

【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	
		リストから選択	
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	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、一時ペースメーカー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点の項目見直しを妥当と考える。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グアンツカテーター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、ペースメーカー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、スワングアンツカテーター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。ペースメーカー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棟で治療されている。		
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普及性の変化 ※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年度以降の改訂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）		歴史的にCCUが誕生した目的である急性冠症候群の急性期治療であり、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 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 備考	重症度、医療・看護必要度要件を満たすための努力や満たさない症例でも集中治療室での治療を実施しているため。 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. 輸液ポンプの管理	なし	あり	
2. 動脈圧測定(動脈ライン)	なし		あり
3. シリンジポンプの管理	なし	あり	
4. 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし		あり
5. 人工呼吸器の管理	なし		あり
6. 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
7. 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル、 心臓超音波検査)	なし		あり
8. 特殊な治療法等(CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO, IMPELLA, 体外式ペースメーカー)	なし		あり
9. 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		A223201	
提案される医療技術名		緩和ケア病棟入院料（施設基準に「ADLの維持、向上が必要な患者には、リハビリテーション専門職種によるリハビリテーションを実施できる体制を取ることが望ましい」を追記）	
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）	36リハビリテーション科	—
		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4年度	
	提案当時の医療技術名	緩和ケア病棟入院料	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分		A 第2部 第3節 特定入院料	
診療報酬番号		A310	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の見直し（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：200		緩和ケア病棟入院料の施設基準では在宅復帰支援への機能強化が求められている。施設基準に「ADLの維持、向上が必要な患者には、リハ専門職種によるリハを実施できる体制を取ることが望ましい」を追記することで、リハの実施を促進し緩和ケア病棟入院患者のADL、QOL向上を図り在宅復帰を支援する。リハ療法士は、がん患者リハ料の算定要件を満たす研修またはリハ専門職団体協議会主催研修を終了した者と同一の担保を図る。	
再評価が必要な理由		<p>終末期の患者では、限られた余命の中で尊厳ある療養生活を送るために、患者・家族の希望に応じて、ADLやQOLの維持・向上を目的としたリハビリテーションを実施することが必要である。しかし、緩和ケア病棟では包括算定のため疾患別リハビリテーション料の算定ができず、必要な患者に適切にリハビリテーションが実施できていないという現状がある。実際、2021年4月の緩和ケア病棟施設概要・利用状況調査（ホスピス緩和ケア協会）によると、リハビリ専門職の配置されている施設は全施設の30%程度という結果であり、今後、緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実施体制を強化していく必要がある。</p> <p>終末期がん患者のリハビリテーションの有効性に関しては、以下のような根拠がある；1）緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実態調査では、対象患者の76%がPS3、4であっても、一時的なADLの改善を認める症例があり、ADLの改善要因として、環境整備による残存機能の活用や廃用症候群の改善が推定されている（文献1）、2）がんのリハビリテーション診療ガイドラインでは、生命予後が限られた根治治療対象外の進行がん患者や緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対してリハビリテーションを実施することが提案（弱い推奨）されている（文献2）、3）緩和ケア病棟に入院したがん患者の大規模追跡調査では、リハビリテーション実施群が非実施群と比較して有意に終末期のQOLが良好であった（文献3）。</p>	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	がんのリハビリテーション診療ガイドライン（文献2）によると、生命予後が限られた根治治療対象外の進行がん患者においても、全身状態が安定している場合には、根治的治療対象のがん患者と同様に監督下での運動療法は、身体状態の改善、QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、病状の進行や苦痛症状に合わせた包括的リハビリテーション治療を行うことは、身体状態の改善、ADLの維持、疼痛・倦怠感・精神心理面・満足度・QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、病状の進行や苦痛症状に合わせた包括的リハビリテーション治療を行うことは、身体状態の改善、ADLの維持、疼痛・倦怠感・精神心理面・満足度・QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。		
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	<p>・対象とする患者：別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中のがん患者であって、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者。在宅において緩和ケアを主体として治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者</p> <p>・技術内容：緩和ケア入院料の施設基準に、「ADLの維持、向上が必要な患者には、リハビリテーション専門職種によるリハビリテーションを実施できる体制を取ることが望ましい」を追記することで、リハビリテーションの実施を促進し緩和ケア病棟入院患者のADL、QOL向上を図る。</p> <p>・点数や算定の留意事項：リハビリテーション療法士は、がん患者リハビリテーション料の算定要件を満たす研修またはリハビリテーション専門職団体協議会（理学療法士協会・作業療法士協会・言語聴覚士協会）主催研修を終了した者と同一の担保を図る。</p>		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料		
診療報酬番号（再掲）	A310		
医療技術名	緩和ケア病棟入院料（施設基準に「ADLの維持、向上が必要な患者には、リハビリテーション専門職種によるリハビリテーションを実施できる体制を取ることが望ましい」を追記）		
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	がんのリハビリテーション診療ガイドライン第2版（文献2）によると、生命予後が限られた根治治療対象外の進行がん患者においても、全身状態が安定している場合には、根治的治療対象のがん患者と同様に監督下での運動療法は、身体状態の改善、QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、病状の進行や苦痛症状に合わせた包括的リハビリテーション治療を行うことは、身体状態の改善、ADLの維持、疼痛・倦怠感・精神心理面・満足度・QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	がんのリハビリテーション診療ガイドライン第2版（金原出版、2019）

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		J-HOPE3.4研究(文献3)や緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実態調査(文献1)から、緩和ケア病棟でのリハビリテーション実施率30%と想定。2019年のがん死亡者数376,425人、緩和ケア病棟での死亡者割合13.3%であるので約50,000人の緩和ケア病棟での入院患者があり、そのうちの30%、15,000人が対象者と想定。治療強度は機能維持目的と考え、週に2回、1回40分(2単位)、平均在院日数28.5日より、1か月で、15,000人×1回(2単位)/日×2回/週×4週=120,000(回)。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数(人)	-	
	見直し後の症例数(人)	15,000人	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数(回)	-	
	見直し後の回数(回)	15,000人/年×1回(2単位)/日×2回/週×4週=120,000(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)		<p>・がん患者リハビリテーション料の算定要件を満たす研修またはリハビリテーション専門職団体協議会(理学療法士協会・作業療法士協会・言語聴覚士協会)主催研修を終了した者であれば、がん患者のリハビリテーションについて習得しており、副作用やリスクについて安全に配慮した対応ができる。</p> <p>・2021年4月の緩和ケア病棟施設概要・利用状況調査(ホスピス緩和ケア協会)によると、ホスピス緩和ケア協会の緩和ケア病棟368施設中291施設(90.01%)が専門的リハビリテーションが可能と回答しており、リハビリテーションの実施における施設格差は少ない。</p>	
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	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)	がん患者リハビリテーション料の算定要件を満たす研修またはリハビリテーション専門職団体協議会(理学療法士協会・作業療法士協会・言語聴覚士協会)主催研修を終了した者とする。	
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	各種ガイドラインを遵守する	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特になし	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		特になし	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	-	
	見直し後 その根拠	-	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術(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	リストから選択	
	予想影響額(円)	-	
	その根拠	-	
	備考	-	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし	
⑫その他		なし	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし	

⑭参考文献 1	1) 名称	緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題-代表者（医師）への全国調査結果より
	2) 著者	高島千敬、田尻寿子、他
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	第18回日本緩和医学学会学術大会（2013. 6. 21～6. 22）
	4) 概要	対象者の76%はPS3, 4であるが、一時的なADLの改善を認める症例があり、ADLの改善要因としては、環境整備による残存機能の活用や廃用症候群の改善が影響したと考えられる
⑭参考文献 2	1) 名称	がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版
	2) 著者	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会・編
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版、金原出版株式会社、2019 258-268
	4) 概要	生命予後が限られた根治治療対象外の進行がん患者においても、全身状態が安定している場合には根治的治療対象のがん患者と同様に監督下での運動療法は、身体状態の改善、QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、病状の進行や苦痛症状に合わせた包括的リハビリテーション治療を行うことは、身体状態の改善、ADLの維持、疼痛・倦怠感・精神心理面・満足度・QOLの改善に関するエビデンスレベルは中であり、実施することを提案（弱い推奨）している。
⑭参考文献 3	1) 名称	Rehabilitation for Cancer Patients in Inpatient Hospices/Palliative Care units and Achievement of a Good Death:Analyses of Combined Data From Nationwide Surveys Among Bereaved Family Members
	2) 著者	Hasegawa T, Sekine R, Akechi T, Osaga S, Tsuji T, Okuyama T, Sakurai H, Masukawa K, Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Pain Symptom Manage 60:1163-1169, 2020
	4) 概要	ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの実施の有無で終末期のQOLに有意差がある
⑭参考文献 4	1) 名称	Changes in and associations among functional status and perceived quality of life of patients with metastatic/locally advanced cancer receiving rehabilitation for general disability
	2) 著者	Sekine R, Ogata M, Uchiyama I, Miyakoshi K, Uruma M, Miyashita M, Morita T
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Am J Hosp Palliat Care 32:695-702, 2015
	4) 概要	全人的サポートを意識したリハビリテーション診療を実施することで、ADLが向上した患者だけでなく、ADLが低下した患者においても、QOL維持/向上をもたらす可能性がある
⑭参考文献 5	1) 名称	Yoshioka H.Rehabilitation for the terminal cancer patient.
	2) 著者	Yoshioka H
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Am J Phys Med Rehabil 73:199-206, 1994
	4) 概要	ホスピス・緩和ケア病棟でのリハビリテーション実施は、ADLの向上をもたらすとともに、遺族のアンケート調査でも満足度が高い。

※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
A223201	緩和ケア病棟入院料(施設基準に「ADLの維持、向上が必要な患者には、リハビリテーション専門職種によるリハビリテーションを実施できる体制を取ることが望ましい」を追記)	日本緩和医療学会

【現状】

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

【問題点】

- ・わが国のがんのリハビリテーション診療ガイドラインにおいて、生命予後が限られた根治治療対象外の進行がん患者、緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、リハビリテーション治療を行うことは、患者にとって害が少なく、益が大きいアプローチであり、患者のADL維持、QOLの向上をもたらすことが示されている(グレード2B、推奨の強さ:弱、推奨エビデンスの確実性:中)。
- ・2021年の緩和ケア病棟施設概要・利用状況調査(ホスピス緩和ケア協会)によると、リハビリ専門職の配置されている施設は全施設の30%程度であり、リハビリが必要な患者に実施できていない。
- ・がん終末期には、患者の大半でADLは維持・低下する。遺族調査によると、がんリハビリテーションを行うことで5%の患者はADLが改善し、患者満足度は高く、QOLに有意に関連する。

【提案】

緩和ケア病棟入院料の施設基準に、「ADLの維持、向上が必要な患者には、リハビリテーション専門職種によるリハビリテーションを実施できる体制を取ることが望ましい」を追記することで、リハビリの実施を促進し、緩和ケア病棟入院患者のADL、QOL、満足度の向上を図り、在宅復帰を支援する。ただし、リハビリ療法士は、がん患者リハビリテーション料の算定要件を満たす研修またはリハビリテーション専門職団第協議会(3団体)主催による研修を終了した者とし、リハビリの質の担保を図る。

【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	A223202		
提案される医療技術名	緩和ケア診療加算（心不全要件の変更）		
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）	03循環器内科	—
		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	
診療報酬区分	A 第2部 第3節 特定入院料		
診療報酬番号	A226-2		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の見直し（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：53	緩和ケア診療加算の対象疾患である末期心不全を心不全ステージCかつNYHA重症度分類II以上に適応拡大する。		
再評価が必要な理由	緩和ケア診療加算はがん、心不全の患者で身体的もしくは精神的な症状を持つ者に対して、その療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護などをチームで行うことに対する評価である。2018年に末期心不全が適応疾患として追加されたが、現在の算定数は少なく、診療報酬錠、心不全患者に対する一般病棟入院での緩和ケア提供の実効性は乏しい。また、心不全については最新のガイドラインや疾病管理アルゴリズムでステージC心不全患者には疾病管理/運動療法/緩和ケアが示されており、文中でも心不全全般に渡るQOLの向上や治療法選択に関する意思決定支援を目的として、ステージC早期に緩和ケア導入を行うことが推奨されている。現在の要件の末期心不全を修正し、症状を有するステージC心不全からの適応拡大が必要である。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	2018年の診療報酬改定において、緩和ケア診療加算の対象疾患に末期心不全が追加された。循環器疾患の「末期」は「最大の薬物治療や非薬物治療を施しても治療困難な状態」、「終末期」は「末期状態の患者に対し救命のために最善の医療を尽くしても患者の病状が終末期の状況にあること」「治療が有効であっても結果として強心薬や機械的治療（人工呼吸器、IABP、ECMO、Impella、VAD、CHDFなど）に依存してしまう状況」と定義される。（2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言）。緩和ケア診療加算算定要件はNYHAIV度、過去1年以内に2度の入院歴、EF20%以下等とされるが算定対象が少なく末期心不全緩和ケア提供の実効性が乏しい。一方で、緩和ケアの対象となる心不全患者の規準は心不全症状が出現する心不全ステージCが提唱されている。（2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言、2021年JCS/JHFS ガイドライン フォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療）。このため対象範囲の変更について再評価が必要である。
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	現在の緩和ケア診療加算の算定要件において対象となる末期心不全は以下のように定義されている。 末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。 ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。 イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にもかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類IV度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。 ウ 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院を除く。 エ 左室駆出率が20%以下であること。 オ 医学的に終末期であると判断される状態であること。 カ エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。
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）	A226-2
医療技術名	緩和ケア診療加算

③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	日本全体において心不全の患者数は120万人に達するとされている。心不全の5年生存率はステージCが75%、ステージDが20%とされる。また、心不全患者の3年以内の心不全増悪による再入院率は退院後2.4年で35%である(Circ J 2009;73:1893-1900)。心不全患者の70-80%に疼痛、呼吸困難、倦怠感が、40%以上に食欲不振、悪心、不安の症状が認められる(N Engl J Med 2015;373:747-55)。2020年度の緩和ケアチーム登録報告によれば、入院緩和ケア利用率が平均6.4%、緩和ケアチームへの依頼件数のうち、非がんの占める割合は5.3%だった。(日本緩和医療学会)。2020年度IGD-10登録よりは心不全入院患者は168,590人、うち緩和ケア診療加算算定数は565人で介入率が0.34%であった。このように、心不全の患者数は多く、多彩な身体症状、精神症状の緩和や意思決定支援が必要であるにも関わらず、心不全患者に対する入院緩和ケア介入はがんと比べても十分ではない現状がある。	
	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。)	心不全における緩和ケアは、Stage Cの段階から予後改善治療と並行して提供されるべきものであり、時相的に線を引いてStage Dの段階になってから提供されるものではない。(2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言) 心不全全般に渡るQOLの向上や治療法選択に関する意思決定支援を目的として、ステージC早期に緩和ケア導入を行う。(2021年 JCS/JHFS ガイドライン フォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療) 緩和ケアは終末期から始まるものではない。心不全が症候性となった早期の段階から実践すべきであり、早期の段階からACPを実施し、また多職種チームに寄る患者の身体的、心理的、精神的なニーズを頻回に評価することが重要である。(2017年改訂版 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 急性・慢性心不全診療ガイドライン)
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	令和2年度緩和ケア診療加算の施設基準の届出状況は0.7%だった(第62回中医協 診療報酬改定結果部会 検-2-2) 第7回NDBオープンデータ令和2年度のレセプト情報では緩和ケア診療加算は年間644,380件が算定されている。悪性腫瘍と心不全で分けた統計は我々が調べた範囲では前出を参考に推計0.34%、565人で大半が悪性腫瘍で算定されていると考えられる。心不全の適応要件をステージC以上に拡大することにより、心不全入院患者の約95%が対象となり約16万人に対する緩和ケア診療加算が拡大することが想定される。入院期間は7日間と推計し算定対象心不全患者数160,000×推定入院期間7日=1,120,000回。		
年間対象者数の変化	見直し前の症例数(人)	年間565人	
	見直し後の症例数(人)	年間16万人程度	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数(回)	年間565回	
	見直し後の回数(回)	年間1,120,000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)	上記のように、心不全ガイドラインでは心不全患者に対し、ステージC早期からの緩和ケア提供を求めている。そして、心不全緩和ケアの普及のため、日本心不全学会公認の緩和ケア推進委員会オフィシャルコースとして、2019年より心不全の緩和ケア研修のHEPT(Heart failure Palliative care Training program for comprehensive care provider)が開始された。2023年3月までにHEPTは48回開催され、合計で1,096人がこの研修を受講している。		
・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)	2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言、2021年 JCS/JHFS ガイドライン フォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療	
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	増(+)	
	予想影響額(円)	4,368,000,000円	
	その根拠	390(点)×10(円)×1,120,000(回)	
	備考	—	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	なし		
⑫その他	—		
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	なし		

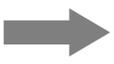
⑭参考文献 1	1) 名称	2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言
	2) 著者	日本循環器学会/日本心不全学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	p52-53
	4) 概要	心不全における緩和ケアは、Stage Cの段階から予後改善治療と並行して提供されるべきものであり、時相的に線を引いてStage Dの段階になってから提供されるものではない。
⑭参考文献 2	1) 名称	2021年 JCS/JHFS ガイドライン フォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療
	2) 著者	日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	p12-13
	4) 概要	心不全全般に渡るQOLの向上や治療法選択に関する意思決定支援を目的として、ステージC早期に緩和ケア導入を行う。
⑭参考文献 3	1) 名称	2017年改訂版 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 急性・慢性心不全診療儀ガイドライン
	2) 著者	日本循環器学会/日本心不全学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	p113
	4) 概要	緩和ケアは終末期から始まるものではない。心不全が症候性となった早期の段階から実践すべきであり、早期の段階からACPを実施し、また多職種チームに寄る患者の身体的、心理的、精神的なニーズを頻回に評価することが重要である。
⑭参考文献 4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑭参考文献 5	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—

※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。

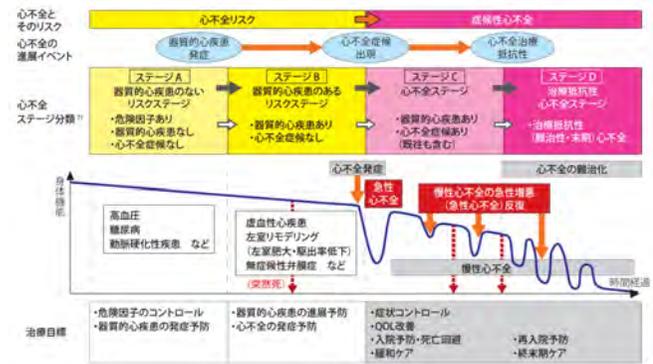
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
A223202	緩和ケア診療加算(心不全要件の変更)	日本緩和医療学会

<概要> 緩和ケア診療加算の現行の適応疾患（悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全）のうち、心不全の要件を「末期心不全」→「心不全ステージCかつNYHA重症度分類II以上」に変更する

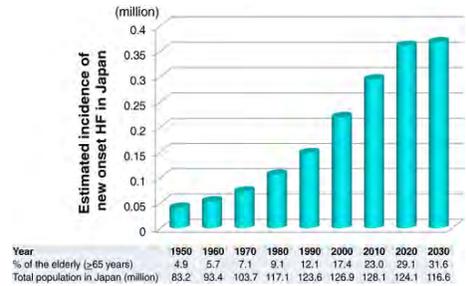
<末期心不全(現行)>
 ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。
 イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にもかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類IV度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。
 ウ 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院を除く。
 エ 左室駆出率が20%以下であること。
 オ 医学的に終末期であると判断される状態であること。
 カ エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。



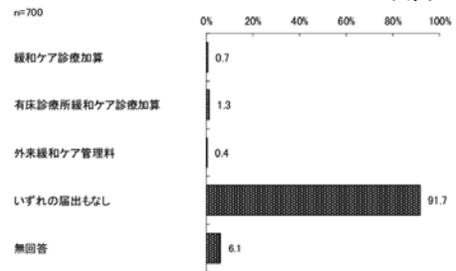
<心不全ステージC>
 器質的心疾患を有し、心不全症候を有する患者
<NYHA重症度分類II>
 普通の身体活動(坂道や階段をのぼるなど)で症状がある



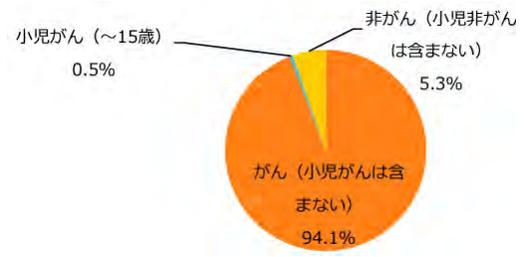
出典：急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)



日本の心不全患者数の推移
 出典：Shiomkawa H. Eur J Heart Fail 2015;17:884-892



緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療科参・外来緩和ケア管理料にかかる施設基準の届出状況
 出典：令和3年3月24日 中医協 第62回診療報酬改定結果検証部会 検-2-2



出典：2021年度緩和ケアチーム登録(日本緩和医療学会)

心不全の患者数は増加しており、ガイドラインや疾病管理アルゴリズムではステージC早期からの緩和ケアが求められている。一方で、現行の緩和ケア診療加算(末期心不全)を算定している施設は極めて少なく、また、緩和ケアチームでの心不全診療数も少ない。有症状の心不全ステージCからの緩和ケアの推奨となるように対象要件の変更をはかり、入院心不全患者に対し、より一層緩和ケアを提供する体制の構築が必要である。

【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	A223203		
提案される医療技術名	緩和ケア病棟入院料（対象疾患に末期心不全を追加）		
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。）	末期心不全患者を診療するすべての診療科
	関連する診療科（2つまで）	リストから選択	—
		リストから選択	—
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	A310		
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）	緩和ケア病棟入院料は厚生労働省が定めた施設基準を満たす緩和ケア病棟が算定でき、施設基準には、主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであることと明示されている。心不全患者が増え、終末期の苦痛緩和を必要とする末期心不全患者も増加しているため、緩和ケア病棟入院料の適応疾患を拡大し、末期心不全を追加することを提案する。		
文字数：197			
再評価が必要な理由	心疾患は日本人の死因において悪性新生物に次ぐ第2位であり、心不全はその中の多くを占めている。わが国の循環器疾患診療実態調査（JROAD）によると循環器専門施設・研修関連施設における心不全入院患者は毎年1万人以上のペースで増加している。2025年には日本全体の心不全患者総数は130万人に迫ると推計されており、高齢化や急性期循環器医療の進歩なども背景とした心不全患者の急激な増大は「心不全バンドミック」などと表現されている。心不全患者の増加に伴い、末期心不全患者に対する緩和ケアの必要性が認識されるようになり、2018年の診療報酬改訂で緩和ケア診療加算の対象に末期心不全が追加された。終末期の苦痛を緩和する緩和医療を提供する施設として緩和ケア病棟は施設基準、人的配置基準とも整備されており、末期心不全患者が緩和ケア病棟に入院できることは妥当と考える。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	緩和ケア入院料の対象疾患に末期心不全を追加する		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	緩和ケア病棟入院料の施設基準には、主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであることと明示されている。		
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）	A310		
医療技術名	心不全患者の苦痛を緩和する緩和医療		
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	末期心不全による主要な症状は、呼吸困難、全身倦怠感、疼痛、食欲不振、抑うつなどである。急性・慢性心不全診療ガイドラインでは終末期心不全の60～88%に呼吸困難、69～82%に全身倦怠感、35～78%に疼痛が認められると報告されている。心不全が悪化していく経過で、心不全の治療が強化されるとともに、苦痛への介入である緩和ケアの重要性は増すため、緩和ケアの介入を強化する必要がある。	
	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。）	日本循環器学会、日本心不全学会による急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）では、心不全や合併症に対する治療の経緯とそれらに伴う症状緩和は推奨クラスⅠ、エビデンスレベルⅠ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、末期心不全患者が緩和ケア病棟に入院できるようになると対象患者数の増加が見込まれる。悪性新生物で死亡した患者、後天性免疫不全症候群の患者数を見直し前の症例数（緩和ケア病棟入院の対象となる症例）とし、それに心疾患の死亡者数を追加したものを見直し後の症例数とした。令和3年厚生労働省人口動態統計では、死因の第1位が悪性新生物で381,497人、第2位が心疾患（高血圧性を除く）で214,623人であった。令和3年のエイズ発生動向では後天性免疫不全症候群の患者は10,306人と報告されている。
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	391,803
	見直し後の症例数（人）	413,266
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	—
	見直し後の回数（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）		前述のとおり、日本循環器学会、日本心不全学会による急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）では、心不全や合併症に対する治療の継続とそれらに伴う症状緩和は推奨クラスⅠ、エビデンスレベルⅡとされている。末期心不全の緩和ケアを行う際には、心不全治療を継続し、その上で緩和医療を提供する必要があるため、緩和医療に携わる医師は心不全治療について理解する必要がある。
・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）	緩和ケア病棟入院料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）	緩和ケア病棟入院料の人的配置の要件を満たすこと。医師は心不全学会が主催する心不全緩和ケアトレーニングコースを終了していること。
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	末期心不全の患者とは、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の基準に該当するものをいう。 ア 心不全に対して適切な治療が行われていること イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にもかかわらず、慢性的にNYHA分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること ウ 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。 エ 左室駆出率が20%以下であること。 オ 医学的に終末期と判断される状態であること カ エまたはオに掲げる状態に準ずる状態であること
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		適応疾患の拡大であり、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）		適応疾患の拡大であり、倫理性・社会的妥当性に問題はない。
⑧点数等見直しの場合	見直し前	—
	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）	—
	その根拠 備考	適応疾患の拡大の提案であり、緩和ケア病棟のベッド数が増えるわけではないので、不変とした。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		—
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	急性・慢性心不全診療ガイドライン
	2) 著者	日本循環器学会、日本心不全学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	急性・慢性心不全診療ガイドライン、2017年
	4) 概要	心不全や合併症に対する治療の継続とそれらに伴う症状緩和は推奨クラスⅠ、エビデンスレベルⅡとしている。
⑭参考文献 2	1) 名称	循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ報告書
	2) 著者	厚生労働省
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000204784.pdf 、平成29年7月
	4) 概要	心不全のステージ分類と治療目標について記載されている。
⑭参考文献 3	1) 名称	Current Status of Cardiovascular Medicine in the Aging Society of Japan
	2) 著者	Satoshi Yasuda, Yoshihiro Miyamoto, Hisao Ogawa
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Circulation, 2018; 138: 965-967
	4) 概要	高齢化が進む日本では、今後も心不全患者が増加することが示されている。
⑭参考文献 4	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
⑭参考文献 5	1) 名称	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—

※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
A223203	緩和ケア病棟入院料（対象疾患に末期心不全を追加）	日本緩和医療学会

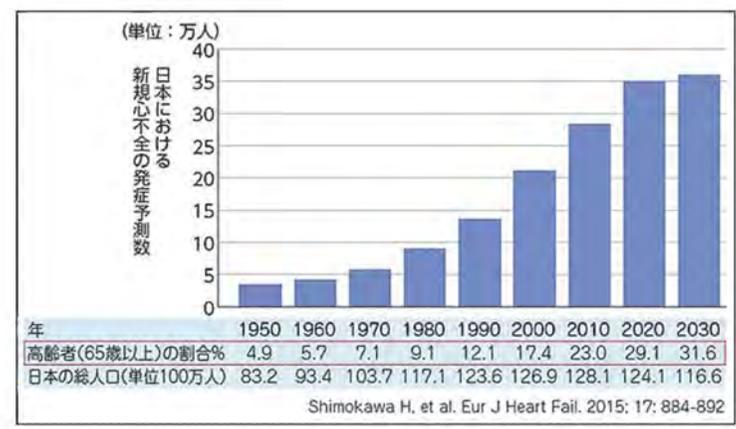
循環器疾患において急性心筋梗塞の死亡者数が減少する一方で、高齢化が進むとともに心不全による死亡者は20年で2倍近くまで急増し、循環器疾患の死因の1位が心不全となっている。心不全による死亡者数の増加の背景には、心不全患者数自体の急増があり、わが国の心不全患者数は2005年時点で約100万人であったものが、2025年には約130万人に迫ると推計されている。そのような中、疾病を抱えながらQOLを向上させるアプローチである緩和ケアの重要性が認識され、わが国においても、急性・慢性心不全診療ガイドラインで緩和ケアについて推奨とエビデンスレベルを含めて明記され、保険診療上も2018年診療報酬改定において、悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群を対象とする緩和ケア診療加算の対象に末期心不全が追加され、2020年から外来診療加算も追加された。今回、緩和ケア入院料の対象患者にも末期心不全を追加することを要望する。

現行「現行の対象患者」
 (1) 悪性腫瘍
 (2) 後天性免疫不全症候群

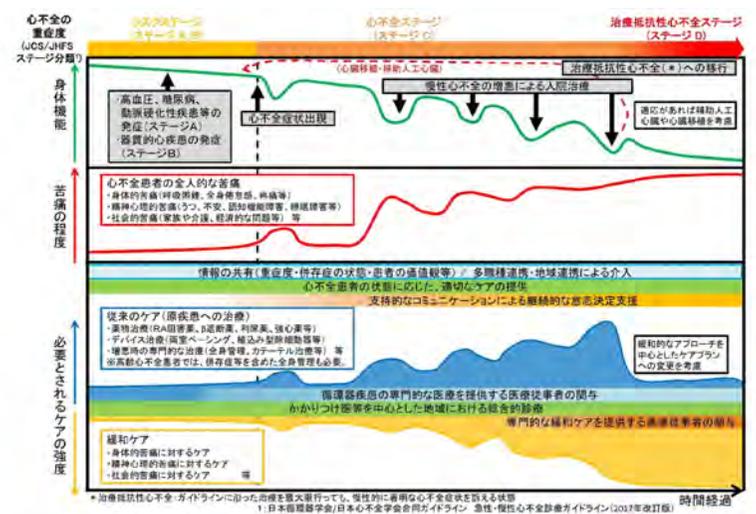


要望 対象疾患に末期心不全を追加

日本における新規心不全の発症予測数



心不全患者の臨床経過及び提供されるケアのイメージ



心不全が悪化していく経過で、心不全の治療が強化されるとともに、苦痛への介入である緩和ケアの重要性は増すため、緩和ケアの介入を強化する必要がある

心不全による死亡者数の増加の背景には、心不全患者数自体の急増があり、今後も増加する見込みである

【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	A225201		
提案される医療技術名	特定疾患療養管理料		
申請団体名	一般社団法人 日本血液学会		
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）	07血液内科	
	関連する診療科（2つまで）	01内科	
		00なし	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無		
「実績あり」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1部 第1節 初・再診料		
診療報酬番号	B000		
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）	真性多血症、本態性血小板血症、骨髄線維症、骨髄異形成症候群を特定疾患療養管理料の適応疾患に加える。		
文字数：49			
再評価が必要な理由	真性多血症(PV)、本態性血小板血症(ET)、骨髄線維症(MF)、骨髄異形成症候群(MDS)は、国際疾病分類の第10改訂版(ICD-10)においてD37-D48の「性状不詳又は不明の新生物」に分類されていたため悪性新生物とは認識されず、現行では特定疾患療養管理料の適応疾患とされていない。しかし、平成30年6月18日に公表された国際疾病分類の第10改訂版(ICD-11)においては、これら疾患はNeoplasms of haematopoietic or lymphoid tissues（血液とリンパ系組織腫瘍）に分類される。事実、PV、ET、MF、MDSは、1）複数の抗悪性腫瘍剤が治療薬として保険承認されている、2）がん化学療法以外にも、輸血療法、造血刺激療法、同種造血幹細胞移植などの特殊治療の対象となりうる、3）疾患や治療についての詳細な説明や丁寧な生活指導、服薬指導が必要であるなど、血液悪性腫瘍の性質を有することが明らかである。		

【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）	PV、ET、MF、MDSは国際疾病分類の第10改訂版（ICD-10）においてD37-D48の「性状不詳又は不明の新生物」に分類されているが、同分類の第11改訂版（ICD-11）においては「血液とリンパ系組織腫瘍」として、白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫などと同じ分類に入る。事実、これら疾患は、いずれも抗悪性腫瘍剤が治療薬として承認されており、疾患や治療についての詳細な説明や丁寧な生活指導、服薬指導が必要であるなど、血液がんの性質を有することが明らかである。以上より、特定疾患療養管理料の算定対象とすることを要望する。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	現在はPV、ET、MF、MDSは特定疾患療養管理料の対象とみなされないため、診療所等においてこれら疾患に対して抗悪性治療薬の処方や輸血、医師・スタッフによる詳細な患者指導を行っても、特定疾患療養管理料を算定できない。負担に見合う評価が得られないことは、診療所等でのこれら疾患の積極的な診療の障壁となって患者の病院への偏在をもたらし、地域でのがん診療連携体制の整備、発展を阻むこととなる。		
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）	B000		
医療技術名	特定疾患療養管理料		
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	PV、ET、MF、MDSを特定疾患療養管理料の適応疾患とすることは、第4期がん対策推進基本計画（案）の全体目標である「誰もががんとともに自分らしく生きられるよう、全ての国民でがんの克服を目指す」という方針を地域医療構想の中で実現させることに寄与し、急性期病院度への依存度を軽減させることによる医療費削減効果が見込める。	
	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。）	国際疾病分類の第11改訂版（ICD-11） 造血器腫瘍診療ガイドライン・2018年版補訂版（日本血液学会）

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		PV、ET、MF、MDSの年間発症率（人口10万当たり）は最大でそれぞれ2.6、2.5、0.3、3.0人、また、平均生存期間はそれぞれ14.1、18.9、3.9、3.0年とされるので、当該疾患すべての患者数は計算上、約12万人と推定される。一方、「医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（厚生労働省）」によると、令和2年の時点で診療所に勤務する血液内科医師は全体の13.7%であるので、もし、患者が医師数に応じて病院と診療所に均等に通院すると仮定すれば、診療所に通院する患者数は約1.6万人となる。これは、e-statによる令和3年の特定疾患療養管理料の算定件数（約1900万人）に対して約0.08%の増になる。ただし、当該疾患に合併する特定疾患療養管理料の適応となる生活習慣病等に対して、すでに同管理料を算定している患者も相当数存在すると思われるので、実際の増加率はより少ないと推定される。なお、当該患者の医療機関への通院頻度は疾患の重症度によってかなりの開きがあるが、診療所には比較的軽症例が通院することを踏まえ、月1回と推定した。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	不明（合併症に対する特定疾患療養管理料の既算定症例数）	
	見直し後の症例数（人）	16,000人（最大）	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	不明（合併症に対する特定疾患療養管理料の既算定回数）	
	見直し後の回数（回）	192,000回（月1回の通院と仮定）	
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）		PV、ET、MF、MDSは、日本血液学会のガイドラインや厚生労働省調査研究班による診療参照ガイド等に記載されている通り、血液悪性腫瘍としての専門的な治療や経過観察が必要である。	
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	現在の特定疾患療養管理料の施設基準と変更なし	
	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）	同上	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	同上	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特定疾患療養管理料の算定にあたって患者により丁寧な説明を行うことにより、安全性は増すと期待される	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		当該疾患は先述のように悪性腫瘍としての高度な診療が要求されるため、特定疾患療養管理料・特定疾患処方管理加算の算定対象とすることは倫理的・社会的に見て極めて妥当である。	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	該当なし	
	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	その他（右欄に記載。）	特になし
	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	増（+）	
	予想影響額（円）	年間432,000,000,000（最大）	
	その根拠	上記算定回数（19.2万回）× 診療報酬（225点）	
	備考	病院から診療所への患者の逆紹介が進めば病院にかかる経費は削減されるが現時点での予想は困難	
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	慢性骨髄性白血病/骨髄増殖性腫瘍
	2) 著者	日本血液学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	造血器腫瘍ガイドライン 2018年増補版(2020年4月) 89-100ページ
	4) 概要	本邦における真性多血症、本態性血小板血症、骨髄繊維症の疫学、臨床経過、診療方針などを解説
⑭参考文献 2	1) 名称	骨髄異形成症候群
	2) 著者	日本血液学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	造血器腫瘍ガイドライン 2018年増補版(2020年4月) 144-164ページ
	4) 概要	本邦における骨髄異形成症候群の疫学、臨床経過、診療方針などを解説
⑭参考文献 3	1) 名称	骨髄異形成症候群診療の参照ガイド
	2) 著者	骨髄異形成症候群の診断基準と診療の参照ガイド改訂版作成のためのワーキンググループ(厚生労働省科学研究補助金による調査研究)
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	骨髄異形成症候群診療の参照ガイド全ページ
	4) 概要	本邦における骨髄異形成症候群の疫学、臨床経過、診療指針などを詳細に解説
⑭参考文献 4	1) 名称	骨髄線維症診療の参照ガイド
	2) 著者	骨髄線維症の診断基準と診療の参照ガイド改訂版作成のためのワーキンググループ(厚生労働省科学研究補助金による調査研究)
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	骨髄線維症診療の参照ガイド全ページ
	4) 概要	本邦における骨髄線維症の疫学、臨床経過、診療指針などを詳細に解説
⑭参考文献 5	1) 名称	なし
	2) 著者	なし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	なし

※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
A225201	特定疾患療養管理料	日本血液学会

【技術の概要】

真性多血症、本態性血小板血症、骨髄線維症、骨髄異形成症候群を特定疾患療養管理料の適応疾患に加える。

【対象疾患】

真性多血症、本態性血小板血症、骨髄線維症、骨髄異形成症候群

【既存の治療法との比較】

当該疾患は国際疾病分類(ICD-10)において「性状不詳又は不明の新生物」に分類されていたため、現行では悪性新生物とはみなされず特定疾患療養管理料の適応疾患とされていない。しかし、平成30年に公表されたICD-11においては、これら疾患は、他の血液がんと同じ血液とリンパ系組織腫瘍に分類された。事実、当該疾患は、いずれも抗悪性腫瘍剤が治療薬として承認されており、疾患や治療についての詳細な説明や丁寧な生活指導、服薬指導が必要であるなど、血液がんの性質を有することが明らかである。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

当該疾患を特定疾患療養管理料の適応疾患とすることは科学的・倫理的に妥当であるだけでなく、診療所等での当該疾患診療を促進し、国の地域医療構想の整備・発展に寄与しうる。

【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	A225202		
提案される医療技術名	抗悪性腫瘍剤処方管理加算		
申請団体名	一般社団法人 日本血液学会		
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）	07血液内科	
	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1部 第1節 初・再診料		
診療報酬番号	F100, F400		
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）	抗悪性腫瘍剤処方管理加算の現行の施設基準である「許可病床数が200床以上の病院であること」の要件を削除し、診療所等においても同加算が取得できることとする。		
文字数： 77			
再評価が必要な理由	近年の高齢化を主因とする悪性腫瘍の罹患数が増加傾向にあり、また、治療の著しい進歩によってがんの生存率は上昇傾向にあるため、がん患者数は増加の一途をたどっている。その一方で、国は平成29年版厚生労働白書の中で、がん診療の中心的役割を担う高度急性期および急性期病棟の病床を2015年から2025年の間に約3割減少させ、患者を地域全体で支えていく地域医療構想が出されている。この流れにおいて、第4期がん対策推進基本計画（案）の全体目標である「誰もががんとともに自分らしく生きられるよう、全ての国民でがんの克服を目指す」を実現するためには、地域でのがん診療連携体制の充実が喫緊の課題であり、中でも診療所等が基幹病院と連携してがん診療へ積極的参画することが不可欠である。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	現行の抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準は、（1）許可病床数が200床以上の病院であること、（2）化学療法の実験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上勤務していることとなっている。しかし、診療所等においても、上記（2）に該当する医師が中心となり、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに抗悪性腫瘍剤を処方することは可能である。事実、2022年度の診療報酬改定では、抗悪性腫瘍剤を無菌的に調整した場合に算定される「無菌製剤処理料」の施設要件から、「病院であること」が削除されているので、「抗悪性腫瘍剤処方管理加算」においても同様の措置がとられれば、地域でのがん診療連携体制の整備、発展を期することができる。		
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	現行では診療所等で抗悪性腫瘍剤が処方された場合は、生活習慣病治療薬が主要な算定対象である特定疾患処方管理加算を算定する。しかし、抗悪性腫瘍剤は生活習慣病治療薬とは異なるリスク管理や投薬の必要性、危険性等についての説明を要するため、抗悪性腫瘍剤処方管理加算の算定要件（抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で処方）を満たすことが、安全管理上必要と思われる。なお、抗悪性腫瘍剤処方管理加算と特定疾患処方管理加算の同時算定は不可とする。		
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）	F100, F400		
医療技術名	抗悪性腫瘍剤処方管理加算		
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	抗悪性腫瘍剤処方管理加算を診療所等でも算定できれば、第4期がん対策推進基本計画（案）の全体目標である「誰もががんとともに自分らしく生きられるよう、全ての国民でがんの克服を目指す」という方針を地域医療構想の中で実現させることに寄与し、患者のQOLを向上させるだけでなく、急性期病棟への依存度を軽減させることによる医療費削減効果が見込める。	
	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。）	平成29年版厚生労働白書 第3期がん対策推進基本計画、および、4期がん対策推進基本計画（案）

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		e-Statによると、令和3年6月の病院での抗悪性腫瘍剤処方管理加算の取得件数は165,126件であった。一方、診療所における抗悪性腫瘍剤の処方状況に関するデータは入手し得なかったが、「外来化学療法加算1、2」（抗悪性腫瘍剤を注射した場合）の算定件数は1,268件（1670回）であった。診療所での抗悪性腫瘍剤の処方件数は、外来化学療法加算算定件数よりやや多い可能性はあるものの、現時点では極めて少数と想定される。これら患者に対して、特定疾患処方管理加算（最大で月660円）から抗悪性腫瘍剤処方管理加算（月700円）に切り替えた場合の医療費への影響は軽微と思われるが、診療所等でのがん診療を評価する国の姿勢を受け取ることにより、がん患者の病院から診療所への移行が促進される効果が期待される。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	不明	
	見直し後の症例数（人）	不明	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	不明	
	見直し後の回数（回）	不明	
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）		がんの各部位の診療ガイドラインに従うこと	
・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）	現行の抗悪性腫瘍剤処方管理加算施設基準から「200床以上の病院であること」を削除。	
	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）	化学療法の実験を5年以上有する常勤医師が1名以上勤務している。（現行通り）	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	各部位のがんの診療ガイドラインに従うこと	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		診療所等で抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定するにあたって、「抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに処方」という算定要件が加わることにより、特定疾患処方管理料を算定する場合よりも安全性が増すことが期待される。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		国の地域医療構想に基づくものであり、倫理的・社会的に妥当である。	
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	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	増（+）	
	予想影響額（円）	不明	
	その根拠	上述のように影響額は軽微と思われる。	
	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	—
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	—
	4) 概要	—
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
A225202	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	日本血液学会

【技術の概要】

抗悪性腫瘍剤処方管理加算の現行の施設基準である「許可病床数が200床以上の病院であること」の要件を削除し、診療所等においても同加算が取得できることとする。

【対象疾患】

入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者

【既存の治療法との比較】

現行では診療所等で抗悪性腫瘍剤が処方された場合は、生活習慣病治療薬が主要な算定対象である特定疾患処方管理加算を算定する。しかし、抗悪性腫瘍剤は生活習慣病治療薬とは異なるリスク管理や投薬の必要性、危険性等についての説明を要するため、抗悪性腫瘍剤処方管理加算の算定要件(抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で処方)を満たすことが、安全管理上必要と思われる。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

2022年度の診療報酬改定では、抗悪性腫瘍剤を無菌的に調整した場合に算定される「無菌製剤処理料」の施設要件から、「病院であること」が削除されているので、「抗悪性腫瘍剤処方管理加算」においても同様の措置がとられれば、地域でのがん診療連携体制の整備、発展を期することができる。なお、抗悪性腫瘍剤処方管理加算と特定疾患処方管理加算の同時算定は不可とする。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用	A225203		
提案される医療技術名	造血器腫瘍遺伝子検査		
申請団体名	一般社団法人 日本血液学会		
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）	07血液内科	
	関連する診療科（2つまで）	リストから選択	
		リストから選択	
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、右欄に記載する	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1部 第1節 初・再診料		
診療報酬番号	D006-2		
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）	造血器腫瘍遺伝子検査を実施するための施設基準について、「検体検査管理加算（II）の施設基準を満たしていること」を、「当該検査を自院で実施する場合は検体検査管理加算（I）の施設基準を満たしていること」に変更する。		
文字数：106			
再評価が必要な理由	急性白血病等の病型診断や治療選択、再発診断に必要な「造血器腫瘍遺伝子検査」の算定に際しては、検体検査管理加算（II）の施設基準を満たすことが求められる。検体検査管理加算（II）は入院患者が算定対象であるため、入院患者以外の患者の診療を行う無床診療所等においては当該検査を実施することができず、患者は紹介状を持参して病院を受診する必要があるため、そのための時間的、費用的負担が必要となる。しかし、現在では、「造血器腫瘍遺伝子検査」の多くは外注検査会社に委託することが可能であるため、患者にそのような負担をかける必然性はないと考える。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	「造血器腫瘍遺伝子検査」実施のために当初設定された施設基準は、同検査が院内で実施されることを想定していたことによると思われる。現在は多くの外注検査会社に委託することができるため、「当該検査を院内で実施する場合は検体検査管理加算（I）の施設基準を満たしていること」と変更することが望ましい。		
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	当該検査は主として急性白血病等の病型診断や治療選択、再発診断などに用いられるが、病院での治療終了後に診療所に逆紹介され、そこでのフォローアップの過程で当該検査が必要となる場合がある。しかし、現行の施設基準では、診療所等にて外注にて当該検査を実施することは認められない。		
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）	D006-2		
医療技術名	造血器腫瘍遺伝子検査		
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	現状では診療所だけでなく病院においても造血器腫瘍遺伝子を外注にて実施することが多い。患者負担やQOLのことを考慮して、診療所等でも同検査を実施できるようにすべきである。ただし、当該検査が院内で実施される場合には、従来通り、検体管理加算IIの施設基準を満たしていることが必要と考える。	
	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。）	日本血液学会 造血器腫瘍診療ガイドライン 2018年版補訂版（白血病等に対する遺伝子解析の必要性が記載されている）

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		国立がん研究センターのがん情報サービスによると、2019年の白血病の罹患数は14,318例であり、その約80%が急性白血病と考えられる。この数値から考えると、毎年1万件前後の造血器腫瘍遺伝子検査が実施されると推定される。診療所等で当該検査が行われる件数は不明であるが、急性白血病は重症であることが多いため少数であると思われる。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	不明	
	見直し後の症例数（人）	不明	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	不明	
	見直し後の回数（回）	不明	
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）		造血器腫瘍遺伝子検査の活用法については日本血液学会ガイドライン等に記載されている	
・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)	造血器腫瘍遺伝子検査を実施するための施設基準について、「検体検査管理加算（II）の施設基準を満たしていること」を、「当該検査を自院で実施する場合は検体検査管理加算（II）の施設基準を満たしていること」に変更する。	
	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)	同上	
	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		施設基準の変更によって、患者の安全性が損なわれることは考えられない。	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		診療所に通院中の患者が当該検査を行う場合、患者がわざわざ病院を受診しなければならない現状は、倫理的・社会的にむしろ問題であると考えられる。	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	—	
	見直し後	—	
	その根拠	—	
⑨関連して減点や削除が可能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	—	
	技術名	—	
	具体的な内容	—	
⑩予想影響額	プラスマイナス	減（－）	
	予想影響額（円）	不詳	
	その根拠	—	
	備考	患者の紹介や病院受診にかかる費用が削減できると思われる	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		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	白血病
	2) 著者	日本血液学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	造血器腫瘍ガイドライン 2018年増補版 (2020年4月) 8-87ページ
	4) 概要	本邦における急性白血病の疫学、診断法、診療方針などを解説
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
A225203	造血器腫瘍遺伝子検査	日本血液学会

【技術の概要】

造血器腫瘍遺伝子検査を実施するための施設基準について、「検体検査管理加算(II)の施設基準を満たしていること」を、「当該検査を自院で実施する場合は検体検査管理加算(II)の施設基準を満たしていること」に変更する。

【対象疾患】

急性白血病を中心とした血液悪性腫瘍

【既存の治療法との比較】

造血器悪性腫瘍の診断などに必要な「造血器腫瘍遺伝子検査」の実施にあたっては、検体検査管理加算(II)の施設基準を満たすことが求められるため、診療所等においては当該検査を実施することができず、患者は紹介状を持参して病院を受診する必要があり、そのための時間的、費用的負担が必要となる。しかし、現在では、「造血器腫瘍遺伝子検査」の多くは外注検査会社に委託することが可能であるため、患者に病院受診の負担をかける必然性はないと考える。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

患者の負担やQOLのことを考慮して、診療所等でも同検査を外注で実施できるようにすべきである。なお、当該検査が院内で実施される場合には、従来通り、検体管理加算IIの施設基準を満たしていることが必要と考える。

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用	A225204		
提案される医療技術名	外来腫瘍化学療法診療料		
申請団体名	一般社団法人 日本血液学会		
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）	07血液内科	
	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1部 第1節 初・再診料		
診療報酬番号	B001-2-12		
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）	外来腫瘍化学療法診療料1及び2の施設基準「（5）専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること」を、「（5）専任の医師、看護師又は薬剤師が、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること」に変更する。		
文字数：185			
再評価が必要な理由	近年の高齢化を主因として悪性腫瘍の罹患数は増加傾向にあり、また、治療の著しい進歩によってがんの生存率は上昇傾向にあるため、がん患者数は増加の一途をたどっている。その一方で、国は平成29年版厚生労働白書の中で、がん診療の中心的役割を担う高度急性期および急性期病棟の病床を2015年から2025年の間に約3割減少させ、患者を地域全体で支えていくという地域医療構想を打ち出した。この流れにおいて、第4期がん対策推進基本計画の全体目標である「誰もががんとともに自分らしく生きられるよう、全ての国民でがんの克服を目指す」を実現するためには、地域でのがん診療連携体制の充実が喫緊の課題であり、特に診療所等が基幹病院と連携してがん診療へ積極的に関与していくことが不可欠である。しかし、外来腫瘍化学療法診療料の当該施設基準は、診療所でのがん診療を普及させる上で大きな障壁となっている。		

【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）	夜間診療を行わない無床診療所等において、同診療料算定のためにスタッフを院内に常時（24時間）配置することは、人件費負担、人員確保、当直室新設などの観点からみて実現困難である。このため、同施設基準は診療所等での外来がん化学療法の普及を事実上困難なものとしている。一方、もし専任の医師、看護師又は薬剤師のいずれか1名が院内に常駐しても、患者からの相談に応じて院内で診察、検査や治療等は実施できないため、スタッフが携帯電話等を用いて院外で対応することと本質的な差異は生じないと思われる。スタッフが院内に常駐しないことによる唯一の問題点は電話相談があった場合に患者カルテを速やかに参照できないことであるが、そのことは各医療機関や地域の特性に応じて、院外においても同診療料の算定対象となる患者情報を参照して適切に対応する仕組みを作り、マニュアル等で共有することによって解決可能である。以上の点を鑑みて、「スタッフを院内に常時（24時間）配置する」という施設基準の削除を要望する。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	外来腫瘍化学療法診療料は、旧外来腫瘍化学療法診療料に代わって令和4年度から新設された。それに伴う移行措置として、「令和3年度に旧・外来化学療法加算（1、2）を付けていた診療所については、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備されていれば、職員の24時間常駐がなくても同診療料2の算定を認める」とされた。一方、令和3年に旧・外来化学療法加算を付けていなかった診療所については、同診療料を新たに届け出るにあたって職員の24時間の院内常駐が必須であるため、今後の新規参入は事実上困難である。現行のままでは化学療法を担う診療所等は減少の一途をたどると推定される。		
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）	B001-2-12		
医療技術名	外来腫瘍化学療法診療料		
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	本提案によって、診療所等においても基幹病院と連携してがん化学療法や経過観察などを広く分担できるようにになれば、患者ががんとともに自分らしく生きられるという目標に寄与するだけでなく、がん患者の病院への一極集中を緩和して、病院医師の働き方改革の推進や医療費削減効果をもたらすことが期待される。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	本邦では診療所でのがん治療を推進するためのガイドラインは存在しないが、例えば米国では、地域がんクリニック（Community Oncology Practice）が患者診療の中心的役割を担っている。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		前述のように、令和3年度に旧・外来化学療法加算を届けていた診療所については、移行措置として条件付きで外来腫瘍化学療法診療料2の算定が認められたため、令和4年度以降も診療所等での同診療料2の算定はある程度見込まれるが、実績についての具体的なデータはない。一方、令和3年に外来化学療法加算を届けていなかった診療所については、同診療料の新規算定は事実上困難である。e-Statによると、旧・外来化学療法加算（1、2）（抗悪性腫瘍剤を注射した場合）の令和3年の診療所での算定件数は1268件（1670回）であった。もし、同診療料の当該施設要件が削除された場合には、新規も含めて同程度の算定が見込まれる。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	不明	
	見直し後の症例数（人）	1,268	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	不明	
	見直し後の回数（回）	1,670	
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）		該当なし	
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	外来腫瘍化学療法診療料1及び2の施設基準「（5）専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること」を、「（5）専任の医師、看護師又は薬剤師が、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること」に変更する。	
	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）	同上	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	各医療機関や地域の特性に応じて、医療スタッフが同診療料の算定対象となる患者情報を院外においても参照して、適切に対応できる仕組みを作り、マニュアル等で共有すること。	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		医師、看護師又は薬剤師のいずれか1名が院内に常駐しても、患者からの相談に応じて院内で診察、検査や治療等は実施できない。医療スタッフが院内に常駐しないことによる唯一の問題点は電話相談に際して患者カルテを速やかに参照できないことであるが、同診療料の算定対象となっている患者情報を院外でも参照できる仕組みを作りマニュアル等で共有することは可能であるため、安全上のリスクは増さないと考える。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		国の地域医療構想の枠組みの中で、がん患者の病院への一極集中を避けて地域全体で支える仕組み作りのために、診療所でのがん化学療法を支援することは、倫理的、社会的に極めて妥当である。	
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	区分をリストから選択	特になし
	番号	-	
	技術名	-	
具体的な内容	特になし		
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（+）	
	予想影響額（円）	年間11,690,000（最大）	
	その根拠	上記算定回数（1,670回）X 診療報酬（700点）	
	備考	現行の診療所での外来化学療法診療料の算定件数がゼロ、見直しによりすべてで診療料1が算定されるという最も高い試算値である。	
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		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	Nebraska Cancer Specialists ウェブサイト
	2) 著者	—
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://nebraskacancer.com/what-is-community-oncology/
	4) 概要	米国（ネブラスカ州）での病院と地域がんクリニックが連携した地域がん診療システムの紹介。病院ではなく地域がんクリニックが、より低コストで、患者診療に中心にかかわっていることなどを解説している。
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
A225204	外来腫瘍化学療法診療料	日本血液学会

【技術の概要】

- 外来腫瘍化学療法診療料(1, 2)の施設基準の「(5)専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること」から、「院内に常時1人以上配置され」の箇所を削除する

【対象疾患】

- 入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者

【既存の治療法との比較】

- 夜間診療を行わない診療所等においては、同診療料算定のためにスタッフを院内に常時(24時間)配置することは、人件費負担、人員確保、当直室新設などの観点から見て困難である。現行のままでは、診療所等のがん化学療法への積極的関与は困難であり、がん診療における病診連携体制の構築・発展の障壁となる。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- 専任の医師、看護師又は薬剤師が院外においても、各医療機関や地域の特性に応じて同診療料の算定対象となる患者情報を参照して適切に対応できる仕組みを作り、マニュアル等で共有すること。
- 本提案によって、診療所等によるがん化学療法の現状より普及すれば、患者の病院への一極集中を回避し、患者ががんとともに自分らしく生きられることだけでなく、病院医師の働き方改革や医療費削減という目標にも寄与する。

【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	A230201		
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）	38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	緩和ケア科
		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）	緩和ケア診療加算は、急性ないし慢性呼吸不全終末期にある患者で身体的もしくは精神的な症状を持つ者に対して、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する治療、看護、リハビリテーションなどをチームで行うことに対する評価である。非がん性呼吸器疾患終末期では肺がん以上に呼吸困難や精神的苦痛の訴えが多く、がんおよび心不全と同等に緩和ケア診療加算の適応が必要である。		
文字数：200			
再評価が必要な理由	2002年WHOによる緩和ケアの定義で緩和ケアの対象疾患ががんのみに限定されないことが強調された。わが国においても2018年厚生労働省健康局がん・疾病対策課による「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」における議論の結果、平成30年度診療報酬改定において末期心不全患者に対して緩和ケア診療加算の適応拡大がなされた。心不全と疾患軌道の類似した呼吸不全においても緩和ケアの考え方は適応されると考えられる。上記ワーキンググループの議論で取り上げられたSolano JP et al., 2006（文献2）では、終末期におけるCOPD患者の苦痛に関して、痛み、精神的症状、倦怠感などはがんと共通して頻度が高く、呼吸困難はがん以上に高い頻度であることが示されている。Butler SJ, et al. 2020（文献3）のシステムティックレビューによると肺がん患者が入院中に緩和ケアを受けるオッズ比はCOPD患者に対して有意に高く、肺がん患者が侵襲的な人工呼吸や人工心肺装置による処置を受けるオッズ比はCOPD患者に比べて有意に低かった。またBrown CE, et al. 2016（文献4）ではICU内死亡例においてCOPDや間質性肺疾患（ILD）では転移を有する癌と比較してアドバンスケアプランニングやオピオイド使用などの緩和ケア介入が少なく、DNR（挿管拒否）の頻度が少ない一方でICU滞在や在院日数の長いことが報告されている。このようにこれまでの診療報酬では評価対象となっていない非がん性呼吸器疾患の患者に対しても緩和ケアのニーズはあり、一部の施設ではチームによる緩和ケアが実施されている。日本緩和医療学会の緩和ケアチーム活動登録データベースでは2020年度905件の活動が報告された。さらに日本呼吸器学会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会会合同で「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021」が策定されており、同指針に基づく診療に対して緩和ケア診療加算の適応拡大が必要である。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>非がん性呼吸器疾患の終末期においては呼吸困難・咳嗽・喀痰などの身体的苦痛とともにADL、QOL低下や精神的苦痛も顕著である。COPDとがん、心疾患の苦痛出現頻度を比較した研究では、痛みの出現頻度はCOPD患者で34-77%（がん患者 35-96%、心疾患患者 41-77%）、うつの出現頻度は37-71%（同 3-77%、9-36%）、不安の出現頻度は51-75%（同13-79%、49%）と、がんや心疾患と同等であり、呼吸困難の出現頻度は90-95%と、がん（10-70%）や心疾患（60-88%）より高頻度であった（文献2）。</p> <p>症状緩和には医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、ソーシャルワーカーなどの多職種によって呼吸管理、オピオイドを始めとする薬物療法、呼吸リハビリテーションや栄養指導を主体とするチーム医療が有効である。Higginson et al., 2014（文献5）の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か月後の生存率も有意に高かった。また、適切な緩和ケアを行うことで、挿管人工呼吸やICU入室など患者が望まない終末期の侵襲的な介入の抑制にもつながる可能性がある（文献3・4）。</p> <p>本提案では、算定対象への追加を要する末期呼吸不全患者を、以下のアからウまでの基準をみだしエおよびオのいずれかに該当するものとする。</p> <p>ア）呼吸不全に対して酸素療法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。</p> <p>イ）器質的な呼吸機能障害により、上記治療にかかわらず慢性的に「mMRC4度の呼吸困難」の症状に該当する。</p> <p>ウ）過去1年以内に呼吸不全の増悪による入院が2回以上ある、もしくは急性呼吸不全で入院中である。</p> <p>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場合</p> <p>オ）その他の理由で医学的に終末期であると判断される場合</p> <p>緩和医療学会の緩和ケアチーム活動報告において非がん性呼吸器疾患の患者に対する緩和ケアの実施が報告されており、その件数は2012年度の200件強から2020年度には900件以上へと着実に普及が進んでいる。このように活動実績が蓄積されてきたこともあり、この度、日本呼吸器学会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会が共同で「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021」（文献1）を策定した。</p>
------------------------------	--

②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		<ul style="list-style-type: none"> ・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	<p>呼吸困難（MRC息切れスケール 2以上）を呈する患者105人を対象としたHigginson et al., 2014（文献5）によるRCTにおいて、緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施した群では、通常治療を行ったコントロール群と比較し、呼吸困難に関するQOLが有意に維持・改善した（6週間後時点のGRQスコアは介入群が有意に良好で+0.58ポイントの差、p値 0.048）。また、非がんの患者84人について、緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施した群と通常治療群で生存率の有意差があった（6か月後時点の生存率 100% vs 76%、生存率全体のp値 0.01）。</p> <p>肺がん患者とCOPD患者の終末期の緩和ケア受療状況を比較したButler et al., 2020（文献3）によるシステマティックレビューにおいて、肺がん患者が入院中に緩和ケアを受けるオッズ比はCOPD患者に対して9.95[95%信頼区間 6.37-15.55、p値<0.001]と有意に高く、肺がん患者が侵襲的な人工呼吸や人工心肺装置による処置を受けるオッズ比はCOPD患者に比べて有意に低かった（侵襲的人工呼吸のオッズ比：0.26 [同 0.22-0.32]、人工心肺のオッズ比：0.29[同0.18-0.47]）。このことから、終末期のCOPD患者には望まない侵襲的な介入が行われている可能性がある。適切な緩和ケアを受けることで、終末期に患者が望まない侵襲的な介入を抑制できる可能性がある。</p>
	ガイドライン等での位置づけ	<p>ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021」（日本呼吸器学会・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会）において酸素療法、NPPV、ハイフローセラピーなどの呼吸管理、薬物療法、呼吸器リハビリテーションや心理療法などの非薬物療法についての根拠、有効性、実施法などが示されている。また、同指針ではチーム医療やACPなどの分野の手法も指し示し、疾患別の緩和ケアについては実例を交えて解説している。 ・日本呼吸器学会（COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン2022[第6版]）においては安定期の管理項目として、「終末期COPDへの対応」が記載され、終末期のトータルペインに対する多職種連携チーム医療の重要性、呼吸リハビリテーションと緩和ケアの目的が同一線上にあること、終末期呼吸困難に対してさまざまな薬物療法や非薬物療法でも改善されない場合のオピオイド使用について触れられている。 ・日本呼吸器学会特発性肺線維症（IPF）の治療ガイドライン2023（Minds準拠）では、「呼吸困難を伴うIPF患者の症状緩和にオピオイドを用いるか？」というCOIに対して、エキスパートコンセンサスに基づいたアドバイスとして、適応・効果判定・副作用対策に十分に留意した上での使用を助言する。となっている。 ・米国胸部学会ガイドライン（An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement:Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses）、GOLD 2020、英国NICEのCOPDガイドライン（Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management）においても、呼吸器疾患の患者に対する緩和ケアの標準的な診療基準が確立されている。 ・呼吸器症状の緩和ガイドライン 緩和医療学会（Minds準拠） <p>呼吸困難を有する慢性進行性疾患患者に対して、呼吸困難の緩和に対する酸素吸入を（安静時低酸素血症のある場合提案する：2C弱い推奨、安静時低酸素血症がない、または軽度の場合労作により生ずる呼吸困難に対して労作時に酸素吸入を提案する：2B）、低酸素血症があり呼吸困難を有する場合、通常の酸素療法で改善得られない場合にHFNCを提案する（2C：弱い推奨）、送風療法を行うことを推奨する（1B：強い推奨）。となっている。</p>
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		<p>【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：15,684回（2,341人 × 6.7回）を年間実施回数と推定する。</p> <p>【年間対象者数】 下記のイ)にロ)を乗じた人数：2,341人（37,158人 × 6.3%）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、2021年のCOPDまたは間質性肺疾患（ILD）を死因とする死亡者数は、16,384人および20,774人で計37,158人。 ロ) 実際に緩和ケアを受ける患者の割合：WHO（2014）によると、がん患者の約84%（COPD患者は約67%）で緩和ケアが必要とされているものの、日本緩和医療学会の調査によると2020年度における、がん患者の緩和ケアサービスの利用実績（割合）は6.3%である。本推計では、呼吸器疾患の死亡者のうち、実際に緩和ケアサービスを受ける患者数をまずは現状ベースで見積もることとし、緩和ケアを受ける患者の割合を6.3%と仮定。</p> <p>【対象者1人当たり実施回数】 下記のハ)を二)で除した値（レセプト1件あたりの算定回数）：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。 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（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。 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2,483件。</p>
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）	2,341
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）	15,684

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）		<ul style="list-style-type: none"> ・学会等における位置づけ：③に記載した通り、根拠、有効性、実施法などが「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021」（文献1）に詳細に示されている。 ・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2012年度の200件から2020年度には900件以上へと増加し、技術の普及で成熟がみられる。 	
・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）	非がん呼吸器疾患個々のガイドライン並びに「非がん呼吸器疾患緩和ケア指針」を遵守する。	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		呼吸器科医と緩和ケア医並びに薬剤師などが共同して行うことにより、呼吸困難の緩和に伴う呼吸抑制などの副作用やリスクについて安全に配慮した対応ができる。	
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	その他（右欄に記載。）	A
	番号	301	
	技術名	特定集中治療室管理料	
	具体的な内容	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における挿管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。仮に、「④普及性の変化」で示した年間死亡数2,341人のうち、（文献3）のデータが示すように挿管人工呼吸がCOPDの現状約50%から肺がん並みの20%に減ったとすると、702人（2,341人×30%）が挿管人工呼吸の選択を中止となる。（文献4）のように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約2,000万円（702人×950点×3日×10点）、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約2億7,500万円（702人×（14,211-1,152）点×3日×10点）、あわせて約2億9,500万円の医療費削減が見込まれる。	
⑩予想影響額	プラスマイナス	減（－）	
	予想影響額（円）	2億3,380万円	
	その根拠	④より増分が約6,120万円（実施回数15,684×390点×10円）。⑨より減少分が2億9,500万円。合計マイナス2億3,380万円。	
	備考	なし	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし	
⑫その他		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		当該申請団体以外はなし	

⑭参考文献 1	1) 名称	非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021
	2) 著者	日本呼吸器学会・日本呼吸器ケア・リハビリテーション学会合同 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021作成委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	2021年4月20日発行 (株式会社 メディカルレビュー社)
	4) 概要	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 2	1) 名称	A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease
	2) 著者	Solano JP et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Pain Symptom Manage. 2006 ; 31(1) : 58-69
	4) 概要	がん患者と非がん患者の終末期における患者の苦痛を比較したシステマティックレビューで、64の研究について患者の苦痛の出現頻度を11の項目に分類して比較した。 COPDの患者はがんや心疾患と共通して痛み(34-77%)、うつ(37-71%)、不安(51-75%)、倦怠感(68-80%)、呼吸困難(90-95%)、不眠(55-65%)などの頻度が高かった (p. 61 Table 1)。
⑭参考文献 3	1) 名称	Comparison of end-of-life care in people with chronic obstructive pulmonary disease or lung cancer: A systematic review
	2) 著者	Butler SJ et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Palliat Med. 2020 ; 34 : 1030-1043
	4) 概要	COPD患者と肺がん患者の終末期の緩和ケア受療状況を比較したシステマティックレビュー。欧米圏における19の研究についてレビューを行った結果、COPD患者の方が肺がん患者に比べて緩和ケアを受ける割合が低く、侵襲的な処置を受ける割合は高かったとしている。 肺がん患者が入院中に緩和ケアを受けるオッズ比はCOPD患者に対して9.95 [95%信頼区間 6.37-15.55, p値<0.001] と有意に高く、肺がん患者が侵襲的な人工呼吸や心肺蘇生処置を受けるオッズ比はCOPD患者に比べて有意に低かった (人工呼吸のオッズ比 : 0.26 [同 0.22-0.32、肺がん 1301/6295 = 20.7% vs COPD 6410/12974 = 49.4%, p値<0.001]、心肺蘇生のオッズ比 : 0.29 [同0.18-0.47, p値<0.001])。
⑭参考文献 4	1) 名称	Palliative Care for Patients Dying in the Intensive Care Unit with Chronic Lung Disease Compared with Metastatic Cancer.
	2) 著者	Brown, C. E., Engelberg, R. A., Nielsen, E. L. & Curtis, J. R.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Annals of the American Thoracic Society 13, 684-689 (2016)
	4) 概要	ICUで死亡した患者の調査において、COPDおよびILD患者は転移がん患者と比べて、死亡1時間前の心肺蘇生がないこと、死亡前日に痛みの評価が低く、死亡時にDNRであること、予後に関する話し合いをしてあること、などの緩和ケアの介入が少なく、ICU滞在や入院期間はより長期であった。死亡時DNR(挿管拒否)のオッズ比: 転移性がん vs ILD 0.40 [p値0.019]、転移性がん vs COPD 0.49 [p値0.013] ICU在室日数: 転移性がんと比べてILDは2.75日 [95%CI 0.52-4.98, p値0.016]、COPDは2.93日 [95%CI 0.77-5.09, p値0.008] 有意に長かった。
⑭参考文献 5	1) 名称	An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomized controlled trial
	2) 著者	Higginson et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Lancet Respir Med 2014; 2: 979-87
	4) 概要	呼吸困難(MRC息切れスケールが2以上)を呈する患者105人(COPD 57人、がん 21人、間質性肺疾患 19人、心不全 5人、その他疾患 3人)に対し、緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせて実施した介入群と通常治療のみを実施したコントロール群について6週間後の医療関連QOLなどを比較したランダム化比較試験である。 緩和ケアおよび呼吸ケアを組み合わせた介入を実施することで、通常治療の場合と比較し、呼吸困難に関するQOLが有意に維持・改善するとした(6週間後時点のCRQスコアは介入群が有意に良好で+0.58ポイントの差、p値=0.048)。また、非がんの患者84人について介入群とコントロール群で生存率の有意な差があった(6か月後時点の生存率 100% vs 76%、生存率全体のp値 0.01)。

※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
A230201	緩和ケア診療加算	日本呼吸器学会

【技術の概要】

終末期の末期呼吸不全患者で身体的もしくは精神的な症状を持つ者に対して、その療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護、リハビリテーションなどをチームで行う。非がん呼吸器疾患緩和ケア指針に準拠する。

【対象疾患】

現状(緩和ケア診療加算算定要件):がん、後天性免疫不全症候群、末期心不全

提案:末期呼吸不全の追加(年間の患者数は2,341人程度と推定)

【既存の治療法との比較】

- COPD患者の苦痛はがん患者や心疾患患者と共通して高い頻度で出現(右下表参照)。
- 緩和ケアを実施することで、患者が望まない終末期の侵襲的な介入抑制(人工呼吸器使用やICU在室日数の減少 = 医療費の大幅削減)
- 肺がん患者とCOPD患者の終末期における格差(Butler SJ et al., 2020)
 - 入院中に緩和ケアを受けるオッズ比: 肺がん vs COPD 9.95 [p値<0.001]
COPDは肺がんの約1/10
 - 侵襲的人工呼吸のオッズ比: 肺がん vs COPD 0.26 [p値<0.001]
COPDは肺がんの約4倍
 - 心肺蘇生を受けるオッズ比: 肺がん vs COPD 0.29 [p値<0.001]
COPDは肺がんの約3倍
- ICU死亡における転移性がん患者とILD(間質性肺疾患)ないしCOPD患者との格差(Brown CE et al., 2016)
 - 死亡時DNR(心肺蘇生拒否)のオッズ比: 転移性がん vs ILD/COPD 0.40 [p値0.019], 0.49[p値0.013]でILD/COPDはがんの約1/2
 - ICU在室日数: 転移性がんと比べてILDは2.75日[95%CI 0.52-4.98、p値0.016], COPDは2.93日[95%CI 0.77-5.09、p値0.008]有意に長い。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- 緩和ケアと呼吸ケアを組み合わせた介入によりQOLが有意に維持・改善され(CRQスコア 4.15 vs 3.57 p = 0.048)、生存率も良好であった(6か月後時点の生存率 介入群100% vs 非介入群76%、生存率全体のp値 = 0.01) (Higginson et al., 2014によるRCT)。
- A226-2 緩和ケア診療加算 390点(1日につき)
- 施設基準、人員配置等の要件は、現状の要件に準ずる。
- 末期呼吸不全患者は、以下のアからウまでの基準とエおよびオ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・補助換気療法(NPPV・HFNC・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) 器質的な呼吸機能障害により、上記治療にかかわらず、慢性的に「mMRC4度の呼吸困難」の症状に該当する。
 - ウ) 過去1年以内に呼吸不全増悪による入院が2回以上、もしくは急性呼吸不全で入院中である。
 - 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場合
 - オ) その他の理由で医学的に終末期であると判断される状態

	がん	心疾患	COPD
痛み	35-96%	41-77%	34-77%
うつ	3-77%	9-36%	37-71%
不安	13-79%	49%	51-75%
倦怠感	32-93%	69-82%	68-80%
呼吸困難	10-70%	60-88%	90-95%
不眠	9-69%	36-48%	55-65%

COPDの苦痛はがんや心疾患と共通して高頻度に出現(Solano JP et al., 2006)

【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	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）	14呼吸器外科	
		36リハビリテーション科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	有		
「実績あり」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2年度	
	提案当時の医療技術名	呼吸ケアチーム加算	
	追加のエビデンスの有無	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）		○
	3 項目設定の見直し		○
	4 保険収載の廃止		○
5 新規特定保険医療材料等に係る点数		○	
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			
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看護師」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ならずあり、算定対象となっていない人工呼吸器離脱後間もない患者や、人工呼吸器以外の呼吸療法機器装着中の患者に対しても回診等が実施されているのが現状である。RSTの活動は、呼吸関連機器のインシデント・合併症の防止や、症状の適切な把握による早期の呼吸関連機器離脱、入院期間の短縮に貢献する可能性があるため、活動の実状に合わせて対象の拡大を要望する。現在、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会と日本呼吸療法医学会合同によるプロジェクトチームにより、我が国のRSTの登録フォームを作成した。これにより日本のエビデンス（呼吸ケアチームの構成員、対象症例、アウトカム）が明らかとなる。		
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ABCDE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		令和元年6月度社会医療診療行為別統計からすると1ヶ月で1239回の申請があり、年間で1239×12ヶ月=14,868回の申請があったことになる。 16,572×12ヶ月=198,864点 普及性の変化より約3万回の実施回数増加が見込まれる。200(点)×10(円)×3万(回)=6000万円
年間対象者数の変化	見直し前の症例数(人)	10,440
	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)	16,572
	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 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
・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
		点数が業務実態と比べて低く、実施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		—
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		該当無し

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14日現在34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	Lippi L, de Sire A, D' Abrosca F 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ABCDE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
A232201	呼吸ケアチーム加算	日本こ呼吸ケア・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(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なからずあり、算定対象となっていない人工呼吸器離脱後間もない患者や、人工呼吸器以外の呼吸療法機器装着中の患者に対しても回診等が実施されているのが現状である。RSTの活動は、呼吸関連機器のインシデント・合併症の防止や、症状の適切な把握による早期の呼吸関連機器離脱、入院期間の短縮に貢献するため、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2018年3月に作成した。これにより日本のエビデンス(呼吸ケアチームの構成員、対象症例、アウトカム)が明らかとなっている。

【対象疾患】

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)

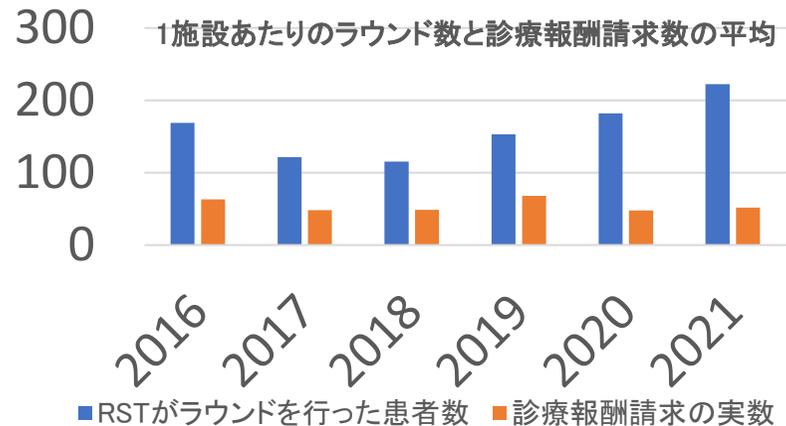
厚生労働大臣が定める上記施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回に限り所定点数に加算する。

【既存の治療法との比較】

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

- ①ICU以外の回診も医療加算の対象に拡大して欲しい。
- ②人工呼吸管理だけでなくNPPV、HFNC、酸素療法、慢性期・在宅・有料診療所での呼吸管理も対象に拡大して欲しい。
- ③認定看護師や集中治療医がいなくても算定可能にして欲しい。
- ④保健点数(現行150点、週1回)と期間(人工呼吸器装着48時間から1ヶ月以内)を拡大して欲しい。
- ⑤日本呼吸ケア・リハビリテーション学会と日本呼吸療法医学会による登録されたRSTは、2018年度11施設、2019年度8施設、2020年3施設、2021年5施設、2022年7施設の登録があり、現在34施設の登録がある。
- ⑥登録された呼吸ケアの業務は拡大されており、RSTは医師、看護師、理学療法士、臨床工学技士は必須で、薬剤師、栄養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	
		25産婦人科・産科	
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	該当なし	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択	
提案される医療技術の概要（200字以内） 文字数：144	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。		
対象疾患名	A302又はA303の2若しくは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） 文字数：290	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。		

【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の2若しくは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し返す。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の2若しくは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、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%に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。	
	ガイドライン等での位置づけ	位置づけをリストから選択	1a 米国小児科学会は、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。

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7000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6500人と考えられる。その半数、約3000人が完全母乳となる。	
	国内年間実施回数(回)	3,500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4千人が35日間の加算期間中母乳栄養となる。	
※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元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の2若しくは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)		倫理的・社会的妥当性に関しては、問題ない。	
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3節 特定入院料	
	点数(1点10円)	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)	641,700,000	
	その根拠	一人一日138点として、平均1000-1500g児が90日間、年間5千人出生、その半数が母乳栄養、1000g未満の児が120日間、年間2千人出生、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たい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		なし	

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自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・母乳の取り違え
	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。一度取り違え（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、療法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の2又はA303-2を算定する
出生体重1,500g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新生児

【既存の治療法との比較】

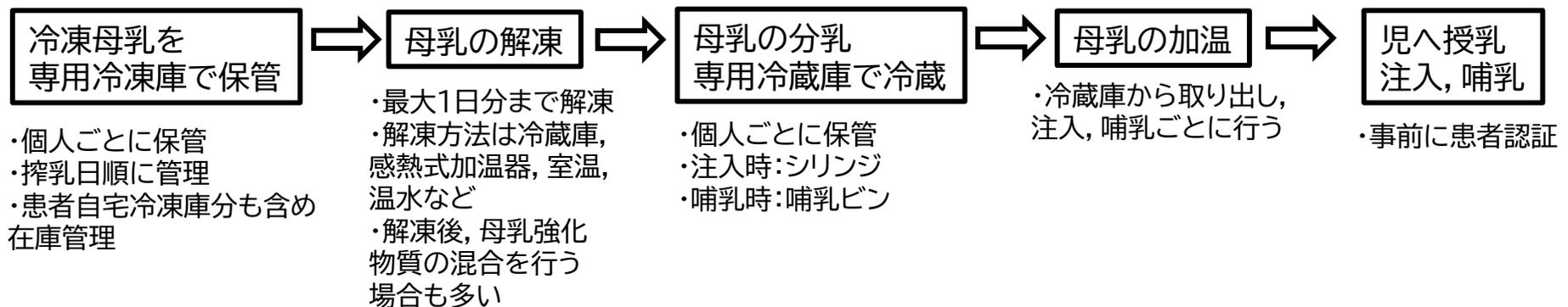
人工乳との比較

- 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新生児期に手術を必要とする新生児
 - ・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	A242101		
提案される医療技術名	遠隔ICU診療支援管理料		
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	遠隔ICU診療支援管理料	
	追加のエビデンスの有無	有	
提案される医療技術の概要（200字以内）	医療リソースが十分でない重症系病床で管理されている重症度の高い患者に対して、集中治療専門医や看護師等が遠隔地から呼吸管理、循環管理、鎮痛・鎮静等の全身管理に関する支援を行う。ネットワークで病院間を連携して、患者重症度を評価し、電子カルテ参照、Web会議を用いて、医療リソースが足りない重症系病床に対して24時間365日の診療支援を行い、医療の質の向上と働き方改革に資する。		
文字数：188			
対象疾患名	重症系病床に入室する急性期患者		
保険収載が必要な理由（300字以内）	本邦のICU病床数やそれらを管理する常駐医師数は十分とは言えず、偏在して配置されている。今後も少子高齢化社会が継続する本邦においては、質の高い集中治療供給体制を安定的に構築する上で、物理的な人員増または配置転換は実質不可能である。集中治療の治療に習熟した専門家が常駐していない重症系病床（特定集中治療室管理料3・4届出病床）に入院している患者の診療に、集中治療専門医、看護師、医師事務作業補助者等のチームで遠隔から24時間365日の診療支援が行える体制を作ることで、重症患者への集中治療体制向上に大きく貢献する。この新たな集中治療供給体制を持続的なものとするため保険収載が必要である。		
文字数：292			

【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	本技術の対象となる疾患は、医師が特定集中治療室管理料3.4を算定するユニットへの入室が必要と認められた患者である。すなわち、意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全（心筋梗塞を含む）、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）、広範囲熱傷、大手術後、救急蘇生後およびその他外傷、破傷風等で重篤な状態の患者である。		
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等 （具体的に記載する）	遠隔ICU診療支援とは、専門医が不在の集中治療室を有する被支援施設に対して、専門医を含むリソースが十分な支援施設から患者状態を把握して診療支援を行うモデルである。本提案技術は、支援側医療施設において、被支援側医療施設と共に、患者の臨床データ（バイタルサイン、薬剤投与、経過記録等）などを集中治療医、看護師、医師事務作業補助者等が即時的に取得・共有し、専門的観点から患者への診断・治療介入等について能動的に被支援側医療施設の非専門医の医師に対し助言等を行うものである。また、患者急変時等においては被支援側医療施設の求めに応じ助言を行うほか、予め計画したうえで、定期的に患者の状態や臨床データなどを支援側及び被支援側で共有し、患者への介入等を決定するものである。これらの診療支援を行うことで、重症患者管理の標準化による患者転帰改善が認められる。		
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	A 第2部 第3節 特定入院料	
	番号	A301	
	医療技術名	特定集中治療室管理料	
既存の治療法・検査法等の内容	2021年4月現在、本邦にはICU病床（相当）数（2:1看護）が7,100床が存在する一方、日本集中治療医学会が認定する集中治療専門医は2,326人である。（2022年4月1日現在）Garshengorn(2014)らによれば、患者の数と集中治療医の数は7.5床に対し1名で治療成績が良好と報告されており、ICU病床に対する集中治療医の数は圧倒的に足りない。また、集中治療医の数には地域偏在がみられ、2022年4月現在、300名以上の専門医がいる東京都に対し15名未満の都道府県は11県も存在する。そのため、ICU 3.4の特定集中治療管理料を取得しているが、専門医によって常時カバーされているとは言えず、専門医による管理をこれらの施設に配置することは困難である。今後も少子高齢化社会継続する本邦において質の高い集中治療供給体制を構築する上で、物理的に人員を増やすまたは配置転換を行うことは実質不可能であるため、少ない専門医でも日本全国の集中治療の質を維持しつつ供給し続ける新たな体制が必要不可欠である。		

<p>④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム</p>		<p>遠隔ICUとは、複数集中治療室の入室患者を遠隔地にある支援側医療施設と呼ばれる施設から、24時間365日重症患者を一元管理して、現場の医療者を診療支援をするシステムである。 それにより、敗血症死亡率の改善(16.8%改善:36.8%から20.0%)、人工呼吸期間の短縮(4.3日短縮:11.8日→7.3日)、輸血投与量の減少、担当医のコール件数減少(78%から52%)、満足度向上などのエビデンスが本邦でも見られている。 遠隔ICUに関連する2000-2016年に報告された文献1035報のうち評価可能であった19報をメタ解析した結果、遠隔ICU支援導入により、導入前に比しICU死亡リスク(RR_0.83,95%CI0.72-0.96)および院内死亡リスク(RR_0.74,95%CI0.58-0.96)が減少した。またICU入室期間に統計学的有意差は見られなかったものの短縮傾向が見られた(平均-0.63日,95%CI-0.28-0.17)。遠隔ICU主導による日々の人工呼吸管理を導入したところ肺保護換気遵守率が29.5%から44.9%に改善し死亡率低下にも寄与した。 国内では遠隔ICU診療支援の導入により、2施設4ユニット5部門の50床のICU・重症部門を遠隔的に支援した結果、遠隔ICU導入前と比し、治療した患者の重症度が13ポイントも上昇したにもかかわらず実死亡率が3.61%から2.63%と約2/3に減少し、重症度から算出した推定死亡率7.95%を大きく下まわった。現在はICUへの遠隔支援の実績に留まるが、同様に1名の集中治療医によりより多くの病床を遠隔的に管理できれば、ICU 3.4のようにリソースが足りていない部署における管理体制もICUレベルの集中治療管理へと底上げすることが期待でき、理論上のICU病床数は10万人当たり13.7床となることから、ICU体制が充実している欧州(人口10万人あたり11.5床)と実質的に同水準となる。 効率性の観点からは、本技術により圧倒的に不足している集中治療を少ない専門医で効率的に提供し、加えて次世代集中治療医の育成が同時に行える点が大い。遠隔的に支援を受けることで間接的に集中治療専門医の指導のものを働いたこととなり、on-the-jobでの教育機会が増し、集中治療の標準化や底上げが可能となる。積極的に病院間をつないでいくことで、「集中治療専門医と一緒にいたらいいた次の世代の集中治療の育成が円滑となり人材育成にも貢献する。コロナで重症呼吸不全診療を担うことができる人材育成が急務である現在において、この遠隔診療+教育は必須である。</p>
<p>⑤ ④の根拠となる研究結果等</p>	<p>研究結果</p>	<p>遠隔ICU診療支援導入前後を比較した19報文献の統合解析の結果、ICU死亡リスク(RR_0.83,95%CI0.72-0.96)及び院内死亡リスク(RR_0.74,95%CI0.58-0.96)が減少し、ICU入室期間の短縮傾向(平均-0.63日,95%CI-0.28-0.17)が示された。(J Int Care Med. 2018 Jul;33(7):383-393.) 米国の7つのICUでの遠隔ICU診療支援導入前後の院内死亡率は13.6%から11.8%に、同様に56のICUでの遠隔ICU診療支援導入前後の院内死亡率は11%から10%に減少した。(Systematic Reviews. 2016 Oct 18;5(1):176-189.) 国内では5箇所で遠隔ICUの運用が開始されており、そのうち下記2つの施設からエビデンスが出ている。 昭和大学における遠隔ICU診療支援の導入により、2施設4ユニット5部門の50床のICU・重症部門を遠隔的に支援した結果、遠隔ICU導入前と比し、治療した患者の重症度が13ポイントも上昇したにもかかわらず実死亡率が3.61%から2.63%と約2/3に減少し、重症度から算出した推定死亡率7.95%を大きく下まわった。(医療機器学 令和3年2月;第91巻第1号:25-29) ICU入室時の重症度評価に基づく予測入院死亡率が10%以上の重症患者において、ICUならびに入院死亡率の有意な改善が見られた。また、現場ICU医師の電子カルテ関連業務の25%減少、現場スタッフの満足度向上、術後血液製剤使用量が2年間で7割減少することができた。(J Intensive Care 2023, 11(1):9, ICUとCCU Vol.47 (3)1~8, 2023, 日本集中治療医学会雑誌 投稿中) 横浜国立大学における遠隔ICU診療支援の導入により、4施設6ユニットの56床のICU・重症部門を支援した結果、遠隔ICU導入の結果、ICU・HCUの稼働率は向上しているにも関わらず、人工呼吸器期間短縮、病院在院日数の短縮を認めて学会で報告を行った。敗血症患者においては死亡率が36.8%から20%まで低下している。(ICUとCCU Vol.47 (3)1~8, 2023)</p>
<p>⑥普及性</p>	<p>年間対象患者数(人) 国内年間実施回数(回)</p>	<p>77,562人 77,562回</p>
<p>※患者数及び実施回数の推定根拠等</p>		<p>本邦での遠隔ICUの普及を支援センター5施設程度から開始されると仮定し、各支援センターが50床の重症系病床をカバーしたとすると、250床が遠隔ICUでカバーされることになる。病床稼働率を85%と想定し、250x0.85x365=77,562人を対象症例とし、24時間365日の運用として、対象患者に対して1日1回の診療支援を行う想定として77,562回の実施回数と推計した。 遠隔ICU診療支援が導入されてから10年以上が経過している米国の現在の普及率は15%程度と報告されているため、本邦での普及率も今後、15%程度(1050床)まで拡大することを想定すると、将来的には本技術対象患者数及び年間回数(回)をそれぞれ310,248人および310,248回と推計が可能となる。</p>
<p>⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)</p>		<p>遠隔ICUの導入により双方に働き方の変革が必要であることを受け入れ、チームとして新たな集中治療供給体制を構築する必要があるため、遠隔的に行うためのスキルを習得するためのトレーニングは必要であり本技術導入にあたっての指針に教育訓練について定めている。 また、導入が進んでいる米国からの報告によれば、遠隔ICUの効果の最大化にはリーダーシップ、被支援施設側の受入れ体制および、組織体制が影響するとあり、病床側は現行体制を維持しつつ、支援センター側には集中治療管理に精通した専門医および看護師が従事する必要がある。 支援センターの施設及びスタッフを集中治療学会もしくは集中治療学会と関連する組織で認定する制度を作る事で、支援の質の担保をしていく。それにより、適正な施設数と教育体制を維持していく。</p>
<p>⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度</p>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) ・施設基準(技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること) 人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>特定集中治療室管理料3.4の算定基準を満たす被支援施設に対して支援を行うこと。支援施設と被支援施設は適切なセキュリティ対策を講じたWeb会議システムにより医療従事者間でコミュニケーションが取れる状態を常時に確保していること、適切なセキュリティ対策を講じたネットワークを介して接続された医療情報システムやセントラルモニタから取得した患者情報をリアルタイムに閲覧できること、収集された患者情報に基づく患者重症度の表示により患者の選定ができること。これらの機能により支援施設側は能動的に患者の状態を把握し指示・助言が可能な措置を講じていること。被支援施設の要件は、特定集中治療室管理料3.4の算定に関する施設基準を遵守すること。 特定集中治療室管理料3.4の算定基準を満たす被支援施設に対して診療支援を行うこと。支援施設と被支援施設は適切なセキュリティ対策を講じたWeb会議システムにより医療従事者間でコミュニケーションが取れる状態を常時に確保していること、適切なセキュリティ対策を講じたネットワークを介して接続された医療情報システムやセントラルモニタから取得した患者情報をリアルタイムに閲覧できること、収集された患者情報に基づく患者重症度の表示により患者の選定ができること。これらの機能により支援施設側は能動的に患者の状態を把握し指示・助言が可能な措置を講じていること。被支援施設の要件は、特定集中治療室管理料3.4の算定に関する施設基準を遵守すること。 日本集中治療医学会が策定した「遠隔ICU設置と運用に関するガイドライン-2023年4月改訂版」を遵守すること 遠隔ICU運用の質を担保するために、クオリティマネジメント、医療情報へのアクセス権限の明確化などの運用ルール設計を行う。</p>
<p>⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)</p>		<p>患者への直接的な介入は無いこと及び被支援施設側の特定集中治療室管理料3.4の算定基準を満たす病床の管理は従来通りであることから、安全性には影響しない。 特になし</p>

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）	1,420点	
	その根拠	50床に入院している患者を遠隔的に診療支援する場合、支援センターに必要なリソースは経験12年の医師1名、経験10年の看護師1名、事務員1名のチームで対応できるとして人件費を算出し、1病床・1日あたりの費用を算出した。外保連試算によれば医師5万円/時間、看護師1.25万円/時間、事務員0.13万円/時間であり、医師 8時間 5x8=40万円、看護師 24時間 1.25x24=30万円、事務員 8時間 0.13x8=1.04万円となり、50床をカバーする支援センターにかかる費用は 1日 71.04万円/50床である。1床あたり14,208円となるため、1日あたりの加算点数は1,420点となる。	
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む）	区分	区分をリストから選択	
	番号	-	
	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）	2.0億円	
	その根拠	<p>本邦での遠隔ICUの普及を支援センター5施設程度から開始されると仮定し、各支援センターが50床の重症系病床をカバーしたとすると、250床が遠隔ICUでカバーされることになる。</p> <p>本邦での遠隔ICUの普及を支援センター5施設程度から開始されると仮定し、各支援センターが50床の重症系病床をカバーしたとすると、250床が遠隔ICUでカバーされることになる。病床稼働率を85%と想定し、対象症例述べ人数（人）及び実施回数（24時間365日の運用のため365回とした。）を推計した。</p> <p>影響額の根拠は次の式で算出した。</p> <p>予想影響額（円）= A:遠隔ICU診療支援にかかる費用 - B:遠隔ICU診療支援により削減が見込まれる費用</p> <p>A. 遠隔ICU診療支援にかかる費用（遠隔ICU診療支援管理料） 250床 x 0.85 x 365日 x 1,420点 x 10円 = 1,085,875,000円 約10.8億円の支出</p> <p>B. 遠隔ICU診療支援により削減が見込まれる費用 14,458人 x 0.63 x 9,697点 x 10円 = 883,255,123円 約8.8億円の特定集中治療室管理料削減</p> <p>予想影響額（円）= A:10.8億円 - B:8.8億円 = 2億円</p> <p>その他、遠隔ICUの導入により人工呼吸日数の減少、血液製剤使用の減少など医療費全体の削減効果も示されており、さらに予想影響額はマイナスに傾くことが期待される</p>	
	備考	<p>Chenらのデータ（参考文献1）より、遠隔ICU支援を受けた患者のICU滞在日数が0.63日減少すると結果が出ているため、遠隔ICUで支援された患者数に対して特定集中治療室管理料の削減が見込まれる。</p> <p>JIPADのデータを参照するとICUベッド数 12床規模の医療施設において年間症例数 694人が入室している。5つの遠隔ICU支援センターで250床を管理すると仮定すると、250床÷12床×694人=14,458人が入室すると推定される。と仮定すると下記の特定集中治療室管理料削減が見込まれる。 96,970円（1人、1日あたりの管理料） x 0.63 x 14,458人 = 883,255,123円（約8.8億円の特定集中治療室管理料削減）</p>	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載する）	① 患者観察の監視カメラ（非医療機器） ② 電子カルテへアクセスできるシステム（非医療機器） ③ 支援センターおよび病床を遠隔的に繋ぐWeb会議システムおよびネットワーク（非医療機器）が必要である。 ④ 重症度評価システム（医療機器該当性について検討）”		
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）への記載状況	いずれか一つをリストから選択	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	遠隔ICUに対する公的医療保険の記載は確認できなかったが、米国ではCOVID-19パンデミックに伴い遠隔診療の適応拡大がなされ、入院患者に対しTeleconsultationを行った場合、当該患者が集中治療室に入院していた場合でも算定できる可能性がある。		
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	日本救急医学会、日本急性血液浄化学会、日本呼吸療法医学会		

⑯参考文献 1	1) 名称	Clinical and Economic Outcomes of Telemedicine Programs in the Intensive Care Unit: A Systematic Review and Meta-Analysis
	2) 著者	Chen J, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Journal of Intensive Care Medicine. 2018 Jul;33(7):383-393.
	4) 概要	集中治療管理を遠隔的に行った際の臨床的および医療経済的有用性を系統的レビュー及びメタ解析で評価した。2000-2016年に報告された1035報のうち選択基準に合致した19報をメタ解析した結果、遠隔ICU支援によりICU死亡リスク(RR0.83, 95%CI0.72-0.96) および院内死亡リスク(RR0.74, 95%CI0.58-0.96)が減少した。ICU入室期間に統計学的有意差は見られなかったものの短縮傾向が見られた(平均-0.63日, 95%CI-0.28-0.17)。
⑯参考文献 2	1) 名称	Telemedicine with clinical decision support for critical care: a systematic review
	2) 著者	Mackintosh N, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Systematic Reviews. 2016 Oct 18;5(1):176-189.
	4) 概要	2015年12月までに遠隔ICUについて報告した4429報の文献等の中からContinuous careモデルであって、RCTまたは非割付比較研究のみを対象として評価した結果、2報の文献が該当した。1報は7つのICUを評価しており院内死亡率は13.6%から11.8%に減少した。もう1報は56のICUを評価しており、院内死亡率は11%から10%に減少した。
⑯参考文献 3	1) 名称	遠隔ICU: 現状と展望 ミニ特集 集中治療: 進歩と未来~50年を振り返って.
	2) 著者	橋本悟、高木俊介、大下慎一郎、小谷透
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	ICUとCCU 2023, 47(3).
	4) 概要	日本における遠隔ICUシステム導入前後の比較を昭和大学と横浜市立大学において実施をして、有意な改善を認めている。昭和大学においては、ICU入室時の重症度評価に基づく予測入院死亡率が10%以上の重症患者において、ICUならびに入院死亡率の有意な改善が見られた。術後血液製剤使用量が2年間で7割減少した関連施設もあった。横浜市立大学においては敗血症患者において36.8%であった死亡率が遠隔ICU導入後に20.0%まで有意に減少した。そのほか、人工呼吸器装着日数は導入前11.8日から7.5日と4.3日と有意に短縮した。
⑯参考文献 4	1) 名称	An evaluation of the impact of the implementation of the Tele-ICU: a retrospective observational study.
	2) 著者	Watanabe T, Ohsugi K, Suminaga Y, Somei M, Kikuyama K, Mori M, Maruo H, Kono N, Kotani T
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Journal of Critical Care. 2014 Aug;29(4):691.e7-14.
	4) 概要	日本における遠隔システム導入前後の比較を昭和大学において実施したところ、ICU死亡率(8.5%から3.8%)ならびに院内死亡率(12.4%から7.7%)の改善、ICU滞在日数ならびに人工呼吸期間の有意な短縮が得られた。死亡率低減効果については入院時予測院内死亡率が10%以上の重症患者において顕著であった。さらに現場ICU医師の電子カルテ関連業務の2.5%減少という負担軽減が得られた。
⑯参考文献 5	1) 名称	昭和大学における遠隔集中治療支援システム
	2) 著者	小谷 透
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	医療機器学 令和3年2月;第91巻第1号:25-29.
	4) 概要	集中治療には状況に応じた効率性が常に求められることから、我が国の集中治療の現状を主に人的資源の不足と偏在を確認した上で集中治療のパフォーマンス評価の重要性を説いた。さらに昭和大学に導入された遠隔集中治療支援システムが大学病院内3ユニットに加え江東豊洲病院ICUを診療支援し、APACHE IVスコアが2年間で13ポイントも上昇したにもかかわらず、ICU内死亡、院内死亡を共に低減し、さらにAPACHE IVスコアに紐づいた死亡率で実死亡率を割った死亡率比が全てのユニットにおいて減少したことを報告した。

※⑯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

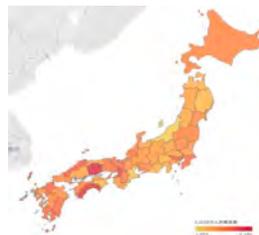
申請学会名

A242101

遠隔ICU診療支援管理料

日本集中治療医学会

【技術の概要】



人口10万人対ICU・HCU病床数は2016年~2021年にかけて全国的に重症系病床数は1.1倍(16,053 → 17,701)増加しているが、死亡率は3.6%から5.2%に増加している。

ハコを増やしただけでは死亡率は改善しない。

遠隔ICU診療支援とは、専門医が不在の集中治療室を有する被支援施設(特定集中治療室管理料 3.4)に対して、専門医を含むリソースが十分な支援施設から患者状態を把握して診療支援を行うモデルである。本提案技術は、支援側医療施設において、被支援側医療施設と共に、患者の臨床データ(バイタルサイン、薬剤投与、経過記録等)などを集中治療医、看護師、医師事務作業補助者等が即時的に取得・共有し、専門的観点から患者への診断・治療介入等について能動的に被支援側医療施設の非専門医の医師に対し助言等を行うものである。また、患者急変時等においては被支援側医療施設の求めに応じ助言を行うほか、予め計画したうえで、定期的に患者の状態や臨床データなどを支援側及び被支援側で共有し、患者への介入等を決定するものである。これらの診療支援を行うことで、重症患者管理の標準化による患者転帰改善が認められる。

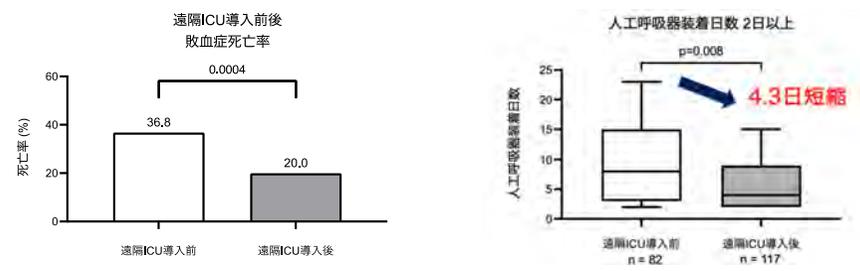


【対象疾患】

医師が特定集中治療室管理料3.4を算定するユニットへの入室が必要と認められた患者である。すなわち、意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全(心筋梗塞を含む)、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)、広範囲熱傷、大手術後、救急蘇生後およびその他外傷、破傷風等で重篤な状態の患者である。

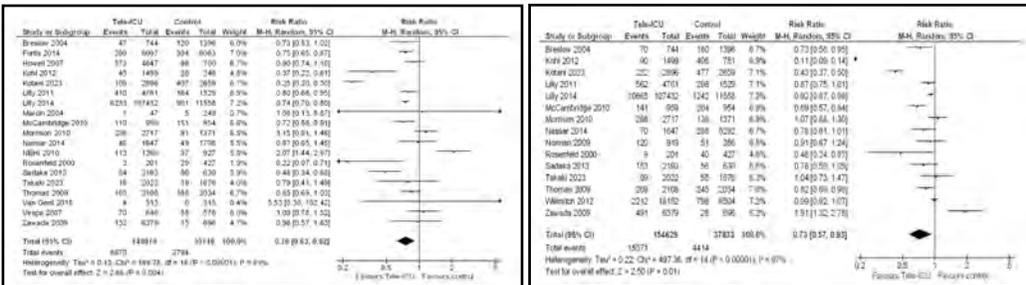
【既存の治療法との比較】

- 米国
- 遠隔ICU主導による日々の人工呼吸管理を導入し、肺保護換気遵守率が29.5%から44.9%に改善し死亡率低下にも寄与した。
 - 遠隔ICU導入によりICU滞在日数が0.63日短縮した。
- 国内
- 遠隔ICU導入前後で、患者の重症度が13ポイントも上昇したにもかかわらず**実死亡率が3.61%から2.63%と約2/3に減少**した。
 - 遠隔ICU導入により**敗血症死亡率が36.8%から20%に減少**した。
 - 遠隔ICU導入により3日間以上の人工呼吸装着2日以上**の患者の人工呼吸装着日数が4.3日短縮**した。(11.8日→7.5日)



【有効性及び診療報酬上の取扱い】

ICU死亡率の改善：海外の文献に本邦の遠隔ICUデータ(Kotani 2023, Takaki 2023)を加えてメタ解析を行ったところ死亡率は有意に改善が認められた。



遠隔ICU導入死亡率は改善する。 **遠隔ICUによりICU滞在日数は短縮する。**

- A 特定入院料(加算) 1,420点 (従来の集中治療に対する遠隔的な診療支援による上乘せ効果)

【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	A242102		
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	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：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：299	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（参考文献1）、復職の妨げや要介護の要因となっている。PICSからの回復は緩徐で長期間を要することから、退室後も適切なケアが切れ目なく提供されることが重要である。国際版敗血症診療ガイドライン2021（参考文献2）では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、日本でも退室後の訪問やPICS外来等の取組が行われている。全国調査ではマンパワーや診療報酬上の評価が取組促進に不可欠とされ（参考文献3）、PICS患者の予後改善や社会復帰推進に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1～4、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		国際版敗血症診療ガイドライン2021（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、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。また、日本における2021年5月の全国調査（参考文献3）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	国際版敗血症診療ガイドライン2021（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、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。また、日本における2021年5月の全国調査（参考文献3）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。	
	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。）	国際版敗血症診療ガイドライン2021（参考文献2）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）		国際版敗血症診療ガイドライン2021（参考文献2）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。また、日本版敗血症診療ガイドライン2020（参考文献4）においても当該医療技術について情報提示が行われており、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3）。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1～4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。 国際版敗血症診療ガイドライン2021（参考文献2）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、容認性も実行可能性も問題ないと判断されている。	

	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）	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（9,697点～14,211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	<p>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</p> <p>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57,220ドル（95%信頼区間44,626-69,813ドル）増加し（$p<0.0001$）、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。</p>	
	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	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	<p>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。</p> <p>https://www.jsicm.org/provider/pics.html</p> <p>https://www.jsicm.org/public/pics.html</p>		
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	なし		

⑩参考文献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）。
⑩参考文献2	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, Bellef-Cote E, Burry L, Cecconi M, Centofanti J, Coz Yataco A, De Waele J, Dellinger RP, Doi K, Du B, Estensoro 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, Papanthassoglou E, Perner A, Puskarich 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ム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ム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。
⑩参考文献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。
⑩参考文献4	1) 名称	日本版敗血症診療ガイドライン2020
	2) 著者	日本版敗血症診療ガイドライン2020作成特別委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日集中医誌 2021;28:S1-411.
	4) 概要	集中治療室退室後患者に対して、集中治療室退室後の訪問やPICS外来を通して、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について情報提示が行われている。
⑩参考文献5	1) 名称	Outcomes of ICU Patients With a Discharge Diagnosis of Critical Illness Polyneuromyopathy: 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\$4,626-69,813ドル）増加し（ $p<0.0001$ ）、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。

※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
A242102	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。**

RESEARCH Open Access
 Prevalence of post-intensive care syndrome among Japanese intensive care unit patients: a prospective, multicenter, observational J-PICS study
 Crit Care 2021;25:69
 日本の14病院(16のICU)における前向き観察研究

PICS有病率63.5%

- ✓ 身体機能障害32.3%
- ✓ 精神障害14.6%
- ✓ 認知機能障害37.5%
(複数の機能障害17.8%)

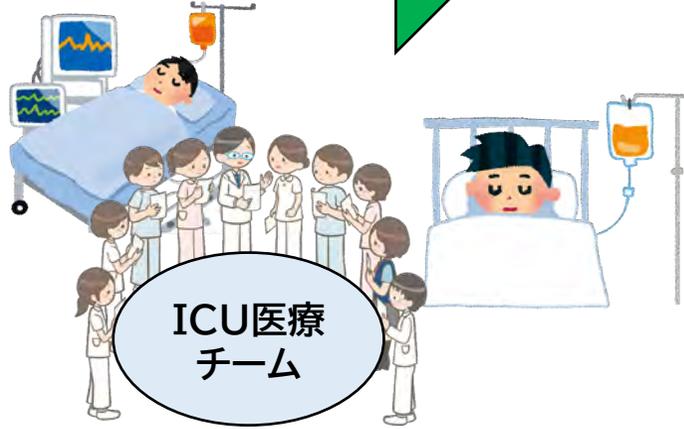


入院前に仕事に就いていた者でPICSを有する場合、6カ月後の職業復帰率は**25%**

ICU滞在日数
7日(IQR5-14日)

HCU・一般病棟含む在院日数
33.5日(IQR19-61.8日)

外来や施設等



ICU医療チーム

全身状態観察、身体・精神・認知機能評価、退室先とのリハビリ内容の共有や実施等の訪問による**フォローアップ実施**

日本では3割以上のICUが実施
うち約5割で身体機能改善の報告
日集中医誌 2022;29:165-76.

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、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、服薬管理等の**PICS外来によるフォローアップ実施**

PICS発症率の減少
ADLの改善

【診療ガイドラインにおける推奨】

国際版敗血症診療ガイドライン2021では、ICU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。 ICUの医師や看護師等の訪問によるフォローアップ実施により、院内死亡率の低下(リスク比0.78; 95%信頼区間0.66~0.91)、ICU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外来を含めたフォローアップ実施により、精神障害等の機能改善効果が示されている。

【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	A242201		
提案される医療技術名	小児特定集中治療室管理料(施設要件イの対象範囲拡大について)		
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）	22小児科	
		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	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	A301-4		
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）	小児特定集中治療室管理料の算定基準イの見直し イ-1. 転院時に前医もしくは当該医療機関で救急搬送診療料C004を算定した症例、または当該医療機関救急外来からPICUに直接入院した患者がが50名以上（◆）。 （◆）そのうち、PICU緊急入室後24時間以内に人工呼吸を実施した症例が30名以上。 （日常的に在宅人工呼吸管理をしていた患者の急性増悪を含む）		
文字数：182			
再評価が必要な理由	小児特定集中治療室管理料は平成21年に開催された「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」での議論を経て新設された特定入院料である。当時は患者集約によって医療の質を保つことを前提とし、実際の入室患者数をもとに施設要件を設定した。しかし、以下の理由で現行の施設基準が現場の状況と合わなくなり、当該医療機関の努力では対応できなくなってきたため再評価が必要である。 ① 想定を上回る少子化により、3次医療圏単位で対象患者が減少した。 ② 小児患者は感染症を契機に重篤化することが多いが、新型コロナウイルス感染症の流行を契機に、感染予防策の普及や行動制限等が普及、強化された結果、RSウイルスやインフルエンザ等の流行性感染症発生が低下した。またワクチンの普及により小児の重症市中（細菌）感染症の発生率が減少した。これらの理由で重篤 小児発生 の疫学が大きく変化した。 ③ 小児医療施設の集約化はこれまでに一定の成果を得たが、現状で更なる重篤な小児患者の集約を進めることは整備途上にある搬送体制、他の理由により各施設の努力だけで解消できない。 ④ 医療的ケア児が多く含まれる在宅人工呼吸管理患者の急性増悪時は、集中治療による全身管理が必要にも関わらず要件イに含まれていない。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	再評価が必要な理由③の部分につき、現場の重症度を適切に評価するため施設要件イを二つに分けて、受入患者数は変更なし、重症度を示すPICU入室後24時間以内の入室患者数の定義を当該医療機関に直接来院、または救急搬送された患者であっても含むこととする。また、最近では医療の高度化により医療的ケア児や在宅人工呼吸管理を行う患者の急性増悪に対してPICUで応需する機会が増加していることから、これらの患者群(P/F ratio<300またはS/F ratio<250)も施設要件対象患者としてカウントする。
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	対象とする患者はDrヘリ、Drカー以外は他医療機関からの転院搬送のみ。最近では重篤小児患者に遭遇した場合、全身状態の安定化を図った後は可及的速やかにPICU等対応可能な医療機関に転送することが標準化されてきたため、施設要件アのように前医で救命救急入院料や特定集中治療室管理料を算定すること自体が適切と異なり、実際この要件で算定する施設はほとんどない。また、新設された施設要件ウは術後管理に対する評価のため、救急由来の要件とは別の項目(対象施設も異なる)と考えられる。
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）	A301-4
医療技術名	小児特定集中治療室管理料(施設要件イの対象範囲拡大について)

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	当該医療機関の診療自体は変わらないが、正当な評価が行われることによって人員拡充が行いやすくなる結果、提供される医療の質向上に資すると予想される。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	小児集中治療部の指針(2007年 日本集中治療医学会)
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		施設要件の変更を行っても、再評価が必要な理由の①、②について解消されるわけではないので、現在算定していた施設であっても引き続き算定できなくなる可能性は残ったままである。一方、患者重症度は現状に即した施設要件になるため、新規で算定可能となる医療機関が発生する可能性がある。ただその数は施設と少ないものと予想される。 (協議会データとexpert opinionから候補を挙げてその実績×5,000点を症例数、回数ならびに⑩予想影響額に記載したい)	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数(人)	-	
	見直し後の症例数(人)	-	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数(回)	12,371	
	見直し後の回数(回)	16,500	
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では小児集中治療をさらに発展させるよう取り組んでいる。 小児の場合、成人と比較して体格が小さく、技術的な難易度が高いだけでなく、疾患の種類も成長・発達や奇形などを背景とするものが多いことから専門性が高い。しかも対象患者は全国に分布しているにも拘らず、患者数自体は生来健康な年齢層のため成人と比較して圧倒的に少ない。そのため施設としての経験を積み重ねることが極めて難しい。そのためOff the job trainingを含む様々な経験集約のための工夫や多職種連携によって知識・技能も患者とともに集約するよう工夫している。	
・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)	各診療科医師の在籍が必要のため、小児専門病院、大学病院や地域における小児病院的機能を任されている総合病院が候補になる。	
	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)	集学的治療を実施し、多職種連携によって機能を発揮することから医師だけでなく幅広い職種の関与が必須である。集中治療科医、小児科医だけでなく、小児外科医、小児心臓外科医他小児診療経験を有する各診療科の医師、小児診療に習熟した看護師(PICUにおいては最も重要)、理学療法士、薬剤師、放射線技師、臨床工学技士、臨床心理士、管理栄養士、社会福祉士等の参画が考えられる。	
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	常時救急患者を受け入れることができる24時間開放型の救急外来、もしくは24時間受け入れ可能なPICUの勤務体制	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		財政面強化により人員確保が推進される結果、安全性は高まることが期待される。	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		施設要件を満たすため小児に対して不必要な侵襲的処置を行うことは倫理的に考えにくく、またJIPADや小児集中治療協議会で年次データを収集して、周囲の施設と情報交換を行う体制が整いつつある。周辺施設との比較や不適切な診療に対する指摘が入りやすくなった状況において、倫理的問題が発生する可能性はきわめて低い。	
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	その他(右欄に記載。)	A
	番号	A301-4	
	技術名	小児特定集中治療室管理料	
具体的な内容	施設要件ア 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者(転院時に他の保険医療機関で区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料を算定するものに限る。)が直近1年間に20名以上である。 本要件をもとにPICU管理料を算定している施設はほぼ消失しているため、現状に即さない。		
⑩予想影響額	プラスマイナス	増(+)	
	予想影響額(円)	278,040,000円	
	その根拠	新規で算定可能となる医療機関が発生する可能性があるため。追加算定施設でかつ現在特定集中治療室管理料3/4を算定している場合を想定、1施設あたり年間300例、平均PICU滞在日数7日(小児集中治療協議会データ(非公開)より推測)として小児特定との差額を算出したもの。なお、特定集中治療室管理料1/2を算定している場合、平均PICU滞在日数が7日程度で小児加算がつくことから財政的にはほとんど影響がないことが判明している。300例×2施設×(16,317-9,697)	
備考	救急を中心にPICUを特定集中治療室管理料で算定している医療機関が算定候補となりうるが、小児集中治療協議会データによると対象となる医療機関はあってもわずかである。		
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		該当なし	
⑫その他		新型コロナウイルス感染症の流行を契機に、小児の疾病構造は感染症への暴露機会が減少することによって大きく変化した。止まらない少子化に加えて前述の状況が加わることによって、小児の救急かつ重篤でPICUでの全身管理を要する疾患の患者数は減少傾向にある。当該医療機関が有する患者診療に対するパフォーマンスは変わらないのに調整不能な患者数の減少によって管理料算定ができなくなる状況は、ただでさえ労働集約型で採算性の低い小児、特に小児の急性期医療に関する経済的基盤を脆弱化させることにつながる(同様の事象がNICUでも発生している)ため、診療報酬制度がそれを後押しするような事態はできる限り回避したい。	
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	疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について
	2) 著者	厚生労働省医政局地域医療計画課長通知
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	厚生労働省ホームページ 平成29年7月31日 小児医療の体制構築に係る指針 P121-131 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159904.pdf
	4) 概要	小児医療の体制構築に係る指針の中で、小児中核病院（日本小児科学会の「中核病院小児科」に相当するもの）を三次医療圏において中核的な小児医療を実施する医療機関として位置づけ、そのうち小児の救命救急医療を担う機能として小児の救命救急医療を24時間体制で実施することを目標に掲げている。医療機関に求められる事項として小児地域医療センターからの紹介患者や重症外傷を含めた救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を24時間365日体制で実施することとし、小児の集中治療を専門的に実行できる診療体制（小児専門施設であればPICUを運営することが望ましい）を構築することが望ましいとしている。
⑭参考文献 2	1) 名称	重篤小児集約拠点にかかる小児救急医療体制のあり方に関する研究
	2) 著者	阪井裕一 分担研究者 清水直樹
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）総括研究報告書 重篤小児集約拠点にかかる小児救急医療体制のあり方に関する研究 https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2014/144011/201424002A_upload/201424002A0004.pdf
	4) 概要	重篤小児集約拠点としてPICUでなく救命救急センター・特定集中治療室にその任が求められる可能性がある。その場合には、重篤小児の年間集約症例数として200-300例（単位病床あたり年間40~50例として5~6床程度のユニット）を超えることが、治療成績の安定に必要なことが確認された（重症患者ではなく、入室患者数を維持することでICU管理を要する小児患者の診療経験を重ねることの有用性を指摘している）。
⑭参考文献 3	1) 名称	小児集中治療専従医配置が患者予後に与えたインパクト
	2) 著者	藤原直樹（沖縄県立南部医療センター・こども医療センター）
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日集中医誌 2016;23:301-5. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsicm/23/3/23_301/_pdf
	4) 概要	小児集中治療専従医配置による診療体制の変化と患者予後との関連を検討した。小児集中治療医の専従化前後2年間を比較した。専従化により重症児の集約化の傾向が増したが、多変量解析の結果小児集中治療医の専従後はPICU死亡率が低下し、PICU入室期間の短縮および侵襲的人工呼吸管理日数の減少も認めていた。小児集中治療専従医配置が患者予後を含む臨床的アウトカム改善に寄与した。
⑭参考文献 4	1) 名称	小児集中治療部設置のための指針—2007年3月— http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/071026_shishin.pdf
	2) 著者	日本小児科学会 小児医療改革・救急プロジェクトチーム 厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業 小児医療における安全管理指針の策定に関する研究班*2 日本集中治療医学会 集中治療部設置基準検討委員会/新生児・小児集中治療委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本小児科学会雑誌 第111巻 第10号 P 1,338-1,352 http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/071026_shishin.pdf
	4) 概要	PICU設置のために整備すべき項目が、病院における位置づけ、医療スタッフの配置、PICU（小児集中治療部）フロア構成、医療機器、臨床検査、設備、他部署との位置関係、動線、プライバシー保護、感染防止対策、情報管理の順にまとめられている。PICU管理料が新設された当時は収容すべき患者についての考察はなく、PICUに設置すべき人とモノについての検討が中心であった。
⑭参考文献 5	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし

※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	小児特定集中治療室管理料(施設要件イの適応範囲拡大について)	日本集中治療医学会

【技術の概要】

PICUの施設要件イの対象患者に、
 ①当該医療機関に転院搬送されてきた患者に加えて、**当該医療機関の救急外来を直接受診、若しくは救急搬送にて受診し、直接PICUに入室する患者**を追加する。
 ②入室後24時間以内に人工呼吸を実施した患者の対象に、①の患者群に加えて日常的に人工呼吸を実施している患者のうち、**P/F ratio<300のもの**を追加する。

【既存の治療法との比較】

少子化に加えて新型コロナウイルス感染症の流行に伴う感染症への曝露機会減少が引き起こした疾病構造の変化によって小児の救急かつ重症患者数が減少して施設基準の遵守が困難となった。

都市部のPICUではR4改定で新設された心臓周術期の要件を組み入れて施設基準を満たすことができたが、非都市部ではこちらもカバー人口に規定されることから、**新設された施設要件を満たすことができず、小児集中治療における地域格差拡大の一因を診療報酬制度自体が加担しうる事態に陥っている。**

重篤小児患者の集約によって診療の質を担保するという小児特定集中治療室管理料の理念を維持しつつ、現状に即した施設要件に修正することが今回の提案の目的である。

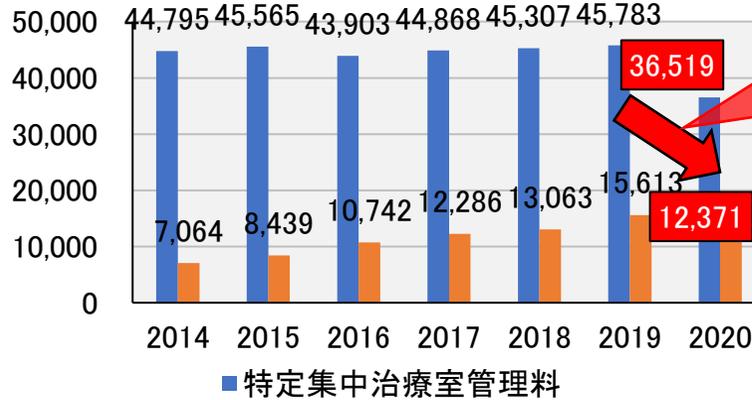
【対象疾患】

重篤な疾患や大手術後等により全身管理を要する小児で、特定の疾患によらない(従来と比較して変更なし)

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- A 基本診療料 (7日以内) 16,317点
- 入院料等 特定入院料 (8日~14日以内) 14,211点

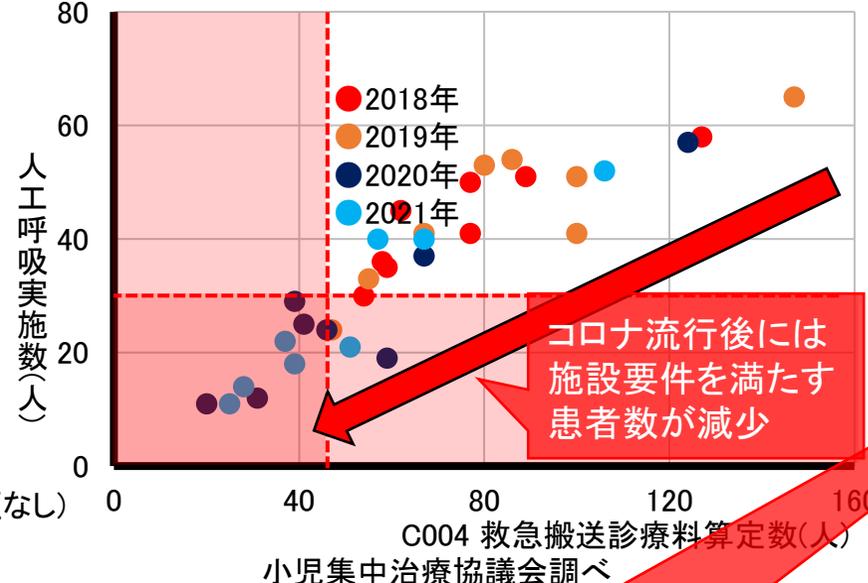
【15歳未満のICU/PICU管理料算定数の年次推移】



コロナ流行後にICU/PICU入室患者数が2割減

出典:厚生労働省 NDBオープンデータベース

【コロナ流行前後で比較したPICU管理料算定施設の施設要件イに関する実績】



コロナ流行後には施設要件を満たす患者数が減少

救急で施設要件を満たすのは非常に困難

【PICU管理料基準クリアの背景】

	2019	2022
PICU管理料算定施設数	9	16
施設要件ア	0~2	0
施設要件イ	6~8	6~7
施設要件ウ	-	7~8
未回答	1	1
ICU1/2管理料算定施設数	-	6
小児病院	-	1
大学病院	-	3
総合病院	-	2

R4改定で新たに算定した施設の施設条件は全て周術期

小児集中治療協議会調べ

【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	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 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	該当する場合、リストから○を選択	
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択	
5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択		
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	○		
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載 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と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。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。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>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が不可欠である。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。</p> <p>特定集中治療室における非薬理学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、高度な技術が必要とされるが、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割が既に非薬理学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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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ついて、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、ハイリスク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。</p> <p>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、非薬理学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。</p>
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	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	<p>治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム</p> <p>ガイドライン等での位置づけ</p>	<p>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。</p> <p>ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）</p> <p>日本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。</p>
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		<p>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。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増えるものではないが、算定可能回数が入院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。</p>
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）		<p>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）。</p>
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	<p>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。</p>
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	<p>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</p>
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	<p>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</p>
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		<p>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。</p>
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	<p>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</p>
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。）
	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	<p>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。</p>
	備考	特になし
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		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

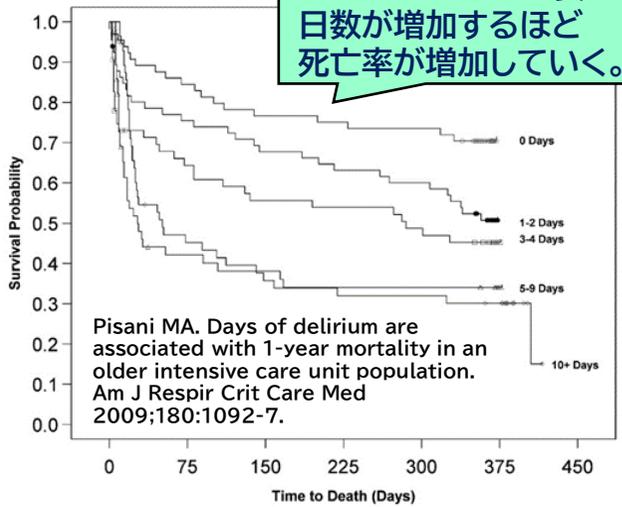
【技術の概要】

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。)

【特定集中治療室(ICU)で診療を受ける重症患者に発症したせん妄による主な影響】

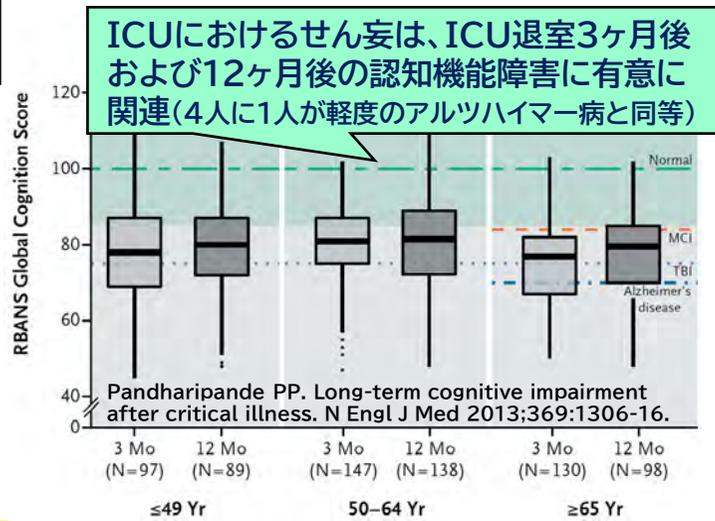
①死亡率の増加

ICUにおいてせん妄日数が増加するほど死亡率が増加していく。



②認知機能障害

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



③退院時の歩行障害

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

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

【複数の診療ガイドラインにおける推奨】

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。

【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	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	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640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	脳血管疾患等リハビリテーション料では諸加算も含めて1単位20分当たり320点であることに対して、早期離床・リハビリテーション加算は500点（入室した日から起算して14日を限度）であり、集中治療室でのリハビリテーションの実態（事前準備、評価、実施、事後観察等を含めると40分以上必要で午前と午後に分けて行う場合もある）に即さない低い点数設定のため、増点が必要である。また、本学会が実施した多施設前向き観察研究によると、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となり、これが自宅への退院率向上や退院時Barthel Index向上に関連していることが示唆された。以上により、重症度の高い患者に対する早期離床・リハビリテーション加算については更に点数を増点するとともに、算定上限日数を25日へ拡大することが必要である。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>以上により、診療現場の実態と取組の効果が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（640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。</p>
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	<p>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、臨床工学技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640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算定上限日数は14日である。</p>
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料
診療報酬番号（再掲）	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。）	日本集中治療医学会の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。また、敗血症診療ガイドライン2020、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に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2020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）	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料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料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2020 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。Nydhall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3）。実際に日本の集中治療室における観察研究においても早期離床・リハビリテーションの有害事象の発生率は2.2%であり、治療に必要な有害事象はなかったと報告されている（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	640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	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）	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（140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（640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）＝590,000,000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, Shigeaki 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、退院時Barthel Indexが高い傾向にあり、自宅に退院する患者割合が有意に高いことが示された。
⑭参考文献 2	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 3	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 4	1) 名称	The safety of a novel early mobilization protocol conducted by ICU physicians: a prospective observational study.
	2) 著者	Liu K, Ogura T, Takahashi K, Nakamura M, Ohtake H, Fujiduka K, Abe E, Oosaki H, Miyazaki D, Suzuki H, Nishikimi M, Lefor AK, Mato T.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Intensive Care 2018;6:10.
	4) 概要	日本の集中治療室の患者232名（ECMO装着患者を含む）が587回の早期離床・リハビリテーションセッション（うち387回がベッド外への離床）を受けたが、有害事象の発生数は13件（2.2%）であり、特に治療が必要となる有害事象はなかった。
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
A242203	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640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。

【特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションの実態と効果】

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~2022年7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が高い傾向にあり、自宅に退院する割合が有意に高い。

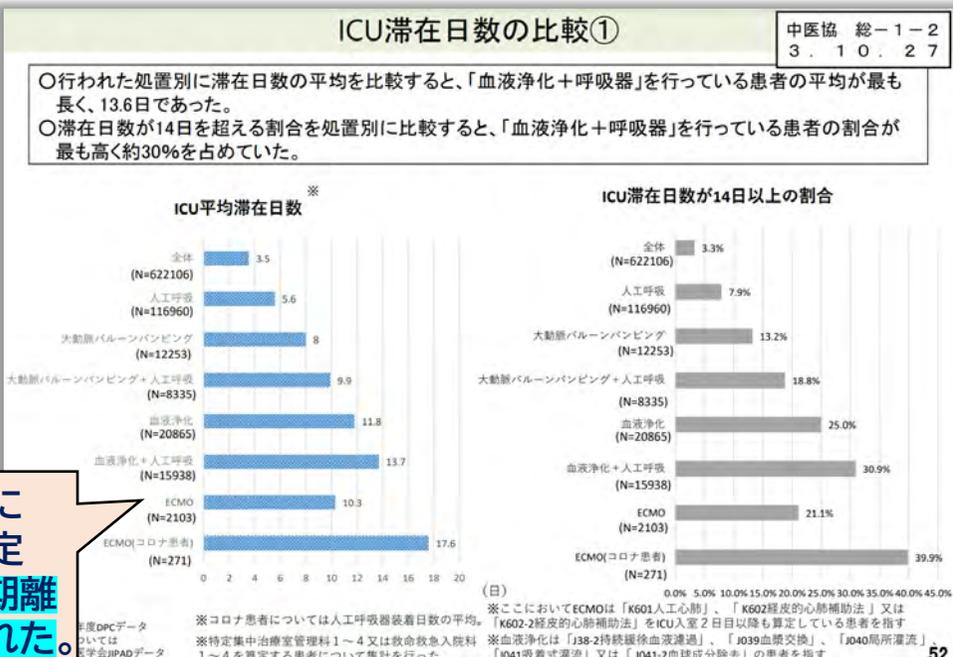
40分間の早期離床・リハビリテーションは脳血管疾患等リハビリテーション料の2単位分(諸加算も含めると640点)に相当するが、**早期離床・リハビリテーション加算は500点と低い点数設計になっている。**

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。



【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	A242204		
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	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	A300注9、A301注5、A301-2注4、A301-3注4、A301-4注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）	○	
	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。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	日本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、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加算や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	早期栄養介入管理加算は、特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らず、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9、A301注5、A301-2注4、A301-3注4、A301-4注4
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、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、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 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	その他(右欄に記載。)
	番号 技術名	特になし 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 (GRICS) 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
A242204	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。

【急性血液浄化等を要するような循環動態不安定な患者に対する早期栄養介入管理】

	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。

【複数の診療ガイドラインにおける推奨】

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」
「米国静脈経腸栄養学会(ASPEN) ガイドライン」「欧州静脈経腸栄養学会(ESPEN) ガイドライン」

ICU滞在日数の比較①

中医協 総-1-2
3. 10. 27

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

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

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

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

【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	A242205		
提案される医療技術名	小児特定集中治療室管理料（臓器移植患者の算定日数延長について）		
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）	22小児科	
		38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	移植外科
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3節 特定入院料		
診療報酬番号	A301-4		
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において、臓器移植患者（心臓、肺、肝臓）に対する算定日数を30日に延長。		
文字数：48			
再評価が必要な理由	令和4年度の診療報酬改定では、特定集中治療室管理料における、臓器移植（心臓、肺、肝臓）を行なった患者への算定日数上限が30日間に延長された。この際、小児特定集中治療室管理料における延長についての対応が欠落していた。実際に、本邦における心臓、肺および肝臓の累積臓器移植のうち、小児例が約1/3を占める。小児臓器移植の生存率は成人と同等以上の成績を修めている。臓器移植患者に対する管理は、高度に専門的な管理を要し、その内容は特定集中治療室と小児特定集中治療室とでほぼ同等であり、平均で17.7日の滞在を要している。治療体制維持の観点から、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）	日本集中治療医学会小児集中治療委員会による調査の結果、小児特定集中治療室における臓器移植患者（心臓・肺・肝臓）の平均滞在日数は17.7日であり、特定集中治療室における臓器移植患者（心臓・肺・肝臓）の平均滞在日数は16.0日より長かった。さらに、小児特定集中治療室では、臓器移植患者の約34%が小児特定集中治療室管理料の算定上限日数を超え滞在しており、小児特定集中治療室総滞在総日数の約25%が小児特定集中治療室管理料算定外となっていた。小児臓器移植は施行可能な施設は限定されているが、高度に専門的な管理により、生存率は成人臓器移植と比較し同等以上の成績を修めている。このため、臓器移植患者に対しては、小児特定集中治療室管理料においても特定集中治療室管理料と同等の、現状より高い評価が妥当であると考えられる。
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	小児特定集中治療室管理料において、臓器移植を受けた患者の管理料算定日数は14日である。一方、特定集中治療室管理料においては、臓器移植（心・肺・肝）を受けた患者の管理料算定日数は30日である。小児臓器移植患者が小児特定集中治療室で管理された場合、同等の管理を行ったとしても、特定集中治療室で管理された場合と比較し最大約17万点の診療報酬上の差が生じている。
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）	A301-4
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	当該医療機関の診療自体は変わらないが、正当な評価が行われることによって、提供される医療の質の維持・向上に資すると予想される。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	ガイドライン収載の見込みなし
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		再評価により対象患者数が増えるものではない。2023年2月現在で、小児特定集中治療室管理料を算定している脳死移植認定施設（心臓・肺・肝臓）は2施設であり、生体移植を行なっている施設と併せると、合計で年間約70例（心臓2例/年、肺3例/年、肝臓65例/年）の移植手術を実施している。集中治療医学会小児集中治療委員会が2023年に行なった調査の結果、小児特定集中治療室管理料算定外日数の平均値は、心臓移植9.5日、肺移植9.9日、肝移植4.6日であった。このため、管理料算定日数が30日に拡大されると、小児特定集中治療室管理料算定日数が年間で9.5×2+9.9×3+4.6×65=348日増加すると見込まれる。小児特定集中治療室管理料は8日目以降14,211点/日であるため、348×14,211=4,945,428点の診療報酬増加が見込まれる。移植実施施設の増加、小児特定集中治療室管理料算定施設の増加、小児脳死下臓器提供ドナー数の増加により対象症例が増加する可能性がある。	
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）	70	
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）	348	
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）		2010年の改正臓器移植法施行によって15歳未満の小児からの脳死臓器提供が可能となり、小児脳死ドナーからの移植手術が徐々に増加した。しかし脳死臓器提供数は需要に対して少なく、肺・肝臓の移植を必要とする小児に対しては生体肺移植及び生体肝移植が多く実施されている。小児への臓器移植は、体格の小ささや未熟さのため難易度が高く、成人と比較しより多くの医療資源投入を要する。本邦における移植後の成績は国際レジストリと比較しいずれも良好であるが、その中でも小児の術後成績は成人と比較し同等以上である。経験症例数の多い施設で成績がより良好な傾向があり、集約化が求められる。本邦では移植関連学会合同委員会において認定された施設においてのみ移植手術が施行されている。	
・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)	小児特定集中治療室管理料算定のための施設基準を満たしていること	
	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)	同上	
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	生体肝移植ガイドライン、生体部分肺移植ガイドライン	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		財政面強化により人員確保と体制整備が促進される結果、安全性は高まることが期待される。	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		特記事項なし	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	小児特定集中治療室管理料の算定上限14日間	
	見直し後	小児特定集中治療室管理料の算定上限30日間	
	その根拠	特定集中治療室管理料算定施設での移植患者の管理料算定日数30日	
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	増（+）	
	予想影響額（円）	49,454,280円	
	その根拠	追加算定可能日数348日×14,211点から算出	
	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	Indications and outcome after lung transplantation in children under 12 years of age: A 16-year single center experience
	2) 著者	P. Jablonskii, MD et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Heart Lung Transplant. 2022;41:226-236
	4) 概要	12歳以下の小児の肺移植は、12歳以上の小児肺移植と比較して成績は同等であるが、基礎疾患の複雑さや手術の難易度のためより多くの医療資源とより長い集中治療室管理が必要となる。
⑭参考文献 2	1) 名称	Outcomes of Pediatric Liver Transplantation in Japan: A Report from the Registry of the Japanese Liver Transplantation Society
	2) 著者	M Kasahara, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Transplantation. 2021;105:2587-2595
	4) 概要	小児肝移植において経験症例数の多い施設における治療成績が良好。
⑭参考文献 3	1) 名称	我が国の小児心臓移植の現状と課題
	2) 著者	福蔭 教偉
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	小児循環器学会雑誌. 2017;33:10-16
	4) 概要	日本における小児心臓移植の実施数はまだ少ないが、成績は欧米と比較し良好である。
⑭参考文献 4	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑭参考文献 5	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし

※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
A242205	小児特定集中治療室管理料(臓器移植患者の算定日数延長について)	日本集中治療医学会

【技術の概要】

小児特定集中治療室管理料において、臓器移植を行った患者に対する算定日数を30日間に延長。

【対象疾患】

当該入院期間中に、心臓、肺又は肝臓の移植を行った患者。

【既存の治療法との比較】

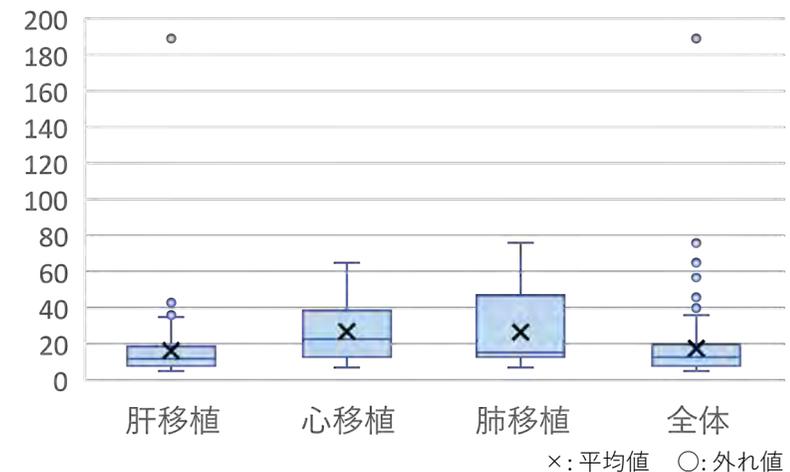
- 本邦における心臓、肺および肝臓の累積臓器移植のうち、小児例が約1/3を占める。
- 移植後の10年生存率は成人と比較し同等以上。
- 小児特定集中治療室に入室した小児臓器移植患者の**34%**が小児特定集中治療室管理料算定日数を超えて滞在し、**総滞在日数の25%**が管理料算定外。

	小児特定集中治療室滞在日数の平均	小児特定集中治療室管理料算定外日数の平均
心移植 (n=6)	27.2 日	9.5 日
肺移植 (n=8)	26.8 日	9.9 日
肝移植 (n=108)	16.5 日	4.6 日
全体 (n=122)	17.7 日	4.4 日

2023年 集中治療医学会 小児集中治療委員会調査

※特定集中治療室における臓器移植患者滞在日数の平均：16.0日

小児特定集中治療室 滞在日数の分布



【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- 令和4年診療報酬改定で、特定集中治療室管理料における臓器移植患者の算定日数が30日に延長。
→同等の管理に関わらず、算定日数14日である小児特定集中治療室管理料と最大 約17万点の差
- 高度に専門的な管理により良好な治療成績を維持している現状に対する再評価が必要。
- 診療体制および安全性の維持・向上に資する。

【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		A250101	
提案される医療技術名		小児回復期地域連携受入加算	
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4年度	
	提案当時の医療技術名	小児後遺症患者回復期受入加算	
	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)	低酸素性虚血性脳症、中枢神経感染症、頭部外傷などに罹患した小児患者で、高度急性期医療を受けた後に後遺症を残し回復期にある患者が高度急性期以外の病床へ転院する場合、及び療養型病院に入院中のそのような患者が急変時の対応のために高度急性期以外の病床へ転院する場合に、患者のQOLを向上させ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：182			
対象疾患名	低酸素性虚血性脳症、急性脳症、脳炎、髄膜炎、硬膜下血腫、脳挫傷など		
保険収載が必要な理由 (300字以内)	高度急性期医療を受けて回復期にある患者で、長期的にリハビリテーションを要すると見込まれる場合、リハビリのための長期入院で高度急性期病院における病床を占拠しがちであり、さらに住所地から遠いために退院調整がままならないことがある。また、小児の療養型施設の病床数は常に不足しており、さらに病状急変時の医療連携体制が十分でない場合がある。そこで病床機能の分化・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床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：278			

【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	0～15歳。低酸素性虚血性脳症、急性脳症、脳炎、髄膜炎、硬膜下血腫、脳挫傷などにより高度の後遺症を負った患者。「高度の後遺症」とは、疾病の後遺症による身体障害者手帳2級以上もしくは療育手帳Aに相当する症状。		
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等 (具体的に記載する)	上記の疾患を持つ患者が受傷後6ヵ月以内に他院から転院した場合もしくは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・一般病棟基本料に加算する。		
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	A 第2部 第1節 入院基本料	A 第2部 第3節 特定入院料
	番号	A101療養病棟入院基本料、A308-3地域包括ケア病棟入院料	
	医療技術名	急性期患者支援（療養）病床初期加算	
既存の治療法・検査法等の内容	地域包括ケア病棟もしくは療養病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転院した患者については、転院又は転院した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援（療養）病床初期加算として、1日につき150点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。	
	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人程度	
	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、患者家族との頻回話し合いが必要であり、医学的な専門性に加えて全人的・包括的な治療が求められる。	
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	小児のリハビリテーションを実施できること	
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	医師、看護師、リハビリ職種、栄養士などの多職種連携が必要	
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	—	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		特に問題なし	
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		特に問題なし	
⑩希望する診療報酬上の取扱い	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	
	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	
	具体的な内容	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)	算出困難	
	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	—	
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)への取扱い状況		3) 調べていない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴(例:年齢制限)等		—	
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い		d. 届出はしていない	
⑭その他		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	

⑩参考文献 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
	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重心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。
⑩参考文献 2	1) 名称	新型コロナウイルス感染症に伴う小児医療機関の保険診療上の課題に関する調査 二次調査報告
	2) 著者	中林洋介
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本小児科学会雑誌、2022年、126巻1号、123-133
	4) 概要	新型コロナウイルス感染症に伴う患者数変化の調査からは、小児入管3-5や管理料非算定の小規模な小児科病院でより大きな影響を受けており経営的なダメージも示唆され、小児医療提供体制の維持に懸念があるとされている。
⑩参考文献 3	1) 名称	小児総合医療施設におけるリハビリテーション診療体制に関する全国調査
	2) 著者	真野浩志
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Jpn J Rehabil Med, 2020;57:1185-1196
	4) 概要	障害児リハビリテーション料は点数も高いが小児病院や重心施設以外では算定がほぼできず、一方で疾患別リハでは小児加算もないため一般病院における小児リハビリが進まない一因にもなっている。
⑩参考文献 4	1) 名称	—
	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	—
	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
A250101	小児回復期地域連携受入加算	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、および療養期の患者の急変時対応のための入院を評価する

【対象疾患】 低酸素性虚血性脳症、急性脳症、脳炎、髄膜炎などによる後遺症を持つ患者でリハビリテーションを要する患者 年間約500人

【現在の治療との比較】 高齢者の病棟には急性期患者支援病床初期加算があるが、小児患者でこれに該当する加算はない

【有効性及び診療報酬上の取扱い】 ○地域連携機能の活性化 ○患者のQOLを向上 ○地域医療構想を推進 ○小児リハビリテーションの普及 ○14日を限度として150点を小児入院医療管理料3-5・一般病棟基本料に加算

高度急性期病院

3次・2次救急病院
子ども専門病院



- 小児特定集中治療室管理料
- 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

転・入院



小児回復期地域連携受入加算

高度急性期以外の急性期病院

一般病院の小児病棟

- 小児入院医療管理料3-5
- 一般病院入院基本料



リハビリテーション

多職種カンファレンス
退院支援カンファレンス

療養型病院

医療型障害児入所施設
重心施設等

急変時対応

【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	A250102		
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	
		リストから選択	
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）	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		
文字数：154			
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）	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装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ということがわかっている。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。		
文字数：284			

【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	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）	<ul style="list-style-type: none"> 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は経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(2020年改訂)日本新生児看護学会NICUに入院している新生児の痛みのケアガイドライン委員会 2020年3月(1a)では、施設が定めた(1C)信頼性妥当性のあるツール(2C)を集学的トレーニングを受けた上で(1C)痛みを評価し、非薬理的緩和法として高いエビデンスがあるswaddling、FT、NNSなどを実施すること(1a)強く推奨している。しかしながら、その実践率は十分とはいえない4)。	
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学会、日本新生児育成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は十分とは言えない。小澤らの報告(2022年)5)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(2020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	
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)	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	—	
	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)		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。

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）への掲載状況	1) 掲載されている	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴 (例：年齢制限) 等	米国：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	日本新生児看護学会	
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	NICUに入院している新生児の痛みのケアガイドライン（2020年改訂）日本新生児看護学会NICUに入院している新生児の痛みのケアガイドライン委員会 2020年3月
	2) 著者	新生児看護学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.jann.gr.jp/wp-content/uploads/2019/12/16930beed6ecf5a64979bd8837720726.pdf
	4) 概要	NICUに入院している新生児の神経発達後改善のために、痛みに関する教育を実施し、痛みを適切に評価の上、緩和ケアを実施し、記録監査することが重要である。
⑯参考文献 3	1) 名称	Epidemiology and treatment of painful procedures in neonatal intensive care unit. J
	2) 著者	Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	JAMA 2008 Jul 2 300(1)60-70.
	4) 概要	NICU入院後2週間で受ける痛みの処置回数は14回/日
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, Vinnall 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週の早産児を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」委員会：ガイドライン普及に関する施設要件
	2) 著者	小澤未緒、清水彩、米澤おひら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本新生児看護学会誌. 2022. vol28. 11-25.
	4) 概要	総合周産期センター112施設中、99施設の医師看護師（両方50施設、看護師のみ32施設、医師のみ17施設）からガイドライン実践の状況を調査した。2017年と比べて実施率は上がっているものが多かったが痛みの教育や学習、測定ツールのトレーニングについては実施率が激減し、30%、5%にとどまった。

※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
A250102	新生児発達支援充実加算	日本小児科学会

【技術の概要】

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



Swaddling中の足底採血



Swaddling + FT



ポジショニングと腹臥位

<https://www.nihonkohden.co.jp/iryo/products/respresus/infect/satocalm.html>

【対象となる要件】

- 以下の条件を満たすもの
- 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2014が2020年に改訂されたが、国内の調査によると**ガイドラインの実施率が十分とはいえない現状**がある。本加算により、実施率の向上が期待できる。

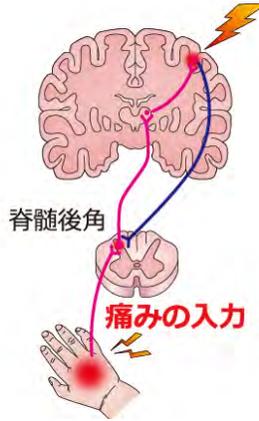


表2 2017年と2022年の推奨を「実施している」回答の比較(看護師)

推奨項目	2017 (N=81)		2022 (N=75)	
	n	%	n	%
推奨1 痛みの教育/学習	47	58.0	23	30.7
推奨2 統一した痛みの測定ツール	24	29.6	41	54.7
推奨3-1 信頼性・妥当性のある痛みの測定ツール	23	28.4	42	56.0
推奨3-2 痛みの測定ツールの集学的トレーニング	18	22.2	4	5.3
推奨4 痛みの測定のタイミング	19	23.5	36	48.0
推奨5 施設が定めた痛みの予防と非薬理的緩和法	55	67.9	64	85.3
推奨6-1 必要最小限の処置	67	82.7	67	89.3
推奨6-2 処置前の十分な安静時間	36	44.4	47	62.7
推奨6-3 足底採血時の自動ランセット型器具	26	32.1	39	52.0
推奨7-1 環境調整	56	69.1	59	78.7
推奨7-2 包み込み・FT	63	77.8	71	94.7
推奨7-3 母乳	7	8.6	23	30.7
推奨7-4 NNS	58	71.6	65	86.7
推奨7-5 SSC、KC	12	14.8	18	24.0
推奨8-1 ショ糖	10	12.3	15	20.0
推奨9-1 鎮痛薬	57	70.4	53	70.7
推奨9-2 鎮痛薬と非薬理的緩和法の併用	53	65.4	49	65.3
推奨10 記録	28	34.6	41	54.7
推奨11 監査	5	6.2	10	13.3

注) 2017年の数値は文献³⁾を参考に作成

参考文献4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		A250103	
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）	リストから選択	
		リストから選択	
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	該当なし。	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択	
提案される医療技術の概要 (200字以内) 文字数：200	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開始し、開始前後で体重や頭囲等の身体発育や血液検査等で適切な栄養投与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載されている場合に加算を算定する。		
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) 文字数：297	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。一方で、新生児の静脈栄養は既製品を使用できず、連日、児の状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。		

【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、必要時には医師に加えて看護師、薬剤師、管理栄養士等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。		

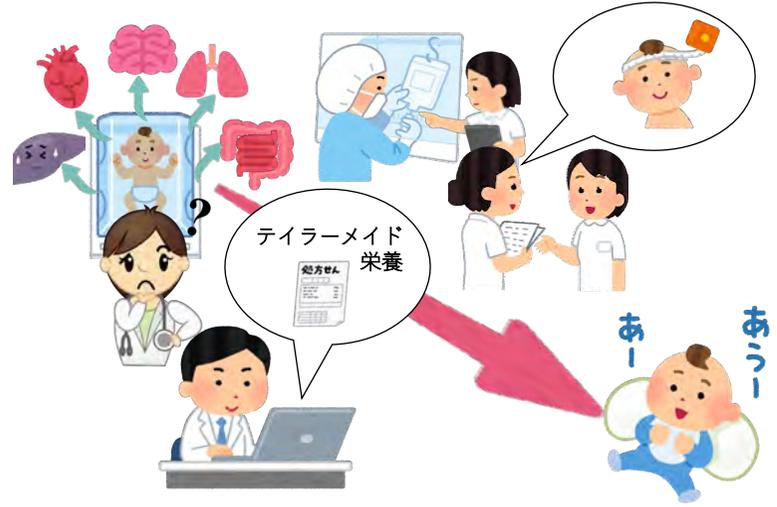
	研究結果	参考文献3に示す無作為化比較試験
		lb
⑤ ④の根拠となる研究結果等	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。） 上記研究結果のほかに、静脈経腸栄養ガイドライン第3版（日本静脈経腸栄養学会、2013年）では、早産児および病的状態で経腸栄養が困難な新生児は、経腸栄養を十分に行えるようになるまで静脈栄養の適応となる（推奨レベル：A-II）、静脈栄養施行中に経腸栄養が可能となった場合、速やかに経腸栄養を開始/併用/移行する（A-II）と記載されている。
⑥普及性	年間対象患者数（人）	4,000人程度
	国内年間実施回数（回）	1人最大14日間の加算
※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、静脈栄養摂取量は増加、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 $100\text{ml}/\text{kg}/\text{day}$ 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	—
	技術名	—
	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
	その根拠	年間推定患者数4,000人 x 250 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。	
⑯参考文献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
⑯参考文献2	1) 名称	超低出生体重児のNICU入院中の栄養が長期予後に与える影響
	2) 著者	大西 聡ら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本周産期新生児医学会雑誌, 2008年, 第44巻 第4号, 958-961ページ
	4) 概要	積極的栄養管理は、修正40週の頭囲発育に寄与し、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。
⑯参考文献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)。
⑯参考文献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)。
⑯参考文献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。

【技術の概要】

出生体重1500g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。そ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。



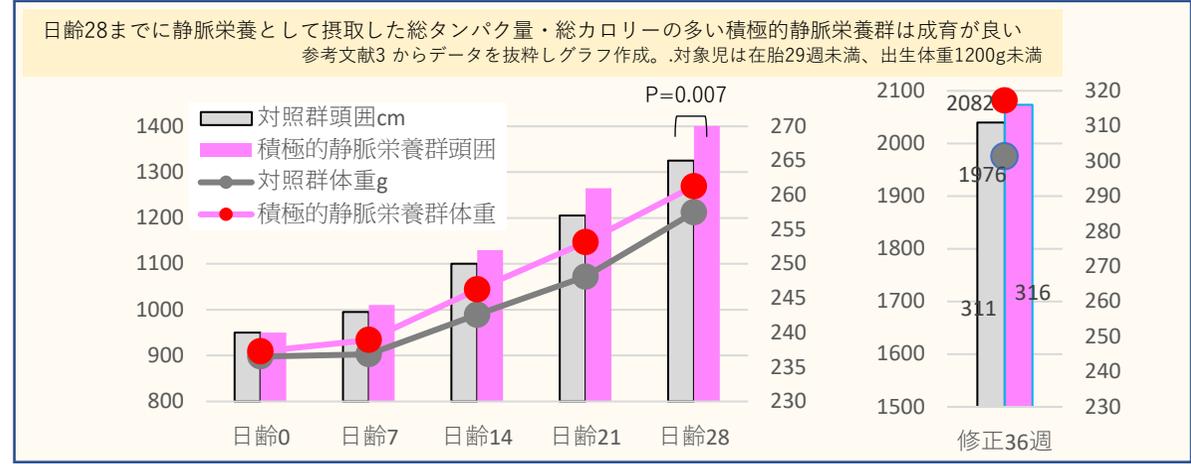
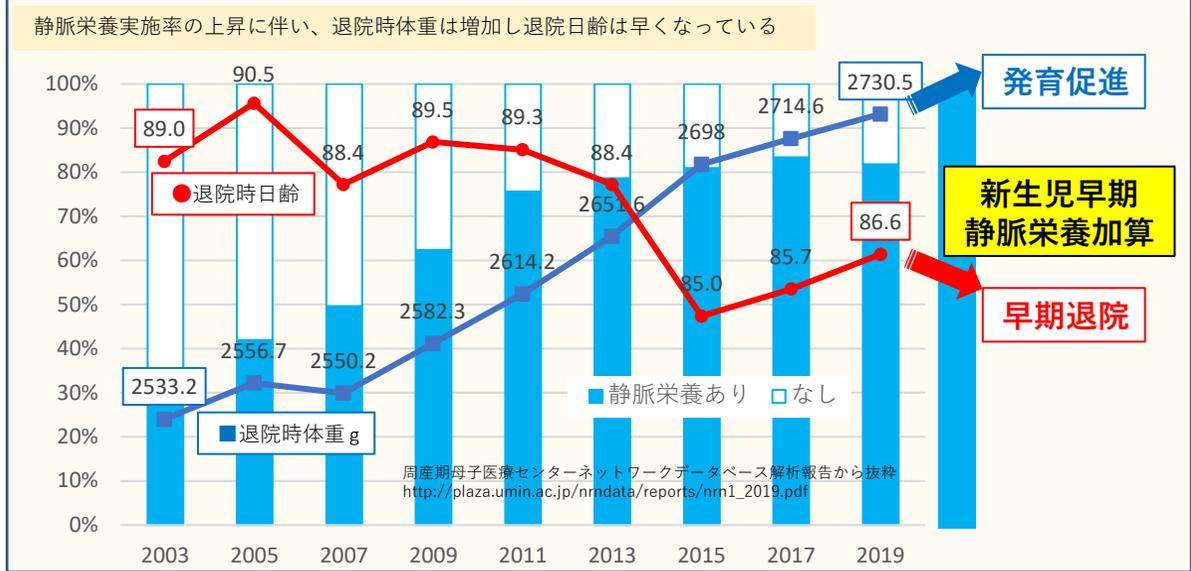
【対象疾患】

出生体重1500g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多職種で推進する体制を構築することで、安全かつ効率的に児の早期静脈栄養摂取量の適正化が図れる。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】



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	A250201		
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 リストから選択	
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	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小児入院医療管理料、A205救急医療管理加算		
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）	小児入院医療管理料における①救急医療管理加算包括外への見直し、②小児入院医療管理料3-5に対応する時間外受入体制強化加算3の新設（100点）を提案する。これらの修正は小児入院医療管理料算定病院における重症診療や時間外救急診療の現状に即したものと、病院小児科運営の安定化ならびに地域小児医療提供体制への支援・人材確保へと繋がる。		
文字数：165			
再評価が必要な理由	前回の小児入院医療管理料における見直しの中で、時間外受入体制強化加算や養育支援体制加算、無菌治療管理加算が新設となるなど小児医療への手当が行われた。しかし、時間外受入体制強化加算は小児入院医療管理料1・2のみが対象であり、養育支援体制加算も要件を満たせるのは大規模病院に限定され無菌治療管理加算についても全体としての恩恵はない。小児入院医療管理料3-5を算定している病院でも一次診療を担っている病院が10-20%程度存在しており、小児入院医療管理料1・2と同様に時間外受入体制に対する評価があっても然るべきと考えられる。加えて2012年に小児加算新設、乳幼児加算引き上げが行われた救急医療管理加算も算定できない状況にあるが、対象となる小児患者の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、小児特定集中治療室・新生児特定集中治療室に近い診療レベルの医療が提供されている実態が明らかとなっている。働き方改革が推し進められる一方で、地域差のない質の高い医療環境・完全看護の確保および介護に伴う国民の就業喪失の抑制・地域のインフラとしての機能維持など、相反する事象での実現という高いハードルが突き付けられているが、人件費率の高い小児領域においてその実現には医療経済面での強化が不可欠であり診療実態に即した診療報酬の確保が望まれる。		

【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小児入院医療管理料における救急医療管理加算包括外への見直し ②小児入院医療管理料3-5に対応する時間外受入体制強化加算3の新設（時間外受入実績がある施設） 期待される効果：小児入院医療管理料算定病院における重症診療や時間外救急診療の現状に即した医療経済面での更なる強化に繋がり、病院小児科運営ならびに地域小児医療提供体制への支援・人材確保の安定化が期待できる。	
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	・対象とする患者：15歳未満（小児慢性特定疾患を有する患者であれば20歳未満） ・技術内容：入院1日当たり4,750点～2,206点を算定する。 小児入院医療管理料1-5には入院料加算の一部、医学管理料、検査、画像診断、精神科、処置費用等が包括されていて、これらの点数は算定できない。	
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料	
診療報酬番号（再掲）	A307、A205	
医療技術名	小児入院医療管理料、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	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。
	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。） 実態およびニーズに関する調査なのでガイドライン等で位置づけるものではない。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		令和3年社会医療診療行為別統計、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）より推定。
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	①救急医療管理加算1：0、救急医療管理加算2：0 ②小児入院医療管理料3-5に対応する時間外受入体制強化加算3の新設：0
	見直し後の症例数（人）	①救急医療管理加算1：2,600、救急医療管理加算2：15,600 ②小児入院医療管理料3-5に対応する時間外受入体制強化加算3の新設：4,070
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	①救急医療管理加算1：0、救急医療管理加算2：0 ②小児入院医療管理料3-5に対応する時間外受入体制強化加算3の新設：0
	見直し後の回数（回）	①救急医療管理加算1：最大18,200、救急医療管理加算2：最大109,200 ②小児入院医療管理料3-5に対応する時間外受入体制強化加算3の新設：4,070
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）		記載すべき事項なし
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	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)	特になし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		入院料加算の充実によりチーム医療の推進が進む結果、医療過誤やインシデントの減少が期待できる。
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠	— — —
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（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）	653,810,000
	その根拠	①小児入院医療管理料における入院基本料等加算・指導料等の算定対象の見直し ・A205 救急医療管理加算 救急医療管理加算1 2,600件×7日間（最大）×1,050点×10=191,100,000円 救急医療管理加算2 15,600件×7日間（最大）×420点×10=458,640,000円 [令和3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）] ②小児入院医療管理料3-5に対応する時間外受入体制強化加算3（100点）の新設 20,350×20%×100点×10=4,070,000円 (令和3年社会医療診療行為別統計、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)
	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		記載すべき事項なし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし

⑭参考文献 1	1) 名称	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、中林洋介、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棟で管理されていた。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棟（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	日本小児科学会社会保険委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	未発表
	4) 概要	小児入院医療管理料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11.2-13.2%を占めていた。
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
A250201	A307 小児入院医療管理料	日本小児科学会

【技術の概要】

- (1) 小児入院医療管理料における算定包括範囲見直し：救急医療管理加算
 - (2) 時間外受入体制強化加算の小児入院医療管理料3～5算定施設への適応拡大
- 医療界における課題

医療全体として・・・

- ・チーム医療の推進
- ・医師から多職種へのタスクシフティングの推進

小児医療として・・・

- ・成人と比べ何かと手間を必要とする小児看護
- ・養育者への負担軽減は、子育て世代のサポートの面から取り組むべき重大な課題

その一方、小児医療界では・・・

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

⇒インフラとしての小児医療存続危機にあり何らかの手当が必要

小児診療の実状と診療報酬設定には解離が存在しており、まずはその部分に対する見直しが必要である

- ・ NICU/PICU/ICU/救急救命センターで管理されると同程度の重症患者が小児病棟で管理されている (図1)
- ・ NICU/PICU/ICU/救急救命センターに対する診療報酬との差が大きすぎる

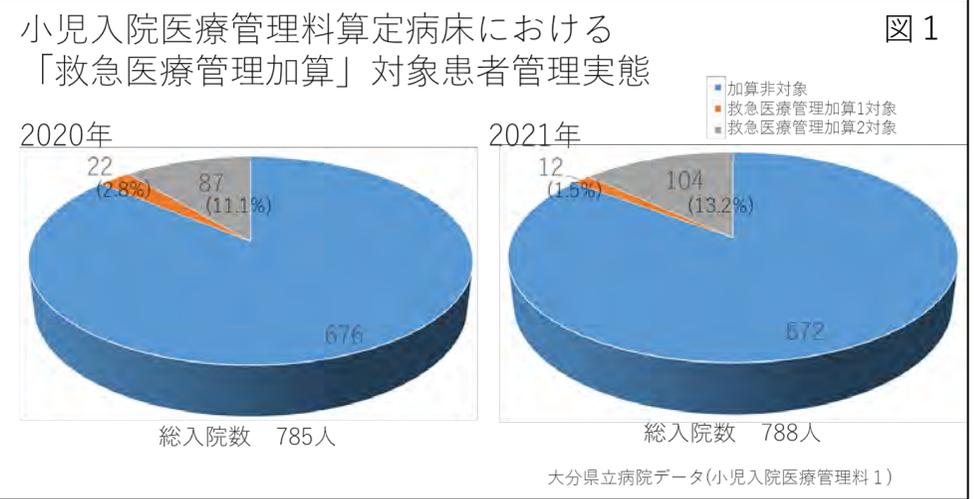
⇒小児病棟における重症者管理への正当な評価

⇒ (1)

- ・ 小児入院医療管理料3～5算定の小規模病院小児科でも時間外診療が行われている

⇒現状に即した救急診療への評価

⇒ (2)



【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- (1) 救急医療管理加算の包括外への見直し
- (2) 時間外受入体制強化加算の小児入院医療管理料3～5への拡大
 - 時間外受入体制強化加算1 300点
 - 時間外受入体制強化加算2 180点
 - 時間外受入体制強化加算3 100点

小児重症者診療実態に即した評価

- ・ 実際の時間外診療体制に見合う形への修正
- ・ 地域小児医療提供体制への支援、人材確保
- ・ 危機的な病院小児科運営への手当

【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	A255101		
提案される医療技術名	小児開胸管理加算		
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）	15心臓血管外科	
	関連する診療科（2つまで）	22小児科	集中治療科
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	38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）		
「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）	無	
	提案当時の医療技術名	リストから選択	
	追加のエビデンスの有無	特になし	
提案される医療技術の概要（200字以内）	小児心臓手術の術後に血行動態が不安定な患者に対し、開胸のまま集中治療室で管理し、体幹の浮腫などが消失し、呼吸循環が安定したのちに閉胸することは稀ではない。その際の創部の管理には感染のリスク等を考慮し、通常の管理より、医療材料や処置が増加し、通常の術後管理より多くの医療資源を投入する必要があるため。		
文字数：149			
対象疾患名	小児先天性心疾患術後		
保険収載が必要な理由（300字以内）	先天性心疾患の心臓手術は侵襲度が極めて高く、手術終了直後の心機能が極めて低下した状態がある。手術終了後には通常胸骨を閉鎖して集中治療室に入室するが、特に胸郭の小さい小児では、手術室で胸骨を閉じると血行動態が不安定となる場合や胸骨閉鎖したのちにも状態が悪化し胸骨を集中治療室で開放する場合がある。この場合、一時的に通常の集中治療に加えて開胸状態で管理する必要があり、集中治療室での開胸管理・閉胸術などの医療が必要となる。開胸管理は集中治療による全身管理に加えて、集中治療室で創部処置・開胸洗浄といった医療が処置費用と人件費が発生するため、開胸管理に伴う診療報酬が必要である。		
文字数：286			

【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	<ul style="list-style-type: none"> ・対象とする患者 小児先天性心疾患手術後 ・技術内容 集中治療管理下における開胸状態での管理（創部処置を含む） ・点数や算定の留意事項 開胸管理に関する診療報酬算定がない 		
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等 （具体的に記載する）	<p>開胸管理に伴う創部処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・方法：集中治療室内で創部洗浄などの感染管理と循環管理を行う。 ・実施頻度：創部洗浄は一般的に2-3日に1回、感染管理、循環管理は常に実施する。 ・期間：7日 		
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	A301-4	
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	医療技術名	小児特定集中治療室管理料	
	既存の治療法・検査法等の内容	現在は、開胸状態に関する処置に対する規定がない状態で、集中治療室内で必要な医療として行われている。	
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	開胸管理は血行動態の安定化に重要である	
	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。）	3 今後、心臓外科手術外科手術ガイドラインに記載予定（開胸管理は必須であり、ガイドラインに掲載される見込みは高い）

⑥普及性	年間対象患者数(人)	180
	国内年間実施回数(回)	180
※患者数及び実施回数の推定根拠等		対象となる症例は心臓手術の中でも限定されており、高難度手術の中でも開胸の率は限られている。開胸管理は先天性心疾患の手術数に比例すると考えられ、多くが新生児・乳児と想定される。日本小児循環器学会統計から対象となりえる症例の発症率は手術数の2%と推定され、年間手術数約9000件から計算して、年間約180人程度と推定できる。□
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)		・学会による位置付け：小児心臓術後の開胸管理・二期の胸骨閉鎖術は日本小児循環器学会・日本心臓外科学会で通常医療として位置付けられている ・難易度：心臓外科医・集中治療医・小児循環器医による専門管理を要する
・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)	小児特定集中治療室管理料に準じる
	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)	小児特定集中治療室管理料に準じる
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	小児特定集中治療室管理料に準じる
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		開胸管理が長期化すると縦隔炎や創部感染のリスクが上がる。頻度は不明である。
⑨倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		すでに心臓外科手術後の管理として一般的であり、問題はない
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)	1日あたり1,000点
	その根拠	開胸管理に必要な医療資材(ゴアテックスパッチ、創部保護剤、洗浄材料費、包交一式、清潔操作器材など)と専門医師が創部処置・閉胸処置に要する時間は1日平均30分として、1日あたり概ね10,000円と概算した(参考資料)
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	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)	9,000,000
	その根拠	年間180件の開胸症例が平均5日の開胸期間とすると、 $10,000 \times 180 \times 5 = 9,000,000$ 円となる
	備考	無理に胸骨閉鎖をしてPICUに帰室したあとの、緊急開胸処置(緊急手術や膜型人工肺使用も含む)の必要性は低下する。
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)		創処置に伴うガーゼ・保護シートなど
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)への取扱い状況		2) 調べたが取扱いを確認できない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴(例：年齢制限)等		特になし
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い		d. 届出はしていない
⑭その他		特になし
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		日本心臓血管外科学会 日本集中治療医学会

⑯参考文献 1	1) 名称	Delayed Sternal Closure after Cardiac Surgery: A Review Study
	2) 著者	Sohrab Negargar
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Int. J. New. Chem., 2022, Vol. 9, Issue 3, pp. 480-492.
	4) 概要	開胸管理は血行動態が不安定で術後出血を伴う先天性心臓手術患者のケアにとって重要な術後戦略であると結論付けられる。
⑯参考文献 2	1) 名称	Management and outcomes of delayed sternal closure after cardiac surgery in neonates and infants
	2) 著者	Doff B. McElhinney et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Crit Care Med. 2000 Apr;28(4):1180-4.
	4) 概要	二期的胸骨閉鎖は、心臓手術後早期に血行動態、呼吸、止血が不安定になるリスクのある新生児や乳児を管理するための有効なアプローチである。胸骨閉鎖中に血行動態や呼吸変数に大きな変化が生じ、しばしば強心剤や人工呼吸の調節が必要となる。
⑯参考文献 3	1) 名称	Center variation and outcomes associated with delayed sternal closure after stage 1 palliation for hypoplastic left heart syndrome
	2) 著者	Jason N Johnson et al
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Thorac Cardiovasc Surg . 2010 May;139(5):1205-10.
	4) 概要	ノーウッド手術後の二期的胸骨閉鎖の経過は多岐にわたる。遅延胸骨閉鎖の使用頻度が高いほど、入院期間が長くなり、術後感染率が高くなることを示唆している。これらの複雑な乳児の管理における遅延胸骨閉鎖のリスクとベネフィットをさらに評価する必要がある。
⑯参考文献 4	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	-
	4) 概要	-
⑯参考文献 5	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	-
	4) 概要	-

※⑯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
A255101	小児開胸管理加算	日本小児循環器学会

【技術の概要】

・心臓術後の開胸状態の下記創部管理を閉胸処置まで行う。

- ・ 呼吸循環管理
- ・ 創部感染予防処置
- ・ 創部処置・洗浄

【対象疾患】

- ・ 小児先天性心疾患心臓手術術後で開胸状態である患者。
- ・ 年間対象者は180名と考えられる

小児心臓手術後は侵襲度が極めて高い



- ・ 術後に極めて循環不良の症例は閉胸してICUに入室すると移動や処置で容易に循環が破綻することがある。
- ・ 開胸して数日ICU管理が必要

【既存の治療法との比較】

- ・ 小児先天性心疾患手術後に循環が破綻すると死亡症例が増加し、その救命のために、膜型人工肺やICU長期管理が必要になる。
- ・ 開胸管理を行えば、上記を減らし、医療費削減に貢献できる。
- ・ 現在も小児心臓手術後の開胸管理は、心臓術後の管理として一般的に行われている。
- ・ 海外でも術後の対応としてその有効性は認められている。
- ・ 長期化すると感染の合併症が増加する。
- ・ 開胸状態における創処置が医療として必要である。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- ・ A301-4に以下の点数を加算
- ・ 1日1,000点（専門医師の30分の処置+材料費と同等）

【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	A271201		
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）	リストから選択	
		リストから選択	
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	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。		
文字数：94			
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（Curr Psychiatry Rep. 2012. 14: 406-414.）。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、受け入れ先が乏しいという現状がある。国内における観察研究からは、標準体重の55%以下（身長160cmとしてBMI 11.6以下）の患者の約4割に致命的な合併症が発生し、同73%（同身長でBMI 15.4）を越えるとその危険はほぼ消失する（https://www.edportal.jp/pro/pdf/primary_care_2007.pdf#神経性食欲不振症のプライマリケアのプライマリケアのためのガイドライン（2007年）.Biopsychosoc Med.5:14, 2011）。BMI12未満の極度の重症例では入院栄養療法による救命が必須の病態であり（BioPsychoSocial Medicine 2014, 8:20. Int J Eat Disordvol 43 365-371）、より高い加算を付けることが妥当である。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。チーム医療でそれを乗り越えることにも、医療技術を医師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。この病態は看護重症度に反省されていない。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未満である極度の重症例の摂食障害患者に対して、従来より高い加算の算定を可能にする。また、救命のため入院加算が必要と判断されるが本疾患の病状により病識が形成されず、やむを得ず医療保護入院が必要となる患者の場合には、医療保護入院等診療料に追加する形で従来より高い加算の算定を可能にする。
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・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BMI 11.6以下）の患者の約40%に致命的な合併症が発生し、同73%（同身長でBMI 15.4）を越えるとその危険はほぼ消失するとされる（Biopsychosoc Med.5:14, 2011,BioPsychoSocial Medicine 2014, 8:20）。そのため、本管理加算の点数見直しによって重症例の入院治療が推進されることで、死亡率やQOLの改善が期待できる。
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。） 「摂食障害治療ガイドライン」においてP.40 表4-1 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 ）と記載されている。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		社会医療診療行為別統計（令和元年度）によると、摂食障害入院医療管理加算の年間算定症例数は約2400人、年間算定総件数は約30000回である。点数の見直しによって重症例の入院治療が促進されることで、算定症例数及び件数は増加することが予想される。ただし、従来よりも早期の入院治療が行われることで退院可能時期が早まり、結果として算定総件数が減少する可能性もある。
年間対象者数の変化	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）		摂食障害の心療内科的治療・精神医学的治療に加えて、施設の医師が身体合併症の治療に習熟していることが求められる。
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	現行要件の継続でよい。
	人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	現行要件の継続でよい。
	その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	特記事項なし。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		重症例の入院治療が、診療報酬加算により、医療技術が正当に評価され、入院が促進されることにより、外来治療時よりも安全に治療を行うことができる可能性が高くなる。
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		問題なし。
⑧点数等見直しの場合	見直し前	入院30日以内の場合は1日あたり200点、入院31日以上60日以内の場合は1日あたり100点。
	見直し後 その根拠	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。 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 技術名	該当なし
	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 備考	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。 特記事項なし。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし
⑫その他		特記事項なし。
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし

⑭参考文献 1	1) 名称	Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates
	2) 著者	Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Curr Psychiatry Rep. 2012. 14: 406-414.
	4) 概要	摂食障害の疫学に関するレビュー。体重減少を認める摂食障害である神経性やせ症の若年死のうち80%は低栄養死である。
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っ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	The longitudinal BMI pattern and body composition of patients with anorexia nervosa who require urgent hospitalization: A case control study .
	2) 著者	K Kawai, S Yamasita, T Yamanaka, M Gondo, C Morita, T Nozaki, S Takakura, T Hata, Y Yamada, S Matsubayashi, M Takii, C Kubo, N Sudo
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Biopsychosoc Med.5 : 14, 2011
	4) 概要	BMI12未満になると身体的要因による緊急入院のH率が増加する。
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 Disordvol 43 365-371
	4) 概要	摂食障害患者の体組成はBMI 1 2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	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
A271201	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未満の著しい体重減少を認める摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師または管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されている際に算定する。

【対象疾患】

・ BMI12未満の著しい体重減少を認める摂食障害の患者

【既存の治療法との比較】

・ 以下の場合には、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。①BMI12未満である極度の重症例の摂食障害患者

【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、これまで医師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。本加算の点数見直しによって重症例の入院治療を推進する施設が増加することで、死亡率やQOLの改善が期待できる。

【診療報酬上の取扱い】

・ 現行区分を継続

【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険未収載用）

整理番号 ※事務処理用		A272101	
提案される医療技術名		重症新生児対応体制強化加算	
申請団体名		日本新生児成育医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	22小児科	
	関連する診療科（2つまで）	リストから選択	
		リストから選択	
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：178		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、体外式膜型人工肺・腎代替療法・交換輸血・一酸化窒素吸入療法・低体温療法・嚴重な感染対策を行いながらの人工呼吸管理等を要する場合や、超低出生体重児の急性期管理など、高度な医療を要する重症新生児に対する対応の強化と人材育成を評価し、患者の入院期間に応じて加算を算定できるようにする。	
対象疾患名		超低出生体重児、新生児遷延性肺高血圧症、急性呼吸不全、急性腎不全、胎児水腫、末期腎不全、重症敗血症、重症新生児仮死、重症代謝異常症等	
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数：300		総合周産期母子医療センター等のNICUにおいては、医療の高度化や集約化等により、高度な医療を必要とする新生児が相対的に多く、各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・ケアしづらい場合がある。このため、病床利用率を現状以上に上げることが困難な場合や、緊急入院を受け入れることができない場合もある。近年、政策的に医療機能の分化・連携が推進されるとともに、医師の偏在や看護師不足がある中で働き方改革へも対応していく必要があり、また、医療の質と患者安全を担保しながら、同時に人材育成をはかる必要がある。これらのためには、十分な体制と実績を有するNICUを確保する必要がある。	

【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	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）
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）	既存の治療法・検査法等の内容	該当なし。
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）		
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		・A302及びA303の2については、これまでに、新生児に対する集中治療室管理の提供として未熟性等を踏まえた算定期間限りの配慮がなされているが、重症度の極めて高い新生児に対する一定期間における医療資源の投入について十分な評価がおこなわれていなかったため、新規的な提案となる。 ・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、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づら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。

⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	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に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しばしばある）」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。）
⑥普及性	年間対象患者数（人）	約7,500人
	国内年間実施回数（回）	入院医療管理のため実施回数は算出していない
※患者数及び実施回数の推定根拠等		新生児医療連絡会による調査結果によると、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターにおいて管理された患者の概数（患者の重複や本提案の対象に該当しない患者の計上等を懸念して中央値を採用し、回答率から補正した）は、急性期管理のために入院した超低出生体重児が2,733人、一酸化窒素吸入療法の実施が1,048人、低体温療法の実施が480人、血液浄化療法やECMOなどの体外循環治療または腹膜透析の実施が116人、脳外科手術の実施が319人、気道系手術の実施が375人、消化管手術の実施が1,735人、心臓手術（動脈管閉存症を除く）の実施が716人で、計7,522人であった。なお、新興感染症や先天性感染症等のために陰圧個室管理など嚴重な感染対策を行いながら人工呼吸管理を要する新生児については当該調査の調査項目にないため、計上していない。
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		<ul style="list-style-type: none"> ・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、将来的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）	<ul style="list-style-type: none"> ・当該治療室内に、個室又は陰圧個室を設置することが望ましいこと。 ・当該治療室に個室がない場合にも、患者及び家族のプライバシーが十分守られるよう配慮されていること。 ・重症児を診療するために必要な装置及び器具として、A302及びA303の2Iにおいて求められるものに加えて、当該医療機関内に、除細動器、体外補助循環装置、急性血液浄化療法に必要な装置を配置していること。 ・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）	<ul style="list-style-type: none"> ・当該治療室に勤務する専任の医師に、新生児集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。 ・新生児集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有する常勤看護師を、当該治療室内に常時2名以上（うち1名は新生児集中治療認定看護師であることが望ましい）配置すること。※また、新生児集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を終了した専任の常勤看護師が、当該治療室において勤務していることが望ましい。 ・当該加算を算定する患者については、その数が2又はその端数を増すごとに1以上であること。なお、当該加算を算定する患者と同時に受け持つ他の患者については、必ずしも当該加算を算定している必要はないこと。 ・常勤の臨床工学士が、常時、院内に勤務していること。 ・専任の常勤公認心理師が、週22時間以上、当該治療室において勤務していること。
	その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	該当なし。
⑧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。
⑨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られる。
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）	当該患者の入院後7日以内の期間は4,000点
	その根拠	特定集中治療室管理料（A301）における重症患者対応体制強化加算を参考としつつ、これまで求められていない2：1看護配置等を求めている点、段階の配慮を要する新生児を対象としている点、当該新生児の保護者等への対応を要する点を踏まえる必要があるため。
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	該当なし。
	技術名	該当なし。
	具体的な内容	既に医療現場において対応せざるを得ない状況となっている事項であり、減点・削除となる医療技術は想定されない。
予想影響額	プラスマイナス	増（+）
	予想影響額（円）	21億円
	その根拠	本提案においては、対象患者に対して相当な体制で対応を要する期間は7～14日と想定している。（当該対象患者の想定入院期間はいずれも14日間を超える可能性が高い。）便宜上、特に配慮を要する時期を入院後7日以内とし、全対象患者が7日間の加算を算定する場合は下記の通りとなる。 ・40,000円/人・日×7,500人×7日間＝21億円
備考	該当なし。	
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）への取載状況	2) 調べたが取載を確認できない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等	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	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	新生児医療連絡会	
⑯参考文献 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。
⑯参考文献 2	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑯参考文献 3	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑯参考文献 4	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし
⑯参考文献 5	1) 名称	特になし
	2) 著者	特になし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	特になし
	4) 概要	特になし

※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
A272101	重症新生児対応体制強化加算	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、高度な医療を要する重症新生児(下記対象疾患)に対する対応の強化と人材育成を評価し、患者の入院期間に応じた加算を算定可能とする。

【対象疾患】

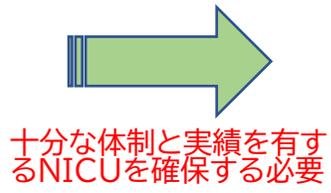
- A302又はA303の2を算定する新生児のうち、下記に該当する者。
- ・体外式膜型人工肺、腎代替療法(血液透析、腹膜透析等)、交換輸血、低体温療法を要する
 - ・出生時体重が750g未満であって人工呼吸管理を要する
 - ・人工呼吸管理下に一酸化窒素吸入療法や胸腔・腹腔ドレーン管理を要する
 - ・開胸手術、開頭手術、開腹手術等の術後に人工呼吸管理を要する
 - ・新興感染症や先天性感染症等のために個室管理など嚴重な感染対策を行いながら人工呼吸管理を要する

【診療報酬上の取扱い】

(新設)
第1章 第2部 第3節 特定入院料
A302及びA303の2における加算
(7日以内) 4,000点

【背景】

- 総合周産期母子医療センター等のNICUにおいては、医療の高度化や集約化等により各患者の重症度が高く、**現行の体制では重症患者及び他の患者を安全に診療・ケアしがいがある場合がある(図1-3)**。このため、**緊急入院を受け入れることができない場合もある**。
- 近年、政策的(医療計画等)に**医療機能の分化・連携**が推進されるとともに、**医師の偏在や看護師不足**がある中で**働き方改革**へも対応していく必要があり、また、**医療の質と患者安全**を担保しながら、同時に**人材育成**をはかる必要がある。



【既存の治療法との比較】

- 経験5年以上の医師2名の配置
- 看護配置2:1(算定する当該患者について)
経験5年以上の看護師2名の配置
- 相当の診療実績
- 地域における研修等の提供等の要件を求める

【調査結果】 <新生児医療連絡会調べ 2022年11月~12月 (N=149施設)>

図1. 2:1看護以上のマンパワー配置を念頭に実務で分担配置をしている、又は、分担配置が必要と思う状況

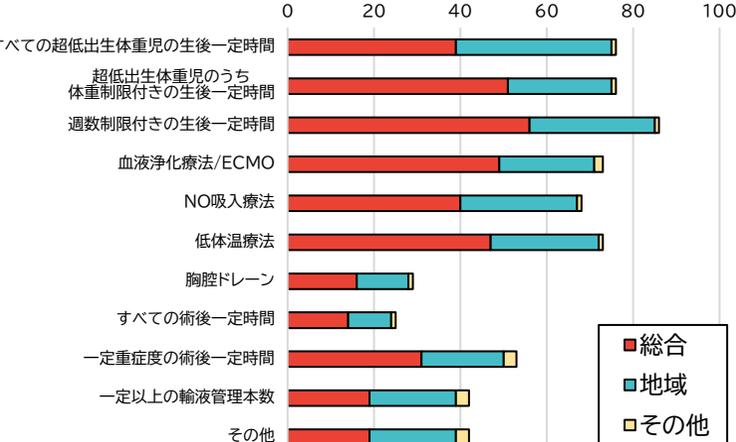


図2. 図1の状況で実際にNICUの患者数を減らして看護配置を手厚くしたことがあるか?

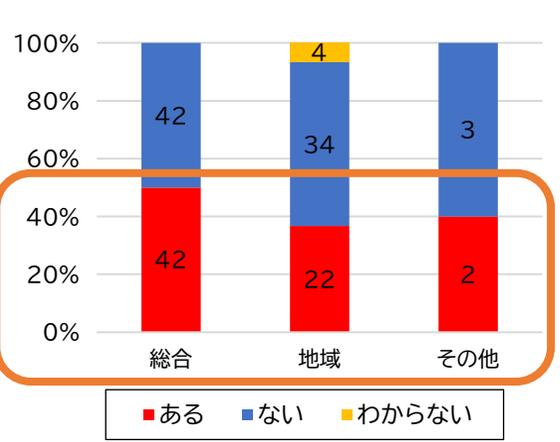
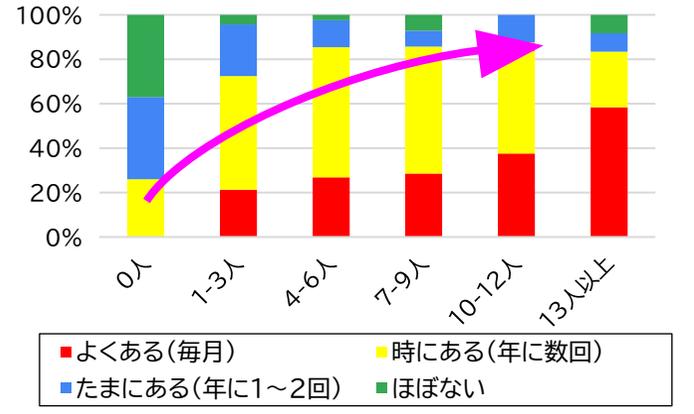


図3. 患者の重症度が高いために、患者安全や感染対策に支障を来していると感じられることが度程度あるか? (施設におけるNO吸入療法を要する患者数ごとの割合)



【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		A272102	
提案される医療技術名		ハイリスク児成育支援料	
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）	25産婦人科・産科	
		38その他（診療科名を右の空欄に記載する。）	新生児科
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」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	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）	<p>新生児時期は、親子の絆が形成される重要な時期である。この絆がうまく形成されないと、その後虐待や産後うつ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い。家族の声を聞くことを専門とする公認心理師等を中心とした医療チーム（医師、看護師、社会福祉士など含む）がサポートし、正常な親子の絆の形成を援助する。</p>		
文字数：187			
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、ダウン症候群等染色体異常症、生後早期に外科手術の必要な児、母体精神疾患合併の児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）	<p>NICU、GCUに入院すると、家族の絆形成（母子愛着形成）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、虐待のハイリスと考えられ、また精神疾患合併妊娠母体も同様である。この親子の絆形成の必要な時期に家族の思いを聞き出し、不安を解消し前向きに子どもに向き合えるようにスタッフ総意で取り組みことで、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退院と發達予後改善につながる。</p>		
文字数：281			

【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、ダウン症候群等染色体異常症、生後早期に外科手術の必要な児、母体精神疾患合併の児等で養育において特段の配慮を必要とする児の両親に対し、公認心理師等によるカウンセリングをはじめ、多職種カンファレンスにより両親の精神的安心がはかれるようにサポート体制を整える必要のある家庭の児を対象とする。		
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）	対象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、サポート体制について検討した場合NICU加算、GCU加算をとっている期間月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	その他（右欄に記載する。）	特定入院料加算
	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。またこのことは虐待予防につながり児の脳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。		
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	虐待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、その容量の減少は、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。また虐待による経済損失1兆6千億円にも上ることが判明した。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	3 「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)		医療計画の指針(「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(厚生労働省通知))のなかに、NICU及び新生児病室に臨床心理士等臨床心理技術者を配置することが明記され、新生児と家族の愛着形成を支援するための設備等を備えることが望ましいとされている。 すでに実施されているサポート支援であり可能であるが、人材育成とサポートに多くの時間がかかっている。	
・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)	総合・地域周産期母子医療センター	
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	新生児医療に十分な知識と経験のある周産期(新生児)専門医、各診療科の専門医、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)		実施するにあたり何も問題はない	
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)	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	
	番号	-	
	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)	2,480,940,000円	
	その根拠	患者家族の児に対する受け入れがよくなり、早期治療早期退院を希望するようになり、平均在院日数が2日間短くなる(NICU.GCU各1日)とするとこの額の医療費が削減できる。児童虐待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	小児虐待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。また被虐待歴のある人はない人に比べ、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。ゆえに小児虐待予防を行うことは、医療費削減につながると思われる。		
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)への取扱い状況		2) 調べたが取扱いを確認できない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴(例: 年齢制限)等		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		なし	

⑩参考文献 1	1) 名称	虐待が児の脳発達に及ぼす影響
	2) 著者	友田明美
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	周産期医学、2019年、12月、49、1667-1669
	4) 概要	被虐待児は、健全な人間関係が結べない、心の病になりやすいとされている。また愛着障害児の視覚野の白質容量において、20.6%の容量減少がみられる。また前頭前野の白質容量も減少するといわれている。
⑩参考文献 2	1) 名称	The social costs of child abuse in Japan
	2) 著者	Wada Ichiro, Igarashi Ataru
	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。
⑩参考文献 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。
⑩参考文献 4	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。
⑩参考文献 5	1) 名称	父母のボンディングの重要性
	2) 著者	荒滝千絵子、安田孝明
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	周産期医学、2022年、12月、49、1656-1659
	4) 概要	ボンディングとは、児と養育者との間の絆の形成を意味する。これは親子関係のプロセスのはじまりであり、児にとって最適な療育環境を導くものである。この阻害要因がある場合早期介入が大切である。

※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
A272102	ハイリスク児成育支援料	日本新生児成育医学会

【技術の概要】

長期母子分離及び予後不安などかによるによる親子の愛着形成障害により虐待及び治療拒否、育児拒否のリスクが高まる。この危険な時期に両親に適切な精神的サポートを行うことで適切な親子関係の形成、早期治療退院が可能になる。

【対象疾患】

NICU、GCUに入院治療を必要とする極低出生体重児、ダウン症候群等染色体異常症、生後早期に外科手術の必要な児、母体精神疾患合併の児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】

臨床心理士により両親の理解度や考えを聞き出し、多職種で対策を検討し、適切な親子関係の構築を早期に行うことができるようになる。

【有効性】

被虐待児の40%は、NICU退院児であり、母子愛着形成の重要な時期に母子分離されること等が一因である。愛着障害児は白質容量が減少することがわかっており、その後の精神的発達、社会的発達においても問題になりやすい。この親子の愛着形成の大切な時期に、家族に適切なサポートを行うことで、虐待が回避できるだけでなく、児への受け入れも良好となり、早期治療・早期退院へ結びつくものと思われる。

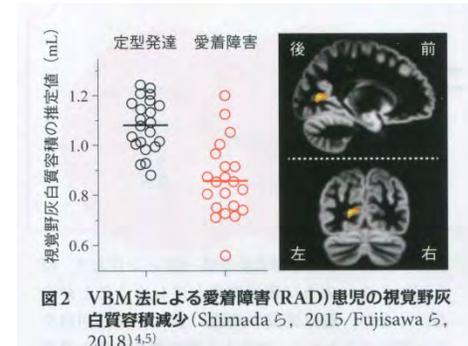


図2 VBM法による愛着障害(RAD)患児の視覚野灰白質容積減少(Shimadaら, 2015/Fujisawaら, 2018)^{4,5)}

【診療報酬上の取り扱い】

- ・公認心理師等によるカウンセリングと多職種によるカンファレンスを行いサポート体制を整える。
- ・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	A288101		
提案される医療技術名	DPCの医療機能評価係数Ⅱで精神科リエゾンチーム加算の存在を評価する仕組みを組み入れること		
申請団体名	日本精神神経学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	01内科	
		13外科	
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	DPCの医療機能評価係数Ⅱで精神科リエゾンチーム加算の存在を評価する仕組みを組み入れること	
	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）	精神科リエゾンチーム加算を算定しているDPC適用医療機関において、施設基準として救命救急センター設置を条件に、DPC医療機能評価係数Ⅱ・地域医療係数（精神疾患）0.25Pとして評価する。		
対象疾患名	精神科リエゾンチームを有するDPC対象病院に入院する全ての患者		
保険収載が必要な理由（300字以内）	精神科リエゾンチームの活動により、一般医療と精神医療の連携が促進されることは明らかであり、平均在院日数の短縮にもつながっている。2016年度改定では総合入院体制加算2&3の施設基準においてリエゾンチームの存在が加わった。救命救急センターを有する医療機関では、高度の連携医療を要するためリエゾンチームの果たす役割も大きい。救命救急センター設置を条件に、チームの存在をDPCの機能評価係数Ⅱで評価することにより、院内におけるチームの重要性が明確となり、医療の適正化と機能強化につながることを期待される。		

【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等	精神科リエゾンチームと救命救急センターを有するDPC対象病院において入院している全ての患者		
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等 （具体的に記載する）	救命救急センターを有するDPC対象病院において、精神科リエゾンチーム加算を算定している場合に、DPC医療機能評価係数Ⅱ・地域医療係数（精神疾患）0.25Pとして評価する。		
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	該当なし
	番号	なし	
	医療技術名	なし	
既存の治療法・検査法等の内容	DPCにおいて精神科リエゾンチームの存在を評価する項目は現存しない。		
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	精神科リエゾンチームの活動により、在院日数の短縮、医療の質の向上につながることはすでに明らかにされている（参考文献4）。救命救急センターを有する高度医療を担うDPC対象病院において、チームの存在を係数化することで病院機能の質を評価し可視化できる。結果としてチームのマンパワーの拡充にもつながり、チーム活動が活性化され、急性期医療に寄与することが可能となる。		
⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	無床総合病院精神科の立場から、救命救急センターを有する場合には特に精神科リエゾン診療の負担が増大することが示され、診療報酬上にて評価すべきことが報告されている（参考文献3）。	
	ガイドライン等での位置づけ	6	
	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）		該当なし

⑥普及性	年間対象患者数(人)	DPC対象病院144施設	
	国内年間実施回数(回)	144施設にDPC医療機能評価係数Ⅱ・地域医療係数(精神疾患)0.25P	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		2022年11月時点で精神科リエゾンチーム加算取得施設は248施設。そのうち救命救急センターを有する施設が144施設(58.1%)。DPC対象病院は1764施設(2022年6月)のうち144施設(8.2%)に、DPC医療機能評価係数Ⅱ・地域医療係数(精神疾患)0.25Pがプラスされることになる。	
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		2012年精神科リエゾンチーム加算が新設されて以降、その有効性は評価されている。当初200点(週1回)からはじまり、2016年には300点(週1回)に増点された。加算取得施設も増加をみており2022年11月時点で248施設に及ぶ。精神科リエゾンは精神科においても重要分野のひとつである。日本総合病院精神医学会においては学会専門医を一般病院連携精神医学専門医とし、リエゾン診療医の育成と診療技術の維持向上をはかっている。	
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	DPC対象病院において、救命救急センターを有し、精神科リエゾンチーム加算の算定がなされていること。	
	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)	精神科リエゾンチームの人的要件として、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。	
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)	該当なし	
	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)	DPC対象病院のうち144施設のDPC医療機能評価係数Ⅱ・地域医療係数(精神疾患)0.25Pがプラスされる。	
	その根拠	DPC対象病院のうち救命救急センターと精神科リエゾンチームの双方を有する医療機関が144施設存在する。	
	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)		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)への取扱い状況		2) 調べたが取扱いを確認できない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴(例:年齢制限)等		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	

⑩参考文献 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。
⑩参考文献 2	1) 名称	精神科リエゾン—診療報酬の改正と今後の課題
	2) 著者	小石川比良来、見野耕一ら
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	臨床精神医学、2017、46(1)、81-90
	4) 概要	平成24年度から5疾病5事業時代に入り一般医療と精神医療の連携の重視が鮮明になった。その中で精神科リエゾンチーム加算が登場し大きな波紋を広げた。当初は報酬額の少なさや施設基準の厳しさから算定施設数の伸びはゆっくりしていたが、平成28年度診療報酬改定で精神科急性期医師配置加算の施設基準の要の要件となり、更に総合入院体制加算2&3の施設基準にくみこまれることで飛躍的に加算施設数が増加し存在感を増した。精神科リエゾンチームを一般医療と精神医療の連携を推進するためのfunctional unitとすると、これは総合病院精神科の評価を診療報酬上、直接的評価と間接的評価、二つの面から進めることを意味している。診療報酬の側から総合病院精神科医療の新たな位置づけと可能性を示唆していると考えられる。
⑩参考文献 3	1) 名称	精神科リエゾンチーム加算の意義—常勤医1人態勢・救命救急医療センターを有する無床総合病院精神科の場合—
	2) 著者	宇田川雅彦、菅原亜由美、富田千代
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	臨床精神医学、2019、48(2)、245-254
	4) 概要	救命救急センターを持つ無床総合病院の精神科の立場から、特に自殺企図患者への対応実践から精神科リエゾンチーム加算の施設基準に精神科医師が常勤であることが必要であること、並びに救命救急センターを有する場合にはリエゾンの負担が増大することから診療報酬上にて評価すべきことを示した。
⑩参考文献 4	1) 名称	精神科リエゾンチームによるせん妄ラウンド 能動的同定による在院日数の短縮の可能性
	2) 著者	山崎 真平、川島 啓嗣、安原 沙織、森本 良武、杉原 玄一、吉岡 隆一
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	総合病院精神医学、2017、29(4)、351-360
	4) 概要	能動的同定とは、チームが譫妄の早期発見・早期介入を支援することを目的とした活動であり、病棟ラウンドと事前の情報収集から成る。急性期総合病院において能動的同定を導入する前の1年間(譫妄患者に対して精神科医による診療のみ実施した2013年4月～2015年3月)と、導入後1年目、2年目とで譫妄患者の在院日数を比較した。結果、導入前は平均42.0日、1年目は平均31.0日、2年目は28.5日であり、導入前に比べて2年目に有意に短縮していた。
⑩参考文献 5	1) 名称	-
	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
A288101	DPCの医療機能評価係数Ⅱで精神科リエゾンチーム加算の存在を評価する仕組みを組み入れること	日本精神神経学会

【技術の概要】

精神科リエゾンチーム加算を算定しているDPC適用医療機関において、施設基準として救命救急センター設置を条件に、DPC医療機能評価係数Ⅱ・地域医療係数（精神疾患）0.25Pとして評価する。

【対象疾患】

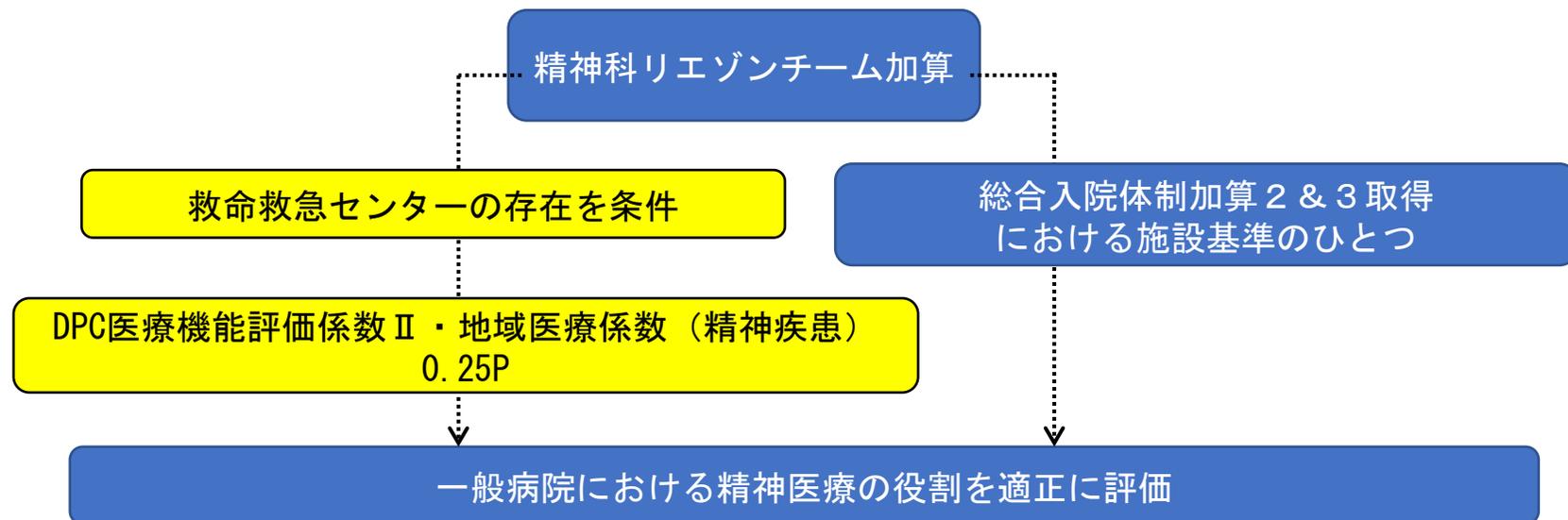
精神科リエゾンチームを有するDPC対象病院に入院する全ての患者

【既存の治療法との比較】

現在係数化されているものとして精神科身体合併症管理加算0.5P、精神科救急・合併症入院料1Pがある。これと同じかたちで精神科リエゾンチームも評価対象とした。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

精神科リエゾンチームの活動により、在院日数の短縮、医療の質の向上につながることはすでに明らかにされている。救命救急センターを有する高度医療を担うDPC対象病院において、チームの存在を係数化することで病院機能の質を評価し可視化できる。



【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	A288201		
提案される医療技術名	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望（点数の増加&週に算定可能な回数の増加）		
申請団体名	日本精神神経学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	01内科 13外科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	有		
「実績あり」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（点数の増加&週に算定可能な回数の増加）	
	追加のエビデンスの有無	有	
診療報酬区分	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号	A230-4		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の見直し（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	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加算の点数を300点から400点に増点し、週あたりに算定可能な回数を1回から2回に増やす。		
再評価が必要な理由	2016年度改定では精神科リエゾンチーム加算は200点から300点に増点され、精神科急性期医師配置加算、総合入院体制加算2、3の施設基準のひとつとなった。さらに2022年度改定では急性期充実体制加算の施設要件のひとつにもなり大きく評価された。しかしチームの専従要件であるコメディカルを確保するには十分な額とはいえず、経済的支えが十分ではない。300点から400点に増点されたい。また、現在は週に1回の算定にとどまるが、実際には対象となる患者の診察は、病状や背景事情の複雑さなどから、週に複数回に及んでいる。週2回以降は無償で診察を行っていることになる。以上より算定回数を2回とすることは妥当と考える。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	現在の点数で得られる診療報酬上の平均収入は、チームの担当患者15名として年間約215万程度であり、この加算のみで専従のコメディカルを一人確保する額には程遠いのが現状である。精神科リエゾンチームをさらに普及させていくには最低でも300点から400点（年間約290万）に増点することが望まれる。 また、対象患者の症状の重さや背景事情の複雑さなどから週に数回の対応を要するケースも少なくない。日本総合病院精神医学会での調査でもリエゾンの平均診療回数は2～3回となっている（参考文献1,3）。2021年の無床総合病院のリエゾンチーム調査では半数の医療機関において加算件数の倍にあたる非加算診療を行っていることがわかった（参考文献4）。さらに2023年の調査では精神科リエゾンチーム加算を算定している患者の約6割に対して複数回診療を行っている現状が明らかとなった（参考文献5）。2回目以降は無償で診療を行っているため算定回数を2回とすることに妥当性がある。		
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	・一般病棟において、抑うつもしくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者または自殺企図により入院した患者を対象とする。 ・上記患者に対して精神科医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合、週一回300点を加算できる。		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号（再掲）	A230-4		
医療技術名	精神科リエゾンチーム加算		
③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	一般病棟に入院する患者のうち、身体症状以外に、不安、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ患者や精神疾患患者で身体合併症治療のために一般病棟に入院している患者への全人的サポートは医療の質の充実のために不可欠である。こうした対応を可能とするうえでの精神科リエゾンチームの有用性は実証されている。チーム活動に対する点数の増加&回数の増加が実現されれば、とくに無床総合病院精神科の活動を強化することが可能となる。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	ガイドラインは現存していない。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		精神科リエゾンチーム加算が認められて以降、加算取得施設は徐々に増加している(約5%/年)。2022年11月時点で248施設となっている。点数の増加により約8%程度算定施設の増加が見込まれると推定した。なお、診療回数については大きな変化はないと考える。一患者あたりの診療回数は幅があるが平均2回として実施回数は適当たりで計算する。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数(人)	720人(チーム担当患者15名として一施設平均年間対象者)×248施設=178,560(人)	
	見直し後の症例数(人)	720人(チーム担当患者15名として一施設平均年間対象者)×268施設(8%増と仮定)=192,960(人)	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数(回)	178,560人×2回(一患者あたり週平均診察回数)=357,120(回/週)	
	見直し後の回数(回)	192,960人×2回(一患者あたり週平均診察回数)=385,920(回/週)	
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。当初200点(週1回)からはじまり、2016年には300点(週1回)に増点された。加算取得施設も増加をみており2022年11月時点で248施設に及ぶ。精神科リエゾンは精神科においても重要分野のひとつである。日本総合病院精神医学会においては学会専門医を一般病院連携精神医学専門医とし、リエゾン診療医の育成と診療技術の維持向上をはかっている。	
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	当該保険医療機関内に下記の医療スタッフから構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。	
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	①5年以上の経験を有する専任の精神科医 ②精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を終了した専任の常勤看護師 ③精神科病院または一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤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	300点	
	見直し後	400点	
	その根拠	現在の点数(週1回300点)で得られる平均収入は、チームの担当患者15名として年間約215万程度であり、この加算のみで専従のコメディカルを一人雇用する水準ではない。1回の点数を300点から400点(年間約290万)、さらに算定回数を2回まで認めることで約580万(年間約290万×2回)となり、専従スタッフの確保が可能となる。精神科リエゾンチームをさらに普及させていくには最低でも300点から400点に増点することが望まれる。	
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	
	意見	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)	978,200,000(円)	
	その根拠	加算の増額は(580万-215万)×268(算定施設約8%増と仮定)=97,820(万)と予想されるも、チーム活動が活性化することで在院日数の短縮化が期待され、結果としてはマイナスになることも想定できる。	
	備考	-	
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の実態に関するアンケート調査結果
	2) 著者	日本総合病院精神医学会診療報酬問題委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本総合病院精神医学会（内部資料）
	4) 概要	平成27年6月時点で精神科リエゾンチーム加算を取得していた59施設中、活動実態が明確な50施設を対象にアンケート調査を行い23施設からの回答を得た。その結果によると一施設当たりの平均年間収入が158万と低かった。その後点数は、専従職員一人すら到底雇える水準になく、またひとりあたりの週当たり介入回数が約2回であることを明らかにした。
⑭参考文献 2	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 3	1) 名称	総合病院精神科に関する基礎調査2018
	2) 著者	日本総合病院精神医学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本総合病院精神医学会（内部資料）
	4) 概要	総合病院精神科（有床・無床）の活動についての調査（対象施設797、回答施設376[回答率47.2%]）。リエゾン診療については、対象施設の平均として年間症例数384.5例、ピジット数1202.3回であった。
⑭参考文献 4	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。非加算ピジット件数については半数以上施設において加算件数の倍にあたる介入を行っていた。また、16施設が非加算ピジット件数が加算件数を上回る結果となった。
⑭参考文献 5	1) 名称	日本総合病院精神医学会精神科リエゾンチームアンケート調査（2023）
	2) 著者	日本総合病院精神医学会診療報酬問題委員会／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診療報酬問題委員会／医療政策委員会（内部資料）
	4) 概要	精神科リエゾンチーム加算を算定している施設にアンケート調査を行い、99施設（全国加算施設の約4割に相当）から回答があった。回答の9割以上の施設においてひとりの患者に複数回診療を行っており、全体で61.0%の患者に加算外で診療（週に複数回）している結果となった。

※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
A288201	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望(点数の増加&週に算定可能な回数の増加)	日本精神神経学会

【技術の概要】

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

【対象疾患】

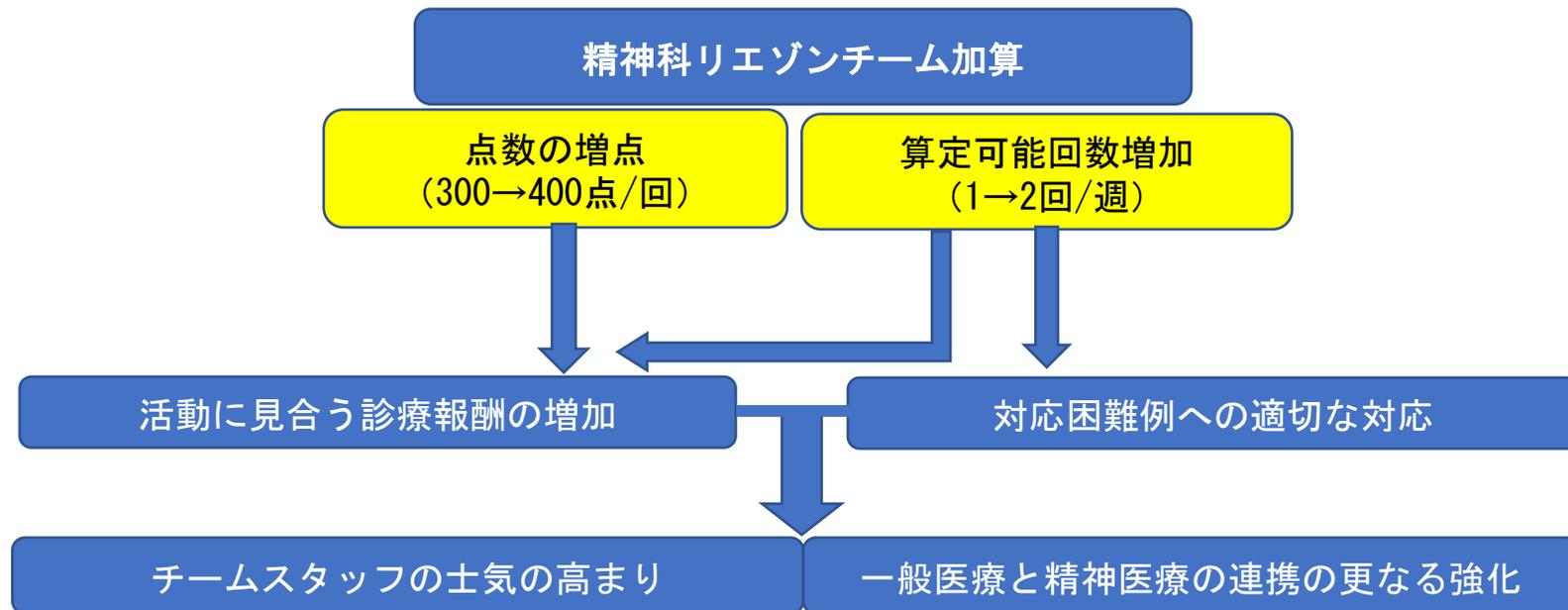
一般病棟に入院する患者のうち、抑うつやせん妄を呈する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者

【既存の治療法との比較】

既存の点数の増点、算定回数増加により、チーム活動が強化される。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

増点(300→400点)、算定回数の増加(週1回→週2回)により、一般医療と精神医療の連携促進をはかることができる。とくに無床総合病院精神科における精神科活動の強化を期待できる。



【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載用）

整理番号 ※事務処理用		A288202	
提案される医療技術名		児童・思春期精神科入院医療管理料	
申請団体名		日本精神神経学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	00なし	
		リストから選択	
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	児童・思春期精神科入院医療管理料	
	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		A311-4	
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）		20歳未満の精神疾患を有する患者に対して、家庭および学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士および公認心理師等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されている場合に算定する。	
文字数：103			
再評価が必要な理由		児童・思春期の精神科病棟への入院について、社会的に求められている多くのニーズに応えられていない現状がある。全国児童青年精神科医療施設協議会によると、2005年に児童精神科専用病棟及び専用病床を有する機関は18病院であったが、2015年度に33病院に増加し、2012年の本管理料新設が奏効した（児童青年精神医学とその近接領域。2018. 59: 245-252.）。しかし、2017年は34カ所に留まっている（全国児童青年精神科医療施設協議会資料）。子どものこころ診療ネットワーク事業の拠点病院は21都道府県に及ぶが、大学病院や公的病院の多くは拠点でありながら同管理料の届出を行っていない。以上から、全国での拠点設置には、実質的な拠点を担う病棟が施設基準を達成できるよう、現行の施設基準を達成する場合に加え入院患者数の5%以上を20歳未満の精神疾患を有する患者が占めた場合に算定可能とすることで、社会的なニーズに対応できるようにすることが妥当と考えられる。なお今後、殆どの大学が5%の水準を満たし地域の拠点として整備し得るかどうかは、講座担当者間で各大学の情報を持ち寄り、試算が可能である。	

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	現行の施設基準を達成する場合に加え入院患者数の5%以上を20歳未満の精神疾患を有する患者が占めた場合に算定可能とする。		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	20歳未満の精神疾患を有する患者に対して、家庭および学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士および公認心理師等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されている場合に算定する。1日あたり2995点である。		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料		
診療報酬番号（再掲）	A311-4		
医療技術名	児童・思春期精神科入院医療管理料		
③再評価の根拠・有効性	治療率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	現行の施設基準を達成する場合に加え入院患者数の5%以上を20歳未満の精神疾患を有する患者が占めた場合に算定可能とすることで、社会的なニーズへの現実的な対応が可能になる。	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	ガイドライン記載の見込みは不明

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		社会医療診療行為別統計（令和元年度）によると、児童・思春期精神科入院医療管理料の年間算定症例数は約10000人、年間算定総件数は約22万回である。算定要件の拡大によって算定件数は増加が予想される。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	10,000人	
	見直し後の症例数（人）	15,000人	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	22万回	
	見直し後の回数（回）	33万回	
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）		児童・思春期の精神科入院患者の診療に習熟していることが求められる。	
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	入院患者数の5%以上を20歳未満の精神疾患を有する患者が占めていること。	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	現行要件の継続でよい。	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	特記事項なし。	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		児童・思春期の精神疾患患者の集中的かつ多面的な治療が拡充することにより、より安全な治療が提供できる可能性が高くなる。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		問題なし。	
⑧点数等見直しの場合	見直し前	特になし	
	見直し後	特になし	
	その根拠	特になし	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（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	特になし	
	具体的な内容	特になし	
⑩予想影響額	プラスマイナス	増（+）	
	予想影響額（円）	330,000,000円	
	その根拠	算定件数が11万件増加すると仮定して計算。	
	備考	特記事項なし。	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		なし	
⑫その他		特記事項なし。	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		なし	

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

※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
A288202	児童・思春期精神科入院医療管理料	日本精神神経学会

【医療技術の概要】

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

【対象疾患】

・ 20歳未満の精神疾患を有する患者

【既存の治療との比較】

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

【有効性および診療報酬上の取扱い】

・ 上述の場合も算定可能とすることで、社会的なニーズへの現実的な対応が可能になる。
・ 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	A288203		
提案される医療技術名	精神科充実体制加算に関する改定要望（点数）		
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	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	無	
	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	A200-2		
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）	○	
	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：88	急性期充実体制加算を算定する医療機関において、精神疾患を有する患者を受け入れる病棟が整備されている場合に、精神科充実体制加算として30点追加となるが、これを60点に増点とする。		
再評価が必要な理由	精神科充実体制加算は、急性期充実体制加算を算定する医療機関において、精神疾患を有する患者を精神科病棟にて受け入れ可能であることを評価した加算である。急性期充実体制加算と同様に急性期医療体制を評価する総合入院体制加算においては、同加算1を算定するには精神科病棟の存在が必須であり本体に組み込まれている。同加算1は240点、精神科病棟なしの同加算2は180点である。精神科病棟分が60点分とすると現行の30点は十分とはいえない。精神科充実体制加算を30点から60点へ増点されたい。		

【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）	急性期充実体制加算を算定している医療機関において、精神疾患を有する患者の受け入れに係る充実した体制が確保されている場合に精神科充実体制加算が30点追加される。精神科有床総合病院の機能は多岐にわたる（参考文献1）がその評価は十分とはいえない。急性期充実体制加算と同様に急性期医療体制を評価する総合入院体制加算においては、同加算1を算定するには精神科病棟の存在が必須である。同加算1は240点、精神科病棟なしの同加算2は180点である。60点分が精神科病棟分の評価ともいえる。精神科充実体制加算を30点から60点へ増点されたい。		
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	精神科充実体制加算（一日につき）30点 ・精神疾患を有する患者の受け入れにかかる充実した体制の確保されている保険医療機関に入院している患者について30点を加算。 ・急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。 ・精神科を標榜する保険医療機関であること。・精神科病棟入院基本料等の施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算		
診療報酬番号（再掲）	A200-2		
医療技術名	精神科充実体制加算（急性期充実体制加算に加算）		
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	当該加算の増点により精神科スタッフの充実をはかれ、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	当該加算の増点により対象患者数や年間実施回数には大きな変化はないと思われる。		
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）	急性期充実体制加算は、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価である。これに加え、精神疾患を有する患者の受け入れに係る充実した体制の確保がある場合の評価が精神科充実体制加算である。		
・施設基準（特許の専門性）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	精神科病棟を有している。	

等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経年数等) その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保している。 なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		問題なし
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)		問題なし
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠	30点 60点 急性期充実体制加算と同様に急性期医療体制を評価する総合入院体制加算においては、同加算1を算定するには精神病棟の存在が必須である。同加算1は240点、精神病棟なしの同加算2は180点である。60点分が精神病棟分の評価ともいえる。
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術(当該医療技術を含む)	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択 該当なし 該当なし 該当なし
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額(円) その根拠 備考	増(+) 急性期充実体制加算+精神科充実体制加算を算定している45施設の一般病床入院患者数×30点分が増加となる。 急性期充実体制加算を取得している医療機関が169施設(2022.11)。うち精神科有床の施設が45施設。 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		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	日本総合病院精神医学会の将来構想に関する提言(将来構想2022)
	2) 著者	日本総合病院精神医学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本総合病院精神医学会(内部資料)
	4) 概要	有床総合病院の役割として精神科救急、身体合併症医療、電気けいれん療法、クロザピン治療など多岐にわたる。
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
A288203	精神科充実体制加算に関する改定要望(点数)	日本精神神経学会

【技術の概要】

急性期充実体制加算を算定する医療機関において、精神疾患を有する患者を受け入れる病棟が整備されている場合に、精神科充実体制加算として30点追加となるが、これを60点に増点とする。

【対象疾患】

急性期充実体制加算を取得している施設において、精神疾患を有する患者の受入れにかかる充実した体制が確保されている保険医療機関に入院している患者

【既存の治療法との比較】

増点の実現により、一般病院における精神科有床施設を適正に評価することができる。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

精神科充実体制加算が現行の30点から60点となることで、一般病院における精神病床の評価が高まり、医療の質の向上が期待される。

精神科充実体制加算の増点(30→60点)

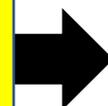
精神科有床総合病院の機能

<精神病棟内>

- ・精神科救急
- ・身体合併症
- ・電気けいれん療法
- ・クロザピン治療

<精神病棟外>

- ・コンサルテーション・リエゾン
- ・周産期関連
- ・認知症ケア
- ・緩和ケア



精神科充実体制加算は精神病床機能を有する病院体制を評価するものである。病院内の精神科活動は多岐にわたる。精神病床があると一般病床で精神科入院を要する問題が発生した場合でも即座に対応することができる。60点に増点することで精神科機能の評価につなげたい。

【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	A288204		
提案される医療技術名	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望（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）	平成30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）	
	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）	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。		
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。現行では看護師要件は専任であるが、実際に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、臨床現場の実情に即し、ここに看護師も含めることが望まれる。		

【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）	精神科リエゾンチームの構成メンバーのうち、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師のうちいずれか一名である。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。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し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。現場のニーズも明らかとなっている。		
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	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	看護師が専従要件に入ることによる対象患者数や年間実施回数には大きな変化はないと思われる。		
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）	2012年精神科リエゾンチーム加算が新設されて以降、その有効性は評価されている。当初200点（週1回）からはじまり、2016年には300点（週1回）に増点された。加算取得施設も増加をみており2022年11月時点で248施設に及ぶ。精神科リエゾンは精神科においても重要分野のひとつである。日本総合病院精神医学会においては学会専門医を一般病院連携精神医学専門医とし、リエゾン診療医の育成と診療技術の維持向上をはかっている。	
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	当該保険医療機関内に下記の医療スタッフから構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	①5年以上の経験を有する専任の精神科医 ②精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を終了した専任の常勤看護師 ③精神科病院または一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤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	不変(0)
	予想影響額(円)	大きな影響はないと思われる。
	その根拠	看護師要件の変更による影響は考えにくい。
	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	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	-
	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
A288204	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望(専従要件の改定)	日本精神神経学会

【技術の概要】

チームの構成メンバーについて、現在専任要件とされている看護師も含め、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師のうち、いずれか一人を専従とする。

【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。

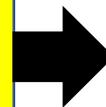
【有効性及び診療報酬上の取扱い】

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。

精神科リエゾンチーム加算 構成メンバー要件

現行

- ① 5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

- ① 5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	A288205		
提案される医療技術名	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望（算定病棟の改定）		
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）	32救急科	
		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	無	
	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	A230-4		
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加算の算定病棟を救命救急入院料算定病棟でも可能とする。		
文字数： 37			
再評価が必要な理由	精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟におけるせん妄や抑うつといった精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的としている。しかし、これは一般病棟だけでなく、救命救急入院料を算定している病棟も当然対象とされるべきである。現行の算定対象となる患者は、せん妄や抑うつだけでなく、自殺企図で入院した患者も含まれており、より自殺企図後の患者が多く入院するのは救命救急入院料算定病棟であることからその必要性がある。現状では、精神科リエゾンチーム加算が算定できないながらもリエゾンチームでそのような救命救急入院料算定病棟の対象患者をフォローしていることから算定病棟の改定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）	精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟におけるせん妄や抑うつといった精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的としている。しかし、これは一般病棟だけでなく、救命救急入院料を算定している病棟も当然対象とされるべきである。現行の算定対象となる患者は、せん妄や抑うつだけでなく、自殺企図で入院した患者も含まれており、より自殺企図後の患者が多く入院するのは救命救急入院料算定病棟であることからその必要性がある。現状では、精神科リエゾンチーム加算が算定できないながらもリエゾンチームでそのような救命救急入院料算定病棟の対象患者をフォローしていることから算定病棟の改定が必要と考えられる。		
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	救命救急入院料を算定する病棟に入院中に、抑うつ若しくはせん妄等の精神症状が出現している患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に算定する。		
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）	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	日本総合病院精神医学会が実施したアンケート調査（参考文献1）では、79.8%の病院で、加算対象外である救命救急入院料算定病棟においてリエゾン診療を行っていることが示された。このことから、救命救急入院料算定病棟でもリエゾン診療が求められており、その妥当性を示す根拠と考える。	
	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ない。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		対象患者の増加は予測されるものの、増加の人数については、各病院の救命救急入院料算定病床数によって異なってくる。
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）	不明
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	一施設当たりの加算実施回数
	見直し後の回数（回）	不明
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）		救命救急入院料算定病棟における精神科リエゾンチーム活動は、他病棟における精神科リエゾンチーム活動と同様の習熟した診療技術が求められる。精神科リエゾンは精神科においても重要分野のひとつである。日本総合病院精神医学会においては学会専門医を一般病院連携精神医学専門医とし、リエゾン診療医の育成と診療技術の維持向上をはかっている。
・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）	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臨床心理技術者のいずれか一人。
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	精神科リエゾンチーム加算算定の際には、診療実施計画書および治療評価書の作成をケースごとに必ず行うこと。
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		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	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）	大幅な増減なし。
	その根拠	「1週間当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする」と規定されているため、大幅な増加にはならないと考える。
	備考	なし。
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		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	日本総合病院精神医学会精神科リエゾンチーム加算アンケート調査2023年
	2) 著者	日本総合病院精神医学会 診療報酬問題委員会/医療政策委員会(内部資料)
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	総合病院（有床・無床・大学病院）における精神科リエゾンチーム活動に関するアンケート調査（09施設回答）
	4) 概要	79.8%の病院で、加算対象外である救命救急入院料算定病棟においてリエゾン診療を行っていることが示された。
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
A288205	精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望(算定病棟の改定)	日本精神神経学会

【技術の概要】ならびに【既存の治療法との比較】

精神科リエゾンチーム加算の算定病棟を救命救急入院料算定病棟でも可能とする。

精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟におけるせん妄や抑うつといった精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的としている。しかし、これは一般病棟だけでなく、救命救急入院料を算定している病棟も当然対象とされるべきである。現行の算定対象となる患者は、せん妄や抑うつだけでなく、自殺企図で入院した患者も含まれており、より自殺企図後の患者が多く入院するのは救命救急入院料算定病棟であることからその必要性がある。

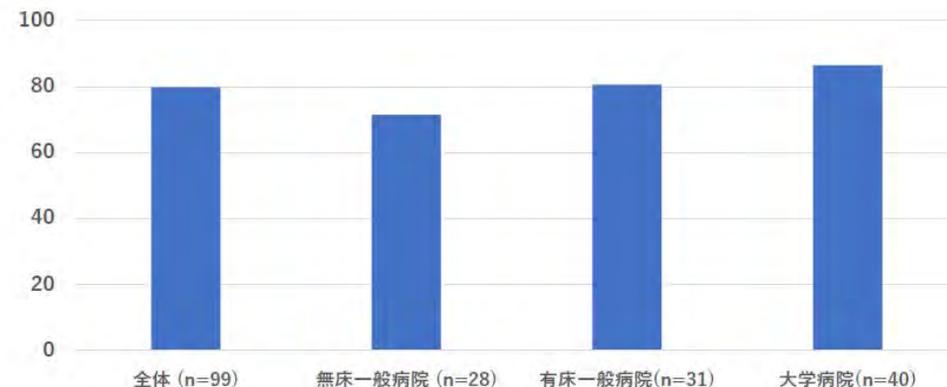
【対象疾患】

一般病棟ならびに救命救急入院料算定病棟においてせん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- ・日本総合病院精神医学会が実施したアンケート調査(下図)では、79.8%の病院で、加算外で当該病棟においてリエゾン診療を行っていることが示された。
- ・救命救急入院料算定病棟でもリエゾン診療が求められており、その妥当性を示す根拠と考える。

救命救急入院料算定病棟でリエゾン活動をしている割合



【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	A288206		
提案される医療技術名	精神科身体合併症管理加算対象疾患の見直し		
申請団体名	日本精神神経学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	01内科	
		13外科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	有		
「実績あり」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	
	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）	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		
文字数：200			
再評価が必要な理由	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が高く、時に急変するリスクもある。そのため、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、頻回の検査などが必要である。身体合併症治療を適切に行っていく上で、実臨床の現場に即した対象疾患の拡大が必要である。		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>精神科身体合併症加算の対象疾患として、2020年度改定において難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病が追加された。しかしこれに相当する難病患者が入院するケースは多くなく、日常的に対応することが多い疾患が対象外となっている。日本総合病院精神医学会における調査（2014年）に基づき、以下疾患を対象とし、臨床の現実に見合うものとした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・深部静脈血栓症 ・血球減少症（汎血球減少症、顆粒球減少症、血小板減少症） ・急性期の脳血管障害（意識障害を伴わない） ・重度の褥瘡（ステージⅢ以上）の患者、重症薬疹 ・膿胸、血胸 ・解離性大動脈瘤 ・悪性腫瘍における姑息的治療（ステント挿入など） ・悪性腫瘍の疑い（精神科病院からの転院の場合のみ） ・慢性腎不全の維持透析の患者 ・電解質異常（意識障害を伴わない） ・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	<p>◎対象患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺炎腫、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肝炎の患者 ・悪性症候群又は横紋筋融解症の患者 ・広範囲（半肢以上）熱傷の患者 ・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ない。
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		本加算を取得している施設（2022年11月現在1124施設）において、年間約15%の算定数の増加が見込まれる（参考文献2）。算定回数に変化はないと考える。	
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）	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）		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、専門性や経過年数等）	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	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	増（+）	
	予想影響額（円）	当該病棟に身体合併症治療目的で入院する患者のうち、これまで算定外だった患者の約15%増が算定される見込み。	
	その根拠	本加算を算定しているのが1124施設（2022.11現在）において、新規に認められた対象疾患分、加算件数が増加する。現在算定外疾患のうち約15%増が見込まれる（参考文献2）。	
	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		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
A288206	精神科身体合併症管理加算対象疾患の見なおし	日本精神神経学会

【技術の概要】

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

【対象疾患】

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

【既存の治療法との比較】

既存の対象疾患・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

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- ・精神病棟での実態に見合った身体合併症治療に対する診療報酬上の評価の実現。
- ・精神病棟の活性化実現、医療機関内外からの期待に応えやすくなる。

【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		A288207	
提案される医療技術名		精神科急性期医師配置加算の施設基準の見直し	
申請団体名		日本精神神経学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	21精神科	
	関連する診療科（2つまで）	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		A249	
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「（2）当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間6件以上であること。」について、クロザピン導入件数を精神科急性期医師配置加算の必須要件とするのではなく、対象病棟を限定せずに安心して導入できる新たな仕組みの構築を検討すべきと考える。	
文字数： 127			
再評価が必要な理由		当該加算を算定する精神科救急急性期病棟や精神科急性期病棟は、精神疾患の救急、急性期の医療に対応する病棟であり、クロザピンを計画的に使用するための病棟ではない。クロザピン導入のためだけの入院は、救急医療を必要とする患者の治療の機会を逸するものである。当該病棟だけの実績ではなく、病院での実績とし、救急、急性期以外での導入を促進するものとして、他病棟での導入についても新たな評価を加えるべきである。	

【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）	クロザピンは治療抵抗性統合失調症の治療に特化した薬剤であり、導入・管理に厳格なルールが設けられている。令和4年の改定ではより高規格の救急病棟（精神科救急急性期医療入院病棟）の医師配置加算において、所定のクロザピン導入件数が必須要件とされた。しかし慢性患者の治療のために救急のベッドを用いることは臨床の現場にそぐわず、精神科救急医療を真に必要とする患者の治療機会を損なうこととなる。クロザピン導入件数を精神科急性期医師配置加算の必須要件とするのではなく、「治療抵抗性患者治療加算」等を別途新設し、対象病棟を限定せずに安心して導入できる新たな仕組みの構築を検討すべきと考える。
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	急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神科病棟において、医師を手厚く配置することを評価した。クロザピンを新規に導入した患者数の実績を要件が加わり、450点、500点、600点の3累計となっている。
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A249
医療技術名	精神科急性期医師配置加算
③再評価の根拠・有効性	令和元年11月20日中医協資料（個別事項（その10）P46）、令和元年度精神疾患患者に係る入院医療等における実態調査によると、治療抵抗性統合失調症患者の平均実人数は、精神療養病棟入院料や地域移行機能強化病棟入院料を算定する病棟に多い傾向にあるが、クロザピンの処方割合は、精神科病棟入院基本料、精神科急性期治療病棟、精神科救急・合併症入院料等、人員配置が手厚い病棟において高い傾向がある。となっている。この調査結果を根拠に急性期医師配置加算との紐づけとなったと思われるが、治療抵抗性統合失調症患者がいる精神療養病棟においてクロザピンを処方しないのは、CPMSに準拠した検査・処置等が包括されて算定できないなど、クロザピンの処方に対して十分な加算が不足しているためである。そのため、検査、処置の算定可能な精神科病棟入院基本料病棟や採算がとれる精神科急性期治療病棟等での処方となっている。
ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。） 精神科急性期における医師配置数とクロザピン導入について、ガイドライン等での記載見込みなし。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		医師配置の加算であるため、クロザリル導入件数による普及性の変化なし。	
年間対象者数の 変化	見直し前の症例数（人）	不明	
	見直し後の症例数（人）	変更なし	
年間実施回数 の変化等	見直し前の回数（回）	147,652回（第7回NDBオープンデータ2020.4～2021.3）	
	見直し後の回数（回）	変更なし	
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）		現行通り	
・施設基準 （技術の専門性 等を踏まえ、必 要と考えられる 要件を、項目毎 に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体 制等）	施設基準「（2）当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間6件以上であること。」	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門 性や経験年数等）	現行通り	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の 要件）	特になし	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		問題なし	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		問題なし	
⑧点数等見直し の場合	見直し前	変更なし	
	見直し後 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	-	
	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	-	
	備考	-	
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		-	
⑫その他		-	
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		-	

⑭参考文献 1	1) 名称	-
	2) 著者	-
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	-
	4) 概要	-
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
A288207	精神科急性期医師配置加算の施設基準の見直し	日本精神神経学会

精神科急性期医師配置加算の施設基準の見直し

600点／日

常勤医師を入院患者16人に対して1人以上配置した場合)

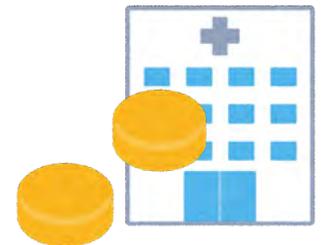
直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が6件以上

【技術の概要】

クロザピン導入件数を精神科急性期医師配置加算の必須要件とするのではなく、対象病棟を限定せずに安心して導入できる新たな仕組みの構築を検討するべきと考える。

【再評価が必要な理由】

当該加算を算定する精神科救急急性期病棟や精神科急性期病棟は、精神疾患の救急、急性期の医療に対応する病棟であり、クロザピンを計画的に使用するための病棟ではない。クロザピン導入のためだけの入院は、救急医療を必要とする患者の治療の機会を逸するものである。当該病棟だけの実績ではなく、病院での実績とし、救急、急性期以外での導入を促進するものとして、他病棟での導入についても新たな評価を加えるべきである。



【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	A295201		
提案される医療技術名	精神科救急・合併症入院料の施設基準の改定要望		
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）	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設基準の改定：「救命救急センター設置ないし年間救急自動車搬送3500人以上」と変更する。 ・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精神科入院基本料で算定する。 		
文字数：177			
再評価が必要な理由	<p>精神科救急・身体合併症治療の重要性については医療計画の実施に当たっての指針にも述べられている。2022年度改定において施設基準の緩和がみられたが2023年3月1日時点で12施設とわずかに1施設の増加に留まっている。現場の実態に即したかたちで救命救急センター相当の救急車搬送数があれば算定可能とすべきである。また、身体合併症を受け入れたとしても高額薬剤や検査などが実施されるかによって病院側の不利益になることが懸念され、施設数増加に結びつかない可能性があるため、それらの薬剤や検査を出来高にすることを求めたい。さらに、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、算定外の患者においては10対1で算定するのが妥当である。</p>		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設基準の改定：「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3500人以上」と変更する。添付資料1/2によると①令和元年の救命救急センター設置施設が294病院、また②令和元年の救命救急センター搬送人数が1040260人であったことから、1施設あたりの搬送患者数は3538.3人と計算され、「年間救急自動車搬送3500人以上」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。 <p>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。</p>		
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	<p>施設基準：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。</p> <p>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、精神科入院基本料の15対1入院基本料を算定する。</p>		
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第3節 特定入院料		
診療報酬番号（再掲）	A311-3		
医療技術名	精神科救急・合併症入院料		
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精神科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。）	

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3500人以上」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精神科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)	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。
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	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	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		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	令和元年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査の結果
	2) 著者	救急業務のあり方に関する検討会（総務省消防庁）
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/post-57/03/sankou2.pdf
	4) 概要	①令和元年の救命救急センター設置施設が294病院、また②令和元年の救命救急センター搬送人数が1040260人であったことから、1施設あたりの搬送患者数は3538.3人と計算される。
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3500人以上」を受け入れていたのは44施設中5施設であった。
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
A295201	精神科救急・合併症入院料の施設基準の改定要望	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。

- ・施設基準の改定：「救命救急センター設置ないし年間救急自動車搬送3500人以上」と変更する。

- ・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：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】

- ・施設基準：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	A295202		
提案される医療技術名	精神疾患診療体制加算1の施設基準の改定要望		
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	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	無	
	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	A248		
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：90	本加算は現行では他の医療機関の精神病棟入院中の患者に身体合併症を生じた際、身体治療目的で一般病棟で入院を受け入れた際にのみ算定されるが、これを精神病棟で受け入れても算定可能とする。		
再評価が必要な理由	本加算は、他の医療機関の精神病棟に入院している精神疾患患者の身体合併症の入院治療を引き受けた際に算定される。現在は一般病棟でのみ算定されるが、一般病棟と同等の身体治療を行える一般病棟の精神病棟においては直接転院を受けることができる。心身両面の治療を円滑に行う観点からも精神病棟でも算定可能とすべきである。		

【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）	本加算の対象となるのは身体疾患の治療が目的であるものの精神科治療が必要で精神病棟に入院している患者である。3次救急レベルの患者を除けば一般病棟で受け入れ困難となるケースである。この場合、身体合併症の診療とともに精神疾患の治療も継続できる一般病棟の精神病棟で受け入れることが適切である。身体合併症管理加算の取得状況をもみても精神病棟において身体合併症医療を行っていることは明らかである。しかしながら現行では精神病棟で患者を受け入れても加算されない。実情に即し、精神病棟でも加算可能とすべきである。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患診療体制加算1は、他の保険医療機関の精神病棟に入院する精神疾患患者の身体合併症の入院治療のために、当該他の保険医療機関の求めに応じて転院を受け入れた場合に、入院初日に限り1000点算定する。 ・加算の対象病棟は一般病棟であり、精神病棟は対象外である。 		
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）	A248		
医療技術名	精神疾患診療体制加算1の施設基準の改定要望		
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	身体合併症の診療とともに精神疾患の治療も継続するには一般病棟の精神病棟で受け入れることが適切である。	
	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。）	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	身体合併症の治療目的で一般病棟の精神病棟にて受け入れる患者数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）	精神疾患診療体制加算を取得している891施設（2022.11）に身体合併症治療目的で一般病棟に転院する患者数。	
	見直し後の症例数（人）	上記の891施設のうち精神科有床の施設が約250施設。同施設では精神病棟で身体合併症患者の転院を受け入れている。これまでは加算できていなかったこれら患者数分が増加分となる。	
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）		精神疾患診療体制加算1は、他の保険医療機関の精神科棟に入院する精神疾患患者の身体合併症の入院治療のために、当該他の保険医療機関の求めに応じて転院を受け入れた場合を評価するものである。
・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)	主な施設要件は①許可病床数100床以上で内科・外科を標榜、②精神病床数が全病床数の50%未満、③第2次救急医療体制を有するか救命救急センター、総合周産期母子医療センター等を設置。 なお、現行の加算対象は一般病床のみであるため、これに精神科床も加える。
	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)	なし
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		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)	一般病院の精神科棟(約250施設)において、身体合併症治療目的で転院を受け入れる患者数×10,000円
	その根拠	精神疾患診療体制加算を取得している医療機関が891施設(2022.11)。うち精神科有床の施設が約250施設。これらの施設では精神科床で身体合併症患者の転院を受け入れている。これまでは加算できていなかった患者数が増加となる。
	備考	なし
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		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	日本総合病院精神医学会の将来構想に関する提言(将来構想2022)
	2) 著者	日本総合病院精神医学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本総合病院精神医学会(内部資料)
	4) 概要	精神疾患患者の身体疾患治療においては、一般病院の精神科病棟が機能することで円滑な治療を行うことが可能となる。
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
A295202	精神疾患診療体制加算1の施設基準の改定要望	日本総合病院精神医学会

【技術の概要】

本加算は、他の医療機関の精神病棟に入院している精神疾患患者の身体合併症の入院治療を引き受けた際に算定される。現在は一般病床での受け入れのみ算定されるが、一般病院の精神病床では一般病床と同等の身体治療を行うことができる。そのため転院患者を精神病床で受け入れた場合にも加算（1,000点）対象とするのが妥当である。心身両面の治療を円滑に行う観点からも精神病床においても算定可能とすべきである。

【対象疾患】

他の医療機関の精神病棟に入院している精神疾患患者において身体合併症が発生し、一般病院に転院したうえでの治療を要する患者。

精神病棟に入院している精神疾患患者に
一般病院での治療を要する身体疾患が発生

一般病院へ転院

【既存の治療法との比較】

加算対象となる患者は、精神病床において精神疾患の治療中である、そのため、3次救急レベルの患者を除けば一般病床で受け入れ困難となることが多い。こうしたケースでは、一般病院の精神病床で受け入れて治療を行っている現状がある。精神病床においても加算可能とすることで、円滑な転院を実現することができる。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

精神病床での受け入れに加算がつくことで、一般病院の精神病床における円滑な精神科身体合併症医療を下支えすることができる。

精神疾患診療体制加算 1

- ・ 一般病床で受け入れ：1,000点加算
- ・ 精神病床で受け入れ：加算対象外



一般病院の精神病床では一般病床と同等の身体治療が可能であり、さらに精神疾患に対しても手厚い治療が可能。精神病床での受け入れにも1,000点加算とされたい。

【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	A295203	
提案される医療技術名	急性期充実体制加算（精神科充実体制加算）の施設基準の改定要望	
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	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	無
	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	A200-2	
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：116	急性期充実体制加算および精神科充実体制加算については、現行では一般病床のみが加算対象であるが、精神科（精神科棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料）においても算定可能とする。	
再評価が必要な理由	本加算は、地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術等の高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制を評価したものである。同加算を取得している医療機関の精神科においては、一般病床と同等の機能を有し急性期医療を提供できる体制があると考えられる。精神科においても加算可能と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）	本加算は、地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術等の高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制を評価したものである。同加算を取得している医療機関の精神科においては、一般病床と同等の機能を有し急性期医療を提供できる体制があると考えられる。本加算はこうした医療体制に対する評価であり、同一病院のなかで精神科が対象外となることに妥当性はなく、精神科でも加算可能とすべきである。これにより精神科医療および精神科病床の存在が高度急性期医療の一端を担うことを適正に評価することができる。	
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	急性期充実体制加算（一日につき）：460点（7日以内の期間）、250点（8日以上11日以内の期間）、180点（12日以上14日以内の期間） ・手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療および高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価。 ・入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料または特定一般病棟入院料に算入する。 精神科充実体制加算（一日につき）：30点 ・精神疾患を有する患者の受入れにかかる充実した体制の確保されている保険医療機関に入院している患者について30点を加算。 ・急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。 ・精神科を標榜する保険医療機関であること。・精神科棟入院基本料等の施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。	
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算	
診療報酬番号（再掲）	A200-2	
医療技術名	急性期充実体制加算（精神科充実体制加算）	
③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	一般病院における精神科病床の存在意義を明確にすることができる。
	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	急性期充実体制加算を取得している医療機関の精神科棟への入院患者数分の増加が見込まれる。年間実施回数には変化はないと思われる。	
年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人）	急性期充実体制加算を取得している169施設（2022.11）の一般病棟入院患者数
	見直し後の症例数（人）	上記169施設の患者数に加え、そのうち精神科有床45施設の精神科棟入院患者数が増加する。
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）		急性期充実体制加算は、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価である。これに加え、精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保がある場合の評価が精神科充実体制加算である。
・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)	入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料1または特定一般病棟入院料に加算するとされるが、これに精神病床（精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料）に関しても加算対象とする。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保している。
	その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)	なし
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		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）	急性期充実体制加算+精神科充実体制加算を算定している45施設の精神病棟入院患者数が増加となる。
	その根拠	急性期充実体制加算を取得している医療機関が169施設（2022.11）。うち精神科有床が45施設。
	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		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	日本総合病院精神医学会の将来構想に関する提言（将来構想2022）
	2) 著者	日本総合病院精神医学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	日本総合病院精神医学会（内部資料）
	4) 概要	有床総合病院の役割として精神科救急、身体合併症医療、電気けいれん療法、クロザピン治療など多岐にわたる。
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
A295203	急性期充実体制加算(精神科充実体制加算)の施設基準の改定要望	日本精神神経学会

【技術の概要】

急性期充実体制加算および精神科充実体制加算については、現行では一般病床のみが加算対象であるが、精神病床（精神科棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料）においても算定可能とする。

【対象疾患】

本加算については一般病床への入院患者のみが対象となるが、同施設の精神病床に入院している患者についても加算対象とする。

【既存の治療法との比較】

現在は一般病床のみが対象となる。同加算を取得している医療機関の精神病床においては、精神科救急患者をはじめ一般病床と同等の身体合併症治療を行う機能を有し、急性期医療を提供できる体制がある。精神病床においても加算可能とすることで、一医療機関としての適切な評価が可能となる。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

本加算は手術等の高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制を評価したものである。同加算を取得している医療機関の精神病床においては、一般病床と同等の機能を有し急性期医療を提供できる。本加算はこうした医療体制に対する評価であり、同一施設内の精神病床でも等しく加算可能とすべきである。これにより精神医療および精神病床の存在が高度急性期医療の一端を担うことを適正に評価することができる。

【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	A703201		
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		
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）	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>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。</p>		
文字数：194			
再評価が必要な理由	<p>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。</p> <p>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。</p>		

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）	<p>1) A 項目の追加 【追加項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、IDA4「心電図モニター」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。） <p>【臨床的根拠】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、もしくは今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。 <p>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】</p> <p>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。</p> <p>【統計的根拠】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。
------------------------------	--

<p>②現在の診療報酬上の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象とする患者 医療技術の内容 点数や算定の留意事項 	<ul style="list-style-type: none"> 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態（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 <p>そして、上記基準を満たす該当患者割合を要件として、入院基本料等を定めている。 例）急性期一般入院料1：28%（重症度、医療・看護必要度Ⅱの場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> 点数や算定の留意事項： 次の入院基本料等の算定に用いられている。 急性期一般入院料1～6、7対1入院基本料（特定、専門）、看護必要度加算1～3（特定、専門）、7対1入院基本料（結核）、総合入院体制加算1～3、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料、及び特定一般病棟入院料の注7。 例）急性期一般入院料1：1,650点、急性期一般入院料2：1,619点
<p>診療報酬区分（再掲）</p>	<p>A 第2部 第1節 入院基本料</p>
<p>診療報酬番号（再掲）</p>	<p>A100</p>
<p>医療技術名</p>	<p>「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</p>
<p>③再評価の根拠・有効性</p>	<p>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。</p> <p>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】特定機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。 ・特定機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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>	<p>ガイドライン等での位置づけ</p> <p>ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）</p> <p>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。）</p>
<p>年間対象者数の変化</p>	<p>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。</p> <p>見直し前の症例数（人） 変化なし</p> <p>見直し後の症例数（人） 変化なし</p>
<p>年間実施回数の変化等</p>	<p>見直し前の回数（回） 変化なし</p> <p>見直し後の回数（回） 変化なし</p>
<p>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）</p>	<p>・全日本病院協会や日本医師会、厚生労働省保険局医療課、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。</p>
<p>・施設基準 （技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）</p>	<p>施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 現行と同様。</p> <p>人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） 現行と同様。</p> <p>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。</p>

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的な医療を防ぎ、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
A703201	「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		
		0点	1点	2点
A1	創傷処置	なし	あり	—
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	1つ 該当	2つ 該当
A9	特定器材の使用の判断 (特定器材の使用の有無で評価)	なし	—	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	—

※1: 現行のC項目と重複するレセプト電算コード、旧A4「心電図モニター管理」のレセプト電算コード、薬剤、特定器材を除く。
 ※2: 薬剤、特定器材を除く。
 ※3: A3「注射薬剤3種類以上の管理」の対象外薬剤を除く。

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

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

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

【診療報酬上の取扱】 A-100 入院基本料

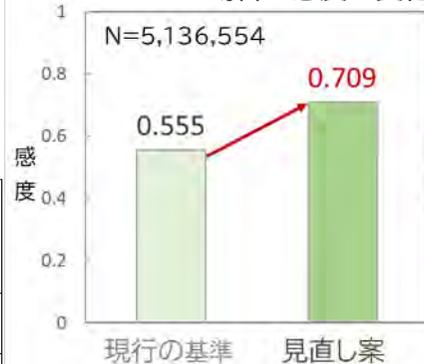
【対象疾患】

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

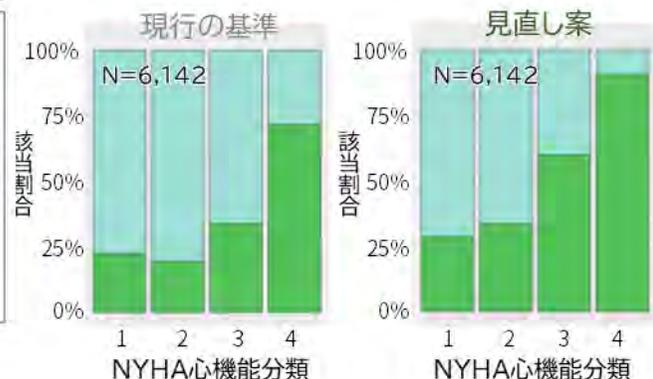
【既存制度との比較、有効性】

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

図表2 死亡退院を目的変数とした場合の感度の変化



図表3 NYHA心機能分類の各段階に対応する重症者の割合の変化



※1: 内科系診療について、内科系医師の診療過程の負荷を定量的に測定するとともに、医師の診療の負荷に影響を与える要因等を明らかにするために行われた調査。広範なDPCデータを収集して分析するとともに、1,629人の主治医に対し患者11,395人の実際のエピソードについて負荷等の調査を行った。
 ※2: 検証にあたっては、参加した97施設のDPCデータ(対象期間:2018年4~9月退院分、N=5,136,554人日、外科系の症例も含む)を対象とした。一部の分析では内保連グリーンブック2020の主治医に対するアンケート調査のデータも用いた。
 ※3: 死亡前日数、出来高換算医療費、NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類。

【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	A709101		
提案される医療技術名	脳卒中ユニット（SU）入院管理料		
申請団体名	日本脳卒中学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	12神経内科	
	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	脳卒中ユニット（SU）入院管理料	
	追加のエビデンスの有無	無	
提案される医療技術の概要（200字以内） 文字数：131	発症早期の脳梗塞、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に対して、専門の医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、薬剤師等を含めた多職種により、専門的治療および急性期リハビリテーションを組織的、計画的に施行する。		
対象疾患名	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		
保険収載が必要な理由（300字以内） 文字数：265	脳卒中ユニット（SU）における持続モニター下での濃厚な治療とADL改善のための訓練や摂食嚥下訓練を含む早期からのリハビリテーションは、脳卒中患者の予後の改善に有効で、急性期脳卒中診療に必要な体制である。SUとは多職種で構成する専門チームが一過性脳虚血発作を含む急性期の脳血管障害の患者への治療を一貫して行う病床のことを指し、日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターの認定基準に定められている。脳卒中診療をSUで行うことで1年後の死亡または介助を要する後遺症を一般病床よりも25%低減出来ることが示されている（参考文献1）。		

【評価項目】

①提案される医療技術の対象・疾患、病態、症状、年齢等	発症7日以内の脳卒中（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、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）	発症早期の脳梗塞、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に対して、専門の医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、管理栄養士、薬剤師等を含めた多職種により、専門的治療および急性期リハビリテーションを組織的、計画的に施行する。		
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場合、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	A 第2部 第3節 特定入院料	
	番号	A301-3	
	医療技術名	脳卒中ケアユニット（SCU）入院医療管理料	
既存の治療法・検査法等の内容	<p>対象：ア.脳梗塞、イ.脳出血、ウ.くも膜下出血</p> <p>技術：専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合</p> <p>留意点：発症後14日を限度</p> <p>医師配置要件：医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いること。ただし、夜間又は休日であって、上記担当医が院外にいる場合、常時連絡が可能で、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療に必要な情報を直ちに送受信できる体制を用いて、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能な体制が確保されている時間に限り、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上の専任医師が常時1名以上いなければならない。</p>		
④有効性・効率性・新規性・効果等について③との比較・長期予後等のアウトカム	現在我が国における脳卒中の発症件数は年間29万人と推察される。現在SCU入院医療管理料を認められた病棟で治療を受けているのは、わずかに20000人強（厚生労働省医療施設調査より）である。一方で日本脳卒中学会により全国に960施設が認定されている一次脳卒中センターの認定条件はSCUではなくSUであり、有効性のエビデンスは多職種によるSUにより構築されている。		

⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	脳卒中診療をSUで行うことで1年後の死亡または介助を要する後遺症を一般病床よりも25%低減出来ることが示されている(参考文献1)。高リスクの一過性脳虚血発作では、発症48時間以内に脳梗塞に移行する率は4-5%と高く、速やかに集中的に検査を行い治療を行うことにより脳梗塞移行を約80%阻止することができる(参考文献2)。いずれも脳卒中治療ガイドラインで推奨されている(参考文献3、4)。また、厚生省研究班の共同研究(2005年)において、脳卒中治療室での早期リハビリ施行回数が休日などにより減少すると、自宅退院率が低く、入院中の死亡率が多くなることが示されている。主要国のすべてのガイドラインで早期リハビリテーションを推奨している。最新の米国のガイドラインでは、脳卒中を発症した急性期患者は、すべからずリハビリテーション専門職による評価を受けねばならない。理想的には入院48時間以内に行われるべきである。脳卒中ユニットを中心に急性期医療を行っている欧州では、休日であっても早期のリハ介入は必須である(参考文献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。)	脳卒中治療ガイドライン2021(参考文献3)。脳卒中急性期症例は、多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター監視下で、集中的な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行うことのできる脳卒中専門病棟であるStroke Unit(SU)で治療することが勧められる(推奨度A エビデンスレベル高)。
⑥普及性	年間対象患者数(人)	210,000	
	国内年間実施回数(回)	210,000	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		現在我が国における脳卒中の発症件数は年間30万人と推察される。発症件数の70%が対象となると仮定した。	
⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等)		難度のある技術ではなく、規模の大小にかかわらず脳卒中急性期患者を受け入れる施設が基本的に有するべき多職種治療であり、日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターの施設要件もSCUではなくSUである。	
・施設基準 (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(専従でなくてもよい、前期研修医を除く)が24時間体制で勤務している 5. 脳卒中専門医1名以上の常勤医がいる 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)	施設要件におけるSUは脳卒中専用の病床の意味合いが主であるが、SUの有用性に関するエビデンスは、多職種による医療行為の密度の高さである。上記に加え、以下の条件を加える。 ・脳卒中診療に従事している医師、脳卒中に習熟した専任の看護師と、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、管理栄養士、薬剤師等からなる多職種チームにより、患者の治療方針についての計画が立案され、定期的にカンファレンスが行われる。 ・入院早期からの適切な専門的治療、ADL改善のための訓練や摂食嚥下訓練を含む早期リハビリテーションおよび合併症予防が行われる。	
	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	
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)	初日のみ基本料500点、休日リハビリテーション加算1日30点、多職種(医師、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を含む)カンファレンス1回50点(3回まで)。ただしSCU入院管理料を申請する場合は、本加算は申請できない。	
	その根拠	医療費の増加分が下記の効果を上回らないように配慮した。休日リハビリテーションについては、2022年の一次脳卒中センターでの急性期リハビリテーションのアンケート調査では、初回介入時はいずれの脳卒中病型においても2単位(40分間)/日が最多、初回介入の7日後ではいずれの脳卒中病型においても3~4単位(60~80分間)/日が最多、であったこと、欧州のガイドラインの1日45分以上、を考慮して3単位あたりの点数を算出した。	
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。)	該当なし
	番号	特になし	
	技術名	特になし	
	具体的な内容	特になし	
予想影響額	プラスマイナス	減(-)	
	予想影響額(円)	4,400,000,000円	
	その根拠	対象患者は実数で21万人で、医療費は、基本料で10.5億円、カンファレンス(1人3回加算)で3.1億円、休日リハビリテーション(1人2週間入院した場合休日を4回と計算)で2.5億円、合計で16.1億円増加する。一方、SUで治療することで死亡または介護を要する患者が25%減少すると期待できる。脳卒中は年間30万人発症し、約46%の13万人が要介護または死亡となっている。その70%がSUでの治療を受けられたら要介護または死亡を2万人減らすことが期待でき、その分の医療費が削減される。さらに在院日数の短縮も得られる。2万人の年間介護費用を平均30万円削減できた場合、60億円の削減効果がある。これらを差し引きした結果として、44億円の医療費削減が見込まれる。	
備考	1人当たりにかかる年間介護予防サービスおよび介護サービスの費用は、要支援1で34.87万円、要支援2で59.60万円、要介護1で127.55万円、要介護2で172.49万円、要介護3で252.48万円、要介護4で303.00万円、要介護5で348.90万円(介護給付費実態調査より)。		

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）	脳卒中急性期の抗血栓薬（アスピリン、クロピドグレル、シロスタゾール、プラスグレル、ワルファリン、ダビガトラン、リパロキサパン、アピキサパン、エドキサパン、ヘパリン、アルガトロバン、オザグレル）、降圧薬（ニカルジピンなど）、脳動脈瘤クリップ、脳動脈瘤コイル、心電モニター、S02モニター	
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	該当なし	
⑯参考文献 1	1) 名称	Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network metaanalysis (Review)
	2) 著者	Langhorne P, Ramachandra S, Stroke Unit Trialists' Collaboration
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 4. Art. No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub4
	4) 概要	脳卒中診療をSUで行うことで1年後の死亡または介助を要する後遺症を一般病床よりも25%低減出来る。
⑯参考文献 2	1) 名称	Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison
	2) 著者	Peter M Rothwell, et al.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	Lancet 2007; 370: 1432-1442
	4) 概要	TIAでは、発症48時間以内に脳梗塞に移行する率が高く、速やかに集中的に検査を行い治療を行うことにより脳梗塞移行を阻止することができる。
⑯参考文献 3	1) 名称	Stroke Care Unit (SCU)・Stroke Unit (SU)
	2) 著者	日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン編集委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	脳卒中治療ガイドライン2021 42ページ
	4) 概要	Stroke Care Unit (SCU)・Stroke Unit (SU)：脳卒中急性期の症例は、脳卒中専門病棟であるStroke Unit (SU)で治療することにより、rt-PA静注療法の施行率上昇、死亡率、再発率の低下、在院期間の短縮、自宅復帰率の増加、長期的な日常生活動作とQOLの改善を図ることができる（推奨度A エビデンスレベル高）。
⑯参考文献 4	1) 名称	TIA急性期・慢性期
	2) 著者	日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン編集委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	脳卒中治療ガイドライン2021 80-83ページ
	4) 概要	p 80-83、TIAを疑えば、可及的速やかに発症機序を評価し、脳梗塞発症予防のための治療を直ちに開始するよう強く勧められる（推奨度A エビデンスレベル高）。
⑯参考文献 5	1) 名称	急性期リハビリテーションの進め方
	2) 著者	日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン編集委員会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	脳卒中治療ガイドライン2021 48-49ページ
	4) 概要	十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的リハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことが進められる（推奨度A エビデンスレベル中）

※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
A709101	脳卒中ユニット(SU)入院管理料	日本脳卒中学会

対象疾患名：急性期脳卒中 (①脳梗塞、②脳出血、③くも膜下出血) および一過性脳虚血発作

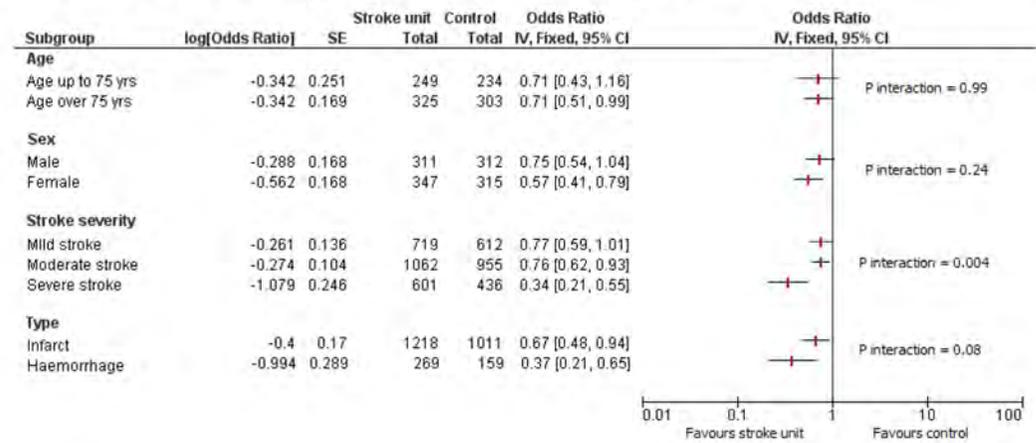
概要：発症早期の脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他の脳血管疾患、一過性脳虚血発作等の患者に対して、専門の医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、薬剤師等を含めた多職種により、専門的治療および急性期リハビリテーションを組織的、計画的に施行する。

現行治療との比較：現在我が国における脳卒中の発症件数は年間29万人と推察される。現在SCU入院医療管理料を認められた病棟で治療を受けているのは、わずかに20000人強 (厚生労働省医療施設調査より) である。一方で日本脳卒中学会により全国に974施設が認定されている一次脳卒中センターの認定条件はSCUではなくSUであり、有効性のエビデンスは多職種によるSUにより構築されている。

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

診療報酬上の取扱い：初日のみ基本料500点, 休日リハビリテーション加算1日30点, 多職種 (医師, 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を含む) カンファレンス1回50点 (3回まで)。ただしSCU入院管理料を申請する場合は、本加算は申請できない。

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



- ✓ わが国は、点滴や手術などは休祝日にかかわらず提供される。
- ✓ リハビリテーションは提供されない。
- ✓ 休祝日なしでリハビリテーションを開始
 - ✓ 死亡率 低い
 - ✓ 自宅復帰率 高い
 - ✓ 退院時自立 高い

Kinoshita S, et al. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98:701-6.
 Nakajima M, et al. *Int J Stroke.* 2015 Jan;10(1):79-84.

SUの有効性は年齢や重症度や梗塞/出血に関わらず認められる

【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		A709102	
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	
		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	
提案される医療技術の概要（200字以内）	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。		
文字数：196			
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）	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。		
文字数：295			

【評価項目】

①提案される医療技術の対象・疾患、病態、症状、年齢等	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供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	
既存の治療法・検査法等の内容	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	
		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、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が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。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なし（右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。）	該当なし
⑥普及性	年間対象患者数(人)	210,000人	
	国内年間実施回数(回)	420,000人	
※患者数及び実施回数の推定根拠等		現在我が国における脳卒中の発症件数は年間30万人と推察される。発症件数の70%が脳卒中相談窓口を平均2回利用するとした。	
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）		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）	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 地域医療機関や救急隊からの要請に対して、常時脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療（rt-PA静注療法を含む）を開始できる 2. 頭部CTまたはMRI検査、一般血液検査と凝固学的検査、心電図検査が施行可能である 3. 脳卒中ユニット（SU）を有する 4. 脳卒中診療に従事する医師（専従でなくてもよい、前期研修医を除く）が24時間体制で勤務している 5. 脳卒中専門医1名以上の常勤医がいる 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 <p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> 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）	<p>脳卒中相談窓口では上記に加え、以下の条件を加える。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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	
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）	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	その他（右欄に記載する。）	該当なし
	番号	特になし	
	技術名	特になし	
	具体的な内容	特になし	
予想影響額	プラスマイナス	増（+）	
	予想影響額（円）	252,000,000円	
	その根拠	対象患者は実数で21万人で、1人平均2回（70点+50点=120点）を算出すると2.52億円の増額となる。	
備考		特になし	

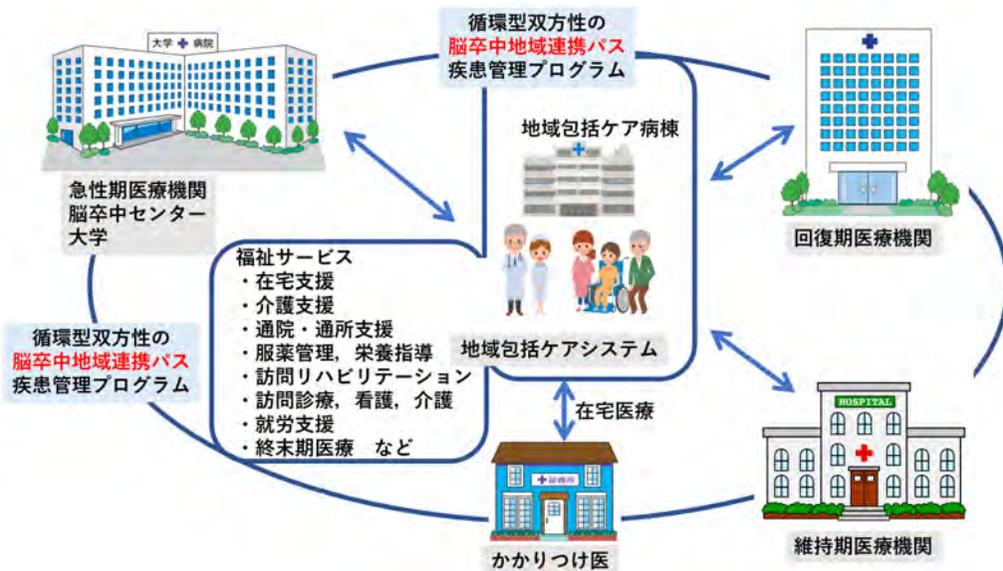
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬 (主なものを記載する)	特になし	
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への掲載状況	2) 調べたが掲載を確認できない	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴 (例：年齢制限) 等	特になし	
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い	d. 届出はしていない	
⑭その他	特になし	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	該当なし	
⑯参考文献 1	1) 名称	循環器病対策推進基本計画
	2) 著者	なし
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/000688415.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	Kruihof 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	Clark MS., et al., 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、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。

※⑯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
A709102	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	A709201		
提案される医療技術名	超急性期脳卒中加算（telestrokeを用いた場合）		
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 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	遠隔連携診療料（急性期脳卒中）	
	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	A205-2		
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）		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）	医療資源が乏しい地域において実効性のある脳卒中遠隔医療（telestroke）を普及させるために「基本診療料の施設基準等」第八の六の三に定める施設基準を明確にし、対象となる地域を「別表第六の二に掲げる地域」から総務省が定める「過疎地域」に拡大する。さらに、発症後24時間以内に「過疎地域」からtelestrokeを用いて二次搬送施設で経皮的脳血栓回収術を施行した場合を新たに追加して適応拡大する。		
文字数：197			
再評価が必要な理由	令和4年度診療報酬改定で施設基準が改定されたが、医療資源が乏しい地域の医療機関で組織プラスミノーゲン活性化因子（tPA）を投与しても当該加算の請求ができない状況である（詳細は再評価すべき具体的な内容を参照）。また、離島・僻地では超高齢化が進んでおり、現地での治療を望む声も多い。Telestrokeでは、drip & stay（tPA投与して二次搬送せずそのまま入院）を安全に実施することができる。一方で、近年発症後24時間以内の脳梗塞に対する血栓再建療法は、tPAの投与だけでなく、今や経皮的脳血栓回収術（MT）も世界的に標準治療となっている。離島でMTを実施することは困難であり、telestrokeを用いれば高度医療を提供できる脳卒中センター搬送を前提としたdrip & shipもしくはdirect shipが可能となる。わが国では2019年に脳卒中・循環器対策基本法が施行、その施策の重要な柱は急性期脳卒中医療の均等化である。しかし未だに相対的・絶対的な専門医不足のため血栓再建療法が実施できない地域が多く存在している。とくに医療資源が乏しい離島・僻地の脳卒中医療におけるtelestrokeの普及は、drip & stay、drip & shipもしくはdirect shipなど治療戦略を駆使し、離島・僻地の生活を守るために絶対不可欠な手段である。患者の予後の改善が期待できるだけでなく、効率的な医療資源の活用によって離島・僻地医師の過重労働（働き方改革）も防ぐことができる。		

【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）	<p>離島の急性期脳梗塞患者をtelestrokeを利用して本土の医療機関へ救急搬送することによって、tPA投与や経皮的脳血栓回収術（MT：カテーテルによる血管内治療によって血栓を除去する治療）が可能となり、その有効性・安全性についても本土における治療と遜色なかったことが報告されている（参考文献1）。しかしながら、未だに離島の病院で、tPAを投与しても超急性期脳卒中加算の請求ができない状況である。その理由（経緯）として、まず令和2年度（前々回）の改定で、「tPAを投与した保険医療機関（一次搬送施設）と投与後に入院で治療を行った保険医療機関（二次搬送施設）が異なる場合の当該診療報酬の請求は、tPAの投与後に入院治療を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。」と追加され、一次搬送施設および二次搬送施設の両方に施設基準の届け出が必要となった。その後、令和4年度（前回）の改定で、第八の六の三の（1）に定める施設基準が見直しされ、医療資源が乏しい地域、すなわち「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関においても当該加算が請求できるはずであった。しかし、「基本診療料の施設基準等」第八の六の三に定める施設基準において「（2）脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。（3）脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。・・・」が含まれており、離島・僻地の病院でtPAの投与しても、分配されることも加算を請求することもできない状況が続いている。離島・僻地では超高齢化が進み、注射で済むのならば本土に搬送されることなく、現地での治療（drip & stay）を望む声は多い。また今日に至って、tPA投与だけでなくMTも世界的に急性期脳梗塞の標準治療になっている。とくに医療資源が乏しい地域では救急搬送が前提となるMTが施行できず深刻な問題である。以上のことから今回は、第一に、telestrokeを用いることを条件に当該加算の施設基準を明確に緩和して、医療資源が乏しい地域を総務省が定める「過疎地域」に拡大、drip & stayの普及も目指すこと、第二に「過疎地域」からのtelestrokeを介して二次搬送施設でMTを施行した場合を当該加算の対象とすることを要する。これらの再評価によって、医療資源が乏しい地域においてtelestrokeが促進され、脳梗塞患者の予後が改善されるだけでなく、専門医療が集約化され、脳卒中医療の地域格差や過重労働の是正に寄与するものと考えられる。</p>
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	<p>現在、上記の理由により離島の病院で当該加算を算定するには至っていない。また、経皮的脳血栓回収術（MT）は当該加算の対象ではない。対象とする患者：tPAの投与に関しては発症から4、5時間以内、MTの実施に関しては発症から24時間以内の急性期脳梗塞患者。適応の詳細は、静注血栓溶解（rt-PA）療法 適正治療指針 第三版（日本脳卒中学会）および経皮的脳血栓回収術 適正使用指針 第4版（日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会）に従う。</p> <p>医療技術の内容：tPAの投与ならびにMTの実施 点数や算定の留意点：tPAを投与した保険医療機関ならびにMTを実施した保険医療機関が請求できるものとする。血栓再建療法（tPAの投与ならびにMTの実施）に関しては、脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン（日本脳卒中学会）に従って、「過疎地域」にある他の保険医療機関と連携して診療を行った場合に算定できるものとする。一次搬送施設と二次搬送施設が異なる場合の当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。</p>
診療報酬区分（再掲）	A 第2部 第2節 入院基本料等加算
診療報酬番号（再掲）	A205-2
医療技術名	組織プラスミノーゲン活性化因子投与、経皮的脳血栓回収術

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	急性期脳梗塞に対して、tPA投与、MTは脳卒中ガイドラインでは推奨度レベルAで、いずれも3か月後のmRS並びに死亡率を明らかに改善させる（参考文献2、3、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。）	<p>●脳卒中治療ガイドライン2021（日本脳卒中学会）：脳卒中が疑われる患者は、可及的速やかに脳卒中治療が可能な施設（ストロークセンター）に搬送することが強く勧められる（推奨度 A/エビデンスレベル中）。遠隔地では航空医療搬送を考慮しても良い（推奨度 C/エビデンスレベル低）。Drip and Ship法やDrip、Ship and Retrieve法により、急性期脳梗塞患者に対する再開通療法を考慮しても良い（推奨度C/エビデンスレベル中）。専門医が不在の地域では、急性期脳卒中が疑われる患者での頭部 CTやMRI の遠隔画像診断を考慮しても良い（推奨度C/エビデンスレベル中）。遠隔脳卒中診療により、脳卒中専門医がいない施設においても遺伝子組み換え組織型プラスミノゲン・アクティベータ（rt-PA）の静脈内投与を考慮しても良い（推奨度 C/エビデンスレベル低）。</p> <p>●脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン（日本脳卒中学会 2020）：本ガイドラインでは日本で初めてtelestrokeの運用方法の指針が示された。</p>
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		総務省が定める過疎地域の人口は約1000万人であり、人口10万対脳梗塞新規発症数107人より年間10700例が脳梗塞発症と予測される。本医療技術が完全に普及し、急性期脳梗塞患者の10%に血行再建療法が行われたとすると、年間、1070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）	ほぼ0	
	見直し後の症例数（人）	最大に見積もって1070	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回）	ほぼ0	
	見直し後の回数（回）	最大に見積もって1070	
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）		tPA投与、MT、telestrokeに関しては、すでに日本脳卒中学会から定められたガイドラインがあり、その方法と有効性、安全性は確立された医療技術である（参考文献2、3、4、5）。	
・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）	<p>当該加算を請求できる医療機関の施設基準として 次のア、イのいずれかを満たしていること。 (1)</p> <p>ア 次の①～③のいずれも満たしていること</p> <p>①当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験が10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、tPA投与に関しては日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞tPA適正使用に係る講習会を受講していること、経皮的脳血栓回収術に関しては日本脳神経血管内治療学会が認定する脳血栓回収実施医もしくは脳血管内治療専門医の資格をもつ常勤医がいること。</p> <p>②脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。</p> <p>③脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。</p> <p>イ アの基準を満たさない場合であって、次の①～③のいずれも満たしていること。</p> <p>①総務省の定める「過疎地域」に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。</p> <p>②日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されていること。</p> <p>③日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞tPA適正使用に係る講習会を受講している常勤もしくは非常勤（現行では常勤のみ）の医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(2)当該管理を行うために必要なに掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具を他の治療室と共有していても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。～以下省略～</p> <p>(3)コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。</p>	
	人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）	tPA投与に関しては、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞tPA適正使用に係る講習会を受講している常勤もしくは非常勤の医師が行う。また、経皮的脳血栓回収術に関しては、日本脳神経血管内治療学会が認定する脳血栓回収実施医もしくは脳血管内治療専門医の資格をもつ常勤医が実施する。	
	その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	静注血栓溶解（rt-PA）療法 適正治療指針 第三版（日本脳卒中学会）、経皮経管的脳血栓回収用機器 適正使用指針 第4版（日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会）、脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン（日本脳卒中学会）を遵守する。	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		tPA投与、MT、telestrokeに関しては、すでに日本脳卒中学会から定められたガイドラインがあり、その方法と有効性、安全性は確立された医療技術である（参考文献2、3、4、5）。	
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		脳血管障害は寝たきりになる原因疾患の第一位であり、tPA投与やMTができない地域では安心・安全に生活できない。	
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	その他（右欄に記載。）	該当なし
	番号 技術名	なし 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）	115,560,000円（最大値）	
	その根拠	過疎地域の人口は約1,000万人から年間10,700人に脳梗塞が発生、その10%がtelestrokeにより血行再建療法（tPA投与もしくはMT）を受けたと仮定した。	
備考		特になし	

⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬	特になし	
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	Current status of a helicopter transportation system on remote islands for patients undergoing mechanical thrombectomy.
	2) 著者	Hiu T, Morimoto S, Matsuo A, Satoh K, Otsuka H, Kutsuna F, Ozono K, Hirayama K, Nakamichi C, Yamasaki K, Ogawa Y, Shiozaki E, Morofuji Y, Kawahara I, Horie N, Tateishi Y, Ono T, Haraguchi W, Izumo T, Tsujino A, Matsuo T, Tsutsumi K.
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	PLoS One. 2021 Jan 19;16(1):e0245082.
	4) 概要	離島にドクターヘリを利用したtelestrokeを導入すると本土と同様の急性期脳卒中医療ができることを実証している。
⑭参考文献 2	1) 名称	地域連携、経静脈的線溶療法、経動脈的血行再建療法
	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 P57-59, P60-63, p50-52
	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 3	1) 名称	経皮経管的脳血栓回収用機器 適正使用指針 第4版
	2) 著者	日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	血栓回収療法のガイドライン
⑭参考文献 4	1) 名称	静注血栓溶解 (rt PA) 療法適正治療指針 第三版
	2) 著者	日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会静注血栓溶解療法指針改訂部会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	組織プラスミノゲン活性化因子投与のガイドライン
⑭参考文献 5	1) 名称	脳卒中診療における遠隔医療 (Telestroke) ガイドライン
	2) 著者	日本脳卒中学会 Telestrokeガイドライン作成プロジェクトチーム
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	なし
	4) 概要	日本で初めてtelestrokeの運用方法の指針が示された。

※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
A709201	超急性期脳卒中加算(telestrokeを用いた場合)	日本脳卒中学会

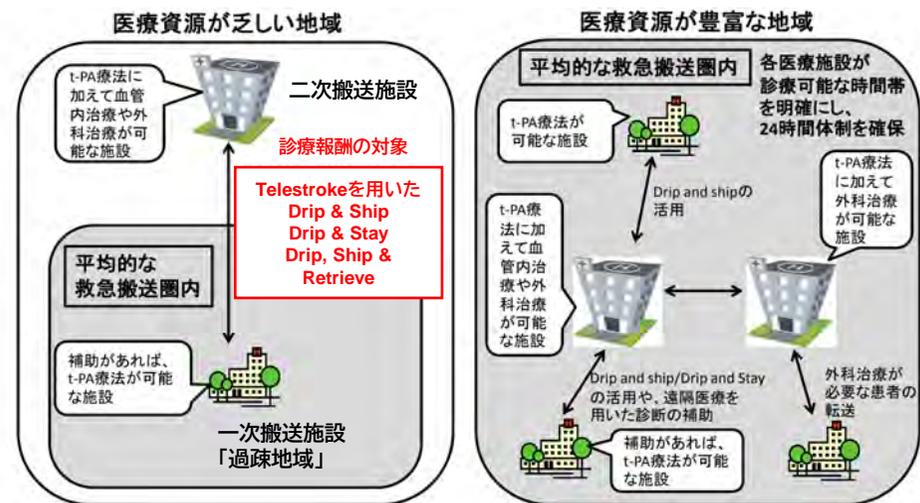
【技術の概要】

医療資源が乏しい地域、いわゆる「過疎地域」にあり、これまでの施設基準を満たさない医療機関においても、脳卒中遠隔医療(telestroke)を利用して発症後4.5時間以内の脳梗塞患者に組織プラスミノゲン活性化因子(tPA)を投与した場合に限り当該加算(10,800点)を算定できる。telestrokeのもとであれば二次搬送施設に救急搬送しなくてもよい。また、発症後24時間以内に「過疎地域」からtelestrokeを用いて二次搬送施設で経皮的脳血栓回収術を施行した場合も当該加算を算定できる。

【対象疾患】

急性期脳梗塞で「過疎地域」においてtelestrokeを用いて血行再建療法が実施されたもので、

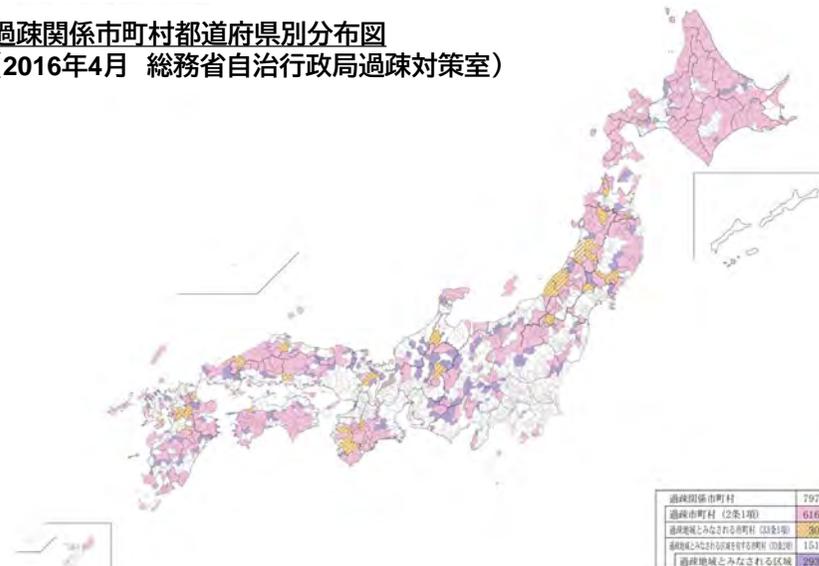
- ①発症後4.5時間以内にtPAを投与した場合
- ②発症後24時間以内に経皮的脳血栓回収術を施行した場合



【既存の治療法との比較】

「基本診療料の施設基準等」第八の六の三に定める施設基準を明確にし、対象となる地域を「別表第六の二に掲げる地域」から総務省が定める「過疎地域」(総人口約1,000万人)に拡大する。さらに、発症後24時間以内に「過疎地域」からtelestrokeを用いて二次搬送され経皮的脳血栓回収術を施行した場合を新たに加えて適応拡大する。

過疎関係市町村都道府県別分布図
(2016年4月 総務省自治行政局過疎対策室)



【有効性及び診療報酬上の取扱い】

過疎地域で発症が予測される脳梗塞患者、年間約10,000人の10%に血行再建療法が施行された場合、約1,000人が対象となる。患者の予後の改善が期待できるだけでなく、効率的な医療資源の活用によって、超急性期脳卒中診療の均てん化と医師の過重労働も防ぐことができる。

【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	A727101		
提案される医療技術名	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		
申請団体名	日本腰痛学会		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	30整形外科	
	関連する診療科（2つまで）	31麻酔科	
		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	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）	あらゆる治療に抵抗し、発症から6か月以上持続する運動器の難治性慢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評価を行い、多職種カンファランスで客観的・多面的な評価を行い、認知行動療法や集学的リハビリテーションをはじめとする集学的治療を行う。		
文字数：140			
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）	運動器の慢性疼痛患者では、薬物療法をはじめとする一般的な治療が奏効しないことが少なくない。医療機関では、薬物療法や物理療法を漫然と続けられていることが多く、費用対効果の観点から慢性疼痛治療を見直す必要がある。腰痛診療ガイドライン2012では、認知行動療法は、亜急性または慢性腰痛の治療として有用とされている。また、慢性疼痛診療ガイドライン2021でも、慢性疼痛に対する有効性が示されている。しかし、集学的診療には、多大な人的負担を強いられる一方、それに対する報酬はなく、実施可能な医療機関に限られ、不足している。集学的治療を実施する医療機関を増やすことが課題であり、本治療の保険収載が必要である。		
文字数：298			

【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か月以上持続する疼痛 ●複数の医療機関での治療歴があり、改善しない疼痛 ●精神医学的評価で異常を有する疼痛		
②提案される医療技術の内容・方法、実施頻度、期間等（具体的に記載する）	患者1人に対して、医師、看護師、理学療法士、公認心理士、薬剤師など多職種の医療者が、それぞれ病態評価を行い、多職種でカンファランスを実施する。その情報を共有し、患者個々の背景を考慮して有効な治療介入を決定する。決定した治療方針に従って、多職種で治療にあたる。		
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であって、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	A 第1部 第1節 初・再診料	
	番号	001_17	
	医療技術名	慢性疼痛疾患管理料	
既存の治療法・検査法等の内容	慢性疼痛患者は、19%が病院や診療所、20%が民間療法、3%が医療機関と民間療法の療法で治療を受けている。それぞれの医療機関や民間療法で、個別に治療が行われている。治療内容は、マッサージ31%、投薬22%、理学療法16%などさまざまである。(J Orthop Sci, 2011; 16: 424-432) したが、治療の有効性の調査では、症状の悪化や変化なしを合わせると36%に上る。(J Orthop Sci, 2014; 19: 339) そして、治療期間中に治療機関を変更した理由では、治療に満足できなかったという理由が40%を占める。(J Orthop Sci, 2011; 16: 424-432) 痛みのために受診した医療機関数の調査では、2カ所以上、3カ所以上がそれぞれ約30%を占める。(臨整外, 2012; 47: 565)		
④有効性・効率性・新規性、効果等について③との比較・長期予後等のアウトカム	慢性腰痛に対する集学的治療や生物心理社会的リハビリテーションは、通常の治療と比較して、身体機能の改善や職場復帰に有効である。		
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	慢性腰痛に対する集学的治療や生物心理社会的リハビリテーションは、通常の治療や治療待機と比較して、痛みや日常生活障害の改善、復職に有用である。(Global Spine J, 2018; 8:872-886) 集学的リハビリテーションは、痛みや日常生活障害の改善に優れ、心理社会的要因を呈する慢性腰痛患者が対象として望ましい。(Cochrane Database Syst Rev, 2014;9 : CD000963)	
	ガイドライン等での位置づけ	ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）	腰痛診療ガイドライン2019や慢性疼痛診療ガイドライン(2021年)で施行することが推奨されている。

⑥普及性	年間対象患者数(人)	12,000人
	国内年間実施回数(回)	48,000回
※患者数及び実施回数の推定根拠等		筋骨格系慢性疼痛の調査研究によると、6ヵ月以上続く、運動器慢性疼痛の有症率は、15.4%である。(J Orthop Sci, 2011; 16: 424) 慢性疼痛の部位としては、腰が多く、64.1%である。(臨整外, 2012: 47: 127) 治療に満足せず、治療機関を変更する患者の割合が40%と報告されている。(J Orthop Sci, 2011: 16: 424-432) 痛みのために受診した医療機関数の調査では、複数の医療機関を受診した患者が約30%を占める。(臨整外, 2012: 47: 565) 計算: 10,462万人(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)=1,239,295人 そのうち、集学的治療を希望する患者の割合は1%前後で約12,000人と推定される。3ヵ月に1回、病態評価と多職種カンファレンスが実施される場合、国内年間実施回数は48,000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慢性疼痛に対して集学的治療は有効とされ、実施が推奨されている。腰痛診療ガイドライン2019でも、患者教育と心理行動的アプローチ(認知行動療法)をはじめとする集学的治療が推奨されている。
・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)	施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)	日本腰痛学会の理事・評議員または日本運動器疼痛学会の代議員が常勤する、日本リハビリテーション医学会に所属する理学療法士や作業療法士が常勤する施設に限定する。
	人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)	整形外科医または麻酔科医、精神科医または公認心理士、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) その根拠	580点 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)	222,720,000円
	その根拠	年間対象患者は12,000人と試算され、年間実施回数は48,000回と推定される。したがって、580点×48,000回=27,840,000点と予想される。ただし、現在の国内の現状では、運動器の難治性慢性疼痛に対する集学的治療を実施可能な施設は限られる。日本腰痛学会の理事・評議員または日本運動器疼痛学会の理事・代議員が常勤する施設が約200施設であり、この施設で対応できる患者に対する治療回数が実際の実施回数になる可能性が高い。1施設で週1例に実施すると仮定した場合、1施設年間48例となる。3ヵ月毎にカンファレンスと再評価を行うと年間の実施回数は4回と仮定される。したがって、48例×200施設×年間4回/例×5800円=222,720,000円
備考	特になし	
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬(主なものに記載する)		なし
⑰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)への取載状況		3) 調べていない 1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴(例:年齢制限)等		なし

⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い	d. 届出はしていない	
⑭その他	特になし	
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	日本整形外科学会、日本脊椎脊髄病学会、日本運動器疼痛学会、日本臨床整形外科学会、日本運動器科学会、日本リハビリテーション医学会	
⑯参考文献 1	1) 名称	Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan.
	2) 著者	Nakamura M, Nishiwaki Y, Ushida T, Toyama Y
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Orthop Sci. 2011;16(4):424-32.
	4) 概要	慢性疼痛患者は、19%が病院や診療所、20%が民間療法、3%が医療機関と民間療法の療法で治療を受けている。治療内容はさまざまである。
⑯参考文献 2	1) 名称	Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan: a second survey of people with or without chronic pain.
	2) 著者	Nakamura M, Toyama Y, Nishiwaki Y, Ushida T
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	J Orthop Sci. 2014;19(2):339-350
	4) 概要	慢性疼痛患者に対する治療有効性調査では、症状の悪化や変化なしを合わせると36%に上る。
⑯参考文献 3	1) 名称	わが国における慢性疼痛および神経障害性疼痛に関する大規模実態調査
	2) 著者	小川 節郎, 井関 雅子, 菊地 臣一
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	臨整外 47(2): 127-134, 2012
	4) 概要	慢性疼痛の部位としては、腰が多く、64.1%である。
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
A727101	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】

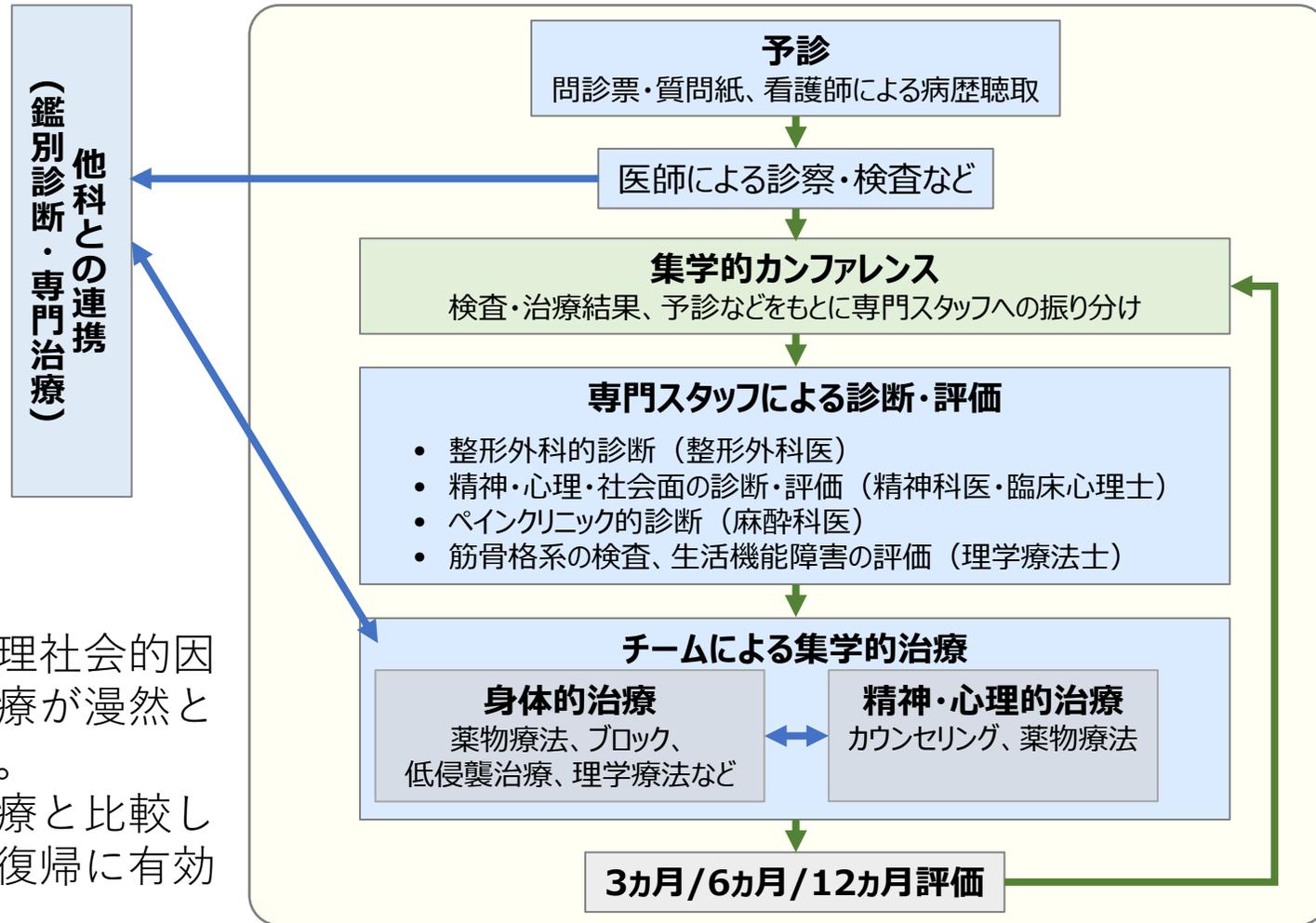
本邦の運動器慢性疼痛の疫学調査から、年間対象者は12,000人程度と考えられる。ただし、集学的治療を実施可能な施設は限られる。

【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。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- ・ 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		A733201	
提案される医療技術名		感染対策向上加算 チェック項目の追加	
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	
		02呼吸器内科	
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無		有	
「実績あり」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	感染対策加算	
	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		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）		病理部門は細菌やウイルスなどの病原体が含まれる可能性のある検体を扱うため、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、病理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、ここに病理部門を加えることを提案する。	
文字数：154			
再評価が必要な理由		病理検査の中でも特に細胞診検体は、喀痰、尿、胸腹水のように未固定の状態でも提出される検体が提出される。これらの未固定の検体は強い感染性を有しているが、細胞診断を行うために、これらを滅菌せずに処理を行うことが求められるため、病理部門では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、病理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、病理部門で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、特に細胞診は細胞所見を正しく検査するために、喀痰、尿などの検体を未滅菌のまま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士の結核感染率は感染症棟で勤務する看護師と同等という報告もある。しかし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、チェックリストに取り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。病理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、院内感染対策の漏れを減らすことが可能である。（添付1,2）
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、入院初日からのみ算定可。 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	該当しない
治療率、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も扱うことを規程している。

④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		院内に病理部門を持つ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対策向上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3年度社会医療診療行為別統計によると感染対策向上加算1として706,116人/年 感染対策向上加算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、加算2として175点、加算3として75点	
	見直し後	感染対策向上加算1として710点、加算2として175点、加算3として75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	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（順天堂大学医学部 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	当院職員の職場、職種別に分けて比較したOFT 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 2	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 P.106
	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 3	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 2020年4月 P.16
	4) 概要	「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」の取り扱いは生物学的安全キャビネットで行うことを規程している。(P.16)
⑭参考文献 4	1) 名称	認定の補足要求事項 臨床検査室 JAB RM300:2019
	2) 著者	日本適合性認定協会
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	認定の補足要求事項 臨床検査室 2019 9月 P.14
	4) 概要	病原体に係る検体検査は「国立感染症研究所 病原体安全管理規定」を参考にして行うことが望ましい。 P.14
⑭参考文献 5	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。P.207

※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
A733201	感染対策向上加算 チェック項目の追加	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り、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、その鑑別として須く感染性疾患があげられることから、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、院内感染対策の漏れ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。