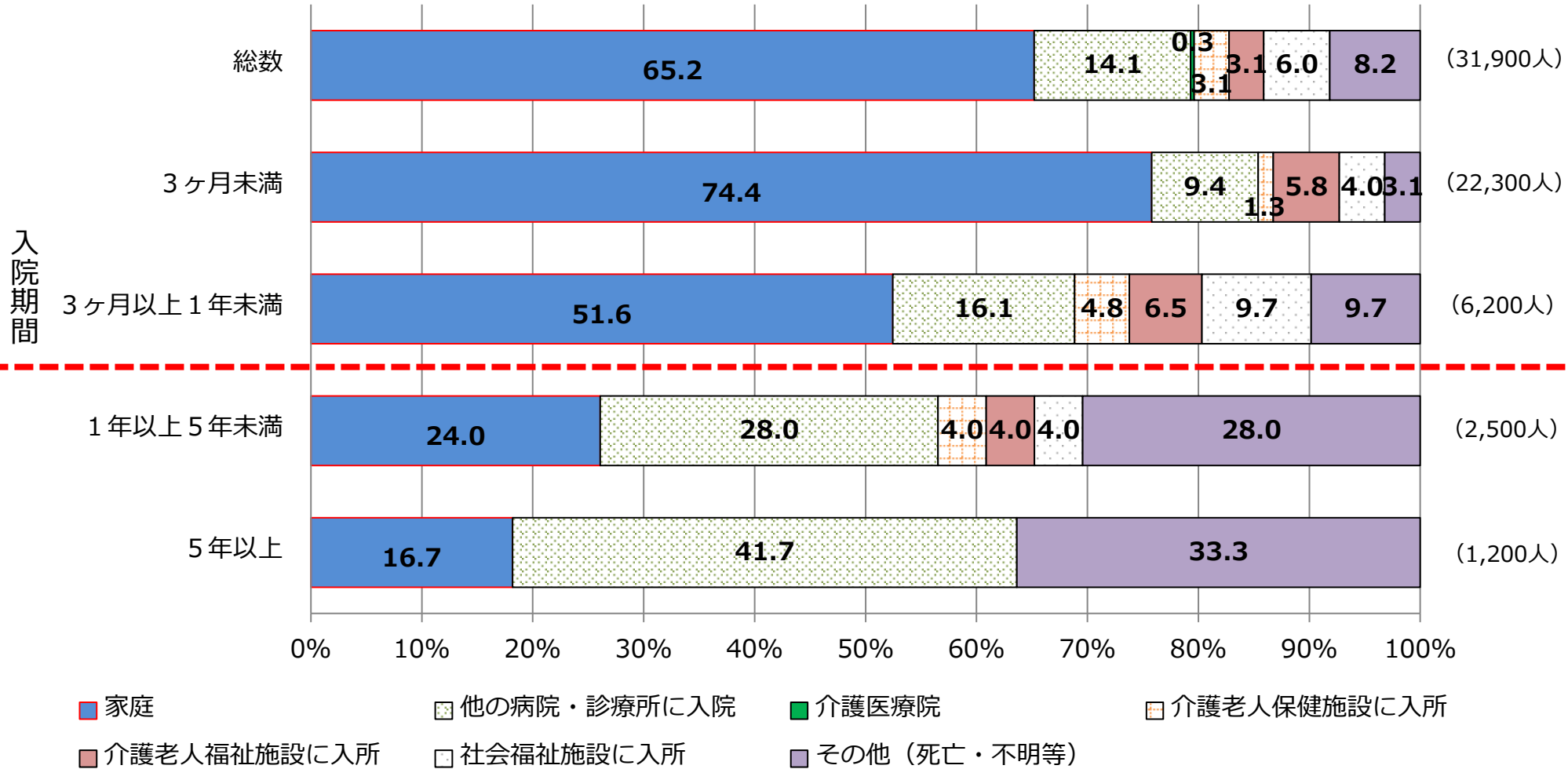
15対1 入院基本料
1医療機関、36床

【経過措置】
大学病院等以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。

精神病床から退院した患者の退院後の行き先

- 入院期間が1年未満で退院した患者の退院先は、「家庭」が最多。
- 入院期間が1年以上で退院した患者については、「他の病院・診療所に入院」や「その他(死亡・不明等)」の割合が高い。

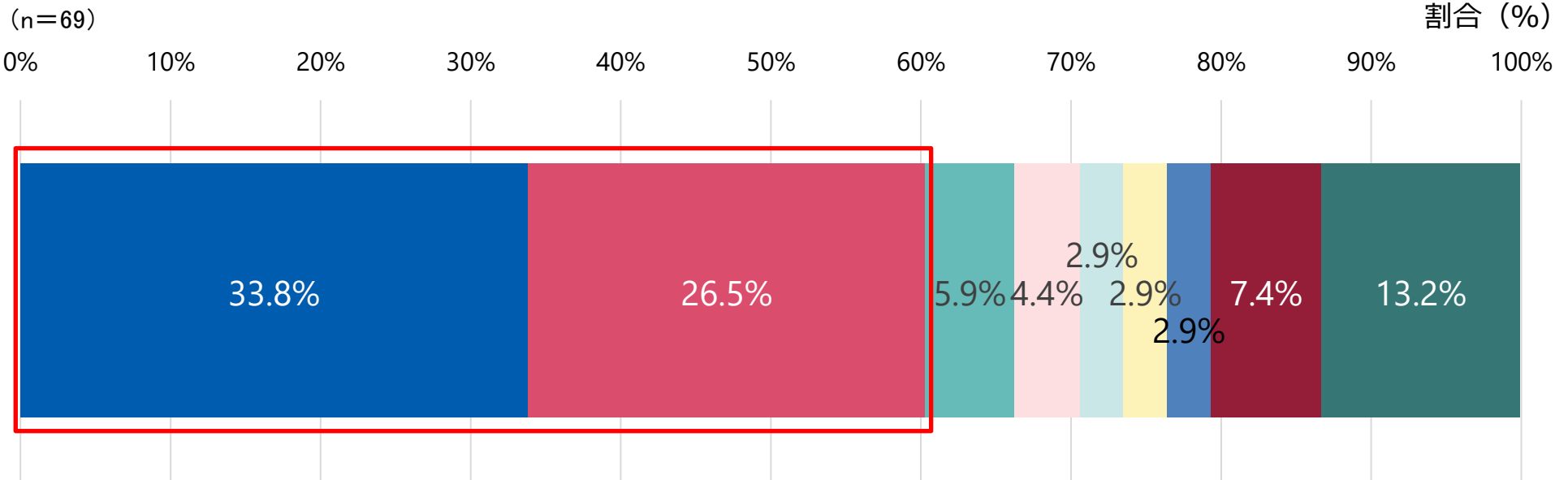
■ 精神病床退院患者の入院期間別の退院後の行き先



入院期間が長くなる主な理由

○ 入院期間が3か月超になる理由について、「精神疾患の治療に時間を要するため」や「転院先、入所先または居住先が見つからないため」の割合が高い。

■ 入院期間が3か月超になる主な理由（最もあてはまるものを回答）



■ 精神疾患の治療に時間を要するため

- 家族が入院を希望するため
- 患者の経済的理由のため
- 退院後に必要な支援やサービスが確保できないため
- 無回答

■ 転院先、入所先または居住先が見つからないため

- 身体合併症の治療に時間を要するため
- 同居家族がいないため
- その他

※精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者について調査

精神病床における1年を超える長期入院の発生状況

- 各年度における、精神病床において新たに入院料(※1)を算定した患者について、入院後90日、180日、365日以内に退院(※2)した患者ののべ人数およびそれぞれの割合は以下のとおり。
- 精神病床において新たに入院料を算定した患者のうち、1年以上入院する者の割合は毎年11~12%である。

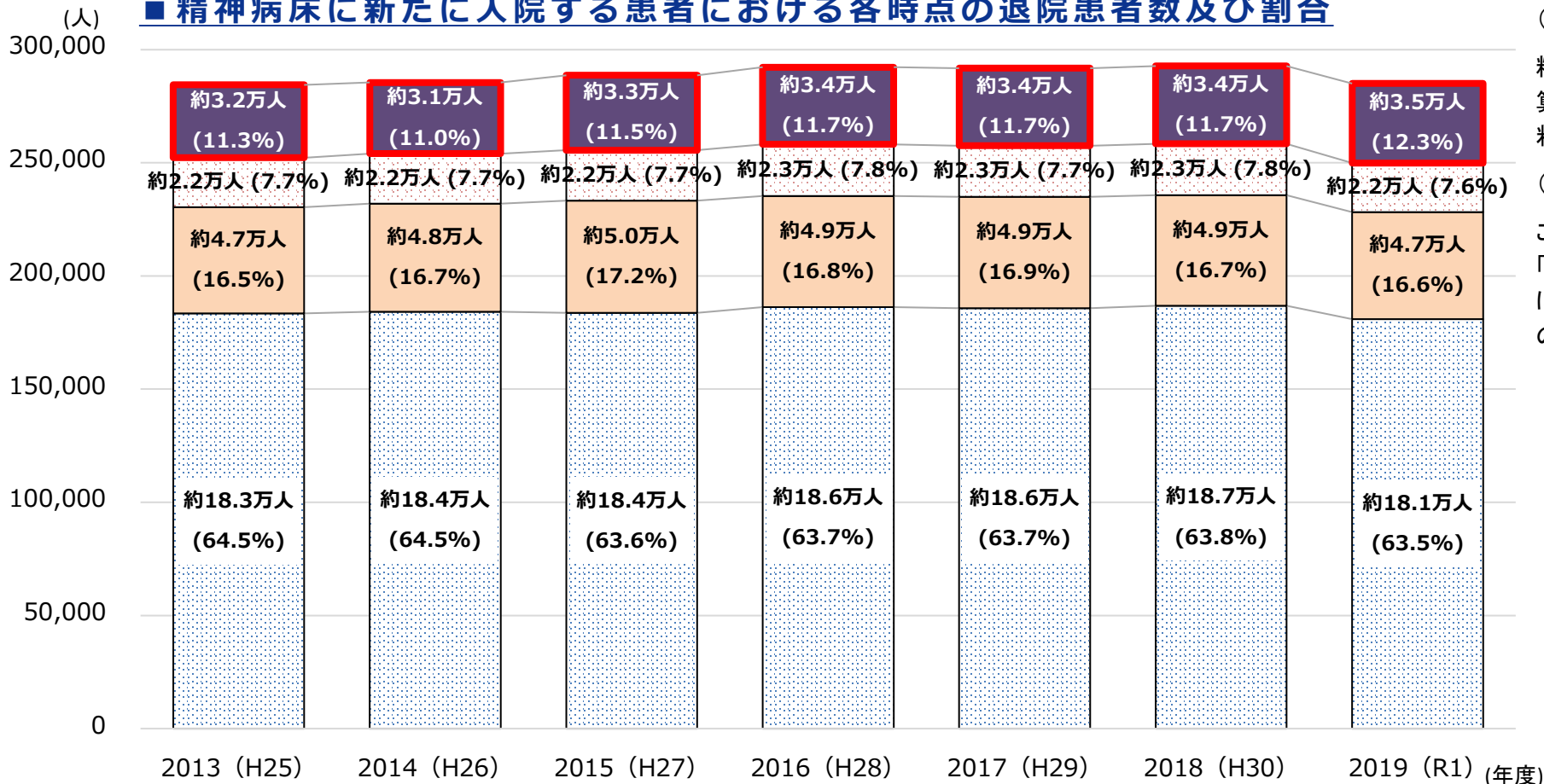
■ 精神病床に新たに入院する患者における各時点の退院患者数及び割合

(※1)

精神病床において算定可能な各入院料を指す。

(※2)

この場合において、「退院」とは、(※1)における各入院料の算定終了を指す。



■ 入院後90日までに退院した患者数

■ 入院後91日~180日に退院した患者数

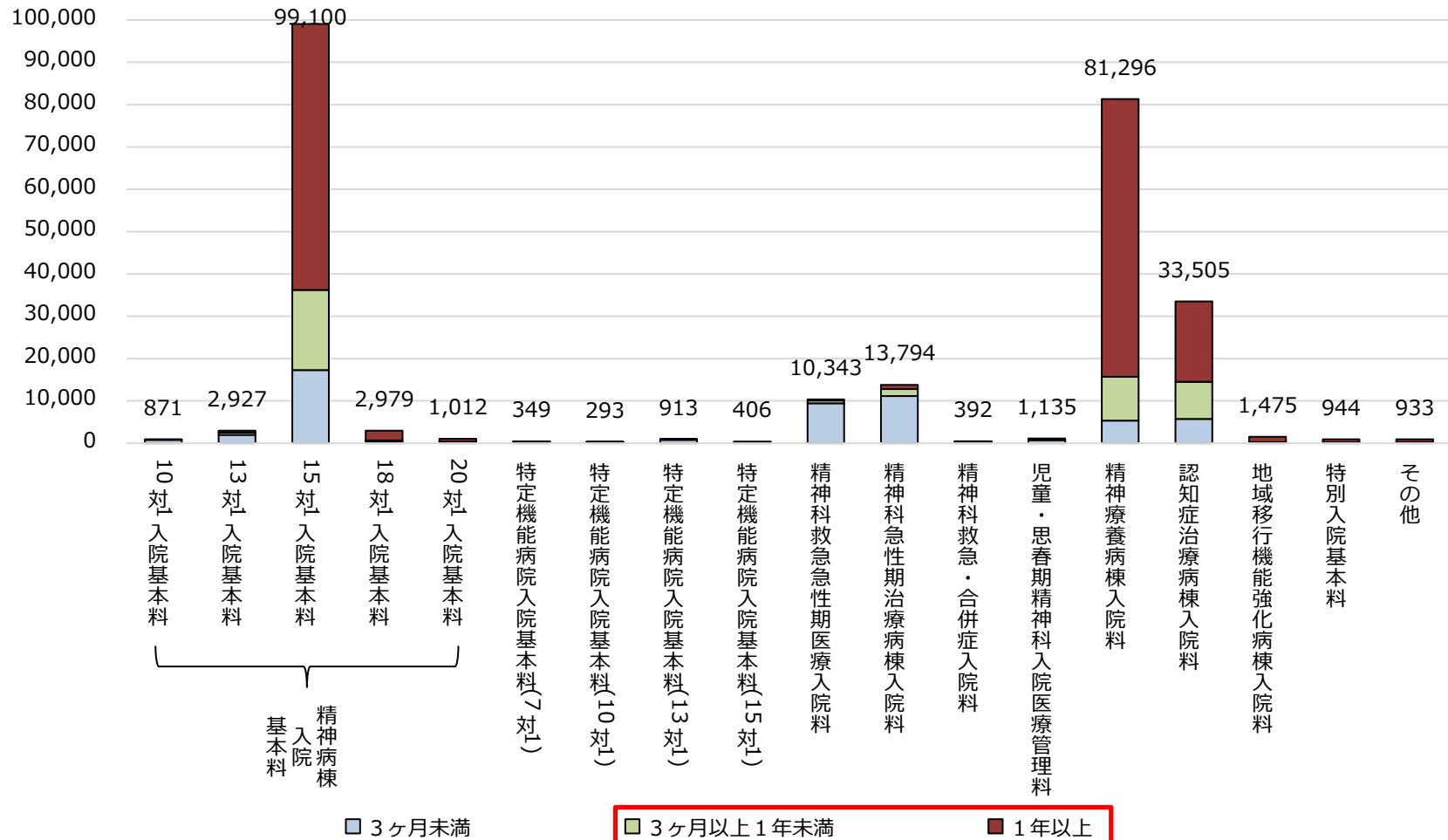
■ 入院後181~365日に退院した患者数

■ 入院後365日時点で退院していない患者数

精神病床における届出入院料別の入院患者数（在院期間別）

- 令和4年6月30日時点における、入院料の届出状況ごとの在院期間別患者数及び患者数の割合は以下のとおり。
- 15対1入院基本料等の人員配置の低い入院料を届け出ている病棟においては、3ヶ月以上入院している患者数が多く、特に1年以上の長期入院患者の割合が高い傾向にある。

■ 入院料別の患者数



精神病床において急性期を担う入院料の算定期間の上限

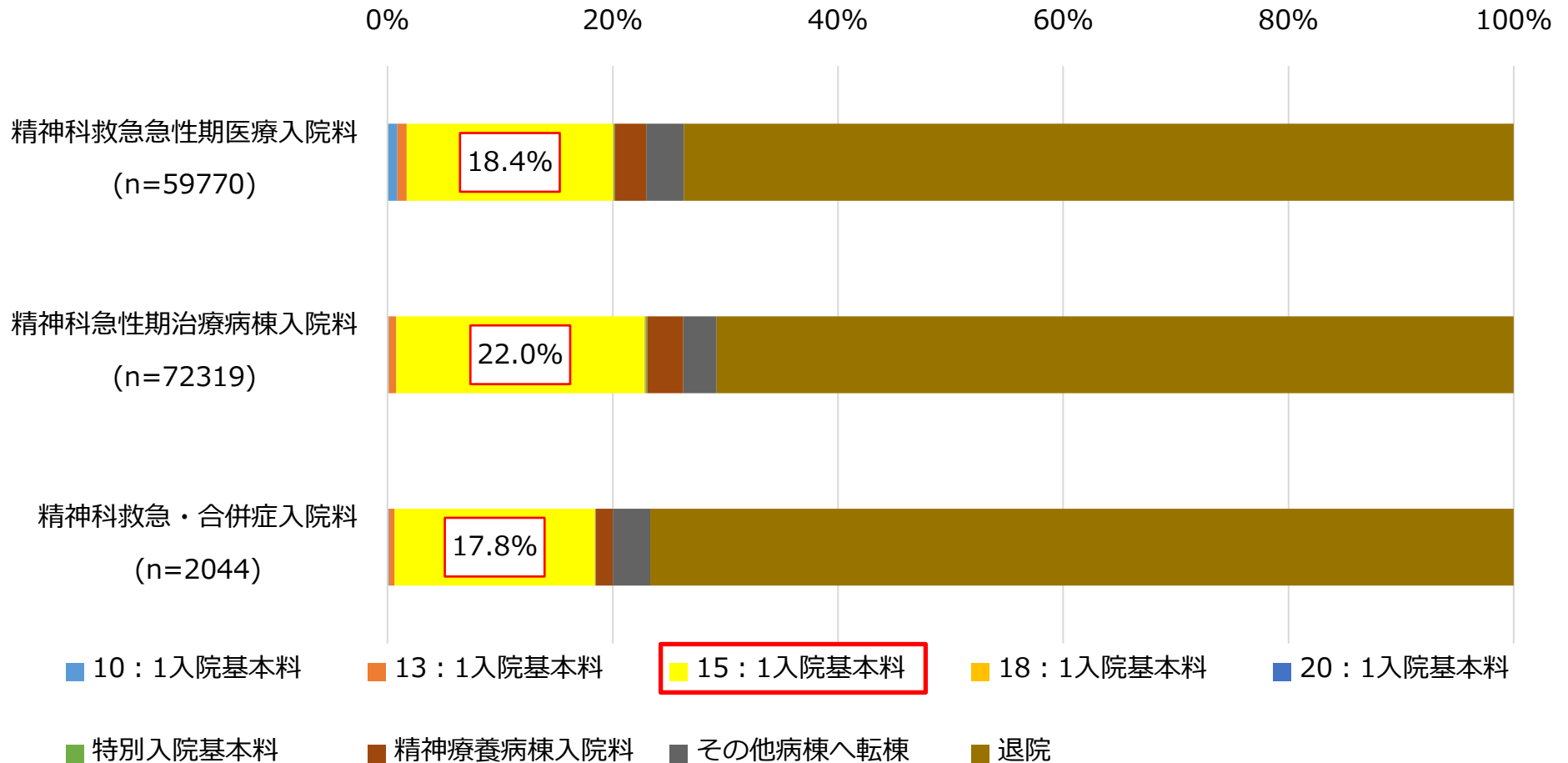
○ 精神病床において急性期を担う入院料は、算定可能な期間が、入院日から起算して3ヶ月に限られる。

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	点数
精神科救急急性期医療入院料	指定医 病棟常勤1名 病院常勤4名 医師 16:1	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・1看護単位60床以下 ・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制	・時間外診療・時間外初診・自治体等からの受入の件数等 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行 ・データ提出加算	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	2,400点 (～30日) 2,100点 (31日～60日) 1,900点 (61日～90日)
精神科救急医療体制加算	指定医 病院常勤5名			・精神科救急医療体制整備事業に参画し、入院を要する患者を積極的に受け入れ ・新規入院患者の6割以上が3月以内に自宅等へ移行		1 600点 2 590点 3 500点 (～90日)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤2名 精神科医 病院常勤5名 医師 16:1	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・1看護単位60床以下 ・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	3,600点 (～30日) 3,300点 (31日～60日) 3,100点 (60日～90日)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1	看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名	・1看護単位60床以下 ・隔離室を有する	・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行	・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	2,000点 (～30日) 1,700点 (31日～60日) 1,500点 (60日～90日)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名				1,885点 (～30日) 1,600点 (31日～60日) 1,450点 (60日～90日)

入院期間が3か月を超える患者の転棟先

○ 令和4年1年間に、精神科救急急性期医療入院料等を届け出ている病棟から、精神病棟15対1入院基本料を届け出ている病棟に転棟した患者の割合は、それぞれ約20%であった。

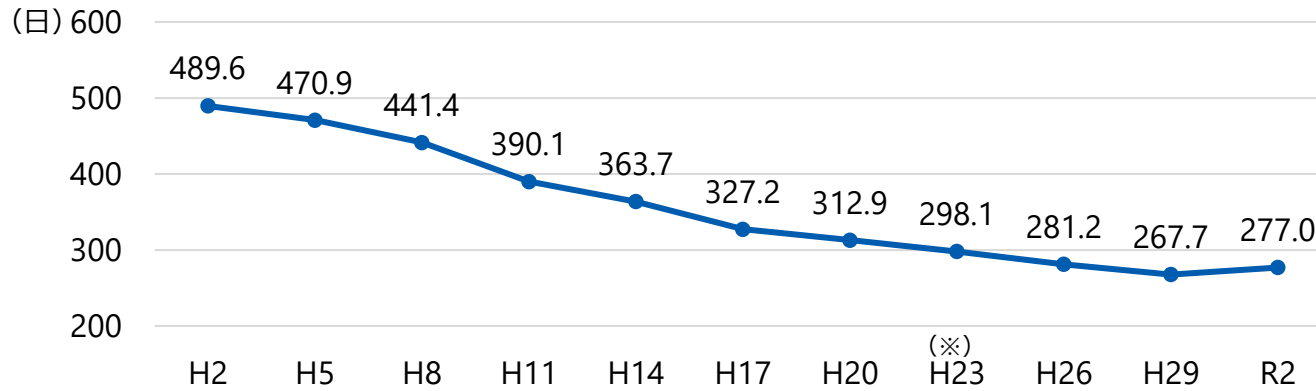
■ 精神科救急急性期医療入院料病棟等からの退棟先（令和4年1～12月）



精神病床における平均在院日数と再入院率

- 精神病床における平均在院日数は、減少傾向。
- 精神病床に入院してから1年以内に退院した患者のうち、30%以上が、1年以内に再入院している。

■ 精神病床における平均在院日数の推移

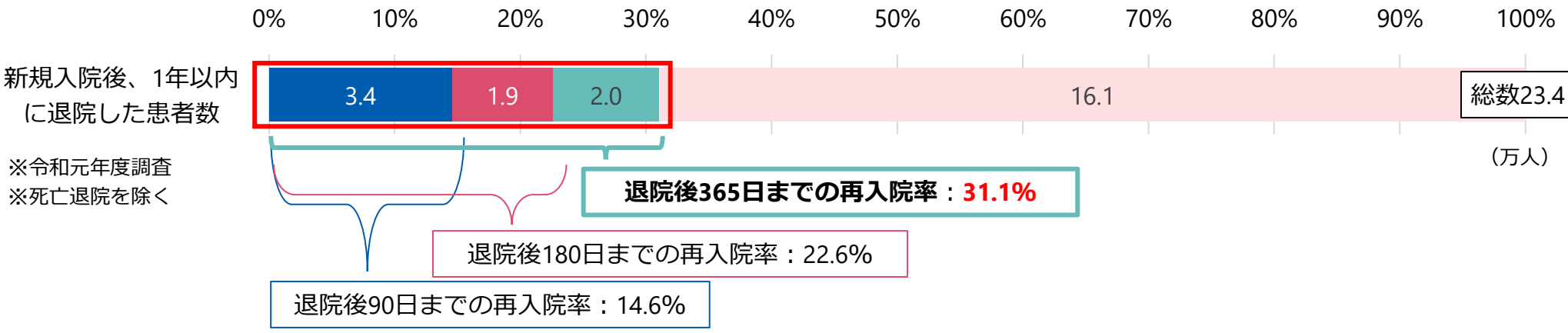


平均在院日数の算出方法

$$\frac{\text{年間在院患者延べ数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

※ 平成23年では岩手県と宮城県、福島県の一部、平成28年では熊本県の一部、平成30年では広島県の一部を除いている。

■ 精神病床に入院してから1年以内に退院した患者における退院後1年までの再入院率

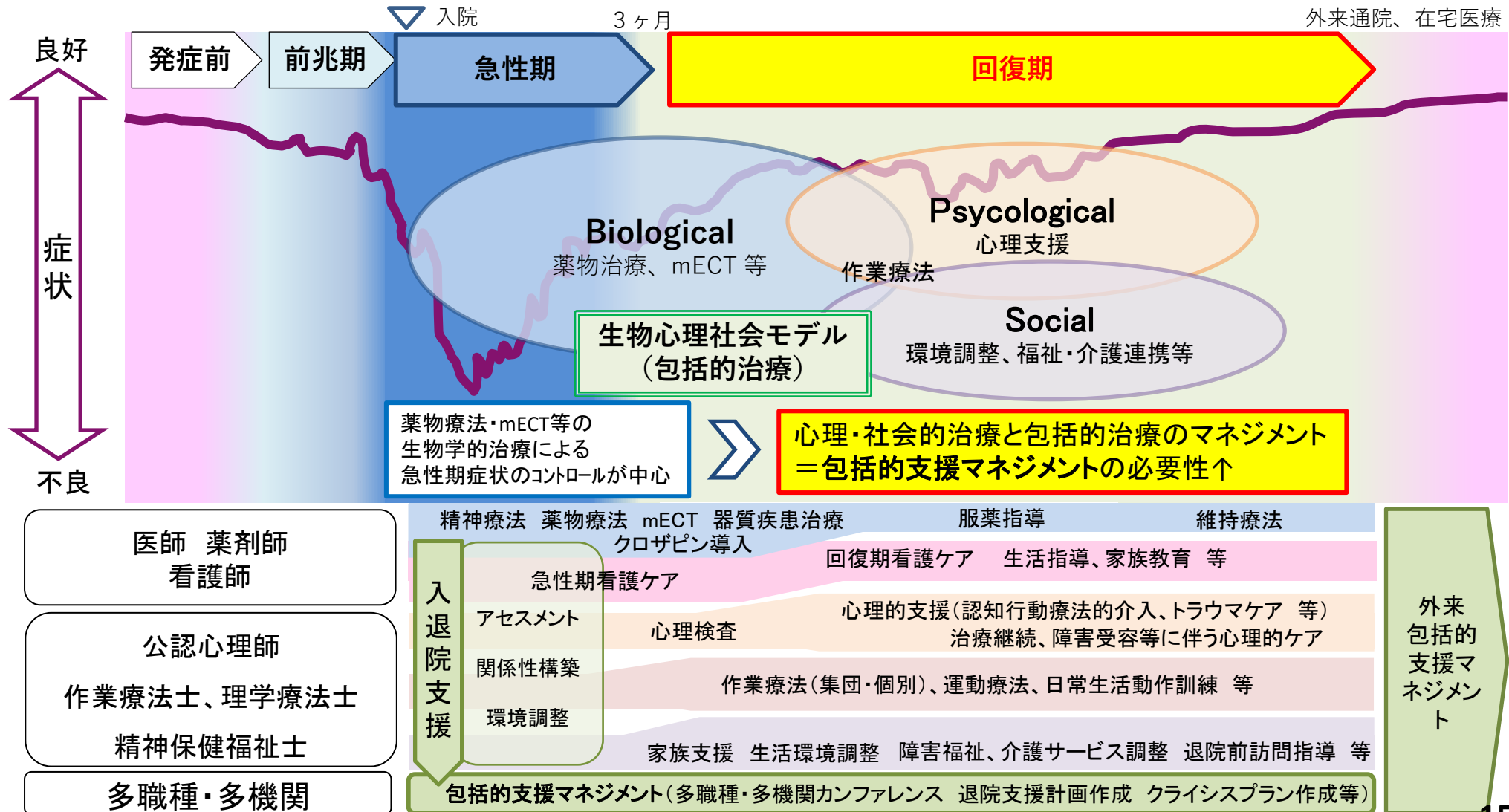


※令和元年度調査
※死亡退院を除く

出典：(上図)厚生労働省「病院報告」より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成
(下図)令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」(研究代表者：西大輔)提出資料より作成

精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）

- 精神疾患の治療経過において、回復期では多職種による心理・社会的治療（精神保健福祉士等による環境調整、作業療法士等によるリハビリテーション、公認心理師等による心理的ケア等）と包括的治療のマネジメント（包括的支援マネジメント）の必要性が増える。



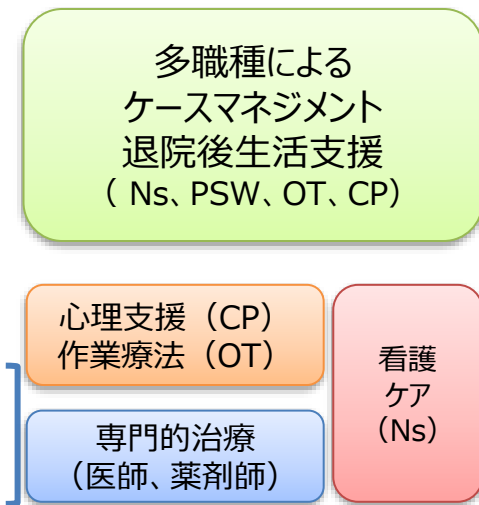
入院期間別の支援内容の比較

- 精神科救急・急性期医療病棟入院料を算定する病棟に入院した患者であって、1年未満で退院した患者に対して、入院中に実施された治療や支援の内容について、国内の21施設において前向き調査を行った。
- 入院期間が3ヶ月未満の患者群と比べて、3ヶ月以上の患者群において、ケースマネジメントや退院後生活に関する支援、心理社会的介入、個別の専門的治療が多く実施されていた。

<調査方法>

国内の21精神科医療機関における前向き縦断研究。救急・急性期病棟に入院し、かつ1年未満で退院した入院患者を対象として、入院時から追跡を開始し、入院中に実施された多職種ケアの内容を入院期間別（3ヵ月未満／3ヵ月以上）で比較。

	3ヶ月未満 (n=486)		3ヶ月以上 (n=103)		X ²	P値
	n	%	n	%		
退院後の支援計画表	117	24.1	35	34.0	4.356	0.037
ケア会議	117	24.1	42	40.8	12.031	0.001
住居支援	38	7.8	23	22.3	19.277	<0.001
外泊訓練または退院前訪問指導	309	63.6	81	78.6	8.617	0.003
個別心理教育	27	5.6	12	11.7	5.106	0.024
認知行動療法 ※認知行動療法的 アプローチを含む	5	1	5	4.9	7.453	0.006
クロザピン ※統合失調症患者 に限る	11	4	13	19.4	19.589	<0.001



精神病棟における多職種配置の必要性

- 入院医療から地域生活への移行の推進にあたって、多職種の配置による質の高い医療を提供することの必要性が繰り返し指摘されている。

■ 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（平成二十六年三月七日厚生労働省告示第六十五号）

第一 精神病床の機能分化に関する事項

- (中略)
- 二 入院医療から地域生活への移行の推進
 - 1 精神病床の機能分化に当たっては、それぞれの病床の機能に応じて、精神障害者が早期に退院するための体制を確保し、精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供すること等により精神障害者の退院の促進に取り組む。
- (中略)
- 四 入院期間が一年未満の精神障害者に対する医療を提供するための体制の確保
 - 1 入院期間が長期化した場合、精神障害者の社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、入院期間が一年未満で退院できるよう、精神障害者の退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供するための体制を確保する。
 - 2 当該体制の確保のため、入院期間が一年未満の精神障害者に対して医療を提供する場合には、当該精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。

■ 「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書（令和4年6月9日）

第8 精神病床における人員配置の充実について

- (中略)
- 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」における平成24年の意見の整理でも、今後の方向性として、病床の機能に応じ、看護職員に加え、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士等の多職種の従事者による人員配置とする旨が示されている。
- 入院患者数に応じて、精神病床について医療計画に基づき適正化を図っていくとともに、入院患者に対してより手厚い人員配置のもとで良質な精神科医療を提供できるよう、個々の病院の規模や機能に応じ、医師・看護職員の適正配置や精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含む適切な職員配置を実現していくことが求められる。

多職種配置の効果（平均在院日数、在宅復帰率への影響）

- 精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）を届け出ている病棟において、精神保健福祉士・作業療法士・公認心理師が、それぞれ1名以上配置されている場合、配置がない場合に比べて、平均在院日数が短く、在宅復帰率が高い傾向がみられた。
- この傾向は、精神保健福祉士のみが配置されている場合と比べて、多職種が配置されている場合に、より高かった。

■ 精神病棟における多職種の配置状況による平均在院日数、在宅復帰率の比較

<調査方法>

「令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）精神医療等の実施状況調査」において、精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）を算定する病棟（n=131）のうち、平均在院日数、在宅復帰率、精神保健福祉士（PSW）・作業療法士（OT）・公認心理師（CP）の配置人数についていずれも回答した病棟（n=77）について集計。

	全体	病棟にPSWが常勤換算で1名以上	病棟にPSW・OT・CPが常勤換算で各1名以上
病棟数	77	38	17
平均在院日数 (平均値)	429.2	391.5	353.9
在宅復帰率 (平均値)	63.8%	67.3%	70.2%

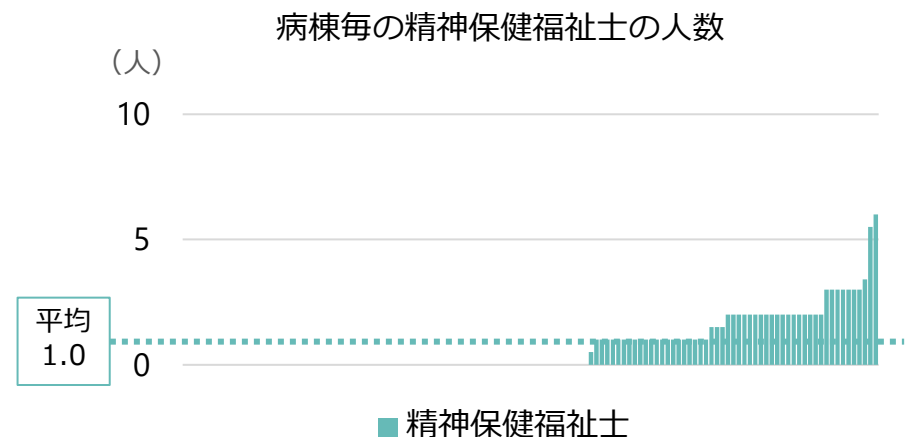
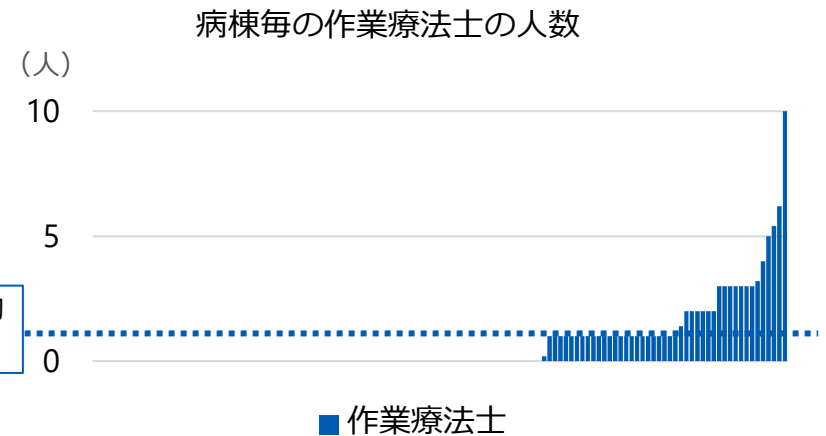
精神病棟入院基本料における多職種の配置状況

- 精神病棟入院基本料について、看護職員等の配置基準が設けられているところ、他の職種について配置に係る要件は設けられていない。
- 一部の医療機関では、精神病棟入院基本料を算定する病棟において、看護職員等に加えて、作業療法士、公認心理師、精神保健福祉士等を配置している実態がある。

■ 精神病棟入院基本料を算定する病棟における職員数（常勤換算、n=127）

※「令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）精神医療等の実施状況調査」において、精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）を算定する病棟（n=131）のうち、いずれの職員数についても回答のなかった病棟を除いた127病棟の集計結果

	平均値	標準偏差	中央値
医師	4.4	4.7	3.0
うち精神保健指定医	2.6	2.6	2.0
看護師	18.8	9.3	18.0
准看護師	3.4	5.3	2.0
看護補助者	4.9	5.1	3.1
作業療法士	1.0	1.6	0.0
公認心理師	0.5	1.1	0.0
精神保健福祉士	1.0	1.2	1.0



入院患者の早期退院・長期入院患者の地域移行に資する取組

○ 新規入院患者が1年以内に退院する割合が高く、かつ、長期入院患者の地域移行を進めている医療機関について、実施されている支援内容を調査したところ、退院後の地域生活を支援するための様々な取組や体制整備が共通して行われていた。

【調査方法】

アンケートに協力した52病院のうち、次のAを満たし、かつBまたはCのいずれか(または両方)を満たす病院(n=20)について、(1)地域連携体制、(2)地域生活支援の内容、(3)地域生活支援の制度・手法、(4)病状悪化時の支援、に係る取り組みの実施／利用率を調査。

A: 新規入院患者の1年後までの退院率が高い(全国中央値89.3%以上)

B: すでに1年を超えて在院している患者の1年後までの居宅系(自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設)への退院率が高い(参考値8.4%以上)

C: 在院患者のうち、入院期間が1年を超える患者の割合が低い(全国中央値61.4%以下)

制度・手法	実施率	地域生活支援の内容	実施率	地域連携体制	実施率	病状悪化時の支援	実施率
精神科訪問看護による病状等の観察と訪問頻度の調整	95%	服薬や通院など医療継続に向けた支援	100%	医療機関職員と地域支援者の担当者間で連絡・相談ができる、顔の見える関係の構築	90%	精神科病院における、当事者・家族等からの電話による相談対応	95%
精神科訪問看護等による服薬管理・指導	95%	当事者の不安や困りごとなどへの、窓口(担当者)を設けた相談対応	95%	地域支援者が医療機関の医師、看護師等に、気軽に相談できる関係の構築	85%	精神科病院への早期入院による治療	90%
精神科病院における電話相談体制	95%	居住の場における、日中の日常生活支援	90%	対象者の状況変化に応じて、随時関係者とのケア会議が開催できる体制の構築	85%	再入院時における地域支援者の継続的な関わり・支援	90%
家族関係の調整や家族サポート	90%	対象者の家族の相談やサポート	90%	地域においてキーパーソンとなる支援者の設定	85%		
居住施設の職員等による服薬の声かけや確認	85%	居住の場における、病状面の観察や必要に応じた対応	85%	対象者の病態特性や対応面に関する情報共有ができる体制の構築	80%		
精神科病院における短期入院の利用(必要時に判断)	80%						

早期退院と地域移行に資する取組事例 —取組内容—

○ 長期入院患者の蓄積が課題であった病棟において、多職種による包括的ケアを実践したことで、平均在院日数が減少し、地域平均生活日数が増加した。

A病院X病棟の取組と成果

X病棟の基礎情報

2004(H16)年開設
男女混合閉鎖病棟56床
15:1看護基準
医師3名(指定医1名)

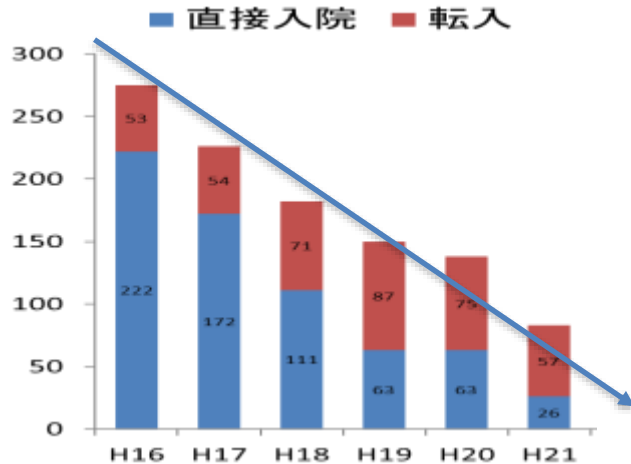
X病棟に受け入れる患者の特徴

多職種による包括的ケア・地域連携を必要とする症例
退院3ヶ月以内の再入院症例
入院3ヶ月を超える症例
クロザピン導入、mECT

2009(H21)年時点の課題

長期入院者の蓄積
新規入院受入減
平均在院日数の増加

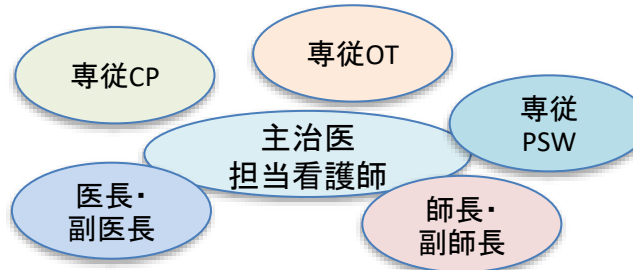
2010(平成22)年以降



包括的ケアの提供

多職種会議

入院・転入4週目、12週目に実施



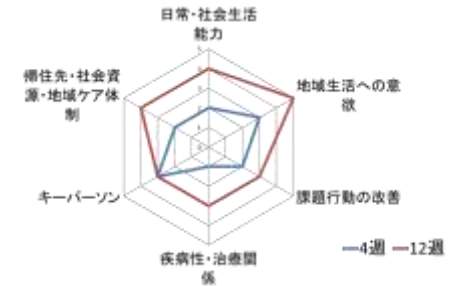
専門職同伴での外出

自宅訪問	9%	買い物	12%
院外レク	9%	施設見学	12%
福祉サービス手続き	1%	他科受診	3%
家族の葬儀や墓参り		免許更新	

人員配置

看護師 18名→29名
(看護基準は15:1)
精神保健福祉士 0名→2名
作業療法士 0名→2名
臨床心理士 0名→1名

評価システム



その他

地域連携の重視
自助グループ活動

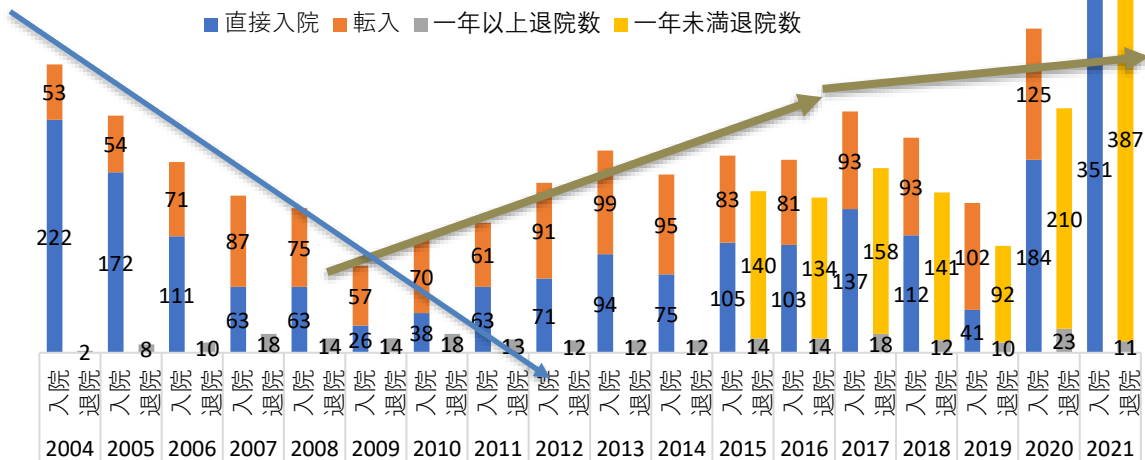
出典: 令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」(研究代表者: 藤井千代) 提出資料より改変

早期退院と地域移行に資する取組事例 —結果（平均在院日数等）—

○ 長期入院患者の蓄積が課題であった病棟において、多職種による包括的ケアを実践したことで、平均在院日数が減少し、機能障害の程度によらない地域定着が可能となった。

結果

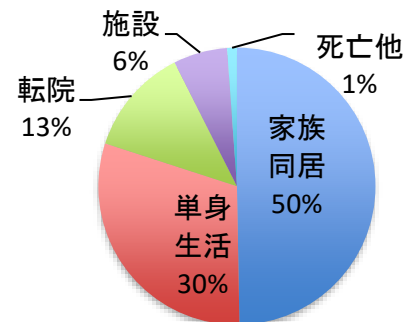
入退院数の推移



平均在院日数の推移

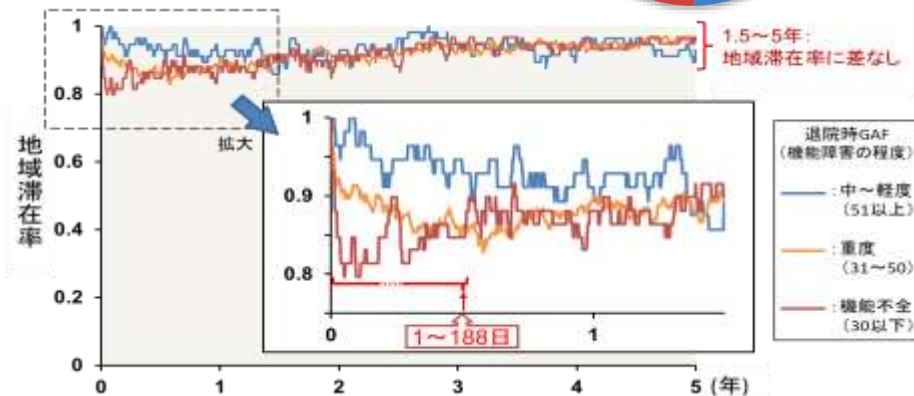
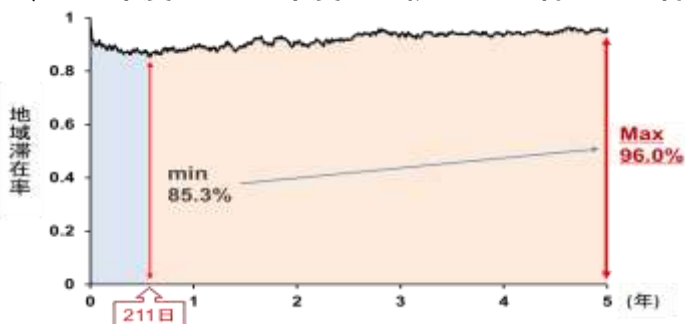
年	平均在院日数(日)
2009(平成21)	387
2012(平成24)	212
2015(平成27)	151
2018(平成30)	149
2021(令和3)	41

退院先



地域滞在率の推移

(2012年度～2015年度に退院した患者：347名)



- ・ 退院後5年間の追跡で、再入院を経ながらも96.0%が地域移行している
- ・ 機能障害が重度であっても、医福連携による地域ケアにより地域定着が可能

出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」(研究代表者：藤井千代)提出資料より改変

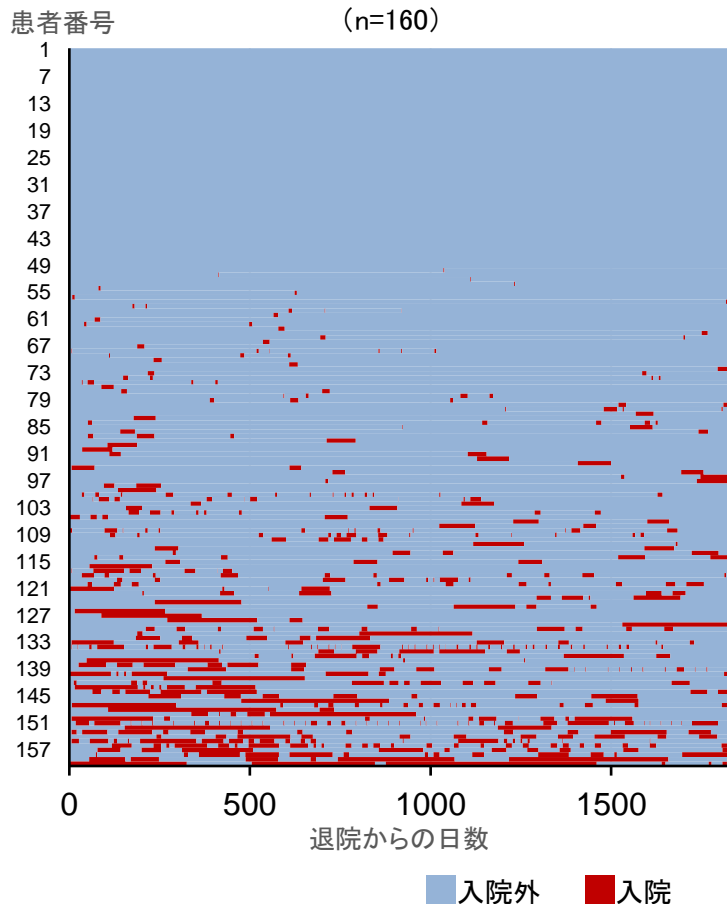
早期退院と地域移行に資する取組事例 —結果（再入院について）—

○ 長期入院患者の蓄積が課題であった病棟において、多職種による包括的ケアを実践したことで、再入院を経ながらも、患者の地域平均生活日数が増加した。

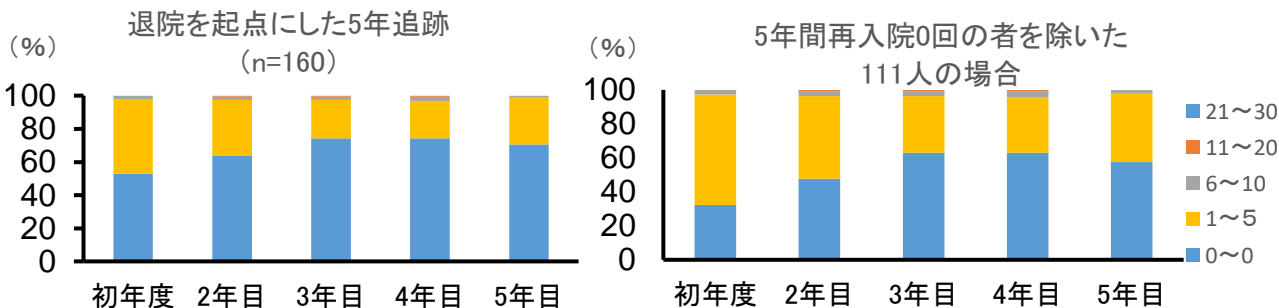
結果

再入院の推移

2012年度～2016年度に退院し5年追跡可能な者 (n=160)



再入院回数の推移



地域生活日数の推移

n=160 退院を起点にした5年追跡		初年度	2年目	3年目	4年目	5年目
地域生活日数 (n=160)	平均	320.1	333.6	338.0	343.5	344.7
	標準偏差	77.9	65.6	65.2	50.5	45.7
	中央値	365.0	365.0	365.0	365.0	365.0

5年間再入院0回の者を除いた 111人の場合		初年度	2年目	3年目	4年目	5年目
地域生活日数 (n=111)	平均	300.3	319.7	326.1	334.0	335.8
	標準偏差	86.5	74.7	75.3	58.1	52.5
	中央値	342.0	355.0	365.0	365.0	365.0

111人のうち地域平均 生活日数全国平均値※ を上回っている人		初年度	2年目	3年目	4年目	5年目
	人数	68	81	83	82	86
	割合	61.3	73.0	74.8	73.9	77.5

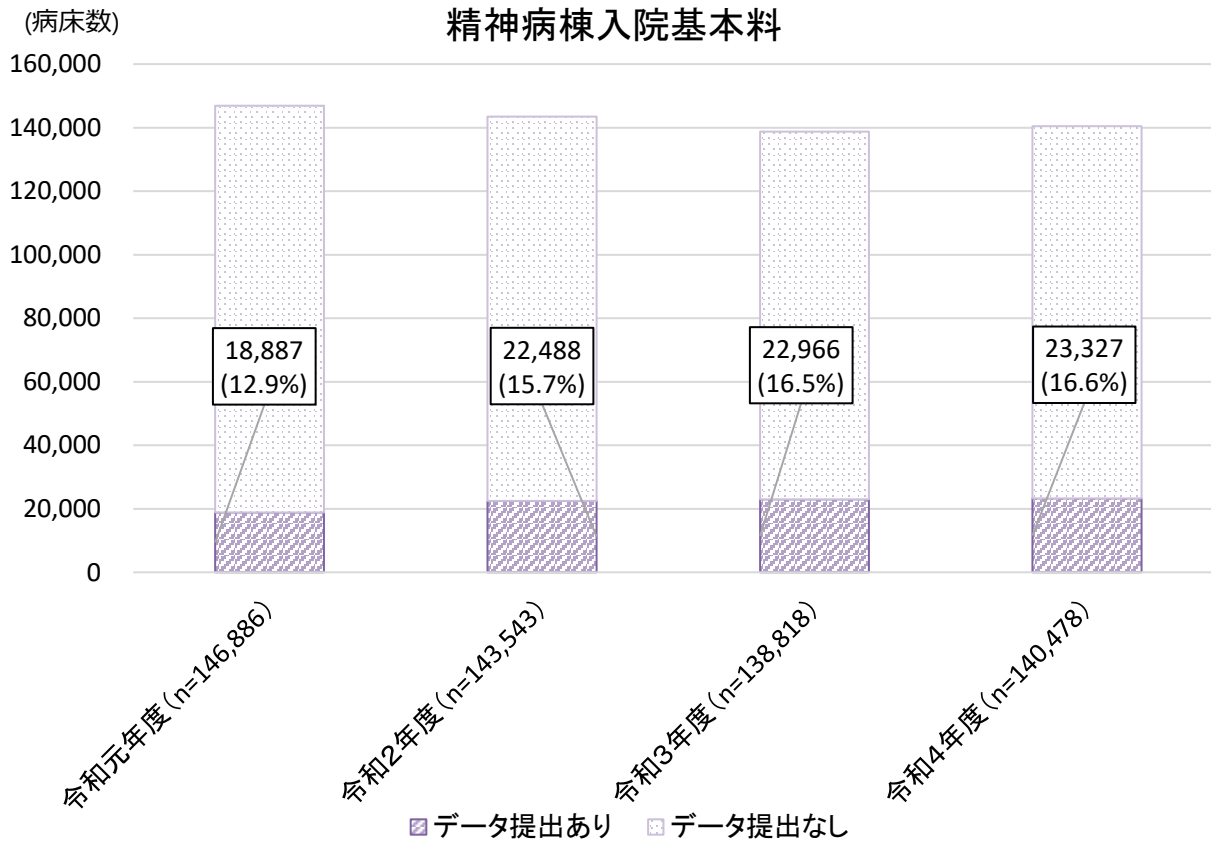
※320.2日(2016年度に退院した患者の値)

出典: 令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」(研究代表者: 藤井千代) 提出資料より改変

DPCデータを提出している病床：精神病棟入院基本料

中医協 総 - 6
5 . 1 2 . 2 0

○ 精神病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。
令和4年度においては、16.6%を占めていた。

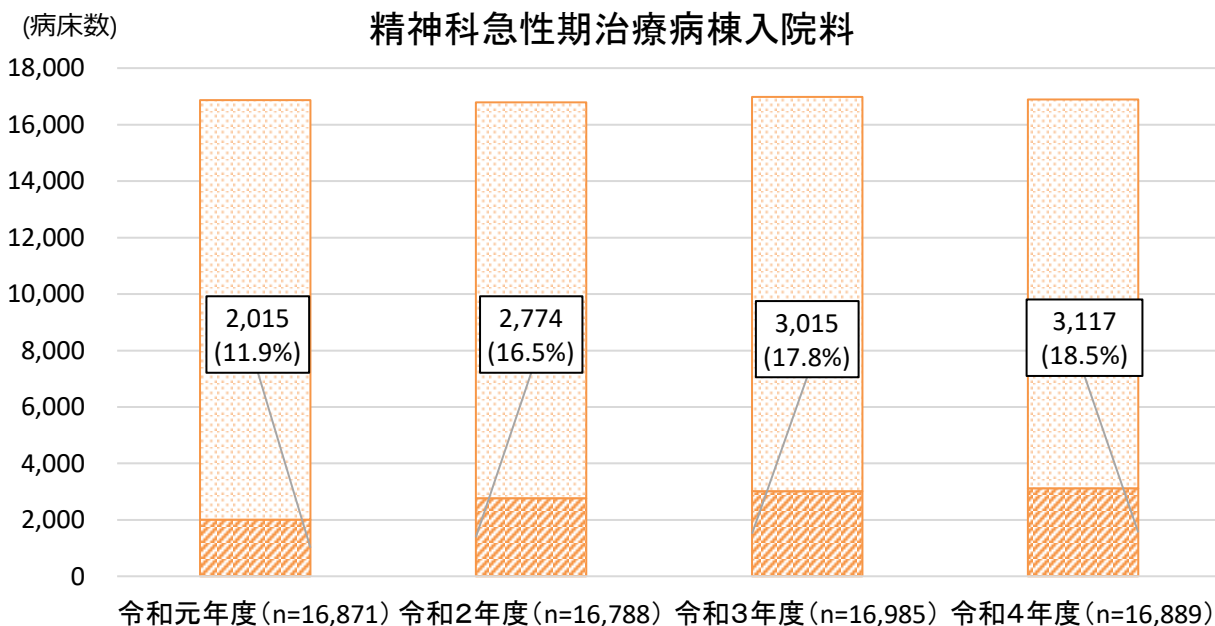


入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
精神病棟	23,327/ 140,478	16.6%

DPCデータを提出している病床：精神科急性期治療病棟入院料

中医協 総 - 6
5 . 1 2 . 2 0

○ 精神科急性期治療病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和4年度においては、18.5%を占めていた。



■ データ提出あり ■ データ提出なし

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
精神科急性期1	3,031 / 16,560	18.3%
精神科急性期2	86 / 329	26.1%

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進 について

1－1. 入院医療

1－2. 在宅医療

1－3. 外来医療

2. 心的外傷等に対する心理支援について

3. 不適切な養育への対応に係る体制について

4. 精神障害者に対する就労支援について

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能が取りまとめられている。
- 入院、入院外によらず、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関においては、かかりつけ精神科医機能の発揮のほか、連携拠点機能や救急医療体制への参画等が求められる。

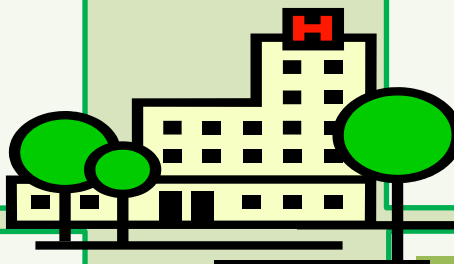
精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

①かかりつけ精神科医機能

- ケースマネジメント
主治医（かかりつけ精神科医）が、多職種、障害福祉サービス、行政機関等と連携し、チームを総括しながらケースマネジメントを実施
- 急性増悪時等の対応
日常的なクライシスプランの確認
緊急時の相談対応、医療提供
- 訪問診療、訪問看護の提供
- 他科連携、身体合併症等への対応

②地域の精神科医療への貢献

- 地域における連携拠点機能
- 政策医療への関与
災害対応
医療観察法医療の提供
自殺対策 等



③精神科救急医療体制への参画

- 入院外医療の提供
夜間・休日診療
電話対応
往診、訪問看護 等
- 精神科救急医療体制整備事業への参画
病院群輪番型精神科救急医療施設
常時対応型精神科救急医療施設 等の指定

④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能

- 協議の場への参画
- 地域住民に対する普及啓発への参画及び協力
- 社会的な機能の発揮
同システムの関係機関への情報発信
研修への関与
精神保健相談への協力 等

精神疾患の経過と精神科の在宅医療（イメージ）

- 精神疾患を有する患者について、精神症状が不安定等の理由によって通院が困難な場合、往診、訪問診療等が行われている。
- 精神疾患を有する方が地域で安心して暮らせるよう、地域のかかりつけ精神科医機能を有する医療機関を中心に、外来診療、在宅医療、障害福祉サービス、行政機関等の連携調整を行いながら、病状や生活機能の改善、安定を図り、支援することが重要。



通院・在宅精神療法（令和4年度）

I002 通院・在宅精神療法			指定医以外	指定医	加算等	
1 通院精神療法	○ 対象 入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの ○ 回数 退院後4週間以内は週2回、それ以外は週1回に限り算定 ○ 同一日の算定不可 精神科継続外来支援・指導料 標準型精神分析療法、認知療法・認知行動療法、心身医学療法 通院集団精神療法、依存症集団精神療法等	イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合	660点		注3 20歳未満の患者に行った場合に加算 350点（～1年） 注4 児童思春期精神科専門管理加算 イ 16歳未満の場合 500点（～2年） 300点（2年～） ロ 20歳未満の患者に60分以上行った場合 1200点（初診から3ヶ月以内、1回）	
		ロ 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合	540点	560点	注5 特定薬剤副作用評価加算 25点（月1回） 注6 3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、所定の要件を満たさない場合 50/100で算定 注7 措置入院後継続支援加算 275点（3月に1回） 注8 療養生活環境整備指導加算 250点（月1回、～1年） 注9 療養生活継続支援加算 350点（月1回、～1年） ※注8及び注9は、通院精神療法のみ	
		ハ イ及びロ以外の場合	(1)30分以上	390点		410点
			(2)30分未満(※)	315点		330点
2 在宅精神療法	○ 対象 入院中の患者以外の患者であって、精神疾患の有するものに対して、精神科医が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に評価 ○ 患者1人につき1日に1回に限り算定	イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合	660点			注2 1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には算定しない 注3 医師による支援と合わせて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合 40点 注4 特定薬剤副作用評価加算 25点（月1回） 注5 3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、所定の要件を満たさない場合 50/100で算定
		ロ 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合	600点	620点		
		ハ イ及びロ以外の場合	(1)60分以上	530点	560点	
			(2)30分以上60分未満	390点	410点	
I002-2 精神科継続外来支援・指導料	○ 対象 入院中の患者以外の患者であって、精神疾患の有するものに対して、精神科医が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に評価 ○ 患者1人につき1日に1回に限り算定	(3)30分未満(※)	315点	330点	55点	

※「通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する」こととされている。

精神科において在宅医療が必要な患者の状態像

- 精神科の診療所に対する調査において、新たに往診または訪問診療を行った患者について、訪問が開始された理由は、「病状悪化等により通院が困難なため」、「ひきこもりで外出が難しいため」が最多であった。
- 高齢化や身体機能の低下よりも、精神症状の増悪、不安定さや社会機能低下によるものが多かった。

■ 訪問開始の理由（複数回答可）

<調査方法>

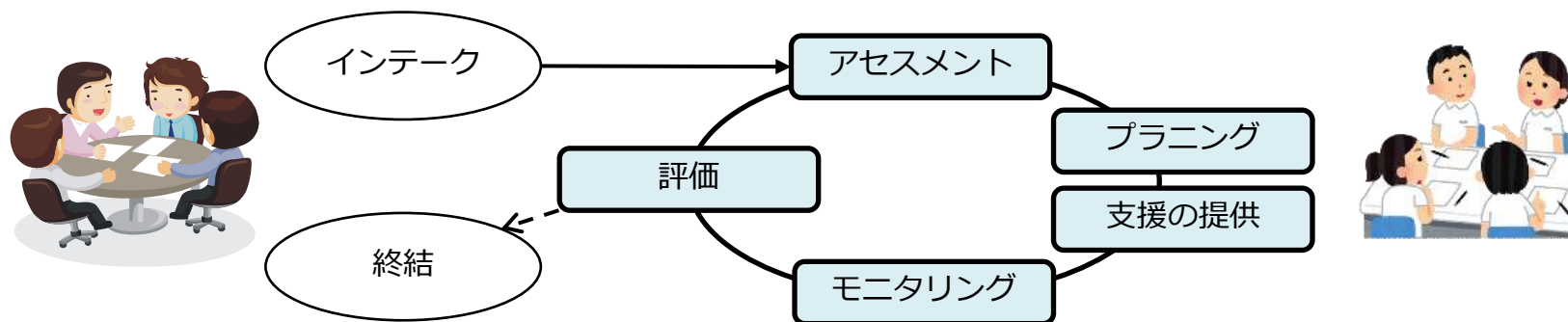
診療所において、新規に通院を開始し、かつ医師による往診もしくは訪問診療を受けた患者（n=174）について、悉皆調査を実施し、調査票を用いて、患者属性、過去の治療／支援歴等を確認。

理由	該当
病状悪化等により通院が困難なため	53
ひきこもりで外出が難しいため	53
精神科治療の必要性について合意できず（病識がない）通院が困難なため	44
本人／家族からの希望	43
歩行困難や身体合併症のケアが必要、など身体的機能の低下のため	29
長期入院や慢性化した重度精神障害をもつ人の退院支援、地域生活支援のため	6
当事者や家族の高齢化によってこれまで可能だった通院が困難になったため	3
その他	11

包括的支援マネジメント

- 地域において、精神障害者を支援するに当たって、ケースマネジメントの重要性が繰り返し指摘されているところ、今般の法改正においても、ケースマネジメントの促進が位置づけられている。
- 近年、我が国において、ケースマネジメントの手法として、「包括的支援マネジメント」の有効性が確認されおり、通院患者に対する支援を中心に、診療報酬上の評価も充実されてきた。
- 包括的支援マネジメントにおいては、①PSW等マネジメント担当者の選定、②多職種チームによるアセスメントとケア会議の開催、③障害福祉サービスや行政機関等の多機関との連携調整が重要な要素とされている。

■ 多職種による包括的支援マネジメントの流れ



出典：平成28年度厚生労働行政推進調査事業補助金「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」報告書 別添「包括的支援マネジメント実践ガイド」

■ 精神保健福祉法における退院促進措置と包括的支援マネジメントの構成要素

包括的支援マネジメント	退院促進措置
マネジメント担当者の選定	退院後生活環境相談員の選任
多職種によるアセスメント・ケア会議の開催	退院支援委員会の開催
多機関との連携調整、各サービスの紹介支援	地域援助事業者等の紹介

※個別の状況や入院形態等に応じるため、一律に一致するものではない。

- 精神障害者の地域生活を支えていくための、多職種協働による包括的支援マネジメントを、効果的かつ効率的に活用できる手法として、「包括的支援マネジメント実践ガイド」が作成された。
- 同ガイドでは、包括的支援マネジメントの必要性を判断するにあたって、「包括的支援マネジメント導入基準」の該当状況を参照することとされている。

■ 包括的支援マネジメント導入基準 (ICMS)

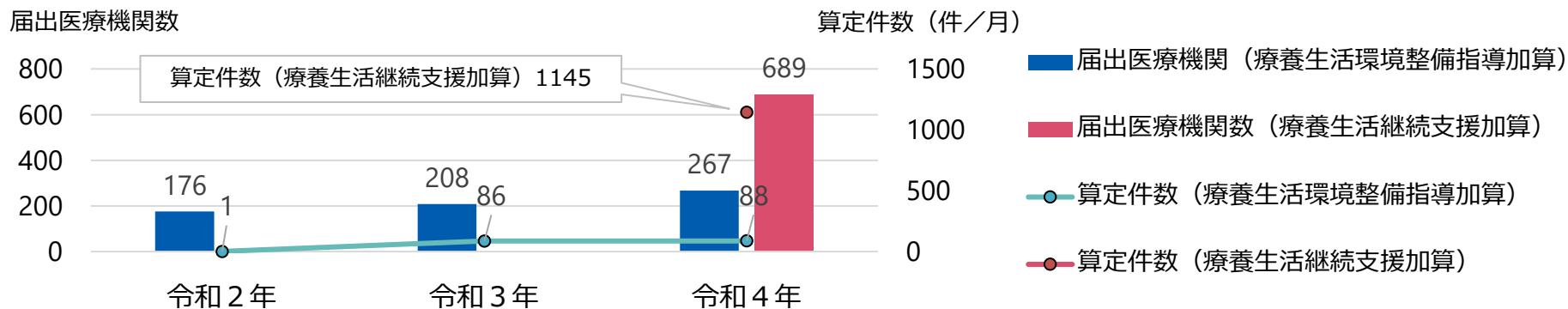
※導入基準を1つ以上満たす場合、包括的支援マネジメントの対象

1	6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある
2	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある
5	自傷や自殺を企てたことがある
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある
7	警察・保健所介入歴がある
8	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）
9	外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない
11	直近の入院は措置入院である
12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている
14	支援をする家族がない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）

包括的支援マネジメントに係る評価

- 精神科の外来通院患者に対して、包括的支援マネジメントを実施した場合の評価が設けられている。
- 精神科在宅医療の患者について、包括的支援マネジメント導入基準に該当する患者が含まれる一方、支援を実施した場合の評価は設けられていない。

名称	点数	対象者	実施者	施設基準	概要
療養生活環境整備指導加算	250点	通院精神療法を算定する患者のうち、精神科退院時共同指導料1を算定した患者	看護師等 又は 精神保健福祉士	○専任の精神保健福祉士が1名以上 ○療養生活環境整備指導の対象患者の数は、1人につき30人以下	○療養生活環境を整備するための指導を行った場合に加算する。 ○以下の要件をいずれも満たすこと。 ア 多職種が共同して、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施する。 イ 多職種が共同して支援計画を作成すること。支援計画の作成に当たっては、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。
療養生活継続支援加算	350点	通院精神療法を算定する患者で、重点的な支援を要する患者(※) ※「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす患者	専門の研修を受けた看護師 又は 精神保健福祉士	○専任の精神保健福祉士が1名以上 ○療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき80人以下	○当該患者又はその家族等に対し、対面による20分以上の面接を含む支援 ○保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に算定可。



継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実

精神科在宅患者支援管理料の見直し

- 在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を対象患者に追加する。

現行

【精神科在宅患者支援管理料】

「1」「2」の対象患者

イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る） ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援機関にある患者又は入退院を繰り返す者 イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時のGAF尺度が40以下の者
□ 重症患者等	○上記のア又はイに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る）



改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

「1」「2」の対象患者

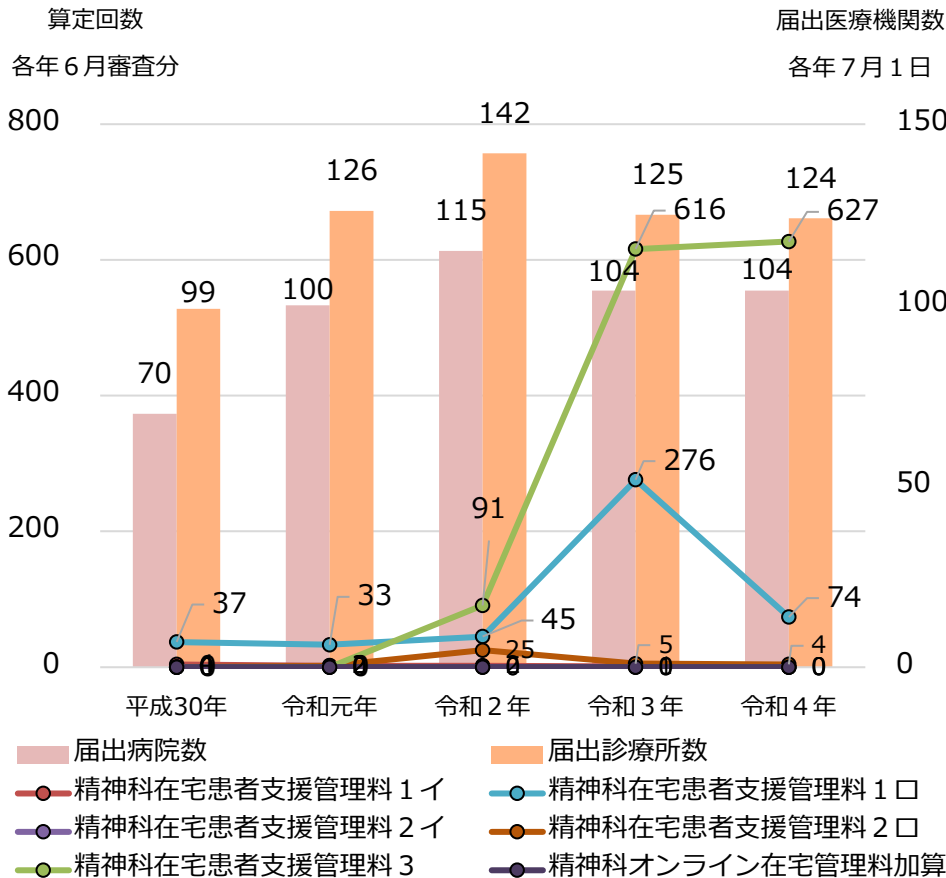
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	(略)
□ 重症患者等	○(略) ○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る） ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者 イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者 ウ 当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者

精神科在宅患者支援管理料の届出医療機関数・算定回数

- 精神科在宅患者支援管理料1及び2のイについては、令和4年6月審査分において、算定がなかった。
- 精神科在宅患者支援管理料の届出を行わない理由として、「施設基準を満たすことが難しいため」、「対象となる患者がいないため」が挙げられている。

■精神科在宅患者支援管理料の届出状況・算定回数

※算定回数については、(1)単一建物診療患者1人以上 と (2)単一建物診療患者2人以上 の合計



■精神科在宅患者支援管理料の届出を行わない理由

	病院 n=252	診療所 n=213
対象となる患者がいないため	25.4%	32.4%
施設基準を満たすことが難しいため	66.7%	62.4%
その他	8.7%	11.3%

■満たすことが難しい対象要件

	病院 n=64	診療所 n=69
ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者	43.8%	29.0%
機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者	43.8%	18.8%
当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者	23.4%	11.6%

■満たすことが難しい施設基準

	病院 n=168	診療所 n=133
当該保険医療機関内に在宅医療を担当する精神科の常勤医師及び常勤の精神保健福祉士が適切に配置されていること	69.6%	49.6%
当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること	37.5%	25.6%
患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること	23.2%	22.6%

出典：(左図)社会医療診療行為別統計、各年7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成

(右図)令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)精神医療等の実施状況調査

在宅医療の提供による効果

- 多職種チームによる包括的な訪問支援プログラムを実施した患者43名について、フォローアップ調査を行ったところ、導入前と比べて、導入後の平均入院期間が有意に短縮していた。
- プログラム導入前に5回以上の入院歴がある患者について、プログラム導入前と比べて、導入後の1年間の平均入院回数が減少傾向にあった。

【支援体制】

原則としてスタッフ1-2名の訪問で支援を行い、リカバリープランを作成し、生活・療養支援を実施。また、クライシスプランを作成し、危機介入、再入院の予防に努め、必要な際には病院と連携しつつ継続的な支援を行う。

スタッフ: 精神保健指定医、看護師、作業療法士、公認心理師

【支援対象者】※令和4年4月1日から令和5年3月31日まで

利用患者数: 43名(男性27名、女性16名)

平均年齢: 49.4(28-76)歳

導入前入院歴:

なし: 3名、1-4回: 23名、5-9回: 12名、10回以上: 5名

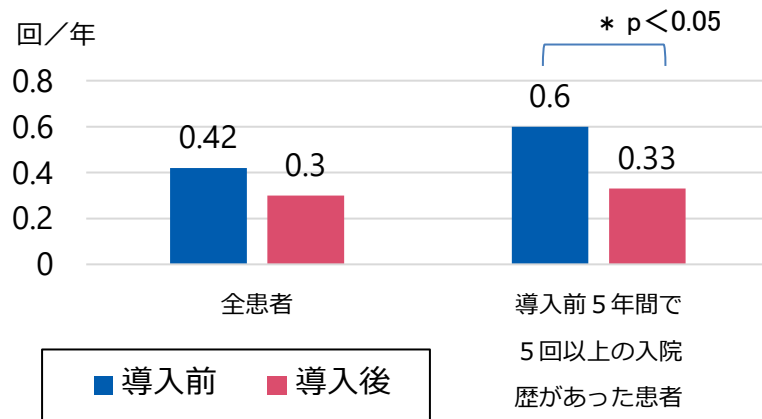
導入前5年間の平均入院回数(1年当たり): 0.42回

導入前5年間の平均入院期間(1年当たり): 13.8週

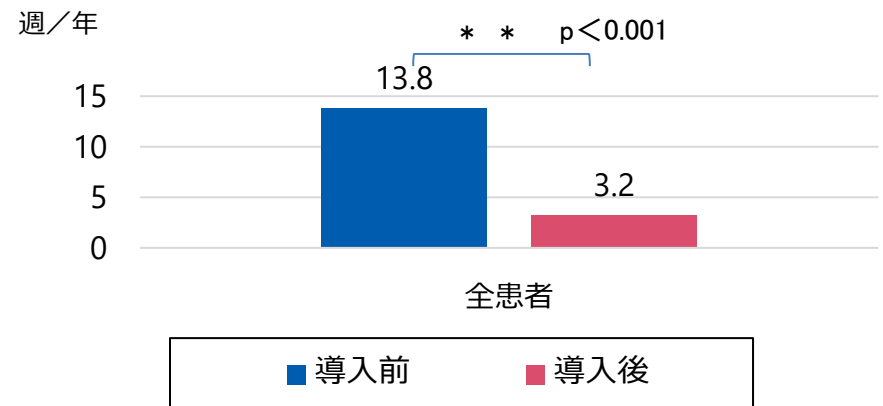
【支援内容】

- 精神科治療を継続するため、診療や処方、自宅への薬の持参などの支援
- 病気に関すること、服薬に関することなど、病気を自己管理するための支援
- 危機状況時の介入や一時的な入院の間の支援
- カウンセリング
- 身体的健康に関する支援
- 住居を探したり、家主との調整を図るなどの住居に関する支援
- 買い物、料理、交通機関の利用、近隣関係など日常生活に関する支援
- 就労について、利用者の希望を実現するための支援
- 年金や生活保護の利用や金銭管理のアドバイスなどの経済的サービスに関する支援
- 公共施設などの社会資源の利用やグループ活動への参加など、利用者を取り巻く周囲の社会ネットワークのかかわりの回復と維持のための支援
- 利用者と家族のための支援
- リカバリープラン、クライシスプランの作成と実践

1年当たりの平均入院回数



1年当たりの平均入院期間



多職種による訪問支援も含めた支援回数・時間の分析結果

- 多職種による訪問支援も含めた包括的支援マネジメントが多く提供された患者を分析した結果、以下の包括的支援マネジメント導入基準が5点以上の患者において、支援の回数及び時間が有意に多かった。

【調査方法】

調査対象の医療機関において、多職種による訪問支援も含めた包括的支援マネジメントが提供された患者(n=233)について、以下の包括的支援マネジメント導入基準による点数で2群に分けたときの、支援回数及び支援時間を比較(※包括的支援マネジメントの必要性の判断に強く関連する要因で、かつ客観的な情報が比較的容易に入手可能な4項目は「コア項目」とし、それらを除いた11項目を用いて分析を実施)

■ 包括的支援マネジメント導入基準 (重み付けを行った場合)

1	6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある	1点
2	自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)	3点
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	コア項目※
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	3点
5	自傷や自殺を企てたことがある	2点
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある	コア項目
7	警察・保健所介入歴がある	コア項目
8	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	2点
9	外来受診をしないことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	1点
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	1点
11	直近の入院は措置入院である	コア項目
12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	3点
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	1点
14	支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	2点
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・教育・障害等)	1点

■ 包括的支援マネジメント導入基準 (重み付けを行った場合) の点数による、支援の回数及び時間に関する比較

	ICMSS 4点以下					ICMSS 5点以上					t検定		Log_GLM	
	n	Mean	SD	Median	IQR	n	Mean	SD	Median	IQR	t	p	B	p
支援回数	71	9.2	14.1	4.0	7.0	162	34.6	54.8	13.0	29.0	-3.850	<0.001	0.767	<0.001
支援時間	71	195.6	307.2	80.0	165.0	162	681.0	1144.7	272.5	610.0	-3.515	0.001	0.839	<0.001
1on1支援時間	71	231.3	368.8	115.0	185.0	162	1112.9	2152.6	310.0	906.0	-3.425	0.001	0.973	<0.001

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進 について

1－1. 入院医療

1－2. 在宅医療

1－3. 外来医療

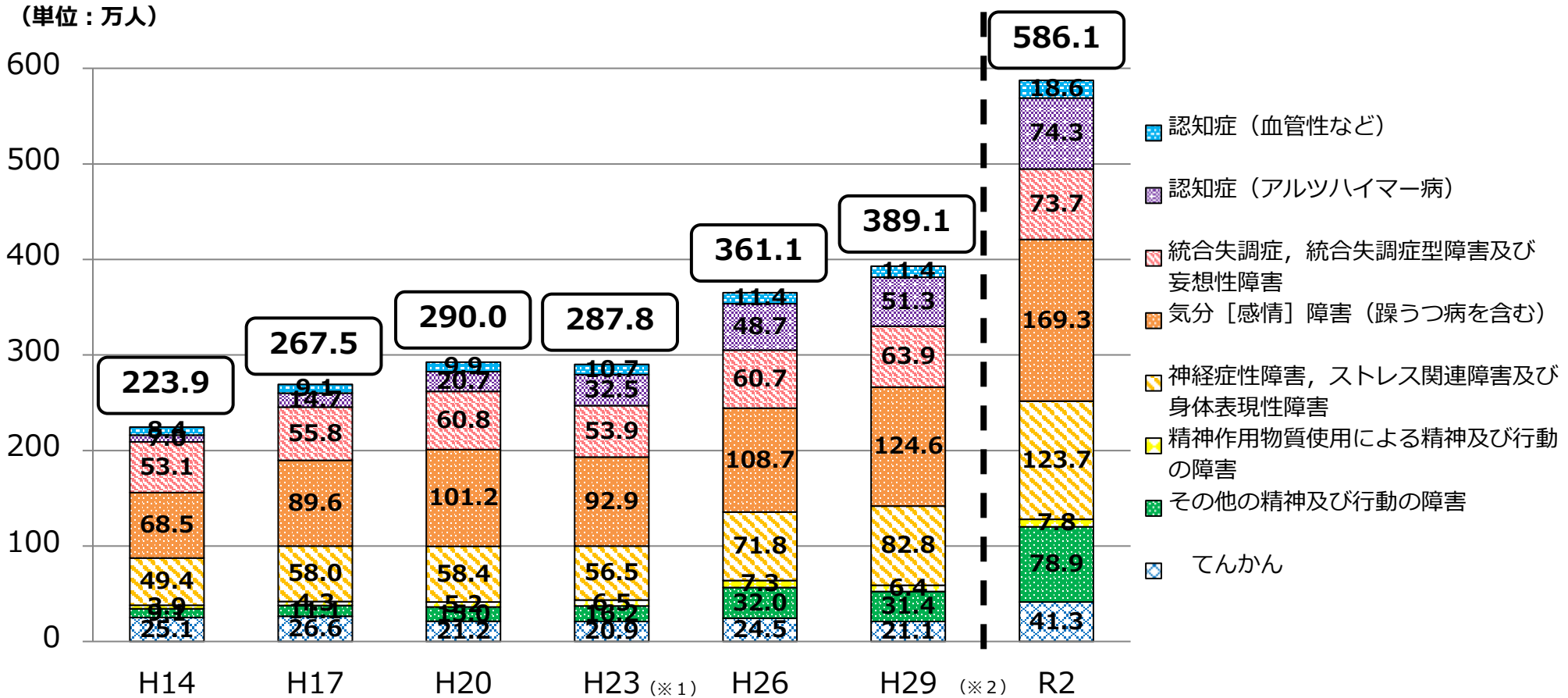
2. 心的外傷等に対する心理支援について

3. 不適切な養育への対応に係る体制について

4. 精神障害者に対する就労支援について

精神疾患を有する外来患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約586.1万人。
- 疾患別では、「気分[感情]障害(躁うつ病を含む)」、「神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「その他の精神及び行動の障害」の順に多い。



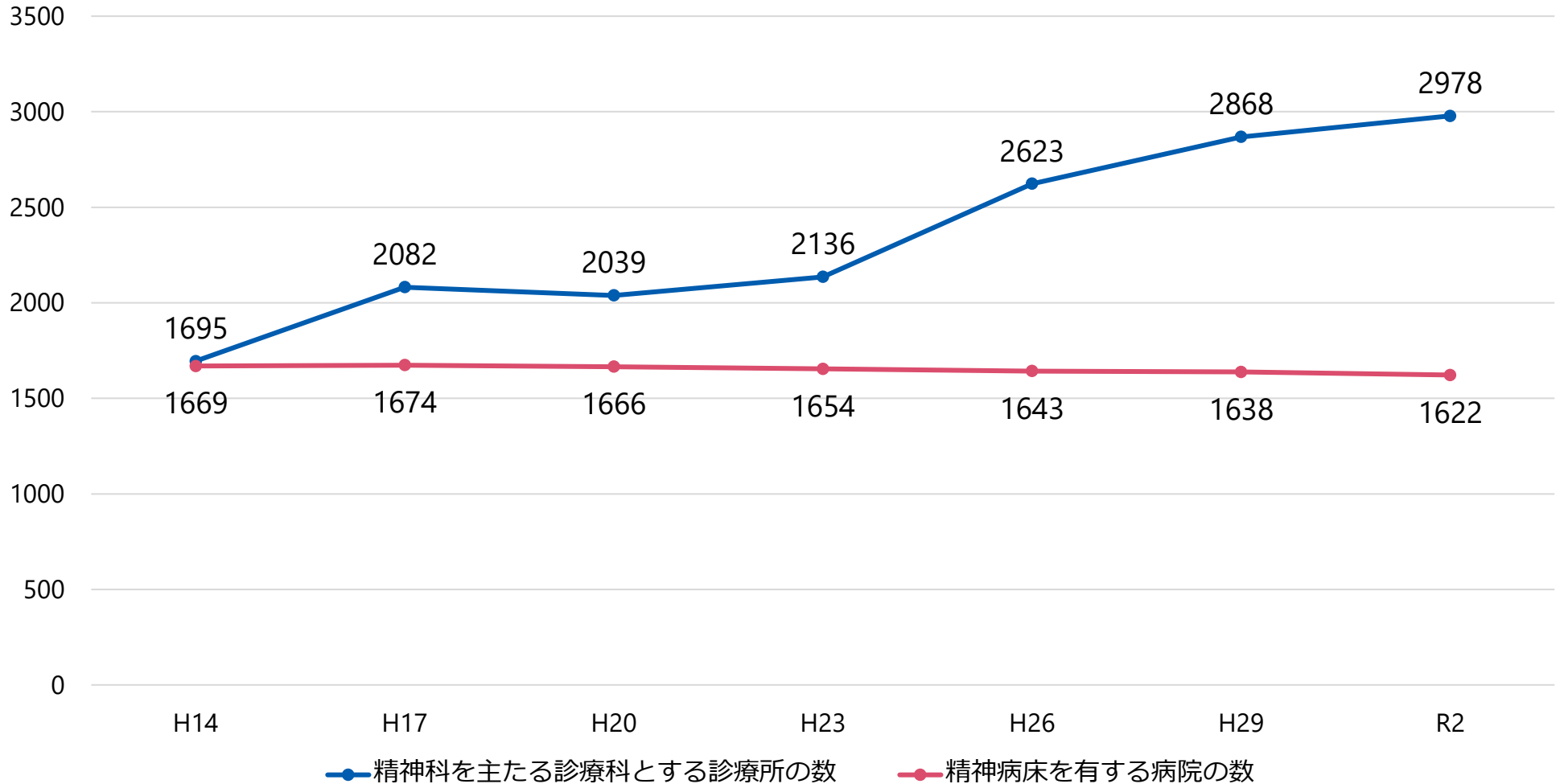
※ 1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※ 2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

精神科を主たる診療科とする診療所及び精神病床を有する病院の数の推移

- 精神科を主たる診療科とする診療所の数は増加傾向である。
- 精神病床を有する病院の数は減少傾向である。

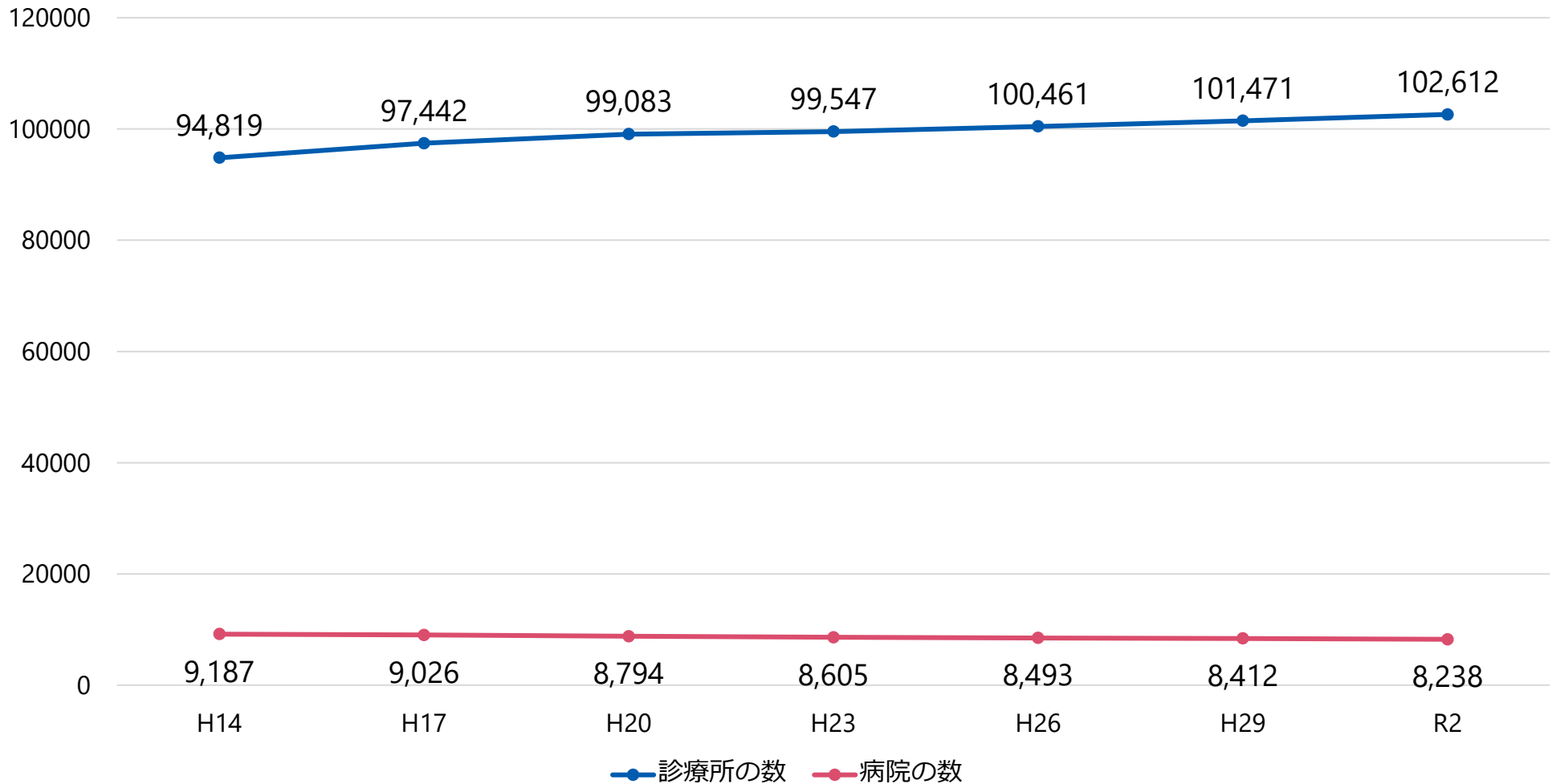
精神科を主たる診療科とする診療所及び精神病床を有する病院の数の推移



(参考) 診療所及び病院の数の推移 (全診療科)

- 診療所の数は増加傾向である。
- 病院の数は減少傾向である。

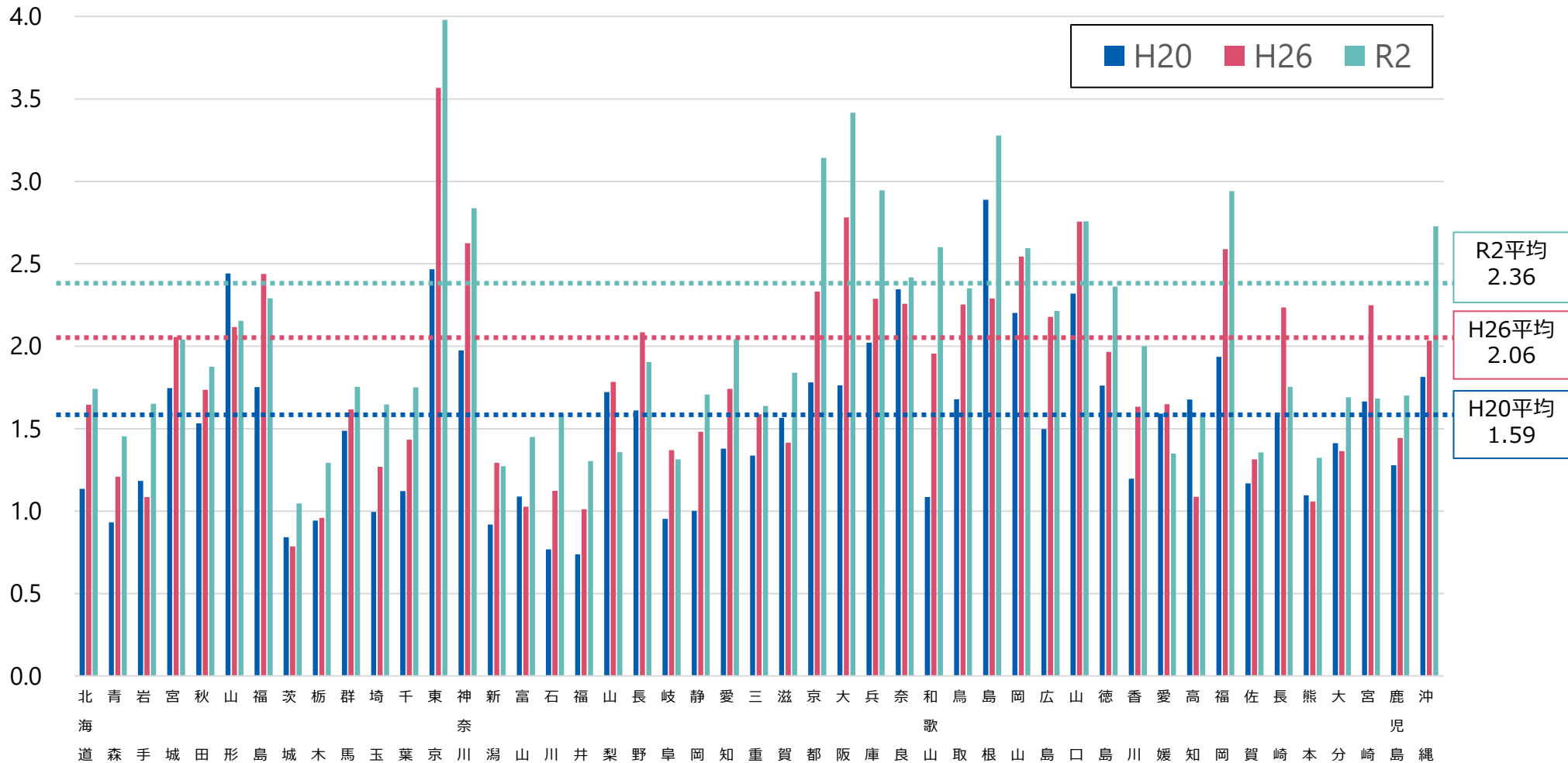
診療所及び病院の数の推移



人口当たりの精神科診療所数の推移（都道府県別）

○ 都道府県別の人口当たりの精神科を主たる診療科とする診療所数は、以下のとおり。

精神科を主たる診療科とする診療所の数（人口10万人あたり）



人口当たりの精神科診療所数の推移（上位10都道府県）

- 人口当たりの精神科を主たる診療科とする診療所数は、増加傾向である。
- 大都市圏において、増加の割合が大きい。

■人口当たりの精神科を主たる診療科とする診療所の数が多い都道府県（上位10都道府県）

平成20年			令和2年			
順位	都道府県名	人口当たりの精神科を主たる診療科とする診療所数	順位 (平成20年)	都道府県名	人口当たりの精神科を主たる診療科とする診療所数	平成20年からの増加率
1	島根県	2.89	1 (2)	東京都	3.98	161%
2	東京都	2.47	2 (12)	大阪府	3.42	194%
3	山形県	2.44	3 (1)	島根県	3.28	114%
4	奈良県	2.35	4 (11)	京都府	3.14	176%
5	山口県	2.32	5 (7)	兵庫県	2.95	146%
6	岡山県	2.20	6 (9)	福岡県	2.94	152%
7	兵庫県	2.02	7 (8)	神奈川県	2.84	144%
8	神奈川県	1.97	8 (5)	山口県	2.76	119%
9	福岡県	1.94	9 (10)	沖縄県	2.73	150%
10	沖縄県	1.81	10 (38)	和歌山県	2.60	240%
	(全国平均)	1.59		(全国平均)	2.36	148%

※赤字は政令指定都市、特別区を有する都道府県

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能が取りまとめられている。
- 入院、入院外によらず、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関においては、かかりつけ精神科医機能の発揮のほか、連携拠点機能や救急医療体制への参画等が求められる。

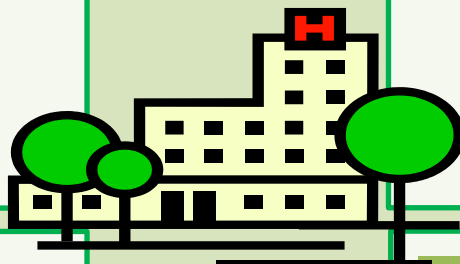
精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

①かかりつけ精神科医機能

- ケースマネジメント
主治医（かかりつけ精神科医）が、多職種、障害福祉サービス、行政機関等と連携し、チームを総括しながらケースマネジメントを実施
- 急性増悪時等の対応
日常的なクライシスプランの確認
緊急時の相談対応、医療提供
- 訪問診療、訪問看護の提供
- 他科連携、身体合併症等への対応

②地域の精神科医療への貢献

- 地域における連携拠点機能
- 政策医療への関与
災害対応
医療観察法医療の提供
自殺対策 等



③精神科救急医療体制への参画

- 入院外医療の提供
夜間・休日診療
電話対応
往診、訪問看護 等
- 精神科救急医療体制整備事業への参画
病院群輪番型精神科救急医療施設
常時対応型精神科救急医療施設 等の指定

④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能

- 協議の場への参画
- 地域住民に対する普及啓発への参画及び協力
- 社会的な機能の発揮
同システムの関係機関への情報発信
研修への関与
精神保健相談への協力 等

通院・在宅精神療法

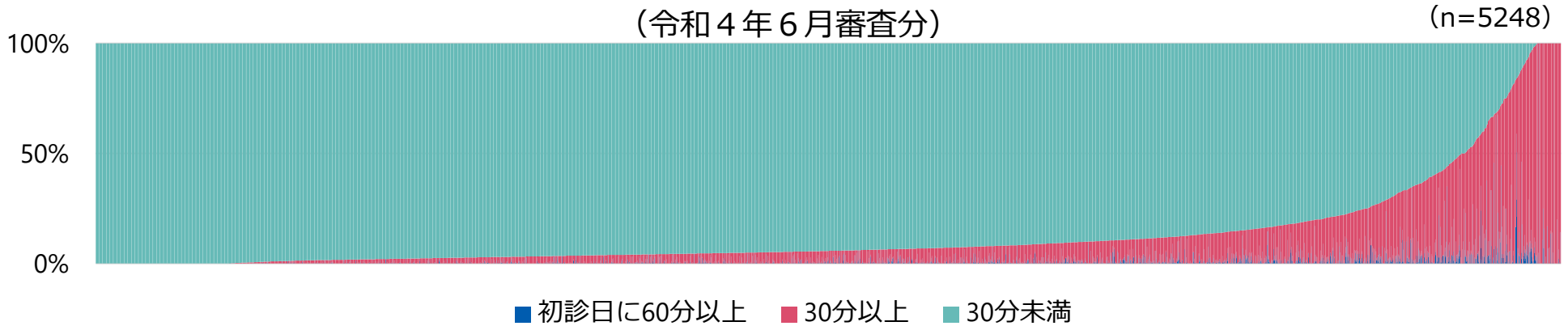
- 精神科の医師が実施する精神療法に係る基本的な評価として、通院・在宅精神療法が設けられている。
- 通院・在宅精神療法は、主として、実施者と実施時間の区分による評価体系とされており、30分未満の場合は、「診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する」とこととされている。
- 通院・在宅精神療法の算定回数は以下のとおり。

算定項目		点数	算定回数(回/月)
通院精神療法イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合		660	274
通院精神療法ロ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	31,330
		精神保健指定医以外の場合	8,304
通院精神療法ハ イ及びロ以外の場合	30分以上	精神保健指定医による場合	248,065
		精神保健指定医以外の場合	71,931
	30分未満(※)	精神保健指定医による場合	3,250,159
		精神保健指定医以外の場合	652,842
在宅精神療法イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合		660	5
在宅精神療法ロ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	116
		精神保健指定医以外の場合	41
在宅精神療法ハ イ及びロ以外の場合	60分以上	精神保健指定医による場合	177
		精神保健指定医以外の場合	115
	30分以上60分未満	精神保健指定医による場合	2,370
		精神保健指定医以外の場合	1,221
	30分未満(※)	精神保健指定医による場合	41,616
		精神保健指定医以外の場合	23,831
精神科継続外来支援・指導料		55	97,419

診療所における通院精神療法の内訳

- 精神科を標榜する診療所であって、通院精神療法を算定している医療機関について、調査月に算定された通院精神療法の算定回数に占める各項目の割合は、以下のとおり。
- 6割を超える医療機関において、初診時に60分以上精神療法を実施した場合の算定が無かった。
- 30分以上精神療法を実施した場合についても、約2割の医療機関において算定回数が5回未満であった。

精神科を標榜する診療所における通院精神療法の算定回数（項目別）



(n=5,248)	平均値	中央値	最大値	最小値
初診日に60分以上 (回)	3.6	0	179	0
30分以上 (回)	41.6	19	1610	0
30分未満 (回)	474.0	356.5	9501	0
通院精神療法に占める 30分以上又は初診日に60分 以上の割合	13.2%	4.6%	100.0%	0.0%

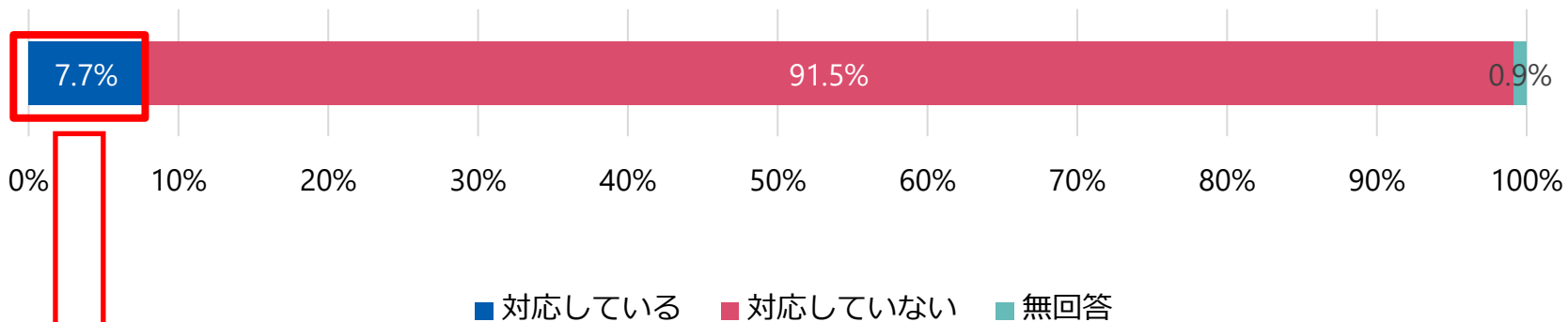
■ 調査月において60分以上（初診）の精神療法を算定していない医療機関数 3,272医療機関／5,248医療機関

■ 調査月において30分以上の精神療法の算定が5回未満であった医療機関数 1,023医療機関／5,248医療機関

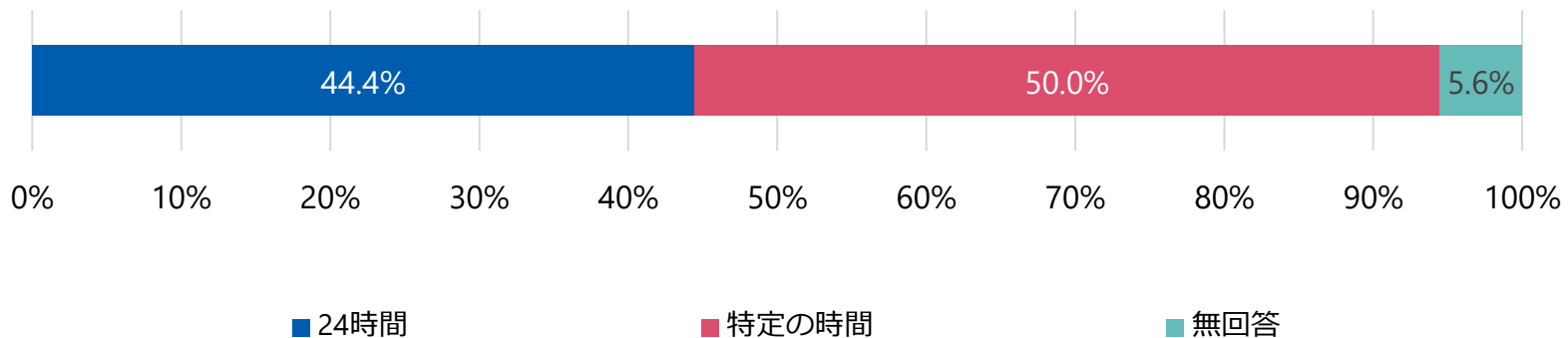
精神科診療所における時間外診療の実態

- 精神科診療所のうち、時間外診療を行っているという回答した医療機関は1割未満であった。
- 時間外診療を行っている診療所のうち、24時間の対応を行っている医療機関はさらに限られている。

時間外、休日または深夜の救急外来（精神疾患にかかるもの）への対応（n=234）



時間外、休日または深夜の救急外来の対応時間（n=18）



精神科救急医療体制整備事業への参画状況

- 精神科救急医療体制整備事業における医療施設分類ごとの医療機関数は以下のとおり。
- 精神科救急医療体制整備事業に参画している診療所の数は、精神科を精神科を主たる診療科とする診療所のうち約3%である。

精神科救急医療施設分類	常時対応型	輪番型	合併症型	外来対応型
医療機関数	61	1,024	41	102

医療施設分類	大学病院	総合病院	精神科専門病院	診療所
医療機関数	20	107	969	81

参考：精神科を主たる診療科とする診療所の数 2,978（令和2年）

精神科救急医療体制整備事業

緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保することを目的とする（平成20年度開始）

【実施主体】 都道府県・指定都市

【補助率】 1 / 2

【主な事業内容】

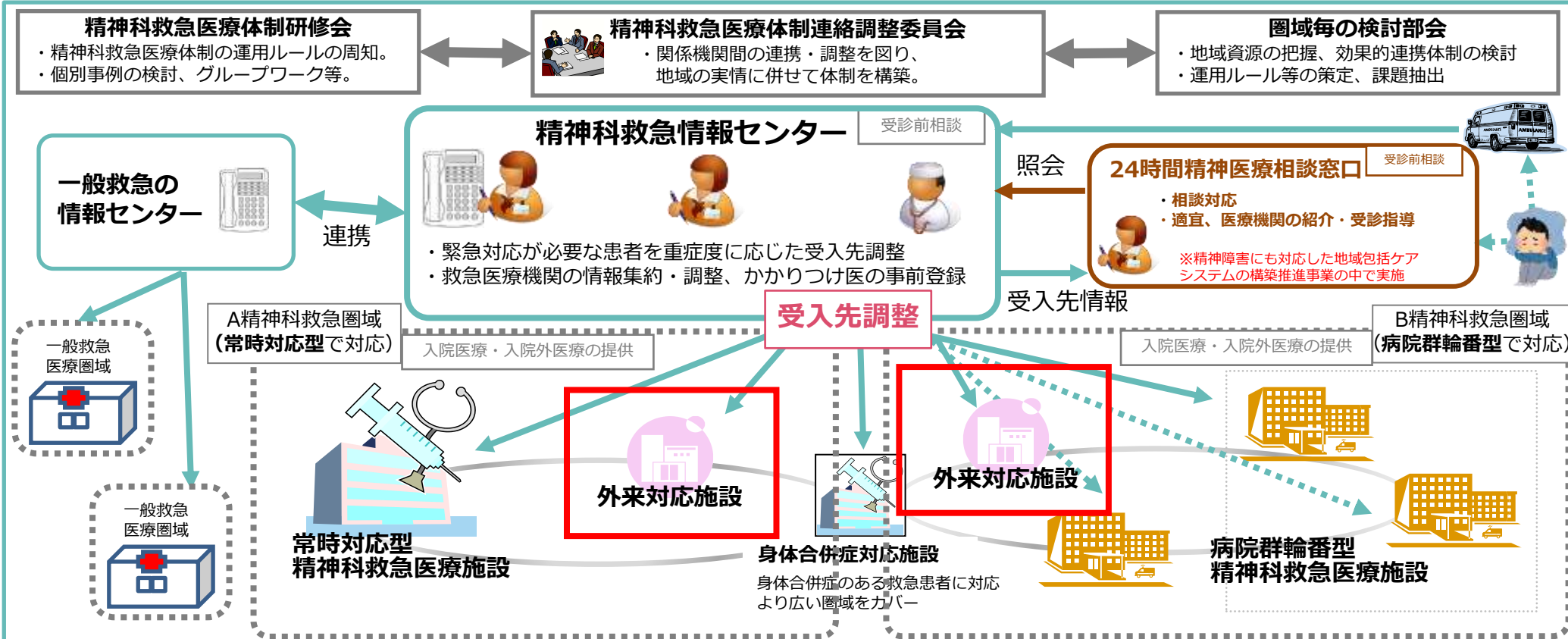
- ・精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- ・精神科救急情報センターの設置
- ・精神科救急医療確保事業

【都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け】

（H24年 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正）

第4節 精神科救急医療の確保

- 第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は 休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。
- 2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。



【制度の趣旨】

- 人権上適切な配慮を要する精神科医療に当たる医師について、患者の人権にも十分に配慮した医療を行う必要な資質を備えていることが求められることから、昭和62年の改正で、一定の精神科実務経験を有し法律等に関する研修を終了した医師のうちから、患者本人の意思によらない入院や行動制限の判定を行う者として、厚労大臣が「精神保健指定医」を指定する制度を創設。

【精神保健福祉法】

第十八条

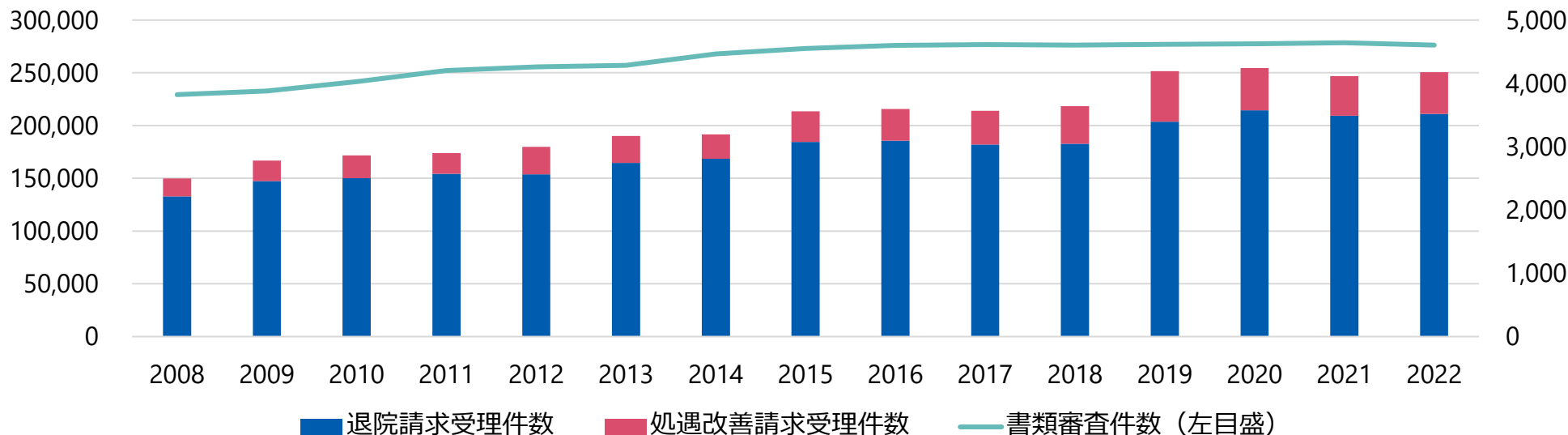
厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第十九条の四に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医（以下「指定医」という。）に指定する。

- 一 五年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 二 三年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 三 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 四 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修（申請前一年以内に行われたものに限る。）の課程を修了していること。

精神医療審査会の書類審査件数及び退院等請求受理件数の推移

- 精神保健指定医の公務員としての職務の1つに、精神医療審査会への参画がある。
- 精神医療審査会における書類審査件数及び退院等請求受理件数は増加傾向。
- 精神医療審査会における退院等請求及び処遇改善請求について、受理から審査会結果が通知されるまでの平均日数は増加傾向。

精神医療審査会の書類審査件数及び退院等請求受理件数の推移



出典: 衛生行政報告例

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
退院請求の請求受理から審査結果通知までの平均日数 (日)	33.2	33.6	33.9	36.1	36.8
処遇改善請求の請求受理から審査結果通知までの平均日数 (日)	27.2	37.2	35.5	39.7	39.1

出典: 精神保健福祉資料

公務員として行う精神保健指定医の職務

【入院時】	○ 1. 措置入院、緊急措置入院時の判定	法第29条第1項 法第29条の2第1項
	2. 医療保護入院時の判定	法第33条第1項
	3. 応急入院時の判定	法第33条の7第1項
【入院中】	4. 措置入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第1項
	5. 医療保護入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第2項
	6. 任意入院者の退院制限時の診察	法第21条第3項
	7. 入院者の隔離・身体的拘束の判定	法第36条第3項、 告示第129号
【退院時】	8. 措置入院者の措置症状消失の判定	法第29条の5
	9. 措置入院者の仮退院の判定	法第40条
	○ 10. 措置入院の解除の判定 (※都道府県知事等が指定する指定医による診察の結果に基づく解除)	法第29条の4第2項
【移送】	○ 11. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定	法第38条の7第2項
	○ 12. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定	法第29条の2の2第3項 法第34条第4項、 告示第96号
	○ 13. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定	法第34条第1項、第3項
【その他】	○ 14. 精神医療審査会委員としての診察	法第38条の3第3項、第6項 法第38条の5第4項
	○ 15. 精神病院に対する立入検査、質問及び診察	法第38条の6第1項
	○ 16. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察	法第45条の2第4項
	17. 上記2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9の職務を行った際の診療録記載義務	法第19条の4の2

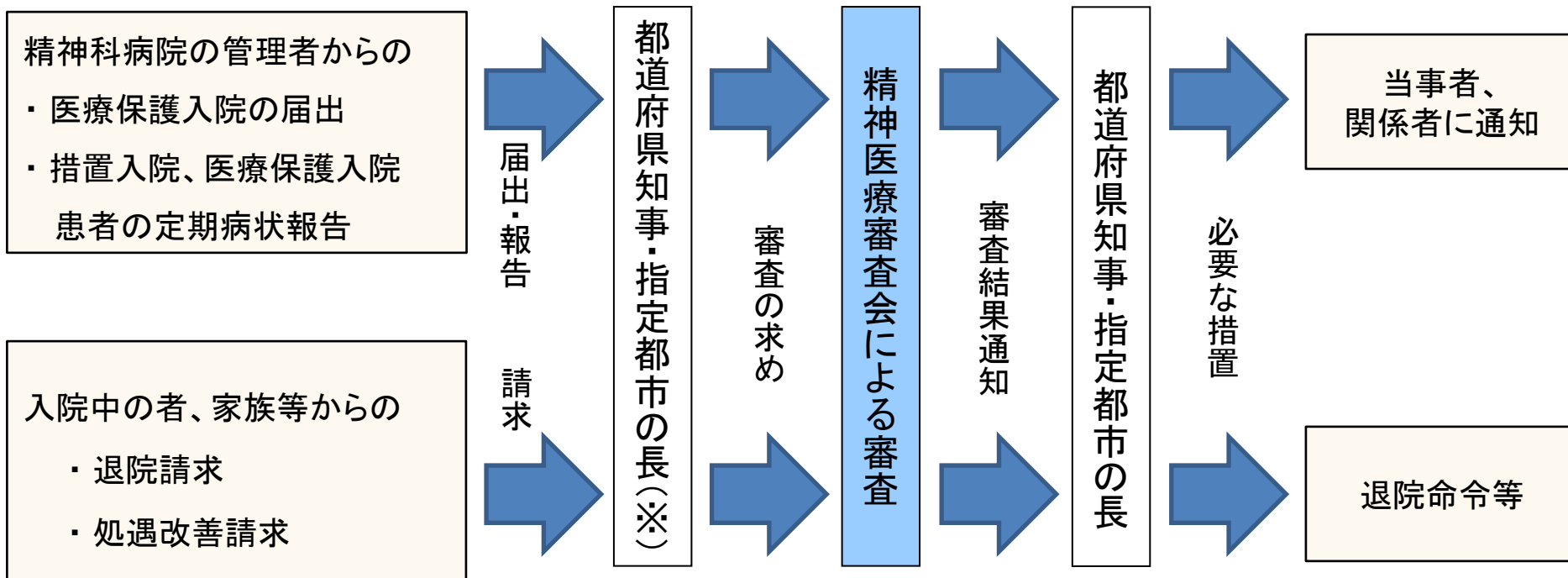
精神医療審査会

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

第12条 第38条の3第2項(同条第6項において準用する場合を含む。)及び第38条の5第2項による審査を行わせるため、都道府県に、精神医療審査会を置く。

委員構成員(1合議体あたり5名)は、その学識経験に基づき独立して職務を遂行。
都道府県知事が下記の者を任命(任期は原則2年)。

- 精神科医療の学識経験者 2名以上(精神保健指定医に限る)
- 精神障害者の保健又は福祉の学識経験者 1名以上
- 法律に関する学識経験者 1名以上(弁護士、検察官等)

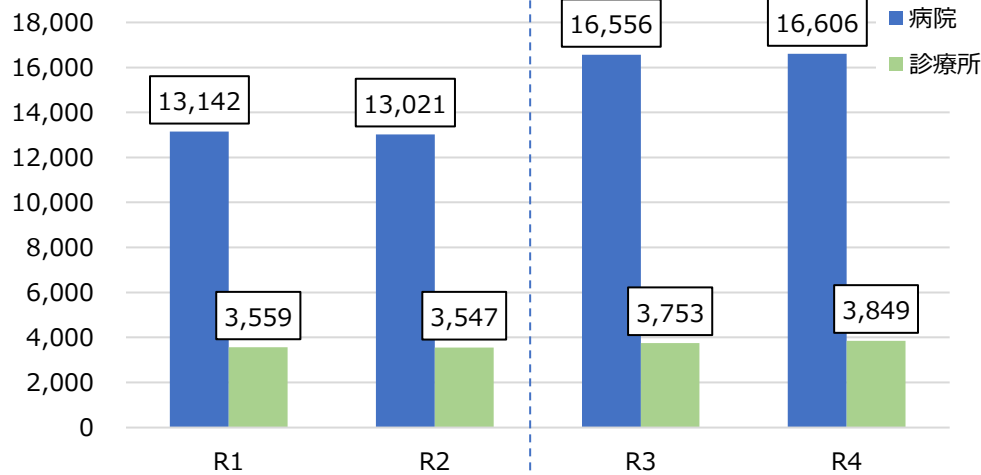


※ 都道府県知事・指定都市の長は、措置入院を決定した時に、精神医療審査会による審査を求めることとされる(令和6年4月1日施行)。

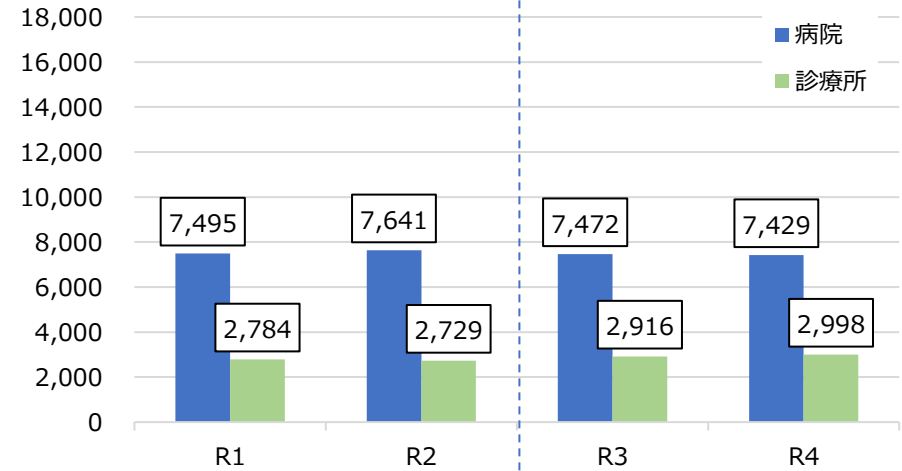
医療機関における精神保健指定医の勤務状況等

- 精神科病院と診療所における精神保健指定医の勤務状況等は、以下のとおり。
- 精神保健指定医のうち、約3割が診療所に常時勤務している。

医療機関における常勤精神科医数の推移



医療機関における常勤精神保健指定医数の推移



出典：精神保健福祉資料 ※令和3年調査以降、集計項目（常勤）の定義に修正があるため、一律の比較は困難。

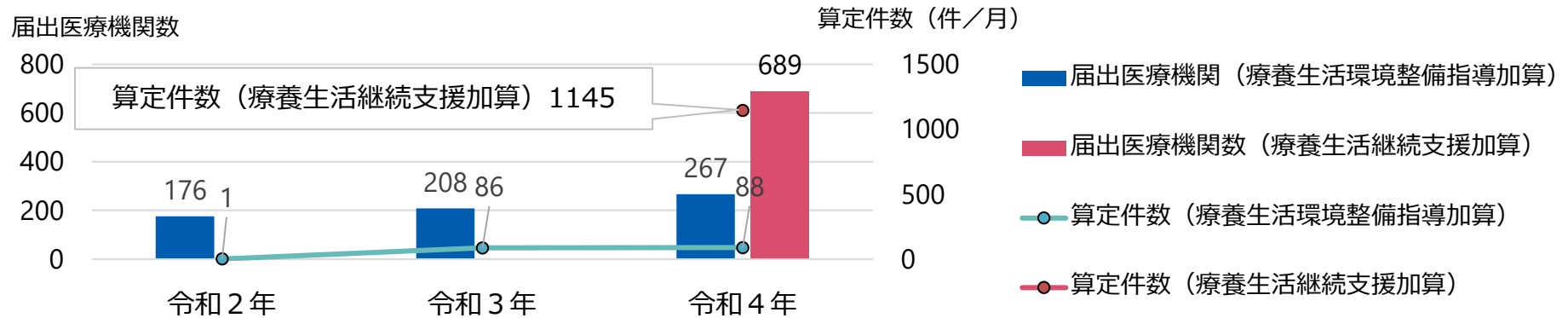
(令和2年)	病院	診療所
医療機関数	1,622	2,978
精神科の常勤医師数（人）	10,183（人）	3,547（人）
（うち）指定医数（人）・割合（％）	7,641（人）・75（％）	2,729（人）・76（％）
（うち）非指定医数（人）・割合（％）	2,543（人）・25（％）	818（人）・23（％）
1医療機関あたり常勤指定医数（人）	5.6（人）	1.2（人）
（うち）1医療機関あたり常勤指定医数（人）・割合（％）	4.7（人）・84（％）	0.9（人）・75（％）

出典：医療施設調査（医療機関数）、精神保健福祉資料（精神保健指定医数等）

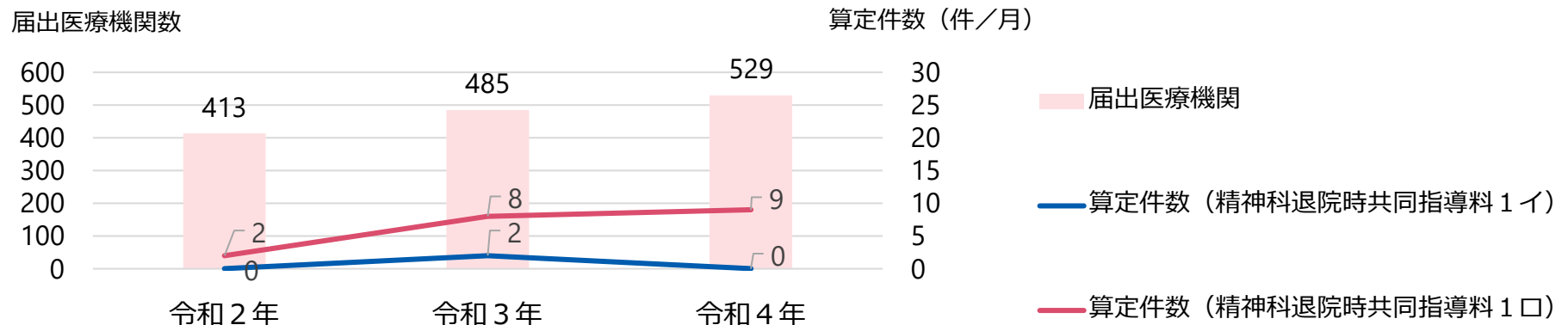
地域移行・地域定着に係る評価の算定状況等

○ 精神科の外来における地域移行・地域定着に係る加算等について、届出医療機関数、算定件数は以下のとおり。

療養生活環境整備指導加算、療養生活継続支援加算の算定状況等（再掲）

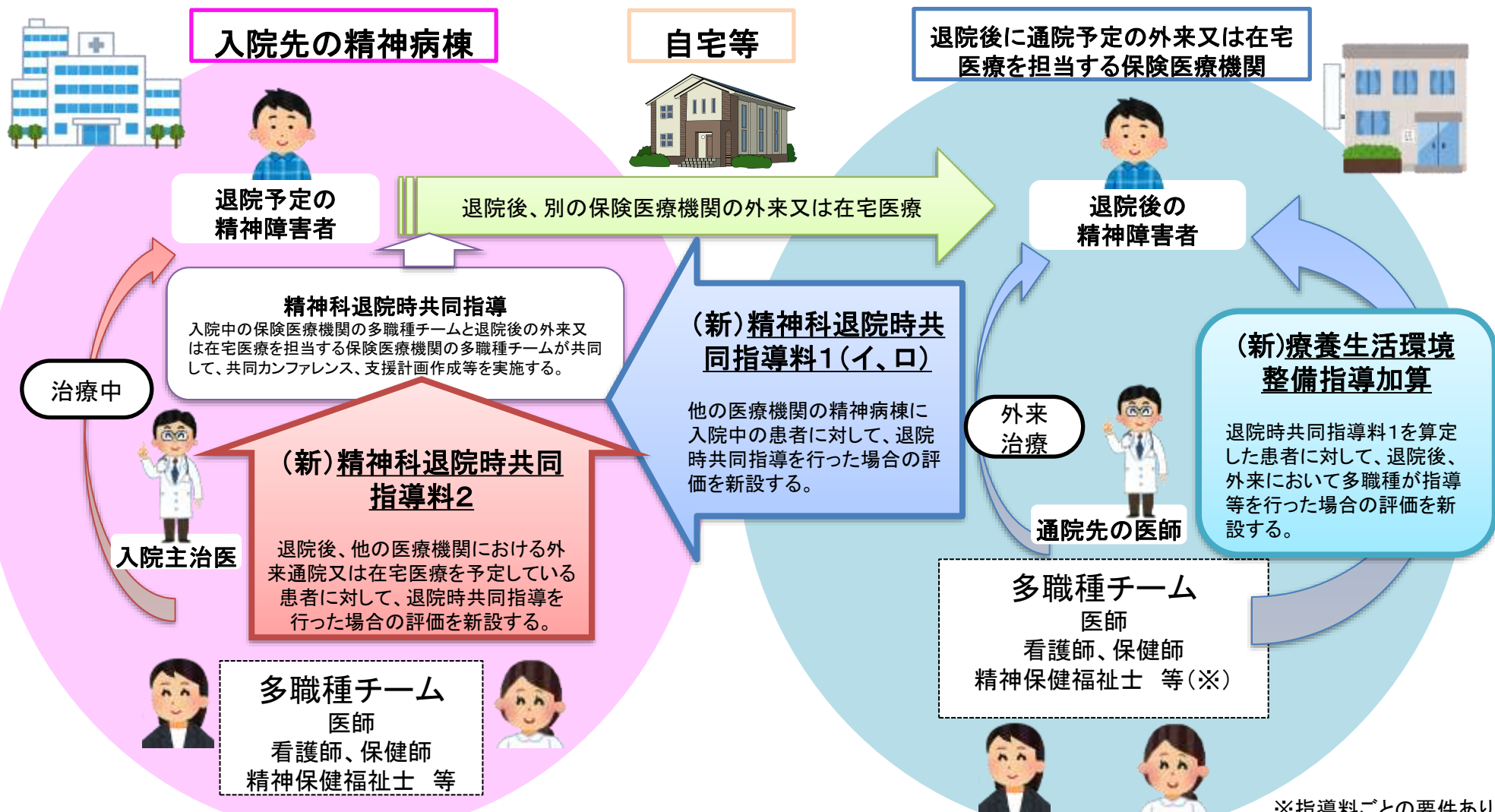


精神科退院時共同指導料の算定状況等



地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援のイメージ

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、「精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導」及び「精神科外来における多職種による相談指導」について、評価を新設。



※指導料ごとの要件あり

精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価

- 精神疾患患者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 療養生活継続支援加算 350点 (月1回) ※ 1年を限度

[算定要件]

- (1) 通院・在宅精神療法の1を算定する患者で、重点的な支援を要する患者について、精神科を担当する医師の指示の下、**専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士**が、当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による**20分以上の面接を含む支援**を行うとともに、当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に、**1年を限度**として、**月1回**に限り算定できる。
- (2) 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
 - ア 対象となる**「重点的な支援を要する患者」**は、平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における**「包括的支援マネジメント 導入基準」を1つ以上満たす者**であること。
 - イ 当該患者を担当する専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士が、患者の状況を把握した上で、初回の支援から2週間以内に、**多職種と共同して「療養生活の支援に関する計画書」(支援計画書)を作成**する。支援計画書の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政調査推進調査事業の研究班が作成した、**「包括的支援マネジメント実践ガイド」**を参考にする。こと。
 - ウ 当該患者を担当する専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士は、患者等に対し、イにおいて作成した支援計画書の内容を説明し、かつ、当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活継続のための支援を行う。また、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連絡調整に当たっては、関係機関からの求めがあった場合又はその他必要な場合に、患者又はその家族の同意を得て、支援計画に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に、当該指導に**専任の精神保健福祉士が1名以上勤務**していること。
- (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は**1人につき80人以下**であること。また、それぞれの看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。
- (3) (略)

精神科診療所における初診待機状況

- 精神科診療所の診療において、初診待機が生じている地域がある。
- 行政機関から早めの診療を依頼する場合であっても、調整が難しい場合があるといった声もある。
- ト라우マへの対応や児童思春期など、多職種による介入や、一定の専門性が求められる場合は、さらに待機時間が長期化している実態もある。

○埼玉県 A 市周辺

成人の場合、相談窓口から医療機関への紹介は、早くても2～3週間、平均1～2ヶ月かかる。児童思春期の場合、専門外来への紹介は3～5ヶ月待ち。依存症、トラウマケアなど、専門性が高いクリニックへの紹介は更に待つことになる。

○埼玉県 B 市周辺

約1ヶ月待ち。緊急以外は毎月1日に翌月の予約をとるシステムのところもある。

○茨城県 A 市周辺

1ヶ月待ちが標準。急ぐ人は遠方の自由診療のクリニック等に行く場合がある。

○埼玉県 C 市周辺

1～2ヶ月待ちが標準。自治体から頼み込めば早く診てくれる医療機関もある。

○埼玉県 D 市周辺

学生（大学生）相談から受診につながる際、約1～2ヶ月待ち、早くても2～3週間待ち。

○東京都23区内

複数の23区内クリニックを確認したところ、1～3ヶ月待ちであった。



- 日本全国で発達障害診療に従事する小児科医、小児神経科医、児童精神科医を対象にした、2019年のアンケート調査では、発達障害児者の初診待機期間は平均2.6か月(0~54か月)であった。
- 報告書の中では、待機期間短縮のための手段として、①初診対象者の選択や②診療時間・診療継続時間の適正化、③コメディカルスタッフの関与、④相談機関・介入機関との連携等が挙げられた。

【方法】関連学会の会員8,466名にWebアンケートへの回答を依頼。有効回答798件(回答率:9.4%)。

■ 発達障害に対する専門的な診療を行う医療機関における発達障害児者の初診待機期間

	平均	最小	最大
令和元年	2.6か月	0か月	54か月

■ 各医療機関における初診待機を短縮するための工夫

- ① 初診対象者の選択 (緊急枠設定、トリアージ対応)
- ② 診療時間・診療継続期間の適正化
- ③ コメディカルスタッフの関与
- ④ 相談機関・介入機関との連携
- ⑤ かかりつけ医との関係構築
- ⑥ 予約法の検討
- ⑦ 診療医師の診断・治療力の向上

診療所における初診と再診の割合

- 精神科を標榜する診療所において、調査月に算定された基本料に占める初診料及び再診料の割合は以下の通り。
- 初診料の割合の平均値は9.2%、中央値は4.7%であった。

精神科を標榜する診療所における、調査月に算定された基本料に占める初診料及び再診料の割合
(令和4年6月審査分)



(n=6,202)	平均値	中央値	最大値	最小値
初診料 (回)	62.4	28	4250	0
再診料 (回)	807.0	616	31688	0
基本料に占める初診料の割合	9.2%	4.7%	100.0%	0.0%

- 調査月において初診料の算定が0回であった医療機関数 131医療機関/6,202医療機関
- 調査月において初診料の算定が5回未満であった医療機関数 550医療機関/6,202医療機関

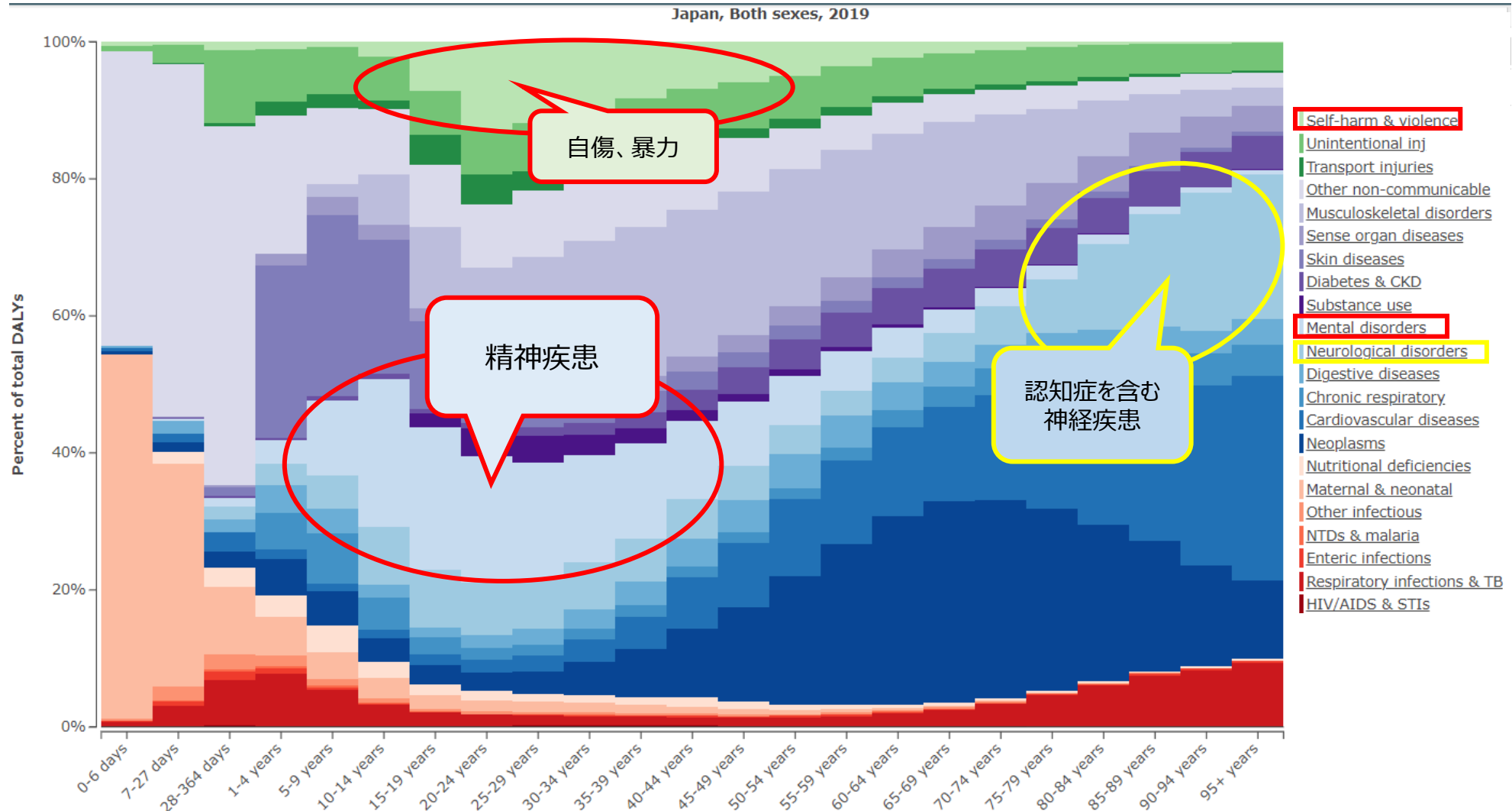
初診料の算定回数とその他の算定回数の関係

- 初診料の算定回数が月5回以上の診療所と、月5回未満の診療所について、在宅医療の提供に関する項目や心理検査等の項目に係る算定状況は以下のとおり。
- 月5回未満の診療所において、各項目の算定回数が少ない。

		往診料	訪問診療料（1）	通院・在宅精神療法 （20歳未満）加算	療養生活環境整備指導加算 通院精神療法	療養生活継続支援加算 通院精神療法	認知療法・認知行動療法	臨床心理・神経心理検査 （複雑・極複雑）	発達及び知能検査	人格検査	その他の心理検査 認知機能検査
初診料の算定回数が 5回／月未満 （n=550）	平均値	2.2	24.3	1.5	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
初診料の算定回数が 5回／月以上 （n=5,652）	平均値	9.58	77.55	16.86	0.02	0.24	0.31	7.19	2.20	3.45	1.54
	中央値	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0

我が国の障害調整生命年（DALYs）

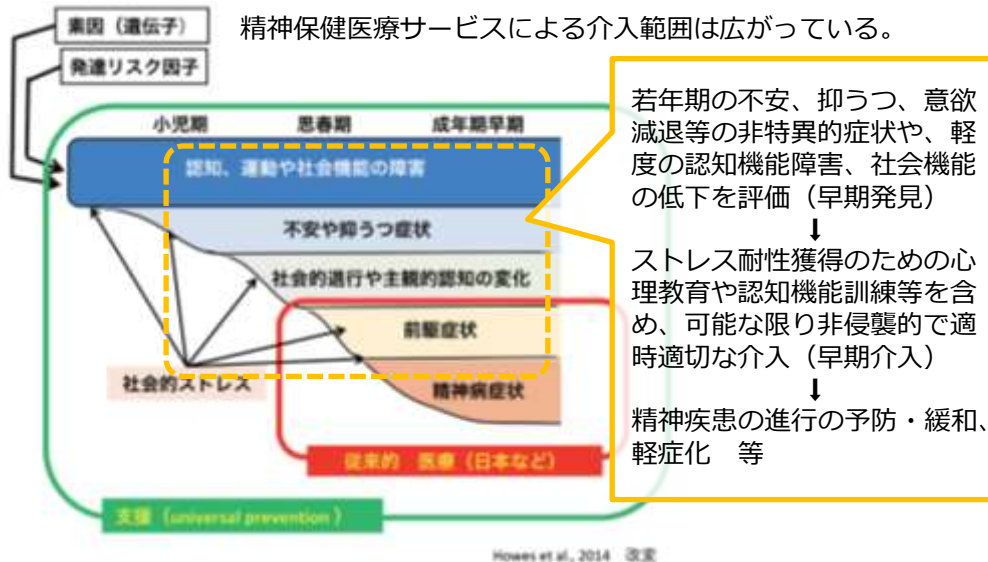
- 国際的な保健指標のひとつに、死亡と障害を包括的に数値化した障害調整生命年（DALYs: Disability-Adjusted Life Years）がある。
- DALYsを年齢階級別にみると、我が国の若年層においては、精神疾患や自傷等の疾病負荷が高い。



精神疾患に対する早期介入

- 様々な精神疾患が思春期や成年早期に発症することが知られている。
- 精神疾患の早期や前駆期においては、不安や抑うつ、意欲減退、不眠等の非特異的な症候や、閾値以下の精神病症状等を認めることが明らかにされており、比較的若年の有症状者、受診者への重点的な早期介入がより重要とされている。

■ 精神病症状の発現モデルと早期介入の範囲



■ 精神病性障害における早期発見・早期介入の目的

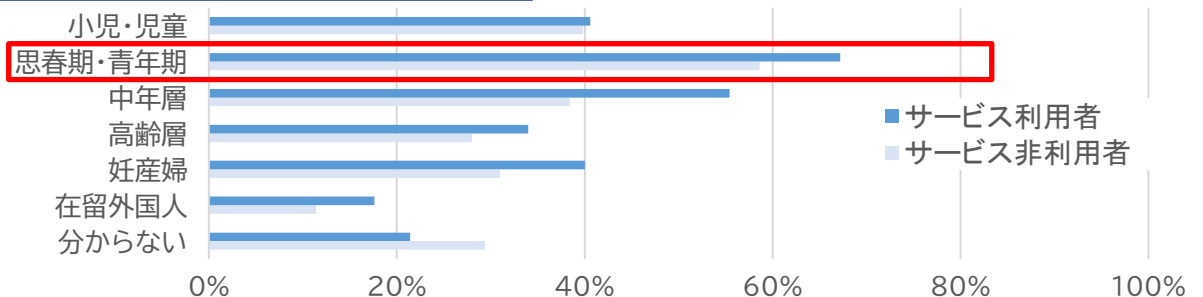
- 疾患の進行あるいは症状の悪化を予防・緩和する。
- 関連する神経生物学的変化や神経病理学上の悪化あるいは進行を予防・緩和する。
- 抑うつ、不安、自殺、物質使用などの二次的な精神症状・精神状態の出現を防止・軽減する。
- 役割機能の明らかな低下や達成不全を予防・軽減する。
- 深刻な精神病性の経過や非自発的な入院にしばしば伴う当事者あるいは家族のストレスやトラウマ的体験を防止・軽減する。
- スティグマを軽減し、心理教育を早期に提供する。
- 本来の正常な発達過程が阻害されるのを軽減、あるいは最小化する。
- 地域や政府にかかるコストを縮減する。

出典：早期精神病の診断と治療（医学書院、2010）

■ 精神保健医療サービスが重点的に支援すべき対象（支援先カテゴリー別）

◇ 国勢調査結果に基づき年齢性別を統制した健常対照者500名、うつ病患者500名に対してアンケート調査を実施。

◇ 「メンタルヘルス・精神疾患に対する施策として、重点的に取り組むべき対象」について、精神医療サービスの利用があった者と無かった者の回答を集計したところ、利用者、非利用者とも、「思春期・青年期」が最多であり、特にサービス利用者においてその割合が高い。

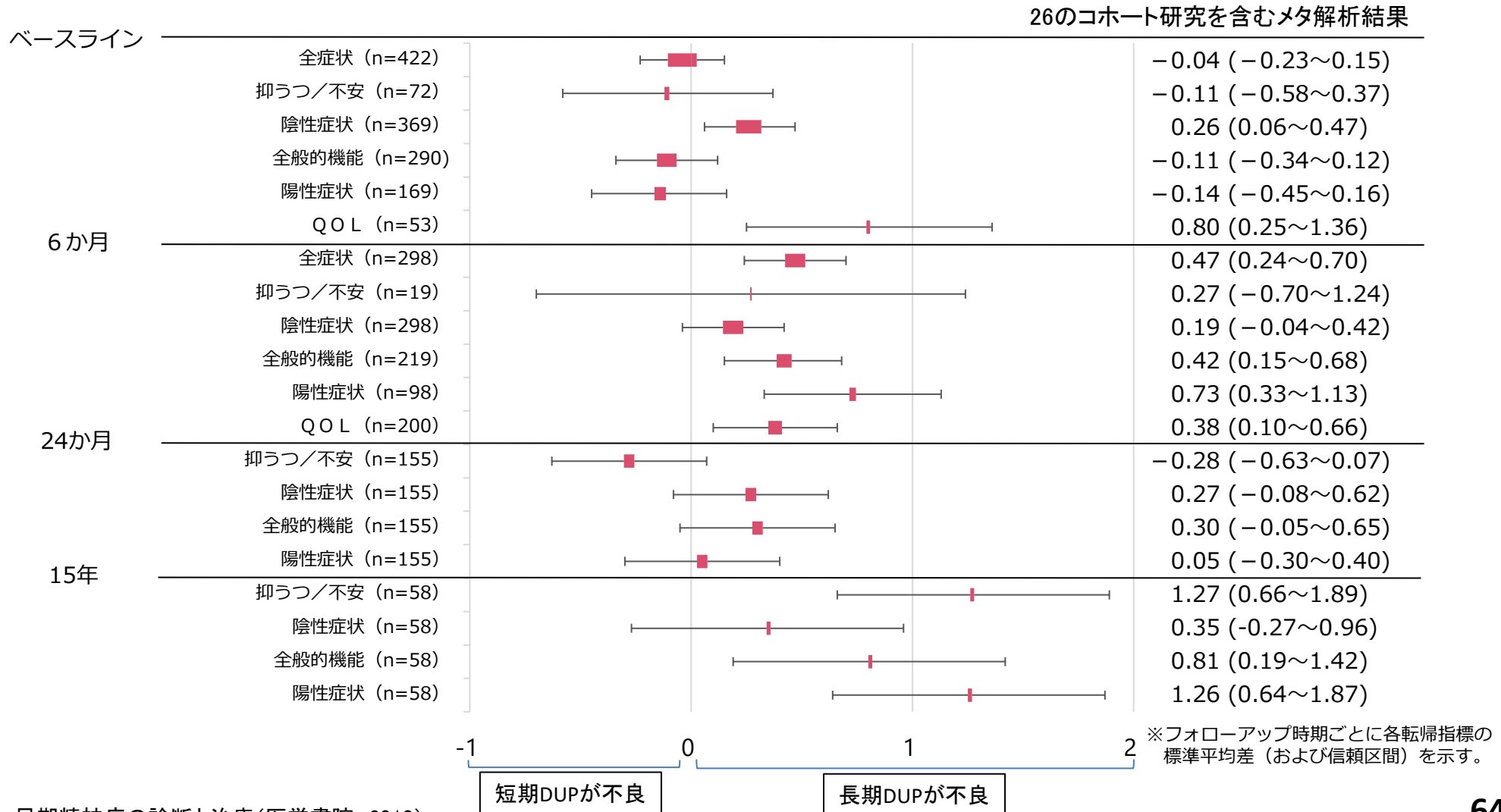


出典：Uchino T, Fukui E, Nemoto T et al., Perceptions and attitudes of users and non-users of mental health services concerning mental illness and services in Japan. Front Psychiatry, 2023

未治療期間短縮の必要性

○ メタ解析の結果、精神病未治療期間(DUP)について、短期DUPに比べて、長期DUPの方が転帰が不良となることが示され、専門家へのアクセスを改善し早期発見と早期介入につなげ、治療の遅延を防ぐことが重要とされている。

■ 短期DUPと長期DUPの比較



- 我が国の初回エピソード精神病患者について、未治療期間の平均値は、1999年が約14ヶ月、2009年が約16ヶ月であった。

■ 我が国におけるDUPの経年比較調査

1999年と2009年の精神科病院におけるDUP比較調査

		1999年 精神科病院群	2009年 精神科病院群	P値
新規患者総数(人)		1,336	1,541	
初回エピソード精神病	患者数(人)	29	42	
	受診時年齢(歳)<SD>	28.6<8.4>	32.5<9.1>	0.48
DUP平均値(月)<SD>		14.3<17.9>	16.0<18.7>	0.54
DUP中央値(月)[最大値-最小値]		5[0.1-60]	11[0-84]	

精神疾患に対する早期介入の方法

- 前駆期や早期、急性期の初期評価には、詳細な病歴、生活史、発育発達歴、物質使用、社会的状況等の聴取が必要であり、その上で、身体疾患の精査や神経心理検査等、様々なプロセスを必要とする。
- 統合失調症や気分障害等の前駆期や早期に適切な介入ができるよう、臨床病期による診断と治療手法の開発が進められている。
- 偽陽性の可能性もある初期段階の治療には、より低侵襲的手段を用いることが原則であり、心理教育や認知行動療法的アプローチ、精神科リハビリテーション等の多職種による個別的な心理社会的治療が重要とされている一方、向精神薬は使用する場合であっても低容量から段階的に用いることとされている。

■ 精神科における早期介入時の診療イメージ

よくみられる前駆症状

精神科の外来等でたびたび診療する一般的、非特異的な症状が前駆段階でみられる。

- ・集中力および注意力の低下
- ・欲動および動因の低下
- ・抑うつ
- ・睡眠障害
- ・不安
- ・人付き合いからのひきこもり
- ・猜疑心
- ・役割機能の悪化
- ・刺激性

初診～初回エピソードの診療

非特異的な症候等のある患者に対して、偽陽性に配慮しつつ、丁寧かつ手厚い診察と検査を行った上で診断と治療計画を立てる必要。

- ・精神症状の精緻な評価
- ・病歴の詳細な聴取
発育発達歴、家族歴、児童期や青年期トラウマ体験、心理社会的ストレス因等
- ・生活歴、社会環境
就労就学、人間関係、経済面
- ・リスク評価
自殺リスク、薬物療法への拒否、サービス利用への意向等
- ・神経心理検査
- ・精神医学的合併症の検索
物質依存、知的発達、神経症 等
- ・身体疾患の鑑別
神経学的検査、採血、脳波、CT、MRI

病期、状態に応じた適切な介入 前駆期

心理教育（本人、家族）
物質依存等への介入
認知機能訓練 等

ウルトラハイリスク、初回エピソード

上記に加え、
認知行動療法的アプローチ
低容量の薬物療法
リハビリテーション 等

寛解しない場合

上記に加え、
薬物療法
再燃防止策（クライシスプラン） 等

低侵襲的介入から段階的に増強

未治療期間の短縮 + 病期に応じた非侵襲的、個別的、包括的な早期介入 ⇒ 転帰、予後の改善

精神病性障害における病期モデルと介入方法等

臨床病期	定義	ターゲットとなりうる対象	可能な介入
0	精神病性障害の発症リスクが元々高い群 現在は無症状	10代の第1親等家族	補足的なメンタルヘルス・リテラシー（※） 家族教育 薬物に関する教育 短時間の認知機能訓練
1a	認知機能障害を含む軽度あるいは非特異的な精神病性障害の症状 機能低下は軽度	10代を対象とするスクリーニングの陽性者 プライマリケア医やスクールカウンセラーから紹介されたケース	構造化されたメンタルヘルス・リテラシー（※） 家族心理教育 構造化された認知行動療法（CBT） 積極局的な物質依存への介入
1b	ウルトラハイリスク（UHR） 中等度であるが閾値を超えない程度の症状 中等度の認知機能障害 GAF ※ < 70程度 ※Global Assessment of Functioning Scale	教育機関、プライマリケア医、救急医療機関、福祉機関から紹介されたケース	家族心理教育 構造化された認知行動療法（CBT） 積極的な物質依存への介入 エピソードに対する低容量の抗精神病薬治療 併発する気分症状に対する抗うつ剤等による治療
2	初回エピソード精神病 精神病状態の閾値を満たす中等度から重度の症状 認知機能障害 GAF 30~50	プライマリケア医、救急医療機関、福祉機関、専門医療機関、薬物・アルコール依存に対するサービスなどから紹介されたケース	家族心理教育 構造化された認知行動療法（CBT） 積極局的な物質依存への介入 エピソードに対する低容量の抗精神病薬治療 併発する気分症状に対する抗うつ剤等による治療 職業リハビリテーション
3a	初回エピソードに対する治療後も残る不完全な寛解（そのまま4期に移行するケースもある）	プライマリケア医、専門医療機関から紹介されたケース	2期の介入に加えて、完全な寛解を目指す医学的/心理的な戦略により重点が置かれる
3b	精神病症状の再燃 GAFレベルは固定 残遺症状の持続 認知機能は初回エピソードからの寛解後も元のレベルには達しない	プライマリケア医、専門医療機関から紹介されたケース	3a期の介入に加えて、再発防止のための戦略や「早期警告サイン」の確認などにより重点が置かれる
3c	繰り返される再発 臨床上的悪化、疾患が与える影響が外からも明瞭となる	専門医療機関から紹介されたケース	3b期の介入に加えて、長期の安定が維持されることにより重点が置かれる
4	重度活持続的な症状あるいは症状や認知機能、障害の標準から判断しても未寛解のレベル	専門医療機関から紹介されたケース	3c期の介入に加えて、クロザピンや他の治療選択肢の検討、持続する障害を乗り越えての社会参加の促進などにより重点が置かれる

早期介入に関する各国の取組

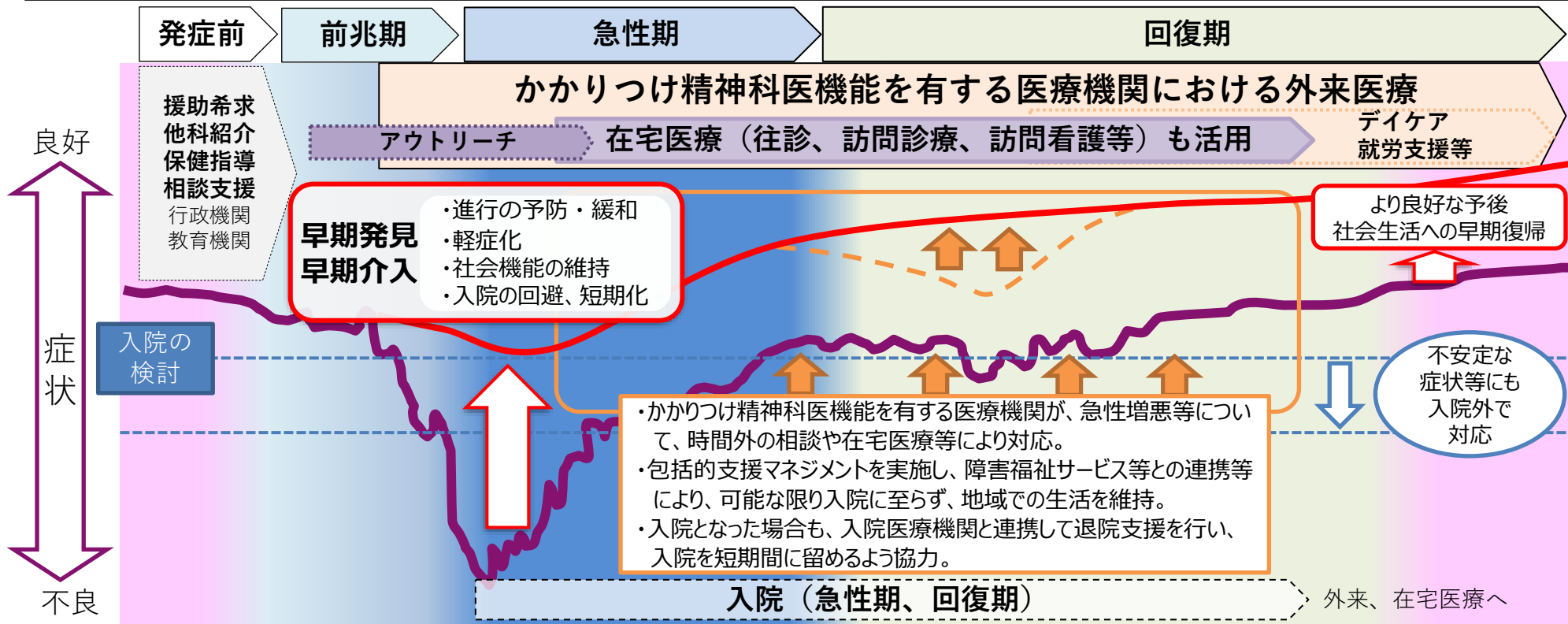
- 近年、精神疾患について、予防的取組や早期発見・早期介入の重要性が広く認識され、各国の精神保健サービスや外来医療等において、早期介入の取組が位置づけられている。

■ 各国における早期介入の取組の例

国、都市	プロジェクト	内容
オーストラリア（メルボルン）	Personal assessment and Crisis Intervention (PACE), Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)	ウルトラハイリスク群（UHR）に特化した外来（PACE外来）を立ち上げ、早期介入の基準の基礎を確立。初回エピソードに対して介入プログラム（EPPIC）を提供。
カナダ（トロント） アメリカ（エール大学）	Prevention through Risk Identification, Management and Education (PRIME)	UHRに対する構造化面接を開発し、精神病への移行率、介入効果を検証。アセスメント、観察、ケースマネジメント、心理学的介入、精神医学的管理が包括的に提供され、精神病発症時は各疾患の初回エピソード介入プログラムへ移行できる。
イギリス（サルフォード）	Early Detection and Intervention Team (EDIT)	UHR基準を満たす対象に対して、認知行動療法、家族介入等の様々な多職種によるサービスを提供。
イギリス（バッキンガム）	Buckingham Project	州内のプライマリケア医に「統合失調症の前駆症」が疑われる患者を治療のために精神保健サービスに紹介するよう促したプロジェクト。初回エピソード統合失調症の発生率低下が確認された。
シンガポール	Early Psychosis Intervention Programme (EPIP), Support for Wellness Achievement Programme (SWAP), Community Health Assessment Team (CHAT)	精神科専門医療機関によるハイリスク群に対する多職種チームによる包括的な早期支援プログラム(EPIP)の提供、心理社会的治療を中心としたサービス (SWAP) の提供、若者の一般的な心理的問題に対応する保健サービス (CHAT) の提供。
日本国内	SODA (Support with One-stop care on Demand for Adolescents and young adults)	多職種チームによる早期相談・支援アセスメントを地域の独立した窓口で実施。臨床型ケースマネジメントにより、地域における包括的支援体制を構築し、ワンストップ・ケアを実施。

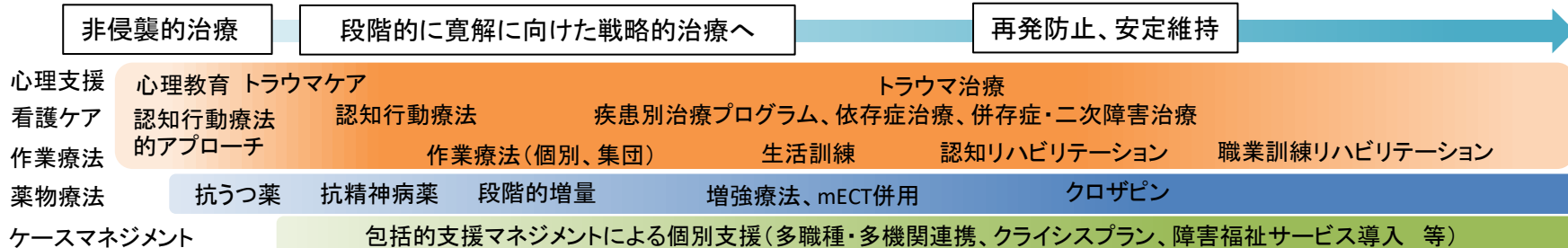
精神疾患の経過と外来、在宅医療による治療内容（イメージ）

- 精神疾患を有する方が地域で安心して暮らせるよう、地域のかかりつけ精神科医機能を有する医療機関を中心に、外来診療、在宅医療、障害福祉サービス、行政機関等の連携調整を行いながら、病状や生活機能の改善、安定を図り、支援することが重要。
- 早期介入により、侵襲的治療の低減、疾病の進行の緩和や軽症化を図る取組を進めることも重要。



生物心理社会モデルに基づく包括的治療（イメージ）

※個々の状態等に
応じて治療・介入方
法を選択。



早期介入のパフォーマンス指標等

- 医療機関や精神保健サービスにおいて、早期介入を実施する場合の、ケアの質を担保するために必要な要素が有識者によって取りまとめられている。
- 早期介入の手法や実施機関を評価する主要なパフォーマンス指標等は以下のとおり。

■ 複数の「初回エピソード精神病への治療介入プログラム」に共通する項目

紹介患者の適時対応
患者と家族も含むアセスメント
包括的な臨床評価
ケアプランに基づく心理社会的ニーズ
初回アセスメント後の個別の臨床治療方針
患者向け心理教育
家族向け心理教育と支援
毎年の正式な包括的アセスメントとその記載
専任精神科医
ケースマネージャーの関与
併存する物質使用障害についての動機付け治療
認知行動療法 (CBT)
主体的な参与と残留
危機介入サービス

■ フィデリティ尺度の共通項目

利用者／提供者割合
精神科医の役割
多職種チーム
初回エピソード精神病治療プログラムの継続期間

■ 初回エピソード精神病サービスに関する主要なパフォーマンス測定値

2週間以内の受診割合
DUP中央値
人口基準のプログラム登録割合 (15~55歳)、 年間発症率に基づくプログラム登録割合あるいは入院割合
初回入院患者サービスにおける新患紹介の割合

出典：国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) の障害者対策総合研究開発事業 (精神障害分野) (研究開発代表者：水野 雅文) 「早期精神病の診療プランと実践例」

早期精神病の診療プランと実践例—予備的ガイダンス 2017— Treatment Plans and Implementation for Early Psychosis: Preliminary Guidance 2017.
研究開発代表者 水野 雅文 東北大学・医学部後学科精神神経医学講座・教授
研究開発分担者 鈴木 達雄 岡山大学・大学院医学系研究部・教授
鈴木 和広 東北大学・大学院医学研究科・准教授
下寺 優文 高知大学・医学部神経精神科学教室・准教授
岸本 幸史 奈良県立医科大学・精神医学・教授
川崎 康弘 金沢医科大学・医学部精神神経科学・教授
中込 和寿 国立精神・神経医療研究センター・精神保健研究所・所長
目次
第一部 エビデンス編
1. 早期精神病の概念整理
2. アセスメントと臨床診断 (症状)
3. アセスメントと臨床診断 (画像・生理)
4. 心理社会的介入
5. CBT 認知行動療法
6. CRT 認知矯正療法
7. ARMS と心理教育
8. デイケア
9. 初回エピソード統合失調症および初回エピソード精神病に対する薬物療法
10. ARMS に対する薬物療法
第二部 実践編
1. 地域における早期介入
2. 地域における早期介入—大都市モデル
3. 地域における早期介入—小都市モデル
4. 地域包括ケアシステムの中での早期支援
5. 早期介入の医療経済効果
6. 学校教育への取り組み
7. 海外におけるモデル
8. フィデリティ測定とその意義
9. NICE 診療ガイドライン 翻訳解説

認知療法・認知行動療法

- 入院中以外の気分障害や不安障害の患者に対する認知療法・認知行動療法が診療報酬上評価されている。

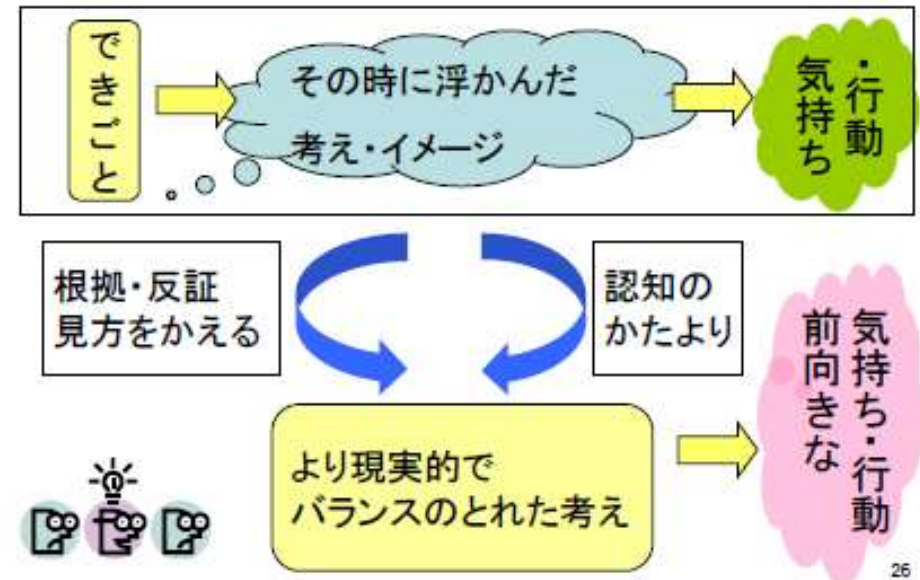
認知療法・認知行動療法（1日につき500点／420点／350点）

施設基準を適合する保険医療機関において、入院中以外の患者について、認知療法・認知行動療法（※）に習熟した医師等が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で実施した場合、一連の治療について16回に限り算定する。

認知療法・認知行動療法の内容

- 精神療法（心理療法）の一種で、認知（ものの受け取り方や考え方）に働きかけて気持ちを楽にするもの。
- 人はストレスを感じると悲観的に考えがちになり、自らの心を問題を解決できない状態に追い込むことがあるが、認知療法・認知行動療法では、そうした考え方のバランスを取って、ストレスに上手に対応できる心の状態を作る。
- 気持ちが大きく動揺したりつらくなったりしたときに患者の頭に浮かんでいた考え（自動思考）に目を向け、それがどの程度現実と食い違っているかを検証し、思考のバランスを取っていく。

（国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センターウェブサイトの記載を一部要約）



出典：うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル（平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）

認知療法・認知行動療法の届出状況等

○ 認知療法・認知行動療法の届出医療機関数、算定状況については以下のとおり。

1003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき、16回まで）

1 医師による場合 480点

2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点

[施設基準]

1 当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が1名以上勤務していること。

2 2に関する施設基準

当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。

ア 認知療法・認知行動療法1の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、1の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。

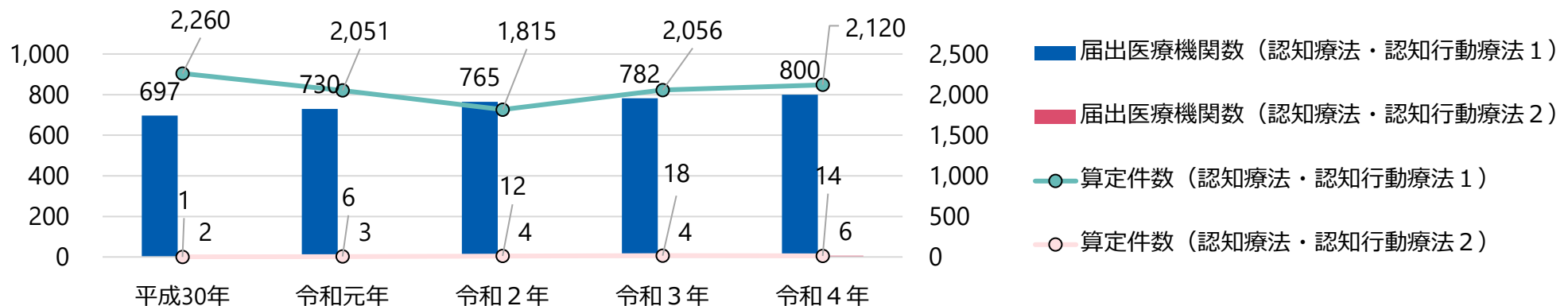
(イ) 国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものであること。

(ロ) 厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)に準拠したプログラムによる2日以上のものであること。

(ハ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

届出医療機関数

算定件数（件／月）



出典：社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)、各年7月1日時点の届出状況

依存症集団療法の届出状況等

○ 依存症集団療法の届出医療機関数、算定状況については以下のとおり。

- 1006-2 依存症集団療法(1回につき)**
- 1 薬物依存症の場合 340点(週1回、6月を限度)**
 - 2 ギャンブル依存症の場合 300点(2週に1回、3月を限度)**
 - 3 アルコール依存症の場合 300点(週1回、10回を限度)**

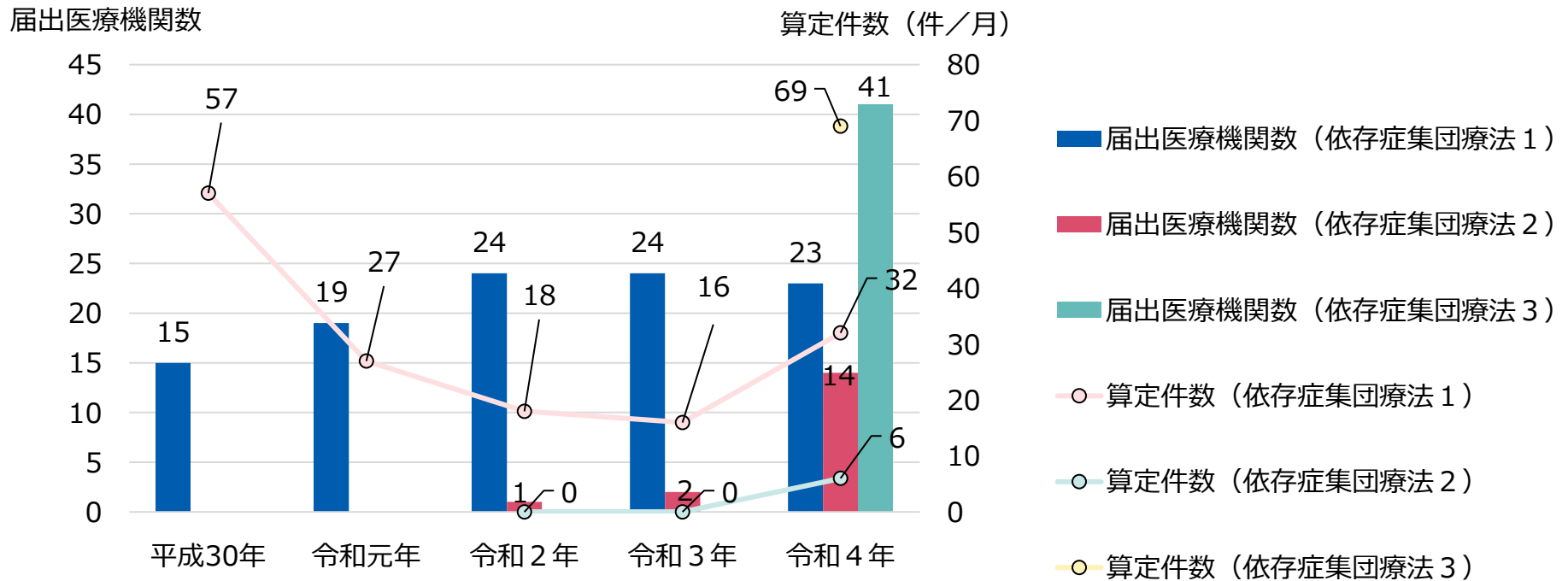
[施設基準]

(1) 依存症集団療法の施設基準

当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。

(2) ギャンブル依存症の場合の施設基準

(1)を満たし、かつギャンブル依存症に関する専門の保険医療機関であること。



1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進について
 - 1－1. 入院医療
 - 1－2. 在宅医療
 - 1－3. 外来医療
2. 心的外傷等に対する心理支援について
3. 不適切な養育への対応に係る体制について
4. 精神障害者に対する就労支援について

「犯罪被害者等施策の一層の推進について」

(令和5年6月6日犯罪被害者等施策推進会議決定)

- 犯罪被害者等施策の一層の拡充を求める犯罪被害者等からの意見・要望
- 自由民主党司法制度調査会「犯罪被害者等保護・支援体制の一層の推進を図るPT」からの提言

上記を受けて、以下の各取組について決定

1 犯罪被害給付制度の抜本的強化に関する検討

警察庁において、関係府省庁の協力を得つつ、1年以内をめどに、民事損害賠償額も見据えて、**犯罪被害給付制度に関する以下の項目**について検討を行って結論を出し、これらを踏まえて必要な施策を実施

- 算定方法見直しによる給付水準の大幅引上げ
- 仮給付制度の運用改善

2 犯罪被害者等支援弁護士制度の創設

法務省において、犯罪被害者等が弁護士による継続的かつ包括的な支援及びこれに対する経済的援助を受けることができるよう、1年以内をめどに、**犯罪被害者等支援弁護士制度の導入**に向けた具体的検討・関係機関等との調整を行って結論を出し、これらを踏まえて所要の法整備を含めた必要な施策を実施

3 国における司令塔機能の強化

犯罪被害者等施策の一層の推進のため、国家公安委員会・警察庁において、以下の取組を実施を通じて、**司令塔としての総合的な調整を十分実施**

- 警察庁の体制強化
- 犯罪被害者等施策の進捗状況の点検・検証・評価を行うための**関係府省庁連絡会議の開催**

4 地方における途切れない支援の提供体制の強化

警察庁において、関係府省庁の協力を得つつ、1年以内をめどに、ワンストップサービスの実現に向け、以下の項目について（国による人材面・財政面での支援、DXの活用も含め）検討を行って結論を出し、これらを踏まえて必要な施策を実施

- 地方公共団体における総合的対応窓口等の機能強化
- 関係機関・団体との連携・協力の一層の充実

5 犯罪被害者等のための制度の拡充等

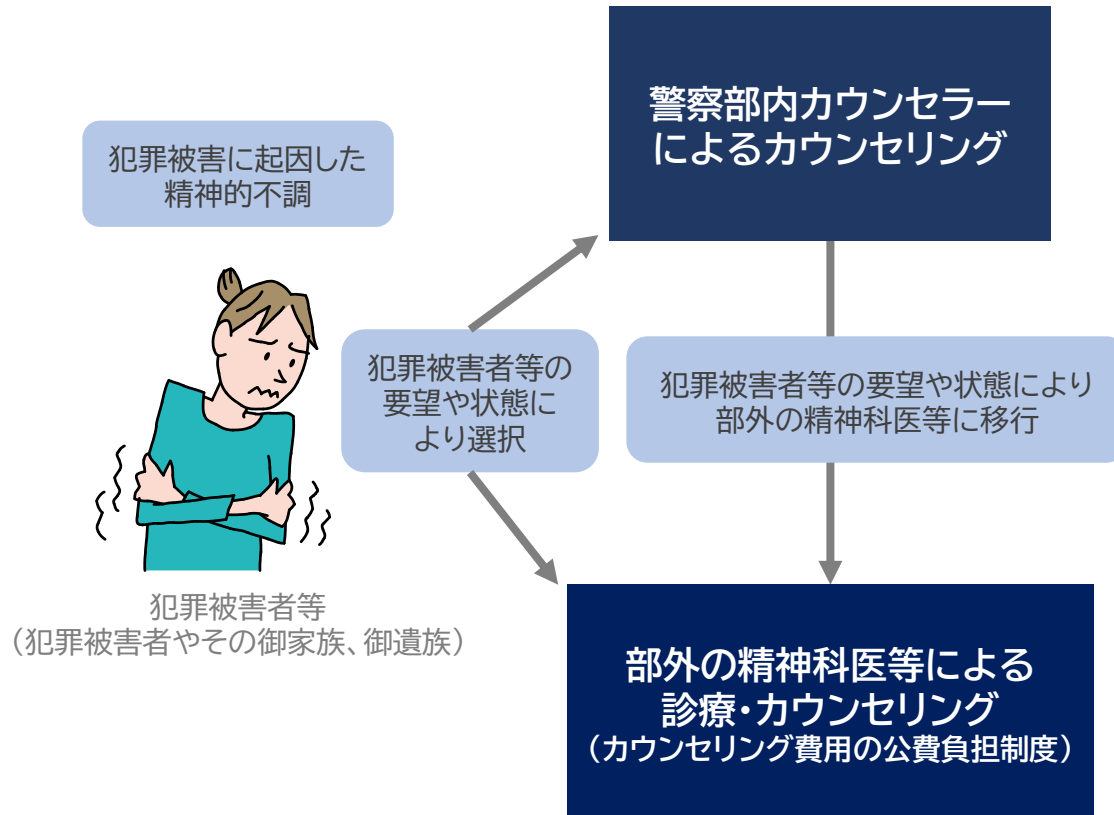
関係府省庁において、**医療・生活・教育・納税の各分野にわたる制度**について、関係機関・団体に対し速やかに通知を发出するなどし、**犯罪被害者等に配慮した取扱いを要請、又は犯罪被害者等も利用し得ることを周知**

また、**犯罪被害者等に対する質の担保された治療としてのカウンセリングの保険適用の改善**については、中央社会保険医療協議会において、令和6年度診療報酬改定に向けた議論を行って結論を出し、これらを踏まえて必要な施策を実施

警察庁によるカウンセリング費用の公費負担制度について

- 犯罪被害者やその御家族、御遺族(以下、「犯罪被害者等」という。)の要望や状態に応じて、警察部内カウンセラーによるカウンセリングの提供や、警察部外の精神科医療機関等での診療及びカウンセリングに係る費用の公費負担制度がある。

警察における犯罪被害者等に対するカウンセリング



警察部内カウンセラーによるカウンセリング

- 部内カウンセラーの配置状況(令和5年4月1日)
47都道府県警察 182名
- カウンセリング実施人数(令和4年度中)
約1,300人
- 犯罪被害直後の初期的な対応が中心

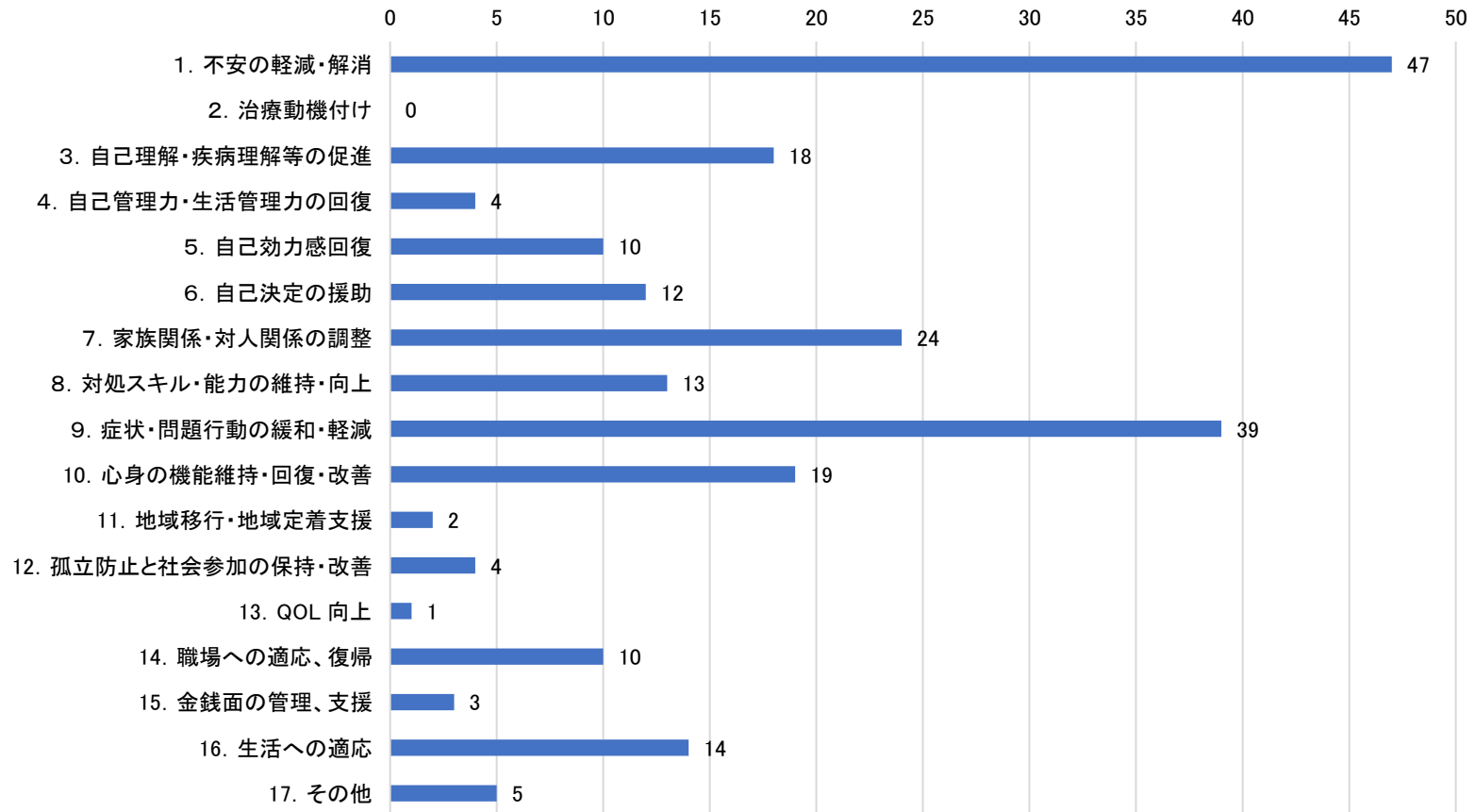
カウンセリング費用の公費負担制度

- 公費負担制度の整備状況(令和5年4月1日)
47都道府県警察
- 公費負担実施人数(令和4年度中)
約300人
- 対象は、診療料、カウンセリング料等
保険診療、保険診療外ともに可
- 犯罪被害後の中期的な対応を想定

犯罪被害にあった場合等に必要とされる心理的支援の内容

○ 都道府県警察に対して、犯罪被害者等がカウンセリングに求める心理的支援の内容についてアンケートをしたところ、犯罪被害者等について、「カウンセリングに対し、「不安の軽減・解消」や「症状・問題行動の緩和・軽減」を求めていることが多い。」と回答があった。

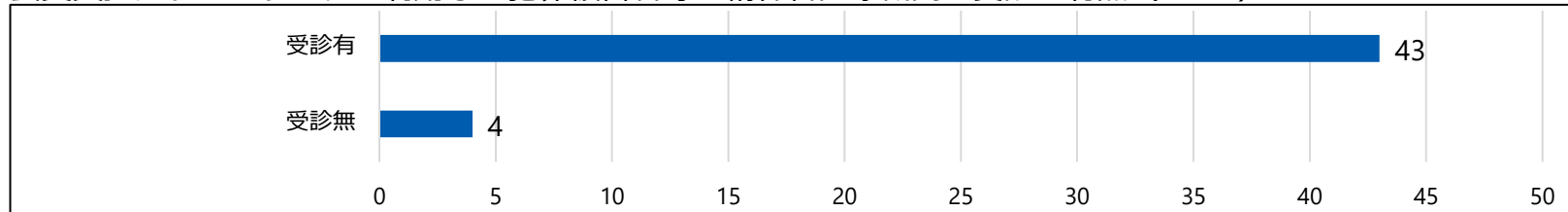
犯罪被害者等がカウンセリングに対して、どのような心理的支援を求めているか
(N=47 最大5つまで選択可)



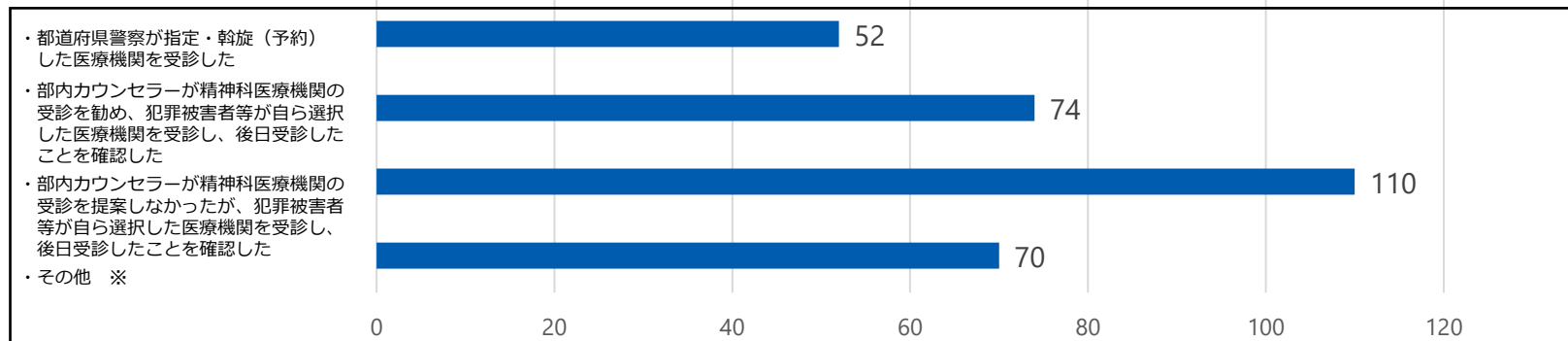
精神科医療機関の受診状況

- 公費負担によるカウンセリングについては、精神科を標榜する医療機関以外の場所でも実施可能とされているところ。
- 47都道府県警察のうち、43の都道府県警察において、令和4年度に公費負担カウンセリングを受けた犯罪被害者等について、精神科医療機関を受診した者がいると回答があった。
- 犯罪被害者等が精神科医療機関を受診する場合、部内カウンセラーが勧めた医療機関を受診するケースもあるが、犯罪被害者等が自ら医療機関を選択して受診するケースが最も多い。

■ 公費負担カウンセリングを利用した犯罪被害者等の精神科医療機関の受診の有無 (N=47)



■ 犯罪被害者等の精神科医療機関の選択方法



※その他詳細

- ・ 犯罪被害者支援センター等が勧めた病院を受診
- ・ 事件前からの主治医に継続受診
- ・ 犯罪被害による怪我の治療のために受診した病院において、治療の一環として精神科を受診した

等

公認心理師の概要

1.公認心理師制度創設の背景（公認心理師法案の提出理由）

近時の国民が抱える心の健康の問題等をめぐる状況に鑑み、心理に関する支援を要する者等の心理に関する相談、援助等の業務に従事する者の資質の向上及びその業務の適正を図るため、公認心理師の資格を定める必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

※ 平成27年9月9日成立・9月16日公布（議員立法）、平成29年9月15日全面施行

2.公認心理師とは

公認心理師登録簿への登録を受け、公認心理師の名称を用いて、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう。【名称独占】

- ① 心理に関する支援を要する者の心理状態の観察、その結果の分析
- ② 心理に関する支援を要する者に対する、その心理に関する相談及び助言、指導その他の援助
- ③ 心理に関する支援を要する者の関係者に対する相談及び助言、指導その他の援助
- ④ 心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供

3.公認心理師試験・登録

公認心理師試験：平成30年に第1回公認心理師試験を実施（毎年1回以上実施）

第6回試験は、令和5年5月14日（日）実施、令和5年6月9日（金）合格発表

（第7回は令和6年3月頃実施予定）合格後、公認心理師登録簿に登録されることで公認心理師となる。

資格登録者数：69,875人（令和5年3月末現在）

※ 試験事務・登録事務については、指定試験機関及び指定登録機関である「一般財団法人日本心理研修センター」が行う。

参考：公認心理師の活躍が想定される分野と公認心理師が位置付けられている主なもの等

保健医療分野：病院（診療報酬（施設基準）、がん診療連携拠点病院・小児がん拠点病院の要件に記載）など

福祉分野：児童相談所（児童相談所に設置する児童心理司の要件の一つとして記載）など

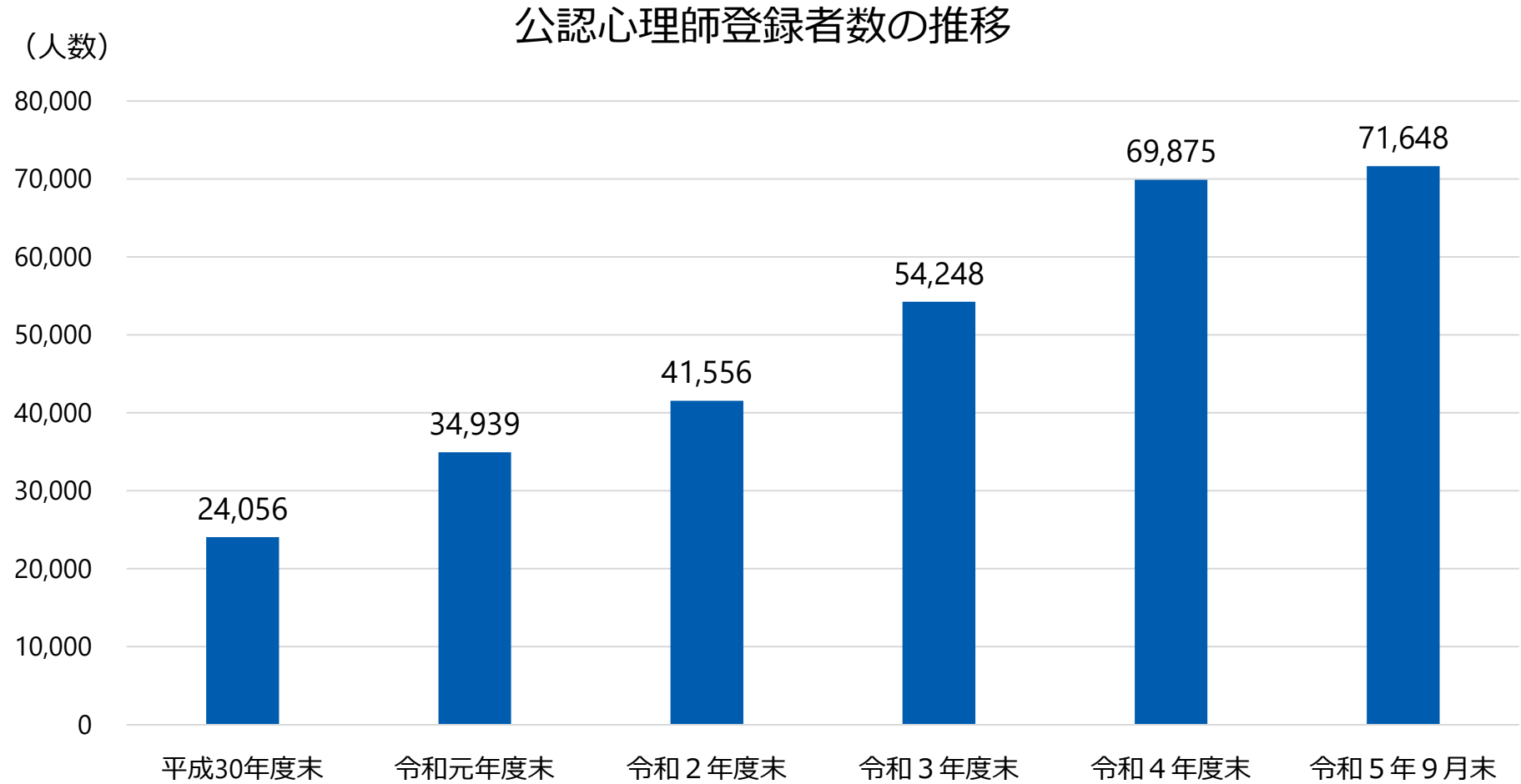
教育分野：学校（スクールカウンセラーの要件の一つとして記載）など

司法・犯罪分野：裁判所、刑務所、少年鑑別所、犯罪被害者支援 など

産業・労働分野：各事業所（事業者が行うストレスチェックの実施者の要件の一つとして記載）など

公認心理師登録者数の推移

○ 公認心理師の登録者数は増加しており、令和5年9月末時点で71,648人である。



公認心理師の配置状況について

- 令和2年に行われた、公認心理師を対象としたアンケートの結果によれば、公認心理師の約30%が保健医療分野で活動していた。
- 保健医療分野で活動する公認心理師のうち、精神科病院に勤務する者の割合は約30%、精神科が主体の診療所に勤務する者の割合は約23%であった。

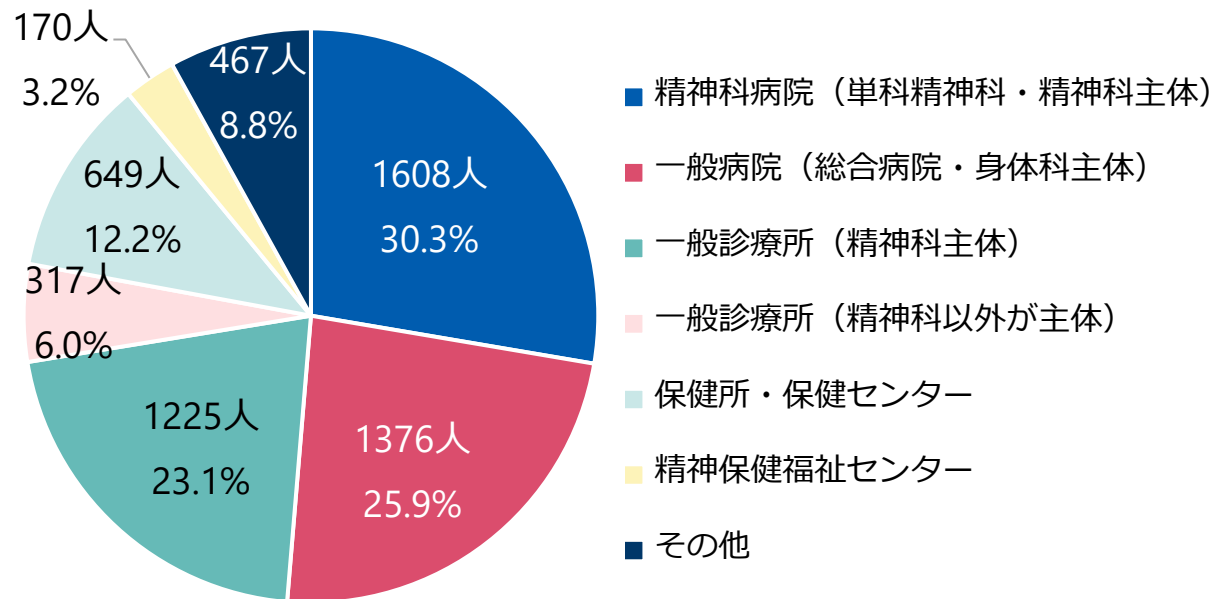
【調査概要】

調査方法：令和2年8月31日時点で、公認心理師として指定登録機関（一般社団法人日本心理研修センター）に資格登録されている35,400人に調査依頼状を送付し、同年9月1日時点での状況についてWeb回答を依頼（有効回答者数：13,688人）。

■ 主たる活動分野（n=13,000）

	人	%
保健医療分野	3,927	30.2
教育分野	3,760	28.9
福祉分野	2,775	21.3
産業・労働分野	779	6.0
司法・犯罪分野	495	3.8
その他の分野（私設心理相談機関、大学等附属心理相談施設、大学・研究所等）	1,112	8.6

■ 保健医療分野における勤務先（n=5,305）



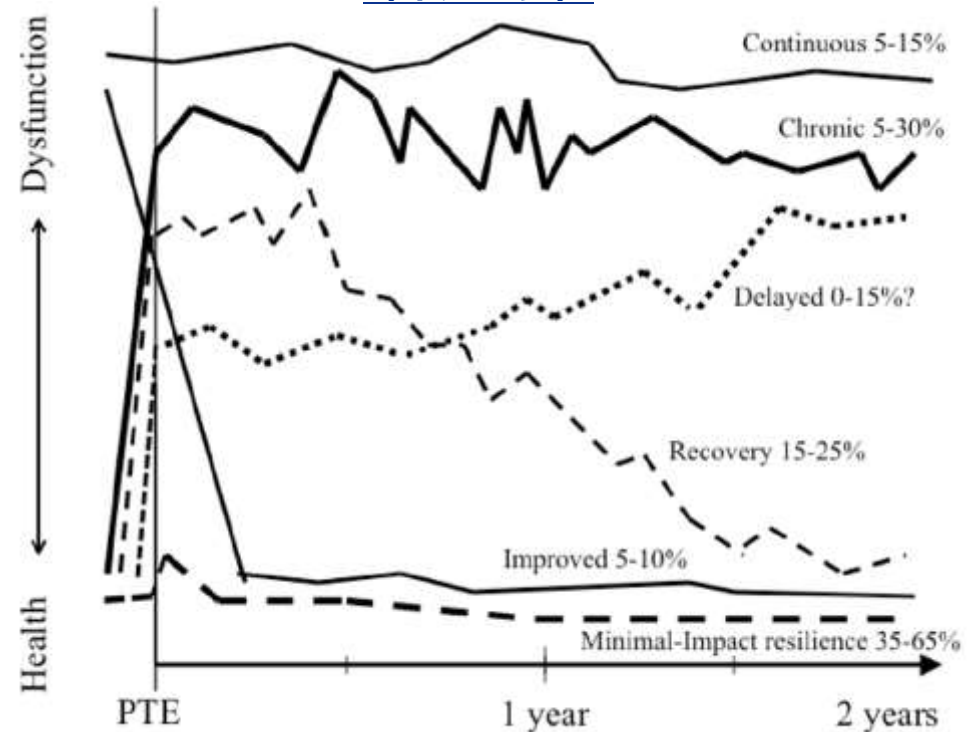
トラウマ体験について

- 2002年から2006年にかけて実施された世界精神保健日本調査のデータによれば、国民の約60%が、生涯に1回以上、生死に関わる体験、暴力被害、性的被害等の、トラウマとなり得る体験を有している。
- トラウマとなり得る体験による精神的健康への影響をみると、影響が少なく適応できるケースもある一方、機能低下が慢性化したり長期化するケース、時間が経過してから顕在化するケース等もある。

■ 世界精神保健日本調査データに基づく、トラウマとなり得る体験を有する割合 (n=1,682)

トラウマとなり得る体験	割合 (%)	標準誤差
体験なし	39.3	1.66
体験あり	60.7	1.66
戦争体験	8.7	0.9
暴力被害 (養育者、配偶者等に殴られた等)	16.5	1.15
性的被害	4.3	0.64
事故 (自動車事故、自然災害、命に関わるような病気等)	22.8	1.53
死に関わる出来事 (大切な人の不慮の死、他人の死や受傷の目撃等)	23.7	1.43
その他	13.7	1.26

■ トラウマとなり得る体験をした後の精神的健康への影響 (イメージ)



※PTE : potentially traumatic life event
トラウマとなり得る人生体験

出典: Norito Kawakami, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: results from the World Mental Health Japan Survey. J Psychiatr Res. 2014 Jun;53:157-65.

出典: George A Bonnano, Erica D Diminich. Annual Research Review: Positive adjustment to adversity—trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. J Child Psychol Psychiatry. 2013 Apr;54(4):378-401

外傷後ストレス障害（PTSD）の診断等について

- 外傷後ストレス障害(PTSD)の診断には、診断基準の種類にもよるが、共通して、複数の主要症状が、一定期間持続することとされている。
- ト라우マ体験後、早期にPTSD症状を呈す場合、一部の症状が持続する場合、解離症等の他症状を認める場合等もあるため、PTSDの診断に至らない場合にも、トラウマ症状等に対する介入が行われる。

PTSDの診断基準（抄）

※成人、青年、6歳を超える子供の場合

A	実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への曝露。
B	心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した侵入症状の存在。
C	心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。
D	心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。
E	心的外傷的出来事と関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。
F	障害（基準B、C、DおよびE）の持続が1カ月以上。
G	その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
H	その障害は、物質（例：医薬品またはアルコール）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

PTSDの症状

侵入 (再体験)	<ul style="list-style-type: none"> ・トラウマ体験を今体験しているかのようにありありと思ったり、感じたりする ・トラウマ体験に関連した悪夢を見る ・トラウマ体験を思い出したときに、気持ちが動揺する／動悸がする／汗をかく
回避	<ul style="list-style-type: none"> ・トラウマ体験に関して、思い出したり、考えたりすることを避ける 例) 思い出したくないので、お酒を飲んで忘れる ・トラウマ体験を思い出させるものを避ける 例) 過去の体験を思い出させる場所を避けて買い物に行く
認知と気分の陰性変化	<ul style="list-style-type: none"> ・持続的で過剰に否定的な予想 例) 二度と誰も信じられない、虐待されたのは私のせいだ ・関心や興味を持てなくなる 例) 前は楽しめたことが楽しめない ・他者から孤立している感覚 例) 自分と世の中との間に薄い膜があるように感じる ・幸福感や優しさなどの感情が持てない
過覚醒	<ul style="list-style-type: none"> ・イライラ感 ・過剰な警戒心 例) 現実の危険はないのに過度に警戒する ・不意に襲ってくる刺激に極端に驚く 例) 電話が鳴る音に驚き、飛び上がる ・睡眠障害 ・無謀な行動 例) 危険運転、アルコールや薬物の過剰使用、自傷や自殺行為 ・集中困難 例) 長時間の会話についていけない

トラウマ体験を有する者に対する心理的介入法について

- ト라우マ体験があり、PTSD症状が認められる成人に対しては、PTSDの診断に至らない場合であっても、PTSD症状の程度等に応じて、段階的な介入や、複数の介入方法を組み合わせた協働的介入（段階的／協働ケアモデル）が推奨されている。
- 段階的／協働ケアモデルに基づく介入においては、状態に応じて、心理教育、認知行動療法的アプローチ、動機付け面接等、心理に関する専門的技法を用いた心理支援が行われる。

■ストレス関連症への予防、治療介入に関するガイドライン

(Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSDより)

	ユニバーサル介入 トラウマを体験した成人全員 が対象	二次予防的介入 PTSD症状が認められる成人が 対象
強く推奨する		・ 段階的／協働ケアモデル
場合によって推奨する		・ ト라우マ重点化CBT (持続エクスポージャー療法、 認知処理療法、認知療法) ・ 短期EMDR
場合によって推奨しない	・ 個別／集団心理的デブリー フィング	
強く推奨しない		

心理的苦痛や適応の状態をアセスメントしながら、その程度等に応じて、心理支援の方法や強度、組み合わせを選択して介入する。

より焦点化された治療的介入手法。CBTは診療報酬上の評価が設けられている。

PTSDに対する治療について

- PTSDと診断された患者に対する治療方法として、トラウマに焦点を当てた認知行動療法や、持続エクスポージャー療法が強く推奨されている。
- 診療報酬上、認知療法・認知行動療法の対象患者にPTSDの患者が含まれている。

■ 推奨される治療方法

国際トラウマティックストレス学会
“Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations (International Society for Traumatic Stress Studies)”より

強い推奨—成人のPTSDの治療には、認知処理療法、認知療法、EMDR、トラウマに焦点を当てた個人認知行動療法、及び**持続エクスポージャー療法**が推奨される。

標準的推奨—成人のPTSDの治療には、トラウマに焦点を当てない認知行動療法、トラウマに焦点を当てた集団認知行動療法、トラウマに焦点を当てたインターネットベースのガイド付き認知駆動療法、ナラティブ・エクスポージャー・セラピー、現在中心療法が推奨される。

1003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき、16回まで）

- 1 医師による場合 480点
- 2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点

[算定要件]

- (1) 認知療法・認知行動療法とは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、**心的外傷後ストレス障害**又は神経性過食症の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。
- (2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合（「2」において、看護師により30分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により5分以上の面接が行われた場合を含む。）に算定する。
- (3) 一連の治療につき16回に限り算定する。
(中略)
- (9) **心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法**の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「PTSD(心的外傷後ストレス障害)の認知行動療法マニュアル〔**持続エクスポージャー療法**／**PE療法**〕（平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

公認心理師の心理的支援の実態

- 令和3年に実施された公認心理師による心理的支援に関するアンケート調査では、公認心理師は医療機関において、ストレス関連症の患者に対して、基本的な心理面接のスキルを活用しつつ、必要に応じて心理教育や、心理療法の理論や技法等に基づいたアプローチを実施していた。
- ストレス関連症について、心理面接にかけている時間は、50分以上1時間未満が最も多かった。

【調査概要】

調査方法：令和3年8月1日時点で、精神科医療機関で公認心理師等の所属がある部門(部署)を対象としたWebアンケート調査(依頼状送付数5,953件、有効回答1,586件)

■ ストレス関連症における心理面接の目的 (n=868、複数回答、上位抜粋)

	%
不安の軽減、解消	81.2
自己理解・疾病理解等の促進	65.1
症状・問題行動の緩和・軽減	59.7
対処スキル・能力の維持・向上	59.0
自己効力感回復	51.8

■ ストレス関連症におけるアプローチ法 (n=868、複数回答、上位抜粋)

	全体 (%) (n=868)	単独 (%) (n=65)	併用 (%) (n=759)
傾聴・支持的アプローチ	77.9	63.1	83.7
心理教育	67.5	4.6	76.8
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	61.4	13.8	69.0
力動的・精神分析的アプローチ	30.8	12.3	34.1
認知リハビリテーション的アプローチ	1.3	0.0	1.4
その他のカテゴリーのアプローチ	7.9	6.2	8.6

■ ストレス関連症における心理面接の時間 (n=868)

時間	%
20分未満	0.7
20分以上30分未満	5.1
30分以上40分未満	13.0
40分以上50分未満	26.7
50分以上1時間未満	42.9
1時間以上1時間半未満	3.7
1時間半以上2時間未満	0.5
2時間以上	0.1
それ以外	2.3
回答なし	5.1

公認心理師による心理的支援の効果

- 通院精神療法に加えて公認心理師による心理的支援を導入した場合、患者の状態のさらなる改善が認められ、より効果的な通院精神療法の実施に寄与した。

方法

- 方法：精神科外来に通院中の患者で、公認心理師による心理的支援が必要と医師が判断し、通院精神療法に加えて心理的支援が実施された群（心理的介入群：41例）と、心理的支援が必要と医師が判断したが患者の都合により通院精神療法のみ実施された群（通常治療群：31例）について、支援の前後のCGI-S（臨床全般重症度）と、支援実施後のCGI-I（臨床全般改善度）を比較。
 ※公認心理師による心理的支援：精神疾患を持つ患者に対し、不安の軽減・解消、自己・疾病理解の促進、症状等の緩和・軽減、対処スキルの向上、自己効力感回復等を目的とし、必要に応じて心理療法の理論や技法に基づくアプローチ等を組み合わせて実施
- 診察回数：（通常治療群—平均20±7回）、（心理的介入群—平均21±5回）

CGI-S（臨床全般重症度）

1.	症状なし、正常
2.	正常と病的状態の境界の状態
3.	軽度の病的状態
4.	中等度の病的状態
5.	やや重度の病的状態
6.	重度な病的状態
7.	最も重度な病的状態

CGI-I（臨床全般改善度）

1.	著明改善
2.	中等度改善
3.	軽度改善
4.	不変
5.	やや悪化
6.	悪化
7.	重篤に悪化

○CGI-Sの分析結果

CGI-Sについて、通常治療群と心理的介入群（実験参加者間要因）、治療介入前後（実験参加者内要因）の2要因混合分散分析を行った結果、通常治療群*心理的介入群の交互作用が有意であった（ $F(1,70) = 6.388, p = .003$ ）（表1）。

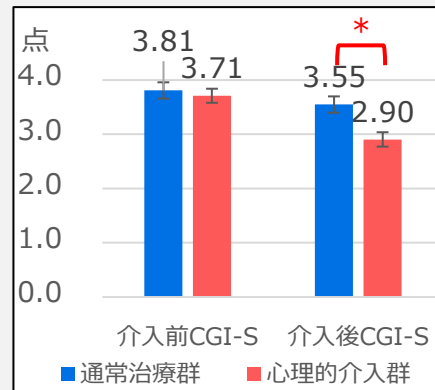
変数名	平方和SS	自由度1	自由度2	平方平均MS	F値	p値
治療群	4.900	1	70	4.900	4.318	.041*
介入前後	9.972	1	70	9.972	36.382	.000**
治療群*介入前後	2.639	1	70	2.639	9.628	.003**

▲表1 2要因分散分析の結果

下位検定を行った結果、介入前の通常治療群と心理的介入群のCGI-Sに有意差はなかった。介入後のCGI-Sにおいて、通常治療群と心理的介入群の間に有意差が得られた（ $t(140) = 3.234, p = .002$ ）（図1）。

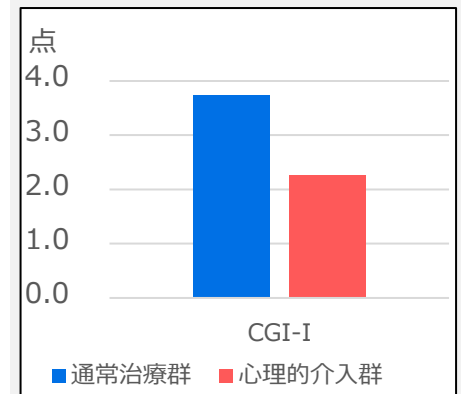
さらに効果量は1.084であり、中～大であった。

図1 介入前後における通常治療群と心理的介入群のCGI-Sの差▲



○CGI-Iの分析結果

t検定を行ったところ、通常治療群と心理的介入群の間に.05%水準で有意差が認められた（ $t(69) = 8.38, p = .000$ ）（図2）。効果量は1.929であり、中～大であった。



▲図2 両群の介入後CGI-Iの差

出典：国立精神・神経医療研究センター

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進について
 - 1－1. 入院医療
 - 1－2. 在宅医療
 - 1－3. 外来医療
2. 心的外傷等に対する心理支援について
3. 不適切な養育への対応に係る体制について
4. 精神障害者に対する就労支援について

児童虐待対応件数の現状

○ 児童相談所での児童虐待相談対応件数は年々上昇傾向にある。

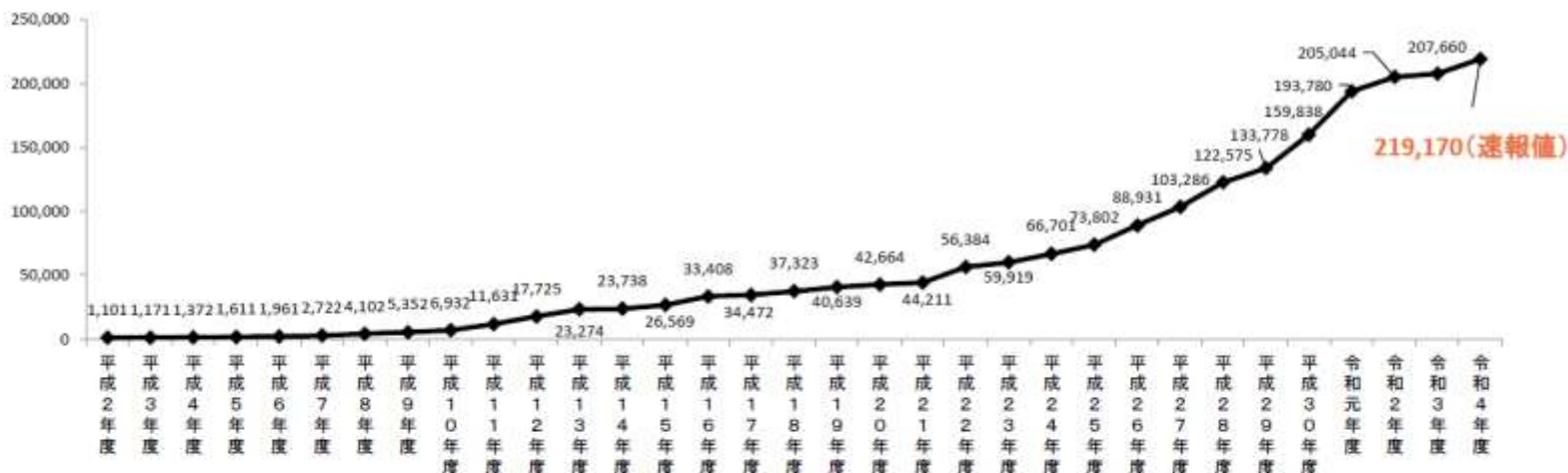
児童相談所における虐待相談対応件数とその推移

○令和4年度中に、全国232か所の児童相談所が児童虐待相談として対応した件数は
219,170件(速報値)で、過去最多。

※ 対前年度比+5.5%(11,510件の増加)(令和3年度:対前年度比+1.3%(2,616件の増加))
 ※ 相談対応件数とは、令和4年度中に児童相談所が相談を受け、援助方針会議の結果により指導や措置等を行った件数。

【主な傾向】

- ・心理的虐待に係る相談対応件数の増加(令和3年度:124,724件→令和4年度:129,484件(+4,760件))
 - ・警察等からの通告の増加(令和3年度:103,104件→令和4年度:112,965(+9,861件))
- 〈令和3年度と比して児童虐待相談対応件数が増加した自治体への聞き取り〉
- ・関係機関の児童虐待防止に対する意識や感度が高まり、関係機関からの通告が増えている。



(注) 平成22年度の件数は、東日本大震災の影響により、福島県を除いて集計した数値。

年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度 (速報値)
件数	59,919	66,701	73,802	88,931	103,286	122,575	133,778	159,838	193,780	205,044	207,660	219,170
対前年度比	+6.3%	+11.3%	+10.6%	+20.5%	+16.1%	+18.7%	+9.1%	+19.5%	+21.2%	+5.8%	+1.3%	+5.5%

不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価

- 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料 1～5

(新) 養育支援体制加算 300点 (入院初日)

[対象患者]

- ・ **小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。**

[算定要件]

- ・ 当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

[施設基準の概要]

- (1) 以下から構成される虐待等不適切な養育が疑われる小児患者への支援を行う

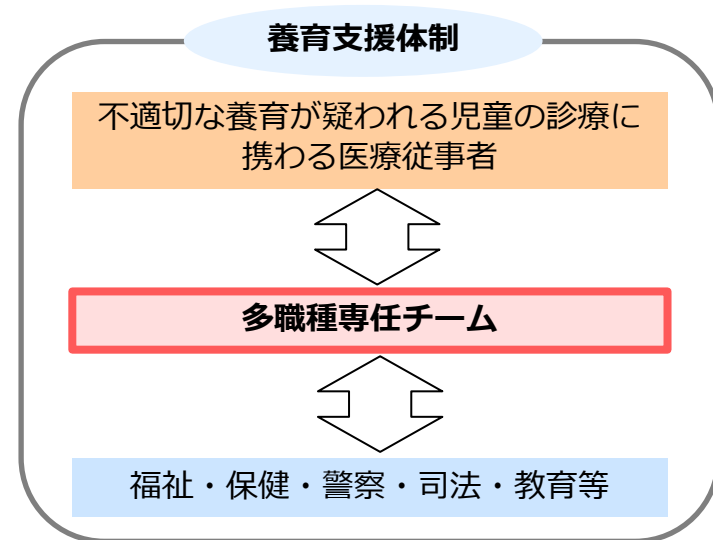
養育支援チームが設置されていること

- ア 小児医療に関する十分な経験を有する専任の常勤医師
- イ 小児患者の看護に従事する専任の常勤看護師
- ウ 小児患者の支援に係る経験を有する専任の常勤社会福祉士

- (2) 養育支援チームの業務

- ア 養育支援に関する**プロトコルの整備**及び定期的な**プロトコルの見直し**。
- イ 虐待等不適切な養育が疑われる小児患者が発見された場合に、**院内からの相談に対応**。
- ウ **主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う**。
- エ 虐待等不適切な養育が疑われた**症例を把握・分析**し、養育支援の体制確保のために**必要な対策を推進**。
- オ 養育支援体制を確保するための**職員研修を企画・実施**すること。当該研修は養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年2回程度実施されていること。

- (3) (2)のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる小児患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。



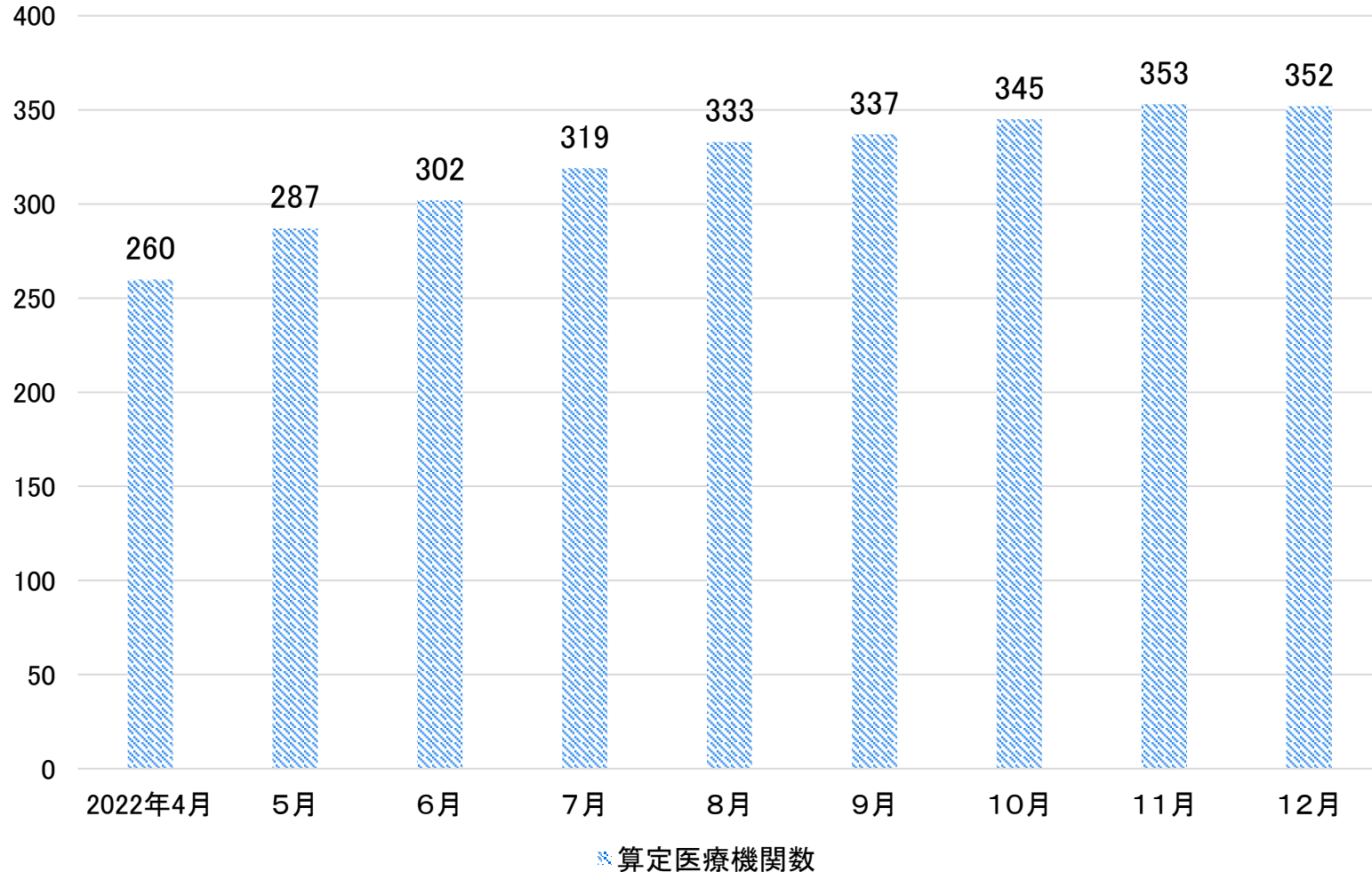
養育支援体制加算の算定状況

中医協 総-2

5. 8. 2

- 養育支援体制加算の算定状況は以下のとおり。
- 算定医療機関は増加している。

養育支援体制加算の算定医療機関



児童・思春期精神科入院医療管理料の概要

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料(1日につき) 2,995点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について、所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は治療室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

注2 診療に係る費用(第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。)は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

- (1) 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は治療室は、児童及び思春期の精神疾患患者に対して、家庭及び学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士及び公認心理師等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される病棟又は治療室である。
- (2) 当該入院料の対象は、20歳未満の精神疾患を有する患者(精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。)である。
- (3) 当該入院料を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士及び公認心理師等と協力し、保護者等と協議の上、別紙様式4又は別紙様式4の2若しくはこれに準ずる様式を用いて、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を保護者等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされる。
- (4) 当該入院料を算定する場合には、保護者、学校関係者等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。
- (5) 児童・思春期精神科入院医療管理に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟又は治療室に入院した場合には、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。
- (6) (5)により、A103の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、「(小児入院医療管理料について)」の(8)と同様であること。
- (7) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。
 - ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

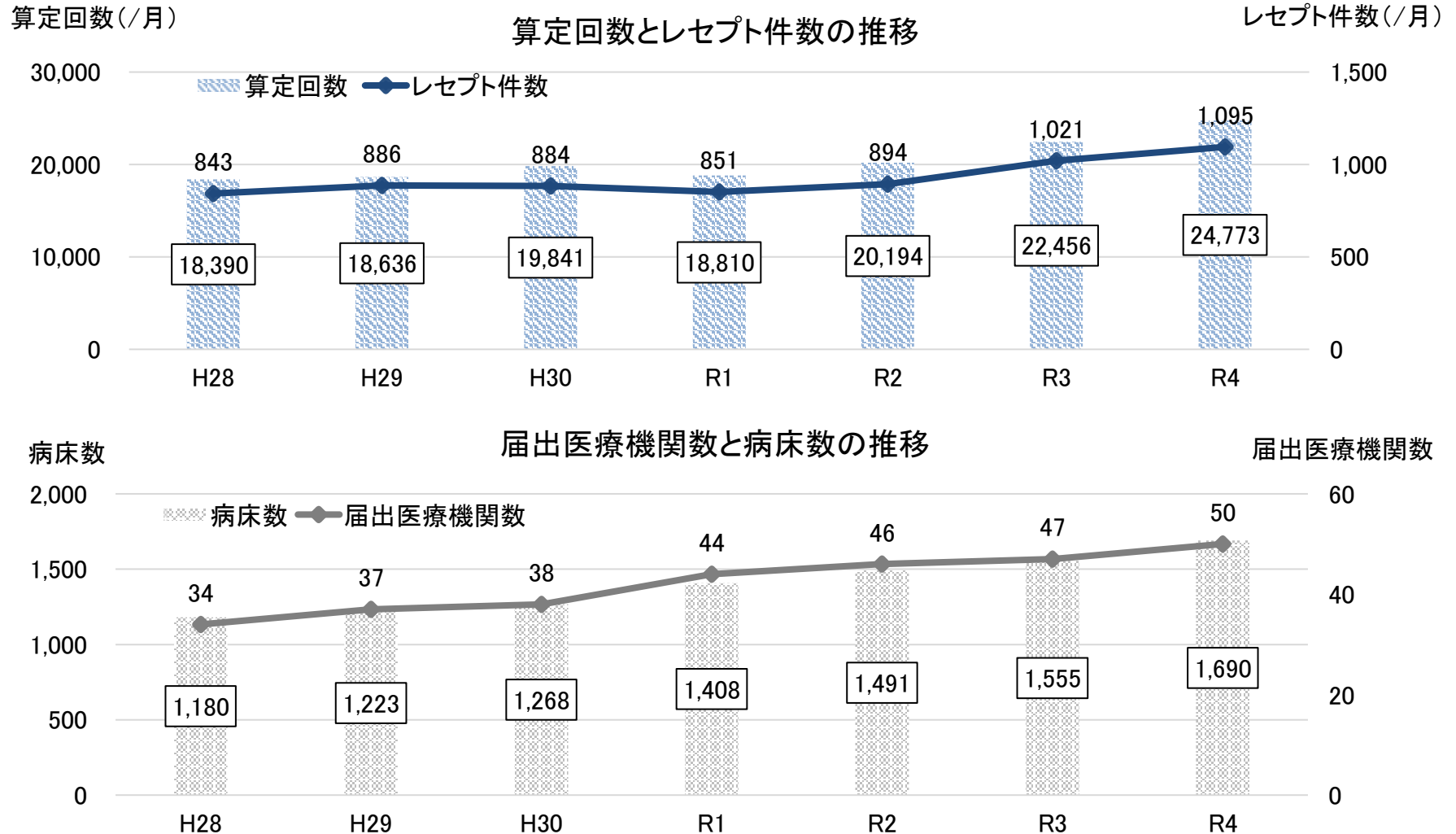
〈施設基準〉

- (1) 精神科を標榜する病院において精神病棟又は治療室を単位とすること。
- (2) 当該病棟又は治療室における直近1か月間の入院患者数の概ね8割以上が、20歳未満の精神疾患を有する患者(精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。)であること。
- (3) 当該病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、うち1名は精神保健指定医であること。
- (4) 当該病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (5) 当該保険医療機関内に学習室が設けられていること。
- (6) 当該治療室の病床は30床以下であり、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていること。
- (7) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。
 - ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

児童・思春期精神科入院医療管理料の算定状況等

- 児童・思春期精神科入院医療管理料の算定状況等は以下のとおり。
- 算定回数、届出医療機関数ともに増加傾向である。

児童・思春期精神科入院医療管理料の算定状況と届出医療機関数等



児童・思春期精神科病棟※¹において、虐待対策チームを設置している医療機関の一例

- 児童・思春期の疾患に対応する精神科病棟において、虐待対策チームを設置し、不適切な養育を受けている患者に介入している医療機関がある。

虐待対策チームについて

- 医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理士、事務職員で構成される
- 虐待等が疑われる患者、児童相談所やこども家庭センター等から虐待の情報が共有されている患者を個別に把握する。
- 定期的に会議を開催し、把握しているケースの情報共有とリスク判定を行う。
- 入院中に明らかとなった虐待に係る情報を把握した際は、随時臨時会議を招集し、必要に応じて児童相談所等への虐待通告を行う。

精神疾患により入院し、入院後に不適切な養育を受けていることが明らかとなった症例

【症例】 中学生女子

【入院時の診断】 摂食障害

【入院後経過】

- 「吐くのが怖い」と食事を摂らなくなり、4か月で13kgの体重減少。外来治療で改善なく、入院となった。一度改善し、自宅へ退院するも、数ヶ月の間に再度摂食量減少し、再入院となった。
- 再入院3か月目、両親から身体的虐待、暴言を受けていることを告白。

【対応】

- 院内に設置している虐待対策チームによる検討会を開催した。慎重な検討を行った上で、外部機関への情報提供等を行った。

※¹ 児童・思春期精神科入院医療管理料を届け出ている病棟

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進について
 - 1－1. 入院医療
 - 1－2. 在宅医療
 - 1－3. 外来医療
2. 心的外傷等に対する心理支援について
3. 不適切な養育への対応に係る体制について
4. 精神障害者に対する就労支援について

就労支援施策の対象となる障害者数／地域の流れ

障害者総数約1,160万人(※1) 中、**18歳～64歳の在宅者数約480万人**(※2)

(内訳: 身体436.0万人、知的 109.4万人、精神614.8万人)

(内訳: 身体101.3万人、知的 58.0万人、精神320.7万人)

※1 身体障害者数及び知的障害者数は、生活のしづらさなどに関する調査及び社会福祉施設等調査等による身体障害者手帳及び療育手帳の所持者数等を元に算出した推計値、精神障害者数は、患者調査を元に算出した推計値。このほか、就労支援施策については、難病患者等が対象になる。

※2 身体障害者数及び知的障害者数については18歳～65歳未満、精神障害者数については20歳～65歳未満。

一般就労への
移行の現状

- ① 特別支援学校から一般企業への就職が約 **30.2%** 就労系障害福祉サービスの利用が約 **33.0%**
- ② 就労系障害福祉サービスから一般企業への就職は、年々増加し、**令和3年は約2.1万人**が一般就労への移行を実現

大学・専修学校への進学等

障害福祉サービス

- ・就労移行支援 約 3.5万人
 - ・就労継続支援A型 約 8.0万人
 - ・就労継続支援B型 約30.5万人
- (令和4年3月)

就労系障害福祉サービス
から一般就労への移行

1,288人/H15	1.0
2,460人/H18	1.9倍
3,293人/H21	2.6倍
4,403人/H22	3.4倍
5,675人/H23	4.4倍
7,717人/H24	6.0倍
10,001人/H25	7.8倍
10,920人/H26	8.5倍
11,928人/H27	9.3倍
13,517人/H28	10.5倍
14,845人/H29	11.5倍
19,963人/H30	15.5倍
21,919人/R1	17.0倍
18,599人/R2	14.4倍

21,380人/R3 16.6倍

就職

企業等

雇用者数

約**61.4万人**
(令和4年6月1日)

※43.5人以上企業
※身体、知的、精神の
手帳所持者

ハローワークからの
紹介就職件数

96,180件
※A型: 21,554件
(令和3年度)

12,693人/年
(うち就労系障害福祉サービス **6,999人**)

特別支援学校

卒業生**21,191人**(令和4年3月卒)

736人/年

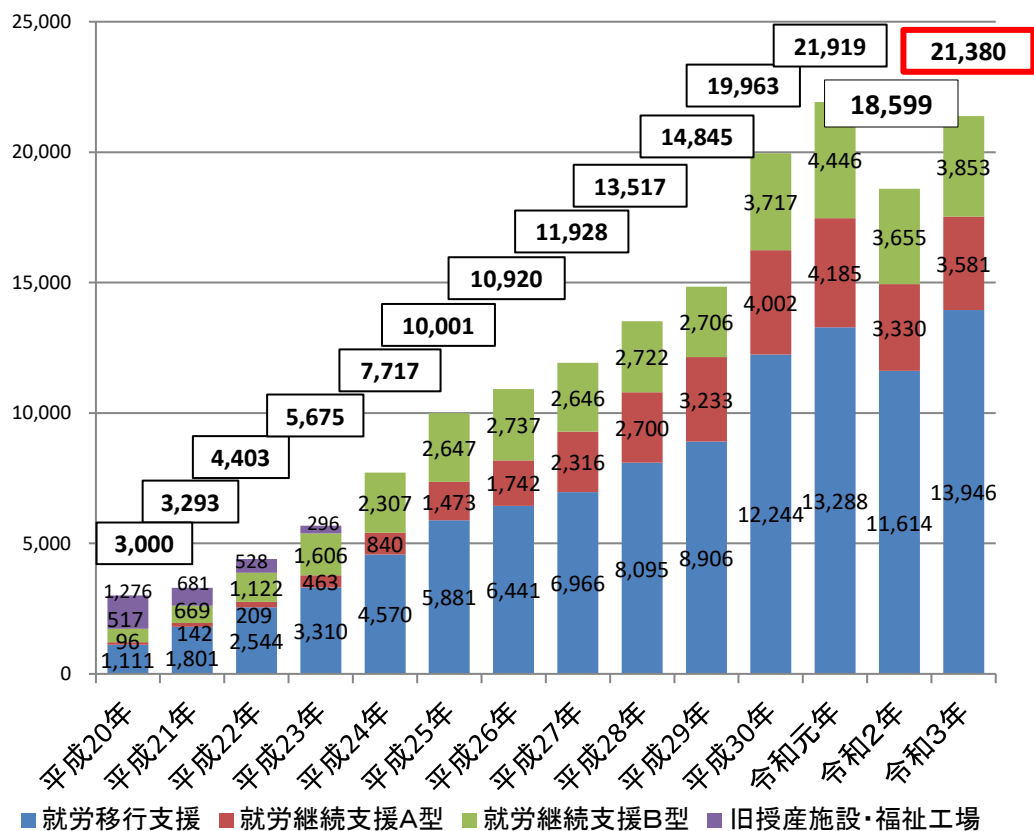
就職 **6,390人/年**

一般就労への移行者数・移行率の推移(事業種別)

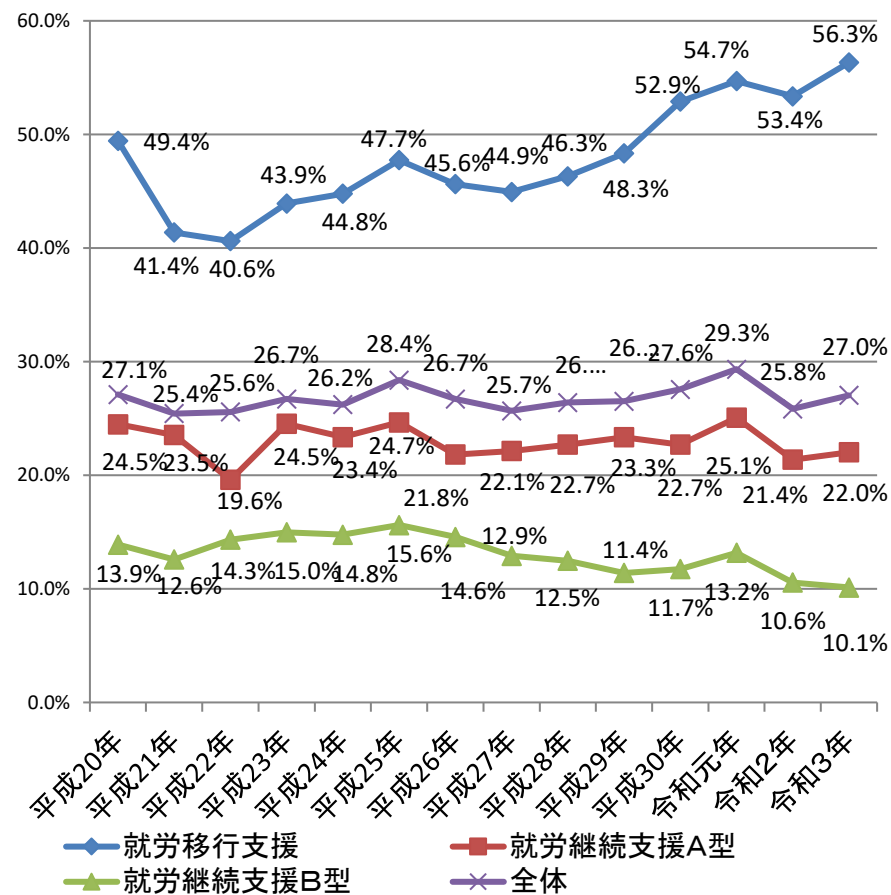
○ 就労系障害福祉サービスから一般就労への移行者数は、令和3年においては前年比約15%増となり、約2.1万人であった。

○ 就労系障害福祉サービスの利用終了者の一般就労移行者数は、増加傾向にある。

＜一般就労への移行者数の推移＞



＜サービス利用終了者に占める一般就労への移行者割合の推移＞



【出典】社会福祉施設等調査(各年の移行者数は、当該年の10月1日時点における前年1年間の実績)

障害者総合支援法における就労系障害福祉サービス

	就労移行支援事業 (規則第6条の9)	就労継続支援A型事業 (規則第6条の10第1項)	就労継続支援B型事業 (規則第6条の10第2項)	就労定着支援事業 (規則第6条の10の4)
事業概要	<p>通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる者に対して、①生産活動、職場体験等の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、②求職活動に関する支援、③その適性に応じた職場の開拓、④就職後における職場への定着のために必要な相談等の支援を行う。</p> <p>(標準利用期間：2年)</p> <p>※ 必要性が認められた場合に限り、最大1年間の更新可能</p>	<p>通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が可能である者に対して、雇用契約の締結等による就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等の支援を行う。</p> <p>(利用期間：制限なし)</p>	<p>通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が困難である者に対して、就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。</p> <p>(利用期間：制限なし)</p>	<p>就労移行支援、就労継続支援、生活介護、自立訓練の利用を経て、通常の事業所に新たに雇用され、就労移行支援等の職場定着の義務・努力義務である6月を経過した者に対して、就労の継続を図るために、障害者を雇用した事業所、障害福祉サービス事業者、医療機関等との連絡調整、障害者が雇用されることに伴い生じる日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談、指導及び助言その他の必要な支援を行う。</p> <p>(利用期間：3年)</p>
対象者	<p>① 企業等への就労を希望する者</p> <p>② 通常の事業所に雇用されている障害者であって主務省令で定める事由により当該事業所での就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者 (R4障害者総合支援法改正法により新設)</p> <p>※平成30年4月から、65歳以上の者も要件を満たせば利用可能。</p>	<p>① 移行支援事業を利用したが、企業等の雇用に結びつかなかった者</p> <p>② 特別支援学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に結びつかなかった者</p> <p>③ 就労経験のある者で、現に雇用関係の状態にない者</p> <p>④ 通常の事業所に雇用されている障害者であって主務省令で定める事由により当該事業所での就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者 (R4障害者総合支援法改正法により新設)</p> <p>※平成30年4月から、65歳以上の者も要件を満たせば利用可能。</p>	<p>① 就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者</p> <p>② 50歳に達している者又は障害基礎年金1級受給者</p> <p>③ ①及び②に該当しない者で、就労移行支援事業者等によるアセスメントにより、就労面に係る課題等の把握が行われている者</p> <p>④ 通常の事業所に雇用されている障害者であって主務省令で定める事由により当該事業所での就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者 (R4障害者総合支援法改正法により新設)</p>	<p>① 就労移行支援、就労継続支援、生活介護、自立訓練の利用を経て一般就労へ移行した障害者で、就労に伴う環境変化により日常生活又は社会生活上の課題が生じている者であって、一般就労後6月を経過した者</p>
事業所数	2,934事業所 (国保連データ令和5年4月)	4,415事業所 (国保連データ令和5年4月)	16,295事業所 (国保連データ令和5年4月)	1,538事業所 (国保連データ令和5年4月)
利用者数	35,315人 (国保連データ令和5年4月)	85,421人 (国保連データ令和5年4月)	333,690人 (国保連データ令和5年4月)	15,332人 (国保連データ令和5年4月)

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第104号）の概要

（令和4年12月10日成立、同月16日公布）

改正の趣旨

障害者等の地域生活や就労の支援の強化等により、障害者等の希望する生活を実現するため、①障害者等の地域生活の支援体制の充実、②障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進、③精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備、④難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化、⑤障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベースに関する規定の整備等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 障害者等の地域生活の支援体制の充実【障害者総合支援法、精神保健福祉法】

- ① 共同生活援助（グループホーム）の支援内容として、一人暮らし等を希望する者に対する支援や退居後の相談等が含まれることを、法律上明確化する。
- ② 障害者が安心して地域生活を送れるよう、地域の相談支援の中核的役割を担う基幹相談支援センター及び緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を市町村の努力義務とする。
- ③ 都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する。

2. 障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進【障害者総合支援法、障害者雇用促進法】

- ① **就労アセスメント（就労系サービスの利用意向がある障害者との協同による、就労ニーズの把握や能力・適性の評価及び就労開始後の配慮事項等の整理）の手法を活用した「就労選択支援」を創設**するとともに、ハローワークはこの支援を受けた者に対して、そのアセスメント結果を参考に職業指導等を実施する。
- ② 雇用義務の対象外である週所定労働時間10時間以上20時間未満の重度身体障害者、重度知的障害者及び精神障害者に対し、就労機会の拡大のため、実雇用率において算定できるようにする。
- ③ 障害者の雇用者数で評価する障害者雇用調整金等における支給方法を見直し、企業が実施する職場定着等の取組に対する助成措置を強化する。

3. 精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備【精神保健福祉法】

- ① 家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を提供できるようにするほか、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行う。
- ② 市町村長同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望のもと、入院者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行う「入院者訪問支援事業」を創設する。また、医療保護入院者等に対して行う告知の内容に、入院措置を採る理由を追加する。
- ③ 虐待防止のための取組を推進するため、精神科病院において、従事者等への研修、普及啓発等を行うこととする。また、従事者による虐待を発見した場合に都道府県等に通報する仕組みを整備する。

4. 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化【難病法、児童福祉法】

- ① 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する医療費助成について、助成開始の時期を申請日から重症化したと診断された日に前倒しする。
- ② 各種療養生活支援の円滑な利用及びデータ登録の促進を図るため、「登録者証」の発行を行うほか、難病相談支援センターと福祉・就労に関する支援を行う者の連携を推進するなど、難病患者の療養生活支援や小児慢性特定疾病児童等自立支援事業を強化する。

5. 障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベース（DB）に関する規定の整備【障害者総合支援法、児童福祉法、難病法】

障害DB、難病DB及び小慢DBについて、障害福祉サービス等や難病患者等の療養生活の質の向上に資するため、第三者提供の仕組み等の規定を整備する。

6. その他【障害者総合支援法、児童福祉法】

- ① 市町村障害福祉計画に整合した障害福祉サービス事業者の指定を行うため、都道府県知事が行う事業者指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを創設する。
- ② 地方分権提案への対応として居住地特例対象施設に介護保険施設を追加する。

このほか、障害者総合支援法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法附則第18条第2項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、2①及び5の一部は公布後3年以内の政令で定める日、3②の一部、5の一部及び6②は令和5年4月1日、4①及び②の一部は令和5年10月1日）

概要

障害者本人が就労先・働き方についてより良い選択ができるよう、就労アセスメントの手法を活用して、本人の希望、就労能力や適性等に合った選択を支援する新たなサービス（就労選択支援）※を創設する。

※ 障害者部会報告書（令和4年6月）を踏まえ、サービスの利用期間は、概ね2週間（最大でも2か月）程度とする

法の条文

第五条（略）

※ 第13項を新設

13 この法律において「就労選択支援」とは、就労を希望する障害者又は就労の継続を希望する障害者であつて、就労移行支援若しくは就労継続支援を受けること又は通常の事業所に雇用されることについて、当該者による適切な選択のための支援を必要とするものとして①**主務省令で定める者**につき、短期間の生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、就労に関する適性、知識及び能力の評価並びに就労に関する意向及び就労するために必要な配慮その他の②**主務省令で定める事項**の整理を行い、又はこれに併せて、当該評価及び当該整理の結果に基づき、適切な支援の提供のために必要な障害福祉サービス事業を行う者等との連絡調整その他の③**主務省令で定める便宜**を供与することをいう。

※ 施行期日は、公布の日から起算して三年を超えない範囲内において**政令で定める日**

施行期日（案）

令和7年10月1日

省令の具体的内容（案）①

就労移行支援又は就労継続支援を利用する意向を有する者及び現に就労移行支援又は就労継続支援を利用している者

省令の具体的内容（案）②

①本人と協同して確認した就労選択支援を利用する障害者の

- ・ 障害の種類及び程度
- ・ 就労に関する意向
- ・ 就労に関する経験
- ・ 就労するために必要な配慮及び支援
- ・ 就労するための適切な作業の環境

②その他適切な選択のために必要な事項

省令の具体的内容（案）③

- ・ 障害福祉サービス事業を行う者、特定相談支援事業を行う者、公共職業安定所、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、教育機関、医療機関その他の関係者との適切な支援の提供のために必要な連絡調整
- ・ 地域における障害者の就労に係る社会資源、障害者の雇用に関する事例等に関する情報の提供及び助言
- ・ その他の必要な支援

※ 支給決定期間は1か月又は2か月で市町村が定める期間とする

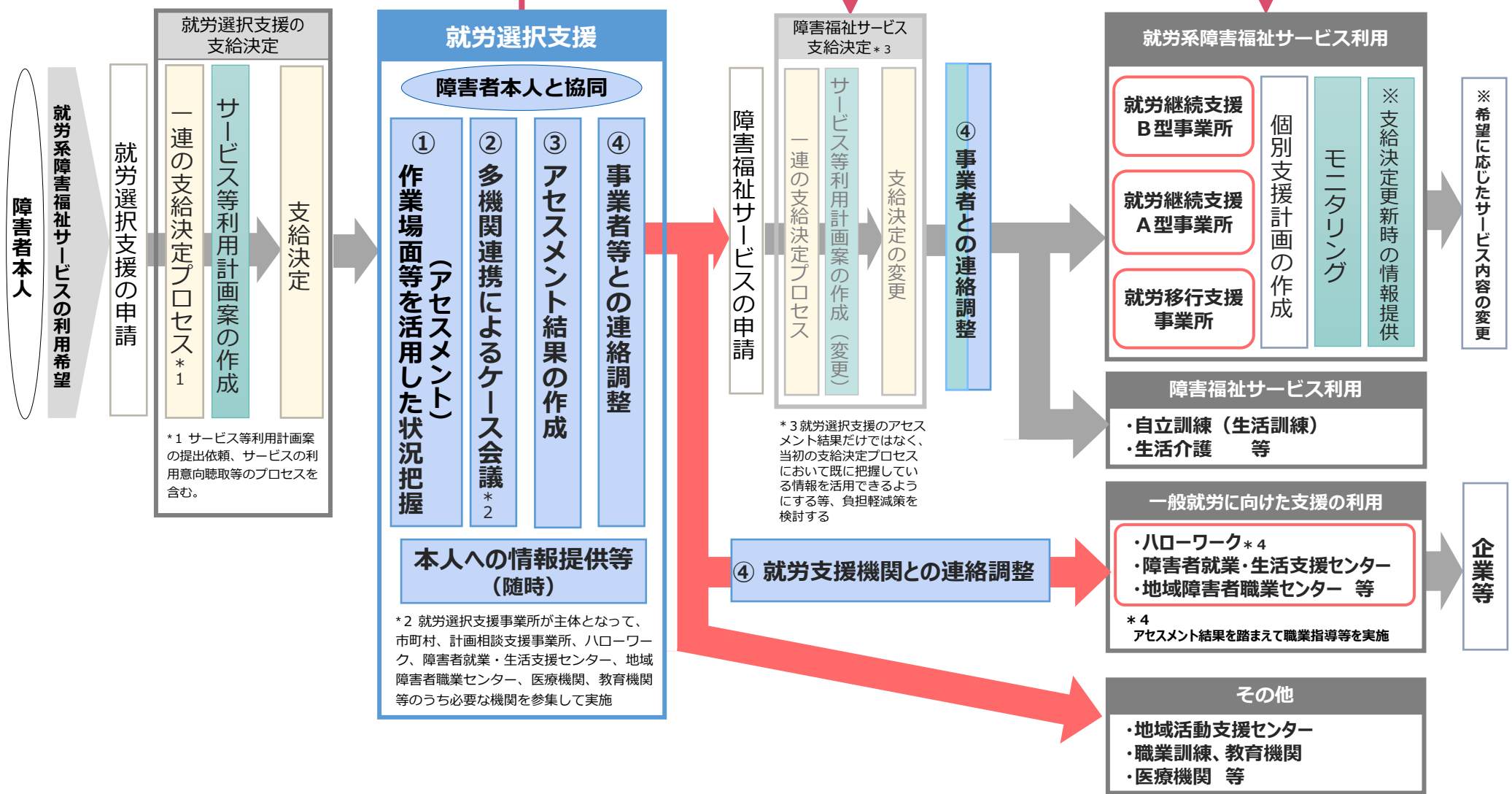
※ 市町村は、支給要否の決定に当たり、当該申請に係る障害者が就労選択支援を利用している場合には、その評価及び整理の結果について、勘案する。

※ 就労継続支援B型を利用する意向を有する者は、令和7年10月以降、利用申請前に、原則として、就労選択支援を利用することとする。ただし、同様のアセスメントが実施されて100いる場合や本人の事情（障害特性や病状など）等により就労選択支援の利用に困難を伴う場合を考慮する。

就労選択支援の基本プロセスについて

(参考資料①)

本人と協同して作成したアセスメント結果を支給決定等において勘案



各プロセスの実施主体

- 市町村**
* 支給決定を担う
- 計画相談支援事業所**
* 利用者のためのケアマネジメント全体を担う
- 就労選択支援事業所**
* アセスメント結果及び地域の企業等に関する情報提供を通じて、障害者本人の選択を支援する役割を担う

就労選択支援における各機関の役割

(参考資料②)

就労選択支援事業所

- 必要な情報提供等
- 作業場面等を活用した状況把握（アセスメント）
- 多機関連携によるケース会議の開催
- アセスメント結果の作成



多機関連携による ケース会議

- 就労選択支援事業所以外の地域の関係機関とアセスメント結果を共有し、その後の適切な支援につなげていくための会議
- 複数の機関が関わることで、アセスメントの質と中立性の担保を図る
- ケース会議を通じて、本人や家族にアセスメント結果を共有することで、自己理解を促進するとともに、的確に本人の選択を支援する



ケース会議への参加
情報連携

地域若者サポート
ステーション

発達障害者支援
センター

医療機関・教育機関

その他の行政機関
その他の関係機関

地域障害者職業センター

- 職業リハビリテーション計画を策定するための職業評価の実施（より専門的なアセスメント）

ハローワーク

- 新たなサービスでのアセスメント結果を踏まえて職業指導等を実施
- 職場実習、職業紹介、職業訓練のあっせん等の支援の実施
- 就職後のモニタリング

障害者就業・生活支援センター

- 就業に関する相談支援、就職に向けた準備支援、職場定着に向けた支援
- 就業に伴う日常生活・地域生活に関する助言
- 関係機関との連絡調整

⑦事業者等との連絡調整

就労を希望する障害者 (就労継続支援事業等の利用希望者等)

(就労継続支援事業等の利用希望者等)

⑥サービスの提供

⑤サービス利用

①・⑧相談・申請

②・⑨サービス等利用計画書の提出依頼

④・⑪支給決定

③・⑩サービス等利用計画書の作成

⑫サービス利用

⑧'その他の進路相談

⑧'一般就労に
向けた相談等

⑨'就職

市町村

- 心身の状況等に関する調査
- サービスの利用意向聴取
- 計画書の受領後、支給決定

計画相談支援事業所

- サービス等利用計画書の作成
- 支給決定後、計画の作成、定期的に利用状況のモニタリング

企業等

就労移行支援事業所
就労継続支援事業所 (A型・B型)

その他の進路

【注】図中の①～④は、就労選択支援の支給決定に係る手続、⑧～⑪は、就労系障害福祉サービスの支給決定に係る手続

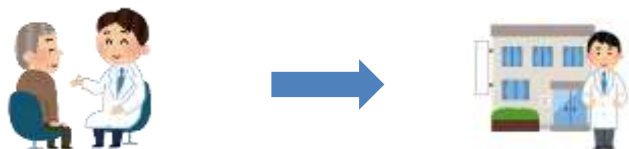
診療情報提供料（Ⅰ）概要

中医協 総-8
5. 6. 21

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価。

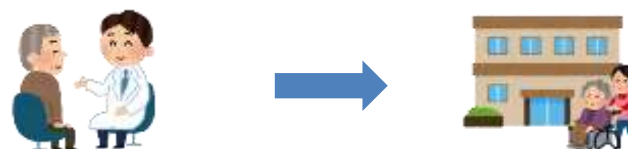
① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



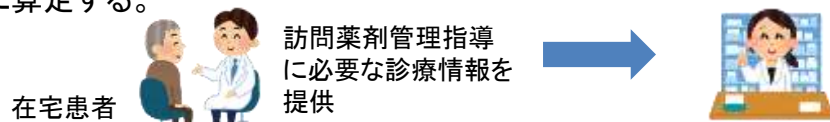
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



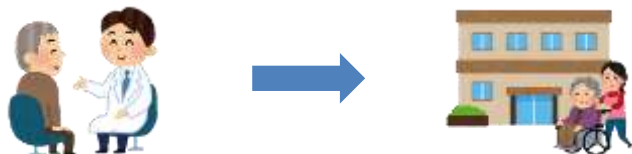
④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



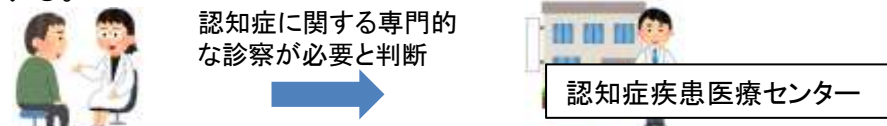
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



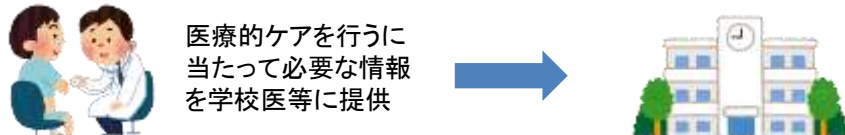
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



診療情報提供料（Ⅰ） 250点
(患者1人につき月1回に限り)

診療情報提供料（Ⅰ） 精神障害者施設等に提供する場合

B009 診療情報提供料（Ⅰ） 250点（月1回）

【算定告示】

4 保険医療機関が、精神障害者である患者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）に入所若しくは通所しているもの又は介護老人保健施設に入所しているものの同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の**社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合**に、患者1人につき月1回に限り算定する。

【留意事項通知】

(14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア グループホーム（障害者総合支援法第5条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）

イ 障害者支援施設（障害者総合支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第7項に規定する生活介護を行うものを除く。）

ウ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の7第2号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所

エ 障害者総合支援法第5条第13項に規定する**就労移行支援**を行う事業所

オ 障害者総合支援法第5条第14項に規定する**就労継続支援**を行う事業所

カ 障害者総合支援法第5条第28項に規定する福祉ホーム



社会復帰の促進に
必要な情報を提供



グループホーム、就労
支援を行う事務所等

就労支援に係る医療と福祉の連携の推進

障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて

～社会保障審議会 障害者部会 報告書～（令和4年6月13日）

Ⅱ 基本的な考え方

(3) 医療と福祉の連携の推進

- 障害児・者の地域生活と健康を支えていくためには、本人の希望に応じた暮らしを 実現する観点から、福祉と医療の両面からの支援・マネジメントが重要である。障害者の高齢化や障害の重度化、医療的ケア児や医療的ケアが必要な障害者、精神障害者、難病患者などへの支援の必要性を踏まえ、多様な障害特性にも配慮しつつ、保健・医療、福祉及びその他の施策の連携を推進することが必要である。
- このため、**障害福祉サービスの利用や計画相談支援をはじめとする相談支援など、地域生活や就労等の様々な場面において医療と連携した支援が適切な形で行われることが重要**であり、医療と福祉双方の従事者の相互理解の促進に基づく有機的な多職種の連携の在り方について、引き続き検討が必要である。

(4) 精神障害者の地域生活に向けた包括的な支援

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築をさらに推進する必要がある。
- **精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々々の病状が障害の程度に大きく影響することから、医療機関と福祉サービスとの連携を十分に確保しながら、住まい、就労等に関する支援を含め、病状の変化に応じた多様なサービスを地域で切れ目なく受けられるようにし、「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、相互に助け合えるようにすることが求められている。**
- こうした取組は、地域共生社会の実現に向けても欠かせないものである。

Ⅲ 各論点について

3. 障害者の就労支援について

(2) 今後の取組

(就労を希望する障害者への就労アセスメントの手法を活用した支援の制度化)

- 具体的には、就労アセスメントの手法を活用して整理した情報に係る書面の作成・提供、関係機関（ハローワーク等の雇用支援機関、計画相談支援事業所、教育や**医療などの関係機関**等）との意見交換等を行うことにより、障害者本人が一般就労や就労系障害福祉サービス事業所などを自ら選択することや、就労開始後の配慮事項の整理等を通じて本人の能力や適性、地域社会や地域の事業所の状況に合った選択ができることを目指して、必要な支援を行う新たなサービス（就労選択支援（仮称））を創設すべきである。

精神障害者に対する医療機関と就労支援機関の連携

○ 精神障害者に対する医療機関と就労支援機関の連携の重要性や役割が以下のとおり示されている。

○ 精神障害者は、多くの場合、就労支援機関(以下「支援機関」)が実施する支援の前後を通じて精神科医療機関(以下「医療機関」)を利用このため、支援機関は、医療機関が行う継続的な治療と無関係に支援を行うより、医療機関と情報交換しながら支援することが望まれる。

相澤欽一、職業リハビリテーション(0915-0870)31巻2号 Page26-29(2018.03)

○ 多職種が医療と地域の枠をこえ患者に多面的に関わることで、患者の悩みや課題が整理され、目標が明確化するため、個々の患者に合う就労支援の提供が可能になる。主治医は、就労支援員や職場と連携を図る際には、医学的な情報を具体的に分かりやすく伝える工夫が必要である。

藤川真由、日本臨床(0047-1852)76巻6号 Page1033-1038(2018.06)

○ 医療機関の役割として、「機能評価(障害特性の的確な分析)・障害受容の促進・代償手段の獲得」、「障害特性と生活上の問題点との関連を医療機関において正確に評価し本人や家族・職場へフィードバックすること」(略)が必要とされている

池田絵美他 職業リハビリテーション(0915-0870)30巻2号 Page38-46(2017.03)

精神医療についての課題①

(精神病棟における入院医療について)

- 地域のかかりつけ精神科医機能を有する医療機関において、提供すべき医療機能等が取りまとめられている。
- 精神障害者の地域移行及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進の観点から、多職種による包括的支援を中心とした、回復期の入院患者に対する医療等を含めた医療提供体制の評価が重要とされている。
- 入院期間が3か月以上1年未満の回復期入院患者数は増加することが推計されている。
- 精神病棟における入院料は、平均在院日数又は算定期間に上限のある急性期の入院料と、それらの定めのない慢性期の入院料に大別される。
- 精神病床への入院期間が1年以上の患者について、転院や死亡退院の割合が高い。
- 入院期間が3か月を超える理由として、精神疾患の治療に時間を要する場合や、転院先、入所先又は居住先が見つからない場合が多い。
- 急性期を担う入院料について、入院日から起算して3か月が算定の上限とされているところ、3か月を超えた場合は、精神病棟15対1入院基本料や精神療養病棟入院料を算定する病棟へ転棟している。
- 精神病床において、入院後1年以内に退院する患者であっても、退院後1年以内に約3割が再入院している。
- 回復期の患者に対しては、多職種による心理・社会的治療と包括的なマネジメントの必要性が増えることが示されている。
- 入院医療から地域生活への移行の推進にあたっては、多職種の配置による質の高い医療を提供することの必要性が繰り返し指摘されているところ、精神病棟入院基本料を届け出ている病棟に多職種を配置することで、平均在院日数が短縮し、在宅復帰率が上昇する傾向がみられた。
- 入院日数の短縮及び長期入院患者の地域移行を実践している病院においては、地域生活を支援するための取組が共通して実施されている。
- 精神病棟において、看護職員等に加えて、多職種を配置している実態や、多職種による包括的ケアを実践することで、実際に平均在院日数の短縮や地域平均生活日数の増加を実現している事例がある。
- 精神病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床の数は増加傾向である。

精神医療についての課題②

(精神科在宅医療について)

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における医療機関の役割として、入院外医療の提供が求められている。
- 精神疾患を有する患者について、精神症状が不安定等の理由によって通院が困難な場合、往診、訪問診療等が行われている。
- 精神科の外来通院患者に対しては、地域生活を支援するに当たって包括的支援マネジメントを実施した場合の評価が設けられている。一方で、在宅医療の患者については、包括的支援マネジメント導入基準に該当する患者が含まれる一方、支援を実施した場合の評価は設けられていない。
- 在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、令和4年度診療報酬改定において、精神科在宅患者支援管理料について、対象患者の追加が行われた。しかしながら、精神科在宅患者支援管理料1及び2のイについては、令和4年6月審査分において算定がなく、また、精神科在宅患者支援管理料の届出を行わない理由として、「対象となる患者がいらないため」等が挙げられている。
- 在宅医療の提供によって、提供前と比較して、平均入院回数や平均入院期間が減少する傾向がみられた。また、多職種による訪問支援も含めた包括的支援マネジメントが多く提供された患者を分析した結果、包括的支援マネジメント導入基準の点数が一定以上の患者において、支援の回数及び時間が有意に多かった。

精神医療についての課題③

(精神科外来医療について)

- 精神疾患を有する外来患者数は増加傾向であり、また、精神科を主たる診療科とする診療所の数についても、大都市圏を中心に増加傾向にある。
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における医療機関の役割として、夜間・休日診療の提供や、在宅医療の提供、政策医療への協力、精神科救急医療体制整備事業への参画等が求められている。
- 時間外診療を行っている診療所や、精神科救急医療体制整備事業に参画している診療所の数は限られている。
- 精神保健指定医の公務員としての職務の一つである精神医療審査会について、書類審査件数等は増加傾向にある。
- 精神科診療所において、初診待機が生じている地域があり、児童・思春期等の一定の専門性が求められる場合には、さらに待機時間が長期化している実態もある。一方で、精神科診療所の中には、初診料の算定回数が少ない医療機関が存在する。
- 様々な精神疾患が思春期や成年早期に発症することが知られており、早期発見・早期介入が重要とされている。また、各国の精神保健サービスや外来医療等においても、早期介入の取組が位置づけられている。

(心的外傷等に対する心理支援について)

- 犯罪被害者やその御家族、御遺族に対して、警察部外の精神科医療機関等での診療及びカウンセリングに係る公費負担制度があり、精神科医療機関以外の場所でも実施可能とされているところ、多くの都道府県警察において、公費負担カウンセリングを受けた犯罪被害者等について、精神科医療機関を受診した者がいると回答している。また、犯罪被害者等のための制度の拡充として、犯罪被害者等に対する質の担保された治療としてのカウンセリングの保険適用の改善について指摘がされている。
- トラウマ体験があり、PTSD症状が認められる成人に対しては、PTSDの診断に至らない場合であっても、PTSD症状の程度等に応じて、段階的な介入や、複数の介入方法を組み合わせた協働的介入(段階的／協働ケアモデル)が推奨されている。段階的／協働ケアモデルに基づく介入においては、状態に応じて、心理教育、認知行動療法的アプローチ、動機付け面接等、心理に関する専門的技法を用いた心理支援が行われる。
- 公認心理師が医療機関において、ストレス関連症の患者に対して、基本的なカウンセリングスキルを活用しつつ、必要に応じて心理教育や、心理療法の理論や技法等に基づいたアプローチを実践している実態がある。

精神医療についての課題④

(不適切な養育に係る体制について)

- 児童相談所における虐待相談対応件数は年々上昇傾向にある。
- 令和4年度診療報酬改定において、小児入院医療管理料を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる小児患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設した。
- 児童・思春期精神科入院医療管理料を届け出る病棟において、虐待対策チームを設置し、不適切な養育を受けていることが明らかとなった児等に介入している医療機関がある。

(精神障害者に対する就労支援について)

- 就労系障害福祉サービスの利用終了者の一般就労移行者数は、増加傾向にある。
- 令和4年12月に成立した改正障害者総合支援法において、障害者本人が就労先・働き方についてより良い選択ができるよう、就労アセスメントの手法を活用して、本人の希望、就労能力や適性等に合った選択を支援する新たなサービス(就労選択支援)を創設することとされている。
- 精神障害者施設等に提供する場合の診療情報提供料(Ⅰ)の情報提供先には、就労移行支援・就労継続支援事業所が含まれている。
- 障害福祉サービスの利用や計画相談支援をはじめとする相談支援など、地域生活や就労等の様々な場面において医療と連携した支援が適切な形で行われることが重要である。
- 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々々の病状が障害の程に大きく影響することから、医療機関と福祉サービスとの連携を十分に確保することが求められている。
- 精神障害者に対する医療機関と就労支援機関の連携の重要性や役割が示されている。

精神医療についての論点

(精神病棟における入院医療について)

- 精神病床において、今後、病状の不安定さや生活機能の低下によって退院が困難となりやすい傾向にある回復期の患者数の増加が見込まれ、疾病と障害が併存する精神疾患の特性に鑑みた治療や支援を充実させることにより、新たな長期入院に至らず退院につなげることが重要とされているところ、多職種の利用による治療や支援の拡充に加えて、退院後の地域生活を見据えた在宅医療や障害福祉サービスとの連携等を包括的に行うことにより、地域移行を積極的に進める取組が進んでいる実態等を踏まえ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する入院医療のあり方についてどのように考えるか。

(精神科在宅医療について)

- 精神科の通院患者に対して、包括的支援マネジメントを実施した場合について、療養生活継続支援加算等の評価が設けられている一方で、在宅医療の患者は対象とされていないところ、精神科の在宅医療の対象患者について、精神症状の増悪や社会機能の低下により通院が困難な者であって、包括的支援マネジメント導入基準に該当する者も含まれている実態を踏まえ、在宅医療の患者に対して包括的支援マネジメントを実施した場合についても、評価の対象とすることとしてはどうか。
- 精神疾患の病状悪化等により通院が困難な場合であっても、可能な限り入院によらず地域で生活できるよう、精神科在宅医療が推進されるとともに、回復期患者の退院支援や地域生活支援においても、在宅医療を活用することが重要とされている一方で、精神科在宅患者支援管理料について、対象患者が限定的であり算定できないといった指摘があるところ、多職種チームが、入退院を繰り返す患者に対して、包括的な訪問診療を行うことで、入院期間の短縮や入院回数の減少等が可能とされていること等を踏まえ、対象患者の要件の見直しについて、どのように考えるか。

精神医療についての論点

(精神科外来医療について)

- 診療所数は増加している一方で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進に向けて求められている時間外診療や在宅医療の提供、政策医療への協力、精神科救急医療への参画等を行っている医療機関数は少なく、また、短時間の通院精神療法の提供割合が大きい医療機関が多数を占める現状を踏まえ、通院・在宅精神療法等の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 精神疾患について、未治療期間を短縮し、早期発見・早期介入を行う重要性が明らかにされている中で、精神科の診療所について、初診待機が生じていることを踏まえ、診療早期に手厚い支援を行う外来医療機関の体制について、評価することとしてはどうか。

(心的外傷等に対する心理支援について)

- 犯罪被害等のトラウマ体験後にPTSD症状を有する患者等に対して、心理面接や心理に関する専門的技法を用いた介入が推奨されていることを踏まえ、医療機関において、トラウマ体験後のPTSD症状を有する患者等に対して、精神科の医師の指示のもと、公認心理師が行う心理支援について評価を設けることとしてはどうか。

(不適切な養育に係る体制について)

- 児童思春期精神科の入院医療を実施する病棟において、虐待対策等に係る院内の協力体制等を整備した上で、多職種による虐待対策チームが、不適切な養育等が疑われる児童に対して、適切な支援を実施した場合の評価のあり方について、どのように考えるか。

(精神障害者に対する就労支援について)

- 精神障害の特性から医療機関と福祉サービスとの連携を十分に確保することが求められていることを踏まえ、診療情報提供料(Ⅰ)の情報提供先として就労選択支援事業所を追加することについてどのように考えるか。

個別事項(その19)

技術的事項

1. 遺伝学的検査について

2. 人工腎臓について

3. 医療機関間連携病理診断について

4. がんゲノムプロファイリング検査について

5. プログラム医療機器の使用に関する指導管理について

遺伝学的検査に係るこれまでの経緯

- 遺伝学的検査は、平成18年度診療報酬改定において、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び福山型筋ジストロフィーを対象に保険適用され、以降、対象疾患が拡充されてきた。
- 現行の診療報酬においては、201疾患が対象となっている。

年度	診療報酬上の評価及び対象疾患
平成18年度	D006-4 進行性筋ジストロフィー遺伝子検査 2,000点 デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー、福山型筋ジストロフィー
平成20年度	D006-4 遺伝病的検査 2,000点 【追加】栄養障害型表皮水疱症、家族性アミロイドーシス、先天性QT延長症候群、脊髄性筋萎縮症、中枢神経白質形成異常症、ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病、ポンペ病
平成22年度	D006-4 遺伝学的検査 4,000点 【追加】ハンチントン舞踏病、球脊髄性筋萎縮症
平成24年度	D006-4 遺伝学的検査 4,000点 【追加】フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症(1型)、アルギノコハク酸血症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、イソ吉草酸血症、メチルクロニルグリシン血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、MTP(LCHAD)欠損症、CPT1欠損症、筋強直性ジストロフィー、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症、色素性乾皮症、先天性難聴21疾患
平成26年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点 【追加】なし
平成28年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点 【追加】神経有棘赤血球症など42疾患
平成30年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点/5,000点/8,000点(評価を細分化) 【追加】遺伝性自己炎症疾患、先天異常症候群、エプスタイン症候群
令和2年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点/5,000点/8,000点 【追加】副腎皮質刺激ホルモン不応症など73疾患
令和4年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点/5,000点/8,000点 【追加】筋萎縮性側索硬化症など53疾患

- 関係学会によるガイドラインにおいては、遺伝学的検査の実施に当たって、①分析的妥当性、②臨床的妥当性、③臨床的有用性の3点の確認が必要とされている。

< 「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」 (日本医学会、2011年2月) >

遺伝学的検査は、その分析的妥当性、臨床的妥当性、臨床的有用性などを確認した上で、臨床的および遺伝学的に有用と考えられる場合に実施する。

① 分析的妥当性

検査法が確立しており、再現性の高い結果が得られるなど精度管理が適切に行われていることを意味しており、変異があるときの陽性率、変異がないときの陰性率、品質管理プログラムの有無、確認検査の方法などの情報に基づいて評価される。

② 臨床的妥当性

検査結果の意味づけが十分になされていることを意味しており、感度(疾患があるときの陽性率)、特異度(疾患がないときの陰性率)、疾患の罹患率、陽性的中率、陰性的中率、遺伝型と表現型の関係などの情報に基づいて評価される。

③ 臨床的有用性

検査の対象となっている疾患の診断がつけられることにより、今後の見通しについての情報が得られたり、適切な予防法や治療法にむすびつけることができるなど臨床上のメリットがあることを意味しており、検査結果が被件者に与える影響や効果的な対応方法の有無などの情報に基づいて評価される。

指定難病の場合の考え方

- 第三者による施設認証や、標準化された手順の遵守等による分析的妥当性の確認が必要
- 厚生労働科学研究班による調査研究を踏まえ、厚生科学審議会疾病対策部会で決定された客観的な診断基準において、当該疾患の診断のために必須の検査として位置づけられており、臨床的妥当性は確認されている
- 厚生労働大臣が指定する指定難病の診断が可能であり、臨床的有用性は確認されている

難病患者に対する適切な医療の評価①

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価①

- 診断基準において、遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。
- 診断基準において、臨床症状、他の検査等で診断がつかない場合に遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、臨床症状、他の検査等では診断できない場合に限り、遺伝学的検査の対象とする。

現行

【遺伝学的検査】

- | | |
|---------------|--------|
| 1 処理が容易なもの | 3,800点 |
| 2 処理が複雑なもの | 5,000点 |
| 3 処理が極めて複雑なもの | 8,000点 |

[対象疾患]

エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
ライソゾーム病など41疾患



改定後

【遺伝学的検査】

- | | |
|---------------|--------|
| 1 処理が容易なもの | 3,800点 |
| 2 処理が複雑なもの | 5,000点 |
| 3 処理が極めて複雑なもの | 8,000点 |

[対象疾患]

エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
副腎皮質刺激ホルモン不応症など7疾患を追加

オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)など65疾患

難病患者に対する適切な医療の評価②

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価②

[対象疾患]

	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易なもの	ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)及び脆弱X症候群	TNF受容体関連関連周期性症候群、中條-西村症候群、家族性地中海熱
2 処理が複雑なもの	プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスモンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、 副腎皮質刺激ホルモン不応症、DYT1ジストニア、DYT6ジストニア/PTD、DYT8ジストニア/PNKD1、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1	ソトス症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケト-シス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアブテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コストロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンD依存性くる病/骨軟化症、ネイルパテラ症候群(爪膝蓋症候群)/LMX1B 関連腎症、グルコーストランスポーター1欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病(糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型)、筋型糖原病(糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型)、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症
3 処理が極めて複雑なもの	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ピクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群(血管型)、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群	ドラベ症候群、コフィン・シリ ス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンconi貧血、遺伝性鉄芽球形貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

- 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病であって、分析的妥当性が関係学会等により確認されたものについて、遺伝学的検査の対象疾患に追加する（53疾患）。

	エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易なもの (3,880点)	ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）、脆弱X症候群	TNF受容体関連周期性症候群、中條-西村症候群、家族性地中海熱、 ベスレムミオパチー 、 過剰自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー 、 非ジストロフィー性ミオトニー症候群 、 遺伝性周期性四肢麻痺 、 禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症 、 結節性硬化症 、 肥厚性皮膚骨膜炎
2 処理が複雑なもの (5,000点)	プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群（中略）、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1、 根性点状軟骨異形成症1型 、 家族性部分性脂肪萎縮症	ソトス症候群、CPT2欠損症（中略）、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、 筋萎縮性側索硬化症 、 家族性特発性基底核石灰化症 、 縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー 、 シュワルツ・ヤンペル症候群 、 肥大型心筋症 、 家族性高コレステロール血症 、 先天性ミオパチー 、 皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症 、 神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症 、 先天性無痛無汗症 、 家族性良性慢性天疱瘡 、 那須・ハコラ病 、 カーニー複合 、 ペルオキシソーム形成異常症 、 ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症 、 プラスマローゲン合成酵素欠損症 、 アカタラセミア 、 原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型 、 レフサム病 、 先天性葉酸吸収不全症 、 異型ポルフィリン症 、 先天性骨髄性ポルフィリン症 、 急性間欠性ポルフィリン症 、 赤芽球性プロトポルフィリン症 、 X連鎖優性プロトポルフィリン症 、 遺伝性コプロポルフィリン症 、 晩発性皮膚ポルフィリン症 、 肝性骨髄性ポルフィリン症 、 原発性高カイロミクロン血症 、 無βリポタンパク血症 、 タナトフォリック骨異形成症 、 遺伝性睪炎 、 嚢胞性線維症 、 アッシャー症候群（タイプ1、タイプ2、タイプ3） 、 カナバン病 、 先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症 、 大理石骨病 、 脳クレアチン欠乏症候群 、 ネフロン癆 、 家族性低βリポタンパク血症1（ホモ接合体） 、 進行性家族性肝内胆汁うっ滞症
3 処理が極めて複雑なもの (8,000点)	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群（中略）、血管型エーラスダンロス症候群（血管型）、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群	ドラベ症候群、コフィン・シリズ症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、 ミトコンドリア病

遺伝学的検査の対象疾患と評価について①

○ 遺伝学的検査は、対象となる遺伝子疾患が疑われる場合であって、関係学会のガイドライン等を遵守して実施した場合に原則として患者1人につき1回に限り算定できることとしている。

【遺伝学的検査の対象疾患 その1】

	ア PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンプロット法による場合に算定できるもの	イ PCR法による場合に算定できるもの	ウ ア、イ、エ及びオ以外のもの
1 処理が容易なもの (3,880点)	デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー、家族性アミロイドーシス	球脊髄性筋萎縮症	筋強直性ジストロフィー、先天性難聴
2 処理が複雑なもの (5,000点)	福山型先天性筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症	ハンチントン病、網膜芽細胞腫、甲状腺髄様癌、多発性内分泌腫瘍症1型	フェニルケトン尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症(1型)、アルギノコハク酸血症、イソ吉草酸血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、CPT1欠損症、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症
3 処理が極めて複雑なもの (8,000点)	栄養障害型表皮水疱症、先天性QT延長症候群	—	メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、MTP(LCHAD)欠損症、色素性乾皮症、ロイスディーツ症候群、家族性大動脈瘤・解離

遺伝学的検査の対象疾患と評価について②

- 遺伝学的検査が診断に必須となっているエ、オに掲げる指定難病については、「遺伝学的検査の実施に関する指針」を遵守し検査を実施していることを施設基準としている。
- また、遺伝学的検査の評価については、解析領域の長さの違い等により、疾患ごとに検査に要する費用が異なることを踏まえ、3段階の評価体系としている。

【遺伝学的検査の対象疾患 その2】

	エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易なもの (3,880点)	ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンベ病を含む。)、脆弱X症候群	TNF受容体関連周期性症候群、中條一西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症、肥厚性皮膚骨膜炎
2 処理が複雑なもの (5,000点)	プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスマンド・トムソン症候群、ブラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マガニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマズエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、DYT1ジストニア、DYT6ジストニア/PTD、DYT8ジストニア/PNKD1、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS、バントネン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1、根性点状軟骨異形成症Ⅰ型、家族性部分性脂肪萎縮症	ソトス症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症Ⅱ型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフオード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀨川病、鰹耳腎症候群、ヤング・シンブロン症候群、先天性腎性尿管症、ビタミンD依存性くる病/骨軟化症、ネイルパテラ症候群(爪膝蓋症候群)/LMX1B関連腎症、グルコーストランスポーターⅠ欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病(糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型)、筋型糖原病(糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型)、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特異性基底核石灰化症、縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ボルフィリン症、先天性骨髄性ボルフィリン症、急性間欠性ボルフィリン症、赤芽球性プロトボルフィリン症、X連鎖優性プロトボルフィリン症、遺伝性コプロボルフィリン症、晩発性皮膚ボルフィリン症、肝性骨髄性ボルフィリン症、原発性高カロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膝炎、嚢胞性線維症、アッシュャー症候群(タイプ1、タイプ2、タイプ3)、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症Ⅰ(ホモ接合体)、進行性家族性肝内胆汁うっ滞症
3 処理が極めて複雑なもの (8,000点)	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ベリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ピクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群(血管型)、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群	ドラベ症候群、コフィン・シリシス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンconi貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジュール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、ミトコンドリア病

新たに指定難病として追加された疾患等について

- 診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっていない指定難病のうち、令和4年度診療報酬改定以降、新たに指定難病として追加された疾患や診断基準等が見直された疾患等であって、診断に遺伝学的検査の実施が必須のものが現時点の整理で6疾患存在する。
- また、診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっている指定難病のうち、令和4年度診療報酬改定以降、疾患概念の整理に伴う告示病名の変更及び診断基準の見直しがあった疾患が現時点の整理で1疾患存在する。

【遺伝学的検査の対象となっておらず、診断に検査の実施が必須となっている指定難病】

診断基準における 遺伝学的検査の位置づけ	疾患数	疾患
遺伝学的検査の実施が 必須となっているもの	1	遺伝性ジストニア(※)
臨床症状、他の検査等で 診断がつかない場合に、遺伝学的検査の 実施が必須となっているもの	5	神経線維腫症、アレキサンダー病、非特異性多発性小腸潰瘍症、線毛機能不全症候群(カルタゲナー症候群を含む。)、TRPV4異常症

(※)既に遺伝学的検査の対象となっている病型(DYT1ジストニア、DYT6ジストニア/PTD、DYT8ジストニア/PNKD1、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS)を除く

【遺伝学的検査の対象となっており、告示病名の変更等があった指定難病】

診断基準における 遺伝学的検査の位置づけ	疾患	
	変更前	変更後
遺伝学的検査の実施が 必須となっているもの	神経フェリチン症	脳内鉄沈着神経変性症

複数の疾患が疑われる場合の評価について

- 指定難病には、臨床症状が類似する疾患が多数存在しており、臨床症状や他の検査結果等では遺伝学的検査を行うべき疾患を絞り込めない場合がある。
- 現行の遺伝学的検査に係る診療報酬上の評価は、疾患ごとに規定されており、複数の疾患の遺伝子を検査する場合に見合った評価となっていない。

- X歳男児。乳児期より中等度の発達の遅れがあり、臨床経過や身体所見等から疾患Aが疑われ、遺伝学的検査(「処理が極めて複雑なもの」に該当)を実施したが、陰性であった。
- 疾患Aと類似の臨床症状を呈しうる疾患として、疾患B(「処理が極めて複雑なもの」に該当)、疾患C(「処理が複雑なもの」に該当)、疾患D(「処理が極めて複雑なもの」に該当)等があるが、臨床所見等からの絞り込みは困難であった。
- 難病研究事業において複数の難病に係る遺伝子検査を実施したところ、疾患D(「処理が極めて複雑なもの」に該当)の遺伝子変異が検出され診断が確定し、適切な医療管理が可能となった。



・診断目的に疾患Aに係る
遺伝学的検査を実施
→陰性



・同様の臨床症状を呈しうる疾患B、疾患C、疾患D等が
鑑別に挙がり、複数の難病に係る遺伝子検査の実施により
疾患Dと診断が確定

X歳男児
・乳児期より発達の遅れあり
・身体所見から、臨床的に疾患Aが疑われた



陰性



陰性

陰性

陽性

※ 健康・生活衛生局難病対策課作成

臨床症状が類似する疾患群について

- 遺伝学的検査が必須となっている指定難病のうち、臨床症状が類似する疾患群については、その診断プロセスに係る留意点等も含め、関係学会によりとりまとめに向けた整理が進んでいる。

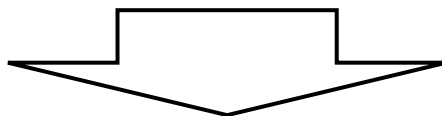
【臨床症状が類似する疾患の例】

主な臨床症状	疾患名	臨床的な特徴	原因遺伝子数
筋力低下 歩行障害	先天性筋無力症候群、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー、筋強直性ジストロフィー、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、先天性ミオパチー	筋緊張低下・筋力低下を契機として疑われることが多いが、ライフステージ毎に表現型が異なるなど臨床診断が困難な場合が多い。	98
成長障害 知的障害 特異顔貌	プラダー・ウィリ症候群、CFC 症候群、コストロ症候群、チャージ症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、ジュベール症候群関連疾患、モワット・ウィルソン症候群、ATR-X 症候群、アペール症候群、先天異常症候群、ファイファー症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、ヤング・シン普森症候群	特異顔貌が臨床診断の手がかりとなりうるが、多くの場合で臨床診断が困難。	58
知的障害 痙性麻痺 けいれん	先天性大脳白質形成不全症、カナバン病、進行性白質脳症	脳生検が困難であり、臨床診断が困難な場合が多い。	18
発熱 反復性感染	原発性免疫不全症候群、遺伝性自己炎症疾患	発熱・感染症様症状を共通の症状としつつも、原因遺伝子によらず多彩な症状を呈するため、臨床診断が困難な場合が多い。	329

遺伝学的検査についての課題と論点

(遺伝学的検査)

- 遺伝学的検査は、累次の診療報酬改定において対象疾患が拡充されてきており、現在201疾患が対象となっている。
- 診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっていない指定難病のうち、令和4年度診療報酬改定以降、新たに指定難病として追加された疾患や診断基準等が見直された疾患等であって、診断に遺伝学的検査の実施が必須のものが現時点で6疾患あった。
- また、診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっている指定難病のうち、令和4年度診療報酬改定以降、疾患概念の整理に伴い指定難病の告示病名が変更となった疾患が1疾患あった。
- 指定難病には、臨床症状が類似する疾患が多数存在しており、臨床症状や他の検査結果等では遺伝学的検査を行うべき疾患を絞り込めない場合があるが、現行の遺伝学的検査に係る診療報酬上の評価は、疾患ごとに規定されており、複数の疾患の遺伝子を検査する場合に見合った評価となっていない。
- 遺伝学的検査が必須となっている指定難病のうち、臨床症状が類似する疾患群については、その診断プロセスに係る留意点等も含め、関係学会によりとりまとめに向けた整理が進んでいる。



【論点】

- 診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっていない指定難病のうち、新たに指定難病として追加された疾患や診断基準等が見直された疾患等であって、診断に遺伝学的検査の実施が必須のものについて、遺伝学的検査の対象疾患としての取扱いをどのように考えるか。
- 指定難病の遺伝学的検査について適切な評価を行う観点から、同一検体を用いて遺伝学的検査の対象となっている複数の遺伝子疾患に対する検査を実施する場合の評価についてどのように考えるか。

1. 遺伝学的検査について

2. 人工腎臓について

3. 医療機関間連携病理診断について

4. がんゲノムプロファイリング検査について

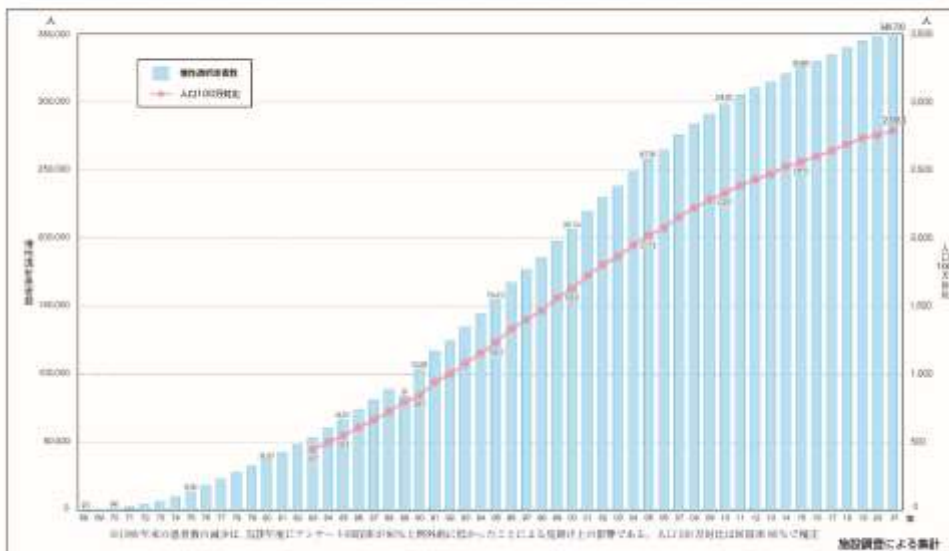
5. プログラム医療機器の使用に関する指導管理について

慢性透析患者数と透析歴の内訳

- 透析患者数は約34万人で、年々増加傾向となっており、10年以上の透析歴をもつ患者も増加傾向。
- 年間約4万人が新規導入しており、新規導入患者の高齢化を反映して、透析患者全体の高齢化が進んでいる。

＜慢性透析患者数の推移＞

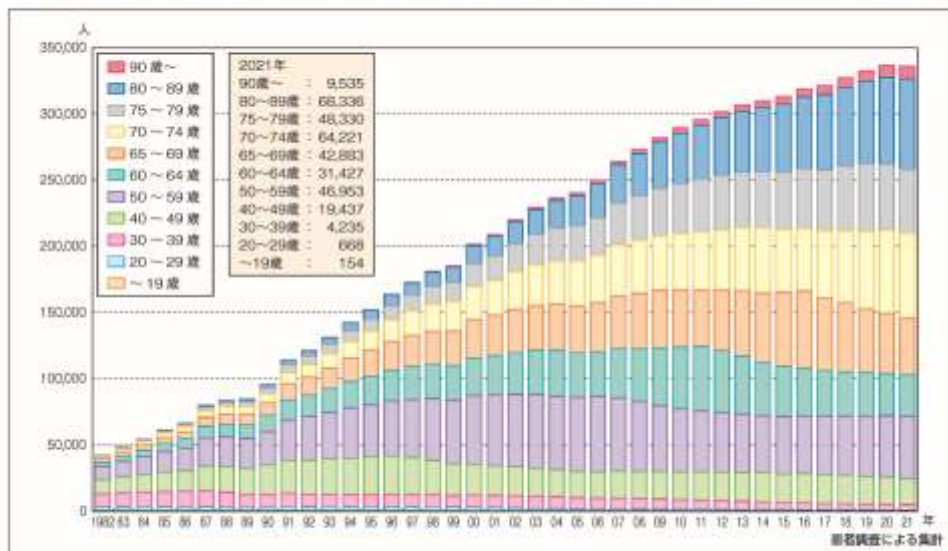
(1) 慢性透析患者数（1968-2021年）と有病率（人口100万対比、1983-2021年）の推移 (図1)



一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2021年12月31日現在)」

＜慢性透析患者の年齢分布の推移＞

(6) 慢性透析患者 年齢分布の推移, 1982-2021年 (図6)

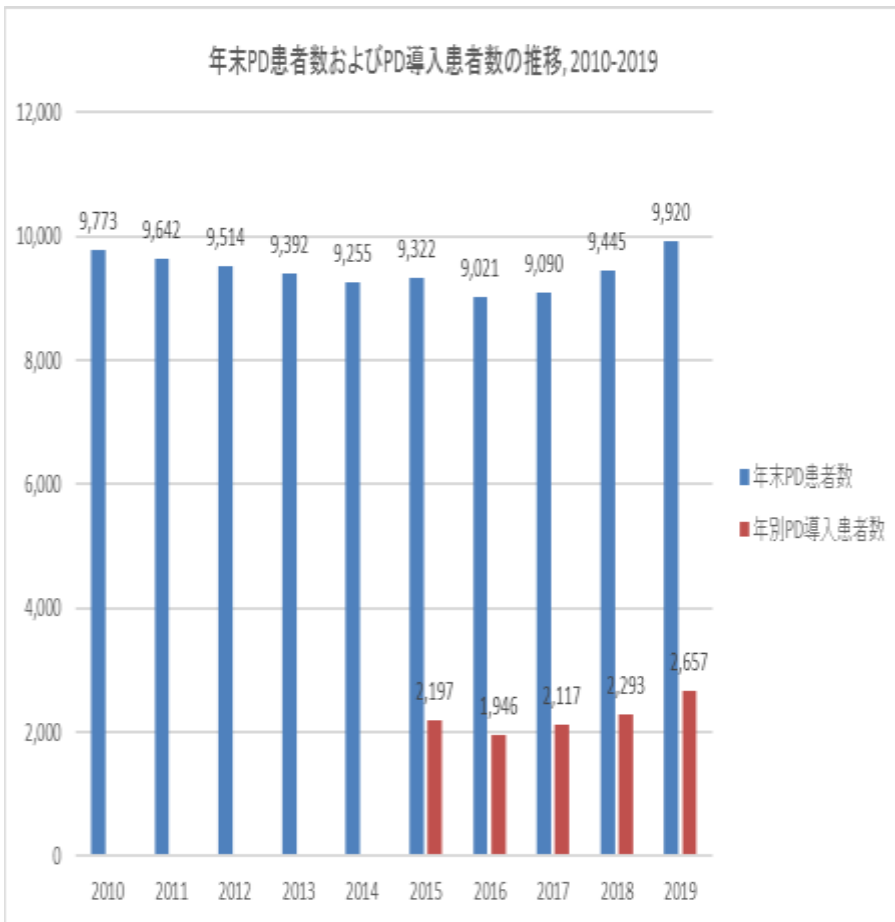


一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2021年12月31日現在)」

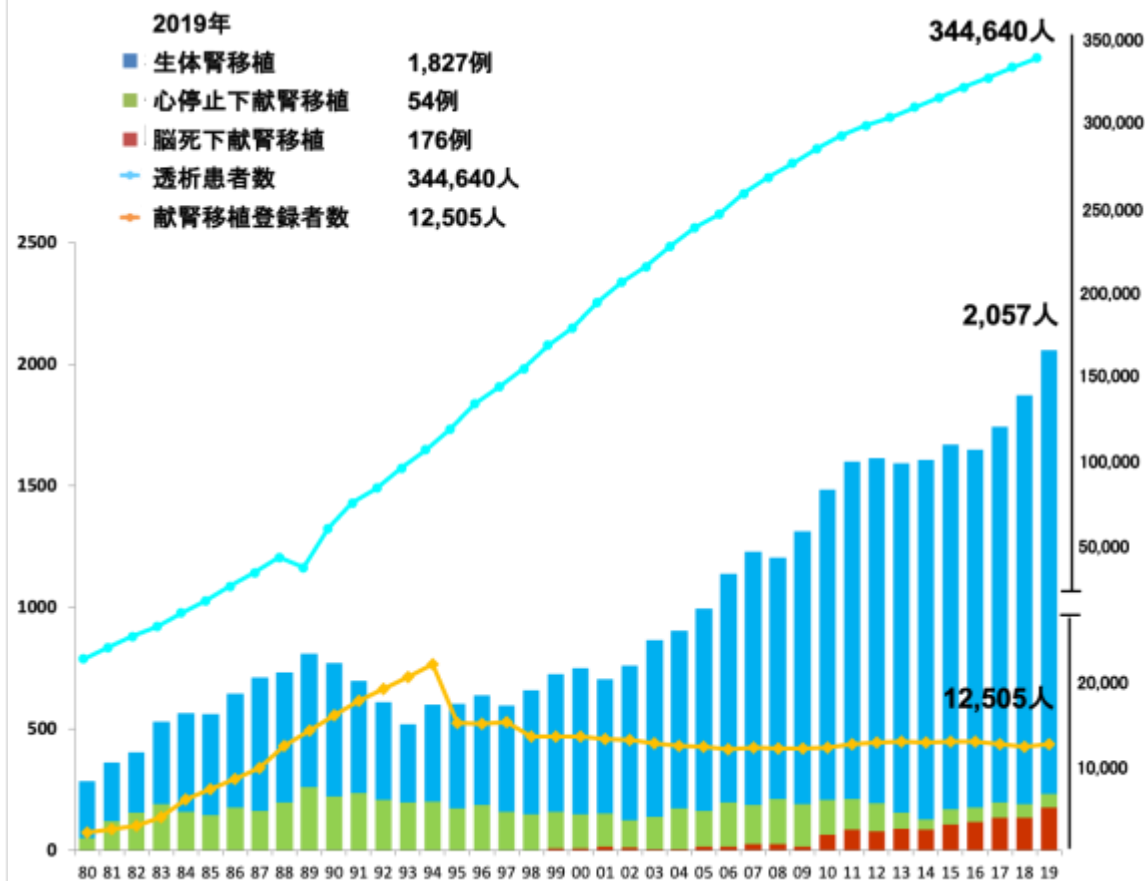
腹膜透析患者数と透析・移植患者の推移

- 腹膜透析患者数は9,920人であり、2017年より増加傾向にある。
- 2019年の生体腎移植の症例数は1,827例、献腎移植（脳死・心停止下）の症例数は230例であり、初めてあわせて2,000例を超えた。

<腹膜透析（PD）患者数の推移>



<日本における透析・移植患者の推移>

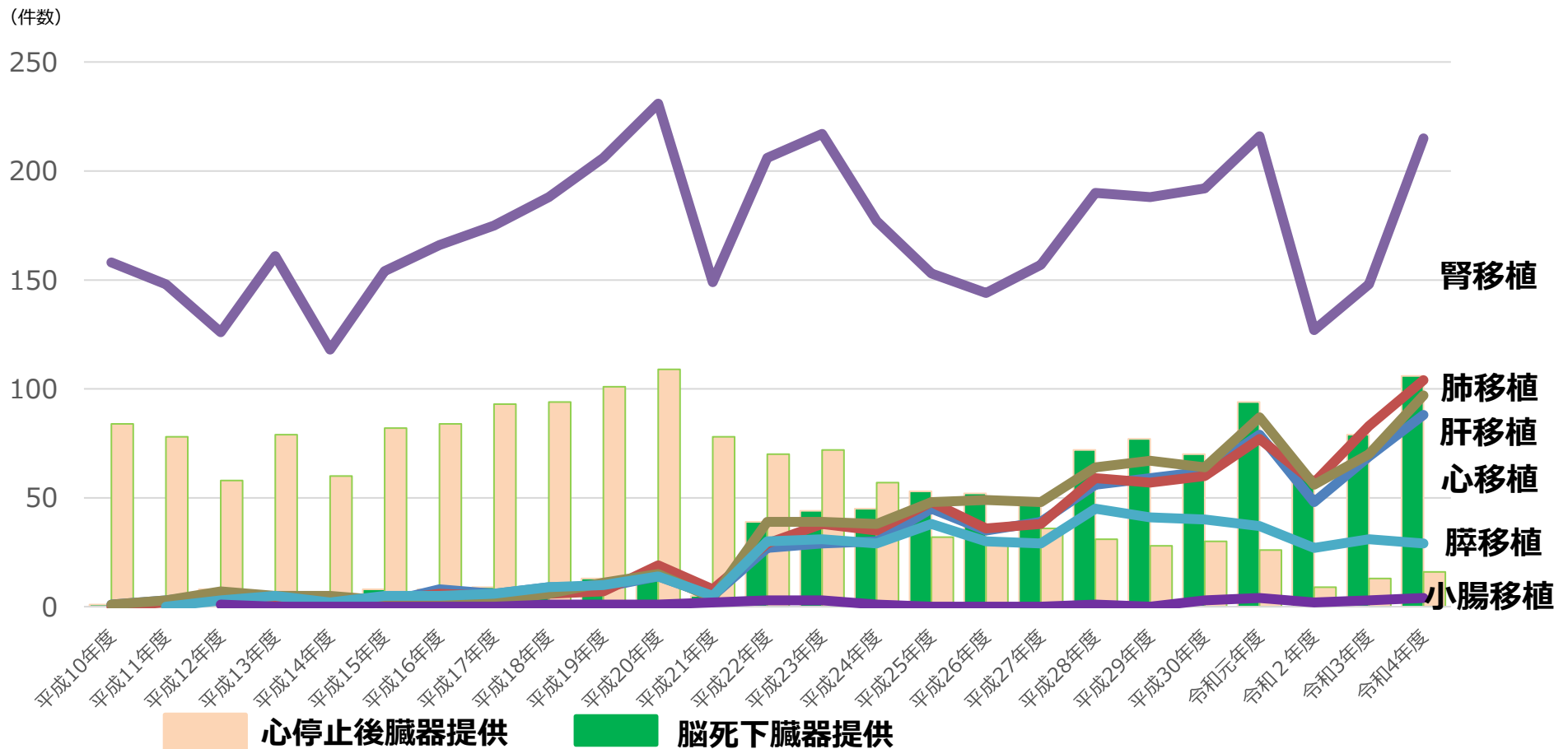


(出典) 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2019年12月31日現在)」
2020臓器移植ファクトブック(日本移植学会編)

臓器提供・移植状況の推移について

近年、臓器移植件数は増加傾向にあったが、新型コロナが発生している状況下において、令和2年度の臓器移植件数は減少した。令和3年度以降は、医療提供体制の確保等により、新型コロナ前の水準に向けて回復してきている。

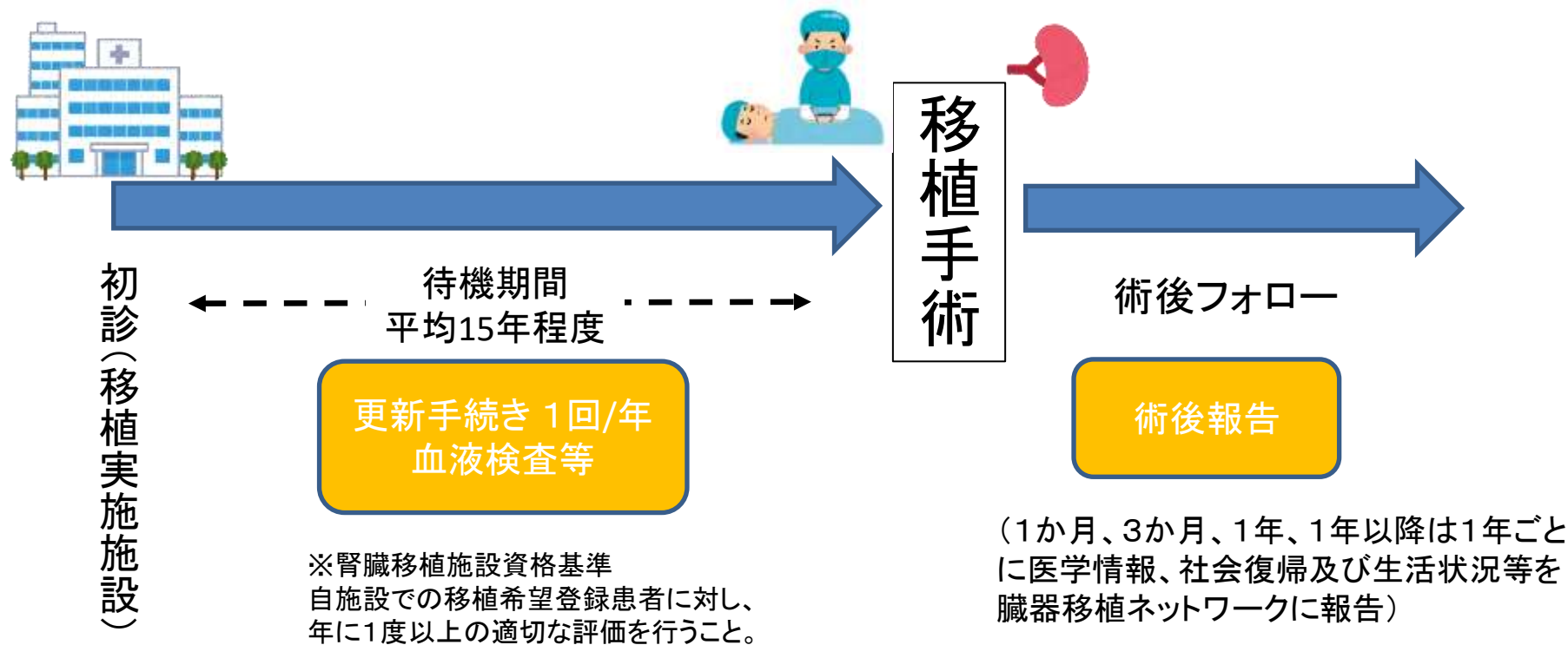
脳死下・心停止後臓器提供者数と各臓器の移植件数の推移



(資料) (公社)日本臓器移植ネットワークが提供した情報を元に厚生労働省健康局移植医療対策推進室で作成

献腎移植の過程について

- 移植実施施設において、移植に関する説明、患者の意思確認、必要な検査、移植登録手続きを実施し、年に1度以上の適切な評価を行うこととなっている。
- 移植手術後は定期的に移植医（レシピエントコーディネーター等）が臓器移植ネットワークに検査データや移植腎の予後を報告することとなる。



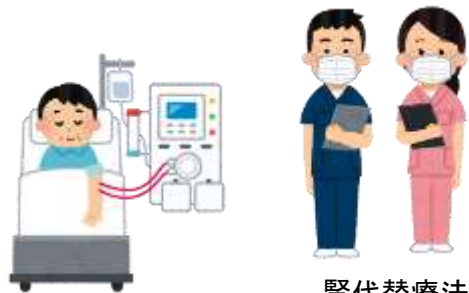
説明、意思確認、
検査、登録手続き

腎移植医、レシピエント移植コーディネーターが
移植登録手続き、更新手続き、術後報告等を実施している。

○ 腎代替療法の選択を推進し、透析移植患者のADL,QOL向上を目指すことを目的に医師、看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師、臨床工学技士、レシピエント移植コーディネーターを対象に腎移植医療の推進及び保存的腎臓療法の導入が可能となるような腎代替療法専門指導士の養成のしくみが開始された。

<腎代替療法専門指導士の使命>

患者への腎代替医療の選択について医師と協力して説明するなど患者・家族を支援する連携体制をとることで腹膜透析、腎移植を推進させ、在宅で継続可能な血液透析患者を増加させること。



外来
透析クリニック

腎代替療法
専門指導士



血液透析導入施設
透析クリニック
(腹膜透析、移植なし)

腎代替療法
専門指導士

連携強化
(献腎登録・更新
生体腎移植の紹介)

腎移植医療の推進
保存的腎臓療法の導入

移植待機期間の療養
研修・指導(移植及び保存的腎臓療法の導入)

<腎代替療法専門指導士の役割>

- ・ 研修・指導等移植を増やすための継続的な試みを行う。
- ・ 臓器移植ネットワークの登録に関与
(移植実施施設で代行業務を行えるようにする)
- ・ 腎臓提供者の登録に関わる
- ・ 在宅透析の普及に関与
- ・ 患者の療法選択時に関わる
- ・ 各専門職の認定資格・専門資格を生かす
- ・ 定期的なeラーニングによる知識の向上



腎代替療法
専門指導士

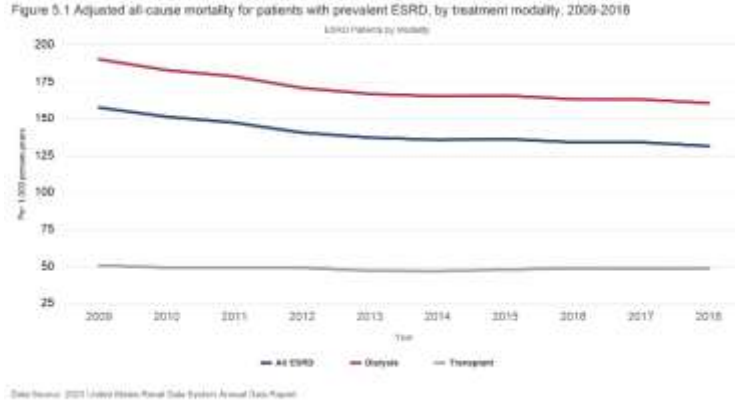


血液腹膜透析導入施設
移植実施施設

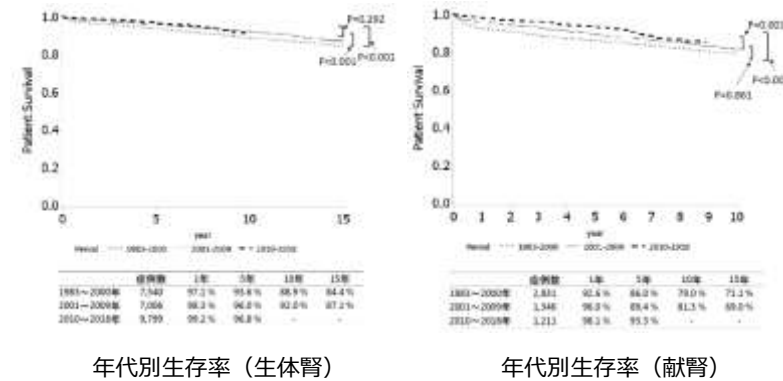
腎代替療法(透析・移植)における生命予後の比較

- 腎移植は透析と比較して生命予後を改善し、腎不全患者の第一選択となる。
- 移植を適切に実施していくためには、移植を含めた腎代替療法に関する説明・情報提供がさらに適切に実施されるよう、取組を進める必要があると考えられる。

<腎移植と透析の生命予後の比較>

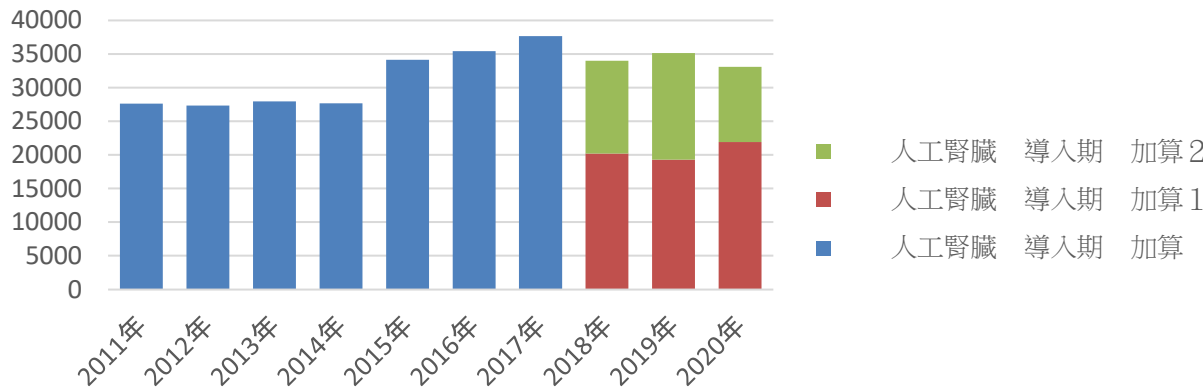


<日本における生体腎移植・献腎移植の生存率>



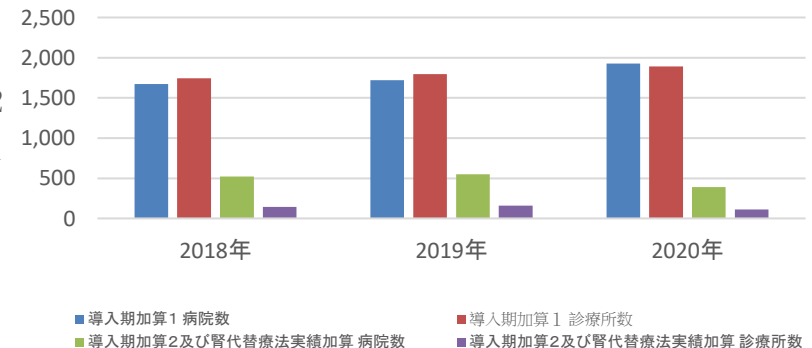
2020臓器移植ファクトブック (日本移植学会編)

人工腎臓 導入期加算の推移



※社会医療診療行為別統計(6月審査分)の算定回数

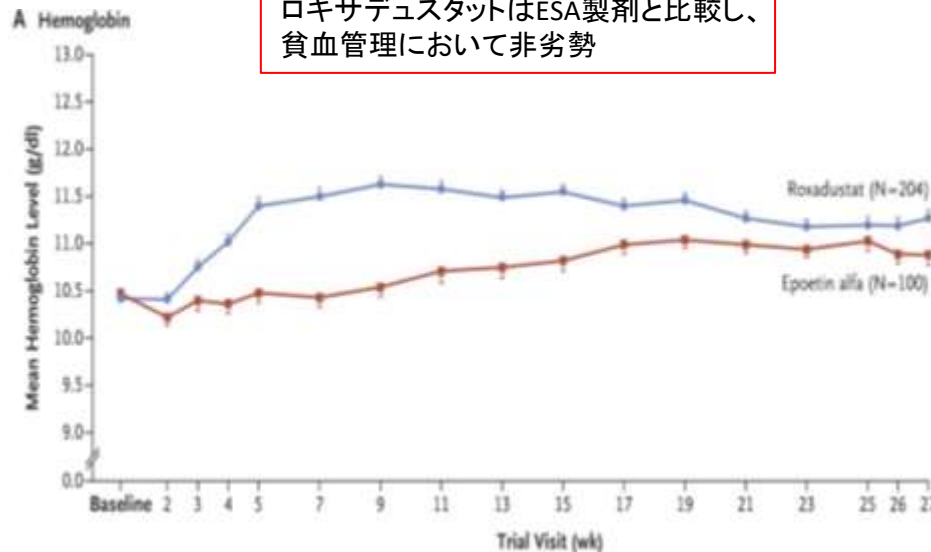
導入期加算1、導入期加算2 及び腎代替療法実績加算の届出医療機関数



新たな腎性貧血治療薬(HIF-PH阻害剤)について

- 令和元年9月、エリスロポエチン(ESA)製剤とは別の機序による、新たな腎性貧血治療薬であるHIF-PH阻害剤(※1)の薬事承認がされたところ。
(※1) HIF-PH(低酸素誘導因子プロリン水酸化酵素 Hypoxia inducible factor prolyl hydroxylase)阻害剤(ロキサデュスタット)
- 血液透析患者の腎性貧血管理において、ESA抵抗性等によってESA製剤よりもHIF-PH阻害剤の方が適切である症例も一定数存在すると考えられる。
- 現行の評価ではESA製剤は人工腎臓の点数に包括されることになるが、HIF-PH阻害剤は経口内服薬であることから、院外処方した際の手続きが煩雑になる等のおそれがあり、腎性貧血治療にHIF-PH阻害剤を用いる場合の新たな評価体系が必要と考えられる。
- また、療養病棟入院料等の処置や薬剤料等が包括される入院料を算定する病棟においては、人工腎臓を出来高で算定できることを踏まえ、HIF-PH阻害剤の取扱をあわせて検討する必要がある。

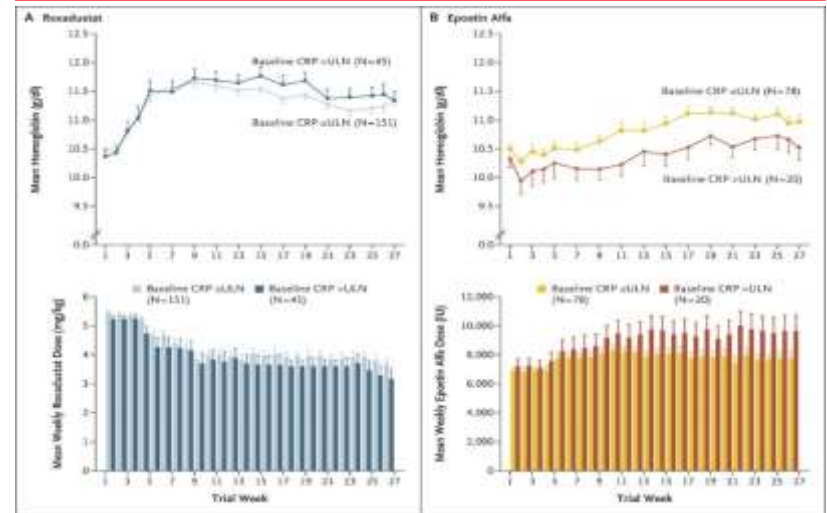
<透析患者におけるロキサデュスタット(HIF-PH阻害剤)とESA製剤との貧血管理(ヘモグロビン値)の比較>



ロキサデュスタットはESA製剤と比較し、貧血管理において非劣勢

N Chen et al. N Engl J Med 2019;381:1011-1022.

炎症状態(ESA抵抗性)ではESA製剤の反応性が低下するが、ロキサデュスタットは炎症の有無で反応性に変化は認めない。



人工腎臓に係る評価と算定要件について

人工腎臓の評価

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

		場合1	場合2	場合3
4時間未満	別に定める患者の場合	1,924点	1,884点	1,844点
	それ以外の場合	1,798点	1,758点	1,718点
4時間以上 5時間未満	別に定める患者の場合	2,084点	2,044点	1,999点
	それ以外の場合	1,958点	1,918点	1,873点
5時間以上	別に定める患者の場合	2,219点	2,174点	2,129点
	それ以外の場合	2,093点	2,048点	2,003点

[算定要件]

・「1」から「3」までのうち、定める薬剤を使用しない場合には、HIF-PH阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。

[施設基準]

・別に規定する患者
HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者

・人工腎臓に規定する薬剤
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害剤(院内処方されたものに限る。)



移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

人工腎臓 導入期加算の見直し

- 腎移植の推進に与する取組みや実績をより評価する観点から、人工腎臓の導入期加算について、算定実績の要件を見直す。

現行		[施設基準] 導入期加算2	改定後	[施設基準] 導入期加算2
【人工腎臓】			【人工腎臓】	
導入期加算1	300点	ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること イ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること	導入期加算1	200点
導入期加算2	400点	ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること	導入期加算2	500点
				イ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に3人以上いること

腎代替療法指導管理料の新設

- 透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供を実施した場合について新たな評価を行う。

(新) 腎代替療法指導管理料 500点 (患者1人につき2回に限る。)

[算定要件]

- 対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
 - ア **慢性腎臓病**の患者であって、3月前までの直近2回のeGFR(mL/分/1.73m²)が**いずれも30未満**の場合
 - イ **急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、不可逆的に慢性腎臓病に至る**と判断される場合
- 適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。**
- 関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。

[施設基準]

- J038 人工腎臓 導入期加算2の施設基準に準じる。
- 以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
 - ア 腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師



日本腎臓学会
日本透析医学会
日本移植学会
日本臨床移植学会
日本腹膜透析医学会

透析に係る診療報酬上の評価について①

○ 人工腎臓について、令和4年度診療報酬改定においては、包括される医薬品の実勢価格等を踏まえた評価の見直しを行ったところ。

令和4年度診療報酬改定 IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等-⑤

人工腎臓の評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

➤ 包括される医薬品の実勢価格や、HIF-PH阻害剤の使用実態等を踏まえ、人工腎臓について評価の在り方を見直す。

現行				
【人工腎臓】				
慢性維持透析を行った場合				
		場合1	場合2	場合3
4時間未満	別に定める患者の場合	1,924点	1,884点	1,844点
	それ以外の場合	1,798点	1,758点	1,718点
4時間以上 5時間未満	別に定める患者の場合	2,084点	2,044点	1,999点
	それ以外の場合	1,958点	1,918点	1,873点
5時間以上	別に定める患者の場合	2,219点	2,174点	2,129点
	それ以外の場合	2,093点	2,048点	2,003点

【算定要件】

- ・「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固防止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータベグル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用（HIF-PH阻害剤は「イ」から「ハ」までの場合に限る。）は所定点数に含まれており、別に算定できない。
- ・「1」から「3」までのうち、「二」から「ハ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、HIF-PH阻害剤の服薬状況について、診療録に記載すること。

【施設基準】

- ・人工腎臓に規定する患者
HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者
- ・人工腎臓に規定する薬剤
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータベグル、HIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）

改定後				
【人工腎臓】				
慢性維持透析を行った場合				
		場合1	場合2	場合3
4時間未満		<u>1,885点</u>	<u>1,845点</u>	<u>1,805点</u>
4時間以上 5時間未満		<u>2,045点</u>	<u>2,005点</u>	<u>1,960点</u>
5時間以上		<u>2,180点</u>	<u>2,135点</u>	<u>2,090点</u>

【算定要件】

- ・「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固防止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータベグル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。
- ・「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）については、HIF-PH阻害剤は当該医療機関において院内処方することが原則である。なお、同一の患者に対して、同一診療日にHIF-PH阻害剤のみを院内において投薬する場合には、区分番号「F400」処方箋料の(9)の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋により投薬することとして差し支えない。

【施設基準】

- ・人工腎臓に規定する薬剤
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータベグル、HIF-PH阻害剤

人工腎臓に係る導入期加算の見直し

人工腎臓 導入期加算の見直し

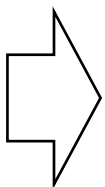
- 慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

現行

【人工腎臓】	
導入期加算 1	200点
導入期加算 2	500点

【施設基準】

- 導入期加算 1 の施設基準
 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。
- 導入期加算 2 の施設基準
 次のすべてを満たしていること。
 ア 導入期加算 1 の施設基準を満たしていること。
 イ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること。
 ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に3人以上いること。



改定後

【人工腎臓】	
導入期加算 1	200点
導入期加算 2	400点
(新) 導入期加算 3	800点

【施設基準】

- 導入期加算 1 の施設基準
 ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。
イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。
- 導入期加算 2 の施設基準
 次のすべてを満たしていること。
 ア (1)のイを満たしていること。
イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。
ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算 3 を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的を受講していること。
 エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で**24回**以上算定していること。
 オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に**2人**以上いること。
- 導入期加算 3 の施設基準
 次のすべてを満たしていること。
 ア (1)のイ及び(2)のイを満たしていること。
イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。
 ウ 導入期加算 1 又は 2 を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。
エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で36回以上算定していること。
オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に5人以上いること。
カ 当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に2人以上いること。

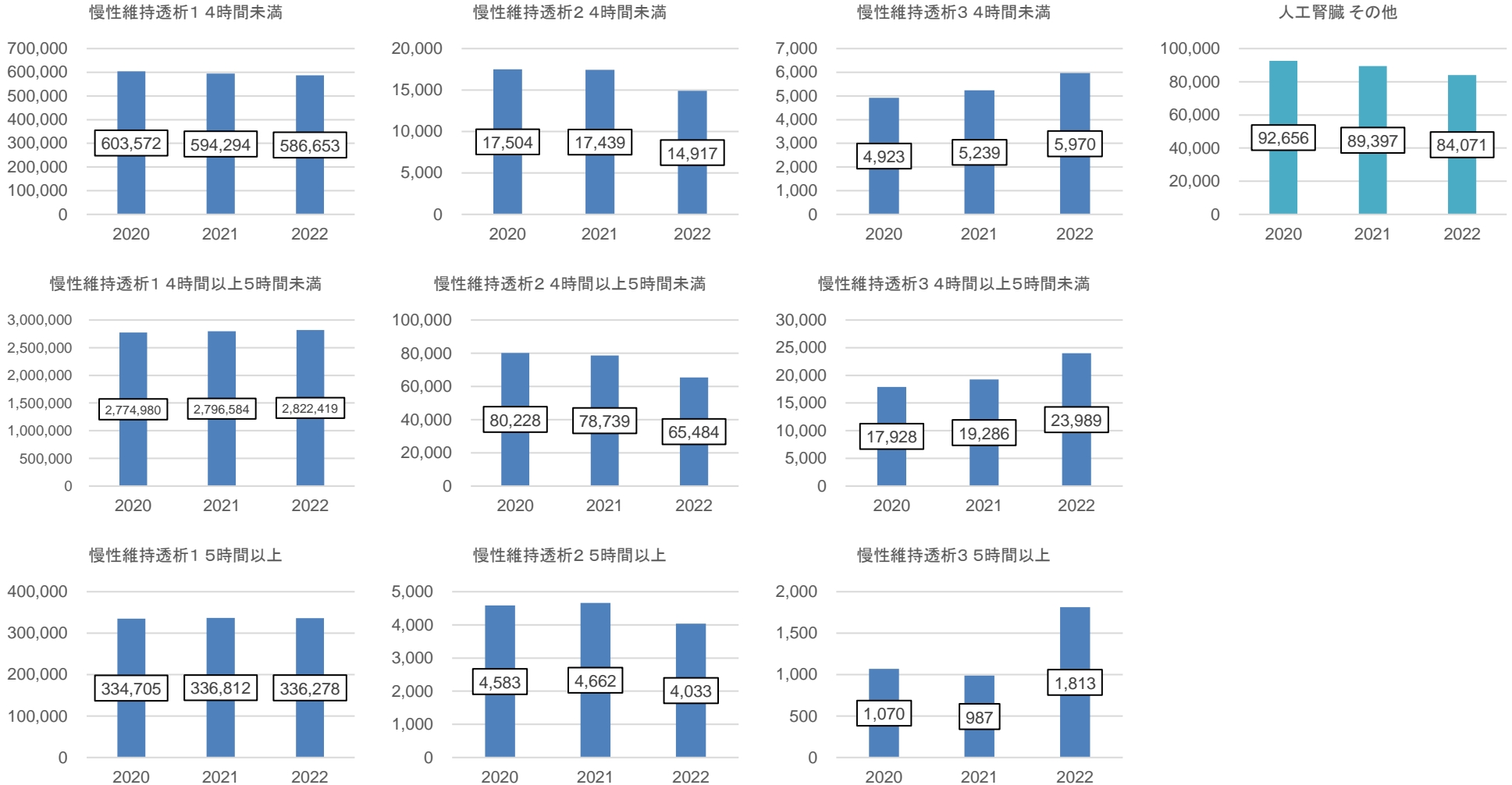
透析に係る診療報酬上の評価について②

〈加算等〉	
時間外・休日加算	380点
※入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合に算定する。	
導入期加算1	200点
導入期加算2	400点
導入期加算3	800点
※導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、算定する。	
著しく人工透析が困難な患者等	140点
※著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合に算定する。	
透析液水質確保加算	10点
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	100点
※人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合に算定する。	
長時間加算	150点
※通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6時間以上の人工腎臓を行った場合に算定する。	
慢性維持透析濾過加算	50点
※慢性維持透析濾過(複雑なものに限る。)を行った場合に算定する。	
透析時運動指導等加算	75点
※療養上必要な指導を行った場合に90日を限度として算定する。	
J038-2 持続緩徐式血液濾過(1日につき)	1,990点
〈加算等〉	
著しく人工透析が困難な患者等	120点
J042 腹膜灌流(1日につき)	
1 連続携行式腹膜灌流	330点
2 その他の腹膜灌流	1,100点

〈入院料等〉	
A101 療養病棟入院基本料(1日につき)	
1 療養病棟入院料1	
〈加算等〉	
慢性維持透析管理加算	100点
〈医学管理等〉	
B001 特定疾患治療管理料	
15 慢性維持透析患者外来医学管理料	2,211点
※入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して、検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に月1回に限り算定。 (検査と画像診断の一部が包括されている。)	
〈加算等〉	
腎代替療法実績加算	100点
27 糖尿病透析予防指導管理料	350点
※医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定。	
31 腎代替療法指導管理料	500点
※当該患者の同意を得て、看護師と共同して、当該患者と診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき2回に限り算定する。	
〈在宅医療〉(月1回)	
C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000点
※在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、指導管理を行った場合に算定する。	
注1 頻回に指導管理を行う必要がある場合	2,000点
※同一月内の2回目以降1回につき月2回に限り算定	
C102-2 在宅血液透析指導管理料	10,000点
※在宅血液透析を行っている患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合	
注1 頻回に指導管理を行う必要がある場合	2,000点
※当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、同一月内の2回目以降1回につき月2回に限り算定	

人工腎臓の算定回数推移について

○ 人工腎臓については、点数類型ごとの算定回数の推移は以下のとおり。



腎性貧血薬（ダルベポエチンの先行品、後発品、後続品、HIF-PH阻害剤）の比較

○ 透析に使用される医薬品の薬価については、この2年間において低下傾向にある。

	先行バイオ医薬品		後発バイオ医薬品		バイオ後続品		HIF-PH阻害剤														
販売名	ネスブ注射液ブラシリンジ		ダルベポエチンアルファ注シリンジ「KKF」		ダルベポエチンアルファBS注シリンジ「JCR」「三和」「MYL」		エブレソゾ錠		パフセオ錠		ダーブロック錠		エナロイ錠		マスーレッド錠						
一般名	ダルベポエチンアルファ（遺伝子組換え）		ダルベポエチンアルファ（遺伝子組換え）		ダルベポエチンアルファ（遺伝子組換え） [ダルベポエチンアルファ後続1] [ダルベポエチンアルファ後続2] [ダルベポエチンアルファ後続3]		ロキサデュスタット		パダデュスタット		ダプロデュスタット		エナロデュスタット		モリデュスタット						
効能・効果	①腎性貧血 ②骨髄異形成症候群に伴う貧血		①腎性貧血		①腎性貧血		腎性貧血		腎性貧血		腎性貧血		腎性貧血		腎性貧血						
用法・用量	①<血液透析患者> ・初回用量 略 ・維持用量 成人：週1回15～60μgを静脈内投与する （週1回投与で貧血改善が維持されている場合には2週に1回30～120μgも可） 小児：週1回5～60μgを静脈内投与する （週1回投与で貧血改善が維持されている場合には2週に1回10～120μgも可） いずれの場合も最高投与量は1回120μg <腹膜透析患者・保存期慢性腎臓病患者> 略 ② 略						赤血球造血刺激因子製剤で未治療の場合 1回50mg 赤血球造血刺激因子製剤から切り替える場合 1回70mg又は100mgを開始量とし、週3回。 最高量1回3mg/kgまで。		開始量1日1回300mg。 最高量1日1回600mgまで。		<保存期慢性腎臓病患者> 赤血球造血刺激因子製剤未治療の場合 開始量1日1回2mg又は4mg。 赤血球造血刺激因子製剤から切り替える場合 開始量1日1回4mg <透析患者> 開始量1日1回4mg。 いずれも最高量1日1回24mgまで。		<保存期慢性腎臓病患者及び腹膜透析患者> 開始量1日1回2mg、食前又は就寝前。 <血液透析患者> 開始量1日1回4mg、食前又は就寝前、 いずれも開始量以後は状態に応じ適宜増減。最高量1日1回8mgまで		<保存期慢性腎臓病患者> 赤血球造血刺激因子製剤未治療の場合 開始量1日1回25mg、食後。 赤血球造血刺激因子製剤から切り替える場合 開始量1日1回25mg又は50mg、食後 <透析患者> 始量1日1回75mg、食後。 いずれも開始量以後は状態に応じ適宜増減。最高量1日200mgまで。						
薬価	R3.8	R5.8	R3.8	R5.8	R3.8	R5.8	薬価	R3.8	R5.8	薬価	R3.8	R5.8	薬価	R3.8	R5.8	薬価	R3.8	R5.8	薬価	R3.8	R5.8
5μg	913円	855円	719円	554円	719円	554円	20mg	375.40円	367.70円	150mg	213.50円	201.00円	1mg	105.40円	97.80円	2mg	275.90円	263.40円	5mg	44.30円	44.00円
10μg	1,675円	1,294円	1,278円	985円	1,278円	985円	50mg	793.90円	758.70円	300mg	円	円	2mg	185.80円	172.20円	4mg	486.10円	477.90円	12.5mg	93.70円	92.90円
15μg	2,471円	2,277円	1,753円	1,338円	1,753円	1,338円	100mg	1,399.00円	1,370.50円		376.20円	353.70円	4mg	327.40円	円				25mg	165.10円	163.80円
20μg	3,083円	2,502円	2,246円	1,730円	2,246円	1,730円		円	円		円	円	6mg	446.10円	303.60円				75mg	405.30円	403.60円
30μg	4,680円	4,060円	3,183円	2,487円	3,183円	2,487円									円						
40μg	5,549円	4,692円	3,931円	3,016円	3,931円	3,016円									413.50円						
60μg	8,096円	6,599円	5,604円	4,372円	5,604円	4,372円									円						
120μg	14,056円	11,389円	10,003円	7,878円	10,003円	7,878円															
180μg	19,492円	15,481円	13,784円	10,589円	13,784円	10,589円															

バイオ後発品の置き換え状況について

- バイオ後続品の置き換え状況について、入院医療において使用されている薬剤について、入院での置き換えが進んでいない薬剤もある。
- 置き換え率が低い成分の中にはバイオ後続品導入初期加算の対象になっていない成分も存在する。

バイオ後続品の名前	主な治療領域	算定回数合計	入院における利用率	入院における置き換え率	外来(院内)における置き換え率	外来(院外)における置き換え率
ソマトロピン	成長ホルモン分泌不全性低身長症	284,763	0.2%	0.0%	36.3%	15.7%
フィルグラステム	がん化学療法による好中球減少症	932,148	78.9%	93.8%	91.9%	78.8%
インフリキシマブ	関節リウマチ、潰瘍性大腸炎、クローン病	939,061	5.3%	31.0%	25.0%	-
インスリン グラルギン	糖尿病	4,533,227	5.4%	83.9%	72.7%	70.1%
トラスツズマブ	がん(乳がん、胃がん)	945,770	6.2%	52.9%	58.2%	-
リツキシマブ	がん(リンパ腫)	346,794	50.4%	78.8%	74.1%	-
エタネルセプト	関節リウマチ	1,820,918	0.0%	-	38.6%	43.9%
ベバシズマブ	がん(結腸・直腸がん、肺がん、卵巣がん)	1,592,801	15.3%	18.2%	15.5%	-
テリパラチド	骨粗鬆症	870,904	27.6%	9.5%	26.9%	32.7%
アガルシダーゼ ベータ※	ファブリー病	43,491	3.1%	0.0%	8.9%	-
インスリン リスプロ	糖尿病	6,573,238	7.0%	50.2%	21.1%	18.3%
ダルベポエチン	腎性貧血	1,408,149	17.1%	100.0%	74.9%	100.0%
アダリムマブ	関節リウマチ	954,295	0.0%	-	0.0%	5.4%
エポエチンアルファ	腎性貧血	166,902	84.0%	65.2%	100.0%	-
インスリン アスパルト	糖尿病	6,972,181	4.8%	8.6%	3.8%	2.8%
ラニビズマブ※	加齢黄斑変性、黄斑浮腫、脈絡膜新生血管、糖尿病黄斑浮腫	161,937	2.4%	0.0%	3.0%	-

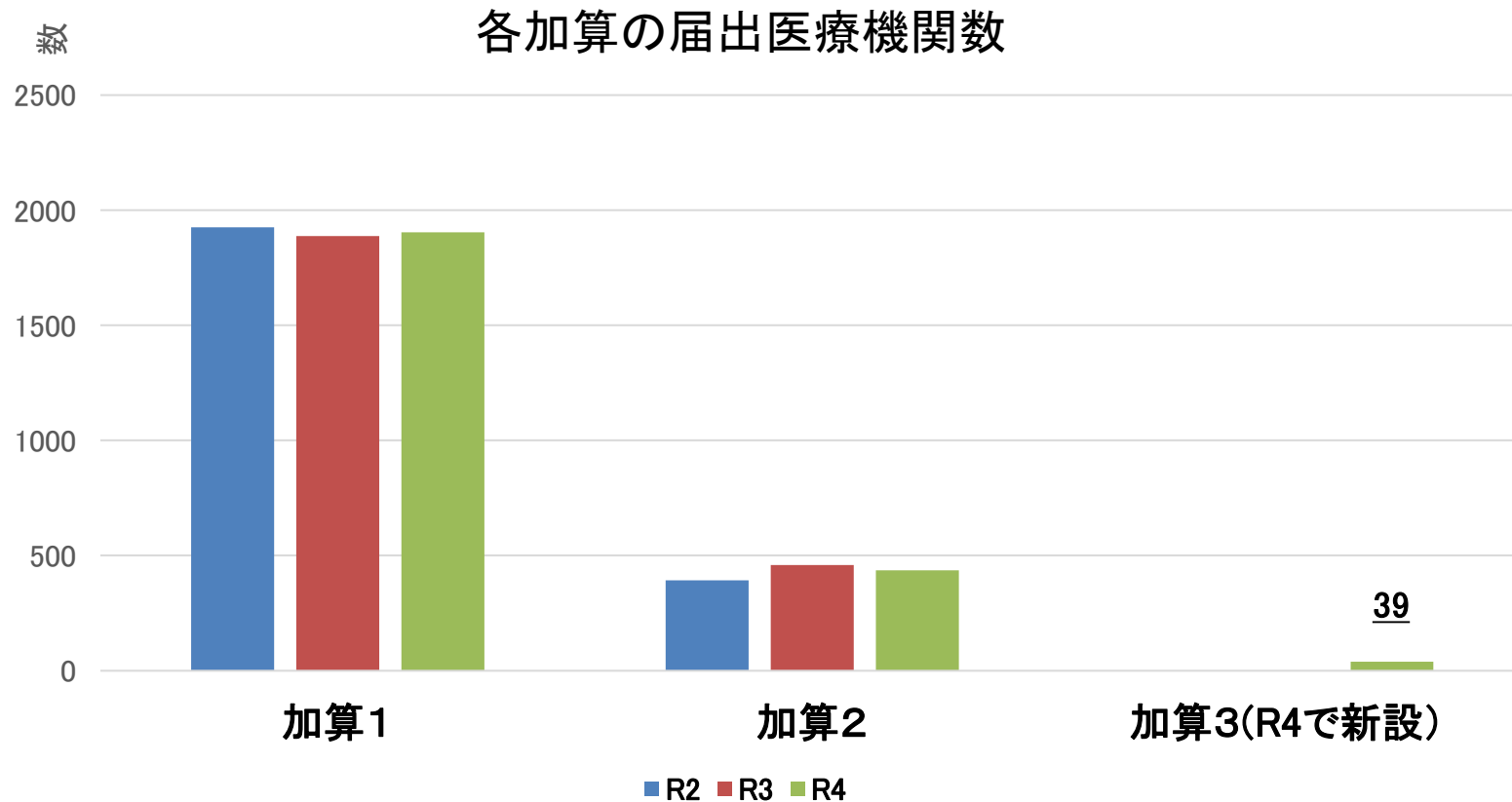
■ 入院における利用があり、かつ入院における置き換え率が80%未満の成分(主に透析に使用される薬剤を除く)

※バイオ後続品導入初期加算の対象にならず、置き換え率が30%未満の品目

- ・ アガルシダーゼベータ (加齢黄斑変性、黄斑浮腫、脈絡膜新生血管、糖尿病黄斑浮腫)
- ・ ラニビズマブ (ファブリー病)

人工腎臓に係る導入期加算の届出医療機関数の推移について

○ 人工腎臓に係る導入期加算について、令和4年度に新設された導入期加算3については、加算1及び2と比較して、算定医療機関は少ない状況にある。



透析患者に対する弁膜症治療の選択について

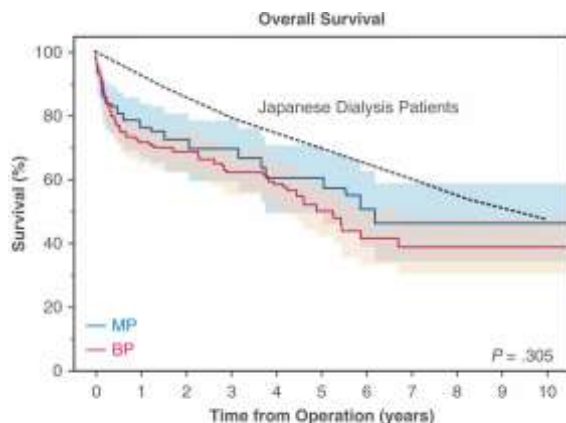
- 透析患者の死因のうち約半数は心血管死であり、透析患者の合併症管理において心血管障害への対策は重要な臨床的課題である。
- 透析患者における心臓突然死や致死性不整脈の発症頻度は、一般の25～70倍とされており、致死性不整脈の原因の一つとして大動脈弁狭窄症を含めた心臓弁膜症が挙げられている。
- 透析患者に対する弁膜症治療においては、治療方針も含めた循環器専門医と非専門医間の連携の重要性が示されている。

(「日本透析医学会 血液透析患者における心血管合併症の評価とガイドライン」より)

- 弁膜症治療ガイドラインにおいては、透析患者の弁膜症治療に使用する人工弁の選択については議論があり、生体弁あるいは機械弁のいずれかが推奨されているわけではなく、個々の症例に応じた話し合っ決めていくしかない、とされている

(日本循環器学会弁膜症治療のガイドライン2020)

- 導入期加算2及び3においては、腎代替療法専門指導士の必置が要件とされているが、透析患者の弁膜症治療法への共同意思決定(Shared Decision Making: SDM)については、透析医(腎代替療法専門指導士)を含めた連携が重要であるとする意見がある。



MP	94	56	41	25	17	11
BP	218	115	70	37	18	12

日本312例:機械弁(MP)と生体弁(BP)の生存率に差を認めない。
池野ら、J Thorac Cardiovasc Surg. 2019 Jul;158(1):48-56.e4.

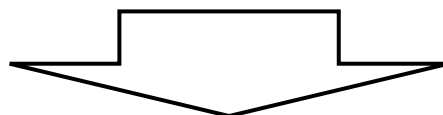
外科的弁膜症治療を要する透析患者
弁置換術
機械弁
生体弁(ブタ心臓弁、ウシ心膜など)
自己心膜
カテーテル治療(TAVIなど)

透析医学会作成(医療技術評価分科会提案書資料より抜粋・一部改変)

慢性維持透析についての課題と論点

(慢性維持透析について)

- 人工腎臓について、令和4年度診療報酬改定においては、包括される医薬品の実勢価格等を踏まえた評価の見直しを行ったところ。
- 透析に使用される医薬品の薬価については、この2年間において低下傾向にある
- 人工腎臓に係る導入期加算について、令和4年度に新設された導入期加算3については、加算1及び2と比較して算定医療機関は少ない状況にある
- 透析患者における心臓突然死や致死性不整脈の発症頻度は、一般の25～70倍とされており、致死性不整脈の原因の一つとして大動脈弁狭窄症を含めた心臓弁膜症が挙げられている。
- 透析患者に対する弁膜症治療においては、治療方針も含めた循環器専門医と非専門医間の連携の重要性が示されている。
- 導入期加算2及び3においては、腎代替療法専門指導士の必置が要件とされているが、透析患者の弁膜症治療法への共同意思決定(Shared Decision Making: SDM)については、透析医(腎代替療法専門指導士)含めた連携が重要であるとする意見がある。



【論点】

- 人工腎臓について、令和4年度診療報酬改定においては、包括される医薬品の実勢価格等を踏まえた評価の見直しを行ったところであるが、引き続き適切な透析医療の推進に係る診療報酬上の評価の在り方について、どのように考えるべきか。
- 慢性腎臓病の患者に対し移植を含めた腎代替療法に関する情報提供をより推進するという観点から、導入期加算3を新設したが、まだ算定医療機関は少ない状況にあることについて、診療報酬上どのような対応をするべきか。
- 導入期加算2及び3においては、腎代替療法専門指導士の必置が要件とされているが、透析患者の弁膜症治療法への共同意思決定(Shared Decision Making: SDM)については、透析医(腎代替療法専門指導士)含めた連携が重要であるとする意見があるなかで、導入期加算の診療報酬上の評価のあり方についてどのように考えるか。

1. 遺伝学的検査について

2. 人工腎臓について

3. 医療機関間連携病理診断について

4. がんゲノムプロファイリング検査について

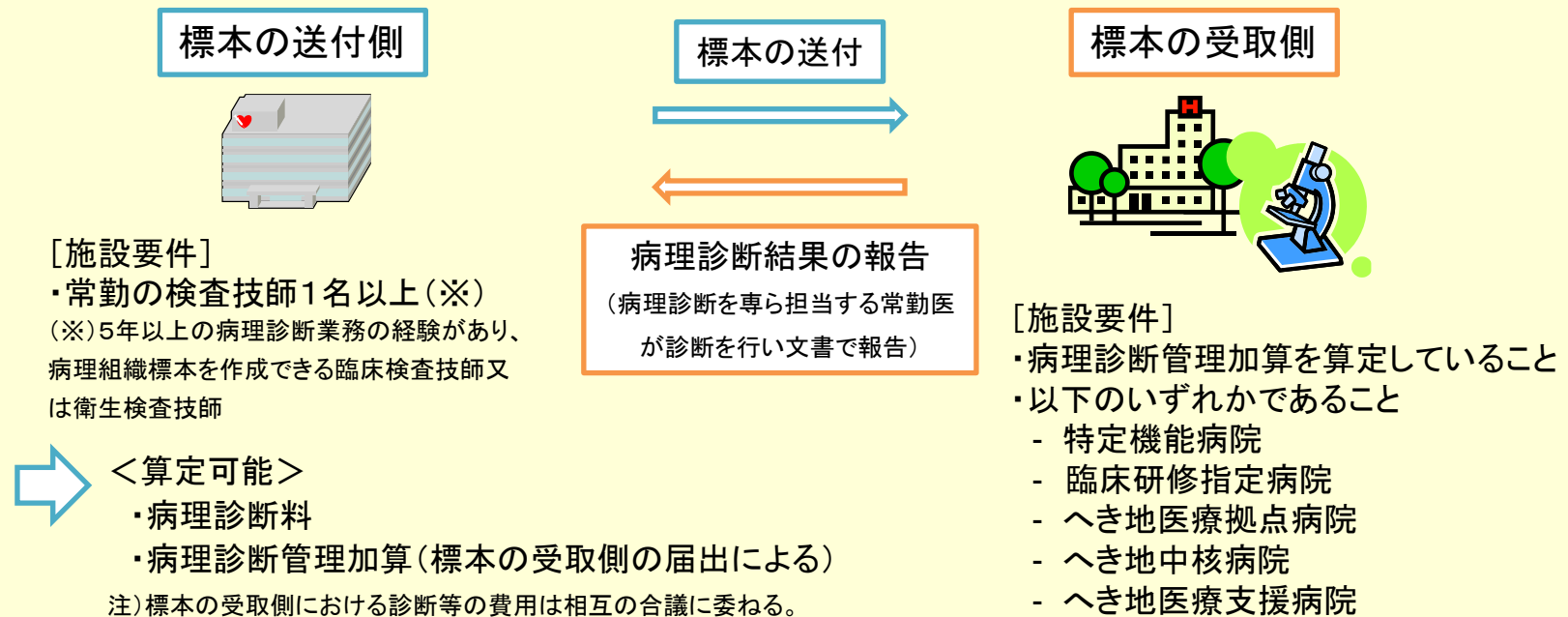
5. プログラム医療機器の使用に関する指導管理について

保険医療機関間の連携による病理診断

具体的な評価方法

- 診断や治療方針の決定に重要な病理診断について、保険医療機関間で連携して行った場合の評価を行う。
(遠隔画像診断と同様の仕組み)

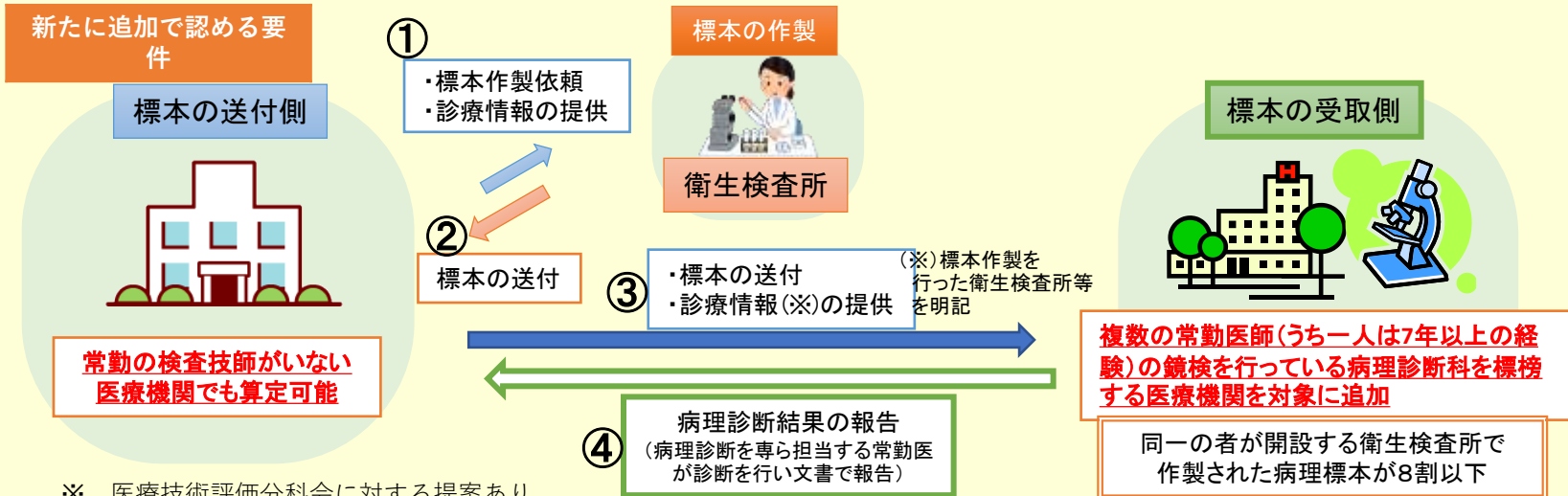
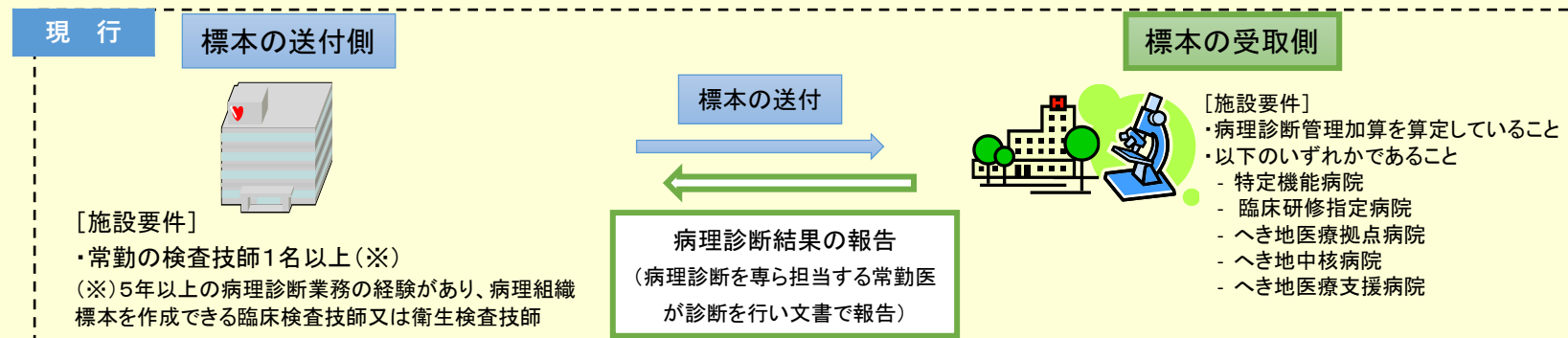
届出を行った保険医療機関において連携して病理診断を行った場合、標本の送付側の保険医療機関で病理診断料及び病理診断管理加算(文書による報告を受けた場合に限る。)を算定できることとする。



医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価④

保険医療機関間連携による病理診断の要件見直し

- 保険医療機関間の連携による病理診断に関して、診療情報の提供をした上で衛生検査所と連携を行なっている場合や複数の常勤医師により鏡検を行っているなどの質の担保を行っている場合についても評価を行う。



※ 医療技術評価分科会に対する提案あり

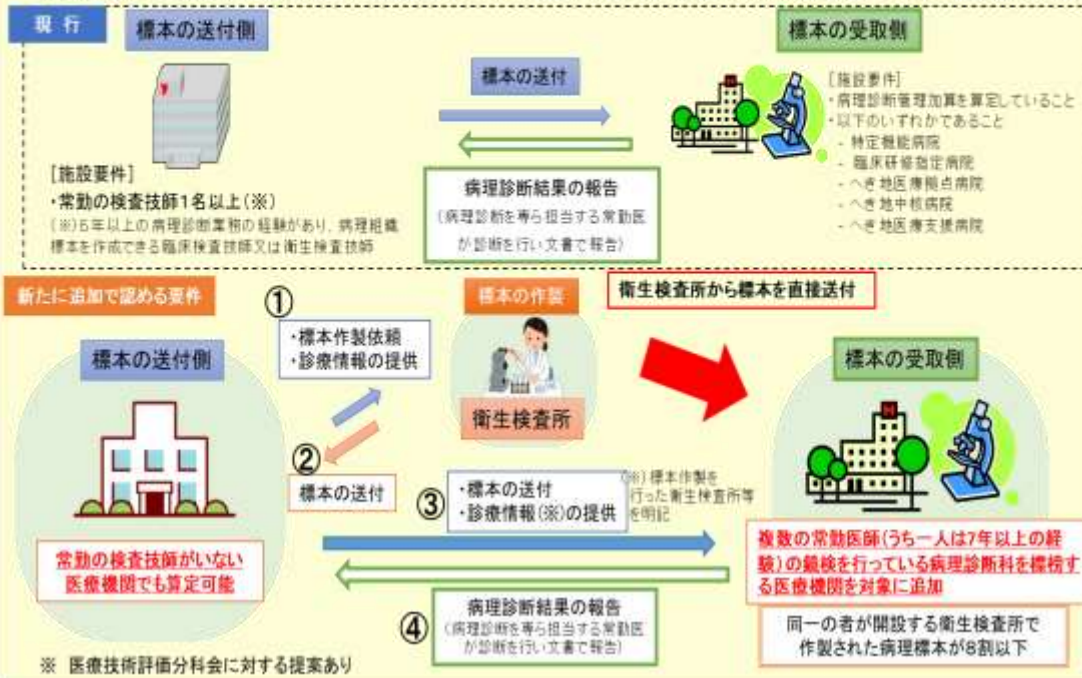
保険医療機関間の連携による病理診断について

- 保険医療機関間の連携による病理診断については、平成24年度診療報酬改定において、診療報酬上の評価がなされた。
- 平成28年度診療報酬改定においては、受取側における一定の施設基準のもと、送付側から委託された衛生検査所における標本の作製が認められたところ。
- 標本作製後の受取側への送付については、保険医療機関間の連携により行われているところであるが、衛生検査所から直接送付することを希望する声もある。
- 直接送付のデメリットとして、送付側が作成された標本を確認できない等がある。

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価④

保険医療機関間連携による病理診断の要件見直し

▶ 保険医療機関間の連携による病理診断に関して、診療情報の提供をした上で衛生検査所と連携を行なっている場合や複数の常勤医師により鏡検を行っているなどの質の担保を行っている場合についても評価を行う。



標本を直接送付するメリット・デメリット

	メリット	デメリット
送付側	・送付が不要	・標本の確認ができない
衛生検査所		・送付する作業が発生する ・送付側の標本の確認がなされない。
受取側	標本が早めに届く	・送付側の確認がないことによる意思疎通に係るリスク ・診療情報と標本の送付が同時でないことによる取り違えの危険性

保険医療機関間の連携による病理診断について②

- 「衛生検査所業における景品類の提供の制限に関する公正競争規約」においては、「衛生検査の取引を不当に誘因する手段として、景品類を提供してはならない。」とされている。

衛生検査所業における景品類の提供の制限に関する公正競争規約

(景品類提供の制限の原則)

第3条 事業者は、医療機関等に対し、衛生検査の取引を不当に誘引する手段として、景品類を提供してはならない。

この規約において「景品類」とは、顧客を誘引するための手段として、方法のいかんを問わず、事業者が衛生検査の受託取引に附随して、相手方に提供する物品、金銭その他の経済上の利益であって、次に掲げるものをいう。ただし、正常な商慣習に照らして値引き又はアフターサービスと認められる経済上の利益及び正常な商慣習に照らして当該取引に付属すると認められる経済上の利益は、含まない。

- (1) 物品及び土地、建物その他の工作物
- (2) 金銭、金券、預金証書、当せん金付証票及び公社債、株券、商品券その他の有価証券
- (3) きょう応、(映画、演劇、スポーツ、旅行その他の催物等への招待又は優待を含む。)
- (4) 便益、労務その他の役務

※衛生検査所公正取引協議会HPより

保険医療機関間連携による病理診断についての課題と論点

【課題】

- 保険医療機関間の連携による病理診断については、平成24年度診療報酬改定において、診療報酬上の評価がなされた。
- 平成28年度診療報酬改定においては、受取側における一定の施設基準のもと、送付側から委託された衛生検査所における標本の作製が認められたところ。
- 標本作製後の受取側への送付については、保険医療機関間の連携により行われているところ、衛生検査所から直接送付することを希望する声もある。
- 直接送付のデメリットとして、送付側が作成された標本を確認できない等がある
- 「衛生検査所業における景品類の提供の制限に関する公正競争規約」においては、「衛生検査の取引を不当に誘因する手段として、景品類を提供してはならない。」とされている。



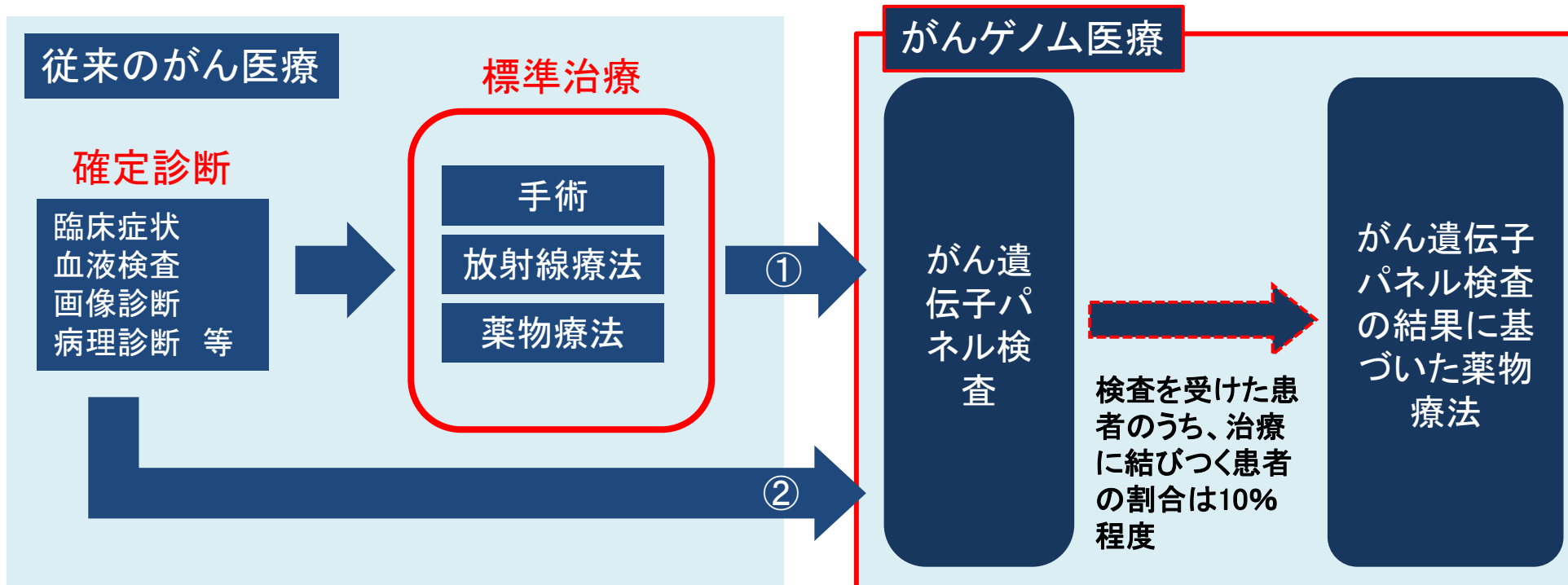
【論点】

- 保険医療機関間連携による病理診断における標本送付については、保険医療機関間により行われることが示されているところ、質の担保された保険診療という観点から、今後どのように診療報酬上の評価を行うべきか。

1. 遺伝学的検査について
2. 人工腎臓について
3. 医療機関間連携病理診断について
- 4. がんゲノムプロファイリング検査について**
5. プログラム医療機器の使用に関する指導管理について

がん遺伝子パネル検査を用いたがん医療の流れ

- 確定診断がなされた後に、標準治療がない固形がん患者においては、がん遺伝子パネル検査が保険診療として実施可能となっている。
- また、標準治療が存在する固形がん患者においては、標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む。）に対してがん遺伝子パネル検査を保険診療として実施することが可能である。



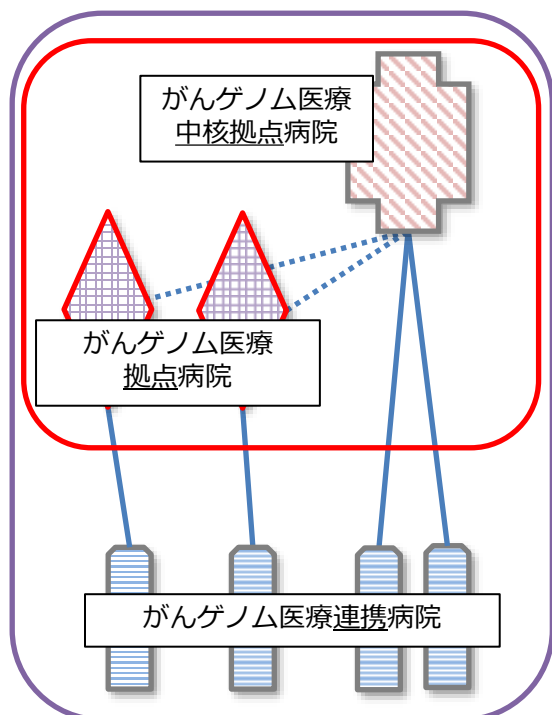
がん遺伝子パネル検査(※)の対象となる患者は、①又は②を満たし、全身状態及び臓器機能等から、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者。

①局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む。）

②標準治療がない固形がん患者

(※)がん遺伝子パネル検査…遺伝子変異を一度に数十から数百解析し、抗がん剤の選択に役立てる検査。

がんゲノム医療中核拠点病院等の全体像



がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院が、がんゲノム医療連携病院を選定する。

	患者説明 (検査)	検体準備	シーケンス実施	エキスパートパネル	レポート作成	患者説明 (結果)	治療	研究開発 先進医療・治験	人材育成
	患者説明 検体準備	シーケ ンス実施	専門家 会議	レポー ト作成	患者 説明	治療	研究 開発	人材 育成	
中核 拠点	必須	外注可	必須	必須	必須	必須	必須	必須	
拠点	必須	外注可	必須	必須	必須	必須	連携	連携	
連携	必須	外注可	中核拠点あるいは拠点病院の会議等に参加	必須	必須	必須	連携	連携	

がんゲノム医療中核拠点病院（13カ所）： 人材育成、診療支援、治験・先進医療主導、研究開発を担い、がんゲノム医療を牽引する。

がんゲノム医療拠点病院（32カ所）： がん遺伝子パネル検査の医学的解釈が自施設で完結できる医療機関。医療提供体制については中核拠点病院と同等。人材育成、治験・先進医療等については中核拠点病院と連携して実施。

がんゲノム医療連携病院（202カ所）： 中核拠点病院・拠点病院と連携してがん遺伝子パネル検査を実施する医療機関。

- がんゲノム医療提供体制においては、**中核拠点病院又は拠点病院**に連携病院が連携する。
- 人材育成、治験・先進医療などにおいては、**中核拠点病院**に拠点病院及び連携病院が連携する。

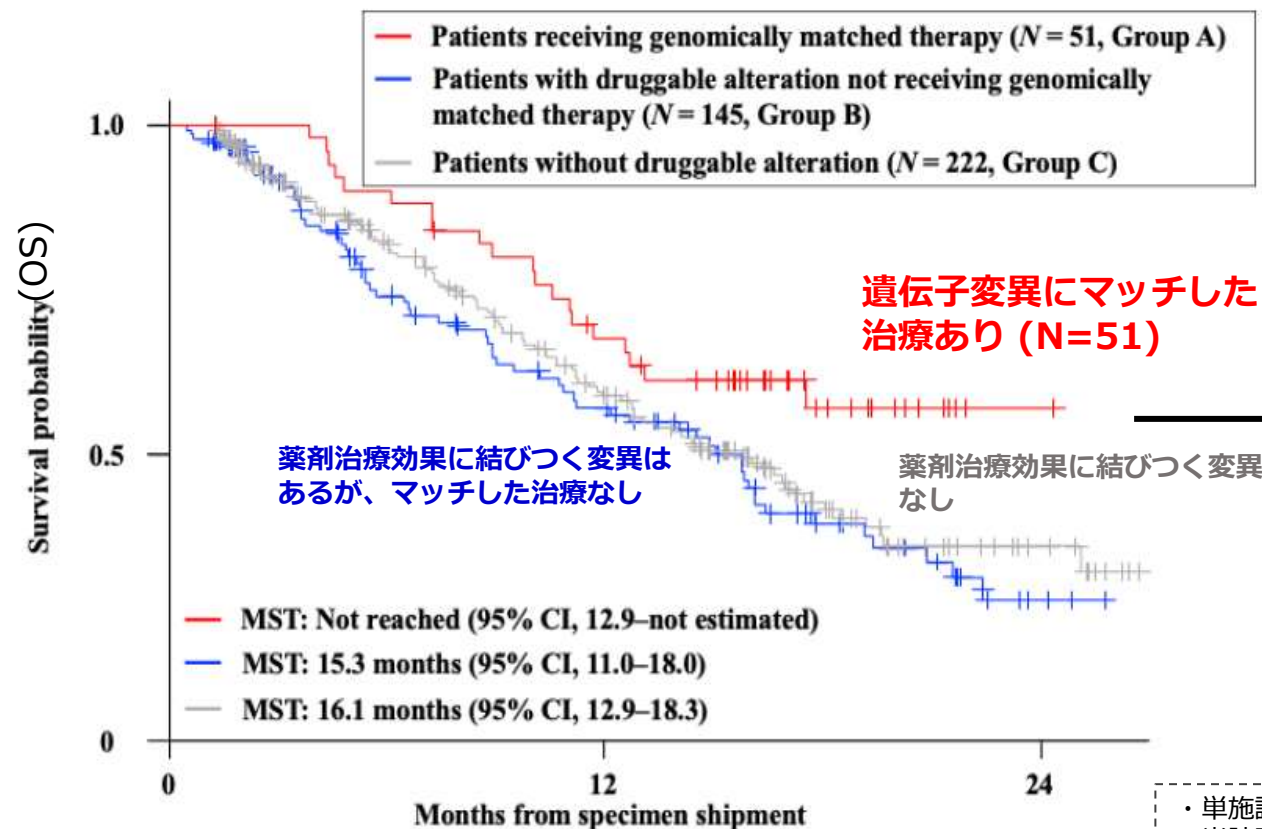
※ がんゲノム医療中核拠点病院等の施設数は、令和5年4月1日時点のものを記載。

※ 第3回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ 資料1より抜粋(2021.12.21)(一部改編)

がん遺伝子パネル検査後の治療

○ がん遺伝子パネル検査後に遺伝子変異にマッチした治療をうけることで生存予後が延長する可能性が示唆されている。

国立がん研究センター中央病院 418例 (2019/6~2020/7)の結果



がんゲノム医療の出口：
 大半[36例: 70.6%]が治験

P=0.03

No. at risk	0	12	24
Group A	51	32	1
Group B	145	53	3
Group C	222	88	11

・単施設、後ろ向き研究。
 ・当該臨床試験においては、患者はすべて保険診療下でがん遺伝子パネル検査を実施した。
 ・標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者を対象とした。

がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

がんゲノムプロファイリング検査の見直し

- ▶ がんゲノムプロファイリング検査を適切に推進する観点から、当該検査の実態に即して評価の在り方を見直し、検査結果の解釈・説明等の評価としてがんゲノムプロファイリング評価提供料を新設する。

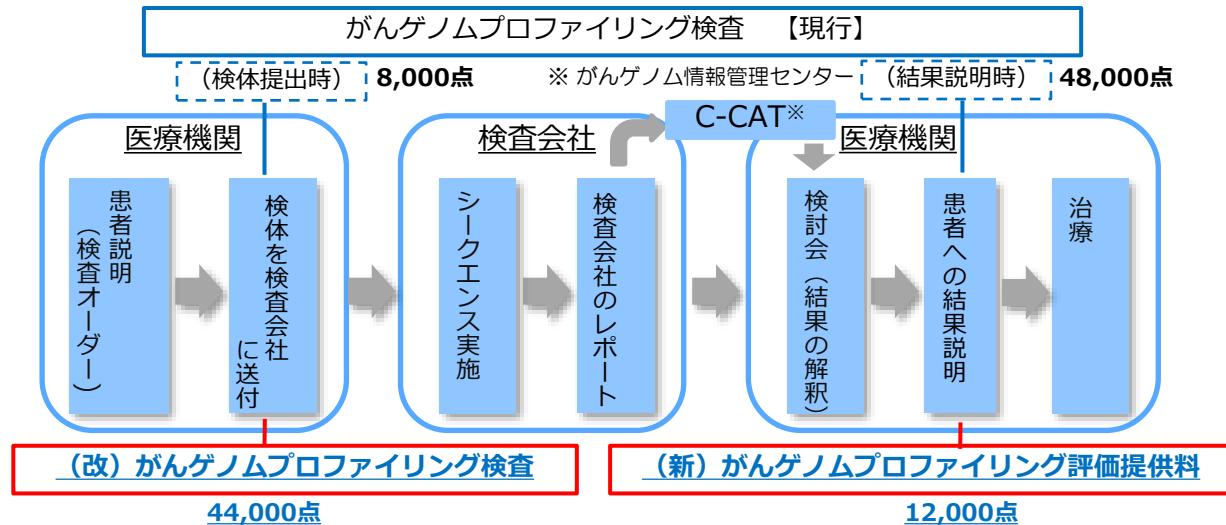
(新) がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について**、当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による**検討会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当該患者に説明した場合**に、患者1人につき1回に限り算定する。

[施設基準]

当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、**患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明**していること。



現行	
がんゲノムプロファイリング検査	
1 検体提出時	8,000点
2 結果説明時	48,000点



改定後	
(改) がんゲノムプロファイリング検査	44,000点
(新) がんゲノムプロファイリング評価提供料	12,000点

無菌製剤処理料の対象施設の見直し

- ▶ 質の高い無菌製剤処理の適切な評価を推進する観点から、無菌製剤処理料の対象となる施設に診療所を追加する。

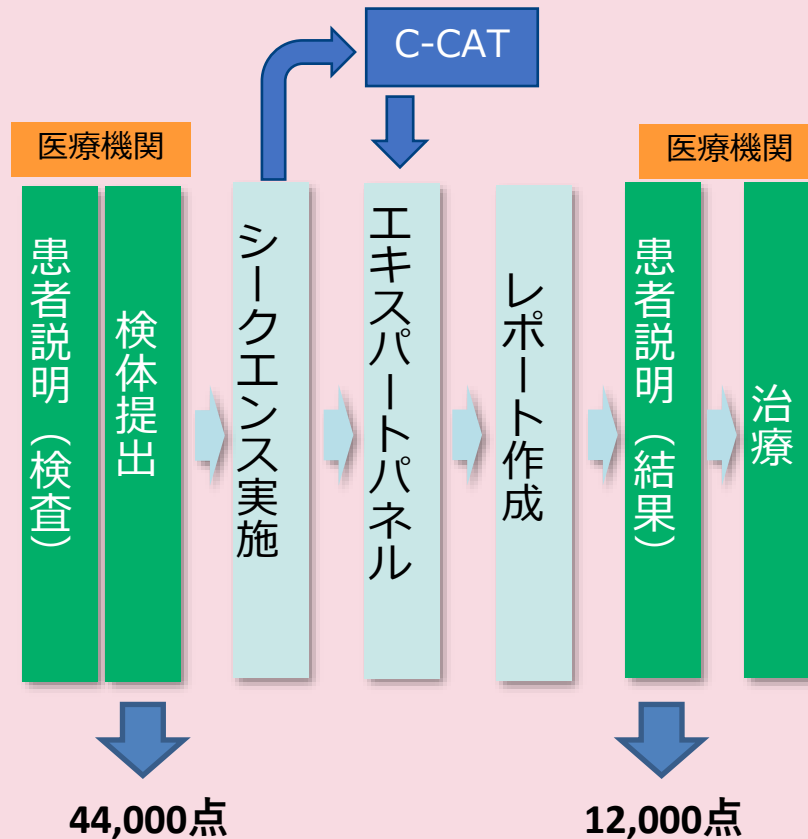
保険診療となっている包括的がんゲノムプロファイリング検査の概要

- がん患者に用いるがん遺伝子パネル検査については、現時点において、検体提出時に44,000点、結果説明時に12,000点が算定できることとなっている。
- 対象患者については、①標準治療のない固形がん患者、②標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む）となっている。

対象患者

以下の①又は②に該当し、本検査施行後に薬物療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した患者が対象

- ①標準治療のない固形がん患者
- ②標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む）



点数及び主な要件

○検体提出時	44,000点
○結果説明時	12,000点
計	56,000点

- ・検体提出は
がんゲノム医療中核拠点病院、
がんゲノム医療拠点病院及び
がんゲノム医療連携病院で実施
- ・C-CATへデータ提出
- ・患者へのデータ返却体制の整備
- ・管理簿等の作成
- ・品質・精度管理のための必要な措置等
- ・エキスパートパネルの実施
(がんゲノム医療中核拠点病院
及びがんゲノム医療拠点病院で
実施)
- ・治療方針等について患者に説明等

がん遺伝子パネル検査の出検数の推移

- 令和元年6月にがん遺伝子パネル検査が保険収載されて以降、検査実施件数は増加している。
- 令和5年現在、概ね月1,600~1,800件程度の規模で推移している。

がん遺伝子パネル検査データのC-CATへの登録数

保険診療開始の令和元年6月1日から
令和5年10月31日まで

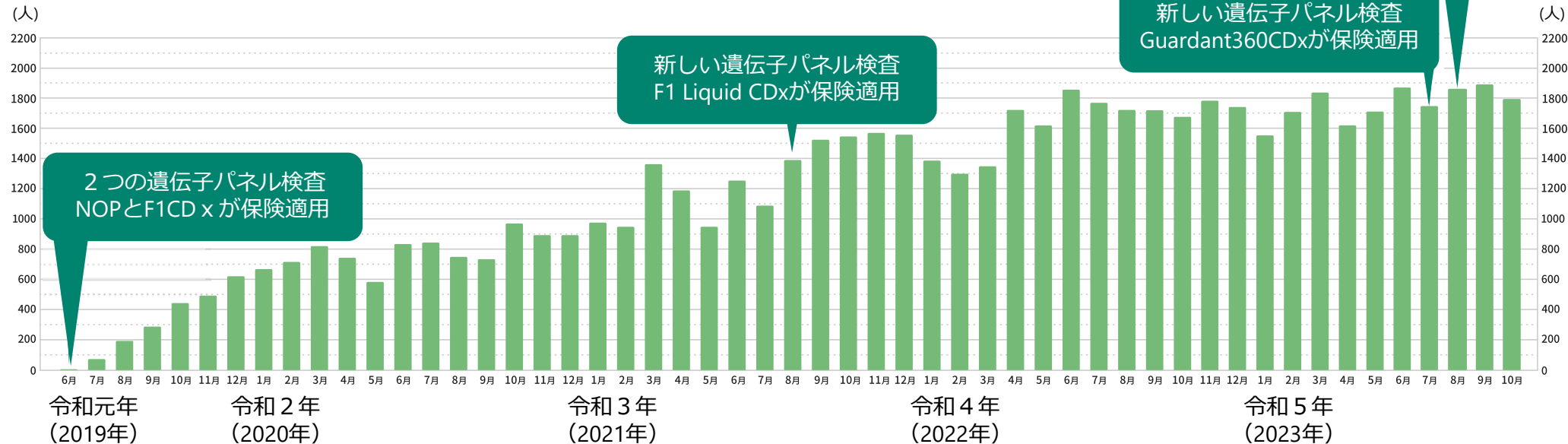
64,047 人

新しい遺伝子パネル検査
GenMine TOPが保険適用

新しい遺伝子パネル検査
Guardant360CDxが保険適用

新しい遺伝子パネル検査
F1 Liquid CDxが保険適用

2つの遺伝子パネル検査
NOPとF1CDxが保険適用



参考：C-CAT患者さん向けHP

https://for-patients.c-cat.ncc.go.jp/registration_status/

※ F1 = FoundationOne, NOP = NCC OncoPanel

出典：健康・生活衛生局 がん・疾病対策課提供資料

保険適用されているがん遺伝子パネル検査（一覧）

- がん患者に用いる遺伝子パネル検査については、現時点において、5つの製品が使用可能である。
- 医療機器によっては、コンパニオン診断の使用目的としても薬事承認を得ているものがある。

名称	製造販売業者	材料	薬事承認	保険適用	検査の概要
OncoGuide NCCオンコパネル システム	シスメックス株式会社	腫瘍組織 非腫瘍細胞（血液）	2018年 12月	2019年 6月	<ul style="list-style-type: none"> ・124のがん関連遺伝子（DNA）の変異を解析する。 ・コンパニオン診断としても薬事承認・保険適用
FoundationOne CDx がんゲノムプロファイル	中外製薬株式会社	腫瘍組織	2018年 12月	2019年 6月	<ul style="list-style-type: none"> ・324のがん関連遺伝子（DNA）の変異を解析する。 ・MSIの判定とTMBスコアの算出 ・コンパニオン診断としても薬事承認・保険適用
FoundationOne Liquid CDx がんゲノムプロファイル	中外製薬株式会社	全血 (ctDNA)	2021年 3月	2021年 8月	<ul style="list-style-type: none"> ・324のがん関連遺伝子（DNA）の変異を解析する。 ・コンパニオン診断としても薬事承認・保険適用
Guardant360 CDx がん遺伝子パネル	ガーダントヘルスジャパン株式会社	全血 (ctDNA)	2022年 3月	2023年 7月	<ul style="list-style-type: none"> ・74のがん関連遺伝子（DNA）の変異を解析する。 ・MSIの判定 ・コンパニオン診断としても薬事承認・保険適用
GenMineTOP がんゲノムプロファイリングシステム	コニカミノルタREALM株式会社	腫瘍組織 非腫瘍細胞（血液）	2022年 7月	2023年 8月	<ul style="list-style-type: none"> ・737のがん関連遺伝子（DNA）の変異の解析と455のがん関連遺伝子（RNA）の遺伝子融合の検出、5つのがん関連遺伝子（RNA）のエクソスキッピングの検出、27のがん関連遺伝子（RNA）の発現量を解析する。

※令和5年12月1日における状況

- ・ ctDNA(circulating tumor DNA)：体内の細胞から血液中に遊離し循環する、腫瘍細胞に由来する短く断片化されたDNA。
- ・ コンパニオン診断 (CDx)：遺伝子変異等に対応する国内承認薬の、該当がん種への適応の判定補助のこと。
- ・ TMB(Tumor Mutational Burden)：腫瘍の遺伝子変異量のこと、一部のがん遺伝子パネル検査ではスコア化が可能。
- ・ MSI(Microsatellite Instability)：マイクロサテライト不安定性。一部のがん遺伝子パネル検査ではマイクロサテライト（同じ塩基配列の繰り返し）領域の反復異常が多いものをMSI-Highとして判定する機能がある。

がん遺伝子パネル検査後の治療到達状況等

- がん遺伝子パネル検査を実施し、エキスパートパネルの結果、治療薬の選択肢が提示された症例の割合は44.5%、エキスパートパネルで提示された治療薬を投与した症例の割合は9.4%であった。
- そのうち、保険診療が1,857件(64.3%)、企業治験が477件(16.5%)であった。

エキスパートパネルの結果について (n=30,826)

「エキスパートパネルの結果治療薬の選択肢が提示された」の項目がC-CAT未入力の症例数 4例 (0.0%)

エキスパートパネルで提示された治療薬を投与した (他院で投薬した場合を含む) 症例数 2,888例(9.4%)

エキスパートパネルの結果治療薬の選択肢が提示されなかった症例数 17,109例 (55.5%)

エキスパートパネルの結果、治療薬の選択肢が提示された症例数 13,713例 (44.5%)

エキスパートパネルで提示された治療薬を投与しなかった症例数 9,384例 (30.4%)

エキスパートパネルで提示された治療薬を投与したか不明の症例数 1,413例 (4.6%)

未入力数 28例(0.1%)

エキスパートパネルで提示された治療薬を投与した症例の内訳 (n=2,888)

患者申出療養 263例 (9.1%)

その他 135例 (4.7%)

先進医療 2例 (0.1%)

医師主導治験 154例 (5.3%)

保険診療 1,857例 (64.3%)

企業治験 477例 (16.5%)

出典: 第4回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会 資料1(令和5年2月13日) 令和元年6月1日から令和4年6月30日までの期間にC-CAT調査結果が返却された症例(n = 33,933)のうち、臨床情報収集項目Ver.1.2.1以降(※1)の30,826症例(※2)を集計対象とした。

※1 Ver.1.2.1以降、エキスパートパネル後の状況について詳細な検討が可能となったため

※2 2022年12月1日時点でC-CATに登録されていたデータを集計

先進医療Bの概要図(「マルチプレックス遺伝子パネル検査(告示番号40番)」)

○ 現在、先進医療B(告示番号40番)において、「固形がん患者における初回治療時の包括的がんゲノムプロファイル検査の実現性と治療選択への有効性を評価する前向き研究」を実施し、標準治療前に実施した際の有効性等の評価を行っている。

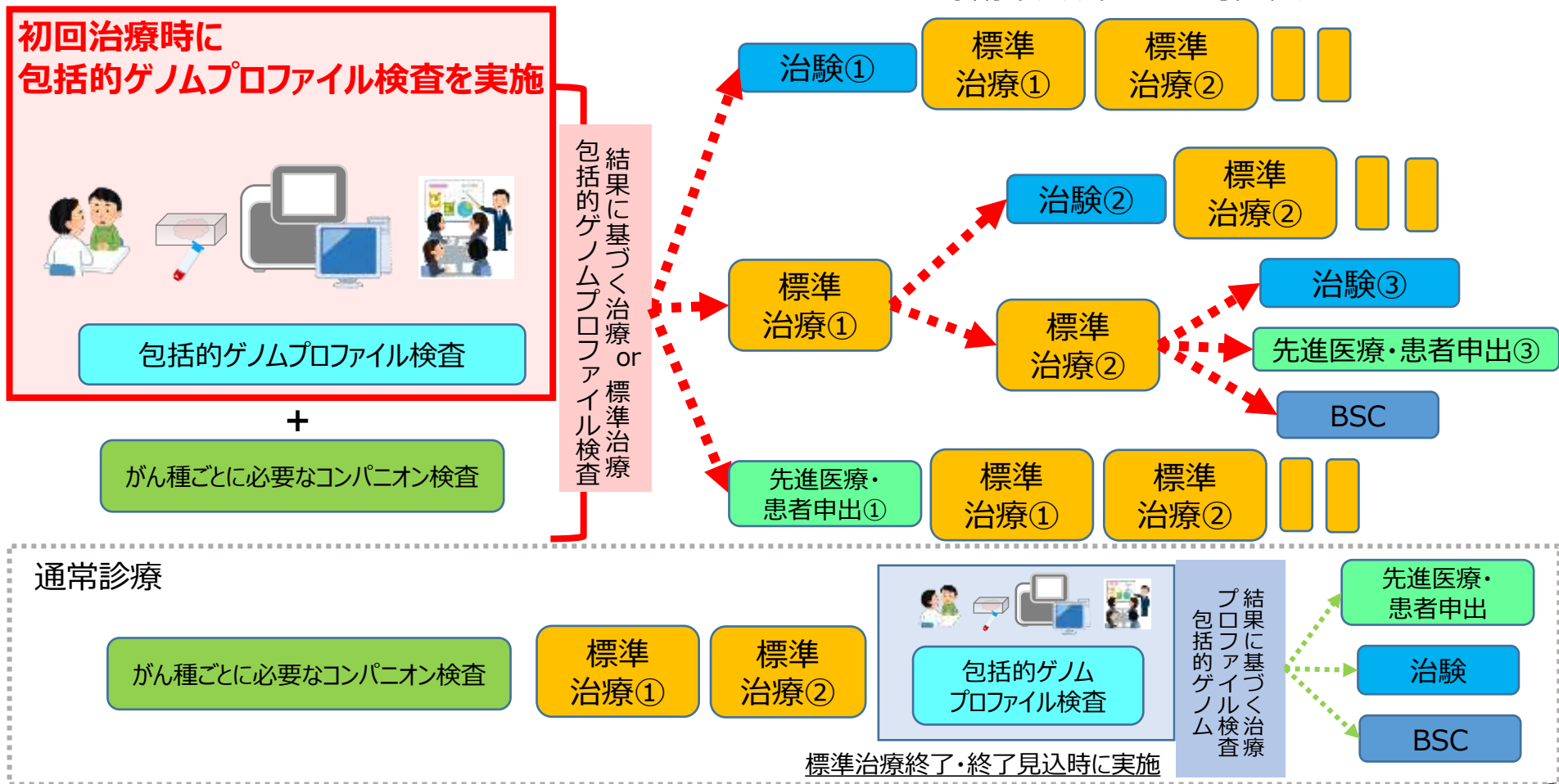
参考資料
申請医療機関の提出資料

技術概要図

固形がん患者における初回治療時の包括的ゲノムプロファイル検査の実現性と治療選択への有用性を評価する前向き研究

早い段階から包括的ゲノムプロファイル検査の結果に基づく個別化医療を進めることで、よりよい治療効果が期待できる可能性がある

進行・再発固形がん
薬物療法の対象となる



出典：第84回先進医療会議資料(令和2年3月5日)から引用

既に検証が終了した又は検証中である先進医療B

- 初回治療時の包括的がんゲノムプロファイル検査の有効性を評価する先進医療Bについては、これまでに2技術承認されている。
- 先進医療B「マルチプレックス遺伝子パネル検査」(旧告示番号51番)については、臨床試験は終了し、すでに総括報告書は提出されている。
- 先進医療B「マルチプレックス遺伝子パネル検査」(告示番号40番)については、現在実施中である。

○先進医療B「マルチプレックス遺伝子パネル検査」 (旧告示番号51番)

- ・申請医療機関：京都大学医学部附属病院
- ・告示適用日：令和3年5月1日
- ・先進医療終了日：令和5年1月31日
- ・対象疾患：進行再発固形がん（食道がん、胃がん、大腸がん、膵がん、胆道がん、肺がん、乳がん、卵巣がん若しくは子宮がん又は悪性黒色腫であって、化学療法又は放射線治療を行っていないものに限る。）
- ・使用する医療機器：FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル
- ・症例数：全登録例は183例、全適格例及び全検査例は180例、全適格検査例は172例。
- ・主要評価項目：コンパニオン診断を含む Actionable な遺伝子異常を有する症例の割合
- ・副次評価項目：1)エキスパートパネルによる推奨治療が提示できる症例の割合、2)遺伝子異常に基づく推奨治療のマッチングスコア、3)Druggable な遺伝子異常を有する症例の割合、4)コンパニオン診断の遺伝子異常を有する症例の割合、5)シークエンス成功割合、6)エキスパートパネルによる推奨治療を実際に受けた症例の割合、7)全生存期間

○先進医療B「マルチプレックス遺伝子パネル検査」 (告示番号40番)

- ・申請医療機関：国立がん研究センター中央病院
- ・告示適用日：令和2年4月1日
- ・先進医療終了日：－（現在実施中）
- ・対象疾患：進行再発固形がん(非小細胞肺がん、乳がん、胃がん、大腸がん、膵がん又は胆道がんに限る。)
- ・使用する医療機器：OncoGuide™ NCCオンコパネルシステム
- ・予定症例数：がん種問わず 200 例（各がん種最低 10 例、最大 60 例）
- ・主要評価項目：治療標的となる遺伝子異常（=actionable な遺伝子異常）に対応する分子標的薬による治療を受ける患者の割合（コンパニオン診断薬に基づき投与が決定される標準治療となっている治療は除く）
- ・副次評価項目：Actionable な遺伝子異常を有する患者の割合、全生存期間※、標的治療の無増悪生存期間※、解析成功割合、既存のコンパニオン診断薬による診断結果との一致割合、標準治療終了後の包括的ゲノムプロファイル検査施行割合、actionable な遺伝子異常に対する分子標的薬を用いた治療への登録割合

各先進医療B技術の評価項目及び先進医療会議の評価

- 先進医療B「マルチプレックス遺伝子パネル検査」(旧告示番号51番)については、主要評価項目は、「コンパニオン診断を含む Actionable な遺伝子異常を有する症例の割合」となっている。
- 第146回先進医療技術審査部会(令和5年3月9日)における総括報告書に関する評価(抜粋)
 - ・CDx(コンパニオン診断薬)の導入により従前に比べて標準治療開始前に一定数の症例が標準治療以外の最適と考えられる治療法にアクセスできる状況が示され、エキスパートパネルによる推奨が本検査によって質量ともに従来よりも効果的に機能し得ることが考えられた。一方で、このスキームで治療を行うことで生存時間等のアウトカムが改善するか否かが検証されたわけではなく、本技術が真に有効性を有するかどうかは、今後のより広範な観察研究や検証的な研究の結果を待つ必要があると思われる。

先進医療B「マルチプレックス遺伝子パネル検査」(旧告示番号51番)

- 主要評価項目：コンパニオン診断を含む Actionable な遺伝子異常を有する症例の割合
- 先進医療会議における総括報告書の評価：

令和5年3月9日(木)

(第146回先進医療技術審査部会)における評価結果

- 本研究によって、CDxの導入により従前に比べて標準治療開始前に一定数の症例が標準治療以外の最適と考えられる治療法にアクセスできる状況が示され、エキスパートパネルによる推奨が本検査によって質量ともに従来よりも効果的に機能し得ることが考えられた。一方で、このスキームで治療を行うことで生存時間等のアウトカムが改善するか否かが検証されたわけではなく、本技術が真に有効性を有するかどうかは、今後のより広範な観察研究や検証的な研究の結果を待つ必要があると思われる。
- 本先進医療技術は体外診断に係る技術であり、技術の成熟度自体には問題ないと考えられるため、成熟したエキスパートパネルと連動して実施される範囲において、本技術の薬事承認を妨げるデータは得られていない。一方、生存時間の改善等、真の有効性を発揮するか否かについては、今後本技術が導入された後も様々な結果を収集して検討を加える必要があると考える。

がんゲノムプロファイリング検査についての現状・課題、論点

(がんゲノムプロファイリング検査の現状)

- 「標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者(終了が見込まれる者を含む。)」については、現在保険診療で実施される遺伝子パネル検査の対象となっている。
- 令和4年度診療報酬改定以降、検体提出時に44,000点、結果説明時に12,000点を算定することとなっている。
- 先進医療B「マルチプレックス遺伝子パネル検査」(旧告示番号51番)については、先進医療は終了し、すでに総括報告書は提出されている。第146回先進医療技術審査部会(令和5年3月9日開催)における評価は、以下のとおり。
 - ・ 本研究によって、CDx(コンパニオン診断薬)の導入により従前に比べて標準治療開始前に一定数の症例が標準治療以外の最適と考えられる治療法にアクセスできる状況が示され、エキスパートパネルによる推奨が本検査によって質量ともに従来よりも効果的に機能し得ることが考えられた。一方で、このスキームで治療を行うことで生存時間等のアウトカムが改善するか否かが検証されたわけではなく、本技術が真に有効性を有するかどうかは、今後のより広範な観察研究や検証的な研究の結果を待つ必要があると思われる。
 - ・ 本先進医療技術は体外診断に係る技術であり、技術の成熟度自体には問題ないと考えられるため、成熟したエキスパートパネルと連動して実施される範囲において、本技術の薬事承認を妨げるデータは得られていない。一方、生存時間の改善等、真の有効性を発揮するか否かについては、今後本技術が導入された後も様々な結果を収集して検討を加える必要があると考える。
- 先進医療B「マルチプレックス遺伝子パネル検査」(告示番号40番)については、「進行再発固形がん(非小細胞肺癌、乳がん、胃がん、大腸がん、膵がん又は胆道がんに限る。)」を対象に、「治療標的となる遺伝子異常(=actionableな遺伝子異常)に対応する分子標的薬による治療を受ける患者の割合(コンパニオン診断薬に基づき投与が決定される標準治療となっている治療は除く)」を主要評価項目として、先進医療を実施中である。

【論点】

- がんゲノムプロファイリング検査については、令和元年6月に保険適用になって以来、「標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者(終了が見込まれる者を含む。)」を対象に保険診療として実施されている。現在の実施状況等を踏まえ、その評価の在り方についてどう考えるか。
- なお、標準治療前に実施するがんゲノムプロファイリング検査の有効性等について、既存のコンパニオン診断薬での遺伝子検査が陰性又はコンパニオン診断薬が存在しないがん種を対象として、当該検査によってアウトカムが改善したかを検証するための先進医療が現在実施中である。こうした状況も踏まえ、がんゲノムプロファイリング検査の評価の在り方についてどのように考えるか。

1. 遺伝学的検査について
2. 人工腎臓について
3. 医療機関間連携病理診断について
4. がんゲノムプロファイリング検査について
5. プログラム医療機器の使用に関する指導管理について

これまでの承認・認証実績に基づくプログラム医療機器の全体像

薬事承認された製品数

(2023年5月時点)

非医療機器	医療機器	クラス			
		クラスII	クラスIII	クラスIV	
健康管理を目的としたプログラム 教育用プログラム 院内業務支援プログラム クラスI相当プログラム	家庭用	家庭用プログラム 2			
	診断・検査	画像診断支援		322	
		画像診断支援以外の診断支援		89	
		遺伝子変異解析		11	
	治療	治療方針の決定	行動変容アプリ 3	治療計画支援	58
		治療支援		手術支援	1
				機器制御用プログラム	3

AIを活用した医療機器（プログラム）の承認状況（R4.9末現在）①

No.	承認日	販売名	製造販売承認を受けた者	品目の概要など
1	H30.12.6	内視鏡画像診断支援ソフトウェアEndoBRAIN	サイバネットシステム株式会社	超拡大内視鏡から大腸病変の腫瘍/非腫瘍を判別支援
2	R1.9.17	医用画像解析ソフトウェアEIRL aneurysm	エルピクセル株式会社	MRIによる頭部血管撮影画像から動脈の瘤状の変形に類似した候補点を検出支援
3	R1.12.25	類似画像症例検索ソフトウェアFS-CM687型	富士フイルム株式会社	X線CT画像から診断画像（肺結節/びまん性疾患/肝臓腫瘍）の注目領域を解析し、使用施設のデータベースから類似した画像を検索支援
4	R2.4.27	内視鏡画像診断支援ソフトウェアEndoBRAIN-UC	サイバネットシステム株式会社	超拡大内視鏡画像から潰瘍性大腸炎の炎症度合い（活動/寛解）を表示支援
5	R2.5.8	肺結節検出プログラム FS-AI688型	富士フイルム株式会社	X線CT画像から肺結節様陰影候補の検出支援
6	R2.6.3	COVID-19肺炎画像解析AIプログラム InferRead CT Pneumonia ※一変時に販売名を変更	株式会社CESデカルト	X線CT画像からCOVID-19肺炎に見られる画像所見の可能性を3段階の確信度で表示支援
7	R2.6.19	AI-Radコンパニオン	シーメンスヘルスケア株式会社	X線CT画像から肺結節様陰影候補の検出支援
8	R2.6.29	内視鏡画像診断支援プログラムEndoBRAIN-EYE	サイバネットシステム株式会社	内視鏡画像から大腸ポリープ病変の存在の検出支援
9	R2.6.29	COVID-19肺炎画像解析プログラムAli-M3	株式会社MICメディカル	X線CT画像からCOVID-19肺炎に見られる画像所見の可能性を3段階の確信度で表示支援
10	R2.7.15	内視鏡画像診断支援ソフトウェアEndoBRAIN-Plus	サイバネットシステム株式会社	大腸病変の病理予測（非腫瘍/腺腫・粘膜内癌/浸潤癌）の支援
11	R2.8.20	医用画像解析ソフトウェアEIRL X-Ray Lung nodule	エルピクセル株式会社	胸部X線画像から肺結節様陰影候補の検出支援
12	R2.9.2	内視鏡検査支援プログラムEW10-EC02	富士フイルム株式会社	内視鏡画像から大腸ポリープ病変の検出と鑑別診断の補助支援

※ 本表は、承認申請時にAIを活用した旨が記述された医療機器プログラムの一部を例示として列挙した。AIを活用した医療機器を網羅するものではない。また、認証品目は含まれない。

AIを活用した医療機器（プログラム）の承認状況（R4.9末現在）②

No.	承認日	販売名	製造販売承認を受けた者	品目の概要など
13	R2.11.24	乳がん診断支援プログラムRN-デカルト	株式会社CESデカルト	乳房超音波画像から病変候補の検出支援
14	R2.11.30	WISE VISION 内視鏡画像解析AI	日本電気株式会社	内視鏡画像から、大腸前がん病変及び早期大腸癌の病変候補部位を示し、肉眼型が隆起型である病変の診断支援
15	R3.5.26	COVID-19肺炎画像解析プログラム FS-AI693型	富士フイルム株式会社	X線CT画像からCOVID-19肺炎に見られる画像所見の可能性を3段階の確信度で表示支援
16	R3.7.7	胸部X線画像病変検出（CAD）プログラム LU-AI689型	富士フイルム株式会社	胸部X線画像から肺結節、気胸等の異常所見様陰影候補の検出支援
17	R.3.9.1	肋骨骨折検出プログラム FS-AI691型	富士フイルム株式会社	X線CT画像から肋骨骨折候補の検出支援
18	R3.10.11	画像診断支援ソフトウェア KDSS-CXR-AI-101	コニカミノルタ株式会社	胸部X線画像から肺結節、肺腫瘍等の異常所見様陰影候補の検出支援
19	R3.12.9	胸部X線肺炎検出エンジン Doctor Net JLK-CRP	株式会社ドクターネット	胸部X線画像から感染性肺炎に見られる画像所見の可能性を3段階の確信度で表示支援
20	R3.12.24	HOPE LifeMark-CAD 肺炎画像解析支援プログラム for COVID-19	富士通Japan株式会社	X線CT画像からCOVID-19肺炎に見られる画像所見の可能性を3段階の確信度で表示支援
21	R4.4.26	nodoca（ノドカ）	アイリス株式会社	咽頭画像と診療情報から、インフルエンザウイルス感染症に特徴的な所見や症状等を検出することで、当該感染症を診断支援
22	R4.6.2	COVID-19肺炎解析ソフトウェア SCO-PA01	キヤノンメディカルシステムズ株式会社	X線CT画像からCOVID-19肺炎に見られる画像所見の可能性を2段階の確信度で表示支援
23	R4.9.20	内視鏡検査支援プログラム EW10-EG01	富士フイルム株式会社	内視鏡画像から食道・胃腫瘍性病変の検出支援

※ 本表は、承認申請時にAIを活用した旨が記述された医療機器プログラムの一部を例示として列挙した。AIを活用した医療機器を網羅するものではない。また、認証品目は含まれない。

プログラム医療機器に関する課題・論点①

【課題】

○プログラム医療機器の評価に関する基準について

- プログラム医療機器に対する診療報酬上の評価の在り方については、診断用か、治療用かという観点や、主に医療従事者が使うものか、主に患者が使うものかという観点など、用途や使用目的、使用形態に応じた分類ごとに基づき、特定保険医療材料又は技術料のいずれの評価になるか及び評価する場合の観点について整理・明確化すべきとの指摘がなされている。



【論点】

- プログラム医療機器の用途ごとの評価の考え方について、以下のとおり整理・明確化することとしてはどうか。
- その上で、医学管理等のために患者自身が医療機関外で使用するプログラム医療機器を特定保険医療材料として評価するに当たり、当該プログラム医療機器の使用に係る指導管理に対する評価を別途設けることについて、中医協総会に検討を求めることとしてはどうか。
- また、現在の保険適用手続きにおいて、A1（包括）申請、A2（特定包括）申請及びB1（既存機能区分）申請は保険医療材料等専門組織における審議を経ずに保険適用となる。今後、支援の対象とする既存技術の臨床上的有効性が当該プログラム医療機器を用いない場合よりも明らかに向上すると認められ、新機能区分又は新技術が設定された後に、別のプログラム医療機器が当該新機能区分に対してB1申請を行う場合、又は当該新技術に用いるものとしてA1若しくはA2申請を行う場合においては、当該別のプログラム医療機器の性能について個別に審査を行う必要性があると考えられることから、当面の間、保険医療材料等専門組織において審議を行うこととしてはどうか。

【2. (3) 治療用医療機器の制御に用いるもの】

<特定保険医療材料への該当性>

- 当該プログラム医療機器が制御する対象の医療機器が技術料に包括して評価されているものであれば、使用される技術が限定される。一方で、対象の医療機器が特定保険医療材料である場合には、当該特定保険医療材料の性能が向上するものとして評価することが可能と考えられる。
- 使用に係る費用については、患者ごとに発生するものが一般的と考えられる。
- これらのことから、制御する対象の医療機器が技術料に包括して評価されるものであれば、原則として技術料に対する加算として評価を行い、対象の医療機器が特定保険医療材料である場合には、当該プログラム医療機器自体又は当該プログラム医療機器と支援対象の医療機器を組み合わせたものを特定保険医療材料として評価する。

<評価軸>

- 当該プログラム医療機器の使用により、支援の対象とする医療機器の臨床上的の有効性が、当該プログラム医療機器を用いない場合よりも明らかに向上する場合は、上記のとおり、技術料に対する加算又は特定保険医療材料の新機能区分として評価する。

【3. 医学管理等のために患者自身が医療機関外で使用するプログラム医療機器】

<特定保険医療材料への該当性>

- 当該プログラム医療機器の関連技術が限定される場合があるものの、関連技術が医学管理等である性質上、関連技術料と比較して相対的に高額になる傾向にあり、また、費用負担は一般的に患者ごとに発生する。
- これらのことから、新規技術と一体的である場合等を除き、原則として特定保険医療材料として評価する。

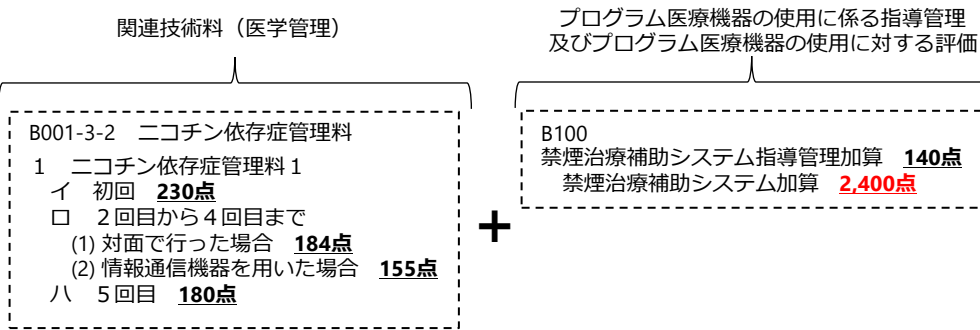
<評価軸>

- 当該プログラム医療機器の使用により、既存の医学管理等と比較して臨床上的の有用性が向上する場合に、特定保険医療材料として評価する。
- 特定保険医療材料として評価する場合における類似機能区分比較方式又は原価計算方式の選択及び補正加算の考え方は、通常の医療機器に準じる。

医学管理等のために患者自身が医療機関外で使用するプログラム医療機器について

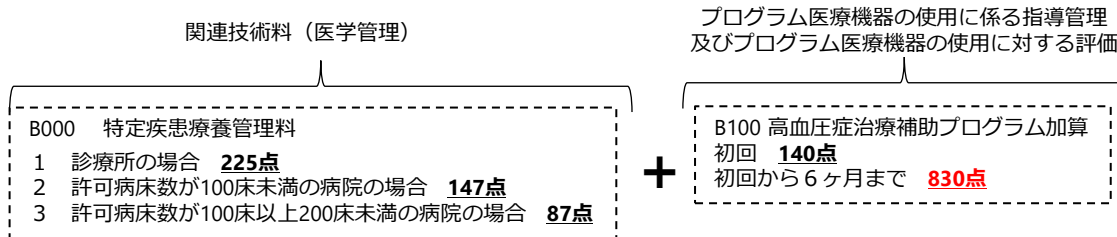
- 医学管理等のために患者自身が医療機関外で使用するものとして保険適用され、関連技術料に対する加算が設けられているプログラム医療機器においては、関連技術料と比較して相対的に加算分が高くなっている。

1) 禁煙治療補助システム加算の場合



- 患者アプリ**
ニコチン依存症の理解及び禁煙に関する行動変容の定着を促すメッセージや動画等を提供
- COチェッカー**
呼気CO濃度を測定し、患者アプリに送信
- 医師アプリ**
患者アプリの進捗の確認等診療のサポート

2) 高血圧症治療補助プログラム加算の場合



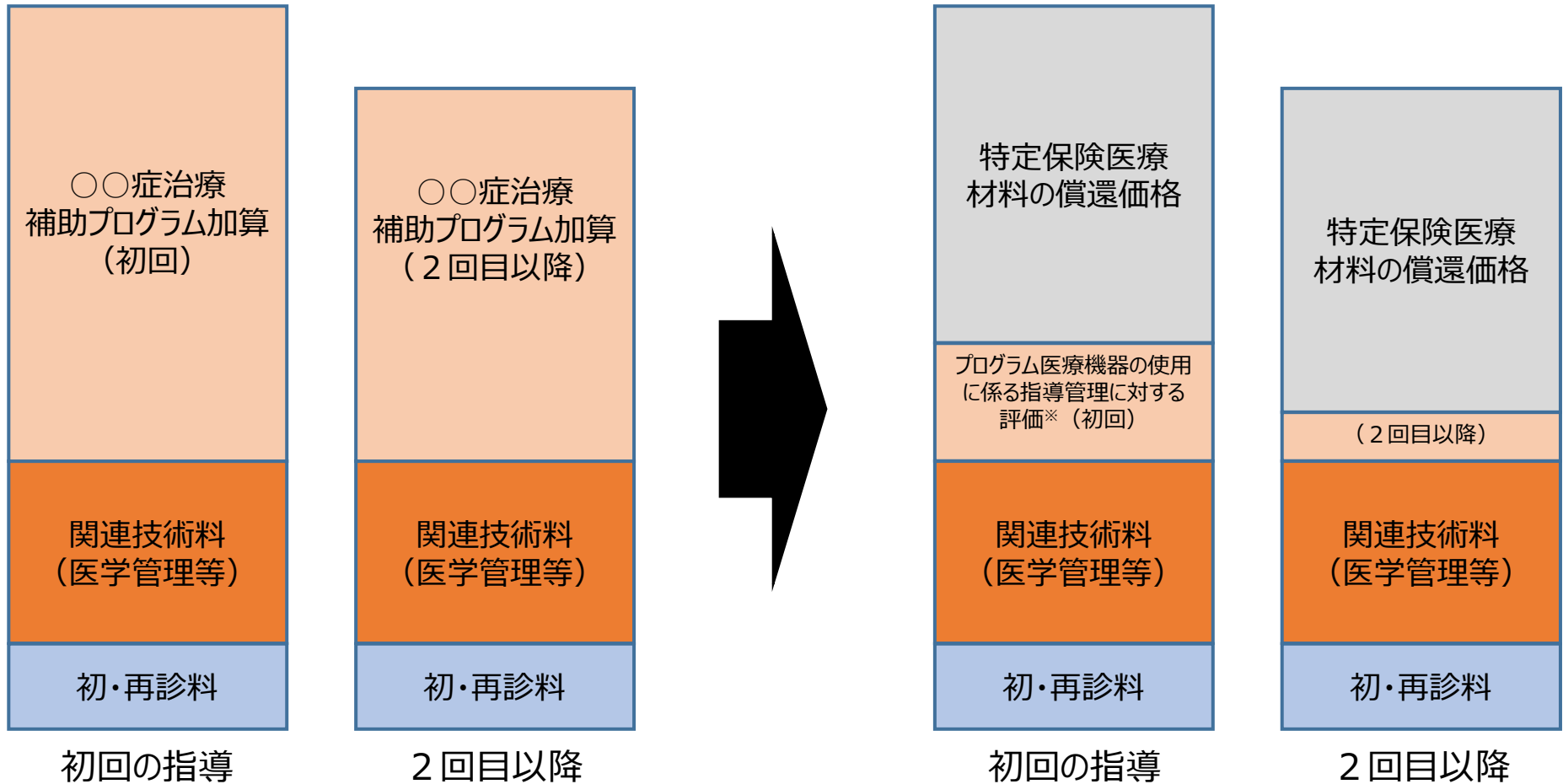
医師アプリでの表示内容に応じた生活指導

プログラム医療機器の使用に関する指導管理に対する評価について（イメージ）

- 医学管理等のために患者自身が医療機関外で使用するプログラム医療機器が特定保険医療材料として評価される場合においては、特定保険医療材料の償還価格と、当該プログラム医療機器の使用に係る指導管理に対する評価に分けて評価することが考えられる。

現行の評価（例）

プログラム医療機器が特定保険医療材料として評価される場合の評価のイメージ



※使用するプログラム医療機器の種類によらず、共通の項目により評価することを想定。

プログラム医療機器の使用に関する指導管理について課題と論点

(プログラム医療機器の使用に関する指導管理)

- プログラム医療機器に対する診療報酬上の評価の在り方については、用途や使用目的、使用形態に応じた分類ごとに基つき、特定保険医療材料又は技術料のいずれの評価になるか等について整理・明確化すべきとの指摘がなされ、保険医療材料専門部会においては、医学管理等のために患者自身が医療機関外で使用するプログラム医療機器については原則として特定保険医療材料として評価すべきとされた。
- こうした議論を踏まえ、医学管理等のために患者自身が医療機関外で使用するプログラム医療機器を特定保険医療材料として評価するに当たり、当該プログラム医療機器の使用に係る指導管理に対する評価を別途設けることについて、中医協総会における検討が求められている。
- 医学管理等のために患者自身が医療機関外で使用するプログラム医療機器による診療に対する現在の評価であるプログラム医療機器等医学管理加算においては、プログラム医療機器の使用自体に係るコストと、当該プログラム医療機器の使用に係る指導管理が併せて評価されている場合がある。



【論点】

- 医学管理等のために患者自身が医療機関外で使用するプログラム医療機器が特定保険医療材料として評価される場合において、当該プログラム医療機器自体の使用に係るコストとは別に、こうしたプログラム医療機器の使用に係る指導管理に対する評価を設けることについてどのように考えるか。

個別事項(その20)

これまでのご指摘に対する回答について

(1) 総合入院体制加算に係る指摘事項

(11月8日 中央社会保険医療協議会 総会)

【入院(その2)】

- 地域において、総合入院体制加算(特に総合入院体制加算1)を算定する医療機関が果たす役割というのは、非常に大きいというのが、これまでも示されてきている。急性期充実体制加算が新設されたこのタイミングで、総合入院体制加算1については、きちんとその役割に合った評価に引き上げることを検討する必要があるのではないか。

総合入院体制加算の概要

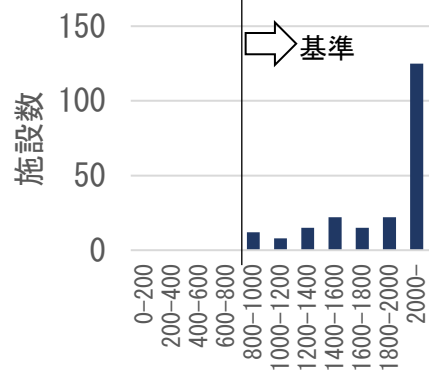
中医協 総 - 3
5 . 1 1 . 1 5 改

(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"> 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 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。(※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ないとしても良い。) 外来を縮小する体制を有すること。(右記) <ul style="list-style-type: none"> ア 次のいずれにも該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している 診療情報提供料1の注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。 イ 紹介受診重点医療機関である。 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。 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。 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を整備していること。 		
実績要件	(共通要件) 全身麻酔による手術件数が年800件以上		
	<ul style="list-style-type: none"> ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：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(A2点以上又はC1点以上)		必要度Ⅰ： <u>3割3分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割以上</u>	必要度Ⅰ： <u>3割以上</u> 必要度Ⅱ： <u>2割7分以上</u>

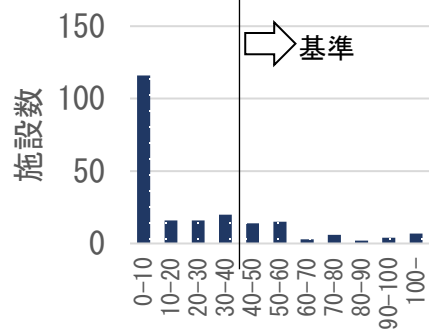
総合入院体制加算を算定している医療機関の診療実績

○ 総合入院体制加算を算定している医療機関の診療実績は以下のとおり。全身麻酔手術件数、分娩件数は、多くの施設が基準を満たしていた。

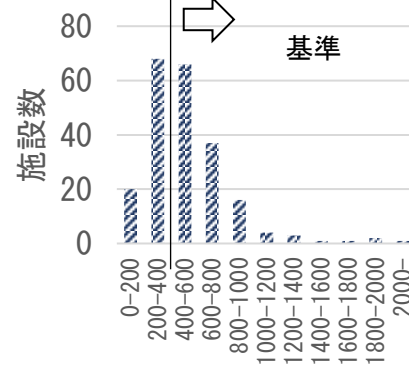
全身麻酔手術の件数



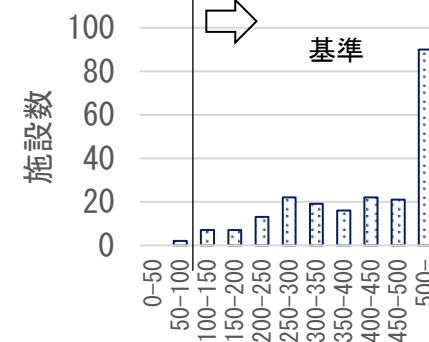
人工心肺を用いた手術等



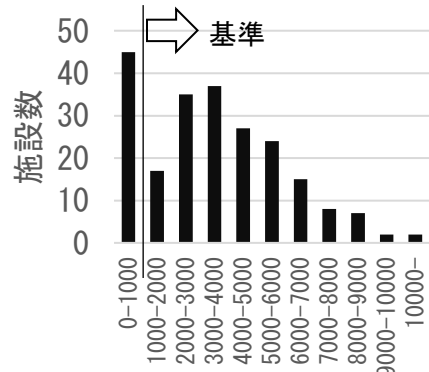
悪性腫瘍手術



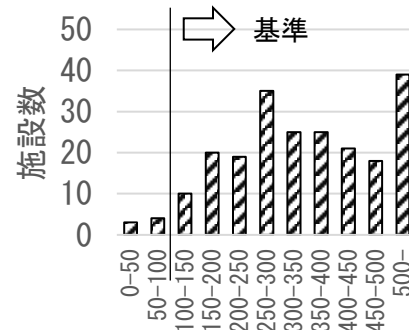
腹腔鏡下手術



放射線治療



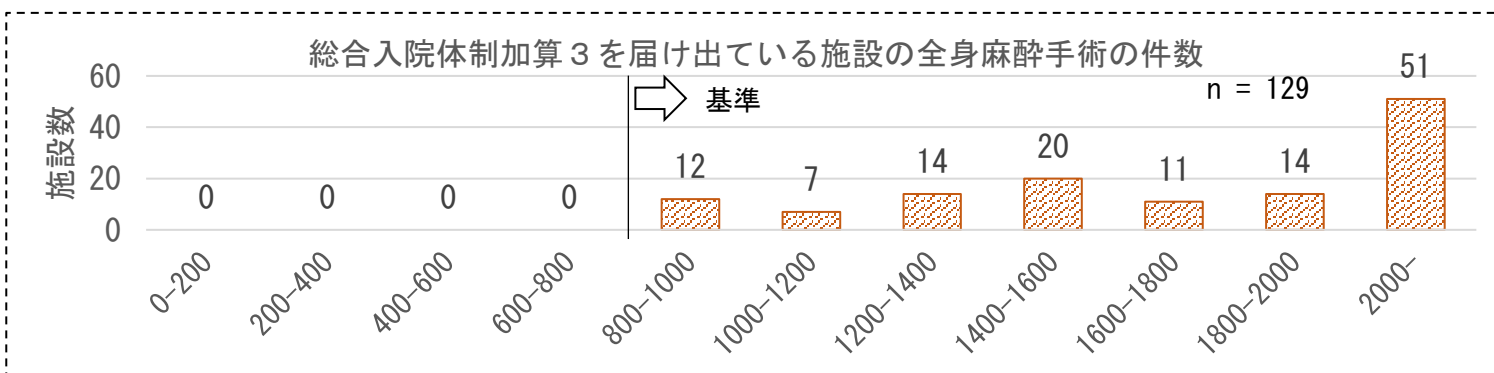
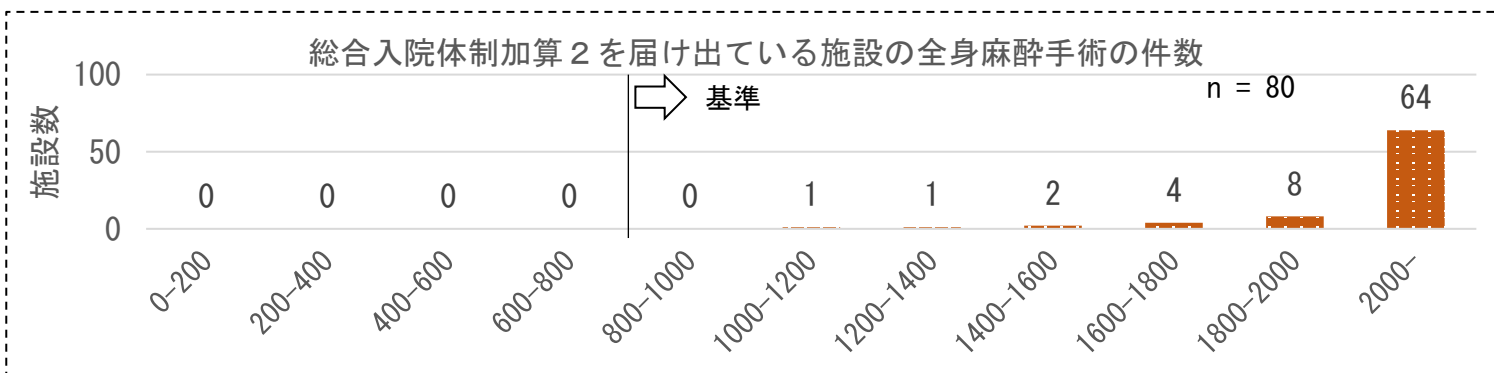
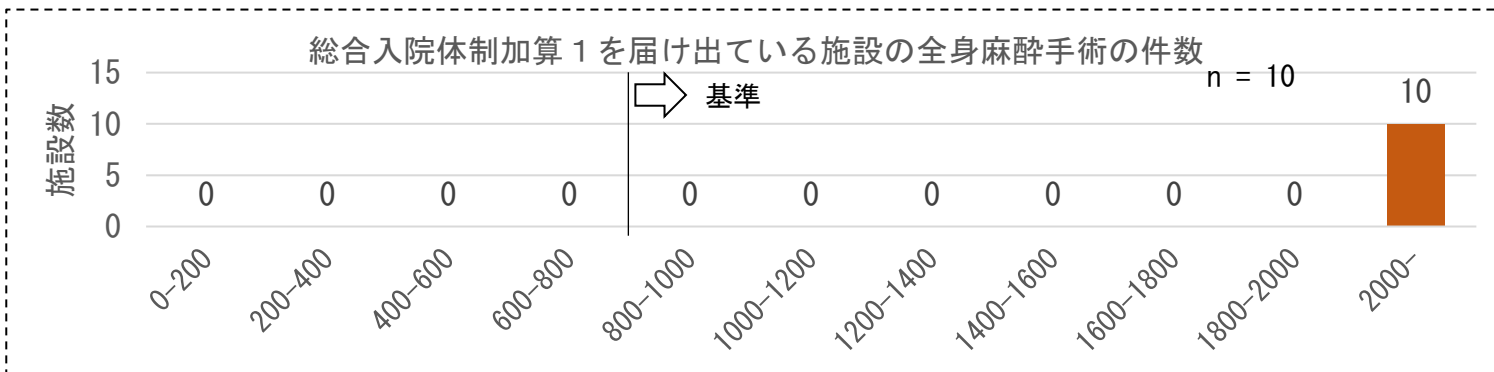
分娩件数



総合入院体制加算の施設基準（抜粋）
 全身麻酔による手術件数が800件以上であること及び、以下のア～カのうち、
 ・全て（総合入院体制加算1）
 ・4つ以上（総合入院体制加算2）
 ・2つ以上（総合入院体制加算3）
 を満たしていること。
 ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 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）4000件／年以上
 オ 化学療法 1000件／年以上
 カ 分娩件数 100件／年以上

総合入院体制加算を算定している医療機関の全身麻酔の手術件数

○ 総合入院体制加算1～3の全身麻酔の手術件数は以下のとおり。総合入院体制加算1, 2については、基準と比較して高い実績であった。



総合入院体制加算の施設基準（抜粋）
 全身麻酔による手術件数が800件以上であること及び、以下のア～カのうち、
 ・全て（総合入院体制加算1）
 ・4つ以上（総合入院体制加算2）
 ・2つ以上（総合入院体制加算3）
 を満たしていること。
 ア 人工心臓を用いた手術及び人工心臓を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 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）4000件/年以上
 オ 化学療法 1000件/年以上
 カ 分娩件数 100件/年以上

(2) 働き方改革に係る指摘事項

(11月15日 中央社会保険医療協議会 総会)

【手術、処置の時間外等加算について】

(論点)

- 手術・処置の時間外等加算について、医師の働き方改革を推進する実効性を担保する観点から、複数主治医制等の要件を見直すこと及び24年4月から義務化されるインターバルの確保を推進することについて、どのように考えるか。

(主なご意見)

- 手術、処置の時間外加算について、現場への影響をよく検討すべきではないか。

勤務環境に特に配慮を要する領域への対応

- 当直等の負担軽減を図る観点から、勤務環境に特に配慮を要する領域への対応として、手術・処置の休日・時間外・深夜加算の要件等の見直し(平成26年度改定、令和4年度改定)等を実施した。

(例) 手術・処置の休日・時間外・深夜加算

(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

(2) ~ (4) (略)

・勤務医負担軽減等の実施に係る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て、緊急のための休日等における対象患者に対する手術等を評価。(対象患者)

次に掲げる入院中の患者以外の患者に対する手術。ただし、手術が保険医療機関等の都合により休日等に行われた場合は算定できない。

ア~イ(略)

(主な施設基準)

1~3(略)

4 医師の負担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。

(1)当該保険医療機関内に医師の負担軽減等に関して提言するための責任者が配置されていること。(2)~(6)(略)

5 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について次のいずれも実施していること。(1)~(2)(略)

6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。(1)~(7)(略)

7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

(1)交替勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア~キ(略)

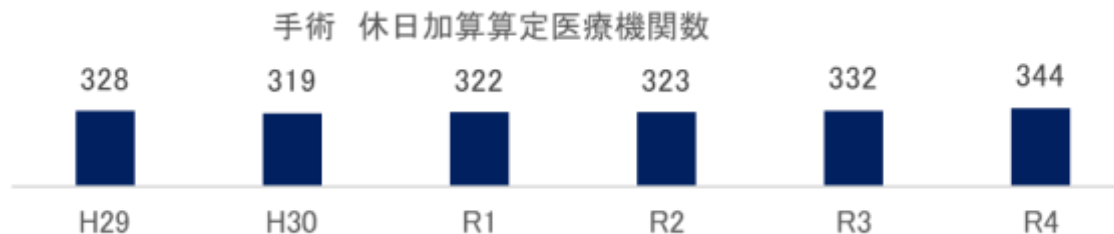
(2)チーム制を導入しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア~カ(略)

(3)医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを厚生(支)局長に届け出ていること。~(略)

ア~イ(略)

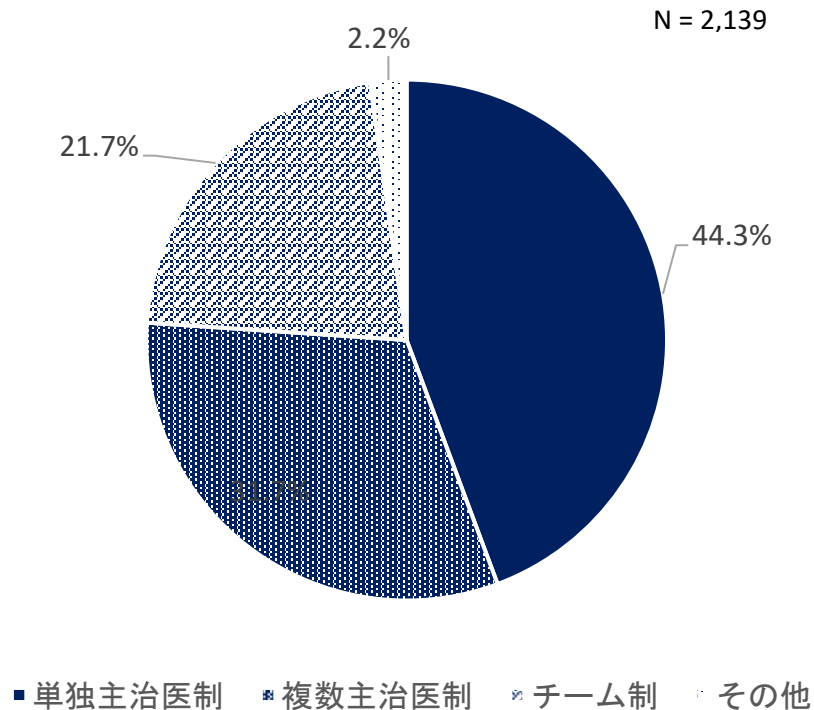
8~9(略)



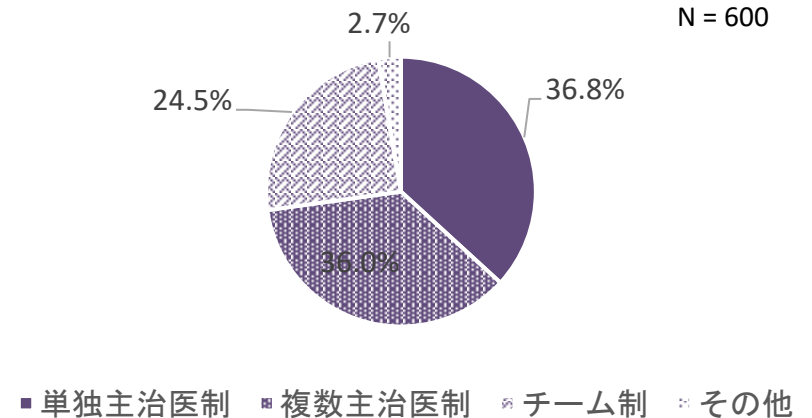
所属する診療科の主治医制

- 医師票によれば、所属する診療科が単独主治医制である割合は44.3%であったが、手術・処置の時間外等加算1を算定する医療機関の医師に限定すると、所属する診療科が単独主治医制である割合は36.8%であり、複数主治医制であると回答した医師が36.0%、チーム制であると回答した医師が24.5%であった。

所属する診療科の主治医制



手術・処置の時間外等加算1を算定する医療機関において、所属する診療科の主治医制



(3) 一般不妊治療の施設基準に係る指摘事項

(11月17日 中央社会保険医療協議会 総会)

【一般不妊治療の施設基準について】

- 「一般不妊治療管理料」については、その施設基準である「不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること」という規定を、地域によっては満たすことができる医療機関がなく、一般不妊治療を保険診療で実施できない状況もあることが、学会意見でも示されている。
- 「一般不妊治療管理料」は、その届出がなければ「人工授精」も保険診療で実施することもできない。
- この要件は、患者の安全性などにも配慮した上で、見直すことを検討してはどうか。

関連学会からの意見

- 公益社団法人 日本産科婦人科学会から意見を聴取したところ、「評価の趣旨から、不妊治療に精通した医師が常勤していることが重要であるため、不妊症の患者に係る診療(人工授精を含む)を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること、という要件に変更してはどうか」という提案があった。

※ 公益社団法人 日本産科婦人科学会のご意見に基づき、保険局医療課で作成

<参考>

■一般不妊治療管理料に関する施設基準

- (1) 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。
- (4) 以下のいずれかを満たす施設であること。
 - ア 生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っていること。
 - イ 生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を構築していること。
- (5) 令和4年9月30日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。

■人工授精に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

不妊治療についての論点

(一般不妊治療の保険適用の範囲)

- 令和5年11月17日の中医協総会において、一般不妊治療管理料の施設基準に関して、見直しを提案する意見があった。
- 公益社団法人 日本産科婦人科学会から意見を聴取したところ、「評価の趣旨から、不妊治療に精通した医師が常勤していることが重要であるため、不妊症の患者に係る診療（人工授精を含む）を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること、という要件に変更してはどうか」という提案があった。



- 「当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間 20 例以上実施していること。」という施設基準については、「不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として20例以上の症例を実施している医師が配置されていること」という要件に変更してはどうか。

(4) 病院における歯科の機能にかかる評価への指摘事項

(11月17日 中央社会保険医療協議会 総会)

【病院における歯科の機能にかかる評価への指摘事項】

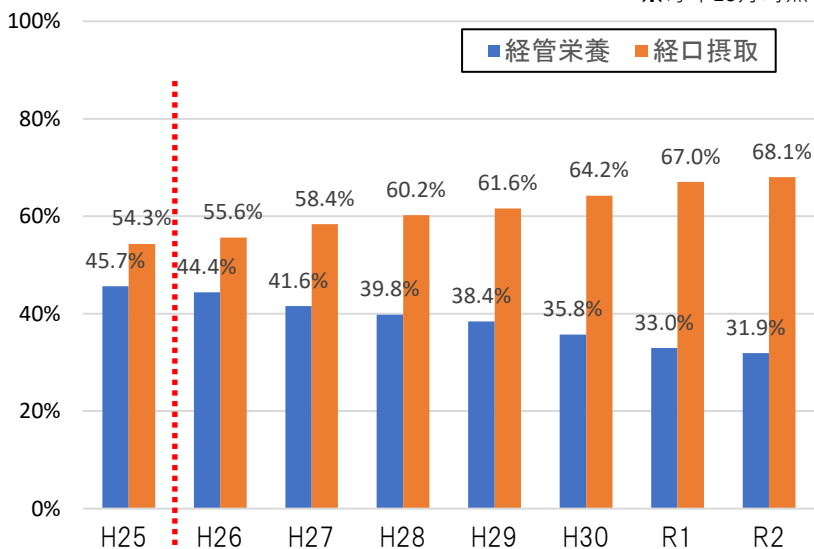
- 回復期医療、慢性期医療を担う病院の歯科機能を強化するにあたり、慢性期療養病床入院患者に対する歯科治療の必要性などについてエビデンスを示すべき。

慢性期病棟における患者の口腔状況と歯科の連携状況

- 慢性期病棟を主とする病院において、歯科医師による摂食嚥下障害への対応と歯科衛生士による口腔機能管理、及び多職種連携による経口維持計画の作成等を行うことにより、経口摂取患者の割合が増加した。
- 慢性期病棟を有する病院に勤務する看護師が病棟に勤務してほしいと考える専門職について、療養病棟では介護福祉士に次いで歯科衛生士が多い。

慢性期病棟を主とする病院の入院患者の経管栄養と経口摂取の割合

※毎年10月時点



- 平成26年より歯科医師による摂食嚥下障害への対応と歯科衛生士による口腔機能管理を本格的に開始
- 医師・看護師・言語聴覚士・管理栄養士等と連携して、経口維持計画の作成、ミールラウンドなどを実施

- 対象:医療法人永寿会陵北病院 入院患者
369床介護医療院(介護療養)+42床地域包括ケア病棟
- 診療科:内科、歯科、リハビリテーション科

出典:医療法人永寿会陵北病院阪口英夫先生提供資料

看護師が病棟に勤務してほしいと考える専門職

単位(%)

	全体	医療療養	介護療養	地域包括ケア	回復期	一般	精神科
看護師数(人)	5719	2205	517	444	785	891	273
介護福祉士	84.0	87.1	89.4	84.5	90.6	78.2	77.7
薬剤師	79.8	77.7	74.9	85.4	83.9	87.2	65.9
理学療法士	79.3	81.2	79.3	83.1	87.6	76.2	67.8
作業療法士	76.7	77.1	75.8	82.7	88.0	71.8	71.8
歯科衛生士	74.1	80.3	79.7	71.8	77.2	66.2	63.7
言語聴覚士	73.8	76.1	71.6	79.7	86.6	69.8	57.5
社会福祉士	71.0	72.4	65.8	82.7	84.1	70.7	67.0
管理栄養士	74.1	72.5	68.9	73.4	78.1	69.5	67.0
臨床検査技師	59.3	63.3	54.5	57.0	61.3	57.7	54.2

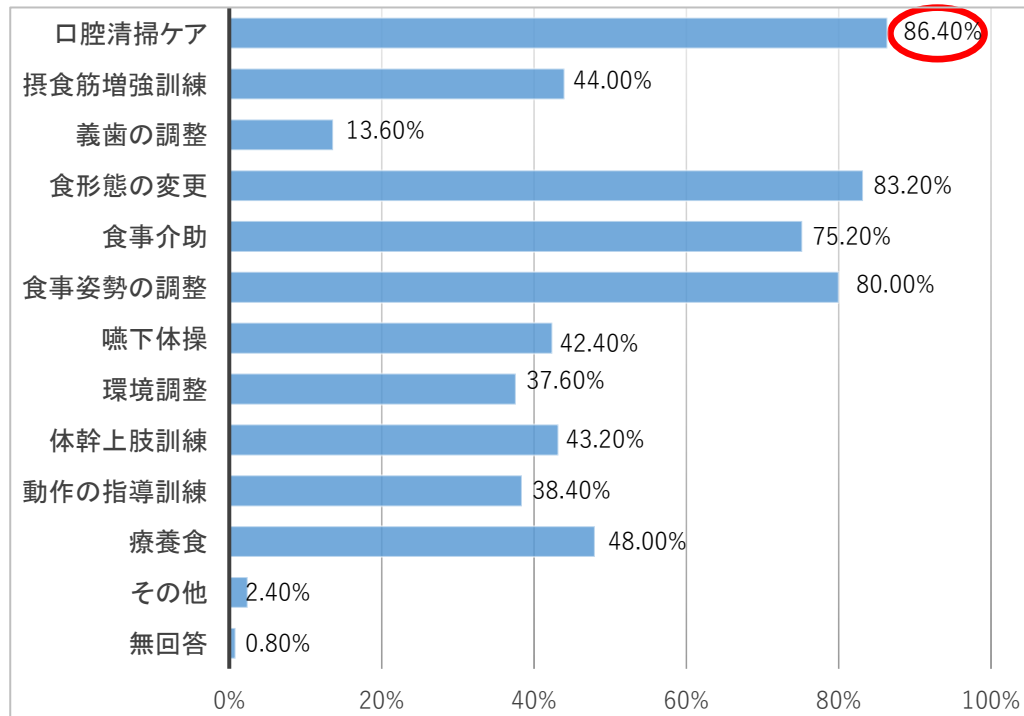
- 対象:日本慢性期医療協会の会員病院に勤務する看護師
- 回答病院数:258病院
- 回答看護師数:5,719人

出典:日本慢性期医療協会 看護師の多職種との協同に関するアンケート(平成29年5月)

慢性期療養病棟入院患者の歯科治療の必要性

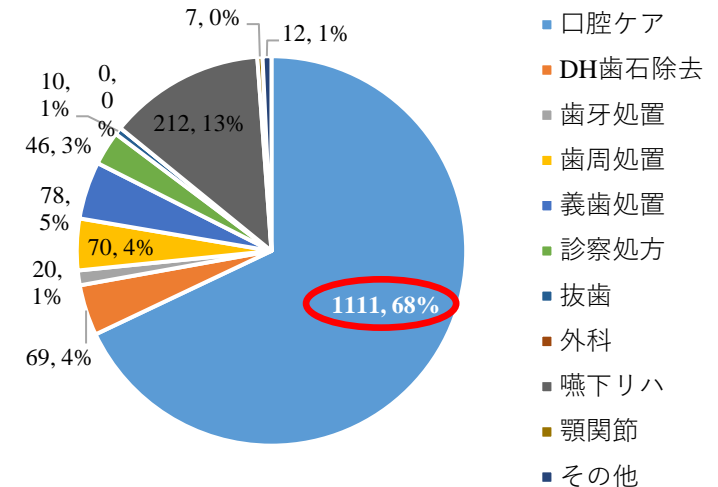
○ 医療療養病棟に入院する患者を対象とした調査において、摂食嚥下機能が改善した患者に対して実施した内容としては「口腔清掃ケア」が最も多いということや、慢性期療養病棟に入院する患者の歯科治療のニーズとしても「口腔ケア」が最も多いということが報告されている。

■ 医療療養病棟に入院中の摂食嚥下機能が改善した患者に対して実施した内容



※口腔ケアには歯科専門職による口腔衛生管理を含む。

■ 慢性期療養病棟に入院する患者の歯科治療のニーズ



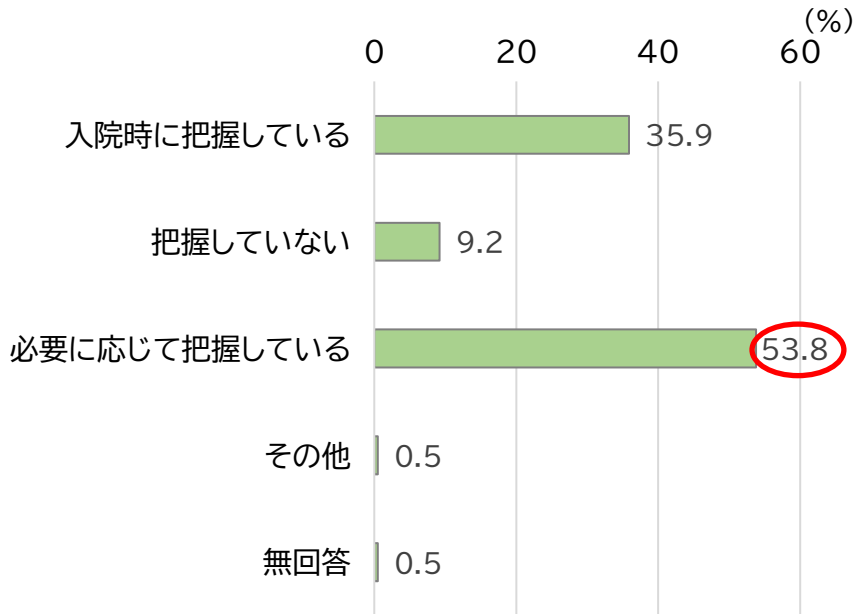
※口腔ケアには歯科専門職による口腔衛生管理を含む。

- 対象: 多機関共同研究(10施設)を実施した病院の入院患者1,458名の歯科的対応3,761件の内訳
- 調査期間: 2022年1月～6月の間の1か月間
- 方法: 必要な歯科治療の内容を歯科医師が診査

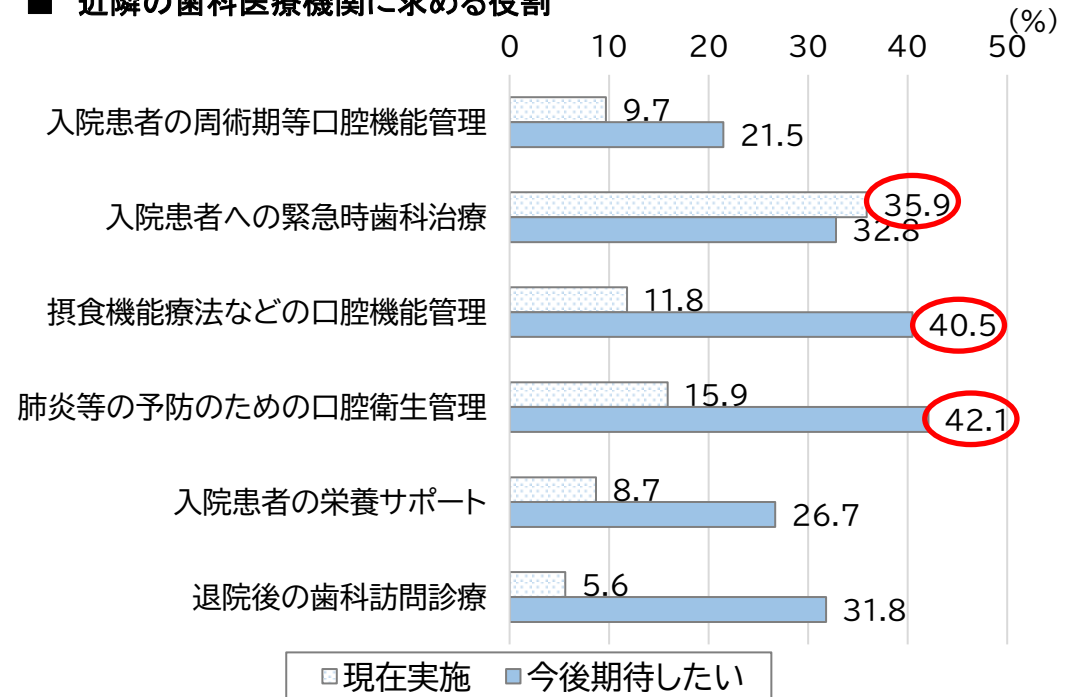
療養病棟における口腔に関する情報把握の状況等

- 歯科標榜のない病院の療養病棟入院患者の口腔に関する情報について、「必要に応じて把握している」が53.8%で最も多かった。
- 近隣の歯科医療機関に求める役割について、現在行われている内容は「入院患者への緊急時歯科治療」が35.9%で最も多かった。また、今後期待したい内容としては「肺炎等の予防のための口腔衛生管理」が42.1%と最も多く、次いで「摂食機能療法などの口腔機能管理」が40.5%であった。

■ 入院患者の口腔に関する情報の把握



■ 近隣の歯科医療機関に求める役割



- 対象: 全国の病院
うち、歯科標榜のない病院かつ療養病棟のみを有する病院で回答のあった195施設
- 調査期間: 令和5年9月1～30日
- 方法: 郵送によるアンケート調査
- 回答者: 医療機関の管理者又は調査項目の内容を把握できる者

(5) 緩和ケアに係る指摘事項

(11月24日 中央社会保険医療協議会 総会)

【疼痛に対する専門的な緩和ケアの提供について】

- 入院中の患者について、緩和的放射線治療や神経ブロックを目的とした他医療機関の受診をすると、特に地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟に入院している患者については入院料の減算が大きい。まずは現状の診療報酬上の評価の整理を示すべき。

現行の入院中の他医療機関受診時の減算規定のイメージ

○ 入院中の患者が他医療機関を受診した場合、入院元の医療機関における入院料が減算されるが、算定している入院料や、他医療機関での医療行為等によって、減算割合は異なっている。

【通常のお医療機関受診】

【高度な放射線治療、ポジトロン断層撮影等】

出来高
病棟

入院基本料から10%減額

入院基本料から5%減額

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から40%減額

入院料から35%減額

有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合

入院料から20%減額

入院料から15%減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から10%減額

入院基本料から5%減額

特定入院料等算定病棟

算定病棟
D
P
C

他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において算定し、分配は相互の合議に委ねる

入院中の他医療機関受診時の減算規定について

- 入院中の他医療機関受診時は、算定している入院料や、他医療機関での放射線治療や神経ブロックも含めた医療行為等によって、入院料の減算割合が異なっている。

	入院元の医療機関において算定している入院料			
	急性期一般 入院基本料	地域包括ケア病棟 入院料	回復期 リハビリテーション 病棟入院料	緩和ケア病棟 入院料
医学管理料	算定不可 (診療情報提供料のみ算定可能)			
検査	10%減算	40%減算		
画像診断	10%減算	40%減算		
投薬・注射	算定不可 (当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬または注射に係る費用(処方料、処方箋料及び外来化学療法加算を除く)のみ算定可能)			
麻酔 (神経ブロック含む)	10%減算	10%減算	40%減算	40%減算
放射線治療	10%減算	40%減算	40%減算	10%減算
高度な放射線治療、 ポジトロン断層撮影 等	5%減算	35%減算	35%減算	5%減算

(6) DPC/PDPSに係る指摘事項

(11月24日 中央社会保険医療協議会 総会)

【点数設定方式について】

- DPC/PDPSにおける3段階の点数設定方式について、なぜ従来のD方式ではなく新たな方式を導入する必要があるのか、こういった診断群分類で必要とされているのかについて、より具体的・客観的なデータを示すべき。

3-2. 算定ルールに係る検討について

(1) 点数設定方式について

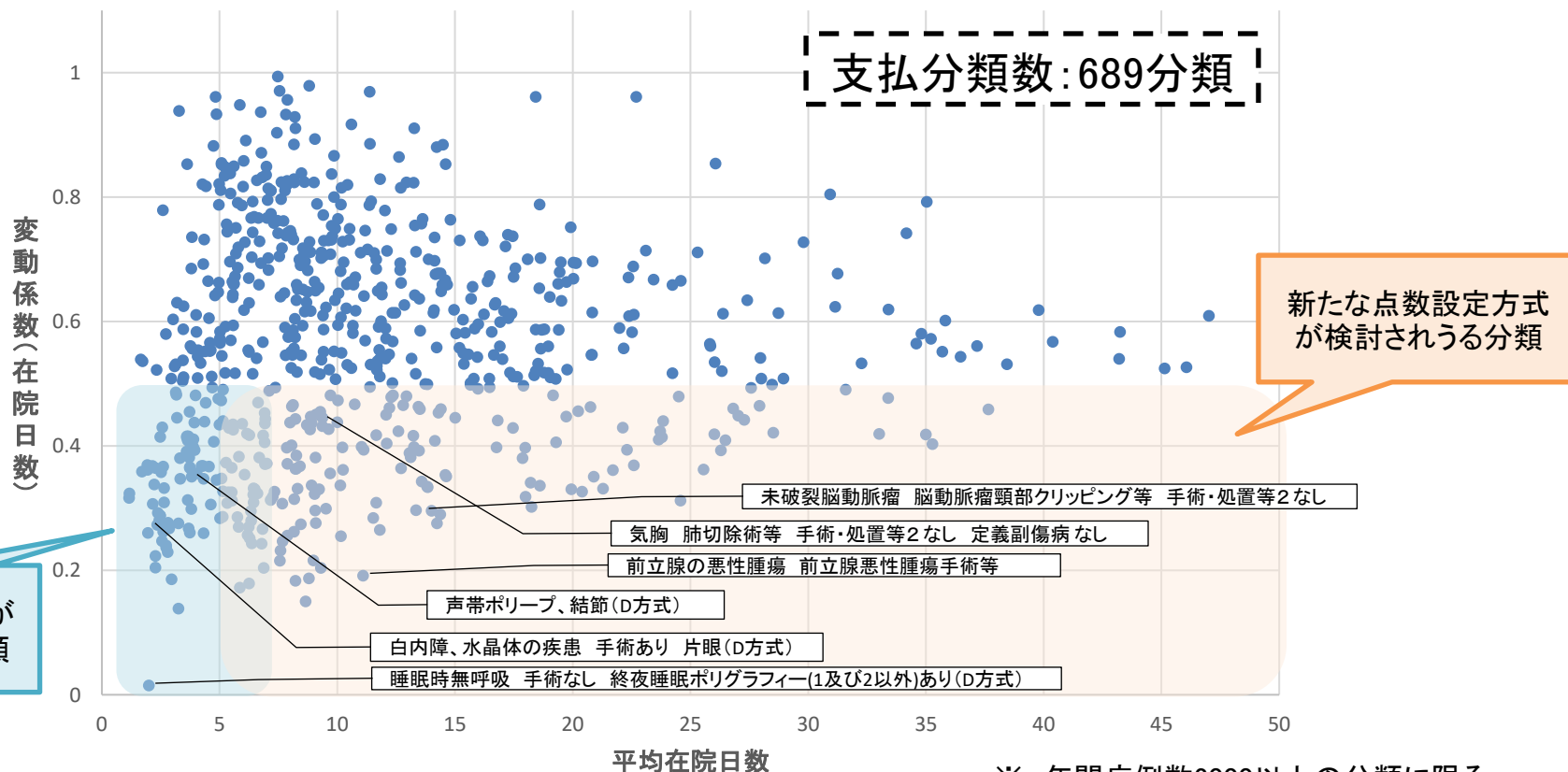
(中略)

- ・ 現行の点数設定方式A～Cについては、入院期間 I での1日当たり医療資源投入量と1入院期間での1日当たり医療資源投入量の比率(以下、「入院期間 I / 1入院比率」という。)に応じて設定されているが、経年的な医療資源投入量等の変化により、
 - 入院期間 I での医療資源投入量が増加している診断群分類が多いこと
 - 点数設定方式Aが適用される診断群分類において、「入院期間 I / 1入院比率」が大きくばらついていることが確認された。
- ・ また、令和4年度診断群分類点数表において点数設定方式Aで設定される診断群分類のうち、入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例が存在することが確認された。
- ・ こうした点については、入院初期に患者を退院させた場合であってもコスト回収ができるよう見直すべきではないか、との指摘があったほか、標準的・定型的な経過をたどれば早期退院できるような診断群分類については、入院期間 II より早期に退院させた場合であっても十分な評価ができるよう検討すべきではないか、との指摘があった。
- ・ 点数設定方式Aで設定される診断群分類のうち、入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を大きく上回る診断群分類については、在院日数ごとの設定点数と実績点数の関係を踏まえると、点数設定方式Bを適用することで、実際の医療資源投入量に見合った評価が可能となるのではないか、との指摘があった。

標準化が進んでいると考えられる診断群分類について

- 在院日数のバラツキが少なく、短期間で退院が可能となる手術等(短期滞在手術等)に相当する診断群分類については、点数設定方式Dが適用されている。
- 一方、平均在院日数は一定以上であるが、在院日数のバラツキが少なく、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類が存在する。

平均在院日数及び変動係数(在院日数)に応じた点数設定方式のイメージ

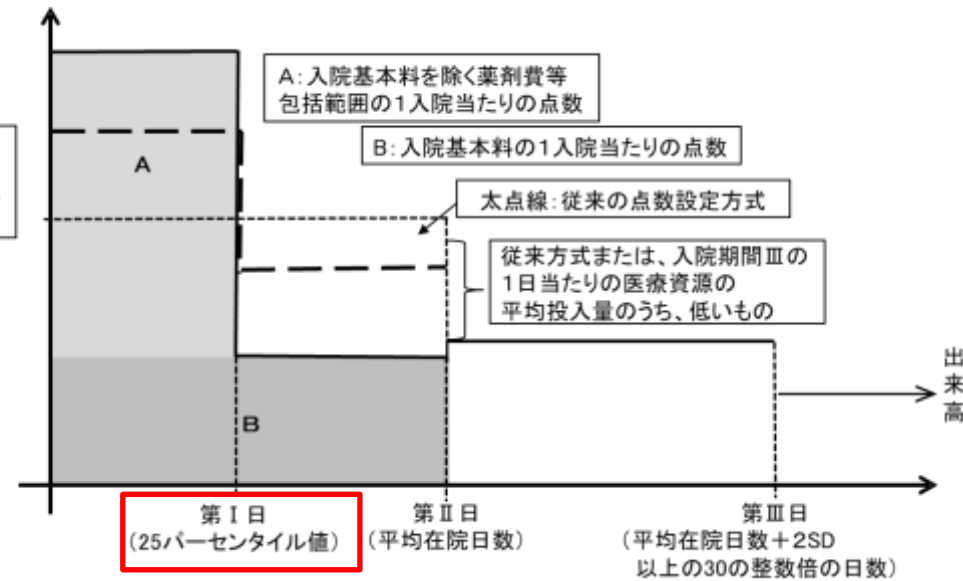
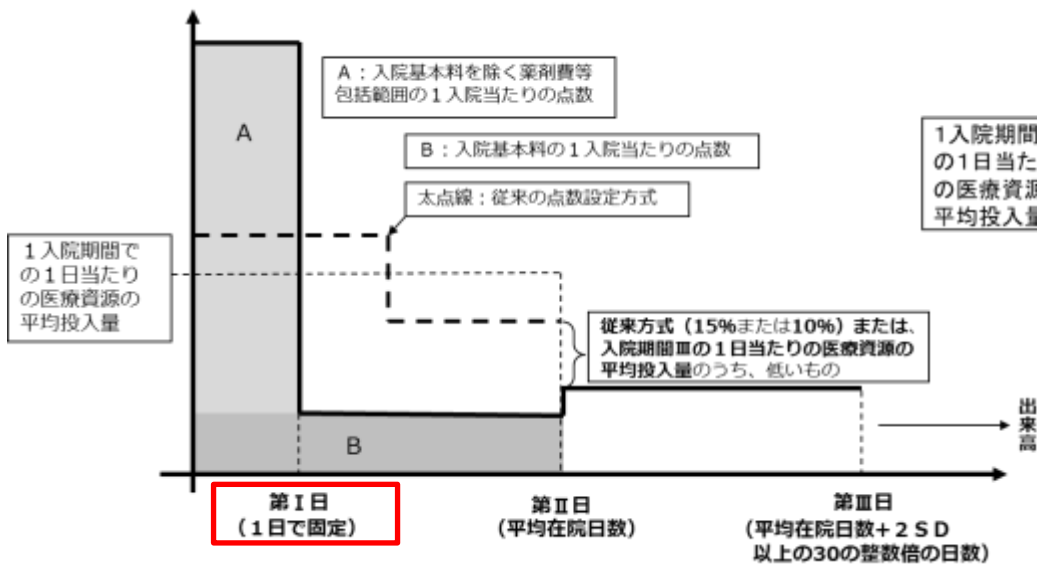


新たな点数設定方式のあり方について

- 入院初日に入院基本料を除く包括範囲の点数を支払う点数設定方式Dは、高額薬剤に係る分類や短期滞在手術等基本料に相当する分類を対象に導入されており、入院初期を重点的に評価しているが、一定の入院期間が見込まれる分類の場合、入院初日に高い評価とすることは実態に見合わない評価となる可能性がある。
- 一定の標準化が進んでいると考えられる診断群分類のうち、一定の入院期間が見込まれる分類について入院初期を重点的に評価するとすれば、例えば、入院基本料を除く包括範囲の点数を入院期間 I の点数に組込むことが考えられるのではないか。

【点数設定方式D】 ※令和4年度改定時は153分類

【新たな点数設定方式のイメージ】



- 入院基本料を除く包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込む新たな点数設定方式を導入するとならば、標準化の進んでいると考えられる診断群分類を念頭に、以下のような選定の観点が考えられるのではないか。
 - ① 一般的な診断群分類である
 - ② 入院初期の医療資源投入量が一定以上である
 - ③ 実施される診療行為が明確である
 - ④ 診断群分類としての同質性が高い
 - ⑤ 一定期間の入院が見込まれる
- その上で、候補となる分類について、MDC技術班の臨床家の意見を踏まえつつ適用対象とする分類を更に絞り込むことが考えられるのではないか。

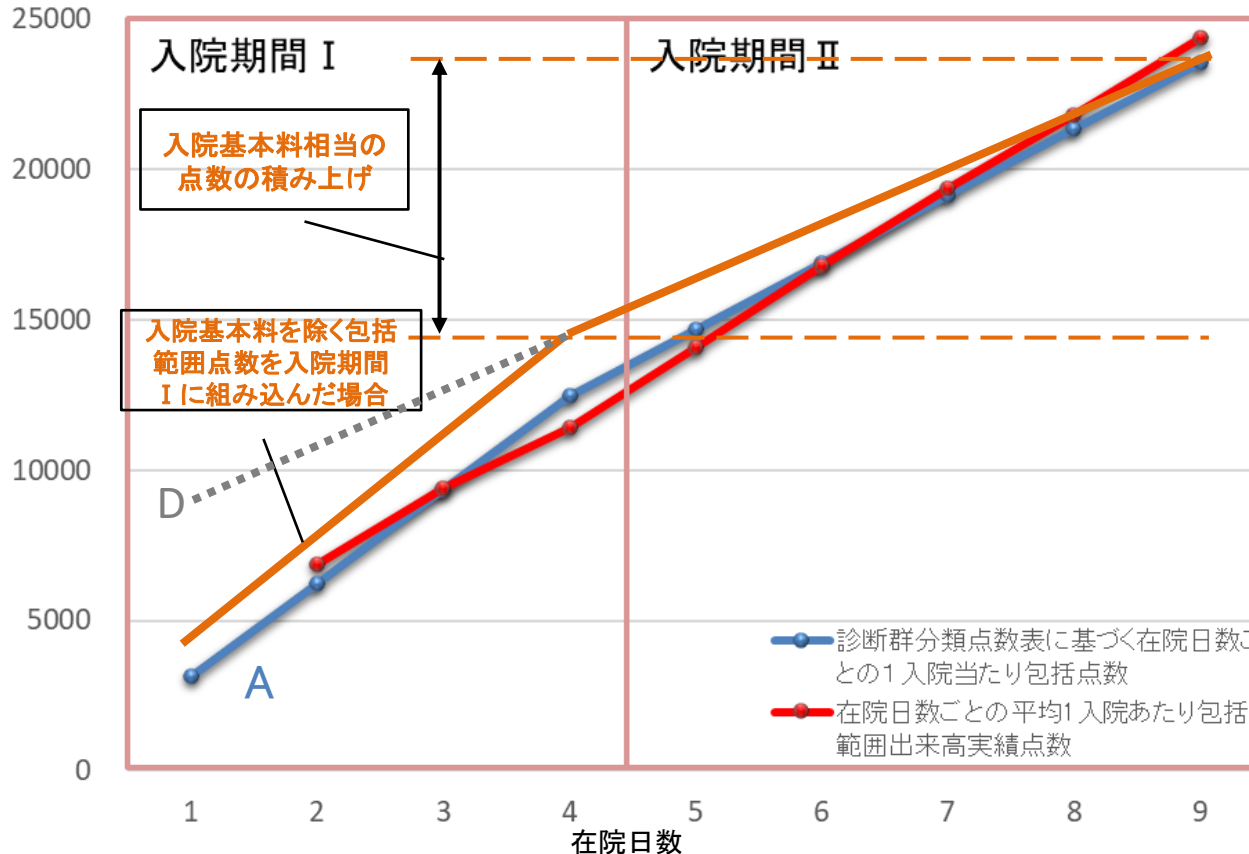
【対象選定のイメージ】

対象選定の観点	具体的な条件
一般的な診断群分類である	全国の症例数が一定数以上
入院初期の医療資源投入量が一定以上である	点数設定方式A又はBが適用される分類
実施される診療行為が明確である	手術又は手術・処置等が定義されている
診断群分類としての同質性が高い	在院日数や1入院当たり点数のバラつき(変動係数)が一定値以下
一定期間の入院が見込まれる	平均在院日数(入院期間Ⅱ)が一定期間以上

標準化が進んでいると考えられる診断群分類の例について

- 点数設定方式Aが適用される一般的な診断群分類のうち、手術等が定義されており、標準化が進んでいると考えられる例について、入院基本料を除く1入院当たりの包括範囲点数を入院期間 I の点数に組み込む点数設定方式を適用する場合、在院日数ごとの平均1入院あたり包括範囲出来高実績点数との関係は以下のとおり。

(例)040200xx01x00x 気胸 肺切除術等 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし



【診断群分類点数表】

<040200xx01x00x> A **新たな点数設定方式**

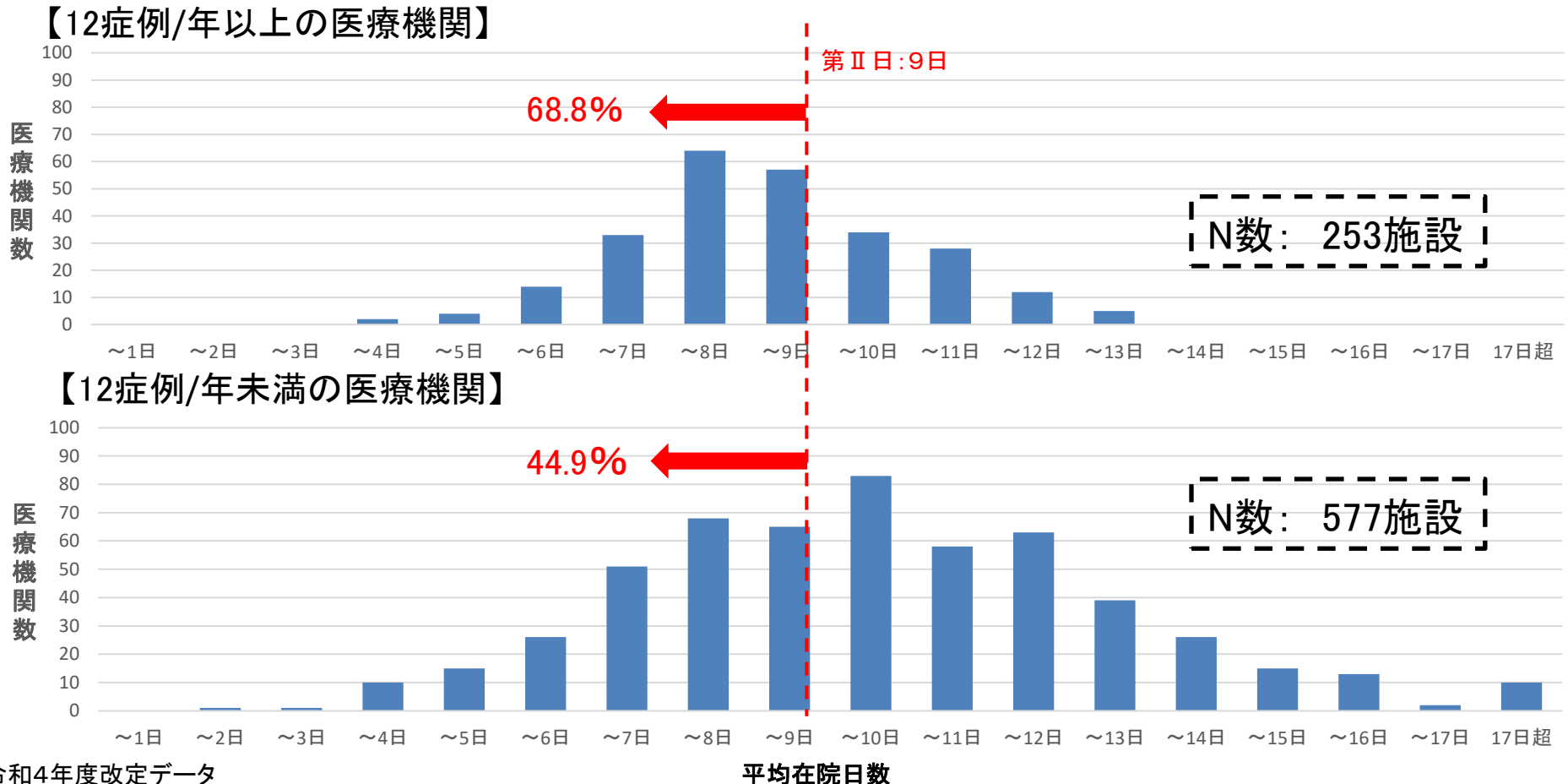
	日数	1日当たり点数	1日当たり点数(イメージ)
入院期間 I	4	3120 (+17%)	入院基本料相当の点数 + 入院基本料を除く包括範囲 点数/4
入院期間 II	9	2214	入院基本料相当の点数

施設類型ごとの平均在院日数の分布について

○ 手術等が定義されており、標準化が進んでいると考えられる診断群分類の例について、年間症例数の多い医療機関では、平均在院日数が入院期間Ⅱ以内である割合が、年間症例数の少ない医療機関に比して高かった。

(例)040200xx01x00x 気胸 肺切除術等 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし

令和4年度における施設類型ごとの平均在院日数の分布 (N数=830)



(7) 認知症に係る指摘事項

(11月29日 中央社会保険医療協議会 総会)

【かかりつけ医による認知症対応について】

- 日本医師会による研修についても認知症についての内容がカバーされているとの説明もあったが、かかりつけ医認知症対応力向上研修と日本医師会による研修について、カリキュラム等の内容を比較するための資料を提示すべき。

※平成18年度～開始

【研修の対象・目的】

高齢者等が日ごろ受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

【実施主体】

都道府県及び指定都市

※事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託可能。

【研修対象者および修了者数】

診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する医師
72,229人（令和3年度実績）※「認知症施策推進大綱」KPI：2025年までに9万人

【カリキュラム内容】

- かかりつけ医の役割（30分）
認知症を取り巻く施策、かかりつけ医に期待される役割、早期発見・早期対応の意義、本人の視点を重視したアプローチ、診断後支援
- 基本知識（60分）
認知症の原因疾患、診断基準、診断のポイント、認知症と鑑別すべき他の疾患
- 診療における実践（60分）
認知症初期の対応のポイント、認知症の問診・アセスメント、認知症の診療におけるマネジメント（非薬物・薬物療法等）、BPSDに対する対応、認知症治療における留意点、本人・家族（介護者）への対応
- 地域・生活における実践（60分）
認知症ケア・支援の基本、認知症の人の意思決定支援について、認知症の医療・介護に関する施策・制度等、多職種連携



- 日本医師会生涯教育制度におけるカリキュラムのうち、「29. 認知能の障害」「74. 高血圧症」「75. 脂質異常症」「76. 糖尿病」は地域包括診療料・加算の研修要件となっている。

【制度概要】

医師は、日進月歩の医学、医療を実践するために、生涯にわたって自らの知識を広げ、技能を磨き、常に研鑽する責務を負っています。日本医師会は医師の自己学習・研修を効果的に行えるよう生涯教育制度を実施しています。

本制度は、医師の研修意欲をさらに啓発・高揚させること、一方で社会に対して医師が勉強に励んでいる実態を示し、国民からの信頼を増すことを目的としており、連続した3年間の単位数とカリキュラムコード数(同一コードは加算不可)の合計数が60以上の者に「日医生涯教育認定証」を発行します。

【対象者】

広く制度に参加いただけるよう医師免許取得直後から参加できます(最短で医師免許取得後3年で日医生涯教育認定証が発行されます)。

【カリキュラムコード】

カリキュラムコードは、学習した領域を表し、日本医師会生涯教育カリキュラム<2016>(2022年4月版)に基づき、84種類のカリキュラムコードが設定されています。同一カリキュラムコードを重複取得してもカリキュラムコード数は加算されません。

※ 地域包括診療料・加算の施設基準における「慢性疾患の指導に関わる適切な研修」として求める20時間の講習として、カリキュラムコードとして「29. 認知能の障害」、「74. 高血圧症」、「75. 脂質異常症」、「76. 糖尿病」を含んでおり、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければならず、かつ服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていなければならない。

カリキュラムコード

(略称: CC)

1 医師のプロフェッショナリズム	28 発熱	57 外傷
2 医療倫理: 臨床倫理	29 認知能の障害	58 褥瘡
3 医療倫理: 研究倫理と生命倫理	30 頭痛	59 背部痛
4 医師-患者関係とコミュニケーション	31 めまい	60 腰痛
5 心理社会的アプローチ	32 意識障害	61 関節痛
6 医療制度と法律	33 失神	62 歩行障害
7 医療の質と安全	34 言語障害	63 四肢のしびれ
8 感染対策	35 けいれん発作	64 血尿 (肉眼的、顕微鏡的)
9 医療情報	36 視力障害、視野狭窄	65 排尿障害 (尿失禁・排尿困難)
10 チーム医療	37 目の充血	66 乏尿・尿閉
11 予防と保健	38 聴覚障害	67 多尿
12 地域医療	39 鼻漏・鼻閉	68 精神科領域の救急
13 医療と介護および福祉の連携	40 鼻出血	69 不安
14 災害医療	41 嘔声	70 気分の障害 (うつ)
15 臨床問題解決のプロセス	42 胸痛	71 流・早産および満期産
16 ショック	43 動悸	72 成長・発達の障害
17 急性中毒	44 心肺停止	73 慢性疾患・複合疾患の管理
18 全身倦怠感	45 呼吸困難	74 高血圧症
19 身体機能の低下	46 咳・痰	75 脂質異常症
20 不眠 (睡眠障害)	47 誤嚥	76 糖尿病
21 食欲不振	48 誤飲	77 骨粗鬆症
22 体重減少・るい瘦	49 嚥下困難	78 脳血管障害後遺症
23 体重増加・肥満	50 吐血・下血	79 気管支喘息・COPD
24 浮腫	51 嘔気・嘔吐	80 在宅医療
25 リンパ節腫脹	52 胸やけ	81 終末期のケア
26 発疹	53 腹痛	82 生活習慣
27 黄疸	54 便秘異常 (下痢、便秘)	83 相補・代替医療 (漢方医療を含む)
	55 肛門・会陰部痛	0 最新のトピックス・その他
	56 熱傷	

○ 日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修会においては、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」といった内容が含まれている。

【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会
(平成28年4月1日より実施)

【研修内容】

基本研修

・日医生涯教育認定証の取得。

応用研修

・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに都市区医師会が主催する研修等の受講。

規定の座学研修を10単位以上取得

実地研修

・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

規定の活動を2つ以上実施
(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より証書の発行(有効期間3年)。



【応用研修】

- ・修了申請時の前3年間に於いて下記項目より10単位を取得する。
- ・単位数は各講義ごとに最大2回までカウントを認める。(別日に同一講義を受講した場合も2単位まで取得可能)
- ・下記1～6については、それぞれ1つ以上の講義を受講することを必須とする。
- ・下記1～6については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用する。

【応用研修会】(各1単位)

1. 「かかりつけ医の倫理」、「かかりつけ医の質・医療安全」、「かかりつけ医の感染対策」、「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」
2. 「生活期リハビリの実際」、「小児・思春期への対応」、「メタボリックシンドロームからフレイルまで」、「フレイル予防・対策」、「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」
3. 「医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築」、「在宅医療、多職種連携」、「地域医療連携と医療・介護連携」、「地域リハビリテーション」、「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」
4. 「社会的処方」、「リーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル」、「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」、「かかりつけ医と精神科専門医の連携」、「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」
5. 「終末期医療、褥瘡と排泄」、「認知症、ポリファーマシーと適正処方」、「リハビリと栄養管理・摂食嚥下障害」、「オンライン診療のあり方」、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」
6. 「多疾患合併症例」、「在宅リハビリ症例」、「地域連携症例」、「新型コロナウイルス感染症とかかりつけ医」、「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」

認知症に係る医師に対する研修

	かかりつけ医認知症対応力向上研修	認知症サポート医養成研修	日本医師会生涯教育制度	日医かかりつけ医機能研修制度
開始年	平成18年～	平成17年～	昭和62年～	平成28年～
実施主体	都道府県及び指定都市 ※事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託可能。	都道府県及び指定都市とし、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター(愛知県大府市)に委託して実施	日本医師会	都道府県医師会
対象者	診療科を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務(開業含む)する医師	実施主体の長が、都道府県・指定都市医師会と相談の上、下記のいずれかの条件を満たし適当と認めた医師 ア 地域において認知症の診療(早期発見等)に携わっている医師 イ 「(2)認知症サポート医の役割※」を適切に担える医師	医師免許取得者	地域住民のかかりつけ医となるすべての医師。診療科や主たる診療の場は問わない。
認知症に係る研修カリキュラム	かかりつけ医として必要で適切な認知症診療の知識・技術などの修得に資する内容 ○かかりつけ医の役割(30分) ○基本知識(60分) ○診療における実践(60分) ○地域・生活における実践(60分)	ア かかりつけ医等に対する認知症対応力向上研修の企画立案に必要な知識及び効果的な教育技術 イ 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野の知識、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくり並びに連携を推進するために必要な知識・技術などの修得に資する内容	カリキュラムコード29.認知能の障害 等	「認知症、ポリファーマシーと適正処方」、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」等
認定制度	研修修了者に対し、修了証書を交付	研修修了者に対し、修了証書を交付	連続した3年間の単位数とカリキュラムコード数(同一コードは加算不可)の合計数が60以上の者に「日医生涯教育認定証」を発行	【基本研修】日医生涯教育認定証の取得(認定期間内のもの) 【応用研修】規定の座学研修を10単位以上取得(原則1時間/1単位) 【実地研修】規定の活動を2つ以上実施(1つの活動につき5単位で10単位以上取得)3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より証書の発行(有効期間3年)
診療報酬との関係	かかりつけ医認知症対応力向上研修受講は地域包括診療料・加算の研修要件の届出に活用可能。	地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医は認知症療養指導料3等の算定要件。	地域包括診療料・加算の施設基準における「慢性疾患の指導に関わる適切な研修」として求める20時間の講習のうち、「29.認知能の障害」のカリキュラムを含む必要がある。	応用研修の受講は地域包括診療料・加算の研修要件の届出に活用可能。
研修終了者数	72,229人(令和3年度累計実績)	12,370人(令和3年度累計実績)	—	修了者数:延べ12,578名 応用研修会の受講者数:延べ58,437名(令和4年度まで)

※ア)かかりつけ医等の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、ほかの認知症サポート医との連携体制の構築

イ)各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力

ウ)都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師

(8) 在宅薬剤管理指導に係る指摘事項

(11月29日 中央社会保険医療協議会 総会)

【ターミナルケアに係る薬剤管理について】

- 終末期に訪問回数が多いケースがあることは理解したが、その多い訪問回数がどういった必要性に基づいているのか、資料では読み取ることができない。ターミナルケアの対応は、薬剤師が中心となっているわけではないため、多職種への対応との関連性も含めて、説明が必要。
- 調剤管理料の時間外加算が設定されている中で、指導料にも加算を評価するのはなぜか。重複評価になるような印象も受けるため、まずは評価の必要性について整理が必要。

【在宅移行期の薬剤管理について】

- この論点(在宅移行期の業務)で示されているような業務は、退院時共同指導料あるいは初回の在宅患者訪問薬剤管理指導料に含まれていると思うが、なぜ別途評価するのか、その根拠を明確にしておく必要があるのではないか。また、他の職種と連携するため、薬局薬剤師だけが評価されるようであるなら違和感がある。

【特別養護老人ホーム及び短期入所の利用者に対する薬剤管理について】

- 短期入所中において、薬学管理が適切に継続できない課題があるようだが、今回の資料では、具体的な内容が明らかではない。また、普段から在宅で薬剤管理指導を行っている薬剤師が入所を見越して対応することも考えられ、何が課題なのかももう少し整理する必要がある。
- 「特別養護老人ホームに入所している患者を訪問した場合に算定できる服薬管理指導料3について、多くは月1～2回であるが、一部の患者では月10回以上算定されている」と示されているが、どのような背景で頻回に施設に行く必要があるのか、明確にする必要がある

在宅がん患者へのターミナルケア(薬剤師の訪問回数)

- 在宅がん患者のターミナルケアでは、看取りに近づくとも1週間あたりの訪問回数が増える傾向にあった。
- 特に看取り直前の14日前からは訪問回数が週に4回以上訪問しているケースが多くあった。

■ ターミナルケアにおいて薬剤師が行う薬学的管理の例



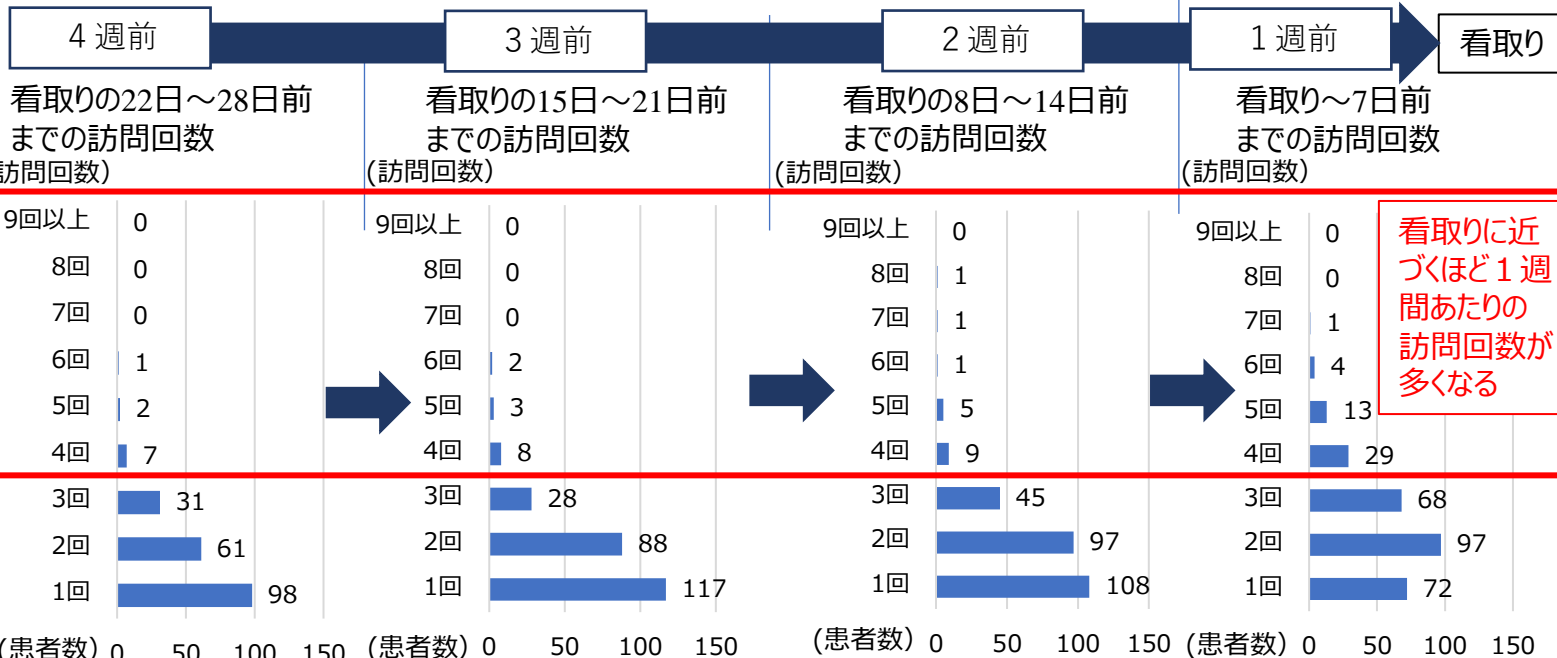
- 薬が飲みにくい訴えがある場合の対応
 - ・錠剤から散剤(水薬)・貼付剤への変更
 - ・内服する薬の数を減らせるか検討
 - ・飲むタイミングを極力少なくする(朝だけにするなど)等



- 看取り直前の対応
 - ・内服困難となり注射薬での管理が必要となる
 - ・状態により薬剤の使用量を増加させるため緊急の訪問頻度が増加することがある

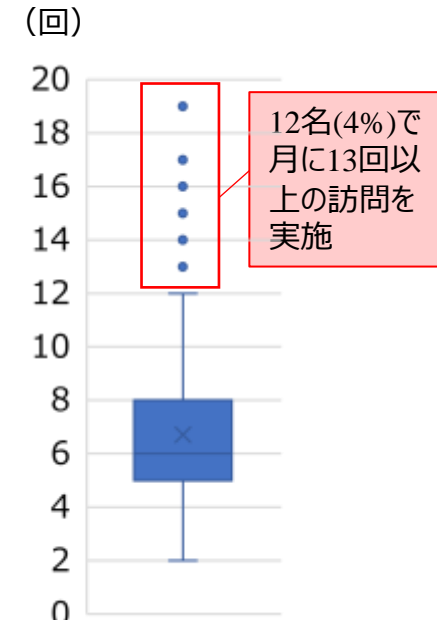
■ 看取り4週前の期間における在宅がん患者への1週間毎の薬剤師の訪問回数 (55薬局、訪問患者299名)

(看取り日から遡って最長4週間分(28日前から)のすべての訪問を集計しており、4週未満の症例も含まれる。)



看取りに近づくほど1週間あたりの訪問回数が多くなる

■ 月あたりの薬剤師の訪問回数 (訪問患者299名)



出典: 1) 終末期在宅における訪問薬剤師の業務量調査、一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会(J-HOP)、2023年をもとに保険局医療課作成
※在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導で居宅(施設・自宅)における看取りに関わった症例を年間12例以上有する薬局への調査

訪問回数上限を超えた在宅がん患者に対する薬剤管理の状況

- 月内の訪問回数上限を超えた在宅がん患者(12例)のほぼ全ての薬剤師の訪問(173回/174回)は、医師の指示に基づくものであり、注射剤の麻薬が処方されている場合が多く、同時に無菌調製も実施されていた。
- 薬剤師の訪問に当たって、看護師との訪問時間を調整している場合が多く見られた。

■ 訪問回数の上限を超えて訪問薬剤管理を実施した12名の患者の内容分析

	訪問回数	(訪問回数に占める割合)				
		医師の指示あり	処方箋発行あり	麻薬注射の処方あり	無菌調製あり	看護師との訪問調整あり
患者No1	13	92%	92%	77%	77%	77%
患者No2	13	100%	92%	85%	85%	77%
患者No3	13	100%	100%	100%	100%	100%
患者No4	14	100%	100%	43%	43%	43%
患者No5	17	100%	100%	88%	88%	76%
患者No6	14	100%	100%	93%	86%	100%
患者No7	13	100%	100%	92%	92%	92%
患者No8	16	100%	100%	69%	69%	75%
患者No9	16	100%	100%	94%	94%	94%
患者No10	13	100%	100%	54%	54%	46%
患者No11	13	100%	100%	62%	62%	8%
患者No12	19	100%	95%	53%	53%	74%

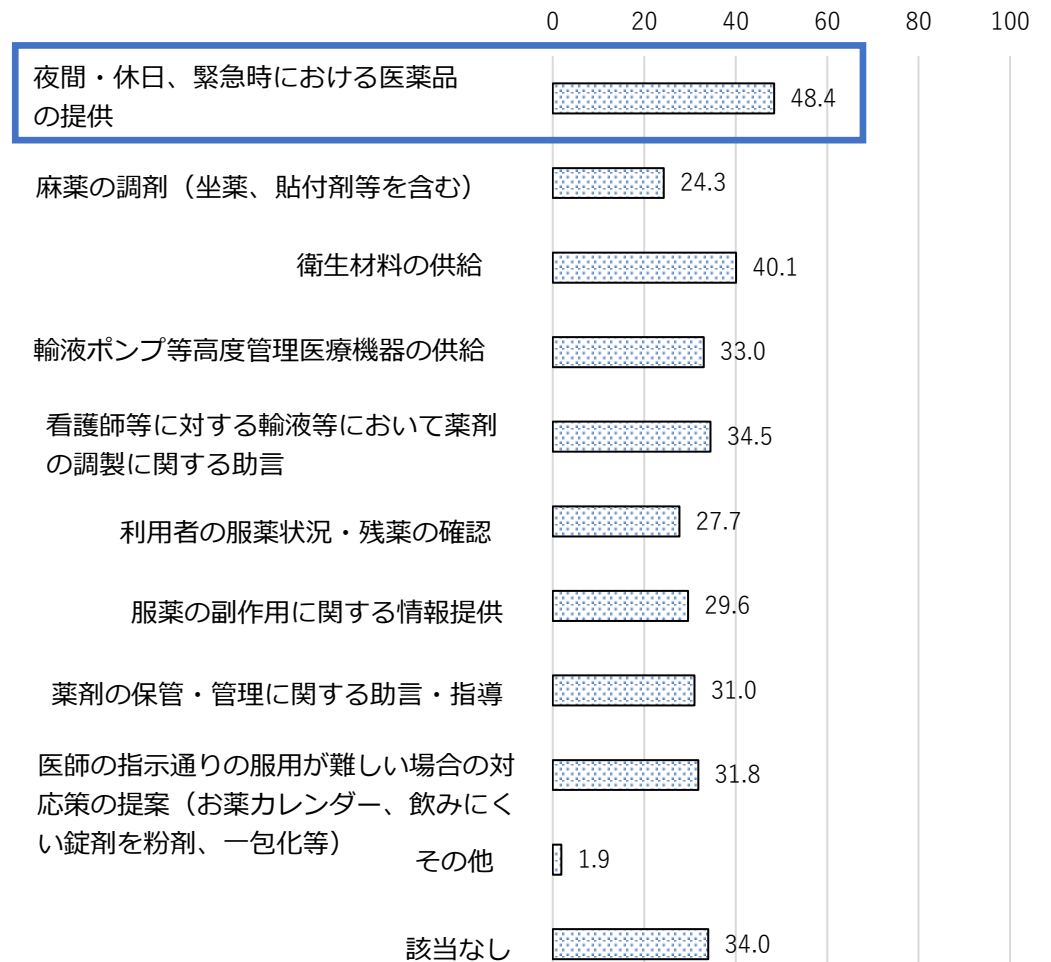
薬剤師と訪問看護師の連携状況

- 看護師と連携している薬剤師は、「服薬状況・残薬の確認」、「麻薬の調剤」等を多く実施している。
- 訪問を担う看護師が特に連携する薬剤師の活動として期待することとして、「夜間・休日、緊急時における医薬品の提供」が多く挙げられていた。

■ 訪問看護師の回答：連携している薬剤師が実施していること (複数回答)

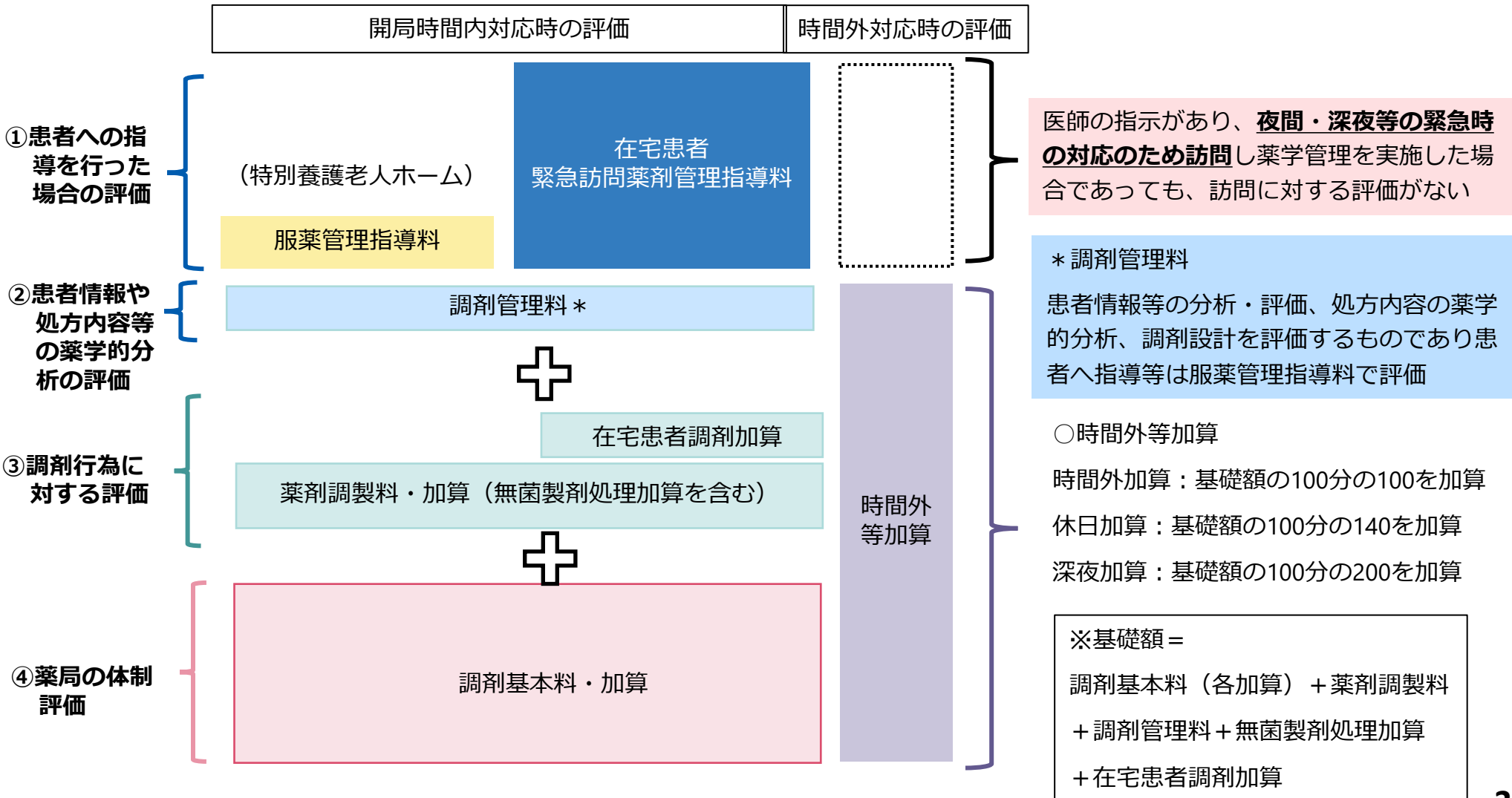


■ 訪問看護師の回答：連携する薬剤師の活動として期待すること (複数回答)



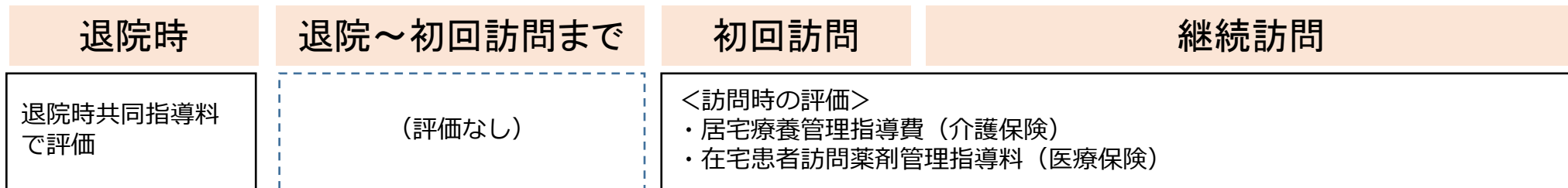
調剤報酬における時間外の在宅業務に対する評価（イメージ）

○ 薬剤師の夜間・休日の業務に対する評価については、夜間・休日に調剤業務を行ったことを評価する加算はあるが（来局患者に対応した場合と同様の評価）、緊急時に訪問して薬学的管理を実施したことに対する評価はない。



患者の在宅移行時における薬剤師の関わりと評価（イメージ）

- 在宅移行時には、特に退院時から初回訪問までの間又は初回訪問時に、患者が入院している医療機関とも連携しつつ、在宅に関わる医師、看護師、介護関係者等の多職種と連携して、残薬整理、服薬管理方法の検討、医師と処方内容の調整など在宅における薬物療法に係る業務を行うことになる。
- 医師、看護師の業務については評価があるが、薬剤師の業務に関する評価がない。



- <課題>
- 退院時カンファレンス以降／退院後の初回訪問前までの体調変化等により、使用薬剤が当初の処方から変更すると、医師等の関係者と調整が必要な場合がある
 - 初回訪問までに、自宅での薬剤管理状況や生活リズムが入院中と自宅では異なるため、薬剤の調整が必要な場合がある（服用薬剤が多い場合等）
 - その他、初回訪問前に在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー等との情報共有・連携が必要になる場合がある

- <課題>
- 初めて訪問する際に、服用薬剤が多い場合、自宅にある過去の残薬等の整理、及び今後の服薬継続のための管理方法の確立、ケアマネジャー等との相談等が必要になる

医師 在宅時医学総合管理料
在宅移行早期加算
在宅への円滑な移行や、在宅医療を支える医療機関間の連携に対する評価

看護師 退院支援指導加算
退院日当日の療養上の退院支援指導の評価

薬剤師 (評価なし)

在宅移行時における薬剤師業務の例

○ 薬剤師による在宅訪問では、訪問前の段階又は初回訪問時において、①残薬の確認・整理、②家族・本人からの服薬状況や日常生活(居住環境・家族関係)等の聴取、③服薬管理方法の検討・医師と処方内容の調整、④多職種との情報共有や相談等を実施するため、十分な時間をかけて対応する必要がある。

■末期がん患者の在宅移行時の薬剤師の対応例 ※居宅療養管理指導の初回訪問前に実施。初回訪問時にこのような業務を実施する場合もある。

退院日当日 患者宅へ訪問(介護サービス利用契約前)

①残薬の確認・服用薬の整理

退院時処方箋の薬剤のほかに服用薬の残薬が自宅に大量にあることを確認

訪問看護師、ヘルパーが服薬状況を確認できるようにお薬カレンダーで服用薬を管理

退院時処方



自宅にあった残薬



退院時処方と残薬を整理しカレンダー管理



②家族・本人からの服薬状況や日常生活状況等の聴取



(薬剤師がケアマネに同行)

ケアマネジャーとの連携

- ・ 介護をする家族の状況の把握
- ・ 服薬状況や嚥下状況等の患者の状態把握
- ・ 訪問薬剤管理指導に向けての患者との契約

初回訪問に向けた多職種との協議

③服薬管理方法の検討・医師と処方内容の調整



患者宅への訪問内容等を踏まえた薬剤の調整

医師との連携

④多職種との情報共有や相談を実施



薬の管理方法を訪問看護師と相談

看護師との連携

初回訪問日

高齢者施設等の各施設類型における薬剤管理

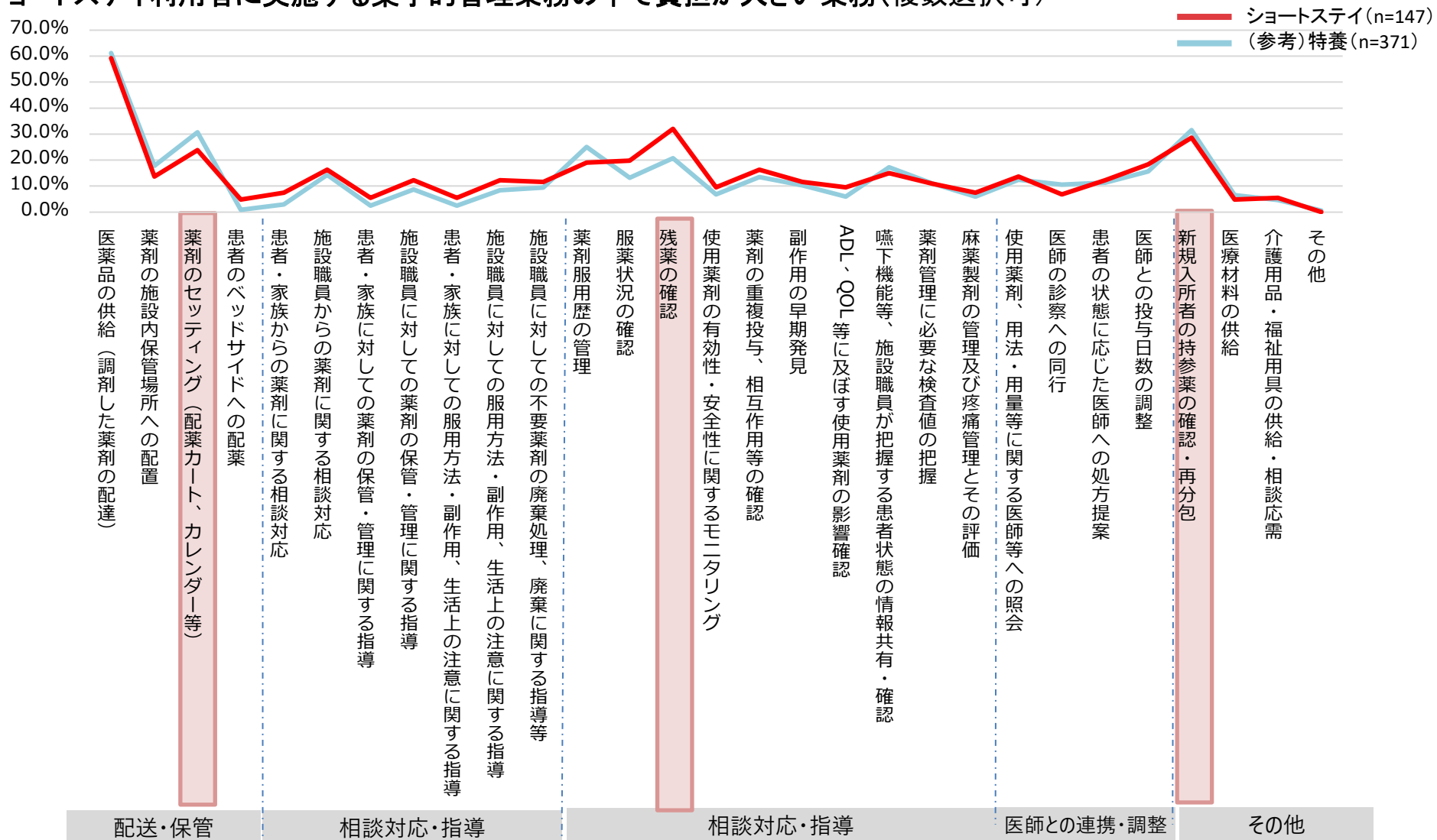
- 高齢者施設等においては、施設類型によって医師・薬剤師の配置や入所者の状況等が異なることから、それぞれの施設類型に応じた薬剤管理の対応が必要であり、以下のような課題も有する。

		介護医療院	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	その他施設 (サ高住等)	短期入所（ショートステイ）	
						短期入所療養介護	短期入所生活介護
施設配置基準	医師	○ I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	○ 1以上	○ 必要数（非常勤可）	×	○ ※	○ 必要数（非常勤可）
	薬剤師	○ I型: 150:1以上 II型: 300:1以上	○ 適当数（300:1）	×	×	○ ※	×
薬剤管理の現状等		自施設の医師・薬剤師等が薬剤管理を実施 抗がん剤・抗ウイルス剤・麻薬等の一部の薬剤については、往診を行う医師が処方する場合は、薬剤費について医療保険による給付が可能 (処方箋の交付も可能)	薬局の薬剤師が訪問し、薬剤管理指導を実施 末期の悪性腫瘍の患者に対しては、計画に基づく訪問による薬剤管理指導が可能	薬局の薬剤師が計画に基づく訪問により薬剤管理指導を実施 介護認定を受けている方は介護保険が適用		普段は在宅等で薬局薬剤師等による薬剤管理指導（居宅療養管理指導）を受けている者が、短期的に入所し、その期間は当該施設において薬剤管理を受ける	
課題		抗がん剤等の処方箋を薬局が応需した場合であっても調剤報酬が算定できない	要介護度3以上の患者に対する訪問薬剤管理指導の評価として現行の服薬管理指導料3が適切であるかについて検討が必要	麻薬の持続注射療法や中心静脈栄養法の管理について、医療保険では評価されているが、介護保険では評価されていない		短期入所中において薬学管理が適切に継続できないことがある	

短期入所（ショートステイ）利用者への薬学的管理業務

○ ショートステイ利用者を実施している薬学的管理の中で負担が大きい業務としては、高齢者施設における薬学的管理業務と同様に「残薬の確認」、「新規入所者の持参薬確認・再分包」等に関する業務が多かった。

■ ショートステイ利用者を実施する薬学的管理業務の中で負担が大きい業務(複数選択可)

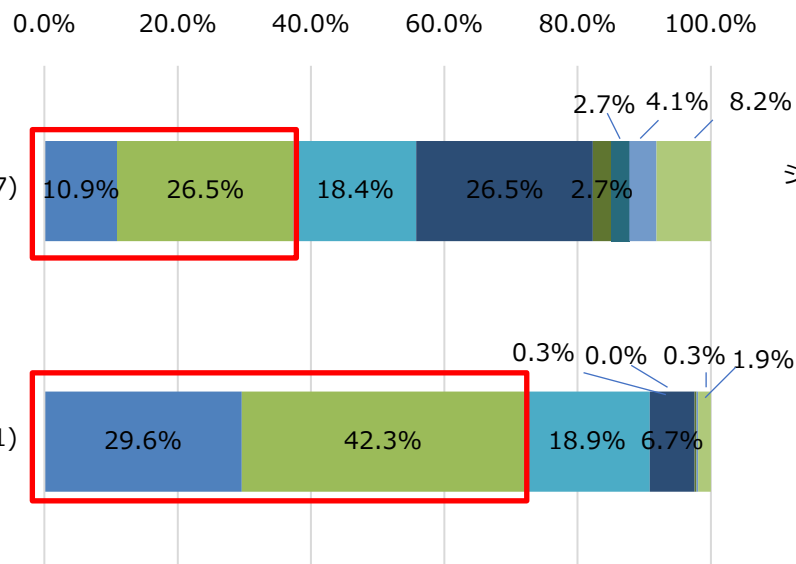


薬局におけるショートステイへの訪問実態

- ショートステイへの訪問薬剤管理指導は特別養護老人ホームへの訪問に比べ週に1回以上の割合が少なく、1回の訪問あたりに対応する利用者数は10人未満が70%であった。
- 訪問に伴う評価は明確になっていない。

■ 連携する施設への訪問頻度

(ショートステイ:n=147, 特養:n=371)



1.週2回以上

2.週1回程度

3.月2回以上月4回未満

4.月1回以上月2回未満

5.年6回(2か月に1回)以上月1回未満

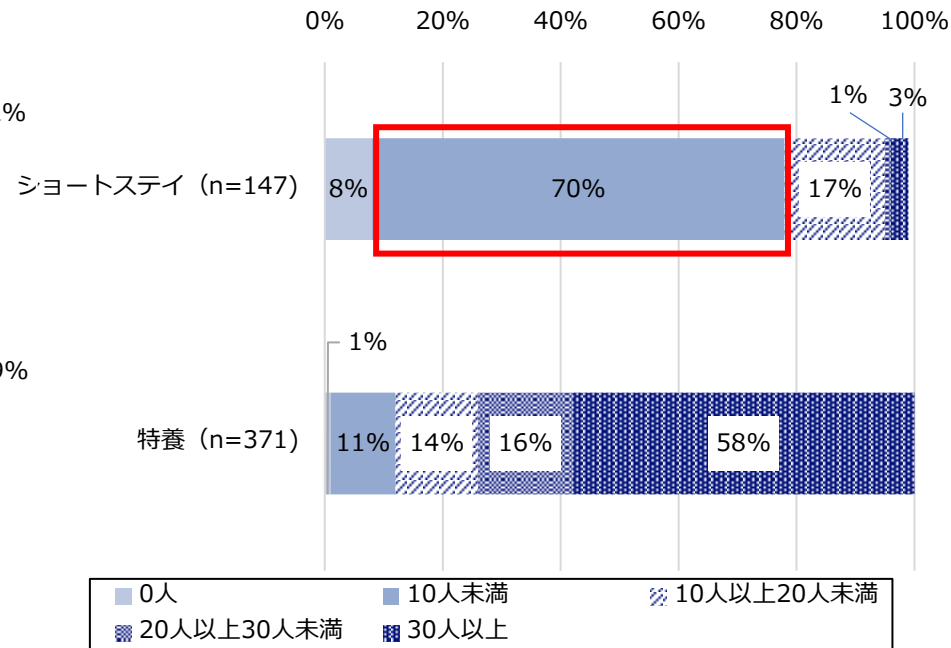
6.年2回(半年に1回)以上年6回未満

7.年1回以上年2回未満

8.年1回未満

■ 特養への1回の訪問あたりに対応する利用者数

(ショートステイ:n=147, 特養:n=371)



0人

10人未満

10人以上20人未満

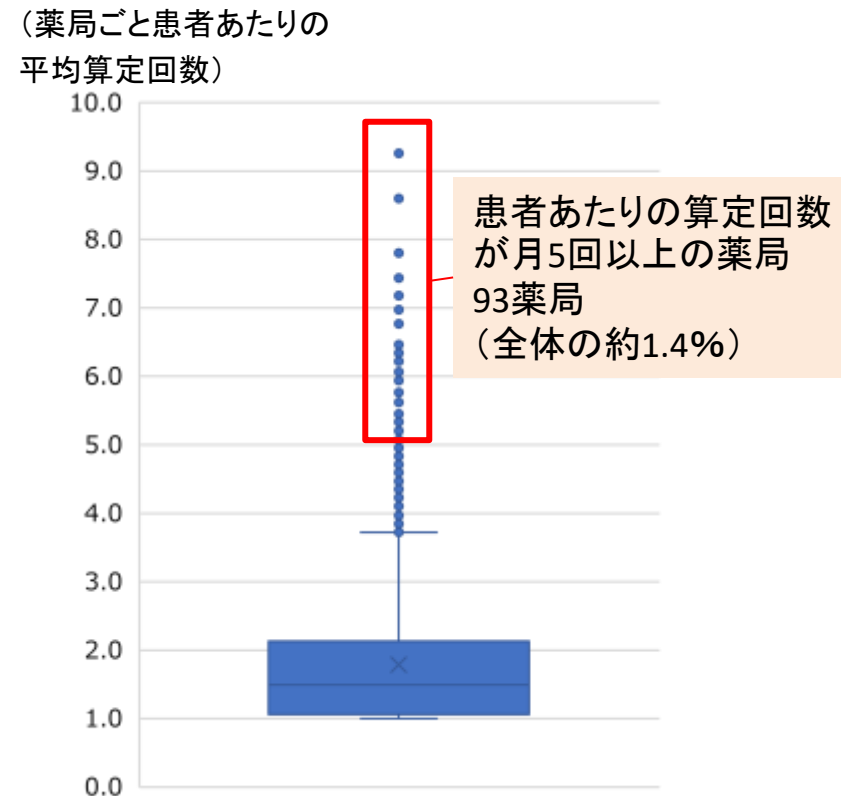
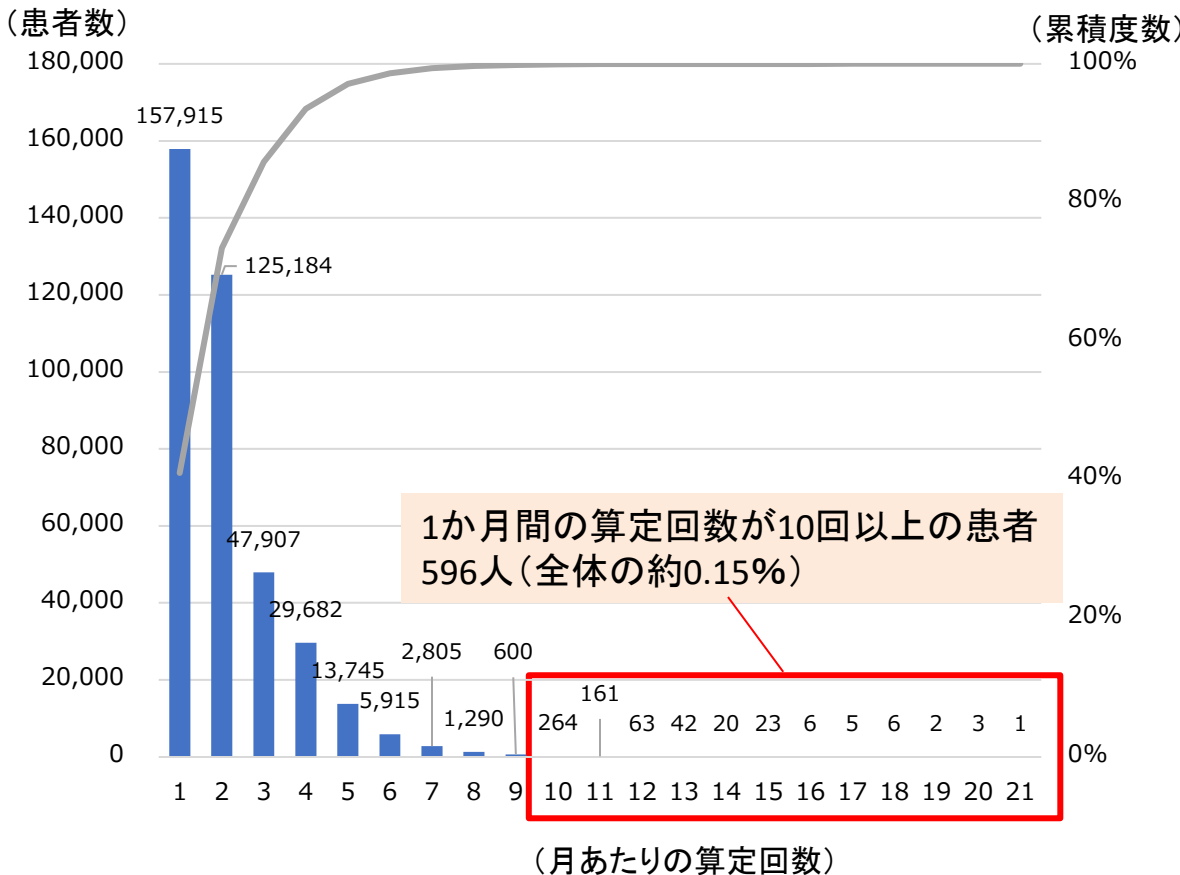
20人以上30人未満

30人以上

- 特別養護老人ホームに入所している患者を訪問した場合に算定できる服薬管理指導料3について、多くは月1~2回であるが、一部の患者では月10回以上算定されている。
- 服薬管理指導料3の患者あたり算定回数の平均値を薬局ごとに計算したところ、大半の薬局は月1~2回であるが、一部の薬局では月5回を超えている。

■服薬管理指導料3の月あたりの算定回数別の患者数
(n=385,639)

■服薬管理指導料3の薬局ごとの患者あたりの平均算定回数(n=6,440)



特別養護老人ホームにおける複数回訪問の事例

○ 週に1回以上特別養護老人ホームを訪問し服薬管理指導料3を算定している患者は、以下の様な処方実態がある。

■ 特養訪問に係る服薬管理指導料3を複数回算定する薬局の請求の例
(※全て同じ医師による処方)

処方月日	調剤年月日	処方内容	用法	調剤数量
Y月A日	X月B日	ボノプラザン錠10錠 1錠	1日1回朝食後	7
X月B+5日	X月B+7日	エドキサバン錠15mg 1錠	1日1回朝食後	7
X月B+12日	X月B+14日	フロセミド錠10mg 1錠	1日1回朝食後	7
X月B+19日	X月B+21日	レバミピド錠100mg 3錠	1日3回毎食後	7
X月B+26日	X月B+28日			7
X月B+1日	X月B+1日	ロキソプロフェンテープ10mg 56枚	1日1回貼付	1
X月B+15日	X月B+15日	ベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸錠 1錠	1日1回夕食後	28
X月B+29日	X月B+29日			28

薬局の算定項目	月あたりの算定回数	月あたりの請求点数
調剤基本料1 (42点)	8回	936点
地域支援体制加算2 (47点)	8回	
後発医薬品調剤体制加算2 (28点)	8回	
薬剤調製料 (内服薬24点)	-	408点
薬剤調製料 (内服薬10点)	-	10点
調剤管理料 (内服薬7日分以下4点)	-	64点
調剤管理料 (内服薬15日分以上28日分以下50点)	-	100点
服薬管理指導料3 (45点)	8回	410点
特定薬剤管理指導加算1 (10点)	5回	
外来服薬支援料2 (34点)	5回	170点

(9) 情報通信機器を用いた診療に係る指摘事項

(12月15日 中央社会保険医療協議会 総会)

【情報通信機器を用いた診療による疾病管理について】

- 精神療法のオンライン診療の全般的な評価を検討するに際しては、精神疾患の種類によらず適切な診療の質が担保できるのかどうか、提示された資料以外のエビデンスを示すべき。

精神疾患に対するオンライン診療の有効性

○ 精神疾患に対するオンライン診療の有効性が以下のとおり示されている。

○ 成人の心的外傷後ストレス障害、気分障害、不安障害の患者を対象としたメタ解析(20研究の7414症例が解析対象)において、有効性と患者満足度についてオンライン診療と対面診療は同等であるとの結果が示されている。

Shaker AA, et al. JMIR Ment Health. 2023 Jul 5;10:e44790.

○ 軽度うつ病の成人(107名)を対象としたオンライン診療と対面診療の有効性を比較したランダム化比較試験において、両群においてうつ症状が改善したが、オンライン診療群の方が有意な改善を認めた。精神的健康状態、治療への満足度、治療関係、治療アドヒアランス、服薬遵守に関して群間に有意差は見られなかった。治療中断率は対面診療群の方が有意に高かった。

Hungerbuehler I, et al. JMIR Ment Health. 2016 Aug 3;3(3):e36.

○ 不安障害に対するオンライン診療と対面診療の有効性を比較したメタ解析において、オンライン診療は対面診療と比較して、不安症状、強迫性症状、うつ症状などのアウトカムは同等であった。

Krzyzaniak N, et al. J Telemed Telecare. 2021 Dec 3;1357633X211053738.

○ PTSDの女性126名を対象としたオンライン診療と対面診療の有効性を比較したRCT(非劣性試験)において、PTSDの症状の改善は両群において改善を認めるも、群間に有意差を認めなかった

Morland LA, et al. Depress Anxiety. 2015 Nov;32(11):811-20.

○ 精神科クリニックを受診している外来患者495人を対象としたオンライン診療と対面診療の有効性を比較したRCTにおいて、アウトカムと患者満足度は両群で同等であった。

Fortney JC, et al. JAMA Psychiatry. 2021 Nov 1;78(11):1189-1199.

日本における有効性の検証結果

- うつ病、不安症、強迫症の患者199人に対して、治療時に対面診療とオンライン診療を併用した群（併用群）と対面診療のみを実施した群（対面診療群）の間で、24週後の健康関連QOL指標（SF-36MCS）を比較した非劣性試験において、併用群は対面診療群に劣らない結果であったことが報告されている。
- 患者満足度や疾患の重症度等の副次的な評価項目について、両群の間に有意な差は認められなかったとされている。

主要評価項目	週	オンライン診療併用	対面診療	平均差 (95%CI)	P値
		平均 (SD)	平均 (SD)		
SF-36MCS得点 (FAS)	24	48.50 (9.57) (N=96)	46.68 (10.58) (N=86)	1.82 (-1.12 to 4.77)	<.0001
SF-36MCS (PPS)	24	48.50 (9.57) (N=96)	46.60 (10.62) (N=85)	1.90 (-1.06 to 4.86)	<.0001

副次評価項目	週	オンライン診療併用	対面診療	平均差 (95%CI)	P値
		平均 (SD)	平均 (SD)		
WAI	12	71.7 (2.8) (N=98)	68.1 (2.9) (N=87)	3.6 (-0.1 to 7.4)	0.06
	24	71.6 (2.8) (N=96)	69.5 (2.9) (N=85)	2.1 (-1.9 to 6.0)	0.31
CSQ (患者満足度)	12	26.9 (0.9) (N=98)	26.2 (0.9) (N=87)	0.7 (-0.5 to 2.0)	0.24
	24	27.3 (0.9) (N=96)	26.5 (1.0) (N=85)	0.8 (-0.6 to 2.1)	0.25
EQ-5D (QOL)	0	0.811 (0.029) (N=98)	0.823 (0.030) (N=89)	-0.011 (-0.052 to 0.029)	0.58
	12	0.807 (0.030) (N=98)	0.822 (0.031) (N=88)	-0.014 (-0.062 to 0.033)	0.55
	24	0.828 (0.029) (N=96)	0.829 (0.030) (N=86)	-0.001 (-0.0045 to 0.043)	0.97
HAMD-17 (抑うつ障害群のみ)	24	7.9 (1.6) (N=48)	5.9 (1.7) (N=39)	2.0 (-1.0 to 5.0)	0.18
HAMA (不安症のみ)	24	8.7 (1.8) (N=29)	9.0 (1.9) (N=30)	-0.3 (-2.8 to 2.2)	0.81
YBOCS (強迫症のみ)	24	12.9 (1.8) (N=18)	14.0 (2.1) (N=16)	-1.1 (-5.7 to 3.5)	0.62

WAI：治療者と被治療者の関係性の質を評価する尺度、HAMD-17：うつ病の評価尺度、HAMA：不安症の評価尺度、YBOCS：強迫症の評価尺度

※次の患者は除外 (1) 緊急の希死念慮、不安、焦燥などのために、通常の治療に加えて、病院での予定外又は緊急の治療が必要となる患者
(2) 精神状態が悪化した場合に緊急の受診を自分で管理することが困難であった患者（病院が遠方にあった等）

(10) 栄養管理体制に係る指摘事項

(12月15日 中央社会保険医療協議会 総会)

【栄養管理体制について】

○ GLIM基準の活用を進めるのであれば、現在の普及状況についてもデータを示してほしい。

- ESPEN(欧州臨床代謝学会)、A.S.P.E.N(アメリカ静脈経腸栄養学会)、PENSA(アジア静脈経腸栄養学会)、FELANPE(南米栄養治療・臨床栄養代謝学会)による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良(低栄養)の定義が策定された。 ※ Global Leadership Initiative on Malnutrition
- 表現型(体重変化、BMI、筋肉量)と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール(NRS-2002,MNA-SF等)を使用

診断のためのアセスメント(GLIM基準)

● 表現型

- 体重減少
6か月以内で5% 6か月以上で10%
- 低BMI

<20kg/m ² 70歳未満	アジア	<18.5kg/m ² 70歳未満
<22kg/m ² 70歳以上		<20kg/m ² 70歳以上
- 筋肉量減少

● 病因(※)

- 食事摂取量減少 / 吸収障害
- 疾病負荷 / 炎症

診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

重症度診断

<重症度判定>

重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の 低栄養	5~10%: 過去6か月以内 10~20%: 過去6か月以上	<20: 70歳未満 <22: 70歳以上 アジア <18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上	軽度-中等度の 減少
ステージ2 重度の 低栄養	>10%: 過去6か月以内 >20%: 過去6か月以上	<18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

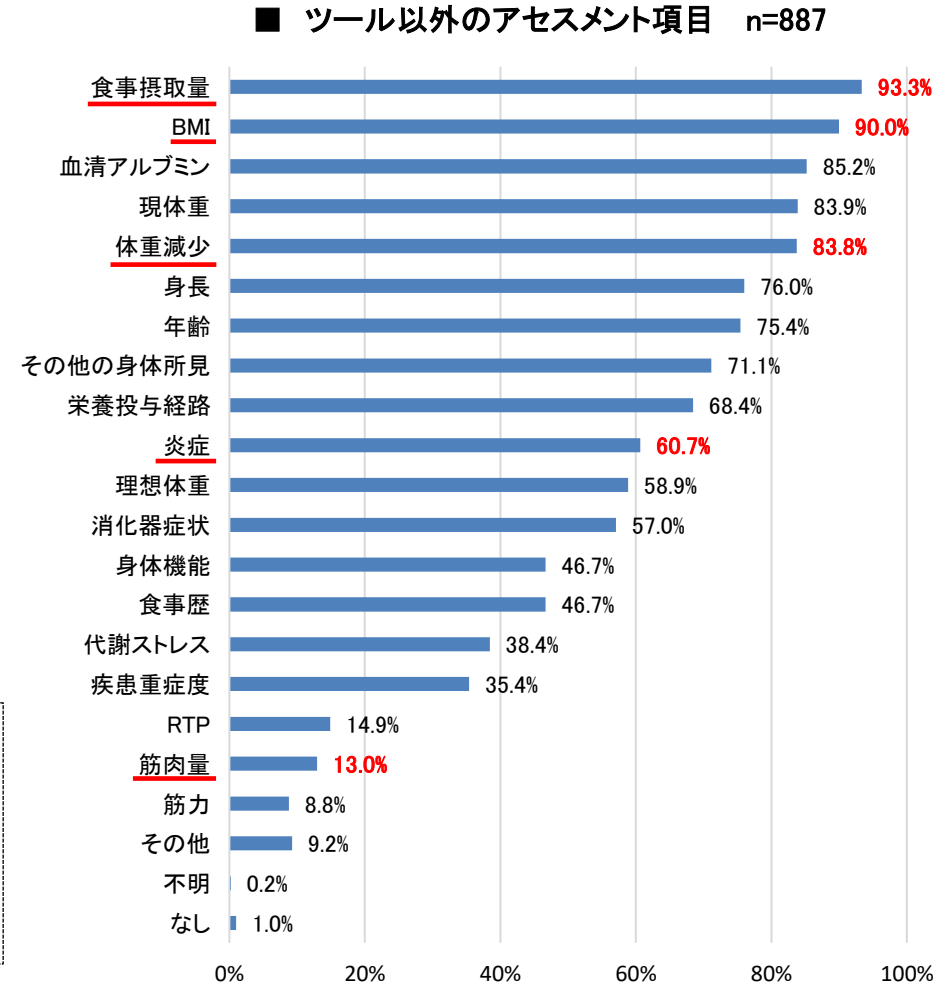
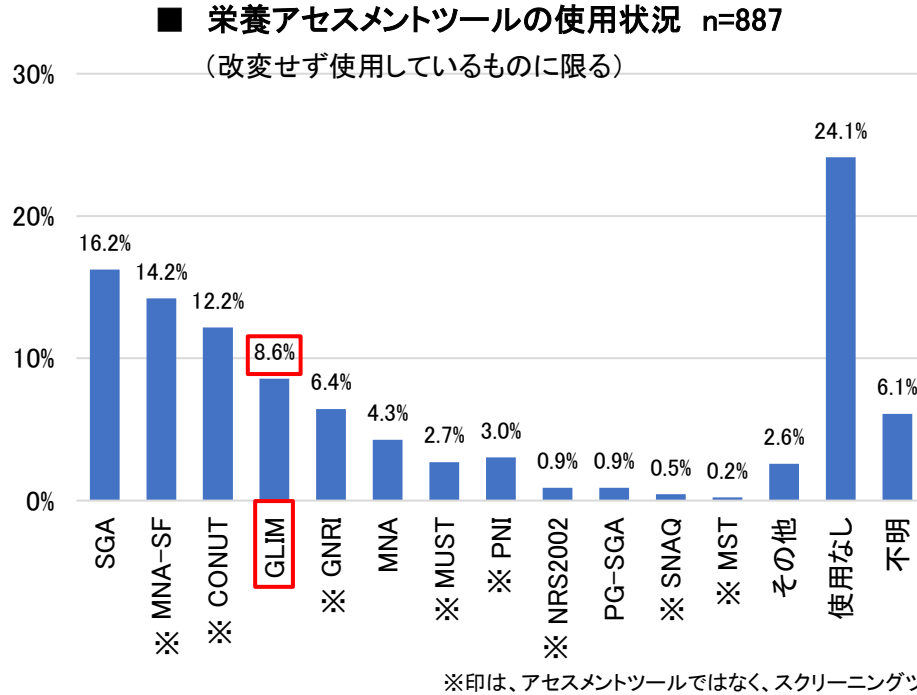
注)臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

(※) 病因に基づく診断分類

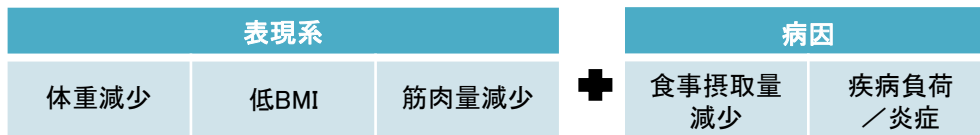
慢性疾患で炎症を伴う低栄養
急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養
炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養
炎症はなく飢餓による低栄養(社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因)
消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害

GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) 基準の活用状況

- 栄養アセスメントツールについて、GLIM基準を使用している割合は 8.6%で、使用なしの割合が 24.1%と最も高かった。
- GLIM基準のアセスメント項目である食事摂取量、BMI、体重減少、炎症は多くの医療機関で使用されていた一方で、筋肉量は13.0%だった。



< GLIM基準におけるアセスメント項目 >



表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つ該当した場合に低栄養と判定

入院(その9)

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について
2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について
3. DPC/PDPSにおける医療機関別係数について
4. 療養病棟入院基本料の医療区分について
5. 参考資料

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	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6	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
7	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
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊髄麻酔の手術(5日間)	なし	あり
21	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
22	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
23	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
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	-	-
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
10	口腔清潔	自立	要介助	-		実施なし	実施あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-		-	-
14	危険行動	ない	-	ある		-	-

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 重症度、医療看護必要度の評価項目の見直しに伴い、施設基準を右のとおり見直します。

現行※	必要度	
	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%)	26% (24%)
急性期一般入院料 3	25% (23%)	23% (21%)
急性期一般入院料 4	22% (20%)	20% (18%)
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 (結核)	11%	9%
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%
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

改定後		必要度	
		必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料 1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料 2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料 3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料 4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料 5		17%	14%
7対1入院基本料 (特定)		-	28%
7対1入院基本料 (結核)		10%	8%
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%
総合入院体制加算 1・2		33%	30%
総合入院体制加算 3		30%	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		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注 7		12%	8%



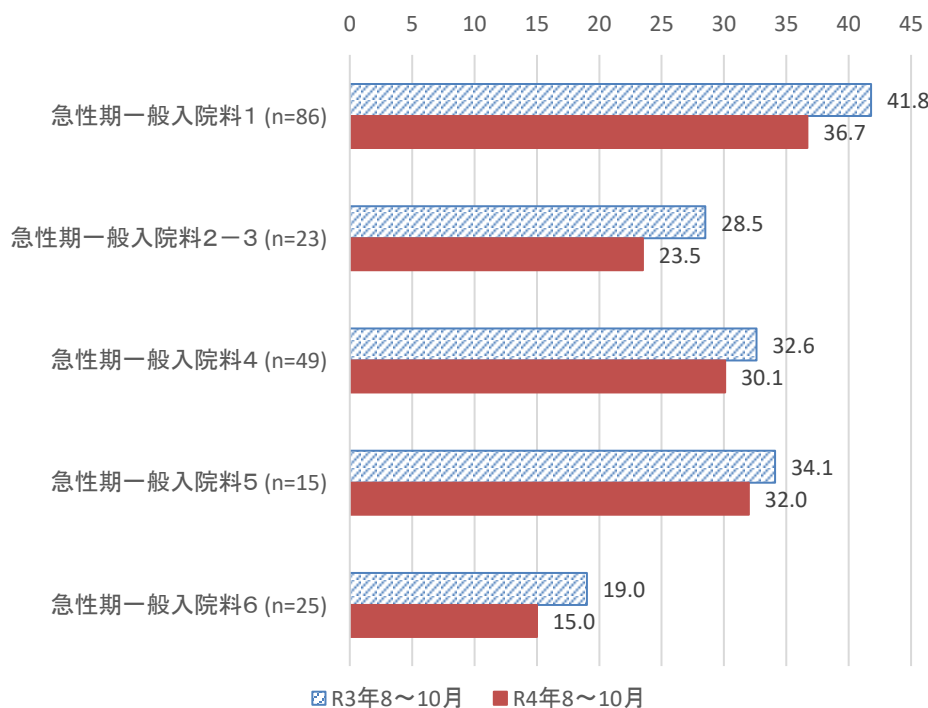
【経過措置】

令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ **令和4年9月30日**まで基準を満たしているものとする。

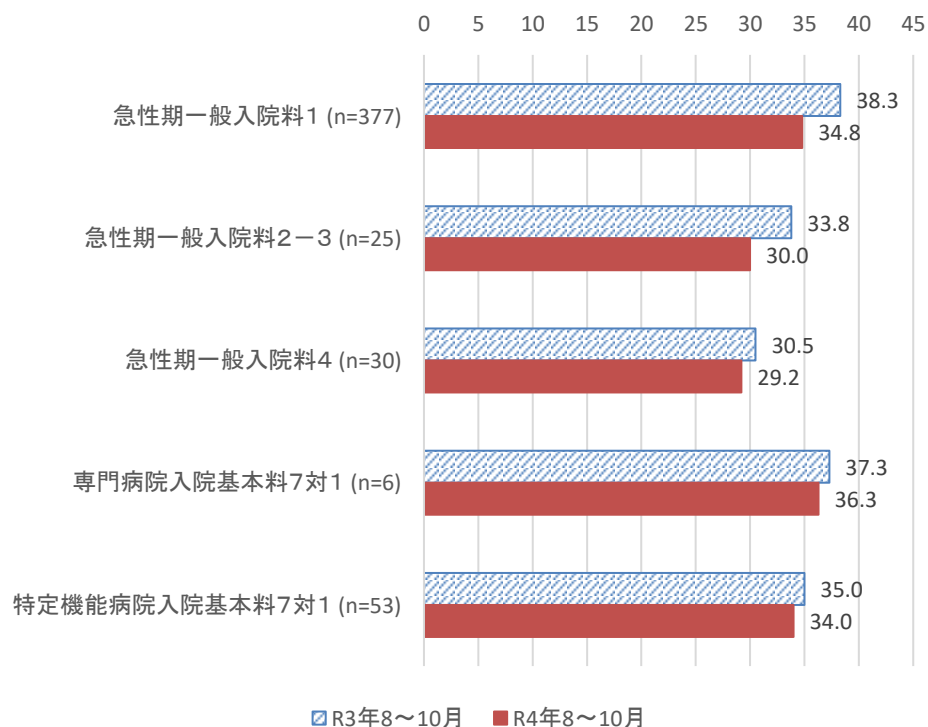
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

R3, R4いずれも回答した施設における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (平均)

(重症度、医療・看護必要度Ⅰ)



(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)



【論点】

(急性期医療の現状を踏まえた対応について)

- 医療従事者の人材確保が今後より困難となることが予想される中、増大する高齢者の急性期医療のニーズに効率的に対応し、適切な医療資源を投入しながら高齢患者等のADLを維持する取組を推進するための入院医療に対する評価の在り方についてどのように考えるか。

(急性期一般入院基本料の施設基準について)

- 7対1病棟においても高齢患者の割合が増加する中で、医療機関間の機能分化による効率的な医療の提供を推進する観点から、急性期一般入院基本料の施設基準に関する以下の点についてどのように考えるか。

[一般病棟用の重症度、医療・看護必要度]

- ・ 「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の評価日数
- ・ 「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤及び評価日数
- ・ 「呼吸ケア」及び「創傷処置」における必要度Ⅰ及びⅡの違い並びに「創傷処置」における「重度褥瘡処置」の扱い
- ・ 入院で投与される割合にばらつきがあることを踏まえた「抗悪性腫瘍剤の使用」等の対象薬剤
- ・ 7対1病棟におけるB項目の取扱い
- ・ 直近における入院での実施率及び入院から手術実施までの日数を踏まえたC項目の対象手術等及び評価日数
- ・ 短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を実施する患者の取扱い
- ・ 必要度Ⅱの届出施設の増加等を踏まえた必要度Ⅱの届出を要件とする範囲

[平均在院日数]

- ・ 急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の短縮化

(その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について)

- 急性期充実体制加算の届出医療機関においては、多くがそれまで総合入院体制加算の届出を行っていたこと等を踏まえ、地域における総合的な入院医療の提供体制を確保する観点から、急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の体制の評価についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関のうち許可病床数が300床未満の医療機関の状況を踏まえ、許可病床数が300床以上の医療機関に適用されるものと300床未満の医療機関に適用されるものの両者が存在する現行の急性期充実体制加算の施設基準についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関は化学療法の実施件数が多いが、外来での実施割合には医療機関間でばらつきがあることを踏まえ、急性期充実体制加算における化学療法に係る実績要件についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関における心臓胸部大血管手術の実績の取扱いについてどのように考えるか。

前回（11月8日）の議論における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等に関する主な意見

（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について）

- 「抗悪性腫瘍剤の使用」や「昇圧剤の使用」、「抗不整脈薬の使用」などの項目は急性期医療を評価する項目としてふさわしいため、これらを実施する患者が基準に該当するよう、得点を3点とすることも考えられるのではないか。
- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の患者では、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の項目の影響により入院6日目に該当患者割合が急激に落ちており、患者の状態に応じた評価を行う観点からすれば、適切な指標ではないのではないか。
- 「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の取扱いを変更するに当たっては、変更としてどのような形があるのか提示されたい。
- 「注射薬剤3種類以上の管理」については、急性期の病態を適切に評価する観点から、評価日数に上限を設けるとともに、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」の成分の薬剤などを対象薬剤から除外すべきではないか。
- 「創傷処置」や「呼吸ケア」の項目については、「重度褥瘡処置」の除外や、必要度Ⅱの基準への統一化を行うべきではないか。
- 「抗悪性腫瘍剤の使用」等の対象薬剤については、適切な外来化学療法を推進する観点から、入院で使用される割合が低い薬剤を評価の対象から除外すべきではないか。
- 7対1病棟における基準からB項目を削除した場合、A得点2点の患者が評価されなくなってしまうが、A得点2点の患者に対しても、専門的な治療や処置が行われているため、何らかの評価できる仕組みとすべきではないか。
- 7対1病棟における評価基準をA項目及びC項目のみとする場合においても、B項目の測定は引き続き重要。
- C項目の対象手術及び評価日数については、直近のデータを踏まえて見直しを行うべき。
- 短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を実施する患者についても、評価対象とすべき。
- 評価項目の見直しを含めたシミュレーションを行うべき。

（一般病棟用の平均在院日数について）

- 急性期一般入院料1の病棟のうち90%以上の平均在院日数が基準より2日以上短かったことや、急性期一般入院料1の病棟のうち平均在院日数の長い群は、提供される医療の内容や患者の状態が急性期一般入院料2や4の病棟と大きな差がないことを踏まえ、機能分化の推進の観点から、急性期一般入院料1における平均在院日数の基準を短縮化すべき。
- 急性期一般入院料1の平均在院日数の基準を短縮化したとしても、医療機関は新たな基準に合わせた対応を行うと考えられるが、それがよいことなのか考えるべきではないか。

<中医協総会>

- 急性期一般病棟における必要度の該当患者割合の低下について、心電図モニターの項目が削除されたことに加え、該当患者割合の基準を引き下げた影響も考えられる一方で、急性期の病床が過剰である可能性もあるため、背景の詳細な分析が必要ではないか。
- 75歳以上の誤嚥性肺炎や尿路感染症などを急性期一般入院料1の病棟で対応することが妥当なのかについて、十分な検討が必要ではないか。これらに対しては救急搬送後に専門的な治療や処置があまり行われていないことも考慮し、機能分化を促進するためにも、どのような制度設計がありうるのか議論が必要ではないか。
- 該当患者割合が上昇している「注射薬剤3種類以上の管理」について、どのような薬剤がどのように使用されているのか詳細な分析が必要ではないか。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

- 評価方法については、必要度Ⅱへの早期の移行を推進すべきではないか。
- 急性期医療を必要とする患者に対する医療・看護を適切に評価する観点から、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」については、日数の短縮化や、5日間の中でも入院後日数によって重みづけすることが考えられるのではないか。
- 急性期医療における重点的な医療・看護を評価する観点及び早期の経口摂取開始の取組を推進する観点から、「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤や上限日数とともに、初期を重点的に評価することについて検討すべきではないか。
- 評価負担の軽減や評価基準の平準化のため、「呼吸ケア」や「創傷処置」の項目については、評価基準を必要度Ⅱに統一すべきではないか。
- 急性期医療におけるケアを適切に評価する観点から、「創傷処置」に該当する診療行為から重度褥瘡処置の実施は削除すべきではないか。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>（続き）

- 外来での実施率が高い化学療法について外来での実施を推進する観点から、「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」及び「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について必要な見直しを行うべきではないか。
- 特定機能病院入院基本料や急性期一般入院料1において、基準1（A得点2点以上かつB得点3点以上）のみにより必要度基準に該当する場合は、「専門的な治療・処置」によりA得点2点となっていることが多いことも踏まえ、こうした患者のうち急性期医療が必要な患者がB項目の状況によらず必要度基準に該当するよう、「専門的な治療・処置」の各項目について重みづけを見直すことが考えられるのではないか。
- B項目は介護業務を評価している性質があり、急性期の医療ニーズに着目した評価体系とする観点からは、7対1病棟の必要度基準においてB項目は適さないのではないか。一方で、B項目を必要度基準に用いない場合においても、ADLの改善状況等の把握のため、測定自体は継続すべきではないか。
- ADLが低下した患者や認知症・せん妄状態の患者等への医療・看護に対する評価のためにB項目を評価基準に残す場合においても、疾病や治療に伴って一時的に低下したADL等の改善等が適切に評価できるよう、項目の追加や評価方法の見直しについて今後検討すべきではないか。
- 急性期医療における評価としては、B項目に基づく状況よりも、ADLが低下しないための取組を評価することが重要ではないか。
- C項目の対象となる手術等については、年度によって入院での実施率にばらつきがある可能性も踏まえ、検討すべきではないか。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術の一部について、入院により実施されている割合が医療機関全体における割合よりも病院において高いものがあることから、外来での実施がより促進されるよう必要度の評価対象に加えるべきではないか。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の変更による該当患者割合への影響について

○ これまでの意見を踏まえた個別項目等の見直しによる該当患者割合への影響は以下のとおり。

変更する項目		変更内容	該当患者割合への影響 (急性期一般入院料1～5)
1-1	A-7:救急搬送後の入院	評価日数を1日とする。	-4.5%
1-2	/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を2日とする。	-3.3%
2-1	A-1:創傷処置	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	-0.4%
3-1	A-2:呼吸ケア	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	-0.2%
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	-0.8%
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	-1.2%
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.1%
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。	+0.1%
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.5%
7-1	A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	+0.9%
8-1	B項目及び該当基準	急性期一般入院料1において、該当基準のうち基準①(A2点以上かつB3点以上)を廃止する。	-7.7%(急1)
9-1	C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する※。	+0.1%
9-2		対象手術における手術実施日から退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。	-1.2%
10-1	評価対象者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	-0.2%

※ C項目の対象手術の変更における考え方は以下のとおり。

(1) 以下の全てを満たす手術について、対象に追加。

- ① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%以上
- ② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上
- ③ 点数が2万点以上

注) 令和4年度診療報酬改定で新設された手術については、①及び②は令和4年度において満たしていれば満たしているものとする。

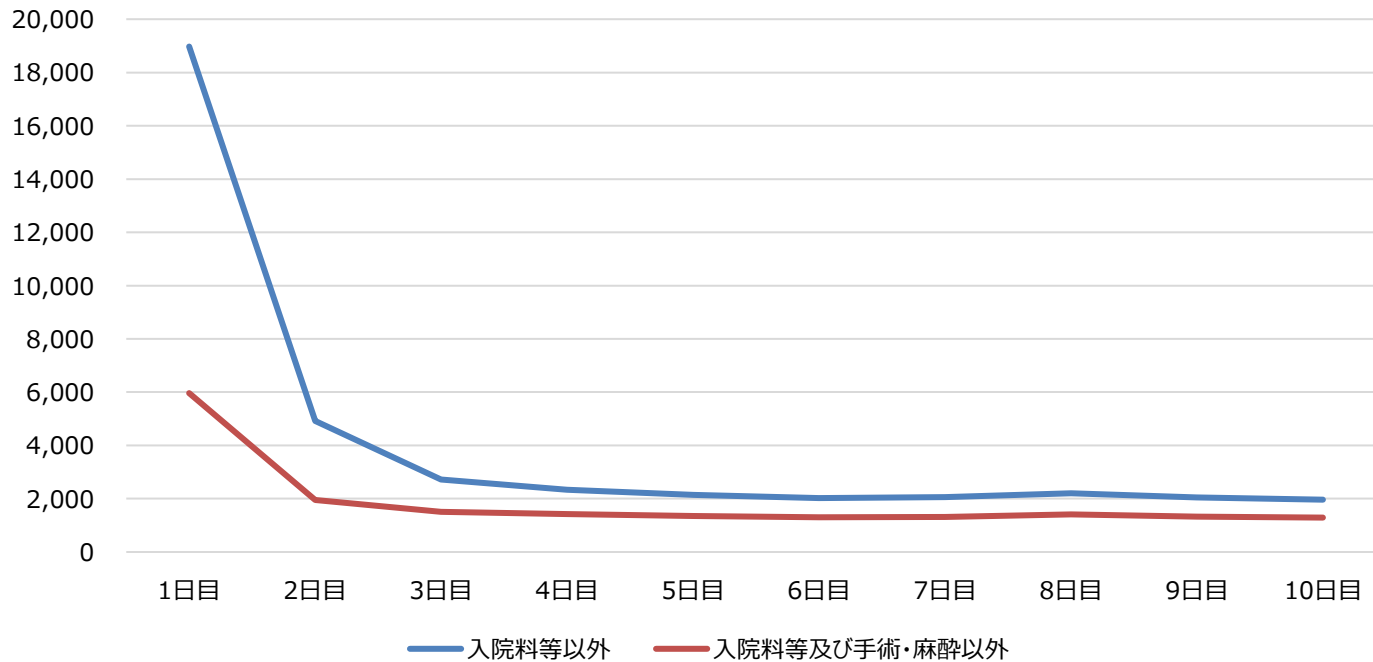
(2) 以下の全てを満たす手術について、対象から除外。

- ① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%未満
- ② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上

緊急に入院を必要とする患者における入院後日数ごとの医療資源投入量

- 救急医療管理加算1を算定する患者における医療資源投入量は、入院初日で最も高く、その後3日目にかけて低下し、3日目以降は大きな変化はみられなかった。

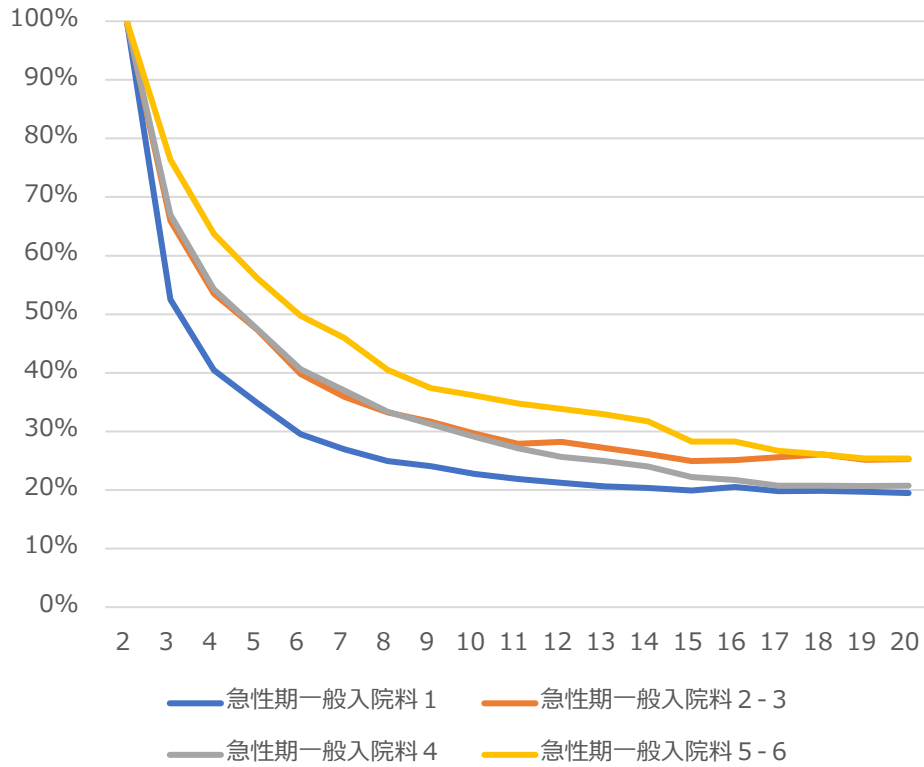
救急医療管理加算1を算定する患者における
入院後日数ごとの医療資源投入量



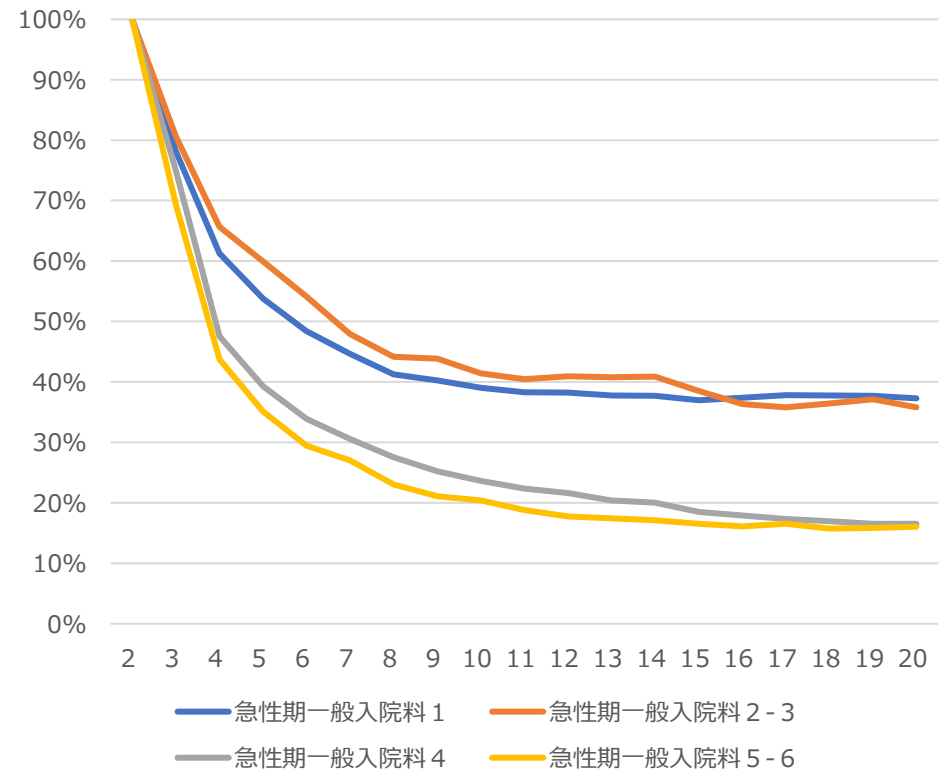
「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況②

- 急性期一般入院基本料において「注射薬剤3種類以上の管理」に一度該当した患者がその後の入院期間でも該当し続ける割合は、急性期一般入院料1で低い一方で急性期一般入院料5-6で高く、「点滴ライン同時3本以上の管理」と異なる傾向にあった。

入院2日目に初めて「注射薬剤3種類以上の管理」に該当した患者における入院後日数ごとの該当割合
(令和4年8~10月)



入院2日目に初めて「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当した患者における入院後日数ごとの該当割合
(令和3年8~10月)



「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況③

○「注射薬剤3種類以上の管理」に該当する日における注射薬剤の成分は、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」、胃酸分泌抑制薬、インスリン、抗菌薬が多く、該当日数が長くなると、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」の割合が上昇し、抗菌薬や抗ウイルス薬などの割合が低下する傾向にあった。

入院中に「注射薬剤3種類以上の管理」に該当し、その後も連続して該当した日において 使用されている注射薬剤として多い成分名

	該当1日目	該当3日目	該当5日目	該当10日目
急1	1 アセトアミノフェン 8.9%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	10.4%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 13.1%
	2 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 6.3%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤	6.2%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 6.0%
	3 セファゾリンナトリウム 4.8%	インスリン ヒト (遺伝子組換え)	4.7%	インスリン ヒト (遺伝子組換え) 5.0%
	4 チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 4.0%	オメブラゾールナトリウム	4.6%	オメブラゾールナトリウム 4.4%
	5 メトクロプラミド 3.6%	アセトアミノフェン	4.4%	タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム 3.8%
	6 インスリン ヒト (遺伝子組換え) 3.6%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	3.6%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム 3.7%
	7 オメブラゾールナトリウム 3.2%	タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.5%	フロセמיד 3.4%
	8 カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム水和物 3.1%	フロセמיד	3.2%	アセトアミノフェン 3.2%
	9 フルルピプロフェンアキセチル 2.9%	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.1%	セフトリアキソンナトリウム水和物 3.1%
	10 トラネキサム酸 2.8%	注射用水	2.7%	メロベナム水和物 3.1%
急4	1 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 8.7%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	12.0%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 14.2%
	2 アセトアミノフェン 7.0%	フロセמיד	4.8%	フロセמיד 5.9%
	3 セファゾリンナトリウム 4.3%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤	4.1%	チアミンジスルフィド・B6・B12配合剤 4.4%
	4 フロセמיד 3.3%	チアミンジスルフィド・B6・B12配合剤	4.1%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 3.9%
	5 ファモチジン 3.3%	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.9%	インスリン ヒト (遺伝子組換え) 3.8%
	6 メトクロプラミド 3.3%	アスコルビン酸	3.5%	タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム 3.7%
	7 セフトリアキソンナトリウム水和物 3.1%	タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.5%	セフトリアキソンナトリウム水和物 3.6%
	8 トラネキサム酸 3.0%	インスリン ヒト (遺伝子組換え)	3.3%	アスコルビン酸 3.6%
	9 チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 3.0%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	2.8%	ファモチジン 2.9%
	10 カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム水和物 2.8%	ファモチジン	2.8%	メロベナム水和物 2.7%
地域一般1	1 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 8.1%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	10.1%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 13.2%
	2 フロセמיד 5.3%	フロセמיד	6.1%	フロセמיד 6.6%
	3 レムデシビル 4.3%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤	4.7%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 4.7%
	4 注射用水 4.1%	レムデシビル	4.6%	アスコルビン酸 4.0%
	5 チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 3.9%	注射用水	4.3%	注射用水 3.9%
	6 アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム 3.8%	アスコルビン酸	4.0%	レムデシビル 3.8%
	7 アセトアミノフェン 3.8%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	3.9%	セフトリアキソンナトリウム水和物 3.6%
	8 セフトリアキソンナトリウム水和物 3.7%	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.9%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム 3.5%
	9 タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム 2.9%	タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.2%	タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム 3.4%
	10 アスコルビン酸 2.9%	ファモチジン	3.2%	ファモチジン 3.4%

(参考)上表のうち静脈栄養に関連する注射薬剤として多い成分の品名

○「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」:フルカリック1号輸液、フルカリック2号輸液、フルカリック3号輸液、ネオパレン1号輸液、ネオパレン2号輸液、パレセーフ輸液、ビーフリード輸液、パレプラス輸液、エルネオパNF1号輸液、エルネオパNF2号輸液、ワンパル1号輸液、ワンパル2号輸液

○「チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤」:ビタメジン静注用 ○「ダイズ油」:イントラリボス輸液10%、イントラリボス輸液20%

○「チアミンジスルフィド・B6・B12配合剤」:ジアイナミックス注射液、ナイロジン注、ネオラミン・スリービー液(静注用)、ノルニチカミン注、リメファー3B注射液、ジアイナ配合静注液

急性期一般入院料等における「専門的な治療・処置」の該当患者割合

○ 急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の項目のうち「専門的な処置・治療」の該当患者割合は以下のとおり。

			専門的な 治療・処 置	抗悪性腫 瘍剤の使 用	抗悪性腫 瘍剤の内 服の管理	麻薬の使 用	麻薬の内 服、貼付、 坐剤の管 理	放射線治 療	免疫抑制 剤の管理	昇圧剤の 使用	抗不整脈 剤の使用	抗血栓塞 栓薬の持 続点滴の 使用	ドレナージ の管理	無菌治療 室での治 療
令和4年	必要度 I	急 1 (n=302施設)	15.3%	0.6%	0.7%	1.8%	1.1%	0.2%	2.7%	1.8%	0.4%	3.7%	5.8%	0.3%
		急 2 - 3 (n=78施設)	12.7%	0.5%	0.7%	1.2%	1.1%	0.6%	2.7%	1.5%	0.3%	2.6%	4.4%	0.0%
		急 4 (n=752施設)	11.0%	0.4%	0.4%	1.4%	0.8%	0.1%	2.3%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.0%
		急 5 (n=245施設)	9.4%	0.3%	0.5%	0.9%	0.8%	0.0%	1.9%	1.1%	0.3%	1.8%	3.3%	0.1%
		急 6 (n=441施設)	6.8%	0.2%	0.3%	0.7%	0.6%	0.1%	2.0%	0.9%	0.4%	1.4%	1.6%	0.0%
	必要度 II	急 1 (n=1056施設)	20.3%	1.6%	1.6%	2.6%	1.7%	0.9%	4.2%	1.8%	0.4%	3.4%	6.6%	0.9%
		急 2 - 3 (n=90施設)	15.1%	1.0%	1.0%	1.9%	1.1%	0.5%	3.2%	1.6%	0.3%	2.6%	4.6%	0.7%
		急 4 (n=332施設)	12.4%	0.7%	0.7%	1.6%	1.0%	0.2%	2.6%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.2%
		急 5 (n=47施設)	10.2%	0.3%	0.3%	1.0%	0.7%	0.1%	2.4%	1.1%	0.3%	3.2%	2.2%	0.3%
		急 6 (n=58施設)	7.8%	0.3%	0.6%	0.7%	0.6%	0.0%	2.2%	1.1%	0.1%	2.2%	1.6%	0.0%
7対1 特定(n=84施設)		29.1%	3.3%	2.5%	3.4%	3.0%	3.0%	7.0%	2.2%	0.4%	3.8%	8.9%	2.0%	
7対1 専門(n=12施設)	42.0%	7.3%	3.9%	4.1%	7.1%	6.5%	10.8%	1.1%	0.4%	2.5%	11.5%	3.6%		
令和3年	必要度 I	急 1 (n=543施設)	16.5%	0.9%	1.0%	2.1%	0.4%	1.2%	3.3%	1.7%	0.5%	3.2%	6.4%	0.4%
		急 2 - 3 (n=66施設)	12.9%	0.7%	0.6%	1.1%	0.9%	0.9%	2.7%	1.2%	0.4%	2.5%	4.9%	0.1%
		急 4 (n=775施設)	11.2%	0.4%	0.4%	1.5%	0.1%	0.9%	2.5%	1.3%	0.4%	1.9%	4.4%	0.1%
		急 5 (n=292施設)	9.4%	0.4%	0.5%	1.0%	0.0%	1.0%	2.0%	1.0%	0.4%	1.3%	3.6%	0.1%
		急 6 (n=176施設)	8.1%	0.2%	0.4%	0.9%	0.1%	0.8%	1.8%	1.1%	0.3%	1.2%	2.8%	0.1%
	必要度 II	急 1 (n=861施設)	21.6%	1.8%	1.7%	2.7%	1.1%	1.9%	4.5%	1.8%	0.4%	3.7%	7.0%	1.1%
		急 2 - 3 (n=79施設)	16.3%	1.1%	1.0%	2.0%	0.5%	1.3%	3.5%	1.7%	0.4%	2.6%	5.3%	0.7%
		急 4 (n=250施設)	12.8%	0.7%	0.7%	1.7%	0.2%	1.1%	2.7%	1.4%	0.4%	2.0%	4.5%	0.1%
		急 5 (n=45施設)	9.3%	0.5%	0.4%	1.3%	0.1%	1.3%	2.3%	1.1%	0.4%	1.3%	2.8%	0.0%
		急 6 (n=23施設)	9.8%	0.3%	0.9%	1.2%	0.0%	1.2%	1.8%	1.0%	0.2%	1.8%	2.8%	0.0%
7対1 特定(n=84施設)		29.5%	3.2%	2.5%	3.2%	3.3%	3.0%	7.0%	2.2%	0.4%	4.1%	8.9%	1.9%	
7対1 専門(n=10施設)	43.3%	7.0%	3.6%	4.4%	6.5%	6.1%	11.9%	1.4%	0.3%	3.6%	12.0%	3.6%		

- 前回の中医協総会の議論を踏まえ、以下の対応方針とした上で、該当患者割合のシミュレーションを行う。

令和元年12月20日中医協総会で提示した条件

- 判定基準より、基準②(B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上)を除外
- A項目より、免疫抑制剤の内服を除外
- **C項目に、入院実施割合が90%以上の手術(○点以上に限る)及び検査を追加**
- **C項目の評価対象日数を、在院日数の○%程度まで広げる**

主なご意見

- 救急の患者を適切に評価するために、救急医療管理加算の対象患者を対象に追加すべきではないか。
- 認知症・せん妄患者の対応については、引き続き重症度、医療・看護必要度の中で評価すべきではないか。
- 内科の重症患者が適切に評価されるよう配慮すべきではないか。
- 新たに評価対象とする手術の点数や、評価日数は、複数のパターンで確認する必要があるのではないか。
- 基準②の除外の影響など、個別の条件が与える影響を、それぞれ確認する必要があるのではないか。

【対応方針】

- 内科の重症患者を含め、救急の患者を適切に評価するため、以下の項目を算定する患者を対象に追加する。
 - ・ A205 救急医療管理加算1及び2
 - ・ B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料
- 認知症・せん妄患者の対応を評価するため、基準②については評価対象から除外するが、B14・B15は引き続きB項目の評価対象とする。
- **現行の評価との関係や、在院日数の実態等を踏まえ、新たに評価対象とする手術は2万点以上の手術、評価日数は、在院日数の中央値の5割程度とする**。また、全ての条件を適用した場合の影響とは別に、基準②の見直しによる影響と、新たな救急患者の評価による影響を個別に確認する。

C項目の対象となる手術等の対象日数について

- C項目については、対象となる各手術等を実施した当日から一定の日数までの期間について、該当ありと評価される。
- 当該一定の日数は対象となる手術の在院日数に基づき設定されているが、対象である各手術には、入院後一定期間が経過してから実施される傾向にある手術が多く存在する。
- C項目の対象となる手術を実施した患者における在院日数と手術実施日から退院までの日数を比較したところ、差がみられた。

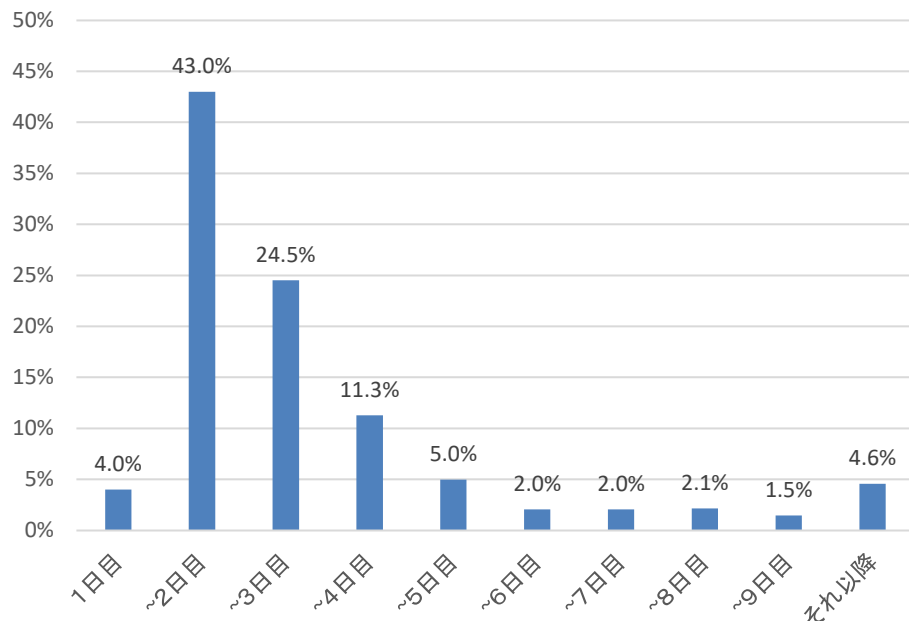
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き(抜粋)

C 手術等の医学的状況

C項目共通事項

1. コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る手術等の実施当日からの日数によって判断すること。
2. 各選択肢の判断基準に示された手術等の実施日からの日数については、実施当日を含む日数であること。

C項目の対象の各手術の実施日（入院後日数、中央値）の分布



C項目の対象となる手術群の在院日数及び手術実施日から退院までの日数

	①	②	③	④	⑤
	現行の対象日数	在院日数*	②の5割の日数(四捨五入)	手術実施日から退院までの日数*	④の5割の日数(四捨五入)
開頭手術	13日間	25.7日	13日	21.5日	11日
開胸手術	12日間	23.2日	12日	18.1日	9日
開腹手術	7日間	14.2日	7日	11.7日	6日
骨の手術	11日間	22.7日	11日	19.8日	10日
胸腔鏡・腹腔鏡手術	5日間	9.1日	5日	7.4日	4日
救命等に係る内視鏡的治療	5日間	8.9日	4日	7.1日	4日
別に定める手術	6日間	12.2日	6日	10.0日	5日

※ 各手術における日数の中央値について、算定件数に基づき加重平均したもの。(現行の基準が定められた際の算出方法と同様。)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて（案）

○ シミュレーションにおける変更内容の組み合わせは、以下のパターンで実施することとしてはどうか。

変更する項目		変更内容	共通	見直し 案1	見直し 案2	見直し 案3	見直し 案4
1-1	A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。		○		○	
1-2		評価日数を2日とする。			○		○
2-1	A-1:創傷処置	必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	○				
3-1	A-2:呼吸ケア	必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	○				
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	○				
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	○				
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	○				
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。				○	○
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	○				
7-1	A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	○				
8-1	B項目及び該当基準	7対1病棟において、該当基準のうち基準①（A 2点以上かつB 3点以上）を廃止する。	○				
9-1	C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する。	○				
9-2		手術実施日からの退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。	○				
10-1	評価対象患者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	○				

急性期一般入院料 1 の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて（案）

- 急性期一般入院料1におけるシミュレーションについては、平均在院日数の基準の見直しと組み合わせるとともに、「A得点2点以上かつB3点以上」の基準を用いないことが提案されている一方で「A得点2点以上」を評価する必要性が指摘されていることを踏まえ、見直し後の該当患者割合に加えてA得点2点以上を含めた割合についても、確認してはどうか。

（現行の急性期一般入院料 1 の基準）

該当患者割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準①：A得点2点以上かつB得点3点以上
- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上

※平均在院日数：18日以内

（シミュレーションにおける確認事項）

平均在院日数

- ・ ○日以内の医療機関

※14日、15日、16日又は17日



該当患者割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上



A得点2点を含めた割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上
- ・A得点2点

7対1病棟における重症度、医療・看護必要度の基準の見直しについて（案）

現行

【A】必要度評価対象者全数

【B】必要度該当患者

以下のいずれかを満たす場合に該当

- ・A得点2点以上かつB3点以上
- ・A3点以上
- ・C1点以上

必要度該当患者割合 = $【B】 / 【A】$



見直し案

【A】必要度評価対象者全数

【C】必要度該当患者

A得点3点以上 又は C得点1点以上の者

【D】必要度該当又はA得点2点の患者※

A得点2点の者

※以下のいずれかを満たす患者

- ・A得点3点以上
- ・C得点1点以上
- ・A得点2点

割合①: 必要度該当患者割合
= $【C】 / 【A】$

割合②: 必要度該当又はA2点以上の患者割合
= $【D】 / 【A】$

⇒ 割合①が一定以上であり、かつ割合②が一定以上であることを施設基準とする。

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について
2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について
3. DPC/PDPSにおける医療機関別係数について
4. 療養病棟入院基本料の医療区分について
5. 参考資料

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度に係る評価票

【特定集中治療室用】 基準：A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 輸液ポンプの管理	なし	あり	—
2 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	—	あり
3 シリンジポンプの管理	なし	あり	—
4 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	—	あり
5 人工呼吸器の装着	なし	—	あり
6 輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり
7 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	—	あり
8 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	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 人工呼吸器の装着	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、IMPELLA)	なし	あり

(参考)【一般病棟用】

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 注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	—
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	—
5 輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり
6 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
7 I:救急搬送後の入院(5日間) II:救急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

(参考) 一般病棟用、ハイケアユニット用共通B項目

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
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	—	—
移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
口腔清潔	自立	要介助	—	実施なし	実施あり
食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—	—	21
危険行動	ない	—	ある	—	

（特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度等について）

- S O F Aスコアが患者の転機と相関する一方で、必要度の該当患者割合が90%以上の施設の中でも S O F Aスコアにはばらつきがあることを踏まえ、必要度には反映されない重症患者への対応状況の評価の観点で S O F Aスコアを活用すべきではないか。
- 特定集中治療室に入室後に S O F Aスコアが上昇する患者がいることも踏まえ、入室時の S O F Aスコアについては、現在の必要度項目による評価とどのように組み合わせるのが重要ではないか。

（ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について）

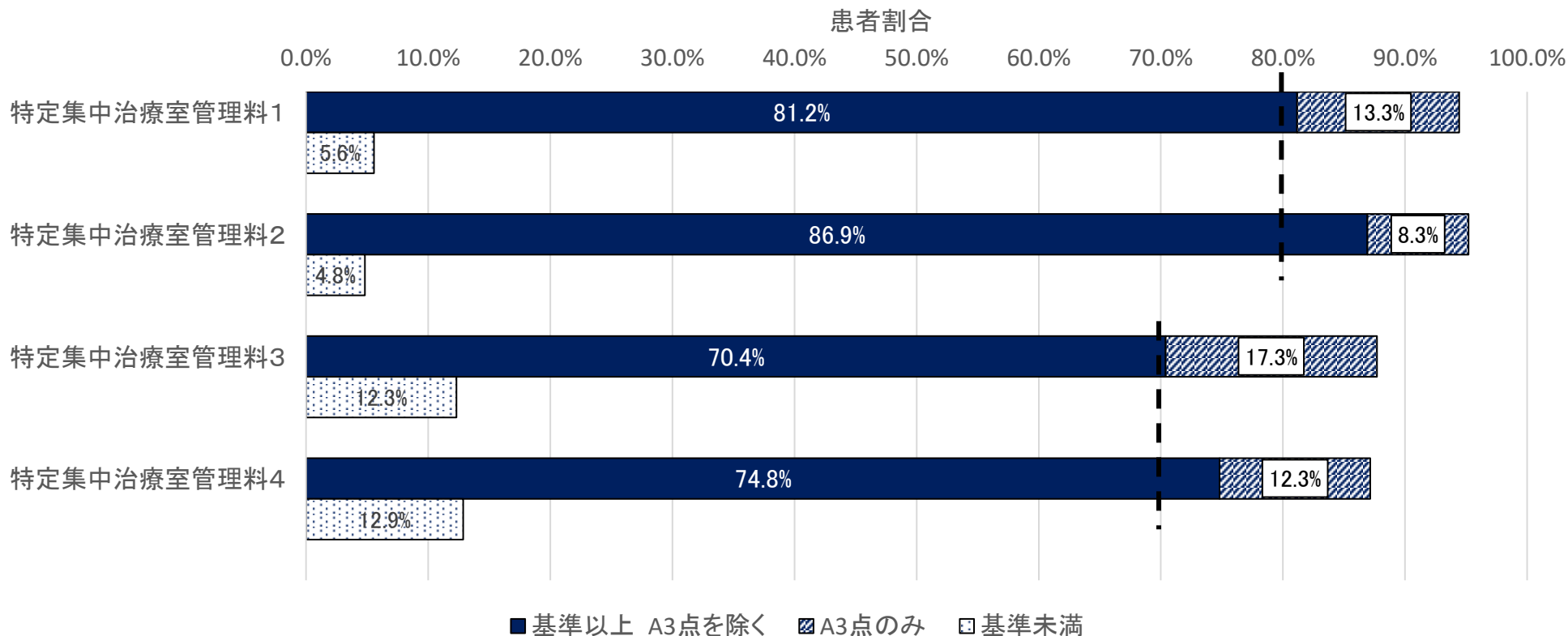
- 「心電図モニターの管理」や「輸液ポンプの管理」の項目を削除するような場合は、現在の該当基準である A 得点の水準についても見直しを検討すべきではないか。
- 評価項目の位置づけについては、重症化率との相関を踏まえた対応をすべきではないか。
- B項目による評価は、特定集中治療室用と同様に廃止すべきではないか。
- 項目や該当基準の見直しを行う際には、医療機関にどのような影響があるのか丁寧に確認すべきではないか。
- レセプト電算処理システムコードを用いた評価を導入するに当たっては、現在の評価との該当患者割合の差を確認すべきではないか。

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度 I

診調組 入-1
5. 8. 10

○ 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度 I について、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度



※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

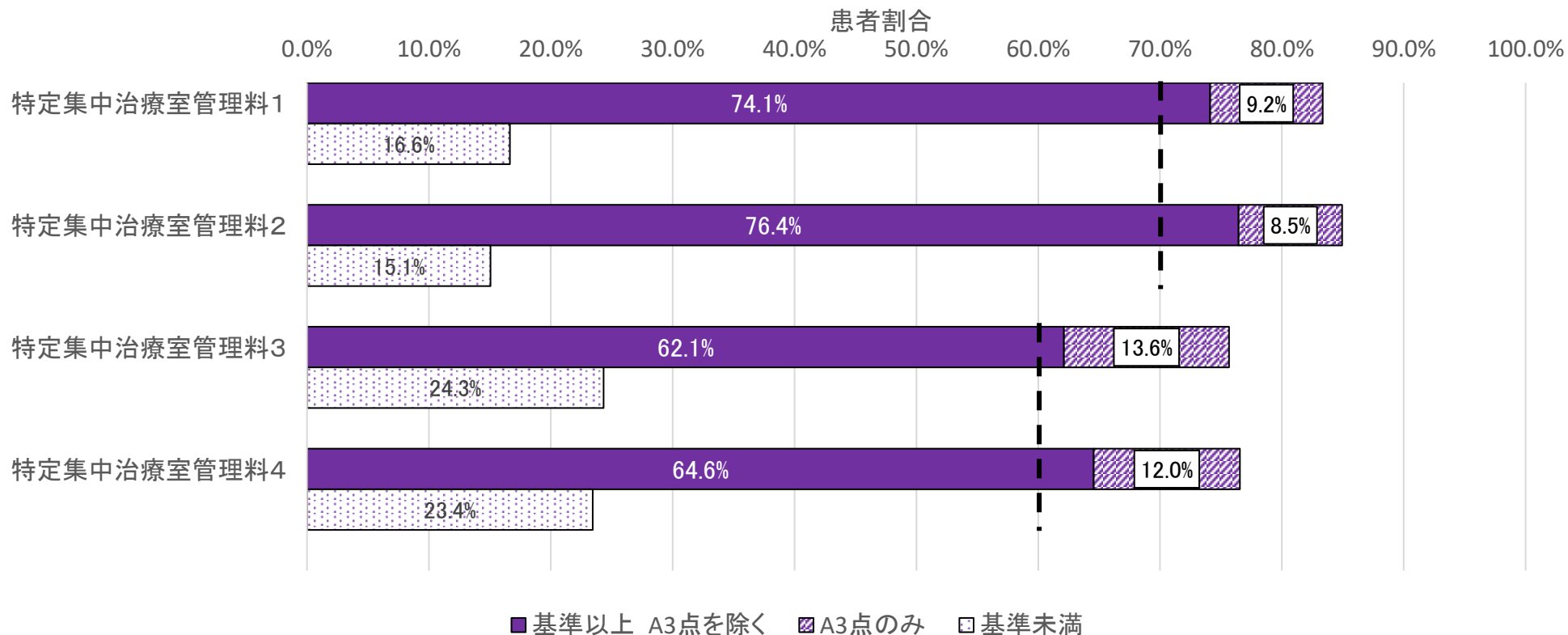
特定集中治療室管理料1・2 **8割以上**(重症度、医療・看護必要度 I) 7割以上(重症度、医療・看護必要度 II)

特定集中治療室管理料3・4 **7割以上**(重症度、医療・看護必要度 I) 6割以上(重症度、医療・看護必要度 II)

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱ

○ 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱについて、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度



※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

特定集中治療室管理料1・2 8割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅰ) 7割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)

特定集中治療室管理料3・4 7割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅰ) 6割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)

ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例②

SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 24時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score (TMS) は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

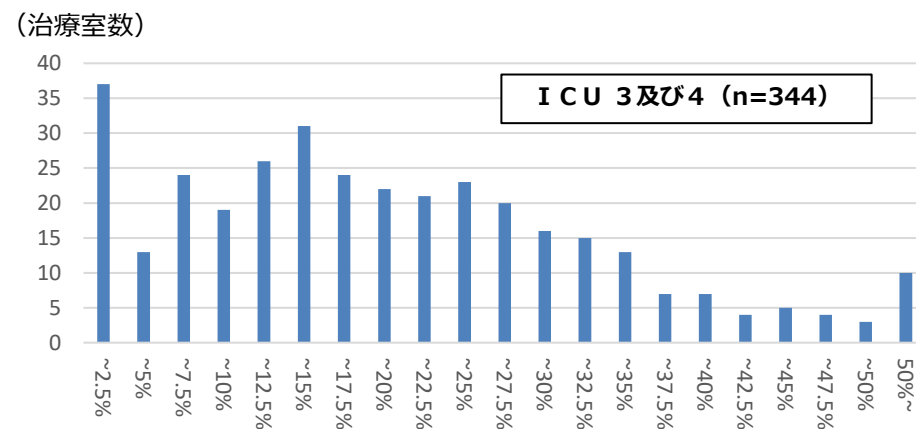
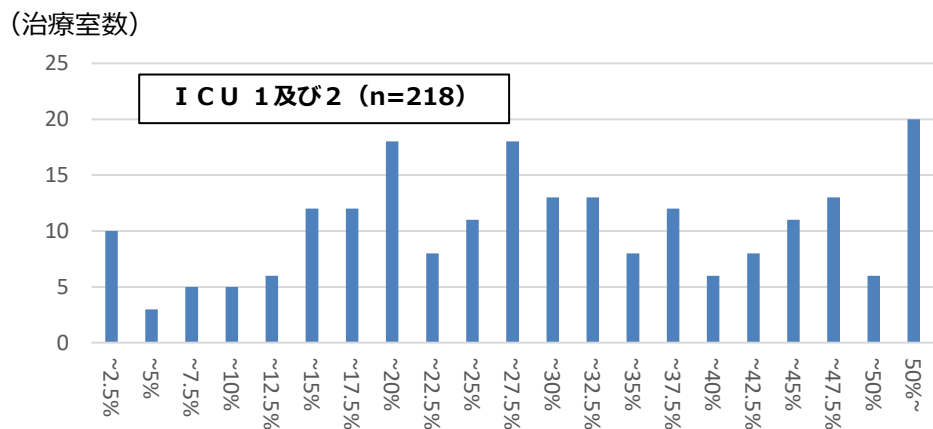
(参考)SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 PaO ₂ /FIO ₂ [mmHg]	x > 400	400 ≧ x > 300	300 ≧ x > 200	200 ≧ x > 100 呼吸補助下	100 ≧ x 呼吸補助下
凝固機能 血小板数 [×10 ³ /mm ²]	x > 150	150 ≧ x > 100	100 ≧ x > 50	50 ≧ x > 20	20 ≧ x
肝機能 ビリルビン値 [mg/dL]	< 1.2	1.2 ~ 1.9	2.0 ~ 5.9	6.0 ~ 11.9	> 12.0
循環機能 血圧低下	なし	平均動脈圧 < 70 mmHg	ドパミン ≦ 5y あるいはドブタミン 投与 (投与量を問わない)	ドパミン > 5y あるいはエビネフリン ≦ 0.1y あるいはフルエビネフリン ≦ 0.1y	ドパミン > 15y あるいはエビネフリン > 0.1y あるいはフルエビネフリン > 0.1y
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	14 ~ 13	12 ~ 10	9 ~ 6	6未満
腎機能 クレアチニン値 [mg/dL]	1.2未満	1.2 ~ 1.9	2.0 ~ 3.4	3.5 ~ 4.9 あるいは尿量が500mL/日未満	> 5.0 あるいは尿量が200mL/日未満

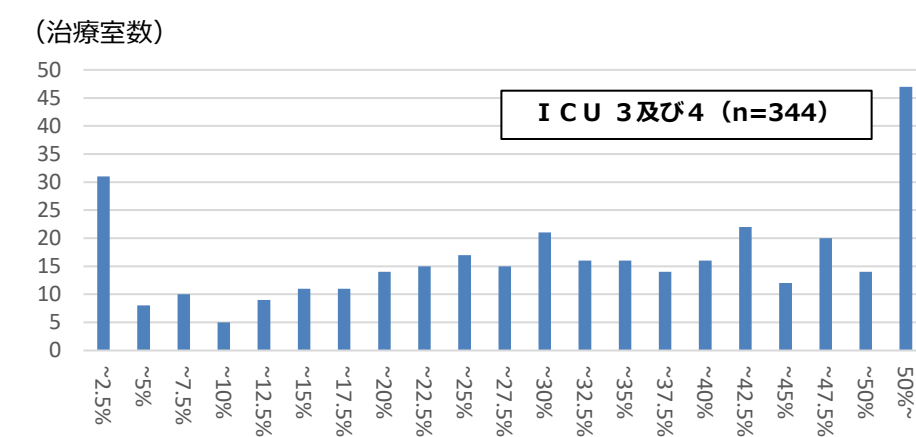
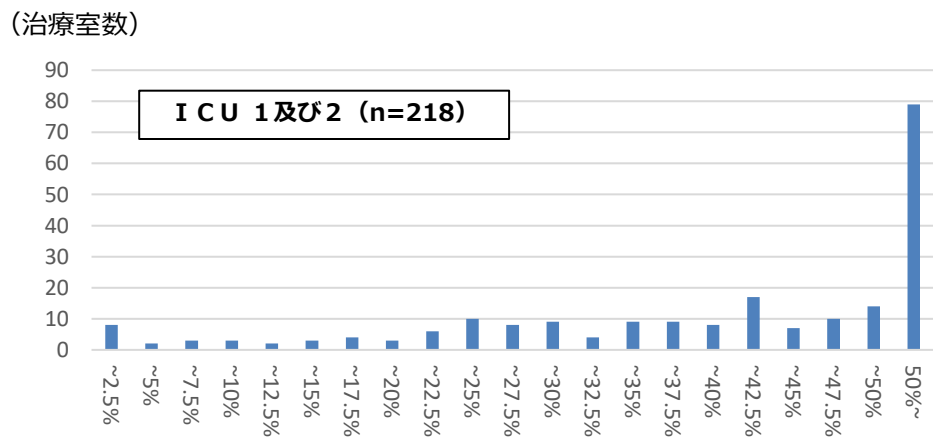
入室日のS O F Aスコアが一定以上の患者の割合

○ 特定集中治療室における入室日のSOFAスコアが5点以上又は3点以上である患者割合の分布は以下のとおり。

各特定集中治療室における入室日にSOFA 5点以上である患者割合の分布



各治療室における入室日にSOFA 3点以上である患者割合の分布



特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度等のシミュレーションについて（案）

○ SOFAスコアによる評価についての議論及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直しについての議論を踏まえ、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直しによる影響のシミュレーションについては、以下の内容を組み合わせて実施することとしてはどうか。

1. 重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準の見直し

変更項目	変更内容	該当患者割合への影響	見直し案 1	見直し案 2
(1) A-1:輸液ポンプの管理	項目を削除する。	ICU1,2: -9.1% ICU3,4: -13.5%	○	○
(2) A-2:動脈圧測定（動脈ライン）	得点を1点に変更する。	ICU1,2: -8.3% ICU3,4: -10.9%		○
(3) 基準値	2点以上の場合に該当とする。	ICU1,2: +8.1% ICU3,4: +11.7%	○	○



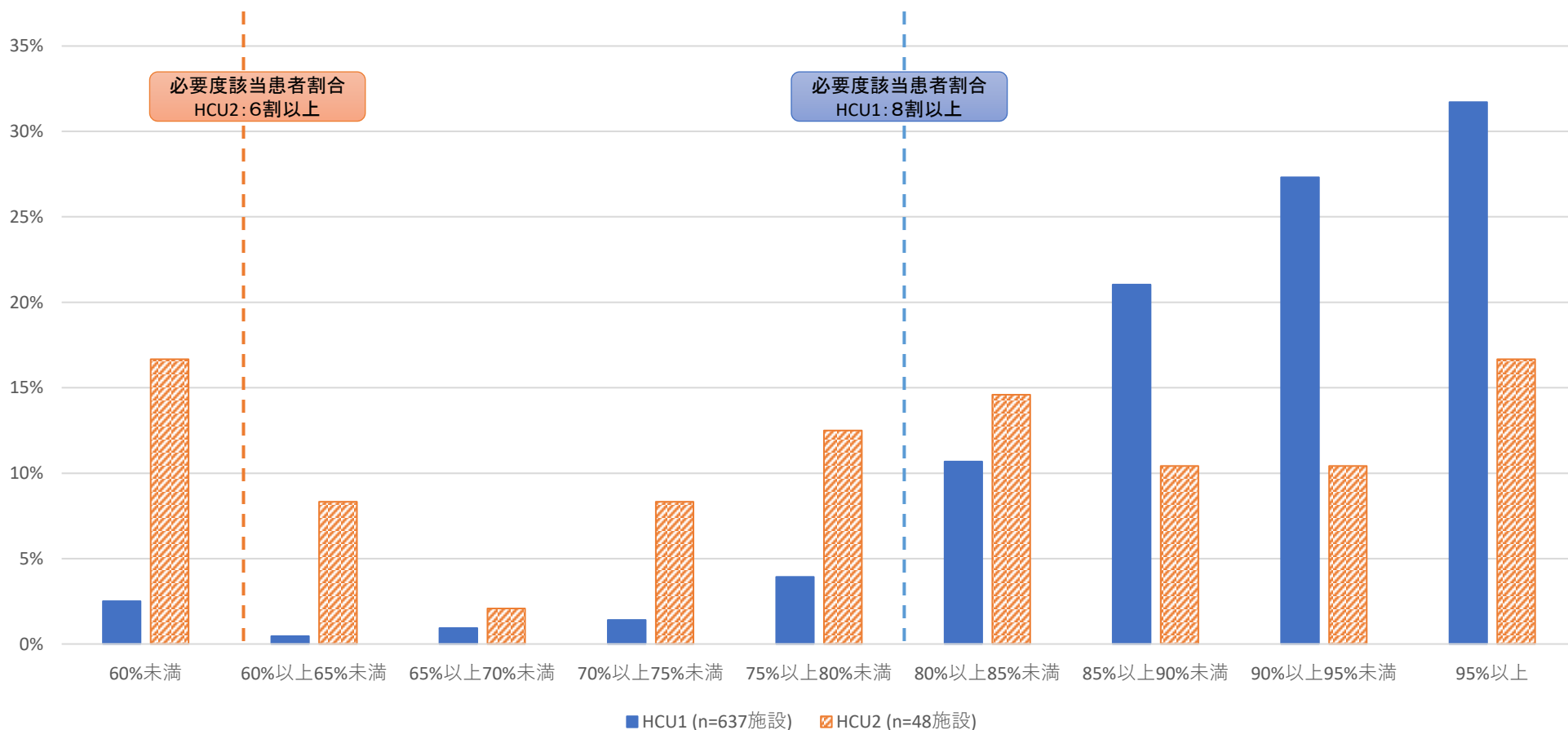
2. SOFAスコアによる評価対象施設の基準設定

対象	変更内容	基準の候補
(1) 特定集中治療室管理料 1 及び 2	入室日のSOFAスコアが5点以上の患者割合が一定以上である場合に評価対象とする。	10%、12.5%又は15%以上
(2) 特定集中治療室管理料 3 及び 4	入室日のSOFAスコアが3点以上の患者割合が一定以上である場合に評価対象とする。	10%、12.5%又は15%以上

※ 救命救急入院料 2・4 についても、1. の項目及び該当基準の見直しを行った場合のシミュレーションを行う。

HCUにおける治療室別の該当患者割合

○ ハイケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、管理料1では該当患者割合が95%以上の治療室が最も多かった。



出典: 保険局医療課調べ (DPCデータ)

※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計(新型コロナ患者を除く。)

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度のシミュレーションについて（案）

○ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度については、これまでの議論を踏まえ、個別項目の要件及び該当基準の見直しを行うとともに、各項目について重みづけを行う観点から、一部の項目の該当患者割合を全体の該当患者割合とは別で確認することとしてはどうか。

1. 個別項目の見直し

変更項目	変更内容	該当患者割合への影響
(1) A-1:創傷処置	一般病棟用の必要度Ⅱにおける同項目の評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	HCU1:-1.2% HCU2:-1.4%
(2) A-3:呼吸ケア	一般病棟用の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	HCU1:-6.9% HCU2:-6.0%
(3) A-4:点滴ライン同時3本以上の管理	一般病棟用の「注射薬剤3種類以上の管理」と同様の項目にした上で、入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とするとともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	HCU1:-0.2% HCU2:+0.5%
(4) 対象項目	以下の項目を削除した上で、該当基準を「A 3点以上かつB 4点以上」から「A 1点以上」に変更する。 A-5:心電図モニターの管理 A-6:輸液ポンプの管理	HCU1:+4.7% HCU2:+9.7%

2. 各項目の重みづけ等を踏まえた該当基準の見直し

該当患者割合①

個別の項目のうち以下のうちいずれかで該当基準を満たす割合を、該当患者割合①とする。

- ・蘇生術の施行
- ・中心静脈圧測定（静脈ライン）
- ・人工呼吸器の装着
- ・輸血や血液製剤の管理
- ・肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）
- ・特殊な治療法等



該当患者割合②

全項目のいずれかで該当基準を満たす割合を、該当患者割合②とする。

- ・創傷処置
- ・蘇生術の施行
- ・呼吸ケア
- ・注射薬剤3種類以上の管理
- ・動脈圧測定（動脈ライン）
- ・シリンジポンプの管理
- ・中心静脈圧測定（静脈ライン）
- ・人工呼吸器の装着
- ・輸血や血液製剤の管理
- ・肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）
- ・特殊な治療法等

※ これらの見直しに加えて、レセプト電算処理システムコードを用いて評価を行った場合のシミュレーションもあわせて行う。

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について
2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について
3. DPC/PDPSにおける医療機関別係数について
4. 療養病棟入院基本料の医療区分について
5. 参考資料

医療機関別係数

1. 基礎係数

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。
- 基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの
[基礎係数] = [各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値] × [改定率]
÷ [各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値]

2. 機能評価係数Ⅰ

- 機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

3. 機能評価係数Ⅱ

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

4. 激変緩和係数

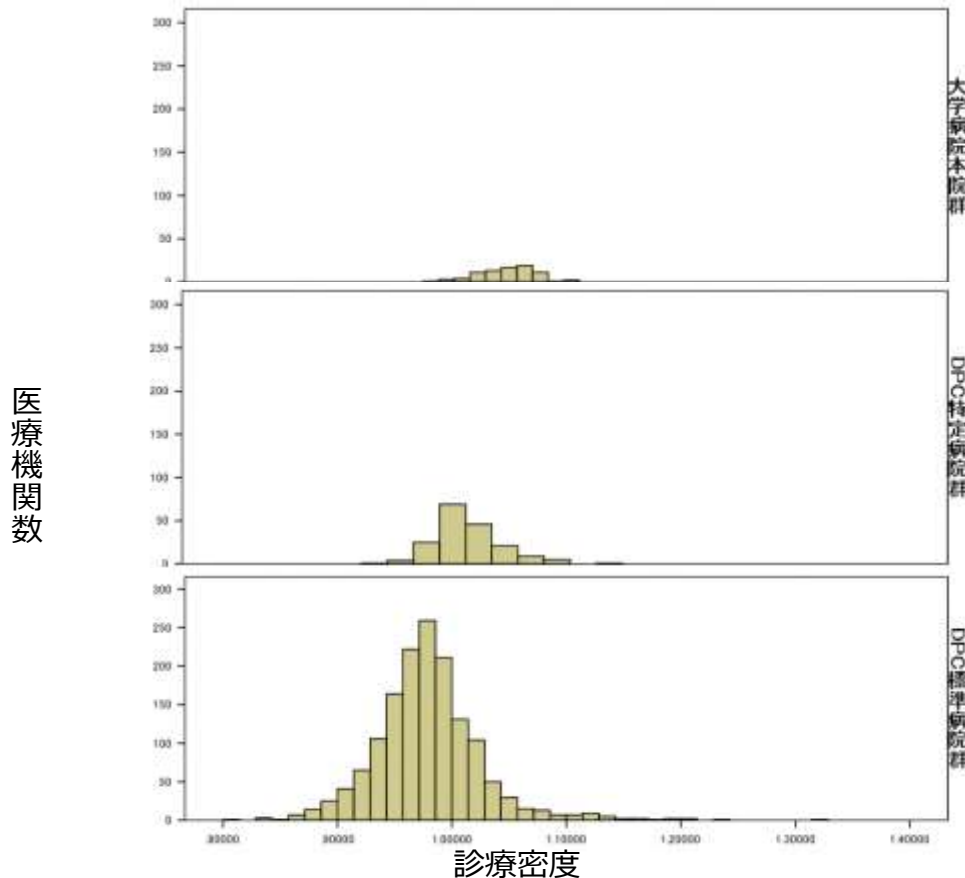
- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度1年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

基礎係数について

中医協 総 - 2

5 . 1 1 . 2 4

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに係数を設定している。
- 医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」(※1)、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」(※2)、その他を「DPC標準病院群」としている。



令和4年度改定後の状況(令和4年4月1日時点)

医療機関群	施設数	基礎係数
大学病院本院群	82	1.1249
DPC特定病院群	181	1.0680
DPC標準病院群	1,501	1.0395

- (※1) 大学病院本院群
DPC/PDPSにおいては、原則として、以下の病院を大学病院本院として取り扱うこととしている。
- ・ 大学設置基準第39条に基づき、医師養成を行う大学医学部の教育研究に必要な施設として設置されている病院
 - ・ 上記病院が複数存在する場合には、医学部と同一敷地内にある病院

- (※2) DPC特定病院群の設定要件
4つの実績要件の全て(実績要件3は6つのうち5つ)で基準値を満たす。
- 実績要件1 : 診療密度
 - 実績要件2 : 医師研修の実施
 - 実績要件3 : 医療技術の実施
 - 実績要件4 : 補正複雑性指数

機能評価係数Ⅱについて

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の評価項目ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組みを評価
効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
救急医療係数	救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
地域医療係数	地域医療への貢献を評価

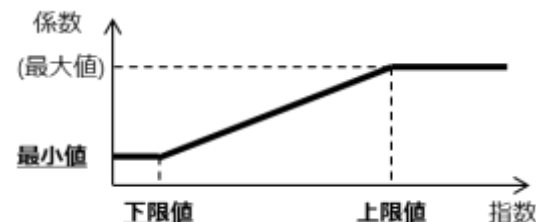
係数の設定手法

- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの（保険診療、複雑性、カバー率、地域医療）と、全医療機関において係数設定するもの（効率性、救急医療）がある。

上限値下限値の設定

具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方
	上限値	下限値		
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile値	0	0	全群共通で評価
地域医療 (定量)	1.0	0	0	群ごとに評価
(体制)	1.0	0	0	

指数と係数の関係



上限値以上の全ての医療機関が係数は最大値となる。

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
保険診療指数	<p>【適切なDPCデータの作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 <p>様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式1で評価） <p>【病院情報の公表】 自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。</p> <p>（【保険診療の質的改善に向けた取組み】：令和6年度からの評価を検討）</p>
地域医療指数	<p>体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価</p> <p>定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕</p> <p>1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。</p> <p>DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>
効率性指数	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

機能評価係数Ⅱの評価内容②

指数	評価内容
複雑性指数	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 ／ 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
カバー率指数	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕 ／ 〔全診断群分類数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。</p>
救急医療指数	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕</p> <p>※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2</p> <p>【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・ A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者</p>

機能評価係数Ⅱの見直しについて

- 各係数の評価の主旨や現状の実績分布等を踏まえ、医療機関ごとの適切な評価を行う観点から、機能評価係数Ⅱについて、以下のように再整理することが考えられるのではないか。

【見直しのイメージ】

現行		見直し後
保険診療係数		<u>評価を廃止、一部を体制評価指数において評価</u>
効率性係数		<u>評価手法の見直し、医療機関群別の評価を導入</u>
複雑性係数		現行の評価の継続
カバー率係数		現行の評価の継続
救急医療係数		<u>名称・係数の位置付けの変更</u>
地域医療係数	体制評価指数	<u>医療計画の見直しや実績分布等を踏まえた見直し</u>
	定量評価指数	<u>新たな評価項目の追加</u>
		現行の評価の継続

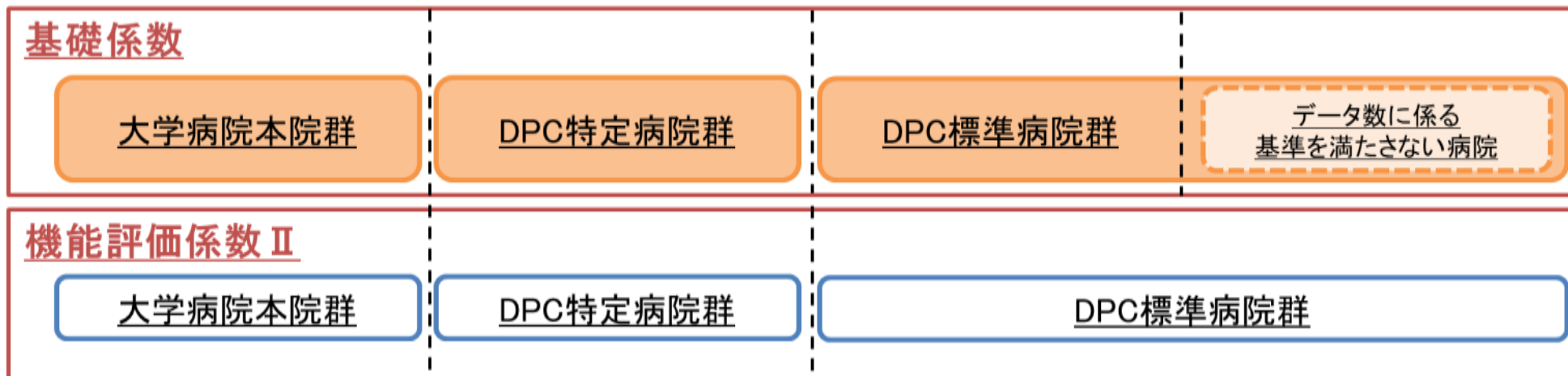
令和6年度診療報酬改定における対応について

中医協 総-2

5.11.24

- 1月当たりデータ数が90を下回る病院は、診療密度(相対値)が相対的に低いことを踏まえ、令和6年度診療報酬改定においては、適切な包括評価を行う観点から、以下の対応を行うことが考えられるのではないかと。
- ・ 診断群分類ごとの包括点数について、該当する病院のデータを除外して算出する。
 - ・ 基礎係数(包括点数に対する実績点数の比率を反映)の設定にあたって、該当する病院の評価を区別する。
 - ・ 機能評価係数Ⅱの設定にあたっては、従前のおり3つの医療機関群ごとの評価とする。

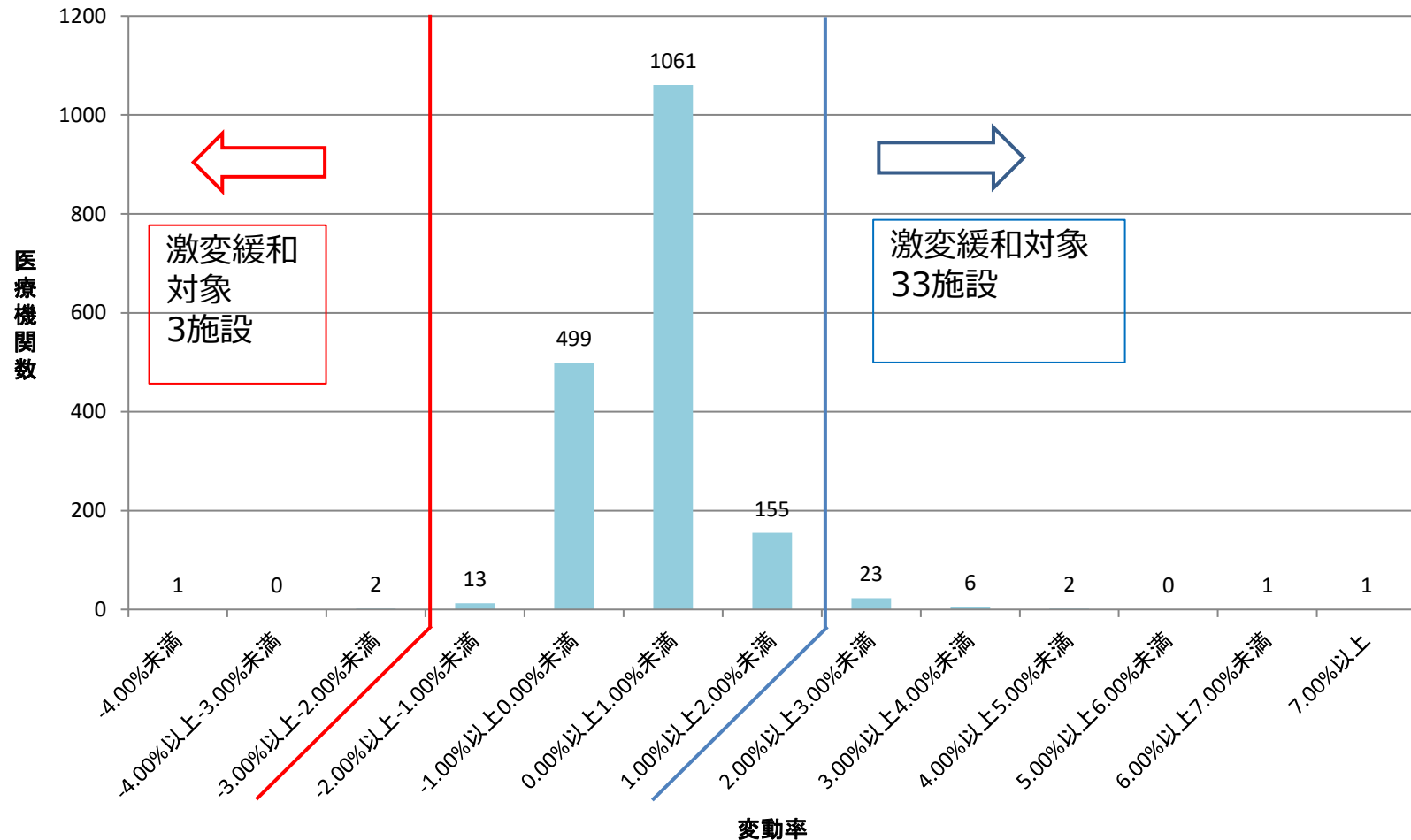
【令和6年度改定における医療機関別係数の評価体系(イメージ)】



激変緩和係数について

- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を改定年度1年間に限り設定している(該当する医療機関のみ設定)。
- 令和4年度改定においては、3施設がマイナス緩和(正の激変緩和係数を設定)、33施設がプラス緩和(負の激変緩和係数を設定)の対象となった。

令和4年度改定での推計変動率の分布



医療機関別係数の見直しに係るシミュレーション

○ 以下の条件で、医療機関別係数の見直しを実施した場合のシミュレーションを実施した。

【使用データ】

○ 令和4年度改定データ

【対象施設】

○ 令和4年度4月1日時点でのDPC対象病院から、当該年度に合併のあった6病院を除いた1,758病院

【シミュレーション条件】

○ 以下の条件を適用した場合の、推計診療報酬変動率(※1)及び激変緩和対象施設数を算出した。

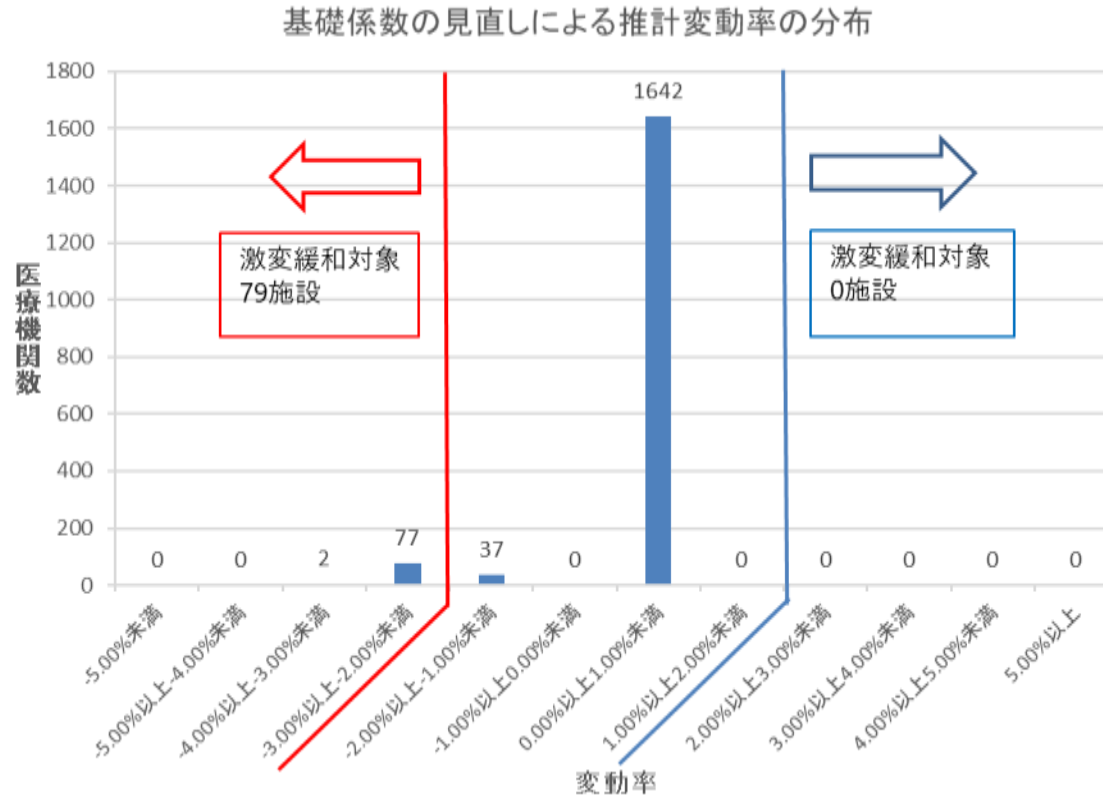
- ① 基礎係数の見直し(「データ数の少ない病院」の評価の区別)
- ② 機能評価係数Ⅱの見直し(保険診療係数の廃止(※2)及び効率性係数の評価手法変更)
- ③ 基礎係数及び機能評価係数Ⅱの見直し(①及び②)

(※1)令和4年度医療機関別係数との比較

(※2)既存の5項目の重みづけは等分とする

シミュレーション結果① 基礎係数の見直し

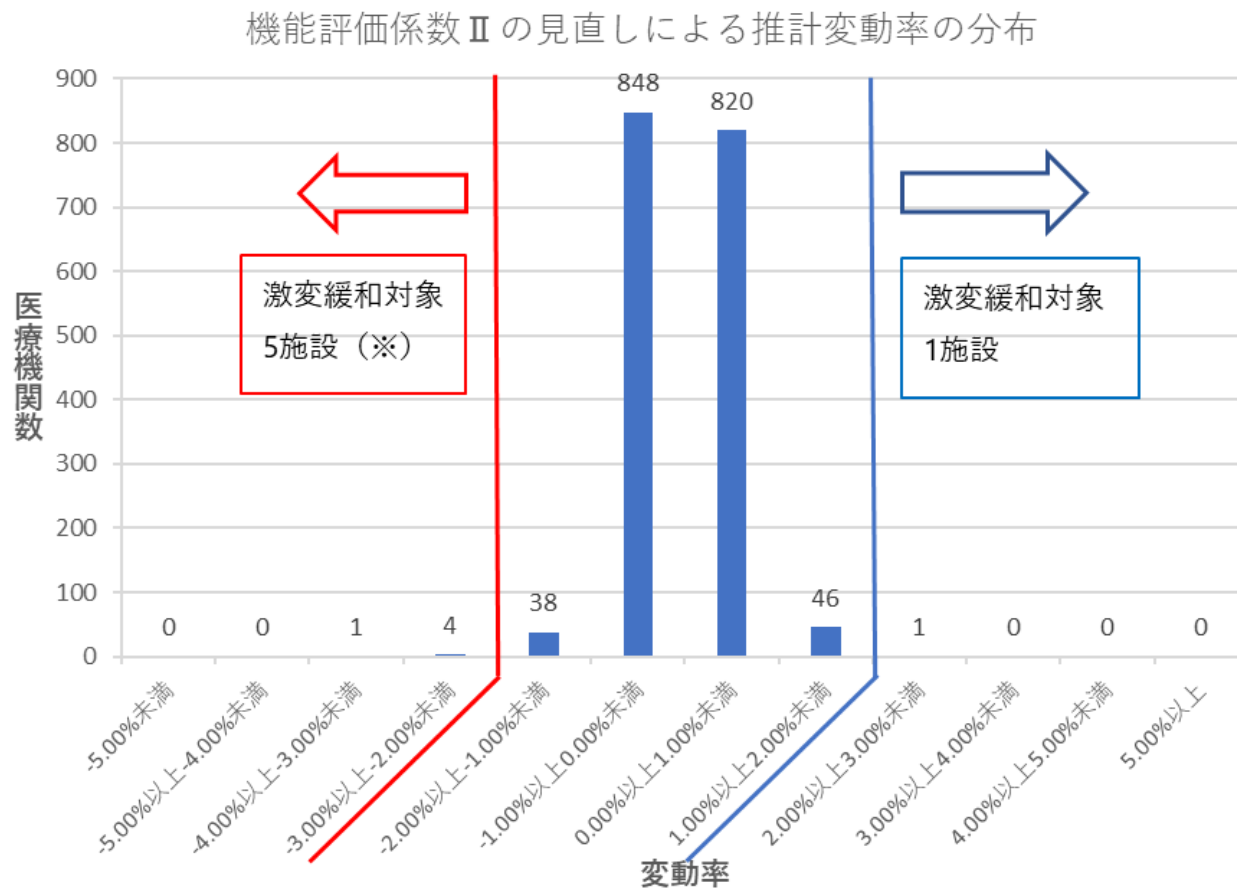
○ ①基礎係数の見直しによる推計診療報酬変動率及び激変緩和対象施設数は以下のとおり。



医療機関群		施設数	基礎係数 (現行)	基礎係数 (見直し後)
DPC標準病院群	データ数が90/月を下回る施設	116	1.0395	0.9985
	それ以外の施設	1,379		1.0401
大学病院本院群		82	1.1249	1.1249
DPC特定病院群		181	1.0680	1.0680

シミュレーション結果② 機能評価係数Ⅱの見直し

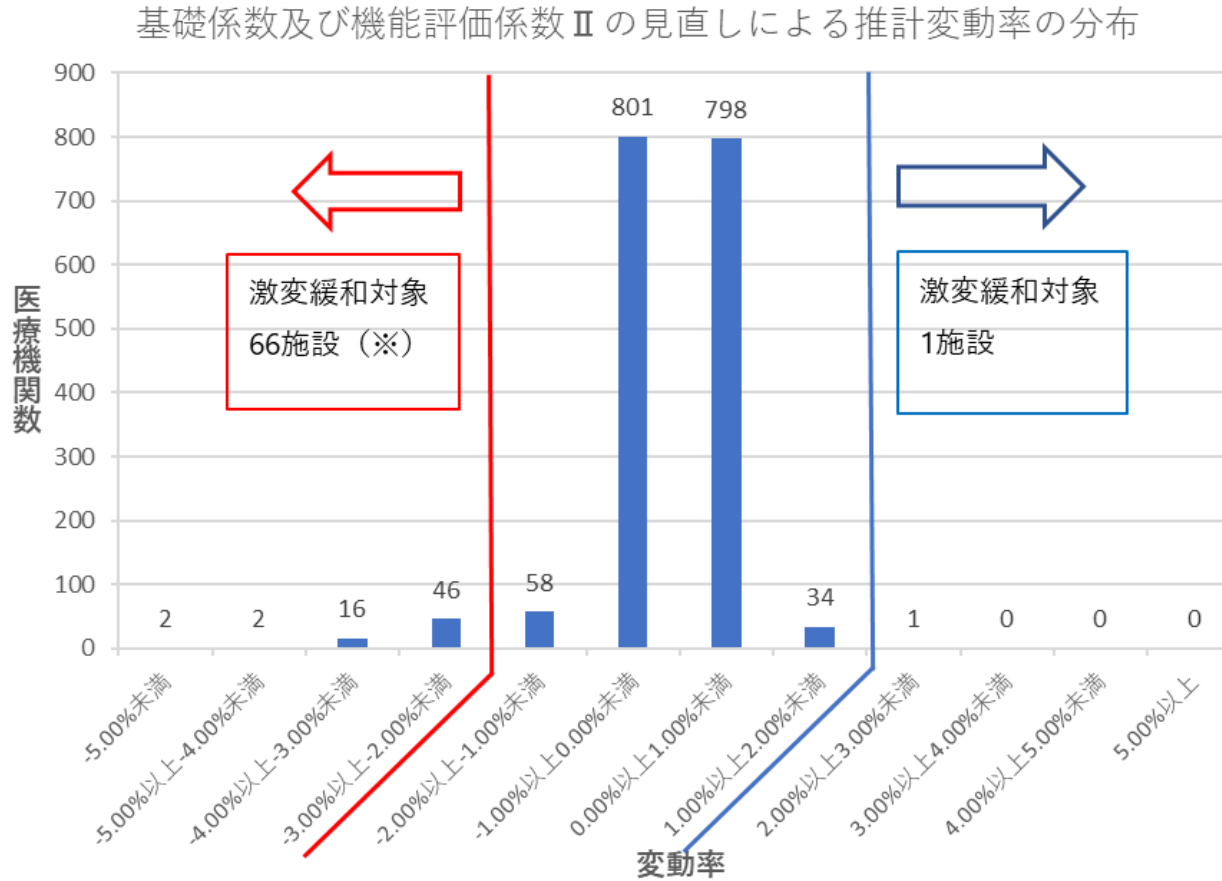
○ ②機能評価係数Ⅱの見直し(保険診療係数の廃止及び効率性係数の評価手法変更)による推計診療報酬変動率及び激変緩和対象施設数は以下のとおり。



(※) うち、3施設が「データ数90/月を下回る病院」に該当

シミュレーション結果③ 基礎係数及び機能評価係数Ⅱの見直し

○ ③基礎係数及び機能評価係数Ⅱの見直しによる推計診療報酬変動率及び激変緩和対象施設数は以下のとおり。



(※) うち、64施設が「データ数90/月を下回る病院」に該当

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について
2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について
3. DPC/PDPSにおける医療機関別係数について
4. 療養病棟入院基本料の医療区分について
5. 参考資料

療養病棟入院基本料の医療区分に係る 中医協総会等における主なご意見

<令和5年9月27日 中医協基本問題小委員会>

- 療養病棟入院基本料については、医療資源投入量に差があることを踏まえ評価体系の精緻化の方向性には賛成である。医療と介護の役割分担を踏まえ、どのような患者を医療保険で対応すべきか、という視点を含めて具体的に検討を進めるべき。

<令和5年11月22日 中医協総会>

- 検査、処置、画像診断、投薬、注射等の医療資源投入量に着目した分析が実施されているが、最大の医療資源は人であるため、医療区分を精緻化する際に必要な人員配置から大きく乖離することがないように十分な配慮が必要。また、200床未満の病院における電子カルテの普及率が低く、いまだに50%ほどしかないことなどを踏まえると、記入にかかる負担に対する配慮が必要。
- 疾患・状態と処置によって医療資源投入量の分布が異なっているため、適正化の観点からも、入院分科会の取りまとめのとおり、確実に医療区分の精緻化を進めるべき。
- 医療区分を変更することは療養病棟入院基本料に大きく影響するため、精緻なシミュレーションを実施した上で、見直しを検討すべき。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）>

（療養病棟入院基本料における医療区分等について）

- ・医療区分についての医療資源投入量の分析結果については、以下の指摘があった。
- 疾患・状態としての医療区分3と処置等としての医療区分1～3の組合せについては、医療資源投入量について2～3倍の違いがあることから、医療資源投入量に応じた適切な評価を行っていく上で医療区分を精緻化する必要がある。
- 具体的には、医療区分について、疾患・状態としての医療区分3分類と処置等としての医療区分3分類を組み合わせた9分類とすることとしてはどうか。
- 医療区分を細かく分類することにより医療資源投入量との整合性が増すと考えられるが、200床未満の病院における電子カルテの普及率がいまだに50%ほどしかないことから、記入に係る負担には配慮が必要であり、現行の医療区分の各評価項目の内容については見直すべきではない。
- 医療区分については処置と処置の組合せによっても医療資源投入量が上がる可能性があるため、このような分析も今後必要ではないか。
- ・療養病棟におけるリハビリテーションについて、回復期リハビリテーション病棟ではなく、療養病棟の入院料Iでリハビリテーションを多く実施されていることは適当ではないのではないかと。包括内外の医療資源投入量をみたうえで、評価の在り方について検討すべきとの指摘があった。
- ・また、医療療養病棟でも、地域の事情に応じて、介護施設で状態が悪化した患者に対しリハビリテーションを提供している実態があり、このような患者に対する対応については医療区分1であっても評価しては良いのではないかととの指摘があった。
- ・療養病棟における身体的拘束について、認知症の患者の拘束も課題だが、認知症のない患者が人工栄養の保持のために拘束されている状況は、人工栄養の適応が本人の希望に基づく状況であるのかを含めて、慎重に検討をする必要があるとの指摘があった。
- ・介護医療院等の介護保険施設において経腸栄養や喀痰吸引等の医療処置が可能という実態があり、医療処置を必要としつつも生活を支えるための介護が必要な患者は介護保険施設に入所することが望ましいことから、医療療養病棟と介護保険施設のすみ分けや、介護保険施設での医療提供の在り方についての議論を進めていくべき、との指摘があった。
- ・療養病棟入院基本料の経過措置については廃止されることを念頭に、該当患者の基準を含めて療養病棟の在り方について議論をしていくべき、との指摘があった。

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</u>） ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</u>） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

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

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

（ 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 ）

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

医療区分3

【対象となる疾患・状態】

- ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

【対象となる処置等】

- ・中心静脈注射を実施している状態 ・二十四時間持続して点滴を実施している状態
- ・人工呼吸器を使用している状態 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
- ・気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態 ・酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）
- ・感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

医療区分2

【対象となる疾患・状態】

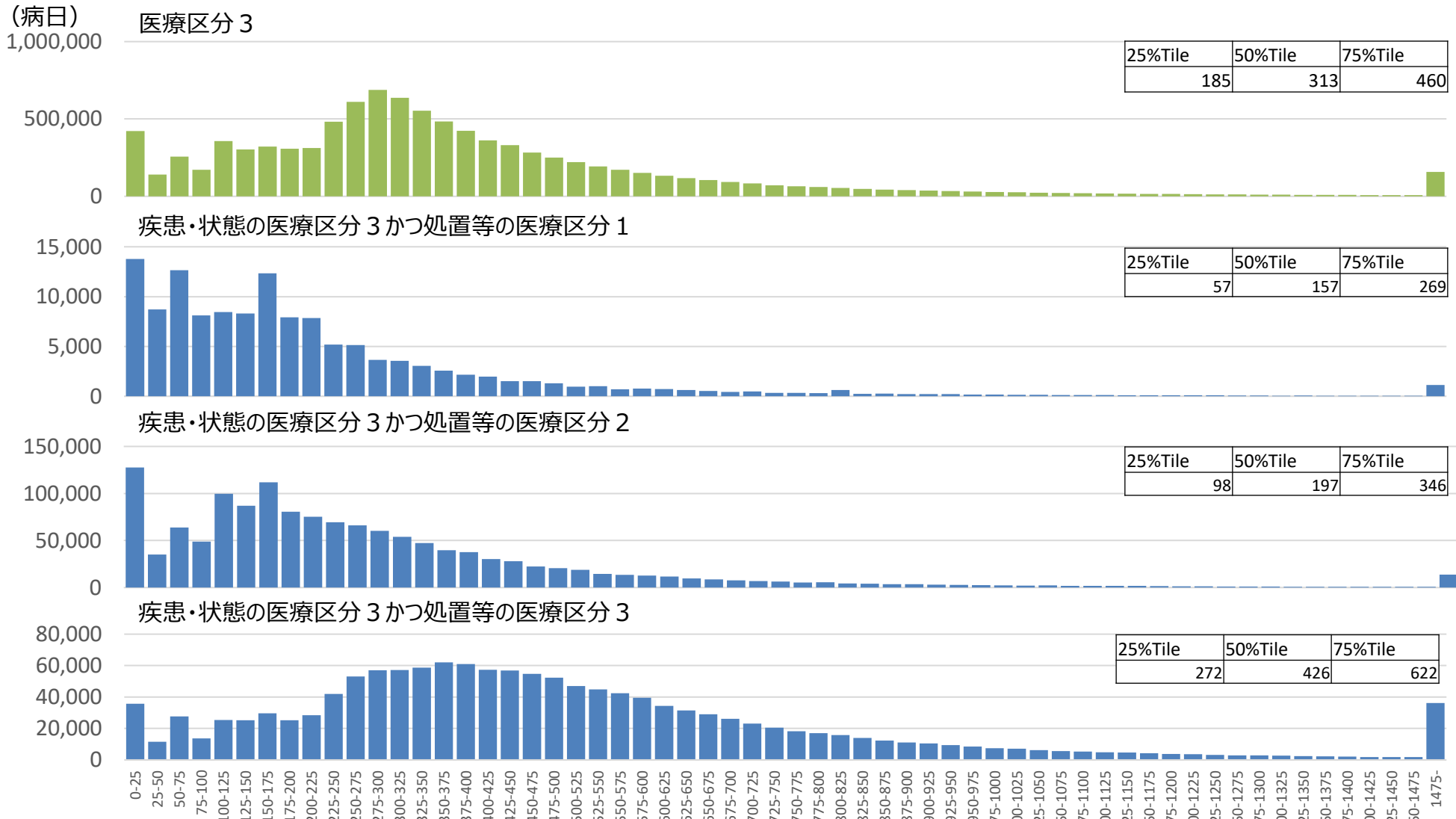
- ・筋ジストロフィー症
- ・多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）
- ・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。）
- ・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズ分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）
- ・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）
- ・他者に対する暴行が毎日認められる状態

【対象となる処置等】

- ・肺炎に対する治療を実施している状態 ・尿路感染症に対する治療を実施している状態
- ・傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）
- ・脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態 ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
- ・頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
- ・褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）
- ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態 ・せん妄に対する治療を実施している状態
- ・うつ症状に対する治療を実施している状態 ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
- ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態 ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引を実施している状態
- ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。） ・頻回の血糖検査を実施している状態
- ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療を実施している状態
- ・酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。）

医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せ①

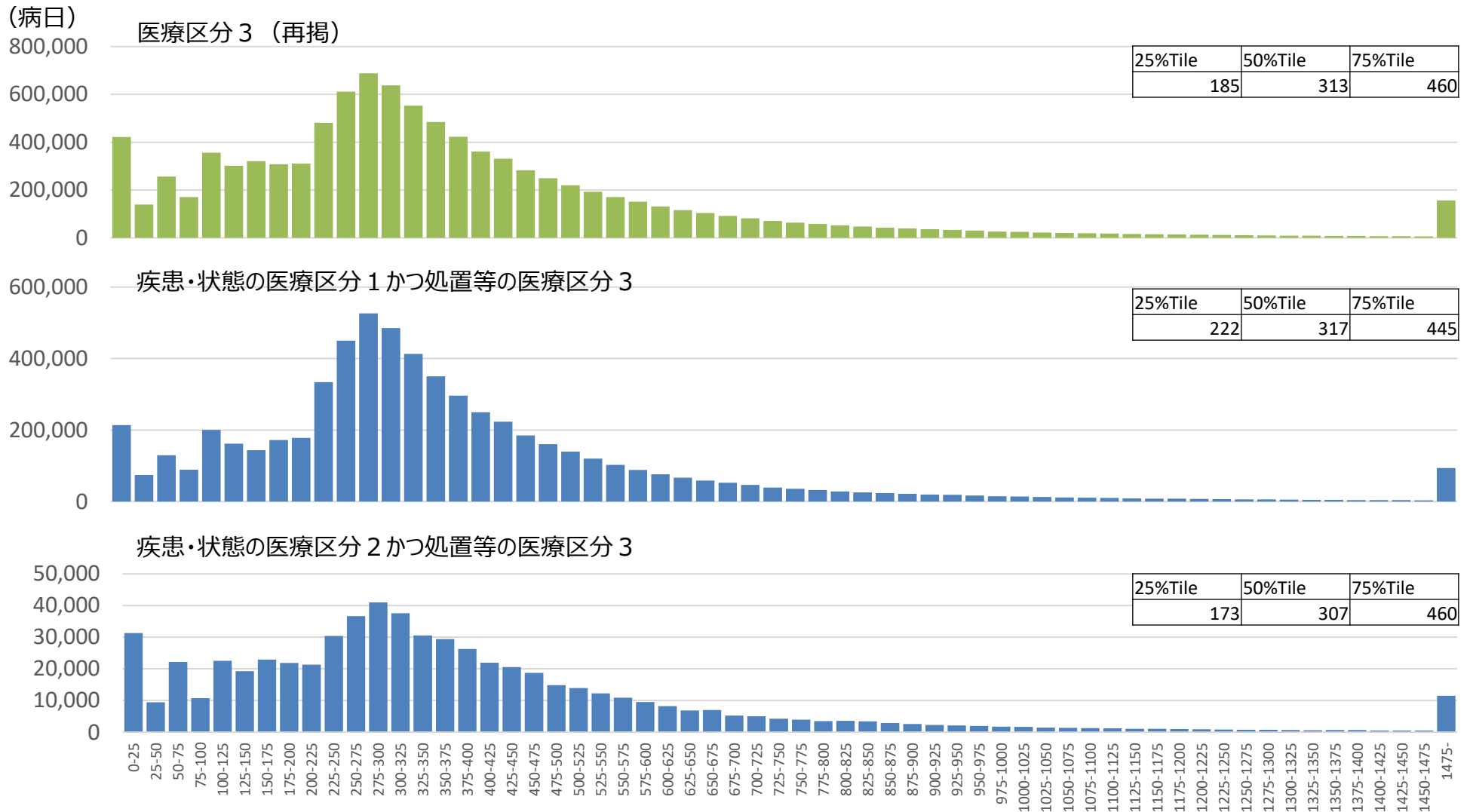
○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
 集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
 対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せ②

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
 集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
 対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せの内訳

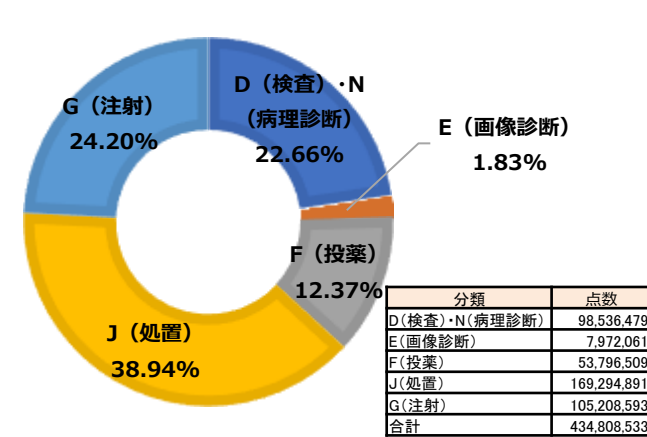
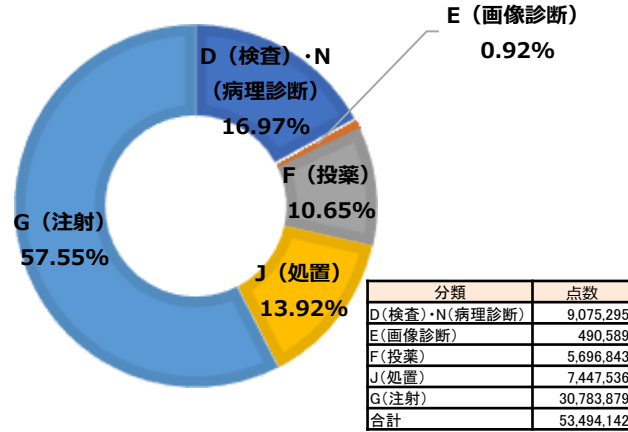
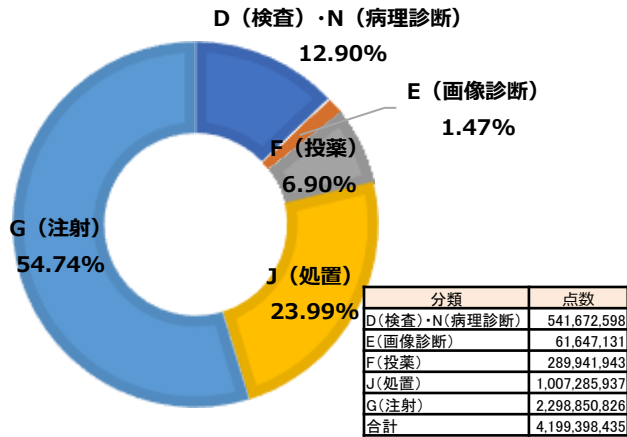
診調組 入-3
5.9.6改

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の内訳は以下のとおり。

医療区分3における割合（再掲）

【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分1における割合

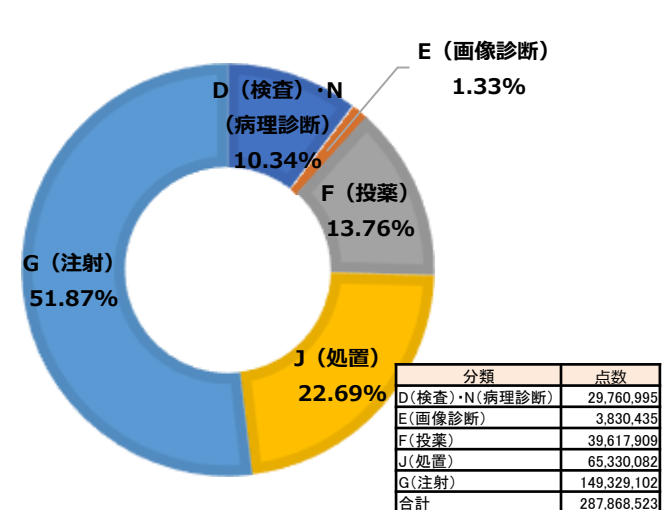
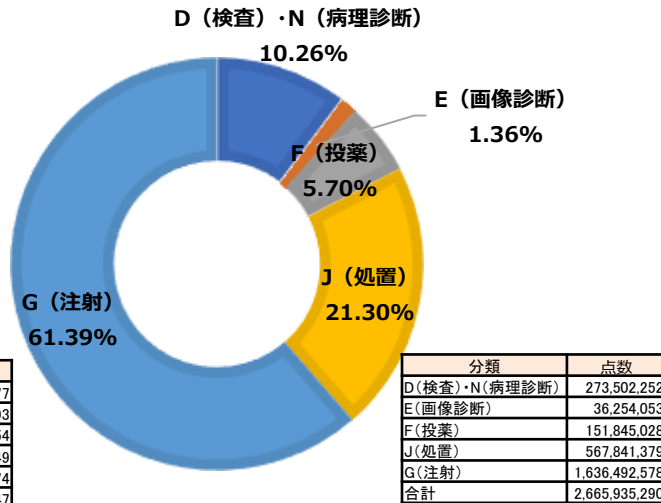
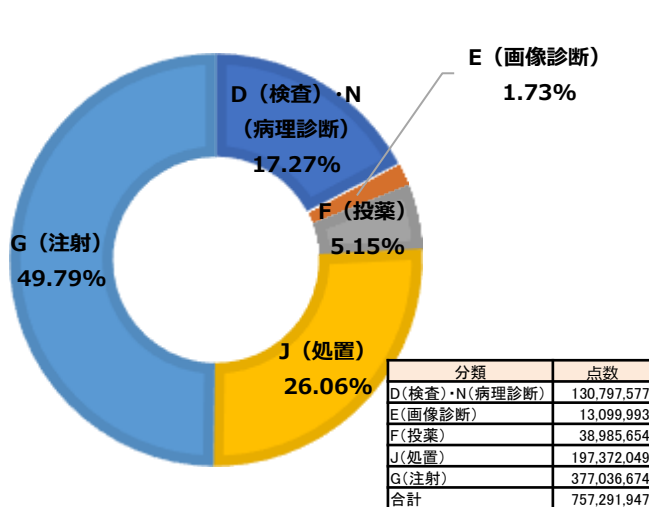
【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分2における割合



【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分3における割合

【疾患・状態】医療区分1かつ【処置等】医療区分3における割合

【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分3における割合



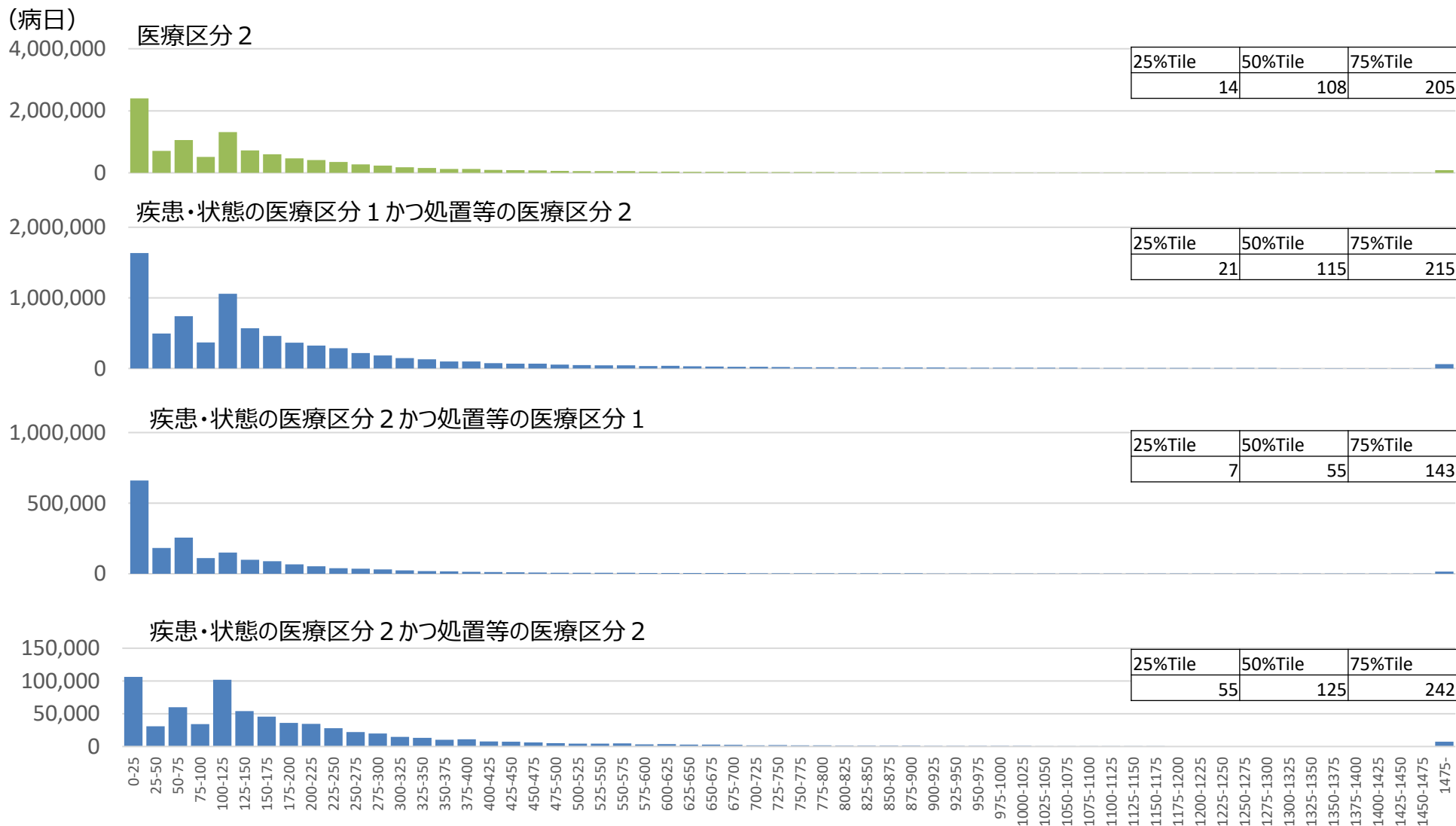
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分2と疾患・状態と処置等の組合せ

○ 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

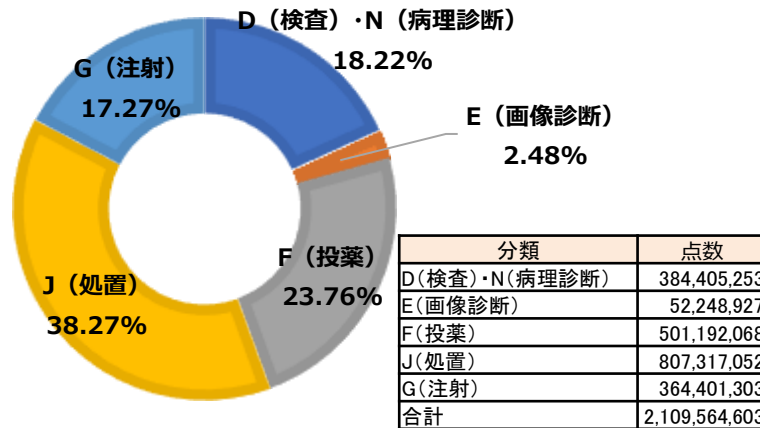
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分2と疾患・状態と処置等の組合せの内訳

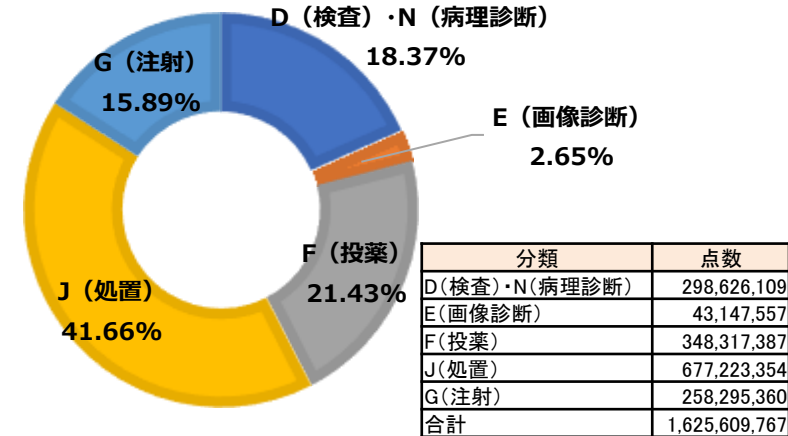
診調組 入-3
5.9.6改

○ 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の内訳は以下のとおり。

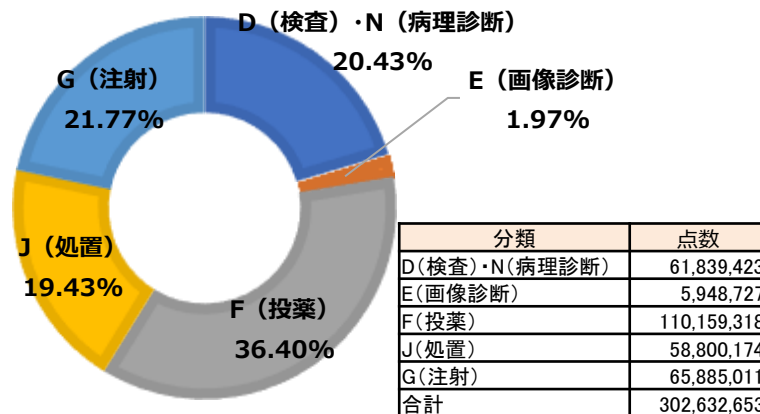
医療区分2における割合（再掲）



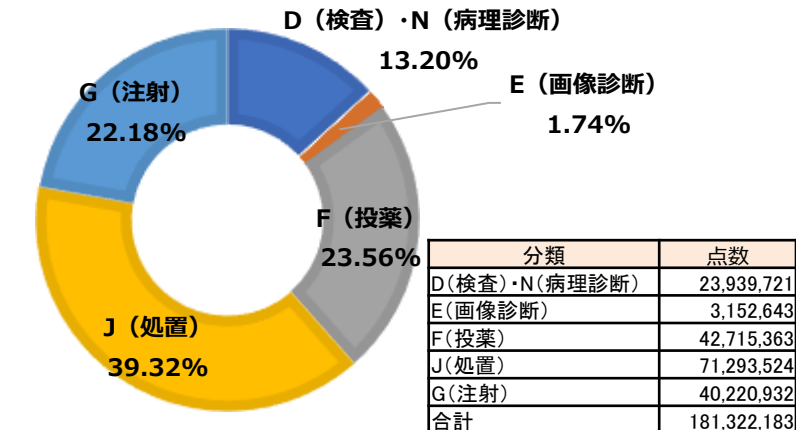
【疾患状態】医療区分1かつ【処置等】医療区分2における割合



【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分1における割合



【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分2における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

療養病棟についてのシミュレーション(入院料A)

○ 療養病棟入院料1の入院料A(ADL区分3)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



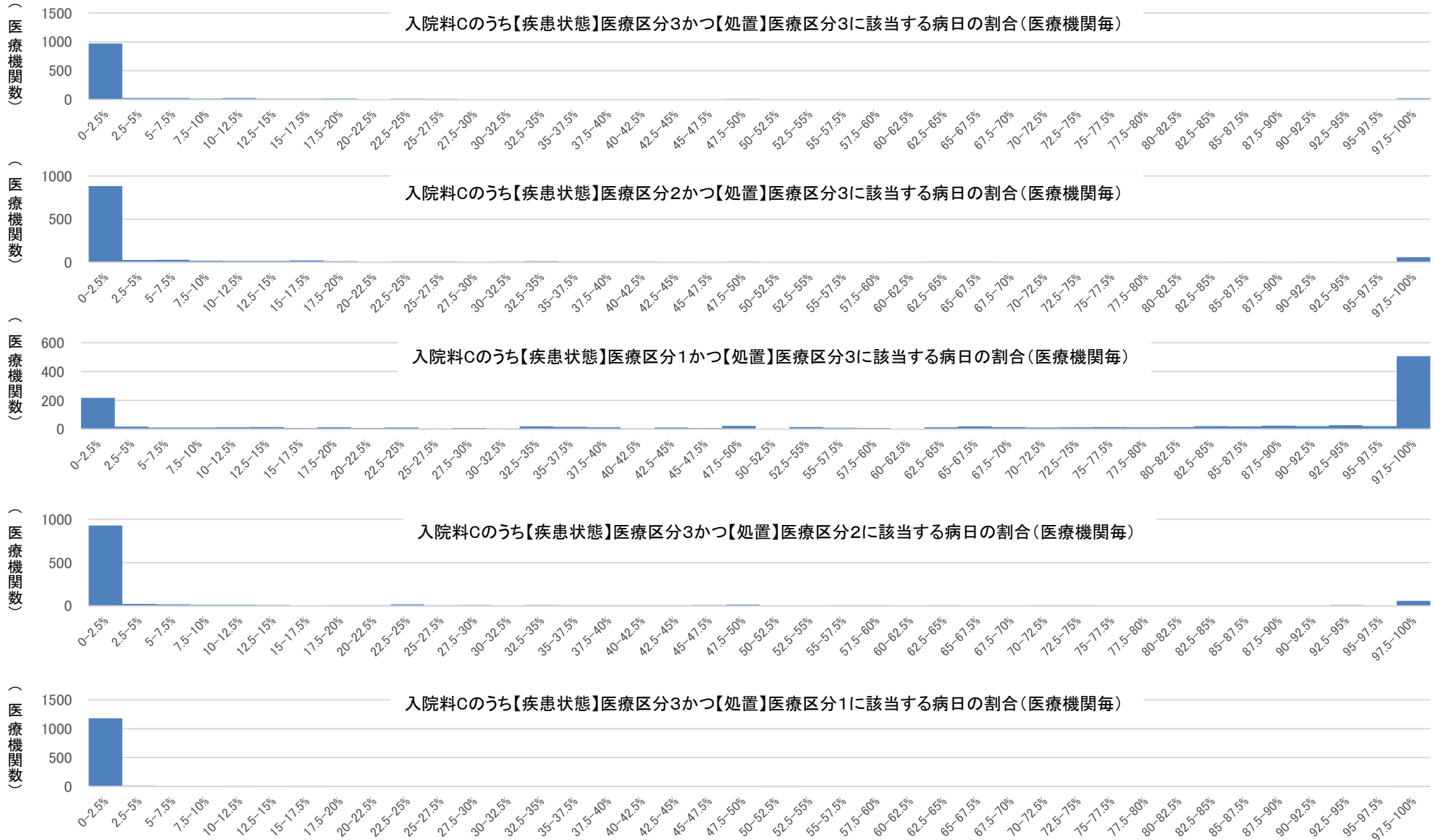
療養病棟についてのシミュレーション(入院料B)

○ 療養病棟入院料1の入院料B (ADL区分2)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



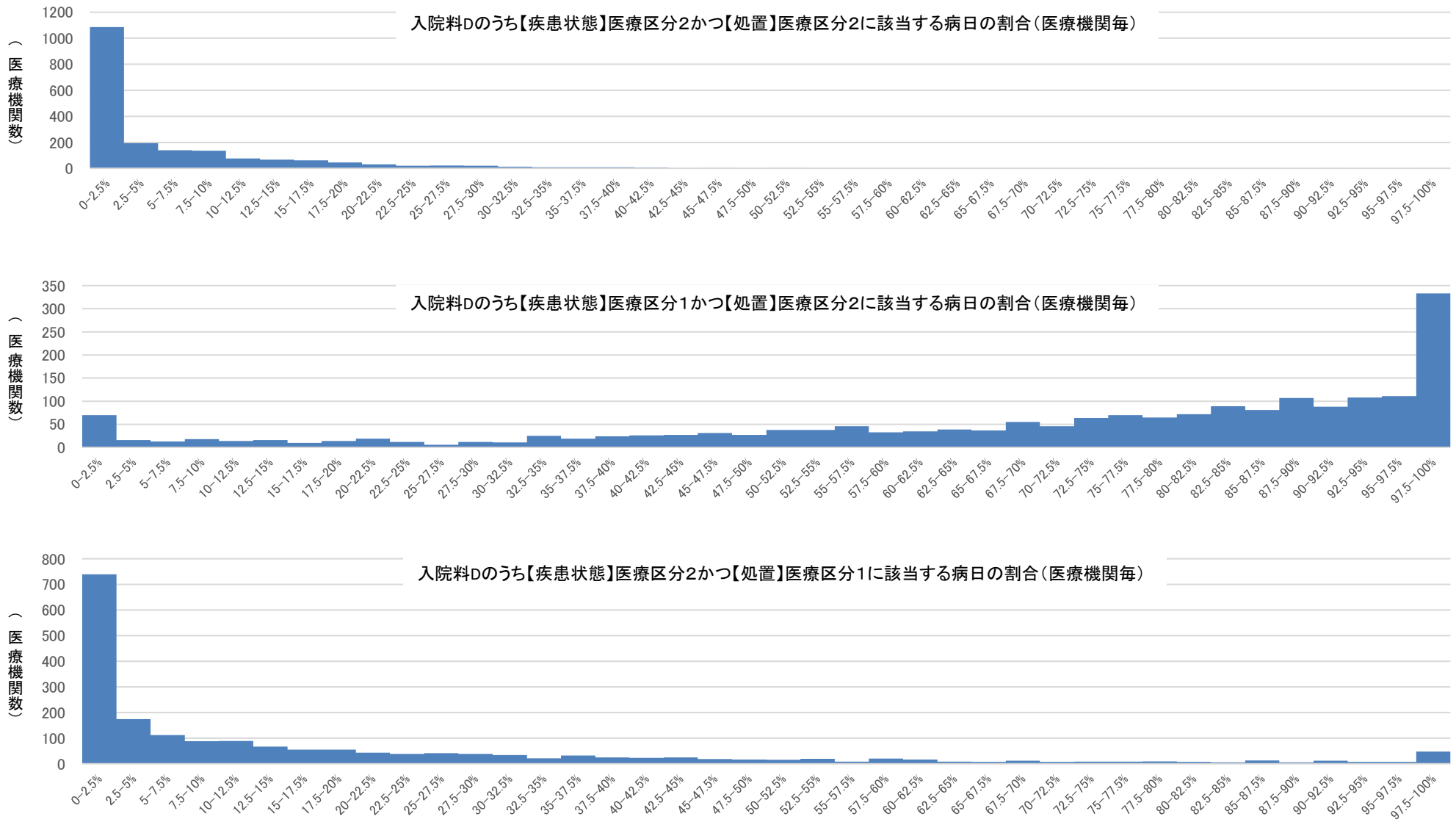
療養病棟についてのシミュレーション(入院料C)

○ 療養病棟入院料1の入院料C (ADL区分1)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



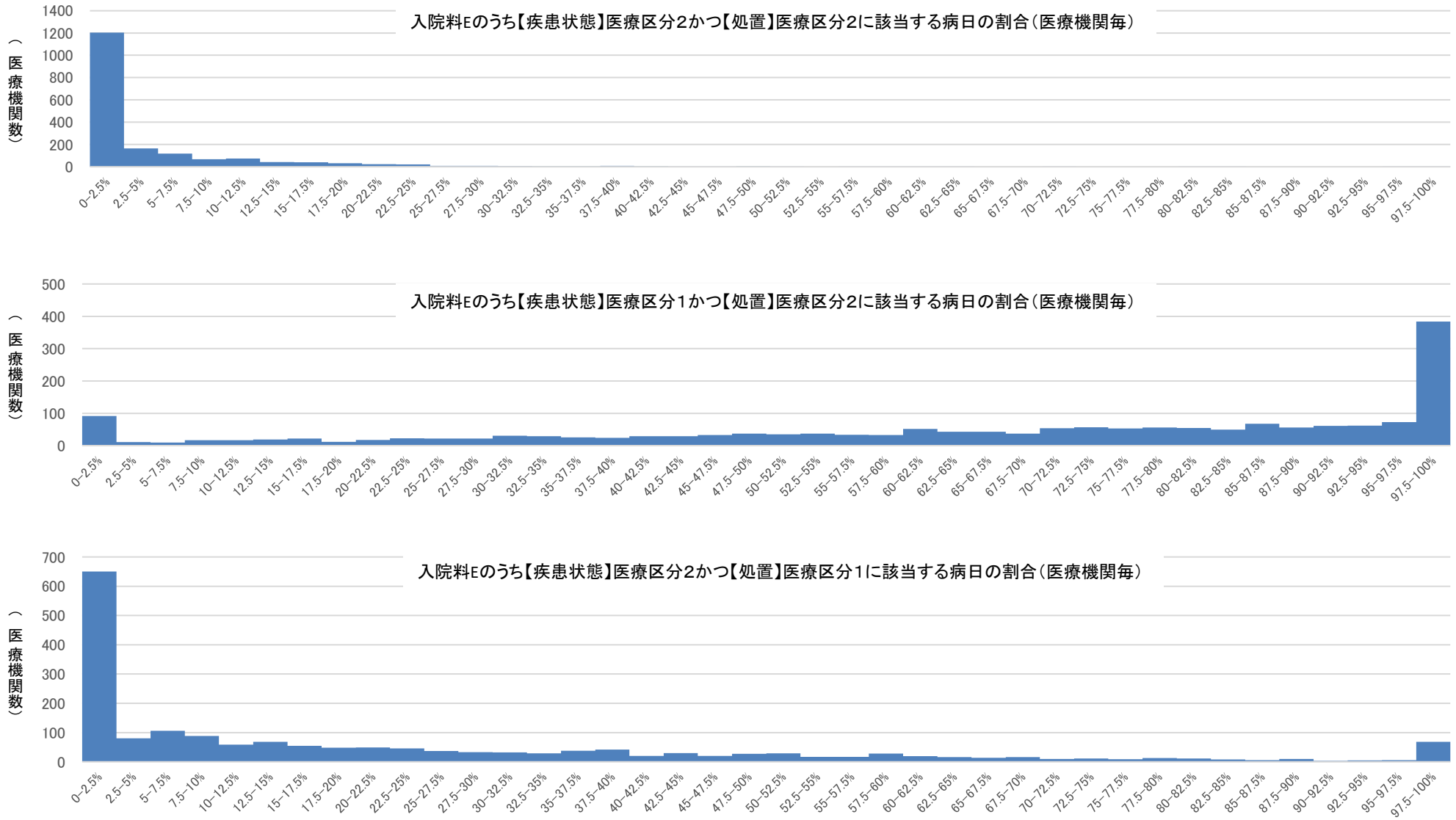
療養病棟についてのシミュレーション(入院料D)

○ 療養病棟入院料1の入院料D (ADL区分3)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



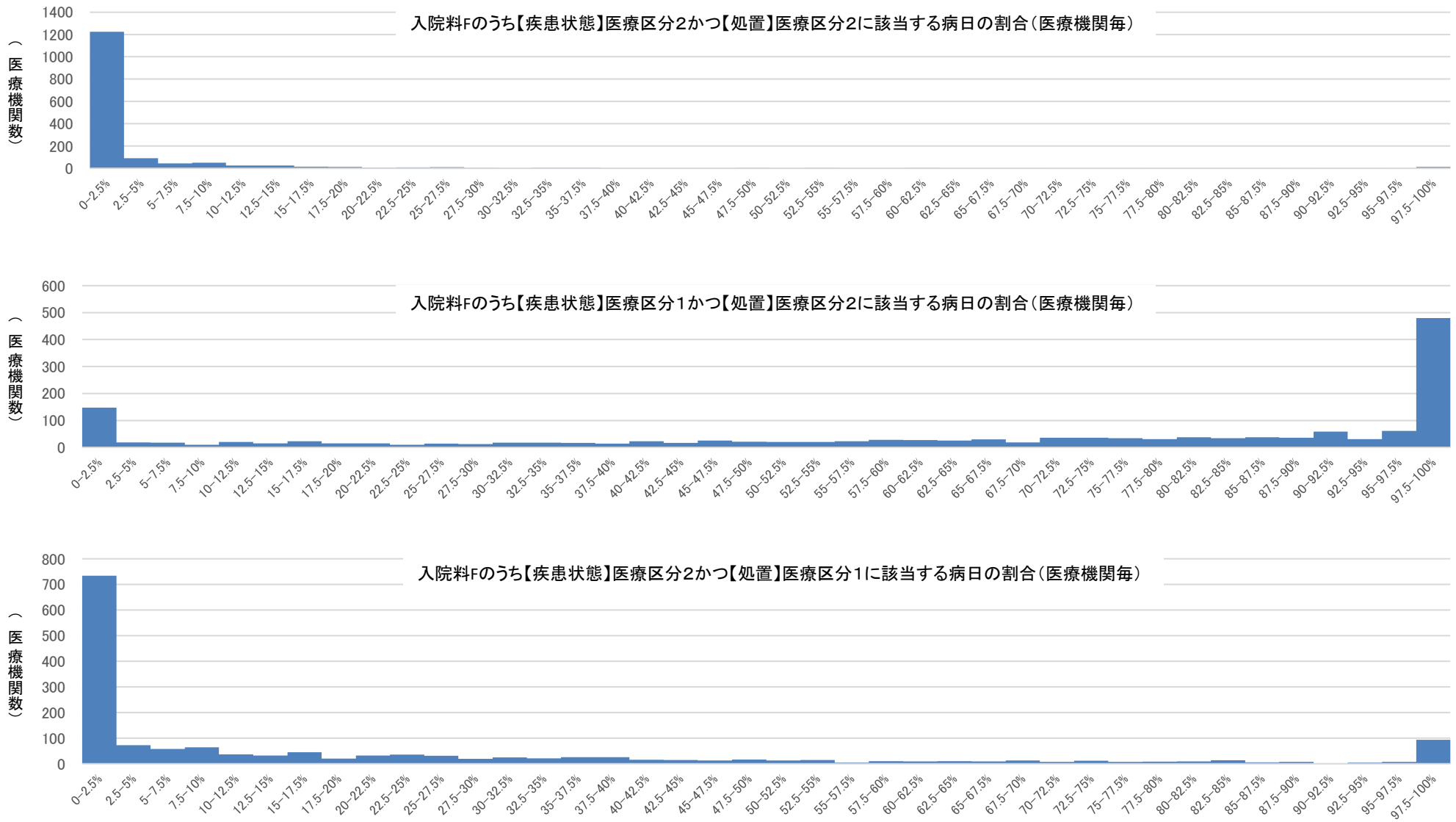
療養病棟についてのシミュレーション(入院料E)

○ 療養病棟入院料1の入院料E (ADL区分2)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



療養病棟についてのシミュレーション(入院料F)

○ 療養病棟入院料1の入院料F(ADL区分1)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



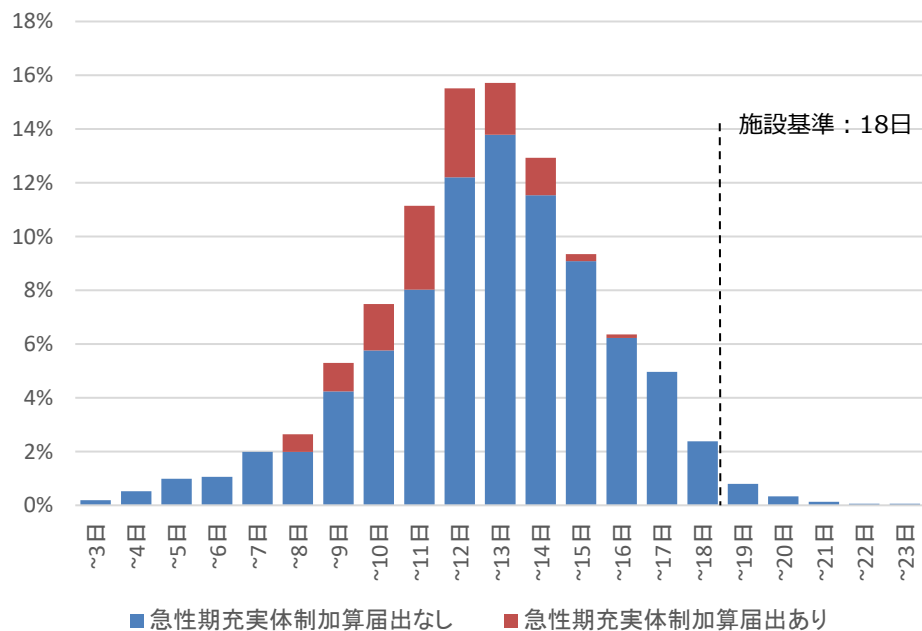
1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について
2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について
3. DPC/PDPSにおける医療機関別係数について
4. 療養病棟入院基本料の医療区分について
5. 参考資料

急性期一般入院料1における平均在院日数①

○ 急性期一般入院料1における平均在院日数は、90%以上の施設で施設基準よりも2日以上短かった。また、届出病床数が小さい場合にばらつきが大きかった。

急性期一般入院料1における各施設の平均在院日数の分布
(令和4年7月時点、n=1508)

(該当施設割合)

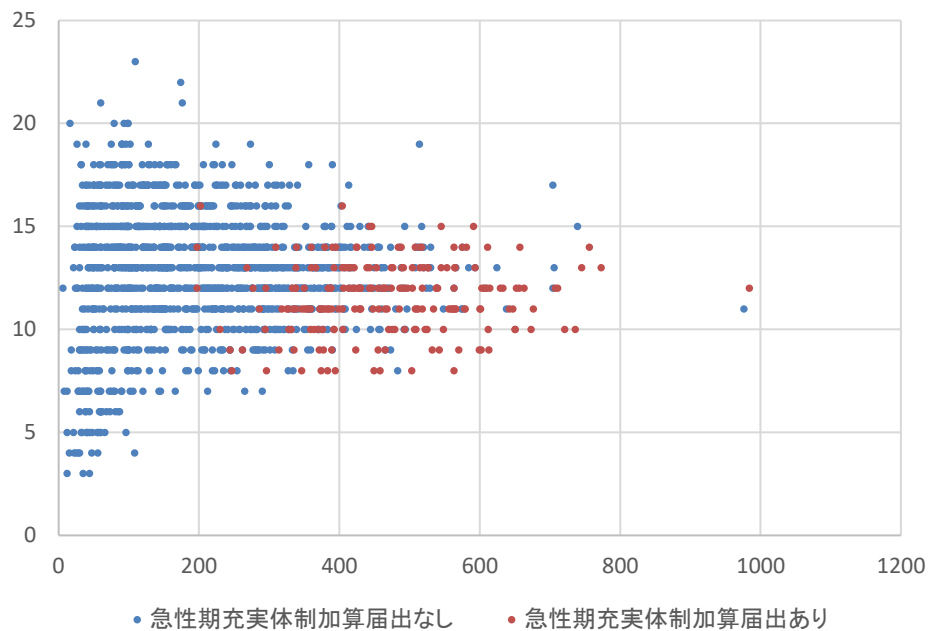


(平均在院日数、日)

平均	5%点	10%点	25%点	33%点	50%点	67%点	75%点	90%点	95%点
12.6	8	9	11	12	13	14	14	16	17

急性期一般入院料1における届出病床数と平均在院日数の分布
(令和4年7月時点、n=1505)

(平均在院日数、日)



(急性期一般入院料1の届出病床数)

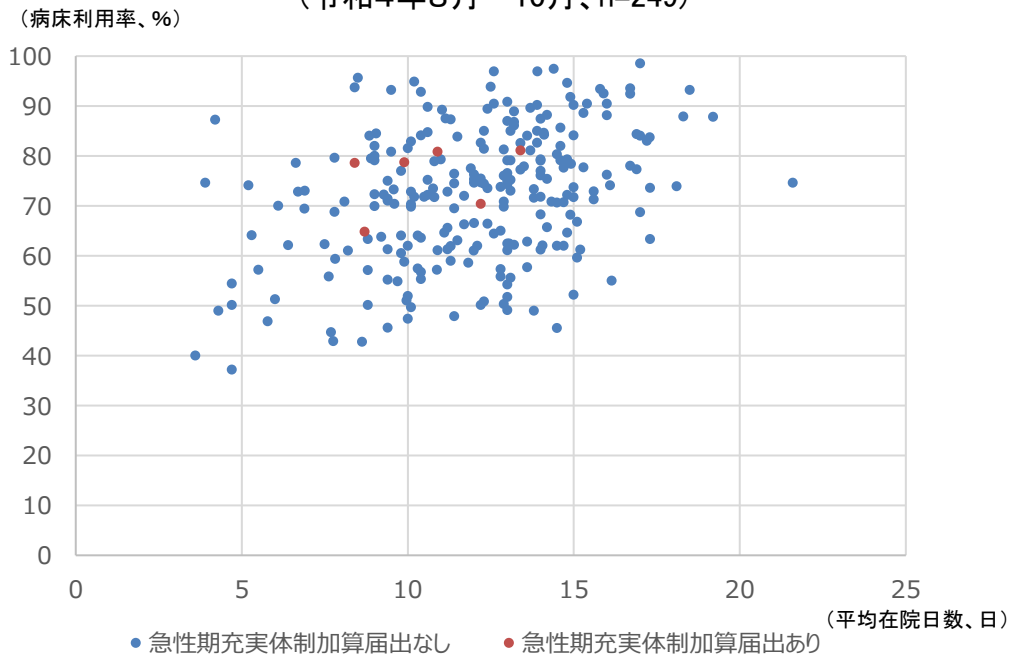
本資料における急性期一般入院料1の平均在院日数による区分

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

急性期一般入院料1における平均在院日数②

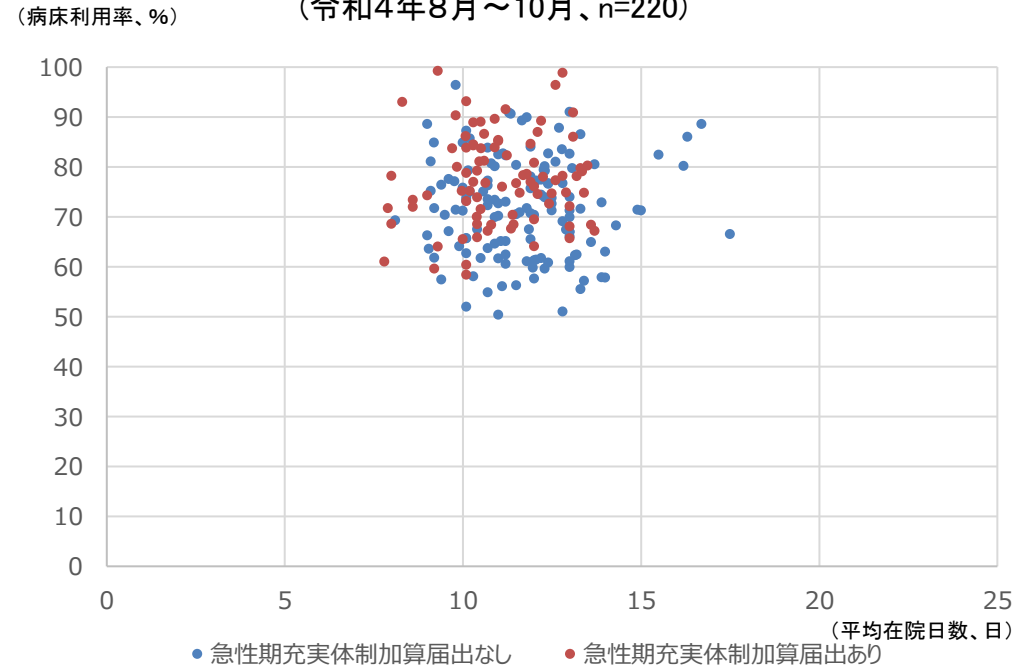
○ 急性期一般入院料1を届け出ている施設における平均在院日数及び病床利用率の分布は以下のとおり。

急性期一般入院料1の届出が300床未満の施設における
平均在院日数及び病床利用率
(令和4年8月～10月、n=249)



※入院・外来医療等実態調査において令和3年8月～10月の新規入棟患者数が250人以上と回答した施設が対象。

急性期一般入院料1の届出が300床以上の施設における
平均在院日数及び病床利用率
(令和4年8月～10月、n=220)

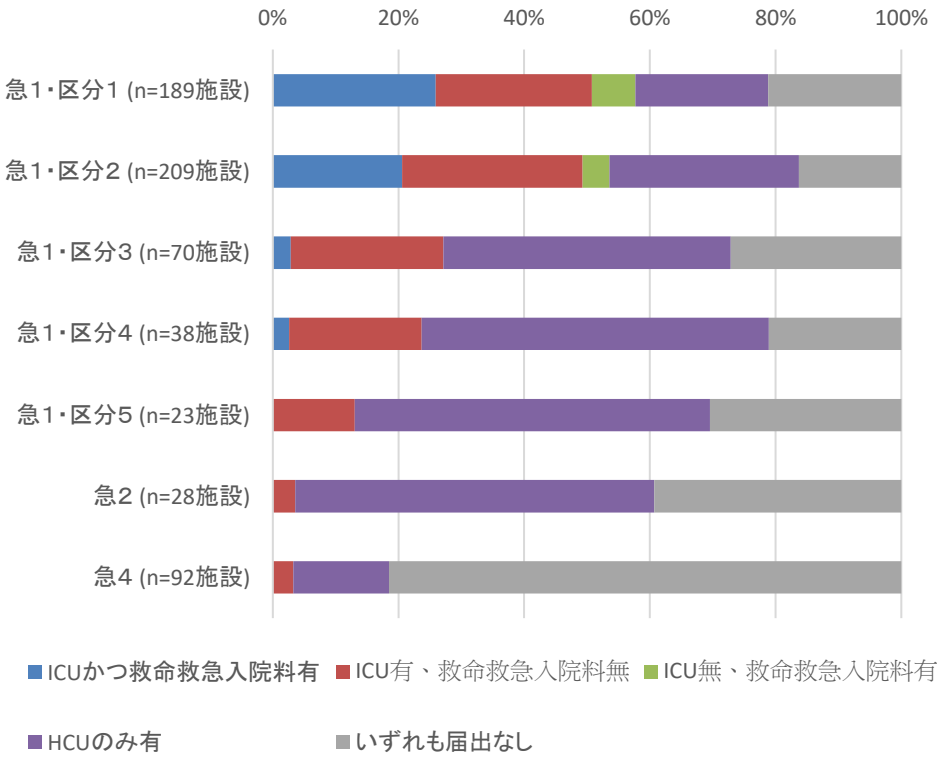


※入院・外来医療等実態調査において令和3年8月～10月の新規入棟患者数が250人以上と回答した施設が対象。

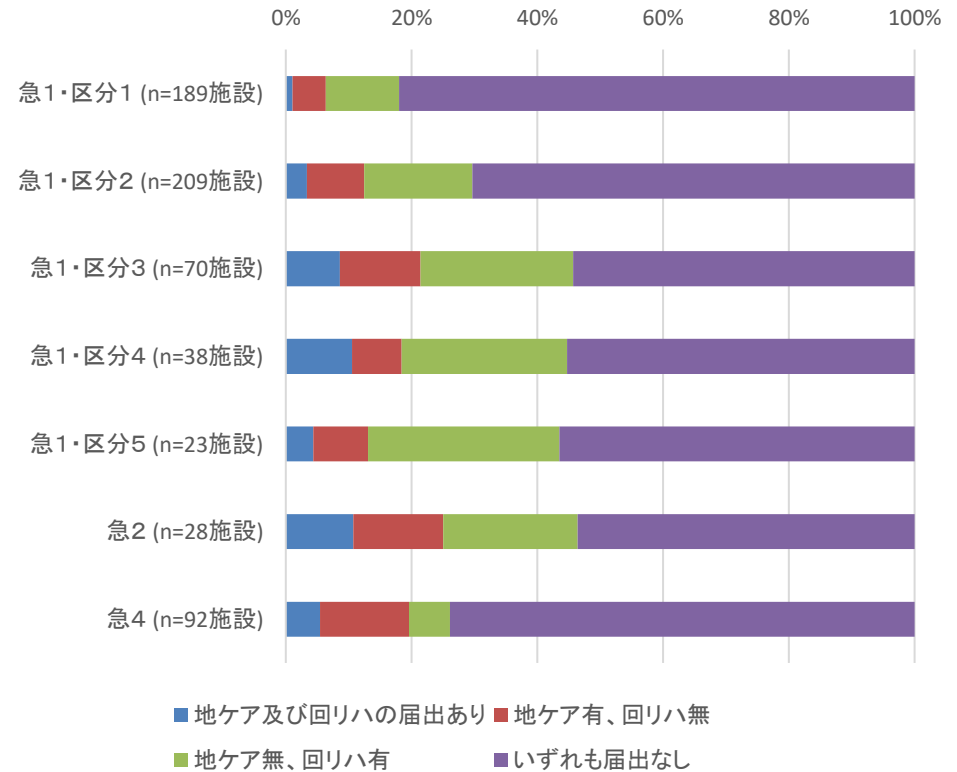
平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における特定入院料の届出状況

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、特定集中治療室管理料の届出割合が小さく、地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟の届出を行っている割合が大きかった。

急性期一般入院料1, 2, 4における
特定集中治療室管理料、救命救急入院料及び
ハイケアユニット入院医療管理料の届出状況



急性期一般入院料1, 2, 4における
地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟の
届出状況



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における医療提供の実績①

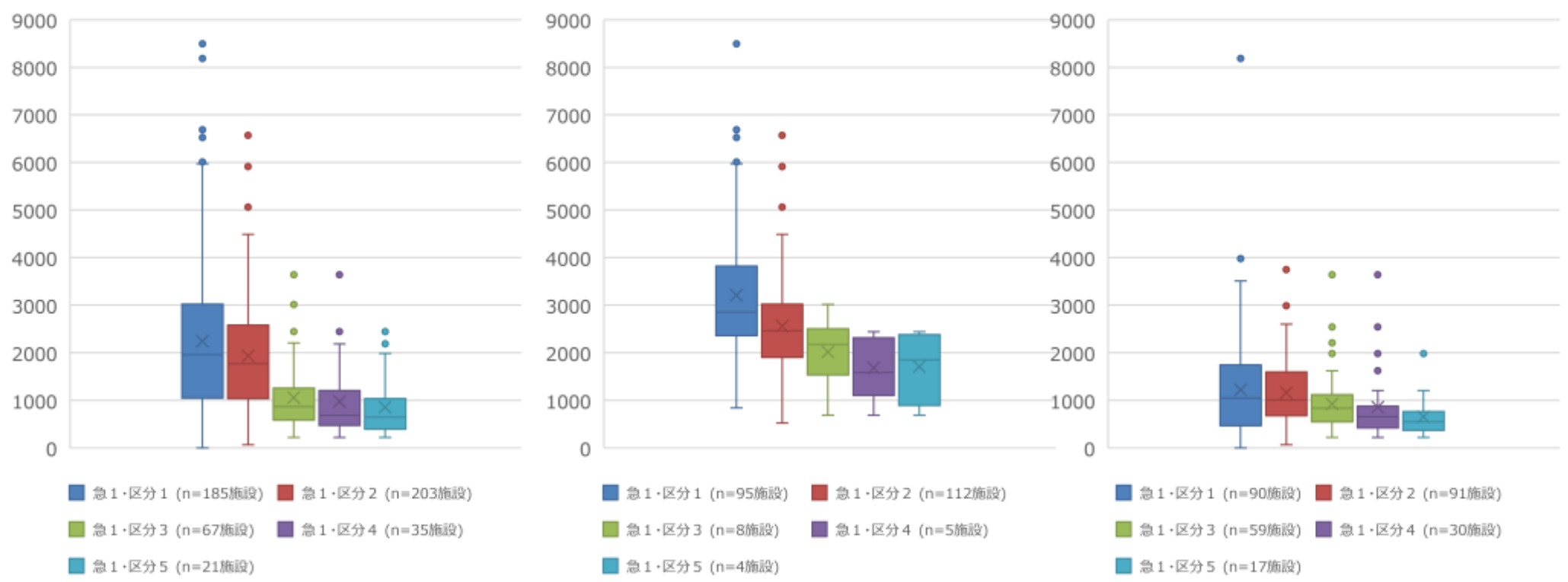
○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向にあった。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における全身麻酔手術の実施件数

(全体)

(一般病棟入院基本料の届出が300床以上)

(一般病棟入院基本料の届出が300床未満)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における医療提供の実績②

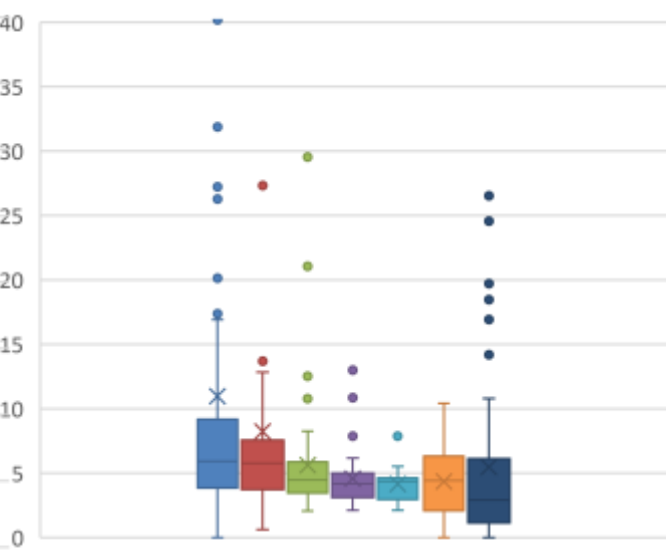
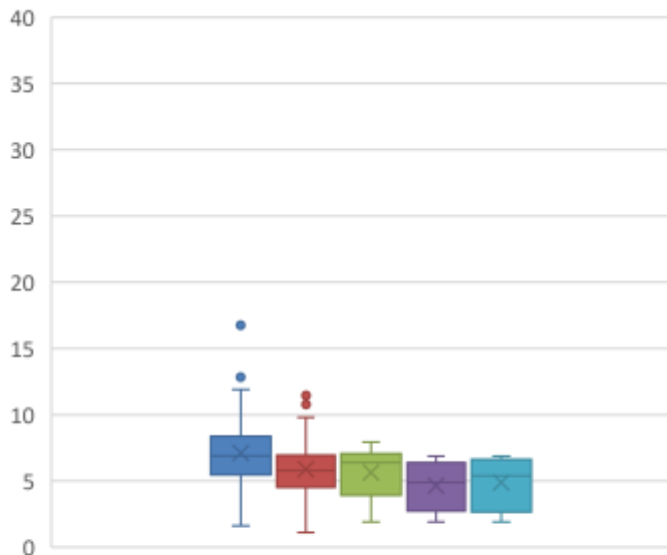
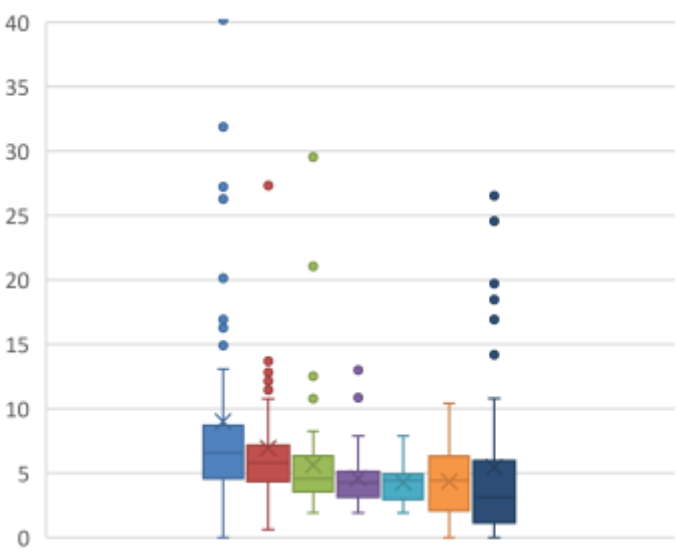
○ 一般病棟入院基本料の届出病床当たりの全身麻酔手術の実施件数についても、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、少ない傾向にあり、急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1、2又は4を届け出ている医療機関における
一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの全身麻酔手術の実施件数

(全体)

(一般病棟入院基本料の届出が300床以上)

(一般病棟入院基本料の届出が300床未満)



■ 急1・区分1 (n=185施設) ■ 急1・区分2 (n=203施設)
■ 急1・区分3 (n=67施設) ■ 急1・区分4 (n=35施設)
■ 急1・区分5 (n=21施設) ■ 急2 (n=25施設)
■ 急4 (n=75施設)

■ 急1・区分1 (n=95施設) ■ 急1・区分2 (n=112施設)
■ 急1・区分3 (n=8施設) ■ 急1・区分4 (n=5施設)
■ 急1・区分5 (n=4施設)

■ 急1・区分1 (n=90施設) ■ 急1・区分2 (n=91施設)
■ 急1・区分3 (n=59施設) ■ 急1・区分4 (n=30施設)
■ 急1・区分5 (n=17施設) ■ 急2 (n=25施設)
■ 急4 (n=74施設)

※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

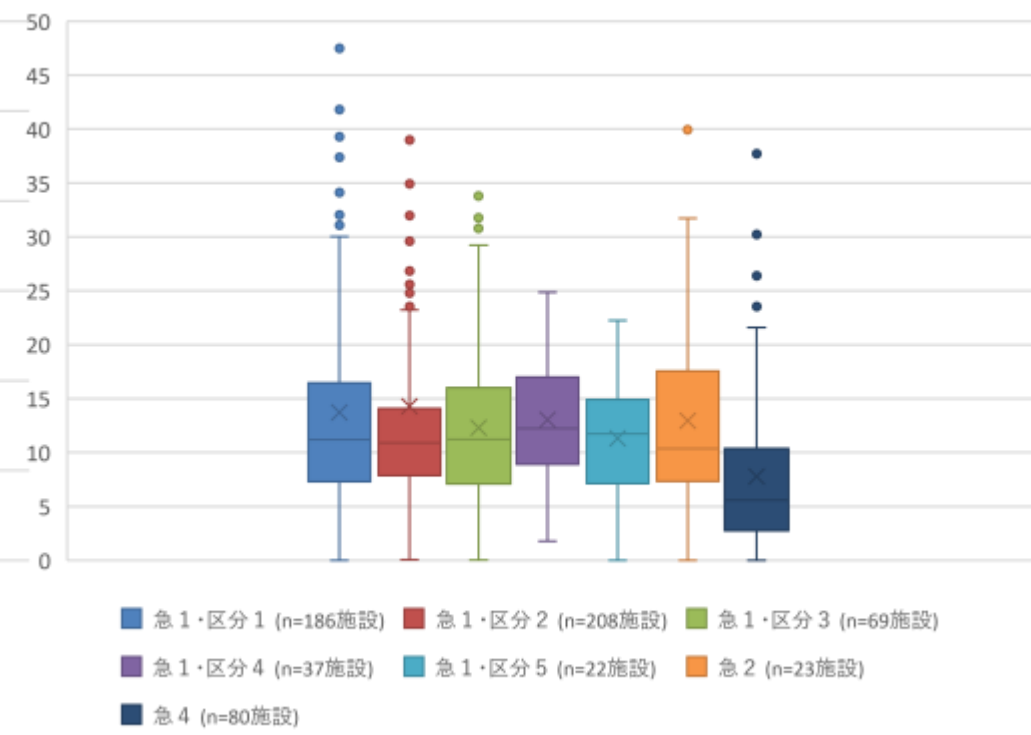
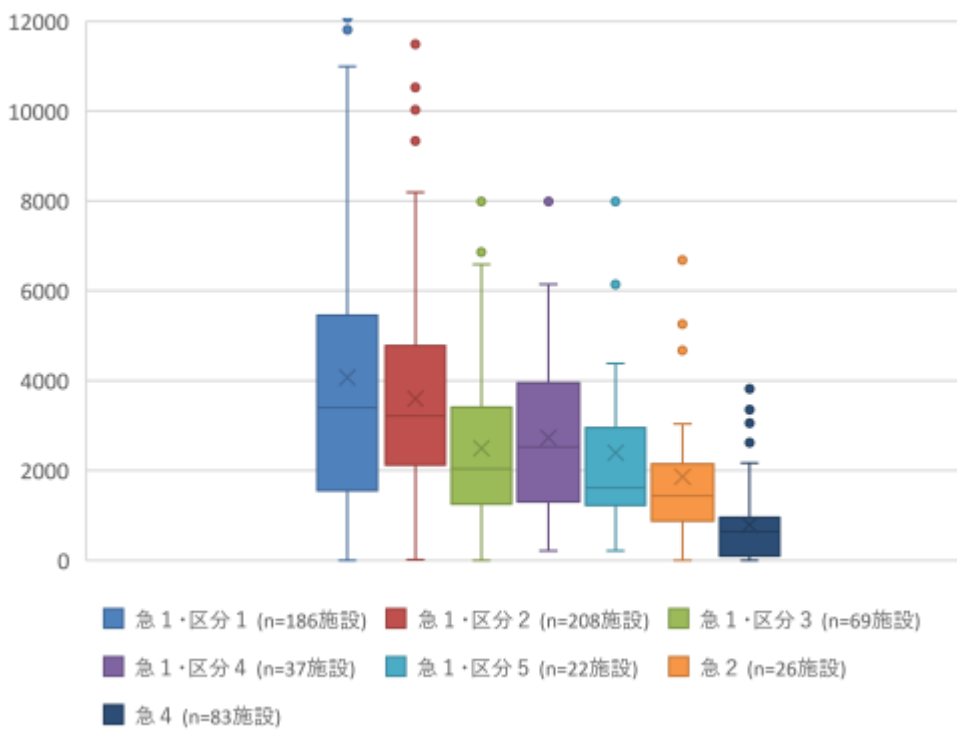
平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における医療提供の実績③

- 救急搬送件数については、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では少ない傾向にあり、急性期一般入院料2と大きく変わらなかった。
- 一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの救急搬送件数は、平均在院日数の区分によっては大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1、2又は4を届け出ている医療機関における救急搬送件数

(実件数)

(一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの件数)



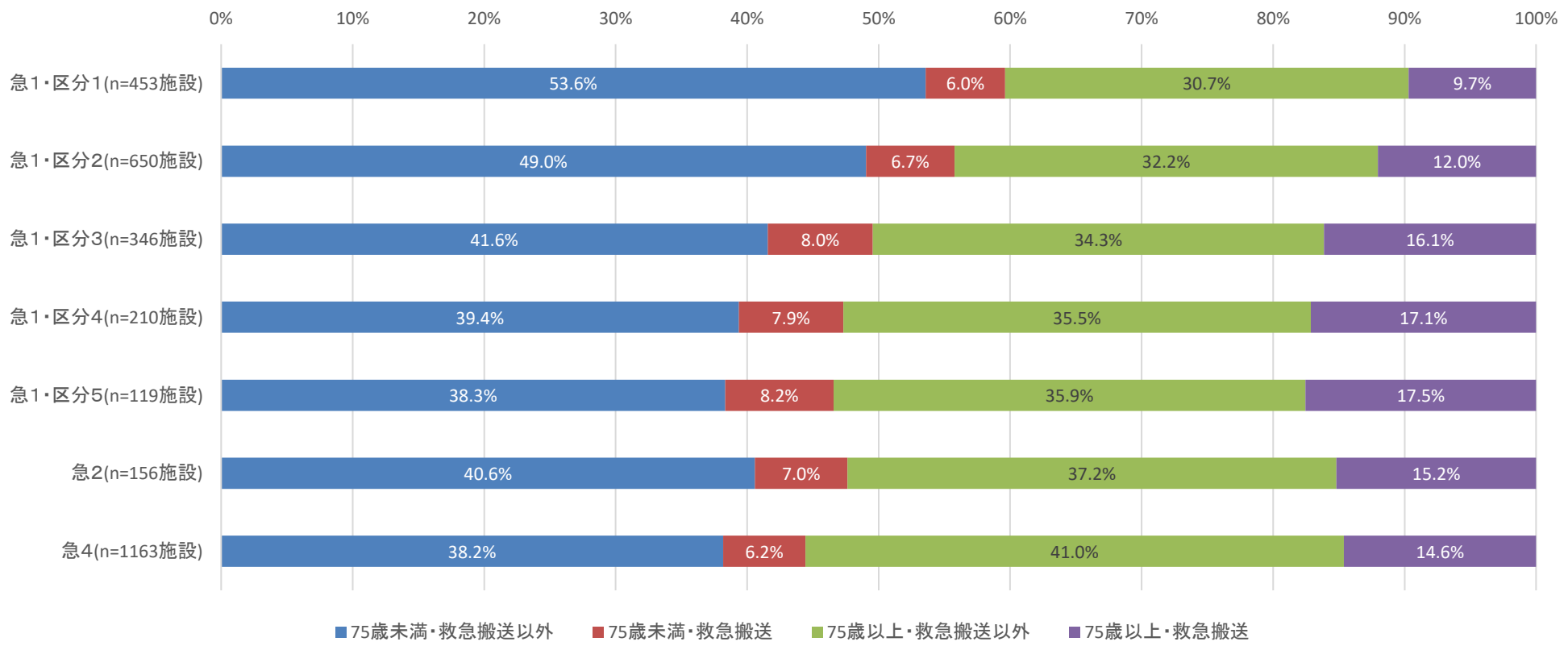
※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況①

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、入院患者のうち75歳以上の割合及び75歳以上の入院患者のうち救急搬送で入院する割合が高く、急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1, 2, 4における入院患者の構成



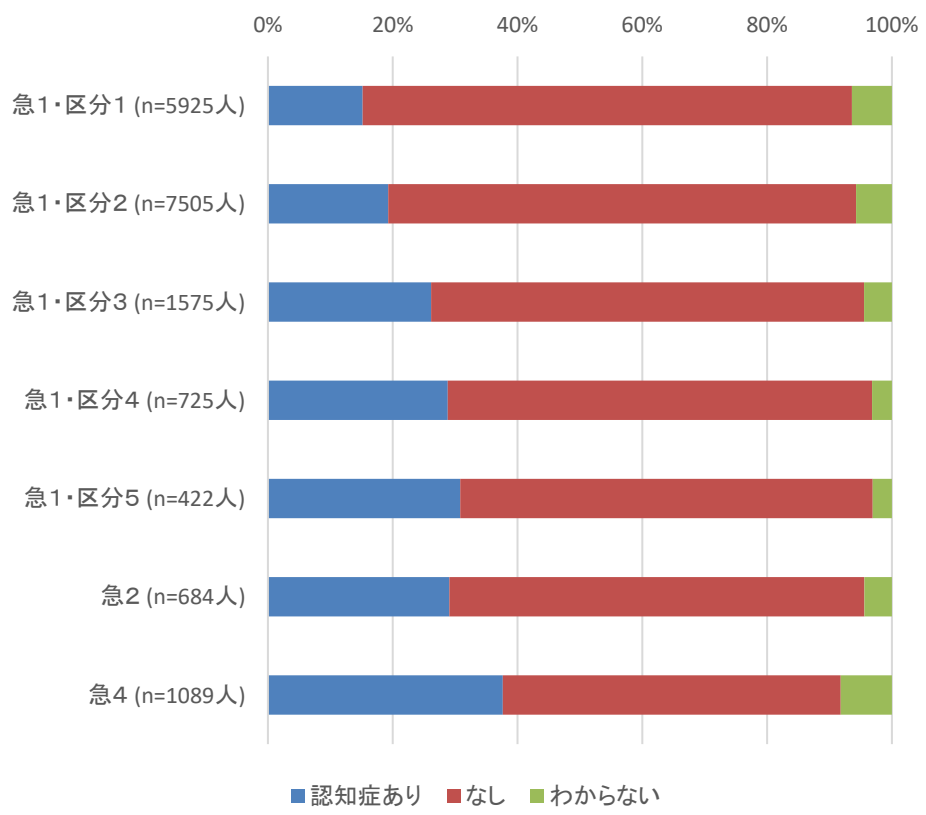
※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

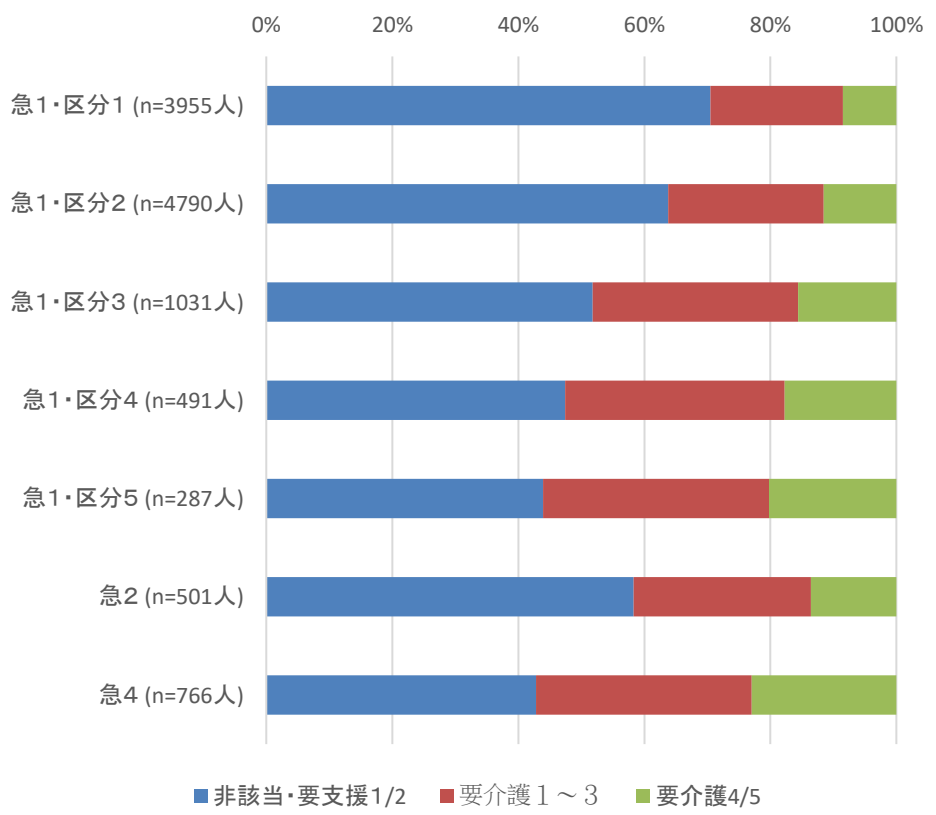
平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況②

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、入院患者が認知症を併存する割合や、要介護度が高い患者である割合が高い傾向にあった。

急性期一般入院料1、2及び4の入院患者における認知症を罹患する割合



急性期一般入院料1の入院患者における要介護度 (不明・未申請・申請中を除く。)



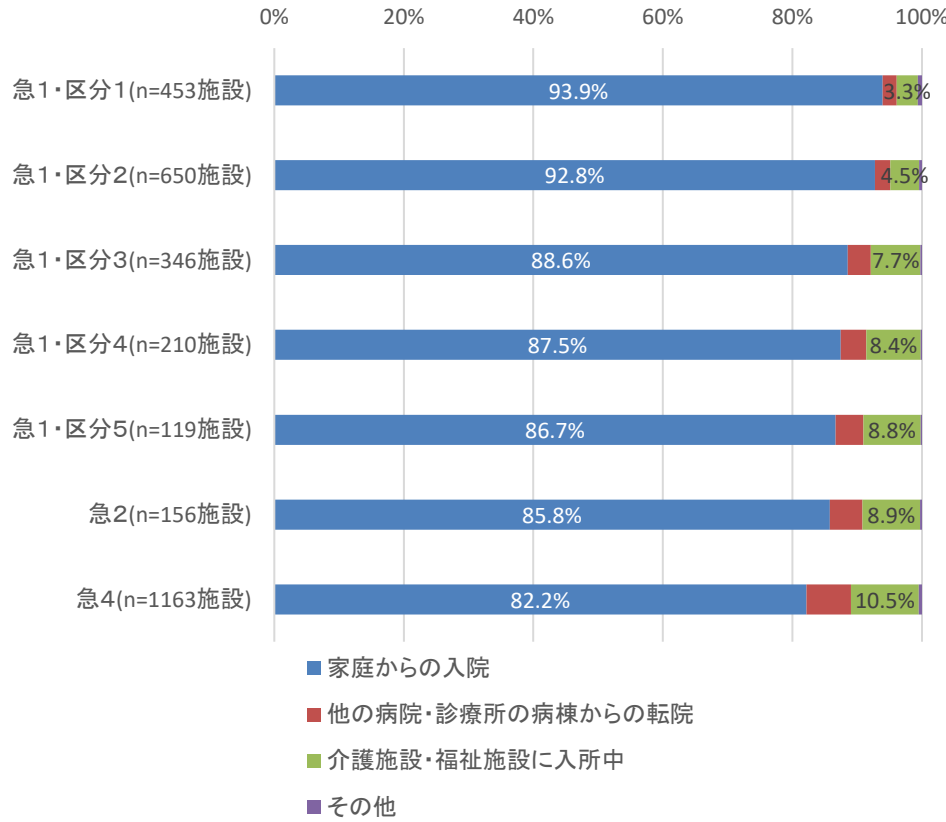
※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

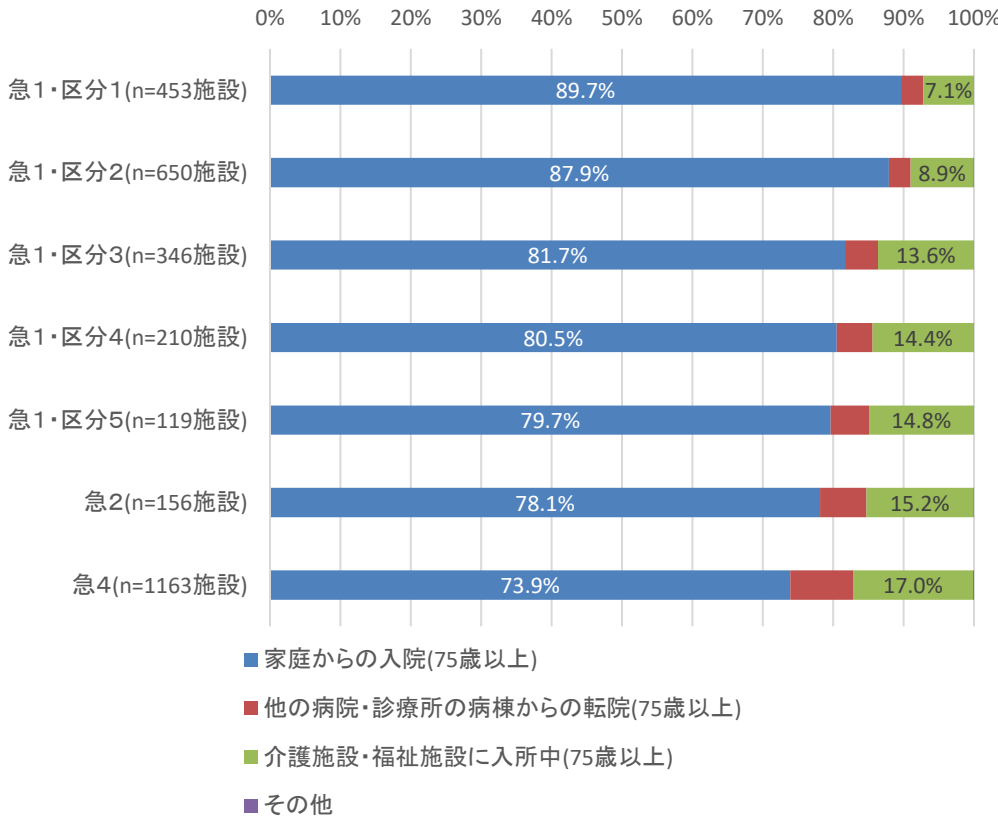
平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況③

○ 入院患者の入院経路について、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、家庭からの入院の割合が低く、介護施設・福祉施設からの入院の割合が高かった。

急性期一般入院料1, 2, 4における入院患者の入院経路
(全年齢)



急性期一般入院料1, 2, 4における入院患者の入院経路
(75歳以上)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況④

○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群における入院患者は、急性期一般入院料1と地域一般入院料とで医療資源投入量が変わらない疾患の割合が高かった。

75歳以上の患者に多く、急性期一般入院料1と地域一般入院料1-2とで医療資源の差が小さい上位10傷病の75歳以上の患者の割合(カッコ内は延べ入院日数に占める割合)

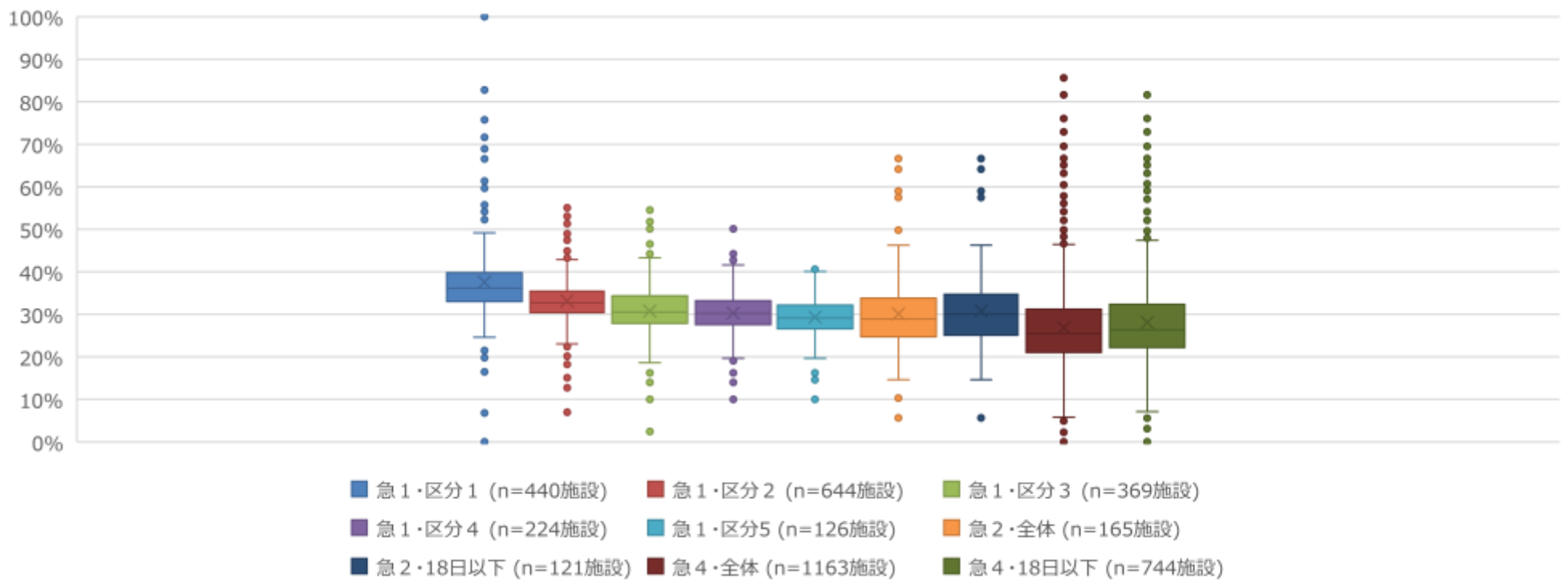
		急1・区分1 (n=453施設)	急1・区分2 (n=650施設)	急1・区分3 (n=346施設)	急1・区分4 (n=210施設)	急1・区分5 (n=119施設)	急2 (n=156施設)	急4 (n=1163施設)	地域一般1,2	地ケア (転院以外)※
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	症例割合	1.4% (2.1%)	1.6% (2.1%)	2.2% (2.5%)	2.3% (2.5%)	2.4% (2.5%)	2.8% (2.9%)	2.9% (2.8%)	18.5% (12.2%)	1.1% (0.9%)
	平均在院日数	10.4	12.3	13.4	13.6	13.3	11.7	10.3	11.4	14.7
食物及び吐物による肺臓炎	症例割合	1.1% (2.3%)	1.4% (2.9%)	2.2% (4.3%)	2.5% (4.7%)	2.6% (4.8%)	2.2% (4.2%)	2.5% (4.3%)	4.2% (5.5%)	3.5% (5.2%)
	平均在院日数	16.6	21.6	23.8	24.8	26.3	23.7	20.3	22.7	28.9
脳動脈の血栓症による脳梗塞	症例割合	0.3% (0.6%)	0.5% (0.9%)	0.9% (1.4%)	1.0% (1.6%)	1.1% (1.6%)	0.6% (1.1%)	0.6% (0.9%)	0.6% (0.6%)	0.2% (0.2%)
	平均在院日数	12.0	17.5	19.5	19.2	20.5	16.1	10.2	17.4	24.8
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	症例割合	0.0% (0.1%)	0.0% (0.1%)	0.1% (0.2%)	0.1% (0.3%)	0.1% (0.3%)	0.2% (0.3%)	0.5% (0.8%)	2.2% (2.8%)	1.8% (2.8%)
	平均在院日数	6.7	10.0	11.4	12.6	13.9	10.5	10.6	22.2	30.2
肺炎, 詳細不明	症例割合	0.3% (0.6%)	0.4% (0.7%)	0.7% (1.1%)	0.8% (1.3%)	0.8% (1.3%)	0.9% (1.3%)	1.6% (2.5%)	3.9% (4.7%)	2.8% (3.8%)
	平均在院日数	11.3	13.8	16.2	16.5	17.6	13.1	15.0	21.1	26.6
体液量減少(症)	症例割合	0.2% (0.2%)	0.3% (0.3%)	0.5% (0.6%)	0.6% (0.7%)	0.7% (0.8%)	0.7% (0.9%)	1.3% (1.6%)	2.6% (2.6%)	3.7% (4.7%)
	平均在院日数	9.1	11.5	12.8	13.3	14.2	13.0	13.1	17.7	24.6
細菌性肺炎, 詳細不明	症例割合	0.3% (0.5%)	0.4% (0.7%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.6%)	0.6% (0.7%)	0.6% (0.6%)
	平均在院日数	11.6	15.0	16.3	17.0	17.9	12.7	9.9	20.3	22.1
尿路感染症, 部位不明	症例割合	0.5% (0.7%)	0.6% (1.0%)	0.9% (1.4%)	1.1% (1.5%)	1.1% (1.6%)	1.1% (1.5%)	1.3% (1.7%)	2.2% (2.5%)	2.6% (3.4%)
	平均在院日数	11.4	15.2	16.1	16.5	17.1	15.2	14.7	19.8	25.2
大腸<結腸>のポリープ	症例割合	0.7% (0.2%)	0.6% (0.2%)	0.8% (0.1%)	0.7% (0.1%)	0.8% (0.1%)	0.7% (0.1%)	0.6% (0.1%)	0.7% (0.1%)	3.4% (0.4%)
	平均在院日数	1.5	1.8	1.6	1.6	1.5	1.3	1.2	3.1	2.5
慢性腎臓病, ステージ5	症例割合	0.4% (0.7%)	0.5% (0.8%)	0.6% (0.8%)	0.7% (0.9%)	0.7% (0.9%)	0.5% (0.7%)	0.4% (0.6%)	0.7% (0.9%)	1.3% (1.0%)
	平均在院日数	9.6	13.9	12.5	12.5	12.3	9.4	6.7	20.4	15.6

※入院初日に地域包括ケア病棟に入院する他の医療機関からの転院入院以外の症例における集計

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況⑤

○ 急性期一般入院料1においては、平均在院日数の長い群では重症度、医療・看護必要度基準の該当割合が低く、急性期一般入院料2又は急性期一般入院料4との差が小さかった。

急性期一般入院料1, 2及び4における必要度基準の該当割合
(平均在院日数により区分※)

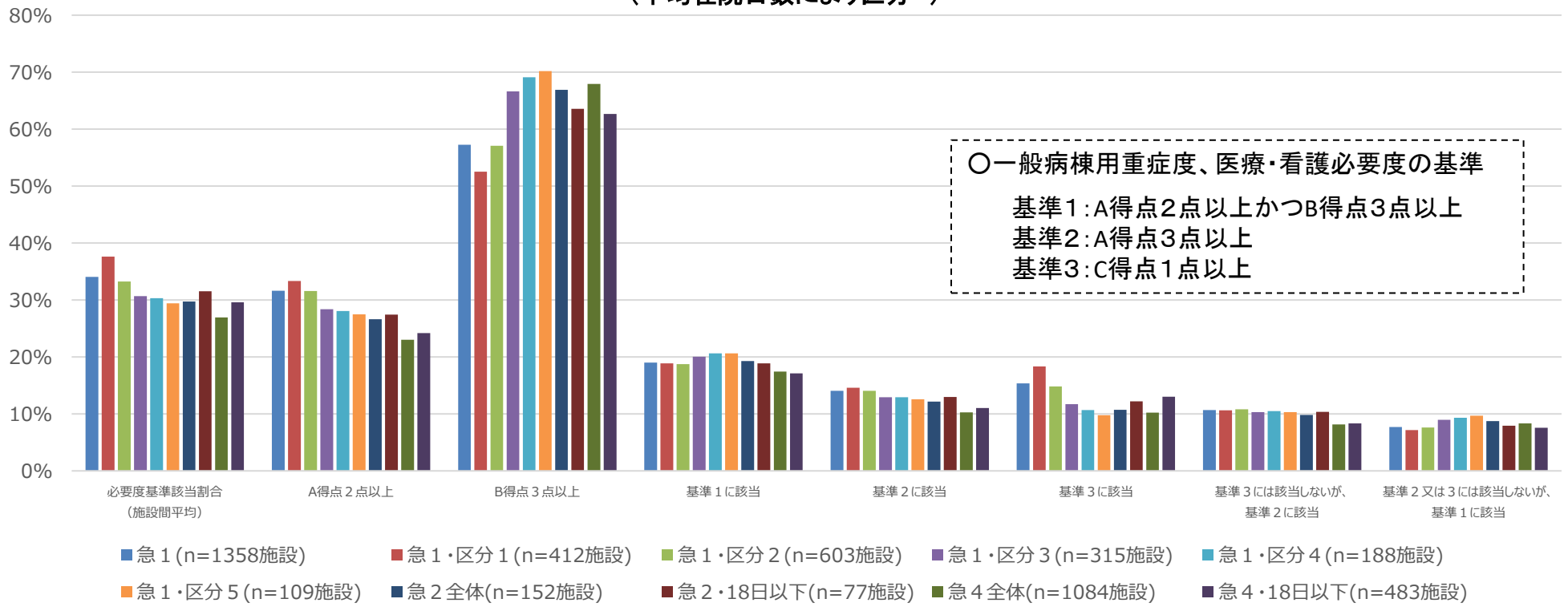


※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準
区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況⑥

○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、A得点2点以上の割合、基準2に該当する割合、基準3に該当する割合は急性期一般入院料2のうち平均在院日数の短い群との差がみられず、B得点3点以上の割合及び「基準2又は3には該当しないが、基準1に該当する」割合は急性期一般入院料2や急性期一般入院料4よりも高かった。

急性期一般入院料1, 2及び4における必要度基準の該当状況
(平均在院日数により区分※)



○ 一般病棟用重症度、医療・看護必要度の基準
 基準1:A得点2点以上かつB得点3点以上
 基準2:A得点3点以上
 基準3:C得点1点以上

※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準
 区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

出典: DPCデータ(令和4年8月~10月分)※当該3か月の間に入院料の変更のあった医療機関を除く。

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況⑦

○ 重症度、医療・看護必要度のA項目の該当割合については、急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の短い群は、「専門的な治療・処置」の該当割合が高いが、平均在院日数の長い群では、急性期一般入院料2における該当割合及び急性期一般入院料4のうち在院日数の短い群における該当割合と大きく変わらなかった。

	創傷処置	呼吸ケア	注射薬剤3種類以上の管理	シリンジポンプの管理	輸血や血液製剤の管理	専門的な治療・処置	救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態							
急1・区分1 (n=412施設)	7.3%	12.6%	11.1%	2.9%	2.0%	22.1%	10.6%							
急1・区分2 (n=603施設)	7.2%	13.2%	11.3%	3.4%	2.0%	20.0%	10.4%							
急1・区分3 (n=315施設)	9.3%	15.1%	11.2%	3.4%	1.6%	15.5%	10.4%							
急1・区分4 (n=188施設)	10.1%	16.1%	11.7%	3.4%	1.5%	14.6%	10.6%							
急1・区分5 (n=109施設)	11.2%	17.2%	11.8%	3.5%	1.5%	13.4%	10.2%							
急2全体(n=152施設)	10.8%	16.7%	11.1%	3.2%	1.7%	14.2%	8.6%							
急2・18日以下(n=77施設)	8.1%	16.1%	11.4%	2.9%	1.6%	15.4%	9.9%							
急4全体(n=1084施設)	12.2%	17.7%	8.6%	2.2%	1.2%	11.6%	7.6%							
急4・18日以下(n=483施設)	10.9%	15.8%	8.1%	2.3%	1.2%	13.0%	8.8%							
	抗悪性腫瘍剤の使用	抗悪性腫瘍剤の内服の管理	麻薬の使用	麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	放射線治療	免疫抑制剤の管理	昇圧剤の使用	抗不整脈剤の使用	抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	ドレナージの管理	無菌治療室での治療			
急1・区分1 (n=412施設)	1.8%	1.6%	3.1%	1.7%	1.0%	4.6%	2.1%	0.4%	3.8%	7.6%	0.9%			
急1・区分2 (n=603施設)	1.6%	1.6%	2.4%	1.8%	0.9%	4.1%	1.8%	0.4%	3.3%	6.4%	1.0%			
急1・区分3 (n=315施設)	0.8%	1.2%	1.8%	1.2%	0.5%	3.0%	1.5%	0.4%	3.0%	5.2%	0.5%			
急1・区分4 (n=188施設)	0.7%	1.2%	1.7%	1.1%	0.3%	2.8%	1.5%	0.4%	3.1%	4.7%	0.4%			
急1・区分5 (n=109施設)	0.6%	1.0%	1.4%	0.9%	0.2%	2.5%	1.5%	0.3%	3.0%	4.4%	0.2%			
急2全体(n=152施設)	0.8%	0.9%	1.7%	1.1%	0.3%	3.0%	1.6%	0.3%	2.6%	4.5%	0.5%			
急2・18日以下(n=77施設)	0.9%	0.9%	1.9%	1.2%	0.4%	3.7%	1.7%	0.4%	2.7%	5.0%	0.1%			
急4全体(n=1084施設)	0.5%	0.6%	1.5%	0.9%	0.1%	2.4%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.1%			
急4・18日以下(n=483施設)	0.7%	0.6%	1.9%	1.0%	0.2%	2.8%	1.4%	0.3%	2.4%	4.6%	0.1%			

※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

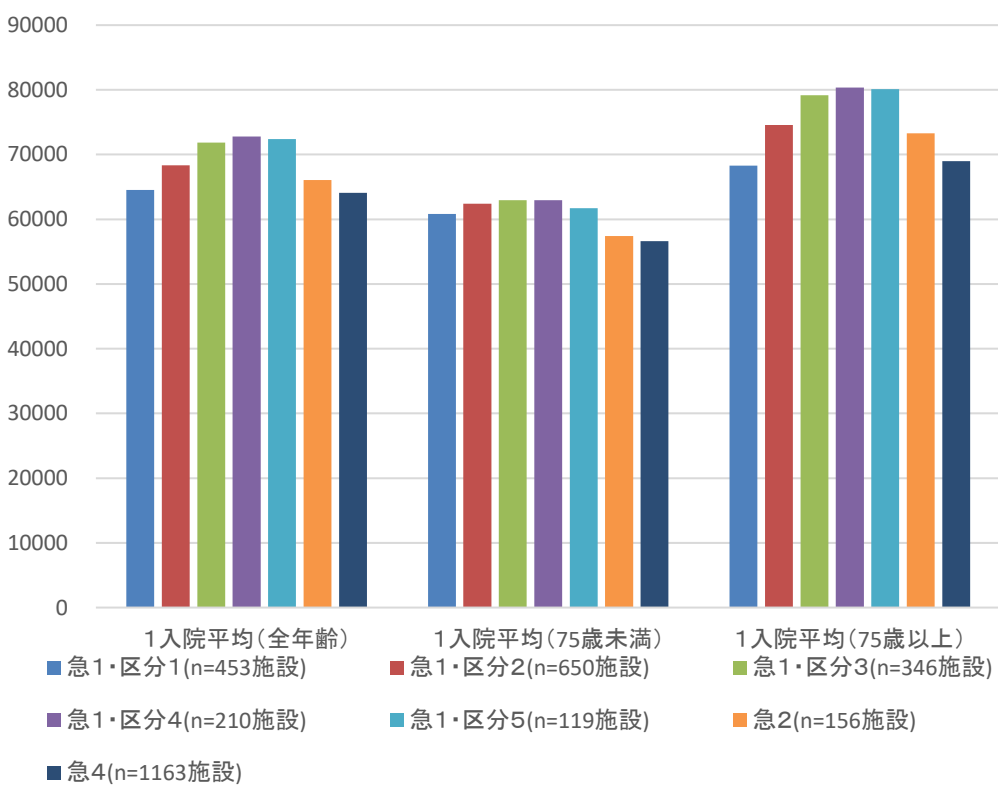
区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

出典: DPCデータ(令和4年8月~10月分)※当該3か月の間に入院料の変更のあった医療機関を除く。

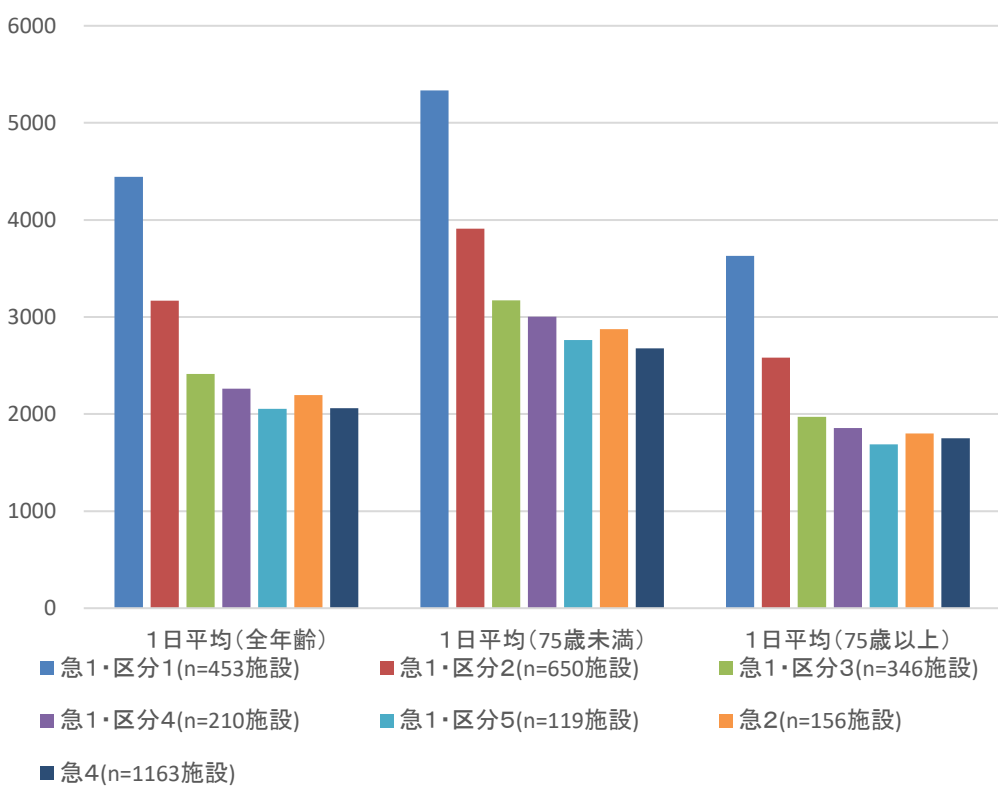
平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況⑧

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群は、1入院当たりの出来高実績点数は高いが、入院料等を除いた1日当たりの医療資源投入量は急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と同程度に低かった。

急性期一般入院料1, 2及び4における1入院当たりの平均出来高実績点数 (入院料を含む。)



急性期一般入院料1, 2及び4における1日当たりの平均医療資源投入量 ※総医療資源投入量から、入院料とリハビリテーションを除く。

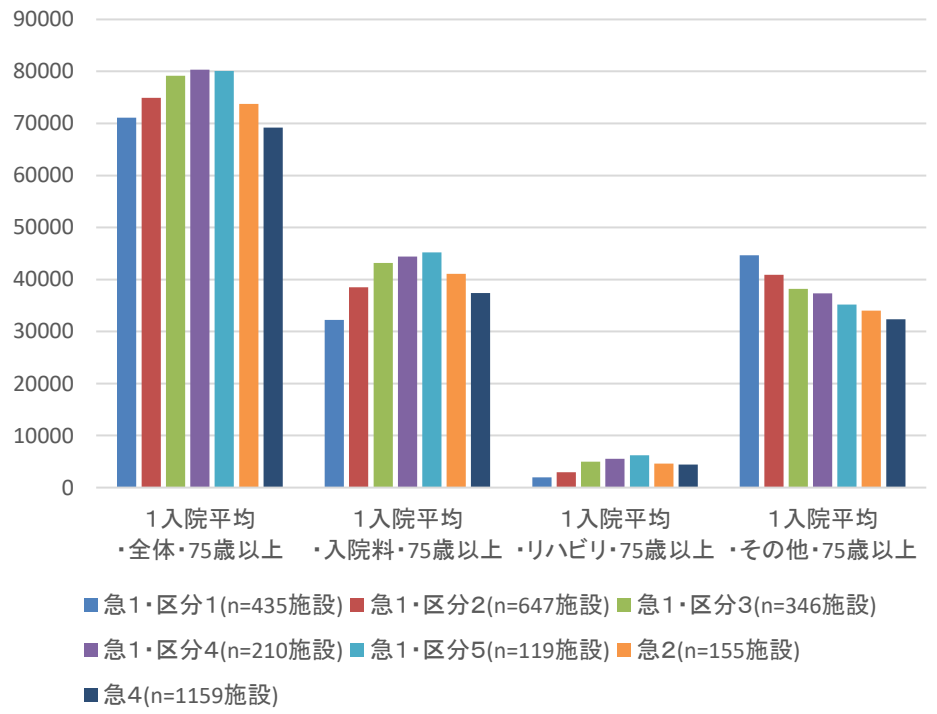


※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準
区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

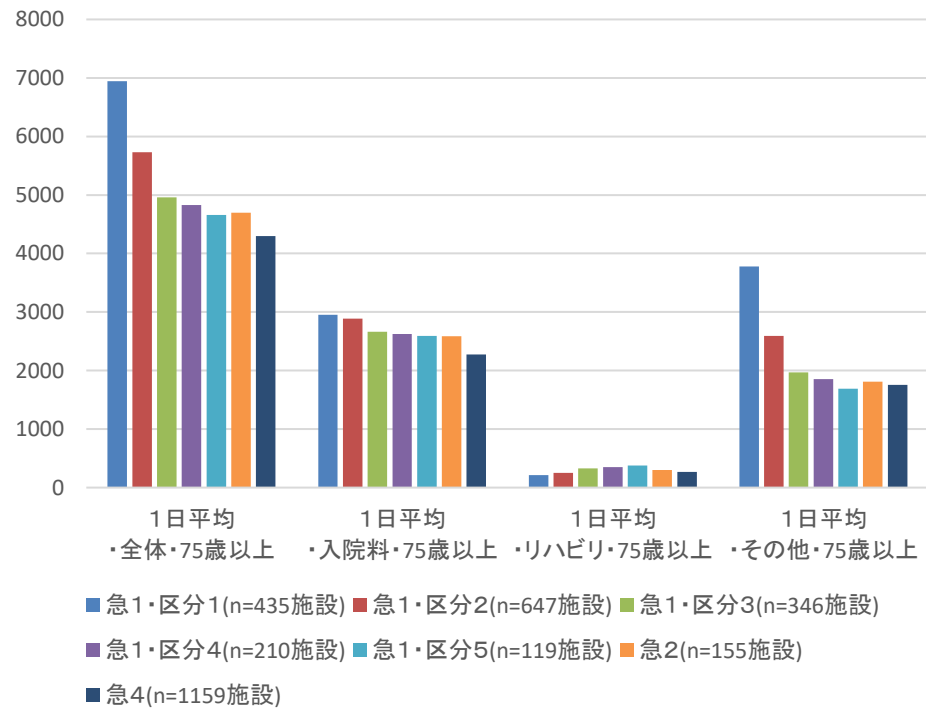
平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況⑨

- 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群は、
 - ・ 急性期一般入院料2との比較では、1日当たりの入院料の点数及び「その他」の点数は大きく変わらないものの、在院日数が長いことから1入院当たりの医療資源投入量が高くなっていた。
 - ・ 急性期一般入院料4との比較では、1日当たりの「その他」の点数は大きく変わらないものの、入院料の点数が高く、1入院当たりの医療資源投入量が高くなっていた。
 - ・ 急性期一般入院料2と4のいずれとの比較でも、1日当たりのリハビリテーションの点数は高かった。

急性期一般入院料1, 2及び4における75歳以上の患者に対する
1入院当たりの医療資源投入量
(全体、入院料、リハビリテーション、その他)



急性期一般入院料1, 2及び4における75歳以上の患者に対する
1日当たりの医療資源投入量
(全体、入院料、リハビリテーション、その他)

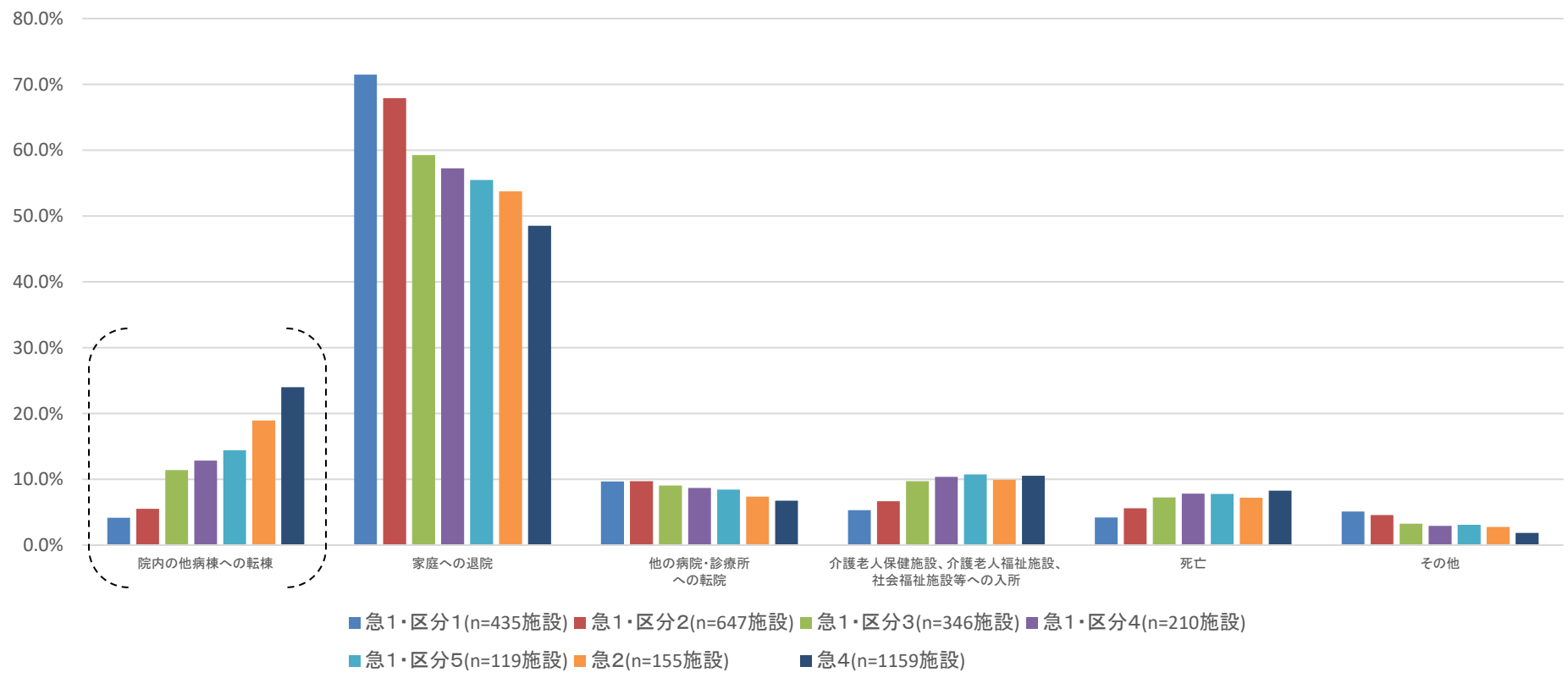


※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準
区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況⑩

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群における75歳以上の患者の退院先は、家庭への退院の割合が低く、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設等への入所、死亡の割合が高かった。

急性期一般入院料1, 2及び4の75歳以上の入院患者における退院先



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

中医協公聴会の開催について（案）

1 目的

令和6年度診療報酬改定に当たり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の声を聴く機会を設定することを目的として公聴会を開催することとする。

2 会議名

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）

3 開催日時

令和6年1月19日（金） 10時00分～12時00分

4 開催方法

- ・オンライン開催（広島（意見陳述者））※中医協委員・事務局は東京
公聴会の様子はYouTube（中央社会保険医療協議会動画チャンネル）のライブ配信により公開することとする。

5 出席者

- ・中医協委員（総会委員）、保険局長、大臣官房審議官
- ・公募による意見発表希望者の中から公益委員が選定した意見発表者（10名程度）

6 議事

- ・開会
- ・会長挨拶
- ・開催趣旨等説明
- ・令和6年度診療報酬改定に係る検討状況について（資料説明）
- ・意見発表者による意見発表
- ・会長総括・閉会

7 意見発表者の募集及び傍聴者

- ・厚生労働省ホームページ等により開催を告知し、意見発表者の募集及び傍聴の案内をする。
- ・なお、公聴会の様子はYouTubeのライブ配信により公開しますので、会場での傍聴はございません。

8 その他

- ・報道機関の撮影等もご遠慮いただきます。