

中央社会保険医療協議会 総会（第 438 回） 議事次第

令和元年12月4日(水) 9:00～  
於 ホテルグランドアーク半蔵門4階

議 題

- 薬価調査、特定保険医療材料価格調査の結果速報について
- 調剤報酬（その3）について
- 個別事項（その12）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12月4日(水) 9:00~  
会場: ホテルグランドアーク半蔵門 富士の間(4階)

速記

中医協関係者

秋山	中村	関	荒井	松原	田辺会長	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官	
松本									吉森
今村									幸野
城守									佐保
猪口									間宮
島									宮近
林									松浦
有澤									
									半田 吉川

中医協関係者

医療指導監査室長	歯科医療管理官	保険医療企画調査室長	医療技術評価推進室長	医療課長	薬剤管理官	総務課長	医療介護連携政策課長	調査課長	調査課数理企画官	医政局経済課長	医療機器政策室長	医政局経済課長	医政局地域医療計画課長	救急・周産期医療等対策室長
----------	---------	------------	------------	------	-------	------	------------	------	----------	---------	----------	---------	-------------	---------------

- 厚生労働省
- 厚生労働省
- 関係者席
- 関係者席
- 関係者席・日比谷クラブ
- 日比谷クラブ
- 一般傍聴席
- 一般傍聴席・厚生労働記者会

## 医薬品価格調査（薬価本調査）の速報値について

1. 平均乖離率 : 約 8.0%

注1) 令和元年9月取引分について、販売サイドから11月5日までに報告があったものの集計結果である。

注2) 平均乖離率とは、

$$\frac{(\text{薬価} \times \text{販売数量}) \text{の総和} - (\text{実販売単価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}{(\text{薬価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}$$

で計算される数値である。なお、薬価は令和元年9月時点の薬価である。

注3) 令和元年10月1日に、平成30年度医薬品価格調査（平均乖離率7.2%）を踏まえて消費税率引上げに伴う薬価改定を実施している。

2. 後発医薬品の数量シェア = 約 76.7%

注) 後発医薬品の数量シェア（新指標）とは、

$$\frac{[\text{後発医薬品の数量}]}{[\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}] + [\text{後発医薬品の数量}]}$$

で計算される数値である。

○ 速報値の内訳

(1) 投与形態別

区分	乖離率(%)	薬価ベース占有率(%)
内 用 薬	9.2%	57.7%
注 射 薬	6.0%	33.3%
外 用 薬	7.7%	9.0%
歯科用薬剤	-4.6%	0.1%
合 計	8.0%	100.0%

(2) 主要薬効群別

	乖離率(%)
(内 用 薬)	
その他の腫瘍用薬	5.1%
糖尿病用剤	9.9%
血圧降下剤	13.4%
他に分類されない代謝性医薬品	9.0%
精神神経用剤	10.0%
消化性潰瘍用剤	12.3%
その他の中枢神経系用薬	8.6%
高脂血症用剤	13.9%
血液凝固阻止剤	5.6%
抗ウイルス剤	6.4%
(注 射 薬)	
その他の腫瘍用薬	5.0%
他に分類されない代謝性医薬品	6.3%
血液製剤類	3.3%
その他のホルモン剤(抗ホルモン剤を含む。)	7.8%
眼科用剤	5.3%
(外 用 薬)	
眼科用剤	8.0%
鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	8.9%
その他の呼吸器官用薬	6.8%
(歯科用薬剤)	
歯科用局所麻酔剤	-8.4%

## 特定保険医療材料価格調査（材料価格本調査） の速報値について

平均乖離率 : 約 5.8%

注1) 令和元年5～9月取引分（ただしダイアライザー、フィルム、歯科材料、保険薬局調査分については令和元年9月取引分のみ）について、販売サイドから11月6日までに報告があったものの集計結果である。

注2) 平均乖離率とは、

$$\frac{(\text{材料価格} \times \text{販売数量}) \text{の総和} - (\text{実販売単価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}{(\text{材料価格} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}$$

で計算される数値である。なお、材料価格は令和元年9月時点の材料価格である。

注3) 令和元年10月1日に、平成30年度材料価格調査（平均乖離率4.2%）を踏まえて消費税率引上げに伴う材料価格改定を実施している。

## 調剤報酬 (その3)

## 調剤報酬（その3）

1. 調剤基本料②
2. かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む対人業務

# 調剤報酬（その3）

1. 調剤基本料②

2. かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む対人業務

# 調剤基本料(令和元年改定時)

中医協 総 - 3  
元 . 1 0 . 3 0

項目	要件	点数 ※1
調剤基本料1	調剤基本料2、3-イ、3-ロ、特別調剤基本料以外 (医療資源の少ない地域にある薬局は、処方せん集中率の状況等によらず、調剤基本料1)	42点
調剤基本料2	次のいずれかに該当 ①処方せん受付回数が <u>月4,000回超</u> ＋処方せん集中率 <u>70%超</u> ②処方せん受付回数が <u>月2,000回超</u> ＋処方せん集中率 <u>85%超</u> ③いわゆる医療モール内の医療機関からの処方せん受付回数の合計が <u>月4,000回超</u> など	26点
調剤基本料3	イ <u>同一グループ薬局</u> ※2による処方せん受付回数が <u>月4万回超40万回以下</u> で、次のいずれかに該当 ①処方せん集中率 <u>85%超</u> ②医療機関との間で不動産の賃貸借取引:有	21点
※ 特別調剤基本料に該当する場合は、特別調剤基本料を優先	ロ <u>同一グループ薬局</u> ※2による処方せん受付回数が <u>月40万回超</u> で、次のいずれかに該当 ①処方せん集中率 <u>85%超</u> ②医療機関との間で不動産の賃貸借取引:有	16点
特別調剤基本料	次のいずれかに該当 ①病院と不動産取引等その他の特別な関係:有＋処方せん集中率 <u>95%超</u> (いわゆる敷地内薬局等を想定) ②地方厚生局に調剤基本料に係る届出を行わなかった場合	11点

※1 医薬品の取引価格の妥結率が50%以下である場合等は、点数が50%減算される。

※2 同一グループ薬局は、当該薬局にとっての、①最終親会社、②最終親会社の子会社、③最終親会社の関連会社、④①～③とフランチャイズ契約を締結している会社、が該当。

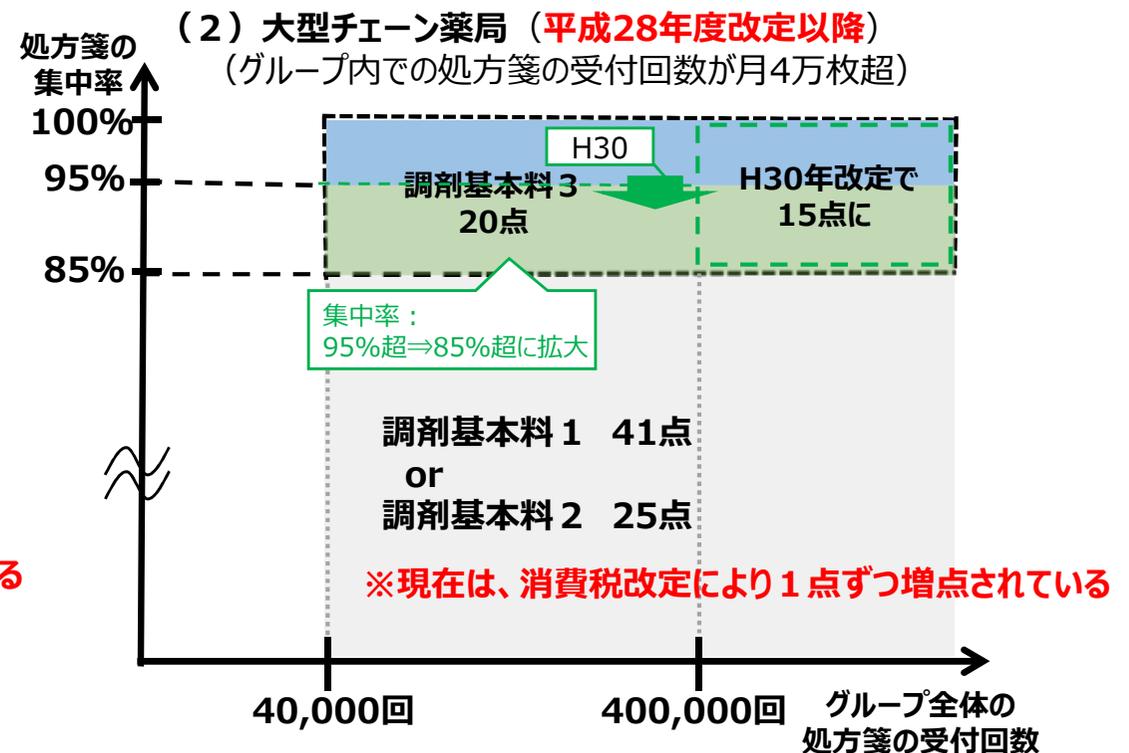
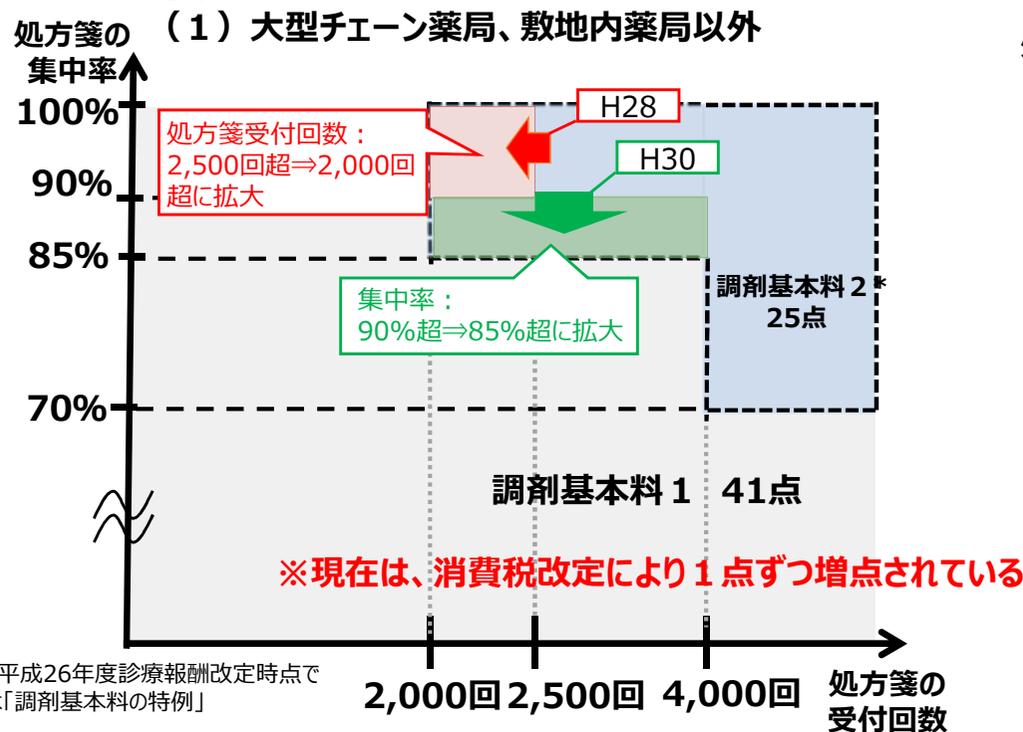
# 調剤基本料の見直しについて（平成28年度、平成30年度分）

○ 調剤基本料は、医薬品の備蓄等の効率性や収益状況等を踏まえ、いわゆる門前薬局や大型チェーン薬局で引き下げを行っている。

## <主な改正内容>

	「大型チェーン薬局」・「敷地内薬局」以外	大型チェーン薬局	敷地内薬局
H28年度改定	調剤基本料25点の範囲を拡大 (処方箋受付回数：2,500回超⇒2,000回超)	<b>大型チェーン薬局を想定した調剤基本料20点を新設</b> （グループ全体の処方箋：月4万回超+集中度：95%超）	
H30年度改定	調剤基本料25点の範囲を拡大 (処方箋の集中度：90%超⇒85%超)	調剤基本料20点（大型チェーン薬局）の範囲を拡大 (処方箋の集中度：95%⇒85%超)  <b>超大型チェーン薬局を想定した調剤基本料15点を新設</b> （グループ全体の処方箋：月40万回超+集中度：85%超）	<b>特別調剤基本料10点を新設</b> （病院と不動産取引等その他の特別な関係：有+処方箋集中度95%超）

## <適正化の変遷イメージ>



## (3) 敷地内薬局（平成30年度以降）

病院と不動産取引等その他の特別な関係が有+処方箋集中度95%超⇒10点

\*平成26年度診療報酬改定時点では「調剤基本料の特例」

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する、地域支援体制加算がある。

## 薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中率が高い  
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い  
→ 規模が大きいことによるメリットがある



医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

## 一定の機能を有する薬局の体制の評価

かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価



**一定の基準を満たす薬局は、地域支援体制加算が算定可能**

### <施設基準>

調剤基本料 1

調剤基本料 1 以外

- 地域医療に貢献することを体制を有することを示す実績
- 24時間調剤、在宅対応体制の整備 等

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績を有していること。
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。

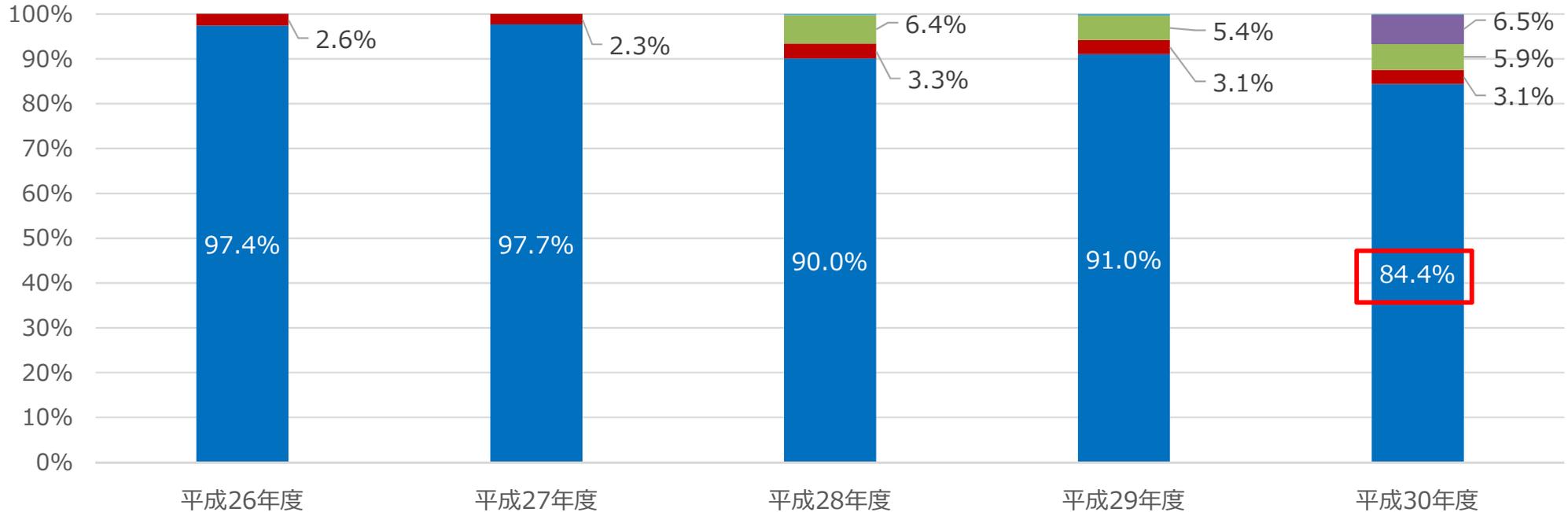
- 1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること
- ① 夜間・休日等の対応実績 400回
  - ② 麻薬指導管理加算の実績 10回
  - ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回
  - ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回
  - ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回
  - ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回
  - ⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 12回
  - ⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回

# 調剤基本料の構成比の推移等

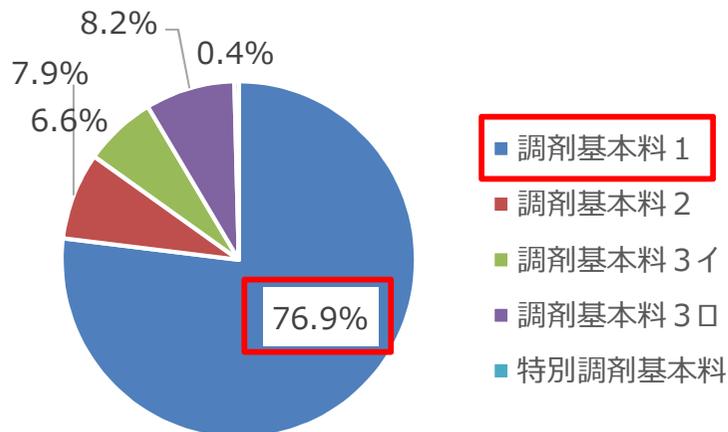
中医協 総 - 3  
元 . 1 0 . 3 0

- 調剤基本料 1 を算定する薬局の割合は減少しており、平成30年度末では約84%であった。
- 算定回数については、調剤基本料 1 の占める割合は平成30年度では約77%であった。

## 各調剤基本料の構成比の推移（各年度末時点の施設基準の届出状況）



## 各調剤基本料の算定回数の割合（平成30年6月審査分）



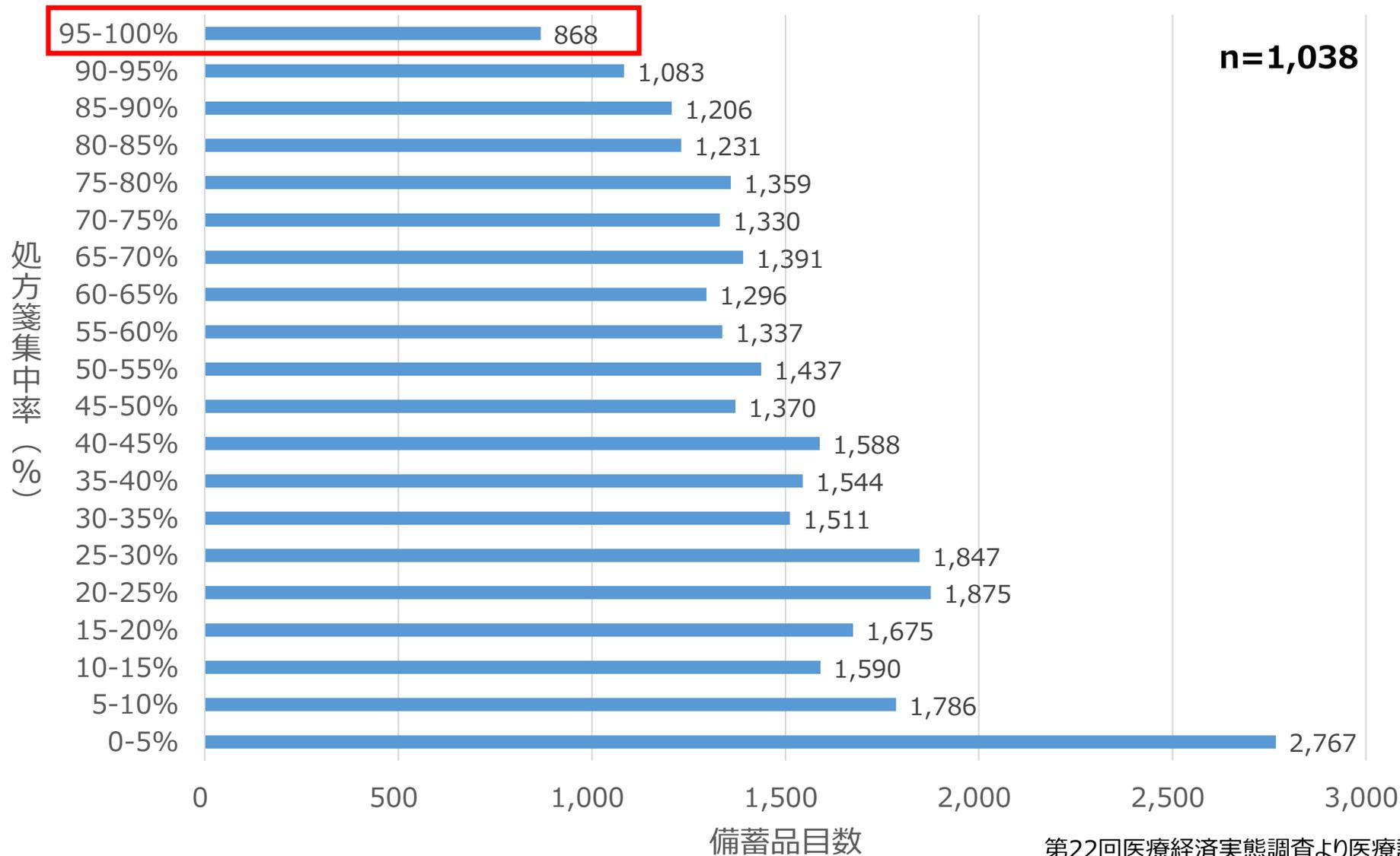
- 調剤基本料 通常(41点)（～平成27年度）
- 調剤基本料 1 (41点)（平成28年度～）
- 調剤基本料 特例(25点)（～平成27年度）
- 調剤基本料 2 (25点)（平成28年度～）
- 調剤基本料 3 (20点)（平成28～29年度） / 調剤基本料 3イ(20点)（平成30年度～）
- 調剤基本料 3ロ(15点)（平成30年度～）
- 調剤基本料 4 (31点)（平成28～29年度）
- 特別調剤基本料(15点)（平成28～29年度） / 特別調剤基本料(10点)（平成30年度～）

出典：  
各調剤基本料の構成比の推移：保険局医療課調べ（各年3月31日時点の届出状況）  
算定回数の割合：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分）

# 医療経済実態調査の特別集計（集中率と医薬品備蓄品目数）

- 集中率が高くなるにつれて医薬品の備蓄品目数が少なくなる。
- 特に集中率95%以上では備蓄品目数が少ない。

## 処方箋集中率と備蓄品目数（平成30年度）



# 1 店舗あたりの保険薬局の店舗別損益状況（第22回）

- 同一グループの薬局の店舗数が増えるにつれて、損益率が高くなる傾向があるが、6～19店舗と20店舗以上ではほとんど差がなかった。

1店舗あたりの状況	同一グループの保険薬局の店舗数*			
	1店舗	2～5店舗	6～19店舗	20店舗以上
I. 収益	141,853	158,927	194,511	248,035
II. 介護収益	163	509	506	757
III. 費用	140,331	156,246	180,981	229,779
1. 給与費	28,517	33,595	34,463	34,132
2. 医薬品等費	98,108	105,347	127,080	166,356
IV. 損益差額（税引前） （損益率；％）	<b>1,684</b> <b>(1.2%)</b>	<b>3,190</b> <b>(2.0%)</b>	<b>14,036</b> <b>(7.2%)</b>	<b>19,013</b> <b>(7.6%)</b>

\*第22回調査から、同一法人の店舗数から同一グループの店舗数に変更している。  
(単位：千円)

〔出典〕第22回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告

# 1 店舗あたりの保険薬局の店舗別損益状況（第21回）

中医協 総 - 3  
29.12.8 (改)

○ 同一法人の保険薬局の店舗は、多店舗化するにつれ収益率が高くなる傾向がある。

1店舗あたりの状況	同一法人の保険薬局の店舗数			
	1店舗	2～5店舗	6～19店舗	20店舗以上
I. 収益	150,076	157,490	154,771	220,134
II. 介護収益	79	186	648	563
III. 費用	144,444	151,440	142,442	194,036
1. 給与費	32,500	30,871	28,493	29,514
2. 医薬品等費	95,374	105,641	99,781	141,903
IV. 総損益差額（税引前） （構成比率；％）	<b>5,710</b> <b>(3.8%)</b>	<b>6,235</b> <b>(4.0%)</b>	<b>12,976</b> <b>(8.3%)</b>	<b>26,661</b> <b>(12.1%)</b>

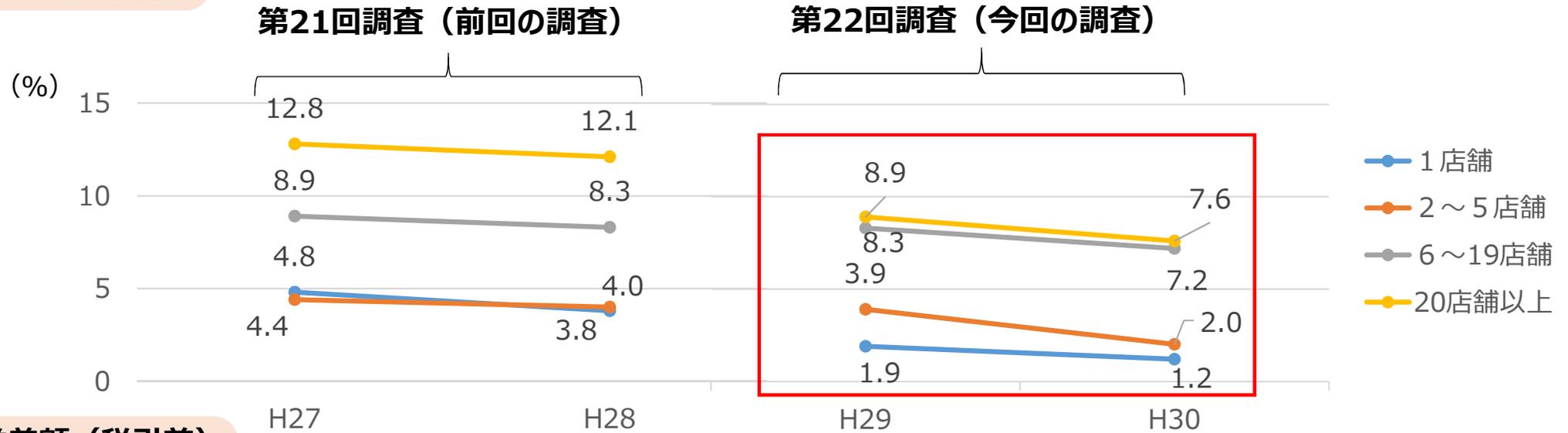
（単位：千円）

〔出典〕第21回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告

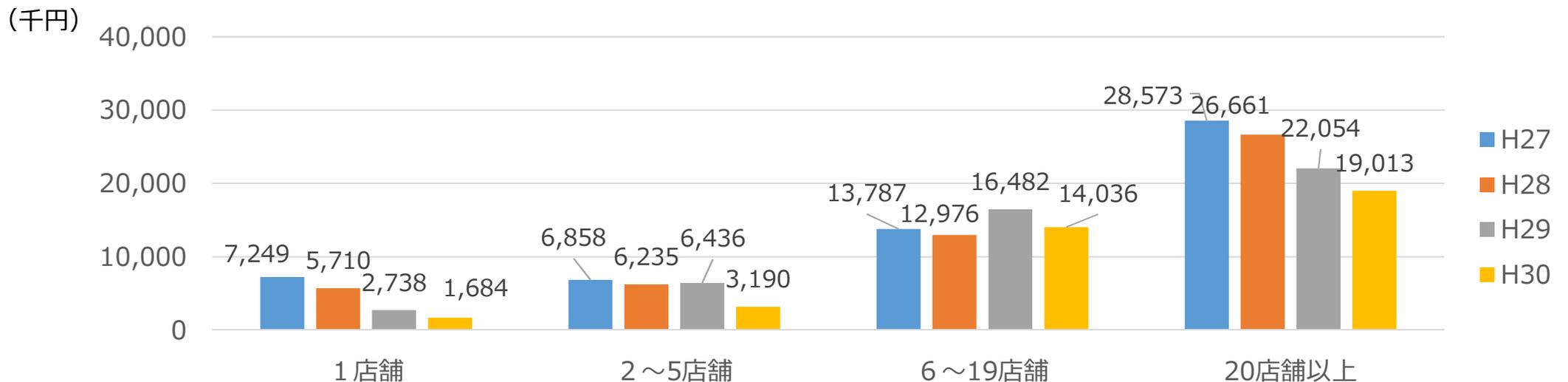
# 薬局の損益率、損益差額の推移

- 平成30年度改定後は、店舗数によらず損益率は減少している。
- 損益差額は、20店舗以上の場合が最も大きい。

## 損益率（税引前）



## 損益差額（税引前）



# 医療経済実態調査の特別集計（店舗数別の損益率）

○ 同一グループの薬局の店舗数が6店舗以上の場合は、損益率にほとんど差はなかった。

1店舗あたりの状況	同一グループの保険薬局の店舗数					
	1店舗 (n=94)	2～5店舗 (n=368)	6～10店舗 (n=115)	11～19店舗 (n=59)	20～99店舗 (n=118)	100店舗以上 (n=225)
<b>I. 収益</b>	141,853	158,927	187,667	207,852	170,668	288,610
<b>II. 介護収益</b>	163	509	538	446	729	771
<b>III. 費用</b>	140,331	156,246	174,706	193,212	158,040	267,402
1. 給与費	28,517	33,595	33,660	36,028	27,141	37,799
2. 医薬品等費	98,108	105,347	122,252	136,490	114,143	193,739
<b>IV. 損益差額（税引前） （損益率；％）</b>	1,684 (1.2%)	3,190 (2.0%)	13,498 (7.2%)	15,086 (7.2%)	13,357 (7.8%)	21,979 (7.6%)

（単位：千円）

# 不動産賃貸借関係別の薬局の損益率等の状況

○ 医療機関と不動産の賃貸借関係のある薬局では、賃貸借関係のないその他の薬局と比較して損益率が高かった。

1店舗あたりの状況	特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係			
	あり (n=27)		なし (n=1,011)	
	平成29年度	平成30年度	平成29年度	平成30年度
I. 収益	405,217	414,052	185,561	182,965
II. 介護収益	571	908	450	527
III. 費用	349,661	358,125	173,995	174,302
1. 給与費	44,306	43,019	31,038	31,931
2. 医薬品等費	258,104	270,110	123,176	122,200
IV. 損益差額 (税引前) (損益率 ; %)	56,127 (13.8%)	56,834 (13.7%)	12,016 (6.5%)	9,190 (5.0%)

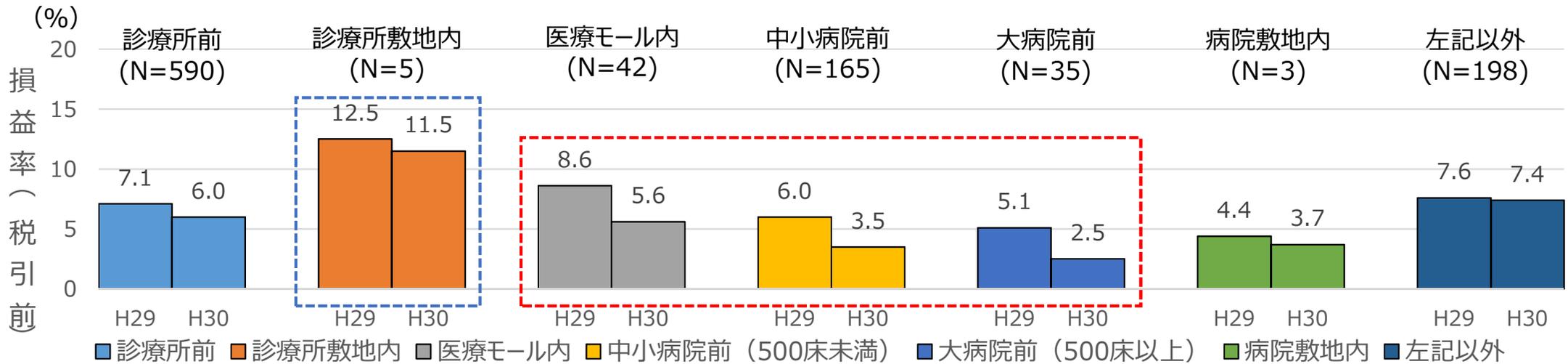
(単位：千円)

[出典]第22回医療経済実態調査 (医療機関等調査) 報告

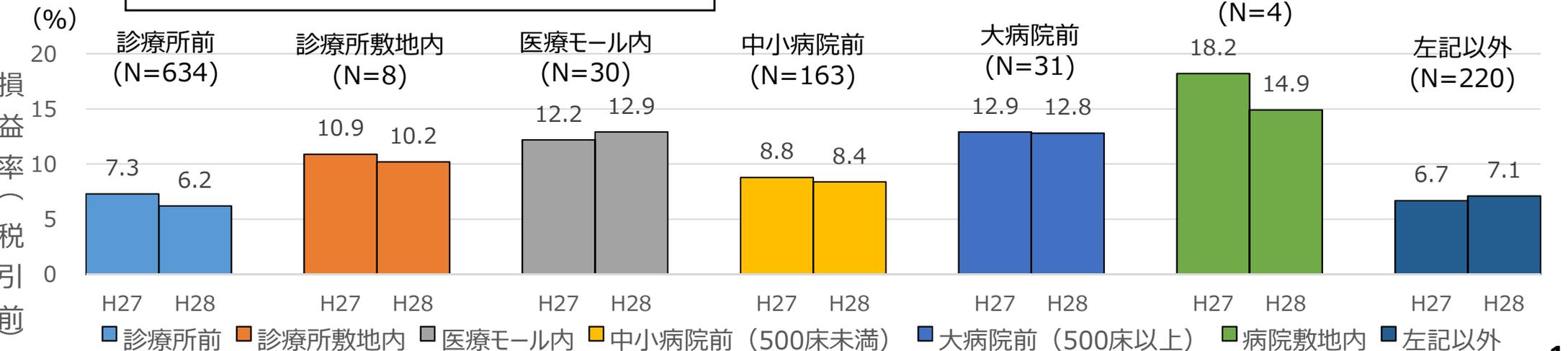
# 薬局の立地別の損益率

- 平成30年度改定後の損益率の減少幅は、医療モール内、中小病院前、大病院前の薬局で大きかった。
- 回答のあった薬局数は少ないものの、診療所敷地内の薬局の損益率が高かった。

## 第22回医療実態調査（今回の調査）



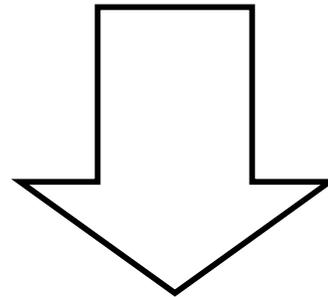
## (参考) 第21回医療実態調査（前回の調査）



# 調剤基本料に関する現状・課題と論点

## 【現状・課題】

- 集中率が高くなるにつれて医薬品の備蓄品目数が少なくなり、集中率95%以上では特に少ない。
- 平成30年度改定後は、同一グループの店舗数によらず損益率等は減少している。
- 同一グループの薬局の損益差額は、20店舗以上の場合で大きかった。
- 平成30年度改定後の損益率の減少幅は、医療モール内、中小病院前、大病院前の薬局で大きかった。
- 回答のあった薬局数は少ないものの、診療所敷地内の薬局の損益率が高かった。



## 【論点】

- 薬局の収益状況や医薬品の備蓄等の効率性を踏まえ、①特定の医療機関から処方箋を多く受け、かつ、一定程度の処方箋の受付枚数がある薬局、②診療所の敷地内にあり、不動産の賃貸借等の関係にある薬局等の評価を見直すこととしてはどうか。
- また、同様の観点から、③同一グループで店舗数の多い薬局、④病院の敷地内にある薬局の評価についてどう考えるか。

# 調剤報酬（その3）

1. 調剤基本料②

2. かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む対人業務

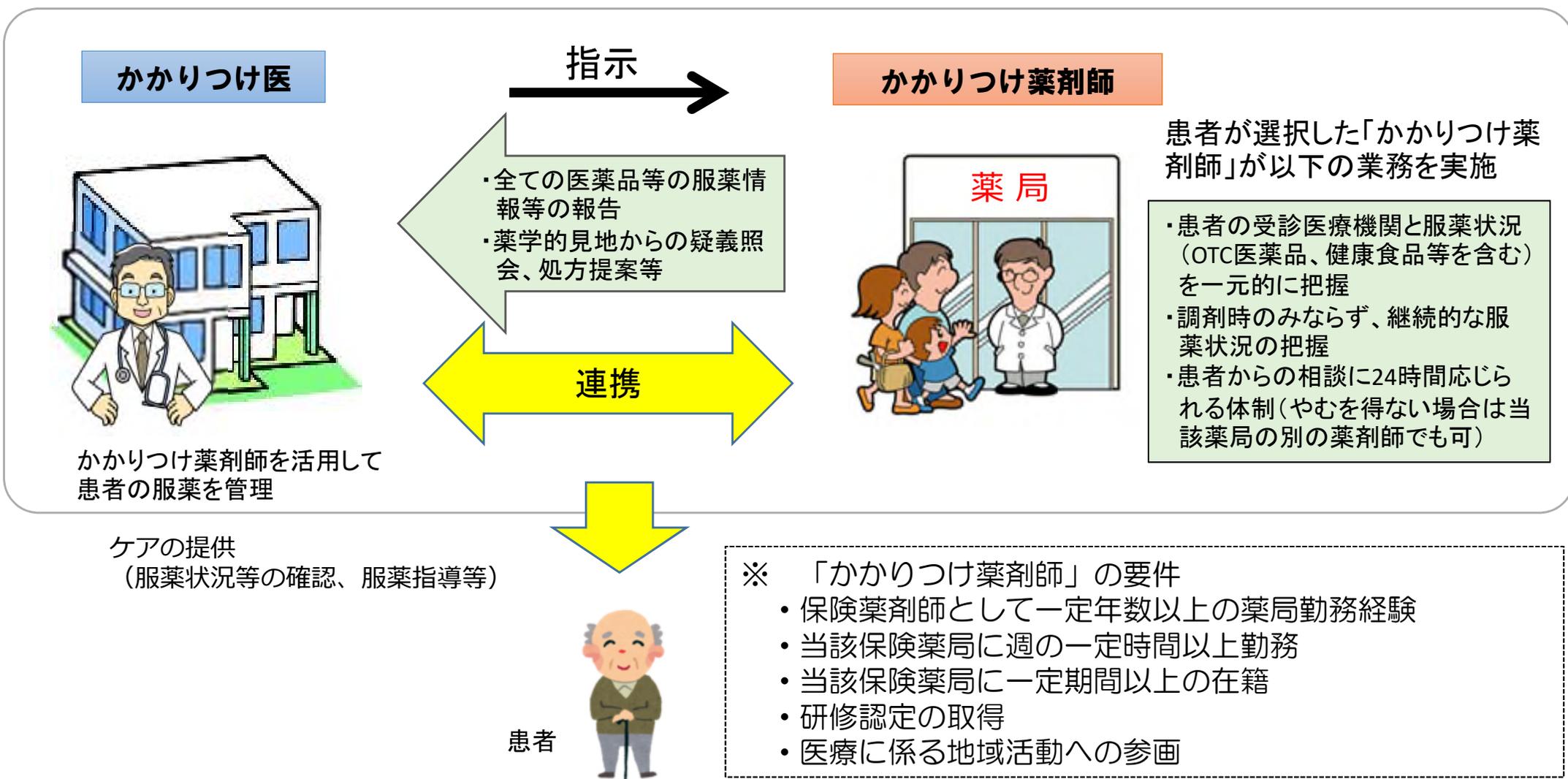
（1）かかりつけ薬剤師指導料

（2）同一薬局の利用推進

（3）その他個別事項

## かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携

かかりつけ薬剤師は、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握し、それに基づき患者へ指導等を行う。また、得られた患者情報に基づき、かかりつけ医に服薬情報等を報告するとともに、薬学的見地から処方内容の疑義照会や処方提案等を行う。



# かかりつけ薬剤師の要件

## かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

## かかりつけ薬剤師指導料 73点(1回につき)

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

### [算定要件]

- ① 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得た上で、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。
- ② 同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、その旨を薬剤服用歴に記載する。
- ③ 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行う。患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定できる。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が指導等を行った場合は当該指導料を算定できない(要件を満たせば、薬剤服用歴管理指導料は算定できる。)
- ④ 手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載する。
- ⑤ 担当患者に対して以下の業務を実施すること。
  - ア 薬剤服用歴管理指導料に係る業務
  - イ 患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬等の情報を把握
  - ウ 担当患者から24時間相談に応じる体制をとり、患者に開局時間外の連絡先を伝え、勤務表を交付(やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師でも可)
  - エ 調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案
  - オ 必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理等を実施
  - カ 必要に応じ、患者の同意を得て、患者が入手している血液・生化学検査結果の情報を参考に薬学的管理及び指導を実施

### [施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

- (1) 以下の経験等を全て満たしていること。
  - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。
  - イ 当該保険薬局に週32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合であっても、週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務していること。
  - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。
- (2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。
- (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

※平成30年度改定における主な変更点は赤字部分

# かかりつけ薬剤師の推進

## かかりつけ薬剤師の適切な推進

- 当該指導料を算定しようとする薬剤師本人が次に掲げる全ての事項を説明した上で、患者の同意を得る。
  - ア かかりつけ薬剤師の業務内容
  - イ かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等
  - ウ かかりつけ薬剤師指導料の費用
  - エ 当該指導料を算定しようとする薬剤師が、当該患者がかかりつけ薬剤師を必要とすると判断した理由
- 患者に同意書へのかかりつけ薬剤師に希望する事項及び署名の記載を求める。
- かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供する。
- 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行う。

### 同意書の様式(例)

#### かかりつけ薬剤師指導料について

##### 《かかりつけ薬剤師が実施すること》

- 1 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
- 2 お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
- 3 お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
- 4 処方医や地域の医療に関わる他の医療者(看護師等)との連携を図ります。
- 5 開局時間内/時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
- 6 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
- 7 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
- 8 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
- 9 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができます。
- 10 次回から、かかりつけ薬剤師指導料を算定します。

##### 《薬学的観点から必要と判断した理由》(薬剤師記入欄)

##### 《かかりつけ薬剤師に希望すること》(患者記入欄)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 薬の一元的・継続的な把握   | <input type="checkbox"/> 他の医療関係者との連携      |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み合わせなどのチェック | <input type="checkbox"/> 飲み残した場合の薬の整理     |
| <input type="checkbox"/> 薬に関する丁寧な説明     | <input type="checkbox"/> 調剤後のフォロー         |
| <input type="checkbox"/> 時間外の電話相談       | <input type="checkbox"/> 在宅療養が必要になった場合の対応 |
| <input type="checkbox"/> その他( )         |   |

#### かかりつけ薬剤師( )に関する情報

##### 【経歴】

##### 【認定薬剤師、専門薬剤師資格】

##### 【修了した研修】

##### 【論文、学会発表の実績】

##### 【所属学会・団体、その他】

##### 【連絡先】



- かかりつけ薬剤師は、患者から血液検査などの結果の提供がある場合に、それを参考に薬学的管理・指導を行うことを明確化。
- かかりつけ薬剤師指導料等の算定実績がある場合に調剤基本料の特例対象から除く取扱いを廃止する。

「患者のための薬局ビジョン」から抜粋・要約

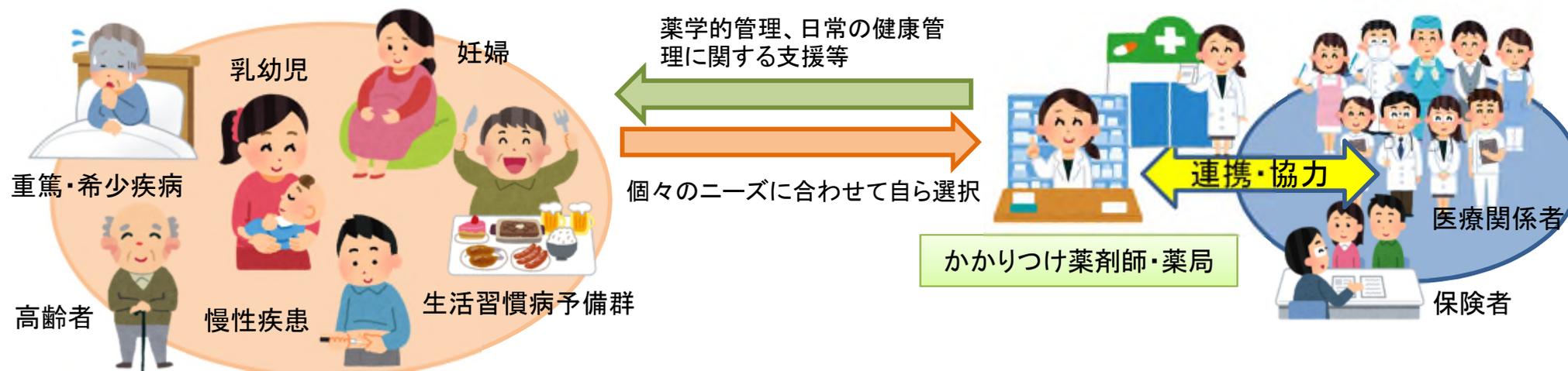
## (1) 特にかかりつけ薬剤師・薬局が重要な場合

以下のような服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者

- ① 高齢者
- ② 生活習慣病などの慢性疾患を有する患者
- ③ 重篤あるいは希少な疾患等の患者
- ④ 妊婦
- ⑤ 乳幼児 など

## (2) かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶことが望ましい場合（日頃からの健康管理に関する支援等として）

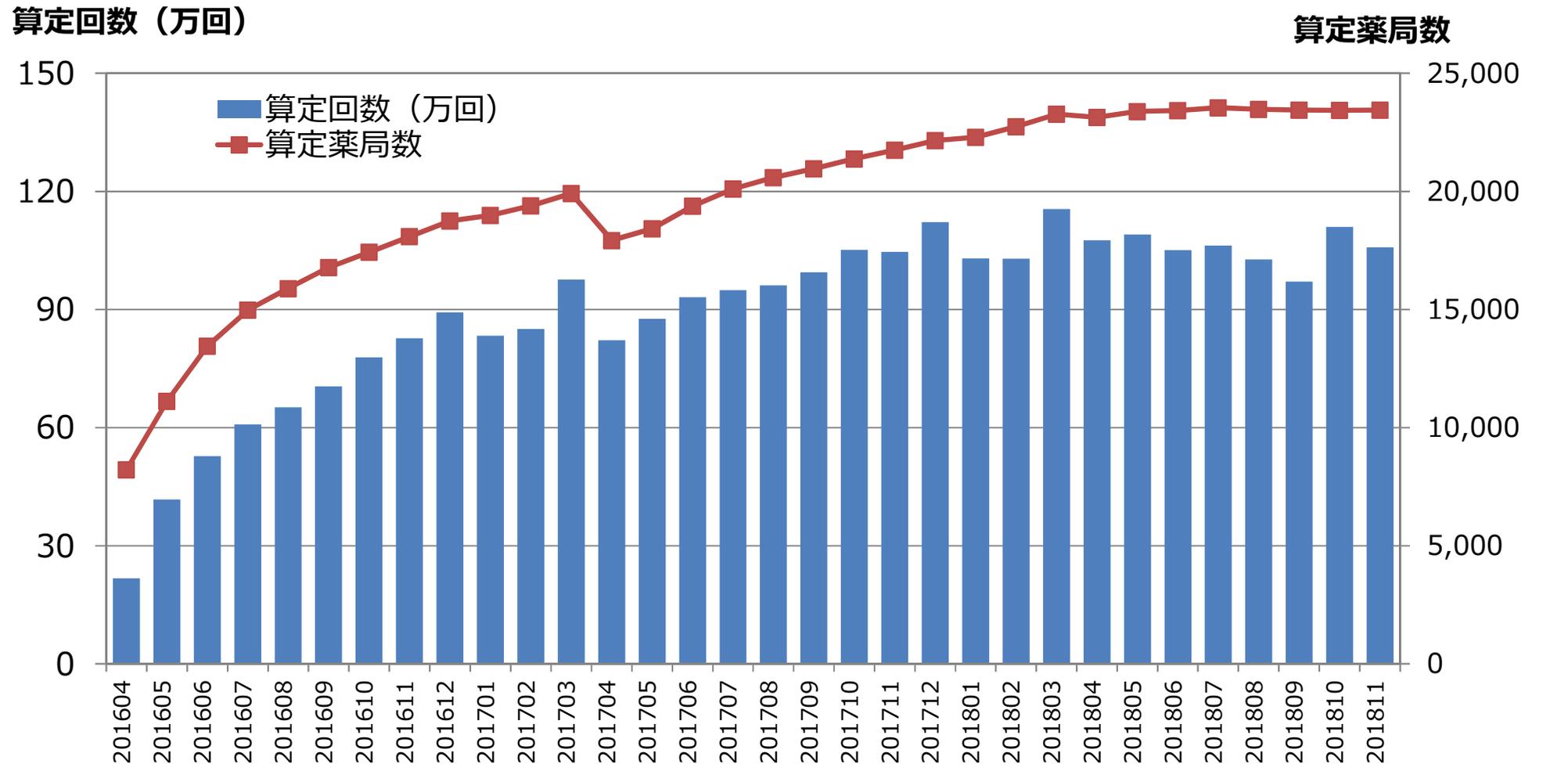
- ① 生活習慣病の予備群
- ② 日常の健康管理が求められる層



服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者、  
日常の健康管理が求められる層

# かかりつけ薬剤師指導料の算定状況（2018年11月まで）

○ 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の算定回数、算定薬局数は最近は横ばい。平成30年11月の算定回数は、全処方箋枚数7,068万枚の1.50%に相当する。

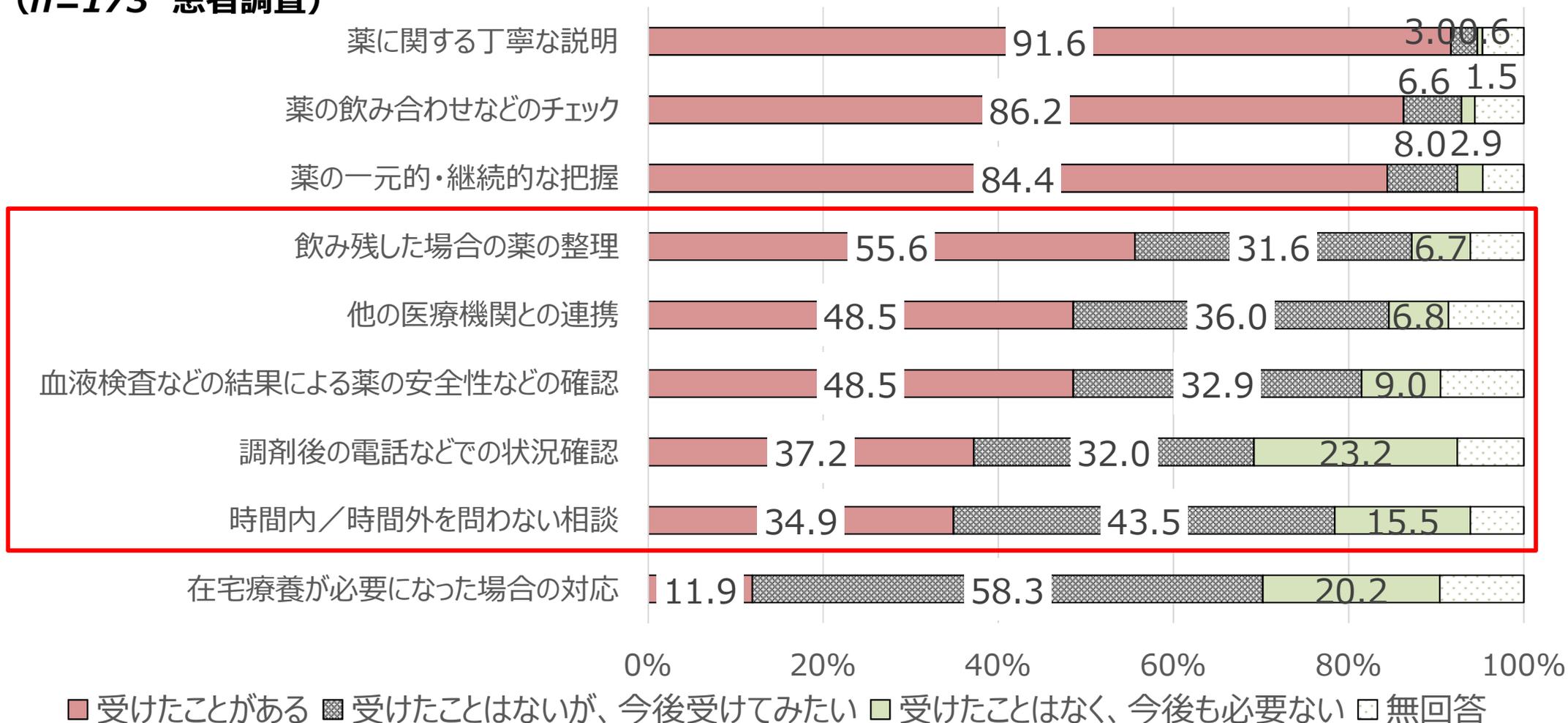


〔出典〕 「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課）特別集計

# かかりつけ薬剤師による薬学管理の状況等

○ かかりつけ薬剤師指導料の同意書のサインをしたことがある患者では、①残薬整理、②検査値の活用、③調剤後の電話での状況確認、④時間内／時間外を問わない相談を受けたことがあるのは4割～5割程度であり、受けたことがないが今後受けてみたいとの回答を含めると7割～8割程度であった。

## かかりつけ薬剤師指導料の同意書にサインをしたことがある患者に対する薬学管理の状況等 (n=173 患者調査)



# かかりつけ薬剤師・薬局における残薬解消への取組

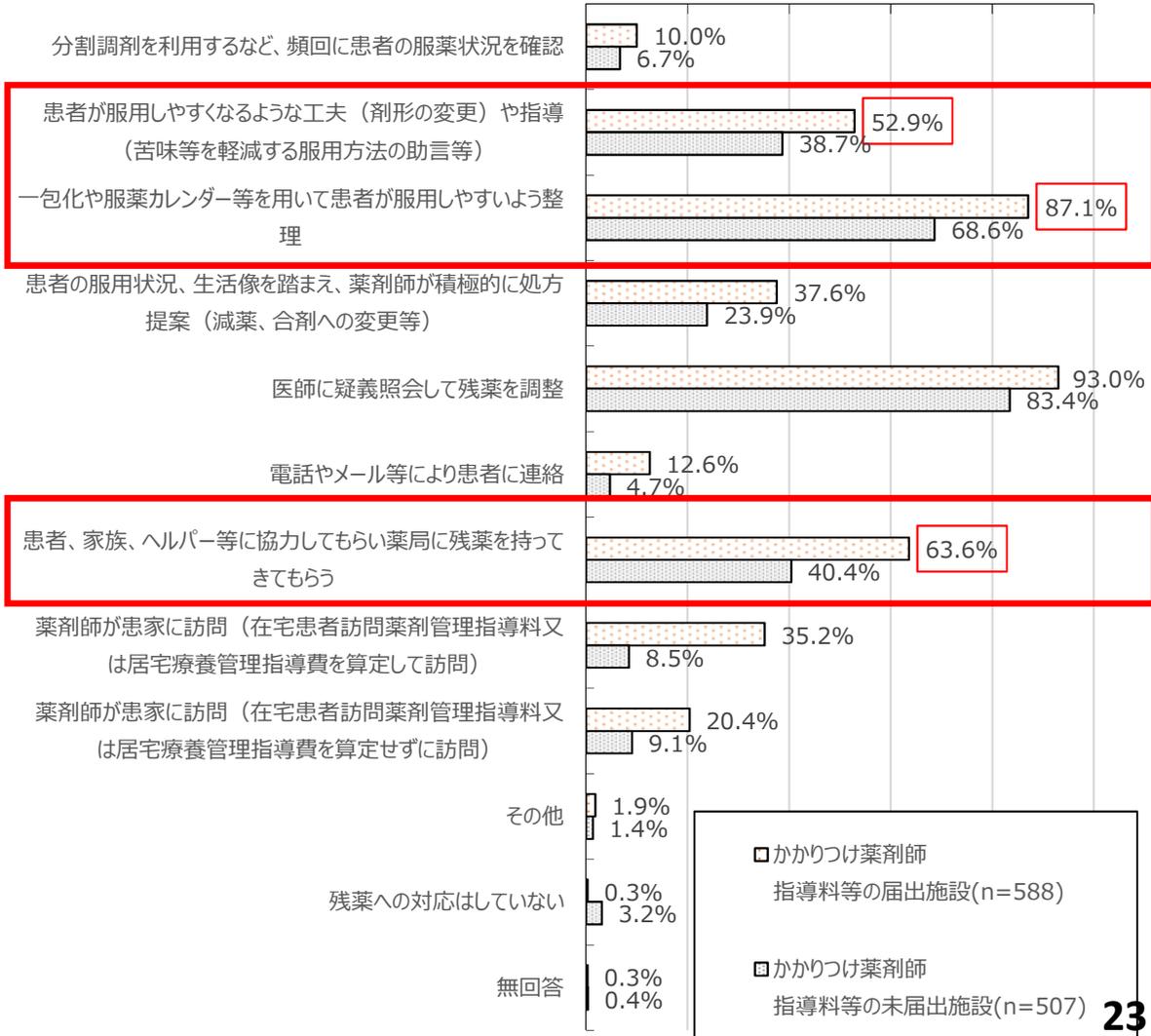
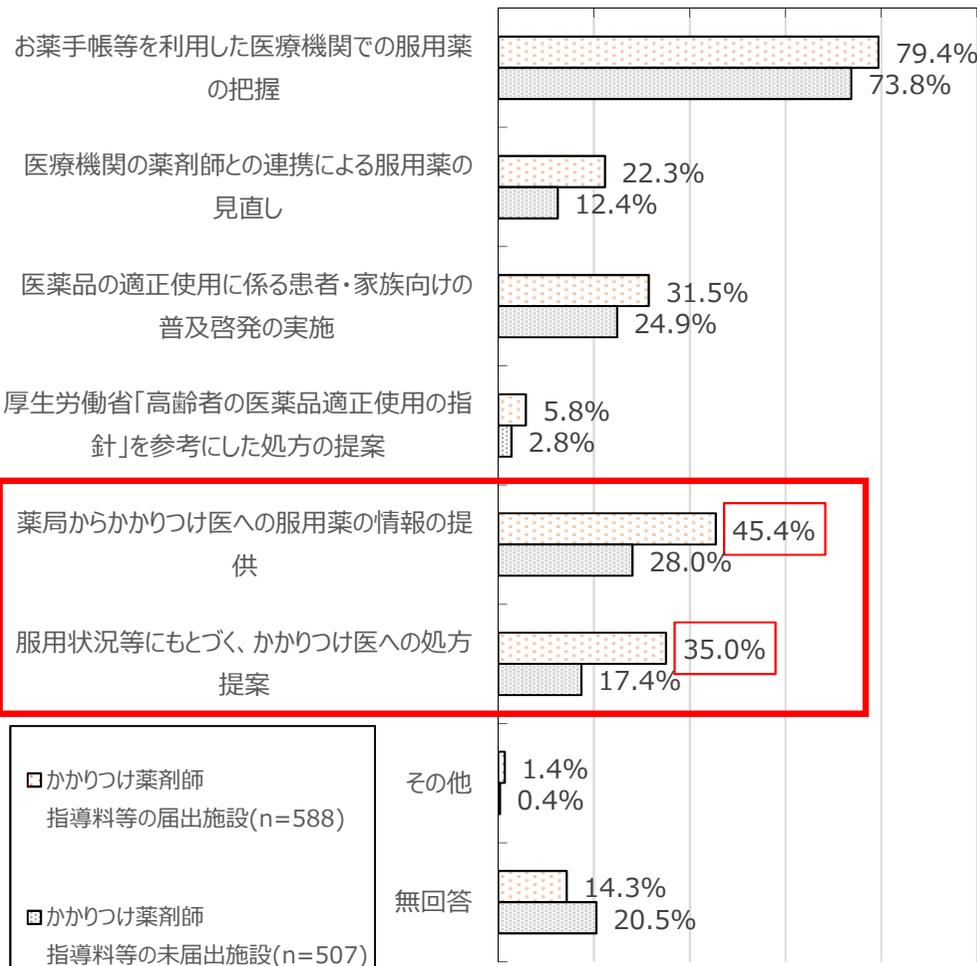
- かかりつけ薬剤師指導料の届出を行っている薬局では、医師への服用薬の情報提供や服用状況に基づく処方提案を行っている割合が、未届出の薬局と比べて大きい。
- 残薬解消のための取組についても、未届出の薬局に比べて実施している割合が大きい。

重複投薬等の削減ために行っている取組（複数回答）

残薬解消のために行っている具体的な取組（複数回答）

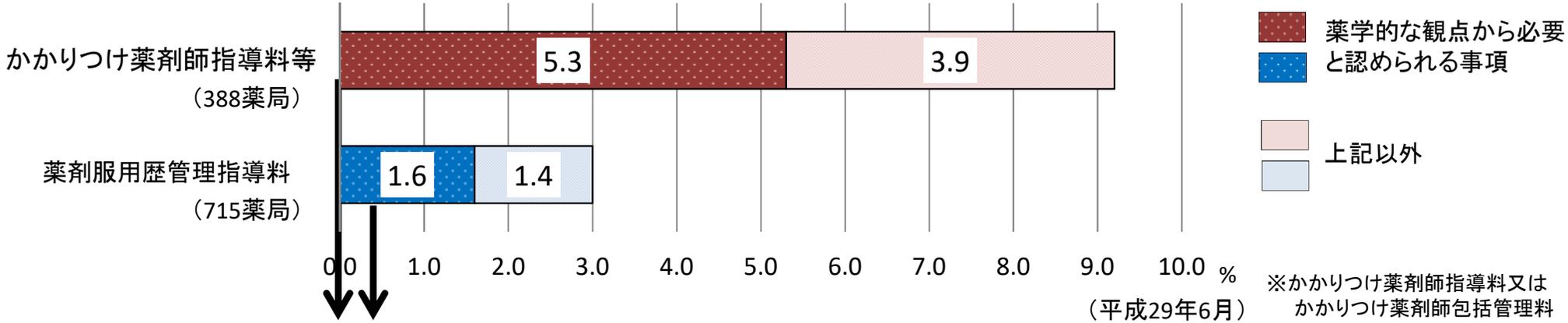
0% 20% 40% 60% 80% 100%

0% 20% 40% 60% 80% 100%



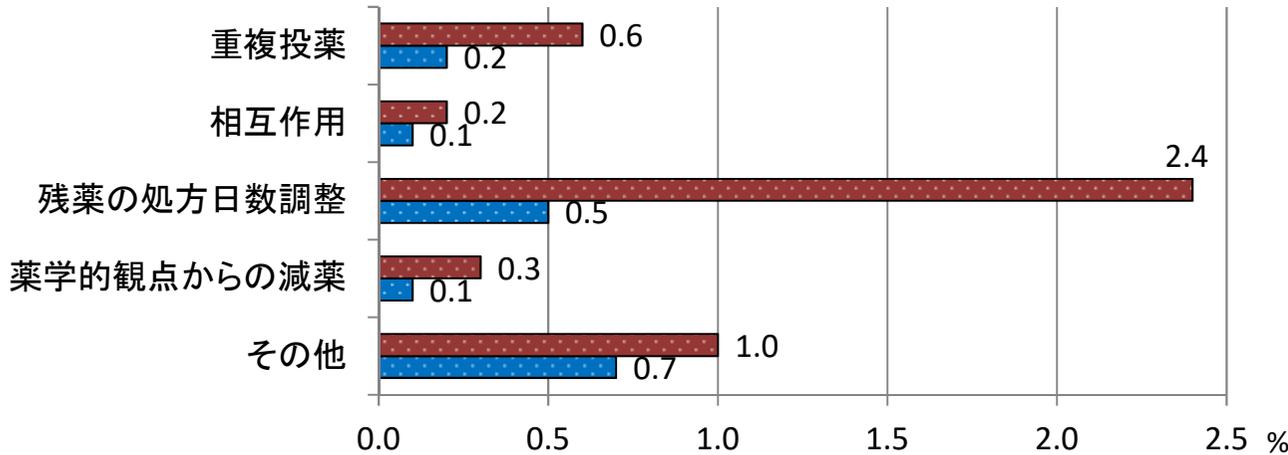
# かかりつけ薬剤師とそれ以外の場合の疑義照会の取組

- 疑義照会の割合は、かかりつけ薬剤師指導料等を算定した場合で9.2%、薬剤服用歴管理指導料を算定した場合で3.0%であった。
- 疑義照会の内容別に分けても前者の方がそれぞれ高い傾向にあり、かかりつけ薬剤師の方が医師との連携が図れていることがうかがえる。

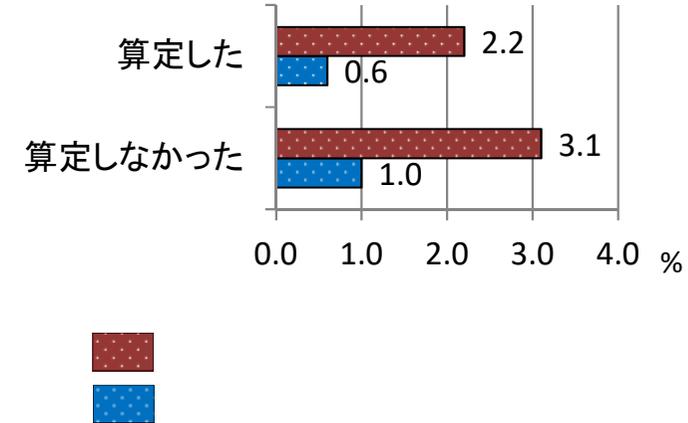


## 「薬学的な観点から必要と認められる事項」の内訳

### ● 疑義照会の内容



### ● 重複投薬・相互作用等防止加算の算定



出典) 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H29かかりつけ薬剤師調査)

# 調剤報酬（その3）

1. 調剤基本料②

2. かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む対人業務

（1）かかりつけ薬剤師指導料

（2）同一薬局の利用推進

（3）その他個別事項

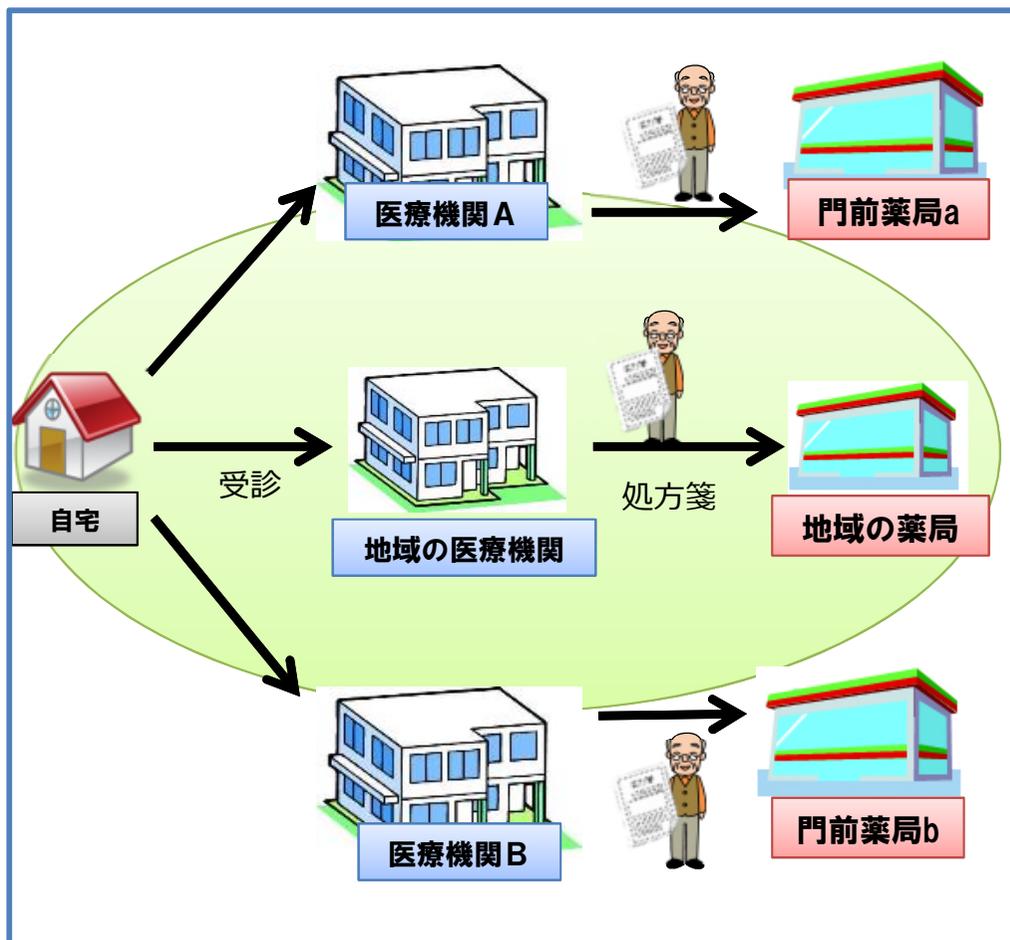
# 医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

平成27年5月21日規制改革会議  
健康・医療WG 厚生労働省提出資料 (改)

- 薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的な薬学的管理を実施。
- これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

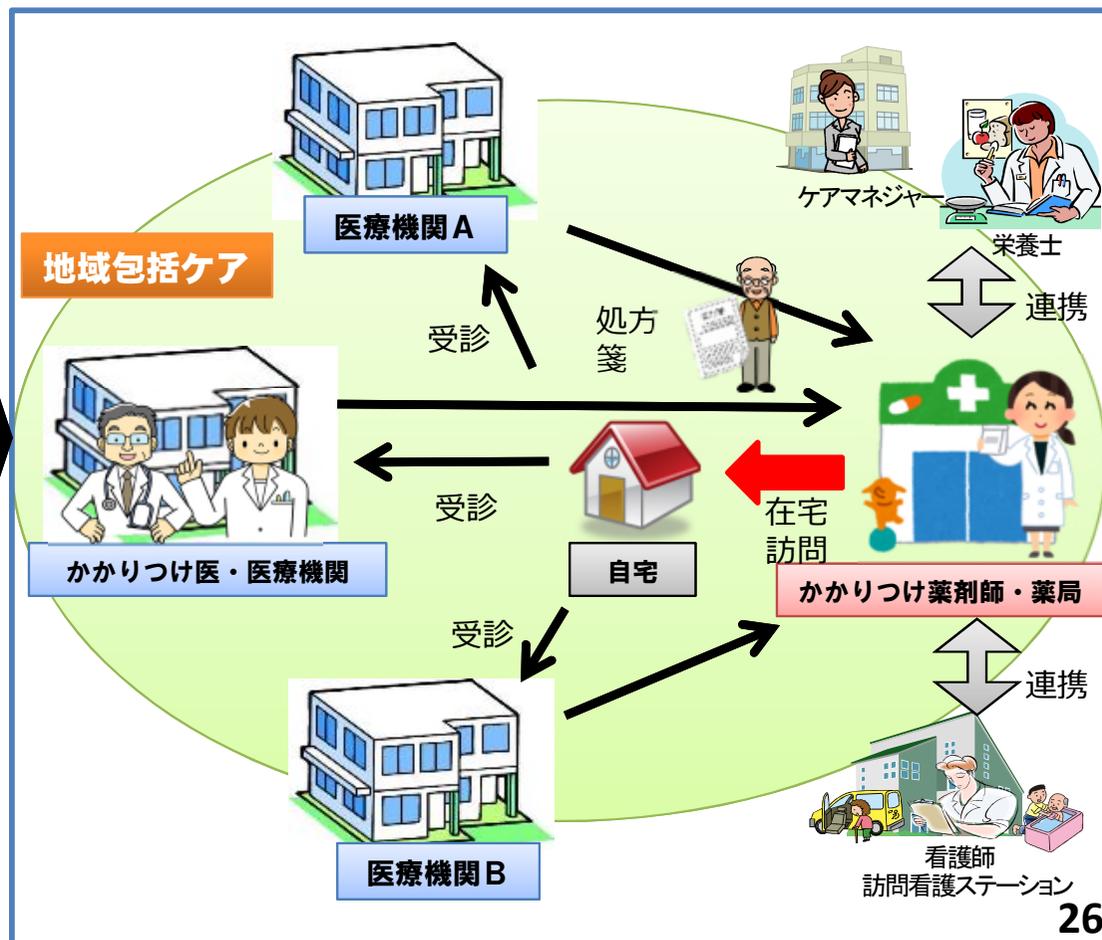
## 今後の薬局の在り方(イメージ)

**現状** 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



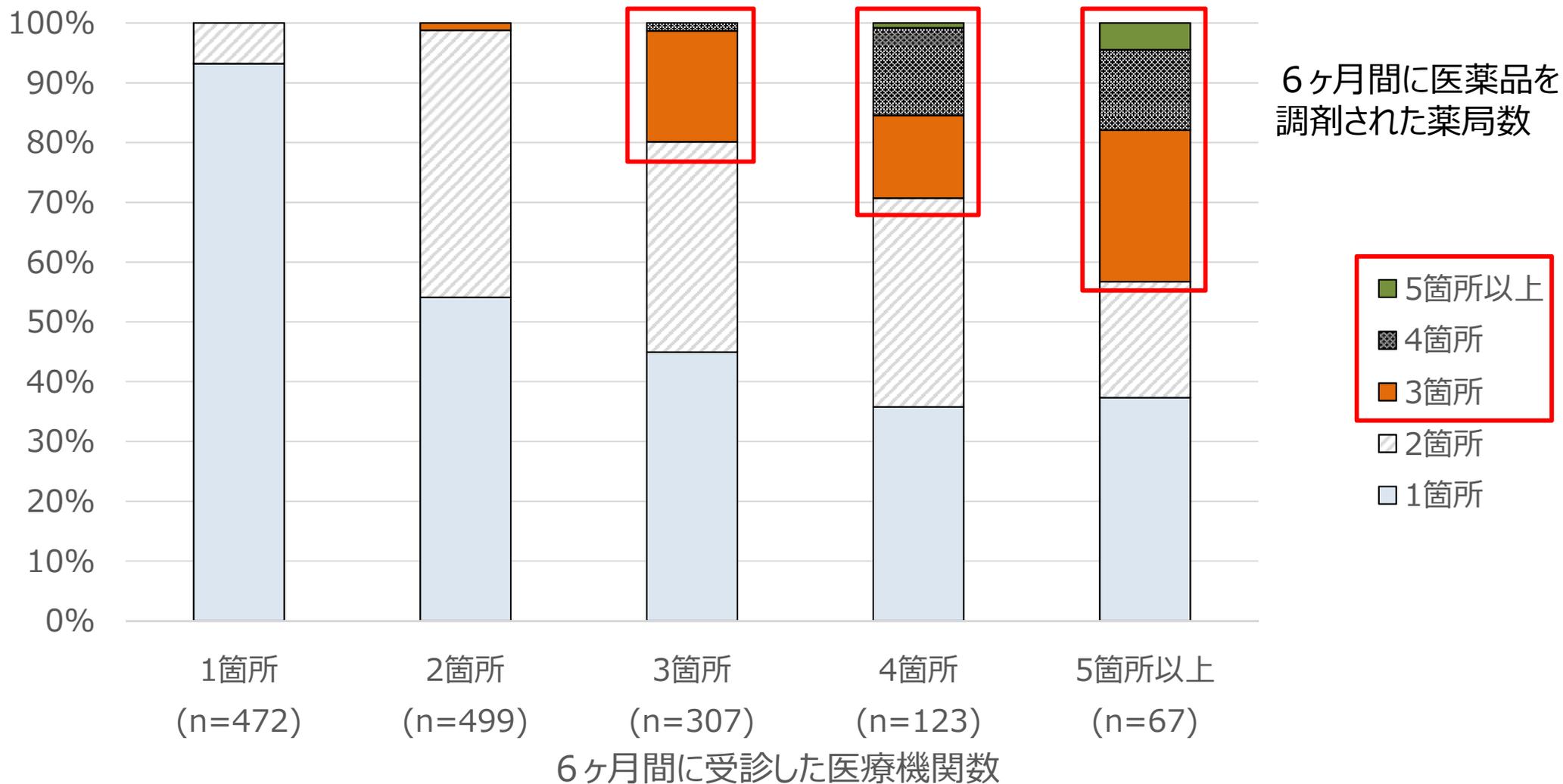
**今後**

患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけの薬局に行く。



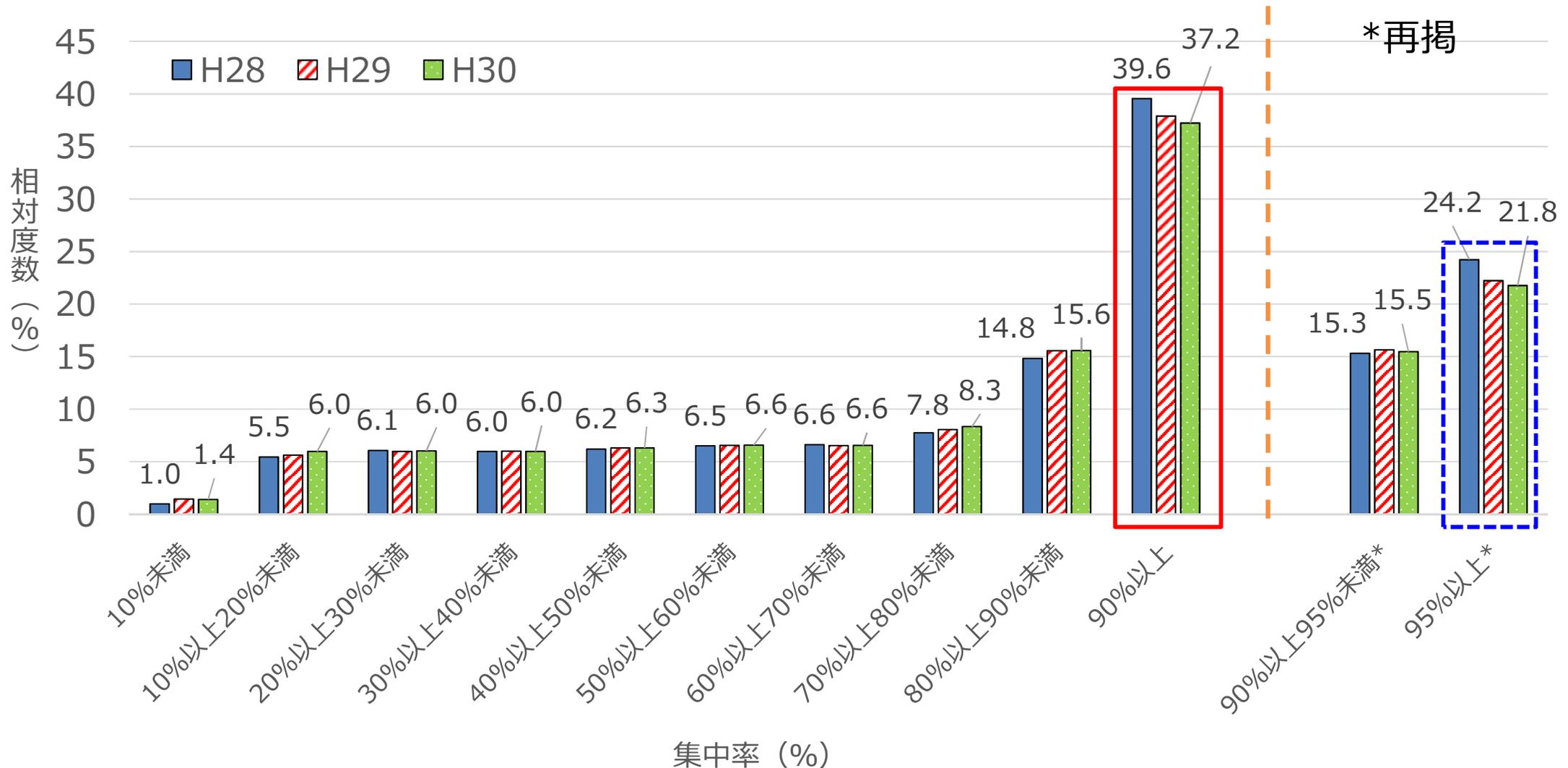
# 受診医療機関別の来局薬局数（6ヶ月間）

- 受診する医療機関が増えるほど、来局する薬局数も増える傾向にある。
- 3箇所以上の薬局に来局する患者が一定数いる。  
(3箇所の医療機関を受診する場合で約20%、4箇所の医療機関を受診する場合で約30%、5箇所以上の医療機関を受診する場合で約40%いた。)



# 薬局の処方箋の集中率の分布

- 処方箋の集中率が90%を超えている薬局は約37%であった。
- 処方箋の集中率が95%以上を超えている薬局の割合は、減少傾向にある。



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）  
 （平成28年度：n=52,249、平成29年度：n=53,747、平成30年度：n=55,438）

# 同一薬局の利用推進のための対策

- 薬局の業務の効率性も考慮しつつ、服薬状況の一元的な把握のために、患者が同一の薬局を繰り返し利用することを推進する観点から、薬剤服用歴管理指導料は、一定の要件を満たす場合、初回来局時の点数より、2回目以降の来局時の点数が低く設定されている。
- 薬剤服用歴管理指導料の全体の算定回数のうち、約半数が低い点数であった。

		調剤基本料1の薬局	調剤基本料1以外の薬局	(左記によらず)特別養護老人ホームに訪問して服薬指導を行う場合	(左記によらず)手帳の活用実績が少ない場合※
6ヶ月以内の再度の来局	手帳あり	41点	53点	41点	13点
	手帳なし	53点			
6ヶ月以内の再度の来局でない	手帳あり/なし				

※薬剤服用歴管理指導料を算定する患者のうち、手帳を持参した患者が50%未満

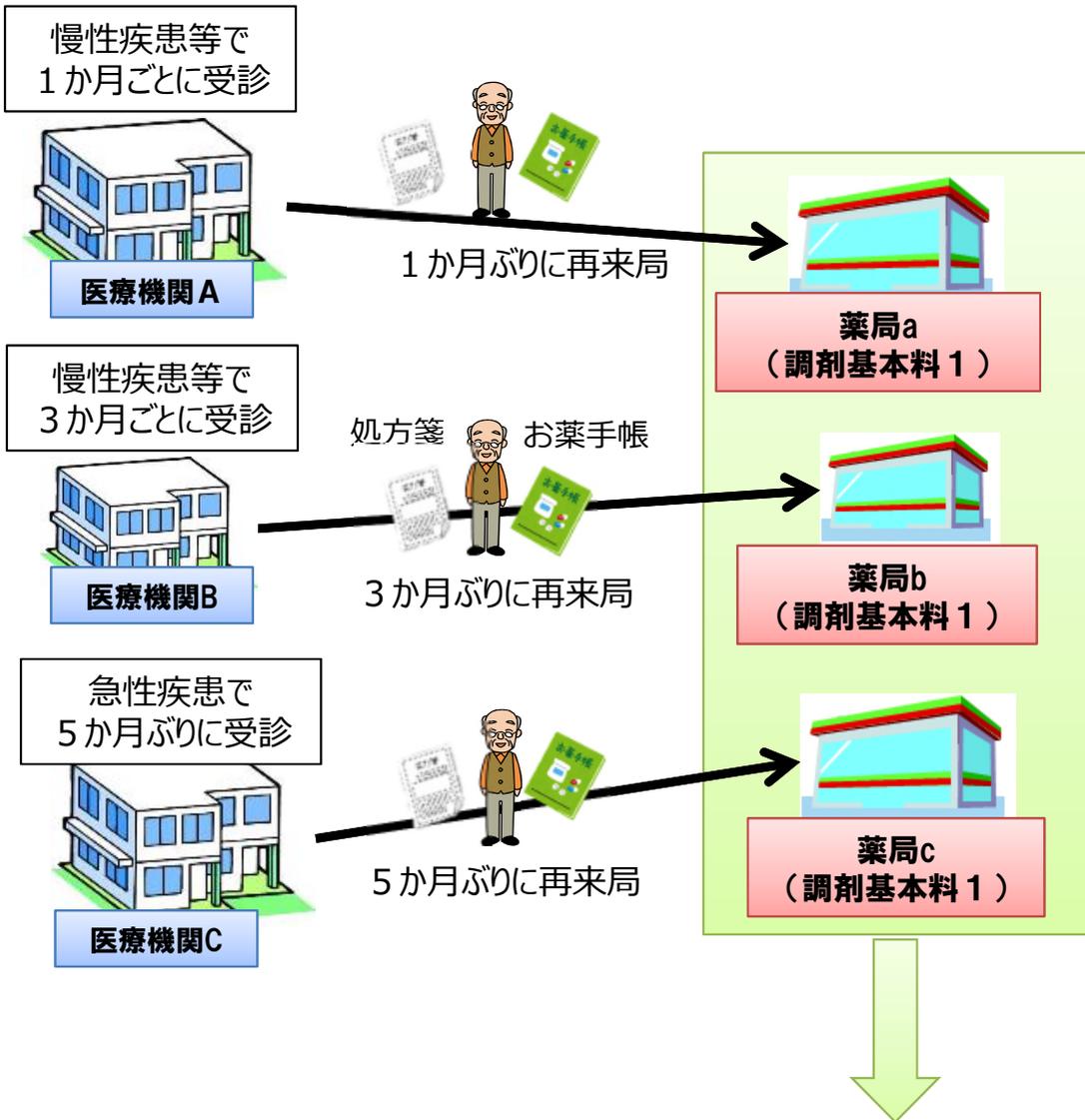
## 薬剤服用歴管理指導料の算定状況

項目	点数	算定回数 (H30)	算定割合* (%)	
薬剤服用歴管理指導料	①6ヶ月以内にお薬手帳を持参して再来局した患者 (調剤基本料1のみ)	①41点	30,368,582	47.77
	②①以外の患者	②53点	32,546,667	51.20
	③特別養護老人ホーム入所者	③41点	656,012	1.03

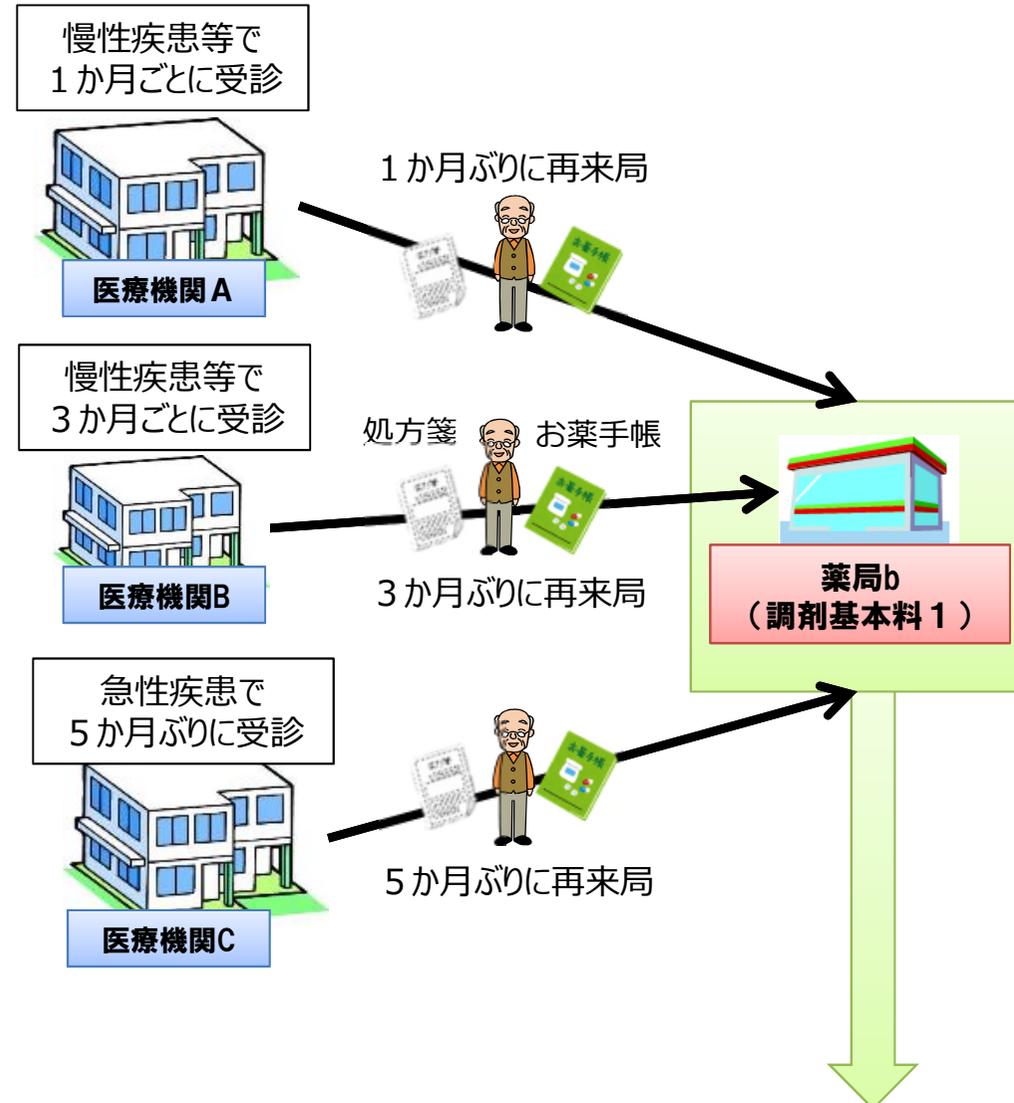
\*薬剤服用歴管理指導料の算定回数に対する割合

# 薬剤服用歴管理指導料の算定例（イメージ）

複数の薬局を利用する場合



1つの薬局を利用する場合



いずれの場合も薬剤服用歴管理指導料の低い点数（41点）が算定される

# お薬手帳における薬局名等の記載

- 薬剤服用歴管理指導料の算定要件では、「手帳に初めて記載する薬局」の名称等を記載することとされている。一方で、患者が普段利用する薬局の名称に関する規定はない。
- なお、かかりつけ薬剤師指導料の算定要件では、かかりつけ薬剤師の氏名等を記載することとされている。

## 薬剤服用歴管理指導料の算定要件（お薬手帳の主な記載関連部分のみ抜粋）

- (1) (略)  
ア・イ (略)  
ウ 手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項等を患者の手帳に経時的に記載すること。
- エ・オ (略)
- (2)～(10) (略)
- (11) 「手帳」とは、**経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウまでに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。**  
**ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録**  
**イ 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録**  
**ウ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録**  
手帳の当該欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。**なお、手帳に初めて記載する保険薬局の場合には、保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を記載すること。**
- (12)～(13) (略)
- (14) 手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行う。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、同一の手帳で管理できると判断した場合は1冊にまとめる。なお、1冊にまとめなかった場合については、その理由を薬剤服用歴の記録に記載する。

## かかりつけ薬剤師指導料の算定要件（お薬手帳の主な記載関連部分のみ抜粋）

- (1)～(3) (略)
- (4) 他の保険薬局及び保険医療機関においても、かかりつけ薬剤師の情報を確認できるよう、**患者が保有する手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載する。**
- (5)～(11) (略)

## ○ お薬手帳の記載項目（イメージ）

氏名： _____ 男・女 生年月日： 年 月 日 歳 住所： _____ 電話番号： _____ 血液型 (A・B・AB・O型) RH (+・-) _____	主な既往歴 <input type="checkbox"/> アレルギー性疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 肝疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 心疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 腎疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 消化器疾患 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) _____ _____ _____
アレルギー歴 (有・無) (食べ物) _____ _____ _____ (医薬品) _____ _____ _____	かかりつけ薬剤師連絡先 かかりつけ薬剤師名： _____ 薬局名： _____ 電話番号： _____
副作用歴 (有・無) 医薬品名： _____ _____ _____	

※手帳に初めて記載する薬局名等は、お薬手帳の裏などにスタンプされている場合が多い。

# 電子版お薬手帳でのデータの項目

参考

- 電子版お薬手帳については、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発1127第4号）の通知において、JAHIS標準フォーマットに従い、必要なデータ項目を設けることとしている。

## 電子版お薬手帳の必須データ項目

患者の基本情報（\*）（氏名、性別、生年月日、郵便番号、住所、電話番号、緊急連絡先、アレルギー歴、副作用歴、既往歴）

調剤情報（調剤ごと）

処方年月日（処方年月日）

調剤年月日（調剤年月日）

調剤医療機関・薬品情報（名称、都道府県、郵便番号、住所、電話番号、医科/歯科/調剤の種別、医療機関/薬局コード）

調剤医師・薬剤師情報（氏名、連絡先）

処方医療機関情報（名称、都道府県、医科/歯科/調剤の種別、医療機関コード）

薬品情報（処方番号、薬品名称、用量、単位名、薬品コード、薬品補足情報、薬品服用の注意事項）

用法情報（処方番号、用法名称、調剤数量、調剤単位、剤型の種別、用法コード、処方服用注意事項、服用注意事項）

服薬情報（服用中に気づいたこと）

連絡・注意事項（利用者から医師・薬剤師への連絡事項、医師・薬剤師から利用者への連絡・注意事項）

入院中の情報

入院中の副作用情報（入院中に副作用が発生した薬剤の名称、投与量、当該副作用の概要、措置、転帰）

退院後に必要な情報（退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導、服薬状況及び投薬上の工夫に関する情報）

要指導医薬品、一般用医薬品

服用履歴（服用年月日、薬品名称）

手帳メモ

※手帳全体についてのメモ欄

備考

※その他事項の記入欄

記入者

※上記の各項目について、作成者が利用者か医療関係者かを区別するもの

（\*）個人情報の取扱いに留意し必要な項目を設けること

（\*\*）下線は、お薬手帳サービスとして最低限必要なもの

# 患者が複数枚の処方箋を薬局に提出した場合の取扱い

- 患者が同一日に複数枚の処方箋を薬局に提出した場合、①同一医療機関の同一医師の処方の場合や②一連の診療行為に基づいて交付された場合は、調剤基本料の算定の根拠となる受付回数は1回とされる。
- 一方で、2つ以上の異なる医療機関からの処方箋である場合、別々の受付とされる。

## 調剤基本料の算定要件（受付回数関連部分のみ抜粋）

(1) (略)

(2) 同一患者から同一日に複数の処方箋を受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方箋又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方箋については一括して受付1回と数える。

ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方箋については歯科以外の処方箋と歯科の処方箋を別受付として算定できる。

(3) 2以上の異なる保険医療機関が交付した処方箋を同時に受け付けた場合において、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。

(4)～(17) (略)

# 調剤報酬（その3）

1. 調剤基本料②

2. かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む対人業務

（1）かかりつけ薬剤師指導料

（2）同一薬局の利用推進

（3）その他個別事項

# 対物業務から対人業務への転換に関する主な改定事項(平成26年度～)

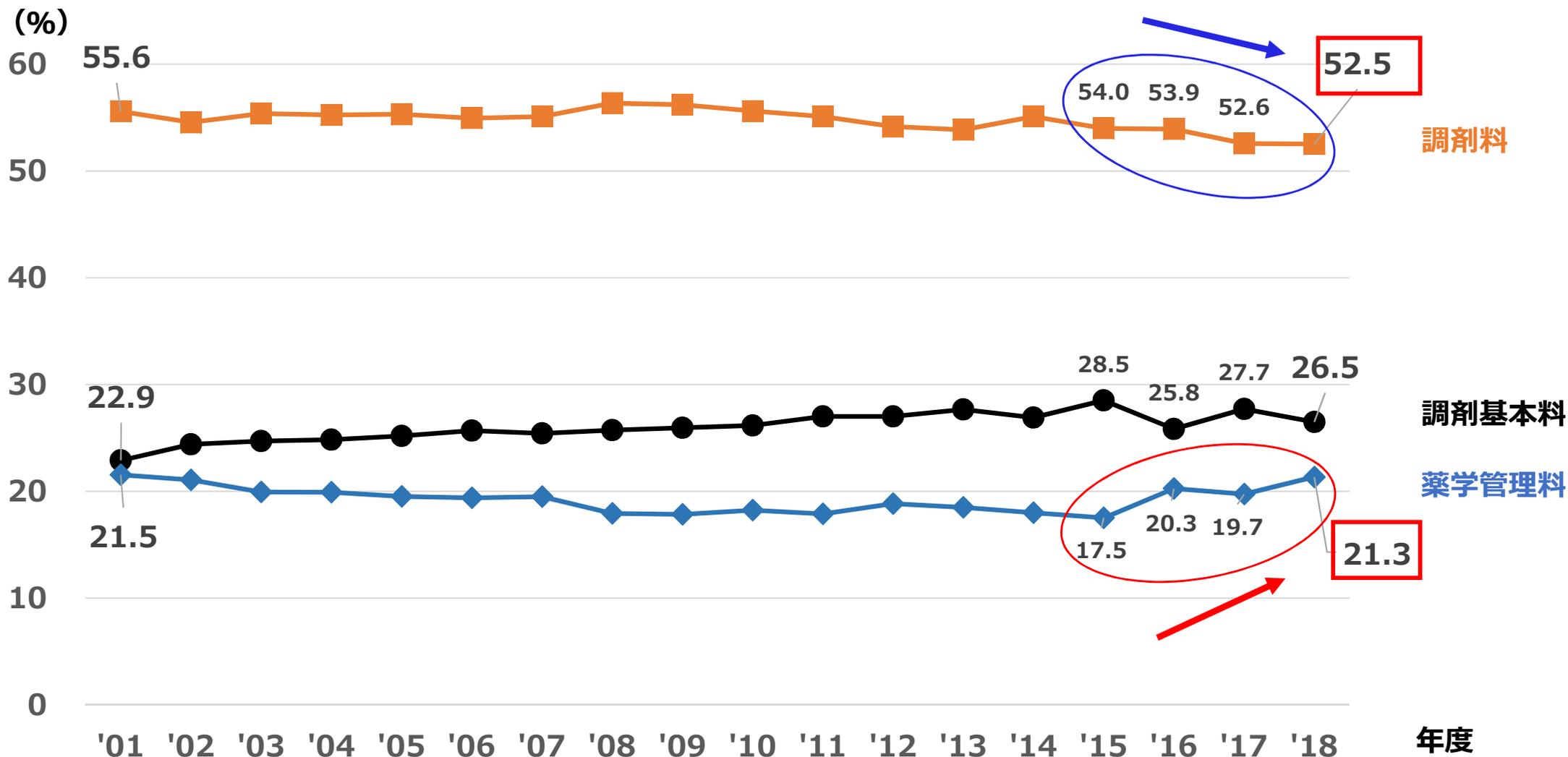
○ 患者のための薬局ビジョン策定以降、対人業務への移行が進められてきた。

改定年度	かかりつけ薬剤師・薬歴管理	重複投薬、ポリファーマシー、 残薬等への対応	その他	技術料の適正化 (内服薬)
平成26年度	薬剤服用歴管理指導料の評価の見直し(41点→41/34点※) ※お薬手帳に記載しない場合に低い点数とする			15～22日：71点 22～30日：81点 31日～：89点 (※変更なし)
<b>患者のための薬局ビジョン策定(平成27年10月)</b>				
平成28年度	<u>【新】かかりつけ薬剤師の評価</u> (かかりつけ薬剤師指導料(70点)、かかりつけ薬剤師包括管理料(270点)の新設) <u>薬剤服用歴管理指導料の評価の見直し(41/34点→50/38点※)</u> ※6か月以内再来局+手帳持参時に低い点数とする <u>特別養護老人ホーム入所者への服薬管理支援の評価(38点)</u>	<u>節薬バッグの活用等による残薬解消の評価</u> (外来服薬支援料の拡充) <u>処方箋様式の変更(残薬の確認時の薬局の対応欄の新設)</u> <u>重複投薬・相互作用等防止加算の評価の見直し(20/10点→30点)</u> ※重複投薬、相互作用以外にも対象範囲を拡大する一方で処方変更時のみ算定可とした <u>薬局における分割調剤</u>	<u>長期投薬情報提供料を服薬情報等提供料に統合(18/28点→20点)</u> <u>特定薬剤管理指導加算の評価の拡充(4点→10点)</u> <u>乳幼児服薬指導加算の評価の拡充(5点→10点)</u>	15～22日：70点 (※▲1点) 22～30日：80点 (※▲1点) 31日～：87点 (※▲2点)
平成30年度	<u>かかりつけ薬剤師指導料等の評価の拡充(70/270点→73/280点)</u> <u>薬剤服用歴管理指導料の評価の拡充(50/38点→53/41点)</u> <u>薬歴の記載事項の整理</u> 「今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点」を記載	<u>【新】薬局の減薬の提案の評価</u> (服用薬剤調整支援料の新設(125点)) <u>重複投薬・相互作用等防止加算の評価の見直し(30点→40/30点)</u> ※残薬調整は30点、それ以外は40点 <u>減数調剤の取扱いの明確化</u> ※処方箋の備考欄の活用	<u>服薬情報等提供料の評価の見直し(20点→30(医療機関の求め)/20点(患者の求め等))</u> <u>手帳の活用実績が少ない薬局(持参率50%以下)の薬剤服用歴管理指導料の減算(13点)</u> <u>乳幼児服薬指導加算の評価の拡充(10点→12点)</u> <u>分割調剤の手続きの明確化</u>	15～22日：67点 (※▲3点) 22～30日：78点 (※▲2点) 31日～：86点 (※▲1点)

# 技術料に占める調剤基本料、調剤料、薬学管理料（点数ベース）の割合

中医協 総 - 3  
元 . 9 . 2 5

- 「調剤料」の占める割合は近年減少傾向にあるが、引き続き技術料の50%を超えている。
- 対人業務を評価する「薬学管理料」の占める割合は、近年増加傾向にあるものの、20%程度。



# 調剤医療費の内訳（平成29年度分）

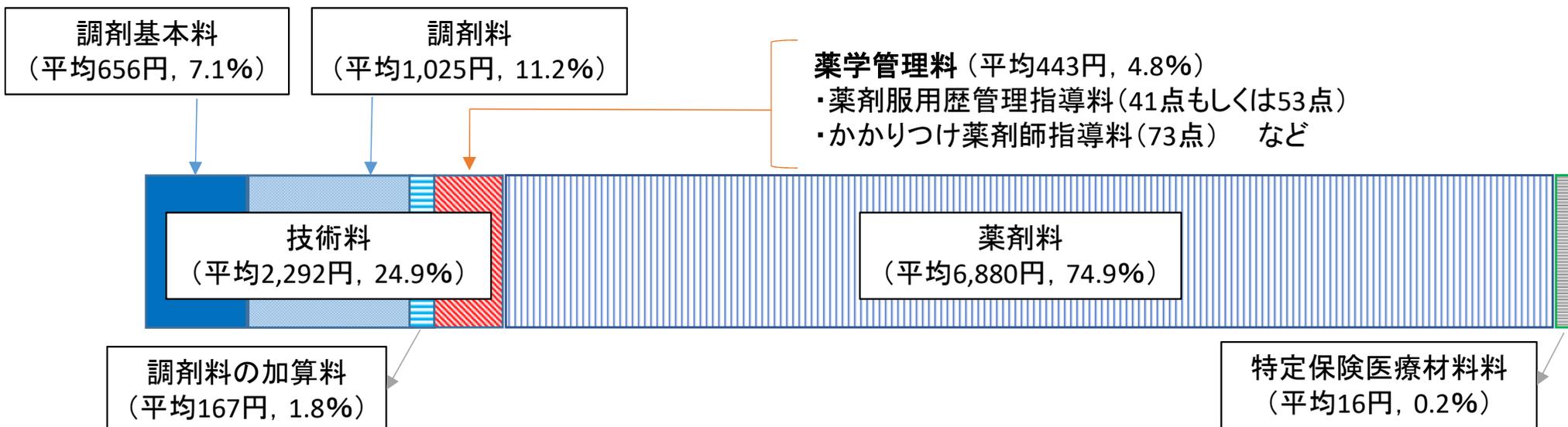
中 医 協 総 - 3  
元 . 9 . 2 5

- 平成29年度の調剤医療費の内訳は、技術料が約1.9兆円、薬剤料が約5.7兆円であった。
- 技術料（約1.9兆円）の内訳は、調剤基本料が約5,500億円、調剤料が約9,900億円、薬学管理料が約3,700億円であった。

## 調剤医療費の内訳（平成29年度分）

	技術料				薬剤料
	調剤基本料	調剤料	薬学管理料	技術料小計	
金額（億円）	5,478	9,945	3,699	19,122	57,413

### （参考）処方箋1枚あたりの調剤報酬（平均9,187円、平成29年度）の内訳



出典) 調剤医療費の動向(平成29年度)より医療課にて作成

# 薬学管理料の算定状況について（平成30年6月審査分）

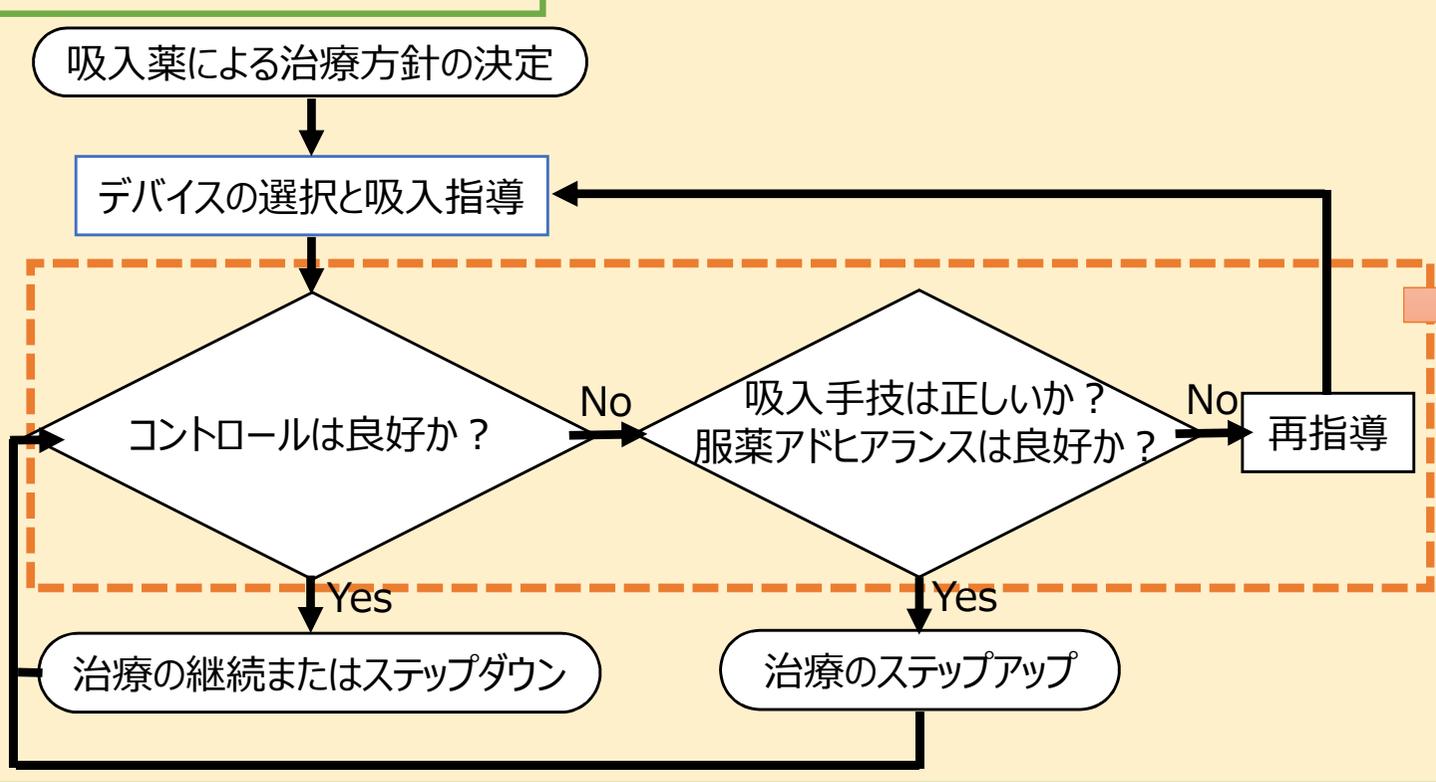
項目		点数	算定回数 (H30年6月審査分)	
1	薬剤服用歴管理指導料	①6ヶ月以内にお薬手帳を持参して再来局した患者 (調剤基本料1のみ)	①41点	30,368,582
		②①以外の患者	②53点	32,546,667
		③特別養護老人ホーム入所者	③41点	656,012
2	かかりつけ薬剤師指導料	73点	979,838	
	麻薬管理指導加算	22点	32,539	
	重複投薬・相互作用等防止加算	①残薬以外	①40点	183,460
		②残薬	②30点	208,149
	特定薬剤管理指導加算	10点	7,008,868	
	乳幼児服薬指導加算	12点	3,706,111	
3	かかりつけ薬剤師包括管理料	280点	836	
4	服薬情報等提供料 (月1回まで)	①保健医療機関の求めがあった場合	①30点	13,886
		②患者・家族等の求めがあった場合または保険薬剤師が必要性を認めた場合	②20点	16,681
5	外来服薬支援料（月1回まで）	185点	7,464	
6	服用薬剤調整支援料（月1回まで）	125点	189	
在宅関係				
7	在宅患者訪問薬剤管理指導料 (患者1人に月4回まで)	①単一建物診療患者が1人	①650点	17,298
		②単一建物診療患者が2～9人	②320点	1,864
		③単一建物診療患者が10人以上	③290点	4,216
8	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（月4回まで）	500点	4,615	
9	在宅患者緊急時等共同指導料（月2回まで）	700点	144	
	麻薬管理指導加算	100点	826	
	乳幼児加算（6歳未満の場合）	100点	1,134	
10	退院時共同指導料（入院中1回まで）	600点	142	
11	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	①残薬以外	40点	1,853
		②残薬	30点	10,404

# 吸入薬の吸入手技の指導等について

- 吸入喘息治療薬等の吸入指導は、患者に合うデバイスの選択と吸入手技の指導が重要であり、薬剤師はチェックリストを用いた誤操作の点検や実技指導等の吸入手技の指導を実施する重要な担い手である。

出典：アレルギー総合ガイドライン2019 成人喘息（日本アレルギー学会）より医療課が作成

## 吸入療法の進め方



## 吸入手技の指導



- チェックリストを用いた誤操作の点検
- 実技指導（口頭指導のみは避ける）
- 再指導による修正、確認

## アレルギー総合ガイドライン2019 成人喘息「4.吸入指導」より抜粋

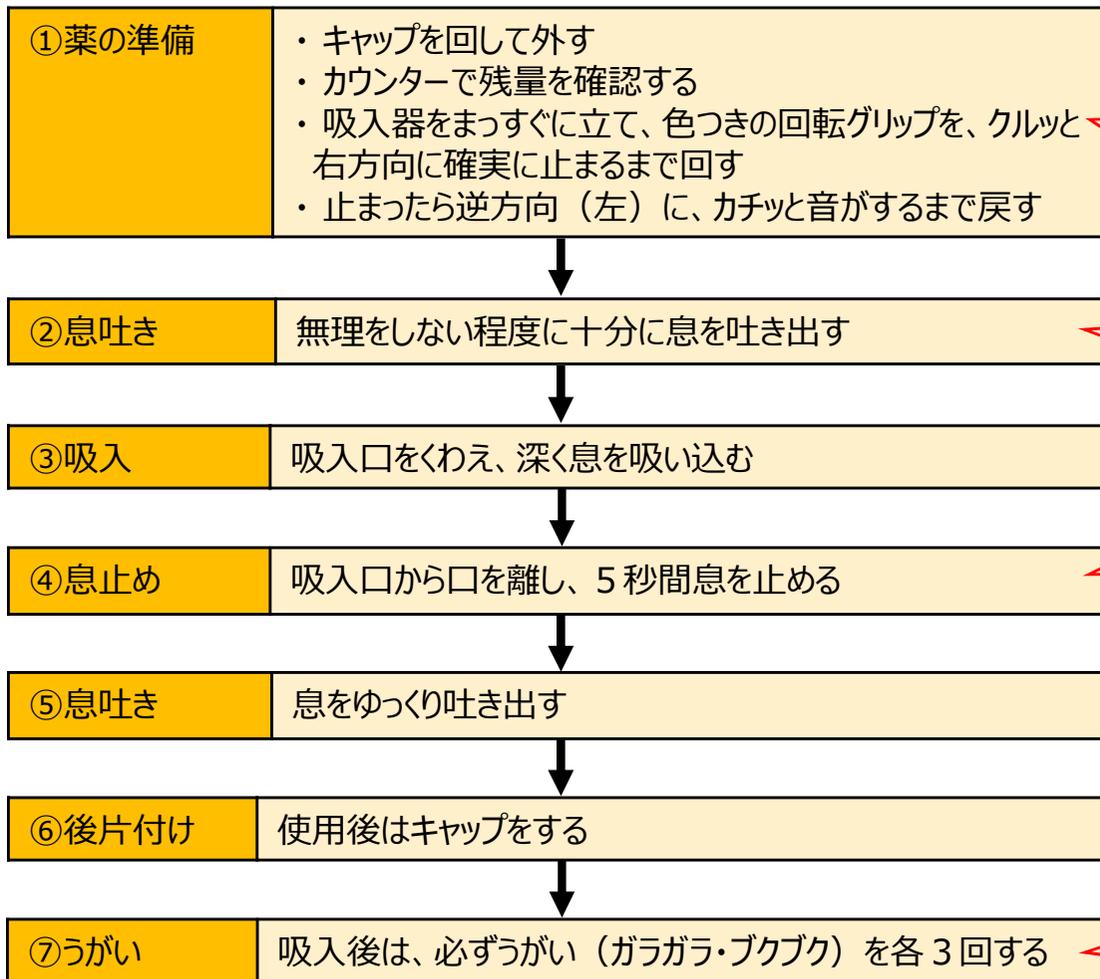
- 吸入手技の不良は喘息コントロールの不良、増悪リスクや副作用の増加につながる。
- 吸入指導の重要な担い手は薬剤師であり、適切な病薬連携が吸入指導の成功の鍵を握る。
- コントロールが良好でなく、治療ステップアップを考慮する際や増悪歴のある患者には服薬アドヒアランスとともに吸入手技を点検する。

# 薬剤師による吸入薬の吸入指導の手順について

- 吸入薬の吸入指導は、処方されたデバイスで正しく吸入できるかの確認から始まり、それぞれのデバイスの操作方法に応じた吸入手順で指導する必要がある。
- 治療効果の向上や副作用の回避のためには、正しい手技で吸入する必要がある。

## 吸入手順（タービュヘイラーの例）

※始めに、吸入操作練習用具（笛付）でホイッスル音を確認



### 吸入指導のポイント

ホイッスル音が鳴ると、ちょうど良い吸入速度。  
鳴らない時は、吸入速度が足りないので疑義照会が必要。

回転グリップを回す際、吸入口を持つと薬剤が充填されないため、本体中央部を持って回転グリップを回すよう指導。

息吐きをしないと吸入が十分にできないため、十分に息吐きするよう指導。

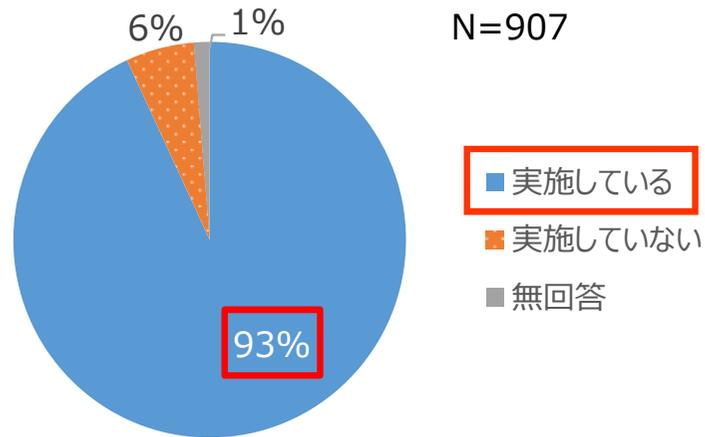
気道への薬剤沈着率を高めるため、無理のない程度に息止めをするよう指導。

口腔カンジダや嘔声などの副作用を防止するため、吸入後にうがいをするよう指導。

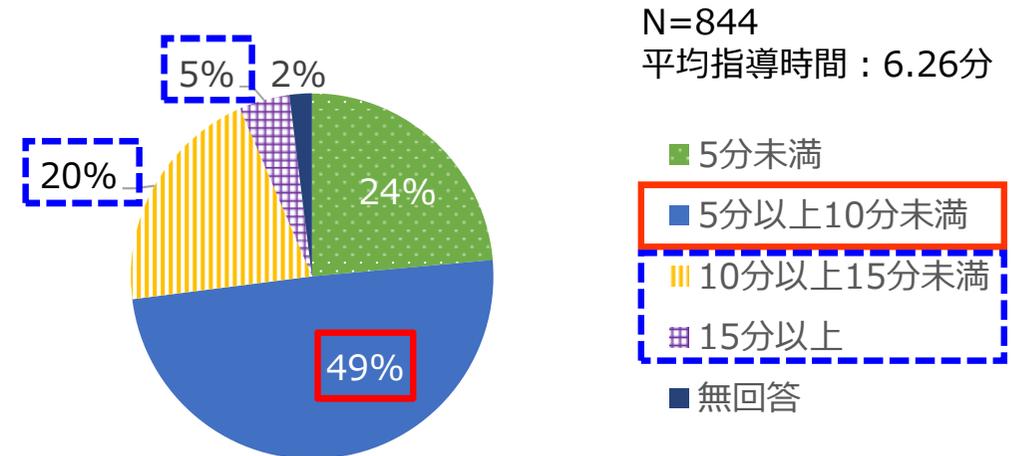
# 薬局での吸入薬の服薬指導の現状

- 吸入薬の使用方法に関する指導を行っているとは回答した薬局は、全体の90%超であった。
- 吸入指導時間は、約50%の薬局では5分以上10分未満であった。10分以上との回答も約25%あった。
- 吸入指導を行っている薬局では、約90%で文書のみでなく、デモ機も用いて指導を行っていた。

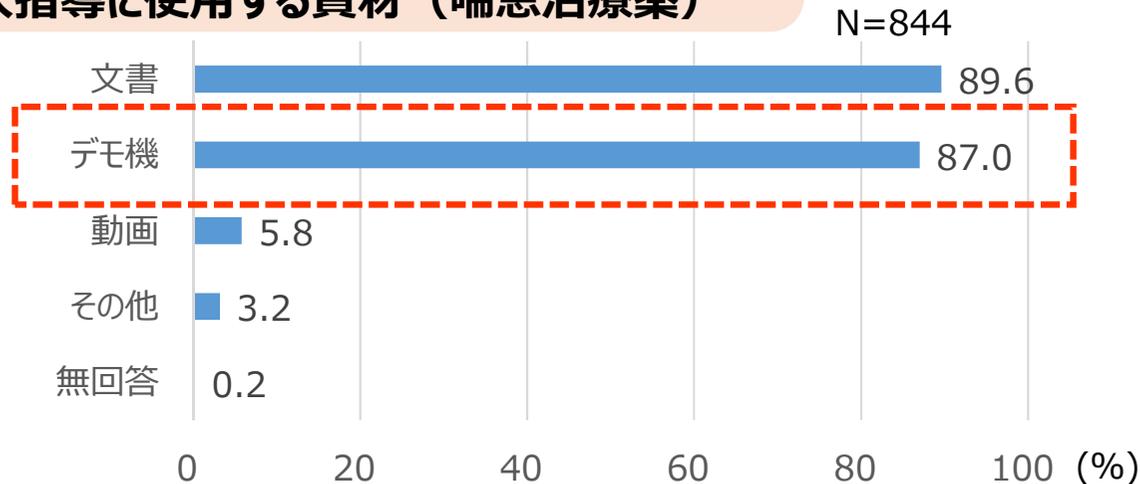
## 吸入指導の実施の有無



## 吸入指導時間（喘息治療薬）



## 吸入指導に使用する資材（喘息治療薬）

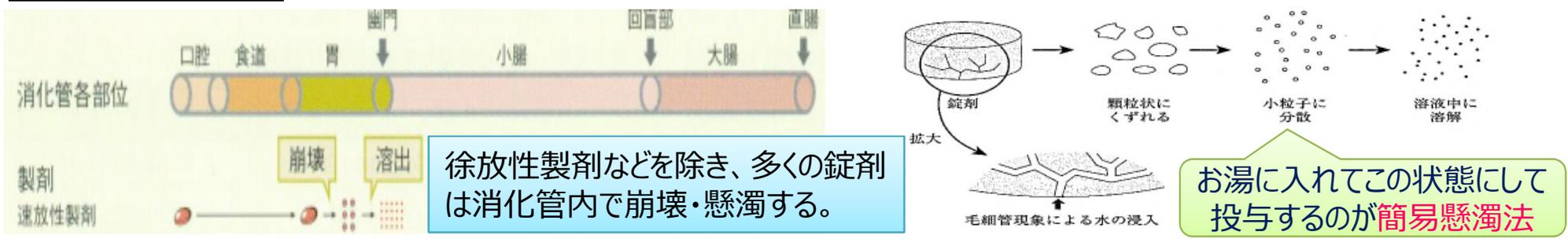


# 経管投与患者に対する対応①（簡易懸濁法）

- 経管投与患者に対し、簡易懸濁法により薬剤投与が実施されている場合がある。
- 簡易懸濁法には、治療薬選択範囲の拡大、薬剤によるチューブ閉塞の防止、配合変化の回避等のメリットがある。

## 簡易懸濁法とは

錠剤粉砕・カプセル開封をせずに、投与時にお湯（約55℃）に入れて崩壊・懸濁を待ち（10分程度）、経管投与する方法。



## 簡易懸濁法のメリット

### ① 治療薬選択範囲の拡大

錠剤・カプセル剤の中で、簡易懸濁法で経管投与できる薬品は約91%と多く、治療の幅を広げることができる。（粉砕法では約58%）

### ② 患者QOL低下の防止・向上、医療者の負担の軽減

各薬剤の簡易懸濁時のチューブ通過性データがあるため、薬剤によるチューブ閉塞が防止でき、患者QOLの向上や医療者の負担軽減につながる。また、簡易懸濁法では細いチューブも利用できるため、患者QOLの向上につながる。

### ③ 医薬品の安定性保持

投与直前まで製品包装のまま保管でき、薬剤の安定性が確保できる。（粉砕では、製品包装から取り出し、粉砕後に再分包が必要）

### ④ 配合変化の回避

錠剤のまま保管するため、保存期間中の配合変化を回避できる。（複数の薬剤を粉砕・混合した場合は、保管期間中に配合変化を起こす薬剤もある）

### ⑤ リスクマネジメント

錠剤を識別コードで確認することで、誤投与のリスクを回避できる。（粉砕は粉末になるので鑑査が困難）

### ⑥ 経済効果

錠剤のまま調剤するため、中止・変更があった場合、薬品ごとに対応が可能である。（粉砕では粉末を混合するので、特定の薬剤のみを中止・変更することは困難で再調剤が必要）

# 経管投与患者に対する対応②（薬局の薬剤師の関わり）

- 簡易懸濁法を実施する患者に対し薬局の薬剤師は、①最新のデータに基づいた医師への薬剤選択の提案、②家族、介助者等に対する簡易懸濁法の説明・指導、③医師、看護師等への患者の状況の報告等を実施している。

## 簡易懸濁法で行われる服薬指導

- 最新のデータに基づき、多職種と連携した薬剤の簡易懸濁の可否の判断  
(例：経管投与に適した薬剤の選択、配合変化の回避、リスクマネジメントなど)
- 簡易懸濁法の説明及び薬剤の指導・管理  
(例：患者家族・介助者等への手技指導、簡易懸濁に必要な機材の提供、薬剤の特性に応じた指導・管理など)
- 医師、看護師等への報告等の実施

## 退院後に簡易懸濁法を開始する場合（イメージ）

### 入院中：医療従事者が対応

#### ■ 粉碎法で投与



医師・薬剤師・看護師等



### 退院後（在宅）：家族、看護師等が対応

#### ■ 簡易懸濁法で投与



医師・看護師等



薬局薬剤師



家族等



① 薬剤選択の相談・提案

（看護師等に簡易懸濁法の手技等を説明）

③ 患者等の状況の報告

② 簡易懸濁法の手技等を説明

状況のモニタリング

# 薬局における対人業務の評価の充実

## 重複投薬・相互作用等防止加算

- 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について、残薬調整に係るもの以外の評価を見直す。

### 平成28年度改定時

【重複投薬・相互作用等防止加算】 30点  
 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。

【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 30点

### 平成30年度改定時

【重複投薬・相互作用等防止加算】  
 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

**イ 残薬調整に係るもの以外の場合** 40点

□ 残薬調整に係るものの場合 30点

【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

**イ 残薬調整に係るもの以外の場合** 40点

□ 残薬調整に係るものの場合 30点

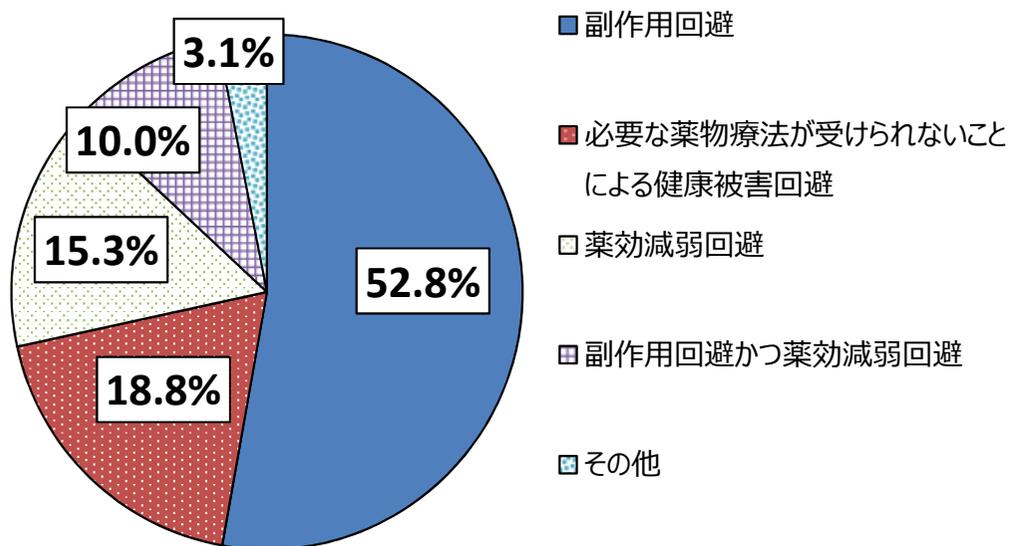
イ、口の併算定は不可

○ 疑義照会の16.8%が薬学的介入の事例であり、副作用回避等につながっている。

## 疑義照会件数・薬学的介入の件数

応需処方せん枚数	疑義照会件数	薬学的介入の件数
51,376枚	1,910件 応需処方せんの3.72%	320件 疑義照会の16.8%

## 保険薬局における薬学的介入の種類



N=320

出典：愛媛県薬剤師会資料

## 薬学的介入の具体的な事例

### がん化学療法への介入

イレッサ錠250 (ゲフィチニブ) 昼食後  
 ガスター10mg (ファモチジン) 昼食後

ガスターにより胃酸が抑制されpHが上昇することにより、イレッサのAUCが低下するおそれ

イレッサ錠250 (ゲフィチニブ) 昼食後  
 ガスター10mg (ファモチジン) **夕食後**

### 腎機能に応じた投与量推奨

バリキサ錠450mg 1回2錠 1日4錠

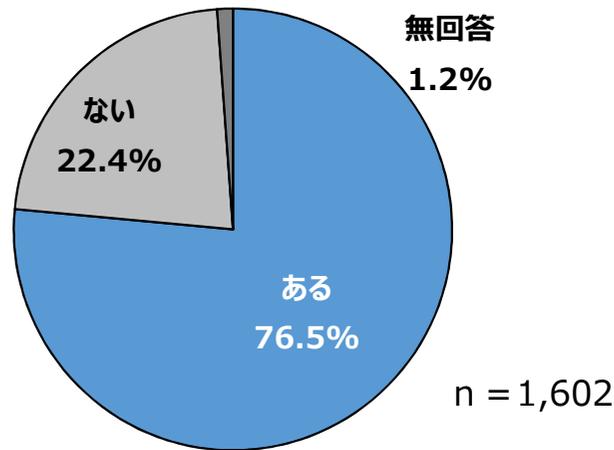
1か月前の検査結果から腎機能低下 (血清Cr1.21、eGFR47.3) のため、用量調節提案

バリキサ錠450mg 1回**1錠** 1日**2錠**

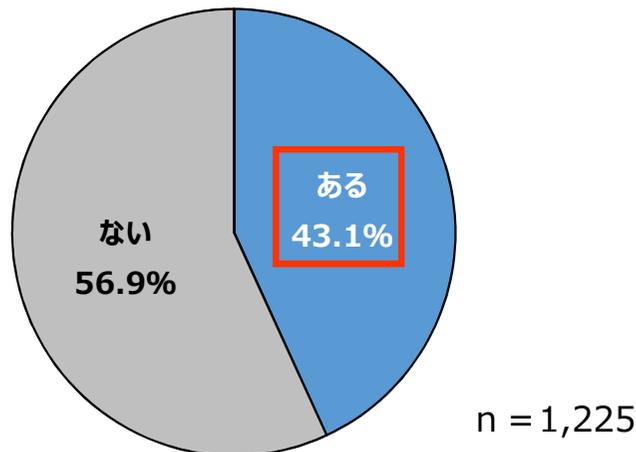
# 薬局における血液・生化学的検査の活用状況

- 約 4 割の患者では、血液検査等の結果を薬局薬剤師に見せたことがあると回答した。
- 薬局では、血液検査等の結果の活用が必要な場合として、肝機能や腎機能のモニタリングが必要な薬が処方されている場合を挙げる薬局が最も多かった。

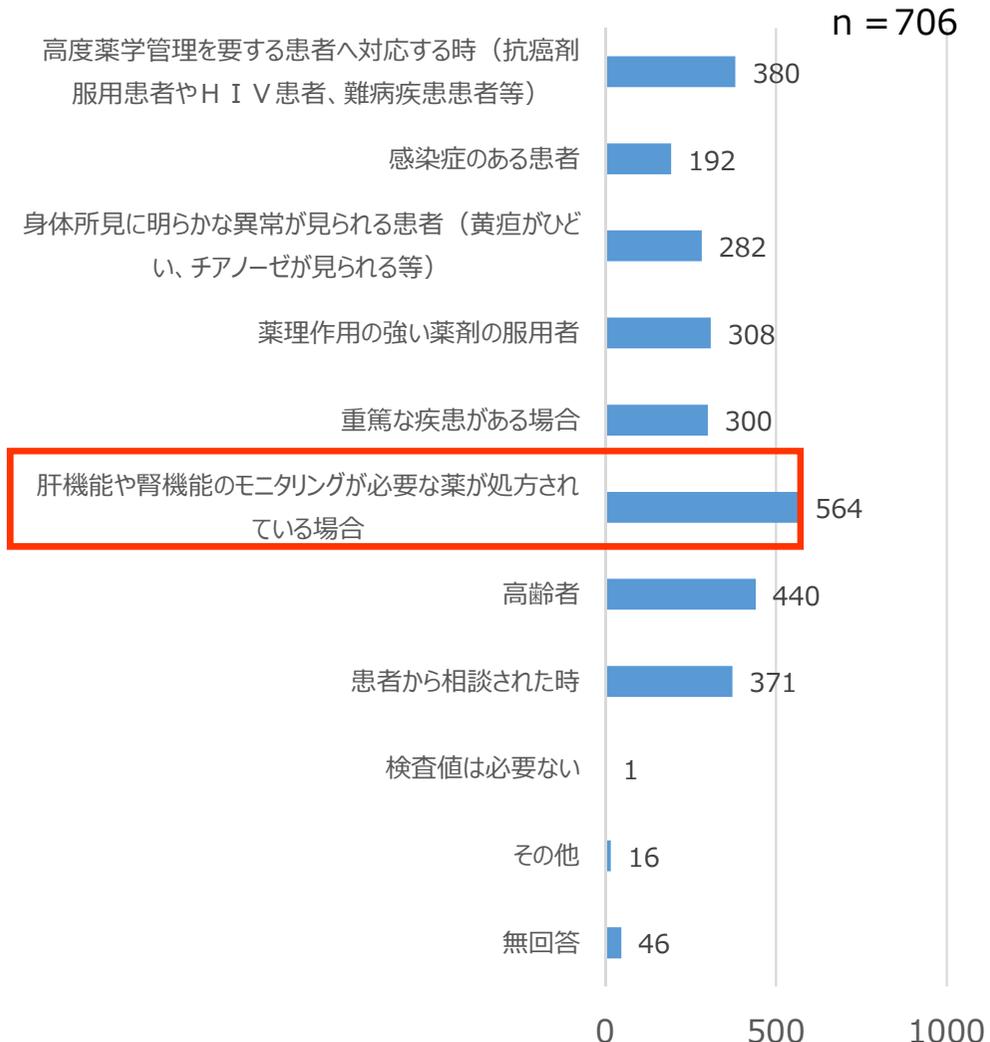
直近1年間で、血液検査など、医療機関で測定した検査の結果をもらったことはあるか（患者調査）



測定結果を薬局の薬剤師に見せたことはあるか（患者調査）



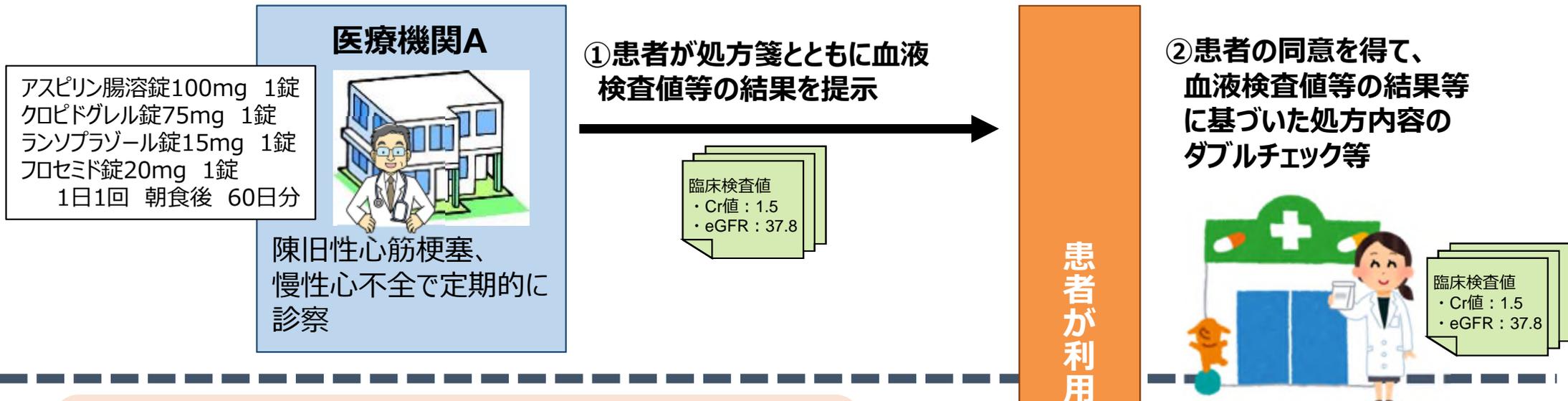
どうした場合、検査値の利用が必要か（複数回答）（薬局調査）



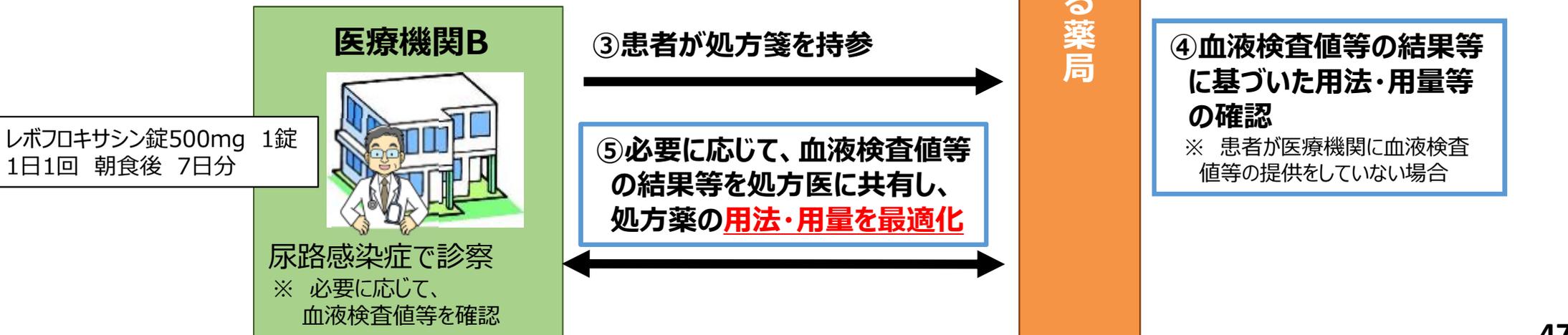
# 医療機関と薬局の連携による用法・用量の最適化（血液・生化学的検査の結果の活用）

- 複数の医療機関を受診する患者について、患者の同意の下、薬局で患者の血液・生化学的検査の結果を確認し、医療機関に必要な情報を共有しつつ、処方薬の用法・用量の確認等を行うことにより、患者の処方薬の用法・用量の最適化が図られることが期待される。

## 処方医療機関において血液・生化学的検査を実施している場合



## 処方医療機関において、血液・生化学的検査を実施していない場合



- 処方箋料において、処方する抗不安薬等の種類数や投薬量が減少した患者について、薬剤師に症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算（12点）を算定することができる。

## F 4 0 0 処方箋料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点
- 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点
- 3 1及び2以外の場合 68点

### 注1～7（略）

- 8 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A 2 5 0に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B 0 0 8 - 2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

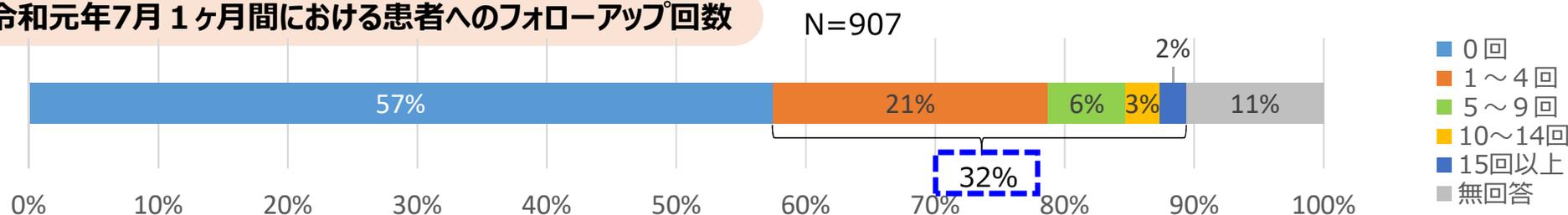
### <向精神薬調整連携加算の算定状況>

	届出医療機関数	算定回数
		H30
向精神薬調整連携加算	(届出不要)	1,033

# 薬局での調剤後の継続的な服薬状況等の確認の状況

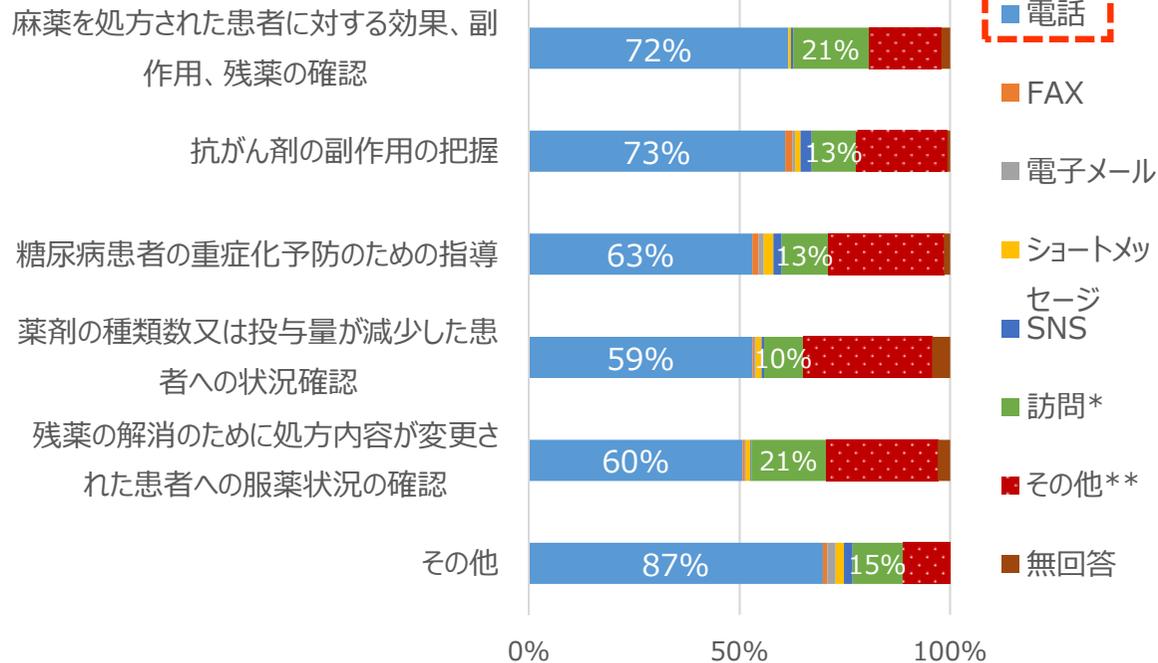
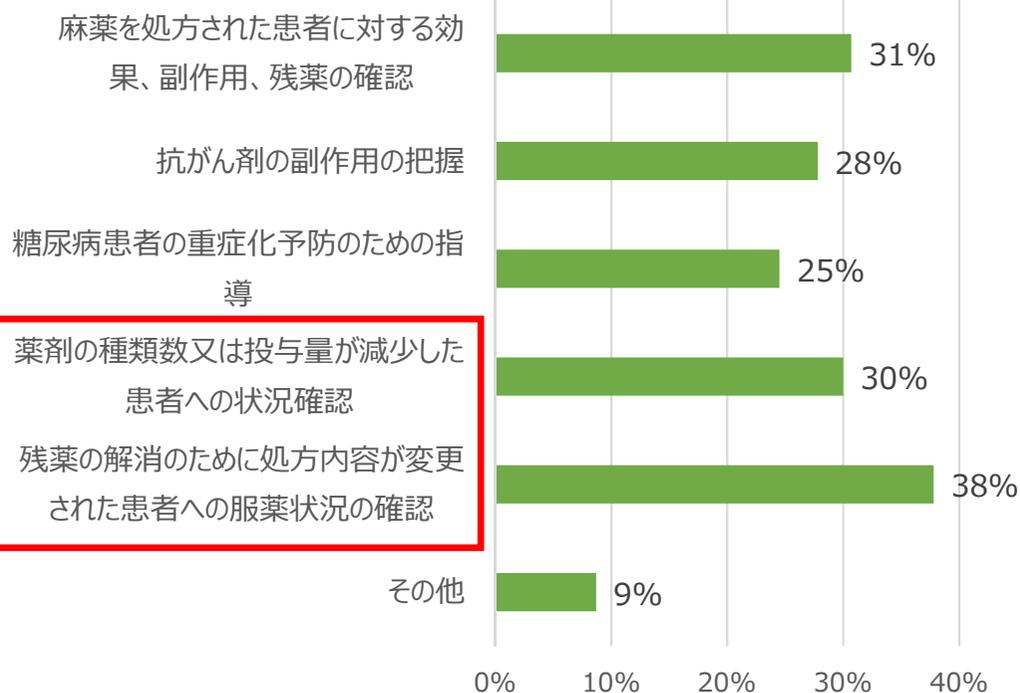
- 調剤後の患者への服薬状況の確認等を実施している薬局は、1ヶ月間では約30%であった。
- これまでに実施したことのある患者への調剤後の継続的な服薬状況等の確認（フォローアップ）としては、処方内容が変更された患者に対するものが多かった。患者への確認方法は電話によるものが多かった。
- 具体的に実施されたフォローアップの内容としては、①薬剤の種類数又は投与量が減少した患者への状況確認②残薬解消のために処方内容が変更された患者への服薬状況の確認等が行われていた。

## 令和元年7月1ヶ月間における患者へのフォローアップ回数



## これまでに実施した調剤後の患者へのフォローアップの内容及びその方法

N=909



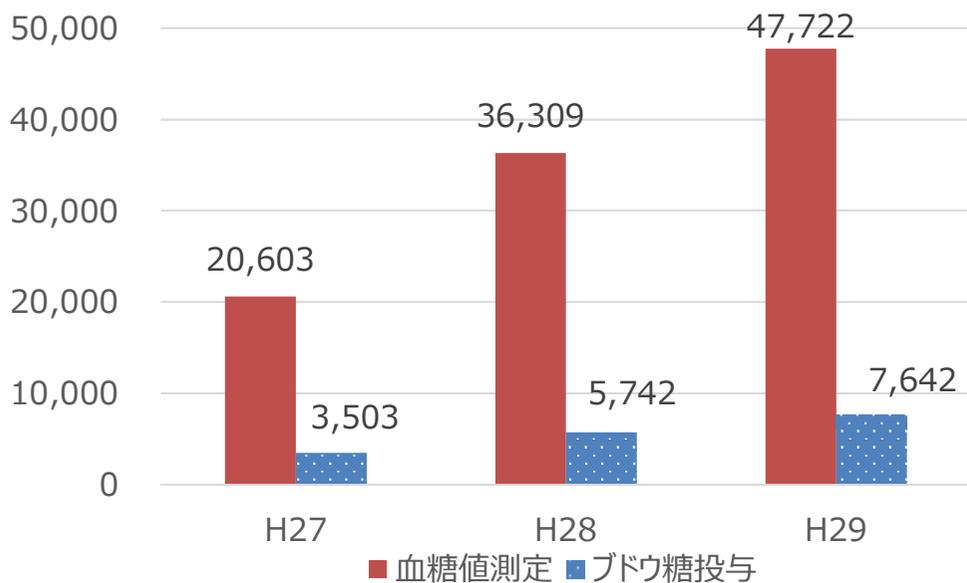
\*在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定する場合を除く  
\*\*その他として、訪看を通じて確認、家族に聞き取りを行うなどがあげられた。

# 低血糖による救急搬送等の実態

参考

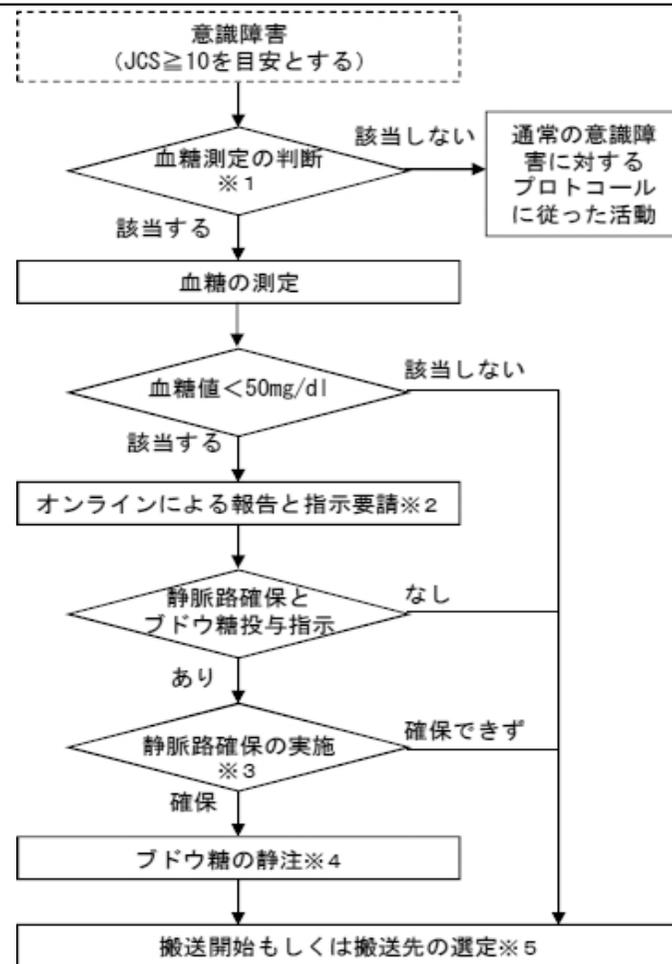
- 糖尿病治療薬（内服薬及びインスリン製剤）の副作用により、低血糖となる場合がある。
- 低血糖による症状として、動悸、手指の震え、めまい等の他、重度の場合には、意識障害やけいれん発作を起こす場合がある。
- 平成29年に救急救命士により実施された特定行為のうち、意識障害の傷病者に対する血糖測定の件数は約48,000件、ブドウ糖静注の件数は約8,000件であった。

## 救急隊が行った応急処置等の状況



出典：総務省消防庁「救急救助の現況 救助編 救急隊が行った応急処置等の状況（事故種別による分類）」より医療課作成

## 「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」プロトコールの一例



出典：救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について（平成26年1月31日 消防庁救急企画室長・厚生労働省医政局指導課長通知）

# かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む対人業務に関する現状・課題

## 【現状・課題】

- かかりつけ薬剤師指導料の届出を行っている薬局は、重複投薬等の削減ために行っている取組や残薬解消のために行っている具体的な取組を行っている割合が、未届出薬局と比べて大きい。
- 平成30年のデータでは、処方箋の集中率が90%を超えている薬局は約37%であった。
- 薬剤服用歴管理指導料の全体の算定回数のうち、約半数が低い点数であった。
- 患者が同一日に複数枚の処方箋を薬局に提出した場合、同一医療機関の同一医師の処方の場合又は一連の診療行為に基づいて交付された場合は、受付回数は1回とされるが、2つ以上の異なる医療機関からの処方箋である場合、別々の受付とされる。
- 診療ガイドラインにおいて、吸入指導は、患者に合うデバイスの選択と吸入手技の指導が重要であり、薬剤師が吸入手技の指導を実施する重要な担い手であるされている。
- 吸入薬の使用方法に関する指導を行っているという回答した薬局は、全体の90%超であった。吸入指導時間は約50%の薬局では5分から10分未満であり、10分以上との回答も約25%あった。
- 簡易懸濁法を実施する患者に対し薬局の薬剤師は、①最新のデータに基づいた医師への薬剤選択の提案、②家族、介助者等に対する簡易懸濁法の説明・指導、③医師、看護師等への患者の状況の報告等を実施している。
- 約4割の患者では、血液検査等の結果を薬局薬剤師に見せたことがあると回答。薬局では、血計検査等の結果の活用が必要な場合として、肝機能や腎機能のモニタリングが必要な薬が処方されている場合を挙げる薬局が最も多かった。
- 調剤後の患者への服薬状況の確認等を実施している薬局は、1ヶ月間では約30%。これまでに実施したことのある患者への調剤後のフォローアップとしては、処方内容が変更された患者に対するものが多く、患者への確認方法は電話によるものが多かった。

# かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む対人業務に関する論点

## 【論点】

- かかりつけ薬剤師・薬局について、対物業務から対人業務への転換の観点等も踏まえ、その評価についてどう考えるか。
- 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、患者が同じ薬局を繰り返し利用することを推進する観点から、再度の来局の期間を6ヶ月から一定程度短縮することとしてはどうか。  
また、現在、調剤基本料1を算定する場合のみ低い点数が設定されていることについて、患者にわかりやすい制度とする観点から、調剤基本料1以外にも対象を拡大することについてどう考えるか。
- お薬手帳に患者が普段利用する薬局の名称等を記載する取組を進めることを検討してはどうか。
- 患者が異なる医療機関からの複数の処方箋を同時に薬局に提出した場合等について、同じ薬局を患者が繰り返し利用することを推進する観点等から、調剤基本料の算定回数を1回とすることを検討してはどうか。
- 薬局での業務の実態等を踏まえ、以下の取組を評価をすることについてどう考えるか。
  - ① 初めて吸入薬を使用する喘息患者や処方薬が変更になった喘息患者等に対して、デモ機も用いつつ、必要な吸入指導を行った場合の評価
  - ② 簡易懸濁法を開始等する在宅患者に対し、医師や家族等からの依頼に基づき、薬剤師による薬剤選択の提案、家族等に対し簡易懸濁法の説明・指導を行った場合の評価（必要に応じて患者の状況等を医師や看護師等に情報提供）
  - ③ 糖尿病等の患者であって、処方薬の種類や用法・用量等が変更になった場合について、調剤後に電話等により服用上の注意等についてあらためて指導等を行った場合（必要に応じて結果を処方医に情報提供）
  - ④ 患者の血液・生化学的検査の結果を活用し、医師への疑義照会により、患者の処方薬の用法・用量の最適化が行われた場合の評価の拡充

# 參考資料

# 薬局における対人業務の評価の充実①

## 服用薬剤調整支援料

○ 患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

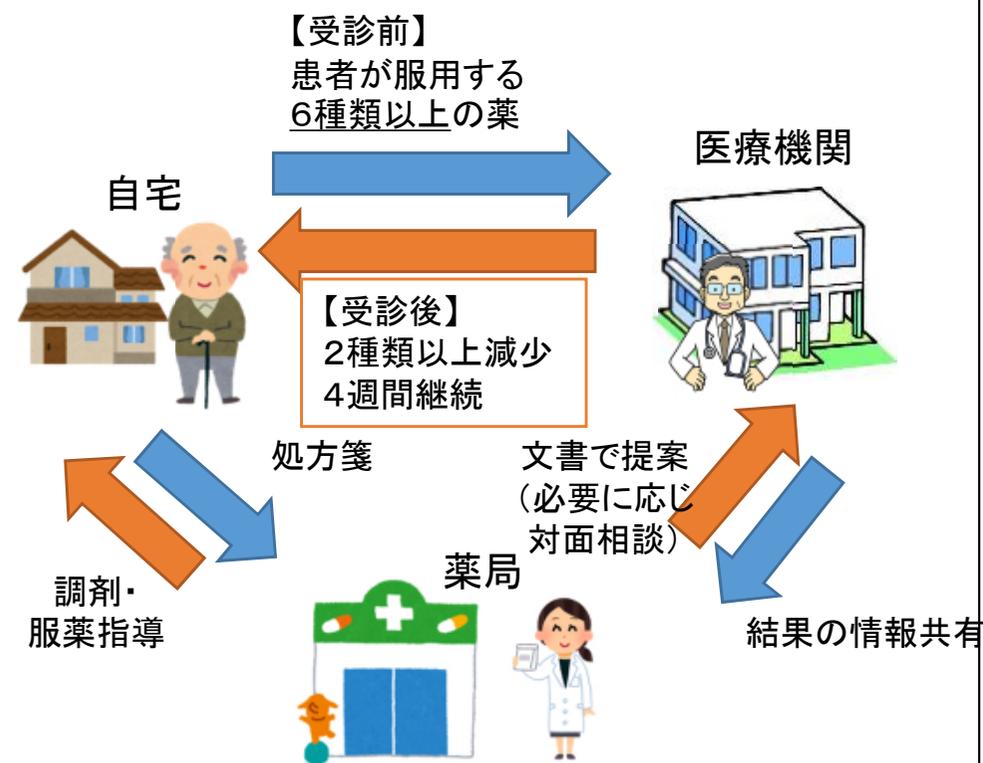
### (新) 服用薬剤調整支援料

125点

[算定要件]

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

- (1) 当該保険薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上(うち少なくとも1種類は保険薬剤師が提案したもの)減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定
- (2) 服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
- (3) 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。
- (4) 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り新たに算定することができる。



	届出薬局数	算定回数
服用薬剤調整支援料	(届出不要)	189

(出典)  
平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

## 薬局における対人業務の評価の充実②

### 服薬情報提供料

- 服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

現行	
【服薬情報提供料】 服薬情報提供料	20点



改定後	
【服薬情報提供料】 <b>服薬情報等提供料1</b> ※保険医療機関の求めがあった場合	<b>30点</b>
服薬情報等提供料2 ※患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合	20点

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



保険医療機関

医療機関へ文書等で情報提供

- ・患者の服用薬及び服薬状況
- ・患者の服薬指導の要点、患者の状態等
- ・患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報



保険薬局

患者等への情報提供や必要な指導

- ・医薬品緊急安全性情報や医薬品・医療機器等安全性情報等
- ・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導



患者

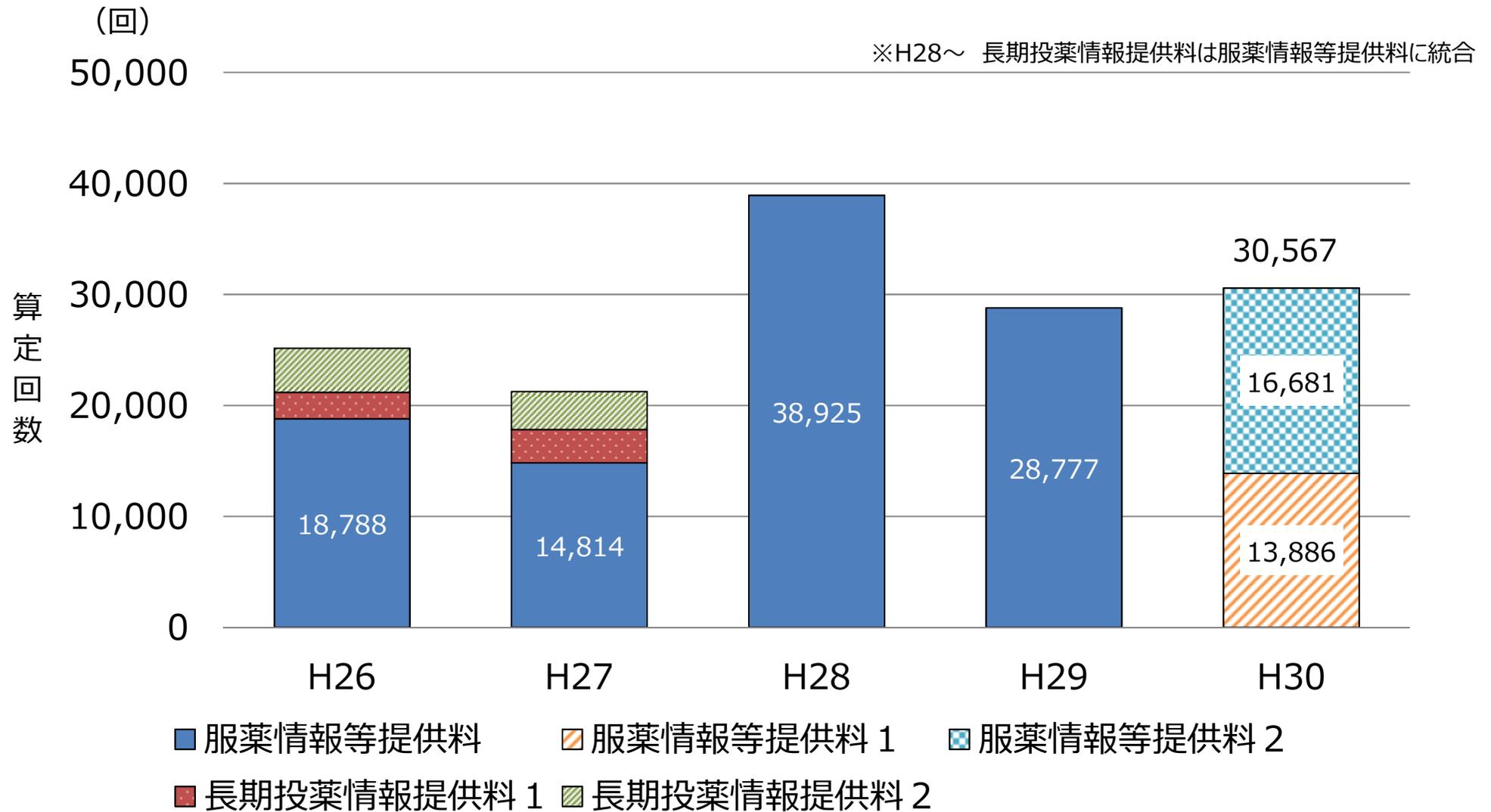
例えば、向精神薬の減薬の場合に副作用の発現状況のフォローを指示

※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

# 服薬情報等提供料の算定状況

中医協 総 - 1  
元 . 9 . 1 1

○ 服薬情報等提供料は、近年、1月あたり約3万回算定されている。



## 薬局における対人業務の評価の充実③

### 1. 重複投薬・相互作用等防止加算

- 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について、残薬調整に係るもの以外の評価を見直す。

#### 現行

【重複投薬・相互作用等防止加算】 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。	30点
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	30点

#### 改定後

【重複投薬・相互作用等防止加算】 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
イ 残薬調整に係るもの以外の場合	40点
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	
イ 残薬調整に係るもの以外の場合	40点
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点

重複算定は不可

### 2. 乳幼児服薬指導加算

- 乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

#### 現行

【乳幼児服薬指導加算】 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。	10点
--	-----

#### 改定後

【乳幼児服薬指導加算】 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。	
---	--

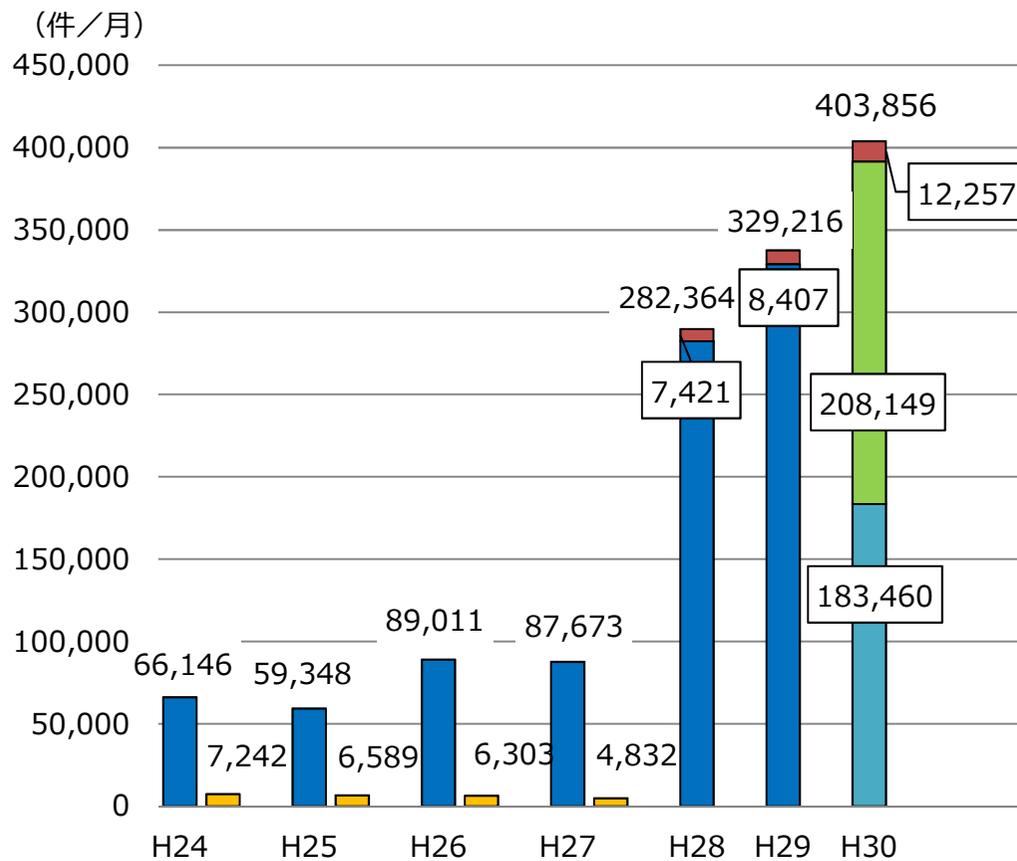
# 重複投薬、残薬解消に関する取組の実態

中医協 総 - 1  
元 . 9 . 1 1

○ 重複投薬・相互作用等防止加算及び外来服薬支援料の算定回数は増加傾向にある。

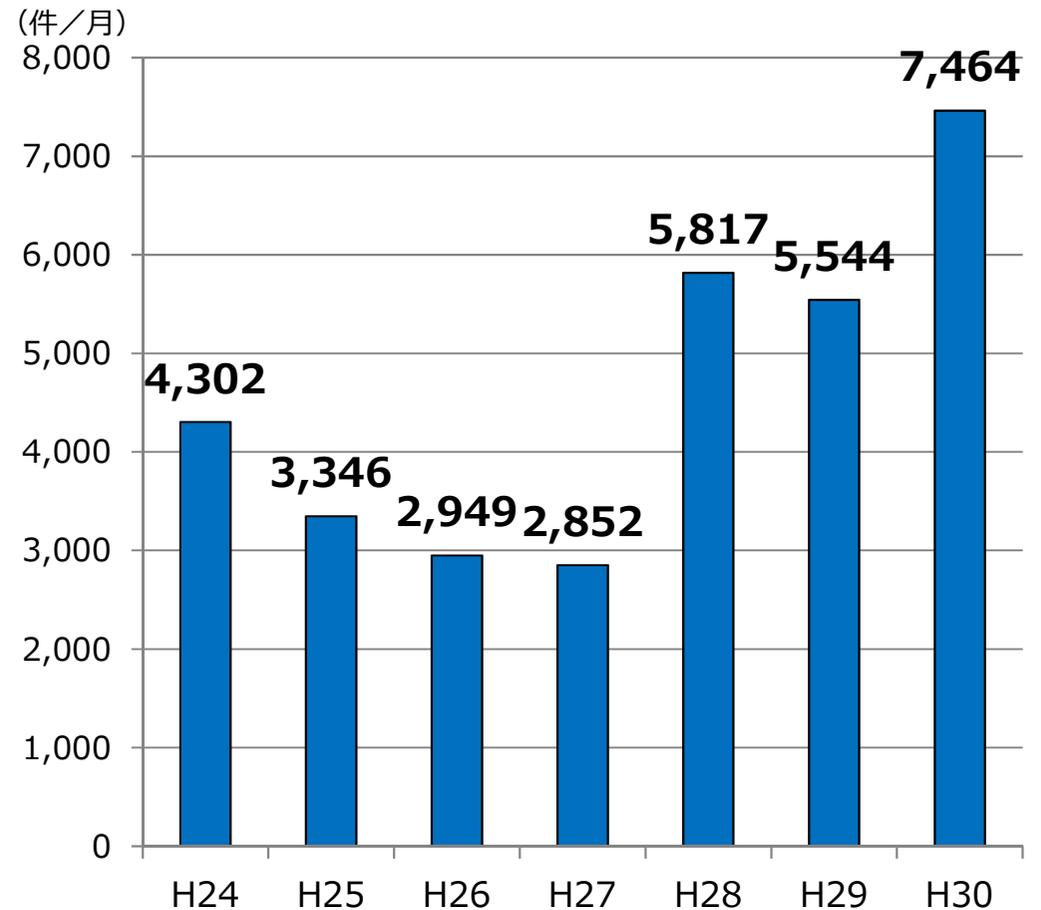
## ➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む



■ 処方変更あり ■ 処方変更なし ■ 残薬調整以外 ■ 残薬調整  
■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（平成30年度は残薬調整以外及び残薬調整分を含む）

## ➤ 外来服薬支援料の算定回数



## 薬局における対人業務の評価の充実④

### 薬剤服用歴管理指導料

- 薬剤服用歴の記録の記載等の見直しとともに薬剤服用歴管理指導料等について評価を見直す。

#### 現行

##### 【薬剤服用歴管理指導料】

- |                           |     |
|---------------------------|-----|
| 1 原則6月以内に処方箋を持参した患者に行った場合 | 38点 |
| 2 1の患者以外の患者に対して行った場合      | 50点 |
| 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合   | 38点 |

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50点を算定する。

#### 改定後

##### 【薬剤服用歴管理指導料】

- |                             |            |
|-----------------------------|------------|
| 1 原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 | <u>41点</u> |
| 2 1の患者以外の患者に対して行った場合        | <u>53点</u> |
| 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合     | <u>41点</u> |

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、53点を算定する。

### 調剤料

- 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料を見直す。

#### 現行

15日分以上 21日分以下の場合	70点
22日分以上 30日分以下の場合	80点
31日分以上の場合	87点

#### 改定後

15日分以上 21日分以下の場合	<u>67点</u>
22日分以上 30日分以下の場合	<u>78点</u>
31日分以上の場合	<u>86点</u>

# 個別事項（その12）

（救急/小児・周産期②、がん対策②、  
脳卒中②、生活習慣病②）

## 個別事項

(その12:救急/小児・周産期②、がん対策②、脳卒中②、生活習慣病②)

### 1. 救急医療、小児・周産期医療について (その2)

- 救急医療について
- 小児・周産期医療について

### 2. がん対策について (その2)

- がん診療連携拠点病院等について
- 個別栄養食事管理加算について

### 3. 脳卒中について (その2)

### 4. 生活習慣病について (その2)

- 血糖自己測定器加算について
- クロザピン投与中のヘモグロビンA1cの測定について

## 個別事項

(その12:救急/小児・周産期②、がん対策②、脳卒中②、生活習慣病②)

### 1. 救急医療、小児・周産期医療について (その2)

- 救急医療について
- 小児・周産期医療について

### 2. がん対策について (その2)

- がん診療連携拠点病院等について
- 個別栄養食事管理加算について

### 3. 脳卒中について (その2)

### 4. 生活習慣病について (その2)

- 血糖自己測定器加算について
- クロザピン投与中のヘモグロビンA1cの測定について

# 1. 救急医療、小児・周産期医療について（その2）

- 救急医療について
- 小児・周産期医療について

# 救急医療管理加算に関する指摘

## 令和元年10月25日中医協総会における主な意見

- 救急医療管理加算は一般病棟の加算だが、評価されているア～ケの病態は、基本的に集中治療室で対応する三次救急の病態であるため、入院時から一般病棟で治療することはあまり想定されないのではないか
- この加算の対象ほど重症ではないが、急性期の一般病棟で対応することが必要な二次救急の患者を沢山受け入れている医療機関については、その体制を適切に評価をすることが必要
- 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態である患者に限り算定する加算であることから、入院時の重症度のスコアが低い患者にも算定されているのはいかがなものか
- 入院時の状態については、活用可能な重症度の指標があればそれを用いて、要件をより明確なものとするべきではないか
- 救急医療管理加算の現行の項目だけでは、二次救急を含め救急医療が必要な患者像を把握できないため、項目の抜本的な見直しを検討していくべきではないか
- 加算の見直しにあたっては、働き方改革の観点からも、救急医療の受け入れ体制が確保されるよう注意する必要がある



救急医療管理加算で評価すべき取組について、整理が必要

## A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

- 1 救急医療管理加算1 900点
- 2 救急医療管理加算2 300点

### 【算定要件】(抜粋)

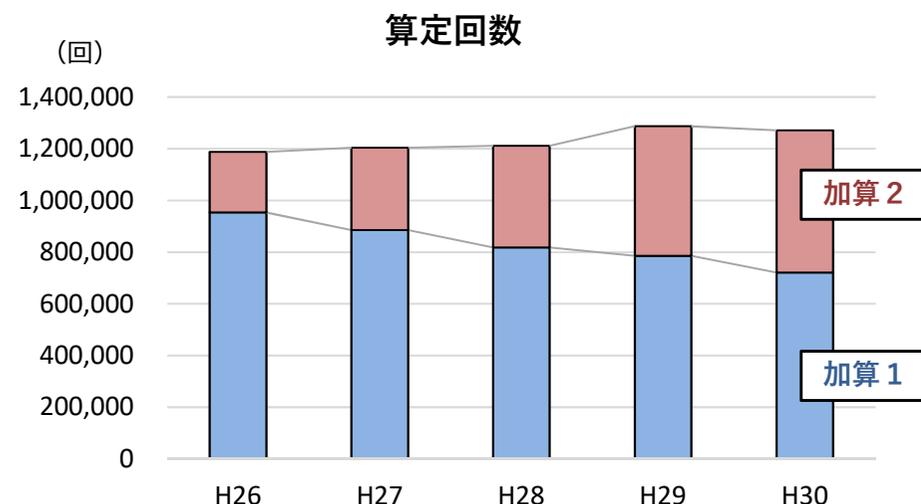
- (1) (略)
- (2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。
- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態でなくても算定できる。
- (4) 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態  
イ 意識障害又は昏睡  
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態  
エ 急性薬物中毒  
オ ショック

カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)  
キ 広範囲熱傷  
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態  
ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA 療法を必要とする状態

### 【施設基準】(抜粋) ※届出不要

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
  - ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
  - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
  - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）

# (参考)救急医療等の推進について(平成26年度診療報酬改定)

## 救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

### 平成26年度改定前

A205 救急医療管理加算 800点  
(1日につき) (7日まで)

#### 【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態



### 平成26年度改定後

A205 救急医療管理加算1 800点  
救急医療管理加算2 400点(新)  
(1日につき) (7日まで)

#### 【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう

#### ＜救急医療管理加算1＞

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

#### ＜救急医療管理加算2＞

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

# (参考)小児医療・周産期医療・救急医療の充実(平成28年度診療報酬改定)

## 救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行う。

### 平成28年度改定前

救急医療管理加算1 800点  
 救急医療管理加算2 400点 (1日につき、7日まで)

#### 【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷，破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

#### 【救急医療管理加算2の対象患者】

アからケまでに準じる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者



### 平成28年度改定後

救急医療管理加算1 **900点**  
 救急医療管理加算2 **300点** (1日につき、7日まで)

#### 【救急医療管理加算1の対象患者】

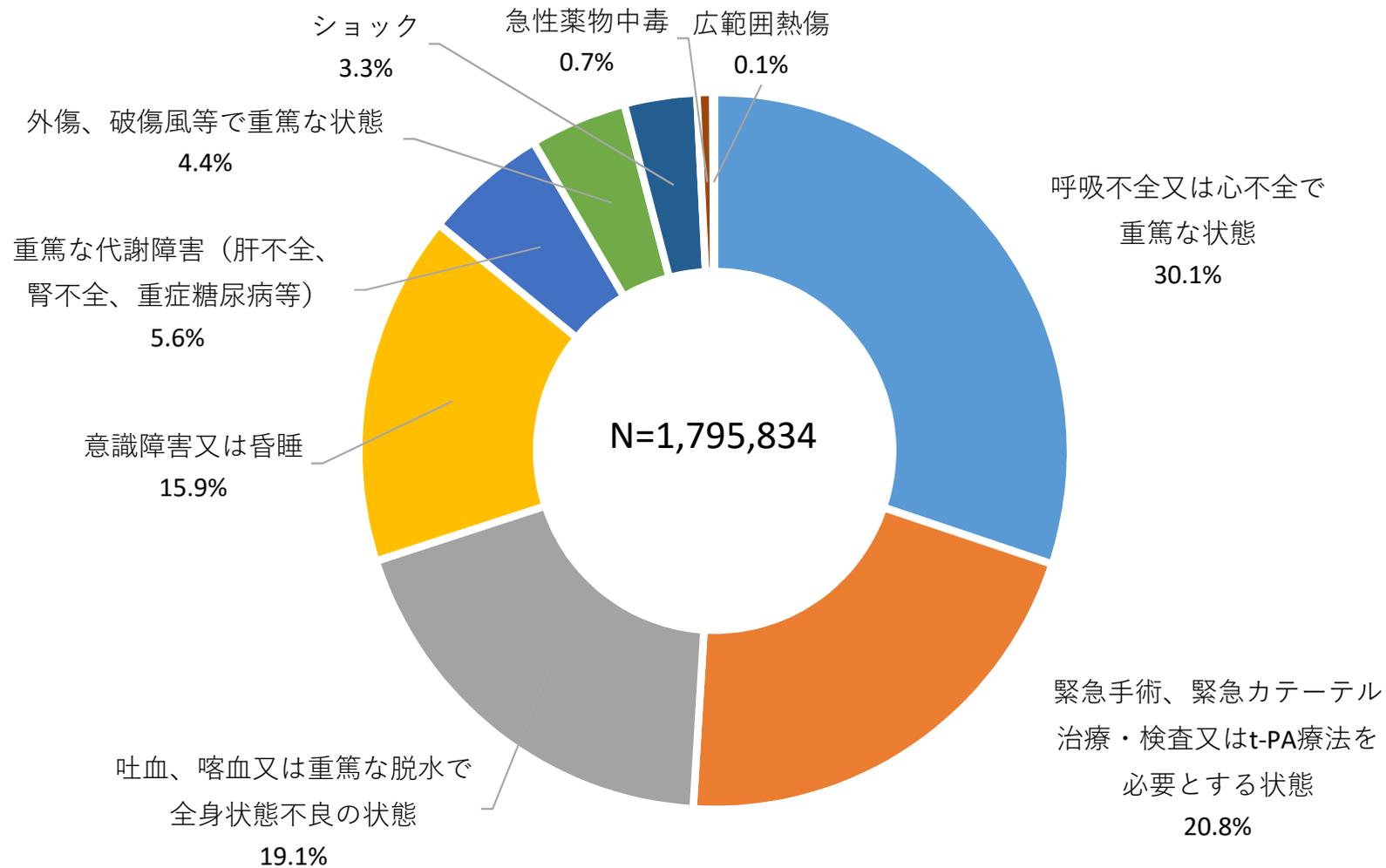
- ア 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷，破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、**緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法**を必要とする状態

#### 【救急医療管理加算2の対象患者】

アからケまでに準じる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

○ 救急医療管理加算1の対象患者の状態の内訳をみると、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」が最も多く、約3割であった。

## 救急医療管理加算1の内訳



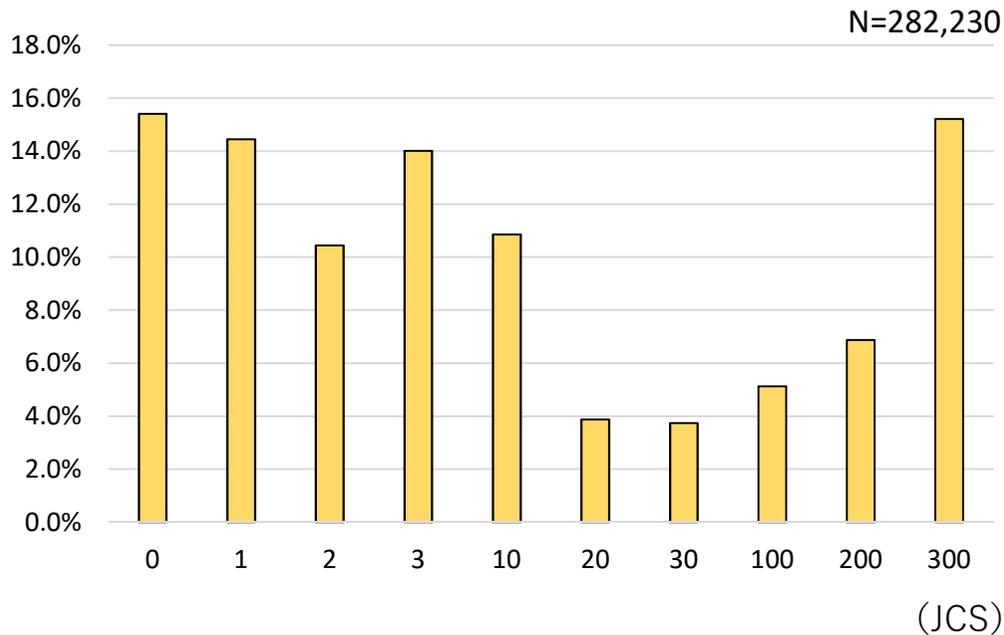
# 「意識障害又は昏睡」の患者について(JCS)

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「イ 意識障害又は昏睡」の患者の入院時のJCSをみると、JCS0が16%弱であった。
- 加算算定患者のうちJCS0の患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

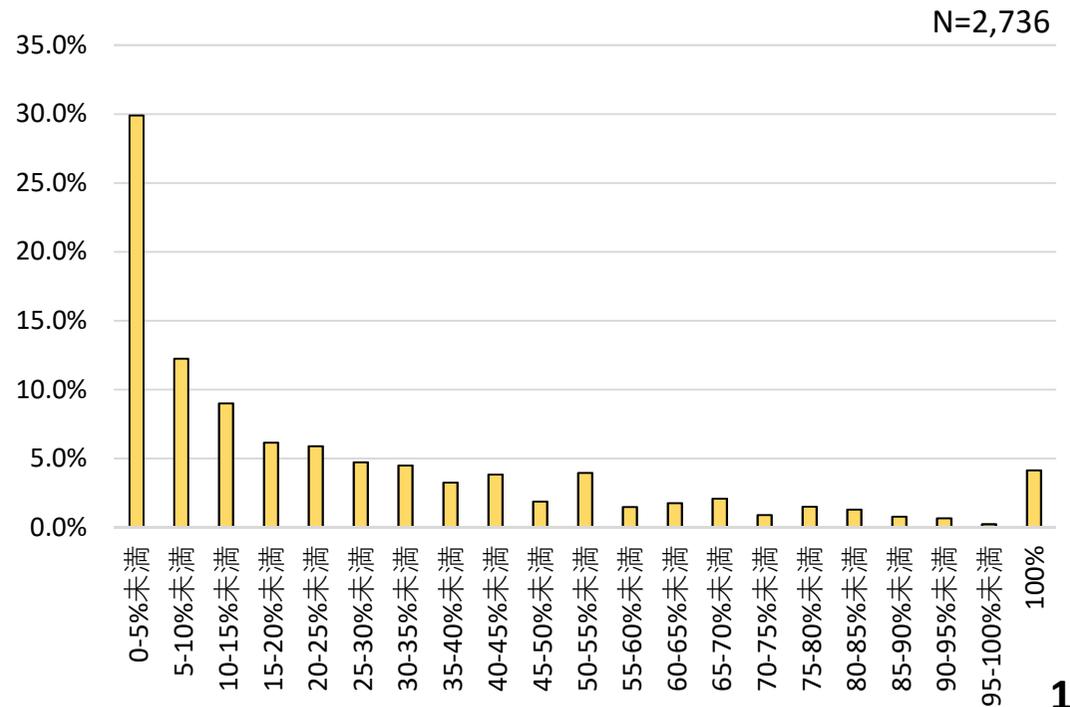
(参考) JCS: Japan Coma Scale

<p>I. 覚醒している</p> <p>0 意識清明</p> <p>1 見当識は保たれているが意識清明ではない</p> <p>2 見当識障害がある</p> <p>3 自分の名前・生年月日が言えない</p>	<p>II. 刺激に応じて一時的に覚醒する</p> <p>10 普通の呼びかけで開眼する</p> <p>20 大声で呼びかけたり、強く揺するなど開眼する</p> <p>30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する</p>	<p>III. 刺激しても覚醒しない</p> <p>100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする</p> <p>200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする</p> <p>300 痛み刺激に対し全く反応しない</p>
--	--	--

救急医療管理加算1算定患者のうち  
「意識障害又は昏睡」の患者のJCS



「意識障害又は昏睡」の患者のうち  
JCS 0の患者が占める割合



# 「意識障害又は昏睡」の患者について(GCS)

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「イ 意識障害又は昏睡」の患者をみると、入院日のGCS 15点が約15%であった。
- 加算算定患者のうち当該患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

(参考) GCS:Glasgow Coma Scale

※ 意識状態を評価する指標

3点(深昏睡)～15点(意識清明)

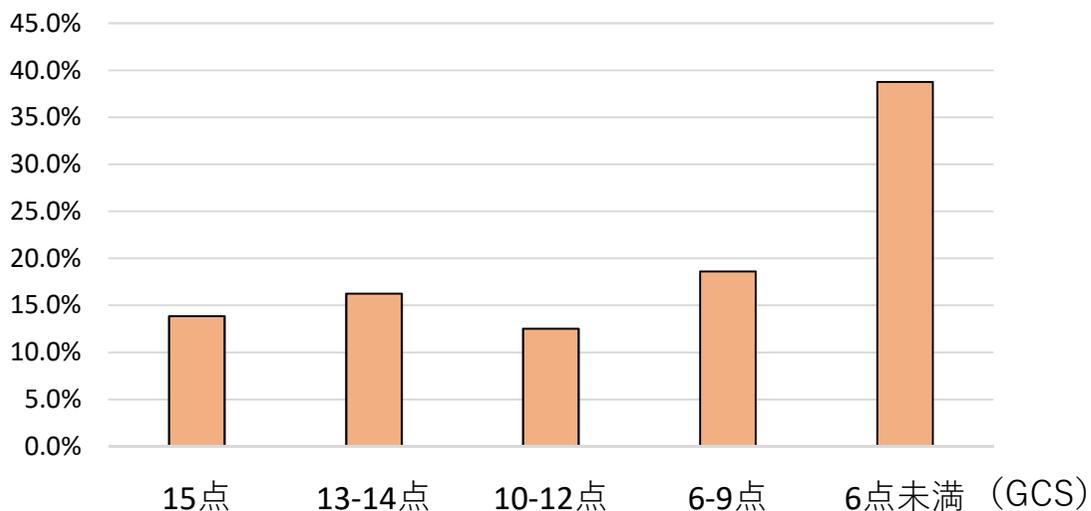
一般的には8点以下を重症として扱う

スコア	Eye	Verbal	Motor
6			命令に応じる
5		見当識のある会話	痛み部位を認識する
4	自発的に開眼	会話に混乱あり	痛み刺激から逃避する
3	呼びかけで開眼	不適當な発語	痛み刺激に対する異常屈曲
2	痛み刺激で開眼	理解不能な音声	痛み刺激に対する異常進展
1	開眼しない	発語なし	反応なし

救急医療管理加算1算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」の患者のGCS

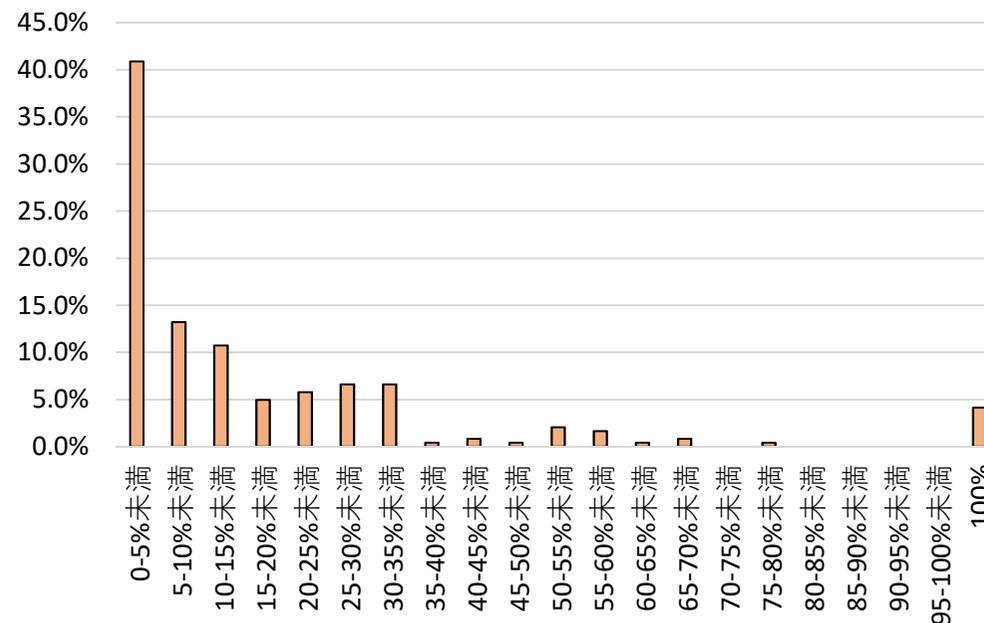
N=4,871



「意識障害又は昏睡」の患者のうち

GCS 15点の患者が占める割合

N=242



※救急医療管理加算を算定した患者のうち、入院時に特定集中治療室に入室した患者のSOFAスコアを用いて集計

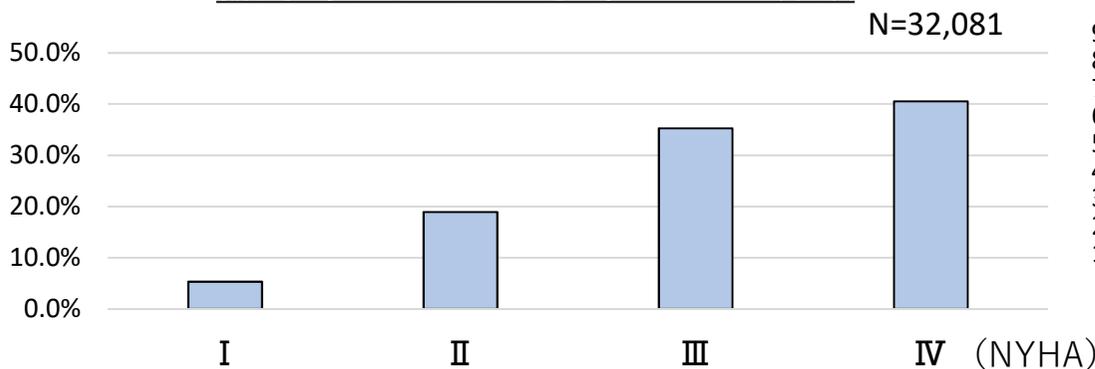
出典:平成30年度DPCデータ

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で、傷病名が心不全の患者の入院時のNYHA心機能分類をみると、レベル I が1割弱であった。
- 加算算定患者のうちレベル I の患者が占める割合を施設ごとにとみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

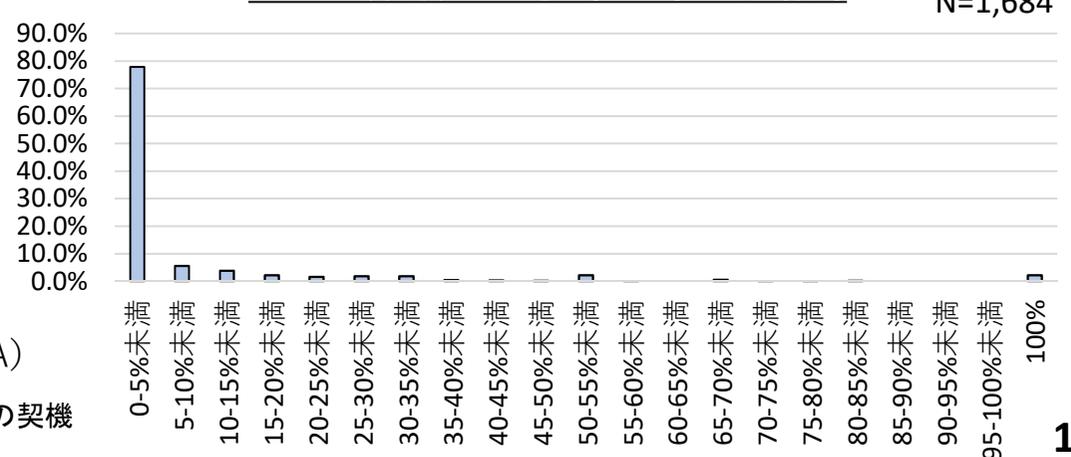
## (参考) NYHA心機能分類

I	身体活動に制限のない心疾患患者(心疾患を有するがそのために身体活動が制限されることのない患者。通常身体活動では疲労、動悸、呼吸困難あるいは強心症状はきたさない。)	III	身体活動に高度の制限のある心疾患患者。軽い日常生活でも愁訴を訴える。(心疾患を有し、そのために身体活動が高度に制限される患者。安静時は無症状であるが、通常以下の身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。)
II	身体活動に軽度の制限のある心疾患患者。普通の生活可能だが疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状あり。(心疾患を有し、そのために身体活動が軽度から中等度制限される患者。安静時は無症状である。通常身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。)	IV	身体活動を制限し安静にしていても心不全症状・狭心症状が生じ、わずかな身体活動でも訴えが増強する。(心疾患を有し、そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者。安静時においても心不全あるいは狭心症状を示すことがある。少しの身体活動でも愁訴が増加する。)

救急医療管理加算1算定患者のうち  
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で  
傷病名が心不全の患者のNYHA分類



「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で  
傷病名が心不全の患者のうち  
NYHA分類 I の患者の占める割合



※傷病名は、主傷病、医療資源を最も投入した傷病、入院の契機

となった傷病のいずれかに心不全が該当した場合を集計

出典：平成30年度DPCデータ

# 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者について

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で、傷病名が呼吸不全の患者の入院時の呼吸障害の指標(P/F比)をみると、正常値(P/F比 $\geq 400$ )の患者が約1割であった。
- 加算算定患者のうち当該患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

(参考)

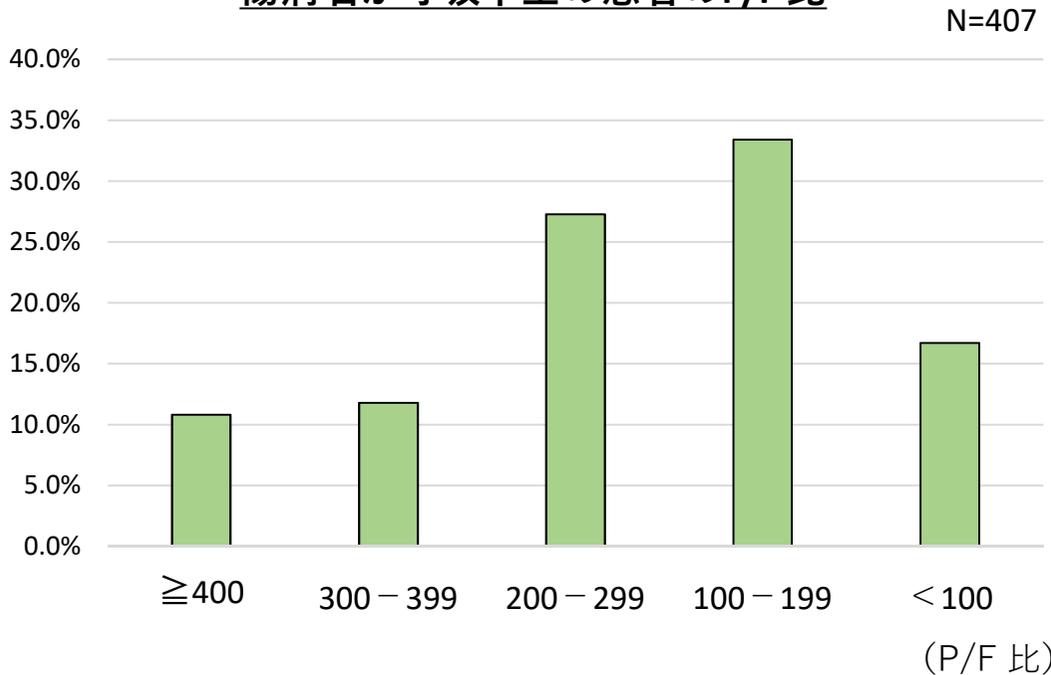
$$P/F \text{ ratio (P/F 比)} = \frac{PaO_2 \text{ (動脈血酸素分圧)}}{FIO_2 \text{ (吸入気酸素)}}$$

※ 呼吸状態(酸素化)を評価する指標

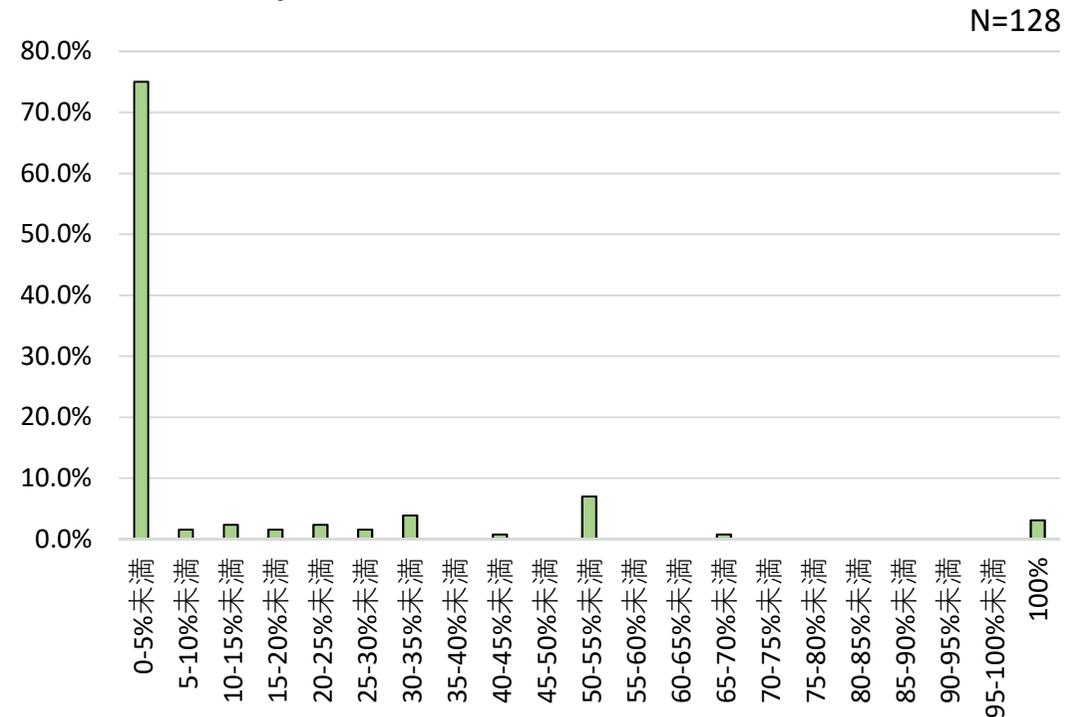
判断の目安となる基準値

400以上	300未満	200未満
正常	急性肺障害	重症呼吸不全

救急医療管理加算1算定患者のうち  
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で  
傷病名が呼吸不全の患者のP/F比



「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で  
傷病名が呼吸不全の患者のうち  
P/F比 $\geq 400$ の患者が占める割合



※救急医療管理加算を算定した患者のうち、入院時に特定集中治療室に入室した患者のSOFAスコアを用いて集計

出典:平成30年度DPCデータ

# 「ショック」の患者について

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「オ ショック」の患者をみると、入院時の平均血圧 $\geq 70\text{mmHg}$ が約3割であった。
- 加算算定患者のうち当該患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

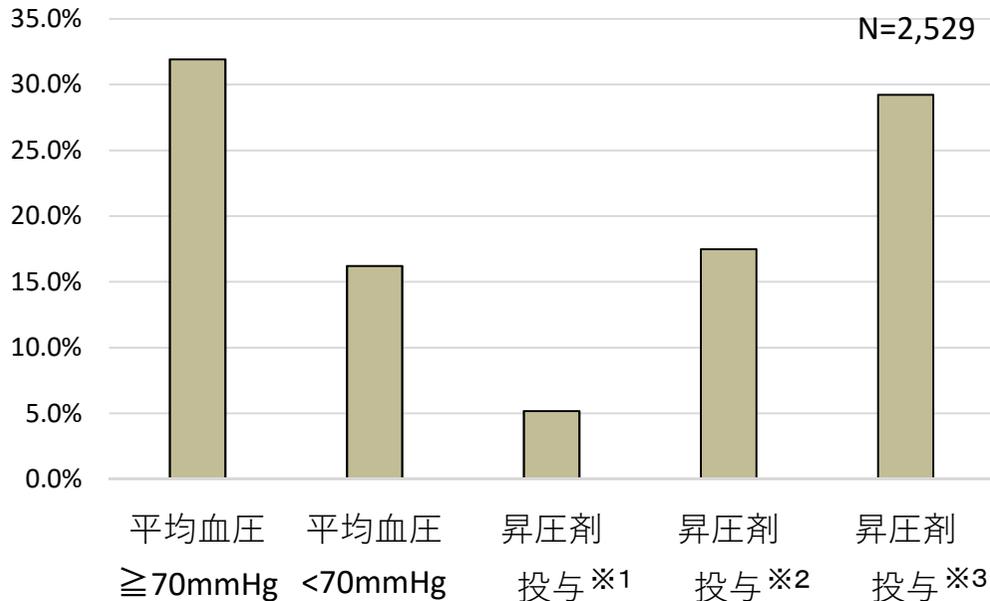
(参考)

$$\text{平均血圧 (mmHg)} = \text{拡張期血圧} + (\text{収縮期血圧} - \text{拡張期血圧}) \times 1/3$$

※ 一般的には平均血圧 $60\sim 65\text{mmHg}$ 未満の場合にショック状態と判断するが、年齢・性別や疾患によって、低血圧の有無のみでは判断できない場合があるため、重要臓器への血流低下を示す症状や血液検査上の異常所見等と併せて判断することが必要

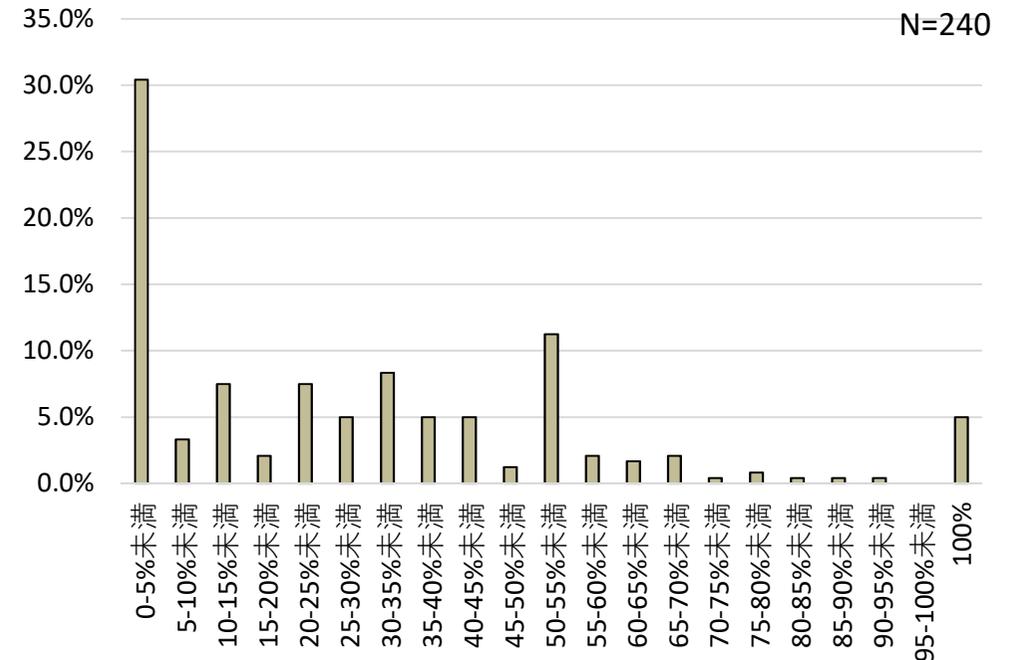
## 救急医療管理加算1算定患者のうち

### 「ショック」の患者の平均血圧・循環作動薬



## 「ショック」の患者のうち

### 平均血圧 $\geq 70\text{mmHg}$ の患者が占める割合



※1 ドパミン $\leq 5\gamma$ あるいはドブタミン(投与量を問わない)

※2 ドパミン $5.1\gamma\sim 15\gamma$ あるいはアドレナリン $\leq 0.1\gamma$ あるいはノルアドレナリン $\leq 0.1\gamma$

※3 ドパミン $> 15\gamma$ あるいはアドレナリン $> 0.1\gamma$ あるいはノルアドレナリン $> 0.1\gamma$

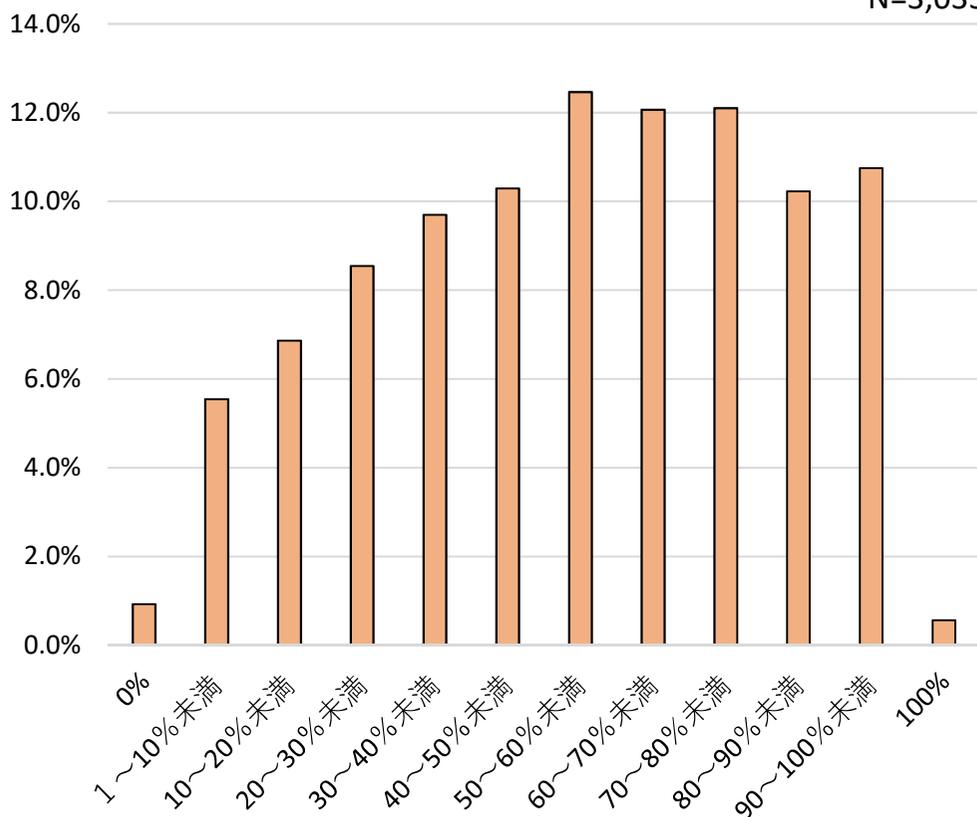
出典: 平成30年度DPCデータ

- 救急搬送から入院した患者のうち、救急医療管理加算を算定する患者割合をみると、50～60%未満の施設が最も多かったが、分布にばらつきがみられた。
- 救急医療管理加算を算定する患者のうち、加算2を算定する患者が占める割合をみると、20～30%未満の施設が最も多かったが、分布にばらつきがみられた。

## 救急搬送入院のうち

### 救急医療管理加算を算定する患者割合

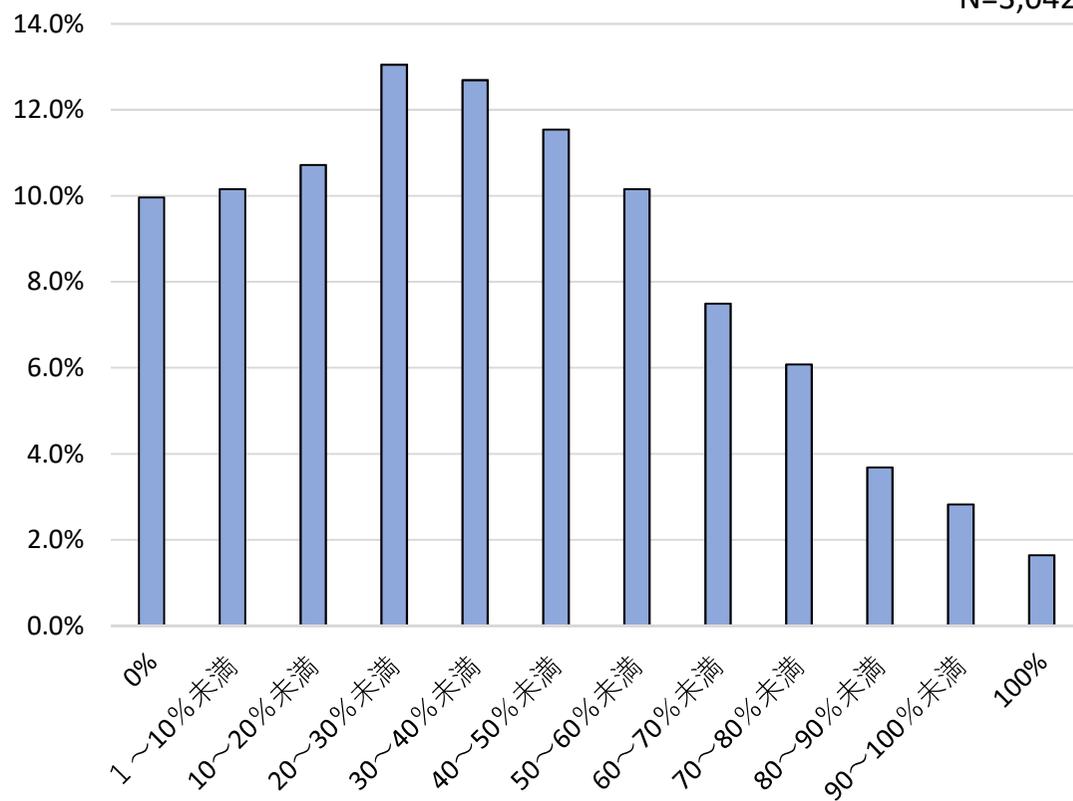
N=3,033



## 救急医療管理加算を算定する患者のうち

### 加算2が占める割合

N=3,042



# 救急医療管理加算にかかる課題の整理

- 救急医療管理加算について、加算の趣旨に鑑み、以下の点について整理・検討が必要ではないか。

## 救急医療管理加算＝患者の重症度に着目した評価

### 【算定要件】

- 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するもの  
※入院後に悪化する可能性があるが入院時は重篤な状態でない患者には算定できない

### 救急医療管理加算1

項目アからケの状態であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

### 救急医療管理加算2

項目アからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

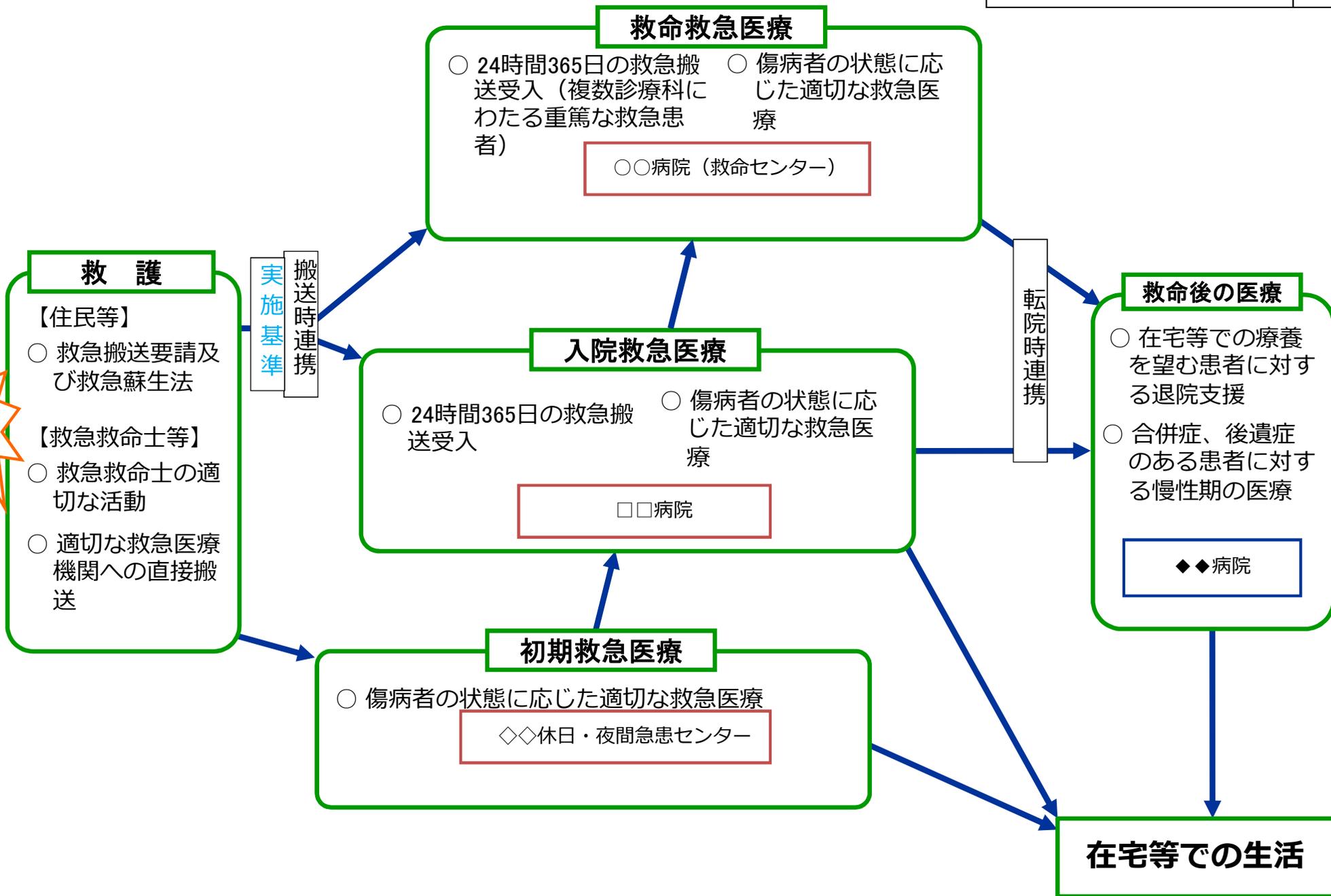
### 【現状・課題】

- 項目アからケの重症度の基準が明確でなく、算定されている患者ごとの状態のばらつきや、判断に係る施設間のばらつきが大きい

- 算定基準が明確でないこと等を踏まえ、平成26年度改定において、加算1と分けて低い点数が設定され、平成28年度改定においてさらに評価を見直された
- 「項目アからケまでに準ずる重篤な状態」の重要度の基準が明確でなく、また、アからケのどの項目に準じて算定されたか等について、実態が明らかではない

# 救急医療の体制

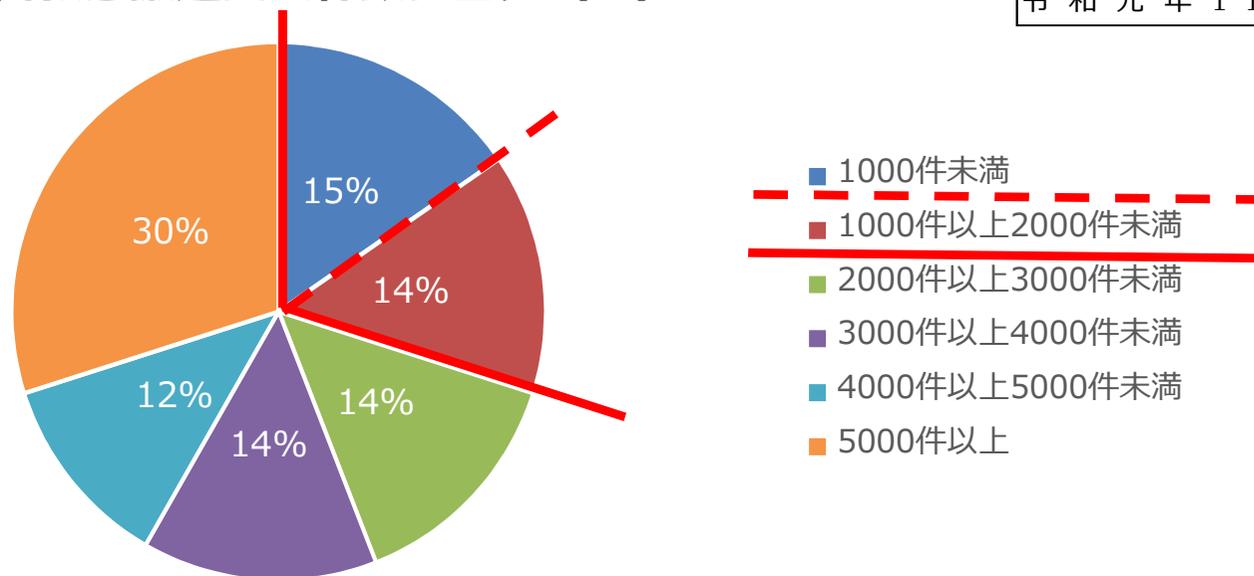
重症度



時間の流れ

- 年間2,000件以上救急搬送を受け入れている救急医療機関が、全体のおよそ71%の救急搬送を受入れている。
- 年間1,000件以上では、およそ85%の救急搬送を受け入れている。

## 年間救急搬送受入件数シェア (%)



### 参考) 救急搬送年間受入件数ごとの医療機関内訳

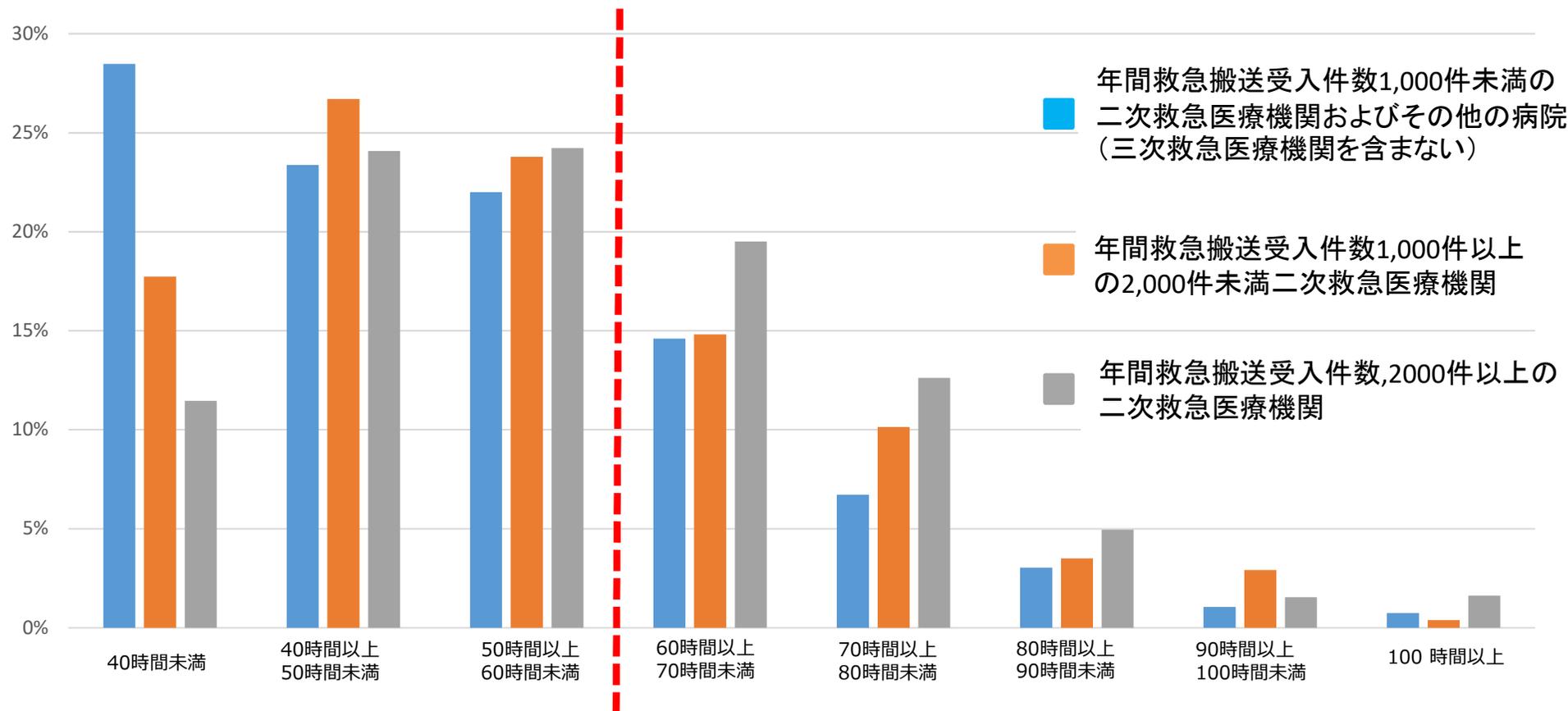
	年間救急搬送受入件数						計
	5,000件以上	4,000件以上 5,000件未満	3,000件以上 4,000件未満	2,000件以上 3,000件未満	1,000件以上 2,000件未満	1,000件未満	
二次救急医療機関	92	102	174	254	487	1,643	2,752
三次救急医療機関	129	40	46	44	26	20	305
その他の医療機関	3	0	3	11	31	1,444	1,492
計	224	142	223	309	544	3,107	4,549

※ 分析対象医療機関は、病床機能報告において（高度）急性期機能を1床以上有すると報告した全医療機関（出典）平成29年度病床機能報告

○ 年間救急搬送受入件数が2,000件以上の二次救急医療機関において、より受入件数の少ない二次救急医療機関よりも長時間勤務（週60時間以上等）を行う医師の割合が大きい。

## <年間救急搬送受入件数別医師労働時間分布(三次救急を除く)>

(割合)



※1 勤務時間に関する出典: 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

※2 救急搬送受け入れ実績に関する出典: 平成29年度病床機能報告

- 救急搬送の受け入れ体制においては、救急搬送を年間1,000件以上受け入れている医療機関において、地域の救急搬送受け入れの大半を担っている。
- 救急搬送を年間1,000件以上受け入れている医療機関において、地域の脳卒中や急性心筋梗塞等の心疾患の大部分の緊急治療対応を行っている。また、これらの医療機関においては、より救急搬送の受け入れ件数が少ない医療機関と比較した際に、脳卒中や急性心筋梗塞の対応数が救急搬送受け入れ件数に比して高い傾向にある。（夜間入院500件以上を同様に位置づけ）
- さらに、救急搬送を年間2,000件以上受け入れている医療機関において、地域の脳卒中や急性心筋梗塞等の心疾患の緊急治療対応を行っている割合はさらに高い。また、これらの医療機関においては、より救急搬送の受け入れ件数が少ない医療機関と比較した際に、脳卒中や急性心筋梗塞の対応数が救急搬送受け入れ件数に比してさらに高い傾向にある。また、急性心筋梗塞等の心疾患における大動脈バルーンパンピングや経皮的体外循環等や脳卒中における血栓溶解療法の対応についても、これらの医療機関において大部分の対応を行っている。また、これらの医療機関について、医師の労働時間も長時間となる傾向がある。
- 産科救急・小児救急・精神科救急医療においては、救急搬送の受け入れ件数が少なくても地域医療確保のために必要な医療機関の役割を担っている医療機関が存在する。
- 年間1,000件以上救急搬送を受け入れている医療機関を有しない二次医療圏については、医療圏全体として救急搬送受入件数が少ない、単独で救急医療の大部分を担っている医療機関が存在しない、患者流出が多い、地理的な条件（島しょ）を有する等、様々な実情がある。

## ポイント

- これまで議論された観点を踏まえ、今後、下記の3つに該当する医療機関について、第8次医療計画における救急医療提供体制上の位置づけを検討することを基本としつつ、さらに、救急医療提供体制の検討に必要な他の観点も適宜追加していくこととしてはどうか。
  - ✓ 年間2,000件以上救急搬送を受け入れている医療機関について、救急医療提供体制の中で特に重要な役割を果たしていることを踏まえた医療計画における役割や位置づけ
  - ✓ 年間1,000件以上救急搬送を受け入れている医療機関または年間500件以上夜間・休日・時間外入院を受け入れている医療機関について、救急医療提供体制の中で重要な役割を果たしていることを踏まえた医療計画における役割や位置づけ
  - ✓ 年間1,000件以上救急搬送を受け入れている医療機関または年間500件以上夜間・休日・時間外入院を受け入れている医療機関に該当しないが①小児救急・産科救急・精神科救急を提供している医療機関について、各領域の救急医療提供体制における役割や位置づけ、および②応需率が特に高いなど地域医療確保のために重要な医療機関の役割や位置づけ
- また、年間1,000件以上救急搬送を受け入れている医療機関または年間500件以上夜間・休日・時間外入院を受け入れている医療機関を有しない二次医療圏における救急医療提供体制についても検討していくこととしてはどうか。

# 救急医療等に関する現状・課題と論点

## 【現状・課題】

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「意識障害又は昏睡」、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」、「ショック」の患者について、それぞれの疾患の重症度の指標を用いて入院時の状態をみると、スコアが正常範囲の患者が一定程度含まれており、また、そのような患者が占める割合が特に高い医療機関も一部に存在していた。
- 救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会において、救急搬送を年間1000件以上受け入れている医療機関が、全体の約85%の搬送に対応しており、脳卒中や急性心筋梗塞等の緊急治療対応の大部分を担っていること、また、特に救急搬送を年間2000件以上受け入れている医療機関は、医師の労働時間が長時間になる傾向があること等が示されており、それらを踏まえ、当該医療機関の救急医療提供体制における役割や位置づけについて議論されている。



## 【論点】

- 救急医療管理加算は緊急入院が必要な重篤な状態の患者に対する医療の評価である。現行、加算1・加算2ともに重症度の基準が明確でなく、患者間や施設間の判断にばらつきが見られることを踏まえ、項目によっては重症度のスコアを記載する等の対応を行うことについてどのように考えるか。
- 救急医療の提供体制の見直しに関する議論や、医療従事者の働き方改革の観点等を踏まえ、地域における救急医療提供体制を確保するにあたり、重篤な患者に対する診療に係る更なる評価のあり方についてどのように考えるか。また、必ずしも入院時に重篤な状態であるとは言えないが、緊急入院が必要な二次救急等の患者を多く受け入れている医療機関について、どのような対応が考えられるか。

# 1. 救急医療、小児・周産期医療について（その2）

- 救急医療について
- 小児・周産期医療について

## 令和元年10月25日の中医協総会での主なご意見

- 病床規模が小さいNICUについては、果たしている機能に地域差があると考えられることから、実態をみるべきではないか。
- 高齢出産の方が増えており、丁寧な検討が必要ではないか。
- 医療計画での見直しの状況を踏まえ、対応を検討する必要があるのではないか。

# 新生児特定集中治療室に関する診療報酬の施設基準

中医協 総 - 1  
元. 10. 25改

- 新生児特定集中治療室については、A302とA303において診療報酬上の評価を行っている。
- A302新生児特定集中治療室管理料1とA303 総合周産期特定集中治療室管理料2は同じ点数であるが、求めている要件が異なっている。

## 【対象患者】

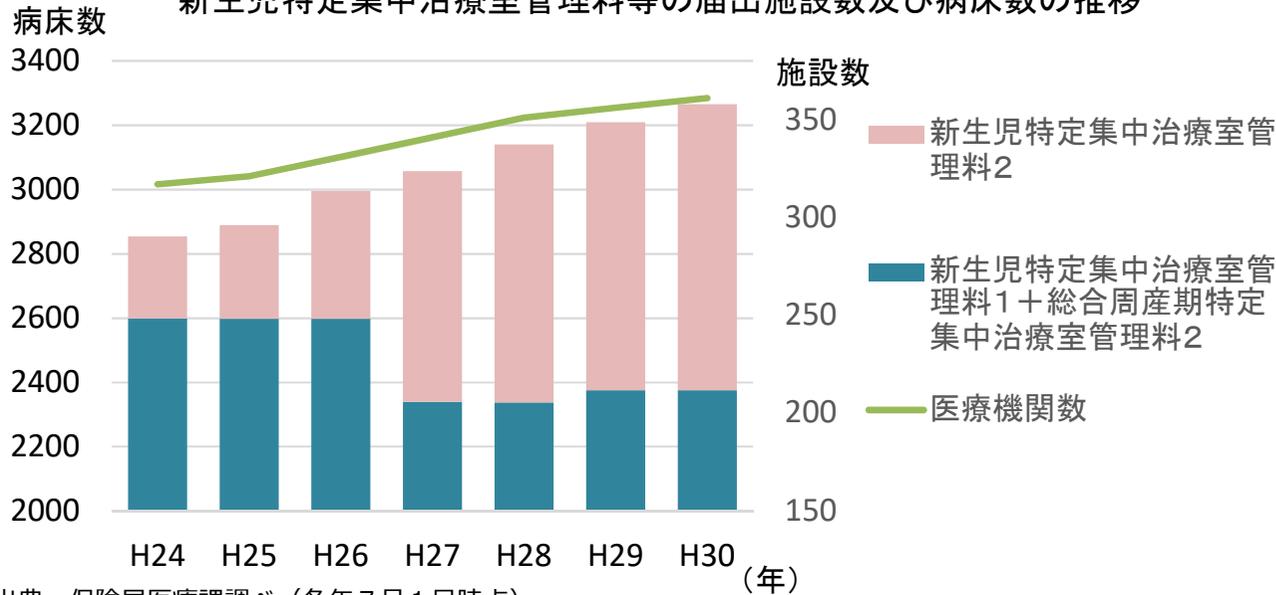
ア 高度の先天奇形	イ 低体温	ウ 重症黄疸	エ 未熟児	オ 意識障害又は昏睡
カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)	ク 急性薬物中毒		
ケ ショック	コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)	サ 大手術後		
シ 救急蘇生後	セ その他外傷、破傷風等で重篤な状態			

	A303 総合周産期特定集中治療室管理料2 10,539点(1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料1 10,539点(1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料2 8,434点(1日につき)
施設要件	総合周産期母子医療センター 又は地域周産期母子医療センター	—	—
医師の配置	○専任の医師が常時、治療室内に勤務		○専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ○緊急時は別の医師が速やかに診療に参加
看護師の配置	○助産師又は看護師の数は常時3対1以上		
構造設備等	○1床あたり7平方メートル以上      ○原則バイオクリーンルーム      ○救急蘇生装置等の装置及び器具を常備 ○自家発電装置を有し、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能		
医師の当直	○ 当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室・中間室・回復室からなる病棟以外での当直勤務を併せて行わない。		—
看護師の夜勤	○ 当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わない。		
その他	○ 出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数:直近1年間で4件以上 ○ 開胸手術、開頭手術、又は開腹手術:年間6件以上実施		○出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数:直近1年間で30件以上
	○ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること	—	

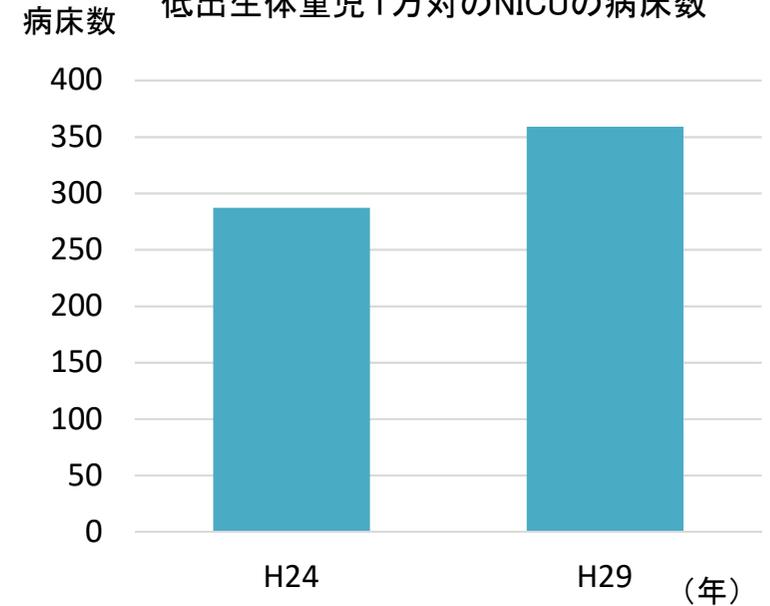
# 新生児集中治療室(NICU)等の病床数等の推移

- 新生児集中治療室(NICU)については、届出施設及び病床数はいずれも増加傾向。
- 内訳としては、新生児特定集中治療室管理料2を算定する病床の割合が増加傾向。
- 新生児特定集中治療室管理料2は6~8床が最も多く、総合周産期特定集中治療室管理料は15床以上の施設が最も多かった。

新生児特定集中治療室管理料等の届出施設数及び病床数の推移

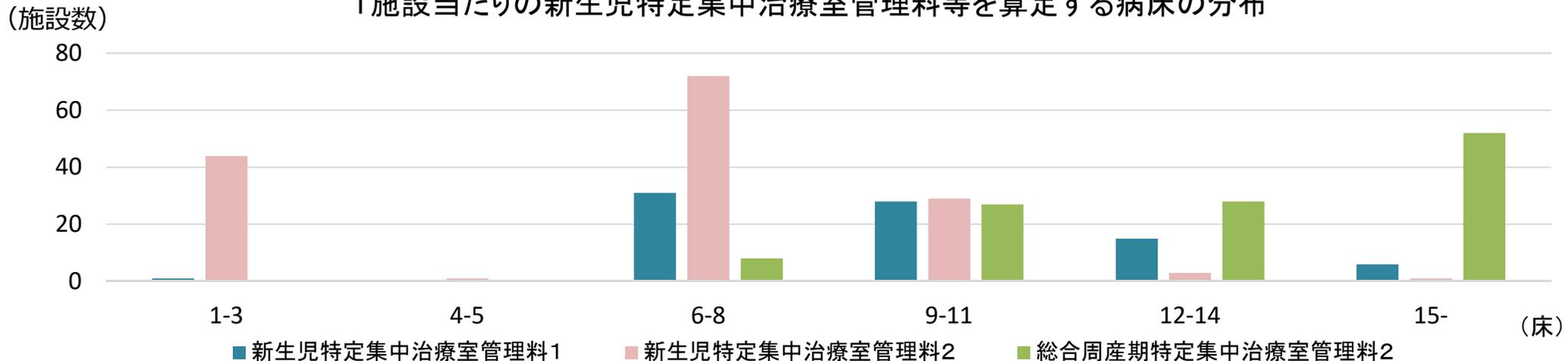


低出生体重児1万対のNICUの病床数



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

1施設当たりの新生児特定集中治療室管理料等を算定する病床の分布



医療課調べ(平成30年10月1日時点)

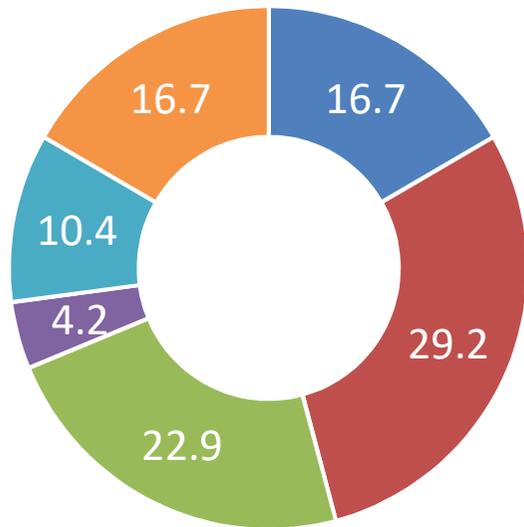
# 新生児集中治療室(NICU)の状況

- 6床以上のNICUの開設主体はその他法人の医療機関が多く、5床以下のNICUの開設主体は公立の医療機関が多い。
- 5床以下のNICUを有する医療機関のうち、GCU(新生児治療回復室入院医療管理料を算定する病床)を有する医療機関は約4割であり、GCUの病床数は6～8床が最も多かった。

NICU5床以下の病院の開設主体

(n=48)

(%)

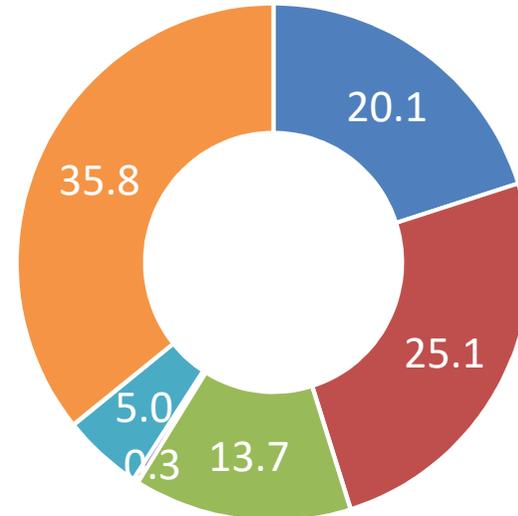


- 国立 (国立大学法人, NHO, JCHO等)
- 公立 (都道府県、市町村等)
- 公的 (日赤、済生会等)
- 保健 (健保組合、共済組合、国保組合等)
- 医療法人
- その他法人 (公益法人、学校法人等)

NICU6床以上の病院の開設主体

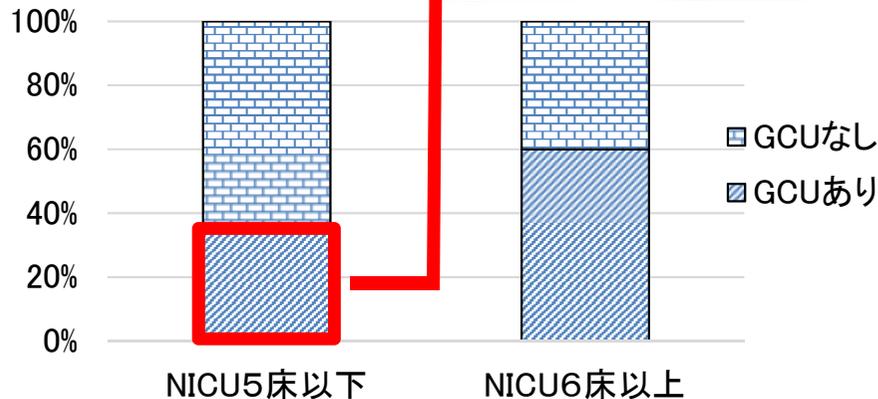
(n=293)

(%)



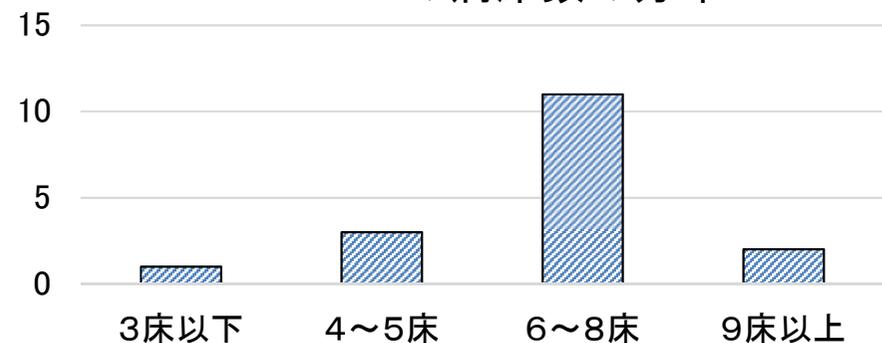
- 国立 (国立大学法人, NHO, JCHO等)
- 公立 (都道府県、市町村等)
- 公的 (日赤、済生会等)
- 保健 (健保組合、共済組合、国保組合等)
- 医療法人
- その他法人 (公益法人、学校法人等)

GCUの併設状況



(施設数)

5床以下のNICUに併設しているGCUの病床数の分布



### 背景・現状

- 産科・小児科については、これまでに「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」(平成17年12月22日付け4局長連名通知)により、医療資源の集約化・重点化を推進してきた。
- 医師確保計画策定ガイドラインにおいても、産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策について、まずは、医療圏の見直しや医療圏を越えた地域間の連携、集約化・重点化等の医療提供体制について検討することとしている。

### 基本的な考え方

- 産科・小児科については、これまで、医療資源の集約化・重点化を推進してきており、特に相対的医師少数区域においては、今後も、周産期医療・小児医療の提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について、関係者の協力の下で実施していくことが望ましい。
- この際、医療機関間における機能分化・連携、医師の時間外労働の短縮を見据えた勤務環境の改善、医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援等が必要である。
- なお、医師の派遣調整に当たっては、派遣先医療機関における分娩数の実績や当該医療機関の医療圏における年少人口を踏まえて、実態に見合った医師数が確保されるよう、また過酷な勤務環境とならないよう、派遣先の医療機関は重点化する必要がある。

# (4)③ 新生児医療の提供が可能な体制 ～NICUの整備について～

## 背景・事実関係

- NICU病床数の整備については、「少子化社会対策大綱」(平成27年3月閣議決定)により、平成31年度までに全都道府県で出生1万人当たり25～30床の整備を目標\*1としてきた。
- 平成29年度時点において、全都道府県で目標を達成しており、目標を大きく上回る都道府県もある。
- 一方、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計によると、今後も出生数の低下が見込まれており、病床整備の目標を達成したところで改めて、NICUの整備の在り方について検討する必要がある。 ※1医療施設(静態・動態)調査におけるNICU病床数(医療保険届出病床数)

### 周産期医療の体制構築に係る指針\*2(抄)

#### 第2 医療体制の構築に必要な事項 2 医療機関とその連携 (1) 目指すべき方向

#### ③ 新生児医療の提供が可能な体制

新生児搬送体制やNICU、新生児回復期治療室(以下「GCU」という。)の整備を含めた新生児医療の提供が可能な体制。低出生体重児の割合の増加や長期入院等により病床が不足する傾向にあることから、都道府県は出生1万人対25床から30床を目標として、その配置も含め地域の実情に応じて整備を進めるものとする。特に、安定した地域周産期医療提供体制の構築のためには新生児医療を担う医師の確保、充足が重要であることから、周産期母子医療センター等の地域新生児医療を担う施設における新生児医療を担当する医師の充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策を検討し、明示すること。

※2「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

#### (参考) 周産期母子医療センターのNICU病床数の整備基準\*2

##### 【総合周産期母子医療センター】

- 9床以上(12床以上とすることが望ましい)
  - ・ 三次医療圏の人口が概ね100万人以下の地域に設置されている場合は、当分の間、6床以上で差し支えない。
  - ・ 患者受入実績やカバーする医療圏の人口等に応じ、医療の質を確保するために適切な病床数とする。

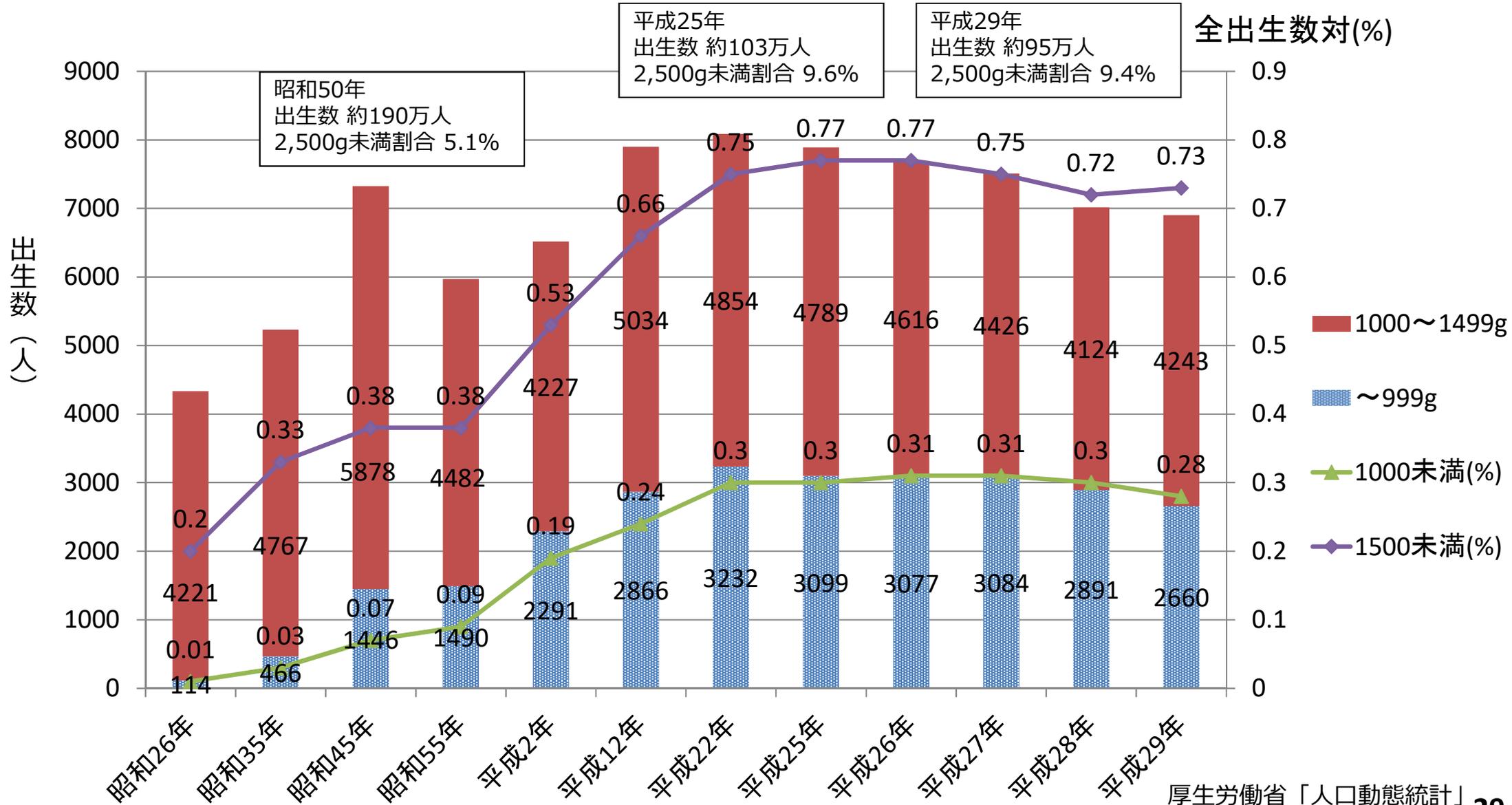
##### 【地域周産期母子医療センター】

- 「小児科等には新生児病室を有し、(中略)NICUを設けることが望ましい。」としているが、病床数の基準はない。

※2「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

# 出生時体重別出生数及び出生割合の推移

- この40年で、出生数は減少しているが極低出生体重児(1000g~1499g)、超低出生体重児(1000g未満)の割合が増加してきた。
- 極低出生体重児、超低出生体重児の割合は、近年は横ばい傾向である。





# 都道府県別の出生1万人当たりNICU病床数\*

## 平成26年と平成29年の比較

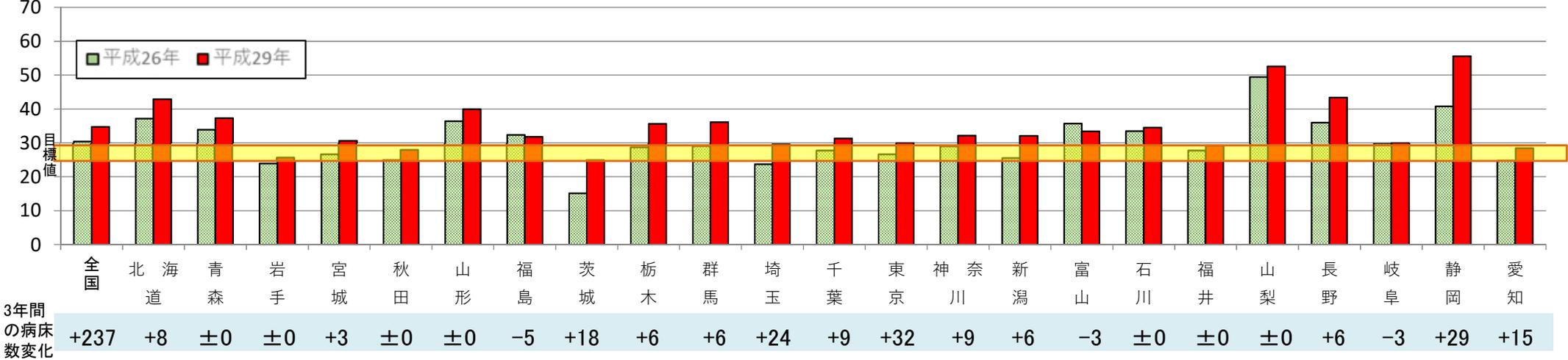
第16回医療計画の見直し等に関する検討会  
令和元年11月28日

資料  
1-2

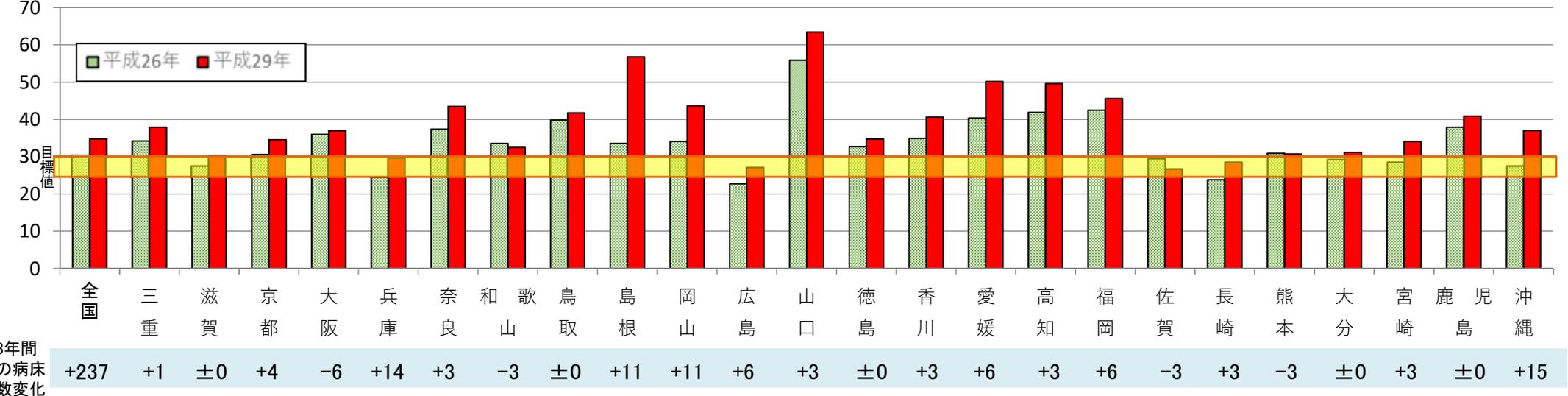
\*医療施設(静態・動態)調査におけるNICU病床数(医療保険届出病床数)

- NICU病床数については、平成26年から平成29年にかけて増床した都道府県もあれば、減床した都道府県もある。
- 増床しなかった場合にも、出生数の低下により、出生1万人当たりの病床数が増加している都道府県がある。

(床/出生1万人)



(床/出生1万人)

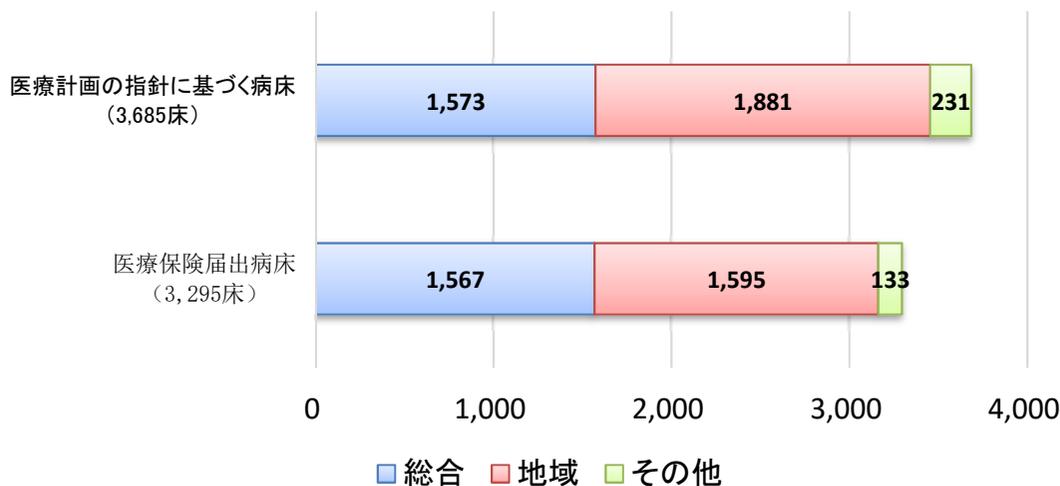


# NICU病床数の整備状況について

- NICUの病床規模について、総合周産期母子医療センターは概ね9床以上で整備されており、約7割の施設が、望ましいとされている12床以上を整備している。地域周産期母子医療センター及びその他の施設については、NICU病床規模は様々である。
- 都道府県の人口規模が大きいほど、NICU病床規模が大きい施設が多い傾向にある。

## ① 全国のNICU病床数(平成30年度)

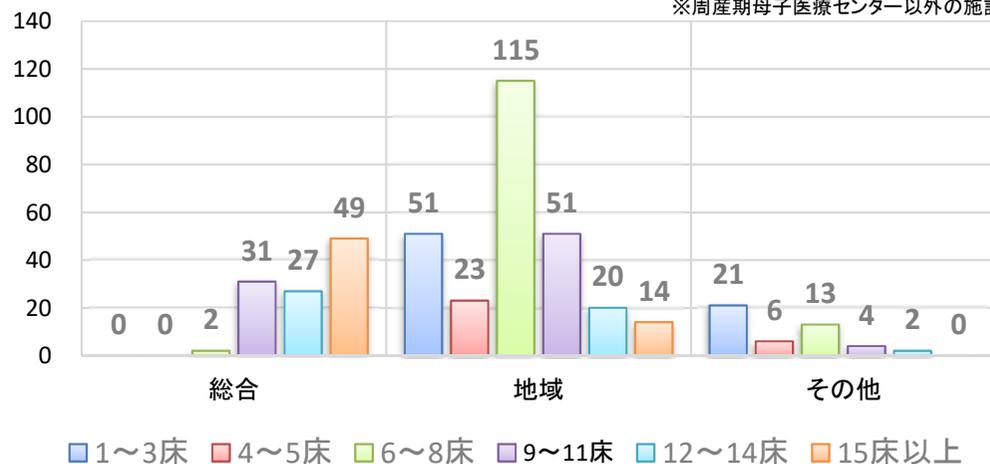
※周産期母子医療センター以外の施設を含む。



## ② NICU病床規模別の施設数

(医療計画の指針に基づく病床)

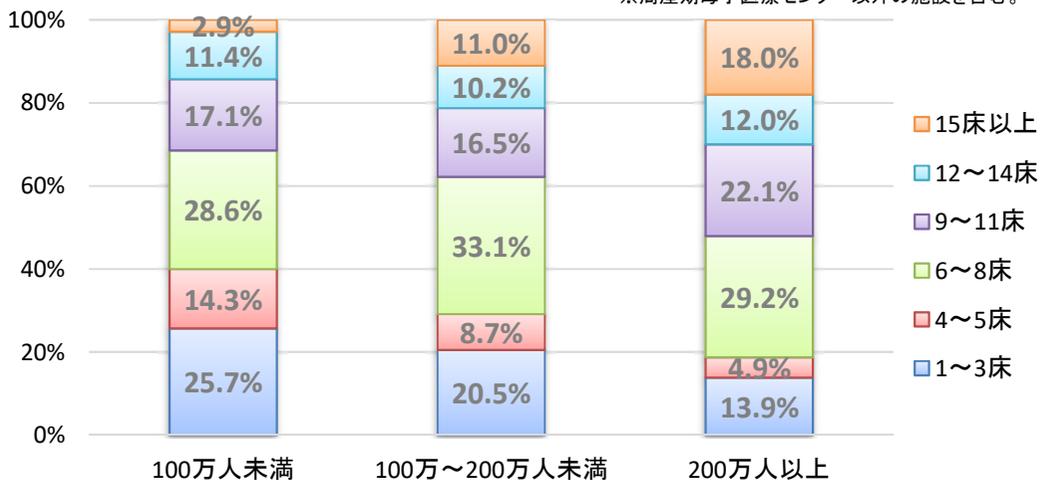
※周産期母子医療センター以外の施設を含む。



## ③ 都道府県人口規模別のNICU病床規模の割合

(医療計画の指針に基づく病床)

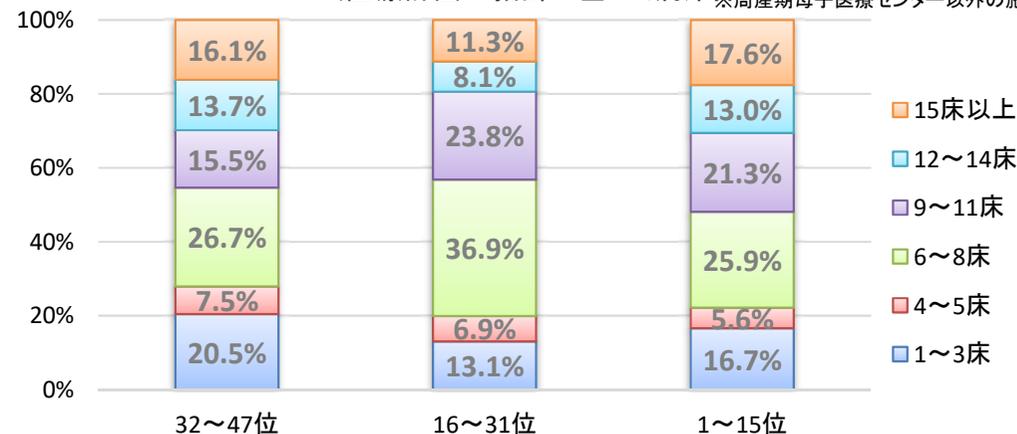
※周産期母子医療センター以外の施設を含む。



## ④ 都道府県の出生1万人当たりNICU病床数の順位別のNICU病床規模の割合

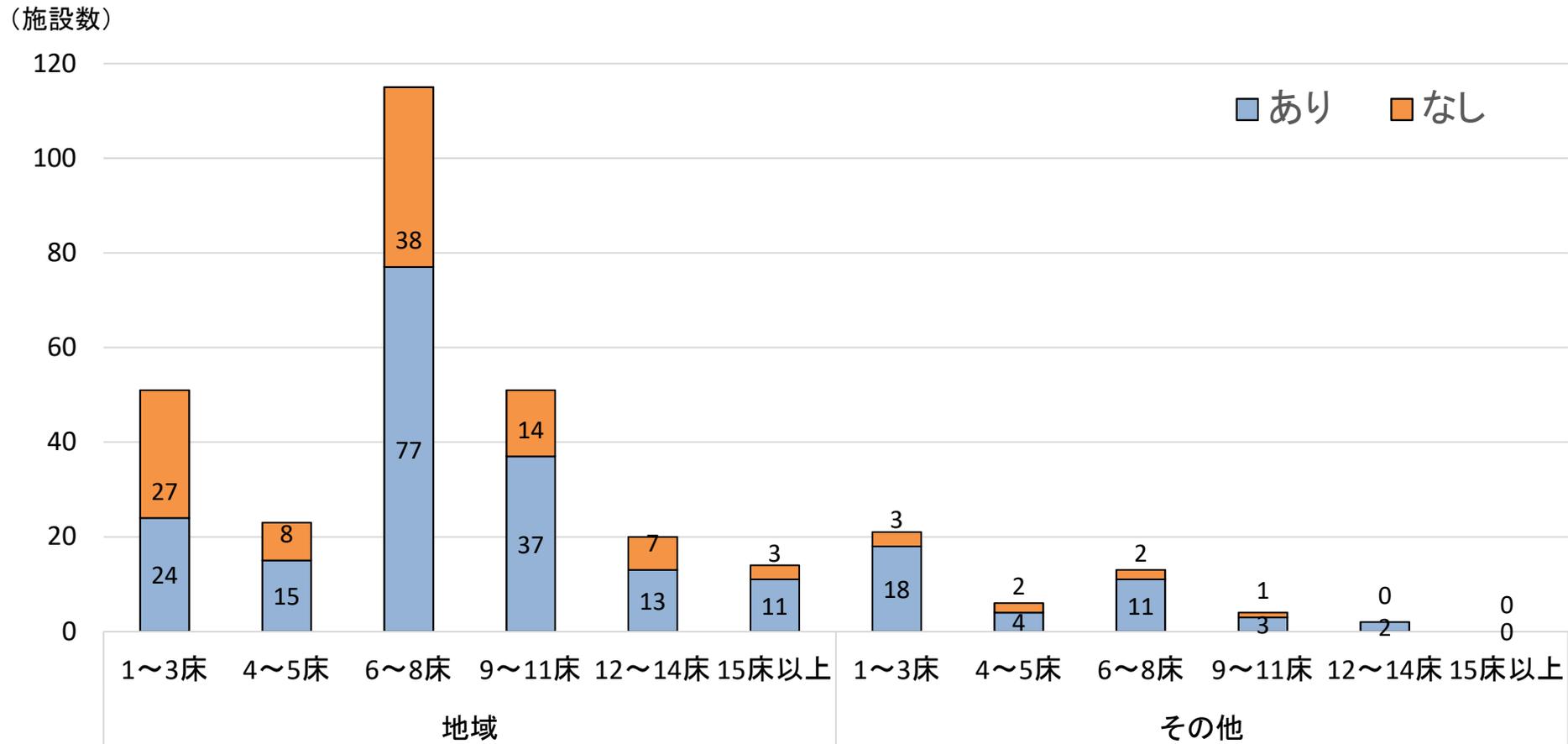
(医療計画の指針に基づく病床)

※周産期母子医療センター以外の施設を含む。



- 同一の周産期医療圏内に、NICUを有する複数の施設が存在している場合が一定数ある。
- 一方で、病床規模の小さい施設であっても、周産期医療圏内に他の施設がない場合がある。

## ■ 同一周産期医療圏内のNICUを有する他の施設(総合周産期母子医療センターを含まない)の有無ごとの施設数



# NICUにおける新生児医療の実績について(1)

第16回医療計画の見直し  
等に関する検討会  
令和元年11月28日

資料  
1-2

- NICU入院児数は、病床規模の大きい施設ほど多い傾向があるが、病床当たり入院児数は少なくなる傾向がある。
- 総合周産期母子医療センターの方が、地域周産期母子医療センターよりも出生体重の小さい児を診療している。

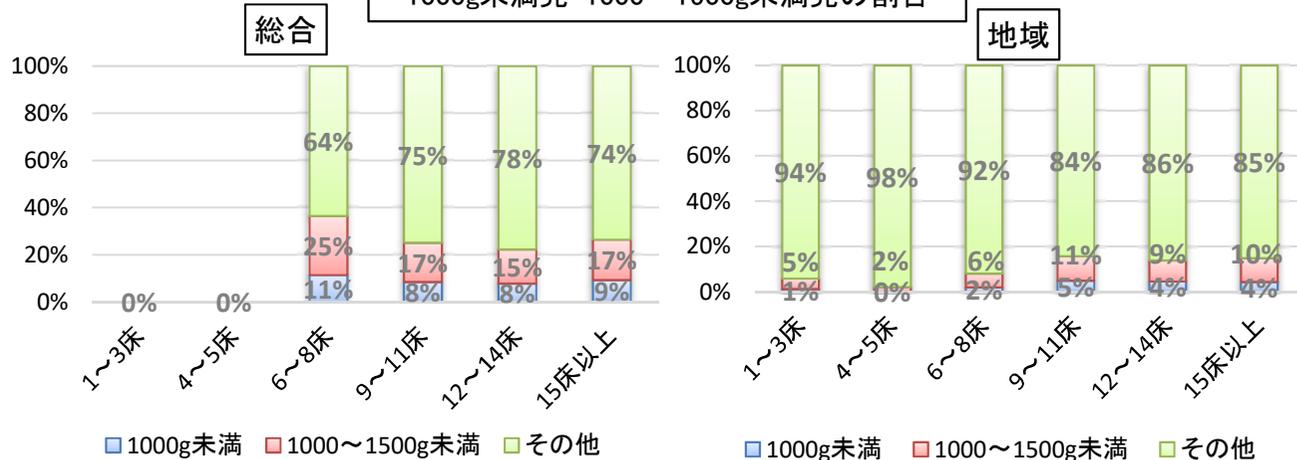
① NICU入院児数



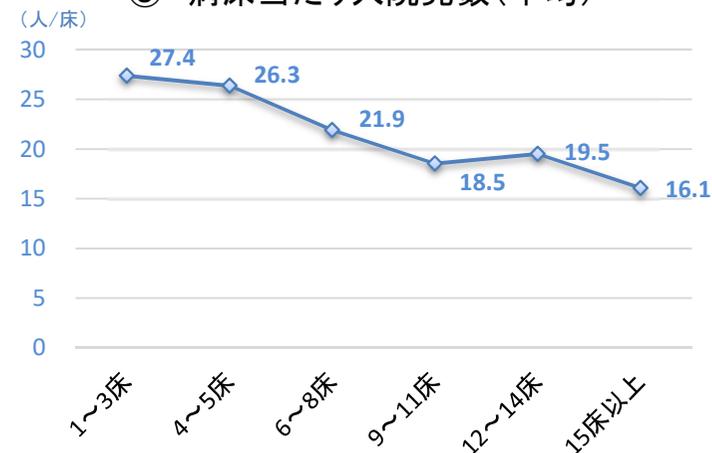
② 医療保険届出NICU入院児総数



「②医療保険届出NICU入院児総数」のうち  
1000g未満児・1000~1500g未満児の割合



③ 病床当たり入院児数(平均)



出典: 周産期医療体制調(医政局地域医療計画課調べ)における平成30年度実績(未回答2施設)  
対象は周産期母子医療センターのみ。NICUが0床の施設は分析から除外。

# NICUにおける新生児医療の実績について(2)

第16回医療計画の見直し  
等に関する検討会  
令和元年11月28日

資料  
1-2

○ 低出生体重児の入院児数、人工換気を実施した入院児数、手術を実施した入院児数、新生児搬送の受入総件数等のいずれについても、病床規模の大きい施設ほど多い傾向がある。

④ 医療保険届出入院児数  
(出生時1000~1500g未満児)



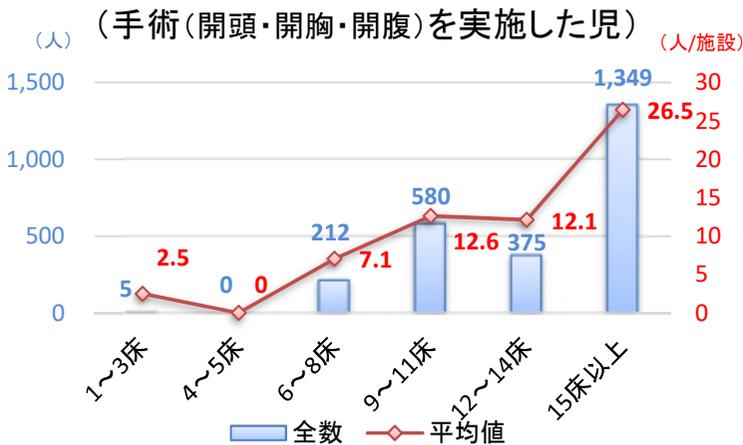
⑤ 医療保険届出入院児数  
(出生時1000g未満児)



⑥ 人工換気を実施した入院児数



⑦ 医療保険届出入院児数  
(手術(開頭・開胸・開腹)を実施した児)



⑧ 新生児搬送の受入総件数



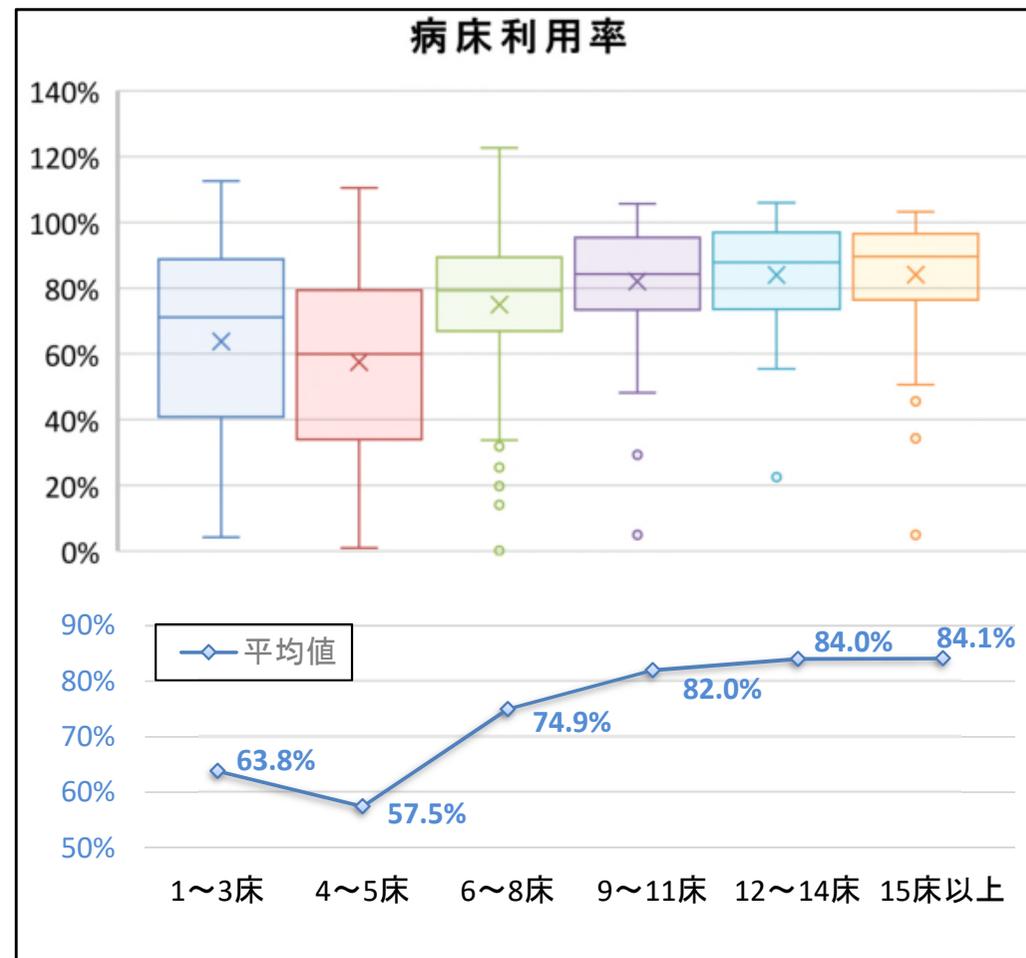
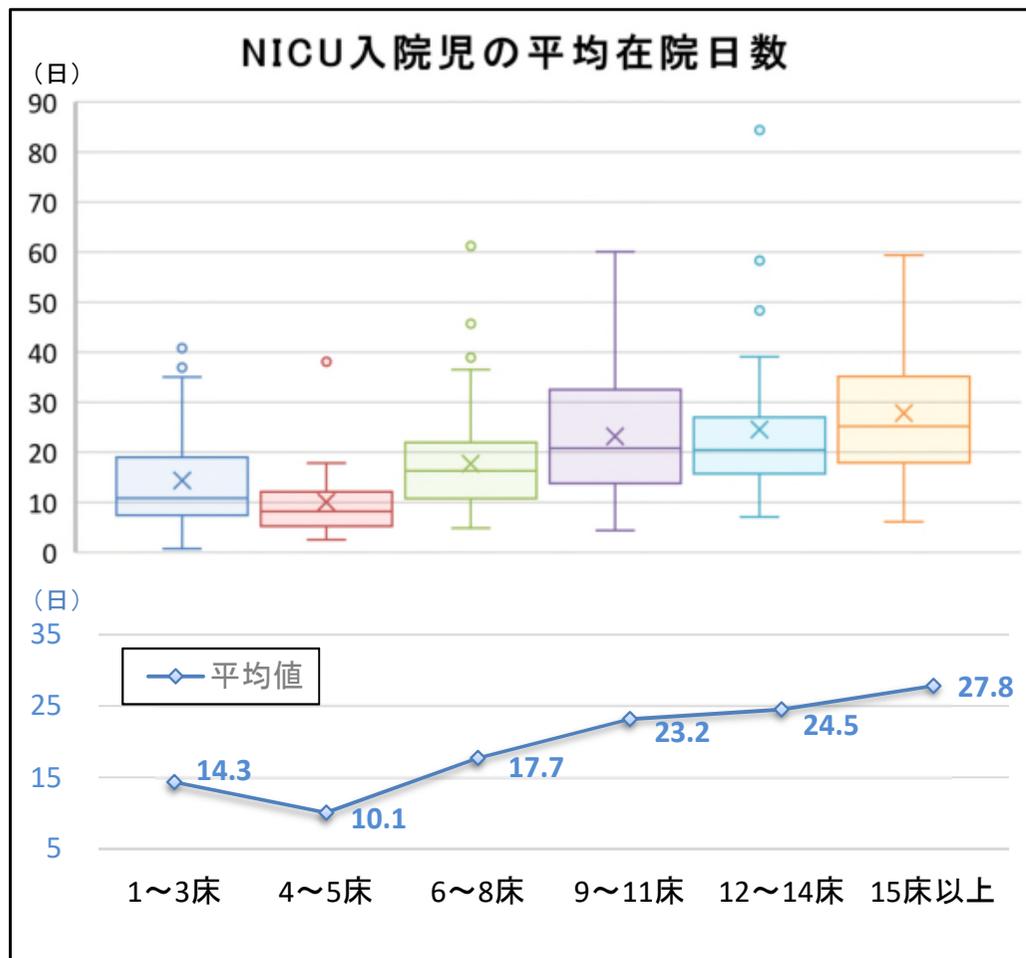
⑨ 新生児戻り搬送の受入件数



出典: 周産期医療体制調(医政局地域医療計画課調べ)における平成30年度実績(未回答2施設)  
対象は周産期母子医療センターのみ。NICUが0床の施設は分析から除外。

# NICUにおける新生児医療の実績について(3)

- NICU入院児の平均在院日数については、病床規模が大きくなるほど長くなる傾向があり、早産児や重症新生児を多く診療していることが一因と考えられる。
- 病床利用率については、病床規模が大きい施設で80%以上の施設の割合が多くなるが、病床規模が小さい場合は施設ごとの差が大きくなる傾向にある。



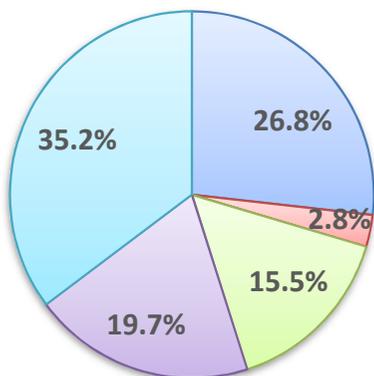
# NICUにおける医師の配置等について

- 総合周産期母子医療センターは、半数以上の施設で7名以上の医師を配置しており、病床規模が大きい施設では、24時間体制で2名以上配置している場合もある。
- 新生児担当医師に対する当直翌日の勤務配慮については、現状、病床規模が小さい施設ほど「なし」が多くなる傾向にある。

## 1. 日中主にNICU又はGCUを担当する医師数(常勤換算)

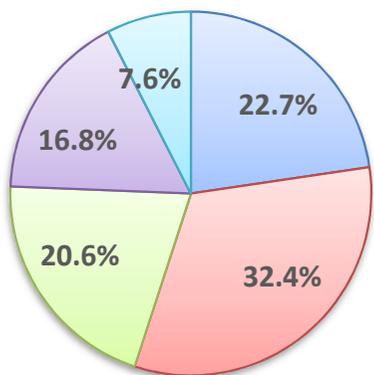
総合

- 2人以下
- 3~4人
- 5~6人
- 7~8人
- 9人以上



地域

- 2人以下
- 3~4人
- 5~6人
- 7~8人
- 9人以上

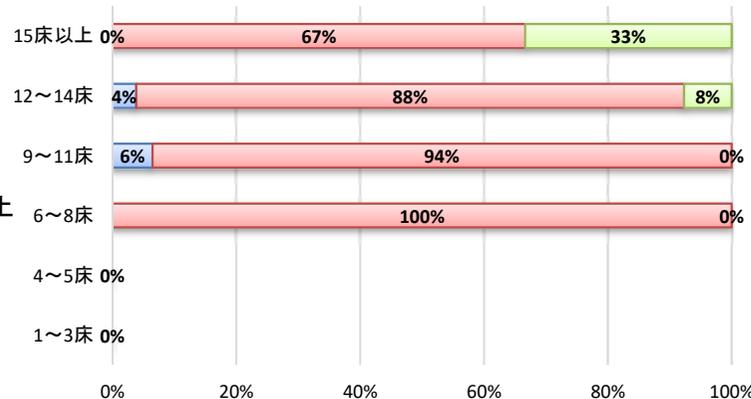


## 2. 24時間体制で新生児医療を専任で担当する医師数

(一般小児及び小児救急を兼任する場合は「兼任」とする。)

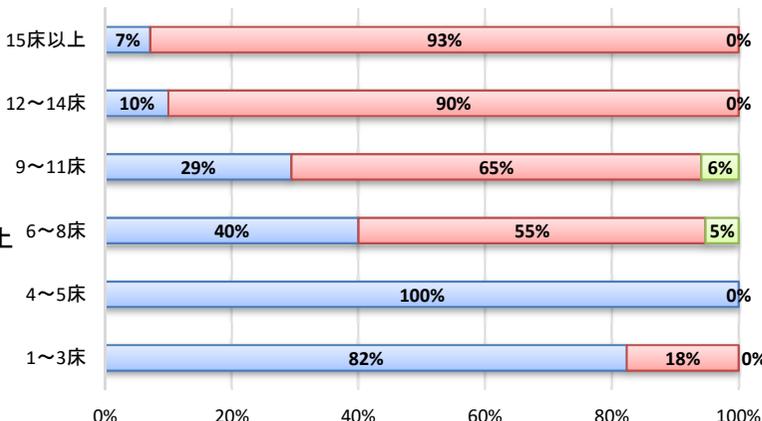
総合

- 兼任
- 1名
- 2名以上



地域

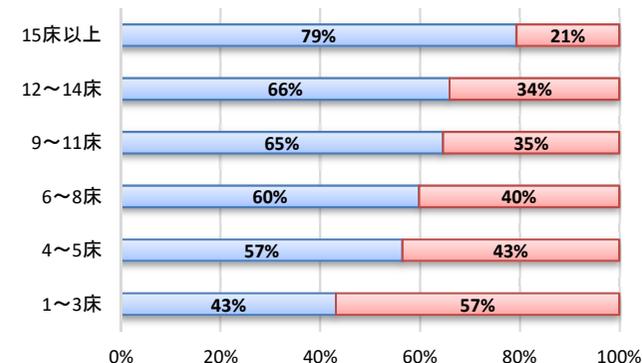
- 兼任
- 1名
- 2名以上



## 3. 新生児担当医師に対する当直翌日の勤務配慮

総合・地域

- あり
- なし



## 見直しの方向性(案)

(1) 24時間体制で、安全で質の高い周産期医療が提供可能な体制の構築・維持について

① リスクの高い妊産婦に対する医療提供体制について

○ これまで、地域において分娩を担う施設と基幹となる施設のリスクに応じた機能分化と連携を進める取組が行われてきた。一方で、MFICUの整備については、全国平均では目標の目安に到達しているが、まだ整備できていない都道府県もある。

第8次医療計画に向けて、集学的な救急対応が可能な体制を構築・維持できるよう、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、その他の施設それぞれの役割を踏まえ、リスクの高い妊産婦を受け入れる体制について、例えばMFICUを有する周産期母子医療センター等に重点化するなど、各都道府県において検討を開始することとしてはどうか。

② 新生児医療の提供体制について

○ NICUの整備については既に目標を達成しており、第8次医療計画に向けて、質の高い新生児医療を効率的に提供できるよう、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、その他の施設それぞれの役割(配置状況を含む。)、体制、実績等を踏まえつつ、NICUの集約化・重点化について、各都道府県において検討を開始することとしてはどうか。

なお、①と②について検討していくに当たっては、医療圏の見直し等の検討状況、MFICUとNICUの配置の整合性や連携、地域の分娩取扱施設からの緊急時の搬送体制等についても留意する必要がある。

(2) 周産期医療における医師以外の他職種の利用について

○ 第8次医療計画に向けて、アドバンス助産師や新生児集中ケア認定看護師等の専門性の高い人材の養成状況、院内助産・助産師外来を実施する施設における好事例等について情報収集しつつ、どの様な人材をどのような施設において活用することが有効かなどについて、検討していくこととしてはどうか。

# 小児・周産期医療に係る現状及び課題と論点

## 【現状及び課題】

- 5床以下のNICUの開設主体は公立の医療機関が多い。
- 5床以下のNICUを有する医療機関のうち、約4割がGCUを有していた。
- 出生数は年々減少しており、極低出生体重児・超出生体重児の割合は横ばいである。
- 平成29年に全都道府県において、NICU病床の整備目標を達成しており、目標を大きく上回る都道府県もある。
- 都道府県の人口規模が大きいほど、NICU病床規模が大きい施設が多い傾向にある。
- 同一の周産期医療圏内に、NICUを有する複数の施設が存在している地域が一定数ある。一方で、病床規模の小さい施設であっても、周産期医療圏内に他の施設がない場合がある。
- 低出生体重児の入院児数、人工換気を実施した入院児数、手術を実施した入院児数、新生児搬送の受け入れ総件数等のいずれについても、病床規模の大きい施設ほど多い傾向がある。
- NICU入院児の平均在院日数については、病床規模が大きくなるほど長くなる傾向があり、早産児や重症新生児を多く診療していることが一因と考えられる。
- 周産期医療における機能分化・連携のあり方に関する見直しの方向性として、NICUの整備については、既に目標を達成しており、第8次医療計画に向けて、質の高い新生児医療を効率的に提供できるよう、それぞれの施設の役割、体制、実績等を踏まえつつ、NICUの集約化・重点化について、各都道府県において検討を開始することが提案されている。



## 【論点】

- 新生児特定集中治療室管理料について、NICUの整備状況や周産期医療における機能分化・連携のあり方に関する見直しの方向、病床規模毎の診療実績等を踏まえ、新たに新生児特定集中治療室管理料1を届出ることについて、どのように考えるか。また、患者状態に応じた適切な医療資源が投入できるよう、入院している患者の状態や診療実績を把握することについて、どのように考えるか。

# 個別事項

(その12:救急/小児・周産期②、がん対策②、脳卒中②、生活習慣病②)

## 1. 救急医療、小児・周産期医療について (その2)

- 救急医療について
- 小児・周産期医療について

## 2. がん対策について (その2)

- がん診療連携拠点病院等について
- 個別栄養食事管理加算について

## 3. 脳卒中について (その2)

## 4. 生活習慣病について (その2)

- 血糖自己測定器加算について
- クロザピン投与中のヘモグロビンA1cの測定について

## 2. がん対策について（その2）

- がん診療連携拠点病院等について
- 個別栄養食事管理加算について

### 令和元年10月9日の中医協総会での主なご意見

- がん拠点病院加算の算定要件等と、新しい類型に該当する病院の機能等の関係について、整理する必要があるのではないか。
- がん診療連携拠点病院等の評価に当たっては、実際に提供されているがん診療の内容に応じた評価を行うことが重要ではないか。特に、がんゲノム医療について、がんゲノム医療中核拠点病院とがんゲノム医療拠点病院との間には、人材育成や研修等の部分でのみ差があるということ踏まえる必要があるのではないか。

# がん拠点病院加算の概要

## A232 がん拠点病院加算(入院初日)

### 1 がん診療連携拠点病院加算

イ がん診療連携拠点病院 500点

ロ 地域がん診療病院 300点

### 2 小児がん拠点病院加算 750点

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点をさらに所定点数に加算する。

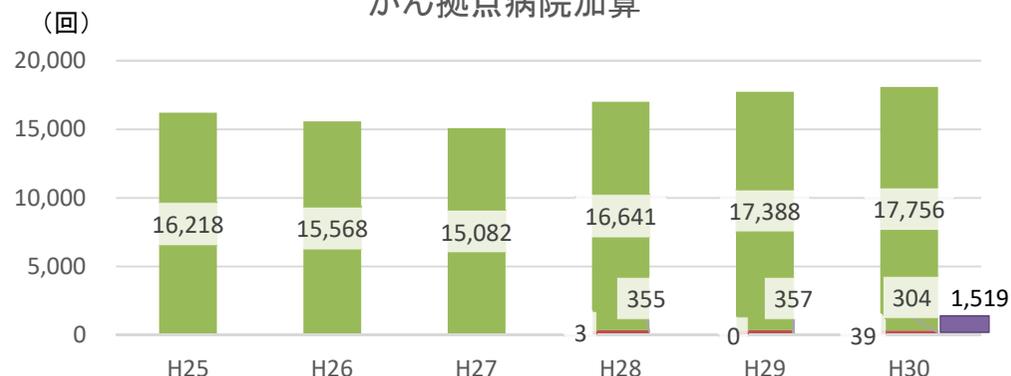
#### 【算定要件(概要)】

- 「1」の「イ」は、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したもの。
- 「1」の「ロ」は、地域がん診療病院として指定された病院を評価したもの。
- 「2」は、小児がん診療病院として指定された病院を評価したもの。
- 「注2」に規定する加算は、がんゲノム医療中核拠点病院において算定する。

#### 【施設基準(抜粋)】

- 1のイ がん診療連携拠点病院の指定を受けていること 等
- 1のロ 地域がん診療病院の指定を受けていること 等
- 2 小児がん拠点病院の指定を受けていること 等
- 注2 がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けていること

がん拠点病院加算



- がん拠点病院加算(H28以降:がん診療連携拠点病院加算(がん診療連携拠点病院))
- がん拠点病院加算(がん診療連携拠点病院加算(地域がん診療病院))
- がん拠点病院加算(小児がん拠点病院加算)
- がん拠点病院加算(がんゲノム医療提供保険医療機関加算)

# がん診療連携拠点病院等

中医協 総 - 1  
元 . 1 0 . 9

令和元年7月1日時点

がん診療連携拠点病院: 393カ所  
地域がん診療病院: 43カ所

都道府県がん診療連携拠点病院



51カ所

地域がん診療連携拠点病院



339カ所

地域がん診療病院



43カ所

都道府県内の拠点病院  
全体のとりのまとめ

- ①地域がん診療連携拠点病院(高度型): 14カ所
- ②地域がん診療連携拠点病院: 325カ所

隣接する2次医療圏の  
拠点病院とグループ化

特定領域  
がん診療連携拠点病院



1カ所

国立がん研究センター



2カ所

- 様々な研修
- 都道府県がん診療連携拠点病院  
連絡協議会の開催 等

第14回 がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会(平成31年3月7日) 資料2より抜粋・一部改変

【現行】

地域がん診療連携拠点病院

## 診療機能による分類

【見直し後】

地域がん診療連携拠点病院  
(高度型)

指定類型の  
見直し ↑

↓ 指定類型の  
見直し

地域がん診療連携拠点病院

指定類型の  
見直し ↓

↑ 指定要件を  
充足した場合  
復帰

地域がん診療連携拠点病院  
(特例型)

- 必須要件に加え、望ましい要件を複数満たす。
  - 高度な放射線治療の実施が可能
  - 同一医療圏のうち診療実績が最も優れている。
  - 相談支援センターへの医療従事者の配置や緩和ケアセンターの整備
  - 医療安全に関する取組
- 等の条件を満たし、診療機能が高いと判断された場合に同一医療圏に1カ所のみ指定。

従来の地域がん診療連携拠点病院と同様。

※平成31年度は適応なし

平成31年以後に既指定の拠点病院で、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に経過措置的に指定類型を見直す。  
未充足である状況が持続した場合は、指定の取消しも検討する。

# がんゲノム医療に係る評価

中医協 総 - 1  
元 . 1 0 . 9

## がんゲノム医療中核拠点病院の評価

- がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、がんゲノム医療中核拠点病院が新たに指定されることを踏まえ、がんゲノム医療を提供する体制を評価する。

### がん拠点病院加算

(新) がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算 250点(入院初日)

#### [施設基準]

がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、パネル検査の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を備えた、がんゲノム医療中核拠点病院として指定された病院であること。



#### <がんゲノム医療中核拠点病院>

「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会」(平成30年2月14日)において以下の医療機関が選定され、同年2月16日に厚生労働大臣により指定された。

- ・ 北海道大学病院
- ・ 慶應義塾大学病院
- ・ 名古屋大学医学部附属病院
- ・ 岡山大学病院
- ・ 東北大学病院
- ・ 東京大学医学部附属病院
- ・ 京都大学医学部附属病院
- ・ 九州大学病院
- ・ 国立がん研究センター東病院
- ・ 国立がん研究センター中央病院
- ・ 大阪大学医学部附属病院

※ 指定期間は平成30年4月1日から令和2年3月31日までの2年間

## 遺伝カウンセリング加算の充実

- 遺伝カウンセリング加算の評価を充実するとともに、遺伝学的検査実施後のカウンセリングに加えて、検査実施前に、検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行うことを要件とする。

現行

遺伝カウンセリング加算(月1回)

500点



改定後

遺伝カウンセリング加算(月1回)

1,000点

# がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療拠点病院の選定基準等について ①

項目	がんゲノム医療中核拠点病院	がんゲノム医療拠点病院
診療体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 遺伝子パネル検査について</li> <li>○ 遺伝カウンセリング等について</li> <li>○ がんゲノム医療に関する情報の取扱いについて</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 手術検体等の生体試料の保存について</li> <li>○ がんゲノム医療を統括する部門について</li> <li>○ 患者への情報提供について</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>臨床研究中核病院であることが望ましい。</u></li> <li>○ 臨床研究中核病院でない場合は、<u>臨床研究中核病院における臨床研究の実施体制に準じて、医療法施行規則第9条の25各号に掲げる体制が整備されていること</u>(※医療安全に関する体制が含まれる)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療安全について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>医療安全管理部門が設置されていること。</u></li> <li>・ 医療に関わる安全管理のための指針を整備すること、必要な会議を実施すること等の<u>医療安全に関する体制が整備されていること。</u></li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病理検査室の人員について</li> <li>○ 遺伝カウンセリング等の人員について</li> <li>○ がんゲノム医療に関するデータ管理を行う部門の人員について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ がんゲノム医療を統括する部門の責任者について</li> <li>○ エキスパートパネルの構成員等について</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>臨床研究中核病院であることが望ましい。</u></li> <li>○ 臨床研究中核病院でない場合は、<u>臨床研究中核病院における臨床研究の実施体制に準じて、医療法施行規則第9条の25各号に掲げる体制が整備されていること</u>(※医療安全に関する体制が含まれる)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療安全部門の人員について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>医療安全管理責任者が配置されていること</u></li> <li>・ 医療安全管理部門には、<u>専任の医師、薬剤師及び看護師が配置されていること</u></li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 遺伝カウンセリング等について、以下の実績を有すること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 遺伝性腫瘍に係る遺伝カウンセリング(血縁者に対するカウンセリングを含む。)を、申請時点よりさかのぼって、過去1年の間に、10人程度に対して実施していること。</li> <li>・ 遺伝性腫瘍に係る遺伝学的検査(血縁者に対する検査を含む。)を、申請時点よりさかのぼって、過去1年の間に、10件程度実施していること。</li> </ul> </li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 治験・先進医療Bの実施について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 未承認薬又は適応拡大に関するがん薬物療法の企業治験、医師主導治験又は先進医療Bにおいて、新規の患者を、申請時点よりさかのぼって、<u>過去3年の間に、合計100人以上登録した実績があること。</u></li> <li>・ 新規の医師主導治験又は先進医療Bを、申請時点よりさかのぼって、<u>過去3年の間に、主導的に複数件実施した実績があること。</u></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 治験・先進医療Bの実施について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 未承認薬又は適応拡大に関するがん薬物療法の企業治験、医師主導治験又は先進医療Bにおいて、新規の患者を、申請時点よりさかのぼって、<u>過去3年の間に、合計100人以上登録した実績があることが望ましい。</u></li> </ul> </li> </ul>

# がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療拠点病院の選定基準等について ②

項目	がんゲノム医療中核拠点病院	がんゲノム医療拠点病院
連携・人材育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ エキスパートパネルでは、がんゲノム医療連携病院から依頼された遺伝子パネル検査の結果についても検討することとし、検討した内容等については、当該がんゲノム医療連携病院に、適切に情報提供すること。</li> <li>○ エキスパートパネルの依頼元であるがんゲノム医療連携病院と協力して、臨床情報やゲノム情報を収集すること。収集した情報については、がんゲノム情報管理センターへ登録すること。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ がんに関連する臨床研究・治験等に関して、がん診療連携拠点病院等や小児がん拠点病院に対し、<u>適切に情報提供すること。</u></li> <li>○ 自らが連携するがんゲノム医療拠点病院及びがんゲノム医療連携病院と、<u>がんゲノム医療に係る合同の会議を定期的</u>に開催し、日頃から、<u>情報共有・連携体制の構築に努めること。</u></li> <li>○ 自施設並びに自らが連携するがんゲノム医療拠点病院及びがんゲノム医療連携病院に所属するがんゲノム医療に従事する医療者に対して、<u>必要な研修を行い、また、業務に係る講習会等の受講を促すこと。</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>治験・先進医療等の実施について、がんゲノム医療中核拠点病院と協力すること。</u></li> <li>○ 自らが連携するがんゲノム医療中核拠点病院が開催する<u>がんゲノム医療に係る合同の会議に参加し、日頃から、情報共有・連携体制の構築に努めること。</u></li> <li>○ がんゲノム医療に従事する医療者に対して、<u>自らが連携するがんゲノム医療中核拠点病院が開催するがんゲノム医療に係る研修等の受講を促すこと。</u>また、業務に係る講習会等の受講を促すこと。</li> </ul>

## がん診療連携拠点病院等に関する現状・課題と論点

### 【現状・課題】

- がん診療連携拠点病院等の有する集学的治療、緩和ケアの提供、院内がん登録の適切な実施等の医療提供に係る体制の評価として、がん拠点病院加算が設けられている。
- 平成30年度診療報酬改定において、がんゲノム医療中核拠点病院の有する遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施等の体制の評価として、がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算が設けられた。
- がん診療連携拠点病院等の整備指針の改正に伴い、地域がん診療連携拠点病院の新たな類型として地域がん診療連携拠点病院(高度型)が設けられ新たに14か所指定された。
- また、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に、経過措置的に指定されるものとして、地域がん診療連携拠点病院(特例型)が設けられた。
- がんゲノム医療の提供体制の整備を進めるため、令和元年9月にがんゲノム医療拠点病院が新たに34か所指定された。
- がんゲノム医療拠点病院の選定基準は、がんゲノム医療に係る情報共有の機会の提供や、研修に係る要件を除いて、がんゲノム医療中核拠点病院の要件と同様である。

### 【論点】



- がん診療連携拠点病院等のうち、地域がん診療連携拠点病院(特例型)は、その趣旨を踏まえ、地域がん診療病院と同様の評価とすることとしてはどうか。
- がんゲノム医療拠点病院については、その選定基準等を踏まえ、がんゲノム医療中核拠点病院と同様の評価とすることとしてはどうか。

## 2. がん対策について（その2）

- がん診療連携拠点病院等について
- 個別栄養食事管理加算について

# 緩和ケア診療加算の施設基準等について

## A226-2 緩和ケア診療加算(1日につき) 390点

### 【対象患者(概要)】

- 一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者。

### 【算定要件(抜粋)】

- 患者の同意に基づき、**症状緩和に係るチーム(緩和ケアチーム)による診療が行われた場合**に算定。

### 【施設基準(抜粋)】

(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアチームが設置されていること。

- ア 身体症状の緩和を担当する専任の医師
  - イ 精神症状の緩和を担当する専任の医師
  - ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師
  - エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
- (中略)

(2) (略)

(3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。

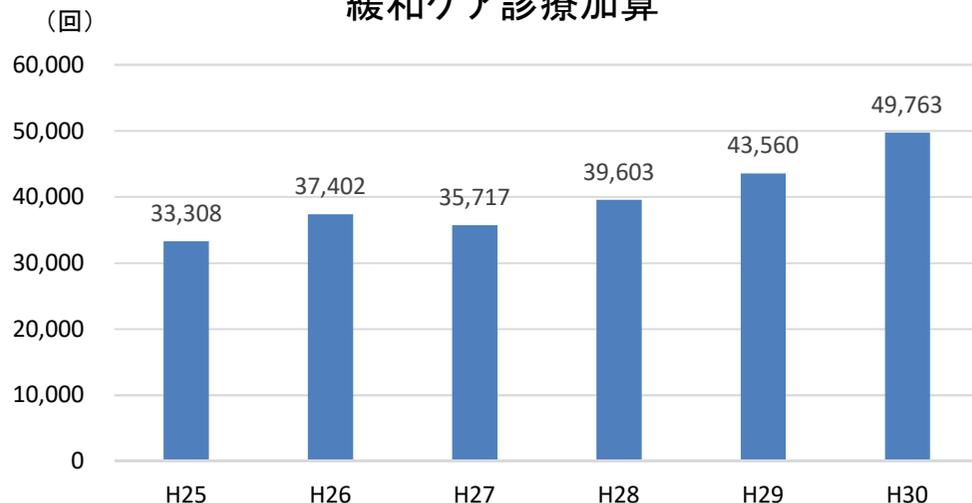
(4) (1)のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。

(5) (1)のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかの研修を修了している者であること。(中略)

- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立研究開発法人国立がん研究センター主催)等

(6) (1)のウに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。(中略)

### 緩和ケア診療加算



### 【疾患の内訳】

病名	平成30年5月(件)	平成30年度(件/年)
悪性腫瘍	1,732	23,215
後天性免疫不全症候群	—	10
心疾患	16	257

## 緩和ケア診療加算等の要件の見直し

➤ 緩和ケア診療加算について、がん患者に対する栄養食事管理の取組を評価する。

### 緩和ケア診療加算

#### (新) 個別栄養食事管理加算 70点(1日につき)

[算定要件]

- (1) 緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍の患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。
- (2) 緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載又は当該内容を記録したものを診療録に添付する。

[施設基準]

緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。

#### 届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
個別栄養食事管理加算	(届出不要)	9,065

(出典) 算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

表 緩和ケア診療加算及び個別栄養食事管理加算の対象疾患について

	悪性腫瘍	後天性免疫不全症候群	末期心不全
緩和ケア診療加算	○	○	○
個別栄養食事管理加算	○	×	×

# 心不全患者の栄養状態と栄養管理の内容等について

- 心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメントにおいて、心不全のステージが進行し、終末期に近づくにつれ栄養状態が悪化することから、栄養サポートを実施することが示されている。
- 栄養療法においては、栄養状態を保ち、心不全の増悪を予防し予後の改善を目指し、適正なエネルギー量を摂取しつつ、食塩摂取量が適正化が重要となる。また、栄養状態が悪化している場合には、適正ないエネルギー摂取の優先度が高くなる。

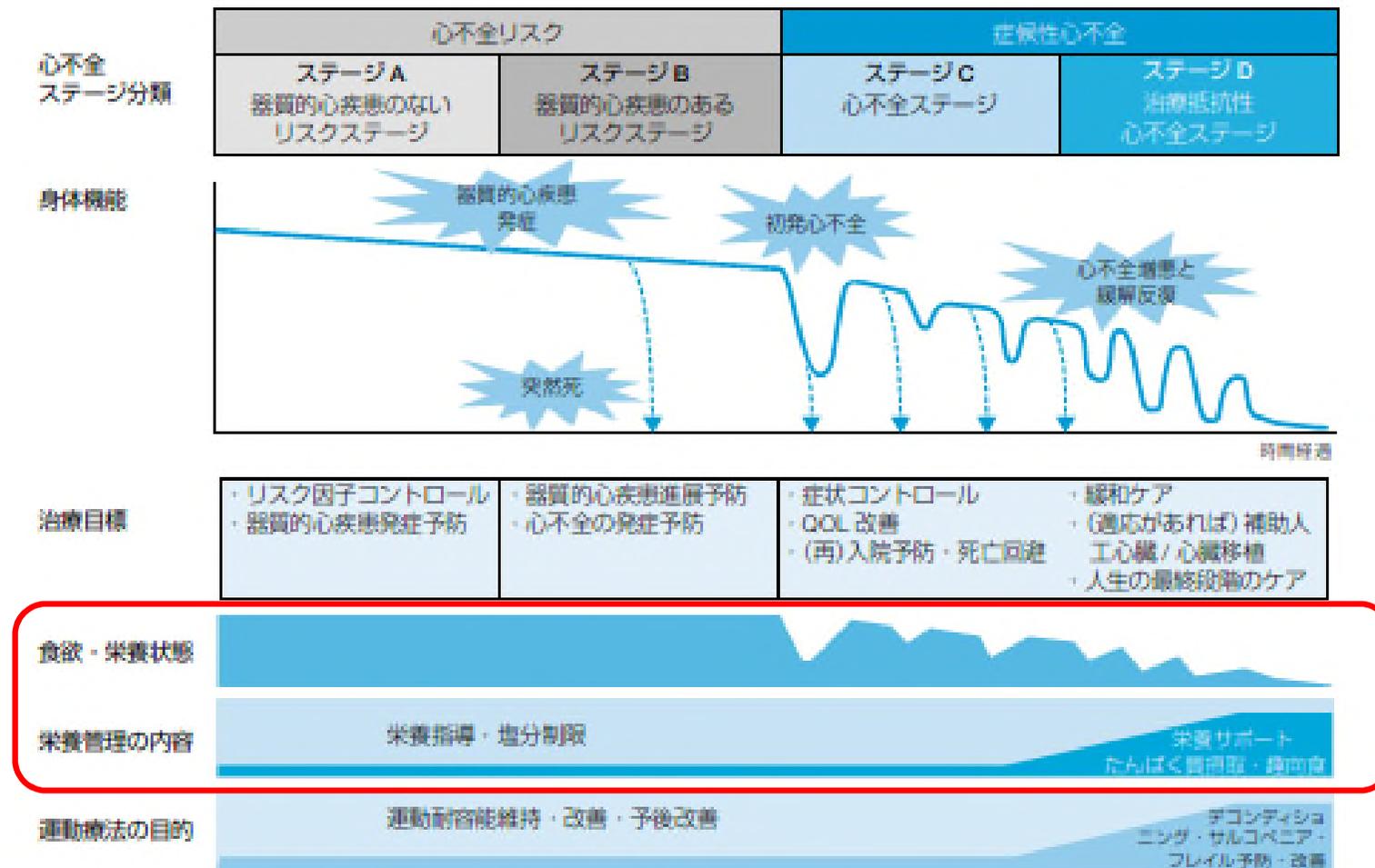


図 VI-3 慢性心不全の経過と栄養状態・栄養管理・運動療法の位置づけの概略

文献 102) 厚生労働省、脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について（平成 29 年 7 月）、より改変

# 心不全患者における栄養評価・管理について

- 心不全の栄養療法における多職種連携において、管理栄養士の役割としては、栄養状態の判定、栄養管理、指導を行うこととされている。
- 心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメントにおいて、心不全末期には、個々に合わせた適切な食事の検討を行う必要があるとされている。

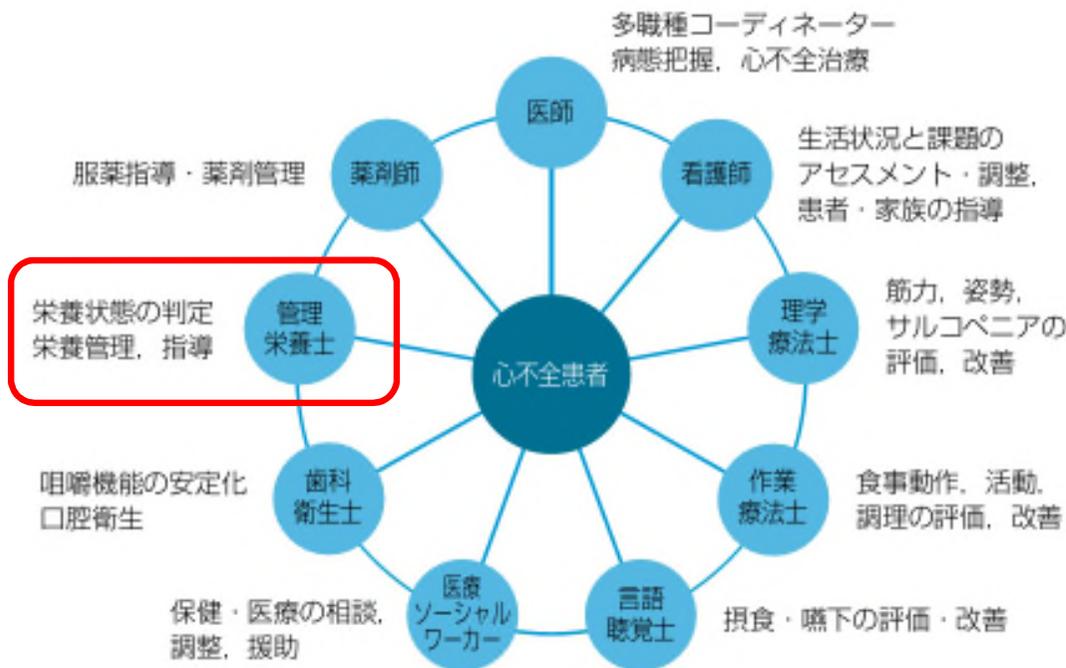


図 VII-2 心不全の栄養療法における多職種連携

## 心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメント

心不全終末期には、減塩食から普通食へ切り替えることにより、食事摂取量が増加する症例にも遭遇する。多職種でカンファレンスを行い、食事に関する価値観や習慣、食事摂取の必要性、食嗜好など患者および家族の思いを情報共有し、個々に合わせた適切な食事の検討を行う必要がある、一律な過度の減塩はすべきではない。

なお、最期には食欲が自然と進行性に低下するが、この時期に強制栄養法を実施すべきではない。また、終末期での食事摂取量低下に対する一律な輸液は、呼吸困難や浮腫などのうっ血症状をかえって悪化させることがあるため、勧められない。

## 個別栄養食事管理加算に関する現状・課題と論点

### 【現状・課題】

- 現時点では、緩和ケア診療加算と個別栄養食事管理加算の対象疾患は異なっている。
- 心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメントにおいて、心不全の栄養療法における多職種連携では、管理栄養士の役割として、栄養状態の判定、栄養管理、指導を行うこととされている。
- 心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメントにおいて、心不全末期には、個々に合わせた適切な食事の検討を行う必要があるとされている。



### 【論点】

- 個別栄養食事管理加算について、緩和ケアチームに管理栄養士が参画することを推進する観点から、緩和ケア診療加算と同様、後天性免疫不全症候群及び末期心不全患者を対象疾患として加えることとしてはどうか。

# 個別事項

(その12:救急/小児・周産期②、がん対策②、脳卒中②、生活習慣病②)

## 1. 救急医療、小児・周産期医療について (その2)

- 救急医療について
- 小児・周産期医療について

## 2. がん対策について (その2)

- がん診療連携拠点病院等について
- 個別栄養食事管理加算について

## 3. 脳卒中について (その2)

## 4. 生活習慣病について (その2)

- 血糖自己測定器加算について
- クロザピン投与中のヘモグロビンA1cの測定について

### 3. 脳卒中について（その2）

#### 令和元年10月18日中医協総会における主な意見

- 超急性期脳卒中加算の施設基準を検討するにあたって、例えば合併する脳出血の頻度など、rt-PA静注療法の安全性のデータが必要ではないか。
- 薬剤師の常時配置については、当該要件のために算定できない施設があるのかどうか、調べる必要があるのではないか。

## A205-2 超急性期脳卒中加算 12,000点(入院初日)

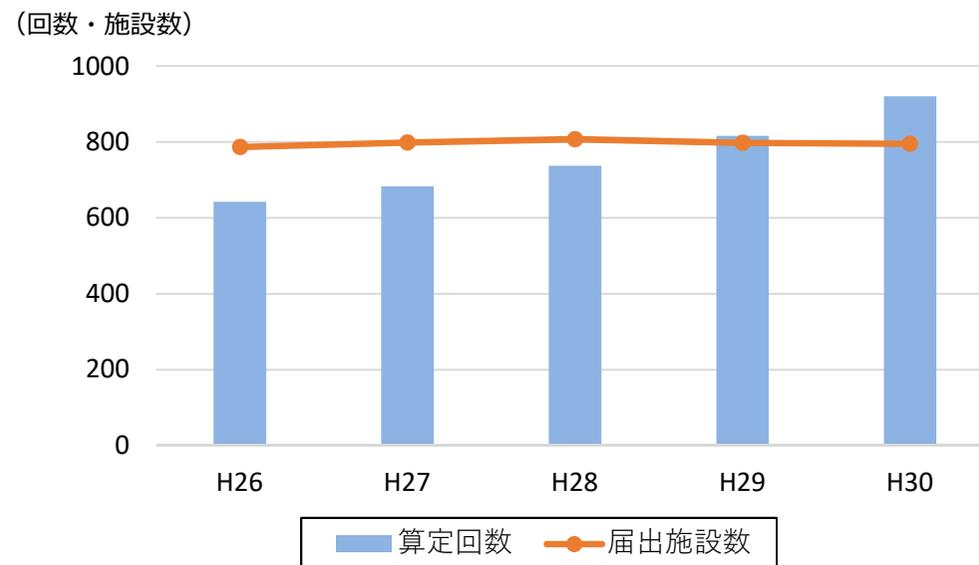
### 【算定要件】

- (1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 投与に当たっては、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会rt-PA(アルテプラール)静注療法指針改訂部会作成の「rt-PA(アルテプラール)静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること。
- (3) 投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。

### 【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。
- (2) 薬剤師が常時配置されていること。
- (3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。
- (4) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。
- (5) 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。
- (6) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。(省略)
- (7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

### 【算定回数・届出医療機関数】



- 日本脳卒中学会は、「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法 適正治療指針第二版」に定める「治療を行う施設」の基準が厳格過ぎたことが、rt-PA療法が普及しない一因である可能性を考慮し、平成28年9月に基準の改訂を行った。  
(脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会報告書(平成29年7月)より引用改変)
- 現状、A205-2 超急性期脳卒中加算の施設基準は、当該指針(第三版)の推奨する施設基準には対応していない。

	A205-2 超急性期脳卒中加算	改訂後の指針(第三版)	改訂前の指針(第二版)
人員配置基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る)を1名以上配置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療を開始できること (脳卒中診療担当者は、日本脳卒中学会の承認する本薬使用のためのe-ラーニングを受講することが望ましい)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日本脳卒中学会専門医などの急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を持つ医師を中心とする診療チームがあること</li> <li>実施担当医が日本脳卒中学会の承認する本薬使用のための講習会を受講し、証明を取得すること</li> </ul>
	薬剤師の常時配置	(記載なし)	(記載なし)
	診療放射線技師及び臨床検査技師の常時配置	(記載なし)	(記載なし)
脳外科対応	脳外科的処置が迅速に行える体制	迅速に脳外科医が対応できる体制	脳外科的処置が迅速に行える体制
設備	脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること (ICUやSCUと兼用であっても構わない)	推奨項目から削除 (静注後の管理はSCU又はそれに準ずる集中治療室等の設備で行うことが望ましい)	ストロークケアユニット又はそれに準ずる設備
	CT、MRI、脳血管造影等の脳画像撮影及び診断が常時行える体制	頭部CT又はMRI、一般血液検査と凝固学的検査、心電図検査が施行可能	CT又はMRIが24時間実施可能

## rt-PA（アルテプラーゼ）静注療法の合併症について

### rt-PA（アルテプラーゼ）静注例における症候性頭蓋内出血の頻度

	概要	期間	症候性頭蓋内出血頻度
J-ACT <sup>1</sup>	国内承認前第Ⅲ相試験	2002年4月～2003年9月	5.8%
J-MARS <sup>2</sup>	市販後2年間の全国調査	2005年10月～2007年10月	3.5%
SAMURAI <sup>3</sup>	10施設共同の登録研究	2005年10月～2008年7月	1.3%

※国内でのアルテプラーゼ静注療法の主な臨床試験、観察研究より

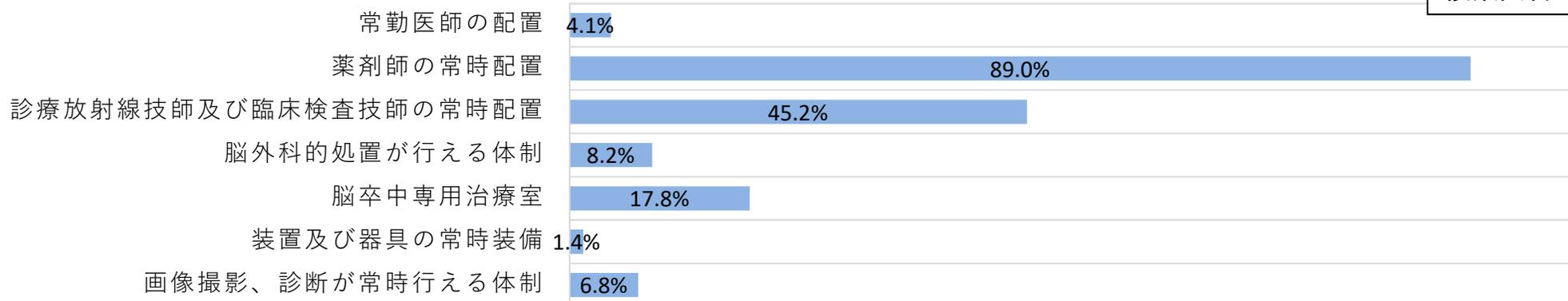
【出典】

1.Stroke 2006;37:1810-1815 2.Stroke 2010;41:1984-1989 3.Stroke 2009;40:3591-3595

## 超急性期脳卒中加算を算定していない理由

### 満たすことができない要件（rt-PA療法を実施しているが加算を算定していない施設）

複数回答



【出典】厚生労働科学研究費補助金「脳卒中の急性期医療体制における施設間連携体制構築のための研究」

※2府7県で調査を実施

※rt-PAを実施している306施設中、未算定は79施設。うち73施設が回答。(実施施設数は研究班調べ、算定医療施設は地方厚生局資料より確認)

## 超急性期脳卒中加算に関する現状・課題と論点

### 【現状・課題】

- 日本脳卒中学会は、「rt-PA（アルテプラーゼ）静注療法 適正治療指針第二版」について、平成28年9月に基準の改訂を行ったが、現状、超急性期脳卒中加算の施設基準はこれに対応していない。
- アルテプラーゼ静注療法に伴う主な合併症である症候性頭蓋内出血の頻度をみると、市販後の調査において約1～3%と低い割合であった。
- アルテプラーゼ静注療法を実施しているが超急性期脳卒中加算を算定していない施設における、算定できない理由としては、「薬剤師の常時配置」や「診療放射線技師及び臨床検査技師の常時配置」の回答が多かった。これらの要件は日本脳卒中学会の指針では求められていない。



### 【論点】

- 超急性期脳卒中加算において、現在、日本脳卒中学会の指針には特に記載のない項目も施設基準としているが、アルテプラーゼ静注療法に伴う症候性頭蓋内出血の頻度が市販後調査等で低い割合であったことや、当該加算を算定できない理由として薬剤師の常時配置の要件等を満たせないという回答が多かったことを踏まえ、これらの施設基準を指針に合わせるように見直してはどうか。

## 個別事項

(その12:救急/小児・周産期②、がん対策②、脳卒中②、生活習慣病②)

### 1. 救急医療、小児・周産期医療について (その2)

- 救急医療について
- 小児・周産期医療について

### 2. がん対策について (その2)

- がん診療連携拠点病院等について
- 個別栄養食事管理加算について

### 3. 脳卒中について (その2)

### 4. 生活習慣病について (その2)

- 血糖自己測定器加算について
- クロザピン投与中のヘモグロビンA1cの測定について

## 4. 生活習慣病について（その2）

- 血糖自己測定器加算について
- クロザピン投与中のヘモグロビンA1cの測定について

# 血糖自己測定器加算の概要

## C150 血糖自己測定器加算

1 月20回以上測定する場合	350点	2 月30回以上測定する場合	465点	3 月40回以上測定する場合	580点
4 月60回以上測定する場合	830点	5 月90回以上測定する場合	1,170点	6 月120回以上測定する場合	1,490点

○ 血糖自己測定器加算は、インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の在宅自己注射を毎日行っている患者のうち血糖値の変動が大きい者又は12歳未満の小児低血糖症患者に対して、医師が、血糖のコントロールを目的として当該患者に血糖試験紙(テスト・テープ)又は固定化酵素電極(バイオセンサー)を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に、所定点数に加算する。なお、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

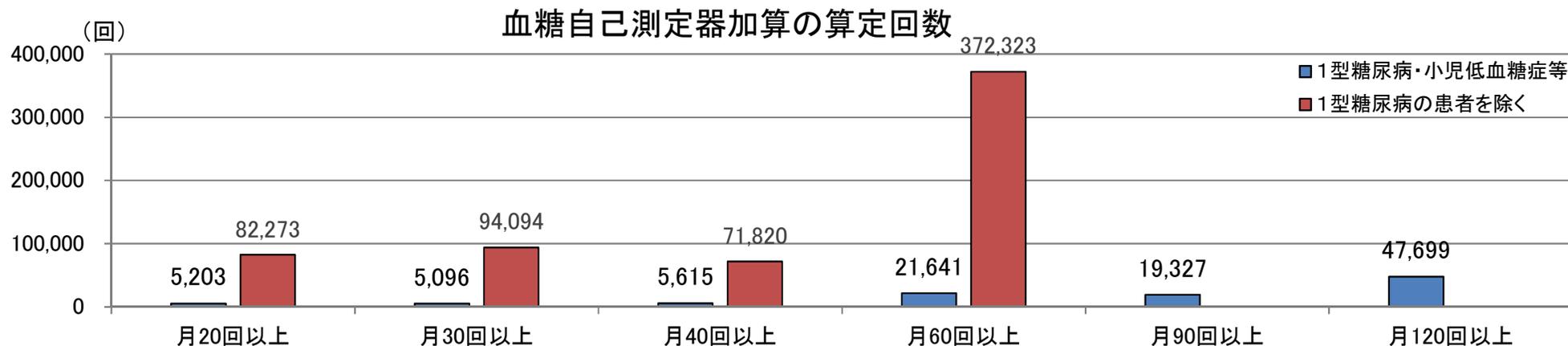
### 【対象患者】

○ 1から4までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

- イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者(1型糖尿病の患者を除く。)
- ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者(1型糖尿病の患者に限る。)
- ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者
- ニ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)

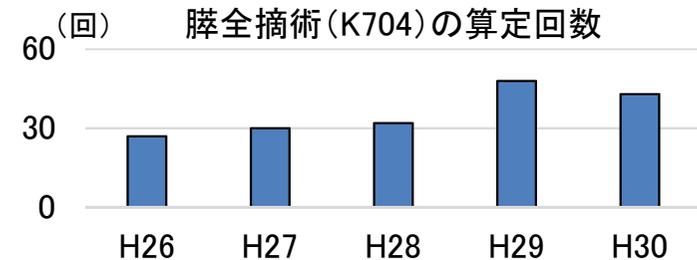
○ 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

- イ **インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者(1型糖尿病の患者に限る。)**
- ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者
- ハ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)



# 膵全摘後の糖尿病

- 膵臓の腫瘍（膵がん、膵のう胞性腫瘍（IPMN、MCN）、膵内分泌腫瘍など）に対して切除術が行われた場合、膵臓から分泌される内分泌ホルモン（インスリン、グルカゴンなど）が十分に分泌できなくなる。
- 特に膵臓全体を摘出する膵全摘術を行うと、**インスリンが全く分泌できなくなり**、糖尿病を発症する。インスリンが全く分泌できない病態では、**1型糖尿病と同様に一生涯のインスリン自己注射が必要**となり、また低血糖のリスクも高いことから、**1型糖尿病と同程度の血糖自己測定による管理が必要**となる。



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

	膵全摘後 (膵臓全体の摘出によりインスリンを全く分泌できなくなる)	1型糖尿病 (おもに自己免疫を基礎にした膵β細胞の破壊性病変によりインスリンの欠乏が生じて発症する糖尿病)※	2型糖尿病 (インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす複数の遺伝因子に、過食(特に高脂肪食)・運動不足などの生活習慣、およびその結果としての肥満が環境因子として加わりインスリン作用不足を生じて発症する糖尿病)※
インスリン分泌能	枯渇	ほぼ枯渇	低下～増加
治療	インスリン治療 (必須)	インスリン治療 (必須)	食事・運動療法、内服薬、場合によってはインスリン等の注射剤

## 4. 生活習慣病について（その2）

- 血糖自己測定器加算について
- クロザピン投与中のヘモグロビンA1cの測定について

# クロザピンについて

## 1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※1)の治療薬として世界100カ国以上で使用されている内服薬。

治療抵抗性統合失調症の57～67%に精神症状の改善が見られている。

(※1) 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても症状改善が見られない患者をいう。

## 2. クロザピンの副作用

重篤な副作用は、**無顆粒球症(※2)**で、本邦での頻度は約1%。

(※2)無顆粒球症は、体に入った細菌を殺すはたらきをする白血球(顆粒球)が著しく減り、ほとんどなくなった状態をいう。無顆粒球症は、適切な医学的管理が実施されないと細菌感染により重症になりやすく、死に至る危険性がある。

2009年7月から2017年5月末までに、クロザピンを服用している患者の1.02%に無顆粒球症がみられた。

重篤な副作用：( )内は頻度

1. 無顆粒球症 (1.02%)
2. 高血糖 (0.32%)、糖尿病性ケトアシドーシス (不明)  
糖尿病性昏睡 (不明)
3. 心筋炎 (0.11%)、心筋症 (0.05%)、心膜炎 (0.05%)  
心嚢液貯留 (0.11%)
4. てんかん発作(不明)、痙攣 (0.91%)

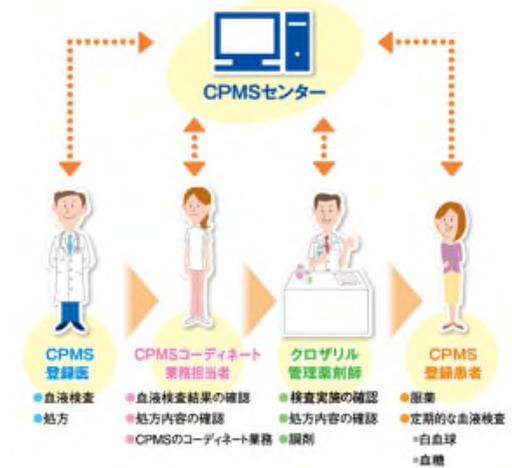
## 3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○CPMSは、無顆粒球症等の重大な副作用を早期発見し早期治療につなげるため、クロザピンの投与前と投与中に定期的な血液検査を行う仕組みである。

○クロザピンは、入院して投与を開始すること(18週間までは原則として入院が必要)、投与開始後26週間は毎週採血して白血球等の数を確認することが必要である。

○クロザピンは、HbA1cが6.0%(NGSP)未満では、投与開始後から4週、12週、以降12週間毎に、6.0%(NGSP)以上では、投与開始後から4週毎に採血をしてHbA1cを確認することが必要である。

○クロザピンは、精神保健指定医かつ日本精神神経学会または日本臨床精神神経薬理学会の専門医等で、講習を受けテストに合格した登録医師のみ処方できる。クロザピンを提供できる医療機関は、診察当日に血液検査等の結果がわかること、無顆粒球症や糖尿病への対処が可能なおこと、CPMS登録医、CPMSコーディネーター業務担当者、クロザピン管理薬剤師が各2名以上勤務している体制を整える必要がある。



出典;クロザピン添付文書、クロザピン臨床試験結果、CPMS運営主体のホームページより作成

- クロザピンは、HbA1cが6.0%(NGSP)未満では、投与開始後から4週、12週、以降12週間毎に、6.0%(NGSP)以上では、投与開始後から4週毎に採血をしてヘモグロビンA1cを確認することを義務づけられている。
- 血液形態・機能検査のヘモグロビンA1cは月1回に限り算定することとされている。

### ➤ D005 血液形態・機能検査

#### 5 ヘモグロビンA1c 49点

##### <算定要件>

ヘモグロビンA1c、D007血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分「22」の1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)のうちいずれかを同一月中に合わせて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り算定出来る。

## 生活習慣病に関する現状・課題と論点

### 【現状・課題】

(血糖自己測定器加算について)

- 血糖自己測定器加算について、1型糖尿病や小児低血糖、妊娠糖尿病の患者は、月90回以上測定する場合の対象患者であるが、膵全摘後の患者は、対象となっていない。
- 膵全摘後の患者は、インスリンが全く分泌できなくなり、1型糖尿病と同様に生涯に渡り、インスリン自己注射が必要となる。また、低血糖のリスクも高いことから、1型糖尿病と同程度の血糖自己測定による管理が必要となる。

(クロザピン投与中のヘモグロビンA1cの測定について)

- クロザピンは、HbA1cが6.0%(NGSP)未満では、投与開始後から4週、12週、以降12週間毎に、6.0%(NGSP)以上では、投与開始後から4週毎に採血をしてヘモグロビンA1cを確認することが必要となる。
- 血液形態・機能検査のヘモグロビンA1cは、月1回に限り算定することが出来ることとされている。



### 【論点】

- 血糖自己測定器加算について、膵全摘後の病態を踏まえ、月90回以上及び月120回以上の測定をする場合の対象患者に、膵全摘後の患者を追加することを検討してはどうか。
- クロザピン投与中のヘモグロビンA1cの測定について、4週ごとの測定が求められる症例があることを踏まえ、クロザピンを投与中の患者に限り、ヘモグロビンA1cの算定頻度の見直しを検討してはどうか。