

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	A214101	
申請技術名	RI内用療法において放射線治療病室ではなく、適切な防護措置および汚染防止措置を講じて一般病室を使用した場合の、当該病室に対する管理加算	
申請団体名	日本核医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	28放射線科
	関連する診療科（2つまで）	00なし
		00なし
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択
	提案当時の医療技術名	無
	追加のエビデンスの有無	無
提案される医療技術の概要（200字以内）	全国的に放射線治療病室が不足しているため、RI内用療法を待機している多くの患者が存在する。そこで放射線治療病室でなくても適切な放射線防護措置及び汚染防止措置を講じた場合に一般病室を使用できることが医療法で明記されている。この場合の当該病室に対する管理にかかる費用を入院基本料に加算して算定できるように当該加算を新設することで、多くの癌患者の便益にかなうと考えられる。	
文字数：183		
対象疾患名	悪性腫瘍（神経内分泌腫瘍など）	
保険収載が必要な理由（300字以内）	全国的な放射線治療病室の不足は深刻である。医療法施行規則に「病院又は診療所の管理者は（中略）放射性同位元素により治療を受けている患者を放射線治療病室以外の病室に入院させてはならない。ただし適切な防護措置及び汚染防止措置を講じた場合にあつてはこの限りでない。」とあり、一部の放射性同位元素を用いた治療においては、適切な防護措置及び汚染防止措置を講じた一般病室で治療を実施できることから、こうした病室を使用して治療が行われている。一般病室に特別な措置を講じる場合は費用がかかる。放射線治療病室を使用した場合は放射線治療病室管理加算が算定できることから、同様に当該病室に対する管理加算を要望する。	
文字数：295		

## 【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	<p>非密封の放射性同位元素によるRI内用療法を実施した悪性腫瘍の患者に対して、適切な放射線防護措置及び汚染防止措置を講じた一般病室に入院させて放射線に係る管理を行った場合を算定対象とする。</p> <p>以下の条件をすべて満たす病室での管理が対象となる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>適切な防護措置及び汚染防止措置を講じることで、放射線治療を受けている当該患者以外の患者の被ばく線量が、3か月につき1.3mSv以下となることを担保できる場合。</li> <li>適切な防護措置及び汚染防止措置を講じることで、第三者である公衆に対する、排気・排水による内部被ばくと放射線治療を受けている当該患者からの外部被ばくの積算線量が、1mSv/年以下となることを担保できる場合。</li> <li>適切な防護措置及び汚染防止措置を講じることで、介護者に対する、排気・排水による内部被ばくと放射線治療を受けている当該患者からの外部被ばくの積算線量が、1件あたり5mSv以下となることを担保できる場合。</li> </ul>
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）	<p>当該加算は一般病室に適切な放射線防護措置及び汚染防止措置を講じることで、非密封の放射性同位元素による治療を行った患者の病室に管理を行った場合に算定できる入院基本料等加算である。</p> <p>当該治療実施のための入院ごとに、当該患者の病室に適切な防護措置、汚染防止措置を講ずる。具体的には、トイレ付き個室の病室のうち、トイレ床等汚染リスクの高い部位を吸水性ポリエチレンシート等で覆い、隣室の患者の被ばくが3か月につき1.3mSvを下回るように、必要に応じて病室内に遮蔽版の設置を行う。また、食事等の提供は部屋に設置した机を介して行うこととし、当該患者以外の患者や家族、スタッフがみだりに立ち入らないように掲示等を行う。さらに患者には事前に、自身の尿の取り扱いや医療スタッフとの距離の取り方等を説明し、当該患者以外の患者や家族、スタッフに不要な汚染や被曝が起きないように教育を行う。放射性同位元素の投与後、当該患者からの放射線が退室基準を下回っていることを確認したのち、当該病室と内部で使用した物品、食器、ゴミ等をすべて汚染検査し、適切な廃棄処理と、病室内の汚染箇所があった場合には除染を行う。</p> <p>（詳細は、厚生労働省班研究細野班 ルテチウム-177標識ソマトスタチンアナログ（Lu-177-DOTA-TATE）注射液を用いる内用療法の適正使用マニュアル（付則）特別な措置を講じた病室に係る基準、管理・運用及び行動規範（参考文献1）に従う。）</p>

③対象疾患に対して現在行われている医療技術(当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること)	区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
	番号 医療技術名  既存の治療法・検査法等の内容	A225 放射線治療病室管理加算 告示 注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。 通知 当該加算は、悪性腫瘍の患者に対して、放射線治療病室管理を行った場合に算定する。なお、放射線治療病室管理とは、密封小線源あるいは治療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる病室における放射線に係る必要な管理をいう。	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		神経内分泌腫瘍は比較的若年でも発症がある希少疾患で(診断時年齢中央値57.6歳)、診断時より多発転移をきたし切除不能であることも多い。治療は非常に限られており、国内での承認薬はソマトスタチンアナログ製剤(オクトレオチド、ランレオチド)、分子標的薬のエベロリムスとスニチニブの4種類のみである。さらに、原発部位や副作用リスクによって分子標的薬は使用不可能な場合も多い。現在承認見込みであるLu-177 DOTATATEによるRI内用療法は、2017年に発表された海外Ⅲ相試験の結果で、既存治療群に対しPFS、OSとも有意に改善し、死亡または病勢進行のリスクを79%減少させたと報告された。国内でも同様の有効性、安全性を確認するphase I、I/II試験が終了している。 しかし上記治療を行うためには、他患者や一般公衆などの被ばくの安全性を担保するために、医療法施行規則上、基本的には放射線治療病室を用いる必要がある。しかし全国で154床(68施設)しかなく、この放射線治療病室でしかできないI-131内用療法による甲状腺癌の入院治療の患者数は頭打ちとなり、年間約2,800名の患者(参考文献4)で推移している。こうした放射線治療病室の不足によって治療を受けられない患者の待機期間が数か月単位で推移しており、生命予後悪化のエビデンスも報告されている状況である。こうした非密封放射性同位元素に対する放射線治療病室は、維持・管理コストが経営上赤字で、病室を閉鎖する施設も出ている。さらに建設費も莫大のため、早急な病室増加の見込みはない。なお、放射線放射線治療病室で入院治療が行われた際には、③に示した放射線治療病室管理加算が算定されている。 一方本技術を用い、一般病室に適切な防護措置及び汚染防止措置を講じた場合も、医療法施行規則上、上記治療が可能と考えられ、安全性が担保されている。本技術を用いれば、必要とされる治療を行う時に最低限必要な病室を準備でき、必要がなくなれば撤去ができることから効率的で柔軟な病床運用が可能となる。これにより、放射線治療病室の不足を補うことが可能となる。しかし、十分な放射線防護措置及び汚染防止措置を行うにはコストがかかるため、その手当となる診療報酬が必要となる。一般的にLu-177 DOTATATEの適応である切除不能または再発神経内分泌腫瘍の患者は、甲状腺癌に比較し進行が早く、早期に的確な治療を始めなければ余命に猶予が少ない。放射線治療病室の不足から治療機会を逸することで、救命困難となる場合も想定される。本技術を用いて放射線治療病室の不足を補うことで、早期の治療が可能となり、多くの患者に便益をもたらすと考えられる。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	平成31年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「医療における放射線防護と関連法令整備に関する研究」において、放射線防護と安全性に関する詳細な検討が行われた。その報告書として作成された、「ルテチウム-177標識ソマトスタチンアナログ(Lu-177-DOTA-TATE)注射液を用いる内用療法の適正使用マニュアル(第3版)」およびその付則、追補において、本マニュアルを遵守して一般病室に適切な放射線防護措置及び汚染防止措置を講じることで安全性が担保できることが示されている。	
⑥普及性	ガイドライン等での位置づけ	位置づけをリストから選択	特になし
	年間対象患者数(人)	400	
	国内年間実施回数(回)	1,200	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		膵、消化管、肺原発の神経内分泌腫瘍患者の総数は、2005年と2010年に実施された国内の疫学調査(Ito T, et al. J Gastroenterol. 2015; 50: 58-64)の5年間の増加率を参考に2020年に換算すると約16,300名と推定された。このうち、薬事申請中の適応となる、“ソマトスタチン受容体陽性の切除不能または再発の膵、消化管、神経内分泌腫瘍”患者数は、ソマトスタチン受容体陽性患者割合(約80%、Ann Oncol. 2004;15(6):966-73.)、遠隔転移患者割合(約10%、J Gastroenterol. 2015;50(1):58-64.)、現在適応となっている他治療薬からPRRTへの移行ファクターを約30%と仮定して、これらに乗じて算出し、約400名と推定された。加えて、本治療の実施には、前述の申請技術対象としての条件のほか、施設として、医療法上の最大使用予定数量および排水濃度限度等をクリアする必要がある。さらに治療病室を用意して8週間ごとに4回投与する必要があり、医療施設としての人的/物理的負担が大きい。これを実施できる施設数は限られると考えられるため、実際に治療できるのはピーク時で年間約300~400名と推定されている。 治療回数については、令和2年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「医療における放射線防護と関連法令整備に関する研究」の中で、患者の退室基準が10μSv/hから18μSv/hに引き上げられる見込みとなっており、これに伴い約1/3~半数程度の患者が2回目以降の治療薬投与時は外来で治療可能と考えられる。初回投与は全員が入院すると仮定し、2回目以降は2/3の患者が入院治療となることを想定した場合、推定実施回数は400×1+400×2/3×3=1200回と推定される。	
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		本技術は、平成26年度より現在に至るまで、厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「医療における放射線防護と関連法令整備に関する研究」にて継続的に議論されており、平成27年度には報告書として作成された、「ルテチウム-177標識ソマトスタチンアナログ(Lu-177-DOTA-TATE)注射液を用いる内用療法の適正使用マニュアル(第3版)」およびその付則、追補(参考文献1)において、本技術の詳細をガイドライン化し、日本核医学会より承認されている。平成29年より本マニュアルを用いて神経内分泌腫瘍に対する新規薬剤 Lu-177-DOTA-TATEの試験が実施され、放射線防護および安全性において問題なく実施可能であることが示されている。 難易度に関しては、対象疾患のRI内用療法に習熟した医師が行うことが望ましいが、神経内分泌腫瘍は希少がんであるため、非常に高い専門性が必要とされる。また、病室の設置については、緊急時の汚染対応等、RI内用療法に習熟した医師が行う必要があり、当学会で講習会と認定制度を実施する予定である。	

・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術 の体制等)	・トイレ付個室管理が可能な病室を備えている。 ・放射線に係る管理体制(被ばく防護、院内教育訓練等)が整えられている。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、 専門性や経験年数等)	・当該治療に係る放射線安全管理責任者(常勤の医師)が1名配置されている。 ・当該治療に係る専門的知識を習得した看護師が適切に配置されている。 ・当該治療に係る専門的知識を習得した診療放射線技師が配置されている。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その 他の要件)	「ルテチウム-177標識ソマトスタチンアナログ(Lu-177-DOTA-TATE)注射液を用いる内用療法の適正使用マ ニュアル(第3版)」およびその付則、追補の遵守
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		いずれのRI内用療法も副作用の頻度は少なく、重篤な副作用はほぼない。また、他患者および医療者、公衆 の被ばくについての安全性は担保されている。
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑩希望する診 療報酬上の取 扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円)	A 第2部 第2節 入院基本料等加算 8,113
	その根拠	日本核医学会による医療実態調査の「ルテチウム-177標識ソマトスタチンアナログ(177Lu-DOTA-TATE)注 射液を用いた核医学治療に係る医療実態調査報告書」(参考文献5)によると、当該治療薬による入院患者 に対して適切な放射線防護措置及び汚染防止措置を講じた病室を提供するために1症例あたりの必要経費は 649,030円が必要と算出された。 当該治療薬は8週ごとに4回投与して4回入院することから1入院に特別な措置を講じるために必要な費用 は、162,258円と算出された。 $649,030円 \div 4回 = 162,258円$ 1入院で放射線量の退出基準を満たすためには患者は少なくとも2日入院が必要なことから1日あたりの費 用は、81,129円と算出された。 $162,258円 \div 2日 = 81,129円$ 放射線治療病室以外の一般病室を入院に用いた場合に適切な防護措置および汚染防止措置を講じるため には、診療報酬として入院基本料の加算に相当する点数は1症例で1日あたり8,113点が妥当であると考えら れた。 $81,129円 \div 10円 = 8,113点$
	関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術 (③対象疾患 に対して現在 行われている 医療技術を含 む)	区分 番号 技術名 具体的な内容
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円)	増(+) 194,712,000
	その根拠	「ルテチウム-177標識ソマトスタチンアナログ(177Lu-DOTA-TATE)注射液を用いた核医学治療に係る医療 実態調査報告書」より、1患者の1日あたりの入院基本料の当該加算の推定点数が8,113点とされた(参考文 献5)。 仮に大学病院に入院したとして、A104 特定機能病院入院基本料(1日につき) 1 一般病棟の場合、イ 7対1入院基本料が1,718点、14日以内の期間の加算を712点を用いて以下の計算をした。 当該薬剤は8週間ごとに4回投与し、投与後は少なくとも2日間は入院する。ピーク時の推定年間患者数は400 名、本技術を用いた年間投与回数が1200回であることから、当該加算がない場合と採用された場合の年間の 入院料の差額を計算した。 ①当該加算がない場合： $(1,718点 + 712点) \times 10円 \times 2日 \times 1200回 = 58,320,000円$ ②当該加算が採用された場合： $(1,718点 + 712点 + 8,113点) \times 10円 \times 2日 \times 1200回 = 253,032,000円$ 年間の入院料の差額 = ② - ① = 194,712,000円 となる。 よって、+194,712,000円が医療費の予想影響額となる。
	備考	特になし
⑪提案される医療技術において使用される医薬 品、医療機器又は体外診断薬 (主なものを記載)		Lu-177 DOTATATE (一般名:ルテチウム(177Lu) オキシドレオチド)
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保 障)への収載状況	2) 調べたが収載を確認できない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特 徴(例:年齢制限)等		特になし
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い		d. 届出はしていない
⑭その他		特になし
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本外科学会、日本内科学会、日本臨床腫瘍学会、日本肝胆膵外科学会、日本臨床外科学会

⑬参考文献 1	1) 名称	Lu-177-DOTA-TATEの適正使用に関する報告書と適正使用マニュアル（第2版）
	2) 著者	細野眞、池淵秀治、中村秀秀、中村伸貴、山田崇裕、柳田幸子、北岡麻美、小島清孝、菅野宏泰
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Lu-177-DOTA-TATEの適正使用に関する報告書と適正使用マニュアル（第2版）。（該当箇所：p. 1～36、p. 39、13行目～p. 40、21行目）
	4) 概要	p. 1～36 以下の項目について検討され、安全性が示された。 1. 放射線安全管理の目的 2. 本剤を用いる内用療法の実施病院等における組織的取組み 3. Lu-177及び本剤の特性 4. 放射性医薬品を投与された患者の退出について 5. 本剤投与患者の退出について 6. 本剤を臨床使用する場合の規制法令について 7. 本剤の使用に伴う放射線施設等の安全管理について 8. 放射線の測定 9. 教育研修 10. 医療従事者の放射線防護および放射能汚染防護措置について 11. 医療用放射線汚染物（Lu-177により汚染された物）の廃棄について 12. 参考文献、付則、追補  ルテチウム-177標識ソマトスタチンアナログ（Lu-177-DOTA-TATE）注射液を用いる内用療法の適正使用マニュアル－臨床試験のための付則－ p. 39、13行目～p. 40、21行目 2. 特別な措置を講じた病室 2.1 特別な措置を講じた病室の要件 本剤を投与された患者を入院させるために特別な措置を講じた病室は、以下の要件を満たしている病室とする。 1) 当該病室以外に入院している患者の被ばくする放射線（診療により被ばくする放射線を除く）の実効線量が3月間につき13ミリシーベルトを超えないこと。また、必要に応じて、遮へい物を設ける等の措置を講じること。（以下省略） 2.2 当該病室の汚染防止措置 投与患者を当該病室に入院させる前に、当該病室に対して以下のような適切な汚染防止措置をこうじておく。 ・ 当該病室の床全面のうち、放射性同位元素によって汚染されるおそれのある場所を予め吸水性ポリエチレン濾紙でカバーしておくこと。（以下省略）
⑭参考文献 2	1) 名称	Phase 3 Trial of 177Lu-Dotatate for Midgut Neuroendocrine Tumors.
	2) 著者	Jonathan Strosberg, Ghassan El-Haddad, Edward Wolin, Andrew Hendifar, James Yao, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	NEJM. 2017; 376(2).（該当箇所：p. 130、Fig1 A,B参照。p. 133、左欄 下から9行目～右欄 上から25行目）
	4) 概要	p. 130、Fig1 A,B参照。p. 133、左欄 下から9行目～右欄 上から25行目 177-Lu DOTATATE群は、進行性の切除不能または再発の中腸原発神経内分泌腫瘍患者において、高用量オクトレオチド群に関連するリスクよりも進行または死亡のリスクが79%低かった。20か月目の無増悪生存率の推定値は、177-Lu DOTATATE群で65.2%（95%CI、50.0～76.8）、対照群で10.8%（95%CI、3.5～23.0）で、既存治療に対し無増悪生存期間（PFS）、全生存期間（OS）ともに有意に改善し、副作用も軽度であった。
⑮参考文献 3	1) 名称	Delayed Initial Radioactive Iodine Therapy Resulted in Poor Survival in Patients with Metastatic Differentiated Thyroid Carcinoma A Retrospective Statistical Analysis of 198 Cases.
	2) 著者	Tatsuya Higashi, Ryuichi Nishii, Shigeki Yamada, Yuji Nakamoto, Koichi Ishizu, Shigeto Kawase, Kaori Togashi, Satoshi Itasaka, Masahiro Hiraoka, Takashi Misaki, and Junji Konishi
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Nucl Med 2011; 52:683-689.（該当箇所：p. 687、Fig. 2 A参照。p. 688、左欄 1～3行目）
	4) 概要	p. 687、Fig. 2 A参照。p. 688、左欄 1～3行目 甲状腺癌において、治療待期間が180日以上であった群の患者の予後は、それ未満であった群に比較し、有意に生存率が低かった。
⑯参考文献 4	1) 名称	甲状腺癌の放射性ヨウ素内用療法におけるRI治療病室稼働状況の実態調査報告（第5報）
	2) 著者	阿部光一郎、岡本高宏、金谷和子、伊藤公一、渋谷洋、内山真幸、絹谷清剛、小泉潔、横山邦彦、東 達也、戸川貴史、久山順平、伊藤充、吉村真奈、内田健二、池淵秀治、柳田幸子
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	核医学 56:107-116, 2019.（該当箇所：p. 109、右欄 6～9行目。p. 110、Fig. 2参照。）
	4) 概要	p. 109、右欄 6～9行目。p. 110、Fig. 2参照。 実施施設に対するアンケート調査では、放射線治療病室は今後も大きく増加する見込みは立っておらず、一方で甲状腺癌における内用療法の最新の平均待機期間は3.8ヵ月である。
⑰参考文献 5	1) 名称	ルテチウム-177 標識ソマトスタチンアナログ（177Lu-DOTA-TATE）注射液を用いた核医学治療に係る医療実態調査報告書
	2) 著者	加藤克彦、中村壮一、的場義典、絹谷清剛
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	核医学 2021年 58巻1号 p. 39-46（該当箇所：p. 39、要旨 11行目～14行目）
	4) 概要	p. 39、要旨 11行目～14行目 放射線治療病室以外の一般病室を入院に用いた場合に、適切な防護措置および汚染防止措置を講じるためには、1症例あたり 649,030円が必要と求められた。これは1日あたりの入院基本料の加算に相当する費用として81,129円となり、入院基本料の加算に相当する診療報酬としては1症例で1日あたり 8,113点が妥当であると考えられた。



提案番号 (6桁)	申請技術名
A214101	日本核医学会
RI内用療法において放射線治療病室ではなく、適切な防護措置及び汚染防止措置を講じて一般病室を使用した場合の、当該病室に対する管理加算	

**【技術の概要】** 全国的に放射線治療病室が逼迫している状況で、新規のRI内用療法の保険適用の増加が見込まれており、既存の放射線治療病室だけでは対応できなくなっている。医療法施行規則に「病院又は診療所同位元素による治療を受けようとする患者を放射線治療病室以外の病室に入院させてはならない。ただし適切な防護措置及び汚染防止措置を講じた場合においてはこの限りでない。」とあり、揮発性等のない一部の放射性同位元素を用いた治療においては、適切な防護措置及び汚染防止措置を講じた一般病室で治療を実施できることから、こうした病室を使用して治療を行う動きがある。一般病室に措置を講じる場合は費用がかかるため、放射線治療病室管理加算に準じた当該病室に対する管理加算を要望する。

**【対象疾患・推定対象患者数】** 悪性腫瘍（切除不能または再発の神経内分泌腫瘍） 400人

**【評価するポイント】**

- **放射線治療病室はI-131治療だけで既に逼迫した不足状態が続いている。**  
(病室不足による治療待機時間延長で、**死亡リスクが4.2倍も悪化**しているという報告もされている。T. Higashi et al. J Nucl Med 2011; 52:683-689)
- **非密封放射性同位元素(RI)は、RIの性質や薬剤の代謝経路により、必要な放射線管理は異なる。**

<p><b>I-131の場合</b></p> <p>呼吸や不感蒸泄等からもRIが放出され、排気管理が必要となる。</p> 	<p><b>Lu-177 DOTATATEの場合</b></p> <p>RIの殆どが尿から排泄されるため、特殊な排気設備は必要ない。</p> 
---	---

本技術が適応可能な薬剤については、本技術を積極的に導入し一般病棟で治療を行うことが、**癌患者全体の利益**につながると考えられる。一方で、一般病室で適切な防護措置は、患者の入院ごとに設置と除去・除染を要し、**人的管理コストは放射線治療病室で行う場合より大きい**。現状では一般病室で治療を行った場合、**放射線治療病室管理加算も算定できない状況**である。

**➢ 本技術の概要**

<p>① 病室の設置</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>汚染防止のためトイレ床等防水用紙にて被覆</li> <li>着尿用遮蔽容器設置</li> <li>隣室被曝低減のため遮蔽板設置</li> <li>防護衣、線量測定器具、除染器具の準備</li> </ul>	<p>② 汚染防止のための患者教育、スタッフの教育</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>番尿操作における患者教育/訓練</li> <li>ごみ、食器/残飯の線量測定・保管</li> <li>与薬/配膳時の被ばく低減措置</li> </ul>
<p>③ 患者の線量管理と退室後の測定、除染</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>患者退室基準確認の線量測定、記録</li> <li>退室後の病室内線量測定、記録</li> <li>除染・廃棄物運搬・保管</li> </ul>	<p>④ 予期せぬ汚染への対応</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>尿および嘔吐物での汚染発生時には随時緊急登院し除染実施</li> </ul>

**【診療報酬上の取扱】** 放射線治療病室で同様の治療を行った場合： 放射線治療病室管理加算（1日につき） 2,500点  
 本技術を用いて一般病室で治療を行った場合： 加算なし → 適切な防護措置に関する管理加算 8,113点

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	A214201		
提案される医療技術名	A225 放射線治療病室管理加算（非密封線源を使用する放射線治療病室を対象とした増点）		
申請団体名	日本核医学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	28放射線科	
	関連する診療科（2つまで）	13外科 27耳鼻咽喉科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	放射線治療病室管理加算（非密封放射性同位元素を使用する放射線治療病室を対象とした増点）	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	A225		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-A 点数の見直し（増点）	○	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	○	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択		
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択		
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	放射線治療病室には密封線源と非密封放射性同位元素を使用する病室があり、密封線源使用病室は放射線の遮蔽設備のみでよいが、非密封放射性同位元素を使用する放射線治療病室は遮蔽に加え、排気及び排水設備の設置が義務付けられ、維持管理に高額な費用を要する。現行の放射線治療病室管理加算を①密封線源使用病室と②非密封放射性同位元素使用病室に分けた上で、②非密封放射性同位元素使用病室の場合につき増点を要する。		
再評価が必要な理由	非密封放射性同位元素使用病室（以下、RI治療病室）は、公衆の被曝および環境放射能の低減のため医療法に、作業環境測定には電離放射線障害防止規則に基づいた放射線安全管理を確保する責務があり、放射能濃度を規制値以下にする専用の排気・排水設備の設置が義務付けられ、建設費用の他に当該設備の維持・管理に高額な費用を要する。現行の診療報酬で医療機関の負担を講ずることができず閉床に追い込まれる施設が増加し、稼働病床数は2002年時188床より2019年時154床と減少し、絶対的に当該病室が不足している。現行でRI治療病室入院を必要とする治療は、甲状腺分化癌に対する放射性ヨウ素（I-131）内用療法（以下、I-131内用療法）であり、残存癌・転移癌治療のみならず甲状腺全摘術後の補助療法として施行される（参考文献1）。本治療は1947年より本邦で施行されているが、近年甲状腺全摘術後の補助療法としてのI-131内用療法が明確に示され（参考文献1）、外来での投与可能な低投与量I-131：1.1GBq(30mCi)内用療法と合わせて治療件数は年々増加している（参考文献2）。しかしRI治療病室を必要とするI-131大量投与治療件数は2017年時2,845件と2012年時より頭打ちとなっており、RI治療病室稼働医療機関数が70に留まるため（参考文献2）、必要とするI-131投与量を用いた適切な時期での治療介入が十分行えていない状況である。さらに悪性褐色細胞腫に対するI-131-MIBG、神経内分泌腫瘍に対するLu-177 DOTATATEが薬事承認の見込みとなり、RI治療病室の必要性はさらに高まることと予想される。当該治療を待つ患者が地域による偏り無く適切な時期に治療を受けられる状況を整えるにはRI治療病室の確保・増床が必要で、RI治療病室の入院料の適正な評価を必要とする。現行の放射線治療病室管理加算では密封と非密封の2種の病室が同点で評価されているため、非密封のRI治療病室に対する放射線治療病室管理加算②非密封放射性同位元素使用病室の適切な評価をするため増点を要する。		

## 【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	現行でRI治療病室入院を必要とする治療は、甲状腺分化癌に対するI-131内用療法であり、甲状腺全摘術後の補助療法、再発癌、転移癌治療として世界的標準治療である。甲状腺全摘術後に微小癌残存の可能性のある症例に対する補助療法は本治療以外に、顕在的残存癌、抽出困難な再発・転移癌に対する第一選択肢となる（参考文献1）。本邦の手術症例データベースであるNational Clinical Database(NCD)からの抽出では2019年の甲状腺分化癌の抽出時のTNM分類がT3、T4a-b(Ex2)、N1b、M1症例である再発高リスク群および遠隔転移症例は年間1,308例となり、新規I-131内用療法必要者数となるが、さらに病理所見で断端陽性例など実際の対象者数はこれを上回る。I-131内用療法は多くが6ヶ月以上の間隔を空けて複数回入院治療を要するため、新規入院受け入れ者数は年間治療者数の1/3以下となり、年間入院治療必要者数は少なく見積もっても4,000例となる。しかし病床の減少もあり、入院治療者数は2017年時に年間2845例で頭打ちとなっており、必要数に遙かに及ばない（参考文献2）。現行では入院必要者数に対応出来ていないため、長期の入院待機時間が問題となり、治療を必要とする患者に適切な時期に適切なI-131投与量での治療が行えない状況にある。病床数減少となる閉床の原因は、病棟建て替え時に排水・排気設備維持、汚染廃棄物管理、環境測定などの維持費が年間1000万円におよぶ不採算部門の撤廃にある。RI治療病室入院対象疾患の増加が見込まれているなか、現状を打開し、新たな治療へ対応するために増床に転ずる必要がある。現行の放射線治療病室管理加算は密封線源と非密封放射性同位元素に対するものが同じ点数で評価されているが、密封線源に比べて非密封放射性同位元素使用病室管理にかかる保守・運営費は非常に大きなコストがかかるため、密封と非密封とを分けて評価し、非密封放射性同位元素使用病室管理加算の点数を増点することを要する。
------------------------------	---

<p>②現在の診療報酬上の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象とする患者</li> <li>・技術内容</li> <li>・点数や算定の留意事項</li> </ul>	<p>対象とする患者：甲状腺分化癌                  技術内容：放射線治療病室に関する管理                  告示                  A225 放射線治療病室管理加算（1日につき） 2,500点                  注 治療上の必要があって、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>通知                  当該加算は、悪性腫瘍の患者に対して、放射線治療病室管理を行った場合に算定する。なお、放射線治療病室管理とは、密封小線源あるいは治療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる病室における放射線に係る必要な管理をいう。</p>				
<p>診療報酬区分（再掲）</p>	<p>A 第2部 第2節 入院基本料等加算</p>				
<p>診療報酬番号（再掲）</p>	<p>A225</p>				
<p>医療技術名</p>	<p>放射線治療病室管理加算</p>				
<p>③再評価の根拠・有効性</p>	<p>治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム</p> <p>現行でRI治療病室入院を必要とする治療は、甲状腺分化癌における甲状腺全摘術後の補助療法、再発癌、転移癌治療に対するI-131内用療法であり、世界的標準治療である上、I-131カプセルを内服する侵襲性の低い治療であるため、対象者には第一選択治療とされている。甲状腺腫瘍診療ガイドライン2018では、甲状腺分化癌術後補助療法として本治療を、高リスク乳頭癌および広範浸潤型濾胞癌には推奨、中リスク乳頭癌には予後因子を考慮した上で推奨としており、再発に対しては病変の部位、数、大きさ、全体の進行度を考慮して推奨し、肺転移および骨転移には強く推奨するとしている。さらにI-131投与量の明記があり、補助療法には3.7-5.6GBq(100-150mCi)、治療には3.7-7.4GBq(100-200mCi)とある（参考文献1）。本邦での、微小癌残存となる病理所見断端陽性者を対象とした補助療法におけるI-131投与量の比較検討で、外来投与可能量である1.1GBq(30mCi)と入院治療量である3.7GBq(100mCi)とでは、1.1GBq投与群での再発が有意に高いことが示されている（参考文献3）。よって再発リスクの高い症例に対する補助療法でのI-131投与量は、RI治療病室入院を要する3.7GBq(100mCi)以上を要することは明らかである。治療待機時間に関しては、転移例に対する初回のI-131内用療法の実施が甲状腺全摘術後180日を超えると生存率が大きく減少する（死亡リスク：約4倍）と報告されている（参考文献4）。</p> <p>RI治療病室の逼迫のため、顕在的残存癌および転移巣のない甲状腺全摘術後の正常甲状腺焼灼目的で、外来での甲状腺I-131(1.1GBq(30mCi)投与が2010年より可能となり、治療依頼が増加する中、やむなく高リスク群に対し1.1GBq(30mCi)投与症例数は増加している（参考文献2）。また入院待機時間に関しては、定期的に施行しているアンケートでは待機が180日を超える医療機関が20%を占め、1年を超える医療機関もある。増床により、適切な時期に適切な投与量での治療は必須である。</p>				
<p>ガイドライン等での位置づけ</p>	<p>ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）</p> <p>「甲状腺腫瘍診療ガイドライン2018」にて本治療の適応およびI-131投与量ともに明記があり、「放射性ヨウ化（I-131）ナトリウムカプセルを用いた内用療法の適正使用マニュアル」にて実際の方法および運用を示しており、医療法などに基づき放射線管理を行うことが定められている。</p>				
<p>④普及性の変化                  ※下記のように推定した根拠</p>	<p>「第8回全国核医学診療実態調査報告書（2018）」（参考文献2）より、放射性ヨウ素（I-131）による入院治療の実施回数が2012年は2,880件（2,880人）で、2017年は2,845件（2,845人）であり、この5年間でほぼ変化がなかった。治療病室の逼迫より、現状では治療可能な年間対象患者数は頭打ちと考える。改定後すぐに当該病室や治療医が増えることははないため、年間対象患者数も変化は見込めないかと推定されるため、改定前後で2,845人とした。前記のように本邦の手術例データベースであるNational Clinical Database(NCD)からの抽出では、甲状腺摘出時の高リスク群および転移群者数より本治療適患者数は多いが、短期間の実施件数増加は困難であるが、建て替え時にRI治療病室の撤廃予定となっている医療機関の路線変更を促すことは可能となる。</p> <p>一方、当該加算の場合は、当該病室における入院に対して1日につき1回算定ができるので、「年間対象患者数×1患者当たりの平均入院日数」から年間実施回数計算される。</p> <p>「放射性医薬品を投与された患者の退出について」（平成10年6月30日付け医薬安発第70号厚生省医薬安全局安全対策課長通知別添（以下「退出基準指針」という。）により、放射性ヨウ素（I-131）を投与された患者の放射線治療病室からの退出の制限が規定されている。</p> <p>このため、現状の放射性ヨウ素（I-131）の平均投与量3.7GBqを投与された患者がこの退出基準指針に従って当該病室を退出するには早くても3日間で通常4日間の入院が必要とされ、実際そのように運用されている。放射線治療病室に4日間入院すると仮定すると当該加算は4回算定できることになるので、年間実施回数（年間算定回数）について、改定前も改定後も入院日数は変化がないので、2,845人×4回=11,380回とした。</p>				
<p>年間対象者数の変化</p>	<table border="1"> <tr> <td>前の症例数（人）</td> <td>2,845</td> </tr> <tr> <td>後の症例数（人）</td> <td>2,845</td> </tr> </table>	前の症例数（人）	2,845	後の症例数（人）	2,845
前の症例数（人）	2,845				
後の症例数（人）	2,845				
<p>年間実施回数の変化等</p>	<table border="1"> <tr> <td>前の回数（回）</td> <td>11,380</td> </tr> <tr> <td>後の回数（回）</td> <td>11,380</td> </tr> </table>	前の回数（回）	11,380	後の回数（回）	11,380
前の回数（回）	11,380				
後の回数（回）	11,380				
<p>⑤技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・学会等における位置づけ</li> <li>・難易度（専門性等）</li> </ul>	<p>RI治療病室の運営歴は長く、医療法に基づく放射線管理体制は確立し、施行規則等の法整備は完備されているため、排気・排水設備の運転、フィルター交換、除染、貯留槽・浄化槽清掃および汚泥処理、汚染物の引き取り管理などの成熟度は高い（参考文献5）。よって現在の高額な維持費の減額を何らかの工夫によって見込むことは不可能である。さらに、法令に定める施設内で使用可能な放射性同位元素の量的規制等により、年間に治療可能な患者数は制限される。こうした点に加えて運営に従事する診療放射線技師及び看護師等の確保も困難である。諸外国に比し人口当たりのRI治療病室病床数は低く、全国的に不足状態であり、甲状腺腫瘍診療ガイドライン通りの補助療法、転移再発治療が十分に施行できていない施設が存在するのが現状である。さらに悪性褐色細胞腫に対するI-131 MIBG、神経内分泌腫瘍に対するLu-177 DOTATATEが薬事承認の見込みとなり、RI治療病室の必要性は増加している。第3期がん対策推進基本計画において内用療法（核医学治療）推進がうたわれ、がん診療連携拠点病院の指定要件に内用療法が組み込まれたことは、国が施策として内用療法の国内展開を後押しすることを意味している。日本核医学会アンケートではRI治療病室は築40年を超える施設が12を越え、建て替え時には撤廃がすでに決定している施設もあるため、さらなる減床が予想される。医療機関にとって、放射線治療病室に対する財源となるのは入院基本料と放射線治療病室管理加算となるため、放射線治療病室管理加算の増点を要する。</p>				

・施設基準 (技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手 術の体制等)	・非密封放射性同位元素を使用する放射線治療病室の構造設備基準を満たしている。 ・放射線に係る管理体制(被ばく防護、院内教育訓練等)が整えられている。																					
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人 数、専門性や経験年数等)	・当該治療に係る放射線安全管理責任者(常勤の医師)が1名配置されている。 ・当該治療に係る専門的知識を習得した看護師が適切に配置されている。 ・当該治療に係る専門的知識を習得した診療放射線技師が配置されている。																					
	その他 (遵守すべきガイドライン等そ 他の要件)	医療法施行規則における法令、並びに甲状腺腫瘍診療ガイドライン2018、放射性ヨウ素内用療法に関するガイドライン (第6版)等の関連学会におけるガイドライン並びに放射性ヨウ化(1-131)ナトリウムカプセルを用いた内用療法の適 正使用マニュアル(参考文献5)を用いて有効かつ安全に使用されている。																					
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特になし																					
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし																					
⑧点数等見直 しの場合	見直し前	2,500																					
	見直し後	9,533																					
その根拠		<p>全国平均2床なのでモデルケースとして2床で以下のように算出した。非密封放射性同位元素使用における公衆および 医療従事者の被曝は患者が線源となる外部被曝に加えて、放射性同位元素の吸入・摂取による内部被曝があるため、密 封線源と同様に核種からの放射線による他の病室に入院している患者への被ばく防護のための維持費用に加えて、放射 性ヨウ素(1-131)の特性による空气中及び排泄物等への拡散から発生する放射線から医療従事者及び公衆を被ばく防護 するための保守費用が必要である。それらの年間費用を算出し、1床の1日当たりに必要な点数を算出した。</p> <table border="1"> <tr> <td>1. 床及び物品清掃RI廃棄物汚染物測定及び区分</td> <td>毎週/年</td> <td>7,275,000円</td> </tr> <tr> <td>2. 空气中濃度・表面汚染・水中放射性物質濃度測定</td> <td>12回/年</td> <td>1,824,000円</td> </tr> <tr> <td>3. 排水排気設備点検</td> <td>1回/年</td> <td>167,000円</td> </tr> <tr> <td>4. 放射線モニタ点検</td> <td>1回/年</td> <td>1,072,000円</td> </tr> <tr> <td>5. 貯留槽清掃及び浄化槽清掃および汚泥処理</td> <td>1回/年</td> <td>434,000円</td> </tr> <tr> <td>6. 排気フィルター交換</td> <td>1回/年</td> <td>1,606,500円</td> </tr> <tr> <td>年間の保守費用</td> <td>合計</td> <td>12,378,500円</td> </tr> </table> <p>となり、1床当たりの年間の保守費用 6,189,250円・・・①となる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・治療後の病室壁等に吸着した放射性ヨウ素(1-131)からの放射線被ばくを防止するため、クーリングが必要であ り、その間、治療出来ないために、治療病床 1床当たり 22件/年とする。</li> <li>・1回の治療で放射線治療病室において退出基準の関係から4日間入院治療する。</li> <li>・密封線源と同様に非密封放射性同位元素から放射される放射線による他の病室に入院している患者への被ばく防 護のための維持費用は、現行の放射線治療病室管理加算が該当するとして 2,500点=25,000円</li> </ul> <p>よって、 ☆ 1床の1日当たり必要な点数 = ① 6,189,250円 ÷ (22件 × 4日) + 25,000円 = 70,332円 + 25,000円 = 95,332円 = 9,533点</p>	1. 床及び物品清掃RI廃棄物汚染物測定及び区分	毎週/年	7,275,000円	2. 空气中濃度・表面汚染・水中放射性物質濃度測定	12回/年	1,824,000円	3. 排水排気設備点検	1回/年	167,000円	4. 放射線モニタ点検	1回/年	1,072,000円	5. 貯留槽清掃及び浄化槽清掃および汚泥処理	1回/年	434,000円	6. 排気フィルター交換	1回/年	1,606,500円	年間の保守費用	合計	12,378,500円
1. 床及び物品清掃RI廃棄物汚染物測定及び区分	毎週/年	7,275,000円																					
2. 空气中濃度・表面汚染・水中放射性物質濃度測定	12回/年	1,824,000円																					
3. 排水排気設備点検	1回/年	167,000円																					
4. 放射線モニタ点検	1回/年	1,072,000円																					
5. 貯留槽清掃及び浄化槽清掃および汚泥処理	1回/年	434,000円																					
6. 排気フィルター交換	1回/年	1,606,500円																					
年間の保守費用	合計	12,378,500円																					
⑨関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択																					
	番号	なし																					
	技術名	なし																					
	具体的な内容	なし																					
⑩予想影響額	プラスマイナス	増(+)																					
	予想影響額(円)	800,355,400																					
	その根拠	<p>現在の放射線治療病室を用いたRI内用療法では、そのほとんどが放射性ヨウ素(1-131)によるRI内用療法によるもの である。当該治療では入院において2017年度には年間2,845回(第8回全国核医学診療実態調査報告書(2018)より)が実 施された。</p> <p>放射線治療病室に平均4日間入院するとすると、 現行の放射線治療病室管理加算(1日につき)が2,500点なので、 2,500点 × 2,845回 × 4日 = 28,450,000点 = 28,450,000点 × 10円 = 284,500,000円・・・①</p> <p>運営管理維持費を含む9,533点に増点されたとすると、 9,533点 × 2,845回 × 4日 = 108,485,540点 = 108,485,540点 × 10円 = 1,084,855,400円・・・②</p> <p>よって、 年間の医療費への影響 = ② - ① = 1,084,855,400円 - 284,500,000円 = 800,355,400円</p>																					
備考		特になし																					
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用さ れる医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし																					
⑫その他		特になし																					
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者 等		特になし																					



⑩参考文献 1	1) 名称	甲状腺腫瘍診療ガイドライン2018
	2) 著者	日本内分泌外科学会・日本甲状腺外科学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	甲状腺腫瘍診療ガイドライン2018、47ページ 1~14行、50ページ 35~40行、51ページ 19~32行
	4) 概要	Mindsが公開している「診療ガイドライン作成の手引き 2014」および国際的なグループであるGRADE (The Grading of Recommendations and Assessment, Development and Evaluation) の提案する方法を参考にした。 47ページ 1~14行 「CQ29 甲状腺分化癌の術後に放射性ヨウ素内用療法は推奨されるか？」 ◎◎◎ 高リスク乳頭癌には推奨する (コンセンサス+++) ◎ 中リスク乳頭癌には予後因子を考慮したうえで推奨する (コンセンサス++)。 ◎◎◎ 広範浸潤型濾胞癌には推奨する (コンセンサス+++) 50ページ 35~40行 「CQ31 術後放射性ヨウ素内用療法に用いる放射性ヨウ素の投与量は？」 ・アブレーションには1.1 GBq (30 mCi) を用いる。 ・補助療法には3.7-5.6 GBq (100-150 mCi) を用いる。 ・治療には3.7-7.4 GBq (100-200 mCi) を用いる。 51ページ 19~32行 「CQ32 分化型甲状腺癌の再発 (局所、リンパ節転移、遠隔) に対して放射性ヨウ素内用療法は推奨されるか？」 ◎◎◎ 病変の部位、数、大きさ、全体の進行度を考慮して判断することを推奨する (コンセンサス+++) ◎◎◎ 肺転移には強く推奨する (コンセンサス+++) ◎◎◎ 骨転移には強く推奨する (コンセンサス+++) ◎ 手術適応外だが治療を要する局所再発、リンパ節転移には弱く推奨する (コンセンサス++)。
⑩参考文献 2	1) 名称	第8回全国核医学診療実態調査報告書
	2) 著者	公益社団法人 日本アイソトープ協会 医学・薬学部会全国核医学診療実態調査専門委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	RADIOISOTOPES, Vol167, 339-387 (2018)、354ページ 左欄 中段 図12-2
	4) 概要	甲状腺癌の非密封RIを用いた核医学治療件数の内訳 第7回 (2012) と第8回 (2017) の棒グラフの甲状腺癌 (入院) の値より
⑩参考文献 3	1) 名称	Relapse-free survival after adjuvant radioactive iodine therapy in patients with differentiated thyroid carcinoma with a microscopically positive tumor margin.
	2) 著者	渡辺憲ら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Ann Nucl Med 2020; 34: 920-925. 923ページ 左欄 19~22行目、26~29行目、923ページ 表2 「投与量による再発の違い」
	4) 概要	甲状腺全摘出術時の病理所見で断端陽性であった症例に対し1.11GBqと3.7GBqにてI-131内用療法を施行した2群の再発の有無を比較した。1.11GBq治療群で有意に再発が多く、多変量解析の結果ハザード比91.9 (CI:7.66-1102.79) であった。
⑩参考文献 4	1) 名称	Delayed Initial Radioactive Iodine Therapy Resulted in Poor Survival in Patients with Metastatic Differentiated Thyroid Carcinoma: A Retrospective Statistical Analysis of 198 Cases.
	2) 著者	東達ら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Nucl Med 2011; 52: 683-689. 683ページ 左欄 35行目、688ページ 1~3行目、688ページ 上段 表2 「疾患特異的生存の予後因子の多変量解析」
	4) 概要	転移のある分化型甲状腺癌において、甲状腺全摘術後に放射性ヨウ素内用療法を行った198例の予後因子を解析し (平均観察期間5.4年、最長31.7年)、全摘手術後に初回放射性ヨウ素内用療法の開始が遅れると予後が悪化することを示し、初回放射性ヨウ素内用療法までの期間が180日を超えると、その後経過中の死亡率が4倍以上上昇することを明らかにした。
⑩参考文献 5	1) 名称	放射性ヨウ化 (I-131) ナトリウムカプセルを用いた内用療法の適正使用マニュアル
	2) 著者	日本医学放射線学会、日本核医学会、日本内分泌学会、日本甲状腺学会、日本内分泌外科学会、日本甲状腺外科学会、日本核医学技術学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	放射性ヨウ化 (I-131) ナトリウムカプセルを用いた内用療法の適正使用マニュアル、3~4ページ
	4) 概要	本マニュアルは、I-131 標識ヨウ化ナトリウムカプセルを適用した内用療法を実施するにあたり、厚生労働省から発出された「放射性医薬品を投与された患者の退出手続きについて」 (平成10年 6月30日、医薬安発第70号) が確実に遵守されること、また I-131 の取扱時の安全性が確保されることを目的としてまとめた実施要綱である。この療法を安全に実施するためには、放射性医薬品の安全取扱い及び被ばく防止対策を徹底することが不可欠であり、国民や関係者に十分な説明と理解を得ることが最も重要である。治療用放射性医薬品に関する退出手続きは、医療法に基づいて放射性医薬品を投与された患者が病院内の診療用放射性同位元素使用室および放射線治療病室から退出する際に適用されるものである。この退出手続きは、国際放射線防護委員会 (ICRP) 勧告や国際原子力機関 (IAEA) の国際基本安全基準で述べられている放射線防護に関する要件を基本とし、欧米において実施されている事例を参考に定められた。 2.2 実施施設の構造設備等に関する基準 2.2.1 施設の構造設備等に関する基準 (法的要件) 本療法に用いられる I-131 は、医療法施行規則等で「診療用放射性同位元素」と定義され、病院又は診療所に診療用放射性同位元素を備えようとする場合、あるいは備えている場合には、医療法第 15 条及び医療法施行規則第 24 条、第 28 条に基づき、当該病院又は診療所所在地の都道府県知事に使用する医師又は歯科医師の氏名及び放射線診療に関する経歴等のほか、診療用放射性同位元素使用室、貯蔵施設、運搬容器及び廃棄施設、放射線治療病室の構造設備を届出なければならない。

提案番号(6桁) 申請技術名 申請学会名

A214201 放射線治療病室管理加算 (非密封放射性同位元素を使用する放射線治療病室を対象とした増点) 日本核医学会

**【要望の概要】** 放射線治療病室には密封放射性同位元素を使用する病室があり、密封線源放射線治療病室は放射線の遮蔽設備のみでよいが、非密封放射性同位元素を使用する放射線治療病室(以下、RI治療病室)は遮蔽に加え、排気設備及び貯留槽を有する排水設備の設置が義務付けられており、**維持管理に高額な費用を要する**。現行の放射線治療病室管理加算を**①密封線源使用病室と②非密封放射性同位元素使用病室に分けた上で、②非密封放射性同位元素使用病室の場合につき増点を要望する**。

**【対象患者の治療実施回数】** 対象疾患：甲状腺癌  
 ヨウ素131RI内用療法の入院治療年間実施回数：2,845回  
 (第8回全国核医学診療実態調査報告書(2018)より)  
 (薬事承認見込み：悪性褐色細胞腫に対するI-131 MIBG、  
 神経内分泌腫瘍に対するLu-177 DOTATATE)

**【現行の診療報酬点数】**  
 A225 放射線治療病室管理加算(1日につき) 2,500点

RI治療病室

呼気等より  
空中飛散

排気システム  
放射線  
モニタ一室  
で管理

尿・便・唾液・汗・呼気より  
放射性同位元素を排泄

排水

貯留槽の容量でRIの使用量が制限される

◆ 遮蔽  
 ◆ 汚染物の廃棄  
 ◆ 汚染確認・退出時の放射線測定機器等  
 ◆ 退出時の除染

国内治療病床数：154床  
 人口100万人当たり病床数  
 日本：1.23, ドイツ：12.5  
 この2年で  
 千葉大、虎ノ門が閉鎖

本邦の入院待機期間  
 平均：3.8か月, 180日以上以上の医療機関：20%

RI治療病室稼働状況の  
 実態調査報告  
 (第5報) 2019 核医学  
 施設数(51)

~500	4
~269	6
~179	18
30~89	23

『初期投資』

1. 遮蔽設備
2. 放射性同位元素が付着しにくい内装
3. 排水・排気設備
4. 医療従事者被曝防護設備

『維持費(1床当たりの年間の保守費用を算出)』

1. 床及び物品清掃RI廃棄物汚染物測定  
毎週/年 7,275,000円
2. 空気中濃度・表面汚染・水中放射性物質  
濃度測定 12回/年 1,824,000円
3. 排水排気設備点検 1回/年 167,000円
4. 放射線モニタ点検 1回/年 1,072,000円
5. 貯留槽清掃及び浄化槽清掃および  
汚泥処理 1回/年 434,000円
6. 排気フィルター交換 1回/年 1,606,500円

年間の保守費用合計 **12,378,500円**  
**1床当たりの年間の保守費用 6,189,250円**  
 ※全国平均2床よりモデルケースとして  
 2床にて1床当たりの年間の保守費用を算出

一方、密封線源を用いる放射線治療病室

『初期投資』

1. 遮蔽設備
2. 医療従事者被曝防護設備

『維持費』 一般病室と同等

地域	病床数	人口100万人 当りの病床数
北海道	9	1.64
東北	26	3.04
北陸	11	3.58
関東	27	0.63
東海	8	0.54
近畿	16	0.78
中国	14	1.94
四国	7	1.88
九州	28	1.93

**【診療報酬上の取扱】** ・ A 入院基本料等加算  
 A225 放射線治療病室管理加算(1日につき)

1 非密封放射性同位元素を用いる場合 9,533点  
 2 密封線源を用いる場合 2,500点

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	A219201		
提案される医療技術名	緩和ケア病棟入院料		
申請団体名	日本緩和医療学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	緩和ケア科
	関連する診療科（2つまで）	01内科	
		13外科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	有		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	平成30年度	
	提案当時の医療技術名	緩和ケア病棟入院料におけるがんリハビリテーション料の包括外化	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分	A 第2部 第3節 特定入院料		
診療報酬番号	A310		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	○	
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	○		
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載	リハビリテーションの包括外算定		
技術の概要（200字以内）	緩和ケア病棟入院料1に関する施設基準として、直近1年間において、自宅退院患者が15%以上と明記されており、看取りに加えて在宅復帰支援への機能強化が図られるようになってきている。緩和ケア病棟におけるリハビリテーションは身体症状を伴う患者においても、安全かつ円滑な退院支援ができると考えられるが、医師、看護師、療法士の各職種とも、出来高算定ができないことが一番の課題であるとの報告がある。		
再評価が必要な理由	緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実態調査では、対象患者の76%がPS3、4でも、一時的なADLの改善を認める症例があり、ADLの改善要因としては、環境整備による残存機能の活用や廃用症候群の改善が影響したと考えられるとの報告がある。がんのリハビリテーション診療ガイドラインによると、生命予後が限られた根治治療対象外の進行がん患者においても、全身状態が安定している場合には、根治的治療対象のがん患者と同様に監督下での運動療法は、身体状態の改善、QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、病状の進行や苦痛症状に合わせた包括的リハビリテーション治療を行うことは、身体状態の改善、ADLの維持・疼痛・倦怠感・精神心理面・満足度・QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。J-HOPE3,4の付帯研究において、ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの実施と終末期のQOLとの関連では、リハビリテーション実施群が非実施群と比較して有意にスコアが良好であったとの報告がある。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	がんのリハビリテーション診療ガイドラインによると、生命予後が限られた根治治療対象外の進行がん患者においても、全身状態が安定している場合には、根治的治療対象のがん患者と同様に監督下での運動療法は、身体状態の改善、QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、病状の進行や苦痛症状に合わせた包括的リハビリテーション治療を行うことは、身体状態の改善、ADLの維持・疼痛・倦怠感・精神心理面・満足度・QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。リハビリテーション診療を実施することで、患者のQOL維持/向上につながる可能性があるとの報告がある（文献2）。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象とする患者：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保険医療機関において、入院中のがん患者であって、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者。在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者</li> <li>・技術内容：がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じた場合について算定する</li> <li>・点数や算定の留意事項：がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。1単位205点</li> </ul>
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料
診療報酬番号（再掲）	A310
医療技術名	緩和ケア病棟入院料におけるがんリハビリテーション料の包括外化

③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	がんのリハビリテーション診療ガイドラインによると、生命予後が限られた根治治療対象外の進行がん患者においても、全身状態が安定している場合には、根治的治療対象のがん患者と同様に監督下での運動療法は、身体状態の改善、QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、病状の進行や苦痛症状に合わせた包括的リハビリテーション治療を行うことは、身体状態の改善、ADLの維持、疼痛・倦怠感・精神心理面・満足度・QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	がんのリハビリテーション診療ガイドライン
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		J-HOPE3,4研究（文献4）や緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実態調査（文献1）から、緩和ケア病棟でのリハビリテーション実施率30%と想定。2019年のがん死亡者数376,425人、緩和ケア病棟での死亡者割合13.3%であるので約50,000人の緩和ケア病棟での入院患者があり、そのうちの30%、15,000人が対象者と想定。治療強度は機能維持目的と考へ、週に2回、1回20～30分、平均在院日数28.5日より15,000×2単位/日×2回/週×4週×205点=49,200,000点。緩和ケア病棟入院患者の褥瘡発生率は（文献5）14.1%～10.2%であり、グレード1,2（d1,d2）の占める割合は87%～91.1%、褥瘡を有する患者の入院日数は、褥瘡を有しない患者と比較し、入院日数は13～10日間長くなるのと結果がある。入院時には褥瘡に関する危険因子の評価が必須であり、その中には基本的動作能力が評価項目として上がっており、リハビリテーションが褥瘡発生予防や入院日数の減少に寄与する可能性はあると思われる。	
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	-	
	後の症例数（人）	15,000人	
年間実施回数 の変化等	前の回数（回）	-	
	後の回数（回）	15,000人/年×2単位/日×2回/週×4週=240,000回	
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		がんのリハビリテーション研修会受講者であれば、がん患者のリハビリテーションについて習得しており、副作用やリスクについて安全に配慮した対応ができる。	
・施設基準 （技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	現状の施設要件に準ずる。	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	現状の施設要件に準ずる。	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	各種ガイドラインを遵守する	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特になし	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		特になし	
⑧点数等見直し の場合	見直し前	-	
	見直し後	-	
	その根拠	-	
⑨関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択	
	番号	-	
	技術名	-	
	具体的な内容	-	
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（+）	
	予想影響額（円）	15,000人/年×2単位/日×2回/週×4週×205点=49,200,000点×10=492,000,000円	
	その根拠	15,000人/年×2単位/日×2回/週×4週×205点=49,200,000点	
	備考	-	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし	
⑫その他		なし	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし	
⑭参考文献1	1) 名称	緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題-代表者（医師）への全国調査結果より	
	2) 著者	高島千敬、田尻寿子、他	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	第18回日本緩和医学学会学術大会 2013/6/21-6/22	
	4) 概要	対象者の76%はPS3,4であるが、一時的なADLの改善を認める症例があり、ADLの改善要因としては、環境整備による残存機能の活用や廃用症候群の改善が影響したと考えられる	
⑮参考文献2	1) 名称	Changes in and associations among functional status and perceived quality of life of patients with metastatic/locally advanced cancer receiving rehabilitation for general disability	
	2) 著者	Sekine R, Ogata M, et al	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Am J Hosp Palliat Care 32:695-702. 2015	
	4) 概要	全人的サポートを意識したリハビリテーション診療を実施することで患者のQOL維持/向上につながる可能性がある	

⑬参考文献3	1) 名称	がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版
	2) 著者	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会・編
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版2019 258-268
	4) 概要	生命予後が限られた根治治療対象外の進行がん患者においても、全身状態が安定している場合には、根治的治療対象のがん患者と同様に監督下での運動療法は、身体状態の改善、QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、病状の進行や苦痛症状に合わせた包括的リハビリテーション治療を行うことは、身体状態の改善、ADLの維持、疼痛・倦怠感・精神心理面・満足度・QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。
⑭参考文献4	1) 名称	Rehabilitation for Cancer Patients in Inpatient Hospices/Palliative Care units and Achievement of a Good Death:Analyses of Combined Data From Nationwide Surveys Among Bereaved Family Members.
	2) 著者	Hasegawa T, Sekine R, Akechi T, et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Pain Symptom Manage 60:1163-1169, 2020
	4) 概要	ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの実施の有無でQODIに有意差がある
⑮参考文献5	1) 名称	An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting
	2) 著者	Jean Galvin
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	International Journal of Palliative Nursing 2002, Vol8 No5, Pages 214-221
	4) 概要	緩和ケア病棟入院患者の褥瘡発生率は10.2%~14.1%であり、グレード1,2 (d1, d2)の占める割合は87%~91.1%、褥瘡を有する患者の入院日数は、褥瘡を有しない患者と比較し、10日間~10日間長かった。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A219201	緩和ケア病棟入院料（リハビリテーション包括外化）	日本緩和医療学会

### 【現状】

緩和ケア病棟には看取りに加えて在宅復帰支援の機能が求められている。しかしながら、包括算定のため疾患別リハ料の算定ができず、リハビリテーションが必要な患者に実施できていない。

### 【問題点】

- ・わが国のがんのリハビリテーション診療ガイドラインによると、生命予後が限られた根治治療対象外の進行がん患者、緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、リハビリテーション治療を行うことは、患者のQOL維持/向上につながる可能性がある（グレード2B、推奨の強さ：弱、推奨エビデンスの確実性：中）。
- ・ガイドラインで推奨されているにもかかわらず、緩和ケア病棟では包括算定のため疾患別リハ料の算定ができず、リハビリテーションが必要な患者に実施できていない。
- ・遺族調査によるとがんリハビリテーションを行うことで5%の患者はADLが改善する。大半でADLは維持・低下するもの患者の満足度は高く、QOLに有意に関連する。
- ・緩和的放射線治療は苦痛症状緩和、外来、在宅移行支援のため包括外算定となっている。



### 【提案】

緩和ケア病棟でがんリハビリテーションを包括外化し、がん患者リハビリテーション料(205点/1単位、1日2単位、週2回、合計4単位)を算定できるようにすることで、リハビリテーションの実施を促進し、緩和ケア病棟入院患者のADL、QOL、満足度の向上を図り、在宅復帰を支援する。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	A225201	
提案される医療技術名	結核病棟入院基本料	
申請団体名	日本結核・非結核性抗酸菌症学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	02呼吸器内科
	関連する診療科（2つまで）	00なし
		00なし
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択
	提案当時の医療技術名	—
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	A 第2部 第1節 入院基本料	
診療報酬番号	A102	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	該当する場合、リストから○を選択
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択
	2-A 点数の見直し（増点）	○
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載	
技術の概要（200字以内）	看護配置、看護師比率その他の事項につき厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方 厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（特定入院料を算定する 患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	
再評価が必要な理由	COVID-19蔓延の下で結核病棟を感染症病床に転用し、入院病床として運用している。本邦の感染症病床確保に結核病棟・病床は、大きく寄与した。病棟全体の陰圧、呼吸器内科に精通した医師や看護スタッフが常勤している結核病棟は、呼吸器感染症の蔓延ではなくてはならない。陰圧管理の費用として、例えばCOVID-19に用いられる簡易陰圧機器購入として、1床あたり432万円が計上されている。永続的な陰圧システムの維持は、建屋の建設費の減価償却、HEPAフィルターの購入、点検など、施設の基本的な維持以外に陰圧病棟独特の費用が必要となる。N95マスクは現在COVID-19対策で価格が高騰し、200円/枚から300円/枚と上昇し、1個/人/日装着したとして、2交代、日勤20人、夜勤4人（いずれも医師を含む）勤務、薬剤師、栄養士、理学療法士などを加えると、30人/日でこの費用は、3,285,000円/年になる。医療スタッフの健康管理に必須な6か月毎にTSPOTは、結核病棟にかかわる職員を看護師30名、医師5名、薬剤師1名、栄養士1名、レントゲン技師3名、掃除2名、検査技師2名を行う（44名）と、スタッフの半年分のTSPOT費用は6,120円*44人=269,280円となる。二類感染症患者環境特別加算が40床で30例年間平均で維持された場合、個室を常時3個室使用した場合、22,995,000円加算を得られるが、現行の加算では陰圧システム維持でぎりぎりの状況にある。結核病棟は、感染防御に見えない部分で費用を使っており、病棟閉鎖、病床返上を考慮する医療機関は多いため、基礎点数の10%上昇をお願いしたい。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	結核病棟・病棟の維持のため、基礎点数を10%上昇しなければ、不採算病棟として閉鎖されていき、今後感染症病床への転用は困難となる。	
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	結核患者が入院するにあたり、1 7対1入院基本料 1,654点 2 10対1入院基本料 1,385点 3 13対1入院基本料 1,165点 4 15対1入院基本料 998点 5 18対1入院基本料 854点 6 20対1入院基本料 806点を基本料としているが、この点数を一律10%上げていただきたい。	
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第1節 入院基本料	
診療報酬番号（再掲）	A102	
医療技術名	結核病棟入院基本料	
③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	結核病棟の維持を行うことは、感染症蔓延時期の転用に有用であったことは否めない。今後結核病棟・病棟は減少していくが、維持しなくてはならない。
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	2019年喀痰塗抹陽性肺結核患者は5,231人で、近年10%づつ減少している。よって、2020年は4,700人、2021年は4,200人と対象患者は減少している。都市部の結核患者は外国人の影響で増加傾向にあったが現在COVID-19の関係で一過性に減少している。感染症病棟の返上は続いており、維持が不可能となりつつある。医療収益の減少から不採算病棟である結核病棟は今後衰退し、維持できない可能性が高い。	
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	4,700人
	後の症例数（人）	4,200人
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	4,700回
	後の回数（回）	4,200回

⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		技術に該当しない
・施設基準 （技術の専門性 等を踏まえ、必要 と考えられる 要件を、項目毎 に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体 制等）	感染症に定める結核専門医療機関
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門 性や経験年数等）	変更なし
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の 要件）	なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		安全性とは関係はない
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		特に問題は生じない
⑧点数等見直し の場合	見直し前	1 7対1入院基本料 1,654点 2 10対1入院基本料 1,385点 3 13対1入院基本料 1,165点 4 15対1入院基本料 998点 5 18対1入院基本料 854点 6 20対1入院基本料 806点
	見直し後	1 7対1入院基本料 1,819点 2 10対1入院基本料 1,524点 3 13対1入院基本料 1,282点 4 15対1入院基本料 1,098点 5 18対1入院基本料 939点 6 20対1入院基本料 887点
	その根拠	結核病棟は二類感染症であっても、二類感染症加算の対象とはならない。二類感染症加算は一日当たり250点の加算となるが、60日間加算 がついた場合、患者一人当たり15,000点/入院となり、その加算分は、ナースステーションの陽圧および結核病棟の陰圧管理システムのメン テナンス、及び病室等のHEPAフィルタ一整備、職員のN95マスク購入に充てられる。結核病棟として維持するにあたり、現在の持ち出し 分として、一般病棟と同様の医療の維持について、病棟・病床の維持管理、一般病棟の看護必要度Ⅰ、Ⅱに該当する高齢者や重症者の看護、 一般病棟の看護必要度Ⅰ、Ⅱに該当する高齢者（東京病院の場合担当は30%以上となる）の食事介助や入浴にあたる看護助手の費用、 呼吸ケアチームや緩和ケアチームの非加算分、職員を確保し続けるための教育費用等に充てる目的で、入院基本料を10%上昇をお願いした い。
⑨関連して減点 や削除が可能と 考えられる医療 技術	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択 — — —
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠 備考	不変（0） 特になし 結核病棟入院患者数が10%程度年々減少しているため なし
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬 品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		日本呼吸器学会 日本感染症学会
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本呼吸器学会 日本感染症学会
⑭参考文献 1	1) 名称	第173回国会（臨時会）答弁書 困窮状況にある結核医療にかかる診療報酬改定に関する質問主意書
	2) 著者	内閣総理大臣 鳩山 由紀夫
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	答弁書第三〇号 内閣参事二七三 第三〇号平成二十一年十一月二十日
	4) 概要	「なお、二類感染症患者入院診療加算については、多剤耐性結核の患者だけでなく、すべての結核患者を対象としている。」と答弁されて おり、平成21年の政府の答弁では、二類感染症加算は診療報酬上可能であると内閣総理大臣が答弁している。しかしこの答弁後診療報酬で は二類感染症加算は反映されてこず、結核病棟の赤字の蓄積から、病床の返上が続いている。
⑭参考文献 2	1) 名称	新型コロナウイルス感染症を踏まえた地域医療構想 の 検討状況について
	2) 著者	厚生労働省医政局
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	<a href="https://www.soumu.go.jp/main_content/000715234.pdf">https://www.soumu.go.jp/main_content/000715234.pdf</a>
	4) 概要	「一方、感染症の医療提供体制の確保に関しては、各都道府県において、感染症法に基づく「予防計画」を策定し、感染症指定医療機関の 整備や感染症患者の移送体制の確保等の取組を進めているところ。」とあり、厚生労働省による感染症病床の維持計画の中で、現状感染症 病棟に転用されている、結核病床の意義は認識されたと推測できる。
⑭参考文献 3	1) 名称	設計指示書
	2) 著者	国立病院機構
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	<a href="https://nho.hosp.go.jp/files/000037987.pdf">https://nho.hosp.go.jp/files/000037987.pdf</a>
	4) 概要	廊下に給気して病室から排気する第3種換気とし、排気量は、4床室は300m <sup>3</sup> /時、1床室は200m <sup>3</sup> /時とし、換気回数は12回/時以上とす る。スタッフステーションは陽圧とし、1つの扉に対して300m <sup>3</sup> /時以上の風量差となる様に給気する。屋上排気とし、病院の立地条件に よっては、排気設備にHEPAフィルタを設ける。排気設備は自家発電回路とする。などの設計上の制約が多く、一般病棟よりその維持費が高 いことが推測される。
⑭参考文献 4	1) 名称	なし
	2) 著者	なし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	なし
⑭参考文献 5	1) 名称	なし
	2) 著者	なし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	なし



提案番号(6桁) **申請技術名** **申請学会名**  
**A225201** **結核入院基本料** **日本結核・非結核性抗酸菌症学会**

提案名：「結核入院基本料」の増点

医療技術の概要：看護配置、看護師比率その他の事項につき厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

対象疾患：結核病棟入院患者

現在当該疾患に対処行われている治療との比較

結核入院基本料	現況	申請
7対1入院基本料	1,654点	1,819点
10対1入院基本料	1,385点	1,524点
13対1入院基本料	1,165点	1,282点
15対1入院基本料	998点	1,098点
18対1入院基本料	854点	939点
20対1入院基本料	806点	887点

診療情報上の  
取り扱い

有効性：増点提案理由

- 1 陰圧設備・空調設備の維持
- 2 職員健康管理目的のIGRA検査の定期実施
- 3 設備、機器整備を行い、看護職離職の予防
- 4 指定感染症病棟に転用可能となるよう、閉棟病床返上を予防

表6-1-1. 年次別・年齢階級別 結核罹患率 (人口10万対)

区分	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
総数	14.4	13.9	13.3	12.3	11.5
0～4歳	0.6	0.5	0.6	0.5	0.4
5～9歳	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2
10～14歳	0.2	0.4	0.3	0.4	0.2
15～19歳	2.8	3.1	2.5	2.7	2.4
20～29歳	9.0	9.8	9.8	10.1	9.2
30～39歳	7.1	6.5	6.6	6.0	5.4
40～49歳	7.5	6.5	6.1	5.5	5.3
50～59歳	8.8	8.4	8.1	7.2	6.5
60～69歳	13.1	12.0	11.4	10.0	9.1
70～79歳	26.9	24.5	22.0	19.7	17.6
80～89歳	66.0	60.8	55.5	51.2	45.4
90歳以上	92.0	96.3	92.7	82.8	85.2

肺結核患者において

- 1) 高齢者率の増加
  - 2) 結核既感染・免疫低下因子を有するもの（高齢者）に遍在
  - 3) 結核既感染・社会的弱者に遍在
  - 4) 外国人患者の増加
  - 5) 多剤耐性結核患者の増加
  - 6) 対応困難な難治例が残る
- が見込まれる。

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既記載）

整理番号 ※事務処理用	A225202	
提案される医療技術名	重症者等療養環境特別加算	
申請団体名	日本結核・非結核性抗酸菌症学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	02呼吸器内科
	関連する診療科（2つまで）	00なし
		00なし
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択
	提案当時の医療技術名	—
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号	A221	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	○
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載	
技術の概要（200字以内）	加算の対象となる者は、次のいずれかに該当する患者であって、特に医療上の必要から個室又は2人部屋の病床に入院した者について、1日につき、個室の場合300点、2人部屋の場合150点を ア 病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者 イ 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者 について加算する。	
再評価が必要な理由	結核病棟は活動性があり感染性がある肺結核というくくりで、様々な疾患の患者が入院し、その対応は多岐にわたる。肺癌術後、虚血性心疾患カテーテル治療後、脳血管障害急性期、など、一般病棟で重症管理加算の対象となる患者であっても肺結核であると結核病棟へ入院する。一方で、認知機能が低下した徘徊する高齢者も、ベッド上の安静が保てずベッドから転落する可能性の高い患者も、結核の勧告入院により同じフロアに入院している。結核病棟の医療者、特に看護師は最善を尽くし、重症や手厚い看護が必要な患者については、チーム医療、モニター装着で対応を行うが、常時の監視を行っているにもかかわらず、一般病棟でその加算を受けていた同じ患者でも、受けることはできない。看護師は常時監視を必要とする患者では疲労している。患者さんの重症度ではなく、疾患で様々なケアを区別する現行の医療体制によって、患者さんの療養レベルに格差を生じさせている	

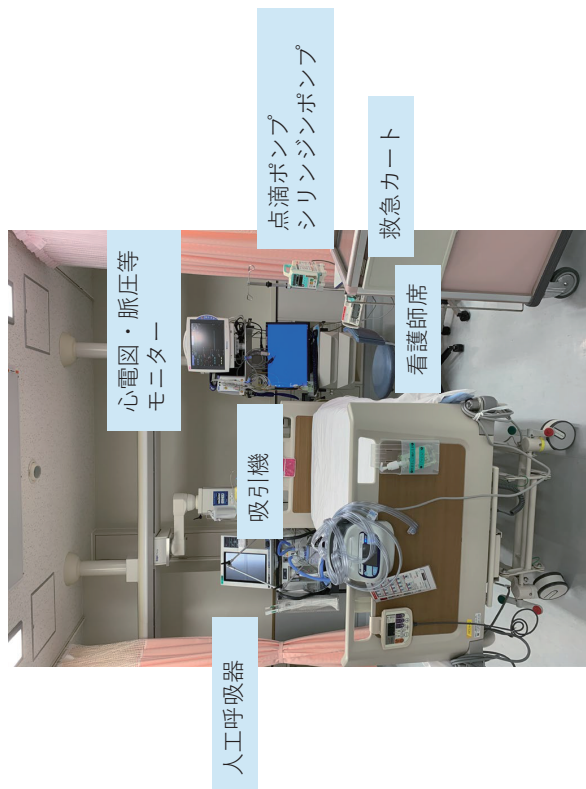
## 【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	病状が重篤な患者が結核病棟に入院し、施設基準に合致した設備を利用し、十分な看護や介護がとられた場合、一般病棟と同様に重症管理加算を算定するため、対象疾患の拡大を行う。	
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象とする患者：結核病棟入院中の、病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者、あるいは必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者 技術内容：重症者に適切な看護や介護を行うこと。 留意事項：以下の設備があること。個室又は2人部屋の病床であって、療養上の必要から当該重症者を入院させるに適したものであること。心拍監視装置等の患者監視装置を備えている場合又は映像による患者監視システムを有する場合を含む。酸素吸入、吸引のための設備が整備されていること。 常時監視を要し、随時適切な看護及び介助を必要とする重症患者の看護を行うにつき十分な看護師等の配置があること。	
診療報酬区分（再掲）	入院基本料等加算	
診療報酬番号（再掲）	A221	
医療技術名	重症者等療養環境特別加算	
③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	結核入院患者における高齢者数の増加、免疫低下者への偏在等に対する、病状監視の必要性が高まっているが、結核患者に限ったことではなく、入院患者における安全性の確保に対する看護職員の安全管理が強調される一方、高速を行ってはならず、看護職員の負担が高くなっている。
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。） 重症患者を見守ることは看護師が実践している実務であり、ガイドラインは作成されない。

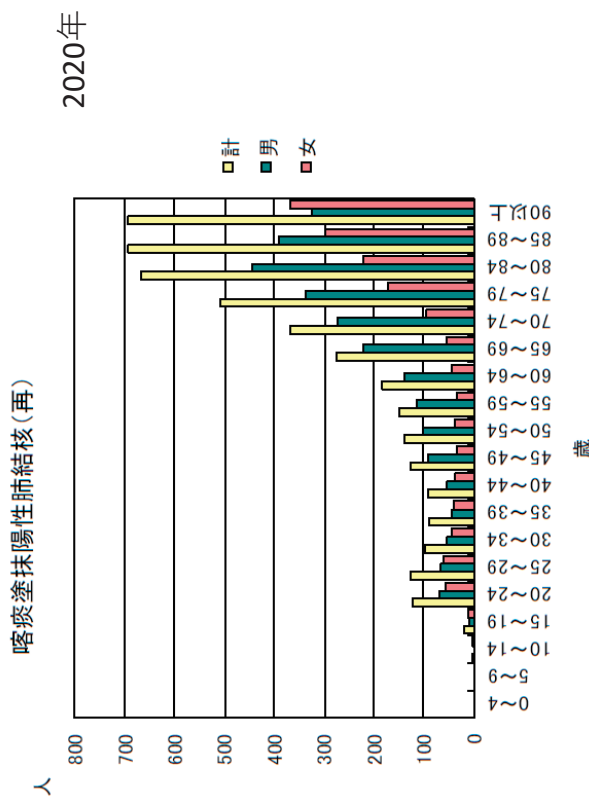
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		10対1以上の看護体制を取っている施設が74施設あり、常時監視が必要とされる患者用の個室が2床～3床/施設である。人工呼吸管理や手術例は、1施設年間10例未満であり740例/年が上限となる。重症の期間は2週間程度であり、10,360回/年が上限と推測。
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	0人
	後の症例数（人）	740例
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0人
	後の回数（回）	10,360回
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		成熟している。難易度は高くなく、一般病棟で本施設基準を届け出ている病院であれば容易。
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	以下の設備があること。個室又は二人部屋の病床であって、療養上の必要から当該重症者を入院させるに適したものであること。心拍監視装置等の患者監視装置を備えている場合又は映像による患者監視システムを有する場合を含む。酸素吸入、吸引のための設備が整備されていること。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	常時監視を要し、随時適切な看護及び介助を必要とする重症患者の看護を行うにつき十分な看護師等の配置があることから、7対1、10対1の看護体制を取る医療機関。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	医療安全に専従する職員がいること
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		結核病棟内の整備が整い、安全性につながる。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		倫理的、社会的妥当性に関連する項目ではない。
⑧点数等見直し の場合	見直し前	—
	見直し後 その根拠	個室の場合300点 二人部屋の場合150点 一般病棟と同様
⑨関連して減点 や削除が可能と 考えられる医療 技術	区分	区分をリストから選択
	番号	—
	技術名 具体的な内容	—
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（＋）
	予想影響額（円）	26,418,000円
	その根拠	10,360回の加算を個室 70% 二人部屋 30%で計算 個室の場合300点 二人部屋の場合150点 年間740例上限と分折
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本呼吸器学会・日本感染症学会・日本看護協会
⑭参考文献 1	1) 名称	結核登録者情報調査月報報告-2020年12月概況-
	2) 著者	結核研究所疫学情報センター
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	<a href="https://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/toukei/2/">https://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/toukei/2/</a>
	4) 概要	本邦の喀痰塗抹陽性結核患者数は2020年は減少傾向であるが、高齢者に偏在している状況はさらに強くなっている。
⑭参考文献 2	1) 名称	中堅看護師はなぜ離職するのか：最近5年間の統合的レビュー
	2) 著者	齋藤茂子
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	東洋大学大学院紀要、54、385-
	4) 概要	中堅看護師の離職の要因は、①多忙な業務と重い責任に関わる問題、②ライフイベントに関わる問題、③自信喪失・疲弊感に関わる問題、④人間関係に関わる問題、⑤キャリアアップの5つに分類できた。
⑭参考文献 3	1) 名称	ヒヤリ・ハット事例に学ぶ人工呼吸器の安全対策
	2) 著者	大阪府薬事審議会医療機器安全対策推進部会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	令和2年2月 <a href="http://www.pref.osaka.lg.jp/yakumu/kiki_taisaku/hiyari_kokyuuiki.html">http://www.pref.osaka.lg.jp/yakumu/kiki_taisaku/hiyari_kokyuuiki.html</a>
	4) 概要	ヒヤリ・ハット事例の当事者の職種については、看護師が117件(79.6%)と最も多く、発生場所としては、病室での発生が89件(60.5%)と最も多く、勤務の交代時と思われる時間帯が多い。
⑭参考文献 4	1) 名称	なし
	2) 著者	なし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	なし
⑭参考文献 5	1) 名称	なし
	2) 著者	なし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	なし

提案番号(6桁)	申請技術名
A225202	重症者等療養環境特別加算
	日本結核・非結核性抗酸菌症学会

提案名：重症者等療養環境特別加算  
**医療技術の概要、診療報酬上の取り扱い**：加算の対象となる者は、次のいずれかにかに該当する患者であって、特に医療上の必要から個室又は2人部屋の病室に入院した者について、1日につき、個室の場合300点、2人部屋の場合150点をア病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者イ必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者について加算する。  
**対象疾患名**：結核病棟に入院した患者  
**現在当該疾患に対して行われている治療との比較**：現在適応されておらず、看護師の疲弊に配慮されていない。  
**有効性**：結核病棟では、重症者に対して、以下のようモニターの管理と患者のケアを行っているにもかかわらず、重症者環境管理加算の算定ができていない現状です。一方、多くの医療現場で患者の身体的拘束への見直しが始まり、認知障害のある高齢者に対する認知症ケア加算が算定されている。この加算は結核病棟でも可能かどうか。重症者や高齢者への安全に、看護できる環境とするための様々なモニタリングについて結核病棟に入院しているという条件で、加算されないのか。重症者や高齢者にもこの算定は必要です。**看護職の確保が困難**となります  
 この設備は、結核重症者用HCUにも装備されている。しかし他の病床とは加算が違うのは何故でしょうか。



NHO東京病院HCU



結核は高齢者が多い疾患で、結核病棟は、看護と介護を行う病棟です。術後や虚血性心疾患、脳血管障害の患者であっても、結核菌が喀痰から検出された場合、結核病棟に入院となります。

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	A225203		
提案される医療技術名	救急医療管理加算		
申請団体名	日本結核・非結核性抗酸菌症学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	02呼吸器内科	
	関連する診療科（2つまで）	00なし	
		00なし	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	提案当時の医療技術名	なし	
	追加のエビデンスの有無	無	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	A-205		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	○	
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択		
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	受け入れの遅れが医療機関での結核院内感染拡大につながらないように、医療機関から申し込みがあった当日ないしは翌日に患者を受け入れた場合、入院した日から換算し7日、救急医療加算の算定を行えるよう提案する。		
再評価が必要な理由	COVID-19蔓延により結核病棟が転用され、一部の結核医療機関に結核患者の紹介が集中し、受け入れが滞っている。速やかな転院を図るために結核指定医療機関の入院時加算を篤くする必要がある。緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に入院した日から起算して7日間算定する。結核指定医療機関では、医療機関で発生した感染性結核患者（勧告入院対象）の受け入れを、患者発生に伴い逐次受け入れるが、医療体制から受け入れが難渋することも多い。		

## 【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	結核病棟のCOVID-19病棟への転用が、東京都の場合は、多摩総合医療センター、国立国際医療センター、慈恵第三病院、日大板橋病院が転用し、神奈川県の場合は、川崎市立井田病院、神奈川循環器呼吸器センターが転用された。この動きは全国で生じており、そのため、結核患者受け入れは遅れ、一般病棟に負担が生じている。従来の重症患者の救急管理加算に加え、感染源である患者を結核病棟がなるべく迅速に受け入れるために、インセンティブを設ける必要がある。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象：緊急に入院を必要とする重症患者 技術内容：特記すべきものはなし 点数：入院した日から7日まで950点。 留意事項：急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でも算定できる。ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態、イ 意識障害又は昏睡、ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態、エ 急性薬物中毒、オ ショック、カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）、キ 広範囲熱傷、ク 外傷、破傷風等で重篤な状態、ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態、コ その他の重症な状態		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号（再掲）	A-205		
医療技術名	救急医療管理加算		
③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	アウトカムが計算された例はない	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	検討の見込みなし

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		結核病棟・病床の減少は今後も継続し、COVID-19蔓延により減少した結核病棟が行政区域で減少していることは事実である。
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	0人
	後の症例数（人）	600人
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0回
	後の回数（回）	4,200回
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		技術の加算であり、成熟度は問わない。算定時に紹介元病院の紹介状のコピーと入院届のコピーを電子化し添付することで請求が正しく行われる。
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	結核指定医療機関で、病棟病床を有し、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	導入で変更する必要なし
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		安全性に影響する要因はない
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		速やかな患者受け入れに対しインセンティブをである。結核病棟にとっては大きな負担となる当日受け入れの速やかな実施を目的としている。
⑧点数等見直し の場合	見直し前	0点
	見直し後	950点
	その根拠	現行と同様
⑨関連して減点 や削除が可能と 考えられる医療 技術	区分	区分をリストから選択
	番号	なし
	技術名	なし
	具体的な内容	なし
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（＋）
	予想影響額（円）	39,900,000円
	その根拠	950点*600人*7日間
	備考	なし
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		
⑫その他		なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本呼吸器学会 日本感染症学会
⑭参考文献 1	1) 名称	新型コロナウイルス感染症と医療提供体制
	2) 著者	恩田裕之
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	<a href="https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11596185_po_083902.pdf?contentNo=1">https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11596185_po_083902.pdf?contentNo=1</a>
	4) 概要	国立国会図書館調査及び立法考査局 社会労働課長による、新型コロナウイルス感染症対策における国の病床確保支援、感染者の入院療養における感染症病床の有用性について述べられている。
⑮参考文献 4	1) 名称	なし
	2) 著者	なし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	なし
⑯参考文献 5	1) 名称	なし
	2) 著者	なし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	なし

提案番号(6桁) 申請技術名 申請学会名

A25203 救急医療管理加算 日本結核・非結核性抗酸菌症学会

**提案名:** 救急医療管理加算適応拡大  
**対象疾患:** 勧告入院に該当する結核病棟・病床入院患者  
**医療技術の概要:** 医療機関から申し込みがあった当日ないしは翌日に患者を受け入れた場合、入院した日から換算し7日、救急医療加算の算定を行う。

**現在当該疾患に対して行われている治療との比較:** 重症入院例についてのみ適応  
**有効性:** 感染源となる結核患者の当日翌日入院は、COVID-19疑い患者に固執隔離が必要な一般医療機関の個室使用を助け、一般医療機関の結核感染予防診療報酬上の取り扱い：入院した日から7日まで950点加算する。

**適応拡大申請の理由:**

以下の整備に基づき、感染症病棟の転用が続くため、結核病床の患者受け入れは難渋し、特に重篤な合併症を有する症例は受け入れ困難となっている。

**感染症法に基づき予防計画について**

第21回 医療計画の見直し等に関する検討会資料 (令和2年10月1日)

〇 都道府県は、感染症法第10条に基づき、国が定める感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針(基本指針)に則して、感染症の予防のための施策の実施に関する計画(予防計画)を定めることとされている。

【感染症法第9条第1項】  
 厚生労働大臣は基本指針を定めなければならない。

【基本指針【告示】】  
 基本指針は、次に掲げる事項について定めることとされている。  
 (感染症法第9条第2項)

**基本指針で定める事項**

- 1 感染症の予防の推進の基本的な方向
- 2 感染症の発生の予防のための施策に関する事項
- 3 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項
- 4 感染症にかかると医療を提供する体制の確保に関する事項
- 5 感染症及び病原体等に関する調査及び研究に関する事項
- 6 感染症にかかると医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項
- 7 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項
- 8 感染症の予防に関する人材の養成に関する事項
- 9 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権尊重に関する事項
- 10 特定病原体等を通じ取り扱う体制の確保に関する事項
- 11 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策(国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)に関する事項
- 12 その他感染症の予防の推進に関する重要事項

※ 基本指針で定める事項のうち1～11の事項については、指針の中で、予防計画を策定する際の留意点が表示されている。

〇 基本指針は、施行後の状況変化等に動的に対応する必要があること等から、少なくとも5年ごとに再検討を加え、必要があると認めるときは変更する。

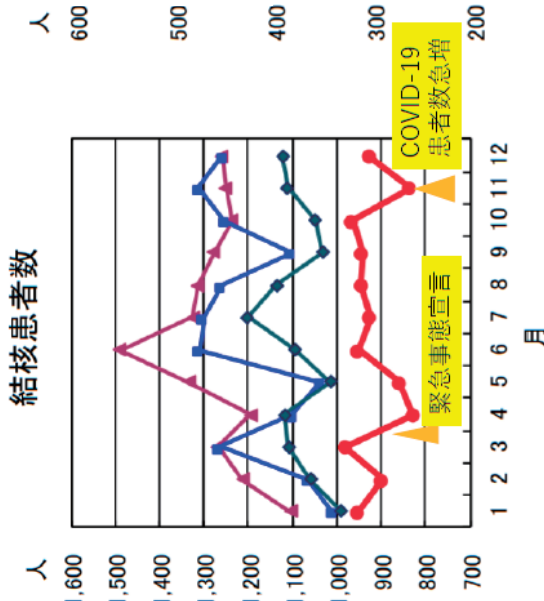
【感染症法第10条第1項】  
 都道府県は、基本指針に則して、予防計画を定めなければならない。

【予防計画】  
 〇 予防計画は、次に掲げる事項について定めることとされている。  
 (感染症法第10条第2項)

**予防計画で定める事項**

- 1 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項
  - 【規定が望ましい事項(基本指針より取捨)】
    - ・ 感染症のまん延の防止に関する事項
    - ・ 感染症の発生を抑制するための研究開発の促進に関する事項
    - ・ 個人防護具及び対症薬を供給する際の薬局や関係各機関の連携に関する事項
    - ・ 身体的障害者等のための移動の確保に関する事項
    - ・ 新型コロナウイルス感染症の発生時の対応に関する事項
- 2 地域における感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項
  - 【規定が望ましい事項(基本指針より取捨)】
    - ・ 第一種、第二種感染症指定医療機関の整備目標に関する事項
    - ・ 感染症の患者の転送体制に関する事項
    - ・ 医薬品の備蓄又は確保に関する事項
    - ・ 平時及び発生発生時の対応時における一般の医療機関における感染症の患者に対する医療の提供に関する事項
- 3 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策(国との連携及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)に関する事項
  - 【規定が望ましい事項(基本指針より取捨)】
    - ・ 緊急時のまん延を防止するための必要な情報の収集、分析及び公表に関する事項
    - ・ 緊急時における初期対応の実施体制の確立に関する事項

〇 予防計画は、基本指針に変更された場合には再検討を加え、必要があると認めるときは変更する。(都道府県が予防計画の実施状況に関する調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときも同様。)



対象患者は多くはない：結核罹患率は累積では人口10万人当たり9.9と低下したが、今後高齢者の受診控え患者からの結核発症も予想されている。

勧告入院患者を速やかに受け入れるために、申し込み当日ないしは翌日に受け入れた患者については、従来の重症患者に対する救急医療加算を適応していただきたい。

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	A225204		
提案される医療技術名	緩和ケア診療加算		
申請団体名	日本結核・非結核性抗酸菌症学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	02呼吸器内科	
	関連する診療科（2つまで）	38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	緩和ケア内科
		00なし	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	提案当時の医療技術名	-	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	A226-2		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	○	
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択		
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	緩和ケアを必要とする肺結核患者に必要な緩和ケアを評価し緩和ケアを行う。対象は、固形癌、血液悪性疾患、AIDS発症者、末期心不全患者とする。一般病棟で入院した場合、施設基準が整っていれば、緩和ケアが受けられる患者であって、肺結核を発病し、結核病棟に入院しているために、緩和ケアの恩恵が受けられないことを是正する。		
再評価が必要な理由	肺結核は免疫低下者に遷在し、肺結核治療中に死亡することも稀ではない。疼痛や呼吸困難などのケアは、疾患によって差があってはならず、倫理的、人道的に大きな問題である。一般病棟で行えるケアは結核病棟でも行われるべきであり、再評価を必要とする。		

## 【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	一般病棟で行っている緩和ケアを結核病棟でも行うこと。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象とする患者：一般病棟に入院してれば緩和ケア診療加算の対象となった、悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つもので、患者の同意を得たもの。 技術内容：緩和ケア実施計画書を作成し、身体症状及び精神症状の緩和を図る。 点数：一日につき390点、緩和ケアを要する患者に対して緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を所定点数に加算する。		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号（再掲）	A226-2		
医療技術名	緩和ケア診療加算		
③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	Term1らにおける非小細胞がん患者の緩和ケア早期導入群は標準治療群に比し生存率が良好な傾向にあった（資料1）。QOLが改善するため、積極的な緩和ケアの導入が必要であることが報告されている（参考資料2）。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	進行がんの患者は、がんの積極的な治療とともに疾患の初期段階で入院および外来治療を提供する緩和ケアチームを紹介することが強く推奨されている。Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care（参考資料3）



④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		緩和ケアは国が率先して普及させている事業であり、結核既感染症患者は結核発病危険率が高いため、結核病棟で緩和ケアを受ける必要が生じる場合がある。しかし、緩和ケア診療に対する加算は許されておらず、病院の持ち出しになることがわかっていながら緩和ケアを患者のために行っている。緩和ケア診療はがん患者の基本的な権利であり、ガイドラインでも早期の緩和ケア診療を進めている。勧告入院の対象となる患者数は減少傾向であり、その医療を継続する必要がある。
年間対象者数の変化	前の症例数(人)	0人
	後の症例数(人)	200人
年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0回
	後の回数(回)	1,200回
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		既に制度としては成熟している。様々ながん取り扱い規約でも掲載されている。難易度は、素手の既存チームが施設基準に合致していることが条件であるので、全く問題ない。
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	緩和ケア診療加算の施設基準 イ 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師)が配置されていること(当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。) ハ がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。 (2) 緩和ケア診療加算の注2に規定する厚生労働大臣が定める地域 別表第六の二に掲げる地域 (3) 緩和ケア診療加算の注2に規定する施設基準 イ 一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1を除く。)を算定する病棟を有する病院(特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。)であること。 ロ 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ハ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師)が配置されていること(当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。) ニ がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。 (4) 個別栄養食事管理加算の施設基準 イ 緩和ケアを要する患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ 当該体制において、緩和ケアを要する患者に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経年数等)	原稿の医療の結核病棟への立ち入りだけであり人的配置の増加はない
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	施設基準、ガイドラインはすでに決められている
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		安全である
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		導入しない事実が明らかになることの方が、倫理的、社会的妥当性にあつては明らかである。
⑧点数等見直しの場合	見直し前	—
	見直し後	一日当たり390点
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術		区分をリストから選択 — — — — — —
⑩予想影響額	プラスマイナス	増(十)
	予想影響額(円)	4,680,000円
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本呼吸器学会 日本感染症学会
⑭参考文献1	1) 名称	がん対策推進基本計画
	2) 著者	厚生労働省
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	平成30年3月
	4) 概要	中間評価においても、「身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3~4割ほどいる」との指摘があり、がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない状況にあるとの記載があり、がん患者が存在し、緩和ケアチームがあってもその関与が行われていない現状は、国策と矛盾していることがうかがえる。
⑮参考文献2	1) 名称	緩和ケアチーム 活動の手引き 第二版
	2) 著者	特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 専門的・横断的緩和ケア推進委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	2013年6月 第2版発行 2~4P
	4) 概要	緩和ケアチームの在り方について示されている。現場で働く医師や看護師を補助するものであり、チーム医療の一環で活動している。
⑯参考文献3	1) 名称	Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer
	2) 著者	Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	N Engl J Med 2010;363:733-42.
	4) 概要	転移性非小細胞肺癌の患者では、早期の緩和ケアにより、生活の質と患者の精神状態の両方が大幅に改善され、標準的なケアを受けている患者と比較して早期の緩和ケアを受けている患者の生存期間は長くなった。
⑰参考文献4	1) 名称	Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Guideline Update
	2) 著者	Ferrell BR, Temel JS, Erin ST, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Clin Oncol 35:96-112.
	4) 概要	進行がんの患者は、がんの積極的な治療とともに疾患の初期段階で入院および外来治療を提供する緩和ケアチームに紹介することが強く推奨されている。
⑱参考文献5	1) 名称	なし
	2) 著者	なし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	なし

提案番号 (6桁)

申請技術名

申請学会名

A225204

緩和ケア診療加算

日本結核・非結核性抗酸菌症学会

提案名

緩和ケア診療加算

**医療技術の概要：**緩和ケアを必要とする肺結核患者に必要な緩和ケアを評価し緩和ケアを行う。  
**対象疾患患者：**対象は、結核病棟入院中、固形癌、血液悪性疾患、AIDS発症者、末期心不全患者。  
**現在行われている治療との比較：**現在行われていない。一般病棟で入院した場合、施設基準が整っていれば、緩和ケアが受けられる患者であって、肺結核を発病し、結核病棟に入院しているために、緩和ケアの恩恵が受けられないことを是正する。

**有効性：**肺結核は**免疫が低下した患者に遍在**する。固形癌、血液悪性腫瘍に活動性肺結核が発症した後、結核病棟に入院した場合、結核病棟だからという理由で緩和ケア診療が受けられない条件に患者さんをおくのは、「**結核**」という**疾患の固定イメージによる差別**、となる。  
**診療報酬上の取り扱い：**一日につき390点加算する。緩和ケアを要する患者に対して緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として70点を、所定点数に加算する。

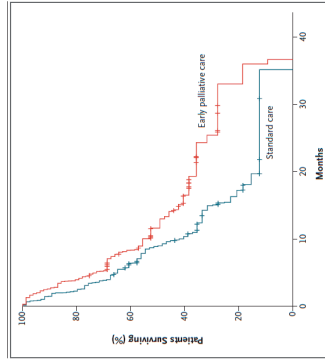


Figure 3. Kaplan-Meier Estimates of Survival According to Study Group.

対象者は多くはない

肺癌と肺結核の合併率

Tamura A, Tuberculosis and lung cancer結核 2016;91:17-25.

参考文献3

Temel JS, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 2010;363:733-42.

年齢、性別、パフォーマンスステータスを調整した2群間での生存曲線では、**早期の緩和ケア導入群は標準治療群より有意に生存率が良好であった。**（標準治療グループの死亡のハザード比1.70;95%CI、1.14から2.54; P = 0.01）

結核は結核菌による感染症である。軽症から担癌の重症者まで含まれており、**患者さんの状況に合わせたチーム医療の必要性は、何ら変わるものではない。**

Table 1 Previous studies on the comorbidity of active pulmonary tuberculosis and lung cancer

Study	Year	Country	N	M/F	Mean age (years)	LC/APTB (%)	APTB/LC (%)	Histologic type of LC (%)	Stages III-IV (%)	Site of LC AL (SL) (%)
Yatsuka <sup>50)</sup>	1980	Japan	132	NE	NE	NE	3.2%	SQ49%, AD21%	NE	74% (NE)
Komatsu <sup>23)</sup>	1981	Japan	17	16/1	NE	0.9%	4.2%	SQ71%, AD24%	NE	71% (NE)
Ogawa <sup>51)</sup>	1990	Japan	39	35/4	66	1.3%	4.3%	SQ51%, AD20%	NE	83% (64%)
Kurasawa <sup>52)</sup>	1992	Japan	22	19/3	73	NE	NE	SQ59%, AD14%	73%	55% (27%)
Chen <sup>53)</sup>	1996	Taiwan	31	NE	68	NE	0.8%	SQ65%, AD10%	71%	65% (10%)
Watanabe <sup>54)</sup>	1999	Japan	16	15/1	66	NE	2.1%	SQ25%, AD56%	69%	67% (33%)
Cicenas <sup>55)†</sup>	2007	Lithuania	46	NE	NE	NE	2.1%	SQ52%, AD22%	NE	NE
Tamura <sup>56)</sup>	2007	Japan	56	47/9	66	1.2%	2.5%	SQ46%, AD39%	82%	41% (25%)

APTБ: active pulmonary tuberculosis, LC: lung cancer, AL: affected-side lung, SL: same lobe, NE: not evaluated, SQ: squamous cell carcinoma, AD: adenocarcinoma, †: surgical case study

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用		A225205	
提案される医療技術名		呼吸ケアチーム加算	
申請団体名		日本結核・非結核性抗酸菌症学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	02呼吸器内科	—
	関連する診療科（2つまで）	36リハビリテーション科	—
		32救急科	—
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	呼吸ケアチーム加算	
	追加のエビデンスの有無	無	
診療報酬区分		A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号		A242	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	○	
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択		
技術の概要（200字以内）		48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から1月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から1月以内の患者に対し、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム（呼吸ケアチーム）による診療を行った場合に、週1回に限り算定する。	
再評価が必要な理由		結核病棟でも結核による呼吸不全患者は発症し、人工呼吸器を装着することは稀ではなく、倫理的にも行われることである。人工呼吸器の離脱は早期である方が、肺結核であれば空気感染の点からも望ましい。このような加算が結核病棟に入院するという理由だけで、一般病棟と算定に差が生じるのは、結核という疾病を差別している考え方が国及び厚生労働者に根強く残っているとしか考えられない。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	結核病棟でも結核による呼吸不全患者は発症し、人工呼吸器を装着することは稀ではなく、倫理的にも行われることである。人工呼吸器の離脱は早期である方が、肺結核であれば空気感染の点からも望ましい。このような加算が結核病棟に入院するという理由で、一般病棟と算定に差が生じるのは、結核患者でも重症患者が存在することを認識していただきたい。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<p><b>対象とする患者：</b>48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から1月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から1月以内の患者</p> <p><b>技術内容：</b>当該患者の診療計画書を作成し、その内容に基づき、人工呼吸器離脱のために当該患者の状態に応じたチームによる診療を行い、その評価を行う。</p> <p><b>点数や算定の留意点：</b>条件を満たした場合に週1回150点算定する。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保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特 別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。と定められている。一般病棟と同様に結核病棟でも気管挿管をされたり呼吸管理が必要な患者が存在しており、一般病棟と同様に患者に対応することは、患者の予後改善に対し差別化しないためにも必須である。</p> <p><b>施設基準：</b>人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行うにつき十分な体制が保持されていること。当該加算の対象患者のために呼吸ケアチームによる診療計画書を作成していること。病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該保健医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。</p>
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A242
医療技術名	呼吸ケアチーム加算
③再評価の根拠・有効性	<p>参考文献4にあるように呼吸ケアサポートチームの活動が開始されてから、院内ヒアット事象が減少し、病院内インシデントが減少していることを示している。肺結核重症者に対するモニター管理、補液、薬剤投与など様々なチェックが必要であるが、限られた医療の中で、インシデント事例が生じてしまい、さらに医療者の疲労を招く。しかし多職種サポートチームの活動により、医師の負担軽減ははかれるだけでなく、重症例の管理が安全に行われることとなるため、呼吸ケアサポートチームの結核病棟における必要性が示されている。</p> <p>ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）</p> <p>今後すべての呼吸器疾患で専門性の高いチーム医療によって、主治医や担当看護師の指導が行われると考えられるが、結核病棟のガイドラインには現在掲載はされていない。</p>

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		10対1以上の看護力を有した結核病床は74施設であり、人工呼吸器を用いる患者は年間10名以下／施設であることから、最大400人／年とした。
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	0人
	後の症例数（人）	400人
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	0回
	後の回数（回）	1,600回
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		学会では推奨しているケアであり、世界規模で行われており、成熟している。呼吸管理上基本的なケアであり、人工呼吸管理のチーム医療は必須である。専門医の配備があるため、難易度は高くない。
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行うにつき十分な体制が保持されていること。 当該加算の対象患者のために呼吸ケアチームによる診療計画書を作成していること。 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 当該保健医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	当該保健医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		安全性に問題はない。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		倫理的にも社会的にも問題は生じない。
⑧点数等見直し の場合	見直し前	—
	見直し後	—
	その根拠	—
⑨関連して減点 や削除が可能と 考えられる医療 技術	区分	区分をリストから選択
	番号	—
	技術名	—
	具体的な内容	—
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円）	プラス 2,400,000円
	その根拠	400人を対象とし、重篤な症状の継続はほぼ1カ月以内であり、最大で4回の加算のため、1,600回/年を上限と考えられ、1回150点の加算で240,000点/年が上限であるとする。
	備考	人工呼吸管理は819点/日である。呼吸ケアチームの参加で1日早く抜管できると、本加算4回720点/月は、はるかに医療費節減となる。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本呼吸器学会 日本感染症学会
⑮参考文献1	1) 名称	Standardized Rehabilitation and Hospital Length of Stay Among Patients With Acute Respiratory Failure
	2) 著者	Morris, et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	JAMA. 2016;315(24):2694-2702
	4) 概要	人工呼吸器使用中の患者に対して理学療法を早期に導入した結果、鎮静期間が短く、早期の人工呼吸器からの離脱が図られた。
⑮参考文献2	1) 名称	呼吸ケアサポートチーム（RST）が人工呼吸安全管理にどう貢献しているか
	2) 著者	塩見 基、他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本呼吸リハビリテーション学会誌 2016年2月 26号 p306-312
	4) 概要	呼吸ケアサポートチームの活動が開始されてから、挿管による呼吸管理を行った患者より非挿管による呼吸管理患者が増加した。肺結核患者では挿管下人工呼吸器管理は、周囲への結核菌の飛散量を増やすだけでなく、高齢者や合併症による末期患者への適切な呼吸管理への助言が必須であると感ぜられることから、この結果は呼吸ケアサポートチームの結核病等における必要性を示唆している。
⑮参考文献3	1) 名称	呼吸ケアチーム加算の現状と医療安全からみた効果
	2) 著者	西浦直樹
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本呼吸器リハビリテーション学会誌 2012年3月 22号 p391-397
	4) 概要	呼吸ケアサポートチームの活動が開始されてから、院内ヒアリハット事象が減少し、病院内インシデントが減少していることを示している。肺結核重症者に対するモニター管理、補液、薬剤投与など様々なチェックが必要であるが、限られた医療の中で、インシデント事例が生じてしまい、さらに医療者の疲弊を招く。しかし多職種サポートチームの活動により、医師の負担軽減がはかれるだけでなく、重症例の管理が安全に行われることとなるため、呼吸ケアサポートチームの結核病における必要性が示されている。
⑮参考文献4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑮参考文献5	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—

提案番号(6桁)

申請技術名

申請学会名

A225205

呼吸ケアチーム加算

日本結核・非結核性抗酸菌症学会

提案名：呼吸ケアチーム加算

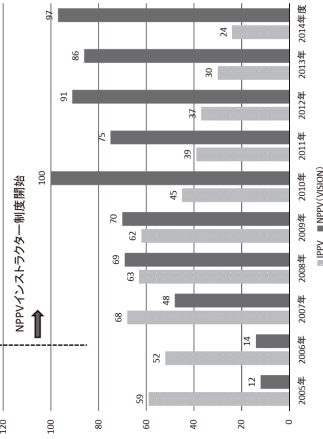
医療技術の概要：8時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着してからの状態から1月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から1月以内の患者に対し、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム（呼吸ケアチーム）による診療を行った場合に、週1回に限り150点算定する。

対象疾患名：結核病棟入院中の該当者

現在当該疾患に対して行われる治療との比較：現在は該当する医療はない。呼吸器疾患なのにこれよりよいのであろうか。有効性：

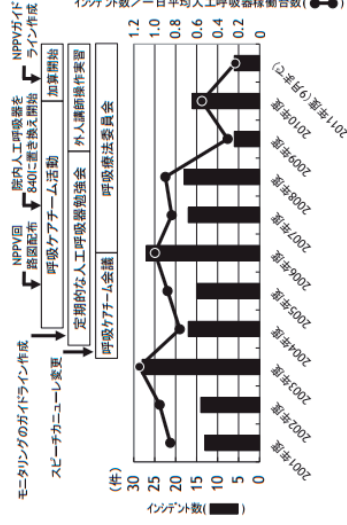
呼吸ケアチームの活動開始で非挿管人工呼吸器症例が増加している。適切な選択が得られることが推測される。

塩見 基 他日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌2016；26：306-312



呼吸ケアチームの稼働により病院内インシデントが明らかに減少している

西村直樹他 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌2012：22:391-397



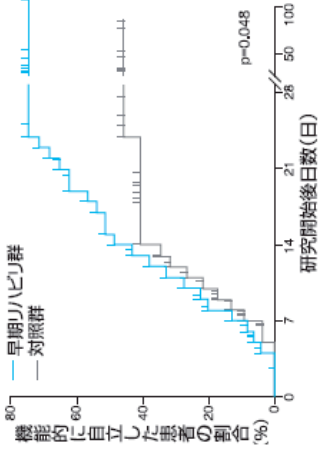
診療報酬上の取り扱い：対象患者に対し週一回150点 しかし

目的

- 1)結核死亡例の減少
  - 2)早期人工呼吸器離脱による医療費削減
  - 3)人工呼吸器関連事故の防止
  - 4)呼吸不全患者への専門医療の提供による一般病棟同様のケアの確保
- と、予後改善、医療事故防止効果がある。看護師の負担も減少する。

医療費削減効果  
人工呼吸器装着 819点／日  
であり、呼吸ケアチームの参入  
で1日／月呼吸器装着が短縮され  
れば、呼吸ケアサポートチーム  
1か月分の加算600点は賄え、か  
つ医療費も節減可能。

チームが病棟に来ることによって、早期のリハビリ指示が可能となる。早期介入によって、日常生活機能が早く回復することが複数の研究で支持されている。



Sweweickert WD, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet. 2009; 373 (9678): 1874-82.

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	A225206		
提案される医療技術名	A210 難病等特別入院診療加算（1日につき）2 二類感染症患者入院診療加算		
申請団体名	日本結核・非結核性抗酸菌症学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	02呼吸器内科	
	関連する診療科（2つまで）	00なし 00なし	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	有		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	二類感染症患者入院診療加算	
	追加のエビデンスの有無	無	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	A210		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	○	
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択		
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載			
技術の概要（200字以内）	結核勧告入院患者を対象として、勧告期間中、二類感染症加算を算定すること。一日当たり250点、入院日から60日加算する。		
再評価が必要な理由	結核病棟は今回のCOVID-19蔓延の際に、病棟・病床単位の陰圧が備えられているところから、感染症病棟に転用され、COVID-19患者さんの入院に寄与している。今回の第4波ではさらに感染症病棟の確保が厚生労働省から指示され、閉鎖は許される状況にない。結核病棟はもとも種々の加算がなく、一般病棟と同様の機能の維持は病院持ち出しである。陰圧環境の維持（HEPAフィルター交換、陰圧システムのチェック、等）など、病棟の資源を使って行ってきた。結核病棟を赤字ながら維持してきたことは今回のCOVID-19蔓延対策の病床確保に寄与したが、今後感染症病棟としてこの病床数を維持をすることは困難となっている。医療機関の収入源から、COVID-19沈黙化後閉鎖、病床の返上が続くことが予想され、次の感染症outbreak時に一般病棟を削って感染症にあたって、陰圧機能を要しない病棟では、エアロゾル感染に十分対応可能ではない。一般病棟と同様の加算だけでなく、陰圧管理や職員健康管理という空気感染対策を可能な病床の維持をするための費用として、勧告入院中の患者に二類感染症として受けるべき加算をお願いしたい。		

## 【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	結核病棟・病床を、広くエアロゾル感染症、空気感染症管理病棟、病床と解釈され、現在も実施中であるが、感染症転用可能病床として維持が必須であることが、今回のCOVID-19感染症蔓延で判明した。この病床数維持目的に、二類感染症としての加算をお願いしたい。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象：保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。） 技術内容：250点/日の加算 留意事項：二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号（再掲）	A210		
医療技術名	A210 難病等特別入院診療加算（1日につき）2 二類感染症患者入院診療加算		
③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	アウトカムには影響しない。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	ガイドラインには関連しない

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		現在塗抹陽性者は2020年のCOVID-19蔓延以外では9%の患者数減であり、2021年は2020年の喀痰塗抹陽性者4355人の91%となり、COVID-19の影響を加味して3,900人まで塗抹陽性者が減じると推測した。
年間対象者数の変化	前の症例数(人)	0人
	後の症例数(人)	3,900人
年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0回
	後の回数(回)	234,000回
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		成熟している。日本結核・非結核性抗酸菌症学会では注視している項目であり、感染症病床の維持にも大きく影響すると思われる。難易度には関連しない。
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	第二種感染症指定医療機関である保険医療機関
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経年数等)	現状と同様
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	感染症法に従う
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		安全性には影響しないが、この加算で、結核病棟の環境は改善すると推測できる。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		社会性、倫理性は担保される。
⑧点数等見直し の場合	見直し前	0点
	見直し後	250点
	その根拠	現状他の感染症で認められている点数を参考とした。
⑨関連して減点 や削除が可能と 考えられる医療 技術	区分	区分をリストから選択
	番号	なし
	技術名	なし
	具体的な内容	なし
⑩予想影響額	プラスマイナス	増(+)
	予想影響額(円)	585,000,000円
	その根拠	対象患者数3,900例に60日間250点を加算
	備考	なし
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		
⑫その他		なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本呼吸器学会 日本感染症学会
⑭参考文献1	1) 名称	2019年 結核登録者情報調査年報集計結果について
	2) 著者	厚生労働省
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000661460.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000661460.pdf</a>
	4) 概要	60歳以上から年齢階級の上昇にもなって死亡割合が増加し、60～69歳で11.9%、70～79歳で20.2%、80～89歳で35.7%、90歳以上で53.9%となっている。
⑭参考文献2	1) 名称	高齢者結核の臨床的検討
	2) 著者	豊田恵美子、町田 和子、長山直弘、他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	結核 2010;85: 655-660.
	4) 概要	高齢者は非高齢者と比較して、呼吸器症状が乏しく、入院時Performance atatusが不良で、低アルブミン血症(3.0 mg/dl未満)が多い傾向がある。治療が困難で、死亡退院が多かった。
⑭参考文献3	1) 名称	結核に関する特定感染症予防指針の一部改正について
	2) 著者	厚生労働省健康局長
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	<a href="https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/thuuchi.pdf">https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/thuuchi.pdf</a>
	4) 概要	結核患者の多くは高齢者であり、高齢者は身体合併症及び精神疾患を有する者が多いことから、結核に係る治療に加えて合併症に係る治療も含めた複合的な治療を必要とする場合があるため、治療形態が多様化する。また、結核患者数の減少により、結核病床の病床利用率が低下し、結核病床の維持が困難となり、医療アクセスの悪化している地域がある。そのため、患者を中心とした医療提供に向けて、病床単位に必要な結核病床を確保すること、結核病床及びその他の病床を一つの看護単位として治療を行うこと等により医療提供体制の確保に努める必要がある。
⑭参考文献4	1) 名称	なし
	2) 著者	なし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	なし
⑭参考文献5	1) 名称	なし
	2) 著者	なし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	なし

提案番号(6桁)	申請技術名
A225206	二類感染症患者入院診療加算
	日本結核・非結核性抗酸菌症学会

**提案名:** 二類感染症診療加算の適応拡大  
**医療技術の概要:** 勧告期間中、二類感染症加算を算定すること。  
**対照症例:** 結核勧告入院患者  
**現在当該疾患に対して行われている治療との比較:** 現在は対象がないために比較は不可能。  
**有効性:** 結核病床の不採算性が解消し、病床の返上がなく、今回のCOVID-19のような国内を席卷する感染症が蔓延した際に臨時に使える陰圧病床を確保することができる。  
**診療報酬上の取り扱い:** 勧告入院の患者に対して入院日から60日間一日当たり250点の加算を行う。8

表15-1. 前年(2018年)新登録結核患者の治療成績

	総数	治療成功 (%)	死亡 (%)	失敗 (%)	脱落・中断 (%)	転出 (%)	治療中 (%)	不明 (%)
総数	15,527	10,192 (65.6)	3,472 (22.4)	9 (0.1)	255 (1.6)	380 (2.4)	1171 (7.5)	48 (0.3)
0~9歳	31	27 (87.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.2)	3 (9.7)	0 (0.0)
10~19歳	179	147 (82.1)	1 (0.6)	0 (0.0)	1 (0.6)	10 (5.6)	19 (10.6)	1 (0.6)
20~29歳	1,275	957 (75.1)	1 (0.1)	1 (0.1)	19 (1.5)	153 (12.0)	135 (10.6)	9 (0.7)
30~39歳	877	715 (81.5)	4 (0.5)	0 (0.0)	11 (1.3)	63 (7.2)	80 (9.1)	4 (0.5)
40~49歳	1,029	873 (84.8)	24 (2.3)	0 (0.0)	16 (1.6)	29 (2.8)	84 (8.2)	3 (0.3)
50~59歳	1,148	935 (81.4)	56 (4.9)	1 (0.1)	26 (2.3)	20 (1.7)	103 (9.0)	7 (0.6)
60~69歳	1,695	1,287 (75.9)	201 (11.9)	3 (0.2)	37 (2.2)	17 (1.0)	145 (8.6)	5 (0.3)
70~79歳	2,975	2,062 (69.3)	600 (20.2)	2 (0.1)	50 (1.7)	33 (1.1)	219 (7.4)	9 (0.3)
80~89歳	4,516	2,497 (55.3)	1,613 (35.7)	1 (0.0)	70 (1.6)	41 (0.9)	285 (6.3)	9 (0.2)
90歳以上	1,802	692 (38.4)	972 (53.9)	1 (0.1)	25 (1.4)	13 (0.7)	98 (5.4)	1 (0.1)

NHO東京病院結核病棟患者の可動性内訳

(%)	独歩+護送	担送
1月	60.7	39.7
2月	57.4	42.6
3月	66.0	34.0
平均	61.4	38.6

**申請理由** 結核患者の背景・病態・重症度の変化  
 結核患者における高齢者の割合が高率となり、認知障害、臥床、摂食や排せつに解除があるもの、合併症を有する患者の増加によって、看護度や介護度の高い患者へ偏移した。「行動が自立し自己内服が可能なもの」から「合併症の管理、副作用の管理、詳細なモニタリング、誤嚥や精神症状の管理が必要なもの」へ患者の層が変化しました。二類の他疾患と同様に、陰圧機能を保持した感染症病棟の維持、看護職員の確保、多様な合併症や病状に対応可能な質の高い結核医療の維持目的に、二類感染症入院診療加算の適応を拡大していただきたい。

結核病棟は看護しつつ介護している病棟である。



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既記載）

整理番号 ※事務処理用	A229201	
提案される医療技術名	緩和ケア診療加算	
申請団体名	日本呼吸器学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	O2呼吸器内科
	関連する診療科（2つまで）	38その他（診療科名を右の空欄に記載する。） 36リハビリテーション科
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	有	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和2年度
	提案当時の医療技術名	緩和ケア診療加算
	追加のエビデンスの有無	有
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号	226-2	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	○
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	緩和ケア診療加算は、終末期にある患者で身体的もしくは精神的な症状を持つ者に対して、その療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護、リハビリテーションなどをチームで行うことに対する評価である。COPD、間質性肺疾患、気管支拡張症などの呼吸器疾患では肺がん以上に呼吸困難や精神的症状の訴えが多いとされる。がんおよび心不全と同等に緩和ケア診療加算の適応が必要である。	
再評価が必要な理由	2002年WHOによる緩和ケアの定義で緩和ケアの対象疾患ががんのみに限定されないことが強調された。わが国においても2018年厚生労働省健康局がん・疾病対策課による「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」における議論の結果、平成30年度診療報酬改定において末期心不全患者に対して緩和ケア診療加算の適応拡大がなされた。心不全と疾患軌道の類似した呼吸不全においても緩和ケアの考え方は適応されると考えられる。上記ワーキンググループの議論で取り上げられたSolano JP et al. 2006（文献2）では、終末期におけるCOPD患者の苦痛に関して、痛み、精神的症状、倦怠感などががんと共通して頻度が高く、呼吸困難はがん以上に高い頻度であることが示されている。これまでの診療報酬では評価対象となっていない非がん性呼吸器疾患の患者に対しても緩和ケアのニーズはあり、一部の施設ではチームによる緩和ケアが実施されている。日本緩和医療学会の緩和ケアチーム活動登録データベースでは2019年度に約755件の活動が報告された。非がん性呼吸器疾患の患者に対して緩和ケアチームが年間100件前後の依頼に対応している病院も存在する。さらに日本呼吸器学会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会が共同で「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021」が策定された。同指針に基づく診療に対して緩和ケア診療加算の適応拡大が必要である。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>非がん性呼吸器疾患の終末期においては呼吸困難・咳嗽・喀痰などの身体的苦痛とともにADL、QOL低下や精神的苦痛も顕著である。COPDとがん、心疾患の苦痛出現頻度を比較した研究では、痛みの出現頻度はCOPD患者で34-77%（がん患者 35-96%、心疾患患者 41-77%）、うつ病の出現頻度は37-71%（同 3-77%、9-36%）、不安の出現頻度は51-75%（同13-79%、49%）と、がんや心疾患と同等であり、呼吸困難の出現頻度は90-95%と、がん（10-70%）や心疾患（60-88%）より高頻度であった（文献2）。</p> <p>Higginson et al. 2014（文献5）によれば、緩和ケアと呼吸ケアを組み合わせた介入を受けた群では6週間後のCRQスコア（患者が主観に基づいて呼吸困難、倦怠感、情緒、自己コントロール感を数値で評価したもので、COPD患者に対して用いられる）が有意に高く、非がん患者では6カ月後の生存率も有意に高い。症状緩和には医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、ソーシャルワーカーなどの多職種によって呼吸管理、オピオイドを始めとする薬物療法、呼吸リハビリテーションや栄養指導を主体とするチーム医療が有効である。また、適切な緩和ケアを行うことで、患者が望まない終末期の侵襲的な介入の抑制につながる可能性がある（文献3）。</p> <p>本提案では、算定対象への追加を要する末期呼吸不全患者を、以下のアからウまでの基準及びエからオまでのいずれかの基準に該当するものとする。</p> <p>ア) 呼吸不全に対して酸素療法・補助換気療法（NPPV・HFNC）などを含む適切な呼吸管理と呼吸リハビリテーションを含む適切な治療が実施されている。</p> <p>イ) 器質的な呼吸機能障害により、上記治療にかかわらず慢性的に「mMRC4度の呼吸困難」の症状に該当する。</p> <p>ウ) 過去1年以内に呼吸不全の急性増悪による入院が1回以上ある。</p> <p>エ) 医学的に終末期であると判断される状態である。</p> <p>オ) エの状態に準ずる場合である。</p> <p>緩和医療学会の緩和ケアチーム活動報告において非がん性呼吸器疾患の患者に対する緩和ケアの実施が報告されており、その件数は2012年度の200件強から2018～2019年度には700件以上へと着実に普及が進んでいる。このように活動実績が蓄積されてきたこともあり、この度、日本呼吸器学会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会が共同で「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021」（文献1）を策定した。</p>
②現在の診療報酬上の取扱い	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象とする患者</li> <li>技術内容</li> <li>点数や算定の留意事項</li> </ul> <p>・対象とする患者：一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者。</p> <p>・技術内容：緩和ケアチームによって身体症状及び精神症状の緩和を提供する診療が行われた場合に算定。緩和ケアチームは「身体症状の緩和を担当する医師」、「精神症状の緩和を担当する医師」、「緩和ケアの経験を有する看護師」及び「緩和ケアの経験を有する薬剤師」で構成され、医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たる。</p> <p>・点数や算定の留意事項：390点（1日につき）：緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上級緩和ケア実施計画書を作成し、その内容を患者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。</p>
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	226-2
医療技術名	緩和ケア診療加算

<p>③再評価の根拠・有効性</p>	<p>治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム</p> <p>ガイドライン等での位置づけ</p>	<p>呼吸困難（MRC息切れスケール 2以上）を呈する患者105人を対象としたHigginson et al., 2014（文献5）によるRCTにおいて、緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施した群では、通常治療を行ったコントロール群と比較し、呼吸困難に関するQOLが有意に維持・改善した（6週間後時点のCRQスコアは介入群が有意に良好で+0.58ポイントの差、p値 0.048）。また、非がんの患者84人について、緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施した群と通常治療群で生存率の有意差があった（6か月後時点の生存率 100% vs76%、生存率全体のp値 0.01）。</p> <p>肺がん患者とCOPD患者の終末期の緩和ケア受療状況を比較したButler et al., 2020（文献3）によるシステマティックレビューにおいて、肺がん患者が入院中に緩和ケアを受けるオッズ比はCOPD患者に対して9.95[95%信頼区間 6.37-15.55、p値&lt;0.001]と有意に高く、肺がん患者が侵襲的な人工呼吸や人工心臓装置による処置を受けるオッズ比はCOPD患者に比べて有意に低かった（侵襲的人工呼吸のオッズ比：0.26 [同 0.22-0.32]、人工心臓のオッズ比：0.29[同0.18-0.47]）。このことから、終末期のCOPD患者には望まない侵襲的介入が行われている可能性がある。適切な緩和ケアを受けることで、終末期に患者が望まない侵襲的な介入を抑制できる可能性がある。</p> <p>・「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021」（日本呼吸器学会・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会）において酸素療法、NPPV、ハイフローセラピーなどの呼吸管理、薬物療法、呼吸器リハビリテーションや心理療法などの非薬物療法についての根拠、有効性、実施法などが示されている。また、同指針ではチーム医療やACPなどの分野の手法も指し、疾患別の緩和ケアについては実例を交えて解説している。</p> <p>・日本呼吸器学会ガイドライン（COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン2018〔第5版〕）において、終末期COPDの呼吸困難に有効な薬物療法として、「進行したCOPD患者に対してモルヒネはその効果が確認されており、投与量を適切にコントロールすれば呼吸抑制の問題はほとんど発生しない」とされている。</p> <p>・米国胸部学会ガイドライン（An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses）、GOLD 2020、英国NICEのCOPDガイドライン（Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management）においても、呼吸器疾患の患者に対する緩和ケアの標準的な診療基準が確立されている。</p>
<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>		<p>【年間実施回数】 下記【年間対象者数】と【対象者1人当たり実施回数】を掛けた値：15,414回（2,202人 × 7.0回）を年間実施回数と推定する。</p> <p>【年間対象者数】 下記のイ)に口)を乗じた人数：2,202人（37,324人 × 5.9%）を年間対象者数とする。</p> <p>イ) 緩和ケアを必要とする患者数：人口動態統計より、2019年のCOPDまたは間質性肺疾患を死因とする死者数は、37,324人。</p> <p>ロ) 実際に緩和ケアを受ける患者の割合：WHO（2014）によると、がん患者の約84%（COPD患者は約67%）で緩和ケアが必要とされているものの、日本緩和ケア学会の調査によると2017年度における、がん患者の緩和ケアサービスの利用実績（割合）は5.9%である。本推計では、呼吸器疾患の死者のうち、実際に緩和ケアサービスを受ける患者数をまずは現状ベースで見積もることとし、緩和ケアを受ける患者の割合を5.9%と仮定。</p> <p>【対象者1人当たり実施回数】 下記のハ)を二)で除した値（レセプト1件あたりの算定回数）：7.0回（50,046回 ÷ 7,122件）を対象者1人当たり実施回数とする。</p> <p>ハ) 緩和ケア診療加算の算定回数：社会医療診療行為別統計（2019年6月審査分）より、緩和ケア診療加算の算定回数は50,046回。</p> <p>二) 緩和ケア診療加算の算定件数：同統計より、緩和ケア診療加算の算定件数は7,122件。</p>
<p>年間対象者数の変化</p>	<p>前の症例数（人）</p> <p>後の症例数（人）</p>	<p>0</p> <p>2,202</p>
<p>年間実施回数の変化等</p>	<p>前の回数（回）</p> <p>後の回数（回）</p>	<p>0</p> <p>15,414</p>
<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）</p>		<p>・学会等における位置づけ：③に記載した通り、根拠、有効性、実施法などが「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021」（文献1）に詳細に示されている。</p> <p>・難易度：酸素療法やNPPVなどの呼吸管理に習熟した呼吸器科医が緩和ケア医と共同もしくは緩和ケア研修を受けた上で多職種緩和ケアチームを結成することで、末期呼吸不全患者の心身両面の基本的緩和ケアの評価と介入が可能である。緩和ケア学会の緩和ケアチーム活動報告において非がん性呼吸器疾患の患者に対する緩和ケアの実施が報告されており、その件数は2012年度の200件強から2018～2019年度には700件以上へと増加し、技術の普及で成熟がみられる。</p>
<p>・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）</p>	<p>施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）</p> <p>人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）</p> <p>その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）</p>	<p>現状の施設要件に準ずる。</p> <p>看護師、薬剤師、医師の配置要件は現状の施設基準に準ずる。末期非がん呼吸不全の患者を対象とする場合には緩和ケアチームを構成する「身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師」の要件として、末期呼吸不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差支えないこととする。また、呼吸ケアの経験ある理学療法士、管理栄養士、できれば臨床心理士などとも共同して療養上必要な指導を行う。</p> <p>非がん呼吸器疾患個々のガイドライン並びに「非がん呼吸器疾患緩和ケア指針」を遵守する。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>		<p>呼吸器科医と緩和ケア医並びに薬剤師などが共同して行うことにより、呼吸困難の緩和に伴う呼吸抑制などの副作用やリスクについて安全に配慮した対応ができる。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）</p>		<p>特に問題はなし。</p> <p>適応の拡大が認められれば、がん患者以上に呼吸困難等苦痛の強い末期非がん呼吸器疾患患者に対して、オピオイドその他非薬物療法による症状緩和と、精神的安定、リハビリテーションによるADL及び自己尊厳の維持などが期待でき、円滑で有意義なACP（人生会議）の実施につながる事が期待できる。</p>
<p>⑧点数等見直しの場合</p>	<p>見直し前</p> <p>見直し後</p> <p>その根拠</p>	<p>390</p> <p>390</p> <p>算定要件の変更要望であり、点数の見直しはない</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術</p>	<p>区分</p> <p>番号</p> <p>技術名</p> <p>具体的な内容</p>	<p>J</p> <p>045</p> <p>人工呼吸</p> <p>緩和ケアチームの介入により、円滑で有意義なACPを実施できる機会が増え、副次的に心肺蘇生術などの積極的な治療が患者の希望に基づき減少することが想定される。仮に、「④普及性の変化」で示した年間15,414回のうち5割で心肺蘇生術として人工呼吸を行うという選択が減少すると仮定すると、約6,312万円（15,414回×50%×819点×10円）の医療費の低下が見込まれる。</p>
<p>⑩予想影響額</p>	<p>プラスマイナス</p> <p>予想影響額（円）</p> <p>その根拠</p> <p>備考</p>	<p>減（-）</p> <p>301万円</p> <p>④より増分が約6,011万円（実施回数15,414×390点×10円）。⑨より減分が6,312万円。合計マイナス301万円。</p> <p>-</p>

⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	なし	
⑫その他	特になし	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本緩和医療学会 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	
⑭参考文献 1	1) 名称	非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021
	2) 著者	日本呼吸器学会・日本呼吸器ケア・リハビリテーション学会合同 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021作成委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	2021年4月20日発行 (株式会社 メディカルレビュー社)
	4) 概要	総論において、非がん性呼吸器疾患の緩和ケアの現状と課題、および原則と考え方を示している。第2章では症状の評価と対応、第3章では症状緩和の手段として、呼吸器管理(酸素療法、NPPV、ハイフローセラピー)、薬物療法(オピオイド、コルチコステロイド等)、非薬物療法(呼吸器リハビリテーション、栄養、セルフマネジメント、心理療法等)について詳細に解説。第4章で多職種連携、地域連携、在宅における緩和ケアについて解説。第5章でエンドオブライフケアについて解説している。さらに第6章で疾患別としてCOPD、間質性肺疾患、気管支拡張症についてそれぞれ実例を挙げて詳細に解説している。
⑮参考文献 2	1) 名称	A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease
	2) 著者	Solano JP et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Pain Symptom Manage. 2006 ; 31(1) : 58-69
	4) 概要	がん患者と非がん患者の終末期における患者の苦痛を比較したシステマティックレビューで、64の研究について患者の苦痛の出現頻度を11の項目に分類して比較した。COPDの患者はがんや心疾患と共通して痛み(34-77%)、うつ(37-71%)、不安(51-75%)、倦怠感(68-80%)、呼吸困難(90-95%)、不眠(55-65%)などの頻度が高かった (p.61 Table 1)。
⑯参考文献 3	1) 名称	Comparison of end-of-life care in people with chronic obstructive pulmonary disease or lung cancer: A systematic review
	2) 著者	Butler SJ et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Palliat Med. 2020 ; 34 : 1030-1043
	4) 概要	COPD患者と肺がん患者の終末期の緩和ケア受療状況を比較したシステマティックレビュー。欧米圏における19の研究についてレビューを行った結果、COPD患者の方が肺がん患者に比べて緩和ケアを受ける割合が低く、侵襲的な処置を受ける割合が高かったとしている。肺がん患者が入院中に緩和ケアを受けるオッズ比はCOPD患者に対して9.95[95%信頼区間 6.37-15.55、p値<0.001]と有意に高く、肺がん患者が侵襲的な人工呼吸や人工心肺装置による処置を受けるオッズ比はCOPD患者に比べて有意に低かった(人工呼吸のオッズ比: 0.26 [同0.22-0.32、p値<0.001]、人工心肺のオッズ比: 0.29[同0.18-0.47、p値<0.001])。
⑰参考文献 4	1) 名称	Quality of dying and death in patients with interstitial lung disease compared with lung cancer: an observational study.
	2) 著者	Koyachi T et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Thorax 2021 ; 76 : 248-255
	4) 概要	日本国内で361人の患者を対象に間質性肺疾患(ILD)患者と肺がん患者の緩和ケアの受療状況やQODD(死亡時のQOL)を比較した研究。ILD患者は肺がん患者に比べてQODD(が低く、緩和ケアや終末期に関する意思決定のサポートを受ける割合が低いとしている。QODDの評価尺度であるGDIスコアの中央値はILD患者4.33に対して肺がん患者4.57 (p値 0.04)であった。死亡直前の入院において、専門的な緩和ケアを受けた患者の割合は肺がん患者の54.3%に対しILD患者は8.5%と有意に低かった (p値<0.001)。終末期の意思決定に参加した割合は肺がん患者の62.4%に対してILD患者は40.8%(p値 0.007)であった。ILD患者は94.9%が一般病床、4.5%がICU、0.6%がホスピスで最期を迎えたのに対し、LC患者は36.4%がホスピス、63.6%が一般病床で最期を迎えた (p.252 Table 2)。
⑱参考文献 5	1) 名称	An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial
	2) 著者	Higginson et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Lancet Respir Med 2014; 2: 979-87
	4) 概要	呼吸困難(MRC息切れスケールが2以上)を呈する患者105人(COPD 57人、がん 21人、間質性肺疾患 19人、心不全 5人、その他疾患 3人)に対し、緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせて実施した介入群と通常治療のみを実施したコントロール群について6週間後の医療関連QOLなどを比較した研究である。緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施することで、通常治療の場合と比較し、呼吸困難に関するQOLが有意に維持・改善する(6週間後時点のCRQスコアは介入群が有意に良好で+0.58ポイントの差、p値=0.048)。また、非がんの患者84人について介入群とコントロール群で生存率の有意な差があった(6か月後時点の生存率 100% vs 76%、生存率全体のp値 0.01)。

提案番号 (6桁)	申請技術名	申請学会名
A229201	緩和ケア診療加算	日本呼吸器学会

**【医療技術の概要】**

終末期の末期呼吸不全患者で身体的もしくは精神的な症状を持つ者に対して、その生療養生生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護、リハビリテーションなどをチームで行う。

**【対象疾患】**

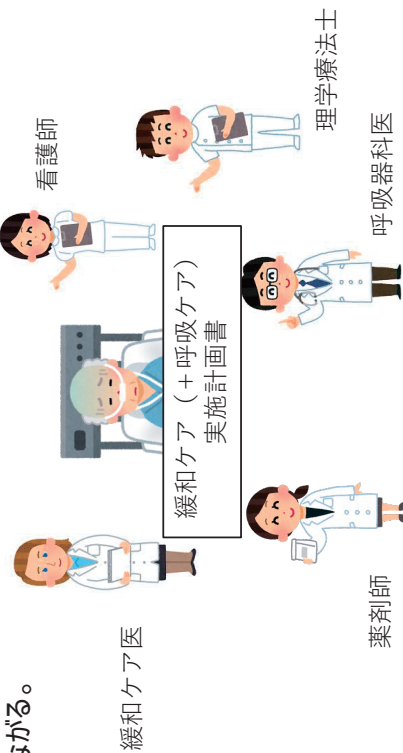
現状(緩和ケア診療加算要件):がん、後天性免疫不全症候群、**末期心不全**  
 提案:**末期呼吸不全の追加**(年間の患者数は2,202人程度と推定)

**【有効性】**

- 緩和ケアと呼吸ケアを組み合わせた介入によりQOLが有意に維持・改善 (CRQスコア 4.15 vs 3.57 p = 0.048)、生存率も良好(6か月後 介入群100% vs 非介入群76%、生存率全体のp値 = 0.01) (Higginson et al., 2014によるRCT)。

**【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】**

- 非がん性呼吸器疾患患者に対する緩和ケアチームの活動は年間700件以上 (2018、2019年度、日本緩和医療学会)。
  - COPD患者の苦痛を伴う身体的・精神的な症状(特に呼吸困難)はがん患者や心疾患患者より高頻度出現(Solano JP et al., 2006)。
  - 間質性肺疾患やCOPDでは終末期のICU滞在や挿管人工呼吸は肺がんよりも多い (Koyachi T et al., 2020) (Butler SJ et al., 2020)。
- ⇨ 緩和ケアを適切に実施することで、患者が望まない終末期の侵襲的な介入の抑制にもつながる。



**【診療報酬上の取扱い】**

- A226-2 緩和ケア診療加算 390点(1日につき)
- 施設基準、人員配置等の要件は、現状の要件に準ずる。
- 末期呼吸不全患者は、以下のアからウまでの基準及びび工からオまでのいずれかの基準に該当するものとする。

ア)呼吸不全に対して酸素療法・補助換気療(NPPV・HFNC)などを含む適切な呼吸管理と呼吸リハビリテーションを含む適切な治療が実施されている。

イ)器質的な呼吸機能障害により、上記治療にかかわらず、慢性的に「mMRC4度の呼吸困難」の症状に該当する。

ウ)過去1年以内に呼吸不全の急性増悪による入院が1回以上ある

- イ)医学的に終末期であると判断される状態である。
- オ)工の状態に準ずる場合である。

- 終末期の考え方
- 症状の評価と対応
- 症状緩和の手段
  - 酸素・NPPV・ハイフロー
  - オピオイド
  - 呼吸リハビリテーションなど
- チーム医療
- エンドオブライフケア
- 疾患別の緩和ケア
  - COPD
  - 間質性肺疾患
  - 気管支拡張症



## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既取載）

整理番号 ※事務処理用	A231201	
提案される医療技術名	呼吸ケアチーム加算（増点）	
申請団体名	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	02呼吸器内科
	関連する診療科（2つまで）	14呼吸器外科 36リハビリテーション科
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	有	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和2年度
	提案当時の医療技術名	呼吸ケアチーム加算（増点）
	追加のエビデンスの有無	有
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号	A242	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	○
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	○
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	○
	2-A 点数の見直し（増点）	○
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
	3 項目設定の見直し	○
	4 保険取載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	現在の算定対象の患者の拡大と呼吸ケアチームの看護師の基準緩和	
再評価が必要な理由	算定対象の患者を、「当該病棟において48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者と、人工呼吸器離脱後1月以内の患者」、および「当該病棟において人工呼吸器以外の呼吸療法器具を装着してから1月以内で、呼吸療法の器具選択と調整等の呼吸ケアを必要とする患者」に変更する。また、呼吸ケアチームの看護師の基準も「研修とは、国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）」から「5年以上呼吸ケアの経験のある看護看護師」とする。国民に等しく医療を提供する皆保険制度の根幹に関わる問題であり、科学的にも医療経済的にも合理的でない診療報酬の格差を直ちに是正する必要がある。	

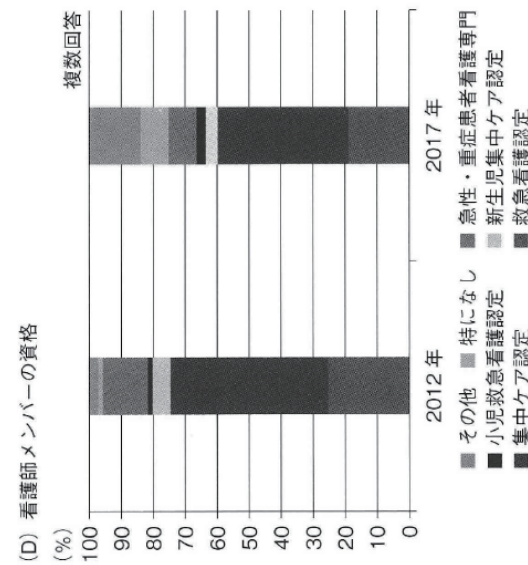
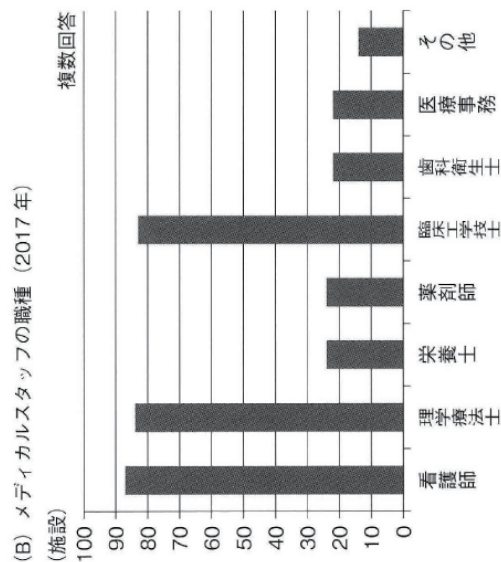
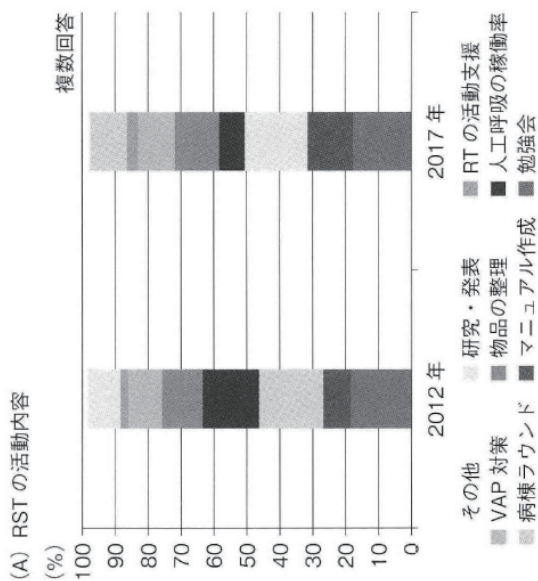
## 【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	呼吸ケアチーム（以下RST）の活動は、入院加算に取載される以前より行っている医療機関も少なくならずあり、算定対象となっていない人工呼吸器離脱後間もない患者や、人工呼吸器以外の呼吸療法機器装着中の患者に対しても回診等が実施されているのが現状である。RSTの活動は、呼吸関連機器のインシデント・合併症の防止や、症状の適切な把握による早期の呼吸関連機器離脱、入院期間の短縮に貢献する可能性があるため、活動の実状に合わせて対象の拡大を要望する。現在、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会と日本呼吸療法医学会合同によるプロジェクトチームにより、我が国のRSTの登録フォームを作成した。これにより日本のエビデンス（呼吸ケアチームの構成員、対象症例、アウトカム）が明らかとなった。登録された我が国のRSTは、2018年度19施設、2019年度13施設、2020年7施設の登録があり、現在31施設の登録がある。登録された呼吸ケアの業務は拡大されており、RSTは医師、看護師、理学療法士、臨床工学技士はすべてのチームの構成員である。人工呼吸器装着期間・ICU在室日数、在院日数・死亡率・医療費・有害事象・人工呼吸器関連肺炎・せん妄・集中治療後症候群・ICU関連筋力低下の減少が報告されている。また、ICU関連合併症だけではなく、その後の生命予後に関しても有用な報告がある。看護師の条件として、日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」、「新生児集中ケア」、「救急看護」又は「小児救急看護」の研修看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）は厳しいものがある。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	【対象とする患者】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保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者 【技術内容】当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。 【点数や算定の留意事項】当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチームが設置されていること。1)人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師 2)人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師 3)人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士 4)呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士 2)に掲げる看護師は、5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの） 【点数】 呼吸ケアチーム加算
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A242
医療技術名	呼吸ケアチーム加算

③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	多職種（医師、看護師、呼吸療法士、薬剤師、理学療法士、栄養士、MSWなど）による回診により、チェックリスト・ガイドライン・電子カルテなどが整備され、治療経過、検査データ、血ガス、薬剤観察、モニタリングの多職種共有による、情報提供・投薬の調整・治療方針の統一が行われる。そして得られるアウトカムとしては、チームの満足度・会話・合意の改善、VAP・ICU在室日数・在院日数、死亡率・医療費・有害事象の減少、バリア（情報共有・医療職種の階層）の改善、IOMの6つの質（安全、効果、患者中心、適時、効率、公正）の改善が得られる。また、RSTの介入により、死亡率・人工呼吸器装着期間・ICU在室日数・在院日数・身体機能・健康関連QOL・四肢筋力・呼吸筋力などが改善することが期待できる。
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。） 人工呼吸器バンドル、ABCDEバンドル、CDCガイドライン、CAUTIケアバンドル、日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン（PADケアバンドル）を用いてチームで参画することにより安全性およびアウトカムが改善する。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		普及性は従前より2割増加すると予想される。
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	-
	後の症例数（人）	-
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	14,868回
	後の回数（回）	30,000回
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		我が国ではRSTが呼吸ケアを行うことによりアウトカムの改善が報告されている。呼吸ケアの様々なガイドラインやマニュアルが報告され、最新の知見を踏まえた呼吸ケアの標準化が図られている。また、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会と日本呼吸療法医学会による合同プロジェクトチームによる我が国の登録制度が確立されており、31施設の登録があり、その業務内容やアウトカムが報告され我が国のエビデンスが蓄積されつつある。
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	本提案に伴う施設要件への影響はない
	人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	本提案に伴う人的要件への影響はない
	その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	人工呼吸器バンドル、ABCDEバンドル、CDCガイドライン、CAUTIケアバンドル、日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン（PADケアバンドル）
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		本提案に伴う安全性への影響はない。 医師、看護師、理学療法士、臨床工学技士のチームにより行うため安全性は高い。
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		特になし
⑧点数等見直しの場合	見直し前	呼吸ケアチーム加算150点
	見直し後 その根拠	呼吸ケアチーム加算200点 ①に根拠を示した
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	-
	技術名	-
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円）	60,000,000 増（+）
	その根拠	令和元年6月度社会医療診療行為別統計からすると1ヶ月で1239回の申請があり、年間で1239×12ヶ月=14,868回の申請があったことになる。16,572×12ヶ月=198,864点 普及性の変化より約3万回の実施回数増加が見込まれる。200（点）×10（円）×3万（回）=6000万円
	備考	-
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		-
⑫その他		-
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本呼吸療法医学会、日本呼吸器学会、日本リハビリテーション医学会
⑭参考文献 1	1) 名称	RST全国実態調査の結果を踏まえて
	2) 著者	長谷川隆一・蝶名林直彦・水野太郎
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 23(1), 9-13, 2013
	4) 概要	日本呼吸療法医学会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会は合同でRST活動を支援する「RSTプロジェクト」によるアンケート調査を行った。その結果RSTは大規模病院を中心に約6割の施設で行われRSTが教育や長期人工呼吸管理のサポートなど診療報酬の条件に合わない活動を行っていることが示された。
⑮参考文献 2	1) 名称	RST実態調査アンケート報告(2017年版)
	2) 著者	荒田 晋二・長谷川 隆一・飯田 有輝 他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	人工呼吸35 (1) 93-99, 201
	4) 概要	91施設から回答があり、①ICU以外の回診も加算の対象に拡大。②人工呼吸管理だけでなくNPPV、HFNC、酸素療法、慢性期・在宅・有料診療所での呼吸管理も対象に拡大。③認定看護師や集中治療医がいなくても算定可能。④保険点数と期間の拡大などの要望があった。
⑯参考文献 3	1) 名称	Physical therapy for critical l y ill in the ICU
	2) 著者	Kayambu G, Boots R, Paratz J
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Crit Care Med 2013; 41:1543-1554
	4) 概要	早期離床に関する10論文（790例：対照383例/介入407例）を対象としたメタ分析では、呼吸ケアチームの介入により、人工呼吸器装着期間・ICU在室日数・在院日数・身体機能・健康関連QOL・四肢筋力・呼吸筋力は改善するが、死亡率の改善は困難と報告されている。

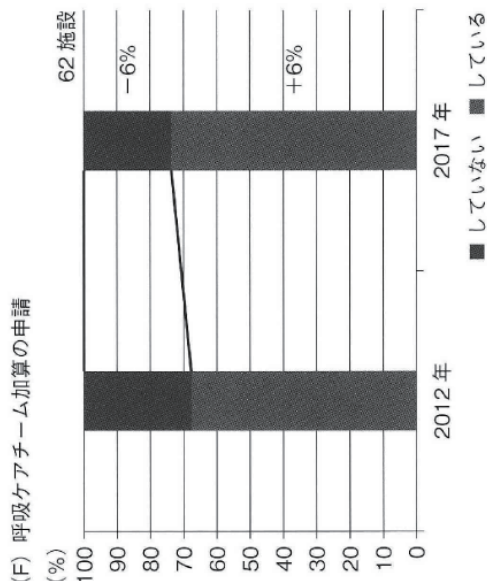
⑬参考文献4	1) 名称	Teamwork enables high level of early mobilization in critically ill patients.
	2) 著者	Hickmann CE, Castanares-Zapatero D, Bialais A et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Ann. Intensive Care (2016) 6:80
	4) 概要	呼吸ケアチームによるICU入室24時間以内に早期離床した171例（のべ731回中、除外基準は22例（3%）、709回（86%）は早期離床可能）と対照群32例の比較では、死亡率、ICU在室日数、在院日数の有意な改善を認めた。
⑭参考文献5	1) 名称	A Systematic Review of Evidence-Informed Practices for Patient Care Rounds in the ICU
	2) 著者	Lane D, Ferri M, Lemaire J et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Crit Care Med 41:2015-2029,201
	4) 概要	ICU回診に関する43論文：35論文は量的研究、8論文は質的研究、効果は満足度・会話・チームの合意の改善、VAP・ICU在室日数・在院日数、死亡率・医療費・有害事象の減少、バリア（情報共有・医療職種の階層）の改善、IOMの6つの質（安全、効果、患者中心、適時、効率、公正）の改善が得られた。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A231201	呼吸ケアチーム加算(現在の算定対象の患者の拡大と呼吸ケアチームの看護師の基準緩和)	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会



2017年のRST実態アンケート調査の報告をみると、呼吸ケアチームの編成条件と活動条件に関する要望と期待には乖離がある(人工呼吸 2018; 35: 93-99)。

- ①ICU以外の回診も医療加算の対象に拡大して欲しい。
- ②人工呼吸管理だけでなくNPPV、HFNC、酸素療法、慢性期・在宅・有料診療所での呼吸管理も対象に拡大して欲しい。
- ③認定看護師や集中治療医がいなくても算定可能にして欲しい。
- ④保健点数(現行150点、週1回)と期間(人工呼吸器装着48時間から1ヶ月以内)を拡大して欲しい。
- ⑤日本呼吸ケアリハビリテーション学会と日本呼吸療法医学会によるRST登録認定施設制度が2018年3月より開始された。
- ⑥登録された我が国のRSTは、2018年度19施設、2019年度13施設、2020年7施設の登録があり、現在31施設の登録がある。
- ⑦登録された呼吸ケアの業務は拡大されており、RSTは医師、看護師、理学療法士、臨床工学技士はすべてのチームの構成員である。





**【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）**

整理番号 ※事務処理用		A237101	
申請技術名		出生後ハイリスク新生児カウンセリング加算	
申請団体名		日本周産期・新生児医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	22小児科	
	関連する診療科（2つまで）	20小児外科	
		00なし	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無		有	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	プレネイタルカウンセリング加算	
	追加のエビデンスの有無	有	
提案される医療技術の概要（200字以内）		新生児特定集中治療室等に入室し、入院治療が必要な低出生体重児と先天性疾患の児（新生児特定集中治療室管理料 注1に規定する疾患）、精神疾患合併母体からの児は、長期の母子分離や育児困難などが起こりうる。愛着形成を促し、良好な親子関係を確立するために児の家族に対して、医師及び看護師（助産師）及び公認心理師または臨床心理士等によるチーム医療によって、精神的なサポートを行う。	
文字数：184			
対象疾患名		超低出生体重児、極低出生体重児、ダウン症候群等染色体異常症、生後早期に外科手術の必要な児、精神疾患合併母体から出生した児等	
保険収載が必要な理由（300字以内）		出生後に新生児集中治療が必要なために新生児特定集中治療室に入院すると母子愛着形成の大切な時期に母子分離をされることになる。また、精神疾患合併母体では児の愛着形成や養育に問題を生じるリスクが高い。低出生体重児における被虐待児の頻度は成熟児の13.5倍に相当するとの報告もある。これは母親の自虐的感情、子への罪障感、社会的孤立感、予後に対する不安感や焦燥感による心理的葛藤状況が大ききリスク因子とされている。親子関係確立に重要な時期に母親と家族に対する適切な精神的サポートは児の正常発達に対しては必要不可欠である。このサポートにより児に適切な治療と養育環境が提供されると期待され、早期治療、退院につながる。	
文字数：300			

**【評価項目】**

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等		新生児特定集中治療室等に入室し、長期の入院治療が必要な低出生体重児と先天性疾患の児（新生児特定集中治療室管理料注1に規定する疾患*）及び母体精神疾患の児とその家族に対してカウンセリングを行い、児に対して算定する。	
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）		直接面接による診療、月1回まで算定可能とする。	
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	D	
	番号	006-4	
	医療技術名	遺伝カウンセリング加算	
既存の治療法・検査法等の内容		臨床遺伝学に関する十分な知識を持つ医師が、遺伝学検査を実施する前、または当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行う。ただし、施行可能者、対象疾患が極めて限定される。	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		母子関係の確立とそれによる家族関係の健全化 心理士により、家族の精神的苦痛から開放し、児に対し積極で関与できるようになる。また虐待予防にもつながり、児の脳白質発達も良好になり、発達発育が良好になる	
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	新生児早期にNICUに入院するような母子分離を受ける児に被虐待児がおおく、愛着障害の児は、白質容量が減少する。	
	ガイドライン等での位置づけ	3 ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	

⑥普及性	年間対象患者数(人) 国内年間実施回数(回)	17,500人 17,500回
※患者数及び実施回数の推定根拠等		総合・地域周産期母子医療センターにおいて、出生体重1,500g未満で出生した新生児(約8,000例)、また新生児期に手術が必要であったり(約6,000例)多発奇形等のある新生児や精神疾患母体から出生し、入院加療が必要な児(約3,500例)に対して行われるため。
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		周産期医療体制整備指針のなかに、NICU及び新生児病室に臨床心理士等臨床心理技術者を配置することが明記され、新生児と家族の愛着形成を支援するための設備等を備えることが望ましいとされている
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	総合・地域周産期母子医療センター
	人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	新生児医療に十分な知識と経験のある周産期(新生児)専門医及び看護師または助産師及び公認心理師または臨床心理士等による医療チームとする。
	その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	カウンセリング内容: 児の検査・治療・予後等の内容を含み、「標準的医療説明の手順書2019年版」で示された説明内容に準じたものとする。
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		問題ない
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題ない
⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円) その根拠	D 1,000点 026 注7 検体検査判断料 遺伝性腫瘍カウンセリング加算 に準ずる
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術(③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む)	区分	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	特になし
	具体的な内容	特になし
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円)	増(+) 284,000,000円
	その根拠	患者家族の児に対する受け入れがよくなり、早期治療早期退院を希望するようになり、平均在院日数が2日間短くなるとするとこの額の医療費が削減でき、その後もより健全な発達、発育ができれば、さらに医療費の削減につながるし、社会経済効果はさらに大きな利益となる。
	備考	特になし
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(主なものを記載)		なし
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況		2) 調べたが収載を確認できない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴(例: 年齢制限)等		無
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い		d. 届出はしていない
⑭その他		特になし
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本新生児育成医学会 早川昌弘理事長、日本小児科学会 岡 明理事長
⑯参考文献1	1) 名称	虐待が児の脳発達に及ぼす影響
	2) 著者	友田明美
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	周産期医学 2019; 49: 1667-1669
	4) 概要	被虐待児が、心の病に推移したり、健全な人間関係が結べない。また愛着障害児の視覚野の白質容量において、20.6%の容量減少がみられる。また前頭野の白質容量も減少するといわれている。
⑯参考文献2	1) 名称	虐待の予防、早期発見及び再発防止委向けた地域における連携体制の構築に関する研究
	2) 著者	小泉武宣
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	分担研究ハイリスク家庭への周産期からの援助に関する研究。平成11年度厚生科学研究子ども家庭総合研究報告書 2000: 43-45
	4) 概要	NICUに入院が必要なハイリスク児は、退院後に乳幼児虐待に発展する頻度が高い(乳幼児虐待の40%以上)との報告もみられる。今調査から得られたあっこ5年間の29例の乳幼児虐待49例のうち23例(47%)が極低出生体重児であり、うち34.7%が死亡していた。その原因は単に母子分離だけではなく、現代社会構造の変化による育児不安に加え、児の予後に関する不安、家庭環境、社会経済的因子などの多くの因子がわかってきている。

⑬参考文献3	1) 名称	臨床心理士 一周産期のカウンセリング
	2) 著者	三好順子
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	周産期医学 2012; 42: 763-766
	4) 概要	臨床心理士の仕事は目に見えにくい、治療にもケアにも携わらない『聴く』ことの専門家がお会いするからこそ、家族は自分の心の内を探る作業をじっくりと進めることができる。その情報をもとに多職種のスタッフでコミュニケーションをとることで、家族を中心にした視点が芽生え、NICU全体が『抱える機能』を果たすことができる
⑭参考文献4	1) 名称	出生後のメンタルヘルス 児に障がいが見つかった妊婦とその家族への心理支援
	2) 著者	宮良尚子
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	周産期医学 2011; 44: 949-952
	4) 概要	心理士の機能は『患者のものの方・感じ方や本当に求めていることなどを患者や医療チームや社会資源などへいろいろなレベルで“つなぐ”機能』『かぞくが自らの思いを語る機会をもち、情動をことばにしていくプロセスを通して自律性を回復し、状況に対するコントロール感が回復されるのを傍らで支える役割』であるとした。
⑮参考文献5	1) 名称	生後1か月までの母子関係確立の重要性
	2) 著者	堀内勤
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	周産期医学 2019; 49: 1577-1581
	4) 概要	生後1か月までの女性と新生児は、ダイナミックな相互的関わり合いの中で、母親としての中核自己の形成と児の関係性発達の基盤を形作っていく。そのためには周産期医療関係者、保健師、心理士などのチームが見守り、身体的及び心理的発達の支援を適切に行うことが不可欠である。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A237101	出生後ハイリスク新生児カウンセリング加算	日本周産期新生児医学学会

**【技術の概要】**

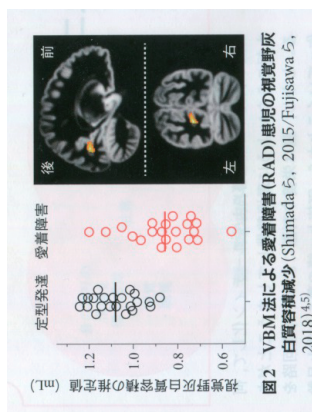
長期母子分離による母子愛着形成障害により虐待及び治療拒否、育児拒否のリスクが高まる。この危険な時期に母子及び家族に適切な精神的サポートを行うことで適切な親子関係の形成、早期治療退院が可能になる。

**【対象疾患】**

超低出生体重児、極低出生体重児、ダウン症候群等染色体異常症、生後早期に外科手術の必要な児、母体精神疾患合併の児ならびに特定妊婦から出生した児等

**【有効性】**

低出生体重児は虐待のリスクが高く、母子愛着形成の重要な時期に母子分離されることが一因である。愛着障害児は白質容量が減少することがわかっており、その後の精神的発達、社会的発達においても問題になりやすい。この母子愛着形成の大切な時期に、母親及び家族に適切なサポートを行うことで、虐待が回避できるだけでなく、児への受け入れも良好となり、早期治療・早期退院へ結びつくものと思われる。



**【既存の治療法との比較】**

これまでは、医療スタッフの裁量に任せられていたのみで、専門的な知識技術を持つ公認心理士等がすべてに配置されていたわけではない。

**【診療報酬上の取り扱い】**

- ・公認心理師、臨床心理士等によるカウンセリング
- ・1,000点

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	A238101	
申請技術名	遠隔ICU診療支援管理料	
申請団体名	一般社団法人日本集中治療医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	38その他（診療科名を右の空欄に記載する。） 集中治療科
	関連する診療科（2つまで）	31麻酔科
		32救急科
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択
	提案当時の医療技術名	-
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
提案される医療技術の概要（200字以内）	遠隔ICUとは、複数集中治療室の入室患者を支援側医療施設から監視する事で、重症患者を一元管理して遠隔から現場の医療者に対して診療支援をするシステムである。支援側医療施設にいる集中治療専門医は、重症患者のデータを用いた重症度評価によるトリアージと早期治療介入、運用プロセスの改善、タスクシェア・タスクシフトを行う。それにより、医療の質向上、労務効率改善、ひいては患者予後改善に結びつける。	
文字数：193		
対象疾患名	急性期患者	
保険収載が必要な理由（300字以内）	本邦のICU・HCU病床数は十分とは言えず、機能的に運用するためのスタッフも不足・偏在している。今後も少子高齢化社会が継続する本邦においては、質の高い集中治療供給体制を安定的に維持し且つCOVID-19パンデミックのような突発的な危機にも耐え得る診療体制を構築する上で、物理的な人員増または配置転換は実質不可能である。従って集中治療専門医が遠隔的かつリアルタイムに複数のICU・HCU等を支援し、病床で従事する医師及び看護師のタスクシェア・タスクシフトを実現することは患者への集中治療体制向上に大きく貢献する。この新たな集中治療供給体制を持続的なものとするため保険収載が必要である。	
文字数：291		

【評価項目】

①提案される医療技術の対象・疾患、病態、症状、年齢等	本技術の対象となる疾患は、医師が特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料等を算定するユニットへの入室が必要と認められた患者である。すなわち、意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全（心筋梗塞を含む）、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）、広範囲熱傷、大手術後、救急蘇生後およびその他外傷、破傷風等で重篤な状態の成人患者である。	
②提案される医療技術の内容・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）	遠隔ICU診療支援とは、複数の医療機関の集中治療室等の入室患者をと呼ばれる施設と繋ぎ支援側医療施設からも常時患者の状態を把握し、能動的に診療支援を行う。本技術には2つの医療技術が必要である。1つはカルテ、セントラルモニタや部門システムなどの患者情報を、適切なセキュリティの元にネットワークを介して支援側医療施設から観察できシステムであり、支援側医療施設の集中治療医及び看護師が、全患者データを遠隔的にモニタリングし、患者の重症度や介入の優先順位を迅速に把握し、能動的に病床側を支援する。もう1つは支援側医療施設と、病床側の医療従事者および患者とが、常時双方向にコミュニケーションが取れるWeb会議システムであり、病床側からの支援要請だけでなく、支援側医療施設も能動的な指示・助言を可能とする。	
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	A 第2部 第3節 特定入院料
	番号	A300, A301, A301-2, A301-3
	医療技術名	特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料
既存の治療法・検査法等の内容	2019年4月現在、本邦にはICU病床（相当）数（2:1看護）が7,100床、ハイケアユニット（HCU）病床（相当）数（4:1又は5:1看護）が約10,000床存在する一方、日本集中治療医学会が認定する集中治療専門医は1,850人である。Garshengorn(2014)らによれば、患者の数と集中治療医の数は7.5床に対し1名で治療成績が良好と報告されており、ICU及びHCU計17,000床に対する集中治療医の数は圧倒的に足りていない。また、集中治療医の数には地域偏在がみられ、2020年4月現在、250名以上の専門医がいる東京都に対し15名未満の都道府県は15県も存在する。今後も少子高齢化社会継続する本邦において質の高い集中治療供給体制を維持し、且つCOVID-19パンデミックのような危機に耐え得る管理体制を構築する上で、物理的に人員を増やすまたは配置転換を行うことは実質不可能であるため、少ない専門医でも日本全国の集中治療の質を維持しつつ供給し続ける新たな体制が必要不可欠である。	

<p>④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム</p>	<p>遠隔ICUとは、複数集中治療室の入室患者を支援側医療施設と呼ばれる施設から支援する事で、重症患者を一元管理して遠隔から現場の医療者に対して診療支援をするシステムである。 遠隔ICUに関連する2000-2016年に報告された文献1035報のうち評価可能であった19報をメタ解析した結果、遠隔ICU支援導入により、導入前に比しICU死亡リスク (RR_0.83, 95%CI0.72-0.96) および院内死亡リスク (RR_0.74, 95%CI0.58-0.96) が減少した。またICU入室期間に統計学的有意差は見られなかったものの短縮傾向が見られた (平均-0.63日, 95%CI-0.28-0.17)。遠隔ICU主導による日々の人工呼吸管理を導入したところ肺保護換気遵守率が29.5%から44.9%に改善し死亡率低下にも寄与した。国内では遠隔ICU診療支援の導入により、2施設4ユニット5部門の50床のICU・重症部門を遠隔的に支援した結果、遠隔ICU導入前と比し、治療した患者の重症度が13ポイントも上昇したにもかかわらず死亡率が3.61%から2.63%と約2/3に減少し、重症度から算出した推定死亡率7.95%を大きく下まわった。現在はICUへの遠隔支援の実績に留まるが、同様に1名の集中治療医により多くの病床を遠隔的に管理できれば、ICUの管理体制もICUレベルの集中治療管理へと底上することが期待でき、理論上のICU病床数は10万人当たり13.7床となることから、ICU体制が充実している欧州 (人口10万人あたり11.5床) と実質的に同水準となる。 効率性の観点からは、本技術により圧倒的に不足している集中治療を少ない専門医で効率的に提供し、加えて次世代集中治療医の育成が同時に行える点が大きい。遠隔的に支援を受けることで間接的に集中治療専門医の指導のもの働いたこととなり、on-the-jobでの教育機会が増し、集中治療の標準化や底上げが可能となる。積極的に病院間をつないでいくことで、「集中治療科専門医と一緒にたらいだ次の世代の集中治療の育成が円滑となり人材育成にも貢献する。コロナで重症呼吸不全診療を担うことができる人材育成が急務である現在において、この遠隔診療+教育は必須である。</p>
<p>⑤ ④の根拠となる研究結果等</p>	<p>遠隔ICU診療支援導入前後を比較した19報文献の統合解析の結果、ICU死亡リスク (RR_0.83, 95%CI0.72-0.96) 及び院内死亡リスク (RR_0.74, 95%CI0.58-0.96) が減少し、ICU入室期間の短縮傾向 (平均-0.63日, 95%CI-0.28-0.17) が示された。(J Int Care Med. 2018 Jul;33(7):383-393.) 米国の7つのICUでの遠隔ICU診療支援導入前後の院内死亡率は13.6%から11.8%に、同様に56のICUでの遠隔ICU診療支援導入前後の院内死亡率は11%から10%に減少した。(Systematic Reviews. 2016 Oct 18;5(1):176-189.) 国内では遠隔ICU診療支援の導入により、2施設4ユニット5部門の50床のICU・重症部門を遠隔的に支援した結果、遠隔ICU導入前と比し、治療した患者の重症度が13ポイントも上昇したにもかかわらず死亡率が3.61%から2.63%と約2/3に減少し、重症度から算出した推定死亡率7.95%を大きく下まわった。(医療機器学 令和3年2月;第91巻第1号:25-29)</p>
<p>⑥普及性</p>	<p>年間対象患者数(人) 159,782人 国内年間実施回数(回) 499,991回</p>
<p>※患者数及び実施回数の推定根拠等</p>	<p>令和元年社会医療診療行為別統計(令和元年6月審査分)より特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の初日が算定されている件数を算出し、その12倍を既存治療の年間対象患者数(1,065,216人)と見積もった。一方、年間実施回数は同様の診療行為別統計の特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の全回数をカウントし12倍することで年間実施回数(3,333,276回)を得た。遠隔ICU診療支援が導入されてから10年以上が経過している米国の現在の普及率は15%程度と報告されているため、本邦での普及率も15%と想定し、本技術対象患者数及び年間回数(回)をそれぞれ159,782人および499,991回と推計した。</p>
<p>⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p>	<p>支援側医療施設および病床側で従事する医療従事者の集中治療管理に対する成熟度は十分であるものの、遠隔ICUの導入により双方に働き方の変革が必要であることを受け入れ、チームとして新たな集中治療供給体制を構築する必要があるため、遠隔的に行うためのスキルを習得するためのトレーニングは必要であり本技術導入にあたっての指針に教育訓練について定めている。 また、導入が進んでいる米国からの報告によれば、遠隔ICUの効果の最大化には支援センター側及び病床側のリーダーシップ、病床側の受入れ体制および、組織体制が影響するとあり、病床側は現行体制を維持しつつ、支援センター側には集中治療管理に精通した専門医および看護師が従事する必要がある。 支援センターを学会もしくは学会と関連する組織で認定する制度を作る事で、支援の質の担保をしていく。それにより、適正な施設数と教育体制を維持していく。</p>
<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の算定基準を満たす病床に対して支援を行うこと、病床と支援センターは適切なセキュリティ対策を講じたWeb会議システムにより支援側医療施設の医療従事者が病床の患者および医療従事者とコミュニケーションが取れる状態を常時に確保していること、適切なセキュリティ対策を講じたネットワークを介して接続された医療情報システムやセントラルモニタから取得した患者情報をリアルタイムに閲覧できること、収集された患者情報に基づく患者の重症度に応じたアラート表示や、回復の程度に応じた介入・退院の優先順位を解析するソフトウェアをインストールしていること、これらの機能により支援センター側は能動的に患者の状態を把握し指示・助言が可能な措置を講じていること。 病床側の施設の要件は、特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の算定に関する施設基準を遵守すること。</p> <p>支援側医療施設：責任者は日本集中治療医学会が認定した集中治療科専門医であること、日本集中治療医学会が認定した集中治療科専門医が常時1名以上支援センター内で勤務していること、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を支援センター内に常時(あるいは週20時間以上)配置すること 病床側：特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の算定上での人的要件を遵守すること。支援を受ける側の施設にも、診療の提案を受けた際に、提案内容を理解して施行できる技術を持った人材が必要であり、集中治療に精通した医師(集中治療科専門医、もしくは集中治療に関連する診療科の専門医資格(救急科専門医、麻酔科専門医等)を有し、所定の研修を終了した)もしくは少なくとも1名専従している施設であることを条件とする。</p> <p>日本集中治療医学会が策定した「遠隔ICU設置と運用に関する指針」を遵守すること</p>
<p>⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>患者への直接的な介入は無いこと及び病床側の特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の算定基準を満たす病床の管理は従来通りであることから、安全性には影響しない。</p>
<p>⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)</p>	<p>特になし</p>

<p>⑩希望する診療報酬上の取扱</p>	<p>妥当と思われる診療報酬の区分 点数（1点10円）  その根拠</p>	<p>A 第2部 第3節 特定入院料 1,580点  150人の患者を遠隔的に診療支援する場合、経験12年の医師1名、経験10年の看護師3名のチームで対応できるとして人件費を算出し、1病床・1日あたりの費用を算出した。 一方で初期導入・運用保守費用を減価償却年数および病床数で割った費用を算出した。これらを合算し、1日あたりの費用を算出した。 外保連試算によれば医師5万円/時間、看護師1.25万/時間とすると1日210万となり、1床あたり14,000円となる。一方、初期・運用費用として150床で5億/5年とし、5年償却とすると、1床あたり1,826円となる。これらを合計すると15,826円であるため、1日あたりの加算点数は1,580点となる。</p>
<p>関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 （③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む）</p>	<p>区分 番号 技術名  具体的な内容</p>	<p>区分をリストから選択  特になし 特になし  本技術の導入により、既存の病床での集中治療管理、救命救急入院管理、ハイケアユニット入院管理および脳卒中ケアユニット入院管理に遠隔的に集中治療専門医による治療管理が上乘せられることから、減点や削除が考えられる医療技術は無い</p>
<p>予想影響額</p>	<p>プラスマイナス 予想影響額（円）  その根拠  備考</p>	<p>増（+） 78.9億円  遠隔ICU診療支援が導入されてから10年以上が経過している米国の現在の普及率は15%程度と報告されている（Sean2019より）ため、本邦での普及率も15%と想定し、対象症例（人）及び実施回数（回）を推計した。 影響額の根拠は次の式で算出した。予想影響額（円）=499,991回×1580点×10円=7,899,857,800円  本技術の導入により現在のICU・HCU治療の底上げが期待でき、COVID-19パンデミックのような危機的状況に対し柔軟に対応することが可能である。仮に集中治療を強化するため10,000床の15%である1,500床のHCU、7,000床のうちICU3管理料を算定している約70%の病床の15%である735床を既存の方法で、1段階管理レベルを引き上げる場合、ICU常駐医師及び2:1看護体制等の整備に加えハイケアユニット管理料6,855点からICU管理料3の9,697点、差分2,842点の医療費が、ICU3管理料9,697点からICU1管理料14,211、差分4,514点の医療費が必要となる。本技術であれば、より少ない人的リソースでHCU管理料またはICU3管理料+1,580点で集中治療管理レベルの底上げが可能である。既存の方法では（1,500床×2,842点×10）+（735床×4,514点×10）=75,807,900円（1日につき）が必要であるのに対し、本技術では2,235床×1,580点×10=35,313,000円（1日につき）の医療費で集中治療管理レベルの底上げが可能である。年間にすると27,669,883,500円-12,889,245,000円=14,780,638,500円であり、年間約148億円の効率性が見込まれる。</p>
<p>⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）</p>		<p>① 患者観察の監視カメラ（非医療機器） ② 電子カルテへアクセスできるシステム（非医療機器） ③ 支援センターおよび病床を遠隔的に繋ぐWeb会議システムおよびネットワーク（非医療機器）が必要である。</p>
<p>⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況  ※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等</p>		<p>2) 調べたが収載を確認できない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。  遠隔ICUに対する公的医療保険の収載は確認できなかったが、米国ではCOVID-19パンデミックに伴い遠隔診療の適応拡大がなされ、入院患者に対しTeleconsultationを行った場合、当該患者が集中治療室に入院していた場合でも算定できる可能性がある</p>
<p>⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い</p>		<p>d. 届出はしていない</p>
<p>⑭その他</p>		<p>特になし</p>
<p>⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>		<p>日本救急医学会、日本急性血液浄化学会、日本遠隔医療学会、日本呼吸療法医学会</p>
<p>⑯参考文献1</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ  4) 概要</p>	<p>Clinical and Economic Outcomes of Telemedicine Programs in the Intensive Care Unit: A Systematic Review and Meta-Analysis Chen J, et al. Journal of Intensive Care Medicine. 2018 Jul;33(7):383-393.  集中治療管理を遠隔的に行った際の臨床的および医療経済的有用性を系統的レビュー及びメタ解析で評価した。2000-2016年に報告された1035報のうち選択基準に合致した19報をメタ解析した結果、遠隔ICU支援によりICU死亡リスク（RR0.83, 95%CI0.72-0.96）および院内死亡リスク（RR0.74, 95%CI0.58-0.96）が減少した。ICU入室期間に統計学的有意差は見られなかったものの短縮傾向が見られた（平均-0.63日, 95%CI-0.28-0.17）。</p>
<p>⑯参考文献2</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ  4) 概要</p>	<p>Determinants of Intensive Care Unit Telemedicine Effectiveness. An Ethnographic Study Kahn JM, et al. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2019 Apr 15;199(8):970-979.  遠隔ICUの有用性の要因分析を行うため、遠隔ICU導入により死亡率が有意に低減した5施設、有意に増悪した3施設、変化のなかった1施設及び導入直後の1施設に対し合計460時間の観察及び222回のインタビューを実施し検討した。その結果、支援センター側及び病床側双方のリーダーシップ、病床側スタッフの遠隔的支援の受容度および双方の組織体制が影響していると考えられた。</p>
<p>⑯参考文献3</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ  4) 概要</p>	<p>A multicenter population-based effectiveness study of teleintensive care unit-directed ventilator rounds demonstrating improved adherence to a protective lung strategy, decreased ventilator duration, and decreased intensive care unit mortality Kalb T, et al. Journal of Critical Care. 2014 Aug;29(4):691.e7-14.  ALI/ARDSに対する肺保護換気（PV）を行うことが院内死亡率低下に寄与することが知られているが、その管理法を維持することは困難である。本研究では遠隔ICU主導による毎日の人工呼吸器ラウンドが肺保護換気（LPV）遵守にどのような影響を与えるかを評価した。その結果、人工呼吸器ラウンド導入前のLPV順守率29.5%に対し、導入から9か月で44.9%に上昇し、その後も同様の順守率が維持された。</p>

⑬参考文献 4	1) 名称	昭和大学における遠隔集中治療支援システム
	2) 著者	小谷 透
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	医療機器学 令和3年2月:第91巻第1号:25-29
	4) 概要	集中治療には状況に応じた効率が常に求められることから、我が国の集中治療の現状を主に人的資源の不足と偏在を確認した上で集中治療のパフォーマンス評価の重要性を説いた。さらに昭和大学に導入された遠隔集中治療支援システムが大学病院内3ユニットに加え江東豊洲病院ICUを診療支援し、APACHE IVスコアが2年間で13ポイントも上昇したにもかかわらず、ICU内死亡、院内死亡を共に低減し、さらにAPACHE IVスコアに紐づいた死亡率で実死亡率を割った死亡率比が全てのユニットにおいて減少したことを報告した。
⑭参考文献 5	1) 名称	遠隔ICU設置と運用に関する指針
	2) 著者	日本集中治療医学会 ad hoc 遠隔ICU委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	今年度早々公表予定
	4) 概要	本邦における遠隔ICU設置と運用に関して、診療の質を担保するために必要と考えられる、施設基準（集中治療専門医の配置基準等）、システム全体像の説明、運用方針、セキュリティに関する注意点等についてまとめた指針。



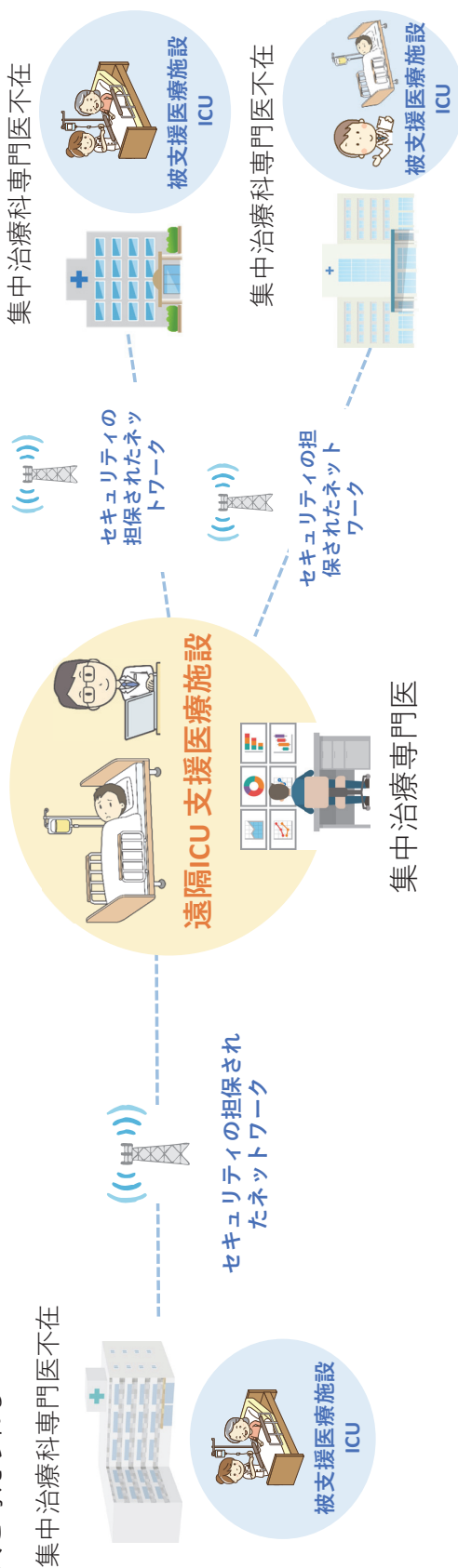
提案番号(6桁)	申請技術名
A238101	遠隔ICU診療支援管理料
申請学会名	日本集中治療医学会

**【技術の概要】**

◆ 遠隔ICUとは、被支援医療施設の重症系病床（ICU・HCU・救命救急センター等）の入室患者を支援医療施設と繋ぎ、全患者情報をリアルタイム且つ継続的にモニタリングをして、ビデオ音声通話システムにより、支援医療施設から被支援医療施設の全患者の状態を把握し、現場と連携して能動的に診療支援を行う技術である。患者のトリアージと早期治療介入、運用プロセスの改善、現場の医療従事者とのタスクシェア・タスクシフトが可能となり、医療の質向上、労務効率改善、患者予後改善を達成する。被支援施設にも、診療の提案を受け、た際に、提案内容を理解して施行できる技術を持った人材が必要である。今後も少子高齢化社会継続する本邦において質の高い集中治療供給体制を維持し、且つCOVID-19パンデミックのような危機に耐え得る管理体制を構築する上で、物理的に人員を増やすまたは配置転換を行うことは極めて困難であり、少ない専門医で日本全国の集中治療の質を維持しつつ供給し続けるための新たな体制となる。

**【対象疾患】**

重症系病床（ICU・HCU・救命救急センター等）に入院する患者。令和元年会医療診療行為別統計により推計すると、年間対象患者は11.7万人と考えられる



**【既存の治療法との比較】**

- ・ 国内では遠隔ICU導入前後で、患者の重症度が13ポイントも上昇したにもかかわらず実死亡率が3.61%から2.63%と約2/3に減少した。
- ・ 米国では、遠隔ICU主導による日々の人工呼吸管理を導入し、肺保護換気遵守率が29.5%から44.9%に改善し死亡率低下にも寄与した。

**【診療報酬上の取扱】**

- ・ A 特定入院料(加算)
- ・ 1,580点  
(従来の病棟のみの集中治療に対する遠隔的な診療支援による上乗せ効果)

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	A238102		
申請技術名	院内迅速対応システム (Rapid Response System : RRS)		
申請団体名	一般社団法人日本集中治療医学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科 (1つ)	38その他 (診療科名を右の空欄に記載する。)	集中治療
	関連する診療科 (2つまで)	32救急科	
		03循環器内科	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有		
実績「有」の場合	過去に提案した年度 (複数回提案した場合は、直近の年度)	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	院内迅速対応システム (Rapid Response System : RRS)	
	追加のエビデンスの有無	有	
提案される医療技術の概要 (200字以内)	院内心停止後 (IHCA) に心拍再開しても心停止後症候群に陥り、集中治療室で低体温療法などの必要となる。しかし、これらの治療を行っても院内心停止の約17%しか障害なしに退院できない。一方、IHCAの約80%は心停止の約6時間前にバイタルサインの変化がある。IHCAを予防するために院内迅速対応システム (RRS) は一定基準を満たした場合に医師と看護師等からなる専門チームが対応するシステムである。		
文字数 : 196			
対象疾患名	全疾患		
保険収載が必要な理由 (300字以内)	心停止後症候群では集中治療室における高額な集学的治療が長期に必要となる。この対策としては心停止前の患者を早期に発見し介入することしかない。RRSは効率的にこれらを行い、院内心停止を未然に防ぐ方法で、RRSでは重症化する前に治療介入がはじまるので短期間な治療により医療リソースを再配分できる。日本でも大病院を中心にRRSを導入している病院は増加傾向にある。しかし、多くの病院でRRSに余剰人員を割く余裕はなく、かつ土日や夜間に対応できず有効なシステムになっていない。多くの病院で常に対応するシステム構築には人員の確保とそれらのデータを管理する部署を整備するために保険収載が必要である。		
文字数 : 291			

## 【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	全年齢、全入院患者		
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等 (具体的に記載する)	院内迅速対応システムは全入院患者を対象にシステム起動要件 1. 具体的なバイタルサインに基づく院内迅速対応システム起動基準の設定 2. 院内迅速対応システム起動のための教育実績 システム対応要件 1. 医師を含む多職種による院内迅速対応システムの編成 2. 集中治療室がある場合は入室の可否の判断 3. 院内迅速対応システムの起動に関する記録 システム改善要件とデータ管理 (医療安全管理室) 1. 院内心停止数と心停止に至る経過の記録 2. 事例検討会開催と記録された起動案件の医療安全からの評価		
③対象疾患に対して現在行われている医療技術 (当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること)	区分	A 第2部 第3節 特定入院料	
	番号	A234, A301, A301-4, J046, L008-2	
	医療技術名	医療安全対策加算、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、非開胸的心マッサージ、低体温療法	
既存の治療法・検査法等の内容	全入院患者に対して医療安全加算する (A234に該当)。 心停止となった場合は非開胸的心臓マッサージおこなう (J046に該当)。 自己心拍再開後は集中治療室に入室する (A301, A301-4に該当)。 自己心拍再開後に脳保護として低体温療法をおこなう。 (L008-2に該当)。		
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム	院内迅速対応システム導入により院内心停止発生は減少し、その結果院内死亡率も改善する。さらに迅速対応システム導入により心停止のあとの自己心拍再開後の管理や重症患者管理のコストも抑えられる。		

⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	院内迅速対応システムによる院内死亡率と院内心停止発生に関するメタアナリシスが2015年に報告されている。それによると院内迅速対応システム導入により院内死亡率の相対危険度(Relative Risk:RR)は成人で0.87、小児で0.82であり有意に低下した。さらに院内心停止発生率の相対危険度は成人で0.65、小児で0.64と有意に低下した(Critical Care:2015:19:254)。さらに2014年には小児の1施設5年間の検討であるが院内迅速対応システムを導入したほうが、状態が悪化してから集中治療室で管理するよりコストが掛からなかったと報告もある(Pediatrics 2014;134:235-241)。
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり(右欄に詳細を記載する。) 院内心停止の発生や院内死亡率を減少させるために、rapid response system (rapid response team / medical emergency team) の導入を考慮することを提案する。
⑥普及性	年間対象患者数(人)	100,000
	国内年間実施回数(回)	100,000
※患者数及び実施回数の推定根拠等		院内迅速対応システムの対象となる成人の院内心停止は米国のAHAの2013年の報告では1,000入院あたり3.8から13.1と推定されている(Circulation 2013:127:1538-1563)。日本における対象となる院内心停止は令和2年12月病院報告( <a href="https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m20/12.html">https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m20/12.html</a> )によれば年間新入院患者は1,152,660(人/月)×12(日)=13,831,920人であるので、最小で13,831.9×3.8=52,561.3人、最大で13,831.9×13.1=181,197.9人で年間50,000~180,000人程度が予想される。日本で院内迅速対応システムと院内心停止の把握が十分に整備されていない現状を考えると少なくとも年間100,000人以上が対象となると考えられる。
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		日本集中治療医学会、日本臨床救急医学会、日本循環器学会、日本臨床救急医学会、日本小児救急医学会、医療の質・安全学会等で合同委員会が設置されて活動を行っている。日本医療機能評価(3rdG:Ver.2.0)で“患者等の急変に適切に対応している”の要素で“急変の兆候を捉えて対応する仕組み”が評価項目となっており、医療安全全国共同行動においても行動目標6急変時の迅速対応としてRRSが挙げられている。このため、日本集中治療医学会と日本臨床救急医学会の評議員施設に対するアンケート調査で132施設のうち約85%(113施設)がRRS導入もしくは準備中である。システム構築は基準作成など容易である。しかし、それらのうち約90%の施設で人員の確保が難しいとしている。また、2014年の日本小児救急医学会で実施された441施設のアンケートでもRRS導入の阻害因子として約半数の施設で人員の確保を指摘している。
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	医療安全体制加算を算定し、なおかつ特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、救命救急入院料のいずれかを算定する施設。
	人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	重症患者管理に精通した医師(集中治療に専従する医師など)・看護師を含む多職種による院内迅速対応システムの編成が必要である。最低限1名の重症患者のアセスメントができる看護師を院内迅速対応システム担当として常時配置する必要がある。
	その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	システム起動要件:1)具体的なバイタルサイン等に基づく院内迅速対応システム起動基準の設定、2)院内迅速対応システム起動のための教育実績。システム対応要件:1)医師を含む多職種による院内迅速対応チームの編成、2)集中治療室がある場合は入室の可否の判断、3)院内迅速対応システムの起動に関する記録。システム改善要件とデータ管理(医療安全管理室):1)院内心停止数と心停止に至る経過の記録、2)事例検討会開催と記録された起動案件の医療安全からの評価
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		なし
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		なし

⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分	A 第2部 第3節 特定入院料	
	点数（1点10円）	入院患者全てに対して入院1回に対し医療安全対策加算について医療安全対策加算1を170点、医療安全対策加算2を60点にする（A234に該当）。さらに院内迅速対応システムにより集中治療室に入室した場合には集中治療室入室期間中は1日につき特定集中治療室管理料に150点を加算する（A301に該当）。	
	その根拠	院内迅速対応システムでは院内迅速対応システム担当として重症患者のアセスメントができる看護師1名を常時配置する必要があるため当該看護師の件費を考慮して医療安全対策加算を院内迅速対応システム導入した場合に現診療報酬点数の2倍にした。院内迅速対応システムでは重症患者管理に精通した集中治療に専従する医師と看護師などで構成されたチームの判断で特定集中治療管理料もしくは小児特定集中治療管理料が認められた集中治療室へ入室するので入室日数の短縮が見込まれる。このような施設では対象患者が発生した場合、集中治療に専従する医師が対応チーム担当医師となるのでそのための件費を考慮して、呼吸器ケアチーム加算の150点を参考に集中治療室入室から退室までは連日特定集中治療管理料に加えて150点を加算できるとした。400床の病院で新入院患者は年間10,000人として、医療安全加算1は場合850円×10,000人=8,500,000円1)で、RRSでICUへ緊急入室となるのは約50例（全入室例の5%）とすると、入室7日間として特定集中治療管理加算の増額分で年間50例×7日×1500=525,000円2)。1)+2)=9,025,000円となり看護師2名分の件費の補助に相当する。	
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	
	番号	なし	
	技術名	なし	
	具体的な内容	なし	
予想影響額	プラスマイナス	減（－）	
	予想影響額（円）	28,159,738円	
	その根拠	令和元年年社会医療診療行為別調査（2019年6月審査分）によると医療安全対策加算1（850円）は77,877件であり、医療安全対策加算2（300円）は96,900件であった。医療安全対策加算1の施設の50%、医療安全対策加算2の施設の6%が特定集中治療室管理料（小児特定集中治療室を含む）を算定していると仮定した。その約25%が院内迅速対応システムを導入した施設で算定された場合、医療安全対策加算1増額分(77,877×0.5×0.25×(1700-850(円)))×12ヶ月=99,293,175円、医療安全対策加算2増額分(96,900×0.06×0.25×(600-300(円)))×12ヶ月=5,232,600円となり、合計104,525,775円(1)増額となる。さらに、院内迅速対応システムの起動によりICUに入室する症例が1施設あたり年間平均30症例、加算施設数は150施設と推測した。これらの症例に対しさらなる加算が平均4日間算定されると仮定すると、増額分の推定額は1500円×4日間×30例×150施設=27,000,000円(2)増額となる。(1)と(2)を合わせると増額分の推定額は全体で131,525,775円(3)となる。一方、迅速対応システムを導入した場合の院内心停止発生率は相対危険度0.65（参考文献4）であるので、導入施設において心肺蘇生行為を35%減らすことが可能である。令和元年社会医療診療行為別調査から計算した入院患者に対する非開胸的心臓マッサージの医療費は17,170,000円の80%が医療安全対策加算施設で行われるものと推定した。全件数25%が特定集中治療室管理料を算定する施設で行われ、その25%が院内迅速対応システム導入施設で行われたと推定した。減額分の推定額は、17,170,000円×12ヶ月×0.35×0.8×0.25×0.25=3,605,700円(4)となる。さらに集中治療室で管理されていた院内心停止後の遷延性意識障害患者の減少によるICU在室日数および在院日数の短縮が期待され、少なくとも特定集中治療室管理料と小児特定集中治療室管理料の合計額(1,300,665,110円)の1%が減額可能と推定した。減額分の推定額は1,300,665,110円×12ヶ月×0.01=156,079,813円(5)となる。(4)と(5)を合わせると減額分の推定額は全体で159,685,513円(6)となる。(3)と(6)の差額により、院内迅速対応システムの導入による予想影響額はマイナス28,159,738円となる。	
備考	特になし		
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）	なし		
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への取扱い状況	2) 調べたが取扱いを確認できない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。	
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等	なし		
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い	d. 届出はしていない		
⑭その他	なし		
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本循環器学会、日本小児救急医学会、医療の質・安全学会、日本蘇生協議会、日本院内救急検討委員会（RRS合同委員会）、医療安全全国共同行動		

⑬参考文献1	1) 名称	第9章 普及・教育のための方策 5. 心停止に陥るリスクのある市民・院内患者の認識と予防 3) 成人に対するRapid Response System(RRS)／第3章 小児の蘇生 3 院内心停止の防止 2) MET と RRT
	2) 著者	日本蘇生協議会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	JRC蘇生ガイドライン2020、2020（印刷中）
	4) 概要	院内心停止の発生や院内死亡率を減少させるために、rapid response system (rapid response team / medical emergency team) の導入を考慮することを提案する（弱い推奨、エビデンスの確実性：低い、Grade 2C）。／小児患者を管理する病院においては小児 MET/RRT システムの導入を提案する（弱い推奨、エビデンスの確実性：非常に低い、Grade 2D）
⑭参考文献2	1) 名称	Education, Implementation, and Teams: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations
	2) 著者	Robert Greif, Farhan Bhanji, Blair L. Bigham, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Circulation, 2020, 142, S222-S283 (S261 Rapid Response systems in Adults)
	4) 概要	2015年のILCORの推奨である”病院がIHCAの発生率と院内死亡率を減少させるために、EWS/RRT/METシステムの導入を検討することを提案する。IHCAの発生率と院内死亡率を減少させるために、病院がRRSの導入を検討することを提案する（弱い推奨、低いエビデンス）”を変更せず、推奨を継続する。
⑮参考文献3	1) 名称	Impact of increased calls to rapid response systems on unplanned ICU admission
	2) 著者	Takeo Kurita, Taka-aki Nakada, Rui Kawaguchi et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	American Journal of Emergency medicine, 2020, 38, 1327-1331
	4) 概要	潜在的な交絡因子を調整した多変量解析による主要解析では、RRSコール数は緊急ICU入室の減少と有意に関連していたが（ $P < 0.0001$ , Odds ratio [OR] 0.95、95%信頼区間[CI] 0.92-0.98）、病床規模と緊急ICU入室との有意な関連はなかった（ $P = 0.44$ ）。
⑯参考文献4	1) 名称	Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis.
	2) 著者	Ritesh Maharaj, Ivan Raffaele and Julia Wendon
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Critical Care (2015) 19:254
	4) 概要	1990年1月1日から2013年12月21日までのRRSに対する研究をシステマチックレビューした。使用したにはPubMed、EMBASE、CINAHLとコクランライブラリーである（p2/15）。2935件の研究のうち29件が対象になり、成人と小児に分けて検討した（p2/15 Fig. 1）。結果：院内死亡率はRRSがある場合には相対危険度は成人0.87、小児0.82であり、院内心停止数はRRSがある場合の相対危険度は成人0.65、小児0.74と院内死亡率・院内心停止数ともに低かった（p4/15 Fig. 2(p11/15), Fig. 3(p12/15)）。結論：RRSは院内死亡率、院内心停止数ともに減少させる（p13/15）。
⑰参考文献5	1) 名称	First report based on the online registry of a Japanese multicenter rapid response system: a descriptive study of 35 institutions in Japan
	2) 著者	Takaki Naito, Shinsuke Fujiwara, Tatsuya Kawasaki et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Acute Medicine & Surgery 2020;7:e454
	4) 概要	多施設のRRSに関する日本の現状報告である。2014年～2018年の日本におけるRRSに関して35施設で合計6,784例が登録された。併存疾患は「がん」（23.1%）が最も多かった。RRSが起動する原因として呼吸器系が最も多く41.3%であった。入院患者1,000人あたり15件以上の通報があったのは2施設のみであった。RRTMET介入中に死亡したのは3.6%、集中治療室への搬送は28.2%であった。30日後の死亡率は、夜勤者の方が日勤者よりも有意に高かった（それぞれ30.7% vs 20.4%、 $P < 0.01$ ）。

提案番号 (6桁)

申請技術名

申請学会名

A238102

院内迅速対応システム (Rapid Response System : RRS)

日本集中治療医学会

# 迅速対応システム (RRS)

## 【現状と課題】

- ① 院外心停止の予後は改善しているが、院内心停止の予後はほとんど改善していない。
- ② 日本では院内心停止数を正確には把握できていない。
- ③ 米国では院内心停止数は把握され、“To Err is human”でも防げるケースが多いとされた (1999年)。
- ④ 2015年ILCOAの勧告、JRCのガイドライン、AHAのガイドラインで院内心停止の予防の重要性が強調された。



## 迅速対応システム (RRS) 普及のために 1) RRSの要件の明確化

システム起動要件:

- 1) 院内迅速対応システム起動基準の設定。
- 2) 院内迅速対応システム起動のための教育実績

システム対応要件:

- 1) 医師を含む多職種による院内迅速対応システムの編成
- 2) 集中治療室がある場合は入室の可否の判断
- 3) 院内迅速対応システムの起動に関する記録

システム改善要件とデータ管理 (医療安全管理室):

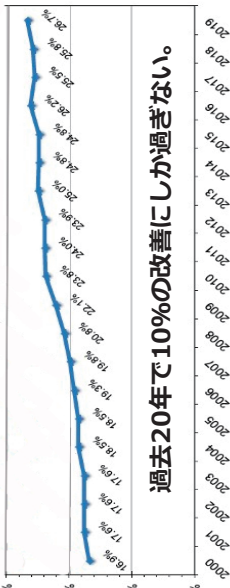
- 1) 院内心停止数と心停止に至る経過の記録
- 2) 事例検討会開催と記録された起動案件の医療安全からの評価

## 2) 人材不足解消対策

- 1) 入院患者全てに対して入院1回に対し医療安全対策加算について医療安全対策加算1を170点、医療安全対策加算2を60点にする (A234に該当)。
- 2) 院内迅速対応システムにより集中治療室に入室した場合 (集中治療室入室期間中は1日につき特定集中治療室管理料に150点を加算する)。

## 現状

### 院内心停止の生存率の年次推移 (AHA)

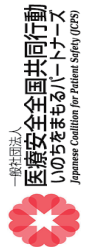


過去20年で10%の改善にしか過ぎない。

Circulation. 2021;143:e254-e743. 改変

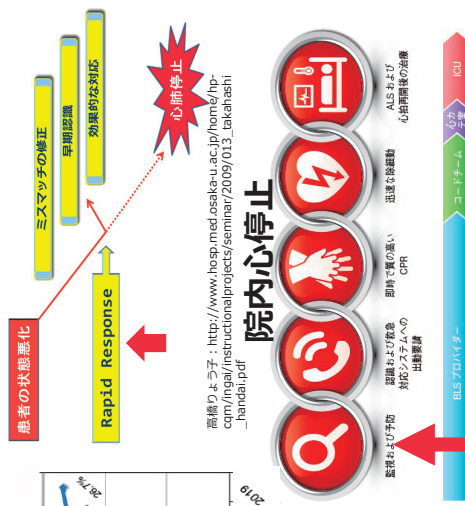
## 普及活動 2016年～

合同委員会  
 日本集中治療医学会、  
 日本臨床救急医学会、  
 日本循環器学会、  
 日本小児救急医学会、  
 医療の質・安全学会、  
 日本蘇生協議会、  
 医療安全全国共同行動

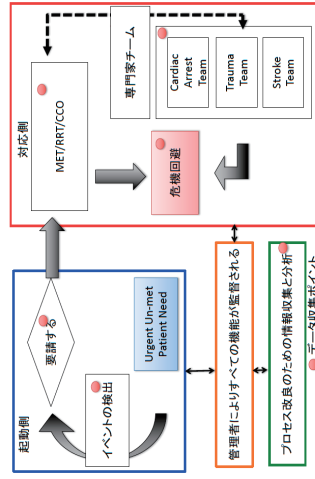


## 対策

### 院内救急発生



## 迅速対応システム: RRS



- 【効果】
- 1. 院内心停止数の減少。
  - 2. 集中治療室における在室日数の減少

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	A245101		
申請技術名	小児後遺症患者回復期受入加算		
申請団体名	日本小児科学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	22小児科	
	関連する診療科（2つまで）	36リハビリテーション科	
		12神経内科	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	提案当時の医療技術名	-	
	追加のエビデンスの有無	無	
提案される医療技術の概要（200字以内）	低酸素性虚血性脳症、中枢神経感染症、頭部外傷などに罹患した小児患者は、高度急性期・急性期機能のある病院で集中治療を受ける。重篤な後遺症が残った場合、回復期機能のある地域の病院へ転院させてリハビリテーションと退院調整に努めたほうが、患者のQOLを向上させ、円滑な退院を支援できる。そのような患者を受け入れ、リハビリテーションと在宅復帰調整を担う取り組みに対して評価する。		
文字数：184			
対象疾患名	低酸素性虚血性脳症、急性脳症、脳炎、髄膜炎、硬膜下血腫、脳挫傷など		
保険収載が必要な理由（300字以内）	厚生労働省が進める地域医療政策においては、地域の全ての病院の病床を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能に分化させ、その数を適正に配分させるための地域医療構想が稼働している。小児科の病床においても、上記の4機能に近い形で機能分化させ、地域での適正配置を目指すことが求められている。小児医療においては、患者の病態の変化が非常に速く、病床の機能分化に馴染まない面はあるが、急性期治療を終えた患者がリハビリテーションを継続させ、最終的に在宅復帰を目指すべきであることは、成人も小児も変わらない。そのような取り組みを積極的に評価すべきである。		
文字数：270			

## 【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	0～15歳。低酸素性虚血性脳症、急性脳症、脳炎、髄膜炎、硬膜下血腫、脳挫傷などにより高度の後遺症を負った患者。「高度の後遺症」とは、疾病の後遺症による身体障害者手帳2級以上もしくは療育手帳Aに相当する症状。		
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）	上記の疾患を持つ患者が受傷後6ヵ月以内に他院から転院した場合もしくはいったん退院した後に入院を受け入れた場合に、14日を限度として300点を小児入院医療管理料・障害者施設等入院基本料・一般病棟基本料に加算する。		
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	A 第2部 第1節 入院基本料	A 第2部 第3節 特定入院料
	番号	A101療養病棟入院基本料、A308-3地域包括ケア病棟入院料	
	医療技術名	急性期患者支援（療養）病床初期加算	
既存の治療法・検査法等の内容	地域包括ケア病棟（もしくは療養病棟）に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転院した患者については、転院又は転院した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援（療養）病床初期加算として、1日につき150点（300点）を所定点数に加算する。		
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム	③は成人や高齢者のための地域包括ケア病棟もしくは療養病棟で算定されるが、小児の病床では算定できない。小児患者においても同様の取り組みは評価されるべきである。		
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	令和4年度日本小児科学会「急性期後のリハビリテーションを要する小児患者の受け入れ実態調査」によれば、該当患者の発生数は年間447人。後遺症患者の回復期治療を受け入れる病院は全国に89カ所あり、条件付きで受け入れる病院はさらに192カ所あった。条件付きの病院では、人手が足りていれば（142回答）、病床が空けば（121回答）、あるいは報酬が付けば（87回答）、患者を受け入れると回答した。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	地域医療構想策定ガイドライン（平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知）

⑥普及性	年間対象患者数(人) 国内年間実施回数(回)	500人程度 500人×14日＝7000回
※患者数及び実施回数の推定根拠等		令和3年1月の日本小児科学会「急性期後のリハビリテーションを要する小児患者の受け入れ実態調査」の結果に基づく。
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		小児の後遺症患者の多くは気管切開、人工呼吸器、経管栄養などをもち、医療依存度が高い。そのような患者を在宅に帰すためには、きめ細やかな医学管理、多職種連携、地域の関係機関との連携、患者家族との頻回の話し合いが必要であり、医学的な専門性に加えて全人的・包括的な治療が求められる。
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	小児のリハビリテーションを実施できること
	人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	医師、看護師、リハビリ職種、栄養士などの多職種連携が必要
	その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	-
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特に問題なし
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		特に問題なし
⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
	点数(1点10円) その根拠	300点 急性期患者支援療養病床初期加算と同額に設定
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術(③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む)	区分	A
	番号 技術名 具体的な内容	A301、A301-4、A303-2 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料 入院日数を減らすことができる。
予想影響額	プラスマイナス	減(-)
	予想影響額(円) その根拠 備考	当該報酬300点×10点×14日-特定集中治療室管理料1日14211点×10円＝△10万円 上記の管理料の入院日数を1日減らすだけで、大幅な医療費減が期待できます。 -
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(主なものを記載)		なし
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況	3) 調べていない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴(例：年齢制限)等		-
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い		d. 届出はしていない
⑭その他		なし
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		小児神経学会、リハビリテーション医学会
⑯参考文献1	1) 名称	投稿中
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑯参考文献2	1) 名称	-
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑯参考文献3	1) 名称	-
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑯参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑯参考文献5	1) 名称	-
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし



提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A245101	小児後遺症患者回復期受入加算	日本小児科学会

【技術の概要】 15歳未満の後遺症患者の転・入院を受け入れ、リハビリテーションや退院調整を担う回復期の入院を評価  
 【対象疾患】 低酸素性虚血性脳症、急性脳症、脳炎、髄膜炎、硬膜下血腫、脳挫傷などによる後遺症を持つ患者 年間約500人  
 【現在の治療との比較】 高齢者の病棟には急性期患者支援病床初期加算があるが、小児患者でこれに該当する加算はない  
 【有効性】 OPICUの入院を1日減らすことで10万円の医療費を削減 ○患者のQOLを向上 ○地域医療構想を推進



## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既記載）

整理番号 ※事務処理用	A245201		
提案される医療技術名	小児入院医療管理料		
申請団体名	日本小児科学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	22小児科	
	関連する診療科（2つまで）	20小児外科	
		00なし	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	有		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	同上	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分	A 第2部 第3節 特定入院料		
診療報酬番号	A307		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	○	
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-A 点数の見直し（増点）	○	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	○	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択		
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	小児入院医療管理料の、①増点、②小児入院医療管理料1施設基準である緊急入院患者数および手術件数要件緩和、③夜間看護体制を評価する加算新設、④小児入院医療管理料における入院基本料等加算や指導料、リハビリテーション総合計画評価料等の算定対象の見直しを提案する。これらの修正が疾病構造変化への対応や危機的な病院小児科運営への手当、地域小児医療提供体制への支援・人材確保へと繋がる。		
再評価が必要な理由	小児医療の充実を目的とし、2000年に小児入院医療管理料が創設されているが、少子化や疾病構造変化に伴い従前からの急性疾患への対応を中心とした指標による小児医療機能評価は現状とそぐわなくなっている。新生児および6歳未満の手術数についても同様である。また、現在の小児入院医療管理料1～5に変更されてから2008年改訂を最後に基本的な点数は変わっておらず、2010年以降に新設された入院基本料等加算のうち、チーム医療や看護体制などに対する加算については小児入院医療管理料に包括されたままで、積極的にそれらへ対応し機能充実を進めている施設への評価が十分にされないままになっている。加えて2012年に小児加算新設、乳幼児加算引き上げが行われた救急医療管理加算も算定できない状況にあるが、対象となる小児患者のおおよそ4割が集中治療環境ではない小児病棟で管理されているという実態が明らかとなっており、小児特定集中治療室管理料・新生児特定集中治療室管理料に準じた捉え方が必要である。悪性新生物・血液・免疫領域では無菌治療室管理加算ができず、小児入院医療管理料算定によりむしろ診療報酬が減少してしまうため算定を望む声が多い。看護体制については34%の施設が小児入院医療管理料1に対する施設基準の一つとなっている夜間看護師配置9:1を上回る7:1配置をとっており、成人に比べ何かと手の掛かる子どもに対し、きめ細やかな看護提供を実現するため手厚い体制で診療が行われていることが明らかになった。よって、算定要件の緩和や高度医療を提供する病院に対しての専門性を評価する指標の導入、点数の増点および2010年以降に新設されたチーム医療や看護体制などに対する加算・救急医療管理加算等を算定対象とするといった見直しは妥当と考える。		

## 【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	①小児入院医療管理料診療報酬増点見直し、②小児入院医療管理料1における施設基準の見直し、③充実した夜間看護体制を評価する加算新設、④小児入院医療管理料における入院基本料等加算・指導料等の算定対象の見直し 期待される効果：各医療圏においてインフラとして機能する小児医療の安定した診療提供に繋がる。救急医療のみではなく専門性についても適正な評価を行い、トータルとしての高度医療提供や手厚い看護体制、チーム医療への取り組みに対する適正な評価が安定した機能維持に繋がる。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	・対象とする患者：15歳未満（小児慢性特定疾患を有する患者であれば20歳未満） ・技術内容：入院1日当たり4,750点～2,206点を算定する。 小児入院医療管理料1～5には入院料加算の一部、医学管理料、検査、画像診断、精神科、処置費用等が包括されていて、これらの点数は算定できない。
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料
診療報酬番号（再掲）	A307
医療技術名	小児入院医療管理料

<p>③再評価の根拠・有効性</p>	<p>治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム</p> <p>ガイドライン等での位置づけ</p>	<p>日本小児科学会が行った「小児入院医療管理料に関する調査」や「新型コロナウイルス感染症に伴う小児医療機関の保健診療上の課題に関する調査」によると、急性感染症の減少にともない2-5割ほど小児の緊急入院患者数が減少している。また少子化に伴い小児の疾病構造も変化しており、それに対応する施設基準の設定が必要と思われる。</p> <p>ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）</p>
<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>		<p>小児入院医療管理料を算定する患者数に変化はない。 2019年社会医療診療行為別統計より推定。</p>
<p>年間対象者数の変化</p>	<p>前の症例数（人）</p> <p>後の症例数（人）</p>	<p>82,644</p> <p>82,644</p>
<p>年間実施回数の変化等</p>	<p>前の回数（回）</p> <p>後の回数（回）</p>	<p>879,600</p> <p>879,600</p>
<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）</p>		<p>算定可能になることから、各医療機関でより積極的にチーム医療や多職種連携を必要とする患者に対して提供する医療の質が向上する。業務も医師から関係する専門職に一部タスクシフトさせることも可能である。</p>
<p>・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）</p>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>小児入院医療管理料1: ア) 新生児および6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術が年間100件以上(日本小児外科学会からの推奨数)、イ) 変更なしウ) 小児緊急入院患者数と小児慢性特定疾病・指定難病を主病名とする入院患者数の合計が800件以上</p> <p>充実した夜間看護体制を評価する。 ⇒小児入院医療管理料1~5における夜間看護師配置 7:1に対する加算新設(1000点)</p> <p>特になし</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>		<p>入院料加算の充実によりチーム医療の推進が進む結果、医療過誤やインシデントの減少が期待できる。</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)</p>		<p>問題なし</p>
<p>⑧点数等見直しの場合</p>	<p>見直し前</p> <p>見直し後</p> <p>その根拠</p>	<p>小入管1 4,750点、小入管2 4,224点、小入管3 3,803点、小入管4 3,171点、小入管5 2,206点</p> <p>小入管1 5,050点、小入管2 4,524点、小入管3 4,303点、小入管4 3,671点、小入管5 2,706点</p> <p>2010年を最後に実質的な見直しはされていない。その期間で消費者物価指数は96.5から102.2まで上昇している。地域小児医療は存続危機に立たされているが、小規模病院に対する手当という観点から小児入院医療管理料3-5に対しては増点を厚くする。これらの増点により1床あたり年間100~180万円程度の増収が期待されるため、看護師をはじめ公認心理師やソーシャルワーカー、チャイルドライフスペシャリストなど小児特有のチーム医療の推進に必要なコメディカルスタッフを増員することができる。</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分</p> <p>番号</p> <p>技術名</p> <p>具体的な内容</p>	<p>区分をリストから選択</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>
<p>⑩予想影響額</p>	<p>プラスマイナス</p> <p>予想影響額(円)</p> <p>その根拠</p> <p>備考</p>	<p>増(+)</p> <p>8,075,932,200</p> <p>①小児入院医療管理料増点 小児入院医療管理料1・2 580,308×300点=1,740,924,000円 小児入院医療管理料3~5 299,292×500点=1,496,460,000円 合計 3,237,384,000円(令和元年社会医療診療行為別統計)</p> <p>②小児入院医療管理料1算定施設増加:小児入院医療管理料2算定施設の20% 321,600件×20%×526点=338,323,200円(令和元年社会医療診療行為別統計)</p> <p>③小児入院医療管理料1夜間看護体制7:1加算 879,600件×40%×1,000点=3,518,400,000円</p> <p>④小児入院医療管理料における入院基本料等加算・指導料等の算定対象の見直し ・A205 救急医療管理加算 1200件×(950+200)点=13,800,000円(令和元年社会医療診療行為別統計) ・A207-3 急性期看護補助体制加算 推定不能 ・A224 無菌治療室管理加算 500件×14日間×3,000点=210,000,000円(平成30年度全国調査報告書) ・A233-2 栄養サポートチーム加算 82,500×5%×4回×200点=33,000,000円(令和元年社会医療診療行為別統計) ・A242 呼吸ケアチーム加算 82,500×5%×4回×150点=24,750,000円(令和元年社会医療診療行為別統計) ・A243 後発医薬品使用体制加算1 82,500×47点=38,775,000円(令和元年社会医療診療行為別統計) ・A244 病棟薬剤業務実施加算2 879,600件×75%×100点=659,700,000円(令和元年社会医療診療行為別統計) ・A250 薬剤総合評価調整加算 推定不能 ・B001 特定薬剤治療管理料 推定不能 ・B008 薬剤管理指導料 推定不能 ・H003-2 リハビリテーション総合計画評価料 1200件×45%(施設)×300点=1,800,000円 (令和元年社会医療診療行為別統計)</p> <p>特になし</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>		<p>なし</p>
<p>⑫その他</p>		<p>1. 小児入院医療管理料に包括される以下の加算を算定可とする: A205 救急医療管理加算・A207-3 急性期看護補助体制加算・A224 無菌治療室管理加算・A233-2 栄養サポートチーム加算・A242 呼吸ケアチーム加算・A243 後発医薬品使用体制加算・A244 病棟薬剤業務実施加算・A250 薬剤総合評価調整加算</p> <p>2. 小児入院医療管理料に併算できない以下の項目を小児特定集中治療室管理料・新生児特定集中治療室管理料と同様に算定可とする: B001 特定薬剤治療管理料・B008 薬剤管理指導料・H003-2 リハビリテーション総合計画評価料</p> <p>3. 「公認心理師」が国家資格化されたため、小児入院医療管理料に公認心理師の配置に対する加算を要望する。</p>

⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本小児救急医学会、日本小児精神神経学会
⑯参考文献1	1) 名称 令和4年度診療報酬改訂要望における小児入院医療管理料に関する調査 2) 著者 日本小児科学会社会保険委員会 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 未発表 4) 概要 小児入院医療管理料が低いため、算定しない選択をする医療機関が多い。
⑯参考文献2	1) 名称 2015年基準消費者物価指数 2) 著者 総務省 3) 雑誌名、年、月、号、ページ <a href="http://www.stat.go.jp/data/cpi/index.htm">http://www.stat.go.jp/data/cpi/index.htm</a> 4) 概要 2010年からの期間で消費者物価指数は96.5から102.2まで上昇している。
⑯参考文献3	1) 名称 新型コロナウイルス感染症に伴う小児医療機関の保健診療上の課題に関する調査 2) 著者 日本小児科学会社会保険委員会 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 未発表 4) 概要 今回の新型コロナウイルス感染症の影響で、施設要件を満たせなく医療機関が多くなるおそれがある。
⑯参考文献4	1) 名称 特になし 2) 著者 特になし 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 特になし 4) 概要 特になし
⑯参考文献5	1) 名称 特になし 2) 著者 特になし 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 特になし 4) 概要 特になし

提案番号(6桁)	申請技術名
A245201	A307 小児入院医療管理料
	申請学会名
	日本小児科学会

【技術の概要】

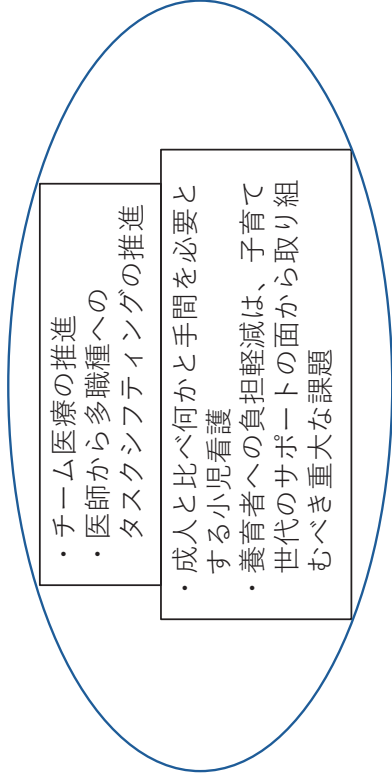
- (1) 小児入院医療管理料 1 - 5 の増点、
- (2) 小児入院医療管理料 1 施設基準である緊急入院患者数および手術件数要件緩和、
- (3) 夜間看護体制を評価する加算新設、
- (4) 小児入院医療管理料における算定包括範囲見直し

・少子化や疾病構造変化  
 ・コロナ禍での生活様式変化に伴う急性感染性疾患の減少

⇒インフラとしての小児医療存続危機  
 ⇒ (1) (2)

PICU/ICU/救急救命センターで管理されると同数程度の重症患者が小児病棟で管理されている

⇒小児病棟における重症者管理への評価  
 ⇒ (1)



【診療報酬上の取扱い】

- (1) 小児入院医療管理料増点  
 小児入院医療管理料 1・2 300点  
 小児入院医療管理料 3～5 500点  
 ⇒ チーム医療・タスクシフティングおよび充実した看護体制に対する適正な評価が必要  
 ⇒ (1) (3) (4)
- (2) 小児入院医療管理料 1 診療施設基準の見直し  
 ア) 新生児および6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術が年間100件以上  
 ウ) 緊急入院患者数と小児慢性特定疾病・指定難病を主病名とする入院患者の合計が800件以上  
 ⇒ (4) 小児医療の質の向上・充実のため包括除外が望まれる項目 - 2010年以降に新設された入院基本料等加算を中心に -  
 A205 救急医療管理加算  
 A207-3 急性期看護補助体制加算  
 A224 無菌治療室管理加算  
 A233-2 栄養サポートチーム加算  
 A242 呼吸ケアチーム加算  
 A243 後発医薬品使用体制加算  
 A244 病棟薬剤業務実施加算  
 A250 薬剤総合評価調整加算  
 B001 特定薬剤治療管理料  
 B008 薬剤管理指導料  
 H003-2 リハビリテーション 総合計画評価料  
 ⇒ チーム医療の推進
- (3) 小児入院医療管理料における看護体制夜間看護師配置 7:1に対する加算新設 (1000点)  
 疾病構造の変化に対応  
 充実した夜間診療体制に対する評価

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既記載）

整理番号 ※事務処理用	A245202		
提案される医療技術名	緩和ケア診療加算		
申請団体名	日本小児科学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	22小児科	
	関連する診療科（2つまで）	01内科	
		11心療内科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	提案当時の医療技術名	-	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	A226-2		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	○	
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-A 点数の見直し（増点）	○	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険記載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択		
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択		
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、加算される緩和ケア診療加算において、15歳未満の小児である場合に加算される小児加算を100点から390点へ増点する。また小児では、悪性腫瘍、心不全以外でも緩和ケアを要する疾患が多いことから、それ以外の疾患でも算定できることを提案する。		
再評価が必要な理由	小児の終末期における緩和ケアでは患者以外にも残される親やきょうだいも含んだ包括的なケアが必要である。厚労省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」にも医療・ケアチームにより、家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行う必要性が記載されている。また成人と比べて終末期の進行が急速であることが多いため、緩和ケアチームにも負荷が大きく、非常に多くの医療資源、人的資源が必要な場合が多いが、現在の診療報酬では小児の加算が少なくその対価に見合っていない。小児の終末期を医療の質を保ちながら、家族やきょうだいを含んだ包括的な緩和ケアを実施することの意義は、患者、家族、また社会にとっても非常に大きいと考えられることから診療報酬上の加算の増点を提案する。		

## 【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	小児緩和ケアでは患者以外の両親やきょうだい等へのケア等、非常に多くの医療資源や人的資源が必要である。緩和ケア診療加算に加算される15歳未満の100点を390点にすることを提案する。また小児では、悪性腫瘍、心不全以外でも緩和ケアを要する疾患が多いことから、それ以外の疾患でも算定できることを提案する。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	現在、施設基準に適合している保険医療機関において、緩和ケア診療加算が算定でき、15歳未満の小児である場合には、小児加算として100点を更に所定点数に加算している。また、その対象疾患は悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者に限られている。		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号（再掲）	A226-2		
医療技術名	緩和ケア診療加算		
③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	小児緩和ケアでは患者以外の家族やきょうだい等へのケア等非常に多くの医療資源や人的資源が必要である。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	厚労省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	年間実施回数については令和元年社会医療診療行為別統計による。再評価によって対象患者数や実施回数が若干増加する可能性はある。		
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	552人	
	後の症例数（人）	552人	
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	5,052回	
	後の回数（回）	5,052回	

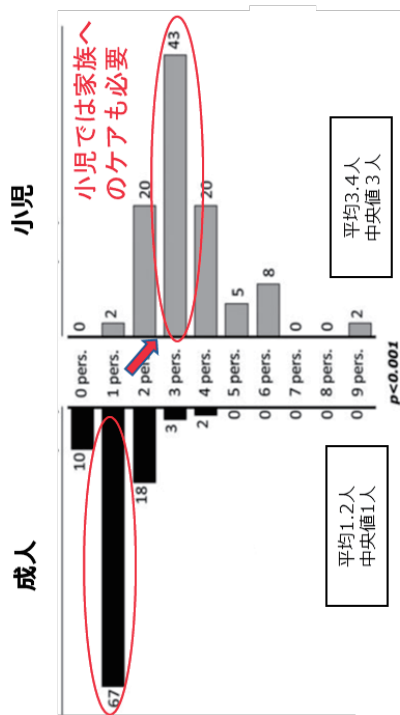
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		厚生省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」があり、小児特有の問題に関しては厚生労働省研究班（大隅班）にて研究が行われている。
・施設基準 （技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の 体制等）	現行の緩和ケア診療加算の施設基準
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専 門性や経験年数等）	現行の人的配置要件、緩和ケア研修を終了した医師を含む緩和ケアチームが構成されていること。
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他 の要件）	症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加している。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特になし
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		増点により、家族にも適切な終末期医療が提供されると思われる。
⑧点数等見直 しの場合	見直し前 見直し後 その根拠	100 390 成人の倍の労力がかかると思われるため
⑨関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	—
	技術名	—
	具体的な内容	—
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（+）
	予想影響額（円）	14,650,800
	その根拠	令和元年社会医療診療行為別統計より推定
備考		
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される 医薬品、医療機器又は体外診断薬		特になし
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本小児血液・がん学会
⑭参考文献1	1) 名称	Specialized Home Palliative Care for Adults and Children:Differences and Similarities
	2) 著者	Gesa Groh, Berend Feddersen, Monika Führer, Gian Domenico Borasio
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Palliat Med. 2014 Jul;17(7):803-10.
	4) 概要	成人より小児の方が、重篤な状態の時に患者病状に影響を受ける人の数が多いという報告。
⑮参考文献2	1) 名称	Pediatric hospital care for children with life-threatening illness and the role of palliative care
	2) 著者	Jori F Bogetz, Christina K Ullrich, Jay G Berry
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Pediatr Clin North Am. 2014 Aug;61(4):719-33.
	4) 概要	重篤な小児にかかる医療費の負担が大きいの報告。
⑯参考文献3	1) 名称	人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
	2) 著者	厚生労働省
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	平成30年改訂 <a href="https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf">https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf</a>
	4) 概要	医療・ケアチームにより、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行う必要性が記載されている。
⑰参考文献4	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑱参考文献5	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし

提案番号 (6桁)	申請技術名
A245202	緩和ケア診療加算
	申請学会名
	日本小児科学会

【技術の概要】

- ・ 緩和ケア診療加算において、15歳未満の小児である場合に加算される小児加算を100点から390点へ増点する。

患者病状に大きな影響を受ける人の数



ケアの対象

本人+1人=2人

倍

本人+3人=4人

Groh, G., et al. (2014).

【対象疾患】

- ・ 15歳未満の緩和ケアを要する患者
- ・ 悪性腫瘍、心不全以外の疾患も対象

生命を脅かす状態の小児に必要な医療資源



小児医療費全体の30%



小児病院医療費全体の55%

Bogetz, J. F., et al. (2014).

小児緩和ケアでは患者以外の家族へのケア等も必要だが、診療報酬上の手当ては少ない。

- 【小児加算が増点されることのメリット】
- ・ 小児の終末期のケアや診療が充実する。
  - ・ 家族へのケアも充実する。

【診療報酬上の取扱】

- A226-2 緩和ケア診療加算390点 (1日) 小児加算 100点⇒390点



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	A263101		
申請技術名	出生前ハイリスク新生児カウンセリング加算		
申請団体名	日本新生児成育医学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	22小児科	
	関連する診療科（2つまで）	25産婦人科・産科	
		20小児外科	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	プレネイタルカウンセリング加算	
	追加のエビデンスの有無	有	
提案される医療技術の概要（200字以内）	出生後に新生児特定集中治療室に入室し、長期の入院治療が必要な低出生体重児と先天性疾患の児（新生児特定集中治療室管理料 注1に規定する疾患）の分娩が予想される妊婦と精神疾患合併妊婦とその家族に対して、医師及び看護師（助産師）及び公認心理師または臨床心理士等によるチーム医療によって、分娩前に出生後の児の検査・治療・予後等について説明し、心理的ケアを行う。		
文字数：176			
対象疾患名	超・極低出生体重児、先天性心疾患、ダウン症候群等染色体異常症、その他先天異常等を胎児診断され、分娩が想定された妊婦、精神疾患合併妊婦等。		
保険収載が必要な理由（300字以内）	出生後に新生児集中治療が必要なために新生児特定集中治療室に入院し、長期の入院治療が必要な低出生体重児と先天性疾患の児は、胎児診断の進歩により、そのほとんどが出生前に診断される。産科医により診断された後には、出生後の治療・予後等については、出生後に治療を担当する小児科医が具体的な説明を行っている。また、予期せぬ胎児の診断により不安、鬱状態等の精神的な症状を示す妊婦も少なくない。その場合は医師、看護師、助産師がチームで心理ケアをおこなっているが、現在は、この診療に対して保険収載の項目がない。本医療技術により母体の精神的支援をすることは、虐待防止や育児支援につながる。		
文字数：284			

【評価項目】

①提案される医療技術の対象・疾患、病態、症状、年齢等	出生後に新生児特定集中治療室に入室し、長期の入院治療が必要な低出生体重児と先天性疾患の児（新生児特定集中治療室管理料 注1に規定する疾患*）の分娩が予想される妊婦と精神疾患合併妊婦		
②提案される医療技術の内容・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）	直接面接による診療、月1回まで算定可能とする。		
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	その他（右欄に記載する。）	D
	番号	006-4	
	医療技術名	遺伝カウンセリング加算	
既存の治療法・検査法等の内容	臨床遺伝学に関する十分な知識を持つ医師が、遺伝学検査を実施する前、または当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行う。ただし、施行可能者、対象疾患が極めて限定される。		
④有効性・効率性・新規性、効果等について③との比較・長期予後等のアウトカム	出生前診断症例に対して同等の効果がある。より多くの、ハイリスク新生児を分娩することが想定される妊婦、家族に対して、分娩後の児への愛着形成、育児支援体制の確立、児の健全な発育・発達に対する効果、児童虐待予防に対して効果が期待される。		
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	明確なものなし	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	
⑥普及性	年間対象患者数(人)	15,000人	
	国内年間実施回数(回)	20,000回	
※患者数及び実施回数の推定根拠等	出生数の約1.5%。総合・地域周産期母子医療センターにおいて、出生体重1,500g未満の出産が予測される妊婦（約8,000例）、または出生前診断によって先天性心疾患や染色体異常症等（新生児特定集中治療室管理料 注1に規程する別の厚生労働大臣が定める疾患）の新生児の出産が予測される妊婦と精神疾患合併妊婦（約7,000例）に対して行われ、1人につき1回、もしくは2回施行されると推定される。		

⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	既に臨床現場では行われている（標準化はされていない）。 ・学会からのガイドラインは出されていないが、推奨するとする論文は多数存在する。 ・既に臨床現場で行われているが、周産期（新生児）専門医が行うことが望ましい。	
・施設基準 （技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術 の体制等）	総合・地域周産期母子医療センター
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、 専門性や経験年数等）	新生児医療に十分な知識と経験のある周産期（新生児）専門医及び看護師または助産師及び公認心理師または臨床心理士等 による医療チームとする。
	その他 （遵守すべきガイドライン等その 他の要件）	カウンセリング内容：出生後の児の検査・治療・予後等の内容を含み、「標準的医療説明の手順書2019年版」で示された説 明内容に準じたものとする。
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	問題ない	
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	問題ない	
⑩希望する診 療報酬上の取 扱	妥当と思われる診療報酬の区分	その他（右欄に記載する。）
	点数（1点10円）	1,000点（10,000円）
	その根拠	026 注7 検体検査判断料 遠征性腫瘍カウンセリング加算 に準ずる D区分が妥当と思われる
関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術 （③対象疾患 に対して現在 行われている 医療技術を含 む）	区分	区分をリストから選択
	番号	なし
	技術名	なし
	具体的な内容	なし
予想影響額	プラスマイナス	減（-）
	予想影響額（円）	1,499,700,000円
	その根拠	患者家族の児に対する受け入れがよくなり、早期治療早期退院を希望するようになり、平均在院日数が2日間短くなるとす るとこの額の医療費が削減でき、その後もより健全な発達、発育ができれば、さらに医療費の削減につながり、社会経済効 果はさらに大きな利益となる。
	備考	なし
⑪提案される医療技術において使用される医薬 品、医療機器又は体外診断薬 （主なものに記載）	なし	
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保 障）への収載状況	2）調べたが収載を確認できない	1）を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上 の特徴（例：年齢制限）等	なし	
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い	d. 届出はしていない	
⑭その他	なし	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本周産期・新生児医学会 中村 友彦	
⑯参考文献 1	1）名称	The Prenatal Visit
	2）著者	Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	Pediatrics 2001;107:1456.
	4）概要	家族や乳児の医療・社会的リスクは、医療者による早期の包括的な面談により減少する。米国小児科学会は出生前ハイリス ク新生児カウンセリングの促進を推奨している。
⑯参考文献 2	1）名称	重症先天性疾患の診療（早産児を中心に）
	2）著者	中西 秀彦
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	標準的医療説明の手順書2019年版 2019:161~163. 一般社団法人内科系学会社会保険連合
	4）概要	重症先天性疾患の説明と同意には約50分かかる。本書では診療の説明について標準的手順が記載されている。
⑯参考文献 3	1）名称	Personalized Antenatal Consultations for Preterm Labor: Responding to Mothers' Expectations
	2）著者	Gaucher N, et al.
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	J Pediatr. 2016 Nov;178:130-134. e7.
	4）概要	妊娠26~32週に切迫早産で入院した妊婦229人を対象とした調査で、90%が出生前ハイリスク新生児カウンセリングに肯定的 だった。
⑯参考文献 4	1）名称	ブレネイタルビジット
	2）著者	和田雅樹
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	周産期医学. 2021 51, 4, 517-21.
	4）概要	日本における出生前ハイリスク新生児カウンセリングについて、現在周産期センターで実際に行われている具体的な手順や 内容が記載されている。
⑯参考文献 5	1）名称	A病院におけるNICU/GCUに入院した児の母親へのアンケート調査からみえた出生前訪問の効果
	2）著者	宇野詩織 他
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	日本新生児看護学会講演集 2019: 29, 145.
	4）概要	ハイリスク妊婦の85%(11/13人)が出生前ハイリスク新生児カウンセリングを受けて良かったと回答し、出産後の児の入院を 通じた感想も肯定的だった。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A263101	出生前ハイリスク新生児カウンセリング加算	日本新生児成育医学会

## 「出生前ハイリスク新生児カウンセリング加算」の概要

### 「技術の概要」

出生後に新生児特定集中治療室に入室し、長期の入院治療が必要な低出生体重児と先天性疾患の児（新生児特定集中治療室管理料注1に規定する疾患）の分娩が予想される妊婦と精神疾患合併妊婦とその家族に対して、医師及び看護師（助産師）及び公認心理師または臨床心理士等によるチーム医療によって、分娩前に出生後の児の検査・治療・予後等について説明し、心理的ケアを行う。

### 「対象疾患」

超低出生体重児、極低出生体重児、先天性心疾患、ダウン症候群等染色体異常症、先天性水頭症等の胎児診断された妊婦、精神疾患合併妊婦等。精神疾患合併妊婦については、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみの妊婦は対象としない。

### 「類似の加算」

遺伝学的検査を実施し、その結果について患者またはその家族に対しておこなう遺伝カウンセリング加算

### 「診療報酬上の取り扱い」

A 入院基本料等加算

1,000点

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	A267201		
提案される医療技術名	緩和ケア診療加算		
申請団体名	一般社団法人 日本心不全学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	03循環器内科	
	関連する診療科（2つまで）	01内科	
		38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	緩和ケア科
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	提案当時の医療技術名	-	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	A 2 2 6 - 2		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	○	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択		
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択		
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	2018年の診療報酬改定で新たに加わった末期心不全の患者で疼痛、呼吸困難等の身体的症状、又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチームによる診療が施されている。日本で先進的に緩和ケアを導入している2施設の調べでは、初回入院患者であっても、重症患者に対する緩和ケアの導入は必要であり、在宅見取りの支援やICU利用率の低下などの効果も示されている		
再評価が必要な理由	末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するとあるが、ウに関しては1年以内に急変による入院がない、入院が2回以上ない、あるいは1年以内に入院歴がない患者であっても末期心不全患者に該当する場合があり、臨床の実情とあわないため、ウの項目設定の見直しが必要と考える。 ア：心不全に対して適切な治療が実施されていること イ：器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類IV度の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること ウ：過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること エ：左室駆出率 20%以下である場合 オ：医学的に終末期であると判断される場合 カ：エ又はオに掲げる場合に準ずる場合		

## 【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	日本での末期心不全患者に対する緩和ケアに関する調査ではその必要性や重要性が示され、先進的に緩和ケアを導入している2施設の調べでは、初回入院患者であっても重症で緩和ケア導入の必要な患者がいることが明らかであり、そのような患者を含めた緩和ケア導入状況の調査では、オピオイド使用率の上昇、集中治療室在室期間費用の低下、集中治療室での死亡率の減少を認めている。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	緩和ケアチームの話し合いで過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上ではないが、重症の末期心不全と判断される患者に対し加算は支給できないものの、緩和ケアを導入している。技術内容や点数に関しては従来通り。		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号（再掲）	A 2 2 6 - 2		
医療技術名	緩和ケア診療加算		
③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	緩和ケアを導入することで、特にICU滞在日数が減少すること、在宅看取りが実現することで、重症患者に対する病床利用率改善に寄与でき、集中治療室在室期間費用も減少する。海外の報告でも、患者管理に係るコスト減少が報告されている。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	介入が必須である循環器疾患における適切な緩和ケアの普及・均てん化ならびに患者・家族のQOL 向上に寄与することが期待されている

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		兵庫県立尼崎総合医療センター 2020年度心不全緩和ケアチームによる末期心不全患者で「過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること」の要件を満たさない患者割合の調査による
年間対象者数の変化	前の症例数(人)	45
	後の症例数(人)	57
年間実施回数の変化等	前の回数(回)	平均14日間の入院×45人/630回
	後の回数(回)	平均14日間の入院×57人/798回
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドラインとして2021年改訂版・循環器疾患における緩和ケアについての提言として2021年3月27日に発布され、その重要性が示されている。その導入要件である緩和ケアチームの立ち上げが必要。
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	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保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。
	人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	多職種チームを立ち上げる 構成要員:当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師、管理栄養士も参加可能
	その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン:2021年改訂版・循環器疾患における緩和ケアについての提言
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		管理上特に問題なし
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		変更は妥当である
⑧点数等見直しの場合	見直し前	なし
	見直し後	なし
	その根拠	なし
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	-
	技術名	-
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス	減(-)
	予想影響額(円)	-566972円
	その根拠 備考	兵庫県立姫路循環器病センター 循環器内科のICU使用率調査 入院全体のコストも統計学的に有意ではないものの減少した
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本循環器学会
⑯参考文献1	1) 名称	Nationwide Survey of Palliative Care for Patients With Heart Failure in Japan.
	2) 著者	Kuragaichi T, Kurozumi Y, Ohishi S, et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Circ J. 2018 Apr;82:1336-1343
	4) 概要	心不全患者に対する緩和ケアに関し全国の544施設からアンケート結果をもとに実態調査を行ったところ、緩和ケア導入率は42%で10例以下の導入が79%であった。末期心不全の診断基準は強心薬が中止できないこと、心不全の病態が癌とは違うため正確な予後評価は難しいことが示された。
⑯参考文献2	1) 名称	Possible associations between palliative care conferences and positive outcomes when performing palliative care for patients with end-stage heart failure: a nationwide cross-sectional questionnaire survey
	2) 著者	Kurozumi Y, Oishi S, Sugano Y, et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Heart Vessels. 2019 Mar;34:452-461.
	4) 概要	心不全患者に対する緩和ケアに関し全国の544施設からアンケート結果をもとに緩和ケアチームとチームが存在しない場合の介入結果の違いについて検討した。チーム管理では薬物治療介入が増加したこと、管理栄養士や医療ソーシャルワーカーが精神的因子の改善に大きく寄与したことなど、多職種介入の有用性が示された。
⑯参考文献3	1) 名称	The Impact of Palliative Care Consultation in the ICU on Length of Stay: A Systematic Review and Cost Evaluation
	2) 著者	Kyeremanteng K, Gagnon LP, Thavorn K, et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Intensive Care Med. 2018 Jun;33(6):346-353
	4) 概要	緩和ケアがコンサルトされた患者のICU滞在期間と費用に及ぼす影響を評価するために行われたシステマティックレビューでは、緩和ケア介入患者では、死亡率に影響を与えずにICU滞在期間と費用を削減する傾向が示された。

⑬参考文献 4	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑭参考文献 5	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし

提案番号(6桁)	申請技術名
A267201	緩和ケア診療加算
	申請学会名
	日本心不全学会

### 【技術の概要】

2018年の診療報酬改定で新たに加わった末期心不全患者で疼痛、呼吸困難等の身体的症状、又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチームによる診療が施されている。

### 【対象疾患】

#### A 2 6 - 2 緩和ケア診療加算

(1) 当該加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

(2) 末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからイまでのいずれかの基準に該当するものをいう。  
ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。  
イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。  
ウ 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。

エ 左室駆出率が20%以下であること。

オ 医学的に終末期であると判断される状態であること。  
カ エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。

### 【既存の治療法との比較】

兵庫県立尼崎総合医療センターの調べでは、2020年4月1日から2021年3月14日心不全入院患者(397名)で末期心不全に該当し緩和ケアを導入した患者は57名で、そのうち初回入院患者は12名(21%)であった。以上のように、対象疾患の該当項目、ウに関しては1年以内に急変による入院がない、入院が2回以上ない、あるいは1年以内に入院歴がない患者であっても末期心不全患者に該当する場合があります、臨床の実情とあわせないため、ウの項目設定の見直しが必要と考える

### 【有効性技術の概要】

兵庫県立姫路循環器病センター—循環器内科のICU使用率調査では緩和ケアチームによる介入により集中治療室在室日数、集中治療室での死亡確認数、集中治療室在室期間費用が有意に減少し、入院全体のコストも統計学的に有意ではないものの減少した

緩和ケアチーム	介入前	介入後	p値
患者数	54	52	
入院日数	24.1±3.8	30.9±3.8	0.21
集中治療室在室日数	7.1±1.1	3.6±1.2	0.017
死亡場所 (集中治療室%)	13(24)	4(8)	0.024
入院費用(円)	1638740±1459977	1422152±116154	0.39
集中治療室在室期間費用(円)	865231±124426	298259±62274	0.0057

### 【診療報酬上の取り扱い】

A 2 6 - 2 緩和ケア診療加算（1日につき） 390点

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	A268201		
提案される医療技術名	摂食障害入院医療管理加算		
申請団体名	日本心療内科学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	11心療内科	
	関連する診療科（2つまで）	01内科	21精神科
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	有		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	その他（平成24年度以前）	
	提案当時の医療技術名	摂食障害入院医療管理加算	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	A231-4		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	○	
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択		
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	技術の概要 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、臨床心理技術者、管理栄養士等により摂食障害患者に多面的な治療を計画的に提供する。		
再評価が必要な理由	摂食障害の入院患者数、入院治療施設数に比して算定数が非常に少なく、入院治療が診療報酬上評価されていない。2017年度精神保健福祉資料（参考文献1）によると入院診療している精神科病棟をもつ病院数1,169に対して摂食障害入院医療管理加算された病院数は55施設（5%）であった。また、同資料によると精神科病棟での入院患者数は10,047人であったが、摂食障害入院医療管理加算が算定された患者数は522人（5.2%）であった。また、社会医療診療別統計による2017年6月の摂食障害入院医療管理加算の実績は30日以内（200点）128件、31日以上60日以内（100点）85件であり、年換算でそれぞれ、1,536件、1,020件、である。このように、摂食障害入院医療管理加算が算定できているのは、施設数の5%、患者数の5%程度にとどまる推定され、現状では、摂食障害の入院治療の大部分が診療報酬的に評価されていない。		

## 【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	①再評価すべき具体的な内容 （具体的な内容）算定基準の施設要件のうち、「1年間の新規入院患者数10人以上」の基準を廃止する。 （根拠と有効性） 令和2年度障害者総合福祉推進事業（参考文献2）による全国の摂食障害診療施設の実態調査において、摂食障害治療に積極的な施設における「摂食障害入院医療管理加算」の算定状況と算定が困難な理由を調査した。摂食障害患者が入院できる病床をもつ201施設のうち、昨年度1年間に「摂食障害入院医療管理加算」算定したのは47施設（23.5%）であった。算定できない理由として「1年間の新規入院患者数が10人に満たない」が52.2%と、「入院時のBMI（体格指数）が15kg/m <sup>2</sup> の基準を満たさないため」12.4%入院時の算定と摂食障害入院医療管理加算が同時算定できないため、11.9%、「公認心理士や管理栄養士がいない、または治療に参加していないため」14.9%であった。これを裏付けるように、昨年度1年間の新規入院患者数をもと、基準以下の「1～9人」と回答したのが51.9%を占め、1人が12.7%、2～3人が17.7%と少人数の施設が大部分であった。このことは、BMI15未満の患者に、多職種による多面的な治療を提供しているにも関わらず、「1年間の新規入院患者数が10人以上」という算定基準のために、算定できない施設が多いことを示す。新規入院患者数の基準を廃止して、算定要件を緩和することが、算定できる施設を増やし、摂食障害の多面的入院治療が診療報酬上に評価されたためには最も有効である。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	（算定基準） 対象患者：1. BMI<15、2. 30日以内 200点/日、3. 31日以上60日以内 100点/日 施設基準： 1. 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が10人以上であること。 2. 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、臨床心理技術者、管理栄養士等が当該保険医療機関に配置されていること。 3. 精神療法を行うために必要な面接室を有していること。
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A231-4
医療技術名	摂食障害入院医療管理加算



<p>③再評価の根拠・有効性</p>	<p>治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム</p> <p>ガイドライン等での位置づけ</p>	<p>低体重の摂食障害（神経性やせ症）は、死亡率が年0.5%と高く（文献3）、重度の低体重や身体合併症、精神的危機においては入院治療が必要となる。2017年度摂食障害を入院診療している精神科床をもつ病院数1,169に対して摂食障害入院医療管理加算された病院数は55施設（5%）、精神科床での入院患者数は10,047人、摂食障害入院医療管理加算が算定された患者数は522人（5.2%）であった（文献1）。社会医療診療別統計による精神科病床以外も含む2017年6月の摂食障害入院医療管理加算の実績は30日以内（200点）128件1,584回、316,800点、31日以上60日以内（100点）85件、1,189回、118,900点であり、年換算でそれぞれ、1,536件、19,008回、3,801,600点、1,020件、14,268回、1,426,800点である。このように、摂食障害入院医療管理加算を算定しているのは、精神科床をもつ病院の5%、患者の5%程度にとどまる推定され、多くの施設、患者で摂食障害の入院治療が診療報酬的に評価されていない。摂食障害入院医療管理加算の算定の障害として最も大きいものは、施設基準中の「1年間の新規入院患者数10人以上」の基準であることが示されており、摂食障害治療に積極的な医療機関でも年間10人以上新規入院患者があるのは一部にとどまる（文献2）</p> <p>ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）</p> <p>日本摂食障害学会の治療ガイドライン（文献4）では、精神療法・心理療法と、身体治療、栄養指導が標準的治療に位置付けられており、英国NICEガイドライン2017では神経性やせ症の治療、入院治療は多職種チームにより心理社会的治療、栄養指導、医学手安定化が行われるべきとされている（文献5）。</p>
<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>		<p>令和2年度障害者総合福祉推進事業（参考文献2）による全国の摂食障害診療施設の実態調査において、年間の新規入院患者数と施設数の分布より、10人に満たない施設が約半数を占める一方、施設あたりの患者数が少ないため、新規入院患者数基準の廃止による、算定数の増加は25%程度と見込む。</p>
<p>年間対象者数の変化</p>	<p>前の症例数（人）</p> <p>後の症例数（人）</p>	<p>30日以内1,536人、31日以上1,020人</p> <p>30日以内1,920人、31日以上1,275人</p>
<p>年間実施回数の変化等</p>	<p>前の回数（回）</p> <p>後の回数（回）</p>	<p>30日以内19,008回、31日以上14,268回</p> <p>30日以内23,760回、31日以上17,835回</p>
<p>⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）</p>		<p>・学会等における位置づけ：日本摂食障害学会の治療ガイドラインでは、精神療法・心理療法と、身体治療、栄養指導が治療に位置付けられ（文献4）、英国NICEガイドライン2017では神経性やせ症の治療、入院治療は多職種チームにより心理社会的治療、栄養指導、医学手安定化が行われるべきとされている（文献5）。</p> <p>・難易度（専門性等）：中等度 チーム医療は摂食障害を診療することの多い精神科、心療内科では既に可能である。摂食障害の専門的医療は、研修等を受講し経験を有することが望ましい。</p>
<p>施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）</p>	<p>施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）</p> <p>人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）</p> <p>その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）</p>	<p>標榜科は特定しないが、下記人的配置の要件を満たすこと。精神療法を行うために必要な面接室を有していること。</p> <p>摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、臨床心理技術者、管理栄養士等が当該保険医療機関に配置されていること。</p> <p>日本摂食障害学会監修、「摂食障害治療ガイドライン」作成委員会編集「摂食障害治療ガイドライン」 医学書院2012年2月1日</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>		<p>副作用なし</p>
<p>⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）</p>		<p>問題なし</p>
<p>⑧点数等見直しの場合</p>	<p>見直し前</p> <p>見直し後</p> <p>その根拠</p>	<p>30日以内200点、31日～60日以内100点</p> <p>30日以内200点、31日～60日以内100点</p> <p>今回の申請は点数の増減は行わない</p>
<p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>	<p>区分</p> <p>番号</p> <p>技術名</p> <p>具体的な内容</p>	<p>区分をリストから選択</p> <p>該当なし</p> <p>該当なし</p> <p>該当なし</p>
<p>⑩予想影響額</p>	<p>プラスマイナス 予想影響額（円）</p> <p>その根拠</p> <p>備考</p>	<p>増（+）</p> <p>13,071,000円</p> <p>社会医療診療別統計（参考文献2）による2017年6月の摂食障害入院医療管理加算の実績は30日以内（200点）128件1,584回、316,800点、31日以上60日以内（100点）85件、1,189回、118,900点であり、年換算でそれぞれ、1,536件、19,008回、3,801,600点、1,020件、14,268回、1,426,800点で計5,228,400点ある。今回の見直しにより25%増加すると推定し1,307,100点（13,071,000円）プラスとなる。</p> <p>特になし</p> <p>特になし</p>
<p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>		<p>特になし</p>
<p>⑫その他</p>		<p>特になし</p>
<p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>		<p>日本心身医学会 理事長 福土審、日本摂食障害学会 理事長 永田利彦</p>

⑩参考文献 1	1) 名称	精神保健福祉資料
	2) 著者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所公共精神医療研究部
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	<a href="https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/">https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/</a>
	4) 概要	2017年度の精神保健福祉資料によると、摂食障害を入院診療している精神病床をもつ病院数1,169に対して摂食障害入院医療管理加算された病院数は55施設（5%）であった。精神病床での入院患者数は10,047人であった。
⑪参考文献 2	1) 名称	令和2年度障害総合福祉推進事業摂食障害治療および支援の実態把握および好事例の把握に関する検討
	2) 著者	安藤哲也、山内常生、河合啓介、竹林淳和
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	令和2年度障害総合福祉推進事業 事業報告書 2021年3月 38ページから40ページ
	4) 概要	全国の摂食障害診療施設の実態調査では、摂食障害患者が入院できる病床をもつ201施設のうち、昨年度1年間に「摂食障害入院医療管理加算」算定したのは47施設（23.5%）と少なかった。「摂食障害入院医療管理加算」について、加算ができない理由として「年間の新規入院患者数が10人に満たない」が52.2%と理由として最も多かった。昨年度1年間の新規入院患者数をみても、基準以下の「1～9人」と回答したのが51.9%を占め、1人が12.7%、2-3人が17.7%であり、年間の入院患者数が少人数の施設が大部分を占めていた。
⑫参考文献 3	1) 名称	Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders.
	2) 著者	Arcelus J. Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Archives of general psychiatry 68:724-31, 2011
	4) 概要	粗死亡率 (CMR) は神経性やせ症0.51%/年、神経性過食症0.174%/年、標準化死亡率 (SMR) は神経性やせ症 5.86 神経性過食症1.93 である。
⑬参考文献 4	1) 名称	摂食障害治療ガイドライン
	2) 著者	日本摂食障害学会監修、「摂食障害治療ガイドライン」作成委員会編集「
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	医学書院「東京」2012
	4) 概要	第7章「さまざまな治療」(p73～p144)で精神療法・心理療法と、身体治療、栄養指導について、第8章「入院治療」(p145～165)で入院治療のガイドが示されている
⑭参考文献 5	1) 名称	NICE guideline NG69 Eating Disorders: recognition and treatment (2017)
	2) 著者	National Institute for Care and Health Excellence, UK
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	<a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813">https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813</a> ページ11 推奨
	4) 概要	英国NICEガイドライン2017では神経性やせ症の治療、入院治療は多職種チームにより心理社会的治療、栄養指導、身体面の治療が行われるべきとされている。

提案番号(6桁)	申請技術名
A268201	摂食障害入院医療管理加算
日本心療内科学会	

**【医療技術の概要】** 摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療を計画的に提供する。

**【対象疾患等】** 摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって、BMI (Body Mass Index) が15未満である

**【他の治療との比較】** 国内外のガイドラインで低体重のある摂食障害の入院治療は多職種チームにより心理社会的治療、栄養指導、医学的安定化(身体的治療)が推奨されている。

**【現在の報酬上の取り扱い】**

摂食障害入院医療管理加算の算定基準

- 対象患者：1. BMI<15、 2. 30日以内 200点/日、  
3. 31日以上60日以内 100点/日

施設基準：

1. 摂食障害の年間新規入院患者数(入院期間が通算される再入院の場合を除く。)が10人以上であること。
2. 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、臨床心理技術者、管理栄養士等が当該保険医療機関に配置されていること。
3. 精神療法を行うために必要な面接室を有していること。

**【再評価すべき具体的な内容】施設基準のうち年間新規入院患者数の基準を廃止し、算定要件を緩和する**

摂食障害入院医療管理加算の算定基準

- 対象患者：1. BMI<15、 2. 30日以内 200点/日、  
3. 31日以上60日以内 100点/日

施設基準：

1. 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、臨床心理技術者、管理栄養士等が当該保険医療機関に配置されていること。
2. 精神療法を行うために必要な面接室を有していること。

**【現状の問題】算定できる施設が少なく、摂食障害の入院治療が診療報酬上評価されていない**

全国・摂食障害・項目	2017年度(H29年度)
入院診療している精神科病棟を持つ病院数	1,169
摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数	55
精神科病棟での入院患者数	10,047
摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数	522

(出典 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所公共精神医療研究部、精神保健福祉資料)

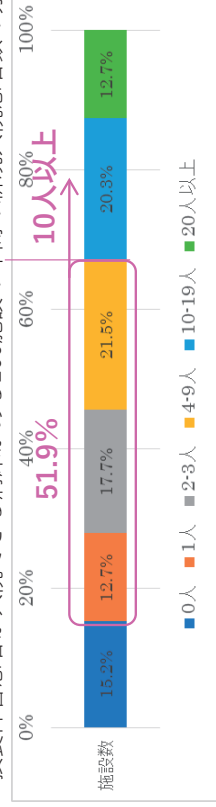
**【再評価の根拠】年間新規入院患者数の基準を満たさないために算定できない施設が多い**

摂食障害入院医療管理加算ができない、あるいは困難な理由 (n=200 重複回答)



**【再評価の有効性】入院患者数を理由に入院医療管理加算を算定できなかった医療機関が算定できるようになる**

摂食障害患者が入院できる病床がある200施設のある年の新規入院患者数の分布



(出典 令和2年度障害者総合福祉推進事業「摂食障害治療及び支援の実態把握及び好事例の把握に関する検討」事業報告書)

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	A268202	
提案される医療技術名	ストレス関連疾患に対するオンライン診療料	
申請団体名	日本心療内科学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	11心療内科
	関連する診療科（2つまで）	01内科 00なし
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択
	提案当時の医療技術名	-
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	A 第1部 第2節 再診料	
診療報酬番号	A 003	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	○
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	<p>ストレス関連疾患は、心理社会的なストレスを背景にした身体疾患（いわゆる心身症）およびうつ病、不安症などの精神疾患など、多くの疾患が該当し、慢性的な経過をとりやすい。慢性的な経過であるため、定期的な通院を継続することは患者にとって困難な面が大きく、結果的に疾患の治療が不十分に陥る。そのため、ストレス関連疾患の保険適応拡大を要望する。</p>	
再評価が必要な理由	<p>ストレス関連疾患のオンライン診療は、現在オンライン診療が認められているてんかん患者および慢性頭痛患者と同等の時間を要する。また、ICTを用いた医療面接により、ストレス関連疾患患者の生活状況の把握などの評価をおこない、ストレス評価と生活への支援・援助と一般心理療法（受容、支持、保証）を通して、患者のストレス耐性の向上と疾患の改善へと導くもので、専門性が高い医療技術である。</p>	

## 【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>ストレス関連疾患として、うつ病や恐怖症に対するテレ電話をもちいた診療の有効性が、メタ解析によって明らかとなっている（文献1）。また、オンライン診療では、通常の対面式の診療よりも高い生活の質の改善が認められている（文献2）。内科系疾患に対するオンライン診療では、通常の診療と比較して、血糖値の有意な低下、LDLの有意な低下、血圧の有意な低下が認められた。さらに医療経済的な面からもオンライン診療は費用削減効果が高いことが示されている（文献4）。オンライン診療では、食行動の改善も認められており（文献5）、ストレス関連疾患全般に有用である。</p>	
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<p>特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料を算定可能な患者および慢性頭痛が対象となる。対面診療の原則のもとで、対面診療と、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用した診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいて計画的なオンライン診療を行う技術を用いる。オンライン診療は、診療計画に基づき、対面診療とオンライン診療を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する3月の間に対面診療が1度も行われない場合は、算定することはできない。また、対面診療とオンライン診療を同月に行った場合は、オンライン診療料は算定できない。</p>	
診療報酬区分（再掲）	A 第1部 第2節 再診料	
診療報酬番号（再掲）	A 003	
医療技術名	オンライン診療料	
③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	<p>内科系ストレス関連疾患として、糖尿病、高血圧、脂質異常症について、オンライン診療の有用性が示されており、治療への満足度も対面式と同等とされている。オンライン診療は精神科系ストレス関連疾患としてうつ病、恐怖症、摂食障害、PTSDに対する治療効果も高く、QOLの改善も示されている。</p>
	ガイドライン等での位置づけ	<p>ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）</p>

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		平成29年(2017)年度の厚生労働省の患者調査の概況から内科系ストレス関連疾患を1500万人、精神科系ストレス関連疾患として200万人と推計した。そのうち、オンライン診療は1%がおこなうとして、内科系患者15万、精神科系患者2万人の総計17万人がオンライン診療の患者とした。オンライン診療は年間3回おこなうと仮定している。
年間対象者数の変化	前の症例数(人)	なし
	後の症例数(人)	170,000
年間実施回数の変化等	前の回数(回)	なし
	後の回数(回)	540,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		COVID-19の影響もあり、各学会でオンライン診療は推奨されている。オンライン診療にあたっては、オンライン診療を実施する医師は厚生労働省の定める研修に参加することが必要。
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	(1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。 (2) オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。 (3) 一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	オンライン診療に関する講習会に参加し、研修を受けた医師のみが算定できる
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		副作用はない。個人情報の管理には留意を要する。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		なし
⑧点数等見直し の場合	見直し前	-
	見直し後 その根拠	-
⑨関連して減点 や削除が可能と 考えられる医療 技術	区分	I
	番号	4
	技術名 具体的な内容	心身医学療法 一般心理療法を基盤に種々の心身医学的な治療法との併用
⑩予想影響額	プラスマイナス	減(-)
	予想影響額(円)	5,400,000
	その根拠 備考	年間実施回数(540,000)回×診療報酬の点数の差(80-70)点×10円
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本心身医学会 代表 福土審
⑭参考文献1	1) 名称	The use of telemedicine in psychiatry.
	2) 著者	Norman S
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Psychiatr Ment Health Nurs. 2006 Dec;13(6):771-7
	4) 概要	精神疾患に対するテレビ電話を用いたオンライン診療に関する有効性をメタ解析によって検討している。178の論文の中で72の論文において、有効性が示され、経済性、診療に対する満足度も高かった。
⑭参考文献2	1) 名称	Client acceptability and quality of life - telepsychiatry compared to in-person consultation.
	2) 著者	Urness D., Wass M., Gordon A., et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Journal of Telemedicine and Telecare 12, 251-254, 2006
	4) 概要	48名の精神疾患の患者を対象に電話によるオンライン診療をおこない、対面式の診療と有効性を比較検証した。オンライン診療では、対面診療と同等の満足度を認めており、有効性が高いことが示された。また、生活の質の改善がオンライン診療群でのみ認められた。
⑭参考文献3	1) 名称	Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes.
	2) 著者	Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Cochrane Database Syst Rev. 2015(9)
	4) 概要	オンライン診療に関する内科系の93の研究と22,047名の患者を対象にしたメタ解析。通常の診療と比較して、オンライン診療では、血糖値の有意な低下、LDLの有意な低下、血圧の有意な低下が認められた。
⑭参考文献4	1) 名称	The Cost-Effectiveness of Digital Health Interventions on the Management of Cardiovascular Diseases: Systematic Review
	2) 著者	Xinchan Jiang, Wai-Kit Ming, Joyce Hs You
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Med Internet Res. J Med Internet Res. 21(6). 2019
	4) 概要	2001年から2018年までの心血管性障害のオンライン診療についての研究から良質な14の論文を抽出し、レビューをおこなった。心血管障害の治療において、経済的な費用の削減効果が高いことが示された。
⑭参考文献5	1) 名称	Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: a randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy.
	2) 著者	Xinchan Jiang, Wai-Kit Ming, Joyce Hs You
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Behav Res Ther. 45(4):649-61. 2007
	4) 概要	神経系過食症とむちゃ食い障害を対象にオンライン診療をおこなった研究。73名の摂食障害を対象にオンライン診療をおこなったところ、37%の患者に食行動の改善が認められた。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A268202	ストレス関連疾患に対するオンライン診療科	日本心療内科学会

### 【技術の概要】

テレビ電話などの通信技術を用いて遠隔での診療をおこなう

### 【対象疾患】

心理社会的なストレスを背景にした身体疾患（いわゆる心身症）およびうつ病、不安症などの精神疾患など、多くの疾患が該当



【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】  
うつ病や恐怖症に対するテレビ電話をもちいた診療の有効。オンライン診療では、通常の対面式の診療よりも高い生活の質の改善が認められている

### 【診療報酬上の取扱い】

対面診療と、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用した診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいて計画的なオンライン診療を行う

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	A277201	
提案される医療技術名	高度腎機能障害患者指導加算	
申請団体名	日本腎臓リハビリテーション学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	05腎臓内科
	関連する診療科（2つまで）	36リハビリテーション科
		03循環器内科
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	有	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和2年度
	提案当時の医療技術名	腎不全患者指導加算
	追加のエビデンスの有無	有
診療報酬区分	その他	
診療報酬番号	B001-00	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	○
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	適応疾患を、現行のeGFRが45ml/min未満の糖尿病性腎症患者に加えて、eGFRが45ml/min未満の非糖尿病性腎症患者にも拡大する。	
再評価が必要な理由	日本透析医学会の「わが国の慢性透析療法の現況」によれば、2016年度新規透析患者の主要原疾患の第一位は糖尿病性腎症で43.2%である。eGFRが45ml/min未満の糖尿病性腎症患者に対して、高度腎機能障害患者指導加算が2018年の診療報酬改定で導入されており、透析予防や心不全・脳卒中などの循環器疾患の予防に運動療法・リハビリテーション（リハ）が導入され役立っている。しかし、視点をかえれば2016年度新規透析患者の実に56.8%が糖尿病性腎症以外である。慢性腎臓病（CKD）患者に対する適切な運動療法による腎保護作用に関しては、腎症の原因が糖尿病でない場合でも確認されている。さらに、適切な運動療法の効果に関しては、腎保護作用に加えて循環器疾患予防の効果もある。そこで、現行の高度腎機能障害患者指導加算の適応疾患を、現行のeGFRが45ml/min未満の糖尿病性腎症患者に加えて、eGFRが45ml/min未満の非糖尿病性腎症患者にも拡大拡大し、運動療法による新規透析導入の抑制できる患者を増加させ、運動療法の効果を受用できるCKD患者を増やすとともに、国民総医療費の一層の削減を両立させる。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	日本透析医学会の「わが国の慢性透析療法の現況」によれば、2016年度新規透析患者の主要原疾患の第一位は糖尿病性腎症で43.2%である。eGFRが45ml/min未満の糖尿病性腎症患者に対して、高度腎機能障害患者指導加算が2018年の診療報酬改定で導入されており、透析予防や心不全・脳卒中などの循環器疾患の予防に運動療法・リハビリテーション（リハ）が導入され役立っている。しかし、視点をかえれば2016年度新規透析患者の実に56.8%が糖尿病性腎症以外である。慢性腎臓病（CKD）患者に対する適切な運動療法による腎保護作用に関しては、腎症の原因が糖尿病でない場合でも確認されている。さらに、適切な運動療法の効果に関しては、腎保護作用に加えて循環器疾患予防の効果もある。そこで、現行の高度腎機能障害患者指導加算の適応疾患を、現行のeGFRが45ml/min未満の糖尿病性腎症患者に加えて、eGFRが45ml/min未満の非糖尿病性腎症患者にも拡大拡大し、運動療法による新規透析導入の抑制できる患者を増加させ、運動療法の効果を受用できるCKD患者を増やすとともに、国民総医療費の一層の削減を両立させる。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	eGFRが45ml/min未満の糖尿病性腎症患者に限定されている。
診療報酬区分（再掲）	その他
診療報酬番号（再掲）	B001-00
医療技術名	高度腎機能障害患者指導加算

③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	①CKD患者が運動療法を行うことで死亡率の大幅な低下と透析や腎移植などの代替療法への導入を防止できるとする報告があるが、その対象は糖尿病性腎症に限定されていない (Chen et al. Clin JASN 2014)。②CKD患者が運動療法を行うことで腎機能が改善したランダム化比較試験では、その対象は糖尿病性腎症に限定されていない (Greenwood SA, et al. Am J Kid Dis 2015; 65:425-434。)③平均eGFR40ml/minのCKD患者が身体活動の時間が長いほど、腎機能低下が抑制されるという報告では、その対象は糖尿病性腎症に限定されていない (Robinson-Cohen JASN 2014)。④米国の末期CKD患者のガイドラインでは運動療法・リハを「エビデンスB」として推奨しているが、その対象は糖尿病性腎症に限定されていない (Am J Kid Dis 2005;45(Suppl 3):S1-S128)。⑤わが国の腎臓リハビリテーションガイドラインでは50編の論文のレビュー及びメタアナリシスの結果、保存期CKD患者に対し、年齢や身体機能を考慮しながら可能な範囲で運動療法を行うことを提案しているが (エビデンス2c)、その対象は糖尿病性腎症に限定されていない (日本腎臓リハビリテーション学会編 腎臓リハビリテーションガイドライン p56 (南江堂)2018年)。⑥KDIGO 2012 CKDの評価と管理のための臨床ガイドラインでは、CKD患者では、禁煙、体重管理、運動療法 (1回30分、週5回の身体活動) が同等に重要であり、すべての国にあてはまると推奨しているが、その対象は糖尿病性腎症に限定されていない (Kid International 2013; Suppl 3:73-90)。
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり (右欄に詳細を記載する。) 保存期CKD患者に対し、年齢や身体機能を考慮しながら可能な範囲で運動療法を行うことを推奨する。保存期CKD患者において、運動療法は生命予後や腎予後、入院リスクを改善させるというエビデンスは認めなかった。しかし、運動耐容能や身体機能に関するQOLを改善・維持する可能性があることから、年齢や身体機能により個別に考慮する必要があるものの、可能な範囲で (有酸素) 運動を行うことを提案することとした (2c)。(参考文献4)
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		CKD重症度分類でG3bに分類される120万人のうち約半分を糖尿病性腎症と考え、非糖尿病性腎症に対象拡大すると対象が2倍になると試算する。ただし、そのうち運動指導を行うのは施設認定を考慮し、10%の患者とした。
年間対象者数の変化	前の症例数 (人) 後の症例数 (人)	60,000 120,000
年間実施回数 の変化等	前の回数 (回) 後の回数 (回)	780,000 1,560,000
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度 (専門性等)		米国の末期CKD患者のガイドラインでは運動療法・リハを「エビデンスB」として推奨し、わが国のガイドラインでは中等度の運動強度までの運動量を積極的に行うよう推奨している (日本腎臓学会2009)。わが国の腎臓リハビリテーションガイドラインでは、保存期CKD患者に対し、年齢や身体機能を考慮しながら可能な範囲で運動療法を行うことを提案しているが (2c)、その対象は糖尿病性腎症に限定されていない (日本腎臓リハビリテーション学会編 腎臓リハビリテーションガイドライン p56 (南江堂)2018年)。末期CKD患者は慢性心不全に準じた状態にあるが、心不全リハの有効性に関しては日本循環器学会「心血管疾患リハビリテーションガイドライン」においてエビデンスIである。
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	心大血管リハ料の施設要件とほぼ同一だが、循環器科医の代わりに透析科医・腎臓科医とする
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	心大血管リハ料の施設要件とほぼ同一だが、循環器科医の代わりに透析科医・腎臓科医とする
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	米国のスポーツ医学会でだしているCKD患者用の運動療法ガイドライン。日本腎臓リハ学会がだしている「腎臓リハビリテーションガイドライン」(英語版も学会機関誌のRenal Replacement Therapyにアクセプトされ、2019年中に発行予定)。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		海外の多施設調査 (Smart N. Nephrology 2011;16:626-632) では慢性腎臓病リハ実施中、脱落者は、医学的な理由では約25%程度で、患者自身の拒絶による脱落27%より少なく、また運動群と対照群間での差はなく、28400人・年で運動療法は死亡脱落者が出現しなかった。そのため末期CKD・透析患者に対する運動療法は効果的のみならず安全であることも示された。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		ガイドラインに記載してあり、積極的に行うべき行為である。倫理的・社会的妥当性は大きいといえる。
⑧点数等見直し の場合	見直し前	100
	見直し後	100
	その根拠	不変
⑨関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術	区分	D
	番号	特になし
	技術名	特になし
	具体的な内容	なし
⑩予想影響額	プラスマイナス	減 (-)
	予想影響額 (円)	94,400,000,000
	その根拠	対象CKD保存期患者のうち10%の13万人が1人当たり月1回、12ヶ月の運動療法と運動指導を行うと予想する。医療費は1,000円 (運動療法料1回100点) × 156万件で約15.6億円増加する。しかし、CKD保存期患者4万人の透析移行を6ヶ月先延ばしにできることで (透析医療費1人40万円/月)、960億円の減。よって差し引き944億円の大幅な減少となる。
	備考	特になし
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		なし



⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本腎臓学会 日本透析医学会 日本心臓リハビリテーション学会 日本リハビリテーション医学会
⑯参考文献 1	<p>1) 名称 Physical Activity and Change in Estimated GFR among Persons with CKD</p> <p>2) 著者 Robinson-Cohen C</p> <p>3) 雑誌名、年、月、号、ページ J Am Soc Nephrol 25: 399-406, 2014</p> <p>4) 概要 平均eGFR40ml/minのCKD患者が身体活動の時間が長いほど、腎機能低下が抑制されるという報告も出ている。その対象は糖尿病性腎症（対象の54%のみ）に限定されていない。</p>
⑯参考文献 2	<p>1) 名称 Association of walking with survival and RRT among patients with CKD stages 3-5.</p> <p>2) 著者 Chen IR.</p> <p>3) 雑誌名、年、月、号、ページ Clin J Am Soc Nephrol. 2014 Jul;9(7):1183-9. doi: 10.2215/CJN.09810913.</p> <p>4) 概要 保存期CKD stage 3-5患者が身体活動の時間が長いほど、腎機能低下が抑制されるという報告が出ている。その対象は糖尿病性腎症（対象の41%のみ）に限定されていない。</p>
⑯参考文献 3	<p>1) 名称 Effect of exercise training on estimated GFR, vascular health, and cardiorespiratory fitness in patients with CKD: a pilot randomized controlled trial.</p> <p>2) 著者 Greenwood SA</p> <p>3) 雑誌名、年、月、号、ページ Am J Kid Dis 2015; 65:425-434.</p> <p>4) 概要 CKD患者が運動療法を行うことで腎機能が改善したランダム化比較試験では、その対象は糖尿病性腎症に限定されていない。</p>
⑯参考文献 4	<p>1) 名称 腎臓リハビリテーションガイドライン</p> <p>2) 著者 日本腎臓リハビリテーション学会 編</p> <p>3) 雑誌名、年、月、号、ページ 日本腎臓リハビリテーション学会編 腎臓リハビリテーションガイドライン p56（南江堂）2018年</p> <p>4) 概要 50編の論文のレビュー及びメタアナリシスの結果、保存期CKD患者に対し、年齢や身体機能を考慮しながら可能な範囲で運動療法を行うことを提案しているが（エビデンス2C）、その対象は糖尿病性腎症に限定されていない。</p>
⑯参考文献 5	<p>1) 名称 Physical inactivity: a risk factor and target for intervention in renal care.</p> <p>2) 著者 Zelle DM, et al.</p> <p>3) 雑誌名、年、月、号、ページ Nat Rev Nephrol 13: 152-168, 2017</p> <p>4) 概要 CKD患者での運動不足とそれによる多疾患・重複障害の発生と悪化により、死亡率が世界的に高まっている。運動療法の多くのエビデンスが高まった今こそ、世界的に身体活動の向上に取り組みべきである。積極的に取り組んでいる学術団体として日本腎臓リハ学会が紹介され、世界で初めて日本で診療報酬が一部で認められたことを絶賛している</p>

提案番号(6桁)

申請技術名

申請学会名

A277201

高度腎機能障害患者指導加算

日本腎臓リハビリテーション学会

## 【概要図】 高度腎機能障害患者指導加算の適応拡大

### 【保険収載の必要性】

- 高度腎機能障害患者の透析開始を遅らせ透析医療費を削減する。
- 高度腎機能障害患者の心血管疾患を予防し医療費を削減する。
- 日本透析医学会の「わが国の慢性透析療法の現状」によれば、2016年度新規透析患者の主要原疾患の第一位は糖尿病性腎症で43.2%である。すなわち、非糖尿病の割合の方が56.8%と多い。

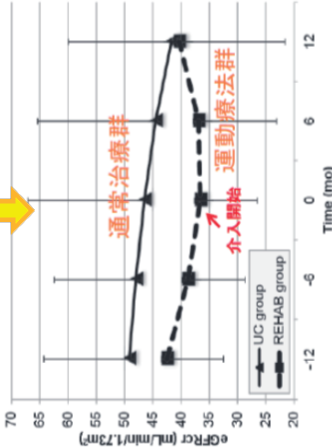
### 【慢性腎臓病(CKD)患者の運動制限から運動療法のコアペルニクスの大転換】

- これまでのCKD保存期患者  
→ 腎機能を悪化させないように安静が治療の一つ
- これからのCKD保存期患者  
→ 運動では腎機能は悪化しない、むしろ改善する  
運動療法が透析に移行防止のために治療の一つ  
運動療法の心血管疾患の予防に有効

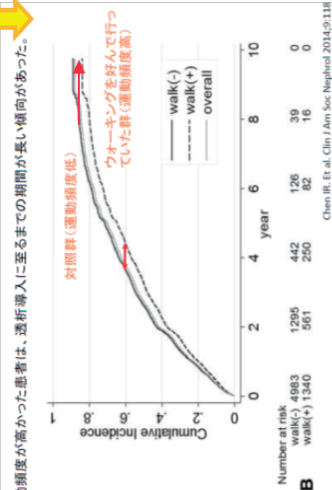
### 【概要】

- 高度腎機能障害患者指導加算の対象を現行のeGFR 45 ml/min未満の糖尿病性腎症患者の対象に加えて、eGFR 45 ml/min未満の非糖尿病の保存期CKD患者も認める
  - これにより、CKD保存期患者の透析移行を予防して透析医療費を削減するとともに、心血管疾患を予防し医療費を削減する。
- 【対象疾患】
- eGFR 45 ml/min未満の保存期CKD患者すべて
- 【効果性: 予想影響額】
- CKD保存期患者4万人の透析移行を6ヶ月先延ばしにすることで(透析医療費1人40万円/月)、960億円の減。
  - 高度腎機能障害患者指導加算を6か月間4万人がとつたとして、わずか15.6億円の増。
  - よって差し引き944億円の減少となる。
  - さらに、心血管疾患の罹患・死亡を33%低下させる。

対象は糖尿病性腎症(対象の10%のみ)に限定されていない。



対象は糖尿病性腎症(対象の41%のみ)に限定されていない。



運動療法はCKD保存期患者の80%の透析移行時期を2年先延ばしできる(B)。心血管疾患の罹患・死亡を33%低下させる(A)。

Greenwood SA, et al. Am J Kid Dis 2015; 65:425-434.

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	A282101
申請技術名	四肢骨格筋量測定(四肢・体幹の筋肉量、脂肪量)①DEXA法②BIA法
申請団体名	日本整形外科学会
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ） 30整形外科 関連する診療科（2つまで） 36リハビリテーション科 38その他（診療科名を右の空欄に記載する。） 高齢医学科、老年病科
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	有
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度） 令和2年度 提案当時の医療技術名 四肢骨格筋量測定 追加のエビデンスの有無 有
提案される医療技術の概要（200字以内）	運動器不安定症（サルコペニア、フレイル含む）疑いがある者（40歳以上）に対し、四肢骨格筋量を測定する。測定法としては放射線を用いた①DEXA法（被曝侵襲あり、精密、高価器機）とBIA法（電気インピーダンスを用い低侵襲で簡便、測定誤差報告あり、低価）があり、いずれもサルコペニア診断基準（AWGS診断基準）に採用されている。
文字数：161	
対象疾患名	運動器不安定症（サルコペニア、フレイルを含む）
保険収載が必要な理由（300字以内）	超高齢社会を邁進する本邦において運動器変性疾患やロコモティブシンドロームは増加の一途である。大要因であるサルコペニアは、健康寿命を脅かすだけでなく、様々な疾患に関連し治療後に悪影響を与えることが明らかとなっている。サルコペニアに関する報告は国内外で増えており、40歳以上の壮年期から骨格筋量が低下することも分かってきた。2016年ICD-10を取得したが、本邦ではいまだ診断治療対象ではなく患者抽出も不十分である。本概念の理解を深め、運動と栄養を柱とした多角的介入を行うことは医療福祉の未来へ不可欠である。適切な患者抽出、治療とその評価のため本検査の保険収載が必要と考える。
文字数：288	

## 【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	疾患：運動器不安定症（サルコペニア、フレイル含む）の疑い 病態（定義）：加齢によりバランス能力および移動歩行能力の低下が生じ、閉じこもり、転倒リスクが高まった状態 症状：四肢体幹の筋力低下、易転倒性、活動性の低下 など 年齢：40歳以上
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）	方法：DEXA法は骨塩定量検査に準じ、器機設置室にて臥位にて測定（放射線被曝あり） BIA法は測定機器に立位対峙し器機を把持し測定（侵襲なし） 実施頻度：骨塩定量検査（D217）に準じ、DEXA法、BIA法ともに4カ月に1回を限度とする
③対象疾患に 対して現在行 われている医 療技術（当該 医療技術が検 査等であっ て、複数ある 場合は全て列 挙すること）	区分 番号 医療技術名 D 217 骨塩定量検査 放射線を用いる検査として、DEXA法（腰椎360点、腰椎+大腿骨450点）、MD法、SEXA法（140点）があり、人体非侵襲の検査として超音波法（90点）がある。 DEXA法による腰椎撮影、大腿骨撮影：測定器機設置室にて放射線を用いて骨密度を測定。器機によって筋量測定も可能であり、既存骨塩定量検査に準じると考える。 BIA法は生体に微弱な交流電流を流し、組織電気抵抗（インピーダンス）を計測し、筋・脂肪・骨の電気抵抗の差異を利用し体組成として筋量・脂肪量を算出する。骨塩定量検査では侵襲性・簡便性から超音波法に類似すると考える。
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム	超高齢社会において、近年骨粗鬆症への疾患アプローチは進化の一途であり、治療薬も多岐にわたっている。特に骨粗鬆症由来骨折を未然にふせぐ1次骨折予防が重要といわれているが、沈黙の疾患である骨粗鬆症は、検査治療に至る症例は未だ不十分である。運動器不安定症としてのサルコペニアは、骨粗鬆症と密接な疾患関連があることが報告されている。整形外科疾患などに起因する運動器不安定症例に対し、BIA法やDEXA法で簡便にサルコペニアの有無をスクリーニングすることで、骨粗鬆症の啓蒙は抽出、ひいては1次骨折予防に大きく寄与することが考えられる。 従来からDXA自体による放射線被曝は少ないことが知られているが、骨格筋量測定は体幹を除く四肢の測定であること、骨ではなく軟部組織を定量化するため、骨密度測定時よりさらに低線量ですみ、低被曝となる。

⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	サルコペニアと骨粗鬆症は加齢に伴う性ホルモンやタンパク同化ホルモンの低下、ビタミンD不足など共通要因が多くあり、両者は密接に関連し併存しやすい(Cederholm T et al. Eur J Phys Rehabil Med 2013;49:111-7)。 骨粗鬆症ではサルコペニアを多く合併し、歩行障害やバランス喪失につながる。筋量減少と筋力低下による転倒をもたらす、骨量減少とあいまって骨粗鬆症性骨折をきたすのである(Oliveira A et al. Clin Rheumatol 2015;34:1673-80)。一方で骨粗鬆症の存在は将来のサルコペニア発生リスクを有意に上昇させる(Yoshimura N et al. Osteoporos Int 2017;28:189-99)。
	2a ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり(右欄に詳細を記載する。) サルコペニア診療ガイドライン(2017年版)
⑥普及性	年間対象患者数(人) 国内年間実施回数(回)	350,000 700,000
※患者数及び実施回数の推定根拠等		65歳以上のサルコペニア有病率を10%と概算(日本サルコペニア・フレイル学会:サルコペニア診療ガイドライン2017年版、また下記引用文献より) 本邦の65歳以上人口:3,589万人(令和2年度高齢社会白書より) 3,589万人のうち有病率10%、約350万人が対象患者総数、その10%の35万人が検査施行すると仮定試算。実際の骨塩定量検査(DEXA法)は年間342万回施行されている(令和元年社会医療診療行為より) 上記実数値と、40歳以上から検査可、最大年3回施行可、BIA法検査の簡便さなどを加味し実施回数(DEXA法:3,500,000回、BIA法:7,000,000回 計:10,500,000回)を概算した。
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		DEXA法:骨塩定量検査に準じ約15分間 放射線技師による測定 BIA法:測定検査器機に立位で対峙し、手掌測定を器機に設置し測定。約30秒間 器機操作ができれば誰でも可能である
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	DEXA法:骨塩定量検査に準じ、専用室に器機設置が必要 BIA法:被曝がないためどこでも可能であるが、更衣スペースなどが必要である DEXA法:骨塩定量検査に準じる BIA法:医師の指示責任のもと、誰でも可能であると考えられる 特になし
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		DEXA法:骨塩定量検査に準じ低線量の放射線被曝がある BIA法:生体内に通電するため、心臓ペースメーカーは禁忌である
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円) その根拠	その他(右欄に記載する。) DEXA法:360点 BIA法:120点 DEXA法:骨量測定(D217 360点)に準じる。BIA法:D207 体液量等測定[1] 体液量測定 細胞外液量測定 60点 はすでに保険収載されているが、両側の上半肢および下半肢の四肢に限り取り出して、筋肉量の総和を算出する労力から倍の120点が相応と思われる
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術(③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む)	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択 — — —
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠 備考	増(+) 1,680,000,000 DEXA法:350,000回×3,600円=1,260,000,000円、BIA法:350,000回×1200円=420,000,000円 計:16.8億円と概算 特になし
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(主なものを記載)		8電極タイプ(四肢に各々電極板があり、各々に電流極と電圧極があるので8電極タイプという)のみが対象。(体重計にプラスして両手電極がついている機種だけが対象であり、その他の一般体重計や体組成計、ヘルスメータータイプの4電極機種は対象外)
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況 ※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴(例:年齢制限)等	3) 調べていない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い		d. 届出はしていない
⑭その他		—

⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本腰痛学会、日本脊椎脊髄病学会、日本リハビリテーション医学会、日本運動器科学会、日本臨床整形外科学会、日本病態栄養学会、日本サルコペニア・フレイル学会
⑯参考文献 1	<p>1) 名称 Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People.</p> <p>2) 著者 Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, Martin FC, Michel JP, Rolland Y, Schneider SM, Topinkova E, Vandewoude M, Zamboni M</p> <p>3) 雑誌名、年、月、号、ページ Age Ageing. 2010 Jul;39(4):412-23.</p> <p>4) 概要 サルコペニアの定義や診断、病態について サルコペニアのキーペーパー</p>
⑯参考文献 2	<p>1) 名称 Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia.</p> <p>2) 著者 Chen LK, Liu LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Bahyah KS, Chou MY, Chen LY, Hsu PS, Krairit O, Lee JS, Lee WJ, Lee Y, Liang CK, Limpawattana P, Lin CS, Peng LN, Satake S, Suzuki T, Won CW, Wu CH, Wu SN, Zhang T, Zeng P, Akishita M, Arai H.</p> <p>3) 雑誌名、年、月、号、ページ J Am Med Dir Assoc. 2014 Feb;15(2):95-101.</p> <p>4) 概要 アジアにおけるサルコペニアの定義や病態、疫学について</p>
⑯参考文献 3	<p>1) 名称 Is osteoporosis a predictor for future sarcopenia or vice versa? Four-year observations between the second and third ROAD study surveys.</p> <p>2) 著者 Yoshimura N, Muraki S, Oka H, Iidaka T, Kodama R, Kawaguchi H, Nakamura K, Tanaka S, Akune T.</p> <p>3) 雑誌名、年、月、号、ページ Osteoporos Int. 2017 Jan;28(1):189-199.</p> <p>4) 概要 本邦におけるサルコペニア有病率8.2% 骨粗鬆症と高率に合併し有意に相関</p>
⑯参考文献 4	<p>1) 名称 Prevalence of sarcopenia in Japanese women with osteopenia and osteoporosis.</p> <p>2) 著者 Miyakoshi N, Hongo M, Mizutani Y, Shimada Y.</p> <p>3) 雑誌名、年、月、号、ページ J Bone Miner Metab. 2013 Sep;31(5):556-61.</p> <p>4) 概要 骨粗鬆症とサルコペニアの相関 2400症例の解析 骨密度を正常、減少、骨粗鬆症の3群分 サルコペニア有病率 腰椎骨密度 10.4%、16.8%、20.4%、大腿骨骨密度 9.0%、17.8%、29.7%</p>
⑯参考文献 5	<p>1) 名称 Sarcopenia: prevalence, associated factors, and the risk of mortality and disability in Japanese older adults</p> <p>2) 著者 Akihiko Kitamura, Satoshi Seino, Takumi Abe, Yu Nofuji, Yuri Yokoyama, Hidenori Amano, Mariko Nishi, Yu Taniguchi, Miki Narita, Yoshinori Fujiwara, Shoji Shinkai.</p> <p>3) 雑誌名、年、月、号、ページ J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2021 Feb;12(1):30-38.</p> <p>4) 概要 65歳以上の日本人のサルコペニア有病率は男性11.5%、女性16.7%。総死亡リスクは男性で2.0倍、女性で2.3倍高く、要介護発生リスクは男性で1.6倍、女性で1.7倍高くなる。高齢期サルコペニアを早期発見し、運動や栄養等の生活習慣の改善等によって、その進行を食い止めることは健康寿命延伸に貢献する。</p>

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A282101	四肢骨格筋量測定(四肢・体幹の筋肉量、脂肪量)①DEXA法②BIA法	日本整形外科学会

### 【技術の必要性と概要】

加齢による骨格筋の減少(サルコペニア)は、高齢者のADL低下を来し、それに起因した転倒による骨折やその他の外傷から運動障害を招き生命リスクにも関連している。骨量と筋量には相関があり、骨粗鬆症とともにADL低下の危険因子とされ、高齢者医療には重要な評価項目として欠かせない。

骨量測定法には、二重エネルギーX線吸収法(DEXA)と生体電気インピーダンス法(BIA)があり、いずれも保険収載されている。骨格筋量の測定法も同様で、今回骨量測定に準じた保険収載を要望する。

### 【検査の有効性】

骨量ではなく筋肉量を測定する。骨格筋量測定は体幹を除く四肢の測定であること、骨ではなく軟部組織を定量化するため、骨密度測定時より低線量で済み低被曝となる。

### 【有病率】

本邦65歳以上人口:3,589万人(令和2年度高齢社会白書より)  
有病率10%、約350万人が対象患者総数、その10%の35万人が検査施行と仮試算

### 【対象疾患】

疾患：サルコペニアおよびその他の筋萎縮  
病態：加齢、その他の筋、神経原性および廃用など  
症状：全身的な筋力低下、活動性の低下  
年齢：高齢者および筋萎縮をきたした全年齢

### 【診療報酬上の取り扱い】

- ・ D 検査
  - ・ 骨量測定：D217 既存  
DEXA 360 点  
BIA 60 点
- 筋肉量測定：骨量測定に準じて  
DEXA 360 点  
BIA 120 点  
(筋量総和抽出などの労力から倍設定)

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用		A284101	
申請技術名		精神科病棟感染制御管理料	
申請団体名		日本精神科病院協会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	00なし	
		00なし	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無		無	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	精神科病棟感染制御管理料	
	追加のエビデンスの有無	有	
提案される医療技術の概要（200字以内）		病院感染症に脆弱な精神疾患患者に対して、病院感染の発生を防止し、早期発見・早期対応を行うことで蔓延を防ぐための技術。	
文字数：58			
対象疾患名		精神科病棟入院患者	
保険収載が必要な理由（300字以内）		精神科病院では施設構造上、閉鎖的環境のため飛沫・空気感染が蔓延しやすく、また、接触・交差感染の温床となるドアが数多く存在するなど特殊な環境にある。入院患者が感染症に罹患した場合、発見や診断が遅れやすく、さらに精神状態や自己衛生管理の問題から感染対策への協力が得られず、他患や職員への感染暴露のリスクが高い。また、入院患者の高齢化に加え、在宅や施設からの認知症患者、急性期病院でのせん妄患者の往来が増え、地域の薬剤耐性（AMR）対策においても精神科病院は重要な役割を占めている。精神科の特性を考慮した感染制御技術の向上と均質化を推進するために診療報酬収載の必要性があると考えられる。	
文字数：293			

【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等		疾患や年齢を問わず精神科病棟入院患者のうち、自己衛生管理が不十分であったり、病院感染対策の予防や蔓延防止のための協力が得られにくいと考えられるGAF30以下の患者とその受入れ病棟。	
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）		手指衛生のための毎食前および排泄後の患者への直接指導や週1回程度の爪の管理、自己申告が出来ない患者への日々の体調管理と症状サーベイランスの実施、初発罹患患者発見のための外出や面会後数日間の密な体調管理、安静やマスク着用等の協力が得られない感染症罹患患者に対する感染拡大防止のための個別対応、アウトブレイク発生時の対策への協力依頼や精神状態悪化への個別対応、二次感染予防のための環境整備の強化、専門職の乏しい精神科でも迅速かつ適切な対策が取れるように地域内や施設内の流行状況に応じた段階的（フェーズ別）対策の導入と実施、職員への感染暴露を防止するための感染防御具等の充実、早期診断のためのCOVID-19等を含む迅速診断検査等の感染対策の充実、薬剤耐性対策として抗菌剤の適正使用の推進。	
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
	番号	A 234-2	
	医療技術名	感染防止対策加算	
既存の治療法・検査法等の内容		院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取り組みを推進することを目的とし、臨床検査技師を含む感染管理経験のある専任の多職種からなる感染防止対策チームの組織化などを施設条件とし、入院初日にもみ算定可。	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 兼信が2015年1月に実施した全国調査では、精神科の標榜がある病院の中で既存の何らかの感染防止対策加算を算定できている施設は約16%に過ぎず、この中には官公立や総合病院精神科も多く含まれていることから、単科精神科病院での割合はさらに低いと考えられる。</li> <li>・ 日本精神科病院協会が2021年2月に報告した調査では、会員病院1192中、114の病院でCOVID-19による院内感染を認め、一般科病院に比べて感染制御に対する脆弱性を露呈する結果となった。</li> </ul>	

⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・米国や本邦において、病院感染症発生に伴う経済的損益は大きく、経済価値の観点からも感染制御活動の有用性が評価されている(日本内科学会雑誌: 95(9):322-326, 2006)。ただし、精神科病院に関する研究はこれまで実施されておらず、現在、鎌倉らが平成22年度から科学研究費助成金で行っている。同研究によると、精神科病院でのアウトブレイクの割合は、ノロウイルスが約20%、インフルエンザが約30%の施設で毎年発生している。</li> <li>・7348名の精神疾患を持つ新型コロナウイルス陽性者を対象とした後ろ向きコホート研究によると、統合失調症については有意差を持って死亡率が多いという結果であった。(JAMA Psychiatry, 2021, Jan 27:e204442, E1-E7)</li> </ul>
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし(右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>特になし</td> </tr> </table>
特になし		
⑥普及性	年間対象患者数(人)	139,000
	国内年間実施回数(回)	50,735,000
※患者数及び実施回数の推定根拠等		R元年度精神科病棟入院患者延べ数28万2千人の内、GAFが30以下に相当するのは49.3%であり、推計値される約13万9千人に算定する。 139,000×365=50,735,000
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		精神科での感染管理については、一般科での感染対策を基本に、精神科での特殊性を加味したものが大規模単科精神科病院(松山記念病院など)をモデルに提案され、さらに感染対策に関わる専門資格を有し精神科で勤務する医療従事者からなる研究会(精神科領域の感染制御を考える会)において検討を重ねてきている。同会と日本精神科病院協会との共催にて、2011年度より日本精神科医学会学術大会において「精神科感染対策講演会」を毎年開催し、2012年度からは「精神科感染制御セミナー」を毎年開催している。
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科、精神神経科を標榜する医療機関。</li> <li>・病院感染の早期発見のために、発熱や下痢などの症候サーベイランスを実施していること。</li> <li>・早期診断のためのCOVID-19等を含む迅速診断検査が実施できる環境にあること。</li> <li>・院内蔓延阻止のために、「フェーズ別対策」などの対策が整備されていること。</li> <li>・薬剤耐性対策として抗菌剤の適正使用などが実施されていること。</li> </ul>
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染管理に3年以上の経験を有し、日精協等主催の研修会を修了した常勤の医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師のいずれかが感染防止に関する日常業務を行っていること。</li> <li>・院内感染対策委員会以外に、病床数に限らず、感染制御チーム(ICT)が稼働していること。</li> <li>・ICD制度協議会が認定するインフェクションコントロールドクター、6ヶ月の適切な研修を受けた看護師等の少なくとも1名以上の感染管理に関する有資格者が実務に当たっていること(ただし、非常勤でも可等)。</li> </ul>
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国立大学病院感染対策協議会のガイドライン等を遵守した上で、精神科での感染制御の特殊性習得のために、日本精神科病院協会誌特集号「精神科病院での院内感染対策」や、森兼啓太(山形大学教授)監修による「精神科における感染管理ハンドブック」などにより、精神科特性を踏まえた感染対策を実践している。</li> <li>・1名以上の感染対策委員が、「精神科感染制御セミナー」等の日精協が関与する精神科領域での感染対策に関する研修会等を受講している。</li> </ul>
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		病院感染症発生を防ぎ、患者や職員を守ることが目的であり、この技術そのものに対しては副作用や危険性はない。
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		精神科病院での病院感染症は社会的にも大きな問題となっており、社会的・倫理的に大いに評価されるものである。
⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
	点数(1点10円)	5点
その根拠		自己衛生管理が不十分な上に感染暴露源にもなり得る患者(GAF30以下)に対する手指衛生等の指導、二次感染予防のための環境整備の強化等、職員への感染暴露を防止するために必要な消毒剤や感染防御具等、早期診断のための迅速診断検査等の感染対策に、一日5点の加算を要望。
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 (③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む)	区分	区分をリストから選択
	番号	なし
	技術名	特になし
具体的な内容		
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円)	増(+) 660,000,000
	その根拠	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予想される当該技術に係る医療費: 13万9千人×50円/日×365日=約25億4千万円</li> <li>・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費: 13900人×27万円/人×1/2=約18億8千万円(精神科病棟GAF30以下患者13万9千人のうち、年間10%が感染症に罹患するとして、1患者あたり27万円の追加費用を要し、感染対策に適切な対策を投じていることで感染率が半減すると推測し算定)</li> <li>2,540,000,000-1,880,000,000=660,000,000</li> </ul> <p>*本邦において入院患者の5-10%が感染症に罹患するとされる。本邦での病院感染症のコスト解析の検討では、1000床規模施設(全病床数:150床)における経済的試算では、国全体で総額1兆7000億円のコスト増となること。また、システムティックレビューにて、病院感染により1患者あたり27-800万の追加費用を要するが、年間400-4200万円の対策を投じることで感染率が半減するとされる(日本内科学会雑誌: 95(9):322-326, 2006)。</p>
備考		特になし



⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）	特になし
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への取載状況	2) 調べたが取載を確認できない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等	なし
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い	d. 届出はしていない
⑭その他	特になし
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	特になし
⑯参考文献 1	1) 名称 Association of Psychiatric Disorders With Mortality Among Patients With COVID-19
	2) 著者 Katlyn Nemani, MD, et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ JAMA Psychiatry, 2021, Jan 27;e204442, E1-E7
	4) 概要 7348名の精神疾患を持つ新型コロナウイルス陽性者を対象とした後ろ向きコホート研究によると、統合失調症については有意差を持って死亡率が多いという結果であった。
⑯参考文献 2	1) 名称 精神科病院におけるCOVID-19の感染予防と安全確保
	2) 著者 志水 祥介
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ Depression Strategy, 2020, vol.10 No.3, 12-14
	4) 概要 病状の特殊性「精神科患者は自覚症状が乏しく、自制が困難な事が事もあり感染が拡大しやすい」、病床の特殊性「閉鎖病棟では特に患者間の距離を保つことが困難」、スタッフの特殊性「感染専門スタッフが少なく、感染対策を講じる事が難儀である」といった精神科病院特有の問題点を指摘している。
⑯参考文献 3	1) 名称 精神科での医療関連感染対策の特殊性
	2) 著者 山内 勇人
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ INFECTION CONTROL, 2016, vol.25 no.2 (189, 87-91)
	4) 概要 精神科病院における感染がおりやすい環境、精神科入院患者の脆弱性、感染源になりうる危険性などについて触れている。
⑯参考文献 4	1) 名称 病院感染症の制御とその経済効果
	2) 著者 賀来 満夫
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ 日本内科学会雑誌 2006, 9, 第95巻, 第9号, 322-326
	4) 概要 米国や本邦において、病院感染症発生に伴う経済的損益は大きく、経済価値の観点からも感染制御活動の有用性が評価されている。
⑯参考文献 5	1) 名称 特になし
	2) 著者 特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ 特になし
	4) 概要 特になし

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A284101	精神科病棟感染制御管理料	日本精神科病院協会

## 精神科病棟感染制御管理料

### 感染防止対策の充実



- 病院内感染症に脆弱な精神疾患患者に対して、病院内感染の発生を防止し、早期発見・早期対応を行うことで蔓延を防ぐための技術。

### 精神科病棟感染制御管理料 5点/日

自己衛生管理が不十分な上に感染暴露源にもなり得る精神科入院患者(GAF30以下)

[主な施設基準]

- ① 院内感染対策委員会以外に、感染制御チーム(ICT)が稼働していること
- ② 院内感染の早期発見のために、発熱や下痢などの症候性サーベイランスを実施していること
- ③ 早期診断のための迅速診断検査が実施できる環境にあること
- ④ 院内蔓延阻止のために、フェーズ別対策などの対策が整備されていること

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用		A284102	
申請技術名		栄養マネジメント加算	
申請団体名		日本精神科病院協会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	00なし	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無		有	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	栄養マネジメント加算	
	追加のエビデンスの有無	無	
提案される医療技術の概要（200字以内） 文字数：98		栄養マネジメント加算は、当該保険医療機関に常勤の管理栄養士を配置し、認知症治療病棟入院料に入院する患者（以下「入院患者」という。）全員に対して栄養ケアマネジメントを行うことを評価したものである。	
対象疾患名		なし	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数：194		栄養マネジメント加算は、老人性認知症疾患療養病棟（介護報酬）において別に届け出ることにより算定可能であるが、認知症治療病棟入院料（診療報酬）においては加算項目が設定されておらず、別に算定できない。栄養マネジメント加算を認知症治療病棟入院料の法加算に追加することで、入院患者の継続的な栄養管理を推進することが可能となることにより入院患者の治療効果が向上し、早期治療・早期退院が促進される。	

【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等		認知症治療病棟入院料に入院する全ての患者	
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）		<p>栄養ケアマネジメントについて、以下の事項を実施すること。</p> <p>イ 入院患者ごとの低栄養状態のリスクを、当該病棟入院時に把握すること（以下「栄養スクリーニング」という。）。</p> <p>ロ 栄養スクリーニングを踏まえ、入院患者ごとの解決すべき課題を把握すること（以下「栄養アセスメント」という。）。</p> <p>ハ 栄養アセスメントを踏まえ、医師、管理栄養士、看護職員等が共同して入院患者ごとに、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法等）、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。また、作成したケア計画については、栄養ケアマネジメントの対象となる入院患者又はその家族等に説明し、同意を得ること。</p> <p>ニ 栄養ケア計画に基づき、入院患者ごとに栄養ケアマネジメントを実施するとともに、栄養ケア計画に実施上の問題（栄養補給方法の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば速やかに当該計画を修正すること。</p> <p>ホ 入院患者ごとの栄養状態に応じて、定期的に入院患者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行うこと。その際、栄養スクリーニング時に把握した入院患者ごとの低栄養状態のリスクのレベルに応じ、それぞれのモニタリング間隔を設定し、入院患者ごとの栄養ケア計画に記載すること。当該モニタリング間隔の設定に当たっては、低栄養状態のリスクの高い者及び栄養補給方法の変更の必要性がある者（経管栄養法から経口栄養法への変更等）については、概ね2週間ごと、低栄養状態のリスクが低い者については、概ね3か月ごとを行うこと。なお、低栄養状態のリスクが低い者も含め、少なくとも月1回、体重を測定するなど、入院患者の栄養状態の把握を行うこと。</p> <p>ヘ 入院患者ごとに、概ね3月を目途として、低栄養状態のリスクについて、栄養スクリーニングを実施し、栄養ケア計画の見直しを行うこと。</p>	
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	A 第2部 第3節 特定入院料	特になし
	番号	-	
	医療技術名	-	
既存の治療法・検査法等の内容		-	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期後等のアウトカム		<p>既に老人性認知症疾患療養病棟においては栄養ケアマネジメントの実施により低栄養状態の改善、適切な栄養状態の継続が図られており、その効果が実証されている。</p> <p>また、NST介入群と非介入群とを比較すると、誤嚥性肺炎の改善に関しては、介入群において治療の人数が有意に多く、未治療の人数が有意に少なかった。また、実施病棟の抗菌薬購入額と抗MRSA薬購入額を前年同期間の月平均購入額と比べると、抗菌薬購入額は270,600円が195,700円（-27.7%）抗MRSA薬購入額に関しては218,800円が11,000円（-95.0%）となり、いずれも有意に購入額を削減することができ（参考文献1）、医療経済的にも栄養マネジメントの実施は有用性が高い。</p>	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	④と同様	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	

⑥普及性	年間対象患者数(人) 国内年間実施回数(回)	32,858人×0.7=23,000人 23,000人×365日=8,395,000回
※患者数及び実施回数の推定根拠等		令和元年度 630調査 (R01.6.30現在) より、認知症治療病棟入院料の在院患者数は32,858人、うち7割が届出・算定すると推定し、年間対象患者数を算出。 当該加算は1日につき所定点数を算定することから、年間実施回数は、23,000人×365日となる。
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		既に老人性認知症疾患療養病棟において実施されており、その成熟度は高い。
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	定員超過入院・人員基準欠如(看護師比率に係る部分等を除く)に該当していないこと。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経年数等)	当該保険医療機関に、常勤の管理栄養士を1名以上配置していること。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	・入院患者の栄養状態を認知症治療病棟入院料の入院時に把握し、医師、管理栄養士、看護職員が共同して、栄養ケア計画を作成していること。 ・当該栄養ケア計画に基づき栄養管理を行うとともに、入院患者の栄養状態を定期的に記録していること。 ・入院患者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		副作用等のリスクなし
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑩希望する診療報酬上の取扱	妥当と思われる診療報酬の区分 点数(1点10円) その根拠	A 第2部 第3節 特定入院料 14 既に老人性認知症疾患療養病棟(介護保険)にて実施され、その所定単位が14単位であることより
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 (③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む)	区分	区分をリストから選択
	番号 技術名 具体的な内容	— — —
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠 備考	増(+) 1,175,300,000 ⑥年間実施回数(8,395,000人)×140円より — —
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 (主なものを記載)		—
⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への取扱い状況		3) 調べていない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴 (例:年齢制限)等		—
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い		d. 届出はしていない
⑭その他		—
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		—
⑯参考文献1	1) 名称	(NST介入群と非介入群における、抗MRSA薬剤購入金額と誤嚥性肺炎改善率の比較)
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	NST介入群と非介入群とを比較すると、誤嚥性肺炎の改善に関しては、介入群において治療の人数が有意に多く、未治療の人数が有意に少なかった。また、実施病棟の抗菌薬購入額と抗MRSA薬購入額を前年同期間の月平均購入額と比べると、抗菌薬購入額は270,600円が195,700円(-27.7%) 抗MRSA薬購入額に関しては218,800円が11,000円(-95.0%)となり、いずれも有意に購入額を削減することができた。これは、1床当りに換算すると、年間53,000円の薬剤購入額を削減できたことになる。
⑯参考文献2	1) 名称	要介護高齢者の日常生活活動度と栄養
	2) 著者	峯廻 攻守
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Geriatric Medicine Vol.39 No.7 2001-7 PP1075-1083
	4) 概要	栄養学的ケアの確実な実践にはチーム医療としての栄養サポートチームの確立が必須である
⑯参考文献3	1) 名称	粗暴行為をともなう認知症高齢者の栄養管理について
	2) 著者	岡田祐司、織部 裕明、澤井照佳
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	臨床栄養 Vol.117 No.3 2010.9 PP290-293
	4) 概要	粗暴行為をともなう認知症高齢者の栄養管理には、栄養サポートチームの関与が必要である

⑬参考文献 4	1) 名称	認知症高齢者の摂食障害の原因とその対応のための試み
	2) 著者	吉田貞夫、阿部聖子、島田有紀子、内瀬みゆき、安里春奈、浦波淳子
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	栄養－評価と治療 Vol. 26 No.2 2009. 4 PP179-179
	4) 概要	認知症高齢者の栄養障害、摂食障害は、きわめて特殊な背景をもっており、栄養状態の改善に苦慮することも多い。このような認知症高齢者が、認知症以外の疾患を発症し、内科、外科などを主体とした急性期病院に入院し、急性期病院のNSTが対応を依頼されることも十分考えられるが、その特殊性を考慮して対応しないと、徐々に栄養状態が悪化し、肺炎などの感染症を発症し、その結果、胃瘻などから経管栄養を開始する症例も少なくない。過去1年間に当院に入院した認知症高齢者のうち、食事摂取量の減少が認められた高齢者を26名抽出、その原因を診療録から後ろ向きに検討したところ、一部の症例では甘みの強い補助食品や、手に持って食べられるおにぎりやパンなどに変更することで、食事摂取量を改善できる可能性がある。また、嚥下困難を伴う症例が少なくないことから、食事摂取の改善のみならず、誤嚥、窒息を防ぐ目的からも、早期に言語聴覚士の介入が必要と思われた。高齢者うつ病の治療は、反応が現れるまでに数週間かかる。高齢者うつ病の疑いが否定できない症例では、早期からその治療を検討する必要がある。
⑭参考文献 5	1) 名称	栄養サポートチーム（NST）活動が全身状態の改善に極めて有用であった1例
	2) 著者	門脇秀和、松井龍吉、須山信夫、山口修平、小林祥泰、足立経一
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	島根医学 第28巻 第1号 54-56頁
	4) 概要	89歳認知症の女性が入院後NSTの介入により劇的な改善を認め、2週間後には傾向摂取での退院となった1例報告

提案番号(6桁)	申請技術名
A284102	栄養マネジメント加算
	申請学会名
	日本精神科病院協会

【技術の概要】

栄養マネジメント加算は、当該保険医療機関に常勤の管理栄養士を配置し、認知症治療病棟入院料に入院する患者（以下「入院患者」という。）全員に対して栄養ケアマネジメントを行うことを評価したものである。

【対象疾患名】

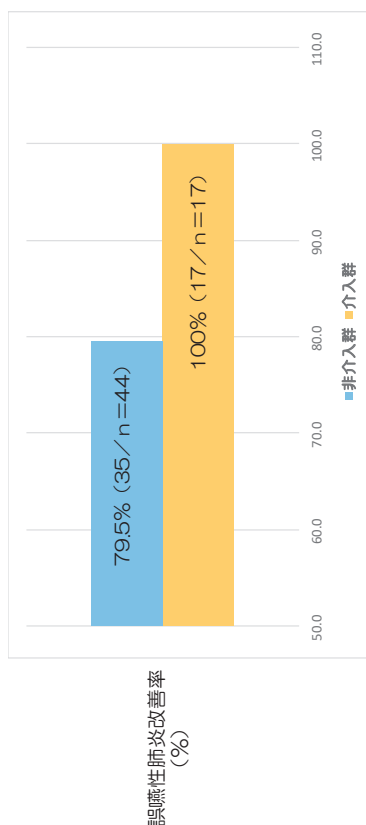
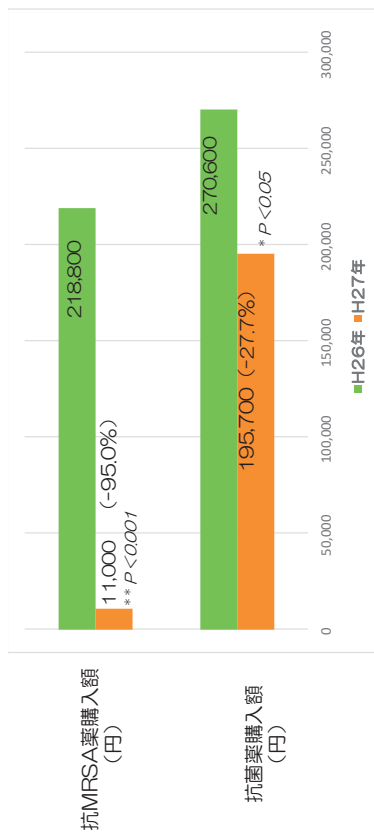
なし (A314 認知症治療病棟入院料に入院している患者)

【既存の治療法との比較】

既に老人性認知症疾患療養病棟（介護保険）にて実施されている手法を認知症治療病棟入院料（医療保険）においても実施する。

【有効性】

- ・既に老人性認知症疾患療養病棟（介護保険）にて実施されており、その効果が実証されている。
- ・NST介入群と非介入群における抗MRSA薬購入額と誤嚥性肺炎改善率の比較



月平均

NST介入群と非介入群とを比較すると、誤嚥性肺炎の改善に関しては、介入群において治癒の人数が有意に多く、未治癒の人数が有意に少なかった。

また、実施病棟の抗菌薬購入額と抗MRSA薬購入額を前年同期間の月平均購入額と比べると、抗菌薬購入金額は270,600円が195,700円（-27.7%）、抗MRSA薬購入金額に関しては218,800円が11,000円（-95.0%）となり、いずれも有意に購入額を削減することができた。これは、1床当りに換算すると、年間53,000円の薬剤購入額を削減できたことになる。

【診療報酬上の取扱】

- ・A314 認知症治療病棟入院料の注加算として追加 14点（1日につき）
- ・算定要件は老人性認知症疾患療養病棟（介護保険）にて実施されている要件と同様。

## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	A284103		
申請技術名	夜間重複体制加算（e.g. 指定医業務と病棟管理業務との組合せ）		
申請団体名	日本精神科病院協会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	00なし	
		00なし	
本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無	無		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	夜間重複体制加算	
	追加のエビデンスの有無	無	
提案される医療技術の概要（200字以内） 文字数：56	夜勤帯において、精神保健福祉法を執行するための指定医と入院者管理するための医師の双方を勤務させる体制を評価する。		
対象疾患名	精神疾患全般		
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数：97	精神科病棟について、精神保健福祉法の執行という業務と病棟の管理とは異なる業務であり、一人の医師で双方同時に対応するのは困難である。そのため、それぞれの業務に専念する医師を夜勤する体制を評価する。		

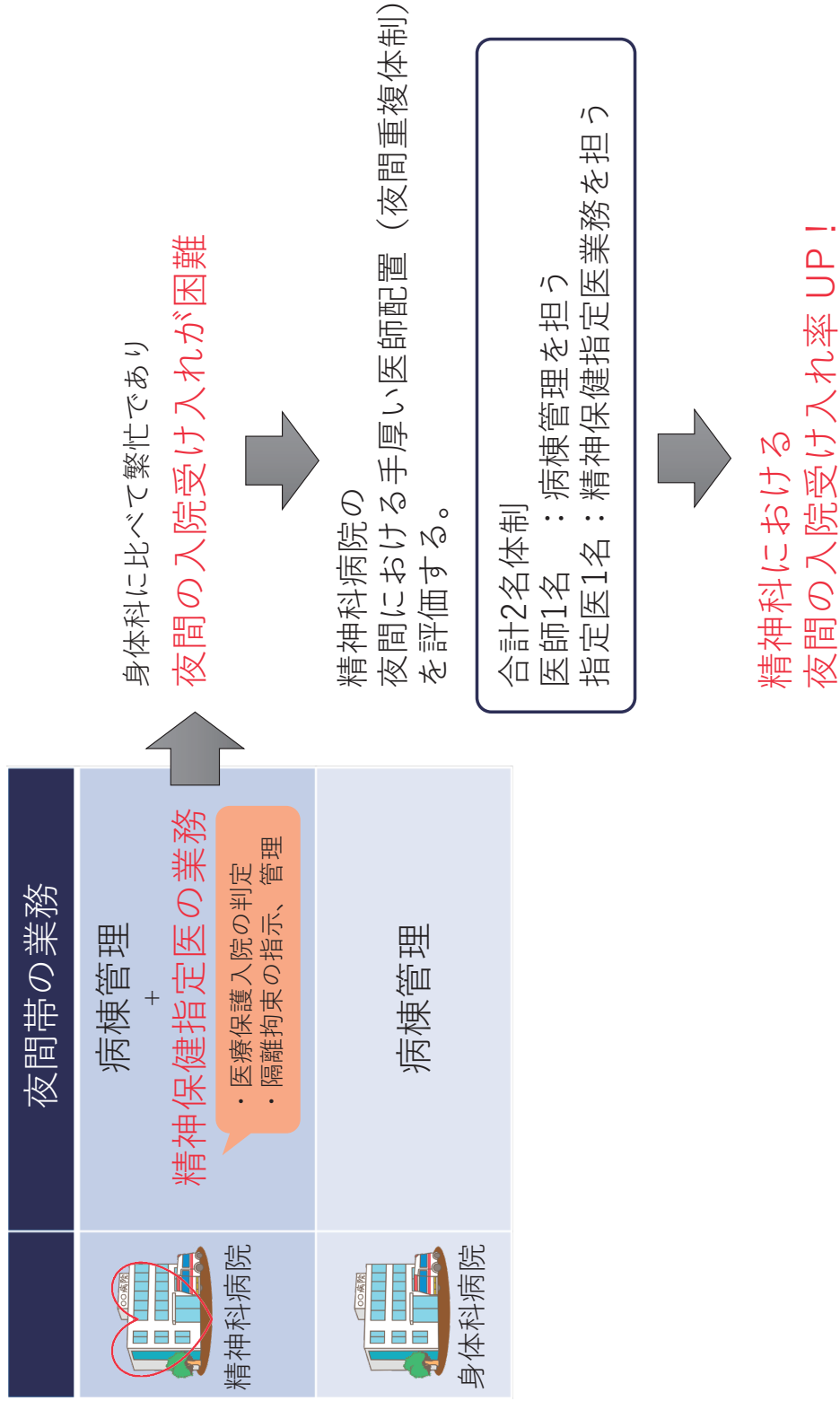
## 【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	精神科病棟入院患者		
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）	精神科病棟に当直医を複数配置する。一人は精神保健指定医師とし、主として精神保健法の執行にあたる。もう一名は通常の病棟管理に当たる。		
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	区分をリストから選択	なし
	番号	なし	
	医療技術名	なし	
既存の治療法・検査法等の内容	一人の医師の当直勤務が通例である。		
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム	当直時間帯に急性期患者の新規入院が容易となる。既存の入院患者に対してより一層緻密な医療に専念できる。		
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	特になし	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	見込みなし
⑥普及性	年間対象患者数(人)	40,662	
	国内年間実施回数(回)	2,439,716	
※患者数及び実施回数の推定根拠等	第3回NDBより精神科救急入院料の算定回数、2,439,716回から精神科救急入院料の平均在院日数60日（診療報酬改定結果検証部会（第48回）（平成27年10月27日）参考）を割り戻し対象患者数を算出した。		

⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	日常的な業務を分担することであるので容易である。	
・施設基準 （技術の専門 性等を踏ま え、必要と考 えられる要件 を、項目毎に 記載するこ と）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術 の体制等）	精神病床100床以上の病院あるいは精神病床が20%以上を占める病院のうち、精神科救急事業に参加している病院
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、 専門性や経験年数等）	1名の精神保健法指定医師を含む2名の医師
	その他 （遵守すべきガイドライン等その 他の要件）	特になし
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	通常の病棟のリスクは軽減される。	
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	倫理的にも社会的にも望ましい。	
⑩希望する診 療報酬上の取 扱	妥当と思われる診療報酬の区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
	点数（1点10円）	20
	その根拠	増員される医師の人件費の一部
関連して減 点や削除が可 能と考えられ る医療技術 （③対象疾患 に対して現在 行われている 医療技術を含 む）	区分	区分をリストから選択
	番号	なし
	技術名	なし
	具体的な内容	特になし
予想影響額	プラスマイナス	増（+）
	予想影響額（円）	487,943,200
	その根拠	⑥の回数×20点×10円
	備考	特になし
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載）	なし	
⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への取扱い状況	3) 調べていない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等	—	
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い	d. 届出はしていない	
⑭その他	特になし	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	なし	
⑯参考文献1	1) 名称	「適切な向精神薬使用の推進や精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進等を含む精神医療の実施状況調査」における報告書（案）の概要
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会（第48回）（平成27年10月27日） 検-3-1 P5
	4) 概要	図表 24 平均在院日数（全体）（精神科救急入院料の平均在院日数：H25 60日・H26 59.9日）
⑯参考文献2	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑯参考文献3	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑯参考文献4	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑯参考文献5	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし



提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A284103	夜間重複体制加算	日本精神科病院協会



## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	A284201		
提案される医療技術名	精神科急性期医師配置加算		
申請団体名	日本精神科病院協会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	00なし	
		00なし	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無		
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	提案当時の医療技術名	該当なし	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	249		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	○	
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択		
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	所謂総合病院以外の入院基本料10対1、13対1に対しても、急性期医師配置加算の算定を可能とする		
再評価が必要な理由	精神科急性期医療において、精神科救急入院料と精神科急性期治療病棟の特定入院料だけでなく、入院基本料10対1、13対1もその役割を担っている。しかし、特定入院料では医師配置への配慮がなされているのに対し、入院基本料では所謂総合病院に対してのみ急性期医師配置加算が認められており、それ以外では認められていない。		

## 【評価項目】

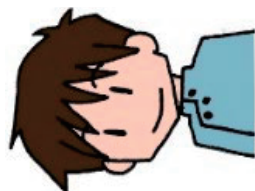
①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	精神科病棟入院基本料10対1および13対1において（1）平均在院日数を60日以内とした場合、または（2）クロザピンの新規導入を年間3件以上実施した場合、入院後90日以内に限り、精神科急性期医師配置加算を算定可能とする		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	対象病棟での医師配置を16対1としたうえで、次の要件を満たした場合に、1日につき算定。精神科急性期医師配置加算1（精神科急性期治療病棟において自宅等移行率6割以上かつクロザピンの使用実績6件以上）：600点、加算2イ（総合病院における10対1および13対1精神科病棟入院基本料）：500点、加算2ロ（精神科急性期治療病棟において自宅等移行率6割以上）（加算3：（精神科急性期治療病棟において自宅等移行率4割以上かつクロザピンの年間使用実績3件以上）450点		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号（再掲）	249		
医療技術名	精神科急性期医師配置加算		
③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	医師配置の充実により、より安全できめ細やかな治療が実施可能となり、平均在院日数の短縮に繋がる	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	ガイドラインは無い

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		社保当該加算回数243,007件/月-日精協の当該加算回数142,235/月≒①総合病院における当該加算の回数100,772/月 13:1入院基本料(特定機能含む)に入院する延べ患者数118,566/月-①=②加算算定していない延べ患者数(17,794) ③日精協会員病院における急性期治療病棟のうち医師配置加算を算定している割合209病棟/327病棟(64%) ②×③=今後算定が予測される延べ患者数11,388/月 × 12=136,656/年 ④11,388/月÷30=380人/日 (総合病院以外の10対1入院基本料算定病棟は僅かにてここでは、13対1のみで試算を行った)
年間対象者数の変化	前の症例数(人)	不明
	後の症例数(人)	不明
年間実施回数の変化等	前の回数(回)	2,916,084
	後の回数(回)	3,052,740
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		医師の増員により、医療水準の向上が期待できる
・施設基準(技術の専門性等)を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	精神病床のある医療機関であること
	人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	対象病棟において医師配置を16対1以上とする
	その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特記事項なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		医師配置の充実により安全性は高まる
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		倫理社会的に妥当である
⑧点数等見直しの場合	見直し前	-
	見直し後	-
	その根拠	-
⑨関連して減点や削除が可能なと考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	-
	技術名	-
	具体的な内容	-
⑩予想影響額	プラスマイナス	増(十)
	予想影響額(円)	554,080,000
	その根拠	加算額は683,280,000円。それから380人の患者1日1,700点の入院期間が20日短縮(129,200,000円)するものとして減じた
	備考	特になし
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		該当なし
⑫その他		特記事項なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		無
⑭参考文献1	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑭参考文献2	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑭参考文献3	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑭参考文献4	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑭参考文献5	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A284201	精神科急性期医師配置加算	日本精神科病院協会

# 精神科急性期医師配置加算の見直し

精神病床は医師配置が48対1が基本だけど、急性期医療ではせめて16対1は必要。精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟、総合病院の精神病棟入院基本料ではそれに対する配慮があるよね



10対1、13対1 精神病棟入院基本料でも平均在院日数の規定も医療の一翼を担っているけど、配慮がないのは不合理



総合病院以外の精神病棟入院基本料10対1、13対1でも  
医師配置16対1を認めるべきです

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既記載）

整理番号 ※事務処理用	A284202	
提案される医療技術名	精神科措置入院退院支援加算	
申請団体名	日本精神科病院協会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	21精神科
	関連する診療科（2つまで）	11心療内科
		00なし
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択
	提案当時の医療技術名	-
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号	227-2	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	該当する場合、リストから○を選択
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択
	2-A 点数の見直し（増点）	○
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択
	4 保険記載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載	
技術の概要（200字以内）	精神科措置入院退院支援加算の増点	
再評価が必要な理由	平成30年度改定では措置入院患者に対して、自治体と連携した退院支援を実施した場合の評価として精神科措置入院退院支援加算が新設された。入院中より都道府県・保健所を設置する市または特別区と連携して退院に向けて支援を実施した場合退院時1回に限り600点を算定できる。しかし措置入院者の退院後の生活環境を整えるために退院後生活環境相談員を選定し、都道府県等と協力し情報を収集し、多職種で協働してアセスメントして意見書を作成するには多大な労力を要する。また退院する地域自治体との連絡調整にも時間を要するため現在、精神科措置入院退院支援加算の算定病院はごく一部に限られる。しかし再措置入院の防止や患者の安定した地域生活を考えると必要な支援である。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	平成30年度改定で措置入院患者に対して、自治体と連携した退院支援を実施した場合の評価として、退院時1回に限り600点を算定できる精神科措置入院退院支援加算が新設された。しかし令和元年6月、1ヶ月間で算定された件数はわずか60件である。もちろん都道府県や保健所を設置する市または特別区が新しい体制づくりに時間がかかり対応できていないことは十分考えられるが、1回600点というあまりにも低い点数が反映されている可能性も高い。せめて600点から1000点への増点を要望する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	措置入院患者 自治体と連携した退院支援を実施した場合評価 退院時1回に限り600点
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	227-2
医療技術名	精神科措置入院退院支援加算

③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	心神喪失者医療観察制度では、退院までの経過及び退院後の支援を手厚くすることで再入院となる患者を低く抑えている。しかし今までの措置退院後の支援は薄く、何回も措置入院を繰り返す患者は後を絶たなかった。そのため精神科措置入院退院支援加算が新設されたが、ほとんど普及していない。退院までの経過及び退院後の支援を手厚くすることで、再入院が減ることは医療観察制度で実証されており、それらの普及が急務であると考えられる。
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		令和元年6月、1ヶ月間で精神科措置入院退院支援加算の算定は60件であり、年間720件程度と考える。平成30年4月から31年3月までに全国で新規措置入院となった患者数は5,496人と思われる。措置入院患者のほとんどが1年以内に退院するが仮に5%が1年超となった場合1年間で退院する措置患者数は5,221人となる。（平成27年度全国での新規措置入院患者数は7,106人であり東京都での新規措置入院患者は1,704人であった。30年度の東京都における新規措置入院患者数は1,318人であり全国では5,496人程と考える）
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	720
	後の症例数（人）	5,221
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	720
	後の回数（回）	5,221
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		精神科措置入院患者の退院生活環境を整えるため退院後生活環境相談員を選定し、都道府県と協力し情報を収集する。また多職種で協働してアセスメントすることにより、再措置入院の防止や患者の安定した地域生活が実現する。そのためには精神科医、看護師、精神保健福祉士の協力体制が必要である。
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	精神科棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神科棟）、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び地域移行強化病棟入院算定の入院料に加算
	人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	変更なし
	その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	変更なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		なし
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		問題なし
⑧点数等見直しの場合	見直し前	600
	見直し後	1000
	その根拠	現在精神科措置入院退院支援加算の対象となる数と比べ、算定件数は13.8%に過ぎない。また自治体と協力して退院生活を支援するには多職種チームでのカンファレンスが必要であり、最低限でも主治医、担当看護師、精神保健福祉士の参加が不可欠である。主治医・担当看護師・精神保健福祉士の3職種が、それぞれ時給換算したとき1万円・2,500円・1,000円とすると、1時間のカンファレンス1回につき1万3,500円の人員費がかかる。実際はカンファレンスの準備・策定・調整にも工数を割き、また2回以上のカンファレンスが必要となるケースもある。これに対し『退院支援』への保険点数が600点のままでは完全に病院側の持ち出しとなり、その負担は大きい。まずは1000点への増点が必要と考える。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	特になし
	技術名	特になし
	具体的な内容	特になし
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円）	減（－） 529,142,500円
	その根拠	包括的な支援マネジメント運用がなされると、なされなかったときと比べ再入院が50%以下となり、地域での生活を維持できることが示唆されている。措置入院という特殊な入院形態においても、少なくとも再入院が10%減少すると考える。東京都における平成30年度における新規措置入院患者数は1,318人であり、措置患者延日数は65,671日となっている。1人あたりの平均入院日数は50日であり、1人1日あたりの単価は20,983円であることから1人あたりのコストは1,049,150円（50日×20,983円）である。全国で措置入院患者数は5,496人であり、そのうち再入院が10%減少したら約550人の減少となり577,032,500円（550人×1,049,150円）のマイナスとする。精神科措置入院退院支援加算が600点から1000点へ増量した場合、47,890,000円のプラスとなる。  720人×600点×10点＝4,320,000円 5,221人×1000点×10点＝52,210,000円 52,210,000円－4,320,000円＝47,890,000円  プラスマイナスを考えると下記となる。  47,890,000円－577,032,500円＝－529,142,500円
	備考	特になし
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし

⑬参考文献 1	1) 名称	東京都精神保健福祉（平成30年版）
	2) 著者	東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健医療課
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	9 措置入院（P. 23～27）
	4) 概要	(1) 申請通届出受理及び診察実施状況 (2) 保健所別警察官通報取扱件数 (3) 新規措置患者数・措置患者延日数 (4) 仮退院・再入院の状況 (5) 措置入院医療費
⑭参考文献 2	1) 名称	平成29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
	2) 著者	中央社会保険医療協議会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000568660.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000568660.pdf</a> P.65
	4) 概要	精神科外来における多職種による相談・支援等について 包括的な支援マネジメントによる支援の内容と効果
⑮参考文献 3	1) 名称	令和2年度 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築支援研修資料2
	2) 著者	藤井 千代（国立精神・神経研究センター精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	②医療連携体制を取り巻く診療報酬について
	4) 概要	P.12 平均入院回数
⑯参考文献 4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑰参考文献 5	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—

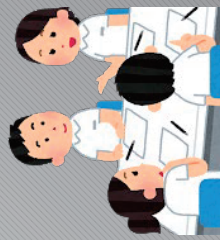
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A284202	精神科措置入院退院支援加算	日本精神科病院協会

## 精神科措置入院退院支援加算の増点

- ✓措置入院を繰り返す患者はめずらしくなく、再措置入院の予防や患者の安定した地域生活を考えると必要な支援である
- ✓自治体と協力して退院生活を支援するには多職種チームでカンファレンスを行うことが必要であり、そのため病院側の負担も大きくほとんど普及していない



多職種チームでのカンファレンスでは最低主治医、担当看護師、精神保健福祉士の3職種の参加は不可欠であり、カンファレンス時の人件費のみ考えても13,500円以上かかる。  
まずは600点→1000点の増点が必要と考える。





【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載）

整理番号 ※事務処理用	A284203	
提案される医療技術名	精神療養病棟等※における持続性抗精神病注射薬剤（LAI）の包括除外期間の延長	
申請団体名	日本精神科病院協会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	21精神科
	関連する診療科（2つまで）	00なし
		00なし
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無	
実績「有」の場合	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択
	提案当時の医療技術名	なし
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	A 第2部 第3節 特定入院料	
診療報酬番号	A311, A311-2, A311-3, A312, A318	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大）	該当する場合、リストから○を選択
	1-B 算定要件の拡大（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
	1-C 算定要件の拡大（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
	3 項目設定の見直し	○
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
技術の概要（200字以内）	令和2年度改定により精神療養病棟等の特定入院料においても持続性抗精神病注射薬剤（LAI）に係る薬剤料を投与開始日から60日以内に投与された場合に算定できるようになったが、LAI投与開始後精神症状が安定し、長期間にわたり社会復帰が可能かどうかの経過をみるためには60日間では困難であるため、算定期間の延長を要望するものである。	
再評価が必要な理由	令和2年度改定により精神療養病棟等（精神科救急入院料、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及び地域移行機能強化病棟入院料）の特定入院料においても持続性抗精神病注射薬剤（LAI）に係る薬剤料を投与開始日から60日以内に投与された場合に算定できるようになったが、LAI投与開始後精神症状が安定し、長期間にわたり社会復帰が可能かどうかの経過をみるためには60日間では困難であるため、算定期間の延長を要望するものである。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	現在、精神療養病棟等の特定入院料において持続性抗精神病注射薬剤（LAI）に係る薬剤料を投与開始日から60日以内に投与された場合に算定できるが、LAI投与開始後精神症状が安定し、長期間にわたり社会復帰が可能かどうかの経過をみるためには60日間では困難であるため、60日間を90日（～365日）間に延長する。	
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象とする患者：統合失調症等、持続性抗精神病注射薬剤の適用病名を有する者</li> <li>・技術内容：持続性抗精神病注射薬剤を投与</li> <li>・点数や算定の留意事項：精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、当該入院における当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</li> </ul>	
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料	
診療報酬番号（再掲）	A311, A311-2, A311-3, A312, A318	
医療技術名	持続性抗精神病注射薬剤	
③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	LAI投与期間の延長により精神症状が安定し、長期間にわたり社会復帰が可能かどうかの経過を見極めることが可能となる。（参考文献1～5）
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。） 未定

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		令和元年630調査より、精神療養病棟入院料等の特定入院料における統合失調症患者の1日入院患者数は70,333人。うち2%の患者にLAIを使用すると仮定すると、月1,400人にLAIが使用されるため、年間では1,400人×12カ月より16,800人となる。 これまでは、60日間のみ算定可能であったため、1400×2ヶ月=2,800が症例数及び算定回数。今回、90日まで延長した場合1400×3ヶ月=4,200が症例数及び算定回数となる。
年間対象者数の変化	前の症例数(人)	1,400
	後の症例数(人)	1,400
年間実施回数の変化等	前の回数(回)	2,800
	後の回数(回)	4,200
⑤技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		特になし
・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師
	人的配置の要件(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	特になし
	その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	精神科を担当する医師が投与の必要性を認めたとき
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		各種LAI製剤の安全性情報を参照
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		特になし
⑧点数等見直しの場合	見直し前	—
	見直し後	—
	その根拠	—
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	区分	区分をリストから選択
	番号	—
	技術名	—
	具体的な内容	—
⑩予想影響額	プラスマイナス	増(+)
	予想影響額(円)	56,000,000
	その根拠	⑥普及性 患者数及び実施回数の推定根拠等及びLAI月平均薬剤費より、増加分の1,400回×40,000円
	備考	特になし
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		特になし
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし
⑯参考文献 1	1) 名称	Efficacy and Safety of Paliperidone Palmitate 3-Month Formulation for Patients with Schizophrenia: A Randomized, Multicenter, Double-Blind, Noninferiority Study
	2) 著者	Asom J. Savitz, MD, PhD; Haiyan Xu, PhD; Srihari Gopal, MD, MHS; Isaac Nuamah, PhD; Paulien Ravenstijn, PhD; Adam Janik, MD; Alain Schotte, MD; David Hough, MD; Wokfgang W. Fleischhacker, MD
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	International Journal of Neuropsychopharmacology. (2016) 19(7):1-14
	4) 概要	Open-label期のPP1M 17wにおいて9wではPANSSの下がり方が最大化していない(13wのほうがより低下している)→9wでは安定化が十分にできていない
⑯参考文献 2	1) 名称	Changes in Length of hospital stay before and after the administration of a long-acting injection in patients with schizophrenia: Mirror-Image study
	2) 著者	Hidenobu Suzuki, MD, PhD et. al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Psychiatry and Clinical Neurosciences 2016;70:253-255
	4) 概要	入院期間は、LAI導入前159.0±202.1日、LAI導入後87.9±237.4日で、導入後が有意に短期であった(p<0.0001)
⑯参考文献 3	1) 名称	National database study on the use of long-acting antipsychotic injections and hospital readmission proportions in patients with schizophrenia in Japan
	2) 著者	Masato Usuki, MD, PhD Yuhei Kamiura, Ryo Okubo, MD, PhD and Yoshio Yamanouchi, MD, PhD
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Psychiatry and Clinical Neurosciences 2020;74:211-217
	4) 概要	統合失調症入院患者の再入院率は、退院後の期間が長くなるにつれて高まるが、退院1年後の再入院率は、統合失調症全体で41%なのに対し、非定型抗精神病薬LAI単独療法では23.5%と、長期に投与する程、再発率の低下につながる。
⑯参考文献 4	1) 名称	Budget impact analysis of long acting injection for schizophrenia in Japan
	2) 著者	Mami Kasahara-Kiritani, Amish Chaturvedi, Ataru Inagaki, Akihito Wakamatsu & Wonjoo Jung
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Journal of Medical Economics, 23:8, 848-855
	4) 概要	5年間の累積で推定366億円の節約につながる可能性
⑯参考文献 5	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A284203	精神療養病棟等における持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の包括除外期間の延長	日本精神科病院協会

**【技術の概要】**

令和2年度改定により精神療養病棟等の特定入院料においても持続性抗精神病注射薬剤(LAI)に係る薬剤料を投与開始日から60日以内に投与された場合に算定できるようになったが、LAI投与開始後精神症状が安定し、長期間にわたり社会復帰が可能かどうかの経過をみるためには60日間では困難であるため、算定期間の延長を要望するものである。

**【対象疾患名】**

統合失調症等、持続性抗精神病注射薬剤の適用病名を有する者

**【既存の治療法との比較】**

現在60日間算定可能であることを90日(～365日)間に延長する。

**【有効性】**

LAIを長期で使用する有用性

①入院の安定化には一定期間を要する(参考文献1)

13週(91日)の方が9週(63日)よりPANSS Total Scoreが低下している。(9週では安定化が十分になされていない)

②LAIは入院期間の短縮につながるが、一定期間の投与が必要(参考文献2)

③長期に投与する程、再発率の低下につながる(参考文献3)

④5年間の累積で推定366億円の節約につながる可能性(参考文献4)

**【診療報酬上の取扱】**

- ・基本診療料の施設基準等別表第五の一の四及び別表第五の一の五  
持続性抗精神病注射薬剤(投与開始日から起算して90日(～365日)以内に投与された場合に限る。)