一般社団法人
内科系学会社会保険連合

令和8年度診療報酬改定
基本診療料

令和7年8月19日(火)

内保連経由で提出した基本診療料に関する提案一覧

整理番号	提案名	主たる提案学会
A219201	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の項目見直し	日本冠疾患学会
A222201	緩和ケア診療加算	日本緩和医療学会
A228101	重症者等療養環境特別加算	日本結核・非結核性抗酸菌症学会
A228102	緩和ケア診療加算	日本結核・非結核性抗酸菌症学会
A228103	呼吸ケアチーム加算	日本結核・非結核性抗酸菌症学会
A232201	緩和ケア診療加算	日本呼吸器学会
A234201	呼吸ケアチーム加算	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
A241101	母乳栄養管理加算	日本周産期・新生児医学会
A241102	新生児発達支援充実加算	日本周産期・新生児医学会
A241103	ハイリスク児成育支援加算	日本周産期・新生児医学会
A242101	特定集中治療室退室後フォローアップ体制加算	日本集中治療医学会
A242201	早期離床・リハビリテーション加算	日本集中治療医学会
A242202	せん妄ハイリスク患者ケア加算	日本集中治療医学会
A242203	早期栄養介入管理加算	日本集中治療医学会
A249101	小児地域連携受入加算	日本小児科学会
A249102	新生児早期静脈栄養管理加算	日本小児科学会
A249201	A307 小児入院医療管理料、A205 救急医療管理加算	日本小児科学会
A249202	小児療養環境特別加算	日本小児科学会
A256201	小児特定集中治療室管理料の「小児」のくくりを現行の15歳から18歳未満への引き上げ	日本小児循環器学会
A256202	小児入院医療管理料の「小児」のくくりを現行の15歳から18歳未満への引き上げ	日本小児循環器学会
A267201	摂食障害入院医療管理加算	日本心身医学会
A268201	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	日本新生児成育医学会
A268202	新生児特定集中治療室管理料	日本新生児成育医学会

整理番号	提案名	主たる提案学会
A275101	強度行動障害入院対応加算	日本児童青年精神医学会
A275102	強度行動障害外来対応加算	日本児童青年精神医学会
A275201	強度行動障害入院医療管理加算判定基準の変更	日本児童青年精神医学会
A291101	強度行動障害一般精神入院加算	日本精神神経学会
A291201	精神病棟入院基本料（10対1）の算定要件（平均在院日数）	日本精神神経学会
A291202	精神科リエゾンチーム加算の専従要件の改定	日本精神神経学会
A291203	精神科身体合併管理加算の対象疾患の改定	日本精神神経学会
A295101	摂食嚥下障害支援体制加算	日本摂食嚥下リハビリテーション学会
A297101	精神科地域連携加算の新設	日本総合病院精神医学会
A297201	精神科救急・合併症入院料の改定（施設基準の緩和など）	日本総合病院精神医学会
A706201	「重症度、医療・看護必要度」における評価項目見直しに関する提案__A案	日本内科学会
A706202	「重症度、医療・看護必要度」における評価項目見直しに関する提案__B案	日本内科学会
A706203	「重症度、医療・看護必要度」におけるA項目の評価項目及び評価基準の見直しに関する提案__C案	日本内科学会
A712101	脳卒中相談窓口患者サポート加算	日本脳卒中学会
A712201	地域連携診療計画加算	日本脳卒中学会
A730101	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
A736201	感染対策向上加算細胞診部門への安全キャビネットの設置	日本臨床細胞学会
A741201	抗菌薬適正使用体制加算	日本臨床内科医会

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A219201	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の項目見直し	日本冠疾患学会

【技術の概要】

・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Aに下記赤字項目を追加する。

A モニタリング及び処置	0点	1点	2点
1. 動脈圧測定(動脈ライン)	なし		あり
2. シリンジポンプの管理	なし	あり	
3. 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし		あり
4. 人工呼吸器の管理	なし		あり
5. 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
6. 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル、心臓超音波検査)	なし		あり
7. 特殊な治療法等(CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO, IMPELLA, 体外式ペースメーカー)	なし		あり
8. 心電図モニターの管理(心疾患に限る)	なし		あり

【対象疾患】

・急性心筋梗塞など集中治療が必要な重症心疾患

日本循環器学会 急性冠症候群ガイドライン(2018年改訂版)において、「発症直後の急性心筋梗塞患者をCCUで包括的に治療し、心電図および生命兆候のモニタリングを行う」ことはクラス1の適応として推奨されている。このような患者でも、2014年以降の改定によって重症度、医療・看護必要度を満たさなくなった患者が生じている。

【既存の治療法との比較】

①「心臓超音波検査による血行動態の評価　2点」の追加
(理由:血行動態の評価はスワンガンツカテーテルから心臓超音波検査による評価に代替されており、繰り返す心臓超音波検査の施行で同等と評価するのが妥当と考える)

②「心疾患における心電図モニターの管理　2点」の追加
(理由:心疾患では致死性不整脈が出現するリスクが高く、電気的除細動が1分遅れる毎に10%救命率が下がるため、心疾患患者では致死性不整脈の監視を常時行う必要がある。そのため、心疾患患者に限定して2点を配点するのが妥当と考える)

③「特殊な治療法等」へ「体外式ペースメーカー」の追加
(理由:体外式ペースメーカーを必要とする患者では、ペーシング不全によって心停止となるため、その管理は人工呼吸器やECMOなどと同様に重要であり、含めることが妥当と考える)。

＊「心電図モニターの管理」は以前の改定によって削除された経緯があるが、その重要性は心疾患と非心疾患では全く異なるため、心疾患に限定して復活させるのが妥当と考える。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

重症度、医療・看護必要度を満たさない心筋梗塞等の重症心疾患患者が存在し、ガイドラインの遵守が困難となっているため、このような心疾患患者の重症度、医療・看護必要度を適切に評価するため、上記項目の追加が必要である。

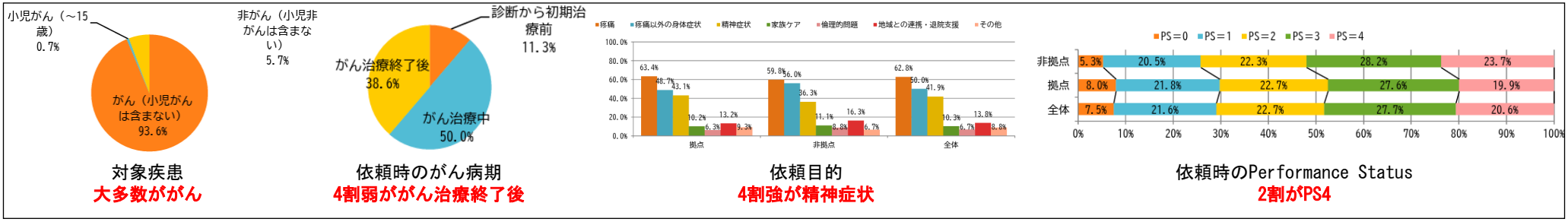
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A222201	緩和ケア診療加算	日本緩和医療学会

【技術の概要】

算定要件の「緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上別紙様式３又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。」について、緩和ケア診療実施計画書の交付にあたり患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない、と変更する。

【対象疾患】

2023年度緩和ケアチーム登録(日本緩和医療学会)



対象疾患
大多数ががん

依頼時のがん病期
4割弱ががん治療終了後

依頼目的
4割強が精神症状

依頼時のPerformance Status
2割がPS4

緩和ケアチーム依頼の時期はがん治療終了後が38.6%、依頼時のPerformance Status4が27.7%、転帰として死亡退院が19.8%となっている。また、依頼時の依頼内容として多いものは疼痛(62.8%)、疼痛以外の身体症状(50.0%)、精神症状(41.9%)である。
このように、緩和ケアチームが診療する対象集団の2-3割は死亡直前期で極めて全身状態が不良であり、かつ、最大4割が意識障害を伴っている。
したがって自筆署名が困難である割合が高い。

【既存の治療法との比較】

緩和ケアチーム依頼時には緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付し、その写しを診療録に添付している。交付にあたり患者または家族等の署名が必要であり、患者の自筆署名が困難、家族の面会制限や遠方居住により署名が困難な場合が多い

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

右表のごとく、多数の学会から発表されている各種癌診療ガイドラインにおいて、緩和ケア介入が推奨されている。緩和ケアニーズが高い状態である一方で、介入開始に関する現場負担を軽減する方策が求められている。

様々ながん診療ガイドラインにおける緩和ケアの記載

学会名	ガイドライン名（発行年）	緩和ケアに関する記載の要旨
日本肺癌学会	肺癌診療ガイドライン（2024年）	進行・再発肺がんに対して早期から緩和ケア介入を推奨。QOLの改善と症状緩和のため、緩和ケアチームの関与が重要
日本乳癌学会	乳癌診療ガイドライン（2018年）	再発・転移乳がんの緩和的治療や症状緩和が重要。ACPやQOL向上のための支援も推奨
日本大腸癌研究会	大腸癌治療ガイドライン（2022年）	根治不能例では症状緩和や全身状態の改善を目的とした支持療法・緩和的化学療法を推奨
日本胃癌学会	胃癌治療ガイドライン（2021年）	手術不能・再発症例において緩和医療・支持療法が必要であり、QOLや症状緩和に配慮すべき
日本膵臓学会	膵癌診療ガイドライン（2022年）	疼痛コントロール、黄疸緩和、消化吸収障害など、支持・緩和ケアが重要
日本肝胆膵外科学会	胆道癌診療ガイドライン（2021年）	疼痛、黄疸、かゆみなどの症状に対する緩和ケア介入が必要。早期からの介入が望ましい
日本頭頸部癌学会	頭頸部癌診療ガイドライン（2022年）	嚥下・構音障害や疼痛・精神的苦痛に対する緩和ケアの実施を推奨
日本婦人科腫瘍学会	子宮体癌/頸癌治療ガイドライン（2023年）	再発・進行症例における緩和的治療や痛み・出血に対する支持療法の実施について記載
日本泌尿器科学会	前立腺癌診療ガイドライン（2023年）	緩和ケアは人生の終末期に限らず癌治療の早期から提供されるべき

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A228101	重症者等療養環境特別加算	日本結核・非結核性抗酸菌症学会

【技術の概要】

加算の対象となる者は、次のいずれかに該当する患者であって、特に医療上の必要から個室又は2人部屋の病床に入院した者について、1日につき、個室の場合300点　2人部屋の場合150点を　ア 病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者　イ 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者について加算する。

【対象疾患】

結核症
上記技術の概要に合致した患者

結核の医療提供体制について

②入院患者のうち、身体合併症や精神疾患を有することが多い高齢者の割合が増えている。

⇒ 合併症患者の入院診療に対応できる「モデル病床の整備」を進めてきた。
（全国90施設、計422床を指定）
（平成27年4月時点）

モデル病床の内訳	
一般病床	精神病床
308床（69施設）	114床（23施設）

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000143661.pdf

【既存の治療法との比較】

治療法の差異による患者の生命予後への変化はあってはならない。しかし、現在まで高度の患者モニタリングが行われてきたが加算がされていないため、病院の医療機器投入に対しての病院の収入が減産した。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

結核病棟では、重症者に対して、重症患者のケアを行っているにもかかわらず、重症者環境管理加算の算定ができない現状であり、医療機器への投資は医療機関への負担となる。アクシデントを減少させ、看護師の疲弊を改善するためには、医療機器の投入はやむを得ない事態であったが、結核病棟が不採算となり、COVID-19を契機に、病棟の閉鎖が続いている。**安全管理の点から重症者や手術例の安全を確認するための様々なモニタリングについて結核病棟に入院しているという条件で、不公正な扱いを受けている。**重症者や高齢者を安全に、看護できる環境とするためにもこの算定は必須である。この装備は、結核重症者用HCUにも装備されている。しかし他の病床とは加算が違う理由が示されたことはかつてない。
過去10年近く本申請を提出してきたが、なぜ結核病棟で重症者を扱う場合に、一般病棟と同様の加算が無いのか、返事がいただけていない。

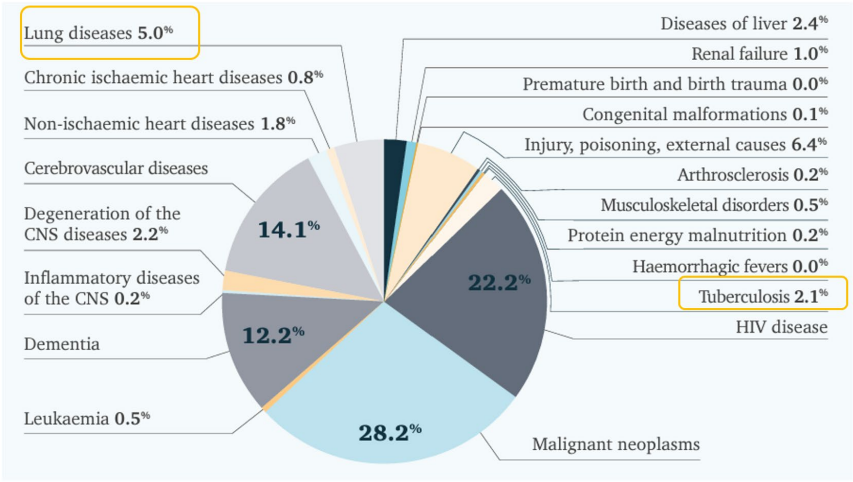
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A228102	緩和ケア診療加算	日本結核非結核性抗酸菌症学会学会

【技術の概要】

緩和ケアを必要とする**結核患者に必要な緩和ケア**を評価し緩和ケアを行う。

【対象疾患】

結核病棟入院中の、**結核を合併した、固形癌、血液悪性疾患、AIDS発症者、末期心不全患者。**



https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3

【既存の治療法との比較】

現在は行われているが、診療報酬の請求ができない。一般病棟で入院した場合、施設基準が整っていれば、緩和ケアが受けられる患者であって、肺結核を発病し、結核病棟に入院しているために、緩和ケアの恩恵が受けられないことを是正する。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

肺結核は**免疫が低下した患者に遍在**する。固形癌、血液悪性腫瘍に活動性肺結核が発症した後、結核病棟に入院した場合、結核病棟だからという理由で緩和ケア診療が受けられない。「**結核」という疾患のによる差別**である。必要ならば病院が持ち出しでマンパワーを使い診療することが義務である、という理由で**承認されない**のであれば、医療機関は保険診療内の医療を行わざるを得なくなる。

本邦における緩和診療の定義
第十五条　国及び地方公共団体は、手術、放射線療法、化学療法、緩和ケア(がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう。第十七条において同じ。)のうち医療として提供されるものその他のがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする。

https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=418AC1000000098_20161216_428AC0100000107

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A228103	呼吸ケアチーム加算	日本結核非結核性抗酸菌症学会

【技術の概要】

48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から1月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から1月以内の患者に対し、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム(呼吸ケアチーム)による診療を行った場合に、週1回に限り算定する。

【対象疾患】

結核症

施設基準
- 人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行うにつき十分な体制が保持されていること。
- 当該加算の対象患者のために呼吸ケアチームによる診療計画書を作成していること。
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- 当該保健医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

【既存の治療法との比較】

結核病棟ではチーム医療は栄養サポートチーム以外には認められていない。
主治医が同僚とスタッフで支える通常の医療が既存の治療法であり、定期的なアドバイスを受けられるシステムはない。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

有効性

呼吸ケアサポートチームの活動が開始されてから、、院内ヒアリハット事象が減少し、病院内インシデントが減少していることを示されているので、一般病棟では継続して加算されている。

週1回150点　加算

結核病棟でも結核による呼吸不全患者は発症し、人工呼吸器を装着することは稀ではなく、倫理的にも人工呼吸器による呼吸補助は、結核病棟か一般病棟かを問うことはない。人工呼吸器の離脱は早期である方が、肺結核であれば空気感染の点からも望ましい。このようなチーム医療が一般病棟では行われ、結核病棟に入院するという理由だけで認められない。疾患による**差別**ではないか。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A232201	緩和ケア診療加算	日本呼吸器学会

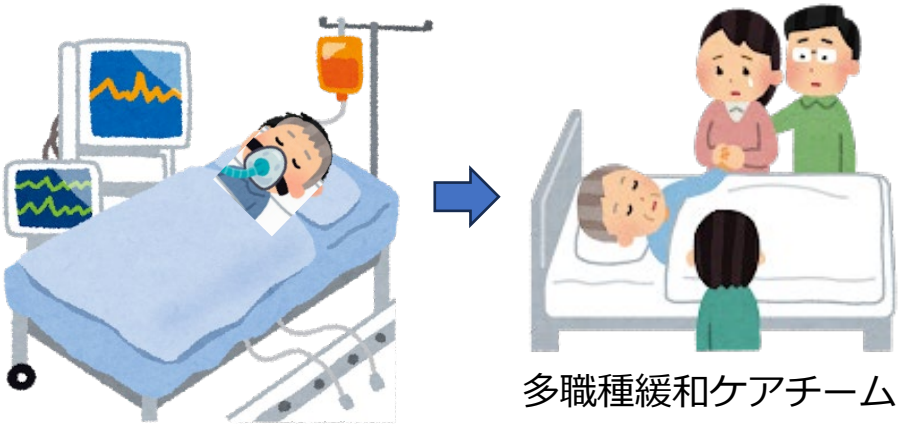
【技術の概要】

- ✓ COPDや間質性肺疾患(ILD)など非がん性呼吸器疾患の終末期では、肺がん以上に身体的精神的苦痛が強い。
- ✓ ICU死亡や人工呼吸器使用が多く、かつオピオイド使用は少ないため終末期のQOLが悪い。

↓

- ✓ 多職種緩和ケアチームが、麻薬等による薬物療法のみならず適切なアドバンスケアプラニング、コード決定のための意思決定支援、呼吸管理、リハビリテーションなど行う。
- ✓ 症状緩和のみならず療養生活の質の維持向上、本人の希望に沿ったエンドオブライフケアを実現し、死亡直前の集中治療回避などの経済的効果も期待 。

【既存の治療法との比較】



多職種緩和ケアチーム

【対象疾患】

入院中の末期呼吸不全患者
（アからウまでの基準およびエからカまでのいずれか）

ア）酸素療法および補助換気療法による呼吸管理と呼吸リハビリテーションを含む適切な治療が実施
イ）器質的呼吸機能障害により、適切な治療にかかわらず「mMRC4度の呼吸困難」が持続
ウ）過去１年以内に呼吸不全の増悪による入院が２回以上、もしくは急性呼吸不全で入院後改善なく進行。
エ）%FVC 50%未満または%FEV１30%未満もしくは低肺機能で検査が実施できない
オ）医学的に終末期であると判断される
カ）エ又はオに掲げる状態に準ずる

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- ✓ 進行したCOPDや慢性心不全の人を対象に、通常のケアに加えて緩和ケアなどを含む多面的なケアを集約したサービスを実施することは、QOLの改善に有効であり、推奨する。（GRADE 1B)
- ✓ エンドオブライフにある非がん疾患患者に対して、緩和ケアチームによる多職種協働介入は、心地よいケアの選択や、満足、QOLの向上に寄与し、推奨する。(GRADE 1C)
- ✓ 非がん性呼吸器疾患の患者に対する緩和ケアの実施件数は2016年度457件から2023年度1264件へ増加

緩和ケアチームによって身体症状及び精神症状の緩和を提供する診療が行われた場合に算定。390点（1日につき）

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A234201	呼吸ケアチーム加算	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

【技術の概要】

現在の算定対象の患者の拡大と呼吸ケアチームの看護師の基準緩和

呼吸ケーチームの対象には、**「在宅あるいは病院で人工呼吸器を含む呼吸ケア機器に関し呼吸ケアチームが回診した場合」**
を追加する。
看護師の基準緩和は**「5年以上呼吸ケアの経験のある看護師あるいは3学会合同呼吸療法認定士あるいは呼吸ケア指導士」**とする。

(**現在の対象**:人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、週1回に限り150点加算する。)
現在の呼吸ケアチーム:医師、看護師(5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(6ヶ月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)、臨床工学技士、理学療法士

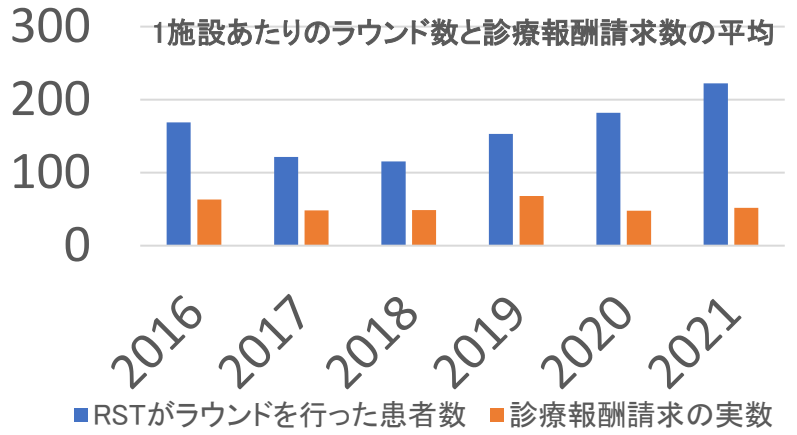
【対象疾患】

算定対象となっていない人工呼吸器離脱後間もない患者や、人工呼吸器以外の呼吸ケア機器装着中の患者に対しても回診等が実施されているのが現状である。呼吸ケアチームの活動は、呼吸関連機器のインシデント・合併症の防止や、症状の適切な把握による早期の呼吸関連機器離脱、入院期間の短縮に貢献するため、活動の実状に合わせて対象の拡大を要望する。
2024年呼吸不全に関するケア白書によると、呼吸ケアチームは在宅酸素療法では29%(141/491施設)であり、在宅非侵襲的陽圧換気療法では40%(126/314施設)、在宅気管切開下人工呼吸療法では49%(110/223施設)存在している。日本呼吸ケア・リハビリテーション学会と日本呼吸療法医学会合同による登録制度があり、2018年度11施設、2019年度8施設、2020年3施設、2021年5施設、2022年16施設、2022年10月31日現在43施設の登録がある。これにより日本のエビデンス(呼吸ケアチームの構成員、対象症例、アウトカム)が明らかとなっている。

【既存の治療法との比較】

2017年の呼吸ケアチーム実態アンケート調査の報告では、呼吸ケアチームの編成条件と活動条件に関する要望と期待には乖離があり、その理由は対象が限られているので請求していない(人工呼吸　2018;35:93－99)。
①ICU以外の回診も医療加算の対象に拡大。
②人工呼吸管理だけでなくNPPV、HFNC、酸素療法、慢性期・在宅・有料診療　所での呼吸管理も対象に拡大。
③認定看護師や集中治療医がいなくても算定可能
④保健点数(現行150点、週1回)と期間(人工呼吸器装着48 時間から1ヶ月以内)を拡大。
⑤登録された呼吸ケアの業務とチームは拡大されており、構成員は医師、看護師、理学療法士、臨床工学技士は必須で、栄養士、薬剤師、歯科衛生士、作業療法士もチームの構成員である。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】



RST(呼吸ケアチーム)の実際のラウンド数と診療報酬請求の実数には乖離があり、請求していない現状がある(日呼ケア・リハ会誌 32, Suppl78s, 2022)。施設基準、適応、請求回数の拡大により、呼吸関連機器のインシデント・合併症の防止や、早期の呼吸関連機器離脱、入院期間の短縮、医療費の減少、健康関連QOLやADLの改善などが期待できる。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A241101	母乳栄養管理加算	日本周産期・新生児医学会

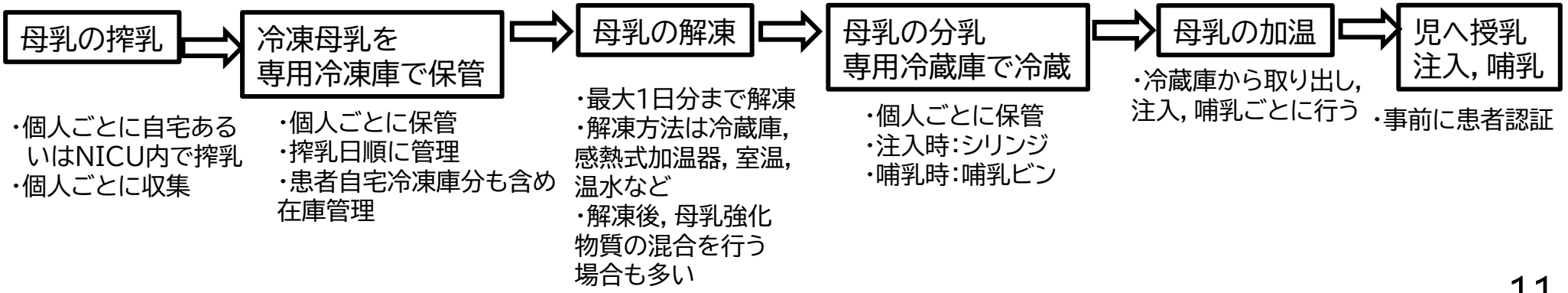
【技術の概要】
新生児集中治療室(NICU)に入院する新生児のうち、母乳のみによる栄養管理として、搾乳をはじめとする母親への母乳指導、体液としての取扱いを踏まえた母乳の冷凍、解凍、分注、保温等の管理、誤投与を防ぐための患者認証等の管理を提供した場合に、加算を算定する。

【既存の治療法との比較】
人工乳との比較
①出生体重1,500g未満の新生児
・未熟性に伴う合併症罹患率が減少
・不足する成分を補足し胎児発育と同等の体重増加
②新生児・乳児期に手術を必要とする児
・周術期経腸栄養の増量維持が安全
③母乳のみでは、入院時食事療養費を算定できない

【対象疾患】
A302、A303-2を算定する出生体重1,500g未満の新生児・乳児及び新生児・乳児期に手術を実施した児のうち、母乳のみによる栄養を行っている新生児・乳児、いわゆるNICU管理料を算定する者を対象とする

【有効性及び診療報酬上の取扱い】
・合併症の減少と良好な体重増加や安定した周術期栄養管理により入院期間の短縮を見込むことができる
・長期予後の向上
・点数:1日あたり138点

【母乳投与の流れ】



提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A241102	新生児発達支援充実加算	日本周産期･新生児医学会

【技術の概要】

A302,A303の2を算定した患者に対し、**入室後早期から神経発達促進のために、ポジショニング支援や新生児が受ける痛みに対する評価と緩和ケア**を行い、アセスメントと実施内容を**記録**に残し、**多職種でカンファレンスを実施する体制**を整備していること及び、**スタッフへの教育・研修の仕組みと実績**がある場合に加算を算定する。

Swaddling中の足底採血

Swaddling＋FT

ポジショニングと腹臥位

https://www.nihonkohden.co.jp/iryo/products/resp_resus/infect/satocalm.html

【対象となる要件】

以下の条件を満たすもの

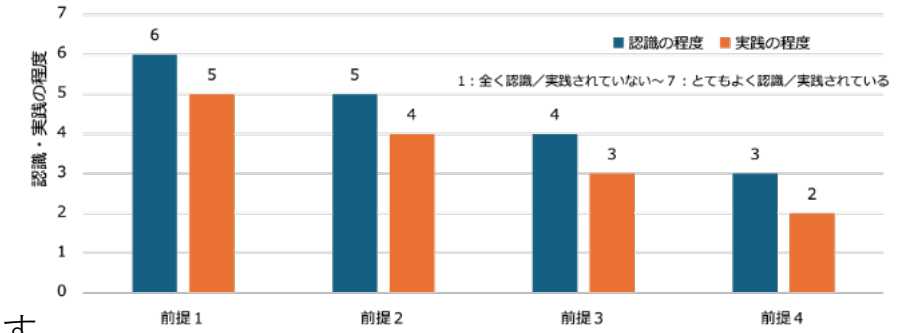
- 多職種によるカンファレンスを開催し、家族と協働する仕組みを持つ
- 適切なマット・用具を用いたポジショニング支援
- 必要に応じてswaddlingやFacilitated-Tucking（FT）などを行う
- 適宜理学療法士の支援を受けられる体制がある
- 新生児の痛みの評価と痛み緩和のための非薬理的緩和法を実施し、記録に残すことが日常的に行われている
- 児の姿勢調整や痛みのケアについて定期的にカンファレンスを行い、記録に残す
- ポジショニングや痛みに関する教育や研修の仕組みと実績がある

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

早産児・新生児に適切なポジショニングや痛みのケアを行うと中枢神経発達促進が期待できる。NICUに入院している新生児の痛みのケアガイドライン2025年に改訂された。痛みに対する緩和の方法がいろいろ示されたが、まだまだ実施率は低く、本加算により、実施率および実践の向上が期待できる。

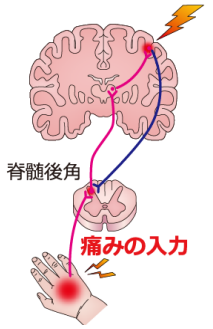
【ガイドライン実践の前提：認識・実施の程度について】N=136（看護師76, 医師61）
前提１：NICUに入院している新生児は、痛みのケアを受け、痛みから守られる権利がある
前提２：新生児の痛みを緩和するために、チーム医療の理念に基づき医療者間で協働する
前提３：新生児の痛みを緩和するために、家族中心の理念に基づき家族と協働する
前提４：新生児の痛みのケアを推進するために、新生児の痛みに関する考え方や方針、対応手順、疼痛ケアの責任者を明示する

文献５）より引用



CQ 10	非薬理的緩和法を実施することは、実施しない場合と比較して、新生児のベッドサイド処置に伴う痛みの緩和に貢献するか？
1B	光や音、匂いなどの環境調整を推奨する
1B	Swaddling（スワドリング・包み込み）やFacilitated Tucking：FT（ファシリテイティッド タッキング）を推奨する
1C	Non-nutritive-sucking：NNS（栄養に関係のない吸啜）を推奨する。実施に際しては親の意向を尊重する
1B	直接母乳授乳や搾母乳の使用を推奨する。実施に際しては親の意向を尊重する
1B	Skin-to-skin contact：SSC（スキン トゥ スキン コンタクト）やカンガルーケアを行うことを推奨する。実施に際しては親の意向を尊重する

文献５）より引用



A 第2部 第3節　特定入院料における加算として新設
点数：500点
算定：入院時1回のみ

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名A
A241103	ハイリスク児成育支援加算	日本周産期・新生児医学会

【技術の概要】
予後不良や障害リスクを持つ児の親は、自虐的感情、罪悪感、社会的孤立感などがあり産後うつや養育困難のリスクが高い。多職種によるサポートによりご家族と児との関係性を向上させることにより、親の満足度を高め、母乳育児率、体重増加率、再入院率の改善がみられ、入院期間の短縮も認められている。

【対象疾患】
NICU、GCUに入院治療を必要とする極低出生体重児、染色体異常症、生後早期に外科手術の必要な児、母体精神疾患合併の児等養育において特段の配慮を必要とする児

【既存の治療法との比較】
多職種によるサポートによりご家族と児との関係性を向上させることにより、ご両親の精神的健康が保護され、自己効力感が高くなり、満足度をたかめ、精神的安定が見られ入院期間の短縮など様々な効果が見られる。

【有効性】(参考文献1，2から引用)

Length of stay

Author	Setting	Intervention: childcare related	Result: control vs intervention
Byers et al., 2006	NICU	Individual NIDCAP information for parents	Mean diff. −0.69 day, p 0.914: no sig. difference
Lester et al., 2016	NICU	Single Family Rooms and increased involvement of parents in care	Involvement: mean diff: −11 days, p 0.023. Involvement + single room: mean diff: −15 days, p 0.024
Melnyk et al., 2006	NICU	Education for parents about child behaviour and parenthood	NICU: mean diff: −3.8 days, p:0.05 Total LoS: mean diff: −3,9 days, p:0.02: sig. difference
Örtenstrand et al., 2010	NICU	Rooming in and involvement of parents in care	NICU: mean diff: −4.7 days, p:0.2 Total LoS: −5.3 days, p:0.5: sig. difference
Sannino et al., 2016	NICU	NIDCAP information to support mothers	Mean diff: -0.8 days, no statistical analysis
Intervention: parents-professional collaboration related			
Ladak et al., 2013	PICU	Involvement of family on bedside rounds	Median diff. −19 days, p 0.002: sig. difference
Intervention: childcare and collaboration elements			
Saunders et al., 2003	NICU	Family centered care program, different interventions	Mean diff. −0.4 day, no statistical analysis

ファミリーセンタードケアーにより在院日数の変化についての検討は７論文で行われており、結果はいずれも短縮しているが、4施設においては有意な短縮が認められた（3.8ー19日）。また、母乳率は5.92倍、体重増加は3.16倍、睡眠時間は3.25倍、1ヶ月の再入院率は0.37倍と有効性が認められた。

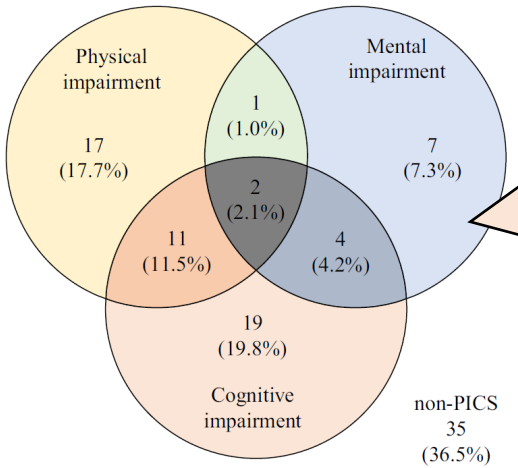
【診療報酬上の取り扱い】
家族と児の関係性が向上するように多職種によるサポートを行った施設で、NICU管理料、GCU管理料をとっている期間月1回に限り算定できる。
・1,200点（成育連携加算に準ずる）

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A242101	特定集中治療室退室後フォローアップ体制加算	日本集中治療医学会

【技術の概要】

特定集中治療室(ICU)退室後患者に対して特定集中治療室の医療チームが集中治療後症候群(Post Intensive Care Syndrome, PICS)に係るフォローアップを行う体制に対して、特定集中治療室管理料等の加算としての評価を新設する。

【既存の治療法との比較】日本の集中治療室退室6ヵ月後の患者の状況



Kawakami et al. Crit Care 2021;25:69

PICS有病率63.5%

- ✓ 身体機能障害32.3%
- ✓ 精神障害14.6%
- ✓ 認知機能障害37.5%

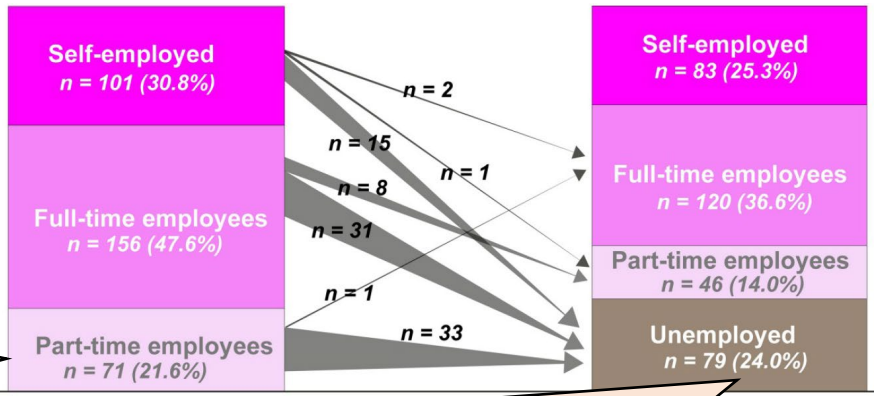
(複数の機能障害17.8%)

Unoki et al. PLoS One 2022;17:e0263441

入院前に就労していた患者

失業率24.0%

日本の集中治療室退室1年後の患者の状況



休業や失業、労働時間の短縮等により、入院前に就労していた者が集中治療室退室後5年間で損失した収入額は1人当たり約2,700万円(日本円換算) Thorax 2018;73:125-33.

【対象疾患】特定集中治療室の在室患者

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

日本版敗血症診療ガイドライン2024および国際版敗血症診療ガイドライン2021は、集中治療室退室後患者に対して集中治療室の医療チームがPICSに係るフォローアップを行うことを推奨。

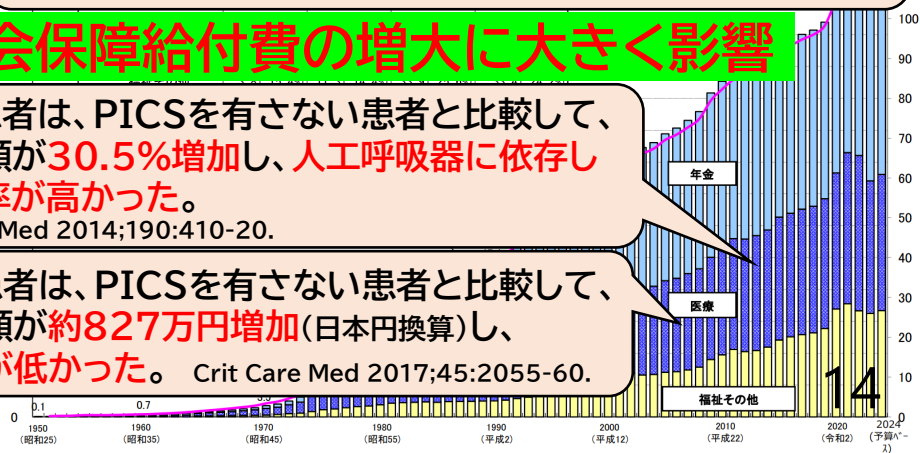
推奨作成過程のシステマティックレビュー・メタアナリシスで示唆

- 身体機能の改善
- 院内死亡率の低下
- 集中治療室再入室率の低下
- 精神障害等の改善

PICSは社会保障給付費の増大に大きく影響

PICSを有する患者は、PICSを有さない患者と比較して、入院医療費の総額が30.5%増加し、人工呼吸器に依存した状態になる確率が高かった。
Am J Respir Crit Care Med 2014;190:410-20.

PICSを有する患者は、PICSを有さない患者と比較して、入院医療費の総額が約827万円増加(日本円換算)し、自宅退院の確率が低かった。 Crit Care Med 2017;45:2055-60.



提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A242201	早期離床・リハビリテーション加算	日本集中治療医学会

【技術の概要】

早期離床・リハビリテーション加算の点数を増点(脳血管疾患等リハビリテーション料の諸加算を含めた2単位分である730点以上に引き上げ)する。また、**急性血液浄化(腹膜透析を除く。)又は体外式心肺補助(ECMO)を必要とするものに対して**、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合には、**更に点数を増点するとともに算定上限日数を25日に拡大**する。

【既存の治療法との比較、有効性及び診療報酬上の取扱い】

日本集中治療医学会による全国22施設を対象にした多施設前向き観察研究(2021年10月～2024年3月)において下記実態が示された。

- ✓ 早期離床・リハビリテーションは1日当たり40分以上実施されている(事前準備、評価、実施、事後観察等を含む)。
- ✓ 特に急性血液浄化を要する14日以上の特定集中治療室での治療を行う重症度の高い患者に対しては、より長時間のリハビリテーションが14日以上提供されている。
- ✓ 長時間のリハビリテーションを継続的に提供された患者は、そうではない患者と比較して、退院時Barthel Indexおよび自宅に退院する患者割合が高く、退院3ヵ月後の生活機能の改善が示された。

Yanagita Y. Relationship between severity of illness and rehabilitation of patients admitted to ICU: A Multi-Center Prospective Cohort Study. in preparation

【診療ガイドラインにおける推奨】

重症患者リハビリテーション診療ガイドライン2023では、**重症患者に対して1日に複数回のリハビリテーションを行うことが推奨されている。**

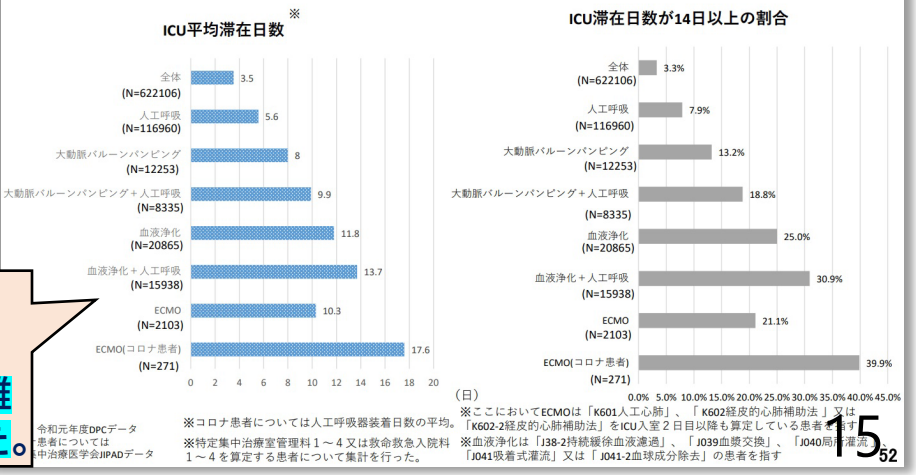
【対象疾患】特定集中治療室管理料等を算定する治療室に在室する患者

40分間の早期離床・リハビリテーションは脳血管疾患等リハビリテーション料の2単位分(諸加算も含めると730点)に相当するが、早期離床・リハビリテーション加算は500点と低い点数設計になっている。

ICU滞在日数の比較①

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○行われた処置別に滞在日数の平均を比較すると、「血液浄化＋呼吸器」を行っている患者の平均が最も長く、13.6日であった。
○滞在日数が14日を超える割合を処置別に比較すると、「血液浄化＋呼吸器」を行っている患者の割合が最も高く約30%を占めていた。



令和元年度DPCデータ
患者については
日本集中治療医学会JIPADデータ

※コロナ患者については人工呼吸器装着日数の平均。
※特定集中治療室管理料１～４又は救命救急入院料１～４を算定する患者について集計を行った。

※ここにおいてECMOは「K601人工心肺」、「K602経皮的心肺補助法」又は「K602-2経皮的心肺補助法」をICU入室２日目以降も算定している患者を指す
※血液浄化は「J38-2持続緩徐血液濾過」、「J039血漿交換」、「J040局所灌流」、「J041吸着式灌流」又は「J041-2血球成分除去」の患者を指す

本資料を用いた中医協での協議により、令和4年度診療報酬改定において急性血液浄化またはECMOを必要とする患者に対する特定集中治療室管理料等の算定上限日数が25日に拡大されたが、早期離床・リハビリテーション加算の算定上限日数は14日に据置きとされた。

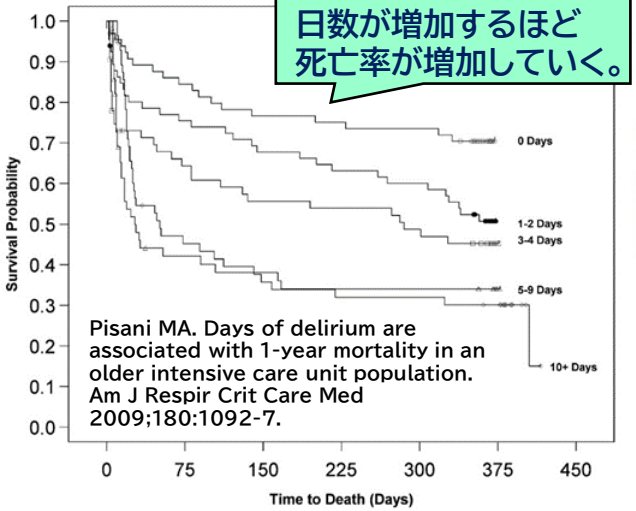
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A242202	せん妄ハイリスク患者ケア加算	日本集中治療医学会

【技術の概要】

特定集中治療室管理料等を算定する治療室に在室する患者に対してせん妄の評価と対策を実施することへの評価として「せん妄ハイリスク患者ケア加算2(1日につき)」を新設する。
(病棟薬剤業務実施加算と同じように一般病棟と特定集中治療室等を分けた評価への見直しを行う。)

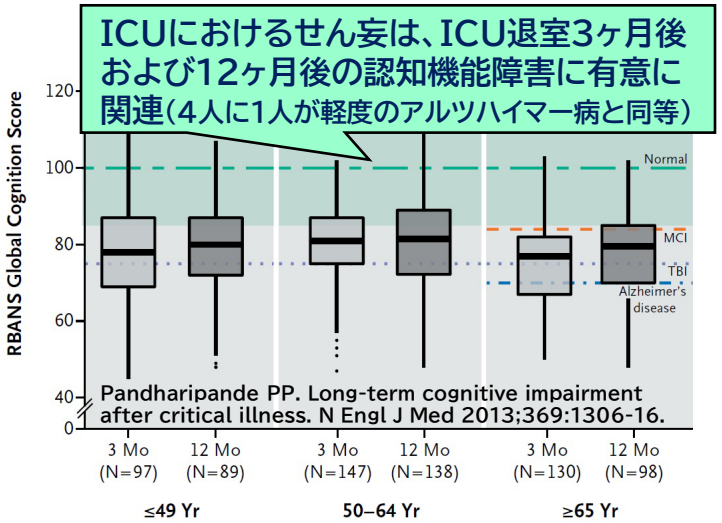
【既存の治療法との比較】

ICUにおいてせん妄日数が増加するほど死亡率が増加していく。



Pisani MA. Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. Am J Respir Crit Care Med 2009;180:1092-7.

ICUにおけるせん妄は、ICU退室3ヶ月後および12ヶ月後の認知機能障害に有意に関連(4人に1人が軽度のアルツハイマー病と同等)



Pandharipande PP. Long-term cognitive impairment after critical illness. N Engl J Med 2013;369:1306-16.

日本における多施設観察研究
ICUにおけるせん妄は、退院時の歩行障害に有意に関連

Baseline characteristics	Multivariate analysis (*n* = 132)	
	HR (95% CI)	*p* value
Age (1 year)	1.02 (1.01–1.04)	0.008
Male		
Weight (1 kg)		
Body mass index (1 kg/m^2)		
Charlson's Comorbidity Index (× 1 point)		
APACHE II score (1 point)	1.02 (0.95–1.03)	0.192
SOFA score at ICU admission (1 point)		
Time to first rehabilitation as		
Time to first out-of-bed mob		
Duration of mechanical vent		
ICU length of stay (1 day)		
Highest reach IMS at ICU entry		
Delirium	1.49 (1.05–2.42)	0.033
MRC sum-score at ICU discharge (1 point)		
MRC sum-score < 48 at ICU discharge	2.16 (1.32–338)	< .0001

Watanabe S. Determinants of gait independence after mechanical ventilation in the intensive care unit: a Japanese multicenter retrospective exploratory cohort study. J Intensive Care 2019;7:53.

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

ICUで診療を受ける重症患者に対して非薬理学的せん妄ケアを行うことを推奨。

「日本版敗血症診療ガイドライン2020」「日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン」
「Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU 2018」

【対象疾患】特定集中治療室等の在室患者

ICUにおける非薬理学的せん妄ケアは、複数のシステマティックレビューにおいてせん妄発症率を低減し、せん妄期間やICU滞在日数を短縮させることが示されている(J Crit Care 2018;48:372-84／Aust Crit Care 2021;34:378-87)。

ICUにおけるせん妄ハイリスク患者ケアは、一般病棟における当該ケアと比較して、専門的かつ高度な知識・技術を要し、その効果も大きいことは明らかであるが、令和2年度診療報酬改定で新設された「せん妄ハイリスク患者ケア加算」では、一般病棟も特定集中治療室等も同一の制度設計(同じ算定要件や施設基準、算定回数、点数等)となっている。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A242203	早期栄養介入管理加算	日本集中治療医学会

【技術の概要】

急性血液浄化(腹膜透析を除く。)又は体外式心肺補助(ECMO)を必要とするものに対して、入室後早期から必要な栄養管理(日本版重症患者の栄養療法ガイドライン等の急性期栄養療法に関するガイドラインに従い、経腸栄養に限らない)を行った場合には、早期栄養介入管理加算の点数を増点するとともに、算定上限日数を25日に拡大する。

【既存の治療法との比較】【対象疾患】特定集中治療室管理料等の在室患者

	Enteral group (n=1202)	Parenteral group (n=1208)	Absolute difference estimate (95% CI)	Hazard ratio (95% CI)	p value
Gastrointestinal complications					
Vomiting*	406 (34%)	246 (24%)	..	1·89 (1·62 to 2·20)	<0·0001
Diarrhoea*	432 (36%)	393 (33%)	..	1·20 (1·05 to 1·37)	0·009
Bowel ischaemia*	19 (2%)	5 (<1%)	..	3·84 (1·43 to 10·3)	0·007
Acute colonic pseudo-obstruction*	11 (1%)	3 (<1%)	..	3·7 (1·03 to 13·2)	0·04

Reignier J. Enteral versus parenteral early nutrition in ventilated adults with shock: a randomised, controlled, multicentre, open-label, parallel-group study (NUTRIREA-2). Lancet 2018;391:133-143.

44施設を対象にした大規模RCTによると、ショック状態にある人工呼吸器装着患者に対して早期から積極的な早期経腸栄養を行うと、嘔吐や下痢のみならず、腸管虚血や急性結腸偽性閉塞を有意に増加することが示された。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

循環動態不安定な患者に対しては血行動態が安定するまでは経腸栄養の開始を控えることが推奨されており、経腸栄養を用いない形(経静脈栄養)でのきめ細かな栄養介入管理が必要。

「日本版敗血症診療ガイドライン2020」「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン2016」
「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン2024」
「米国静脈経腸栄養学会(ASPEN) ガイドライン」「欧州静脈経腸栄養学会(ESPEN) ガイドライン」

ICU滞在日数の比較①

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○行われた処置別に滞在日数の平均を比較すると、「血液浄化＋呼吸器」を行っている患者の平均が最も長く、13.6日であった。
○滞在日数が14日を超える割合を処置別に比較すると、「血液浄化＋呼吸器」を行っている患者の割合が最も高く約30%を占めていた。

中医協での協議により、令和4年度診療報酬改定において急性血液浄化またはECMOを必要とする患者に対する特定集中治療室管理料等の算定上限日数が25日に拡大されたが、早期栄養介入管理加算の算定上限日数は7日に据置きとされた。

急性血液浄化やECMOを必要とする患者は循環動態が不安定かつ栄養状態も極度に低下しているため、経腸栄養を用いない形でのきめ細かな早期栄養介入管理が14日以上にわたり必要となる。しかし、現行で算定可能な点数は入室した日から起算して7日を限度として1日につき250点のみである(一方で入室48時間以内に経腸栄養を開始した場合は400点/日に増点)。

令和4年度診療報酬改定で最も手厚く評価されたのは、特定集中治療室を1週間以内に退室可能な比較的安定した重症患者や、特定集中治療室に入室が必要なほどではない安定した重症患者に対する栄養管理である。現場の診療をより適切に評価するため、患者の重症度に応じて点数や算定上限日数に重み付けする等、更なる制度設計の見直しが必要である。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A249101	小児地域連携受入加算	日本小児科学会

【技術の概要】

15歳未満の中枢神経系の後遺症患者を受け入れ、リハビリテーションや退院調整を担う入院、および、療養施設等入院中の後遺症のある患者の急変時対応の入院受入を評価する

【対象疾患】

低酸素性虚血性脳症、急性脳症、脳炎、髄膜炎、硬膜下血腫、硬膜外血腫、くも膜下出血、脳挫のある患者の急性期後
年間約500人程度

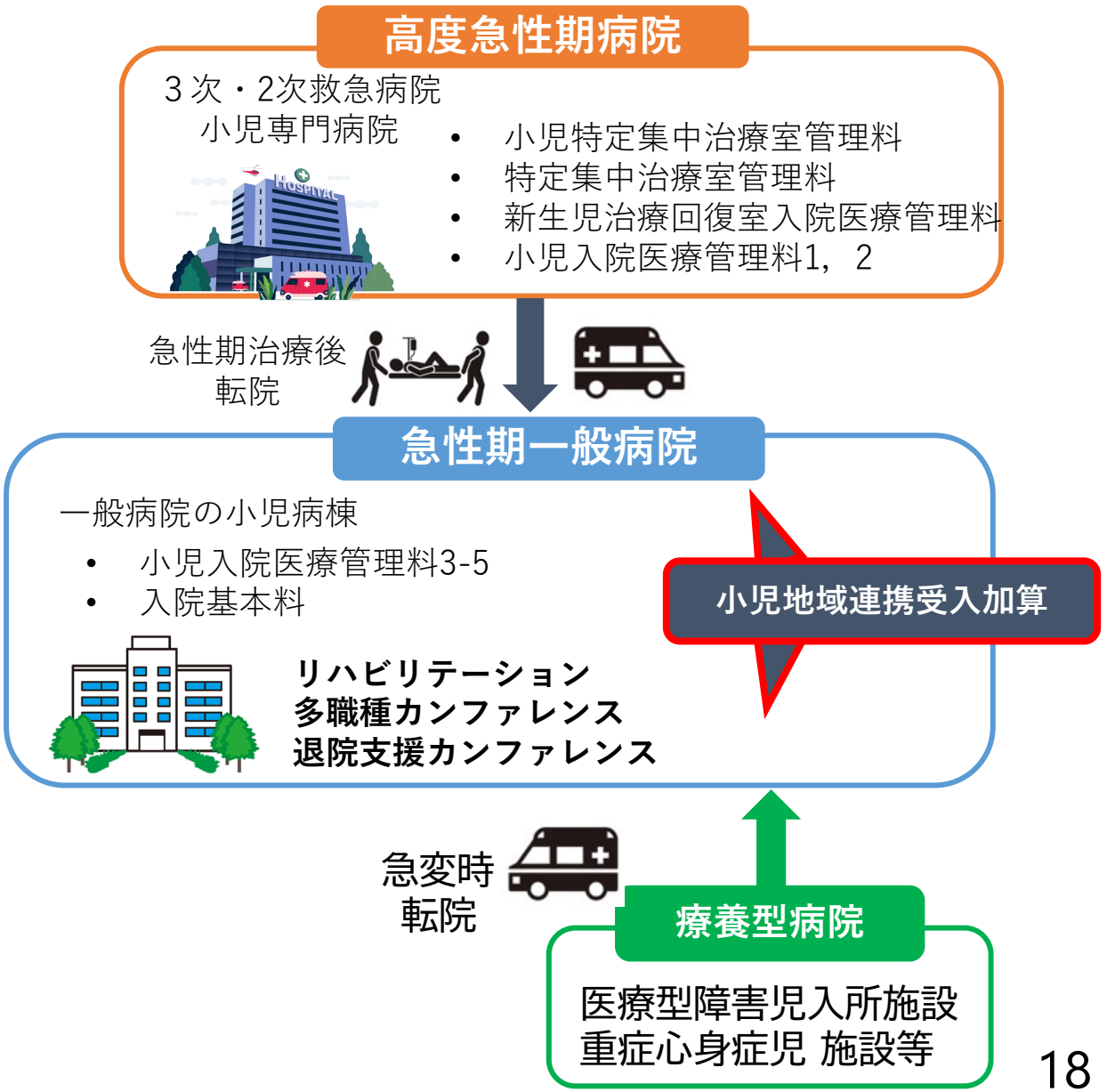
【現在の治療との比較】

高齢者の病棟には急性期患者支援病床初期加算があるが、小児患者でこれに該当する加算はない

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

・小児リハビリテーションの普及　・患者のQOL向上　・地域連携機能の活性化　・地域医療構想を推進

〇14日を限度として150点を小児入院医療管理料3～5・入院基本料に加算



提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A249102	新生児早期静脈栄養管理加算	日本小児科学会

【技術の概要】

出生体重1,500g未満の児に、早期に十分な栄養素（糖、アミノ酸、脂質、ビタミン等）を含んだ静脈栄養を開始し、成長を促進させるとともに、適切な栄養量を維持することで発達予後を改善しうる。この早期静脈栄養の安全性と有効性の向上のために、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士が必要時に協働で児の栄養状態を評価できる体制を構築する。

【対象疾患】

出生体重1,500g未満の新生児

【既存の治療法との比較】

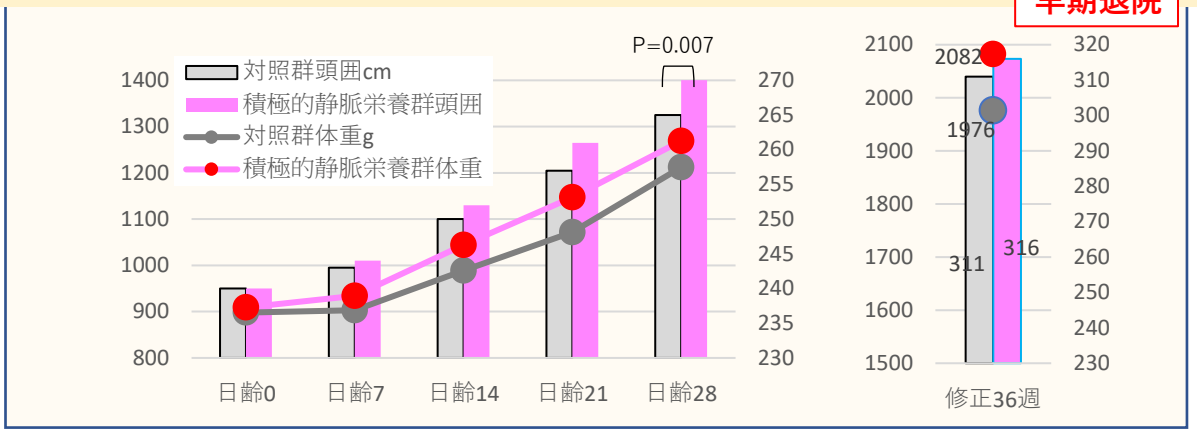
新生児早期静脈栄養を適切に多職種で推進する体制を構築し、安全かつ効率的に児の早期静脈栄養摂取量を適正化することで発育促進と発達予後の改善を図る。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

日齢28までの静脈栄養との総タンパク量・総カロリー↑は身体発育良好

参考文献3 からデータを抜粋しグラフ作成。対象児は在胎29週未満、出生体重1,200g未満

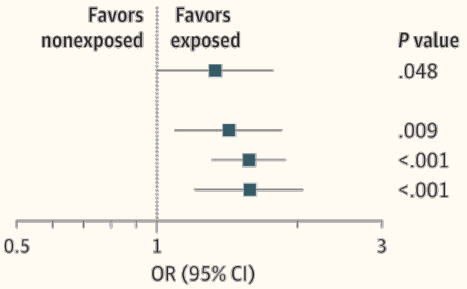
早期退院



生後7日目のアミノ酸摂取≧3.5g/kg/day→5歳時のFSIQ スコア＞-1SD

参考文献2から抜粋一部改変　対象児は在胎24-29週出生児

Method	No./total No. (%) Nonexposed	Exposed	OR (95% CI)	P value
Participants	206/379 (54.4)	243/396 (61.4)	1.33 (1.00-1.78)	.048
Overall cohort				
Model 1	227/432 (52.6)	338/546 (61.9)	1.42 (1.09-1.86)	.009
Model 2	227/432 (52.6)	338/546 (61.9)	1.58 (1.32-1.89)	<.001
Model 3	227/432 (52.6)	338/546 (61.9)	1.58 (1.21-2.06)	<.001



Nonexposed: 生後7日目のアミノ酸摂取量 ＜3.5g/kg/日
Exposed: 生後7日目のアミノ酸摂取量 ≧3.5g/kg/日
Model 1:在胎週数、性別、出生体重 Z スコア、母親の教育レベルで調整
Model 2:在胎週数で調整、傾向スコアの逆数で重み付け
Model 3:NICUのクラスタリングを考慮し、在胎週数で調整、傾向スコアの逆数で重み付け

発達予後改善

A 第2部 第3節　特定入院料における加算として新設
点数：1日あたり250点
算定期間：静脈栄養継続期間のうち入室した日から起算して最大14日

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A249201	A307 小児入院医療管理料、A205救急医療管理加算	日本小児科学会

【技術の概要】

小児入院医療管理料は、15歳未満の小児の診療を評価するものであるが、現状では当該対象者の重症度や管理に要する経費に見合わない点数となっており、医療の質や患者安全の維持・向上のため、管理料の増額を行う。また、救急医療管理加算を包括外算定可能とする。

【対象疾患】

小児科を標榜する保険医療機関の病棟に入院する15歳未満の小児

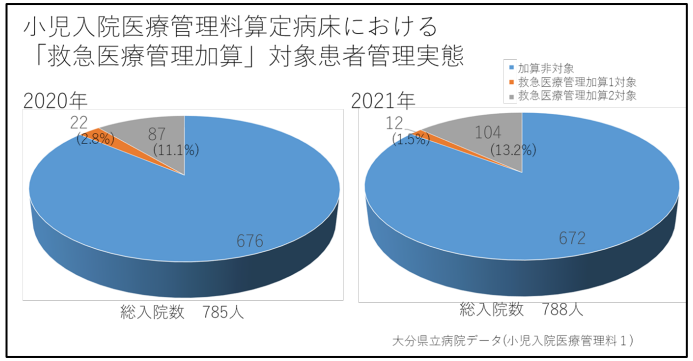
【背景】

○小児医療提供体制は、安全で質の高い医療の提供と医療従事者の働き方改革を同時に進めていくために、地域の実情にもとづく医療計画を踏まえながら、これまでも集約化・重点化に努めてきた。

○一方で、出生数の減少傾向に歯止めをかける様々な子育て世代への支援が政策として進められている中、小児医療を一定程度維持するべき全国の各地域において、医療提供を維持することが困難な程度に医療従事者の確保、財源の確保に困難が生じている。

○現在の小児入院医療管理料は、1人の小児患者にかかる医療費及び体制の維持に必要な経費を踏まえると、赤字経営を前提とした点数設定となっており、一方で、小児救急医療を除く小児入院医療に対する国庫補助の運営費補助金はない。地域にとって必要な施設であっても各都道府県も赤字補填・支援を行うことが困難な状況である。

【調査結果】



【既存の治療法との比較】

■本来、小児医療を行うにつき十分な体制を備えているにも関わらず、評価が十分ではない点の改善がはかられる。

■十分な人材確保と人材育成がかなわない地域・施設があり、その改善がはかられる。

【診療報酬上の取扱い】

①小児入院医療管理料の点数について
小児入院医療管理料1～5の全てにおいて、500点増額する。
②救急医療管理加算について
救急医療管理加算を包括外とする。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A249202	小児療養環境特別加算	日本小児科学会

【技術の概要】

<A221-2 現行規定>
治療上の必要があって、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児について、所定点数に加算する。

【対象疾患】

以下のいずれかの状態に該当する患者。
ア）麻疹等の感染症に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い患者　（事務連絡：結核、インフルエンザウイルス感染症、ロタウイルス感染症等の他の患者への感染の危険性が高い患者であり、保険医が治療上の必要から個室での管理が必要と認めた患者が該当する）
イ）易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者

【既存の治療法との比較】

他患者への感染対策、及び易感染性への特別な配慮に対して算定可能な加算であるが令和4年通知での加算要件が簡潔な例示にとどまっている。対象患者を整理し、「A220-2 特定感染症患者療養環境特別加算」と類似の記載にする。
なお、本提案は摘要の状態アに対する提案であり、状態イの定義について特段の変更を求めるものではない。
現行の要件による過剰算定のリスクを整理する意味で、A220-2の現行規定に準じた具体的な疾病を規定いただきたい。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

1日につき　300点
概ね令和4年事務連絡により個別審査にて適正に運用されていると思われるが、今後の新感染症の登場なども考慮し算定要件の明確化を、他加算に類似した形で行うことが望ましいと考えられるため。

＜今回提案＞
ア) 1）A220-2の算定対象疾患に加えて小児の脆弱性を鑑みて　2）感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものを除く）　3）無菌性髄膜炎(病原体がパルボウイルスB19 を除く）　4）学校保健安全法第18条および19条に該当する出席停止対象疾患(A220-2対象疾患を除く)　と具体化する。

今後の新感染症については本記載の変更、特に1）と4）の明文化で概ね包括できる。個別項目の明確化により、個別審査で算定されていると想定される若干の過剰算定は抑制できるものと考えられる。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A256201	小児特定集中治療室管理料の「小児」のくくりを現行の15歳から18歳未満への引き上げ	日本小児循環器学会

【技術の概要】

- A301-4 小児特定集中治療室管理料の算定要件を18歳未満に引き上げる。
- 小児特定集中治療管理料とは、15歳未満の患者が、特定集中治療室で治療を受ける場合に算定される特定入院料である。

【対象疾患】

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。
- 児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者が対象となる。
- 急性血液浄化（腹膜透析を除く）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、臓器移植を行った小児にあっては30日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日となる。

【既存の治療法との比較】

- 小児特定集中治療室管理料を15歳未満ではなく18歳未満へ拡大するのみなので、今までの小児入院医療管理料の専門性、成熟度は同等である。
- 15～18歳において移行期医療を要する先天性心疾患における医療必要度は無視できず、いずれも15歳未満の小児期から継続した問題である。
- 移行医療において切れ目なく医療が供与され、検査治療の同意などについても、2022年4月に民法で18歳を成人と規定されており、それまでは、親権者への説明が必要になるなど、あらゆる治療内容や手続きなどは15歳未満と同等である。
- 国立成育医療研究センターでは2024年度15歳から17歳で小児特定集中治療室管理料の算定ができなかった患者数は48人であり、この年齢層のPICU入室患者数の56.3％であった。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- 成人先天性心疾患診療ガイドラインには移行医療の明確な年齢は示すことができず、症例によって個別に判断すること、本人への病気告知は15歳から18歳ころが妥当と記載されている。
- 今までと対象年齢のみが変更になるため、それ以外の対象疾患や施設基準の変更はない。
- Ａ301-4 小児特定集中治療室管理料（１日につき）
  1. 7日以内の期間　16362点　DPC期間中 14,508点
  2. 8日以上の期間　14256点　DPC期間中（8-14日） 12,402点

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A256202	小児入院医療管理料の「小児」のくくりを現行の15歳から18歳未満への引き上げ	日本小児循環器学会

【技術の概要】

- A307 小児入院医療管理料の算定要件を18歳未満に引き上げる。
- 小児入院医療管理料とは、15歳未満の患者が入院している場合に算定される特定入院料であり、施設要件により5段階に点数が設定されている。

【対象疾患】

- 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。

【既存の治療法との比較】

- 小児入院医療管理料を15歳未満ではなく18歳未満へ拡大するのみなので、今までの小児入院医療管理料の専門性、成熟度は同等である。
- 15～18歳において移行期医療を要する先天性心疾患における医療必要度は無視できず、いずれも15歳未満の小児期から継続した問題である。
- この年齢層は、成人診療科ではなく小児科で診療することが多い。
- 移行医療において切れ目なく医療が供与され、検査治療の同意などについても、2022年4月に民法で18歳を成人と規定されており、それまでは、親権者への説明が必要になるなど、あらゆる治療や手続きなどは15歳未満と同等である。
- 法的整合性がとれるよう18歳未満を「小児」として扱うのが妥当である。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- 成人先天性心疾患診療ガイドラインには移行医療の明確な年齢は示すことができず、症例によって個別に判断すること、本人への病気告知は15歳から18歳ころが妥当と記載されている。
- 今までと対象年齢のみが変更になるため、それ以外の対象疾患や施設基準の変更はない。
- Ａ３０７ 小児入院医療管理料（１日につき）

1	小児入院医療管理料１ 4,807点	DPC期間中 14日以内	2,953点
2	小児入院医療管理料２ 4,275点	DPC期間中 14日以内	2,412点
3	小児入院医療管理料３ 3,849点	DPC期間中 14日以内	1,995点
4	小児入院医療管理料４ 3,210点	DPC期間中 14日以内	1,356点
5	小児入院医療管理料５ 2,235点	DPC期間中 14日以内	381点

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A267201	摂食障害入院医療管理加算	日本心身医学会

【技術の概要】

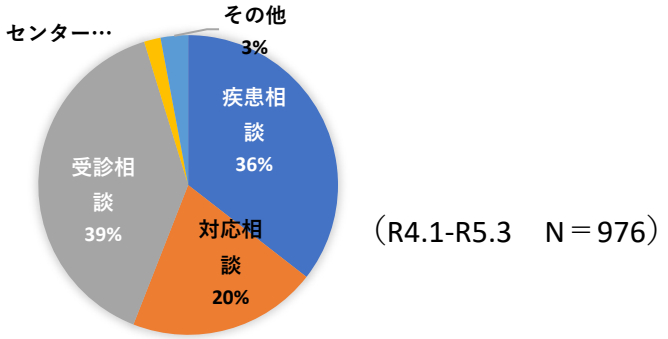
・**BMI12**未満の摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健 福祉士、公認心理師または管理栄養士等による**集中的かつ多面的な治療**が計画的に提供されている際に算定する。

【対象疾患】

・BMI12未満の著しい体重減少を認める摂食障害の患者

＜AN身体合併症＞
徐脈、低血圧、不整脈、骨粗しょう症、
意識障害、骨折、便秘、吐血、けいれん、肺炎

摂食障害の現状
全国摂食障害支援センター：相談対象者のプロフィールとその内容：
63%がやせの患者、39%が受診先を相談　**治療者が少ない**



（R4.1-R5.3　N＝976）

【既存の治療法との比較】

①BMI12未満である極度の重症例の摂食障害患者
入院30日以内で200点→600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。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

【有効性】

・**身体的に重症の摂食障害患者の治療は、誤嚥性肺炎、低血糖発作、転倒なの身体合併症への対応と治療拒否への心理サポートが必要である。**これまで医療スタッフの熱意によって支えられてきた。看護重症度にも反映されていない。点数見直しによってAN重症例の入院治療を推進する施設が増加することで、総合病院精神科・心療内科で入院治療がより推進され死亡率や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

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A268201	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	日本新生児成育医学会

【技術の概要】

十分な体制と実績を有するNICUにおいて、安全で質の高い医療を提供できるよう体制を評価している当該管理料において、実態を踏まえて、高度な医療を要する重症新生児の状態を追加するとともに、算定期間限度を延長する。

【対象疾患】

既存の9項目の状態に該当する対象に加えて、下記の状態に該当する患者を追加する。

・先天性心疾患の患者であって、高度な循環管理(カテコラミン、血管拡張薬、プロスタグランジンE1製剤、抗不整脈薬などの持続投与)を実施している状態
・鎮静薬、筋弛緩薬、抗痙攣薬の持続投与を実施している状態
・特段の配慮が必要とされる新生児(告示3別表第14を主病として入院している新生児)

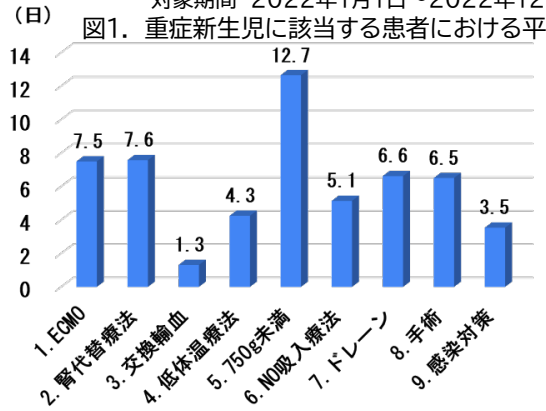
【既存の治療法との比較】

■令和6年度改定において当該管理料が新設されたが、算定する施設はまだ少ない。
重症新生児に該当する状態は現行の対象以外にもあり、また、入室7日以降も当該状態が継続している場合や、入室7日以降に当該状態となる場合もある。算定対象と算定期間限度を実態に即して改定することで、より安全で質の高い医療の提供が可能となるとともに、医療従事者の働き方改革や育成にも寄与する。
■施設要件については、どの都道府県のNICUにおいても算定が可能となるよう、人口動態を踏まえつつ、改定していく必要がある。

【調査結果】

<新生児集中治療室における重症新生児の診療実態についての調査>
対象期間 2022年1月1日~2022年12月31日 (N=87施設)

図1. 重症新生児に該当する患者における平均該当日数(上限が入室後14日間の場合)



【診療報酬上の取扱い】

(対象疾患)
上記3項目の状態に該当する患者を追加する。

(算定期間)
入室から7日間が限度となっているが、
A302の1及び2やA303の2と同様の期間について算定可能とする。

(施設要件)
実績について、
「直近1年間の出生体重750g未満の新生児の新規入院患者数が4件以上である。」が求められているが、
出生体重1,000g未満の新生児の新期入院患者数などに変更する。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A268202	新生児特定集中治療室管理料	日本新生児成育医学会

【技術の概要】

NICUにおいて、新生児特定集中治療室管理料等の算定期間限度を超えた後も人工呼吸管理、循環管理、手術前後の管理などを要する新生児の場合にあっては、高度な医療を要しているため、小児入院医療管理料を算定可能とする。

【対象疾患】

A302又はA303の2を算定する新生児のうち、下記に該当する者。

・人工呼吸器を使用している状態
・循環管理(カテコラミン、血管拡張薬、プロスタグランジンE1製剤、抗不整脈薬などの持続投与)を実施している状態
・腎代替療法(血液透析、腹膜透析等)を実施している状態
・鎮静薬、筋弛緩薬、抗痙攣薬の持続投与を実施している状態
・手術前後の管理を実施している状態

【既存の治療法との比較】

■慢性期の患者に対しても、安全で質の高い医療を提供するとともに、心理社会的支援を行う必要があり、看護体制の維持などのために、管理料の極端な低減を回避する。

【背景】

○慢性期にNICUを退室することが困難な程度の医療を継続している新生児の診療実態についての調査では、延長管理患者数は平均15人で、病床数が多いほど延長管理患者数が多い傾向があった(図1)。

呼吸管理を理由とする患者数が最も多く、算定期間限度に到達した時点で侵襲的人工呼吸管理中の患者も比較的多かった。その他、循環管理、手術前後の管理などが要因としてある(図2)。

NICUは、小児医療を行うにつき十分な体制を備えている。

【診療報酬上の取扱い】

新生児特定集中治療室管理料等の
算定期間限度を超えた後も、
急性期一般入院料ではなく
小児入院医療管理料を算定可能とする。

【調査結果】

<新生児集中治療室における重症新生児の診療実態についての調査>
対象期間　2022年4月1日～2022年12月31日（N=85施設）

図1. ①施設ごとの延長管理患者数　②病床数と延長管理患者数との関係

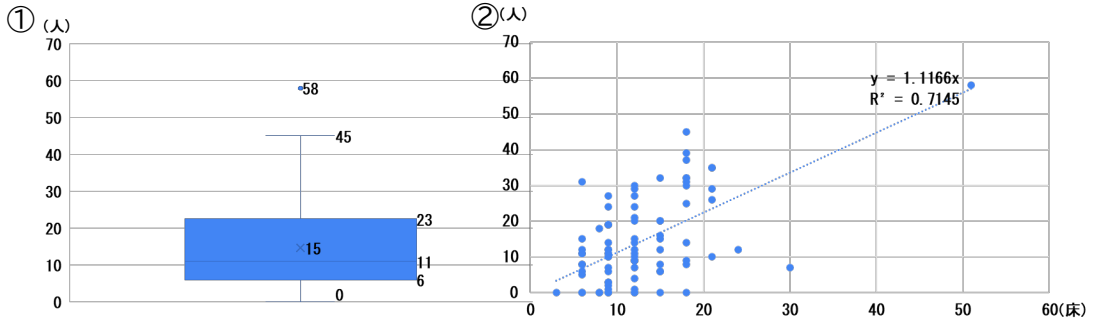
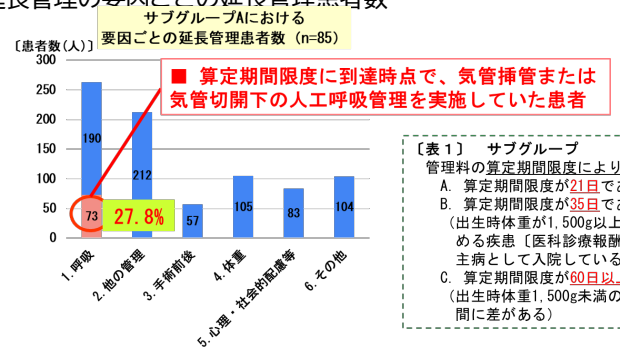


図2. 延長管理の要因ごとの延長管理患者数



〔表1〕　サブグループ
管理料の算定期間限度により下記の通り分類する。
A. 算定期間限度が21日である新生児
B. 算定期間限度が35日である新生児
（出生時体重が1,500g以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患〔医科診療報酬点数に関する告示３別表第14〕を主病として入院している新生児）
C. 算定期間限度が60日以上である新生児
（出生時体重1,500g未満の新生児だが、体重等により限度期間に差がある）

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A275101	強度行動障害入院対応加算	日本児童青年精神医学会

【技術の概要】

精神科病棟（上記の障害者施設等入院基本料を算定する病棟、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神科地域包括ケア病棟を除く）や身体科病棟に入院した強度行動障害を持つ患者に対し、医師と他職種が強度行動障害外来対応研修（仮称）および強度行動障害対応研修（仮称）を受講し、入院時に他機関と情報をやり取りした上で、医師および看護師、精神保健福祉士、公認心理士、作業療法士等の多職種が協働し、構造化や機能的行動アセスメントの知識を得た上で、クライシスプラン等を用いて標準的な治療を実施した場合に30日間の期間において250点/日の加算の対象とする。

【既存の治療法との比較】

構造化・機能的行動アセスメントなどの専門的対応は障害者施設等入院基本料を算定する病棟で85.7%、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟で46.7%と進んでいるのに対し、日本公的病院精神科協会群で20%、日本精神科病院協会群が22.9%と精神科病棟での導入が遅れている。身体科ではさらに導入が少ない。

【対象疾患・患者状態像】

強度行動障害の状態にある知的発達症・自閉スペクトラム症など
対象患者は行動関連項目10点以上（成人）
強度行動障害判定基準10点以上（児童）

専門医療の導入促進
在院日数の短縮
向精神薬投薬量の減少
虐待予防
隔離・拘束の減少

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

精神科病棟（児童・思春期精神科入院医療管理料、精神科地域包括ケア病棟を除く）や身体科病棟に入院した強度行動障害を持つ患者に対し、専門研修を受講した上でクライシスプラン等を用いて多職種での標準的な治療プログラムを実践することができ、在院日数の短縮、向精神薬投薬量の減少、虐待防止、隔離・拘束の減少、などが期待できる。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A275102	強度行動障害外来対応加算	日本児童青年精神医学会

【技術の概要】

医師および看護師等が強度行動障害外来対応研修（仮称）を受講し、強度行動障害の状態にある者に対し検査や処置および治療に特別な対応をした場合に、外来対応した日において250点/日の加算の対象とする。

【対象疾患・患者状態像】

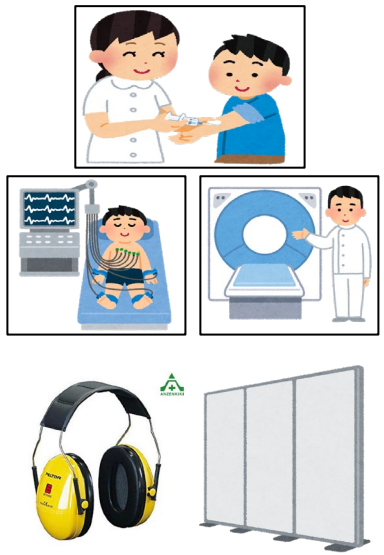
強度行動障害の状態にある知的発達症・自閉スペクトラム症など
対象患者は行動関連項目10点以上（成人）
強度行動障害判定基準10点以上（児童）

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

強度行動障害の状態にある者に対し医師および看護師等が専門研修を受講し、構造化や機能的アセスメント、クライシスプランなどの知識を得た上で対応することで、受診障壁の解消、向精神薬投薬量の減少、虐待予防、隔離・拘束の減少等が期待できるため、それらを目的とした保険収載の必要性があると考える。

【既存の治療法との比較】

令和5年推進事業「強度行動障害を有する者の一般医療受診に関する実態調査」において、強度行動障害のある方の一般身体科へのニーズがあることが明らかになり、その対応について医師たちが多様な困難に直面していることがわかった。
また、構造化・機能的行動アセスメントなどの専門的対応は日本公的病院精神科協会群で20%、日本精神科病院協会群が22.9%と精神科病棟での導入が遅れている。身体科ではさらに導入が少ない。



《特別な対応》
- 写真や絵カード、スケジュール等の使用
- 検査・処置・治療の予告
- 手順の提示
- 場所の工夫
- 感覚過敏への配慮
- 検査・処置・治療後の強化子使用など

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A275201	強度行動障害入院医療管理加算判定基準の変更	日本児童青年精神医学会

【技術の概要】

医学的管理を要する行為があるが意思の伝達が困難な強度行動障害児（者）に対して、経験を有する医師、看護師等による臨床的観察を伴う専門的入院医療が提供されることを評価したもの（R6 保医発0305第4号）
（1日につき300点）

【対象疾患・患者状態像】

強度行動障害入院医療管理加算の要件として対象患者は、①強度行動障害スコア１０点以上かつ②（強度行動障害）医療度判定スコア２４点以上となっているが、①行動関連項目１０点以上（成人）強度行動障害判定基準１０点以上（児童）かつ②（強度行動障害）医療度判定スコア２４点以上、と変更する

《施設基準は現行通り》
- 障害者施設等入院基本料を算定する病棟
- 児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟
- 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟

【既存の治療法との比較】

「強度行動障害スコア10点以上」は患者の行動障害の内容・頻度・程度のみを評価した基準であるが、「行動関連項目10点以上」は行動障害の内容・頻度および支援必要度も加味した基準となっている

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

対象患者の基準を変更することにより、「強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書」でも指摘された、「環境要因を含めた支援体制と障害特性双方の影響」という強度行動障害の本質を反映した評価や治療ができる

◎行動関連項目：12項目の頻度と支援必要度
（コミュニケーション、理解、大声、異食、多動、不安定な行動、自傷、他傷、不適切な行動、突発的行動、過食反すう、てんかん）

◎医療度判定スコア：5領域17項目の治療・対応（行動障害に対する専門医療、精神神経疾患、身体疾患、行動障害への対応、日常生活上のリスク）

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A291101	強度行動障害一般精神入院加算	日本精神神経学会

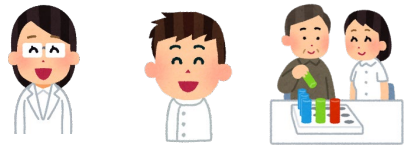
【技術の概要】

精神科病棟（児童・思春期精神科入院医療管理料、精神科地域包括ケア病棟を除く）に入院した強度行動障害を持つ患者に対し、医師と他職種が強度行動障害外来対応研修（仮称）、強度行動障害対応研修（仮称）および強度行動障害精神科専門研修（仮称）を受講し、入院時に他機関と情報をやり取りした上で、医師および看護師、精神保健福祉士、公認心理士、作業療法士等が協働し、専門的な治療プログラムや地域ケア会議を実施した場合に90日間の期間において加算の対象とする。

【既存の治療法との比較】

構造化・機能的行動アセスメントなどの専門的対応はそれぞれ85.7%（障害者施設等入院基本料を算定する病棟）、46.7%（児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟）と進んでいるのに対し、日本公的病院精神科協会群で20%、日本精神科病院協会群が22.9%と精神科病棟での導入が遅れている。

専門医療の導入促進
在院日数の短縮
向精神薬投薬量の減少
虐待予防
隔離・拘束の減少



【対象疾患･患者状態像】

強度行動障害の状態にある知的発達症・自閉スペクトラム症など
対象患者は行動関連項目10点以上（成人）
強度行動障害判定基準10点以上（児童）

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

精神科病棟（児童・思春期精神科入院医療管理料、精神科地域包括ケア病棟を除く）に入院した強度行動障害を持つ患者に対し、専門研修を受講した上で、より広く多職種での専門的な治療プログラムや地域移行支援を実践することができ、在院日数の短縮に加え、向精神薬投薬量の減少、虐待防止、隔離・拘束の減少、などが期待できる。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A291201	精神病棟入院基本料(10対1)の算定要件(平均在院日数)	日本精神神経学会

【技術の概要】

精神病棟入院基本料のうち10対1入院基本料の施設基準において、平均在院日数40日以内を50日以内に延長する。

【対象疾患】

精神病棟で治療される精神疾患患者を対象としている。
また、新規入院患者のうちGAF尺度による判定が30以下の患者が5割以上であることが施設要件となっている。

【既存の治療法との比較】

現行の平均在院日数40日以内から50日以内に延長することで、重篤な精神症状ならびに身体合併症などの難治例の入院治療の充実化をはかることができる。
日本総合病院精神医学会による基礎調査(2022)では、急性期治療を担う総合病院精神病棟における平均在院日数は62.5日(大学病院46.3日、一般総合病院71.9日)である。また630調査(2023)においても、10対1を算定している病棟では40日以上の入院を要する患者が一定数いる。入院期間を短縮する必要性がある一方で、短すぎると難治例の受入が困難になる。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

急性期の精神科治療、身体合併症治療がより活性化し、医療機関内外からの期待に応えやすくなる。
なお、診療報酬上の増点はない。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A291202	精神科リエゾンチーム加算の専従要件の改定	日本精神神経学会

【技術の概要】
精神科リエゾンチーム(週当たり30人以内)の構成メンバーについて、現在専任要件とされている看護師も含め、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師のうち、いずれか一人が専従であればよいとする

【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

【既存の治療法との比較】
看護師が専任ではなく専従となれる選択肢が加わることで、看護師の活躍が適正に評価されることになる

【有効性及び診療報酬上の取扱い】
診療点数は変わらないが、チームの中心的役割を担う看護師が専従に入ることによりチーム活動が活性化され、さらなる診療の質の向上を期待できる
また、看護師が専従となることで、これまで加算できていなかったチームが算定可能となり、診療報酬上の評価を受けられるようになる。日本総合病院精神医学会のリエゾンチームに関する調査(2025)から少なくとも17施設が新規に届け出されると見込まれる

精神科リエゾンチーム加算　構成メンバー要件　(週当たり30人以内)

現行
①5年以上の経験を有する専任の精神科医
②精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した**専任の常勤看護師**
③精神科病院等での精神医療に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公認心理士のいずれか1人

改定要望案
①5年以上の経験を有する専任の精神科医
②精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した**常勤看護師**、精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する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公認心理士の**いずれか1人を専従**とする。ただし常勤看護師については専従にならない場合は専任とする

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A291203	精神科身体合併症管理加算の対象疾患の改定	日本精神神経学会

【技術の概要】

医療計画(精神疾患)において精神疾患患者における身体合併症治療は整備すべき項目とされている。
精神科身体合併症管理加算は、精神病床における精神疾患、身体疾患両面からの治療を評価した加算である。
しかし現在は加算対象となる身体疾患が限られており、実臨床に即した対象疾患の改定を求めるものである。

【対象疾患】

加算の新規対象疾患として、以下の疾患を追加したい。

深部静脈血栓症、血球減少症、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、電解質異常(意識障害を伴わない)、骨盤骨折(手術または直達・牽引以外)、COVID-19

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

加算対象となる身体疾患が拡がることで、精神病床における身体合併症医療を推進することができる。
また、院内他科との連携強化はもちろんのこと、地域から求められる有床の総合病院精神科に対する期待に応えやすくなる。

【既存の治療法との比較】

今回要望している左記の対象疾患は、現在認められている以下の対象疾患と同等もしくはそれ以上の治療難易度を有している。十分に加算対象とするに値するものである。

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・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・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・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 15未満の摂食障害)の患者・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・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・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・劇症肝炎又は重症急性膵炎の患者・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・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・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・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・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・妊産婦である患者・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

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A295101	摂食嚥下障害支援体制加算	日本摂食嚥下リハビリテーション学会

【技術の概要】

摂食嚥下障害看護認定看護師の指導の下、入院48時間以内に摂食嚥下機能のスクリーニングを行い、陽性時は専従の摂食嚥下障害看護認定看護師や言語聴覚士が二次スクリーニングを行い、必要時は嚥下チームで介入を行うシステムに対する加算。

全入院患者
入院時スクリーニング
EAT-10・水飲みテストなど
↓
陽性
↓
二次スクリーニング
(専従の摂食嚥下障害看護認定看護師・言語聴覚士)

↓ 必要時

嚥下チームの介入
摂食機能療法へ

【対象疾患】

摂食嚥下障害
(入院時のすべての患者)

【既存の治療法との比較】

スクリーニングがされていないと

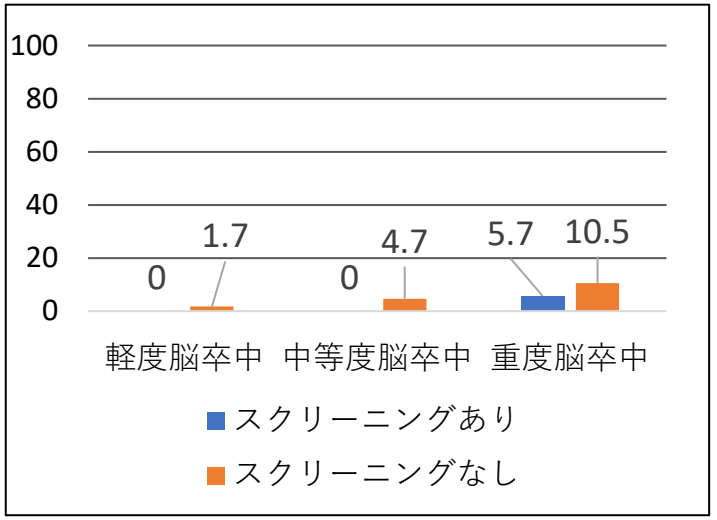
年齢別の入院肺炎全体における誤嚥性肺炎(ASP)と誤嚥性肺炎以外のすべてのタイプの肺炎(非ASP)の割合は、高齢者ほど入院中に誤嚥性肺炎になりやすい。(Teramoto S et al 2008)

大腿骨近位部骨折患者の15%に誤嚥性肺炎を認めた
(田積ら,2017)

急性期病院に入院した高齢者の26.2%かEAT-10で3点以上の評価となり、嚥下障害か示唆された。(松尾ら,2016)

機能が悪い状態に気付かず食事を摂取 → 誤嚥性肺炎

スクリーニングあり群が
有意に肺炎が少ない(Judith A,2005)



理想的な嚥下スクリーニングは
入院後24時間以内に
実施されるべきである。
Canadian Stroke Consortium,2018

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

入院時にすべての患者に摂食嚥下機能のスクリーニングを行うことで
30点の加算

誤嚥性肺炎と窒息が減少

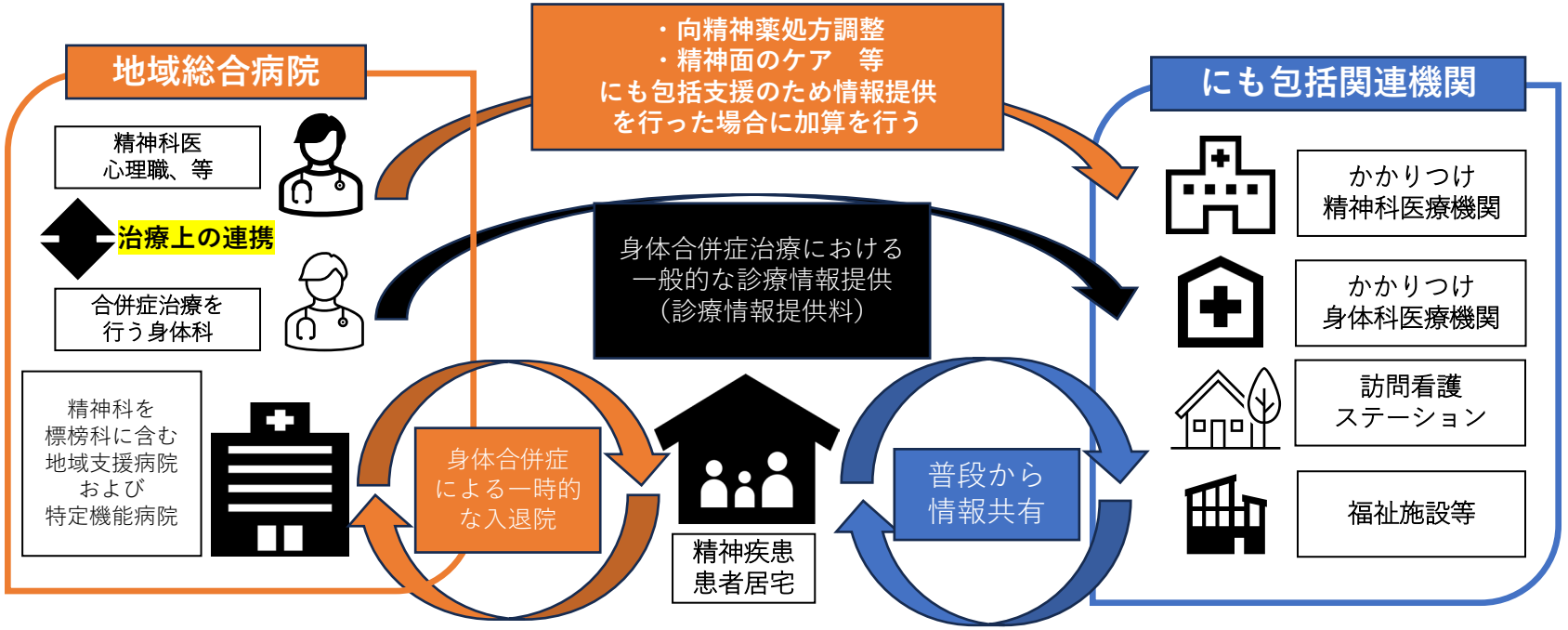
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A297101	精神科地域連携加算の新設	日本総合病院精神医学会

【技術の概要】
身体疾患を合併した精神疾患患者が身体面への加療目的で総合病院等に入院し、精神科医・心理職がその精神疾患の管理を身体科と協働して行ない、かつ当該患者の退院・転院時に地域医療機関や施設および保健福祉機関等に対して、専門的見地から情報提供をおこなった際に加算（200点）をつける。

【対象疾患･施設基準】
精神科を標榜科に含む地域支援病院および特定機能病院に入院した、身体疾患を合併した精神疾患患者。

【既存の治療法との比較】
現在同じものはない。A246入退院支援加算は退院困難な状況にある患者の退院促進に係る項目であり、にも包括体制の促進を目的の一つとした本加算とは趣旨が異なる。

【有効性･効率性】
「精神科にも対応した地域包括システム」の構築においては、地域を中心とした保健・医療・福祉機関の切れ目の無い連携が求められており、当該患者の医療情報を適切に共有することは同システムの促進に繋がる。にも包括の充実は地域医療機関、介護福祉施設、行政機関等に対しての有用性が高く、身体合併症の再発を防ぎ、結果的に医療費の逓減に繋がる。



提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A297201	精神科救急・合併症入院料の改定(施設基準の緩和など)	日本総合病院精神医学会

【技術の概要】

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。
・隔離室を含む個室または合併症ユニットの割合を5割以上から4割以上に緩和。
・「救命救急センターを有していること」を「救命救急センターを有しているないし年間救急車搬送4500件以上受入」に変更。
・DPCにおいて包括対象外となる高額薬剤(抗がん剤など)、内視鏡検査、心臓カテーテル検査については出来高とする。
・算定対象外患者を、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。

【既存の治療法との比較】

・当該病棟に定める合併症ユニットを有しており、当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めること。
・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センターを有している病院の病棟単位で行うものであること。
・精神科救急・合併症入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。

【対象疾患】

ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関に入院したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者
ウ イの規定にかかわらず、精神科救急・合併症入院料を算定した後に、身体合併症の病状が悪化等して、当該医療機関において特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定し、再度精神科救急・合併症入院料を算定する病棟へ入院した患者
エ アからウまでにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟から当該病棟に転棟した患者又は他の保険医療機関から当該病棟に転院した患者

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

・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ならびに充実化が期待できる。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A706201	「重症度、医療・看護必要度」における評価項目見直しに関する提案	日本内科学会

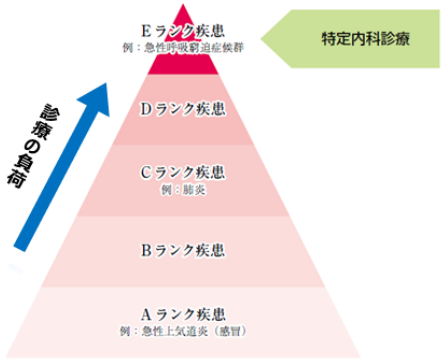
【技術の概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系疾患で頻回に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のＡ項目およびＣ項目のマスタ（別紙７別表１）に追加する（診療行為48項目、医薬品（一般名）15種、図表１参照）。

図表1　追加候補の診療行為、医薬品(一部抜粋)

分類	名称（医薬品は成分名）
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム（遺伝子組換え）　等
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	エトポシド、ベキサロテン、ポナチニブ塩酸塩　等
C21：救命等に係る内科的治療	中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射（腰椎）、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法　等
C22：別に定める検査	組織試験採取、切採法（心筋）、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管肺生検法　等
C23：別に定める手術	内視鏡的胃，十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）、内シャント設置術　等

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した：①内保連負荷度ランク※1におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※2こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと（内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認）、③ 外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



【診療報酬上の取扱】 A-100　入院基本料

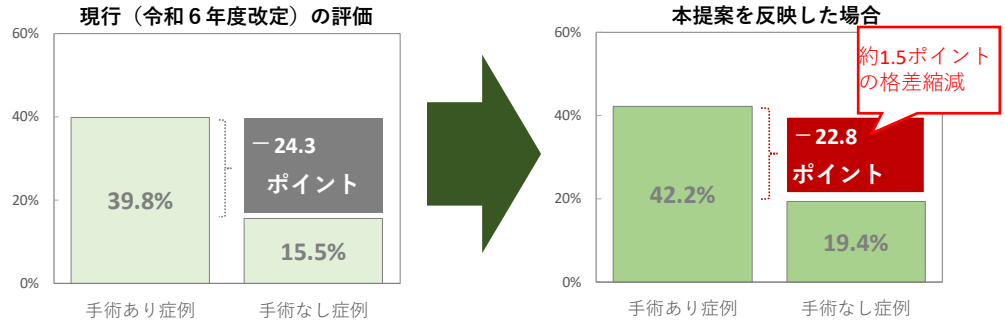
【対象疾患】

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。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※2ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約＋3.9ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約＋4.2ポイント、Eランクでは約＋10.8ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。（図表２参照）

図表2　本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※１：内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの５段階に分類した相対評価。96施設1,629名の主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。
※２：内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。（対象期間：平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A706202	「重症度、医療・看護必要度」における評価項目見直しに関する提案	日本内科学会

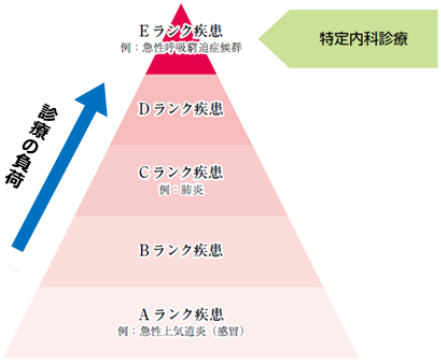
【技術の概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系疾患で頻回に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のＡ項目およびＣ項目のマスタ（別紙７別表１）に追加する（診療行為42項目、医薬品（一般名）15種、図表１参照）。

図表1　追加候補の診療行為、医薬品(一部抜粋)

分類	名称（医薬品は成分名）
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム（遺伝子組換え）　等
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	エトポシド、ベキサロテン、ポナチニブ塩酸塩　等
C21：救命等に係る内科的治療	中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射（腰椎）、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法　等
C22：別に定める検査	組織試験採取、切採法（心筋）、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管肺生検法　等
C23：別に定める手術	内視鏡的胃，十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）、内シャント設置術　等

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した：①内保連負荷度ランク※1におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※2こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと（内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認）、③ 外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



【診療報酬上の取扱】A-100　入院基本料

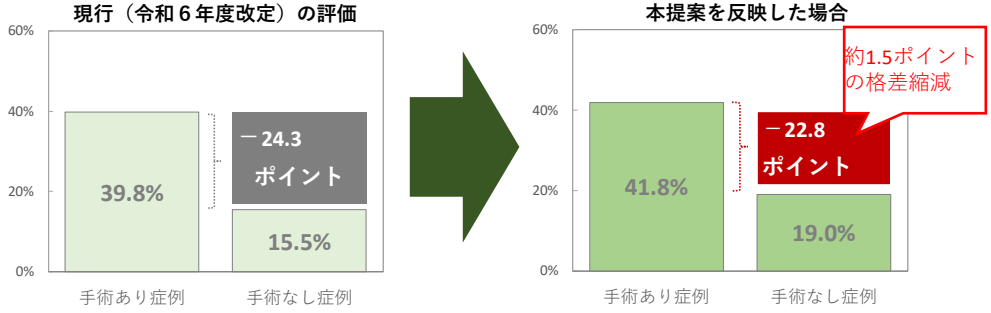
【対象疾患】

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。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※2ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約＋3.5ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約＋4.2ポイント、Eランクでは約＋7.3ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。（図表２参照）

図表2　本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※１：内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの５段階に分類した相対評価。96施設1,629名の主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。
※２：内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。（対象期間：平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A706203	「重症度、医療・看護必要度」におけるA項目の評価項目及び評価基準の見直しに関する提案	日本内科学会

【技術の概要】

- 患者の医療ニーズを適切に評価するために、重症度、医療・看護必要度のA項目に、図表1のA8～A10を追加する。追加項目はいずれも**医師の手間のかかり具合から、患者の重症度や症状の複雑性を反映するもの**である。
- これらの追加項目はいずれもEFファイルから算出可能であり、追加することで、より正当に重症の患者を見分けることができる。

図表1　A項目の評価項目見直し案(赤字が既存項目からの変更点)

No	項　目	配　点		
		0点	1点	2点
A1	創傷処置	なし	あり	ー
(省略)				
A7	緊急に入院を必要とする状態	なし	ー	あり
A8	検査および画像診断の選択・結果判断・推論の複雑性 ①検査の出来高換算点数が 600 点以上※1 ②画像診断の出来高換算点数が 300 点以上※2	該当なし	1つ該当	2つ該当
A9	特定器材の使用の判断 (特定器材の使用の有無で評価)	なし	ー	あり
A10	注射処方の方針決定の複雑性※3 (当該日の処方開始注射薬の有無で評価)	なし	あり	ー

※1:現行のC項目と重複するレセプト電算コード、旧A4「心電図モニターの管理」のレセプト電算コード、薬剤、特定器材を除く。

※2:薬剤、特定器材を除く。

※3:A3「注射薬剤3種類以上の管理」の対象外薬剤を除く。

現行の基準	提案する基準
以下のいずれかに該当 ・A 項目 2 点以上かつ B 項目 3 点以上 ・A 項目 3 点以上 ・C 項目 1 点以上	以下のいずれかに該当 ・A 項目 2 点以上かつ B 項目 3 点以上 ・A 項目 **4** 点以上 ・C 項目 1 点以上

- 追加項目は内保連負荷度調査※1の結果をもとに抽出し、各種重症度パラメータとの相関を検証※2するとともにエキスパートによる臨床的観点からも妥当性を検証したものである。主たる提案根拠は以下の通り。

A8	臨床的妥当性	合併症の多い患者や重症度の高い疾患ほど、遅滞なく病状の変化を把握し対処しなければ救命できない。そのため、頻回の検査が必要となる。また同様に画像診断にて早急な原因の特定、治療効果の判定を行いながら方針決定を行うため重症な患者ほど画像診断を行うことになる。
	統計的根拠	検査や画像の出来高換算点数と医師の時間的拘束の負荷に相関がみられ、特に検査では600点以上、画像では300点以上としたときに顕著となった。
A9	臨床的妥当性	特定器材を使用している患者は、急性腎不全や末期腎不全、呼吸不全、意識障害、循環不全など診療の負荷が比較的高い患者が多い。
	統計的根拠	特定器材を使用している患者の割合は死亡日が近づくにつれ増加する傾向がみられた。
A10	臨床的妥当性	注射薬を新たに処方する際には、患者の状態や検査結果の把握を行い、治療決定における複雑なプロセスを経て、初めて注射治療が決定される。
	統計的根拠	処方開始注射薬がある日は、医師の治療方針決定に係る所要時間が有意に長くなる傾向がみられた。

【診療報酬上の取扱】　A-100 入院基本料

【対象疾患】

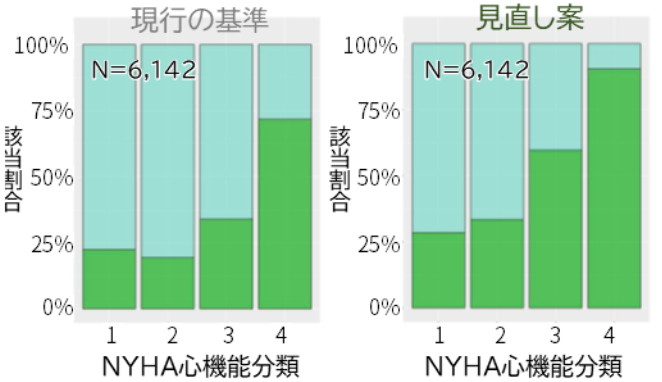
重症度、医療・看護必要度は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が対象となる。
該当患者の割合は本提案によって変化し得るが、病棟の機能分化のための指標として用いる場合、該当患者割合の基準値を調整することができるため、割合が増加したとしても急性期病棟の増加につながるわけではない。

【既存制度との比較、有効性】

- 現行の項目・基準と比較した結果、重症者を重症と判定できる能力が向上した。
  (1) 死亡退院の発生を**判定できる能力(感度)は、0.555→0.709と改善**した。(図表2参照)
  (2) その他の重症度指標※3との相関についても既存制度よりも改善傾向を示し、例えばNYHA心機能分類では明確な改善がみられた。(図表3参照)

図表2　死亡退院を目的変数とした場合の感度の変化

図表3　NYHA心機能分類の各段階に対応する重症者の割合の変化



※1:内科系診療について、内科系医師の診療過程の負荷を定量的に測定するとともに、医師の診療の負荷に影響を与える要因等を明らかにするために行われた調査。広範なDPCデータを収集して分析するとともに、1,629人の主治医に対し患者11,395人の実際のエピソードについて負荷等の調査を行った。

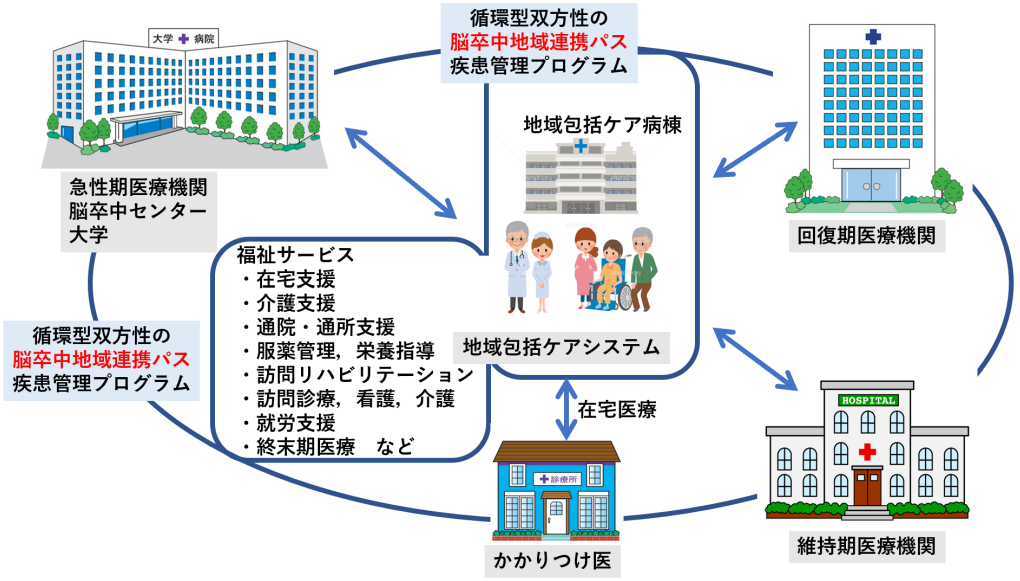
※2:検証にあたっては、参加した97施設のDPCデータ(対象期間:2018年4～9月退院分、N=5,136,554人日、外科系の症例も含む)を対象とした。一部の分析では内保連グリーンブック2020の主治医に対するアンケート調査のデータも用いた。

※3: 死亡前日数、出来高換算医療費、NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A712101	脳卒中相談窓口患者サポート加算	日本脳卒中学会

【技術の概要】

日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターの脳卒中相談窓口において、脳卒中専門医、看護師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーション専門職、管理栄養士、薬剤師、臨床心理士（公認心理師）などの多職種が連携して、脳卒中患者およびその家族に対して、脳卒中の再発予防、障害に対応できる施設、介護、福祉、リハビリテーション、治療と仕事の両立、心理サポート、などに関する情報提供および相談支援を行う。



【対象疾患】

・脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）
・一過性脳虚血発作

【既存の治療法との比較】

患者サポート体制充実加算は入院初日のみ可能で、がん拠点病院加算を算定している場合は算定できない。重症患者初期支援充実加算は入院した日から起算して3日を限度としている。脳卒中後の患者は重症度に関わらず、長期的な介護やリハビリテーションや福祉サービスを必要とすることが多く、入院期間を通して疾患を理解し退院後の治療や療養のための繰り返しの相談支援が必要となることも少なくない。相談支援にかかわる職種がこまめに対応することが求められ、「循環器病対策推進基本計画」や日本脳卒中学会および日本循環器学会が展開する「脳卒中および循環器病克服5ヵ年計画」に従い全国の一次脳卒中センターで多職種による脳卒中相談窓口の活動が開始され、実績を残している。是非とも診療報酬の裏付けが欲しい。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

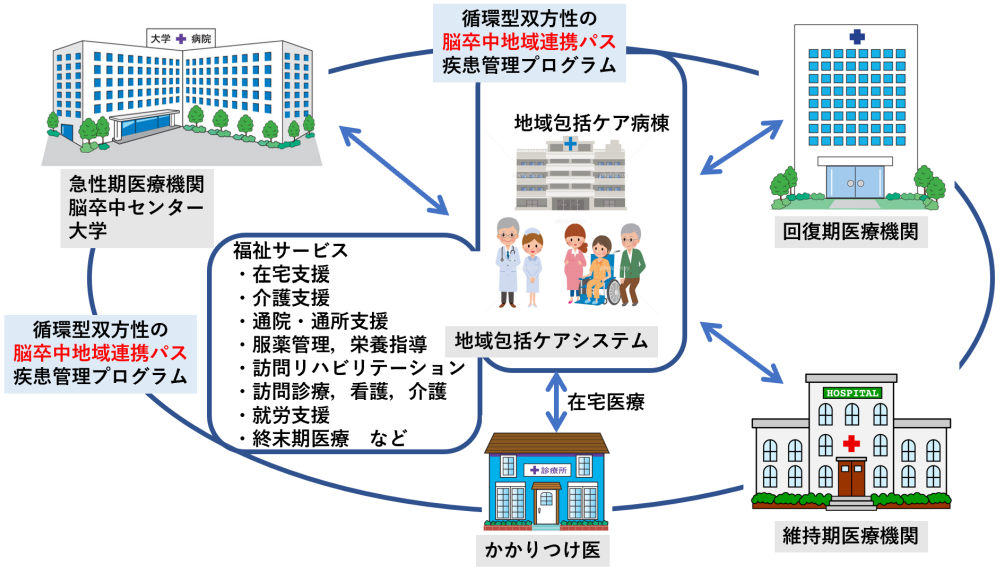
急性期病院の相談窓口で、地域連携のための情報提供、患者・家族への情報提供、相談支援を行い、スムーズな地域連携や患者・家族の不安解消、意思決定を支援することにより、患者の機能的・社会的回復に寄与する。

初回70点、2回目以降50点、合計3回まで

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A712201	地域連携診療計画加算	日本脳卒中学会

【技術の概要】

現在、脳卒中患者の地域連携診療(脳卒中地域連携パス)の算定に用いられる入退院支援加算における地域連携診療計画加算の施設基準で必要とされる連携機関との面会について、年1回以上の頻度で対面又はビデオ通話が可能な機器を用いて行うように緩和する。



【対象疾患】

施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者。特に、入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要なため退院困難であり、他の保険医療機関において地域連携診療計画に基づいた治療を行う脳卒中患者。

【既存の治療法との比較】

既存の地域連携診療計画加算の施設基準では年3回以上の面会が義務づけられているが、働き方改革による人材不足の状況から、この要件を満たすことが困難なために、特に生活期医療機関との地域連携診療の障壁となっている。2020年度の、地域連携診療計画加算件数は、入退院支援加算1の算定件数の僅か2.8%であった。施設基準の緩和により、脳卒中地域連携パスが、急性期と回復期医療機関だけなく生活期まで普及し、脳卒中患者の予後を改善させるとともに、業務の効率化によって医療機関における過重労働の是正に寄与する。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

内科治療を要する高齢入院患者に対して個別の退院時診療計画を策定することは、個別化されていない通常の退院診療に比べて、入院期間を短縮し、退院後3ヶ月間の再入院を減少させる。
また、脳卒中地域連携パスを用いることで、急性期病院と回復期リハ病院の在院日数は短縮し、回復期リハ病院からの在宅復帰率は有意に上昇する。

退院時1回に限り、300点を加算

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A730101	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8.8万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】

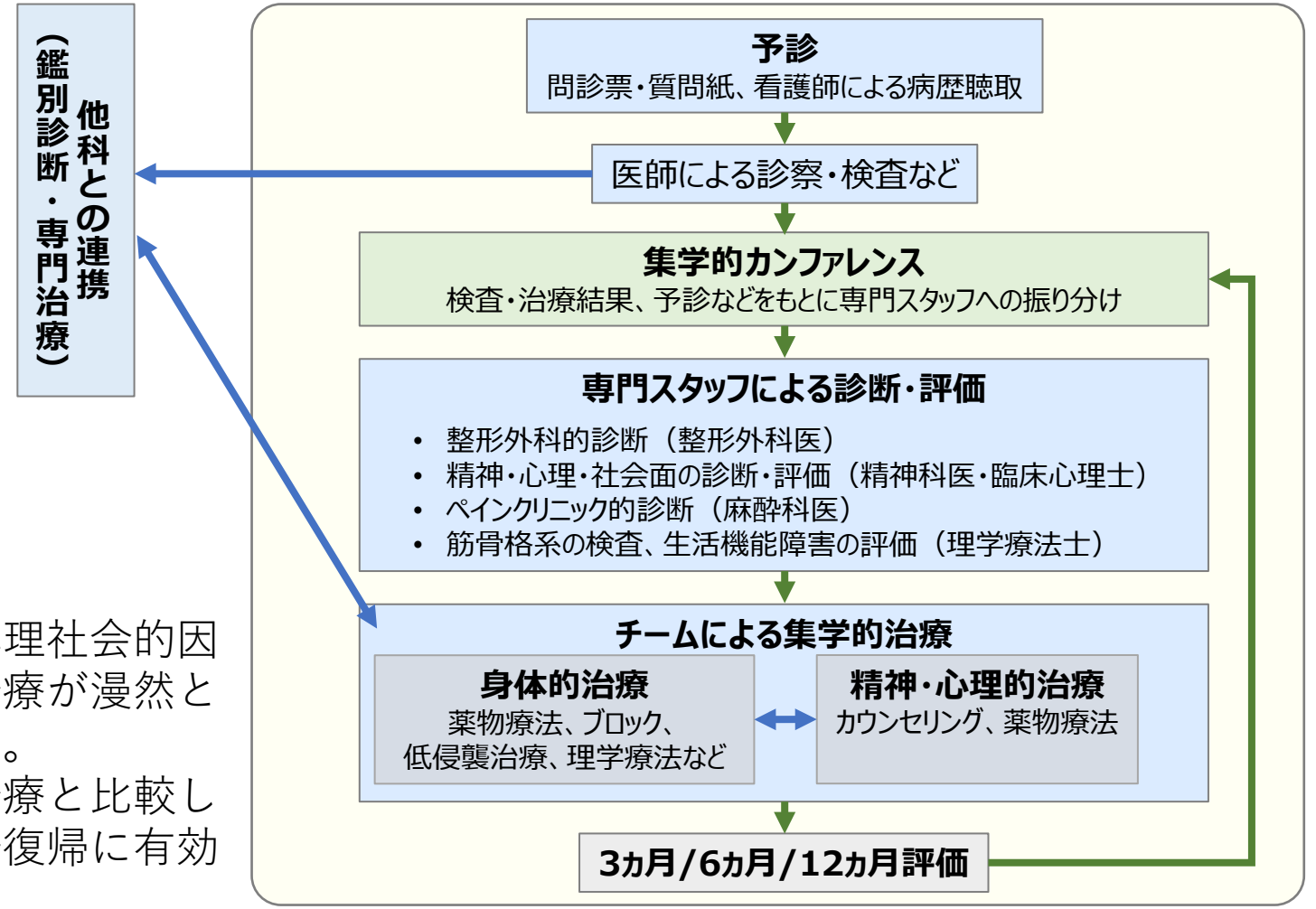
●運動器慢性疼痛では、心理社会的因子が関与し、有効でない治療が漫然と続けられている場合が多い。

●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】

・特定疾患治療管理料B

・580点



提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A736201	感染対策向上加算　細胞診部門への安全キャビネットの設置	日本臨床細胞学会

【技術の概要】

細胞診検体には喀痰、尿、胸腹水のように未固定の感染力の高い検体が多く提出される。細胞診部門ではこれらを滅菌せずに処理を行うことから細胞診部門にも十分な感染対策が必要である。しかし現行の感染対策向上加算チェック項目表には細胞診部門が入っていないことから、十分な感染対策を実施せずに検体を扱っている例がある。十分な感染対策の設備が備わっていない施設も少なくない。時に院内感染の原因となっている。細胞診に携わるすべての医師、臨床検査技師が感染対策に対する意識を高めるためにも、細胞診部門をチェックリストに掲載していただきたい。

【対象疾患】

細胞診は感染性疾患および腫瘍性疾患が対象となるが、腫瘍性疾患は、その鑑別として必ず感染性疾患があげられる。このことから本技術は細胞診を提出するすべての疾患が対象となる。

一般的な細胞診標本作成室。細胞診部門においては清潔区域と汚染区域のゾーニングもできていないところが多く、院内感染対策のピットホールになっている。

【既存の治療法との比較】

2020年4月の当学会のアンケートでは、安全キャビネット内ですべての検体を取り扱っている施設は全体の50%程度にとどまっていた。急性期病院の多くが感染対策向上加算を取得しているにも関わらず、その設備を十分に活用できていない施設が多いことを意味する。細胞診部門における感染対策の有無をチェックリストに掲載することで検体の無防備な取り扱いが減少し、職員の健康を守り、院内感染のリスクを減らすことが可能である。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

A 第2部 第2節　入院基本料等加算
A234-2　感染対策向上加算
別添６　別紙２４
感染対策向上加算チェックリスト項目表

現行では病理、細胞診部門が項目として掲載されていない。チェックリストに掲載されることで、感染対策の意識が高まり、院内感染を防止することができる。

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A741201	抗菌薬適正使用体制加算	日本臨床内科医会

【技術の概要】

「直近6か月における使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上」を、「直近6か月における急性感染症病名に対して使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上であること(肺非結核性抗酸菌症、副鼻腔気管支症候群・気管支拡張症・びまん性汎細気管支炎に対するマクロライド系抗菌薬の使用を除外する)」に変更する。

【既存の治療法との比較】

呼吸器内科を専門とする医療機関では肺非結核性抗酸菌症という慢性呼吸器感染症を多数診療していることも多く、標準的治療としてマクロライド(CAMやAZM)を含めた複数の抗菌薬の長期投与を行っていること、また副鼻腔気管支症候群・気管支拡張症・びまん性汎細気管支炎に対して低用量マクロライド(EMやCAMの)長期投与を行っていること、この二つの要因でAccess抗菌薬の使用比率は極端に低くなってしまうため施設基準を満たすことができなかったが、施設基準を満たすを正すことでより適切に抗菌薬適正使用体制を評価できるようになる。

【対象疾患】

対象疾患を急性期感染症病名に限定する

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

診療報酬上の取り扱いは施設基準の変更のみ

3の6　医科初診及び医科再診料の抗菌薬適正使用体制加算の施設基準
(3)「直近6か月における使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は・・」

変更

3の6　医科初診及び医科再診料の抗菌薬適正使用体制加算の施設基準
(3)「直近6か月における急性感染症病名に対して使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上(肺非結核性抗酸菌症、副鼻腔気管支症候群・気管支拡張症・びまん性汎細気管支炎に対するマクロライド系抗菌薬の使用を除外する)又は・・」