中央社会保険医療協議会 総会（第 416 回）　議事次第

令和元年６月12日(水)　診療報酬基本問題小委員会終了後～
於　ＴＫＰ新橋カンファレンスセンター新館
ホール 11Ｄ（11 階）

議　題

〇科学的な根拠に基づく医療技術の評価の在り方について

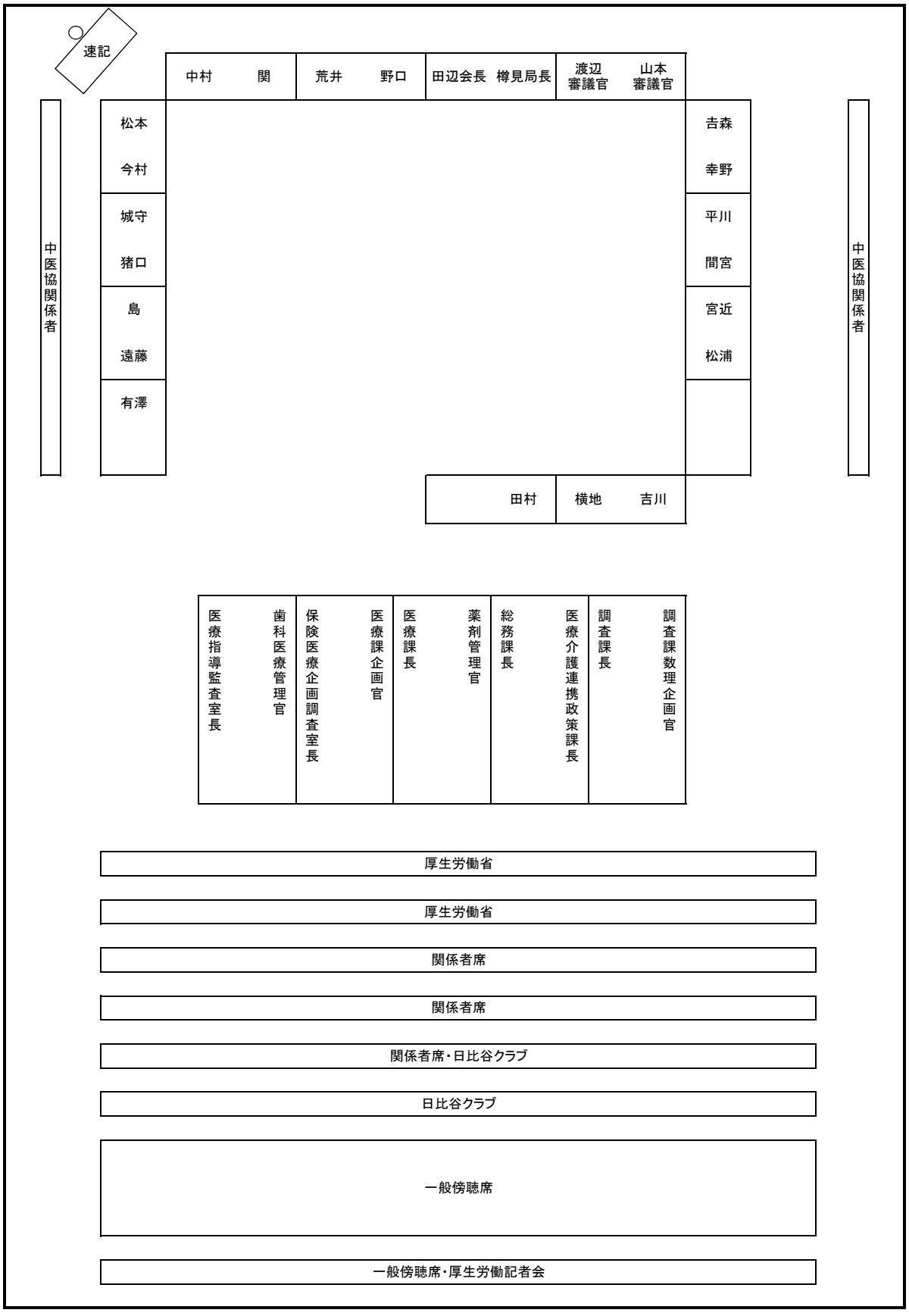
〇医療におけるＩＣＴの利活用について

〇診療報酬基本問題小委員会からの報告について

〇妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会からの
報告について

中央社会保険医療協議会　総会座席表

日時：令和元年6月12日（水）診療報酬基本問題小委員会終了後
会場：TKP新橋カンファレンスセンター 新館 ホール11D（11階）



中医協　総－１
元．６．１２

科学的な根拠に基づく

医療技術の評価の在り方について

科学的な根拠に基づく
医療技術の評価の在り方について

---

1. 新たな技術を保険適用する際の評価の在り方

2. 既に保険収載している技術の評価の在り方

3. 良質なエビデンスを創出するための環境整備の在り方
   (先進医療会議での検討・報告を含む)

1. 新たな技術を保険適用する際の評価の在り方

１．新たな技術を保険適用する際の評価の在り方

【現状・課題】

現状

○　革新的であるが非常に高額な医療技術の登場により、我が国の医療保険財政への影響が懸念される一方、医療の質を向上させていく上で、医療のイノベーションを適切に評価する仕組みが求められている。

○　平成３０年度診療報酬改定において、ロボット支援下内視鏡手術や粒子線治療といった高額な新規技術に対して、既存の技術と同等程度の有効性及び安全性があるとされたものは、診療報酬上は既存技術と同じ評価として保険適用を行った。

課題

課題１　新たな技術を保険適用する際、その技術の有効性及び安全性が既存の技術と同等であった場合に、診療報酬上どのような評価とするのが適当か。

医療技術評価分科会での医療技術評価について

○　医療技術評価分科会（以下、「分科会」という。）は、診療報酬体系の見直しに係る技術的課題のうち、特に医療技術の評価に関して専門的な調査及び検討を行う。

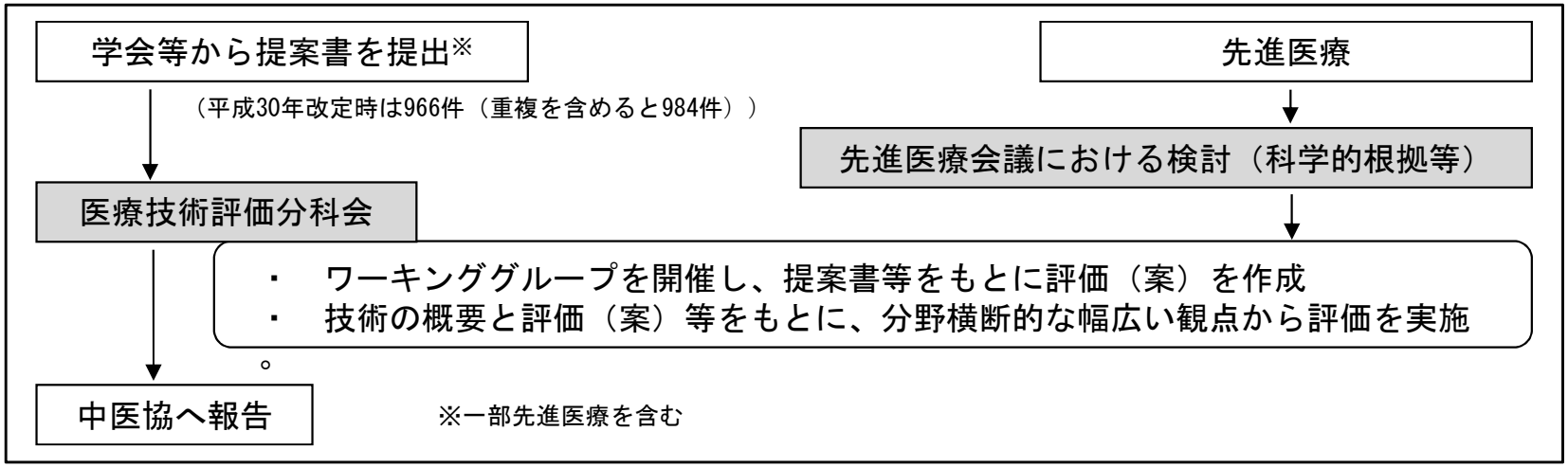
○　学会等から提出された医療技術に係る提案書に基づき、分科会において評価を行い、中央社会保険医療協議会に報告する。

【医療技術の評価方法】

- 学会等から提出された提案書については、学会ヒアリングでの意見聴取及び専門家によるワーキンググループでの検討を経て、分科会において評価。
- 先進医療として実施されている医療については、先進医療会議の検討結果を踏まえ、分科会において、保険適用の適否について幅広い観点から評価。

【評価対象】

- 報酬点数表（特掲診療料）に収載された技術として評価されている又はされることが適当な医療技術。
- アウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができる医療技術。
- 技術の実施にあたり使用する医薬品、医療機器又は対外診断薬等の薬事承認されている医療技術。



ロボット支援下内視鏡手術について

【平成28年度診療報酬改定までの対応 】

○いくつかのロボット支援下内視鏡手術（以下「ロボット手術」という。）については、先進医療として実施され、既存の腹腔鏡手術に対する優越性を示した技術については、以下のとおり保険適用してきた。

	先進医療 実施期間	保険適用時期	先進医療での評価	診療報酬 （類似技術*）
前立腺がん	平成22年10月～ 平成24年３月	平成24年4月	・血管損傷、直腸損傷の減少、断端陽性率の減少等、従来技術よりも良好な成績あり。	95,280点 （77,430点）
腎がん	平成26年９月～ 平成27年10月	平成28年4月	・腎機能温存、根治切除の割合で優越性あり。	70,730点 （64,720点）

（*ロボットを使用しない、既存の腹腔鏡手術）

【 平成30年度診療報酬改定での対応 】

○　平成30年度診療報酬改定において、保険適用されていないロボット手術については、既存技術と比較した優越性についての科学的根拠を示すことが困難な状況にあった。

○　このうち、既存の腹腔鏡手術と同等程度の有効性・安全性があるとされたものについては、当該技術と同じ診療報酬点数で保険適用することとした。

・胃がんについては先進医療として実施され、先進医療会議において既存技術と同等との評価がなされた。
・食道がんや肺がん等のその他のがん種については、医療技術評価分科会において、既存技術と同等と評価された。

○　内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準として、以下の要件を設けた。

・当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること
・当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、治療方針の決定及びレジストリへの登録等を行っていること

	平成30年度診療報酬改定において収載された 内視鏡手術用支援機器を用いる対象となる手術名
1	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 （肺葉切除又は1肺葉を超えるもの）
4	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
5	胸腔鏡下弁形成術
6	腹腔鏡下胃切除術
7	腹腔鏡下噴門側胃切除術
8	腹腔鏡下胃全摘術
9	腹腔鏡下直腸切除・切断術
10	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
11	腹腔鏡下膣式子宮全摘術
12	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）

粒子線治療について

【 先進医療としての実施 】

○粒子線治療については、陽子線治療が平成13年７月から、重粒子線治療が平成15年11月から、「限局性固形がん」を適応症とした高度先進医療として開始され、先進医療として実施されてきた。

○しかしながら、粒子線治療の既存放射線治療に対する優越性を評価するための十分なデータが集積されていない等の理由で、長期間にわたり先進医療として継続してきた。

【 平成28年度診療報酬改定での対応 】

○平成28年度診療報酬改定においては、これまでに集積されたデータ等に基づき、先進医療会議において、以下の適応症に対しては既存治療と比較して優越性を有すると評価され、保険適用がなされた。

	がん種	診療報酬
陽子線治療	・小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る）	23万7500点 （・各種加算込み ・一連のものとして算定）
重粒子線治療	・切除困難な骨軟部腫瘍	

【 平成30年度診療報酬改定での対応 】

・平成30年度診療報酬改定においては、前立腺がんについては、既存の放射線治療*と同等程度の有効性及び安全性を有すると評価されたため、当該技術と同じ診療報酬点数で保険適用することとした。

・一方で、切除非適応の骨軟部腫瘍、頭頸部悪性腫瘍に対する粒子線治療については、既存技術に対する優越性が示されたため、当該技術を上回る診療報酬点数で保険適用した。

（*現在保険適用されている、放射線治療の１つ（強度変調放射線治療　IMRT；intensity- modulated radiotherapy））

	既存治療を上回る十分な科学的根拠がある疾患（23万7500点）**	既存の放射線治療と同等の効果の疾患（16万点）**
陽子線治療	・切除非適応の骨軟部腫瘍 ・頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭扁平上皮がんを除く）	・限局性前立腺がん
重粒子線治療	・頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭扁平上皮がんを除く）	・限局性前立腺がん

（**いずれも各種加算込み、一連のものとして算定した場合の報酬）

新たな技術を保険適用する際の評価の在り方

【論点】

課題１

○　医療技術評価分科会において、既存の技術と同等程度の有効性及び安全性があるとされた医療技術については、平成３０年度診療報酬改定の考え方と同様に、今後も診療報酬上においては同等の評価として保険適用を行うことについて、どう考えるか。

２．既に保険収載している技術の評価の在り方

①既存技術の再評価について
②指針、ガイドラインについて
③新しい知見の蓄積や検査法の普及について

２．既に保険収載している技術の評価の在り方

【現状・課題】

２－①　既存技術の再評価について

【現状】

○　既存の技術と同程度の有効性及び安全性があるとされた技術について、平成３０年度改定では診療報酬上同等の評価とした。一方、関連学会等からはこれらの医療技術について診療報酬上の評価を検討すべきとの意見がある。

○　保険収載後に得られた新たなエビデンスに基づく再評価については、すでに医療技術評価分科会における既収載技術の再評価、特定保険医療材料の使用成績を踏まえた再評価（チャレンジ申請）及び費用対効果評価制度の一部などにおいても行う仕組みがある。

【課題２－①】

○　既存技術と有効性等が同等として保険収載された医療技術について、保険収載後に有効性等のエビデンスが得られた場合に、再評価をどのように行うかが課題である。

２－②　指針、ガイドラインについて

【現状】

○　これまで、個々の医療技術の有効性及び安全性を確保するための方策のひとつとして、保険診療における算定留意事項や施設基準において、関連学会等が定める指針やガイドライン等を遵守することを規定してきた。

○　こうした指針やガイドラインについては、新たな知見が得られた場合には学会等により必要な見直しが行われ、結果として保険診療の質が確保されていると考えられるが、現時点では見直しの状況について必ずしも把握できていない。

【課題２－②】

○　関連学会等による指針やガイドライン等の見直しの現状について、十分把握できていないことが課題である。

２．既に保険収載している技術の評価の在り方

２－③　新たな知見の蓄積や検査法の普及について

【現状】

○　医療技術の進歩や新たな知見の集積等によって、保険適用時とは異なる有効性・安全性の評価がなされ、ガイドラインや実際の診療における位置づけが変化している技術が存在している。

○　検査については、同一の測定項目に対して様々な検査法があり、その精度によって検査結果に乖離がある場合がある。また、新規技術による検査法の普及により、臨床的有用性が変化した検査も存在する。

【課題２－③】

○　保険適用時には有用と考えられていたものの、その後に得られた知見に基づき、ガイドラインや実臨床における位置付けが変化した技術が存在しており、これらの診療報酬上の取り扱いが課題である。

２．既に保険収載している技術の評価の在り方

①既存技術の再評価について
②指針、ガイドラインについて
③新しい知見の蓄積や検査法の普及について

医療技術評価分科会での医療技術評価について（再掲）

○　医療技術評価分科会（以下、「分科会」という。）は、診療報酬体系の見直しに係る技術的課題のうち、特に医療技術の評価に関して専門的な調査及び検討を行う。

○　学会等から提出された医療技術に係る提案書に基づき、分科会において評価を行い、中央社会保険医療協議会に報告する。

【医療技術の評価方法】

・　学会等から提出された提案書については、学会ヒアリングでの意見聴取及び専門家によるワーキンググループでの検討を経て、分科会において評価。

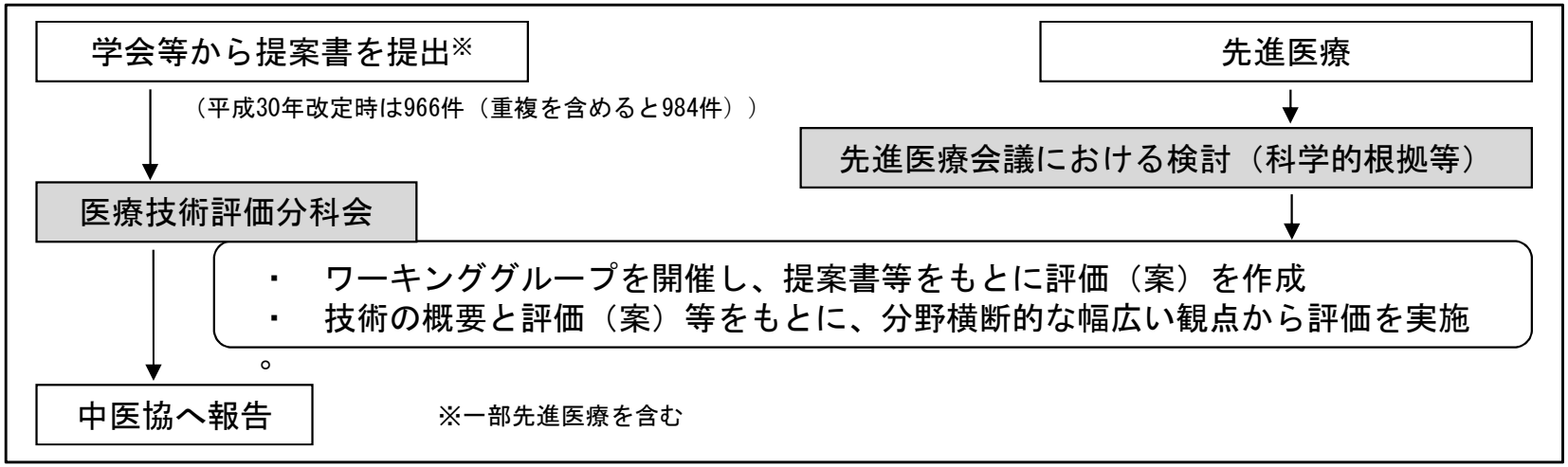
・　先進医療として実施されている医療については、先進医療会議の検討結果を踏まえ、分科会において、保険適用の適否について幅広い観点から評価。

【評価対象】

・　報酬点数表（特掲診療料）に収載された技術として評価されている又はされることが適当な医療技術。

・　アウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができる医療技術。

・　技術の実施にあたり使用する医薬品、医療機器又は対外診断薬等の薬事承認されている医療技術。



保険収載後のエビデンス集積に対する学会の取り組み

○　既存技術と比較した優越性についての科学的根拠を示すことが困難であるが、既存の技術と同等程度の有効性及び安全性があるとされたものについては、関連学会においても、以下のように保険収載後のエビデンス集積の努力が行われている。

ロボット支援手術による学会指針に関して　（抜粋）
（日本内視鏡外科学会　http://www.jses.or.jp/pdf/robot_support_20181018.pdf）

○　平成30 年度の診療報酬改定により、別表の内視鏡手術用支援機器（以下、「ロボット支援手術」という。）を使用する12 術式について保険適用が決定し、これらを施行するための施設基準が定められました。
○　つきましては、日本内視鏡外科学会として、ロボット支援手術の質と安全性の確保のため、別表に該当する**ロボット支援手術の術前症例登録**を進めていきたいと考えております。
○　厚生労働省からの各種通知では、別表に該当するロボット支援手術（12 術式）を実施する際、**「関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること」**と記されています。
○　日本内視鏡外科学会理事会及びロボット支援手術検討委員会で審議を重ねた結果、当該12 術式に関しては、手術実施前に一般社団法人**National Clinical Database（以下、「NCD」という）に術前症例登録を行うことを必須条件**と決定しました。

関連学会においてレジストリ登録等によってデータ集積を行っている医療技術の例

1	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
3	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	4	胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
5	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	6	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
7	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	8	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	10	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
11	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	12	腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
13	腹腔鏡下肝切除術	14	腹腔鏡下膵切除術
15	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）		

平成30年度改定における新制度（チャレンジ申請）

使用実績を踏まえた評価が必要な製品に対する対応

- 保険医療材料には、長期に体内に埋植するものや、革新性の高い技術を伴うもの等があり、保険収載までの間に最終的な評価項目を検証することが困難な場合がある。
- このような使用実績を踏まえた評価が必要な製品に対して、製品導入時には評価できなかった部分について、使用実績を踏まえて保険収載後に新規機能区分の該当性について再度評価を行うことができる仕組み（チャレンジ申請）を新設する。

（保険収載までの間に真の臨床的有用性の検証が困難な例）

生体吸収性冠動脈ステント

：従来の金属製ステントが体内に遺残するのに対して、約3年で生分解し消失する特徴を有する。



生分解し、消失することのメリットはさらに長期経過後にあることが想定される。

- 長期経過後のイベントの低減
- 再治療時の治療選択肢の温存　等

諸外国におけるエビデンスが必ずしも十分でない高額医療技術等への対応

○　諸外国においても、高額な医療技術であって、有効性等のエビデンスが必ずしも十分でないものについては、（一部もしくは全患者を対象に）公的に償還した上で、エビデンスを収集し、一定期間後に再度評価をし直すシステムが導入されている。
○　技術へのアクセスと科学的評価を両立するための制度として、欧米を中心に広がっている（Coverage with evidence development、Conditional financing、Managed access scheme/agreementなど様々な呼称がある。）
○　多くの諸外国では、特定の評価機関が医療技術の再評価の役割を担っている。

		アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ	カナダ（オンタリオ州）	スイス	スウェーデン	オランダ
開始年		2005年	2016年（Cancer Drug Fund）	2009年	2004年	2003年	1996年	2009年	2012年
評価機関		Centers for Medicare & Medicade Services（CMS）	National Institute for Health and Care Excellence（NICE）	Haute Autorité de Santé（HAS）	Institut für Qualiatät und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	Health Quality Ontario（HQO）	医療技術評価を行う特定の機関はない	Tandvårds- och läkemedelsförmåns Verket（TLV）	Zorginstituut Nederland（ZIN）
目的実施理由		エビデンスの構築	有効性のデータ不足	革新的技術への患者アクセスの確保	イノベーションの促進	革新的技術の償還の補助	革新的技術への患者アクセスの確保	有効性のデータ不足	患者アクセスの改善
対象	医薬品	×	○	×	×	×	×	○	○
	医療機器医療技術	○	×	○	○	○	○	○	×
選定基準		明確な基準なし（CMSの選定）	NICEのTAで不確実性等の観点から判断	エビデンスが不足している	エビデンスが不足している	保険財政への影響が大きい（HQOの選定）	エビデンスが不足している	エビデンスが不足している（TLVの選定）	病院用医薬品のうち、効果の不確実性が高い（ZINの選定）
これまでの実施品目数		15-20品目	26品目	ー	4品目	ー	40品目	ー	49品目（2006-2012）

（※）国立保健医療科学院調べ、フランス、カナダ、スウェーデンについて、実施品目数は不明。

２．既に保険収載している技術の評価の在り方

①既存技術の再評価について
②指針、ガイドラインについて
③新しい知見の蓄積や検査法の普及について

算定留意事項や施設基準等において言及している主な指針やガイドライン等

・TTF の適正な使用に関する指針
・遺伝学的検査の実施に関する指針
・「骨髄微小残存病変量測定」検査施設の認定に関する学会方針
・QCWS参考プロトコル集
・MRI検査時の鎮静に関する共同提言
・エックス線CT被ばく線量管理指針
・HAL 医療用下肢タイプ　適正使用ガイド
・乳癌診療ガイドライン（総論　（外科療法・乳房再建・ID20760））
・形成外科診療ガイドライン
・植込み型排尿・排便制御用スティミュレーター（仙骨神経刺激装置）に関する適正使用基準
・ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン
・緑内障診療ガイドライン(第4版)
・形成外科診療ガイドライン
・顎変形症診療ガイドライン
・形成外科診療ガイドラインシリーズ（７．）
・ロボット支援下内視鏡手術導入に関する指針
・心臓外科におけるダビンチ支援手術のための指針
・弁尖間クリッピング式の経皮的僧帽弁接合不全修復システムに関する適正使用指針
・IMPELLAの適正使用指針
・ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について
・泌尿器腹腔鏡下小切開（ミニマム創内視鏡下）手術ガイドライン
・ロボット支援下内視鏡手術導入に関する指針
・消化器外科領域ロボット支援下内視鏡手術導入に関する指針
・日本移植学会倫理指針
・肝移植ガイドライン
・生体肝提供手術に関する指針
・日本移植学会倫理指針
・生体小腸移植実施指針
・ロボット支援下内視鏡手術導入に関する指針
・消化器外科領域ロボット支援下内視鏡手術導入に関する指針
・日本移植学会倫理指針
・生体腎移植ガイドライン
・前立腺肥大症診療ガイドライン（2011年版）
・泌尿器腹腔鏡手術ガイドライン2014年版
・前立腺癌診療ガイドライン2016年版

・産科婦人科内視鏡手術ガイドライン2013年版（第2版）
・子宮体がん治療ガイドライン 2018年版　第4版
・子宮頸癌治療ガイドライン2017年版
・性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第4版改）
・「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）
平成９年法律第104号平成29年12月26日一部改正
・ヒト臓器移植に関する指針　1991年5月13日
・国際移植学会倫理指針　1994年
・日本移植学会倫理指針　2012年9月20日
・生体腎移植実施までの手順
・腎臓採取マニュアル
・生体腎移植のドナーガイドライン
・生体腎移植ガイドライン
・腎移植後サイトメガロウイルス感染症の診療ガイドライン2011
・ABO 血液型不適合腎移植におけるリツキシマブ脱感作療法ガイド
・クリオプレシピテート 作製プロトコール2016年10月
・遠隔放射線治療計画支援ガイドライン
・院内DOTSガイドライン（改訂第 2 版）
・rt-PA（アルテプラーゼ）静注療法適正治療指針
・高齢者総合的機能評価ガイドライン
・急性中毒標準診療ガイド
・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-
・がん疼痛薬物療法ガイドライン
・新版がん緩和ケアガイドブック
・ペースメーカー、ICD,CRTを受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン
・喘息予防・管理ガイドライン2018
・糖尿病治療ガイド
・外部放射線治療におけるQuality Assuaranceシステムガイドライン2000
・肥満症診療ガイドライン2016
・高齢者肥満症ガイドライン
・在宅血液透析管理マニュアル
・経肛門的自己洗腸の適応及び指導管理に関する指針
・咳嗽に関するガイドライン
・多項目遺伝子関連検査の実施指針
・24 時間血圧計の使用（ＡＢＰＭ）基準に関するガイドライン

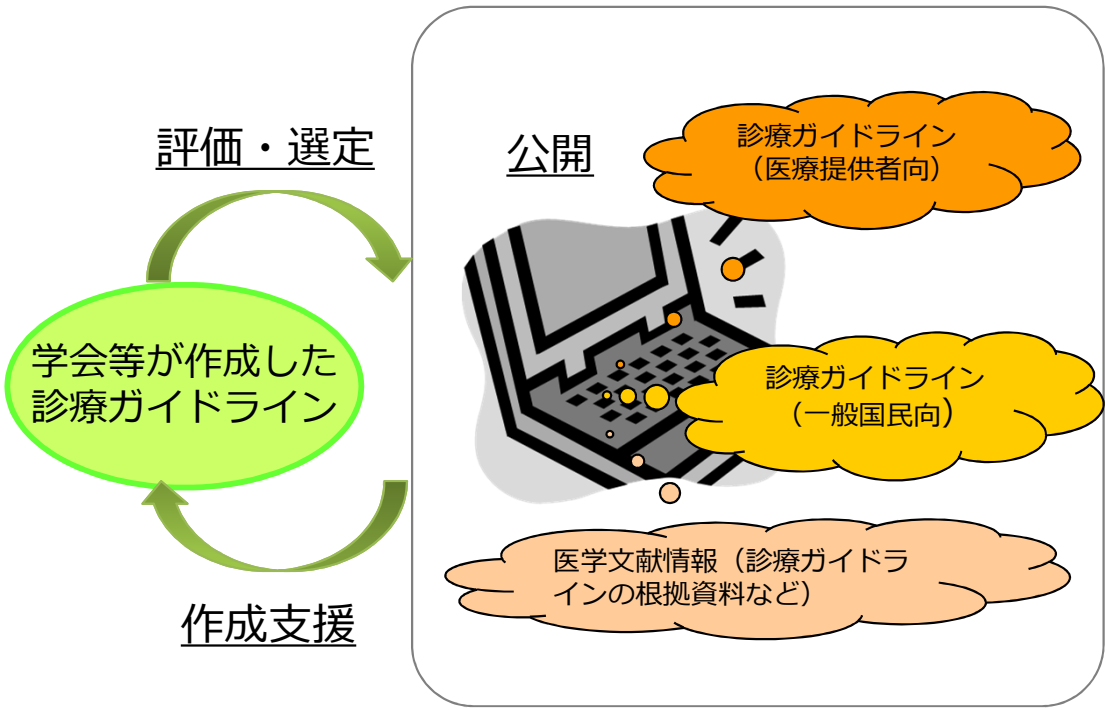
・脳脊髄液漏出症画像判断基準・画像診断基準
・HAL 医療用下肢タイプ適正使用ガイド
・ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン
・経皮血管的脳血栓回収用機器適正使用指針
・植込み型排尿・排便制御用スティミュレーター（仙骨神経刺激装置）に関する適正使用基準
・ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン
・白内障手術併用眼内ドレーン使用要件等基準
・網膜再建術の指針
・生体部分肺移植ガイドライン
・非ＳＴ上昇型急性冠症候群ガイドライン
・安定冠動脈疾患における待機的ＰＣＩのガイドライン（2011 年改訂版）
・虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011 年改訂版）
・ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン
・経皮的カテーテル心筋冷凍焼灼術に関するステートメント（改定）
・ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について
・ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン
・子宮体癌取扱い規約　病理編　第4版
・子宮頸癌治療ガイドライン2017年版
・ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン
・強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）ガイドライン
・放射線治療計画ガイドライン2012
・密封小線源治療の診療・物理ＱＡガイドライン
・輸血によるGVHD予防のための血液に対する放射線照射ガイドライン V
・デジタル病理画像を用いた病理診断のための手引き

EBM(根拠に基づく医療)普及推進事業（Minds）

良質な医療提供体制を確保するため、
- 科学的根拠に基づいた診療ガイドラインをあらたに作成する際の技術支援の実施
- 国際的な評価基準に基づき診療ガイドラインの科学的評価を行った上で、一定の水準を満たした診療ガイドラインをインターネットにおいて公開
- 医療現場における診療ガイドラインの利活用促進

等の取り組みを通して「根拠に基づく医療(Evidence Based Medicine)」推進を図る。
平成31年3月末時点で、475の診療ガイドラインを掲載している。

*EBMとは「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義できる実践的な手法



医療従事者に対して
- EBMに基づく診療ガイドライン等最新の医療情報を提供
- 専門領域以外の疾患等についても最新の医学的知見の入手が可能
- へき地や多忙な医師に対し、医療情報面での支援



患者・国民に対して
- 疾患や治療法等の理解を通じて患者満足度向上
- インフォームドコンセント推進、信頼できる医療提供実現



学会等に対して
- 学会等への診療ガイドラインの作成のための支援



厚労科研費・学会等で作成された診療ガイドライン等について、
EBMの手法で作成されたか等を評価した上で、医療提供者や患者・国民に情報提供を行う。

Mindsガイドライン及び評価ツールについて

○　EBM普及推進事業Mindsでは、日本で公開された診療ガイドラインを収集し、評価選定の上、著作者の許諾のもとMindsガイドラインライブラリに順次掲載。

○　ガイドラインの質のばらつきの改善のために、The AGREE Next Steps ConsortiumによりAGREE評価表が開発され、ガイドライン作成過程における作成手法の厳密さと透明性を評価するツールとして利用可能。（現在、改訂版のAGREE Ⅱ 評価表が利用可能）



6領域について評価

領域1. 対象と目的	当該ガイドライン全体の目的、取り扱う健康上の問題、対象集団に関する事項。 （目的や健康上の問題や対象集団（患者、一般市民など）の具体的記載）
領域2. 利害関係者の参加	ガイドラインが適切な関係者により作成されているか、ガイドラインの利用者として想定した人々の意向をどの程度反映するものであるか。 （関係する専門家の代表の参加、対象集団（患者、一般市民など）の価値観や希望）
領域3. 作成の厳密さ	エビデンスの収集と統合に用いられた手順・推奨を導きだす方法・改訂に関する事項。 （系統的な方法、選択基準の明確さ、エビデンスの強固さや限界についての記載等）
領域4. 提示の明確さ	ガイドラインの言葉遣い、構成や形式に関する事項。 （推奨が具体的、患者の状態等に応じて異なる選択肢が示される等）
領域5. 適用可能性	ガイドラインの導入にあたっての阻害因子と促進因子、ガイドラインの利用を促す戦略、ガイドラインの適用に際しての資源に関する事項 （ガイドライン適用にあたっての促進・阻害因子の記載や、推奨の適用のための助言・ツールの提供等）
領域6. 編集の独立性	推奨作成が利益相反により不正に偏っていないかどうかに関する事項。 （資金提供者の見解がガイドラインの内容に影響していない、利益相反の記録及び適切な対応がなされている等）

Minds診療ガイドライン作成マニュアル

○　診療ガイドラインは、診療ガイドラインは、診療上の重要度の高い医療行為について、エビデンスのシステマティックレビューとその総体評価、益と害のバランスなどを考慮して、患者と医療者の意思決定を支援するための推奨を提示する文書。

○　Mindsでは、国際的な診療ガイドライン作成方法であるGRADE system等を参考に、我が国において望ましいと考えられる方法の提案として、診療ガイドライン作成マニュアルを公開。

Minds診療ガイドライン作成マニュアル2017の主な内容

第１章　診療ガイドライン総論
第２章　準備
第３章　スコープ
第４章　システマティックレビュー
第５章　推奨
第６章　最終化
第７章　診療ガイドライン公開後取り組み

診療ガイドラインの改訂のタイミングについて、一般的に診療ガイドラインやシステマティックレビューの有効性が確保される期間は概ね５年程度であることを踏まえ、ガイドラインの改訂についても同等の期間（３～４年）が目安とされている。



※ただし、Mindsで取り扱っているのは診療ガイドラインであり、これに該当しないものは原則として評価等の対象外である。

２．既に保険収載している技術の評価の在り方

①既存技術の再評価について
②指針、ガイドラインについて
③新しい知見の蓄積や検査法の普及について

検査法を標準化すべき検査の一例

血清アルブミン測定の標準化に関する提言 （日本臨床検査医学会 2019年4月25日）

最も基本的な生化学検査の一つである血清アルブミンに関して、その標準化を推進し、検査結果の互換性を高めるため、我が国の全ての検査施設においてBCP改良法をアルブミン測定法として採用すべきである

D007 1 アルブミン 11点

アルブミンの定量はbromocresol green(BCG)法、もしくはbromocresol purple(BCP)改良法と呼ばれる、色素がアルブミンに結合することでスペクトル変化が生じることを利用した比色法に基づく自動解析法が用いられている。

BCG法はアルブミンだけでなくグロブリン、特に急性相反応物質と反応するため、各種の病態で偽高値を示すという大きな欠点を有しており、精確なアルブミン測定ができない。一方、BCP改良法はアルブミンに対する高い特異性を示す。

血清アルブミンが3.5 g/dL以下の場合では、BCG法はBCP改良法に比べ0.2～0.5 g/dLほど高い値が出る。

以上のように、BCG法とBCP改良法では血清アルブミン値が乖離するため、医療機関が変わると測定値に継続性がなくなってしまう。

【アルブミン値が診療に影響する疾患例】

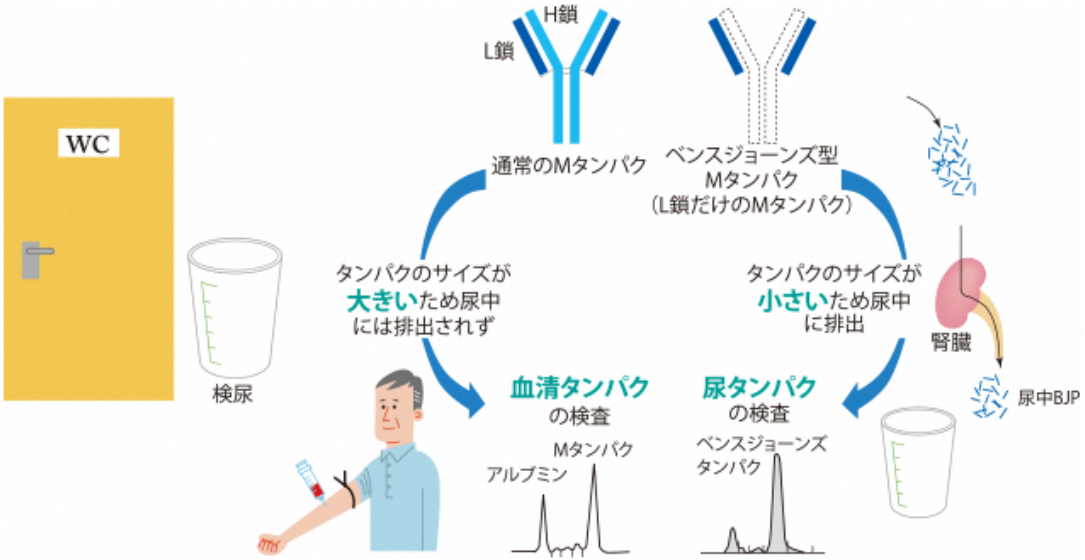
- 成人ネフローゼ症候群
  尿蛋白量 3.5g/日以上、低アルブミン血症（血清アルブミン3.0g/dL以下）の両所見を認めることが必須条件

- 肝硬変のChild-Pugh分類（肝硬変の程度を示す指標）
  血清アルブミン 3.5g/dL超（1点）、2.8～3.5g/dL（2点）、2.8g/dL未満（3点）

臨床的有用性が低下した検査の一例

D001　2　Bence Jones蛋白定性（尿）　9点

旧来、Bence Jones蛋白定性（尿）は多発性骨髄腫のBence Jones型において、本疾患の診断や治療効果判定の目的に尿中のM蛋白の同定に用いられていた。しかし、以前より本定性検査は感度が低く、これらの目的で用いられることはなく、現在は免疫電気泳動法（D015　22　Bence Jones蛋白同定（尿）　203点）が用いられている。



※　M蛋白は骨髄腫細胞が産生する免疫機能を持たない（役に立たない）抗体であり、M蛋白が臓器に沈着すると臓器機能が低下する。Bence Jones蛋白という特殊なM蛋白が尿中に排出される病型がある（ Bence Jones型）。

【日本血液学会　造血器腫瘍ガイドライン2018年版】

多発性骨髄腫（一部抜粋）

表2　治療前検査一覧
M蛋白の同定と定量
蛋白分画（血清、尿）、24時間尿蛋白定量
免疫電気泳動（血清、尿）、または免疫固定法
免疫グロブリン定量（IgG,IgA,IgDmIgM,IgE）
血清遊離軽鎖定量及びκ/λ比

表3　治療効果判定のために必要な検査
M蛋白測定のための検査
・血清M蛋白量は、血清蛋白電気泳動（serum protein electrophoresis:SPEP）を行いdensitomeryで定量する。
・尿中M蛋白量は、24時間尿の尿蛋白電気泳動（urine protein electrophoresis:UPEP）法で測定する。

診療ガイドラインにおいて位置づけが変化した医療技術の一例

急性膵炎に対する持続血液浄化療法については、診療ガイドラインで推奨される病態を限定している一方、診療報酬ではとくに病態を限定した要件とはなっていない。

○ 診療報酬での評価

J038-2　持続緩徐式血液濾過（1日につき）1880点
（2） 持続緩徐式血液濾過は、腎不全のほか、重症急性膵炎、重症敗血症、劇症肝炎又は術後肝不全（略）の患者に対して算定できる。

○ 急性膵炎診療ガイドライン 2015（抜粋）
（日本腹部救急医学会、日本肝胆膵外科学会、日本膵臓学会、日本医学放射線学会）

8 血液浄化療法

CQ35 CHF/CHDF はいつ，どんな膵炎に導入すべきか？

十分な初期輸液にもかかわらず，循環動態が安定せず，利尿の得られない重症例や ACS 合併例に対しては CHF/CHDF を導入すべきである。
推奨度 1，エビデンスレベル C

上記以外の重症急性膵炎における有用性は明らかではなく，ルーチンでの使用は推奨されない。
推奨度 2，エビデンスレベル C

※CHF　:持続血液濾過　　CHDF :持続血液透析濾過

臨床上実施されていない技術や評価項目への対応について

○　これまでの診療報酬改定においても、既に別の医療技術に置き換わり、臨床上実施されていない技術や評価項目については，医療技術評価分科会での検討や材料の改訂に併せて、削除を行い、診療報酬点数表の簡素化が行われている。
○　過去、直近三回の診療報酬改定における主な削除項目は、以下のとおり。

評価項目の削除

○平成26年度診療報酬改定

D007 3　遊離脂肪酸
D007 4　前立腺酸ホスファターゼ（PAP）
K502-2　縦隔切開術（肋骨切断によるもの、傍胸骨又は傍脊柱によるもの）
K623　静脈形成術、吻合術（指の静脈）
M032（歯科）ブリッジ修理

○平成28年度診療報酬改定

D006-2　全血凝固時間
D006-31　フィブリノペプチド
D007-1　膠質反応（ZTT，TTT）
D301　気管支鏡検査、気管支カメラ
K351　上顎洞血瘤腫手術
K721-2　内視鏡的大腸ポリープ切除術
K743-3　脱肛根治手術
K604　植込型補助人工心臓（拍動流型）
C115　内視鏡的大腸ポリープ切除術
K743-3　在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料

○平成30年度診療報酬改定

K043-2　骨関節結核瘻孔摘出術
K043-3　骨髄炎手術（骨結核手術を含む）。）
K052-2　多発性軟骨性外骨腫摘出術
K052-3　多発性骨腫摘出術
K084 1　四肢切断術　肩甲帯
K667-3　腹腔鏡下食道噴門部縫縮術
K781-2　ピンハンマー式尿路結石破砕術

経過措置のあるもの（平成32年３月31日まで）

D006 2　トロンボテスト
D006-3 2 mRNA定量（１以外のもの）
D007 9　ムコ蛋白
D007 24　膵分泌性トリプシンインヒビタ（PSTI）
D009 6　前立腺酸ホスファターゼ抗原（PAP）

既に保険収載している技術の評価の在り方

【論点】

課題　２－①

○　既に保険収載されている医療技術については、診療報酬改定時にその時点で得られているエビデンスを基に、診療報酬点数や要件（適用範囲、施設要件等）を再評価することとなる。

○　新たなエビデンスを医療技術評価分科会で評価するにあたり、必要に応じて、中立的な立場から行われた専門的な評価を活用するなどの方策を検討してはどうか。

課題　２－②

○　保険収載されている医療技術の有効性及び安全性を確保する観点から、算定留意事項や施設基準等で言及している指針やガイドライン等については、関連学会等の協力の下、更新時期や新たな知見が反映されているか等の現状把握が必要ではないか。

課題　２－③

○　既に保険収載されている医療技術については、医療の質の向上及び診療報酬点数表の簡素化等の観点から、新規技術の開発や新たな知見の集積等に伴い、評価を見直すことについてどう考えるか。

○　例えば、より精度の高い検査法が普及したため臨床的有用性が低下した検査の評価について、どう評価するのが適当か。

○　また、臨床上実施されていない医療技術・検査や、ガイドラインでの取り扱いが変更となった医療技術については、学会からの報告等をもとに、分科会での検討も踏まえ、項目の見直しや削除を行うことについてどう考えるか。

３．良質なエビデンスを創出するための環境整備の在り方

(先進医療会議における検討・報告を含む)

３．良質なエビデンスを創出するための環境整備の在り方

【現状と課題】

現状

○　近年、保険収載後の実臨床で得られたデータを活用し、エビデンスを構築していく取組みが増えつつある。

○　平成３０年度診療報酬改定においては、ロボット支援下内視鏡手術や性別適合手術の保険収載に当たり、症例登録（レジストリ）に参加する等の要件を設けた。

課題

課題３　先進的な新規医療技術の中には、有効性に関するエビデンスが十分でないために保険収載時には既存技術と同等程度として評価されるものもある。その有効性等を確認する観点から、保険収載後にどのようにデータを集積し、エビデンスを構築することができるかが課題である。

実臨床で得られたデータ及びその活用について（現状）

○　実臨床で得られたデータ、すなわち臨床研究や治験等の研究の枠組みではなく、実際の医療で得られたデータ（患者情報、疾患・症状に関する情報、処置・投薬に関する情報、検査結果等）(※)を活用したエビデンスの構築が求められている。

○　現在、国内でも実臨床で得られたデータを利活用する取組が進められており、こうしたデータ及びその活用方法として、現在は主に以下の２種類が存在する。

①　医療記録データの二次的利用
- ・NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）、DPCデータ
- ・PMDAによる医療情報データベース（MID-NET）など

②　疾患登録等によるデータの利用
- ・学会等が構築運営する疾患登録（レジストリ）
- ・厚生労働省によるクリニカル・イノベーション・ネットワーク(CIN)構想など

（※）リアルワールドデータ(RWD)とよび、RWDから得られたエビデンスを
リアルワールドエビデンスという

保険収載後のエビデンス集積に対する学会の取り組み（再掲）

○　既存技術と比較した優越性についての科学的根拠を示すことが困難であるが、既存の技術と同等程度の有効性及び安全性があるとされたものについては、関連学会においても、以下のように保険収載後のエビデンス集積の努力が行われている。

ロボット支援手術による学会指針に関して　（抜粋）
（日本内視鏡外科学会　http://www.jses.or.jp/pdf/robot_support_20181018.pdf）

○　平成30 年度の診療報酬改定により、別表の内視鏡手術用支援機器（以下、「ロボット支援手術」という。）を使用する12 術式について保険適用が決定し、これらを施行するための施設基準が定められました。
○　つきましては、日本内視鏡外科学会として、ロボット支援手術の質と安全性の確保のため、別表に該当する**ロボット支援手術の術前症例登録**を進めていきたいと考えております。
○　厚生労働省からの各種通知では、別表に該当するロボット支援手術（12 術式）を実施する際、**「関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること」**と記されています。
○　日本内視鏡外科学会理事会及びロボット支援手術検討委員会で審議を重ねた結果、当該12 術式に関しては、手術実施前に一般社団法人**National Clinical Database（以下、「NCD」という）に術前症例登録を行うことを必須条件**と決定しました。

関連学会においてレジストリ登録等によってデータ集積を行っている医療技術の例

1	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
3	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	4	胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
5	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	6	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
7	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	8	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	10	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
11	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	12	腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
13	腹腔鏡下肝切除術	14	腹腔鏡下膵切除術
15	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）		

性別適合手術の保険適用（平成30年度診療報酬改定）

- 性同一性障害者に対する性別適合手術について、性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインに基づき、一定の基準を満たす施設において施行される場合に限って、保険適用とする。

［対象となる手術］

MTF（male to female）に対する手術
（1） 精巣摘出術
（2） 陰茎全摘術
（3） 尿道形成手術（前部尿道）
（4） 会陰形成術
（5） 造膣術

FTM（female to male）に対する手術
（1） 子宮全摘術（腹腔鏡下手術を含む）
（2） 子宮附属器腫瘍摘出術（腹腔鏡下手術を含む）
（3） 尿道下裂形成術
（4） 陰茎形成術
（5） 乳房切除術

［施設基準］
(1) 当該保険医療機関に、性同一性障害学会が認定する常勤又は非常勤の医師が1名以上配置されていること。
(2) 当該保険医療機関において、当該手術の一定の実績を有していること。
(3) **性同一性障害学会の規定するレジストリに登録していること。**
(4) 日本精神神経学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」を遵守していること。

学会等が構築・運営する疾患登録レジストリの例

平成30年５月９日第２回
医薬品医療機器制度部会
資料１－１

現状

○　我が国において、疾患情報や患者情報等の収集を目的して、数多くの疾患登録レジストリが構築されてきているほか、それらのネットワーク（CIN）の整備も進んでいる。

○　また諸外国においても疾患情報レジストリを含むリアルワールドデータ※（RWD）に関するデータベース整備が進んでいる。

※代表的なレジストリを例示

ＣＩＮにおける構築支援

- 再生医療等製品 **NRMD**（日本再生医療学会）
- 補助人工心臓 **J-MACS**（日本胸部外科学会）
- がん **SCRUM-Japan**（国立がん研究センター）
- 筋ジストロフィー等 **Remudy**（国立精神・神経医療研究センター）
- カテーテル大動脈弁治療 **TAVI Registry**（経カテーテル的大動脈弁置換術関連学会協議会）
- 内視鏡検査・治療 **JED Project**（日本再生医療学会）
- 脳神経外科入院患者 **JND**（日本脳神経外科学会）
- 筋萎縮性側索硬化症 **JaCALS**（名古屋大学）
- 心臓血管外科手術 **JCVSD**（日本心臓血管外科手術データベース機構－日本心臓血管外科学会学他）
- 手術・外科系治療 **NCD**（National Clinical Database－外科系諸学会）
- 糖尿病 **J-DREAMS**（国立国際医療研究センター/日本糖尿病学会）
- 希少がん **MASTER　KEY**（国立がん研究センター）

※　ここでいうリアルワールドデータとは、臨床試験とは異なり、実臨床の環境において収集された各種データを指す。

（1）③　リアルワールドデータの充実

クリニカル・イノベーション・ネットワーク（ＣＩＮ）について

平成30年4月13日
未来投資会議　推進会合
「健康・医療・介護」会合資料より

医薬品・医療機器開発を取り巻く環境の変化

○　新薬、新医療機器等の**開発コストが世界的に高騰**　※１新薬当たり約3千億円との試算あり

○　開発の低コスト化、効率化を狙い、**疾患登録システム（患者レジストリ）を活用する新たな臨床開発手法**が登場

▶　国立がん研究センターの取組「SCRUM-Japan」：全国のネットワーク病院でがん患者のゲノムスクリーニングを行い、そのデータを集約し、疾患登録システムに登録。希少がん患者の治験組入れ等を効率化

▶　各ナショナルセンター(NC)、大学病院等でも平成26年から疾患登録システムの構築を開始

そこで

□　**効率的な創薬のための環境整備を進めるため、NCや学会等が構築する疾患登録システムなどのネットワーク化を行うＣＩＮ**を構築、拡充

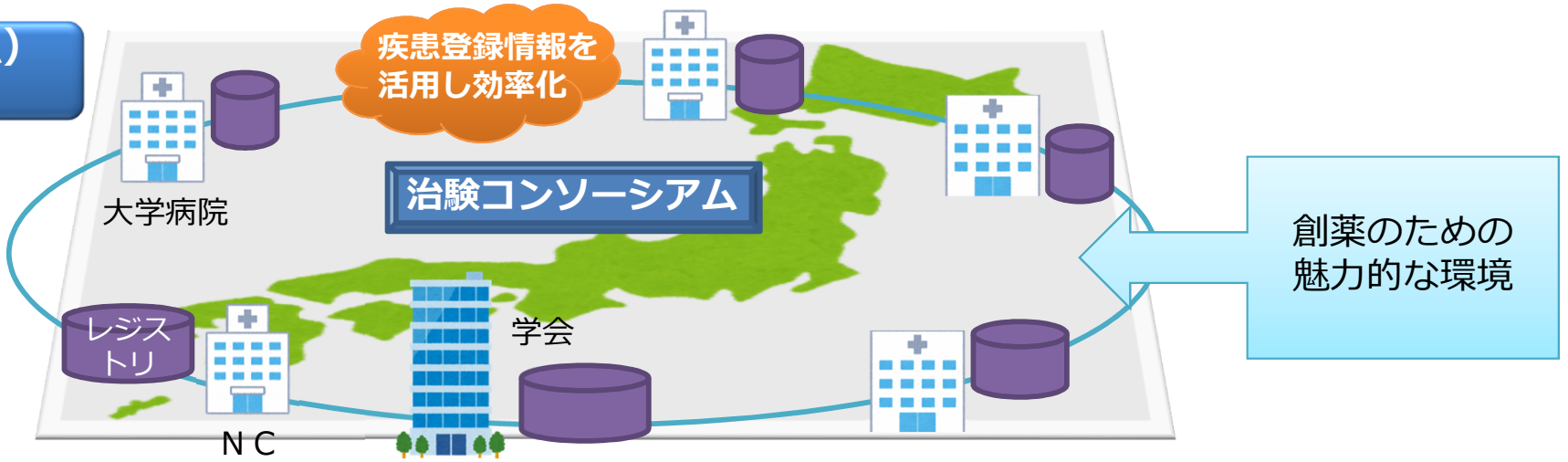
ＣＩＮ構想

具体的には　関係機関のネットワークを構築し、**産学連携による治験コンソーシアム**を形成

疾患登録情報を活用した効率的な治験・市販後調査・臨床研究の体制構築を推進

□　これらの取組により、我が国発の医薬品・医療機器等の開発を促進するとともに、海外メーカーを国内開発へ呼び込む

ＣＩＮ（構想）のイメージ

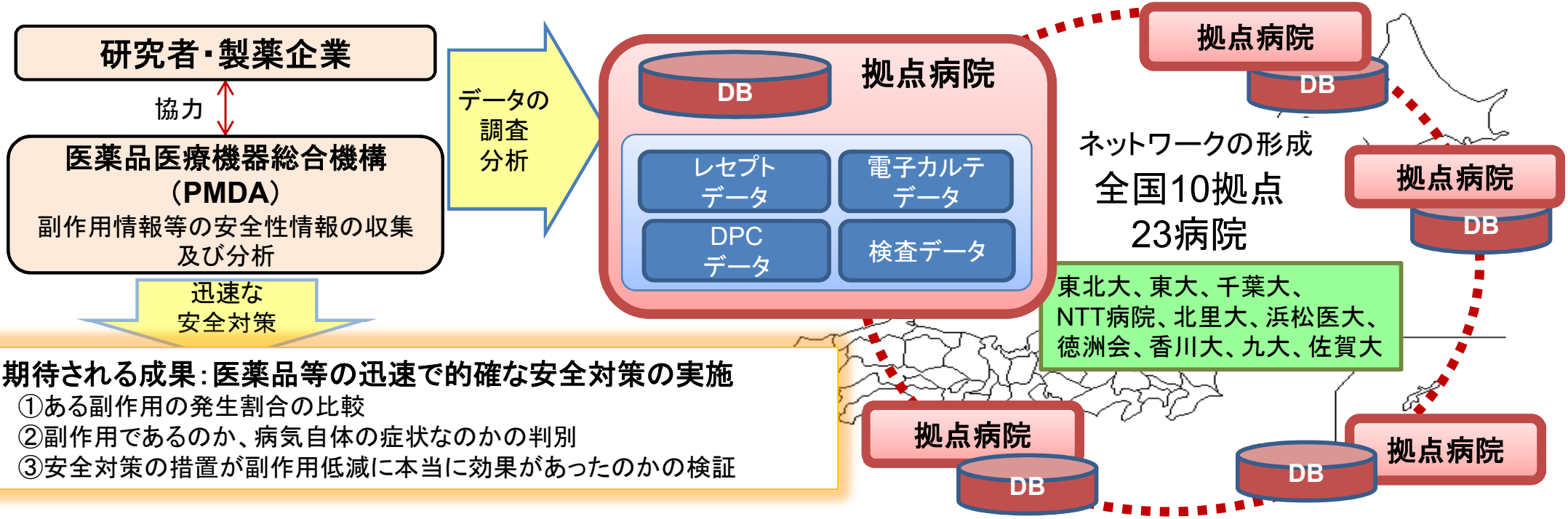


医療情報データベース（MID-NET）推進事業

平成30年5月9日第2回
医薬品医療機器制度部会
資料1－1

現状

○　薬剤疫学的手法の活用により医薬品等の安全対策を高度化するため、大規模な医療情報の収集・解析を行うデータベースシステム「MID-NET」を構築し、平成30年度より本格的な運営を開始。



期待される成果：医薬品等の迅速で的確な安全対策の実施
①ある副作用の発生割合の比較
②副作用であるのか、病気自体の症状なのかの判別
③安全対策の措置が副作用低減に本当に効果があったのかの検証

【これまでの経過と今後の予定】
●平成22年4月　：「薬害再発防止のための医薬品行政等の見直しについて（最終提言）」の公表
●平成23年度～：医療ビッグデータの活用により、現在の副作用報告制度の限界を補い、薬剤疫学的手法による医薬品等の安全対策を推進することを目的として、本事業を開始。
●平成25年度～：集積したデータの正確性及び網羅性を保証するためのデータ検証（バリデーション）事業を開始。
●平成27年度～：行政、協力医療機関によるシステムの試行運用を開始。
●平成27年度～：本格運用に向けた利活用ルール、運営に係る費用負担の枠組み等を検討会において検討中。
●平成30年度4月：システムを本格運用。製薬企業や研究者等による利活用も可能とする。

良質なエビデンスを創出するための環境整備の在り方

【論点】

課題３

○　先進的な医療技術であって、保険収載時にエビデンスが必ずしも十分でないとされるものについては、保険収載後にデータやエビデンスを集積し、その有効性や安全性を確認するため、レジストリへの登録を算定要件とする等の対応を行うことについてどう考えるか。

先進医療の見直しについて

（先進医療会議における検討・報告）

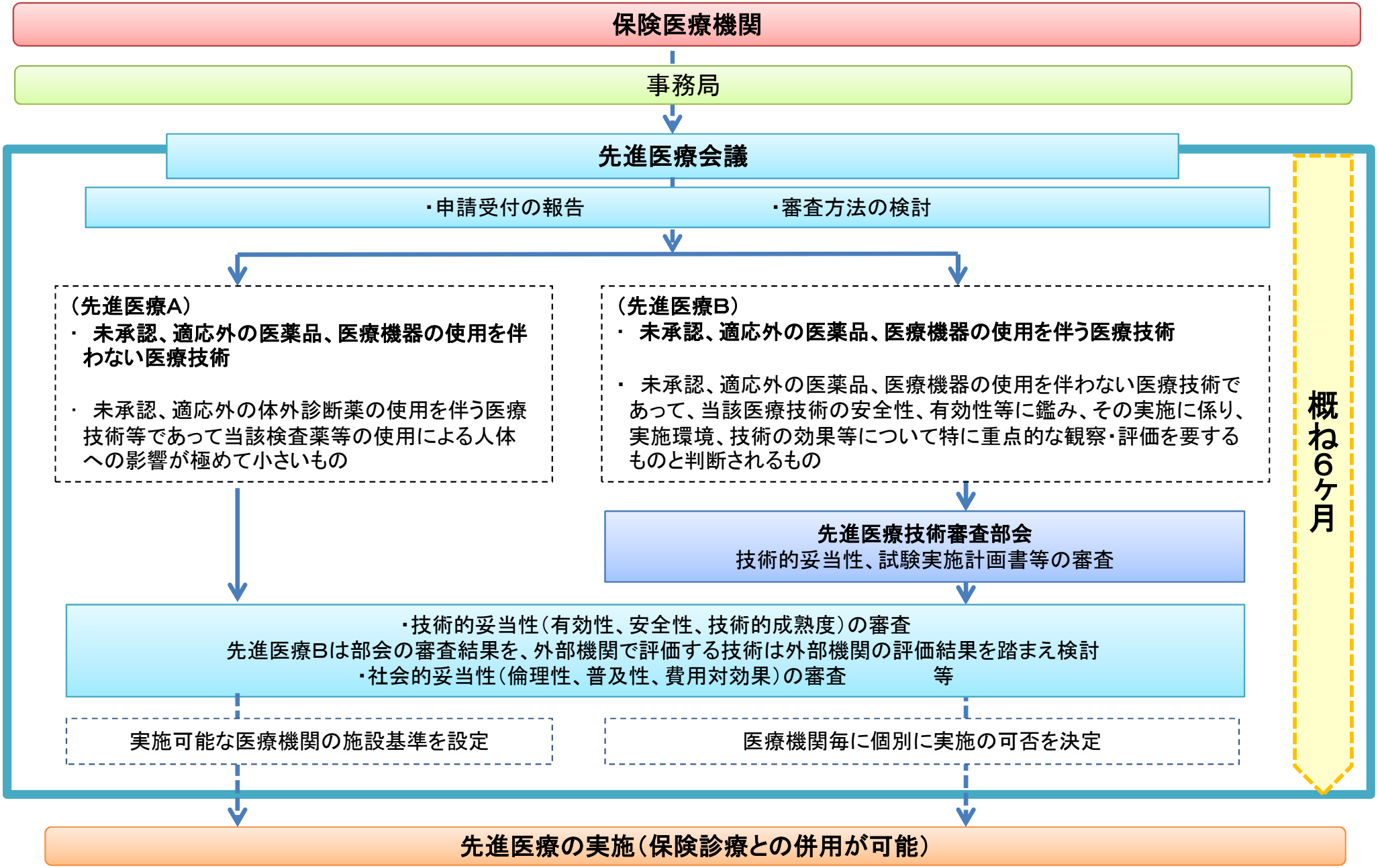
【現状と課題】

○　先進医療においては、未だ保険診療の対象に至らない新しい医療技術等を対象として、保険診療と保険外診療との併用を認め、将来的な保険導入のための評価が行われている。

○　一方、国民の臨床研究に対する信頼の確保を図ることを通じてその実施を推進し、もって保健衛生の向上に寄与することを目的として、平成30年４月より臨床研究法が施行された。

○　これを受け、先進医療Ｂとして申請される技術の多くが認定臨床研究審査委員会（CRB）で審査されることとなったが、認定臨床研究審査委員会（CRB）と先進医療技術審査部会の審査項目が重複しているとの指摘がある。両制度の整合性を図りつつ、先進医療Ｂに係る審査を迅速化・効率化していくことが求められている。

先進医療実施の流れ


保険医療機関
事務局
先進医療会議
・申請受付の報告
・審査方法の検討
（先進医療A）
・ 未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴わない医療技術
・ 未承認、適応外の体外診断薬の使用を伴う医療技術等であって当該検査薬等の使用による人体への影響が極めて小さいもの
（先進医療B）
・ 未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴う医療技術
・ 未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴わない医療技術であって、当該医療技術の安全性、有効性等に鑑み、その実施に係り、実施環境、技術の効果等について特に重点的な観察・評価を要するものと判断されるもの
先進医療技術審査部会
技術的妥当性、試験実施計画書等の審査
・技術的妥当性（有効性、安全性、技術的成熟度）の審査
先進医療Bは部会の審査結果を、外部機関で評価する技術は外部機関の評価結果を踏まえ検討
・社会的妥当性（倫理性、普及性、費用対効果）の審査 等
実施可能な医療機関の施設基準を設定
医療機関毎に個別に実施の可否を決定
概ね6ヶ月
先進医療の実施（保険診療との併用が可能）

臨床研究法に基づく臨床研究実施の流れ



研究責任医師が、実施計画・研究計画書等を認定臨床研究審査委員会（CRB）に提出



国が認定した認定臨床研究審査委員会（CRB）が実施計画・研究計画書等を審査



厚生労働大臣に実施計画を届出（認定臨床研究審査委員会（CRB)の意見書を添付）
jRCT（Japan Registry of Clinical Trial）への登録・公開により行う



研究責任医師が特定臨床研究を実施
⇒以下の事項について遵守することを義務付け

- ◎**適切なインフォームド・コンセントの取得**
- ◎**記録の作成・保存**
- ◎**研究対象者の秘密の保持**

◎**臨床研究実施基準**
- 臨床研究の実施体制・構造設備に関する事項
- モニタリング・監査の実施に関する事項
- 健康被害の補償・医療の提供に関する事項
- 製薬企業等との利益相反管理に関する事項　等

＜上記の手続に違反した場合の対応＞

立入検査・報告徴収

→ 改善命令 →（保健衛生上の危害の発生又は拡大防止のために必要と認めるとき）→ 研究の全部又は一部の停止命令 →

→ 緊急命令（研究の停止等）→（検査の忌避・虚偽報告の場合）→

→ 罰則

先進医療B技術に係る審査項目の比較（概要）

○　認定臨床研究審査委員会（CRB）と先進医療技術審査部会の審査項目は重複しているものの、認定臨床研究審査委員会（CRB)では将来的な保険導入を目指すという視点からの審査は行われないため、先進医療技術審査部会での一定の審査は引き続き必要と考えられる。

審査項目	認定臨床研究審査委員会（CRB）	先進医療技術審査部会	先進医療会議
実施体制	○	○	－
倫理的観点	○	○	－
試験実施計画	○ ※ただし、生物統計学者による評価は必須でない	○	－
実施医療機関の適格性	○	○	－
将来的な保険導入を目指す観点からの評価	－	○	－
社会的妥当性・効率性・将来の保険収載の必要性の観点からみた保険給付との併用の適否	－	－	○

認定臨床研究審査委員会（CRB）で承認された先進医療B技術に係る審議の流れ（案）



先進医療Bの迅速審査の対象となる申請医療機関及び認定臨床研究審査委員会（CRB）（案）

１．対象とする申請医療機関

○　臨床研究実施体制を担保する観点から、以下の医療機関から申請された臨床研究を対象としてはどうか。

・特定機能病院（※１）
・国立高度専門医療研究センター（※２）

２．対象とする認定臨床研究審査委員会（CRB）

○　審査の質を担保する観点から、上記の医療機関からの申請に基づき、次の医療機関（※３）に設けられた認定臨床研究審査委員会（CRB）で承認された臨床研究を対象としてはどうか。

・臨床研究中核病院（※４）

○　なお、他の認定臨床研究審査委員会（CRB）への対象拡大については、別途、先進医療会議及び先進医療技術審査部会において、その要件等について検討することとしてはどうか。

（※１）特定機能病院とは、医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

（※２）国立高度専門医療研究センターは、国民の健康に重大な影響のある特定の疾患等に係る調査、研究及び技術の開発や医療の提供、これらを担う人材育成等を実施する。

（※３）大学病院の場合は、当該大学に設置された認定臨床研究審査委員会（CRB)も含む。

（※４）国が年1回の立入調査を実施している。

臨床研究中核病院一覧　（平成31年４月1日時点）

	都道府県名	医療機関名
1	東京	国立がん研究センター中央病院
2	宮城	東北大学病院
3	大阪	大阪大学医学部附属病院
4	千葉	国立がん研究センター東病院
5	愛知	名古屋大学医学部附属病院
6	福岡	九州大学病院
7	東京	東京大学医学部附属病院
8	東京	慶應義塾大学病院
9	千葉	千葉大学医学部附属病院
10	京都	京都大学医学部附属病院
11	岡山	岡山大学病院
12	北海道	北海道大学病院

特定機能病院一覧　（平成31年４月1日時点）

	都道府県名	医療機関名
1	北海道	旭川医科大学病院
2	北海道	札幌医科大学附属病院
3	北海道	北海道大学病院
4	青森県	弘前大学医学部附属病院
5	岩手県	岩手医科大学附属病院
6	宮城県	東北大学病院
7	秋田県	秋田大学医学部附属病院
8	山形県	山形大学医学部附属病院
9	福島県	公立大学法人福島県立医科大学附属病院
10	茨城県	筑波大学附属病院
11	栃木県	自治医科大学附属病院
12	栃木県	獨協医科大学病院
13	群馬県	群馬大学医学部附属病院
14	埼玉県	埼玉医科大学病院
15	埼玉県	防衛医科大学校病院
16	千葉県	千葉大学医学部附属病院
17	千葉県	国立研究開発法人国立がん研究センター東病院
18	東京都	杏林大学医学部付属病院
19	東京都	慶應義塾大学病院
20	東京都	公益財団法人がん研究会有明病院
21	東京都	国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院
22	東京都	国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院
23	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院
24	東京都	昭和大学病院
25	東京都	帝京大学医学部附属病院
26	東京都	東京医科歯科大学医学部附属病院
27	東京都	東京医科大学病院
28	東京都	東京慈恵会医科大学附属病院
29	東京都	東京大学医学部附属病院
30	東京都	東邦大学医療センター大森病院
31	東京都	日本医科大学付属病院
32	東京都	日本大学医学部附属板橋病院
33	神奈川県	北里大学病院
34	神奈川県	公立大学法人横浜市立大学附属病院
35	神奈川県	聖マリアンナ医科大学病院
36	神奈川県	東海大学医学部付属病院
37	新潟県	新潟大学医歯学総合病院
38	富山県	富山大学附属病院
39	石川県	金沢医科大学病院
40	石川県	国立大学法人金沢大学附属病院
41	福井県	福井大学医学部附属病院
42	山梨県	山梨大学医学部附属病院
43	長野県	信州大学医学部附属病院
44	岐阜県	国立大学法人岐阜大学医学部附属病院
45	静岡県	静岡県立静岡がんセンター
46	静岡県	浜松医科大学医学部附属病院
47	愛知県	愛知医科大学病院
48	愛知県	名古屋市立大学病院
49	愛知県	名古屋大学医学部附属病院
50	愛知県	藤田医科大学病院
51	三重県	三重大学医学部附属病院
52	滋賀県	滋賀医科大学医学部附属病院
53	京都府	京都大学医学部附属病院
54	京都府	京都府立医科大学附属病院
55	大阪府	大阪医科大学附属病院
56	大阪府	大阪市立大学医学部附属病院
57	大阪府	大阪大学医学部附属病院
58	大阪府	関西医科大学附属病院
59	大阪府	近畿大学医学部附属病院
60	大阪府	国立研究開発法人国立循環器病研究センター
61	大阪府	地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター
62	兵庫県	神戸大学医学部附属病院
63	兵庫県	兵庫医科大学病院
64	奈良県	公立大学法人奈良県立医科大学附属病院
65	和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院
66	鳥取県	鳥取大学医学部附属病院
67	島根県	島根大学医学部附属病院
68	岡山県	川崎医科大学附属病院
69	岡山県	岡山大学病院
70	広島県	広島大学病院
71	山口県	山口大学医学部附属病院
72	徳島県	徳島大学病院
73	香川県	香川大学医学部附属病院
74	愛媛県	愛媛大学医学部附属病院
75	高知県	高知大学医学部附属病院
76	福岡県	九州大学病院
77	福岡県	久留米大学病院
78	福岡県	産業医科大学病院
79	福岡県	福岡大学病院
80	佐賀県	佐賀大学医学部附属病院
81	長崎県	長崎大学病院
82	熊本県	熊本大学医学部附属病院
83	大分県	大分大学医学部附属病院
84	宮崎県	宮崎大学医学部附属病院
85	鹿児島県	鹿児島大学病院
86	沖縄県	琉球大学医学部附属病院

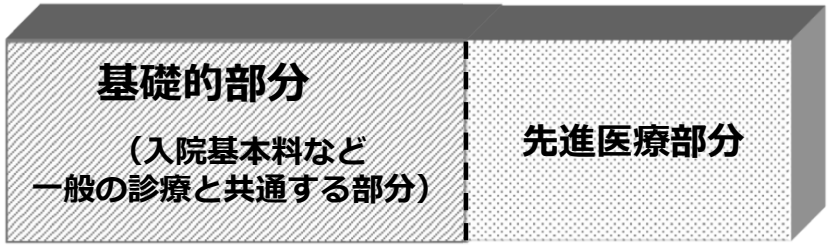
参考資料

先進医療について

先進医療とは

○ 未だ保険診療として認められていない先進的な医療技術のうち、**安全性、有効性等を個別に確認したものについて、保険診療と保険外診療との併用を認め将来的な保険導入に向けた評価を行う**。
○ 入院基本料など一般の診療と共通する部分（基礎的部分）については保険が適用され、先進医療部分は患者の自己負担。
○ 個別の医療技術が先進医療として認められるためには、**先進医療会議で安全性、有効性等の審査を受ける必要**があり、実施する医療機関は厚生労働大臣への届出又は承認が必要。

仕組み（概要）



実施状況

（先進医療の実施状況：令和元年５月時点）

技術数	**94**技術（A：29技術、B：65技術）
実施医療機関数	**1,886**医療機関

（先進医療から保険導入された技術数）

	累計（平成18年4月～平成30年4月）
保険導入された技術数	**103**技術（一部保険適用含む。）

○先進医療A
・未承認の医薬品等の使用を伴わない医療技術　等
○先進医療B
・未承認の医薬品等の使用を伴う医療技術
・未承認の医薬品等の使用を伴わない医療技術のうち、重点的な観察・評価を要するもの　（移植医療・再生医療等）

臨床研究法の概要

臨床研究法の概要

臨床研究の実施の手続、認定臨床研究審査委員会による審査意見業務の適切な実施のための措置、臨床研究に関する資金等の提供に関する情報の公表の制度等を定めることにより、臨床研究の対象者をはじめとする国民の臨床研究に対する信頼の確保を図ることを通じてその実施を推進し、もって保健衛生の向上に寄与することを目的とする。

臨床研究法の内容

1．臨床研究の実施に関する手続

（1）特定臨床研究（※）の実施に係る措置

① 以下の特定臨床研究を実施する者に対して、モニタリング・監査の実施、利益相反の管理等の実施基準の遵守及びインフォームド・コンセントの取得、個人情報の保護、記録の保存等を義務付け。

※ 特定臨床研究とは

- 薬機法における未承認・適応外の医薬品等の臨床研究
- 製薬企業等から資金提供を受けて実施される当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究

② 特定臨床研究を実施する者に対して、実施計画による実施の適否等について、厚生労働大臣の認定を受けた認定臨床研究審査委員会の意見を聴いた上で、厚生労働大臣に提出することを義務付け。

③ 特定臨床研究以外の臨床研究を実施する者に対して、①の実施基準等の遵守及び②の認定臨床研究審査委員会への意見聴取に努めることを義務付け。

（2）重篤な疾病等が発生した場合の報告

特定臨床研究を実施する者に対して、特定臨床研究に起因すると疑われる疾病等が発生した場合、認定臨床研究審査委員会に報告して意見を聴くとともに、厚生労働大臣にも報告することを義務付け。

（3）実施基準違反に対する指導・監督

① 厚生労働大臣は改善命令を行い、これに従わない場合には特定臨床研究の停止等を命じることができる。

② 厚生労働大臣は、保健衛生上の危害の発生・拡大防止のために必要な場合には、改善命令を経ることなく特定臨床研究の停止等を命じることができる。

2．製薬企業等の講ずべき措置

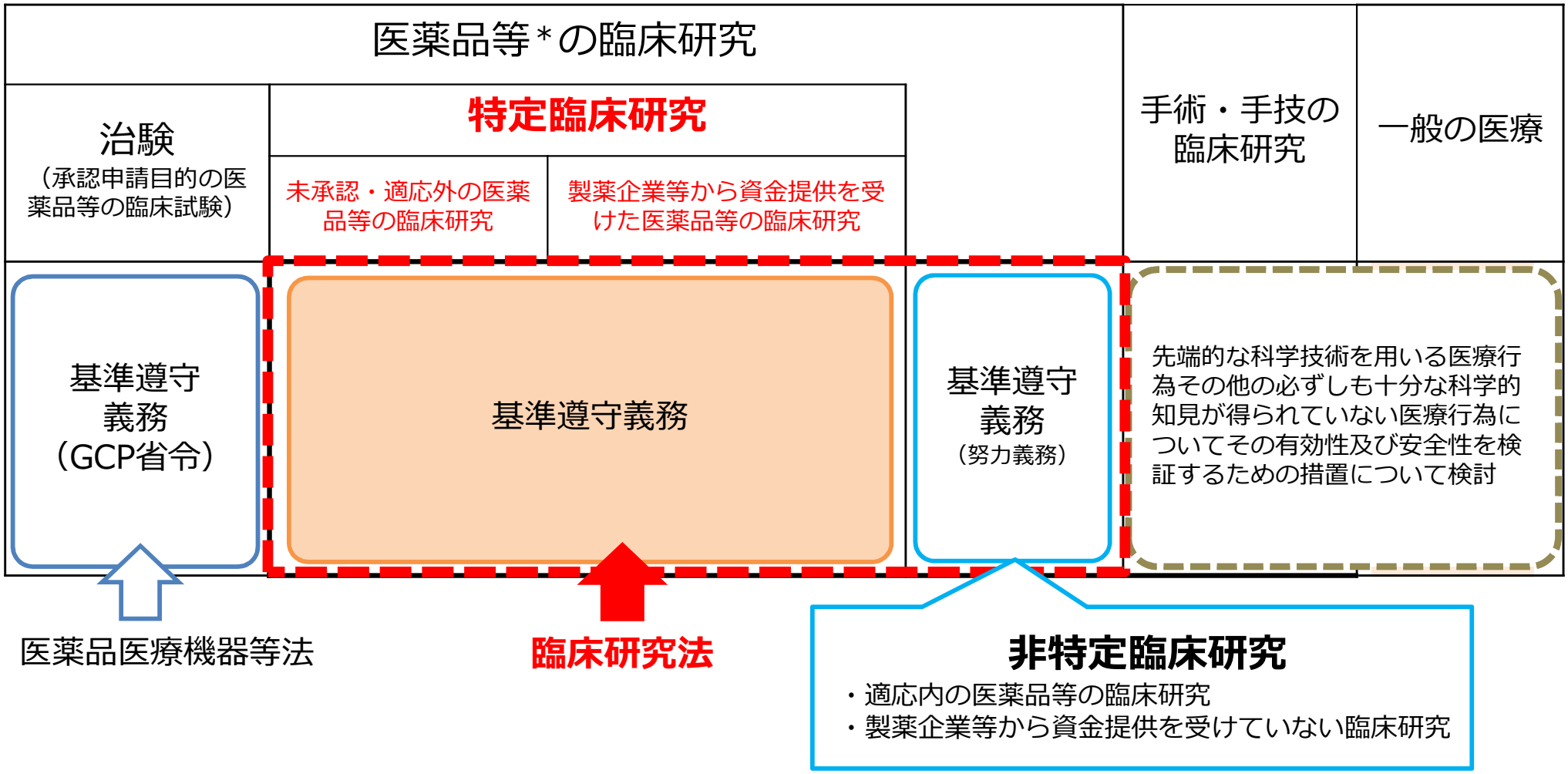
① 製薬企業等に対して、当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究に対して資金を提供する際の契約の締結を義務付け。

② 製薬企業等に対して、当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究に関する資金提供の情報等（※詳細は厚生労働省令で規定）の公表を義務付け。

施行期日

公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日

臨床研究法の対象範囲



＊医薬品等：医薬品、医療機器、再生医療等製品

第12回　臨床研究部会	参考資料3 改
令和元年5月8日	

臨床研究法の施行状況について

令和元年5月7日現在

○jRCT （Japan Registry of Clinical Trial）での公表状況

臨床研究法		臨床研究法以外（治験等）	合計
特定臨床研究	非特定臨床研究		
1140	50	19	**1209**

○認定臨床研究審査委員会（CRB）数

国立大学法人	学校法人	独立行政法人	地方独立行政法人
39	20	11	10
特定非営利活動法人	**一般社団法人 一般財団法人**	**病院・診療所の開設者**	**合計**
3	2	6	**91**

先進医療技術実用化促進プログラム

第9回　臨床研究部会
平成31年1月23日
資料3
改

- 臨床研究法施行に伴い、全ての特定臨床研究は国への届出が義務づけられた。臨床研究は評価療養で行わない限り、保険適用部分も全額患者負担となるため、今後更に多くの臨床研究が評価療養での実施を求めて先進医療の申請が増加することが想定
- このため、申請技術の品質の底上げや、審査の迅速化に対応するため、平成30年度の先進医療実用化プロジェクトで、臨床研究中核病院における先進医療のプレ事前相談機能を設置
- 平成31年度は先進医療技術審査整備事業として、臨床研究中核病院に設置される事前相談の受付窓口や、プレ事前相談機能などの事業の成果を踏まえ、評価の高い５機関程度をモデル事業の実施機関として採択し、モデル事業を実施する予定

（事業内容及びスケジュール）

平成30(2018)年度 先進医療実用化プロジェクト

- 臨床研究中核病院にプレ事前相談機能を設置（12機関）
- 事前相談の受付窓口を設置し、申請者からの事前相談へ対応

平成31(2019)年度 先進医療技術審査整備事業（モデル事業として実施）

- ５機関程度の臨床研究中核病院を選定
- 申請者からの事前相談への対応（先進医療としての実施の適切性、プロトコル内容、申請書類の記載方法等）、必要に応じて厚生労働省等に照会

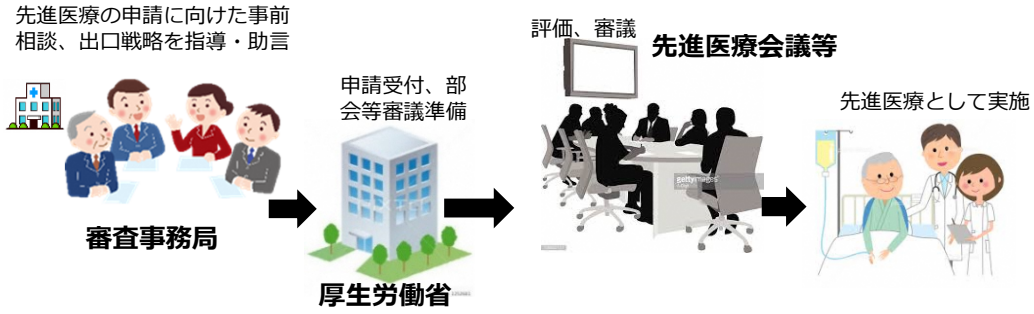
※厚生労働省ではモデル事業実施機関経由で照会を受付

- 先進医療の事前相談を行う人材の育成プログラムの作成

※モデル事業を実施しない機関も、相談機能を維持

2020年度以降 先進医療技術審査整備事業（本格実施）

- 臨床研究中核病院に審査事務局を設置し、申請者からの事前相談への対応
- モデル事業において作成された人材育成プログラムを活用し、各機関において人材育成
- モデル事業実施機関における他の機関への教育・指導



（効果）

- 厚生労働省で行っていた事前相談の機能を臨床研究中核病院に持たせることにより、増加する申請に対応しつつ、申請技術の質の向上に繋がる
- 厚生労働省の業務を先進医療技術審査部会等の部会審査業務に特化させることにより、審査の迅速化を図る

中医協　総－２
元．６．１２

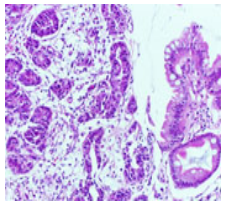
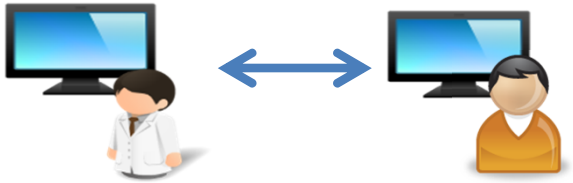
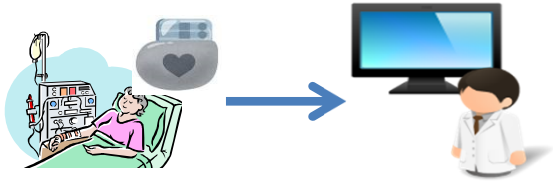
医療におけるICTの利活用について

○　遠隔医療について

- 医師の患者に対する利活用（D to P）
- 医師間における利活用（D to D）
- その他の取組

○　情報共有・連携について

診療報酬における遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）への対応

	診療形態		診療報酬での対応
医師対医師（D to D）	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの  		[遠隔画像診断] ・ 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 [遠隔病理診断] ・ 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） ・（新）生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者（D to P）	情報通信機器を用いた診察	医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの 	[オンライン診療] ・（新）オンライン診療料 ・（新）オンライン医学管理料 ・（新）オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合 ※電話等による再診 （新）患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し （定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。）
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	[遠隔モニタリング] ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 ・（新）在宅患者酸素療法指導料（遠隔モニタリング加算） ・（新）在宅患者持続陽圧呼吸療法（遠隔モニタリング加算） 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

オンライン診療にかかる評価（経緯）

○　オンライン診療（遠隔診療）は、対面診療の補完として、離島やへき地の患者など限定的に行われることが想定されていたため、日常的に行うものについては、これまで、明確な基準やルール、特化した診療報酬がなかった。

○　近年の情報通信技術の著しい進歩等により、オンライン診療に対する現場の要請が高まってきたことに伴い、
平成30年３月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を発出、
平成30年度診療報酬改定において「オンライン診療料」等を創設。

近年、情報通信技術の著しい進歩
ICTを活用した診療の実施例の増加

平成30年3月
「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を発出

平成30年度診療報酬改定
「オンライン診療料」等を創設

平成27年8月（事務連絡）
「離島、へき地」については
あくまで例示

平成9年12月（医政局長通知）
「離島、へき地の場合」などの
遠隔診療を認める





参考

情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について

基本的考え方

○　診療は、医師又は歯科医師と患者が直接対面して行われることが基本。

○　遠隔診療は、あくまで直接の対面診療の補完であるが、直接の対面診療に代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合、遠隔診療は直ちに医師法第２０条等に抵触しない。

＜参考＞医師法（昭和２３年法律第２０１号）第２０条
医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後２４時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

平成９年局長通知の留意事項（一部）

○　初診及び急性期の疾患に対しては、原則として直接の対面診療によること。

○　直接の対面診療を行うことができる場合等には、これによること。

○　上記にかかわらず、次に掲げる場合において、患者側の要請に基づき、患者側の利点を十分に勘案した上で、直接の対面診療と適切に組み合わせて行われるときは、遠隔診療によっても差し支えないこと。

①　直接の対面診療を行うことが困難である場合（例えば、離島、へき地の患者の場合など、遠隔診療によらなければ当面必要な診療を行うことが困難な場合）

②　病状が安定している患者（長期に診療してきた慢性期患者など）に対し、患者の病状急変時等の連絡・対応体制を確保し、患者の療養環境の向上が認められる遠隔診療を実施する場合（例えば、別表の患者の場合）

平成27年事務連絡における明確化事項

○　①の「離島、へき地の患者の場合」は例示であること。

○　②の「別表の患者の場合」は例示であること。

○　遠隔医療は、直接の対面診療を行った上で行わなければならないものではないこと。

参考

（参考）情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について

平成29年局長通知における明確化事項

○ 保険者が実施する禁煙外来については、定期的な健康診断・健康診査が行われていることを確認し、患者側の要請に基づき、患者側の利益と不利益を十分に勘案した上で、医師の判断により、直接の対面診療については柔軟に取り扱っても直ちに医師法第20条等に抵触するものではないこと。

○ 患者側の理由により診療が中断し、結果として遠隔診療のみで診療が実施された場合には、直接の対面診療が行われなくとも直ちに医師法第20条等に抵触するものではないこと。

○ 当事者が医師及び患者本人であることが確認できる限り、テレビ電話やソーシャルネットワーキングサービス等の情報通信機器を組み合わせた遠隔診療についても、直接の対面診療に代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合、遠隔診療は直ちに医師法第２０条等に抵触しないこと。

平成９年局長通知により遠隔診療の例として示しているもの

遠隔診療の対象	内容
在宅酸素療法を行っている患者	在宅酸素療法を行っている患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、心電図、血圧、脈拍、呼吸数等の観察を行い、在宅酸素療法に関する継続的助言・指導を行うこと。
在宅難病患者	在宅難病患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、心電図、血圧、脈拍、呼吸数等の観察を行い、難病の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅糖尿病患者	在宅糖尿病患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、血糖値等の観察を行い、糖尿病の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅喘息患者	在宅喘息患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、呼吸機能等の観察を行い、喘息の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅高血圧患者	在宅高血圧患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、血圧、脈拍等の観察を行い、高血圧の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅アトピー性皮膚炎患者	在宅アトピー性皮膚炎患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、アトピー性皮膚炎等の観察を行い、アトピー性皮膚炎の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
褥瘡のある在宅療養患者	在宅療養患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、褥瘡等の観察を行い、褥瘡の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅脳血管障害療養患者	在宅脳血管障害療養患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、運動機能、血圧、脈拍等の観察を行い、脳血管障害の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅がん患者	在宅がん患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、血圧、脈拍、呼吸数等の観察を行い、がんの療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。

遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）を評価する場合の基本的な考え方（案）

中医協　総－１
２９．１２．１

○　前回（平成29年11月１日）の議論を踏まえ、情報通信機器を用いた医学管理を診療報酬で評価する場合の基本的な考え方を以下のように整理してはどうか。

＜基本的な考え方＞

１）特定された疾患・患者であること
２）一定期間継続的に対面診療を行っており、受診間隔が長すぎないこと（※）
３）急変時に円滑に対面診療ができる体制があること
４）安全性や有効性のエビデンスが確認されていること
５）事前に治療計画を作成していること（※）
６）医師と患者の両者の合意があること
７）上記のような内容を含む一定のルールに沿った診療が行われていること

（※）初診の患者は、当該要件を満たさないため、対象に含まれない。

オンライン診療料の新設

➢　情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。



（新）　オンライン診療料　　70点（１月につき）

［算定要件］

（1）オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する３月は算定できない。

（2）対象となる管理料等を初めて算定してから６月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から６月以上経過している場合は、直近12月以内に６回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

（3）患者の同意を得た上で、対面による診療（対面診療の間隔は３月以内）とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。

（4）オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

（5）オンライン診療料を算定した同一月に、第２章第１部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

［施設基準］

（1）厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。

（2）オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。

（3）一月あたりの再診料等（電話等による再診は除く）及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が１割以下であること。

［オンライン診療料が算定可能な患者］

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から６月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	地域包括診療料
小児科療養指導料	認知症地域包括診療料
てんかん指導料	生活習慣病管理料
難病外来指導管理料	在宅時医学総合管理料
糖尿病透析予防指導管理料	精神科在宅患者支援管理料

オンライン医学管理料の新設

➢ 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン医学管理料を新設する。

（新）　オンライン医学管理料　　100点（1月につき）

［算定要件］

（1）オンライン医学管理料の対象となる管理料を算定している患者に対し、リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる医学管理を行った場合に、前回対面受診月の翌月から今回対面受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、次回対面受診時に所定の管理料に合わせて算定。

（2）対面診療で管理料等を算定する月においては、オンライン医学管理料は算定できない。

（3）対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

（4）患者の同意を得た上で、対面による診療（対面診療の間隔は3月以内）とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。

（5）オンライン診察による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。また、当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

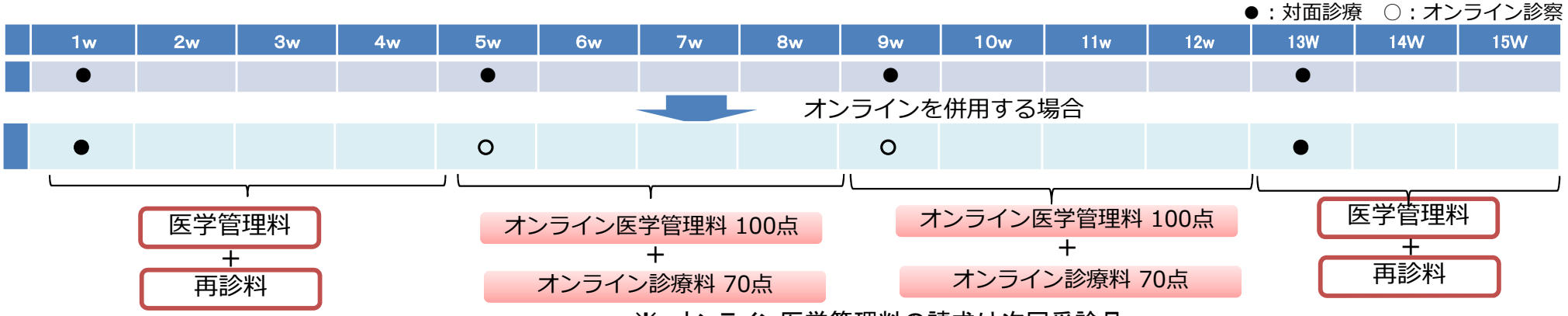
［施設基準］

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

［オンライン医学管理料が算定可能な患者］

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	小児科療養指導料	てんかん指導料	難病外来指導管理料
糖尿病透析予防指導管理料	地域包括診療料	認知症地域包括診療料	生活習慣病管理料



※　オンライン医学管理料の請求は次回受診月

オンライン在宅管理料の新設

情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン在宅管理料等を新設する。

（新）　在宅時医学総合管理料　オンライン在宅管理料　　100点（1月につき）

［算定要件］

（1）患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。

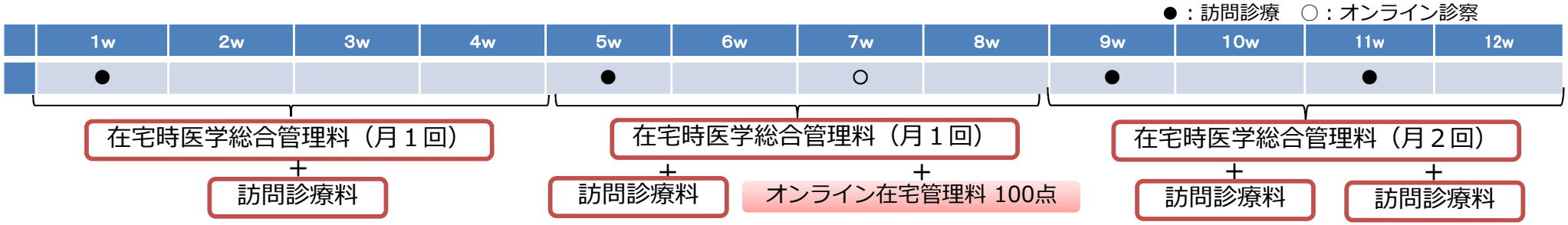
（2）対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

［施設基準］

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

［オンライン在宅管理料が算定可能な患者］

在宅時医学総合管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。



（新）　精神科在宅患者支援管理料　精神科オンライン在宅管理料　　100点（1月につき）

［算定要件］

（1）患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、精神科在宅患者支援管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。

（2）対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

［施設基準］

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

［精神科オンライン在宅管理料が算定可能な患者］

精神科在宅患者支援管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

電話等による再診の要件の見直し

➢ 電話等による再診について、患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、要件を見直す。

［算定要件］

（1）当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成30 年3月31 日以前に、3月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理を前提とした医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。

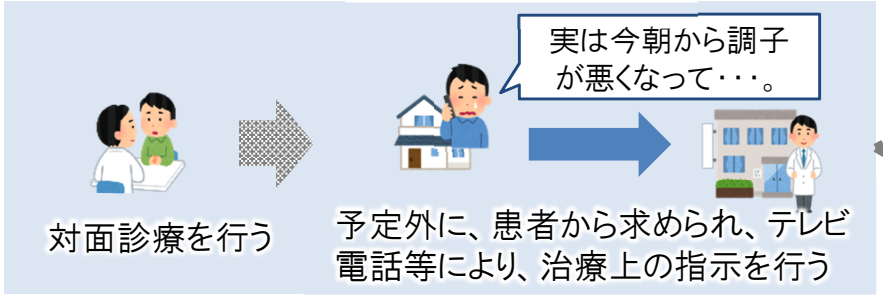
（2）当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。

（3）当該再診料を算定する際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

【改定前】 再診料（電話等再診）　72点

緊急時等で、患者から求められ、テレビ電話等により、治療上の指示を行った場合の評価という位置付け

【電話等再診】

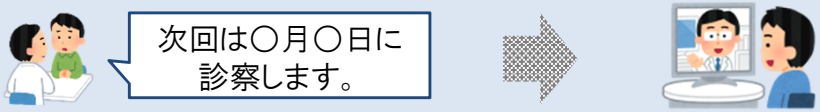


【改定後】（新設）

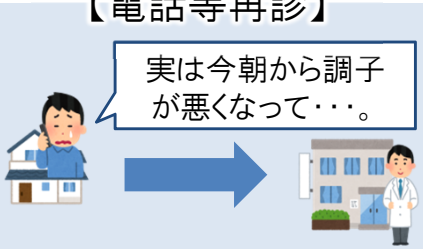
オンライン診療料　70点
＋
オンライン医学管理料　100点

日常的に実施する診療形態としてオンライン診療料を位置付け

【オンライン診療料】



【電話等再診】



電話等再診は、緊急時等で、患者から求められて指示を行った場合の評価であることを明確化

【平成30年度診療報酬改定答申書附帯意見】

８ オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。

【未来投資戦略2018】（平成30年6月15日閣議決定）

（第１ 基本的視座と重点施策）

＜遠隔・リアルタイムの医療とケア＞

・ 医師や薬剤師など多職種の連携の下、住み慣れた地域・我が家において安心して在宅で医療やケアを受けられるよう、服薬指導を含めた「オンラインでの医療」全体の充実に向けて、次期以降の診療報酬改定における有効性・安全性を踏まえた評価、「医薬品医療機器等法」の改正の検討など所要の制度的対応も含めて、ユーザー目線で、現状を更に前進させる取組を進める。

（第２ 具体的施策）

④ オンラインでの医療・多職種連携等の推進（抜粋）

・ 患者の利便性の向上、医療職の働き方改革につながり、効率的・効果的な医療の提供に資するよう、服薬指導、モニタリング等を含めたオンラインでの医療全体の充実に向けて、次期以降の診療報酬改定、所要の制度的対応も含めて、ユーザー目線で、現状を更に前進させる取組を進める。

・ オンライン診療は、本年度診療報酬改定での評価新設及び新たなガイドラインを踏まえ、安全で適切な普及に向け、セキュリティ等の観点からの実証を実施し、技術的成果についてガイドライン・診療報酬改定への反映を検討する。

・ オンライン診療の一層の充実を図るため、関係学会や事業者等とも協力し、現在診療報酬対象外のものも含め、オンライン診療の有効性・安全性等に係るデータや事例の収集、実態の把握を早急に進めることによりエビデンスを継続的に蓄積し、次期以降の診療報酬改定で、それらを踏まえた評価を進める。

【規制改革実施計画】（平成30年6月15日閣議決定）

次期以降の診療報酬改定におけるオンライン診療に係る診療報酬上の評価拡充に向けた検討	ガイドラインの内容を踏まえ、新設されたオンライン診療料等の普及状況を調査・検証しつつ、患者目線に立ったオンライン診療の更なる拡充に向けて、次期以降の診療報酬改定におけるオンライン診療料等の見直しについて、検討を進める。	平成31年度検討・結論

医療・福祉サービス改革　主な取組④　～オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実～

○　患者の利便性の向上、医療職の働き方改革につながり、効率的・効果的な医療の提供に資するよう、服薬指導、モニタリング等を含めた**オンラインでの医療全体の充実に向けて取組を進める。**

オンライン診療

現在の取組

・　平成30年3月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を発出。
・　平成30年度診療報酬改定において「オンライン診療料」等を創設。

今後の課題、取組予定

・　オンライン診療の活用に係る安全性・有効性に係るデータ等の収集結果などを踏まえ、**概ね年１回、指針及びQ&Aの見直しを検討。**
・　指針の見直しの状況や、調査結果等を踏まえ、**診療報酬における対応について引き続き検討。**

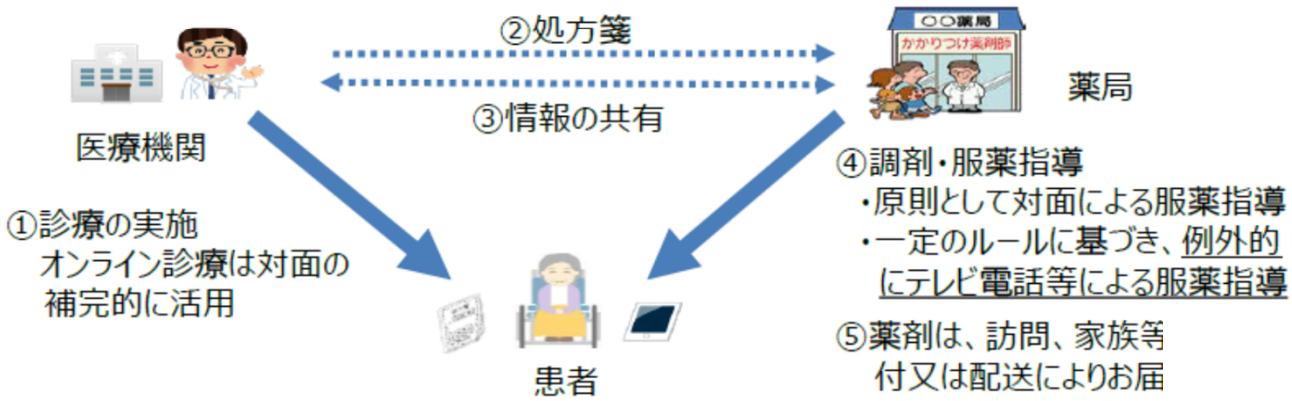
オンライン服薬指導

現在の取組

・　オンラインによる服薬指導を一定のルールの下で可能とする内容を盛り込んだ、医薬品医療機器等法等の改正法案を、今国会に提出。

今後の課題、取組予定

・　オンラインによる服薬指導を実施する際の適切なルールについて、専門家等による検討を行う。
・　薬機法の改正状況等を踏まえ、次期以降の診療報酬改定における対応について検討。



指針の見直しに向けた主な検討事項（案）

オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会
平成31年1月23日　第1回　資料（改）

1. 指針の対象

オンライン受診勧奨と遠隔健康医療相談等の整理

遠隔健康医療相談については、医師が直接実施するなど多様な業態の事業が起業されており、オンライン受診勧奨との差異・役割分担等を含め、オンライン受診勧奨と遠隔健康医療相談の範囲内で行える行為をより明確にする。

2. オンライン診療の提供（診療行為）に関する事項

（1）対面診療との組み合わせ及び初診対面診療の原則の例外の検討

対面診療との組み合わせ、初診対面診療の原則の例外として、追加可能な事項について検討する。

（2）オンライン診療時の予測された症状等への対応

状態が落ち着いている患者に対してオンライン診療を行った場合において、予測された症状等の変化がある場合等の対応（再度の対面診療の必要性等）について検討する。

（3）同一医師による診療原則の例外の検討等

在宅診療等を除き、原則、対面診療を行っている医師本人のみオンライン診療が可能な点について、チーム医療や複数主治医制が進む中で、個々の医師の負担軽減等の観点から、同一医師以外による対応の拡大を検討する。他方で、医師の本人確認の手段を明確化し、徹底する方策の検討も必要。

3. オンライン診療の提供体制に関する事項

（1）セキュリティの観点に基づく適切な通信環境の明確化

電子化された医療情報に係る各種ガイドラインの見直しを受け、セキュリティの観点からオンライン診療における適切な通信環境について明確化し、特に汎用ソフトを用いる場合の使用要件や「接続する」場合の留意事項等を具体的に定める。

（2）D to P with N（患者が看護師といる場合のオンライン診療）の明示

現状、訪問看護等の際に、D to Pと訪問看護の組み合わせとしてオンライン診療を行っているところ、D to P with Nにおいて看護師等が行うことが可能な看護業務等の明記を検討する。

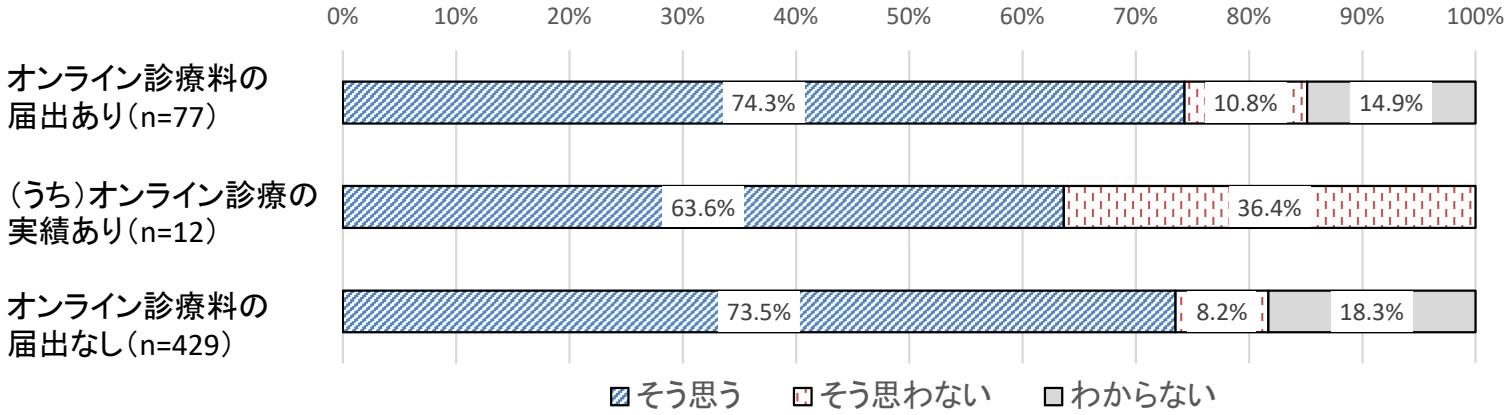
4. その他オンライン診療に関連する事項

オンライン診療を実施する医師の研修必修化

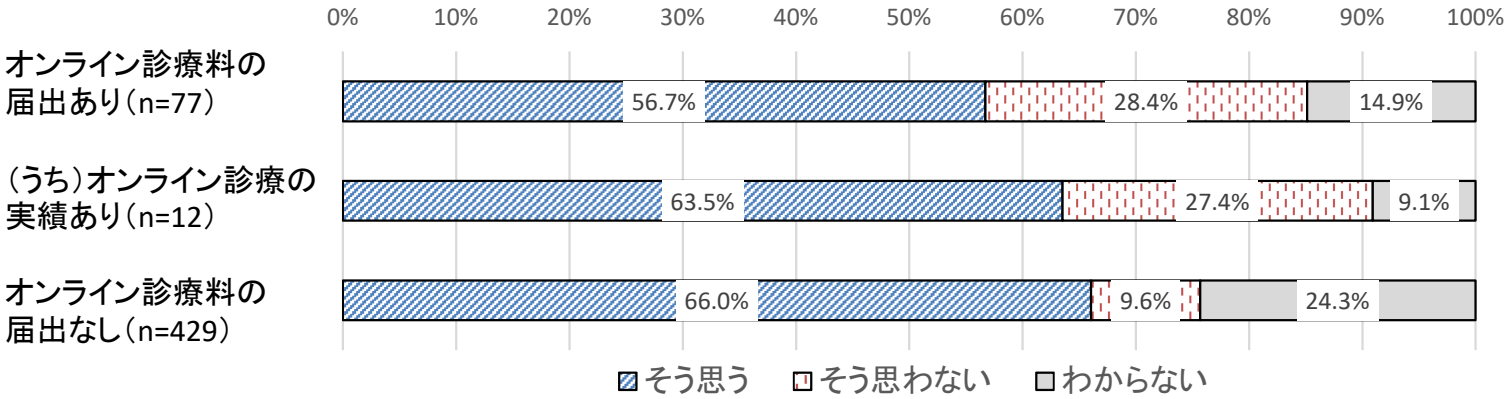
不適切なオンライン診療の報告が多数なされていること等を踏まえ、オンライン診療を実施する医師は、適切に実施するための研修を受講することを必須とするのはどうか。

改定検証調査結果（平成30年度）

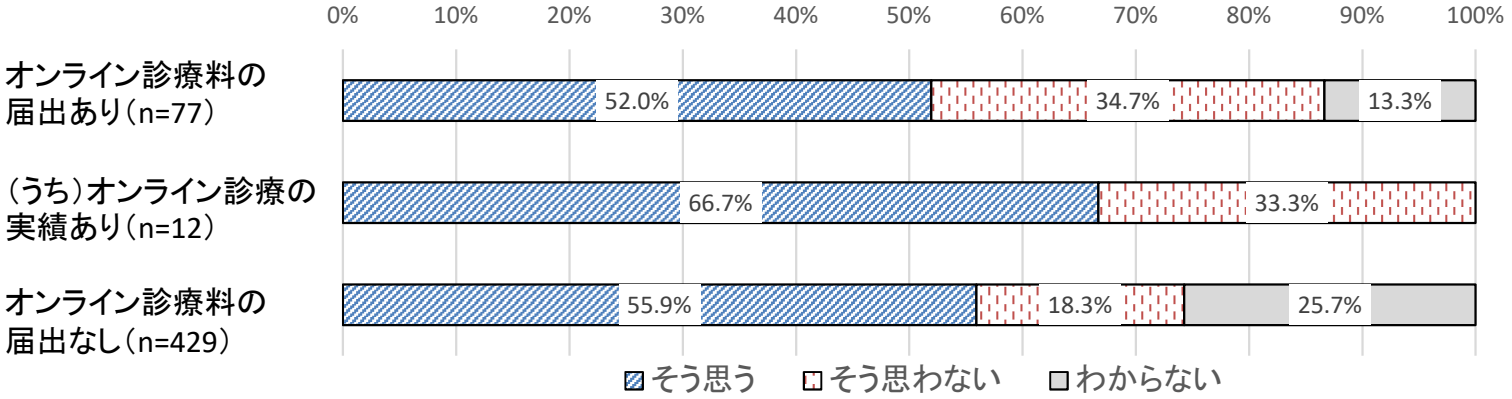
○　平成30年度改定検証調査において、オンライン診療に関する考え方を尋ねたところ、以下の結果であった。



オンライン診療は対面診療の補完的なものとして行うべきだ



オンライン診療では対面診療と比べ十分な診察ができない

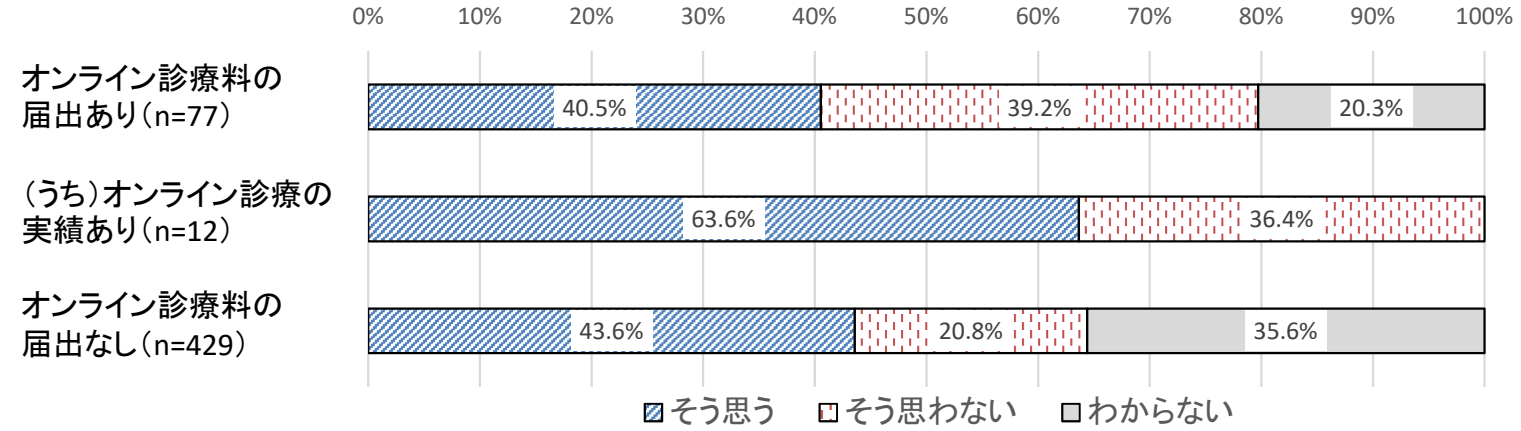


オンライン診療に適した状態の患者は少ない

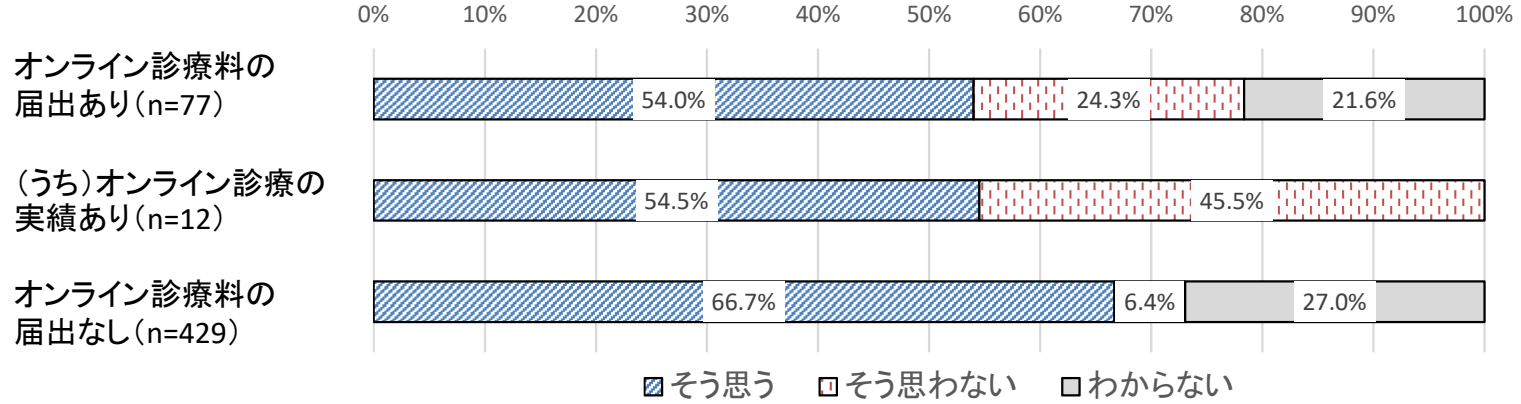
出典：平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度）

改定検証調査結果（平成30年度）

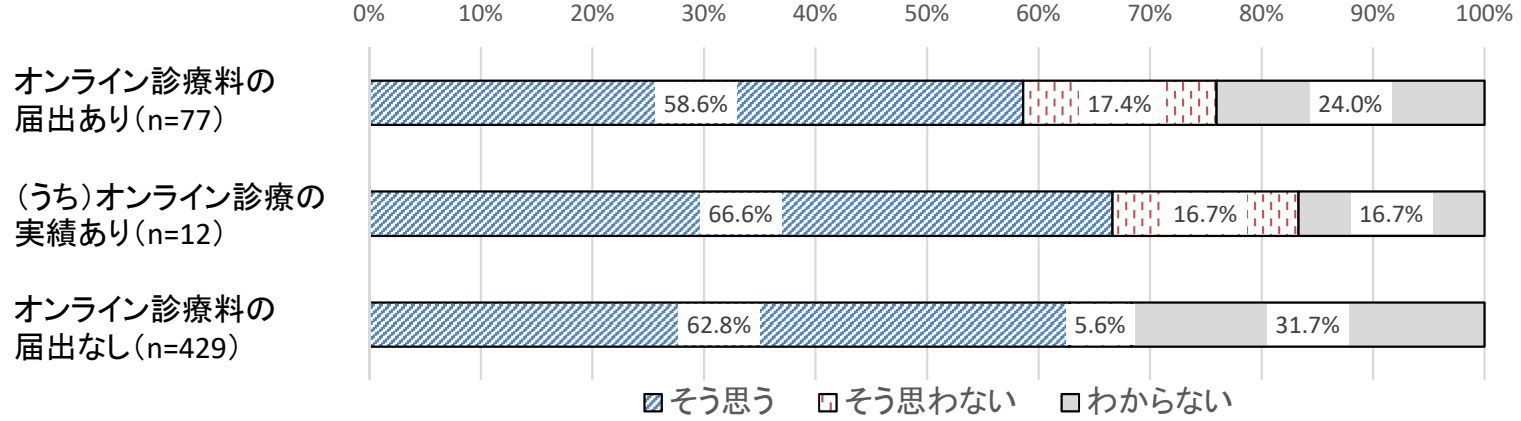
○　平成30年度改定検証調査において、オンライン診療に関する考え方を尋ねたところ、以下の結果であった。



オンライン診療に対する患者のニーズは少ない



オンライン診療に用いる機器やシステムの導入・運用コストが高い



オンライン診療を行うメリットが手間やコストに見合わない

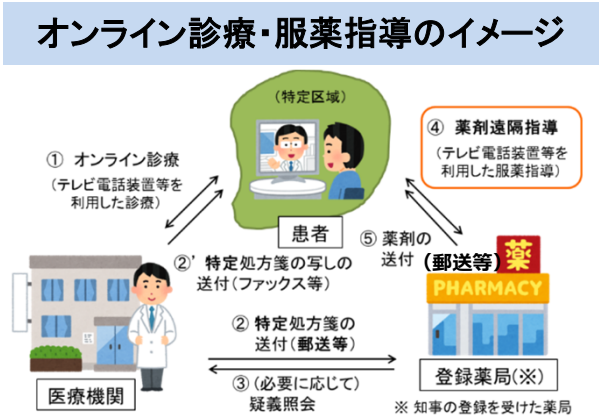
出典：平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度）

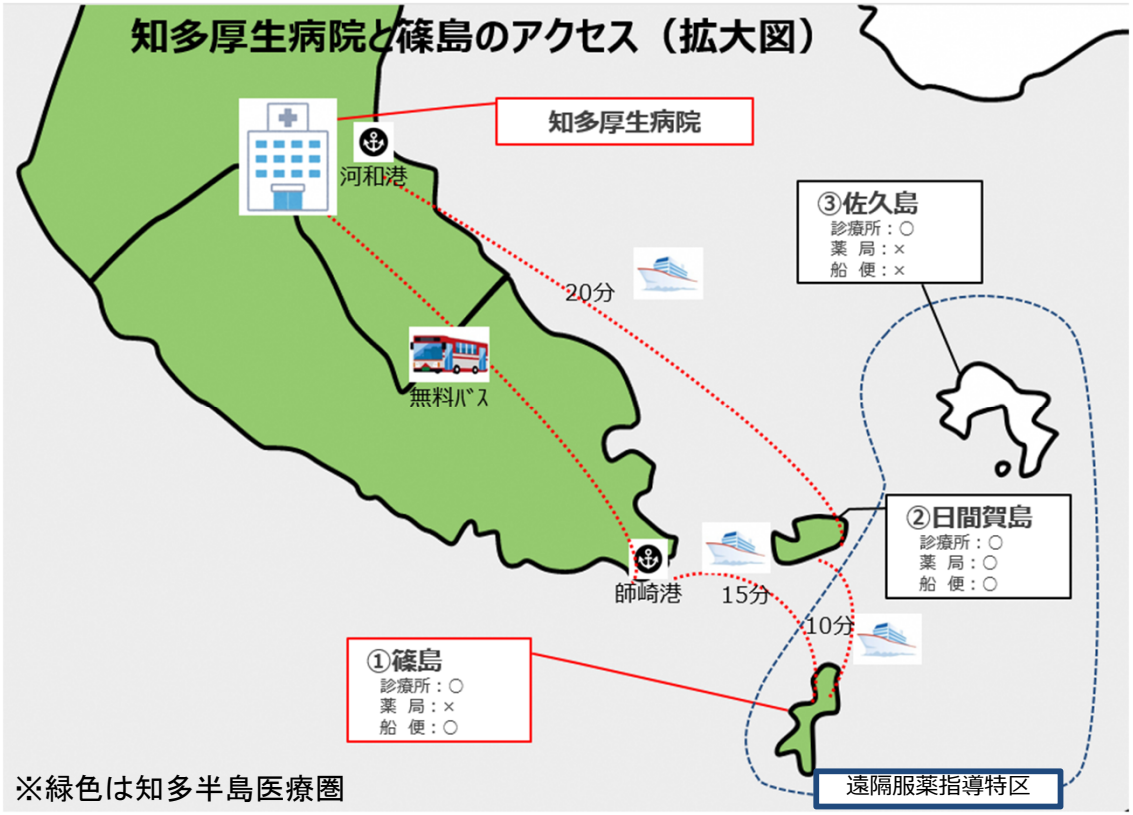
オンライン診療の活用事例
①離島・へき地における活用

○　愛知県の篠島（国家戦略特区）において、オンライン診療と遠隔服薬指導を組み合わせて、離島の患者に医療を提供できた例がある。

○　離島における活用事例では、これまで通院負担から3月ごとの対面診療としていたところ、オンライン診療を活用することで、より適切な診療間隔とすることができ、きめ細かな医学管理や、患者の安心感の向上に繋がった。







● 対面診療　○ オンライン診療

週数	1w	7w	13w	19w	25w	31w	37w	43w
診療	●		●		●	○	●	○

よりきめ細かな管理に

活用前　→　活用後

オンライン診療の活用事例
②在宅医療における活用

○　在宅医療においては、体調変化があった際に緊急往診が必要になることがある。
○　電話で往診依頼を受けて対応するような場合において、医師が電話の代わりにオンライン診療を行い、必要に応じて家族とも情報を共有することで、緊急往診を行わずに済んだ例がある。

事例

【年齢・性別】 80代　男性
【疾患名】 悪性リンパ腫
【背景】
悪性リンパ腫の進行により、予後数か月の告知を受けて訪問診療へ移行。
【活用】
定期訪問に加え、オンラインでの経過観察や緊急時の対応を実施。腫瘍の変化がみられた際は、患部をビデオチャットで確認し、症状の進行を家族とともに確認。
【効果】
・　オンライン診療を活用して、必要な指示を行うことや、訪問診療の予定を早める等の調整をすることで、緊急往診をすることなく対処できたことがあった。
・　家族と画面を通じて情報を共有することで、安心して経過を観察することができた。

● 訪問診療　★ 緊急往診　○ オンライン診療

週数	1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w	13w
診療	●	●	●	● + ★	●	● + ★	● + ★	● + ○	● + ○	●	● + ○	● + ★	●

緊急往診の頻度が減少

活用前　　活用後

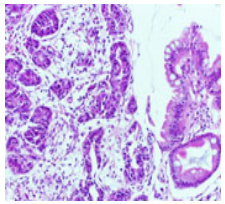
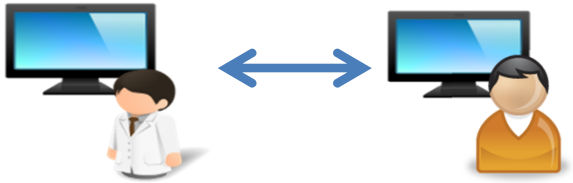
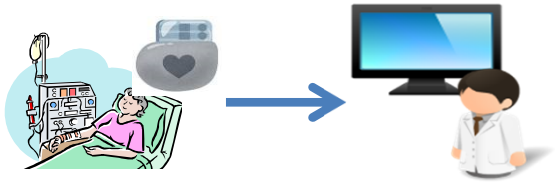
オンライン診療の活用事例
③総務省の調査研究事業

○　平成30年度総務省調査研究事業において、4つのフィールドでオンライン診療の実証が行われた。

	フィールド①	フィールド②	フィールド③	フィールド④
実証地域	福岡県福岡市	茨城県つくば市	愛知県名古屋市	神奈川県藤沢市
地域特性	都市部	地方部	都市部	地方部
実証概要	診療から処方、服薬指導（一部遠隔服薬指導を含む）の一連の実施手順の実証	訪問看護師等介在モデルの検証	オンライン診療による勤労者の治療と仕事の両立支援	介護付き老人ホームを想定したオンライン診療モデルの策定
患者特性	在宅医療が必要な患者	通院しているものの交通手段の問題から定期受診が困難な患者、在宅療養が必要な患者	勤労世代の糖尿病患者	介護施設において療養を行っている患者
参加機関の種類	診療所、病院、薬局	診療所、訪問看護ステーション	病院	病院、介護施設
実証成果	・オンライン診療と併せた遠隔服薬指導の実施手順について整理	・訪問看護師等がオンライン診療をサポート（機器の設定、患者の容態の確認等）することの有用性を確認	・勤労世代の糖尿病患者におけるオンライン診療の有用性を確認	・介護施設におけるオンライン診療の実施手順を整理

出典：オンライン診療の普及促進に向けたモデル構築にかかる調査研究（平成30年度総務省調査研究事業）資料をもとに医療課において作成

診療報酬における遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）への対応

	診療形態		診療報酬での対応
医師対医師（D to D）	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの  		[遠隔画像診断] ・ 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 [遠隔病理診断] ・ 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） ・（新）生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者（D to P）	情報通信機器を用いた診察	医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの 	[オンライン診療] ・（新）オンライン診療料 ・（新）オンライン医学管理料 ・（新）オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合 ※電話等による再診 （新）患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し （定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。）
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	[遠隔モニタリング] ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 ・（新）在宅患者酸素療法指導料（遠隔モニタリング加算） ・（新）在宅患者持続陽圧呼吸療法（遠隔モニタリング加算） 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

遠隔モニタリング加算の新設

➢ 在宅酸素療法指導管理料及び在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、情報通信機器等を併用した指導管理を評価する観点から、遠隔モニタリング加算を新設する。

（新）　在宅酸素療法指導管理料　遠隔モニタリング加算　　150点（１月につき）

（新）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料　遠隔モニタリング加算　　150点（１月につき）

［算定要件］

（1） 前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用した遠隔モニタリングを活用し、療養上必要な指導を行った場合、遠隔モニタリング加算として、２月を限度として所定点数に加算。

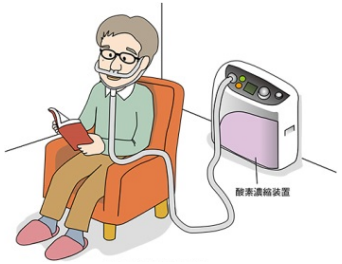
（2） 患者の同意を得た上で、対面による診療と遠隔モニタリングを組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付している。

（3） 対面診療の間に、適切な指導・管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す等の対応を行うこと。

（4） 少なくとも月１回は、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。

（5） 当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

在宅酸素療法



持続陽圧呼吸療法



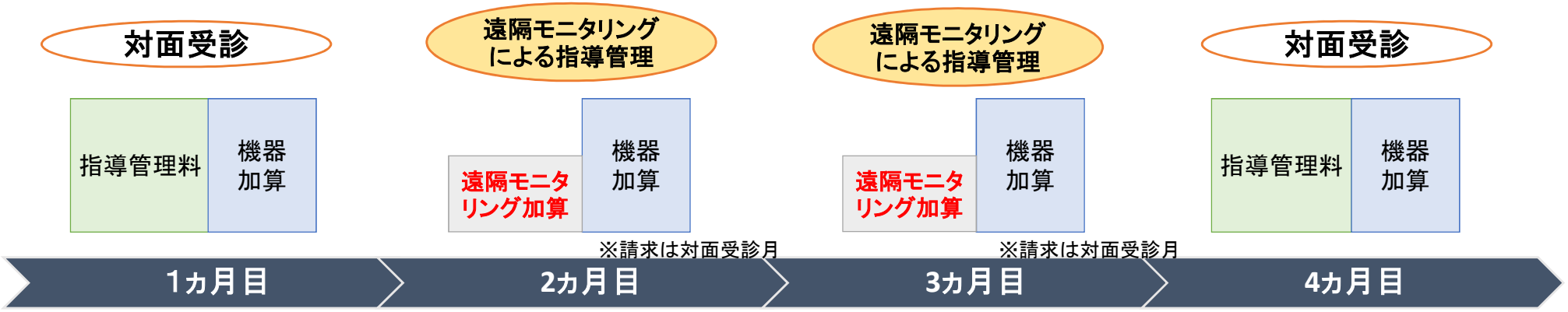
出典：日本呼吸器学会HP

［施設基準］

（1） 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

（2） オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。

※それぞれの管理料ごとに、別途対象患者要件・施設基準が定められていることに留意

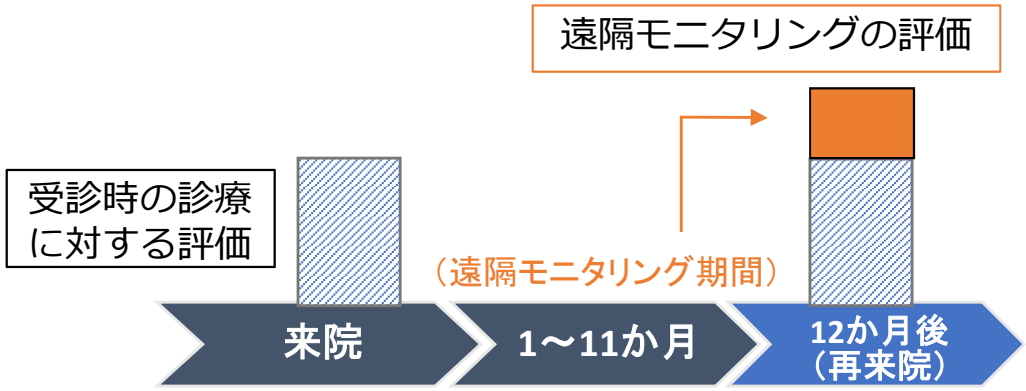


心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価

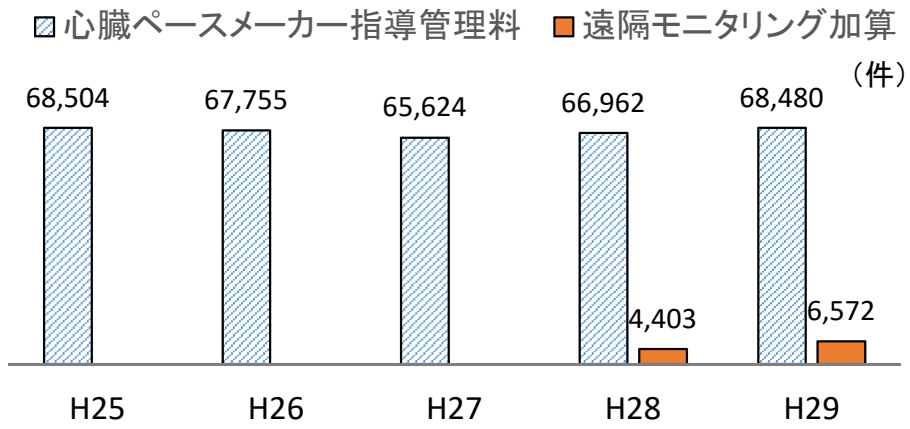
B 001　特定疾患治療管理料
12　心臓ペースメーカー指導管理料
　イ 着用型自動除細動器による場合　　360点
　ロ イ以外の場合　　360点
　注5　ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、320点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

［算定要件］
○　遠隔モニタリング加算は、遠隔モニタリングに対応した体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって、入院中の患者以外のものについて、適切な管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す体制が整っている場合に算定する。
○　この場合において、当該加算は、遠隔モニタリングによる来院時以外の期間における体内植込式心臓ペースメーカー等の機能指標の計測等を含めて評価したものであり、このような一連の管理及び指導を行った場合において、11 か月を限度として来院時に算定することができる。

（イメージ図）



算定件数

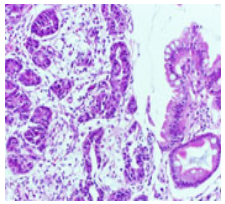
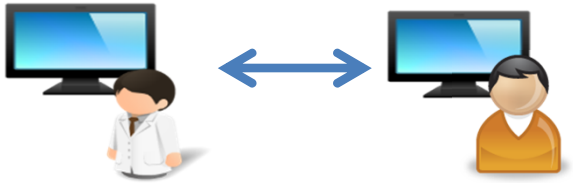
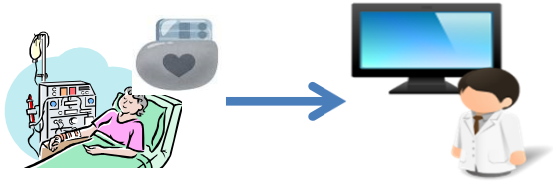


○　遠隔医療について

- 医師の患者に対する利活用（D to P）
- 医師間における利活用（D to D）
- その他の取組

○　情報共有・連携について

診療報酬における遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）への対応

	診療形態		診療報酬での対応
医師対医師（D to D）	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの  		[遠隔画像診断] ・ 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 [遠隔病理診断] ・ 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） ・（新）生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者（D to P）	情報通信機器を用いた診察	医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの 	[オンライン診療] ・（新）オンライン診療料 ・（新）オンライン医学管理料 ・（新）オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合 ※電話等による再診 （新）患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し （定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。）
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	[遠隔モニタリング] ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 ・（新）在宅患者酸素療法指導料（遠隔モニタリング加算） ・（新）在宅患者持続陽圧呼吸療法（遠隔モニタリング加算） 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

情報通信機器を用いた医師間の連携に係る診療報酬の状況

○ 情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い、特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行った場合の診療報酬の状況については、病理診断料、病理診断管理加算、画像診断管理加算、脳波検査判断料１等で評価されている。

○ こうした連携の場合は、連携先の保険医療機関の体制に応じてこれらの加算等を算定できるが、個人の医師や学術機関等、保険医療機関以外との連携により実施した場合は算定できない。

領域	項目	算定要件または施設基準
病理	病理診断料	デジタル病理画像の送信側の保険医療機関において算定。
	病理診断管理加算	デジタル病理画像の受信側の件医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を実施し、結果を文書により報告した場合に加算。
	術中迅速病理組織標本作製	遠隔診断を行った場合のうち、保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察を行った場合に関連項目を算定。
	迅速細胞診	
放射線	画像診断管理加算	遠隔画像診断を行った場合、保険医療機関間または十分な装置・機器等を用いて自宅等で読影及び診療を行った場合に算定。
脳波	脳波検査判断料１	遠隔脳波診断を行った場合、脳波診断を担当した経験を有し、結果を文書により送信側の保険医療機関における当該患者の診療を担当した場合に算定。

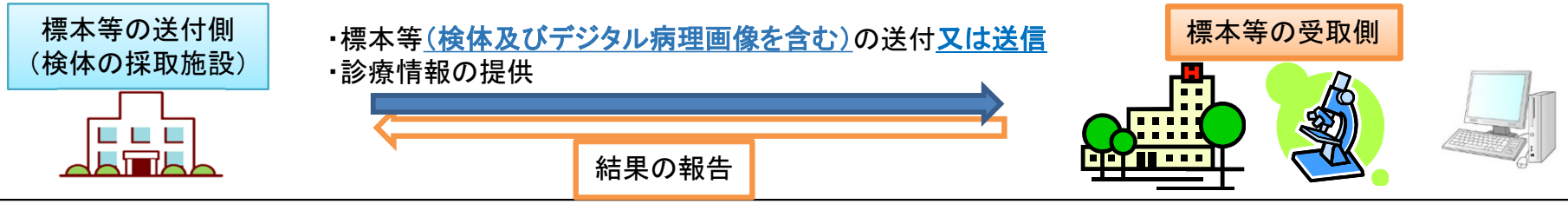
デジタル病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し

【課題】
- 診療報酬上、病理診断については、標本（ガラススライド）を顕微鏡で観察することにより実施することとしており、デジタル病理画像のみによって実施することは認められていない。
- 保険医療機関間の連携による病理診断においては、連携先の保険医療機関に標本を送付することとされており、送付側の保険医療機関は、自施設内で標本を作製するか、衛生検査所に標本作製を委託する必要がある。

➢ デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた場合に、デジタル病理画像のみを用いて病理診断を行った場合も、病理診断料を算定可能とする。

現行	改定後
【病理診断料】 **1　組織診断料** 2　細胞診断料 注1　1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、（中略）作製された組織標本に基づく診断を行った場合（中略）に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。	【病理診断料】 **1　組織診断料** 2　細胞診断料 注1　1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、（中略）作製された組織標本（組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合（中略）に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。 ［留意事項］ デジタル病理画像による病理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。 ［デジタル病理画像による病理診断の施設基準］ （1）病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。 （2）デジタル病理画像の作成及び管理を行うにつき、十分な体制を整備していること。

➢ 保険医療機関間の連携による病理診断において、デジタル病理画像の送受信によって行われた場合及び検体を送付して受取側の医療機関で標本が作製された場合も、病理診断料等を算定可能とする。



各診療領域におけるICTの利活用に関する調査

厚生労働省保険局医療課、医政局医事課、医政局研究開発振興課において実施

目的

■ 各診療領域における、個別の疾患の診療に関連したICTの利活用をどのように考えるか、各学会の現状の取組と今後の方向性を把握することを目的とする。

調査対象

■ 主に日本医学会連合に加盟する各学会を対象とする。

調査項目

■ 各診療領域の個別の疾患の診療ガイドライン・診療指針等における、ICTの利活用に関する記載について

■ 各学会におけるICTの利活用を検討するための委員会の設置、研究事業、シンポジウム等の取組について

■ ICTの利活用を診療ガイドライン・診療指針等に組み込んでいく取組について、どのように考えているか　等

スケジュール

■ 平成31年1月　調査実施　⇒　平成31年3月　回収・とりまとめ

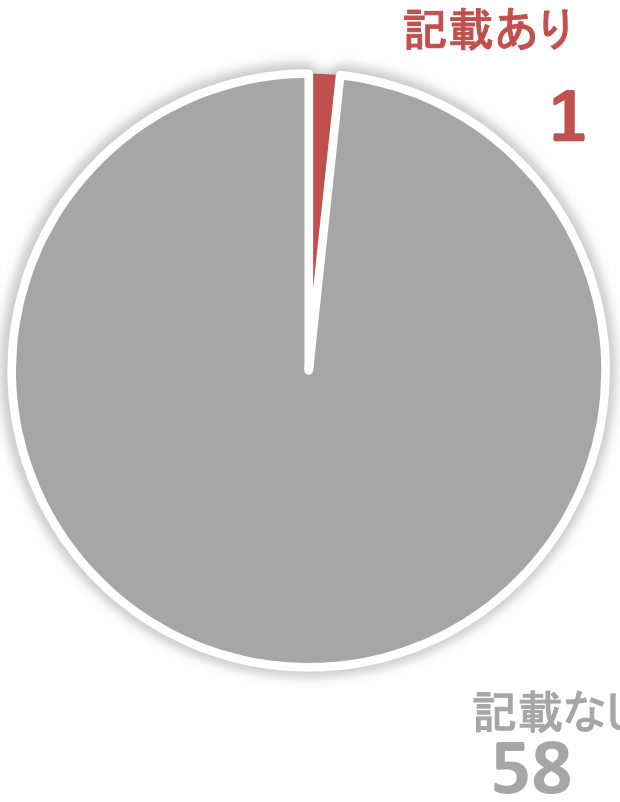
回収状況

■ 日本医学会連合に加盟する129学会中、59学会から回答を得た。（回収率45.7%）

診療ガイドライン・診療指針等における記載の有無

○　個別の疾患の診療ガイドライン・診療指針等において、ICTの利活用にかかる記載があるのは、1学会（皮膚科学会）のみであった。

診療ガイドライン・診療指針等における
ICT利活用にかかる記載の有無（N=59）



皮膚科診療における遠隔医療の位置付けについて（※）


公益社団法人
日本皮膚科学会
Japanese Dermatological Association

会員・医療関係の皆様 | 医学生・研修医の皆様 | 一般市民の皆様

日本皮膚科学会について | 専門医制度 | 生物学的製剤 | 学術集会・支部・セミナー | 刊行物 | ガイドライン・指針 | 会員専用ページ

HOME > 会員の皆様へ一覧 > 皮膚科診療における遠隔医療の位置付けについて

会員の皆様へ

皮膚科診療における遠隔医療の位置付けについて

2018年11月13日

11月2日の理事会において、標記につき審議し下記のように決定いたしましたので、お知らせいたします。

また、第118回総会において、皮膚科診療における遠隔診療についてのシンポジウムも開催予定としております。

皮膚科診療における遠隔医療の位置付け

近年の情報通信技術の進展に伴い、情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔医療」）が普及してきている。遠隔医療は大別すると、医師が遠隔地の患者を情報通信機器を通して診療する医師―患者間（Doctor to Patient (DtoP)）と専門医が非専門医を支援する医師―医師間（Doctor to Doctor (DtoD)）に分けられる。さらにDtoPは、患者の診察及びその診断結果の伝達や処方等の診療行為を行うオンライン診療と患者の診察を行い、疑われる疾患等を判断して受診すべき適切な診療科を選択するオンライン受診勧奨に分けられる。皮膚疾患の診断においては、肉眼的に観察された皮膚所見や近年導入されたダーモスコーピーを用いた拡大所見が重要な役割を果たす。またこれらの情報は、画像情報として情報通信機器を用いて医師間、医師患者間で共有することは比較的容易である。

しかし一方、皮膚科クリニック患者の１０％以上を占める足白癬、爪白癬（水虫）の診断には、皮膚表面の角層や爪の内の糸状菌（水虫菌）の顕微鏡を用いた確認が必須であり、また皮膚腫瘍や多くの炎症性皮膚疾患の診断においては、皮膚に直接触れ周囲の皮膚との硬さや弾力性の違いを調べる触診も不可欠である。

したがって、皮膚疾患診療における安易な遠隔診療は誤診や重大な疾患の見落としなどの危険性を含んでいる。平成30年3月に厚生労働省から公表された「オンライン診療の適切な実施に関する指針」においては、そもそも遠隔医療がビデオなどを用いたリアルタイムによる行為と定義されており、画像と問診のみの情報に基づく医療行為は、オンライン診療、オンライン受診勧奨のいずれにも含まれない。

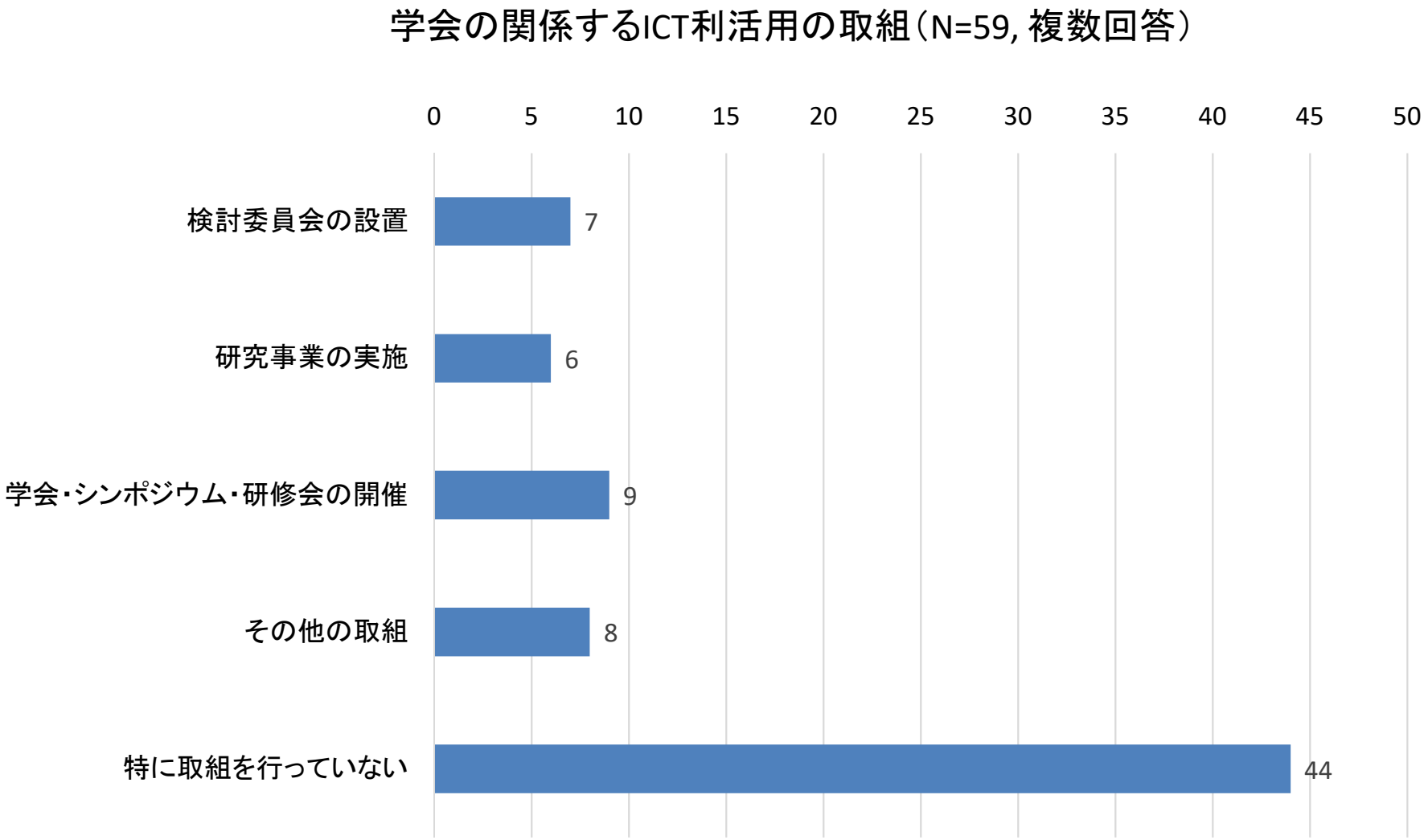
以上を鑑みて、日本皮膚科学会、日本臨床皮膚科医会としては、皮膚疾患のDtoP遠隔診療においてはオンライン受診勧奨に留めるべきと考えている

（抜粋）日本皮膚科学会、日本臨床皮膚科医会としては、現時点では皮膚疾患のD to P遠隔診療においてはオンライン受診勧奨に留めるべきと考えている。

※日本皮膚科学会におけるTelemedicine Working Groupにおいて、ICT診療の有益性に関する検討を行った上で、日本皮膚科学会と日本臨床皮膚科医会の合同の意見表明として、皮膚科学会HPに掲載。引き続きその有用性、利便性、信頼性、安全性に関するエビデンスを収集し、より良い運用のあり方を検討していく方針。

学会の関係するICTの利活用の取組

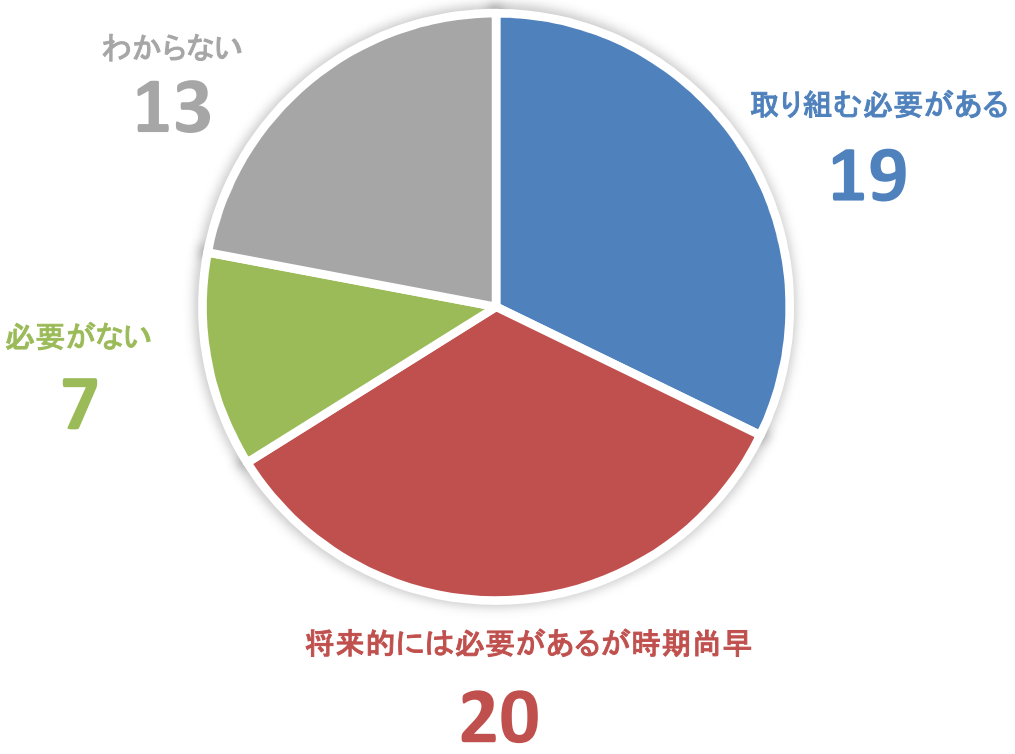
○　学会の関係するICTの利活用に関する取組を尋ねたところ、「特に取組を行っていない」という回答が最も多かったが、一部の学会において「検討委員会の設置」や「学会・シンポジウム・研修会の開催」等の取組を行っていた。



ICTの利活用を診療ガイドライン・診療指針に組み込むことについて

○　個別の疾患の診療に関連したICTの利活用を、診療ガイドライン・診療指針等に組み込む取組について尋ねたところ、「取り組む必要がある」と「将来的には取り組む必要があるが、現時点で時期尚早」が多く、ほぼ同数であった。

個別の疾患の診療に関連したICTの利活用を、診療ガイドライン・診療指針等に組み込んでいくことについて、どのように考えているか（N=59）



（主な意見）

必要がある

○　専門医が少なく、地方において適切な医療を受けられない領域があるため。

○　特に休日・夜間において、柔軟な働き方に繋がるため。

○　他科・他院との間の情報共有において、ICTの有用性が高いため。

時期尚早

○　対面診療が基本であると考えているため。

○　まだ研究段階のものが多く、ガイドラインや指針において位置付けるには、エビデンスが十分でないため。

○　データ取扱いのルール等の整備が不十分であるため。

必要がない

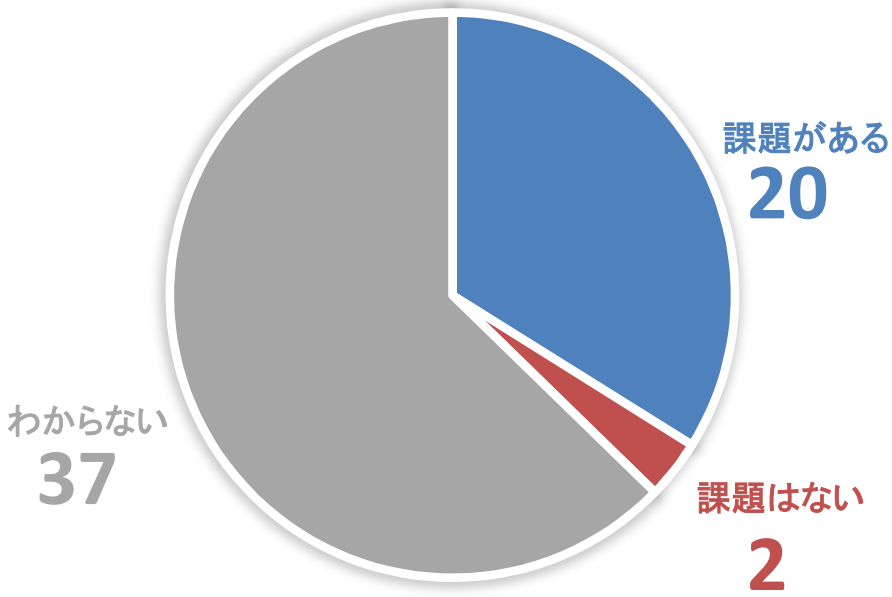
○　診療領域におけるICTの必要性を感じていないため。

○　臨床系の学会でないため。

ICTの利活用にかかる課題

○　ICTの利活用について課題となっていることがあるかを尋ねたところ、「わからない」が最も多かったが、「課題となっていることがある」を選択した学会からは、「セキュリティの問題」や「コスト」という回答が複数あった。

ICTの利活用について検討を行うにあたって、
課題となっていることがあるか（N=59）



（主な意見）

課題がある

○　データ送受信時等のセキュリティ確保や個人情報の取り扱いが課題。

○　コストがかかる。

○　インフラ整備が不十分。地域や医療機関ごとの取組ではなく、全国で統一したシステムが必要。

○　導入に関する知識不足。相談窓口がない。

○　遠隔医療について

- 医師の患者に対する利活用（D to P）
- 医師間における利活用（D to D）
- その他の取組

○　情報共有・連携について

ICTを用いたオンライン服薬指導の状況

○　現時点において、調剤時（薬剤交付時）のオンラインによる服薬指導は認められていない。

	調剤時（薬剤の交付時）	調剤後のフォローアップ
内容	必要な情報提供と服薬指導	必要に応じて継続的に患者の薬剤の使用状況の把握や薬に関する相談の応需を実施
薬機法上の取扱	● 現時点では特区を除き**不可**。 ● 薬剤師による交付時の対面服薬指導が義務づけられている。	●規制なし（実施可能）。

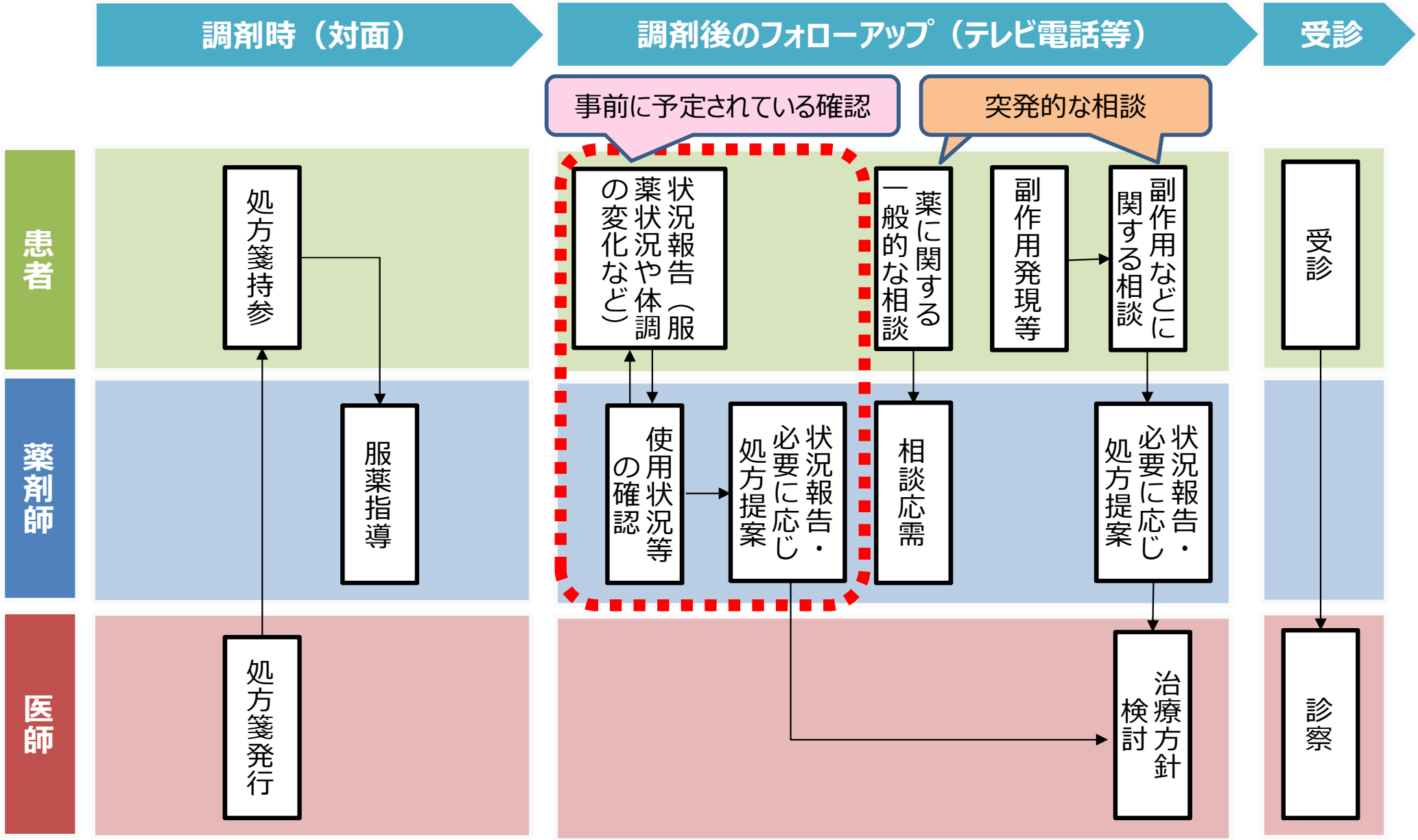
○医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)

（調剤された薬剤に関する情報提供及び指導等）

第９条の３　薬局開設者は、医師又は歯科医師から交付された処方箋により調剤された薬剤の適正な使用のため、当該薬剤を販売し、又は授与する場合には、厚生労働省令で定めるところにより、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に、対面により、厚生労働省令で定める事項を記載した書面（当該事項が電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によつては認識することができない方式で作られる記録であつて、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。以下第三十六条の十までにおいて同じ。）に記録されているときは、当該電磁的記録に記録された事項を厚生労働省令で定める方法により表示したものを含む。）を用いて必要な情報を提供させ、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わせなければならない。

ICTを活用した調剤後のフォローアップ

○　ICTを活用した調剤後のフォローアップの例としては以下のようなものが考えられる。
※　現在でも、電話によるフォローアップを行っている薬局はある。



医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

国民のニーズに応える優れた医薬品、医療機器等をより安全・迅速・効率的に提供するとともに、住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができる環境を整備するため、制度の見直しを行う。

改正の概要

１．医薬品、医療機器等をより安全・迅速・効率的に提供するための開発から市販後までの制度改善

(1)「先駆け審査指定制度※」の法制化、小児の用法用量設定といった特定用途医薬品等への優先審査等
※先駆け審査指定制度 … 世界に先駆けて開発され早期の治験段階で著明な有効性が見込まれる医薬品等を指定し、優先審査等の対象とする仕組み
(2)「条件付き早期承認制度※」の法制化
※条件付き早期承認制度 … 患者数が少ない等により治験に長期間を要する医薬品等を、一定の有効性・安全性を前提に、条件付きで早期に承認する仕組み
(3) 最終的な製品の有効性、安全性に影響を及ぼさない医薬品等の製造方法等の変更について、事前に厚生労働大臣が確認した計画に沿って変更する場合に、承認制から届出制に見直し
(4) 継続的な改善・改良が行われる医療機器の特性やＡＩ等による技術革新等に適切に対応する医療機器の承認制度の導入
(5) 適正使用の最新情報を医療現場に速やかに提供するため、添付文書の電子的な方法による提供の原則化
(6) トレーサビリティ向上のため、医薬品等の包装等へのバーコード等の表示の義務付け　　等

２．住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができるようにするための薬剤師・薬局のあり方の見直し

(1) 薬剤師が、調剤時に限らず、必要に応じて患者の薬剤の使用状況の把握や服薬指導を行う義務
　薬局薬剤師が、患者の薬剤の使用に関する情報を他医療提供施設の医師等に提供する努力義務
　} を法制化
(2) 患者自身が自分に適した薬局を選択できるよう、機能別の薬局※の知事認定制度（名称独占）を導入
※①入退院時や在宅医療に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（地域連携薬局）
②がん等の専門的な薬学管理に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（専門医療機関連携薬局）
(3) 服薬指導について、対面義務の例外として、一定のルールの下で、テレビ電話等による服薬指導を規定　　等

３．信頼確保のための法令遵守体制等の整備

(1) 許可等業者に対する法令遵守体制の整備（業務監督体制の整備、経営陣と現場責任者の責任の明確化等）の義務付け
(2) 虚偽・誇大広告による医薬品等の販売に対する課徴金制度の創設
(3) 国内未承認の医薬品等の輸入に係る確認制度（薬監証明制度）の法制化、麻薬取締官等による捜査対象化
(4) 医薬品として用いる覚せい剤原料について、医薬品として用いる麻薬と同様、自己の治療目的の携行輸入等の許可制度を導入　　等

４．その他

(1) 医薬品等の安全性の確保や危害の発生防止等に関する施策の実施状況を評価・監視する医薬品等行政評価・監視委員会の設置
(2) 科学技術の発展等を踏まえた採血の制限の緩和　　等

施行期日

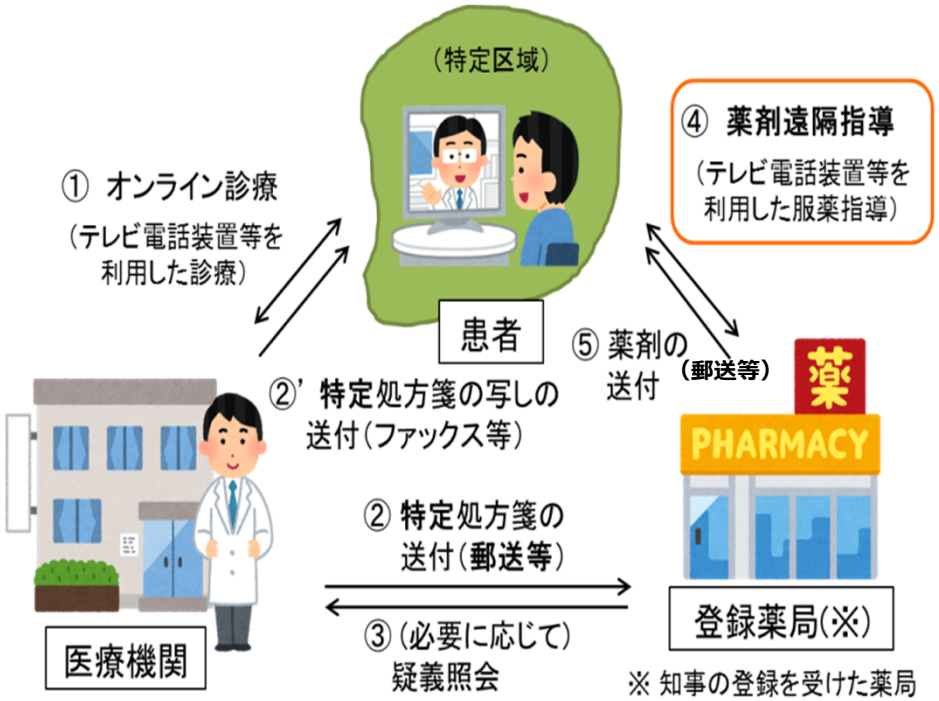
公布の日から起算して１年を超えない範囲内において政令で定める日（ただし、１.(3)(5)、２.(2)及び３.(1)(2)については公布の日から起算して２年を超えない範囲内において政令で定める日、１.(6)については公布の日から起算して３年を超えない範囲内において政令で定める日）

国家戦略特区における遠隔服薬指導の概要（離島・へき地等における利活用）

○　国家戦略特区法の一部を改正する法律（平成28年法律第55号）に基づき、薬剤師による対面での服薬指導義務の特例として、**国家戦略特区内**で**実証的**に、①**遠隔診療が行われ**、②**対面での服薬指導が困難な場合**（薬剤師・薬局の数が少なく、患者宅と薬局との距離が離れている場合等）に限り、③**テレビ電話等**による服薬指導（遠隔服薬指導）を可能とされた（施行：平成28年９月１日）。

○　平成30年６月14日の国家戦略特別区域諮問会議において、**愛知県、兵庫県養父市及び福岡市**における、実証事業の実施計画が認定された。

【事業のイメージ】



【実施自治体】



○　登録薬局数：２８件、　○　患者数：９名（平成３１年３月３１日時点）

国家戦略特区における遠隔服薬指導時の調剤報酬の取扱い

○　平成30年７月18日の中医協での審議の結果、国家戦略特区において実施される遠隔服薬指導については、以下の①～④の要件をすべて満たしていれば、薬剤服用歴管理指導料を算定することは暫定的に可能としている。

＜具体的な要件＞

① 薬剤服用歴管理指導料に係る算定要件（※）を満たすこと
② 患者の手元に薬剤が届いた後にも、改めて必要な確認を行うこと
③ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30 年3 月厚生労働省）を参考に情報セキュリティ対策を講じていること
④ お薬手帳を活用していること

※ 薬剤服用歴管理指導料の算定要件
イ　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（薬剤情報提供文書）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。
ロ　処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
ニ　患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。
ホ　薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

※ 「かかりつけ薬剤師指導料」及び「かかりつけ薬剤師包括管理料」は、必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理をすることなど、一元的・継続的な薬学的管理を評価したものであり、薬剤師に患者の居住地を訪問させることが容易ではない場合に行われる特区での遠隔服薬指導では、事実上算定要件を満たさないと考えられる。

ICTを活用した栄養食事指導の事例

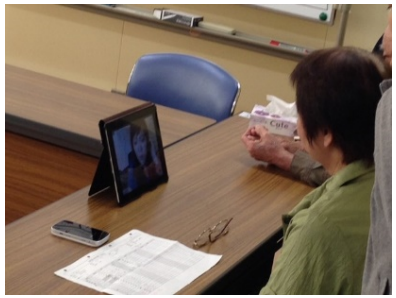
沖縄県栄養士会の事業概要

離島等での栄養ケア支援体制を強化するために、沖縄県本島栄養士会事務所と離島診療所間でITを使った栄養指導の実現可能性等をモデル事業として実施。

【対象者】
平成24年度　男性2名、女性4名
（37～70歳の糖尿病、脂質異常症、腎機能障害等）
平成25年度　男性2名、女性2名
（45～93歳の糖尿病、腎不全、高血圧症、脂質異常症）



↑　管理栄養士による指導



↑　指導対象者の状況

【実施方法】
離島診療所の医師の指示により、沖縄県栄養士会の管理栄養士が30分～1時間程度、webカメラを使用して指導を実施。

【課題等】
・通常の会話に比べて「音が聞き取りにくい」及び通信状況により音声が途切れるため、ゆっくり大きな声で話すことが必要。
・ITの環境が整っていても対象者の多くが高齢者のため、IT機器の使用方法の習得が必要。
・指導用の画面が小さいと指導に使用する食品モデル等の媒体を対象者が見えないため、大きな画面が必要。
・指導者と対象者の双方に共通の指導媒体・教材が必要。

出典：厚生労働省補助事業 栄養ケア活動支援整備事業報告書「ちゃーがんじゅう（健康寿命延伸）プロジェクト」（沖縄県栄養士会）より

○　遠隔医療について

○　情報共有・連携について

- 医療情報の標準化や地域医療情報連携ネットワークについて（※）
- カンファレンスや在宅医療における利活用
- その他の取組

※7月以降の中医協において議論を予定

○　遠隔医療について

○　情報共有・連携について

- 医療情報の標準化や地域医療情報連携ネットワークについて（※）
- カンファレンスや在宅医療における利活用
- その他の取組

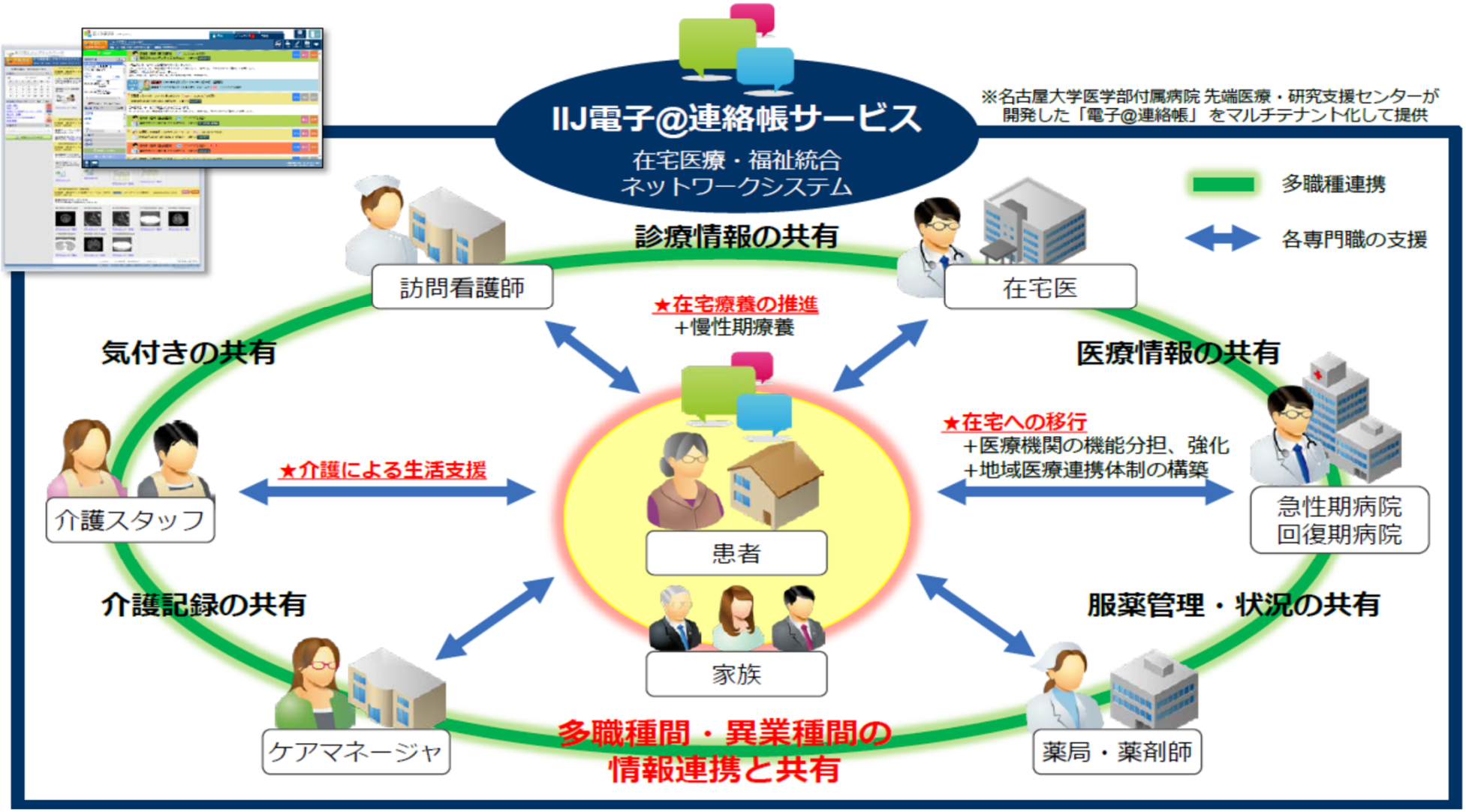
※7月以降の中医協において議論を予定

ICTを活用した情報共有・連携のイメージ

株式会社インターネットイニシアティブ提供資料

電子@連絡帳　利用シーン（ICTシステム活用）

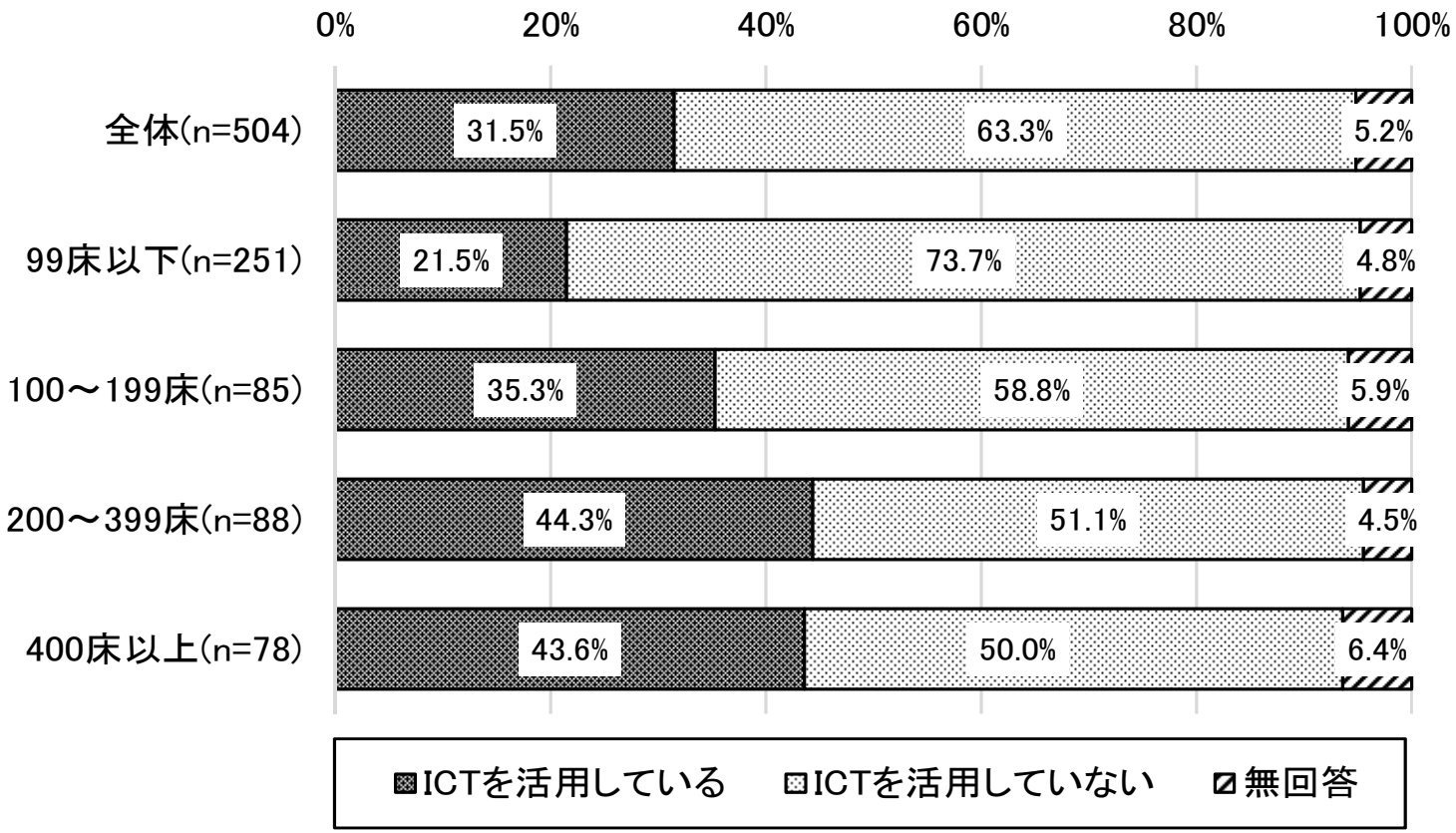
在宅を希望される住民（病気と共に生きる）を支えるため、地域の専門職が連携して患者様の「日々の生活状況」を共有する情報連携システムです。



他の関係機関との情報共有・連携のためのICTの活用状況（病院）

○　他の関係機関の職員との情報共有・連携のためにICTの活用をしている医療機関は、全体の約3割。病床規模が大きい医療機関ほど活用している割合が高い傾向にある。

■他の関係機関の職員との情報共有・連携のためのICT活用の有無（病院）

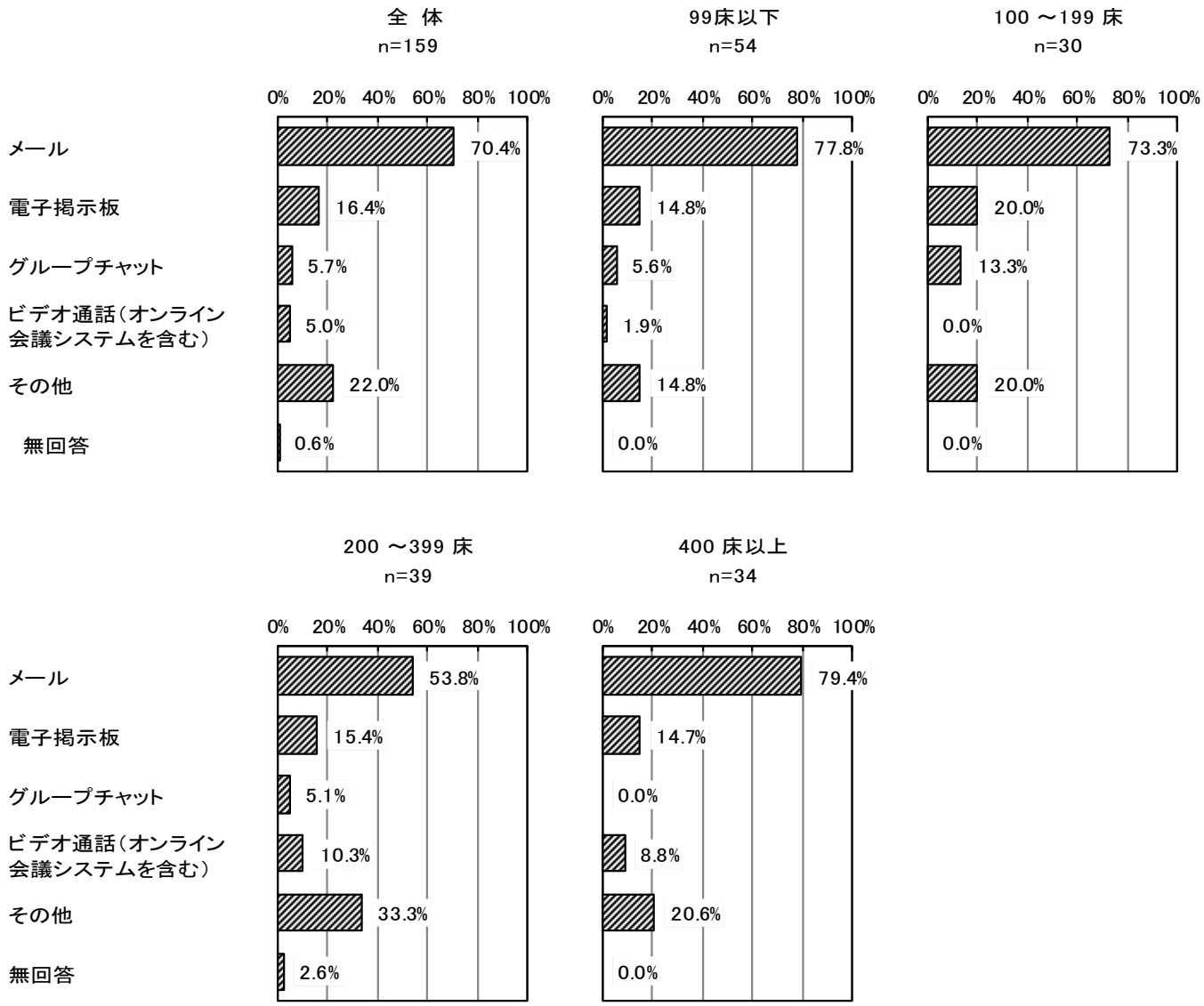


【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」

情報共有・連携のために活用しているICTの種類（病院）

○　情報共有・連携を行うために活用しているICTをみると、最も多いのはメールで、全体の約7割。次に多いのは電子掲示板で、全体の約2割弱であった。

■活用しているICT（複数回答）



【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件 【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 [施設基準]	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること 【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること
入退院支援加算1 [施設基準]	連携機関との年3回の面会のうち、1回はICTを活用できる。 【入退院支援加算1を届け出る医療機関又は連携機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 連携機関との年3回の面会全てICTを活用できる。
退院時共同指導料1、2の注1　[算定要件]	【患者の退院後の在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーション又は入院中の医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 在宅療養担当医療機関又は訪問看護ステーションの担当者がICTを用いて共同指導できる。
退院時共同指導料2の注3 [算定要件]	在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が、患者が入院中の医療機関に赴き共同指導する場合、在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかがICTを用いて参加することができる。

医療資源の少ない地域の場合の考え方　（退院時共同指導料の場合）

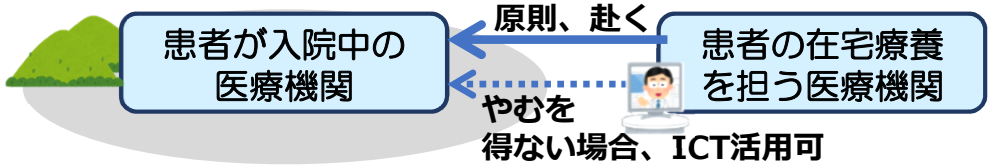
①いずれも医療資源の少ない地域に属さない場合



②在宅療養担当医療機関(訪問看護St)が医療資源の少ない地域に属する場合



③入院医療機関が医療資源の少ない地域に属する場合



退院時共同指導料1、2いずれの場合であっても、患者が入院中の医療機関又は患者の在宅療養を担う医療機関(訪問看護St)のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合、患者の在宅療養を担う医療機関(訪問看護St)は、ICTを活用して退院時共同指導を実施することが可能である。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ②

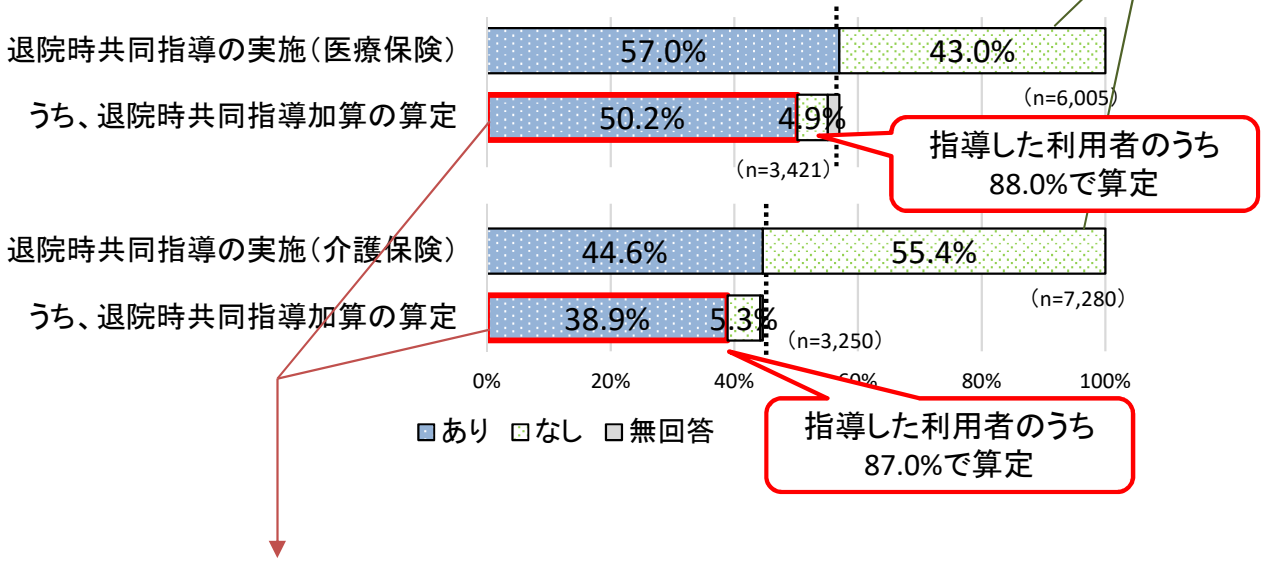
項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件 【医療資源の少ない地域の場合】
ハイリスク妊産婦連携指導料1、2 ［算定要件］	患者への治療方針などに係るカンファレンス（概ね2か月に1回程度の頻度）に参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対するハイリスク妊産婦連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加している場合、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
在宅患者緊急時等カンファレンス料 ［算定要件］	①、②のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに3者以上が参加するとき ② 当該3者のうち2者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき 【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ①から③のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスのとき ② 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加するとき ③ ②において、当該3者のうち1者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 ［算定要件］	①、②のいずれも満たす場合、当該医療機関の在宅褥瘡対策チーム構成員は、ICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加するとき ② 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患家に赴きカンファレンスを行っているとき
精神科在宅患者支援管理料2のイ ［算定要件］	関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① チームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに対面で参加しているとき ② 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、チームの関係者全員が一堂に会すること 【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 関係者全員が一堂に会し該当患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
精神科在宅患者支援管理料2のロ ［算定要件］	関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施している場合、その間の月のカンファレンスについて、関係者のうちいずれかがICTを用いて参加することができる。

訪問看護ステーションにおける退院時共同指導の実施状況

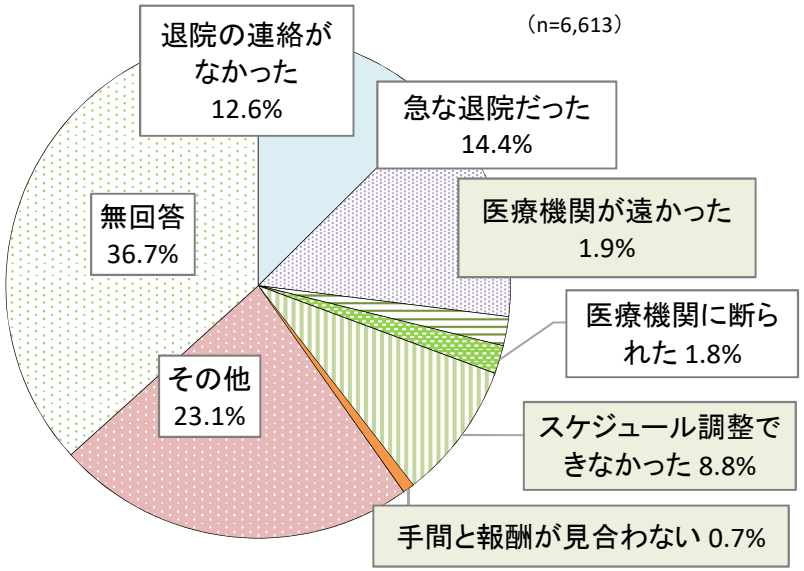
○　退院時共同指導を実施した利用者のうち、約9割の利用者で退院時共同指導加算が算定されており、要する時間は、指導では30分～1時間未満、移動では30分未満が多い。
○　退院時共同指導をできない理由として、「医療機関が遠い」「スケジュール調整できない」「手間と報酬が見合わない」が約1割である。

■ 退院した利用者に対する退院時共同指導の実施状況 及び 退院時共同指導加算の算定状況

（退院した利用者の総数：13,285人）

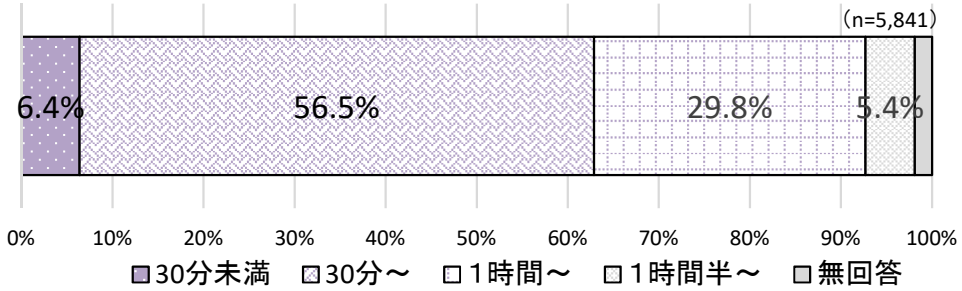


■ 退院時共同指導を実施しなかった理由



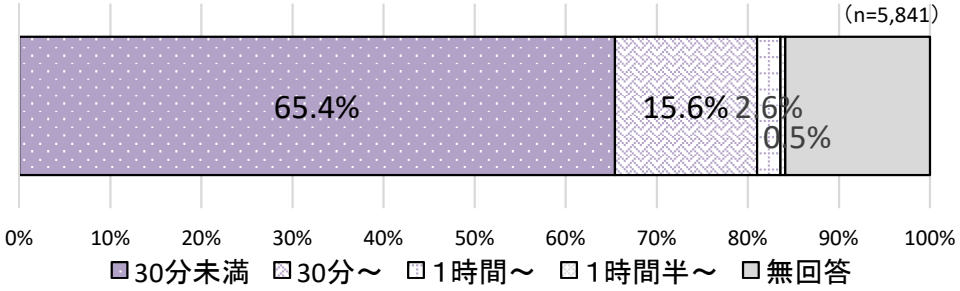
■ 退院時共同指導に要した時間

（退院時共同指導加算を算定した利用者について回答）



■ 退院時共同指導を実施した場所への移動時間

（退院時共同指導加算を算定した利用者について回答）

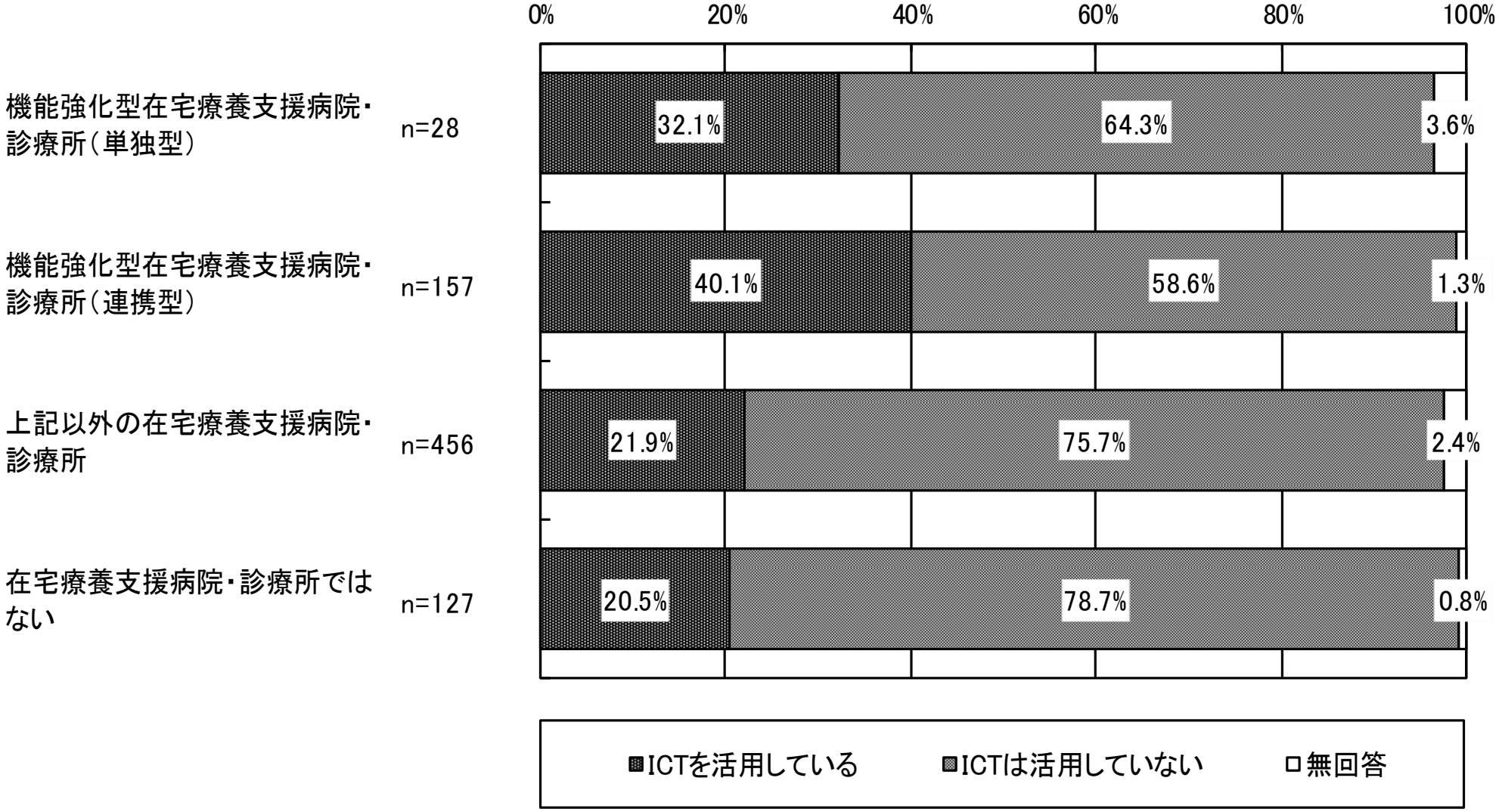


【出典】全国訪問看護事業協会 平成31年調査（対象：全国訪問看護事業協会会員の訪問看護ステーション5,678か所、回収数：1,901か所（33.5%）、平成31年1～3月の実績を回答）

他の関係機関との情報共有・連携のためのICTの活用状況（在宅医療）

○　在宅医療を提供する医療機関において、他の関係機関の職員と情報共有・連携を行うためにICTの活用をしている医療機関は、機能強化型在宅支援病院・診療所の３～４割、それ以外では約２割であった。

■ 関係職員と情報共有・連携を行うためのICTの活用の有無

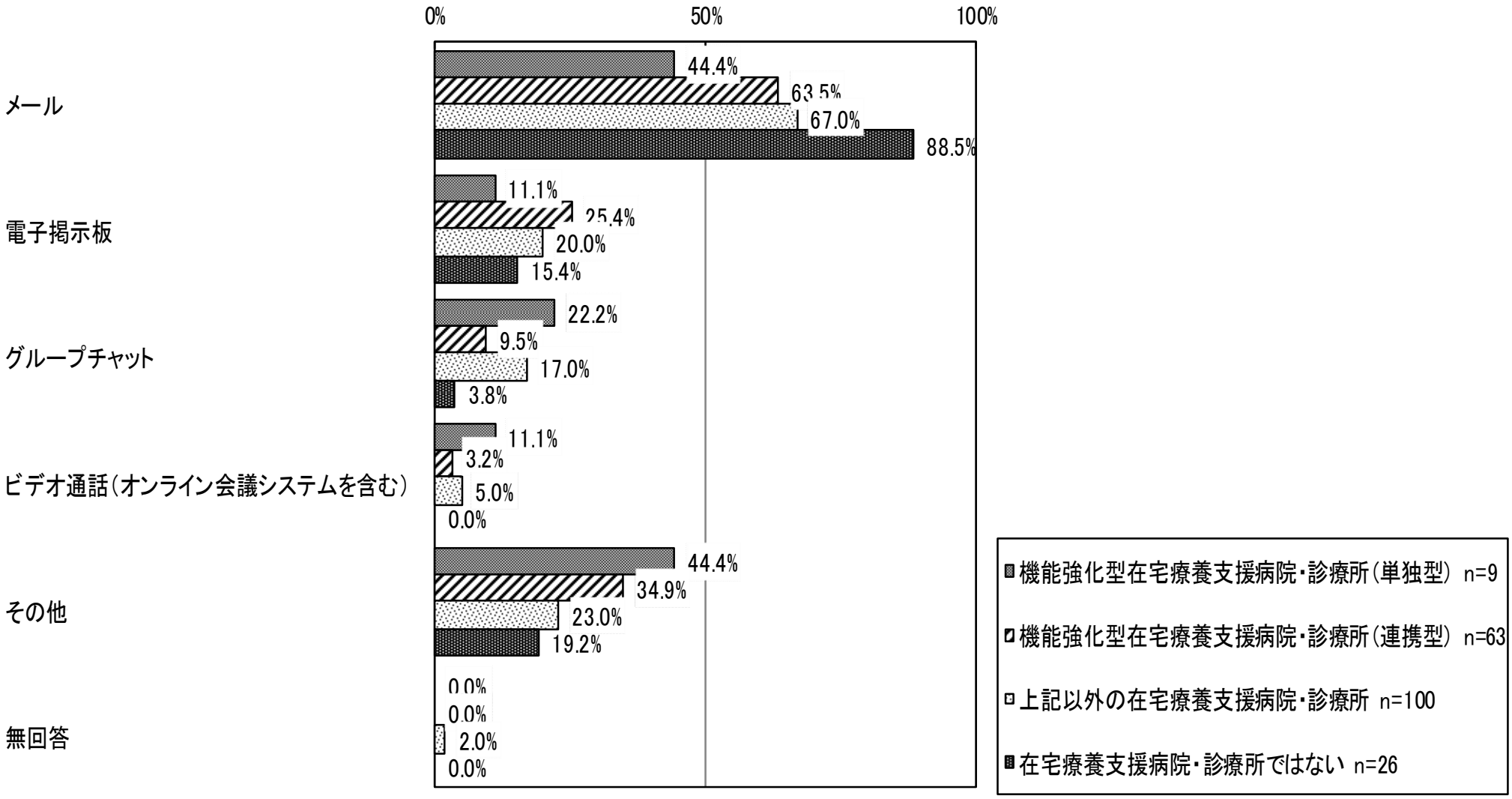


【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」

情報共有・連携のために活用しているICTの種類（在宅医療）

○　在宅医療を提供する医療機関において、活用しているICTをみると、メールが最も多かった。

■活用しているICTの活用の種類について

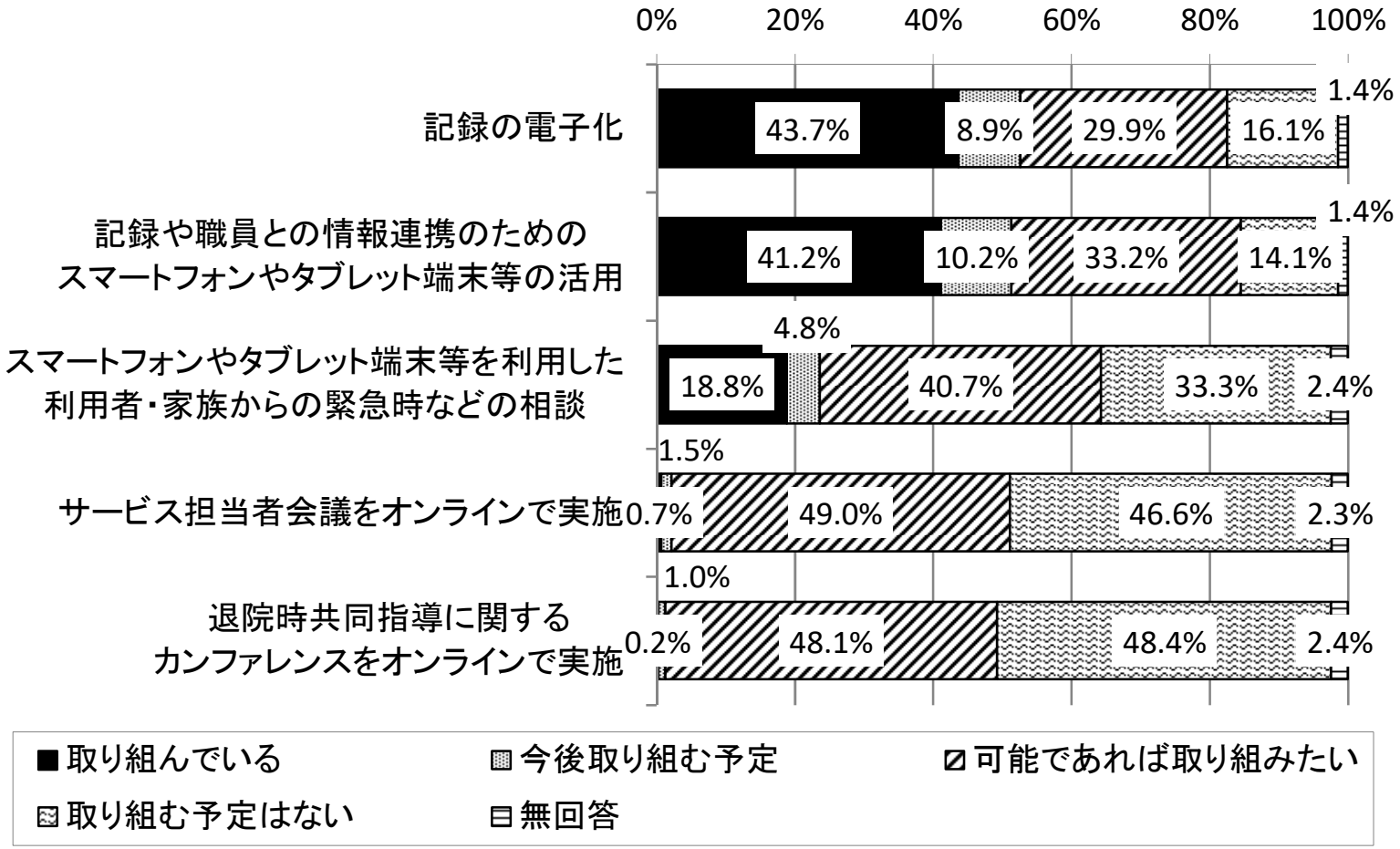


【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」

訪問看護ステーションにおけるICTの利用状況

○　記録の電子化や情報連携等のためのスマートフォン等の活用は4割以上の事業所で取り組まれているが、退院時共同指導に関するカンファレンス等をオンラインで実施している事業所はわずかである。

■ 訪問看護ステーションにおけるICTの利用状況（n=1,650）



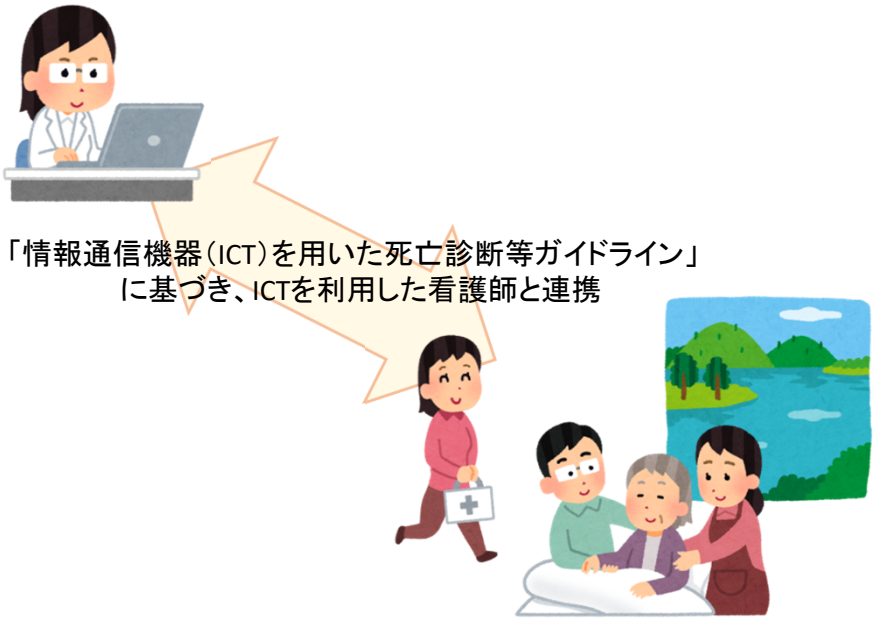
【出典】平成30年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所における看護師等の従業者数の規模別にみたサービス実態に関する調査研究事業」報告書
（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング）（対象：全国の訪問看護ステーション4,774か所、回収数：1,650か所（34.6%））

ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等

ICTを利用した死亡診断

➢ 在宅患者訪問診療料の加算において、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等の要件を追加。

現行	改定後
【在宅患者訪問診療料】 患家において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。	【在宅患者訪問診療料】 死亡診断を行った場合には、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。
［算定要件］ 在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。	［算定要件］ 在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。 以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン（平成29 年９月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨記載すること。 ア　当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。 イ　正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12 時間以上を要することが見込まれる状況であること。 ウ　特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C005－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。



○　遠隔医療について

○　情報共有・連携について

- 医療情報の標準化や地域医療情報連携ネットワークについて（※）
- カンファレンスや在宅医療における利活用
- その他の取組

※7月以降の中医協において議論を予定

電子版お薬手帳について

電子版お薬手帳の意義

【お薬手帳とは】

○ **患者の服用歴を記載し、経時的に管理**するもの。

○ **患者自らの健康管理**に役立つほか、医師・薬剤師が確認することで、**相互作用防止や副作用回避**に資する。

【電子版お薬手帳のメリット】

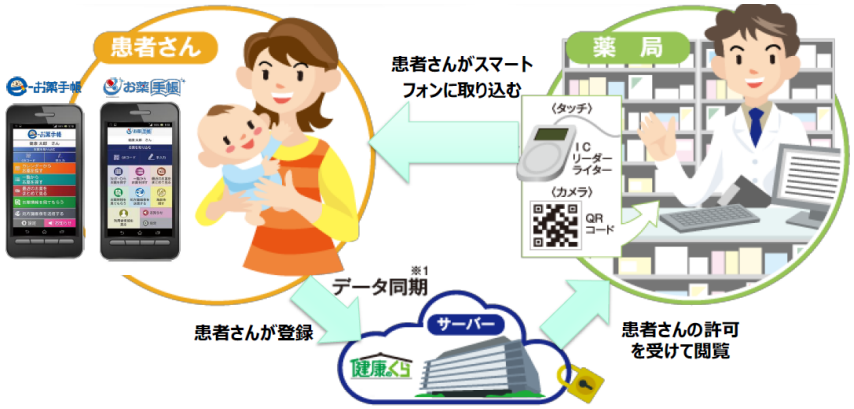
① 携帯電話やスマートフォンを活用するため、**携帯性が高く、受診時や来局時にも忘れにくい**。

② データの**保存容量が大きい**ため、**長期にわたる服用歴の管理**が可能。

③ アプリケーション独自に**運動の記録や健診履歴等健康に関する情報を管理**する追加機能を備えているものもある。

電子版お薬手帳の機能

① 薬剤情報等の記録
→ＱＲコード等で薬剤情報の取り込み又は患者が手入力で記録
② 医療関係者への提示



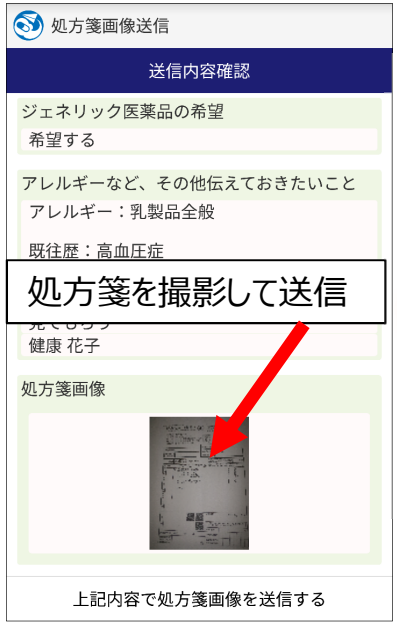
画像：健康のくらより

○その他の機能

①スケジュール管理
（服用アラーム）



②薬局へ処方箋画像送信
（待ち時間短縮）



③健康管理機能
（歩数、血圧など）



画像：①②日本薬剤師会　eお薬手帳より
③PHC株式会社　ヘルスケア手帳より

電子版お薬手帳の相互利用について

○　患者が電子版お薬手帳をどの薬局でも利用できるよう、以下のような取組が実施されている。
　①　標準データフォーマットを作成。これを用いることにより、どの薬局の情報でも電子版お薬手帳に「記録」できる（JAHIS（保健医療福祉情報システム工業会）が作成）。
　②　パソコン上で電子版お薬手帳を閲覧できるシステムを提供。これを用いることにより、どのお薬手帳を利用していても薬剤師等が情報を「閲覧」できる（日本薬剤師会が提供）。
※　薬剤服用歴管理指導料の算定要件では、上記に該当する電子版お薬手帳は紙のお薬手帳と同様に評価。

A薬局の電子版お薬手帳を持つ患者がA薬局を利用する場合



A薬局

①情報の閲覧

電子版お薬手帳のサーバーにより、薬剤師が服薬情報等を確認

②情報の記録

QRコード等により、患者はお薬手帳に服薬情報を取りこむ

A薬局の電子版お薬手帳を持つ患者がB薬局を利用する場合

①情報の閲覧

e薬Linkにより、薬剤師がお薬手帳の情報を閲覧

※閲覧には患者が提供するワンタイムパスワードが必要



B薬局

②情報の記録

QRコード等により、患者はお薬手帳に服薬情報を取りこむ

e薬linkのサーバーに服薬情報等をアップロード

e薬 Link イークスリンク

A薬局の電子版お薬手帳を持つ患者



患者



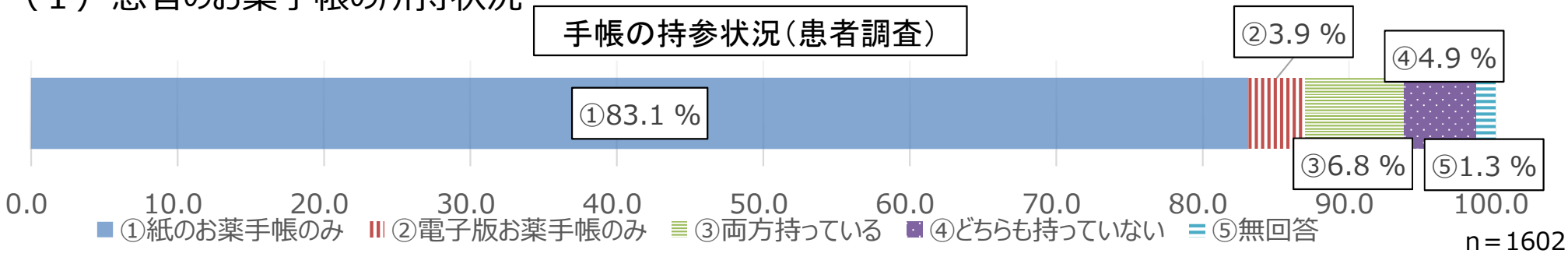
A薬局電子版お薬手帳

電子版お薬手帳の使用状況等

○　電子版お薬手帳を所持している患者は約11%であった。
○　電子版お薬手帳に対応できる薬局は約半数。電子版お薬手帳に対応していない理由として「希望する患者がいないため」と回答する薬局が最も多かった。

（１）患者のお薬手帳の所持状況（１）

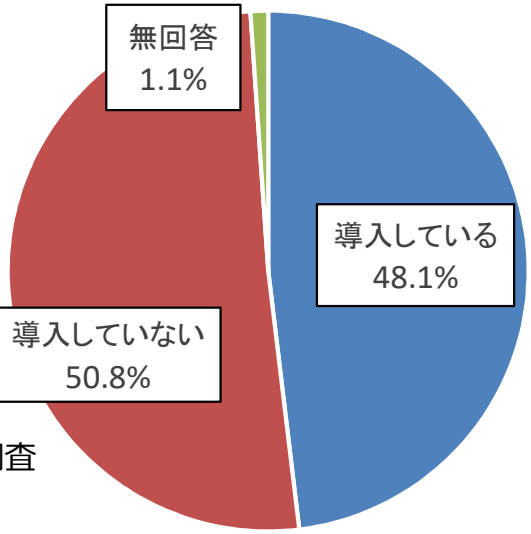
手帳の持参状況（患者調査）



n＝1602

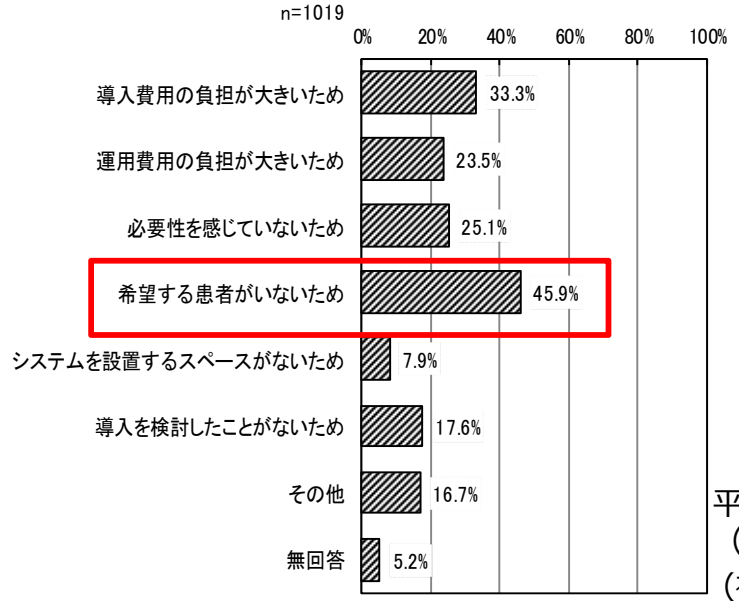
（２）薬局での電子版お薬手帳の対応状況（２）

電子版お薬手帳の導入状況



平成30年度調査
（n=2006）

電子版お薬手帳を導入していない理由



平成30年度調査
（n=1019）
（複数回答）

出典：
（１）平成30年度 厚生労働省保険局医療課委託事業 薬局の機能に係る実態調査
（２）平成30年度かかりつけ薬剤師・薬局機能調査・検討事業「かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査報告書」

医療におけるICTの利活用

【論点】

○　オンライン診療は、対面診療と補完的に組み合わせることで、医療の質の向上に資するものについて、普及状況の検証結果等を踏まえ、診療報酬上の対応を検討してはどうか。

　なお、現在、オンライン診療の適切な実施に関する指針について、改訂の検討が行われているところ。

○　遠隔医療における、個別の領域の利活用については、今後、学会からの提案等、医療の質に係るエビデンス等を踏まえて、評価を検討してはどうか。

○　上記の検討にあたっては、オンライン診療の特性に鑑み、離島・へき地等の医療資源の少ない地域における利活用と、それ以外の利活用を分けて、必要な整理を行ってはどうか。

○　情報共有・連携における利活用については、柔軟な働き方や、業務の効率化にも資するものとして、適切な活用を妨げないよう、必要な対応を検討してはどうか。

中医協　総－３ 元．６．１２	中医協　診－１ 元．６．１２	診調組　入－１ 元．６．７

2018年度調査結果（速報）概要

令和元年６月７日（金）

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見（抜粋）

中医協　診－１
３０．１１．７

１　今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等（救急医療に関する評価を含む。）に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

３　調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、ＤＰＣ制度以外の入院医療とともに、ＤＰＣ制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

９　介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、
①　医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
②　維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
③　有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

答申書附帯意見に関する上記の事項について、入院医療等の調査・評価分科会で調査・検証・検討を行うこととして、4月25日の中医協総会で了承された。
（9については、総会・検証部会においても検討。）

調査項目

【基本的な考え方】
○　以下に掲げる7項目について、2018年度及び2019年度の2か年で調査を実施する。
○　1年間の長期の経過措置が設けられている項目など、効果を検証するまでに一定程度の期間が必要であるものについては2019年度調査として実施する。
○　2018年度調査で実施するものについても、改定による効果がより明らかになるよう、経過措置のあるものは原則として経過措置終了後に調査期間を設定する。

【2018年度】

（1）急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について（その1）
（2）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直しの影響について
（3）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その1）
（4）医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について

【2019年度】

（1）急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について（その2）
（2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
（3）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その2）

2018年度調査全体の概要①

○　調査方法：調査は原則として自記式調査票の郵送配布・回収により実施する。
○　調査票：対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「患者票」、「レセプト調査票」を配布する。
　※患者票は、入院患者票、退棟患者票及び補助票で構成される
○　調査対象施設：調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。
○　調査負担軽減のため、患者票の一部については、診療実績データ（DPCデータ）での代替提出を可能とする。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(1)急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について（その1）	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等の届出を行っている医療機関
(2)地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直しの影響について	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関
(3)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その1）	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(4)医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関

調査対象施設の区分に応じて、次項の通りA票からF票に整理

2018年度調査全体の概要②

調査票	関連する調査項目	調査対象となる施設	対象施設数
A票	(1)急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について（その1）	急性期一般入院料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料の届出を行っている医療機関	約2,000施設
B票	(1)急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について（その1） (2)地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直しの影響について	地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料等の届出を行っている医療機関	約1,900施設
C票	(3)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その1）	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関	約1,500施設
D票	(3)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その1）	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関	約800施設
E・F票	(4)医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（病院・診療所）	約500施設

2018年度調査の回収結果

調査対象区分		調査対象施設数	施設調査票（回収率）	病棟票	患者票	退棟患者票
A	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料	2,000	786（39.3%）	1,996	20,296	8,890
B	地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料	1,901	683（35.9%）	537	5,385	1,144
C	療養病棟入院基本料	1,499	419（28.0%）	266	3,474	412
D	障害者施設等入院基本料等	800	308（38.5%）	233	3,024	261
E	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（病院）	172	82（47.7%）	―	―	―
F	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（診療所）	173	73（42.2%）	―	―	―

【2018年度調査項目】

（１）一般病棟入院基本料

（２）地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料

（３）療養病棟入院基本料

（４）医療資源の少ない地域

（５）横断的事項

（1）急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について（その1）

【附帯意見（抜粋）】
今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等（救急医療に関する評価を含む。）に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】
①一般病棟入院基本料について、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料に再編・統合
②一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価について、診療実績データを用いて患者割合を評価する、重症度、医療・看護必要度Ⅱを新設
③在宅復帰に係る指標について、指標の定義等を見直し

【調査内容案】
調査対象：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等の届出を行っている医療機関
調査内容：
(1) 各医療機関における入院料の届出状況、職員体制
(2) 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況
(3) 各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況 等

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～7）の内容

➢　一般病棟入院基本料（7対1、10対1）について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編する。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 （7割以上が看護師）						7対1以上 （7割以上が看護師）
患者割合 [ ]内は200床未満の経過措置	重症度、医療・看護必要度Ⅰ *1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	－ [26%以上]	－ [27%以上]	30%以上
	重症度、医療・看護必要度Ⅱ *2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・病床機能連携率		－						8割以上
その他		－				・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要		医師の員数が入院患者数の100分の10以上
データ提出加算		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

*1：現行方法による評価　*2：診療実績データを用いた場合の評価
[　]内は許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の経過措置

重症度、医療・看護必要度の見直し③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し（評価票について）

➢ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり	―
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	―
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	―
4	心電図モニターの管理	なし	あり	―
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	―
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	―
7	専門的な治療・処置 （① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療 ）	なし	―	あり
8	救急搬送後の入院（2日間）	なし	―	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	―
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	―
15	危険行動	ない	―	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術（7日間）	なし	あり
17	開胸手術（7日間）	なし	あり
18	開腹手術（4日間）	なし	あり
19	骨の手術（5日間）	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療（2日間） （①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり

［各入院料・加算における該当患者の基準］

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の 重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 （地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む）	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

重症度、医療・看護必要度の見直し④

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法の見直し（Ⅱについて）

➢ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価について、A項目及びC項目は診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を評価する手法を**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**として**現行の方法と選択可能**とする。

A	モニタリング及び処置等
1	創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）
3	点滴ライン同時3本以上の管理
4	心電図モニターの管理
5	シリンジポンプの管理
6	輸血や血液製剤の管理
7	専門的な治療・処置 （① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療 ）
~~8~~	~~救急搬送後の入院（2日間）~~

B	患者の状況等
9	寝返り
10	移乗
11	口腔清潔
12	食事摂取
13	衣服の着脱
14	診療・療養上の指示が通じる
15	危険行動

C	手術等の医学的状況
16	開頭手術（7日間）
17	開胸手術（7日間）
18	開腹手術（4日間）
19	骨の手術（5日間）
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）
22	救命等に係る内科的治療（2日間） （①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療）

評価日において、**EFファイル**から別に規定する**レセプト電算処理システム用コード**のうち、A又はC項目に該当する項目を抽出

評価日において、**Hファイル**に入力された**B項目**に該当する項目を抽出

各入院料等の該当患者の基準に従い割合を算出

［施設基準］
- **直近3月の入院患者のうち、基準を満たす患者の割合を算出すること**
- 入院料等の届出を行う際に、ⅠとⅡのいずれを使用するかを届出すること
- **Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、**重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、**ⅠとⅡの各入院料等の基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。**
- 評価方法のみの変更を行う場合は、その**切り替えは4月又は10月であり**、切り替える月の10日までに変更の届出を行うこと。

レセプト電算処理システム用コードの例

重症度、医療・看護必要度の項目			レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A	2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	140005610	酸素吸入
			140005910	間歇的陽圧吸入法
C	16	開頭手術（７日間）	150070110	脳腫瘍全摘術

重症度、医療・看護必要度の見直し⑤

各入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者割合要件の変更

➢ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し及び入院医療の評価体系の見直し等に伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合要件について、見直しを行う．

（ ）内は200床未満の経過措置

現行の基準を満たす患者割合の要件	
一般病棟7対1入院基本料	25%（23%）
看護必要度加算1（一般）	24%
看護必要度加算2（一般）	18%
看護必要度加算3（一般）	12%
7対1入院基本料（特定、専門）	25%（23%）
看護必要度加算1（特定、専門）	24%
看護必要度加算2（特定、専門）	18%
看護必要度加算3（特定、専門）	12%
7対1入院基本料（結核）	10%
総合入院体制加算1・2	30%
総合入院体制加算3	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%
看護補助加算1	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%

改定後の基準を満たす患者割合の要件		
	重症度、医療・看護 必要度Ⅰ	重症度、医療・看護 必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	－（27%）	24%（22%）
急性期一般入院料3	－（26%）	23%（21%）
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料（特定、専門）	28%	23%
看護必要度加算1（特定、専門）	27%	22%
看護必要度加算2（特定、専門）	21%	17%
看護必要度加算3（特定、専門）	15%	12%
7対1入院基本料（結核）	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%
総合入院体制加算3	32%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

在宅復帰率の見直し①

一般病棟7対1入院基本料の在宅復帰率見直し

➢ 在宅復帰に係る指標について、医療機関間の連携や在宅復帰の機能をより推進する観点から、指標の定義等について見直しを行う。

【現行（一般病棟7対1入院基本料）】

在宅復帰率

（分子）
- 自宅
- 居住系介護施設等
- 地域包括ケア病棟
- 回復期リハビリテーション病棟
- 療養病棟（加算＋）
- 有床診療所（加算＋）
- 介護老人保健施設（加算＋）

※死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者除く

（分母）
- 7対1一般病棟から退棟した患者

※死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者除く

［施設基準］8割

【平成30年度改定（急性期一般入院料1）】

在宅復帰・病床機能連携率

（分子）
- 自宅
- 居住系介護施設等（介護医療院を含む）
- 地域包括ケア病棟
- 回復期リハビリテーション病棟
- 療養病棟
- 有床診療所
- 介護老人保健施設

※死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者除く

（分母）
- 急性期一般入院料1算定病棟から退棟した患者

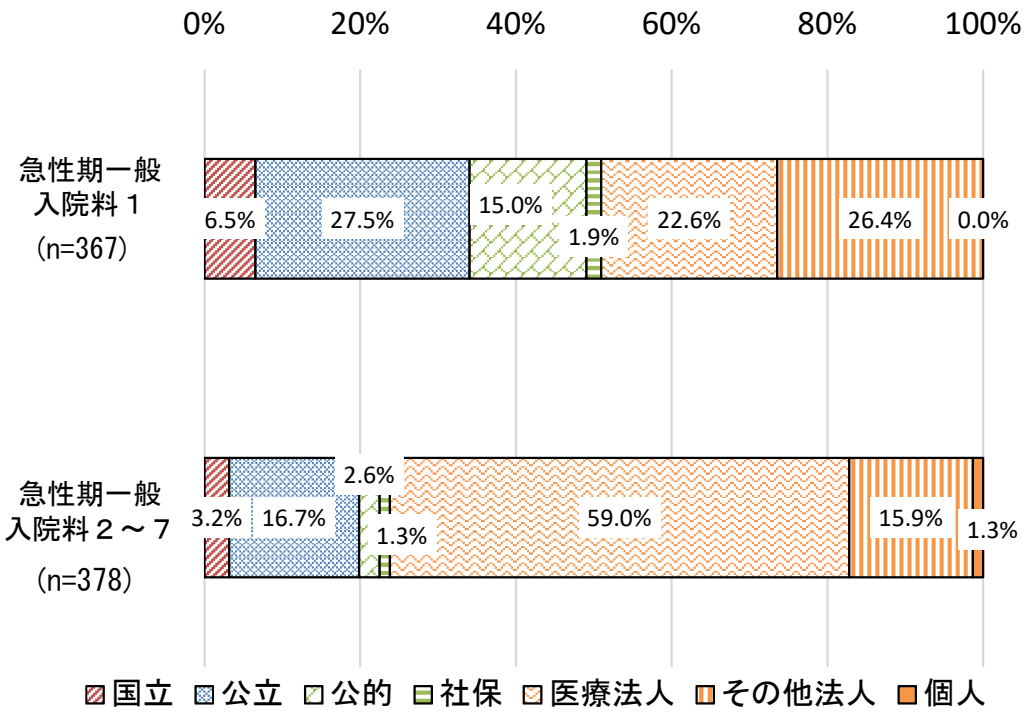
※死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者除く

［施設基準］8割

回答施設の状況①（急性期一般入院基本料）

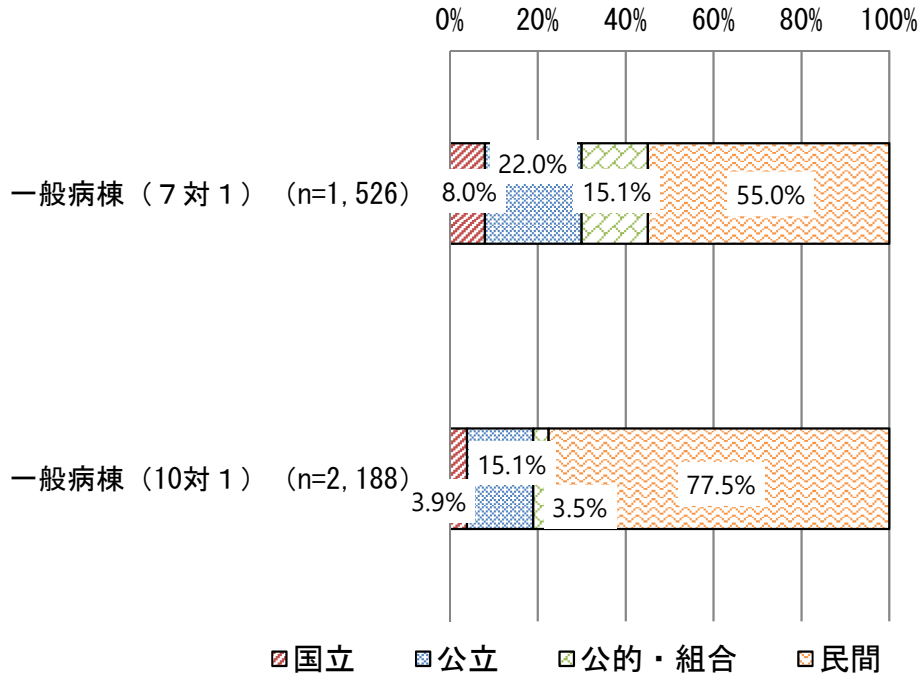
○　急性期一般入院基本料の調査回答施設について、医療機関の開設者別の割合は、以下のとおりであった。

医療機関の開設者別の割合



国立…国立大学法人、NHO、JCHO等　　公立…都道府県、市町村等
公的…日赤、済生会等　　社保…健保組合、共催組合、国保組合等

（参考）一般病棟7対1・10対1入院基本料届出 医療機関全体における開設者別の割合



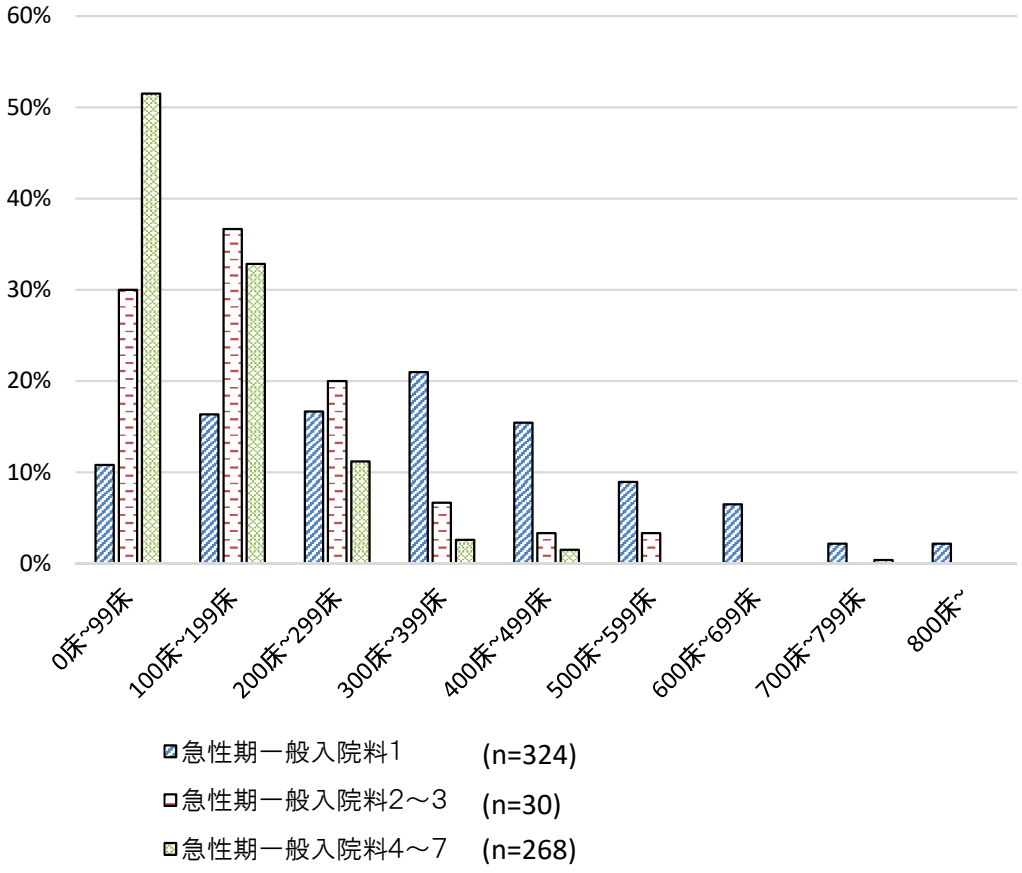
出典：保険局医療課調べ（平成29年７月１日時点）

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

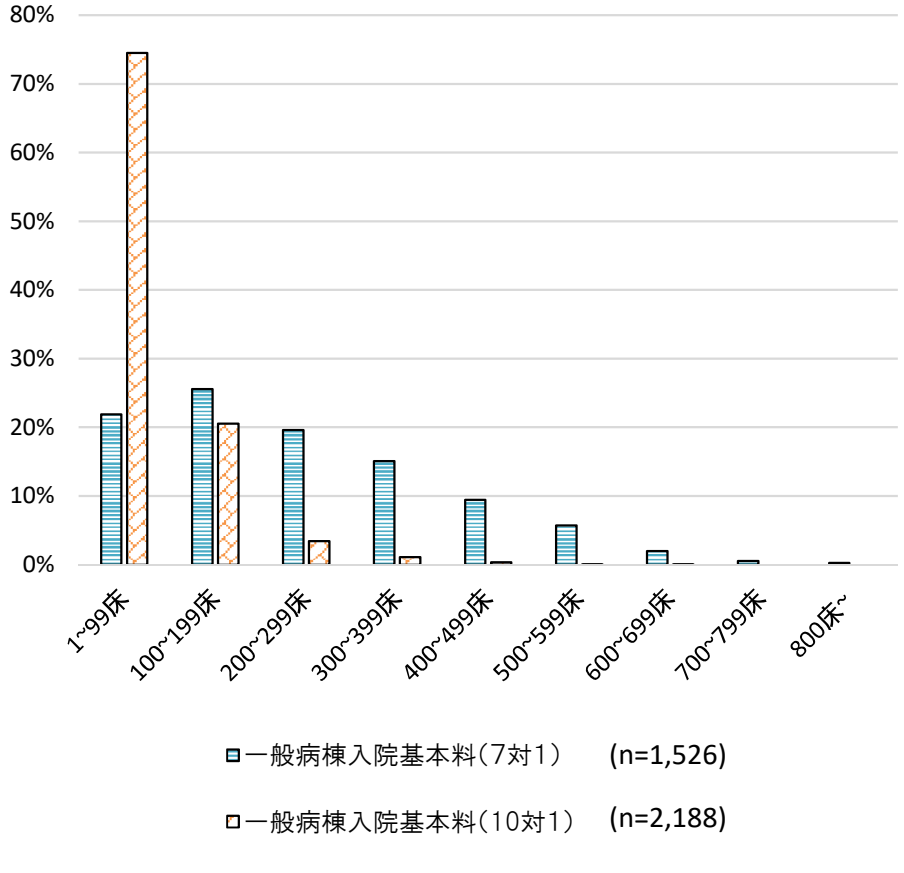
回答施設の状況②（急性期一般入院基本料）

○　急性期一般入院基本料の調査回答施設について、許可病床数別の分布は、以下のとおりであった。

許可病床数別の分布



（参考）一般病棟７対１・10対１入院基本料届出医療機関全体における許可病床数別の分布



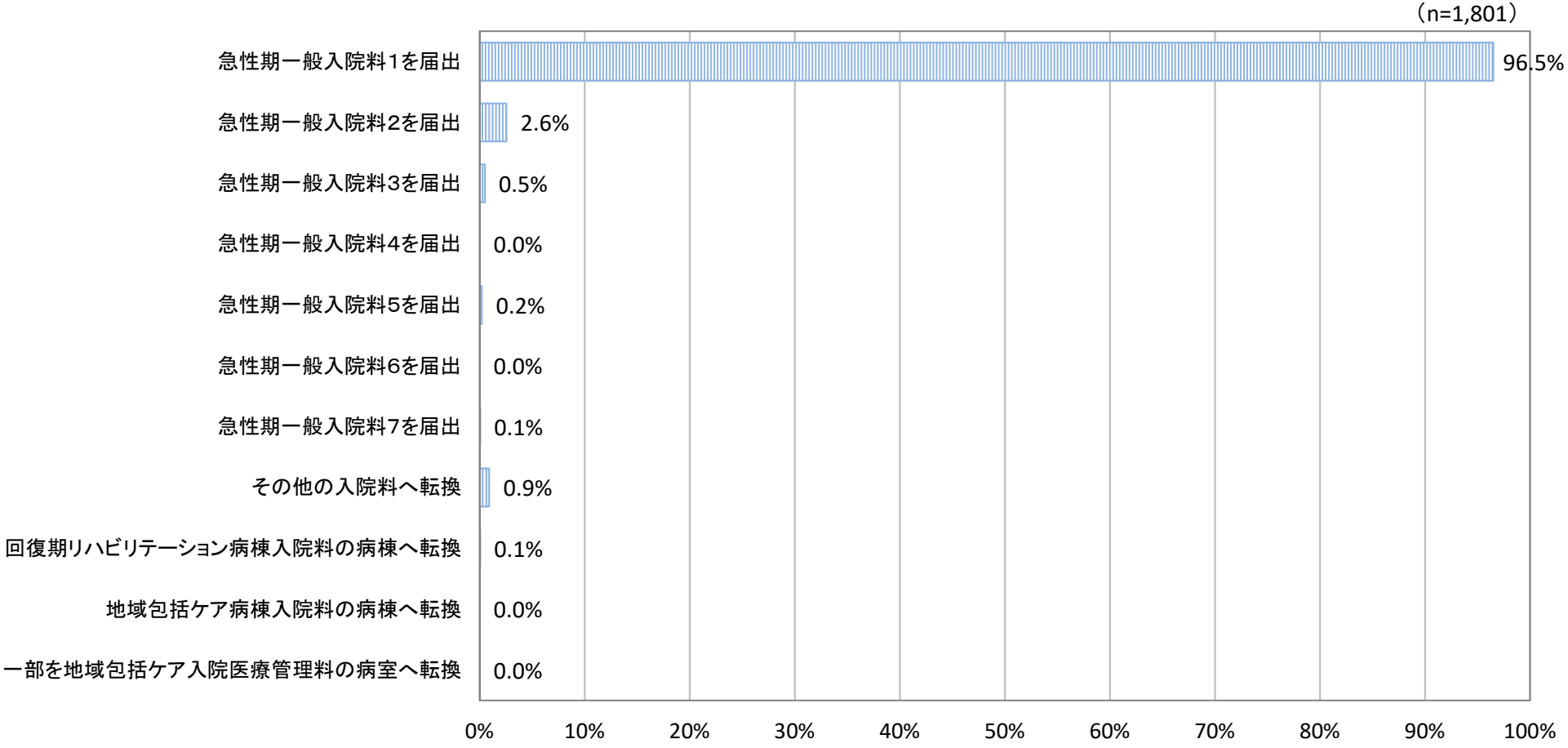
出典：保険局医療課調べ（平成29年７月１日時点）

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

改定前に一般病棟（７対１）を届出ていた病棟の状況

○　改定前に一般病棟（7対1）を届出ていた病棟について、平成30年11月1日時点の状況をみると、急性期一般入院料1を届出ている病棟が最も多かった。
○　急性期一般入院料1以外を届出た病棟の中では、急性期一般入院料2を届出ている病棟が多かった。

改定前に一般病棟（7対1）を届出ていた病棟の平成30年11月１日時点の届出状況

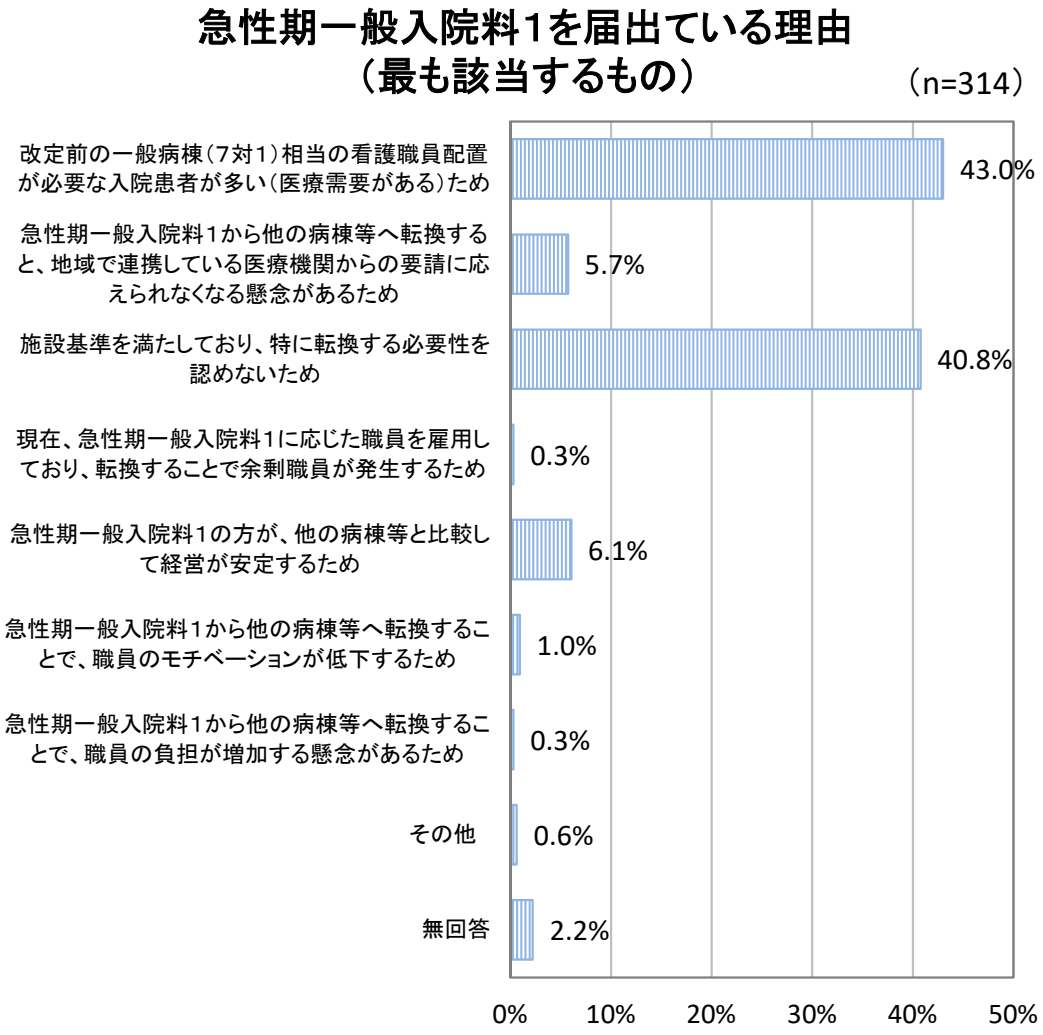


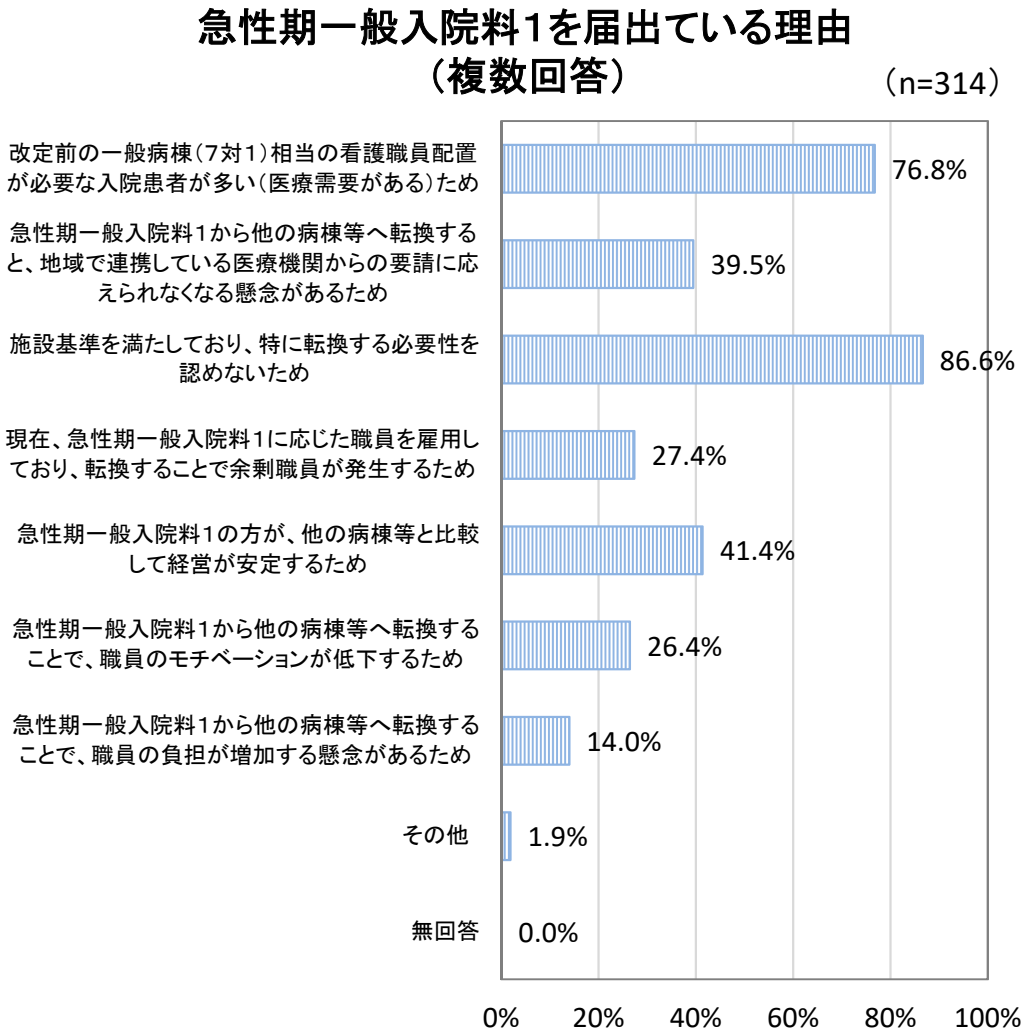
出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

※改定前に一般病棟（7対1）を届出ていた329施設の調査結果

急性期一般入院料１を届出ている理由

○　急性期一般入院料1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「改定前の一般病棟（7対1）相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い（医療需要がある）ため」や「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため」が多かった。



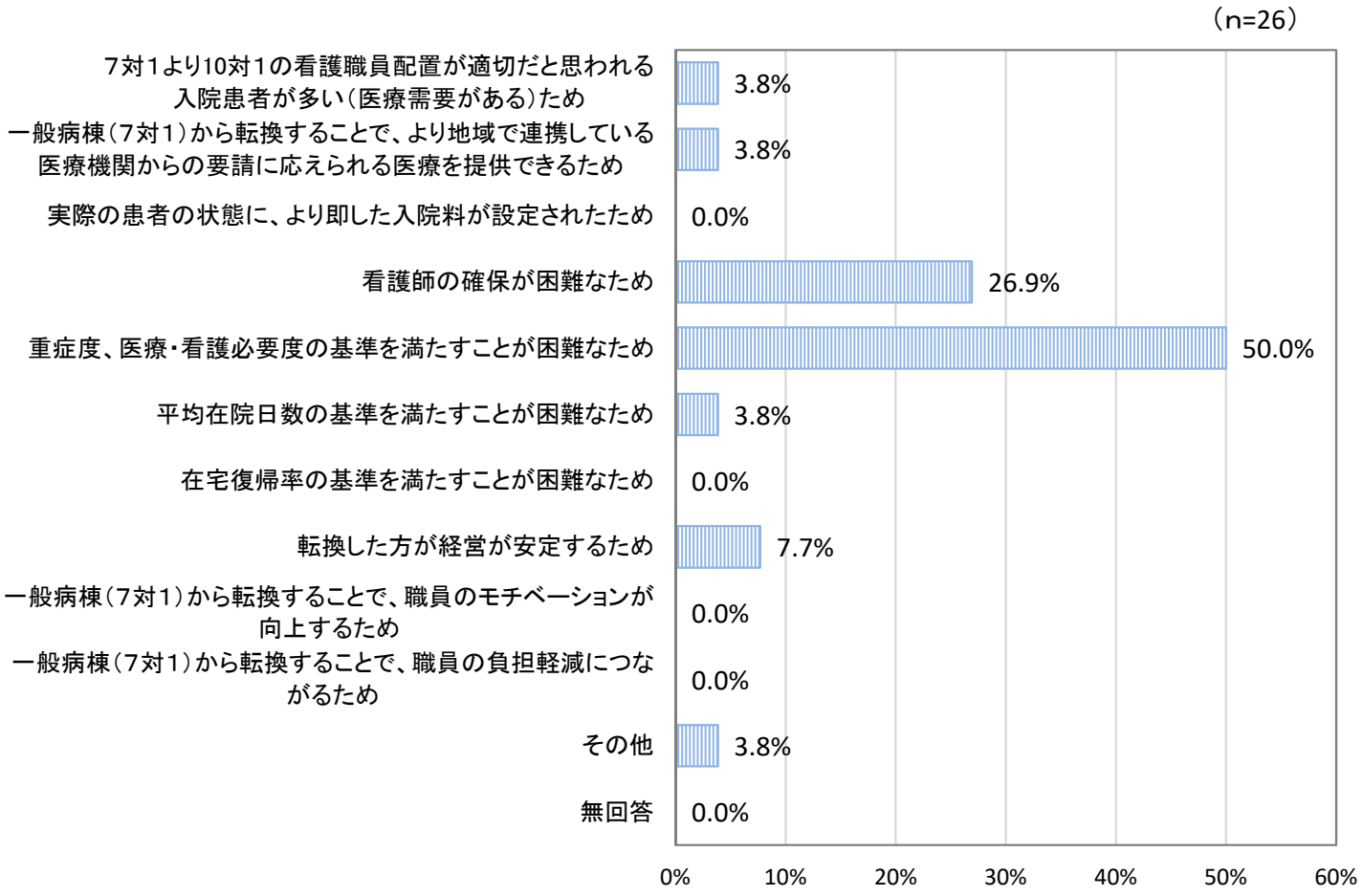


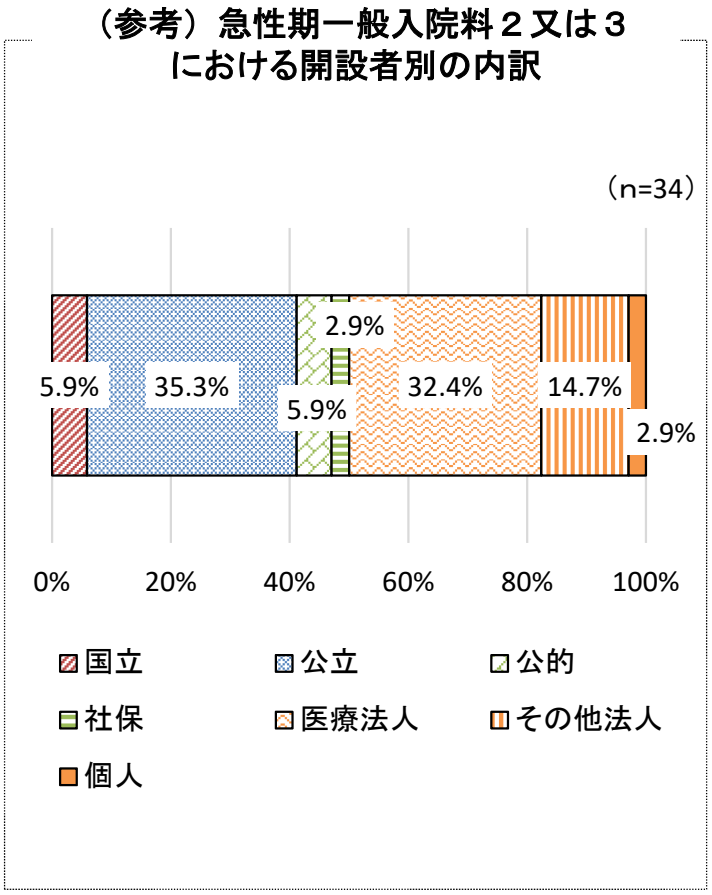
出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

一般病棟（７対１）から転換した理由

○　一般病棟（7対1）から急性期一般入院料2又は3に転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難なため」が最も多く、次いで「看護師の確保が困難なため」が多かった。

一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）



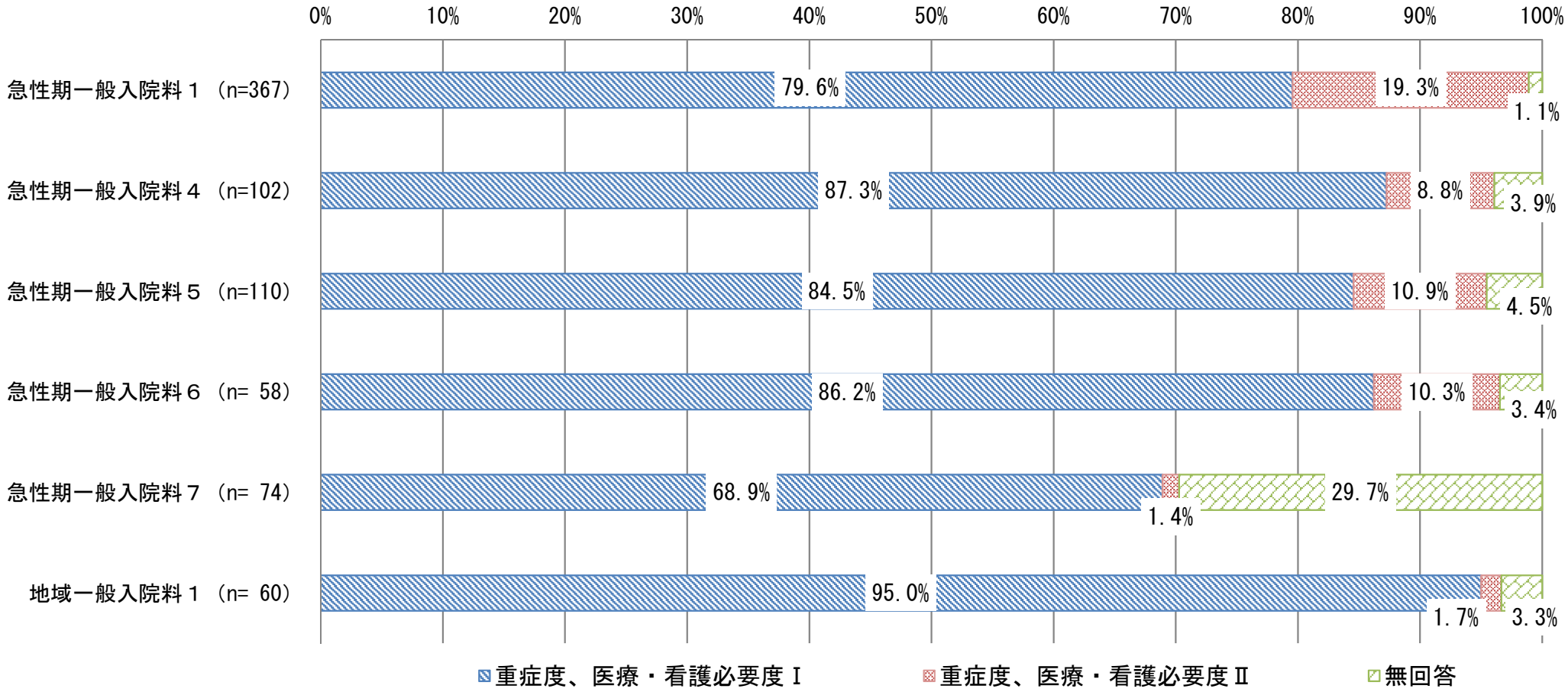


出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

○　重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料１では約２割、急性期一般入院料４～６では１割前後であった。

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別



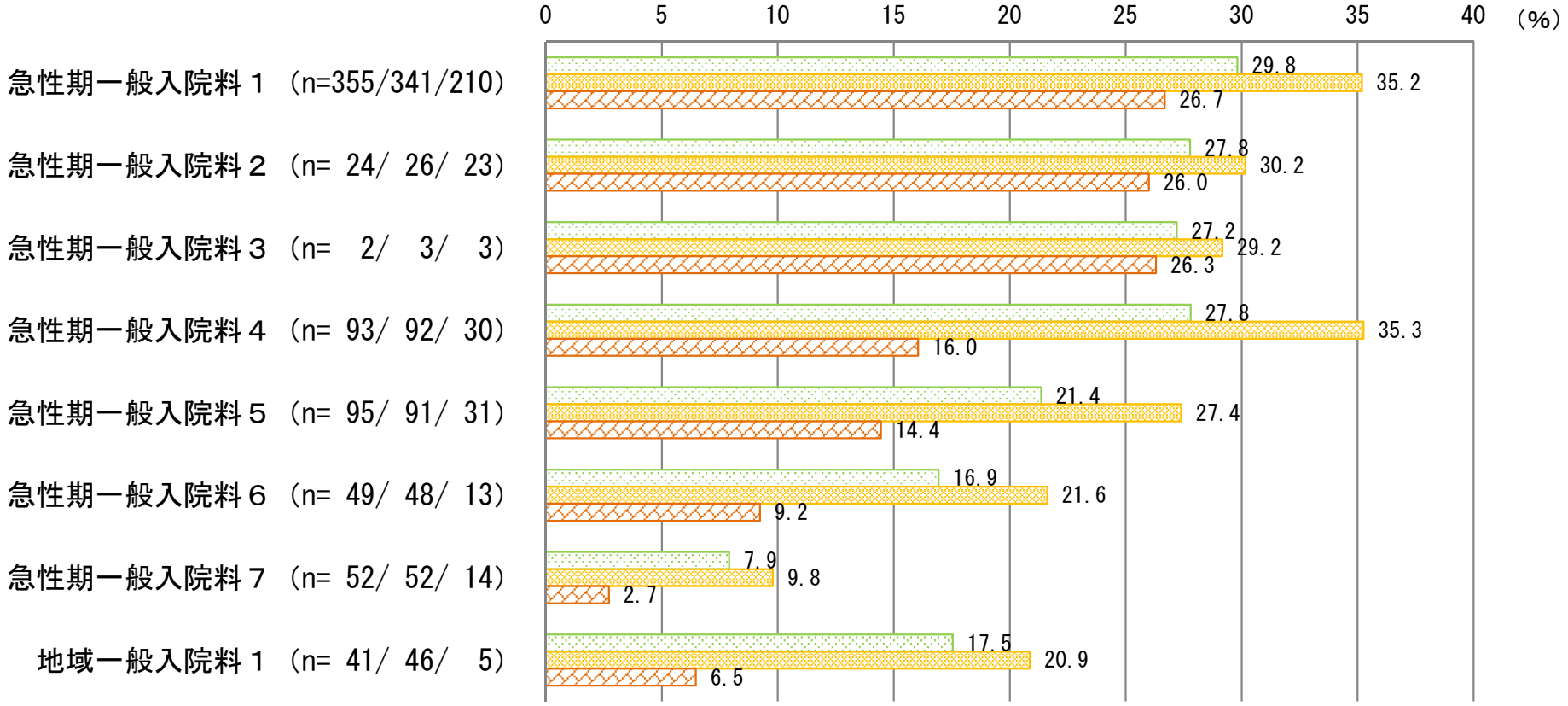
※届出区分無回答のものは除く

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、平成29年８～10月に比べて、平成30年８～10月はⅠの場合は割合が高く、Ⅱの場合は割合が低い傾向にあった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合



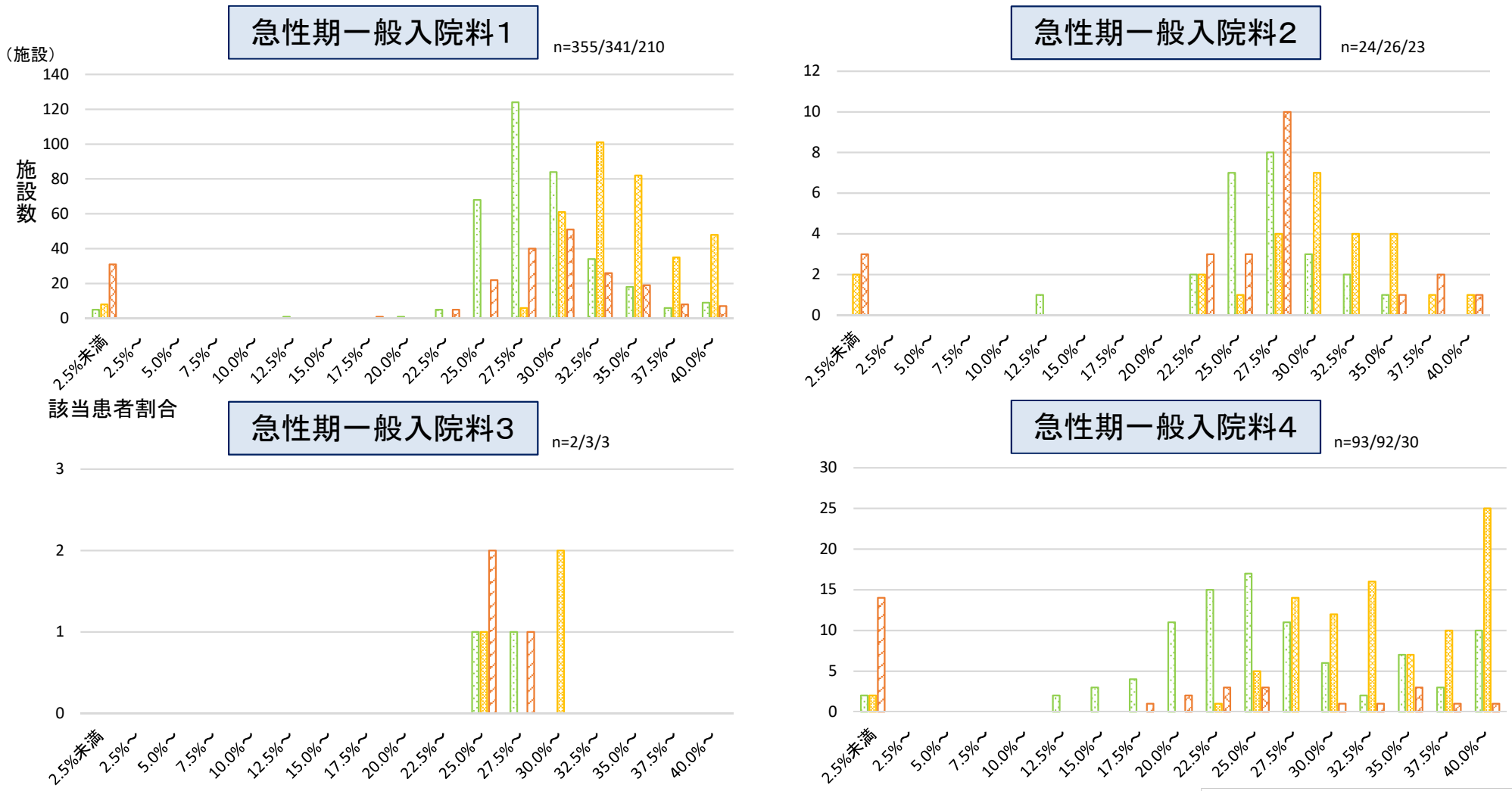
※届出区分無回答のものは除く
※届出によらずⅠ・Ⅱ両方を算出している場合は、平成30年についてⅠ・Ⅱ両方の値を回答している
※（　）内のｎ数は左から順に、平成29年、平成30年（Ⅰ）、平成30年（Ⅱ）を表す

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、全体として、改定前よりも改定後の割合が高い傾向にあった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布



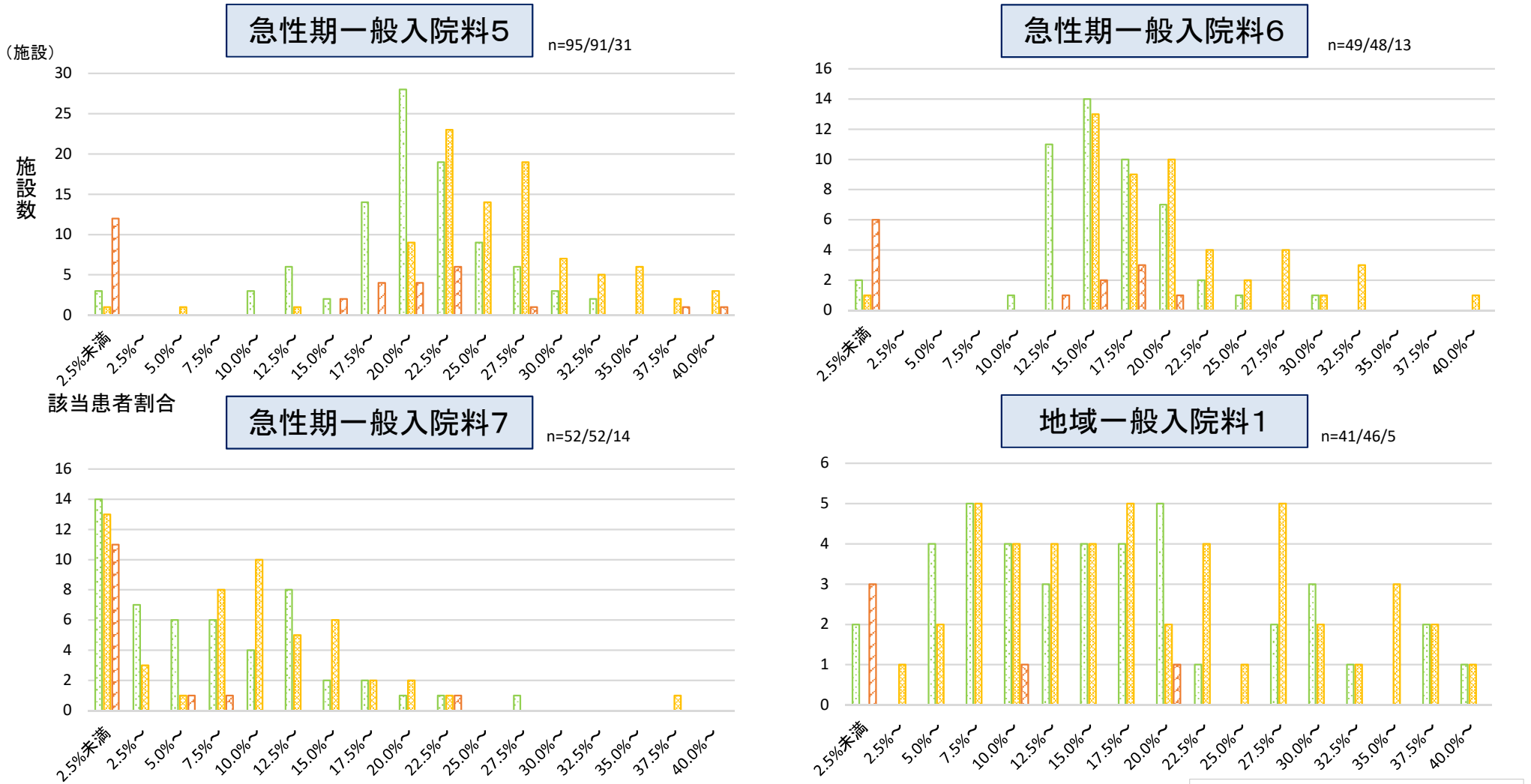
※届出区分無回答のものは除く　※2.5%未満には0%と回答したものを含む
※届出によらずⅠ・Ⅱ両方を算出している場合は、平成30年についてⅠ・Ⅱ両方の値を回答している
※ｎ数は左から順に、平成29年、平成30年（Ⅰ）、平成30年（Ⅱ）を表す

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、全体として、改定前よりも改定後の割合が高い傾向にあった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布



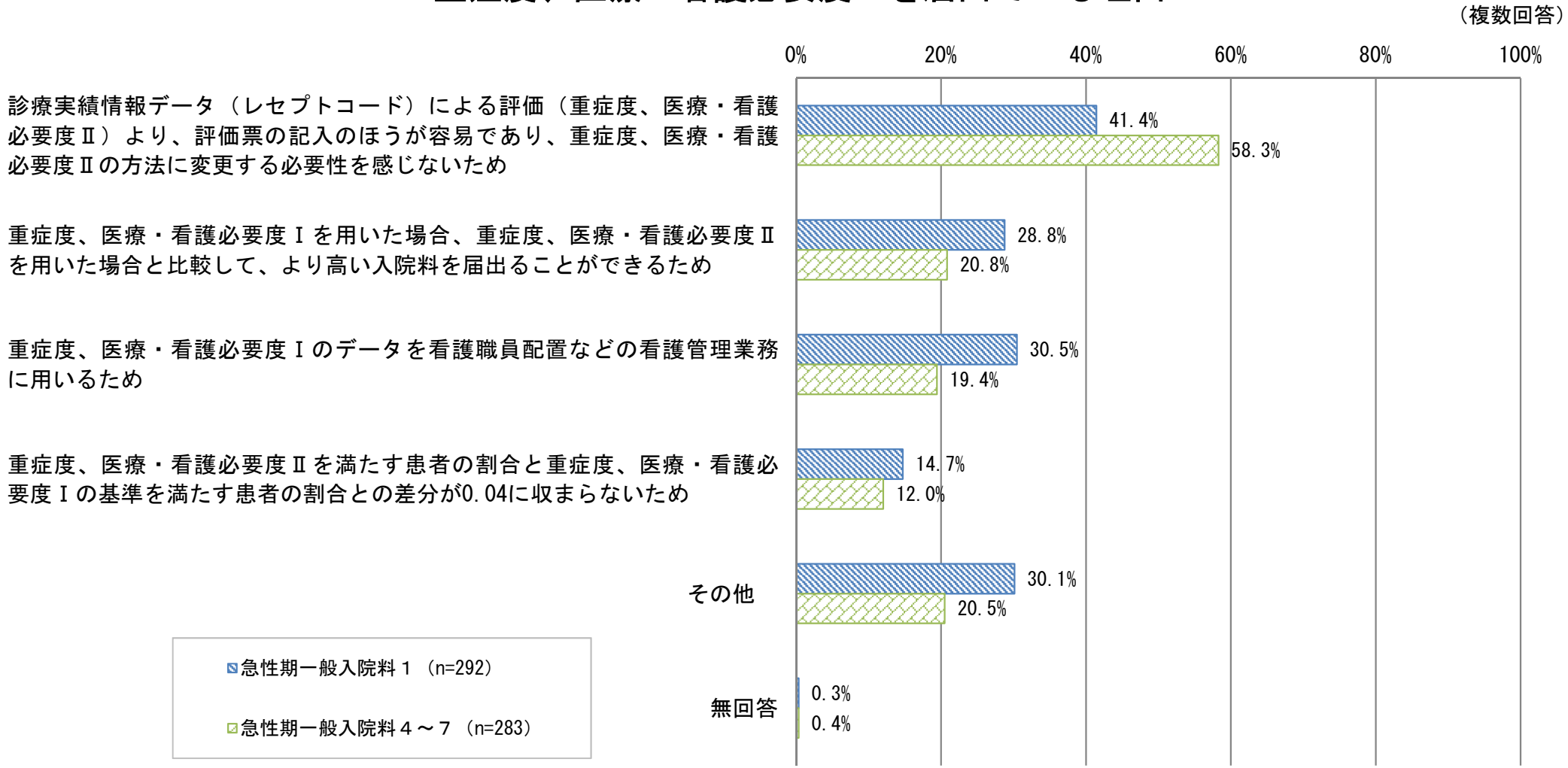
※届出区分無回答のものは除く　※2.5%未満には0%と回答したものを含む
※届出によらずⅠ・Ⅱ両方を算出している場合は、平成30年についてⅠ・Ⅱ両方の値を回答している
※ｎ数は左から順に、平成29年、平成30年（Ⅰ）、平成30年（Ⅱ）を表す

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

重症度、医療・看護必要度Ⅰを届出ている理由

○　重症度、医療・看護必要度Ⅰを届出ている理由をみると、「診療実績情報データによる評価より、評価票の記入のほうが容易であり、Ⅱに変更する必要性を感じないため」が多かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰを届出ている理由



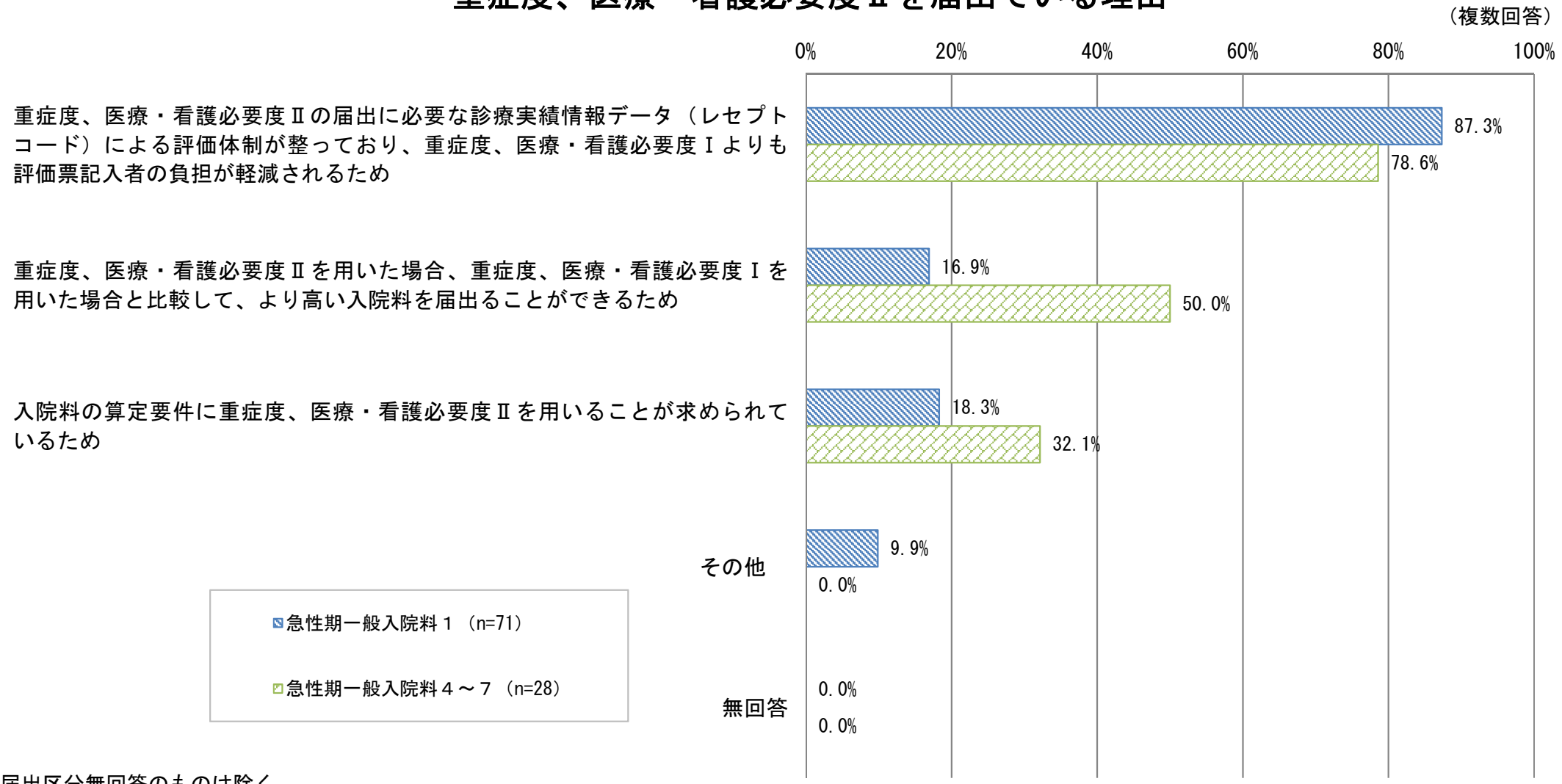
※届出区分無回答のものは除く

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由

○　重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由をみると、「重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っており、Ⅰよりも評価票記入者の負担が軽減されるため」が多かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由



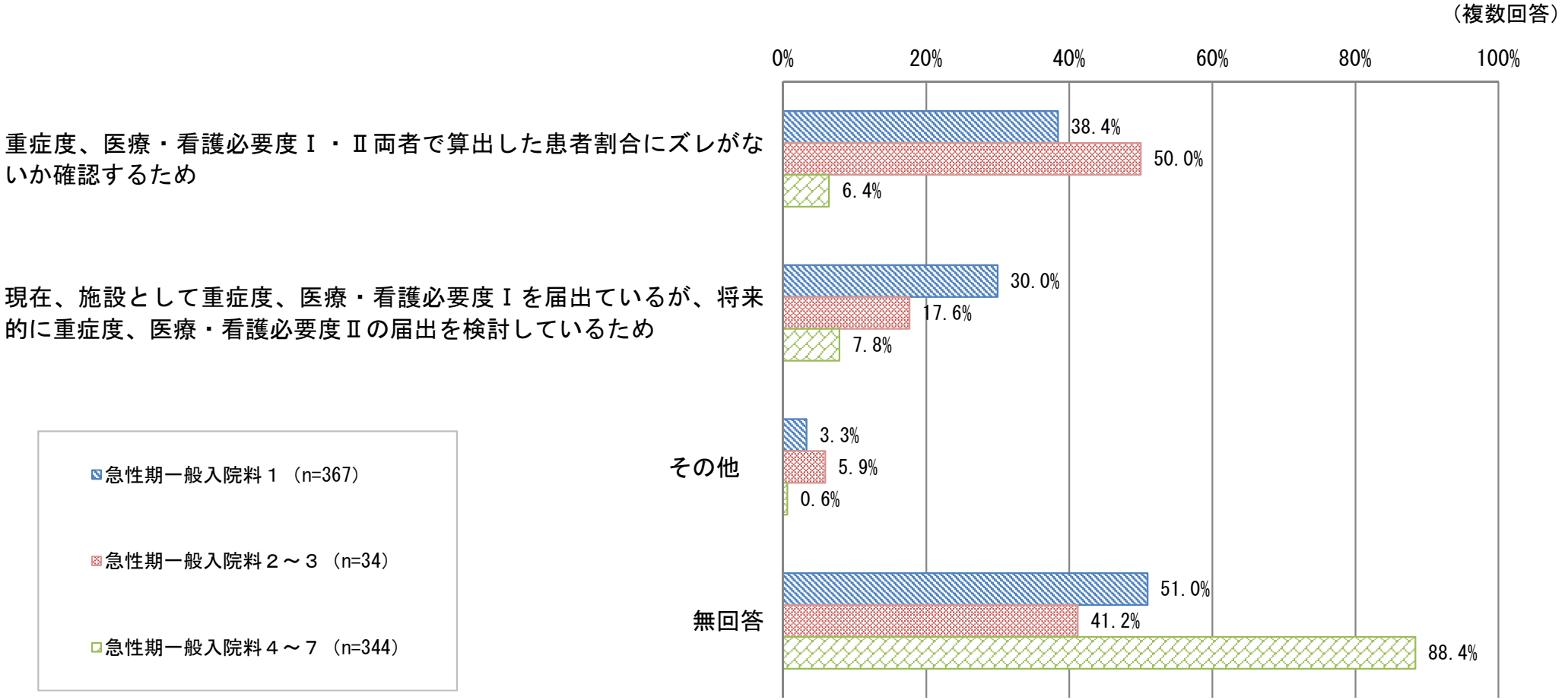
※届出区分無回答のものは除く

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ両方を算出している理由

○　重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ両方の患者割合を算出している施設に、その理由を聞いたところ、「重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ両者で算出した患者割合にズレがないか確認するため」が多かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ両方を算出している理由

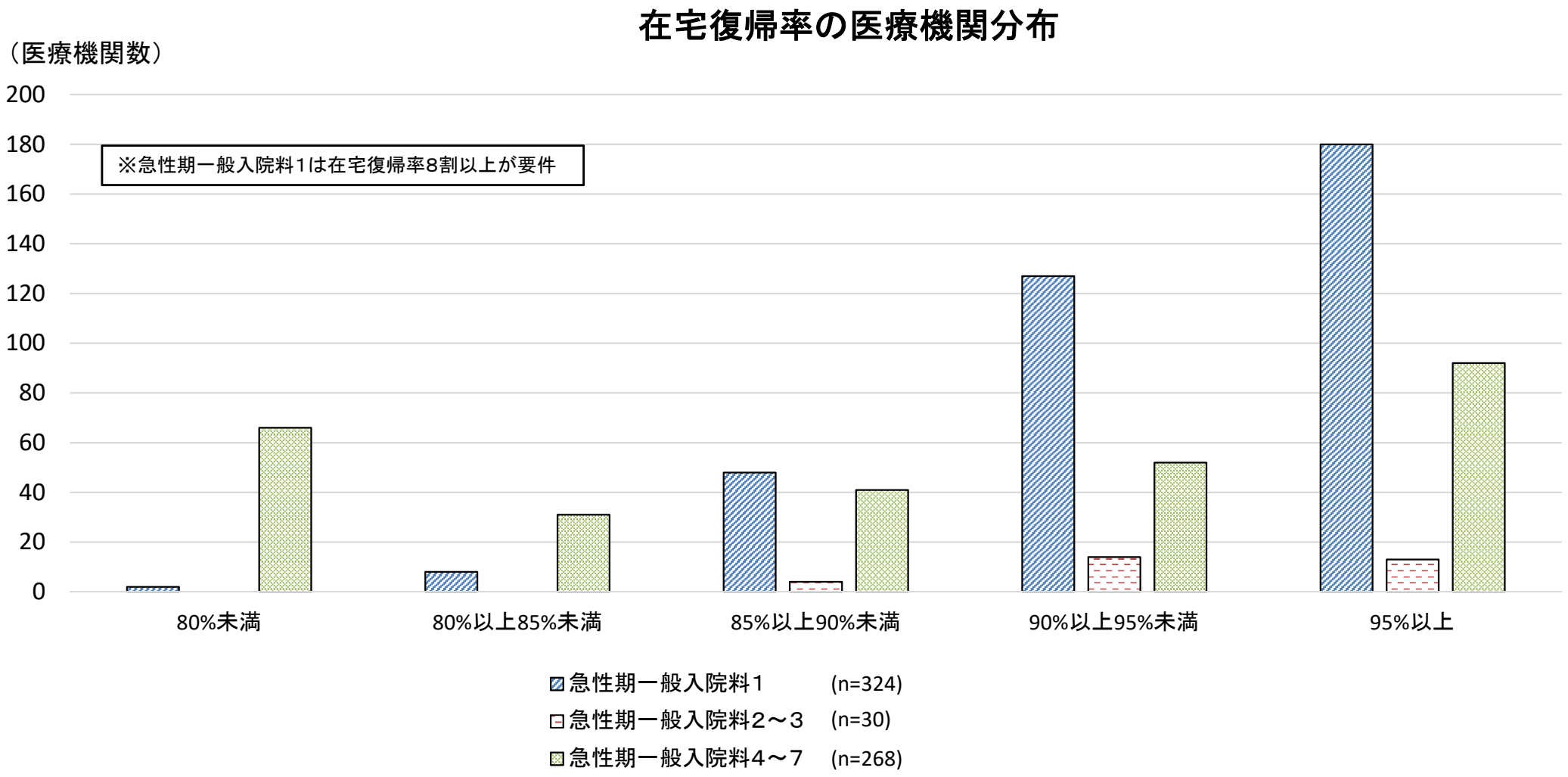


※届出区分無回答のものは除く

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

急性期一般入院料の在宅復帰率

○ 急性期一般入院料１及び２･３においては、在宅復帰率が90%以上の医療機関の占める割合が大きい。
○ 急性期一般入院料４～７の在宅復帰率は、ばらついている。



出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

急性期一般入院料１の病棟における患者の流れ

○　急性期一般入院料1の入棟元をみると、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、66.5%であった。
○　退棟先においても、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、60.7%であった。

【入棟元】(n=13,046)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	8.8%
	自宅（在宅医療の提供なし）	66.5%
介護施設等	介護老人保健施設	1.7%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	1.5%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.6%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム サービス付高齢者向け住宅等）	1.3%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	3.4%
	他院の一般病床以外	0.9%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	6.6%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.1%
	自院の療養病床（上記以外）	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	4.4%
有床診療所		0.1%
その他		0.5%
無回答		2.1%

急性期一般入院料１

【退棟先】(n=5,961)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	6.1%
	自宅（在宅医療の提供なし）	60.7%
介護施設等	介護老人保健施設	1.1%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	1.1%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.1%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム サービス付高齢者向け住宅等）	0.8%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	3.9%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	3.3%
	他院の療養病床（上記以外）	1.2%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.4%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	3.6%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	3.6%
	自院の療養病床（上記以外）	0.3%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	1.2%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.1%
有床診療所（上記以外）		0.1%
死亡退院		3.5%
その他		0.3%
無回答		7.1%

出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

【平成30年度調査項目】

（１）一般病棟入院基本料

（２）地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料

（３）療養病棟入院基本料

（４）医療資源の少ない地域

（５）横断的事項

（2）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直しの影響について

【附帯意見（抜粋）】
今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等（救急医療に関する評価を含む。）に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】
①地域包括ケア病棟入院料について、基礎的な評価部分と、在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分を組み合わせた評価体系に見直し
②回復期リハビリテーション病棟入院料について、リハビリテーションの実績指数を組み込んだ評価体系に見直し
③在宅復帰に係る指標について、指標の定義等を見直し

【調査内容案】
調査対象：地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関
調査内容：
(1) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている医療機関における在宅医療等の提供状況
(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関におけるリハビリテーションの実績指数の状
(3) 各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況　等

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

➢　地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

*1：現行方法による評価　*2：診療実績データを用いた場合の評価

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1　10%以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2　8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率	―				7割以上			
室面積	―				6.4㎡以上			
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	―		1割以上 (10床未満は3月で3人以上)	1割以上	―		1割以上 (10床未満は3月で3人以上)	1割以上
実績部分 自宅等からの緊急患者の受入	―		3月で3人以上		―		3月で3人以上	
実績部分 在宅医療等の提供(*3)	―		○		―		○	
実績部分 看取りに対する指針	―		○		―		○	
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満のみが対象	○	―	○	○	○	―	○	○
点数(生活療養)	2,038点(2,024点)		2,238点(2,224点)		2,558点(2,544点)		2,738点(2,724点)	

*3：以下①～④のうち少なくとも2つを満たしていること

①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
③当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。
④介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

在宅復帰率の見直し②

地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料における在宅復帰率見直し

【現行（地域包括ケア病棟入院料）】

在宅復帰率

（分子）
・自宅
・居住系介護施設等
・療養病棟（加算＋）
・有床診療所（加算＋）
・介護老人保健施設（加算＋）
※死亡退院・再入院患者を除く

（分母）
・地域包括ケア病棟から退棟した患者
※死亡退院・再入院患者を除く

［施設基準］7割

【平成30年度改定（地域包括ケア病棟入院料）】

在宅復帰率

（分子）
・自宅
・居住系介護施設等（介護医療院を含む）
・有床診療所
（介護サービス提供医療機関に限る）
※死亡退院・再入院患者を除く

（分母）
・地域包括ケア病棟から退棟した患者
※死亡退院・再入院患者を除く

［施設基準］7割

【現行（回復期リハビリテーション病棟入院料）】

在宅復帰率

（分子）
・自宅
・居住系介護施設等
※死亡退院・再入院患者を除く

（分母）
・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者
※死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者・急性増悪で転院した患者を除く

［施設基準］入院料1：7割　入院料2：6割

【平成30年度改定（回復期リハビリテーション病棟入院料）】

在宅復帰率

（分子）
・自宅
・居住系介護施設等（介護医療院を含む）
・有床診療所
（介護サービス提供医療機関に限る）
※死亡退院・再入院患者を除く

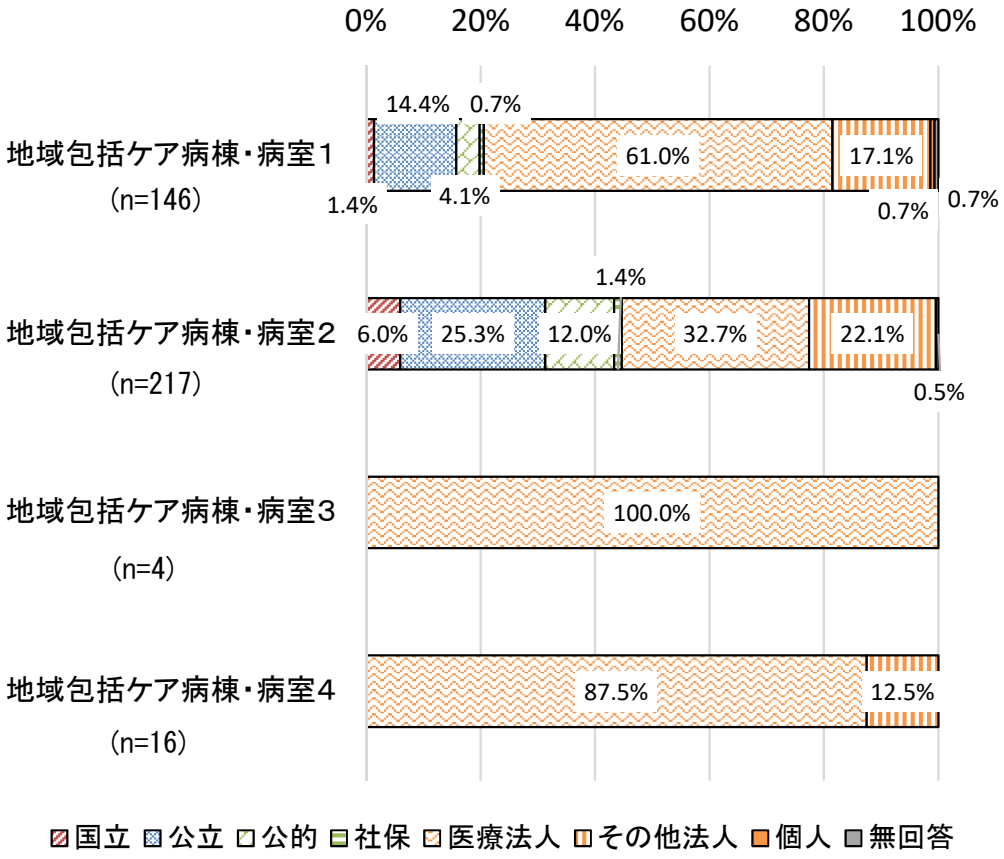
（分母）
・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者
※死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く

［施設基準］入院料1～4：7割

回答施設の状況（地域包括ケア病棟・病室）

○　地域包括ケア病棟・病室の調査回答施設について、医療機関の開設者別の割合は、以下のとおりであった。

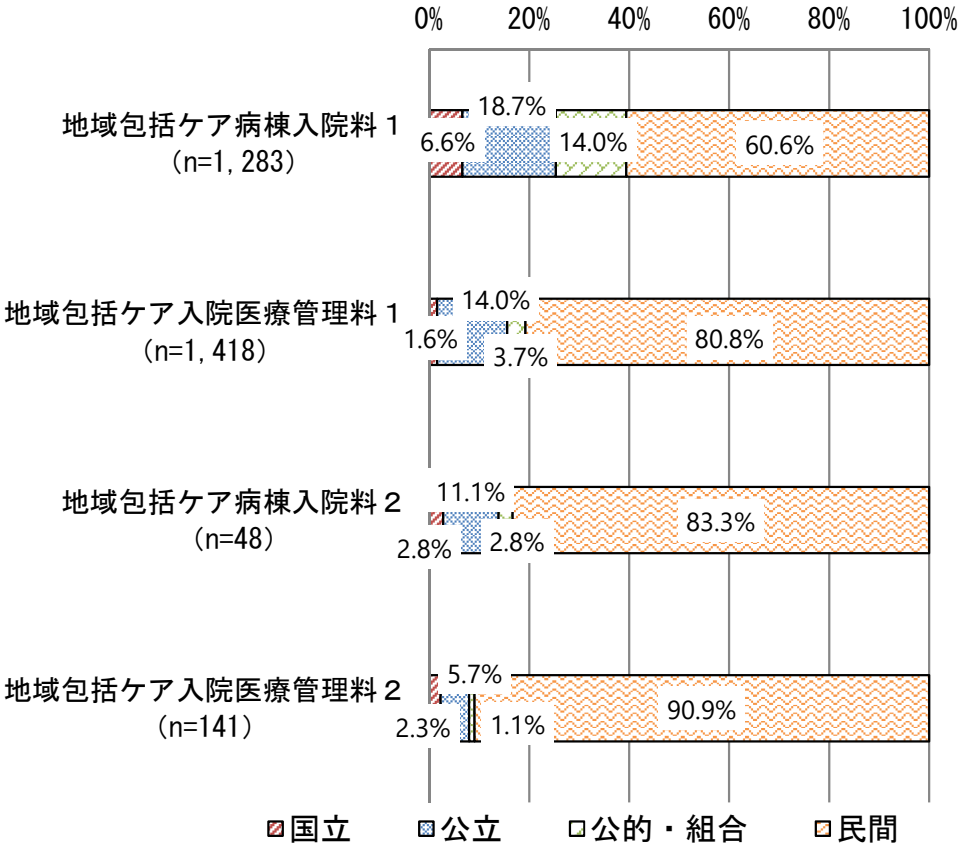
医療機関の開設者別の割合



国立…国立大学法人、NHO、JCHO等　　公立…都道府県、市町村等
公的…日赤、済生会等　　社保…健保組合、共催組合、国保組合等

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

（参考）地域包括ケア病棟・病室届出医療機関全体における開設者別の割合

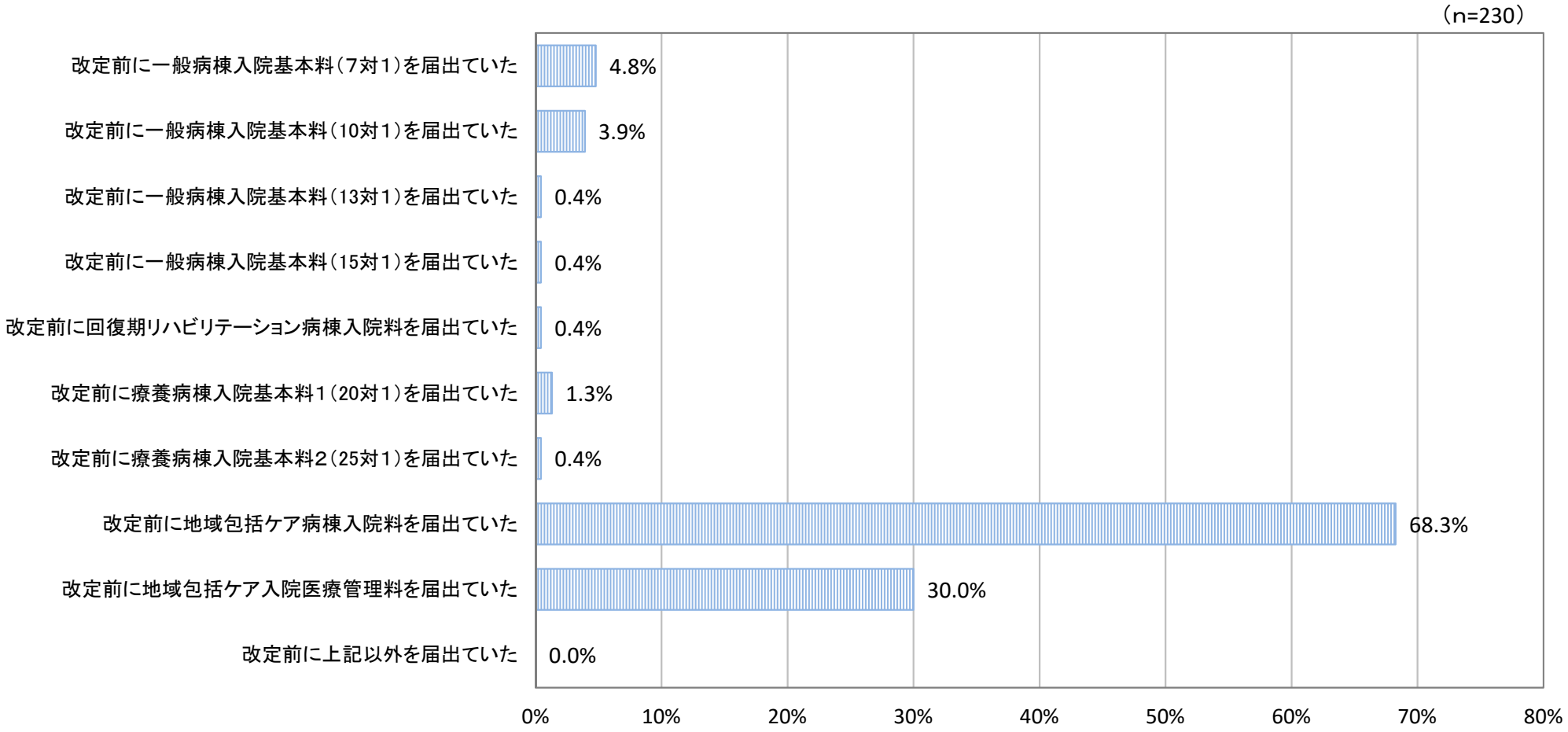


出典：保険局医療課調べ（平成29年7月1日時点）

改定後の他病棟からの届出状況（地域包括ケア病棟）

○　平成30年11月1日時点で地域包括ケア病棟を届出ていた病棟について、改定前の届出状況をみると、地域包括ケア病棟・病室以外では、「改定前に一般病棟入院基本料（7対1）を届出ていた」の割合が最も多かった。

平成30年11月１日時点で地域包括ケア病棟を届出ていた病棟の改定前の届出状況



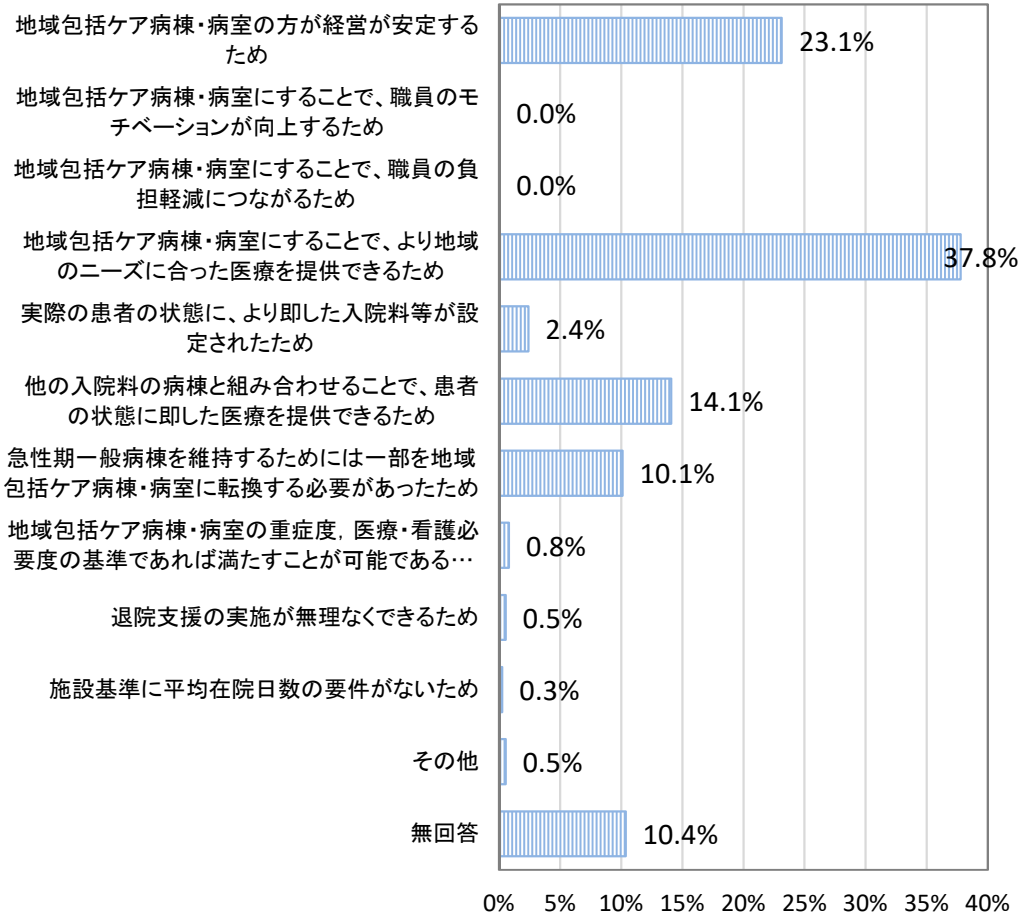
出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

※平成30年11月1日時点で地域包括ケア病棟を届出ていた185施設の調査結果

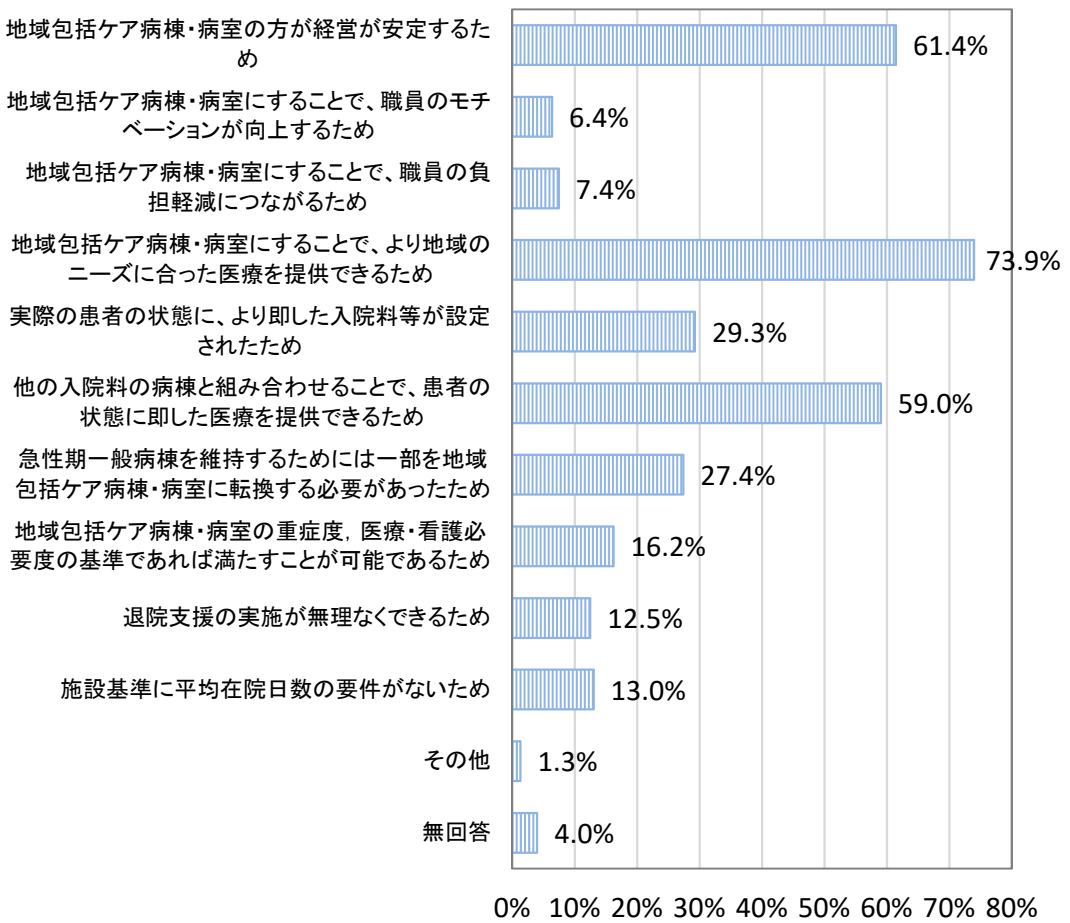
地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由

○　地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」が最も多く、次いで、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。

地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由（最も該当するもの）　（n=376）



地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由（複数回答）　（n=376）

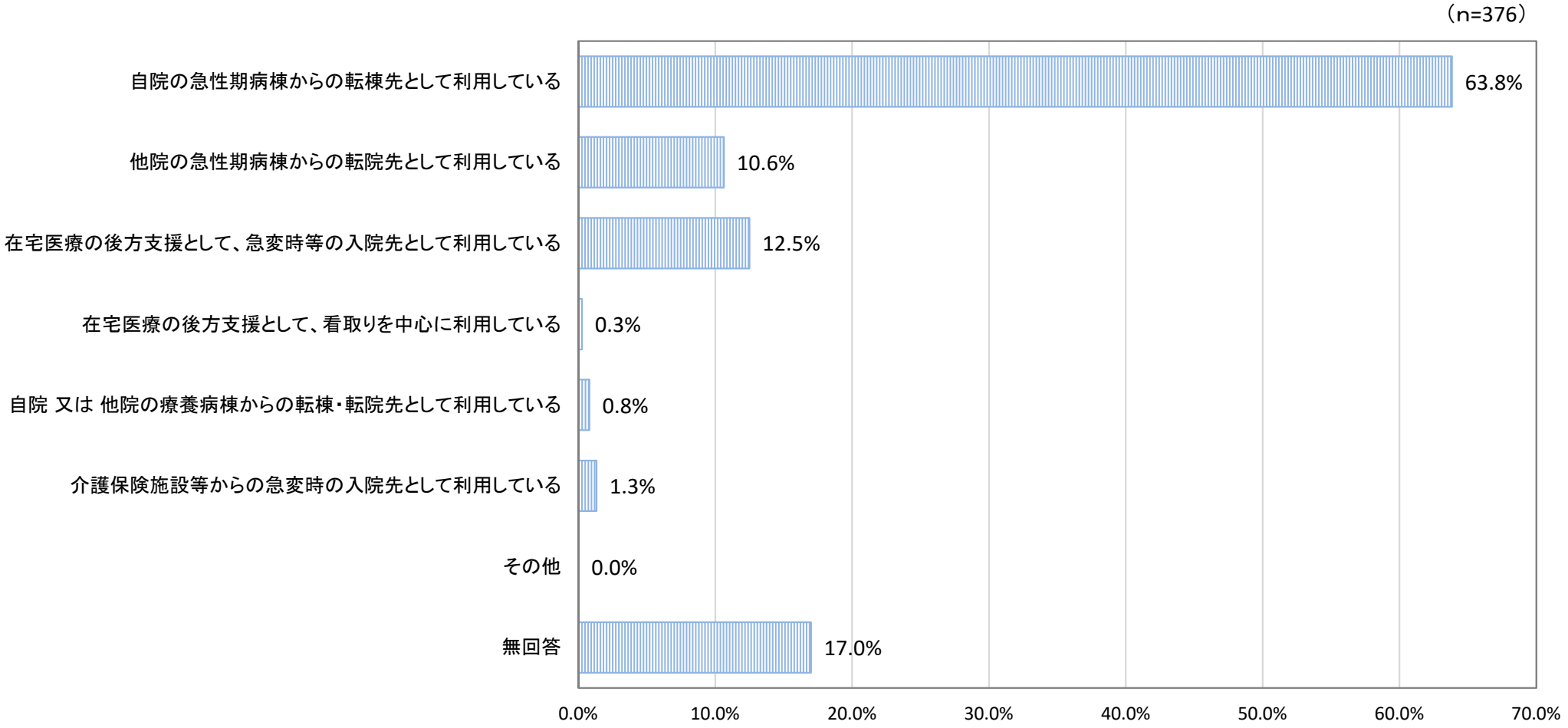


出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨

○　地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、利用に係る趣旨を聞くと、「自院の急性期病棟からの転棟先として利用している」が最も多く、次いで、「在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先として利用している」が多かった。

地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨（最も該当するもの）

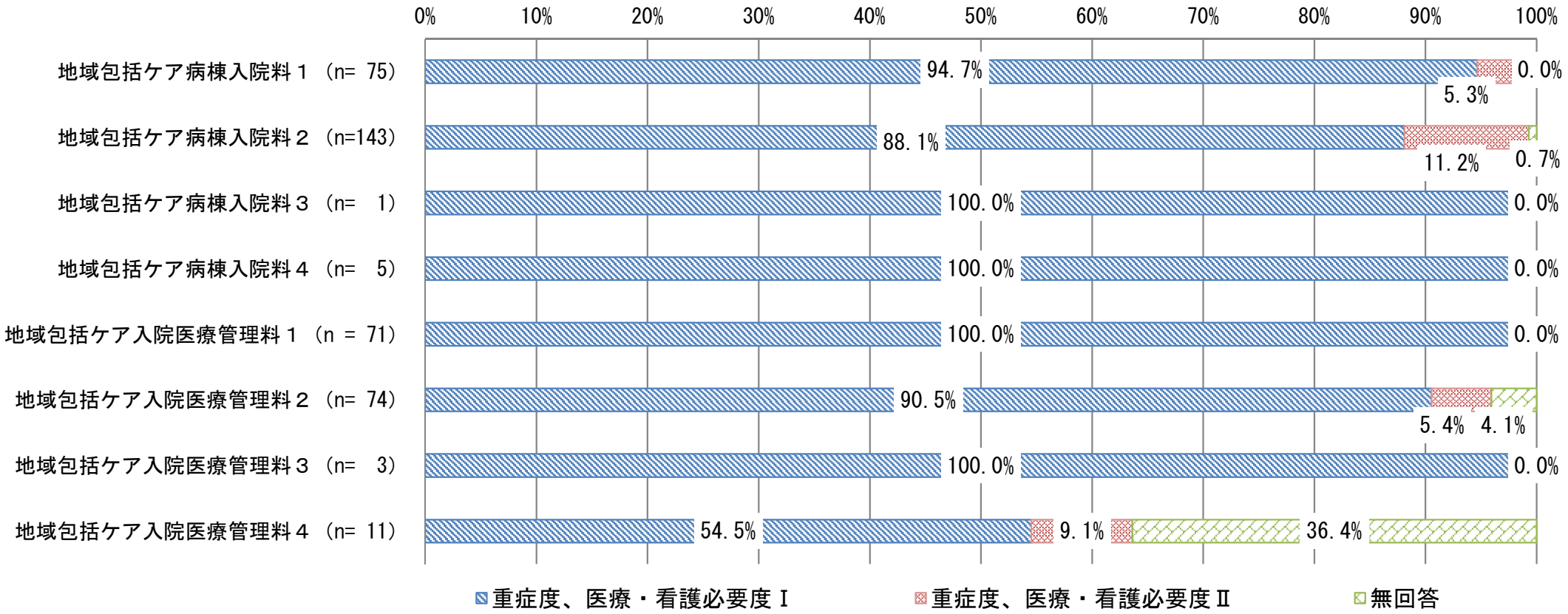


出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟入院料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

○　地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料ともに、重症度、医療・看護必要度Ⅰを届出ている施設が多かった。

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別



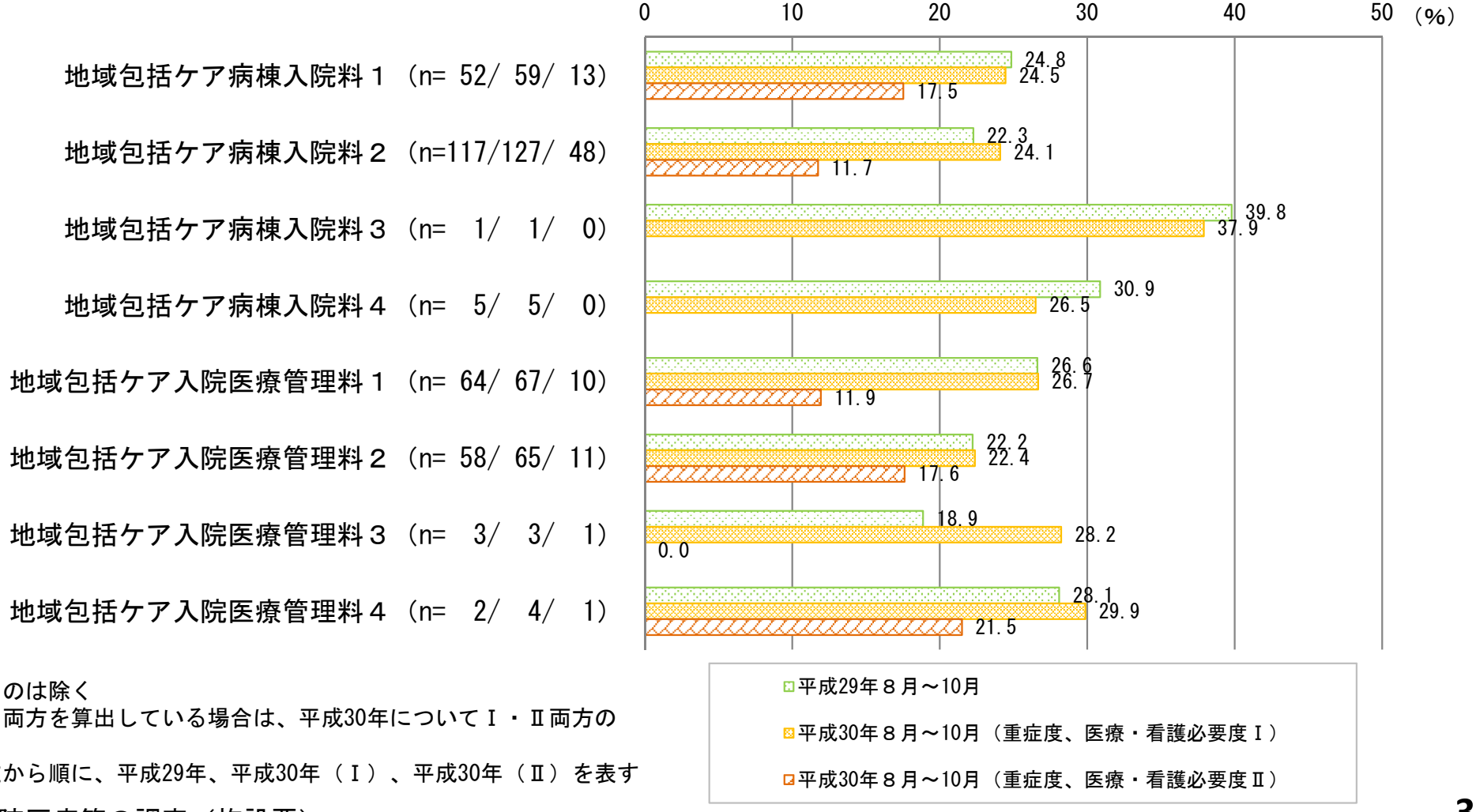
※届出区分無回答のものは除く

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟入院料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、平成29年８～10月に比べて、平成30年８～10月はⅠの場合は割合に大きな差がなく、Ⅱの場合は割合が低い傾向にあった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合

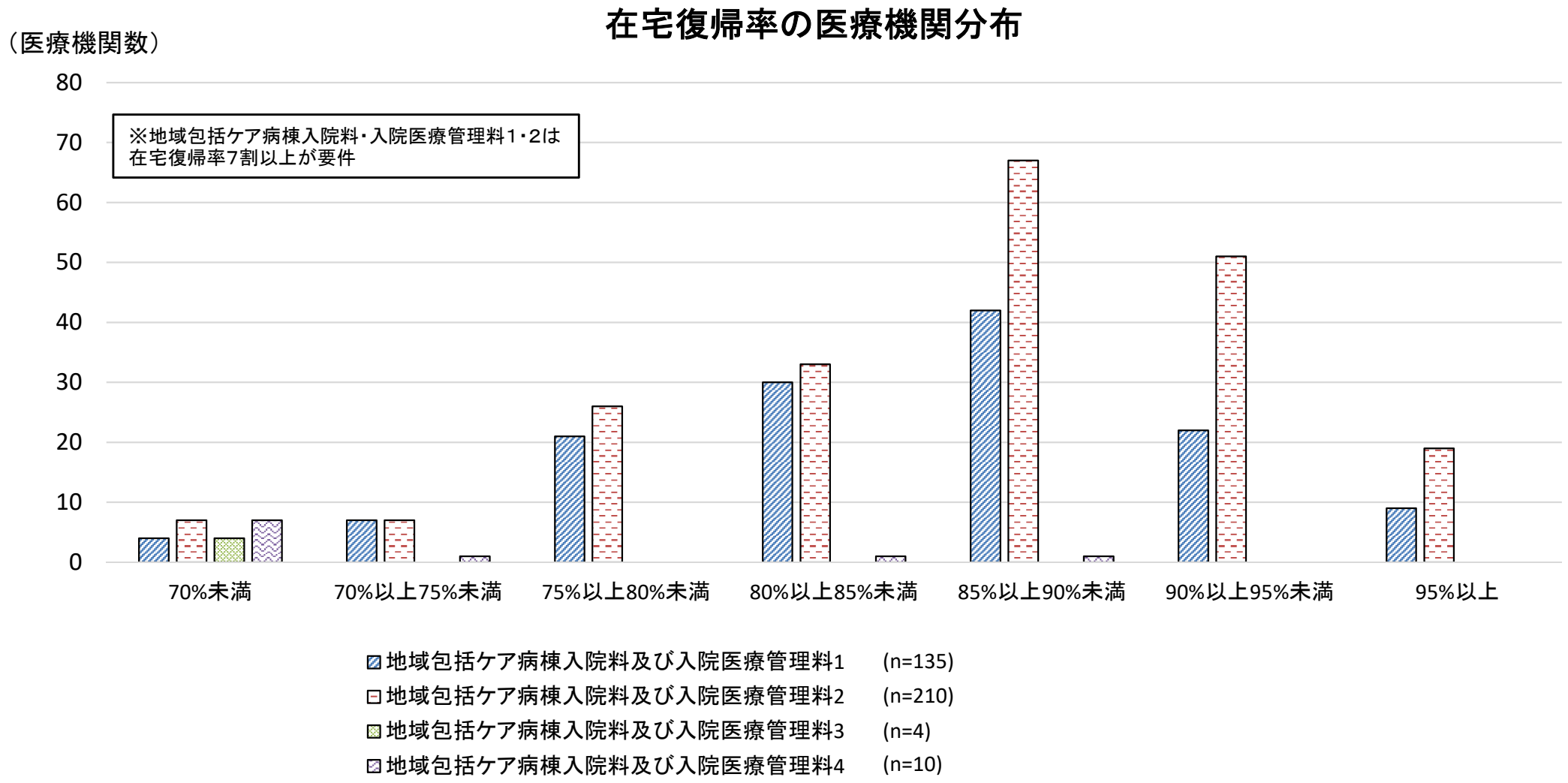


※届出区分無回答のものは除く
※届出によらずⅠ・Ⅱ両方を算出している場合は、平成30年についてⅠ・Ⅱ両方の値を回答している
※（　）内のｎ数は左から順に、平成29年、平成30年（Ⅰ）、平成30年（Ⅱ）を表す

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

○　地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2においては、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。



出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

○　地域包括ケア病棟・病室の入棟元をみると、自院の一般病床（地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟・病室、回復期リハビリテーション病棟を除く）が最も多く、43.5%であった。
○　退棟先をみると、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、49.4%であった。

【入棟元】(n=1,797)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	6.4%
	自宅（在宅医療の提供なし）	22.9%
介護施設等	介護老人保健施設	1.6%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	3.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.0%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	1.6%
	障害者支援施設	0.3%
他院	他院の一般病床	12.4%
	他院の一般病床以外	1.7%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	43.5%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	1.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.5%
	自院の療養病床（上記以外）	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	1.2%
有床診療所		0.0%
その他		0.1%
無回答		0.3%

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=545)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	9.7%
	自宅（在宅医療の提供なし）	49.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.8%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	0.4%
	特別養護老人ホーム	3.7%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.2%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	2.8%
	障害者支援施設	0.4%
他院	他院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	3.3%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	2.6%
	他院の療養病床（上記以外）	3.3%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	0.2%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	1.3%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	1.3%
	自院の療養病床（上記以外）	1.3%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.4%
有床診療所（上記以外）		0.7%
死亡退院		3.5%
その他		0.0%
無回答		6.6%

出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

➢ 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

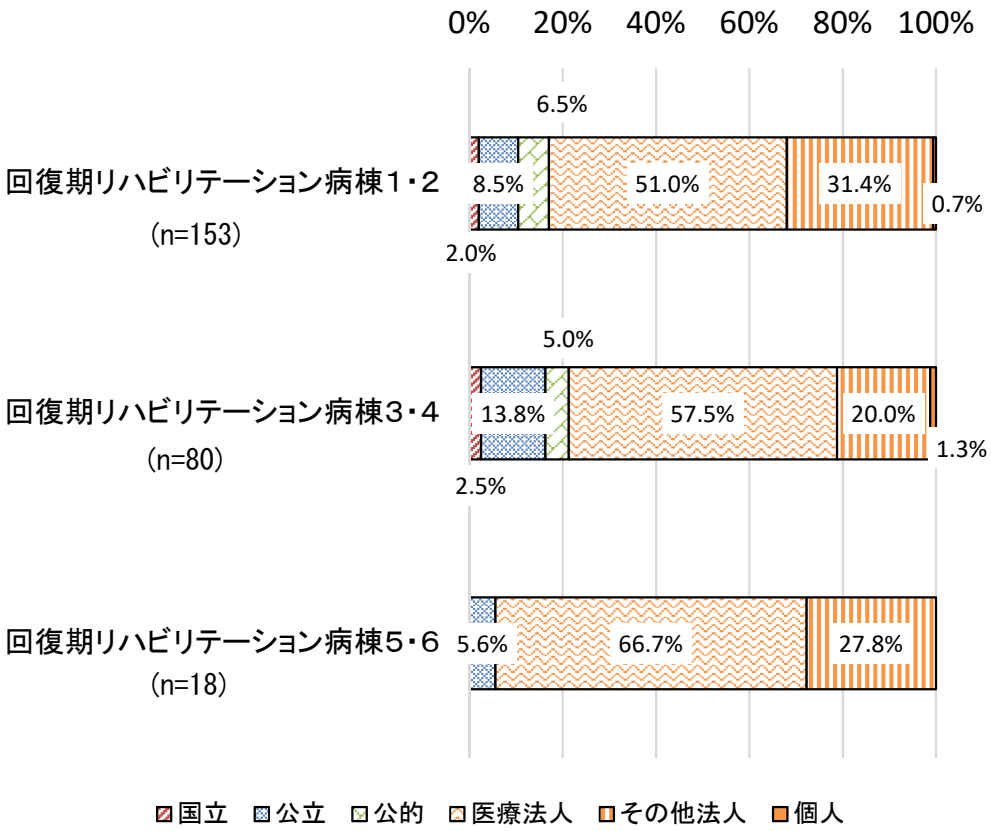
	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上（4割以上が看護師）				13対1以上（7割以上が看護師）	
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上				専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	
社会福祉士	―				専任常勤1名以上	
管理栄養士	―					専任常勤1名 （努力義務）
リハビリ計画書の 栄養項目記載	―					必須
リハビリテーション実績指数 等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○（200床以上の病院のみ）		○			
休日リハビリテーション	― ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
実績部分 「重症者」の割合 （日常生活機能評価10点以上）	―		2割以上		3割以上	
実績部分 重症者における 退院時の日常生活機能評価	―		3割以上が 3点以上改善		3割以上が 4点以上改善	
実績部分 自宅等に退院する割合	―		7割以上			
実績部分 リハビリテーション実績指数	―	30以上	―	30以上	―	37以上
点数 （生活療養を受ける場合）	1,647点 （1,632点）	1,702点 （1,687点）	1,806点 （1,791点）	1,861点 （1,846点）	2,025点 （2,011点）	2,085点 （2,071点）

※　重複を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

回答施設の状況（回復期リハビリテーション病棟）

○ 回復期リハビリテーション病棟の調査回答施設について、医療機関の開設者別の割合は、以下のとおりであった。

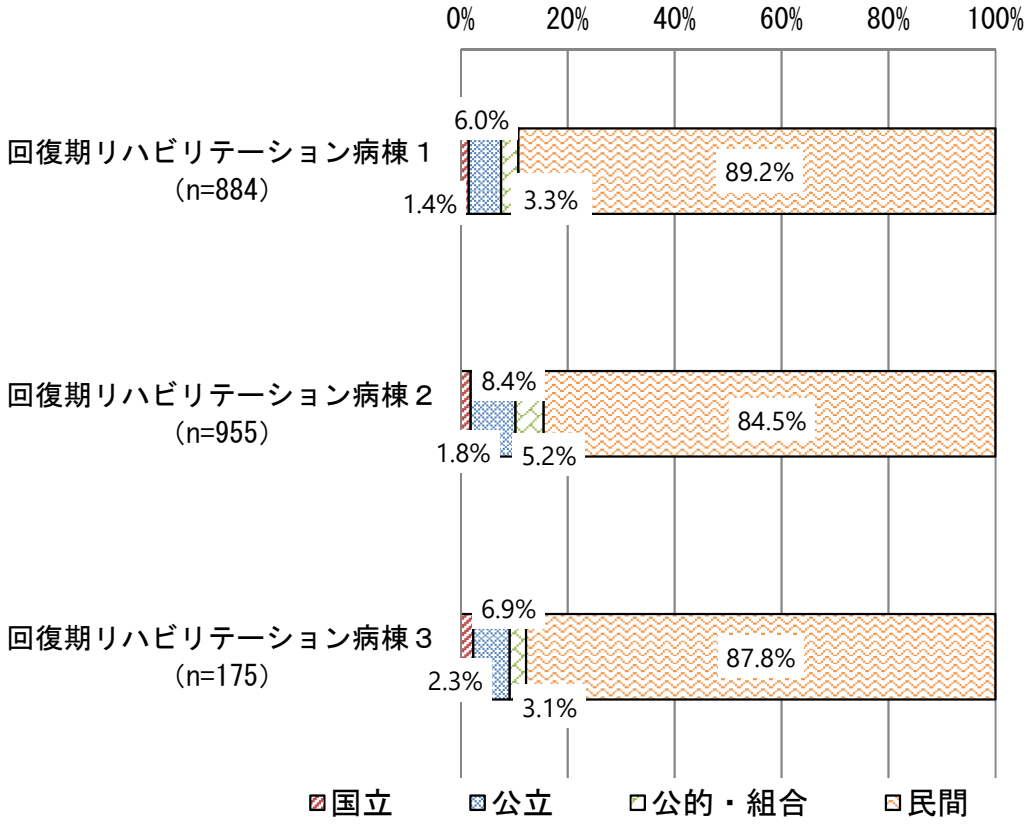
医療機関の開設者別の割合



国立…国立大学法人、NHO、JCHO等　　公立…都道府県、市町村等
公的…日赤、済生会等

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

（参考） 回復期リハビリテーション病棟届出医療機関全体における開設者別の割合

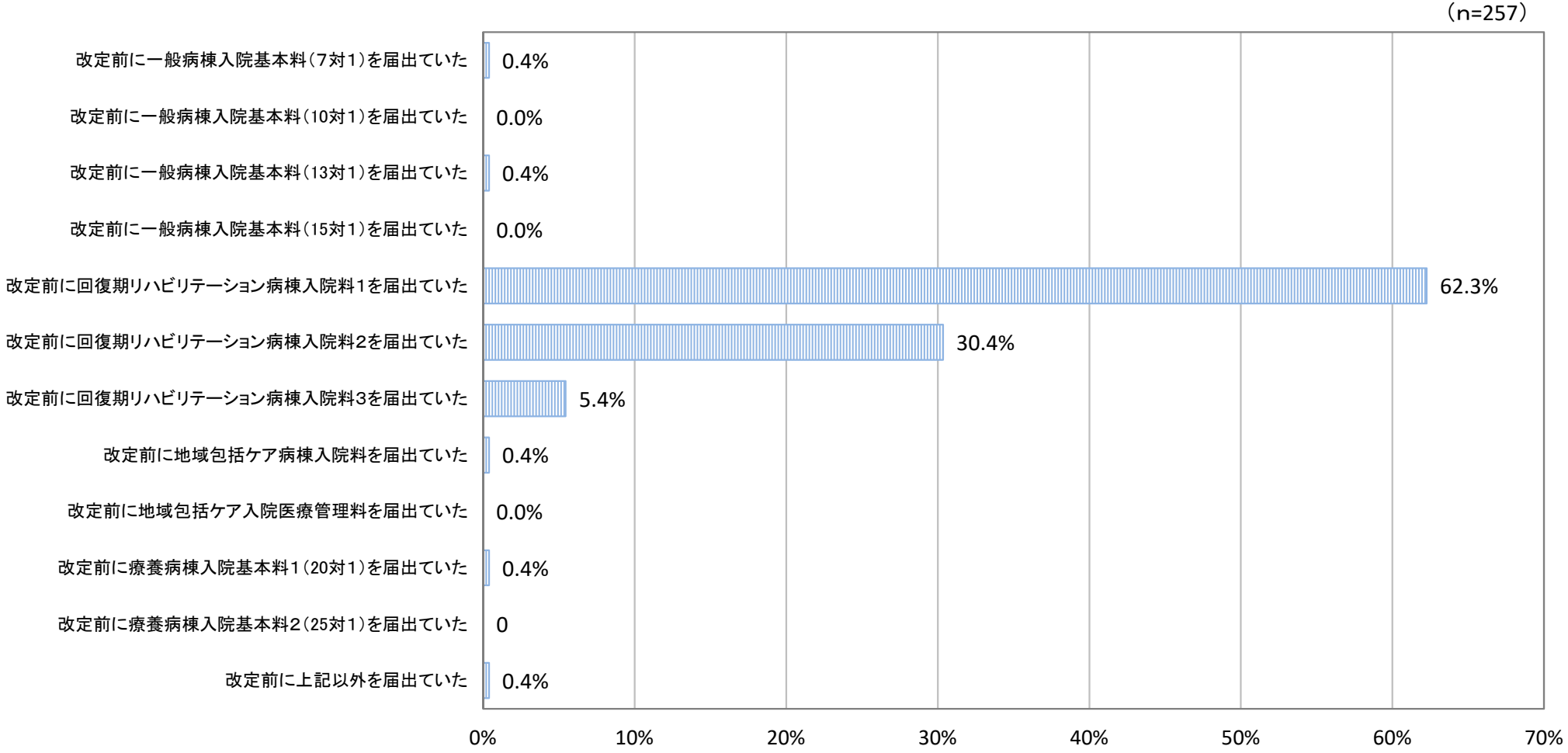


出典：保険局医療課調べ（平成29年7月1日時点）

改定後の他病棟からの届出状況（回復期リハビリテーション病棟）

○　平成30年11月１日時点で回復期リハビリテーション病棟を届出ていた病棟について、改定前の届出状況をみると、「改定前に回復期リハビリテーション病棟を届出ていた」がほとんどであった。

平成30年11月１日時点で回復期リハビリテーション病棟を届出ていた病棟の改定前の届出状況



出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

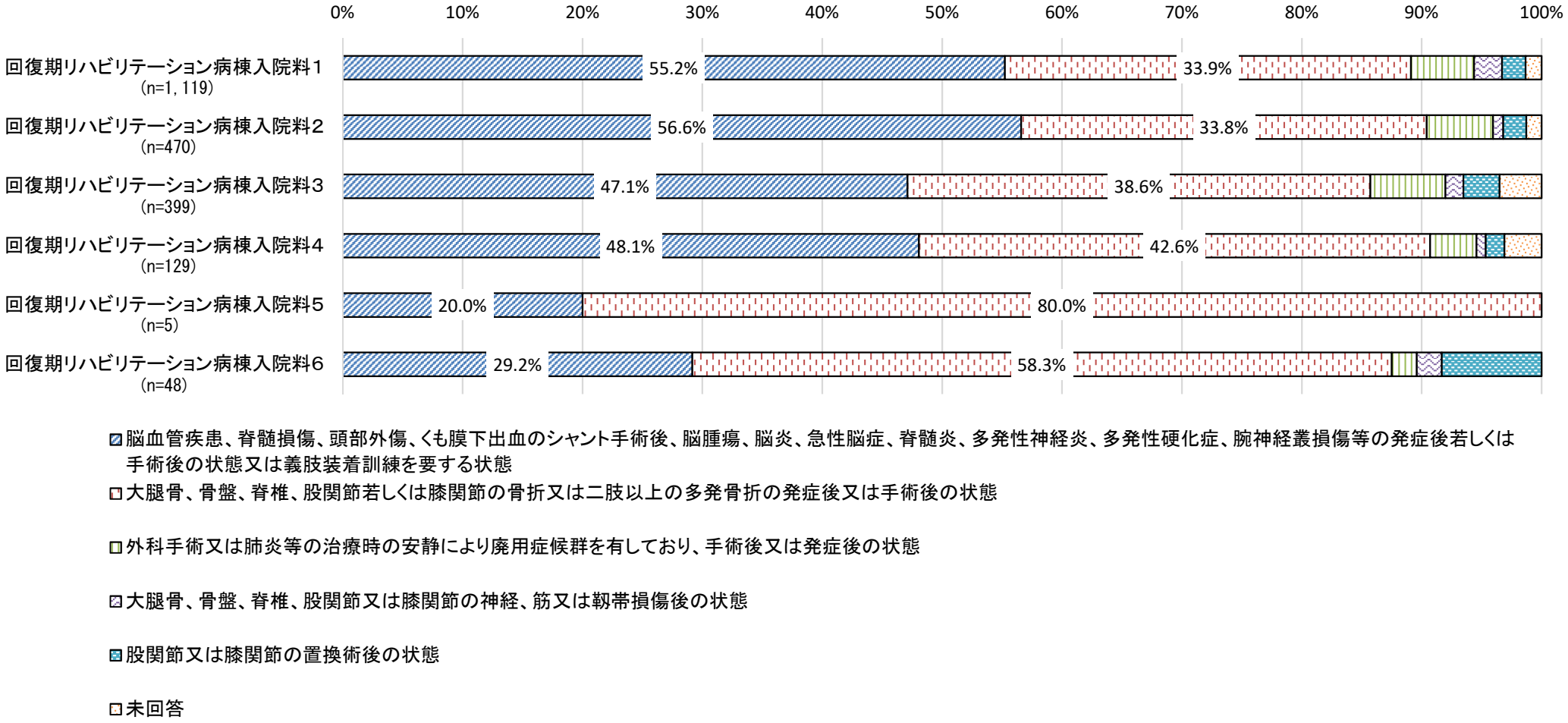
※平成30年11月1日時点で回復期リハビリテーション病棟を届出ていた178施設の調査結果

回復期リハビリテーションを要する状態について

○　回復期リハビリテーションを要する状態として、多くの患者が以下のいずれかに該当した。

- 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
- 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態

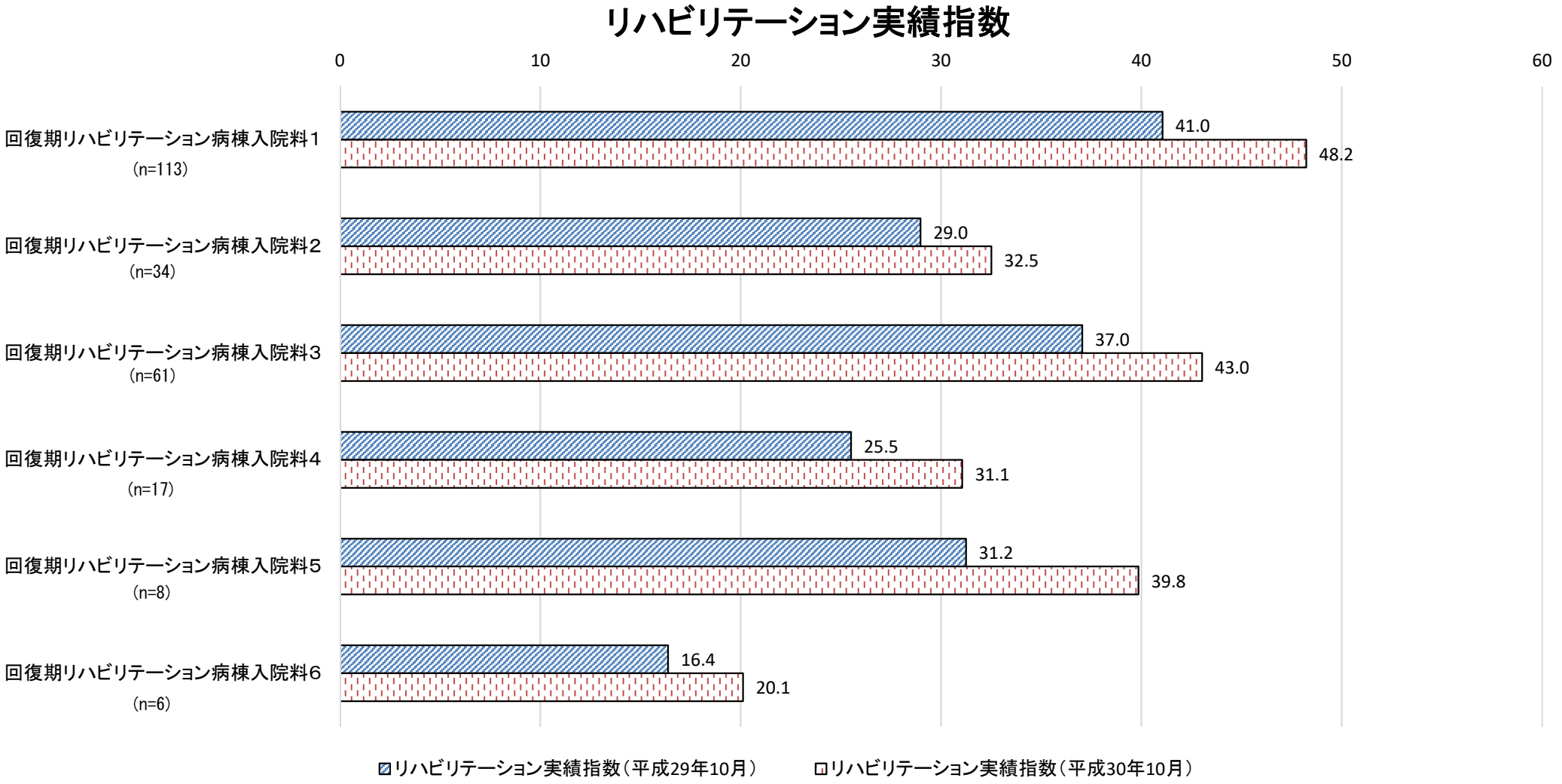
回復期リハビリテーションを要する状態



出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

リハビリテーション実績指数について

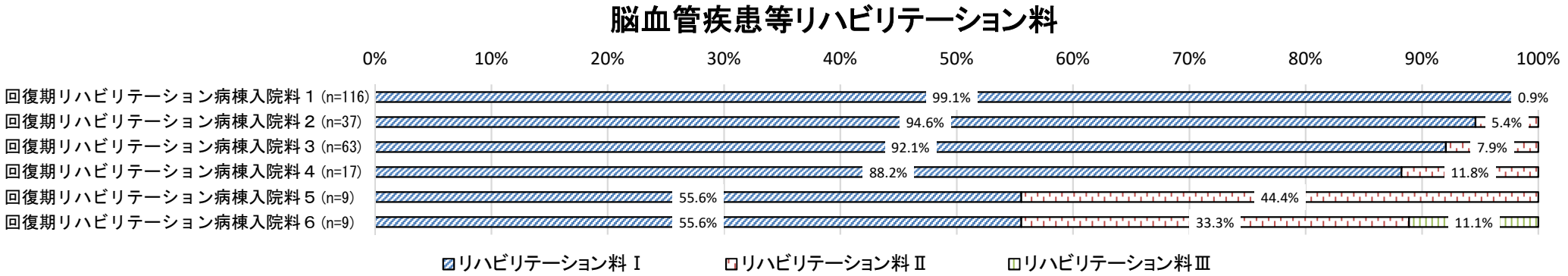
○　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している医療機関において、平成29年10月と平成30年10月のリハビリテーション実績指数を比較すると、全体的に上昇傾向にあった。
○　リハビリテーション実績指数は、回復期リハビリテーション病棟入院料１，３又は５を算定する病棟を有する医療機関において高い傾向にあった。

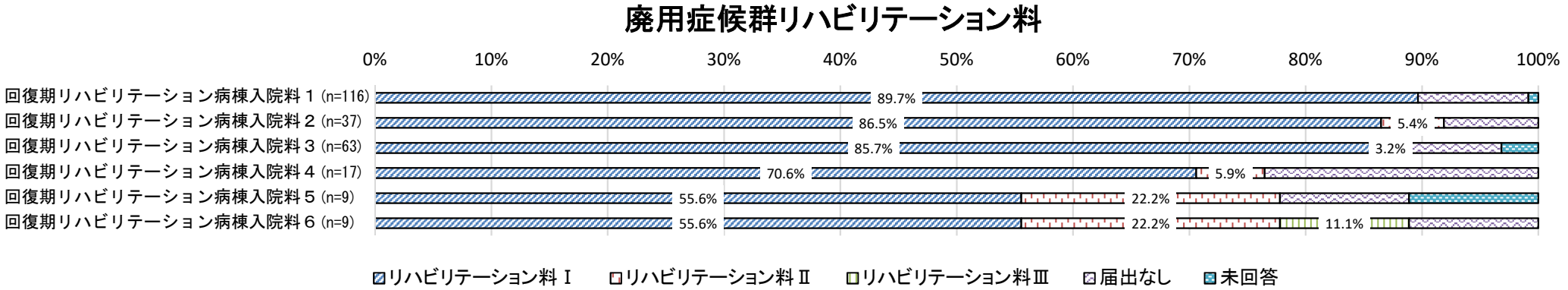


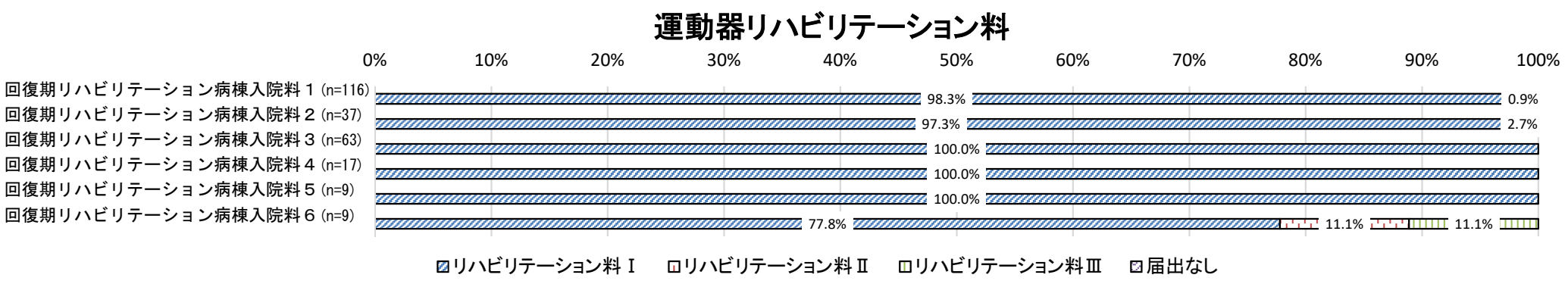
出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

疾患別リハビリテーション料の届出状況①

○　回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、疾患別リハビリテーション料の届出状況は以下のとおりであった。



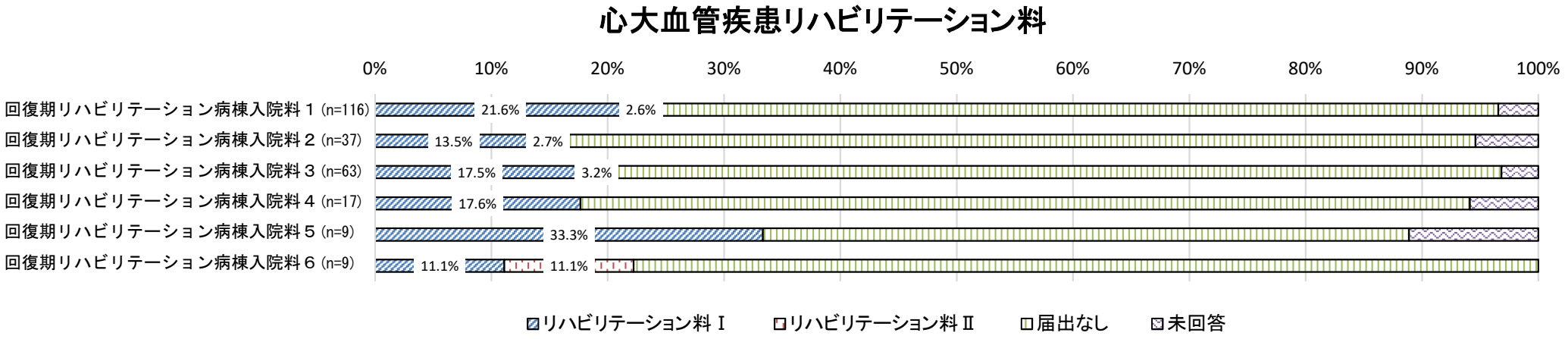


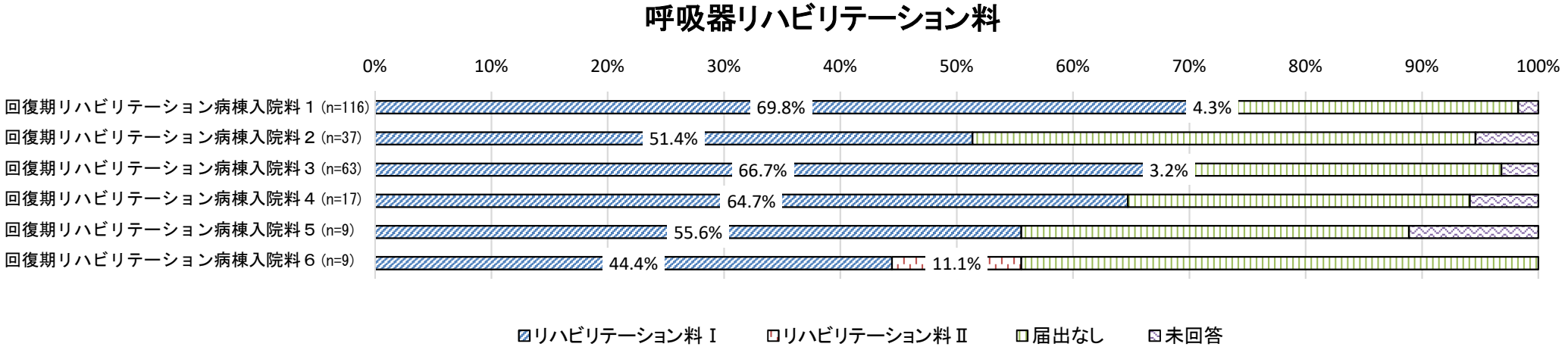


出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

疾患別リハビリテーション料の届出状況②

○　回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、疾患別リハビリテーション料の届出状況は以下のとおりであった。

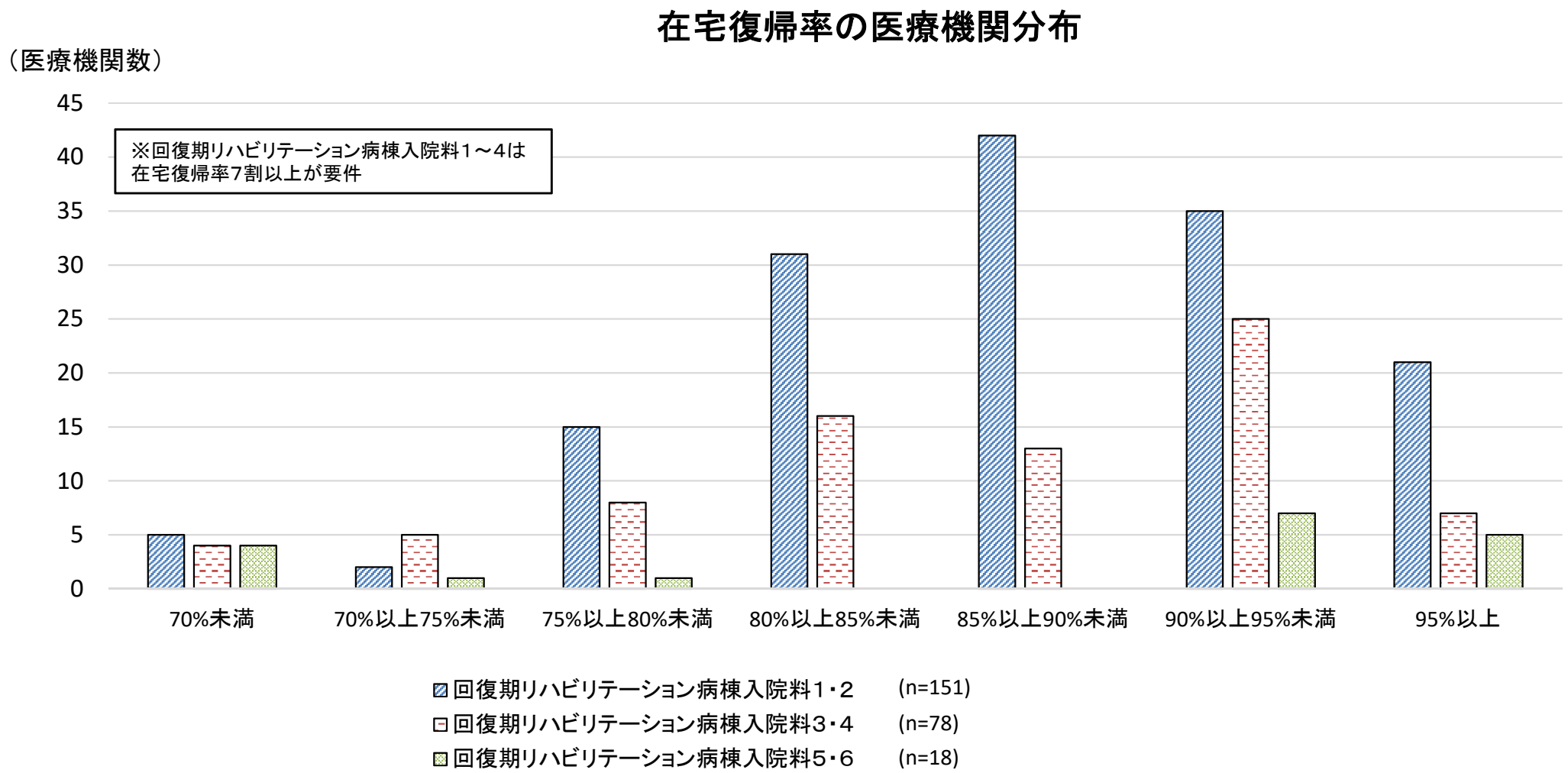




出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

回復期リハビリテーション病棟の在宅復帰率

○　回復期リハビリテーション病棟入院料１～４においては、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。



出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

回復期リハビリテーション病棟における患者の流れ

○　回復期リハビリテーション病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、66.9%であった。
○　退棟先をみると、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、51.1%であった。

【入棟元】(n=2,170)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	1.1%
	自宅（在宅医療の提供なし）	5.0%
介護施設等	介護老人保健施設	0.2%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.1%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	0.4%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床	66.9%
	他院の一般病床以外	3.1%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	21.8%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.4%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.2%
	自院の療養病床（上記以外）	0.2%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所		0.1%
その他		0.0%
無回答		0.3%

回復期リハ病棟

【退棟先】(n=268)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	9.7%
	自宅（在宅医療の提供なし）	51.1%
介護施設等	介護老人保健施設	8.2%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.4%
	特別養護老人ホーム	1.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.7%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム サービス付高齢者向け住宅等）	3.7%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	4.1%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.4%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	1.9%
	他院の療養病床（上記以外）	1.9%
	他院の精神病床	0.4%
	他院のその他の病床	0.7%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	1.9%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.7%
	自院の療養病床（上記以外）	0.7%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.7%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所（上記以外）		0.0%
死亡退院		0.0%
その他		0.4%
無回答		7.5%

出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

【平成30年度調査項目】

（１）一般病棟入院基本料

（２）地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料

（３）療養病棟入院基本料

（４）医療資源の少ない地域

（５）横断的事項

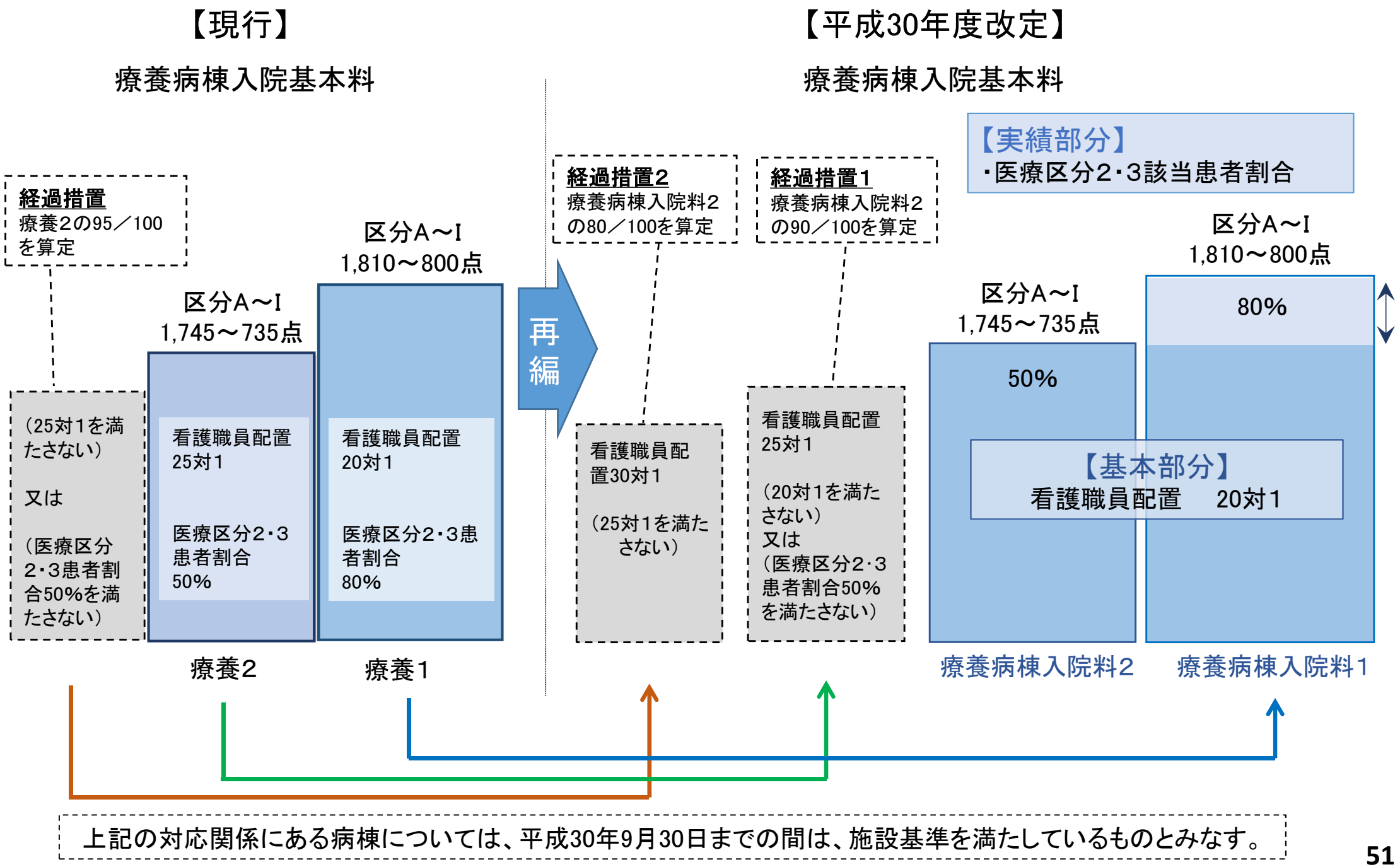
（３）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その１）

【附帯意見（抜粋）】
今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等（救急医療に関する評価を含む。）に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】
①療養病棟入院基本料について、看護配置を20対１以上を要件とし、医療区分２・３該当患者割合に応じた入院料に再編・統合
②医療区分の評価方法の見直し
③療養病棟における在宅復帰機能の評価に関する施設基準の見直し

【調査内容案】
調査対象：療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関
調査内容：
(1) 各医療機関における入院料の届出状況、職員体制
(2) 入院患者の医療区分別患者割合の状況
(3) 各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先、看取りの取組の状況　等

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ



上記の対応関係にある病棟については、平成30年9月30日までの間は、施設基準を満たしているものとみなす。

療養病棟入院料1～2の内容

- 看護職員配置20対1以上を要件とした療養病棟入院基本料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。

	療養病棟入院料2	療養病棟入院料1
看護職員※	20対1以上 （医療法上の4：1）	
看護補助者※	20対1以上 （医療法上の4：1）	
医療区分2・3 該当患者割合	5割以上	8割以上
データ提出	200床以上の病院は必須	
点数	医療区分1　735点～　902点 医療区分2　1,151点～1,347点 医療区分3　1,389点～1,745点	医療区分1　800点～　967点 医療区分2　1,215点～1,412点 医療区分3　1,454点～1,810点

※　療養病棟入院基本料については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、看護職員配置20対1に満たない場合の経過措置を新たに設けるとともに、看護職員配置25対1に満たない場合の経過措置も別途設ける。

療養病棟における評価の見直し

医療区分の判定方法の見直し

➢　療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」について、以下のように見直す。

現行

【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】
[算定要件]
少なくとも連続して 24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。(初日を含む。)動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。

改定後

【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】
[算定要件]
少なくとも連続して 24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。(初日を含む。)動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする。

療養病棟における在宅復帰機能強化加算の見直し

➢　療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算に関する施設基準について、一般病棟等から当該入院基本料を算定する病棟に入院し、在宅に退院した患者の割合の基準値を引き上げるとともに、評価を見直す。

現行

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除く)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く)}} \geqq 5\text{割}$$

$$\frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geqq 100\text{分の}10$$

⇒　患者1人1日につき、10点を所定点数に加算する

改定後

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除く)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く)}} \geqq 5\text{割}$$

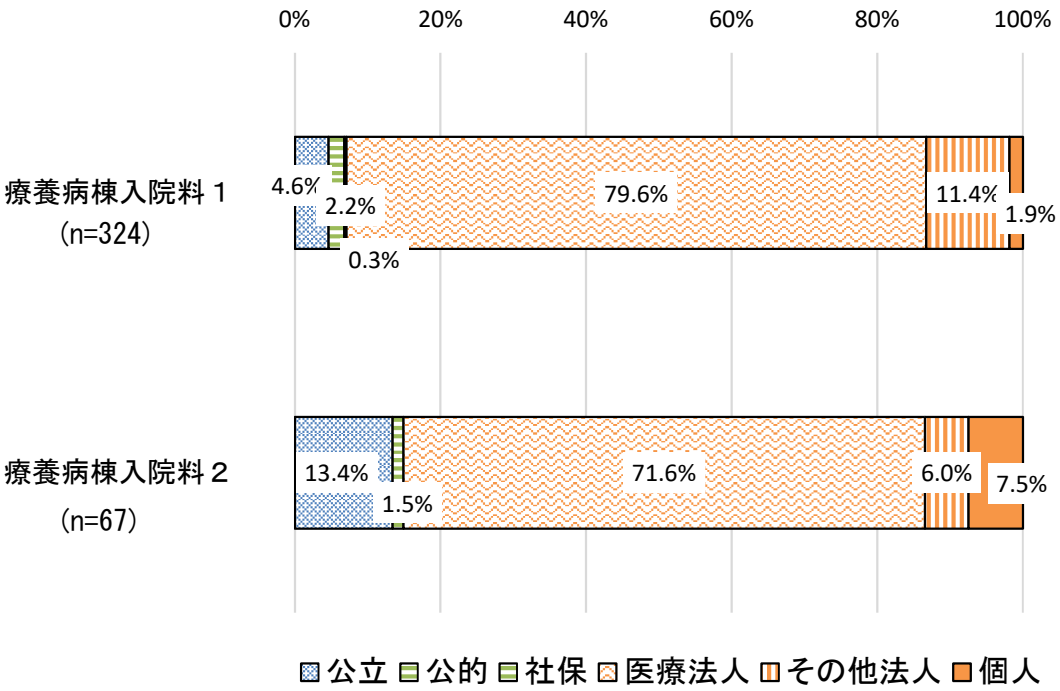
$$\frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geqq 100\text{分の}15$$

⇒　患者1人1日につき、50点を所定点数に加算する

回答施設の状況①（療養病棟入院基本料）

○　療養病棟入院基本料の調査回答施設について、医療機関の開設者別の割合は、以下のとおりであった。

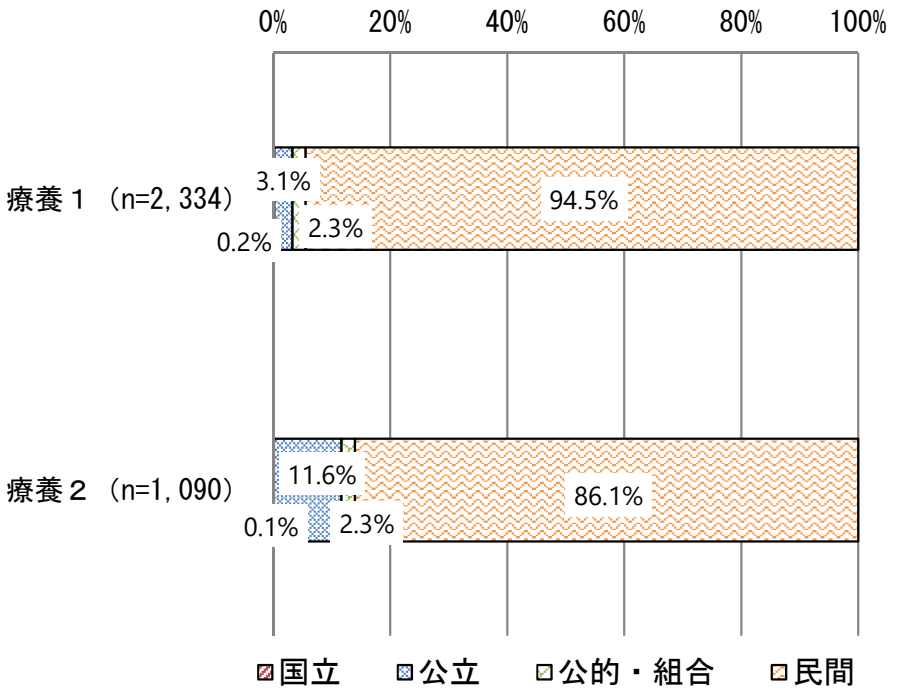
医療機関の開設者別の割合



公立…都道府県、市町村等　　公的…日赤、済生会等
社保…健保組合、共催組合、国保組合等

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

（参考）療養病棟入院基本料届出医療機関全体における開設者別の割合

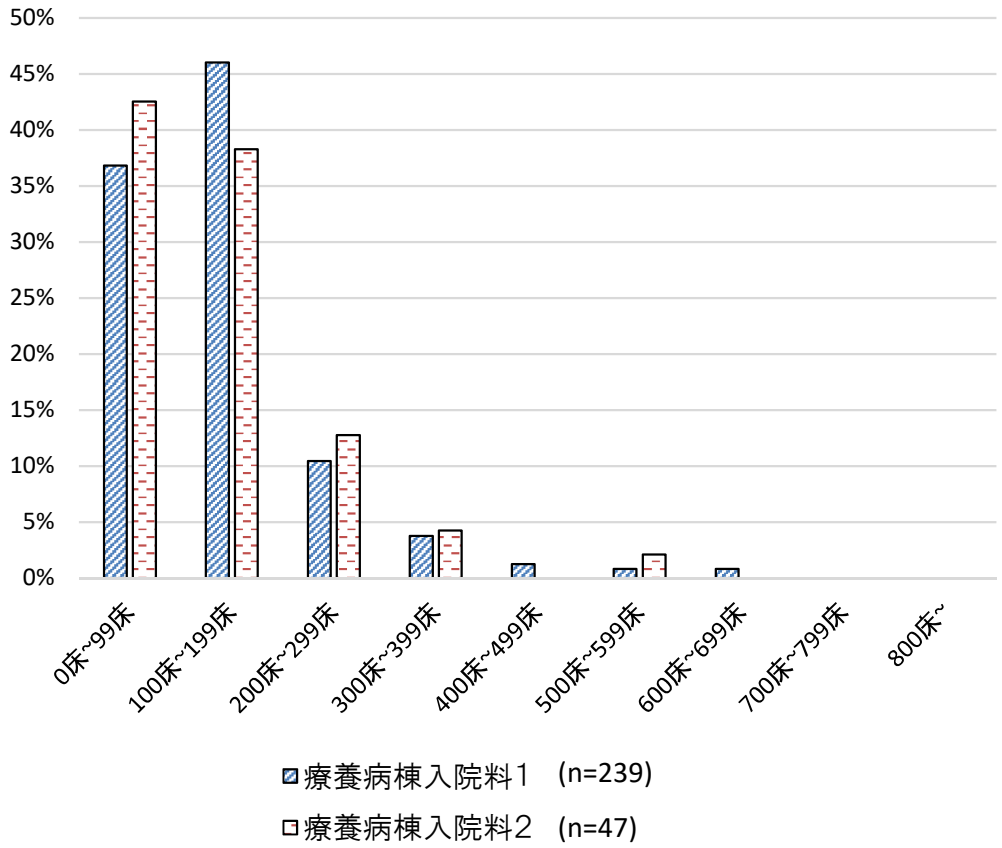


出典：保険局医療課調べ（平成29年7月1日時点）

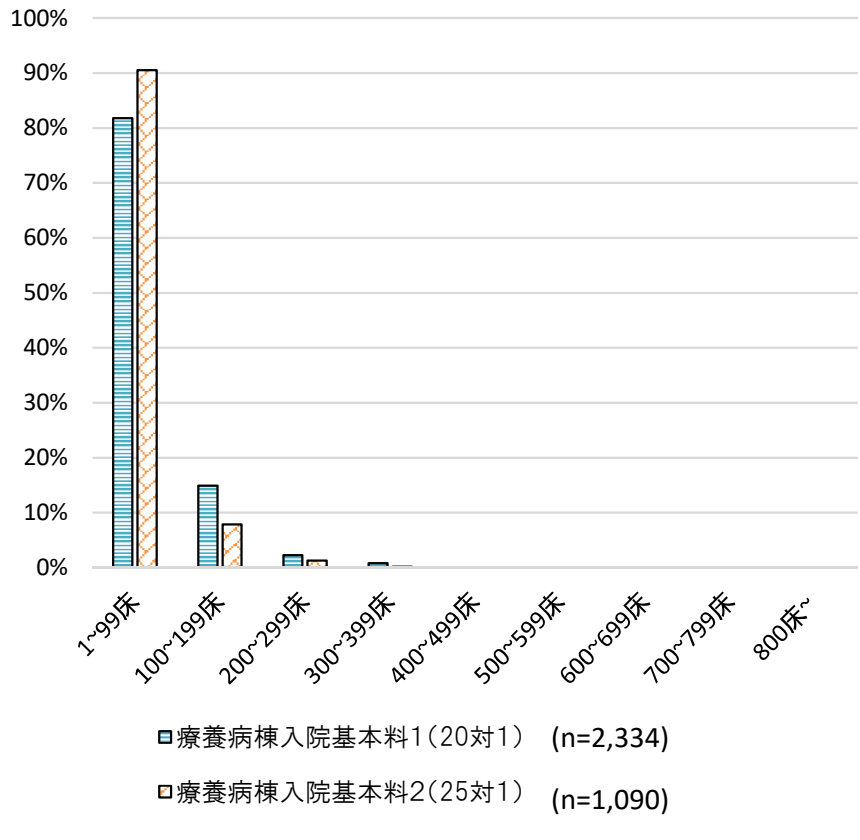
回答施設の状況②（療養病棟入院基本料）

○　療養病棟入院基本料の調査回答施設について、許可病床数別の分布は、以下のとおりであった。

許可病床数別の分布



（参考）療養病棟入院基本料届出医療機関全体における許可病床数別の分布



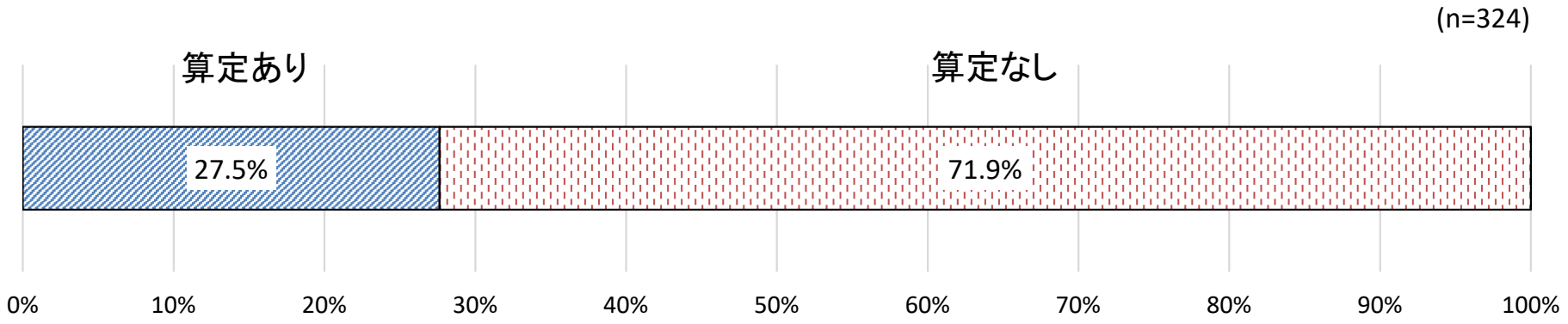
出典：保険局医療課調べ（平成29年７月１日時点）

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

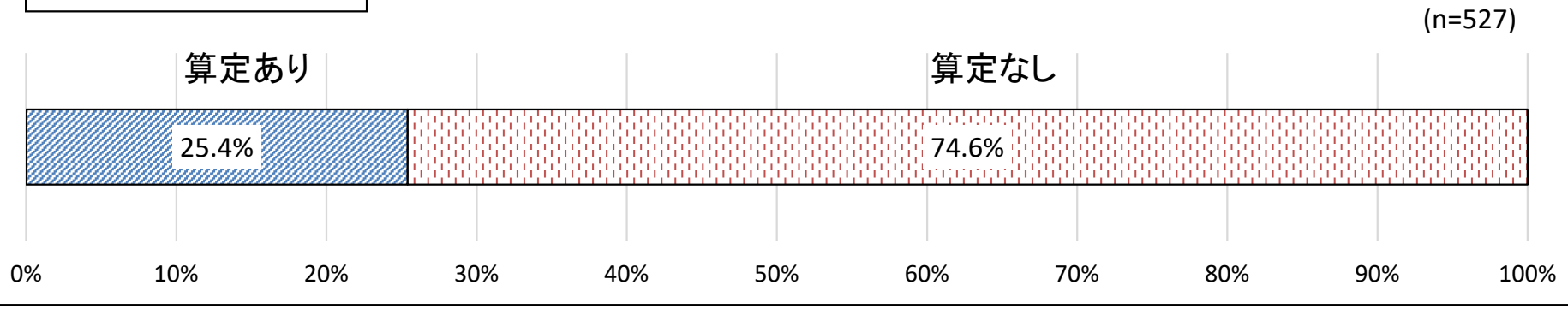
在宅復帰機能強化加算の届出状況

○　療養病棟入院料１の届出病棟のうち、在宅復帰機能強化加算を算定する病棟の割合は、全体の４分の１程度であった。

療養病棟入院料１のうち在宅復帰機能強化加算を算定する病棟



参考：平成28年度調査

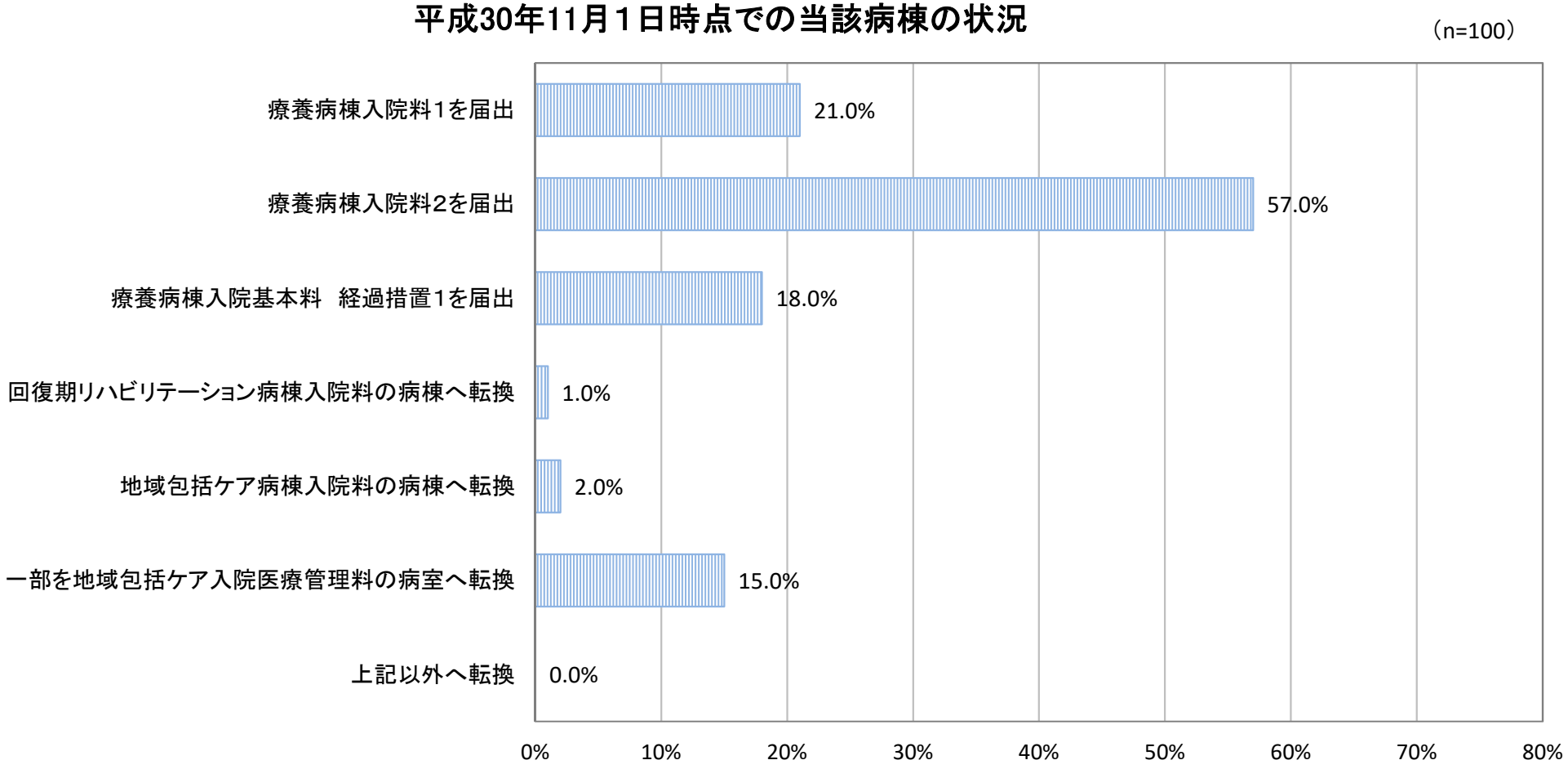


出典：平成30年度入院医療等の調査（病棟票）

改定前に療養病棟（25対１）を届出ていた病棟の状況

○　改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届出ていた病棟について、平成30年11月1日時点の状況をみると、療養病棟入院料2を届出ている病棟が最も多かった。
○　次いで、療養病棟入院料1、療養病棟入院基本料の経過措置1を届出ている病棟が多かった。

改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届けていた病棟の
平成30年11月１日時点での当該病棟の状況



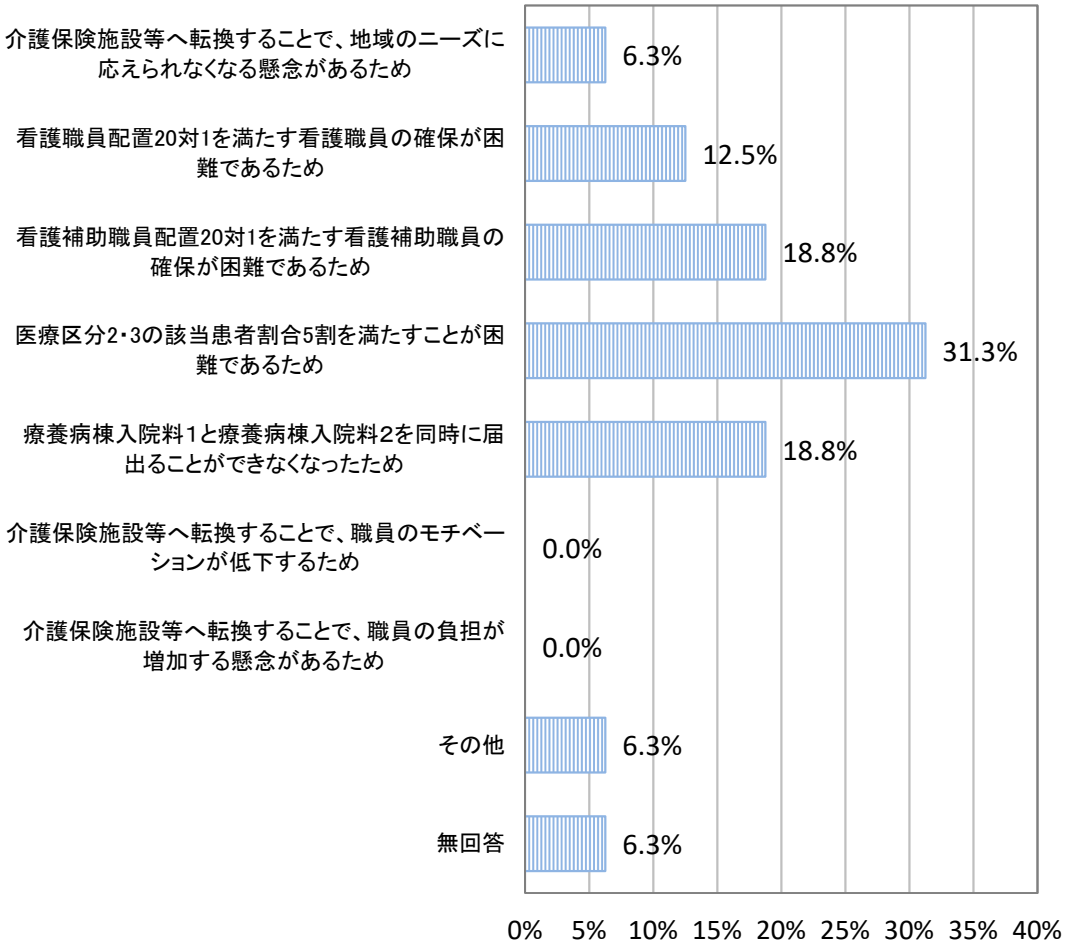
出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

※改定前に療養病棟（25対1）を届出ていた88施設の調査結果

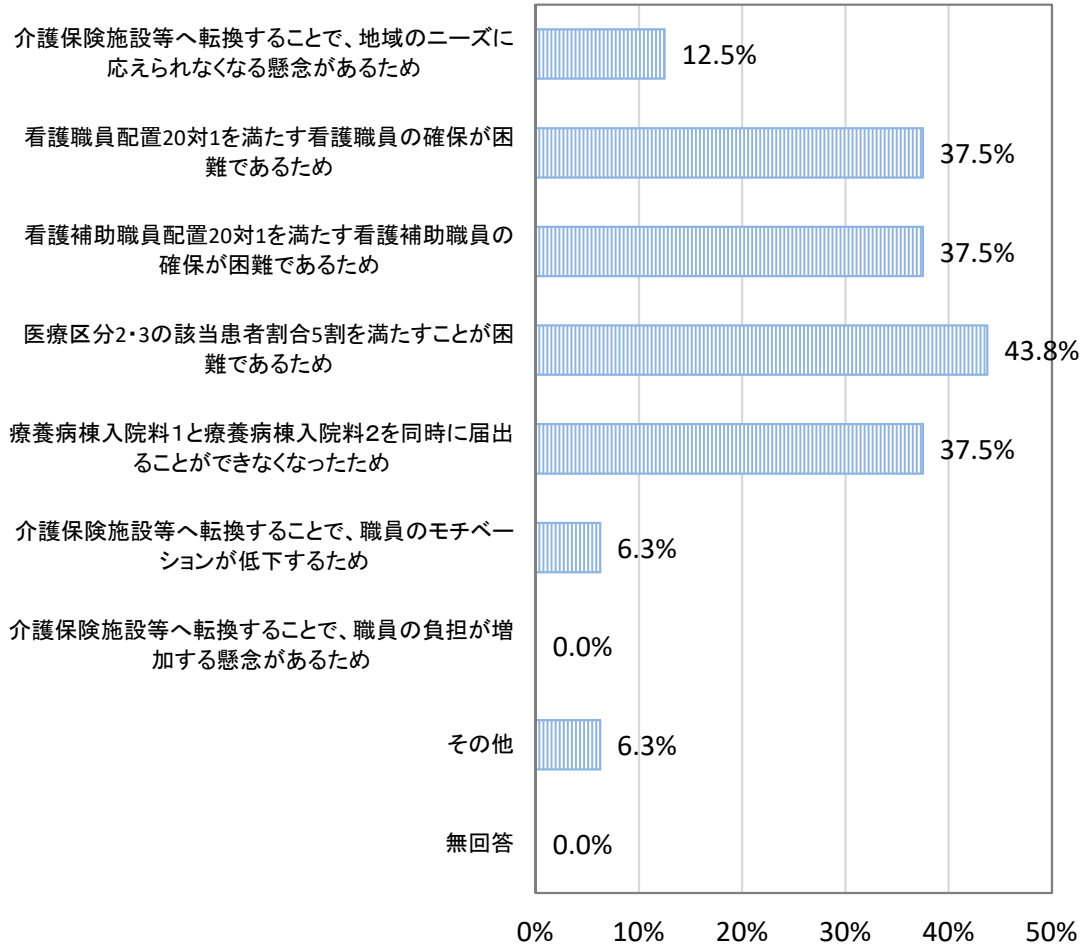
療養病棟入院基本料経過措置１を届出ている理由

○　療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「医療区分2・3の該当患者割合5割を満たすことが困難であるため」が最も多かった。

療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由（最も該当するもの）　（n=16）



療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由（複数回答）　（n=16）

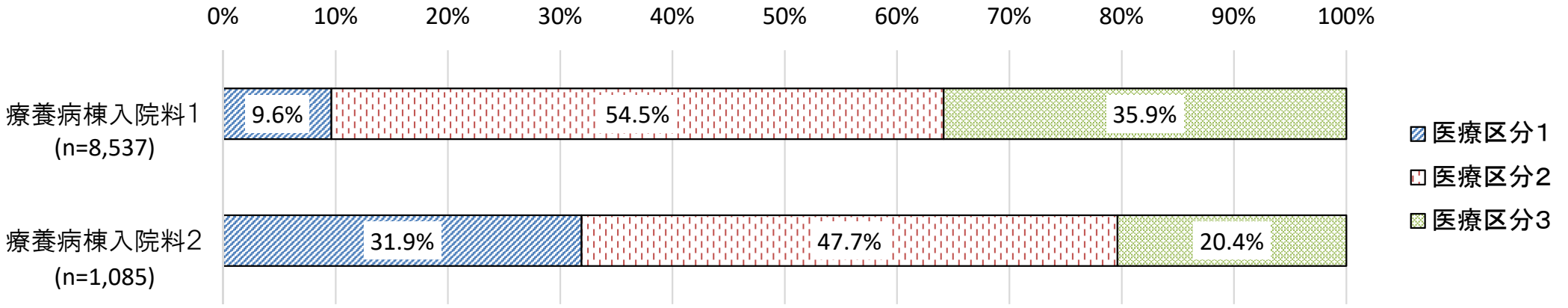


出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

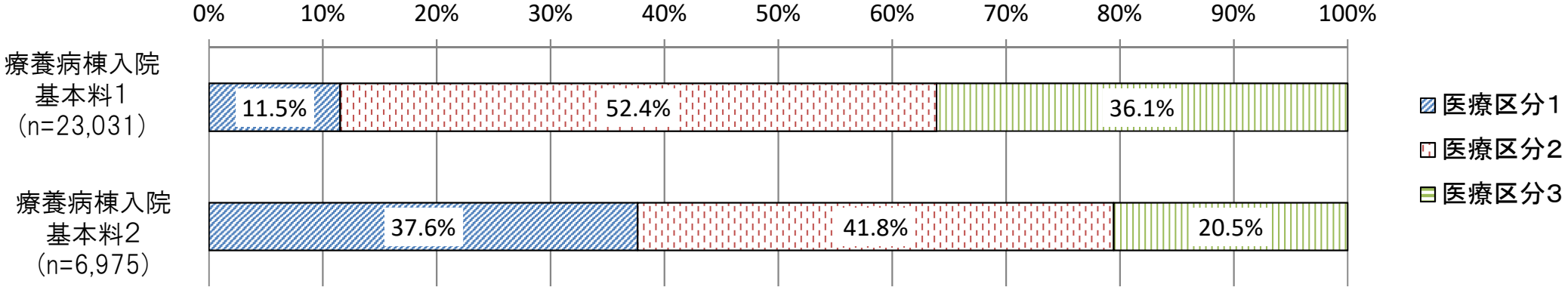
療養病棟入院患者の医療区分

○　入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体のおよそ9割、療養病棟入院料2では全体のおよそ7割を占めた。

入院患者の医療区分



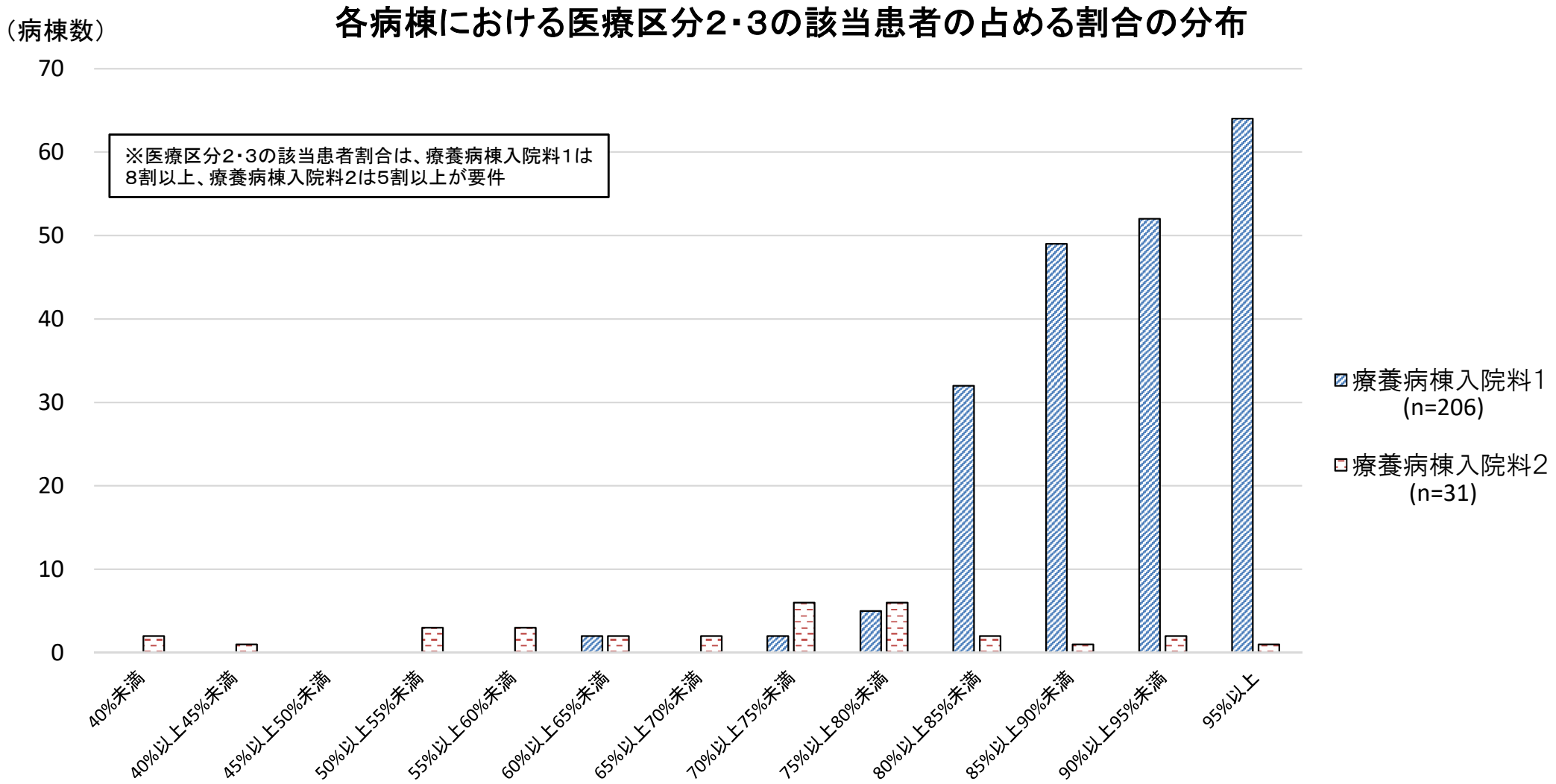
参考：平成29年度調査



出典：平成30年度入院医療等の調査（病棟票）

各病棟における医療区分２・３患者の占める割合の分布

○　療養病棟入院料1を届出ている病棟において、医療区分2･3の該当患者の占める割合の分布をみると、95%以上が最も多かった。
○　療養病棟入院料2を届出ている病棟において、医療区分2･3の該当患者の占める割合の分布をみると、70%以上80%未満が最も多かった。



出典：平成30年度入院医療等の調査（病棟票）

療養病棟における患者の流れ

○　療養病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、44.6%であった。
○　退棟先をみると、死亡退院が最も多く、52.7%であった。

【入棟元】(n=3,113)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	2.7%
	自宅（在宅医療の提供なし）	5.6%
介護施設等	介護老人保健施設	2.3%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	2.1%
	特別養護老人ホーム	2.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.0%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム サービス付高齢者向け住宅等）	1.0%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	44.6%
	他院の一般病床以外	5.9%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	17.3%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	4.7%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	4.2%
	自院の療養病床（上記以外）	2.4%
	自院の精神病床	1.1%
	自院のその他の病床	1.2%
有床診療所		0.2%
その他		0.1%
無回答		0.4%

療養病棟

【退棟先】(n=338)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	8.0%
	自宅（在宅医療の提供なし）	11.5%
介護施設等	介護老人保健施設	3.8%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	2.4%
	特別養護老人ホーム	4.7%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.4%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム サービス付高齢者向け住宅等）	1.8%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	6.5%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.3%
	他院の療養病床（上記以外）	1.5%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	0.3%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	0.9%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.6%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.6%
	自院の療養病床（上記以外）	0.9%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.6%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所（上記以外）		0.0%
死亡退院		52.7%
その他		0.3%
無回答		0.3%

出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

【平成30年度調査項目】

（１）一般病棟入院基本料

（２）地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料

（３）療養病棟入院基本料

（４）医療資源の少ない地域

（５）横断的事項

（４）医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について

【関係する改定内容】
①医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、許可病床数400床未満の病院（特定機能病院、DPC対象病院、病棟全体で急性期一般入院料１を算定している病院を除く）を新たに対象に追加
②医療機関の病床数が一定程度以上又は未満であることを基準としている診療報酬について、医療資源の少ない地域においては、当該基準の病床数の２割不足又は超過を許容

【調査内容案】
調査対象：医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関
調査内容：医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬項目の算定状況、職員体制、患者特性、地域の医療機関との連携状況　等

医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

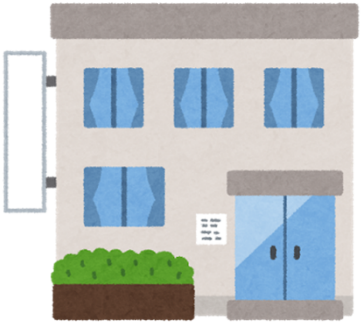
➢ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く。

➢ 医療機関の病床数が一定程度以上又は未満であることを基準としている診療報酬について、医療資源の少ない地域においては、当該基準の病床数を2割不足又は超過しても差し支えないこととする。

［対象］

- ○ 地域包括ケア入院医療管理料1、2、3及び4
- ○ 精神疾患診療体制加算
- ○ 在宅療養支援診療所
- ○ 在宅療養後方支援病院
- ○ 地域包括ケア病棟入院料1及び3
- ○ 精神科急性期医師配置加算
- ○ 在宅療養支援病院



＜参考＞ 医療資源の少ない地域に配慮した評価

○ 医療資源の少ない地域については、次のように設定。

① 「人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2」かつ「病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%」を満たす二次医療圏 ⇒ 41二次医療圏

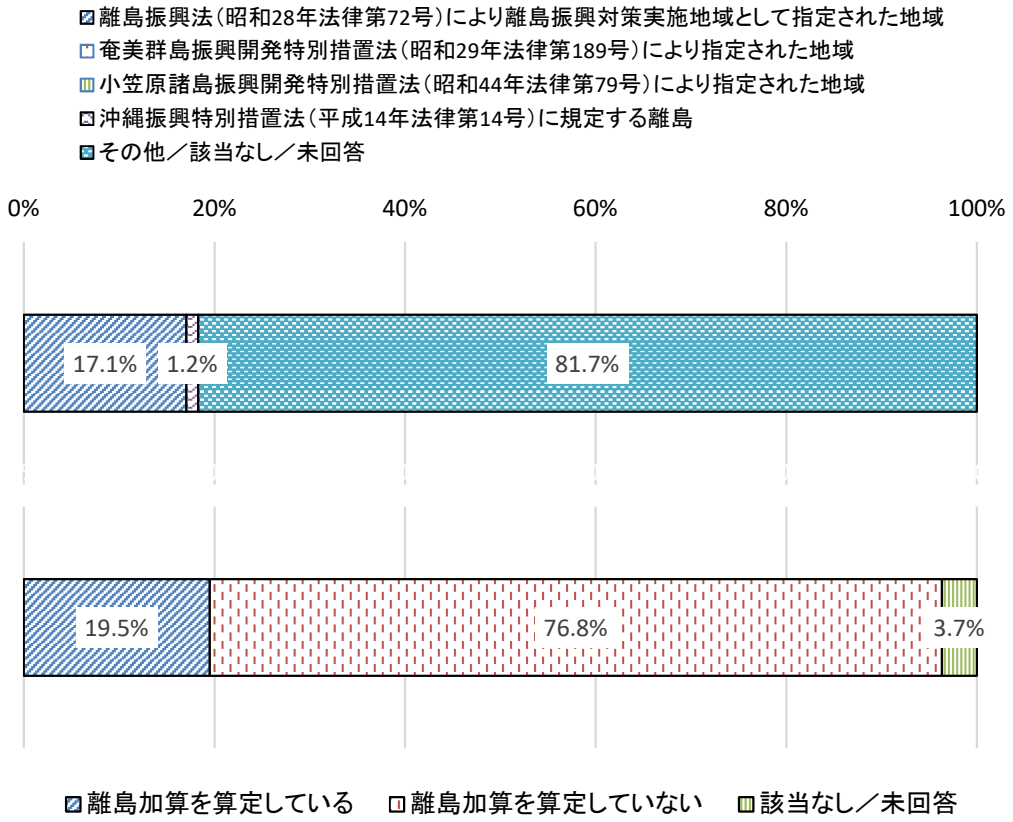
② 離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域

○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価としては、医療従事者が少ないこと等に着目し、緩和ケア診療加算・栄養サポート加算等の専従要件等を一定程度緩和した上で、それに見合った評価を設定したものや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めたもの等を設定。

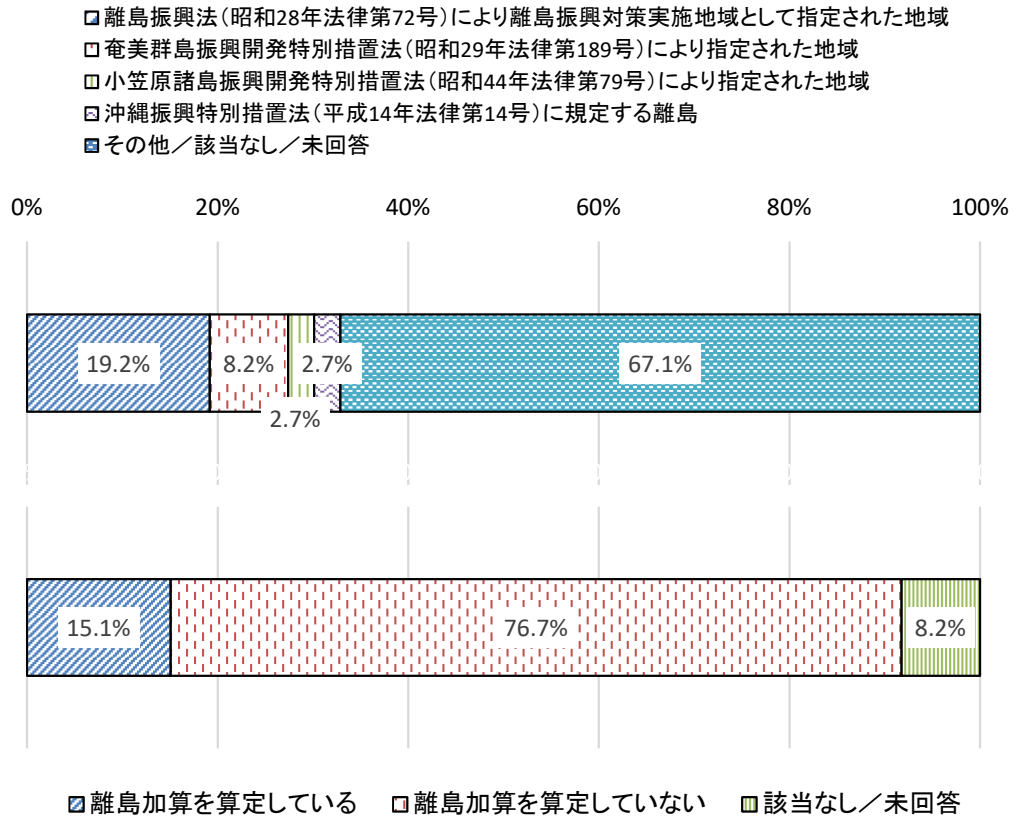
所在地域の指定状況及び離島加算の算定状況について

○　医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関における、所在地域の指定状況及び離島加算の算定状況は以下のとおりであった。
○　有床診療所については、離島加算の施設基準を満たす地域に所在する場合であっても、算定していない場合がある。

病院（n=82）



診療所（n=73）

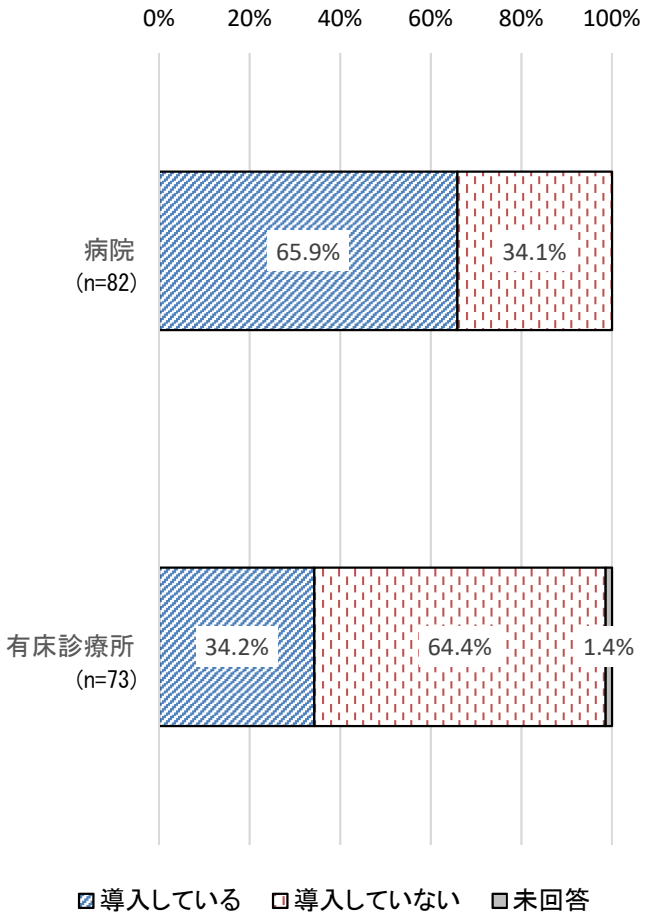


出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

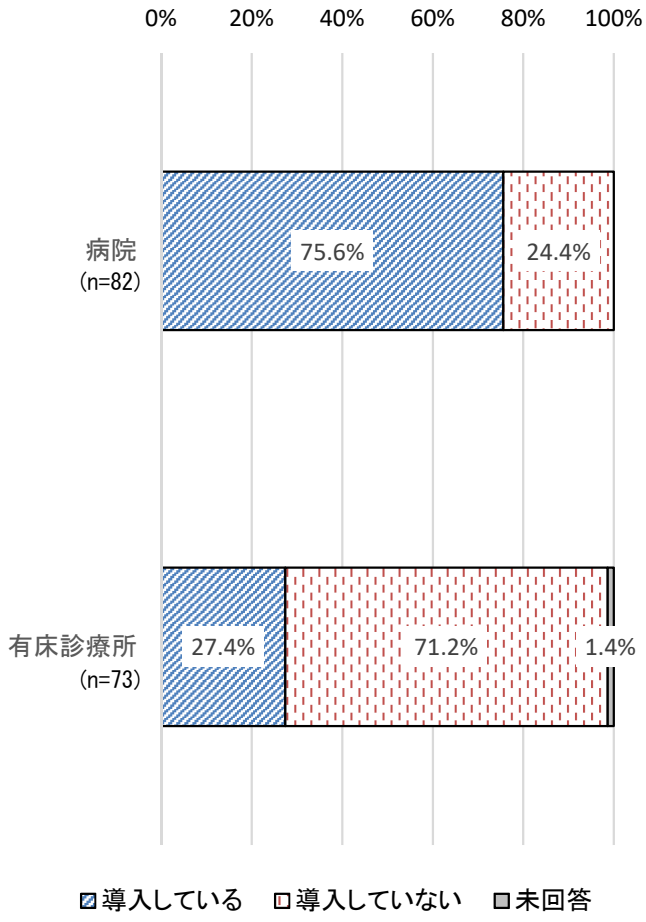
電子カルテの導入状況等について

○　医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関における、電子カルテの導入状況、オーダリングシステムの導入状況及び医療情報連携ネットワークへの参加状況は以下のとおりであった。
○　いずれも、病院において、導入状況及び参加状況が高い傾向にあった。

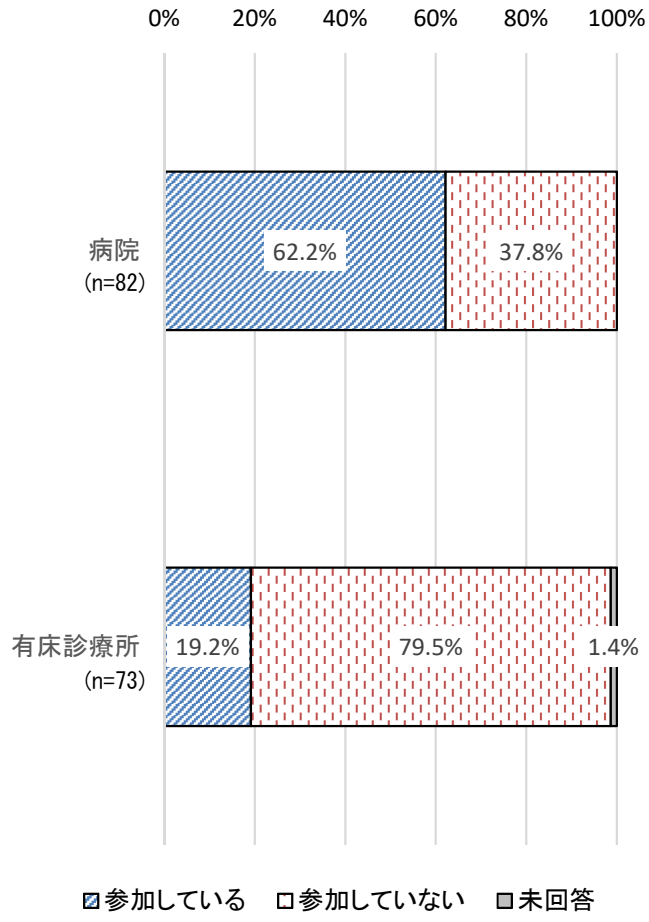
電子カルテの導入状況



オーダリングシステムの導入状況



医療情報連携ネットワークへの参加状況

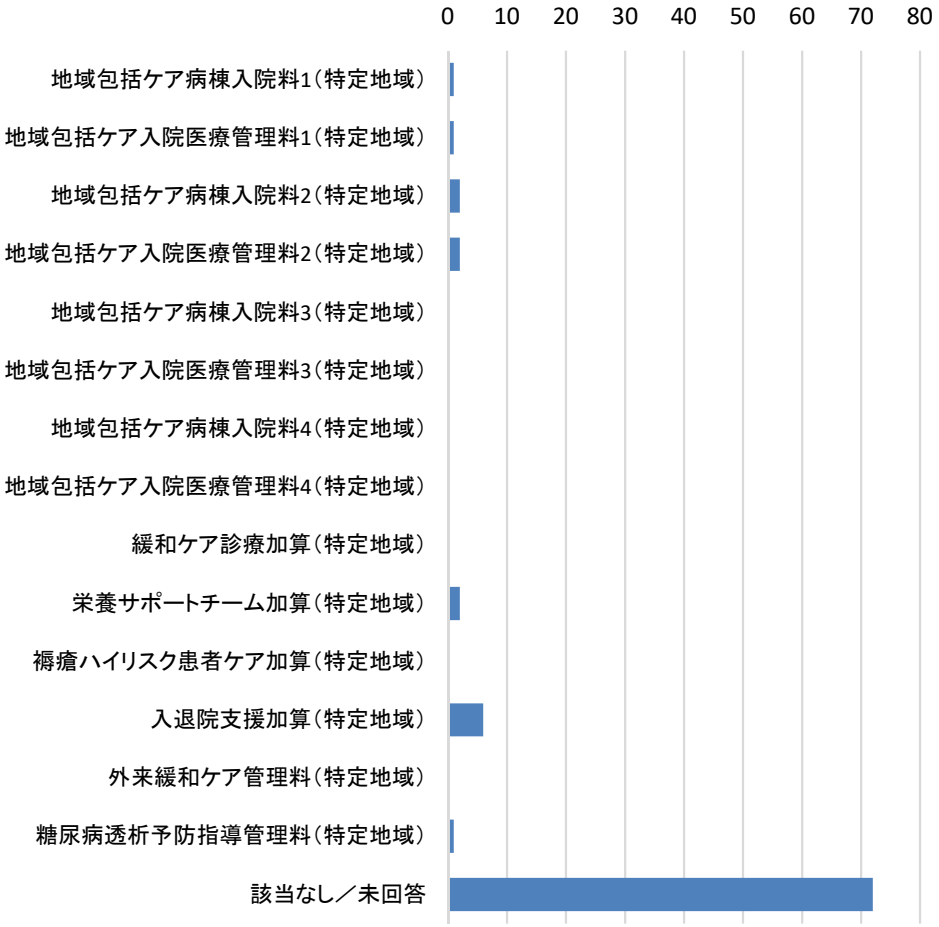


出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

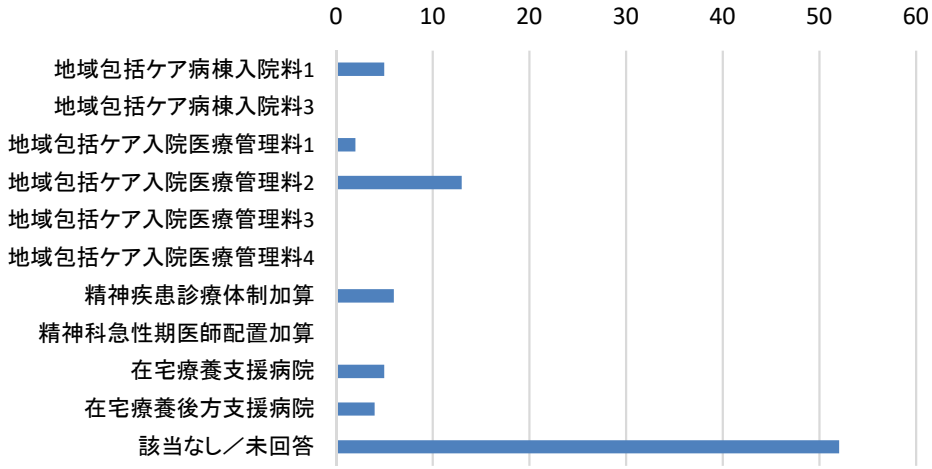
医療資源の少ない地域に配慮した要件を設けた特定入院料及び加算等の届出状況等について

○　平成30年度診療報酬改定において要件の見直しを実施した、医療資源の少ない地域に所在する病院及び診療所が対象となる特定入院料及び加算等の届出状況は、以下のとおりであった。

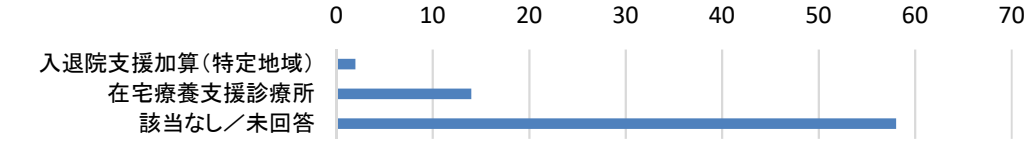
① 400床未満の病院が緩和対象となる見直しを実施した特定地域に係る特定入院料、加算の届出状況（病院） (n=82)



② 病床数の要件の見直しを実施した特定入院料、加算等の届出状況（病院） (n=82)



③ ①②に相当する見直しを実施した加算等の届出状況（有床診療所） (n=73)



出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

【平成30年度調査項目】

（１）一般病棟入院基本料

（２）地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料

（３）療養病棟入院基本料

（４）医療資源の少ない地域

（５）横断的事項

入退院支援の評価（イメージ）

➢ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

- 入院前からの支援に対する評価の新設
- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加
- 退院時共同指導料の見直し

外来・在宅 → 入院 → 外来・在宅

外来部門と病棟との連携強化

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化



外来部門

【入院前からの支援】
- （入院前に）利用しているサービスの利用状況の確認
- 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- 入院生活に関するオリエンテーション
- 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成　等



病棟

≪入退院支援の対象となる患者≫
- 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- 緊急入院　／　・要介護認定が未申請
- **虐待を受けている又はその疑いがある**
- **生活困窮者**
- 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- 排泄に介助を要する
- 同居者の有無に関わらず、必要な**養育又は**介護を十分に提供できる状況にない
- 退院後に医療処置が必要
- 入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等



【退院時共同指導】
- 医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は
【情報提供】
- 療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

➢ 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

（新）　入院時支援加算　　200点（退院時1回）

［算定対象］

① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。

② 入退院支援加算を算定する患者であること。

［施設基準］

① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する

≪許可病床数200床以上≫

・専従の看護師が1名以上　又は

・専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上

≪許可病床数200床未満≫

・専任の看護師が1名以上

が配置されていること。

② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

［算定要件］

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1）から8）を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1）から8）について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1）、2）及び8）は必ず実施しなければならない。

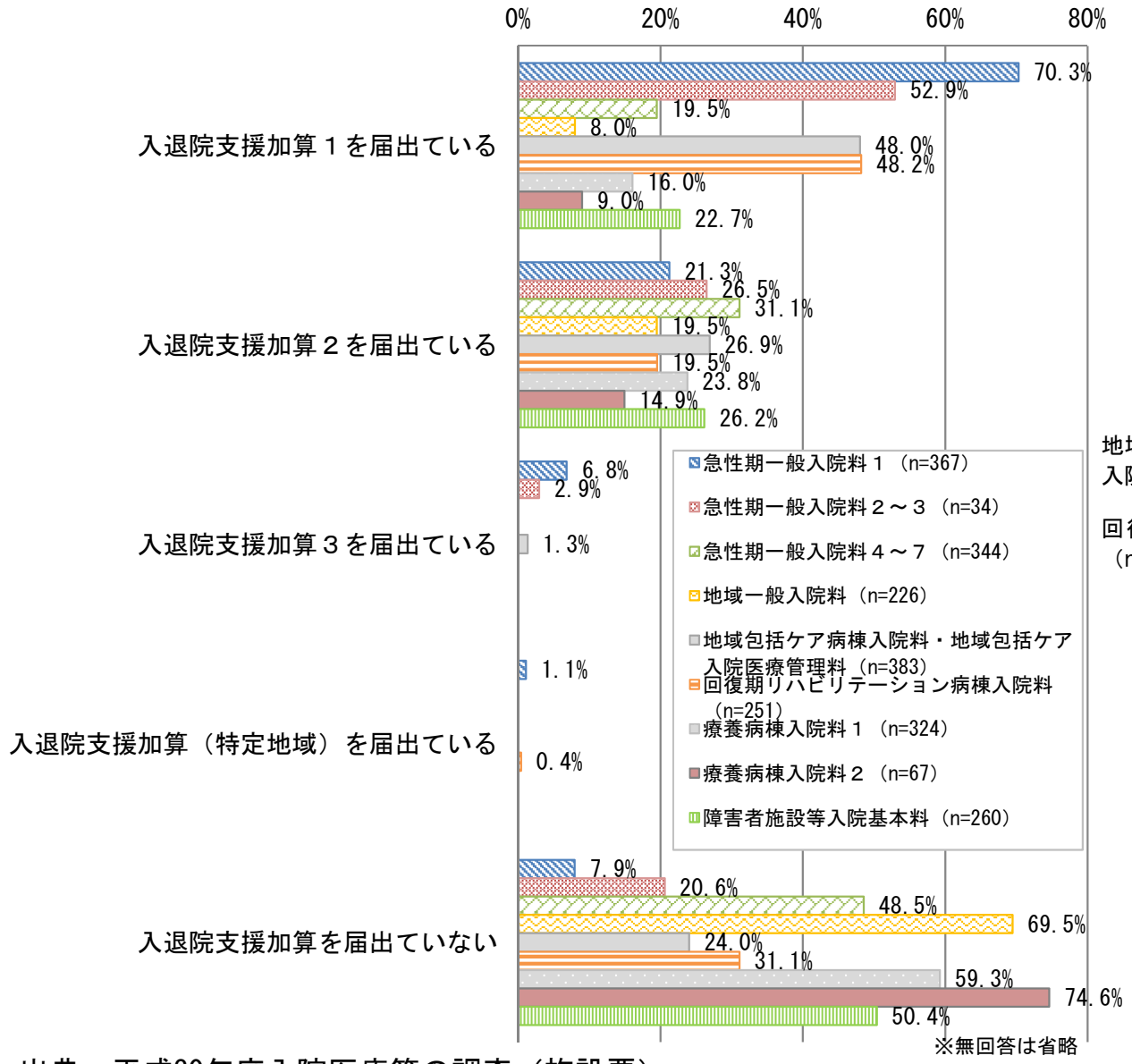
1）身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
2）入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握（※）
3）褥瘡に関する危険因子の評価　／　4）栄養状態の評価
5）服薬中の薬剤の確認　／　6）退院困難な要因の有無の評価
7）入院中に行われる治療・検査の説明
8）入院生活の説明
（※）要介護・要支援状態の場合のみ実施

入退院支援加算及び入院時支援加算の届出状況

○　入退院支援加算及び入院時支援加算は、急性期一般入院料１での届出が多かった。

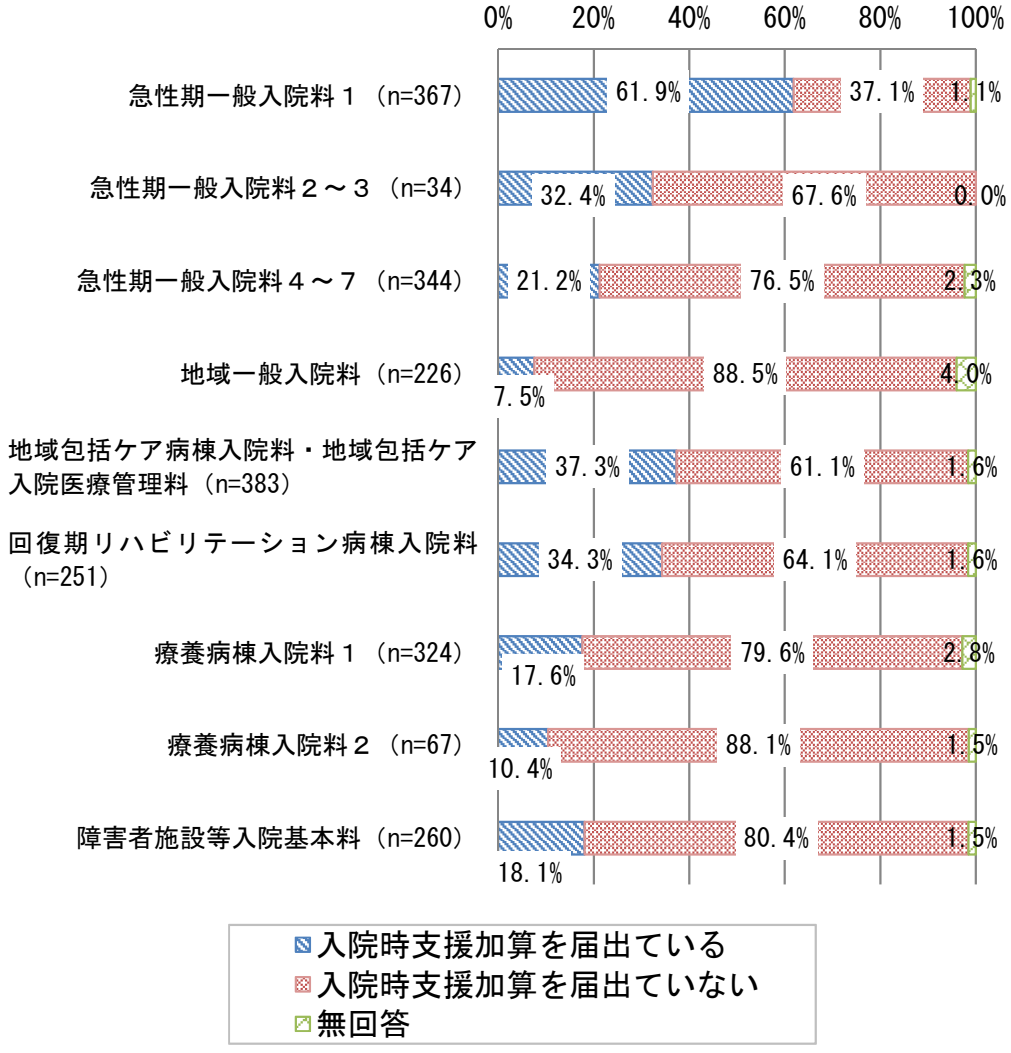
入退院支援加算の届出状況

（複数回答）



※無回答は省略

入院時支援加算の届出状況



※届出区分無回答のものは除く

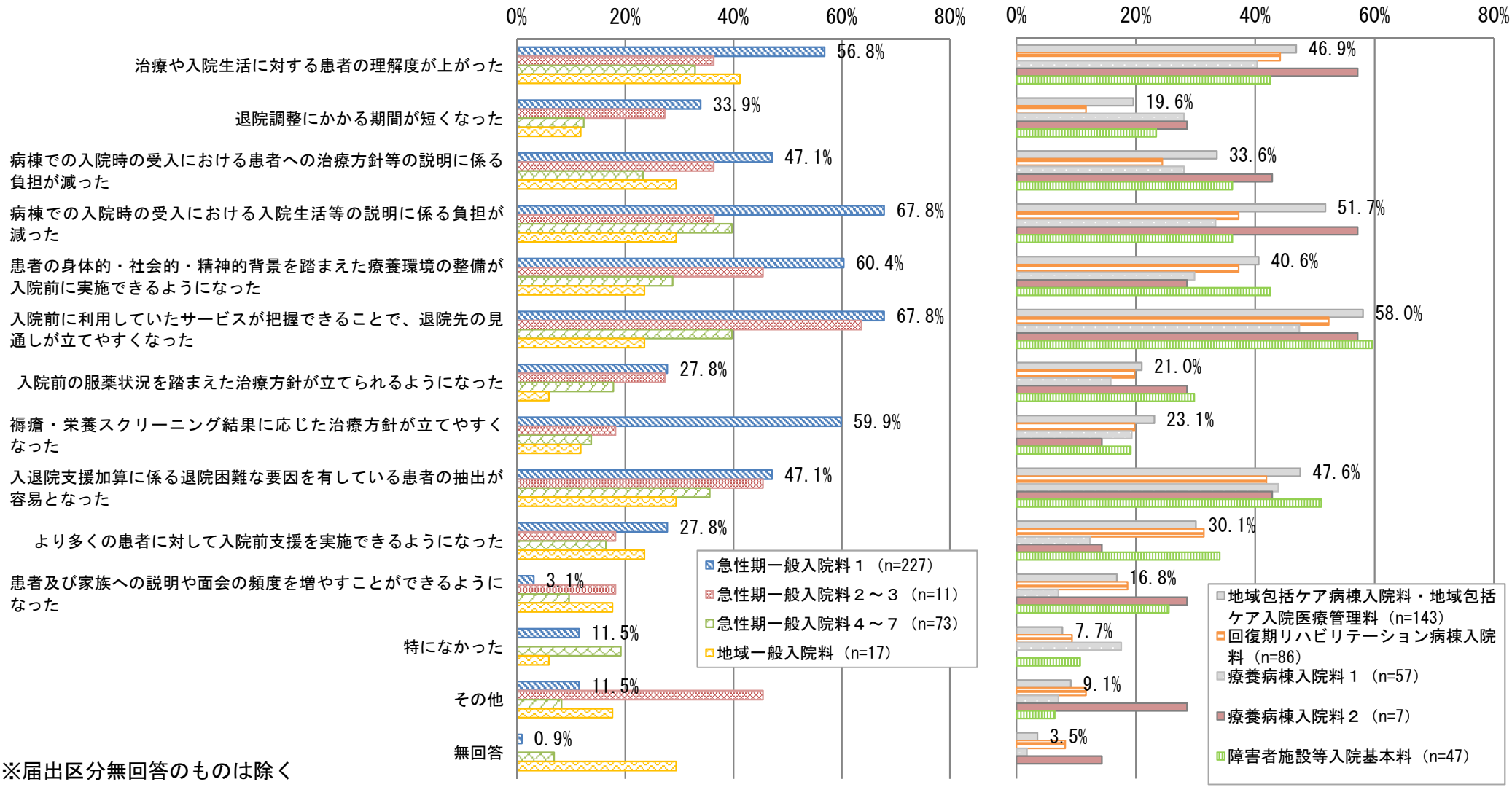
出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

入院時支援加算の届出による効果

○　入院時支援加算の届出による効果として、「病棟での入院時の受入における入院生活等の説明にかかる負担が減った」「入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しが立てやすくなった」が特に多かった。

入院時支援加算の届出による効果

（複数回答）



※届出区分無回答のものは除く

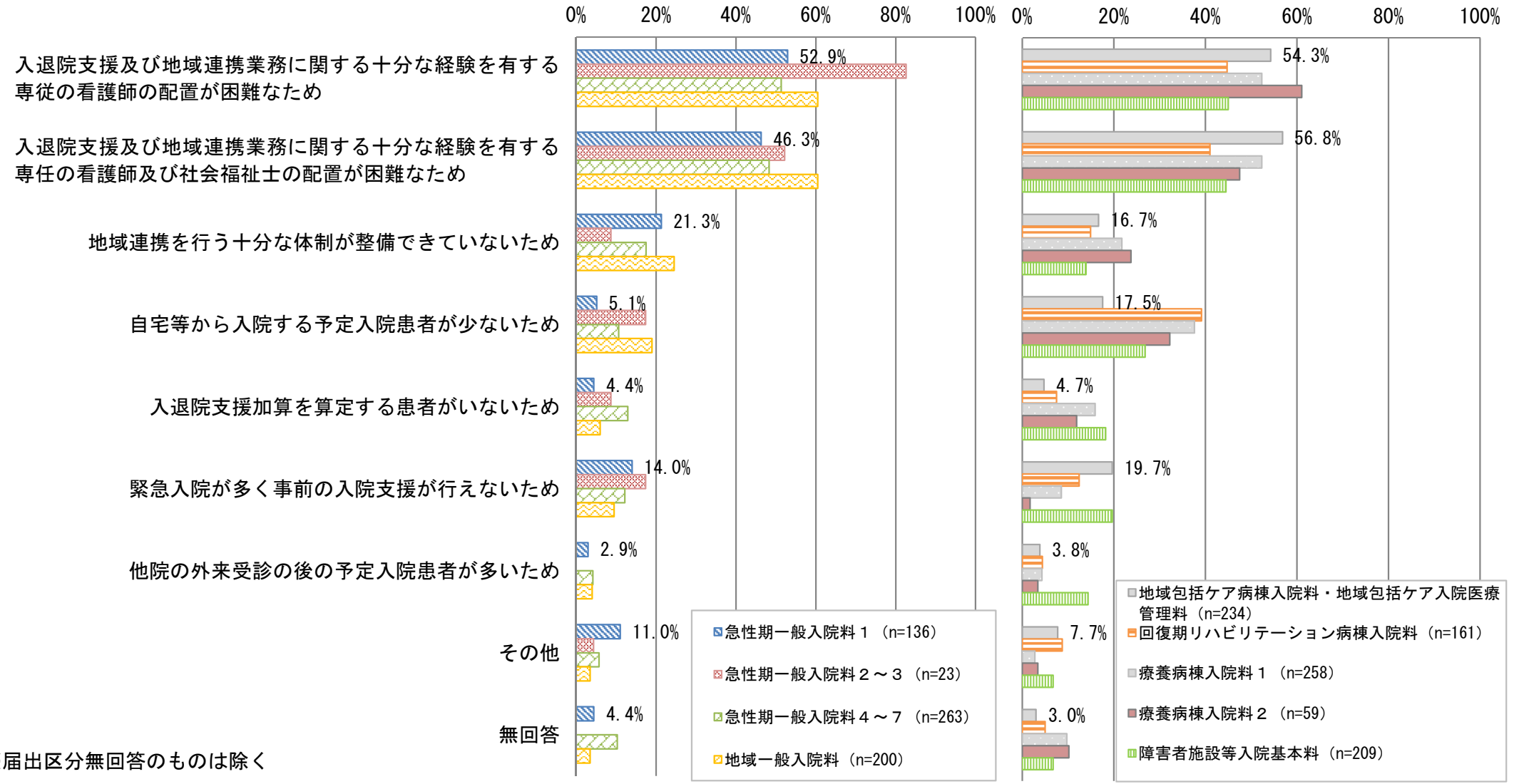
出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

入院時支援加算を届出ることが困難な理由

○　入院時支援加算を届出ることが困難な理由として、「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため」が多かった。

入院時支援加算を届出ることが困難な理由

（複数回答）



※届出区分無回答のものは除く

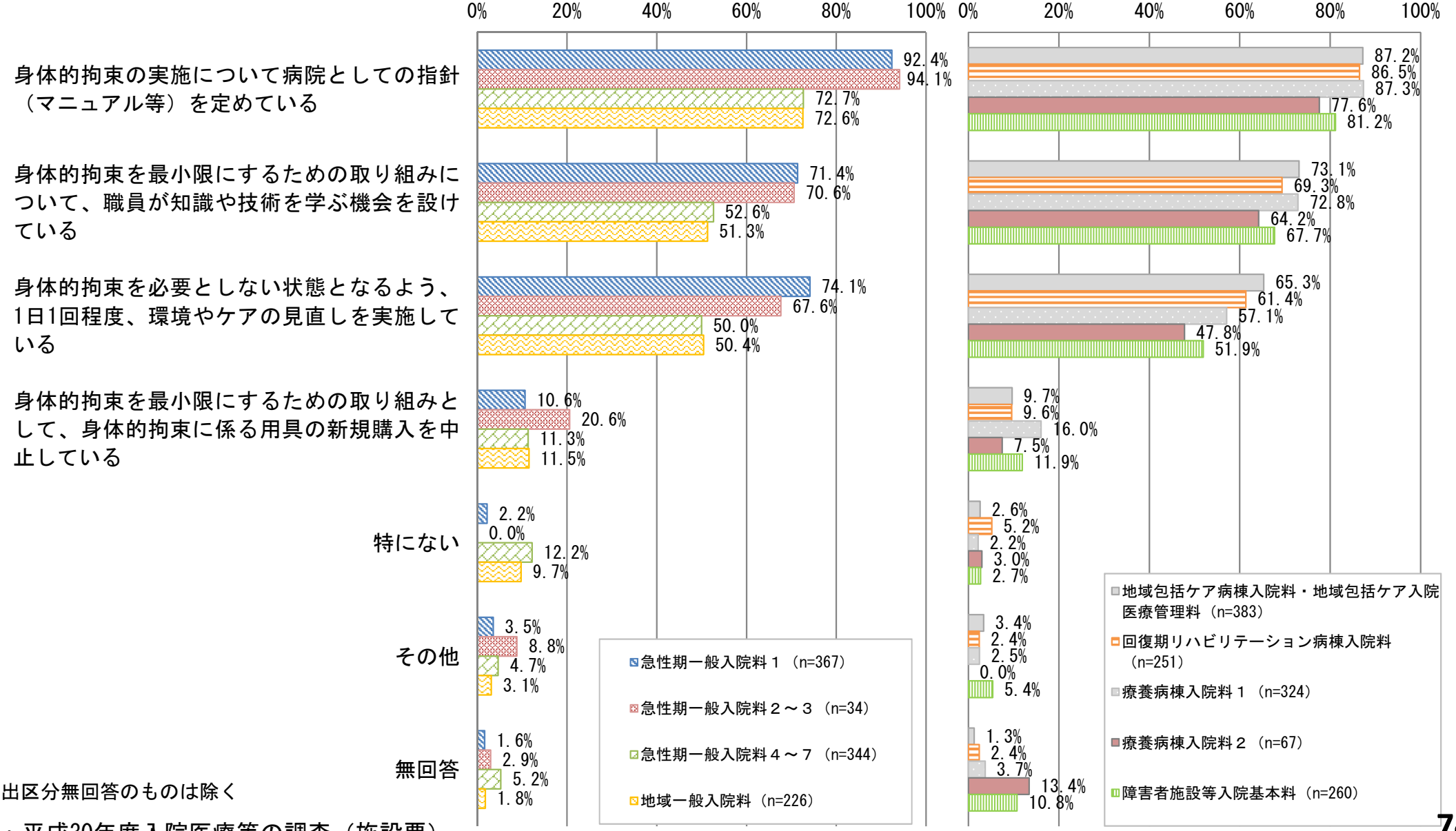
出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施状況

○　身体的拘束等の行動制限を最小化する取組として最も実施されていたのは、いずれの届出区分でも「身体的拘束の実施について病院としての指針（マニュアル等）を定めている」であった。

身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施状況

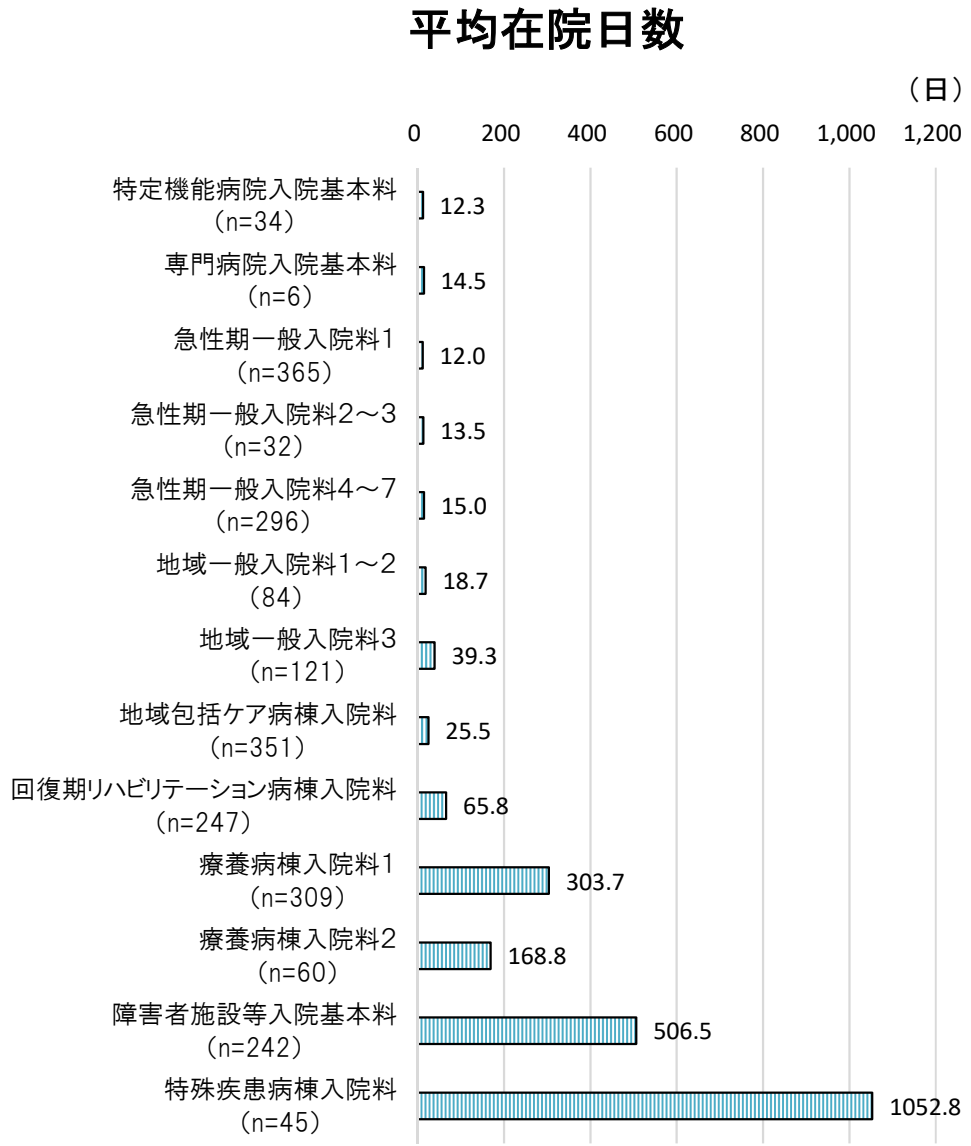
（複数回答）

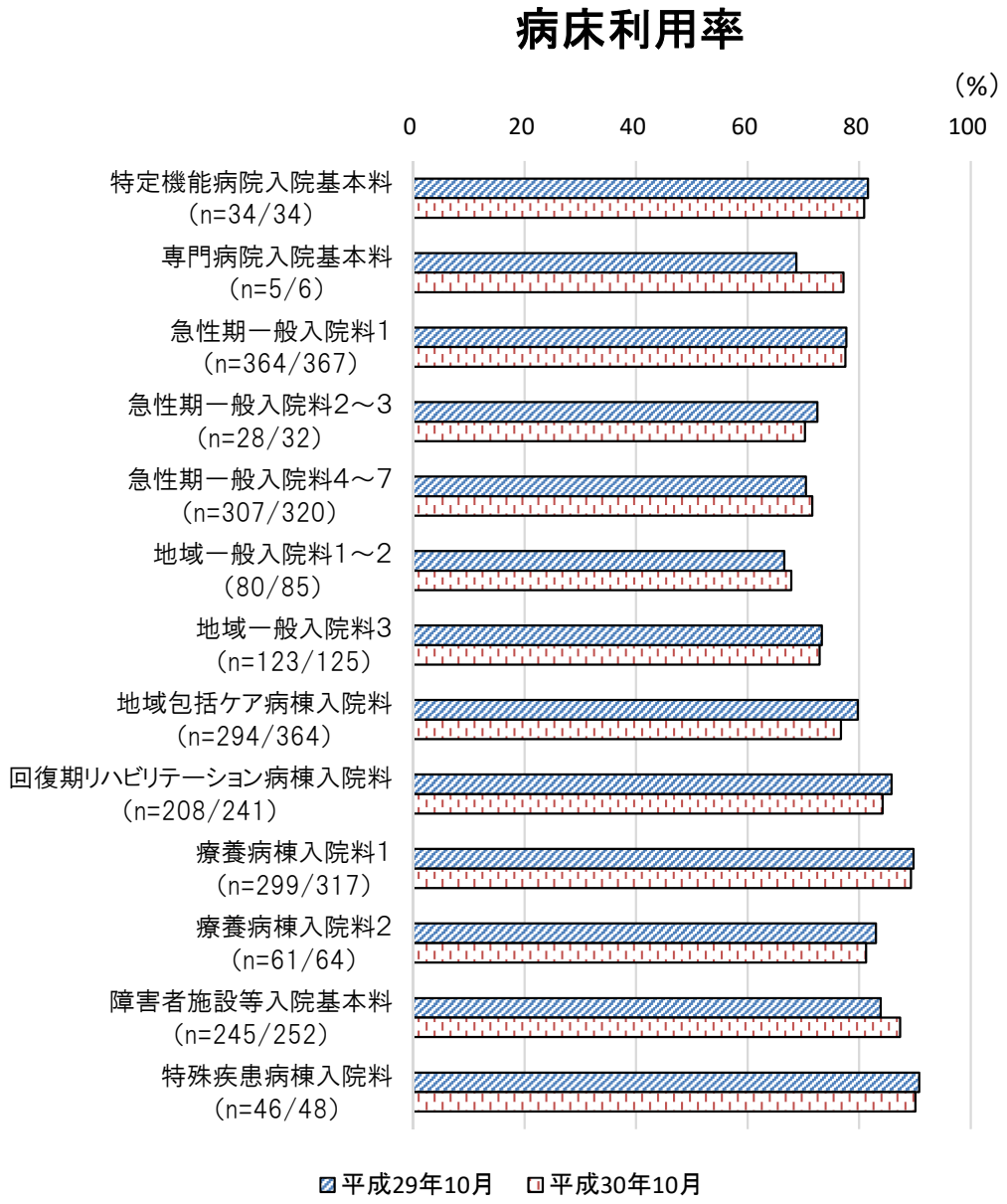


※届出区分無回答のものは除く

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

入院料ごとの平均在院日数・病床利用率



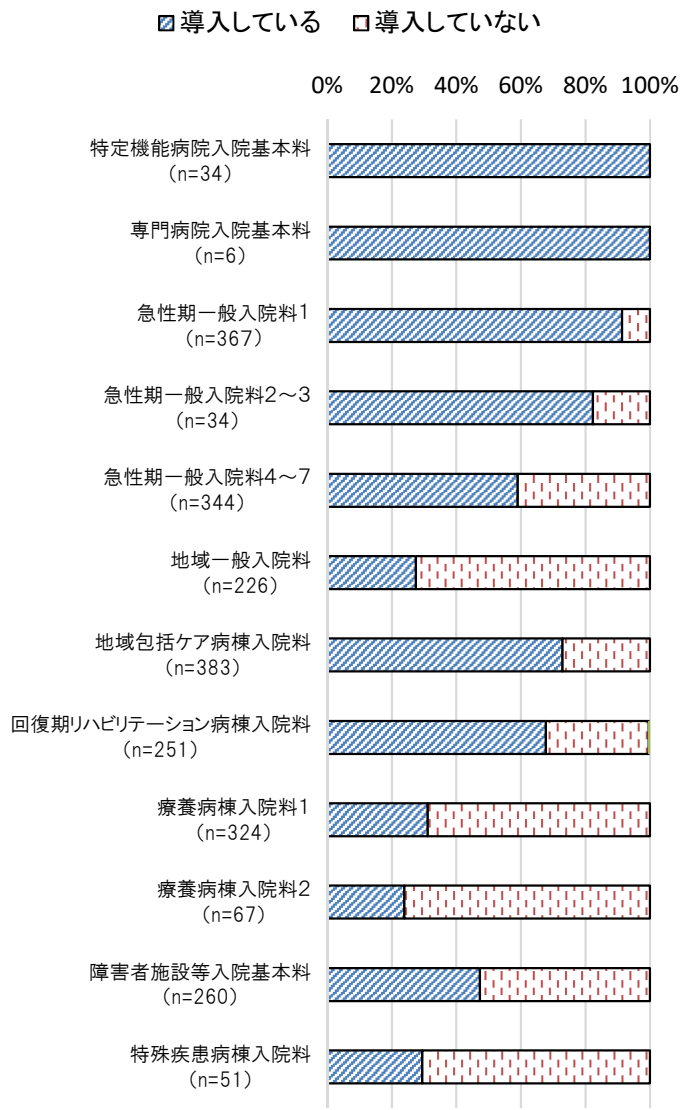


出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

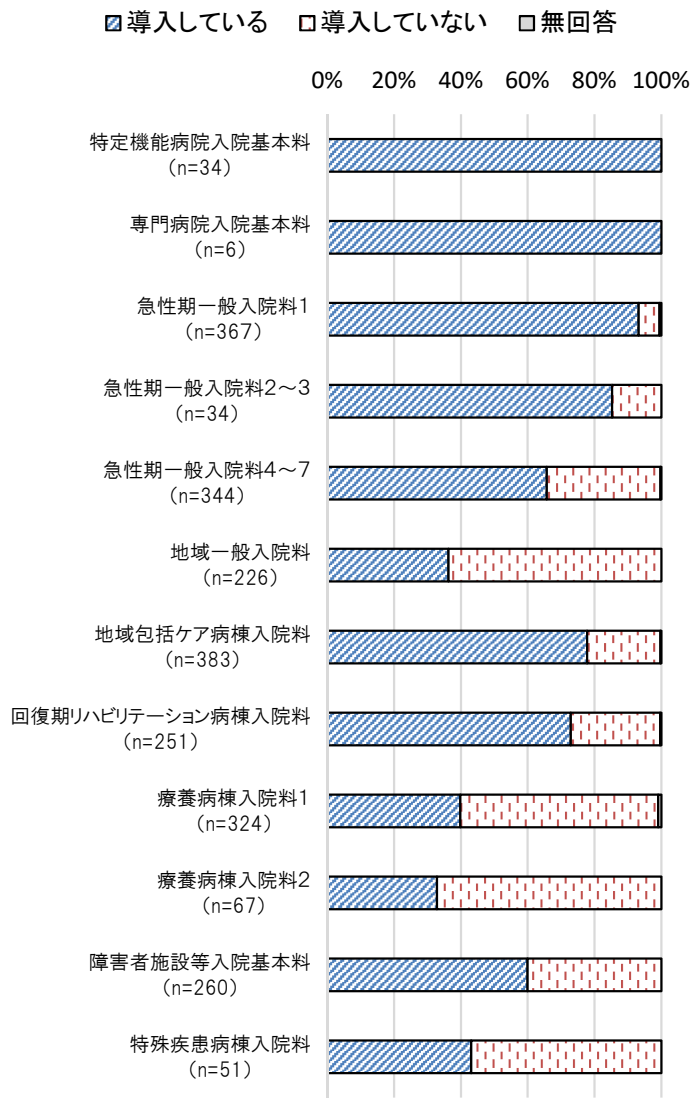
※ n は左から順に、平成29年10月、平成30年10月、を表す

入院料ごとのシステムの導入状況等

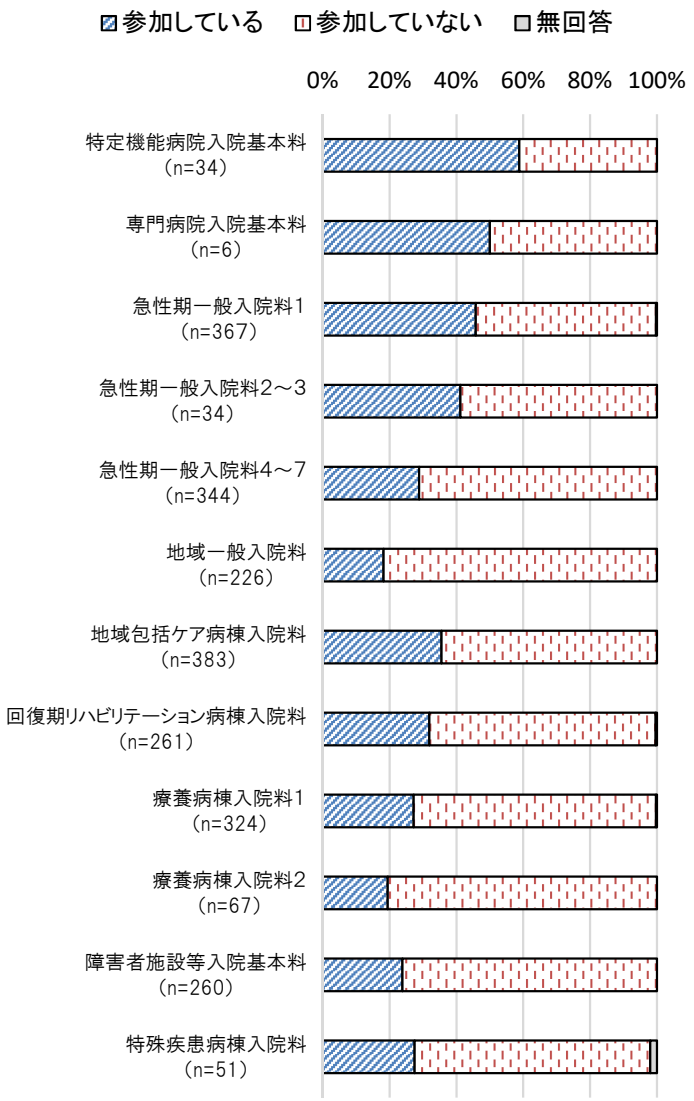
電子カルテの導入状況



オーダリングシステムの導入状況

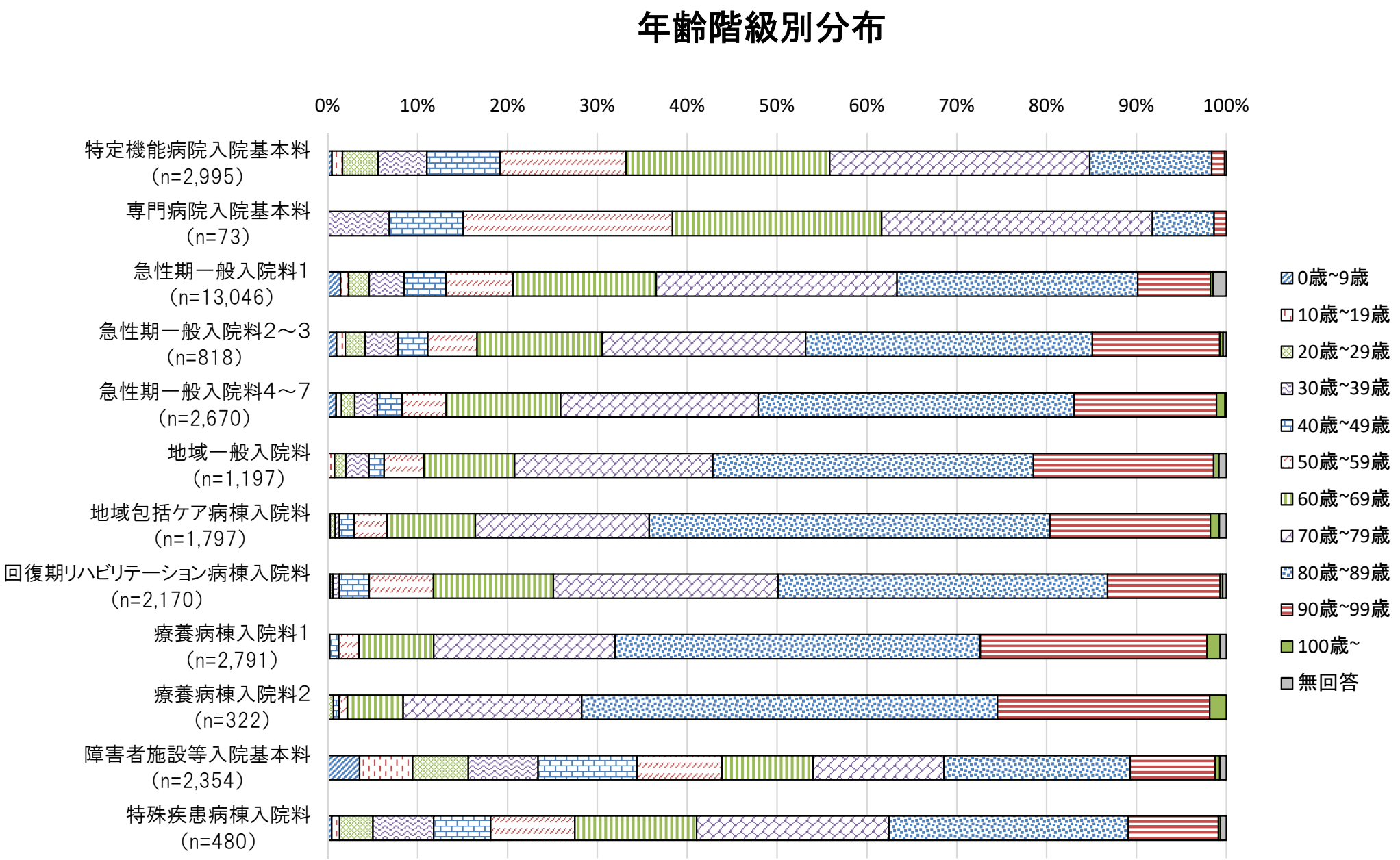


医療情報連携ネットワークへの参加状況



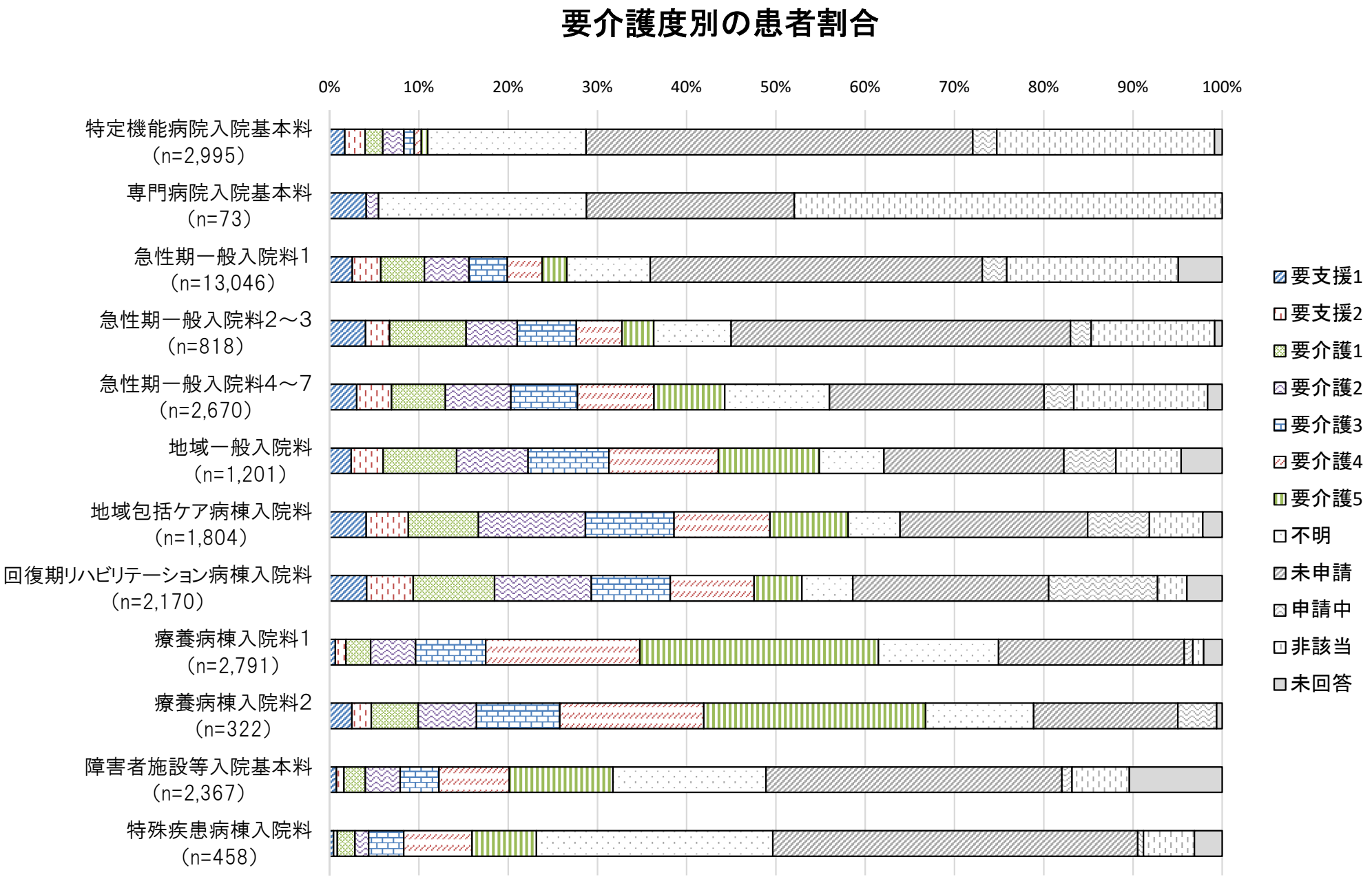
出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

入院料ごとの年齢階級別分布



出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

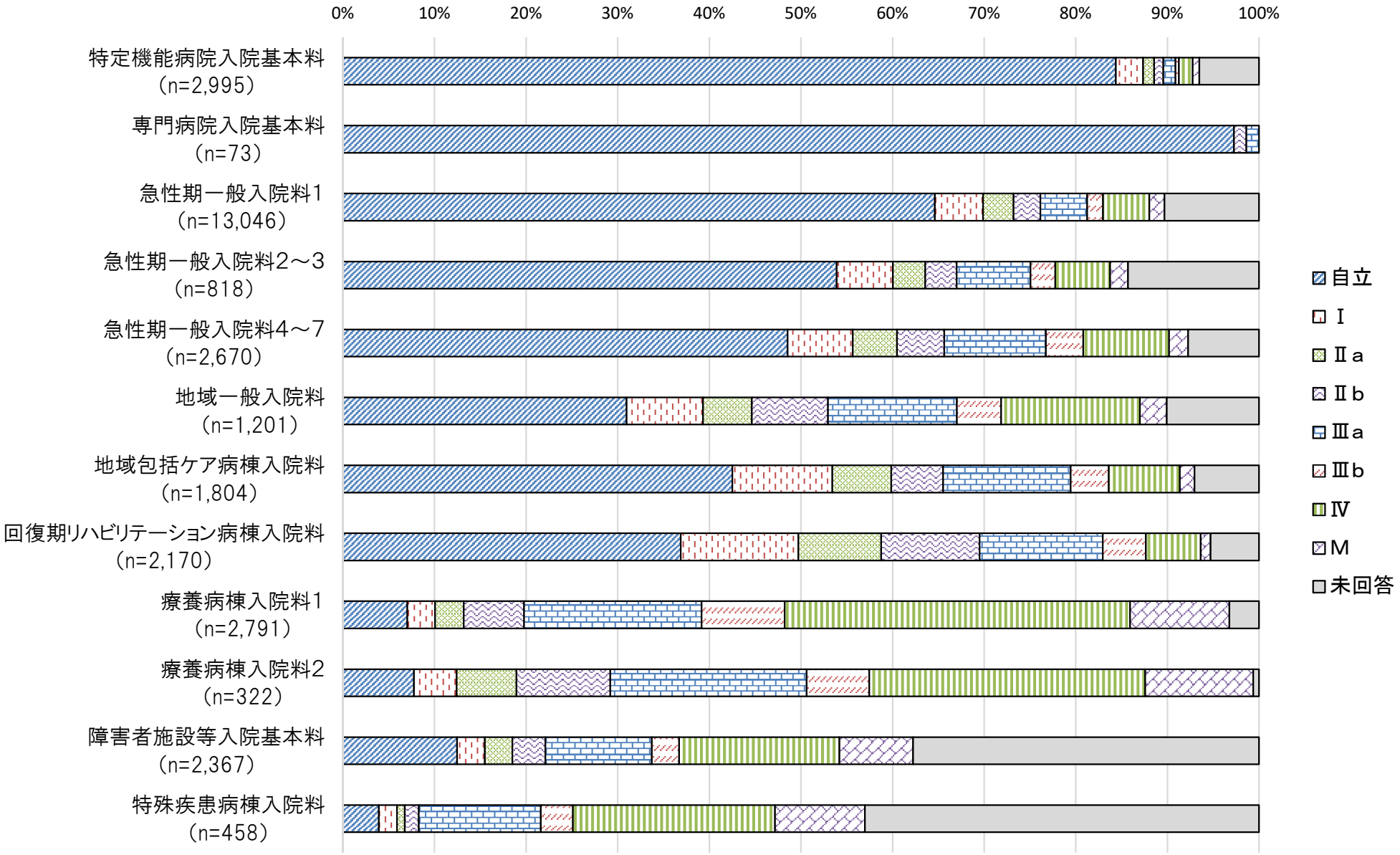
入院料ごとの要介護度別の患者割合



出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

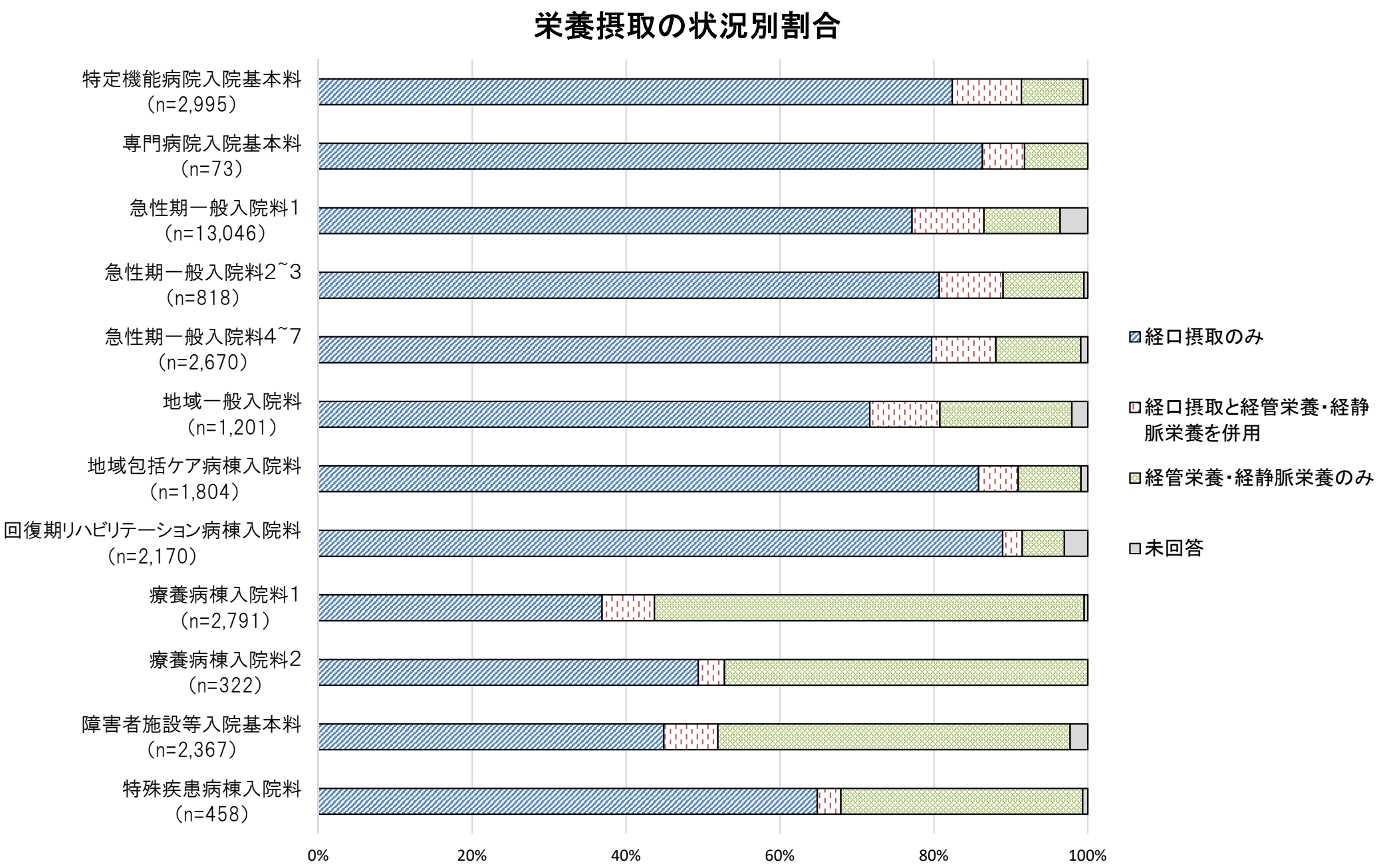
入院料ごとの日常生活自立度別の患者割合

認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合



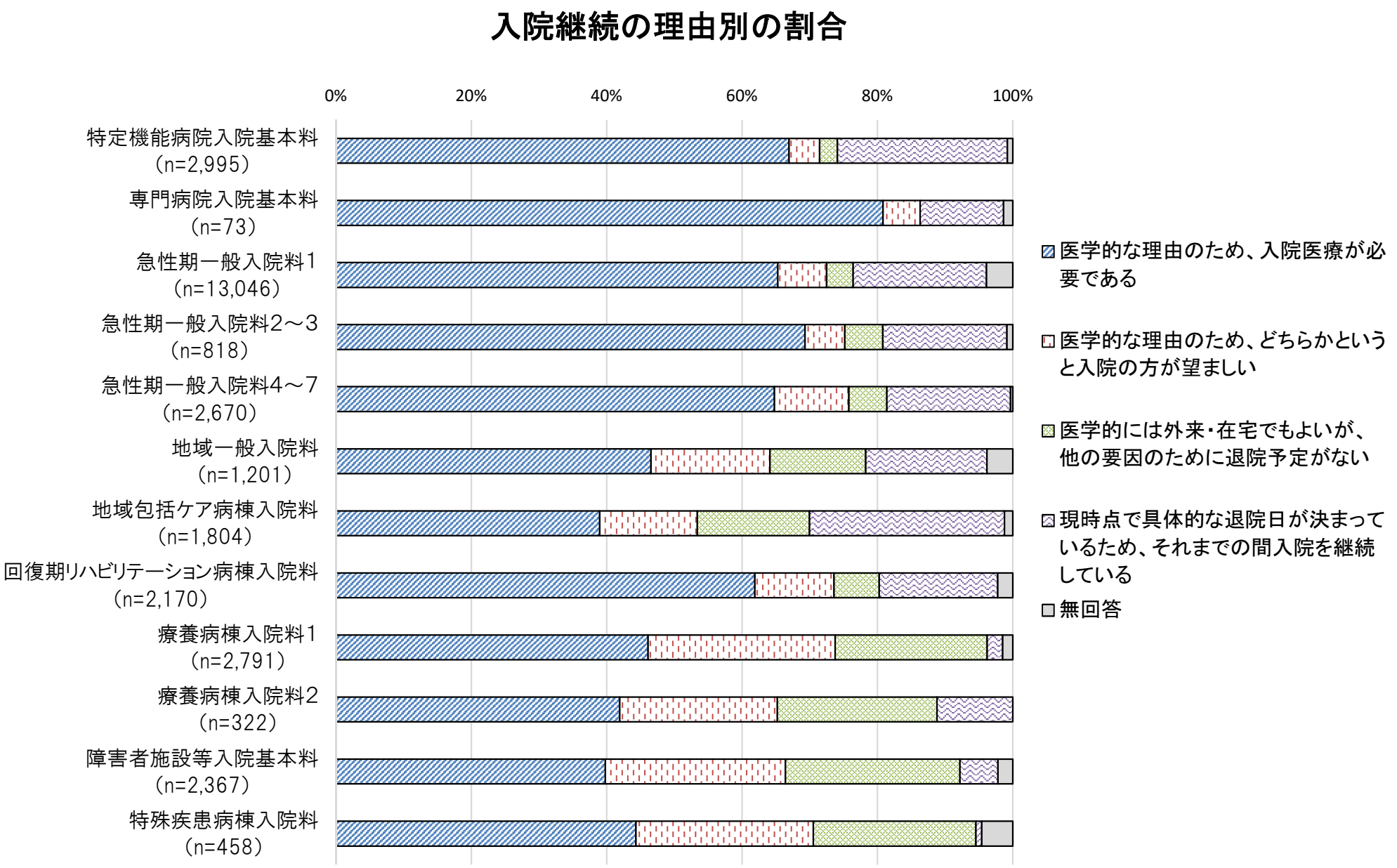
出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

入院料ごとの栄養摂取の状況



出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

入院料ごとの入院継続の理由



出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会

中医協　総－４
元．６．１２

◆　妊産婦の診療は、通常よりも慎重な対応や胎児や乳児への配慮が必要であり、診療に積極的でない医療機関が存在するとの指摘がある。このため、妊産婦自身の負担にも配慮しつつ、妊産婦が安心できる医療体制の充実が必要。

◆　出産年齢が上昇傾向にあり、一般に、高齢出産の場合には、特に健康管理に留意が必要とされるなど、妊産婦のニーズに応じた細やかな支援が重要。

◆　妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討するため**「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」**を２０１９年２月より開催。

構成員

◎：座長
○：座長代理

	青木　龍哉	さいたま市保健福祉局理事
◎	五十嵐　隆	国立成育医療研究センター理事長
	石井　和美	一般社団法人知ろう小児医療守ろうこども達の会代表補佐
	井上　真智子	浜松医科大学地域家庭医療学講座特任教授
	井本　寛子	公益社団法人日本看護協会常任理事
	鈴木　俊治	公益社団法人日本産婦人科医会常務理事、葛飾赤十字産院副院長
	髙松　登	公益社団法人日本薬剤師会理事
	戸矢崎　悦子	全国保健師長会総務担当理事、横浜市南区福祉保健センター子ども家庭支援課長
○	中井　章人	公益社団法人日本産科婦人科学会代議員、日本医科大学多摩永山病院院長
	中島　久美子	読売新聞東京本社編集局医療部記者
	中西　和代	株式会社風讃社たまごクラブ編集部統括部長
	野口　晴子	早稲田大学政治経済学術院教授
	平川　俊夫	公益社団法人日本医師会常任理事
	九十九　悠太	下関市保健部長
	牧野　利彦	公益社団法人日本歯科医師会副会長
	松本　義幸	健康保険組合連合会参与

検討のスケジュール

◆　２０１９年２月15日　第１回　フリーディスカッション
◆　２０１９年３月15日　第２回　妊産婦に対する医療
◆　２０１９年４月18日　第３回　妊産婦に対する保健
◆　２０１９年５月16日　第４回　これまでの議論の整理
◆　２０１９年６月６日　第５回　これまでの議論の取りまとめ

※　妊産婦に対する診療報酬上の評価の在り方については、検討会の取りまとめを踏まえ、中央社会保険医療協議会で必要な検討を行う。

検討事項

◆　妊産婦の保健・医療に関するニーズの把握について
◆　妊産婦が安心できる医療体制の充実について
- 妊産婦の診療において求められる医学的な配慮の在り方
- 妊産婦の診療に係る医師への研修等の在り方
- 地域における産婦人科とその他の診療科との連携の在り方　等

◆　妊産婦の健康管理の推進について
- 妊産婦の健康管理に関する相談・支援の在り方　等

◆　妊産婦に対する保健・医療体制に関連する事項について
- 妊産婦に係る医療機関と他の関係機関との連携の在り方　等

「妊産婦の医療や健康管理等に関する調査」

【目的】 妊産婦の保健・医療に関するニーズの実態把握

【調査対象医療機関】 分娩を取り扱う病院、診療所　500カ所
地域別に、総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センター・周産期母子医療センター以外の病院・診療所を無作為に抽出

【調査対象者】 調査対象医療機関に外来受診・入院した妊産婦
・妊娠28週0日以降、妊婦健康診査のために外来受診した妊婦
・正期産後、産後8日以内の入院中の産婦
・正期産後、産後2週間・1か月等の産婦健康診査のために外来受診した産婦

【調査内容】
○　妊娠・出産歴や基礎疾患の有無等の基本属性、妊娠中の医療機関の受診状況
○　妊娠中・産後の診療で十分配慮されていると感じた経験、妊娠中・産後の診療で配慮が不十分と感じた経験、妊娠中・産後の診療で特に配慮が必要と考える事項
○　妊娠中・産後の健康管理で留意している事項、妊娠中・産後の健康管理に関して受けている支援等の事項　等

妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会　議論の取りまとめ（概要）

○ 妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討を行った。
○ 中央社会保険医療協議会においては、妊産婦に対する診療の評価の在り方について、更なる検討を進めることを期待する。
○ 国においては、妊産婦に対する保健・医療体制を構築するため、関係機関と協力・連携の上、引き続き取り組んでいくべきである。

相談・支援

[妊産婦の不安]

妊産婦の不安や負担は時期によって異なる
- 妊娠中の健康管理で困ったこと
  ⇒ 栄養・食事に関すること
- 産後の健康管理で困ったこと
  ⇒ 授乳に関すること

産後は子どもを抱えながら外出することが困難
産後は産婦の健康管理が困難になりがち

産婦の不安解消には産後ケアが有効

●不安を感じる妊産婦が相談できる仕組み

妊娠届出時に妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握
妊産婦のための食生活指針の改定に向けた調査研究の実施
「授乳・離乳の支援ガイド（平成31年３月改定）」の周知
「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」を用いた支援者の育成
産後ケア事業の推進



妊娠届出時の妊婦の状況把握



妊娠中から出産後や子育てのイメージを持てるようなパンフレット

医療提供

[妊産婦の診療の現状]

産婦人科以外の診療科から診療を断られることがある
妊婦が産婦人科以外の診療科を受診する際に求める気配り
- ・診療・薬の内容について文書を用いて説明
- ・経験が十分にある医師の診療
- ・母子健康手帳の確認

[産婦人科の現状]

コモンディジーズ(風邪や花粉症等) について、
他科からの診療情報の提供が少ない
医師の労働時間が長い、分娩取扱施設が減少

[産婦人科以外の診療科の現状]

診療の際に様々な配慮が必要であり、診療を敬遠しがち
妊産婦の診療に関する研修機会が少ないので不安
妊産婦に処方できる薬剤かどうか情報が少ない

●産婦人科以外の診療科と産婦人科の医療機関の連携

妊産婦の診療に積極的な医療機関の把握・周知
都道府県が主体的に地域の医療機関間の連携体制の検討・構築
母子健康手帳等を活用した診療科間の情報連携　等

●診療の質の向上に向けた取組

医師に対する妊産婦の診療に関する研修の推進
診療や薬に関する説明文書の例を作成
妊娠と薬に関する情報を医師へ提供する体制の整備・周知　等



妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会　議論の取りまとめ（概要）

連携体制の構築

[支援を必要とする妊産婦への対応]

妊娠期から子育て期までつながる支援が必要
利用できる施設や制度等について十分に知られていない
周産期のうつ病は、医療機関と行政機関の連携が必要

[母子健康手帳]

母子健康手帳は広く活用されている
妊産婦自身の健康管理のために活用できるのではないか
増加しつつある外国人の妊産婦への支援が必要

●妊娠期から子育て期までつながる支援

子育て世代包括支援センターの質の向上と設置の推進
医療機関と自治体の連携促進

●母子健康手帳の活用

医療機関の受診状況を本人同意の上で医療機関が記載
多言語化（英語、中国語、韓国語、スペイン語等）



母子健康手帳を
常に持ち歩き、提示

病院、歯科医院、薬局等

健診や診療の評価

[妊婦健診、産婦健康診査]

全ての市区町村で14回以上の公費負担制度を実施
健診内容によっては、公費助成を超えるため、一部自己負担が生じる

[妊婦健診以外の診療の評価等]

妊婦健診以外に、偶発合併症等の診療の費用も生じる
４県において、所得に応じて妊産婦の診療に係る費用の一部を助成　（妊産婦への医療費助成制度）

●妊婦健診、産婦健康診査について

以下について引き続き検討
・公費補助額を超える自己負担が発生しないような工夫
・妊婦の同意に基づく自己負担が可能となる取組
・産婦健康診査の拡充

●診療に対する評価等について

単に妊婦を診療したのみで加算されるといった、前回と同様の妊婦加算がそのままの形で再開されることは適当でない
妊産婦の診療において、質の高い診療やこれまで十分に行われてこなかった取組を評価・推進することは必要であり、具体的な要件や名称等については、中央社会保険医療協議会で議論
妊産婦が受診する際の負担が、これから子どもをほしいと思う人にとって、ディスインセンティブとならないようにすることが必要であり、他の受診者との均衡や政策効果といった点を勘案し、引き続き検討すべき

中医協　総－４参考
元　．　６　．　１２

議論の取りまとめ

妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会

令和元年６月 10 日

目次

１　はじめに 1

２　妊産婦に対する相談・支援の在り方

（1） 妊娠前・妊娠中の相談・支援及び健康管理について 2

（2） 産後の相談・支援について 3

（3） 支援を必要とする女性の相談･支援について 4

３　妊産婦に対する医療提供の在り方について

（1） 妊産婦の診療・治療等について 5

（2） 妊産婦への診療の質の向上について 8

（3） 妊産婦の口腔健康管理について 9

（4） 妊産婦と薬剤について 10

４　妊産婦に対する連携体制の構築について

（1） 妊産婦に関する行政機関と関係機関の連携について 11

（2） 母子健康手帳の活用について 14

５　妊産婦の健診や診療の評価等の在り方について 15

６　おわりに 17

［関係資料］

（1） 開催要綱・構成員名簿

（2） 開催経過

（3） 参考資料

１　はじめに

○　これまで、妊産婦が安心して子どもを産み育てられる社会となるよう、妊婦健診に対する交付税措置や産婦健診の費用の助成など、様々な支援策が講じられてきた。また、妊産婦に対する医療の提供についても、周産期医療体制の整備やハイリスク妊産婦に対する診療の充実などが図られてきた。

○　近年の母と子の健康をめぐる様々な環境が、少子化、核家族化、女性の社会進出の増加等大きく変化している。こうした変化を踏まえ、妊産婦の保健・医療に関する分野においても健康寿命の延伸等に向けて、地域の特性に応じた対策を進めつつ、地域間における健康格差を解消していくことが必要である。

○　また、出産年齢は上昇傾向にあり、一般に、高齢出産の場合には、特に健康管理に留意が必要とされるなど、妊産婦のニーズに応じた細やかな支援が、より重要となっている。妊産婦自身の負担にも配慮しつつ、妊産婦が安心できる医療体制をさらに充実していくことが求められている。

○　そのような中、平成 30 年度診療報酬改定において、妊産婦の診療については、通常よりも慎重な対応や胎児や乳児への配慮が必要であり、妊婦に対する通常よりも丁寧な診療を評価する観点から、「妊婦加算」を新設した。しかしながら、加算の趣旨に反するような事例や妊婦の自己負担の増加に対する指摘があり、平成 30 年秋以降、ＳＮＳや新聞、ニュース等で頻繁に取り上げられるようになり、同年 12 月、妊婦加算については、当面算定を見合わせることとなった。

○　こうしたことから、妊産婦に対する健康管理の推進や、妊産婦が安心できる医療体制の充実などの課題について検討を行うため、本検討会が設置された。

○　このような経過及び最近の妊産婦を取り巻く状況を踏まえ、また、今後の更なる少子化社会の進展を見据え、我が国における今後の妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について、取りまとめることとした。

２　妊産婦に対する相談・支援の在り方

（１）妊娠前・妊娠中の相談・支援及び健康管理について

①　現状と課題

○　妊娠前の相談・支援については、思春期から更年期に至る女性を対象として、各ライフステージに応じた身体的・精神的な悩みに関する相談指導等を目的とした、女性健康支援センター事業を実施。[1]

○　妊娠期及び授乳期は、母子の健康の確保のために適切な食習慣に努めることが重要な時期であり、妊娠中の健康管理で困ったことや不安に思ったことの１つとして、栄養・食事に関することを挙げる者が一定数いることから、正しい情報に基づいた食生活の改善を支援することが必要である。[2]

○　妊娠の可能性がある女性における葉酸摂取と神経管閉鎖障害のリスク低減の関連が明らかとなっており、将来の妊娠・出産に向けて、葉酸の摂取に対する知識が重要であるが、妊娠前の健康管理で気をつけていたこととして、「葉酸を積極的に摂るようにする」と答えた方が一定数いるものの、国内における神経管閉鎖障害の発症率は過去 20 年にわたり変化していない。

②　主な意見

○　妊娠・出産に関して不安を感じる妊産婦がきちんと相談できるような仕組みが必要ではないか。[3]

○　ワンストップな相談・支援が可能となるよう、一元的な連絡先を妊産婦に周知するとよいのではないか。

○　妊娠・出産・子育ては、男性の参画が重要である。

○　中小企業の中には妊婦を十分にケアしていないところもある。事業者として労働者を守る、特に妊婦に対しては配慮することが重要で、その支援を社会全体で取り組むべきではないか。

③　今後の取組

○　平成 27 年度から 10 か年計画で開始された国民運動である「健やか親子 21（第２次）」においては、「妊娠届出時にアンケートを実施する等して、

1　平成 30 年７月１日時点で全国 73 カ所。

2　妊娠期及び授乳期における望ましい食生活の実現に向け、「妊産婦の食生活指針」を策定した。また、平成 30 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業において、普及啓発に向けたリーフレットを作成した。

3　「健やか親子 21（第２次）」においては、「妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合」についての指標等を設けている。また、横浜市においては、妊娠中から出産後や子育てのイメージを持つことができるようなツールを活用しており、横浜市・下関市では母子健康手帳交付時の全数面接を実施している。

妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合」についての指標等を設けており、引き続き、各自治体においても、専門職による面接の実施を更に進めるなど、保健対策の支援に向けた取組を進めていく必要がある。

○　子育て世代包括支援センターなどの取組を妊産婦等に広く知ってもらうため、あらゆる機会を通じて、周知・広報を行っていく必要がある。

○　自治体において、妊娠中から出産後や子育てのイメージを持つことができ、妊婦が妊娠・出産に対する意識を高めることができるよう、パンフレットの作成や一元的な連絡先（例えば、子育て世代包括支援センター）の記載など、妊娠中の支援の充実を図っていく必要がある。

○　妊娠前を含めた妊婦への適切な栄養指導に資するよう最新の知見も取り入れた食生活指針の改定を行う必要がある。

○　妊娠前からの女性の健康管理に資する取組の充実を図っていく必要がある。

（２）産後の相談・支援について

①　現状と課題

○　産後の身体の変化に加え、産後に感じた不安や負担について、産後２週未満では自分の体のトラブル、体の疲れ、十分な睡眠がとれないといったことが多く、産後２週から８週では、自分の体のトラブル等に加えて、家事が思うようにできない、自分の時間がないといったことが多くなる傾向があるなど、不安や負担の具体的な内容は時期によって異なっている。

○　出産後の健康管理で困ったこと等については、「授乳に関すること」が最も多かった。[4]

○　不安や負担への支援事業として、傾聴等による不安の軽減や孤立感の解消等を行う「産前・産後サポート事業」を実施。[5]

○　退院直後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行う「産後ケア事業」を実施。[6]

○　平成 29 年度に、母体の身体的機能の回復や授乳状況及び精神状態の把握等を行う「産婦健康診査事業」を創設し、産後２週間、産後１か月など産後間もない時期の産婦に対する健康診査の費用の助成を開始。[7]

○　産婦健康診査の平均受診回数は、出産後１～２週の期間で 0.8 回、３～５週で 1.0 回、６週以降で 0.5 回であった。

○　日本産婦人科医会では、医療者向けの「母と子のメンタルヘルスケア研

[4] 平成 31 年３月に「授乳・離乳支援ガイド」を改定した。

[5] 平成 30 年度は 403 市町村で実施。

[6] 平成 30 年度は 667 市町村で実施している。また、「宿泊型」「デイサービス型」「アウトリーチ型」がある。

[7] 平成 30 年度は 364 市町村で実施。

修会」を実施。[8]

② 主な意見

○ 産後は、生まれたばかりの子どもを抱えて大変な中、自身の健康管理が困難になりがちであり、母親と子どもを同時にサポートしていくことが必要ではないか。

○ 長期的な女性としての生涯の健康を考える上で、産後ケアの充実が重要ではないか。

○ 出産後の不安解消に、産後ケア事業が有効と考えられることから、この取組を広く展開していってはどうか。

○ 産後間もない時期に、子どもを連れて外出することは困難な場合があることから、状況にあわせた支援は有効である。

③ 今後の取組

○ 自治体における相談・支援の充実に向けて、本年３月に改定した「授乳・離乳支援ガイド」について、研修会の開催等による普及・啓発を通じて保健・医療者への更なる周知を図っていく必要がある。

○ 母親と子どもに対して心身のケアや育児のサポート等を行い、安心した子育てができるよう支援するため、産後ケア事業の周知及び全国的に展開するための方策を検討する必要がある。

○ 妊産婦のメンタルヘルスケアについては、日本産婦人科医会が平成 28 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業で作成した「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」を用いた研修会等の場を活用し、研修の在り方を研究しつつ、医師や助産師等の支援者の育成に更に努めていく必要がある。

（３）支援を必要とする女性の相談・支援について

① 現状と課題

○ 若年妊娠や特定妊婦等は、増加傾向にあることを示すデータがある。[9]

○ 女性健康支援センター事業における相談には、思春期から更年期に至る女性を対象とし、各ライフステージに応じた身体的・精神的な悩みや、妊娠・避妊に関する相談も含まれる。実際の相談内容としては、女性の心身に関する相談、メンタルヘルスケアが多い。

② 主な意見

○ 支援が必要でありながら、自ら保健・医療サービスにつながろうとしな

[8] 平成 29 年から、計９回（入門編４回、基礎編２回、応用編３回）の開催。

[9] 特定妊婦とは、出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦のこと。

い、そもそもつながることができない、仮につながったとしても支援をうまく受けられない、受けとめられない妊産婦への支援が重要ではないか。[10]

○　社会的な支援を要する妊婦に対しては、行政と関係機関との更なる連携が必要ではないか。

③　今後の取組

○　若年の妊婦や特定妊婦と疑われる者については、それらの妊産婦をどのように把握し、支援の輪を形成していくのかが重要であり、その契機となる予期せぬ妊娠等の相談対応の充実等の取組が必要である。

○　それらの取組を進めるにあたっては、予期せぬ妊娠や社会的に支援を要する妊産婦等からの相談対応を行う女性健康支援センターと、NPO などの関係機関との連携が重要であり、連携について検討を行う必要がある。

３　妊産婦に対する医療提供の在り方について

（１）妊産婦の診療・治療等について

①　現状と課題

（妊産婦の特性と診療における配慮について）

○　出産年齢が上昇すると、周産期死亡率や妊産婦死亡率は上昇する。近年は、出産年齢が上昇傾向にあることに伴い、糖尿病や甲状腺疾患等の妊娠と直接関係しない偶発合併症が増加傾向にある。

○　妊産婦の診療・治療においては、妊娠中に特に重症化しやすい疾患があること、生理学的変化により検査結果が非妊娠時と異なることや診療時の体勢に制限があること、また、薬剤や放射線検査の胎児への影響を妊娠週数に応じて考慮する必要がある等から、非妊娠時とは異なる特別な配慮が必要である。

○　妊産婦の治療方法を決定する際は、胎児への影響に配慮し、妊産婦本人だけでなく、家族も含めて時間をかけて説明し、意思決定の支援を実施している。

（産婦人科医・産婦人科医療機関の現状について）

○　産婦人科は、他の診療科に比べて、医師数の増加率が低い。

○　産婦人科医は、他の診療科に比べ、病院勤務医で、労働時間が長くなる傾向がある。

○　分娩取扱施設は、年々減少しており、地域によっては産婦人科の医療機

[10] 出産後の養育について、出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦については、特定妊婦として支援を実施している。

関までのアクセスが不便な事例が指摘されている。

（産婦人科以外の診療科への受診の状況について）

○　47.3%の妊婦が、妊娠中に妊婦健診以外の目的で医療機関を受診していた。この場合、13.6%が産婦人科を受診し、38.4%の妊婦が産婦人科以外の診療科を受診していた。受診回数は、産婦人科、産婦人科以外の診療科共に平均３回であった。

○　妊娠中の産婦人科への受診理由は、妊娠に直接関わる症状、感染症状、胃腸症状の順に多かった。妊娠中の産婦人科以外の診療科への受診理由は、感染症状、口腔症状、持病の順に多く、その場合の診療科では内科、歯科・歯科口腔外科、耳鼻咽喉科の順に多かった。

○　風邪やインフルエンザ、花粉症等のいわゆるコモンディジーズにおいて、他の診療科から産婦人科に対し、診療情報提供書が書かれることが少ない。実際に、産婦人科以外の診療科を受診した妊産婦のうち、58%が産婦人科の主治医に対する情報提供等はなかったと回答した。

②　主な意見

（妊産婦の特性と診療における配慮について）

○　偶発合併症を持つリスクの高い妊婦が増えていることから、妊産婦の診療において、産婦人科と産婦人科以外の診療科との連携の拡充が必要である。

○　妊婦健診時以外においても、妊産婦自身から母子健康手帳を提示してもらった上で、診療などを進める必要があるのではないか。

○　妊産婦の診療については、通常より慎重な対応や、胎児や乳児への配慮が必要であり、妊婦加算の意義は理解できる。しかしながら、妊婦加算の趣旨を十分理解していない医療機関があったり、患者の納得が得られなかったりしたことから、今回のように凍結に至ったことは残念である。

（産婦人科医・産婦人科医療機関の現状について）

○　周産期医療体制の構築・維持のためには、産婦人科医の負担軽減が必要であり、直接出産に関係しない妊産婦の診療について地域ごとにどのような連携体制をとるかをあらかじめ決めておくのも有効ではないか。[11]

○　医療資源の乏しい地域や分娩取扱施設へのアクセスに困難がある地域において、妊産婦へのケアが取りこぼされないよう、産婦人科以外の医療機関と連携体制を構築する必要があるのではないか。その際、連携先医療機関を明示するといった方策も有効ではないか。

○　産婦人科医の負担軽減を図りつつ、ハイリスク妊産婦への対応を充実さ

[11] 各都道府県に、周産期医療体制の整備に関する協議を行うための周産期医療協議会を設置。

せていくためには、助産師と役割を分担していくとともに、院内助産・助産師外来の活用を推進していくべきではないか。

（産婦人科以外の診療科への受診の状況について）

○　妊産婦の医療機関へのアクセスが十分でない可能性を考慮すると、産婦人科以外の診療科においても、妊産婦の花粉症等のコモンディジ―ズへの対応ができるよう、妊産婦の診療への配慮や理解を深めていく必要があるのではないか。

○　産婦人科における妊産婦の健康管理に当たっては、他の診療科との情報共有は必須である。歯科も含めた診療科間の情報共有として、より簡便なものが必要ではないか。例えば、妊産婦が常に持ち歩けるデバイスである、スマートフォン・母子健康手帳・お薬手帳等の利用も考えられるのではないか。[12]

③　今後の取組

（妊産婦の特性と診療における配慮について）

○　妊産婦の診療においては特別な配慮が必要なことから、妊産婦自身の健康管理のため常に母子健康手帳を携帯し、薬局や歯科医院も含めた医療機関等で母子健康手帳の提示を行う等、妊産婦自身が医療機関等において、妊娠中や授乳中であることを示すように求める必要がある。

（産婦人科医・産婦人科医療機関の現状について）

○　分娩取扱施設の配置状況や産婦人科医の偏在の状況が地域によって異なるため、地域の実情に応じた産婦人科以外の診療科との連携体制の在り方については、各都道府県の周産期医療協議会等において検討を行う必要がある。

（産婦人科以外の診療科への受診の状況について）

○　産婦人科以外の診療科と産婦人科との連携を進める取組として、妊産婦が産婦人科以外の診療科を受診した際、産婦人科の主治医と連携をとる仕組みについて、より簡便でかつ妊産婦自身の納得が得られるようなものを、関係学会・団体の協力を得ながら検討する。

○　妊産婦の診療に積極的な産婦人科以外の医療機関を妊産婦に情報提供し、あらかじめ周知する等の方策についても検討する必要がある。

○　地域によって妊産婦の診療に対応できる医療機関数にばらつきがある現状を踏まえ、妊娠中から産後のコモンプロブレムに対応可能なかかりつけ医を持つことを妊産婦に勧める必要がある。その際、例えば、

[12] 99.9%の妊産婦が、携帯用の通信機器を保有している。

－　妊娠に配慮した診療・薬の内容について文書を用いて説明している
－　妊婦の診療に関する研修等を受けている
－　母子健康手帳を確認している
－　産婦人科の主治医と連携している

といった医療機関を、妊産婦の診療に積極的な医療機関として、自治体が設置する子育て世代包括支援センター等や分娩取扱施設を通じて、妊産婦に周知する。

○　妊産婦に対し診療内容をわかりやすく伝え、妊産婦の不安の解消に役立てるため、妊娠中の診療・薬の留意点等に関し説明する際の文書の例示等を、関係学会・団体の協力を得ながら作成する必要がある。

（２）妊産婦への診療の質の向上について

①　現状と課題

○　妊産婦の診療には様々な配慮が必要となるにもかかわらず、研修の機会が少なく自信を持って診療ができない、妊産婦に対する薬の考え方が変わってきており正確な情報を伝えるのに自信がない等の理由から、妊産婦の診療に積極的でない医師や医療機関が一定数存在する。

○　妊娠中に産婦人科以外の診療科に受診しようとした際、他の医療機関の受診を勧められたり、妊婦の診療はできないと言われたりした等の意見があった。[13]

○　他の診療科を受診した際、産婦人科にも受診するよう薦められており、その理由として、「処方する薬が安全か確認するために産婦人科を受診するよう」にと指示されていたものも一定数あった。[14]

○　産婦人科以外で診療を受ける際に、妊婦が求める気配りで大切なものとして、「妊娠に配慮した診察・薬の内容について説明文書を手渡して説明を行うこと」、「妊婦の診察に関して経験が十分にある医師が診察にあたること」、「母子健康手帳を確認すること」があげられた。

○　日本医師会では様々な医師向けの生涯研修を提供しており、今後妊産婦の診療に関する研修も考えていく予定としている。[15]

②　主な意見

○　疾患の専門性や妊産婦のアクセスなどの利便性を考慮しつつ、妊産婦が安心して医療機関を受診できるよう、産婦人科以外の診療科の医師であっ

[13] 約 15%の妊産婦が、産婦人科以外の診療科にかかろうとしたとき、他の医療機関への受診を勧められたことがあった。

[14] 約 18%の妊産婦が、産婦人科以外の診療科を受診した際に、産婦人科も受診するよう勧められたことがあり、約 11%の妊産婦は処方する薬が安全か確認するために産婦人科を受診するように勧められた。

[15] 日本医師会雑誌において、「妊娠と薬の使い方」というテーマで特集を実施した。

ても妊産婦の診療ができるよう研修する仕組みの構築が必要ではないか。

○　医師に対し、妊産婦のコモンディジーズを診るための教育や研修が必要ではないか。

○　普段よりもリスクに対して慎重になっている妊産婦に配慮した説明ができるよう、医療者側のコミュニケーションに関するトレーニングが重要ではないか。

○　研修にあたっては、e ラーニングや動画等を活用するなどして、研修を受けやすい体制とすることも重要ではないか。

○　産婦人科以外の診療科が妊産婦の診療をできるよう、産婦人科医によるサポート体制の構築や診療科間の連携体制の構築が重要ではないか。

○　妊産婦の診療に積極的でない医師や医療機関もあることから、妊産婦の診療を行う医師や妊産婦の診療に積極的な医療機関を評価してはどうか。

③　今後の取組

○　関係学会・団体等は、妊産婦が安心して医療機関を受診できるように、産婦人科以外の医師も妊産婦の診療が積極的にできるよう医師会や関係団体が行う研修等の既存の取組を有効に使いながら、研修する体制を構築する必要がある。

○　これらの研修において、妊産婦の花粉症等のコモンディジーズの診療を行う際の妊産婦への配慮や、薬の処方内容に関する薬剤師等との連携等についても学べる機会が持てるよう検討を行う必要がある。

○　産婦人科以外の診療科においても、積極的に妊産婦の診療ができるよう、例えば、産婦人科医による相談体制を構築する等、妊産婦の診療を地域で支える体制の構築を行う必要がある。

（３）妊産婦の口腔健康管理について

①　現状と課題

○　妊婦健康診査については、公費負担回数として全ての市区町村で 14 回以上実施しており、妊婦健診の内容等を定めた「妊婦健康診査についての望ましい基準」を告示しているが、歯科の項目については記載がない。

○　妊産婦に対する歯科健診については、妊娠届出を行った妊婦のうち、保健センター等において集団健診を受診した者は約 7.5%、クーポン券等を配布されて歯科診療所等において個別健診を受診した者は約 23.6%にとどまっている。（地域保健・健康増進事業報告より）

○　母子健康手帳には、歯・口腔の健康に関する記載があり、口腔の健康の保持・増進を促している。

○　妊娠中は、口腔清掃の困難さ、嗜好の変化、ホルモンバランスの変化等によって、むし歯や歯周病が進行しやすい時期である。

○　歯周病は、早産や低体重児出生と関連するとの報告がある。
○　妊娠中や産後にかかった診療科について、産婦人科以外の診療科で内科に次いで２番目に歯科が多かった。

②　主な意見
○　行政における妊産婦に対する歯科健診の実施が少なく、進んでいない。[16]
○　歯科治療の受診の頻度は比較的高いが、口腔の健康管理を推進する観点から、妊婦への歯科健診の充実が重要ではないか。
○　妊婦に対する安心・安全な歯科治療を提供するために、妊婦の全身の状態等を把握する必要があるにもかかわらず、妊婦本人から母子健康手帳の確認等を拒否されることもある。
　産婦人科医や助産師から妊婦に対して、歯科医療機関受診時にも、母子健康手帳を提示するようにといった、声かけ等があると効果的ではないか。
○　日本歯科医師会では、妊娠４か月頃を目途に、歯科健診を受けることや、必要な歯科治療を受けることを勧めている。なお、妊娠期間中に、１回は歯科健診を行う制度が必要ではないか。

③　今後の取組
○　両親学級等を通じて、口腔の健康の推進を図ることの重要性やむし歯・歯周病の治療に関する歯科医師への早めの相談について、妊婦に向けて啓発することが必要である。
○　安心・安全な歯科医療が提供できるよう、歯科と産婦人科の情報共有を推進する必要がある。

（４）妊産婦と薬剤について
①　現状と課題
○　薬局において妊娠中や産後であることへの気配りとして特に大切と考えるものとして、妊娠中や授乳中であることを確認すること、妊娠や授乳に気を配って薬の説明をすることがあげられた。
○　妊産婦が医師から説明を受けて処方され、薬剤師等からも説明を受けていても、自己判断で内服を中止することがある。
○　「妊娠と薬情報センター」の拠点病院が 2017 年度全都道府県にできた。しかし、相談件数は、2009 年以降 1200 件/年前後で横ばいである。
○　全都道府県に拠点病院ができたものの、「妊娠と薬情報センター」において相談の受付から回答作成までの作業を行っているため、相談対応に、人手と時間を要し、適時の回答が困難である。
○　妊産婦に対する薬剤処方については、添付文書の記載内容と、学術的に

[16] 妊婦健診受診者に対し、集団での妊産婦歯科健診受診者割合は約６％。

許容されている内容にギャップがある 。[17]

② 主な意見

○ 医師が科学的エビデンスに基づいて処方できるよう、「妊娠と薬情報センター」の活用や研修、処方前からの薬剤師との連携等が重要ではないか。

○ 臨床現場に即した情報に対して、全ての医師がアクセスしやすい体制の整備も必要ではないか。

○ 妊娠中の服薬等について、妊産婦本人に対する教育や情報提供も重要ではないか。

③ 今後の取組

○ 妊産婦が安心して薬を使用できるように、例えば、妊産婦が母子健康手帳を提示する等して、医療者が妊娠中や産後であることを確認することを推進する必要がある。

○ 医療者から妊産婦に対し、医薬品に関する適切な情報提供、例えば、分かりやすく記載された文書を用いて説明する等を推進する必要がある。また、より適正な薬物療法のためには、妊産婦が使用する薬の一元的・継続的な把握が必要であるため、かかりつけの薬局・薬剤師を活用することも重要である。

○ 「妊娠と薬情報センター」について妊産婦及び医師が使いやすいように周知を行う必要がある。

○ 「妊娠と薬情報センター」では、これまでに集積した科学的検証に基づく情報等を添付文書に反映する取組を行っているが、より多くの医薬品の添付文書改訂につなげるため、医薬品を使用した妊産婦のレジストリ構築等、医薬品の使用実態や予後等のエビデンスの蓄積を加速する取組が必要である。

○ オンラインによる相談の受付、薬剤の安全性情報を拠点病院と共有する等、「妊娠と薬情報センター」について、妊産婦及び医師がアクセスしやすく、かつ迅速に相談結果を受け取れるようにするための体制整備を推進する必要がある。

４ 妊産婦に対する連携体制の構築について

（１）妊産婦に関する行政機関と関係機関の連携について

① 現状と課題

[17] 「妊娠と薬情報センター」では、これまでに集積したデータ等を添付文書に反映する取組を実施している。

○　妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供できることを目的とし、保健師等を配置して、妊産婦等からの相談に応じ、健診等の母子保健サービスと地域子育て支援拠点等の子育て支援サービスを一体的に提供できるよう「子育て世代包括支援センター」を令和２年度末までの全国展開を目指している。[18]

○　「子育て世代包括支援センター」を設置した市町村においては、母子保健と子育て支援の連携が不十分等の指摘もある。

○　20～40 代女性の自殺のうち、妊娠関連（妊娠中及び分娩後１年以内の場合）の割合は約４％。平均的な妊産婦死亡率（10 万人あたり約４人）よりも、自殺で亡くなっている妊産婦の方が、より頻度が高いとの指摘もある。

○　周産期のうつ病の特徴として、気づかれにくい軽症例が多く、精神科医からの助言を踏まえ行政機関と産婦人科医療機関の多職種連携による適切な支援によって、重症化を予防できる。

○　平成 30 年度診療報酬改定で新設された「ハイリスク妊産婦連携指導料」を活用しながら、産婦人科と精神科、行政機関との連携を促進する取組が始まっている自治体もあり、支援計画がより具体的な立案に繋がっている。[19]

②　主な意見

○　妊娠期から子育て期までつながるような支援のため、医療機関側に加えて行政側も、体制を手厚く保てるような保健師等の人員の配置・確保や体制づくりが重要ではないか。

○　妊産婦が安心できる保健・医療体制の構築を進めるためには、生活・医療に正確な知識を持ち、妊娠初期から育児期まで伴走できる人材や体制が必要ではないか。

○　妊産婦の方に、いつ、どのタイミングで、誰が、どのような情報を提供するかということが重要な課題ではないか。

○　母親・父親が、制度や利用できる施設等について知らない部分があり、不安に繋がっていると考えられるため、簡単に知識が身について、納得できるような取組が必要ではないか。

○　妊産婦への支援制度は妊娠の届出がスタートとなるが、他の自治体から転入してくる場合については、顔の見える関係を作ることに難しさがある。複数の自治体を移動するような妊産婦にどう対応するかということが重要ではないか。

○　伴走型の寄り添う支援が必要ではないか。産婦人科・小児科だけではなく、他の診療科、特に精神科との連携拡充が重要ではないか。

○　合併症を持つ医学的にリスクの高い妊娠と、社会的ハイリスクの両方に

[18] 平成 30 年４月１日時点で 761 市区町村（1,436 か所）。
[19] 対象者は、自己負担及び情報共有の同意がある妊産婦。

該当するケースについては、特に診療科間だけではなく、子育て世代包括支援センター等の自治体も含めた連携を行い、包括的に産前・産後も含めた継続的なサポートが必要ではないか。

○　産婦人科と他の診療科、産婦人科の中での高次施設と診療所、産婦人科と行政や国民との間の情報共有の在り方について考えていくことが重要ではないか。

○　妊産婦のメンタルケアや産後うつに対する精神科の医療機関が十分でなく、妊産婦をみることのできる精神科医の確保が非常に大きな問題である。

○　妊産婦の精神疾患を診療できる医療機関の一覧を作成し、分娩取扱施設や妊産婦に周知してはどうか。

○　妊産婦のメンタルヘルスケアへの支援が継続できるような体制を維持するため、妊産婦の支援に関わるスタッフが継続して業務に従事できるような取組も重要ではないか。

③　今後の取組

○　子育て世代包括支援センターにおける取組事例の蓄積がなされているところであり、課題等を把握しながら必要な情報提供や関係機関との調整、支援プランの策定等を充実させる方向性で子育て世代包括支援センターの業務ガイドラインを見直し、更なる質の向上及び設置の推進を図る必要がある。

○　特定妊婦に限らず、健康上のリスクを抱えている妊産婦や、不安を抱えている妊産婦が里帰り出産や転居などで移動をする場合に、顔の見える関係を作った切れ目のない支援につながるよう、支援体制の充実や、妊産婦の許可が得られた場合には、自治体間での情報共有の仕組みを充実させる必要がある。

○　平成 30 年度に精神疾患を合併した妊産婦（ハイリスク妊産婦）に対して、産婦人科、精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合の評価が新設されており、自治体の更なる積極的な参画を促す必要がある。

○　各都道府県において、妊産婦の対応が可能な精神科医療機関を把握し、自治体が設置する子育て世代包括支援センター等や分娩取扱施設を通じて、妊産婦に周知する必要がある。

○　医学的にリスクの高い妊娠であって、かつ社会的に支援が必要な妊産婦について、包括的な産前・産後も含めた継続的な支援を充実させるため、産婦人科、産婦人科以外の診療科等の医療機関と、子育て世代包括支援センターを含む自治体等との連携を推進する必要がある。

（２）母子健康手帳の活用について

①　現状と課題

○　母子健康手帳は、市町村が妊娠の届出をした者に対して交付するものであり、妊娠、出産及び育児に関する一貫した健康記録であるとともに、乳幼児の保護者に対する育児に関する指導書である。

○　母子健康手帳に記載された内容は、妊娠、出産及び育児に関する指導心得の記事、健康記録欄、予防接種記録欄等であり、広く利用されている。

○　外国人の妊婦は一定数存在し、地域によっては外国人の妊婦への支援の充実が必要となっている。[20]

②　主な意見

○　母子健康手帳交付時に、母親の体調等についての記入を促すような声かけをすることが良いのではないか。

○　母子健康手帳の電子化が進むとよいが、それには一定の時間がかかると考えられるため、既にあるものを活用してはどうか。

○　産婦人科以外の診療科を受診する際にも、母子健康手帳を診察券と一緒に提示してもらうよう、母子健康手帳交付時に関わる保健師、助産師、産婦人科医等からの声かけがあるとよいのではないか。

○　母子健康手帳を持ち歩いていない妊産婦もいるため、常に持ち歩くように、産婦人科医等からの声かけが必要ではないか。

○　母子健康手帳にかかりつけの医療機関を記載する欄や、診療科間の簡便な情報共有ができるよう、産婦人科以外の医師が記載できる欄があれば良いのではないか。

○　既存の母子健康手帳においても、妊婦が希望した場合、妊婦の体調を記載するページや予備欄に、産婦人科以外の診療科を受診した際に診療に関する情報を記載する、といった対応が可能ではないか。

○　今後外国人妊婦が増加し、言語コミュニケーションが十分に図れないことなどにより現場での対応が困難になることが予想されるため、そうした課題への対応が必要ではないか。

③　今後の取組

○　母子健康手帳を多言語化し、それを活用した効果的な支援方法等について調査研究を行うことで、日本において母子保健情報を活用し、安心して出産・子育てが出来るよう推進する必要がある。

○　母子健康手帳に、かかりつけ医療機関を記載する、医療機関の受診状況を本人同意の上でプライバシーに十分配慮しつつ医療機関が記載することについて問題ないことを周知・推進するなど、妊産婦に対する利便性を

[20] 横浜市では、外国語に対応した母子健康手帳や子育てチャート等を活用している。

向上させる必要がある。

○　妊産婦の診療においては特別な配慮が必要なことから、妊産婦自身の健康管理のため常に母子健康手帳を携帯し、薬局や歯科医院も含めた医療機関等で母子健康手帳の提示を行う等、妊産婦自身が医療機関等において、妊娠中や授乳中であることを示すように促す必要がある。また、そのことについて、母子健康手帳交付時に関わる保健師、助産師、産婦人科医等から妊婦に対し、妊婦本人の健康のために有用であることから声かけを行う必要がある。

５　妊産婦の健診や診療の評価等の在り方について

①　現状と課題

○　妊婦健診については、全ての市区町村で 14 回以上の公費負担制度を実施しているが、健診の内容によっては、公費助成を超えるため、一部自己負担が生じている状況もある。[21]

○　妊娠中は、妊婦健診に係る費用のほか、偶発合併症等に対する診療に係る費用も生じる。[22]

○　茨城県などの４県においては、所得に応じて妊産婦の診療に係る費用の一部を助成する制度を実施している（妊産婦への医療費助成制度）。

○　医療費控除の申告を行っていた妊産婦は約１／４に留まっている。

②　主な意見

（妊産婦に対する診療の評価について）

○　妊産婦の診療については、通常より慎重な対応や、胎児や乳児への配慮が必要であり、妊婦加算の意義は理解できる。患者の納得が得られなかったりしたことから、今回のように凍結に至ったことは残念である。

○　妊産婦の診療については、様々な配慮が必要であり、それらを評価することも重要であるが、妊産婦にとって自己負担に見合う内容であり、患者として納得するメリットであると実感できるかがポイントではないか。

---

[21] 妊婦健診に係る公費負担制度は以下の通り。（子ども家庭局母子保健課調べ）

・　公費負担回数は、全ての市区町村で 14 回以上実施
・　里帰り先での妊婦健診の公費負担は、全ての市区町村で実施
・　公費負担額は調査対象の全国平均で、102,097 円
・　妊婦に対する受診券の交付方法は、1,741 市区町村のうち、検査項目が示された受診券が交付される受診券方式が 1,449 市区町村(83.2%)、補助額のみ記載の受診券が交付される補助券方式が 292 市区町村（16.8%）
・　受診券方式の 1,449 市区町村のうち、国が定める検査項目について、全ての検査項目を実施する市区町村は、1,088 市区町村（75.1%）、産婦人科診療ガイドライン（産科編 2014）において推奨レベルＡとされる検査項目を全て実施する市区町村は、1,449 市区町村（100.0%）

[22] 妊産婦が保険診療を受けた場合、医療費の患者負担割合は、通常３割である。

（診療に係る費用について）

○　医療費は、公費、保険料、自己負担から構成されており、医療保険の自己負担は、年齢と所得等を踏まえた基準が設けられている。妊産婦という状態に注目した新たな基準が可能か、他の状態の方との公平性をどう考えるかなどを含め慎重な検討が必要ではないか。

○　各自治体においては、妊娠から出産、その後の子育て支援という一連の中で、総合的に判断して現在の制度を組み立てているので、妊産婦の診療に係る自己負担への支援制度も含め、自治体がそれぞれ地域の実情を踏まえた上で支援ができるようにすべきではないか。

○　妊産婦の医療機関受診時の負担に配慮するという視点は重要であり、妊産婦への医療費の助成制度をもつ自治体の状況も参考にしながら、妊産婦の自己負担に対しどのような方策が考えられるか検討が必要ではないか。

（費用負担の軽減につながる制度について）

○　費用負担の軽減につながるような医療費控除などの様々な制度について、もっと情報提供することが必要ではないか。

③　今後の取組

（妊婦健診、産婦健康診査について）

○　妊婦健診における公費補助額を超える自己負担が発生しないような工夫又は妊婦に十分説明した上で、同意に基づく自己負担が可能となる取組の検討や、産婦健康診査の拡充については、引き続き検討する必要がある。

（妊産婦に対する診療の評価等の在り方について）

○　妊産婦の診療には、通常より慎重な対応や、胎児や乳児への配慮が必要である。そのような妊産婦への診療に際しては、診療・薬の内容について、文書を用いて説明を行ったり、産婦人科の主治医との情報共有や連携を適切に行ったりすることが重要である。[23]

○　単に妊婦を診療したのみで加算されるといった、前回と同様の妊婦加算がそのままの形で再開されることは適当でないと考えられる。一方、上記のような点を踏まえれば、妊産婦の診療において、質の高い診療やこれまで十分に行われてこなかった取組を評価・推進することは必要である。今後、妊産婦への診療に対する評価に当たり必要と考えられる具体的な要件や名称等については、中央社会保険医療協議会で議論されるよう期待する。

○　また、妊産婦が健診以外で医療機関を受診する際の負担が、これから子どもをほしいと思う人にとって、ディスインセンティブとならないように

[23] 58%の妊婦について、産婦人科以外の診療科を受診した際に、産婦人科の主治医への情報提供がなかった。

することが必要であり、他の受診者との均衡や政策効果といった点を勘案し、引き続き検討すべきである。

（負担の軽減につながる制度の周知について）

○　妊産婦の経済的な負担の軽減につながるような各種制度について、妊産婦をはじめとして広く一般に更なる情報提供を行う必要がある。

６　おわりに

○　平成 31 年２月からこれまで５回にわたって妊産婦に対する保健・医療体制について検討を行ってきた。本検討会では妊産婦に対する相談・支援の在り方や医療体制の在り方について多岐にわたる議論を行い、意見を取りまとめた。

○　少子化社会が進展する昨今においては、個々の妊産婦に対し、より地域に密着した妊産婦への保健・医療体制の構築に向けた取組が求められている。

○　地域における妊産婦に対する優しい社会を成熟させるためには、行政機関だけでなく地域住民、医師会等の関係団体、医療機関、介護福祉機関などが連携して実情に合った、きめ細やかな取組が必要となっている。地域全体で妊産婦への理解を深め妊産婦が安心できる社会づくりを目指し、行政機関や関係機関はその支援をしていかなければならない。

○　本検討会で課題等の整理を行った、妊産婦に対する相談・支援や、妊産婦に対する医療体制については、引き続き取組を進めるとともに、中央社会保険医療協議会においては、本検討会での取りまとめも踏まえ、妊産婦に対する診療の評価の在り方について、更なる検討を進めることを期待する。

○　国においては、今後とも、妊産婦に対する保健・医療体制を構築するため、関係機関と協力・連携の上、社会全体で進めていけるよう引き続き取り組んでいくべきである。

関係資料(1)

妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会　開催要綱

１．背景

○　これまで、妊産婦に対し、妊産婦が安心して子どもを産み育てられる社会となるよう、妊婦健診に対する交付税措置や産婦健診の費用の助成を含め、さまざまな支援策が講じられてきた。

○　また、妊産婦に対する医療の提供についても、周産期医療体制の整備やハイリスク妊産婦に対する診療の充実などが図られてきた。

○　一方、妊産婦の診療については、通常よりも慎重な対応や胎児や乳児への配慮が必要であることから、診療に積極的でない医療機関が存在するとの指摘がある。このため、妊産婦自身の負担にも配慮しつつ、妊産婦が安心できる医療提供体制をさらに充実していくことが求められている。

○　また、近年は、出産年齢が上昇傾向にあり、一般に、高齢出産の場合には、特に健康管理に留意が必要とされるなど、妊産婦のニーズに応じた細やかな支援が、より重要となっている。

○　こうしたことから、妊産婦が安心できる医療提供体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について、検討会を開催することとする。

○　なお、妊産婦に対する診療報酬上の評価の在り方については、本検討会のとりまとめを踏まえ、中央社会保険医療協議会において、必要な検討を行うものとする。

２．検討事項

（１）妊産婦の保健・医療に関する現状とニーズの把握について

（２）妊産婦が安心できる医療提供体制の充実について

- 妊産婦の診療において求められる医学的な配慮の在り方
- 妊産婦の診療に係る医師への研修等の在り方
- 地域における産婦人科とその他の診療科との連携の在り方　等

（３）妊産婦の健康管理の推進について

- 妊産婦の健康管理に関する相談・支援の在り方　等

（４）妊産婦に対する保健医療体制に関連する事項について

- 妊産婦に係る医療機関と他の関係機関との連携の在り方　等

３．構成員

構成員については、別紙のとおりとし、うち１名を座長とする。

座長は、必要に応じ、構成員以外の者の出席を求めることができる。

４．運営

（１）　検討会の議事は、別に会議において申し合わせた場合を除き、公開とする。

（２）　検討会は、医政局長、子ども家庭局長及び保険局長が開催する。

（３）　検討会の庶務は、医政局地域医療計画課及び子ども家庭局母子保健課の協力を得て、保険局総務課において処理する。

（４）　この要綱に定めるもののほか、検討会の運営に関して必要な事項は、会議において定める。

【別紙】

妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会　構成員

青木（あおき）　龍哉（たつや）	さいたま市保健福祉局理事
五十嵐（いがらし）　隆（たかし）	国立成育医療研究センター理事長
石井（いしい）　和美（かずみ）	一般社団法人知ろう小児医療守ろうこども達の会代表補佐
井上（いのうえ）　真智子（まちこ）	浜松医科大学地域家庭医療学講座特任教授
井本（いもと）　寛子（ひろこ）	公益社団法人日本看護協会常任理事
鈴木（すずき）　俊治（しゅんじ）	公益社団法人日本産婦人科医会常務理事、葛飾赤十字産院副院長
髙松（たかまつ）　登（のぼる）	公益社団法人日本薬剤師会理事
戸矢崎（とやざき）　悦子（えつこ）	全国保健師長会総務担当理事、横浜市南区福祉保健センター子ども家庭支援課長
中井（なかい）　章人（あきひと）	公益社団法人日本産科婦人科学会代議員、日本医科大学多摩永山病院院長
中島（なかじま）　久美子（くみこ）	読売新聞東京本社編集局医療部記者
中西（なかにし）　和代（かずよ）	株式会社風讃社たまごクラブ編集部統括部長
野口（のぐち）　晴子（はるこ）	早稲田大学政治経済学術院教授
平川（ひらかわ）　俊夫（としお）	公益社団法人日本医師会常任理事
福本（ふくもと）　怜（さとし）	下関市保健部長　（平成 31 年３月まで）
九十九（つくも）　悠太（ゆうた）	下関市保健部長　（平成 31 年４月から）
牧野（まきの）　利彦（としひこ）	公益社団法人日本歯科医師会副会長
松本（まつもと）　義幸（よしゆき）	健康保険組合連合会参与

（五十音順、敬称略）

関係資料(2)

妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会　開催経過

日　時　等	議　　題
第１回 （平成 31 年２月 15 日）	・　検討会の立ち上げについて ・　妊産婦の保健・医療に関する現状について（自由討議） ・　妊産婦に対する調査について ・　検討会の進め方について
第２回 （平成 31 年３月 15 日）	１．妊産婦に対する医療（構成員によるプレゼンテーション） （１）　妊産婦の診療の現状と課題 中井構成員 （２）　プライマリ・ケアにおける妊産婦診療と連携 井上構成員 （３）　妊産婦における口腔健康管理の重要性 牧野構成員 （４）　妊産婦に対する薬剤師の関わり方について 髙松構成員 ２．妊娠と薬情報センターの取組（参考人からのヒアリング） ・ 妊娠と薬情報センター長 村島参考人
第３回 （平成 31 年４月 17 日）	１．妊産婦に対する保健（プレゼンテーション） （１）横浜市の母子保健の取組について 戸矢崎構成員 （２）下関市における妊産婦への支援の現状と課題 秋本参考人 （３）妊産婦のメンタルヘルスケアに関連した社会的ハイリスク妊産婦（特定妊婦）に対する産婦人科施設における多職種連携 鈴木構成員 （４）妊産婦の情報収集・産後サポート・お金事情について 中西構成員 （５）茨城県における妊産婦の医療・保健に関する取組み 木庭参考人 ２．妊産婦の医療や健康管理等に関する調査について
第４回 （令和元年５月 16 日）	・　これまでの議論の整理（案）について
第５回 （令和元年６月６日）	・　これまでの議論の取りまとめ（案）について

関係資料(3)

妊産婦の医療や健康管理等に関する調査
＜結果概要＞

調査の概要

1 調査の目的

○ 本調査は、妊産婦に対する保健・医療体制に係る現状とニーズを把握し、妊産婦が安心できる医療提供体制の充実や健康管理の推進を含めた、妊産婦に対する保健医療体制の在り方についての検討に資するデータを収集・分析することを目的とした。

2 調査の対象及び調査方法

（1）対象医療機関等
（対象医療機関）
調査対象医療機関は、分娩を取り扱う病院と有床診療所をそれぞれ250 施設、計500 施設。
（抽出方法）
「平成29 年度病床機能報告」を参照し年間分娩件数、医療機関の所在地域で層化抽出を実施。

（2）調査方法
（1）の対象医療機関に「調査実施案内」を郵送し、外来受診・入院した妊産婦に対して調査実施案内を配布。
妊産婦自身によるウェブ調査への回答を依頼。
調査対象者は、次の妊産婦を対象者とした。
○ 妊娠28 週0 日以降、妊婦健診のために外来受診した妊婦
○ 正期産後、産後8 日以内の入院中の褥婦（ただし、死産を除く）
○ 正期産後、産後2 週間・1 ヶ月等の健診のために外来受診した褥婦（ただし、死産を除く）

（3）調査期間
2019 年3 月20 日～3 月29 日（調査実施案内配布期間：2019 年3 月20 日～3 月27 日）を調査期間とした。

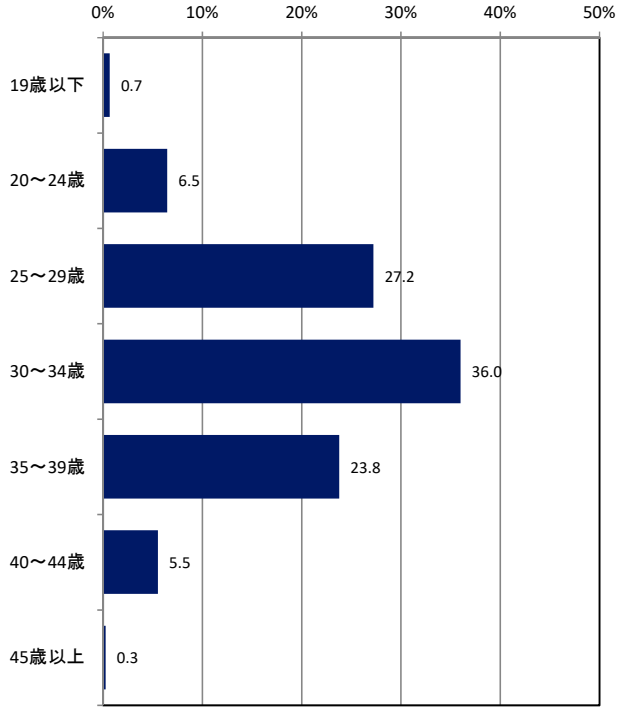
3 回収状況

○ 1,916件の回答を収集。

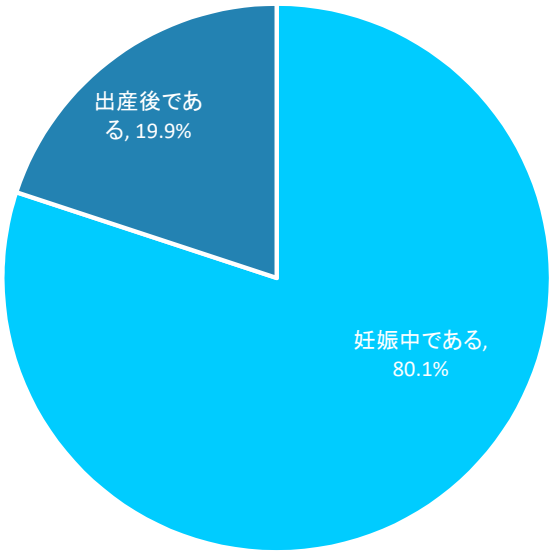
結果の概要①

回答者の年齢別の割合は、30～34歳が36.0%と最も多かった。
また、回答者の80%が妊娠中であり、残りの20%が出産後であった。

【Q2】あなたの年齢をお選びください。(N=1916)



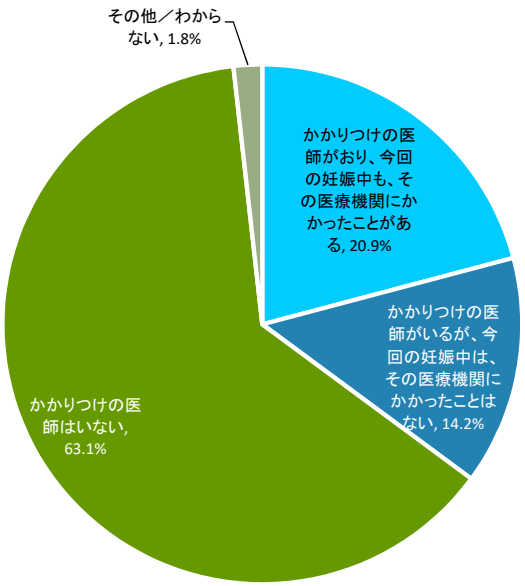
【Q8】あなたの現在の状況をお答えください。(N=1916)



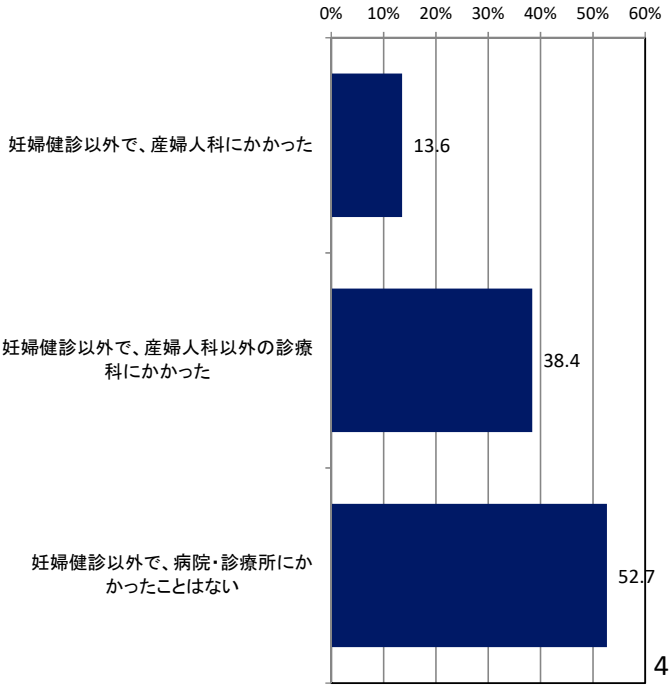
結果の概要②

約63%が「かかりつけ医はいない」と回答した。
約52%が妊娠中に妊婦健診以外の目的で診療を受けていた。

【Q11】あなたは、普段、自分が体調不良となったときに、身近で何でも相談できるかかりつけの医師はいますか。(N=1916)



【Q12】妊婦健診以外で、病院・診療所にかかったことはありますか。(N=1916)



結果の概要③

妊娠中の産婦人科への受診回数（妊婦健診を除く）は平均約3回であった。
妊娠中の産婦人科以外の診療科への受診回数は平均約3回であった。

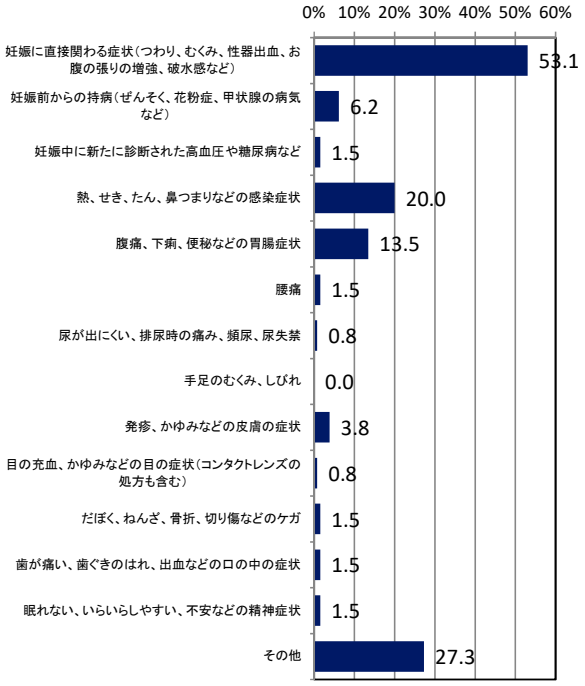
Q13	直近の妊娠中に妊婦健診以外で、産婦人科にかかった回数をお答えください。						
		回答人数	1人あたりの平均受診回数	標準偏差	最小値	最大値	中央値
Q13_1	妊婦健診以外で、産婦人科にかかった総数	260	3.38	3.957	1	30	2
Q13_2	【妊娠初期】	164	2.35	2.433	1	20	2
Q13_3	【妊娠中期】	134	1.95	1.533	1	12	1
Q13_4	【妊娠後期】	85	1.91	1.777	1	9	1

Q15	直近の妊娠中に妊婦健診以外で、産婦人科以外の診療科にかかった回数をお答えください。						
		回答人数	1人あたりの平均受診回数	標準偏差	最小値	最大値	中央値
Q15_1	妊婦健診以外で、産婦人科以外の診療科にかかった総数	736	3.32	3.318	1	38	2
Q15_2	【妊娠初期】	530	1.33	1.766	0	22	1
Q15_3	【妊娠中期】	597	1.82	1.728	0	12	1
Q15_4	【妊娠後期】	474	1.45	2.235	0	34	1

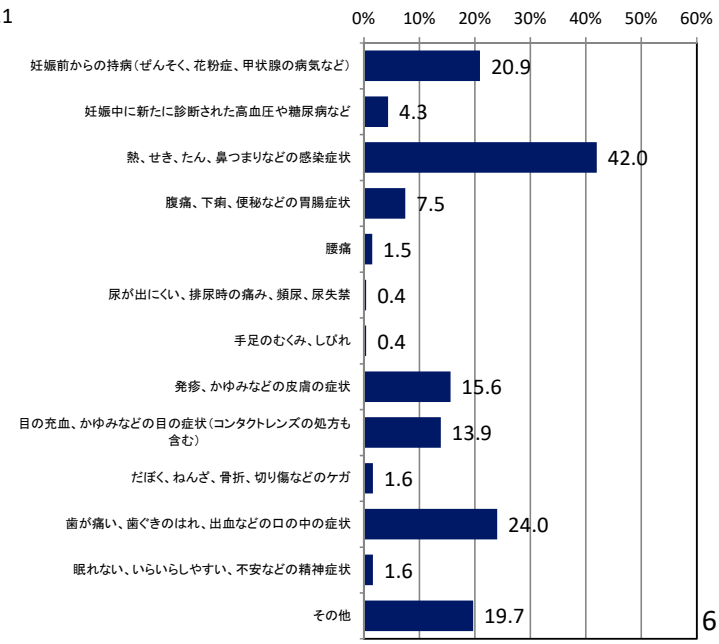
結果の概要④

妊娠中の産婦人科への受診理由は、妊娠に直接関わる症状（つわりなど）が最も多く、妊娠中の産婦人科以外の診療科への受診理由は、感染症状（熱、せき、たんなど）が最も多かった。

【Q14】直近の妊娠中に妊婦健診以外で、産婦人科にかかった理由をすべてお選びください。(N=260)



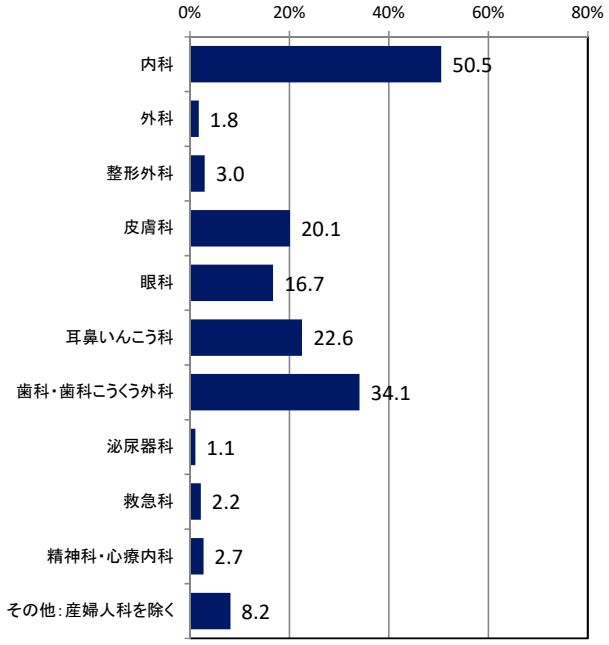
【Q16】直近の妊娠中に妊婦健診以外で、産婦人科以外の診療科にかかった理由をすべてお選びください。(N=736)



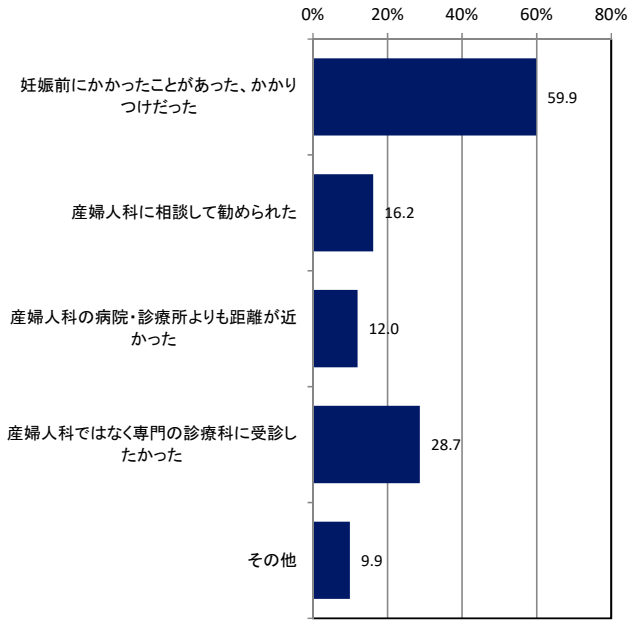
結果の概要⑤

産婦人科以外の受診先は、内科、歯科・歯科こうくう外科・耳鼻いんこう科の順であった。
産婦人科以外の受診に当たり、約60%は妊娠前からのかかりつけを受診した。

【Q17】直近の妊娠中に、産婦人科以外でかかった診療科をすべてお選びください。(N=736)



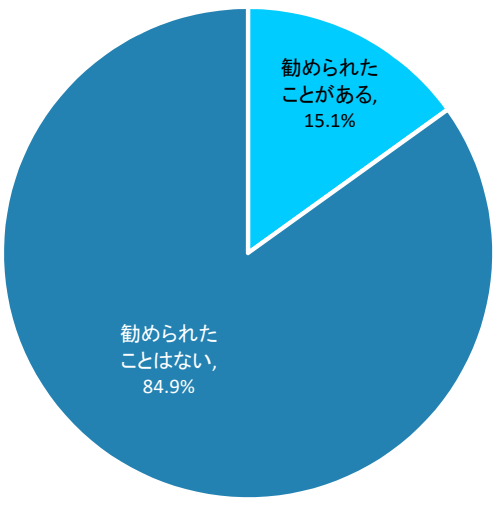
【Q18】直近の妊娠中に、前問で回答した産婦人科以外の診療科を受診した理由として、あてはまるものをすべてお選びください。(N=736)



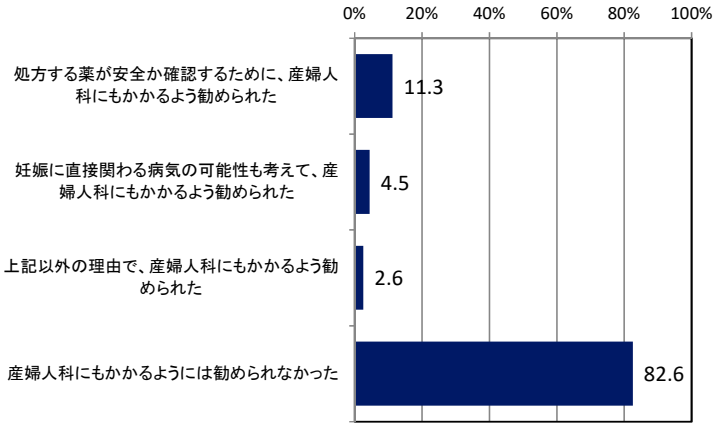
結果の概要⑥

回答者のうち、約15%は、産婦人科以外の診療科にかかろうとしたとき、他の医療機関への受診を勧められたことがあった。また、約18%は、産婦人科以外の診療科を受診した際に、産婦人科も受診するよう勧められたことがあった。

【Q19】直近の妊娠中に、産婦人科以外の診療科にかかろうとしたときに、ほかの病院・診療所にかかるように勧められたことがありましたか。(N=736)



【Q20】直近の妊娠中に、産婦人科以外の診療科にかかったときに、産婦人科にもかかるよう勧められたことがありましたか。(N=736)

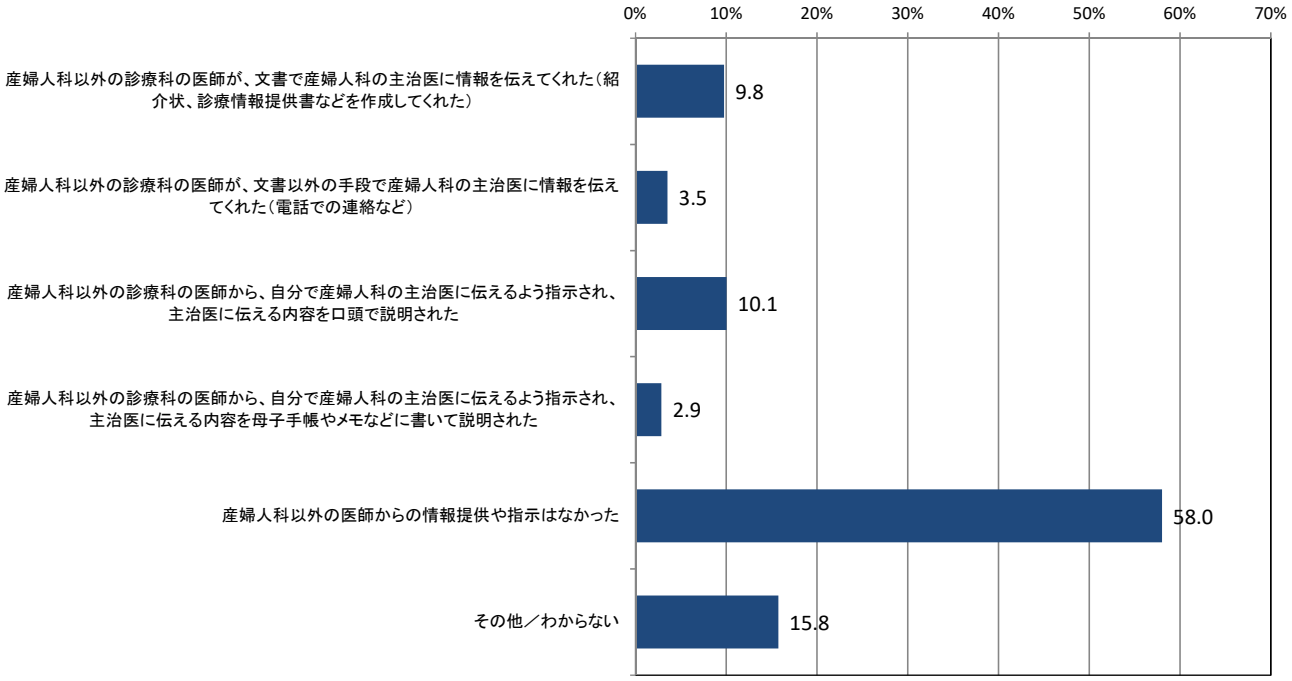


＜その他の理由（自由記載欄より抜粋）＞
・妊婦は診察できないと言われた
・一方的に診察を断られた
・歯科で口腔クリーニングをしても大丈夫かの確認をしてください、と言われた
・歯科検診のため
・インフルエンザで高熱がでたため
・妊娠中の甲状腺機能のフォローのための内分泌科受診

結果の概要⑦

産婦人科以外の診療科を受診した回答者のうち58%は、産婦人科以外の医師から産婦人科の主治医に対する情報提供等はなかったと回答した。

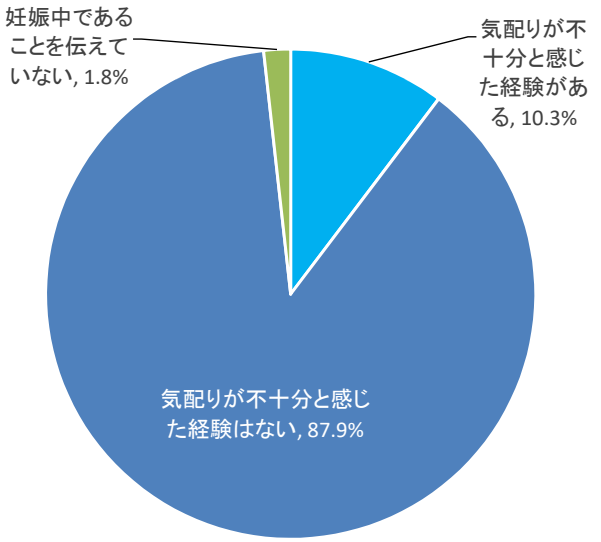
【Q21】直近の妊娠中に、産婦人科以外の診療科の医師から産婦人科の主治医に対して、あなたの受診に関する情報が伝えられましたか。(N=736)



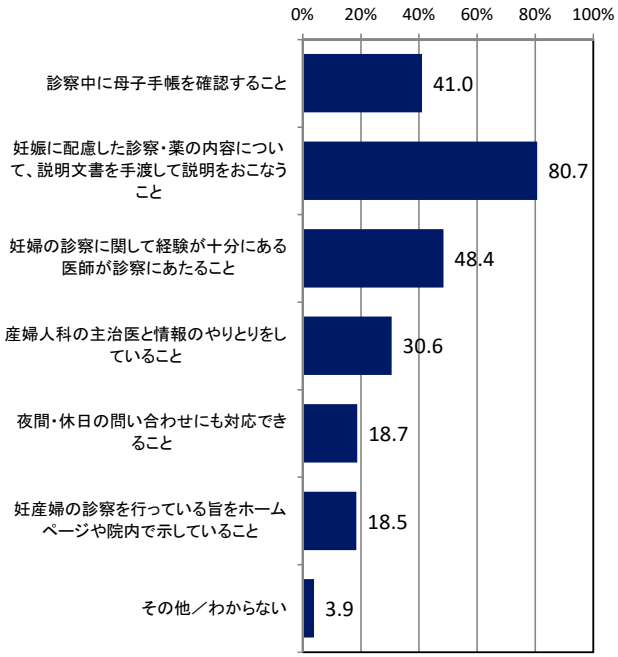
結果の概要⑧

産婦人科以外の診療科を受診した回答者のうち、約88%は、「気配りが不十分と感じた経験はない」と回答した。また、回答者全体のうち約81%が「説明文書を手渡して説明を行うことが大切」と考えている。

【Q22】産婦人科以外の診療科で診察を受けたとき、妊娠中であることを医療機関に伝えたにも関わらず、妊娠への気配りが不十分と感じた経験がありますか。(N=736)



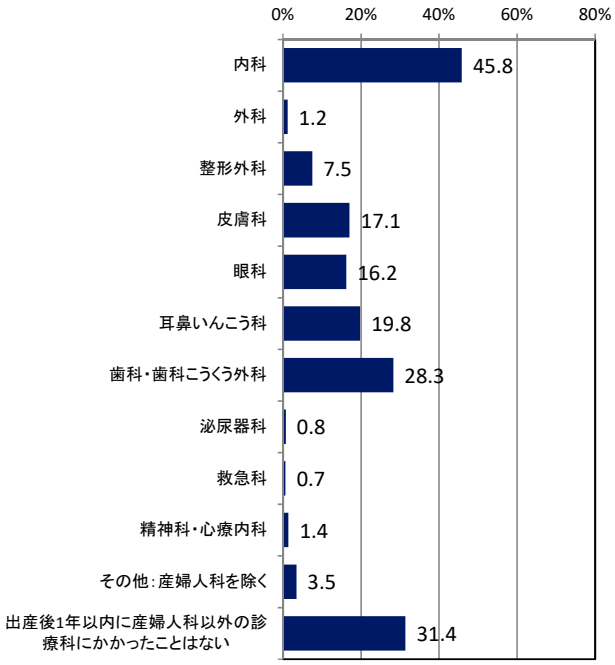
【Q23】妊婦さんが産婦人科以外の診療科で診察を受けるとき、妊娠への気配りで特に大切と考えるものを3つまでお選びください。(N=1916)



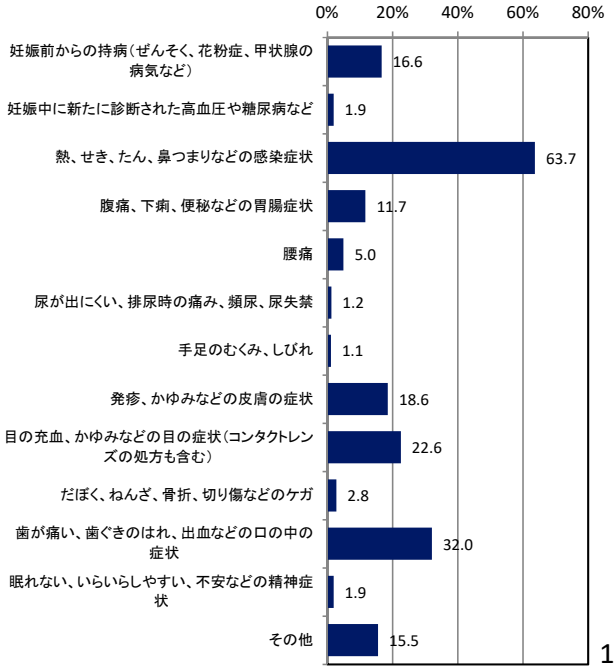
結果の概要⑨

出産後１年以内の産婦人科以外の受診先は、内科、歯科・歯科こうくう外科、耳鼻いんこう科の順に多かった。受診理由としては、感染症状が最も多かった。

【Q24】出産後１年以内に産婦人科以外の診療科にかかりましたか。(N=1060)



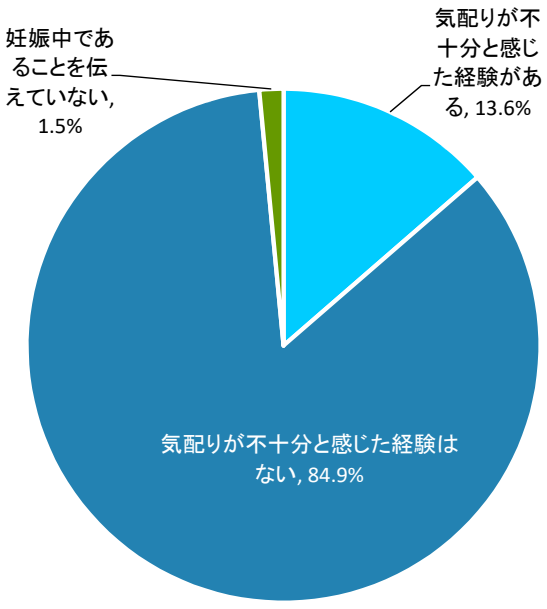
【Q25】出産後１年の間、産婦人科以外の診療科にかかった理由として、あてはまるものを全てお選びください。(N=727)



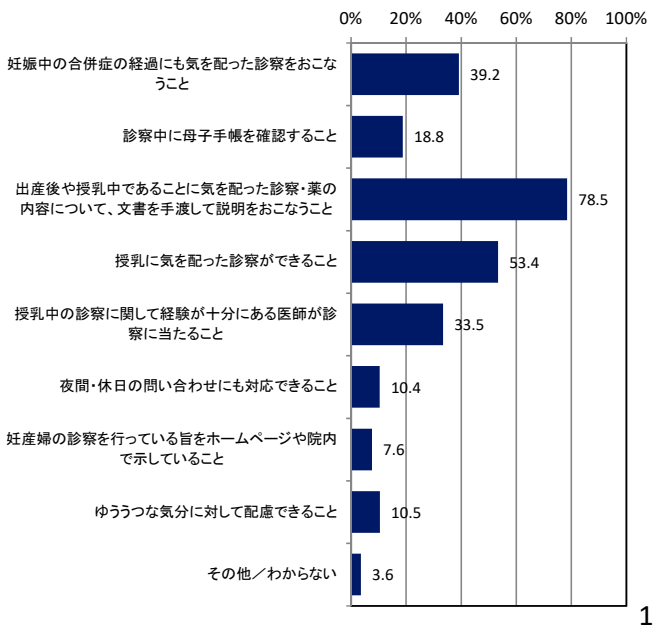
結果の概要⑩

出産後１年以内の産婦人科以外の診療科の受診時に、「気配りが不十分と感じた経験はない」と回答した人は約85%であった。また、回答者全体のうち約79%が「説明文書を手渡して説明を行うこと」が大切と考えている。

【Q27】出産後や授乳中であることを医療機関に伝えたにも関わらず、出産後や授乳中であることへの気配りが不十分と感じた経験がありますか。(N=727)



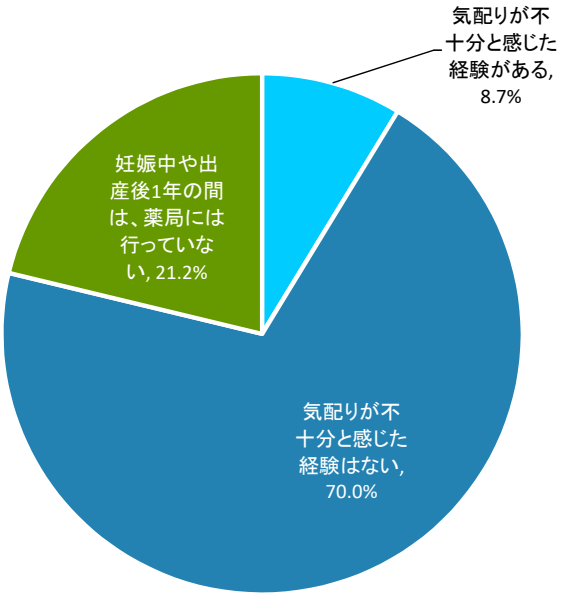
【Q28】出産後1年以内に産婦人科以外の診療科にかかるとき、出産後や授乳中であることへの気配りで特に大切と考えるものを3つまでお選びください。(N=1916)



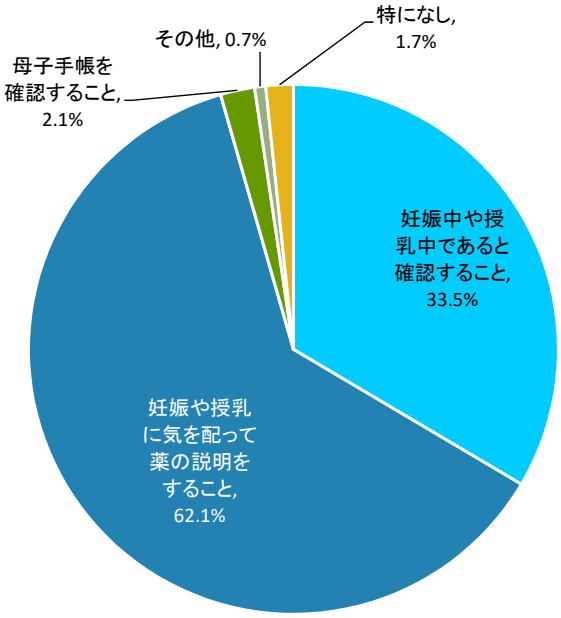
結果の概要⑪

薬局において、「気配りが不十分と感じた経験はない」と答えた回答者は、全体の約70%であった。また、薬局での対応について、「妊娠や授乳に気を配って薬の説明をすることが大切」と考える妊婦は全体の約62%であった。

【Q29】薬局での対応について、妊娠中や出産後であることへの気配りが不十分と感じた経験はありますか。(N=1916)



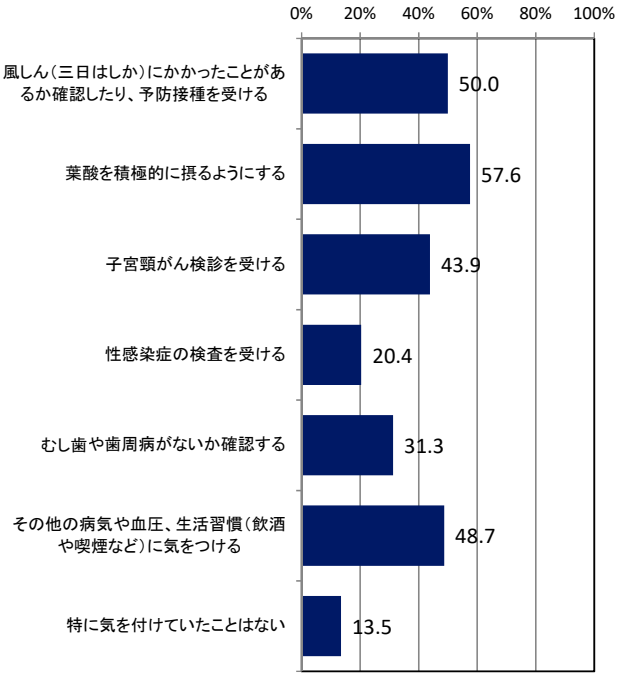
【Q30】あなたが、薬局での対応について、妊娠中や出産後であることへの気配りで特に大切と考えるものを1つお選びください。(N=1916)



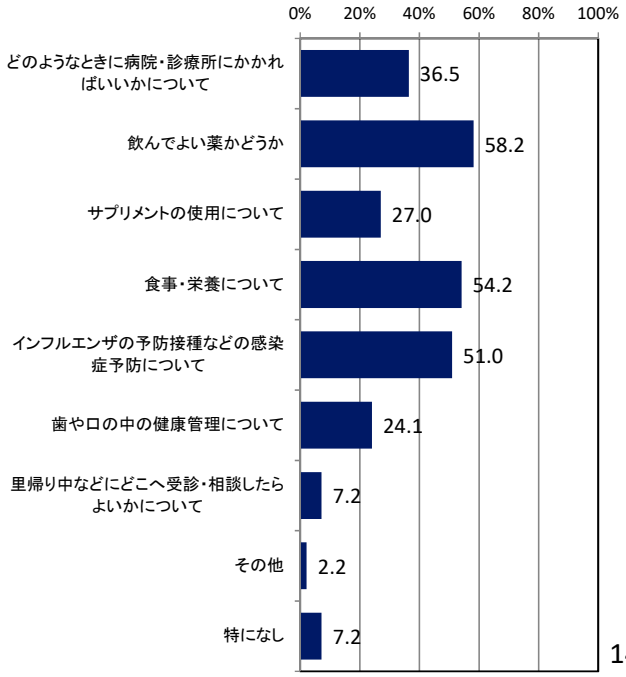
結果の概要⑫

妊娠前の健康管理で気をつけていたこととしては、「葉酸を積極的に摂るようにする」が最多であった。妊娠中の健康管理で困ったこと等としては、「飲んでよい薬かどうか」が最多であった。

【Q31】妊娠前の健康管理で、気を付けていたことをすべてお選びください。(N=1916)



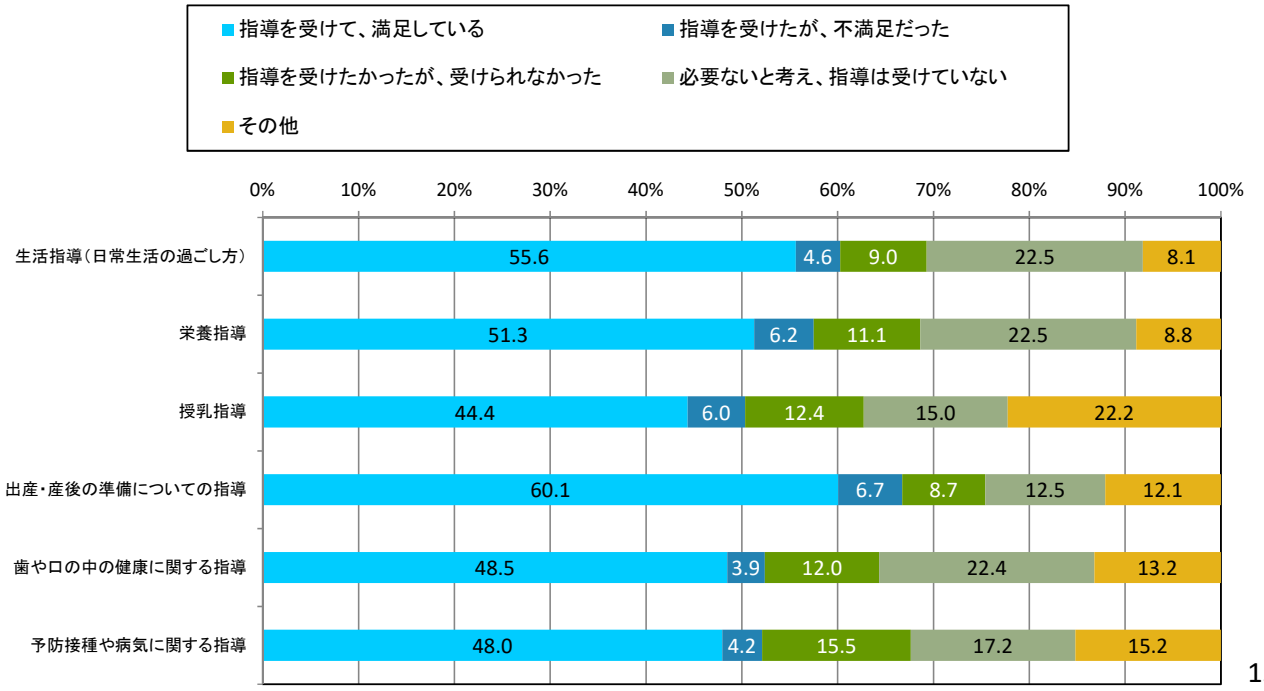
【Q32】妊娠中の健康管理で困ったことや不安に思ったことをすべてお選びください。(N=1916)



結果の概要⑬

妊娠中の保健指導について、全体として約50%程度の回答者が「指導を受けて満足している」と回答しており、その中で、「出産・産後の準備についての指導」が最も多かった。

【Q34】妊娠中の保健指導について、それぞれの項目であなたにあてはまるものを1つお選びください。



結果の概要⑭

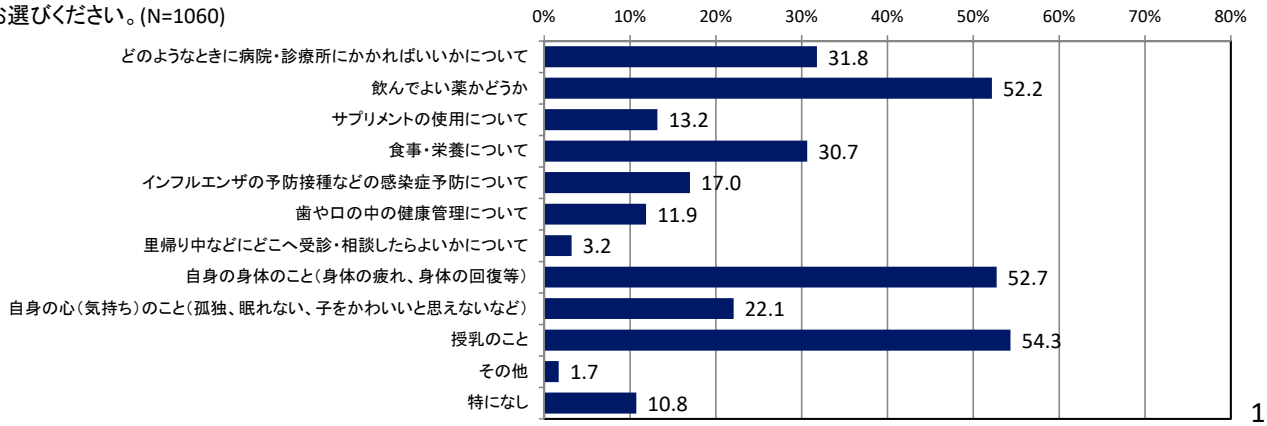
産後健診の平均受診回数は、出産後1～2週の期間で0.8回、3～5週で1.0回、6週以降で0.5回であった。

出産後の健康管理で困ったこと等については、「授乳に関すること」が最も多かった。

Q36 産後健診の受診回数を、受診予定のものも含めて出産後の期間別にお答えください。

	回答人数	1人あたりの平均受診回数	標準偏差	最小値	最大値	中央値
出産後1～2週	1059	0.76	1.049	0	14	1
出産後3～5週（1ヶ月健診は含む）	1039	1.00	0.565	0	10	1
出産後6週以降（1ヶ月健診は含まない）	899	0.46	1.168	0	18	0

【Q37】あなたが、出産後の自分の健康管理で困ったことや不安に思ったこととして、あてはまるものすべてお選びください。(N=1060)



結果の概要⑮

出産後の健康管理に関する支援として、サービスを受けて気に入ったと答えたサービスとしては、「産後健診」、「専門家による産婦訪問・新生児訪問」の順に多かった。

【Q38】出産後のご自身の健康管理に関する支援として、それぞれのサービスについてあなたに当てはまるものを1つお選びください。

