

中央社会保険医療協議会 総会（第440回） 議事次第

令和元年12月11日(水) 9:00～
於 厚生労働省講堂（低層棟2階）

議題

- 「令和2年度診療報酬改定の基本方針」について
- 横断的事項（その3）について
- 外来医療（その3）について
- 令和2年度診療報酬改定への意見について（公益委員案の提示）

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時：令和元年12月11日(水) 9:00～
会場：中央合同庁舎第5号館 講堂(低層棟2階)

中医協関係者		速記																	
		秋山	中村	閑	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																			
中医協関係者		田村		半田		吉川													
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">医療指導監査室長</td> <td style="padding: 5px;">歯科医療管理官</td> <td style="padding: 5px;">保険医療企画調査室長</td> <td style="padding: 5px;">医療技術評価推進室長</td> <td style="padding: 5px;">医療課長</td> <td style="padding: 5px;">薬剤管理官</td> <td style="padding: 5px;">総務課長</td> <td style="padding: 5px;">医療介護連携政策課長</td> <td style="padding: 5px;">調査課長</td> <td style="padding: 5px;">社会・援護局障害保健福祉部 依存症対策推進室長</td> </tr> </table>										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	社会・援護局障害保健福祉部 依存症対策推進室長
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	社会・援護局障害保健福祉部 依存症対策推進室長										
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">厚生労働省</td> </tr> </table>										厚生労働省									
厚生労働省																			
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">厚生労働省</td> </tr> </table>										厚生労働省									
厚生労働省																			
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">関係者席</td> </tr> </table>										関係者席									
関係者席																			
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">関係者席</td> </tr> </table>										関係者席									
関係者席																			
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">関係者席・日比谷クラブ</td> </tr> </table>										関係者席・日比谷クラブ									
関係者席・日比谷クラブ																			
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">日比谷クラブ</td> </tr> </table>										日比谷クラブ									
日比谷クラブ																			
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">一般傍聴席</td> </tr> </table>										一般傍聴席									
一般傍聴席																			
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">一般傍聴席・厚生労働記者会</td> </tr> </table>										一般傍聴席・厚生労働記者会									
一般傍聴席・厚生労働記者会																			

改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・外来医療の機能分化
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・地域包括ケアシステムの推進のための取組

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・かかりつけ機能の評価
- ・患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・アウトカムにも着目した評価の推進
- ・重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・医療におけるICTの利活用

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・後発医薬品やバイオ後継品の使用促進
- ・費用対効果評価制度の活用
- ・市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

令和2年度診療報酬改定の基本方針

令和元年12月10日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1. 改定に当たっての基本認識

(健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現)

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、人生100年時代を迎えようとしている。人口構成の変化を見ると、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となり、2040年頃にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となって高齢者人口がピークを迎えるとともに現役世代（生産年齢人口）が急激に減少していく。
- このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会の実現と「全世代型社会保障」を構築していくことが急務の課題である。
- 我が国の医療制度は、人口減少が進展する中で、地域医療の確保、少子化への対応といった様々な課題にも直面している。これらの課題に総合的に対応しながら、世界に冠たる国民皆保険を堅持し、あらゆる世代の国民一人一人が安全・安心で効率的・効果的な質の高い医療を受けられるようにすることが必要不可欠である。また、医療を取り巻く環境の変化や多様な国民のニーズに柔軟に対応することが重要である。
- そのためには、来る人口減少社会に備えた将来の医療体制の展望を見据え、国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現しながら、患者・国民にとって身近でわかりやすい医療を実現するとともに、医師等の働き方改革を推進することが必要である。その際、高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、効率化・適正化を進め、制度の安定性・持続性を確保しつつ経済・財政との調和を図る観点も重要である。

(患者・国民に身近な医療の実現)

- 患者にとって身近でわかりやすい医療の実現のためには、地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活

を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築するとともに、かかりつけ医機能や患者への情報提供や相談・支援を充実することが必要である。

- また、疾病構造やニーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、厳しい財政状況など、医療を取り巻く社会経済状況を踏まえると、我が国の医療制度に関わる全ての関係者（住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等）が、医療のかかり方の観点も含め、それぞれの担う役割を実現することが必要である。また、診療報酬制度の基本的仕組みやそこから見える医療の方向性について、住民に丁寧に理解を広めていく必要がある。

（どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進）

- 2040 年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師等の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。
- その中で、医師等の働き方改革については、将来の医療ニーズの変化や現役世代の減少、医療技術の進歩等も踏まえつつ、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、医師等の負担軽減等を図ることが重要である。

（社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和）

- 制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民各層の制度に対する納得感を高めることが不可欠であるとともに、医療政策においても経済・財政との調和を図っていくことが重要である。
- そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針 2019」や「成長戦略実行計画・成長戦略フォローアップ・令和元年度革新的事業活動に関する実行計画」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

- 平成 30 年度診療報酬改定については、6 年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となる 2025 年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定でもあったことから、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定

を行った。

- 令和2年度診療報酬改定に当たっては、これらの取組が更に推進されるよう、引き続き適切な評価に取り組むとともに、医師等の働き方改革の推進や、患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めつつ、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上を図ることが重要である。

(1) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

【重点課題】

(基本的視点)

- 2040年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。
- 医師等の働き方改革に関しては、2024年（令和6年）4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。
- 診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年4月を見据え、今後、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、適切な評価の在り方について検討する必要がある。

(具体的方向性の例)

- 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
 - ・ 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組を推進。
 - ・ タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療を推進。
 - ・ 届出・報告の簡素化、人員配置の合理化を推進。
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進
 - ・ ICTを活用した医療連携の取組を推進。

(2) 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

(基本的視点)

- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、新たなニーズ等に対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。
- また、患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくことが重要である。

(具体的方向性の例)

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
 - ・ 複数の慢性疾患有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医機能を評価。また、患者にとって、かかりつけ医機能を有する医療機関等が分かる仕組み等を検討。
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務から、薬学的管理などの対人業務への構造的な転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。
- 患者にとって必要な情報提供、相談支援等の評価
 - ・ 患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて住み慣れた地域で継続して生活できるよう、適切な情報提供や相談への幅広い対応に資する取組、生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等を推進。
 - ・ 受けた医療を分かりやすくする明細書無料発行の取組等を推進。
- アウトカムにも着目した評価の推進
 - ・ 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を推進。
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
 - ・ 質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。(再掲)
 - ・ 歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携を強化。
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務から、薬学的管理などの対人業務への構造的な転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。(再掲)
 - ・ 院内薬剤師業務を適切に評価。
- 医療における ICT の利活用
 - ・ 離島・へき地等の医療資源が少ない地域におけるニーズや、医療の質にかかるエビデンス等を踏まえ、医療における ICT の利活用を適切に評価。
 - ・ ICT を活用した医療連携の取組を推進。(再掲)

(3) 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

- (基本的視点)
- 急性期、回復期、慢性期など患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるよう、切れ目ない医療の提供体制が確保されることが重要である。
 - このためには、医療機能の分化・強化、連携を進めるとともに、在宅復帰等につながるよう、質の高い在宅医療・訪問看護の確保や、他の医療機関等との連携、介護サービスとの連携・協働等が必要である。

(具体的方向性の例)

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行

い、医療機能の分化・強化、連携を推進。

○ 外来医療の機能分化

- ・ 大病院受診時定額負担制度の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。

○ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ・ 患者の状態や、医療の内容、住まいの状況等を考慮し、効果的・効率的に質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療、訪問薬剤管理等の提供体制を確保。

○ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

- ・ 医療機関間や医療機関と薬局等との連携、医科歯科連携、医療介護連携、栄養指導など、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等による多職種連携・協働の取組等を推進。
- ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組を推進。

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

(基本的視点)

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上とともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

(具体的方向性の例)

○ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

- ・ 後発品の使用促進について、「2020年9月までに後発品医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成する」という目標を実現するための取組を推進。また、バイオ後続品の使用促進の方策等について検討。

○ 費用対効果評価制度の活用

- ・ 革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を行う。

○ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

- ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。
- ・ エビデンスや相対的な臨床的有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価を行う。

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。(再掲)
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
 - ・ 大病院受診時定額負担制度の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)
 - ・ 重症化予防の取組を推進。(再掲)
- 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
 - ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、薬剤耐性（AMR）や、適正使用のための長期処方の在り方への対応等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進。
 - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。

3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て後期高齢者となる 2025 年、団塊ジュニア世代が 65 歳以上の高齢者となる 2040 年と、高齢化の進展に併せて、サービスの担い手（生産年齢人口）が減少する超高齢化・人口減少社会が到来している。また、地域に生きる一人一人が尊重され、その可能性が最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現に資する取組が求められている。このような中、我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。
- 国民一人一人の生活が多様化する中、患者・国民にとって身近で安心・安全な医療を実現していくためには、診療報酬制度を分かりやすくするための取組を継続していくことが求められる。あわせて医療に係る財源は、保険料、公費及び患者負担等によってまかなわれていることに鑑み、医療機関等の経営に携わる者は、社会に対する説明責任を果たしていくことが求められる。
- 加えて、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等の関係者がそれぞれの役割を自覚しながら保健・医療に関わることが重要であり、国民全体の医療制度に対する理解を深めていくための普及啓発も含め、国民に対して丁寧に説明していくことが求められている。
- 予防・健康づくりやセルフケア等の推進が図られるよう、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等の全ての関係者が協力・連携して国民一人一人を支

援するとともに、国はこうした取組に向けた環境整備を行うことが必要である。

中	医	協	総	-	2	
元	.	1	2	.	1	1

横断的事項（その3）

（ICTの利活用②、情報共有・連携②）

横断的事項（その3）

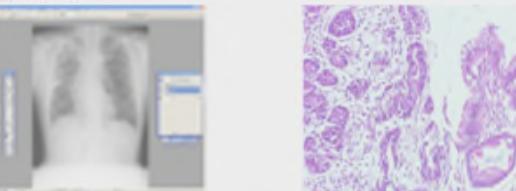
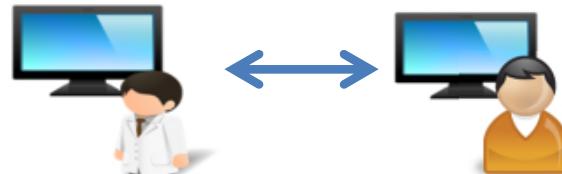
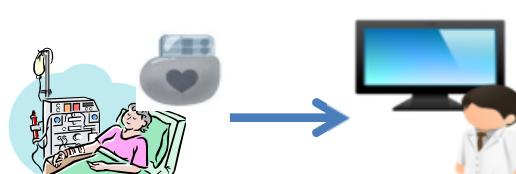
1. 医療におけるICTの利活用について（その2）

- オンライン診療について
- 遠隔モニタリングについて

2. 情報共有・連携について（その2）

- 医科歯科連携の推進
- 医療的ケア児の情報提供

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)	<p>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</p> 	<p>[遠隔画像診断]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>[遠隔病理診断]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。) 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)	<p>情報通信機器を用いた診察</p> 	<p>[オンライン診療]</p> <ul style="list-style-type: none"> オンライン診療料 オンライン医学管理料 オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 <p>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</p> <p>※電話等による再診</p> <p>緊急時等で、予定外に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</p>
	<p>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</p> 	<p>[遠隔モニタリング]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算) 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

1. 医療におけるICTの利活用について（その2）

- オンライン診療について
 - 保険診療において対象となる疾患
 - オンライン診療に係るエビデンスの評価
- 遠隔モニタリングについて

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

オンライン診療の対象となり得る疾患について

- オンライン診療料を算定可能な管理料が対象としている疾患は以下のとおり。

管理料	管理料の主な対象疾患	管理料の算定要件
特定疾患療養管理料※	高血圧性疾患、糖尿病、甲状腺障害、虚血性心疾患、心不全、肺気腫、喘息、脳血管疾患、胃炎・十二指腸炎、胃潰瘍・十二指腸潰瘍、慢性肝疾患、悪性新生物、結核 等	プライマリケアを担う地域のかかりつけ医が治療計画に基づき服薬、運動、栄養等の管理・指導を行う
小児科療養指導料	脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症、川崎病(冠動脈瘤のあるもの)、小児慢性特定疾病 等	小児科医が慢性疾患で生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者に計画的な指導を行う
てんかん指導料	てんかん(外傷性のものを含む)	小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科において計画的な指導を行う
難病外来指導管理料	指定難病、その他これに準ずる疾患	計画的な医学管理・指導を行う
糖尿病透析予防指導管理料	糖尿病患者のうちHbA1cがJDS値で6.1%以上(NGSP値で6.5%以上)や薬物療法中で腎症2期以上の患者	医師、看護師等で構成される透析予防診療チームが学会のガイド等に基づき共同して指導を行う
地域包括診療料※	脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症	診療所等の主治医が左記のうち2つ以上の疾患有する患者に対して継続的かつ全人的な医療を行う
認知症地域包括診療料※	認知症	診療所等の主治医が認知症に加え1つ以上の疾患有する患者に対して継続的かつ全的な医療を行う
生活習慣病管理料※	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	治療計画に基づき服薬、運動、休養、栄養、喫煙等の生活習慣の総合的な治療管理を行う
在宅時医学総合管理料※	在宅医療を受けている患者	総合的な在宅療養計画に基づき定期的な訪問診療と医学管理を行う
精神科在宅患者支援管理料	在宅で精神医療を受けている患者	計画的な医学管理のもとに定期的な訪問診療と訪問看護等を行う

※200床未満に限り算定可能

オンライン診療の対象となる管理料について

- 平成30年度診療報酬改定では、診療報酬上でオンライン診療を新たに位置付けるにあたり、その時点で得られている知見が限定的であること等を踏まえ、オンライン診療を有効かつ安全に実施するために必要と考えられる一定の要件を設定するとともに、まずは以下のような領域について活用可能となるよう、対象となる管理料を設定した。

かかりつけ医等による長期的・継続的な
医学管理が特に必要な領域

- 特定疾患療養管理料
- 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
- 糖尿病透析予防指導管理料

専門的な医療へのアクセスを
確保することが特に必要な領域

- 小児科療養指導料
- てんかん指導料
- 難病外来指導管理料

在宅患者に対する活用

- 在宅時医学総合管理料
- 精神科在宅患者支援管理料

令和元年11月8日中医協総会の論点

- ・ 生活習慣病や難病領域における調査結果等を踏まえ、これらの疾患に対して行う場合の要件をどのように考えるか。また、現在対象となっていない疾患領域におけるオンライン診療の利活用については、学会から提出された医療技術評価提案書のエビデンスを踏まえ、引き続き検討してはどうか。

慢性頭痛に対するオンライン診療の活用

- 慢性頭痛に対するオンライン診療の活用について、医療技術評価提案書が提出されている。
- 慢性頭痛に対するオンライン診療は、対面診療と同等程度の安全性や治療効果があることが、ランダム化比較試験等で示されている。

オンライン診療の活用のエビデンス

■ 非急性頭痛に対するオンライン診療の安全性・有効性に関する研究(RCT)

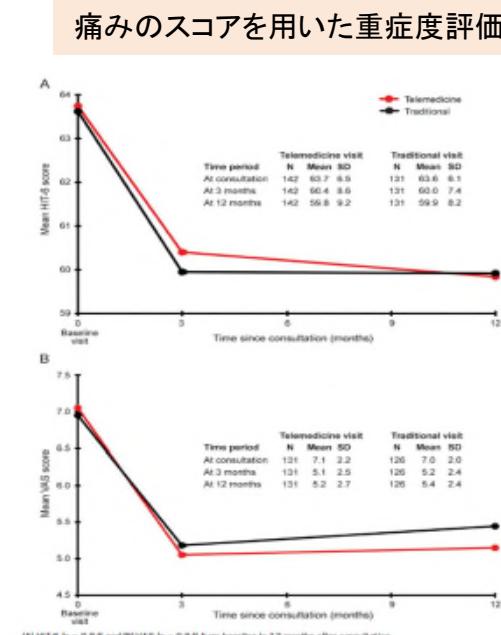
Neurology 2017

- ・ 対面診療群(n=200)とオンライン診療群(n=202)
- ・ 対象は片頭痛、緊張型頭痛、薬物使用過多による頭痛等が含まれる
- ・ 頭痛の重症度について痛みのスコアを用いて評価
- ・ その他の治療継続性や安全性等についても分析



対面診療とオンライン診療で安全性・有効性に差がない

※この他にも、非急性頭痛に対するオンライン診療が対面診療と比較して同等程度に安全・有効であることが、複数のエビデンスで示されている。



非急性頭痛のオンライン診療の安全性

	Telemedicine (n = 200)	Traditional (n = 202)	p Value
Secondary headaches, n [%]*	1 (0.5)	1 (0.5)	NA
Requisitioned brain imaging, n [%]*			0.29
Normal	58 (80.6)	62 (89.9)	
Not significant changes	8 (11.1)	4 (5.8)	
Significant changes	6 (8.3)	3 (4.3)	
Abnormal ordered imaging, n [%]*	14 (19.4)	7 (10.1)	0.19
All abnormal brain imaging, n [%]*	24 (13.7)	20 (11.6)	0.66
All brain imaging, n [%]*			0.87
Normal	151 (86.3)	153 (88.4)	
Not significant changes	12 (6.9)	8 (4.8)	
Significant changes	12 (6.9)	12 (6.9)	
Headache visits/hospitalizations, mean (SD)*	0.19 (0.55)	0.21 (0.63)	0.78
All hospitalizations, n [%]*			0.47
None	182 (91.0)	174 (86.1)	
1	14 (7.0)	23 (11.4)	
2	3 (1.5)	4 (2.0)	
3	1 (0.5)	1 (0.5)	
Compliance to treatment, n [%]*	100 (73.5)	86 (71.1)	0.76
Requisitioned LP, n [%]*	8 (4.0)	11 (5.4)	0.65

痛みのスコア※の変化は対面とオンラインで差がなかった。

二次性頭痛の発症や入院治療に至った症例数等も差がなかった。

※ Headache Impact Test-6 (HIT-6), Visual analogue scale (VAS)

頭痛学会によるオンライン診療の位置付けについて

- 慢性頭痛に対するオンライン診療のエビデンスを踏まえ、日本頭痛学会によるオンライン診療を行うための指針が策定された。

日本頭痛学会による指針

(慢性頭痛診療における遠隔医療の有用性)

- 服薬治療・在宅自己注射・在宅酸素療法などを導入している慢性頭痛患者への遠隔医療を併用することは、頭痛専門医による継続的頭痛診療を可能にし、薬物の使用過多を予防する。慢性頭痛診療において遠隔医療の併用は有用である。(推奨レベル I エビデンスグレードB)

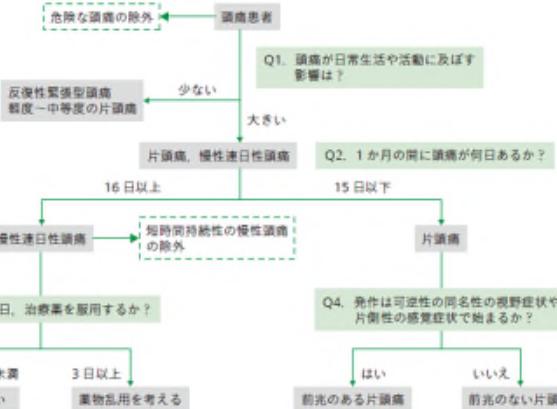
(オンライン診療の適用患者について)

- 望ましい慢性頭痛遠隔診療の対象になる患者は、事前に**対面診療を行い、MRIなどの画像診断で二次性頭痛をしっかりと除外し、病状が安定している非急性頭痛患者**でかつ定期的診療を要するケースである。
- 二次性頭痛の除外にはアルゴリズムの活用が推奨される。また二次性頭痛が除外されていると判断可能な場合、アルゴリズムを活用して**国際頭痛分類第三版**に準じて診断することが推奨される。

危険な頭痛の簡易診断アルゴリズム



頭痛患者のスクリーニング



神経画像検査の必要性の判断



慢性頭痛に対してオンライン診療を行うに当たっての留意点等

- 学会の指針において、患者のオンライン診療の適切性を判断するに当たって確認が必要なことが明示されており、また、症状増悪や変化があった場合には、必ず対面診察による医学的処置を行うこととされている。

日本頭痛学会による指針

(オンライン診療の患者の適切性の判断)

- 以下について確認した上で適用患者を決定すること。
- 共存症の合併、頭痛発作増悪、新たな二次性頭痛が疑われる場合は、オンライン診療で完結することは許されず、対面診療による適切な医学的処置に繋げること。

【事前に確認が必要なこと】

- 患者の病状や治療内容が安定しており、診療計画の予測と共有が可能であること
- 症状に変化があった場合に患者が認識し、申告するが可能であること
- 診療に際して予期される緊急時の対応について患者が理解していること 等

(その他、オンライン診療の活用に当たって確認すること)

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を遵守していること
- 医師と患者の本人確認及び所在
- オンライン診療を利用する目的と限界の説明
- 事前の診療計画及び患者同意の取得
- 適切な診療を行うための環境の確保
- 緊急時の対応の確認 等

在宅自己注射指導管理料について

- 在宅自己注射指導管理料は、オンライン診療を算定可能な対象となっていない。
- 在宅自己注射指導管理料の対象となる疾患の一部には、特定疾患療養管理料の対象疾患も含まれているが、在宅自己注射指導管理料を算定する場合は、特定疾患療養管理料は別に算定できないこととされている。

【特定疾患療養管理料の算定要件】

第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

在宅自己注射指導管理料の対象となる製剤と効能・効果（例）

製剤の一般名等	効能又は効果（対象疾患等）	特定疾患療養管理料の対象に含まれているもの
インスリン製剤	インスリン療法が適応となる糖尿病	○
ホルモン製剤の一部	ホルモン分泌不全症等	
活性型血液凝固第VIII因子製剤	先天性血友病患者等	
グルカゴン様ペプチドー1受容体アゴニスト	2型糖尿病	○
インターフェロンアルファ製剤	C型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善	○
エタネルセプト製剤	既存治療で効果不十分な関節リウマチ	
ソマトリプタン製剤	片頭痛、群発頭痛	
テリパラチド製剤	骨折の危険性の高い骨粗しょう症	
グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤	慢性肝疾患における肝機能異常の改善	○

1. 医療におけるICTの利活用について

- オンライン診療について
 - 保険診療において対象となる疾患
 - オンライン診療に係るエビデンスの評価
- 遠隔モニタリング
- その他

オンライン診療のエビデンスに係る記載

- オンライン診療の適切な実施に関する指針において、「安全性や有効性についてのエビデンスに基づいた医療を行うこと」が求められている。
- 診療報酬で評価するにあたっての基本的な考え方においても、「安全性や有効性のエビデンスが確認されていること」としている。

オンライン診療の適切な実施に関する指針

【安全性や有効性のエビデンスに基づいた医療】

適切なオンライン診療の普及のためには、その医療上の安全性・必要性・有効性が担保される必要があり、医師は安全性や有効性についてのエビデンスに基づいた医療を行うことが求められる。

診療報酬で評価するにあたっての基本的な考え方（平成29年12月1日中医協資料）

<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

医療技術評価分科会での医療技術評価について

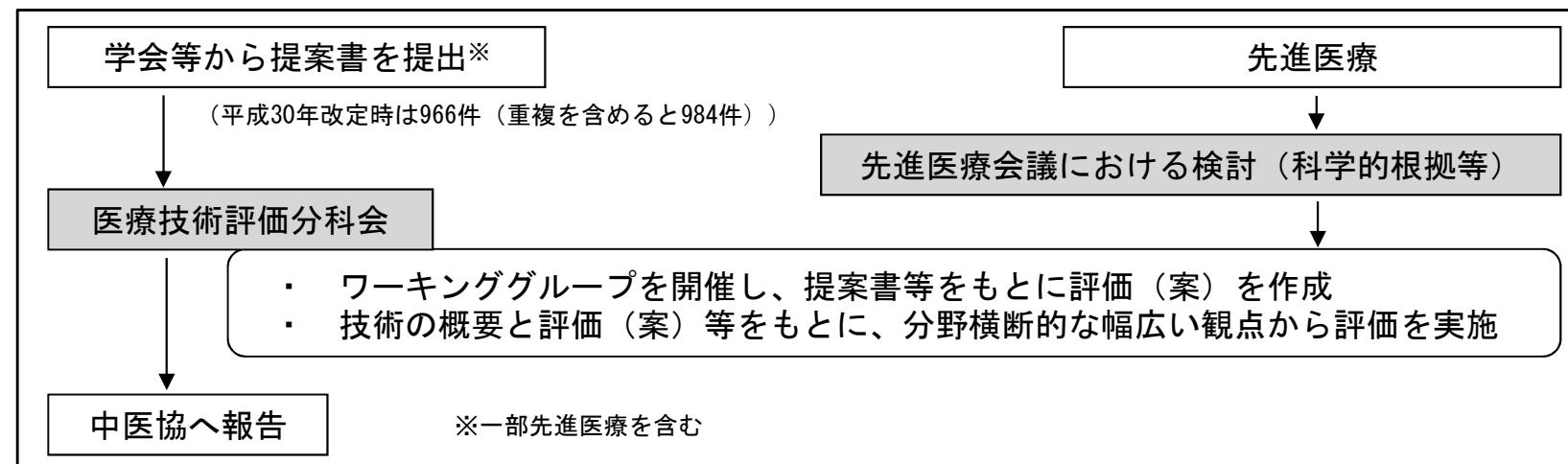
- 医療技術評価分科会(以下、「分科会」という。)は、診療報酬体系の見直しに係る技術的課題のうち、特に医療技術の評価に関して専門的な調査及び検討を行う。
- 学会等から提出された医療技術に係る提案書に基づき、分科会において評価を行い、中央社会保険医療協議会に報告する。

【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。

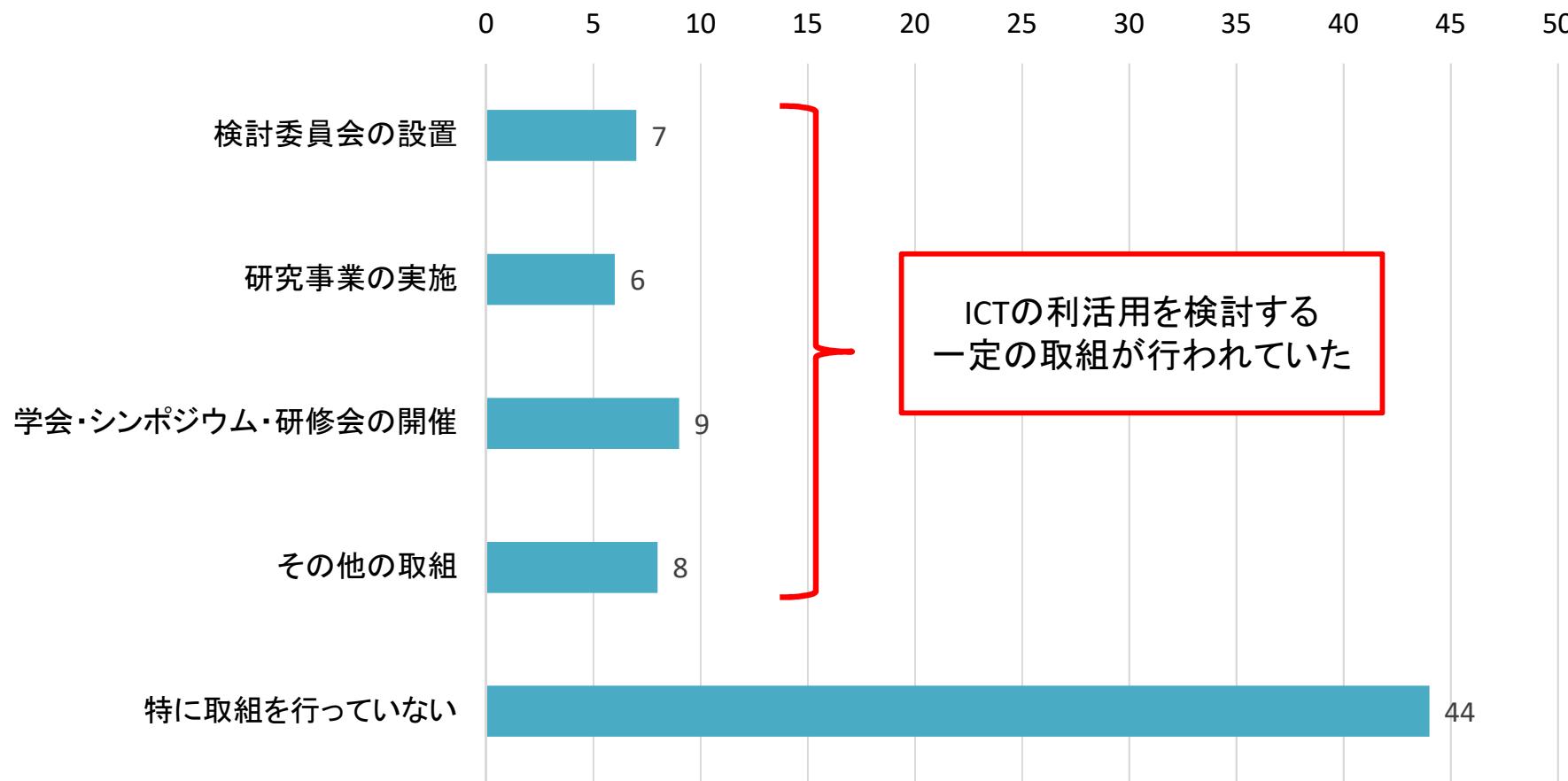
【評価対象】

- ・ 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當な医療技術。
- ・ 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、医療機器又は体外診断薬等の薬事承認されている医療技術。



- 学会の関係するICT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。

学会の関係するICT利活用の取組(N=59, 複数回答)

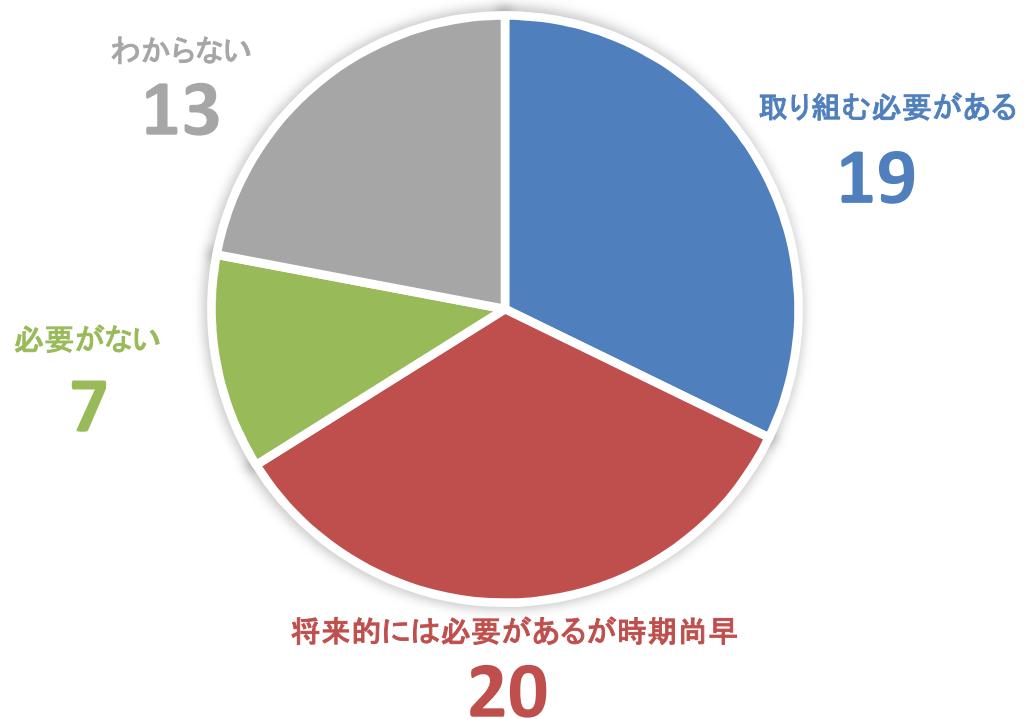


出典:厚生労働省調べ(平成31年3月)

(各診療領域におけるICTの利活用に関する取組状況の把握のため日本医学会連合に加盟する各学会に対してアンケート調査を実施)

- 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。

オンライン診療の活用に関するエビデンスの考え方

- オンライン診療の評価に当たって、安全性や有効性のエビデンスが確認されていることとされているが、特に有効性についてどのようなエビデンスが必要であるか明らかではない。
- 個別の診療領域におけるオンライン診療の有効性を評価するに当たっては、オンライン診療の特性に鑑み、以下のような考え方を基本とすることとしてはどうか。

オンライン診療の特性

- オンライン診療は、情報通信機器を通して患者の診察及び診断を行い、診断結果の伝達や処方等の診療行為をリアルタイムにより行う行為である。そのため、基本的には診察の手段の一つであるが、対面診療に比べて得られる患者の心身の状態に関する情報が限定され、医療の質に大きく影響し得ると考えられる。

オンライン診療のエビデンスを評価するに当たっての考え方

(エビデンスに関する前提)

- 医学的なエビデンスのレベルには様々な段階があり、メタアナリシスやシステムティック・レビュー等のエビデンスレベルの高いものと、ケースレポートや専門家の意見等のエビデンスレベルの低いものがある。

(オンライン診療のエビデンスの考え方)

- オンライン診療は医療の質に大きく影響し得ると考えられるため、評価に当たっては診療の安全性がしっかりと担保された上で、有効性についても一定のレベルのエビデンスが確認されていることが必要。
- オンライン診療の有効性を評価するに当たっては、個別の診療領域ごとの特性を踏まえつつ、治療効果に差がないことを確認するなど、対面診療と比べて劣らないことの確認が必要ではないか。
- また、個別の診療領域でオンライン診療の必要性や活用方法が異なると考えられることから、学会により標準的な治療法として位置付けられることが望ましいのではないか。

オンライン診療に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

(保険診療の対象となる疾患)

- オンライン診療料の対象となる疾患は、平成30年度診療報酬改定において一定の整理のもとに設定されているが、引き続き医学的なエビデンスを踏まえて検討することとしている。
- 慢性頭痛に対するオンライン診療の活用については、診療が安全かつ有効に実施できるというエビデンスが示されており、これを受けた学会が標準的な治療方法として位置付けている。
- オンライン診療料の対象に特定疾患療養管理料があるが、対象となる疾患に対して在宅自己注射指導管理料を算定している場合、特定疾患管理料は算定できない。

(エビデンスの考え方)

- オンライン診療は医療の質に大きく影響を与える診察手段と考えられることから、診療の安全性が担保された上で、一定のレベルのエビデンスが確認されていることが必要。
- オンライン診療の活用方法やアウトカムの考え方は、個別の診療領域によって様々である。

【論点】



- 慢性頭痛に対するオンライン診療について、治療の安全性・有効性に係るエビデンスや、学会による治療指針等を踏まえ、新たにオンライン診療料等の対象疾患としてはどうか。また、在宅自己注射指導管理料の対象疾患となり得る疾患のうち、特定疾患療養管理料の対象となっている疾患については、在宅自己注射指導管理料を算定している場合であってもオンライン診療料の対象に含めることとしてはどうか。
- 個別の診療領域におけるオンライン診療の必要性や活用方法、アウトカムの考え方等が様々であることを踏まえ、保険診療における評価を検討するに当たり、求めるエビデンスや学会の取組についてどのように考えるか。

1. 医療におけるICTの利活用について

- オンライン診療について
- 遠隔モニタリング

遠隔モニタリング加算について

- 平成30年度診療報酬改定において、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遠隔モニタリング加算が新設された。

平成30年度診療報酬改定

(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。



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

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算	病院／診療所 62／130	8
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	病院／診療所 331／1,066	2,343

(出典)

届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点) 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)

心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価

令和元年6月12日
中医協総会資料(改)

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

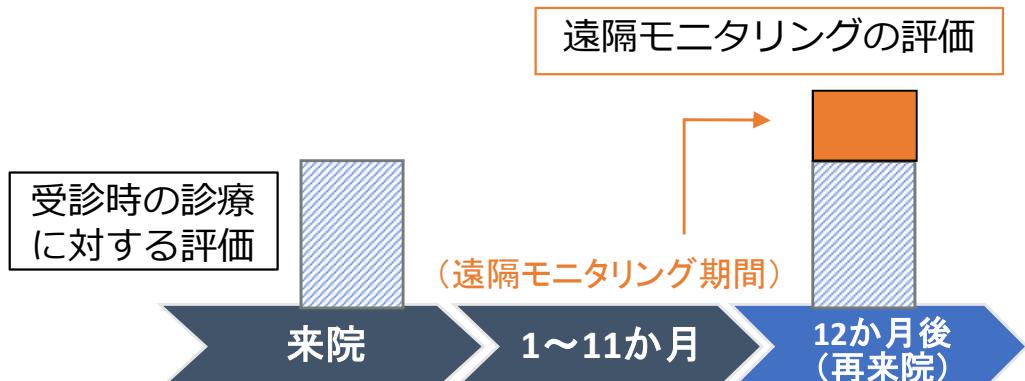
- イ 着用型自動除細動器による場合 360点
ロ イ以外の場合 360点

注5 口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。

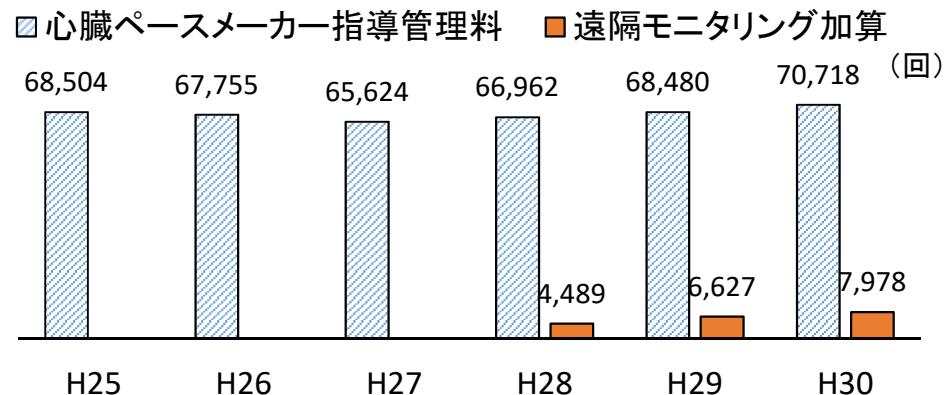
[算定要件]

- 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)



算定回数



在宅持続陽圧呼吸療法の遠隔モニタリングにおける指導について

- 現状、遠隔モニタリング加算は、モニタリング及び指導を行った場合に限り算定可能であり、当該指導は原則としてオンライン診療で行うこととされている。
- ランダム化比較試験において、必要に応じた電話連絡のみでも、毎月対面診療を実施する場合と比べて非劣性の治療効果を得られた。また、当該指導を行った患者は19%に留まり、残り81%の患者は電話による指導がなくても良好なアドヒアランスを保つことができた。

【遠隔モニタリング加算の算定要件】

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法(CPAP)を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

【参考】診療報酬の算定方法に係る疑義解釈資料(平成30年7月10日付け事務連絡)

(問) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料及び区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行った結果、その時点で急を要する指導事項がなく、療養上の指導を行わなかった場合にも算定できるか。

(答) 遠隔モニタリング加算は、予め作成した診療計画に沿って、モニタリングにより得られた臨床所見に応じて、療養上の指導等を行った場合の評価であり、モニタリングを行っても、療養上の指導を行わなかった場合は、算定できない。

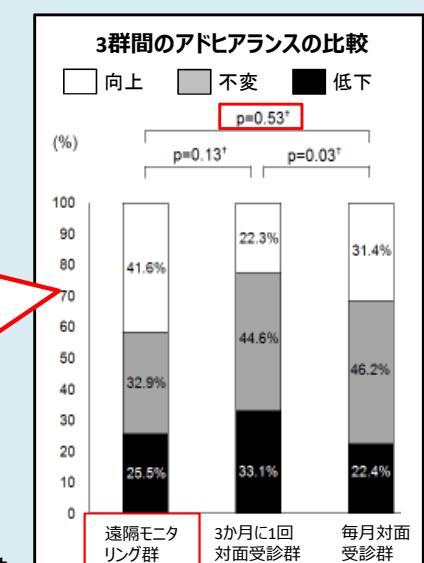
【在宅持続陽圧呼吸療法における遠隔モニタリングの有効性に係る研究】

3群のランダム化比較試験において、遠隔モニタリング実施群（3か月に1回の対面診療と遠隔モニタリングの組合せ）のアドヒアランスは毎月の対面診療実施群に対して非劣性
(Annals of the American Thoracic Society 2019)

- 遠隔モニタリング実施群では、対面診療をしない月にアドヒアランスの低下（1日の使用時間が4時間以上である日が、月の70%未満）を認めた場合のみ電話による指導を実施。
- 追跡期間中の対面診療をしない月のうち、遠隔モニタリング実施群で電話による指導を行った患者は19%であり、残りの81%の患者は電話指導がなくともアドヒアランスを良好に保つことができていた。

必要に応じた電話指導のみで、
毎月対面群に比べて非劣性。

約8割は電話指導がなくても良
好な結果が得られた。



※医療技術評価提案書の参考文献より抜粋

在宅酸素療法の遠隔モニタリングにおける記録項目について

- 在宅酸素療法の遠隔モニタリング加算において、現在、患者情報のモニタリングを求めているが、このうち血圧に関しては、COPDのガイドラインで特に推奨されていない。

【遠隔モニタリング加算の算定要件】

遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン」のCOPDの病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、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て、血圧、脈拍、酸素飽和度等の状態について定期的にモニタリングを行ったうえで適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

イ～オ 略

HOT実施患者またはCOPD患者の経過観察において推奨される主な評価項目

	血圧	酸素飽和度	酸素流量	吸入時間
① COPD診断と治療のためのガイドライン(日本)		○	○	○
② GOLD (COPD国際ガイドライン)		○		
③ 英国NICEガイドライン(COPDの診断と管理)		○		○
④ 酸素療法ガイドライン(英国胸部学会)		○	○	○



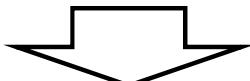
・各ガイドラインにおいて、血圧は推奨項目に含まれていない

・他方、①では吸入時間や酸素流量の指導の重要性、④では推奨する使用時間や酸素流量を明記している

遠隔モニタリングに係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 平成30年度診療報酬改定において、在宅酸素療法指導管理料や在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、情報通信機器を用いて遠隔モニタリングを行う場合の加算を創設。
- 現在、当該加算はモニタリング項目に基づき療養上必要な指導を行った場合に限り算定することとされているが、在宅持続陽圧呼吸療法の遠隔モニタリングに係る研究において、必要に応じた電話連絡のみでも、毎月対面を行った場合に非劣性の結果が示されている。
- 在宅酸素療法の対象であるCOPDのガイドラインにおいて、酸素飽和度、酸素流量、吸入時間等の患者情報をモニタリングすることは推奨されているが、血圧に関しては推奨がない。



【論点】

- 在宅持続陽圧呼吸療法に係る遠隔モニタリングの評価について、エビデンスを踏まえ、必要に応じて電話指導を行うことでも算定できることとしてはどうか。
- 在宅酸素療法に係る遠隔モニタリングにおいてモニタリングすべき項目について、ガイドライン等を踏まえて見直してはどうか。

2. 情報共有・連携について

- 医科歯科連携の推進
- 医療的ケア児の情報提供

栄養サポートチーム等連携加算

- 他の保険医療機関に入院している患者等に対して、当該患者の入院している栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に算定。
- 平成28年度診療報酬改定では歯科疾患在宅療養管理料において、平成30年度診療報酬改定では在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料において、栄養サポートチーム等との連携を評価。
- 平成30年度診療報酬改定において要介護被保険者等に対する口腔機能管理を充実させる観点から、栄養サポートチーム等連携加算2の対象施設を拡大(認知症対応型共同生活介護等を追加)。併せて、病院での多職種チームとの連携を踏まえた口腔機能管理について、対象を拡大するとともに評価を充実。

(新) 栄養サポートチーム等連携加算1 80点

(新) 栄養サポートチーム等連携加算2 80点

[算定要件]

栄養サポートチーム等連携加算1、栄養サポートチーム等連携加算2とともに、後述の歯科疾患在宅療養管理料算定時の加算と同様の要件

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
歯科疾患在宅療養管理料 <u>栄養サポートチーム等連携加算1</u>	(届出不要)	655
歯科疾患在宅療養管理料 <u>栄養サポートチーム等連携加算2</u>		7,129
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 <u>栄養サポートチーム等連携加算1</u>		96
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 <u>栄養サポートチーム等連携加算2</u>		447

(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)

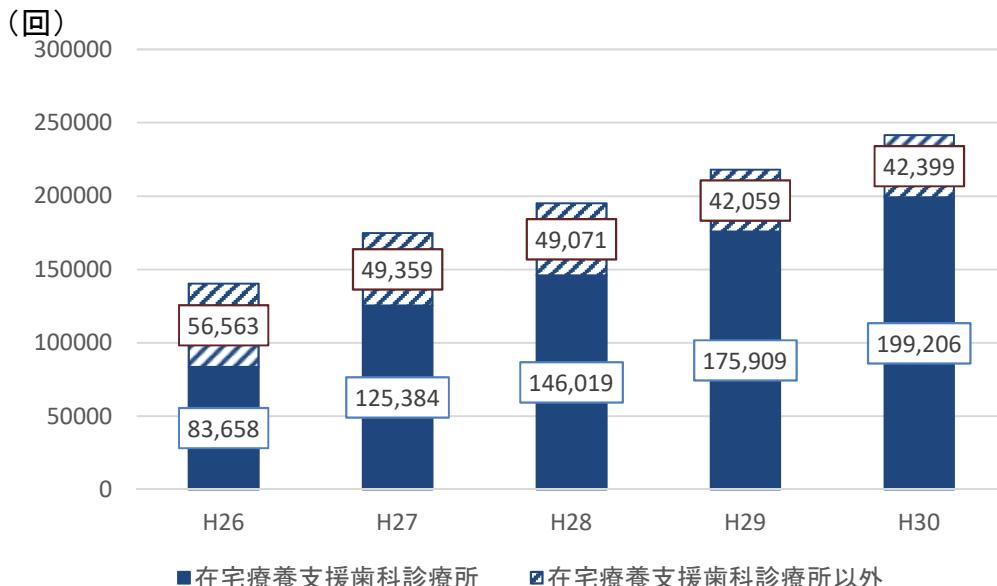
算定要件(抜粋)

歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況及び併せて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に、月1回に限り算定。

- 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 320点
- 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 250点
- 3 1及び2以外の場合 190点

栄養サポートチーム等連携加算1(80点) 他の保険医療機関に入院している患者に対して、栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。

栄養サポートチーム等連携加算2(80点) 介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。



管理計画

- 患者の歯科治療及び口腔管理を行う上で必要な全身の状態(基礎疾患の有無、服薬状況等)
- 口腔の状態(口腔衛生状態、口腔粘膜の状態、乾燥の有無、歯科疾患、有床義歯の状況、咬合状態等)
- 口腔機能の状態(咀嚼の状態、摂食・嚥下の状況及び構音の状況、食形態等)
- 管理方法の概要
- 必要に応じて実施した検査結果の要点

算定要件(抜粋)

歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

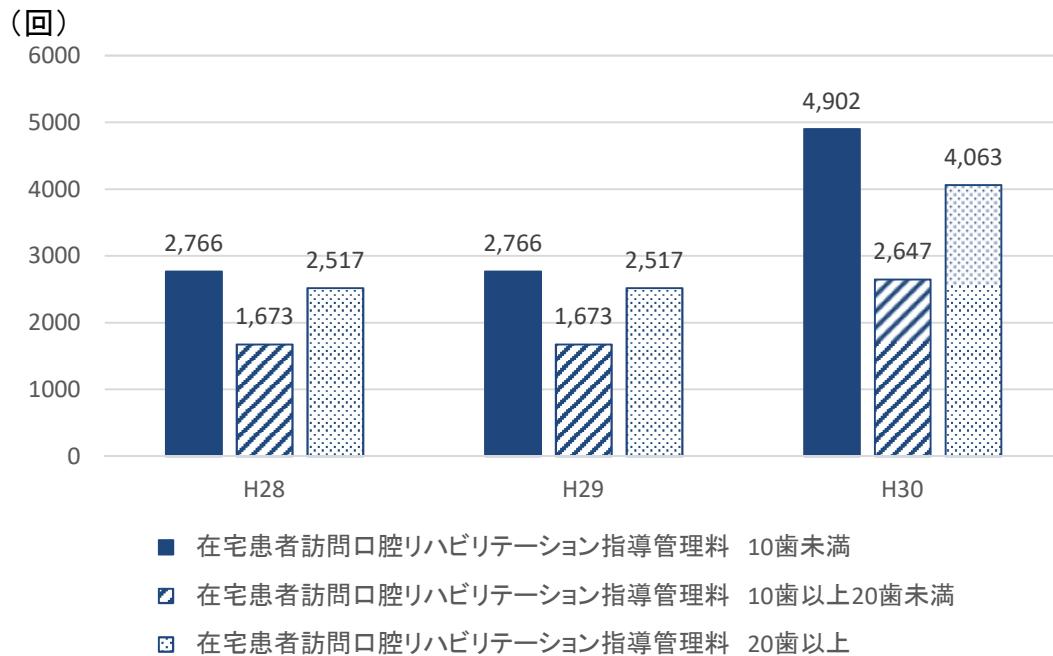
10歯未満:350点

10歯以上20歯未満:450点

20歯以上:550点

栄養サポートチーム等連携加算1(80点) 他の保険医療機関に入院している患者に対して、栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。

栄養サポートチーム等連携加算2(80点) 介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。



対象患者

- 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの
- 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの
- 歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者 等

小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

○ 平成30年度診療報酬改定において、通院困難な小児に対する歯科訪問診療を充実させる観点から、口腔衛生指導や口腔機能管理等を包括した評価を新設。

(新) 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

450点

[算定要件]

- ・歯科訪問診療料を算定した15歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に月4回に限り算定
- ・患者等(家族を含むものであること。)に対して、歯科疾患の状況及び当該患者の口腔機能の評価結果等を踏まえた管理計画について説明
- ・小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

[包括範囲]

- ・歯周病検査、摂食機能療法、歯周基本治療、歯周基本治療処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置

[加算]

- ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算 75点、在宅療養支援歯科診療所加算1 125点、在宅療養支援歯科診療所加算2 100点

対象患者： 口腔機能の発達不全を認めるもの、口腔疾患又は摂食機能障害を有するもの
目的： 口腔衛生状態の改善、口腔機能の向上及び口腔疾患の重症化予防



届出医療機関数及び算定回数

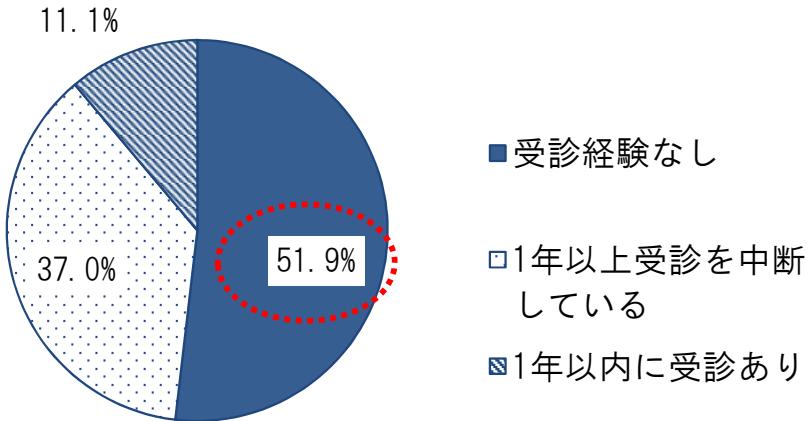
	届出医療機関数	算定回数
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	—	227 11 ※イ 30 ※ロ 136 ※ハ

小児に対する歯科訪問診療のニーズ

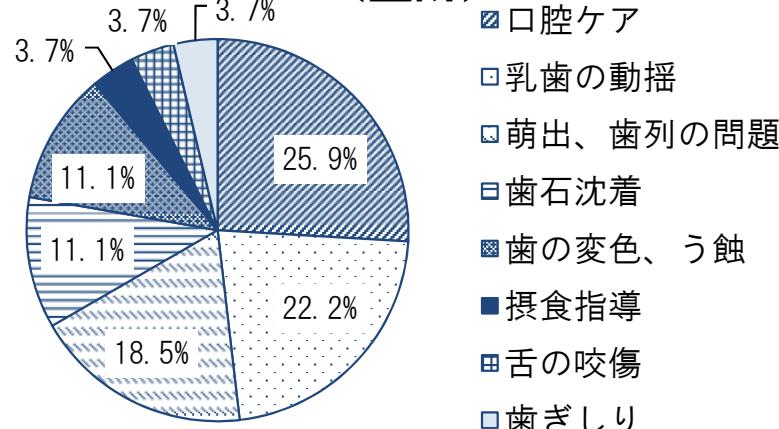
中医協 総 - 2
29. 11. 1 (改)

- 在宅人工呼吸器管理を行っている小児を対象とした調査において、約半数が歯科受診歴がないことが報告され、主訴は口腔ケア、歯の萌出に関する問題、歯石沈着等、多岐にわたっていた。
- 診療内容のニーズは、口腔清掃指導、摂食機能療法の順であった。

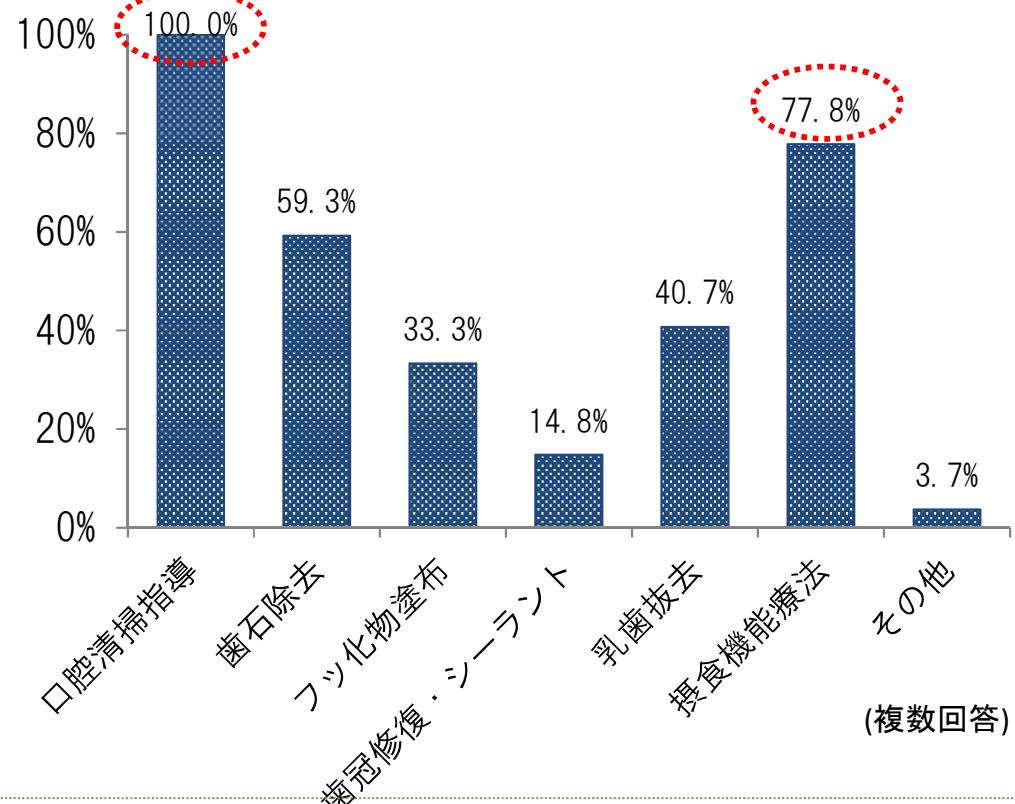
<歯科受診歴>



<主訴>

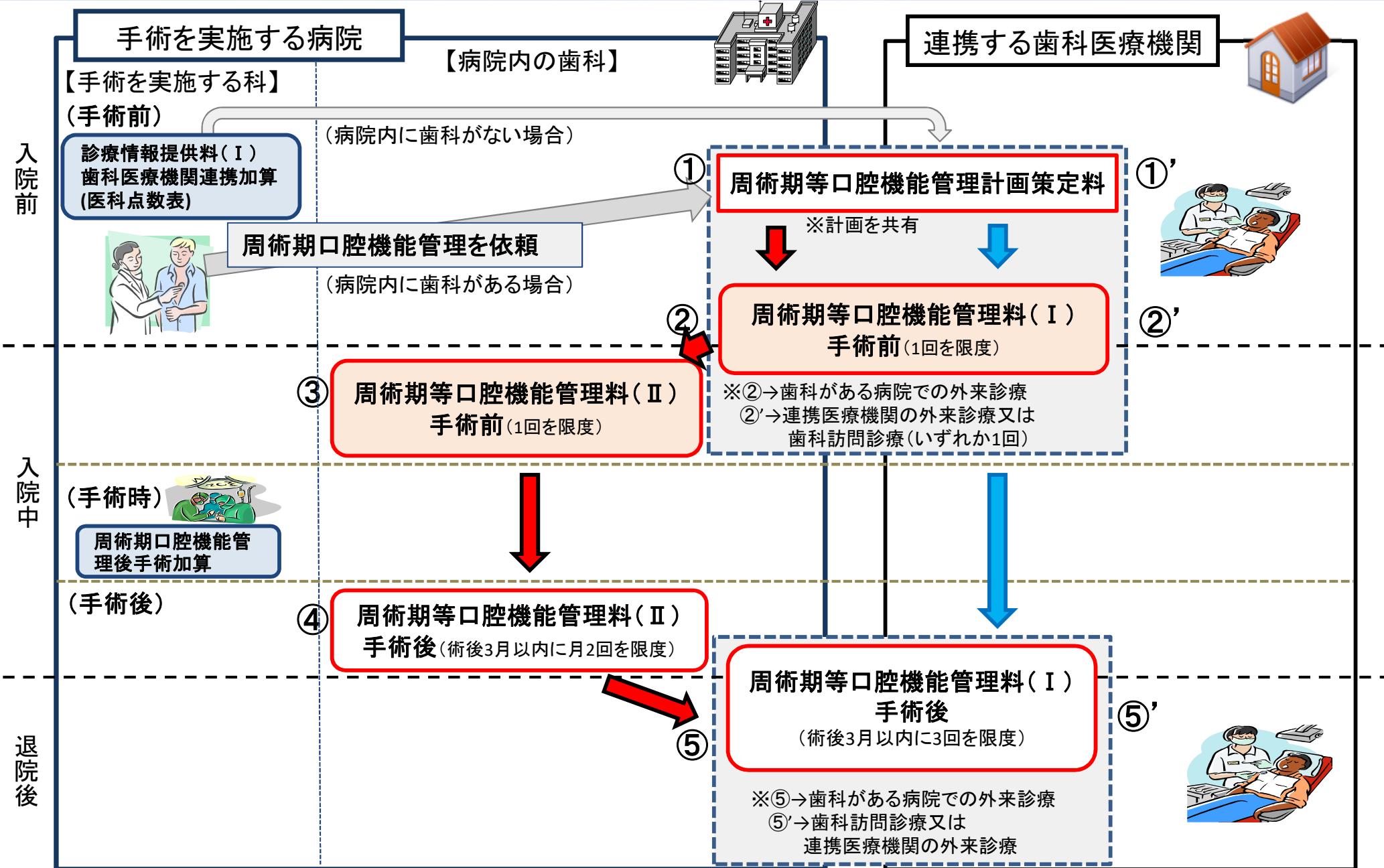


<診療内容>



調査対象:在宅人工呼吸器管理を行っている15歳未満の患者27名
初診時平均年齢:4.7±4.0歳、(低酸素脳症・脳性麻痺11名、その他16名)
小児科医師からの依頼により歯科訪問診療を実施

周術期における口腔機能管理のイメージ(医科で手術をする場合)



周術期等の口腔機能管理の充実

周術期等の口腔機能管理のイメージ



医科歯科連携の推進

- 診療情報提供料(Ⅰ)の歯科医療機関連携加算の対象手術の拡大
- 周術期口腔機能管理後手術加算の対象手術の拡大

周術期等の口腔機能管理の実態に応じた見直し

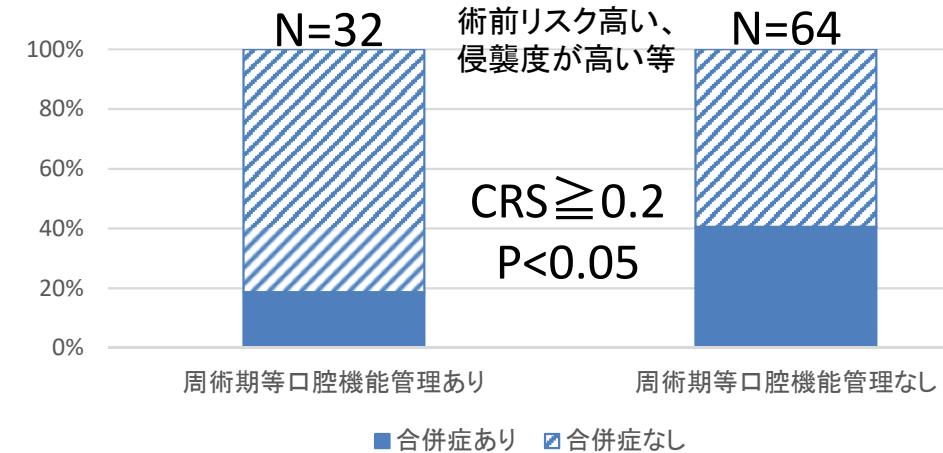
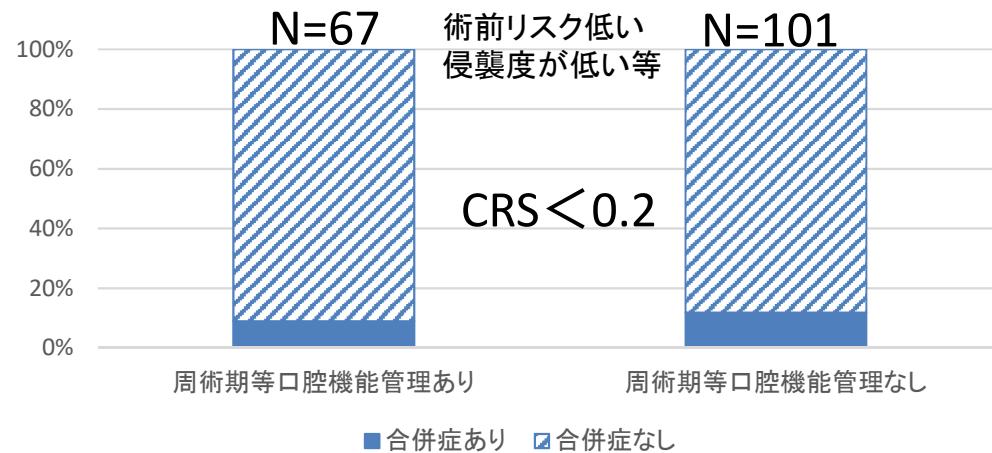
- 「周術期口腔機能管理計画策定料」等の関連する項目を「周術期等口腔機能管理計画策定料」等に名称変更
- 周術期等の口腔機能管理の対象患者の適応拡大と目的の明確化
- 手術後早期に口腔機能管理を開始する場合の取扱いの明確化

放射線療法や化学療法に対する口腔機能管理の充実

- 手術前の周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の算定要件の見直し
- 放射線療法又は化学療法による口腔粘膜炎に対する専門的口腔衛生処置の新設

周術期等口腔機能管理の効果

- 胃がん手術における術前リスクの高い患者、侵襲度の高い手術における周術期等口腔機能管理の効果について、術後合併症の有無に関して有意な差がみられた。
※術後合併症は誤嚥性肺炎と創部治癒不全とした。



E-PASS Scoring system

1 術前リスクスコア (PRS) = $-0.0686 + 0.00345X_1 + 0.323X_2 + 0.205X_3 + 0.153X_4 + 0.148X_5 + 0.0666X_6$

X_1 : 年齢、 X_2 : 重度心疾患有り(1)無し(0)、 X_3 : 重度肺疾患有り(1)無し(0)、

X_4 : 糖尿病有り(1)無し(0)、 X_5 : Performance supportsを要する重篤な不整脈

X_6 : 麻酔リスク(1-5)

※重症心疾患: NYHA3以上の心不全、またはmechanical supportsを要する重篤な不整脈

※重症肺疾患: %VC < 60%あるいはFEV1 0% < 50%のいかなる状態

※糖尿病: WHOの診断基準

※Performance status: 日本癌治療学会 固形がん化学療法直接効果判定基準

※麻酔リスク: アメリカ麻酔学会 重症度分類 (ASA class)に基づく

2 手術侵襲スコア (SSS) = $-0.342 + 0.0139X_1 + 0.0392$

X_1 : 体重あたりの出血量(g/kg)、 X_2 : 手術時間(hr)、 X_3 : 手術切開創の範囲

(0: 胸腔鏡創または腹腔鏡創のみ、1: 開胸あるいは開腹のいずれか一方のみ、2: 開胸及び開腹)

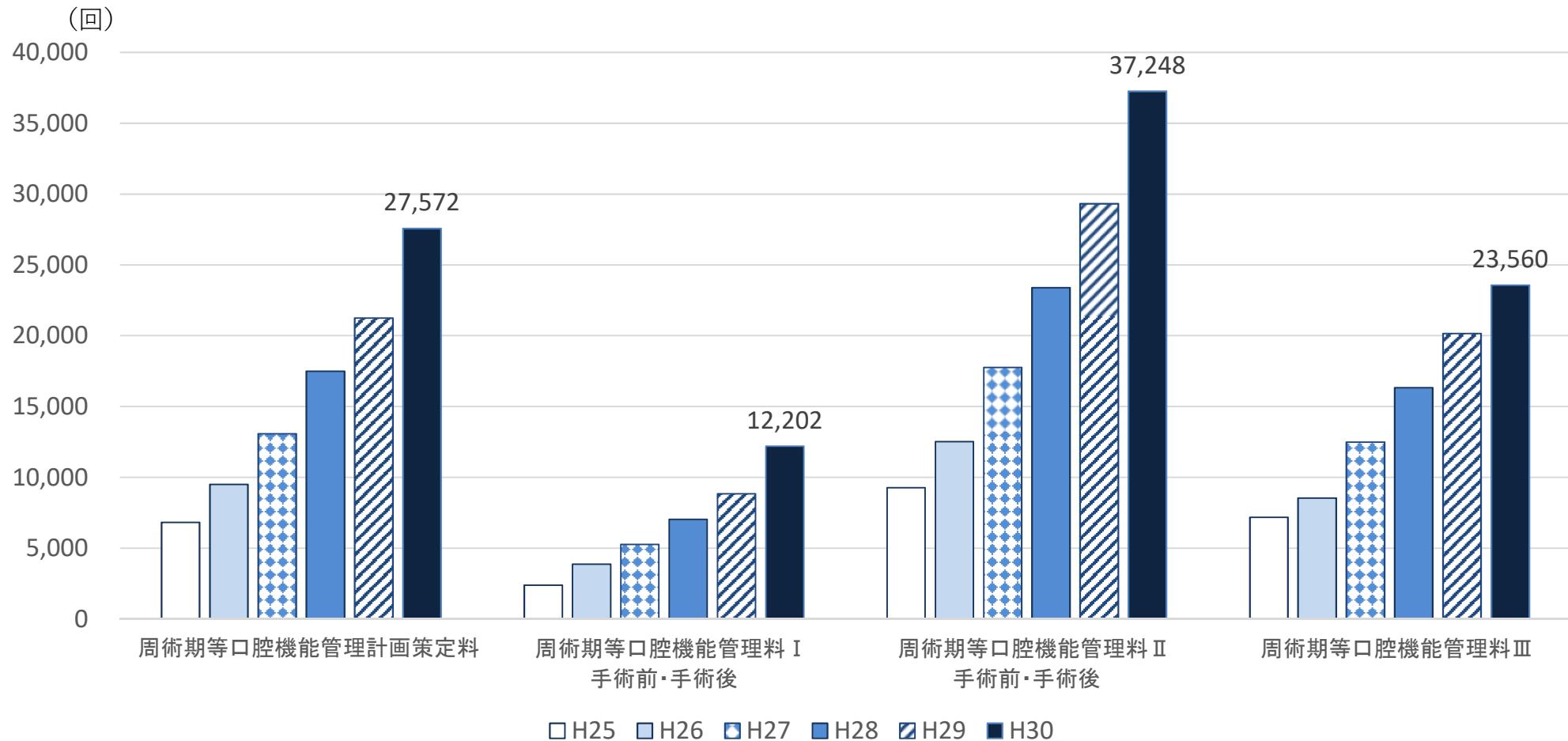
3 総合リスクスコア (CRS) = $-0.328 + 0.936(\text{PRS}) + 0.976(\text{SSS})$

周術期等口腔機能管理の算定状況の推移

○ 周術期等口腔機能管理の算定回数は、増加傾向。

※ 周術期等口腔機能管理料1の対象は、手術を実施する他の医療機関の患者又は手術を実施する同一の医療機関で入院中以外の患者。

※ 周術期等口腔機能管理料2の対象は、手術を実施する同一の医療機関で入院中の患者。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

周術期等口腔機能管理の算定状況

- 周術期等口腔機能管理の算定状況について、医療機関別に見ると、主に歯科標準の病院において行われている。

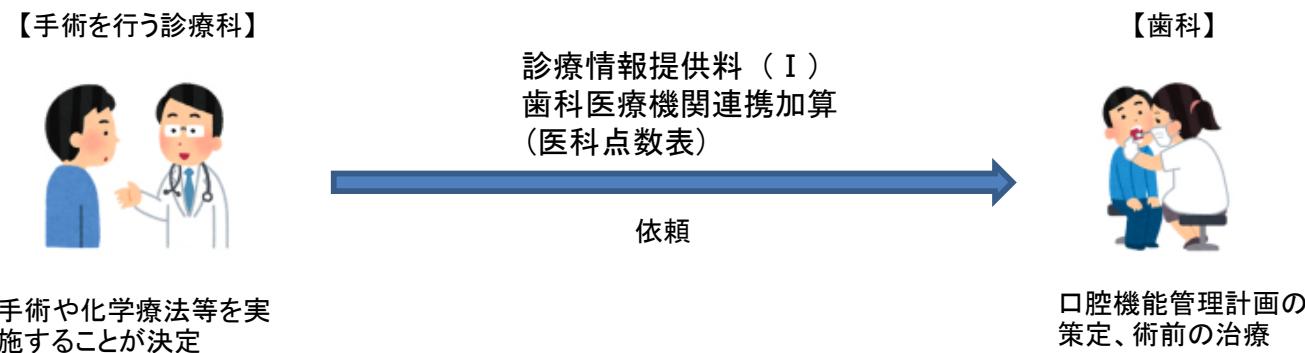
	病院併設歯科	歯科単科病院	歯科診療所
周術期等口腔機能管理計画策定料	25,471	23	1,663
周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) 手術前	7,951	13	1,491
周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) 手術後	1,814	2	412
周術期等口腔機能管理料(Ⅱ) 手術前	16,485	3	1
周術期等口腔機能管理料(Ⅱ) 手術後	15,599	8	1
周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)	22,508	21	699

【医科点数表】診療情報提供料(Ⅰ) 歯科医療機関連携加算

医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要性を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定

【対象患者】

- 歯科を標榜していない病院が、手術前に歯科医師による周術期等口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合
- 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合



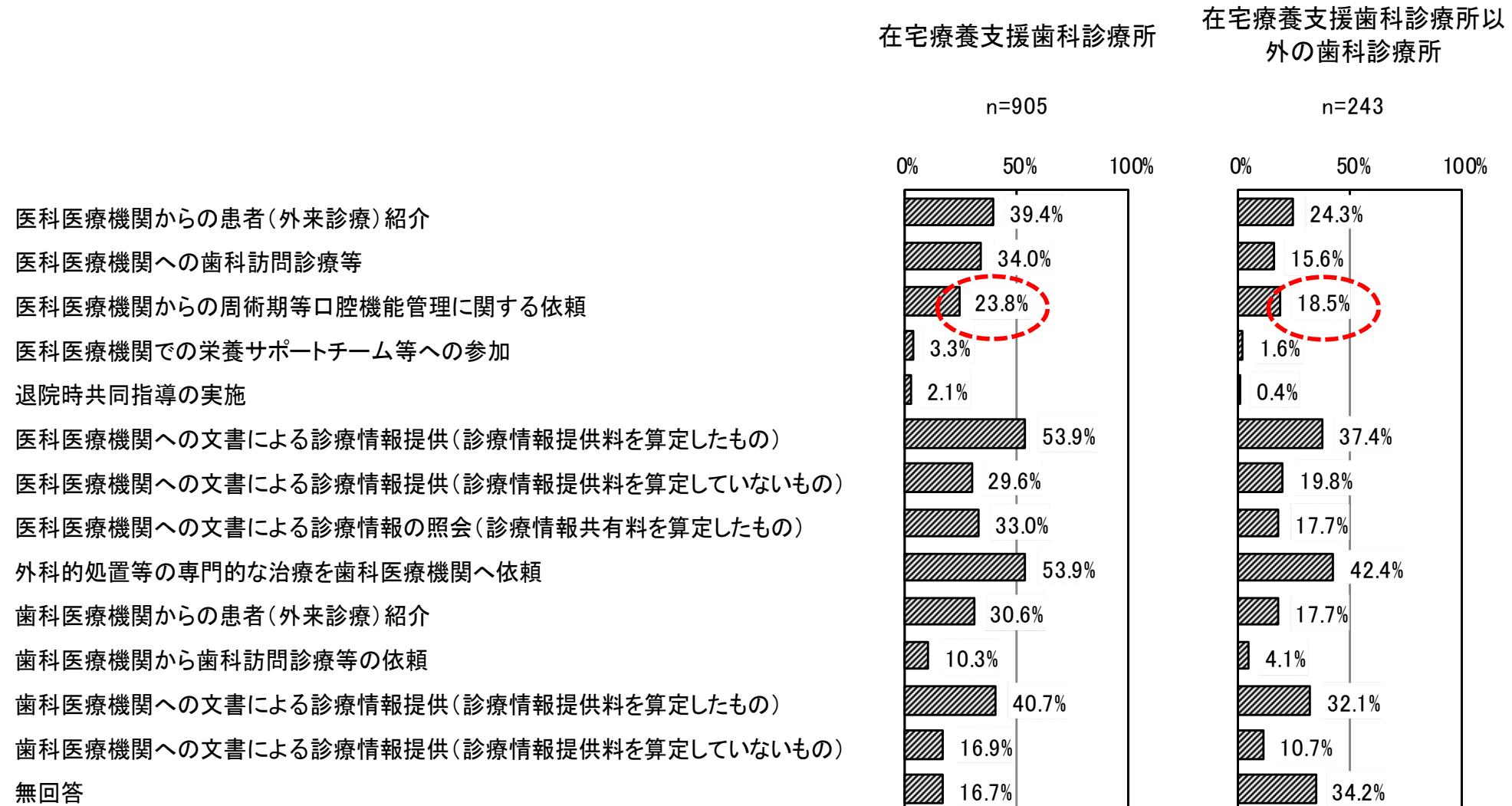
届出医療機関数及び算定回数	届出医療機関数	算定回数
歯科医療機関連携加算	(届出不要)	1,819

(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)

歯科医療機関で行われている主な連携

- 医科医療機関から周術期等口腔機能管理に関する依頼をうけたことのある医療機関は、在宅療養支援歯科診療所で23.8%、それ以外の医療機関では18.5%であった。

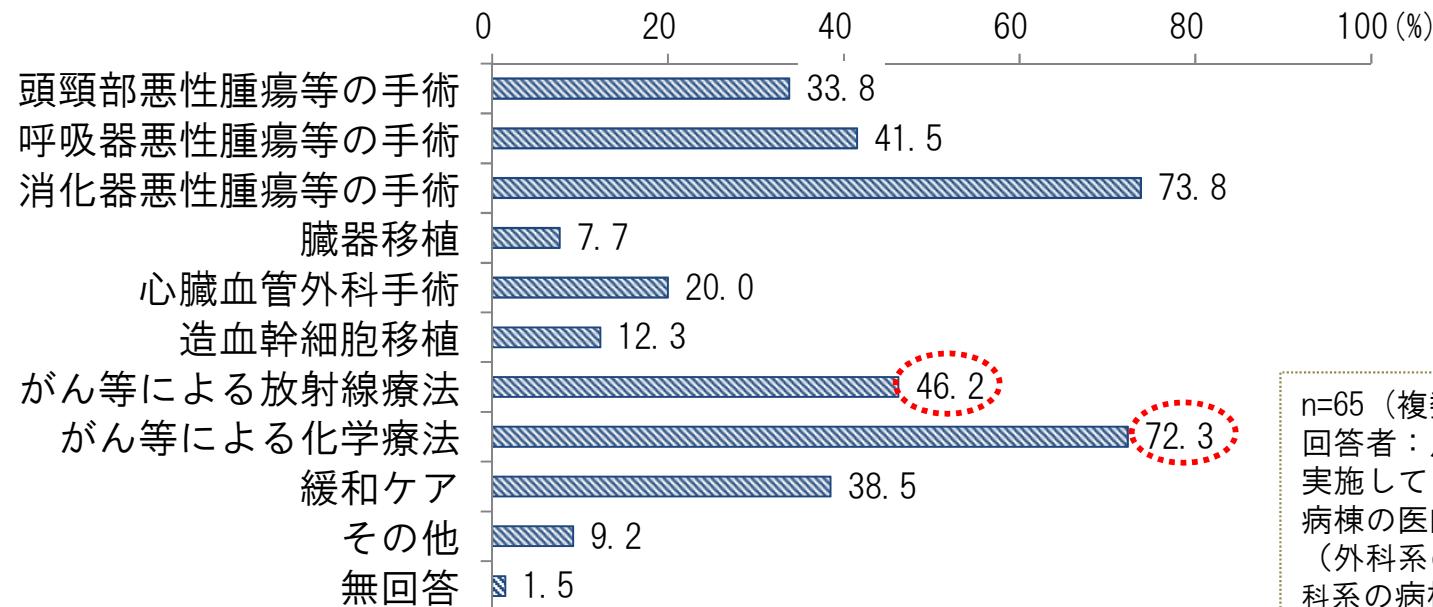


周術期口腔機能管理を行う患者の状況

中医協 総 - 4
29. 12. 6 (改)

- 医科から歯科へ周術期口腔機能管理を依頼した患者に実施した診療等は、がん等による化学療法が72.3%、がん等による放射線療法が46.2%であった。

<周術期口腔機能管理を依頼した患者に実施した診療等について>



n=65 (複数回答)
回答者：周術期口腔機能管理を実施している病棟又は外科系の病棟の医師
(外科系の病棟がない場合は内科系の病棟)

周術期口腔機能管理の対象患者

出典：平成28年度医科歯科連携の在り方に関する調査（保険局医療課）

【周術期口腔機能管理料(I)(II)】

- 全身麻酔下で実施される、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等
- 骨髄移植

【周術期口腔機能管理料(III)】

- がん等に係る放射線治療若しくは化学療法を実施している患者（予定している患者を含む）
- 緩和ケアの対象となる患者

周術期等口腔機能管理の課題

○ 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)は、治療の部位や内容等に伴い症状が様々である。症状が重症化している場合には、頻回な介入が必要になるが、周術期等専門的口腔衛生処置等は回数等が制限されている。

【周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)】

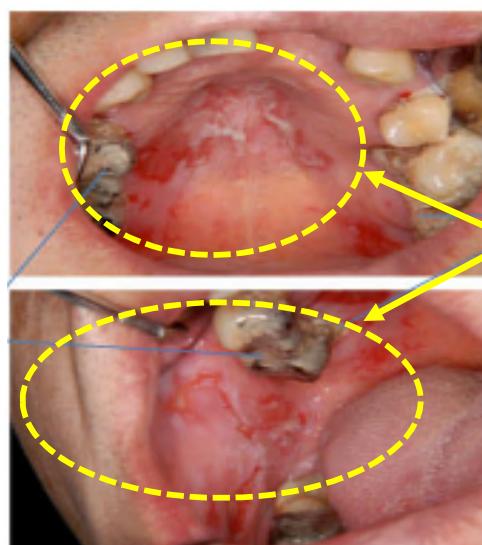
がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者の口腔機能の管理を行う。月1回算定。
①口腔内の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書の作成

【周術期等専門的口腔衛生処置1】

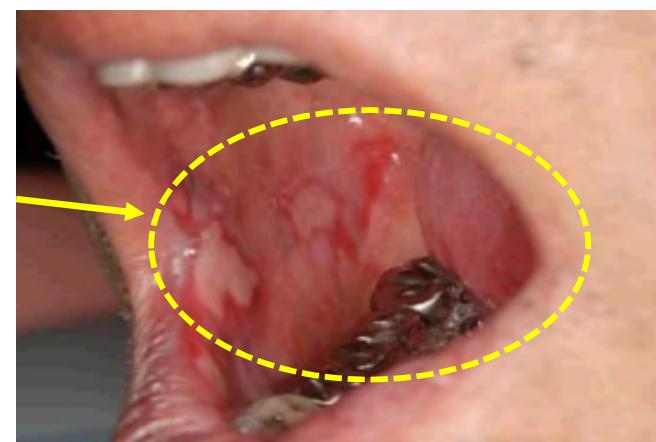
周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した日の属する月において術前1回、術後1回に限り算定。周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した日の属する月において月1回に限り算定。

【周術期等専門的口腔衛生処置2】

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて1回に限り算定。



写真：静岡がんセンター



写真：徳島大学病院

医科歯科連携の推進に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 栄養サポートチーム等連携加算、歯科医療機関連携加算等、多職種連携や医療機関間の連携に関する項目については算定が伸びていない。
- 周術期等口腔機能管理は、増加傾向である。また、管理の実施は、主に病院併設歯科で行われている。
- 化学療法や放射線療法に対して行われる周術期等口腔機能管理では、症状が重症化している場合には頻回な介入が必要になるが、周術期等専門的口腔衛生処置等は回数等が制限されている。



【論点】

- 多職種連携を推進する観点から、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料において栄養サポートチーム等連携加算を算定できるようにしてはどうか。
- 周術期等口腔機能管理において、連携を推進する観点から、手術を行う医療機関が歯科医療機関への予約を行った上で患者の紹介を行った場合に評価を行ってはどうか。
- 化学療法や放射線療法に対して行われる周術期等口腔機能管理において、周術期等専門的口腔衛生処置の算定要件を見直すなど、実態に応じて適切に算定できるようにしてはどうか。
- 医科歯科連携を推進する観点から、このほかどのような対応が考えられるか。

2. 情報共有・連携について

- 医科歯科連携の推進
- 医療的ケア児の情報提供

小児科療養指導料の算定要件及び算定状況

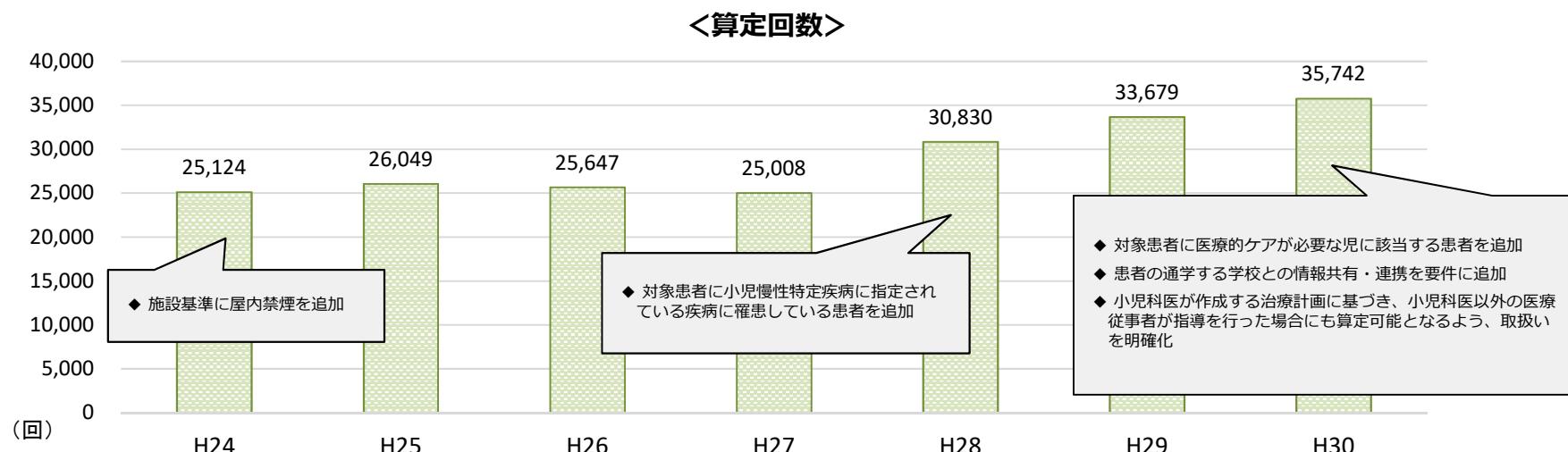
- 平成30年度診療報酬改定において、小児科療養指導料の対象に医療的ケア児が追加された。

B001・5 小児科療養指導料 270点(月1回)

【算定要件】(抜粋)

- 小児科を標榜する保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に算定。小児科のみを専任する医師が作成する一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り算定。家族に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定。
- 対象となる疾患及び状態：
 - ・脳性麻痺
 - ・脂質代謝障害
 - ・血小板減少性紫斑病
 - ・先天性四肢欠損
 - ・先天性心疾患
 - ・腎炎
 - ・先天性股関節脱臼
 - ・先天性多発関節拘縮症
 - ・ネフローゼ症候群
 - ・溶血性貧血
 - ・内反足
 - ・分娩麻痺
 - ・小児慢性特定疾病（小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る）
 - ・児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児に該当する状態
 - ・ダウン症等の染色体異常
 - ・再生不良性貧血
 - ・二分脊椎
 - ・川崎病で冠動脈瘤のあるもの
 - ・血友病
 - ・骨系統疾患
- 必要に応じ、患者の通学する学校との情報共有・連携を行う。
- 日常的に車椅子を使用する患者であって、車椅子上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下をきたした患者については、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことが望ましい。

※下線は平成30年度改定で追加となった要件

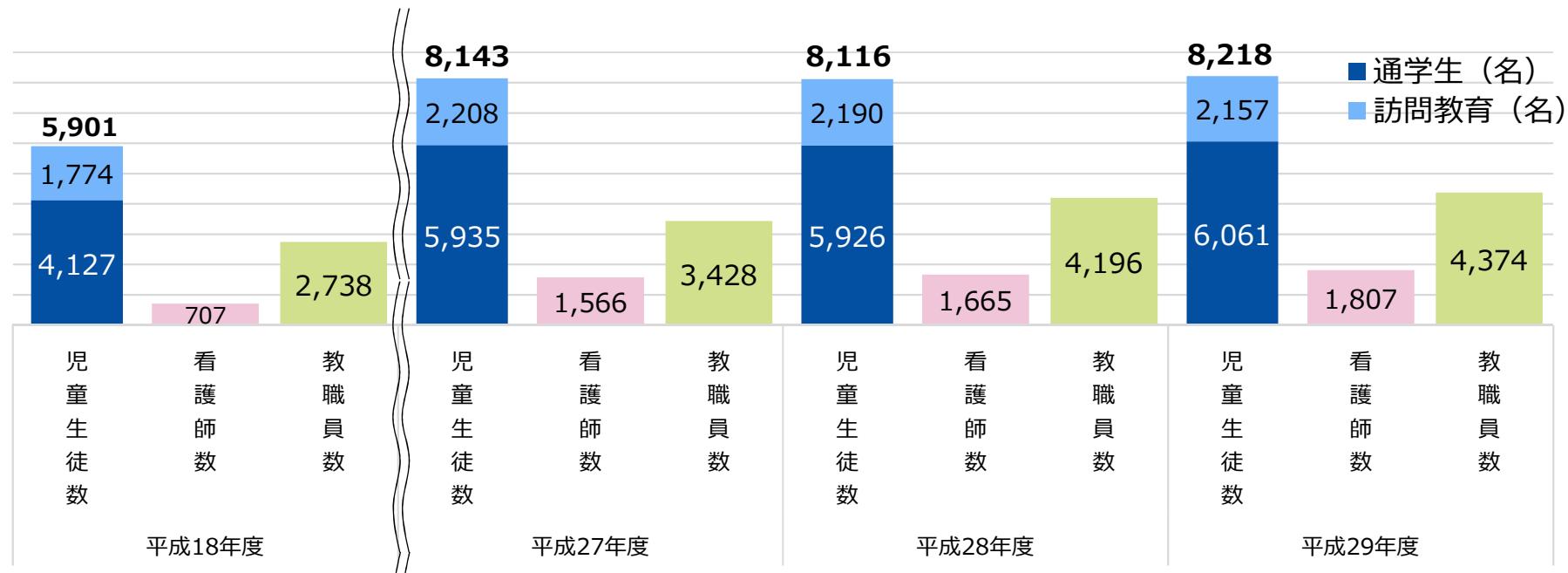


【出典】社会医療診療行為別統計(調査)(各年6月審査分)

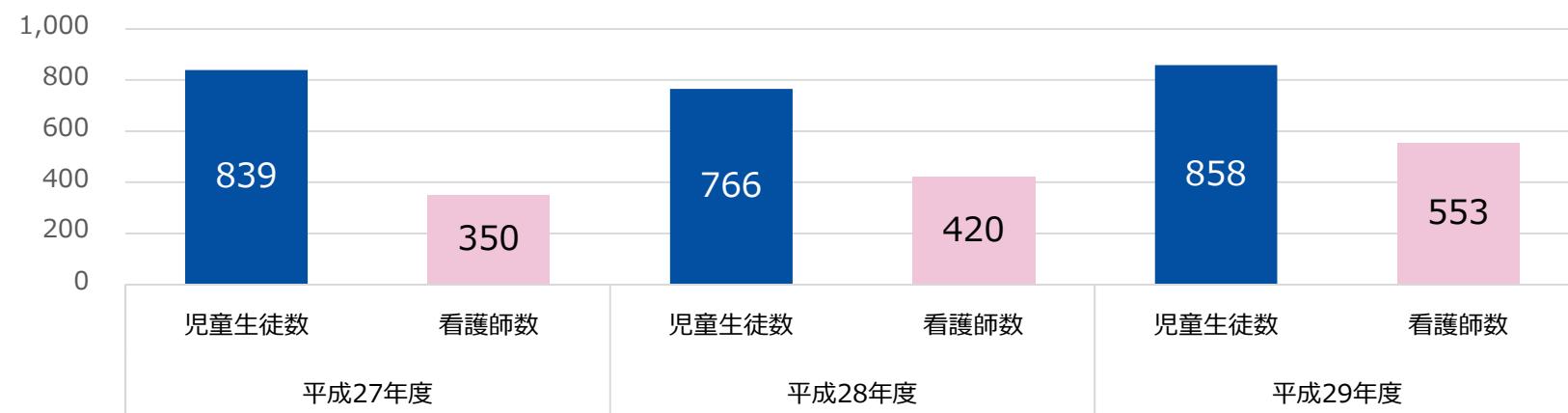
学校において医療的ケアが必要な児童生徒等の状況について（平成29年度）

新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議
(文部科学省、令和元年12月2日)(改)

対象となる児童生徒数・看護師数・教職員数の推移（公立特別支援学校(幼稚部～高等部)）

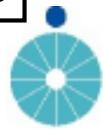


対象となる児童生徒数・看護師数の推移（公立小・中学校）



学校における医療的ケアのための看護師配置

令和2年度概算要求額 2,142百万円の内数
(前年度予算額 1,796百万円の内数)



文部科学省

学校において日常的にたんの吸引や経管栄養等の「医療的ケア」が必要な児童生徒等が増加



【学校に配置された看護師が主に行う業務】

- 医療的ケアの実施
- 主治医等との連絡・調整
- ヒヤリ・ハット事例の蓄積と予防
- 教職員への理解啓発 など



特別支援学校、幼稚園、小・中・高等学校

自治体等が、医療的ケアを行う看護師等を学校に配置等するために要する経費の一部を補助

◇補助事業名：教育支援体制整備事業費補助金（切れ目ない支援体制整備充実事業）

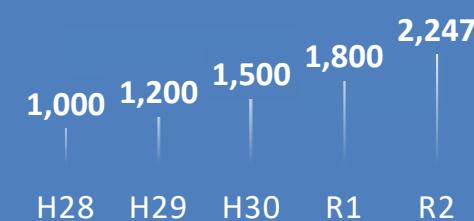
◇補助対象先：都道府県、市町村、学校法人

◇補助率：1／3

◇補助対象経費：

- ① 特別支援学校、幼稚園、小・中・高等学校等への看護師の配置【拡充】
- ② 校外学習や登下校時における送迎車両への看護師の同乗【拡充】
- ③ 指導的な立場となる看護師の配置（都道府県のみ）【新規】

予算積算上の看護師の数



※地域の病院や訪問看護ステーションへ看護師の配置等を委託することも可能

医療的ケア児への対応の充実について【主治医から学校医等への情報提供】



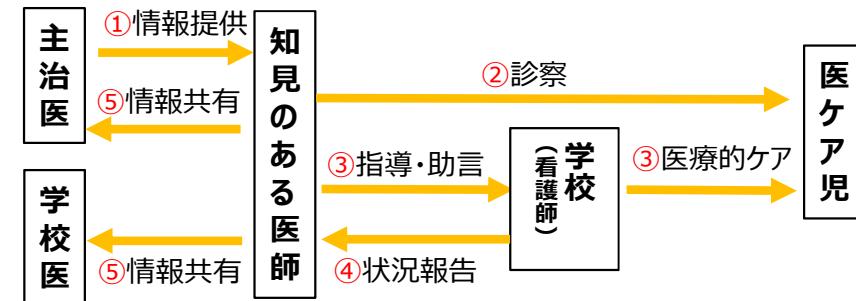
<主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ>

- (1) 学校は保護者からの申出を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談し、相談結果を踏まえ、「学校医」又は「知見のある医師」に業務（看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言）を委嘱
- (2) 「学校医」又は「知見のある医師」は「主治医」からの情報提供①を受け、「医ケア児」を診察②し、「主治医」等※と調整を図り、学校における医療的ケアを検討
※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」とも調整
- (3) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言③
- (4) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師からの状況報告④等を踏まえ、「主治医」等※に医ケア児の学校生活上の情報を共有⑤
※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」にも共有

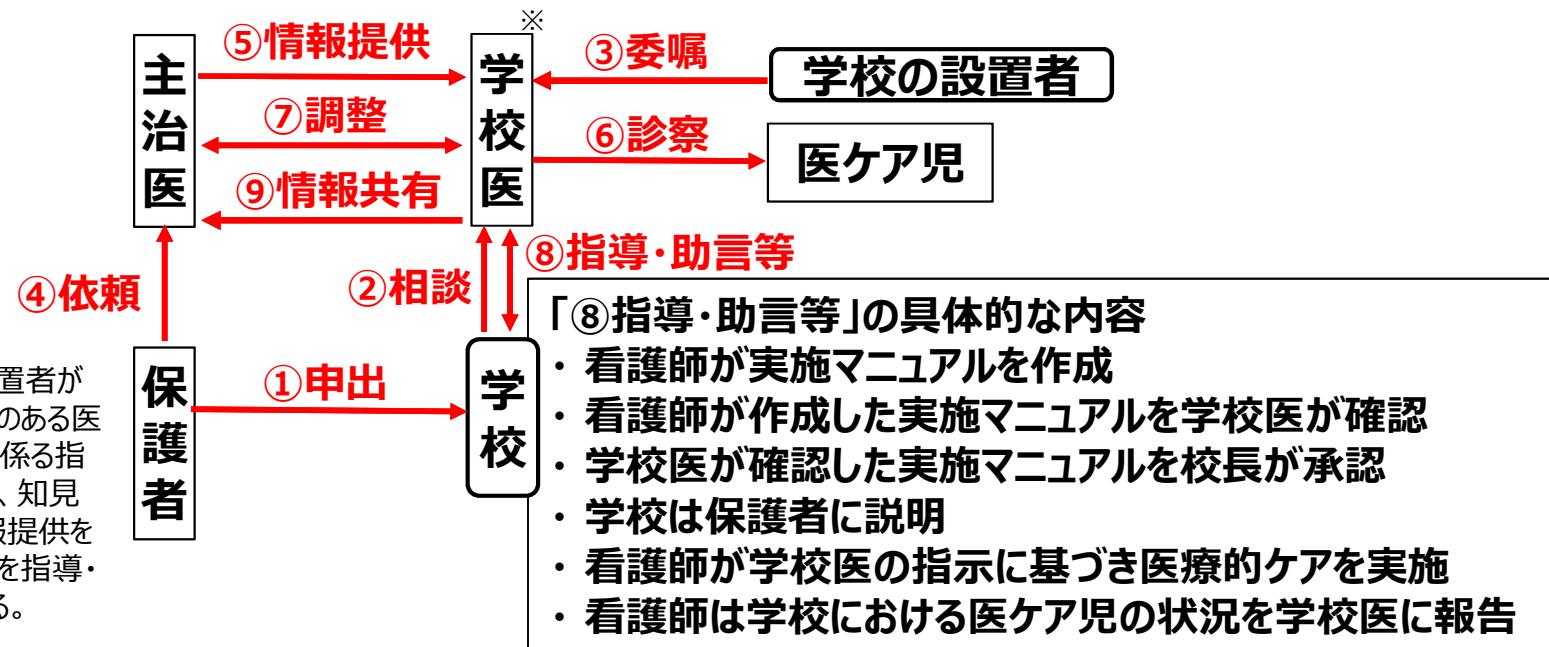
①「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



②「学校医」以外の医師が医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



- (1) 「学校」は「保護者」からの申出①を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談②
- (2) 「学校医」への相談結果②を踏まえ、「学校の設置者」は学校における医療的ケアに係る指導・助言の業務を「学校医」に委嘱③
- (3) 「保護者」は学校への申出①を踏まえ、「主治医」に医ケア児の病状・治療状況、投薬中の薬剤の用量・用法、装着・使用医療機器等の情報を「学校医」に対して、文書による提供を依頼④
- (4) 「学校医」は「主治医」からの情報提供⑤を受けて、「医ケア児」の診察⑥、「主治医」との調整⑦を踏まえ、学校における医療的ケアを検討
- (5) 「学校医」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言⑧
- (6) 「学校医」は看護師からの状況報告等を踏まえ、医ケア児の学校生活上の情報を「主治医」に共有⑨

診療情報提供料(Ⅰ)の算定要件及び算定状況

- 別の医療機関への患者の紹介の他、保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合等についても、診療情報提供料(Ⅰ)において評価を行っている。

B009 診療情報提供料(Ⅰ) 250点(月1回)

【算定要件】(抜粋)

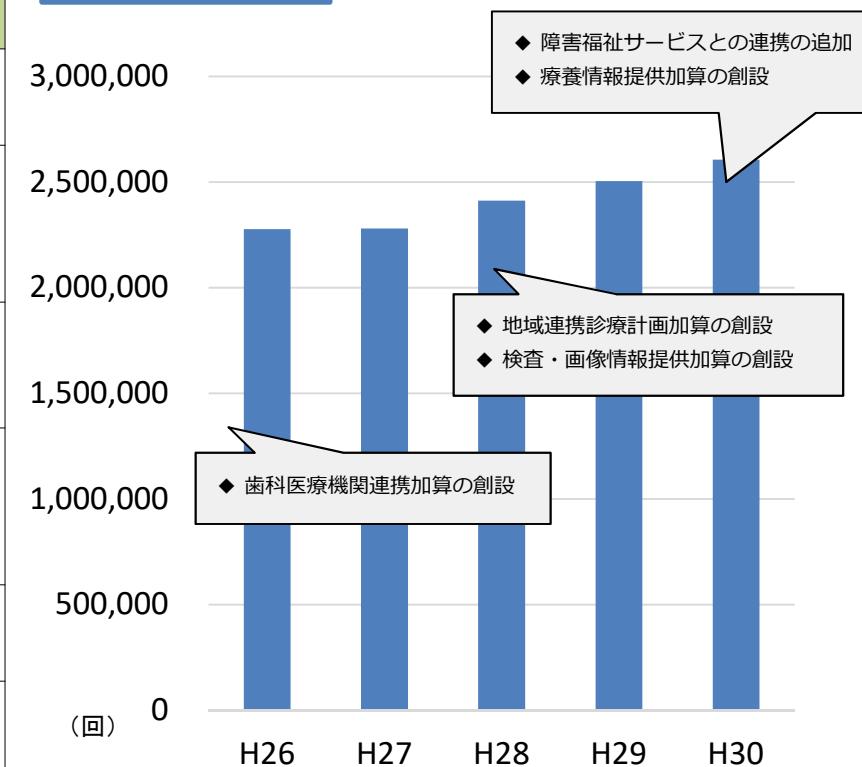
- 保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。
- 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

情報提供先

※下線は平成30年度改定で追加となった対象

	情報提供先	対象患者	情報提供の内容
1	別の保険医療機関	別の保険医療機関での診療の必要を認めたもの	患者の紹介を行った場合
2	市町村、 指定居宅介護支援事業者、 指定特定相談支援事業者、 指定障害児相談支援事業者等	— (入院患者については、自宅に復帰する患者のみ)	保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合
3	保険薬局	在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの	在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合
4	精神障害者施設、 介護老人保健施設	精神障害者である患者であって、精神障害者施設に入所・通所している又は介護老人保健施設に入所しているもの	社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合
5	介護老人保健施設、 介護医療院	—	患者の紹介を行った場合
6	認知症に関する 専門の保険医療機関等	認知症の状態にある患者であって、認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要性を認めたもの	患者の紹介を行った場合

算定回数の推移



【出典】社会医療診療行為別統計(調査)(各年6月審査分)

医療的ケア児の情報提供に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【医療的ケア児に係る主治医から学校医等への情報提供について】

- 平成30年度診療報酬改定において、小児医療の充実のために、小児科療養指導料の見直し等を行ったところ。
- 学校においては、学校医又は医療的ケアに知見のある医師が、主治医からの情報提供を受けて、学校における医療的ケアを検討し、指導・助言を行うことで、医療的ケア児の受け入れにあたっての体制整備が図られている。
- 診療情報提供料(Ⅰ)において、情報提供先に応じて必要な情報を提供した場合等の評価を行っている。



【論点】

- 学校における医療的ケア児に対する適切な医療的ケアの提供にあたり、医療的ケア児が通う学校と主治医との連携を推進する観点から、主治医からの学校医等への情報提供に係る評価の在り方をどのように考えるか。

中	医	協	総	-	3	
元	.	1	2	.	1	1

外来（その3）

（かかりつけ医機能、その他）

外来（その3）

1. 外来診療に係る評価について

- (1) かかりつけ医機能等について
- (2) 女性の健康に係る課題等について
- (3) 分割調剤について
- (4) ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて
- (5) ニコチン依存症管理料等について

(1) かかりつけ医機能等について

- ・ **機能強化加算等について**
- ・ 紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担等について

(2) 女性の健康に係る課題等について

(3) 分割調剤について

(4) ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて

(5) ニコチン依存症管理料等について

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

— 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋 —

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

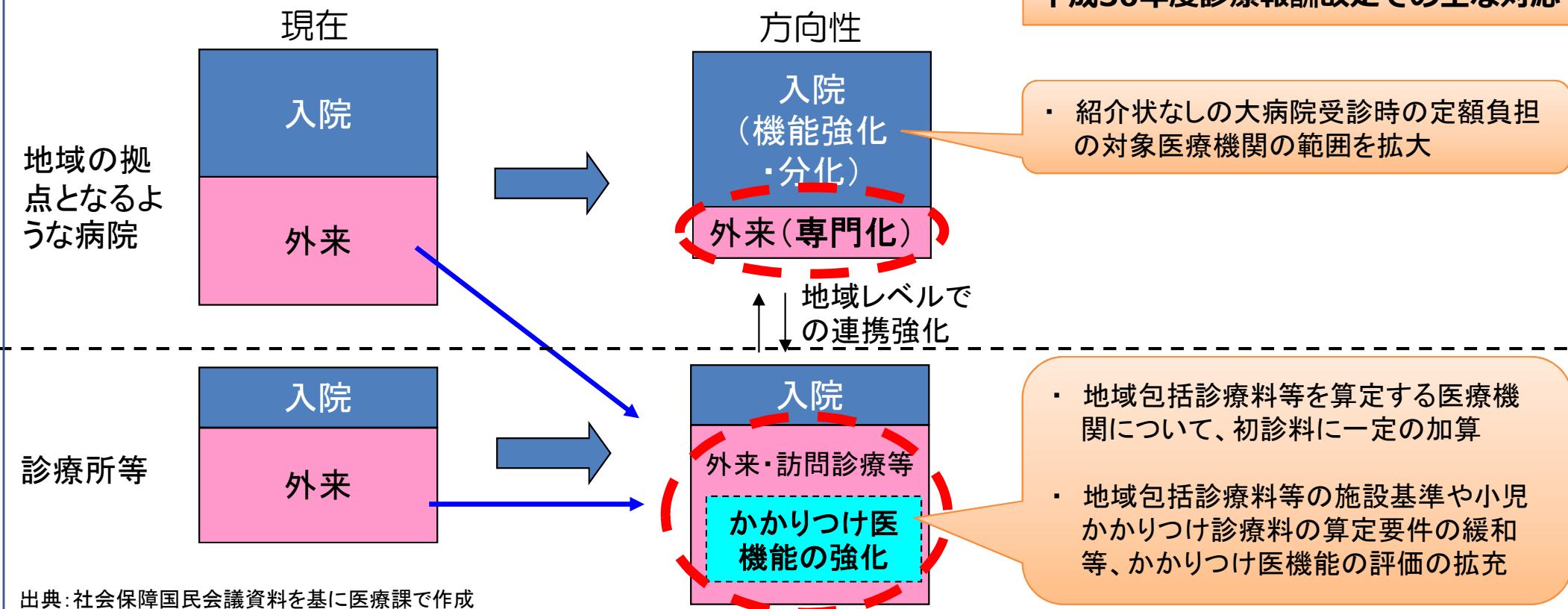
- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままで機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ



かかりつけ医機能評価の充実

- がん患者に対しての治療と仕事の両立のために産業医と情報共有・連携を評価



情報共有
・連携

- かかりつけ医とかかりつけ歯科医の間の情報共有の評価

- 末期のがん患者についてケアマネジャーと在宅主治医との連携を強化



情報共有
・連携



連携

訪問診療
への移行



- 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に、保険者からの依頼に応じて情報提供を行うことを要件化

- かかりつけ医機能を有する医療機関における初診機能の評価
- 地域包括診療料(※)等の施設基準の緩和
(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を行うことを評価
- 小児かかりつけ診療料の算定要件の緩和

- 外来から訪問診療に移行した患者への在宅医療の提供実績の評価

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

▶ かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

初診料

小児かかりつけ診療料(初診時)

(新) 機能強化加算

80点



【算定要件】

- かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する観点から、右の施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

【施設基準】

- 以下のいずれにも該当すること。
 - (1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
 - (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ・ 地域包括診療加算
 - ・ 地域包括診療料
 - ・ 小児かかりつけ診療料
 - ・ 在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)
 - ・ 施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)
 - (3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問合せへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
機能強化加算	(病院) 1,048 (診療所) 11,793	初診料 1,783,064 小児科外来診療料 137,736 小児かかりつけ診療料 56,428

(出典)

届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)

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)

前回の議論の整理①

- 前回ご議論いただいた内容は、以下のとおり。

【機能強化加算に係る個別の説明について】

(医療機関の職員が直接説明することについての議論)

- 診察を行う前に、院内のしかるべき者が患者に文書を提示すること等により、丁寧に説明を行うことを要件化すべき。
- また、その説明は誰がするのか、医師なのか看護師なのか、それ以外の医療機関のスタッフなのか、という整理も必要。
- 全ての患者さんに対して、診察の前に、医療機関が有する全ての体制及びそれに関連する加算について説明することは、非常に難しく、診療そのものに支障を来す。
- 仮に時間がかかるてもやっていただきたいいけないことはあるので、それにこの「説明」が含まれるかどうか、という点について議論をすべき。

(体制の評価という観点からの議論)

- 機能強化加算の趣旨が、医療機関が有する体制に係る評価であるということを踏まえると、患者が当該医療機関の有する体制をきちんと理解した上で、その対価として支払う、という仕組みをつくることが必要。
- 医療機関が有する体制を評価した点数は、例えば総合入院体制加算や後発医薬品使用体制加算など、機能強化加算以外にも多くのものがあり、この加算だけは個別に周知しなければならない、という理屈は立たないのではないか。

(説明内容に係る議論)

- 現行、院内掲示する事項として求めているものには「費用」が含まれていないため、それを含めて院内掲示の要件を見直す必要があるのではないか。
- 少なくとも、患者が医療機関を選ぶに当たって、かかりつけ医の有する機能や、それに対して払う対価について説明がないと、患者としては困るのではないか。
- 例えば、文書で初診時に説明をしていれば、2回目以降は省略可能、等の運用もあり得るため、医療機関の負担に配慮した運用に係る検討も必要ではないか。

前回の議論の整理②

- 前回ご議論いただいた内容は、以下のとおり。

【かかりつけ医機能に関する説明について】

(かかりつけ医機能の普及・啓発という観点での議論)

- かかりつけ医機能の普及・推進という観点から、まずは、かかりつけ医機能についての説明をする、ということが重要であり、かかりつけ医を決めるところといった良いことがある、などといったことをきちんと伝える必要がある。
- 適切な医療機関のかかり方、適切な受診行動を患者さんに促すというのは、医療機関だけで行う話ではなくて、保険者の仕事でもある。
- 患者の理解度を高め、適切な受診行動を促すことについては、保険者からも様々なチャネルを通じて啓蒙を進めている。
- 日頃通院し、信頼関係のある保険医療機関の医師からも、かかりつけ医機能に係る説明をしていただくことは、患者の理解度を高めるために有効であると考えられる。
- 患者がかかりつけ医と考えている医療機関だけではなく、初めてかかりつけ医機能を有する医療機関を受診した患者に対しても、その有する機能等について、しっかりとご説明いただき、理解を深めることが必要ではないか。
- 周知の方法を含めて、様々な工夫をしながら、かかりつけ医機能に対する理解が少しずつ広がっていき、地域における医療のかなめとして機能するような形っていくことが重要ではないか。

(理解度を高めるための方法について)

- 単に院内掲示するよりも、書面で提示することや、書面とともに医療機関の誰かが説明することによって、患者の理解が得られやすくなるのではないか。
- 例えば、予防接種をしたら書面を受け取り、「今晚はこういうことはやめてください」などといった具体的な注意事項をもらう、というのは一般的であり、患者としては書面でもらえるときちんと読むため、周知が進むのではないか。
- 患者に対して書面等を用いてわかりやすく説明するというのは重要だが、一方で、例えば医師が時間をかけて説明することは、診療行為の阻害につながるため、それは避ける必要がある。

院内掲示を要件とする項目

- 医療機関の体制・実績等に係る事項や、各項目に関連して医療機関が実施する事項について、院内に掲示することとしている項目を以下に示す。
- 医療機関の有する体制の評価から、個々の診療行為の評価まで、各項目の趣旨は様々である。
- 掲示する事項として、当該項目の点数や費用負担等を定めている項目はない。

医療機関の体制・実績等を掲示するもの	実施する事項を掲示するもの
<p>算定要件又は施設基準において院内掲示が定められている項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A001 再診料 <u>注10 時間外対応加算1～3</u> ○ A001 再診料 <u>注12 地域包括診療加算</u> ○ A108 有床診療所入院基本料 注4 夜間緊急体制確保加算 ○ A200 総合入院体制加算 ○ A237 ハイリスク妊娠管理加算 ○ A244 病棟薬剤業務実施加算 ○ A246 入退院支援加算 ○ B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料 ○ B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 ○ B001-2-9 地域包括診療料 ○ 入院基本料(通則) <p>※ 上記のほか、以下の事項について掲示することとされている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院基本料に関する事項 ○ DPC病院である旨 ○ 地方厚生(支)局長への届出事項 ○ 明細書の発行状況に関する事項 ○ 保険外負担に関する事項 	<ul style="list-style-type: none"> ○ A000 初診料 注12 機能強化加算 ※ 健康管理に係る相談等を行っていることを掲示 ○ A001 再診料 注11 明細書発行体制等加算 ※ 詳細な明細書を患者に無料で交付していることを掲示 ○ A001 再診料 注12 地域包括診療加算 ○ B001-2-9 地域包括診療料 ※ 健康相談等を実施していることを掲示 ○ A226-2 緩和ケア診療加算 ○ A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算 ○ B001-2-4 外来緩和ケア管理料 ※ 緩和ケアが受けられること等を掲示 ○ A233-2 栄養サポートチーム加算 ※ 栄養サポートチームによる診療が行われていることを掲示 ○ A234 医療安全体制加算 ※ 医療安全管理者等による相談・支援が受けられることを掲示 ○ A234-2 感染防止対策加算 ※ 院内感染防止対策に関する取組事項を掲示 ○ A234-2 患者サポート体制加算 ※ 相談窓口の設置及び支援のため実施している取組を掲示 ○ A243 後発医薬品使用体制加算 ○ F100 処方料 注9 外来後発医薬品使用体制加算1～3 ※ 後発医薬品の使用を積極的に行っていることを掲示 ○ B001-2-11 小児かかりつけ診療料 ※ 発達段階に応じた助言・指導を行うこと等を掲示

個別に同意を取得することを要件とする項目

- 個別に同意を取得することを要件としている項目は、以下のとおり。
- 基本的に、体制に係る評価ではなく、個々の診療行為そのものの評価を趣旨とする項目である。

初・再診料、入院基本料、 入院基本料等加算	医学管理等
算定要件 において 患者から の同意取 得が定め られている 項目	<ul style="list-style-type: none">○ A001 再診料 注12 地域包括診療加算<ul style="list-style-type: none">○ A226-2 緩和ケア診療加算○ A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算○ A246 入退院支援加算○ A247 認知症ケア加算○ A312 精神療養病棟入院料 ※ 退院支援委員会への出席者に係る要件○ B001-5 小児科療養指導料○ B001-7 難病外来指導管理料○ B001-23 がん患者指導管理料○ B001-24 外来緩和ケア管理料○ B001-27 糖尿病透析予防指導管理料○ B001-28 小児運動器疾患指導管理料○ B001-2-9 地域包括診療料○ B001-2-10 認知症地域包括診療料○ B001-2-11 小児かかりつけ診療料○ B001-3 生活習慣病管理料○ B001-3-2 ニコチン依存症管理料○ B001-9 療養・就労両立支援指導料○ B004 退院時共同指導料1○ B005 退院時共同指導料2○ B005-1-2 介護支援等連携指導料○ B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料○ B005-6 がん治療連携計画策定料○ B005-6-2 がん治療連携指導料○ B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料○ B005-7 認知症専門診断管理料○ B005-7-2 認知症療養指導料○ B005-7-3 認知症サポート指導料○ B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料○ B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1○ B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2○ B009 診療情報提供料(Ⅰ)○ B010-2 診療情報連携共有料

機能強化加算の届出医療機関について

- 機能強化加算の届出医療機関における、地域包括診療加算等の届出状況は、以下のとおり。

【機能強化加算と他の届出の関係について】

	機能強化加算の届出医療機関 (n=12,841)		全医療機関 (n=110,477)	
	病院 (n=1,048)	診療所 (n=11,793)	病院 (n=8,372)	診療所 (n=102,105)
地域包括診療加算	—	4,761 (86.2%)	—	5,524
地域包括診療料	44 (95.7%)	205 (94.0%)	46	218
小児かかりつけ診療料	—	1,201 (84.0%)	—	1,429
在宅時医学総合管理料・ 施設入居時等医学総合管理料	1,047 (52.7%)	10,088 (45.8%)	1,988	22,050
うち 在宅療養支援診療所 または在宅療養支援病院	1,044 (81.9%)	9,267 (70.4%)	1,274	13,159

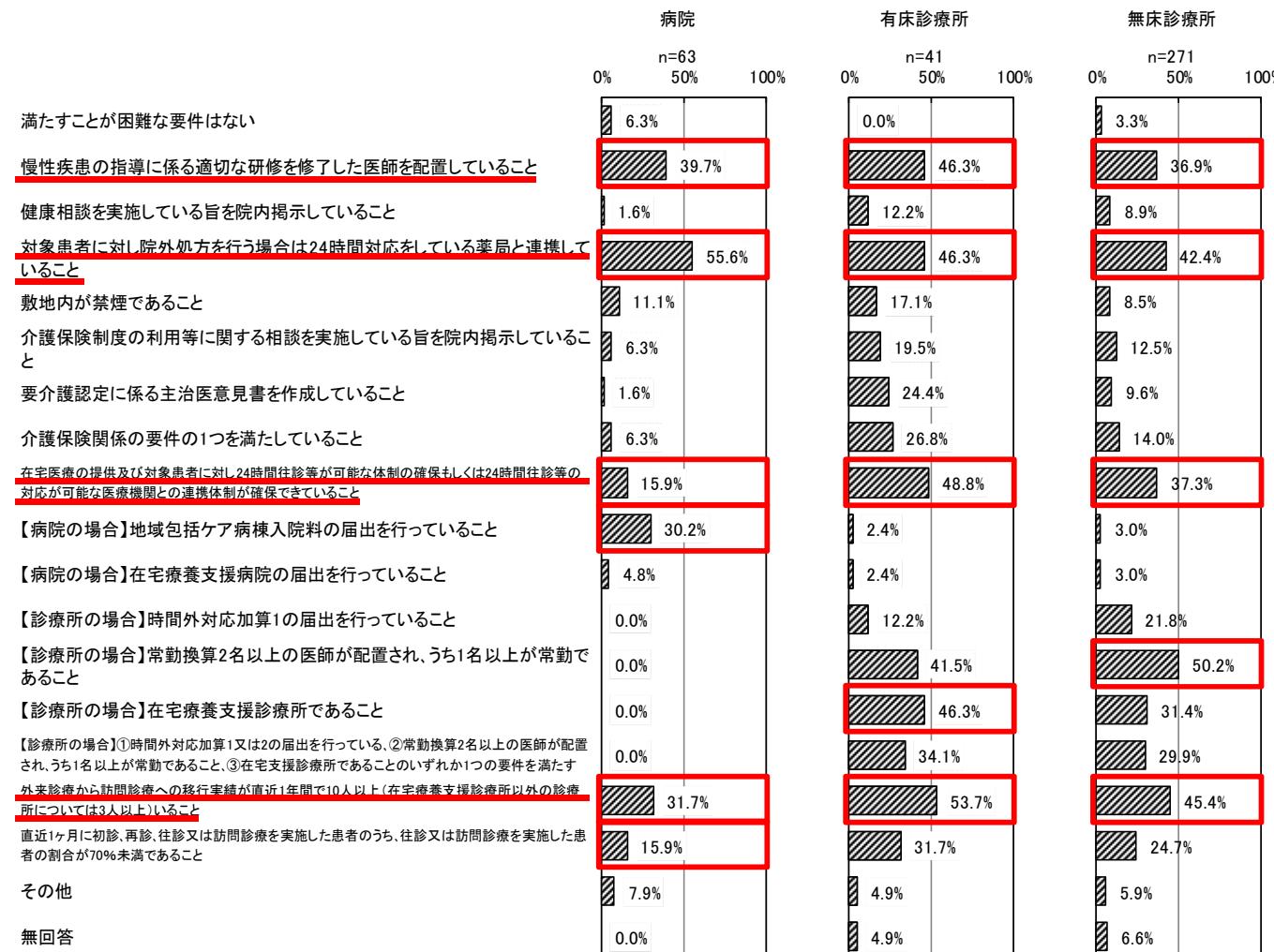
※ ()内は、それぞれの届出医療機関のうち、機能強化加算を届出している医療機関の占める割合。

かかりつけ医調査(施設調査)の結果④

<地域包括診療料等の施設基準の届出に当たり満たすことが困難な要件>(報告書p91)

病院については「地域包括診療料」の、診療所については「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を届出ていない施設に対して、施設基準の届出に当たり満たすことが困難な要件を尋ねた結果は以下のとおり。

図表 119 地域包括診療料等の施設基準の届出に当たり満たすことが困難な要件
(地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設、複数回答)



かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理①(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
施設の種別	<ul style="list-style-type: none"> 診療所 在宅療養支援診療所の届出(*1) <p>【病院の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の届出 在宅療養支援病院の届出 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所 許可病床数200床未満 <p>【病院の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の届出 在宅療養支援病院の届出 	<ul style="list-style-type: none"> 小児科外来診療料を算定 	—	・診療所	<ul style="list-style-type: none"> 許可病床数200床未満の病院 半径4km以内に診療所が存在しない(半径4km以内に病院が存在しても差し支えない)
医師の要件	<ul style="list-style-type: none"> 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(担当医)を配置 常勤換算2名以上の医師を配置(うち1名以上は常勤医師)(*1) 	<ul style="list-style-type: none"> 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(担当医)を配置 <p>【診療所の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤換算2名以上の医師を配置(うち1名以上は常勤医師) 	<ul style="list-style-type: none"> 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師を1名以上配置 上記の医師が、以下のうち3つ以上に該当 <p>ア 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上の頻度で実施</p> <p>イ 母子保健法第12条又は13条の規定による乳幼児の健康診査を実施</p> <p>ウ 予防接種法第5条第1項の規定による予防接種(定期予防接種)を実施</p> <p>エ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供</p> <p>オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を担当する常勤医師 	<p>【機能強化・単独型】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を担当する常勤医を3名以上配置 <p>【機能強化・連携型】</p> <ul style="list-style-type: none"> 他の医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤医を3名以上配置 <p>【従来型】</p>	—
時間外、緊急時等の対応の体制	<ul style="list-style-type: none"> 時間外対応加算1又は2の届出(*1) 	<p>【診療所の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> 時間外対応加算1の届出 	<ul style="list-style-type: none"> 時間外対応加算1又は2の届出 	—	<ul style="list-style-type: none"> 当該診療所において、<u>24時間連絡を受ける</u>保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供 <p>※ 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示</p>	

*1 いずれか1つを満たせばよい

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理②(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
実施する取組等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康相談を実施している旨を院内掲示 ・ 敷地内(当該保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関が保有又は借用している部分)の禁煙 		—	—	—	—
他の医療機関等との連携	<p>【薬局】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携 		—	—	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該地域において、他の保健医療サービスとの連携調整を担当する者と連携 <p>【医療機関・訪問看護ステーションとの連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に隨時提供 	
介護サービスとの連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示 ・ 要介護認定に係る主治医意見書を作成 ・ 以下のいずれか1つを満たす <ul style="list-style-type: none"> ア 介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員を配置 イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供 ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設 エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」に規定する地域ケア会議に年1回以上出席 オ 介護保険によるリハビリテーションを提供 カ 担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有する キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講 ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有する (地域包括診療料・病院の場合) ケ 総合評価加算の届出又は介護支援等連携指導料を算定 		—	—	—	
その他	—	—	—	—	・ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制の整備	

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理③(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
在宅医療の 提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の提供及び当該患者に対する24時間の往診等の体制(*2) 在宅医療の提供及び当該患者に対する24時間の連絡体制(*3) 	—	—	—	<ul style="list-style-type: none"> 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の指名、担当日等を文書により患家に提供 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の指名、担当日等を文書により患家に提供 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等を届出 	
外来から訪 問診療への 移行実績	<ul style="list-style-type: none"> 以下の全てを満たしていること(*2) <ul style="list-style-type: none"> ア 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、C000往診料、C001在宅患者訪問診療料(I)の「1」又はC001-2在宅患者訪問診療料(II)(注1のイの場合に限る。)を算定した患者の数の合計が <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所については10人以上 在宅療養支援診療所以外の診療所については3人以上 イ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満 	—	—	—	—	—
その他実績	—	—	—	—	<ul style="list-style-type: none"> 年に1回、在宅看取り数等を報告【往診・訪問診療の患者の割合が95%以上の場合】 以下の全てを満たしていること <ul style="list-style-type: none"> 直近1年間に5つ以上の病院又は診療所から紹介を受けて往診又は訪問診療を実施 過去1年間の看取り実績20件以上又は重症児の十分な診療実績 直近1か月の在総管・施設総管算定患者のうち施設総管の患者割合が7割以下 直近1か月の在総管・施設総管算定患者のうち「要介護3以上」又は「別表8の2に該当する患者」の割合が5割以上 	

* 2 地域包括診療加算1の要件

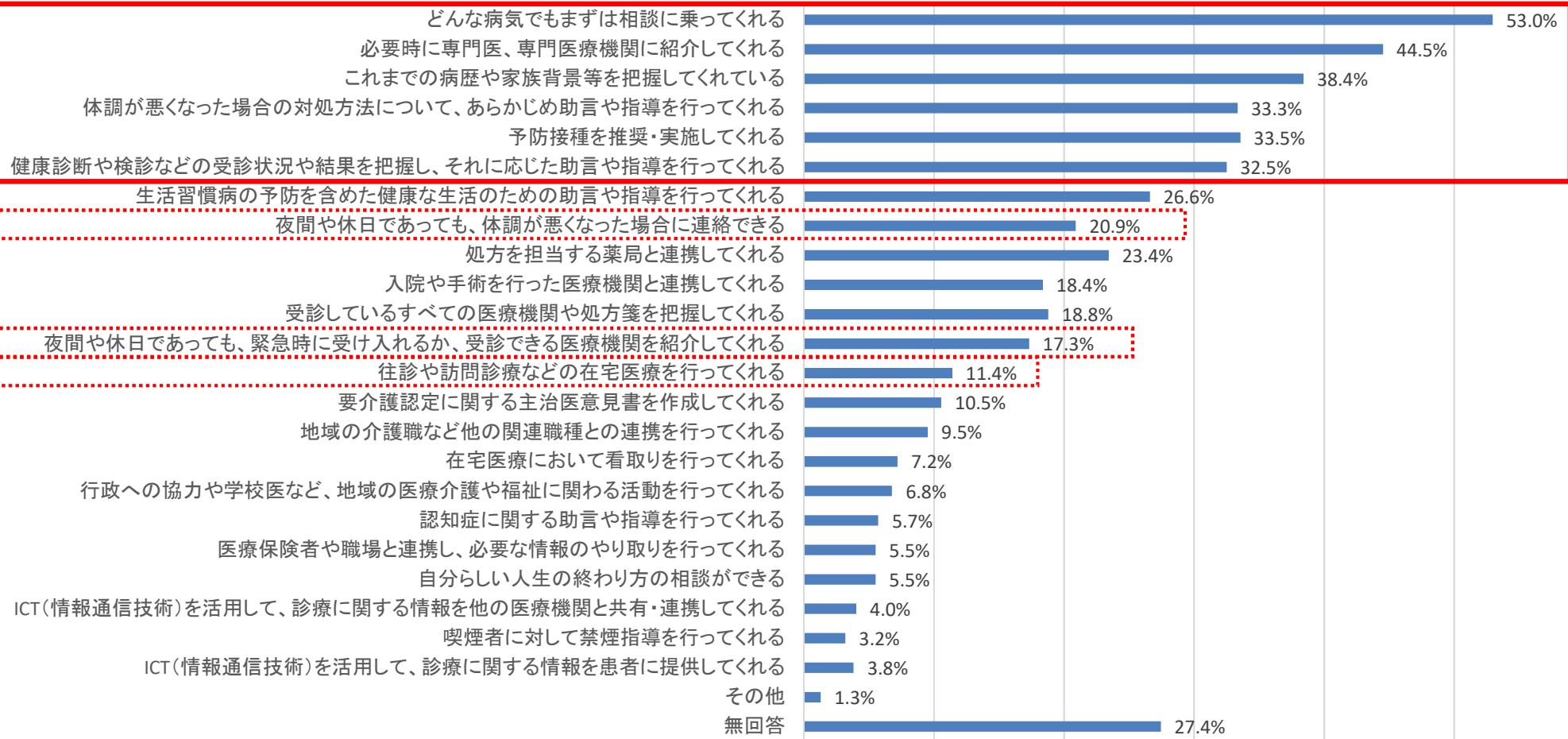
* 3 地域包括診療加算2の要件

かかりつけ医を決めた理由について

- かかりつけ医を決めている患者に対してその理由を尋ねたところ、「どんな病気でもまずは相談に乗ってくれる」が最も多く、次いで「必要時に専門医、専門医療機関に紹介してくれる」が多かった。

かかりつけ医を決めた理由(複数回答)

(n=474) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%



【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(令和元年度調査)「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」(患者票)(速報値)

○ 機能強化加算の届出施設 500施設、機能強化加算の未届出施設 500施設について、それぞれ1施設当たり8名の機能強化加算(未届出施設においては初診料)の算定患者を対象として調査を実施。

かかりつけ医機能の評価に係る現状及び課題

【これまでの議論等の整理】

- かかりつけ医機能の普及・推進は重要であり、そのための取組のひとつとして、かかりつけ医機能に係る理解を得るために取組は、保険者においても医療機関においても、引き続き進めることが望ましい。
- かかりつけ医機能の説明のみならず、機能強化加算に係る理解を得ることも重要である一方で、個別の診療報酬に係る詳細な説明を医療機関において求めることは、診療そのものに支障をきたしうことに留意が必要。
- 患者に対する説明において、院内掲示よりも書面の提示が、書面の提示のみよりも書面の提示とともに説明をする方が、それぞれ説明した事項に係る理解が得られやすい。
- 現行の診療報酬の項目のうち、その趣旨が医療機関の有する体制の評価である項目において、個別の患者に対する内容説明・同意を要件とするものはない。
- 地域包括診療加算や地域包括診療料の届出をしていない理由として、24時間の往診体制の確保等が多く挙げられていた。

【論点】

- 機能強化加算を届出する医療機関において、患者に対して説明する内容は、かかりつけ医機能及び当該患者が得られるメリット等に係る説明することについて、現場の負担感や、診療時間への影響も踏まえ、どう考えるか。
- 説明をする際には、書面を渡すこととした上で、必ずしも医師からの説明でなくともよいこととしてはどうか。
- 地域包括診療加算等の施設基準については、医療機関に対して患者が求める機能や、医療機関への負担等を踏まえ、在宅医療に係る要件や、時間外の対応に係る要件等について、必要な見直しを行うこととしてはどうか。

（1）かかりつけ医機能等について

- ・機能強化加算等について
- ・紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担等について

（2）女性の健康に係る課題等について

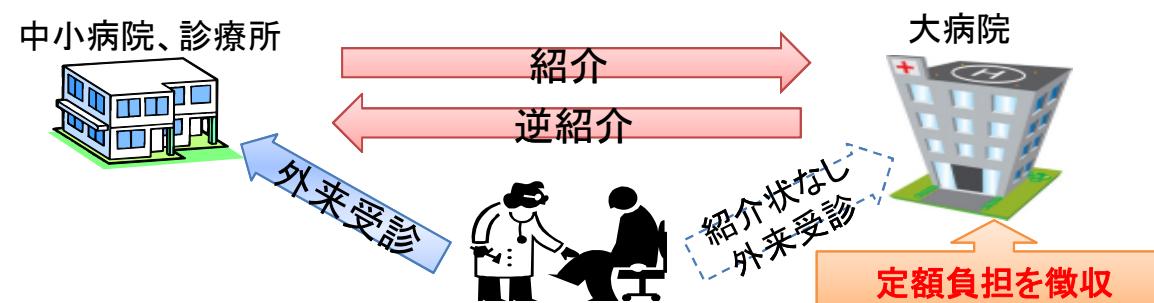
（3）分割調剤について

（4）ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて

（5）ニコチン依存症管理料等について

紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担について

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の病院について、定額の徴収を責務とした。（対象となる病院は特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院）
- 平成30年度改定において、対象となる病院を特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院に拡大した。
- ※ 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とされている。
- ※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととしている。その他、定額負担を求めなくても良い場合が定められている。
 - [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
自施設の他の診療科を受診中の患者、医科と歯科の間で院内紹介した患者
特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担に関する意見

令和元年10月30日中医協総会における対象病院の拡大に係る主な意見

- 外来機能の分化・連携をさらに深めるためには、再診時の定額負担の実行性を担保することと、対象医療機関のさらなる拡大を検討する必要があるのではないか。
- 患者の受療行動を変えることは、医師の働き方改革にもつながることであり、対象を拡大すべき。
- 対象が400床以上では、患者の受療行動が余り変わっていないというデータも示されているため、200床以上の地域支援病院に拡大すべきではないか。
- 今、定額負担を求められているのは、特定機能病院と400床以上の地域医療支援病院に限られているが、地域医療支援病院の性格、その認定の内容から考えれば、地域医療支援病院に関しては対象を広げることとしてはどうか。

紹介率・逆紹介率の低い大病院の初診料等について

- 特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院については、外来受診時定額負担の徴収を責務としているほか、外来医療の機能分化等の推進のため、紹介率や逆紹介率の低い病院において、紹介なしに受診した患者に係る初診料及び外来診療料が減算となる規定を設けている。
※ 初診料については214点（288点）、外来診療料については55点（74点）

A000 初診料

注2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。)及び許可病床(同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が400以上である地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等(※1)が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者(※2)に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

※1 紹介率の実績が50%未満かつ、逆紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院

※2 他の病院又は診療所等からの文書による照会がない患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。)

(A002外来診療料についても同様)

病床規模に関する要件(大病院)の見直し

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

- 大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある医療機関について、対象病院を拡大する。

現行(対象病院)

特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院



改定後(対象病院)

特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院

[経過措置]

- 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

病床数500床以上を要件としている診療報酬の取扱いの見直し

- 病床数500床以上を要件とする診療報酬について、当該基準を400床に変更する。

[対象]

初診料及び外来診療料 ※ 平成30年9月30日までの経過措置を設ける

初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い場合において、他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く)に関する減算規定の対象となる保険医療機関。

※1については平成31年3月31日まで、※2については平成30年9月

在宅患者緊急入院診療加算※¹及び在宅患者共同診療料※² 30日までの経過措置を設ける

算定対象が、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限られる保険医療機関。

地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料を届出をすることができる病棟が1病棟に限られる保険医療機関。

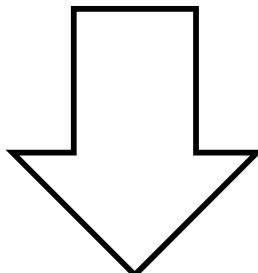
※ 平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている場合、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。



紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担等に係る現状及び論点

【現状】

- 令和元年10月30日の中医協において、対象病院の拡大について、以下のような意見があった。
 - 地域医療支援病院の承認の内容等を踏まえ、地域医療支援病院を対象とすべき
 - 200床以上の地域医療支援病院を対象とすべき
- 紹介率等の低い特定機能病院等に係る初診料等の減算について、平成30年度改定において、大病院受診時定額負担の対象と同様に特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院を対象とする見直しを行っている。



【論点】

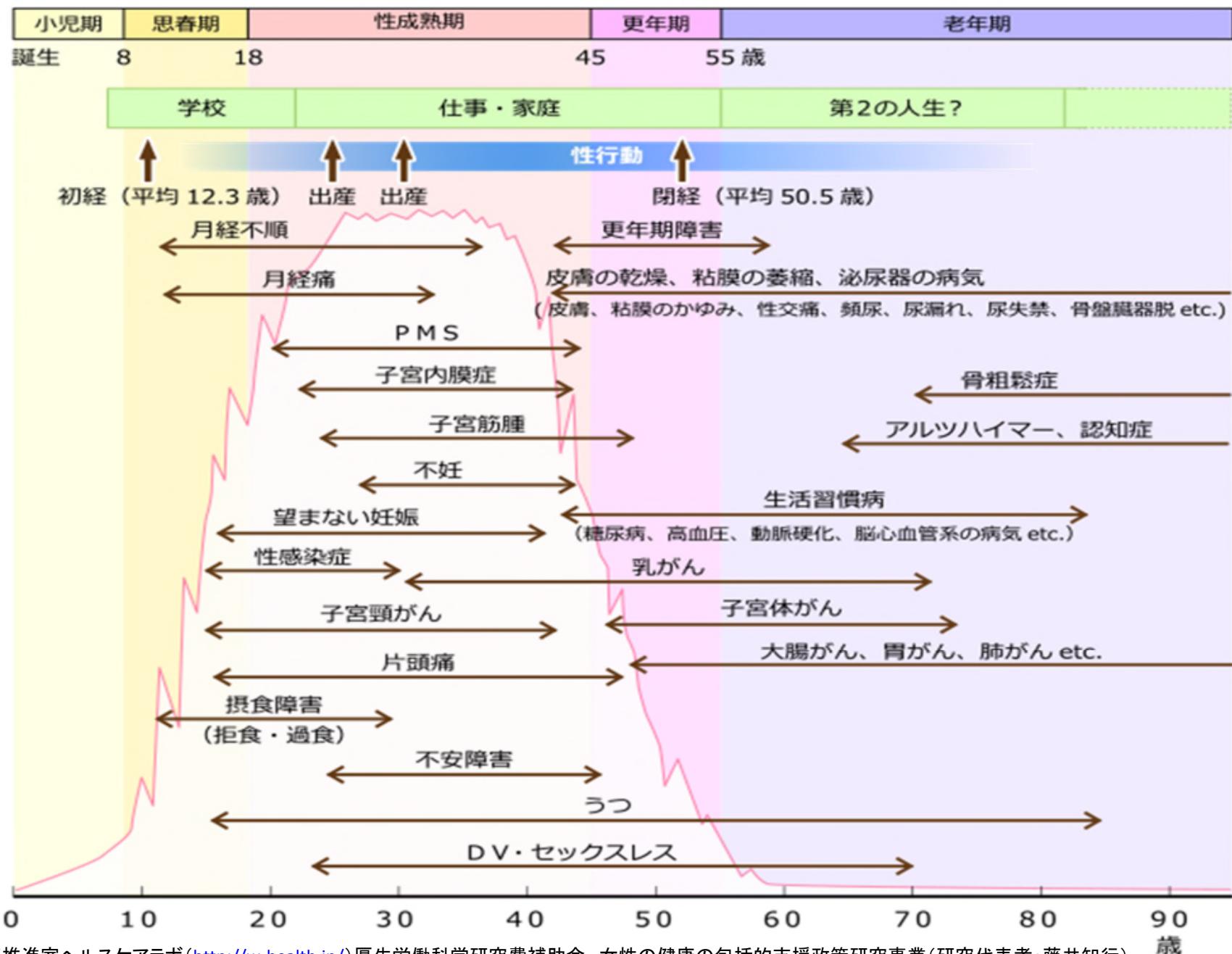
- 紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担の対象となる病院について、これまでの中医協での議論等を踏まえ、外来医療の機能分化を進めていく観点から、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）を対象病院とすることとしてはどうか。
- 定額負担の対象病院について見直しを行うに当たって、初診料等減算に係る対象病院についても、定額負担の対象病院と同様とする見直しを行うこととしてはどうか。

- (1) かかりつけ医機能等について
- (2) 女性の健康に係る課題等について**
- (3) 分割調剤について
- (4) ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて
- (5) ニコチン依存症管理料等について

現代女性の健康問題

中医協 総 - 4 - 2

3 1 . 3 . 2 7

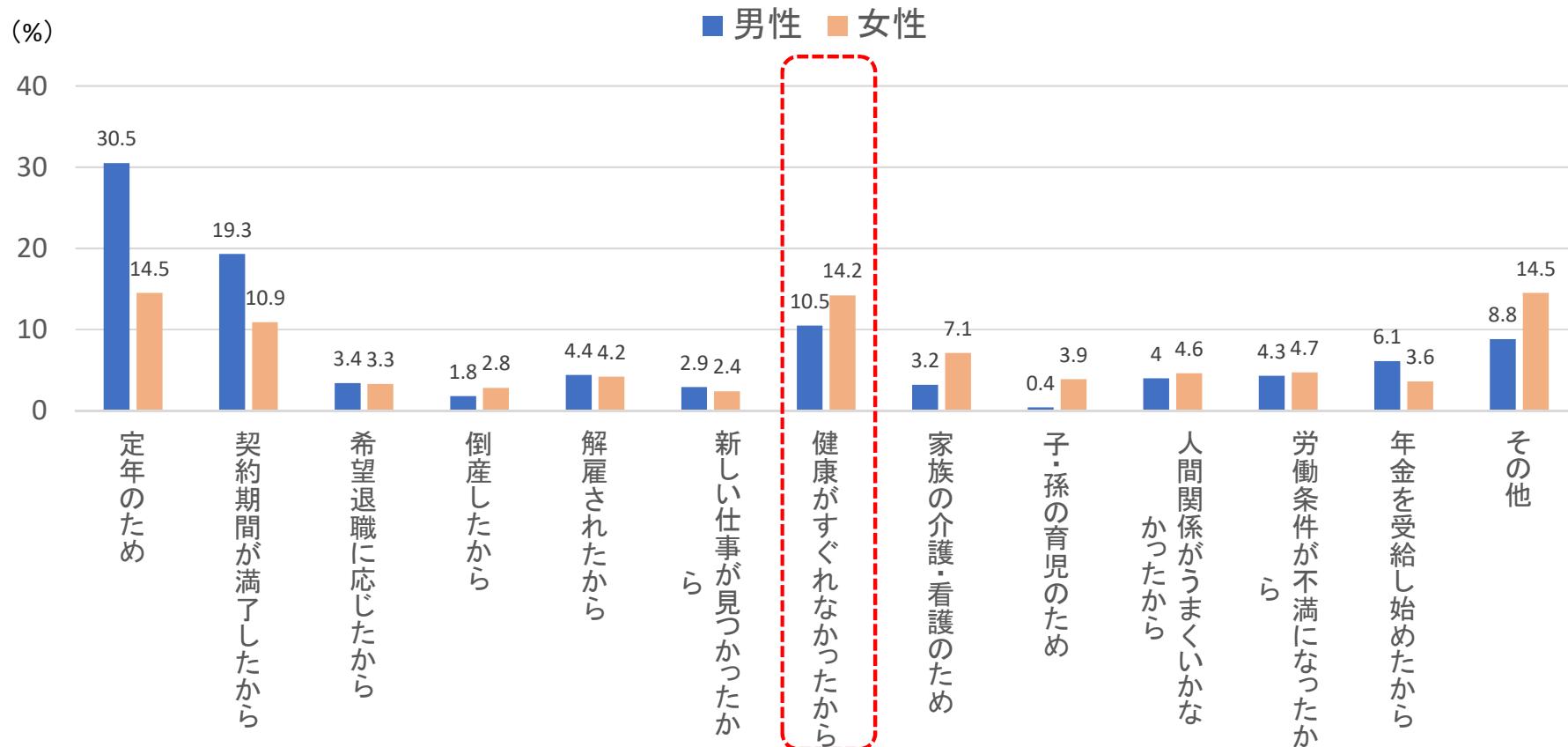


出典:女性の健康推進室ヘルスケアラボ(<http://w-health.jp/>) 厚生労働科学研究費補助金 女性の健康の包括的支援政策研究事業(研究代表者:藤井知行)

離職経験がある者の離職理由

- 縮職経験がある者について、最後にやめた仕事の縮職理由を男女別にみると、「定年のため」や「契約期間が満了したから」の次に、「健康がすぐれなかったから」が多い。

縮職経験がある者の最後にやめた仕事の縮職理由



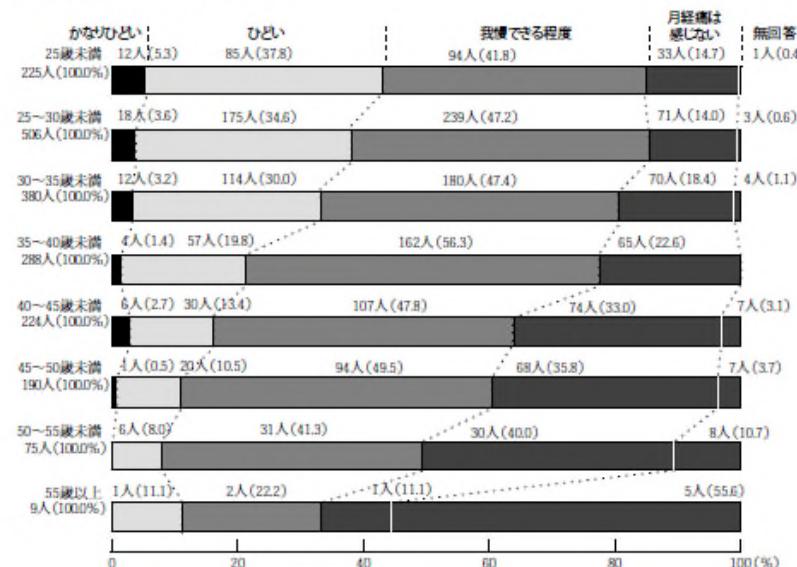
※ 第13回までに仕事をやめた経験がある者について、第13回の性別ごとの総数を100とした割合。複数回の仕事をやめた経験がある者については、直近の離職理由を計上。

出典：第13回中高年縦断調査

働く女性の健康問題

- 月経関連の症状(月経痛等)や疾病(子宮内膜症等)により、働く世代の女性のQOLが損なわれていることが課題。

図3-3 年齢別月経痛の程度(閉経を除く)



年齢別「月経時に強い痛みがある + α」(閉経を除く)

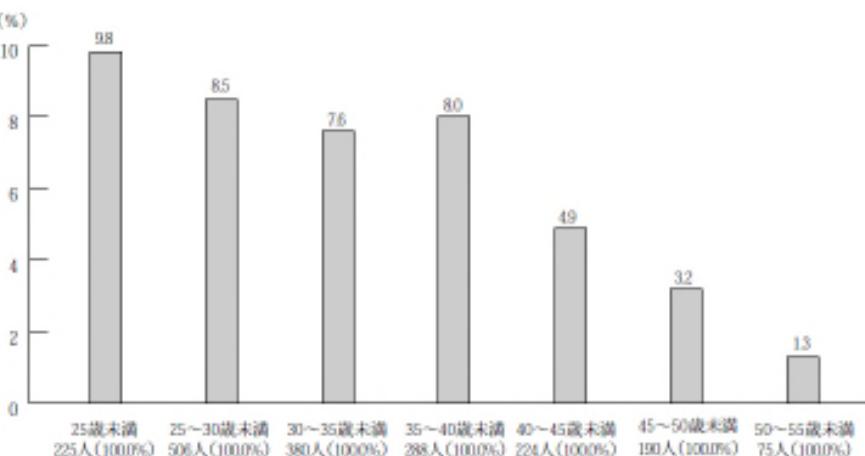


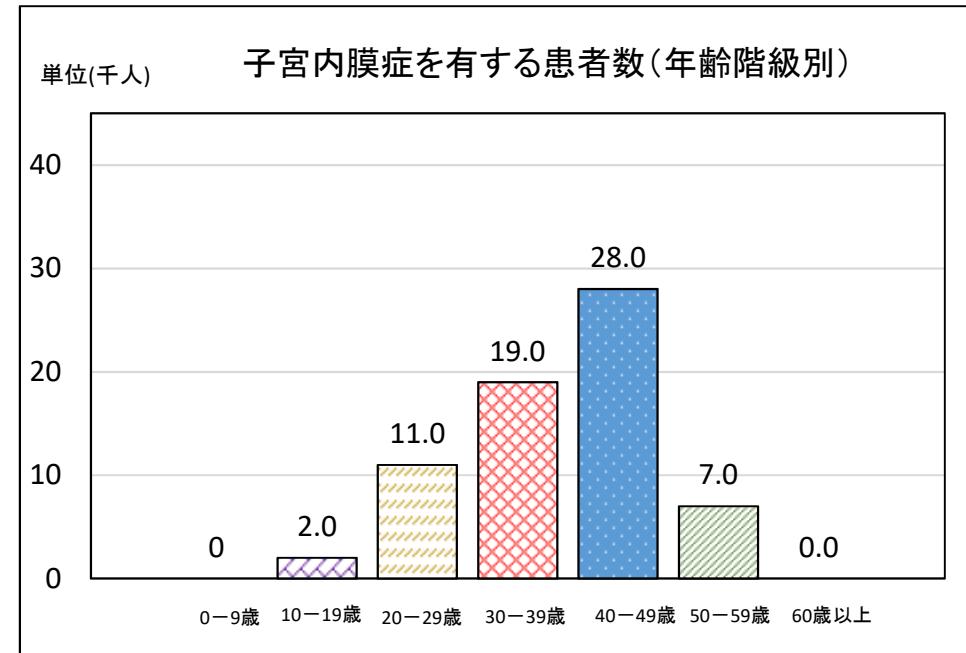
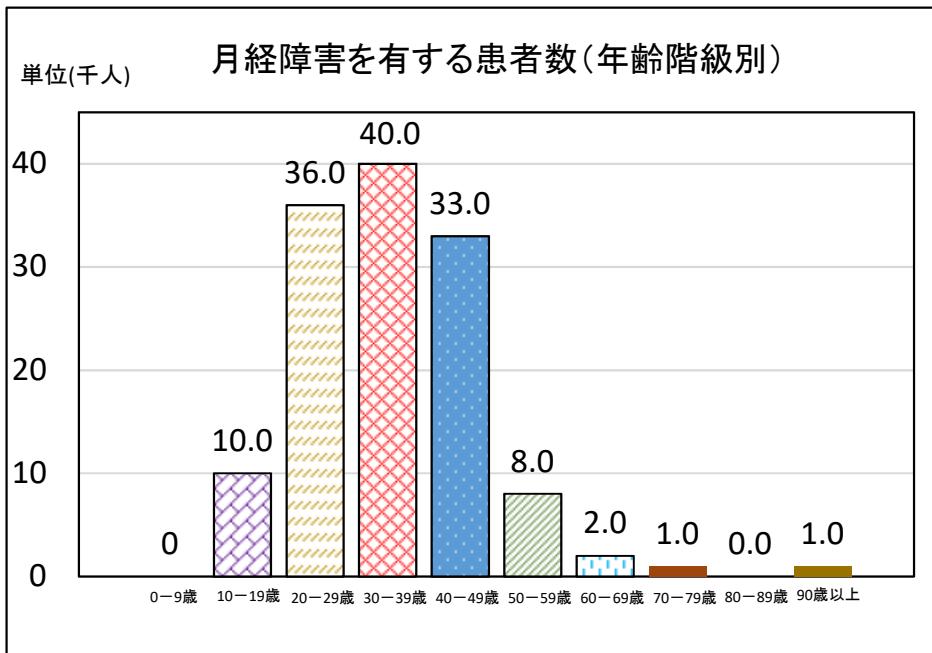
表4-2 子宮内膜症 人数1,809 (あり134, なし1,675)

独立変数	オッズ比	P値	オッズ比の95%信頼区間	
			上限	下限
ストレス	2.324	0.001	3.790	1.425
年齢(実数)	0.970	0.041	0.999	0.942
出産経験	0.741	0.256	1.243	0.441
飲酒	1.428	0.053	2.050	0.995
喫煙	1.653	0.030	2.603	1.049

妊娠・出産をサポートする 女性にやさしい職場づくりナビ(厚労省)より抜粋

月経障害、月経困難症、子宮内膜症等の疫学について

- 患者調査によれば、月経障害を有する総患者数は13万人、年齢階級別では60歳未満に多く、30歳代が最多。子宮内膜症を有する総患者数は6万7千人、年齢階級別では60歳未満に多く、40歳代が最多。
- 発生頻度は、子宮内膜症は生殖年齢女性の約10%、子宮筋腫は性成熟期女性の20~40%、子宮腺筋症は婦人科開腹患者の約10%と報告されている。

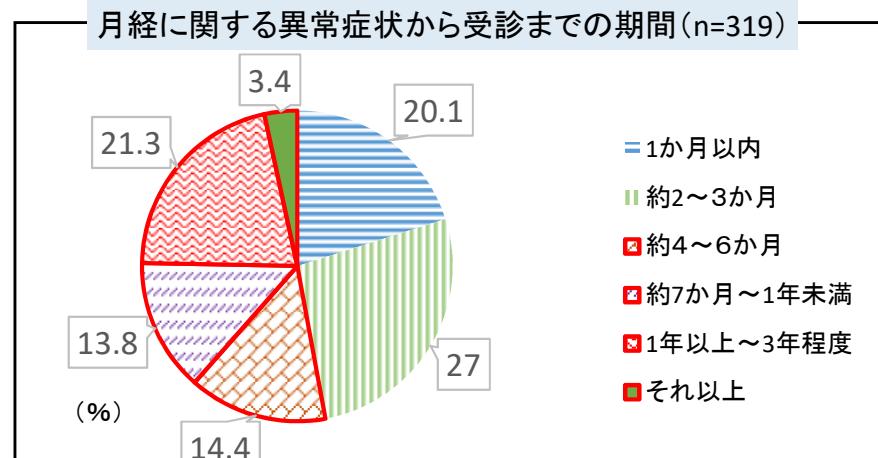
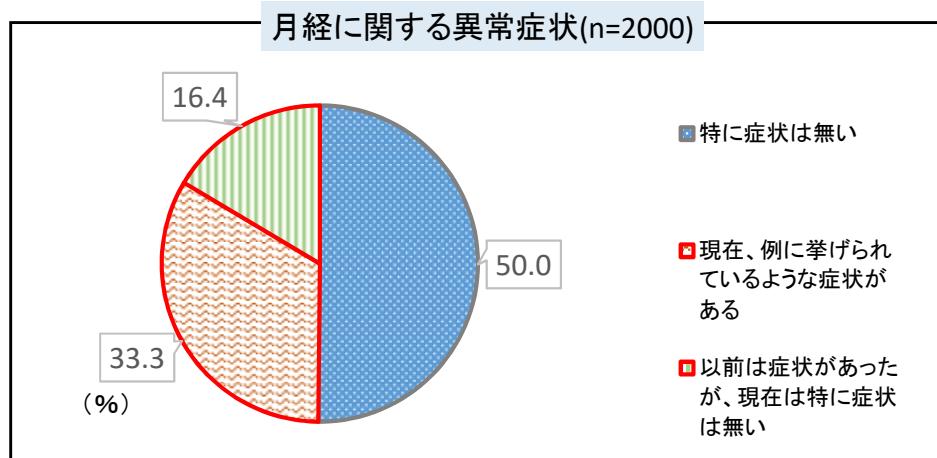


	発生頻度	特徴
子宮内膜症	生殖年齢女性の約10%	卵巣癌との合併は40歳代以降で高くなる。
子宮筋腫	性成熟期の20~40% 婦人科外来患者の5~10%	初經初来後、年齢とともに増加し、40歳前後でピークに達する。
子宮腺筋症	婦人科開腹患者の約10%	30歳代後半から急増し、40歳代でピークに達する。

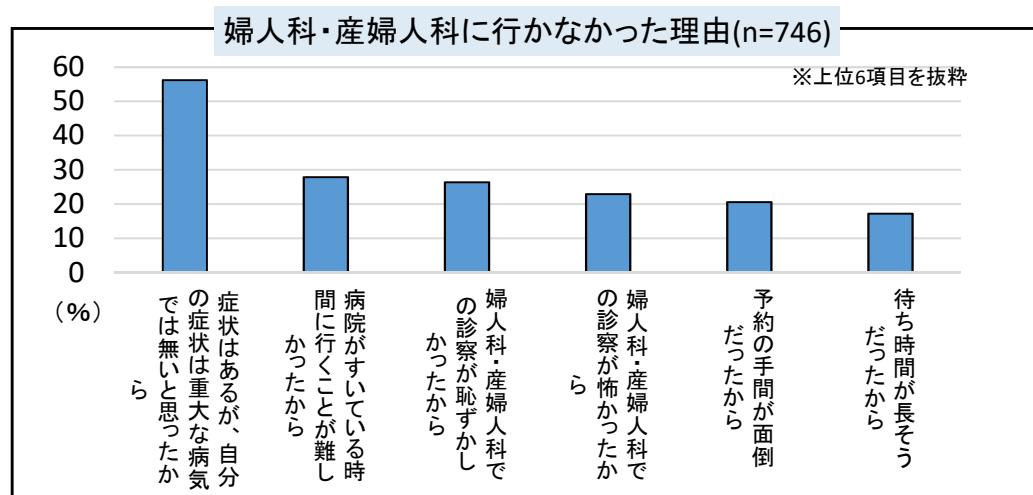
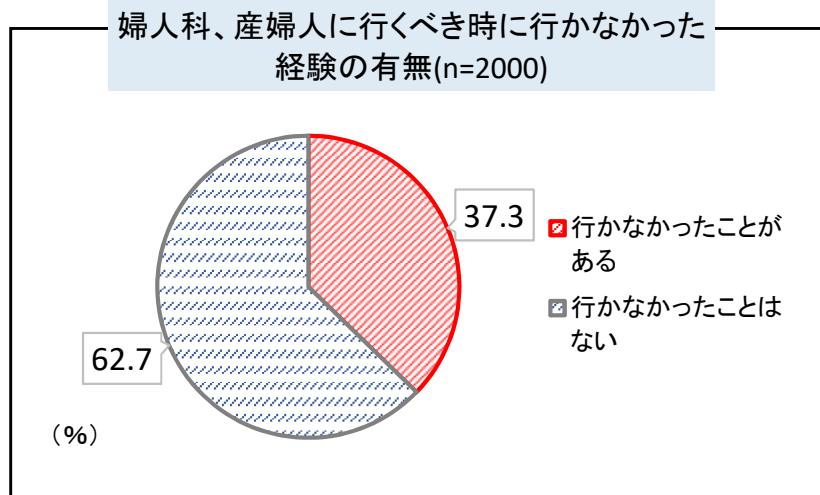
※出典:プリンシップル産婦人科、日本婦人科腫瘍学会ホームページ

婦人科・産婦人科の受診状況等に係る調査結果①

- 18~49歳のフルタイム女性職員を対象とした調査によると、現在又は過去に月経異常があった人の割合は約半数であった。月経に関する異常症状が出てから、婦人科、産婦人科を受診するまでの期間が、4か月以上であつた人が半数以上であった。
- また、婦人科、産婦人科を受診すべきだと思ったが受診しなかった経験がある人は約37%であった。その理由は「自分の症状は重大な病気では無いと思ったから」が最多であった。



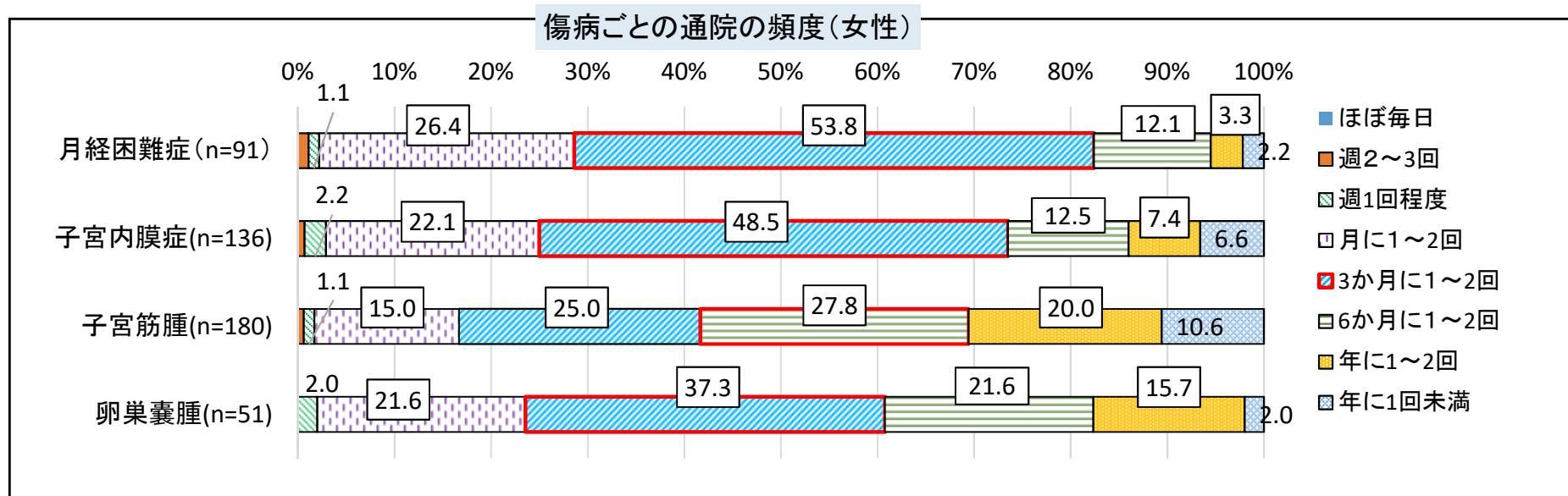
出典：日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査（2018）」より改変



出典：日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査（2018）」より改変

婦人科・産婦人科の受診状況等に係る調査結果②

- 男女の健康意識に関する調査報告によれば、傷病ごとの通院頻度は、月経困難症、子宮内膜症、卵巣嚢腫は3か月に1~2回が最も多く、子宮筋腫は6か月に1~2回が最多であった。
- 患者に対するアンケート調査の結果、過去に婦人科、産婦人科の通院を中断した理由について、「多忙により再診を先延ばしにしているうちに中断した」や「薬剤等の治療を開始してもすぐには効果を実感できなかつたから、通院しても意味が無いと自己判断した」等の回答があった。



出典：内閣府「男女の健康意識に関する調査報告書（2018）」より改変

過去に婦人科・産婦人科の通院を中断した理由

- 多忙により再診を先延ばしにしているうちに中断した。
- 薬剤等の治療を開始してもすぐには効果を実感できなかつたから、通院しても意味が無いと自己判断した。
- そもそも通院の必要性を理解していなかつたから。

出典：日本産科婦人科学会による通院患者へのアンケート調査結果

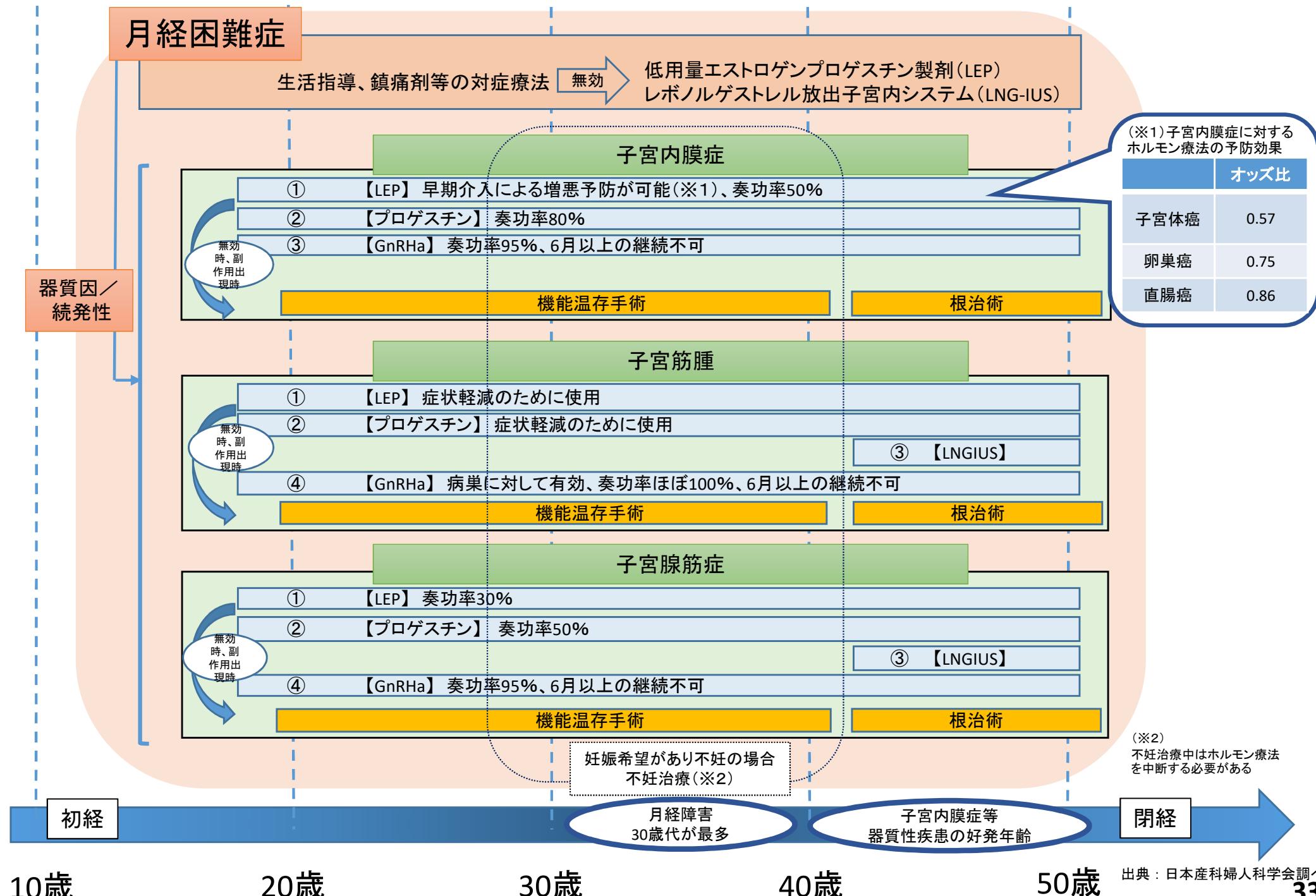
月経困難症、子宮内膜症等について

- 月経困難症、器質性月経困難症の原因疾患の特徴、検査、治療管理等の詳細は以下の通り。

月経困難症	特徴・症状	治療管理
(原発性)機能性月経困難症	○若年者の月経痛の70-80% ○器質性月経困難症が除外された場合に機能性と診断	○日常的な生活指導 ○対症療法 ・抗プロスタグランジン製剤 ・一般鎮痛剤 ・筋弛緩薬 等 ○無効の場合 低用量エストロゲンプロゲスチン製剤(LEP)による排卵抑制を検討 レボノルゲストレル放出子宮内システム(LNG-IUS) ○器質性疾患がある場合にはその治療
(続発性)器質性月経困難症 ・子宮筋腫 ・子宮内膜症 ・卵巣囊腫 ・子宮腺筋症 など	○30歳以上に起こりやすく、加齢と共に悪化しやすい	

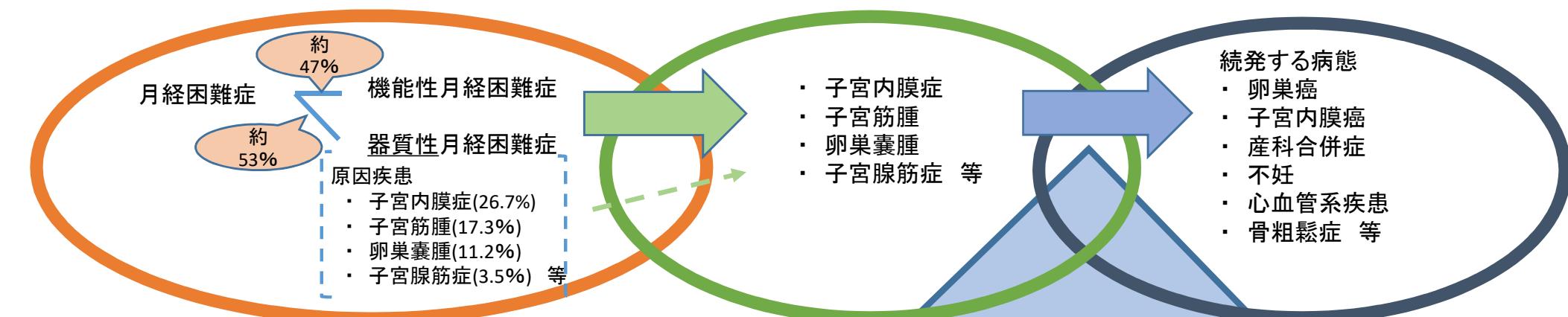
器質性月経困難症の原因疾患	特徴・症状	検査	治療
子宮内膜症 ※子宮内膜症に続発する 卵巣囊腫については、 子宮内膜症に準じる	○子宮内膜が子宮内腔以外の組織に発生する疾患 ○放置することにより症状悪化や妊娠性が低下するため、早期の精査が重要 【症状】 ○月経困難症等の疼痛症状 ○重症化すると病変増大(卵巣囊腫、チョコレート嚢胞等を含む)、症状進行、骨盤内臓器癒着による慢性疼痛等を来す	内診 血液検査 画像検査 (超音波・CT・MRI) 腹腔鏡 等	○月経困難症の治療、LEP ○エストロゲンを抑制する偽閉経療法 ○手術(術後にLEPを使うこともある) ※妊娠を希望する場合は手術療法、生殖補助療法を行う(薬物療法中は妊娠できない)
子宮筋腫	○子宮を構成する平滑筋の異常増殖による良性腫瘍(筋腫) ○緩徐に成長し、悪性腫瘍に移行する可能性は低い ○複数の腫瘍ができる、子宮が肥大することが多い ○エストロゲンの関与 【症状】 ○月経困難症 ○過多月絏、続発性貧血 ○頻尿、尿閉 等	内診 超音波検査 MRI検査 等	○症状が無い場合経過観察 ○薬物療法 (閉経まで一時的にホルモン療法を行う) ○手術
子宮腺筋症	○子宮内膜が子宮筋層に発生する疾患 ○子宮の腫大を起す ○しばしば子宮内膜症や子宮筋腫と合併する 【症状】 ○月経困難症 ○過多月絏、続発性貧血 ○頻尿、尿閉 等	内診 超音波検査 MRI検査 腫瘍マーカー 等	○月経困難、過多月絏に対する対症療法

子宮内膜症、子宮筋腫、子宮腺筋症等の介入・治療イメージ



月経困難症、子宮内膜症等と関連する器質性疾患について

- 月経困難症の患者については、後に子宮内膜症等を発症するリスクがあることが報告されている。
- 子宮内膜症、子宮筋腫、卵巣囊腫、子宮腺筋症等の患者については、卵巣癌、産科合併症、不妊、心血管性疾患等が発生するリスクがあることが報告されている。



【月経困難症がもたらす影響】

疾患	オッズ比
学校欠席回数増加	1.9-27.9
子宮内膜症の発症	2.6 (1.1-6.2)
不妊症の発症	2.12 (1.76-2.56)
慢性骨盤痛	—

【卵巣囊腫(チョコレート囊胞)がもたらす疾患】

疾患	オッズ比
卵巣がん	8.95

【子宮内膜症がもたらす疾患】

疾患	オッズ比
卵巣がん	3.65
不妊症	1.78
脳梗塞	2.10
一過性脳虚血発作	1.91
狭心症	1.55
骨粗鬆症	1.89
前置胎盤	6.42
常位胎盤早期剥離	3.45

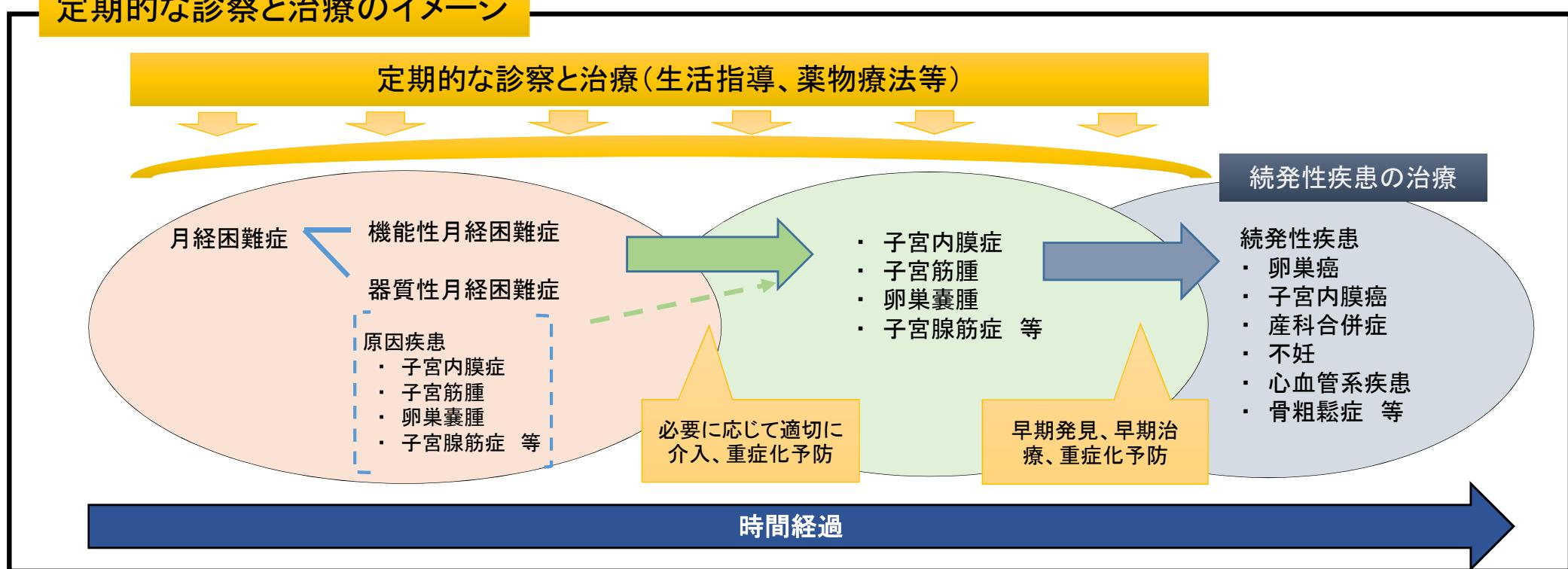
【子宮筋腫と関連する疾患/状態】

疾患	オッズ比
貧血	2.73
骨粗鬆症	1.54
高血圧	1.50
うつ	1.46
帝王切開	3.7
周産期子宮摘出	13.4
胎盤早期剥離	3.2
前置胎盤	2.3
早産	1.5
子宮内胎児発育遅延	1.4

月経異常、月経困難症と関連する器質性疾患に対する定期的な診察と治療について

- 国内の学会等により、月経困難症等の婦人科・産婦人科疾患に対する治療ガイドラインが取りまとめられている。
- 月経困難症や子宮内膜症、卵巣囊腫等に対して、婦人科、産婦人科医による定期的な診察を行い、必要に応じた適切な治療(専門医師による生活上の指導等を含む)を行うことで、続発性疾患の早期発見、早期治療及び重症化予防が可能とされている。

定期的な診察と治療のイメージ



産婦人科
診療ガイドライン
—婦人科外来編 2017

日本産科婦人科学会
日本産婦人科医会

CQ304 機能性月経困難症の治療は？

Answer

1. 鎮痛薬 (NSAIDs など), 低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬, またはレボノルゲストレル放出子宮内システムを使用する. (B)
2. 漢方薬あるいは鎮痉薬を投与する. (C)

- 平成30年度診療報酬改定において、運動器疾患を有する小児に対する専門的な管理に係る評価が新設された。
- 他院からの紹介患者であること、6歳未満の時点で診療を開始していること等が算定要件とされている。

B001・28 小児運動器疾患指導管理料 250点

他の保険医療機関から紹介された、運動器疾患を有する6歳未満の患者に対して、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

【対象患者（概要）】

- 対象患者は、以下のいずれかに該当する6歳未満の患者とする。
 - ア 先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者
 - イ 装具を使用する患者
 - ウ 医師が継続的なりハビリテーションが必要と判断する状態の患者
 - エ その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

【算定要件（抜粋）】

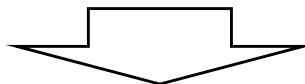
- 入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患に対し継続的な管理を必要とする者に対し、専門的な管理を行った場合に算定するものであり、小児の運動器疾患に関する適切な研修を修了した医師が、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に算定出来る。
- 初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載する。
- 6月に1回に限り算定する。

	届出医療機関数	算定回数
小児運動器疾患指導管理料	(届出不要)	1,990

女性の健康に対する医学的管理に係る現状及び課題

【現状及び課題】

- 月経関連の症状(月経痛等)や疾病(子宮内膜症等)により、働く世代の女性のQOLが損なわれていることが課題とされているところ。
- 現在又は過去に月経異常があった人の割合は約半数であり、月経に関する異常症状が出てから、4か月以上経った後に産婦人科、婦人科を受診した人の割合は半数以上であった。
- 過去に婦人科、産婦人科の通院を中断した理由について、「多忙により再診を先延ばしにしているうちに中断した」や「薬剤等の治療を開始してもすぐには効果を実感できなかつたから、通院しても意味が無いと自己判断した」等の回答があった。
- 月経困難症の患者については、後に子宮内膜症等を発症するリスクがあり、また、子宮内膜症、子宮筋腫、卵巣囊腫、子宮腺筋症等の患者については、卵巣癌、産科合併症、不妊、心血管性疾患等が発生するリスクがあると報告されている。
- 月経困難症や子宮内膜症、卵巣囊腫等に対して、婦人科、産婦人科医による定期的な診察を行い、必要に応じた適切な治療を行うことで、続発性疾患の早期発見、早期治療及び重症化予防が可能とされている。



【論点】

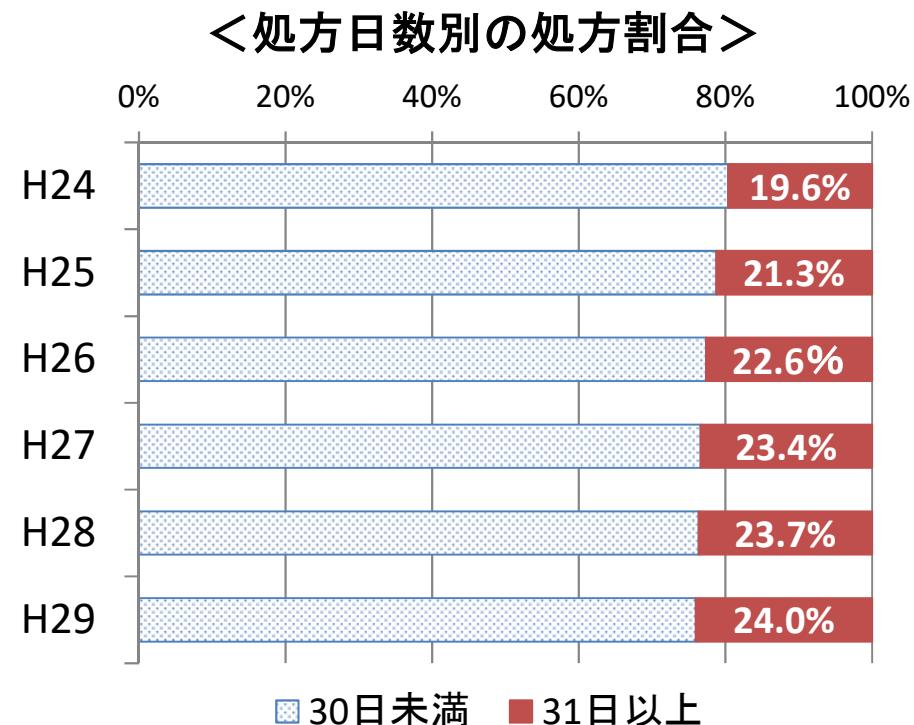
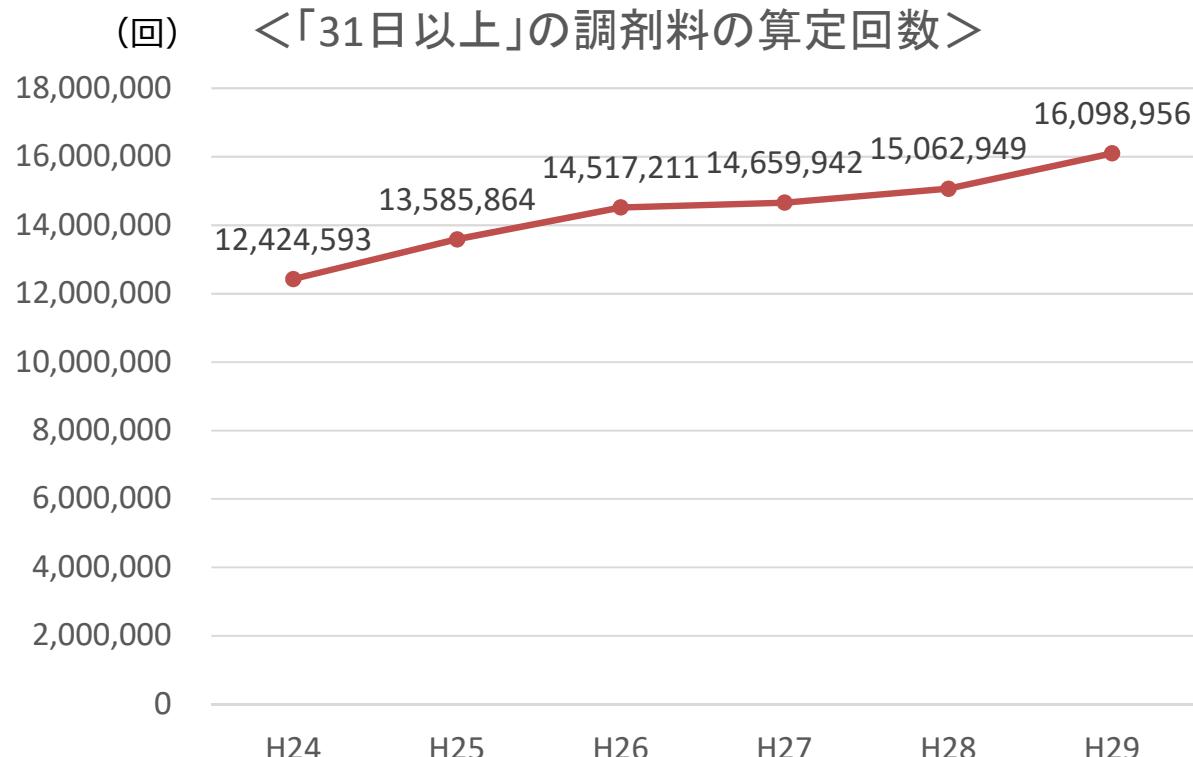
- 月経関連の症状や疾病により、働く世代の女性のQOLが損なわれていることが課題とされていることを踏まえ、月経困難症や子宮内膜症等の継続的・定期的な医学管理を行った場合の評価のあり方についてどのように考えるか。

- (1) かかりつけ医機能等について
- (2) 女性の健康に係る課題等について
- (3) 分割調剤について**
- (4) ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて
- (5) ニコチン依存症管理料等について

処方日数が30日を超える処方の状況（薬局での調剤）

中医協 総 - 4 - 1
元 . 6 . 2 6

- 「31日以上」の調剤料の算定回数は、増加傾向にある。
- 調剤全体に占める31日以上の処方の割合は、増加傾向にある。

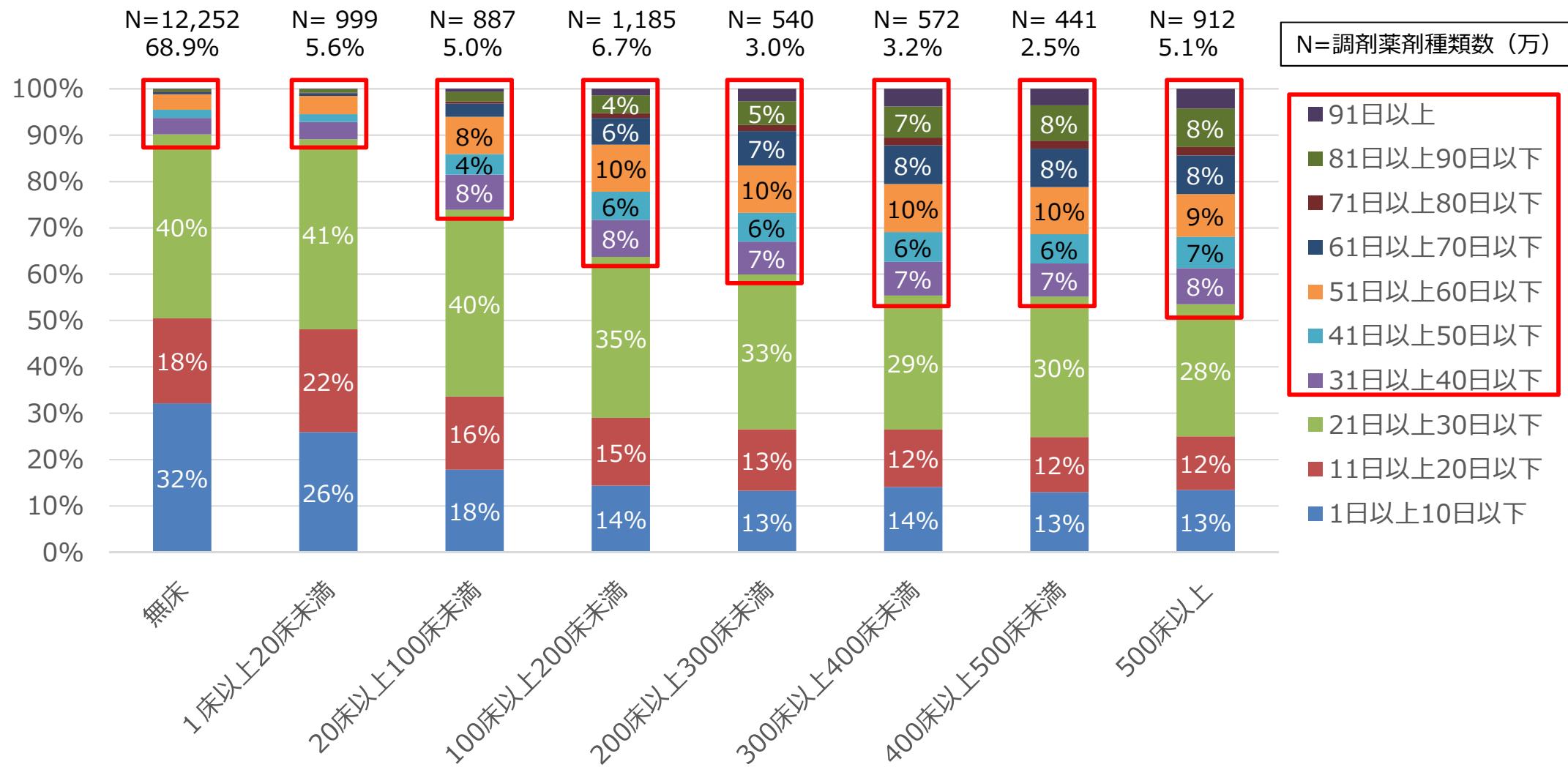


出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

(注) 30日未満の処方については、調剤基本料の算定回数から、「調剤料（31日以上の場合）」の算定回数を差し引いて算出

病床数別の処方日数（内服薬）

- 診療所での処方日数は約9割が30日以内であった。
- 一方、病院では病床規模が増えるにつれて処方日数が増加しており、処方日数が31日以上の割合は、200床から300床の病院では約4割、500床以上の病院では約5割であった。



長期投薬の取扱いの明確化【医科】

- 30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図る。

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

- ア 30日以内に再診を行う。
- イ 200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関(200床未満の病院又は診療所に限る。)に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
- ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、**分割指示に係る処方箋を交付する。**

薬局における分割調剤

- 長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、**医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。その際、処方医は、処方箋の備考欄に分割日数及び分割回数を記載する。**2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行う。

〈上記分割調剤の算定例〉 ※90日分の処方を30日ごとに3回分割調剤を指示

○調剤基本料、調剤料、薬学管理料※

分割調剤しない場合(90日分調剤した場合)の点数 A点 ⇒ 分割調剤ごとに**A/3点**

※2回の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/2点、3回以上の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/3点

○薬剤料 ⇒ 分割調剤ごとに**30日分の薬剤料**



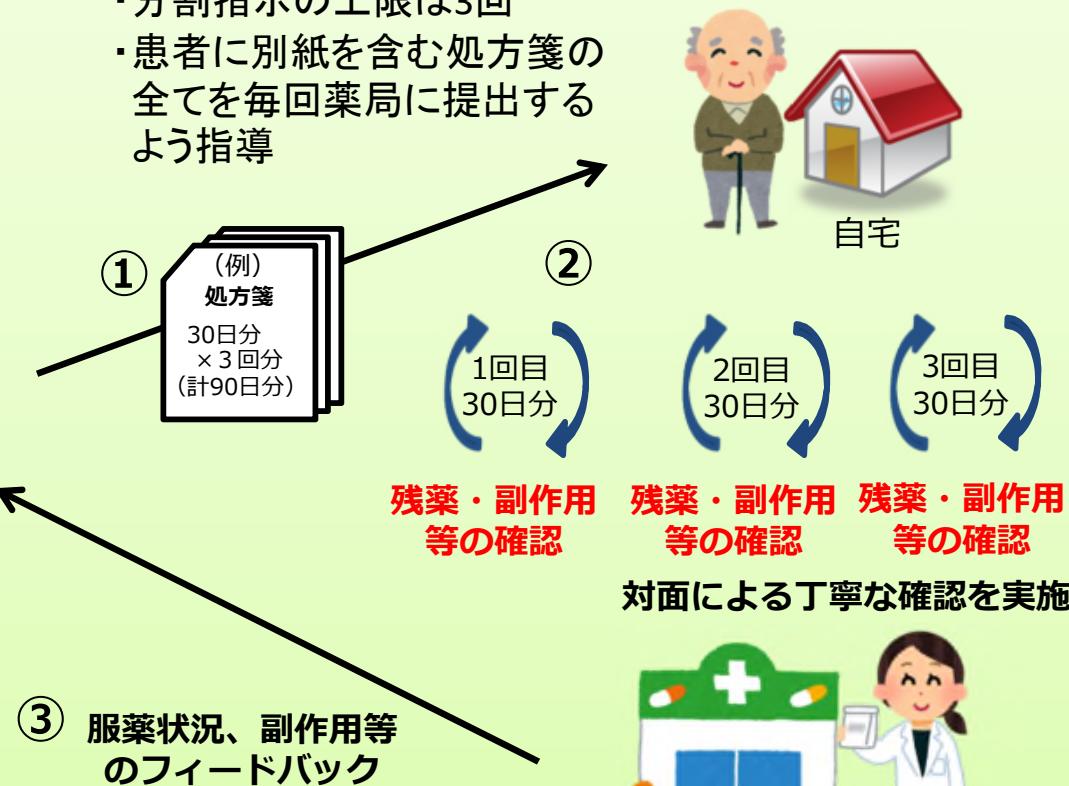
分割調剤の手続きの明確化

分割調剤（例）

- ・分割指示の上限は3回
- ・患者に別紙を含む処方箋の全てを毎回薬局に提出するよう指導



医療機関



[分割調剤に係る留意事項]

ア 分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の1回目の調剤から調剤済みになるまでを通して、同一の保険薬局に処方箋を持参するべきである旨を説明する。

イ 患者に対し、次回の自局への処方箋持参の意向の有無及び予定期を確認するとともに、予定期に患者が来局しない場合は、必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し来局を促す。

ウ 患者から次回は別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

[その他]

ア 別紙を含む処方箋の全てが提出されない場合は、当該処方箋は受け付けられない。

分割調剤の手続きの明確化

- 分割調剤に係る処方箋様式を追加。

【分割指示に係る処方箋の記載例】

処 方 箋										
(この処方箖は、どの保険薬局でも有効です。)										
分割指示に係る処方箖 2分割の1回目										
公費負担者番号						保険者番号				
公費負担医療の受給者番号						被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				
患者	氏名						保険医療機関の所在地及び名称			
	生年月日 明大昭平	年月日		男・女		電話番号				
	区分	被保険者	被扶養者			保険医氏名				
交付年月日	平成 年 月 日					処方箖の使用期間	平成 年 月 日			
処方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合は、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。								
		Rp1【般】○○○○○口腔内崩壊錠 20mg 1日2回 朝夕食後服用 Rp2【般】○○○○○錠 500 μg 1日3回 每食後服用								
————以下余白————										
備考	保険医署名	<small>〔変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。〕 </small>								
	分割指示に係る処方箖を交付する場合は、分ぞれ調剤すべき投与日数(回数)を記載し、当該処方箖における総投与日数(回数)を付記する。									
調剤済年月日	平成 年 月 日			公費負担者番号						
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				印		公費負担医療の受給者番号				

分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に相当するかを右上の所要欄に記載する。

保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載する。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載する。

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 0XX-XXXX-XXXX

FAX番号 0XX-XXXX-XXXX

その他の連絡先 メールアドレス：XXXXXX@XX.XX.jp

(受付保険薬局情報)

1回目を受け付けた保険薬局	1回目の分割指示に基づき 28日分を調剤
名称	<u>△△薬局</u>
所在地	<u>△△△△△△△△△△△△△△△△</u>
保険薬剤師氏名	<u>△△ △△</u>
調剤年月日	平成30年5月1日

~~3回目を受け付けた保険薬局~~
~~名称~~ _____
~~所在地~~ _____
~~保険薬剤師氏名~~ _____
~~調剤年月日~~ _____

保険薬局の所在地、名称、保険薬剤氏名及び調剤年月日を記入する。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えない。

調剤報酬における分割調剤に関する規定

- 分割調剤は、①薬剤の長期保存が困難な場合、②後発医薬品を初めて使用する場合、③医師による指示がある場合などに行われる。

分割調剤

(1) 長期保存の困難性等の理由によるもの

長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。

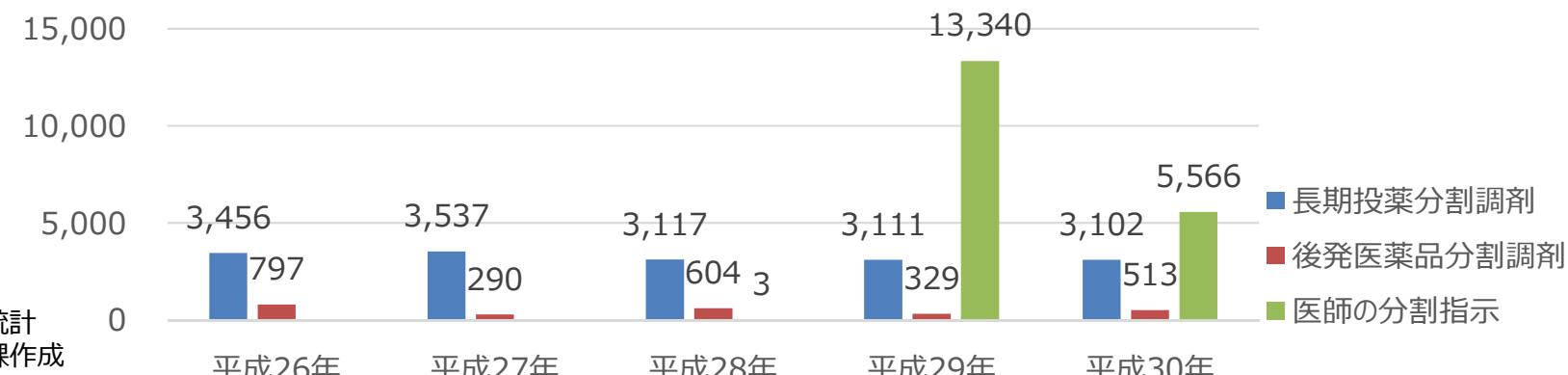
(2) 後発医薬品の分割調剤

後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。

(3) 医師の分割指示

医師の分割指示に係る処方箋受付において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、調剤基本料及びその加算、調剤料及びその加算並びに薬学管理料は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

分割調剤算定回数



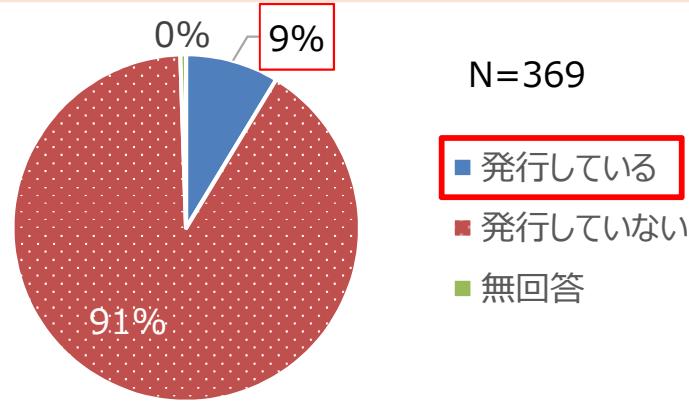
出典：社会医療診療行為別統計
(各年6月審査分) より医療課作成

分割調剤に関する平成30年度改定の影響等について（医療機関・薬局調査）

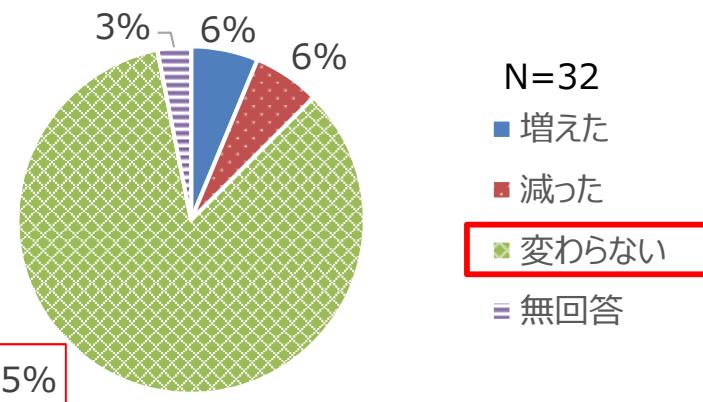
- 分割指示による処方箋を発行していると回答した医療機関は、約 9 %であった。
- 平成30年度診療報酬改定の前後で分割指示に係る処方箋の発行回数は「変わらない」と回答した医療機関が最も多かった。
- 平成30年度診療報酬改定による分割調剤の取扱いの明確化により、分割処方・調剤に変化を感じた医療機関・薬局は少なかった。

病院調査（薬剤部への確認）

分割指示に係る処方箋を発行しているか

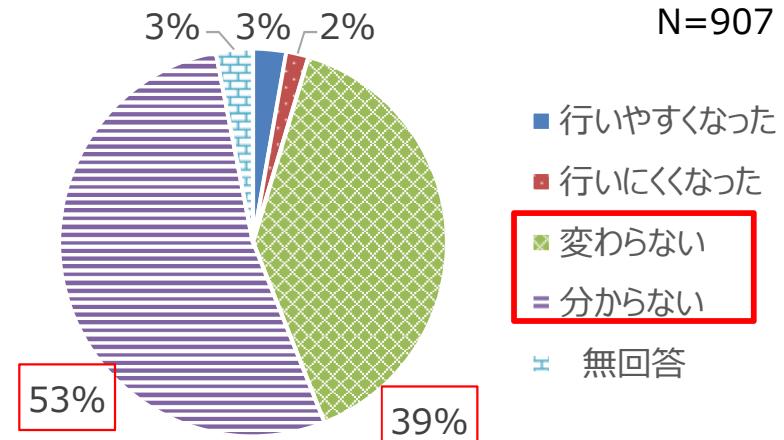


平成30年度診療報酬改定前と現在で、分割指示に係る処方箋の発行回数は変化したか



薬局調査

平成30年度診療報酬改定の後、分割調剤が行いやすくなかったか



分割調剤と多職種連携を活用した服薬管理

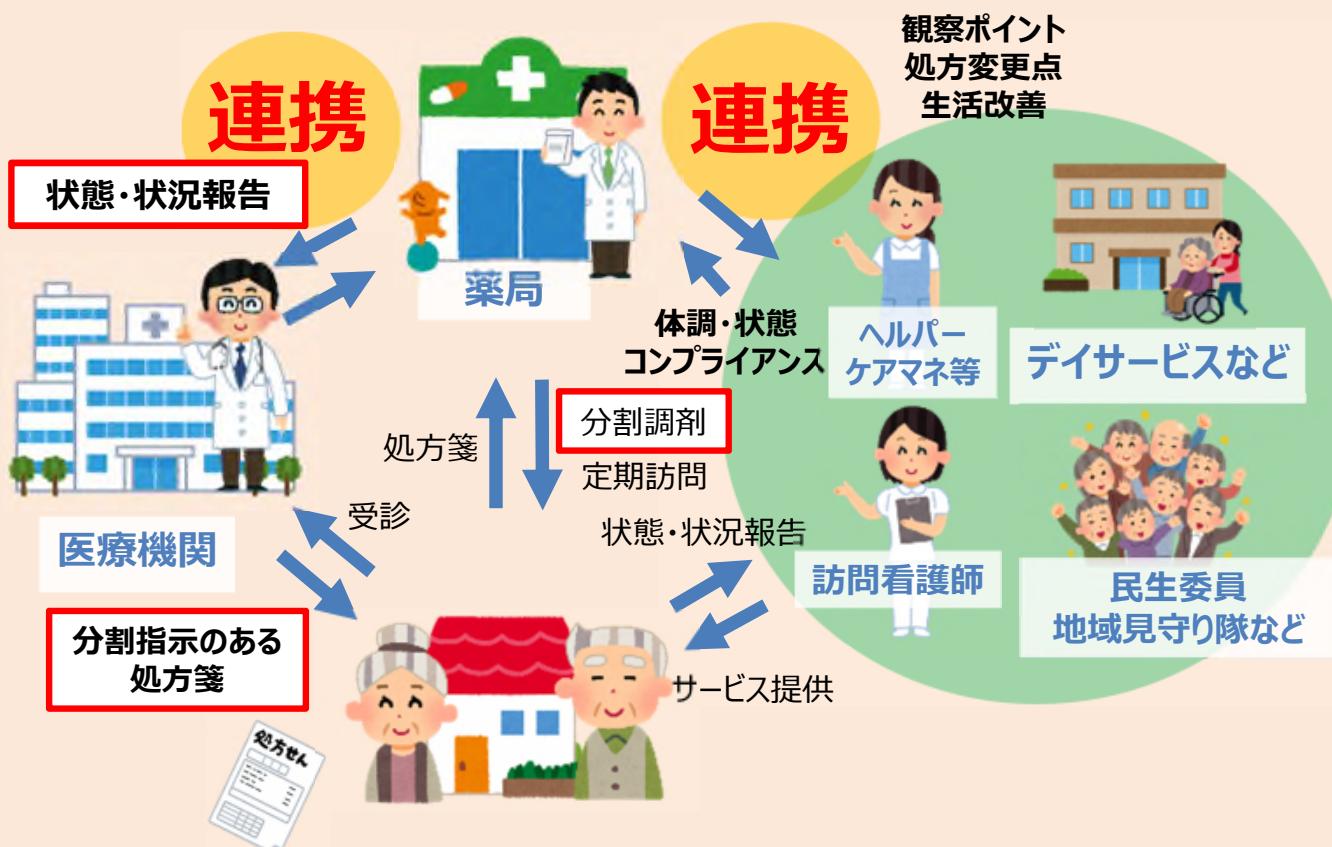
平成30年度患者のための薬局ビジョン推進事業（岡山県での取組）

- 服薬管理が難しい患者等に対して、分割調剤を活用し、薬局の薬剤師が服薬状況や有害事象の有無等を確認し、詳細な患者の状況を処方医に報告する取組が実施されている。

岡山県での事業の全体像

事業の概要：

- ①医療・介護関係の職種との連携、②分割調剤により、患者の服薬状況や有害事象の有無等を確認し、その結果を医師に情報提供



対象患者

以下の点を勘案し対象患者を選定

- ・コンプライアンス不良の患者
- ・患家への訪問が可能な患者
- ・高血圧、糖尿病いずれか治療中、もしくは抗凝固薬、抗血小板薬を服用中の患者
- ・医療資源、受診環境の乏しい地域に在住の患者 等

薬局から医療機関への報告様式記載事項

- 服薬状況の確認
 - ・残薬の有無
 - ・残薬が生じている理由
- 有害事象の確認
 - ・有害事象の有無
 - ・有害事象の原因と考えられる薬剤の確認等
- その他

出典：平成30年度かかりつけ薬剤師・薬局推進指導者協議会 講演資料(5)多職種連携を利用した分割調剤による服薬管理がもたらす薬物療法の実施（岡山県）より医療課作成

薬局における対人業務の評価の充実(服薬情報等提供料)

服薬情報等提供料

- 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	
【服薬情報等提供料】 服薬情報提等供料	20点

改定後	
【服薬情報提供料】 服薬情報等提供料1 ※保険医療機関の求めがあった場合	30点
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



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

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



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

※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。

医師の指示に基づく分割調剤を行った場合の調剤報酬

- 医師の分割調剤指示により調剤を行った場合、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料も分割される（薬剤料は分割されない）。

例：3回分割した場合

1回目	2回目	3回目
○ (調剤基本料 + 調剤料 (全日数分) + 薬学管理料) ÷ 3		
○ 薬剤料	同左	同左

【具体例】(90日分処方 → 30日×3回の分割指示、調剤時には一包化を行う)

〈1回目〉	
・調剤基本料	42点
・地域支援体制加算	35点
・調剤料（2剤の場合）	172点（90日分）
・一包化加算	240点（90日分）
・薬剤服用歴管理指導料	41点
計	530点 × 1/3 = 176.666=177点 + 薬剤料(30日分)

〈2回目〉	
・調剤基本料	42点
・地域支援体制加算	35点
・調剤料（2剤の場合）	172点（90日分）
・一包化加算	240点（90日分）
・薬剤服用歴管理指導料	41点
・服薬情報等提供料 1	30点
計	560点 × 1/3 = 186.666÷187点 + 薬剤料(30日分)

〈3回目〉※時間外加算を含めて合算する。	
・調剤基本料	42点
・地域支援体制加算	35点
・調剤料（2剤の場合）	172点（90日分）
・一包化加算	240点（90日分）
・薬剤服用歴管理指導料	41点
・服薬情報等提供料 1	30点
計	560点 × 1/3 = 186.666÷187点 + 薬剤料(30日分)

通常、処方箋受付時に行う業務ではないが、分割回数で除した点数（この場合、10点）を算定

その他分割調剤時の算定ルール

参考

	1回目の調剤時に算定可能な点数	2回目の調剤時に算定可能な点数 (1回目と同一薬局の場合)	3回目の調剤時に算定可能な点数 (1回目と同一薬局の場合)
医薬品の長期保存が困難等の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤基本料 ・調剤料 ・薬剤料 ・薬学管理料 	<ul style="list-style-type: none"> ・5点 ・調剤料（残り分*） ・薬剤料 — <p>※薬学管理料は算定できない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・5点 ・調剤料（残り分*） ・薬剤料 — <p>※薬学管理料は算定できない</p>
後発医薬品の試用を目的とする場合	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤基本料 ・調剤料（残り分*） ・薬剤料 ・薬学管理料 	<ul style="list-style-type: none"> ・5点 ・調剤料（残り分*） ・薬剤料 ・薬学管理料 <p>※薬歴管理料のみ算定可能</p>	<ul style="list-style-type: none"> — ・調剤料（残り分*） ・薬剤料 — <p>※調剤基本料及び薬歴管理料は算定できない</p>

* 内服薬を調剤する際、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定

(例) 90日分の内服薬を30日分ずつ3分割で調剤する場合

1回目：調剤料（30日分 78点）

2回目：調剤料（通算60日分 - 30日分 86点 - 78点 = 8点）

3回目：調剤料（通算90日分 - 60日分 86点 - 86点 = 0点）

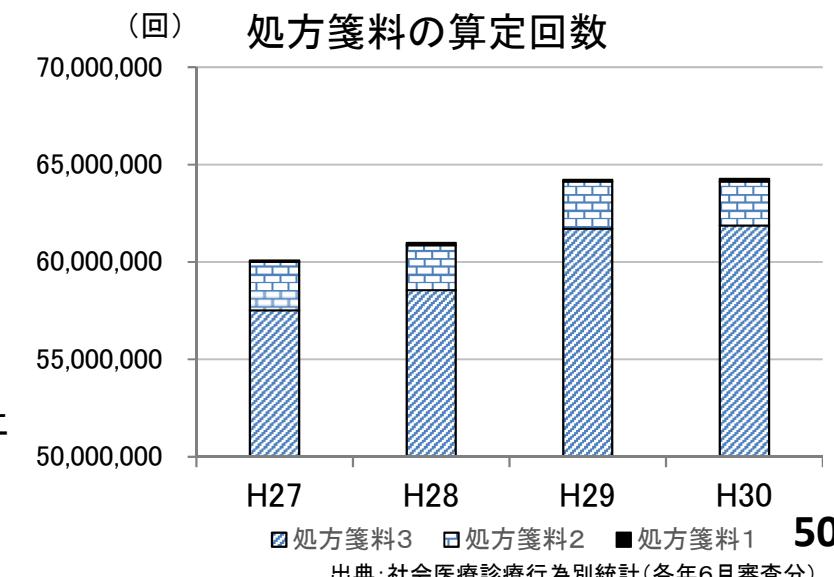
処方箋料の概要

F400 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(臨時の投与等のもの及び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A001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

【算定要件等】

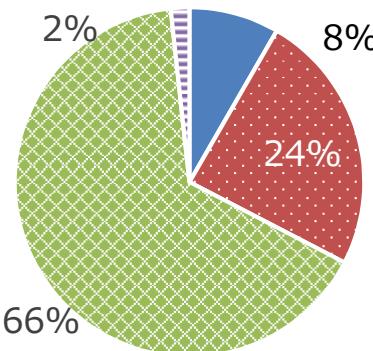
- 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に交付1回につき算定する。
- 診療所又は200床未満の病院において、慢性疾患を主病とする患者に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として18点を加算する。(月2回まで)
- 診療所又は200床未満の病院において、慢性疾患を主病とする患者に対して28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として66点を加算する。(月1回限り。特定疾患処方管理加算1との併算定不可。)
- 200床以上の病院であって、化学療法の経験を5年以上有する専任の上記医師が1名以上勤務している医療機関において、治療の開始に当たり投薬の必要性、意見政党について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として70点を加算する。(月1回限り)
- 薬剤の一般的な名称を記載する処方箋を交付した場合、全ての医薬品が一般名処方されているときは、一般名処方加算1として6点を、1品目でも一般名処方されたものが含まれているときは、一般名処方加算2として4点を加算する。
- 抗不安薬等が処方されてた患者であって、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、1処方につき、12点を加算する。(月1回限り)



分割調剤に関する平成30年度改定の影響等について (内服薬を30日以上処方されている患者への調査)

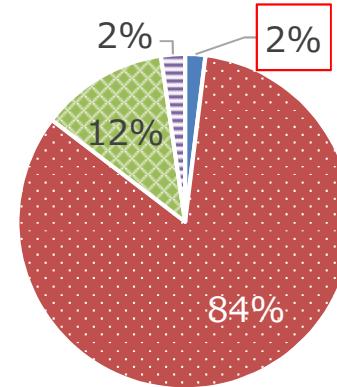
- 内服薬を30日以上処方されている患者のうち、分割調剤を「よく知っている」又は「少し知っている」と回答した患者は全体の約3割であった。
- 医師による分割調剤の指示のある処方箋をもらったことのある患者は約2%であったが、これらの患者のうち、分割調剤を利用した患者の約8割は「大変満足している」又は「やや満足している」と回答した。
- 分割調剤を利用するかどうかについては「どちらでもない（医師などの判断に任せる）」という結果が最も多かった。

分割調剤を知っているか



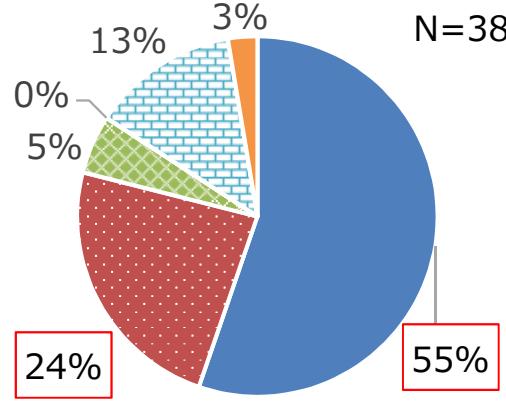
- よく知っている (内容を理解している)
 - 少し知っている (聞いたことがある)
 - 全く知らない
- 無回答 N=1,858

医師から分割調剤の指示がある処方箋をもらったことがあるか



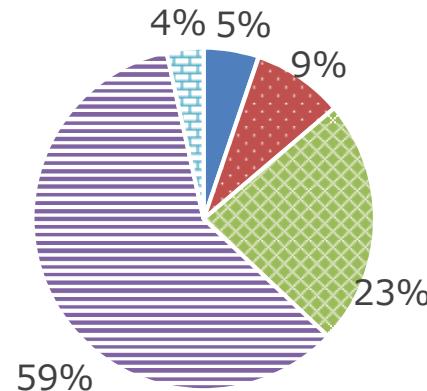
- ある
 - ない
 - わからない
 - 無回答
- N=1,941

分割調剤を利用した満足度 (分割指示のある処方箋をもらったことのある患者)



- 大変満足している
- やや満足している
- あまり満足していない
- 全く満足していない
- わからない
- 無回答

今後、分割調剤を利用したいと思うか



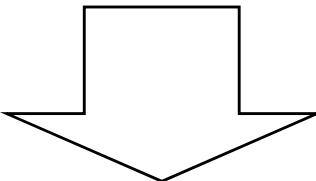
- 利用したい
 - 追加の費用負担がなければ利用したい
 - 利用したくない
 - どちらでもない（医師などの判断に任せる）
 - 無回答
- N=1,941

出典：薬局の機能に係る実態調査（令和元年度医療課委託調査（内服薬を30日以上処方されている患者のみを対象））速報値

分割調剤に係る現状・課題及び論点

【現状・課題】

- 分割調剤は、①薬剤の長期保存が困難な場合、②後発医薬品を初めて使用する場合、③医師による指示がある場合などに行われる。
- 服薬管理が難しい患者等に対して、分割調剤を活用し、薬局の薬剤師が服薬状況や有害事象の有無等を確認し、詳細な患者の状況を処方医に報告する取組が実施されている。
- 医師の分割調剤指示により調剤を行った場合、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料も分割される（薬剤料は分割されない）。
- 内服薬を30日以上処方されている患者のうち、分割調剤を「よく知っている」又は「少し知っている」と回答した患者は全体の約3割であった。
- 医師による分割調剤の指示のある処方箋をもらったことのある患者は約2%であったが、これらの患者のうち、分割調剤を利用した患者の約8割は「大変満足している」又は「やや満足している」と回答した。



【論点】

- 医師の指示に基づき分割調剤を実施する場合、患者の服薬状況や副作用の状況等を処方医にフィードバックすることが重要であることに鑑み、服薬情報等提供料について、分割回数で除した点数ではなく、通常の点数（30点）を算定できることとしてはどうか。
- 医師が分割指示に係る処方箋を交付した場合、薬局からのフィードバックの情報等も踏まえて次回診療に備える必要があることなどを踏まえ、一定規模以下の病院や診療所について、分割指示の処方箋を発行した場合について評価を検討してはどうか。
- 分割調剤の活用実態や患者の認知度等を踏まえ、このほかどういった対応が考えられるか。

- (1) かかりつけ医機能等について
- (2) 女性の健康に係る課題等について
- (3) 分割調剤について
- (4) ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて
- (5) ニコチン依存症管理料等について

ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムの効果について

令和元年11月20日中医協総会における指摘事項

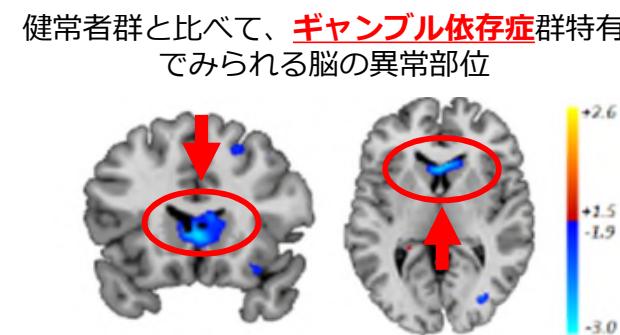
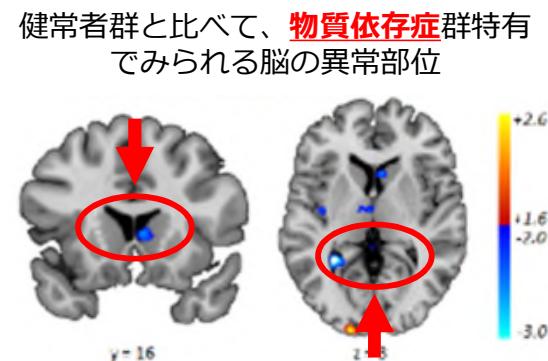
- ギャンブル依存症の治療法については、海外における研究も含め、更にデータを提示していただき、それを踏まえて検討する必要があるのではないか。

ギャンブル等依存症とアルコール等の物質依存における脳内メカニズム

- ギャンブル等依存症の患者と健常者の脳機能画像を比較した研究結果によれば、ギャンブル等依存症は、アルコール依存症を含む物質依存症と同様に、脳の報酬系と呼ばれる回路の異常が認められる。
※ 報酬系は刺激により活性化するとドーパミンを放出し、人が感じる「気持ちよさ、ワクワク感、多幸感」などを生む脳の部位であり、一定の行動を反復する癖をつける。
- ギャンブル等依存症では、例えば、ギャンブルを始めたばかりの頃に大儲けする等のドーパミンが大量に放出される経験を繰り返すことで、欲求が満たされにくくなる等の脳の機能の異常（報酬系の感受性の低下）をきたし、欲求を満たそうとギャンブルを反復する。
- また、報酬系に異常が起きることで、ギャンブルにより得られると期待される報酬の予測にも異常をきたし、例えば、“ギャンブルをここで止めよう”といった意思決定に支障が出る。

[機能的脳MRIに関する25の研究のメタ解析の結果]

- 643例の依存症群（ギャンブル依存症191例とアルコール依存症を含む物質依存症452例）と健常者群609例の機能的脳MRIに関する25の研究のメタ解析。
- ギャンブル依存症は、物質依存症群等と同様に、報酬に関する予測をする際に、健常者群と比較して脳の報酬系の機能が低下していた。

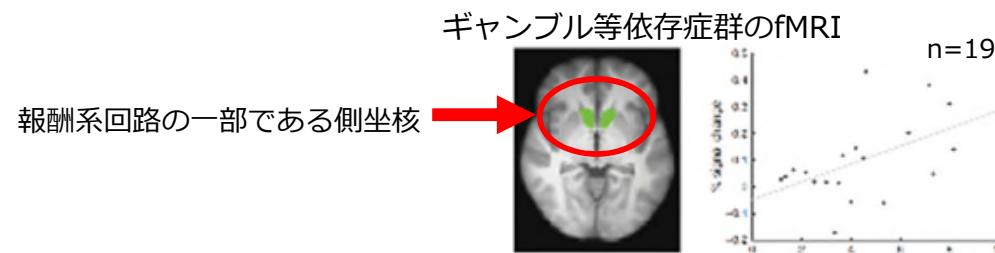


※赤矢印は報酬系回路

出典：Disruption of reward processing in addiction: an image-based meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. JAMA Psychiatry. (Luijten M, et al. JAMA Psychiatry, 2017)

[ギャンブル等依存症の者のfMRIを用いた研究]

- ギャンブル等依存症群と同数の対照群（健常者群）に対してギャンブルに関連した写真を見せて、刺激したときの脳の活動をfMRIを用いて比較したところ、ギャンブル等依存症群では、ギャンブルに対するCraving（渴望）の強さと側坐核の信号変化に相関が認められた。



出典：Neural substrates of cue reactivity and craving in gambling disorder. (Limbrick-Oldfield EH, et al, Transl Psychiatry, 2017)

海外におけるギャンブル依存症に係る治療プログラムの効果検証の研究報告 (系統的レビュー及びメタ解析)

- 対象者が25人以下の研究報告を除外した21件の系統的レビュー及びメタ解析論文によると、ほとんどの研究で**認知行動療法の有効性**が示されていた。約半数の研究が待機による対照群を設定していた。

Petry N, et al. Psychol Addict Behav. 2017

- ギャンブル依存症に対する認知行動療法の効果を検証した25件の系統的レビュー及びメタ解析論文によると、**認知行動療法はギャンブル行動を減少させることに有効**であり、効果量は6か月、12か月、24か月の追跡期間において有意であった。

Gooding P, et al. Behav Res Ther. 2009

[ギャンブル依存症に対する認知行動療法]

- 認知行動療法群に対しては、1回60分、週1回、全8回の認知行動療法を実施した。
- 認知行動療法群は、GAのみの群と比較して、ギャンブルの頻度や費用が減少した。

ギャンブルをした日数（直近1か月）

	ベースライン	1カ月後	2カ月後	6カ月後
GA紹介のみ群 (n=63)	14.2	9.0	8.0	7.9
認知行動療法群 (n=84)	13.3	5.2	4.5	6.3

ギャンブルの費用（ギャンブルをした日の出費額、中央値、ドル）

	ベースライン	1カ月後	2カ月後	6カ月後
GA紹介のみ群 (n=63)	1,100	205	200	150
認知行動療法群 (n=84)	1,260	90	20	90

GA : ギャンブラー・アノニマス（自助グループ）

出典 : Cognitive-Behavioral Therapy for Pathological Gamblers. J Consult Clin Psychol. 2006
(Petry N, et al.)

ギャンブル依存症に対する動機づけ面接と認知行動療法プログラムの併用による集団療法の効果

- 集団療法群に対する認知行動療法プログラムは、1回150分、週1回、全6回実施した。
- ギャンブル依存症に対する動機づけ面接と認知行動療法プログラムを集団療法として実施したところ、ギャンブルの頻度や費用が減少した。

ギャンブルの頻度（直近2週間の回数）

	治療前	治療後
集団療法群 (n=43)	5.47	2.24

ギャンブルによる1日平均費用（ドル）

	治療前	治療後
集団療法群 (n=43)	182	79

出典 : Effectiveness of group and individual formats of a combined motivational interviewing and cognitive behavioral treatment program for problem gambling: a randomized controlled trial. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2010
(Oei T, et al.)

ギャンブル等依存症に対する標準的治療プログラム

- アメリカ、カナダ、オーストラリアなどで開発され、効果が立証されているギャンブル障害等の者に対する集団認知行動療法プログラム等（※）を参考に、日本におけるギャンブル依存症の集団療法プログラムとして「標準的治療プログラム」を作成した。
※ 「病的賭博の克服プログラム」、「病的賭博：疫学、併存症、治療のプログラム」、「問題ギャンブリングに対する認知行動療法プログラム」等
- 標準的治療プログラムでは予め定められたワークブック及びマニュアルを用いて、他の参加者との意見交換を通じ、ギャンブル等に対する偏った知識や考え方を見直し改善することや、ギャンブル等の使用に替わる行動を見つけることを支援するものである。

対象者 ギャンブル等に対する行動依存の状態にある者

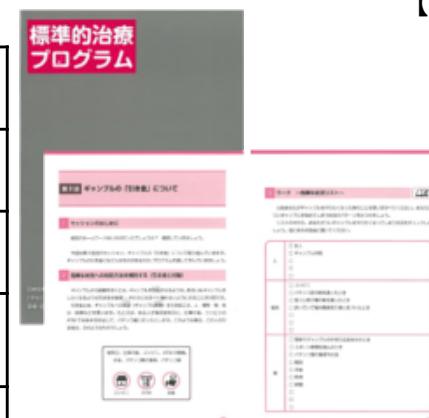
実施者 医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師

標準的治療プログラムの構造

- 2週に1回、60分以上、参加者数人から10人程度のグループセッションとして実施する。計6回。
- 参加者はワークブックに出てくる「クエスチョン」に対して自分なりの答えを書き込み発表する。
※ プログラム実施者はファシリテーション及び板書等を実施

【参考1】標準的治療プログラムのトピック

第1回 あなたにとってのギャンブルとは？
第2回 ギャンブルの「引き金」について
第3回 引き金への対処とギャンブルへの渴望
第4回 生活の再建・代替行動 (ギャンブルの代わりになる行動)
第5回 考え方のクセ
第6回 まとめ



【参考2】海外におけるギャンブル依存症に対するプログラムのトピック

Why Petry?
Central and North West London NHS
NHS Foundation Trust

	Ladouceur	Petry	Oei
Relapse prevention	X	X	X
Stimulus control	X	X	X
Motivational work	X		X
Alternative activities		X	X
Reinforcement		X	
Extended cognition work	X		X
Debt		X	X
Assertiveness		X	X
Family issues			X
Imaginal exposure			X

赤枠は日本の標準的治療プログラムと同様のトピック

Ladouceur and Lachance (2007) Overcoming your pathological gambling
Petry (2006) Pathological gambling: etiology, comorbidity and treatment
Oei & Raylu (2010) A cognitive-behavioural therapy programme for problem gambling: Therapist manual.

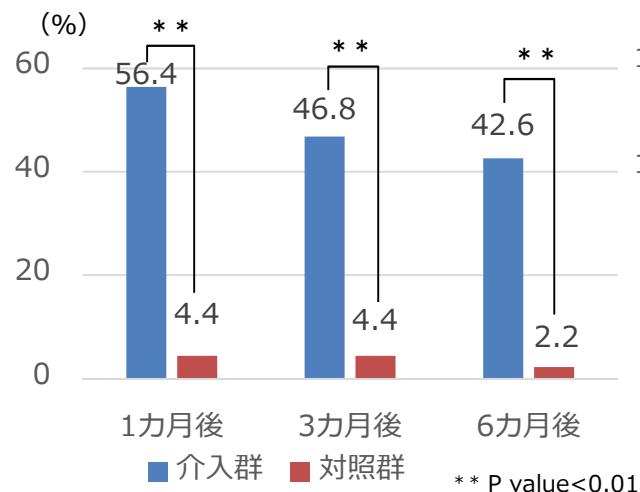


※ 3つのプログラムのうち、少なくとも2つのプログラムで採用されているトピックを選定

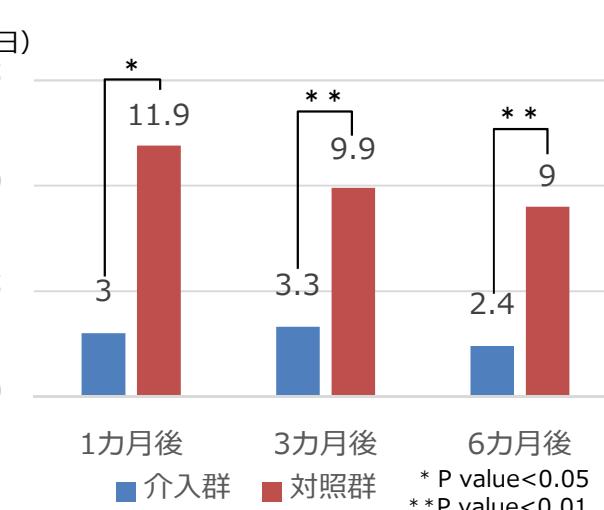
ギャンブル等依存症に対する集団療法プログラム

- 「標準的治療プログラム」の研修を医師等に対して行った後、全国35の医療機関において、187名を対象にRCTによるプログラムの効果検証を行った（※1）。
- 断ギャンブルの継続率（※2）は、プログラム終了後1ヶ月時点、3ヶ月時点、6ヶ月時点のいずれの時点においても介入群が対象群よりも高かった。
- また、直近1ヶ月間のギャンブルの平均回数及びギャンブルに使用した金額について、プログラム終了後1ヶ月時点、3ヶ月時点、6ヶ月時点のいずれの時点においても介入群が対象群よりも低かった（※3）。

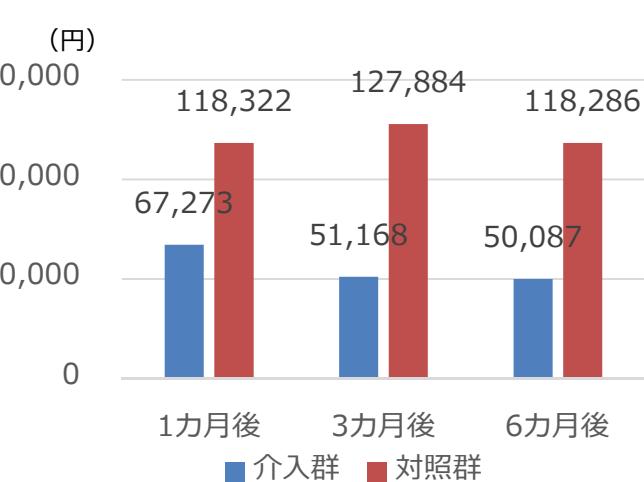
断ギャンブルの継続率



直近1ヶ月間のギャンブルの頻度



直近1ヶ月間のギャンブルに使用した金額



(※1) 20～65歳で医療機関を受診していない者を対象にSOGS（ギャンブル依存症のスクリーニングテスト）陽性となった者に対して診断面接を実施し、DSM-5（アメリカ精神医学会による診断基準）ギャンブル障害の診断基準を満たした者を研究対象とした。

(※2) ギャンブルを断ち、一度も行っていない状態が継続していること

(※3) 國際的な研究等において、ギャンブル等依存症に係る治療効果を測定する場合には、ギャンブルの「頻度」と「使用した金額」が指標として使われている。

- 薬物依存症に対する集団療法への評価として、依存症集団療法がある。

➤ I006-2依存症集団療法

340点(1回につき)

<算定要件>

- 覚せい剤、麻薬、大麻、又は危険ドラッグに対する物質依存の状態にあるものについて、医師又は医師の指示を受けた看護師・精神保健福祉士等で構成される2人以上の従事者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する医師、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。)であること。)が実施した場合に、6月以内に限り、週1回を限度として算定する。
- 1回に20人に限り、90分以上実施した場合に算定する。
- 平成22～24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、「物質障害治療プログラム」に沿って行われた場合に算定する。

- SMMRPPとは、米国西海岸を中心に広く実施されている依存症治療プログラム「マトリックス・モデル」を参考に作成された、薬物依存症に対する標準化された集団認知行動療法プログラムの一つである。
- SMARPPは予め定められたワークブック及びマニュアルを用いて、他の参加者との意見交換を通じ、薬物等に対する偏った知識や考え方を見直し改善することや、薬物等の使用に替わるストレス克服等の手段を見つけることを支援するものである。

対象者 覚せい剤、麻薬、大麻又は危険ドラッグ等に対する物質依存の状態にある者

実施者 医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師

SMARPPの構造

- 週1回90分程度、参加者数人から20人程度のグループセッションとして実施する。1クール24回。
- 毎回、セッション開始前に、参加者はカレンダーに1週間の薬物使用状況を示すシールを貼る。セッション終了後には簡易薬物検査キットで覚せい剤反応を確認する。
- 参加者はワークブックに出てくる「クエスチョン」に対して自分なりの答えを書き込み発表する。
※ プログラム実施者はファシリテーション及び板書等を実施

【参考】SMARPP-24ワークブックのトピック（例）

第1回 なぜ薬物やアルコールをやめなくてはいけない？

第6回 依存症ってどんな病気？

第7回 あなたのなかにある引き金について

第8回 これから先の生活のスケジュールを立ててみよう

第18回 再発を防ぐには

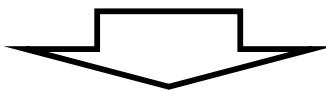
第24回 あなたの再発・再使用のサイクルは？



ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムに係る現状及び課題

【現状】

- 海外の研究において、ギャンブル依存症に対する介入方法として、認知行動療法を用いた集団療法の有効性が示されている。
- 日本においても、ギャンブル依存症の集団療法プログラムとして、「標準的治療プログラム」が開発され、その有効性が示されている。
- 薬物依存症の集団療法に対して診療報酬上の評価が設けられている。



【論点】

- ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムの有効性が示されたことを踏まえ、依存症集団療法の対象にギャンブル依存症を位置付け、「標準的治療プログラム」に沿った治療を行った場合に評価することとしてはどうか。

- (1) かかりつけ医機能等について
- (2) 女性の健康に係る課題等について
- (3) 分割調剤について
- (4) ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて
- (5) ニコチン依存症管理料等について

令和元年11月22日中医協総会における指摘事項

- ニコチン依存症管理料については、特に、治療終了後の継続的な禁煙状況などを中心に効果を検証すべきではないか。こうした検証等がなされない段階で加熱式たばこなどについてその妥当性を検討することや、管理料を見直すことは問題ではないか。
- 平成28年度改定において、平均継続回数が2回未満での医療機関について、減算を設けたが、どの程度算定されているのか。そういった医療機関が、継続率に影響を与えていているのではないか。
- 加熱式たばこによる受動喫煙による健康への影響については、販売されたばかりということでデータはないということだが、有害物質が含まれていることは明らかであることから、加熱式たばこについても、治療の対象とすることに異論はない。
- 加熱式たばこについては、健康影響について今後も調査研究を継続していく必要があるって、これを対象に含めるかどうかというのは時期尚早ではないか。
- 対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療については、通常の対面診療との違い、例えば呼気一酸化炭素濃度測定器の利用や処方箋の取扱などの違いで、対面診療等との違いを整理した上で検討が必要であるのではないか。
- 情報通信機器を用いて禁煙治療を行う場合には、治療終了時点における禁煙の確認については、対面で行う必要があるのではないか。
- ニコチン依存症管理料については、脱落率とか継続率を勘案すれば、情報通信機器を用いることによって治療上の懸念がないのであれば、継続的な治療を効果測定ができるという体制の下で、進めるという方向性は理解できる。

ニコチン依存症管理料の概要

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1 初回	230点
2 2回目から4回目まで	184点
3 5回目	180点

➤ 算定要件

入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。)に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定

※ 初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。

➤ 対象者

以下の全てを満たす者

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものである。
- ② 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものである。
- ③ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものである。

➤ 主な施設基準

- ① 禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- ② 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ③ 禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を1名以上配置。
- ④ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
- ⑤ 保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- ⑥ 過去1年間のニコチン依存症管理の平均継続回数が2回以上であること※。
- ⑦ ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導の平均継続回数及び喫煙を止めたものの割合等を、地方厚生(支)局長に報告していること。

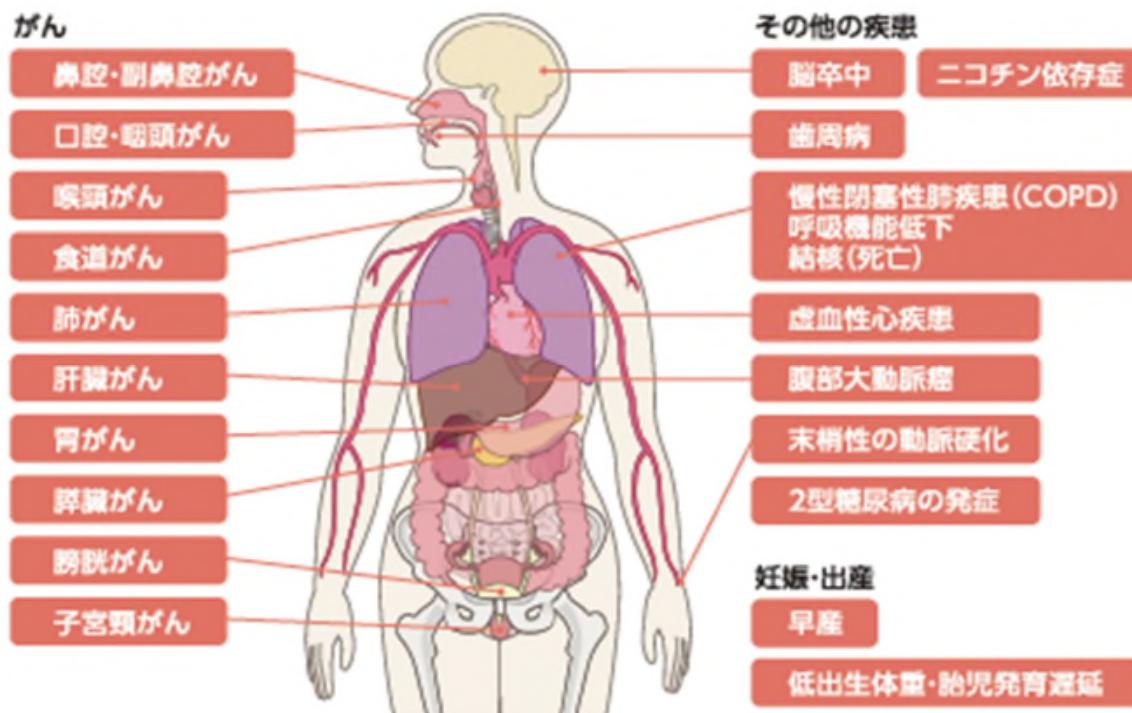
※ ⑥を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

<治療のスケジュール>



喫煙による健康影響

たばこを吸っている本人はこんな病気になりやすくなる(根拠十分: レベル1)



レベル1は「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である」と判定された疾患です。レベル2は、「科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない」ものです。がん患者が別のがんを発症する「二次がん罹患」と喫煙との関連はレベル1、がんの再発、治療効果低下との関連はレベル2と判定されています。

そのほかの喫煙者本人への影響(因果関係を示唆: レベル2)

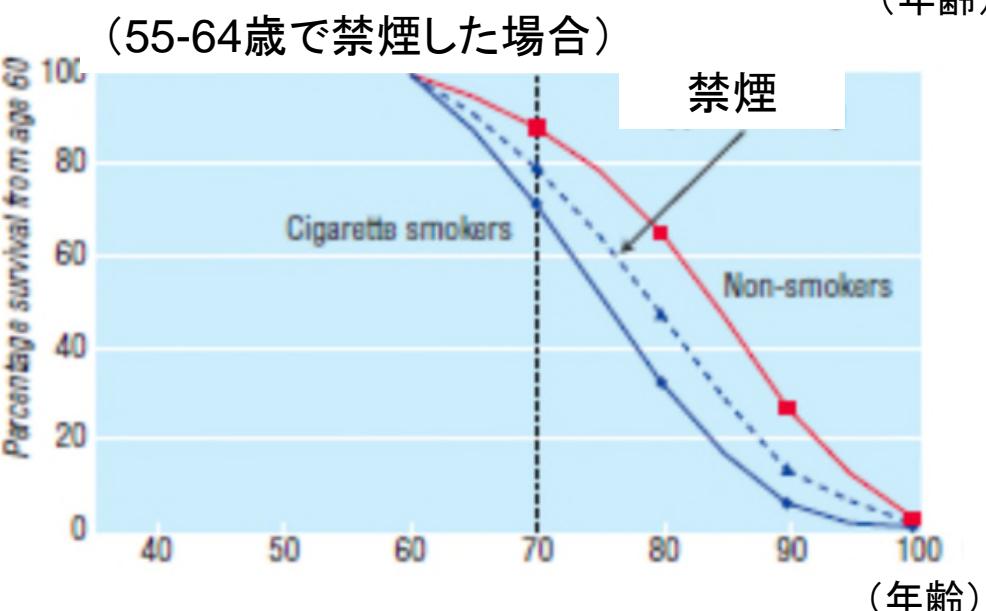
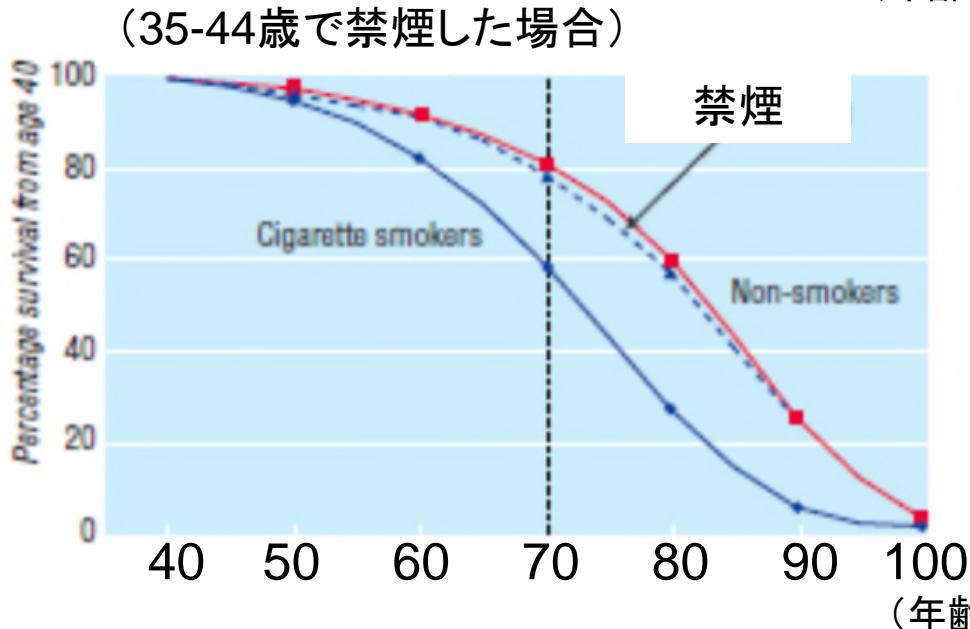
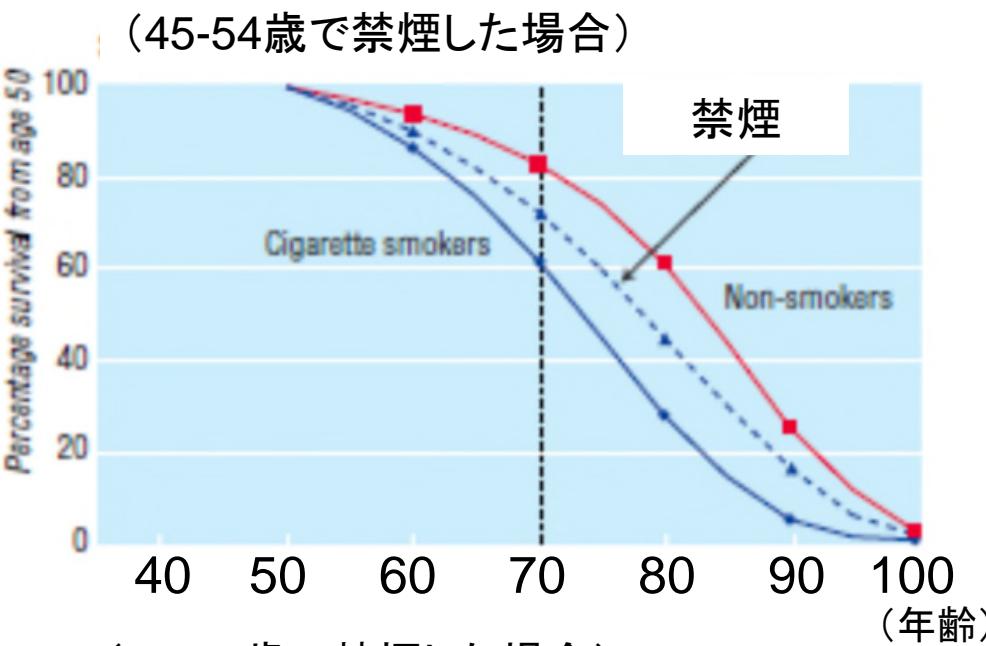
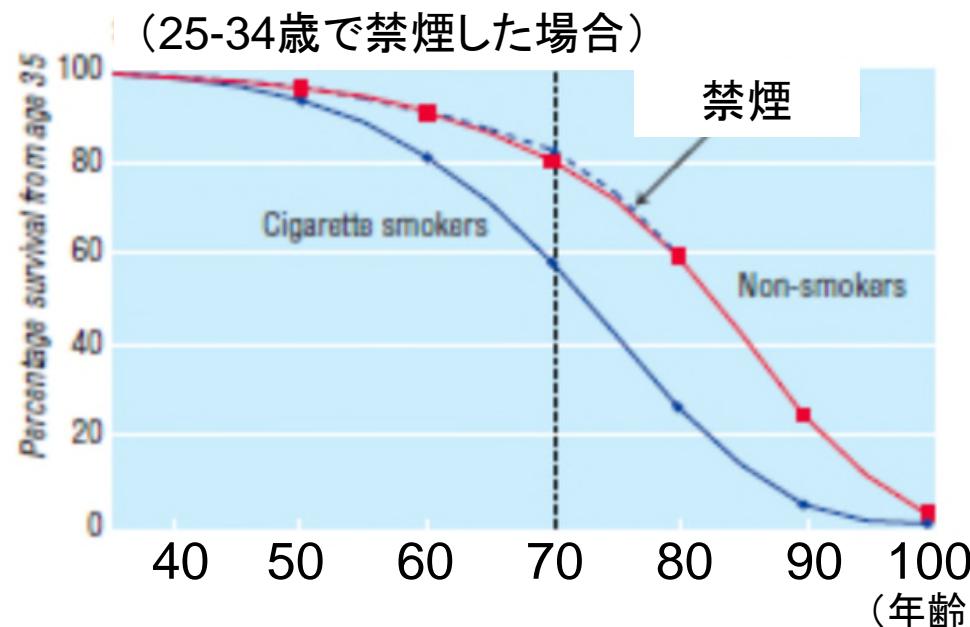
がん	急性骨髓性白血病 乳がん 腎盂尿管・腎細胞がん 大腸がん 子宮体がん(リスク減少) 前立腺がん(死亡)
妊娠・出産	生殖能力低下 子癪前症・妊娠高血圧症候群(リスク減少)* 子宮外妊娠・常位胎盤早期剥離・前置胎盤*
その他の疾患	認知症 う蝕(虫歯) 口腔インプラント失敗 歯の喪失 気管支喘息(発症・増悪) 胸部大動脈瘤 結核(発症・再発) 特発性肺線維症 閉経後の骨密度低下 大腿骨近位部骨折 関節リウマチ 日常生活動作の低下

*妊娠の犠牲との関連

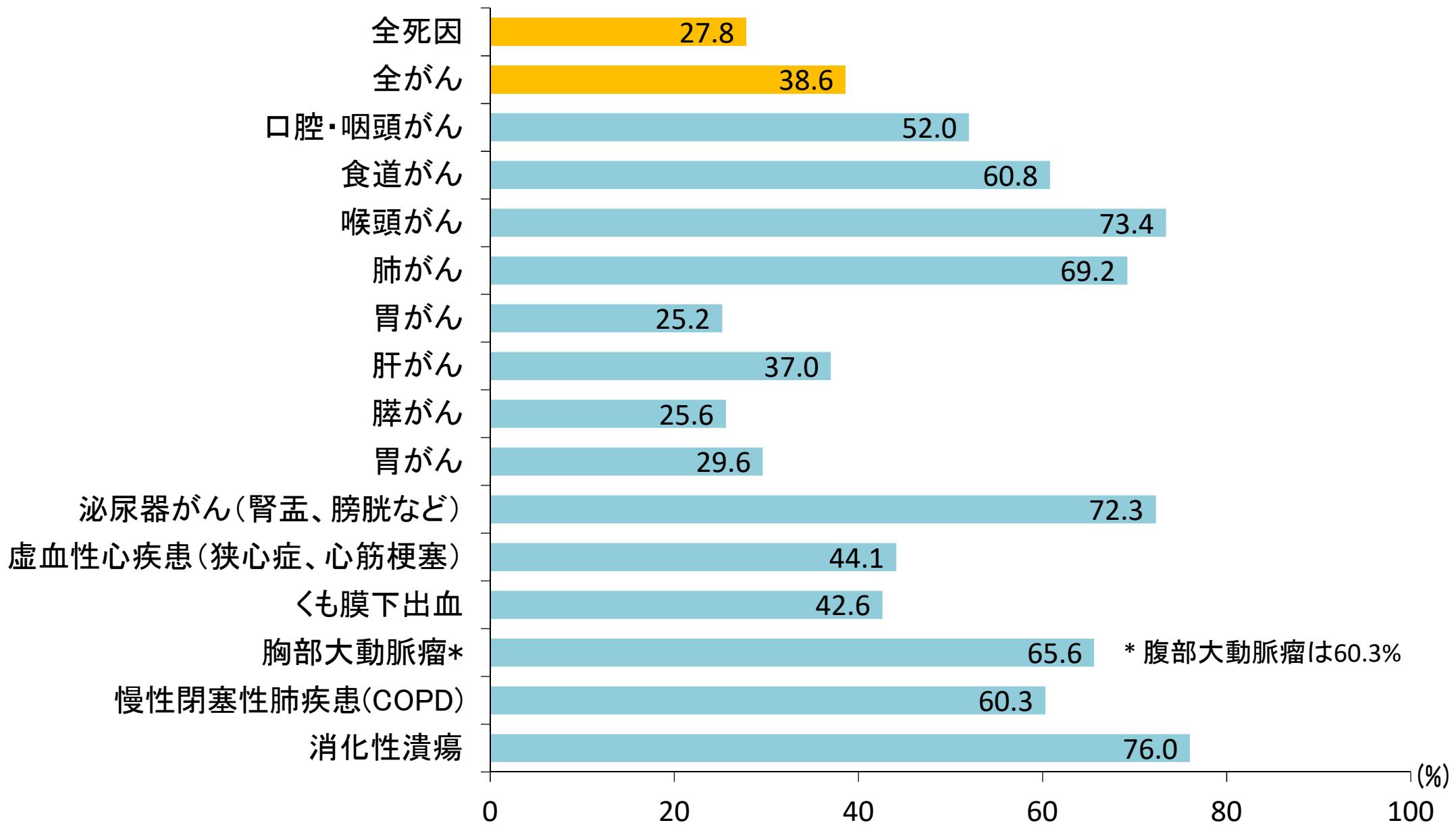
禁煙が生存に及ぼす影響(英國医師50年の追跡調査)

※縦軸は各年齢からの生存割合

青: 喫煙、青・点線: 禁煙、赤: 非喫煙



喫煙が原因として占める割合(男性の成績)



たばこの発がん性について(WHOによる分類)

- 國際がん研究機関(IARC)※は、たばこ、アスベスト、ホルムアルデヒドなど107種について、人に対する発がん性を示す十分な根拠がある(グループ1)としている。

※: International Agency for Research on Cancer (IARC)

世界保健機関(WHO)のがん研究の専門機関であり、ヒトへの化学物質の発がん性評価等を実施している。

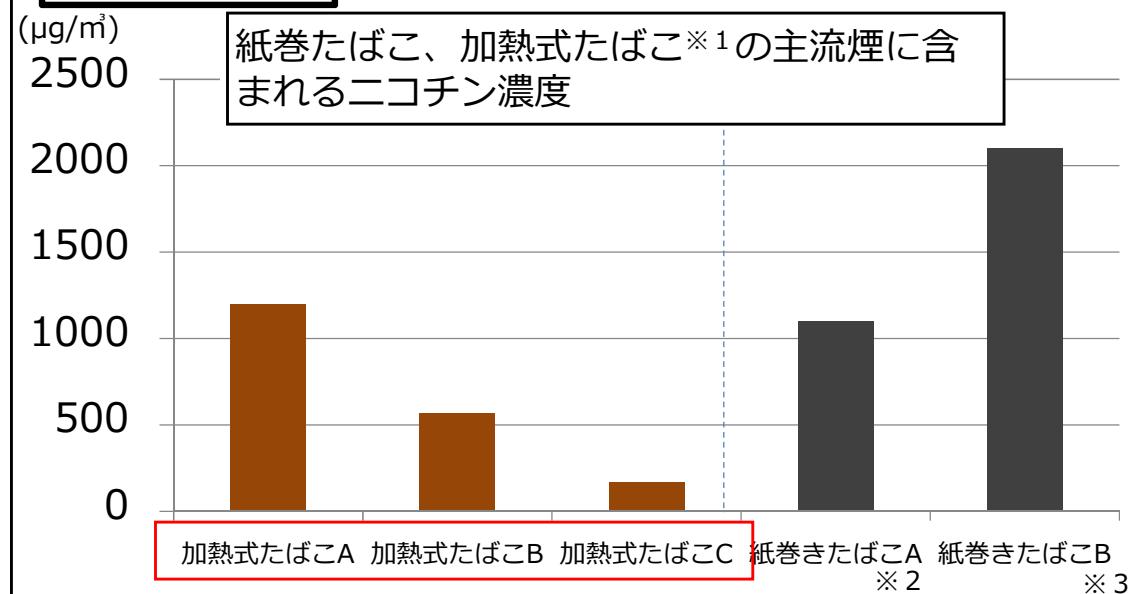
分類		例
グループ 1	発がん性がある(Carcinogenic to humans) ヒトへの発がん性を示す十分な証拠がある場合等(107種)	たばこ(能動・受動)、アスベスト、 ホルムアルデヒド 、カドミウム、ダイオキシン、 太陽光、紫外線、エックス線、ガンマ線、 アルコール飲料、ヘリコバクター・ピロリ 等
グループ 2A	おそらく発がん性がある(Probably carcinogenic to humans) ヒトへの発がん性を示す証拠は限定的であるが、実験動物への発がん性を示す十分な証拠がある場合等(63種)	PCB、鉛化合物(無機)、 ディーゼルエンジン排気ガス 等
グループ 2B	発がん性があるかもしれない(Possibly carcinogenic to humans) ヒトへの発がん性を示す証拠が限定的であり、実験動物への発がん性に対して十分な証拠がない場合等(271種)	クロロホルム、鉛、コーヒー、漬物、ガソリン、 ガソリンエンジン排気ガス、超低周波磁界、 高周波電磁界 等
グループ 3	発がん性を分類できない(Not classifiable as to carcinogenicity to humans) ヒトへの発がん性を示す証拠が不十分であり、実験動物への発がん性に対しても十分な証拠がないか限定的である場合等(509種)	カフェイン、原油、水銀、お茶、蛍光灯、静磁界、 静電界、超低周波電界 等
グループ 4	おそらく発がん性はない(Probably not carcinogenic to humans)(1種) ヒトへと実験動物への発がん性がないことを示唆する証拠がある場合等	カプロラクタム(ナイロンの原料)

出典: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>

〔現時点までに得られた科学的知見〕

- 加熱式たばこの主流煙には、紙巻たばこと同程度のニコチンを含む製品もある。
- 加熱式たばこの主流煙に含まれる主要な発がん性物質*の含有量は、紙巻たばこに比べれば少ない。
- 加熱式たばこ喫煙時の室内におけるニコチン濃度は、紙巻たばこに比べれば低い。
*現時点で測定できていない化学物質もある

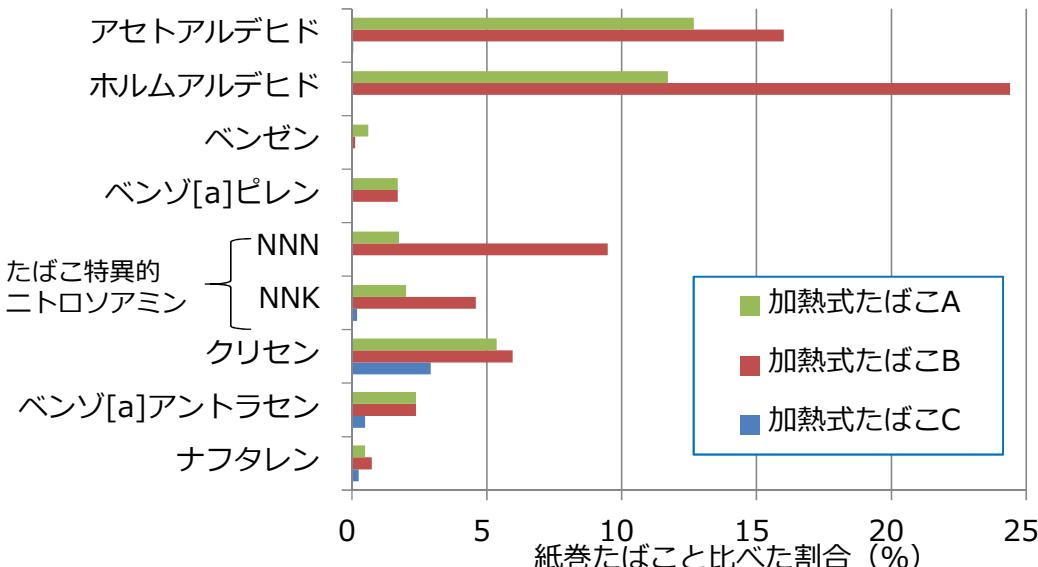
主流煙の成分



*1 : 12回吸引（紙巻たばこで概ね1本に相当する吸引回数）

*2・*3 : 試験研究用の紙巻たばこ参考品（*2 : 1R5F *3 : 3R4F）

加熱式たばこ主流煙中の発がん性物質の一例
(紙巻たばこ*3の主流煙に含まれる各成分量を100%としたときの割合)



厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究「非燃焼加熱式たばこにおける成分分析の手法の開発と国内外における使用実態や規制に関する研究」

喫煙時の室内におけるニコチン濃度

- 主流煙において紙巻たばこと同等程度含まれるものがある「ニコチン」を測定。
- 同一条件下（換気のない狭い室内で喫煙した場合）で室内のニコチン濃度を測定したところ、紙巻きたばこ（1,000～2,420 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ）に比べ、加熱式たばこ（26～257 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ）では低かった。

国立がん研究センター委託事業費「たばこ情報収集・分析事業」による調査

〔現時点での評価〕

- ・ 加熱式たばこの主流煙に健康影響を与える有害物質が含まれていることは明らかであるが、販売されて間もないこともあり、現時点までに得られた科学的知見では、加熱式たばこの受動喫煙による将来の健康影響を予測することは困難。このため、今後も研究や調査を継続していくことが必要。

加熱式たばこについて

【加熱式たばこは従来のたばこ製品よりも安全か？】

- 現時点では、加熱式たばこが従来のたばこ製品よりも有害性が低いことを示すエビデンスはない。…(以下略)

【WHOは何を推奨するか？】

- 加熱式たばこを含むすべての形式のたばこ使用は有害である。たばこは本質的に有毒であり、自然の状態でも発がん性物質を含んでいる。したがって、加熱式たばこは、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約に沿って、他の全てのたばこ製品に適用される政策や規制措置の対象とされるべきである。

出典:Heated tobacco products (HTPs) information sheet, MAY 2018. WHO(抜粋:仮訳)

- 非燃焼・加熱式タバコや電子タバコの使用は健康に悪影響がもたらされる可能性がある。
- 新型タバコは、従来の燃焼式タバコに比べてタール(タバコ煙中の有害物質のうちの粒子成分)が削減されていますが、依存性物質であるニコチンやその他の有害物質を吸引する製品です。従って、使用者にとっても、受動喫煙させられる人にとっても、非燃焼・加熱式タバコや電子タバコの使用は推奨できません。

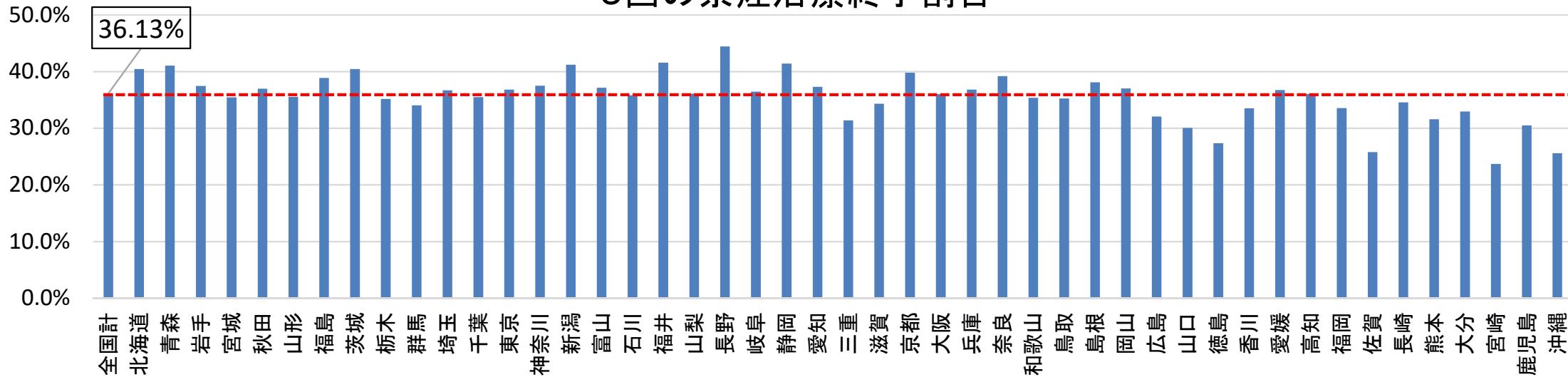
出典:非燃焼・加熱式タバコや電子タバコに対する日本呼吸器学会の見解

ニコチン依存症管理料の状況

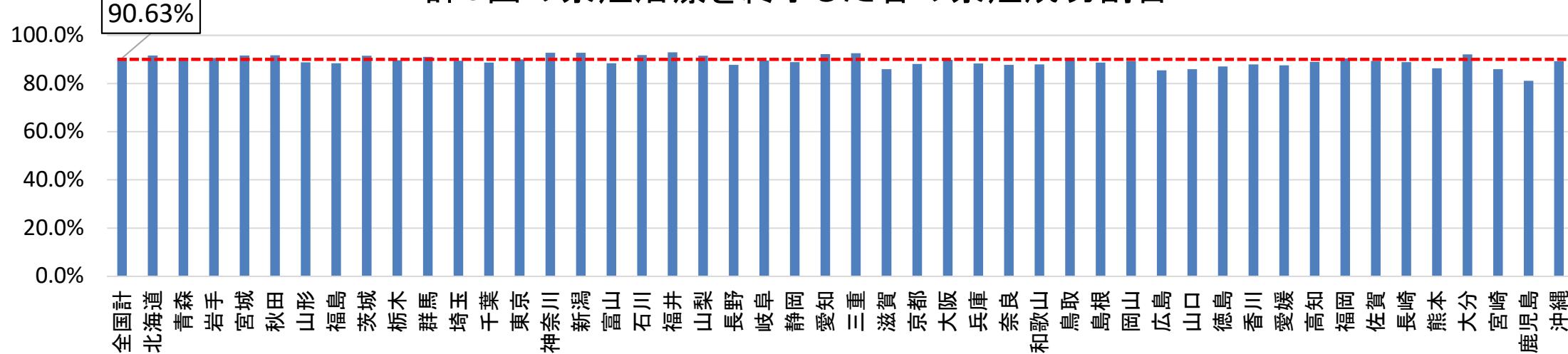
中医協 総 - 1
元. 11. 22

- ニコチン依存症管理料の5回治療終了割合は36.13%であり、計5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合は90.63%であった。

5回の禁煙治療終了割合

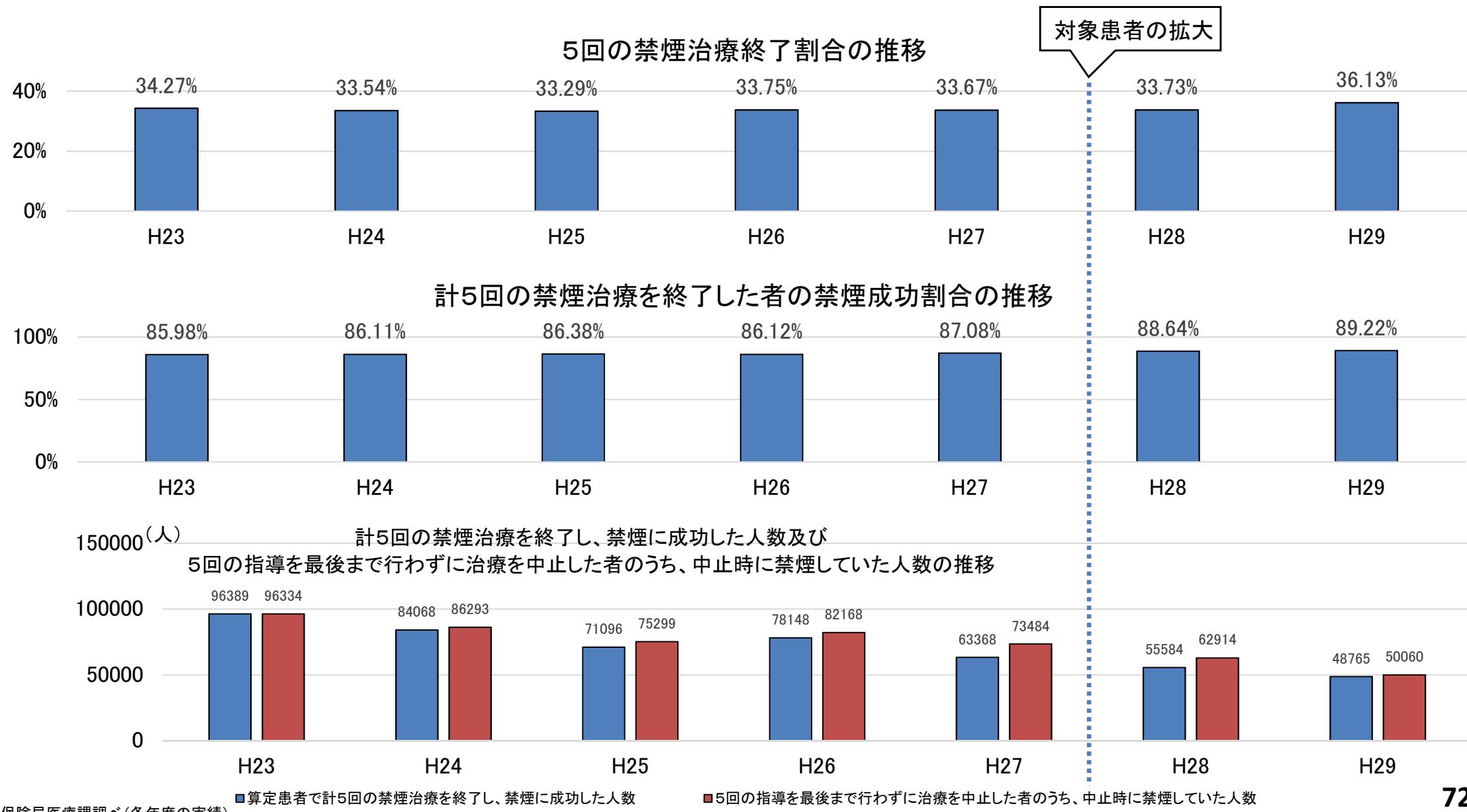


計5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合



ニコチン依存症管理料の状況

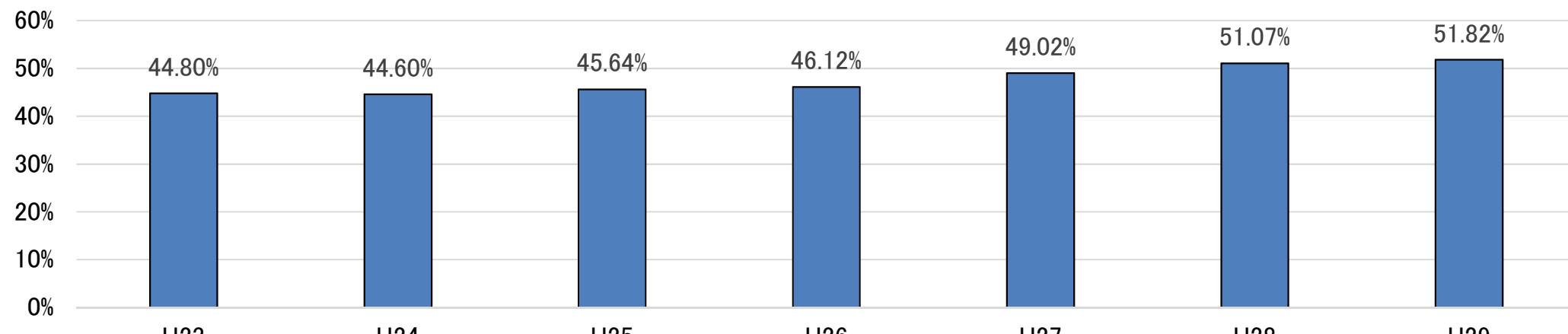
- ニコチン依存症管理料の5回治療終了割合は約3割程度で推移している。また、5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合は約9割で推移している。



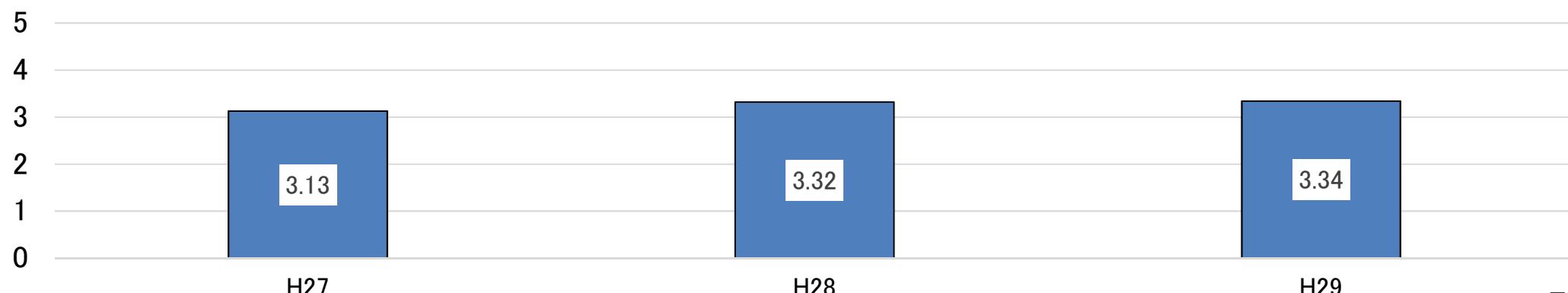
ニコチン依存症管理料の状況

- 5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者の中、中止時に禁煙していた者の割合は約5割であった。
- ニコチン依存症管理料の平均継続回数は約3回であった。

5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者の中、
中止時に禁煙していた者の割合の推移



平均継続回数
(1年間のニコチン依存症管理料の延べ算定回数/初回の治療の算定回数)

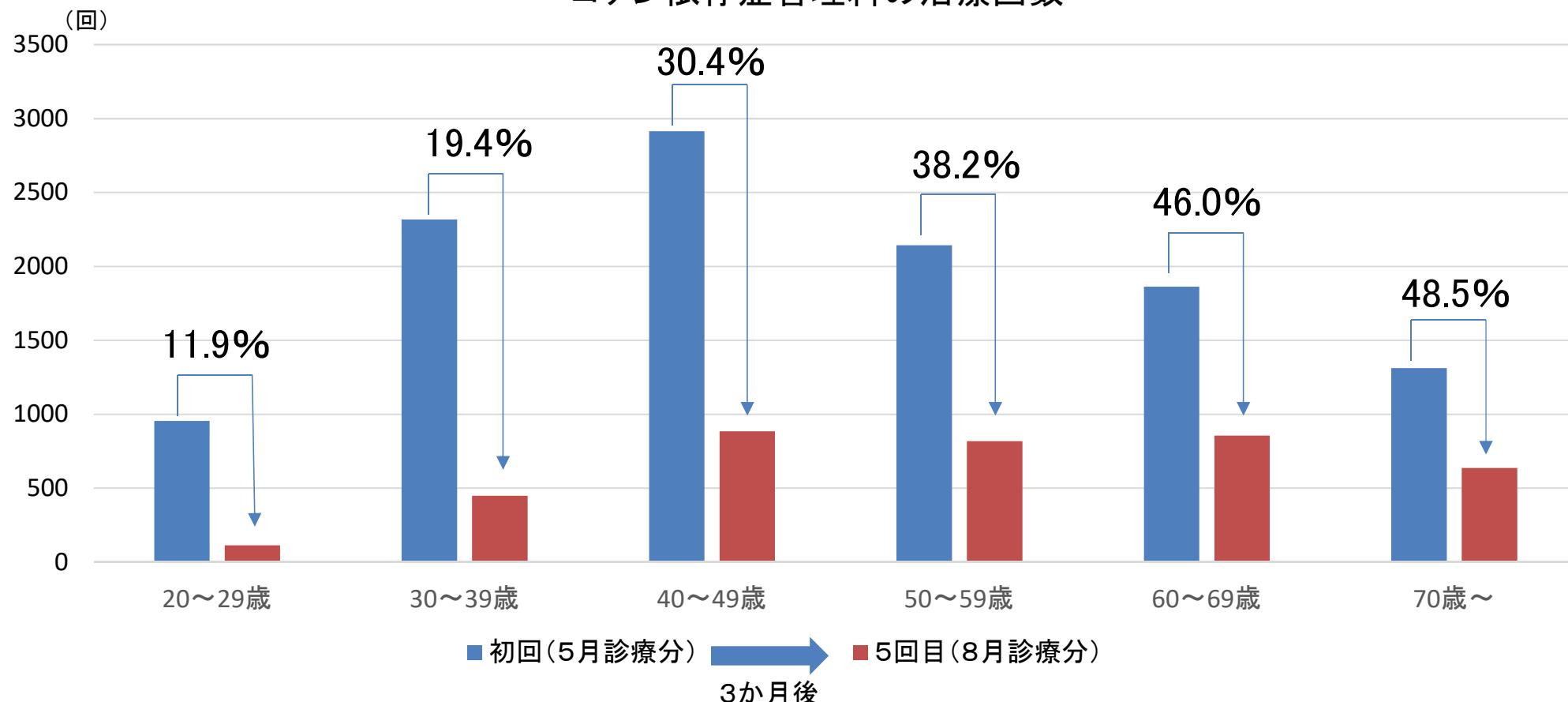


ニコチン依存症管理料の状況

中医協 総 - 1
元. 11. 22

- 平成30年5月のニコチン依存症管理料（初回）の算定をした患者については、3か月後の平成30年8月にニコチン依存症管理料（5回目）を算定することとなる。
- 平成30年5月のニコチン依存症管理料（初回）の算定回数と平成30年8月のニコチン依存症管理料（5回目）の算定回数の比率を見ると、年齢が上がるほど、比率が高かった。

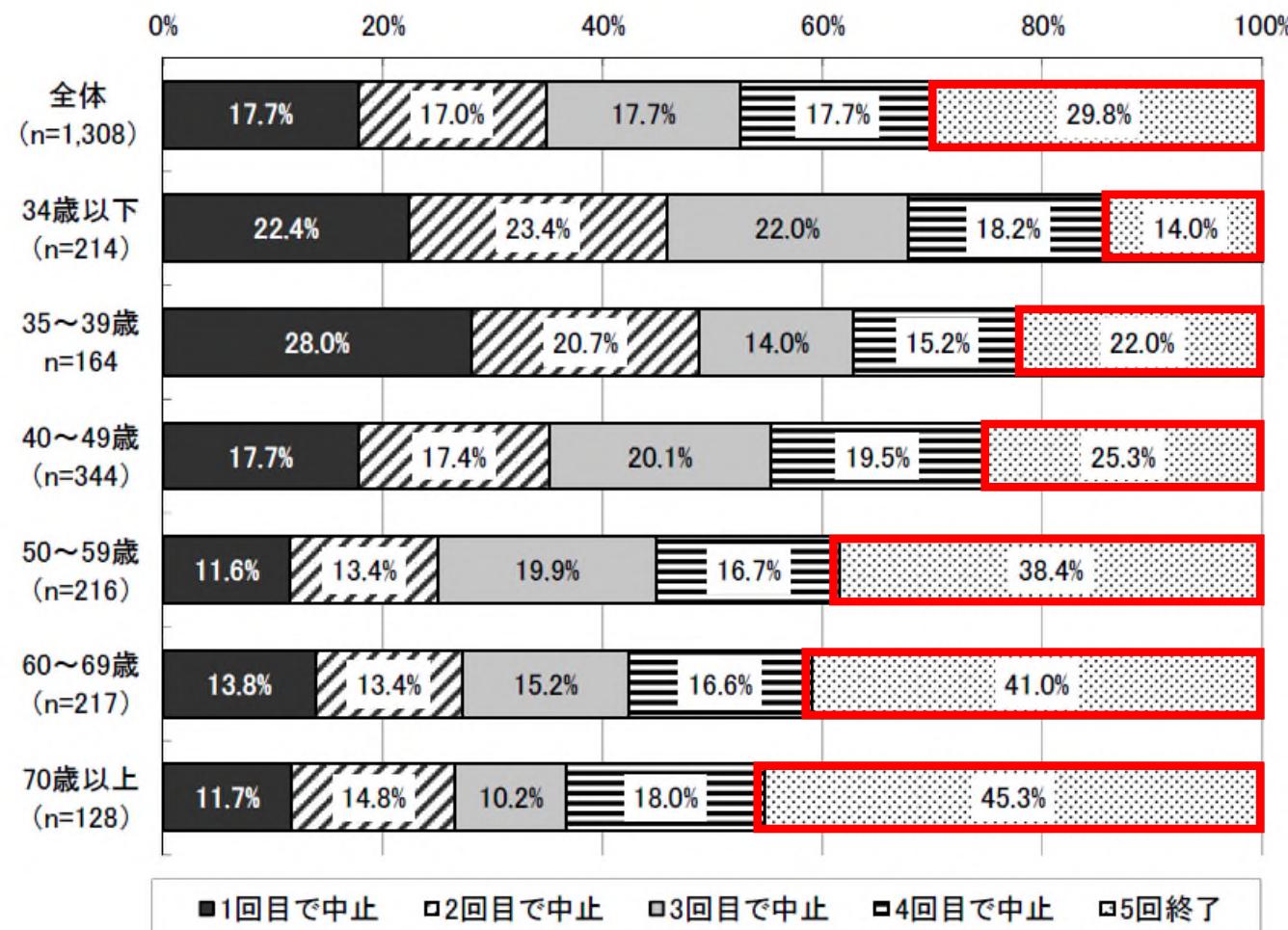
年齢階級別の5月の初回治療及び8月の5回目治療の
ニコチン依存症管理料の治療回数



ニコチン依存症管理料の状況

- ニコチン依存症管理料の算定回数を年齢階級別に見ると、「5回終了」の割合は年齢階級が高くなるほど割合が高くなる傾向が見られた。

図表 92 ニコチン依存症管理料の算定回数の状況（年齢階級別）

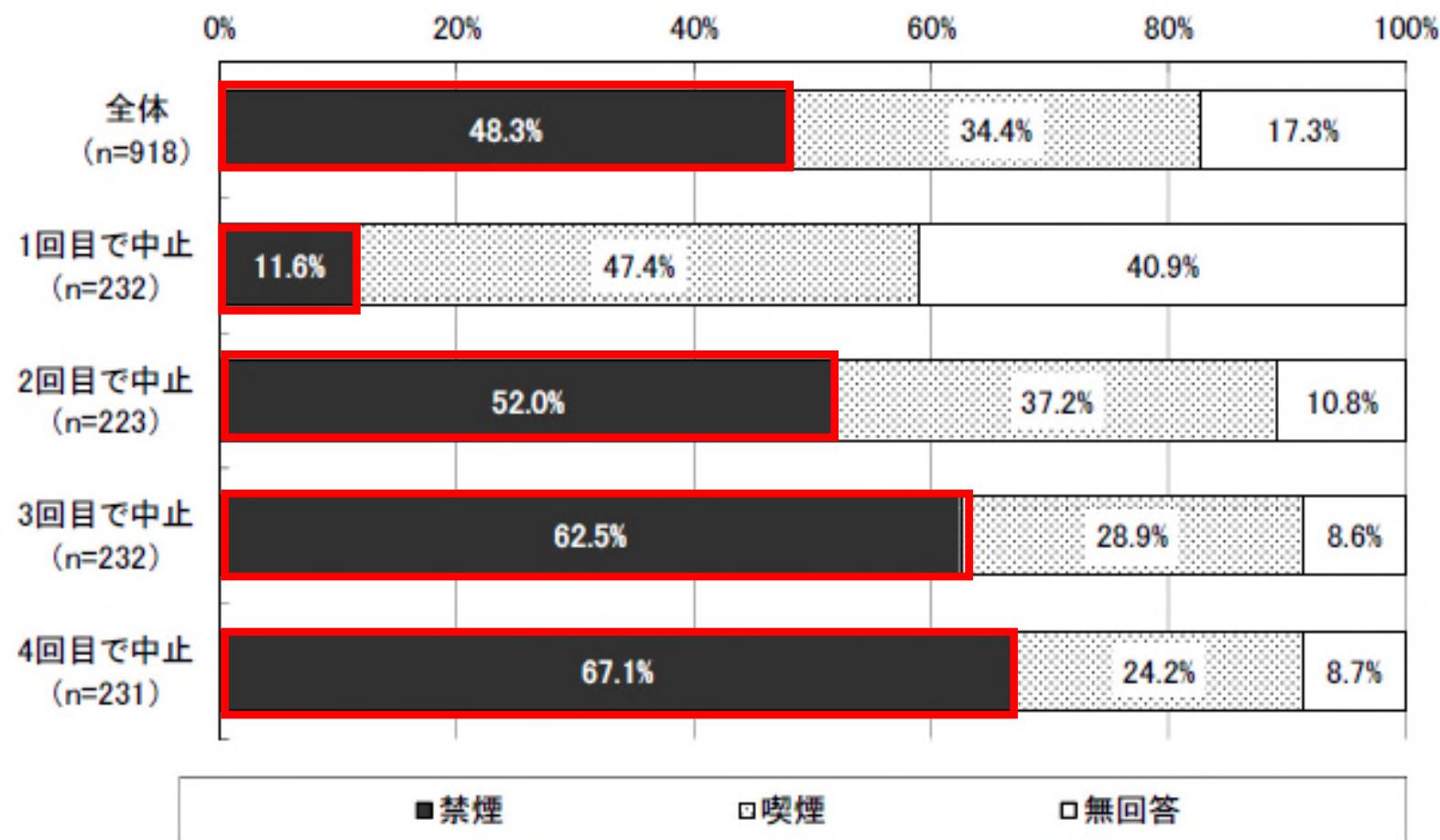


(注)「全体」には、年齢について回答のなかった25人が含まれる。

ニコチン依存症管理料の状況

- ニコチン依存症管理料の算定を5回目よりも前に中止した患者について、治療を受けた回数が多いほど、中止時に「禁煙」していた人の割合が高くなる傾向が見られた。

図表 111 5回の治療を途中で中止した患者の中止時の禁煙状況（治療回数別）



患者調査の結果⑥

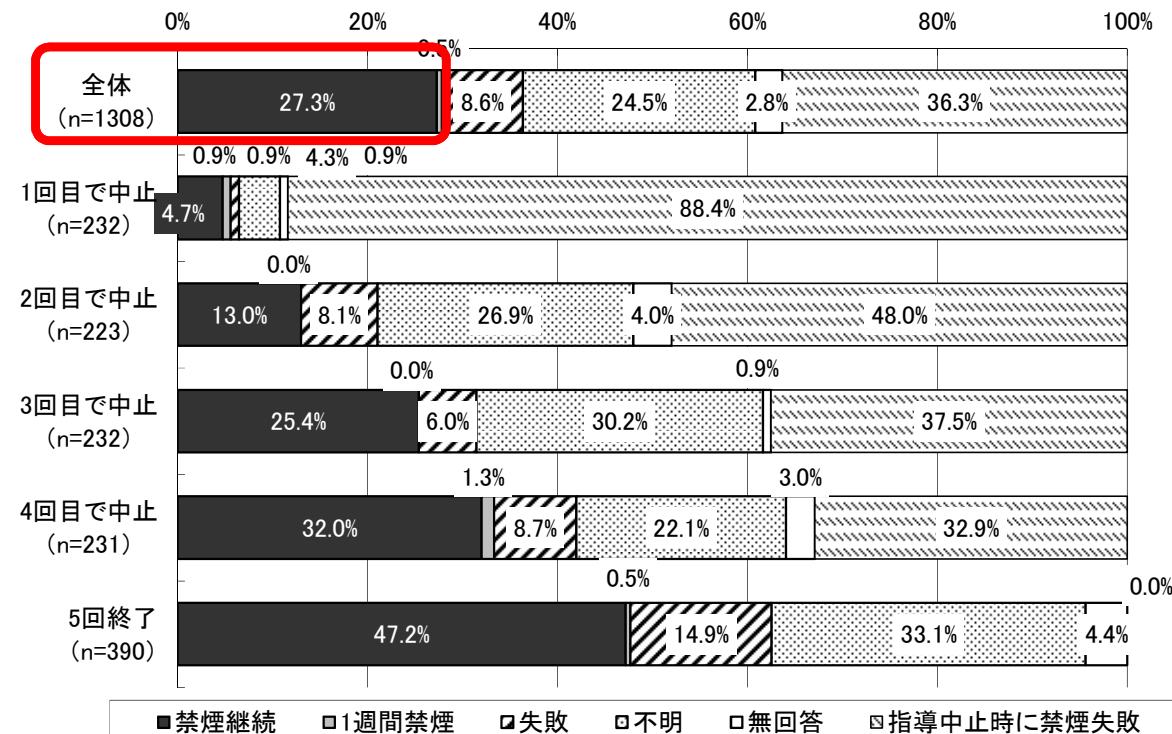
中医協 検-4-1

29.11.10

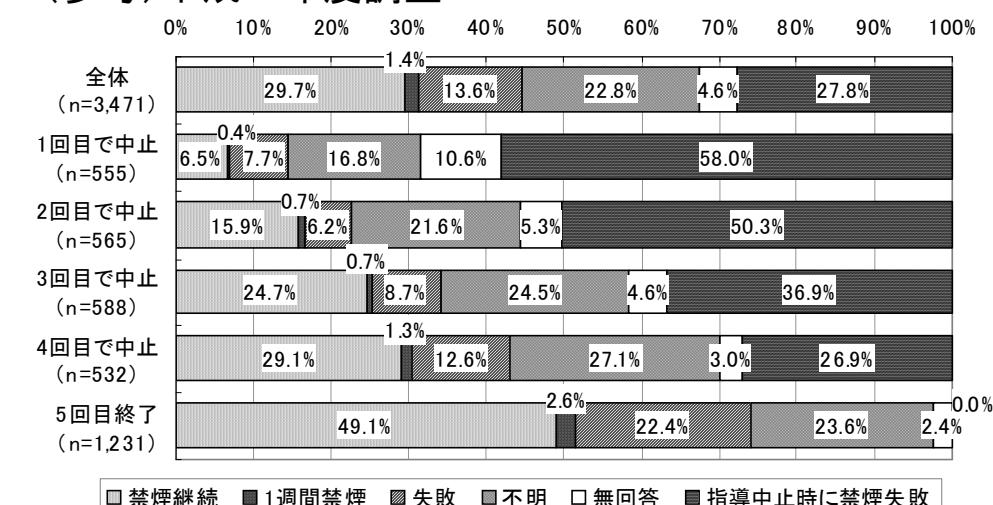
<算定回数別の治療終了9か月後の禁煙状況> (報告書p79)

全対象患者について治療終了9か月後の禁煙状況を算定回数別にみると、「禁煙継続」の割合は27.3%であった。算定回数(治療回数)が多いほど、「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 126 治療終了9か月後の禁煙状況(全対象患者、算定回数別)



(参考) 平成21年度調査

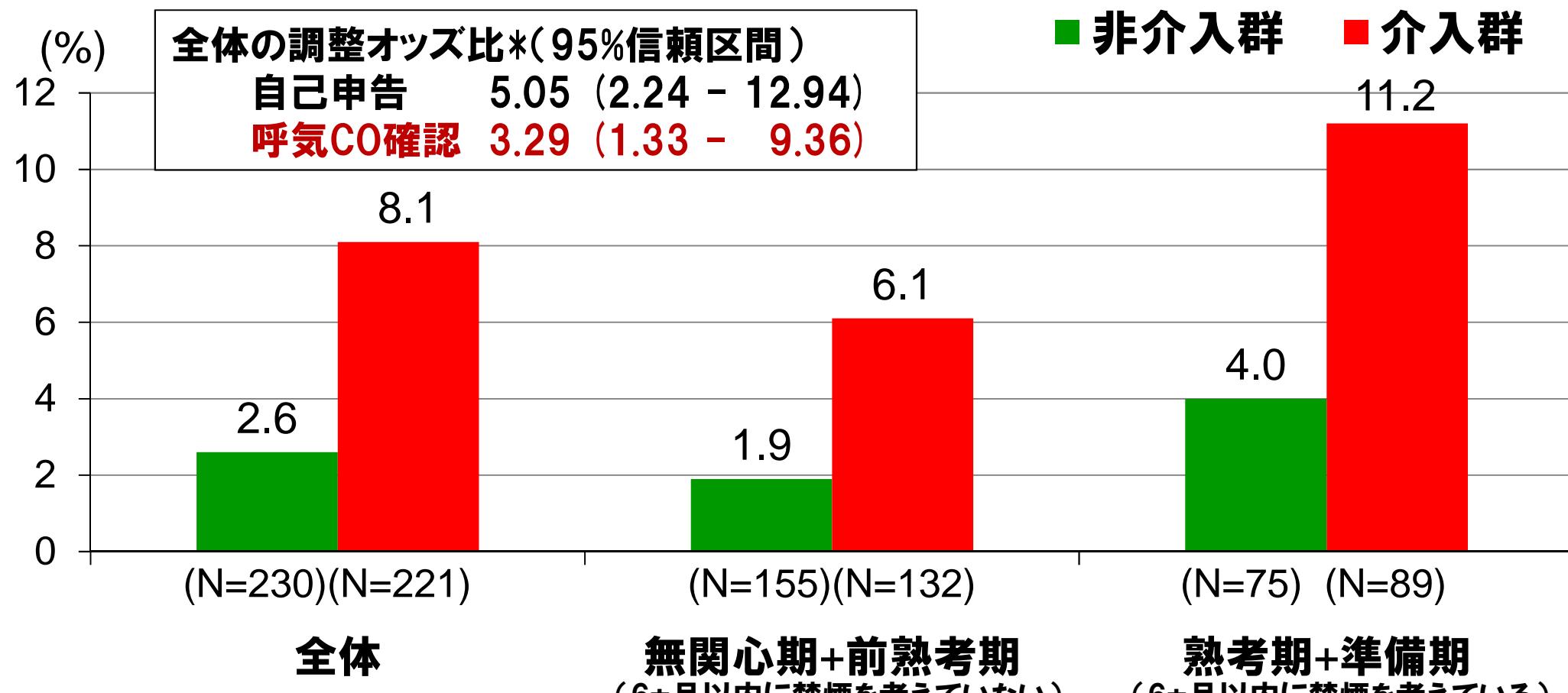


肺がん検診の場での短時間の禁煙介入の効果 —6カ月後断面禁煙率(呼気CO濃度確認)—

研究方法:大阪S市での総合健診(がん検診を含む)の場での介入研究、月ごとに割付

研究対象:介入群221人、対照群230人(応諾率91.7%、90.9%)、研究時期:2011~12年

介入内容:介入群は診察医師の禁煙の助言と保健指導実施者による1~2分間程度の禁煙支援、
非介入群はアンケート調査のみ

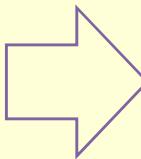


重症化予防の取組の推進

- ニコチン依存症管理を実施する医療機関における、治療の標準化を推進する観点から、施設基準の見直しを行う。

改定前(主な施設基準)

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
- ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
等



改定後(主な施設基準)

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
- ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
- ④ 過去1年間のニコチン依存症管理の平均継続回数が2回以上であること*
等

*なお、④を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

平成30年6月審査分のニコチン依存症管理料の算定回数

初回	平均継続回数2回以上	11,217回
	平均継続回数2回未満	257回
2~4回目	平均継続回数2回以上	23,195回
	平均継続回数2回未満	515回
5回目	平均継続回数2回以上	3,331回
	平均継続回数2回未満	55回

(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)

- 初回診療を対面で実施し、2回目から6回目までの診療を情報通信機器を用いて行った群と全ての診療を対面で行った群を比較したRCT研究において、継続禁煙率に有意差を認めなかった。

【方法】 RCT研究

Telemedicine群 58人

初回は対面で実施し、2回目～6回目の診療をビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて実施



Standard care群 57人

6回の診療全てを対面で実施

※両群とも禁煙治療アプリを利用

Supplemental figure 2. Efficacy of telemedicine on the continuous abstinence rates at weeks 9–12 by subgroup.

【結果】

Telemedicine群 Standard care群

9～12週の
継続禁煙率

81.0%

78.9% (有意差なし)

9～24週の
継続禁煙率

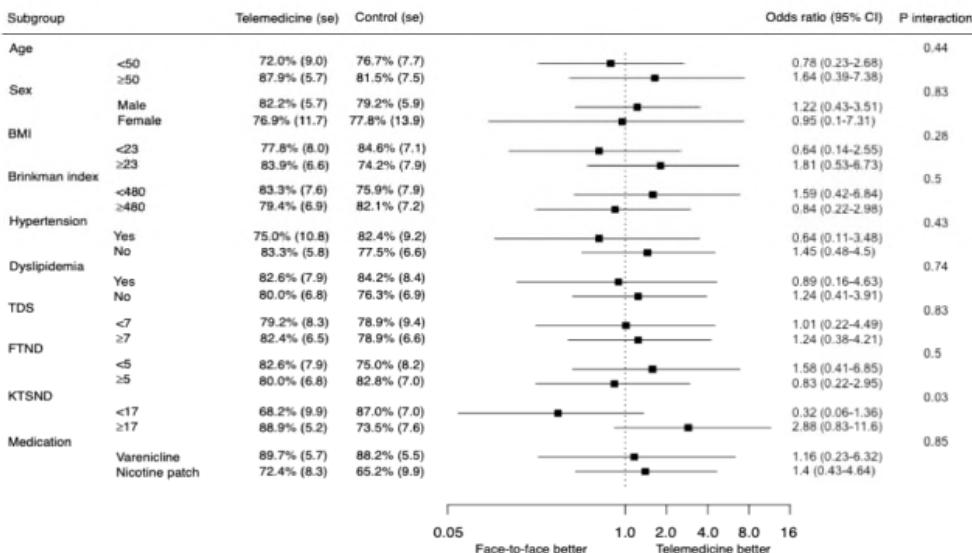
74.1%

71.9% (有意差なし)

脱落率(24週時)

1.7%

3.5%



ニコチン依存症管理料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 喫煙と因果関係が推定される疾患が多数存在する。また、全死因のうち喫煙が原因として占める割合は27.8%と報告されている。
- IARCによるとたばこは人に対する発がん性を示す十分な根拠がある。
- WHOによると、加熱式たばこが従来のたばこ製品よりも有害性が低いことを示すエビデンスはない。
- ニコチン依存症管理料の5回治療終了割合は約3割程度で推移している。また、5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合は約9割で推移している。
- 5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者のうち、中止時に禁煙していた者の割合は約5割であった。
- ニコチン依存症管理料の平均継続回数は約3回であった。
- ニコチン依存症管理料の算定回数を年齢階級別に見ると、「5回終了」の割合は年齢階級が高くなるほど割合が高くなる傾向が見られた。
- 全対象患者について治療終了9か月後の禁煙状況を算定回数別にみると、「禁煙継続」の割合は27.3%であった。算定回数(治療回数)が多いほど、「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。
- 肺がん検診の場での短時間の禁煙介入の効果をみた研究では、熟考期と準備期の喫煙者に対して介入した群では、6か月後の禁煙率が11.2%であった。



【論点】

- ニコチン依存症管理料について、たばこの健康への影響や加熱式たばこに対するエビデンス、ニコチン依存症管理料の算定状況等を踏まえ、加熱式たばこについても対象としてはどうか。また、情報通信機器を用いたニコチン依存症治療については、初回及び最終回を対面で指導することを前提とし、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療を評価することを検討してはどうか。

令和2年度診療報酬改定について（案）

令和元年12月11日
中央社会保険医療協議会

本協議会は、医療経済実態調査の結果、薬価調査及び材料価格調査の結果等を踏まえつつ、令和2年度診療報酬改定について審議を行ってきたところであるが、その結果を下記のとおり整理したので、厚生労働大臣に意見を申し述べる。

記

1. 医療経済実態調査の結果について

- 本協議会は、医業経営の実態等を明らかにし、診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、第22回医療経済実態調査を実施し、その結果等について検討した。

2. 薬価調査及び材料価格調査の結果について

- 薬価調査の速報値による薬価の平均乖離率は約8.0%、材料価格調査の速報値による特定保険医療材料価格の平均乖離率は約5.8%であった。

3. 令和2年度診療報酬改定について

- 我が国の医療については、人口減少・少子高齢化が進展するとともに、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の構築が求められる中で、世界に冠たる国民皆保険を堅持し、あらゆる世代の国民一人一人が安全・安心で効率的・効果的な質の高い医療を受けられるようにすることが必要である。また、医療を取り巻く環境の変化や多様な国民のニーズに柔軟に対応することが重要である。
- 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において取りまとめられた「令和2年度診療報酬改定の基本方針」（以下「基本方針」という。）では、重点的に取り組む課題として、医師等の働き方改革の推進や、患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めつつ、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上を図ることが示された。
- 本協議会は、この基本方針に基づき、全ての国民が質の高い医療を受け続けるために必要な取組についての協議を真摯に進めていく。こうした基本認識については、支払側委員と診療側委員の意見の一致をみた。
- しかし、このような基本認識の下で、どのように令和2年度診療報酬改定に臨むべきかについては、次のような意見の相違が見られた。

- まず、支払側の意見は次のとおり。適正化・効率化を通じた制度の安定とその持続可能性を高めていくことが、喫緊かつ重要な課題である。医療経済実態調査結果からは、中期的に見れば国公立・公的病院以外の経営状況は概ね堅調であり、今後の人ロ動態の変化を踏まえれば、国民負担の軽減を確実に図りつつ国民皆保険体制を守っていかなければならないこと等から、令和2年度改定において、診療報酬はマイナス改定とするべき。また、薬価等調査の結果に基づく薬価等の改定を行なうとともに、イノベーションの推進にも配慮しながら薬価制度の抜本改革に基づく必要な対応も併せて検討すべきであり、薬価等の引下げ分は、診療報酬本体に充当することなく国民に還元すべき。
- これに対し、診療側の意見は次のとおり。今後の少子化、人口減少が確実な現状の下、医療の質を確実に担保すると同時に、効率的な医療施設運営を可能とする報酬体系が必要である。医療経済実態調査の結果等からは、医療機関等は総じて横ばいの経営状況であって、一般病院、一般診療所ともに様々な職種の従事者が増え、給与比率は上昇している。また、社会保障と経済は相互作用の関係にあり、医療に財源を投入すれば、特に医療従事者の比率が高い地方では経済の活性化により、経済成長を促し、地方創生への多大な貢献につながること等から、世界に誇るべき国民皆保険を持続可能なものとするためにも、薬価改定財源は診療報酬本体に充て、診療報酬改定はプラス改定とするべき。
- 本協議会は、社会保険医療協議会法でその組織構成や、審議・答申事項等を法定されており、医療保険制度を構成する当事者である支払側委員と診療側委員、そして公益委員が、医療の実態や医療保険財政等の状況を十分考慮しつつ、診療報酬改定の責任を果たしてきた。
診療報酬改定は、基本方針に沿って、診療報酬本体、薬価及び特定保険医療材料価格の改定を一体的に実施することにより、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられるよう、医療費の適切な配分を行うものである。そのために、本協議会においては、これまで医療制度全体を見渡す幅広い観点から、膨大な時間を費やしデータに基づいた真摯な議論を積み重ね、診療報酬改定に取り組んできており、これからもそのように取り組み続けていく。
- 厚生労働大臣におかれては、これまでの本協議会の議論を踏まえ、令和2年度予算編成に当たって、診療報酬改定に係る改定率の設定に関し適切な対応を求めるものである。
- また、我が国の医療が抱える様々な課題を解決するためには、診療報酬のみならず、都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金の活用や予防・健康づくりの取組など、幅広い医療施策を講じていく必要があり、この点についても十分な配慮が行われるよう望むものである。