

ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価

骨子【重点課題 1-2-(1)】

第 1 基本的な考え方

産科医療の充実を図るため、合併症等によりリスクの高い分娩を行う妊産婦の入院について評価を行う。また、妊産婦の緊急搬送による入院を受け入れた場合についても評価を充実する。

第 2 具体的な内容

1. ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引上げ

- (1) 妊娠 22 週から 32 週未満の早産などの分娩管理を評価しているハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げるとともに、対象に多胎妊娠と子宮内胎児発育遅延を加える。

現 行	改定案
<p>【ハイリスク分娩管理加算】</p> <p>(1 日につき) 2,000 点</p> <p>[対象者]</p> <p>妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性</p>	<p>【ハイリスク分娩管理加算】</p> <p>(1 日につき) 3,000 点 ㊦</p> <p>[対象者]</p> <p>妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、<u>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</u>、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性</p>

- (2) なお、ハイリスク妊娠管理加算についても、同様の対象疾患の拡大を行う。

2. 妊産婦緊急搬送入院加算の評価の引上げと対象拡大

妊娠に係る異常による妊産婦の救急受入れを評価している妊産婦緊急搬送入院加算の評価を引き上げるとともに、妊娠以外の疾病で搬送された場合においても本加算を算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日） 5,000点</p> <p>[対象者]</p> <p>1 妊娠に係る異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、妊娠に係る異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、妊娠に係る異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>	<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日） 7,000点 ㊦</p> <p>[対象者]</p> <p>1 救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 <u>他の医療機関において、他院での入院医療を必要とする異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</u></p> <p>3 <u>助産所において、他院での入院医療を必要とする異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</u></p>

新生児集中治療・救急医療の評価

骨子【重点課題 1－2－(2)】

第1 基本的な考え方

この20年間で出生数は横ばい・減少となっているが、低出生体重児をはじめとするハイリスク新生児の増加により、新生児特定集中治療室(NICU)の病床数を1.5倍程度にすることとされている。

そうした状況を踏まえ、NICUの評価を更に充実させるとともに、要件の緩和等を行う。

また、高度な医療を必要とするリスクの高い新生児や重篤な小児患者等を専門的な医療機関に医師が同乗して搬送することについての評価を充実する。

第2 具体的な内容

1. NICU（新生児特定集中治療室管理料）について

NICUを評価した点数である新生児特定集中治療室管理料の評価を引き上げるとともに、NICU担当医師が小児科当直業務との兼務を行う場合の評価を新設し、NICUの確保を推進する。

また、NICU満床時に緊急受入れのために、やむを得ず、一時的に定員超過入院となるケースや、症状の増悪等により再入室するケースに配慮した評価とする。

(1) 新生児特定集中治療室管理料の評価の引き上げ

現 行	改定案
【新生児特定集中治療室管理料】 (1日につき) 8,500点	【新生児特定集中治療室管理料 ₁ 】 (1日につき) 10,000点 改

なお、総合周産期特定集中治療室管理料についても同様の評価の引上げを行う。

(2) 新生児特定集中治療室管理料 2 の新設



新生児特定集中治療室管理料 2 6,000 点（1 日につき）

[施設基準]

- ① 専任の医師が常時、当該医療機関内に勤務していること。
- ② 新生児特定集中治療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

(3) ハイリスク新生児受入れのための要件緩和

新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料について、満床時の緊急受入れのために一時的に定員超過入院となる場合や、症状の増悪による再入室する場合の算定要件を緩和する。

① 一時的な定員超過入院における算定

- ア) 満床時の緊急受入れ等、一時的にやむを得ず当該基準を満たすことが困難である場合は、助産師又は看護師の数が常時 4 : 1 以上を超えない範囲で、24 時間以内に常時 3 : 1 以上に調整すること。
- イ) 超過病床数は 2 床までとすること。

② 症状増悪時の再入室

症状増悪等により当該治療室に再入室した場合に再度算定できることとする。ただし、その際には前回の入室期間と通算して算定日数を計算する。

2. 救急搬送診療料について

新生児や小児の専門医療機関の連携によりハイリスク児の円滑な受入れを推進するため、救急搬送診療料の乳幼児加算の評価を引き上げるとともに、新生児加算を新設する。

現 行	改定案
【救急搬送診療料】（1回につき） 1,300点	【救急搬送診療料】（1回につき） 1,300点
	新生児加算 1,000点 ⑨
乳幼児加算 150点	乳幼児加算 500点 ⑩

N I C U入院患者等の後方病床の充実

骨子【重点課題 1－3－(1)】

第 1 基本的な考え方

N I C Uの満床状態の解消が周産期救急医療における課題となっていることから、N I C U入院中の患者等についての退院支援を評価する。

また、N I C Uの後方病床や在宅での療養へと円滑に移行することができるようN I C Uの後方病床等について評価の引上げを行う。

第 2 具体的な内容

1. 退院調整に係る評価の新設

N I C Uに入院する患者等に係る退院調整加算を新設する。

① 新生児特定集中治療室退院調整加算 300点（退院時1回）

[算定要件]

当該入院期間中に新生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（新生児集中治療室管理料の場合）の算定のある患者について、看護師又は社会福祉士が、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し、退院・転院に向けた支援を行った場合、退院時に算定する。

[施設基準]

退院調整部門が設置されており、当該部門について専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。

2. 新生児治療回復室（G C U）への受入れに対する評価の新設

N I C Uからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち、新生児治療回復室（G C U）について、新生児入院医療管理加算に代えて、新たな評価区分を新設する。



新生児治療回復室入院医療管理料

5,400点（1日につき）

[算定要件]

(1) 高度の先天奇形、低体温等の状態※にある新生児について、十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

※従来の新生児入院医療管理加算の算定対象と同様。

(2) NICUを算定した期間と通算して30日間を限度として算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ120日又は90日を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) 新生児特定集中治療室管理料を算定していること。
- (2) 専任の小児科の常勤医師が1名以上配置されていること。
- (3) 常時6対1以上の看護配置であること。

3. 超重症児（者）入院診療加算の見直し

超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。

(1) 超重症児（者）入院診療加算の評価の引き上げ

現 行	改 定 案
<p>【超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算】</p> <p>1 超重症児（者）入院診療加算</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 6歳未満の場合 600点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 6歳以上の場合 300点</p> <p>[対象患者の状態]</p> <p>(1) 超重症の状態</p>	<p>【超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算】</p> <p>1 超重症児（者）入院診療加算</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 6歳未満の場合 <u>800点</u> 改</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 6歳以上の場合 <u>400点</u> 改</p> <p>[対象患者の状態]</p> <p>(1) 超重症の状態</p>

手術料の適正な評価について

骨子【重点課題 1－4】

第1 基本的な考え方

我が国の外科手術の成績は国際的に高い水準にあるが、他の診療科と比較して負担が増加していることもあり、外科医師数は減少傾向にある。我が国における手術の技術水準を確保するため、手術料について重点的な評価を行う。なお、評価に当たっては、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）作成による「手術報酬に関する外保連試案」（以下「外保連試案」という。）の精緻化が進んでいるため、これを活用する。

また、先進医療専門家会議及び診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術の保険導入を行う。

第2 具体的な内容

1. 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

「外保連試案第7版」を活用し、外科系の診療科で実施される手術や小児に対する手術など、高度な専門性を要する手術をより高く評価する。

(1) 評価対象手術

外科系の診療科で実施される手術の評価には病院勤務医の負担軽減対策という観点もあることから、主として病院で実施している手術を優先して評価する。なお、病院で実施されることが多い手術を対象とすると、手術項目数全体の半分程度を評価することができる。

(2) 手術料の引き上げ

外保連試案においては、技術度・協力者数・所要時間等を勘案し、それぞれの技術に応じた費用が算出されている。こうしたデータを踏まえ、現行点数との乖離が大きい一方で高度な専門性を要すると分類されている技術度区分E及びDの手術について、それぞれ現行点数の50%増及び30%増とすることを目安としつつ、個別の点数差について

は外保連試案を用いて整合をとることとする。

(3) 小児に対する手術評価の引き上げ

現行上、3歳未満の小児に係る手術については乳幼児加算が認められているが、3歳以上6歳未満の小児についても同様に高度な技術が求められることから、加算の対象年齢を6歳未満に拡大する。

2. 先進医療技術に係る新規手術

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。

(導入された技術の例)

- ①腹腔鏡下肝部分切除術(肝外側区域切除術を含み、肝腫瘍に係るものに限る。)
- ②エキシマレーザーによる治療的角膜切除術(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
- ③膀胱水圧拡張術(間質性膀胱炎に係るものに限る。)

3. 新規保険収載提案手術の保険導入

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。

(導入された技術の例)

- ①肝門部胆管癌切除術(1 血行再建あり 2 血行再建なし)
- ②膵中央切除術
- ③バイパス術を併用した脳動脈瘤手術(※資料1参照)
- ④経皮的動脈形成術
- ⑤バルーンカテーテルによる大動脈遮断
- ⑥副咽頭間隙腫瘍摘出術
- ⑦脾温存膵体尾部切除術
- ⑧経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍)
- ⑨重度腹部外傷例に対するダメージコントロール手術
- ⑩肺動脈血栓内膜摘除術(※資料2参照)
- ⑪前置胎盤帝王切開術

地域医療を支える有床診療所の評価

骨子【重点課題 2 - 3 - (2)】

第 1 基本的な考え方

地域医療を支える有床診療所について、手厚い人員配置や後方病床機能等に対する評価を拡充する。

第 2 具体的な内容

1. 有床診療所入院基本料の再編成

手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設するとともに、有床診療所の実態を踏まえ、評価区分を見直す。

現 行	有床診療所入院基本料 1 (看護職員 5 人以上)	7 日以内	810 点
		8～ 14 日	660 点
		15～ 30 日	490 点
		31 日以上	450 点
	有床診療所入院基本料 2 (看護職員 1～ 4 人)	7 日以内	640 点
		8～ 14 日	480 点
		15～ 30 日	320 点
		31 日以上	280 点

改 定 案	有床診療所入院基本料 1 (看護職員 <u>7 人以上</u>)	<u>14 日以内</u>	<u>760 点</u>
		15～ 30 日	<u>590 点</u>
		31 日以上	<u>500 点</u>
	有床診療所入院基本料 2 (看護職員 <u>4～ 6 人</u>)	<u>14 日以内</u>	<u>680 点</u>
		15～ 30 日	<u>510 点</u>
		31 日以上	<u>460 点</u>
	有床診療所入院基本料 3 (看護職員 <u>1～ 3 人</u>)	<u>14 日以内</u>	<u>500 点</u>
		15～ 30 日	<u>370 点</u>
		31 日以上	<u>340 点</u>

改

2. 後方病床機能の評価

急性期医療及び在宅医療等に対する後方病床の機能を有する等、地域医療を支える有床診療所の機能を評価する。

(1) 初期加算の新設

地域医療を支える有床診療所における後方病床機能や在宅支援機能の評価として、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (1) を参照のこと。

(2) 医師配置加算の見直し

複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (2) を参照のこと。

(3) 重症児等の受入れの評価

有床診療所における重症児等の受入れを評価する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (3) を参照のこと。

がん診療連携拠点病院の評価

骨子【I-1-(1)】

第1 基本的な考え方

がん医療については、がん対策推進基本計画において、がん診療連携拠点病院が医療提供の拠点施設として位置付けられていることを踏まえ、がん診療連携拠点病院におけるカンサーボードの開催、院内がん登録の更なる充実も含めて、一層の評価を行う。

第2 具体的な内容

全てのがん診療連携拠点病院に対し、カンサーボードの設置や院内がん登録の実施が求められていることを踏まえ、質の高いがん診療の提供に対する一層の評価を行うため、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日)</p> <p style="text-align: right;">400点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. がん診療連携拠点病院であること。</p>	<p>【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日)</p> <p style="text-align: right;">500点 改</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. がん診療連携拠点病院であること。 2. <u>カンサーボードを設置しており、 看護師、薬剤師等の医療関係職種が参 加していることが望ましい。</u></p>

がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実

骨子【I-1-(1)】

第1 基本的な考え方

がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関の連携による一連の治療計画の整備が進んでいる。患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、こうした取組を評価する。

第2 具体的な内容

がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

① がん治療連携計画策定料（計画策定病院） 750点（退院時）

[算定要件]

がんと診断された患者で、がん診療拠点病院又は準ずる病院において、初回の手術・放射線治療・化学療法等のため入院した患者に対し、あらかじめ策定してある地域の医療機関との地域連携診療計画に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定する。

② がん治療連携指導料（連携医療機関） 300点（情報提供時）

[算定要件]

がん治療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定する。

がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実

骨子【I-1-(2)】

第1 基本的な考え方

1. 充実が求められている外来化学療法において、複雑化、高度化する外来化学療法に対応するため、評価を拡充する。また、外来化学療法の適応となる患者が要介護状態となり介護老人保健施設に入所する例も見られることから、老健施設入所者に対しても適切な化学療法を提供できるよう配慮する。
2. 放射線治療は、がん医療の中で重要な役割が期待されているが、放射線治療病室を用いるR I 治療法については、症例数の増加に反して施設数が減少しているため、治療待機者が増加している。そこで、放射線治療病室の拡充を図る観点から、更なる評価を行う。
3. がんと診断された患者が、診断内容、治療方針、予後等の説明を受けるときに、プライバシーの確保、精神的なケアに十分な配慮がなされた場合に評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 外来化学療法加算の評価の充実

- (1) 複雑化、高度化した外来化学療法に対応するため、外来化学療法加算の評価を引き上げる。

現 行			改定案		
イ	外来化学療法加算 1	500 点	イ	外来化学療法加算 1	<u>550点</u> 改
	15 歳未満の患者	700 点		15歳未満の患者	<u>750点</u> 改
ロ	外来化学療法加算 2	390 点	ロ	外来化学療法加算 2	<u>420点</u> 改
	15 歳未満の患者	700 点		15歳未満の患者	700点

(2) 介護老人保健施設入所者に対する抗悪性腫瘍剤注射薬の算定

外来化学療法加算 1 又は 2 の届出を行っている医療機関において、老健施設入所者に対して外来化学療法が行われた場合の抗悪性腫瘍剤と注射（手技料）の算定を可能とする。

2. 放射線治療病室管理加算の引き上げ

放射線治療病室を用いた治療に対する評価を拡充する。

現 行	改定案
【放射線治療病室管理加算】 (1日につき) 500点	【放射線治療病室管理加算】 (1日につき) 2,500点 ㊦

3. がん患者に対する丁寧な説明の評価

がんの診断及び治療方針の説明を行う際に、当該患者に対して多面的に配慮した環境で丁寧な説明を行った場合の評価を新設する。

㊦ がん患者カウンセリング料 500 点

[算定要件]

がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6か月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分に配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する。

緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価

骨子【I-1-(3)】

第1 基本的な考え方

がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるようにするため、外来におけるがんの疼痛コントロールを含めた緩和ケアの質の向上や入院における緩和ケア診療の充実、がんの疾患特性に配慮したリハビリテーション料を新設する。

第2 具体的な内容

1. 疼痛緩和ケアの充実

がんの疼痛緩和のためには、身体的苦痛のみならず、精神的苦痛、社会的苦痛等を考慮する必要があることから、がん性疼痛緩和指導管理料において、緩和ケアに係る研修を修了した医師による指導を要件とする。

現 行	改定案
<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】</p> <p>100点</p>	<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】</p> <p>100点</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</u></p> <p><u>ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年4月1日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会</u></p> <p><u>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等</u></p>

2. 入院における緩和ケア診療の評価の充実

緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、がん緩和ケアに携わる医師に対し、緩和ケアに関する研修を受けて診療に当たることを要件とするとともに、診療報酬上、さらなる評価を行う。

また、外部による医療機能の評価を受けていることとする要件について、見直しを行う。なお、緩和ケア病棟入院料についても同様に、要件の変更を行う。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】</p> <p style="text-align: right;">300 点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</p>	<p>【緩和ケア診療加算】</p> <p style="text-align: right;">400 点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) <u>がん診療連携拠点病院若しくは準じる病院又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けた施設であること。</u></p> <p>(2) <u>緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</u></p> <p style="padding-left: 2em;">ア <u>がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会</u></p> <p style="padding-left: 2em;">イ <u>緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等</u></p>

3. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る取組を評価する。

新 がん患者リハビリテーション料 200点（1単位につき）

[算定要件]

- (1) 対象者に対して、がん患者リハビリテーションに関する研修を終了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションが提供された場合に1単位として算定する。
- (2) がん患者に対してリハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成すること。
- (3) がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

[対象患者]

- (1) 食道がん・肺がん・縦隔腫瘍・胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん、大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式麻酔により手術が施行された又は施行される予定の患者
- (2) 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療あるいは閉鎖循環式麻酔による手術が施行された又は施行される予定の患者
- (3) 乳がんに対し、腋窩リンパ節郭清を伴う悪性腫瘍手術が施行された又は施行される予定の患者
- (4) 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移により当該入院中に患肢温存術又は切断術、創外固定又はピン固定等の固定術、化学療法もしくは放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
- (5) 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者で当該入院中に手術又は放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
- (6) 血液腫瘍により当該入院中に化学療法又は造血幹細胞移植を行う予定又は行った患者

- (7) がん患者であって、当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法を行う予定の患者又は行った患者
- (8) 緩和ケア主体で治療を行っている進行がん、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

[施設基準]

- (1) がん患者のリハビリテーションに関する経験（研修要件あり）を有する専任の医師が配置されていること。
- (2) がん患者のリハビリテーションに関する経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から2名が配置されていること。
- (3) 100 m²以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられていること。