

## 【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	A285101	
申請技術名	重度薬物依存症入院医療管理加算	
申請団体名	日本精神神経学会	
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）	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	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	重度薬物依存症入院医療管理加算
	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）	施設基準に適合した病棟に入院した薬物依存症患者に対して、医師・看護師・精神保健福祉士・臨床心理技術者・作業療法士等多職種チームによる薬物依存症に対する集中的かつ多面的な認知行動療法を基本とする心理社会的専門治療を計画的に提供する。	
文字数：115		
対象疾患名	薬物依存症	
保険収載が必要な理由（300字以内）	アルコール依存症に対しては重度アルコール依存症入院医療管理加算があるが、治療に一層の人手・時間・労力を要する薬物依存症の入院治療に対する加算はなく、職員配置等に困難を来している。一方、薬物依存症に対して有効な認知行動療法の開発により、外来では平成28年度から依存症集団療法が新設された。更なる薬物再乱用防止のためには、入院中から同様の治療を行って断薬の意思を高め、外来治療に繋げることが重要である。2016年6月刑の一部執行猶予制度が施行され薬物依存症患者の増加が予測される中、当該加算の新設により治療機関の整備・治療法の普及が進み薬物再乱用の防止が図られ、刑務所費用等の削減が見込まれる。	
文字数：296		

## 【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	入院治療を要する薬物依存症患者
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）	入院治療を要する薬物依存症患者に対して、医師がワークブック等を用いた薬物再乱用防止プログラム（SMARPP等）を含む治療計画を作成し、医師・看護師・精神保健福祉士・臨床心理技術職・作業療法士等多職種チームがその計画に則った治療を行った場合に、30日を限度として算定する。合併症の治療のみを目的として入院した場合には算定できない。
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 既存の治療法・検査法等の内容 I 006-2 依存症集団療法 薬物依存症の患者で入院中の患者以外のものに対して、1回20人に限り90分以上、平成22～24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」研究班が作成した物質使用障害治療プログラムに沿って集団療法を実施した場合に治療開始日から起算して6月以内に限り、週1回を限度として算定する。
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	依存症集団療法は、薬物依存症外来患者のみが対象であるが、実際に治療導入の契機となる場面は入院治療であることも少なくない。入院治療中から心理教育プログラムや再発防止スキルトレーニングを提供し退院後の外来治療に繋げることが重要であり、そのための薬物依存症入院治療プログラムの整備と強化が求められている。認知行動療法をもとにした薬物依存症の入院治療が外来治療継続や断薬率を高めることが示唆されている。

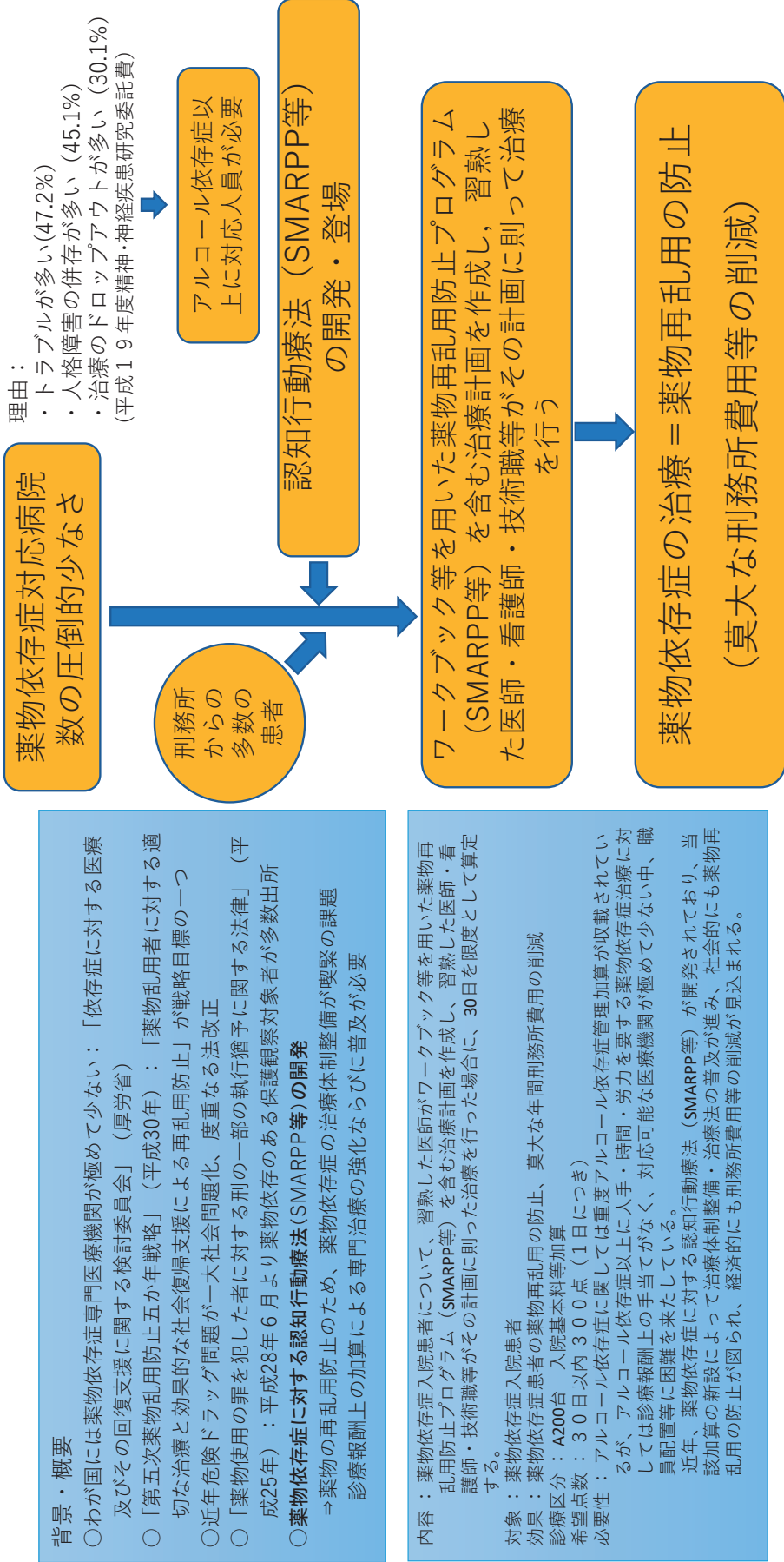
<p>研究結果</p> <p>⑤ ④の根拠となる研究結果等</p> <p>ガイドライン等での位置づけ</p>	<p>「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」（厚生労働科学研究、研究代表者：松本俊彦、平成22年度～平成24年度）では、「入院治療と連動した認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」（研究分担者：成瀬暢也）の中で入院治療と外来治療が連動した包括的な薬物依存症再発予防プログラムを含む治療システムを充実させることにより、治療からの脱落を防ぎ、断薬率を高めることが示唆されたことと結論付けている。</p>	<p>4</p> <p>厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業で作成された「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン」においてSMARPPなどの治療プログラムが入院治療でも活用可能であると述べられている。</p>
<p>⑥普及性</p>	<p>年間対象患者数(人) 国内年間実施回数(回)</p>	<p>2,000人 40,000回</p>
<p>※患者数及び実施回数の推定根拠等</p>	<p>アルコールを除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害による、一日当たりの入院患者数：1,675人（「精神保健福祉資料平成25年度版」）。一方、わが国で認知行動療法を主とする心理社会的治療を入院治療で提供している施設は、10施設程度と思われる。明確な根拠となりうる資料やデータは現在のところ上記に限られるが、平成28年6月より「薬物使用の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予制度」が運用開始となったため、年間対象患者数の増加が見込まれる。</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>・ワークブック等を用いた認知行動療法：薬物再乱用防止プログラム（SMARPP等）が開発され、平成28年度からは外来で依存症集団療法として保険収載されたこともあり徐々に普及しつつある。 ・現行の国立精神神経医療研究センター精神保健研究所・独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センターにおける薬物依存症研修と同等の内容の研修を修了した医師・看護師・精神保健福祉士・臨床心理技術者・作業療法士等が治療を行うこととする。</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>精神科を標榜する保険医療機関</p> <p>①精神保健指定医2名以上の配置。②薬物依存症に係る、現行の国立精神神経医療研究センター及び日本アルコールアディクション医学会が主催する薬物依存症に対する集団療法に係る研修を修了した医師1名以上及び看護師・精神保健福祉士・作業療法士または臨床心理技術者のそれぞれ1名以上の配置。ただし医師以外の職種については、少なくともいずれか1名が前記研修を修了していること。</p> <p>特になし。</p>
<p>⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>副作用等のリスクはない。</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>「第四次薬物乱用防止五か年戦略」（内閣府平成25年）において、薬物依存症に対する医療資源の拡充の必要性が国家的な課題であると明記されている。また、平成25年制定の「薬物使用の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」に基づき、平成28年6月以降刑務所から多数の薬物依存症患者が出所することが見込まれている。近年は危険ドラッグ使用による社会問題が増加して法改正が重ねられており、薬物依存症患者の再乱用率が高いことから、薬物依存症治療の体制整備は急務である。</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）</p> <p>その根拠</p>	<p>A 第2部 第2節 入院基本料等加算 300点/日</p> <p>重度アルコール依存症入院医療管理加算は、30日以内200点、31日以上60日以内100点（一日につき）となっている。薬物依存症患者は精神医学的にも社会的にも多問題を抱え、治療初期に治療中断することも多い。多職種による多くの支援を要し、わが国では特に治療施設が少ない現状にある。アルコール依存症に比べて、特に治療初期に積極的な介入による治療的労力をようすること、円滑に外来での治療に結びつけることが入院治療の主眼になることから、30日以内300点（一日につき）と設定した。</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</p> <p>具体的な内容</p>	<p>区分をリストから選択</p> <p>なし なし なし</p>
<p>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>減（－） 120,000,000円</p> <p>年間の予想対象患者数2,000人に20日ずつ算定したとして、2,000人×20回×3,000円＝1億2千万円。一方で治療継続によって再入院する者が減少するため、長期的には医療コスト面でも改善される。また、社会的には違法薬物再使用による受刑者が減り、コスト削減につながる。</p> <p>なし</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>なし</p>	

⑫当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への掲載状況	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	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	日本アルコール・アディクション医学会、日本アルコール関連問題学会、国立精神医療施設長協議会、全国自治体病院協議会、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所松本俊彦薬物依存研究部部長	
⑯参考文献 1	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	「入院治療と運動した認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」 成瀬暢也 「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」（厚生労働科学研究、研究代表者：松本俊彦）平成22年度～平成24年度総合報告書（21項～） 入院治療と外来治療が運動した包括的な薬物依存症再発予防プログラムを含む治療システムを充実させることにより、治療からの脱落を防ぎ、断薬率を高めることが示唆されたことと結論付けている。
⑯参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	精神作用物質使用障害の入院治療：「薬物渴望期」の対応法を中心に 成瀬暢也 精神神経誌, 112: 665-671, 2010 入院治療の目的は、①治療の動機付け・疾病教育・情報提供、②解毒の治療・精神病状態の治療、③リハビリ施設や自助グループへのつなぎ、に集約される。（665項）
⑯参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟における物質使用障害治療プログラムの開発と効果測定 今村扶美、松本俊彦ら 日本アルコール・薬物医学会誌, 45: 452-463, 2010 医療観察法病棟用に改定したSMARPPのワークブックを用いて医療観察法病棟入院中の物質使用障害患者に対して動機づけを高める介入を行い、病識の獲得や自己効力感を高めることが確認されている。（461項）
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	心神喪失者等医療観察法における物質使用障害治療プログラムの開発と効果 今村扶美、松本俊彦ら 精神医学, 54: 921-930, 2012 医療観察法病棟用に改定したSMARPPのワークブックを用いて医療観察法病棟入院中の物質使用障害を併存する28名の患者に対して介入を行い、自己効力感を高めるとともに、抗酒剤の服用率や自助グループへの参加同意率の顕著な上昇が確認されている。（921項）
⑯参考文献 5	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	物質依存症の入院治療 成瀬暢也、高澤和彦 精神科治療学, 19: 1333-1340, 2004 埼玉県立精神医療センターでの物質依存症治療プログラムの概要を述べ、規則正しい入院生活を通して行動修正を進めることの意義、多職種によるチームアプローチの重要性に言及している。

提案番号(6桁)	申請技術名
A285101	申請学会名
	日本精神神経学会

## 重度薬物依存症入院医療管理加算 【30日以内300点（1日につき）】

薬物依存症の入院患者に対し、習熟した医師がワークブック等を用いた薬物再乱用防止プログラム（SMARPP等）を含む治療計画を作成し、医師・看護師・看護師・技術職等がその計画に則った治療を行った場合に、30日を限度として算定する。



**内容：**薬物依存症入院患者について、習熟した医師がワークブック等を用いた薬物再乱用防止プログラム（SMARPP等）を含む治療計画を作成し、習熟した医師・看護師・技術職等がその計画に則った治療を行った場合に、30日を限度として算定する。

**対象：**薬物依存症入院患者

**効果：**薬物依存症患者の薬物再乱用の防止、莫大な年間刑務所費用の削減

**診療区分：**A200台 入院基本料等加算

**希望点数：**30日以内300点（1日につき）

**必要性：**アルコール依存症に關しては重度アルコール依存症管理加算が収載されているが、アルコール依存症以上に人手・時間・労力を要する薬物依存症治療に対しては診療報酬上の手当てがなく、対応可能な医療機関が極めて少ない中、職員配置等に困難を来たしている。

近年、薬物依存症に対する認知行動療法（SMARPP等）が開発されており、当該加算の新設によって治療体制整備・治療法の普及が進み、社会的にも薬物再乱用の防止が図られ、経済的にも刑務所費用等の削減が見込まれる。

## 【A区分提案専用】A基本診療科提案書（保険未収載）

整理番号 ※事務処理用	A285102		
申請技術名	総合入院体制加算を精神病棟に適用すること、更に総合入院体制加算2&3における施設基準に標榜科としての精神科の存在を必須とすること		
申請団体名	日本精神神経学会		
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）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	01内科	13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	総合入院体制加算を精神病棟に適用すること、更に総合入院体制加算2&3における施設基準に標榜科としての精神科の存在を必須とすること	
	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） 文字数：102	精神病棟を有し、総合入院体制加算を算定している病院においては、精神病棟も一般病棟と等しく同加算の適用の範囲内とすること。 総合入院加算2&3における施設基準に、標榜科としての精神科の存在を必須とすること。		
対象疾患名	精神病棟に入院する全ての精神疾患		
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数：274	現在、総合病院体制加算は精神病棟における算定は認められていない。施設要件として精神科が標榜され、精神病棟が設置されていれば、一般病棟と同様に精神病棟においても急性期医療を担える体制があると考えられる。精神病棟においても加算適用とすべきである。 また、本加算2&3の施設基準では、精神科医は自院または他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制となっている。しかし現実的には必要時に他院から駆け付けるのは困難である。標榜科としての精神科を掲げ、精神科医が常駐することで、精神科の重要性が示されることになり、一般医療と精神医療の連携の促進が期待される。		

## 【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	総合入院体制加算を取得している医療機関内の精神病棟に入院している全ての患者。		
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）	総合入院体制加算は精神病棟における算定は認められていない。しかし同加算を取得できる医療機関における精神病棟であれば、一般病棟と同様に急性期医療を担える体制があると考えられる。よって精神病棟においても加算適用とするのが妥当である。 また総合入院体制加算2や3の施設要件において、精神科リエゾンチーム加算または認知症ケアチーム加算1の届出を行っているという項目はあるが、標榜科としての精神科は必須ではない。一般医療と精神医療の円滑な治療連携を実現するには、精神科を標榜し、精神科医が常駐していることが必要である。		
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2節 入院基本料等加算	
	番号 医療技術名	A200 総合入院体制加算	
	既存の治療法・検査法等の内容	急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制、急性期医療に係る実績等を十分に有している施設において、入院日から起算して14日を限度として所定点数に加算する<総合入院体制加算1:240点、2:180点、3:120点>	
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	精神病棟において加算が認められれば、一般病棟と同等の評価を得ることができる。また、精神科標榜を必須化することで、速やかな精神医療を効率よく提供することができる。これらにより当該医療機関における精神科の存在が重要であることを可視化でき、精神科スタッフの拡充も可能となり、一般医療と精神医療の連携が促進され、医療の質と効率を高めることができる。		
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	救命救急センターを持つ無床総合病院精神科の立場から、特に自殺企図患者への対応実践から精神科リエゾンチーム加算の施設基準に精神科医師が常勤であることが必要であること、並びに救命救急センターを有する場合にはリエゾンの負担が増大することから診療報酬上にて評価すべきことが示されている（参考文献2）。精神科を標榜し、常に精神科医を置くことにより、円滑な急性期医療が可能となる。また精神病棟に患者に対して総合入院体制加算が算定できることになると精神科の評価も高まり、スタッフの拡充につなげることも可能となる。	
	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。）	該当なし
⑥普及性	年間対象患者数(人) 国内年間実施回数(回)	総合入院体制加算1取得45施設（2020年11月）の年間新入院患者数200人/施設とすると9,000(人) 9,000(人)×14(日間)＝126,000(回)	
※患者数及び実施回数の推定根拠等	2020年11月現在、総合入院体制加算1算定施設（45）＋同加算2算定施設（190）＋同加算3算定施設（153）。このうち精神科有床総合病院の入院患者が加算対象。上記試算は確実に病棟を有する総合入院体制加算1取得45施設について試算。		



<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>総合病院における一般医療と精神医療の連携を促進するものとして、総合入院体制加算の存在は重要である。施設基準として、総合入院体制加算1においては精神病棟を有すること、2&amp;3においては精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出を行っていることが規定されており、総合病院における精神科の重要性は評価されてきている。</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>・特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院であること。 ・急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ・医療従事者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。 ・急性期医療に係わる実績を相当程度有していること。 ・当該医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 ・総合入院体制加算1においては精神病棟を有すること。</p> <p>&lt;新設基準として&gt; ・総合入院体制加算2&amp;3においては、標榜科としての精神科が存在すること。 ・総合入院体制加算を精神病棟にも適用すること。</p> <p>総合入院体制加算2&amp;3においては、精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出を行っていること。以上に加え精神科としての標榜を加える。</p> <p>ガイドライン等は現存していない。</p>
<p>⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>特に問題なし</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>特に問題なし</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2節 入院基本料等加算 一人あたり240点(14日間) 現在の一般病棟での基準が上記。精神病棟でも同一基準が妥当。</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 特になし</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(+) 302,400,000(円) 病棟を有する総合入院体制加算1取得施設45(2020年11月)について概算。240(点)×10(円)×14(日間)×200(新入院患者数/施設)×45(施設)=302,400,000(円) 増分で精神科スタッフが拡充されて診療の活動性が上がると、在院日数の減少により増分を抑えられる可能性もある。</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>特になし</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</p>	<p>2) 調べたが収載を確認できない</p>	<p>1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。</p>
<p>※ 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>なし</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>日本総合病院精神医学会</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>総合病院・大学病院精神科は診療報酬改定によりどう変わったのか?—院内での評価などについて— 小石川比良栄 精神科治療学、2019、34(3)、319-324 平成30年度診療報酬改定が総合病院や大学病院に及ぼした影響を説くと共に総合入院体制加算の持つ意味と問題点を明らかにし、加算2と加算3における標榜科としての精神科の重要性を説いた。</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>精神科リエゾンチーム加算の意義—常勤医1人態勢・救命救急医療センターを有する無床総合病院精神科の場合— 宇田川雅彦、菅原亜由美、富田千代 臨床精神医学、2019、48(2)、245-254 救命救急センターを持つ無床総合病院の精神科の立場から、特に自殺企図患者への対応実践から精神科リエゾンチーム加算の施設基準に精神科医師が常勤であることが必要であること、並びに救命救急センターを有する場合にはリエゾンの負担が増大することから診療報酬上に評価するべきことを示した。</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>特になし 特になし 特になし 特になし</p>
<p>⑯参考文献4</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要</p>	<p>特になし 特になし 特になし 特になし</p>
<p>⑯参考文献5</p>	<p>1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要</p>	<p>特になし 特になし 特になし 特になし</p>

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A285102	総合入院体制加算を精神病棟に適用すること、更に総合入院体制加算2&3における施設基準に標榜科としての精神科の存在を必須とすること	日本精神神経学会

**【提案概要】**

精神病棟を有し、総合入院体制加算を算定している病院は、精神病棟も一般病棟と等しく適応の範囲内とすること。また総合入院加算2&3における施設基準に標榜科としての精神科の存在を必須とすること

**【対象疾患】**

総合入院体制加算算定病院の精神病棟に入院する患者

**【診療報酬上の取り扱い】**

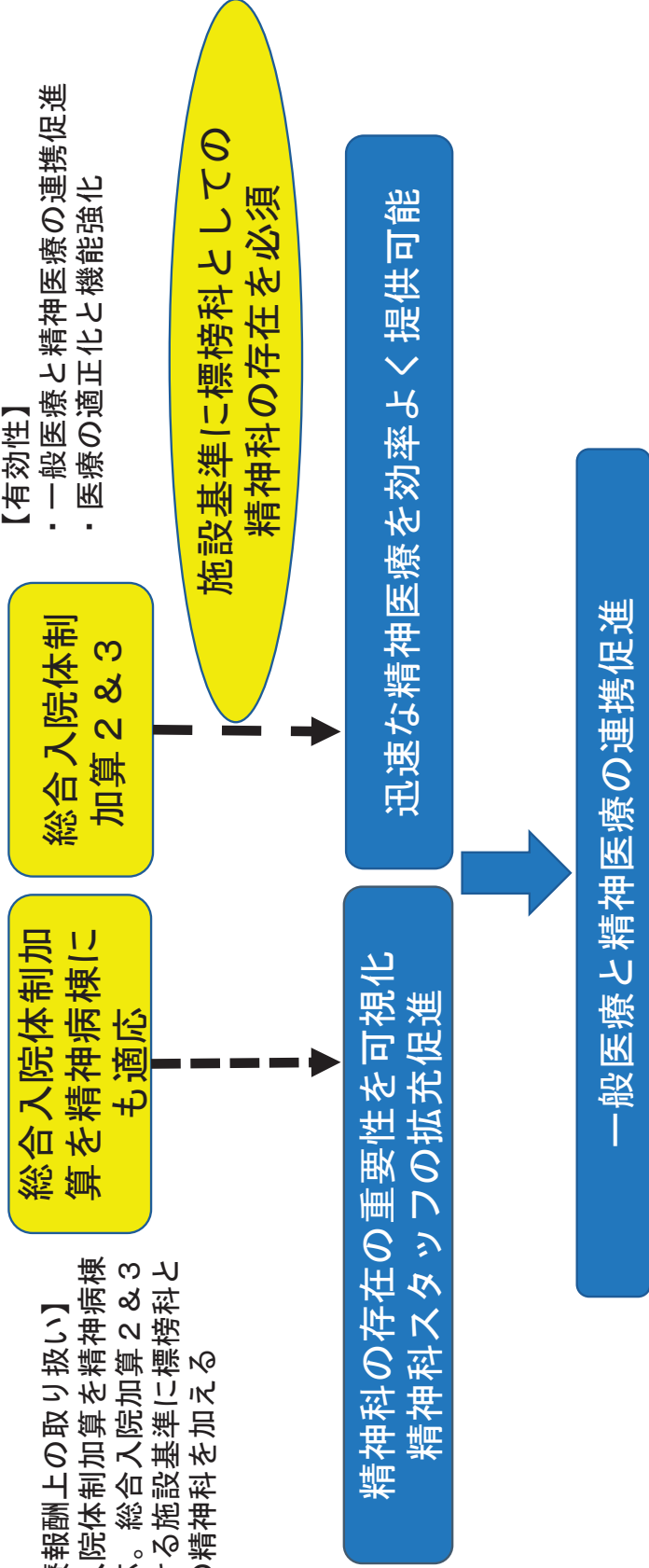
総合入院体制加算を精神病棟に適応。総合入院加算2&3における施設基準に標榜科としての精神科を加える

**【既存の評価法との比較】**

新規の要望である

**【有効性】**

- ・ 一般医療と精神医療の連携促進
- ・ 医療の適正化と機能強化



## 【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	A285201		
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	日本精神神経学会		
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）	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2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	A249		
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）	精神症状とともに身体疾患または外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保健医療機関の精神科棟や、急性期の精神疾患患者および治療抵抗性統合失調症患者に緊密な入院医療を提供する精神科棟において、医師を手厚く配置している場合に算定する。		
再評価が必要な理由	算定要件の一つに「身体疾患又は外傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上（直近3か月間の平均）診察している」という要件がある。うつ病の合併が身体疾患の予後を悪化させることはよく知られているが（J Am Cardiol. 2000. 86: 1135-1138.）、せん妄も救急医療現場の最大80%の患者に認められ、認知機能低下、入院期間延長、死亡率上昇など様々な予後悪化との関連が示されている（Crit Care Med. 2018. 46: e825-e873. Crit Care Med. 2013. 41: 263-306.）。そのため予防の重要性が強く指摘されており、さらに予防による費用対効果も示されている（Eur J Orthop Surg Traumatol. 2014. 24: 187-195.）。以上から、抑うつ・せん妄の「予防」のために精神科医が介入を行った場合にも件数として算定可能とすることが妥当と考えられる。		

## 【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）	抑うつ・せん妄の「治療」ではなく「予防」のために精神科医が介入を行った場合にも件数として算定可能とする。		
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	精神症状とともに身体疾患または外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保健医療機関の精神科棟や、急性期の精神疾患患者および治療抵抗性統合失調症患者に緊密な入院医療を提供する精神科棟において、医師を手厚く配置している場合に算定する。1日あたり450-600点である（施設基準等の条件によって異なる）。		
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）	A249		
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	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	抑うつ・せん妄の「予防」のために精神科医が介入を行った場合にも件数として算定可能とすることで、身体疾患の長期予後改善、認知機能低下の防止、入院期間の短縮、死亡率低下など、QOLや様々な予後の改善が期待できる。	
	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。）	ガイドライン記載の見込みは不明



④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		社会医療診療行為別統計（令和元年度）によると、精神科急性期医師配置加算の年間算定症例数は約15万人、年間算定総件数は約300万回である。本加算は、介入した患者あたりではなく精神科棟の入院患者あたりに算定されるため、算定要件の拡大によっても算定症例数及び件数は変化しないと予想される。
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	15万人
	後の症例数（人）	15万人
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	300万回
	後の回数（回）	300万回
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）		精神医学的治療に加えて、施設の医師が身体合併症の治療・予防に習熟していることが求められる。
・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）	現行要件の継続でよい。
	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）	現行要件の継続でよい。
	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		抑うつ・せん妄の発症前から介入を開始できることにより、従来よりも安全に治療を行うことができる。
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	なし
	見直し後	なし
	その根拠	なし
	区分	区分をリストから選択
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	番号	該当なし
	技術名	なし
	具体的な内容	なし
	プラスマイナス	不変（0）
⑩予想影響額	予想影響額（円）	介入した患者あたりではなく精神科棟の入院患者あたりに算定されるため、算定件数は変化しないと予想される。
	その根拠	せん妄発症の減少につながり、医療費全体としては減額できる可能性がある。
	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		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		なし
⑭参考文献 1	1) 名称	Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium. (概要欄に続く)
	2) 著者	Devlin JW. et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Crit Care Med. 2018. 46: e825-e873.
	4) 概要	(名称欄から続き)Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU せん妄は救急医療現場の最大80%の患者に認め、認知機能低下、入院期間延長、死亡率上昇など様々な予後悪化と関連する。
⑭参考文献 2	1) 名称	The cost-effectiveness of multi-component interventions to prevent delirium in older people undergoing (概要欄に続く)
	2) 著者	Akunne A, Murthy L, Young J.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Eur J Orthop Surg Traumatol. 2014. 24: 187-195.
	4) 概要	(名称欄から続き)surgical repair of hip fracture 高齢入院患者のせん妄予防には高い費用対効果が認められる。
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
A285201	精神科急性期医師配置加算	日本精神神経学会

### 【医療技術の概要】

- ・精神症状とともに身体疾患または外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保健医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者および治療抵抗性統合失調症患者に緊密な入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置している場合に算定する。

### 【対象疾患】

- ・「身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者」を救急搬送による到着後12時間以内に毎月5人以上（直近3か月間の平均）診察していることが算定要件の一つとなっている。

### 【既存の治療との比較】

- ・抑うつ・せん妄の「治療」ではなく「予防」のために精神科医が介入を行った場合にも件数として算定可能とする。

### 【有効性】

- ・上述の患者も算定可能とすることで、身体疾患の長期予後改善、認知機能低下の防止、入院期間の短縮、死亡率低下など、QOLや様々な予後の改善が期待できる。

### 【診療報酬上の取扱い】

- ・現行区分を継続

【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		A285202	
提案される医療技術名		精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望（点数の増加&週に算定可能な回数の増加）	
申請団体名		日本精神神経学会	
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）	21精神科	
	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）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	精神科リエゾンチームに関する改定要望（点数の増加&週に算定可能な回数の増加）	
	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		A230-4	
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）	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）	○	
	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）		精神科リエゾンチーム加算の点数を300点から400点に増点し、週あたりに算定可能な回数を1回から2回に増やす。	
再評価が必要な理由		2016年度改定では精神科リエゾンチーム加算の点数は200点から300点に増点され、さらに本加算が精神科急性期医師配置加算、総合入院体制加算2、3の施設基準のひとつとなり、大きく評価された。しかしチームの専従要件であるコメディカルを確保するには十分な額とはいえない。300点から400点に増点されたい。また、現在は週に1回の算定にとどまるが、現実的には対象となる患者の診察は、病状や背景事情の複雑さなどから、週に複数回に及ぶことが少なくない。算定回数を2回まで認めてもらいたい。	

## 【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）	現在の点数で得られる診療報酬上の平均収入は、チームの担当患者20名として年間約280万程度であり、この加算のみで専従のコメディカルを一人確保する額には程遠いのが現状である。精神科リエゾンチームをさらに普及させていくには最低でも300点から400点（年間約380万）に増点することが望まれる。また、対象患者の症状の重さや背景事情の複雑さなどから週に数回の対応も必要とするケースも少なくない。日本総合病院精神医学会での調査でも平均診療回数は2～3回となっている（参考文献2、4）。週における算定回数を2回まで認めてもらいたい。		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟において、抑うつもしくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者または自殺企図により入院した患者を対象とする。</li> <li>上記患者に対して精神科医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合、週一回300点を加算できる。</li> </ul>		
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）	A230-4		
医療技術名	精神科リエゾンチーム加算		
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	一般病棟に入院する患者のうち、身体症状以外に、不安、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ患者や精神疾患患者で身体合併症治療のために一般病棟に入院している患者への全人的サポートは医療の質の充実のために不可欠である。こうした対応を可能とするうえで精神科リエゾンチームの有用性は実証されている。チーム活動に対する点数の増加&回数の増加が実現されれば、とくに無床総合病院精神科の活動を強化することが可能となる。	
	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。）	ガイドラインは現存していない。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	精神科リエゾンチーム加算が認められて以降、加算取得施設は徐々に増加している（約8%/年）。2020年11月時点で222施設となっている。点数の増加により、約10%程度算定施設の増加が見込まれる。なお、回数については算定できなくても治療を減らすことはできず、2回目以降は無償で行っているのが現状である。よって回数自体に大きな変化はないと考える。一患者あたりの診療回数は幅がある（参考文献4）ため、実施回数は適当に計算する。		
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	380人（一施設平均年間対象者）×222施設＝84,360（人）	
	後の症例数（人）	380人（一施設平均年間対象者）×244施設（10%増と仮定）＝92,720（人）	
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	84,740人×2回（一患者あたり週平均診察回数）＝169,480（回/週）	
	後の回数（回）	92,720人×2回（一患者あたり週平均診察回数）＝185,440（回/週）	

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）	2012年精神科リエゾンチーム加算が新設されて以降、その有効性は評価されている。当初200点（週1回）からはじまり、2016年には300点（週1回）に増点された。加算取得施設も増加をみており2020年11月時点で222施設に及ぶ。精神科リエゾンは精神科においても重要分野のひとつである。日本総合病院精神医学会においては学会専門医を一般病院連携精神医学専門医とし、リエゾン診療医の育成と診療技術の維持向上をはかっている。
・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） 人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	当該保険医療機関内に下記の医療スタッフから構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。 ①5年以上の経験を有する専任の精神科医 ②精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を終了した専任の常勤看護師 ③精神科病院または一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか一人 精神科リエゾンチーム加算算定の際には、診療実施計画書および治療評価書の作成をケースごとに必ず行うこと。
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	特に問題なし
⑧点数等見直しの場合	見直し前 300点 見直し後 400点 その根拠 現在の点数（週1回300点）で得られる平均収入は、チームの担当患者20名として年間約280万程度であり、この加算のみで専従のコメディカルを一人雇用する水準ではない。1回の点数を300点から400点（年間約380万）、算定回数を2回まで認めることで約760万（年間約380万×2回）となり、専従スタッフの確保が可能となる。
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 1,171,200,000(円) その根拠 加算の増額は(760万-280万)×24(算定施設約10%増と仮定)=117,120(万)と予想されるも、チーム活動が活性化することで在院日数の短縮化が期待され、結果としてはマイナスになることも想定できる。 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	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	日本総合病院精神医学会
⑭参考文献1	1) 名称 精神科リエゾンチーム活動ガイドライン試案 2) 著者 小石川比良来、見野耕一ら 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 厚労省平成24年度障害者総合福祉推進事業成果物 4) 概要 リエゾンチーム医療の定義、リエゾンチーム活動の実際、スタッフに向けた活動、具体的局面の介入、地域に向けた活動などを日本で始めてまとめ上げ、一般医療と精神医療の連携に向けて精神科リエゾンチーム活動の持つ意味を明らかにした。
⑭参考文献2	1) 名称 精神科リエゾンチームの実態に関するアンケート調査結果 2) 著者 日本総合病院精神医学会診療報酬問題委員会 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 日本総合病院精神医学会（内部資料） 4) 概要 平成27年6月時点で精神科リエゾンチーム加算を取得していた59施設中、活動実態が明確な50施設を対象にアンケート調査を行い23施設からの回答を得た。その結果によると施設当たりの平均年間収入が158万と低かった。その後点数は、専従職員一人すら到底雇える水準になく、またひとりあたりの週当たり介入回数が約2回であることを明らかにした。
⑭参考文献3	1) 名称 精神科リエゾンチーム活動指針 2) 著者 日本総合病院精神医学会リエゾン多職種委員会編 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 日本総合病院精神医学会治療指針9:2019 4) 概要 一般医療現場における精神科リエゾンチーム活動の意義について詳説している。
⑭参考文献4	1) 名称 総合病院精神科に関する基礎調査2018 2) 著者 日本総合病院精神医学会 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 日本総合病院精神医学会（内部資料） 4) 概要 総合病院精神科（有床・無床）の活動についての調査（対象施設797、回答施設376[回答率47.29%]）。リエゾン診療については、対象施設の平均として年間症例数384.5例、ピジット数1202.3回であった。
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
A285202	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望(点数の増加&週に算定可能な回数の増加)	日本精神神経学会

【提案概要】

精神科リエゾンチームの活動により、一般医療と精神医療の連携が促進されることは明らかであり、平均在院日数の短縮にもつながる。ただし1回の点数が300点と低く、専従職員一人分の給与にも遠く及ばないため、400点に増点したい。また対応困難例では週に複数回の診療を行っており、週2回まで算定可能としたい。

【対象疾患】

一般病棟に入院する患者のうち、抑うつやせん妄を呈する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者

【既存の評価法との比較】

既存の点数増点、算定回数増加によりチーム活動が強化される

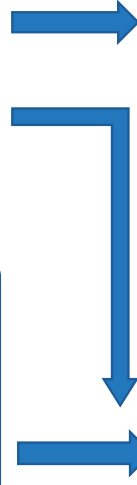
精神科リエゾンチーム加算

【診療報酬上の取り扱い】

- ・点数：300→400点
- ・算定回数：週1回→週2回

点数の増点  
(300→400点/回)

算定可能回数増加  
(1→2回/週)



【有効性】

- ・一般医療と精神医療の連携促進
- ・とくに無床総合病院精神科における精神科活動の強化



【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	A285203	
提案される医療技術名	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望（施設基準の中の医師要件の改定）	
申請団体名	日本精神神経学会	
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）	21精神科
	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）	令和2年度
	提案当時の医療技術名	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望（施設基準の中の医師要件の改定）
	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	A230-4	
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）	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）	○	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載	算定要件の見直し（施設基準）	
技術の概要（200字以内）	精神科リエゾンチーム加算取得の施設基準にあり精神科専任医師を常勤医のみに限定する。	
再評価が必要な理由	現行では精神科リエゾンチームにおける精神科医の施設基準は、5年以上の経験を有する専任の精神科医となっている。他の保健医療機関を主たる勤務先とする精神科医が対診等によりチームに参画するかたちでもよく、常勤である必要はない。しかしチームにおける精神科医は、チームリーダーとしての役割を期待され、つねに迅速な対応を必要とされている。そのためには、医師要件を5年以上の経験を有する常勤の精神科医のみに限定することが必要である。とくに精神科無床の一般病院における精神科活動の強化には実現すべき要望である。	

【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）	精神科リエゾンチームにおける精神科医の施設基準を、5年以上の経験を有する専任の精神科医から、同経験を有する常勤の精神科医へと変更する。これにより、精神科医のチームリーダーとしての役割が明確となり、常に迅速な対応が可能となる。	
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	・一般病棟において、抑うつもしくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者または自殺企図により入院した患者を対象とする。 ・上記患者に対して精神科医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合、週一回300点を加算できる。	
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）	A230-4	
医療技術名	精神科リエゾンチーム加算	
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	一般病棟に入院する患者のうち、身体症状以外に、不安、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ患者や精神疾患患者で身体合併症治療のために一般病棟に入院している患者への全人的サポートは医療の質の充実のために不可欠である。こうした対応を可能とするうえでの精神科リエゾンチームの有用性は実証されている。 チームの構成メンバーである専任の精神科医を常勤のみとすることで、精神科医による常に迅速な対応が可能となる。とくに精神科無床の一般病院における精神科活動の強化には実現すべき要望である 日本総合病院精神医学会基礎調査（参考文献2）によると、精神科無床の一般病院における精神科常勤医は1名が最多（36%）、0名つまり非常勤のみも22%に及ぶ。2名は23%である。業務も多岐に渡っており、常勤医増加を実現したい。
	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。） ガイドラインは現存していない。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	精神科リエゾンチーム加算が認められて以降、加算取得施設は徐々に増加している。2020年11月時点で222施設となっている。本提案による症例数、実施回数の大きな変化はないと考える。 なお、222施設のうち専任医師が非常勤医といえるのは10施設（約5%）である。少なくともこれらの施設は本提案により常勤化がはかれると推測される。	
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	380人（一施設平均年間対象者）×222施設＝84,360（人）
	後の症例数（人）	380人（一施設平均年間対象者）×222施設＝84,360（人）
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	84,360人×2回（一患者あたり週平均診察回数）＝168,720（回/週）
	後の回数（回）	84,360人×2回（一患者あたり週平均診察回数）＝168,720（回/週）

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）	2012年精神科リエゾンチーム加算が新設されて以降、その有効性は評価されている。当初200点（週1回）からはじまり、2016年には300点（週1回）に増点された。加算取得施設も増加をみており2020年11月時点で222施設に及ぶ。精神科リエゾンは精神科においても重要分野のひとつである。日本総合病院精神医学会においては学会専門医を一般病院連携精神医学専門医とし、リエゾン診療医の育成と診療技術の維持向上をはかっている。								
・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）	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="263 315 528 387">           施設の要件            （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）         </td> <td data-bbox="528 315 1473 387">           当該保険医療機関内に下記の医療スタッフから構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 387 528 459">           人的配置の要件            （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）         </td> <td data-bbox="528 387 1473 459">           ①5年以上の経験を有する専任の精神科医 ②精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を終了した専任の常勤看護師 ③精神科病院または一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか一人         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 459 528 521">           その他            （遵守すべきガイドライン等その他の要件）         </td> <td data-bbox="528 459 1473 521">           精神科リエゾンチーム加算算定の際には、診療実施計画書および治療評価書の作成をケースごとに必ず行うこと。         </td> </tr> </table>	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	当該保険医療機関内に下記の医療スタッフから構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	①5年以上の経験を有する専任の精神科医 ②精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を終了した専任の常勤看護師 ③精神科病院または一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか一人	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	精神科リエゾンチーム加算算定の際には、診療実施計画書および治療評価書の作成をケースごとに必ず行うこと。		
施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	当該保険医療機関内に下記の医療スタッフから構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。								
人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	①5年以上の経験を有する専任の精神科医 ②精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を終了した専任の常勤看護師 ③精神科病院または一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか一人								
その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	精神科リエゾンチーム加算算定の際には、診療実施計画書および治療評価書の作成をケースごとに必ず行うこと。								
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	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）	特に問題なし								
⑧点数等見直しの場合	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="263 629 528 656">           見直し前         </td> <td data-bbox="528 629 1473 656">           施設要件における精神科医：5年以上の経験を有する専任の精神科医         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 656 528 683">           見直し後         </td> <td data-bbox="528 656 1473 683">           施設要件における精神科医：5年以上の経験を有する常勤の精神科医         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 683 528 741">           その根拠         </td> <td data-bbox="528 683 1473 741">           精神科リエゾンチームの対象となる患者は、常に新規に発生し、介入した場合でも病状変化に応じて迅速な対応を必要とする場合が多い。その状況に速やかに対応し、医療の質を上げていくためには、チームリーダーとしての役割を期待される精神科医が常勤であることが不可欠である（参考文献1）。         </td> </tr> </table>	見直し前	施設要件における精神科医：5年以上の経験を有する専任の精神科医	見直し後	施設要件における精神科医：5年以上の経験を有する常勤の精神科医	その根拠	精神科リエゾンチームの対象となる患者は、常に新規に発生し、介入した場合でも病状変化に応じて迅速な対応を必要とする場合が多い。その状況に速やかに対応し、医療の質を上げていくためには、チームリーダーとしての役割を期待される精神科医が常勤であることが不可欠である（参考文献1）。		
見直し前	施設要件における精神科医：5年以上の経験を有する専任の精神科医								
見直し後	施設要件における精神科医：5年以上の経験を有する常勤の精神科医								
その根拠	精神科リエゾンチームの対象となる患者は、常に新規に発生し、介入した場合でも病状変化に応じて迅速な対応を必要とする場合が多い。その状況に速やかに対応し、医療の質を上げていくためには、チームリーダーとしての役割を期待される精神科医が常勤であることが不可欠である（参考文献1）。								
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="263 741 528 768">           区分         </td> <td data-bbox="528 741 1473 768">           区分をリストから選択         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 768 528 795">           番号         </td> <td data-bbox="528 768 1473 795">           特になし         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 795 528 822">           技術名         </td> <td data-bbox="528 795 1473 822">           特になし         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 822 528 846">           具体的な内容         </td> <td data-bbox="528 822 1473 846">           特になし         </td> </tr> </table>	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
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	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="263 846 528 873">           プラスマイナス         </td> <td data-bbox="528 846 1473 873">           不変（0）         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 873 528 900">           予想影響額（円）         </td> <td data-bbox="528 873 1473 900">           ほぼ影響はないと思われるが、マイナスの可能性がある。         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 900 528 949">           その根拠         </td> <td data-bbox="528 900 1473 949">           精神科医が常勤医となることで円滑なチーム活動が可能となり、在院日数の短縮化が期待されるので、結果としてはマイナスになることを想定できる。         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 949 528 972">           備考         </td> <td data-bbox="528 949 1473 972">           特になし         </td> </tr> </table>	プラスマイナス	不変（0）	予想影響額（円）	ほぼ影響はないと思われるが、マイナスの可能性がある。	その根拠	精神科医が常勤医となることで円滑なチーム活動が可能となり、在院日数の短縮化が期待されるので、結果としてはマイナスになることを想定できる。	備考	特になし
プラスマイナス	不変（0）								
予想影響額（円）	ほぼ影響はないと思われるが、マイナスの可能性がある。								
その根拠	精神科医が常勤医となることで円滑なチーム活動が可能となり、在院日数の短縮化が期待されるので、結果としてはマイナスになることを想定できる。								
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	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	日本総合病院精神医学会								
⑭参考文献1	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="263 1167 528 1193">           1) 名称         </td> <td data-bbox="528 1167 1473 1193">           精神科リエゾンチーム加算の意義—常勤医1人態勢・救命救急医療センターを有する無床総合病院精神科の場合—         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1193 528 1220">           2) 著者         </td> <td data-bbox="528 1193 1473 1220">           宇田川雅彦、菅原亜由美、富田千代         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1220 528 1256">           3) 雑誌名、年、月、号、ページ         </td> <td data-bbox="528 1220 1473 1256">           臨床精神医学 48 (2) : 245-254, 2019         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1256 528 1335">           4) 概要         </td> <td data-bbox="528 1256 1473 1335">           救命救急センターを持つ無床総合病院の精神科の立場から、特に自殺企図患者への対応実践から精神科リエゾンチーム加算の施設基準に精神科医師が常勤であることが必要であること、並びに救命救急センターが絡む場合にリエゾンの負担がかなり異なることから何らかの対応が必要であることを明らかにした。         </td> </tr> </table>	1) 名称	精神科リエゾンチーム加算の意義—常勤医1人態勢・救命救急医療センターを有する無床総合病院精神科の場合—	2) 著者	宇田川雅彦、菅原亜由美、富田千代	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	臨床精神医学 48 (2) : 245-254, 2019	4) 概要	救命救急センターを持つ無床総合病院の精神科の立場から、特に自殺企図患者への対応実践から精神科リエゾンチーム加算の施設基準に精神科医師が常勤であることが必要であること、並びに救命救急センターが絡む場合にリエゾンの負担がかなり異なることから何らかの対応が必要であることを明らかにした。
1) 名称	精神科リエゾンチーム加算の意義—常勤医1人態勢・救命救急医療センターを有する無床総合病院精神科の場合—								
2) 著者	宇田川雅彦、菅原亜由美、富田千代								
3) 雑誌名、年、月、号、ページ	臨床精神医学 48 (2) : 245-254, 2019								
4) 概要	救命救急センターを持つ無床総合病院の精神科の立場から、特に自殺企図患者への対応実践から精神科リエゾンチーム加算の施設基準に精神科医師が常勤であることが必要であること、並びに救命救急センターが絡む場合にリエゾンの負担がかなり異なることから何らかの対応が必要であることを明らかにした。								
⑭参考文献2	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="263 1335 528 1361">           1) 名称         </td> <td data-bbox="528 1335 1473 1361">           総合病院精神科に関する基礎調査2018         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1361 528 1388">           2) 著者         </td> <td data-bbox="528 1361 1473 1388">           日本総合病院精神医学会         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1388 528 1424">           3) 雑誌名、年、月、号、ページ         </td> <td data-bbox="528 1388 1473 1424">           総合病院精神科（有床・無床）の活動についての調査（対象施設797、回答施設376[回答率47.29%]）（内部資料）         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1424 528 1476">           4) 概要         </td> <td data-bbox="528 1424 1473 1476">           精神科無床の一般病院（回答203施設）における精神科常勤医は0名：22%、1名：36%、2名：23%であった。業務も多岐に渡っていることが示された。         </td> </tr> </table>	1) 名称	総合病院精神科に関する基礎調査2018	2) 著者	日本総合病院精神医学会	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	総合病院精神科（有床・無床）の活動についての調査（対象施設797、回答施設376[回答率47.29%]）（内部資料）	4) 概要	精神科無床の一般病院（回答203施設）における精神科常勤医は0名：22%、1名：36%、2名：23%であった。業務も多岐に渡っていることが示された。
1) 名称	総合病院精神科に関する基礎調査2018								
2) 著者	日本総合病院精神医学会								
3) 雑誌名、年、月、号、ページ	総合病院精神科（有床・無床）の活動についての調査（対象施設797、回答施設376[回答率47.29%]）（内部資料）								
4) 概要	精神科無床の一般病院（回答203施設）における精神科常勤医は0名：22%、1名：36%、2名：23%であった。業務も多岐に渡っていることが示された。								
⑭参考文献3	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="263 1476 528 1503">           1) 名称         </td> <td data-bbox="528 1476 1473 1503">           特になし         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1503 528 1529">           2) 著者         </td> <td data-bbox="528 1503 1473 1529">           特になし         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1529 528 1565">           3) 雑誌名、年、月、号、ページ         </td> <td data-bbox="528 1529 1473 1565">           特になし         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1565 528 1594">           4) 概要         </td> <td data-bbox="528 1565 1473 1594">           特になし         </td> </tr> </table>	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
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	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="263 1594 528 1621">           1) 名称         </td> <td data-bbox="528 1594 1473 1621">           特になし         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1621 528 1648">           2) 著者         </td> <td data-bbox="528 1621 1473 1648">           特になし         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1648 528 1684">           3) 雑誌名、年、月、号、ページ         </td> <td data-bbox="528 1648 1473 1684">           特になし         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1684 528 1713">           4) 概要         </td> <td data-bbox="528 1684 1473 1713">           特になし         </td> </tr> </table>	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
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	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="263 1713 528 1740">           1) 名称         </td> <td data-bbox="528 1713 1473 1740">           特になし         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1740 528 1767">           2) 著者         </td> <td data-bbox="528 1740 1473 1767">           特になし         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1767 528 1803">           3) 雑誌名、年、月、号、ページ         </td> <td data-bbox="528 1767 1473 1803">           特になし         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 1803 528 1841">           4) 概要         </td> <td data-bbox="528 1803 1473 1841">           特になし         </td> </tr> </table>	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
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
A285203	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望(施設基準の中の医師要件の改定)	日本精神神経学会

**【提案概要】**

精神科リエゾンチームの活動により、一般医療と精神医療の連携が促進されることは明らかであり、平均在院日数の短縮にもつながる。精神科専門医師を常勤医のみとすることでチームの活動性を高めることが可能となる。

**【対象疾患】**

一般病棟に入院する患者のうち、抑うつやせん妄を呈する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者

**【既存の評価法との比較】**

専任の精神科医が常勤に限定される。

**精神科リエゾンチーム加算**

**【診療報酬上の取り扱い】**

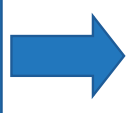
施設基準における精神科専門医師を常勤医のみに限定する。

**精神科専門医師を常勤医のみに限定**

チームリーダーとしての精神科医師の存在感が  
 高まり臨床現場の要請に迅速に対処可能

チームの活動性の強化

一般医療と精神医療の  
 連携の更なる強化



【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		A285204	
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		日本精神神経学会	
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）	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）	○	
	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）		BMI15未満の著しい体重減少を認める摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師または管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されている際に算定する。	
再評価が必要な理由		体重減少を認める摂食障害である神経性やせ症の若年死の80%は低栄養死である（Lancet Psychiatry. 2015. 2: 1099-1111. Curr Psychiatry Rep. 2012. 14: 406-414.）。国内における観察研究からは、標準体重の55%以下（身長160cmとしてBMI 11.6以下）の患者の約4割に致命的な合併症が発生し、同73%（同身長でBMI 15.4）を越えるとその危険はほぼ消失する（https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/N1DD00.do?resrchNum=200731010A）。BMI13未満の場合には精神科身体合併症管理加算も同時に算定可能であるが、BMI11未満の極度の重症例では入院栄養療法による救命が必須の病態であり、より高い加算を付けることが妥当である。また、救命のため入院加算が必要と判断されるが本疾患の病状により病識が形成されず、やむを得ず医療保護入院が必要となる患者の場合には、医療保護入院等診療料に追加する形で加算を付けることが妥当である。	

## 【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）	BMI11未満である極度の重症例の摂食障害患者に対して、従来より高い加算の算定を可能にする。また、救命のため入院加算が必要と判断されるが本疾患の病状により病識が形成されず、やむを得ず医療保護入院が必要となる患者の場合には、医療保護入院等診療料に追加する形で従来より高い加算の算定を可能にする。		
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	BMI15未満の著しい体重減少を認める摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師または管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されている際に算定する。入院30日以内の場合は1日あたり200点、入院31日以上60日以内の場合は1日あたり100点である。		
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）	A231-4		
医療技術名	摂食障害入院医療管理加算		
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	標準体重の55%以下（身長160cmとしてBMI 11.6以下）の患者の約40%に致命的な合併症が発生し、同73%（同身長でBMI 15.4）を越えるとその危険はほぼ消失するとされる（https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/N1DD00.do?resrchNum=200731010A）。そのため、本管理加算の点数見直しによって重症例の入院治療が推進されることで、死亡率やQOLの改善が期待できる。	
	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。）	ガイドライン記載の見込みは不明

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		社会医療診療行為別統計（令和元年度）によると、摂食障害入院医療管理加算の年間算定症例数は約2400人、年間算定総件数は約30000回である。点数の見直しによって重症例の入院治療が促進されることで、算定症例数及び件数は増加することが予想される。ただし、従来よりも早期の入院治療が行われることで退院可能時期が早まり、結果として算定総件数が減少する可能性もある。
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	2,400人
	後の症例数（人）	2,800人
年間実施回数 の変化等	前の回数（回）	30,000回
	後の回数（回）	35,000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）		摂食障害の精神医学的治療に加えて、施設の医師が身体合併症の治療に習熟していることが求められる。
・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）	現行要件の継続でよい。
	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）	現行要件の継続でよい。
	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		重症例の入院治療が促進されることにより、外来治療時よりも安全に治療を行うことができる可能性が高くなる。
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	入院30日以内の場合は1日あたり200点、入院31日以上60日以内の場合は1日あたり100点。
	見直し後	上述に加えて、BMI11未満または医療保護入院の場合は、入院30日以内は400点、入院31日以上60日以内は200点。
	その根拠	重症例の場合、入院治療の臨床的エフォートは約2倍相当になると想定される。
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	該当なし
	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）	7,500,000円
	その根拠	重症例の30日以内の算定が2500回、30日以上60日以内の算定が2500回増加すると推測し、計算。
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		特記事項なし。
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		なし
⑭参考文献 1	1) 名称	Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates
	2) 著者	Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Curr Psychiatry Rep. 2012. 14: 406-414.
	4) 概要	摂食障害の疫学に関するレビュー。体重減少を認める摂食障害である神経性やせ症の若年死のうち80%は低栄養死である。
⑮参考文献 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
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	申請学会名
A285204	摂食障害入院医療管理加算	日本精神神経学会

### 【医療技術の概要】

- ・BMI15未満の著しい体重減少を認める摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師または管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されている際に算定する。

### 【対象疾患】

- ・BMI15未満の著しい体重減少を認める摂食障害の患者

### 【既存の治療との比較】

- ・以下の場合には、入院30日以内で200点→400点、入院31日以上60日以内で100点→200点と、現行の算定点数よりも増額する。

①BMI11未満である極度の重症例の摂食障害患者

②救命のため入院加算が必要と判断されるが本疾患の病状により病識が形成されず、やむを得ず医療保険入院が必要となる摂食障害患者

### 【有効性】

- ・本加算の点数見直しによって重症例の入院治療が推進されることで、死亡率やQOLの改善が期待できる。

### 【診療報酬上の取扱い】

- ・現行区分を継続

【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		A285205	
提案される医療技術名		児童・思春期精神科入院医療管理料	
申請団体名		日本精神神経学会	
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）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	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		A311-4	
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）		20歳未満の精神疾患を有する患者に対して、家庭および学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士および公認心理師等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されている場合に算定する。	
再評価が必要な理由		児童・思春期の精神科病棟への入院について、社会的に求められている多くのニーズに応えられていない現状がある。全国児童青年精神科医療施設協議会によると、2005年に児童精神科専用病棟及び専用病床を有する機関は18病院であったが、2015年度に33病院に増加し、2012年の本管理料新設が奏効した（児童青年精神医学とその近接領域、2018、59：245-252）。しかし、2017年は34カ所に留まっている（全国児童青年精神科医療施設協議会資料）。子どものこころ診療ネットワーク事業の拠点病院は21都道府県に及ぶが、大学病院や公的病院の多くは拠点でありながら同管理料の届出を行っていない。以上から、全国での拠点設置には、実質的な拠点を担う病棟が施設基準を達成できるように、現行の施設基準を達成する場合に加え入院患者数の5%以上を20歳未満の精神疾患を有する患者が占めた場合に算定可能とすることで、社会的なニーズに対応できるようにすることが妥当と考えられる。なお今後、殆どの大学が5%の水準を満たし地域の拠点として整備し得るかどうかは、講座担当者間で各大学の情報を持ち寄り、試算が可能である。	

【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）	現行の施設基準を達成する場合に加え入院患者数の5%以上を20歳未満の精神疾患を有する患者が占めた場合に算定可能とする。		
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	20歳未満の精神疾患を有する患者に対して、家庭および学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士および公認心理師等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されている場合に算定する。1日あたり2995点である。		
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）	A311-4		
医療技術名	児童・思春期精神科入院医療管理料		
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	現行の施設基準を達成する場合に加え入院患者数の5%以上を20歳未満の精神疾患を有する患者が占めた場合に算定可能とすることで、社会的なニーズへの現実的な対応が可能になる。	
	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。）	ガイドライン記載の見込みは不明

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		社会医療診療行為別統計（令和元年度）によると、児童・思春期精神科入院医療管理料の年間算定症例数は約10000人、年間算定総件数は約22万回である。算定要件の拡大によって算定件数は増加が予想される。
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	10,000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）	22万回
	後の回数（回）	33万回
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）		児童・思春期の精神科入院患者の診療に習熟していることが求められる。
・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）	入院患者数の5%以上を20歳未満の精神疾患を有する患者が占めていること。
	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）	現行要件の継続でよい。
	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		児童・思春期の精神疾患患者の集中的かつ多面的な治療が拡充することにより、より安全な治療が提供できる可能性が高くなる。
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	特になし
	見直し後	特になし
	その根拠	特になし
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	該当なし
	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	増（＋）
	予想影響額（円）	330,000,000円
	その根拠	算定件数が11万件増加すると仮定して計算。
	備考	特記事項なし。
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		なし
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
A285205	児童・思春期精神科入院医療管理料	日本精神神経学会

### 【医療技術の概要】

- ・ 20歳未満の精神疾患を有する患者に対して、家庭および学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士および公認心理師等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されている場合に算定する。

### 【対象疾患】

- ・ 20歳未満の精神疾患を有する患者

### 【既存の治療との比較】

- ・ 現行の施設基準を達成する場合に加え入院患者数の5%以上を20歳未満の精神疾患を有する患者が占めた場合に算定可能とする。

### 【有効性】

- ・ 上述の場合も算定可能とすることで、社会的なニーズへの現実的な対応が可能になる。

### 【診療報酬上の取扱い】

- ・ 現行区分を継続

【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		A285206	
提案される医療技術名		精神科身体合併症管理加算対象疾患の見なおし	
申請団体名		日本精神神経学会	
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）	21精神科	
	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）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	精神科身体合併症管理加算対象疾患の見なおし	
	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		A230-3	
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）		対象疾患として、以下の疾患を追加したい。 ・深部静脈血栓症・血球減少症（汎血球減少症、顆粒球減少症、血小板減少症）・急性期の脳血管障害（意識障害を伴わない）・重度の褥瘡（ステージⅢ以上）の患者、重症薬疹・臍胸、血胸・解離性大動脈瘤・悪性腫瘍における姑息的治療（ステント挿入など）・悪性腫瘍の疑い（精神科病院からの転院の場合のみ）・慢性腎不全の維持透析の患者・電解質異常（意識障害を伴わない）	
再評価が必要な理由		精神科患者における身体合併症治療が重要な意味を持つことは明確となっており、医療計画の指針の中にも述べられている。2020年度改定において算定期間については適正な評価がなされ、対象疾患として指定難病が追加された。しかしながら加算対象となる身体疾患はまだまだ十分ではない。提示した疾患を追加することにより、臨床の現実に見合うかたちとしたい。	

## 【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）	精神科身体合併症加算の対象疾患として、2020年度改定において難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病が追加された。しかしこれに相当する難病患者が入院するケースは多くなく、日常的に対応することが多い疾患が対象外となっている。日本総合病院精神医学会における調査（2014年）に基づき、以下疾患を対象とし、臨床の現実に見合うものとした。 ・深部静脈血栓症 ・血球減少症（汎血球減少症、顆粒球減少症、血小板減少症） ・急性期の脳血管障害（意識障害を伴わない） ・重度の褥瘡（ステージⅢ以上）の患者、重症薬疹 ・臍胸、血胸 ・解離性大動脈瘤 ・悪性腫瘍における姑息的治療（ステント挿入など） ・悪性腫瘍の疑い（精神科病院からの転院の場合のみ） ・慢性腎不全の維持透析の患者 ・電解質異常（意識障害を伴わない）
------------------------------	---



<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>◎対象患者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）の患者</li> <li>心疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈）の患者</li> <li>手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者</li> <li>脊髄損傷の患者</li> <li>重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）の患者</li> <li>重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）の患者</li> <li>意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）の患者</li> <li>全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期又は敗血症）の患者</li> <li>中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者</li> <li>急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者</li> <li>劇症肝炎又は重症急性肝炎の患者</li> <li>悪性症候群又は横紋筋融解症の患者</li> <li>広範囲（半肢以上）熱傷の患者</li> <li>手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者</li> <li>透析導入時の患者</li> <li>重篤な血液疾患（ヘモグロビン7g/dl以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）の患者</li> <li>急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）の患者</li> <li>手術室での手術を必要とする状態の患者</li> <li>膠原病（専門医による管理を必要とする状態に限る。）の患者</li> <li>妊産婦である患者</li> <li>難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病の患者</li> </ul>
<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>A230-3</p>
<p>医療技術名</p>	<p>精神科身体合併症管理加算</p>
<p>③再評価の根拠・有効性</p>	<p>日本総合病院精神医学会が実施した身体合併症診療の実態調査（総計518例）に基づく（参考文献1）。精神病棟において実際に治療にあっている身体疾患についての調査結果から、現行の対象疾患には多くの重要疾患が漏れていることがわかっている。</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>ガイドラインは現存していない。</p>
<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>	<p>本加算を取得している施設（2020年11月現在1121施設）において、年間約15%の算定数の増加が見込まれる（参考文献2）。算定回数に変化はないと考える。</p>
<p>年間対象者数の変化</p>	<p>前の症例数（人） 一施設当たりの加算対象数</p> <p>後の症例数（人） 一施設当たりの加算対象数の約15%増加の見込み</p>
<p>年間実施回数の変化等</p>	<p>前の回数（回） 変化なし</p> <p>後の回数（回） 変化なし</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>本加算を算定できるようになり、精神症状が重い身体疾患の患者を精神病棟にて診療することができるようになった。2008年算定開始から年を経ており、精神科医と身体科医の連携も成熟度を増してきている。</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神科を標榜する保険医療機関の病院であること。</li> <li>精神障害者であって身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟であること</li> </ul> <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>当該病棟に専任の内科又は外科の医師が配置されていること</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>ガイドラインは現存していない。</p>
<p>⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>特になし</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>特になし</p>
<p>⑧点数等見直しの場合</p>	<p>見直し前 該当なし</p> <p>見直し後 該当なし</p> <p>その根拠 該当なし</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 区分をリストから選択</p> <p>番号 特になし</p> <p>技術名 特になし</p> <p>具体的な内容 特になし</p>
<p>⑩予想影響額</p>	<p>プラスマイナス 増（+）</p> <p>予想影響額（円） 当該病棟に身体合併症治療目的で入院する患者のうち、これまで算定外だった患者の約15%増が算定される見込み。</p> <p>その根拠 本加算を算定しているのが1121施設（2020.11現在）において、新規に認められた対象疾患分、加算件数が増加する。現在算定外疾患のうち約15%増が見込まれる（参考文献2）。</p> <p>備考</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>日本総合病院精神医学会</p>

⑩参考文献 1	1) 名称	精神科身体合併症診療の実態調査～精神科身体合併症管理加算の検討
	2) 著者	日本総合病院精神医学会診療報酬問題委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本総合病院精神医学会(内部資料)
	4) 概要	2014年日本総合病院精神医学会有床委員会に所属する計26施設を対象としたアンケートをもとに、入院から退院まで経過した518例の身体合併症(専門医の診察を必要とするレベル)について解析し、追加対象とすべき対象疾患の存在や必要とする入院期間などのデータを明らかにした。
⑩参考文献 2	1) 名称	身体合併症治療を主たる目的として総合病院精神科病棟に入院した症例の検討
	2) 著者	真井祐子、加藤 温
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	精神科治療学、2017、32(2)、271-278
	4) 概要	3年間に身体合併症治療のために入院した414例についての調査。このうち本加算をとれたのが262例(63.3%)残り152例が算定外疾患であった。<その後の改定にて算定対象疾患は増えたが、今回提案の身体疾患を拡大するとこのうち約23例が算定対象(算定外疾患の約15%)となる>
⑩参考文献 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
⑩参考文献 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
⑩参考文献 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
A285206	精神科身体合併症管理加算対象疾患の見なおし	日本精神神経学会

**【提案概要】**

精神疾患患者における身体合併症治療が重要な意味を持つのは明確だが、診療報酬上適切に評価するため、対象身体疾患を追加することにより臨床の現実に見合うものとする。

**【対象疾患】**

精神病棟に入院し、身体科医の協力の下で精神病棟で治療される身体合併症（別表第7の2）。

**精神科身体合併症管理加算**

**対象疾患の拡大**

- ・ 深部静脈血栓症
- ・ 血球減少症（汎血球減少症、顆粒球減少症、血小板減少症）
- ・ 急性期の脳血管障害（意識障害を伴わない）
- ・ 重度の褥瘡（ステージⅢ以上）の患者、重症薬疹
- ・ 膿胸、血胸
- ・ 解離性大動脈瘤
- ・ 悪性腫瘍における姑息的治療（ステント挿入など）
- ・ 悪性腫瘍の疑い（精神科病院からの転院の場合のみ）
- ・ 慢性腎不全の維持透析の患者
- ・ 電解質異常（意識障害を伴わない）

**【診療報酬上の取り扱い】**  
別表第7の2に記載されている対象疾患を拡大する。

**【既存の評価法との比較】**

対象疾患を拡大させることで臨床の現実に見合うかたちとなる。

**【有効性】**

- ・ 精神病棟での身体合併症治療の実態に即した適正評価。
- ・ 精神病棟の活性化実現、医療機関内外からの期待に応えやすくなる。

実態に見合った身体合併症治療に対する診療報酬上の評価の実現



精神病棟における身体合併症治療への動機づけが高まり  
医療機関内や地域からの期待に応えやすくなる

【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	A285207	
提案される医療技術名	地域移行機能強化病棟入院料（施設基準の緩和）	
申請団体名	日本精神神経学会	
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）	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	-
	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	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）	○
	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）	施設基準「(14) イ 以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。・・・」についての割合および、「(16) 算定開始以降、1年ごとに1回以上、・・・当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定年数」についての割合の緩和	
再評価が必要な理由	令和2年度の改定により、地域移行に係わる実績係数が1.5%から2.4%へ、届出取り下げ時の当該病棟の病床削減率が20%から30%へと強化されている。このため地域移行機能強化病棟を導入する精神科病院の収益性は悪化し、本来の目的である長期入院患者の地域移行が現実的に進むのか疑問がある。実績係数および病床削減率の緩和が必要である。	

【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）	令和2年度の改定により、地域移行に係わる実績係数が1.5%から2.4%へ、届出取り下げ時の当該病棟の病床削減率が20%から30%へと強化されている。このため地域移行機能強化病棟を導入する精神科病院の収益性は悪化し、本来の目的である長期入院患者の地域移行が現実的に進むのか疑問があるため。	
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	地域移行機能強化病棟は、当該保険医療機関に1年以上入院している患者又は当該保険医療機関での入院が1年以上に及ぶ可能性がある患者に対し、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための訓練や支援を集中的に実施し、地域生活への移行を図る病棟 1日につき1,539点	
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）	A318	
医療技術名	地域移行機能強化病棟	
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	地域移行機能強化病棟の変更元である精神科療養病棟の病床は、630調査によると、H29年94,819床、H30年93,612床、令和元年91,630床と病床削減が進んでいる。
	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。） 特になし
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	令和2年度から施設基準が変更となってからの統計がないため不明ではあるが、630調査において平成30年度まで伸びていた届出病床数2,137床が令和元年度は、2,046床と減少となっている。	
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）	2,137床×365日=780,005
	後の回数（回）	2,046床×365日=746,790

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）	施設基準「(14) イ 以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。・・・」 「(16) 算定開始以降、1年ごとに1 回以上、・・・当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定年数)」
	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）	特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		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）		問題なし
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	減（－）
	予想影響額（円）	—
	その根拠	一時的には増加するが、長期的には病床削減により、医療費の削減につながる。
	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		特になし
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
A285207	地域移行機能強化病棟入院料 (施設基準の緩和)	日本精神神経学会

地域移行機能強化病棟入院料 (施設基準の緩和)

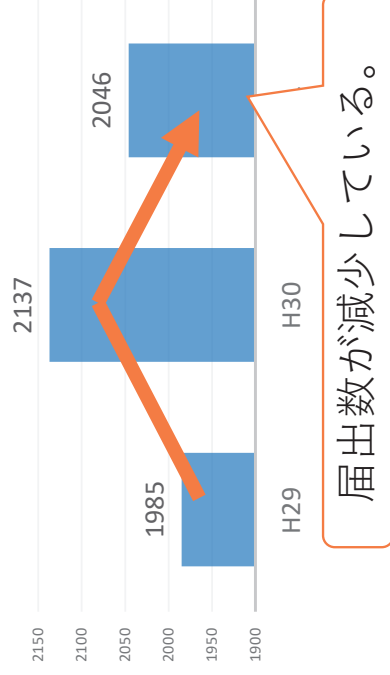
【技術の概要】

施設基準「(14) イ 以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。・・・」に  
 ついての割合および、「(16) 算定開始以降、1年ごとに1回以上、・・・当該病棟  
 の届出病床数の30%×当該病棟の算定年数)」についての割合の緩和

【再評価が必要な理由】

令和2年度の改定により、地域移行に係  
 わる実績係数が1.5%から2.4%へ、届出  
 取り下げ時の当該病棟の病床削減率が  
 20%から30%へと強化されている。この  
 ため地域移行機能強化病棟を導入する精  
 神科病院の収益性は悪化し、本来の目的  
 である長期入院患者の地域移行が現実的  
 に進むのか疑問がある。実績係数および  
 病床削減率の緩和が必要。

地域移行機能強化病棟の届出病床数





【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		A285208	
提案される医療技術名		急性期医師配置加算	
申請団体名		日本精神神経学会	
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）	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	-	
	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		A249	
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）		施設基準「(2) 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間6件以上であること。」について、実績期間を「直近1年」ではなく、「前年度」の実績にて算定可能とする。	
再評価が必要な理由		当該加算を算定する精神科急性期病棟は、精神疾患の急性期に対応する病棟であり、クロザピンを計画的に使用するための病棟ではない。よって直近一年間の実績ではなく、（A230地域移行実施加算のように）前年の導入実績にすることが必要である。	

【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）	年間6件という集計方法では、直近1年を月ごとに集計する実績となり、クロザピンを導入する患者が0件の月がある場合、当該加算が算定できなくなる恐れがある。前年1年の実績とすることで、前述の課題が解決できる。		
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	急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価した。クロザピンを新規に導入した患者数の実績を要件が加わり、450点、500点、600点の3累計となっている。		
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）	A249		
医療技術名	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	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。）	特になし
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	令和2年度からの新点数のため、算定患者の統計情報なし。改定前、令和元年度の社会医療診療行為別統計においては算定回数約290万回。		
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	不明	
	後の症例数（人）	なし	
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	2,916,084	
	後の回数（回）	なし	

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）		現状通り
・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）	施設基準「(2) 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間6件以上であること。」
	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）	現状通り
	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
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		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）		問題なし
⑧点数等見直しの場合	見直し前	変更なし
	見直し後	変更なし
	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	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	不変（0）
	予想影響額（円）	—
	その根拠	—
	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		特になし
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
A285208	精神科急性期医師配置加算(施設基準の拡大)	日本精神神経学会

### 精神科急性期医師配置加算(クロザピン新規導入件数のカウント方法変更)

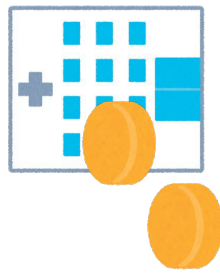
600点/日  
 常勤医師を入院患者16人に対して1人以上配置した場合)  
 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が6件以上

#### 【技術の概要】

上記について、実績期間を「直近1年」ではなく、「前年度」の実績にて算定可能とする。

#### 【再評価が必要な理由】

当該加算を算定する精神科急性期病棟は、精神疾患の急性期に対応する病棟であり、クロザピンを計画的に使用するための病棟ではない。よって直近1年間の実績ではなく、(A230地域移行実施加算のように)前年の導入実績にすることが必要である。年間6件という集計方法では、直近1年を月ごとに集計する実績となり、クロザピンを導入する患者が0件の月が複数ある場合、当該加算が算定できなくなる恐れがある。前年1年の実績とすることで、前述の課題が解決できる。



## 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未記載）

整理番号 ※事務処理用		A288101	
申請技術名		栄養・摂食嚥下管理加算	
申請団体名		日本摂食嚥下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）	36リハビリテーション科	
	関連する診療科（2つまで）	27耳鼻咽喉科	
		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		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	摂食嚥下障害診療体制加算	
	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）		多職種による摂食嚥下チームがあり、さらに摂食・嚥下障害看護認定看護師、または言語聴覚士が専従として勤務している施設で、入院する65歳以上の患者すべてに、入院時に嚥下機能スクリーニングを行う。スクリーニングで陽性であった場合は、専従者が二次スクリーニングを行い、必要と判断された場合は摂食嚥下チームが介入する。	
文字数：154			
対象疾患名		脳血管疾患、神経筋疾患、頭頸部疾患、高齢、サルコペニア 等による嚥下障害	
保険記載が必要な理由（300字以内）		超高齢社会で入院患者における嚥下障害の頻度が増加している。個別に医師が診断して評価を行うより、入院時に全症例に適切な摂食嚥下機能評価を行い、多職種で構成された摂食嚥下チームで介入すると誤嚥性肺炎が減少すると報告されている。入院高齢者は健康高齢者よりも嚥下機能が低下しているため、全例入院時に適切な摂食嚥下機能スクリーニングを行い、二次的評価に繋げることで、摂食嚥下機能の低下の早期発見、誤嚥性肺炎の減少・栄養状態とQOLの向上・在院日数の短縮を図るとともに、退院後の介護予防にも繋がる。スクリーニングの確立により医師負担も軽減する。	
文字数：268			

## 【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		65歳以上の入院治療を要する患者	
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）		65歳以上の患者に対して、入院時に施設で決められた摂食嚥下機能のスクリーニングを行う。陽性である場合は二次スクリーニングを行い、必要時は摂食嚥下チームで介入する。	
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。）	リハビリテーション
	番号	H004	
	医療技術名	摂食機能療法	
既存の治療法・検査法等の内容		摂食機能療法は、医師の指示により、嚥下障害に対して摂食嚥下訓練を行うことで算定できる。脳卒中等の疾患でない場合には、嚥下内視鏡や嚥下造影で嚥下機能障害と診断された対象者となる。実際には、診察やスクリーニングテストで嚥下障害を疑った患者に嚥下造影や内視鏡検査が行われるが、「嚥下障害を疑う」ことが常に組織的に行われているとは限らない。	
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		入院患者の誤嚥性肺炎や窒息の減少 在院日数の減少 看護師の意識や観察能力が向上する。	
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	嚥下機能に影響しない疾患で入院した高齢者でも、健康高齢者と比較して嚥下機能が低下している。その内容は、入院高齢者のみに誤嚥を検出、咽頭面積の上昇、咽頭収縮率の増加、後頭侵入の増加、誤嚥の増加、咽頭残留の増加であった（Geriatrics (Base), 3(4), 66）。そして、入院時に嚥下機能評価を導入すると、入院期間が3週間を超える患者の数が大幅に減少した（医療薬学, 44(1)8-14）。そして、看護師の意識や観察能力などが向上するとされている（日本摂食嚥下リハ会誌, 22(3), 273-277）。	
	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。）	脳卒中ガイドラインでは、スクリーニングで嚥下障害の疑われる症例においては、嚥下造影や内視鏡的嚥下機能評価などの詳細な評価を行ったうえで、摂食プログラムを立て、誤嚥に伴う肺炎などのリスクを減少させることが勧められているが、入院高齢者そのものへのガイドラインは存在しない。

⑥普及性	年間対象患者数(人) 国内年間実施回数(回)	960,900人 251,755回
※患者数及び実施回数の推定根拠等		平成29年度の65歳以上の高齢者の入院数は約960,900人とされている。急性期病院高齢者(平均年齢80±8歳)における摂食嚥下スクリーニング(EAT-10)は26.2%に摂食嚥下障害が示唆されている。平成23年度の入所・入院患者における摂食嚥下障害の割合は一般病院の13.6%~介護療養施設の73.7%であった。
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)		嚥下機能のスクリーニングは推奨されており、嚥下障害患者に一般的に行われている。しかし、摂食嚥下訓練の選択と実施は専門的知識と技術を要するため、摂食・嚥下障害看護認定看護師か言語聴覚士が行う必要がある。
・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)	多職種から構成される摂食嚥下障害に介入するチームが存在する。
	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) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	専従の摂食・嚥下障害看護認定看護師または言語聴覚士1名  摂食機能療法を算定していること、段階的嚥下調整食を用意していること。
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		副作用のリスクはない
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		超高齢化が進み、原疾患に関係なく、入院時既に摂食嚥下障害であったり、入院中に発症することも増えている。
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 点数(1点10円) その根拠	A 第2部 第2節 入院基本料等加算  500 専従の摂食・嚥下障害看護認定看護師または言語聴覚士による二次スクリーニングによる介入を要する
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
	費目 技術名 具体的な内容	なし なし なし
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) — 管理加算の算定は行われるが、体制作りにより誤嚥性肺炎の減少、入院期間の短縮が期待できる —
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		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		—
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		共同提案学会: 日本神経学会・日本脳卒中学会・日本老年医学会・日本リハビリテーション医学会 日本看護協会は2006年から摂食・嚥下障害認定看護師を認定しており、全都道府県に2020年12月現在1038名分布しており看護師の教育・指導に当たることが出来る体制となっている。
⑯参考文献 1	1) 名称	Dysphagia Onset in Older Adults during Unrelated Hospital Admission: Quantitative Videofluoroscopic Measures.
	2) 著者	Jardine M, Miles A, Allen J.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Geriatrics (Basel). 3(4). 66. doi: 10.3390/geriatrics3040066.
	4) 概要	・入院高齢者のみでPASスコアの5(誤嚥)が検出された。入院高齢者は、咽頭面積の上昇、咽頭収縮率、喉頭侵入の増加、誤嚥の増加、咽頭残留の増加が有意であった。入院からVFまでの期間と入院期間には関連がある。
⑯参考文献 2	1) 名称	名古屋記念病院における嚥下機能評価導入前後の誤嚥性肺炎患者の在院日数に関する後方的調査研究
	2) 著者	岡本千春、岩崎美樹、松島真弓、伊奈研次、壁谷めぐみ、日比聡、湯浅周
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	医療薬学, 44(1)8-14
	4) 概要	嚥下機能評価導入後は入院期間が3週間を超える患者の数が大幅に減少した。
⑯参考文献 3	1) 名称	嚥下調査票導入による看護師の摂食嚥下評価の変化
	2) 著者	北村智美、上羽瑠美、上柳菜摘、荻野亜希子、岡田美紀、鈴木樹美、森浩美
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本摂食嚥下リハ会誌, 22(3), 273-277
	4) 概要	嚥下調査票を用いて入院時の摂食嚥下状況の評価を行い、看護師の摂食嚥下に関する観察項目数や知識、自発的な学習、適切な患者指導への自己評価が向上した。特に、患者に問診をしないと分からない項目の確認に効果的であった。
⑯参考文献 4	1) 名称	摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書
	2) 著者	才藤栄一
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	平成23年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 <a href="https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/roken/ci_hokoku1_23.pdf">https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/roken/ci_hokoku1_23.pdf</a>
	4) 概要	現在の病院、施設入所者の嚥下障害の有病率などが記されている。
⑯参考文献 5	1) 名称	Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia
	2) 著者	Judith A Hinchey, Timothy Shephard, Karen Furie, Don Smith, David Wang, Sarah Tonn, Stroke Practice Improvement Network Investigators
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Stroke. 2005 Sep;36(9):1972-6
	4) 概要	急性期病院15施設に脳梗塞で入院したすべての患者2532例の肺炎発症率を比較すると、全患者に嚥下スクリーニングを行う6施設と、重症者のみに行う施設では、前者は2.4%、後者は5.4%で有意に差があった(p=0.0016)。

提案番号(6桁)

申請技術名

申請学会名

A288101

栄養・摂食嚥下管理加算

日本摂食嚥下リハ学会

【医療技術の概要】

65歳以上の場合、入院時に摂食嚥下機能の一次スクリーニングを行う。陽性であった場合は、専従者が二次スクリーニングを行い必要な対応を行う。院内に多職種で構成される摂食嚥下チームが存在することを施設基準とし、必要時は介入する。この摂食嚥下チームは摂食嚥下支援加算を算定できるメンバーであることが望ましい。

【対象疾患名】

摂食嚥下障害

【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】

【現在】

入院時に、嚥下機能の評価や誤嚥リスク患者のスクリーニングをすることが推奨されている。そして、「摂食嚥下訓練の選択」や「実施」は専門的な知識や技術を要するため、**摂食嚥下障害看護認定看護師**が**言語聴覚士**が医師と共に行う必要がある。



これに対応できる診療報酬が無く、スクリーニングや二次評価、チーム介入が実施できる施設が少ない

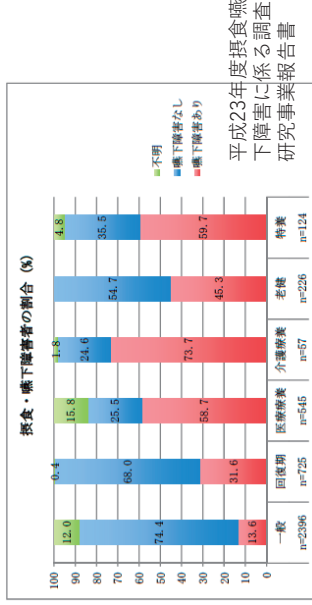
【診療報酬上の取扱い】

栄養・摂食嚥下管理加算として500点

参考) A236褥瘡ハイリスケア加算は500点

【有効性】

入院患者中の嚥下障害率は高い



平成23年度摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書

- 高齢者の入院時に嚥下障害のリスクを抽出することができる。
- スクリーニングと早期の専門的介入により、嚥下機能の低下や窒息、誤嚥性肺炎、脱水などを防ぐことができる。
- 在院日数の短縮、栄養状態の維持、QOLの維持につながる。
- 退院後の介護予防につながる。
- 医師の負担軽減（タスクシフト）になる。

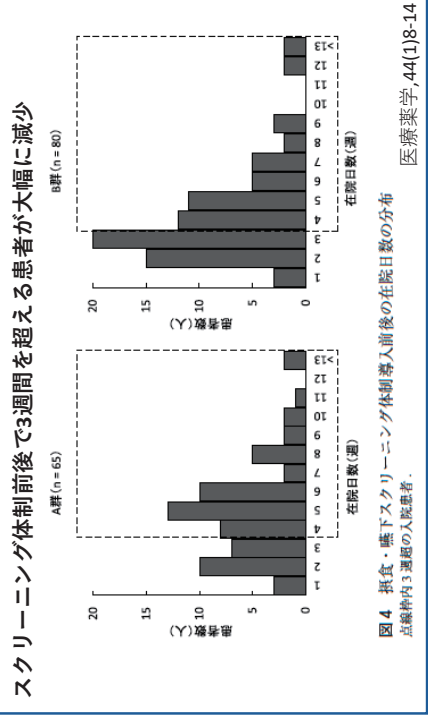
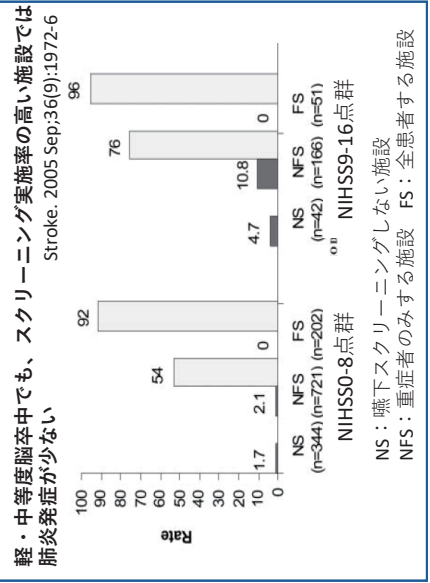


図4 摂食・嚥下スクリーニング体制導入前後の在院日数の分布  
点検科内3週間の入院患者。 医療薬学,44(1)8-14



【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		A288201	
提案される医療技術名		嚥下調整食加算	
申請団体名		日本摂食嚥下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）	36リハビリテーション科	
	関連する診療科（2つまで）	27耳鼻咽喉科	
		12神経内科	
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	嚥下調整食加算	
	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		特別食加算を算定できる食種の指定は、○入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について（令和2年3月5日）（保医発0305第14号）で行われている。	
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）		嚥下調整食（嚥下障害患者に障害の程度や状態に対応して食物の形態を調整した食事）を特別食加算の対象となる食事に追加する。 嚥下調整食の対象は、嚥下障害のある患者で摂食機能療法の対象者とする。嚥下障害患者は、嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査等で誤嚥や明らかな咽頭残留を認める患者、経過・状態・嚥下機能検査結果などから、通常の食事やとろみのない水分で明らかに誤嚥が疑われる患者とする。	
再評価が必要な理由		嚥下障害の程度や状態に対応して特別に食物・水分の内容・形態・性状を調整した嚥下調整食を提供し、また、これについて指導することは、 1) 口から食べることの再開や促進を可能とし身体機能と栄養状態の改善を図るという重要な治療的意味を持ち、 2) これにより人工的栄養補給（胃瘻および経鼻経管栄養）の中止や回避を可能とする効果も有し、 3) 誤嚥性肺炎および誤嚥による呼吸障害の発症を減少させるという予防的意味も大きい。 一方、嚥下調整食の作製にかかる費用は人的費用だけで1食につき223円（ムース状）、177円（ペースト状）、91円（咀嚼対応食）と算定されている1）。	

【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）	嚥下障害の病態認識の深まりやリハビリテーションの進歩によって、摂食訓練や摂食時の姿勢調整などとともに、食事・水分の、内容・形態・性状（texture）を適切なものに調整すること（diet modification, food texture modification）が、誤嚥とそれによる肺炎や呼吸障害を防止しながら、口からの食事・水分の摂取を促進・継続できるようにするために有用であることは、経験的に確認され、それを裏付ける多くの調査研究も報告され、共通認識されてきている。ESPENより2018年に公表されたガイドラインでは、脳卒中、咽頭期障害、神経疾患の患者に対して、誤嚥性肺炎低下等の観点から、嚥下調整食の提供を推奨している2）、国内では、嚥下チームの作成により肺炎発症率が60%低下したと報告している。このなかでは適切な嚥下調整食の提供は、肺炎予防の一因と記載されている3）、咀嚼・嚥下機能に合わない食事の提供で院内で窒息した事例報告もある4）。
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	管理栄養士による栄養指導料の算定できる対象患者として、「嚥下調整食を必要と医師が認めた症例」（平成28年より）が含まれているが、特別食加算として算定できる食事の中に嚥下調整食は含まれていない。また、介護報酬においては、適切な形態の食事を用意することも含めた経口維持加算等が設定されている。
診療報酬区分（再掲）	その他
診療報酬番号（再掲）	特別食加算を算定できる食種の指定は、○入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について（令和2年3月5日）（保医発0305第14号）で行われている。
医療技術名	嚥下調整食加算

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	アメリカ、英国、オーストラリアでは、嚥下調整食の段階別基準化が行われていることから、その有効性・必要性が世界的に認識されてきている。本邦では、「嚥下調整食学会分類2013」が成人の中途障害、「発達期摂食嚥下障害児（者）」のための嚥下調整食分類2018も整備された。ESPENガイドラインでは、脳卒中、咽頭期障害、神経疾患の患者に対して、誤嚥性肺炎低下等の観点から、嚥下調整食の提供を推奨している2)。嚥下チームにより院内の肺炎発症率を60%低下し、その一因は適切な嚥下調整食の提供である3)。
	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。） 「嚥下調整食分類2013」「発達期摂食嚥下障害児（者）」のための嚥下調整食分類2018（日本摂食嚥下リハビリテーション学会）：嚥下調整食の段階別分類を明記している。欧州のガイドライン（ESPEN）2)では、誤嚥性肺炎低下等の観点から、嚥下調整食の提供を推奨している
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		平成24年の調査では、一般病床入院症例のうち、嚥下障害のために、従来の軟菜ではなく形態の加工やゼリー・ペースト化を要していた症例は13%であった1)。一般病床の病床数を89万床と考えると約115,700名（年間入院症例として）に嚥下調整食が必要となる。加算の対象は、糖尿病や腎臓病などの特別食加算算定患者を対象患者から除き、摂食機能療法の算定できる患者（嚥下チームがあり、摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者が対象）とするため、平成30年の摂食機能療法実施回数704,356回（社会医療診療行為別統計）を基に、対象人数を算定すると1930人/日と推定される。
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	0人
	後の症例数（人）	1,930人
年間実施回数 の変化等	前の回数（回）	0回
	後の回数（回）	2,113,350回（1930人×365日×3食）
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）		摂食嚥下障害の重症度に応じて段階的な食事の形態性状の調整の方法は、粘度調整剤の開発など食料面の発展とも相まって、そのノウハウが蓄積され、確立されてきている。2016年より、摂食嚥下機能の低下した患者への栄養指導が認められ、その条件として、「日本摂食嚥下リハビリ学会の嚥下調整食学会分類」に沿った食事での指導が必要とされた。そのため病院では、この嚥下食分類は広く知られている。また、「発達障害児（者）」のための嚥下調整食分類2018も整備されている。さらに、摂食嚥下専門栄養士が創設され、管理栄養士国家試験のガイドラインでは、摂食嚥下障害の栄養ケアが明記されており、大学での講義や実習で嚥下調整食は学習しており、摂食嚥下障害患者への栄養ケアを行う準備は整っている。
・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)	特別食加算の算定については、摂食機能療法を算定している施設にて、その対象者とする。摂食機能療法は医師が嚥下障害を診断し指示する訓練である。摂食機能療法を算定している施設では、専門性の高い様々な職種が嚥下調整食に対しての情報交換がおこなわれていることも嚥下調整食の質の担保につながる。また、この特別食加算の算定は、嚥下調整食の調理または調理の管理に3年以上関与した管理栄養士が嚥下調整食の管理をする事と定めることで質の担保を行う。
	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)	摂食機能療法を算定している施設を対象とする。 嚥下調整食の調理または調理の管理に3年以上関与した管理栄養士が嚥下調整食の管理をする事とする。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	個々の患者への詳細な摂食嚥下機能の評価を基に検討され、「嚥下調整食学会分類2013」ないし「発達期摂食嚥下障害児者のための嚥下調整食分類2018」に基づいた嚥下調整食が提供されること。摂食機能療法を実施できる施設であること。また、他の特別食加算を算定している場合には、重複算定は不可とする。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		肺炎・窒息・低栄養リスクが低減することが見込まれる。欧州のガイドライン（ESPEN）では、誤嚥性肺炎低下等の観点から、嚥下調整食の提供を推奨している2)。咀嚼・嚥下機能に合わない食事の提供で窒息した事例報告もあり4)。窒息予防からも、患者の機能に合った食形態を提供する必要がある。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		すでに診療報酬の、栄養食事指導算定可能な患者に嚥下障害者が認められている。その際には、段階的な嚥下調整食を用いた指導が必要である。また、主に在宅で使用する市販品は、えん下困難者用食品の表示基準（消費者庁）やスマイルケア食（農水省）が整備されている。重症者・全身状態の安定しない症例が滞在し、誤嚥性肺炎患者の治療をする場である一般病床において、嚥下調整食が認められていないことは社会的に妥当性を欠く。
⑧点数等見直し の場合	見直し前	なし
	見直し後	76円/食
	その根拠	他の特別食加算と同等
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 予想影響額（円）	不変（0） 0円
	その根拠	医療費の増加は76円×2,113,095回（3食×365日×1930名）＝160,614,600円と見込まれる。医療費削減として、入院後2日以内に経口摂取開始できると20349円/人削減できるとの報告があり、(5)。このためには適切な嚥下調整食の提供が必要である。この報告ではチーム医療の効果としているが、そのうち2割が適切な嚥下調整食の効果とすると、40698円×1930人＝78,547,140円の削減となる。いっぽう、誤嚥性肺炎の発症抑制効果としては、嚥下調整食を含むチーム医療により脳卒中中の誤嚥性肺炎発症率15.9%が6.9%に削減との報告がある(3)。誤嚥性肺炎による入院日数の増加の抑制、さらに、窒息の予防効果などを勘案すると、加算での医療費増加は相殺されるか医療費の削減になると推定される。
	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		共同提案学会：日本小児神経学会・日本老年医学学会・日本リハビリテーション医学会・日本病態栄養学会・日本耳鼻咽喉科学会、日本心臓リハビリテーション学会 関連団体：日本栄養士協会

⑩参考文献 1	1) 名称	嚥下調整食の作製にかかる費用の調査
	2) 著者	栢下淳, 大越ひろ, 前田広士, 高橋浩二, 藤島一郎, 藤谷順子
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌 2011 15 (2) 209-213.
	4) 概要	嚥下調整食作成に要する人的コスト (223-91円/食), 嚥下調整食の院内での提供食数 (患者の13%)等の調査結果をまとめた内容である。
⑩参考文献 2	1) 名称	ESPEN guideline clinical nutrition in neurology
	2) 著者	Rosa Burgos 他15名
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Clinical Nutrition 37(1), February 2018, 354-396
	4) 概要	脳卒中, 咽頭期嚥下障害全般, ALSなどから起こる嚥下障害患者には, 誤嚥性肺炎予防の観点から嚥下調整食の提供を奨励
⑩参考文献 3	1) 名称	The Multidisciplinary Swallowing Team Approach Decreases Pneumonia Onset in Acute Stroke Patients
	2) 著者	Shiro Aoki 他16名
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	PLOS ONE 2016年5月 DOI:10.1371/journal.pone.0154608
	4) 概要	脳卒中入院患者を対象に, 多職種からなる嚥下チームを作成し対応した場合, 院内での肺炎発症率を60%低下させた。その要因の1つとして, 機能に応じた適切な嚥下調整食の提供と記載されている。
⑩参考文献 4	1) 名称	医療安全情報
	2) 著者	公益財団法人 日本医療機能評価機構
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	170 2021年1月
	4) 概要	患者の咀嚼・嚥下機能に合わせて全粥食・軟菜食などを選択したが, 食事のオーダーシステムの食種の取り決めでパンが提供され, 患者が窒息した事例が5件報告 (集計期間: 2016年1月1日~2020年11月30日)
⑩参考文献 5	1) 名称	誤嚥性肺炎患者に対するチーム医療による早期経口摂取が在院日数と退院時経口摂取に及ぼす影響
	2) 著者	小山 珠美, 若林 秀隆, 前田 圭介, 篠原 健太, 平山 康一, 社本 博, 百崎 良
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌 2020年 24巻(1) 14-25 DOI <a href="https://doi.org/10.32136/jsdr.24.1_14">https://doi.org/10.32136/jsdr.24.1_14</a>
	4) 概要	急性期医療でのチーム医療による早期経口摂取開始は, 在院日数を短縮し, 退院時経口摂取率を高めることが示された。DPC入院料をチーム医療有無の2群で比較すると, チーム医療無群では平均が68,734点(687,340円), チーム医療有群では48,385点(483,850円)で, チーム医療有群のほうが一人当たり20,349点(203,490円)安く, その医療費削減費用としては, 20349点/人と推計された。

提案番号(6桁)	申請技術名
A288201	嚥下調整食加算
	申請学会名
	日本摂食嚥下リハビリテーション学会

【技術の概要】

**嚥下調整食**(嚥下障害患者のために障害の程度や状態に対応して食物の形態を調整した食事)を**特別食加算の対象**となる特別食に追加する。なお、嚥下調整食は、日本嚥下調整食学会分類等に相当する多段階のものとする。

【対象疾患】対象は、摂食機能療法算定中の患者とする。  
摂食機能療法実施回数 (H30) 704,356回/年

【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】

1. 腎臓食、肝臓食、糖尿食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食及び治療乳  
：特別食加算の算定が可能で、栄養食事指導料の算定も可能

2. 嚥下調整食

- ：栄養食事指導料の算定は可能だが、特別食加算は算定できない。
- ・日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013が普及して多くの良心的な施設では多段階の嚥下調整食を用意している。
- ・食品の加工(ミキシングやペースト化、再固型)に、手間やコスト\*がかかる

3. 嚥下障害症例への栄養食事指導料

- ・栄養食事指導料(外来・入院とも初回 260点 2回目以降 200点)
  - ・在宅患者訪問栄養食事指導料(同一建物内患者数により440-530点)
- 上記の対象は、「医師が嚥下調整食(日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく)に相当する食事を要すると判断した患者」となっている。

\* 嚥下調整食の作成に係るコスト(常食からの展開手間コスト)

コード1j	主食109円+副食114円/食
コード2	主食77円+副食100円/食
コード3・4	主食38円+副食53円/食

相下ら、嚥下調整食の作製にかかる費用の調査。  
日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌 15 (2) 209-213、2011

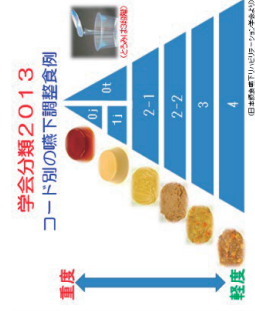
【有効性】

- ①**早期経口摂取による在院日数削減・医療コスト削減**  
段階的嚥下調整食を用意したチーム医療の報告では、患者1名あたり203,490円の医療費削減効果が報告された。(小山ら、日摂食嚥下リハ会誌24 (1) 13-25、2020)
- ②**誤嚥性肺炎の減少**  
適切な嚥下食を用い嚥下チームの対応で肺炎60%抑制 (Aoki S. PLOS ONE 2016年5月 DOI10.1371/journal.pone.0154608)  
そのうち、嚥下調整食の効果を1割と考えると、嚥下調整食を用意することにより誤嚥性肺炎が年間約1,000人減少
- ③**窒息の予防効果**  
公益財団法人日本医療機能評価機構の医療安全情報170 (2021年1月)では、患者の嚥下機能に不適切な食事の提供による窒息事例が5件報告されている

【診療報酬上の取り扱い】

他の特別食加算と同様に76円/食を要望  
他の特別食(腎臓食)などと両方の場合には重複算定は不可とする。

医療費増加が76円×2,113,356回(1,930人×365日×3食) = 160,614,600円見込まれるが、他の特別食を算定している症例も多いことから、実際には増加分は少ないと考えられ、有効性①~③を勘案すると、加算での医療費増加分は相殺または医療費の削減になり得る



【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		A288202	
提案される医療技術名		オンライン診療に嚥下障害リハビリテーションを追加	
申請団体名		日本摂食嚥下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）	36リハビリテーション科	
	関連する診療科（2つまで）	27耳鼻咽喉科	
		22小児科	
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	オンライン診療料に嚥下障害診療を追加	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第1部 第2節 再診料	
診療報酬番号		A003 オンライン診療料（月1回）	
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）		A003オンライン診療料 月1回 70点 の算定可能な患者として、「C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者のうち摂食嚥下障害を有する患者」を追加する。在宅患者の摂食嚥下障害症例に対し、オンライン診療で摂食嚥下の評価指導（訓練・姿勢・食形態・介助方法等）を行う。	
再評価が必要な理由		在宅嚥下障害患者は専門家のいる医療機関へ行くことで、緊張や疲労により誤った評価を受ける可能性がある。また、医療機関への受診は通常患者本人と家族で行うため、在宅関係者への情報伝達が不十分なことがある。そのため、在宅で嚥下評価・指導を行うと、自宅での通常の摂食状況を評価でき、また医療機関の専門家や患者の診療のみならず、専門家や自宅で同席したかかりつけのスタッフへの指導も可能である。有料老人ホームなどの居住施設の場合にはスタッフが食事介助に関与している。対面診療のための通院であれば、これらのスタッフは時間の関係から同行・参加する事が困難だが、オンライン診療であれば、在宅関連スタッフも医師の指導を直接聞くことができ、質疑も可能なので、その後の患者の療養・介護に寄与するところが大きい。また、嚥下障害のある患者ではADLが低い事が多く、オンライン診療を対面診療と組み合わせることは、患者家族の通院負担に大いに貢献する。	

【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）		オンライン診療料を算定可能な患者として、「C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者のうち、摂食嚥下障害を有する患者」を追加する。	
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		現在の診療報酬上では、オンライン診療料が算定可能な患者は、区分番号「B000」特定疾患療養管理料、「B001」の「5」小児科療養指導料、「B001」の「6」てんかん指導料、「B001」の「7」難病外来指導管理料、「B001」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B00-1-2-10」認知症地域包括診療料、「B001-3」生活習慣病管理料、「C002」在宅時医学総合管理料又は「I016」精神科在宅患者支援管理料（以下「オンライン診療料対象管理料等」という。）の算定対象となる患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者となっており、嚥下障害患者は含まれない。	
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）		A003 オンライン診療料（月1回）	
医療技術名		オンライン診療料に嚥下障害診療を追加	
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	オンライン診療による小児患者への摂食嚥下リハビリテーションにより、食形態の向上が見られ、また介助者からは「患者の抵抗が少なく、通院の必要がないため介護負担が軽減し、就学に対する影響が少ない」という満足の高さに関する報告がある（参考文献1）。また、2018年の三菱財団の研究・事業報告書によると神経難病患者に対してオンラインを用いた嚥下評価・指導を行うことで、食事の介助量の減少、体重増加の効果が得られたとの報告がある（参考文献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。）	予定なし



④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		令和元年社会医療診療行為別統計によると訪問リハビリテーション指導管理料は約4.8万件/年である。訪問リハビリテーションが実施されているのはPT:OT-ST=24:7:1(社保審 介護給付費分科会資料 H29年)であるため、嚥下障害患者は約1500人/年と推定される。また、嚥下内視鏡や嚥下造影などの嚥下評価の実績がある病院の割合は80%以下と推定される(参考文献3)。
年間対象者数の変化	前の症例数(人)	0人
	後の症例数(人)	1,200人
年間実施回数の変化等	前の回数(回)	0回
	後の回数(回)	4,800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)		嚥下障害指導は往診でも外来診療でも行われて技術は確立している。オンライン診療自体については、オンライン診療の指針があり、見直しも行われつつある。
・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)	耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・歯科等で、摂食機能療法、嚥下内視鏡・嚥下造影等の嚥下評価の実績があり、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定し、かつ、オンライン診療の指針に従っている施設
	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)	嚥下障害診療の経験を有する、医師(歯科医師)・言語聴覚士・看護師等が多職種連携診療を行っていること。
	その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	オンライン診療の指針に従う。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特に問題なし。海外では2010年頃よりtelerehabilitationとして嚥下障害への評価や介入が行われ、その安全性は保証されている(参考資料4)。
⑦倫理性・社会的妥当性(問題点があれば必ず記載)		特に問題なし。地域によっては患者家族の通院負担を軽減するばかりではなく、実効性のある、かつ在宅を支援する多職種との連携も行われる、より質の高い診療になりうる。
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	なし
	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)	3,360,000円
	その根拠	70点×4800回
	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		2020年4月の厚生労働科学研究費補助金の総括研究報告書によると、日本老年歯科医学会会員へのwebアンケート調査結果では、オンライン診療への関心があると92%が回答しており、71%がミールラウンドへの参加を、69%が摂食嚥下障害の評価に活用できると考えている(参考文献5)。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		共同提案学会：日本小児神経学会、日本老年歯科医学会、日本リハビリテーション医学会、日本耳鼻咽喉科学会 オンライン診療研究会
⑭参考文献1	1) 名称	オンライン診療による小児患者への摂食嚥下リハビリテーション
	2) 著者	永島圭悟, 田村文誉, 菊谷武ら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本摂食嚥下リハ会誌, 2019年, 23(3), 199-207
	4) 概要	小児摂食嚥下機能障害患者に対しオンラインで摂食嚥下リハを行い、安全に実施でき、住み慣れた環境下にいるため効果が得やすいことを確認した。患者や家族がアクセスしやすく、多職種連携が容易であった。
⑮参考文献2	1) 名称	Information Communication and Technology (ICT)による在宅摂食嚥下リハビリテーションの有用性の検討
	2) 著者	野崎園子
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	三菱財団 研究・事業報告書, 2018,
	4) 概要	神経難病患者を対象としてICTを用いた在宅摂食嚥下リハビリテーションを行い、安全性を確認し、食事の介助量の減少、体重増加などの効果が得られた。
⑯参考文献3	1) 名称	COVID-19感染症によるリハビリテーション診療部門における診療報酬上の影響についてのアンケート調査
	2) 著者	日本リハビリテーション医学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	2020年6月18日, 56-76
	4) 概要	日本リハビリテーション医学会会員のいる施設における嚥下造影・嚥下内視鏡検査を元々行っていない施設の割合は19.22%・31.43%であった。
⑰参考文献4	1) 名称	Validity of Conducting Clinical Dysphagia Assessments for Patients with Normal to Mild Cognitive Impairment via Telerehabilitation
	2) 著者	Elizabeth C. Ward, et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Dysphagia, 2012, Dec, 27(4), 460-72
	4) 概要	オンラインを用いた嚥下評価は対面と比較しても妥当性と信頼性が高い。
⑱参考文献5	1) 名称	地域包括ケアシステムにおける効果的な訪問歯科診療の提供体制等の確立のための研究
	2) 著者	戸原玄
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	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 令和元年度総括研究報告書, 494-512
	4) 概要	オンライン診療への関心があると92%が回答しており、71%がミールラウンドへの参加を、69%が摂食嚥下障害の評価に活用できると考えている。



提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A288202	オンライン診療料算定可能患者に摂食嚥下障害を有する患者を追加	日本摂食嚥下リハ学会

#### 【技術の概要】

A003 オンライン診療料 月1回 70点 の算定可能な患者として、「C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者のうち摂食嚥下障害を有する患者」を追加する。在宅患者の摂食嚥下障害症例に対し、オンライン診療で摂食嚥下の評価指導（訓練・姿勢・食形態・介助方法等）を行う。

#### 【対象疾患】

・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者のうち摂食嚥下障害を有する患者  
令和元年度社会医療診療行為別統計によると訪問リハビリテーションが実施されているのはPT:OT:ST=24:7:1（社保審 介護給付費分科会資料 H29年）であるため、嚥下障害患者は約1500人/年と推定。

#### 【診療報酬上の取扱い】

- ・A003 オンライン診療料 ・月1回 70点  
(他のオンライン診療と比較して、同程度の負担が考えられるため)

### 在宅で訪問リハビリテーションが実施されている、嚥下障害を有する患者は1500人程度

【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】

#### 病院受診

- ・移動介助量が多い
- ・移動に時間とお金がかかる
- ・疲労や異なる環境に対する緊張で嚥下機能が低下



#### 自宅

- ・訪問で十分な評価できる専門家は多くない



### オンライン診療の併用で通院負担は軽減&診療の質は向上

- ①移動による体力的・時間的・金銭的負担が少ない(34.9%, 75.5%, 33.0%が期待)
- ②リラックスした在宅の環境での遠隔診療が可能(61.3%が期待)
- ③在宅に関わる多職種が診療に参加できる



【有効性】

#### オンライン診療による改善の報告

- ・食事 全介助→自力摂取
- ・窒息・痰がらみあり  
→窒息なし・肺炎なし

【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		A288203	
提案される医療技術名		回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に摂食嚥下ケア体制を	
申請団体名		日本摂食嚥下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）	36リハビリテーション科	
	関連する診療科（2つまで）	12神経内科 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		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	回復期リハ入院料に摂食嚥下障害対策を	
	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		A308-1 回復期リハビリテーション病棟入院料1	
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）		現行の「回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準」に、「多段階の嚥下調整食が用意されていること、および、必要な症例に嚥下造影または嚥下内視鏡検査が実施できること」を追加する。なお、嚥下造影または嚥下内視鏡検査の実施については、非常勤医師による、週に1回程度の実施体制でも可とし、自施設で実施できない場合でも、他の保険医療機関と連携して必要時実施できる体制がある場合には可とする。（191文字）	
再評価が必要な理由		超高齢化社会を迎える本邦では誤嚥性肺炎予防及び摂食嚥下障害対策が公衆衛生および医療費削減の面で急務である。回復期リハビリテーション病棟に対象となる疾患は脳卒中、あるいは大腿骨頭頸部骨折などの下肢骨折患者が中心となるが、高率に摂食嚥下障害を起す脳卒中のみならず、大腿骨頭頸部骨折でも摂食嚥下障害を認めることが多い。対象疾患・患者年齢層からすると回復期リハビリテーション病棟における摂食嚥下障害の頻度は今後増加する可能性が高く、摂食嚥下障害ケアの充実が望まれる。すでに、当該病棟における専従の常勤の言語聴覚士の配置、専任の常勤の管理栄養士の配置は規定されている。が、摂食嚥下障害の治療においては、嚥下造影ないし嚥下内視鏡検査の実施及び、段階的嚥下調整食の準備も不可欠である。回復期リハビリテーション病棟では嚥下造影・嚥下内視鏡の診療報酬の算定ができず、および、段階的嚥下調整食も現在診療報酬に収載されていない。しかしながら、質の高い回復期リハビリテーション病棟では両項目とも実施している。この度、回復期リハビリテーション病棟Iの施設基準にその項目を加えることで、質の高い医療を提供する施設を評価し、かつ、回復期リハビリテーション病棟の質の向上を図ることが望ましい。	

【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）		「多段階の嚥下調整食が用意されていること、および、必要な症例に嚥下造影または嚥下内視鏡検査が実施できること」という体制を構築し、摂食嚥下障害に対し専門的に取り組んでいる施設を評価する。	
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		現在の回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準において、摂食嚥下に関連する項目としては、当該病棟における専従の常勤の言語聴覚士の配置、専任の常勤の管理栄養士の配置が規定されている。しかしながら一般病床と異なり、回復期リハビリテーション病棟では嚥下造影・嚥下内視鏡の診療報酬の算定ができない。段階的嚥下調整食も現在診療報酬に収載されていない。	
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）		A308-1 回復期リハビリテーション病棟入院料1	
医療技術名		回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に摂食嚥下ケア体制を	
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	嚥下造影または嚥下内視鏡検査の実施により、経口摂取の開始（参考文献4・5）、食形態の選定（参考文献2・3・4）、訓練内容の決定（参考文献4）、肺炎の減少（参考文献1）に寄与する。	
	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。）	脳卒中ガイドラインでは、スクリーニングで嚥下障害の疑われる症例においては、嚥下造影や内視鏡的嚥下機能評価などの詳細な評価を行ったうえで、摂食プログラムを立て、誤嚥に伴う肺炎などのリスクを減少させることが勧められている。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		すでに、リハビリテーションを真剣に考える回復期リハビリテーション病棟では、嚥下造影または内視鏡の実施、嚥下調整の用意が行われているから(参考文献1-5)。現在の回復期リハビリテーション病棟1の対象者は、2021年2月の回復期リハビリテーション病棟協会報告書の数を2倍して求めた(調査期間は6ヶ月であるため)。なお、回復期リハビリテーション病棟においては、2021年2月「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」によると、患者の原因疾患のうち脳血管系は45.1%、整形外科系46.8%、廃用症候群6.5%であるが、年齢層は極めて高く65歳から75歳が19.7%、75歳から85歳が34%、85歳以上が39.30.9%、すなわち後期高齢者が65.4%、高齢者が85.1%であり、入院時に経腸栄養である患者は6.2%であるほかにも、嚥下障害を効率的に有していることが推測される。(2020年の報告書では、85歳以上は21.5%、後期高齢者は57.8%であり、高齢化している)
年間対象者数の変化	前の症例数(人) 後の症例数(人)	約40,000人が回復期リハビリテーション料Iを算定していると推計できる。 約40,000人
年間実施回数の変化等	前の回数(回) 後の回数(回)	約40,000人×365日として14,600,000件 約40,000人×365日として14,600,000件
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)		嚥下造影検査は現在の診療報酬制度において、摂食機能療法の対象疾患となる嚥下機能の低下を確認する手段の一つとされているほか、摂食嚥下支援加算を算定する際に月1回の施行を義務付けられるなど摂食嚥下医療には必要不可欠である。いっぽう、胃瘻造設前嚥下機能評価加算の制定以来、日本摂食嚥下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他で、所定の条件を満たす数多くの実技研修会が行われており、技術の取得への道も開かれている。
・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) 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)	現行の「回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準」に、「多段階の嚥下調整が用意されていること、および、必要な症例に嚥下造影または嚥下内視鏡検査が実施できること」を追加する。なお、嚥下造影または嚥下内視鏡検査の実施については、非常勤医師による、週に1回程度の実施体制でも可とし、自施設で実施できない場合でも、他の保険医療機関と連携して必要時実施できる体制がある場合には可とする。 嚥下造影ないしは嚥下内視鏡については、(胃瘻増設前嚥下機能評価同様)所定の研修を受けた医師が実施することとする。 嚥下調整食については、日本摂食嚥下リハ学会嚥下調整食学会分類2013等を参考にしたものとする。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		嚥下造影や嚥下内視鏡を実施することは誤嚥リスクの評価につながり、入院症例のリスク管理につながる。検査自体は既に確立した安全な検査である。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		脳卒中等のリハビリテーションを専門的に実施する、回復期リハビリテーション病棟の最高位の「1」で、摂食嚥下障害リハビリテーションの検査が出来ることは倫理的であり社会的にも妥当である。必要な症例に嚥下内視鏡や嚥下造影検査をする体制がないままに行う摂食嚥下リハビリテーションでは専門的なリハビリテーションとは言えない。
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 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) 0円 現在の回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準を算定している施設のうち多くは条件を満たしていると考えられる。一部が、嚥下造影ないし内視鏡体制を構築するのにしばらく時間がかかる可能性はあるが、いずれ整備すると思われる。 —
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
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		共同提案学会：日本リハビリテーション医学会、日本耳鼻咽喉科学会。 いっぽう、本診療報酬にもっとも関連の深い団体は、回復期リハビリテーション病院協会である。回復期リハビリテーション病院協会は、かねてより、1の要件に病院機能評価の適否を提案している。病院機能評価でも、「嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査などを行い、言語聴覚士や管理栄養士、看護師らと共同して食形態や水分粘度などの指示を行う。」旨明記されており、摂食嚥下障害に対する検査や対応を評価すべきである点については共通している。
⑭参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	回復期リハビリテーション病棟における積極的摂食嚥下リハビリテーションの院内肺炎予防効果 山本ひとみ 牧上久仁子 福村直毅 牛山雅夫 日老医誌2019; 56: 516—524 嚥下内視鏡対象者を増やすと肺炎発症率が低下することを示した論文。回復期リハビリテーション病棟において、全入院患者に、入院当日に嚥下内視鏡検査を実施し、その場でリハビリテーション科医師が食形態、摂食姿勢、提供カロリーを指示するようにすることを中心とする新手法を採用して、旧手法との時期の肺炎発症率と比較した。嚥下内視鏡検査の件数は旧手法では17%、新手法群では100%となった。新手法群は旧手法群より嚥下障害の患者の割合が多かった(新手法群59.1%、旧手法群33.0%)にもかかわらず、肺炎発症率は新手法群5人(1.7%)、対照群13人(2.8%)と新手法群の肺炎発症率が低かった。
⑮参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	急性期病院退院時の食形態・体位と回復期リハビリテーション病院の初回嚥下造影検査の結果得られた望ましい食形態・体位との違い 桂賢一、徳永誠、時里香、古賀聖代美、渡邊進、木原薫、中西亮二、山永裕明 Journal of Clinical Rehabilitation. 24巻8号 Page835-840(2015.08) 回復期リハビリテーション病棟入院以内7日目に医学的判断で嚥下内視鏡を実施した369名で、急性期病院退院時の食形態からステップアップできたものが主食で46.3%、副食で36.6%である一方で、不適切だったのは主食で3.8%、副食で7.0%であった。急性期病院では低めの食形態を設定することが多いことがわかった。

⑬参考文献 3	1) 名称	都市部二次医療圏における脳卒中患者の嚥下評価と栄養管理の実態
	2) 著者	富井康弘、上原敏志、上ノ町かおり、谷岡真衣、大島明子、長束一行、峰松一夫
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日摂食嚥下リハ会誌 14 (3) : 258-264, 2010
	4) 概要	京都を中心とした都市部二次医療圏の脳卒中診療を担う地域リハビリ推進事業に参加している急性期病院7施設、回復期リハ病棟6施設の調査では、嚥下障害の評価には嚥下造影が急性期で86%、回復期で83%、嚥下内視鏡が急性期で38%、回復期で33%使用されていた。食形態の決定には、嚥下造影が急性期で43%、回復期で50%、嚥下内視鏡が急性期で29%、回復期で0%使用されていた。全施設が、嚥下調整食(2-7段階)を有しており急性期の方が種類が少なかった。すなわち、回復期リハビリテーション病院でもある程度、嚥下造影や嚥下内視鏡は普及・実施されているし、嚥下評価や食形態の決定に必要な症例が一定数存在する。
⑭参考文献 4	1) 名称	回復期リハビリテーション病院への往診による嚥下内視鏡検査の有用性
	2) 著者	山野 貴史、山口 真広、鍋木あゆみ、杉野真理子、内藤徹、横山葉子、井林 雪郎
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	嚥下医学 6 : 212-216, 2017
	4) 概要	170床、22名のSTがいる回復期リハビリテーション病棟において、非常勤の耳鼻咽喉科医が、月に1回、嚥下内視鏡検査を実施したところ、対象者61名中、18例に経鼻経管栄養から経口摂取の開始の可否を、18例に食形態アップの指示を、16名に判明した病態に応じたリハビリテーションメニューの追加を指示した。回復期リハビリテーション病棟において、非常勤医師を活用して嚥下内視鏡検査を実施することは経口摂取機能の回復に有用である。
⑮参考文献 5	1) 名称	摂食状況の変化とベッドサイドにおける嚥下機能評価の推移
	2) 著者	北山藍、宮崎泰広、大沢愛子、前島伸一郎、安居奈美、武田有希、木川浩志
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	埼玉県包括的リハビリテーション研究会雑誌11巻1号 Page8-10(2011.11)
	4) 概要	回復期リハビリテーション病棟に入院し、経口摂取が可能となった22名のベッドサイドにおける嚥下機能評価(BSA)を検討した。経口摂取開始は嚥下造影検査で判断した。BSAが異常であっても経口摂取可能となることがあり、嚥下造影検査で詳細に検討する必要がある。

提案番号(6桁)	申請技術名
A288203	回復期リハビリテーション病棟に摂食嚥下ケア体制を
	申請学会名
	日本摂食嚥下リハビリ学会

### 【医療技術の概要】

「多段階の嚥下調整食の用意、および、必要な症例への嚥下造影または嚥下内視鏡検査の実施」という体制を構築し、摂食嚥下障害に対し専門的に取り組んでいる回復期リハビリテーション病棟を評価する。

### 【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】

すでに、当該病棟における専従の常勤の言語聴覚士の配置、専任の常勤の管理栄養士の配置は規定されている。摂食機能療法も算定されている。

しかし、摂食嚥下障害の治療においては、ベッドサイドや食事観察だけの嚥下機能の評価ではなく、嚥下造影ないし嚥下内視鏡検査の実施は不可欠である。

また、段階的嚥下調整食の準備も回復と家族指導に不可欠である。

現在、回復期リハビリテーション病棟では嚥下造影・嚥下内視鏡の診療報酬の算定ができず、および、段階的嚥下調整食も現在診療報酬に記載されていない。

しかしながら、すでに、質の高い回復期リハビリテーション病棟では両項目とも実施して効果を上げているため、今回の診療報酬によってそれらの施設を評価する。

### 【対象疾患名】

脳血管障害等による嚥下障害に加え、主疾患はたとえ整形外科疾患でも、嚥下障害を有する症例は超高齢社会において増加している。

### 【有効性】

診察に加え、嚥下内視鏡または嚥下造影を実施することはガイドラインで推奨されている。

### 【診療報酬上の取扱い】

現行の「回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準」に、下記の項目を追加する。

施設基準に含むため、診療報酬の増点ではない。

1. 多段階の嚥下調整食が用意されていること、および、必要な症例に嚥下造影または嚥下内視鏡検査が実施できること
2. なお、嚥下造影または嚥下内視鏡検査の実施については、非常勤医師による、週に1回程度の実施体制でも可とし、自施設で実施できない場合でも、他の保険医療機関と連携して必要時実施できる体制がある場合には可とする。



【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		A289201	
提案される医療技術名		A206 在宅患者緊急入院診療加算 1	
申請団体名		日本先天代謝異常学会	
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	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2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号		A206 在宅患者緊急入院診療加算 1 注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）		在宅療養後方支援病院が、在宅医療を継続中の患者の病状の変化に対応して、在宅療養支援診療所（病院）からの求めに応じて入院させた場合、在宅患者緊急入院診療加算 1 を算定することができる。その際、在宅療養後方支援病院が算定できるのは別表 1.3 に示された疾患の患者のみである。一方で、在宅療養支援診療所（病院）が医療を提供できるのは別表 8 の 2 の状態の患者である。	
再評価が必要な理由		小児在宅医療の普及のためには、「急変時等の受け入れ施設」の存在が患者側からも在宅療養支援診療所からも望まれている。小児在宅医療の開始や継続の際には、地域で在宅主治医となる診療所だけでなく、入院先となる在宅療養後方支援病院が重要であることも指摘されている。このように在宅療養後方支援病院の重要性は増しているが、別表 1.3 に示された在宅療養後方支援病院が関わることのできる病態と、別表 8 の 2 に示された在宅療養支援診療所が関わることのできる病態とが異なり、医療的ケア児に必要な医療を提供しにくい状況である。両者が同じ基準で参入できるようにすべきである。さらに、在宅患者緊急入院診療加算 1 を算定できる在宅療養後方支援病院は400床以上の病院である一方で、C012在宅患者共同診療料を算定できる在宅療養後方支援病院は400床以下の病院であることも制度上の大きな矛盾点である。	

## 【評価項目】

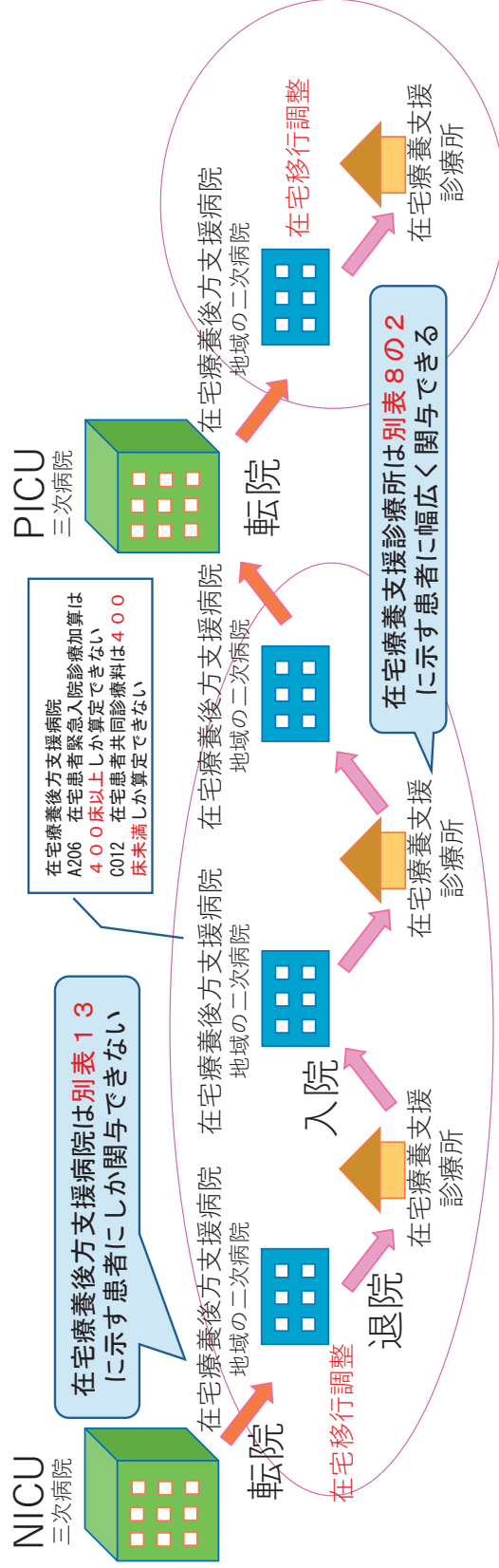
①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	『別表 1.3 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等』に『別表 8 の 2 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者』の「2 次に掲げる状態の患者」を加える。また、病床数の縛りを撤廃する。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・技術内容 ・点数や算定の留意事項	事実上、小児在宅医療患者では在宅人工呼吸を行う患者のみが在宅患者緊急入院診療加算 1 の算定対象となる。在宅医療を行う小児患者の入院治療は、多くの小児入院施設が提供している日常的な医療である。400床以上の在宅療養後方支援病院しか算定できない。		
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）	A206 在宅患者緊急入院診療加算 1 注2		
医療技術名	在宅患者緊急入院診療加算 1		
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	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あり（右欄に詳細を記載する。）	厚生労働省委託事業 在宅医療関連講師人材育成事業（小児を対象とした在宅医療分野）で作成した研修会テキストの「技術 2-1 小児在宅医療における診療報酬」に以下の様に記載している。  「在宅療養後方支援病院が関わることのできる患者さんは別表13に示された患者さんだけです。その一方、在宅療養支援診療所（図では診療所とだけ記載）が関わることのできる患者さんは別表 8 の 2 に示された患者さんです。同じ患者さんを共同で診療する場合には、それぞれの基幹となるべき施設が異なる算定要件で動いていることは、制度上の大きな問題点と考えられます。この部分を整理しないと、次のスライドに示すトランジションへの移行はうまく行かないと思われれます。」



④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	令和元年社会医療診療行為別統計によると、0～19歳におけるC012在宅患者共同診療料およびA206在宅患者緊急入院診療加算1の算定数は皆無に等しい。算定要件の拡大に伴い、徐々に算定数は増えるとは思われるが、超重症児入院診療加算を算定する19歳未満の小児のうち1割程度が緊急入院するものと仮定した。1657人×0.1×12月=1988.7人/年、2500点×1988.7×10円=49,710,000円	
年間対象者数の変化	前の症例数(人)	0人
	後の症例数(人)	1988.7人(上記の通り)
年間実施回数 の変化等	前の回数(回)	0回
	後の回数(回)	1988.7回(上記の通り)
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)	在宅人工呼吸を行う小児だけでなく、胃瘻や気管切開等しなくても入院治療を必要とする医療的ケア児は多い。在宅医療を行う小児患者の入院治療は、多くの小児入院施設が提供している日常的な医療である。	
・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)	小児入院医療管理料1～3を算定する施設であれば、問題なく入院医療を提供できる。また、小児入院医療管理料4～5を算定する施設でも、医療的ケア児の診療に慣れた施設であれば問題なく入院医療を提供できる。
	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)	同上
	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	多くの小児入院施設が提供している日常的な医療であり、特別のリスクはない。	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	多くの小児入院施設が提供している日常的な医療であり、倫理性・社会的妥当性に問題はない。	
⑧点数等見直 しの場合	見直し前	2,500
	見直し後	2,500
	その根拠	対象患者が増えるが、医療内容に変化はなく、点数の変更の必要はない
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	区分をリストから選択
	番号	-
	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	増(+)
	予想影響額(円)	50,000,000
	その根拠	上記④に記載
	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	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	日本小児科学会、日本在宅医学会	
⑭参考文献1	1) 名称	市中病院小児科における小児在宅医療と課題
	2) 著者	大山 昇一、他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本小児科学会雑誌、2017年、121巻9号、1584-1589
	4) 概要	小児在宅医療における、在宅療養後方支援病院の重要性を示した。特に高次医療機関から在宅に至る際の在宅調整、病状変化時の受け皿としての機能が重要である。
⑭参考文献2	1) 名称	高次医療機関から在宅療養後方支援病院を介した在宅移行例
	2) 著者	澁谷聖月、他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本小児科学会雑誌、2019年、123巻7号、1167-1173
	4) 概要	小児の在宅移行の際に、在宅療養後方支援病院がどのように有用であるかを、症例を通して示した。
⑭参考文献3	1) 名称	気管切開をしている在宅医療児の地域中核病院における緊急入院受け入れに関する調査
	2) 著者	森脇浩一、他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本小児科学会雑誌、2019年、123巻10号、1565-1570
	4) 概要	小児在宅医療における、病状悪化時の緊急入院施設の課題を示している。
⑭参考文献4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	-
	4) 概要	-
⑭参考文献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
A289201	在宅患者緊急入院診療加算 1
A289201	申請学会名
	日本先天代謝異常学会

『別表 1 3 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等に『別表第 8 の 2 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者』の「2 次に掲げる状態の患者」を加える。



- 地域の在宅療養後方支援病院は在宅生活を始める際の起点(在宅移行調整)となる。そこで  
の調整と連携の良否が、在宅生活の質に大きく影響する。
- 一方、長期間の在宅生活の中では、レスパイトや合併症の治療のために入院等を繰り返す。
- 在宅小児の急な入院の受皿(在宅療養後方支援病院)を充実させることにより、地域の診療  
所が(専門診療科に関わらず)小児在宅医療に参入しやすくなる。
- 地域の在宅療養後方支援病院と在宅療養支援診療所との連携を強めることが必要である。

➤ 医療的ケア児(児童福祉法第56条の6②)への在宅医療の提供の壁を解消するべき。  
 ➤ 地域の医療資源を有効に使用して小児在宅医療を支援するためには、基幹となるべき在宅療養後  
 方支援病院と在宅療養支援診療所とが連携を強め同じ基準で参入できるようにするべきである。

【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		A290101	
申請技術名		精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすること	
申請団体名		日本総合病院精神医学会	
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）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	01内科	
		13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	精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすること	
	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）		以下の条件を備えた一般病院に併設された精神病棟は、一般病棟入院基本料に合算して評価できるようにする。 ①精神病棟が16対1医師配置を行っていること ②看護師配置も合算して一般病棟入院基本料の配置基準を満たすこと ③精神病棟の病床数が50床以下であること ④精神病棟の平均在院日数が60日以下であること	
文字数：150			
対象疾患名		一般病院における精神病棟に入院する全ての精神疾患	
保険収載が必要な理由（300字以内）		一般病院に併設されている精神病棟であっても、精神病棟入院基本料で算定され、一般病棟入院基本料では算定されない。他の診療科は全て診療科ごとの算定ではなく一般病棟として合算され、看護師数、平均在院日数が算出されている。精神病棟だけが合算から除外される合理的根拠はない。一般病院では精神科であろうと一般科であろうと、患者の診療においては同様の資源（検査、薬局、栄養課、事務等）を共同使用している。よって一定の条件を備えた精神病棟においては、一般病棟入院基本料と合算して評価することが適切であり、一般病院に併設された精神病棟の合理的評価が可能になると思われる。	
文字数：277			

【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		一般病院に存在する精神病床	
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）		一般病院の臨床現場では、精神科は院内の資源（検査、薬局、栄養課、事務等）を一般診療科と共有しながら診療を行っている。以下の条件を備えた一般病院に併設された精神病棟においては、一般病棟と同等の医療を行うことができる体制にあると考えられ、一般病棟入院基本料に合算して評価できるようにするべきである。 ①精神病棟が16対1医師配置を行っていること ②看護師配置も合算して一般病棟入院基本料の配置基準を満たすこと ③精神病棟の病床数が50床以下であること ④精神病棟の平均在院日数が60日以下であること	
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た、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	該当なし
	番号	特になし	
	医療技術名	特になし	
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		病院の平均在院日数は、精神病床を外して計算されている。一般病床が10～20日だったとしても、精神病床は40～60日となる。一般病床と精神病床も含めた病院全体として算出すれば、平均在院日数は短くなる。これを基準とすれば、精神科入院基本料10:1を算定することが可能となり、高度な医療提供を実現できる。	
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	精神科救急・合併症入院料を取得している一精神科有床一般病院の調査（日本総合病院精神医学会：2013）がある。一般病棟の平均在院日数が15.3日、精神病棟が59.6日である、合算しても16.2日であり、7対1一般病棟入院基本料の平均在院日数要件18日以内をクリアできることを示した	
	ガイドライン等での位置づけ	6	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）	一般病院内にある精神病床における全入院患者	
	国内年間実施回数（回）	上記患者の在院日数分	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		一般病院内にある精神病床へ入院する患者全てが対象となる。	

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）	一般病院内に存在する精神病棟の一人一日入院収入は、同病院内に比べて1/3~1/2と少ない。しかしながら一般病棟の精神病棟においては、院内の全ての資源を一般診療科と共有しながら、精神科急性期医療や精神科身体合併症医療を行っている。一般病棟における精神病棟は、一般病棟入院基本料で算定できるようにすべきであるという考え方である。	
・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)	一般病棟入院基本料を算定する一般病院内にある精神病床
	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)	医師も看護師も一般病棟と同じ基準で配置
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	遵守すべきガイドラインは現存しない
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1節 入院基本料
	点数（1点10円）	該当する一般病棟入院基本料
	その根拠	一般病棟入院基本料を算定する一般病院内にある精神病床を、精神病棟入院料でなく一般病棟入院料で算定する。
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	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	増(+) 一般病院内にある精神病床へ入院する患者全ての入院料が2~3倍
	予想影響額(円)	一般病棟入院基本料を算定する一般病院内にある精神病床を、精神病棟入院料でなく一般病棟入院料で算定する。
	その根拠	一般病棟入院基本料を算定する一般病院内にある精神病床を、精神病棟入院料でなく一般病棟入院料で算定する。
	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)	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	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	なし	
⑯参考文献 1	1) 名称	日本総合病院精神医学会「精神病棟入院料を一般病棟入院基本料で試算(2013)」内部資料
	2) 著者	日本総合病院精神医学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	内部資料
	4) 概要	学会所属の精神科有床総合病院において精神病棟と一般病棟における平均一人一日入院収入の比較、一般病棟と精神病棟の平均在院日数を合算する検討を行った。
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
A290101	精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすること	日本総合病院精神医学会

**【提案概要】**

一般病棟の臨床現場では、精神科は院内の資源（検査、薬局、栄養課、事務等）を一般診療科と共有しながら診療を行っている。一定の条件を備えた一般病棟に併設された精神病棟においては、一般病棟と同等の医療を行うことができると考えられ、一般病棟入院基本料に合算して評価できるようにするべきである。

**【対象疾患】**

一般病棟の精神病棟に入院する全ての患者

**【診療報酬上の取り扱い】**  
精神病棟を一般病棟と差別化せず、入院基本料を合算して取り扱う

**【既存の評価法との比較】**  
現在の入院基本料において、精神病棟は一般病棟より低く設定されている。

**【有効性】**  
一般病院における精神医療の評価の適正化

一般病棟入院基本料	
急性期一般入院基本料	
1	1650
2	1619
3	1545
4	1440
5	1429
6	1408
7	1382

精神病棟入院基本料	
7対1	1450 (特定)
10対1	1373 (特定)
13対1	1287 (特定)
15対1	933 (特定)
	830 (特定)



精神病棟を一般病棟入院基本料に合算

【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		A290201	
提案される医療技術名		精神病棟入院基本料10対1の要件（平均在院日数）改定	
申請団体名		日本総合病院精神医学会	
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）	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		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	精神病棟入院基本料10対1の要件（平均在院日数）改定	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第1節 入院基本料	
診療報酬番号		A103	
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		
技術の概要（200字以内）		「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載	
再評価が必要な理由		精神病棟入院基本料10対1の平均在院日数要件を、退院調整部門を設置（看護師または精神保健福祉士が当該病棟専従）する場合、平均在院日数要件を2段階に分け、現在の40日以内に加えて60日以内でも算定可能とする。点数は1123点とする。	

## 【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）	10対1入院基本料の平均在院日数要件を2段階に分け、40日以内は従来通りの点数（1287点）とし、40日をこえて60日以内までの間では退院調整部門を設置（看護師または精神保健福祉士が当該病棟専従）することを必須条件とし、新たな点数（10対1と13対1の間にあるものとして点数を1123点）を算定する。		
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	精神病棟入院基本料のうち、10対1入院基本料の平均在院日数要件は40日以下とされている。		
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）	A103		
医療技術名	精神病棟入院基本料10対1の要件（平均在院日数）改定		
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	地域の中核病院である一般病院精神科は、急性期医療および精神科身体合併症医療を担っている。これらの医療を適正に行うには精神病棟入院基本料10対1が必要である。しかしながら精神疾患の特性を考えると平均在院日数40日は極めて厳しい。平均在院日数を60日とし、10対1を算定できる施設が増加するとしても、人員配置が手厚くなることで早期退院が可能となり、医療費が増すことはないと思われる。日本総合病院精神医学会による基礎調査（参考文献3）では、有床総合病院の平均在院日数は約70日であり、60日以内と設定した。	
	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。） 該当なし	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	2018年日本総合病院精神医学会の調査にて、一般病院における精神科有床施設160のうち10対1が23施設（14.3%）、13対1が70施設（43.8%）であった。平均在院日数を60日以内とすると、13対1のうち半数の35施設（全体の21.8%）が新たに10対1の新基準に移行できると推定された。有床施設が220と推定され、新基準に該当する10対1施設（平均在院日数40日をこえて60日以内）が約22%とし、年間入院患者を200人として概算した。		
年間対象者数の変化	前の症例数（人）	0（人）	
	後の症例数（人）	220（施設）×0.22（22%）×200（一施設年間入院患者）＝9,680（人）	
年間実施回数の変化等	前の回数（回）	該当せず	
	後の回数（回）	該当せず	



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）		精神科棟入院基本料10対1を算定できることにより、医師、看護師、精神保健福祉士などの人的資源を適正に配置することが可能となり、質の高い治療を実現でき、早期退院につなげることができるようになった。
・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10対1を算定している精神科棟
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経歴年数等)	退院調整部門を設置（看護師または精神保健福祉士が当該病棟専従）することを必須とする。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	ガイドライン等は現存していない。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		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)		特に問題なし
⑧点数等見直し の場合	見直し前	1,271点
	見直し後 その根拠	1,271点（平均在院日数40日以内）、1,123点（平均在院日数40～60日以内） 10対1と13対1の間にあるものとして、点数を1123点と設定した。
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	特になし
	技術名	特になし
⑩予想影響額	具体的な内容	特になし
	プラスマイナス 予想影響額（円）	プラス（ただし実際には在院日数の短縮が見込まれ、大きなプラスにはならずマイナスの可能性十分あり） 856,680,000(円)
	その根拠	従来13対1(946点)として算定されていた患者のうち④の試算にて9680人が新設の1123点で算定できることになる。対象患者の平均在院日数は約50日である。 (1123-946)×10(円)×50(日)×9680(人)=856,680,000(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
⑭参考文献1	1) 名称	有床施設全国調査
	2) 著者	早川達郎（日本総合病院精神医学会有床委員長）
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	内部資料
	4) 概要	日本総合病院精神医学会2015年度基礎調査の結果とFAXによる回答を元に全国の有床施設の実態調査を行い、合計217施設からの回答をえて、7対1が12施設、10対1が29施設、13対1が74施設、15対1が65施設に上ることなどを明らかにした。
⑭参考文献2	1) 名称	2017年総合病院精神医学会基礎調査と診療報酬問題委員会独自実態調査を交えた入院基本料の基礎データ
	2) 著者	日本総合病院精神医学会診療報酬問題委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	内部資料
	4) 概要	2017年総合病院精神科基礎調査において回答が得られた有床施設のうち、入院基本料として7対1、10対1、13対1を取得しており精神科棟平均在院日数が判明した133施設中の13対1・91施設を対象として平均在院日数を調査し49%が10対1に移行可能であることを明らかにした。
⑭参考文献3	1) 名称	2018年日本総合病院精神医学会基礎調査（内部資料）
	2) 著者	日本総合病院精神医学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	内部資料
	4) 概要	2018年日本総合病院精神医学会の調査において、一般病院における精神科有床施設160のうち10対1が23施設、13対1が70施設であった。平均在院日数を60日以内とすると、そのうち35施設(50%)は新たに10対1の新基準に移行できる準備ができていと考えられる。
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
A290201	精神病棟入院基本料10対1の要件(平均在院日数) 改定	日本総合病院精神医学会

【提案概要】10対1入院基本料の平均在院日数要件を二段階に分け、40日以内は従来通りの点数とし、40日をこえて60日以内では退院調整部門を設置(看護師または精神保健福祉士が当該病棟専従)することを必須条件として点数を1123点とする。

【対象疾患】

精神病棟で治療される  
精神疾患患者

【診療報酬上の取り扱い】  
平均在院日数要件を40日以内は従来通りの点数とし、40日をこえて60日以内は、退院調整部門を設置することとを条件として1123点として算定。

入院基本料10対1の  
平均在院日数要件改定

40日以内：従来通り1287点

【既存の評価法との比較】

平均在院日数要件を40日以内から60日以内を新設することで医療現場の充実をはかることができる。

【有効性】

精神科急性期医療や身体合併症医療に多くの人的資源を投入できる。退院調整部門を設置することで平均在院の短縮が期待できる。

40日～60日以内：退院調整部門設置を条件に1123点を新設



精神科急性期医療や身体合併症医療において人的資源を投入できる  
退院調整部門の設置があれば平均在院日数短縮を期待できる

【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	A290202	
提案される医療技術名	精神科救急・合併症入院料の改定（増点及び施設基準の緩和など）	
申請団体名	日本総合病院精神医学会	
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）	21精神科
	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）	令和2年度
	提案当時の医療技術名	精神科救急・合併症入院料の改定（増点及び施設基準の緩和など）
	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	A311-3	
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）	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）	精神科救急・合併症入院料における施設基準と算定要件について以下とする。 施設基準の改定：個室率（合併症ユニットを含む）の5割以上を4割以上に緩和、措置件数20件を10件に緩和、算定対象となる対象身体疾患の見直し ・算定対象外患者：現在の15対1から10対1精神科入院基本料で算定する	
再評価が必要な理由	精神科救急・身体合併症治療の重要性については医療計画の実施に当たっての指針にも述べられている。しかしながら同入院料算定施設は2020年7月1日現在で全国で11施設を数えるのみでここ数年ほとんど増えていない（2016年10月時点で9施設）。最も大きな原因はこの入院料が精神科救急入院料を元に作られているため現場の実態に即していないことにある。個室率の緩和、対象身体疾患の拡大を求めたい。 また、同入院料を算定できる施設では10対1精神科入院基本料を算定できる機能を有している。算定外の患者においては10対1で算定するのが妥当である。	

【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>精神科救急・身体合併症治療の重要性については医療計画の実施に当たっての指針にも述べられているが、精神科救急・合併症入院料算定施設はほとんど増えていない。算定に向けて大きな妨げになっているのが措置要件の多さと個室率の高さ、対象となる身体疾患も限られていることにある。よって措置要件の緩和、個室率の緩和、対象疾患の見直しをはかりたい。</p> <p>◎対象疾患として追加したい身体疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・深部静脈血栓症</li> <li>・血球減少症（汎血球減少症、顆粒球減少症、血小板減少症）</li> <li>・急性期の脳血管障害（意識障害を伴わない）</li> <li>・重度の褥瘡（ステージⅢ以上）の患者、重症薬疹</li> <li>・臍胸、血胸</li> <li>・解離性大動脈瘤</li> <li>・悪性腫瘍における姑息的治療（ステント挿入など）</li> <li>・悪性腫瘍の疑い（精神科病院からの転院の場合のみ）</li> <li>・慢性腎不全の維持透析の患者</li> <li>・電解質異常（意識障害を伴わない）</li> </ul> <p>また、同入院料を算定できる施設は10対1で算定できる機能を有しており、算定対象外患者は、15対1ではなく10対1精神科入院基本料で算定したい。</p>
------------------------------	---

<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>◎施設基準：個室率（合併症ユニットを含む）の5割以上、措置件数20件</p> <p>◎対象患者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）の患者</li> <li>心疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈）の患者</li> <li>手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者 ・ 脊髄損傷の患者</li> <li>重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）の患者 ・ 重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）の患者</li> <li>意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）の患者</li> <li>全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期又は敗血症）の患者</li> <li>中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者 ・ 急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者</li> <li>劇症肝炎又は重症急性肝炎の患者 ・ 悪性症候群又は横紋筋融解症の患者 ・ 広範囲（半肢以上）熱傷の患者</li> <li>手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者</li> <li>透析導入時の患者 ・ 重篤な血液疾患（ヘモグロビン7g/dl以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）の患者</li> <li>急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）の患者</li> <li>手術室での手術を必要とする状態の患者 ・ 膠原病（専門医による管理を必要とする状態に限る）の患者</li> <li>妊産婦である患者</li> <li>難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病の患者</li> </ul> <p>◎算定外患者は入院基本料15対1で算定</p>	
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）	A311-3	
医療技術名	精神科救急・合併症入院料	
<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>精神科救急・合併症入院料算定施設はわずかに11施設である。算定の大きな妨げになっている措置件数、個室率、対象となる身体疾患の見直しが必要である。2015年日本総合病院精神医学会が実施した身体合併症診療の実態調査（総計518例）より、明らかに含めるべき対象身体疾患の存在を明らかにした。また、同一入院料を算定できる施設は10対1で算定できる機能を有しており、算定対象外患者については15対1ではなく10対1精神科入院基本料で算定するのが妥当である。</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>該当なし</p>	
<p>④普及性の変化</p> <p>※下記のように推定した根拠</p>	精神科救急・合併症入院料は施設基準が厳しく普及しないことが学会でも問題視されている。2020年7月現在全国で11施設を数えるのみである。算定施設を15～20施設を目指したい。	
<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>11（病棟）×新入院患者300（人）＝3,300（人）</p> <p>20（病棟）×新入院患者300（人）＝6,000（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>該当なし</p> <p>該当なし</p>	
<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>	精神科救急合併症入院料は2010年に新設以降、病棟スタッフの技術的熟練度も増している。算定できれば十分な医療を提供できる準備が整っている。	
<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）</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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急医療センターを有している病院の病棟単位で行うもの・主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること・精神科救急合併症医療を行うにつき十分な体制が整備されそれにふさわしい構造設備を有していること</li> <li>&lt;新たな施設基準として&gt;</li> <li>・個室率（合併症ユニットを含む）の5割以上を4割以上に緩和</li> <li>・措置件数20件を10件に緩和</li> <li>・算定対象となる対象身体疾患の見直し</li> <li>・算定対象外患者：現在の15対1から10対1精神科入院基本料で算定する</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該保健医療期間内に常勤精神科医5名以上（うち精神保健指定医3名以上）</li> <li>・当該病棟内での常勤医師数は当該病棟の入院患者数が16又はその端数をますごとに1以上</li> <li>・当該各病棟内に2名以上の常勤精神保健福祉士が配置</li> <li>・当該各病棟では日勤帯以外の時間帯にあっては看護師が常時二人以上配置</li> </ul> <p>ガイドラインは現存しない。</p>	
<p>⑥安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>副作用等のリスクの内容と頻度</li> </ul>	特に問題なし	
<p>⑦倫理性・社会的妥当性</p> <p>（問題点があれば必ず記載）</p>	特に問題なし	
<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>871点（当該入院料算定対象外患者）</p> <p>1,271点（当該入院料算定対象外患者）</p> <p>算定外患者について精神科救急合併症入院料は10対1の施設基準を前提に設定されており10対1に対応するのが妥当。</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>特になし</p> <p>特になし</p> <p>特になし</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>プラス</p> <p>132,000,000（円）</p> <p>算定外患者についての影響額について、11病棟、新入院患者300人、平均在院日数40日として試算。（1271-871）点×10円×300人×0.25（算定外25％と仮定）×40日×11病棟＝132,000,000（円）</p> <p>特になし</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	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	
⑭参考文献 1	1) 名称	精神科身体合併症診療の実態調査～精神科身体合併症管理加算の検討
	2) 著者	日本総合病院精神医学会診療報酬問題委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	内部資料
	4) 概要	2014年日本総合病院精神医学会有床委員会に所属する計26施設を対象としたアンケート調査を行い、入院から退院まで経過した518例の身体合併症（専門医の診察を必要とするレベル）について調査し結果を解析し、明らかに含めるべき対象疾患の存在や必要とする入院期間などのデータを明らかにした。
⑮参考文献 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
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	申請学会名
A290202	精神科救急・合併症入院料の改定(増点及び施設基準の改定など)	日本総合病院精神医学会

【提案概要】

精神科救急・合併症入院料における施設基準と算定要件について以下とする。

- ・施設基準の改定：個室率(合併症ユニットを含む)の5割以上を4割以上に緩和、措置件数20件を10性に緩和、算定対象となる対象身体疾患の見直し
- ・算定対象外患者：現在の15対1から10対1精神病棟入院基本料で算定する

【対象疾患】

身体科医の協力の下、精神科病棟で治療される身体合併症患者

【診療報酬上の取り扱い】  
算定対象外患者は、15対1精神病棟入院基本料から、10対1精神病棟入院基本料での算定に変更する

【既存の評価法との比較】

- ・施設基準と算定要件の緩和

精神科救急・合併症入院料



【有効性】

- ・臨床現場にそくした精神科救急
- ・合併症入院料の適正評価
- ・算定施設が増加し、精神科急性期医療や身体合併症患者に対する治療の促進を期待

算定対象外患者を10対1で算定

精神科救急・合併症入院料算定施設が増加  
精神科急性期医療や身体合併症患者に対する治療の促進を期待



【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		A299201	
提案される医療技術名		「重症度、医療・看護必要度」にD項目（内科系医療ニーズ）を追加した評価基準の提案	
申請団体名		日本内科学会	
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）	01内科	
	関連する診療科（2つまで）	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）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」に『特定内科診療』を追加	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第1節 入院基本料	
診療報酬番号		A100	
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	○	
	4 保険既記載の廃止	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	
再評価区分（複数選択可）		「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>「重症度、医療・看護必要度」について、内科系医師からみた重症者の評価尺度として、D項目（内科系医療ニーズ）を新設する。</p> <p>併せて、次の基準にて「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者を判定する。</p> <p>【基準】</p> <p>A～D得点の合計が8.5点以上の患者。</p> <p>ただし、C得点は3倍したものを合計する（現行の基準の「A得点が3点以上」とスケールを合わせるため）。</p>	
再評価が必要な理由		<p>「重症度、医療・看護必要度」は改定毎に更新がほどこされ、その役割は広くなりつつあるが、次のような課題を抱えている。</p> <p>1) 現行のA～C項目には、内科系医師からみた重症さや手間のかかり具合の視点が十分に盛り込まれているとはいえない。</p> <p>2) 評価項目の得点について、表現のレンジが狭い。療養病床から急性期病床まですべてを一貫して評価できる尺度の候補として重症度、医療・看護必要度が期待されていると考えられるが、現状の重症度、医療・看護必要度は急性期にやや偏った構成となっている。また、特定集中治療室管理料向けに項目が選ばれた歴史的な経緯もあるためか、急性期病床の入院患者であってもA項目からC項目までで0点となる評価日も多く、尺度に床効果が出ている。</p> <p>3) 現行の該当患者の判定基準は、実測可能な予後（例えば死亡退院等）の予測性能の最大化といった具体的な目的関数を用いてカットオフ値を決定しているだけでなく、定量的な側面からの設定根拠に乏しい。また、現行の判定基準は、A～C項目が個々にカットオフ値を持つようないわば縦割りの構造となっており、その構造が尺度の感度や特異度等を低下させている可能性がある。</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>1) D項目（内科系医療ニーズ）の追加</p> <p>【構成項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①検査の出来高換算点数 …… 1点（1～599点）、2点（600点以上）</li> <li>②画像診断の出来高換算点数 …… 1点（300点以上）</li> <li>③使用した注射の種類数 …… 1点（6～10種類）、2点（11種類以上）</li> <li>④薬効分類331（血液代用剤）の処方有無 …… 1点（該当有）</li> <li>⑤特定器材の算定有無 …… 2点（該当有）</li> <li>⑥当該日の処方開始注射薬の有無 …… 1点（該当有）</li> </ul> <p>【根拠】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・D項目は、医療技術負荷度調査（内保連）で活用した数百の変数のなかから、医師の負荷と関連性が深い、もしくは予後の予測性能の向上に関係する項目について、臨床的側面と統計学的評価を加味し選出した。</li> <li>・現場の負荷を考え、EFファイルから算出可能な項目で構成した。</li> </ul> <p>2) A～D項目の合計得点による「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者の基準の使用</p> <p>【基準】</p> <p>A～D得点の合計が8.5点以上の患者。</p> <p>ただし、C得点は3倍したものを合計する（現行の基準の「A得点が3点以上」とスケールを合わせるため）。</p> <p>【根拠】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡退院の予測を目的変数としたROC曲線において、A～D項目の合計得点を用いた提案基準は、現行の基準と比べてAUCが有意に高く、感度・特異度も高かった（感度：0.679→0.775、特異度：0.626→0.651、AUC：0.653→0.765、<math>p &lt; 0.001</math>）。また、提案基準の最適カットオフ値は8.5点であった。</li> <li>・A～C項目とA～D項目の合計得点の比較において、D項目追加により生理学的スコア（SOFAスコア）との相関係数が高まる（手術有群：0.279→0.282、手術無群：0.445→0.475）など、重症度指標を用いた評価で良好な結果を示した。</li> </ul>
------------------------------	---

<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象とする患者： 「重症度、医療・看護必要度」は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該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が対象となる。</li> <li>技術内容： 現行の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」は、モニタリング及び処置等（A項目）、患者の状態等（B項目）及び手術等の医学的状态（C項目）の3項目で構成され、次の基準で該当患者を判定している。 [基準] ・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上</li> </ul> <p>そして、上記基準を満たす該当患者割合を要件として、入院基本料等を定めている。 例）急性期一般入院料1：30%（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）、25%（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>点数や算定の留意事項： 次の入院基本料等の算定に用いられている。 急性期一般入院料1～6、7対1入院基本料（特定、専門）、看護必要度加算1～3（特定、専門）、7対1入院基本料（結核）、総合入院体制加算1～3、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料、及び特定一般病棟入院料の注7。 例）急性期一般入院料1 1,650点、急性期一般入院料2 1,619点</li> </ul>
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）	A100
医療技術名	「重症度、医療・看護必要度」D項目（内科系医療ニーズ）、該当患者割合の新しい判定基準
③再評価の根拠・有効性	<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>1) D項目（内科系医療ニーズ）を追加すべき根拠（参考文献1、2）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>D項目は、医療技術負荷度調査（内保連）で活用した数百の変数のなかから、医師の負荷と関連性が深い、もしくは今後の予測性能の向上に関係する項目について、臨床的側面と統計学的評価を加味し選出した。</li> <li>現場の負荷を考え、EFファイルから算出可能な項目で構成した。</li> <li>「評価すべき具体的な内容」で示したD項目①～⑥は、内保連負荷度ランクの予測モデル（内保連、医療技術負荷度調査）で、いずれも高いゲイン（変数重要度）を示した項目であり、負荷度と深く関連する項目として選出した。さらにD項目③～⑥は死亡退院の予測性能（AUC）の向上にも関係した。</li> <li>D項目①は最も高いゲインを示したことから、配点の上限を2点とした。</li> <li>D項目③⑤は重症度指標（死亡退院等）を目的変数としたロジスティック重回帰分析で回帰係数が高かったことから上限を2点とした。</li> <li>D項目①②③の量的変数は四分位点等を参考に閾値を決定した。</li> </ul> <p>2) A～D項目の合計得点による「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者の基準を用いるべき根拠（参考文献1、2）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>死亡退院の予測を目的変数としたROC曲線において、A～D項目の合計得点を用いた提案基準は、現行の基準と比べてAUCが有意に高く、感度・特異度も高かった（感度：0.679→0.775、特異度：0.626→0.651、AUC：0.653→0.765、<math>p&lt;0.001</math>）。また、提案基準の最適カットオフ値は8.5点であった。</li> <li>A～C項目とA～D項目の合計得点の比較において、D項目追加により生理学的スコア（SOFAスコア）との相関係数が高まる（手術有群：0.279→0.282、手術無群：0.445→0.475）など、重症度指標を用いた評価で良好な結果を示した。</li> </ul> <p>内保連グリーンブックver.1 内保連負荷度ランクと内科系技術の適正評価に関する提言</p>
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	当該医療技術の導入によって、年間対象患者数や年間実施回数が増えるものではない。
年間対象者数の変化	<p>前の症例数（人） 変化なし</p> <p>後の症例数（人） 変化なし</p>
年間実施回数の変化等	<p>前の回数（回） 変化なし</p> <p>後の回数（回） 変化なし</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）	D項目は現場の負荷を考え、EFファイルから算出可能な項目で構成した。このため、本医療技術を導入するための難易度は低い。
・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）	<p>施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 該当せず。</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） 該当せず。</p> <p>その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件） 該当せず。</p>
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	該当せず。
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	<p>A～D項目の合計得点を用いる提案基準によって、モラルハザードに対して次の効果が期待できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>カットオフ値の8.5点以上は恣意的に到達が容易ではない。加えて、施設基準に活用するにあたっては、施設レベルで集計した値（基準を満たす重症者割合）に対してさらに閾値を設けることができるため、個々の患者の重症判定のカットオフと合わせて、モラルハザードに対して二重の安全弁が機能すると考える。</li> <li>A～D項目それぞれでカットオフ値があるわけではないため、恣意的に点数を向上させようとするA～D項目を扱う医療者同士の連携が必要になり、アップコーディングに対してディスインセンティブとして働く。</li> <li>DPC病院では医薬品費や診療材料費の持ち出しを増やす結果となりかねず、一定の牽制となる。</li> </ul>
⑧点数等見直しの場合	<p>見直し前 該当せず。</p> <p>見直し後 該当せず。</p> <p>その根拠 該当せず。</p>

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	不変(0)
	予想影響額(円)	—
	その根拠	当該医療技術は、「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者基準の提案であり、財政中立である。
	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		新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬はない。
⑫その他		無
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本小児科学会、日本精神神経学会、内科系学会社会保険連合
⑭参考文献1	1) 名称	内保連グリーンブックver.1 内保連負荷度ランクと内科系技術の適正評価に関する提言
	2) 著者	一般社団法人 内科系学会社会保険連合
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	内保連グリーンブックver.1 内保連負荷度ランクと内科系技術の適正評価に関する提言、2020年、12月、pp.52-66, 78-81, 106-109
	4) 概要	重症度、医療・看護必要度の改良と提言
⑮参考文献2	1) 名称	令和4年度診療報酬改定に関する提案について(内保連) ver.2
	2) 著者	一般社団法人 内科系学会社会保険連合
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	重症度、医療・看護必要度に関する提言(※EFファイルから算出可能な項目のみに絞ったものの提案)
⑯参考文献3	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑰参考文献4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑱参考文献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
A299201	「重症度、医療・看護必要度」にD項目(内科系医療二一ズ)を追加した評価基準の提案
	日本内科学会

【技術の概要】

- 「重症度、医療・看護必要度」について、内科系医師からみた重症者の評価尺度として、D項目(内科系医療二一ズ)を新設する。  
 [ D項目 (ver.2 ※EFファイルから算出可能) ]

No.	項目	配点		
		0点	1点	2点
1	検査の出来高換算点数	0点	1~599点	600点以上
2	画像診断の出来高換算点数	0~299点	300点以上	—
3	使用した注射の種類数	0~5種類	6~10種類	11種類以上
4	薬効分類331(血液代用剤)の処方有無	なし	あり	—
5	特定器材の算定有無	なし	—	あり
6	当該日の処方開始注射薬の有無	なし	あり	—

- 併せて、次の基準にて「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者を判定する。  
 [基準]  
 ・A~D得点の合計が8.5点以上の患者。  
 ただし、C得点は3倍したものを合計する(現行の基準の「A得点が3点以上」とスケールを合わせるため)。

【対象疾患】

- 「重症度、医療・看護必要度」は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該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が対象となる。  
 ・当該医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

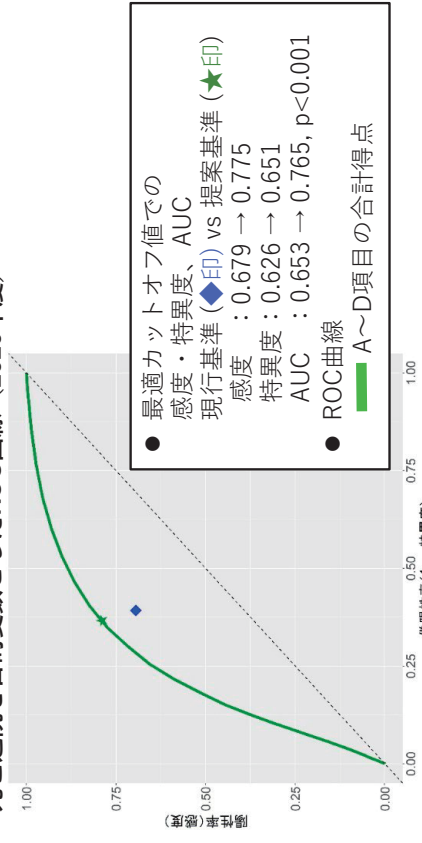
【診療報酬上の取り扱い】

- A-100 入院基本料

【既存制度との比較、有効性】

- [ D項目 ]
  - 医療技術負荷度調査(内保連)で活用した数百の変数のなかから、医師の負荷と関連性が深い、もしくは今後の予測性能の向上に關係する項目について**臨床的側面と統計学的評価**を加味し選出した。  
 ・現場の負荷を考え、**EFファイルから算出可能な項目**で構成した。
- [ 提案基準 ]
  - 死亡退院の予測を目的変数としたROC曲線において、A~D項目の合計得点を用いた提案基準は、現行の基準と比べて**AUCが有意に高く、感度・特異度も高かった**  
 (感度:0.679→0.775、特異度:0.626→0.651、AUC:0.653→0.765、 $p<0.001$ )。
  - 提案基準の最適カットオフ値は8.5点であった。

死亡退院を目的変数としたROC曲線(2020年度)



- A~C項目とA~D項目の合計得点の比較において、D項目追加により**生理学的スコア(SOFAスコア)との相関係数が高まる**(手術有群:0.279→0.282、手術無群:0.445→0.475)など、重症度指標を用いた評価で良好な結果を示した。

## 【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	A702101		
申請技術名	認知症専門療養指導料		
申請団体名	日本認知症学会		
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）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	12神経内科 29脳神経外科	
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	認知症専門療養指導料	
	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）	地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症専門医が、認知症と診断した患者に対して、認知症療養計画を作成し、本人及び家族に説明し、認知機能の定期的な評価、生活機能、行動・心理症状、家族又は介護者等による介護の状況の定期的な評価、抗認知症薬等の効果や副作用の有無等の定期的な評価等を行い、診療録にその要点を記載し、本人及び家族に療養指導を行う。		
文字数：181			
対象疾患名	認知症を来す疾患		
保険収載が必要な理由（300字以内）	認知症患者の診療は、認知機能、生活障害、行動・心理症状、家族の介護負担の評価等を包括的に行う必要があるが、現在、認知症疾患医療センターで診断され、他の医療機関へ紹介された患者のみ6か月間を上限として認知症療養指導料を算定することができ、認知症専門医が自ら診断した患者では算定することはできない。認知症を早期に診断し、適切な診療を継続的に行い、行動・心理症状の出現を予防することは、患者や家族のQOLの確保に寄与する。地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症専門医を算定要件とすることにより、認知症専門医の地域での連携体制構築への参画を促進するものとする。		
文字数：290			

## 【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	地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症専門医（日本認知症学会、日本老年精神医学会）または認知症疾患医療センターに勤務する認知症の診療経験5年以上の医師が、認知症と診断した患者		
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）	認知症療養計画を作成し、本人及び家族に説明し、症状の定期的な評価〔認知機能（MMSE、HDS-R等）、生活機能（ADL、IADL等）、行動・心理症状（NPI、DBD等）〕、家族又は介護者等による介護の状況の定期的な評価（介護負担の状況）、抗認知症薬等の効果や副作用の有無等の定期的な評価等を行い、診療録にその要点を記載し、本人及び家族に療養指導を行った場合、6か月間に1回を限度として算定。		
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。）	B 第1部 医学管理等
	番号	005-7-2	
	医療技術名	認知症療養指導料	
	既存の治療法・検査法等の内容	認知症療養計画に基づき、症状の定期的な評価、生活機能、行動・心理症状、家族又は介護者等による介護の状況の定期的な評価、抗認知症薬等の効果や副作用の有無等の定期的な評価等を行い、診療録にその要点を記載し、本人及び家族に療養指導を行った場合、月1回を限度として6月に限り算定できる。	
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	認知症の専門医療を行っている診療所は他の診療所と比べ鑑別診断機能、BPSD外来対応機能、地域連携機能が著しく高い。		
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	「東京都内の一般診療所1,877施設と身近型認知症疾患医療センター候補医療機関11施設（認知症の専門医療を行っている診療所）の認知症対応力を、7因子28項目の認知症のための医療サービス調査票を用いて分析したところ、身近型認知症疾患医療センターは、かかりつけ医認知症対応力向上研修を受講した診療所、認知症サポート医がいる診療所に比べて、鑑別診断機能、BPSD外来対応機能、地域連携機能が著しく高いことが可視化された」（粟田主一：認知症診療の枠組み、精神神経学雑誌、116：378-387、2014）	
	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。）	現時点で改訂の見込みはない。



⑥普及性	年間対象患者数(人)	400,000
	国内年間実施回数(回)	800,000
※患者数及び実施回数の推定根拠等		2,000(専門医等の数)×200(医師ひとり当たりの担当患者数)×2(年間2回算定)
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)		日本神経学会、日本精神神経学会、日本認知症学会、日本老年精神医学会、日本老年医学会、日本神経治療学会が認知症疾患治療ガイドラインを2017年に公表している。
・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)	なし。
	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)	地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症専門医(日本認知症学会、日本老年精神医学会)が配置されている医療機関または認知症疾患医療センター
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	認知症疾患診療ガイドライン
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特に危険性や副作用はない。
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。) 6か月間に1回を限度として1回350点 認知症療養指導料1と同額
	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	減(-)
	予想影響額(円)	1,400,000,000
	その根拠	350点×400,000回(年間算定回数)×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		日本老年精神医学会
⑯参考文献1	1) 名称	認知症診療の枠組み
	2) 著者	粟田圭一
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	精神神経学雑誌, 2014, 116: 378-387
	4) 概要	東京都内の一般診療所1,877施設と身近型認知症疾患医療センター候補医療機関11施設(認知症の専門医療を行っている診療所)の認知症対応力を、7因子28項目の認知症のための医療サービス調査票を用いて分析したところ、身近型認知症疾患医療センターは、かかりつけ医認知症対応力向上研修を受講した診療所、認知症サポート医がいる診療所に比べて、鑑別診断機能、BPSD外来対応機能、地域連携機能が著しく高いことが可視化された
⑰参考文献2	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	-
	4) 概要	-



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

A 702101

申請技術名

認知症専門療養指導料

申請学会名

日本認知症学会

### 【技術の概要】

・認知症専門医が、認知症と診断した患者に対して、認知症療養計画を作成し、本人及び家族に説明し、症状の定期的な評価〔認知機能（MMSE、HDS-R等）、生活機能（ADL、IADL等）、行動・心理症状（NPI、DBD等）等〕、家族又は介護者等による介護の状況の定期的な評価（介護負担の状況）、抗認知症薬等の効果や副作用の有無等の定期的な評価等を行い、診療録にその要点を記載し、本人及び家族に療養指導を行う。

### 【対象疾患】

・認知症を来たす疾患  
 専門医の数から計算すると年間対象者は400,000人程度と考えられる。

### 【有効性】

・認知症の専門医療を行っている診療所は他の診療所と比べ鑑別診断機能、BPSD外来対応機能、地域連携機能が著しく高い。

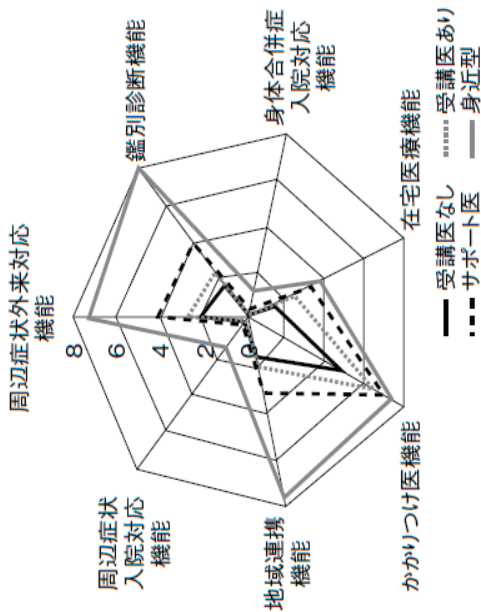


図1 認知症対応力の比較

受講医なし：かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいない診療所。受講医あり：かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいる診療所。ただし、認知症サポーター医がいる診療所を除く。  
 サポーター医：認知症サポーター医がいる診療所。身近型：身近型認知症疾患医療センター候補医療機関

### 【診療報酬上の取り扱い】

- ・B医学管理等
- ・350点（6ヶ月に1回を上限とする）  
 （認知症療養指導料と同額）

## 【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	A704101
申請技術名	脳卒中ユニット（SU）入院管理料
申請団体名	日本脳卒中学会
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） 12神経内科 29脳神経外科 00なし 関連する診療科（2つまで）
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 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 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） 文字数：121	発症早期の脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、一過性脳虚血発作等の患者に対して、専門の医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、社会福祉士、薬剤師等を含めた多職種により、専門的治療および急性期リハビリテーションを組織的、計画的に施行する。
対象疾患名	発症7日以内の脳卒中（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）および48時間以内の一過性脳虚血発作
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数：266	脳卒中ユニット（SU）における持続モニター下での濃厚な治療とADL改善のための訓練や摂食嚥下訓練を含む早期からのリハビリテーションは、脳卒中患者の予後の改善に有効で、急性期脳卒中診療に必要な体制である。SUとは多職種で構成する専門チームが一過性脳虚血発作を含む急性期の脳血管障害の患者への治療を一貫して行う病床のことを指し、日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターの認定基準に定められている。脳卒中診療をSUで行うことで1年後の死亡または介助を要する後遺症を一般病床よりも25%低減出来ることが示されている（参考文献1）。

## 【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	発症7日以内の脳卒中（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）および48時間以内の一過性脳虚血発作。一過性脳虚血発作は、日本脳卒中学会が提示する定義に従い、MRIで梗塞巣がないものとする。一過性脳虚血発作はABC <sup>2</sup> スコア4点以上の中等度または高度のリスクを有するものに限る。
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）	発症早期の脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、一過性脳虚血発作等の患者に対して、専門の医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、社会福祉士等を含めた多職種により、専門的治療および急性期リハビリテーションを組織的、計画的に施行する。
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 A301-3 医療技術名 脳卒中ケアユニット（SCU）入院医療管理料 対象：ア.脳梗塞、イ.脳出血、ウ.くも膜下出血 技術：専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合 留意点：発症後14日を限度 医師配置要件：医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いること。ただし、夜間又は休日であって、上記担当医が院外にいる場合、常時連絡が可能で、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療に必要な情報を直ちに送受信できる体制を用いて、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能な体制が確保されている時間に限り、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上の専任医師が常時1名以上いなければならない。
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	現在我が国における脳卒中の発症件数は年間29万人と推察される。SCUはICUに近い医師や看護師の配置条件となっており、現在SCU入院医療管理料を認められた病棟で治療を受けられているのは、わずかに20000人強（厚生労働省医療施設調査より）である。一方で日本脳卒中学会により全国に963施設が認定されている一次脳卒中センターの認定条件はSCUではなくSUであり、有効性のエビデンスはSUにおける多職種診療により構築されている。

研究結果	⑤ ④の根拠となる研究結果等	脳卒中診療をSUで行うことで1年後の死亡または介助を要する後遺症を一般病床よりも25%低減出来ることが示されている（参考文献1）。高リスクの一過性脳虚血発作では、発症48時間以内に脳梗塞に移行する率は4-5%と高く、速やかに集中的に検査を行い治療を行うことにより脳梗塞移行を約80%阻止することができる（参考文献2）。いずれも脳卒中治療ガイドラインで推奨されている（参考文献3、4）。また、特化した病棟での脳卒中・一過性脳虚血発作の診療が死亡率を下げ、費用対効果が優れている、との報告もある（参考文献5）。
	ガイドライン等での位置づけ	1b  脳卒中治療ガイドライン2015（参考文献3）。脳卒中急性期症例は、多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター監視下で、集中的な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行うことのできる脳卒中専門病棟である Stroke Unit（SU）で治療することが勧められる（グレードA）。
⑥普及性	年間対象患者数（人） 国内年間実施回数（回）	210000人 1470000回
※患者数及び実施回数の推定根拠等		現在我が国における脳卒中の発症件数は年間29万人と推察される。一部の一過性脳虚血発作も対象となることで対象患者は実数で30万人と想定し、発症件数の70%が平均7日間SU入院医療管理料の対象となると仮定した。
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）	難度のある技術ではなく、規模の大小にかかわらず脳卒中急性期患者を受け入れる施設が基本的に有するべき多職種治療であり、日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターの施設要件もSCUではなくSUである。
施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）  ・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	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）	原則として日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターの基準に準拠する。 1. 地域医療機関や救急隊からの要請に対して、常時脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療（rt-PA静注療法を含む）を開始できる 2. 頭部CTまたはMRI検査、一般血液検査と凝固学的検査、心電図検査が施行可能である 3. 脳卒中ユニット（SU）を有する 4. 脳卒中診療に従事する医師（専従でなくてもよい、前期研修医を除く）が24時間体制で勤務している 5. 脳卒中専門医1名以上の常勤医がいる（脳梗塞rt-PA適正使用講習会を受講後の脳神経外科専門医もしくは神経内科専門医で代行可能） 6. 脳神経外科の処置が必要な場合、迅速に脳神経外科医が対応できる体制がある 7. 機械的血栓回収療法が実施出来ることが望ましい・実施できない場合には、機械的血栓回収療法が常時可能な近隣の一次脳卒中センターとの間で、機械的血栓回収療法の適応となる患者の緊急転送に関する手順書を有する 8. 定期的な臨床指標取得による脳卒中医療の質をコントロールする
		施設要件におけるSUは脳卒中専用の病床の意味合いが主であるが、SUの有用性に関するエビデンスは、多職種による診療行為の密度の高さである。上記に加え、以下の条件を加える。 ・脳卒中診療に従事している医師、脳卒中に習熟した専任の看護師と、PT、OT、ST、管理栄養士、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、社会福祉士等からなる多職種チームにより、患者の治療方針についての計画が立案され、定期的にカンファレンスが行われる。 ・入院早期からの専門的治療、ADL改善のための訓練や摂食嚥下訓練を含む早期リハビリテーションおよび合併症予防が行われる。
		特になし
⑧安全性	・副作用等のリスクの内容と頻度	特になし
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）	500点。 認定看護師加算： ①専任の脳卒中リハビリテーション認定看護師が当該病床に勤務している場合に100点を加算 ②専任の摂食嚥下障害認定看護師または日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士資格を有する看護師が当該病床に勤務している場合に100点を加算 脳卒中発症から14日以内に限る 付記1. 脳卒中リハビリテーション認定看護師の加算はADLが自立できない患者に、摂食嚥下障害認定看護師の加算は摂食嚥下障害を有する患者に限る
	その根拠	医療費の増加につながらない範囲
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	特になし
	技術名	特になし
具体的な内容	特になし	

	プラスマイナス 予想影響額 (円)	減 (-) 1,200,000,000円
	その根拠	対象患者は実数で21万人で、平均7日間SUでの治療を受けると仮定する。これに伴い医療費は103億円増加する。一方、当該病床で治療することで死亡または介護を要する患者が25%減少すると期待できる。脳卒中は年間29万人発症し、約46%の13万人が要介護または死亡となっている。その70%がSUでの治療を受けられたら要介護または死亡2.3万人減らすことが期待でき、その分の医療費が削減された、さらに在院日数の短縮も得られる。2.3万人の年間介護費用を平均50万円削減できた場合、115億円の削減が見込まれる。これらを差し引きした結果として、12億円の医療費削減が見込まれる。
	備考	1人当たりにかかる年間介護予防サービスおよび介護サービスの費用は、要支援1で34.87万円、要支援2で59.60万円、要介護1で127.55万円、要介護2で172.49万円、要介護3で252.48万円、要介護4で303.00万円、要介護5で348.90万円(介護給付費実態調査より)である。
	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)	脳卒中急性期の抗血栓薬(アスピリン、クロピドグレル、シロスタゾール、ワルファリン、ダビガトラン、リパードキサパン、アピキサパン、エドキサパン、ヘパリン、アルガトロバン、オザグレル)、心電モニター、S02モニターなど。
	⑫当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への掲載状況	1) 掲載されている 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	米国カナダでは一次脳卒中センターの要件としてSUを要することとなっている。北欧のSUはもとより国営であり保険収載とみなしうるが、日本と保険制度のやや近いドイツでは2005年から脳卒中の複雑治療というProcess codeをつけ、2006年からSU CareがDRGで保険収載となっている。
	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	日本脳神経外科学会、日本神経学会、日本神経治療学会、日本脳神経看護研究学会、日本看護技術学会、日本脳神経血管内治療学会
⑯参考文献1	1) 名称	Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network metaanalysis (Review)
	2) 著者	Langhorne P, Ramachandra S, Stroke Unit Trialists' Collaboration
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 4. Art. No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub4
	4) 概要	脳卒中治療をSUで行うことで1年後の死亡または介助を要する後遺症を一般病床よりも25%低減出来る。
⑯参考文献2	1) 名称	Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison
	2) 著者	Peter M Rothwell, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Lancet 2007; 370: 1432-1442
	4) 概要	TIAでは、発症48時間以内に脳梗塞に移行する率が高く、速やかに集中的に検査を行い治療を行うことにより脳梗塞移行を阻止することができる。
⑯参考文献3	1) 名称	Stroke Care Unit (SCU)・Stroke Unit (SU)
	2) 著者	日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン編集委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	脳卒中治療ガイドライン2015 21-22ページ
	4) 概要	Stroke Care Unit (SCU)・Stroke Unit (SU): 脳卒中急性期の症例は、脳卒中専門病棟であるStroke Unit (SU)で治療をすることにより、rt-PA静注療法の施行率上昇、死亡率、再発率の低下、在院期間の短縮、自宅復帰率の増加、長期的な日常生活動作とQOLの改善を図ることができる(グレードA)。
⑯参考文献4	1) 名称	TIAの急性期治療と再発予防
	2) 著者	日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン編集委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	脳卒中治療ガイドライン2015 81-84ページ
	4) 概要	p81-84、TIAの急性期治療と再発: TIAと診断すれば、可及的速やかに発症機序を評価し、脳梗塞発症予防のための治療を直ちに開始するよう強く勧められる(グレードA)。発症48時間以内でABC2スコア4点以上、繰り返すTIA、MRI拡散強調画像病変、有意な責任血管病変または心房細動合併例は、速やかな病態評価と治療が必要である(グレードC1)。
⑯参考文献5	1) 名称	Cost-effectiveness analysis of stroke management under a universal health insurance system
	2) 著者	Ku-Chou Chang, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Journal of the Neurological Sciences 2012; 323: 205-215
	4) 概要	特化した病棟での脳卒中・一過性脳虚血発作の診療が死亡率を下げ、費用対効果が優れている。



提案番号 (6桁)	申請技術名
A704101	脳卒中ユニット (SU) 入院管理料
	申請学会名
	日本脳卒中学会

**対象疾患名：**発症7日以内の急性期脳卒中 (①脳梗塞②脳出血③くも膜下出血) および48時間以内の一過性脳虚血発作  
**現行治療との比較：**現在我が国における脳卒中の発症件数は年間29万人と推察される。現在脳卒中ケアユニット (SCU) 入院医療管理料を認められた病棟で治療を受けているのは、わずかに2000人強 (厚生労働省医療施設調査より) である。SCUの算定条件は集中治療室に近く、医師や看護師の配置など厳しく設定されている。一方で日本脳卒中学会により全国に963施設が認定されている一次脳卒中センターの認定条件はSCUではなくSUを有することである。SUは脳卒中に特化した一般病棟・病床であり、**多職種によるチーム医療と早期リハビリテーションの有効性が期待できる。**

**有効性：**脳卒中診療をSUで行うことで1年後の死亡または介助を要する後遺症を一般病床よりも**25%低減出来る**ことが示されており、脳卒中治療ガイドラインで**グレードAで推奨**されている。

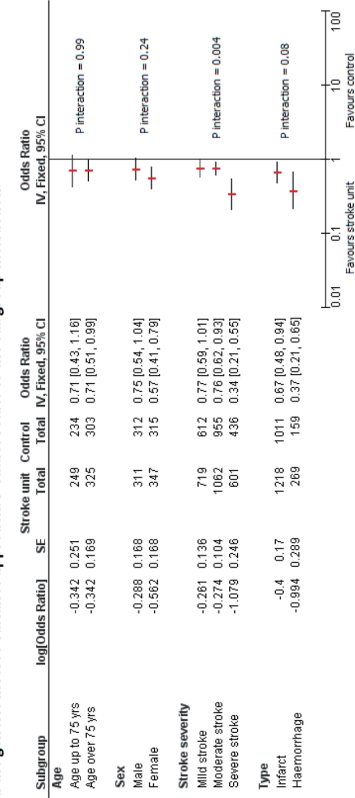
**診療報酬上の取扱い：**基本：500点 (最大14日間)

認定看護師加算：

専任の脳卒中リハビリテーション認定看護師が当該病床に勤務している場合に100点を追加加算  
 専任の摂食嚥下障害認定看護師または日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士資格を有する看護師が当該病床に勤務している場合に100点を追加加算

**SUの有効性は年齢や重症度や梗塞/出血に関わらず認められる (下図)。脳卒中はCommon Diseaseであり、SUでの治療体制の均てん化が必要。**

Figure 4. Subgroup analysis by patient characteristics: poor outcome at the end of scheduled follow-up. Analyses used the generic inverse variance approach. P values relate to the subgroup interaction.



<SU要件>

- ・施設が一次脳卒中センターに認定されており、脳卒中に特化した病棟 (病床) である  
 脳卒中専門医1名以上の常勤医がいる
- ・24時間持続モニターが可能
- ・脳卒中診療に精通した医師、脳卒中に習熟した専任の看護師、PT, OT, ST, 管理栄養士, 薬剤師, 社会福祉士等を含めた多職種チームにより、患者の治療方針についての計画が立案され、定期的にカンファレンスが行われる。
- ・早期リハビリテーション

有効性が立証されているSUでの多職種診療に対する診療報酬上の評価が必要である。



【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		A705101	
申請技術名		臨床倫理支援（臨床倫理サポート体制充実加算）	
申請団体名		日本肺癌学会	
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。）	すべての診療科
	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		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	臨床倫理診療加算	
	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） 文字数：184		専任の医師または看護師が配置される臨床倫理支援を担う部門を設置し、臨床倫理委員会と連携しつつ、臨床倫理に関する病院の指針等を定め、臨床倫理に関する職員研修を計画的に実施する。また、臨床倫理コンサルテーションチームを設置し、患者・家族と医療者との間で抱える当事者だけでは解決困難な倫理的問題への対応について依頼を受け、情報整理や分析検討を行い、最終的に助言や支援を行う。	
対象疾患名		癌を含むすべての疾患（倫理的な課題を抱える患者・家族、医療者）	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数：297		日本病院機能評価機構による病院機能評価で高い評価を受けることにより臨床倫理委員会または臨床倫理コンサルテーションを病院内に設置する施設が増えてきた。2004年に実施された全国調査では、倫理コンサルテーションを持っている病院は約4分の1に過ぎなかったが、9割弱が必要と答えた。2016年の調査では、その割合が70%にまで増加している。しかし、それらの組織を設置し活動が開始されたものの、次第に活動休止状態となっていた病院も多い。その理由として人員不足による活動の持続ができていないことが指摘されている。臨床倫理の取り組みに人員や時間を割き、活動を維持していくには診療報酬がぜひ必要と考える。	

【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		臨床倫理的な課題を抱える、すべての疾患の患者・家族、または医療者	
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>・この医療技術は、患者・家族、医療者から依頼を受ける事例検討、主に委員会活動による病院の指針等の作成、職員を対象とした研修会の開催などを含めた、臨床倫理支援活動の総合的な技術とする。</p> <p>・臨床倫理コンサルテーションでは、患者・家族、医療者から臨床における倫理的問題に関する依頼を受けて、4分割表などを用いて情報整理し、生命倫理4原則などにより状況分析を行い、依頼した当事者（患者・家族と担当医療者）が、主に価値に関する検討により患者個別の治療やケアの方針を考えるための助言や支援を行う。</p> <p>・臨床倫理支援の対象は、主に以下のような状況が挙げられる。患者・家族等が医療・ケアに納得をしていない場合、有益な医療・ケアの実施について患者の同意が得られない場合、患者が無益（ないしは有害）な医療・ケアを望んでいる場合、患者の意思決定能力に問題があると思われる場合、意思決定できない患者の医療・ケアの方針を決めなければならない場合、患者の情報の取り扱いをめぐる問題が生じている場合、患者を中心に医療・ケアの方針を決定することが困難な場合、など。</p> <p>・この診療報酬では、組織的な臨床倫理支援を実施している保険医療機関を評価する。当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。</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	その他（右欄に記載する。）	該当なし
	番号	該当なし	
	医療技術名	該当なし	
既存の治療法・検査法等の内容			
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		<p>・2004年に実施された全国調査では、倫理コンサルテーションの仕組みを持っている病院は約4分の1に過ぎなかったが、回答者の9割弱がその仕組みが必要であると答えた（参考文献2）。近年、日本病院機能評価機構による病院機能評価を契機に臨床倫理委員会または臨床倫理コンサルテーションを病院内に設置する施設が増えてきた。しかし、それらの活動が開始されたものの、次第に活動休止状態となっていた病院も多い。その理由として人員不足による活動の持続ができていないことが指摘されている（参考文献1）。この診療報酬の算定により、持続的に臨床倫理支援の活動を行うことができる。</p> <p>・臨床倫理支援の一般的な目的は、医療の質の改善となる。より具体的には、臨床現場で生じる価値に関する不安や対立に対して、問題を明らかにし、分析・検討を加え、解決に向けて支援していく。（Core competencies for healthcare ethics consultation. 2nd Edition. 2011. American Society for Bioethics and Humanities）</p> <p>・方法論にも多様性があり、多くの評価項目が論じられている。</p> <p>・倫理的ジレンマを感じる患者・家族や医療者からの評価は高く、医療上のコミュニケーションを円滑にすることが報告され、医療に対する満足度の向上が報告されている。</p> <p>・患者への影響に関して、入院期間やICU滞在期間に関する無作為比較試験があり、有意な減少が報告されている。</p> <p>・医療訴訟を避ける効果も期待されている。</p> <p>（参考：アメリカ合衆国退役軍人省のウェブサイト <a href="https://www.ethics.va.gov/integratedethics/IE_Resources.asp">https://www.ethics.va.gov/integratedethics/IE_Resources.asp</a>）</p>	

⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	<p>倫理コンサルテーション、または臨床倫理委員会の介入により、以下の効果が文献上報告されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・無作為化比較試験により、入院期間、ICU滞在期間の減少が確認された(Schneiderman, 2000)(Schneiderman, 2003、参考文献3)(Chen, 2014、参考文献4)。ICU滞在期間の減少は、無作為化比較試験のメタ解析でも確認された(Au, 2018)。</li> <li>・無作為化比較試験により、医師、看護師、患者・家族の87%が治療方針の対立の解消に有用であることが確認された(Schneiderman, 2003、参考文献3)。</li> <li>・無作為化比較試験により、倫理的問題における合意形成の促進が確認された(Chen, 2014、参考文献4)。</li> <li>・システマティック・レビューやメタ解析により、倫理的問題に悩む患者・家族や医療者の介入への満足度が非常に高いことが確認された(Au, 2018)(Orio, 2020、参考文献5)。</li> <li>・倫理的問題への対応により、医療訴訟に係わる費用が減少したとする報告がある(Kruman, 1999)。</li> </ul>
	ガイドライン等での位置づけ	<p>1a</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・『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』(平成30年3月改訂、厚生労働省発行)では、「医療・ケアの内容の決定が困難な場合等では、複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である」とされている。</li> <li>・『救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン』(平成26年11月、日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本循環器学会、3学会からの提言)では、「医療チームで判断ができない場合には、施設倫理委員会(臨床倫理委員会など)にて、判断の妥当性を検討することも勧められる」とされている。</li> </ul>
⑥普及性	年間対象患者数(人)	該当なし
	国内年間実施回数(回)	13,608回
※患者数及び実施回数の推定根拠等		<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記の施設基準に合い、診療報酬算定できる施設は現時点ではそれほど多くないと思われる。参考文献1から、申請者の予想では国内では20施設程度。ただ、将来的にはこの診療報酬の算定を契機に、施設基準を満たす施設が広がっていくことを期待する。</li> <li>・20施設での年間平均新規入院患者数を、400床以上の病院と仮定して令和元年の医療施設調査と社会医療診療行為別統計から以下のように算出した。 1,134回(7月)×12か月=13,608回(7年)</li> </ul>
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)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・学会など、多くの団体から臨床倫理支援を行う者を対象とした研修会が企画、実施されているが(日本臨床倫理学会、東京大学生命・医療倫理教育研究センター、生命・医療倫理研究会、臨床倫理ネットワーク日本、京都大学応用哲学・倫理学教育研究センター)、内容にはばらつきが大きい。</li> <li>・診療報酬算定が可能となれば、それを契機に研修会の内容をある程度統一する必要があると思われる。</li> <li>・臨床倫理支援を行う者としてのある程度の適性はあると考えられるが、相当する研修会(申請者の考えとしては、医療安全対策加算の要件となる40時間相当)を受けて実施することは可能である。</li> </ul>
・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>・日本病院機能評価機構が定める機能評価(倫理的課題への対応)(該当項目でのA評価以上)を受けている病院、または当該評価の基準と同等の基準について第三者の評価を受けている病院</li> <li>・臨床倫理支援を行う部門を設置していること</li> <li>・当該保険医療機関内に、臨床倫理支援に係る適切な研修を修了した専任の医師または看護師が配置されていること</li> <li>・臨床倫理支援部門は、臨床倫理委員会と連携し、院内の臨床倫理に関する方針等の策定、臨床倫理に関する職員研修などの企画立案、臨床倫理コンサルテーションの評価を行うこと</li> <li>・カンファレンスおよび巡回が週1回程度実施されており、必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師等が参加していること</li> <li>・臨床倫理コンサルテーションとしてある程度以上の依頼があること(月に病床数の2%程度の依頼数)</li> <li>・当該保険医療機関が周辺の医療機関と一緒に、臨床倫理支援活動の情報交換を行う研究会を年間1回開催すること</li> <li>・診療報酬を算定している保険医療機関どうして互い訪問し、臨床倫理支援活動に関する監査を年間1回行うこと</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>・臨床倫理支援部門に、医師、看護師、社会福祉士、事務のすべての職員が配置されていること</li> <li>・国または医療関係団体等が主催する、通算40時間以上の研修を受けていること</li> <li>・医師、看護師のうち少なくとも1名は専任であること</li> <li>・専任者は、臨床倫理支援に3年以上の経験を有すること</li> </ul>
	その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	<p>厚生労働省『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』 日本医師会『終末期医療に関するガイドライン』 日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本循環器学会『救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン』</p>
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		該当なし
⑨倫理性・社会的妥当性(問題点があれば必ず記載)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床における倫理的問題に関して、善行、無危害、自律尊重、公正・正義などについて検討を加える、必要な医療支援行為である。</li> <li>・社会的妥当性に関して、2004年の全国調査では、倫理コンサルテーションの仕組みについて回答者の9割弱が「必要がある」と回答した。(参考文献2)</li> <li>・倫理的ジレンマを感じる患者・家族や医療者からの評価は高く、医療上のコミュニケーションを円滑にすることが報告され、医療に対する満足度の向上が報告されている。</li> </ul>

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）	70	
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）	その根拠	施設基準として専任者を配置することや活動内容から、患者サポート体制充実加算（70点）に相当すると考えた。	
	区分	区分をリストから選択	
	番号	該当なし	
	技術名	該当なし	
予想影響額	具体的な内容	該当なし	
	プラスマイナス	不変（0）	
	予想影響額（円）	<p>・医療技術に係わる予想年間医療費は以下のように算出した。 70点（⑩より）×13,608回（/年）（⑥より）＝952,560点（9,525,600円）</p> <p>・将来的には、この医療技術はより普及することが見込まれるので、年間医療費は増加すると考えられる。</p> <p>・減少されると予想される医療費は以下のものが挙げられる。 ・患者の意向に沿わないなど、倫理的に問題のある侵襲的医療行為を避けることができる可能性がある。 ・アドバンス・ケア・プランニングなどの促進により、終末期医療における倫理的に適切ではない医療行為を抑制することができる可能性がある。 ・倫理的なジレンマを抱えながら長期化する入院期間やICU滞在期間などを減少させることが期待される。</p> <p>・ただそれらの効果は予想が難しく、影響の詳細な予想は困難である。</p>	
その根拠	該当なし		
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）	該当なし		
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	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	<p>申請している医療技術に関する学会</p> <p>・日本生命倫理学会 この申請書は、臨床倫理コンサルテーション部会（部会長：東京大学 瀧本禎之）での検討を経て作成されている</p> <p>・日本臨床倫理学会</p>		
⑯参考文献 1	1）名称	持続可能な臨床倫理コンサルテーションの活動に向けて	
	2）著者	金田浩由紀	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	生命倫理, 2020, 30(1), p67-77	
	4）概要	著者の施設内での活動の報告と、過去の国内施設からの報告のレビュー。著者の施設では、2年9か月間の活動で、月平均2.2件の倫理コンサルテーションがあった。	
⑯参考文献 2	1）名称	日本における倫理コンサルテーションの現状に関する調査	
	2）著者	長尾式子, 瀧本禎之	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	生命倫理, 2005, 15(1), p101-106	
	4）概要	2004年に実施された国内の倫理コンサルテーションの実態調査。24.7%の施設のみが倫理コンサルテーションの仕組みをもっていた。倫理コンサルテーションの仕組みについて、回答者の9割弱が「必要がある」と回答した。	
⑯参考文献 3	1）名称	Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial	
	2）著者	Schneiderman LJ, et al.	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	JAMA, 2003, 290(9), p1166-1172.	
	4）概要	従来型のケアを行った患者群と比較して倫理コンサルテーションの介入を行った患者群では、死亡退院となった患者の入院期間、ICU滞在期間、侵襲的治療期間が統計学的有意に短かった。	
⑯参考文献 4	1）名称	To evaluate the effectiveness of health care ethics consultation based on the goals of health care ethics consultation: a prospective cohort study with randomization	
	2）著者	Chen YY, et al.	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	BMC Med Ethics, 2014, 15, p1.	
	4）概要	従来型のケアを行った患者群と比較して倫理コンサルテーションの介入を行った患者群では、入院期間、ICU滞在期間が統計学的有意に短かった。また、倫理的問題における合意を有意に促進させていた。	
⑯参考文献 5	1）名称	Evaluating the effectiveness of clinical ethics committees: a systematic review	
	2）著者	Crio C, et al.	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	Medicine, Health Care and Philosophy, published online: 21 Nov, 2020	
	4）概要	臨床倫理委員会の活動を評価した報告のシステムマチック・レビュー。29件の報告の検討から、33%の研究では依頼者の満足度を評価していて、94%で良好な反応であった。	

提案番号(6桁)	申請技術名
A705101	臨床倫理支援
	申請学会名
	日本肺癌学会

**【技術の概要】**

専任の医師または看護師が配置される臨床倫理支援を担う部門を設置し、臨床倫理委員会と連携しつつ、臨床倫理に関する病院の指針等を定め、臨床倫理に関する職員研修を計画的に実施する。

また、臨床倫理コンサルテーションチームを設置し、患者・家族と医療者との間で抱える当事者だけでは解決困難な倫理的問題への対応について依頼を受け、情報整理や分析検討を行い、最終的に助言や支援を行う。

**【対象】**

すべての患者・家族、医療者

**【介入の目的】**

臨床倫理支援の一般的な目的は、医療の質の改善となる。より具体的には、臨床の場で生じる価値に関する不安や対立に対して、問題を明らかにし、分析・検討を加え、解決に向けて支援していく。(Core competencies for healthcare ethics consultation. ASBH)

**【介入による効果】**

- ・入院期間の減少、ICU滞在期間の減少(Schneiderman, 2003)(Chen, 2014)
- ・倫理的問題における合意形成の促進 (Chen, 2014)
- ・倫理的問題に悩む、患者・家族や医療者の満足度の向上(Au, 2018)(Crio, 2020)

<p>病院・臨床倫理委員会連携会議（2021年2月23日開催） 参加者：全国大学病院の臨床倫理委員会代表者</p> <p>臨床倫理コンサルテーションの活動に診療報酬が必要だと思いますか</p> <p>50件の回答</p> <p>● 必要だと思う ● どちらかという必要だと思う ● どちらかという不必要だと思う ● 不必要だと思う ● 診療報酬はない方がいい ● わからない 要件しだい ● わからない</p>	<p>診療報酬が「必要だと思う」「どちらかという必要だと思う」と回答した人はその理由を教えてください</p> <p>37件の回答</p> <p>診療報酬がないと活動に制限や資金等の問題があると考えます。</p> <p>臨床倫理の検討に用いる時間、人員が必要であるため</p> <p>時間をかけて検討すること必要と考えます。個別ではなく活動実態のある設置施設に対して診療報酬が算定されるべきと考えます。</p> <p>医療安全や感染対策の加算と同等に必要な取り組みと考えるため</p> <p>倫理的課題に取り組んでも、取り組みなくとも同じであっても、臨床の現場は、崩壊すると思います。現時点では倫理的に問題があると感じられる人の好意で成り立っているように思います。次世代は、人と人の関係も希薄になりがちで、面倒なことは避けて通るようになっては取り返しがつきません。臨床倫理コンサルテーションの活動について、取り組んでいるところには適切な評価はするべきだと思うからです。</p> <p>病院としても臨床倫理委員会の必要性が力を入れることに意欲が再認識されるため</p>
---	--



【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		A722101	
申請技術名		運動器の難治性慢性疼痛における集学的治療に対する慢性疼痛管理加算	
申請団体名		日本腰痛学会	
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）	31麻酔科	
		11心療内科	
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）	令和2年度	
	提案当時の医療技術名	運動器の難治性慢性疼痛における集学的治療に対する慢性疼痛管理加算	
	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） 文字数：140		あらゆる治療に抵抗し、発症から6ヵ月以上持続する運動器の難治性疼痛を有する患者に対して、医師、看護師、理学療法士、臨床心理士、薬剤師など多職種による評価を行い、多職種カンファランスで客観的・多面的な評価を行い、認知行動療法や集学的リハビリテーションをはじめとする集学的治療を行う。	
対象疾患名		運動器難治性慢性疼痛	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数：298		運動器の慢性疼痛患者では、薬物療法をはじめとする一般的な治療が奏功しないことが少なくない。医療機関では、薬物療法や物理療法を漫然と続けられていることが多く、費用対効果の観点から慢性疼痛治療を見直す必要がある。腰痛診療ガイドライン2012では、認知行動療法は、亜急性または慢性腰痛の治療として有用とされている。また、慢性疼痛診療ガイドライン2021でも、慢性疼痛に対する有効性が示されている。しかし、集学的診療には、多大な人的負担を強いられる一方、それに対する報酬はなく、実施可能な医療機関に限られ、不足している。集学的治療を実施する医療機関を増やすことが課題であり、本治療の保険収載が必要である。	

【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		以下の要件を満たす運動器疼痛患者 ●6ヵ月以上持続する疼痛 ●複数の医療機関での治療歴があり、改善しない疼痛 ●精神医学的評価で異常を有する疼痛	
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）		患者1人に対して、医師、看護師、理学療法士、臨床心理士など多職種の医療者が、それぞれ病態評価を行い、多職種でカンファランスを実施する。その情報を共有し、患者個々の背景を考慮して有効な治療方針を決定する。決定した治療方針に従って、多職種で治療にあたる。	
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	その他（右欄に記載する。）	A 第1部 第1節 初・再診料
	番号	001.17	
	医療技術名	慢性疼痛疾患管理料	
既存の治療法・検査法等の内容	慢性疼痛患者は、19%が病院や診療所、20%が民間療法、3%が医療機関と民間療法の療法で治療を受けている。それぞれの医療機関や民間療法で、個別に治療が行われている。治療内容は、マッサージ31%、投薬22%、理学療法16%などさまざまである。(J Orthop Sci, 2011; 16: 424-432) したが、治療の有効性の調査では、症状の悪化や変化なしを合わせると36%に上る。(J Orthop Sci, 2014; 19: 339) そして、治療期間中に治療機関を変更した理由では、治療に満足できなかったという理由が40%を占める。(J Orthop Sci, 2011; 16: 424-432) 痛みのために受診した医療機関数の調査では、2ヵ所以上、3ヵ所以上がそれぞれ約30%を占める。(臨整外, 2012; 47: 565)		
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		慢性腰痛に対する集学的治療や生物心理社会的リハビリテーションは、通常の治療と比較して、身体機能の改善や職場復帰に有効である。	
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	慢性腰痛に対する集学的治療や生物心理社会的リハビリテーションは、通常の治療や治療待機と比較して、痛みや日常生活障害の改善、復職に有用である。(Global Spine J, 2018; 8:872-886) 集学的リハビリテーションは、痛みや日常生活障害の改善に優れ、心理社会的要因を呈する慢性腰痛患者が対象として望ましい。(Cochrane Database Syst Rev, 2014;9 : CD000963)	
	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。）	腰痛診療ガイドライン2019や慢性疼痛診療ガイドライン(2021年)で施行することが推奨されている。

⑥普及性	年間対象患者数(人)	37万人
	国内年間実施回数(回)	148万回
※患者数及び実施回数の推定根拠等		筋骨格系慢性疼痛の調査研究によると、6ヵ月以上続く、運動器慢性疼痛の有症率は、15.4%である。(J Orthop Sci, 2011; 16: 424) 慢性疼痛の部位としては、腰が多く、64.1%である。(臨整外, 2012; 47: 127) 治療に満足せず、治療機関を変更する患者の割合が40%と報告されている。(J Orthop Sci, 2011; 16: 424-432) 痛みのために受診した医療機関数の調査では、複数の医療機関を受診した患者が約30%を占める。(臨整外, 2012; 47: 565) 計算: 10550万人(日本の20歳以上の成人人口) × 0.154(運動器慢性疼痛有症率) × 0.641(疼痛部位) × 0.4(治療機関を変更する割合) × 0.3(複数の医療機関の受診) = 1249719.24人 そのうち、集学的治療を希望する患者の割合は30%前後と推定される。3ヵ月に1回、病態評価と多職種カンファンスが実施される場合、国内年間実施回数は148万回と推定される。
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)		慢性疼痛診療ガイドラインでは、慢性腰痛をはじめとする慢性疼痛に対して集学的治療は有効とされ、実施が推奨されている。腰痛診療ガイドライン2019でも、患者教育と心理行動的アプローチ(認知行動療法)をはじめとする集学的治療が推奨されている。
・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)	日本腰痛学会の理事・評議員または日本運動器疼痛学会の代議員が常勤する、日本リハビリテーション医学会に所属する理学療法士や作業療法士が常勤する施設に限定する。
	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)	整形外科医または麻酔科医、精神科医または臨床心理士、看護師、理学療法士を各1名以上配置すること。
	その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	当該技術の適応の判断及び実施にあたっては、腰痛診療ガイドライン、慢性疼痛診療ガイドラインを参考にすること。
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特に副作用なし
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		患者の希望に配慮する。
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 点数(1点10円)	その他(右欄に記載する。) 870点
	その根拠	緩和ケアを要する患者に対して、保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に算定されている外来緩和ケア管理料が290点である。複数の職種が共同して行う点は同等であるが、集学的治療に要する職種の多様性、1症例に要する時間など治療の難易度や人的資源の必要性を勘案すると、診療報酬は、外来緩和ケア管理料の3倍程度が妥当である。
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	B
	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 予想影響額(円)	増(+) 334,080,000円
	その根拠	年間対象患者は37万人と試算され、年間実施回数は148万回と推定される。したがって、290点×148万回=432,100,000点と予想される。ただし、現在の国内の現状では、運動器の難治性慢性疼痛に対する集学的治療を実施可能な施設は限られる。日本腰痛学会の理事・評議員または日本運動器疼痛学会の理事・代議員が常勤する施設が約200施設であり、この施設で対応できる患者に対する治療回数が実際の実施回数になる可能性が高い。1施設で週1例に実施すると仮定した場合、1施設年間48例となる。3ヵ月毎にカンファランスと再評価を行うと年間の実施回数は4回と仮定される。したがって、48例×200施設×年間4回/例×8700円=334,080,000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		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		日本整形外科学会、日本脊椎椎間病学会、日本運動器疼痛学会、日本臨床整形外科学会、日本運動器科学会、日本リハビリテーション医学会



⑬参考文献 1	1) 名称	Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan.
	2) 著者	Nakamura M, Nishiwaki Y, Ushida T, Toyama Y
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Orthop Sci. 2011;16(4):424-32.
	4) 概要	慢性疼痛患者は、19%が病院や診療所、20%が民間療法、3%が医療機関と民間療法の療法で治療を受けている。治療内容はさまざまである。
⑬参考文献 2	1) 名称	Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan: a second survey of people with or without chronic pain.
	2) 著者	Nakamura M, Toyama Y, Nishiwaki Y, Ushida T
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Orthop Sci. 2014;19(2):339-350
	4) 概要	慢性疼痛患者に対する治療有効性調査では、症状の悪化や変化なしを合わせると36%に上る。
⑬参考文献 3	1) 名称	わが国における慢性疼痛および神経障害性疼痛に関する大規模実態調査
	2) 著者	小川 節郎, 井関 雅子, 菊地 臣一
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	臨整外 47(2): 127-134, 2012
	4) 概要	慢性疼痛の部位としては、腰が多く、64.1%である。
⑬参考文献 4	1) 名称	腰痛診療ガイドライン2019
	2) 著者	日本整形外科学会, 日本腰痛学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	腰痛診療ガイドライン2019, 55-61
	4) 概要	腰痛患者に対して、患者教育と心理行動的アプローチは有用である。
⑬参考文献 5	1) 名称	慢性疼痛診療ガイドライン
	2) 著者	慢性疼痛診療ガイドライン作成ワーキンググループ
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	慢性疼痛診療ガイドライン, 2021, 3月, 147-160
	4) 概要	集学的治療は慢性腰痛に対して有用である。

提案番号(6桁)

申請技術名

申請学会名

A722101 運動器の難治性慢性疼痛における集学的治療に対する慢性疼痛管理加算

日本腰痛学会

### 【技術の概要】

運動器の難治性慢性疼痛患者に対し、多職種による集学的治療を行う。

### 【対象疾患】

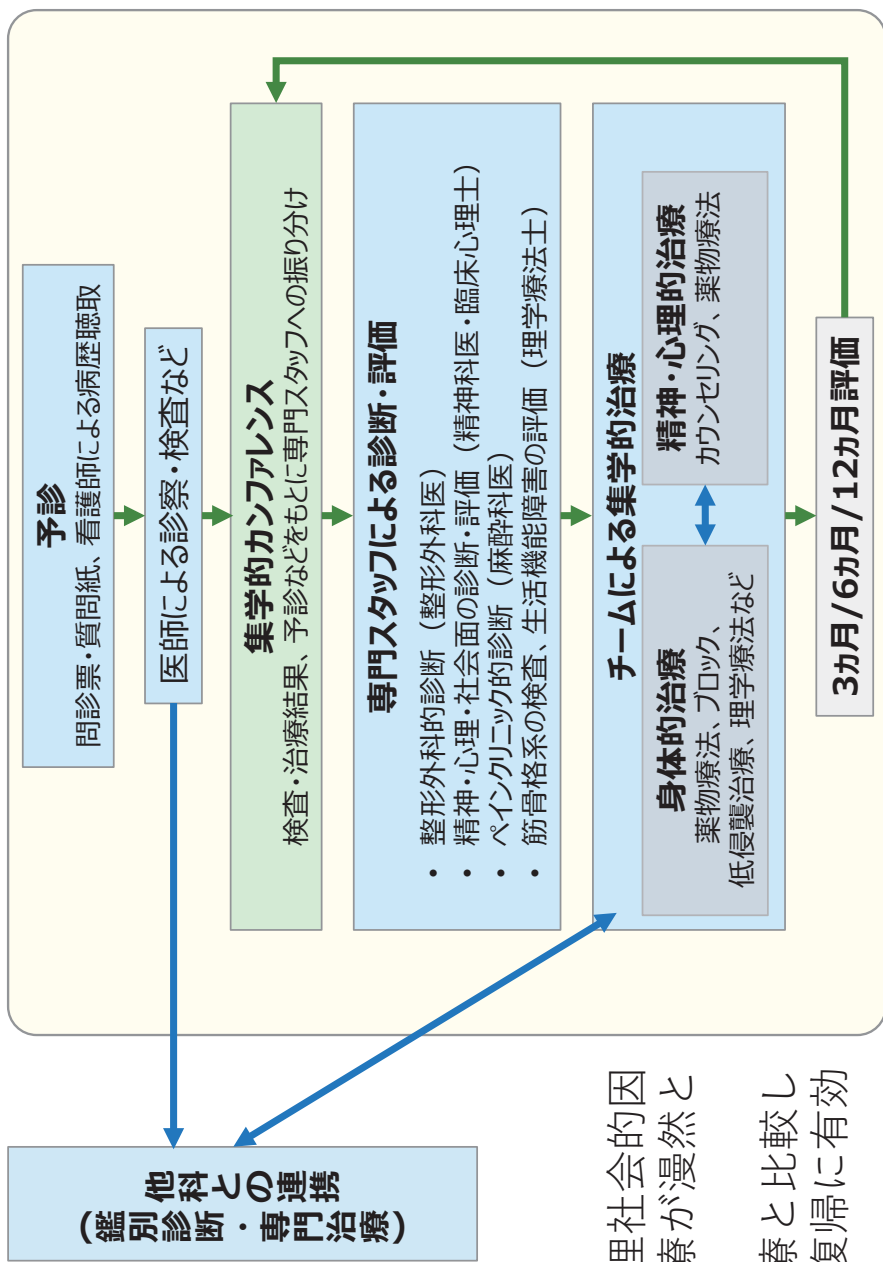
本邦の運動器慢性疼痛の疫学調査から、年間対象者は37万人程度と考えられる。ただし、集学的治療を実施可能な施設は限られる。

### 【既存の治療法との比較】

- 運動器慢性疼痛では、心理社会的因子が関与し、有効でない治療が漫然と続けられている場合が多い。
- 集学的治療は、通常の治療と比較して、身体機能の改善や職場復帰に有効である。

### 【診療報酬上の取扱い】

- ・ 特定疾患治療管理料B
- ・ 8700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		A724101	
申請技術名		特定機能リハビリテーション病棟入院料	
申請団体名		公益社団法人 日本リハビリテーション医学会	
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）	36リハビリテーション科	
	関連する診療科（2つまで）	01内科 13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		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）		特定機能病院において、高度なリハビリテーション医療を集中的に提供し、さらに高度な医療技術の開発、研修による人材育成を行うための病棟	
文字数：65			
対象疾患名		リハビリテーション医療を要する疾患・病態	
保険収載が必要な理由（300字以内）		リハビリ医療の需要の高まり、その医療技術開発の必要性、質の高い人材の育成の重要性から、高度なリハビリ医療の臨床・研究開発・教育を行う病棟が必要である。例えば、主要なリハビリ対象疾患であり、かつ介護の主因である脳卒中においては「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」には、革新的なリハビリ等に関し大学等による研究の促進とその成果活用、人材育成に必要な施策が求められている。リハビリ医療には、それに適した病棟環境・人員配置や長い入院期間を要するなど、特殊性があることも勘案し、特定機能病院において「特定機能リハビリテーション病棟入院料」の新設を求める。	
文字数：299			

## 【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		リハビリテーション医療を要する疾患・病態	
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）		リハビリテーションが必要な病態・疾患を有する患者に対して、機能の障害、活動の制限の改善目的で、専門的なリハビリテーション治療計画に基づき、専門職種がチームを組んで標準的治療から先進的治療まで幅広い集中的リハビリテーションを行う病棟	
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	該当なし
	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 ・長期予後等のアウトカム		該当せず	
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	該当せず	
	エビデンスレベル	エビデンスレベルをリストから選択	
	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	—
⑥普及性	年間対象患者数(人)	該当せず	
	国内年間実施回数(回)	—	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		—	

⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	リハビリテーション科指導医・専門医の指導下に行う標準的ないし先進的なリハビリテーション医療			
・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） 特定機能病院のリハビリテーション科			
	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） 高度なリハビリテーション医療が提供でき、また質の高い人材の育成が可能な人員体制			
	その他 （遵守すべきガイドライン等その 他の要件） 該当なし			
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	該当なし			
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）	超高齢社会において必要性が増しているリハビリテーション医療の高度な技術開発および普及、人材の育成 環境を整えることは社会的に妥当である。			
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 点数（1点10円） その根拠 その他（右欄に記載する。） 新しい病棟のため人員配置などによって今後検討			
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 リストから選択			
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）	該当なし			
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	該当なし			
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	該当なし			
⑯参考文献 1	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	— — — —		
	⑯参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	特になし 特になし 特になし 特になし	
		⑯参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	特になし 特になし 特になし 特になし
			⑯参考文献 4	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要
⑯参考文献 5				1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要

提案番号(6桁)	申請技術名
A724101	特定機能リハビリテーション病棟入院料
	申請学会名
	日本リハビリテーション医学会

### 高度なリハビリテーションの医療・開発研究・教育のための病棟の必要性

- 長寿・超高齢社会，リハビリテーション医療の役割の増大
- 革新的なリハビリテーション医療技術の開発と普及が求められている。
- 例えば，主要なリハビリテーション対象疾患，かつ要介護の主要原因の1つでもある脳卒中において，2018年成立の「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中，心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」第十九条は，**革新的なリハビリテーション等に関する大学等による研究の促進とその成果活用に必要な施策を講ずるものとされ，第十七条には人材の育成のための施策が求められている。**

### リハビリテーション医療の特徴

- 機能障害・活動制限が治療対象（患者特性の違い）
- 長い入院期間の必要性
- 適切な病棟環境・人員配置  
などが他の診療科とは異なる。

### 特定機能病院の特徴

- 専門性の高いスタッフ
  - 高度な医療・研究開発・教育研修を行うための設備
  - 他領域の高度な医療専門家集団
  - 重度な難渋症例に対応可能
  - 産官学の連携体制
  - 研究開発が行える環境（倫理委員会等）
  - 研修・教育する側のアクセシビリティ/受け入れ体制
- 
- (加えて，一般的な急性期病院としての特徴)
- 超急性期から一貫
  - 医療を受ける側にとって負担が少ない（同一施設）

+

1. リハビリテーション医療に**最適デザイン**
2. 高度なリハビリテーション提供と質の高い人材育成が可能な**人員配置**



### 特定機能

### リハビリテーション病棟

- 高度なリハビリテーション医療の集中的提供
- 高度なリハビリテーション医療技術の開発
- 基本領域であるリハビリテーション科として，質の高い人材の育成

【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		A724201	
提案される医療技術名		早期離床・リハビリテーション加算の増点	
申請団体名		公益社団法人 日本リハビリテーション医学会	
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）	36リハビリテーション科	
	関連する診療科（2つまで）	32救急科	
		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3節 特定入院料	
診療報酬番号		A301	
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）		ICUにおける早期離床・リハビリテーションの取り組みをリハビリテーション科医と理学療法士・作業療法士が参加したチームで実施すること、従来の取り組みより、安全かつ効果的な治療となる。	
再評価が必要な理由		既存項目である早期離床・リハビリテーション加算で評価されているもののうち、急性期リハビリテーションの経験が豊富なリハビリテーション科医と理学療法士や作業療法士がチームに参加する離床の取り組みについては、その難易度や臨床上の有用性を考慮し、別の項目を設定の上で既存項目よりも高い評価が必要である。	

## 【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）	ICUにおける早期リハビリテーションについての最新のメタアナリシスでは、人工呼吸抜去後の期間、ICU関連筋力低下、ICU退室時の筋力増強、自宅退院率、退院時の歩行能力、6ヶ月後の社会生活が改善する事が示されており、更に集中的なリハビリテーションを行うと、6ヶ月後のQOLが改善する事が示されている。一方、早期リハビリテーションを安全に行うための明確なガイドラインはない状態であり、早期リハビリテーションの実施率の問題が指摘され、不十分な実施率では効果がでないとされている。 本邦の早期離床の研究では、急性期の脳血管障害患者において、リハビリテーション科医と訓練された理学・作業療法士で行う早期離床・リハビリテーションを発症24時間以内にするのと発症48時間以内を実施するより、有害事象の発生が増加することなく、ADLや発症6ヶ月後の自宅復帰率が改善する事が示されており、リハビリテーション医学に精通した医師と理学・作業療法士が早期離床の取り組みを実施するチームに加わることで、安全で効果のある早期リハビリテーションを実施できると考えられる。 以上より、リハビリテーション医学に習熟した医師と理学・作業療法士が加わったチームが早期離床・リハビリテーションを実施する事は、それ以外の職種のみでの取り組みとは別の評価とするべきであり、早期離床・リハビリテーション加算を600点に増点することが妥当と考える。
------------------------------	--



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		申請する早期離床・リハビリテーション加算の増点は、リハビリテーション科医と訓練された理学・作業療法士が参加するチームが特定集中治療室に入室後から14日を限度として離床等の必要な取組を実施する際の増点である。早期離床・リハビリテーション加算自体は、(1)14日を限度として、所定点数(特定集中治療室管理料)に加算する。(2)特定集中治療室での早期離床・リハビリテーションに関する多職種からなるチームを設置し、患者の診療を担う医師、看護師、理学療法士等が、チームと連携して、患者の早期離床・リハビリテーション実施に係る計画を作成し実施した場合に算定する。構成チームとしては、集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師、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、急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士となっている。申請する増点では、従来の加算と対象とする患者は変わらないが、更に早期の離床とリハビリテーションを安全に効果的に実施する点で、全身状態に応じた詳細な早期離床・リハビリテーションプロトコールの立案と実施が必要となる。	
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)		A301	
医療技術名		早期離床・リハビリテーション加算	
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	本邦の実施されたリハビリテーション専門医と教育された療法士による早期リハビリテーション治療に関する研究では急性期病棟退院時のADL改善量と発症6ヶ月後の自宅復帰率が有意に改善された。さらに早期リハビリテーション医療提供によって死亡率が増すことはなかった。	
	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
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		申請する早期離床・リハビリテーション加算の増点で、現在の早期離床・リハビリテーション加算を算定できる対象患者や発症後の算定できる日数が変化しないため、症例数や件数の変化はないと考える。年間対象者数や実施回数は社会医療診療行為別統計令和元年6月審査分による。	
年間対象者数の変化	前の症例数(人)	12,624	
	後の症例数(人)	12,624	
年間実施回数の変化等	前の回数(回)	33,528	
	後の回数(回)	33,528	
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)		一般的なリハビリテーション医学の知識に加え、急性期の全身状態の評価や早期離床や運動療法が困難な病態に対する早期離床に関する専門的な知識が必要である。これらの専門的な知識の習得は、日本リハビリテーション医学会において、リハビリテーション医学会会員に対し、公式テキスト(急性期のリハビリテーションテキスト)や研修会(急性期病棟におけるリハビリテーション医師研修会、急性期病棟におけるリハビリテーション専門職研修会)を通して進んでいる。	
・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)	リハビリテーション科と救急科を標榜している	
	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)	リハビリテーション科の医師としての経験を3年以上有し、急性期リハビリテーション医療に係る適切な研修を終了したした専任の常勤医師、急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有し、急性期リハビリテーション医療に係る適切な研修を終了したした専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士	
	その他(遵守すべきガイドライン等その他の要件)	研修会の受講(急性期病棟におけるリハビリテーション医師研修会、急性期病棟におけるリハビリテーション専門職研修会)	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		早期離床・リハビリテーションに必要な知識を持ったリハビリテーション科医や理学療法士・作業療法士が早期離床・リハビリテーションのチームに加わる事によって、従来の体制よりも安全性が高まる。	
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	500	
	見直し後	600	
	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)	16,764,000	
	その根拠	特定集中治療室に配置されているリハビリテーション科医が全施設の約半数と仮定した場合の100点増点した際の影響額	
	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		該当なし	
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		救急集中医学会	

⑬参考文献 1	1) 名称	The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review.
	2) 著者	Tipping CJ, Harrold M, Holland A, Romero L, Nisbet T, Hodgson CL.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Intensive Care Med. 2017 Feb;43(2):171-183.
	4) 概要	ICU早期リハビリテーションにおける2017年のメタアナリシスであり、ICU退室時の筋力増強、退院時の歩行能力、6ヶ月後の社会生活が改善することが示されており、集中的なリハビリテーションで、入院6ヶ月後のQOLが改善する。
⑬参考文献 2	1) 名称	Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis.
	2) 著者	Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, Deng Y, Yu K, Chen X, Zhu L, Ma J, Qin Y.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	PLoS One. 2019 Oct 3;14(10):e0223185.
	4) 概要	ICU早期リハビリテーションにおける2019年のメタアナリシスであり、人工呼吸抜去後の期間、ICU関連筋力低下、ICU退室時の筋力増強、自宅退院率、退院時の歩行能力が改善することや、早期リハにより、有害事象が増す傾向が示されている。
⑬参考文献 3	1) 名称	Early mobilization of mechanically ventilated patients in the intensive care unit.
	2) 著者	Taito S, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Intensive Care. 2016; 4: 50.
	4) 概要	人工呼吸管理中のICU患者の早期リハビリテーションの研究において、効果がないとされている研究では、介入群の早期リハビリテーション実施率が低い。
⑬参考文献 4	1) 名称	Safety Assessment Criteria for Early Active Mobilization in Mechanically Ventilated ICU Subjects.
	2) 著者	Yang R, Zheng Q, Zuo D, Zhang C, Gan X.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Respir Care. 2021 Feb;66(2):307-315.
	4) 概要	早期リハビリテーションを安全に行うための明確なガイドラインはなく、エキスパートオピニオンにより、各項目（循環・呼吸）毎の開始・中止基準が公表されている。
⑬参考文献 5	1) 名称	Mobilization within 24 hours of new-onset stroke enhances the rate of home discharge at 6-months follow-up: a prospective cohort study.
	2) 著者	Kinoshita T, Yoshikawa T, Nishimura Y, Kamijo YI, Arakawa H, Nakamura T, Hashizaki T, Hoekstra SP, Tajima F.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Int J Neurosci. 2020 Jun 22:1-10.
	4) 概要	脳血管障がい患者を対象に、24時間にリハビリテーション科医と教育を受けた療法士が早期リハビリテーションを開始したほうが、6か月後のADL改善量と自宅復帰率が有意に高かった。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A724201	早期離床・リハビリテーション加算の増点	日本リハビリテーション医学会

## 【技術の概要】

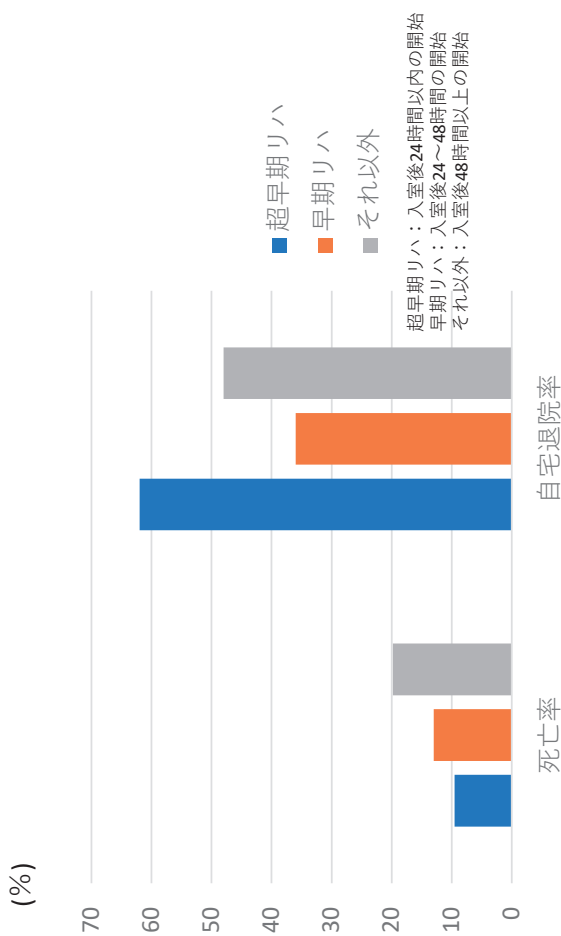
リハビリテーション科医と訓練された理学・作業療法士が参加するチームが特定集中治療室に入室後から14日を限度として離床等の必要な取組を実施する

## 【対象疾患】

・特定集中治療室に入室した全患者  
令和元年診療実績から、年間対象患者は12,000人程度と考える

## 【既存の治療との比較】

- ・有効性が広く確認されている早期離床・リハビリテーションは、早期からの実施率が低いと効果が低くなるという海外の研究が見られる
- ・本邦のリハビリテーション科医と訓練された理学・作業療法士で行う早期離床・リハビリテーションの研究では、急性期の脳血管障害患者において、発症24時間以内にすると発症48時間以内に実施するより、有害事象の発生が増加することなく、自宅退院率が改善していた。
- ・以上より、リハビリテーション科医と訓練された理学・作業療法士がICUの早期離床・リハビリテーションの取り組みを行うチームに参加することで、早期からの実施率の向上と効果の向上が期待できる。



## 【診療報酬上の取り扱い】

- ・現在の早期離床・リハビリテーション加算が500点/日(入室後14日を限度)であるため、100点を増点した600点が妥当である。