

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A219201	
提案される医療技術名		特定集中治療室管理料	
申請団体名		日本冠疾患学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	03循環器内科	
	関連する診療科（2つまで）	15心臓血管外科	
		00なし	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和6年度	
	提案当時の医療技術名	特定集中治療室管理料	
	追加のエビデンスの有無	無	
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 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－C 算定要件の見直し（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		
提案される医療技術の概要（200字以内）		現状の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度A項目では要件を満たさない急性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、①「心臓超音波検査による血行動態の評価 2点」の追加、②「心疾患における心電図モニターの管理 2点」の追加、③「特殊な治療法等」へ「体外式ペースメーカー」の追加によって、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。	
文字数：195			
再評価が必要な理由		日本循環器学会が2014年度診療報酬改訂の影響を調査するために、2019年に循環器研修施設を対象として実施した循環器集中治療室実態調査（ https://www.j-circ.or.jp/old/topics/2019_ccu_survey_result.htm ）によると、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度基準を満たすために動脈圧ラインの留置期間を延長することがあると答えた施設が20%存在した。また、ガイドラインのクラス1推奨に応じて急性心筋梗塞患者のほぼ100%をCCUへ収容すると答えた施設はわずか58%であった。さらに、急性心筋梗塞患者を上記基準を満たさないことが理由でCCU以外の病棟に入院させたことがあると答えた施設が21%存在し、その中に死亡例があると答えた施設が3%存在した。急性大動脈症候群、急性非代償性心不全、急性心筋炎、電気ショックが必要な不整脈、一時ペースアップが必要な不整脈の患者についても、同様にCCU以外の病棟に入院させたことがあると答えた施設が17～33%存在し、その中に死亡例があると答えた施設が2～8%存在した。以上のように、2014年以降の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の改定によって重症循環器疾患患者が適切に評価されず、適切な循環器集中治療が困難となっているため。	

【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）	重症度、医療・看護必要度における以下3点の項目見直しが妥当と考える。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、ペースアップ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」は以前に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。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	心臓超音波検査の成熟に伴い、スワンガンツカテーテルの代わりに心臓超音波検査で血行動態を評価するようになったが、このような患者が適切に評価されなくなった。致死性不整脈のリスクがあって嚴重な心電図モニター監視をおこなっている患者が、以前の改定によって適切に評価されなくなった。ペースアップ不全によって心停止となるにも関わらず、体外式ペースメーカーを使用している患者が適切に評価されていない。重症度、医療・看護必要度基準を満たさない急性心筋梗塞患者の一部は、ガイドラインに反して一般病床で治療されている。
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	特定集中治療室管理料

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	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あり（右欄に詳細を記載する。）	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AMI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の適応である。
④普及性の变化 ※下記のように推定した根拠		日本循環器学会による2022年循環器疾患診療実態調査報告書（JROAD）によると年間の急性心筋梗塞患者数は約78,000人である。2014年度以降の改定の影響で一部不適切に減少していた対象患者数が元の数に戻ると想定されるが、多くの症例では基準を満たすための努力がなされているため影響は小さいと考える。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	78,000	
	見直し後の症例数（人）	78,000	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	78,000	
	見直し後の回数（回）	78,000	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		急性冠症候群の急性期治療を行うためにCCUが誕生して死亡率を劇的に低下させた歴史的経緯があり、急性冠症候群患者をCCUで治療することがガイドラインでもクラス1で推奨されている。	
・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）	上記要望の重症度、医療・看護必要度のA項目追加の変更以外は、現状の要件通り。	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	現状の要件通り。	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	現状の要件通り。	
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	変更なし。	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	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。	
	具体的な内容	該当なし。	
⑩予想影響額	プラスマイナス	不変（0）	
	予想影響額（円）	0円	
	その根拠	重症度、医療・看護必要度要件を満たすために必要性の低い処置が行われて、集中治療室での治療を実施しているため。	
	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		特になし。	

⑭参考文献 1	1) 名称	日本循環器学会 急性冠症候群ガイドライン (2018年改訂版)
	2) 著者	日本循環器学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本循環器学会ホームページに掲載
	4) 概要	発症直後の心筋梗塞患者を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の適応である。
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

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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、ペース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。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A222201	
提案される医療技術名		緩和ケア診療加算	
申請団体名		日本緩和医療学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	緩和医療科
	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		無	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	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		226-2	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	○	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（１～５のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		—	
提案される医療技術の概要（200字以内） 文字数： 176		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。	
再評価が必要な理由		当該加算を算定するためには緩和ケア診療実施計画書を作成し、これに患者または家族の署名が必要である。しかしながら緩和ケア診療の対象となる患者は脆弱、意識障害を伴っていることが多く、自筆署名が困難である場合が多い。また、新型コロナウイルス感染症の流行以降、家族の面会制限を設けている施設が多く、家族の署名を得ることも困難である。署名を得るために現場では業務負担が増加しており、また、緩和ケアが必要な患者に対し、ケアの提供開始が遅れる原因となっている。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	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については、計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族等が署名することが困難である場合には、緩和ケア診療を当該患者に初めて実施する場合を除き、家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及び緩和ケアの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、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。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号（再掲）	226-2		
医療技術名	緩和ケア診療加算		
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	2023年度緩和ケアチーム登録（日本緩和医療学会）は全国の532施設の緩和ケアチーム活動の統計データである。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 Status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。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。） —	

④普及性の变化 ※下記のように推定した根拠		現場の労力負担の軽減を目的とした提案であり、見直し前後で普及性は変化しない。 【見直し前の症例数】 下記のイ)をロ)で除した値(レセプト1件あたりの算定回数):6.7回(16,678回 ÷ 2,483件)を対象者1人当たり実施回数とする。見直し前の回数679,488回を6.7で除すことにより、101,416人と見積もる。 イ)緩和ケア診療加算の総算定回数:社会医療診療行為別統計(2021年6月審査分)より、緩和ケア診療加算の算定回数は16,678回。 ロ)緩和ケア診療加算の総算定件数:同統計より、緩和ケア診療加算の算定件数は2,483件。 【見直し前の回数】 第9回NDBオープンデータ(令和4年4月-令和5年3月)に基づく。	
年間対象者数の变化	見直し前の症例数(人)	101,416人	
	見直し後の症例数(人)	101,416人	
年間実施回数の变化等	見直し前の回数(回)	679,488回	
	見直し後の回数(回)	約70万回	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		緩和ケアは様々ながんにおいて早期から終末期までの介入が求められている。がん診療中の緩和ケア介入の重要性について述べたガイドラインとして肺癌診療ガイドライン(2024年、日本肺癌学会)、乳癌診療ガイドライン(2018年、日本乳癌学会)、大腸癌治療ガイドライン(2022年、日本大腸癌研究会)、胃癌治療ガイドライン(2021年、日本胃癌学会)、肺癌診療ガイドライン(2022年、日本肺癌学会)、胆道癌診療ガイドライン(2021年、日本肝胆膵外科学会)、頭頸部癌診療ガイドライン(2022年、日本頭頸部癌学会)、子宮体癌/頸癌治療ガイドライン(2023年、日本婦人科腫瘍学会、前立腺癌診療ガイドライン(2023年、日本泌尿器科学会)など、ほぼ全ての癌腫の診療において重要であると位置づけられている。 緩和ケア診療加算は2002年に設定され、2024年6月現在で全国541施設が緩和ケア診療加算届出施設として同加算を算定している。	
・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)	緩和ケア診療加算の施設要件を満たすこと	
	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)	緩和ケア診療加算の施設要件を満たすこと	
	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		安全性に問題はない	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		倫理性・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	—	
	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(当該医療技術を含む)	区分	区分をリストから選択	—
	番号	—	
	技術名	—	
	具体的な内容	—	
⑩予想影響額	プラスマイナス	不変(0)	
	予想影響額(円)	0	
	その根拠	加算算定のための現場の労力軽減のための変更であり、算定件数自体は変わらない	
	備考	—	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし	
⑫その他		なし	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし	

⑭参考文献 1	1) 名称	肺癌診療ガイドライン-悪性胸膜中皮腫・胸腺腫瘍含む 2024年版
	2) 著者	日本肺癌学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	V. 緩和ケア(https://www.haigan.gr.jp/publication/guideline/examination/2024/1/5/240105010100.html#cq1)
	4) 概要	進行・再発肺癌患者に対して、診断早期からの専門的な緩和ケアの提供を行うよう強く推奨する（推奨の強さ1）
⑭参考文献 2	1) 名称	前立腺癌診療ガイドライン2023年版
	2) 著者	日本泌尿器科学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	メディカルレビュー社, 2023年, p227-232
	4) 概要	癌救急、緩和と独立した項目で取り扱われており、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であるとされている
⑭参考文献 3	1) 名称	大腸癌治療ガイドライン医師用2022年版
	2) 著者	大腸癌研究会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	7 緩和医療・ケア(https://www.jscrr.jp/guideline/2022/particular.html#no7)
	4) 概要	緩和医療・ケアが独立した項目となっており「がん治療は症状緩和が図られた状態で行うことが原則であり、外科治療や薬物療法の当初から緩和医療を導入するのが望ましい」と記載されている
⑭参考文献 4	1) 名称	胃癌治療ガイドライン2021年7月改訂第6版
	2) 著者	日本胃癌学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	E. 支持・緩和医療 (https://www.jgca.jp/guideline/sixth/002_05.html)
	4) 概要	支持・緩和医療が独立した項目とされ、「苦痛に対する緩和・支持医療は、がん診療の基本的な部分を担っている」とされ、緩和的治療について2つのCQが掲載されている
⑭参考文献 5	1) 名称	肺癌診療ガイドライン2022
	2) 著者	日本肺癌学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	金原出版, 2022年, p308-310
	4) 概要	進行肺癌患者・家族に対して早期から緩和ケアチームの系統的な介入が提案されている（推奨の強さ：弱い）。強く推奨されないのは国内の緩和ケアチームの医療資源が不十分であることが理由であり、支援体制の整備が望まれる。

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

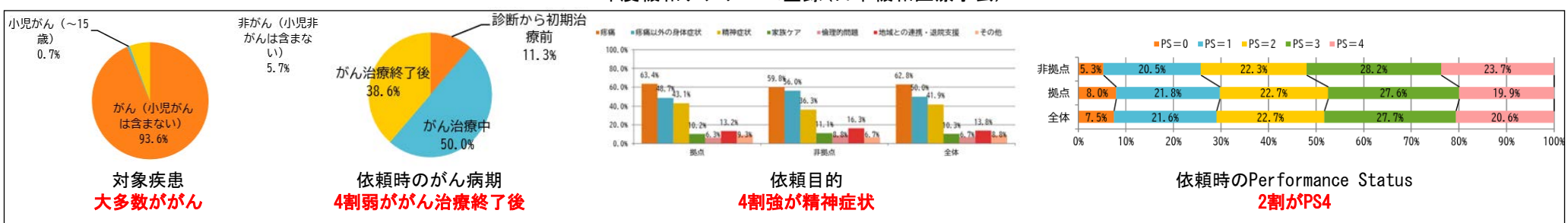
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A222201	緩和ケア診療加算	日本緩和医療学会

【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)



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

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A228101	
提案される医療技術名		重症者等療養環境特別加算	
申請団体名		日本結核・非結核性抗酸菌症学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	02呼吸器内科	
	関連する診療科（２つまで）	00なし	
		00なし	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４年度	
	提案当時の医療技術名	重症者等療養環境特別加算	
	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）		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。	
文字数： 180			
対象疾患名		結核症	
保険収載が必要な理由（300字以内）		結核患者は高齢者が50%以上を占め、免疫抑制者、担癌患者など免疫不全者に偏在する傾向である。また、高齢者における播種型結核の増加は著しい。90歳代の患者は死亡率50%以上となり、重症患者が結核病床に入院する傾向が強まった。そのため一般病床と同様に看護師への負担が増し、事故につながる可能性がある。一般病床と同様な公平な加算が結核病床に必要であり、その一つとして申請する。	
文字数： 185			

【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		結核、一般病棟で以下の基準で重症者等療養環境特別加算が受けられる、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、手術または知的障害のため、常時監視を要し、適時適切な看護または介助を必要とする患者	
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）		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点を加算するが、①の要件を外れた時点で停止する。	
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2節 入院基本料等加算	
	番号	A221	
	医療技術名	重症者等療養環境特別加算	
	既存の治療法・検査法等の内容	現在は、モニター監視下、人工呼吸管理下、徘徊転倒の頻回な患者などすべての重症者に対してこの加算が得られず、十分な医療器材の投入がなされなくなり、看護師の疲弊が募り、身体拘束率が高くなる可能性がある。	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		重症患者の管理を行うことは、適切な医療資源の投入が必要である。適切な医療機器の購入がなされなければ、十分なマンパワーが得られにくい結核病棟での予後は不良となる可能性がある。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	なし	
		5	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	ガイドラインに載る予定はなし
⑥普及性	年間対象患者数（人）	740例	
	国内年間実施回数（回）	740回	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		10対1以上の看護体制を取っている施設が74施設あり、常時監視が必要とされる患者用の個室が２床～３床／施設である。人工呼吸管理や手術例は、１施設年間10例未満であり740例/年が上限となる。重症の期間は2週間程度であり、10, 360回/年が上限と推測。	

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）		成熟している。難易度は高くなく、一般病棟で本施設基準を届け出ている病院であれば容易である。	
・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）	以下の設備があること。個室又は二人部屋の病床であって、療養上の必要から当該重症者を入院させるに適したものであること。心拍監視装置等の患者監視装置を備えている場合又は映像による患者監視システムを有する場合を含む。酸素吸入、吸引のための設備が整備されていること。	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	常時監視を要し、随時適切な看護及び介助を必要とする重症患者の看護を行うにつき十分な看護師等の配置があることから、7対1、10対1の看護体制を取る医療機関。	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	医療安全に専従する職員がいること	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		結核病棟内の整備が整い、安全性につながる。	
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		倫理的、社会的妥当性に関連する項目ではない。看護師の疲弊が少なくなり、身体拘束が減少する。一般病床との不公平さは、倫理的に問題がある。重症度が同じ患者の診療報酬に差をもたらすことが、公平と言えるのか。	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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）	個室の場合300点 2人部屋の場合150点	
	その根拠	一般病棟と同様	
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	その他（右欄に記載する。）	なし
	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	増（＋）	
	予想影響額（円）	26,418,000円	
	その根拠	10,360回の加算を個室 70% 二人部屋 30%で計算 個室の場合300点 2人部屋の場合150点 年間740例が上限と分析した。	
	備考	なし	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載する）		なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		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		—	
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		病床により加算を決めるのではなく、患者の重症度で加算を決定してほしい。	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし	

⑯参考文献 1	1) 名称	なし
	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	なし
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑯参考文献 3	1) 名称	なし
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑯参考文献 4	1) 名称	なし
	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	なし
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—

※⑮については、1. の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A228102	
提案される医療技術名		緩和ケア診療加算	
申請団体名		日本結核・非結核性抗酸菌症学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	02呼吸器内科	
	関連する診療科（２つまで）	08感染症内科	
		38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	緩和ケア内科
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４年度	
	提案当時の医療技術名	緩和ケア診療加算	
	追加のエビデンスの有無	無	
提案される医療技術の概要（200字以内） 文字数： 155		緩和ケアを必要とする肺結核患者に必要な緩和ケアを評価し緩和ケアを行う。対象は、固形癌、血液悪性疾患、AIDS発症者、末期心不全患者とする。一般病棟で入院した場合、施設基準が整っていれば、緩和ケアが受けられる患者であって、肺結核を発病し、結核病棟に入院しているために、緩和ケアの恩恵が受けられないことを是正する。	
対象疾患名		悪性腫瘍合併結核症およびAIDS合併結核症	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数： 180		結核は免疫低下者に遍在し、肺結核治療中に死亡することも稀ではない。疼痛や呼吸困難などのケアは、疾患によって差があつてはならず、倫理的、人道的に大きな問題である。一般病棟で行えるケアは結核病棟でも行われるべきである。今まで一般病床で緩和チームの下で緩和ケアを行って着た患者が結核症を発症し、勧告入院を受けた場合、同様の緩和ケアを受ける権利は保証されねばならない。	

【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		一般病床において緩和ケア診療加算が適応となる基準を満たした結核患者	
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）		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。対象は、固形癌、血液悪性疾患、AIDS発症者、末期心不全患者とする。一般病棟で入院した場合、施設基準が整っていれば、緩和ケアが受けられる患者であって、肺結核を発病し、結核病棟に入院しているために、緩和ケアの恩恵が受けられないことを是正する。	
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であつて、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
	番号	A226-2	
	医療技術名	緩和ケア診療加算	
	既存の治療法・検査法等の内容	既存の患者には、一般病棟に入院した患者と同様な緩和ケアが行われていたが、そのマンパワーに対する診療報酬上の収益ではなく、病院の持ち出しである。	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		有効 一般診療を受けている患者に有効であるため保険収載されていると考え得る。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	研究はないが、一般病床で有効であるために診療報酬上一般病棟では認められていると認識できる。	
	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。）	一般病棟で適応されたことが一つのエビデンスと思われます。
⑥普及性	年間対象患者数（人）	100人	
	国内年間実施回数（回）	600回	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		緩和ケアは国が率先して普及させている事業であり、結核既感染担癌患者は結核発病危険率が高いため、結核病棟で緩和ケアを受ける必要が生じる場合がある。しかし、緩和ケア診療に対する加算は許されておらず、病院の持ち出しになることがわかっていながら緩和ケアを患者のために行っている。緩和ケア診療はがん患者の基本的な権利であり、ガイドラインでも早期の緩和ケア診療を進めている。勧告入院の対象となる患者数は減少傾向であり、その医療を継続する必要がある。	

⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		既に制度としては成熟している。様々ながん取り条件であるので、全く問題ない。専門性は高いが、既存の緩和ケアチームの適応拡大を行う内容であり、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）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	緩和ケア診療加算の施設基準 イ 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。 ハ がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。 (2) 緩和ケア診療加算の注2に規定する厚生労働大臣が定める地域別表第六の二に掲げる地域 (3) 緩和ケア診療加算の注2に規定する施設基準 イ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。 ロ 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ハ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。 ニ がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。 (4) 個別栄養食事管理加算の施設基準 イ 緩和ケアを要する患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ 当該体制において、緩和ケアを要する患者に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	原稿の医療の結核病棟への立ち入りだけであり人的配置の増加は不要である。	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	上記施設基準の準拠。	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		安全である	
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		導入しない事実が明らかになることの方が、倫理的、社会的妥当性に欠けるということは明らかである。	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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）	一日当たり390点	
	その根拠	一般病棟と同様である	
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	その他（右欄に記載する。）	特になし
	番号	—	
	技術名	—	
	具体的内容	—	
予想影響額	プラスマイナス	増（＋）	
	予想影響額（円）	2,340,000円	
	その根拠	390点＊600回	
	備考	なし	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載する）		なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		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		—	
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		患者に益をもたらすチーム医療が、一般病棟でないという理由で認められない理由を明示していただきたい。	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし	

⑩参考文献 1	1) 名称	緩和ケアチーム 活動の手引き 第二版
	2) 著者	特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 専門的・横断的緩和ケア推進委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	2013年6月 第2版発行 2～4P
	4) 概要	緩和ケアチームの在り方について示されている。現場で働く医師や看護師を補助するものであり、チーム医療の一環で活動している。
⑩参考文献 2	1) 名称	Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer
	2) 著者	Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	N Engl J Med 2010;363:733-42.
	4) 概要	転移性非小細胞肺癌の患者では、早期の緩和ケアにより、生活の質と患者の精神状態の両方が大幅に改善され、標準的なケアを受けている患者と比較して早期の緩和ケアを受けている患者の生存期間は長くなった。
⑩参考文献 3	1) 名称	特になし
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑩参考文献 4	1) 名称	特になし
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑩参考文献 5	1) 名称	特になし
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—

※⑩については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

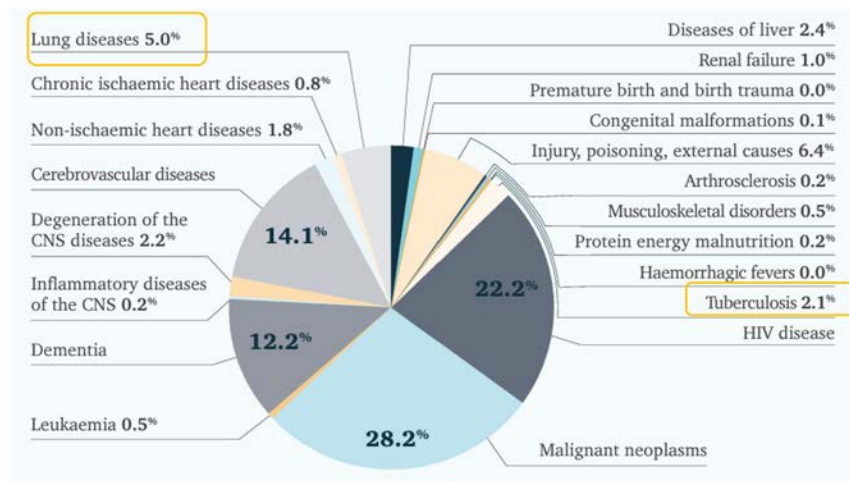
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A228102	緩和ケア診療加算	日本結核非結核性抗酸菌症学会学会

【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](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=418AC100000009820161216_428AC0100000107

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A228103	
提案される医療技術名		呼吸ケアチーム加算	
申請団体名		日本結核・非結核性抗酸菌症学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	02呼吸器内科	
	関連する診療科（２つまで）	36リハビリテーション科	
		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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４年度	
	提案当時の医療技術名	呼吸ケアチーム加算	
	追加のエビデンスの有無	無	
提案される医療技術の概要（200字以内）		48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から1月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から1月以内の患者に対し、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム（呼吸ケアチーム）による診療を行った場合に、週1回に限り算定する。	
対象疾患名		結核症	
保険収載が必要な理由（300字以内）		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、倫理的にも結核であるからとして人工呼吸管理を回避、ないしは管理を手薄とすることは誤りである。人工呼吸器の離脱は、肺結核であれば早期の離脱が可能であるなら空気感染予防の点からも望ましい。呼吸ケアチームの介入が一般病棟で行われ、大きな成果を上げている。患者に有益な呼吸ケアチームの介入はに対する加算が、結核病棟に入院した患者であるという理由だけで、一般病棟と差が生じるのは、結核に対する医療上の公平性を欠く。	
文字数： 243			

【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		結核 重症呼吸不全にて人工呼吸器を48時間以上継続して装着している患者 年齢制限なし	
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）		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）による診療を行う	
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	呼吸ケアチームと同等の比較しうる診療はない
	番号	A242	
	医療技術名	呼吸ケアチーム加算	
	既存の治療法・検査法等の内容	従来と同様の治療であり、第三者の客観的評価はなく、技術上の誤りには気づかない可能性が高い。	
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		呼吸ケアサポートチームの活動が開始されてから、院内ヒアリハット事象が減少し、病院内インシデントが減少していることを示している。肺結核重症者に対するモニター管理、補液、薬剤投与など様々なチェックが必要であるが、限られた医療の中で、インシデント事例が生じてしまい、さらに医療者の疲弊を招く。しかし多職種サポートチームの活動により、医師の負担軽減がはかれるだけでなく、重症例の管理が安全に行われることとなるため、呼吸ケアサポートチームの結核病棟における必要性が示されている。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	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。）	なし
⑥普及性	年間対象患者数（人）	400人	
	国内年間実施回数（回）	1,600回	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		10対1以上の看護力を有した結核病床は74施設であり、人工呼吸器を用いる患者は当院実績で年間10名以下／施設であることから、最大400人／年とした。	

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）		成熟している	
・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）	人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行うにつき十分な体制が保持されていること。 当該加算の対象患者のために呼吸ケアチームによる診療計画書を作成していること。 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 当該保健医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	当該保険医療機関の医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士等	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	なし	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		安全性に問題はない	
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		倫理的にも社会的にも問題は生じない。	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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）	150点／回	
	その根拠	一般病棟と同等	
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	その他（右欄に記載する。）	
	番号	特になし	
	技術名	—	
	具体的な内容	—	
予想影響額	プラスマイナス	増（＋）	
	予想影響額（円）	（一般病棟と同等）	
	その根拠	400人を対象とし、重篤な症状の継続はほぼ1カ月以内であり、最大で4回の加算のため、1,600回/年を上限と考えられ、1回150点の加算で240,000点/年が上限であると考ええる。	
	備考	人工呼吸管理は819点／日である。、呼吸ケアチームの参加で1日早く抜管できると、本加算4回720点／月は、はるかに医療費節減となる。	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 （主なものを記載する）		なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		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		10年間近く、この項目を提出させていただいていますが、なぜ一般病棟で認められる患者さんの予後改善のための呼吸ケアサポートチームの恩恵を、結核というだけで患者さんが受けられないのか、疑問に答えていただきたく、敢えて提出いたします。結核病棟は隔離のため患者さんは権利を制限されていますが、医療を不公平に制限してよい病棟ではありません。結核病棟であるからという区分の撤廃をお願いします。	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし	

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

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A232201	
提案される医療技術名		緩和ケア診療加算	
申請団体名		日本呼吸器学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	02呼吸器内科	
	関連する診療科（２つまで）	01内科	
		36リハビリテーション科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４年度	
	提案当時の医療技術名	緩和ケア診療加算	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号		226-2	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	○	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（１～５のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
提案される医療技術の概要（200字以内）		非がん性呼吸器疾患終末期では肺がん以上に呼吸困難など身体的もしくは精神的な苦痛が強く、これらの患者の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図ることを主たる目的として、麻薬等の薬物治療および適切な呼吸管理やリハビリテーション、アドバンスケアプランニングや最終コードステータスの意思決定支援などの包括的緩和ケアをがんおよび心不全と同様に多職種チームで行うものである。	
文字数： 193			
再評価が必要な理由		2002年WHOによる緩和ケアの定義では対象ががんのみに限定されないことが強調され、わが国においても平成30年度末期心不全患者に対して緩和ケア診療加算の適応拡大がなされた。システマティックレビューによると呼吸不全は心不全と疾患軌道が類似するが、終末期患者の呼吸困難による苦痛はがん以上に高い頻度であり（Solano JP et al. Pain Symptom Manage. 2006；31（1）：58-692006）、COPD患者は肺がんと比較して入院中に緩和ケアを受けるオッズ比は有意に低く、侵襲的な人工呼吸や人工心肺装置による処置を受けるオッズ比は有意に高かった。（Butler SJ, et al. Palliat Med. 2020；34：1030-1043）またわが国の遺族調査によるとILD患者は肺がんと比較して有意にICU死亡が多く、看取り時に人工呼吸やバイフローセラピーを受ける頻度が高く、オピオイドの使用が少なく、呼吸困難が強く、終末期のQOLが悪かった。（文獻1）このような現状から、末期呼吸不全患者にも呼吸器科医、緩和ケア医、看護師、薬剤師、理学療法士などの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ンニング、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えば、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の実現を図れるようになり、死亡直前の集中治療回避などの経済的効果も期待できる。	

【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）	Higginson et al. Lancet Respir Med 2014; 2: 979-87の治療抵抗性呼吸困難を有する終末期疾患のランダム化比較試験によれば、緩和ケアと呼吸ケアを組み合わせた多職種チーム介入を受けた群では6週間後のQOLスコアが有意に高く、非がん患者では6カ月後の生存率も有意に高かった。「非がん疾患のエンドオブライフ・ケア（EOLC）に関するガイドライン」（国立長寿医療研究センター）（文獻2）ではEOL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）とされる。欧州呼吸器学会（ERS）の「COPDおよびILD患者に対する緩和ケアの臨床実践ガイドライン（2023）」Janssen, D. J. A. et al. Eur. Respir. J. 62, 2202014（2023）。においても、これらの患者及びケア担当者の身体、精神、社会、スピリチュアルなニーズに対して多職種チームによる支援が提案されるべきとされている。日本緩和医療学会の緩和ケアチーム活動報告（文獻3）においては非がん性呼吸器疾患患者に対する緩和ケアの実施件数は2016年度の457件から2023年度には1264件へと着実に増加しており、日本呼吸器学会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会が共同で「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021」（文獻4）を策定している。 本提案は入院中の末期呼吸不全患者に対し、呼吸器科医、緩和ケア医、看護師、薬剤師、理学療法士などの協働による多職種緩和ケアチームの介入で、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の実現を目指すものである。算定対象を要望する患者は、以下のアからウまでの基準およびエからカまでのいずれかに該当するものとする。 ア）呼吸不全に対して酸素療法および補助換気療法（NPPV・HFNC・挿管および気管切開人工呼吸）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されている。 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」が持続している。 ウ）過去１年以内に呼吸不全の増悪による入院が２回以上ある、もしくは現在呼吸不全で入院中で改善なく進行性である。 エ）%VC 50%未満または%FEV1 30%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状態であること カ）エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。
------------------------------	--

②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		・対象とする患者：一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者。 ・技術内容：緩和ケアチームによって身体症状及び精神症状の緩和を提供する診療が行われた場合に算定。緩和ケアチームは「身体症状の緩和を担当する医師」、「精神症状の緩和を担当する医師」、「緩和ケアの経験を有する看護師」及び「緩和ケアの経験を有する薬剤師」で構成され、医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たる。 ・点数や算定の留意事項：390点（1日につき）：緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上緩和ケア実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。	
診療報酬区分（再掲）		A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号（再掲）		226-2	
医療技術名		緩和ケア診療加算	
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	Higginson et al. Lancet Respir Med 2014; 2: 979-87)によるランダム化比較試験によれば、多職種チームによる緩和ケアと呼吸ケアを組み合わせた介入を受けた群では6週間後のCRQスコア（患者が主観に基づいて呼吸困難、倦怠感、情緒、自己コントロール感を数値で評価したもので、COPD患者に対して用いられる）が有意に高く、非がん患者では6カ月後の生存率も有意に高かった。 Schunk, M. et al. Eur. Respir. J. 58, 2002139 (2021). によるランダム化比較試験においても、進行性呼吸器疾患による息切れでQOLの低下した患者に対する多職種チームによる症状をもとにした短期介入は、CRQスコアのQOLと自己コントロールにおいて有意な改善を示している。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	「非がん疾患のエンドオブライフ・ケア（EOLC）に関するガイドライン」（国立長寿医療研究センター）（文献2）では、 1. 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） 2. EOLにある非がん疾患の人に対して、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） 3. EOLにある呼吸不全・心不全または腎不全の人へのACPIは医師・患者の対話を通じての意思決定の促進が期待でき、これを推奨する。（GRADE 1B） 「進行性疾患患者の呼吸困難の緩和に関する診療ガイドライン（2023）」（日本緩和医療学会）（文献5）では、呼吸困難に対する非薬物療法として 1. 安静時低酸素血症があり呼吸困難を有する進行性疾患患者に対して、酸素吸入を行うことを提案する。（GRADE 2C） 2. 低酸素血症があり呼吸困難を有する進行性疾患患者に対して、通常の酸素療法で改善が得られない場合に、高流量鼻カニューラ酸素療法（HFNC）を行うことを提案する。（GRADE 2C） 3. 呼吸困難を有する進行性疾患患者に対して、送風療法を行うことを推奨する。（GRADE 1B）
④普及性の变化 ※下記のように推定した根拠		【年間実施回数】 下記の【年間対象者数】と【対象者1人当たり実施回数】を掛けた値： 33,944 回（2,694人 × 12.6回）を年間実施回数と推定する。 【年間対象者数】 下記のイ)にロ)を乗じた人数:2,694人（40,816人 × 6.6%）を年間対象者数とする。 イ) 緩和ケアを必要とする患者数:人口動態統計より、2023年のCOPDまたは間質性肺疾患（ILD）を死因とする死者数は、16,941人および23,875人で計40,816人。 ロ) 日本緩和医療学会の調査によると2023年度における、入院がん患者の緩和ケアサービスの利用実績（割合）は6.6%である。本推計では、呼吸器疾患の死者のうち実際に緩和ケアサービスを受ける患者数をがん患者ベースで見積もることとし、緩和ケアを受ける患者の割合を上記6.6%と仮定。 【対象者1人当たり実施回数】 下記のハ)を二)で除した値（レセプト1件あたりの算定回数）:6.3回（60,060回 ÷ 9,600件）を対象者1人当たり1月の実施回数とする。代表的な間質性肺炎急性増悪の平均生存期間は「難病情報センター特発性間質性肺炎の概要」によると約2ヶ月とされ、年間実施回数は12.6回（6.3回 × 2） ハ) 緩和ケア診療加算の総算定回数:社会医療診療行為別統計（2023年6月審査分）より、緩和ケア診療加算の算定回数は60,060回。 二) 緩和ケア診療加算の総算定件数:同統計より、緩和ケア診療加算の算定件数は9,600件。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	0	
	見直し後の症例数（人）	2,694	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	0	
	見直し後の回数（回）	33,944	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		・学会等における位置づけ：③に記載した通り、根拠、有効性、実施法などが「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021」（文献4）に詳細に示されている。 ・難易度：酸素療法やNPPVなどの呼吸管理に習熟した呼吸器科医が緩和ケア医と共同もしくは緩和ケア研修を受けた上で多職種の緩和ケアチームを結成することで、末期呼吸不全患者の心身両面の基本的緩和ケアの評価と介入が可能である。緩和医療学会の緩和ケアチーム活動報告において非がん性呼吸器疾患の患者に対する緩和ケアの実施が報告されており、その件数は2016年度の457件から2023年度には1264件へと増加し、技術の普及と成熟がみられる。	
・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）	現状の施設要件に準ずる。	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	看護師、薬剤師、医師の配置要件は現状の施設基準に準ずる。末期非がん呼吸不全の患者を対象とする場合には緩和ケアチームを構成する「身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師」の要件として、末期呼吸不全の患者を対象とした症状緩和と治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差支えないこととする。また、呼吸ケアの経験ある理学療法士、管理栄養士、できれば臨床心理士などとも共同して療養上必要な指導を行う。	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	COPDおよびILDなどの非がん性呼吸器疾患個々のガイドライン並びに「非がん呼吸器疾患緩和ケア指針」を遵守する。	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		呼吸困難の緩和に伴う呼吸抑制などの副作用やリスク、終末期の受け入れなどの心理的葛藤などが想定されるが、呼吸器科医と緩和ケア医並びに看護師、薬剤師、理学療法士などとの共同により安全に配慮した対応ができる。呼吸器科医と緩和ケア医が同時に関与できない場合も、PEACEなどの緩和ケア研修を受けた呼吸器科医師、呼吸ケア指導士の研修などを受けた緩和ケア医で対応できる。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		特に問題はなし。 適応の拡大が認められれば、がん患者以上に呼吸困難等苦痛の強い末期非がん呼吸器疾患患者に対して、オピオイドその他非薬物療法による症状緩和、精神的安定、リハビリテーションによるADL及び自己尊厳の維持などが期待でき、円滑で有意義なACPの実施につながる事が期待できる。	

⑧点数等見直し の場合	見直し前	390
	見直し後	390
	その根拠	算定要件の変更要望であり、点数の見直しはない
⑨関連して減点 や削除が可能と 考えられる医療 技術（当該医療 技術を含む）	区分	J
	番号	045
	技術名	人工呼吸
	具体的内容	緩和ケアチームの介入により、円滑で有意義なACPを実施できる機会が増え、副次的にICUやハイケアユニットにおける人工呼吸管理などの積極的な治療が患者の希望に基づき減少することが想定される。人工呼吸実施日数の削減および集中治療室管理料、ハイケアユニット管理料の削減が見込まれる
⑩予想影響額	プラスマイナス	減（－）
	予想影響額（円）	198,929,160円
	その根拠	④より増分が132,383,160円（390点×2694人×12.6回×10円）。⑨より減少分が331,312,320円。合計マイナス198,929,160円。
	備考	「④普及性の变化」で示した年間死亡数2,694人のうち、Butler SJ et al. Palliat Med. 2020；34：1030-1043のデータが示すように挿管人工呼吸がCOPDの約50%から肺がん並みの20%に減ったとすると、808人（2,694人×30%）が挿管人工呼吸を選択しないこととなる。Brown CE et al. Ann Am Thorac Soc 13, 684-689（2016）のデータからCOPDないしILD患者1例あたりのICU在室日数が肺がん並みに約3日減るとすると、処置料の人工呼吸で808人×950点×3日×10点=23,028,000円、さらにICU使用による特定集中治療室管理料と一般病棟入院料の差で808人×（14,406-1,688）点×3日×10点=308,284,320円、あわせて331,312,320円の医療費削減が見込まれる。
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		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	間質性肺疾患患者の終末期QOLおよび呼吸困難の実態：全国多施設共同遺族アンケート研究
	2）著者	小谷内敬史 他、びまん性肺疾患に関する調査研究班緩和治療部会
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	投稿中、第65回日本呼吸器学会学術講演会発表（2025）
	4）概要	背景：間質性肺疾患（ILD）患者は終末期QOLが低く、特に呼吸困難が問題であることが先行研究から示唆されている。目的：全国規模遺族アンケート調査を通しILD患者の終末期QOL、呼吸困難を肺がん患者と比較することで明らかにする。方法：2018/1-2020/2に死亡したILD患者303名と肺がん患者335名を遺族視点から終末期QOL、呼吸困難を評価した。終末期QOLはQOOL、呼吸困難はMSASを用いて定量化した。カルテ調査から終末期医療介入を調査した。結果：ILD患者は肺がん患者よりQOOLスコアが有意に低く（5.05 vs. 5.42, P=0.03）、呼吸困難に関するドメインで顕著であった（3.73 vs. 4.38, P=0.01）。ILD患者は重篤な呼吸困難の頻度が高い一方でオピオイド使用、緩和ケアチーム介入は有意に少なかった。ILD遺族の35.6%は終末期に意識レベル維持より呼吸困難緩和を優先することを望んでいた。結論：全国遺族アンケートによりILD患者は肺がん患者より終末期QOLが低く、終末期の呼吸困難管理が重大な問題であることが明らかとなった。
⑭参考文献 2	1）名称	非がん疾患のエンドオブライフ・ケア（EOLC）に関するガイドライン
	2）著者	非がん疾患のエンドオブライフ・ケア（EOLC）に関するガイドライン作成研究班
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	日経BP社 2021/9/17発刊
	4）概要	非がん疾患のエンドオブライフ・ケアに関し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の実施、緩和ケアチームによる多職種協働介入はQOLの改善や患者の満足が得られ強く推奨される。
⑭参考文献 3	1）名称	2024年度緩和ケアチーム登録（2023年度チーム活動）
	2）著者	日本緩和医療学会
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.ispm.ne.jp/files/palliativeCareTeam/report_ispmcpt2024_2.pdf
	4）概要	2023年度の緩和ケアチーム登録は552チームで依頼件数の合計は114,388件、そのうち非がんは5.8%であった。非がんのうち循環器疾患30.0%、呼吸器疾患19.1%、神経疾患7.4%、腎疾患5.7%、その他37.8%であった。入院がん患者の緩和ケアサービス利用率は6.6%。
⑭参考文献 4	1）名称	非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021
	2）著者	日本呼吸器学会・日本呼吸器ケア・リハビリテーション学会合同 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021作成委員会
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	2021年4月20日発行（株式会社 メディカルレビュー社）
	4）概要	2021年4月20日発行（株式会社 メディカルレビュー社） 総論において、非がん性呼吸器疾患の緩和ケアの現状と課題、および原則と考え方を示している。第2章では症状の評価と対応、第3章では症状緩和の手段として、呼吸管理（酸素療法、NPPV、ハイフローセラピー）、薬物療法（オピオイド、コルチコステロイド等）、非薬物療法（呼吸器リハビリテーション、栄養、セルフマネジメント、心理療法等）について詳細に解説。第4章で多職種連携、地域連携、在宅における緩和ケアについて解説。第5章でエンドオブライフケアについて解説している。さらに第6章で疾患別としてCOPD、間質性肺疾患、気管支拡張症についてそれぞれ実例を挙げて詳細に解説している。
⑭参考文献 5	1）名称	進行性疾患患者の呼吸困難の緩和に関する診療ガイドライン2023
	2）著者	日本緩和医療学会 ガイドライン統括委員会
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	金原出版株式会社 2023年6月20日発行
	4）概要	呼吸困難に対する非薬物療法として 1. 安静時低酸素血症があり呼吸困難を有する進行性疾患患者に対して、酸素吸入を行うことを提案する。（GRADE 2C） 2. 低酸素血症があり呼吸困難を有する進行性疾患患者に対して、通常の酸素療法で改善が得られない場合に、高流量鼻カニューラ酸素療法（HFNC）を行うことを提案する。（GRADE 2C） 3. 呼吸困難を有する進行性疾患患者に対して、送風療法を行うことを推奨する。（GRADE 1B） などとされ、これらの実施にあたって呼吸器科医師と緩和ケア医師および多職種での関わりの重要性が示唆される。

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

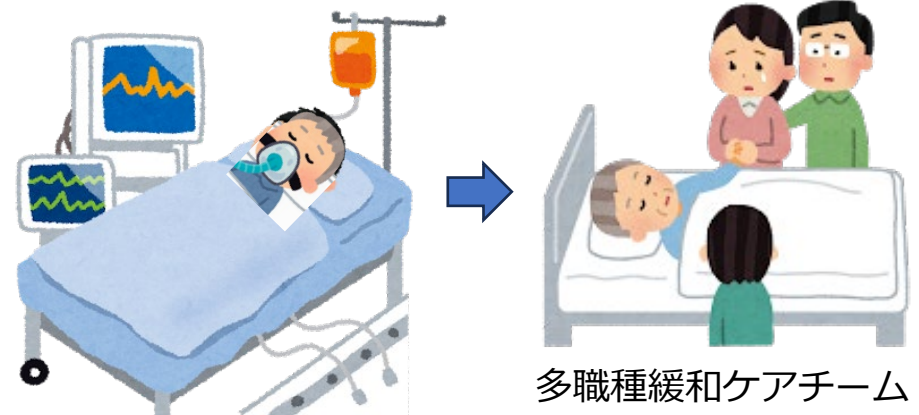


- ✓ 多職種緩和ケアチームが、麻薬等による薬物療法のみならず適切なアドバンスケアプランニング、コード決定のための意思決定支援、呼吸管理、リハビリテーションなど行う。
- ✓ 症状緩和のみならず療養生活の質の維持向上、本人の希望に沿ったエンドオブライフケアを実現し、死亡直前の集中治療回避などの経済的効果も期待。

【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%FEV1 30%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

【既存の治療法との比較】



多職種緩和ケアチーム

【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）

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A234201	
提案される医療技術名		呼吸ケアチーム加算	
申請団体名		日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	02呼吸器内科	
	関連する診療科（２つまで）	36リハビリテーション科	
		14呼吸器外科	
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和6年度	
	提案当時の医療技術名	呼吸ケアチーム加算	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号		A242	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	○	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	○	
	2－A 点数の見直し（増点）	○	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	○	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載			
提案される医療技術の概要（200字以内）		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	
文字数： 31			
再評価が必要な理由		算定対象の患者を、「当該病棟において48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者と、人工呼吸器離脱後1月以内の患者」、および「当該病棟において人工呼吸器以外の呼吸療法器具を装着してから1月以内で、呼吸療法の器具選択と調整等の呼吸ケアを必要とする患者」に変更する。また、呼吸ケアチームの看護師の基準も「研修とは、国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）」から「5年以上呼吸ケアの経験のある看護師あるいは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。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	呼吸ケアチーム（以下RST）の活動は、入院加算に収載される以前より行っている医療機関も少なくともあり、算定対象となっていない人工呼吸器離脱後間もない患者や、人工呼吸器以外の呼吸療法機器装着中の患者に対しても回診等が実施されているのが現状である。RSTの活動は、呼吸関連機器のインシデント・合併症の防止や、症状の適切な把握による早期の呼吸関連機器離脱、入院期間の短縮に貢献する可能性があるため、活動の実状に合わせて対象の拡大を要望する。現在、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会と日本呼吸療法医学会合同によるプロジェクトチームにより、我が国のRSTの登録フォームを作成した。これにより日本のエビデンス（呼吸ケアチームの構成員、対象症例、アウトカム）が明らかとなる。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に、届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特 別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号（再掲）	A242		
医療技術名	呼吸ケアチーム加算		
③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	呼吸ケアチームで早期離床を含むABCDEDEFバンドルの使用により、人工呼吸器装着期間・ICU在室日数・在院日数・死亡率・医療費・有害事象・人工呼吸器関連肺炎・せん妄・集中治療後症候群・ICU関連筋力低下の減少及び在宅復帰やADLの改善が報告されている。また、ICU関連合併症だけではなく、その後の生命予後に関しても有用な報告がある。	
	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。）	集中治療における早期リハビリテーション（日本集中治療医学会2017年、2018年）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（日本集中治療医学会2014年）、ARDS診療ガイドライン2016（日本呼吸療法医学会2019年）、人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコル（日本呼吸療法医学会2015年）

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		令和5年6月度社会医療診療行為別統計からすると1ヶ月で1112回の申請があり、年間で1113×12ヶ月=13,356回の申請があったことになる。 症例数718例×12ヶ月=8616例 普及性の変化より約3万回の実施回数増加が見込まれる。200（点）×10（円）×3万（回）＝6,000万円	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	8,616	
	見直し後の症例数（人）	20,000	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	13,356	
	見直し後の回数（回）	30,000	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」、「新生児集中ケア」、「救急看護」又は「小児救急看護」の研修看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程及び3学会合同呼吸療法士、呼吸ケア指導士、慢性呼吸器疾患看護、栄養士	
・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）	特になし	
	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）	当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチームが設置されていること。1)人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師 2)人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師 3)人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士 4)呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士 2)に掲げる看護師は、5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	人工呼吸器バンドル、ABCDEバンドル、CDCガイドライン、CAUTIケアバンドル、日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン（PADケアバンドル）	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		早期離床の安全性は高い。5267回の早期理学療法を施行した結果、34例（0.6%）に生理学的異常や安全性の問題が発生した。48論文（7546例、22357回）の早期離床で、生理学的異常の発症は少なく（3%以下）、早期理学療法の安全性は高い。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		特になし	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	150	
	見直し後	200	
	その根拠	点数が業務実績と比べて低く、実際の障壁となっているため。	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	—
	番号	—	
	技術名	—	
	具体的な内容	—	
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（＋）	
	予想影響額（円）	60,000,000	
	その根拠	普及性の変化により3万回の実施回数が見込まれるため、200（点）×10（円）×3万（回）＝6,000万円	
	備考	—	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		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		日本結核・非結核性抗酸菌症学会（磯部 威理事長）	

⑭参考文献 1	1) 名称	RST全国実態調査の結果を踏まえて
	2) 著者	長谷川隆一・鎌名林直彦・水野太郎
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 23(1), 9-13, 2013
	4) 概要	呼吸療法サポートチーム（RST）は人工呼吸の安全管理で期待されているが、定義や活動内容が定まっておらず、また有用性に関するデータが十分でなく、診療報酬もその活動に見合わないなどの問題を有する。これに対し日本呼吸療法医学会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会は合同でRST活動を支援する「RSTプロジェクト」を立ち上げ、まず現状把握のためのアンケート調査を行った。その結果RSTは大規模病院を中心に約6割の施設で行われ、勉強会の実施や病棟ラウンドなどを中心に活動を行っていること、医療安全が重視されるものの専任スタッフの配置はほとんどなく、マンパワー不足や適任者の選定、上層部の理解不足などが設立の障害であることが明らかとなった。また全体の2/3で呼吸ケアチーム加算が申請されていたが、反対に申請しない理由としてRSTが教育や長期人工呼吸管理のサポートなど診療報酬の条件に合わない活動を行っていることが示された。
⑭参考文献 2	1) 名称	RST実態調査アンケート報告 (2017年版)
	2) 著者	荒田 晋二・長谷川 隆一・飯田 有輝 他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	人工呼吸35 (1) 93-99, 2018
	4) 概要	2013年のアンケート結果を踏まえ、今回再びRST実態調査アンケートを行った。本アンケートでは91施設から回答があり、2012年のデータと比較した結果、RST活動の継続や拡大において現在の「呼吸ケアチーム加算」の課題が見えた。今後はRST認定・登録制度にてRSTの有用性を示し、それらの課題を解決する取り組みが必要である。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、①ICU以外の回診も医療加算の対象に拡大して欲しい。②人工呼吸管理だけでなくNPPV、HFNC、酸素療法、慢性期・在宅・有料診療所での呼吸管理も対象に拡大して欲しい。③認定看護師や集中治療医がいなくても算定可能にして欲しい。④保険点数（現行150点、週1回）と期間（人工呼吸器装着48 時間から1ヶ月以内）を拡大して欲しいなどの要望があった。⑤今後、両学会によるRST認定施設のエビデンスを集約し、我が国のRSTのデータを蓄積することにより、診療報酬改訂に結びつけて行きたい。
⑭参考文献 3	1) 名称	呼吸ケアサポートチーム（RST）認定・登録状況の報告
	2) 著者	南雲秀子、西村直樹、金子教宏、宮川哲夫 他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 32, Suppl78s, 2022
	4) 概要	日本呼吸療法医学会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会では、RST活動の現状を把握するため、RST登録制度を2018年から行っている。登録施設は2022年10月31日現在43施設であるが、COVID-19の影響もありデータの収集が進んでいない状況である。多くのRSTが集中治療ユニットと一般病棟の両方の患者を対象として積極的に活動しているが、ラウンドを行っても診療報酬を請求していない病院が多いのが現状である。自発呼吸試験を導入し、人工呼吸器装着期間の短縮を認めている。
⑭参考文献 4	1) 名称	Efficacy of Physiotherapy Interventions on Weaning in Mechanically Ventilated Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis.
	2) 著者	Moraes FS, Marengo LL, Moura MDG et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Front. Med. 9: 2022. 889218. doi: 10.3389/fmed.2022.889218
	4) 概要	12論文（2503例）の包括的早期呼吸理学療法（早期離床、ポジショニング、気道クリアランス法、肺拡張療法、呼吸筋トレーニング）のメタ分析では、包括的早期呼吸理学療法により、人工呼吸器からの離脱が早くなる。生理学的パラメータでは、一回換気量や呼吸筋力、横隔膜重量が改善する。
⑭参考文献 5	1) 名称	ABCDE and ABCDEF care bundles: a systematic review of the implementation process in intensive care units.
	2) 著者	Moraes FS, Marengo LL, Moura MDG et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Medicine 2022;101:25 (e29499). http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000029499
	4) 概要	20論文（31604例）を対象としたABCDEFバンドルのメタ分析では、早期離床が増加し、ICU死亡、院内死亡、人工呼吸器装着期間は減少する。

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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

呼吸ケアチームの対象には、「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。

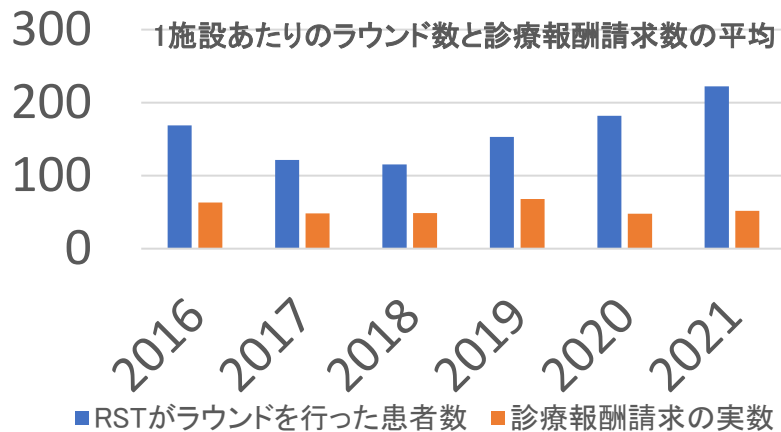
2024年呼吸不全に関するケア白書によると、呼吸ケアチームは在宅酸素療法では29%(141/491施設)であり、在宅非侵襲的陽圧換気療法では40%(126/314施設)、在宅気管切開下人工呼吸療法では49%(110/223施設)存在している。日本呼吸ケア・リハビリテーション学会と日本呼吸療法医学会合同による登録制度があり、2018年度11施設、2019年度8施設、2020年3施設、2021年5施設、2022年16施設、2022年10月31日現在43施設の登録がある。これにより日本のエビデンス(呼吸ケアチームの構成員、対象症例、アウトカム)が明らかとなっている。

【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。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A241101	
提案される医療技術名		母乳栄養管理加算	
申請団体名		日本周産期・新生児医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	22小児科	
	関連する診療科（２つまで）	20小児外科	
		00なし	
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和６年度	
	提案当時の医療技術名	母乳栄養管理加算	
	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）		新生児集中治療室(NICU)に入院する新生児のうち、特に母乳の必要性の高いものに対して、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。	
文字数：144			
対象疾患名		A302又はA303-2を算定する出生体重1500g未満の新生児及び新生児期に手術を実施した新生児のうち、母乳のみによる栄養を行っているもの	
保険収載が必要な理由（300字以内）		母乳は壊死性腸炎や感染症の予防、神経発達にも影響する栄養源である。入院を要する新生児は経腸栄養を少量から開始し、体重増加が得られた後に退院する。極低出生体重児では未熟性に伴う呼吸循環動態を、新生児期に手術が必要な児では術前術後の全身管理を十分考慮して母乳栄養を進める必要がある。母乳は投与されるまでのプロセスが多く、1日に8回3時間毎の投与を必要としている。一方で、後天性サイトメガロウイルス感染症の主な原因ともなるため、患者誤認対策が必須となる。必要十分な発育を目指すための栄養管理だけではなく、投与するまでの正確性や安全性への配慮が必要であり、保険診療で負担すべき事項である。	
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		A302又はA303-2を算定する出生体重1500g未満の新生児及び新生児期に手術を実施した新生児のうち、食事として母乳のみが提供されているものが対象となる。母乳は重症感染症を防ぎ腸内細菌叢の確立にも重要な役割を果たしており、また壊死性腸炎・慢性肺疾患・未熟児網膜症・後天性敗血症の予防作用も期待できる。長期的にはミルクに比較して母乳には神経保護作用が認められ、IQの上昇も言われている。これらがすべて医療費の節約となり、社会に還元されることになる。	
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）		母親に対する母乳指導から始まる。病棟に持参された母乳を個人ごとに冷凍庫に保存し、乳児に与える時にその冷凍された母乳を解凍し、分注して乳児に投与する。乳児は8回授乳が多いため、1日数回解凍分注操作を行う。それを母乳がある限り入院中繰り返す。そのために母乳専用の冷凍庫、保温庫が必要である。期間は入院中継続することであるが、保険診療はA302又はA303-2を算定する期間を限度とする。	
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であっても、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。）	現時点ではない
	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	該当なし	
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		壊死性腸炎・慢性肺疾患・未熟児網膜症・後天性敗血症を予防できる可能性がある。それにより入院期間の短縮が望める。また、長期的な発達の向上も期待できる。以上より社会に対して金銭的な還元が見込まれる。母乳栄養を標準化するだけでも壊死性腸炎の発生率を20%減少できるとされる。	
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	超早産児において、経腸栄養における母乳の割合が高いほど、壊死性腸炎、慢性肺疾患、未熟児網膜症、後天性敗血症の罹患率が低下する。	
		1b	
	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。）	上記研究結果のほかに、静脈経腸栄養ガイドライン第3版（日本静脈経腸栄養学会、2013年）では、早産児および病的状態で経腸栄養が困難な新生児は、経腸栄養を十分に行えるようになるまで静脈栄養の適応となる（推奨レベル：A-II）、静脈栄養施行中に経腸栄養が可能となった場合、速やかに経腸栄養を開始/併用/移行する（A-II）と記載されている。

⑥普及性	年間対象患者数(人)	出生体重が1500g未満の新生児の年間出生数は6,000人前後であり、そのうち完全母乳栄養の児は少なく見積もっても半数は存在する。新生児期に手術が必要となる児は年間約6,000人と考えられる。その半数、約3,000人が完全母乳となる。	
	国内年間実施回数(回)	3,000人が90日間あるいは120日間母乳栄養となる。また手術を要した約3,000人の管理料算定期間中となる。	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		出生体重1500g未満の新生児の出生数は厚労省発表の令和5年の資料を参照とした。	
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)		母乳は体液であり、母親から預かって投与するまでには絶対に間違わないという注意が必要である。投与に当たっては、母乳栄養が実施できているNICU・GCUすべてで現在行われている手技であり、誤投与にさえ気を付ければ容易と判断してよい。	
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	A302又はA303-2を算定している施設である。	
	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)	特別な人的な配置は必要としないが、母乳を冷凍・解凍・運搬する専任の人員を整えた方がよい場合が多い。	
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特になし	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		母乳の取り違えさえなければ、安全性に関しては大きな問題はない。	
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		本提案については、近年の財政緊縮の状況や医学的根拠の内容に鑑みて、対象を一定の新生児に限定しているところではあるが、本来は母乳の管理に当たり、医療機関として、設備、人員、安全面への配慮など、相当の対応を行っているところである。このため、疾患や状態に関わらず母乳を使用する全ての新生児について、母乳を食事等として取り扱い(告示2入院時食事療養費の項に該当)、入院時食事療養費を算定可能にすべきと考えている。本件については、令和8年度の診療報酬改定に係る中医協議議に取り上げられるか否かにかかわらず、近々、関係諸学会・団体と調整の上で、厚生労働大臣等へ申入れることを検討している。	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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)	1日あたり138点	
	その根拠	乳児の食事代と同じ46点を1日3回	
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	該当なし
	番号	該当なし	
	技術名	該当なし	
	具体的な内容	該当なし	
予想影響額	プラスマイナス	増(+)	
	予想影響額(円)	517,500,000	
	その根拠	一人一日138点として、出生体重1500g未満児が90日間、年間6千人出生、その半数が母乳栄養として計算。手術を要した約半数の3000人が35日間母乳栄養として計算。	
	備考	上記は診療報酬として支払われる金額である。社会的な還元額は膨大となり、また根拠なく計算できない。	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(主なものを記載する)		母乳専用の冷凍庫、保温庫	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況		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		該当なし	
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		母乳には、免疫グロブリン、リゾチーム、ラクトフェリン等の抗菌作用物質、血小板活性化因子、インターロイキン10、プロテアーゼ、神経・上皮成長因子、ホルモン等様々な因子が含まれており、敗血症、呼吸器疾患、SIDSのみならず、糖尿病、炎症性腸疾患、アレルギー疾患、肥満、神経発達など長期にわたり疾患予防にもつながることが証明され、米国、カナダ小児科学会、米国産婦人科学会等から母乳保育が推奨されている。特に1500g未満で出生した早産児に対して母乳及びドナーミルクの使用が推奨されている。	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本助産学会	

⑩参考文献 1	1) 名称	早産・極低出生児の経腸栄養に関する提言
	2) 著者	水野克己、他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本小児科学会雑誌、2019年、7月、7号、1108-1111
	4) 概要	早産・極低出生体重児においても母乳が最善の栄養であり、必要に応じてドナーミルクを用いることも推奨されている。
⑩参考文献 2	1) 名称	母乳栄養について
	2) 著者	水野克己
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本小児科学会雑誌、2022年、11月、11号、1465-1472
	4) 概要	哺乳動物であるヒトが母乳で育つことは当たり前のことである。科学的なエビデンスをみると、母乳で育つ（育てる）ことは、超早産児だけでなく、正期産児、また母親にもメリットが多い。超早産児に関しては、壊死性腸炎、慢性肺疾患、未熟児網膜症、後天性敗血症の罹患率が低下する。
⑩参考文献 3	1) 名称	母乳と安全管理—感染症・母乳の取り扱い
	2) 著者	水野克己
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	周産期医学、2019年、5月、5号、766-769
	4) 概要	母乳は体液である。ゆえ、その管理には十分に気を付ける必要がある。一度取り違い（他の人の母乳を児に与えてしまう）と様々な感染症のリスクが出てくると、両方の家族に与える不安が大きい。
⑩参考文献 4	1) 名称	Policy Statement:breastfeeding and the use of human milk
	2) 著者	Joan Younger Meek, Lawrence Moble
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Pediatrics, 2022年、1巻、7月号、1-15
	4) 概要	米国小児科学会は、ガイドラインとして生後6か月間は母乳のみで育てることを推奨し、小児科医は、母乳育児の支持者として病院で重要な役割を果たすことを記載している。
⑩参考文献 5	1) 名称	Standardized feeding regimen for reducing necrotizing enterocolitis in preterm infants:an updated systematic review
	2) 著者	Jasani B, Patole S
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J perinatol 2017、37巻、827-833
	4) 概要	母乳栄養を標準化するだけで、壊死性腸炎の発症率を1/5に抑えることができる。

※⑩については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

【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

【既存の治療法との比較】

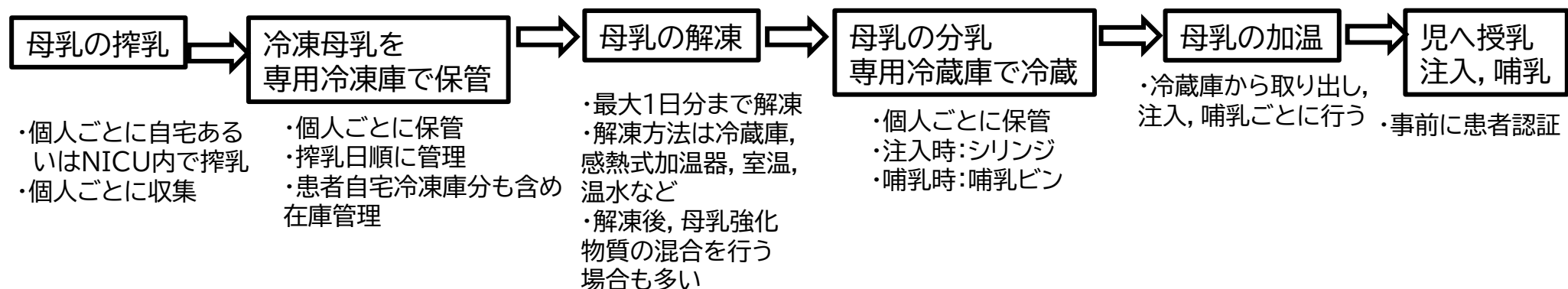
人工乳との比較

- 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

【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】



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A241102	
提案される医療技術名		新生児発達支援充実加算	
申請団体名		日本周産期・新生児医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	22小児科	
	関連する診療科（２つまで）	36リハビリテーション科	
		00なし	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和６年度	
	提案当時の医療技術名	新生児発達支援充実加算	
	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： 154		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およ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	
対象疾患名		A302, A303の2を算定する新生児集中治療室（以下「NICU」）に入室する新生児	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数： 284		NICUに入室する早産児は、本来胎内環境で得られる中枢神経発達が妨げられる。正期産児も含め入院後に、様々な医療デバイスを着着することで自由な体動が制限される。加えて、痛みを伴う処置を頻回に受けることも神経発達に影響を及ぼす。生後早期から適切なポジショニング支援や姿勢調整、侵襲的処置に対する痛みを評価し、適切な痛み緩和ケアと記録を行うことが成長発達促進につながる事がわかっている。これらを実施する体制と実践を強化し、発達促進につなげる必要がある。しかし、現状では痛みに関するケアガイドラインの実施率が十分とはいえない。保険収載により、実施率の向上が期待できる。	

【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		A302, A303の2を算定する新生児集中治療室（以下「NICU」）に入室する新生児（対象疾患名に同じ）	
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）		・適切なマット・用具を用いたポジショニング支援 ・児の安静を保つために必要に応じてswaddlingやFacilitated-Tucking（以下FT）などを行う ・ポジショニング支援に対して適宜理学療法士の支援を受けられる体制がある ・ガイドラインに準拠した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（FT, Non-nutritive-sucking：以下NNS, swaddling, 母乳, ショ糖の投与など）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、個別の対応について検討し、記録に残す ・ポジショニングや痛みに関する教育や研修（新任者および異動者に対し実施）の仕組みと実績がある 以上の体制がとれて、実施している場合	
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	A302, A303の2	
	医療技術名	新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料）	
	既存の治療法・検査法等の内容	該当なし	

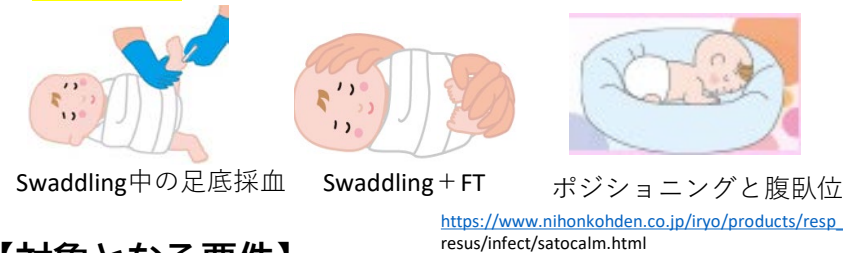
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		NICUに入室する早産・低出生体重児は、本来胎内環境で中枢神経細胞と機能が成熟するが、出生後の保育器環境下で様々な医療デバイスを装着すると体の動きが制限され、重力に抗した自由な動きが制限される。また、急性期には痛みを伴う処置の頻度が高い。 生後早期から胎内環境を意識した姿勢の調整や体位変換などの介入は、児の呼吸・循環の安定、良肢位確保、良好な自発運動、神経筋成熟の促進およびストレス行動の減少に効果がある可能性がある1)。 NICUに入院している新生児の痛みのケアガイドライン2)によると早産児は、正期産児よりも痛みの閾値が低く、新生児期の頻回の痛み経験は痛み刺激を受けた部位の知覚の異常や認知・行動上の発達に影響する。また児の受ける繰り返す痛みが脳の白質容量を低下させ発達予後に影響することもわかっており、痛みの評価、非薬理的緩和法の実施、記録、監査が求められている。 ガイドラインが整備されている現状で、介入の有無によるRCTはできないため、長期予後のアウトカムデータはないが、NICUにおいて実施が普遍的であることが求められる。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	生後早期は特に治療のために痛みを受ける処置が多いため、痛み緩和に重要な時期である。国外の調査では3)、NICUに入院後2週間において1日平均10-14回の痛みを伴う処置が実施されていることが報告されている。処置痛を受ける機会の多い24-32週の早産児において40週ごろのMRI画像において皮質下構造および白質の容量減少をもたらす4)。ガイドラインの内容は以下参照。	
	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。）	2a 1) 理学療法ガイドライン第2版 第4章小児科理学療法ガイドライン（公）日本理学療法士協会 2021年(2b)では、低出生体重児に腹臥位、側臥位などでポジショニングを行うことは、呼吸・循環動態の安定、良肢位確保、良好な自発運動、神経筋成熟の促進およびストレス行動の減少に効果がある可能性があること、枕・マットなどの装具を用いたポジショニングやswaddlingなども良好な行動・運動およびストレス行動の減少に効果がある可能性があること、触覚刺激（マッサージ）は体重増加や運動発達に効果的である可能性、口腔内刺激を中心としたNNSは終口哺乳を確立するまでの期間や入院期間を短縮する効果などが期待できる。 2) NICUに入院している新生児の痛みのケアガイドライン（2025年改訂）コ克蘭システマティックレビューによると非薬理的緩和法を実施することで、新生児の痛みの緩和に貢献していることが証明されているが、実施よりも認知の方が程度が高く、広く認識されるようにはなかったが、実施率が低い傾向にあることが問題である。
⑥普及性	年間対象患者数(人)	約60,000人（周産期医療体制調（医政局地域医療計画課調べ）における平成30年度実績（未回答2施設）より）	
	国内年間実施回数（回）	基準を満たしたNICU入院児は全例に入院時1回に限り算定	
※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）		NICUに入院している新生児の痛みのケアガイドラインは日本新生児看護学会が中心となって作成しており、研修会等を通じて学会員をはじめとした新生児医療に関わる医療スタッフによる遵守が求められている。またガイドラインは日本周産期・新生児医学会、日本新生児成育医学会から派遣された新生児科医師や日本小児麻酔科学会から派遣された麻酔科医師や小児外科学会から派遣された小児外科医らとともに作成している。 ポジショニングは従来よりNICUにおいて行われているが、新生児の痛みのケアガイドラインの遵守は普及とは言いえない。小澤らの報告（2022年）では、総合周産期センターにおける痛みの教育/学習の実施率は30%、測定ツールの使用は54%、非薬理的緩和法の中でも内容によって実施率は20～95%と差が大きい。記録の実施率は54%である。2017年の調査より測定ツールや緩和法の実施率等は上がった一方で、痛みの教育学習や測定ツールのトレーニングの実施率は減少した。保険収載することでガイドラインに準拠した実施率と質が上がる可能性がある。	
・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）	新生児特定集中治療室管理料、新生児集中治療室管理料を算定しており、生後早期からNICU発達支援に関するプロトコールを整備し、必ず教育および研修＊を行なっていること。 ＊教育研修：痛みの生理、早産児・新生児の痛みの生理および痛みが予後に与える影響、痛みの評価ツールの選定とその利用手技の向上、痛みの緩和法の理解と実践アセスメント力の向上、新生児・早産児へのポジショニングの必要性や正しい体位調整の仕方に関する座学研修およびハンズオンセミナーの実施を年間計画的に企画し、新規採用者および異動者への教育およびスタッフ全体のスキルアップの促進を行う。	
	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）	上記施設における人的配置要件を満たしていること A301-4における早期離床・リハビリテーション加算に準じ、新生児の集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師、集中治療の看護に従事した経験を5年以上有した常勤看護師、新生児のポジショニングや姿勢調整の経験がある常勤理学療法士で構成されるチームを有していること	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	理学療法ガイドライン第2版 第4章小児科理学療法ガイドライン（公）日本理学療法士協会 2021年 NICUに入院している新生児の痛みのケアガイドライン（2025年改訂）	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		施設内でガイドライン等を元に学習・トレーニングをしていれば安全に実施できる	
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		ガイドラインによる高いエビデンスレベルがあり、実施されることが妥当と思われる	

	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	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	点数（1点10円）	A302, A303の2の施設基準を満たした病室に入室した新生児に対して、入院中一回に限り500点を所定点数に加算する	
	その根拠	褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中1回）の点数に準ずる	
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	該当なし
	番号	該当なし	
	技術名	該当なし	
	具体的な内容	該当なし	
予想影響額	プラスマイナス	増（＋）	
	予想影響額（円）	約300,000,000円	
	その根拠	年間推定患者数60,000人×500点×10	
	備考	本介入によって神経発達予後が改善したことによる長期的に療育等を受ける人数の減少については推定できないが、療育必要患者が減ると医療費の削減および社会的生産性の増加につながるため前述の医療費は削減されるはずである。	
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（主なものを記載する）		該当なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		1）収載されている	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：JCI（Joint Commission International）で痛みのケアが求められており、いわゆるNICU管理料等を請求する場合は、痛みケアに関する取り組みや記録を残す仕組みがなければ管理料を算定できない。加えてNPなどが手技を行う際には手技に対して痛みのケアを必ず行い、それを詳細に記録に残さなければ手技料を算定できない。	
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	理学療法ガイドライン第2版 第4章小児科理学療法ガイドライン 2021年	
	2）著者	（公）日本理学療法士協会	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.jspt.or.jp/upload/jspt/obj/files/guideline/2nd%20edition/p219-304_04.pdf	
	4）概要	発達ハイリスクの患者を対象にリスク評価のもとに呼吸理学療法、ポジショニング、感覚運動への介入等が実施されることが期待される。	
⑯参考文献 2	1）名称	Self-reported sensitivity to pain in early and moderately-late preterm-born adolescents: A community-based cohort study	
	2）著者	Nienke H van Dokkum, Marlou L A de Kroon, Sijmen A Reijneveld, Arend F Bos	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	Paediatr Neonatal Pain. 2021 May 11;3(2):59-67.	
	4）概要	青年期では、在胎31週以下の早期暫時は約5名に1名、在胎32週以上の早産児では約8名に1名、正期産児では約14名に1名が、自己評価で疼痛に関する感受性が高く、特に循環器治療を受けていた早産児は、そうでない早産児よりオッズ比5倍の感受性があった。	
⑯参考文献 3	1）名称	The impact of cumulative pain/stress on neurobehavioral development of preterm infants in the NICU	
	2）著者	Xiaomei Cong, Jing Wu, Dorothy Vittner, Wanli Xu, Naveed Hussain, et al.	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	Early Hum Dev. 2017 May;108:9-16.	
	4）概要	NICU入院後4週間受ける痛みの処置回数は23回/日と慢性/ストレスの多い曝露の累積時間（42.59±15.02時間）の両方で、高い痛み/ストレス要因を経験した。幼少期に経験した急性および慢性の痛み/ストレスは、特にストレス/禁欲（p<0.05）と馴化反応（p<0.01）において、神経行動学的結果に大きく寄与した。この馴化は、シナプス小胞の減少などが起こりうる。	
⑯参考文献 4	1）名称	Procedural pain and brain development in premature newborns.	
	2）著者	Brummelte S, Grunau RE, Chau V, Poskitt KJ, Brant R, Vinall J BA et al.	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	Ann Neurol. 2012; 71:385-396.	
	4）概要	24-32週の早産児の前向きコホート研究により、40週時のMRIを分析。痛み処置を受ける回数が多いほど、白質容量の低下と皮質下灰白質のN-アセチルアスパラギン酸/コリンの低下と関連していた。	
⑯参考文献 5	1）名称	「NICUに入院している新生児の痛みのケアガイドライン第3班」	
	2）著者	日本新生児看護学会	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	「NICUに入院している新生児の痛みのケアガイドライン第3班」2025年2月 p24-28	
	4）概要	総合周産期センター医師看護師136名（看護師75名、医師61名）からガイドライン実践の状況をアンケート調査した。いずれにおいても実践よりも認知の方がたかかった。ガイドライン初版から10年たち、医療関係者の間では認知されるようになったが、家族との協働や組織としての取り組みには課題があった。	

※⑮については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

【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。



【対象となる要件】

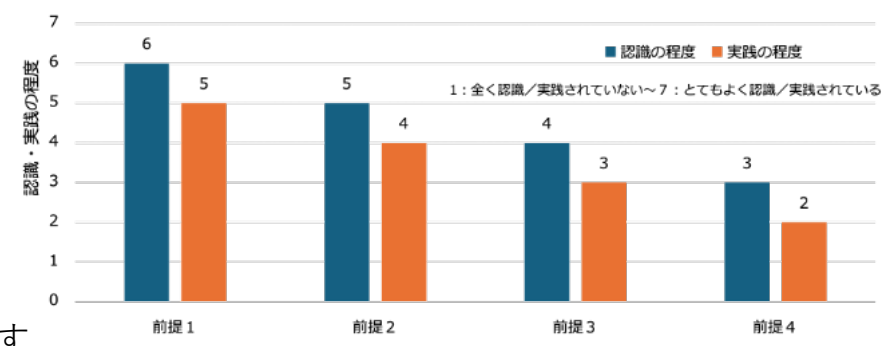
- 以下の条件を満たすもの
- ・多職種によるカンファレンスを開催し、家族と協働する仕組みを持つ
 - ・適切なマット・用具を用いたポジショニング支援
 - ・必要に応じてswaddlingやFacilitated-Tucking (FT) などを行う
 - ・適宜**理学療法士**の支援を受けられる体制がある
 - ・新生児の痛みの評価と痛み緩和のための非薬理的緩和法を実施し、記録に残すことが日常的に行われている
 - ・児の姿勢調整や痛みのケアについて定期的にカンファレンスを行い、記録に残す
 - ・ポジショニングや痛みに関する教育や研修の仕組みと実績がある

【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

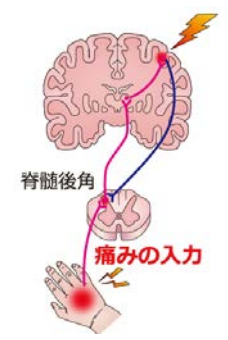
文献5）より引用



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？

1 B	光や音、匂いなどの環境調整を推奨する
1 B	Swaddling（スワドルリング・包み込み）やFacilitated Tucking：FT（ファシリテイトッドタッキング）を推奨する
1 C	Non-nutritive-sucking：NNS（栄養に關係のない吸吮）を推奨する。実施に際しては親の意向を尊重する
1 B	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
1 B	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

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A241103	
提案される医療技術名		ハイリスク児成育支援加算	
申請団体名		日本周産期・新生児医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	22小児科	
	関連する診療科（2つまで）	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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和6年度	
	提案当時の医療技術名	ハイリスク児成育支援料	
	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： 190		新生児期は、親子の絆が形成される重要な時期で、これが上手く形成されないとい、産後うつや養育困難などの原因となりうる。新生児集中治療室に入院する児の家族は、環境や児の要因などからこの親子の絆がうまく形成できないリスクが高く、公認心理師等を中心とした医療チーム（医師・看護師・S MW等）が家族に関わり、家族と児の関係性の向上につなげ、両親の精神的安定性や正常な親子の絆の形成を援助する。	
対象疾患名		NICU、GCUでの入院治療を必要とする極低出生体重児、染色体異常症や多発奇形児、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で養育において特段の配慮を必要とする児	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数： 294		NICU、GCUに入院すると、家族の絆形成のクリティカルな時期に母子分離が必要となる。早産児や新生児期に手術の必要な児、染色体異常など予後不良要因のある児の両親は、自虐的感情、子への罪悪感、社会的孤立感、予後に対する不安感や焦燥感による心理的葛藤があり、母体うつや養育困難のリスクが高いと考えられる。精神疾患合併妊娠母体も同様である。この重要な時期に家族の思いを聞き出し、カウンセリングや多職種でのカンファレンスに加えて、多職種で家族に関わり、家族と児の関係性の向上につなげ、適切な絆を形成し、児への適切な治療と療育環境を整えることが可能になり早期治療、早期退院と発達予後改善につながる。	

【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		NICU、GCUにて長期入院管理が必要な極低出生体重児、染色体異常症や多発奇形児、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で養育において特段の配慮を必要とする児の中で、臨床心理士等のスクリーニングで、介入をしたほうがよいと判断された児で、カンファレンスやカウンセリングに加えて、他職種で家族に関わり、家族と児の関係性の向上性に務めた症例	
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）		対象患児の両親に対し公認心理師等がカウンセリングを行い、ご両親の抱えている不安や問題点に関して多職種カンファレンスを行い、家族と児の関係性の向上の為、家族に関わった場合NICU管理料またはGCU管理料を算定している期間月1回に限り算定できる。	
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	303	
	医療技術名	成育医療連携加算	
既存の治療法・検査法等の内容		胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して胎児の疾患に係る十分な情報提供とその他必要な支援を行う。	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		親子の絆の形成ができ家族関係の健全化ができる。公認心理師等のカウンセリングと多職種によるサポートによりご家族と児との関係性が向上し、両親の精神的安心が得られるようになり、児へ積極的関与ができるようになる。それにより、治療を積極的に進めることができ早期退院につなげることができる。またこのことは産後うつや養育困難の予防につながり児の発達が良好になり、また社会的資源の健全化につながる。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	養育困難による反応性愛着障害児の視覚野灰白質容量は定型発達群に比べ20.6%減少していることが判明し、心身症状、抑うつ気分を評価する内向的尺度と相関が認められた。また養育困難による経済損失1兆6千億円にも上ることが判明した。またうつ病の母親の子どもは感情、行動問題の生じる率が高いことがわかってきており、産後うつを予防することは、児の健全な発達に寄与することが明らかになった。また家族と児との関係性が向上すると、両親の精神的安心が得られるようになり、児へ積極的関与ができるようになる。それにより、早期退院につなげることができる。	
		1a	
	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。）	「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン」にも、家族がどのように受け止め、考えているのか、その経時変化がどうなっているのか理解しなければならないことが記載してある。

⑥普及性	年間対象患者数(人)	16,500人	
	国内年間実施回数(回)	16,500回	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		総合・地域周産期母子医療センターにおいて、出生体重1,500g未満で出生した新生児(約7,000例)、また新生児期に手術が必要であったり(約6,000例)多発奇形等のある新生児や精神疾患母体から出生し、入院加療が必要な児(約3,500例)に対して行われるため。	
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		「周産期医療の体制構築に係る指針」において、NICU及び新生児病室に臨床心理士等臨床心理技術者を配置することが明記され、新生児と家族の愛着形成を支援するための設備等を備えることが望ましいとされている。	
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	A302新生児特定集中治療室管理料、A302-2新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料2新生児集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを算定している施設	
	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)	新生児医療に十分な知識と経験のある周産期(新生児)専門医、小児科専門医、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等による医療チームとする。	
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	カウンセリング内容: 児の検査・治療・予後等の内容を含み、「標準的医療説明の手順書2019年版」で示された説明内容に準じたものとする。	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		問題ない	
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		親子に対するエビデンスに基づく介入策や予防策により、児の精神的安定性や発達促進につながり、その後の健康的な発達や生産性にとって極めて重要であるという情報が徐々に増えており、本国の将来にとって極めて社会的妥当性が高いと考ええる。	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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)	1,200点	
	その根拠	成育連携加算に準ずる	
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術(③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む)	区分	区分をリストから選択	該当なし
	番号	該当なし	
	技術名	該当なし	
	具体的な内容	該当なし	
予想影響額	プラスマイナス	減(－)	
	予想影響額(円)	2,342,360,000円	
	その根拠	臨床心理士のカウンセリングや多職種によるカンファレンス・家族への関りによる家族と児の関係性の向上につなげることは、入院期間として平均在院日数が最低で2日間短くなる(NICU、GCU各1日)とするとこの間の医療費が削減できる。養育困難による社会的経費損失は少なくとも年間1兆6千億円以上ともいわれており、そのうち40%以上がNICU入院歴があるともいわれている。それを加味すると6400億円以上の社会収益が見込まれる。	
	備考	養育困難症例ををなくすと薬物乱用の50%、うつ病の54%、アルコール依存症の65%、自殺企図の67%、静脈注射薬物乱用の78%を減らすことができるという報告がある。また養育困難歴のある人はいない人に比べ、抗不安薬を処方されるリスクが2.1倍、抗うつ薬2.9倍、向精神薬10.3倍、気分不安定薬17.3倍であるとされている。ゆえに養育困難予防を行うことは、医療費削減につながるとおもわれる。	
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(主なものを記載する)		なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況		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		該当なし	
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		該当なし	

⑯参考文献 1	1) 名称	Family-centered care in the neonatal intensive care unit:a meta-analysis and systematic review of. Outcomes for preterm infants
	2) 著者	Shuang Chen,Hong Shen,Qinuhong Jin,Liangspring Zhou,Lin Feng.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Transl Pediatric. 2025.Jan.24:14(1):14-24
	4) 概要	ファミリーセンタードケアの実践を行うことで、母乳育児率は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倍と有意な有効性が認められた。
⑯参考文献 2	1) 名称	The impact of family centred care interventions in a neonatal or pediatric intensive care unit on parents' satisfaction and length of stay:Asystematic review
	2) 著者	Elisabeth Segers,Henrietta Ockhuijsen, Petra Baaredse, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Intensive crit car nurs,2019 Feb:50:63-70
	4) 概要	17件の研究のうち12件で親の満足度、7件で入院期間が調査され、ファミリーセンタードケアの実践により、入院期間は大幅に短縮し（3.8—19日）、両親の満足度についても中等度の証拠が見つかった。
⑯参考文献 3	1) 名称	Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child
	2) 著者	Stein A, Goodman S, Rapa E, et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Lancet, 2014, Nov, 384, 1800-1819
	4) 概要	周産期の精神障害は、子どもの心理・発達障害のリスクを高めると言われています。しかし、これらの障害は必然的なものではありません。父親の日常的な関与を含め、親子に対するエビデンスに基づく介入策や予防策の開発が急務である。人生の初期における経験が、その後の健康的な発達や生産性にとって極めて重要であるという証拠が多くある。
⑯参考文献 4	1) 名称	The social costs of child abuse in Japan
	2) 著者	Wada Ichiro, Igarashi Atsaru
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Children and Youth Services Review , 2014, , 46, 72-77
	4) 概要	日本における小児虐待による社会経費や損失を初めて算出した。2012年度の算出であるが、直接経費として9900億円間接経費として1兆5000億円と推計した。これは過小評価かもしれない。これは東北大震災の損失と同等である。
⑯参考文献 5	1) 名称	Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The diverse childhood experiences study
	2) 著者	Sdube SR, Felitti VJ, Dong M et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Pediatrics, 2003, 3, 111, 564-572
	4) 概要	小児虐待や家庭機能不全などのadverse childhood experiences (ACE)は、薬物使用、薬物中毒などの問題の半分から3分の2を占めるといわれており、小児科医師はこの種のストレスの多い体験に注意を払う必要がある。

※⑮については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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
Melnik et al., 2006	NICU Education for parents about child behaviour and parenthood	NICU: mean diff: -3.8 days, p:0.05
Örtengren et al., 2010	NICU Rooming in and involvement of parents in care	Total LoS: mean diff: -3.9 days, p:0.02; sig. difference NICU: mean diff: -4.7 days, p:0.2
Sannino et al., 2016	NICU NIDCAP information to support mothers	Total LoS: -5.3 days, p:0.5; sig. difference 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（3.8－19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）

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A242101	
提案される医療技術名		特定集中治療室退室後フォローアップ体制加算	
申請団体名		日本集中治療医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	集中治療科
	関連する診療科（２つまで）	31麻酔科	
		32救急科	
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４年度	
	提案当時の医療技術名	特定集中治療室退室後フォローアップ体制加算	
	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） 文字数： 122		特定集中治療室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新設を申請する。	
対象疾患名		特定集中治療室管理料の算定対象となる患者（次に掲げる状態にあって、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。） ア 意識障害又は昏睡 イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。） エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 大手術後 ケ 救急蘇生後 コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数： 272		日本では集中治療室退室6ヵ月後の患者の63.5%がPICS（身体、精神、認知機能の障害）を有しており、復職の妨げや要介護の強い要因となっている。日本版敗血症診療ガイドライン2024では集中治療室退室後に身体機能・認知機能・精神機能改善のためのフォローアップを行うことが推奨されており、現に3割以上のICUにおいてICU退室後患者（退室先の部署）への集中治療室スタッフの訪問による診察や経過観察等が行われ、これが患者の身体機能の回復に寄与している可能性が示されている。ICU退室後患者の社会復帰を推進するためには、当該技術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	特定集中治療室管理料の算定対象となる患者（次に掲げる状態にあって、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。） ア 意識障害又は昏睡 イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。） エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 大手術後 ケ 救急蘇生後 コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態
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）	集中治療室で診療を受けて退室した患者に対して、退室後1～2週間以内に集中治療室の医師や看護師等の訪問によるフォローアップを行う体制、またはPICS外来によるフォローアップを行う体制を特定集中治療室に整備する。 訪問によるフォローアップの内容は、全身状態の観察、身体・精神・認知機能の評価、退室先の部署とのリハビリテーション内容の共有や実施等である。集中治療室での患者の身体機能や活動量、精神・認知機能などを熟知する集中治療室のスタッフが退室後の患者の状況を直接観察し、退室先の部署のスタッフと共有することによって、重症化予防をはじめ、より患者に適した観察やリハビリテーション等の治療が切れ目なく提供可能となる（参考文献3）。 PICS外来によるフォローアップの内容は、全身状態の観察、身体・精神・認知機能やQOL等の評価、リハビリテーション、精神・認知機能のサポート、適切な専門外来の紹介、栄養指導、服薬管理等である。

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3節 特定入院料	
	番号	A300、A301	
	医療技術名	特定集中治療室管理料1～6、救命救急入院料2・4	
	既存の治療法・検査法等の内容	特定集中治療室内における診療のみを対象としており、特定集中治療室退室後の診療については対象に含まれていない。特定集中治療室で診療を受けた患者の予後改善やPICSからの回復、要介護状態の予防や社会復帰の促進のためには特定集中治療室の医療チームによる退室後のフォローアップを行う体制が重要であり、現に日本においても約3割の集中治療室で整備されているが、当該技術は保険収載されていない。	
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		日本版敗血症診療ガイドライン2024（参考文献2）では、集中治療室退室後患者に対する集中治療室の医師や看護師等の訪問によるフォローアップの実施に関する研究のシステマティックレビューを行い、退院以降の身体機能の改善が示されたことから、集中治療室退室後に身体機能・認知機能・精神機能改善のためのフォローアップを行うことが推奨されている。また、国際版敗血症診療ガイドライン2021（参考文献3）では、同様にシステマティックレビューを行った結果、院内死亡率の低下（リスク比0.78；95%信頼区間0.66～0.91）、集中治療室再入室率の低下（リスク比0.94；95%信頼区間0.86～1.02）が示されており、PICS外来を含めた集中治療室退室後患者へのフォローアップの実施に関する研究のシステマティックレビューにおいても、精神障害等の改善が示唆されている。以上により、診療ガイドラインとして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が推奨されている。また、日本における2021年5月の全国調査（参考文献4）によると、3割以上の集中治療室においてICU退室後患者（退室先の部署）への集中治療室のスタッフの訪問による診察や経過観察等が行われ、これが患者の身体機能の回復に寄与している可能性が示されている。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	日本版敗血症診療ガイドライン2024（参考文献2）では、集中治療室退室後患者に対する集中治療室の医師や看護師等の訪問によるフォローアップの実施に関する研究のシステマティックレビューを行い、退院以降の身体機能の改善が示されたことから、集中治療室退室後に身体機能・認知機能・精神機能改善のためのフォローアップを行うことが推奨されている。また、国際版敗血症診療ガイドライン2021（参考文献3）では、同様にシステマティックレビューを行った結果、院内死亡率の低下（リスク比0.78；95%信頼区間0.66～0.91）、集中治療室再入室率の低下（リスク比0.94；95%信頼区間0.86～1.02）が示されており、PICS外来を含めた集中治療室退室後患者へのフォローアップの実施に関する研究のシステマティックレビューにおいても、精神障害等の改善が示唆されている。以上により、診療ガイドラインとして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が推奨されている。また、日本における2021年5月の全国調査（参考文献4）によると、3割以上の集中治療室においてICU退室後患者（退室先の部署）への集中治療室のスタッフの訪問による診察や経過観察等が行われ、これが患者の身体機能の回復に寄与している可能性が示されている。	
		1a	
	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。）	日本版敗血症診療ガイドライン2024（参考文献2）および国際版敗血症診療ガイドライン2021（参考文献3）では、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が推奨されている。
⑥普及性	年間対象患者数（人）	499,124人	
	国内年間実施回数（回）	1,235,977回	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		令和元年度病床機能報告によると、特定集中治療室管理料または救命救急入院料2もしくは4を算定する治療室には年間499,124人の患者が入室し、483,275人の患者が退室していることが報告されている。第6回NDBオープンデータ（令和元年度）によると、特定集中治療室管理料1～4または救命救急入院料2もしくは4の年間の算定数は1,235,977件である。	
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		日本版敗血症診療ガイドライン2024（参考文献2）および国際版敗血症診療ガイドライン2021（参考文献3）では、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が推奨されており、日本の集中治療室における実施率も3割を超える（参考文献4）。当該技術は侵襲的な処置等を要さないものであるが、重症患者の病態やPICSに関する専門的な知識が必要となることから、早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている特定集中治療室の医療チームによって実施されることが望ましい。	
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	特定集中治療室管理料1～6または救命救急入院料2もしくは4を算定する治療室であって、集中治療室で診療を受けて退室した患者に対して、退室後1～2週間以内に集中治療室の医師や看護師等の訪問によるフォローアップを行う体制、またはPICS外来によるフォローアップを行う体制を特定集中治療室に整備していること。	
	人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	当該治療室内に、以下から構成される集中治療室退室後フォローアップチームが設置されていること。 ア 集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師 イ 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 ウ 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、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士	
	その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	なし	

⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		当該技術は侵襲的な処置等を要さないものであるため、副作用等のリスクは想定されず、安全に実施可能である。	
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし。 日本版敗血症診療ガイドライン2024（参考文献2）および国際版敗血症診療ガイドライン2021（参考文献3）では、フォローアップを受けることは患者の価値観と一貫しており、容認性も問題ないと判断されている。	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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）	250点（特定集中治療室管理料および救命救急入院料2・4における注加算として）	
	その根拠	当該技術の実施には医療チームにおける30分以上の業務を要する。特定集中治療室管理料および救命救急入院料2・4の点数（8,890点～14,406点）を医療チームにおける24時間の業務に該当する点数と換算し、30分間の新たな業務に該当する点数（48分の1）≒250点を当該技術の点数とした。	
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	なし
	番号	なし	
	技術名	なし	
	具体的な内容	なし	
予想影響額	プラスマイナス	減（－）	
	予想影響額（円）	0円	
	その根拠	予想される当該技術に係る年間医療費＝新規保険収載による診療報酬点数と現行との差（250点）×10円/点×年間算定件数（1,235,977件）＝3,089,942,500円 PICSによる経済的影響として、米国のPremier Healthcare Databaseにおける集中治療室入室患者を対象とした研究では、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\$7,220ドル（95%信頼区間44,626-69,813ドル）増加【約827万円増加（日本円換算）】し（p<0.0001）、自宅退院の確率が低い（オッズ比0.35、95%信頼区間0.31-0.40、p<0.0001）ことが明らかになっている（参考文献5）。また、日本における介護給付費等実態統計によると、令和3年4月審査分の介護保険の受給者1人当たりの費用額は174.9千円（前年から2.3千円の増加）、1年間の実受給者数は6,219千人（前年から107.9千人の増加）となっており、医療に係る費用の増加はさることながら、介護に係る費用が爆発的に増加してきている。 当該技術の保険収載に伴い、より効果的なPICS対策が実施されることにより、集中治療室退室後および退院後の医療費や介護費が大幅に削減されることが期待される。そのため、予測影響額は少なくとも不変と考える。	
	備考	なし	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載する）		なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		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		日本集中治療医学会のホームページにおいて、PICSに関する情報提供を行っている。 https://www.jsicm.org/provider/pics.html https://www.jsicm.org/public/pics.html	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし	

⑫参考文献 1	1) 名称	Prevalence of post-intensive care syndrome among Japanese intensive care unit patients: a prospective, multicenter, observational J-PICS study.
	2) 著者	Kawakami D, Fujitani S, Morimoto T, Dote H, Takita M, Takaba A, Hino M, Nakamura M, Irie H, Adachi T, Shibata M, Kataoka J, Korenaga A, Yamashita T, Okazaki T, Okumura M, Tsunemitsu T.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Crit Care 2021;25:69.
	4) 概要	日本のICUで48時間以上の人工呼吸器管理が予測される患者192人（年齢の中央値74歳）のうち、6ヵ月後に質問紙を回答・返送できた96人におけるPICSを有する割合は63.5%であり、その内訳は身体機能障害32.3%、精神障害14.6%、認知機能障害37.5%（複数の機能障害を有する患者17.8%を含む）であった [8]。そのうち、入院前に仕事に就いていた31人（PICSを有する者は20人）の中で、6ヵ月後に仕事に復帰できていない者の割合は16.1%であった（PICSを有さない者は全員が仕事に復帰していた）。
⑬参考文献 2	1) 名称	日本版敗血症診療ガイドライン2024
	2) 著者	志馬伸朗, 中田孝明, 矢田部智昭, 他. 日本版敗血症診療ガイドライン2024作成特別委員会.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日集中医誌 2024;31:S1165-1313.
	4) 概要	集中治療室を退室した患者に対して集中治療室の医師や看護師等の一般病棟への訪問やPICS外来によるフォローアップの実施に関する研究のシステマティックレビューを行い、退院以降の身体機能の改善が示された。以上により、診療ガイドラインとして集中治療室退室患者に対して集中治療室退室後に身体機能・認知機能・精神機能改善のためのフォローアップを行うことが推奨されている。
⑭参考文献 3	1) 名称	Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021.
	2) 著者	Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, Machado FR, McIntyre L, Ostermann M, Prescott HC, Schorr C, Simpson S, Wiersinga WJ, Alshamsi F, Angus DC, Arabi Y, Azevedo L, Beale R, Beilman G, Belley-Cote E, Burry L, Cecconi M, Centofanti J, Coz Yataco A, De Waele J, Dellinger RP, Doi K, Du B, Estenssoro E, Ferrer R, Gomersall C, Hodgson C, Moller MH, Iwashyna T, Jacob S, Kleinpell R, Klompas M, Koh Y, Kumar A, Kwizera A, Lobo S, Masur H, McGloughlin S, Mehta S, Mehta Y, Mer M, Nunnally M, Oczkowski S, Osborn T, Papathanassoglou E, Perner A, Puskasch M, Roberts J, Schweickert W, Seckel M, Sevransky J, Sprung CL, Welte T, Zimmerman J, Levy M.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Intensive Care Med 2021;47:1181-247.
	4) 概要	集中治療室退室後患者に対する集中治療室の医師や看護師等の訪問によるフォローアップの実施に関する研究のシステマティックレビューを行い、院内死亡率の低下（リスク比0.78: 95%信頼区間0.66~0.91）、集中治療室再入室率の低下（リスク比0.94: 95%信頼区間0.86~1.02）が示されている。また、PICS外来を含めた集中治療室退室後患者へのフォローアップの実施に関する研究のシステマティックレビューにおいても、精神障害等の改善が示唆されている。以上により、診療ガイドラインとして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が推奨されている。
⑮参考文献 4	1) 名称	本邦の診療現場におけるICU退室後のフォローアップに関する実態調査
	2) 著者	日本集中治療医学会PICS対策・生活の質改善検討委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日集中医誌 2022;29:165-76.
	4) 概要	2021年5月に日本集中治療医学会会員が勤務する集中治療室を対象に全国調査を行い、32.7%の集中治療室においてICU退室後患者（退室先の部署）への集中治療室のスタッフの訪問による診察や経過観察等が行われ、これが患者の身体機能の回復に寄与している可能性が明らかになった。
⑯参考文献 5	1) 名称	Outcomes of ICU Patients With a Discharge Diagnosis of Critical Illness Polyneuropathy: A Propensity-Matched Analysis.
	2) 著者	Kelmenson DA, Held N, Allen RR, Quan D, Burnham EL, Clark BJ, Ho PM, Kiser TH, Vandivier RW, Moss M.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Crit Care Med 2017;45:2055-60.
	4) 概要	米国のPremier Healthcare Databaseにおける集中治療室入室患者を対象とし、propensity scoreを用いた分析の結果、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\$7,220ドル（95%信頼区間44,626-69,813ドル）増加【約827万円増加（日本円換算）】し（ $p<0.0001$ ）、自宅退院の確率が低かった（オッズ比0.35, 95%信頼区間0.31-0.40, $p<0.0001$ ）ことが示された。

※⑮については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

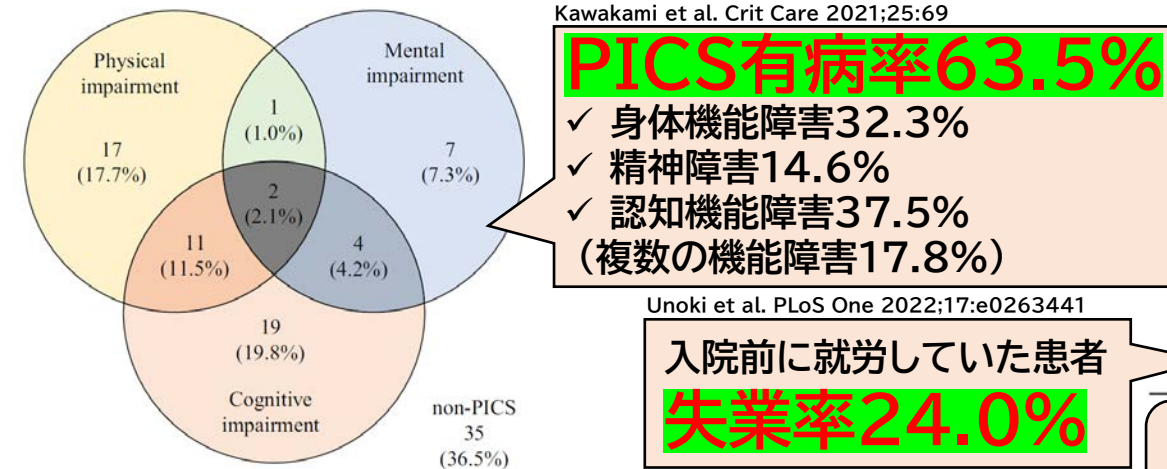
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A242101	特定集中治療室退室後フォローアップ体制加算	日本集中治療医学会

【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

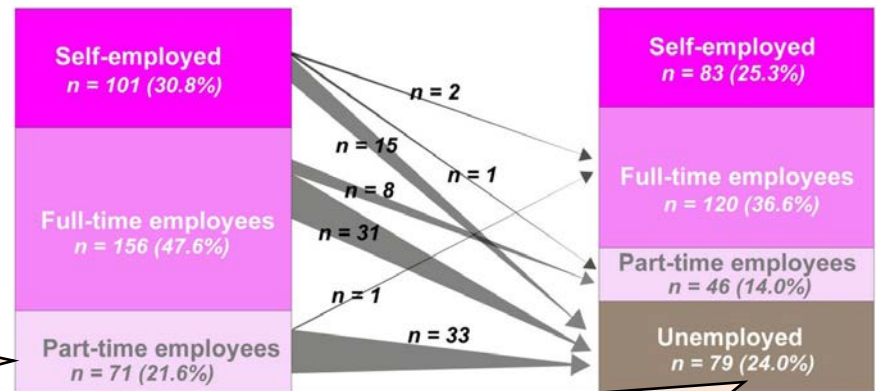


Unoki et al. PLoS One 2022;17:e0263441

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
システムティック
レビュー・メタ
ナリシスで示唆

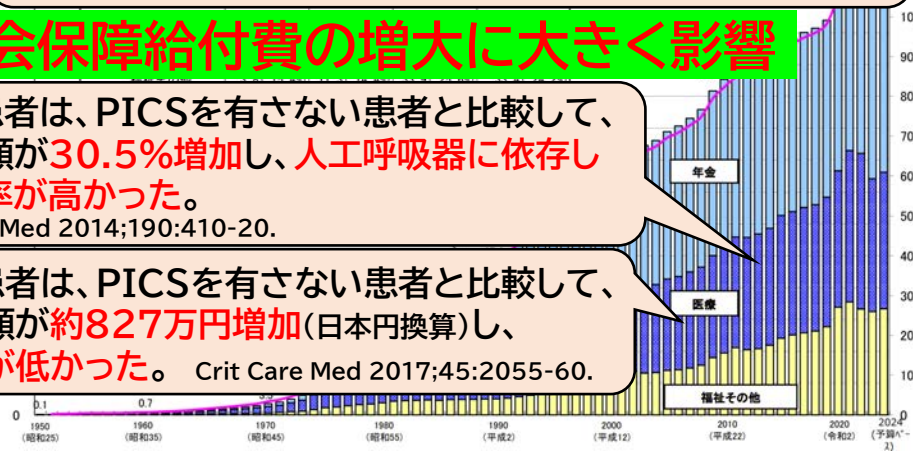
- 身体機能の改善
- 院内死亡率の低下
- 集中治療室再入室率の低下
- 精神障害等の改善

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.



A区分提案専用A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A242201	
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	
申請団体名		日本集中治療医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	集中治療科
	関連する診療科（2つまで）	31麻酔科	
		32救急科	
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和4年度	
	提案当時の医療技術名	早期離床・リハビリテーション加算	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第3節 特定入院料	
診療報酬番号		A300 注8、A301 注4、A301-2 注3、A301-3 注3、A301-4 注3	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-C 算定要件の見直し（回数制限）	○	
	2-A 点数の見直し（増点）	○	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	○	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
提案される医療技術の概要（200字以内）		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。	
文字数：170			
再評価が必要な理由		早期離床・リハビリテーション加算は現在500点（入室した日から起算して14日を限度）であるが、脳血管疾患等リハビリテーション料では以下の通り1単位20分当たり365点である。 ・脳血管疾患等リハビリ料（Ⅰ）（1単位）245点 ・早期リハビリ加算 1単位につき25点 ・初期加算 1単位につき45点 ・急性期リハビリテーション加算 1単位につき50点 重症患者に対するリハビリは多職種で長時間行うことが不可欠であり、40分以上の時間が必要とされるため、最低でも疾患別リハビリ料2単位分の加算が適切と考える。本学会が実施した多施設前向き観察研究では、急性血液浄化を必要とする重症患者に対しては、より長時間のリハビリが14日以上提供されており、これが自宅退院率向上や退院時Barthel Index向上に関連したと報告している。令和4年度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日に拡大されたことに倣い、加算の算定上限日数を14日から25日に拡大する必要がある。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	特定集中治療室での早期離床・リハビリテーションは1日当たり40分以上実施され（事前準備、評価、実施、事後観察等を含む）、急性血液浄化を必要とするような14日以上の特集中治療室での治療を要する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実態がある。特定集中治療室において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が高い傾向にあり、自宅に退院する割合が有意に高いことが明らかになっている（参考文献1）。また、重症患者リハビリテーション診療ガイドライン2023（参考文献2）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。一方で、現行の早期離床・リハビリテーション加算は1日当たり500点であり、1日当たり2単位（40分）の疾患別リハビリテーションを実施した場合の点数よりも低い設計となっている。また、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。以上により、診療現場の実態と取組の効果に即したものとするため、早期離床・リハビリテーション加算の点数を増点（730点以上に引き上げ）するとともに、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日に拡大する見直しが必要と考える。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室等に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行った場合に、入室した日から起算して14日を限度として500点が特定入院料に加算される。1日当たり40分（脳血管疾患等リハビリテーションでは730点に相当）を大きく超えるリハビリテーションを提供した場合であっても、その点数は500点である。また、第501回中医協総会（令和3年12月1日）の資料 総-3によると、早期離床・リハビリテーション加算を算定した治療早期からの回復に向けた取組を行っている患者であっても、急性血液浄化またはECMOを必要とする患者の3割以上が集中治療室滞在日数14日以上であったと示されているが、そのような患者に対しても算定上限日数は14日である。
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）	A300 注8、A301 注4、A301-2 注3、A301-3 注3、A301-4 注3
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	重症患者リハビリテーション診療ガイドライン2023において実施されたシステマティックレビューでは、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はICU退室時の基本動作や退院時の日常生活動作を向上させ、ICU滞在日数を有意に短縮させることが示されている。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	重症患者リハビリテーション診療ガイドライン2023（参考文献2）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。 また、敗血症診療ガイドライン2024、ARDSガイドライン2021、Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU 2018等の複数のガイドラインにおいて、集中治療室での早期離床・リハビリテーションを行うことが推奨されている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		再評価によって対象患者数や実施回数が変化するものではないが、急性血液浄化またはECMOを必要とする患者に対する算定上限日数の拡大に伴い実施回数が若干増加することが見込まれる。年間対象患者や実施回数については第7回NDBオープンデータ（令和2年度）による。症例数については、1人当たり集中治療室滞在中に3回の早期離床・リハビリテーション加算が算定される（令和3年度入院医療等の調査による）として計算した。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	99,955人	
	見直し後の症例数（人）	99,955人	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	299,865回	
	見直し後の回数（回）	320,000回	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		重症患者リハビリテーション診療ガイドライン2023、日本版敗血症診療ガイドライン2024等の複数の診療ガイドラインにおいて特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションが推奨されている。重症患者に対する早期離床・リハビリテーションには集中治療に係る高い専門性が必要となるが、診療ガイドラインや集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～で示される基準等に遵守すれば安全に実施することが可能である。日本においては、約9割の集中治療室において早期離床・リハビリテーションが実施されていることが報告されている（参考文献3）。	
・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）	救命救急入院料を算定する病室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備していること。なお、早期離床・リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、定期的に当該プロトコルの見直しを行うこと。 区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション科、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション科又は区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション科に係る届出を行っている保険医療機関であること。	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。 ア 集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師 イ 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 ウ 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、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	重症患者リハビリテーション診療ガイドライン2023 日本版敗血症診療ガイドライン2024 ARDS診療ガイドライン2021 集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～	
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おける安全性は、近年のいくつかのシステマティックレビューで確認されている。Nydahlらのシステマティックレビューでは、48の報告で7,546人の患者、22,351回の早期リハビリテーションセッションで合計583件（2.6%）の有害事象が確認された。しかし、それらの有害事象のほとんどが低血圧等の血行動態の変化、酸素飽和度低下等のマイナーなものであったことから、集中治療室における早期離床・リハビリテーションは安全で有害事象の発生率は低く、患者管理に影響を与える有害事象は極まれであるとまとめられている（参考文献4）。また、Wieczorekらも近年のシステマティックレビューで小児特定集中治療室(PICU)における早期離床・リハビリテーションは安全に実行可能で、短期的および長期的な効果をもたらす可能性があることを示している（参考文献5）。	
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点（1日につき）	
	見直し後	730点（1日につき）	
	その根拠	脳血管疾患等リハビリテーション料の諸加算も含めた2単位分に相当する	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	特になし
	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	不変（0）	
	予想影響額（円）	0円	
	その根拠	予想される当該技術に係る年間医療費＝妥当と思われる診療報酬点数と現行との差（230点＋急性血液浄化等患者では更に増点）×10円/点×年間算定件数（299,865件）＋妥当と思われる診療報酬点数（730点＋急性血液浄化等患者では更に増点）×算定上限日数拡大に伴い増加した算定件数（約20,000件）＝704,269,500円 当該技術の保険収載に伴い、より効果的な早期離床・リハビリテーションが実施されることにより、患者の日常生活動作や自宅退院率の向上が実現し、集中治療室退室後および退院後の医療費や介護費が大幅に削減されることが期待される。そのため、予測影響額は少なくとも不変と考える。	
	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		特になし
⑭参考文献 1	1) 名称	Relationship between severity of illness and rehabilitation of patients admitted to ICU: A Multi-Center Prospective Cohort Study
	2) 著者	Yorihide Yanagita, Shigeyuki Inoue, Shinichi Watanabe, Tomoyuki Morisawa, Yusuke Kawai, Ryo Kozu, Yuki Iida, Osamu Nishida
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	in preparation
	4) 概要	特定集中治療室での早期離床・リハビリテーションは1日当たり40分以上実施され（事前準備、評価、実施、事後観察等を含む）、急性血液浄化を必要とするような14日以上の特集中治療室での治療を要する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実態が明らかになった。さらに、特定集中治療室において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、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カ月後の生活機能の改善が示された。
⑭参考文献 2	1) 名称	重症患者リハビリテーション診療ガイドライン2023
	2) 著者	卯野木健、林田敬、河合佑亮、他、日本集中治療医学会集中治療早期リハビリテーション委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日集中医誌 2023;30:S905-72.
	4) 概要	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。
⑭参考文献 3	1) 名称	本邦の診療現場におけるICU退室後のフォローアップに関する実態調査
	2) 著者	日本集中治療医学会PICS対策・生活の質改善検討委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日集中医誌 2022;29:165-76.
	4) 概要	2021年5月時点において、日本における集中治療室の89.1%で早期離床・リハビリテーション（疾患の新規発症、手術または急性増悪から48時間以内に開始するリハビリテーション）が実施されていることが示された。
⑭参考文献 4	1) 名称	Safety of Patient Mobilization and Rehabilitation in the Intensive Care Unit. Systematic Review with Meta-Analysis.
	2) 著者	Nydahl P, Srichaenchai T, Chandra S, Kundt FS, Huang M, Fischill M, Needham DM.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Ann Am Thorac Soc 2017;14:766-77.
	4) 概要	48の報告で7,546人の患者、22,351回の早期リハビリテーションセッションで合計583件（2.6%）の有害事象が確認された。しかし、それらの有害事象のほとんどが低血圧等の血行動態の変化、酸素飽和度低下等のマイナーなものであったことから、集中治療室における早期離床・リハビリテーションは安全で有害事象の発生率は低く、患者管理に影響を与える有害事象は極まれである。
⑭参考文献 5	1) 名称	Early mobilization in the pediatric intensive care unit: a systematic review.
	2) 著者	Wieczorek B, Burke C, Al-Harbi A, Kudchadkar SR.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Pediatr Intensive Care 2015;2015:129-70.
	4) 概要	小児特定集中治療室（PICU）における早期離床・リハビリテーションに関する研究のシステマティックレビューを行い、PICUでの早期離床・リハビリテーションは安全かつ実現可能であり、短期および長期の転帰に利益をもたらす可能性があることが示された。

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

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。**

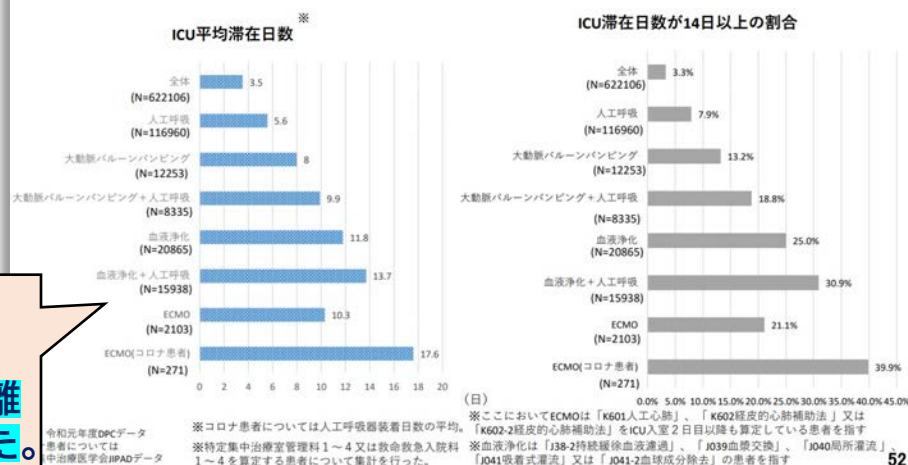
【対象疾患】特定集中治療室管理料等を算定する治療室に在室する患者

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. 1 0. 2 7

- 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。



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A242202	
提案される医療技術名		せん妄ハイリスク患者ケア加算	
申請団体名		日本集中治療医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	集中治療科
	関連する診療科（２つまで）	31麻酔科	
		32救急科	
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４年度	
	提案当時の医療技術名	せん妄ハイリスク患者ケア加算	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		Ａ 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号		A 2 4 7 - 2	
再評価区分（複数選択可）		1－Ａ 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択
		1－Ｂ 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
		1－Ｃ 算定要件の見直し（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）	○
		「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載 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	
提案される医療技術の概要（200字以内）		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）」の新設を申請する。（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申請する。）	
文字数： 134			
再評価が必要な理由		特定集中治療室で診療を受ける重症患者に発症したせん妄は、死亡率や在院日数の増加のみならず、ICU退室3ヶ月後および12ヶ月後における集中治療後症候群（post intensive care syndrome：PICS）、特に認知機能障害の発症に強く関連することが示されている（Crit Care Med 2018;46:e825-e873.）。このように、一般病棟で発症するせん妄と比較して、特定集中治療室で発症するせん妄が患者の短期的および長期的予後に与える影響は甚大である。これに対して、複数のガイドラインにおいて多角的な非薬理学的せん妄ケアを特定集中治療室で実施することが推奨されており、日本集中治療医学会で2021年5月に実施した全国調査（参考文献1）では約6割の特定集中治療室等において当該ケアが実施されていることが明らかになった。しかし、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でも同一の制度設計（同じ算定要件や施設基準、算定回数、点数等）となっている。療養の給付の対価としての診療報酬の法的性格を考えると、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が必要である。	

	特定集中治療室で診療を受ける重症患者に発症したせん妄は、ICU退室3ヶ月後および12ヶ月後における認知機能障害（特定集中治療室退室後患者
--	--

①再評価すべき具体的内容 (根拠や有効性について記載)	の4人のうち1人が軽度のアルツハイマー病と同等の認知機能)との関連が示されている(参考文献2)。また、日本の研究においては、認知機能障害のみならず、退院時の歩行障害とも関連していることが示されている(参考文献3)。そのため、特定集中治療室での診療を受けた患者の長期的な日常生活動作やQOLを向上させ、介護を必要としない自立した生活へ回復させるためには、特定集中治療室におけるせん妄ハイリスク患者に対するケアの充実は不可欠である。実際に、特定集中治療室における多角的な非薬理的せん妄ケアは、複数のシステマティックレビュー(参考文献4、5)においてせん妄発症率を低減し、せん妄期間や特定集中治療室滞在日数を短縮させることが示されている。特定集中治療室における非薬理的せん妄ケアを実施するためには、集中治療に係る専門的知識を有する多職種が連携することが重要であり、高度な技術を必要とされるが、複数の診療ガイドラインにおいて推奨されていることから、日本の特定集中治療室等の約6割が既に非薬理的せん妄ケアを実施していることが明らかになっている(参考文献2)。特定集中治療室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。以上により、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見直し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 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	せん妄ハイリスク患者ケア加算は、急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟において、全ての入院患者に対してせん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を実施した場合に、当該対策を実施した患者に対して、当該入院期間中1回に限り100点を算定する。また、せん妄のリスク因子の確認は患者の入院前又は入院後3日以内、実施した患者に対するせん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行い、それぞれの病棟において、医師、看護師及び薬剤師等の関係職種が連携を図ることとされている。診療ガイドラインは、特定集中治療室で診療を受けるすべての重症患者に対して適切なスクリーニングツールを用いてせん妄の評価を行うこと、非薬理的せん妄ケア等の手厚い介入を行うことを推奨しており、実際に日本の多くの特定集中治療室等で実施されているが、現行の診療報酬上の評価は一般病棟と同じである。
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)	A 2 4 7 - 2
医療技術名	せん妄ハイリスク患者ケア加算2(1日につき)100点

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	特定集中治療室における多角的な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（参考文献4、5）においてせん妄発症率を低減し、せん妄期間や特定集中治療室滞在日数を短縮させることが示されている。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	日本集中治療医学会と日本救急医学会の日本版敗血症診療ガイドライン2020、米国集中治療医学会を中心としたClinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU 2018等の複数のガイドラインにおいて、特定集中治療室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が推奨されている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		令和元年度病床機能報告によると、特定集中治療室管理料または救命救急入院料2もしくは4を算定する治療室には年間で499,124人の患者が入室し、483,275人の患者が退室していることが報告されている。第6回NDBオープンデータ（令和元年度）によると、特定集中治療室管理料1～4または救命救急入院料2もしくは4の年間の算定数は1,235,977件である。せん妄ハイリスク患者ケア加算2の新設によって対象患者数が変化するものではないが、算定可能回数が入院中1回から特定集中治療室管理等の加算として1日につき算定可能となることから、下記のように推定した。なお、特定集中治療室で診療を受けるすべての重症患者がせん妄ハイリスク患者であると仮定し、計算している。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	499,124人	
	見直し後の症例数（人）	499,124人	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	499,124回	
	見直し後の回数（回）	1,235,977回	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		日本集中治療医学会と日本救急医学会の日本版敗血症診療ガイドライン2020、米国集中治療医学会を中心としたClinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU 2018等の複数のガイドラインにおいて、特定集中治療室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が推奨されている。重症患者に対する非薬理学的せん妄ケアには集中治療に係る高い専門性が必要となるが、診療ガイドラインや学会が提示するケアリスト等を参考にすれば安全に実施することが可能である。日本においては、約6割の特定集中治療室等において非薬理学的せん妄ケアが実施されていることが報告されている（参考文献2）。	
・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）	区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、又は区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病棟であること。 せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。 診療ガイドラインで推奨される適切なスクリーニングツールを用いてせん妄の評価を行っていること。	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	当該治療室内に、以下から構成されるせん妄ケアに係るチームが設置されていること。 ア 集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師 イ 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 ウ 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、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	日本版敗血症診療ガイドライン2020 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU 2018 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	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		日本版敗血症診療ガイドライン2020におけるシステマティックレビューでは、非薬理学的せん妄ケアによる重篤な有害事象の報告はなかったことが示されている。	
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	100点（入院中1日）	
	見直し後	100点（1日につき）	
	その根拠	一般病棟で発症するせん妄と比較して、特定集中治療室で発症するせん妄は重症疾患に伴う多臓器障害のひとつ（中枢神経系に発生する急性脳機能障害）とされており、専門的かつ高度な知識・技術を要し、患者の短期的および長期的予後に与える効果も大きいため	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	特になし
	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	不変（0）	
	予想影響額（円）	0円	
	その根拠	予想される当該技術に係る年間医療費＝妥当と思われる診療報酬点数（100点）×10円/点×せん妄ハイリスク患者ケア加算2の新設による年間算定件数の増加推定（736,853件）＝736,853,000円 当該技術の保険収載に伴い、より効果的な非薬理学的せん妄ケアがより多くの特定集中治療室等で実施されることにより、患者の日常生活動作やQOLの向上が実現し、集中治療室退室後および退院後の医療費や介護費が大幅に削減されることが期待される。そのため、予測影響額は少なくとも不変と考える。	
	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		特になし
⑭参考文献 1	1) 名称	本邦の診療現場におけるICU退室後のフォローアップに関する実態調査
	2) 著者	日本集中治療医学会PICS対策・生活の質改善検討委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日集中医誌 2022;29:165-76.
	4) 概要	2021年5月時点において、日本における集中治療室の約6割で非薬理学的せん妄ケアが実施されていることが示された。
⑭参考文献 2	1) 名称	Long-term cognitive impairment after critical illness.
	2) 著者	Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	N Engl J Med 2013;369:1306-16.
	4) 概要	特定集中治療室で診療を受ける重症患者は年齢に関係なく、ICU退室3ヶ月後および12ヶ月後において40%が中等度の脳外傷と同等の認知機能障害を、26%が軽度のアルツハイマー病と同等の認知機能障害を有しており、この認知機能障害には特定集中治療室でのせん妄が有意に関連していることが示された。
⑭参考文献 3	1) 名称	Determinants of gait independence after mechanical ventilation in the intensive care unit: a Japanese multicenter retrospective exploratory cohort study.
	2) 著者	Watanabe S, Kotani T, Taito S, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Intensive Care 2019;7:53.
	4) 概要	日本の特定集中治療室における多施設観察研究であり、特定集中治療室退室時にせん妄を有することは、退院時の歩行障害を有することに有意に関連していることが示された。
⑭参考文献 4	1) 名称	Effect of nonpharmacological interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis.
	2) 著者	Kang J, Lee M, Ko H, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Crit Care 2018;48:372-384.
	4) 概要	システマティックレビューとメタアナリシスの結果、特定集中治療室における多角的な非薬理学的せん妄ケアは、せん妄発症に対するオッズ比が0.66 (95%CI:0.50, 0.86)、せん妄期間に対するオッズ比が0.31 (95%CI:0.10, 0.94) であることが示され、せん妄発症率の低減とせん妄期間の短縮に有効であることが明らかになった。
⑭参考文献 5	1) 名称	Effects of nonpharmacological delirium-prevention interventions on critically ill patients' clinical, psychological, and family outcomes: A systematic review and meta-analysis.
	2) 著者	Liang S, Chau JPC, Lo SHS, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Aust Crit Care 2021;34:378-387.
	4) 概要	システマティックレビューとメタアナリシスの結果、特定集中治療室における多角的な非薬理学的せん妄ケアは、せん妄発症に対するオッズ比が0.43 (95%CI:0.33, 0.55)、せん妄期間に対する平均差が-1.43日 (95%CI:-1.94, 0.92)、集中治療室滞在期間に対する平均差が-1.24日 (95%CI:-2.05, -0.43) であることが示され、せん妄発症率の低減と集中治療室滞在日数の短縮に有効であることが明らかになった。

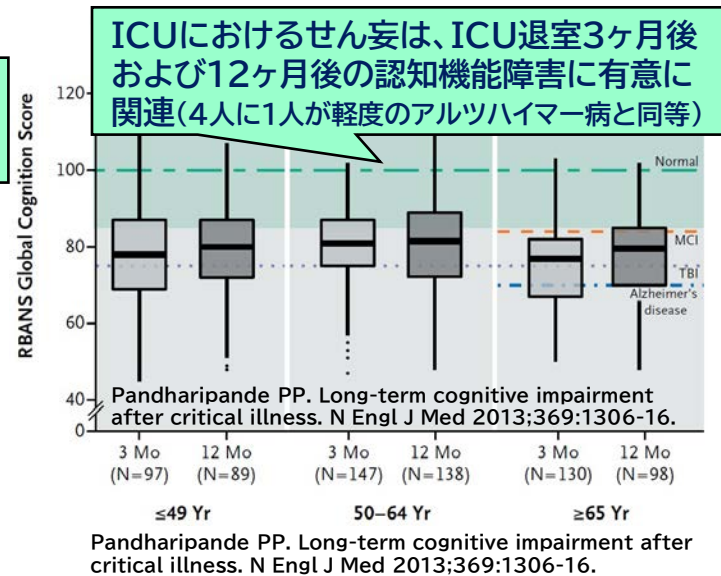
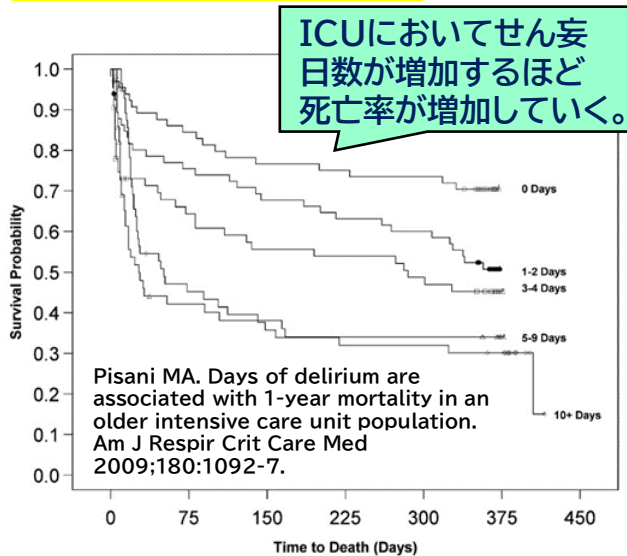
※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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】



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 (x 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 (1.32-3.38)	< .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.

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

【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」

ICUにおける非薬理的せん妄ケアは、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。

【対象疾患】特定集中治療室等の在室患者

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A242203	
提案される医療技術名		早期栄養介入管理加算	
申請団体名		日本集中治療医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	集中治療科
	関連する診療科（２つまで）	31麻酔科	
		32救急科	
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４年度	
	提案当時の医療技術名	早期栄養介入管理加算	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第3節 特定入院料	
診療報酬番号		A300 注8、A301 注4、A301-2 注3、A301-3 注3、A301-4 注3	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1-C 算定要件の見直し（回数制限）	○	
	2-A 点数の見直し（増点）	○	
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	○	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（１～５のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
提案される医療技術の概要（200字以内）		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。	
文字数：158			
再評価が必要な理由		令和4年度診療報酬改定において経腸栄養が困難な患者への栄養管理も含めた2段階の評価がなされた（経腸栄養開始日以降は250点から400点に増点）。しかし、急性血液浄化を必要とするような14日以上の特集中治療室での治療を要する循環動態不安定な患者に対しては、入室後48時間以内に経腸栄養を開始することは難しく（複数のガイドラインで早期に開始しないことが推奨されている）、早期から経静脈栄養を含めたきめ細かな栄養管理を14日以上実施しているにも関わらず、算定可能な点数は250点×7日となっている。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。	

【評估項目】

①再評価すべき具体的内容 (根拠や有効性等について記載)	日本集中治療医学会と日本救急医学会の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) や欧州静脈経腸栄養学会 (ESPEN) のガイドラインでは、循環動態不安定な患者に対しては行動態が安定するまでは経腸栄養の開始を控えること（循環動態が不安定な状態では経腸栄養を行わないこと）が推奨されている。また、第501回中医協総会（令和3年12月1日）の資料 総-3によると、早期離床・リハビリテーションと早期栄養介入管理加算を算定した治療早期からの回復に向けた取組を行っている患者であっても、急性血液浄化またはECMOを必要とする患者の割合が集中治療室滞在日数14日以上であったと示されており、令和4年度診療報酬改定において当該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きめ細かな栄養介入管理が14日以上にわたり必要となるが、現行において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。以上により、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日に拡大する見直しが妥当と考える。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	早期栄養介入管理加算は、特定集中治療室等に入室した患者に対し、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、入室した日から起算して7日を限度として250点が特定入院料に加算される。特に、入室後早期から（48時間以内）に経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点が特定入院料に加算される。 しかし、急性血液浄化やECMOを必要とするような14日以上の特集中治療室での治療を要する循環動態不安定な患者に対しては、入室後早期に経腸栄養を開始することは診療ガイドラインで推奨されており、経腸栄養を用いない形できめ細かな早期栄養介入管理が14日以上にわたり求められる。そのため、現行の加算において最も手厚く評価されているものは、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介入管理となっている。
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）	A300 注8、A301 注4、A301-2 注3、A301-3 注3、A301-4 注3
医療技術名	早期栄養介入管理加算

③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	大規模多施設RCTの報告によると、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が有意に増加することが明らかになっている（参考文献2）。日本版敗血症診療ガイドライン2020では、循環動態不安定な敗血症性ショックの患者において経腸栄養を行った場合、90日死亡が増加する方向にあることが示されている。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	日本集中治療医学会と日本救急医学会の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）や欧州静脈経腸栄養学会（ESPEN）のガイドラインでは、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（循環動態が不安定な状態では経腸栄養を行わないこと）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とされている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		再評価によって対象患者数や実施回数が増加するものではないが、急性血液浄化またはECMOを必要とする患者に対する算定上限日数の拡大に伴い実施回数が若干増加することが見込まれる。年間対象患者や実施回数については第7回NDBオープンデータ（令和2年度）による。症例数についてのデータはないが、令和3年度入院医療等の調査における早期離床・リハビリテーション加算は1人当たり集中治療室滞在中に約3回算定されており、早期栄養介入管理加算においても同様の方法で計算した。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	33,720人	
	見直し後の症例数（人）	33,720人	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	101,160回	
	見直し後の回数（回）	110,000回	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		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）や欧州静脈経腸栄養学会（ESPEN）のガイドライン等の複数の診療ガイドラインにおいて特定集中治療室における早期栄養介入管理が推奨されている。重症患者に対する早期栄養介入管理には集中治療に係る高い専門性が必要となるが、診療ガイドラインで示される方法を参考にすれば安全に実施することが可能である。日本においては、2021年5月時点で約4割の集中治療室においてプロトコルを活用した早期栄養介入管理が実施されていることが報告されている（参考文献1）。	
・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）	当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。 ア 所定の研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有すること イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験を有すること	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	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 重症患者リハビリテーション診療ガイドライン2023 ASPEN Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition 2021 ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit 2019	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		大規模多施設RCTの報告によると、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が有意に増加することが明らかになっている（参考文献2）。そのため、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、集中治療室への入室後早期から経腸栄養に限らない必要な栄養管理を行うことは、重症患者の安全性を確保しながら予後を改善させるために重要である。	
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	240点	
	見直し後	500点（急性血液浄化やECMOを必要とするような患者に対して）	
	その根拠	急性血液浄化やECMOを必要とするような循環動態が不安定な患者に対しては、経静脈栄養も含めたきめ細かな栄養介入管理が長期間にわたり必要とされるため、現行における48時間以内に経腸栄養を開始した場合の点数（400点）よりも高い点数とした。	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	特になし
	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	不変（0）	
	予想影響額（円）	0円	
	その根拠	予想される当該技術に係る年間医療費＝妥当と思われる診療報酬点数と現行との差（260点）×10円/点×年間算定件数（約10,000件）＋妥当と思われる診療報酬点数（500点）×算定上限日数拡大に伴い増加した算定件数（約10,000件）＝76,000,000円 当該技術の保険収載に伴い、より効果的な早期栄養介入管理が実施されることにより、患者の日常生活動作の向上等が実現し、退院後の医療費や介護費が削減されることが期待される。そのため、予測影響額は少なくとも不変と考える。	
	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		特になし
⑭参考文献 1	1) 名称	本邦の診療現場におけるICU退室後のフォローアップに関する実態調査
	2) 著者	日本集中治療医学会PICS対策・生活の質改善検討委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日集中医誌 2022;29:165-76.
	4) 概要	2021年5月時点において、日本における集中治療室の約4割でプロトコルを活用した早期栄養介入管理が実施されていることが示された。
⑭参考文献 2	1) 名称	Enteral versus parenteral early nutrition in ventilated adults with shock: a randomised, controlled, multicentre, open-label, parallel-group study (NUTRIREA-2)
	2) 著者	Reignier J, Boissramé-Helms J, Brisard L, et al; NUTRIREA-2 Trial Investigators: Clinical Research in Intensive Care and Sepsis (CRICS) group
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Lancet 2018;391:133-143.
	4) 概要	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。
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

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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. 1 0. 2 7

- 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。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A249101	
提案される医療技術名		小児地域連携受入加算	
申請団体名		日本小児科学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	22小児科	
	関連する診療科（２つまで）	36リハビリテーション科	
		12神経内科	
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和６年度	
	提案当時の医療技術名	小児回復支援地域受入連携加算	
	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）		溺水、窒息、頭部外傷、中枢神経疾患などの罹患後の小児患者で、高度急性期医療を受けた後に後遺症を残して急性期後にある患者が、高度急性期病院から、それ以外の病院へ転院する場合、及び療養型病院に入院中のそのような患者が状態悪化時の対応のために高度急性期病院以外へ転院する場合に、患者のQOL向上、及び円滑な退院を支援するために、リハビリテーションや退院調整を担うことに対し評価する。	
文字数： 188			
対象疾患名		低酸素性虚血性脳症、急性脳症、脳炎、髄膜炎、硬膜下血腫、硬膜外血腫、くも膜下出血、脳挫傷など	
保険収載が必要な理由（300字以内）		高度急性期医療を受けて急性期後にある患者で、長期的にリハビリテーションを要する場合、リハビリのための長期入院となり、高度急性期病棟の病床を利用することがある。さらに、居住地から遠方であるために、退院支援や退院調整がすすまないことがある。また、小児の療養型施設の病床数は常に不足していること、加えて病状急変時の医療連携体制が十分でない場合がある。そこで病棟機能の分化・連携という地域医療構想の考え方を進めるとともに、高度急性期以外の急性期病棟において回復途上にある小児の療養に重要であるリハビリテーションを促進するため、またそのような医療体制整備のために重要と考えられる。	
文字数： 285			

【評価項目】			
①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等		0～15歳。低酸素性虚血性脳症、急性脳症、脳炎、髄膜炎、硬膜下血腫、脳挫傷などにより高度の後遺症を負った患者。「高度の後遺症」とは、疾病の後遺症による身体障害者手帳2級以上もしくは療育手帳Aに相当する症状。	
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）		上記の疾患を持つ患者が受傷後6か月以内に他院から転院した場合もしくは同様の患者がいったん療養型病院に入院し、その後急変時に転院した場合に、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も、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	A 第2部 第1節 入院基本料	A 第2部 第3節 特定入院料
	番号	A101療養病棟入院基本料、A308-3地域包括ケア病棟入院料	
	医療技術名	急性期患者支援（療養）病床初期加算	
	既存の治療法・検査法等の内容	地域包括ケア病棟もしくは療養病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転院した患者については、転院又は転院した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援（療養）病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		③は成人や高齢者のための地域包括ケア病棟もしくは療養病棟で算定されるが、小児の病床では算定できない。小児患者においても同様の取り組みは評価されるべきである。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	令和4年度日本小児科学会「急性期後のリハビリテーションを要する小児患者の受け入れ実態調査」によれば、該当患者の発生数は年間447人。後遺症患者の回復期治療を受け入れる病院は全国に89カ所あり、条件付きで受け入れる病院はさらに192カ所あった。条件付きの病院では、人手が足りていれば（142回答）、病床が空けば（121回答）、あるいは報酬が付けば（87回答）、患者を受け入れると回答した。	
		1b	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	地域医療構想策定ガイドライン（平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知）

⑥普及性	年間対象患者数(人)	500人	
	国内年間実施回数(回)	500人×14日=7,000回	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		令和4年度日本小児科学会「急性期後のリハビリテーションを要する小児患者の受け入れ実態調査」の結果に基づく。	
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		小児の後遺症患者の多くは気管切開、人工呼吸器、経管栄養などをもち、医療依存度が高い。そのような患者を在宅に帰すためには、きめ細やかな医学管理、多職種連携、地域の関係機関との連携、患者家族との頻回の話し合いが必要であり、医学的な専門性に加えて全人的・包括的な治療が求められる。	
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	小児のリハビリテーションを実施できること	
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	医師、看護師、リハビリ職種、栄養士などの多職種連携が必要	
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	なし	
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い	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)	150点	
	その根拠	急性期患者支援(療養)病床初期加算と同額に設定	
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術(③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む)	区分	その他(右欄に記載する。)	A
	番号	A301、A301-4、A303-2、A307(1,2)	
	技術名	特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料1,2	
	具体的な内容	高度急性期病院における在院日数を減らすことができる。	
予想影響額	プラスマイナス	減(－)	
	予想影響額(円)	不明	
	その根拠	上記の集中治療室管理料は、1日の単価が高額なため。	
	備考	例として、小児入院医療管理料3 医療機関に受入れられた場合の1日あたりの入院管理料のみの差額例 特定集中治療室管理料1(14,406点) - 小児入院医療管理料3 (3,849点) : 差額-10,557点 特定集中治療室管理料6(8,890点) - 小児入院医療管理料3 (3,849点) : 差額-5,041点 小児特定集中治療室管理料(16,362点) - 小児入院医療管理料3 (3,849点) : 差額-12,513点 小児入院医療管理料1(4,807点) - 小児入院医療管理料3 (3,849点) : 差額-958点 小児入院医療管理料2(4,275点) - 小児入院医療管理料3 (3,849点) : 差額-426点	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(主なものに記載する)		なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況		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		該当なし。	
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		日本小児神経学会、日本リハビリテーション医学会	

⑬参考文献 1	1) 名称	急性期後のリハビリテーションを要する小児患者の受け入れ実態調査報告書
	2) 著者	奈倉道明、他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本小児科学会雑誌、2022年、126巻11号、1581-1586
	4) 概要	実態調査からは、1. 地域に転院先の受け皿が限られている、2. 高度急性期以外の病院における人手不足と入院リハビリの体制不足、3. 重症施設における病床不足及び急変患者を他院へ送る医療連携体制への不安などが問題点として明らかとなった。
⑬参考文献 2	1) 名称	全国の小児リハビリテーション施設調査
	2) 著者	荒井 洋、他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本小児科学会雑誌、2020年、124巻5号、922-926
	4) 概要	小児患者の在宅移行支援、医療資源の適切な運用を測るために、障害を負った小児に対して十分なリハビリを行い、地域資源への橋渡しを行う施設連携は欠かせない。目的は、全国の小児リハ施設の現状を明らかにし、急性期病院からのスムーズな在宅移行および、回復期リハビリテーションの充足を促す基盤とするため。18歳未満へのリハの有無、対象年齢、病床数等について、アンケートによる実態調査。回答は35%、849施設あり、入院可能な施設は58施設。施設規模、運営形態は様々であった。急性期病院との連携は限定的、柔軟な対応が少ない。急性期からその後の移行と十分なリハビリの提供のためには、病床の確保、集中的なりハに対する支援、連携に関わるインセンティブなどが必要と考えられた。
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	—
⑬参考文献 4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑬参考文献 5	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—

※⑬については、1. の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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歳未満の中樞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

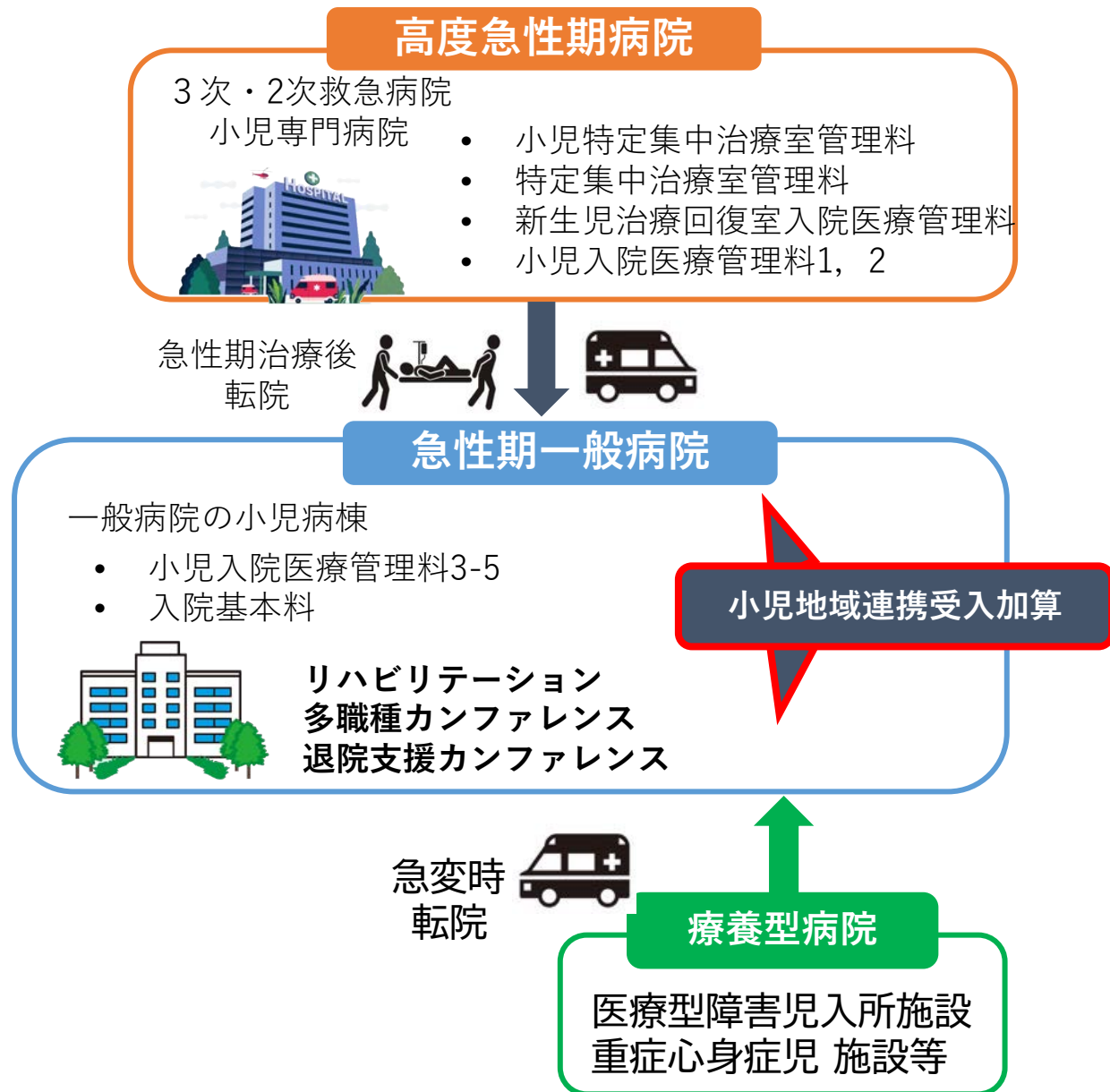
【現在の治療との比較】

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

○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



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A249102	
提案される医療技術名		新生児早期静脈栄養管理加算	
申請団体名		日本小児科学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	22小児科	
	関連する診療科（２つまで）	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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和６年度	
	提案当時の医療技術名	新生児早期静脈栄養管理加算	
	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）		新生児特定集中治療室管理料もしくは総合周産期特定集中治療室管理料を算定した患者のうち出生体重が1,500g未満の児において、生後48時間以内に適切な栄養素（糖、アミノ酸、脂質、ビタミン等）を含んだ静脈栄養を開始し、開始後に体重や頭囲等の身体発育や血液検査等で栄養の適正化に関する評価を医師ならびに必要時は看護師、栄養士、薬剤師等で実施し、その内容が適切に診療録に記録されている場合に加算を算定する。	
文字数：199			
対象疾患名		出生体重1,500g未満の新生児	
保険収載が必要な理由（300字以内）		消化管等の未熟性のため生後早期から十分な経腸栄養を開始できない児において、個々の病態に応じた適切かつ十分な静脈栄養の早期投与は児の発育を促進し、早期退院や発達に寄与する。新生児の静脈栄養は既製品を使用できず、連日、児の病態に応じて細かく変更され、糖液、アミノ酸液、電解質液、ビタミン剤等の配合を医師が処方し、都度作成せざるを得ない。今後さらに効率的かつ安全に静脈栄養量の早期充足を達成するためには、処方内容や児の栄養状態、副作用の出現等を医師に加え、必要時に看護師、薬剤師、管理栄養士等が専門的立場から評価し介入する必要がある。この体制を整備、促進、維持するために保険収載が必要である。	
文字数：293			

【評価項目】			
①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等		出生体重1,500g未満の新生児	
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）		新生児特定集中治療室管理料もしくは総合周産期特定集中治療室管理料を算定した患者のうち出生体重が1,500g未満の児において、生後48時間以内に十分な栄養素（糖、アミノ酸、脂質、ビタミン等）を含んだ静脈栄養を中心静脈カテーテル等を用いて開始する。体重や頭囲等の身体発育のほか、児の病態に応じて水分出納、呼吸循環や消化機能と経腸栄養の状態、血糖や電解質、尿素窒素等の血液検査の結果等をもとに、医師は連日適切な評価に基づいた静脈栄養の処方を行う。静脈栄養の中止は、成長に十分な栄養量が経腸栄養で摂取可能になった時期とする。静脈栄養の調剤は薬剤師と看護師が協働で無菌的に行い、その際に処方内容の適正性の確認を行う。児の成長や病態の変化に応じて、適宜、医師に加えて看護師、薬剤師、管理栄養士等からなる新生児栄養管理チームがその専門的立場から栄養管理の有効性と安全性を評価し、その内容を診療録に記載する。算定期間は、静脈栄養が継続されている期間のうち入室した日から起算して最大14日とする。	
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	区分をリストから選択	
	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	該当なし。	
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		早産極低出生体重児（参考文献3の研究では在胎29週未満、出生体重1,200g未満）に対する生後早期からの積極的静脈栄養は、その後の頭囲の成長に寄与する。修正40週の頭囲は3歳時の発達指数と正の相関を認める。	

	研究結果	参考文献3に示す無作為化比較試験	
⑤ ④の根拠となる研究結果等		1b	
	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。）	上記研究結果のほかに、静脈経腸栄養ガイドライン第3版（日本静脈経腸栄養学会、2013年）では、早産児および病的状態で経腸栄養が困難な新生児は、経腸栄養を十分に行えるようになるまで静脈栄養の適応となる（推奨レベル：A-II）、静脈栄養施行中に経腸栄養が可能となった場合、速やかに経腸栄養を開始/併用/移行する（A-II）と記載されている。
⑥普及性	年間対象患者数（人）	4,000人程度	
	国内年間実施回数（回）	1人最大14日間の加算	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		周産期母子医療センターネットワークデータベース解析報告の出生体重1,500g未満で静脈栄養を入院中に実施した患者数から概算。	
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）		静脈経腸栄養ガイドライン第3版（日本静脈経腸栄養学会、2013年）では、栄養学的リスクを有する新生児、特に在胎36週未満の早産児、低出生体重児および病的状態にある新生児では、長期予後における成長発達や神経学的成績などから、早期に栄養療法を開始することが推奨されている。周産期（新生児）専門医ならびに新生児の集中治療に関する5年以上の経験を有する医師は、実施可能な知識と技術を習得している。	
・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）	新生児特定集中治療室管理料もしくは総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料）の算定基準を満たす。	
	人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	新生児の集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師と新生児集中治療の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師が配置されていること。ならびに必要時には管理栄養士、薬剤師等多職種で対象児の栄養評価や具体的栄養介入を実施できる新生児栄養管理チーム体制を有していること。	
	その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	静脈経腸栄養ガイドライン第3版（日本静脈経腸栄養学会、2013年）等の最新のガイドラインや知見を遵守した、栄養管理を実施すること。	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		本提案により、静脈栄養摂取量は適正化され、静脈栄養管理の安全性は向上し、静脈栄養における副作用の軽減が見込める。	
⑨倫理性・社会的妥当性（問題点があれば必ず記載）		新生児期早期から適切な栄養摂取量の維持を試みることは、倫理的、社会的に妥当である。	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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）	1日あたり250点	
	その根拠	すでに、同様の加算を行なっている、成人ならびに小児の集中治療領域の早期栄養管理介入加算と同様の経費が必要であると判断した。加算日数は、一般的に静脈栄養を中止する経腸栄養が100ml/kg/dayを超える日齢を周産期母子医療センターネットワークの1,500g未満の児のデータから抽出しその第3四分位値を用いた。	
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	該当なし。	
	技術名	該当なし。	
	具体的な内容	該当なし。	
予想影響額	プラスマイナス	増（＋）	
	予想影響額（円）	140,000,000円	
	その根拠	年間推定患者数4,000人 x 250点 x 10円 x 14日間	
	備考	早期からの静脈栄養の充実がもたらす早期退院による医療費の減少は上記に含めていない。	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載する）		従来使用されている輸液用製剤（糖、アミノ酸、脂肪、電解質、ビタミン、微量元素など）と静脈カテーテル、輸液あるいはシリンジポンプ等。	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		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		該当なし。	

⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い		d. 届出はしていない
⑭その他		特になし。
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし。
⑮参考文献 1	1) 名称	静脈経腸栄養ガイドライン第3版 新生児の栄養の原則
	2) 著者	日本静脈経腸栄養学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	2013年, 199-210ページ
	4) 概要	早産児、低出生体重児、病的新生児における早期静脈栄養の重要性
⑮参考文献 2	1) 名称	Association Between Early Amino Acid Intake and Full-Scale IQ at Age 5 Years Among Infants Born at Less Than 30 Weeks' Gestation.
	2) 著者	Jean-Christophe Rozéら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	JAMA Network Open. 2021;4(11):e2135452
	4) 概要	在胎24-29週の児において生後7日目のアミノ酸摂取が3.5g/kg/dayを超えると、5歳時にFSIQ スコアが -1SD を超える可能性が高くなることが示されている。
⑮参考文献 3	1) 名称	Postnatal Head Growth in Preterm Infants: A Randomized Controlled Parenteral Nutrition Study
	2) 著者	Colin Morganら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	PEDIATRICS 2014 Volume 133, Number 1, January 2014, e120-128
	4) 概要	生後28日間強化した静脈栄養を実施することで、生後28日ならびに修正36週の時点での頭囲が優位に増加した（単施設無作為化比較試験）。
⑮参考文献 4	1) 名称	Nutrition and the developing brain: the road to optimizing early neurodevelopment: a systematic review
	2) 著者	Katherine Mら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Pediatric Research, 2020, 87, 194-201ページ
	4) 概要	脂肪とエネルギーの摂取量は、未熟児の脳の容積と発達の改善に関連している（システマティックレビュー）。
⑮参考文献 5	1) 名称	Optimizing parenteral nutrition to achieve an adequate weight gain according to the current guidelines in preterm infants with birth weight less than 1500 g: a prospective observational study
	2) 著者	Nan Wangら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	BMC Pediatrics, 2021, 21:303
	4) 概要	極低出生体重児の多くは、最新の推奨栄養摂取量を下回っている。 静脈栄養後のこれらの児の体重増加不良は、不十分な非経口主要栄養素とエネルギー摂取に関連している。 静脈栄養は、最新のエビデンスに基づく推奨事項に従って改善する必要がある。

※⑮については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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

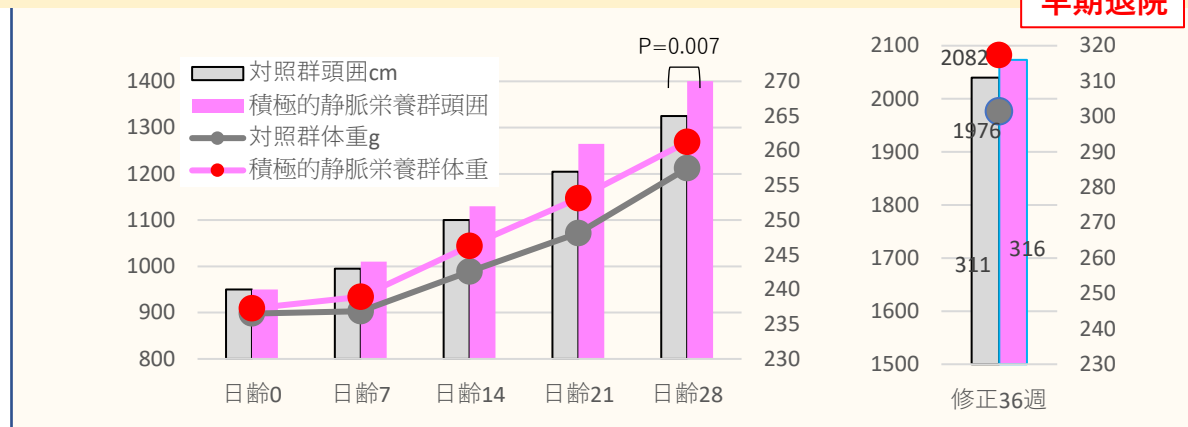
【既存の治療法との比較】

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達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】

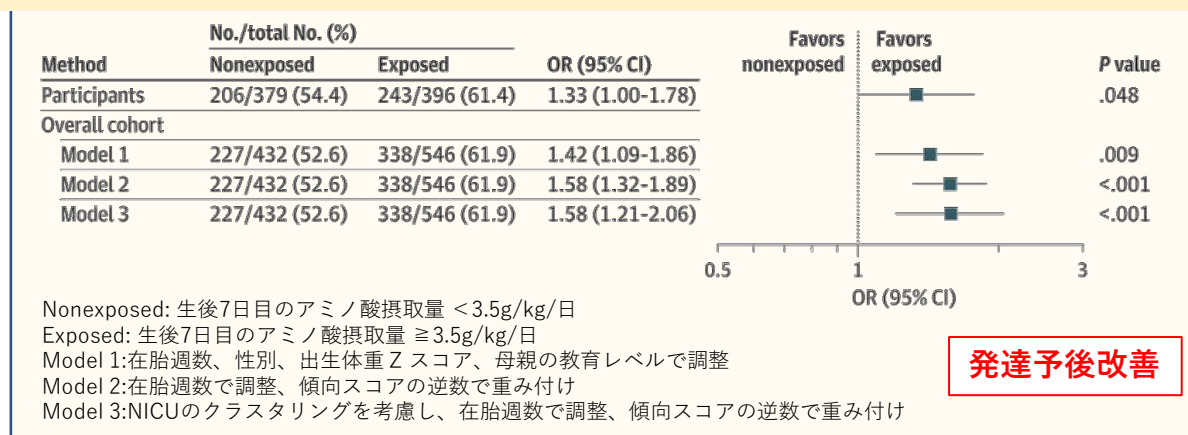
日齢28までの静脈栄養との総タンパク量・総カロリー↑は身体発育良好

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



生後7日目のアミノ酸摂取量 $\geq 3.5\text{g/kg/day}$ →5歳時のFSIQ スコア $> -1\text{SD}$

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



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

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A249201	
提案される医療技術名		小児入院医療管理料、救急医療管理加算	
申請団体名		日本小児科学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	22小児科	
	関連する診療科（2つまで）	20小児外科	
		00なし	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和6年度	
	提案当時の医療技術名	小児入院医療管理料、救急医療管理加算	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第3節 特定入院料	
診療報酬番号		A307、A205	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	○	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	○	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
提案される医療技術の概要（200字以内）	小児入院医療管理料は、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、管理料の増額を要する。また、救急医療管理加算が包括されているために、小児入院医療に至る救急医療についての評価がなされておらず、包括外とする。		
文字数：163			
再評価が必要な理由	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ところ。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、急性期一般入院管理料と比較して高額のように見えるが、実際には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く、たとえ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体制となっている。小児入院医療管理料全体の増額及び国庫補助の新設が急務である。救急医療管理加算が算定できないことも、小児入院医療の実態を反映しておらず、包括外への見直しが望まれる。		

【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）	①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点以上の増額を提案する。 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ことを提案する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	①点数について） 小児入院医療管理料1 4,807点、小児入院医療管理料2 4,275点、小児入院医療管理料3 3,849点 小児入院医療管理料4 3,210点、小児入院医療管理料5 2,235点 ②救急医療管理加算について） 救急医療管理加算は包括扱いとなっている。 なお、救急医療管理加算には、同加算の中に乳幼児加算と小児加算も存在する（実際は小児入院医療管理料に加算できないため、目的が不明確である）。
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）	A307、A205
医療技術名	①小児入院医療管理料、②救急医療管理加算

③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	①小児入院医療についての診療報酬及び補助金の充足度などについては、令和7年度に調査を予定している。 ②救急医療管理加算については、日本小児科学会が行った「小児入院医療管理料に関する調査」によると、救急医療管理加算対象となる小児患者の46.2%が集中治療環境にはない小児入院医療管理料算定病棟で管理されており、また、小児入院医療管理料3-5を算定している病院であっても地域における一次診療を担っている病院が10-20%程度存在していた。 ^{1) 2)} ③また、COVID-19が流行した2019-2022年度の小児入院診療の状況について公開レセプトデータから分析した研究によると、小児入院医療管理料の算定数の激減が2022年度はほぼ同水準で持続しており、病院種別によるその格差も大きく、特に中規模病院が危機的状況にあることが分かっている。 ³⁾ ④さらに、小児科・新生児科の原価計算データを収集し解析した研究では、小児救急医療体制の維持のために多数の医師が必要となり、対収益比で高い人件費率を示していること、他の診療科と比較して小児科・新生児科は診療科全体および医師一人当たりの原価計算も赤字であり、集約化による人員増が赤字をさらに増やす大きな要因となりえること、などが報告されている。 ⁴⁾	
	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。）	「小児医療の体制構築に係る指針」（厚生労働省）においては、入院に対応する医療機関に対して、一般小児医療を担う医療機関では対応が困難な患者や常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を実施することや、小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療を24時間365日体制で実施可能であること、などが求められている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		・令和5年社会医療診療行為別統計（令和5年6月審査分）における各管理料・加算の実施件数、算定総回数 小児入院医療管理料1 1,436件、18,969回、小児入院医療管理料2 2,179件、19,367回、小児入院医療管理料3 482件、3,404回 小児入院医療管理料4 1,026件、7,552回、小児入院医療管理料5 318件、6,712回 月合計 5,441件、56,004回/月（年合計 65,292件、672,048回/年） 救急医療管理加算1 145,170件、706,169回、救急医療管理加算2 154,754件、807,781回 ・病院小児科における小児入院医療管理料に対する意識調査、小児入院医療管理料算定病床における救急医療管理加算対象患者の管理実態（2020-2021）*参考情報2 小児入院医療管理料病棟に入院する患者のうち、救急医療管理加算1対象患者が1.5-2.8%、救急医療管理加算2対象患者が11.1-13.2%を占めている。便宜上、それぞれ2%、12%として概算に用いる。 以上の情報より推定する。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	②救急医療管理加算1：0件、救急医療管理加算2：154,754件	
	見直し後の症例数（人）	②救急医療管理加算1：1,306件（65,292件/年×0.02）、救急医療管理加算2：7,835件（65,292件/年×0.12）	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	②救急医療管理加算1：0回、救急医療管理加算2：807,781回	
	見直し後の回数（回）	②救急医療管理加算1：最大9,142回（1,306件×7回/件）、救急医療管理加算2：最大54,845回（7,835件×7回/件）	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		・小児医療に関連する学会・団体として、我が国の小児に対して質の高く安全な医療を提供すること、これにより社会の福祉に貢献すること等について異論はない。	
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	該当なし。	
	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）	該当なし。	
	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。	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		本提案自体が患者安全の向上に資する内容であり、患者に対するリスクはない。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		患者に対する倫理的問題はない。医師の偏在や看護師不足がある中で働き方改革へ対応していく必要があり、また、小児医療を担う人材の育成をはかる必要もあり、本提案は社会的妥当性があるとする。	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	小児入院医療管理料1 4,807点、小児入院医療管理料2 4,275点、小児入院医療管理料3 3,849点 小児入院医療管理料4 3,210点、小児入院医療管理料5 2,235点	
	見直し後	小児入院医療管理料1 5,307点、小児入院医療管理料2 4,775点、小児入院医療管理料3 4,349点 小児入院医療管理料4 3,710点、小児入院医療管理料5 2,735点	
	その根拠	各管理料を500点の増点として計算した。	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	該当なし。
	番号	該当なし。	
	技術名	該当なし。	
	具体的な内容	該当なし。	

⑩予想影響額	プラスマイナス	増（＋）
	予想影響額（円）	3,686,580,000円
	その根拠	①小児入院医療管理料の増点額について（3,360,240,000円） 小児入院医療管理料1 18,969回/月×12月×500点×10＝1,138,140,000円 小児入院医療管理料2 19,367回/月×12月×500点×10＝1,162,020,000円 小児入院医療管理料3 3,404回/月×12月×500点×10＝ 204,240,000円 小児入院医療管理料4 7,552回/月×12月×500点×10＝ 453,120,000円 小児入院医療管理料5 6,712回/月×12月×500点×10＝ 402,720,000円 〔令和5年社会医療診療行為別統計〕 ②救急医療管理加算の包括外について（326,340,000円） 救急医療管理加算1：1,306件×7回/件（最大）×1,050点×10＝ 95,991,000円 救急医療管理加算2：7,835件×7回/件（最大）× 420点×10＝230,349,000円 〔令和5年社会医療診療行為別統計、小児入院医療管理料算定病床における救急医療管理加算対象患者の管理実態（2020-2021）*参考情報②〕
	備考	特になし
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		該当なし。
⑫その他		該当なし。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本小児総合医療施設協議会（JACHRI）
⑭参考文献 1	1）名称	日本小児科学会社会保険委員会報告 病院小児科における小児入院医療管理料に対する意識調査
	2）著者	大野拓郎、遠藤明史、小林洋介、石崎優子、稲毛英介、阪下和美、武田充人、戸谷剛、奈倉道明、儘田光和、水野美穂子、村上潤、森伸生、柳町昌克、大山昇一、奥村秀定、楠田聡、高木英行、横谷進、楠原浩一、窪田満、森岡一朗
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	日本小児科学会雑誌、2022、126（4）：747-757
	4）概要	救急医療管理加算対象となる小児患者の46.2%が集中治療環境にはない小児入院医療管理料算定病床で管理されていた。小児入院医療管理料3-5を算定している病院の10-20%が一次診療を担っていた。
⑭参考文献 2	1）名称	小児入院医療管理料算定病床（大分県立病院）における救急医療管理加算対象患者の管理実態（2020-2021）
	2）著者	大野拓郎ら
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	未発表
	4）概要	小児入院医療管理料病床に入院する患者のうち、救急医療管理加算1対象患者が1.5-2.8%、救急医療管理加算2対象患者が11.1-13.2%を占めていた。
⑭参考文献 3	1）名称	新型コロナウイルス感染症に伴う小児入院医療機関への影響 -4年間の公開統計分析-
	2）著者	山田啓迪、稲毛英介、高岡優里、坂口慶太、小林洋介、遠藤明史、祝原賢幸、大山昇一、馬場洋介、工藤孝広、大塚宜一、東海林宏道
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	第128回日本小児科学会総会学術集会、2025.4.19：名古屋、一般演題
	4）概要	COVID-19が流行した2019-2022年度の小児入院診療の状況について公開レセプトデータから分析した研究によると、小児入院医療管理料の算定数の激減が2022年度はほぼ同水準で持続しており、病院種別によるその格差も大きく、特に中規模病院が危機的状況にある。
⑭参考文献 4	1）名称	小児救急医療の集約化政策と病院小児科の原価計算に関する調査研究
	2）著者	伊藤秀一、山城恒雄、藤崎晴彦、原広司
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	第127回日本小児科学会総会学術集会、2024.4.21：福岡、一般演題
	4）概要	小児科・新生児科の原価計算データを収集し解析した研究で、小児救急医療体制の維持のために多数の医師が必要となり、対収益比で高い人件費率を示していること、他の診療科と比較して小児科・新生児科は診療科全体および医師一人当たりの原価計算も赤字であり、集約化による人員増が赤字をさらに増やす大きな要因となりえること、などが報告されている。
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	－

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

【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。

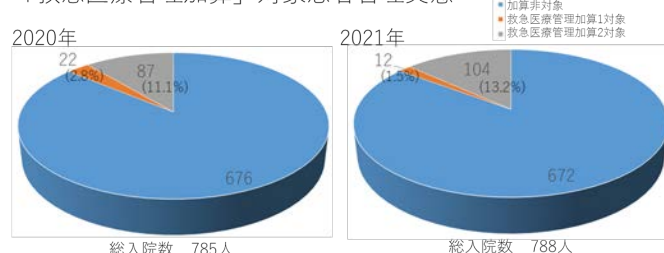
■十分な人材確保と人材育成がかなわない地域・施設があり、その改善がはかられる。

【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。

【調査結果】

小児入院医療管理料算定病床における「救急医療管理加算」対象患者管理実態



大分県立病院データ(小児入院医療管理料1)

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A249202	
提案される医療技術名		小児療養環境特別加算	
申請団体名		日本小児科学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	22小児科	
	関連する診療科（2つまで）	20小児外科	
		00なし	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		無	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	提案当時の医療技術名	—	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択	
診療報酬区分		A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号		A221-2	
再評価区分（複数選択可）		1－A 算定要件の見直し（適応）	○
		1－B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
		1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択
		2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択
		2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
		3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択
		4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
		5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択
		6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択
		「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載	
提案される医療技術の概要（200字以内）		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、本提案は概要の状態Aに対する提案であり、状態Iの定義について特段の変更を求めるものではない。	
文字数： 157			
再評価が必要な理由		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。	

【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）		算定要件の明確化であり、過剰算定の抑制のための疾病整理をいただきたい。	
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		治療上の必要があつて、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。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	
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）		A221-2	
医療技術名		小児療養環境特別加算	
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	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。	
	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。）	国際的にはCDCの隔離予防策ガイドライン（2007）が古典的な論拠として利用されている。国内では日本医師会感染対策指針モデルなど、各団体より一定の指針が存在するが、個々の医療機関による実勢に沿った対策指針の作成が勧奨されている。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		今後の新興・再興感染症に対する対応を考慮してA220-2の要件緩和に加え、個別・具体的な算定対象疾患が項目上明記された。小児領域を対象とするA221-2についても、新たな感染症への対応を考慮した要件の明確化（厳格化）により整合性をとることが望ましいと思われる。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	46,000人（下記データと、14歳未満の平均在院日数より概算）	
	見直し後の症例数（人）	著変無し（若干の抑制は想定される）	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	357,190回（第9回NDBオープンデータより）	
	見直し後の回数（回）	個別審査により運用されており、大きな算定回数の増加は考えにくいものと考えられる。あいまいな運用による過剰算定は抑制できるかもしれない。	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		個別審査で概ね円滑に運用されている。今後の新興感染症の収載や過剰算定の抑制を考慮し、具体的な記載への変更をお願いしたい。	
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	変更なし	
	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）	変更なし	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	対象ア）について 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（病原体がバルボウイルス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と考えられる。	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		該当しないが、本加算の、将来の調整を視野に入れた円滑な運用は入院小児診療における質の高い水平感染対策のために必須である。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		該当しない。	
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	項目の明確化であり、要件の具体化のみである。	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	
	番号	—	
	技術名	—	
	具体的な内容	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。	
⑩予想影響額	プラスマイナス	減（－）	
	予想影響額（円）	少額	
	その根拠	具体的データは学会として保有していないが、算定要件の明確化により、若干の算定減は期待できると思われる。	
	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		特になし	

⑭参考文献 1	1) 名称	CDC隔離予防策のためのガイドライン 2007年版
	2) 著者	米国疾病予防管理センター
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/index.html
	4) 概要	国際標準の院内感染に関する隔離予防策指針。随時アップデートされており最新版は2024年改訂である。
⑭参考文献 2	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑭参考文献 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	—
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	—

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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っ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。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A256201	
提案される医療技術名		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	
申請団体名		日本小児循環器学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	22小児科	—
	関連する診療科（2つまで）	20小児外科	—
		38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		無	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	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		301-4	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	○	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
提案される医療技術の概要（200字以内）		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。	
文字数： 30			
再評価が必要な理由		保険診療の診察料、入院料においては15歳未満を「小児」として扱っていることが多い。15～18歳（高校生）において急性疾患の罹患率は低いものの、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ない。これらはいずれも15歳未満の小児期から継続した問題のことがほとんどであり、成人診療科ではなく小児科で診療することが多い。急性増悪期における侵襲的検査治療の同意もまた保護者から得なければならず小児医療と同等の手間を要する。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法的整合性がとれるよう18歳未満を「小児」として扱うことが妥当である。なお、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。従って、成人病床を有さない小児病院では、継続して経過観察している15歳以上の患者の多くは、状態は悪化した場合は小児集中治療室に入室する必要があるが、小児慢性特定疾病を有さないかぎり小児集中治療室管理料を算定できない。しかも、小児入院管理料も算定することができないため、入院基本料のみの算定となる。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。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	小児特定集中治療室管理料の算定要件を15歳未満から18歳未満に引き上げる。この年齢層の集中治療室入室理由の多くは、15歳未満の小児期から継続した問題であり、成人診療科ではなく小児科で診療することが多い。急性増悪期における侵襲的検査治療の同意も、親権者である保護者から得なければならず、小児医療と同等の手間を要する。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2022年に改定された民法との法的整合性がとれるよう18歳未満を「小児」として扱うことが必要である。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	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（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）に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（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つては21日、臓器移植を行った小児にあつては30日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあつては55日）を限度として算定する。1日につき、7日以内の期間 16362点、8日以上14256点である。DPC期間内では7日以内は14508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）	301-4
医療技術名	小児特定集中治療室管理料

③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	この年齢層の治療は小児期から継続していることが多く、主治医でる小児関連の医師が関わる小児集中治療室で管理することが疾患の理解や管理治療する上で利益がある。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	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、本人への病氣告知は15歳から18歳ころが妥当と記載され、成人病床を有さない小児病院では、継続して経過観察している15歳以上の患者の多くは、状態が悪化した場合は小児集中治療室に入室する必要がある。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		国立成育医療研究センターの小児集中治療室は20床で年間48人の算定ができていないことから計算すると、全国の小児病院の小児集中治療室のベッド数が約150床なので、年間約360人が算定できない。小児集中治療室の平均在任日数約6日である。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	0人	
	見直し後の症例数（人）	360人	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	0回（日）	
	見直し後の回数（回）	7回（日）	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		小児集中治療室管理の成熟度や難易度は非常に高度である。	
・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）	現行と変行なし。以下代表的な基準を列挙する。 ・小児入院医療管理料1の届出を行っている医療機関であること。 ・小児特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の小児特定集中治療室を有しており、当該治療室の病床数は、8床以上であること。また、当該小児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。 ・当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。ただし、ウから力については、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。 ・自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。 ・当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい。	
	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）	現行と変更なし。以下代表的な基準を列挙する。 ・専任の医師が常時、小児特定集中治療室内に勤務していること。 ・当該専任の医師に、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。なお、当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 ・当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。	
	その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	現行と変更なし。	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特記なし。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		15歳未満と定義された経緯は不明であるが、2022年4月1日から民法上の成年年齢が20歳から18歳に引き下げられた。 成人になる（成年に達する）と、保護者の同意が不要になる。15歳から18歳までは小児と同様の手続きが必要であり、本管理料を18歳未満に手ぎすることは妥当である。	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	該当しない	
	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（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	—
	番号	—	
	技術名	—	
	具体的内容	—	
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（＋）	
	予想影響額（円）	279,000,000円	
	その根拠	国立成育医療研究センターのPICUは20床で年間48人の算定ができていないことから計算すると、全国の小児病院のPICUのベッド数が約150床なので、年間約360人が算定できない。PICUの平均在任日数約6日なので、7日以内の期間の点数は14508点であり、7:1看護入院基本料1591点が差し引かれ、約279,000,000円となる。	
	備考	小児特定集中治療室管理料は出来高であれば7日以内の期間 16,362点であるがDPC期間中は14,508点である。	

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		日本小児科学会、日本小児外科学会、日本集中治療学会
⑭参考文献 1	1) 名称	成人先天性心疾患診療ガイドライン（2025年改訂版）
	2) 著者	日本循環器学会 山岸 敬幸、他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Yamagishi.pdf
	4) 概要	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。
⑭参考文献 2	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑭参考文献 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	—
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	—

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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、必要があつ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つては21日、臓器移植を行った小児にあつては30日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあつては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。
- ・ A 301-4 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日以上期間 14256点 DPC期間中（8-14日） 12,402点

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A256202	
提案される医療技術名		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	
申請団体名		日本小児循環器学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	22小児科	—
	関連する診療科（2つまで）	20小児外科	—
		00なし	—
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		無	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	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		A307	
再評価区分（複数選択可）		1－A 算定要件の見直し（適応）	○
		1－B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
		1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択
		2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択
		2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
		3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択
		4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
		5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択
		6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択
		「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載	
提案される医療技術の概要（200字以内）		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。	
文字数： 27			
再評価が必要な理由		保険診療の診察料、入院料においては15歳未満を「小児」として扱っている。15～18歳（高校生）において急性疾患の罹患率は低いものの、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ない。これらはいずれも15歳未満の小児期から継続した問題のことがほとんどであり、成人診療料ではなく小児科で診療することが多いと考えられる。急性増悪期における侵襲的検査治療の同意もまた保護者から得なければならず小児医療と同等の手間を要する。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法的整合性がとれるよう18歳未満を「小児」として扱うよう要望します。なお、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、本人への病氣告知は15歳から18歳ころが妥当と記載されている。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）		小児入院医療管理料の算定要件を15歳未満から18歳未満に引き上げる。この年齢層の入院理由の多くは、15歳未満の小児期から継続した問題であり、成人診療料ではなく小児科で診療することが多い。急性増悪期における侵襲的検査治療の同意も、親権者である保護者から得なければならず、小児医療と同等の手間を要する。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2022年に改定された民放との法的整合性がとれるよう18歳未満を「小児」として扱うことが必要である。	
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		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歳未満の患者でも算定の対象となる。1日につき以下の点数が算定できる。 1 小児入院医療管理料 1 4807点、2 小児入院医療管理料 2 4275点、3 小児入院医療管理料 3 3849点、4 小児入院医療管理料 4 3210点、5 小児入院医療管理料 5 2235点。DPC期間では例えば小児入院医療管理料1は4807点から2953点（14日以内）に減算となる。	
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）		A307	
医療技術名		小児入院医療管理料	
③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	この年齢層の治療は小児期から継続していることが多く、主治医である小児関連の医師が関わる小児病床で管理することが、疾患の理解や管理治療する上で、患者の利益がある。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	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、本人への病氣告知は15歳から18歳ころが妥当と記載され、成人病床を有さない小児病院では、継続して経過観察している15歳以上の患者の多くは入院が必要な場合は、小児病床に入院する必要がある。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		小児入院医療管理料1を算定する国立成育医療研究センターで、2024年度15歳以上18歳未満で小児入院医療管理料を算定できなかった患者数は283人で、その年齢層の患者のうち27.9%であった。平均在院日数11日と仮定し、全国の小児病院の小児集中治療室の数で仮定すると、この約7倍が成人病床を持たない小児病院の患者数となり、算定できていない15歳以上18歳未満の患者数は約2,000人と算出できる。
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	0人
	見直し後の症例数（人）	約2,000人
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	0回（日）
	見直し後の回数（回）	11回（日）
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		小児入院管理の成熟度や難易度は非常に専門性が高い。
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	小児入院医療管理料1：専ら15歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援（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をいう。以下同じ。）の対象である場合は、20歳未満の者）を入院させる病棟であること。新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数が年間200件以上であること。特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。なお、小児緊急入院患者数とは、次に掲げる患者数の合計をいう。（イ）救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者を除く。）により緊急入院した15歳未満の患者数。（ロ）当該保険医療機関を受診した患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた15歳未満の患者数。（ハ）出生直後に集中治療のために入院した新生児の患者数。小児入院医療管理料2：入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っていること。小児入院医療管理料3：平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な病棟を有する場合は、急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）の7対1入院基本料又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料を算定すべき病棟と当該小児病棟を併せて1看護単位とすることができる。小児入院医療管理料4：当該病棟において、専ら小児を入院させる病床が10床以上であること。小児入院医療管理料5：特定機能病院以外の病院であること。
	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）	小児入院医療管理料1：当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が20名以上配置されていること。当該病棟において、1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。小児入院医療管理料2：当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が9名以上配置されていること。当該病棟において、1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。小児入院医療管理料3：当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が5名以上配置されていること。当該病棟において、1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。小児入院医療管理料4：当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が3名以上配置されていること。当該病床を有する病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。小児入院医療管理料5：当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が1名以上配置されていること。当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	現行と変更なし。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		該当しない
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		15歳未満と定義された経緯は不明であるが、2022年4月1日から民法上の成年年齢が20歳から18歳に引き下げられた。成人になる（成年に達する）と、保護者の同意が不要になる。15歳から18歳までは小児と同様の手続きが必要であり、本管理料を18歳未満に手ぎすることは妥当である。
⑧点数等見直しの場合	見直し前	該当しない
	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（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択 —
	番号	—
	技術名	—
	具体的な内容	—
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（＋）
	予想影響額（円）	29,964,000円
	その根拠	算定できていない患者数2,000人×平均在院日数11日×（小児入院管理料1（DPC）2,953点－7：1看護入院基本料1,591点）×10＝29,964,000円
	備考	小児入院医療管理料は管理料1だと出来高であれば4,807点であるが、DPC期間中だと2,953点である。

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		特記なし
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、日本小児外科学会
⑭参考文献 1	1) 名称	成人先天性心疾患診療ガイドライン（2025年改訂版）
	2) 著者	日本循環器学会 山岸 敬幸、他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Yamagishi.pdf
	4) 概要	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。
⑭参考文献 2	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑭参考文献 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	—
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	—

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。
- A 3 0 7 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

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A267201	
提案される医療技術名		摂食障害入院医療管理加算	
申請団体名		日本心身医学会	
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）	11心療内科	
	関連する診療科（２つまで）	21精神科	
		01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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和６年度	
	提案当時の医療技術名	摂食障害入院医療管理加算	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号		A231-4	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－C 算定要件の見直し（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		
提案される医療技術の概要（200字以内）	BMI12未満（標準体重の55%）の著しい体重減少を認める摂食障害の患者は生命の危機である。これらの患者に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。医師・看護師・管理栄養士は、低血糖・再栄養症候群・膵臓性肺炎・重篤な肝障害への集中的な対応、心理師や精神保健福祉士は、患者の治療拒否への対応、家族や集中治療終了後の治療施設との連携などの多面的・集中的なチーム医療を行う。		
文字数：193			
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（Smink FR. 2012.）。神経性やせ症の死亡率は10年のフォローで約5%である。この病態に対しては心身両面からの治療が必要になるが、国内では受け入れ先が乏しい現状が続いている。特にBMI12未満（標準体重の55%）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BMI15.4）を越えるとその危険はほぼ消失する（安藤 2020）。BMI12未満の極度の重症例では入院による救命が必須の病態である（Kawai k 2014, Yamashuta S 2010, 山内 2022）。全身管理に加え、患者の治療拒否の取り扱いに入院担当医は苦勞する。チーム医療でこれらの困難を乗り越えるためにも、医療技術を医師や医療者の熱意に頼るのではなく、正当に評価されることが重要である。医療スタッフの勤務へのモチベーション低下につながる可能性がある。患者を救命し、医療者の燃え尽きを予防するため、正当な診療報酬加算が必要である。		

【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）	BMI12未満（標準体重の55%）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。人的資源や救命のための医療資源には、医療経済上の補填が必要であり、そのことで治療施設の増加が期待される。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。患者の治療拒否へのサポートとして看護師の役割も重要であるが、現状では、重症の摂食障害治療は、看護必要度のA項目（抗悪性腫瘍剤、麻薬、無菌室など）C項目（開胸手術 全身麻酔など）に合致していない。診療報酬加算で評価される必要がある。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・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	治療率、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BMI11.6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BMI15.4）を越えるとその危険はほぼ消失するとされる（安藤 2019, Kawai 2014）。そのため、本管理加算の点数見直しによつて総合病院での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あり（右欄に詳細を記載する。）	「神経性やせ症（AN）初期診療の手引き（安藤2021）」「精神科領域における連携指針の作成（山内2022）」において標準体重の55%未満またはBMI<12kg/m ² は救命的な緊急入院が必要。「摂食障害治療ガイドライン（2012）」において緊急入院が望ましい身体的状態として、著しい低体重（年齢、性別、身長から期待される体重の55%未満またはBMI<12kg/m ² ）と記載。

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、結果として医療費は減少すると考える。DPCでは概算で摂食障害患者1名が一カ月入院すると97万円　二カ月目は75万円を請求している。入院期間が1カ月になると一人あたり75万円の医療費の節約が可能になる。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	2,400人	
	見直し後の症例数（人）	2,800人	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	30,000回	
	見直し後の回数（回）	35,000回	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		身体合併症の治療および身体管理が可能でチーム医療が可能な総合病院施設であることが求められる。学会を中心に作成した「神経性やせ症（AN）初期診療の手引き」「精神科領域における連携指針」の作成において　でも取り上げられている課題である。専門性は高く、当初は大学病院あるいは摂食障害を治療している総合病院の精神科や心療内科で行われる治療である。しかし、診療報酬加算が増点されればその施設は全国で増加すると考える。	
・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、診療報酬加算により、医療技術が正当に評価され、入院が促進される。さらに、この低栄養患者の入院の促進により、入院病床を持たない診療所でも外来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、BMI12未満の場合は、入院30日以内は600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3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（当該医療技術を含む）	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）	20,000,000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。	
	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		日本摂食障害学会	

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（AN）の若年死のうち80%は低栄養死である。ANの長期予後は精神疾患の中でもっとも不良である。
⑭参考文献 2	1) 名称	The outcome of treatment for anorexia nervosa inpatients who required urgent hospitalization
	2) 著者	K Kawai, S Yamasita G Komaki, M Shimizu, Etou S, Takakura S, Kubo C, Sudo N
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	BioPsychoSocial Medicine 2014, 8:20 doi:10.1186/1751-0759-8-20
	4) 概要	身体的要因で緊急入院した摂食障害患者もしかりとした認知行動療法を行えば、通常入院した摂食障害患者と同様に治療成績である。
⑭参考文献 3	1) 名称	神経性やせ症（AN）初期診療の手引き
	2) 著者	安藤哲也 AMED「摂食障害治療支援ネットワークの指針と簡易治療プログラムの開発」
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	神経性やせ症（AN）初期診療の手引き P. 16-18 2019 http://www.jsed.org/wp-content/uploads/2021/05/tebiki.pdf
	4) 概要	ANの治療には心身両面の治療が必要になる。BMI12未満になると身体的要因による緊急入院率が増加する。入院の絶対適応である。
⑭参考文献 4	1) 名称	BMI, body composition, and the energy requirement for body weight gain by patients with anorexia nervosa
	2) 著者	Sakino Yamashita, Keisuke Kawai, Takeharu Yamanaka, Takehiro Inoo, Hiroaki Yokoyama, Chihiro Morita, Masato Takii, Chiharu Kubo
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Int J Eat Disord 43 365-371, 2010
	4) 概要	摂食障害患者の体組成はBMI 12前後で変化する。BMI12未満は、脂肪ではなく除脂肪（筋肉 内臓組織）が主にエネルギー源として使用され始める。
⑭参考文献 5	1) 名称	「精神科領域における摂食障害の連携指針」の作成
	2) 著者	山内 常生、原田 朋子、宮本 沙緒里、井上 幸紀
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	精神神経誌 2022 第124巻 第12号 855-862
	4) 概要	精神科総合病院においてもBMI14以下の事例は医療連携が重要である。CQ2-1 においてBMI12以下は総合病院への入院が適切で、生命危機からの回復を優先する。

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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】

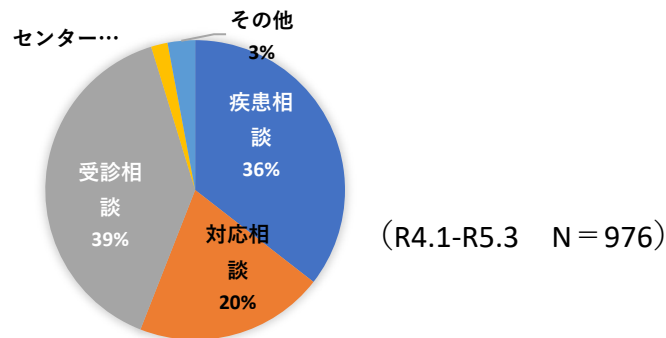
・ BMI12未満の著しい体重減少を認める摂食障害の患者

<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**



【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、転倒など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

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A268201	
提案される医療技術名		新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	
申請団体名		日本新生児成育医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	22小児科	
	関連する診療科（２つまで）	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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和６年度	
	提案当時の医療技術名	重症新生児対応体制強化加算	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第3節 特定入院料	
診療報酬番号		A302-2	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	○	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	○	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（１～５のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載			
提案される医療技術の概要（200字以内）		十分な体制と実績を有する新生児集中治療室（以下「NICU」という。）において、安全で質の高い医療を提供できるよう、周産期母子医療センターの指定・認定状況など都道府県内の機能分化・連携を踏まえながら、高度な医療を要する重症新生児に対する対応の強化を評価する。	
文字数： 128			
再評価が必要な理由		令和6年度改定において当該管理料が新設されたが、重症新生児に該当する患者像はその他にもあり、対象患者の拡大が必要である。また、入室後7日以降も当該状態が継続している場合や、入室後7日以降に当該状態となる場合もあることから、算定期間についても延長が必要である。さらに、少子化に伴い低出生体重児も減少傾向となることから、現在出生体重750g未満の新生児数が要件となっているが、1,000g未満の新生児数に変更するなど、実態に即した基準に改定する必要がある。医療機能の分化・連携や働き方改革などの政策を踏まえつつ、3:1看護では安全に他の患者を診療・ケアできず、緊急入院を受け入れることができない場合もあるとする過去の調査結果を踏まえて新設された管理料であるが、現在当該管理料を算定するNICUは少なく、算定すべき施設が算定できるよう、速やかな改善が必要である。	

【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）	我が国の新生児死亡率(出生千対0.9)は既に世界一となっているが、下記③の調査において、患者の重症度が高いために現行の体制では安全に重症患者及び他の患者を診療しがたい場合や緊急入院を受け入れることができない場合があることから、これを是正するために提案するものである。また、別の調査においては、現在の算定対象として挙げられている患者像以外にも、循環管理を要する先天性心疾患の新生児や鎮静を実施している新生児、特段の配慮を要する新生児についても、十分な体制が必要とされている。さらに、対象となる患者の状態が入室後7日以降においても持続することや、新たに対象となる状態となることがある。 （対象患者）下記について追加する。 ・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） （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、出生体重「750g未満の新生児の新規入院患者数」を「1,000g未満の新生児の新規入院患者数」などに変更する。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	（対象患者） 1. 体外式膜型人工肺を実施している状態 2. 腎代替療法（血液透析、腹膜透析等）を実施している状態 3. 交換輸血を実施している状態 4. 低体温療法を実施している状態 5. 人工呼吸器を使用している状態（出生時体重が750g未満である場合に限る） 6. 人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態 7. 人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態 8. 開胸手術、開頭手術、開腹手術等後に人工呼吸器を使用している状態 9. 新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、陰圧個室管理など厳重な感染対策を行いながら人工呼吸器を使用している状態（合併症として発生した感染症は除く） （算定期間）入室から7日間 （施設要件）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。
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）	A302-2
医療技術名	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料

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	周産期母子医療センター等を対象としたアンケート調査（総合周産期母子医療センター84施設、地域周産期母子医療センター60施設、その他5施設が回答）の結果から、半数の総合周産期母子医療センターにおいて、NICUの患者数を減らして看護配置を手厚くした経験があることがわかった。また、NICUにおいて治療中の患者の重症度が高いために、患者安全や感染対策に支障をきたしていると感じられる頻度については、「よくある（毎月そのような期間が生じている）」と回答した施設が23%、「時にある（年に数回そのような期間がある）」と回答した施設が47%で、合計すると70%であった。（新生児医療連絡会、2022年）	
	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。）	「周産期医療の体制構築に係る指針」（厚生労働省）においては、例えば総合周産期母子医療センターは常時の新生児搬送受入体制を有していることが求められている。
④普及性の变化 ※下記のように推定した根拠		令和6年度に新設された管理料であり、算定状況がまだ詳細に把握されていないが、新生児医療連絡会のアンケート調査（令和6年11月1-14日実施）では、総合周産期母子医療センター93施設が回答し、新生児特定集中治療室管理料等（A302の1またはA303の2）を算定する76施設のうち、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（A302-2）を1回以上算定した施設数は29施設（38%）であった。また、同調査では、令和6年6月以降に、A302の1またはA303の2からA302の2となった施設が13施設あり、今後の対応の検討が必要と考えている。詳細は令和7年度に調査予定である。 前回提案時は年間算定患者数を約7,500人と推計したが、当該管理料を算定する施設は少なく、現行基準では算定患者数も少ないことから、推計より大幅に少ないことが想定される。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	上記	
	見直し後の症例数（人）	上記	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	上記	
	見直し後の回数（回）	上記	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		・新生児医療に関連する学会・団体として、我が国の新生児に対して質の高く安全な医療を提供すること、これにより社会の福祉に貢献すること等について異論はない。 ・重症度の高い新生児に高度な医療を提供する点において専門性は極めて高く、将来を見据えて高度な医学知識と技能を継続的に教育していく必要性も高い。	
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	・地域における新生児医療の質の向上を目的とした、新生児蘇生法や新生児医療・新生児看護に関する研修会の開催を年2回以上実施していること。 ・診療実績として、当該治療室において、年間入院患者数100名以上（その内約として、次の①～④のいずれかを満たす。①超低出生体重児10例以上、②超低出生体重児5例以上及び極低出生体重児10例以上、③NCPAPを除く人工呼吸管理症例数30例以上、④手術後も24時間以上の人工呼吸管理を要する症例数10例以上）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）	現行の要件に追加すべき事項はない。	
	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。	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		本提案自体が患者安全の向上に資する内容であり、患者に対するリスクはない。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		患者に対する倫理的問題はない。医師の偏在や看護師不足がある中で働き方改革へ対応していく必要があり、また、高度な新生児医療を担う人材の育成をはかる必要もあり、本提案は社会的妥当性があると考える。	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	該当なし。	
	見直し後	該当なし。	
	その根拠	該当なし。	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	該当なし。
	番号	該当なし。	
	技術名	該当なし。	
	具体的な内容	該当なし。	
⑩予想影響額	プラスマイナス	不変（0）	
	予想影響額（円）	該当なし。	
	その根拠	令和6年度に新設された管理料であり、算定状況がまだ把握されていないが、令和7年度に調査予定である。前回提案時は年間算定患者数を約7,500人と推計して予想影響額を算出したが、当該管理料を算定する施設は少なく、現行基準では算定患者数も少ないことから、予算使用額は概算値より大幅に低いことが想定される。このため、今回の改定提案を反映したとしても、当初予算を上回る可能性は低いと考えられる。	
	備考	該当なし。	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		該当なし。	
⑫その他		該当なし。	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		新生児医療連絡会	

⑭参考文献 1	1) 名称	新生児医療連絡会 NEWS LETTER (会員限定)
	2) 著者	新生児医療連絡会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	2023年2月1日発行 No. 69 24-31
	4) 概要	総合周産期母子医療センター等のNICUを対象に調査を行った。6割以上の施設において、2:1看護以上のマンパワー配置を念頭に対応している状況として、超低出生体重児のうち体重制限付きの一定時間、週数制限付きの一定時間、体外循環管理、低体温療法等が挙げられた。また、これらの状況において、約半数のNICUにおいて実際に患者数を減らして看護配置を手厚くしたことがあるとの結果であった。さらに、NICUにおいて治療中の患者の重症度が高いために患者安全や感染対策に支障を来していると感じられる頻度については、毎月のように生じている・年数回生じているの合わせて70%であった。
⑭参考文献 2	1) 名称	重症新生児に該当するケースについてのアンケート結果報告
	2) 著者	福原里恵, 祝原賢幸, 金井雅代, 佐藤義朗, 森岡一朗
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	新生児医療連絡会ホームページ. 2023年7月27日, 1-11 https://jnanet.gr.jp/info/pdf/info20230816.pdf
	4) 概要	高度な医療を要する「重症新生児」に該当する患者像について、医事的に抽出可能で必要性が高いと考えられた9項目について、その必要性（納得感）の確認を目的として調査を実施した。提示した9項目の患者像については、診療に当たって十分な体制等の必要性がある患者像として妥当であると考えられた。また、9項目以外にも「重症新生児」に該当する患者像が抽出された。
⑭参考文献 3	1) 名称	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結果(その1)～急性期に高度な医療を要する重症新生児について～
	2) 著者	祝原賢幸, 内田美恵子, 金井雅代, 國方徹也, 小林玲, 近藤昌敏, 清宮綾子, 福原里恵, 古田恵香, 渡辺達也, 佐藤義朗, 森岡一朗, 和田和子
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	第68回日本新生児育成医学会学術集会, 2023. 11. 8 : 長野, 一般演題 日本新生児育成医学会雑誌 36(3): 645-645, 2024.
	4) 概要	NICUにおける急性期に高度な医療を要する重症新生児の診療実態について把握する調査を行い、周産期母子医療センターNICUの87施設(84%)から分析可能な回答を得た。NICU入室14日以内を対象期間として調査し、重症新生児に該当する患者数(重症新生児数)は平均23人〔四分位範囲7～83〕、入院患者数に対する重症新生児数の割合は平均11%〔5～14〕で、病床数が増加するほど高い傾向があった。重症新生児の平均該当日数は、交換輸血を実施した児が最も短く(1.3日)、人工呼吸管理を要した出生時体重750g未満の児が最も長かった(12.7日)。看護師数は、最少となる時間帯は診療報酬上の規定に則り3:1配置で、平日の日勤帯は3床当たり平均2.1人であったが、重症新生児数の割合が高い施設に必ずしも多いわけではなく、医師数も同様であった。NICUにおける看護師と患者の比率は患者の重症度に応じて決めるべきとする報告や、入院患者数が多い場合にバーンアウトが多かったとする報告もあり、看護配置の充実を含む適切な医療提供体制についてさらに検討すべきである。
⑭参考文献 4	1) 名称	新生児医療連絡会アンケート調査(令和6年11月1-14日実施)
	2) 著者	新生児医療連絡会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	現在公表準備中
	4) 概要	総合周産期母子医療センター93施設が回答し、新生児特定集中治療室管理料等(A302の1またはA303の2)を算定する76施設のうち、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料(A302-2)を1回以上算定した施設数は29施設(38%)であった。また、令和6年6月以降、A302の1またはA303の2からA302の2となった施設が13施設あった。
⑭参考文献 5	1) 名称	該当なし。
	2) 著者	該当なし。
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	該当なし。
	4) 概要	該当なし。

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

【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。**

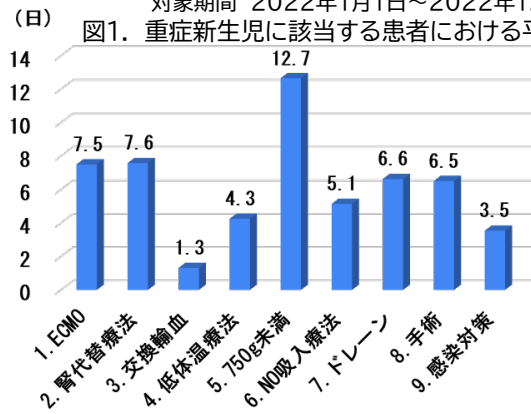
(施設要件)

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未満の新生児の新規入院患者数などに変更する。

【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)



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A268202	
提案される医療技術名		新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料2新生児集中治療室管理料	
申請団体名		日本新生児成育医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	22小児科	
	関連する診療科（2つまで）	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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	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		A302、A303の2	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	○	
	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			
提案される医療技術の概要（200字以内）		新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料2新生児集中治療室管理料（以下「新生児特定集中治療室管理料等」という）について、侵襲的人工呼吸管理、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、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。	
文字数： 167			
再評価が必要な理由		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に引き続き高度な医療が行われている場合にあっては、診療報酬上は小児入院医療管理料よりも点数の低い急性期一般入院料などを算定する必要があり、当該患者への医療提供及び診療体制の維持に必要な経費の実態と乖離した状況にある。	

【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）	慢性期にもNICUから退室できない新生児は、呼吸管理、循環管理、手術前後の管理等の要因があり、診療報酬上では算定期間限度を超えた時点においても、侵襲的人工呼吸管理が行われている患者の割合が比較的多いことも調査によって分かっている。別のアンケートでは「患者の重症度が高いために患者安全や感染対策に支障をきたしている」施設が一定数報告されていることから、急性期の重症新生児への対応とともに、慢性期においても医療提供体制の一層の充実をはかる必要がある。 次の状態にあ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、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。（他の特定入院料の関係により、上記が叶わない場合は、算定期間限度を現状より30日延長できるようにする。） ・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		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	（算定期間限度） A302-2、A302の2、A302-2を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。		
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）	A302、A303の2		
医療技術名	新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料2新生児集中治療室管理料		
③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	参考文献2 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把握するための調査を行った。管理料の算定期間限度により、A群21日間の児（通常扱い）、B群35日間の児（出生体重1,500g以上で先天異常等の特定の疾患を主病とする）、C群60日以上児（出生体重1,500g未満）の3群に分けた。周産期母子医療センターNICUの85施設（83%）から分析可能な回答を得た。延長管理患者数は平均15人〔四分位範囲6～23〕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。いずれの群も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は比較的多かった（A：27.8%、B：48.7%、C：30.5%）。B群の場合、手術前後の管理が理由となる患者数も多く、心理・社会的配慮を要する場合は延長管理期間が長かった。	
	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。）	ガイドラインに記載する内容ではない。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		参考文献2の結果より、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数は、NICU1施設当たり平均「15名」であり、病床数が多いほど該当患者が多い傾向にあった。特に今回の対象が発生しやすいのは総合周産期母子医療センターであることから、概算のために、総合周産期母子医療センターのNICU施設数として「110施設」を使用する。算定回数の概算に当たり、管理が延長された期間は、群間と延長理由それぞれにより差があったが、概算を容易とするために「30日」と仮定する。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	0(人)（本提案については初めての提案である）	
	見直し後の症例数（人）	1,650(人)　*計算式=15(人/施設)×110(施設)	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	0(回)（本提案については初めての提案である）	
	見直し後の回数（回）	49,500(回)　*計算式=30(回/人)×1,650(人)	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		・新生児医療に関連する学会・団体として、我が国の新生児に対して質の高く安全な医療を提供すること、これにより社会の福祉に貢献すること等について異論はない。 ・重症度の高い新生児に高度な医療を提供する点において専門性は極めて高く、将来を見据えて高度な医学知識と技能を継続的に教育していく必要性も高い。	
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	該当なし。	
	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）	該当なし。	
	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。	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		本提案自体が患者安全の向上に資する内容であり、患者に対するリスクはない。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		患者に対する倫理的問題はない。医師の偏在や看護師不足がある中で働き方改革へ対応していく必要があり、また、高度な新生児医療を担う人材の育成をはかる必要もあり、本提案は社会的妥当性があると考える。	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	該当なし。	
	見直し後	該当なし。	
	その根拠	該当なし。	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	該当なし。
	番号	該当なし。	
	技術名	該当なし。	
	具体的な内容	該当なし。	
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（＋）	
	予想影響額（円）	128,056,500(円)	
	その根拠	④)において概算した、当該提案により見直し後の算定回数概算値は①49,500(回)、②36,300(回)である。 「A100の1 急性期一般入院料1」の1,688(点)から、「A307 小児入院医療管理料2」の4,275(点)へ変更したと仮定する。 計算式= (4,275-1,688) ×49,500	
	備考	該当なし。	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		該当なし。	
⑫その他		該当なし。	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		新生児医療連絡会	

⑭参考文献 1	1) 名称	新生児医療連絡会 NEWS LETTER (会員限定)
	2) 著者	新生児医療連絡会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	2023年2月1日発行 No. 69 24-31
	4) 概要	総合周産期母子医療センター等のNICUを対象に調査を行った。6割以上の施設において、2:1看護以上のマンパワー配置を念頭に対応している状況として、超低出生体重児のうち体重制限付きの一定時間、週数制限付きの一定時間、体外循環管理、低体温療法等が挙げられた。また、これらの状況において、約半数のNICUにおいて実際に患者数を減らして看護配置を手厚くしたことがあるとの結果であった。さらに、NICUにおいて治療中の患者の重症度が高いために患者安全や感染対策に支障を来していると感じられる頻度については、毎月のように生じている・年数回生じているの合わせて70%であった。
⑭参考文献 2	1) 名称	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結果(その2)～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について～
	2) 著者	祝原賢幸, 内田美恵子, 金井雅代, 國方徹也, 小林玲, 近藤昌敏, 清宮綾子, 福原里恵, 古田恵香, 渡辺達也, 佐藤義朗, 森岡一朗, 和田和子
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	第68回日本新生児成育医学会学術集会, 2023. 11. 8 : 長野, 一般演題 日本新生児成育医学会雑誌 36(3) : 645-645, 2024.
	4) 概要	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把握するための調査を行った。管理料の算定期間限度により、A群21日間の児（通常扱い）、B群35日間の児（出生体重1,500g 以上で先天異常等の特定の疾患を主病とする）、C群60日以上児（出生体重1,500g未満）の3群に分けた。周産期母子医療センターNICUの85施設（83%）から分析可能な回答を得た。延長管理患者数は平均15人〔四分位範囲6～23〕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。いずれの群も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は比較的多かった（A : 27. 8%、B : 48. 7%、C : 30. 5%）。B群の場合、手術前後の管理が理由となる患者数も多く、心理・社会的配慮を要する場合は延長管理期間が長かった。
⑭参考文献 3	1) 名称	該当なし。
	2) 著者	該当なし。
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	該当なし。
	4) 概要	該当なし。
⑭参考文献 4	1) 名称	該当なし。
	2) 著者	該当なし。
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	該当なし。
	4) 概要	該当なし。
⑭参考文献 5	1) 名称	該当なし。
	2) 著者	該当なし。
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	該当なし。
	4) 概要	該当なし。

※⑬については、1. の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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】

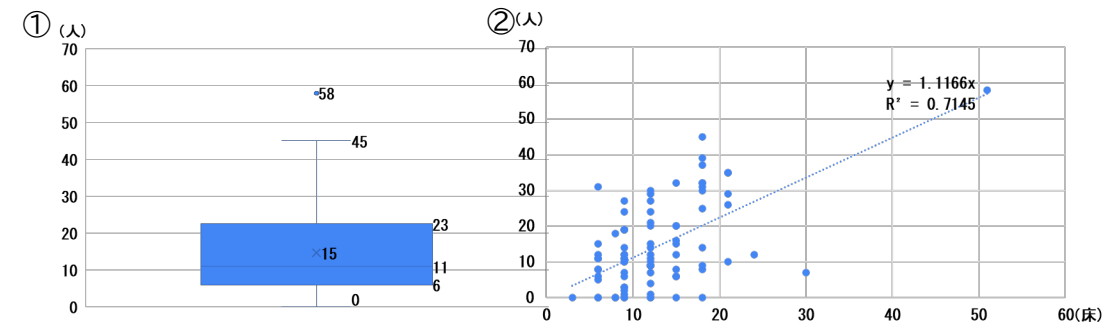
○慢性期にNICUを退室することが困難な程度の医療を継続している新生児の診療実態についての調査では、延長管理患者数は平均15人で、病床数が多いほど延長管理患者数が多い傾向があった(図1)。

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)。

【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

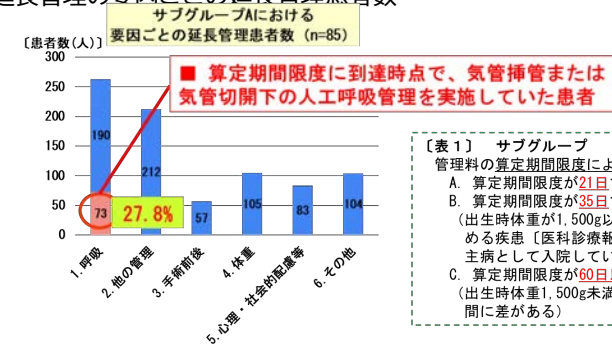


NICUは、小児医療を行うにつき十分な体制を備えている。

【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。**

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)

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A275101	
提案される医療技術名		強度行動障害入院対応加算	
申請団体名		日本児童青年精神医学会	
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		無	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	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） 文字数： 195		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、標準的な治療プログラムを踏まえた対応をした場合に30日間の期間において加算の対象とする。	
対象疾患名		強度行動障害（知的発達症、自閉スペクトラム症） 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）	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数： 300		令和5年厚労科研「入院中の強度行動障害の支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」の長期在院調査で、強度行動障害を持つ知的・発達障害患者が2年以上一定数入院していることが分かった（文献1）。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」で、強度行動障害のある方の一般身体科へのニーズがあり、その対応に医師たちが多様な困難に直面していることがわかった（文献2）。強度行動障害を持つ知的・発達障害患者の在院日数の短縮、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（文献3）等のために、専門的治療の確立を目的とした保険収載の必要性があると考える。	

【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		強度行動障害（診断は知的発達症、自閉スペクトラム症など）の状態にある患者で、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）のもの	
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）		精神科病棟（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加算の対象とする。	
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であっても、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	2 3 1－2	
	医療技術名	強度行動障害入院医療管理加算	
	既存の治療法・検査法等の内容	強度行動障害入院医療管理加算は、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）	
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		効果については、R4-5厚労科研「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」における「精神科病棟における強度行動障害に対する治療プログラム」において、3週間の精神科専門プログラムによる介入（構造化・機能的アセスメントなど）でも、BPI-S自傷行為（頻度）、 BPI-S自傷行為（重症度）、 BPI-S 攻撃的/破壊行動（頻度）、BPI-S 攻撃的/破壊行動（重症度）、行動関連項目（合計）が介入前後で有意に低下していた（文献1）。③の強度行動障害入院医療管理加算は、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対象に、強度行動障害スコア10点以上（強度行動障害判定基準10点以上に相当）、医療度判定スコア（必要な医療行為を5領域・計17項目でチェックしたもの）が24点以上としている。今回の強度行動障害入院対応加算は、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、専門研修を受講した上で、より広く多職種での標準的な治療プログラムを実践するもので、新規性がある。また、③の「強度行動障害入院医療管理加算」の施設基準のうち「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」での構造化・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％（国立病院機構）、46.7％（全国児童青年精神科医療施設協議会）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現実がある（文献1）。身体科病棟ではさらに構造化・機能的行動アセスメント等の専門的対応の導入は少ないと思われる。	

⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	強度行動障害を有する患者に対し、3週間の精神科専門プログラムによる介入（構造化・機能的アセスメントなど）で、BPI-S自傷行為(頻度)、 BPI-S自傷行為(重症度)、 BPI-S 攻撃的/破壊行動(頻度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(重症度)、行動関連項目(合計)が介入前後で有意に低下していた（文献1）。	
		4	
	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。）	・National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline NG170(2013 update 2021).142(2012 update 2021).11(2015)で、強度行動障害（チャレンジング行動）やその中核群である自閉スペクトラム症への第一選択の治療が心理社会的介入と明記（文献4）。 ・R4-5厚労科研「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」における「精神科病棟における強度行動障害に対する治療プログラム」（文献1） ・「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」で環境調整や専門的介入重要。
⑥普及性	年間対象患者数(人)	550	
	国内年間実施回数（回）	33,000	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		国内の強度行動障害児（者）の人数に関して、旧来基準での「強度行動障害判定基準10点以上」は推定約8000人、現在の基準である「行動関連項目10点以上」は約40,000人とされている。長期在院知的・発達障害患者についてのアンケート調査（⑤記載のR4-5厚労科研にて）を、全国児童青年精神科医療施設協議会35病院（有効回答15）、国立病院機構9施設（有効回答7）、日本公的病院精神科協会104病院（有効回答35）、日本精神科病院協会1,181病院（有効回答83）対象に行ったところ、専門病棟ではない精神科病院でも回答があっただけで、日本公的病院精神科協会で3.6%（132人）、日本精神科病院協会で2.3%（413人）、計545人の長期在院（2年以上）知的・発達障害患者がいることが分かった。うち「併存身体疾患あり」と回答のあった患者は公精協病院中心で132人全例であった。合計数と同程度の短期入院患者も新規で入院すると考え患者数を想定し、それぞれ年2回の入院回数として実施回数を推定した（550人×30×2＝33,000回）。	
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）		強度行動障害の状態を呈する対象患者の発達年齢や自閉スペクトラム症を主とした障害特性、環境要因の検討、多機関連携や多職種チーム医療、家族支援など、精神科としての専門性が要求される。現在専門治療に関する厚労科研「行動障害を有する知的障害・発達障害に関わる医療従事者向け研修プログラム開発に向けた研究」を進行中である。	
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	精神科病棟（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）および身体科病棟	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	医師および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、作業療法士等と協働し、構造化や機能的行動アセスメントの知識を得た上で行う。	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	特になし	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		副作用などのリスクはない	
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		問題なし	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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）	250	
	その根拠	強度行動障害入院医療管理加算や強度行動障害一般精神入院加算よりやや低い点数とした（30日間の日数制限あり）	
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む）	区分	その他（右欄に記載する。）	なし
	番号	—	
	技術名	—	
	具体的な内容	—	
予想影響額	プラスマイナス	増（＋）	
	予想影響額（円）	82,500,000	
	その根拠	⑥普及性より年間実施回数は最大33,000回となる。33,000回×250×10円＝82,500,000	
	備考	対象者の推計数から算定しているので、顕著な自傷他害や器物破損を呈する事例の困難さから実施する施設を考慮すると、実際は少なくなると考えられる。	
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（主なものに記載する）		なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		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		・Challenging Behavior(強度行動障害)に対して英国では地域知的障害クリニカルチームが全国に設置され、機能的行動アセスメントに基づく多職種チーム介入を地方自治体の財源で行っている（ガイドライン等は以下参照 NICE; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2015（文献4）、IDEA; The Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004） ・1990年にイギリスで創設された行動介入支援チームBISTs(Behaviour Intervention Support Teams)によるChallenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントへの行動介入(心理社会的介入)で、費用対効果を分析した。結果、Challenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントでは、一般的対応では年間40,510ドルのコストが発生すること、それに対してBISTsによる行動介入（集中介入）費用は5,725ドルで費用対効果が高いという報告がある(文献5)。
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		一般社団法人強度行動障害医療学会
⑯参考文献 1	1) 名称	R4-R5年度 厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラム の整備と地域移行に資する研究 総括研究報告書
	2) 著者	研究代表者：會田千重 研究分担者：杠 岳文、市川 宏伸、井上 雅彦、日詰 正文 成田 秀幸 根本 昌彦、高橋和俊、山下 健、吉川 徹、児玉 匡史、田中 恭子
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	厚生労働科学研究データベース
	4) 概要	3週間・12週間の精神科専門プログラムによる介入（構造化・機能的アセスメントなど）により、BPI-S自傷行為(頻度)、BPI-S自傷行為(重症度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(頻度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(重症度)、行動関連項目(合計)、強度行動障害判定基準(合計)、ABC-J興奮性サブスケール等は介入前後で有意に低下していた（BPI-S：問題行動評価尺度短縮版、ABC-J：異常行動チェックリスト）。
⑯参考文献 2	1) 名称	R5年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業 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
	2) 著者	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	厚生労働科学研究データベース
	4) 概要	強度行動障害を有する当事者が、一般身体医療受診ニーズを有していながら、外来受診や入院医療に困難を抱えていること実態が明らかになった。
⑯参考文献 3	1) 名称	強度行動障害を伴う知的・発達障害入院患者の実態と非薬物療法・薬物療法の現状、行動制限
	2) 著者	會田千重、西村泰亮、山元美和子ら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	「児童青年精神医学とその近接領域」2023 第64巻第5号（642-654）
	4) 概要	「専門医療」は、薬物療法以外の行動療法やTEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化などの専門的な医療を指す。強度行動障害に対する専門医療の有無による行動制限差を調べるために、Man-WhitneyのU検定を行った。順位和の差の検定を行い、専門医療「無し」の患者に比べ、専門医療「有り」の患者ほど、「一時的隔離」・「一時的拘束」・「隔離」・「拘束」全てが有意に減少していることが示された。
⑯参考文献 4	1) 名称	National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline CG170(2013 update 2021),CG142(2012 update 2021),NG11(2015). ・CG170: Autism spectrum disorder in under 19s: support and management ・CG142: Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management ・NG11:Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.nice.org.uk/
	4) 概要	NICEガイドラインでは、自閉スペクトラム症やChallenging Behaviorに対して心理社会的介入が第一選択とされ、具体的に有効な介入としては応用行動分析、コミュニケーション支援、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化などがある。
⑯参考文献 5	1) 名称	Behavioural Treatment of Challenging Behaviour: A Cost-benefit Analysis of a Service Delivery Model.
	2) 著者	Alan Hudson,Roland Jauernig,Patrick Wilken and Gary Radler
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Behaviour Change , Volume 12 , Issue 4 , December 1995 , pp. 216 - 226
	4) 概要	1990年にイギリスで創設された行動介入支援チームBISTs(Behaviour Intervention Support Teams)によるChallenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントへの行動介入(心理社会的介入)で、費用対効果を分析した。結果、Challenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントでは、一般的対応では年間40,510ドルのコストが発生すること、それに対してBISTsによる行動介入（集中介入）費用は5,725ドルで費用対効果が高いという報告があった。

※⑮については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

【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）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。

【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。

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

クライシスプランシート

	0-10点未満の患者	11-20点未満の患者	21-30点以上の患者
医師			
看護師			
公認心理士			
作業療法士			



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A275102	
提案される医療技術名		強度行動障害外来対応加算	
申請団体名		日本児童青年精神医学会	
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		無	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	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） 文字数： 74		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、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加算の対象とする。	
対象疾患名		強度行動障害（知的発達症、自閉スペクトラム症） 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）	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数： 234		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や、医師たちが多様な困難に直面していることがわかった（文献1）。強度行動障害の状態にある者に対し専門研修を受講し、医師や看護師等が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		強度行動障害（診断は知的発達症、自閉スペクトラム症など）の状態にある患者で、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）のもの	
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）		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、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加算の対象とする。自傷や他害・器物破損等のリスクが高い患者に対し、視覚的・物理的構造化やスケジュール、機能的行動アセスメントによる強化などの特別な手法を用いて検査・処置・治療を適切に行う。具体的には写真や絵カード・スケジュールによる検査・処置・治療の予告や手順の提示、物理的構造化による場所の工夫、感覚過敏への配慮、検査・処置・治療後の適切な強化子使用などの手法を用いる。	
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も、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
	番号	A 2 3 1－2	
	医療技術名	強度行動障害入院医療管理加算	
	既存の治療法・検査法等の内容	強度行動障害入院医療管理加算は、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）	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		③の「強度行動障害入院医療管理加算」の施設基準のうち「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」での構造化・機能的アセスメントなどの専門的対応はそれぞれ85.7%（国立病院機構）、46.7%（全国児童青年精神科医療施設協議会）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現実がある（文献2）。身体科病棟ではさらに構造化・機能的行動アセスメント等の専門的対応の導入は少ないと思われる。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	・R4-5厚労科研「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」(文献2)における「精神科病棟における強度行動障害に対する治療プログラム」で、3週間の入院での精神科専門プログラムによる介入（構造化・機能的行動アセスメントなど）で、BPI-S自傷行為(頻度)、BPI-S自傷行為(重症度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(頻度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(重症度)、行動関連項目(合計)が介入前後で有意に低下していた。3週間の入院での精神科専門プログラムを実施した事例では、障害特性に応じた構造化や感覚過敏への配慮といった介入が多く、これは外来の検査・処置・治療の場面でも同様にも有効であると考えられた。平成29年度国立病院機構共同臨床研究指定研究「強度行動障害児者に対する専門的治療施設の需要と治療法の標準化及び効果判定に係る検討」（代表：杠岳文）構造化や機能的行動アセスメントによる専門医療「無し」の患者に比べ、専門医療「有り」の患者ほど、「一時的隔離」・「一時的拘束」・「隔離」・「拘束」全てが有意に減少していることが示されている（文献3）。自傷や他害・器物破損等のリスクが高い患者に対し、視覚的・物理的構造化やスケジュール、機能的行動アセスメントによる強化などの専門的な手法を用いて検査・処置・治療を適切に行うことは有効であり、行動制限の減少にも繋がると考えらえる。	
		4	
	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。）	・National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline NG170(2013 update 2021).142(2012 update 2021).11(2015)で、強度行動障害（チャレンジング行動）やその中核群である自閉スペクトラム症への第一選択の治療が心理社会的介入と明記（文献4）。 ・R4-5厚労科研「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」における「精神科病棟における強度行動障害に対する治療プログラム」（文献2） ・「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」で環境調整や専門的介入重要。

⑥普及性	年間対象患者数(人)	2,610	
	国内年間実施回数(回)	4,870	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		国内の強度行動障害児(者)の人数に関して、旧来基準での「強度行動障害判定基準10点以上」は推定約8000人、現在の基準である「行動関連項目10点以上」は約40,000人とされている。長期在院知的・発達障害患者についてのアンケート調査(⑤記載のR4-5厚労科研:文献2)を、全国児童青年精神科医療施設協議会(全児協)35病院(有効回答15)、国立病院機構9施設(有効回答7)、日本公的病院精神科協会(公精協)104病院(有効回答35)、日本精神科病院協会(日精協)1181病院(有効回答83)対象に行ったところ、専門病棟ではない精神科病院でも回答があっただけで、公精協病院で3.6%(132人)、日精協病院で2.3%(413人)、計545人の長期在院(2年以上)知的・発達障害患者がいることが分かった。うち「併存身体疾患あり」と回答のあった患者は公精協病院中心で全例の132人であった。同アンケートで知的・発達障害診療ありと答えた病院数が全児協15病院、国立病院機構7病院、公精協35病院、日精協81病院であり計138病院であった。精神科・児童精神科通院中の強度行動障害患者が、全児協・国立病院機構病院(専門医療機関)で1か所につき約50人(22×50=1,100人)、公精協・日精協病院で1か所につき約10人程度(116×10=1,160人)、年2回外来で検査・処置等を実施するとして上記患者数・回数を想定した。身体科受診に関しては公精協病院35病院に1か所につき10人(35×10=350人)、年1回外来で検査・処置・治療を実施するとして患者数、実施回数を想定した(1,100人+1,160人)×2+(350人×1)=4,870回。	
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)		強度行動障害の状態を呈する対象患者の発達年齢や自閉スペクトラム症を主とした障害特性、環境要因の検討、多機関連携や多職種チーム医療、家族支援など、精神科としての専門性が要求される。現在専門治療に関する厚労科研「行動障害を有する知的障害・発達障害に関わる医療従事者向け研修プログラム開発に向けた研究」を進行中である。	
・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)	各身体科病院、精神科病院	
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	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、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加算の対象とする。	
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特になし	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		副作用などのリスクはない	
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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)	250	
	その根拠	強度行動障害入院対応加算と同程度の点数とした。	
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	その他(右欄に記載する。)	なし
	番号	—	
	技術名	—	
	具体的な内容	—	
予想影響額	プラスマイナス	増(+)	
	予想影響額(円)	12,175,000	
	その根拠	⑥普及性より年間実施回数は4870回となる。4870回×250×10円=12,175,000円	
	備考	アンケート調査に回答のあった病院数から算定しているので、実際に少人数・単回でも強度行動障害患者の外来対応を行っている施設数を想定すると、やや多くなる可能性がある。	
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(主なものを記載する)		なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況		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	・Challenging Behavior（強度行動障害の類似概念）に対し英国では地域知的障害クリニカルチームが全国に設置され、機能的行動アセスメントに基づく多職種チーム介入を地方自治体の財源で行っている（ガイドライン等は以下参照 NICE；National Institute for Health and Clinical Excellence，2015(文献4)、IDEA；The Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004) ・1990年にイギリスで創設された行動介入支援チームBISTs(Behaviour Intervention Support Teams)によるChallenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントへの行動介入(心理社会的介入)で、費用対効果を分析した。結果、Challenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントでは、一般的対応では年間40,510ドルのコストが発生すること、それに対してBISTsによる行動介入（集中介入）費用は5,725ドルで費用対効果が高いという報告がある(文献5)。								
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	一般社団法人強度行動障害医療学会								
⑯参考文献 1	<table border="1"> <tr> <td>1) 名称</td><td>R5年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業 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</td></tr> <tr> <td>2) 著者</td><td>国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター</td></tr> <tr> <td>3) 雑誌名、年、月、号、ページ</td><td>厚生労働科学研究データベース</td></tr> <tr> <td>4) 概要</td><td>強度行動障害を有する当事者が、一般身体医療受診ニーズを有していながら、外来受診や入院医療に困難を抱えていること実態が明らかになった。</td></tr> </table>	1) 名称	R5年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業 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	2) 著者	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	厚生労働科学研究データベース	4) 概要	強度行動障害を有する当事者が、一般身体医療受診ニーズを有していながら、外来受診や入院医療に困難を抱えていること実態が明らかになった。
1) 名称	R5年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業 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								
2) 著者	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター								
3) 雑誌名、年、月、号、ページ	厚生労働科学研究データベース								
4) 概要	強度行動障害を有する当事者が、一般身体医療受診ニーズを有していながら、外来受診や入院医療に困難を抱えていること実態が明らかになった。								
⑯参考文献 2	<table border="1"> <tr> <td>1) 名称</td><td>R4-R5年度 厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究 総括研究報告書</td></tr> <tr> <td>2) 著者</td><td>研究代表者：會田千重 研究分担者：杠 岳文、市川 宏伸、井上 雅彦、日詰 正文 成田 秀幸 根本 昌彦、高橋和俊、山下 健、吉川 徹、児玉 匡史、田中 恭子</td></tr> <tr> <td>3) 雑誌名、年、月、号、ページ</td><td>厚生労働科学研究データベース</td></tr> <tr> <td>4) 概要</td><td>3週間・12週間の精神科専門プログラムによる介入（構造化・機能的アセスメントなど）により、BPI-S自傷行為(頻度)、BPI-S自傷行為(重症度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(頻度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(重症度)、行動関連項目(合計)、強度行動障害判定基準(合計)、ABC-J興奮性サブスケール等は介入前後で有意に低下していた（BPI-S：問題行動評価尺度短縮版、ABC-J：異常行動チェックリスト）。</td></tr> </table>	1) 名称	R4-R5年度 厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究 総括研究報告書	2) 著者	研究代表者：會田千重 研究分担者：杠 岳文、市川 宏伸、井上 雅彦、日詰 正文 成田 秀幸 根本 昌彦、高橋和俊、山下 健、吉川 徹、児玉 匡史、田中 恭子	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	厚生労働科学研究データベース	4) 概要	3週間・12週間の精神科専門プログラムによる介入（構造化・機能的アセスメントなど）により、BPI-S自傷行為(頻度)、BPI-S自傷行為(重症度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(頻度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(重症度)、行動関連項目(合計)、強度行動障害判定基準(合計)、ABC-J興奮性サブスケール等は介入前後で有意に低下していた（BPI-S：問題行動評価尺度短縮版、ABC-J：異常行動チェックリスト）。
1) 名称	R4-R5年度 厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究 総括研究報告書								
2) 著者	研究代表者：會田千重 研究分担者：杠 岳文、市川 宏伸、井上 雅彦、日詰 正文 成田 秀幸 根本 昌彦、高橋和俊、山下 健、吉川 徹、児玉 匡史、田中 恭子								
3) 雑誌名、年、月、号、ページ	厚生労働科学研究データベース								
4) 概要	3週間・12週間の精神科専門プログラムによる介入（構造化・機能的アセスメントなど）により、BPI-S自傷行為(頻度)、BPI-S自傷行為(重症度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(頻度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(重症度)、行動関連項目(合計)、強度行動障害判定基準(合計)、ABC-J興奮性サブスケール等は介入前後で有意に低下していた（BPI-S：問題行動評価尺度短縮版、ABC-J：異常行動チェックリスト）。								
⑭参考文献 3	<table border="1"> <tr> <td>1) 名称</td><td>強度行動障害を伴う知的・発達障害入院患者の実態と非薬物療法・薬物療法の現状、行動制限</td></tr> <tr> <td>2) 著者</td><td>會田千重、西村泰亮、山元美和子ら</td></tr> <tr> <td>3) 雑誌名、年、月、号、ページ</td><td>「児童青年精神医学とその近接領域」2023 第64巻第5号（642-654）</td></tr> <tr> <td>4) 概要</td><td>「専門医療」は、薬物療法以外の行動療法やTEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化などの専門的な医療を指す。強度行動障害に対する専門医療の有無による行動制限差を調べるために、Man-WhitneyのU検定を行った。順位和の差の検定を行い、専門医療「無し」の患者に比べ、専門医療「有り」の患者ほど、「一時的隔離」・「一時的拘束」・「隔離」・「拘束」全てが有意に減少していることが示された。</td></tr> </table>	1) 名称	強度行動障害を伴う知的・発達障害入院患者の実態と非薬物療法・薬物療法の現状、行動制限	2) 著者	會田千重、西村泰亮、山元美和子ら	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	「児童青年精神医学とその近接領域」2023 第64巻第5号（642-654）	4) 概要	「専門医療」は、薬物療法以外の行動療法やTEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化などの専門的な医療を指す。強度行動障害に対する専門医療の有無による行動制限差を調べるために、Man-WhitneyのU検定を行った。順位和の差の検定を行い、専門医療「無し」の患者に比べ、専門医療「有り」の患者ほど、「一時的隔離」・「一時的拘束」・「隔離」・「拘束」全てが有意に減少していることが示された。
1) 名称	強度行動障害を伴う知的・発達障害入院患者の実態と非薬物療法・薬物療法の現状、行動制限								
2) 著者	會田千重、西村泰亮、山元美和子ら								
3) 雑誌名、年、月、号、ページ	「児童青年精神医学とその近接領域」2023 第64巻第5号（642-654）								
4) 概要	「専門医療」は、薬物療法以外の行動療法やTEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化などの専門的な医療を指す。強度行動障害に対する専門医療の有無による行動制限差を調べるために、Man-WhitneyのU検定を行った。順位和の差の検定を行い、専門医療「無し」の患者に比べ、専門医療「有り」の患者ほど、「一時的隔離」・「一時的拘束」・「隔離」・「拘束」全てが有意に減少していることが示された。								
⑭参考文献 4	<table border="1"> <tr> <td>1) 名称</td><td>National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline CG170(2013 update 2021),CG142(2012 update 2021),NG11(2015). ・CG170:Autism spectrum disorder in under 19s: support and management ・CG142:Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management ・NG11:Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges</td></tr> <tr> <td>2) 著者</td><td>—</td></tr> <tr> <td>3) 雑誌名、年、月、号、ページ</td><td>https://www.nice.org.uk/</td></tr> <tr> <td>4) 概要</td><td>NICEガイドラインでは、自閉スペクトラム症やChallenging Behaviorに対して心理社会的介入が第一選択とされ、具体的に有効な介入としては応用行動分析、コミュニケーション支援、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化などがある。</td></tr> </table>	1) 名称	National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline CG170(2013 update 2021),CG142(2012 update 2021),NG11(2015). ・CG170:Autism spectrum disorder in under 19s: support and management ・CG142:Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management ・NG11:Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges	2) 著者	—	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.nice.org.uk/	4) 概要	NICEガイドラインでは、自閉スペクトラム症やChallenging Behaviorに対して心理社会的介入が第一選択とされ、具体的に有効な介入としては応用行動分析、コミュニケーション支援、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化などがある。
1) 名称	National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline CG170(2013 update 2021),CG142(2012 update 2021),NG11(2015). ・CG170:Autism spectrum disorder in under 19s: support and management ・CG142:Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management ・NG11:Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges								
2) 著者	—								
3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.nice.org.uk/								
4) 概要	NICEガイドラインでは、自閉スペクトラム症やChallenging Behaviorに対して心理社会的介入が第一選択とされ、具体的に有効な介入としては応用行動分析、コミュニケーション支援、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化などがある。								
⑯参考文献 5	<table border="1"> <tr> <td>1) 名称</td><td>Behavioural Treatment of Challenging Behaviour: A Cost-benefit Analysis of a Service Delivery Model.</td></tr> <tr> <td>2) 著者</td><td>Alan Hudson,Roland Jauernig,Patrick Wilken and Gary Radler</td></tr> <tr> <td>3) 雑誌名、年、月、号、ページ</td><td>Behaviour Change , Volume 12 , Issue 4 , December 1995 , pp. 216 – 226</td></tr> <tr> <td>4) 概要</td><td>1990年にイギリスで創設された行動介入支援チームBISTs(Behaviour Intervention Support Teams)によるChallenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントへの行動介入(心理社会的介入)で、費用対効果を分析した。結果、Challenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントでは、一般的対応では年間40,510ドルのコストが発生すること、それに対してBISTsによる行動介入（集中介入）費用は5,725ドルで費用対効果が高いという報告があった。</td></tr> </table>	1) 名称	Behavioural Treatment of Challenging Behaviour: A Cost-benefit Analysis of a Service Delivery Model.	2) 著者	Alan Hudson,Roland Jauernig,Patrick Wilken and Gary Radler	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Behaviour Change , Volume 12 , Issue 4 , December 1995 , pp. 216 – 226	4) 概要	1990年にイギリスで創設された行動介入支援チームBISTs(Behaviour Intervention Support Teams)によるChallenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントへの行動介入(心理社会的介入)で、費用対効果を分析した。結果、Challenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントでは、一般的対応では年間40,510ドルのコストが発生すること、それに対してBISTsによる行動介入（集中介入）費用は5,725ドルで費用対効果が高いという報告があった。
1) 名称	Behavioural Treatment of Challenging Behaviour: A Cost-benefit Analysis of a Service Delivery Model.								
2) 著者	Alan Hudson,Roland Jauernig,Patrick Wilken and Gary Radler								
3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Behaviour Change , Volume 12 , Issue 4 , December 1995 , pp. 216 – 226								
4) 概要	1990年にイギリスで創設された行動介入支援チームBISTs(Behaviour Intervention Support Teams)によるChallenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントへの行動介入(心理社会的介入)で、費用対効果を分析した。結果、Challenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントでは、一般的対応では年間40,510ドルのコストが発生すること、それに対してBISTsによる行動介入（集中介入）費用は5,725ドルで費用対効果が高いという報告があった。								

※⑮については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A275201	
提案される医療技術名		強度行動障害入院医療管理加算判定基準の変更	
申請団体名		日本児童青年精神医学会	
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		無	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	提案当時の医療技術名	—	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択	
診療報酬区分		A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号		A 2 3 1－2	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	○	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		—
提案される医療技術の概要（200字以内）	強度行動障害入院医療管理加算判定基準を変更する。強度行動障害入院医療管理加算は、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）		
文字数： 140			
再評価が必要な理由	現在の強度行動障害入院医療管理加算の対象となる強度行動障害の状態は、基本診療料施設基準通知の別添6の別紙 14 の2の強度行動障害スコアが 10 以上及び医療度判定スコアが 24以上のものをいう。「強度行動障害スコア」とは、本加算が新設された2010年当時に強度行動障害に係る基準として旧来福祉・行政分野で使用されていた「強度行動障害判定基準10点以上」から作成したものであったが（文獻1）、現在の成人における福祉・行政分野での強度行動障害に係る基準は「行動関連項目10点以上」と、状態像のみでなく支援必要度も加味した基準となっている（文獻2）。医療における基準として考える場合も本人の障害特性のみに着目するのではなく海外のガイドラインで推奨される心理社会的介入・支援を重視し（文獻3）、支援必要度も加味した「行動関連項目10点以上」がより適切と考えるため、成人の場合下記の変更を要望する。心理社会的介入（医療者側の非薬物療法による専門的介入）による行動制限の減少も示唆されている（文獻4）。児童福祉分野では現在も「強度行動障害児判定基準」が採用されているため、児童の場合は現状では変更無しとする。		

【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）	強度行動障害入院医療管理加算において強度行動障害スコア10点以上の根拠となっていた「強度行動障害判定基準10点以上」であるが、これは患者の状態像のみに着目した評価尺度であり、上記の「行動関連項目10点以上」では状態像のみでなく支援必要度も加味した基準となっている。R5年3月30日に報告された「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、「地域の支援ネットワークの中での精神科医療」や「身体疾患の治療」の必要性が明記されているが、環境要因を含めた支援体制と障害特性双方の影響が強度行動障害をもたらしている事が記載されている。よって成人では対象患者を「行動関連項目10点以上」と変更することが適切と考える。児童福祉分野では現在も「強度行動障害児判定基準」が採用されているため、児童の場合は現状では変更無しとする。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	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
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A 2 3 1－2
医療技術名	強度行動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	NICEガイドライン（文献3）でも、強度行動障害と類似概念のChallenging Behaviorや自閉スペクトラム症の治療の第一選択は心理社会的介入であり、環境要因を含めた支援必要度や支援体制構築の視点は、現状評価（アセスメント）においても重要である。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	・National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline NG170(2013 update 2021), 142(2012 update 2021), 11(2015)で、強度行動障害（チャレンジング行動）やその中核群である自閉スペクトラム症への第一選択の治療が心理社会的介入と明記（文献3）。 ・R4-5厚労科研「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」における「精神科病棟における強度行動障害に対する治療プログラム」 ・「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」で環境調整や専門的介入重要。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		国内の強度行動障害児（者）の人数に関して、旧来基準での「強度行動障害判定基準10点以上」は推定約8000人、現在の基準である「行動関連項目10点以上」は約40000人とされているが（文献5）、医療機関に入院する対象患者での「強度行動障害入院医療管理加算」算定率は低く大幅には変化無しと考える。国立病院機構の障害者施設等入院基本料を算定する病棟では、下記の通り約900人の算定実績があるが、対象患者の高齢化により運動機能低下が見られ、行動障害はあっても算定数は減少傾向（自力歩行以上を対象とするため）、一方で児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟では著変なし（③記載の厚労科研（文献2）により全国26病院に2年以上の長期在院知的・発達障害児25名であった。短期入院も同程度の病院数に3か月ごと1名程度入院と想定）、新たに精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟で微増と予想するため、全体の算定人数は大きく変わらないと考える。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	約1,000人（国立病院機構の障害者施設等入院基本料を算定する病棟でR5年度の実績調査より925人、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟約100人：25病院×年間4人）	
	見直し後の症例数（人）	約1,000人（国立病院機構の障害者施設等入院基本料を算定する病棟等約700人、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟約100人、精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟約200人）	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	国立病院機構での全算定件数260,890回（R5年度の実数調査より）、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟で9,000回（100人×90日間の入院を想定）、合計269,890回	
	見直し後の回数（回）	国立病院機構での算定件数は上記④の理由により減少予想で約200,000回（R5年度実数・算定比率より人数の減少を加味して）、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟で9,000回（90日間の入院を想定）、精神科地域包括ケア病棟で36,000回（200人×90日×2回の入院を想定）、以上合計で245,000回	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		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で、対象患者の発達年齢や自閉スペクトラム症を主とした障害特性、環境要因の検討、多機関連携や多職種チーム医療、家族支援など、児童期・成人期とも、児童精神科・精神科としての専門性が要求される。現在は国立病院機構および肥前精神医療センター主催による「強度行動障害チーム医療研修」等により、年間200名弱の専門研修を実施中である。	
・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）	国立病院機構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	
	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）	上記病棟に係る人的配置の要件を満たす	
	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		副作用などのリスクはない	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		問題なし	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	300	
	見直し後	300	
	その根拠	見直し前と同程度	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	その他（右欄に記載。）	なし
	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	国立病院機構の障害者施設等入院基本料を算定する病棟では、対象患者の高齢化により運動機能低下が見られ、行動障害はあっても算定数は漸減傾向、一方で児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟では著変なし、新たに精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟で微増と予想する。④では想定人数での推計であるため、算定数は若干減少しているが、それぞれ変動ある可能性があり、全体の算定人数・額は大きく変わらないと考える。	
	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		・Challenging Behavior（強度行動障害の類似概念）に対し英国では地域知的障害クリニカルチームが全国に設置され、機能的行動アセスメントに基づく多職種チーム介入を地方自治体の財源で行っている（ガイドライン等は以下参照 NICE；National Institute for Health and Clinical Excellence，2015（参考文献3）、IDEA；The Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004） ・1990年にイギリスで創設された行動介入支援チームBISTs(Behaviour Intervention Support Teams)によるChallenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントへの行動介入(心理社会的介入)で、費用対効果を分析した。結果、Challenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントでは、一般的対応では年間40,510ドルのコストが発生すること、それに対してBISTsによる行動介入（集中介入）費用は5,725ドルで費用対効果が高いという報告がある(Alan Hudson, et. al, 1995)。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		一般社団法人強度行動障害医療学会
⑭参考文献 1	1) 名称	「強度行動障害を持つ重度精神遅滞児（者）の医療度判定基準」の作成と実態調査
	2) 著者	會田千重、瀬口康昌、中山政弘、西原礼子、山下葉子、平野誠
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	児童青年精神医学とその近接領域 2011 第52巻第5号（609-623）
	4) 概要	強度行動障害を持つ重度・最重度精神遅滞児（者）の医療モデルの確立と診療報酬への反映を目指して、国立病院機構「動く重症心身障害病棟」での研究調査を基盤とした「強度行動障害を持つ重度精神遅滞児（者）の医療度判定基準案」（5領域25項目、計116点）を作成し、実態調査に基づき項目を削除・整理して5領域17項目（計80点）の「改訂版強度行動障害を持つ重度精神遅滞児（者）の医療度判定基準案」を作成し、医療必要度が高いことの目安となるカットオフポイントを検討し24点とした。今後「強度行動障害入院医療管理加算」を基盤に、専門的医療体制の整備が更に必要である。
⑭参考文献 2	1) 名称	R4-R5年度 厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究 総括研究報告書
	2) 著者	研究代表者：會田千重 研究分担者：杠 岳文、市川 宏伸、井上 雅彦、日詰 正文 成田 秀幸 根本 昌彦、高橋 和俊、山下 健、吉川 徹、児玉 匡史、田中 恭子
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	厚生労働科学研究データベース
	4) 概要	3週間・12週間の精神科専門プログラムによる介入（構造化・機能的アセスメントなど）により、BPI-S自傷行為(頻度)、BPI-S自傷行為(重症度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(頻度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(重症度)、行動関連項目(合計)、強度行動障害判定基準(合計)、ABC-J興奮性サブスケール等は介入前後で有意に低下していた（BPI-S：問題行動評価尺度短縮版、ABC-J：異常行動チェックリスト）。
⑭参考文献 3	1) 名称	National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline CG170(2013 update 2021),CG142(2012 update 2021),NG11(2015). ・CG170: Autism spectrum disorder in under 19s: support and management ・CG142: Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management ・NG11:Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.nice.org.uk/
	4) 概要	NICEガイドラインでは、自閉スペクトラム症やChallenging Behaviorに対して心理社会的介入が第一選択とされ、具体的に有効な介入としては応用行動分析、コミュニケーション支援、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化などがある。
⑭参考文献 4	1) 名称	強度行動障害を伴う知的・発達障害入院患者の実態と非薬物療法・薬物療法の現状、行動制限
	2) 著者	會田千重、西村泰亮、山元美和子ら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	児童青年精神医学とその近接領域 2023 第64巻第5号（642-654）
	4) 概要	「専門医療」は、薬物療法以外の行動療法やTEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化などの専門的な医療を指す。強度行動障害に対する専門医療の有無による行動制限差を調べるために、Man-WhitneyのU検定を行った。順位和の差の検定を行い、専門医療「無し」の患者に比べ、専門医療「有り」の患者ほど、「一時的隔離」・「一時的拘束」・「隔離」・「拘束」全てが有意に減少していることが示された。
⑭参考文献 5	1) 名称	令和3年度障害者総合福祉推進事業「強度行動障害児者の実態把握等に関する調査」
	2) 著者	PwCコンサルティング合同会社
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	厚生労働科学研究データベース
	4) 概要	1年間に障害支援区分認定調査を受けた267,569件分のデータのうち、行動関連項目の合計点が10点以上は約15%であり（40,135人）、20点以上の人は約1.2%であった（3,210名）。データの性質・制約上、解釈には留意が必要なことも確認した。

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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、過激反すう、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）



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A291101	
提案される医療技術名		強度行動障害一般精神入院加算	
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	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） 文字数： 187		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、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。	
対象疾患名		強度行動障害（知的発達症、自閉スペクトラム症） 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）	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数： 217		令和5年厚労科研「入院中の強度行動障害の支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」における長期在院調査により、先行研究同様、強度行動障害を持つ知的・発達障害患者が2年以上一定数入院していることが分かった（文献1）。強度行動障害を持つ知的・発達障害患者の在院日数の短縮に加え、向精神薬投薬量の減少、虐待予防、隔離・拘束の減少（文献2）、などを実現するために、専門的治療の確立を目的とした保険収載の必要性があると考えられる。	

【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		強度行動障害（診断は知的発達症、自閉スペクトラム症など）の状態にある患者で、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）のもの	
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等 （具体的に記載する）		精神科病棟（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、作業療法士等と協働し、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専門的な治療を実施し、地域ケア会議を行った場合に90日間の期間において加算の対象とする。	
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であっても、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	2 3 1－2	
	医療技術名	強度行動障害入院医療管理加算	
	既存の治療法・検査法等の内容	強度行動障害入院医療管理加算は、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）	
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		効果については、R4-5厚労科研「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」における「精神科病棟における強度行動障害に対する治療プログラム」において、12週間の精神科専門プログラムによる介入（構造化・機能的アセスメントなど）により、強度行動障害判定基準（合計）、ABC-J興奮性サブスケール等は介入前後で有意に低下していた（ABC-J：異常行動チェックリスト）。同研究では、3週間の精神科専門プログラムでも介入前後で有意な行動障害の改善が得られていたが、12週間の精神科専門プログラムにおける対象者のほうが内服中の抗精神病薬の平均値・中央値とも高容量であり、在宅や施設での処遇困難が強く示唆される事例が多く、地域ケア会議の実施を含む専門研修の重要性と、3週間より長い期間で患者の機能的アセスメントを詳細に分析することの重要性が示唆された（文献1）。 ③の強度行動障害入院医療管理加算は、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対象に、強度行動障害スコア10点以上（強度行動障害判定基準10点以上に相当）、医療度判定スコア（必要な医療行為を5領域・計17項目でチェックしたもの）24点以上としている（文献3）。今回の強度行動障害一般精神入院加算は、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）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もので、新規性がある。また、③の「強度行動障害入院医療管理加算」の施設基準のうち「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」での構造化・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%（国立病院機構）、46.7%（全国児童青年精神科医療施設協議会）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現実がある（文献1）。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	12週間の精神科専門プログラムによる介入（構造化・機能的アセスメントなど）により、強度行動障害判定基準（合計）、ABC-J興奮性サブスケール等は介入前後で有意に低下していた（ABC-J：異常行動チェックリスト）。	
		4	
	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。）	・National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline NG170(2013 update 2021),142(2012 update 2021),11(2015)で、強度行動障害（チャレンジング行動）やその中核群である自閉スペクトラム症への第一選択の治療が心理社会的介入と明記（文献4）。 ・R4-5厚労科研「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」における「精神科病棟における強度行動障害に対する治療プログラム」（文献1） ・「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」で環境調整や専門的介入重要。

⑥普及性	年間対象患者数(人)	500	
	国内年間実施回数(回)	90,000	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		国内の強度行動障害児(者)の人数に関して、旧来基準での「強度行動障害判定基準10点以上」は推定約8000人、現在の基準である「行動関連項目10点以上」は約40,000人とされている。長期在院知的・発達障害患者についてのアンケート調査(⑤記載のR4-5厚労科研にて)を、全国児童青年精神科医療施設協議会26病院(有効回答23)、国立病院機構および国立研究機構17病院(有効回答14)、日本精神科病院協会1,205病院(有効回答201)対象に行ったところ、専門病棟ではない精神科病院でも回答があっただけで、日本公的病院精神科協会で3.6%(132名)、日本精神科病院協会で2.3%(413名)、計545名の長期在院(2年以上)知的・発達障害患者がいることが分かった。同程度の短期入院患者も新規で入院すると考え患者数を想定し、それぞれ年2回の入院回数として実施回数を推定した(500人×2回×90日=90,000回)。	
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)		強度行動障害の状態を呈する対象患者の発達年齢や自閉スペクトラム症を主とした障害特性、環境要因の検討、多機関連携や多職種チーム医療、家族支援、地域ケア会議など、精神科としての専門性が要求される。現在専門治療に関する厚労科研「行動障害を有する知的障害・発達障害に関わる医療従事者向け研修プログラム開発に向けた研究」(代表:岡田俊)が進行中である。	
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	精神科病棟(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)のうち地域の中核的・公的入院医療機関(精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料の算定病棟)および一般精神科病院のうち精神保健福祉士の配置済みの病棟(精神病棟入院基本料(看護15:1、13:1)A230-2精神科地域移行実施加算、A103注7精神保健福祉士配置加算)	
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	医師および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、構造化や機能的行動アセスメント、地域移行支援の知識を得た上で行う。	
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	特になし	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		副作用などのリスクはない	
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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)	300	
	その根拠	強度行動障害入院医療管理加算と同程度とした(ただし90日間の日数制限あり)	
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術(③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む)	区分	その他(右欄に記載する。)	なし
	番号	—	
	技術名	—	
	具体的な内容	—	
予想影響額	プラスマイナス	増(+)	
	予想影響額(円)	270,000,000	
	その根拠	⑥普及性より年間実施回数は最大90,000回となる。90,000回×300×10円=270,000,000円	
	備考	対象者の推計数から算定しているの、顕著な自傷他害や器物破損を呈する事例の困難さから実施する施設を考慮すると、実際は少なくなると考えられる。	
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(主なものを記載する)		なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況		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		・Challenging Behavior(強度行動障害の類似概念)に対し英国では地域知的障害クリニックチームが全国に設置され、機能的行動アセスメントに基づく多職種チーム介入を地方自治体の財源で行っている(ガイドライン等は以下参照NICE; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2015(文献4)、IDEA; The Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004) ・1990年にイギリスで創設された行動介入支援チームBISTs(Behaviour Intervention Support Teams)によるChallenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントへの行動介入(心理社会的介入)で、費用対効果を分析した。結果、Challenging Behavior(強度行動障害)を持つクライアントでは、一般的対応では年間40,510ドルのコストが発生すること、それに対してBISTsによる行動介入(集中介入)費用は5,725ドルで費用対効果が高いという報告がある(文献5)。	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		一般社団法人強度行動障害医療学会、日本公的病院精神科協会	

⑬参考文献 1	1) 名称	R4-R5年度 厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究 総括研究報告書
	2) 著者	研究代表者：會田千重 研究分担者：杠 岳文、市川 宏伸、井上 雅彦、日詰 正文 成田 秀幸 根本 昌彦、高橋和俊、山下 健、吉川 徹、児玉 匡史、田中 恭子
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	厚生労働科学研究データベース
	4) 概要	3週間・12週間の精神科専門プログラムによる介入（構造化・機能的アセスメントなど）により、BPI-S自傷行為(頻度)、BPI-S自傷行為(重症度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(頻度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(重症度)、行動関連項目(合計)、強度行動障害判定基準(合計)、ABC-J興奮性サブスケール等は介入前後で有意に低下していた（BPI-S：問題行動評価尺度短縮版、ABC-J：異常行動チェックリスト）。
⑭参考文献 2	1) 名称	強度行動障害を伴う知的・発達障害入院患者の実態と非薬物療法・薬物療法の現状、行動制限
	2) 著者	會田千重、西村泰亮、山元美和子ら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	「児童青年精神医学とその近接領域」2023 第64巻第5号（642-654）
	4) 概要	「専門医療」は、薬物療法以外の行動療法やTEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化などの専門的な医療を指す。強度行動障害に対する専門医療の有無による行動制限差を調べるために、Man-WhitneyのU検定を行った。順位和の差の検定を行い、専門医療「無し」の患者に比べ、専門医療「有り」の患者ほど、「一時的隔離」・「一時的拘束」・「隔離」・「拘束」全てが有意に減少していることが示された。
⑮参考文献 3	1) 名称	「強度行動障害を持つ重度精神遅滞児（者）の医療度判定基準」の作成と実態調査
	2) 著者	會田千重、瀬口康昌、中山政弘、西原礼子、山下葉子、平野誠
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	児童青年精神医学とその近接領域 2011 第52巻第5号（609-623）
	4) 概要	強度行動障害を持つ重度・最重度精神遅滞児（者）の医療モデルの確立と診療報酬への反映を目指して、国立病院機構「動く重症心身障害病棟」での研究調査を基盤とした「強度行動障害を持つ重度精神遅滞児（者）の医療度判定基準案」（5領域25項目、計116点）を作成し、実態調査に基づき項目を削除・整理して5領域17項目（計80点）の「改訂版強度行動障害を持つ重度精神遅滞児（者）の医療度判定基準案」を作成し、医療必要度が高いことの見込となるカットオフポイントを検討し24点とした。今後「強度行動障害入院医療管理加算」を基盤に、専門的医療体制の整備が更に必要である。
⑯参考文献 4	1) 名称	National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline CG170 (2013 update 2021), CG142 (2012 update 2021), NG11 (2015). ・CG170: Autism spectrum disorder in under 19s: support and management ・CG142: Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management ・NG11: Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.nice.org.uk/
	4) 概要	NICEガイドラインでは、自閉スペクトラム症やChallenging Behaviorに対して心理社会的介入が第一選択とされ、具体的に有効な介入としては応用行動分析、コミュニケーション支援、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化などがある。
⑰参考文献 5	1) 名称	Behavioural Treatment of Challenging Behaviour: A Cost-benefit Analysis of a Service Delivery Model.
	2) 著者	Alan Hudson, Roland Jauernig, Patrick Wilken and Gary Radler
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Behaviour Change, Volume 12, Issue 4, December 1995, pp. 216 – 226
	4) 概要	1990年にイギリスで創設された行動介入支援チームBISTs (Behaviour Intervention Support Teams) によるChallenging Behavior (強度行動障害) を持つクライアントへの行動介入 (心理社会的介入) で、費用対効果を分析した。結果、Challenging Behavior (強度行動障害) を持つクライアントでは、一般的対応では年間40,510ドルのコストが発生すること、それに対してBISTsによる行動介入 (集中介入) 費用は5,725ドルで費用対効果が高いという報告があった。

※⑮については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

【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。

【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

クライシスプランシート

	0-10点未満の患者	11-20点未満の患者	21点以上の患者
医師			
看護師			
その他			



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A291201	
提案される医療技術名		精神病棟入院基本料（10対1）の算定要件（平均在院日数）	
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和4年度	
	提案当時の医療技術名	精神病棟入院基本料（10対1）の平均在院日数要件の改定（今回は技術名を明確化した）	
	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 注1	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載			
提案される医療技術の概要（200字以内）		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。	
文字数：54			
再評価が必要な理由		10対1入院基本料を算定している精神科病棟において、新規入院患者のうちGAF尺度（重症度）による判定が30以下の患者が5割以上であることが要件になっており、重症度の高い患者を受け入れているため、治療も長期化することがある。特に総合病院の場合、身体合併症患者を受け入れることが多く、身体治療があるとより長期化することが多いが、この平均在院日数の条件では、それらの難治例の受け入れが困難であるため。	

【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、10対1入院基本料の算定要件として、当該病棟の入院患者の平均在院日数が40日以内とされているが、これを50日以内にすべきと考える。理由としては、日本総合病院精神医学会が行った基礎調査では、主に精神科急性期治療を担っている総合病院有床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）であること、また630調査（令和5年度）において種々の急性期入院料を算定している病棟で3ヶ月以上入院している患者を一定数受け入れていることなどから精神科急性期入院治療の実状を反映されておらず、現場からは十分な入院治療が困難になってくるという意見も聴かれている。また入院期間を短縮する必要性がある一方で、短すぎることで難治例の受入が困難になることも理由として挙げられる。	
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		当該病棟の入院患者の平均在院日数が40日以内であること、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。	
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 注1	
医療技術名		精神科病棟入院基本料 イ10対1入院基本料	
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	630調査（令和5年度）によれば、日本全国の10対1入院基本料を算定している病院の在院期間1ヶ月未満の患者の割合は65.5%である一方で、3ヶ月未満の患者の割合は25.5%、3ヶ月以上の患者の割合が9.0%であり、40日以上入院が必要な患者数が一定数おり、中には算定基準が守れないために治療の途中で転院した患者数もいることも考えられ、潜在的にはさらに多い患者数が推測される。治療の途中で転院するよりも入院から退院まで同じ医療機関で治療した方が、治療の一貫性があり、患者の負担も少なく、最終的には、転院後のプラスされた入院期間よりも短縮されることが予測され、予後の改善も期待できる。	
	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。）	該当なし。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		算定要件が緩和されることで、現在算定している該当病院がより維持しやすくなること、また13対1で算定している病院で少なくとも10%は10対1に移行することが推定される。そのため、年間の対象患者数の変化としては、1病棟40床、稼働率を80%とし、平均在院日数が40日から50日に延長した場合に現行の10対1算定病棟数（54病棟）に、さらに13対1算定病院（107病棟）の10%が10対1算定病院に移行した場合の患者数を算定した。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	15,768人	
	見直し後の症例数（人）	15,113人	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	該当なし	
	見直し後の回数（回）	該当なし	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		条件が緩和されるため、現行の医療技術の成熟度があれば充分に対応可能である。	
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	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。	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。	
	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	
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	該当なし	
	見直し後	該当なし	
	その根拠	該当なし	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	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。	
	具体的な内容	該当なし。	
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	④の見直し前後の症例数に大きな変化がないため。	
	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		該当なし。	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		該当なし。	

⑭参考文献 1	1) 名称	日本総合病院精神医学会基礎調査2022
	2) 著者	日本総合病院精神医学会医療政策委員会
	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	総合病院有床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。
⑭参考文献 2	1) 名称	630調査
	2) 著者	国立精神・神経医療研究センター
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/
	4) 概要	日本全国の10対1入院基本料を算定している病院の在院期間1ヶ月未満の患者の割合は65.5%である一方で、3ヶ月未満の患者の割合は25.5%、3ヶ月以上の患者の割合が9.0%であった。
⑭参考文献 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	—
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	—

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

【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。

【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。

【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。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A291202	
提案される医療技術名		精神科リエゾンチーム加算の専従要件の改定	
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４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（看護師要件の改定）（今回は技術名を明確化した）	
	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 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（１～５のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載			
提案される医療技術の概要（200字以内）	精神科リエゾンチーム（週当たりに算定30人以内）の構成員の専従要件は、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とされている。これを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、いずれか一人を専従でよいとしたい。		
文字数： 140			
再評価が必要な理由	精神科リエゾンチームにおいて最も中心的役割を担っているのは特定の資格をもち精神科臨床経験のある看護師である。現行では看護師要件は専任であるが、実際には専従相当の業務を行っているのは看護師であることが多い。現在専従要件は薬剤師、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であるが、この要件を満たせずにチーム加算を取得できない施設も少なくない。リエゾン活動の実情に即し、ここに看護師を含めることが適正である。		

【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の構成員のうち、専従要件となるのは常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理士のうちいずれか一人である。常勤看護師は専任とされている。しかしながらチームにおいて最も中心的な役割を担っているのは特定の資格をもち精神科臨床経験のある看護師である。実際には専従相当の業務を担っているのは看護師であることが多い。看護師を専従にできないことで算定できない施設が少なくない。現在の専従要件である薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師に看護師を加え、これらのうちいずれか一人が専従であればよいとするのが妥当である。 当学会の精神科リエゾンチームアンケート調査（参考文献２）においても、回答のあった45施設のうち5施設から看護師を専従にしてほしいという回答があった。 また、当学会における2025年精神科リエゾンチーム調査においても、看護師を専従可能とした場合、加算の届け出を検討している29施設のなかで17施設（58.6％）が算定可能と回答があった。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	精神科リエゾンチームの構成メンバー 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。		
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	精神科リエゾンチームの有用性はすでに実証されているが、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。	
	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		政府統計2023年6月の総算定回数が8,927回。週1回の算定で、当時の算定施設が251施設であり、一チーム週当たりの平均算定回数は約9回（8927÷4÷251＝8.9）となる。 看護師が専従要件に入ることにより施設基準を満たし、加算の届け出をできる施設が約20施設はあると推測される（参考文献3）。したがって算定可能となった施設分の増加が見込まれる。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	8927(回／月)×12(月)＝107,124(回)であり、延べ人数が107,124(人)	
	見直し後の症例数（人）	8927(回／月)×12(月)＝107,124(回)に、20施設×週平均9(回)×52(週)＝9,360(回)が加わり116,484(回)であり、述べ人数が116,484(人)	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	107,124(回)	
	見直し後の回数（回）	116,484(回)	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		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。加算取得施設は2024年11月時点で262施設である。精神科リエゾンは総合病院精神科における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）	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		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	該当なし	
	見直し後	該当なし	
	その根拠	該当なし	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	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	
	具体的な内容	該当なし	
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（＋）	
	予想影響額（円）	28,080,000(円)	
	その根拠	加算の増額は（116,484－107,124）×300点×10円＝28,080,000(円)、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	－	
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		なし	

⑭参考文献 1	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 2	1) 名称	日本総合病院精神医学会 無床総合病院精神科リエゾンチームアンケート調査（2021）
	2) 著者	日本総合病院精神医学会無床総合病院精神科委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本総合病院精神医学会無床委員会（内部資料）
	4) 概要	無床総合病院精神科において精神科リエゾンチーム加算を算定している75施設に対してアンケート調査（2021年7月1日～10月30日に介入したケース）を行い、回答のあった45施設について検討した。自由記載のなかで5施設から看護師を専従希望という回答があった。
⑭参考文献 3	1) 名称	日本総合病院精神医学会 精神科リエゾンチームに関する調査（加算の届け出をしていない医療機関対象）（2025）
	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診療報酬問題委員会（内部資料）
	4) 概要	精神科リエゾンチーム加算の届け出をしていない医療機関にアンケート調査を行い92施設から回答があった。その結果、加算の算定を検討している29施設のうち、チーム構成員のうち看護師を含めた薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師のうちいずれかひとりを専従（他は専任）とすれば算定できると答えた施設が17施設（58.6%）あった。
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	—

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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、現在専従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

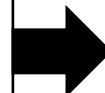
【有効性及び診療報酬上の取扱い】

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

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A291203	
提案される医療技術名		精神科身体合併症管理加算の対象疾患の改定	
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４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直し（今回は技術名を明確化した）	
	追加のエビデンスの有無	無	
診療報酬区分		A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号		A230-3	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	○	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（１～５のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載			
提案される医療技術の概要（200字以内）	実臨床に即して身体合併症管理加算の対象疾患として以下を追加する。深部静脈血栓症、血球減少症、急性期の脳血管障害（意識障害なし）、重度の褥瘡（ステージⅢ以上）、重症薬疹、臃胸、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		
文字数：198			
再評価が必要な理由	精神科身体合併症管理加算は、精神科病床上における精神疾患、身体疾患両面からの治療を評価した加算である。2008年の新設以降、増点、DPC機能評価係数Ⅱでのポイント化、対象疾患の追加、算定期間の延長が行われてきたが、対象となる身体疾患が十分ではない。提示した疾患は、既に加算対象となっている他の疾患と同等もしくはそれ以上に重症度や治療側の負荷が高く、身体管理のために多くの人的配置や厳重なモニタリング、頻回の検査などを要するものである。幅広く質の高い身体合併症医療を実現するために、実臨床に即した対象疾患の拡大が必要と考えられる。		

【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）	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。また、対象疾患の摂食障害についてはBMIが13から15未満に緩和されたが、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）があるが、近年のCOVID-19も含め、以下疾患を対象とし、臨床の現実に見合うものとしたい。 ・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 ・臃胸、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） ・骨盤骨折（手術または直達・牽引以外） ・COVID-19
------------------------------	---

②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		現在、加算の対象となっている疾患は以下となる。 ・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	
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）		A230-3	
医療技術名		精神科身体合併症管理加算	
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	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た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。	
	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		政府統計によると2023年6月の合計算定回数が30,328回（7日以内）、21,800回（8～15日以内）。年間363,936回（7日以内）＋261,600回（8～15日以内）＜年間で625,536回＞ 本加算を取得している1137施設（2024.11現在）において、全ての要望項目が対象となれば年間約15%の算定数の増加が見込まれる（参考文献2）。対象疾患の増加分の算定回数が増す。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	一施設当たりの加算対象数	
	見直し後の症例数（人）	一施設当たりの加算対象数の約15%増加の見込み	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	625,536回	
	見直し後の回数（回）	625,536回×1.15＝719,366回	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		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。	
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	・精神科を標榜する保険医療機関の病院であること。 ・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	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	当該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	
	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		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	該当なし	
	見直し後	該当なし	
	その根拠	該当なし	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	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	
	具体的な内容	該当なし	

⑩予想影響額	プラスマイナス	増（＋）
	予想影響額（円）	363,600,000(円)
	その根拠	政府統計によると2023年6月の合計算定回数が30,328回（7日以内）、21,800回（8～15日以内）。年間363,936回（7日以内）、261,600回（8～15日以内）＜年間で約 $364,000 \times 450 \text{点} \times 10 + 262,000 \times 300 \text{点} \times 10 = 2,424,000,000$ ＞全ての要望項目が対象となれば年間約15%の算定数の増加が見込まれる（参考文献2）。よってプラス分は、 $2,424,000,000 \times 0.15 = 363,600,000$ （円）となる。
	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		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		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	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。
⑭参考文献 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	貫井祐子、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＞
⑭参考文献 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	－
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	－

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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広がることで、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

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A295101	
提案される医療技術名		摂食嚥下障害支援体制加算	
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	
		29脳神経外科	
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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４年度	
	提案当時の医療技術名	栄養・摂食嚥下管理加算	
	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： 200		入院時に摂食嚥下機能のスクリーニングを行うことで、食形態の調整や摂食嚥下リハビリテーション等への適切な対応につなげることが可能になり、誤嚥性肺炎や窒息を予防することができる。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、陽性と判断された場合は、専従の摂食嚥下障害看護認定看護師か言語聴覚士が二次スクリーニングを実施する。その結果、必要に応じて摂食嚥下チームつなげるシステムに対する加算である。	
対象疾患名		摂食嚥下障害	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数： 285		高齢者は、加齢に伴い摂食嚥下機能が低下するため、入院などで環境変化や食事形態の変更などがきっかけで誤嚥性肺炎を発症する割合が高い。また、口腔咽頭がんや脳血管疾患の既往、に起因した摂食嚥下障害のリスクを持つ高齢者や、重症心身障害などで機能低下が進行している方が存在する。これらの方が、何かしらの治療を目的として入院した場合、摂食嚥下障害の存在を把握しないまま入院生活を進めると、誤嚥性肺炎や窒息などをきたし、入院が長期化することもある。そのため、入院時に摂食嚥下機能評価を行うことで、誤嚥や窒息のリスクが高い状態で入院する患者に、早期から適切なサポートを行うことができる。	

【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		入院患者全員	
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）		入院時（入院48時間以内）にEAT-10や水飲みテストなどの摂食嚥下機能のスクリーニングを行い、その結果が陽性であった場合は専従の摂食嚥下障害看護認定看護師か専従の言語聴覚士が機能評価を行う。その結果、必要な症例には多職種で構成された摂食嚥下チームが介入し摂食機能療法に繋げる。その体制に対する診療報酬である。	
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	その他（右欄に記載する。）	なし
	番号	なし	
	医療技術名	なし	
	既存の治療法・検査法等の内容	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		入院中の誤嚥性肺炎、窒息が減少する。それに伴って在院日数の減少が見込まれる。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	入院時スクリーニングを行なった群と行わなかった群ではスクリーニングを行なった群が有意に肺炎が少ない	
		1b	
	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。）	Canadian Stroke Best Practices, 2018, カナダ脳卒中協会, 嚥下スクリーニングは、急性脳卒中治療を受ける患者を含め、病院到着後24時間以内に行うのが理想的である。

⑥普及性	年間対象患者数(人)	103万人/月 (1236万人/年)	
	国内年間実施回数 (回)	103万回/月 (1236万回/年)	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		厚生省の2020年患者調査で退院数が103万人/月 (1236万人/年) であったため、入院数も同程度と考える。	
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)		摂食嚥下機能のスクリーニング方法は確立しており、摂食嚥下障害看護認定看護師が病院看護師に教育をすれば実施することができる。質問紙で行うことも可能であるため難易度は高くない。	
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	摂食嚥下チームに関わる診療科 (耳鼻科、リハビリテーション科、脳神経外科などがある) 摂食機能療法の適応となる嚥下障害を診断する検査 (嚥下内視鏡、嚥下造影) が可能	
	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)	摂食嚥下障害看護認定看護師1名以上に加え、摂食嚥下チームを構成する職種 (医師1名、言語聴覚士1名、管理栄養士1名以上) がいること	
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	なし	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		スクリーニングテストでリスクを確認し、より大きなリスクを防ぐための体制である。	
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		超高齢化社会であり、摂食嚥下機能が低下している者も多いため社会背景として妥当	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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)	30点	
	その根拠	看護師の平均時給が約1800円、スクリーニングに10分～15分程度時間要するため。	
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術 (③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む)	区分	区分をリストから選択	
	番号	なし	
	技術名	なし	
	具体的な内容	なし	
予想影響額	プラスマイナス	減 (－)	
	予想影響額 (円)	年間875, 000, 000円の診療報酬の節約	
	その根拠	対象は認定看護師1000人が働く病院と想定し、1病院につき月10417人、年間125000人、37, 500, 000円の費用を要する。しかしそれにより減少できる肺炎症例数をその2% (参考資料では3%だが少なめに試算) とすると、年間2500肺炎の減少。DPCで肺炎が合併した場合の増額を平均70万円と置いて1, 750, 000, 000円の医療費の節減に寄与。37, 500, 000との差額は1, 712, 500, 000円となる。スクリーニングの結果の二次検査や摂食機能療法の費用を推定してその半額の寄与とした。	
	備考	不明	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 (主なものを記載する)		なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険 (医療保障) への収載状況		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		東邦大学看護学部小児看護学研究室 荒木 暁子	

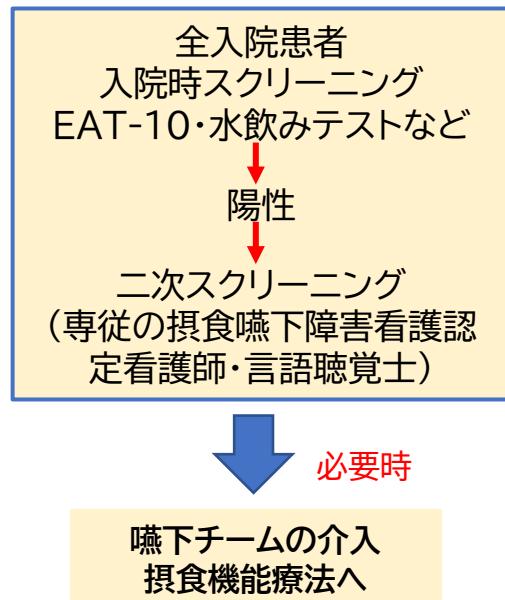
⑩参考文献 1	1) 名称	Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018
	2) 著者	Teasell R, Salbach NM (Writing Group Chairs) on Behalf of the Canadian Stroke Best Practice Recommendations STROKE REHABILITATION Writing Group
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	5
	4) 概要	理想的には、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り、急性期脳卒中治療を受ける患者も対象となります。
⑩参考文献 2	1) 名称	大学病院における入院時全例嚥下スクリーニングの導入
	2) 著者	北村守正
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	嚥下医学 2019; 8 (1):103—111
	4) 概要	全入院患者に嚥下スクリーニングを行なったら窒息が無くなった。
⑩参考文献 3	1) 名称	Formal Dysphagia Screening Protocols Prevent Pneumonia.
	2) 著者	Judith A
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Stroke, 2005, 36:1972-1976.
	4) 概要	嚥下障害スクリーニングを実施している施設の肺炎発症率 (2.4%)は、実施していない施設(5.4)より有意に肺炎発症率が低かった。
⑩参考文献 4	1) 名称	急性期病院高齢患者における摂食嚥下障害スクリーニング質問紙票 EAT-10 で評価した嚥下障害と低栄養の関連
	2) 著者	松尾晴代
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本静脈経腸栄養学雑誌、2016、3(15)、1141-1146
	4) 概要	急性期病院に入院した高齢者103人のうち、EAT-10で26.2%で摂食嚥下障害が示唆された。
⑩参考文献 5	1) 名称	急性期に誤嚥性肺炎を合併した大腿骨近位骨折患者の臨床的特徴と帰結
	2) 著者	田積匡平
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	保健医療学雑誌、2017、8(2)、96-103
	4) 概要	大腿骨近位骨折患者の15%に誤嚥性肺炎を認めた。経口摂取困難や在院日数が長期化した。

※⑩については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。



【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

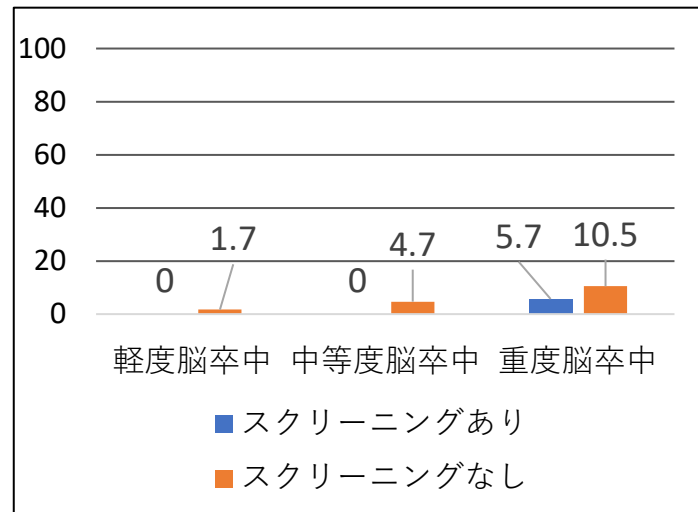
年齢別の入院肺炎全体における誤嚥性肺炎(ASP)と誤嚥性肺炎以外のすべてのタイプの肺炎(非ASP)の割合は、高齢者ほど入院中に誤嚥性肺炎になりやすい。(Teramoto S et al 2008)

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%がEAT-10で3点以上の評価となり、嚥下障害が示唆された。(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

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A297101	
提案される医療技術名		精神科地域連携加算の新設	
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）	13外科	
		01内科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		無	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	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）		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。	
文字数： 137			
対象疾患名		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入院した、身体合併症を有する精神疾患患者。	
保険収載が必要な理由（300字以内）		現在、医療政策として掲げられている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」の構築には、身体合併症を有する精神疾患患者における医療連携も含まれる。しかし、精神症状への対応が常時可能な一般病院（常勤精神科医が勤務する総合病院）の不足や偏在により、身体合併症を有する精神疾患患者は適切な医療連携を地域で受けづらい状況にある。そこで、一般病院で精神科医や公認心理師等が行った治療とケアが、精神科医療機関及びかかりつけ医（家庭医）での外来治療や介護施設において途切れることなく継続されるよう、一般病院精神科が患者の退（転）院時に行った外部医療機関や介護施設等との連携に対する診療報酬を新設する。	
文字数： 300			

【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等		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となり、身体合併症の加療を受けた上で、外部医療機関や施設等に紹介された精神疾患患者。	
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）		身体合併症を有する精神疾患患者が総合病院に入院し、身体疾患の加療を受けて退院・転院となった際、入院加療を行った身体科から地域医療機関等に提供される診療情報は、主にその身体疾患の加療経過に関するものである。しかし、身体合併症の再発やそれに伴う精神症状の増悪を予防するためには、精神科医が身体合併症に応じてどのような専門的配慮から向精神薬を処方調整したか、また、公認心理師等が精神面のケアをどのように行ったか等の医療情報提供が併せて必要である。そこで、紹介先医療機関やかかりつけ医（家庭医）や介護施設およびサービスを提供する行政機関等においても総合病院入院時の専門的配慮が継続されるよう、総合病院内で精神科を含む複数科が診療を行った場合、精神科医や公認心理師等が行った治療とケアの内容に基づき、患者の退院・転院時に専門的見地から情報提供を行うことで、紹介先の外部医療機関や介護施設および保健福祉機関等との連携を行う。	
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も、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。）	なし
	番号	なし	
	医療技術名	なし	
	既存の治療法・検査法等の内容	現在同内容の加算は無い（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）	
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いる。身体面・精神面の双方から切れ目ない情報共有を促進し、同システムの達成を目指すことは、地域医療機関、介護福祉施設、行政機関等に対して有用性と新規性が高い。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	日本総合病院精神医学会無床委員会報告	
		6	
	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。）	「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き 地域共生社会を目指す市町村職員のために 詳細版（2021年度版 52P）」では、身体疾患と精神疾患の合併は非常に多く地域にとって大きな課題であること、実際には精神科医療機関での身体疾患管理は十分ではなく、かつ身体科医療機関では精神障害への対応は難しいこと、対応策として精神科と身体科医療機関の連携強化が必要であること等が、強調されている。

⑥普及性	年間対象患者数(人)	20,245人	
	国内年間実施回数(回)	15,000回	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		全国における年間リエゾンチーム算定回数(週1回)105,278回(参考文献1)、リエゾンチーム介入患者入院平均日数36.4日(参考文献2)から、年間のリエゾンチーム介入患者数を推定。リエゾンチーム介入を行うような精神的課題を持った身体疾患患者が地域医療機関等に紹介されたとした場合、その3/4が同加算対象になるものとして試算した。36.4÷7＝平均5.2回の算定回数。105,278÷5.2×3/4＝15,000回	
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)		総合病院入院中の精神疾患患者への精神的加療やケアの重要性については、精神科リエゾンチームの普及等に伴い、総合病院精神医学に長けた医師の中では周知のものとなっている。一方で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を前提とした、転院・退院時における地域医療や保健福祉との連携については、地域ごとのシステム構築が未だ途上であることも相まって課題が多い。本加算によって、一般医療と精神医療の連続性を維持することの重要性が周知されれば、前述の総合病院精神医学に長けた医師の専門性を以て、地域包括ケアシステムの構築がより推進されるものと思われる。	
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	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。	
	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)	5年以上の経験を有する精神科医が、少なくとも週3日以上勤務していること。	
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	診療情報提供書およびそれに類する書面を作成する際には、当該患者の精神的治療経過に係る診療情報を、身体的加療経過を十分踏まえて記載すること。	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		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)		問題なし	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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)	200点	
	その根拠	該当なし	
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	該当なし
	番号	該当なし	
	技術名	該当なし	
	具体的な内容	該当なし	
予想影響額	プラスマイナス	増(+)	
	予想影響額(円)	30,000,000円	
	その根拠	15,000回×2,000円＝30,000,000円	
	備考	なし	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(主なものを記載する)		該当なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況		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		該当なし	
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		なし	

⑬参考文献 1	1) 名称	第9回NDBオープンデータ 医科診療行為算定回数
	2) 著者	厚生労働省
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00014.html
	4) 概要	NDB（ナショナルデータベース）によって、2022（令和4）年4月～2023（令和5）年3月診療分の医科診療報酬がオープンデータとしてまとめられている。
⑬参考文献 2	1) 名称	当院における4年間の精神科リエゾンチーム活動の成果と課題
	2) 著者	福岡好重、片桐建志、岡田七津子、土屋 真弓、小出ひろ美、荒井 宏
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本総合病院精神医学会雑誌、2017年、29巻4号、336-344
	4) 概要	精神科リエゾンチーム活動を開始してから4年目に、せん妄の入院日数の比較、看護師へのアンケート調査を行い、チーム活動の成果に関する検討を行った。
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	—
⑬参考文献 4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑬参考文献 5	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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】

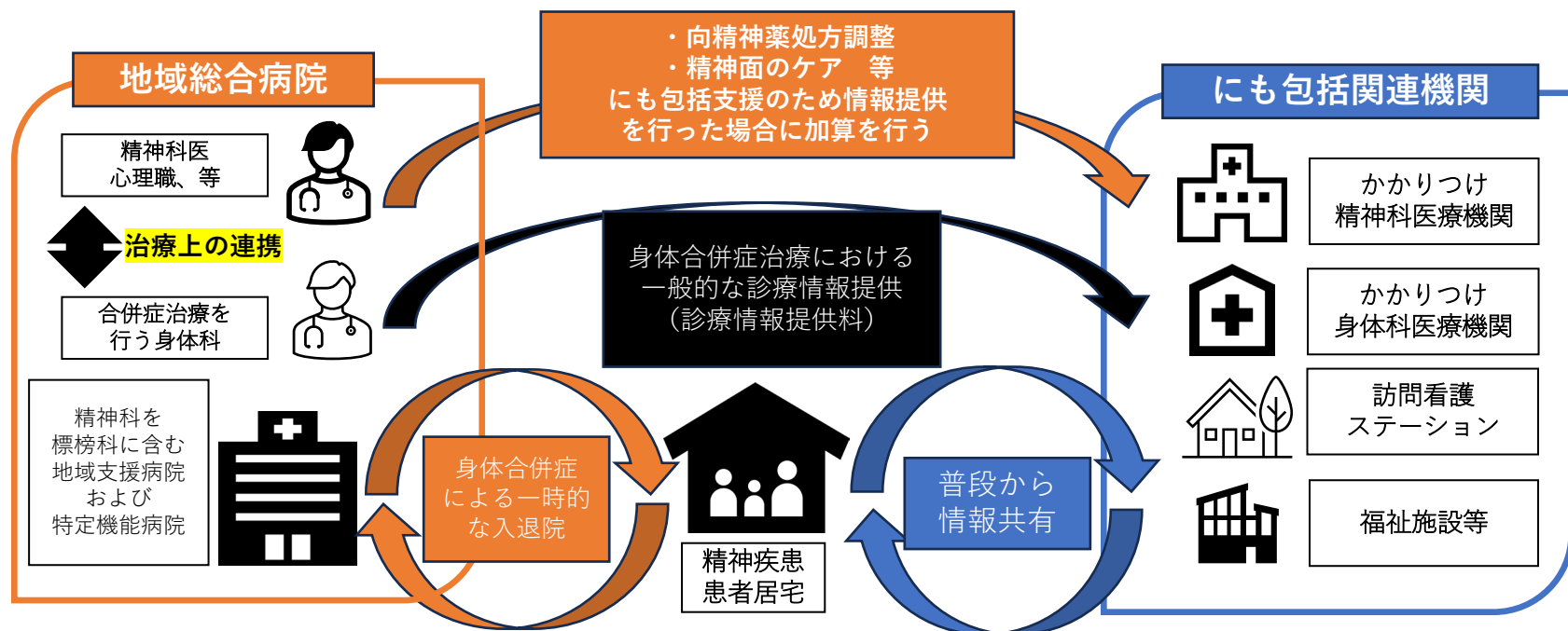
精神科を標榜科に含む地域支援病院および特定機能病院に入院した、身体疾患を合併した精神疾患患者。

【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。



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A297201	
提案される医療技術名		精神科救急・合併症入院料の改定（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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４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 算定要件の見直し（適応）	○	
	１－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	１－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	２－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	２－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	３ 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	４ 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	５ 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	６ その他（１～５のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「６ その他」を選んだ場合、右欄に記載		
提案される医療技術の概要（200字以内）	施設基準として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割以上に緩和し、「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ないし年間救急車搬送4,500件以上受入」に変更し、対象身体疾患を見直す。また、算定対象外患者を現在の15対１から10対1精神科棟入院基本料で算定する。		
文字数： 154			
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全国で12施設を数えるのみで全く増えていない。最も大きな原因はこの入院料が精神科救急入院料を基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。隔離室を含む個室の割合の条件を緩和し、また救命センターを有していなくても救急車受入件数を本邦の平均である年間4,500件以上を受け入れていれば救命センター設置と同等の救急医療を担っていると判断されるため、その基準を追加し、さらに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）	精神科救急・合併症入院料における施設基準と算定要件を以下のように緩和することで、算定施設の増加を目指す。 ・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割以上に緩和すること。個室または合併症ユニットが5割以上ないと精神科救急や身体合併症に対応できないという理論のほうが根拠に乏しく、逆にこの基準が施設算定できない大きな足かせの１つとなっている。 ・「救命救急センター設置」については「救命救急センター設置ないし年間救急自動車搬送受入4,500人以上」と変更する。添付資料1/2によると令和4年の日本全国の救命救急センターの年間の救急車搬送受入件数の平均は1施設あたり4,620件、中央値は4,343件であったことから、「年間救急車搬送4,500件以上」であれば救命救急センター設置施設相当の救命救急患者を受け入れていると考えられるため。 ・DPCI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：現在の15対1から10対1精神科棟入院基本料で算定する。その根拠としては、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ため、算定外の患者に対しても10対1で算定するのが妥当である。 算定施設が増加することで、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、充実化が期待できる。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	施設基準：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、精神科棟入院基本料の15対１入院基本料を算定する。
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）	A311-3
医療技術名	精神科救急・合併症入院料

③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	精神科救急・合併症入院料算定施設はわずかに12施設である。算定の大きな妨げになっている施設基準、出来高診療の見直しが必要である。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、算定対象外患者については15対1ではなく10対1精神病棟入院基本料で算定するのが妥当である。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（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		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。現在全国で12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。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	12(病棟)×新入院患者300(人)＝3,600(人)	
	見直し後の症例数（人）	20(病棟)×新入院患者300(人)＝6,000(人)	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	該当なし	
	見直し後の回数（回）	該当なし	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		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。	
・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）	「救命救急センター設置」については「救命救急センター設置ないし年間救急自動車搬送4500件以上」と変更する。	
	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）	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。	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	DPCI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。	
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	871点（当該入院料算定対象外患者）	
	見直し後	1,271点（当該入院料算定対象外患者）	
	その根拠	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。	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	
	番号	該当なし。	
	技術名	該当なし。	
	具体的な内容	該当なし。	
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（＋）	
	予想影響額（円）	144,000,000（円）	
	その根拠	算定外患者についての影響額について、12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×12病棟＝144,000,000（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	救急医療提供体制の現況調べ（令和4年実績）について
	2) 著者	厚生労働省
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_50431.html
	4) 概要	令和4年の日本全国の救命救急センター各施設の年間の救急車搬送受入件数の平均は4620件、中央値は4343件であった。
⑭参考文献 2	1) 名称	有床総合病院救急車受け入れ数施設アンケート調査
	2) 著者	日本総合病院精神医学会有床総合病院精神科委員会
	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	アンケート調査の結果、救命救急センターは設置していないが「年間救急自動車搬送4,500件以上」を受け入れていたのは12施設中5施設であった。
⑭参考文献 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	—
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	—

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

【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

【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。

【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。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A706201	
提案される医療技術名		「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	
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	
		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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和６年度	
	提案当時の医療技術名	「重症度、医療・看護必要度」における評価項目及び評価基準の見直しに関する提案	
	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			
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（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			
提案される医療技術の概要（200字以内）		内科系症例における診断や治療の複雑さが「重症度、医療・看護必要度」において適正に評価できるよう、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（別添 6 基本診療料の施設基準等に係る別紙 7 の別表 1）に、添付 1 に記載の診療行為及び医薬品を追加する。	
文字数： 145			
再評価が必要な理由		重症度、医療・看護必要度現行の現行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おらず、「医療ニーズ」が適切に評価されていない。基準を満たす該当患者の割合が、内科系疾患で入院する患者と、外科系疾患で入院する患者との間で大きな差があることに、その課題が浮き彫りになっている（内保連医療技術負荷度調査において450万件超のDPCデータを用い分析を行ったところ、該当患者の割合は内科系患者（手術なし症例）の15.5%に対し外科系患者（手術あり症例）では39.8%で、同じ療養担当規則で入院の可否を決めているにも関わらず倍以上の差が開く結果となった。この格差は過去2回の改定のたびに広がってきた。） 今般、97施設から収集した上記DPCデータを用いて、内科系の負荷度の高いDPC分類（＝内保連負荷度ランクE及びDに該当するDPC分類）の症例において頻回に行われる傾向にある診療行為及び使用される傾向にある医薬品を特定の上、これらの特定した診療行為及び医薬品について、関連領域の専門家がモラルハザードの懸念が少ないことや補足する項目が無いかな等を確認し、それらを重症度、医療・看護必要度の評価対象に追加して該当割合の変化をシミュレーションした。シミュレーションの結果、該当患者の割合は内科系患者19.4%、外科系患者42.2%となり、過去2回の改定で広がった格差の縮小が認められたとともに、内保連負荷度ランクE及びDの該当割合がそれぞれ10.8、4.2%ポイント改善した。入院の判断は、療養担当規則に基づき入院が「療養上必要があると認められる場合」に行われるゆえに、内科系が外科系に対して一貫して安易に入院による加療をしていることは想定しづらく、このような状態が続くと、手術をしない内科系の患者に対して適切な医療資源の投入が困難となり、粗診粗療による国民の不利益につながるおそれがある。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	1) 具体的な内容： 添付文書①の診療行為及び医薬品を評価対象に追加 2) 根拠 ・選定にあたり、次のような点を考慮した：①内保連の保有するビッグデータを用いて、データに格納されている診療行為及び医薬品について算定回数を算出し、医療技術負荷度調査（内保連）で決定した医師の負荷が高いDPC分類（負荷度ランクD、E）において実施される割合が高い診療行為及び医薬品を選定した、②領域のエキスパートの医師に、臨床的な観点からみた負荷の実態に照らして選定が妥当かどうか、補足する項目が無いかな、またモラルハザード等が発生しないかの観点からレビューを依頼し、対象を精査した、③外来でも頻回に行われる診療行為・医薬品を除いた。 ・当学会の大規模データでシミュレーションを実施したところ、外科系の症例（手術あり症例）と内科系の症例（手術なし症例）の重症者判定の割合の差が24.3ポイントから22.8ポイントに縮まった（39.8% vs 15.5% → 42.2% vs 19.4%）。 3) その他 ・令和6年度改定での重症度・医療・看護必要度の変更が、内科系医師の負荷が高いDPC分類においてどのような影響を与えたか内保連で評価を行ったところ、急性白血病のように該当患者割合が増加した分類も存在したが、減少した分類が過半数を占めていた。（参考文献 1） ・独立行政法人福祉医療機構が公開した「2024年度 診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果」において、急性期一般入院料1の施設基準の見直しのうち、もっとも影響のあった項目についての意見として、内科系急性期病院には厳しいという意見が散見された。（参考文献 3）
------------------------------	---

②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		・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。 ・技術内容： 現行の急性期一般入院料1及び特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1では、次の割合①と割合②に該当する患者割合がいずれも定められた基準値を満たす必要がある。今回のシミュレーションでは（割合①）に該当する患者の割合を集計した。 [基準] （割合①）A項目3点以上 又は C項目1点以上 に該当する患者の割合 （割合②）A項目2点以上 又は C項目1点以上 に該当する患者の割合
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）		
医療技術名		「重症度、医療・看護必要度」におけるA項目の評価項目見直しに関する提案
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	医師による臨床的な観点からみた項目変更の根拠の聴取、及びデータ分析の2つの観点から妥当性について検証を行った。 1) 医師による臨床的な観点からみた項目変更の根拠の聴取 別添①に示された診療行為及び医薬品については、内保連負荷度ランクで実施割合が高いDPC分類で実施されていたものを集計、選定したうえで、それぞれについて内科系の各領域のエキスパートから意見を聴取し、患者への侵襲度が高い又は適用がかなり限定される等でモラルハザード（過剰な実施、軽症者への実施等）が誘発されにくい項目であることを確認した。 2) データ分析 内保連実施の内科系負荷度調査で構築した大規模データベース（対象期間：2018年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）でシミュレーションを実施したところ、外科系の症例（手術あり症例）と内科系の症例（手術なし症例）の重症者判定の割合の差が24.3ポイントから22.8ポイントに縮まった（39.8% vs 15.5% → 42.2% vs 19.4%）。
	ガイドライン等での位置づけ	
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加するものではない。
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	変化なし
	見直し後の症例数（人）	変化なし
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	変化なし
	見直し後の回数（回）	変化なし
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		・内科系医師の負荷が高いDPC分類については、内保連医療技術負荷度調査で決定した負荷度ランクD、EのDPC分類であり、内科系医師にとって高負荷の症例であるという点について専門家の間で十分なコンセンサスが得られている。（参考文献2） ・各項目の妥当性については負荷度調査委員会において各項目の概念整理や、現行の評価項目の課題点について専門家による意見集約を実施した。 ・該当患者割合のシミュレーションについては、参加の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る患者（対象期間：2018年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）の大規模なリアルワールドデータを対象とした。 ・追加される項目群は内科系医療技術の根幹にあたるもので、医師の手間や難易度と相關する。
・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）	現行と同様。
	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）	現行と同様。
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	現行と同様。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		本提案により追加的に発生するリスクはない。 入院医療における内科系診療の空洞化を防ぎ得る提案であり、その観点からも安全性の向上に寄与すると考えられる。
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		入院するかどうかの判断は療養担当規則によって行われており、手術の有無のみで該当患者の割合に2倍以上の差がつくことは想定しづらく、格差は尺度の性質に起因するところが大きいと考えられる。 A項目見直しを含む本提案基準は、手術ありの症例と手術なしの症例の該当者割合の格差縮小と、内科系医師の負荷の適正な評価に結びつくもので、粗診粗療を防ぎ医療資源の適正な配分に資するものであり、社会的妥当性がある。
⑧点数等見直しの場合	見直し前	該当せず。
	見直し後	該当せず。
	その根拠	該当せず。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	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・看護必要度に係る項目及び基準の提案であり、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		内科系学会社会保険連合
⑭参考文献 1	1) 名称	令和6年度診療報酬改定 報告と提言 ～重症度、医療・看護必要度に関する検証結果について
	2) 著者	内科系学会社会保険連合
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	p21～24
	4) 概要	内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化について
⑭参考文献 2	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、pxviii～xxii
	4) 概要	内保連負荷度ランクについての解説
⑭参考文献 3	1) 名称	2024年度 診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果
	2) 著者	独立行政法人福祉医療機構
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	p65～66
	4) 概要	今次改定における急性期一般入院料1 の施設基準の見直しのうち、もっとも影響のあった項目についてのアンケート
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	

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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

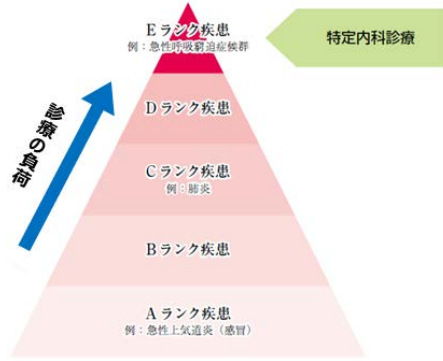
【技術の概要】

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、ボナチニブ塩酸塩 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。



※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）。

【診療報酬上の取扱い】 A-100 入院基本料

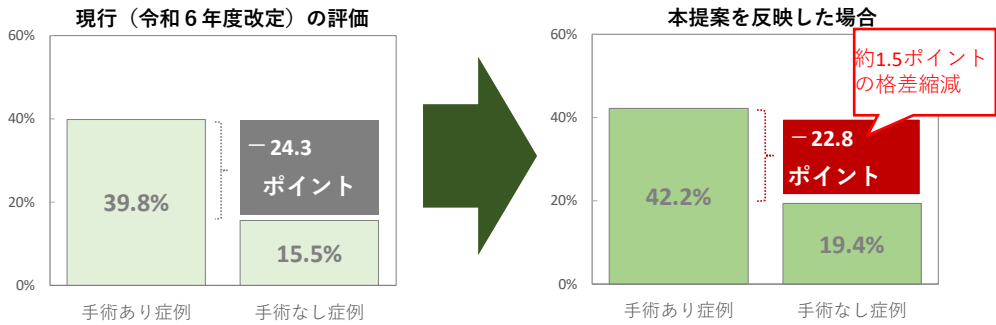
【対象疾患】

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



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A706202	
提案される医療技術名		「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	
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	
		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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和６年度	
	提案当時の医療技術名	「重症度、医療・看護必要度」における評価項目及び評価基準の見直しに関する提案	
	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			
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（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		
提案される医療技術の概要（200字以内）		内科系症例における診断や治療の複雑さが「重症度、医療・看護必要度」において適正に評価できるよう、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（別添6基本診療料の施設基準等に係る別紙7の別表1）に、添付1に記載の診療行為及び医薬品を追加する。	
文字数： 145			
再評価が必要な理由		重症度、医療・看護必要度現行の現行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おらず、「医療ニーズ」が適切に評価されていない。基準を満たす該当患者の割合が、内科系疾患で入院する患者と、外科系疾患で入院する患者との間で大きな差があることに、その課題が浮き彫りになっている（内保連医療技術負荷度調査において450万件超のDPCデータを用い分析を行ったところ、該当患者の割合は内科系患者（手術なし症例）の15.5%に対し外科系患者（手術あり症例）では39.8%で、同じ療養担当規則で入院の可否を決めているにも関わらず倍以上の差が開く結果となった。この格差は過去2回の改定のたびに広がってきた。） 今般、97施設から収集した上記DPCデータを用いて、内科系の負荷度の高いDPC分類（＝内保連負荷度ランクE及びDに該当するDPC分類）の症例において頻回に行われる傾向にある診療行為及び使用される傾向にある医薬品を特定の上、これらの特定した診療行為及び医薬品について、関連領域の専門家がモラルハザードの懸念が少ないことや補足する項目が無いかな等を確認し、それらを重症度、医療・看護必要度の評価対象に追加して該当割合の変化をシミュレーションした。シミュレーションの結果、該当患者の割合は内科系患者19.0%、外科系患者41.8%となり、過去2回の改定で広がった格差の縮小が認められたとともに、内保連負荷度ランクE及びDの該当割合がそれぞれ7.3、4.2%ポイント改善した。 入院の判断は、療養担当規則に基づき入院が「療養上必要があると認められる場合」に行われるゆえに、内科系が外科系に対して一貫して安易に入院による加療をしていることは想定しづらく、このような状態が続くと、手術をしない内科系の患者に対して適切な医療資源の投入が困難となり、粗診粗療による国民の不利益につながるおそれがある。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容 (根拠や有効性等について記載)	1) 具体的な内容： 添付文書①の診療行為及び医薬品を評価対象に追加 2) 根拠 ・選定にあたり、次のような点を考慮した：①内保連の保有するビッグデータを用いて、データに格納されている診療行為及び医薬品について算定回数を算出し、医療技術負荷度調査（内保連）で決定した医師の負荷が高いDPC分類（負荷度ランクD、E）において実施される割合が高い診療行為及び医薬品を選定した。②領域のエキスパートの医師に、臨床的な観点からみた負荷の実態に照らして選定が妥当かどうか、補足する項目が無いが、またモラルハザード等が発生しないかの観点からレビューを依頼し、対象を精査した。③外來でも頻回に行われる診療行為・医薬品を除いた。 ・当学会の大規模データでシミュレーションを実施したところ、外科系の症例（手術あり症例）と内科系の症例（手術なし症例）の重症者判定の割合の差が24.3ポイントから22.8ポイントに縮まった（39.8% vs 15.5% → 41.8% vs 19.0%）。 3) その他 ・令和6年度改定での重症度・医療・看護必要度の変更が、内科系医師の負荷が高いDPC分類においてどのような影響を与えたか内保連で評価を行ったところ、急性白血病のように該当患者割合が増加した分類も存在したが、減少した分類が過半数を占めていた。（参考文献1） ・独立行政法人福祉医療機構が公開した「2024年度 診療報酬改定の影響」に関するアンケート結果において、急性期一般入院科の施設基準の見直しのうち、もっとも影響のあった項目についての意見として、内科系急性期病院には厳しいという意見が散見された。（参考文献3）
--	--

②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		・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。 ・技術内容： 現行の急性期一般入院料1及び特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1では、次の割合①と割合②に該当する患者割合がいずれも定められた基準値を満たす必要がある。今回のシミュレーションでは（割合①）に該当する患者の割合を集計した。 [基準] （割合①）A項目3点以上 又は C項目1点以上 に該当する患者の割合 （割合②）A項目2点以上 又は C項目1点以上 に該当する患者の割合
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）		
医療技術名		「重症度、医療・看護必要度」におけるA項目の評価項目見直しに関する提案
③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	医師による臨床的な観点からみた項目変更の根拠の聴取、及びデータ分析の2つの観点から妥当性について検証を行った。 1) 医師による臨床的な観点からみた項目変更の根拠の聴取 別添①に示された診療行為及び医薬品については、内保連負荷度ランクで実施割合が高いDPC分類で実施されていたものを集計、選定したうえで、それぞれについて内科系の各領域のエキスパートから意見を聴取し、患者への侵襲度が高い又は適用がかなり限定される等でモラルハザード（過剰な実施、軽症者への実施等）が誘発されにくい項目であることを確認した。 2) データ分析 内保連実施の内科系負荷度調査で構築した大規模データベース（対象期間：2018年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）でシミュレーションを実施したところ、外科系の症例（手術あり症例）と内科系の症例（手術なし症例）の重症者判定の割合の差が24.3ポイントから22.8ポイントに縮まった（39.8% vs 15.5% → 41.8% vs 19.0%）。
	ガイドライン等での位置づけ	
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変化するものではない。
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	変化なし
	見直し後の症例数（人）	変化なし
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	変化なし
	見直し後の回数（回）	変化なし
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		・内科系医師の負荷が高いDPC分類については、内保連医療技術負荷度調査で決定した負荷度ランクD、EのDPC分類であり、内科系医師にとって高負荷の症例であるという点について専門家の間で十分なコンセンサスが得られている。（参考文献2） ・各項目の妥当性については負荷度調査委員会において各項目の概念整理や、現行の評価項目の課題点について専門家による意見集約を実施した。 ・該当患者割合のシミュレーションについては、参加の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る患者（対象期間：2018年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）の大規模なリアルワールドデータを対象とした。 ・追加される項目群は内科系医療技術の根幹にあたるもので、医師の手間や難易度と相關する。
・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）	現行と同様。
	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）	現行と同様。
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	現行と同様。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		本提案により追加的に発生するリスクはない。 入院医療における内科系診療の空洞化を防ぎ得る提案であり、その観点からも安全性の向上に寄与すると考えられる。
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		入院するかどうかの判断は療養担当規則によって行われており、手術の有無のみで該当患者の割合に2倍以上の差がつくことは想定しづらく、格差は尺度の性質に起因するところが大いと考えられる。 A項目見直しを含む本提案基準は、手術ありの症例と手術なしの症例の該当者割合の格差縮小と、内科系医師の負荷の適正な評価に結びつくもので、粗診粗療を防ぎ医療資源の適正な配分に資するものであり、社会的妥当性がある。
⑧点数等見直しの場合	見直し前	該当せず。
	見直し後	該当せず。
	その根拠	該当せず。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	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・看護必要度に係る項目及び基準の提案であり、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		内科系学会社会保険連合
⑭参考文献 1	1) 名称	令和6年度診療報酬改定 報告と提言 ～重症度、医療・看護必要度に関する検証結果について
	2) 著者	内科系学会社会保険連合
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	p21～24
	4) 概要	内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化について
⑭参考文献 2	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、pxviii～xxii
	4) 概要	内保連負荷度ランクについての解説
⑭参考文献 3	1) 名称	2024年度 診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果
	2) 著者	独立行政法人福祉医療機構
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	p65～66
	4) 概要	今次改定における急性期一般入院料1の施設基準の見直しのうち、もっとも影響のあった項目についてのアンケート
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	

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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

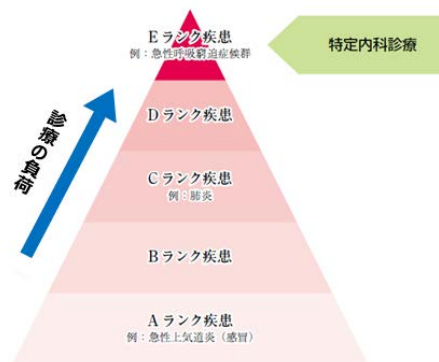
【技術の概要】

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、ボナチニブ塩酸塩 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。



【診療報酬上の取扱い】 A-100 入院基本料

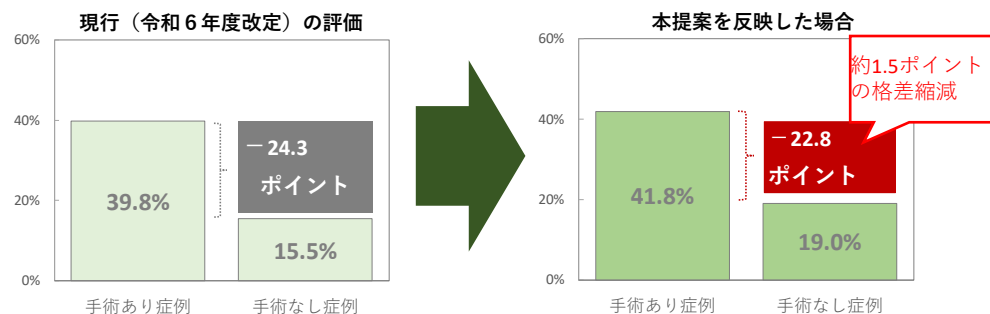
【対象疾患】

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）。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）			
整理番号 ※事務処理用		A706203	
提案される医療技術名		「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	
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）	22小児科	
		21精神科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和4年度	
	提案当時の医療技術名	「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	
	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 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（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			
提案される医療技術の概要（200字以内）		患者の医療ニーズを適切に評価できるよう、重症度、医療・看護必要度のA項目に下記の項目を追加する。 ・検査および画像診断の選択・結果判断・推論の複雑性 ・特定器材の使用の判断 ・注射処方の方針決定の複雑性	
文字数： 194		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。 基準は「A項目2点以上かつB項目3点以上又はA項目4点以上又はC項目1点以上」とする。	
再評価が必要な理由		重症度、医療・看護必要度現行の現行A～C項目について、急性期入院医療における患者の状態や医療ニーズに応じたより適切な評価を行えるようにするため、医師からみた重症さや手間のかかり具合の視点をA項目に盛り込むべきである。 A項目に上記3項目を追加したところ、死亡退院を被説明変数とした性能評価では感度が0.555から0.709に向上した。また、死亡前日数、出来高換算医療費、NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類を用いた性能評価でも、改善傾向を示した。	
【評価項目】			
①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）		1) A 項目の追加 【追加項目】 ・A8 検査および画像診断の選択・結果判断・推論の複雑性・・・下記①②で評価する。いずれか1つに該当する場合は1点、両方該当する場合は2点 ①検査の出来高換算点数600点以上（現行のC項目と重複するレセプト電算コード、ID 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画像診断の出来高換算点数300点以上（薬剤、特定器材を除く。） ・A9 特定器材の使用の判断・・・2点（特定器材の使用の有無で評価。全ての特定器材を対象とする） ・A10 注射処方の方針決定の複雑性・・・1点（当該日の処方開始注射薬の有無で評価。現行のA3「注射薬剤3種類以上の管理」の対象外薬剤を除く。） 【臨床的根拠】 ・実際に診療を行っている医師らに臨床的な観点からみた負荷の実態と、評価が加わる（変更される）ことによる患者のメリットについて、専門家に評価を行ってもらい明確なメリットがあることを確認した。 【統計的根拠】 ・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候補を選出し、百を超えるシミュレーションを元に決定した。 ・死亡退院、死亡前日数、出来高換算医療費、NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類等による評価を行い、明確な改善がみられた。 ・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。 2) A～C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 【基準】 A項目の最大取得点数が10点から15点に増加するため、現行基準の「A項目3点以上」を「A項目4点以上」に変更する。「A項目2点以上かつB項目3点以上」「C項目1点以上」の基準はそのままとする。 【統計的根拠】 ・死亡退院の予測を被説明変数として尺度評価を行った結果、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。また、感度と陽性的中率の総合的な評価（F値）についても0.132→0.143に改善した。	

②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		・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。 ・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4点以上 ・C得点1点以上 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Ⅰ：28%（重症度、医療・看護必要度Ⅱの場合） ・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Ⅰ～Ⅵ、Ⅶ対Ⅰ入院基本料（特定、専門）、看護必要度加算Ⅰ～Ⅲ（特定、専門）、Ⅶ対Ⅰ入院基本料（結核）、総合入院体制加算Ⅰ～Ⅲ、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Ⅰ、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Ⅰ：1,650点、急性期一般入院料Ⅱ：1,619点	
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」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	
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	入院医療の評価は、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がされない非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。 1) A項目（モニタリング及び処置等）の評価項目を見直すべき根拠（参考文献1、参考文献2より） ①A8（「検査および画像診断の選択・結果判断・推論の複雑性」）の根拠： 【臨床的妥当性】・検査における診断初期の鑑別診断は多岐にわたり、医師の知識的判断の負荷が非常に高い。 ・合併症の多い患者や重症度の高い致死性疾患などでも頻回の検査が必要となる。 ・造影剤使用などにおいて医師は事前に禁忌事項等を詳細に検討して患者の了承を得る必要があり相応の負荷がかかる。 ・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。 【統計的妥当性】・検査の出来高換算点数が600点以上、画像診断の出来高換算点数が300点以上の患者について、治療方針決定にかかる所要時間が有意に長くなる傾向がみられた。 ②A9（「特定機材の使用の判断」）の根拠： 【臨床的妥当性】・特定機材を用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。 【統計的妥当性】・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。 ・特定器材を使用している患者について、治療方針決定にかかる所要時間が有意に長くなる傾向がみられた。 ③A10（「注射処方の方針決定の複雑性」）の根拠： 【臨床的妥当性】・注射処方の内容は、患者の病状だけでなく併存症やアレルギー歴、検査結果や薬物相互作用などの様々な要因の分析と、多職種・診療科間の連携という複雑な過程により決定される。 【統計的妥当性】・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。 2) 見直ししたA項目～C項目の得点による「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 ・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。陽性適中率（0.075→0.080）、F値（0.132→0.143）についても改善が認められた。 以上1）、2）より、本提案をもとにA項目を見直した場合、患者の状態や医療内容に応じた適切な医療資源の評価が改善され非効率な医療や粗診粗療の防止につながると考えられる。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	内保連グリーンブックver.2 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（上記の資料をベースに提案項目の一部見直しを行ったのが本提案書である。）
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		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。 よって変化なしと推定した。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	変化なし	
	見直し後の症例数（人）	変化なし	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	変化なし	
	見直し後の回数（回）	変化なし	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		・全日本病院協会や日本医師会、厚労省保険局医療課、医系議員の方々と意見交換を行い、現場の負荷を考え、提案項目はEFファイルから算出可能な項目で構成した。 ・各項目の妥当性について負荷度調査委員会において各項目の概念整理や、現行の評価項目の課題点について専門家による意見集約を実施した。尺度評価については、参加の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る患者（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）のデータを対象とした。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。 ・追加される項目群はいずれも患者の重症度や症状の複雑性を反映するものである。	
・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）	現行と同様。	
	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）	現行と同様。	
	その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	現行と同様。	

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		本提案により追加的に発生するリスクはない。 追加される項目群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り、医師の負荷が適切に評価されることで安全性の向上に寄与すると考えられる。	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		A項目見直しを含む本提案基準は、死亡退院、死亡前日数、出来高換算医療費、NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類などの各指標を用いた性能評価において改善傾向を示している。本提案基準を用い重症者を判定した場合、医療ニーズが高い患者について、現行基準より漏れが少なく判定が行われることが期待できる。 A11の対象薬剤の定義はA3と同一であり、本項目の追加で不要な処方によるモラルハザードは発生しにくいと考えられる。 また本提案は粗診粗療及び非効率な医療を防ぎ、医療資源の適正な配分に資するものであり、社会的妥当性がある。	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	該当せず。	
	見直し後	該当せず。	
	その根拠	該当せず。	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術(当該医療技術を含む)	区分	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・看護必要度に係る項目及び基準の提案であり、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		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.2 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.2 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、2022年、11月、pp. 2-13, 34-35	
	4) 概要	重症度、医療・看護必要度の改良に関する提言を行っている。本提案でA項目に追加すべきとしている3項目それぞれについて、概念の整理、臨床的な観点からみた項目変更の根拠および患者のメリット、データ分析からみた項目変更の根拠、具体的な評価方法を記載している。	
⑭参考文献2	1) 名称	内保連グリーンブック 2022年 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 Ver. 2追加資料 概要図および医療技術提案書(2023年8月2日版)に係る追加集計について	
	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	参考文献1をもとに、本提案にあわせた統計的根拠の再集計、および各指標の評価を行った。	
⑭参考文献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	—	
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	—	

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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、より正當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			※1: 現行のC項目と重複するレセプト算コード、旧A4「心電図モニターの管理」のレセプト算コード、薬剤、特定器材を除く。
		0点	1点	2点	
A1	創傷処置	なし	あり	—	※2: 薬剤、特定器材を除く。
A7	緊急に入院を必要とする状態	なし	—	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	※3: A3「注射薬剤3種類以上の管理」の対象外薬剤を除く。
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	—	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	—	
現行の基準		提案する基準			
以下のいずれかに該当		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2点以上かつB項目3点以上			
・A項目3点以上		・A項目4点以上			
・C項目1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

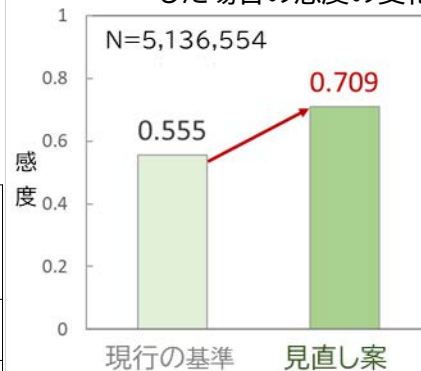
【対象疾患】

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。

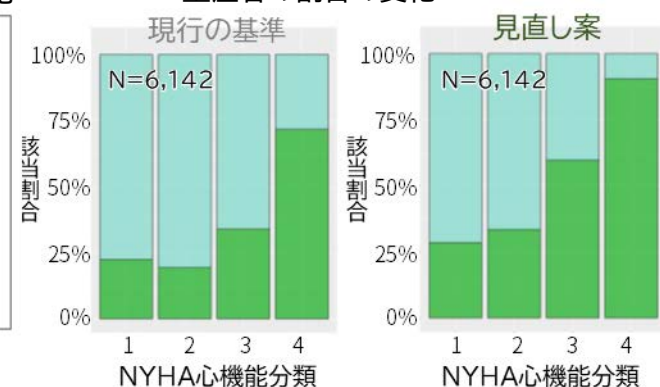
【既存制度との比較、有効性】

- 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。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A712101	
提案される医療技術名		脳卒中相談窓口患者サポート加算	
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	-
	関連する診療科（２つまで）	29脳神経外科	-
		36リハビリテーション科	-
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和４年度	
	提案当時の医療技術名	脳卒中相談窓口患者サポート加算	
	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：196		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。	
対象疾患名		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（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他の脳血管疾患）および一過性脳虚血発作の入院患者	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数：295		2020年10月に「循環器病対策推進基本計画」が策定され（参考文献1）、その中の「保険、医療及び福祉に係るサービスの提供の充実」には医療・福祉・介護の連携など一次予防～急性期～回復期～維持期（生活期）のシームレスな対策が重視されている。また、過去の報告から、患者や家族への適切な情報提供と相談支援がQOLを高めることが示唆されており、求められる項目は再発予防、リハビリテーション、介護、福祉、治療と仕事との両立、心理サポート、緩和ケアなど多岐にわたる。すなわち、患者およびその家族へのタイムリーな情報提供と相談支援が不可欠であり、その窓口では多職種が協働して取り組むことが求められる。	

【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		一次脳卒中センターに入院した発症7日以内の脳卒中（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他の脳血管疾患）、一過性脳虚血発作	
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）		脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他の脳血管疾患、一過性脳虚血発作等の患者およびその家族に対して、専門の医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、薬剤師等を含めた多職種により、再発予防、医療連携、リハビリテーション、介護、福祉、心理サポート、障害手帳、経済的支援制度、患者会（ピアサポート）、治療と仕事の両立、緩和ケア、などに関する情報提案および相談支援を行う。	
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	A234-3, A234-4	
	医療技術名	患者サポート体制充実加算（入院初日）、重症患者初期支援充実加算	
既存の治療法・検査法等の内容		医療従事者と患者との対話を促進するため、患者又はその家族等（以下この項において「患者等」という。）に対する支援体制を評価したものであり、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。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。 重症患者初期支援充実加算は、集中治療領域において、患者の治療に直接関わらない専任の担当者（以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。）が、特に重篤な状態の患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院した日から起算して3日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる治療室に入院又は転棟した日のことをいう。	

④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		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ている。年次報告の結果では、2022年度から2023年度は脳卒中相談窓口の設置施設は251から291施設に増え、支援患者数は約60,000人から100,000人に増加しており、必要性が高まっている。是非とも診療報酬の裏付けが欲しい。	
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	過去の報告より、介護、長期的なリハビリテーション、心理サポート、治療と仕事の両立、訪問サービスのニーズが高いことが示された。一方で患者・介護者はアクセスのし難さを感じており、ワンストップの脳卒中相談窓口を設置することがこれらの問題を改善できる可能性が示唆された。また、タイムリーで的確な相談支援や情報提供が、患者のQOLや家族の機能を高められることが示唆されている（参考文献2～5）。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	脳卒中相談窓口マニュアル（chrome-extension://efaidnbmnnnibpcapjcpglclefindmkaj/https://www.jsts.gr.jp/img/consultation_manual_ver3.0.pdf）を作成している。相談窓口で情報提供、支援すべき内容を多職種で書き込んでいる。
⑥普及性	年間対象患者数(人)	120,000人	
	国内年間実施回数（回）	240,000回	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		2023年度の全国291脳卒中相談窓口での支援患者数合計が約100,000人であった。増加を見込んで120,000人と見積もる。	
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）		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相談窓口で多職種が連携し、それぞれの専門分野に関する情報提供や相談支援を実施する。	
・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）	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（専従でなくともよい、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 6. 脳神経外科的処置が必要な場合、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	
	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）	脳卒中相談窓口では上記に加え、以下の条件を加える。 ・日本脳卒中学会が実施する「脳卒中相談窓口多職種講習会」を受講した脳卒中療養相談士が1名以上配置されている ・日本脳卒中学会専門医が責任者である ・脳卒中に精通した看護師、医療ソーシャルワーカーがそれぞれ1名以上配置されている ・日本脳卒中学会が作成した「脳卒中相談窓口マニュアル」に沿った活動	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	特になし	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		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	

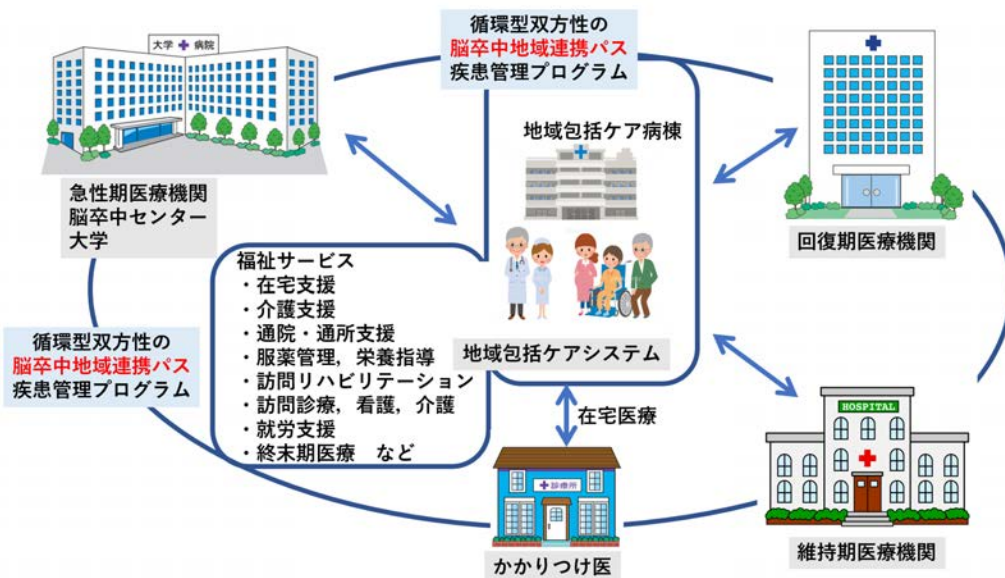
	妥当と思われる診療報酬の区分	A 第2部 第3節 特定入院料	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	点数（1点10円）	初回70点、2回目以降50点、合計3回まで	
	その根拠	患者サポート体制充実加算（入院初日）に準じた	
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	
	番号	特になし	
	技術名	特になし	
	具体的な内容	特になし	
予想影響額	プラスマイナス	増（＋）	
	予想影響額（円）	144,000,000円	
	その根拠	対象患者は実数で12万人で、1人平均2回（70点＋50点＝120点）を算出すると1.44億円の増額となる。	
	備考	特になし	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載する）		特になし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		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		特になし	
⑯参考文献 1	1）名称	循環器病対策推進基本計画	
	2）著者	厚生労働省	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001077175.pdf	
	4）概要	「保険、医療及び福祉に係るサービスの提供の充実」では、医療・福祉・介護の連携など一次予防～急性期～回復期～維持期（生活期）のシームレスな対策が重視されている。	
⑯参考文献 2	1）名称	Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life-A systematic review	
	2）著者	Kruithof WJ., et al.	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	Patient Educ Couns. 2013;93:169-76.	
	4）概要	脳卒中患者への社会的支援は、その健康関連QoL(health-related quality of life: HRQoL)に影響するとされる。社会的支援と脳卒中患者のHRQoL改善との間に正の相関を示した。	
⑯参考文献 3	1）名称	A randomized controlled trial of an education and counselling intervention for families after stroke	
	2）著者	Clark MS., et al.	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	Clin Rehabil. 2003;17:703-12.	
	4）概要	脳卒中後の教育とカウンセリングが、脳卒中患者と配偶者の家族機能と心理社会的結果の改善、患者の機能的・社会的回復につながる。	
⑯参考文献 4	1）名称	An integrated hospital-to-home transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: A feasibility study	
	2）著者	Markle-Reid M., et al.	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	J Comorb. 2020;10: 1-20	
	4）概要	専門職チーム（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、看護師、ソーシャルワーカー）による病院-自宅移行ケア介入は健康状態を維持しつつ、医療サービスコストを削減し得る。	
⑯参考文献 5	1）名称	Social work after stroke: identifying demand for support by recording stroke patients' and carers' needs in different phases after stroke	
	2）著者	Padberg I., et al.	
	3）雑誌名、年、月、号、ページ	BMC Neurol. 2016;16:111.	
	4）概要	訓練を受けたソーシャルワーカーが常駐する無料の「立ち寄り型」施設で脳卒中中の危険因子、ライフスタイル、服薬コンプライアンスの重要性などの情報提供、アドバイス、個別のカウンセリングを行い、入院患者から外来患者まであらゆる段階の患者のニーズを把握できる。	

※⑮については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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カ年計画」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

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A712201	
提案される医療技術名		地域連携診療計画加算	
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）	29脳神経外科	-
	関連する診療科（2つまで）	12神経内科	-
		36リハビリテーション科	-
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		無	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	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		A246	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	○	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
提案される医療技術の概要（200字以内）	脳卒中患者の地域連携診療を急性期医療機関と回復期医療機関だけでなく生活期医療機関にも広く普及させるために、「基本診療科の施設基準等」第八の三十五の六に定める施設基準を改定し、連携機関の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年1回以上の頻度で対面またはビデオ通話が可能 な機器を用いて面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しを行うことを要件とする。		
文字数： 194			
再評価が必要な理由	脳卒中患者の地域連携診療に関して、一般的な入退院支援加算と地域連携診療計画加算が適用されているが、脳卒中診療では再発予防と身体機能回復のために、急性期医療機関と回復期医療機関との連携だけでなく、急性期と生活期および回復期と生活期との連携も重要である。これらの連携が十分に普及していない原因の1つとして、地域連携診療計画加算の施設基準として年3回以上の面会が義務づけられていることが挙げられる。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。令和4年度診療報酬改定において、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関との面会は、対面だけでなくリアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能 な機器を用いて面会し、情報の共有などを行っている方法も可能となったが、地域連携診療計画加算の施設基準においても同様の改定が必要である。また、複数の医療機関と複数の連携を行うためには面会の回数制限を年1回以上に引き下げる必要がある。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	平成18年の第5次医療法改正において、医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供が提唱され、地域完結型医療の具体策として地域連携バスの普及が盛り込まれた。地域連携バスは急性期病院から回復期病院を経て生活期に至るまでの診療計画表であり、治療を受ける全ての医療機関で共有することで、診療の標準化、EBM の推進、業務改善、チーム医療の向上、ひいては患者の機能回復と維持、再発予防などの効果が期待され、後遺症に対する長期の管理が必要な脳卒中診療において全国で導入された。平成28年の診療報酬改定を経て、現在は入退院支援加算に紐づく地域連携診療加算として算定されることとなったが、その算定件数は近年頭打ち傾向にあり、2020年度のNBDでは全国で約84,000件に留まっており、入退院支援加算1の算定件数が年間300万件を超えることと比較して非常に少なく、特に患者数が多い大都市圏において普及が進んでいない（参考文献1）。また、厚生労働省科学研究補助金「脳卒中診療において今後目指すべき回復期診療の検討及び回復期や維持期・生活期における診療体制の充実に資する臨床指標を確立させるための研究（24FA1019）」、研究代表者：藤本茂」による全国調査では、脳卒中連携バスが急性期医療機関と回復期医療機関の間では利用率が高いものの、自宅退院した場合の生活期医療機関との連携診療についてはほとんど利用されていない。普及を妨げる要因として、「基本診療科の施設基準等」第八の三十五の六に定める施設基準に年3回以上の面会が義務づけられていることが困難となる。一方、過疎地域では医療機関間の距離が遠く、対面による面会を行うことが困難である。一方で、令和4年度診療報酬改定において、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関との面会は、対面だけでなくリアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器を用いて面会し、情報の共有などを行っている方法も可能となった。以上のことから今回は、地域連携診療加算の施設基準を緩和することにより、脳卒中診療における地域連携バスの普及を図ることを要望する。この再評価によって、大都市圏および生活期医療機関まで広く脳卒中連携バスが普及し、脳卒中患者の予後が改善されるだけでなく、業務の効率化による過重労働は是正に寄与するものと考えられる。
------------------------------	--

②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		現在、上記の理由により大都市圏および自宅や施設等へ退院後の医療を担当する生活期医療機関との連携診療で当該加算を算定するには至っていない。 対象とする患者：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 医療技術の内容：あらかじめ疾患や患者の状態などに応じた地域連携診療計画を作成し、連携機関と共有する。 点数や算定の留意事項：連携医療機関の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われている。	
診療報酬区分（再掲）		A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号（再掲）		A246	
医療技術名		入退院支援加算1および2、地域連携診療計画加算	
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	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（参考文献2）。 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ビリ病院の在院日数は短縮し、回復期リハビリ病院からの在宅復帰率は有意に上昇する（参考文献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。）	●脳卒中治療ガイドライン2021[改訂2023]（日本脳卒中学会）：地域における病院・施設間の連携強化の目的で、脳卒中地域連携パスを用いることを考慮しても良い（推奨度0 エビデンスレベル低）（参考文献4） ●Canadian Stroke Best Practices, Section 3: Interprofessional Care Planning and Communication (6th Edition ~2019 UPDATED): 専門職間のケアプランニングと効果的なコミュニケーションは、ケアの継続性と安全性を確保し、脳卒中診療、特に転院時・退院時の合併症や有害事象のリスクを軽減するために重要である。 [Evidence Level C].（参考文献5）
④普及性の变化 ※下記のように推定した根拠		2020年度のレセプト情報・特定健診等情報（NDB:National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan）によると、入退院支援加算1の算定件数は年間約300万件に対して、地域連携診療計画加算は84,314件（2.8%）に留まっていた（参考文献1）。令和2年度患者調査の結果では、病院入院患者数は推計1,178,000人であり、入院患者1名につき入退院支援加算1は年間で平均2.5回が加算されていると推計され、地域連携診療計画加算も同じ回数で算定されているならば33,600人の患者数と見積もられる。入退院施設基準の緩和により、地域連携診療計画加算の件数が50%増加すると推定すると、年間4万2千件の増加が期待される。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	地域連携診療計画加算 約33,600人	
	見直し後の症例数（人）	50%増加すると見積もって約50,000人	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	地域連携診療計画加算 約84,000回	
	見直し後の回数（回）	50%増加すると見積もって約126,000回	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		脳卒中診療に関しては、既に全国で脳卒中連携パスが運用されており、その方法についてはある程度確立している。一方で、生活期と共有する情報およびその評価については、それぞれの地域で今後見直す必要がある。	
・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）	当該加算を請求できる医療機関の施設基準として、入退院支援加算1または2に関する施設基準を満たしている上で、 (1) あらかじめ疾患や患者の状態などに応じた地域連携診療計画が作成され、連携機関と共有されている。 (2) 連携機関の職員と当該保険医療機関の職員が、地域診療計画に係る情報交換のために、年1回以上の頻度で対面またはビデオ通話が可能なる機器を用いて面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われている。 (3) 入退院支援加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関である。	
	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）	(1) 当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置されている。 (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されている。 (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となる各病棟（1人につき2病棟、計120床までに限る。）に専任で配置されている。	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携機関の数が20以上である。	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		地域連携診療計画を複数の医療機関で共有することに関しては、患者またはその家族の同意を得ることにより、個人情報保護することが可能である。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		脳卒中診療を地域で継続して行うことは、倫理的にも社会的にも妥当である。	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	なし	
	見直し後	なし	
	その根拠	なし	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	-
	番号	なし	
	技術名	なし	
	具体的な内容	なし	

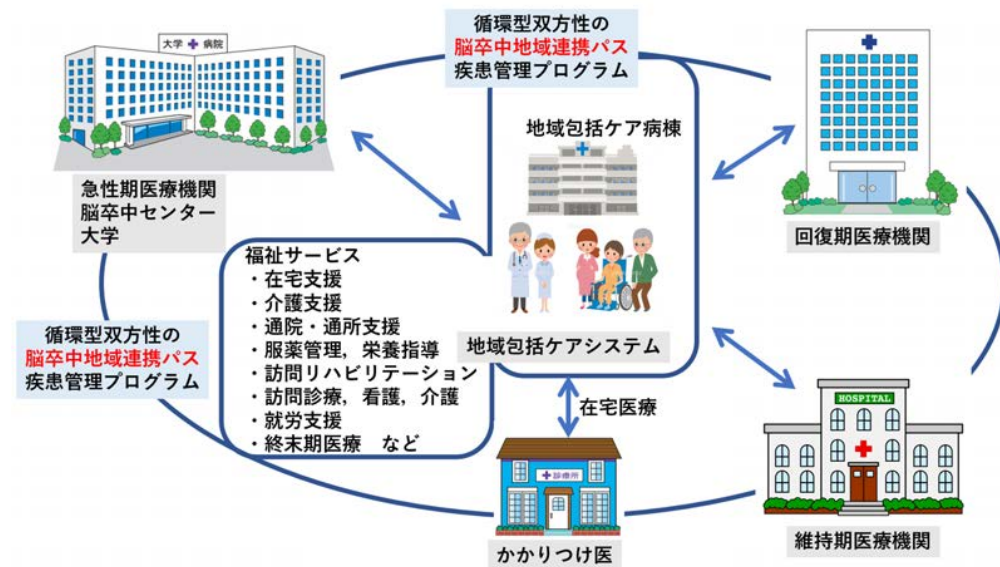
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（＋）
	予想影響額（円）	126,000,000円（300点×42,000件＝12,600,000点）
	その根拠	地域連携診療計画加算の算定件数が84,000回から126,000回に増加すると推定した。
	備考	各地域で連携体制の構築が必要となるため、算定件数の増加には数年の期間を要することが予想される。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		特になし
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし
⑭参考文献 1	1) 名称	大都市圏と地方都市圏における地域連携診療計画加算の取得状況を踏まえた地域包括ケアシステムにおける地域連携バスの政策提言
	2) 著者	羽明 英敏、高橋 泰
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本医療経営学会誌、2024年、18（1）、55-66
	4) 概要	地域連携診療計画加算の算定件数は、2020年度のNBDでは全国で約84,000件に留まっており、入退院支援加算1の算定件数が年間300万件を超えることと比較して非常に少なく、特に患者数が多い大都市圏において普及が進んでいない
⑭参考文献 2	1) 名称	Discharge planning from hospital (Review)
	2) 著者	Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Cochrane Database Syst Rev 2016 Jan 27;2016(1) CD000313
	4) 概要	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
⑭参考文献 3	1) 名称	脳卒中の病型ごとの急性期から回復期までの実態調査 ―熊本脳卒中地域連携バスの9年間のデータを用いて―
	2) 著者	本田省二、徳永 誠、渡邊 進、田北智裕、大塚忠弘、米原敏郎、西 徹、寺崎修司、三浦正毅、平田好文、山鹿真紀夫、橋本洋一郎
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	脳卒中 2018、40: 343-349
	4) 概要	脳卒中地域連携バスを用いることで、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
⑭参考文献 4	1) 名称	脳卒中治療ガイドライン2021 [改訂2023]
	2) 著者	日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン作成委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	脳卒中治療ガイドライン2021 [改訂2023]、P51-53
	4) 概要	日本の脳卒中診療のガイドライン最新版
⑭参考文献 5	1) 名称	Transitions and Community Participation Following Stroke. Section 3: Interprofessional Care Planning and Communication
	2) 著者	Canadian Stroke Best Practice
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/managing-stroke-transitions-of-care/interprofessional-care-planning-and-communication
	4) 概要	カナダにおける脳卒中後患者の地域医療連携のガイドライン

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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で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

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A730101	
提案される医療技術名		運動器慢性疼痛に対する集学的治療管理料	
申請団体名		一般社団法人日本腰痛学会	
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	
		36リハビリテーション科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和6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：120		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、公認心理士、薬剤師など多職種による客観的・多面的な評価を行い、認知行動療法や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：294		運動器疼痛の患者では、一般的な治療が奏功せず、痛みが遷延する患者が一定数存在する。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2019では、運動療法や認知行動療法など集学的治療が慢性腰痛の治療として推奨されている。同様に、慢性疼痛診療ガイドライン2021でも、集学的治療が推奨されている。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ヵ月以上遷延する運動器疼痛 ●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、公認心理士、薬剤師など多職種の医療者が、連携して病態評価を行い、患者個々の背景を考慮して治療方針を決定する。その情報を共有し、運動療法や認知行動療法などの治療介入を行う。	
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	A 第1部 第1節 初・再診料	
	番号	000・001	
	医療技術名	初診料・再診料	
	既存の治療法・検査法等の内容	運動器慢性疼痛患者は、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) しかし、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) 運動器慢性疼痛患者では、病歴聴取、身体診察、画像検査、血液生化学検査、心理的アプローチ、運動療法指導など多職種による評価や治療介入を必要とするが、現在は通常の初診料・再診料のみでの対応である。	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		運動器慢性疼痛に対する集学的治療は、通常の治療と比較して、身体機能の改善、日常生活動作の改善、生活の質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)	88,000人	
	国内年間実施回数(回)	350,000	
※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: 7,400万人(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) = 876,580人 そのうち、集学的治療を希望する患者の割合は10%前後で約88,000人と推定される。3ヵ月に1回、多職種での病態評価やカンファンスが実施される場合、国内年間実施回数は350,000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運動器慢性疼痛に対して集学的治療が有効とされ、実施することが推奨されている。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、日本整形外科学会、日本臨床整形外科学会、日本運動器科学会、日本ペインクリニック学会の会員が常勤する、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、精神科医または公認心理士、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		特に副作用のリスクなし	
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		患者の希望に配慮する。	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	妥当と思われる診療報酬の区分	A 第1部 第1節 初・再診料	
	点数(1点10円)	580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2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	増(+)	
	予想影響額(円)	1,113,600,000円	
	その根拠	年間対象患者は88,000人と試算され、年間実施回数は350,000回と推定される。したがって、580点 × 350,000回 = 203,000,000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。施設要件を満たす施設が約1,000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、最大で、48例 × 1,000施設 × 年間4回 / 例 × 5,800円 = 1,113,600,000円であり、このうち、治療中に症状が改善する患者が半数程度存在すれば、556,800,000円となる。	
	備考	特になし	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(主なものを記載する)		なし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況		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		該当なし	

⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い		d. 届出はしていない
⑭その他		特になし
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特になし
⑯参考文献 1	1) 名称	Non-pharmacological and non-surgical treatments for low back pain in adults: an overview of Cochrane reviews.
	2) 著者	Rizzo RR, Cashin AG, Wand BM, Ferraro MC, Sharma S, Lee H, O'Hagan E, Maher CG, Furlan AD, van Tulder MW, McAuley JH.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Cochrane Database Syst Rev. 2025 Mar;3(3):CD014691. doi: 10.1002/14651858.CD014691.pub2.
	4) 概要	慢性腰痛に対する非薬物・非外科的治療の効果を評価した31のCochraneレビューを統合し、97,183人の成人を対象とした。集学的治療は、通常の治療と比較して、痛みの軽減と機能の改善に中程度の効果がある。運動療法や心理的介入（認知行動療法）も、痛みの軽減や機能の改善に有効である可能性が示唆される。
⑯参考文献 2	1) 名称	Clinical Practice Guideline for Psychological and Other Nonpharmacological Treatments for Chronic Musculoskeletal Pain in Adults
	2) 著者	American Psychological Association
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	American Psychological Association (APA) for Clinical Practice Guideline for Psychological and Other Nonpharmacological Treatments for Chronic Musculoskeletal Pain in Adults, 2023
	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。
⑯参考文献 3	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。
⑯参考文献 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。
⑯参考文献 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。

※⑮については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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】

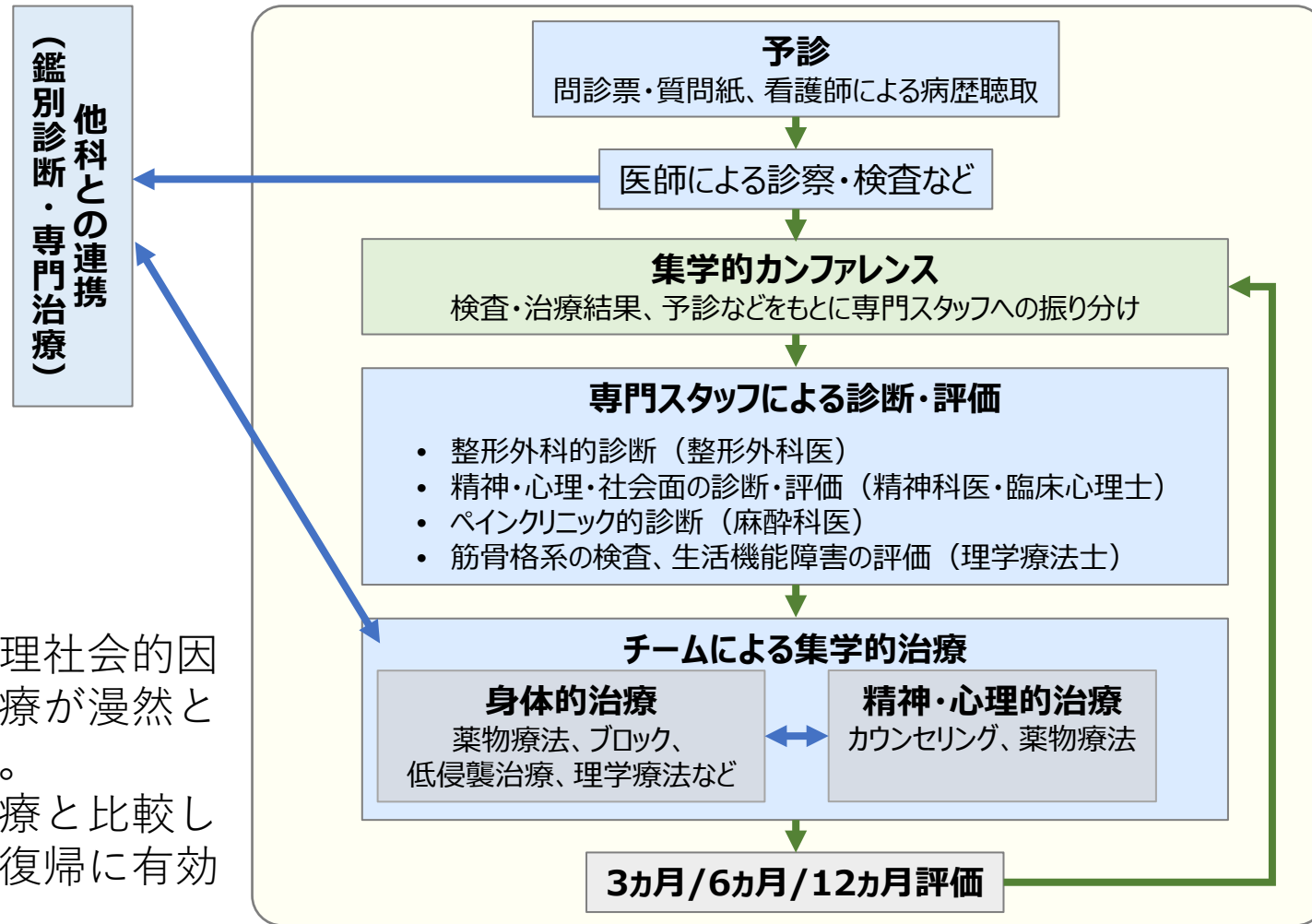
本邦の運動器慢性疼痛の疫学調査から、年間対象者は8.8万人程度と考えられる。ただし、集学的治療を実施可能な施設は限られる。

【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ことが多い。
- 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



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A736201	
提案される医療技術名		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	
申請団体名		日本臨床細胞学会	
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）	34病理診断科	
	関連する診療科（２つまで）	35臨床検査科	
		00なし	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	令和６年度	
	提案当時の医療技術名	感染対策向上加算 チェック項目の追加	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号		A234-2	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（１～５のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載			
提案される医療技術の概要（200字以内） 文字数： 183		病理部門は未固定の検体を取り扱うため、細菌やウイルスなどの病原体が含まれる可能性が高い。検体取り扱いにおける感染対策が重要となる。患者や医療従事者の健康を守るためにも、細胞診部門は感染対策を適切に実施する必要がある。現行の感染対策向上加算チェック項目表には内視鏡部門と微生物検査室のみが挙げられているため、ここに病理部門、あるいは細胞診部門を加えることを提案する。	
再評価が必要な理由		細胞診検体としては細胞採取時にスライドガラスへ直接塗抹後直ちにアルコール固定されて感染性が低下している標本と、喀痰、尿、胸腹水のように未固定の状態で提出される検体がある。これらの未固定の検体は強い感染性を有しているが、細胞診部門ではこれらを滅菌せずに処理を行う。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検査部門では内視鏡部門と微生物検査室が挙げられているが、細胞診部門、病理検査部門についての言及がない。このため、同じ患者の喀痰を、微生物検査室では安全キャビネットの中で取り扱うが、細胞診部門には安全キャビネットがないところで取り扱う、という事態が生じている。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必要がある。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	病理部門、特に細胞診部門は細胞所見を正しく検査するために、喀痰、尿などを未滅菌のまま検体を取り扱うことが求められている。このため、処理を担当する臨床検査技師あるいは細胞検査士は感染の危険にさらされている。特に呼吸器由来の細胞診では新鮮な喀痰などを扱うことから感染の危険が高く、実際、喀痰を処理する臨床検査技師の結核感染率は感染症病棟で勤務する看護師と同等という報告もある。しかし当学会のアンケートでは、安全キャビネット内で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。これは感染対策向上加算を取得している施設であってもチェックリストに挙げられていない部門では感染対策の意識が高まっていないことを示している。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、患者と従業員の安全を守ることができる。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	感染対策向上加算 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取り組みを推進することを目的とし、臨床検査技師を含む感染管理経験のある専任の多職種からなる感染防止対策チームの組織化などを施設条件とし、入院初日のにのみ算定可。 加算1 チェック項目としては微生物検査室、内視鏡室が挙げられているが病理部門が含まれていない。 加算1として710点、加算2として175点 加算3として75点		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号（再掲）	A234-2		
医療技術名	感染対策向上加算		
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	該当しない	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	国立感染症研究所 病原体等安全管理規程には「ヒトに感染すると疾病を起こしえるが、有効な治療法、予防法があり関連者への伝播のリスクの低いもの」の取り扱いには生物学的安全キャビネットで扱うことを規定している。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		院内で細胞診標本作製を行っている病院の多くは急性期病院を標榜しており、またそのほとんどが感染防止対策加算を算定している。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	令和5年度社会医療診療行為別統計によると感染防止対策加算１として706,116人/年 感染防止対策加算２として1,411,344人/年 合計2,117,460人/年	
	見直し後の症例数（人）	2,117,460人/年	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	2,117,460回/年	
	見直し後の回数（回）	2,117,460回/年	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		従来より実績のある基本的な手技である。	
・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）	現行の感染対策向上加算１，２，３の施設基準に同じ	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	現行の感染対策向上加算１，２，３の施設基準に同じ	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	国立感染症研究所 病原体等安全管理規程	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		問題ない	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		問題ない	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	感染対策向上加算1として710点	
	見直し後	感染対策向上加算1として710点	
	その根拠	院内における検体取り扱い手順の変更で十分対応可能である。	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	該当なし
	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）	0円	
	その根拠	対象患者数に増減はないため	
	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		特になし	
⑫その他		無し	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		特定非営利活動法人 病理技術研究会 理事長 青木 裕志（順天堂大学 人体病理病態学講座） 細胞検査士会 会長 阿部 仁（公益財団法人がん研究会有明病院 臨床病理センター・臨床検査センター）	

⑭参考文献 1	1) 名称	コロナ禍における細胞診業務への影響に関するアンケート調査
	2) 著者	田路 英作 他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本臨床細胞学会雑誌 2023年 9月 62巻5号 227-236.
	4) 概要	検体を取り扱う上で安全キャビネットを用いずに感染力のある検体を取り扱っている施設が大学病院で26%、一般病院21%に上がることが明らかとなった。
⑭参考文献 2	1) 名称	The COVID-19 pandemic: implications for the cytology laboratory
	2) 著者	Pambuccian, SE
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Journal of the American Society of Cytopathology (2020) 9, 202-211
	4) 概要	細胞診、特にエアロゾルを発生しうる標本作製はclass II 生物学的安全キャビネットの中で行うことを推奨している。P207
⑭参考文献 3	1) 名称	当院職員の職場、職種別に分けて比較したQFT 検査の検討
	2) 著者	奥村昌夫 他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Kekkaku 2013, Vol. 88, No. 4 , 405-409
	4) 概要	結核菌への暴露は結核病棟勤務の看護師より放射線技師、臨床検査技師のほうが多かった。
⑭参考文献 4	1) 名称	喀痰細胞診における偶発発見症例
	2) 著者	佐藤之俊 他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	非悪性呼吸器細胞診アトラスー肺癌との鑑別に悩んだ時に 2020年 南江堂 東京 p106
	4) 概要	喀痰細胞診においても非腫瘍性病変、特に結核を認めることがある。特に細胞診検査は未固定検体を扱うことから病原微生物に感染する危険性が高い。
⑭参考文献 5	1) 名称	国立感染症研究所 病原体等安全管理規程
	2) 著者	国立感染症研究所
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	国立感染症研究所 病原体等安全管理規程 2024年4月 p18
	4) 概要	Mycobacterium 等バイオセーフティーレベル3に分類される病原体は、生物学用安全キャビネットに取り扱うことを規定している (p.18)

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A741201	
提案される医療技術名		抗菌薬適正使用体制加算	
申請団体名		日本臨床内科医会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（１つ）	02呼吸器内科	
	関連する診療科（２つまで）	08感染症内科	
		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	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択	
	提案当時の医療技術名	特になし	
	追加のエビデンスの有無	無	
診療報酬区分		A 第1部 第1節 初・再診料	
診療報酬番号		000 および 001	
再評価区分（複数選択可）	1－A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択	
	1－B 算定要件の見直し（施設基準）	○	
	1－C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択	
	2－B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択	
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
	5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
	6 その他（１～５のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
提案される医療技術の概要（200字以内）		施設基準「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。	
文字数：189			
再評価が必要な理由		直近6か月において使用する抗菌薬のうちAccess抗菌薬の使用比率等を求めているが、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。急性感染症に絞って統計をとっていただかないと不適切と考えられるため再評価が必要である。	

【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）		抗菌薬の適正使用を評価する方法として、急性期疾患に対する抗菌薬の投与に限定するべきと考える。慢性感染症の病名に対して投薬されていると考えられる場合は、例を挙げると肺非結核性抗酸菌症に対するマクロライド系抗菌薬（CAM、AZM）や慢性気管支炎・気管支拡張症・副鼻腔気管支症候群・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少量長期投与（EMやCAM）などがあるが、その評価の対象から除外することで精度高い抗菌薬適正使用体制を評価できる。	
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		現在の抗菌薬適正使用体制加算に関する施設基準は直近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60%以上を一つの基準としている。施設基準を満たすことで、初診および再診を行った場合はそれぞれ抗菌薬使用体制加算を月に1回に限り5点を更に所定点数に加算する。	
診療報酬区分（再掲）		A 第1部 第1節 初・再診料	
診療報酬番号（再掲）		000 および 001	
医療技術名		抗菌薬適正使用体制加算	
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	日本結核・非結核性抗酸菌症学会及び日本呼吸器学会から出されている成人肺非結核性抗酸菌症化学療法に関する見解―2023改訂―によると肺MAC症の治療としてCAMまたはAZM含めた3剤～4剤の治療を標準的治療としている。2020国際ガイドラインも同様の見解である。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2025にてマクロライド少量長期投与は、副鼻腔気管支症候群、びまん性汎細気管支炎、気管支拡張症についてそれぞれ第一選択薬、有効、使用を強く推奨すると記載あり。成人肺非結核性抗酸菌症化学療法に関する見解―2023年改訂―にて肺MAC症の治療のA法、B法ともにCAMまたはAZMの長期投与が記載されている。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		施設基準の見直しにより急性感染症以外にマクロライド系抗菌薬の長期を投与を行っている医療機関の抗菌薬適正使用をより適切に評価することができるようになり、施設基準を満たす医療機関が増える可能性がある。各医療機関の抗菌薬適正使用について変化するものではない。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	特になし	
	見直し後の症例数（人）	特になし	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	特になし	
	見直し後の回数（回）	特になし	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		前述のとおり日本呼吸器学会の呼吸器学会の咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2025、日本結核・非結核性抗酸菌症学会および日本呼吸器学会の成人肺非結核性抗酸菌症化学療法に関する見解―2023年改訂―においてすでに肺MAC症の治療としてのCAMまたはAZMの投与や、慢性気管支炎・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少量長期投与は呼吸器内科外来の日常診療にて行われている。	
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	特になし	
	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		特になし	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		特になし	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	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（当該医療技術を含む）	区分	その他（右欄に記載。）	特になし
	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	不変（0）	
	予想影響額（円）	特になし	
	その根拠	抗菌薬適正使用体制を適切に評価することで適正使用をさらに進めることができるため将来的な金額は医療費の増額につながらない	
	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		特になし	

⑭参考文献 1	1) 名称	咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2025
	2) 著者	日本呼吸器学会咳嗽・喀痰の診療ガイドライン第2版作成委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2025 0-2副鼻腔気管支症候群86ページ、0-3びまん性汎細気管支炎88-91ページ、0-4気管支拡張症92-95ページ
	4) 概要	マクロライド少量長期投与は、副鼻腔気管支症候群、びまん性汎細気管支炎、気管支拡張症についてそれぞれ第一選択薬、有効、使用を強く推奨すると記載
⑭参考文献 2	1) 名称	成人肺非結核性抗酸菌症化学療法に関する見解—2023年改訂—
	2) 著者	日本結核・非結核性抗酸菌症学会非結核性抗酸菌症対策委員会 日本呼吸器学会感染症・結核学術部会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	成人肺非結核性抗酸菌症化学療法に関する見解—2023年改訂—2ページ表 1 肺MAC症の治療
	4) 概要	肺MAC症の治療のA法、B法ともにCAMまたはAZMの長期投与が記載されている。
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

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

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。

【対象疾患】

対象疾患を急性期感染症病名に限定する

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

【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。

【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…」