

中央社会保険医療協議会 総会（第 442 回） 議事次第

令和元年12月18日(水) 保険医療材料専門部会終了後～  
於 全国都市会館2階大ホール

議 題

- 横断的事項（その4）について
- 調剤報酬（その4）について
- 個別事項（その14）について
- 令和2年度保険医療材料制度改革の骨子（案）について
- 国家戦略特区における離島・へき地以外での遠隔服薬指導への対応について
- 令和2年度診療報酬改定の改定率等について

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時:令和元年12月18日(水) 保険医療材料専門部会終了後  
会場:全国都市会館 大ホール(2階)

速記

中医協関係者

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

中医協関係者

田村	半田	吉川
----	----	----

医療指導監査室長	歯科医療管理官	保険医療企画調査室長	医療技術評価推進室長	医療課長	薬剤管理官	総務課長	医療介護連携政策課長	調査課長	調査課数理企画官	医政局総務課長	労働基準局医療労働企画官	看護サージス推進室長	医政局看護課	総務課長	医薬・生活衛生局 総務課 医薬情報室長	医薬・生活衛生局 総務課 医薬情報室長
----------	---------	------------	------------	------	-------	------	------------	------	----------	---------	--------------	------------	--------	------	---------------------------	---------------------------

厚生労働省

厚生労働省

関係者席

関係者席

関係者席・日比谷クラブ

日比谷クラブ

一般傍聴席

一般傍聴席・厚生労働記者会

# 横断的事項（その4）

（ICTの利活用③、情報共有・連携③）

# 横断的事項（その4）

## 1. 医療におけるICTの利活用について（その3）

- オンライン診療料の実施方法について
- かかりつけ医と連携した場合のオンライン診療について
- その他の事項

## 2. 情報共有・連携について（その3）

- 患者の緊急時等における診療情報提供について

# 1. 医療におけるICTの活用について

- オンライン診療料の実施方法について
  - ・ 全体に係る要件
  - ・ 医療資源が少ない地域における要件
  - ・ 在宅医療における要件
- かかりつけ医と連携した場合のオンライン診療について
- その他の事項

# 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]

- 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。
- 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ただければよい。
- 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。
- 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。
- 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]

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

### [オンライン診療料が算定可能な患者]

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

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

# オンライン医学管理料の新設

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

## (新) オンライン医学管理料 100点(1月につき)

### [算定要件]

- (1) オンライン医学管理料の対象となる管理料を算定している患者に対し、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる医学管理を行った場合に、前回対面受診月の翌月から今回対面受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、次回対面受診時に所定の管理料に合わせて算定。
- (2) 対面診療で管理料等を算定する月においては、オンライン医学管理料は算定できない。
- (3) 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- (4) 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- (5) オンライン診察による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。また、当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

### [施設基準]

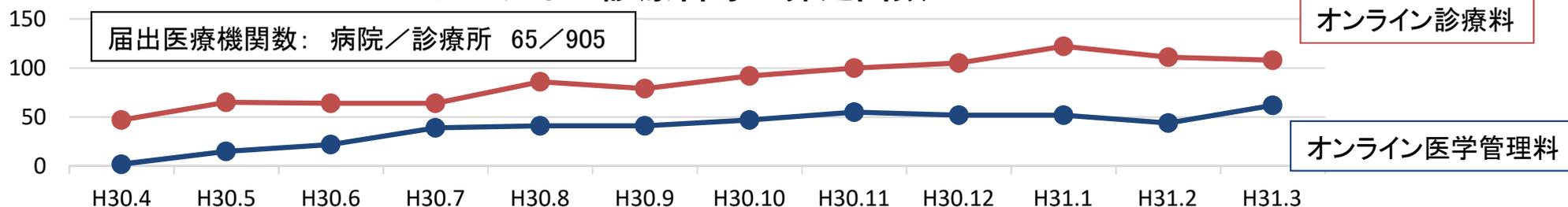
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

### [オンライン医学管理料が算定可能な患者]

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

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

## オンライン診療料等の算定回数



# オンライン診療料を算定できない患者が満たせない要件

中医協 総-2  
元. 11. 8

- 治療上の必要性のためオンライン診療の適応となり得るが、診療報酬の要件を満たせないために算定できない患者について、満たせない要件をみると、「緊急時に概ね30分以内に対面診療が可能であること」を満たせない患者が最も多かった。

治療上の必要性のためオンライン診療の適応となり得るが  
「診療報酬の要件を満たせないために算定できない患者」について  
満たせない要件ごとの患者数

患者数(人)

	平均値	標準偏差	中央値
① オンライン診療料の対象となる管理料を算定していること	8.5	15.4	0.0
② 初診から6月以上（又は直近12月で6回以上）同一医師による対面診療が必要であること	3.8	7.9	0.0
③ ②の実績を有する医師がオンライン診療を行う必要があること	1.0	3.7	0.0
④ 3月ごとに対面診療を行うこと	3.5	13.3	0.0
⑤ 緊急時に概ね30分以内に対面診療が可能であること	12.7	53.0	0.0
⑥ オンライン診療は対面診療を行った保険医療機関内で行う必要があること	1.0	5.3	0.0
⑦ オンライン在宅管理料が在宅時医学総合管理料の月1回訪問診療を行っている場合に限った加算であること	2.7	9.0	0.0
⑧ その他	0.3	1.0	0.0
施設数（診療所）	32施設		

【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」(施設票)(速報値)

○ オンライン診療料の届出施設 1,281施設、未届出施設 1,000施設について、それぞれ1施設当たり、オンライン診療を受診している患者3名、オンライン診療を受診していない患者2名を対象として調査を実施。

# 緊急時の対応に係る要件について

- 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、対面診療と適切に組み合わせて日常的な診療として行い得る範囲として、「緊急時に概ね30分以内に対面診療が可能な体制を有していること」が要件とされた。

■ 当該要件は、オンライン診療の対象患者を一定の範囲に限定するとともに、緊急時に当該医療機関が対応することを求めているが、通常、緊急時は必要に応じて救急病院等を受診することも想定されることから、当該要件の趣旨を明確にしつつ、緊急時の対応と分けて整理する必要があるのではないか。

## オンライン診療料の施設基準

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。

### 【参考】 疑義解釈資料(平成30年3月30日付け事務連絡)

- (問) 区分番号「A003」オンライン診療料に係る施設基準において、「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。」とあるが、算定対象となる患者に対して、厳密に30分以内に診察できる体制がなければ、施設基準の要件を満たさないのか。
- (答) 「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」とは、日常的に通院・訪問による診療が可能な患者を対象とするものであればよい。

## (参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針(令和元年7月一部改訂)

### 【基本的理念】

- 患者の急変などの緊急時等で、オンライン診療の実施が適切でない状況になった場合においても、患者の安全が確保されるよう、医師は、必要な体制を確保しなければならない。

### 【オンライン診療の提供に関する事項】

#### (最低限遵守する事項)

- オンライン診療を実施する都度、医師が医学的な観点から実施の可否を判断し、オンライン診療を行うことが適切でないと判断した場合はオンライン診療を中止し、速やかに適切な対面診療につなげること。
- 離島など、急変時の対応を速やかに行うことが困難になると想定される場合については、急変時の対応について、事前に関係医療機関との合意を行っておくべきである。
- 医師がオンライン診療を行っている間、患者の状態について十分に必要な情報が得られていると判断できない場合には、速やかにオンライン診療を中止し、直接の対面診療を行うこと。
- 患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと。

# 事前の対面診療に係る要件について

○ 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、一定期間の継続的な通院で医師－患者関係を構築し、事前に患者の状態を十分把握してオンライン診療を実施することを趣旨として、「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」ことを要件とした。

- 当該要件は基本的には毎月の通院(例1)を想定しているが、過去一年間で6回以上の通院があればよいこととしており、直近の対面診療がない場合(例2)も要件を満たし得る。このような場合については、患者の状態把握の観点から適切とはいえないのではないか。
- 他方で、直近の数ヶ月は安定して通院できている場合(例3)も既に要件を満たしていることから、例えば直近3月に対面診療を行っており、患者の状態を適切に把握できている場合については、必ずしも6回以上の通院を求めなくてもよいのではないか。

## 通院頻度とオンライン診療の要件の関係

○：通院

	12月前	11月前	10月前	9月前	8月前	7月前	6月前	5月前	4月前	3月前	2月前	1月前	オンライン 実施要件
例1							○	○	○	○	○	○	該当
例2	○	○	○	○	○	○							
例3	○	○		○						○	○	○	

### (参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針 (令和元年7月一部改訂)

#### 【基本理念】

○ 日頃より直接の対面診療を重ねている等、オンライン診療は医師と患者に直接的な関係が既に存在する場合に限って利用されることが基本であり、原則として初診は対面診療で行い、その後も同一の医師による対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる。

#### 【オンライン診療の提供に関する事項】

##### (最低限遵守する事項)

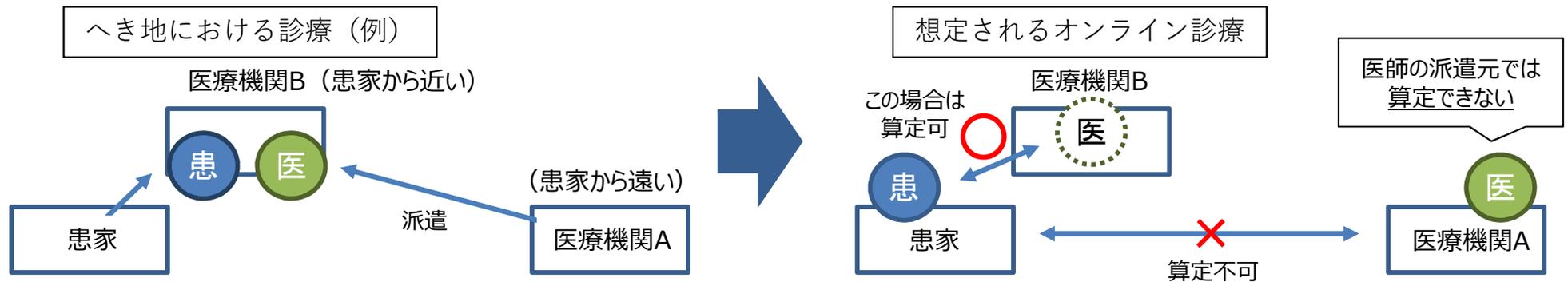
- 初診は、原則として直接の対面による診療を行うこと。
- 例外として、患者がすぐに適切な医療を受けられない状況にある場合などにおいて、患者のために速やかにオンライン診療による診療を行う必要性が認められるときは、オンライン診療を行う必要性・有効性とそのリスクを踏まえた上で、医師の判断の下、初診であってもオンライン診療を行うことは許容され得る。ただし、この場合であっても、オンライン診療の後に、原則、直接の対面診療を行うこと。

- オンライン診療料の実施方法について
  - ・ 全体に係る要件
  - ・ 医療資源が少ない地域における要件
  - ・ 在宅医療における要件
- かかりつけ医と連携した場合のオンライン診療について
- その他の事項

# 医師の所在に係る要件について

- オンライン診療料の要件において、医師はオンライン診療を「当該(届出を行い一定期間対面診療を行っている)保険医療機関内において行う」とされている。

■ 離島、へき地等において、医師が定期的に派遣先の医療機関で対面診療を行うような場合、当該要件を満たすことが困難と考えられるため、柔軟な活用が可能となるよう要件を見直してはどうか。



## (参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針 (令和元年7月一部改訂)

### 【オンライン診療の提供体制に関する事項】

(考え方)

- 医師は、必ずしも医療機関においてオンライン診療を行う必要はないが、騒音のある状況等、患者の心身の状態に関する情報を得るのに不適切な場所でオンライン診療を行うべきではない。
- また、診療の質を確保する観点から、医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制を確保しておくべきである。
- また、オンライン診療は患者の心身の状態に関する情報の伝達を行うものであり、当該情報を保護する観点から、公衆の場でオンライン診療を行うべきではない。
- 責任の所在を明らかにするためにも、医師は医療機関に所属しているべきである。

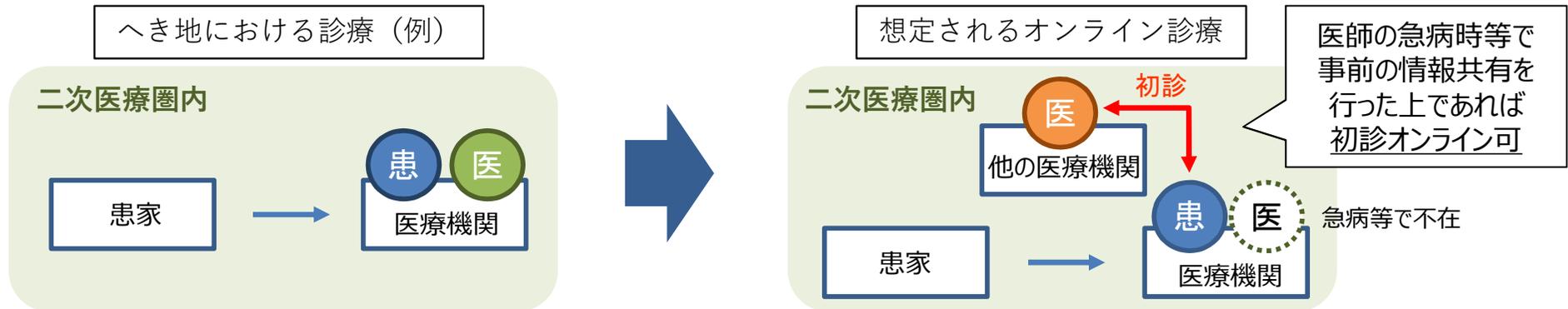
(最低限遵守する事項)

- オンライン診療を行う医師は、医療機関に所属し、その所属を明らかにしていること。
- 第三者に患者の心身の状態に関する情報の伝わることのないよう、医師は物理的に外部から隔離される空間においてオンライン診療を行わなければならない。
- 医師は、騒音により音声聞き取れない、ネットワークが不安定であり動画が途切れる等、オンライン診療を行うに当たり適切な判断を害する場所でオンライン診療を行ってはならない。
- オンライン診療を行う際は、診療録等、過去の患者の状態を把握しながら診療すること等により、医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制を整えなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合には、この限りでない。

# 離島・へき地等における事前の対面診療について

○ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、離島・へき地などで医師の急病時等やむを得ない場合に限り、患者の同意と事前の医療情報の共有を行った上で、二次医療圏内の他の医療機関の医師が初診からオンライン診療を行うことが可能とされた。

■ 現在、当該診療において算定可能な項目はないが、保険診療上の扱いをどのように考えるか。



(参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針 (令和元年7月一部改訂)

【オンライン診療の提供に関する事項】  
(最低限遵守する事項)

- 離島・へき地など医師、医療機関が少ない地域において、地域の患者を診療する医療機関の常勤の医師が1人のみであることや非常勤の医師が交代勤務をしていることにより、これらの医師の急病時等に診療を行うことができない時は、代診を立てることが原則であるが、代診を立てられないこと等により当該医療機関の患者の診療継続が困難となる場合において、二次医療圏内における他の医療機関が初診からオンライン診療を行うことは、iv (※) に該当し可能であること。ただし、対象となる患者は、診療継続が困難となった医療機関において、既に対面診療を受けたことがある患者であること、当該医療機関は患者からオンライン診療を行うことについて同意を得ること、及びオンライン診療を実施する医療機関とあらかじめ医療情報を共有することが必要である。なお、この場合においては、オンライン診療の後の対面診療は、既に対面診療を受けている医療機関で実施すること。

(※) 参考

- ii 初診は、原則として直接の対面による診療を行うこと。
- iii 急病急変患者については、原則として直接の対面による診療を行うこと。なお、急病急変患者であっても、直接の対面による診療を行った後、患者の容態が安定した段階に至った際は、オンライン診療の適用を検討してもよい。
- iv ii 及び iii の例外として、患者がすぐに適切な医療を受けられない状況にある場合などにおいて、患者のために速やかにオンライン診療による診療を行う必要性が認められるときは、オンライン診療を行う必要性・有効性とそのリスクを踏まえた上で、医師の判断の下、初診であってもオンライン診療を行うことは許容され得る。ただし、この場合であっても、オンライン診療の後に、原則、直接の対面診療を行うこと。

- オンライン診療料の実施方法について
  - ・ 全体に係る要件
  - ・ 医療資源が少ない地域における要件
  - ・ 在宅医療における要件
- かかりつけ医と連携した場合のオンライン診療について
- その他の事項

# オンライン在宅管理料の新設

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

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

[算定要件]

- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

[施設基準]

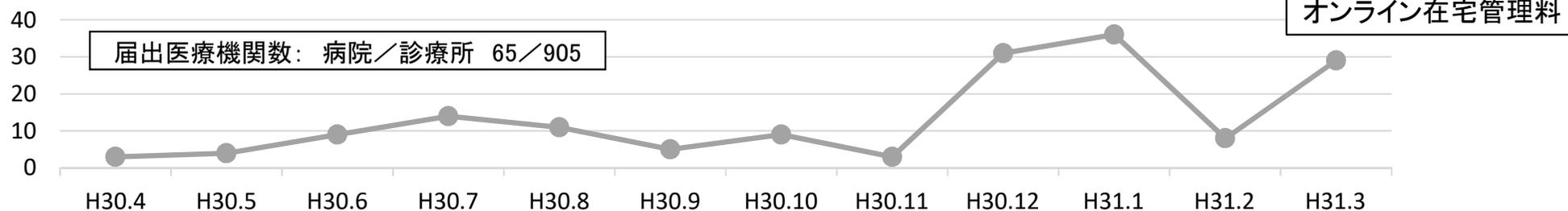
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

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



## オンライン在宅管理料の算定回数



# 在宅医療に係る要件について

○ オンライン在宅管理料の以下の要件について、それぞれどのように考えるか。

## 訪問診療料の算定回数について

在宅時医学総合管理料の点数  
(例: 機能強化型以外の在支診・在支病の場合)

オンライン在宅管理料  
100点/月(加算)

		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者以外	
単一建物 診療患者	1人	4,600点	3,700点	2,300点
	2~9人	3,780点	2,000点	1,280点
	10人以上	2,400点	1,000点	680点

## 連続3月の算定について

### 【算定要件】

- ・ 連続する3月は算定できない(告示)
- ・ 連続する3月の間に対面診療が1度も行われなかった場合は、算定することはできない(通知)

## チームで診療を行う場合について

### 【算定要件】

- ・ オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。

○ オンライン在宅管理料は「月1回訪問」の場合の加算であり、例えば、月2回訪問のうち1回をオンラインで行うことを想定。

○ しかし、月3回以上訪問するケースで、そのうち1回をオンラインで行う場合に算定することはできない。



■ 月2回以上訪問を行う場合についても、同様の評価を設けてはどうか。

○ オンライン在宅管理料は在宅時医学総合管理料の加算であり、対面診療が行われないことは想定されない。



■ 当該要件は削除してはどうか。

○ 指針では、チーム診療を行う場合、全ての医師が対面診療を行っていない場合でも差し支えない。



■ 指針に合わせて要件を見直してはどうか。

(参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針 (令和元年7月一部改訂)

### 【オンライン診療の提供に関する事項】 (最低限遵守する事項)

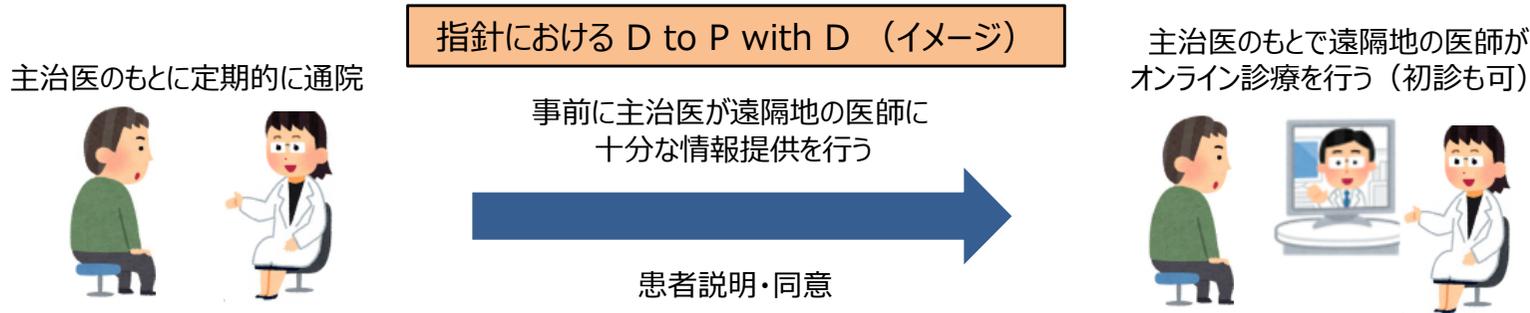
- 原則として、オンライン診療を行う全ての医師は、直接の対面診療を経た上でオンライン診療を行うこと。
- ただし、在宅診療において複数の医師が交替で対応する仕組みが構築されている場合や複数の診療科の医師がチームで診療を行う場合などにおいて、複数医師が関与することについて診療計画で明示しており、いずれかの医師が直接の対面診療を行っている場合は、全ての医師について直接の対面診療が行われていなくとも、これらの医師が交代でオンライン診療を行うこととして差し支えない。

- オンライン診療料の実施方法について
  - ・ 全体に係る要件
  - ・ 医療資源が少ない地域における要件
  - ・ 在宅医療における要件
- かかりつけ医と連携した場合のオンライン診療について
- その他の事項

# かかりつけ医と連携して行うオンライン診療について

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、患者が医師という場合のオンライン診療（D to P with D）として、希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患である場合等について、事前に十分な情報提供を行い主治医等のもとで実施する場合に限り、遠隔地の医師が初診からオンライン診療を行うことを可とされた。

■ 現在、当該診療において算定可能な項目はないが、例えば難病等の希少疾病の管理料について、当該診療を行った場合の評価を設けてはどうか。



## (参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針 (令和元年7月一部改訂)

### 【オンライン診療の提供に関する事項】

- 患者が医師という場合のオンライン診療（以下「D to P with D」という。）において、情報通信機器を通じて診療を行う医師は、患者という医師から十分な情報が提供されている場合は、初診であってもオンライン診療を行うことが可能であること。

### 【オンライン診療の提供体制に関する事項】

#### (患者が医師という場合のオンライン診療)

- オンライン診療の形態の一つとして、患者が主治医等の医師という場合に行うオンライン診療である D to P with D がある。D to P with D において、情報通信機器を用いて診療を行う遠隔地にいる医師は、事前に直接の対面診療を行わずにオンライン診療を行うことができ、主治医等の医師は、遠隔地にいる医師の専門的な知見・技術を活かした診療が可能となるもの。ただし、患者の側にいる医師は、既に直接の対面診療を行っている主治医等である必要があり、情報通信機器を用いて診療を行う遠隔地にいる医師は、あらかじめ、主治医等の医師より十分な情報提供を受けること。
- 診療の責任の主体は、原則として従来から診療している主治医等の医師にあるが、情報通信機器の特性を勘案し、問題が生じた場合の責任分担等についてあらかじめ協議しておくこと。

#### (情報通信機器を用いた遠隔からの高度な専門性を有する医師による診察・診断等)

- 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患であることや遠方からでは受診するまでに長時間を要すること等により、患者の早期診断のニーズを満たすことが難しい患者を対象に行うこと。
- 患者は主治医等の患者の状態を十分に把握している医師とともに、遠隔地にいる医師の診療を受けること。また、患者の側にいる主治医等の医師と遠隔地にいる医師は、事前に診療情報提供書等を通じて連携をとっていること。

- オンライン診療料の実施方法について
  - ・ 全体に係る要件
  - ・ 医療資源が少ない地域における要件
  - ・ 在宅医療における要件
  - ・ その他の算定要件
- かかりつけ医と連携した場合のオンライン診療について
- その他の事項

# オンライン診療における薬剤の処方について

- オンライン診療における薬剤処方について、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」においては、離島・へき地等に限り、発症が容易に予測される新たな症状への処方を可能としている。

■ 診療計画に基づく同一の疾患に対する診療であって、症状変化に対して必要な薬剤を処方する場合について、指針の記載を踏まえ、どのように考えるか。

## オンライン診療料の算定要件

- ・ 診療計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン診療料は算定できない。

## オンライン診療における薬剤処方の可否

	診療計画と同一の疾患		新たな疾患等
	症状不変	症状変化あり (発症が容易に予測される新たな症状)	
指針	○	○ 〔離島・へき地、在宅診療等において、 予め診療計画に記載している場合に限る〕	× (対面診療が必要)
診療報酬	○ 〔基本的に前回と 同一の処方〕	不明確	× (対面診療が必要)

### (参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針 (令和元年7月一部改訂)

【オンライン診療の提供に関する事項】  
(最低限遵守する事項)

- 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とするが、患者の心身の状態の十分な評価を行うため、原則として、新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、直接の対面診療に基づきなされること。ただし、在宅診療、離島やへき地等、速やかな受診が困難である患者に対して、発症が容易に予測される症状の変化に医薬品を処方することは、その旨を対象疾患名とともにあらかじめ診療計画に記載している場合に限り、認められる。ただし、新たな症状の変化に対しては、その経過を対面診療した際に確認すること。

# オンライン医学管理料の算定方法について

○ 現在、オンライン診療料は診療を行った月ごとに算定できるが、オンライン医学管理料はオンライン診療を行った月には算定できず、次回の対面診療を行った月に、その月と前回の対面診療の月の間隔が2月以内の場合に限り、算定可能となっている。

■ 現行の要件では、例えば、受診の延期で月をまたぎ、前回の対面診療との間隔が2月以上空いた場合、医学管理料が算定不可となることから、算定のタイミングを診療の月ごととすることとしてはどうか。

## オンライン診療料の算定要件

- オンライン医学管理料は、前回の対面診療による受診月の翌月から今回の対面診療による受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、対面診療による受診月に算定できる。

## オンライン診療料の算定のタイミング

○対面診療 ●オンライン診療

	1～6月目	7月目	8月目	9月目	10月目	11月目	12月目
診療	○	●	●	○	●	●	○
算定		算定	算定		算定	算定	

診療を行った月に算定する

## オンライン医学管理料の算定のタイミング

○対面診療 ●オンライン診療

		1～6月目	7月目	8月目	9月目	10月目	11月目	12月目
例1	診療	○	●	●	○	●	●	○
	算定				算定			算定
例2	診療	○	●	●		○	●	●
	算定					算定不可		

対面診療の間隔が2月以内の場合に限り算定可

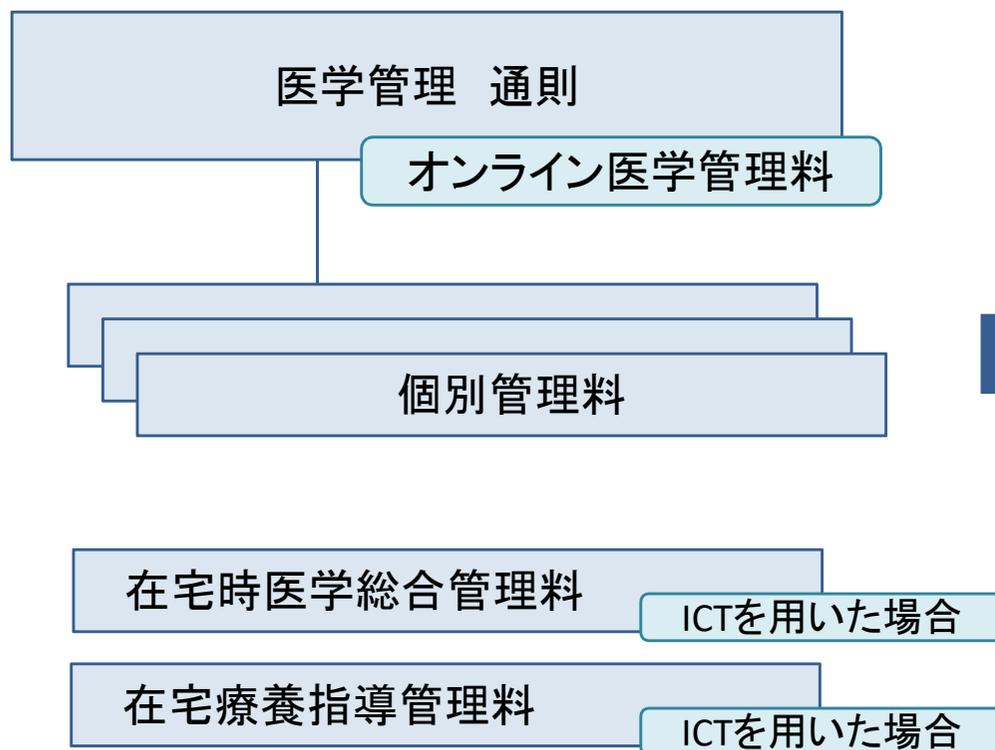
受診の延期等で2月以上空いた場合算定不可

# 情報通信機器を用いた医学管理の位置付けについて

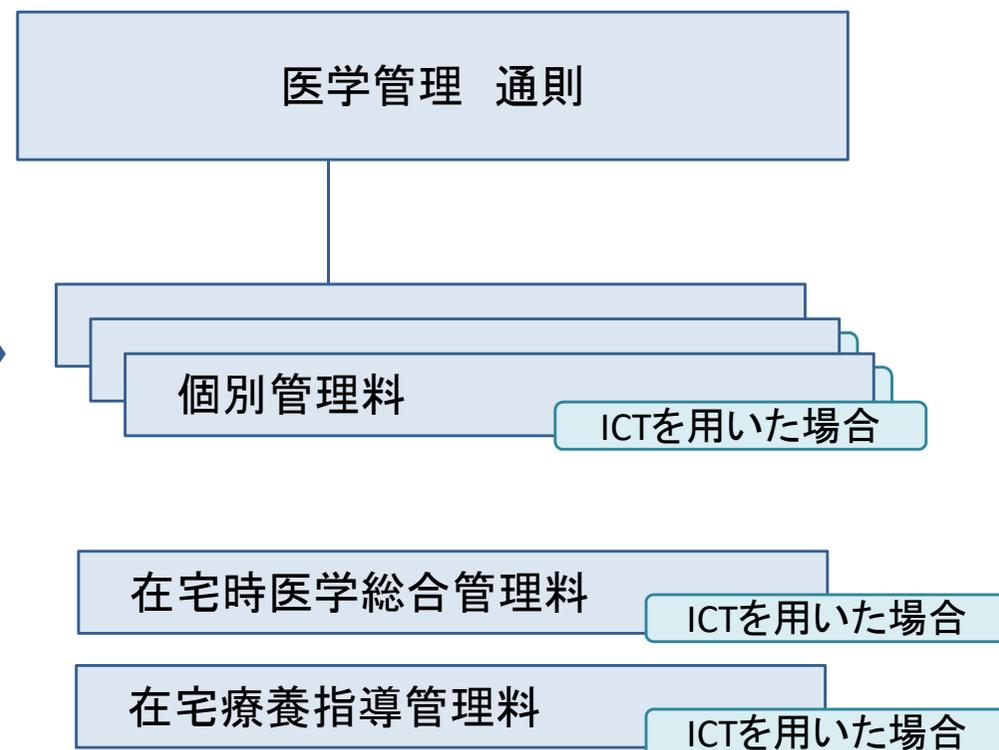
- 現在、情報通信機器を用いた診察を組み合わせた医学管理をオンライン医学管理料として評価しており、当該管理料は医学管理の通則に位置付けられている。
- 一方、在宅医療における情報通信機器の活用は、在宅時医学総合管理料の加算(オンライン在宅管理料)として評価しており、また、在宅療養指導管理料における活用(遠隔モニタリング)も、当該管理料の加算として評価している。

■ 医学管理における評価についても、各管理料における「情報通信機器を用いた場合」の評価として、個別に位置付けることとしてはどうか。

## 【現状】



## 【見直しのイメージ】



- 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

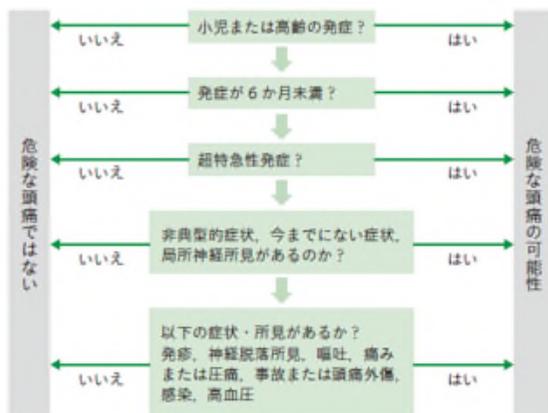
(慢性頭痛診療における遠隔医療の有用性)

- 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



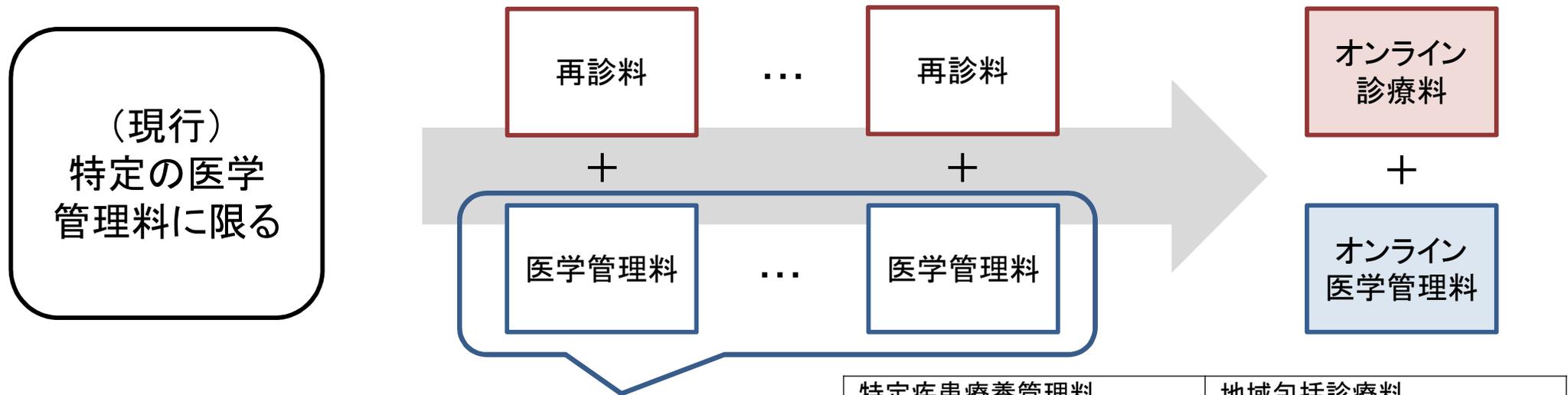
### 神経画像検査の必要性の判断



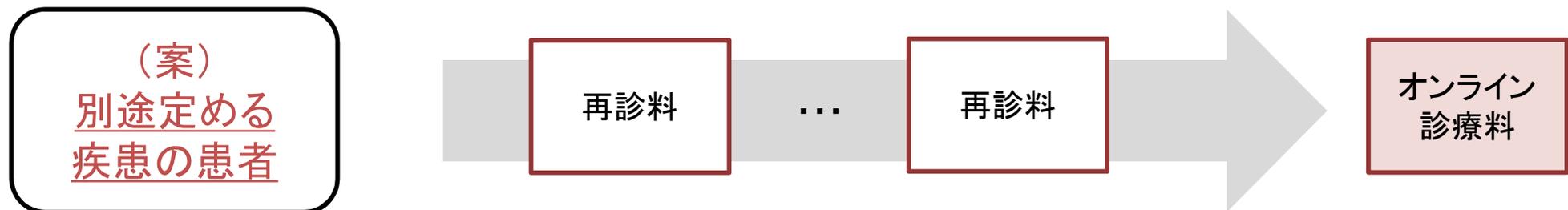
# 新たな対象疾患に係る算定のルールについて(案)

○ 現在、オンライン診療料の対象は、特定の医学管理料を算定している場合に限定されているが、慢性頭痛に対する医学管理の評価はない。

- オンライン診療料は、基本的に継続的な医学管理を行っている患者に対して行う診療の評価であることから、引き続き、特定の医学管理料を算定している場合に限定することを基本としてはどうか。
- 他方、オンライン診療の活用が安全・有効と考えられるが、医学管理の評価が存在しない疾患等については、適切な対象となるよう必要な要件を定めた上で、医学管理料とは別に位置付けてはどうか。



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



# オンライン診療に係る現状及び課題と論点

## 【論点】

- オンライン診療の実施要件のうち、事前の対面診療の期間等の全体に係る要件や、離島・へき地、在宅医療に係る要件について、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の記載や診療の実態等を踏まえた見直しを行ってはどうか。
- 患者のかかりつけ医と連携して、遠隔地にいる専門的な医師が初診からオンライン診療を行うことについて、難病等の希少疾病の管理料を算定する場合に限り、当該診療を行った場合の評価を設けてはどうか。
- その他、オンライン診療時の薬剤の処方や、算定ルール等の要件についても、指針や実態等を踏まえた見直しを行ってはどうか。

## 2. 情報共有・連携について

- 患者の緊急時等における診療情報提供について

# 電話等による再診（電話等再診）の概要

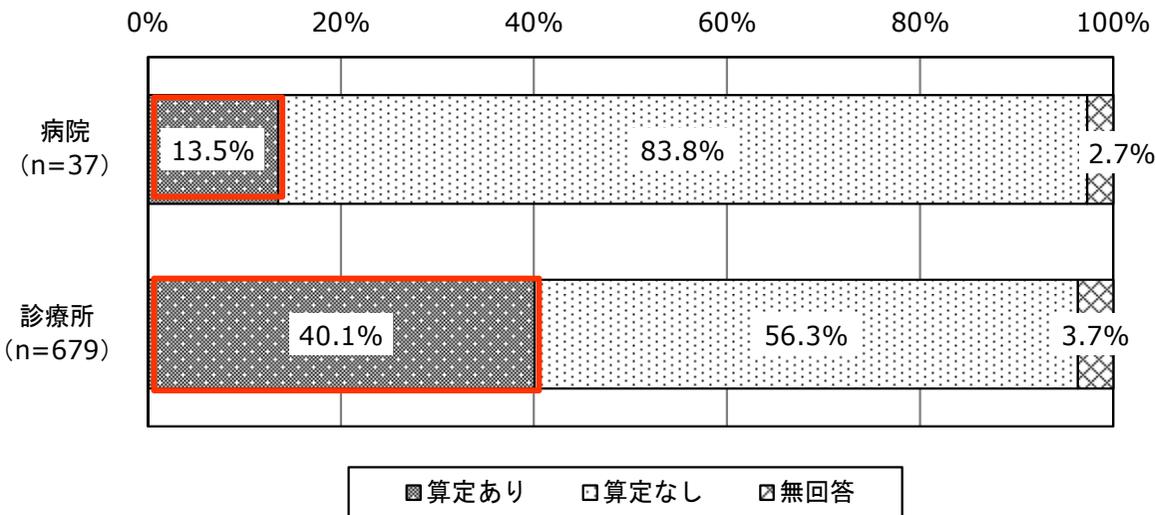
## A001 再診料 72点

(注9 電話等によるもの)

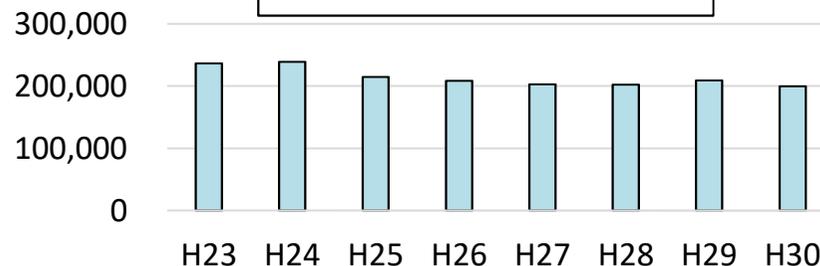
[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成30年3月31日以前に、3月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理を前提とした医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。
- (2) 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。
- (3) 当該再診料を算定する際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

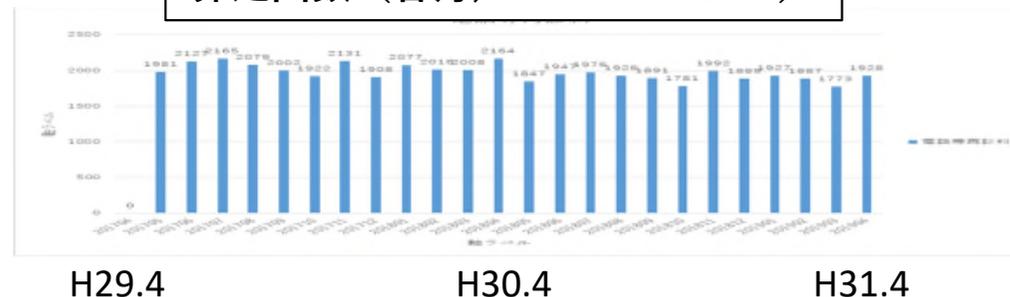
算定している割合（病院・診療所別）



算定回数（各年5月）



算定回数（各月／H29.4 - H31.4）



【出典】

社会医療診療行為別統計(5月診療分)、NDBデータ(各月診療分)

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」(施設票)

○ オンライン診療料の届出施設 1,281施設、未届出施設 1,000施設について、それぞれ1施設当たり、オンライン診療を受診している患者3名、オンライン診療を受診していない患者2名を対象として調査を実施。

# 電話等再診の明確化について

- 電話等による再診については、緊急時等で、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限り算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、平成30年度診療報酬改定において要件を見直した。
- 平成30年度以前に、電話等再診を算定して継続的なオンライン診療を行っていた患者については、一連の治療が終了するまでの間、引き続き電話等再診を算定できることとしている。

## 平成30年度改定前

再診料（電話等再診） 72点

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



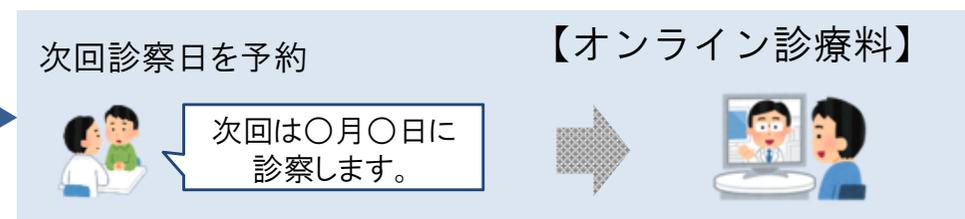
## 平成30年度改定後

(新) オンライン診療料 70点

+

(新) オンライン医学管理料 100点

日常的に実施する診療形態としてオンライン診療料を位置付け



再診料（電話等再診） 72点



電話等再診は、緊急時等の評価であることを明確化

### 【経過措置】

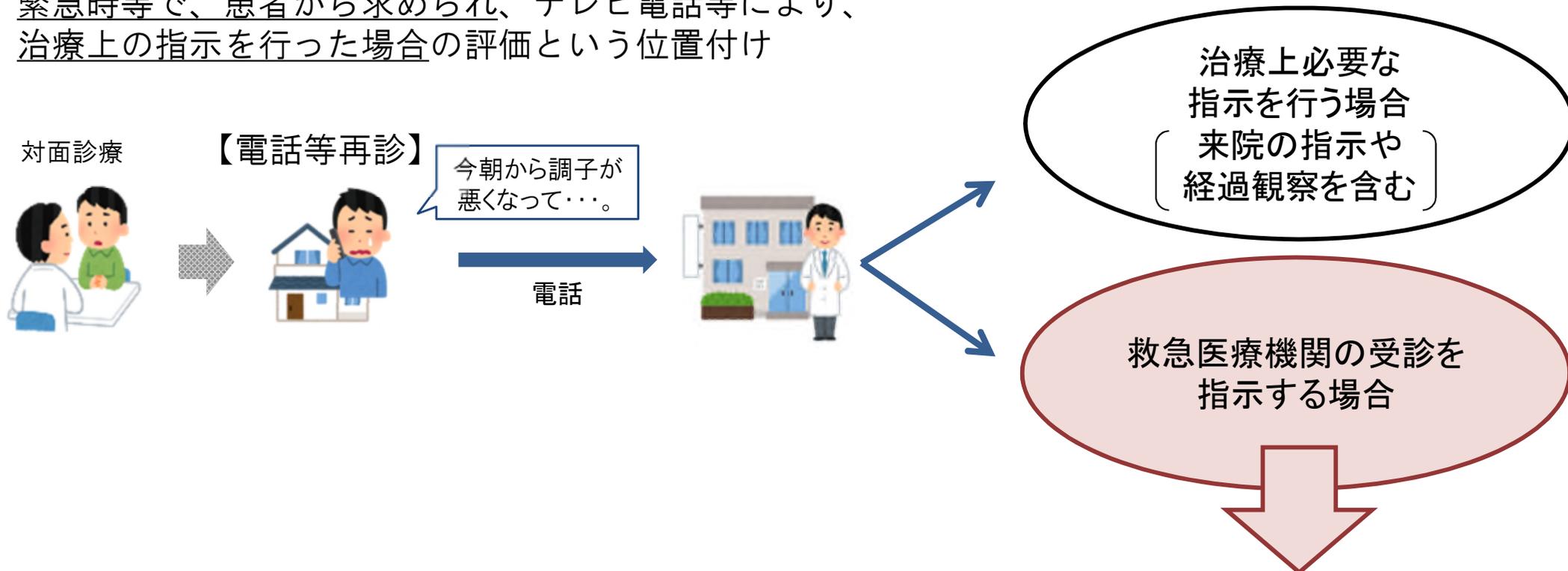
治療の継続性に配慮し、これまで「電話等再診」を算定して、テレビ電話等による診療を行っていた患者については、当面、引き続き「電話等再診」を算定できることとしている。

# 患者の緊急時等における情報提供について

- 緊急時等で患者からの連絡を受けた際に、治療上の判断から救急医療機関の受診を指示する場合がある。
- 救急医療機関の受診の指示を行ったのち、必要に応じて、受診先の医療機関に対して速やかに診療情報の提供を行うことがあるが、この場合に診療情報提供料は算定できない。

## 再診料(電話等再診) 72点

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



必要に応じて、受診先の医療機関に対して速やかに診療情報提供を行う場合があるが、この場合に診療情報提供料は算定できない

# 患者の緊急時等における診療情報提供に係る現状及び課題と論点

## 【現状及び課題】

(患者の緊急時等における診療情報提供について)

- 電話等による再診(電話等再診)は、緊急時等で、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限り算定が可能な再診料であり、当該項目を算定する場合に医学管理料は算定できない。
- 緊急時等で患者からの連絡を受けた際に、治療上の判断から救急医療機関の受診を指示した上で、受診先の医療機関に対して速やかに必要な診療情報の提供を行うことがあるが、電話等再診では医学管理料が算定できないことから、この場合の診療情報提供料は算定できない。



## 【論点】

- 緊急時等で患者からの連絡を受けて電話等再診を行う場合であって、患者に救急医療機関の受診を指示した上で、速やかに必要な診療情報提供を行う場合については、診療情報提供料を算定できることとしてはどうか。

# 調剤報酬 (その4)

# 調剤報酬（その4）

1. かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む対人業務
  - （1）同一薬局の利用推進
  - （2）対物業務から対人業務への構造的転換

# 調剤報酬（その4）

1. かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む対人業務
  - (1) 同一薬局の利用推進
  - (2) 対物業務から対人業務への構造的転換

# 同一薬局の利用推進について

## ➤ 中医協での論点（令和元年12月4日）

- 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、患者が同じ薬局を繰り返し利用することを推進する観点から、再度の来局の期間を6ヶ月から一定程度短縮することとしてはどうか。

## ➤ 中医協総会における指摘事項

- 再来局の期間が短い方が調剤の確認等の負担が軽減されると思われるので、短縮するのであれば評価の見直しも併せて確認すべき。また、集中率の高い薬局にますます集中しないよう実効性のあるものとするべき。
- 再来局期間を短縮するのであれば、患者の来局頻度を分析し、期間を設定するべき。
- 再来局期間の短縮が、患者にとって同一薬局を利用するインセンティブになるのか。53点から41点へ減算されることがいつもの薬局を利用することにつながるのか。
- お薬手帳を持参した患者の割合が50%以下の薬局は薬剤服用歴管理指導料の特例として13点を算定するが、このような薬局はどの程度存在するのか。その数が多くある場合、この点数について更なる見直しが必要ではないか。

# 同一薬局の利用推進のための対策

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

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

※薬剤服用歴管理指導料を算定する患者のうち、手帳を持参した患者が50%未満

## 薬剤服用歴管理指導料の算定状況

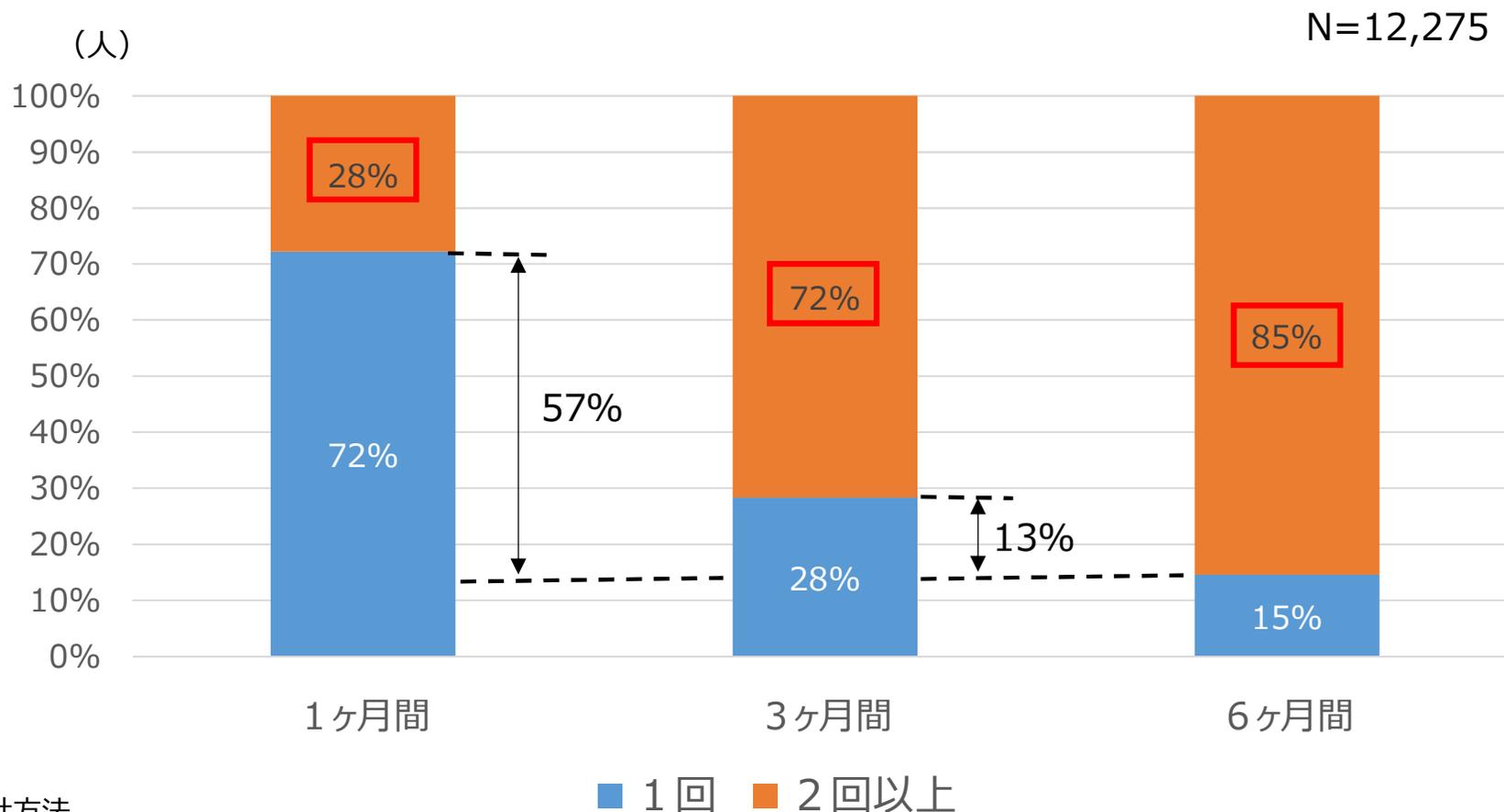
項目	点数	算定回数 (H30)	算定割合* (%)	
薬剤服用歴管理指導料	①6ヶ月以内にお薬手帳を持参して再来局した患者 (調剤基本料1のみ)	①41点	30,368,582	47.77
	②①以外の患者	②53点	32,546,667	51.20
	③特別養護老人ホーム入所者	③41点	656,012	1.03

\*薬剤服用歴管理指導料の算定回数に対する割合

# 一定期間内における患者の薬局への来局回数の割合

- 薬局を2回以上利用する患者の割合は、6ヶ月間では約85%、3ヶ月間では約72%、1ヶ月間では約28%であった。
- 仮に薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる来局期限を3ヶ月に短縮した場合では、約13%の患者については当該期間内（3ヶ月内）での来局回数は2回以上から1回になる。

## 期間別の薬局へのべ訪問回数の割合



※集計方法

平成30年4月に薬局で薬剤服用歴管理指導料を算定した患者（12,275人）について、1ヶ月以内、3ヶ月以内、6ヶ月以内に2回以上薬剤服用歴管理指導料を算定した患者数を集計

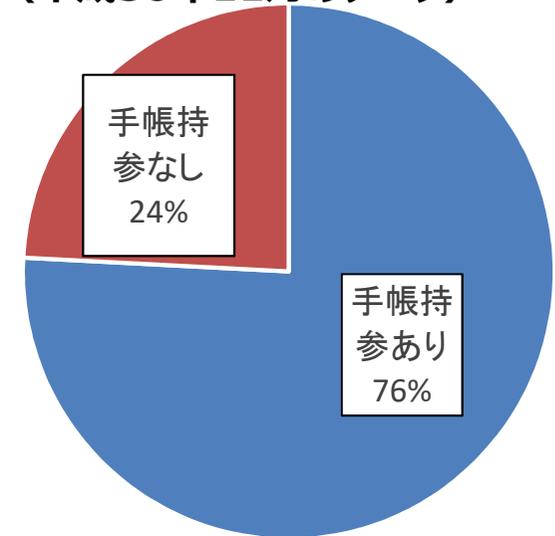
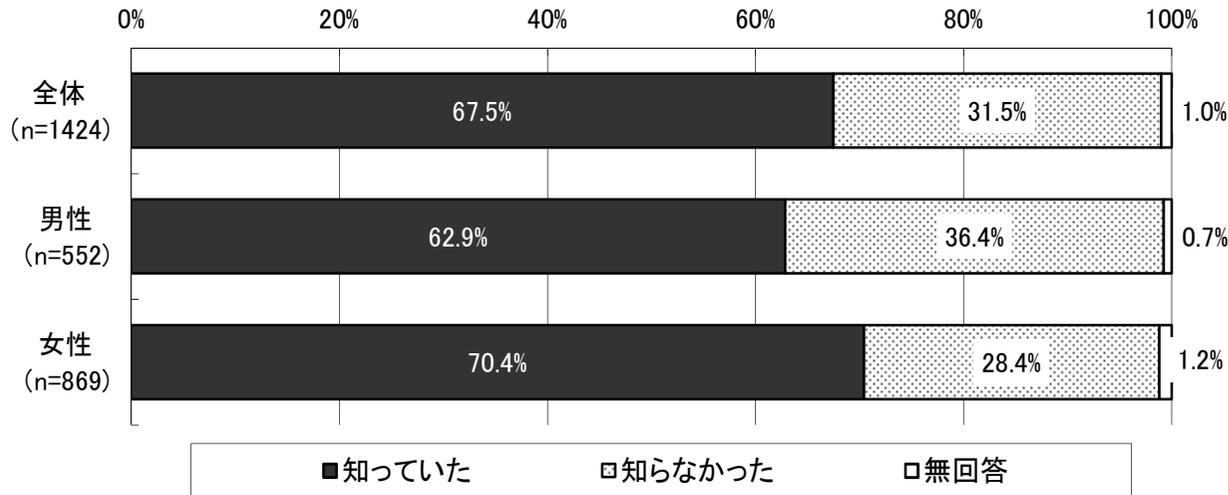
出典：NDBデータ（平成30年4月～9月調剤分）より医療課作成

# お薬手帳の活用状況

中 医 協 総 - 6  
元 . 5 . 1 5

- お薬手帳を持っていくと患者負担が少なくなることを約 7 割の患者が知っていた。
- 6ヶ月以内に同一薬局を再度来局した患者では、7割以上がお薬手帳を持参していた。

## お薬手帳を持っていくと患者負担が少なくなることの認知状況（男女別）<sup>1)</sup> 手帳の持参状況（6ヶ月以内に同一薬局に再度来局した患者）（平成30年11月のデータ）<sup>2)</sup>



## 薬剤服用歴管理指導料

### 【薬剤服用歴管理指導料】

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

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

1) 出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別集計（H29かかりつけ薬剤師調査）  
2) 出典：「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課）特別集計

# 薬局における対人業務の評価の充実⑤

## 薬剤服用歴管理指導料の特例

- 適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局に対する薬剤服用歴管理指導料の区分を新設する。

### (新) 薬剤服用歴管理指導料の特例

13点

なお、この場合において、薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない。

[施設基準]

適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。(※)

※ 6月以内に再度処方箋を持参した患者のうち、手帳を持参した患者の割合(6月以内に再度処方箋を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数うち、手帳を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数の割合)が50%以下である保険薬局

※ 前年3月1日から当年2月末日までの実績をもって該当性を判断し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。

※ 該当した場合であっても、直近3月間における実績により、50%を上回った場合には対象外とする。

	薬局数	算定回数
薬剤服用歴管理指導料の特例	— ※平成30年度中は経過措置あり	— ※平成30年度中は経過措置あり

出典：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分）

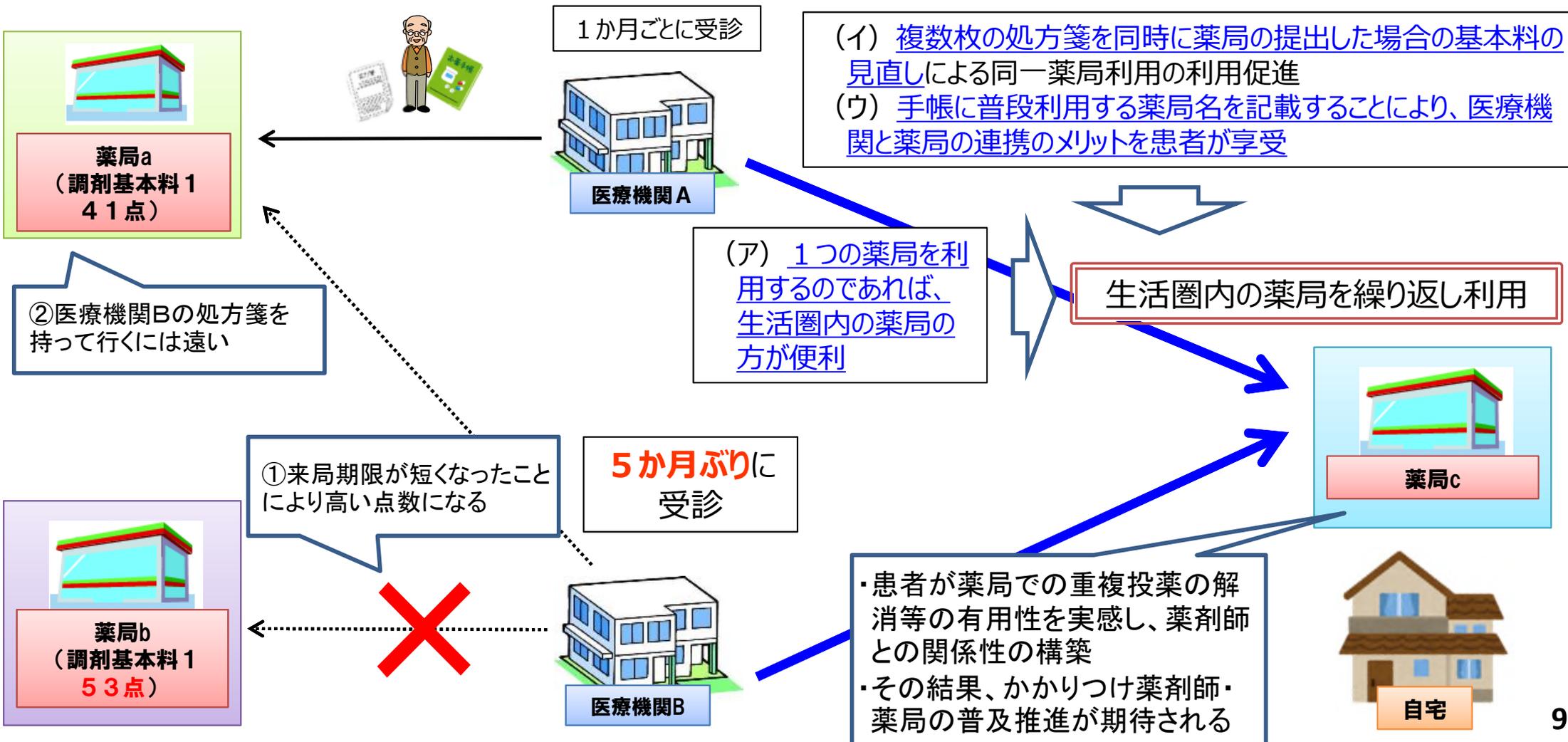
<参考> 抽出調査の結果 出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度かかりつけ薬剤師調査）

	薬局数 (n=1,097)
薬剤服用歴管理指導料の特例 (令和元年6月時点)	5 (約0.5%)

# 再来局期限の短縮等により期待される効果（イメージ）

- 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる来局期限を短くした場合、1つの薬局を利用する効果が期待される。
- さらに、複数枚の処方箋の提出時の基本料の取扱いの見直しなどにより、患者が生活圏内の薬局を利用し、重複投薬の解消等の有用性を実感することにより、薬剤師との関係性の構築等が期待される（右図）。

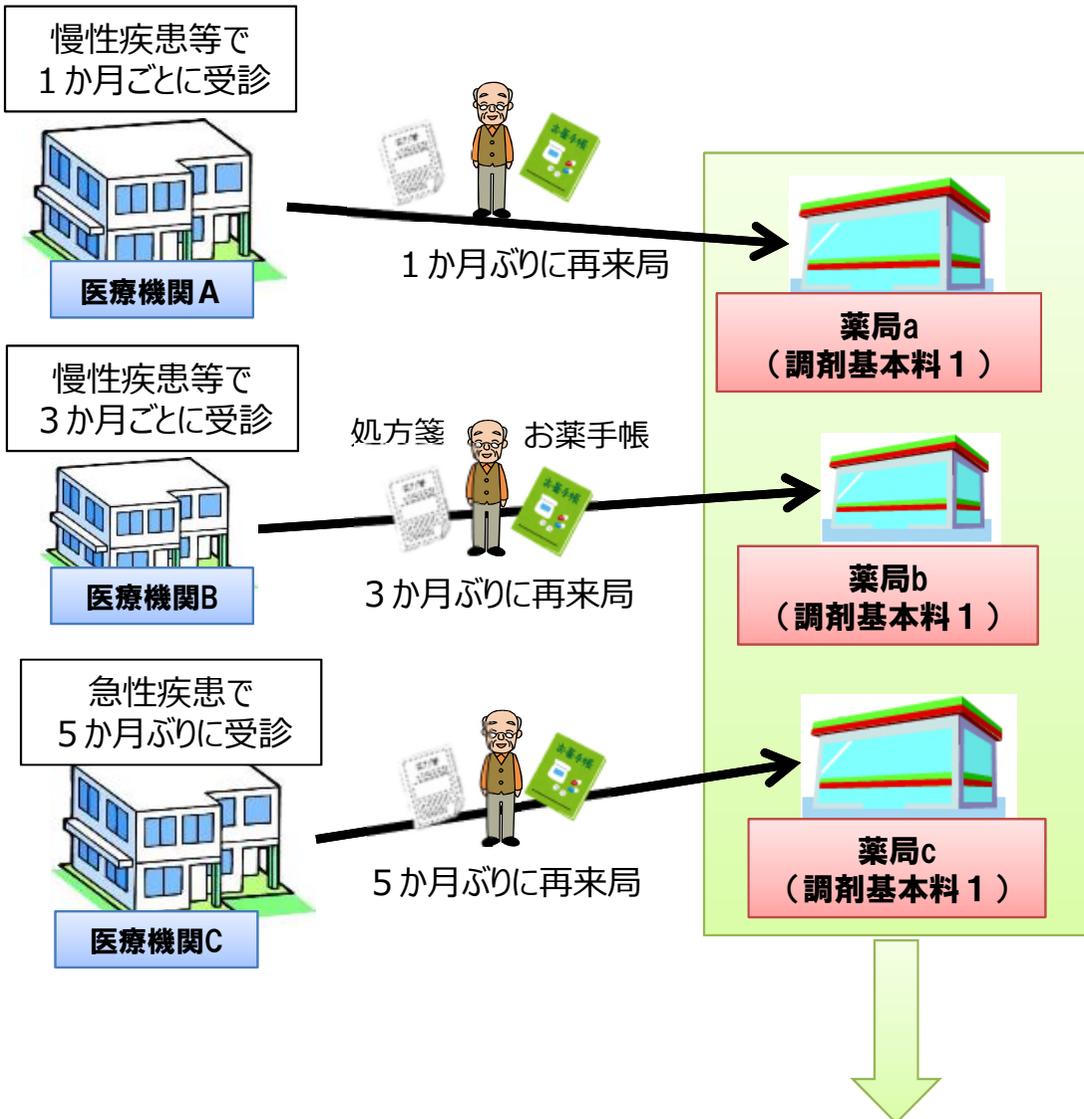
## 仮に来局期限が5ヶ月よりも短くなった場合



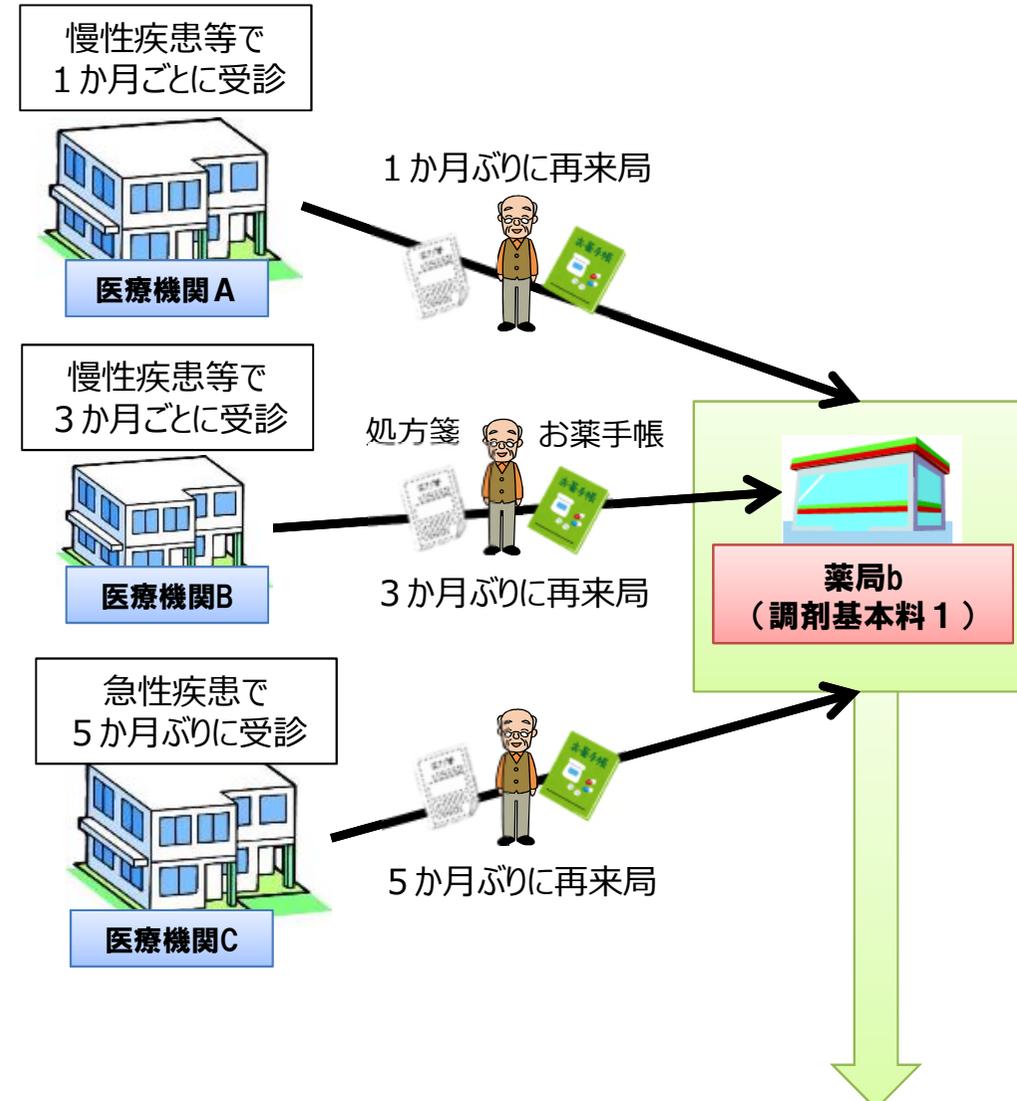
# 薬剤服用歴管理指導料の算定例（イメージ）

中医協 総 - 2  
元 . 1 2 . 4

## 複数の薬局を利用する場合



## 1つの薬局を利用する場合



いずれの場合も薬剤服用歴管理指導料の低い点数（41点）が算定される

# 同一薬局の利用推進について

## ➤ 中医協での論点（令和元年12月4日）

- 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、患者が同じ薬局を繰り返し利用することを推進する観点から、再度の来局の期間を6ヶ月から一定程度短縮することとしてはどうか。

## ➤ 中医協総会における指摘事項

- 再来局の期間が短い方が調剤の確認等の負担が軽減されると思われるので、短縮するのであれば評価の見直しも併せて確認すべき。また、集中率の高い薬局にますます集中しないよう実効性のあるものとするべき。
- 再来局期間を短縮するのであれば、患者の来局頻度を分析し、期間を設定するべき。
- 再来局期間の短縮が、患者にとって同一薬局を利用するインセンティブになるのか。53点から41点へ減算されることがいつもの薬局を利用することにつながるのか。
- お薬手帳を持参した患者の割合が50%以下の薬局は薬剤服用歴管理指導料の特例として13点を算定するが、このような薬局はどの程度存在するのか。その数が多くある場合、この点数について更なる見直しが必要ではないか。

## 【論点】

- 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、患者が同じ薬局を繰り返し利用することを推進する観点から、患者の薬局の来局頻度を踏まえつつ、再度の来局の期間を6ヶ月から一定程度短縮することとしてはどうか。

# 調剤報酬（その4）

1. かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む対人業務
  - (1) 同一薬局の利用推進
  - (2) 対物業務から対人業務への構造的転換

# 経済財政運営と改革の基本方針2019～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～ (令和元年6月21日閣議決定)

## ◆ 経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）

### (iv) 診療報酬・医薬品等に係る改革（抜粋）

調剤報酬について、2018年度診療報酬改定の影響の検証やかかりつけ機能の在り方の検討等を行いつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討する。 その際、医療機関及び薬局における調剤の実態や報酬体系を踏まえ、調剤料などの技術料について、2018年度診療報酬改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う。診療報酬等について、高齢者への多剤投与対策、生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の方針については引き続き検討を進める。

後発医薬品の使用促進について、安定供給や品質の更なる信頼性確保を図りつつ、2020年9月までの後発医薬品使用割合80%の実現に向け、インセンティブ強化も含めて引き続き取り組む。

# 令和2年度診療報酬改定の基本方針（主な薬局関連部分を抜粋）

- 基本方針では、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ことなどとされている。

## 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】

- 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。

## 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

- 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。
  - 院内薬剤師業務を適切に評価。

## 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

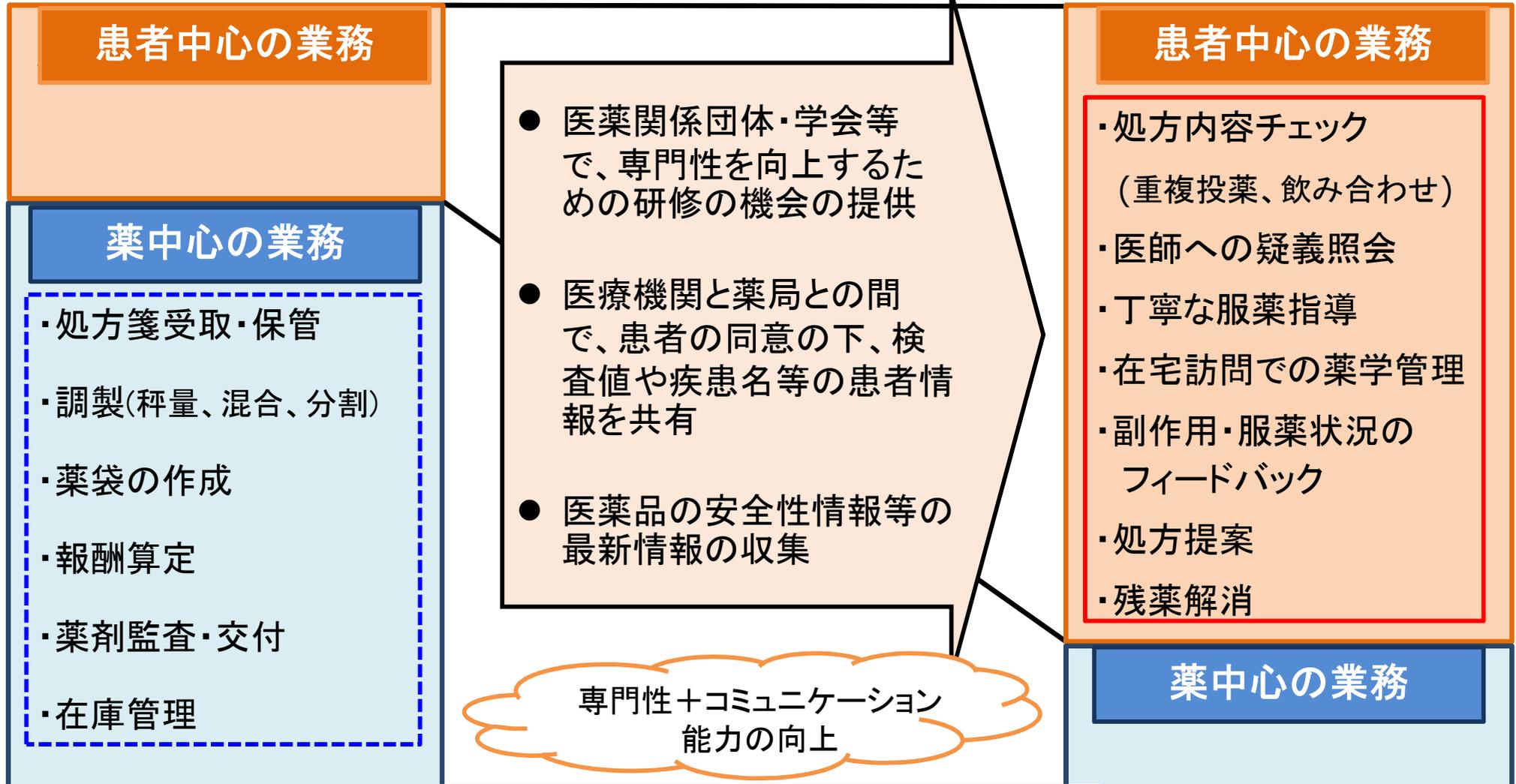
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
  - 患者の状態や、医療の内容、住まいの状況等を考慮し、効果的・効率的で質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療、訪問薬剤管理等の提供体制を確保。
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組
  - 医療機関間や医療機関と薬局等との連携、医科歯科連携、医療介護連携、栄養指導など、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等による多職種連携・協働の取組等を推進。
  - 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組を推進。

## 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

- 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。
- 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へ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。

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～



※赤枠及び青枠は医療課によるもの

# 令和2年度改定に向けた検討状況（調剤料①）

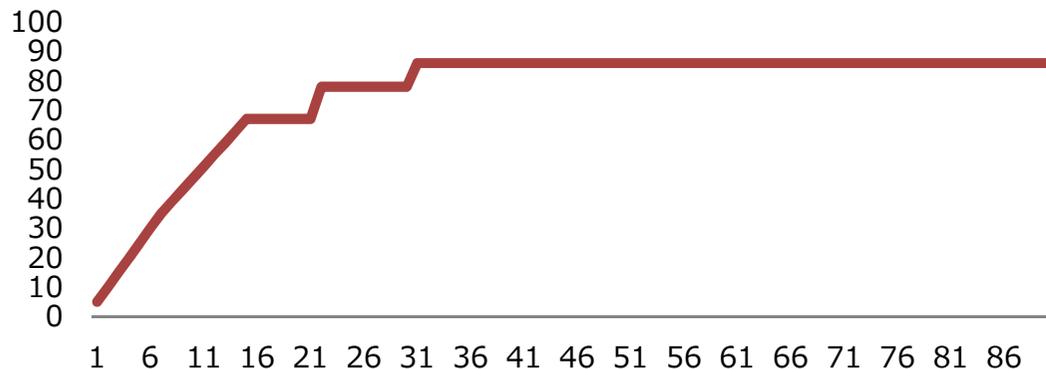
令和元年11月14日  
 経済・財政一体改革推進委員会  
 社会保障ワーキング・グループ資料2-1

➤ 中医協での論点（薬局における調剤業務という視点での検討（令和元年9月25日））

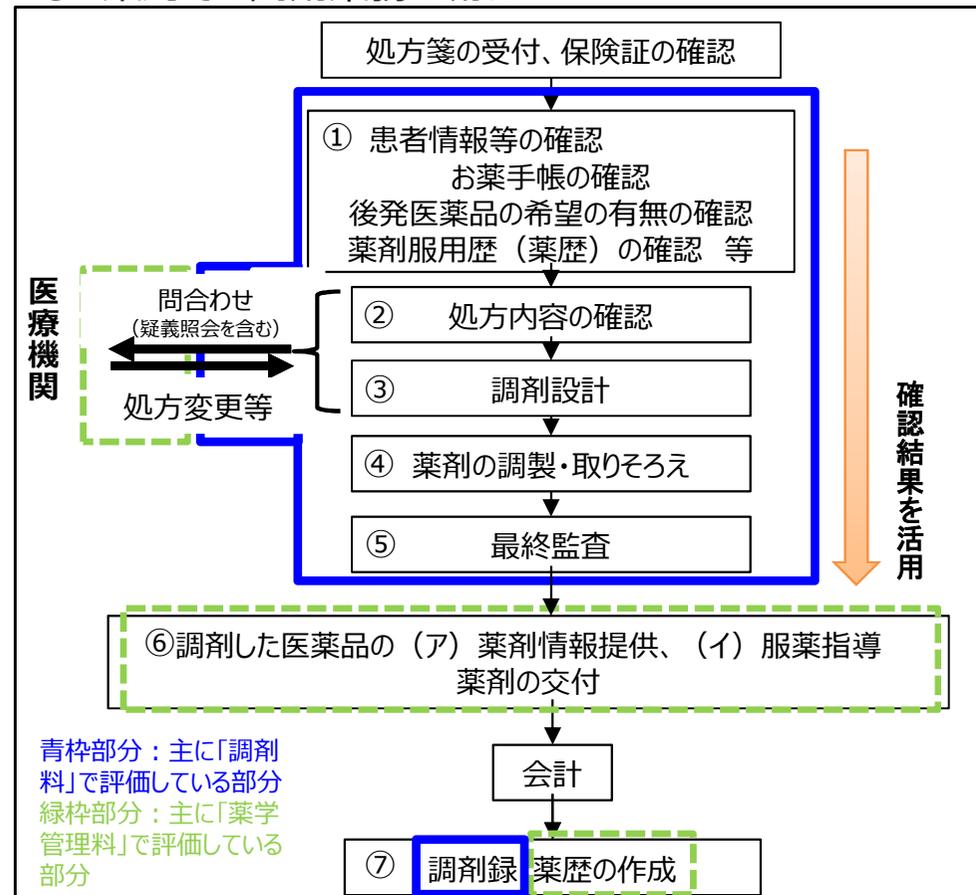
- 内服薬の調剤料は投与日数により、5点（1日分の調剤）から86点（31日分以上の調剤）まで変動する。薬局の調剤業務の内容を踏まえつつ、調剤料をどのように見直していくべきか。
- 調剤技術料に占める調剤料の割合は大きく、調剤料の見直しによる薬局への影響は大きい。このことを踏まえ、対物業務から対人業務への転換をどのように進めていくべきか。

## ○ 調剤料（内服薬）について

調剤料  処方内容の確認、医師への問合せ（疑義照会を含む）、薬剤調製、調剤録の作成・保存等の業務に係る技術料	内服薬1剤の場合	
	①処方日数：1日～14日	
	1日～7日	5点/1日
	8日～14日	4点/1日
	②処方日数：15日～21日	67点（定額）
③処方日数：22日～30日	78点（定額）	
④処方日数：31日～	86点（定額）	



## ○ 薬局での調剤業務の流れ



⇒調剤料には薬剤調製・取りそろえだけでなく、処方内容の確認、医師への問合せ等の業務も含まれる。

# 薬学管理料における主な評価

## 基本的な服薬指導

### ◆ 薬剤服用歴管理指導料（41点又は53点/1回につき）

#### ○ 薬剤の基本的な説明

薬歴を踏まえ、薬剤情報提供文書により、薬剤の服用に関する基本的な説明（薬剤の名称、形状、用法・用量、効能・効果、副作用・相互作用、服用及び保管上の注意事項等）を行う。

#### ○ 患者への必要な指導

患者の服薬状況や服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等を踏まえ、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行う。

※手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、①調剤日、②当該薬剤の名称、③用法・用量等を記載する。

#### ○ 薬歴への記録

①患者の基礎情報、②処方及び調剤内容、③患者の体質・生活像・後発医薬品使用に関する意向、④疾患に関する情報、⑤併用薬に関する状況、⑥服薬状況（残薬を含む）、⑦服薬中の体調の変化等を記載する。

### ◆ 乳幼児（6歳未満）に対する服薬指導

#### 乳幼児服薬指導加算（12点/1回につき）

乳幼児に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

### ◆ ハイリスク薬に対する管理指導

#### 特定薬剤管理指導加算（10点/1回につき）

ハイリスク薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

### ◆ 麻薬に対する管理指導

#### 麻薬管理指導加算（22点/1回につき）

麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

### ◆ 重複投薬の防止

#### 重複投薬・相互作用等防止加算

（残薬調整以外：40点・残薬調整：30点/1回につき）

処方医に対して照会を行い、処方変更が行われた場合に算定

### ◆ ポリファーマシー対策

#### 服用薬剤調整支援料（125点/月1回まで）

薬剤師が処方医に減薬の提案を行い、処方薬が減少した場合に算定

### ◆ 残薬への対応

#### 外来服薬支援料（185点/月1回まで）

- ①自己による服薬管理が困難な患者に対し、一包化や服薬カレンダー等を用いて薬剤を整理
- ②患者が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を実施（いわゆるブラウンバッグ運動）

### ◆ 医療機関への情報提供

#### 服薬情報等提供料1（30点/月1回まで）

医療機関の求めがあった場合に医療機関に必要な情報を文書により提供

# 吸入薬の服薬指導について

## ➤ 中医協での論点（令和元年12月4日）

- 薬局での業務の実態等を踏まえ、以下の取組を評価をすることについてどう考えるか。
  - ① 初めて吸入薬を使用する喘息患者や処方薬が変更になった喘息患者等に対して、デモ機も用いつつ、必要な吸入指導を行った場合の評価

## ➤ 中医協総会における指摘事項

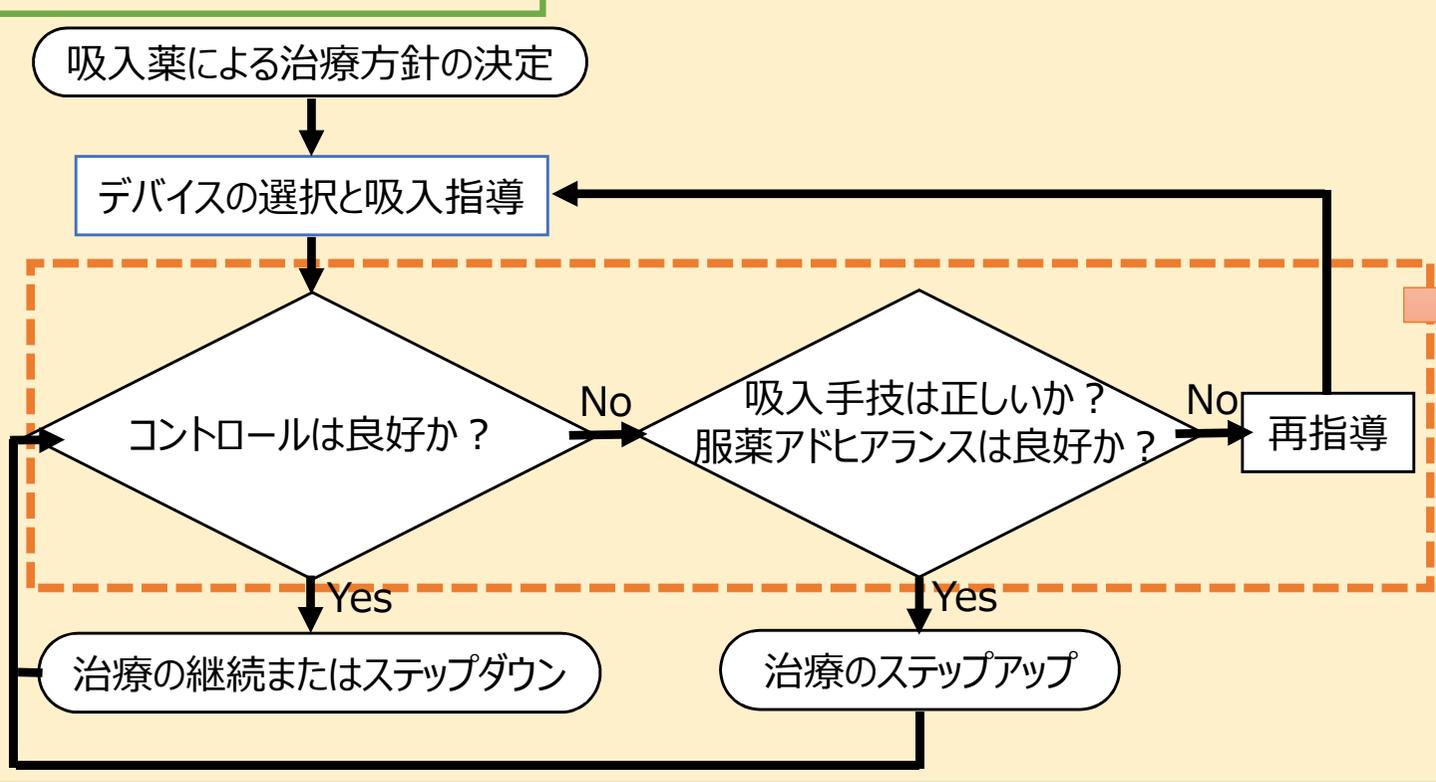
- 初めて吸入薬を使用する場合、医師自らが患者に説明するか、薬剤師から指導するよう薬局へ指示するのが通常。疾患の治療の責任は医師にあり、薬剤師が気づいた点を医師に知らせた上で実施されるべきではないか。
- 吸入器の指導は既に多くの薬局で実施されており、改めて評価するべきものではないのではないか。
- 仮に評価するのであれば、患者の理解度が低い場合、患者から申出があった場合、医師が薬剤師に対して指示して実施した場合であれば理解できる。
- 医療機関と薬局で2回説明があった場合に薬局での患者負担が増えることには違和感がある。

# 吸入薬の吸入手技の指導等について

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

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

## 吸入療法の進め方



## 吸入手技の指導



薬剤師

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

## アレルギー総合ガイドライン2019 成人喘息「4.吸入指導」より抜粋

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

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

## 吸入手順（タービュヘイラーの例）

※始めに、吸入操作練習用具（笛付）でホイッスル音を確認

①薬の準備

- ・ キャップを回して外す
- ・ カウンターで残量を確認する
- ・ 吸入器をまっすぐに立て、色つきの回転グリップを、クルッと右方向に確実に止まるまで回す
- ・ 止まったら逆方向（左）に、カチッと音がするまで戻す

### 吸入指導のポイント

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

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

②息吐き 無理をしない程度に十分に息を吐き出す

息吐きをしないと吸入が十分にできないため、十分に息吐きするよう指導。

③吸入 吸入口をくわえ、深く息を吸い込む

④息止め 吸入口から口を離し、5秒間息を止める

気道への薬剤沈着率を高めるため、無理のない程度に息止めをするよう指導。

⑤息吐き 息をゆっくり吐き出す

⑥後片付け 使用後はキャップをする

⑦うがい 吸入後は、必ずうがい（ガラガラ・ブクブク）を各3回する

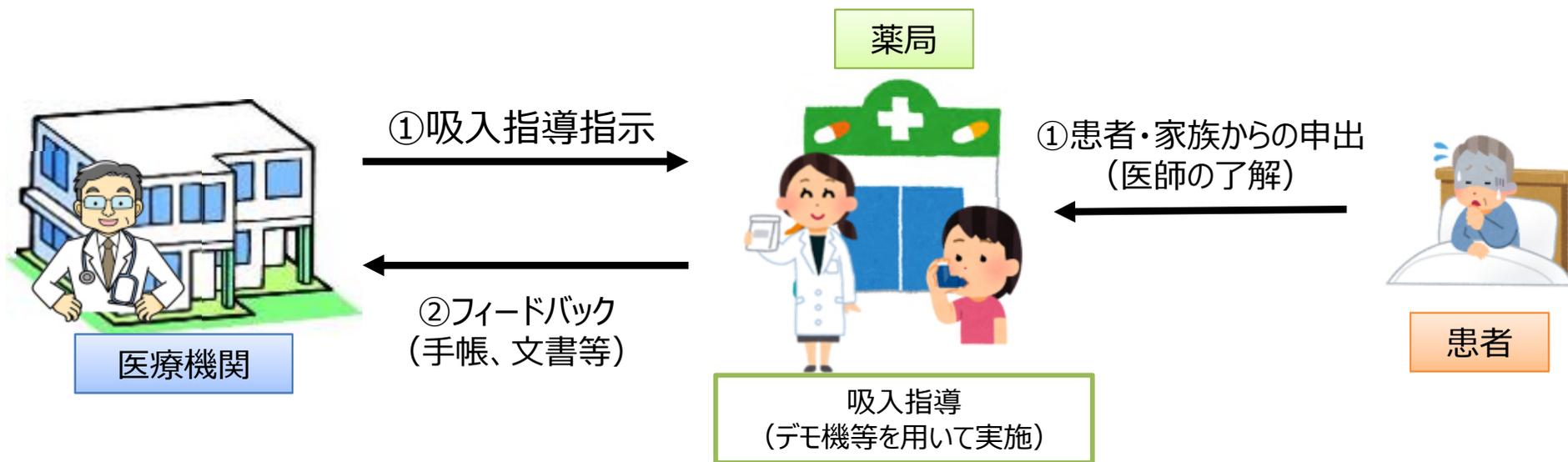
口腔カンジダや嘔声などの副作用を防止するため、吸入後にうがいをするよう指導。

# 喘息患者等に対する吸入薬の指導に係る要件等（イメージ）

## 要件の方向性（イメージ）

対象患者	実施内容	算定可能な場合	医療機関との情報共有
①喘息患者 ②慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者  ※ 喘息患者数： 121.1千人（外来） ※ COPD患者数： 17.6千人（外来）	● 文書を用いた説明 ● デモ機等の練習資材を用いた実技指導  ※ 文書のみでの指導は算定不可	① 医師からの指示があった場合  ② 患者又はその家族から申し出があり、医師の了解を得て行う場合	お薬手帳や文書等により処方医にフィードバック

※出典：平成29年患者調査



# 吸入薬の服薬指導について

## ➤ 中医協での論点（令和元年12月4日）

- 薬局での業務の実態等を踏まえ、以下の取組を評価をすることについてどう考えるか。
  - ① 初めて吸入薬を使用する喘息患者や処方薬が変更になった喘息患者等に対して、デモ機も用いつつ、必要な吸入指導を行った場合の評価

## ➤ 中医協総会における指摘事項

- 初めて吸入薬を使用する場合、医師自らが患者に説明するか、薬剤師から指導するよう薬局へ指示するのが通常。疾患の治療の責任は医師にあり、薬剤師が気づいた点を医師に知らせた上で実施されるべきではないか。
- 吸入器の指導は既に多くの薬局で実施されており、改めて評価するべきものではないのではないか。
- 仮に評価するのであれば、患者の理解度が低い場合、患者から申出があった場合、医師が薬剤師に対して指示して実施した場合であれば理解できる。
- 医療機関と薬局で2回説明があった場合に薬局での患者負担が増えることには違和感がある。

## 【論点】

- 丁寧な服薬指導を推進する観点から、喘息患者及びCOPD患者について、医師の求めがあった場合や患者等の申し出があって医師に了解を得た場合に、デモ機等を用いて吸入指導を行った場合を評価してはどうか（お薬手帳や文書等により結果を処方医に報告）。

# 簡易懸濁法の説明・指導について

## ➤ 中医協での論点（令和元年12月4日）

- 薬局での業務の実態等を踏まえ、以下の取組を評価をすることについてどう考えるか。
  - ② 簡易懸濁法を開始等する在宅患者に対し、医師や家族等からの依頼に基づき、薬剤師による薬剤選択の提案、家族等に対し簡易懸濁法の説明・指導を行った場合の評価（必要に応じて患者の状況等を医師や看護師等に情報提供）

## ➤ 中医協総会における指摘事項

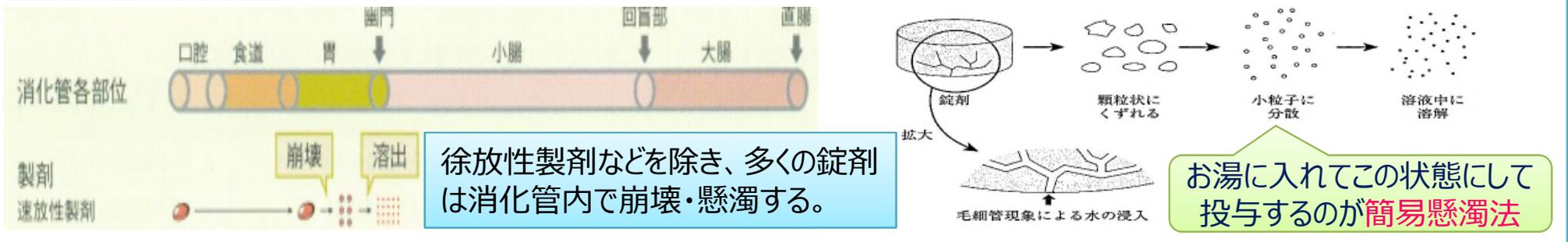
- 退院後に簡易懸濁法による投与を行うことが決まっていれば、医療機関でその投与方法を予め伝えることとなる。
- 在宅医療の現場では簡易懸濁法が既に実施されている場合もあると思われ、新たな評価とすることには疑問。

# 経管投与患者に対する対応①（簡易懸濁法）

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

## 簡易懸濁法とは

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



## 簡易懸濁法のメリット

### ① 治療薬選択範囲の拡大

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

### ② 患者QOL低下の防止・向上、医療者の負担の軽減

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

### ③ 医薬品の安定性保持

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

### ④ 配合変化の回避

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

### ⑤ リスクマネジメント

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

### ⑥ 経済効果

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

# 簡易懸濁法の服薬指導のイメージ

- 簡易懸濁法を実施する患者に対して、医療機関及び薬局の薬剤師は、①最新のデータに基づいた医師への薬剤選択の提案、②家族・介助者等に対する簡易懸濁法の説明・指導等を行っている。

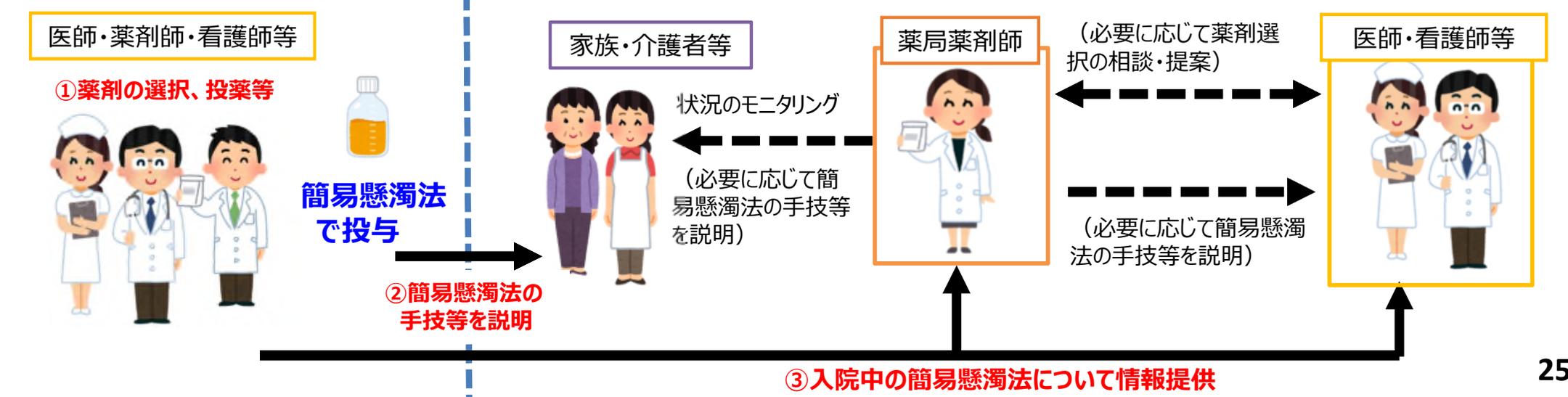
入院中：医療従事者が投与

退院後（在宅）：家族、看護師等が投与

## 「退院後」に簡易懸濁法を開始する場合



## 「入院中」に簡易懸濁法を開始する場合



# 退院時の薬剤情報の情報提供に関する診療報酬上の評価について

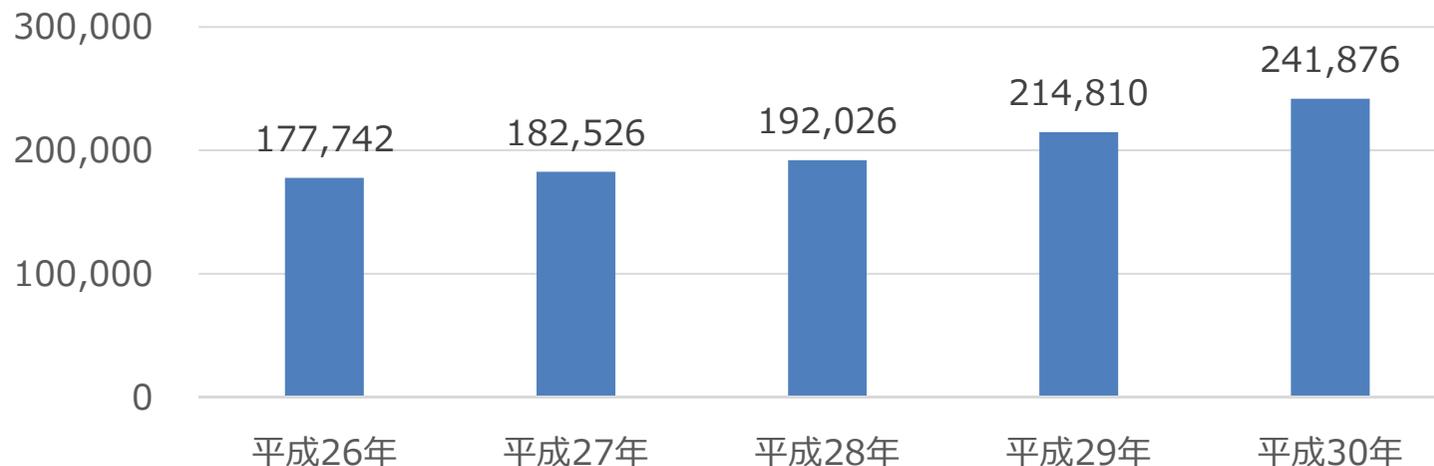
## B014 退院時薬剤情報管理指導料

- 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合には、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。

### 退院時薬剤情報管理指導料

90点

### 退院時薬剤情報管理指導料の算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

# 簡易懸濁法の説明・指導について

## ➤ 中医協での論点（令和元年12月4日）

- 薬局での業務の実態等を踏まえ、以下の取組を評価をすることについてどう考えるか。
  - ② 簡易懸濁法を開始等する在宅患者に対し、医師や家族等からの依頼に基づき、薬剤師による薬剤選択の提案、家族等に対し簡易懸濁法の説明・指導を行った場合の評価（必要に応じて患者の状況等を医師や看護師等に情報提供）

## ➤ 中医協総会における指摘事項

- 退院後に簡易懸濁法による投与を行うことが決まっていれば、医療機関でその投与方法を予め伝えることとなる。
- 在宅医療の現場では簡易懸濁法が既に実施されている場合もあると思われ、新たな評価とすることには疑問。

## 【論点】

- 退院後に簡易懸濁法を新たに開始する患者に対して、医師の求めがあった場合や家族等の申し出があって医師に了解を得た場合に、薬局において薬剤選択の提案、家族等に対し簡易懸濁法の説明・指導を行った場合を評価してはどうか。

# 糖尿病患者等に対する調剤後のフォローアップについて

## ➤ 中医協での論点（令和元年12月4日）

- 薬局での業務の実態等を踏まえ、以下の取組を評価をすることについてどう考えるか。
  - ③ 糖尿病等の患者であって、処方薬の種類や用法・用量等が変更になった場合について、調剤後に電話等により服用上の注意等についてあらためて指導等を行った場合（必要に応じて結果を処方医に情報提供）

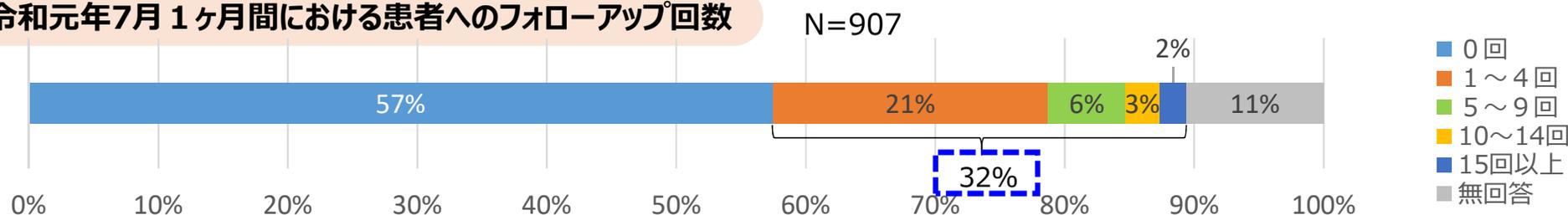
## ➤ 中医協総会における指摘事項

- 糖尿病患者への指導は医療機関で行うことが必要であり、電話等を用いて薬局が行うことの評価は、非常に疑問であり、必要ないと考える。
- 昨今では低血糖を起こしにくい薬剤を処方することが増えているが、実態として低血糖の患者がどの程度増えているのか。また、処方変更後に薬局が電話等で必ず確認し、指導を行うとした場合、どのくらいの数になるのか。
- 調剤する時点で薬剤師が既に取り組んでおり、改めて評価することには違和感がある。

# 薬局での調剤後の継続的な服薬状況等の確認の状況

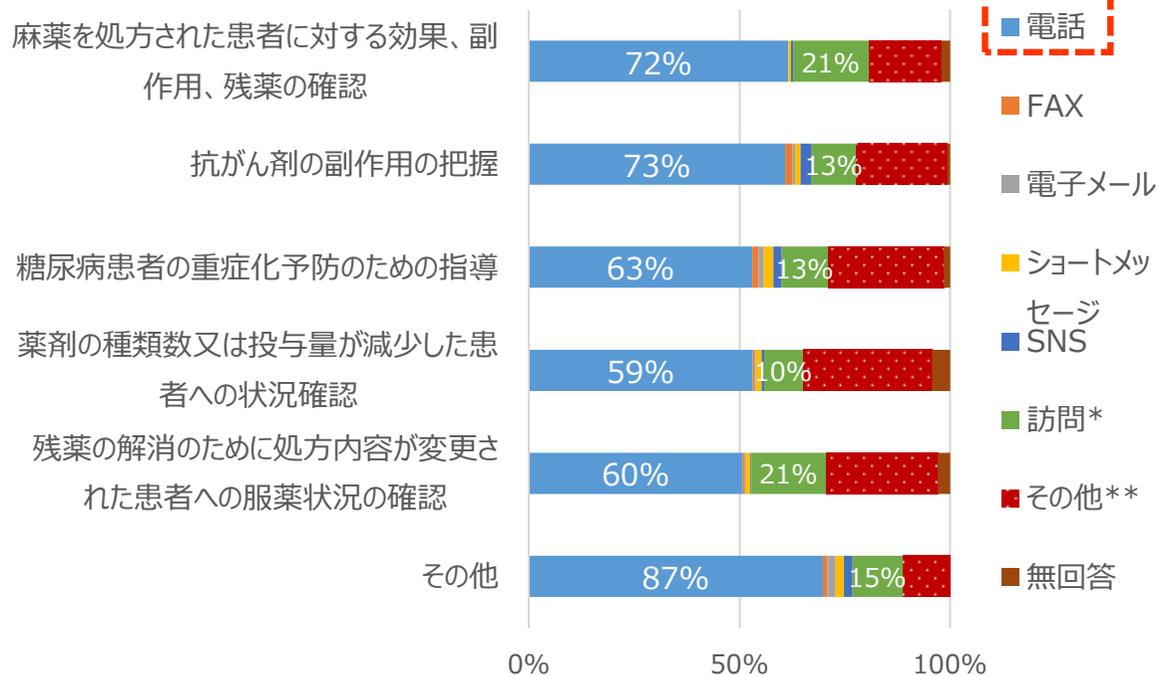
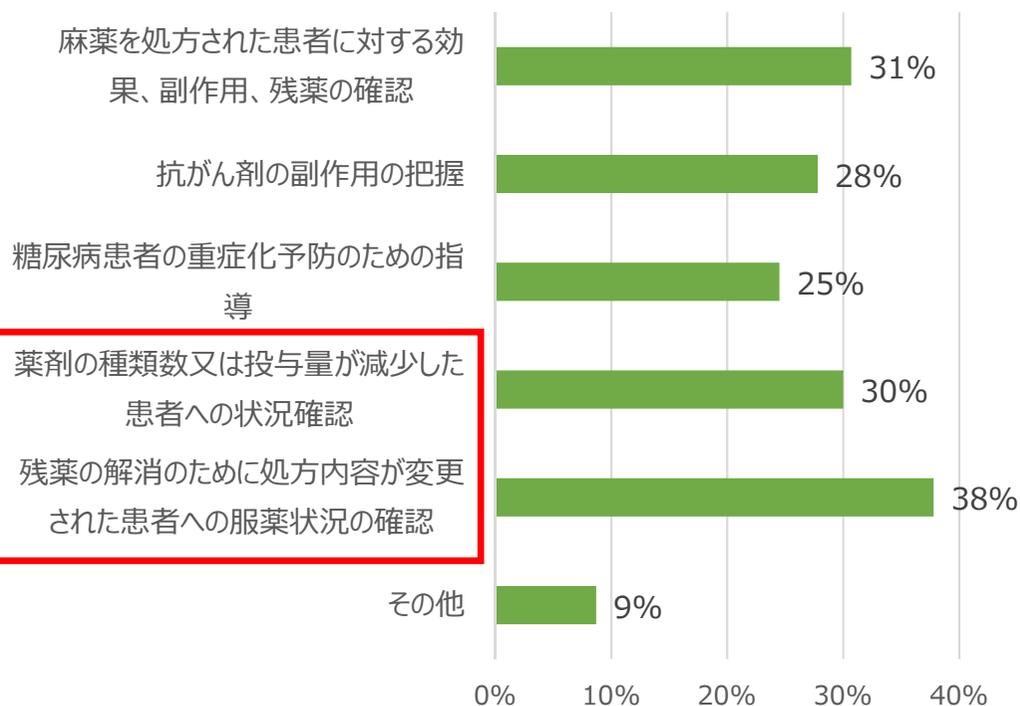
- 調剤後の患者への服薬状況の確認等を実施している薬局は、1ヶ月間では約30%であった。
- これまでに実施したことのある患者への調剤後の継続的な服薬状況等の確認（フォローアップ）としては、処方内容が変更された患者に対するものが多かった。患者への確認方法は電話によるものが多かった。
- 具体的に実施されたフォローアップの内容としては、①薬剤の種類数又は投与量が減少した患者への状況確認②残薬解消のために処方内容が変更された患者への服薬状況の確認等が行われていた。

## 令和元年7月1ヶ月間における患者へのフォローアップ回数



## これまでに実施した調剤後の患者へのフォローアップの内容及びその方法

N=909



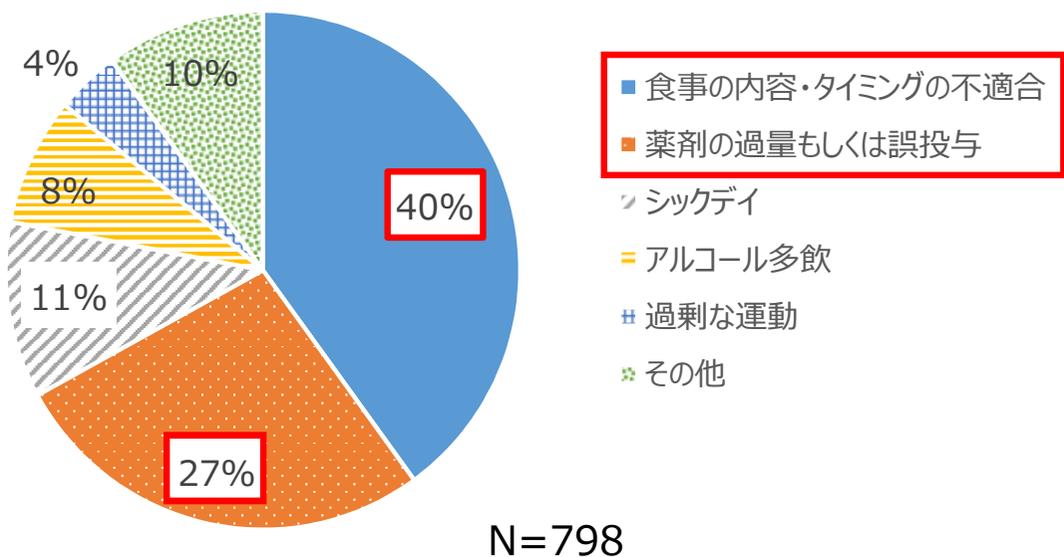
\*在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定する場合を除く  
\*\*その他として、訪看を通じて確認、家族に聞き取りを行うなどがあげられた。

# 糖尿病患者等に対する調剤後のフォローアップについて

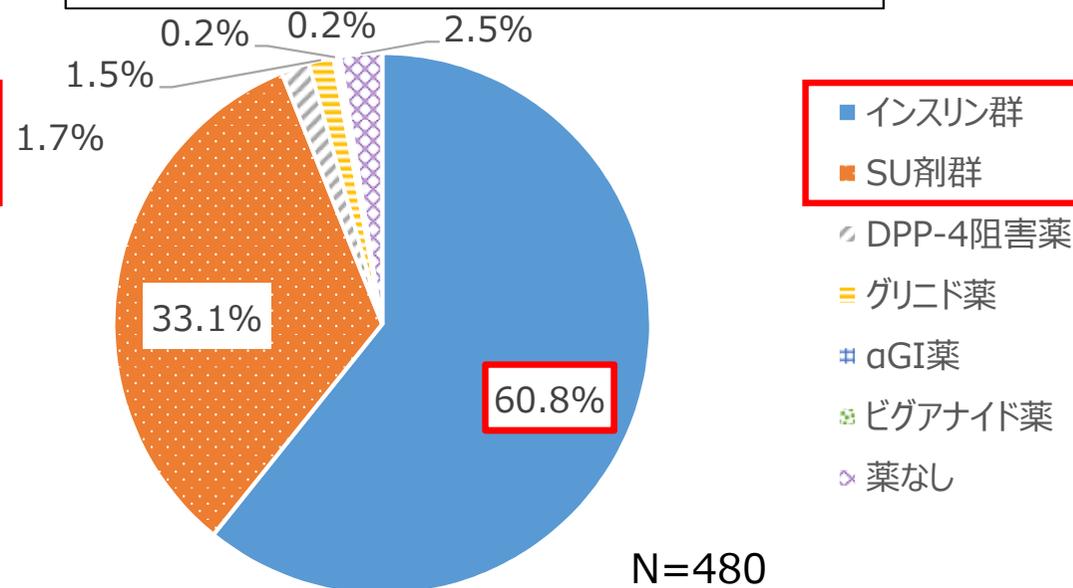
- 重症低血糖に影響した要因として、「食事の内容・タイミングの不適合」が約4割、「薬剤の過量もしくは誤投与」が約3割であった。
- 原因薬剤としては、インスリンやSU剤が多かった。

## ■ 糖尿病治療に関連した重症低血糖の調査委員会報告（日本糖尿病学会）より抜粋

### 重症低血糖に影響した要因（医師の判断）



### 2型糖尿病患者の重症低血糖の原因薬剤

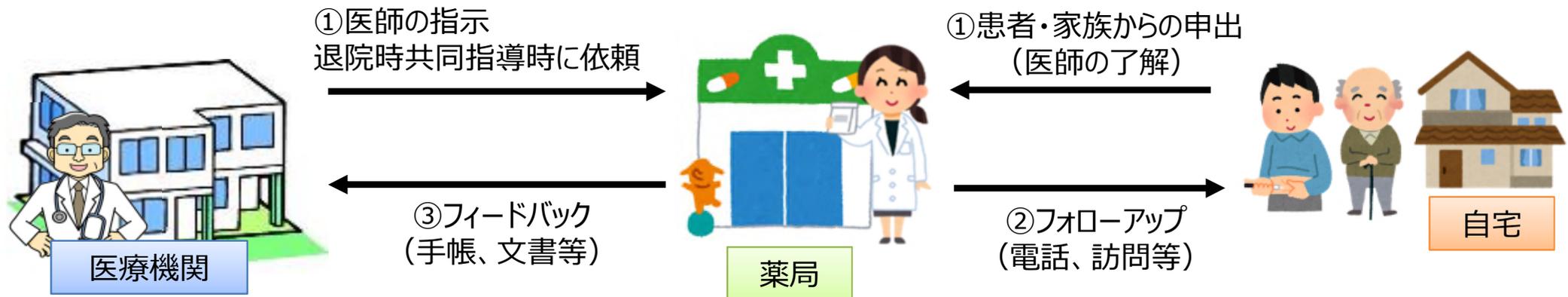


# 糖尿病患者に対する調剤後のフォローアップに係る要件等（イメージ）

## 要件の方向性（イメージ）

対象患者等	実施内容	算定可能な場合	医療機関との情報共有
①糖尿病患者 ※ 糖尿病患者数： 224.0千人（外来）  ②対象薬剤： インスリン、SU剤	調剤後に電話等により、服薬指導を行うとともに、服薬状況及び副作用の有無等の確認	①医師からの指示があった場合	お薬手帳や文書等により処方医にフィードバック
		②患者又はその家族から申し出があり、医師の了解を得て行う場合	
		③退院時共同指導料を算定する患者の共同指導時に関係者から依頼があった場合	

※出典：平成29年患者調査



# 糖尿病患者等に対する調剤後のフォローアップについて

## ➤ 中医協での論点（令和元年12月4日）

- 薬局での業務の実態等を踏まえ、以下の取組を評価をすることについてどう考えるか。
  - ③ 糖尿病等の患者であって、処方薬の種類や用法・用量等が変更になった場合について、調剤後に電話等により服用上の注意等についてあらためて指導等を行った場合（必要に応じて結果を処方医に情報提供）

## ➤ 中医協総会における指摘事項

- 糖尿病患者への指導は医療機関で行うことが必要であり、電話等を用いて薬局が行うことの評価は、非常に疑問であり、必要ないと考える。
- 昨今では低血糖を起こしにくい薬剤を処方することが増えているが、実態として低血糖の患者がどの程度増えているのか。また、処方変更後に薬局が電話等で必ず確認し、指導を行うとした場合、どのくらいの数になるのか。
- 調剤する時点で薬剤師が既に取り組んでおり、改めて評価することには違和感がある。

## 【論点】

- 重症低血糖の原因薬剤がインスリンやSU剤であるとの報告を踏まえ、これらの薬剤の適正使用を推進する観点から、医師が必要と認め、当該医師の指示があった場合や患者等の申し出があつて医師に了解を得た場合に、調剤後に電話等により服用上の注意等についてあらためて指導等を行った場合について評価することとしてはどうか（お薬手帳や文書等により処方医にフィードバック）。

# 血液・生化学的検査の結果の活用について

## ➤ 中医協での論点（令和元年12月4日）

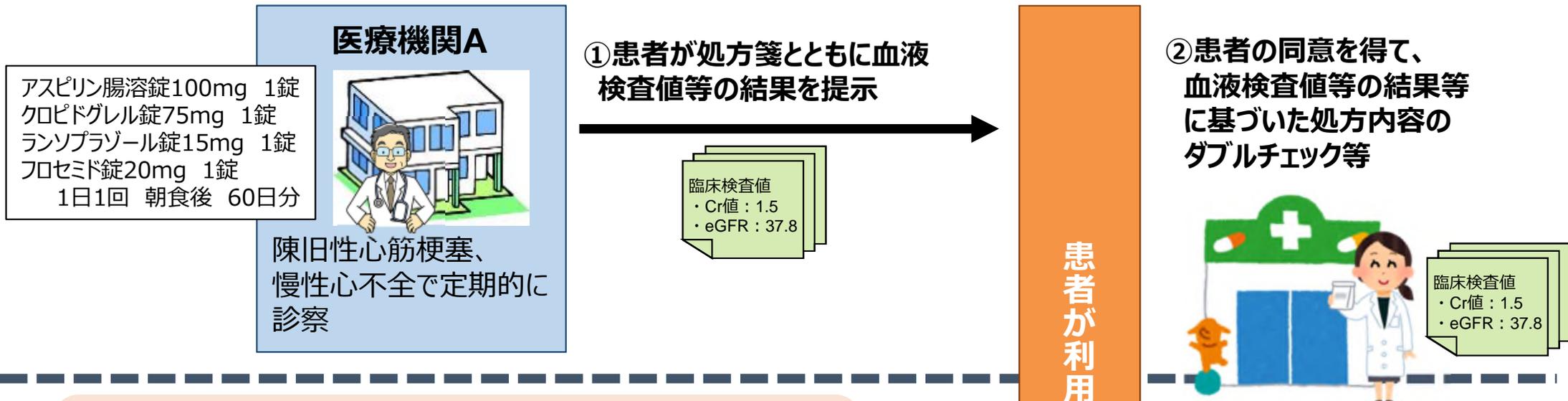
- 薬局での業務の実態等を踏まえ、以下の取組を評価をすることについてどう考えるか。
  - ④ 患者の血液・生化学的検査の結果を活用し、医師への疑義照会により、患者の処方薬の用法・用量の最適化が行われた場合の評価の拡充

## ➤ 中医協総会における指摘事項

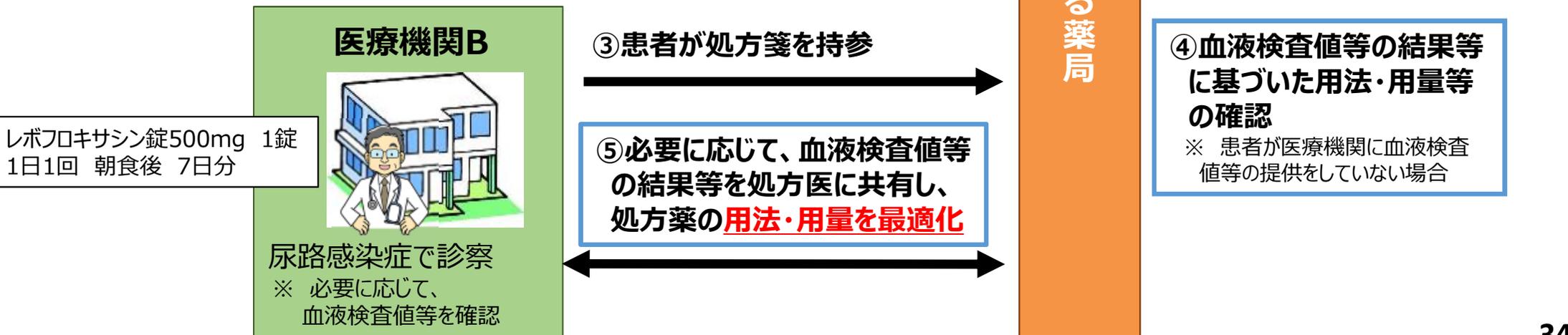
- 医療機関におけるチーム医療と同等レベルで、薬局の薬剤師に対して処方医及び患者からの信頼がなければ、適正化はなし得ない。
- 医師への疑義照会による処方変更については、調剤報酬で評価されており、患者から提供された検査結果を「活用する・活用しない」で区別する必要はないと考える。

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

## 処方医療機関において血液・生化学的検査を実施している場合



## 処方医療機関において、血液・生化学的検査を実施していない場合



# 薬局における血液・生化学的検査の結果の活用（中国労災病院の例）

- 血液検査等の結果に基づいた疑義照会の内容は、腎機能に基づく投与量の減量・中止の提案が最も多く、約6割で投与量の変更等があった。

## 血液検査等の結果に基づいた疑義照会内容

疑義照会内容	疑義照会件数 (処方変更件数；割合)
腎機能に基づく投与量の減量・中止の提案	<b>37</b> <b>(21；56.8%)</b>
薬剤性横紋筋融解症の確認 (クレアチンキナーゼ異常値)	5 (0；0%)
ワルファリン減量提案 (PT-INR高値)	1 (0；0%)
その他	2 (0；0%)

中国労災病院での平成27年7月～11月の合計

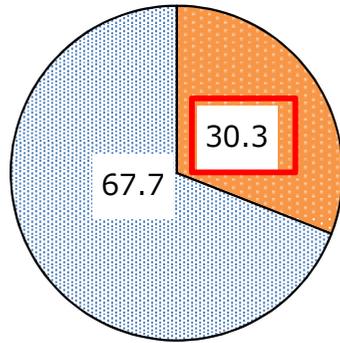
## 腎機能に基づき投与量提案された薬効分類等

薬効分類	提案件数	変更件数
抗菌薬	11	7
糖尿病治療薬	8	3
胃酸分泌抑制薬 (H2阻害薬)	4	3
高尿酸血症治療薬	4	1
抗ヒスタミン薬	3	3
前立腺肥大治療薬	2	2
骨粗鬆症治療薬	1	1
その他	4	1

# 保険医療機関と保険薬局の連携状況

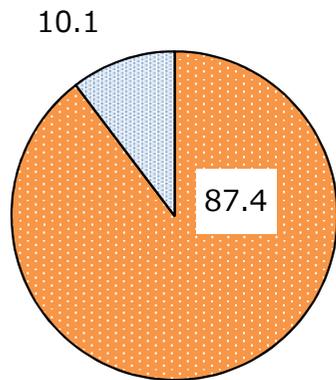
○疑義照会に検査値等を活用した経験があると回答した薬局は約30%であった。

疑義照会に検査値等を活用した経験の有無



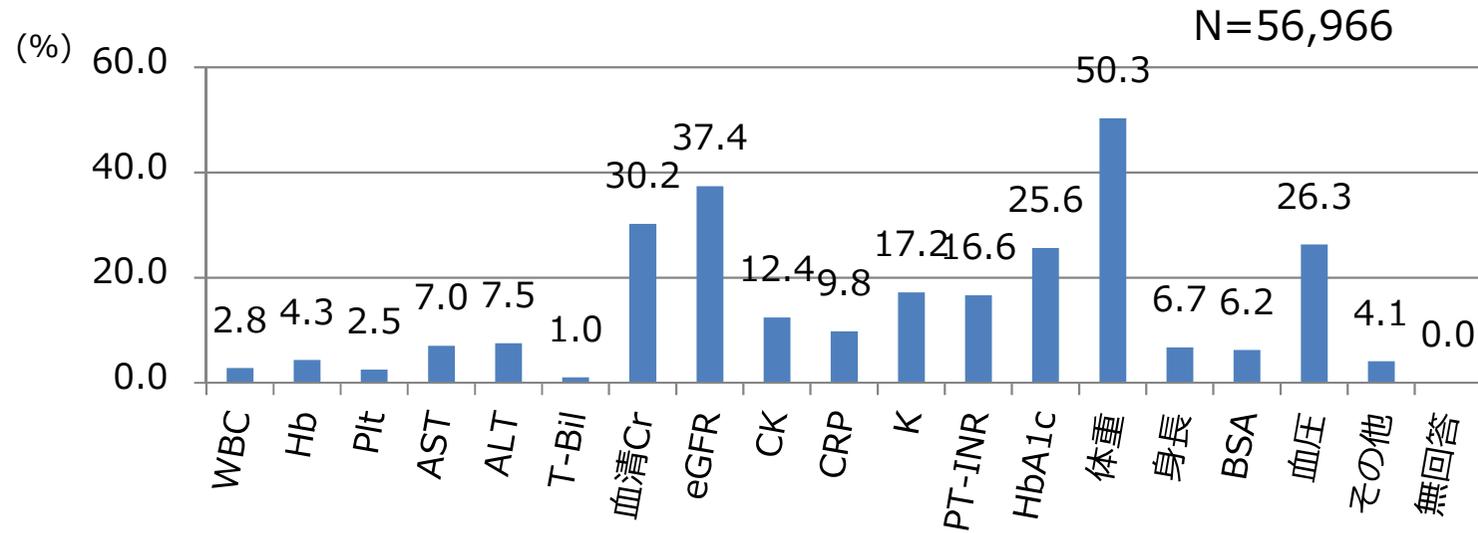
ある (orange square)    ない (blue square)

今後、検査値等の情報提供の必要性の有無

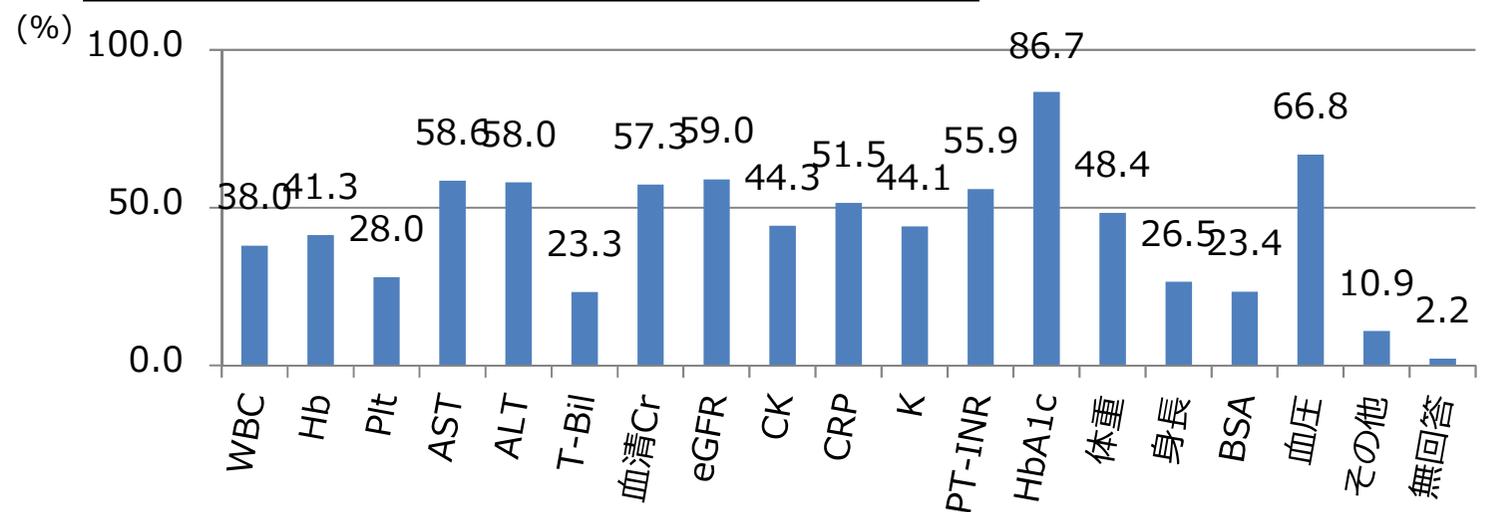


ある (orange square)    ない (blue square)

疑義照会に活用したことがある検査値等の種類 (複数回答)



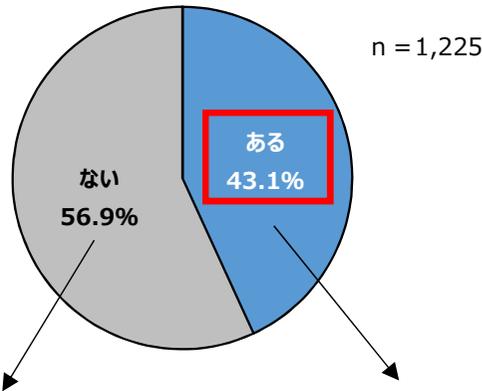
今後、情報提供が必要と思う検査値等の種類 (複数回答)



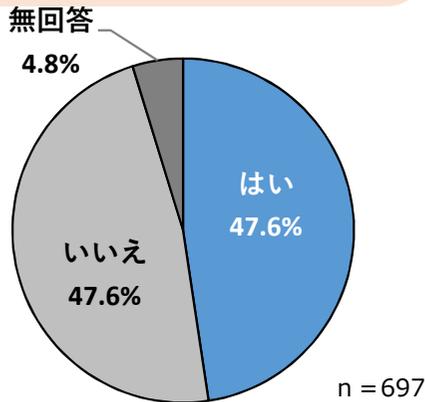
# 血液・生化学的検査の活用に関する患者の意識

- 直近1年間に血液検査等の結果をもらったことがある患者に対する調査では、約4割がこれまでに薬局に検査結果を見せた経験がある。
- 薬局での検査結果の活用としては、「検査結果を踏まえた内服薬の注意点の説明」が約65%で、薬の種類や量の変更があったのは15%程度であった。
- 検査値を提供した患者では、引き続き検査結果を提供したいとの回答が多かった。

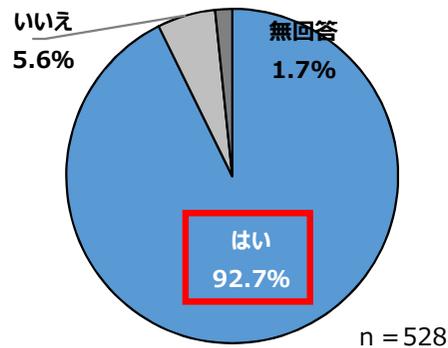
これまでに測定結果を薬局の薬剤師に見せたことはあるか  
 ※直近1年間で、血液検査など、医療機関で測定した検査の結果をもらったことはあると回答した患者を対象



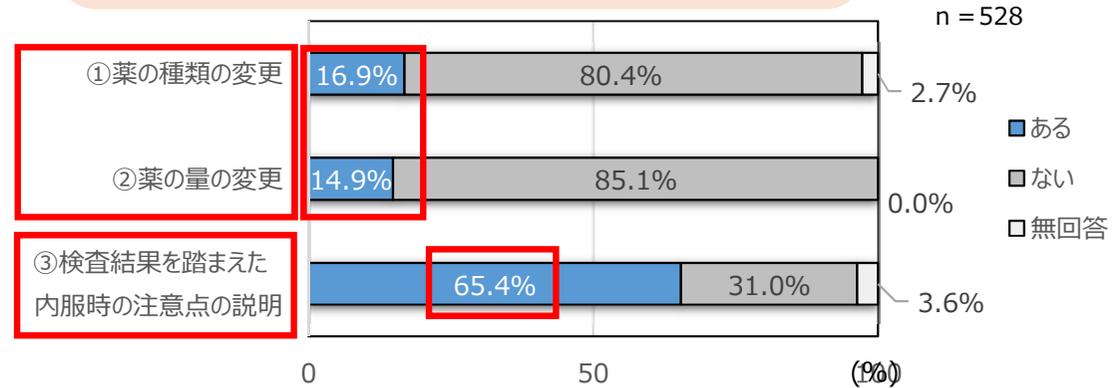
今後測定結果を提示したいか



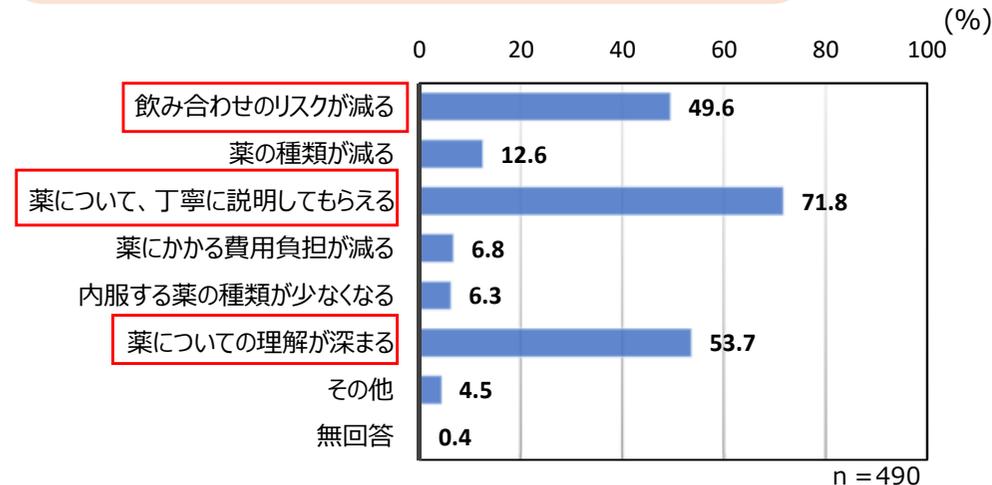
引き続き検査結果を提供したいか



検査結果により薬局薬剤師によって行われた対応



引き続き検査結果を提供したい理由 (複数回答)



# 血液・生化学的検査の結果の活用について

## ➤ 中医協での論点（令和元年12月4日）

- 薬局での業務の実態等を踏まえ、以下の取組を評価をすることについてどう考えるか。
  - ④ 患者の血液・生化学的検査の結果を活用し、医師への疑義照会により、患者の処方薬の用法・用量の最適化が行われた場合の評価の拡充

## ➤ 中医協総会における指摘事項

- 医療機関におけるチーム医療と同等レベルで、薬局の薬剤師に対し、処方医及び患者からの信頼がなければ、適正化はなし得ない。
- 医師への疑義照会による処方変更については、調剤報酬で評価されており、患者から提供された検査結果を「活用する・活用しない」で区別する必要はないと考える。

## 【論点】

- 医療機関と薬局が連携しつつ、複数の医療機関を受診する患者の血液検査等の結果を処方医に共有し、処方薬の用法・用量を最適化する取組を推進する観点から、患者の意識調査の結果も踏まえつつ、血液検査値等の活用により処方内容が変更となった場合の評価を拡充することとしてはどうか。

# 個別（その14）

（医療従事者の働き方④、技術的事項③）

# 個別（その14）

## 1. 医療従事者の働き方④

- (1) これまでの議論の整理
- (2) 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について
- (3) 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について
- (4) 業務の効率化・合理化について

## 2. 技術的事項③

- (1) 医療機器の効率的かつ有効・安全な利用
  - ポジトロン断層撮影の共同利用
  - ガイドラインに基づく画像検査の利用
  - 超音波検査の活用
- (2) 義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

# 1. 医療従事者の働き方④

- (1) これまでの議論の整理
- (2) 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について
- (3) 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について
- (4) 業務の効率化・合理化について

# これまでの議論の整理①

○ これまでの中医協総会において、医療従事者の働き方に関する議論を、以下のとおり実施。

## 【医療従事者の働き方①～③】

### <9/25 個別②（医療従事者の働き方①）>

- 医師の働き方改革に係るこれまでの経緯
- 令和2年度概算要求における医師・医療従事者の働き方改革の推進について
- 診療報酬上の評価について

### <10/18 個別④（医療従事者の働き方②）>

- 院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践について
  - 全ての医療機関に求められる取組
  - 特に勤務環境改善が必要な医療機関に求められる取組

### <11/8 個別⑦（医療従事者の働き方③）>

- タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
  - 医師事務作業補助体制加算
  - 病院勤務医等の負担軽減策
  - 看護職員の負担軽減等の取組
  - 病棟薬剤業務実施加算等
  - 栄養サポートチーム加算
- 人員配置の合理化の推進
- 会議の合理化の推進

## 【関連事項】

### <10/25 個別⑥

（救急／小児・周産期、業務の効率化・合理化）>

- 救急医療、小児・周産期医療について
- 業務の効率化・合理化
  - 書類作成・研修要件の合理化
  - 医療機関と薬局の連携による業務の効率化
  - 診療報酬明細書の記載及び地方厚生（支）局への届出に当たっての業務の効率化

### <12/4個別⑫（救急②）>

- 救急医療について

## これまでの議論の整理②

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<9/25 個別②（医療従事者の働き方①）>

- 医師の働き方改革に係るこれまでの経緯
- 令和2年度概算要求における医師・医療従事者の働き方改革の推進について
- 診療報酬上の評価について

### 【論点】

- 医療機関における勤務環境改善に資する取組の評価について、令和2年度概算要求等の状況やこれまでの診療報酬での対応を踏まえ、どのような評価の在り方が考えられるか。

### 【いただいたご意見】

- 保険医療機関の収入は診療報酬によって占められており、診療に必要なコストは診療報酬によって手当てされることが大原則であることを踏まえ、業務分担、協働の促進、常勤配置、専従要件の見直し、24時間対応体制の要件緩和などについて、医療提供の質の確保に配慮しつつ、現場において弾力的な運用が可能となるよう、柔軟な見直しを行うべき。
- 国民・患者の立場からも、医療機関における働き方の改善を着実に進めるということは、医療の質や医療の安全を担保するために欠かせないことから、医療機関でのタスク・シフティングやタスク・シェアリングの推進が必要。
- 一方で、医療機関の施設基準等の人員要件の緩和、専従要件の見直しについては、医療の質や安全を担保するという観点から、慎重な検討が必要。
- 勤務環境を改善するための取組を実施した医療機関に対して、診療報酬において評価する必要がある。
- チーム医療の推進、特に病院薬剤師に係る評価が必要ではないか。
- 時間外労働時間の上限の適用まであと5年間、その間に診療報酬改定が3回あることを踏まえ、取組の進捗を見ながら段階的に手当てしていく必要がある。
- 診療報酬においては、勤務環境改善のための環境整備にまずは取り組んでいくべきではないか。
- 業務の効率化等の観点から、ICTの利活用等を含めた議論が必要ではないか。

# これまでの議論の整理③

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<10/18 個別④（医療従事者の働き方②）>

- 院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践について
  - 全ての医療機関に求められる取組
  - 特に勤務環境改善が必要な医療機関に求められる取組

## 【論点】

- 院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践について、今後全ての医療機関においてマネジメントの実践が求められることや働き方と医療安全との関係を踏まえ、基本診療料等における評価の在り方についてどのように考えるか。
- 医師事務作業補助体制加算等の診療報酬項目において作成を求めている医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、医師の時間外労働規制に係る検討状況を踏まえ、見直しを検討してはどうか。

## 【いただいたご意見】

- 医療の質や、医療安全に配慮しながら、労務管理・労働環境改善のための取組を進めるためには、コストがかかる。
- 現行の、総合入院体制加算や医師事務補助体制加算が算定できない、規模の大きくない医療機関でも、取組を進める必要がある。
- 診療報酬の項目と、働き方改革の中で医療機関に求める事項について、整理が必要ではないか。
- 医療機関に様々な職種がいる中で、それぞれの仕事を適切にマネジメントするというのは、非常に大変なことであり、その取組そのものを十分に評価していく必要があるのではないか。
- 勤務環境改善マネジメントについては、その取組が活性化するのを待ってから評価するのではないか。
- 医療機関が勤務環境の改善や医師の労働時間の短縮などの一連の取組を実施するとともに、地域医療構想の推進による効率的な医療提供体制の構築を進めていく、という様々な取組を踏まえて、診療報酬で手当てすべき課題を検討していくのは自然な流れである。
- 基本診療料については、具体的な取組とともに、それがどのようにして患者に対するメリットとなっているのか、どのようにして還元されるのか、という観点で、国民から納得の得られるものとする必要があることを踏まえると、直近の改定ではなく、2024年に向けて検討していくことが必要。
- 医師以外の医療従事者については、すでに法改正の対象となっていることから、勤務環境改善等の取組については、各医療機関が順次着手しているため、その取組への評価は、喫緊の課題である。
- 医師の働き方改革についても、2024年まで手当てをしないということではなく、当面の課題を整理して、できるところから対応を検討すべき。

# これまでの議論の整理④

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

## <11/8 個別⑦（医療従事者の働き方③）>

- タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 医師事務作業補助体制加算
- 病院勤務医等の負担軽減策
- 看護職員の負担軽減等の取組
- 病棟薬剤業務実施加算等
- 栄養サポートチーム加算
- 人員配置の合理化の推進
- 会議の合理化の推進

## 【論点】

（タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進）

- 医師事務作業補助体制加算について、医師の負担軽減に効果があることや届出状況、累次の診療報酬改定による対応状況を踏まえ、評価の在り方や算定要件等をどのように考えるか。
- 医療機関の実状に合わせ様々な取組がなされており、一定の効果も認識されていることから、病院勤務医の負担軽減策を推進する観点から、総合入院体制加算の「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の選択肢として、医師の業務負担軽減につながる看護職員との業務分担、特定行為研修修了者の配置、院内助産等の開設等について追加することとしてはどうか。
- 看護職員の夜間における負担軽減の取組について、現状の実施状況や効果の認識を踏まえ、項目内容や項目数等についてどのように考えるか。
- 看護補助者との役割分担について、看護補助者配置の必要性や期待が高い一方で人員確保が困難な状況や、累次の診療報酬改定による対応状況を踏まえ、評価の在り方や算定要件等をどのように考えるか。
- 病棟薬剤業務実施加算について、薬剤師の病棟配置が医師等の負担軽減として効果があるとされたことを踏まえ、医療機関の取組がさらに進むよう評価の在り方の見直しを検討してはどうか。
- 2人以上の常勤薬剤師の配置が要件の診療報酬項目の要件の見直しを検討してはどうか。
- ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟等において、薬剤師の病棟業務実施状況、医師等の負担軽減等の効果を踏まえ、病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方について検討することとしてはどうか。
- 低栄養等の結核患者及び精神疾患患者に対する多職種協働での栄養介入による効果を踏まえ、算定可能病棟の見直しを検討してはどうか。

# これまでの議論の整理⑤

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

## <11/8 個別⑦（医療従事者の働き方③）>

- タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
  - 医師事務作業補助体制加算
  - 病院勤務医等の負担軽減策
  - 看護職員の負担軽減等の取組
  - 病棟薬剤業務実施加算等
  - 栄養サポートチーム加算
- 人員配置の合理化の推進
- 会議の合理化の推進

## 【いただいたご意見】

（タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進）

- 医師事務作業補助体制加算は、対象となる入院料の範囲の拡大や、実績要件の見直し等について検討すべきではないか。
- 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目等については、現場で評価されている項目に置き換える等により、負担軽減を図るべきではないか。
- 看護補助者が看護職員の負担軽減に資するというエビデンスがあるということについては理解できるが、看護補助者に係る加算を単純に引き上げればよいかどうかという点については、現場の改善や課題解決につながるかどうかについて、もう少し検討が必要ではないか。
- 看護補助者の確保が困難な実態もあることから、給与や福利厚生の充実など勤務環境の実現に向けた取組を各医療機関でできるよう、診療報酬上の評価でも検討すべきではないか。
- 看護補助者に係る院内研修要件については、基本的な内容は毎年実施する必要はないため、緩和してはどうか。
- 病棟薬剤業務実施加算については、医師の負担軽減や医療の質の向上の観点からも、更に評価していくべきではないか。また、常勤薬剤師2名という要件については、医療機関の規模も含め、検討が必要ではないか。
- タスク・シフティングについては、他の検討会等の進捗も踏まえながら、検討していく必要があるのではないか。
- 現在設けられている加算等の要件について、現場の求めている負担軽減策とのズレが生じている部分については、見直しが必要ではないか。
- 複数の加算で重複しているようなものがあれば、その棲み分けについても検討すべきではないか。

# これまでの議論の整理⑥

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

## <11/8 個別⑦（医療従事者の働き方③）>

- タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 医師事務作業補助体制加算
- 病院勤務医等の負担軽減策
- 看護職員の負担軽減等の取組
- 病棟薬剤業務実施加算等
- 栄養サポートチーム加算
- 人員配置の合理化の推進
- 会議の合理化の推進

## 【論点】

### （人員配置の合理化の推進）

- 常勤要件について、常勤換算が可能となっていない診療報酬項目について、常勤の医師の役割や必要性を踏まえ、要件を見直すことをどのように考えるか。
- 外来化学療法加算について、柔軟な働き方を推進する観点から、看護師に係る常勤要件を見直すこととしてはどうか。
- 看護師の専従要件について、業務の効率化を推進する観点から、業務を実施していない時間帯については、他の業務に従事できるような見直しを検討してはどうか。

### （会議の合理化の推進）

- 診療報酬の算定に当たり求めている会議について、会議の目的や必要性を踏まえ、開催頻度など必要な見直しをすることとしてはどうか。

## 【いただいたご意見】

### （人員配置の合理化の推進／会議の合理化の推進）

- 提示された3類型の性質を踏まえ、常勤換算等の対応の可否も含めて検討する必要があるのではないか。
- ただ単に働き方改革という理由から要件緩和をするのではなく、個別の項目の要件や会議の趣旨等を踏まえた検討が必要ではないか。

## 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続品の使用促進
- ・ 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

# 1. 医療従事者の働き方④

(1) これまでの議論の整理

(2) 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について

○ タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

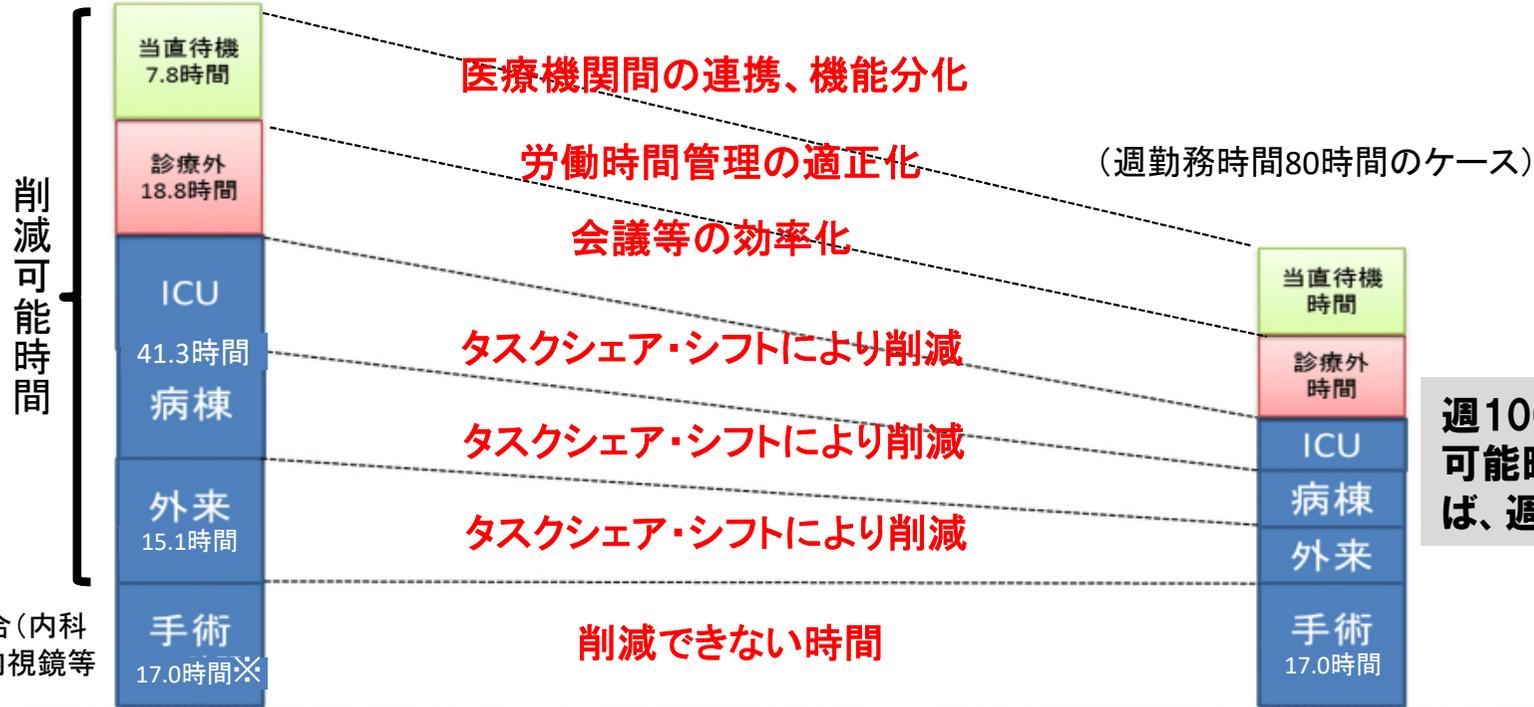
(3) 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等について

(4) 業務の効率化・合理化について

# 極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

- 週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人(1.8%)、同100時間~90時間が約5400人(2.7%)、同90時間~80時間が約12000人(6.9%)いると推計されるが、2024年4月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。

(週勤務時間100時間のケース)



週100時間勤務の場合、削減可能時間を約25%削減できれば、週80時間水準が達成可能

削減のイメージ(週勤務時間100時間程度の場合)

時間数イメージ

タスクシフト(医療従事者一般が実施可能な業務)による削減	週7時間程度削減
タスクシフト(特定行為の普及)による削減	週7時間程度削減
タスクシェア(他の医師)による削減	週6時間程度削減

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎)において実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

# 麻酔管理料(Ⅰ)・(Ⅱ)

	L009 麻酔管理料(Ⅰ)	L010 麻酔管理料(Ⅱ)																																								
点数	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 1,050点	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 450点																																								
麻酔を実施する職種	常勤の麻酔科標榜医が実施	常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が実施																																								
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察を実施</li> <li>・専ら常勤の麻酔科標榜医が硬膜外麻酔(L002)、脊椎麻酔(L004)、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(L008)を実施</li> <li>・緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない</li> <li>・麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技※を自ら実施した場合に算定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、硬膜外麻酔(L002)、脊椎麻酔(L004)、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(L008)を実施</li> <li>・緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。</li> <li>・主要な麻酔手技※を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない(麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要がある)</li> </ul>																																								
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・麻酔科を標榜する保険医療機関</li> <li>・常勤の麻酔科標榜医を1名以上配置</li> <li>・常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制を確保</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     ※主要な麻酔手技とは、気管内挿管・抜管、マスク挿入・除去、脊椎麻酔の実施、硬膜外麻酔の実施等である。                 </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・麻酔科を標榜している保険医療機関</li> <li>・常勤の麻酔科標榜医を5名以上配置※</li> <li>・常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制を確保</li> <li>・24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有する</li> <li>・麻酔科標榜医とそれ以外の医師が共同した麻酔実施体制を確保</li> </ul> <p>※週3日以上常態として勤務、かつ、所定労働時間が週24時間以上の非常勤医師を2名以上組み合わせることが可能(常勤配置のうち4名まで)</p>																																								
届出施設数・算定回数	<table border="1"> <caption>届出施設数・算定回数 (L009)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>硬膜外麻酔 (回)</th> <th>脊椎麻酔 (回)</th> <th>全身麻酔 (回)</th> <th>届出施設数 (施設)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>101,868</td> <td>2,348</td> <td>2,348</td> <td>2,348</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>111,441</td> <td>2,343</td> <td>2,343</td> <td>2,343</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>115,084</td> <td>2,357</td> <td>2,357</td> <td>2,357</td> </tr> </tbody> </table>	年度	硬膜外麻酔 (回)	脊椎麻酔 (回)	全身麻酔 (回)	届出施設数 (施設)	H28	101,868	2,348	2,348	2,348	H29	111,441	2,343	2,343	2,343	H30	115,084	2,357	2,357	2,357	<table border="1"> <caption>届出施設数・算定回数 (L010)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>硬膜外麻酔 (回)</th> <th>脊椎麻酔 (回)</th> <th>全身麻酔 (回)</th> <th>届出施設数 (施設)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>2,420</td> <td>505</td> <td>505</td> <td>505</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>2,593</td> <td>496</td> <td>496</td> <td>496</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>2,666</td> <td>492</td> <td>492</td> <td>492</td> </tr> </tbody> </table>	年度	硬膜外麻酔 (回)	脊椎麻酔 (回)	全身麻酔 (回)	届出施設数 (施設)	H28	2,420	505	505	505	H29	2,593	496	496	496	H30	2,666	492	492	492
年度	硬膜外麻酔 (回)	脊椎麻酔 (回)	全身麻酔 (回)	届出施設数 (施設)																																						
H28	101,868	2,348	2,348	2,348																																						
H29	111,441	2,343	2,343	2,343																																						
H30	115,084	2,357	2,357	2,357																																						
年度	硬膜外麻酔 (回)	脊椎麻酔 (回)	全身麻酔 (回)	届出施設数 (施設)																																						
H28	2,420	505	505	505																																						
H29	2,593	496	496	496																																						
H30	2,666	492	492	492																																						

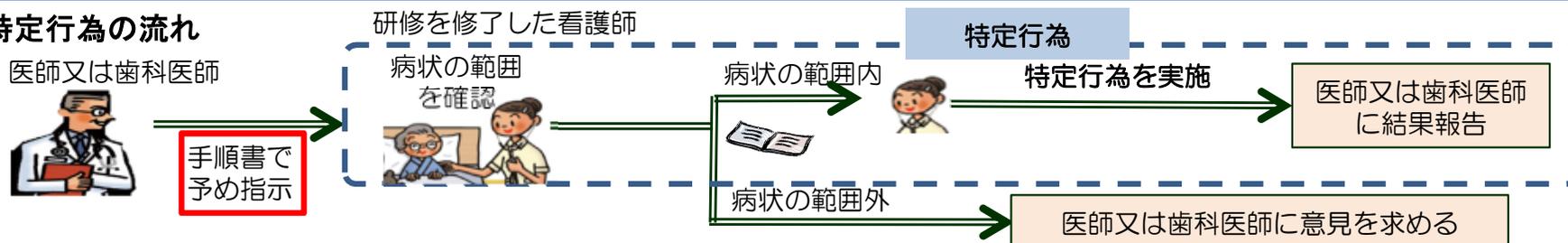
【出典】届出施設数:保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)、算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

# 特定行為に係る看護師の研修制度の概要

## 1. 目的

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設(平成27年10月)し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能としたことで、更なる制度の普及を図る。

## 2. 特定行為の流れ



## 3. 特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、協力施設と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
  - ① 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
  - ② 実習は、受講者の所属する医療機関等(協力施設)で受けることを可能としている



## 4. 研修の内容(平成31年4月～)

「共通科目」 全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修		「区分別科目」 特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修	
共通科目の内容	時間数	特定行為区分(例)	時間数
臨床病態生理学(講義、演習)	30	呼吸器(気道確保に係るもの)関連	9
臨床推論(講義、演習、実習)	45	創傷管理関連	34
フィジカルアセスメント(講義、演習、実習)	45	創部ドレーン管理関連	5
臨床薬理学(講義、演習)	45	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	16
疾病・臨床病態概論(講義、演習)	40	感染に係る薬剤投与関連	29
医療安全学、特定行為実践(講義、演習、実習)	45		
合計	250		

※全ての科目で、講義及び実習を行う。一部の科目については演習を行う。  
※1区分ごとに受講可能。

(参考2)

# 特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
人工呼吸器からの離脱	
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じよく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗不安薬の臨時的投与
	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会において、本制度の施行状況の評価等を踏まえ、特定行為研修の研修内容等について審議を行い、平成30年12月に意見を取りまとめられた。これを受け、平成31年4月26日に保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令の一部を改正する省令が公布された。主な改正点は以下の通り。

## 主な改正点1：特定行為研修の内容及び時間数について

- 共通科目及び区分別科目の研修内容について、科目横断的に学ぶことによる研修内容の精錬化等を図り、各科目の内容及び時間数を変更する。
- 区分別科目の実習については、講義及び演習の時間とは別に、行為の難易度に応じて5例又は10例程度の症例数で実習を行うこととする。

共通科目	改正前時間数	改正後時間数
臨床病態生理学	45	30
臨床推論	45	45
フィジカルアセスメント	45	45
臨床薬理学	45	45
疾病・臨床病態概論	60	40
医療安全学	30	45
特定行為実践	45	
合計時間	315時間（100%）	250時間（79%）

区分別科目	改正前時間数	改正後時間数	区分別科目	改正前時間数	改正後時間数
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	22	9	創部ドレーン管理関連	15	5
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	63	29	動脈血液ガス分析関連	30	13
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	21	8	透析管理関連	27	11
循環器関連	45	20	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	36	16
心嚢ドレーン管理関連	21	8	感染に係る薬剤投与関連	63	29
胸腔ドレーン管理関連	30	13	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	36	16
腹腔ドレーン管理関連	21	8	術後疼痛管理関連	21	8
ろう孔管理関連	48	22	循環動態に係る薬剤投与関連	60	28
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	18	7	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	57	26
栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	21	8	皮膚損傷に係る薬剤投与関連	39	17
創傷管理関連	72	34			

※区分別科目の時間数に実習時間は含めず、経験すべき実習の症例数は、行為の難易度に応じて5例又は10例程度。

### 主な改正点2：特定行為研修における特定行為のパッケージ化について

- 領域別に実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能とする。領域は、在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域の3領域。
- パッケージ化する特定行為については、各領域において一般的な患者の状態を想定し、実施頻度の高い特定行為を設定する。

【術中麻酔管理領域】 想定する患者像：麻酔管理のもと手術を行う術中の患者

特定行為区分	特定行為	改正前時間数	改正後時間数※
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	22	9 + 5症例
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	63	
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更		
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整		
	人工呼吸器からの離脱		17 + (5症例×2)
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿(セン)刺法による採血	30	13 + (5症例×2)
	橈(トウ)骨動脈ラインの確保		
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	36	11 + 5症例
	脱水症状に対する輸液による補正		
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	21	8 + 5症例
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	60	
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整		
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整		
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整		12 + 5症例
区分別科目小計		232	70 + 各5症例
合計時間（共通科目 + 区分別科目）		547時間(100%)	<b>320時間(59%) + 各5症例</b>

※区分別科目の実習は、講義及び演習の時間とは別に、行為の難易度に応じて5例又は10例程度の症例数で行うこと。

# 全身麻酔の場合の麻酔管理における主な医行為等

- 麻酔管理における一部の医行為については、特定行為研修を修了した看護師が、医師又は歯科医師が診療の補助行為を行わせるために指示として作成した手順書に基づき、実施できる。
- 特に麻酔維持期において、特定行為研修修了者が手順書に基づき実施できる診療の補助行為が多く認められる。

麻酔管理の時期	主な医行為等
術前	診察
麻酔導入	麻酔薬等の投与
	マスク換気
	膀胱留置カテーテルの挿入
	気管挿管
	<u>橈骨動脈ラインの確保</u>
	<u>直接動脈穿刺法による採血</u>
	中心静脈ラインの確保
	<u>末梢留置型中心静脈ラインの確保</u>
	経鼻胃管の挿入
	体位変換

麻酔維持	薬剤投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
	糖質・電解質輸液投与量の調整
	人工呼吸器の設定調整
	気管チューブ位置の調整
麻酔覚醒	人工呼吸器からの離脱
	気管チューブの抜管
	経鼻胃管の抜去
	<u>中心静脈ラインの抜去</u>
	動脈ラインの抜去
術後	診察

(注) 下線の医行為等は該当する特定行為研修修了者であれば、手順書に基づき実施できると考えられるもの。

# 硬膜外麻酔等の場合の麻酔管理における主な医行為等

○全身麻酔より侵襲性が低い硬膜外麻酔や脊椎麻酔においても、全身麻酔と同様に麻酔管理における一部の医行為については、特定行為研修修了者が手順書に基づき実施できる。

## 【硬膜外麻酔の例】

麻酔管理の時期	主な医行為等
術前	診察
麻酔導入	硬膜外カテーテルの挿入
	麻酔薬等の投与
	膀胱留置カテーテルの挿入
	体位変換

麻酔維持	薬剤投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
	糖質・電解質輸液投与量の調整
術後	診察
	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整

(注) 下線の医行為等は該当する特定行為研修修了者であれば、手順書に基づき実施できると考えられるもの。

### (参考) 手順書とは

手順書は、医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるために、その指示として作成する文書であって、「看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲」、「診療の補助の内容」等が定められているものです。

具体的に、手順書の記載事項としては、以下の事項となります。

1. 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲
2. 診療の補助の内容
3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者
4. 特定行為を行うときに確認すべき事項
5. 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制
6. 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法

なお、「3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者」とは、その手順書を適用する患者の状態を指し、患者は、医師又は歯科医師が手順書により指示を行う時点において特定されている必要があります。

手順書の具体的な内容については、1. から6. の手順書の記載事項に沿って、各医療現場において、必要に応じて看護師等と連携し、医師又は歯科医師があらかじめ作成することになっています。

また、各医療現場の判断で、記載事項以外の事項やその具体的内容を追加することもできます。

	L009 麻酔管理料(Ⅰ)	L010 麻酔管理料(Ⅱ)																																
点数	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 1,050点	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 450点																																
麻酔を実施する職種	常勤の麻酔科標榜医が実施	常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が実施																																
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察を実施</li> <li>専ら常勤の麻酔科標榜医が硬膜外麻酔(L002)、脊椎麻酔(L004)、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(L008)を実施</li> <li>緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない</li> <li>麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技※を自ら実施した場合に算定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、硬膜外麻酔(L002)、脊椎麻酔(L004)、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(L008)を実施</li> <li>緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。</li> <li>主要な麻酔手技※を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない(麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要がある)</li> </ul>																																
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>麻酔科を標榜する保険医療機関</li> <li>常勤の麻酔科標榜医を1名以上配置</li> <li>常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制を確保</li> </ul> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     ※主要な麻酔手技とは、気管内挿管・抜管、マスク挿入・除去、脊椎麻酔の実施、硬膜外麻酔の実施等である。                 </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>麻酔科を標榜している保険医療機関</li> <li>常勤の麻酔科標榜医を5名以上配置※</li> <li>常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制を確保</li> <li>24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有する</li> <li>麻酔科標榜医とそれ以外の医師が共同した麻酔実施体制を確保</li> </ul> <p>※週3日以上常態として勤務、かつ、所定労働時間が週24時間以上の非常勤医師を2名以上組み合わせることが可能(常勤配置のうち4名まで)</p>																																
届出施設数・算定回数	<p>病院 (回) (施設)      診療所 (回) (施設)</p> <table border="1"> <caption>届出施設数・算定回数 (L009)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>病院 (回)</th> <th>病院 (施設)</th> <th>診療所 (回)</th> <th>診療所 (施設)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>101,868</td> <td>2,348</td> <td>2,420</td> <td>505</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>111,441</td> <td>2,343</td> <td>2,593</td> <td>496</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>115,084</td> <td>2,357</td> <td>2,666</td> <td>492</td> </tr> </tbody> </table>	年度	病院 (回)	病院 (施設)	診療所 (回)	診療所 (施設)	H28	101,868	2,348	2,420	505	H29	111,441	2,343	2,593	496	H30	115,084	2,357	2,666	492	<p>病院 (回) (施設)</p> <table border="1"> <caption>届出施設数・算定回数 (L010)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>病院 (回)</th> <th>病院 (施設)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>29,158</td> <td>407</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>30,661</td> <td>421</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>31,028</td> <td>434</td> </tr> </tbody> </table> <p> <span style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background-color: #92d050; border: 1px solid black;"></span> 硬膜外麻酔  <span style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background-color: #f4cccc; border: 1px solid black;"></span> 脊椎麻酔  <span style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background-color: #d9ead3; border: 1px solid black;"></span> 全身麻酔  <span style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; border-radius: 50%;"></span> 届出施設数                 </p> <p>※診療所の届出・算定はなし</p>	年度	病院 (回)	病院 (施設)	H28	29,158	407	H29	30,661	421	H30	31,028	434
年度	病院 (回)	病院 (施設)	診療所 (回)	診療所 (施設)																														
H28	101,868	2,348	2,420	505																														
H29	111,441	2,343	2,593	496																														
H30	115,084	2,357	2,666	492																														
年度	病院 (回)	病院 (施設)																																
H28	29,158	407																																
H29	30,661	421																																
H30	31,028	434																																

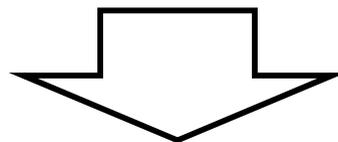
【出典】届出施設数:保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)、算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

# 医療従事者の働き方に係る現状及び課題と論点①

## 【現状及び課題】

(タスク・シェアリング／タスク・シフティングについて)

- 麻酔管理料(Ⅱ)については、常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、全身麻酔や硬膜外麻酔等を実施することとなっている。
- 麻酔管理における一部の医行為については、特定行為研修を修了した看護師が手順書に基づき、実施できることとされており、特に麻酔維持期において、特定行為研修修了者が実施できる行為が多いが、それ以外の時期においても特定行為研修修了者が実施できる行為もある。



## 【論点】

- タスク・シェアリング/タスク・シフティングによる医師の働き方改革を推進する観点から、麻酔管理の一部の診療の補助行為について、特定行為の研修や術中麻酔管理領域のパッケージ研修を修了した者が実施した場合の、麻酔管理料における評価の在り方について、どのように考えるか。

# 1. 医療従事者の働き方④

- (1) これまでの議論の整理
- (2) 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について
- (3) 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について
  - 救急医療に係るこれまでの議論の整理
  - 医療機関における労務管理及び長時間労働による影響について
  - 救急医療に係る現状と課題について
- (4) 業務の効率化・合理化について

# これまでの議論の整理⑨

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<10/25 個別⑥（救急／小児・周産期、業務の効率化・合理化）>

○ 救急医療について

<12/4個別⑫（救急②）>

○ 救急医療について

## 【論点】

（10/25 救急医療について）

- 救急医療管理加算は、緊急に入院が必要な重篤な患者に対する医療を評価する項目であるが、現行の加算1の対象患者の状態にばらつきがあることや、加算2の算定が増加傾向にあることを踏まえ、対象患者の要件についてどのように考えるか。
- 救急医療体制について、救急搬送件数と従事する医師数の関係等も踏まえ、救急搬送の件数や重症度に応じた適切な体制を確実に整備する観点から、どのような対応が考えられるか。
- 救急医療体制の充実とともに、救急部門におけるタスク・シフト／タスク・シェアリングの観点から、専任の看護師配置の実態を踏まえ、現行の施設基準についてどのように考えるか。

（12/4 救急医療について）

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

# 1. 医療従事者の働き方④

- (1) これまでの議論の整理
- (2) 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について
- (3) 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について
  - 救急医療に係るこれまでの議論の整理
  - 医療機関における労務管理及び長時間労働による影響について
  - 救急医療に係る現状と課題について
- (4) 業務の効率化・合理化について

# 医師の時間外労働規制について①

平成31年4月24日

第66回社会保障審議会医療部会

資料1-4

## 一般則

2024年4月～

将来  
(暫定特例水準の解消  
(=2035年度末)後)

- 【時間外労働の上限】
- (例外)
    - ・年720時間
    - ・複数月平均80時間(休日労働含む)
    - ・月100時間未満(休日労働含む)
  - 年間6か月まで

- (原則)
  - 1か月45時間
  - 1年360時間

※この(原則)については医師も同様。

年1,860時間／  
月100時間(例外あり)  
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間(例外あり)  
※いずれも休日労働含む  
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／  
月100時間(例外あり)  
※いずれも休日労働含む

A: 診療従事勤務  
医に2024年度以降  
適用される水準

B: 地域医療確保暫定  
特例水準(医療機関を特定)

C-1 C-2  
集中的技能向上水準  
(医療機関を特定)

C-1: 初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
※本人がプログラムを選択  
C-2: 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用  
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

年960時間／  
月100時間(例外あり)  
※いずれも休日労働含む

A

将来に向けて縮減方向

C-1 C-2

## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置(いわゆるドクターストップ)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底(代償休息不要)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

【時間外労働の上限】

【追加的健康確保措置】

# 医師の時間外労働規制について②

平成31年4月24日

第66回社会保障審議会医療部会

資料1-4

(A) 水準

(B) 水準

(C) 水準

縮36協 締結定 る時間 数でき	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下	
	②「臨時的な必要がある場合」 （休日労働を含む）	月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり）	
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）		年960時間以下	年1,860時間以下
		月100時間未満（例外につき同上）	
		年960時間以下	年1,860時間以下
適正な労務管理（労働時間管理等）	一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）		
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施	現行どおり （勤務環境改善の努力義務）	義務	

追加的 健康 確保 措置	連続勤務時間制限28時間※1（宿日直許可なしの場合）	※2	努力義務 （②が年720時間等を超える場合のみ）	義務
	勤務間インターバル9時間			
	面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止）	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務 （月100時間以上となる前に実施※3）		

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

□ 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（36協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 (C) - 1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間（その後の勤務間インターバル9時間）又は24時間（同24時間）とする。

※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能（(C) - 1水準が適用される初期研修医を除く）。

※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、(A)水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、(B)・(C)水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

考え方

勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。

医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。

医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的な枠組みについて、早急な検討が必要。

## 1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

- まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。
- ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。

## 2 36協定等の自己点検

- 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。
- 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。

## 3 産業保健の仕組みの活用

- 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。

## 4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

- 点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。
- 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。

※「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発1228001号）

## 5 女性医師等の支援

- 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。

## 6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

- 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。

- 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等

勤務医を雇用する医療機関における取組項目  
※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。

行政の支援等

# 医師労働時間短縮計画の項目例 (案)

第5回 医師の働き方改革の推進に関する検討会

令和元年12月2日

資料2

## 1. 時間外労働の状況【必須記載事項】

### 2024年度までの労働時間削減の目標と前年度実績

- 平均時間数
- 最長時間数
- 960～1860時間の医師の人数・割合／960～1860時間の医師の属性（診療科毎）
- 1860時間超の医師の人数・割合／1860時間超の医師の属性（診療科毎）

### 労務管理

- 労働時間管理方法
- 宿日直許可基準に沿った運用
- 研鑽の時間管理
- 労使の話し合い、36協定の締結
- 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- 勤務間インターバル、面接指導等の追加的健康確保措置の実施
- . . .

## 2. 労働時間短縮に向けた取組【一部必須記載事項とすることを検討】

### 意識改革・啓発

- 管理者マネジメント研修
- 患者への医師の働き方改革に関する説明
- 働き方改革について医師の意見を聞く仕組み
- . . .

### タスク・シフト／シェア

- 初診時の予診
- 検査手順の説明や入院の説明
- 薬の説明や服薬の指導
- 静脈採血
- 静脈注射
- 静脈ラインの確保
- 尿道カテーテルの留置
- 診断書等の代行入力
- 患者の移動
- . . .

### 医師の業務の見直し

- 平日日中の外来業務の見直し
- 夜間休日の外来業務の見直し
- 当直の分担の見直し
- オンコール体制の見直し
- 診療科編成の見直し
- 主治医制の見直し
- 総合診療科の活用
- 勤務時間内の病状説明
- 勤務日数の縮減
- 委員会、会議の見直し
- . . .

### 勤務環境改善

- ICTの導入、その他の設備投資
- 出産・子育て・介護に関する復職、両立支援
- 更なるチーム医療の推進
- . . .

⇒ 労働時間の削減目標未達成の場合、計画の見直し等により追加的な対策を講じる必要

# 評価の視点のイメージ(案)

医師労働時間短縮計画の項目を元に、以下のような視点で、各項目について、定量的な段階評価とともに、定性的な所見（○○○の状況の中で、○○に関するタスク・シェアリングが進んでいないと考えられる、等）を評価結果として付す。

	評価内容	評価の視点 (案)
ストラクチャー	・ 労務管理体制	<b>【労務管理体制】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 勤怠管理方法（タイムカード、紙運用等）、勤怠管理システムの有無</li> <li>・ 人事・労務管理の仕組みと各種規程の整備</li> <li>・ 労使交渉、36協定</li> <li>・ 産業医の体制</li> <li>・ 衛生委員会の設置</li> <li>・ 健康診断の実施</li> </ul>
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の労務実態・管理</li> <li>・ 労働時間短縮の取組</li> </ul>	<b>【労務の実態・管理】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の勤怠の実態（時間外労働時間、休日の取得、勤務体系（シフト勤務か否か等））</li> <li>・ 時間外勤務チェック体制（自己研鑽の上長の承認の有無、上限時間のアラートの有無、介入者のチェック体制等）</li> <li>・ 当直勤務チェック体制（インターバルの確保、時間外勤務との兼ね合い等）</li> <li>・ 産業医との面接実施状況</li> </ul> <b>【労働時間短縮の取組】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 意識改革・啓発 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 管理職マネジメント研修</li> <li>・ 患者への医師の働き方改革に関する説明</li> <li>・ 医師の意見を聞く仕組み</li> </ul> </li> <li>・ タスク・シフティングに関すること</li> <li>・ 医師の業務の見直し</li> <li>・ 勤務環境改善</li> </ul>
アウトカム	・ 医師の労務管理実施後の結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平均時間数、最長時間数</li> <li>・ 960～1860時間の医師の人数・割合／960～1860時間の医師の属性（診療科毎）</li> <li>・ 1860時間超の医師の人数・割合／1860時間超の医師の属性（診療科毎）</li> </ul>
参考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関の医療提供体制</li> <li>・ 医療機関の医療アウトプット</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>【医療機関の医療提供体制】</b>（※1）</li> <li>・ <b>【医療機関の医療アウトプット】</b>（※2）</li> </ul>

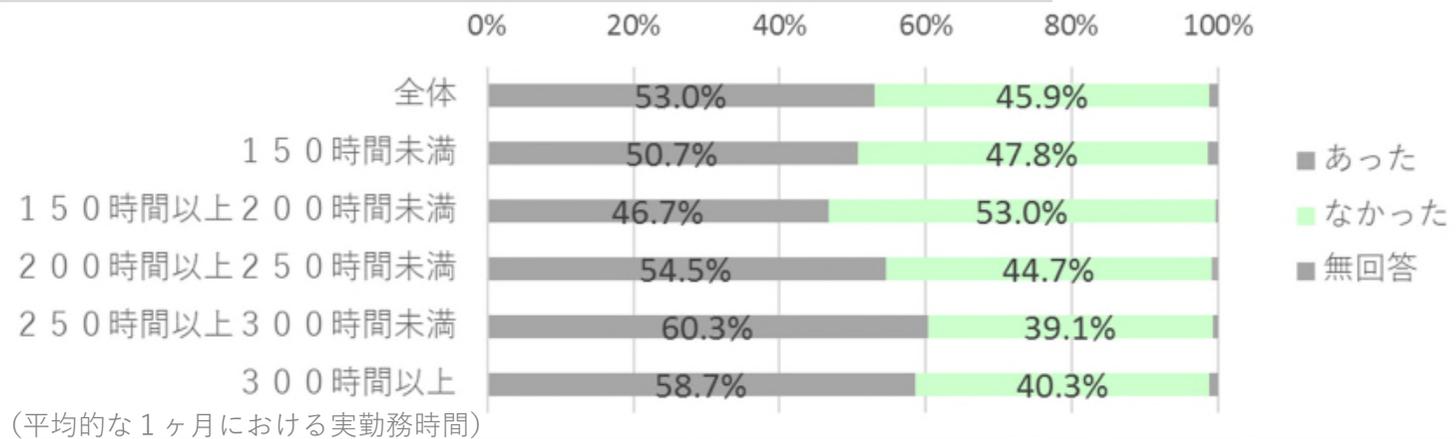
（※1）診療科ごとの医師数、病床数、看護師数、医師事務作業補助者数等、労働時間に影響を与える要素として分析を行うことを想定。

（※2）手術件数、患者数、救急車受け入れ台数の他、医療計画や地域医療構想に用いる項目を想定。

# 働き方と医療安全との関係

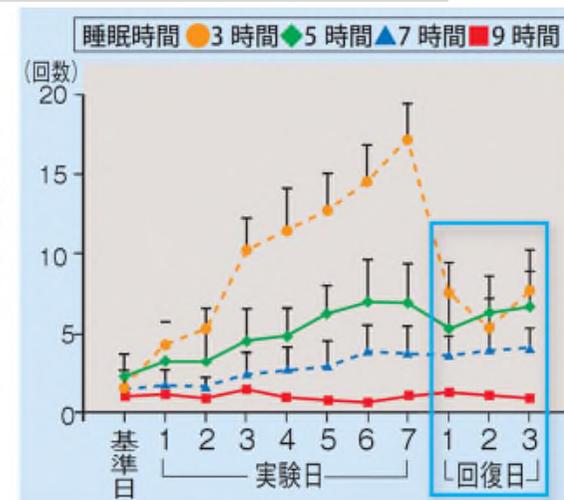
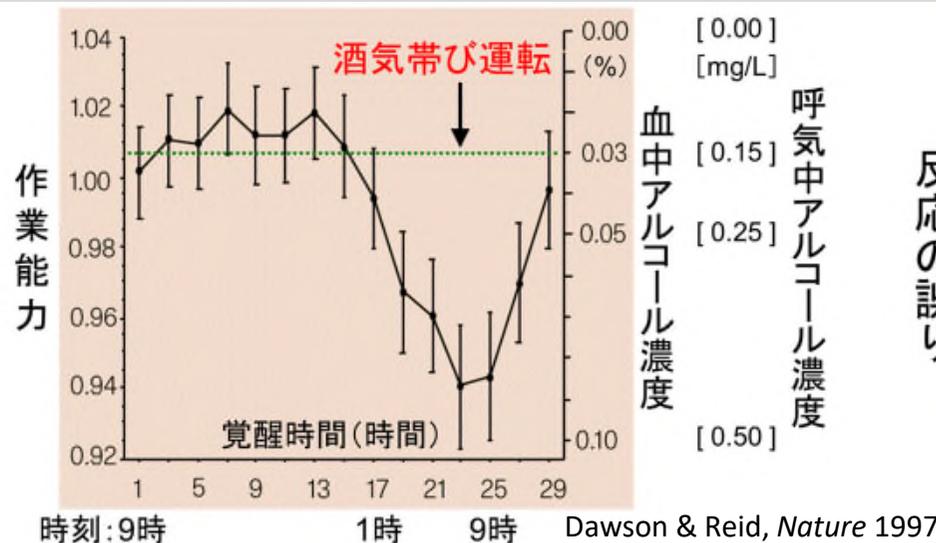
- 医療事故やヒヤリ・ハットを経験した割合は、勤務時間が長くなるほど上昇する。
- 睡眠不足は、作業能力を低下させたり、反応の誤りを増加させたりすることがわかっている。

## 1. 医療事故やヒヤリ・ハットの経験（勤務時間区分ごと）



(出典) 平成29年度厚生労働省・文部科学省委託「過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業報告書(医療に関する調査)」

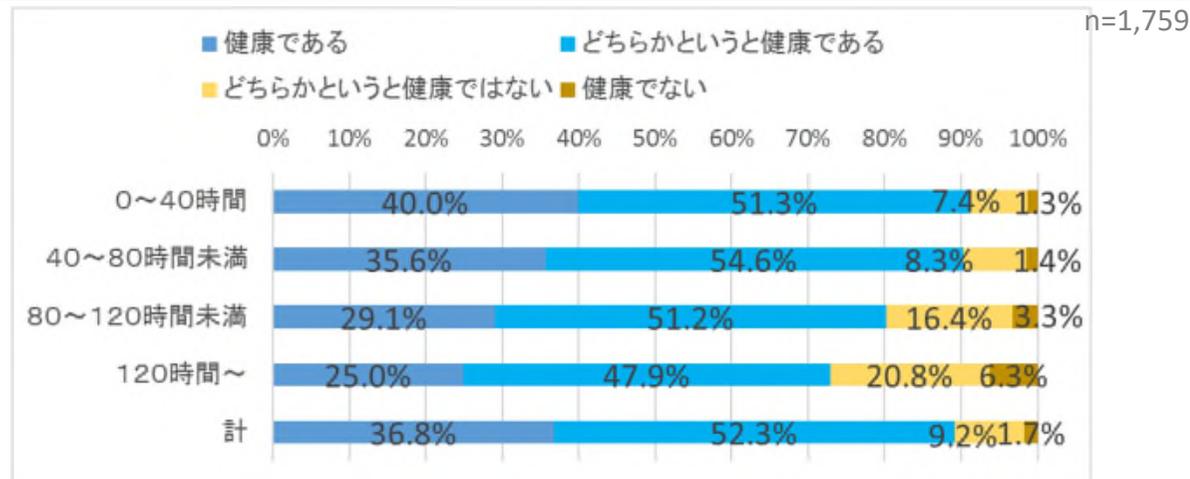
## 2. 睡眠と作業能力の関係（第5回検討会 高橋正也参考人報告資料より抜粋）



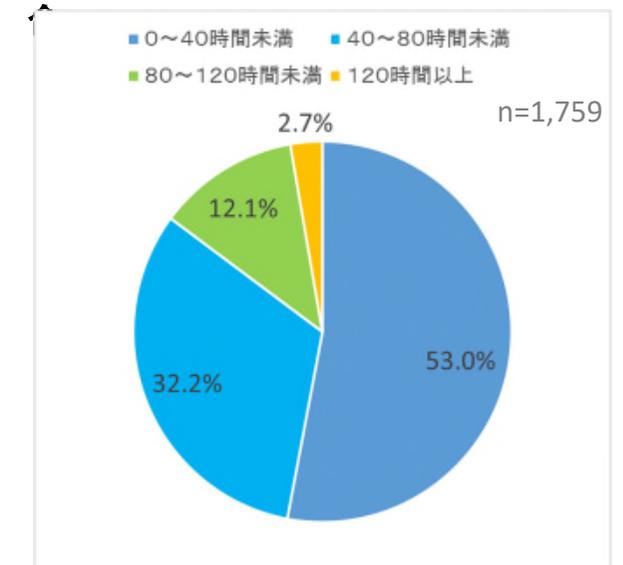
# 健康状態や睡眠の状況と時間外労働の関係

- 健康状態や睡眠の状況にかかる病院勤務医本人の認識は、時間外労働が長くなるにつれて悪化し、「健康でない」又は「どちらかという健康でない」、「睡眠は不足していた」又は「あまりとれていなかった」の割合が高まる。

## 1. 時間外労働時間数（H29.6）の区分ごとにみた現在の健康状態

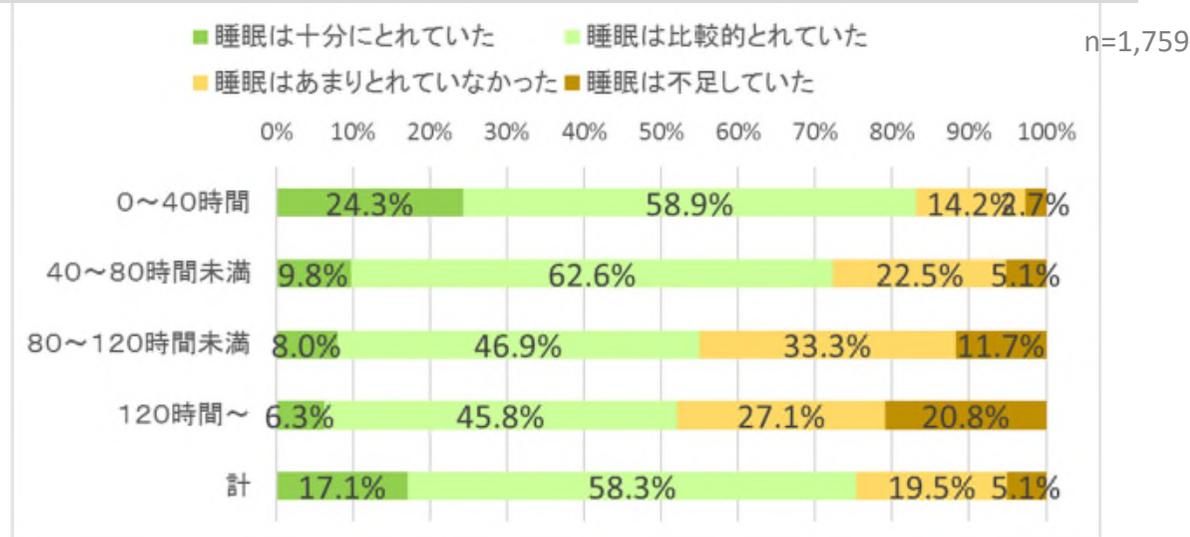


## (参考) 本調査における時間外労働時間数（H29.6）の区分ごとの割合



(出典) 平成29年度厚生労働省委託 医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業における医療機関アンケート調査 (医師票) 結果を基に厚生労働省医政局医療経営支援課において作成。病院勤務の週所定労働時間35時間以上の医師2,058名のうち、各項目に回答のあった1,759名分について集計。

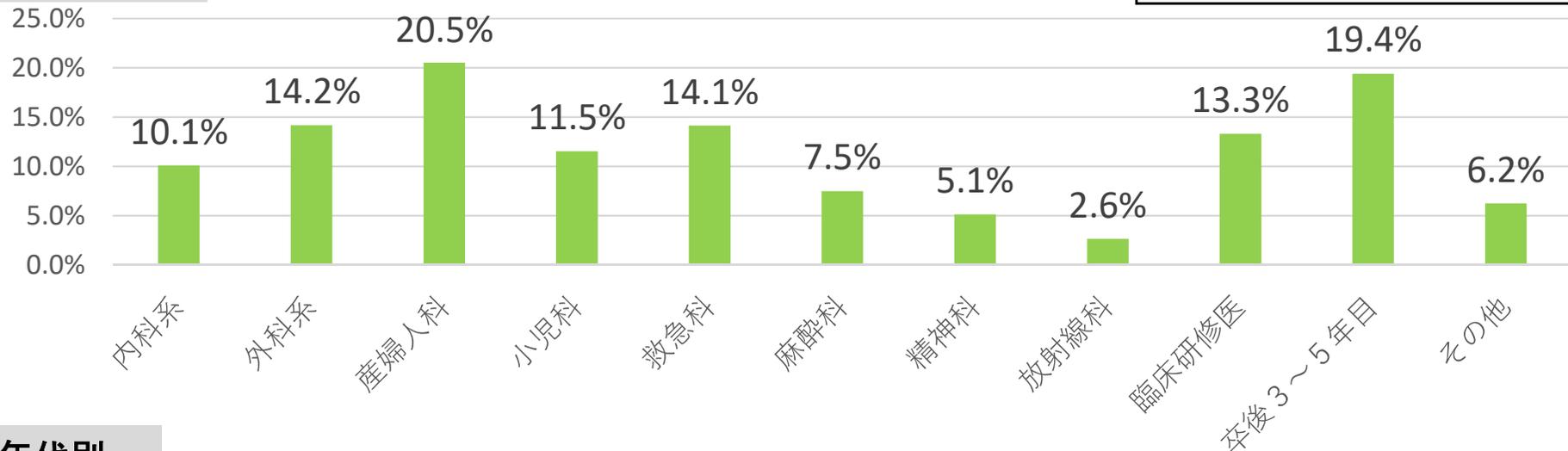
## 2. 時間外労働時間数（H29.6）の区分ごとにみた睡眠の状況



# 週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合

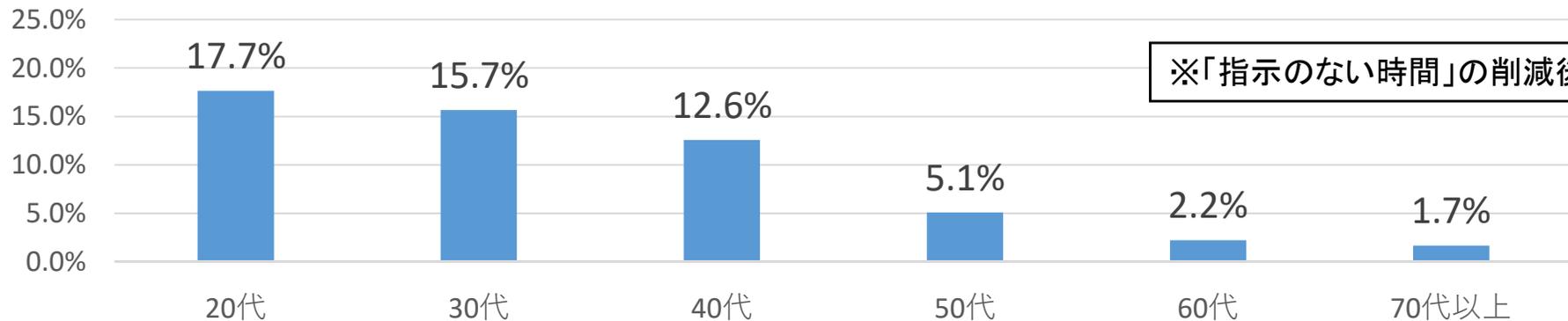
## 1. 診療科別

※「指示のない時間」の削減後



## 2. 年代別

※「指示のない時間」の削減後



※1 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「診療外時間」(教育、研究、学習、研修等)における上司等からの指示(黙示的な指示を含む。)がない時間(調査票に「指示無」を記入)が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。

※2 「卒後3～5年目」に含まれる医師については、「臨床研修医」以外の各診療科に含まれる医師と重複。

# 1. 医療従事者の働き方④

- (1) これまでの議論の整理
- (2) 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について
- (3) 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について
  - 救急医療に係るこれまでの議論の整理
  - 医療機関における労務管理及び長時間労働による影響について
  - 救急医療に係る現状と課題について
- (4) 業務の効率化・合理化について

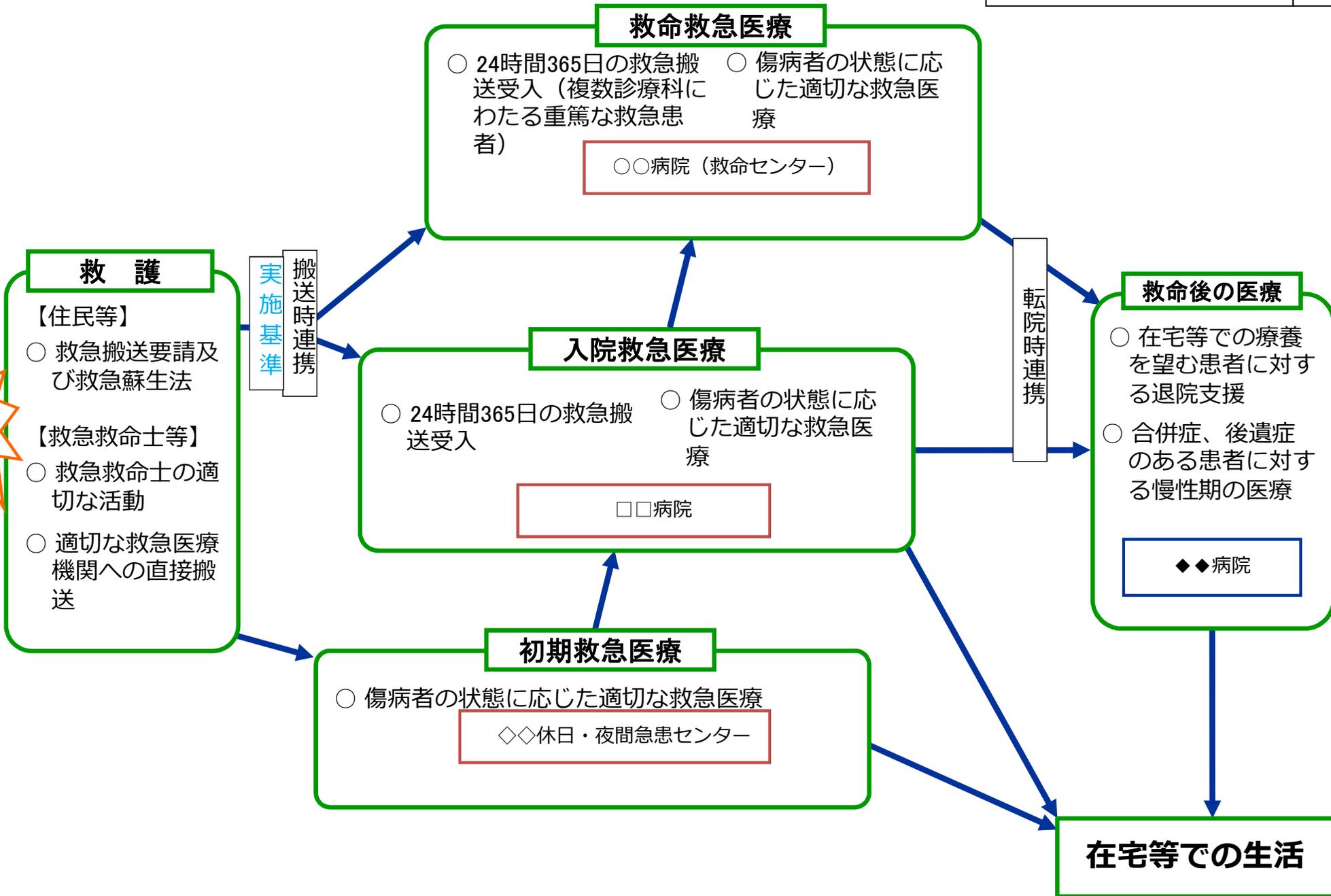
# 救急医療の体制

中医協 総-3  
元. 12. 4

第18回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会  
令和元年11月20日

資料  
2

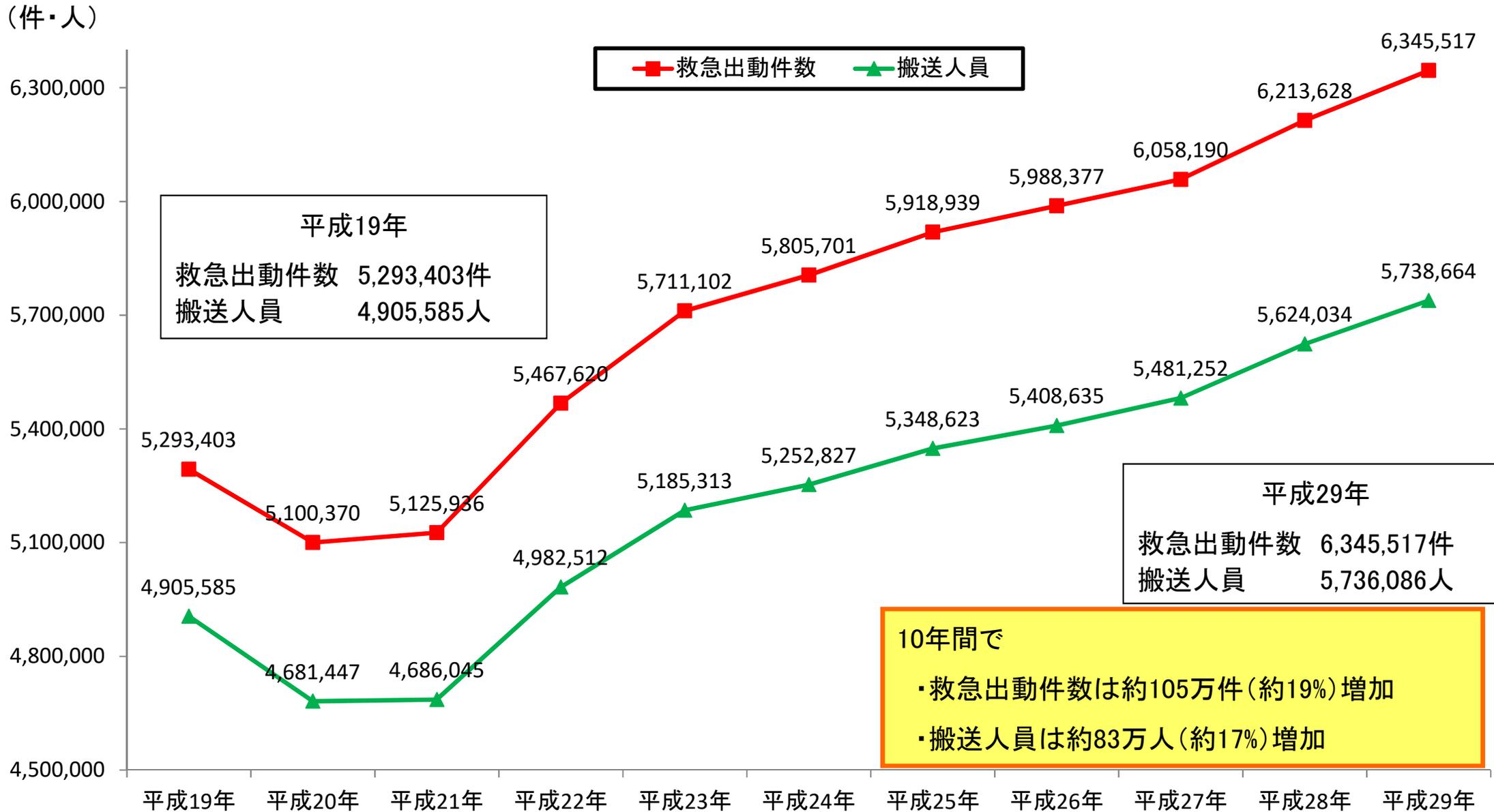
重症度



時間の流れ

# 救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、9年連続の増加となり、過去最多となった。

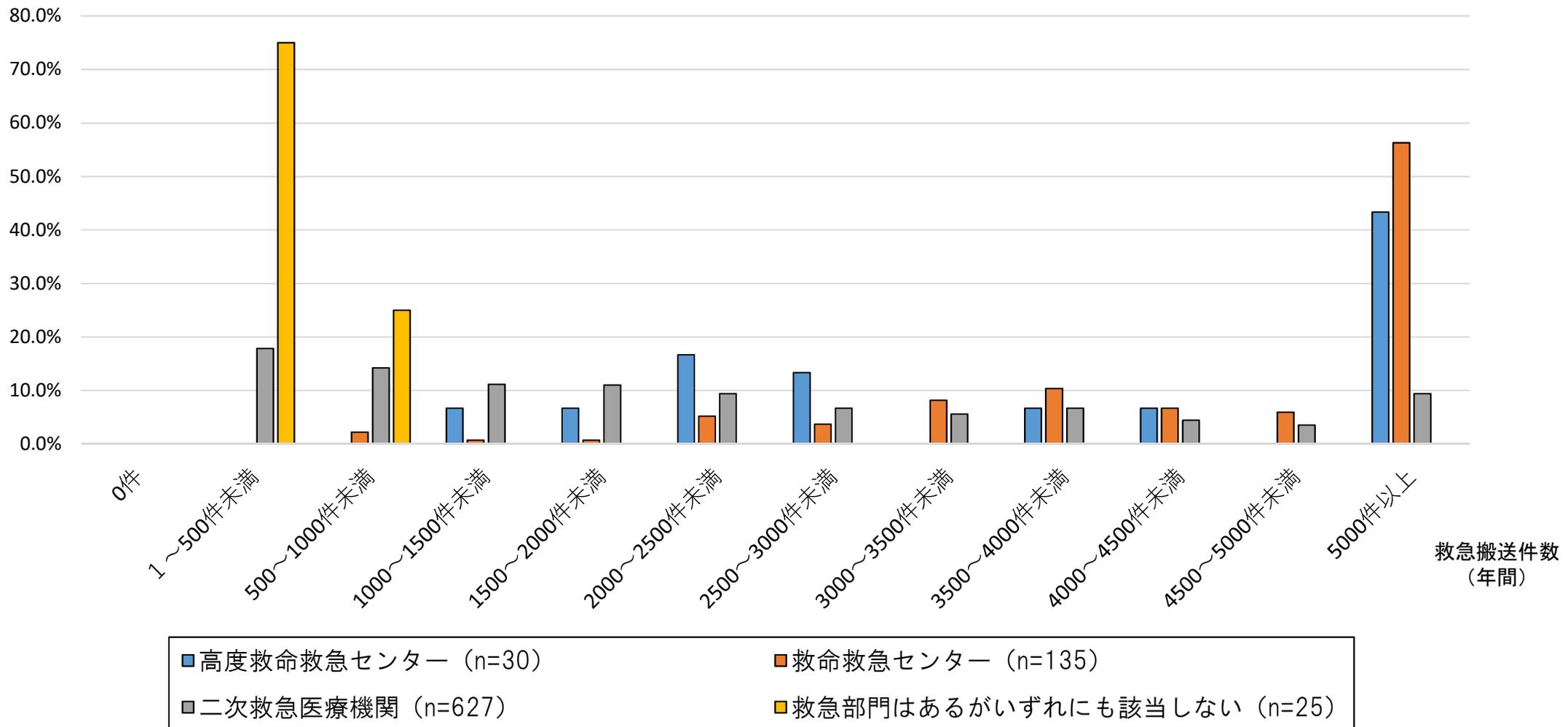


(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。

2 各年とも1月から12月までの数値である。

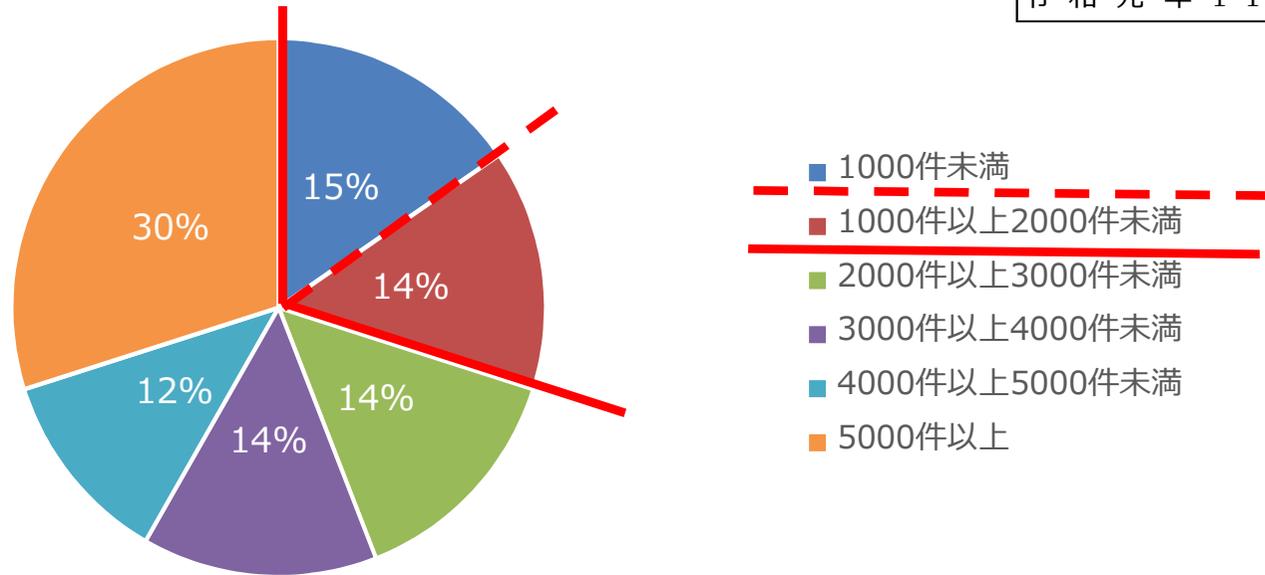
○ 救急医療提供体制別に、年間の救急搬送件数をみると、高度救命救急センターや救命救急センターは年間5000件以上が最も多かったが、二次救急医療機関は分布がばらついていて、救急部門はあるがいずれにも該当しない医療機関は、500件未満が最も多かった。

## 救急医療体制別の年間救急搬送件数



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

### 年間救急搬送受入件数シェア (%)



### 参考) 救急搬送年間受入件数ごとの医療機関内訳

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

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

○ 年間の救急搬送件数別に、平日夜間帯及び休日日勤帯に救急外来に従事する医師数の合計をみると、救急搬送件数が多いほど医師数が多い傾向にあったが、搬送件数が多いにも関わらず医師数が少ない施設もあった。

## 平日夜間帯及び休日日勤帯に救急外来に従事する医師数の合計 (年間の救急搬送件数別)

医師数(人)

40  
35  
30  
25  
20  
15  
10  
5  
0

- ・ 救急外来に従事する医師とは、救急外来専従又は救急外来と病棟業務を兼務する医師
- ・ 平日夜間帯は16時～翌8時、休日日勤帯は8時～16時

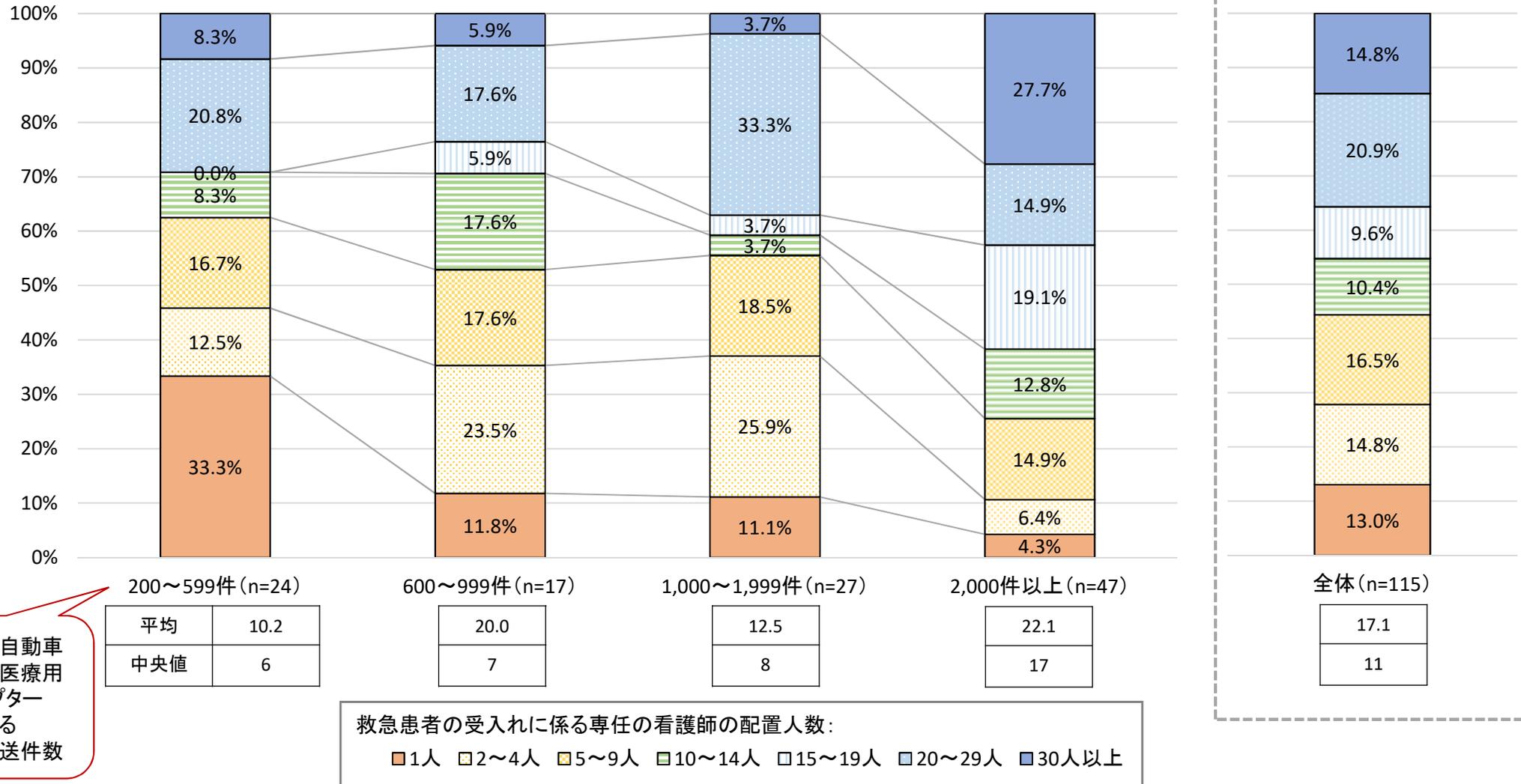
1000台未満 (n=228)    1000台～2000台未満 (n=145)    2000台～3000台未満 (n=123)    3000台～4000台未満 (n=104)    4000台～5000台未満 (n=68)    5000台以上 (n=148)    救急搬送件数(年間)

上から順に  
90%tile値  
75%tile値  
50%tile値  
25%tile値  
10%tile値

# 救急搬送件数と看護師数との関係 ①

○ 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる年間の搬送件数が多いほど、救急患者の受入れへの対応に係る専任の看護師の配置人数が多い傾向にある。

■ 年間の救急搬送件数別の救急患者の受入れに係る専任の看護師の配置人数



救急用の自動車  
又は救急医療用  
ヘリコプター  
による  
年間の搬送件数

※救急搬送看護体制加算を届出ている施設のみ、無回答を除く

【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)「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)(速報値)

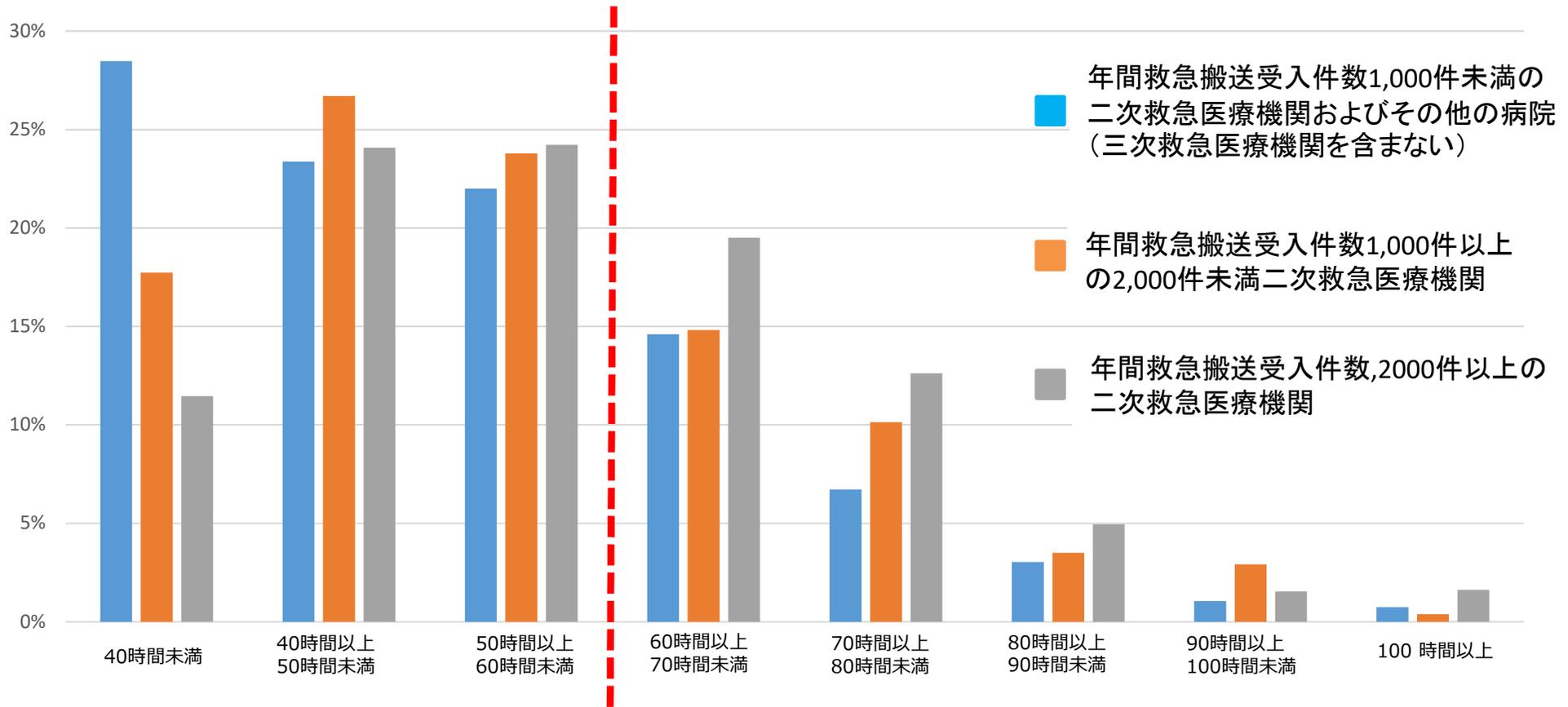
# 二次救急医療機関における救急搬送受入件数ごとの勤務時間の違い

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

中医協 総-3  
元. 12. 4

## <年間救急搬送受入件数別医師労働時間分布(三次救急を除く)>

(割合)



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

※2 救急搬送受け入れ実績に関する出典:平成29年度病床機能報告

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

## ポイント

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

# 1. 医療従事者の働き方④

- (1) これまでの議論の整理
- (2) 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について
- (3) 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について
- (4) 業務の効率化・合理化について
  - 書類作成・研修要件の合理化

# これまでの議論の整理⑦

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<10/25 個別⑥（救急／小児・周産期、業務の効率化・合理化）>

- 業務の効率化・合理化
  - 書類作成・研修要件の合理化
  - 医療機関と薬局の連携による業務の効率化
  - 診療報酬明細書の記載及び地方厚生（支）局への届出に当たっての業務の効率化

<11/8 横断②（ICTの利活用、情報共有・連携）>

- 医療におけるICTの利活用について
  - カンファレンス等における利活用

## 【論点】

（10/25 業務の効率化・合理化）

- 医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、医師等に求めている診療録等の記載について、簡素化を行う方向で検討を進めてはどうか。
- 医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、施設基準で求める院内研修の内容等について、質の担保を考慮したうえで、簡素化する方向で検討を進めてはどうか。
- 医療機関における医師等の医療従事者の負担軽減や患者の待ち時間の短縮等の観点から、薬局から医療機関への問合せの簡素化の取組を推進することについてどう考えるか。
- 訪問看護事業所の負担軽減及び業務効率化の観点から、変更届出の内容等について検討を進めてはどうか。

（11/8 医療におけるICTの利活用について）

- 現在、医療機関間で連携して行うカンファレンス等において、ビデオ通話に限りICTの活用が認められているが、例えば、患者の同席が想定されない、医療機関間又は医療機関内のカンファレンス等において、現在行われている電子掲示板等を活用した情報共有・連携をどのように考えるか。
- 退院時共同指導の実施にあたって、職員のスケジュール調整や指導への移動時間等に課題がみられることを踏まえ、ビデオ通話を活用する場合の評価や要件等についてどのように考えるか。また、その他の加算等においても、「やむをえない場合」に限りICTの活用を認めていることについて、どのように考えるか。

# これまでの議論の整理⑧

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<10/25 個別⑥（救急／小児・周産期、業務の効率化・合理化）>

- 業務の効率化・合理化
  - 書類作成・研修要件の合理化
  - 医療機関と薬局の連携による業務の効率化
  - 診療報酬明細書の記載及び地方厚生（支）局への届出に当たっての業務の効率化

<11/8 横断②（ICTの利活用、情報共有・連携）>

- 医療におけるICTの利活用について
  - カンファレンス等における利活用

## 【いただいたご意見】

（10/25 業務の効率化・合理化）

- 届出の簡素化や、レセプトの記載の簡素化は進めていくべき。
- 院内研修の簡素化についても、検討していくべきではないか。
- 記載事項や研修要件については、どのような事項には対応でき、どのような事項には対応できないのかなど、整理する必要がある。
- 届出については、記載する様式だけではなく、添付する書類についても整理する必要がある。
- レセプトの入力様式については、選択項目を増やす等により、手書きの部分を減らしていくべき。

（11/8 医療におけるICTの利活用について）

- カンファレンス等におけるICTの利活用は、医療従事者の負担軽減等の観点から、進めていくべき。
- ビデオ通話に加え、電子掲示板等の利活用についても、進めていくべき。

# 書類作成・研修等の合理化(イメージ)

## 診療報酬の算定にあたり書類の作成や診療録等への記載を求めている項目(例)

### ○ A233-2 栄養サポートチーム加算

- ・ 栄養サポートチーム加算の算定に当たっては、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとしている。
- ・ ただし、栄養サポートチーム加算(特定地域)の算定に当たっては、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士の全てが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること、とされている。

### ○ B001・13 在宅療養指導料

- ・ 在宅療養指導料の算定に当たっては、医師が、診療録に保健師、助産師又は看護師への指示事項を記載するとともに、保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記することが求められている。

- 作成する書類と、診療録に記載する事項の整理
- 書類の記載者と記載内容の整理

## 診療報酬の算定にあたり研修の修了等を求めている項目(例)

### ○ A234-2 感染防止対策加算1及び2(院内研修)

- ・ 感染制御チームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。

### ○ A214 看護補助加算等(院内研修)

- ・ 施設基準において、年に1回以上の受講が要件とされている院内研修について、内容が大きく変化しないと考えられる研修内容についても、毎年の受講が求められているものがある。

### ○ 重症度、医療・看護必要度(院外研修)

- ・ 施設基準において、院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましいとされている。

- 研修の受講頻度等の要件見直し

## 診療報酬の算定にあたり会議の開催を求めている項目(例)

### ○ A246 入退院支援加算1

- ・ 連携機関の職員との年3回の面会について、やむを得ない事情により対面で面会できない場合は、3回中1回(医療資源の少ない地域に属する医療機関の場合は3回中3回)に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて面会することができる。

### ○ 入院基本料等

- ・ 安全管理の責任者等で構成される委員会を月1回程度開催する。

- ICTの利活用を含めた要件見直し

## 医療従事者の働き方に係る現状及び課題と論点②

### 【現状及び課題】

(医療機関における労務管理及び長時間労働による影響について)

- 2024年4月から、診療従事勤務医の時間外労働の上限水準を設けるとともに、一般の労働者に適用される時間外労働の上限を超えて医師が働かざるを得ない場合に、医師の健康を確保し、医療の質や安全を確保するための措置として「追加的健康確保措置」を講ずることとされている。
- 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組として、医師の労働時間管理の適正化に向けた取組や、36協定等の自己点検、タスク・シフティングの推進等を行うこととされている。
- 医師労働時間短縮計画の具体的な項目等につき、検討が進められている。
- 長時間労働や睡眠不足により、ヒヤリ・ハットの経験割合の増加や、作業能力の低下が見られる。

(救急医療に係る現状と課題について)

- 救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会において、救急搬送を年間1000件以上受け入れている医療機関が、全体の約85%の搬送に対応しており、脳卒中や急性心筋梗塞等の緊急治療対応の大部分を担っていること、また、特に救急搬送を年間2000件以上受け入れている医療機関は、医師の労働時間が長時間になる傾向があること等が示されており、それらを踏まえ、当該医療機関の救急医療提供体制における役割や位置づけについて議論されている。

### 【論点】

- 医療機関における医師の長時間労働等の過酷な勤務環境を鑑み、これまで行われてきた医師の負担軽減のための取組を引き続き推進するとともに、医療機関が自らの状況を踏まえて行う、医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組を推進することは、医療の質及び医療安全の確保の観点からも重要であり、その評価の在り方についてどのように考えるか。
- また、特に過酷な勤務環境となっている、救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について、地域医療の確保を図る観点から、更なる評価を行うこととしてはどうか。

# 働き方に係る見直し事項等(全体像)

## 医師・医療従事者の負担軽減策

- 医療従事者の負担軽減及び処遇改善のための要件の見直し
- 病院勤務医の負担軽減及び処遇改善のための要件の見直し
- 看護職員の負担軽減等の取組に係る評価の見直し
- 救急医療体制における重要な機能を担う医療機関の評価

## タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- 医師事務作業補助体制加算の要件の見直し
- 病棟薬剤業務実施加算等の要件の見直し
- 周術期におけるタスク・シェアリング／タスク・シフティング
- 看護補助者に係る評価の見直し
- 栄養サポートチーム加算の要件の見直し

## 人員配置の合理化

- 医師の常勤要件の見直し
- 看護師の常勤要件及び専従要件の見直し

## 業務の効率化・合理化

- 会議の合理化
- 書類作成の合理化
- 研修要件の合理化
- 診療報酬明細書の記載の合理化
- 地方厚生(支)局への届出に当たっての業務の効率化

# 個別（その14）

## 1. 医療従事者の働き方④

(1) これまでの議論の整理

(2) 対応（案）の整理

- 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について
- 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について
- 業務の効率化・合理化について

## 2. 技術的事項③

(1) 医療機器の効率的かつ有効・安全な利用

- ポジトロン断層撮影の共同利用
- ガイドラインに基づく画像検査の利用
- 超音波検査の活用

(2) 義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

## 2. 技術的事項③

### (1) 医療機器の効率的かつ有効・安全な利用

- ポジトロン断層撮影の共同利用
- ガイドラインに基づく画像検査の利用
- 超音波検査の活用

### (2) 義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

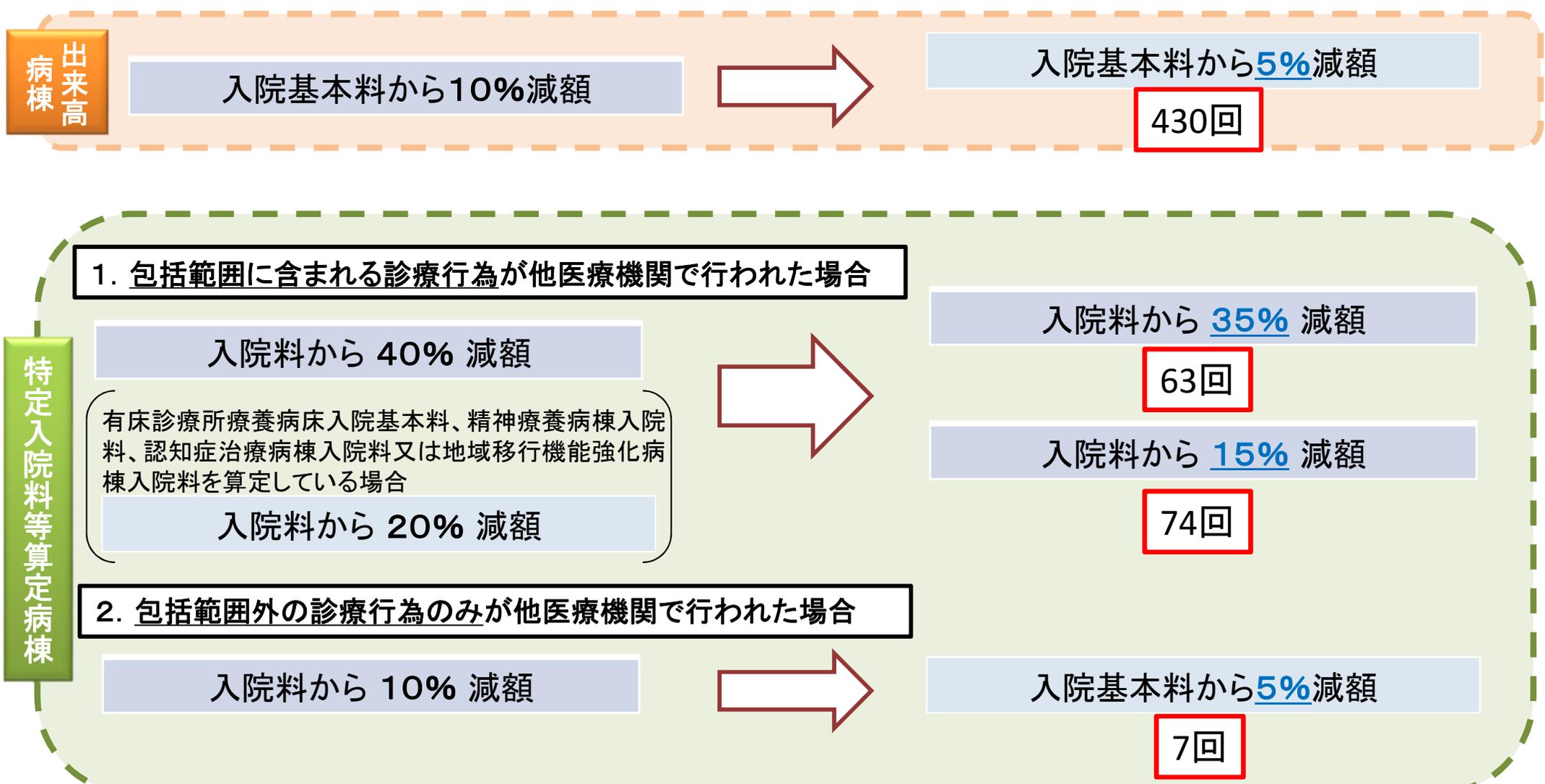
## ① ポジトロン断層撮影の共同利用

### 【主な意見(令和元年度10月23日中医協総会)】

- ポジトロン断層撮影については、限られた施設でしか保有されていないということで、共同利用しやすい環境を作る必要がある。高度な放射線機器を有する他の医療機関を受診する場合の入院料の減額緩和と同様の対応をすることで、共同利用が促進されるひとつのきっかけになると考えられ、賛成である。
- 高度な放射線治療機器の緩和により、どの程度共同利用が進んだのか、データはあるか。

# 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進(平成30年度診療報酬改定)

- 平成30年度診療報酬改定において放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和した。
- こうした対象における治療は一定程度実施されている。



# 高度な放射線治療機器を用いた治療等の実施状況

- 入院中に他医療機関を受診した際に、入院料の減額の緩和を受ける高度な放射線治療は、強度変調放射線治療（IMRT）、ガンマナイフ、直線加速による放射線治療の定位放射線治療及び粒子線治療である。
- これらの放射線治療の算定回数は増加傾向。一定程度共同利用も行われている。

《入院中の高度な放射線治療機器の算定回数推移》

入院中に他医療機関を受診した際に、入院料の減額の緩和を受ける高度な放射線治療機器

- M001 体外照射
  - 3 強度変調放射線治療（IMRT）
- M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療
- M001-3 直線加速器による放射線治療
  - 1 定位放射線
- M001-4 粒子線治療

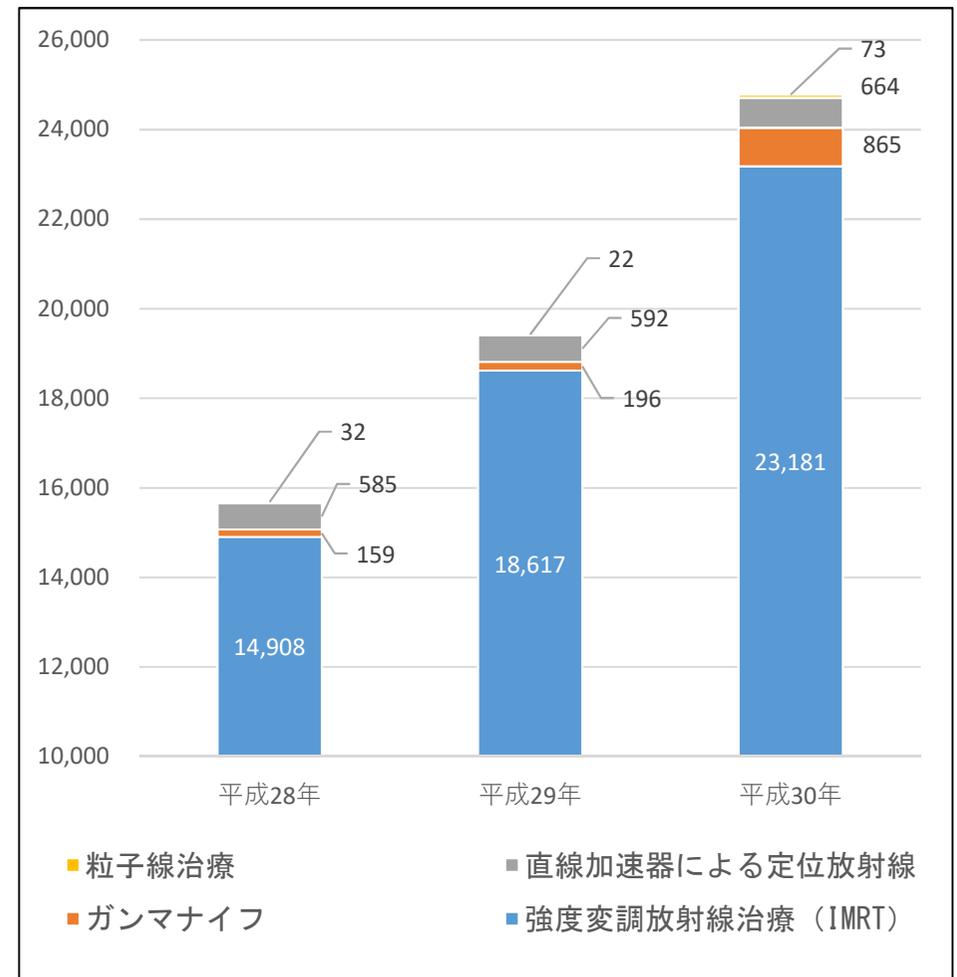
高度な放射線治療機器の算定回数（入院中）

**24,783回/月**

うち、入院中に高度な放射線治療目的に他医療機関を受診した回数

**574回/月**

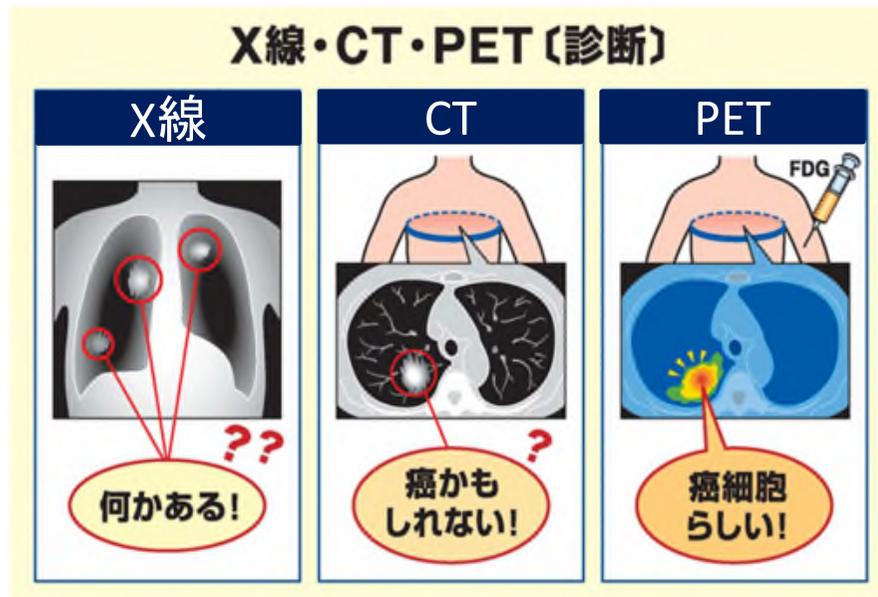
※いずれも平成30年6月時点



- ポジトロン断層撮影（PET）は、放射能を含む薬剤を用いる、核医学検査の一種であり、放射性薬剤を投与し、その分析を特殊なカメラで捉えて画像化する。
- PET検査は、通常がんや炎症の病巣を調べたり、腫瘍の大きさや場所の特定、良性・悪性の区別、転移状況や治療効果の判定、再発の診断などに利用される。
- がん以外にもアルツハイマー病やてんかん、心筋梗塞の検査としても利用される。

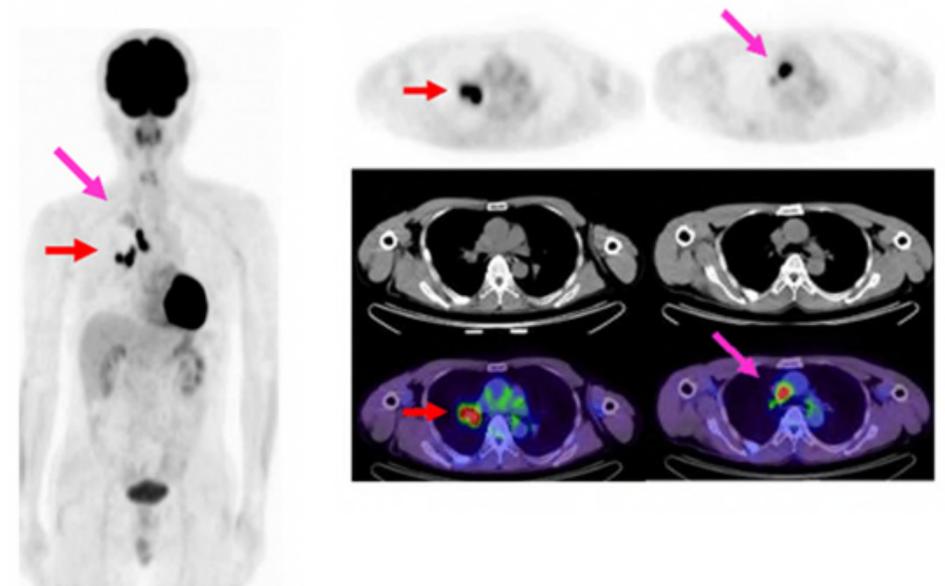
## PET検査と他の検査の比較

- ・ 単純X線、CT及びPET検査を比較すると、PET検査は他の検査と比べてより多くの情報を得ることができる。



## PET検査の特徴

- ・ がんには放射性薬剤が集まるため、薬剤が集まっている場所や集まり方でがんの部位や転移、機能等を診断することができる。（下図矢印）
- ・ また全身を一目で判断することができる。



## ① ポジトロン断層撮影の共同利用

### 【現状・課題】

- 平成30年度診療報酬改定において、高度な放射線治療機器等を共同利用した場合は、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額に係る取扱いの緩和を行い、一定程度算定されている。

### 【論点】

- 平成30年度改定の際の高度な放射線治療機器への対応を踏まえ、ポジトロン断層撮影についても同様の対応を行ってはどうか。

## 2. 技術的事項③

### (1) 医療機器の効率的かつ有効・安全な利用

- ポジトロン断層撮影の共同利用
- ガイドラインに基づく画像検査の利用
- 超音波検査の活用

### (2) 義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

## ② ガイドラインに基づく画像検査の利用

### 【主な意見(令和元年度10月23日中医協総会)】

- まずはCT撮影プロトコルの標準化が先決であると考えます。不必要な画像検査を避け、医療被ばくを減らすことの意義は分かるが、医療安全の面からは丁寧な画像検査が求められる。医療機関としても訴訟のリスク等があるので、画像検査をしなければならないというのが医療現場の実情。そうした実情を踏まえると、例えば小児の抗菌薬のように、実施しなかった場合に評価するといった手法でこれを評価することは画像診断にはなじまないのではないかと懸念されています。
- 軽度の頭部外傷でも大きな出血が起こる例もある。医療安全の面からは丁寧な画像検査が求められる。
- ガイドラインに基づいて患者、家族の理解を得て画像診断を適正に利用するというのは当然であり、患者、家族の理解を得るための説明というのは、当然ながらこの診断について要件化するべきものであって、加算評価というふうには考えていくのは違和感がある。

- 日本医学放射線学会の画像診断ガイドライン（2016年版）では軽度の頭部損傷を有する小児患者に対する頭部CTは推奨グレードDであり、PECARN rule<sup>1)</sup>、CHALICE rule<sup>2)</sup>などの基準を使用して頭蓋内損傷のリスクを評価し、撮影に当たって慎重に判断されるべきとされている。

## PECARN rule

### 【2歳未満】

- ・ GCS ≤ 14
- ・ 頭蓋骨骨折の触知
- ・ 意識変容（興奮、傾眠、同じ質問の繰り返し、会話の反応が鈍い）

(1つでも)  
Yes

CTを推奨

(全て) No ↓

- ・ 皮下血腫（前額部を除く）
- ・ 意識消失 ≥ 5秒
- ・ 親から見て「普段と違う」
- ・ 激しい受傷機転

(1つでも)  
Yes

- 以下の条件を考慮し、CTを行うか否か決定
- ・ 受診後の症状所見の悪化
  - ・ 所見が複数か単一か
  - ・ 生後3ヶ月未満
  - ・ 医師の経験
  - ・ 親の希望

(全て) No ↓

CTは推奨されない

### 【2歳以上】

- ・ GCS ≤ 14
- ・ 頭蓋底骨折の微候
- ・ 意識変容（興奮、傾眠、同じ質問の繰り返し、会話の反応が鈍い）

(1つでも)  
Yes

CTを推奨

(全て) No ↓

- ・ 嘔吐
- ・ 意識消失
- ・ 激しい頭痛
- ・ 激しい受傷機転

(1つでも)  
Yes

- 以下の条件を考慮し、CTを行うか否か決定
- ・ 受診後の症状所見の悪化
  - ・ 所見が複数か単一か
  - ・ 医師の経験
  - ・ 親の希望

(全て) No ↓

CTは推奨されない

## CHALICE rule

- ・ 5分以上の意識消失
- ・ 5分以上の健忘
- ・ 傾眠
- ・ 3回以上の嘔吐
- ・ 虐待の疑い
- ・ てんかんの既往のない患者でのけいれん
- ・ GCS < 14. 1歳未満ではGCS < 15
- ・ 開放骨折、陥没骨折の疑い、または大泉門膨隆
- ・ 頭蓋底骨折の所見（耳出血、パンダの目徴候、髄液漏、バトル徴候）
- ・ 神経学的異常
- ・ 1歳未満では5cm以上の皮下血腫や打撲痕
- ・ 高エネルギー外傷などの危険な受傷機転

(1つでも)  
Yes

CTを推奨

- 1) Kuppermann N et al : Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma : a prospective cohort study. Lancet 374 : 1160-1170, 2009
- 2) Dunning J et al: Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. Arch Dis Child 91 : 885-891, 2006

# 新生児、乳児又は幼児に対するCT撮影の要否の判定

- ガイドラインに沿って小児の頭部外傷の診療を行う場合、意識状態の評価が非常に重要である。
- 意識状態の評価は、グラスゴー・コーマ・スケール（GCS）等のスケールを用いて行われることが多いが、新生児、乳児又は幼児において、意識障害の有無の判断は容易ではない。
- 新生児、乳児又は幼児に対するCT撮影の要否の判断は、意識状態の評価に当たって特別なスケールや技術を要する点、さらに、保護者に対してCT撮影の医学的必要性やリスク等についての丁寧な説明が必要である点からも、成人に比べて対応により多くの労力を要する。

## 《小児用グラスゴー・コーマ・スケール(GCS)》【点数】

開眼(E)	自発的に	4
	呼びかけで	3
	疼痛で	2
	開眼せず	1
最良の言語音声反応(V)	理由ある啼泣、喃語～おしゃべり、見当識あり	5
	あやすと泣きやむ	4
	泣きやまない	3
	うめき～発声のみ	2
	発語なし	1
最良の運動反応(M)	従命(>1歳)、自発運動	6
	払いのける	5
	逃避	4
	上肢の異常屈曲(除皮質硬直)	3
	四肢の異常伸展(除脳硬直)	2
	動かない	1

【最高】 15点

- ・ GCSは開眼（E）、最良の言語音声反応（V）、最良の運動反応（M）それぞれについて評価を行い、合計15～3点で評価を行う。
- ・ **14点以下で意識障害と判断する。**

小児、乳幼児の場合は、特に言語音声反応（V）の評価を行う場合、言葉で異常を表現することができず、泣いている際も何が原因か、あるいは意識状態は正常かなど、総合的に判断する必要がある。



- 新生児、乳幼児、幼児に対してコンピューター断層撮影を行う場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算の評価を行っている。

【関連する診療報酬】

コンピューター断層撮影診断料  
通則 4

新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

E200 コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき）  
1 CT撮影（一連につき）

イ	64列以上のマルチスライス型の機器の場合	
(1)	共同利用施設において行われる場合	1,020点
(2)	その他の場合	1,000点
ロ	16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ	4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	750点
ニ	イ、ロ、ハ以外の場合	560点

## ② ガイドラインに基づく画像検査の利用

### 【現状・課題】

- 新生児、乳幼児、幼児に対してコンピューター断層撮影を行う場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算の評価を行っている。
- 日本医学放射線学会の「画像診断ガイドライン2016」では軽度の頭部外傷を有する小児に、頭部CT検査を行う場合、適切に実施されることを求めている。
- 幼児以下の小児の頭部外傷に対して、ガイドラインに沿った診断を行う場合、意識状態の確認が非常に重要であるが、小児の意識障害の判定は、高い専門性が必要であり、非常に困難であり、成人と比べて労力を要する。

### 【論点】

- 小児の頭部外傷に対する頭部CT検査については、日本医学放射線学会の画像診断ガイドラインに沿って実施することを新生児、乳幼児及び幼児加算の要件とすることとし、意識状態の確認、判定に係る専門性や労力について更なる評価を検討することとしてはどうか。
- また、小児に対する頭部CT検査の実施状況等を把握するため、撮影に至った理由を摘要欄の選択肢から選択することとしてはどうか。

## 2. 技術的事項③

### (1) 医療機器の効率的かつ有効・安全な利用

- ポジトロン断層撮影の共同利用
- ガイドラインに基づく画像検査の利用
- 超音波検査の活用

### (2) 義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

### ③ 超音波検査の活用

#### 【主な意見(令和元年度10月23日中医協総会)】

- 同じ超音波検査でも簡便に実施できるものや高機能のものがあり、さらには特定の臓器を精査する場合や全体的に精査する場合など、疾患によっても精査の仕方が異なることは理解しているが、現状の評価体系から領域別に評価するほうが良いということは、現状の資料だけでは判断できない。
- 超音波検査の結果の取扱いについて、療養担当規則には、患者の診療を行った場合には診療録に当該診療に関し、必要な事項を記載しなければならないとあることから、必要なことは診療録に記載されていると考える。
- 現場のどういう場面でどのような使用状況なのかをきちっと把握してやるべきであり、検査の必要のない臓器まで検査をするというようなモラルハザードが起きないように仕組みは併せて検討すべき。
- 領域別に評価をするという方向については賛成であるが、不適切な医療が行われないように、設計にあたっては適正化の観点から細分化すべきと考える。
- 機器の進化や環境の変化で実態に合わないものを見直す必要がある。パルスドプラ機能が標準的なものになっているというデータがあれば示してほしい。
- 超音波検査について年々増加傾向とのことだが、在宅と病院、それぞれの場での件数を把握するべきではないか。
- 検査を行う場所ではなく、何を検査したかが大切である。在宅であっても診断をするために詳細に超音波検査を行う場合もあるので、場で分けるのは難しいと考える。

- CTやMRIと比較して簡便、低侵襲であり、かつ診断に有用なものに超音波検査がある。
- 技術の進歩により、高度な機能を有する超音波診断装置の開発が進められ、臨床現場で活用されている。
- 他方、患者の医療ニーズや医療提供体制の多様化に伴い、多様な超音波診断装置が利用されている。



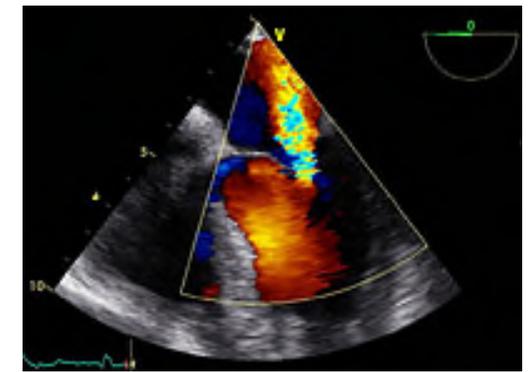
検査室で使用するもの



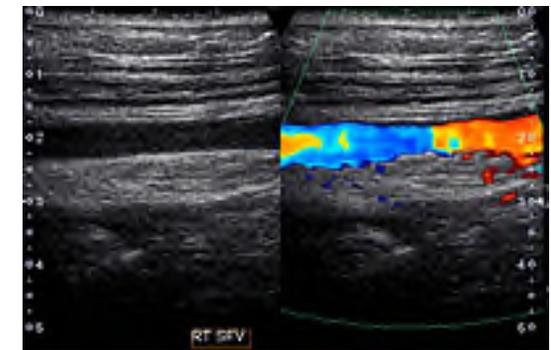
持ち運びが容易で病室や在宅で使用するもの



3Dで立体的に評価出来る



血流を評価できる



- 超音波検査のうち、一部の検査(胎児心エコー)については実施医師及び医療機関の要件を設けている。
- 超音波検査を同一の部位に同時に2以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により1回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、1回のみ算定とする。

## D215 超音波検査(記録に要する費用を含む。)

1 Aモード法	150点
2 断層撮影法(心臓超音波を除く。)	
イ 胸腹部	530点
ロ 下肢血管	450点
ハ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350点
3 心臓超音波検査	
イ 経胸壁心エコー法	880点
ロ Mモード法	500点
ハ 経食道心エコー法	1,500点
ニ 胎児心エコー法	300点
ホ 負荷心エコー法	2,010点
D216-2 残尿測定検査 1超音波検査によるもの	55点

## ニ 胎児心エコー法 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、月1回に限り算定する。

2 当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、700点を所定点数に加算する。

胎児心エコー法は、胎児の心疾患が強く疑われた症例に対して、循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有する医師(胎児心エコー法を20症例以上経験している者に限る。)が診断又は経過観察を行う場合に算定し、「注2」の胎児心エコー法診断加算は、当該検査に伴って診断を行った場合に限り算定する。

## 施設基準

- (1)循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有し、胎児心エコー法を20症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2)当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、胎児心エコー法を実施する医師が専ら循環器内科又は小児科に従事している場合にあっては、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
- (3)倫理委員会が設置されており、必要な時は事前に開催すること。

# 在宅での超音波検査の活用について

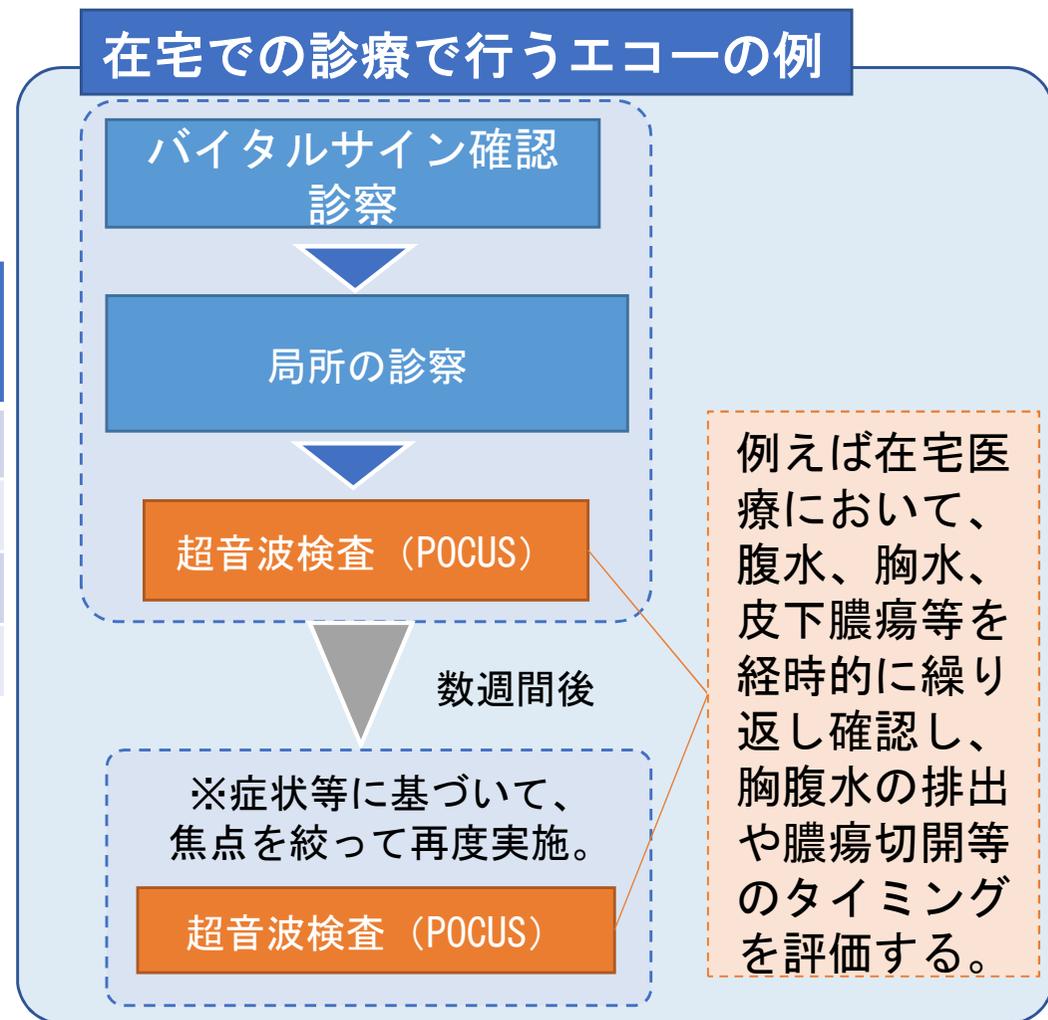
- 超音波装置の小型化が進み、在宅などにおいても検査が行われるようになっており、近年、Point-of-care ultrasound (POCUS)と呼ばれている。
- 在宅患者訪問診療料を算定された患者で、同一日に超音波検査(断層撮影法、経胸壁心エコー法)を算定している者については、経年的に増加傾向にあった。
- POCUSは、迅速で詳細な評価を省略可能であり、短期間に繰り返し実施できる。

在宅患者訪問診療料と超音波検査が同一日に算定されている回数

在宅患者訪問診療料と同一日に算定されている回数(1月)	平成28年5月	平成29年5月	平成30年5月
断層撮影法(胸腹部)	1,954回	2,397回	2,732回
断層撮影法(下肢血管)	-	-	27回
断層撮影法(その他)	209回	217回	260回
経胸壁心エコー法	821回	809回	1,056回

出典：NDBデータ

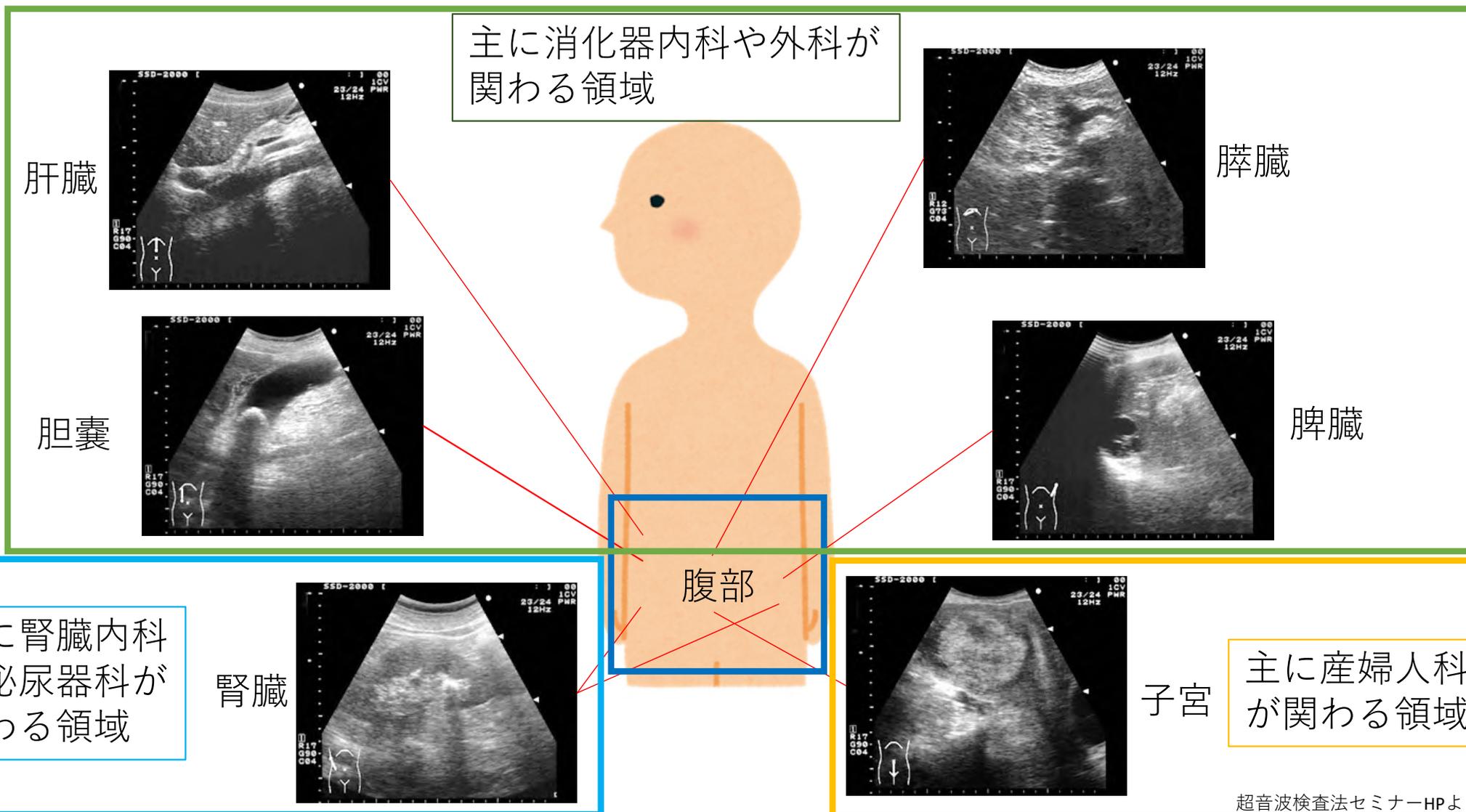
## 在宅での診療で行うエコーの例



例えば在宅医療において、腹水、胸水、皮下膿瘍等を経時的に繰り返し確認し、胸腹水の排出や膿瘍切開等のタイミングを評価する。

# 超音波検査の対象臓器

- 超音波検査では様々な臓器を精査、観察することができる。
- 例えば、胸腹部超音波検査では肝臓や胆道、膵臓などといった消化器領域や腎臓、膀胱などの泌尿器科領域、子宮、卵巣などの産婦人科領域、腹部大動脈等多岐に渡る。
- それらすべてを精査することもあれば、一部の領域だけ検査する場合もある。



## 現状・課題

- 例えば、画像診断は「撮影部位を記載すること。」とされており、フリーコメント欄に手入力で撮影部位を記載しているが、フリーコメント欄への手入力は記載ミスの原因となっている。
- また、入力された内容のレセプト表示も分かりにくく、入力後の確認が難しい。

### 〔入力画面イメージ〕

コメント
撮影部位きょうぶ

手入力記載

### 〔レセプト表示イメージ〕

70	撮影部位頭部 MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満の機器） 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料） 画像診断管理加算1（コンピューター断層診断） <b>撮影部位胸部</b> CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器） 2回目以降減算（CT、MRI） 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	1,450 X 1 70 X 1 840 X 1
----	--	--------------------------------

## 令和2年度診療報酬改定での対応案

- 医療従事者の負担軽減や業務効率化の観点から、フリーコメント欄に手入力で記載を求めていた事項のうち、部位等の記載について選択式記載としてはどうか。
- また、レセプトに表示される際に、何に対するコメントか分かるようなコードを設定してはどうか。

### 〔入力画面イメージ〕

CT撮影（撮影部位）		
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> ..

該当部位選択

### 〔レセプト表示イメージ〕

70	MRI撮影（撮影部位）：頭部 MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満の機器） 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料） 画像診断管理加算1（コンピューター断層診断） <b>CT撮影（撮影部位）：胸部</b> CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器） 2回目以降減算（CT、MRI） 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	1,450 X 1 70 X 1 840 X 1
----	---	--------------------------------

### ③ 超音波検査の活用

#### 【現状・課題】

- 超音波検査については、機器の高性能化・小型化に伴い、在宅等において迅速、簡便に検査を行う「Point-of-care ultrasound(POCUS)」が普及しつつある。
- 現在、D215-2断層撮影法イ胸腹部で算定されている超音波検査については、どのような臓器や領域の検査が行われているか実態が明らかではない。
- CTやMRIの画像診断についてレセプト摘要欄の記載事項の選択式化について令和元年10月25日中医協で議論がなされている。

#### 【論点】

- 在宅における超音波検査については、POCUSとして実施されており、その臨床的意義や短期間に繰り返し実施される事等を踏まえ、新たな評価の枠組みを設けてはどうか。
- 超音波検査の実態を把握するため、CTやMRI等の画像診断における摘要欄の記載事項の選択式化の議論も踏まえ、検査を実施した臓器や領域等について摘要欄での選択を求めることとしてはどうか。

## 2. 技術的事項③

### (1) 医療機器の効率的かつ有効・安全な利用

- ポジトロン断層撮影の共同利用
- ガイドラインに基づく画像検査の利用
- 超音波検査の活用

### (2) 義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

## 義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

### 【現状・課題】（一部抜粋）

- 義肢装具の提供は、通常、①患部の診察、②採寸（製作に必要な寸法や角度の測定・記録）又は採型（ギプス包帯法による陰性モデル作成）、③義肢装具の製作（採型の場合には陽性モデル作成、プラスチック成形作成、適合検査）、④医師による装着確認（適合判定）、療養上の指導という工程でなされ、診療報酬においては、医療機関内で行われる①、②、④の工程を包括的に処置料として評価している。
- 医療機関（医師）と義肢装具事業者（義肢装具士）との連携の実態に関し、日本義肢協会に対して、聞き取り調査を行ったところ、多くの場合は医療機関内で義肢装具士が医師の指示を受けて採寸・採型を行っている（採型の材料は医療機関が用意している）旨の回答が得られた。
- なお、補装具費や療養費として支給される義肢装具の価格には、義肢装具士の採寸・採型に係る製作加工費及び使用材料費が含まれている。
- 工程②採寸・採型について、多くの場合は義肢装具士が実施しているが、その場所や材料は医療機関が提供し、患者の状態によっては医師や看護師が立ち会うなど、全体として医療機関の管理の下で実施されているという実態がある。

### 【論点】

- 義肢装具を患者に提供する際の医療機関と義肢装具事業者との連携の実態を踏まえ、それぞれの役割に応じた適切な評価ができるよう評価体系を見直すこととしてはどうか。

### 【主な意見（令和元年度11月27日中医協総会）】

- 義肢装具の提供について、患部の診察、採寸又は採型、医師による装着確認（適合判定）、療養上の指導といった工程を包括的に処置料として評価しているのであれば、採寸又は採型を医師が行っていない場合は算定できないことを明確にすべきではないか。
- 既製品を提供する際には、義肢装具のオーダーメイドをしていないため、採寸又は採型料の対象ではないのではないか。
- 義肢装具の採寸・採型について、多くの場合は義肢装具士が実施しているということだが、場所や材料の提供、装具製作後の装着確認（適合判定）、療養上の指導など、医療機関が果たしている役割については適切に評価されるべき。
- 医療機関と義肢装具業者が役割を分担して採寸・採型を行っているという現状に診療報酬の評価が合っていないことが問題であり、それぞれの役割を踏まえた評価に見直す必要があるのではないか。

## 義肢装具の提供に係る診療報酬点数

- 義肢装具の提供は、通常、①患部の診察、②採寸(製作に必要な寸法や角度の測定・記録)又は採型(ギプス包帯法による陰性モデル作成)、③義肢装具の製作(採型の場合には陽性モデル作成、プラスチック成形作成、適合検査)、④医師による装着確認(適合判定)、療養上の指導という工程でなされ、診療報酬においては、医療機関内で行われる①、②、④の工程を包括的に処置料として評価している。

(ギプス)

J129 治療装具の採型ギプス

- |                                |       |
|--------------------------------|-------|
| 1 義肢装具採型法(1肢につき)               | 200点  |
| 2 義肢装具採型法(四肢切断の場合)(1肢につき)      | 700点  |
| 3 体幹硬性装具採型法                    | 700点  |
| 4 義肢装具採型法(股関節、肩関節離断の場合)(1肢につき) | 1050点 |

J129-2 練習用仮義足又は仮義手

- |                                |       |
|--------------------------------|-------|
| 1 義肢装具採型法(四肢切断の場合)(1肢につき)      | 700点  |
| 2 義肢装具採型法(股関節、肩関節離断の場合)(1肢につき) | 1050点 |

練習用仮義足又は仮義手の処方、採型、装着、調整等については、仮義足又は仮義手を支給する1回に限り算定する。

J129-3 義肢装具採寸法(1肢につき) 200点

(1) B001特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採寸を行った場合は、

1年に1回に限り、所定点数を算定できる。ただし、過去1年以内にJ129-4 治療装具採型法を算定している場合は算定できない。

(2) 当該採寸とJ129-4 治療装具採型法を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

J129-4 治療装具採型法(1肢につき) 700点

(1) B001特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採型を行った場合は、

1年に1回に限り、所定点数を算定できる。ただし、過去1年以内にJ129-3 義肢装具採寸法を算定している場合は算定できない。

(2) 当該採型とJ129-4 治療装具採型法を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

# 採型法・採寸法の算定及び治療用装具の支給件数について

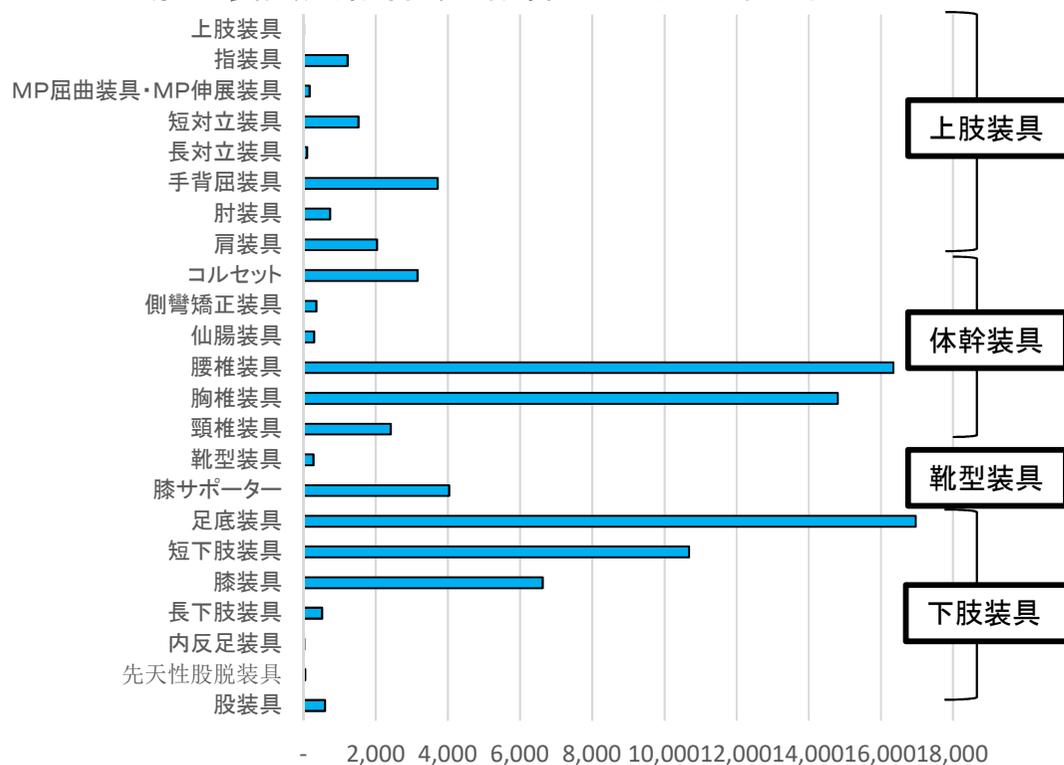
- 採型法と採寸法については、年間約127万回算定されている。
- 治療用装具の支給は、体幹装具や下肢装具が多く、年齢別では小児や高齢者が多い。

## <採型法・採寸法の算定回数について>

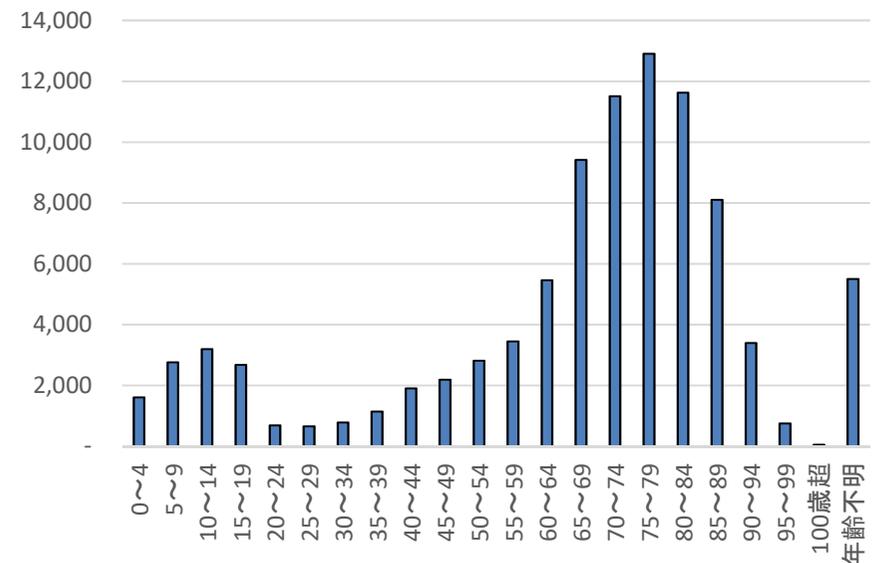
項目	点数	回数/年
J129 1 治療装具の採型ギプス(義肢装具採型法)	200	249,470
J129 2 治療装具の採型ギプス(義肢装具採型法)(四肢切断)	700	22,354
J129 3 治療装具の採型ギプス(体幹硬性装具採型法)	700	148,704
J129 4 治療装具の採型ギプス(義肢装具採型法)(股関節、肩関節離断)	1,050	382
J129-2 1 練習用仮義足・仮義手(義肢装具採型法)(四肢切断)	700	125
J129-2 2 練習用仮義足・仮義手(義肢装具採型法)(股関節、肩関節離断)	1,050	—
J129-3 義肢装具採寸法	200	438,094
J129-4 治療装具採型法	700	417,660
合計		1,276,789

出典：NDBオープンデータ  
(平成29年度のレセプト情報)

治療用装具支給件数(概算)(平成30年10月)(注)



治療用装具年齢別支給状況(概算)(平成30年10月)(注)



(注) 以下の抽出率にしたがい抽出した療養費支給申請書(平成30年10月支給決定分)を基に分析

- ・ 全国健康保険協会管掌健康保険 1/2
- ・ 国民健康保険 1/5
- ・ 後期高齢者医療制度 1/5

出典：医療課調べ

# 採型法の例(その1)

- 例えば、側弯症は3～6か月に1回程度※の診療頻度であり、一般に装具などによる治療を実施した後は、頻回の診療が必要とされる。
- その際には装具治療の適切性について確認し、必要に応じて装具の調整等を行うことがある。

※日本整形外科学会HP「小児の脊柱側弯症」

## <脊柱側弯症の例>

**採型の手順**

骨盤対し、腰椎カーブ凹側へ体幹(腰背)をシタさせる

幅の広いサリテップで体全体と骨盤部分を巻き、骨盤部分はリッカーテープのサイドフレームにも巻き付け骨盤を安定させる幅の細いサリテップでホディーラインをつくる

腰背カーブ凹側にスラッグ(線包帯)を当て、側屈とローテーションの矯正をかける

腰椎カーブの頂椎部までギプスを巻き硬化を待つ。硬化したら胸椎カーブのストラップを強めの胸椎カーブを矯正する(クライストをどこまで戻すかは、立位レントゲンでのカーブタイプ、plummetのシタの程度や、回旋の程度、年齢、骨柱の成熟度、脚長差の有無、肩バランス、骨盤傾斜などから装着時の力のバランスを考慮して決める)ストラップを強めたら、ギプスを巻いていく。

後ろでホディー

## <脳性麻痺の例(足部変形に対する装具)>



## <发育性股関節形成不全>



# 採型法の例(その2)

## <下肢装具の例>

### 下肢装具の型取り①



←①肌が汚れないようにラップを巻きます→



←②膝から足先まで紐を垂らします



③紐を巻き込んで石膏ギプスを巻きます。→



### 下肢装具の型取り②

←④数分で固まります。

⑤完全に固まる前に紐を引っ張りながら、ナイフでギプスを切ります。→危険の無い様に身体を抑えます。



←⑥ギプスを外します。

⑦この型をもとに、下肢装具を製作します→



## <膝離断患者の義足採型の例>

行棒内立位で型取り開始(石膏ギプス)アシスタント2名で型取り



石膏ギプス巻き上がり



ギプスカット

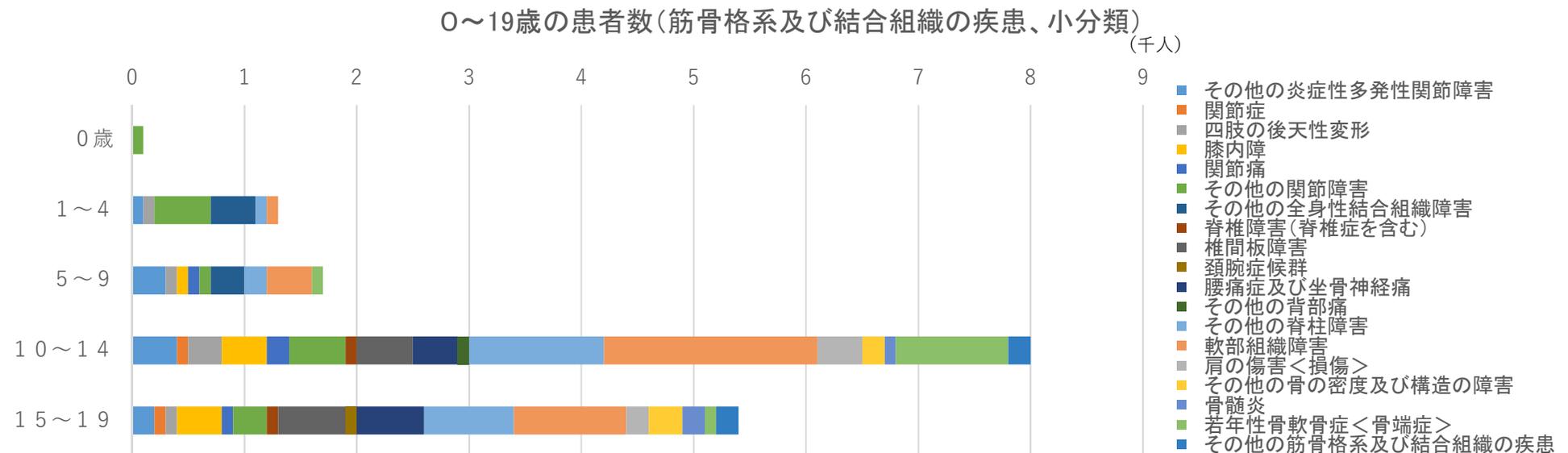
陰性モデル

仮義肢(医療用義肢)の仮合わせ



# 小児の運動器疾患について

- 0～19歳の運動器疾患の患者数を年齢階級別に見ると、10～14歳が最も多く、特に軟部組織障害や、脊柱障害が多く見られる。
- 小児の運動器疾患の管理については、疾患にもよるが、概ね2～6か月ごとの管理が必要であり、特に、診療開始から間もない時期や、装具などによる治療を実施した後は、頻回の診療が必要とされる。



出典：患者調査（平成29年）

## ○ 疾患別の診療頻度

先天性股関節脱臼	ペルテス病	内反足	側弯症
装具装着後3～4か月 :週1回以上 <sup>1)</sup>	2か月に1回程度 <sup>2)</sup>	ギプス固定開始後6週程度 :週1回 <sup>3)</sup>	3～6か月に1回程度 <sup>4)</sup>

出典：1) 「先天性股関節脱臼の診断と治療」(MEDICAL VIEW社)

2) Wook-Cheol Kim, et al. Outcomes of new pogo-stick brace for Legg-Calve-Perthes' disease. Journal of Pediatric Orthopaedics. 2006, 15: 98-103.

3) 「Clubfoot: Ponseti Management (3rd edition)」(GLOBAL HELP, 2009)

4) 日本整形外科学会HP「小児の脊柱側弯症」

# 治療用装具に係る既製品のリスト化について

令和元年9月6日  
治療用装具療養費検討専門委員会  
(治-1) 抜粋

## 現状と背景

- 治療用装具に係る療養費は、「治療用装具の療養費支給基準について」(S36.7.24保発54号)において「障害者総合支援法の規定に基づく補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」(H18.厚生労働省告示528号)別表1「購入基準」中に定められた装具の価格を基準として算定することとされている。
- この「購入基準」は、支給額を算定する場合の基準であって、支給対象装具の範囲までも示したものではない。
- 最終的には、保険者判断により支給することが可能となっているが、償還の対象となるかどうか判断が分かれるケースが散見される。
- 療養費支給の対象となる治療用装具は、オーダーメイドで制作されたものが基本であるが、疾病または負傷の治療遂行上必要な範囲のものであれば、既製品であっても保険者判断により療養費を支給することが可能となっている。
- 近年既製品に係る申請が増加しているが、「購入基準」はオーダーメイドを念頭に作られており、既製品に関する基準ではないことから、既製品に関しては、療養費の支給対象となるかどうか特に曖昧になっている。



- 療養費の支給に係る既製品の扱いについては、保険者の対応においても差があるとの指摘があり、一定の基準を満たす既製品をリスト化することで、支給決定の円滑化に資することが期待される。



療養費の支給対象とすることが適当と認められる既製品をリスト化

# リスト化に当たってのリスト化の対象及び基本的な考え方について

## リスト化の対象

令和元年9月6日  
治療用装具療養費検討専門委員会  
(治-1) 抜粋

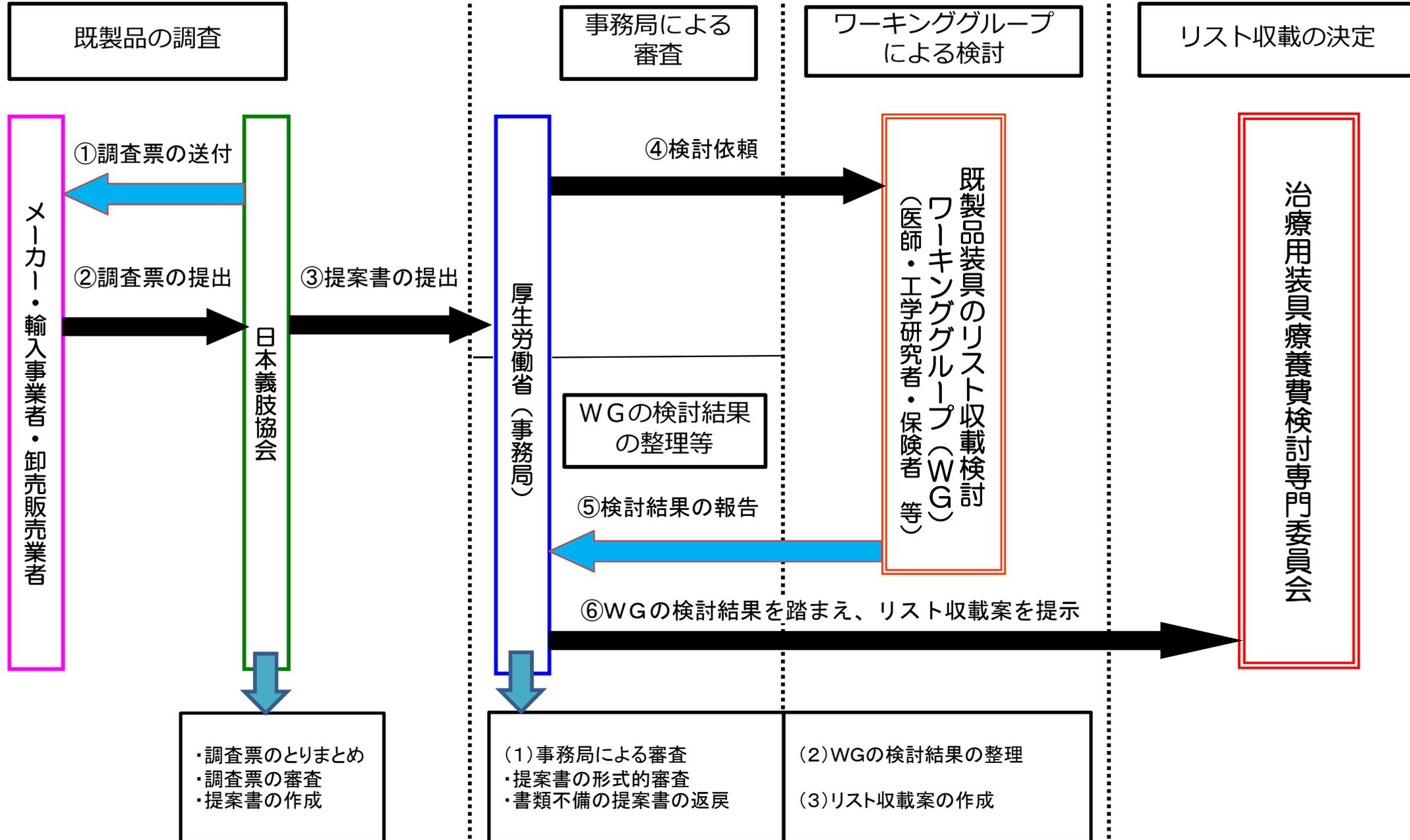
- 以下の条件をすべて満たす既製品をリスト化の対象とする。
  - ① 完成品であること
  - ② 疾病または負傷の治療遂行上必要なものであること
  - ③ オーダーメイドで製作した場合のものと同等もしくはそれに準ずる機能が得られるものと認められるもの

## 基本的な考え方

- ① 対象品目の追加や見直しを随時行っていく予定
- ② リスト掲載された製品であっても、療養費としての最終的な支給の可否は、個々の患者の状況に応じて、正当な利用目的、必要性の有無及び代替品の可否に鑑みて、保険者において判断する。
- ③ リスト掲載されていない製品であっても、個別の製品及び事例に応じて、保険者において、療養費としての支給の可否を判断する。
- \* リスト掲載されていない製品であっても、療養費としての支給対象とすることが適当と認められたものについては、今後随時専門委員会に諮り、リスト掲載を行う予定。
- ④ リスト掲載された製品については、適正な基準価格の設定のため、どのような方法が考えられるか、今後検討。

①から③については、平成28年9月23日通知で明記

# 既製品のリスト化の流れ



## 【現状・課題】

- 義肢装具の提供は、通常、①患部の診察、②採寸（製作に必要な寸法や角度の測定・記録）又は採型（ギプス包帯法による陰性モデル作成）、③義肢装具の製作（採型の場合には陽性モデル作成、プラスチック成形作成、適合検査）、④医師による装着確認（適合判定）、療養上の指導という工程でなされ、診療報酬においては、医療機関内で行われる①、②、④の工程を包括的に処置料として評価している。
- 工程②採寸・採型について、多くの場合は義肢装具士が実施しているが、患者の状態に応じて、医師が自ら陰性モデルの作成などを行う場合もある。こうした作業を行わない場合であっても、全体として医療機関の管理の下、義肢装具士への指示や装着確認（適合判定）、療養上の指導、継続的な治療管理等を行っている。
- また、患者の状態によっては上記オーダーメイドの義肢装具ではなく既製品で対応する場合もあり、この場合も医師が既製品の選択・調整等を行っている。
- 現行の診療報酬体系では、各項目の算定において、求められる診療内容が明確なものとなっていない。

## 【論点】

- 義肢装具を患者に提供する際の医療機関と義肢装具事業者との連携の実態を踏まえ、それぞれの役割に応じた適切な評価ができるよう、評価の体系を見直し、明確化してはどうか。
- 陰性モデルの作成など処置の実施の他、義肢装具士への指示、装着確認（適合判定）、療養上の指導など、診療の内容に応じた評価を行うこととしてはどうか。また、患者の状態によっては、義肢装具に関する継続的な治療管理が必要となることも踏まえた評価としてはどうか。
- 既製品での対応となる場合があることも踏まえ、その診療の内容に応じた評価を行ってはどうか。

# 医療機関以外の事業者との連携について①

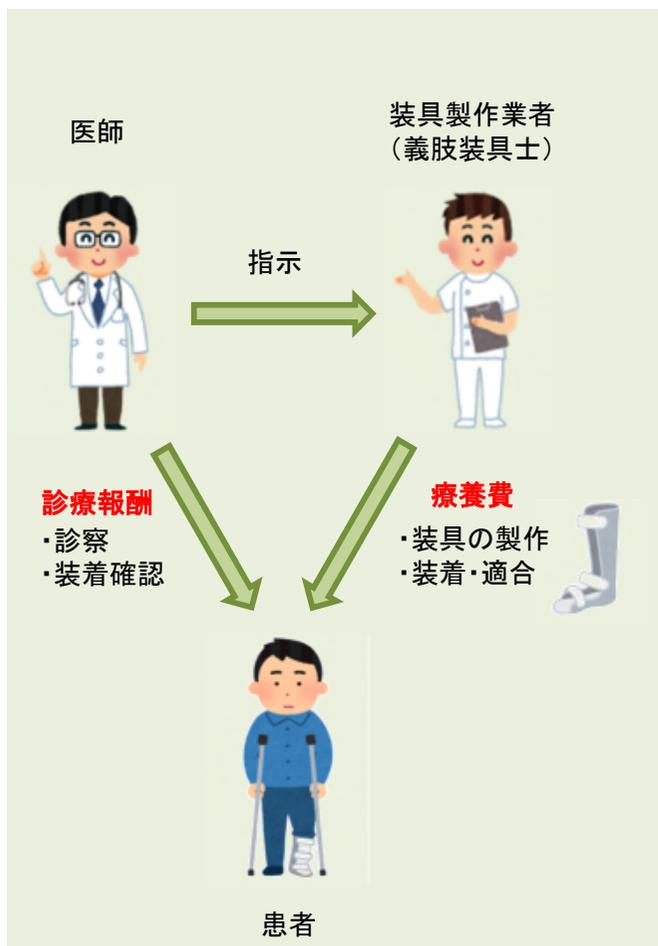
中医協 総 - 4  
元 . 1 1 . 2 7

- 医師が疾病又は負傷の治療上、又は日常生活や職業上必要であると認めて患者に装具を装着させる場合、医師の指示や処方をもとに、医療機関以外の事業者と連携して、患者に装具を提供している。

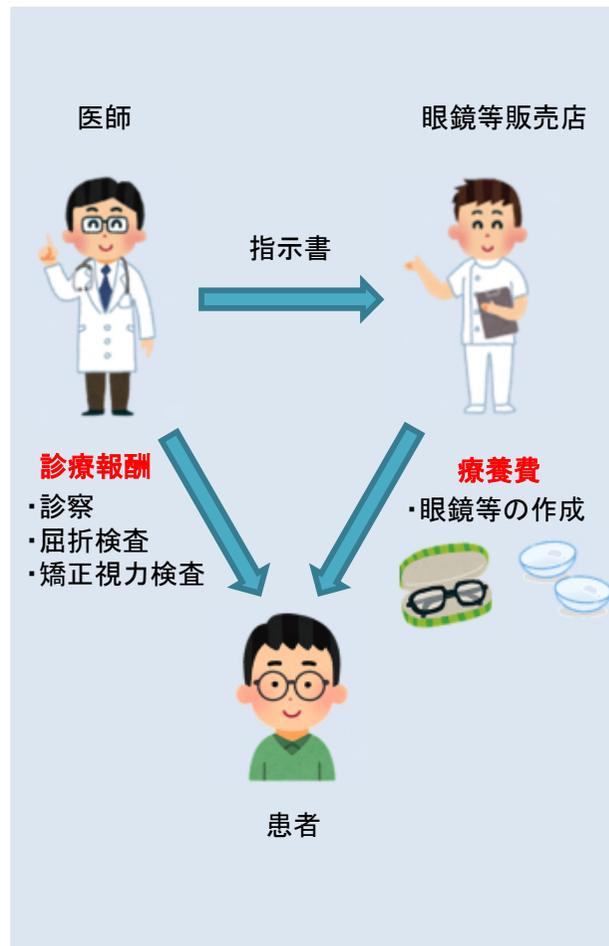
疾病又は負傷の治療遂行上必要なもの

日常生活や職業上の必要性によるもの

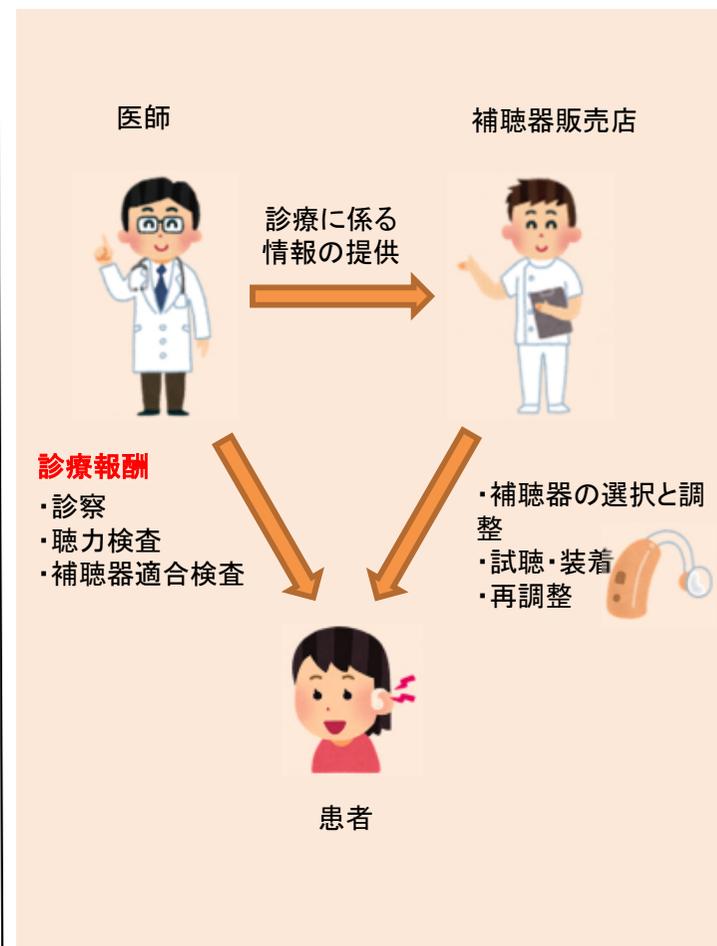
## <義肢装具の場合>



## <小児弱視等の治療用眼鏡等の場合>



## <補聴器の場合>



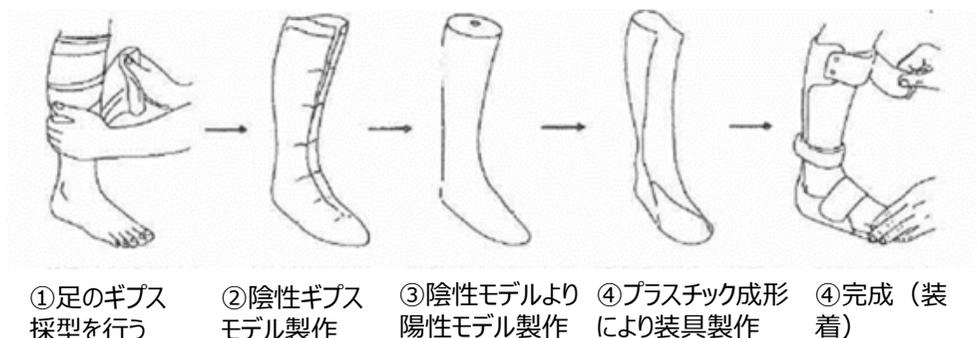
## (参考)義肢装具の製作工程

- 一般に、「採寸」は、義肢装具の製作に必要な寸法や角度を測定・記録することを指し、「採型」は陰性モデルの採型を指す。

装具の基本工作法（治療用装具の療養費支給基準について 平成30年5月24日 保医発0524第3号）

工程	作業の内容
(ア) 患肢及び患部の観察	患部の表面の状況、関節の運動機能（屈伸、内転、外転等）の状況並びに肢位の観察及び特長の把握
<b>(イ) 採寸及び投影図の作成</b>	<b>情報カードの記録、製作に必要な寸法及び角度の測定並びに記録並びに投影図の作成</b>
<b>(ウ) 採型</b>	<b>ギプス包帯法による陰性モデルの採型</b>
(エ) 陽性モデルの製作	陰性モデルへのギプスの注型、陽性モデルの修正、表面の仕上げ及び乾燥
(オ) 組立て	陽性モデルにデザインの記入（アライメント） フレーム：曲げ加工、組立て及び調整 モールド：プラスチック板切断、加熱成形加工、 トリミング及び調整 筋金、締め革、足部覆い、足底板、ネックリング、パッド、ベルト等の仮止め及び各部の結合
(カ) 仮合わせ（中間適合検査）	筋金、締め革、足部覆い、足底板、ネックリング、パッド、ベルト等の調整、試し使用及び仕上げ
(キ) 仕上げ	筋金、締め革、足部覆い、足底板、ネックリング、パッド、ベルト等の付属品の取り付け及び仕上げ
(ク) 適合検査	装具の適合の最終検査並びに装着及び使用による機能の最終検査

採型ギプスによる装具製作の過程（例）



## 医療機関と義肢装具事業者との連携

- 義肢装具は、医師の指示に基づき、義肢装具士によって製作される。義肢装具の製作過程において、採寸・採型については、義肢装具士のほか、医師や看護師が行う場合も想定される。
- 医療機関（医師）と義肢装具事業者（義肢装具士）との連携の実態に関し、日本義肢協会に対して、聞き取り調査を行ったところ、多くの場合は医療機関内で義肢装具士が医師の指示を受けて採寸・採型を行っている（採型の材料は医療機関が用意している）旨の回答が得られた。

### <日本義肢協会に対する聞き取り調査>

※ なお、統計等のデータに基づくものではない

#### <医師の義肢装具士への指示>

医療機関で処方箋にて指示	3割程度
医療機関で(処方箋ではないが)文書にて指示	1割程度
医療機関で直接口頭にて指示	6割程度
医療機関外で電話やFAXにて	-

#### <陰性モデルの材料の用意>

医療機関が用意したギプス	8割程度
医療機関が用意したギプス以外の素材	-
義肢装具士が用意したギプス	1割程度
義肢装具士が用意したギプス以外の素材	1割程度

#### <採寸及び投影図の作成>

医療機関（医師、看護師）が行う	1割程度
医療機関内で義肢装具士が行う	9割程度
医療機関外で義肢装具士が行う	-

#### <陰性モデルの作成>

医療機関（医師、看護師）が行う	-
医療機関内で義肢装具士が行う	10割程度
医療機関外で義肢装具士が行う	-

#### <陽性モデルの作成>

医療機関（医師、看護師）が行う	-
医療機関内で義肢装具士が行う	-
医療機関外で義肢装具士が行う	10割程度

## 令和2年度保険医療材料制度改革の骨子（案）

### 第1 基本的な考え方

1 保険医療材料制度においては、医療材料の特性を踏まえ、革新性の高い新規の医療材料の適切な評価や、デバイスラグの解消に寄与する取組みを行いつつ、従来から指摘されてきた特定保険医療材料の内外価格差の解消に向け、外国価格調整や再算定の導入及び比較水準の引下げ等の施策に取り組んできたところである。

厳しさを増す医療保険の財政状況を見据え、価格算定の透明性の向上や内外価格差の是正等に向けたさらなる取組みが求められる一方で、医療に必要不可欠な医療材料の安定的な供給にも配慮することが求められている。

2 以上のような観点から、今回改定での制度改革においては、保険財源の重点的・効率的な配分を行う観点から、革新的な医療材料のイノベーションの評価をより一層充実させる一方で、適正な価格設定の観点から、外国平均価格の比較水準や再算定の引き下げ率の上限、製品単価が著しく高い場合や保険収載後に市場が拡大した場合の対応についても検討を行った。これらの検討結果をもとに、医療材料の特性を踏まえた、より適切な保険償還価格を設定するための対応を行うこととする。

### 第2 具体的内容

#### 1 新規の機能区分に係る事項

新たな医療材料が保険適用され、新規機能区分を設定する際の対応については、以下のとおりとする。

##### (1) イノベーションの評価について

###### ア 原価計算方式におけるイノベーションの評価について

○ 現行ルールでは、原価計算方式においては、営業利益部分に対して、革新性の程度に応じて-50%~+100%の範囲で補正を行っているが、革新的な医療材料のイノベーションの適切な評価を確保するため、類似機能区分比較方式と同様に、原価計算方式においても、価格全体（加算前の算定価格）に加算を行うこととする。

○ あわせて、価格算定の透明性を向上させる観点から、原価計算方式において、製品総原価のうち、保険医療材料等専門組織での開示が可能な部分の割合（開示度）に応じて、開示度が80%以上の場合は加算係数1.0、50%以上80%未満の場合は加算係数0.6、50%未満の場合は加算係数0.2とする。

- 加算の要件については、類似機能区分比較方式における加算要件を準用する。また、減算の取扱いについては、従前のおりとする。

#### イ 著しく単価の高い製品に係る補正加算について

- 近年、著しく高額な再生医療等製品が登場しており、補正加算率がこれまでの品目と大きく変わらない場合でも、極めて大きな加算額となることを踏まえ、補正加算前の価格が 1,000 万円を超える著しく高額な医療材料であって、ピーク時市場規模(予測)が 50 億円を超える場合は、以下の算式により、その価格に応じて補正加算の加算率を傾斜配分する。

$$\text{補正加算率 } \alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{P}{10\,000\,000}\right) / \log\left(\frac{5\,000\,000}{10\,000\,000}\right)}$$

(ただし、 $P > 10,000,000$ )

(注)  $\alpha$  : 補正加算率 (%)

A : 当該新規収載品に対して適用される率 (%)

P : 補正加算前の価格

- なお、上記の算式に基づいて補正加算率の傾斜配分を行った後に、現行の補正加算の計算方法を適用することとする。

#### ウ 再生医療等製品の価格算定について

- 再生医療等製品には自家細胞由来製品などもあり流通の形態が多様であるため、原価計算方式で算定する場合の流通経費については、個々の品目毎に精査することとし、平均的な係数を用いた額よりも低い場合はその額を用いて算定することとする。
- 条件・期限付承認を受けた再生医療等製品が、改めて承認を受けた際、初回承認時には明らかでなかった医療上の有用性が客観的に示された場合は、チャレンジ申請の対象として、補正加算の該当性について評価することとする。
- 条件・期限付承認を受けた再生医療等製品については、流通の混乱等を生じさせないことを前提に、その材料価格を「条件・期限付承認時価格」と呼称し、改めて承認を受けた際の価格名称とは区別する。

#### エ 単回使用医療機器の再製造品の価格算定について

- 再製造品は、原型医療機器とは原材料費等の製造にかかる経費が異なると考えられることから、原型医療機器とは別の機能区分として価格を設定することとする。また、同一機能区分に属する原型医療機器の再製造

品は、基本的に同一機能区分とする。

- 再製造品の価格は、構造や使用目的が同一の原型医療機器があることから、これが属する機能区分の価格に一定の係数を乗じた額を基本として償還価格を設定する。
- 再製造工程では収集や洗浄・滅菌等にコストがかかることから、バイオ後続品の薬価算定を参考に、原型医療機器の属する機能区分の価格に0.7を乗じた額を基本としつつ、個々の再製造工程や必要なコスト等を踏まえて係数を設定することとする。
- なお、再製造品の算定事例を集積し、必要に応じて再度検討することとする。

#### オ 使用実績を踏まえた評価が必要な製品に対する対応について

- 保険収載時に B1（既存機能区分）又は B2（既存機能区分・変更あり）として希望のあった製品についても、追加的な臨床的有用性が期待される場合があることから、製造販売業者がチャレンジ申請を希望する場合には、保険医療材料等専門組織でチャレンジ申請の権利の付与に係る審議を行うことができることとする。
- 製造販売業者がチャレンジ申請の権利の付与を希望する場合には、付与に係る審議に際して、再評価する内容を明確にするため、収載後のデータ収集及びその評価の計画を具体的に提示することを求めることとする。
- チャレンジ申請の権利が付与された製品については、データ収集の進捗状況等について定期的に報告することを求めることとする。なお、データ収集が困難等の正当な理由がある場合には、チャレンジ申請の権利を放棄することができることとする。収載時の評価を下回る結果が得られた場合には評価の見直しを検討することとする。
- 技術料に一体として包括して評価される医療機器について、使用実績を踏まえた評価が必要な製品の評価の在り方については、引き続き検討する。

#### カ ニーズ選定されたにもかかわらず開発に至らない品目への対応について

近年、ニーズ選定品目の保険適用の実績が増えていることや今後、革新的医療機器条件付き早期承認制度等の各種制度の活用による開発の促進が見込まれることから、引き続きこうした制度の活用を推進することとし、開発を進めない企業が申請する新規医療材料の取扱いについては今後の実態を踏まえ、必要に応じて検討することとする。

## キ 迅速な保険導入に係る評価について

試行的に継続している迅速な保険導入に係る評価については、「PMDA 第四期中期計画」の目標値やデバイスラグの解消に対する効果を踏まえ、現行の運用を継続することとし、我が国におけるデバイスラグの実態や今後の見通しを踏まえ、その継続について、引き続き検討する。

## ク 機能区分の特例について

機能区分の特例が適用された機能区分に該当するとして、後からB区分で保険適用希望申請された品目は限定的ではあるが、革新性の高い製品の開発のインセンティブになっていることも踏まえ、機能区分の特例については引き続き継続することとする。

## ケ 先駆け審査指定制度に指定された製品の評価について

「先駆け審査指定制度加算」の新設については、その他の取組との位置づけを整理しつつ、引き続き検討する。

### (2) 外国価格調整について

#### ア 外国価格調整の比較水準について

新規収載品にかかる外国価格調整については、「外国価格の相加平均の1.25倍を上回る場合に1.25倍の価格」とする。

なお、以下のものについては、「外国価格の相加平均の1.5倍を上回る場合に1.5倍の価格」とする。

- ① ニーズ検討会における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った開発要請又は公募に応じて開発されたもの（ニーズ検討会に係る評価を行う場合の要件を満たすものに限る。）
- ② 医薬品医療機器等法第77条の2第1項の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定されたもの
- ③ 画期性加算又は有用性加算（10%以上の補正加算を受けた医療材料に限る。）を受け、新たに機能区分を設定したもの（原価計算方式で同様の要件を満たすものを含む。）

今後の実績を踏まえ、上記の対象品目については必要に応じて検討する。

#### イ 外国平均価格の算出方法について

新規収載品にかかる外国平均価格の算出方法については、これまでと同様とし、イノベーションを適切に評価する観点を踏まえつつ、外国為替レート等を注視しながら、必要に応じて、外国為替レートの平均期間の見直し等を含めた取扱いについて、引き続き検討する。

## 2 既存の機能区分に係る事項

既存の機能区分の対応については、以下のとおりとする。

### (1) 市場実勢価格加重平均値一定幅方式

- 既存機能区分の材料価格改定の算出式（市場実勢価格加重平均値一定幅方式）は、以下のとおりとしている。今回の改定においても、令和元年度材料価格調査に基づき、以下の算出式により算定することとする。

$$\begin{array}{l} \text{<算出式>} \\ \text{新材料価格} = \left( \begin{array}{l} \text{医療機関における購入} \\ \text{価格の加重平均値(税抜} \\ \text{の市場実勢価格)} \end{array} \right) \times \left( \begin{array}{l} \text{1+消費税率} \\ \text{(地方消費税分含む)} \end{array} \right) + \text{一定幅} \end{array}$$

※ 一定幅は、改定前の価格の 4/100 に相当する額

- 再製造品については、原型医療機器の属する機能区分とは別に価格改定を行うが、改定後の価格は原型医療機器の属する機能区分の改定後の価格を超えないこととする。

### (2) 再算定について

再算定については、前回と同様、当該機能区分に係る市場実勢価格の加重平均値が、外国平均価格の 1.3 倍以上である場合に再算定の対象としつつ、内外価格差のさらなる是正を図るため、再算定後の額は価格改定前の材料価格の 50/100 を下限とする。再算定の比較水準については、次回改定での取り扱いも含め、引き続き検討する。

また、再算定における為替レートは、前回改定と同様、直近 2 年間の平均値を用いることとし、外国為替レート等を注視しながら、必要に応じて、外国為替レートの平均期間の見直し等を含めた取扱いについて、引き続き検討する。

### (3) 機能区分の見直し等について

前回改定と同様に、構造、使用目的、医療臨床上の効能及び効果とともに市場規模等にも配慮しつつ、機能区分について細分化や合理化等を行う。

### (4) 激変緩和措置について

前回改定と同様に、安定供給の確保及び今回の再算定ルールの見直しに伴って生じる影響の予見性を高める観点から、基準材料価格の下落率が大きい機能区分の基準材料価格について激変緩和措置を講ずることとする。

## (5) 市場拡大再算定について

- 医療材料においても、適応追加等により市場が拡大する場合があります、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶこともあり得ることから、年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等には、価格改定時に価格をさらに引き下げる市場拡大再算定を導入する。

### 特定保険医療材料について

- 次の要件の全てに該当する既存機能区分を対象とする。

#### 1. 次のいずれかに該当する既存機能区分

- ① 機能区分が設定される際、原価計算方式により算定された機能区分
- ② 機能区分が設定される際、原価計算方式以外の方法により算定されたものであって、設定後に当該機能区分に属する既収載品の使用方法の変化、適用対象患者の変化その他の変化により、当該機能区分に属する既収載品の使用実態が著しく変化したもの

#### 2. 機能区分の設定又は当該機能区分に係る定義や算定留意事項等の変更から10年を経過した後の最初の材料価格改定を受けていないもの

#### 3. 次のいずれかに該当する機能区分

- ① 年間販売額（当該機能区分の改定前価格に年間算定回数を乗じて算出した額をいう。）が150億円を超え、基準年間販売額の2倍以上となるもの
- ② 年間販売額が100億円を超え、基準年間販売額の10倍以上となるもの（①を除き、原価計算方式により算定された機能区分に限る。）

基準年間販売額は次のとおりとする。

- ① 機能区分の設定から10年を経過した後の最初の材料価格改定以前の場合

基準年間販売額は、機能区分が設定された時点における機能区分の予想年間販売額（機能区分が設定された時点において当該機能区分に属する製品の推定適用対象患者数を基に計算した年間販売額をいう。）とする。ただし、当該機能区分が、前回の材料価格改定以前に、市場拡大再算定の対象となっている場合には、直前に当該再算定を行った時点における機能区分の年間販売額とする。

- ② 機能区分に係る定義や算定留意事項等の変更があった場合であって、機能区分の設定から10年を経過した後の最初の材料価格改定後の場合

基準年間販売額は、機能区分に係る定義や算定留意事項等の変更の直前の材料価格改定の時点における機能区分の年間販売額とする。た

だし、当該機能区分が、前回の材料価格改定以前（定義や算定留意事項等の変更後に限る。）に、市場拡大再算定の対象となっている場合には、直前に当該再算定を行った時点における機能区分の年間販売額とする。

- 同一機能区分内の一部の製品のみ適応追加等により市場が拡大する場合も想定されることから、対象機能区分に属する製品の適応の範囲等を考慮し、市場における競合性が乏しいと認められるものがある場合は、これらは対象から除外する（機能区分を細分化する）。
- 以下の算式により算定される額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格の方が低い額となる場合は、当該額に改定する。

① の場合

$$\text{再算定後価格} = \text{改定前価格} \times \{ (0.9)^{\log X / \log 2} + \alpha \}$$

② の場合

$$\text{再算定後価格} = \text{改定前価格} \times \{ (0.9)^{\log X / \log 10} + \alpha \}$$

$$X = \frac{\text{対象機能区分の価格改定前を基に計算した年間販売額}}{\text{当該機能区分の基準年間販売額}}$$

$\alpha$ （補正加算率）：市場拡大再算定対象機能区分に属する製品について、市場拡大再算定と併せて算定される補正加算率

- 市場拡大再算定後の額は原価計算方式により算定された機能区分については改定前価格の75/100、原価計算方式以外の方法により算定された機能区分については改定前価格の85/100を下限とする。
- 上記の再算定及び機能区分の細分化等に当たっては、保険医療材料等専門組織において、再算定の要件の該当性や細分化の妥当性等について検討することとし、検討にあたっては、必要に応じ、当該機能区分に属する製品の製造販売業者の意見を聴取することとする。

#### 検査等の技術料として評価するものについて

- 技術料として評価する体外診断用医薬品や遺伝子パネル検査等の一部の医療機器については、新規収載及び適応追加等に伴う算定留意事項の変更にあたって、保険医療材料等専門組織において審議を行う際に、将来的な可能性も含め、収載時の市場規模予測を大きく上回り、これによって

財政影響が無視できない範囲に及ぶことが想定されるものについては、技術料の見直しを検討する基準（市場規模や収載時の市場規模予測から拡大率など）を併せて審議し、個々の技術料に応じた基準を設定することとする。

- なお、既に収載されている遺伝子パネル検査等の悪性腫瘍遺伝子検査については、将来的な市場の拡大が想定されることから、現時点で市場規模予測の2倍以上という基準を設定する。
- 技術料の見直しを検討する基準が設定されたものについて、診療報酬改定時にNDBデータによる算定回数等の確認を行うこととする。
- 設定された基準を超えるような市場の拡大が認められた場合には、まず保険医療材料等専門組織において、技術料の見直しの妥当性について検討することとし、検討にあたっては、医療技術の安定的な提供を確保する観点を踏まえ、必要に応じ、関係学会や製造販売業者の意見を聴取することとする。
- 保険医療材料等専門組織において、技術料の見直しの妥当性が認められたものについて、中医協総会において具体的な見直しを検討することとする。

#### 4 その他

##### (1) 保険適用時期の特例について

医薬品の適応判定の補助に用いられる医療機器については、G2（新技術）として決定された場合であっても、医薬品の保険適用の状況を踏まえ、当該医療機器の保険適用決定を行った月の翌月に保険適用する特例を認めることとする。

##### (2) 手続きの簡略化

- B3（期限付改良加算）を期限付の暫定機能区分が設定されるものとしてみなし、B3（期限付改良加算）と決定された製品の後続品は、B1（既存機能区分）として希望することで先発品と同等の評価を得ることができることとする。
- なお、暫定機能区分としてみなす場合であっても、価格改定の際は従前の取扱いの通り、本来属する機能区分の価格に期限付改良加算を加算することとする。

### (3) 医療機器の安定的な供給について

医療機器の安定供給に支障がでるおそれがある場合には遅滞なく厚労省へ報告することとされているが、正当な理由がなく当該規定が履行されなかった場合には、当該業者からの保険適用希望書を受け付けないことがある。

## 国家戦略特区における離島・へき地以外での遠隔服薬指導への対応について

### 1. 特区における遠隔服薬指導の概要

- 国家戦略特区法の一部を改正する法律（平成 28 年法律第 55 号）及び厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則の一部を改正する省令（平成 28 年厚生労働省令第 145。以下「規則」という。）に基づき、薬剤師による対面での服薬指導義務の特例として、国家戦略特区内で実証的に、①離島・へき地に居住する者に対し、②遠隔診療に基づく処方箋が発行され、③対面での服薬指導ができない場合に限り、テレビ電話による服薬指導（いわゆる遠隔服薬指導）が可能とされた。
- 平成 30 年 6 月 14 日の国家戦略特別区域諮問会議において、離島・へき地に居住する者に対する愛知県、兵庫県養父市及び福岡市における遠隔服薬指導の実施に関する計画が認定された。
- 当該遠隔服薬指導が行われた場合の「薬剤服用歴管理指導料」の取扱いについては、平成 30 年 7 月 18 日の中医協総会で検討が行われ、
  - ・ 特区の条件の下、「薬剤服用歴管理指導料」については、遠隔服薬指導の場合も、薬剤服用歴の聴取等の算定要件を満たしうること、
  - ・ 特区での遠隔服薬指導は、遠隔診療が行われた上で処方箋が交付された場合に行われるものであり、対面診療の原則の下で、継続して診療を受けている患者が対象となること、などから、以下の①～④の基準を満たすことを前提として、対面で薬剤服用歴の聴取や服薬指導を行った薬局において引き続き遠隔服薬指導を行い、薬剤の服用に関する基本的な説明や服薬状況の聴取、その記録・管理などの算定要件を満たす場合は、特区の特殊性に鑑み、暫定的に「薬剤服用歴管理指導料」が算定できるとされた。

#### <離島・へき地における要件>

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

- 令和元年9月30日に規則が改正され（令和元年厚生労働省令第54号）、離島・へき地以外の場合でも、対面での服薬指導が困難な場合であって、あらかじめ対面による適正使用のための情報提供や指導を行っており、かつ、患者ごとの服薬指導計画に基づき遠隔服薬指導を行う場合についても、テレビ電話等による遠隔服薬指導が可能とされた。
- 今後、国家戦略特別区域諮問会議において、千葉市における遠隔服薬指導の実施に関する区域計画の認定が検討される見込み。

＜国家戦略特別区域法における遠隔服薬指導の要件＞

※ 厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則等に基づき作成

	離島・へき地	離島・へき地以外
処方箋	オンライン診療に基づく処方箋であること ※対面と組み合わせて行われるオンライン診療に基づく	
在宅での服薬指導の困難性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の居住する地域における薬剤師の数及び薬局の数が少なく、かつ、</li> <li>・薬局と患者の居住する場所との間の距離が相当程度長い場合又は通常の公共交通機関の利用が困難な場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者又は薬局開設者の事情により、対面での服薬指導が困難な場合 例) 患者の希望する頻度や時間帯にかかりつけ薬剤師・薬局が在宅訪問を行えない場合</li> </ul>
その他		<ul style="list-style-type: none"> <li>・あらかじめ、対面により、患者に対して薬剤師の適正使用のための情報提供や指導を行っていること、かつ、</li> <li>・患者ごとに服薬指導計画を作成し、当該計画に基づき遠隔服薬指導を実施すること、 (服薬指導計画の主な内容) <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 取り扱う薬剤の種類、その授受に関する方法</li> <li>➢ 対面とオンラインの組合せに関する事項 (頻度やタイミング)</li> <li>➢ 急病、急変時の対応方針（医療機関との連絡体制等）</li> </ul> </li> </ul>

2. 論点

- 特区において、離島・へき地以外での遠隔服薬指導が行われた場合の「薬剤服用歴管理指導料」の算定について検討したい。

### 3. 対応（案）

- 特区における離島・へき地以外の遠隔服薬指導についても、
- ・遠隔診療が行われた上で処方箋が交付された場合に行われるものであること、
  - ・あらかじめ、対面により、情報提供や指導が行われている必要があること、
  - ・服薬指導計画に基づき実施されるものであること、
- から、離島・へき地における要件を準用しつつ、対面で情報提供や指導を行った薬局において引き続き遠隔服薬指導を行う場合については、特区の特殊性に鑑み、暫定的に「薬剤服用歴管理指導料」を算定できることとしてはどうか。

＜具体的な要件（案）＞ 下線部分は離島・へき地の場合の要件から追加したもの

- ① 薬剤服用歴管理指導料に係る算定要件（※）を満たすこと
  - ② 患者の手元に薬剤が届いた後にも、改めて必要な確認を行うこと
  - ③ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月厚生労働省）を参考に情報セキュリティ対策を講じていること
  - ④ お薬手帳を活用していること
  - ⑤ 患者ごとに作成する遠隔服薬指導に係る服薬指導計画に基づき実施されるものであること
  - ⑥ 服薬指導計画で策定される①取り扱う薬剤の種類、②遠隔服薬指導と対面による服薬指導の頻度やタイミング等については、患者のオンライン診療の利用状況にあわせて必要な見直しを行うこと
- なお、「かかりつけ薬剤師指導料」及び「かかりつけ薬剤師包括管理料」は、必要に応じて患者を訪問して服用薬の整理をすることなど、一元的・継続的な薬学的管理を評価したものであり、薬剤師に患者の居住場所を訪問させることが容易ではない場合に行われる特区での遠隔服薬指導については、算定は認めないこととしてはどうか。

※ 薬剤服用歴管理指導料の算定要件

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

(参考) 参照条文

(1) 厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則 (抄)

改正後	改正前
<p>(薬剤遠隔指導等を行わせる場合)</p> <p>第三十一条 法第二十条の五第一項第二号の厚生労働省令で定める場合は、特定処方箋薬剤遠隔指導等利用者からの薬剤遠隔指導等を希望する旨の申出に<u>基づくものであって、次の各号のいずれかに該当する場合とする。</u></p> <p>一 <u>特定処方箋薬剤遠隔指導等利用者の居住する地域における薬剤師の数及び薬局の数が少なく、薬局と当該特定処方箋薬剤遠隔指導等利用者の居住する場所との間の距離が相当程度長い場合又は通常の公共交通機関の利用が困難な場合</u></p> <p>二 <u>特定処方箋薬剤遠隔指導等利用者又は薬局開設者の事情により、薬局開設者が、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に、対面により、特定処方箋により調剤された薬剤の適正な使用のための情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を行わせることが困難な場合であって、次に掲げる要件を満たす場合</u></p> <p>イ <u>薬局開設者が、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に、あらかじめ、対面により、当該特定処方箋薬剤遠隔指導等利用者</u></p>	<p>(薬剤遠隔指導等を行わせる場合)</p> <p>第三十一条 法第二十条の五第一項第二号の厚生労働省令で定める場合は、特定処方箋薬剤遠隔指導等利用者からの薬剤遠隔指導等を希望する旨の申出に<u>基づき、当該特定処方箋薬剤遠隔指導等利用者の居住する地域における薬剤師の数及び薬局の数が少なく、薬局と当該特定処方箋薬剤遠隔指導等利用者の居住する場所との間の距離が相当程度長い場合又は通常の公共交通機関の利用が困難な場合とする。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

に対して薬剤の適正な使用のための情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を行わせていること。

ロ 薬局開設者が、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に、特定処方箋薬剤遠隔指導等利用者ごとに、次に掲げる事項を定めた服薬指導計画を、当該特定処方箋薬剤遠隔指導等利用者の同意を得て策定させ、かつ、当該計画に従い薬剤遠隔指導等を実施させること。

(1) 薬剤遠隔指導等で取り扱う薬剤の種類及びその授受の方法に関する事項

(2) 薬剤遠隔指導等並びに対面による薬剤の適正な使用のための情報の提供及び薬学的知見に基づく指導の組合せに関する事項

(3) 薬剤遠隔指導等を行うことができない場合に関する事項

(4) その他薬剤遠隔指導等において必要な事項

(2) 国家戦略特別区域法（抄）

第二十条の五

国家戦略特別区域会議が、第八条第二項第二号に規定する特定事業として、国家戦略特別区域処方箋薬剤遠隔指導事業（国家戦略特別区域において、薬局開設者（医薬品医療機器等法第一条の四に規定する薬局開設者をいう。以下この条において同じ。）が、その薬局（医薬品医療機器等法第六条に規定する薬局をいう。以下この条において同じ。）の所在地の都道府県知事（保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長。以下この条において同じ。）が管轄する区域内の次項に規定する特定区域に居住する者に対して、特定処方箋（医師又は歯科医師から対面以外の方法による診察に基づいて交付された処方箋をいう。以下この項及び次項において同じ。）により調剤された薬剤を販売し、又は授与する場合に、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に薬剤遠隔指導等（テレビ電話装置その他の装置（第十五項において「テレビ電話装置等」という。）を用いて行われる当該薬剤の適正な使用のための情報の提供及び薬学的知見に基づく指導をいう。以下この条において同じ。）を行わせる事業であって、次に掲げる要件のいずれにも該当するものをいう。以下この条及び別表の八の五の項において同じ。）を定めた区域計画について、内閣総理大臣の認定を申請し、その認定を受けたときは、当該認定の日以後は、当該国家戦略特別区域処方箋薬剤遠隔指導事業を行おうとする薬局開設者は、当該国家戦略特別区域処方箋薬剤遠隔指導事業を行おうとするその薬局ごとに、その薬局の所在地の都道府県知事の登録を受けることができる。

一 （略）

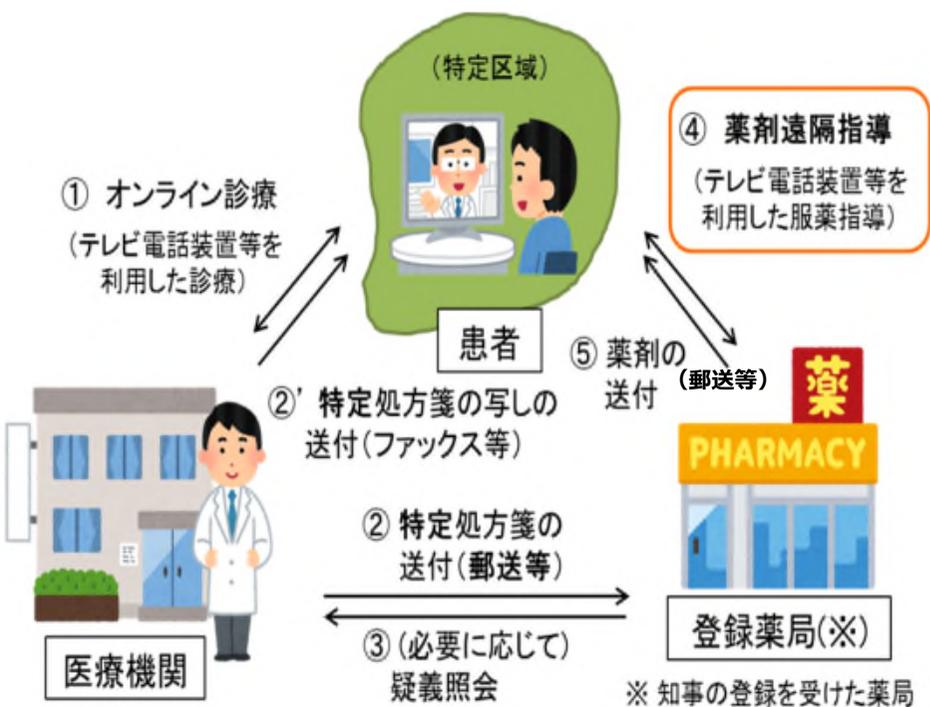
二 特定処方箋薬剤遠隔指導等利用者（特定処方箋により調剤された薬剤を購入し、又は譲り受ける場合に薬剤遠隔指導等を受ける者をいう。以下この条において同じ。）の居住する場所を訪問させることが容易でない場合として厚生労働省令で定める場合において、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に薬剤遠隔指導等を行わせるものであること。

三 （略）

# 国家戦略特区における離島・へき地以外での遠隔服薬指導への対応について

- 国家戦略特区法の一部を改正する法律（平成28年法律第55号）に基づき、薬剤師による対面での服薬指導義務の特例として、**国家戦略特区内で実証的に、①遠隔診療が行われ、②対面での服薬指導が困難な場合**（薬剤師・薬局の数が少なく、患者宅と薬局との距離が離れている場合等）に限り、**③テレビ電話等**による服薬指導（遠隔服薬指導）を可能とされた（施行：平成28年9月1日）。
- 平成30年6月14日の国家戦略特別区域諮問会議において、**愛知県、兵庫県養父市及び福岡市**における、実証事業の実施計画が認定された。

## 【事業のイメージ】



## 【実施自治体】



○ 登録薬局数：29件、 ○ 患者数：16名（令和元年8月31日時点）

- これまで、登録薬局 29 件、患者数 16 名（令和元年 8 月 31 日時点）。
- すべてのケースについて、テレビ電話等による服薬指導に先立って対面による服薬指導が行われ、かつ、継続的に同種の薬剤を服薬しているケースで行われており、結果として、患者の症状は安定しており、特段の問題が生じているとの報告は受けていない。
- ※ 令和元年12月18日時点において、都市部特区の実績はない。

年齢層	40代～90代
主な疾患	高血圧、糖尿病
利用機器	薬局側: パソコン 患者側: タブレット、スマートフォン
薬剤の受け渡し方法	郵送、薬局職員の訪問、家族による薬局での受け取り
主なメリット	薬局側: 薬剤師の業務効率化 患者側: 時間や体力的負担が少ない
主な課題	薬局側: 通信の安定性、医療機関との更なる連携 患者側: 更なる利便性の向上

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

## <具体的な要件>

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

### ※ 薬剤服用歴管理指導料の算定要件

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

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

### ➤ 成長戦略フォローアップ2019（令和元年6月21日閣議決定）

遠隔服薬指導は現在、過疎地等においてのみ実施できるが、生活習慣病など、継続的に服薬することが必要な疾患を抱える患者は都市部にも多く、遠隔診療と併せた遠隔服薬指導のニーズも高いことから、かかりつけ薬剤師・薬局であること等、一定の要件を満たし、かつ患者又は薬剤師・薬局の事情により薬剤師が患者を訪問することが困難な場合において、国家戦略特別区域内における都市部での遠隔服薬指導を可能とするよう所要の制度整備を今年度上半期目途に実施する。

### ➤ 関係省令の改正（令和元年9月30日）

千葉市からの要望を踏まえ、国家戦略特別区域における都市部での遠隔服薬指導の実施が閣議決定（成長戦略フォローアップ2019）されており、令和元年9月に国家戦略特別区域諮問会議を開催の上、厚生労働省令（厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則）を改正した。

### ➤ 千葉市の認定

今後、国家戦略特別区域諮問会議において、千葉市における遠隔服薬指導の実施に関する区域計画の認定が検討される見込み。

# 国家戦略特区における遠隔服薬指導の概要（離島・へき地等における利活用）

規定項目	離島・へき地	離島・へき地以外
遠隔診療受診の有無	○（規定あり）	
薬剤師に居宅を訪問させることが容易でないことを示す要件	周辺に薬局が少なく、薬局が居宅から遠い（＝離島・過疎地等）	患者の希望する頻度や時間帯にかかりつけ薬剤師・薬局が在宅訪問を行えない
薬剤師・薬局の限定	上記の地理的要件を踏まえ、かかりつけ薬剤師・薬局の限定なし	かかりつけ薬剤師・薬局を前提として、以下を規定 <ul style="list-style-type: none"> <li>・初回の対面義務</li> <li>・服薬指導計画（注）の策定義務（患者の同意が必要）</li> </ul> <small>注）対象薬剤、薬剤授受の方法、対面とテレビ電話の組合せ方法、テレビ電話で行えない場合等を記載</small>
利用者の希望	○（規定あり）	
テレビ電話による服薬指導が困難な場合の中止義務	○（規定あり）	
緊急時の連絡体制確保	○（規定あり）	
服薬指導を行う薬剤師の知識と能力	○（規定あり）	

## 診療報酬改定について

12月17日の予算大臣折衝を踏まえ、令和2年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

### 1. 診療報酬 +0.55%

※1 うち、※2を除く改定分 +0.47%  
各科改定率  
医科 +0.53%  
歯科 +0.59%  
調剤 +0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%

### 2. 薬価等

- ① 薬価 ▲0.99%  
※ うち、実勢価等改定 ▲0.43%  
市場拡大再算定の見直し等 ▲0.01%
- ② 材料価格 ▲0.02%  
※ うち、実勢価等改定 ▲0.01%

