

中央社会保険医療協議会 総会（第 443 回） 議事次第

令和元年12月20日(金) 薬価専門部会終了後～
於 厚生労働省講堂（低層棟2階）

議 題

- 令和2年度薬価制度改革の骨子（案）について
- 入院医療（その6）について
- 横断的事項（その5）について
- 個別医療（その15）について
- 令和2年度診療報酬改定への意見について（各号意見）
- その他

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時:令和元年12月20日(金)薬価専門部会終了後
会場:中央合同庁舎第5号館 講堂(低層棟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									
								田村	半田 吉川

中医協関係者

医療指導監査室長	歯科医療管理官	保険医療企画調査室長	医療技術評価推進室長	医療課長	薬剤管理官	総務課長	医療介護連携政策課長	調査課長	調査課数理企画官	総務課長	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

令和2年度薬価制度改革の骨子(案)

第1 基本的考え方

平成30年度の薬価制度抜本改革に引き続き、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、平成30年度改定において引き続き検討することとされた事項を含め、これまで薬価専門部会で審議してきた以下の点等を踏まえて、令和2年度薬価制度改革を行うこととする。

第2 具体的内容

I 新規収載医薬品の薬価算定

1. 新医療用配合剤

- 3成分以上が含まれる新医療用配合剤について、単剤が薬価収載されていない成分を含むが当該成分及び当該新医療用配合剤の他の成分を含む既存配合剤が薬価収載されている場合、当該既存配合剤を単剤と同様に取り扱って新医療用配合剤の特例の対象とする。

2. 再生医療等製品の薬価算定

- 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て算出される額よりも低い場合はその額を用いて算定する。
- 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再生医療等製品であって、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。(収載後の加算の場合を含む。)

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

(ただし、 $P > 10,000,000$)

(注) α : 補正加算率 (%)

A : 当該再生医療等製品に対して適用される率 (%)

P : 補正加算前の価格

3. 薬価算定方式の正確性(類似薬効比較方式)

○ 平成30年度薬価改定において、類似薬効比較方式(Ⅱ)で算定された新規性の乏しい新薬であって、新薬創出・適応外薬解消等促進加算(以下「新薬創出等加算」という。)の対象外の品目は、比較薬の新薬創出等加算の累積加算分を控除して薬価算定されることとされた一方、類似薬効比較方式(Ⅰ)等で算定された新薬については、①収載後に新薬創出等加算対象品目となることがあること、②収載時に控除を行うことは、公平な市場競争環境の確保に影響を及ぼすおそれがあることから、引き続き検討を行ったところ。

これらの点を鑑み、類似薬効比較方式(Ⅰ)等で算定された新薬で、新薬創出等加算対象外のものについては、収載から4年を経過した後の初めての薬価改定(収載後3回目の薬価改定)の際に、収載後の効能追加等により新薬創出等加算対象となった場合を除き、収載時点での比較薬の累積加算分を控除する。なお、新薬の上市の状況、収載後の効能追加の状況等を踏まえて、本取扱い及び控除の影響を検証し、必要に応じ、所要の措置を検討することとする。

4. 薬価算定方式の正確性(原価計算方式)

○ 原価計算方式における適正な評価と算定の透明性向上の観点から、化学合成品であり、開示度が80%以上でその妥当性が確認できる場合は一般管理販売費率(研究開発費等)の上限を70%としている。

バイオ医薬品でも、研究開発費のみで一般管理販売費率の上限を超え、かつ開示度が80%以上でその妥当性が確認できる場合は、一般管理販売費率の上限を70%に引き上げることとする。ただし、一般的にバイオ医薬品は化学合成品より高額であることを踏まえ、この取扱いをピーク時市場規模(予測)が50億円未満の場合に限る。

5. 補正加算

- 製剤工夫以外の方法による治療の質向上、リスク低減等のうち、有用性加算(Ⅱ)の「ハ. 治療方法の改善」に相当する事例(例えば、既存治療で必要とされる検査等が不要になることによる著しく高い利便性)は、同加算で評価され得ることを明確化する。

6. 新規後発医薬品

- 先発品と有効成分、原薬、添加物、製法等が同一のバイオ医薬品で、後発品として薬事承認を受けたもの(以下「バイオAG」という。)の新規収載時の薬価は、バイオ後続品(いわゆるバイオシミラー)との適切な競争環境を維持すべきこと等を踏まえ、先発品の薬価に100分の70を乗じて得た額とする。
- バイオ医薬品は、化学合成品とは製造や研究開発に係るコスト構造等が異なることから、G1・G2ルールの対象から除かれているが、先発品と有効成分等が同一のバイオAGが後発品として承認されたものであること等を踏まえ、バイオAGが収載された場合には、その先発品であるバイオ医薬品をG1・G2ルールの対象とする。
- なお、新規後発品の薬価算定については現在の取扱いを継続し、後発品の乖離率、安定供給への対応等を踏まえて引き続き検討することとする。

Ⅱ 既収載医薬品の薬価改定

1. 長期収載品

- 後発品上市後10年を経過する前であっても、後発品への置換え率が80%以上となった長期収載品は、その2年後の薬価改定時に置換え率が80%以上となっていることを再度確認した上でG1ルールを前倒して適用する。
- 後発品への置換え率の推移を踏まえて、Z2及びCにおける置換え率の基準である「40%未満」、「40%以上60%未満」、「60%以上80%未満」の区分を、それぞれ「50%未満」、「50%以上70%未満」、「70%以上80%未満」に引き上げる。

- また、G1・G2・Cルールにより大きな影響を受ける一定の品目・企業に対しては、平成 30 年度改定のとときと同様に円滑実施措置を行う。

2. 後発医薬品

- 価格帯の集約により改定前より薬価が引き上がることを抑制するため、以下のように対応する。

- (1) 市場実勢価格に基づく算定値が、改定前に属していた価格帯より上の価格帯に相当する品目について、改定前薬価が当該上の価格帯の加重平均値を下回る場合は、改定前と同じ価格帯に属すものとして算定を行う。
- (2) 最高価格の 30%以上 50%未満の価格帯及び 30%を下回る価格帯において、改定前薬価が各価格帯の加重平均値を下回る品目については、それぞれの価格帯ごとに、該当する全ての品目を改めて加重平均し、これを当該品目の改定後薬価とする。

- また、G1品目又はG2品目に係る後発品は、市場から撤退する予定のG1品目に係る後発品のうち増産対応するものとそれ以外で価格帯を分けることとしている。

後者について、価格帯の集約により改定前より薬価が引き上がることを抑制するため、①改定前薬価が加重平均値を下回る品目については、該当する全ての品目で改めて加重平均を行う、また、②改定前薬価が加重平均値以上の品目については、該当する全ての品目で改めて加重平均を行うこととし、それぞれ価格帯を集約する。(なお、加重平均値が最低薬価を下回る場合、当該価格帯に含まれる各医薬品について、当該医薬品に係る最低薬価を適用する。)

3. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算

(1) 企業指標・企業要件

- 革新的新薬の収載実績をより高く評価する観点から、新薬収載実績(A-2)については、革新的新薬の収載成分数を基本とし、それ以外の新薬の収載はその三分の二成分相当として計上した上で評価を行う。

- 革新的新薬の開発に取り組んでいる場合は、その企業規模によらず評価されるよう、革新的新薬(新薬創出等加算対象品目及び新規作用機序医薬品)の収載実績(過去5年以内)がある企業を評価する項目(A-3)を企業指標に追加する。
- また、薬剤耐性菌の感染症に係る医療上のニーズがある一方で治療薬の開発が減少していることが国際的にも課題となっていることを踏まえ、薬剤耐性菌の治療薬を収載した企業を評価する(A-4)。

＜企業指標＞

	指標の内容	
A-1	国内試験(日本を含む国際共同試験を含む)(実施数) (Phase II 以降)	上位25% 4pt 中位50% 2pt
A-2	新薬収載実績(収載成分数※1) (過去5年)	上位25% 4pt 中位50% 2pt
A-3	革新的新薬(※2)の収載実績(過去5年)	実績有り 2pt
A-4	薬剤耐性菌の治療薬(※3)の収載実績(過去5年)	1品目について2pt
B-1	開発公募品(開発着手数) (過去5年)(B-2分を除く)	1品目について2pt
B-2	開発公募品(承認取得数) (過去5年)	1品目について2pt
C	世界に先駆けた新薬の開発(品目数) (過去5年)	1品目について2pt

※1 新薬創出等加算対象品目又は新規作用機序医薬品を1成分相当、それ以外の新薬を2/3成分相当として計算する。

※2 新薬創出等加算対象品目又は新規作用機序医薬品

※3 薬剤耐性菌の治療に用いるもので、薬事審査において薬剤耐性菌に対する治療効果が明確になったものに限る。

(2)品目要件

- 革新性・有用性の高い品目を評価する観点から、先駆け審査指定制度の対象品目及び薬剤耐性菌の治療薬を品目要件に追加する。
- イノベーションを評価するため、収載後に効能追加等が行われたもののうち、追加された効能等において新規作用機序であって、新規作用機序医薬品の革新性及び有用性に係る基準に該当するものを品目要件に追加する。

(既存の効能・効果の対象患者の限定を解除したもの等、既存の効能と類似性が高いと認められる効能追加等の場合を除く。)

- これらの要件については、令和二年度改定以降に薬価収載又は効能追加されたものに適用する。

4. 収載後の加算

- 小児効能等の追加、希少疾病等に係る効能等の追加及び真の臨床的有用性の検証のそれぞれの加算のいずれか複数に該当する場合、補正加算率の最も高いもののみが適用されることがとされているが、真の臨床的有用性が直接的に検証されたことを評価する観点から、真の臨床的有用性の検証に係る加算は、小児効能等の追加に係る加算等と併算定できることとする。

5. 基礎的医薬品

- 基礎的医薬品については、不採算品再算定、最低薬価になる前の薬価を下支えする制度として位置づけられている。継続的な安定供給の観点から、現行ルールのとおりとし、今後の不採算品再算定や流通の状況等を踏まえて、引き続き検討することとする。

6. 条件・期限付承認を受けた再生医療等製品

- 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、改めて補正加算の該当性について評価することとする。この際、現行の収載後加算と同様に、以下の計算式により傾斜配分を行う。(なお、価格に応じた補正加算率の傾斜配分(Ⅰ.2)は別途行う。)

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{X}{20}\right) / \log\left(\frac{10}{20}\right)}$$

(ただし、 $0.5A/100 \leq \alpha \leq 1.5A/100$)

(注) α : 補正加算率 (%)

A : 当該既収載品に対して適用される率 (%)

X : 億円単位で示した当該既収載品の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を元に計算した年間販売額の合計額

- 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、その薬価を「条件・期限付承認時価格」と呼称することとする。

7. 再算定

(1) 過去に再算定を受けた品目への対応

- 市場拡大再算定を受けた後に、再び市場規模が拡大し、改めて市場拡大再算定の対象となる品目については、前回再算定時の市場規模拡大が下止めの水準を超過した程度を踏まえて、市場規模拡大率の値を調整した上で、今回の再算定における再算定後薬価を算出する。

再算定後薬価の算出に用いる調整市場規模拡大率 X_a

= 年間販売額の合計額 / 基準年間販売額 × 調整係数※

(※ 調整係数は、前回再算定での下止めの水準と、再算定の計算式から算出される改定後薬価の比とする。前回の再算定で下止めの対象とならなかった場合は1とする。)

(参考) 再算定後薬価の計算式の例 (年間販売額が150億円超、予想の2倍以上の場合)

$$\text{再算定後薬価} = \text{薬価改定前の薬価} \times \{ (0.9)^{\log X_a / \log 2} + \alpha \}$$

調整係数 :

$$0.75 / \{ (0.9)^{\log X_p / \log 2} + \alpha_p \} \quad (75/100 \text{ が下止めの場合})$$

$$0.85 / \{ (0.9)^{\log X_p / \log 2} + \alpha_p \} \quad (85/100 \text{ が下止めの場合})$$

(注) X_p : 前回の市場拡大再算定の際の市場規模拡大率

α_p : 前回の市場拡大再算定の際の補正加算率

- 市場拡大再算定を受けた品目は、再算定時点における年間販売額が基準額になるが、用法用量変化再算定(主たる効能又は効果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があったものに限る。)を受けた品目についても同様に取り扱うことを明確化する。

(2) 効能変化再算定

○ 現行ルールでは、効能追加により主たる効能・効果の変更があった場合、変更後の主たる効能・効果に係る薬理作用類似薬がある場合は、その価格に近づくよう、効能変化再算定を行うこととしている。これに加え、薬理作用類似薬がない場合であっても、変更後の主たる効能・効果に係る参照薬（変更後の主たる効能・効果と同一又は類似する効能・効果を有する既存薬のうち、治療上の位置づけ等が類似するものをいう。))と比較して著しく1日薬価が高く、市場規模が著しく大きくなると考えられる場合は、当該参照薬の1日薬価を参照して、現行の効能変化再算定と同様の再算定を行う特例を設ける。

○ 対象となる医薬品は以下の要件をいずれも満たすものとする。また、市場拡大再算定と同様に、年間販売額が350億円を超える場合は、新薬収載の機会（年4回）を活用して、効能変化再算定（本特例を含む）を行うこととする。

- ・ 1日薬価が参照薬の1日薬価の10倍以上。
- ・ 変更後の効能・効果に係る参照薬の市場規模が150億円以上。
- ・ 主たる効能・効果の変更に伴い対象患者数が現に使用されている患者数から最大で10倍以上に拡大すると認められるもの。また、対象患者が最大で5万人以上と認められるもの。
- ・ 変更後の主たる効能・効果が根治的治療法に該当するもの、生命に重大な影響のある重篤疾患、指定難病、血友病又は抗HIVの効能を追加するものは除く。

8. 市場実勢価格加重平均値調整幅方式

○ 既収載品目の薬価の改定の算式（市場実勢価格加重平均値調整幅方式）は、以下のとおりとしている。今回の改定においても、令和元年度薬価調査に基づき、以下の算式により算定する。

<算式>

$$\text{新薬価} = \left(\begin{array}{c} \text{医療機関・薬局への販売} \\ \text{価格の加重平均値(税抜} \\ \text{の市場実勢価格)} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} 1 + \text{消費税率} \\ \text{(地方消費税分含む)} \end{array} \right) + \text{調整幅}$$

※ 調整幅は、改定前薬価の2/100に相当する額

中医協 総－１参考
元． １２． ２０

中医協 薬－１参考
元． １２． ２０

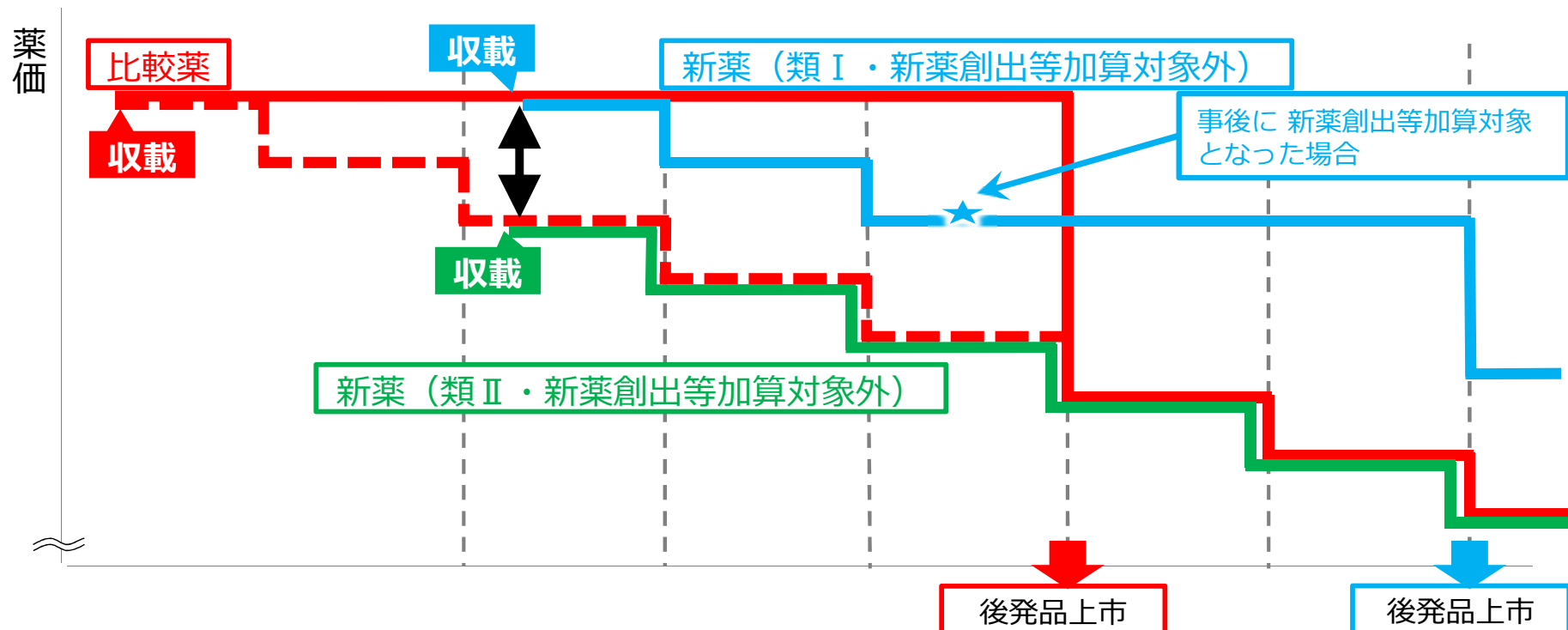
中医協 薬－１参考
元． １２． １３

令和２年度薬価制度改革の骨子たたき台 参考資料

新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定

これまでの経緯

- 新薬のうち、効能効果、薬理作用、投与形態等が類似した比較薬がある場合は、市場での公正な競争を確保する観点から、比較薬の1日薬価と同一となるように薬価を算定。（類似薬効比較方式(Ⅰ)）
一方で、類似薬が3つ以上存在し、かつ補正加算のない、新規性の乏しい新薬は、過去の数年間の類似薬の薬価と比較して最も低い価格と1日薬価を合わせる。（類似薬効比較方式(Ⅱ)）
- 平成30年度改定において、類似薬効比較方式(Ⅱ)で算定され、新薬創出等加算の対象外の品目は、比較薬の新薬創出等加算の累積加算額を控除して薬価算定を行うことされた。
- 新薬創出等加算の対象外であって、類似薬効比較方式(Ⅰ)等で算定された医薬品については、収載時に新薬創出等加算対象外であったが収載後に新薬創出等加算対象品目となった場合の対応を含め、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定について検討することとされている。



原価計算方式

平成30年度改定

- 類似薬がない場合には、原材料費、製造経費等を積み上げる。

(例) ① 原材料費	(有効成分、添加剤、容器・箱など)
② 労務費	(= 3,635 ^{注1} × 労働時間)
③ 製造経費	
④ 製品製造 (輸入) 原価	
⑤ 販売費・研究費等	(⑤ / (④ + ⑤ + ⑥) ≤ 0.486 ^{注2})
⑥ 営業利益	(⑥ / (④ + ⑤ + ⑥) = 0.149 ^{注2})
⑦ 流通経費	(⑦ / (④ + ⑤ + ⑥ + ⑦) = 0.075 ^{注3})
⑧ 消費税	(10%)

合計：算定薬価

ただし、開示度 $\geq$ 80%の化成品については、販管費率の上限は70%

注1 労務費単価：「毎月勤労統計調査」及び「就労条件総合調査」（厚生労働省）

注2 一般管理販売費率、営業利益率：「産業別財務データハンドブック」（日本政策投資銀行）

注3 流通経費率：「医薬品産業実態調査報告書」（厚生労働省医政局経済課）

上記の数値は、医薬品製造業の平均的な係数（前年度末時点で得られる直近3か年（平成27年～29年）の平均値）を用いることが原則

- 当該新薬について、既存治療に比し高い有用性等が認められる場合には、上記の額に補正加算を行う。ただし、製品総原価のうち、薬価算定組織での開示が可能な部分の割合（開示度）に応じて、加算率に差を設ける。

$$\text{加算額} = \text{価格全体} \times \text{加算率} \times \text{加算係数}$$

(加算前価格) (0～120%) (0.2～1)

開示度	80%以上	50～80%	50%未満
加算係数	1.0	0.6	0.2

* 開示度 = (開示が可能な薬価部分) ÷ (製品総原価)

新規後発医薬品の乖離率

R元年薬価調査における新規後発医薬品（0.4掛け&0.5掛け品目）の価格の乖離率

	（（市場実勢価－薬価）÷ 薬価）×100			
	H30.6～R元.6に収載された新規後発医薬品（）内は成分数			対応する先発品
	全体	0.5掛け	0.4掛け	
内用薬	▲23.6%	▲21.0%（17）	▲28.3%（4）	▲9.6%
注射薬	▲15.3%	▲15.3%（5）		▲13.3%
外用薬	▲13.2%	▲13.2%（7）		▲8.1%

注：R元.9薬価調査から算出（バイオ後続品を除く）

（参考）先発品の価格が100円であった場合、後発医薬品の収載時の薬価は0.5掛けの場合50円。収載後の最初の薬価調査時において、乖離率が21.0%とすると、薬価改定時に40.5円（先発品の価格の0.41倍）となる水準である。

（参考）H29薬価調査における新規後発医薬品（0.4掛け&0.5掛け品目）の価格の乖離率

	（（市場実勢価－薬価）÷ 薬価）×100			
	H28.6～H29.6に収載された新規後発医薬品（）内は成分数			対応する先発品
	全体	0.5掛け	0.4掛け	
内用薬	▲25.8%	▲19.5%（19）	▲37.7%（6）	▲10.1%
注射薬	▲9.1%	▲9.1%（4）		▲8.0%
外用薬	▲12.0%	▲12.0%（1）		▲8.9%

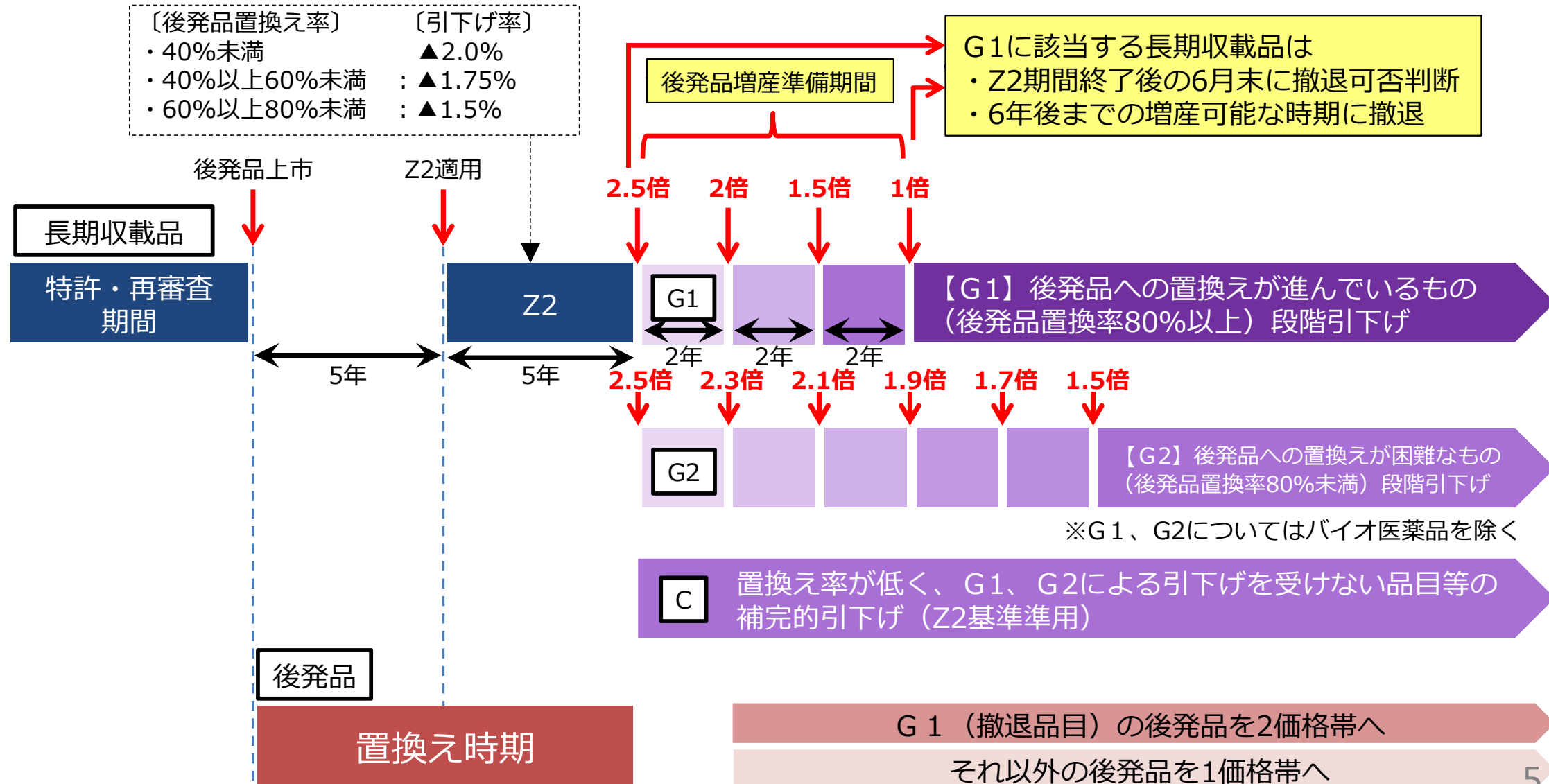
注：H29.9薬価調査から算出（バイオ後続品を除く）

（参考）先発品の価格が100円であった場合、後発医薬品の収載時の薬価は0.5掛けの場合50円。収載後の最初の薬価調査時において、乖離率が19.5%とすると、薬価改定時に41.3円（先発品の価格の0.41倍）となる水準である。

長期収載品の薬価の見直し（G 1・G 2・C）

平成30年度改定

- 我が国の製薬産業の構造を、長期収載品依存から、より高い創薬力を持つものへと転換する観点から、後発品上市後10年を経過した長期収載品の薬価について、後発品の薬価を基準に段階的に引き下げる。

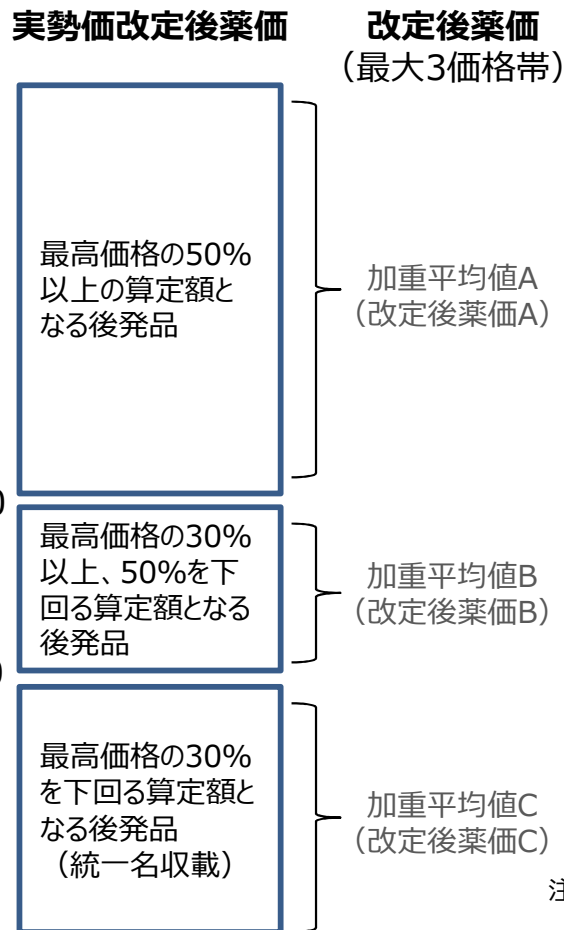


具体的な案のイメージ

中医協 薬 - 1 改
元 . 1 1 . 2 2

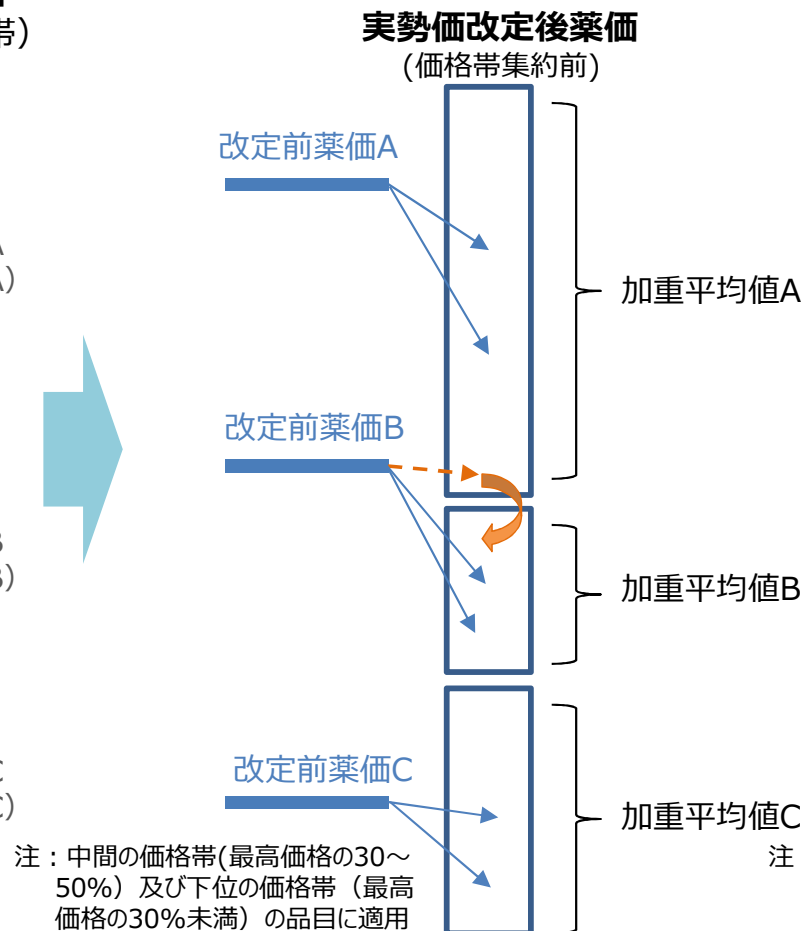
- 価格帯集約により、改定後薬価が改定前薬価より高くなるのは、主として、（１）当該品目が上の価格帯に移行した場合、（２）上の価格帯から降りてきた品目によって、当該価格帯の加重平均値が引き上がる場合、がある。このため、以下の①及び②を適用し、価格帯の集約によって薬価が引き上げることを抑制。
- なお、②により価格帯が増加すること、中間年の改定を受けるものと受けないもので、さらに価格帯が分割され得ることを踏まえて、中間年改定の次の通常改定における価格帯の集約については引き続き検討してはどうか。

現行



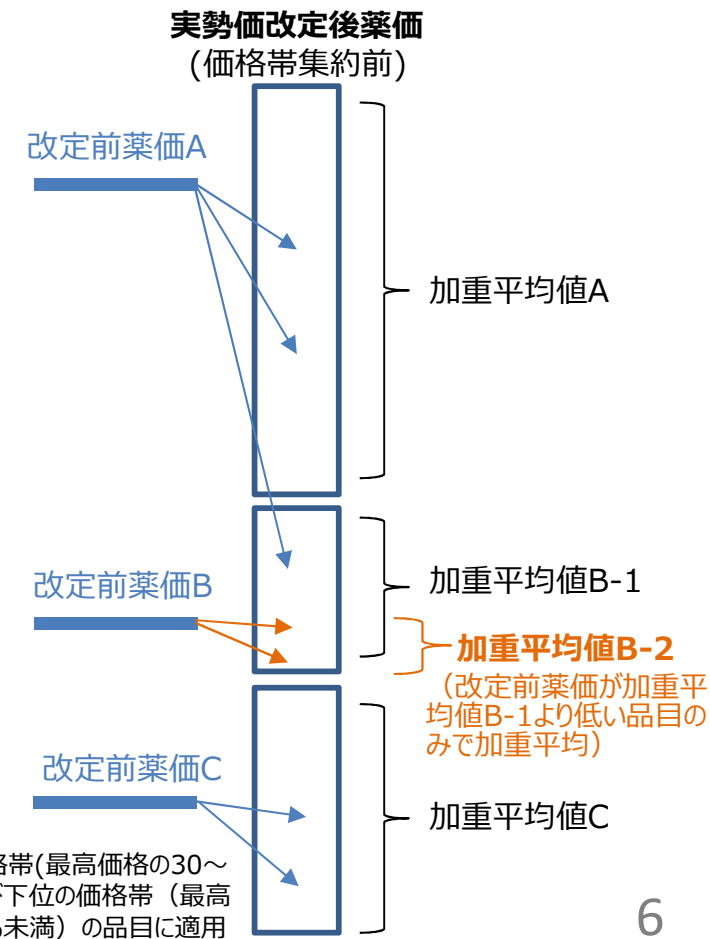
対応①：上の価格帯に上がることで、薬価が引き上がることを抑制する

30%, 50%の境界値が下がり、実勢価改定後薬価が上の価格帯に相当することとなった場合でも、価格が引き上がる場合は、元の価格帯に含める。



対応②：価格が引き上がるものは別途加重平均を行い、価格帯を分ける

上の区分から降りてきた品目により、加重平均値が引き上がるケースでは、改定前薬価が加重平均値より低い品目のみで別途加重平均を行う。



- 効能変化再算定は、主たる効能効果の変更後、作用機序が同様の薬理作用類似薬がある場合に、薬価を当該薬理作用類似薬の薬価に近づける仕組み。
- このため、主たる効能効果の変更により、同様の効能効果を有する既存薬と比較して1日薬価が著しく高く、市場規模が短期間に著しく拡大する懸念がある場合でも、薬理作用類似薬がない場合は、効能変化再算定を行うことができない。

対応の方向性(案)：

- 変更後の主たる効能効果と同一又は類似する効能効果を有する既存薬のうち、治療上の位置づけ等が類似するもの（参照薬）の1日薬価と比較して1日薬価が著しく高く、かつ当該参照薬の市場規模が一定以上の場合、参照薬の1日薬価に近づくよう薬価を再算定する特例を設けてはどうか。（既存の効能変化再算定の対象になる場合を除く。）
- また、財政影響が大きくなる場合は新薬収載の機会（年4回）も活用して再算定を行うこととしてはどうか。

＜対象となる医薬品の範囲の考え方（案）＞

- ・ 1日薬価が参照薬の1日薬価(※1)と比べて著しく高い（例：10倍以上）
- ・ 参照薬の市場規模(※2)が一定額以上（例：150億円以上）
- ・ 主たる効能効果の変更に伴い対象患者数が現に使用されている患者数から著しく拡大（例：10倍以上）し、一定数を上回る患者に使用されうる（例：5万人以上）
- ・ ただし、変更後の主たる効能効果が根治的治療法に該当するもの、生命に重大な影響のある重篤疾患、指定難病、血友病又は抗HIVの効能を追加するものは除く。

※1 参照薬が複数ある場合は1日薬価の加重平均値

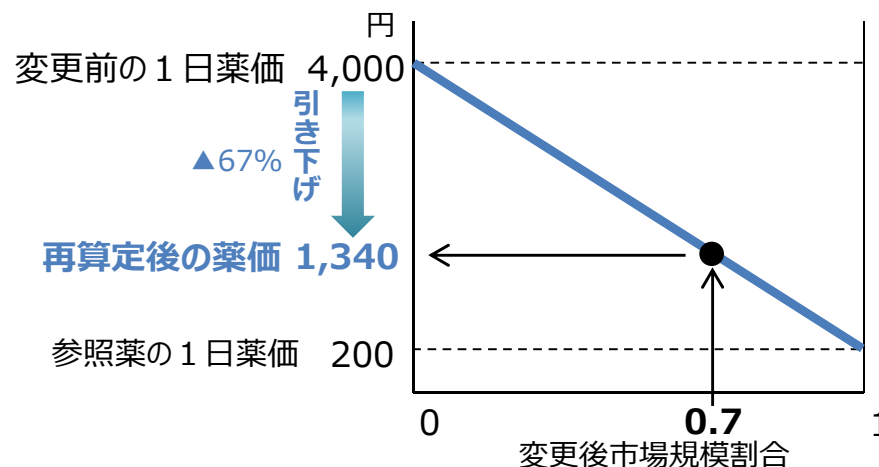
※2 参照薬が複数ある場合は合計の市場規模

＜再算定の方法＞

- ・ 参照薬の1日薬価に近づくよう薬価を再算定
- ・ 変更後の効能効果の市場規模が変更前と比べて大きいほど、変化の程度を増加させる

$$\text{変更後市場規模割合} = \frac{\text{変更後市場規模}}{\text{変更前市場規模} + \text{変更後市場規模}}$$

※ 市場規模は、主たる効能効果が同一又は類似し、かつ治療上の位置づけ等が類似すると認められる既存薬の年間販売額の合計



入院医療（その6）

入院医療（その6）

1. 重症度、医療・看護必要度について

- 評価項目について
- 判定基準について
- 見直しを踏まえた施設基準の設定について

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

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

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・基準①: A得点2点以上かつB得点3点以上 ・基準②: 「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・基準③: A得点3点以上 ・基準④: C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の概要

※対象病棟の入院患者についてA項目及びC項目は日々の診療実績データを用い測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

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

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

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・基準①: A得点2点以上かつB得点3点以上 ・基準②: 「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・基準③: A得点3点以上 ・基準④: C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

入院医療（その6）

1. 重症度、医療・看護必要度について

- 評価項目について
- 判定基準について
- 見直しを踏まえた施設基準の設定について

重症度、医療・看護必要度(A項目)

A項目 治療等のモニタリング、処置、入院時の状況等について、実施や管理したことを測定

平成20年：導入
9項目（うち、「専門的な治療・処置」は7種類）



平成26年：急性期病棟で行われる項目のみへ見直し（慢性期病棟でも一般的に行われている項目を削除）
→7項目（うち、「創傷処置」は2種類、「専門的な治療・処置」は10種類）



平成28年：医療の必要性の高い患者の状態追加
→8項目（うち、「創傷処置」は2種類、「専門的な治療・処置」11種類）



平成30年：必要度Ⅱ※のみ、「救急搬送後の入院（2日間）」は対象外とする

行為の実施

行為の実施
及び管理

入院受入
（実施）

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

重症度、医療・看護必要度（B項目、C項目）

B項目 患者自身のADLの状況、療養上の世話等の内容を測定

平成20年：導入
7項目



平成28年：他の項目と類似する2項目を削除し、認知症、せん妄状態の患者が含まれるよう新たに2項目を追加
→ 7項目

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

C項目 手術、救命等の入院して管理が必要な侵襲性の高い治療について、実施日からの期間にあわせて測定

平成28年：導入
A項目では評価されない医療の必要性の高い項目を創設
→ 7項目（うち、「救命等に係る内科的治療」は3種類）

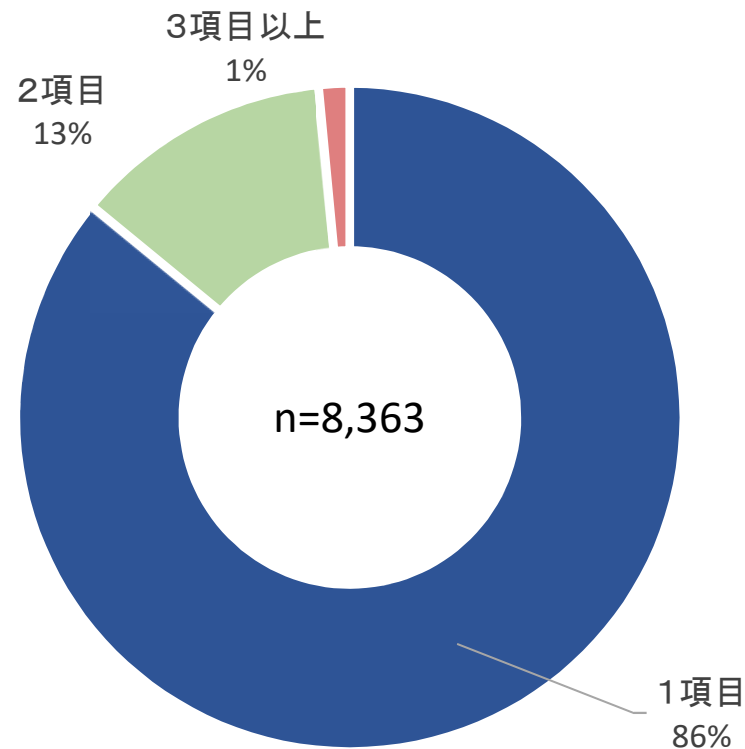


平成30年：「開腹手術」の該当日数を短縮

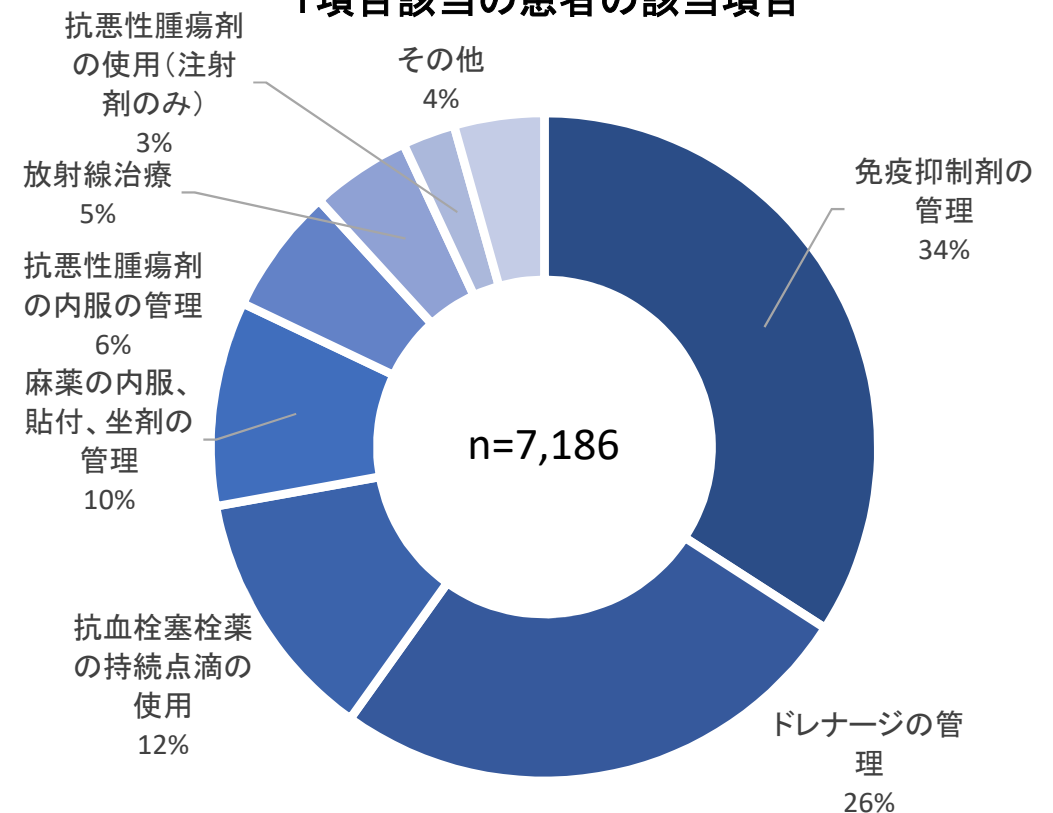
	C	手術等の医学的状況	0点	1点
手術	16	開頭手術（7日間）	なし	あり
	17	開胸手術（7日間）	なし	あり
	18	開腹手術（4日間）	なし	あり
	19	骨の手術（5日間）	なし	あり
	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）	なし	あり
	21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）	なし	あり
内科的 治療	22	救命等に係る内科的治療（2日間） ①経皮的血管内治療 ②経皮的心的筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療	なし	あり

- A項目の「専門的な治療・処置」に該当がある患者について、該当項目数をみたところ、「1項目該当」が8割以上であった。
- 1項目該当の患者について、該当項目の内訳をみたところ、「免疫抑制剤の管理」が最も多く、次いで、「ドレナージの管理」が多かった。

専門的な治療・処置の該当項目数



1項目該当の患者の該当項目

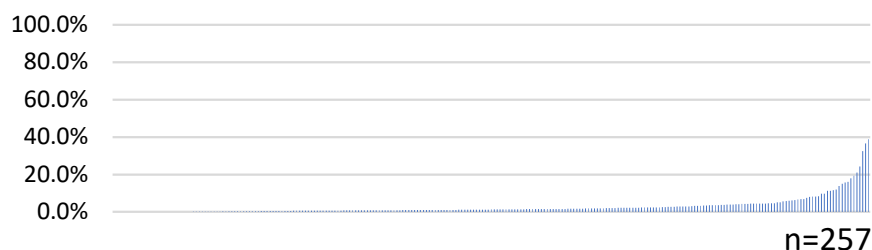


抗悪性腫瘍剤・免疫抑制剤の内服を入院で使用する割合

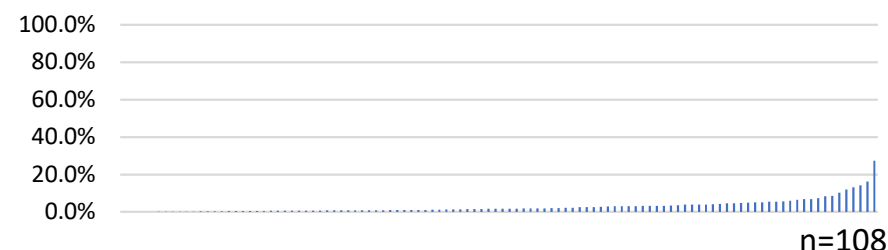
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの「専門的な医療・処置」に該当する抗悪性腫瘍剤及び免疫抑制剤の内服薬等を入院で使用する割合は全体的に低かった。

薬剤を入院で使用する割合（必要度Ⅱの対象薬剤）

抗悪性腫瘍剤（内服）



免疫抑制剤（内服/坐剤/軟膏）



出典：NDBデータ（平成30年度）

令和元年11月15日中医協総会の論点

【現状及び課題】

- A項目の「専門的な治療・処置」に該当する薬剤のうち、抗悪性腫瘍剤や免疫抑制剤の内服薬は、全体的に入院で実施される割合が低い。

【論点】

- 原則として入院で実施される医療を適切に評価する観点から、入院の必要性等に応じてA項目・C項目の評価対象の整理を行うことについてどのように考えるか。

主なご意見

- 入院で実施する割合が低いものは、評価対象から除外すべき。
- ただし、主に外来で実施されているものであっても、導入期には副作用等の評価をするために、入院で実施することが必要な場合もあることに留意が必要。

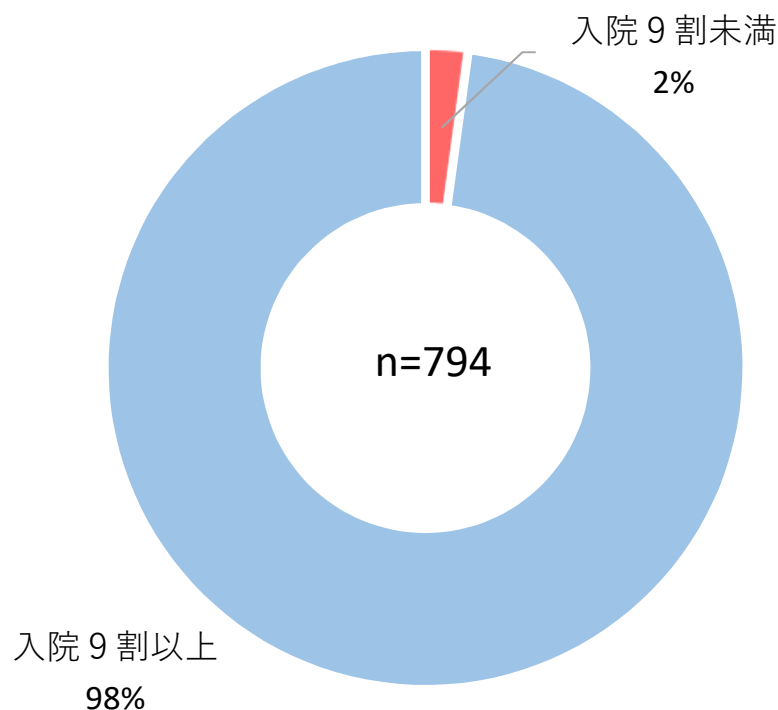


ご意見を踏まえ、抗悪性腫瘍剤の内服治療については、導入期の評価や治療中の副作用等の理由で特に入院の必要性が高い場合があることを考慮し、引き続き評価の対象としてはどうか。

- 重症度、医療・看護必要度ⅡにおいてC項目に該当する手術について、手術ごとに入院で実施される割合をみると、多くの手術が入院が9割以上であったが、一部に9割未満の手術もあった。

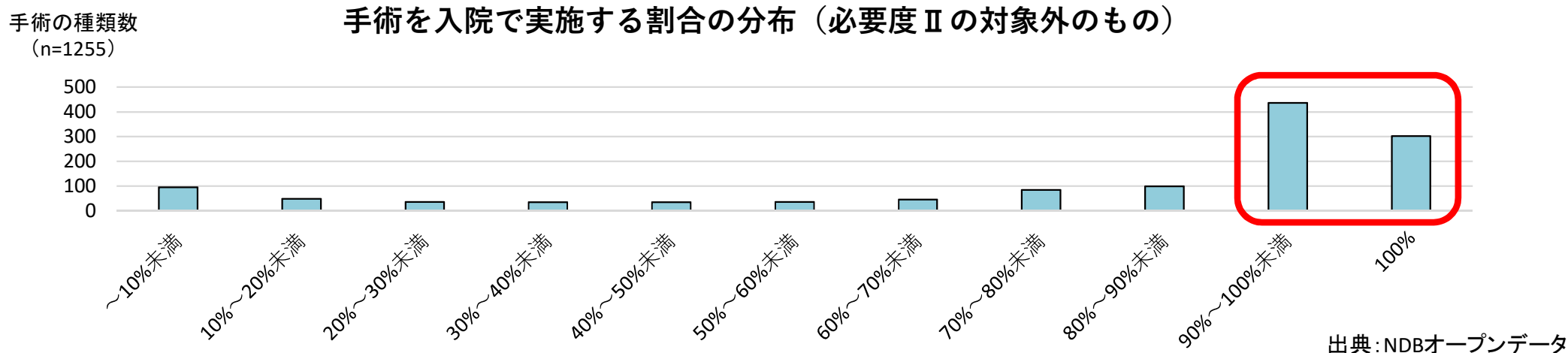
入院の実施が9割未満の手術（例）

必要度Ⅱの評価対象手術



種別	診療行為	入院の割合
開胸手術	胸壁腫瘍摘出術	84.6%
	静脈形成術、吻合術（胸腔内静脈）	76.9%
開腹手術	腹直筋離開手術	85.7%
	直腸脱手術（骨盤底形成）	84.7%
	膀胱内凝血除去術	64.2%
	膀胱異物摘出術（膀胱高位切開術）	70.3%
	膀胱脱手術（その他）	42.9%
骨の手術	骨部分切除術（上腕）	87.6%
	骨部分切除術（前腕）	84.1%
	骨部分切除術（手）	69.5%
	骨部分切除術（その他）	79.6%
	腐骨摘出術（手）	58.8%
	腐骨摘出術（足その他）	89.9%
	骨腫瘍切除術（手）	74.4%
	骨腫瘍切除術（足）	83.6%
	骨腫瘍切除術（その他）	58.7%
	関節切除術（手）	82.3%
胸腔鏡・腹腔鏡手術	腹腔鏡下卵管形成術	80.8%
	胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	89.4%
救命等に係る 内科的治療	植込型心電図記録計移植術	88.6%
	植込型心電図記録計摘出術	74.1%
	小腸結腸内視鏡的止血術	88.5%

- 現在、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象外である手術について、入院で実施される割合の分布を見ると、90%以上100%未満が最も多く、次いで100%が多かった。



令和元年11月15日中医協総会の論点

【現状及び課題】

- C項目の評価対象である手術等には入院で実施される割合が9割未満のものもある一方で、入院で実施される割合が9割以上であるが現在評価対象となっていないものも多くある。

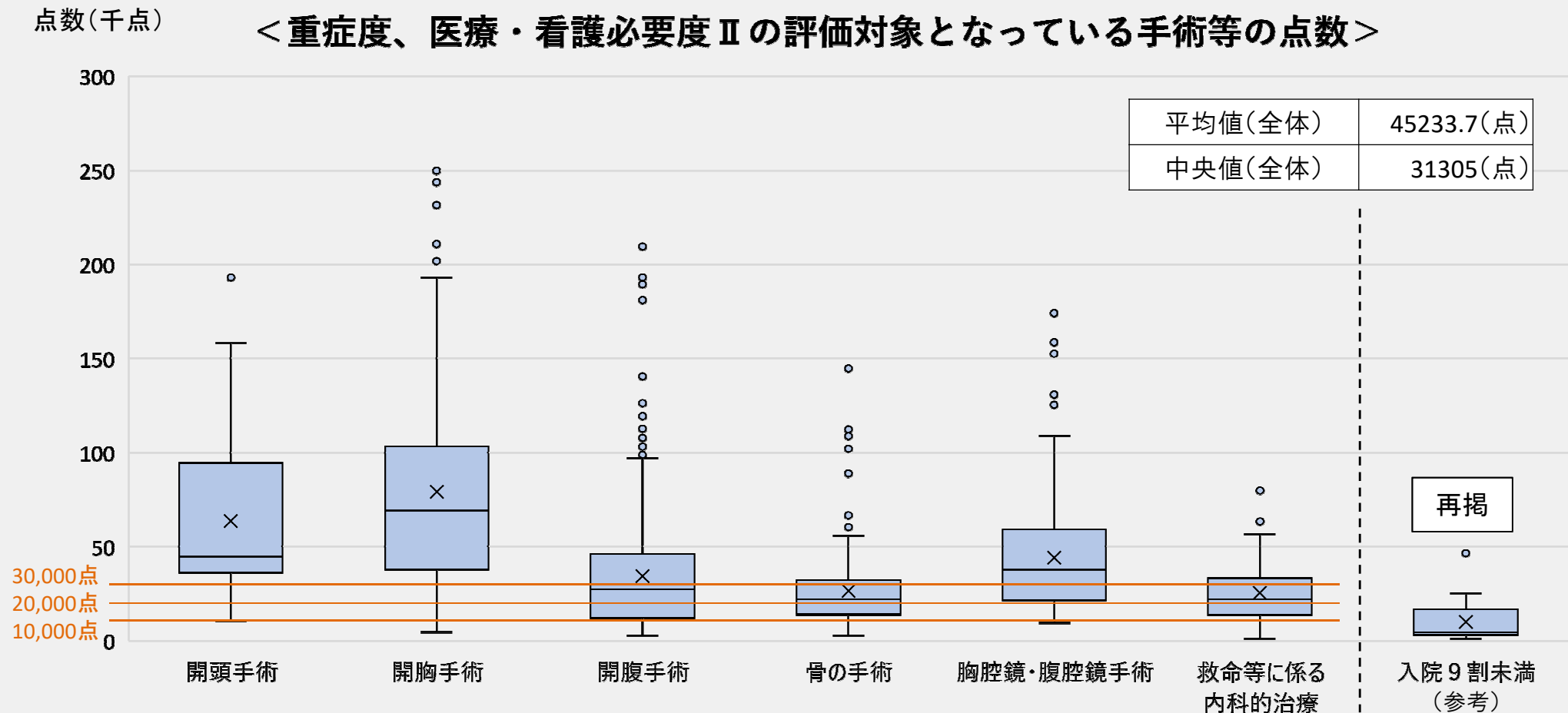
【論点】

- 原則として入院で実施される医療を適切に評価する観点から、入院の必要性等に応じてA項目・C項目の評価対象の整理を行うことについてどのように考えるか。

主なご意見

- 入院で実施される手術や検査については、広く評価されるようにC項目に組み込んでいくべき。
- ただし、C項目は手術等の侵襲性の高さに着目して評価されている項目であることを踏まえ、入院で実施される割合が高いものを全て追加するのではなく、点数などを参考に判断基準に一定の線引きを設けていく必要があるのではないか。

- 現在、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となっている手術等の点数の分布を領域ごとにみると、以下のとおりであった。



入院で実施する割合が高い手術を新たに対象とする場合、中医協のご意見を踏まえ、一定の点数以上の手術に限って追加することとしてはどうか。その水準について、現在評価対象となっている手術等の点数の分布を踏まえ、どのように考えるか。

入院で実施する割合が特に高い検査について

- 入院で実施する割合が特に高く、かつ、一定の手技等を伴う検査として、生体検査のほか、例えば以下のような項目がある。

令和元年11月15日中医協資料より

検査を入院で実施する割合（例：生検検査）

区分	名称	入院の割合	総件数	点数
D404-2	骨髓生検	48.7%	41328	730
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	8.2%	66700	200
D409-2	センチネルリンパ節生検（片）（併用法）	54.3%	313	5000
D409-2	センチネルリンパ節生検（片）（単独法）	70.0%	230	3000
D410	乳腺穿刺又は針生検（片）（その他）	0.8%	173334	200
D410	乳腺穿刺又は針生検（片）（生検針）	1.8%	97605	650
D411	甲状腺穿刺又は針生検	3.0%	157741	150
D412	経皮的針生検法	96.0%	78237	1600
D413	前立腺針生検法	43.7%	28558	1400
D414	内視鏡下生検法	7.6%	4095296	310
D414-2	EUS-FNA	95.6%	23518	4000
D415	経気管肺生検法	77.3%	90483	4000
D415-2	EBUS-TBNA	79.6%	14842	5500

経皮的針生検やEUS-FNAは、
入院で実施する割合が高い

入院で実施する割合が90%以上の検査※

【既に重症度、医療・看護必要度の評価対象となっているもの】

- － 呼吸心拍監視
- － カルジオスコープ（ハートスコープ）
- － カルジオタコスコープ

【現在、評価の対象となっていないもの】

- － 経皮的針生検法
- － EUS-FNA
- － 心臓カテーテル検査（左心・右心）
- － 胸腔鏡
- － 腹腔鏡
- － 縦隔鏡
- － 関節鏡 等

※検討対象の考え方

- ・ 診療報酬上の「検査」の項目であって、一定の手技等の負担を伴うもの
- ・ 検査後（あるいは検査中）主に一般病棟に入院することが想定されるもの
- ・ 入院で実施されている割合が90%以上、かつ、一定の件数があるもの

対象となる手術等の該当日数について

- 現在、重症度、医療・看護必要度の評価対象となっている手術等について、評価されている日数は平均的な在院日数の約2～3割程度である。

➡ 術後の医学管理を適切に評価するため、在院日数の実態を踏まえ、該当日数を見直してはどうか。

現行の評価基準（C項目）

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

対象手術全体の在院日数※

	在院日数の中央値
開頭手術(7日間)	26.4
開胸手術(7日間)	24.1
開腹手術(4日間)	14.7
骨の手術(5日間)	23.5
胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	9.9
救命等に係る内科的治療(2日間)	9

※考え方

- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの対象手術の診療実績より算出
- ・ 各手術の在院日数の中央値より、算定件数を踏まえて加重平均

見直しのイメージ

	在院日数の中央値	現行の評価日数	在院日数に占める割合
開頭手術	26.4	7	26.5%
開胸手術	24.1	7	29.0%
開腹手術	14.7	4	27.2%
骨の手術	23.5	5	21.3%
胸腔鏡・腹腔鏡手術	9.9	3	30.3%
救命等に係る内科的治療	9	2	22.2%

見直し後の評価日数	在院日数に占める割合
○日	○%
○日	○%
○日	○%
○日	○%
○日	○%
○日	○%

入院医療（その6）

1. 重症度、医療・看護必要度について

- 評価項目について
- 判定基準について
- 見直しを踏まえた施設基準の設定について

判定基準に係る前回の論点・意見

令和元年11月15日中医協総会の論点

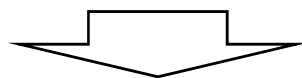
【現状及び課題】

(判定基準について)

- 基準②(B14又はB15に該当し、A1点以上かつB3点以上)のみに該当する患者のA項目は「心電図モニターの管理」が多く、基準②に該当する直前は「いずれの基準にも非該当」の患者が多い。非該当日の状況を見ると、A項目は非該当の患者が多いが、B項目は該当している患者が多い。
- 基準②のみに該当している患者は、他の基準に比べて、年齢が高く、認知症やせん妄を有する割合が高く、要介護度が高く、自立度が低い。また、看護の提供頻度は多いが、医学的な理由による入院の割合が低く、退院に向けた目標・課題が転院先や入所先の確保である割合が高い。

【論点】

- 入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、急性期の入院患者の指標として、重症度、医療・看護必要度の判定基準のうち「B14又はB15に該当し、A1点以上かつB3点以上」の基準をどのように考えるか。



主なご意見

- 基準②に該当している患者は、認知症やせん妄をたまたま合併している患者であって、急性期医療が必要でないわけではない。急性期の高度な医療や複雑な医療を受けている患者は、適切に評価されるべき。
- 基準②のみに該当している患者は、他の基準に比べて医学的な理由で入院が必要な患者の割合が低く、また、急性期病棟よりも療養病棟に多いことから、当該基準は急性期入院医療の基準として適切とは言い難い。
- 基準②で評価されているB14・B15の項目は、認知症患者が増加傾向にある中で、急性期病棟における受け入れを進める観点から平成28年度改定で導入されたものであり、この項目は引き続き評価していくことが必要。
- 認知症やせん妄の患者は全ての病棟に入院しており、医療現場の負担となっている。論点については、基準②をただ外せばよいわけではなく、認知症やせん妄の患者をどのようにみていくかについて、よく考える必要がある。

判定基準の経緯・現状を踏まえた考え方の整理

重症度、医療・看護必要度の経緯と現状

【経緯】

- 重症度、医療・看護必要度は、7対1入院基本料の施設基準として、平成20年度診療報酬改定で導入され、累次の改定において基準の見直しが行われてきた。
- 平成28年度改定において、急性期の入院医療をより適切に評価する観点から、A項目及びB項目の見直し、C項目が新設されるとともに、名称が「重症度、医療・看護必要度」と見直された。
- 平成30年度改定において、入院医療の評価体系が再編・統合され、一般病棟入院基本料については、重症度、医療・看護必要度の実績に応じた段階的な評価となった。また、「B14又はB15に該当する患者」のうちA1点以上の患者は、A0点の患者と比較すると「医師による診察」や「看護師による直接の看護提供の頻度」が多かったことから、「B14又はB15に該当し、A1点以上かつB3点以上」の基準（基準②）が追加された。

【現状】

- 改定後の調査・検証において、基準②のみに該当する患者は、これまでの他の基準と比較して、看護の提供頻度は多いものの、医学的な理由による入院の割合が低く、退院に向けた目標・課題が転院先や入所先の確保である割合が高いことなどが確認された。
- 中医協総会において、当該基準は急性期入院医療の基準として適切とはいえないという意見がある一方で、B14・B15の項目は引き続き評価していくことが必要という意見や、認知症やせん妄の患者を適切にケアする体制について評価を行う必要があるという意見があった。



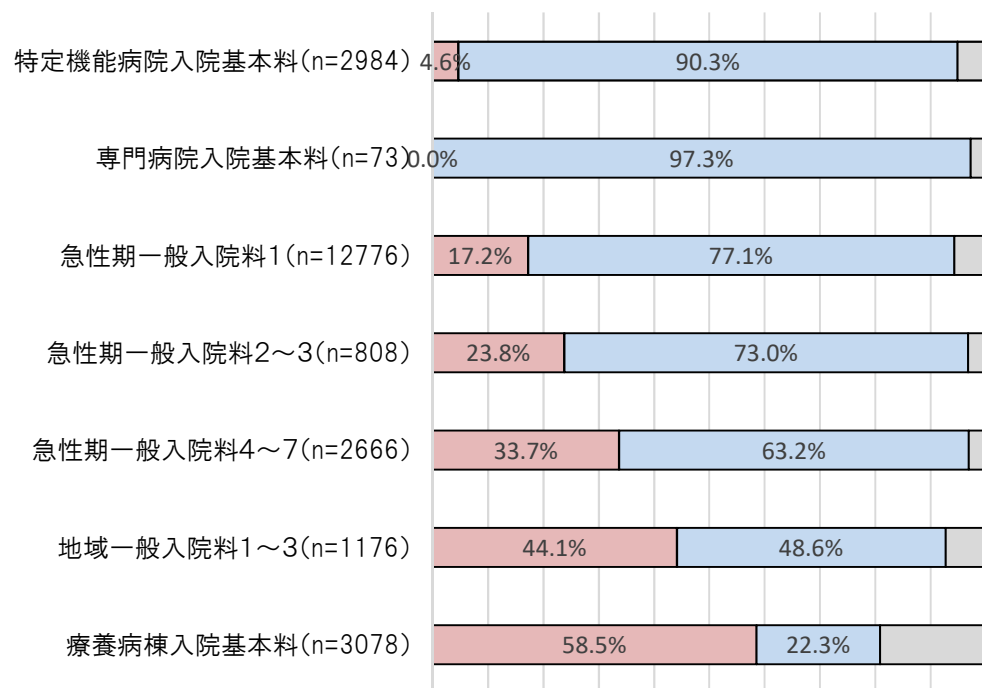
見直しの方向性（案）

- 認知症・せん妄を合併した急性期入院医療の必要性が高い患者が適切に評価されるよう、B14・B15の項目は引き続きB項目の評価対象としつつ、基準②については、改定後の検証を踏まえた評価とすることとしてはどうか。具体的には、A項目が1点である基準②は見直し、平成28年度改定後の水準である、A項目2点以上を対象とすることとしてはどうか。
- 他方、急性期病棟においても認知症・せん妄の患者の対応は重要であることから、これらを合併した患者に対する適切なケアを行う体制が確保されるよう、重症度、医療・看護必要度とは分けて、体制の評価を拡充してはどうか。

- 認知症の患者の割合を入院料別にみると、一般病棟よりも療養病棟で割合が高く、入院料によって差が大きい。
- 他方、せん妄の患者の割合を入院料別にみると、一般病棟と療養病棟で差が少なく、いずれの入院料においても概ね1割程度であった。

認知症の患者の割合

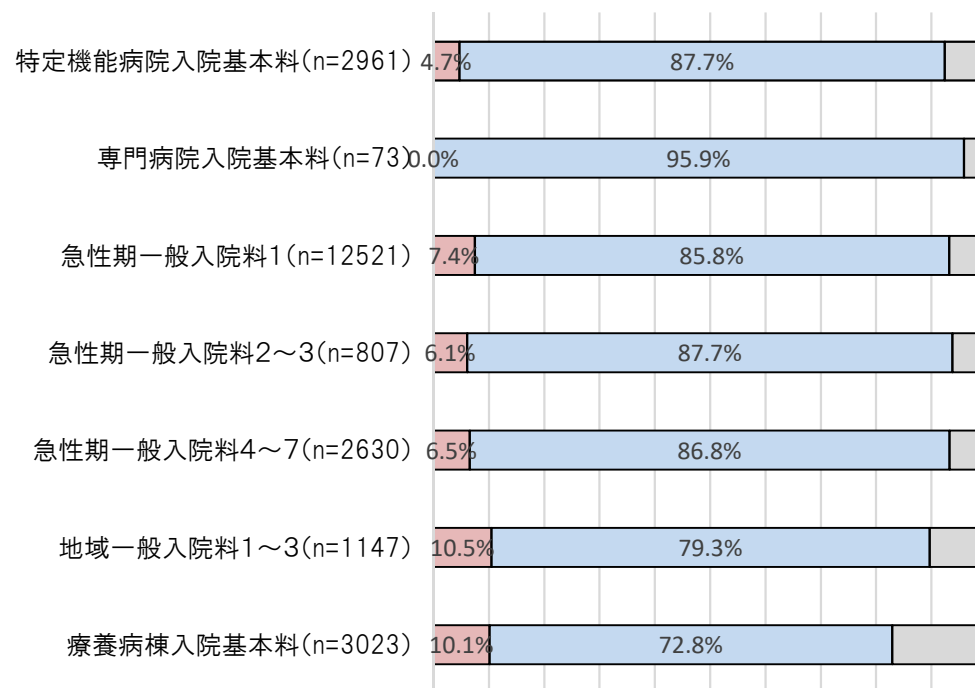
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ 認知症あり □ 認知症なし □ わからない

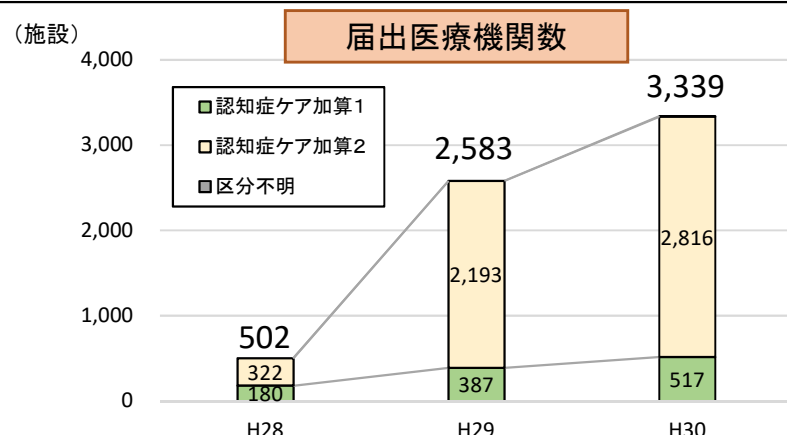
せん妄の患者の割合

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

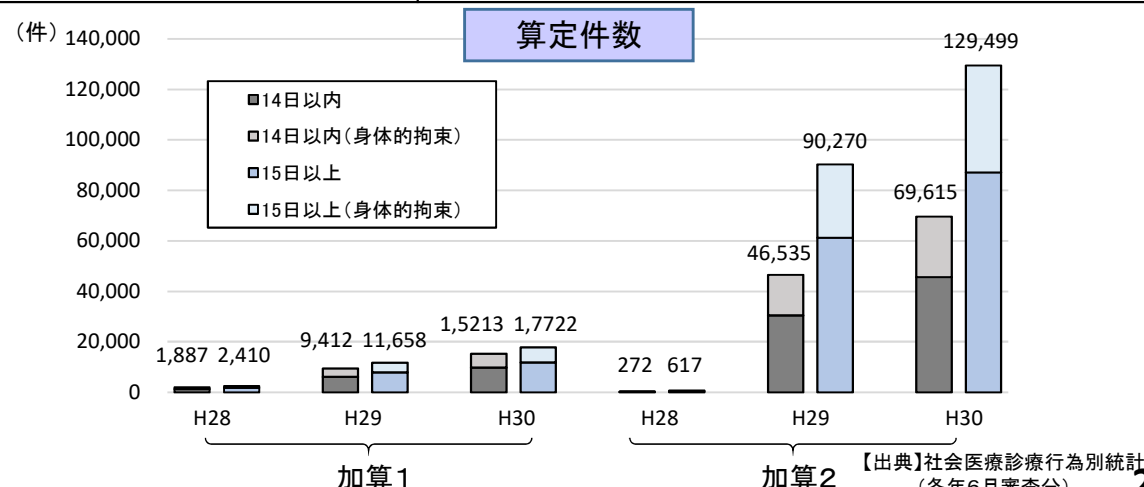


■ せん妄あり □ せん妄なし □ わからない

		認知症ケア加算1	認知症ケア加算2
点数(1日につき)		イ 14日以内の期間 150点 ロ 15日以上期間 30点 (身体的拘束を実施した日は60%)	イ 14日以内の期間 30点 ロ 15日以上期間 10点 (身体的拘束を実施した日は60%)
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 ランクⅢ以上の患者(重度の意識障害のある者を除く)	
主な算定要件・施設基準	身体的拘束	・日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。 ・やむを得ず身体的拘束をする場合であっても、できる限り早期に解除するよう努める。 ・身体的拘束をするに当たっては、必要性のアセスメント、患者家族への説明と同意、記録、二次的な身体障害の予防、解除に向けた検討を行う。 ・身体的拘束をするかどうかは、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討する。 ・身体的拘束を避けるために家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならない。	
	病棟職員の対応	・認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む。 ① 入院前の情報収集、アセスメント、看護計画の作成。 - 行動、心理症状がみられる場合には、適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討。 ② 計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施、定期的に評価。 - 身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。 ③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について患者家族を含めて検討。 ④ ①～③を診療録等に記載。	
	職員の配置等	・以下から構成される認知症ケアチームを設置。 - ア <u>認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師</u>(精神科5年以上、神経内科5年以上、認知症治療に係る適切な研修を修了のいずれか) - イ <u>認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師</u> - ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士 ・認知症ケアチームは、以下の取組を通じて認知症ケアの質の向上を図る。 ① カンファレンスを週1回程度開催。 ② 各病棟を週1回以上巡回、認知症ケアの実施状況を把握。 ③ 医師、看護師等からの相談に速やかに対応、助言。 ④ 認知症患者に関わる職員を対象に研修を定期的に実施。	
	マニュアル	・認知症ケアチームが身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。 ・身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。	
	院内研修等	・認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、原則として年に1回、認知症ケアチームによる研修又は院外研修を受講。 ・適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対して、研修や事例検討会等を少なくとも年に1回実施。	



【出典】保険局医療課調べ(各年7月1日時点)
※区分不明のものは除く。



- せん妄の頻度減少と合併症予防のためには、せん妄予防が最も効果的とされており、特にスクリーニングと多要素介入を入院後早期に行うことが有効とされている。

<せん妄予防について>

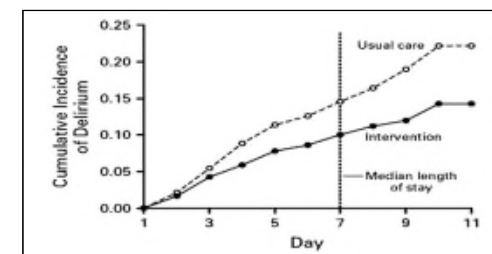
- せん妄予防を目的とした薬物療法としてコリンエステラーゼ阻害薬、抗精神病薬の予防的投与、ガバペンチン、ラメルテオン、鎮痛薬などが研究されているが十分なエビデンスを示したものはない。
- 訓練された医師、看護師、その他職種による非薬物的多要素介入が効果的とされている。

Inouye et al. NEJM 2015
Martinez et al. Age Ageing 2015

<せん妄予防プログラム>

Yale Delirium Prevention Trial

- 多要素介入(認知機能に対する見当識維持等の介入、早期離床、向精神薬削減、睡眠への介入、聴力視力低下の補正、脱水に対する介入)を行うことでせん妄の予防(OR 0.60)およびせん妄の期間短縮(161日vs.105日)が可能と示した。



Inouye et al. NEJM 1999

DELirium Team Approach (DELTA) program

- 癌入院患者に対し専門の教育と研修を受けた医療スタッフが、せん妄リスクスクリーニングと予防を行うことにより、せん妄発生率を7.1%から4.3%に減少させた。

Ogawa et al. Support Care Cancer 2018

英国NICEガイドライン

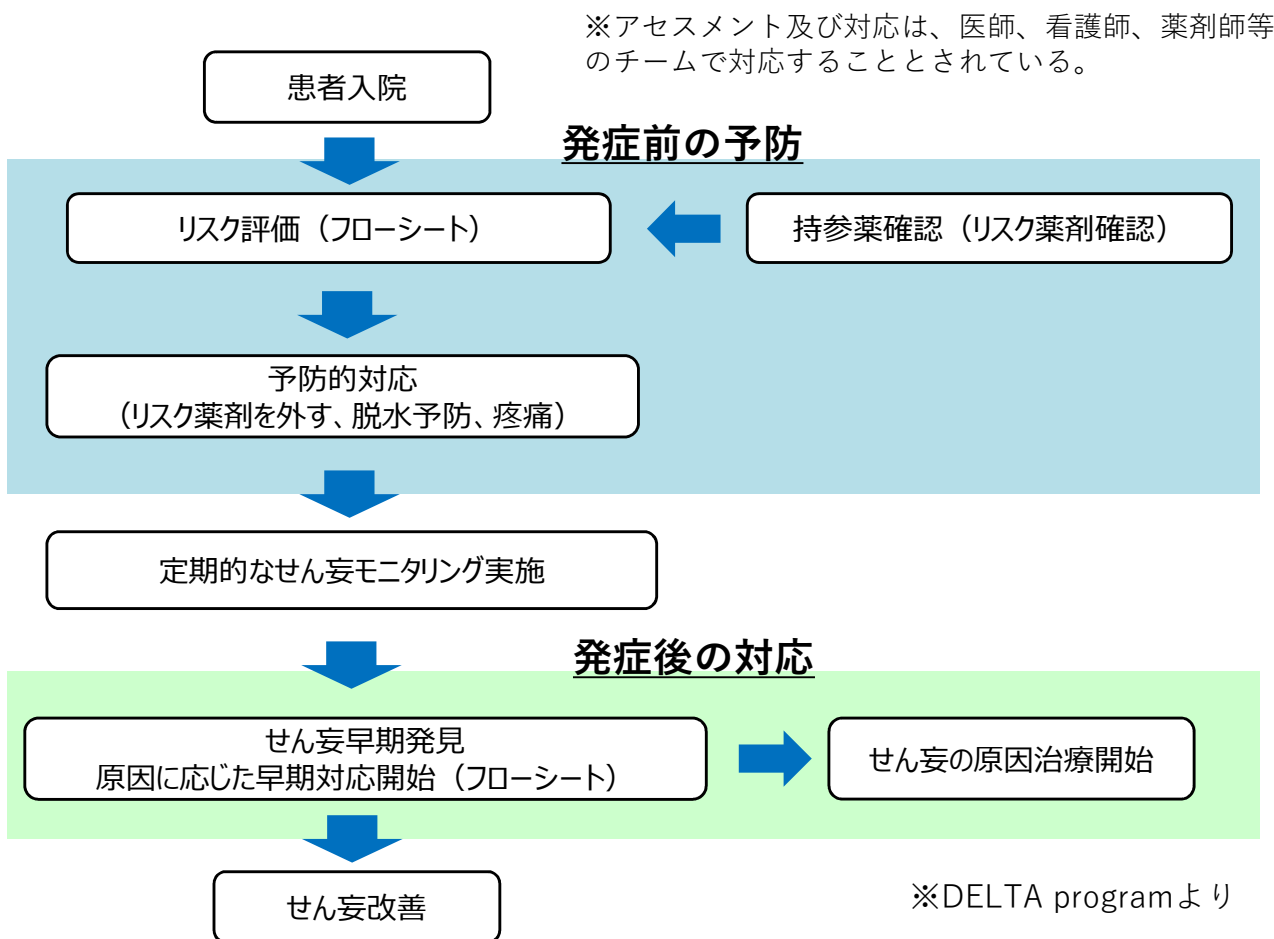
- 入院後24時間以内に評価を行い個別介入する
- 多要素介入はせん妄予防の教育を受けた多職種チームが実施

介入内容

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| ・ 認知機能低下に対する介入（光調整、見当識維持等） | ・ 疼痛治療 |
| ・ 脱水及び便秘の治療 | ・ 薬剤レビュー |
| ・ 低酸素の評価及び必要なら治療 | ・ 栄養管理 |
| ・ 感染予防及び治療 | ・ 感覚低下に対する介入（眼鏡や補聴器等） |
| ・ 早期離床（歩行不能ならROM訓練） | ・ 睡眠に対する介入 |

- せん妄対策の取組として「発症前の予防」と「発症後の対応」があり、どちらもチェックリストを活用した取組の例がある。

<せん妄予防プログラムの例>



※DELTA programより

<アセスメントする項目>

アセスメントシート（例）

← 【スクリーニング】
リスク因子の
チェックリスト

← 【早期発見】
せん妄症状の
チェックリスト

← 【発症後対応】
せん妄の対応の
チェックリスト

<リスク因子>

- ・70歳以上
- ・脳器質障害
- ・認知症
- ・アルコール多飲
- ・せん妄の既往
- ・ベンゾジアゼピン系薬剤

<せん妄の対応>

- ・疾病の治療
- ・脱水の補正
- ・身体拘束を避ける
- ・見当識を付ける
- ・家族との面会
- ・リスク薬剤の中止 等

参考 7 対 1 入院基本料の施設基準に係る経緯

平成17年	○ 医療制度改革大綱 ・「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」
平成18年	7対1入院基本料創設
平成19年	○ 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議 ・「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」
平成20年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入 ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」
平成24年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」 ○ 平均在院日数要件の見直し ・「平均在院日数が19日→18日以下」
平成26年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し ・「名称の変更」及び「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」 ○ データ提出加算の要件化、在宅復帰率の導入
平成28年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・「A項目の一部追加、B項目の項目変更、侵襲性の高い治療を評価するC項目を新設」 ・「A項目2点以上及びB項目3点以上→A項目2点以上及びB項目3点以上、<u>A項目3点以上又はC項目1点以上</u>」 ・「該当患者割合を15%以上→<u>25%以上</u>」 ○ 在宅復帰率の見直し ・「75%以上→<u>80%以上</u>」
平成30年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟入院基本料の見直し ・一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を「急性期一般入院基本料」へ再編・統合 ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・C項目の内容変更 ・該当患者の基準に「B14又はB15に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」を追加（総合入院体制加算も同様に基準を追加） ・A項目及びC項目は診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を評価する「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を新設 ○ 在宅復帰率の見直し ・「在宅復帰・病床機能連携率」と名称を変更 ・指標の定義等の見直し

（参考）平成14年 特定集中治療室管理料に重症度の判定基準及び患者割合を導入
平成16年 ハイケアユニット入院医療管理料に重症度・看護必要度の判定基準及び患者割合を導入

入院医療（その6）

1. 重症度、医療・看護必要度について

- 評価項目について
- 判定基準について
- 見直しを踏まえた施設基準の設定について

重症度、医療・看護必要度の見直し⑤

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

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

()内は200床未満の経過措置

平成30年度改定前の基準を満たす患者割合の要件

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



平成30年度改定後の基準を満たす患者割合の要件

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

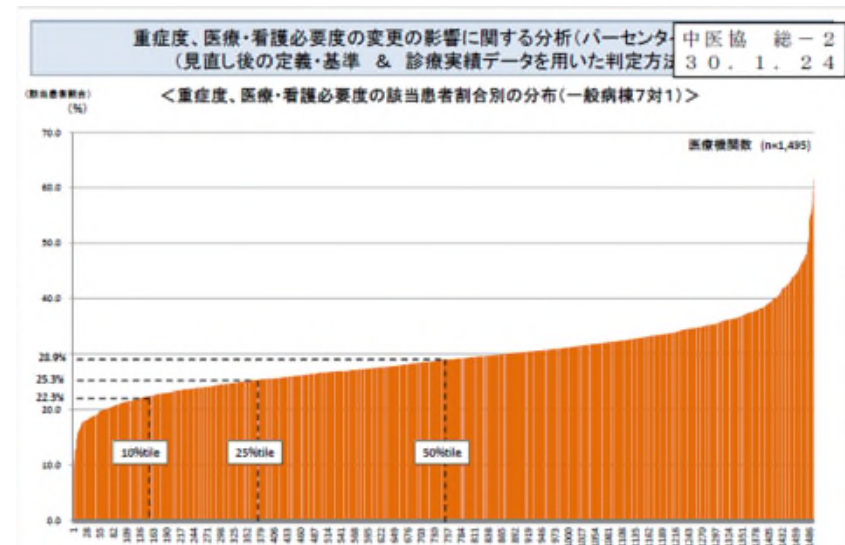
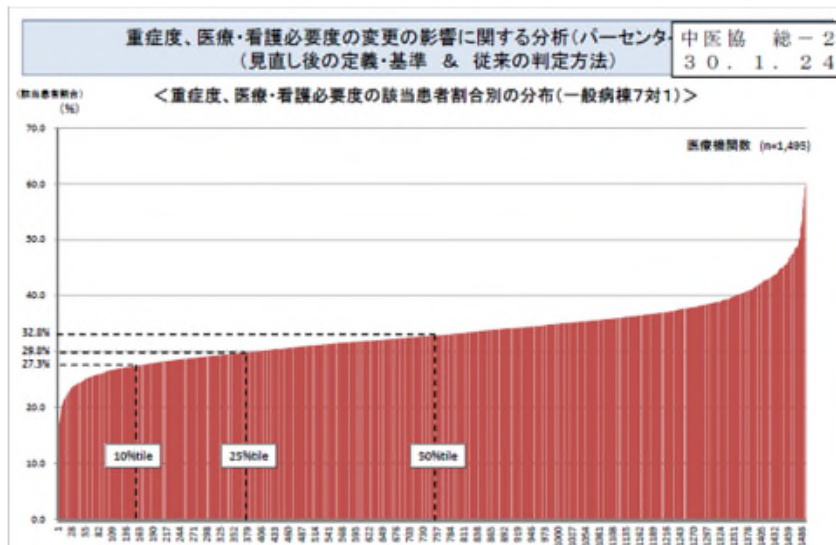
見直しを踏まえた施設基準の設定について

- これまでの議論を踏まえ、以下のような条件で該当患者割合のシミュレーションを行い、結果を踏まえて施設基準の見直しを検討してはどうか。
- 急性期入院医療を適切に評価する観点から、他に検討すべき視点はあるか。

シミュレーションを行う条件（案）

- 判定基準より、基準②（B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上）を除外
- A項目より、免疫抑制剤の内服を除外
- C項目に、入院実施割合が90%以上の手術（○点以上に限る）及び検査を追加
- C項目の評価対象日数を、在院日数の○%程度まで広げる

シミュレーションのイメージ（平成30年度改定に係る中医協資料）



重症度、医療・看護必要度に係る現状及び課題と論点（案）

【論点】

- 重症度、医療・看護必要度について、評価項目・判定基準の見直しの方向性や、見直しを踏まえた施設基準の設定について、それぞれどのように考えるか。

横断的事項（その5）

（ICTの利活用④）

横断的事項（その５）

1．医療におけるICTの利活用について（その４）

- オンライン服薬指導について

オンライン服薬指導の関連スケジュール

- 令和元年12月4日に薬機法等の一部を改正する法律が公布され、施行後1年以内にオンライン服薬指導の実施が可能となる。

薬機法関係

診療報酬関係

令和元年

12月4日 薬機法の一部を改正する法律公布

12月 中医協における議論

令和2年

オンライン服薬指導に関する
要件や手順等の設定(省令及
び医薬・生活衛生局の通知)

4月 令和2年度診療報酬改定の施行

公布から1年以内 施行(オンライン服薬指導開始)

服薬指導等に関する薬機法・薬剤師法の規定

- 処方箋に基づく調剤時（薬剤交付時）の服薬指導について、薬機法の改正により、一定の要件を満たす場合にオンライン服薬指導が可能となる。
- 一方、調剤後の服薬指導（フォローアップ）は、現時点でも可能。

処方箋に基づく調剤時（薬剤交付時）の服薬指導

調剤後の服薬指導（フォローアップ）

内容

服薬指導（服用方法や使用上の注意の説明等）
※従来から、保健衛生上必要な措置として、調剤時の服薬指導を義務づけ

必要に応じ、継続的に患者の薬剤の使用状況を把握し、服薬指導

対面

オンライン

対面

オンライン

従来の取扱

× 不可※

※特区に限り、一定条件下で可能としてきた



○ 実施可能
（規制なし）

改正後の取扱

○ 実施

○ **実施可能**

※具体的な実施要領は、省令や通知により定める。

○ 必要がある場合に実施

※ 薬剤師が職務として必要と判断する場合に、最適な手段を用いて実施することを新たに義務づけ

※在宅患者でも取扱は全て同じ

今後実施可能となるオンライン服薬指導（概要）

- 薬機法の改正により実施可能となるオンライン服薬指導には、①オンライン診療時の処方箋に基づく服薬指導と、②在宅訪問診療時の処方箋に基づく服薬指導に分かれる。
- オンライン服薬指導に関する具体的な要件や実施手順については、12月19日付で関連省令のパブリックコメントが開始されている（当該パブリックコメントには関連通知の要旨も併せて提示）。

※ いずれも本資料中の便宜的呼称

外来オンライン服薬指導※ （オンライン診療時の処方箋に基づく調剤時）

以下の場合の服薬指導をオンラインで実施するもの

- ① 対面服薬指導を行ったことのある患者に、
- ② 患者のオンライン服薬指導の希望を踏まえ、
- ③ 当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤*
について
- ④ **オンライン診療による処方箋**に基づき調剤を行う

在宅オンライン服薬指導※ （在宅訪問診療時の処方箋に基づく調剤時）

以下の場合の服薬指導をオンラインで実施するもの

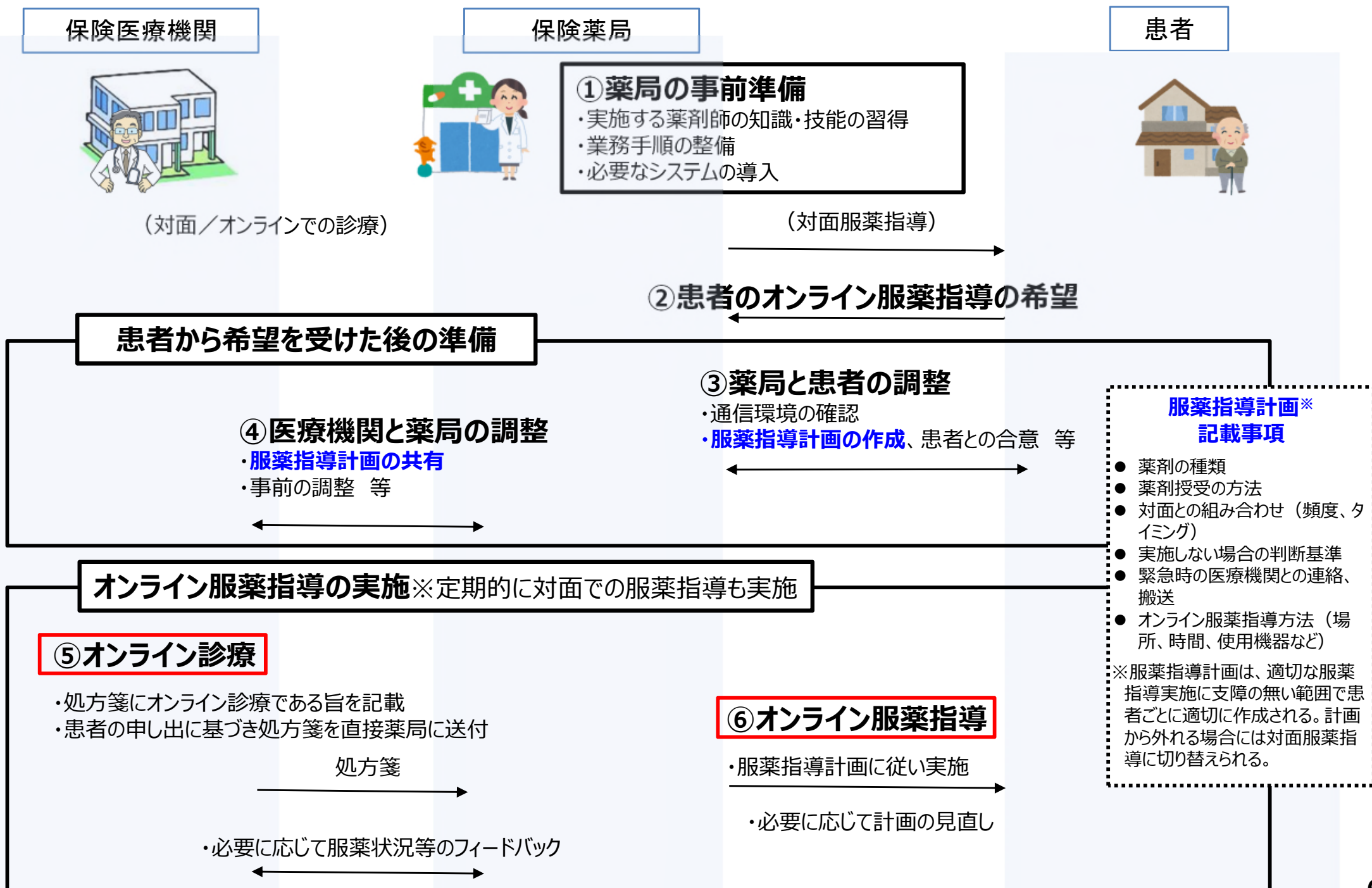
- ① 患家で対面服薬指導を行ったことのある患者に、
- ② 患者のオンライン服薬指導の希望を踏まえ、
- ③ 当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤*
について
- ④ **訪問診療による処方箋**に基づき調剤を行う

* 後発品への切り替えなど同一内容と見なせる場合を含む

【診療報酬の要件を検討する上で関連するその他の要件等】

- 薬剤師と患者との間に信頼関係があること（原則として同一の薬剤師がオンライン服薬指導を実施すること）
- 同一内容の処方箋により調剤された薬剤について、あらかじめ、対面による服薬指導を実施していること
- 服薬指導計画を策定すること（主な内容は以下の①～④）
 - ① 取り扱う薬剤の種類（当該患者に対面で服薬指導したことのある処方箋薬剤又はそれに準じる処方箋薬剤であること）、授受の方法
 - ② オンラインと対面との組合せ
 - ③ 実施できない場合の規定（実施しないと判断する場合の基準など）
 - ④ 緊急時対応方針（医療機関との連絡、搬送）

外来オンライン服薬指導の流れ(イメージ)



薬剤服用歴管理指導料及びその加算

1. 薬剤服用歴管理指導料の要件

- 薬剤師が、患者に対して、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳等により、薬剤服用歴及び服薬中の医薬品等について確認するとともに、薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の基本的な説明、必要な指導、薬剤服用歴の記録等を行う業務を評価。

【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(1回につき)
2 1の患者以外の患者に対して行った場合	53点(1回につき)
3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合	41点(1回につき)

※ 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調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する薬局に処方箋を持参した患者に対しては、処方箋受付1回につき、53点を算定する。

※ 3については、薬剤師が特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、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。

[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。

2. 薬剤服用歴管理指導料の加算

◆ 重複・投薬相互作用等防止加算

薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方変更が行われた場合

イ 残薬調整に係るもの以外の場合
40点(1回につき)

ロ 残薬調整に係るものの場合
30点(1回につき)

◆ 麻薬管理指導加算

麻薬を調整した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に関し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合

22点(1回につき)

◆ 特定薬剤管理指導加算

特に安全管理が必要な医薬品を調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合

10点(1回につき)

◆ 乳幼児服薬指導加算

6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合

12点(1回につき)

在宅患者訪問薬剤管理指導料及びその加算

1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料の要件

- あらかじめ厚生局に届け出た薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画書^(注)を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定。

項目	点数	
○在宅患者訪問薬剤管理指導料		薬剤師1人週
・単一建物診療患者が1人の場合	650点	40回まで
・単一建物診療患者が2～9人の場合	320点	患者1人につき
・単一建物診療患者が10人以上の場合	290点	月4回まで※
(+麻薬管理指導加算)	(+100点)	
(+乳幼児加算)	(+100点)	

※末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回まで

(注) 薬学的管理指導計画書

処方医から提供された診療状況に関する情報や、処方医との相談、他の医療関係職種(訪問看護ステーション)等との情報共有しながら、患者の心身の特性や処方薬剤を踏まえて策定。

2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料の加算等

◆麻薬管理指導加算

麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合

100点(1回につき)

◆乳幼児加算

在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合

100点(1回につき)

オンライン服薬指導における薬学管理料の要件の方向性（案）①

- 診療報酬上の要件については、薬機法上の要件案の内容等を踏まえ、以下のような方向で検討することとしてはどうか。

1. 在宅患者以外

（1）対象患者

- オンライン診療で処方箋が発行された患者

（2）要件等

- ① 薬剤服用歴管理指導料の算定要件を満たすこと
- ② 厚生労働省が示す指針に従って実施する体制を有すること
- ③ 一定期間内に薬剤服用歴管理指導料（対面）を算定している患者であること
- ④ 同一薬剤師が対応することを原則とすること
- ⑤ 服薬指導計画に基づき実施すること
- ⑥ お薬手帳を活用すること
- ⑦ 医薬品を患家に配送する場合は、患者の医薬品受領の確認を行うこと
- ⑧ オンライン服薬指導の割合が一定以下であること

（3）加算

- ①同一処方、かつ、②オンライン診療が可能なほど安定している患者であることを踏まえ、算定が想定され得るものがあれば認める

<参考> 現在の薬剤服用歴管理指導料の加算

加算の名称	実施内容
重複投薬・相互作用等防止加算	処方医に対して照会を行い、処方内容変更
麻薬管理指導加算	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
特定薬剤管理指導加算	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
乳幼児服薬指導加算	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

オンライン服薬指導における薬学管理料の要件の方向性（案）②

2. 在宅患者

（1）対象患者

- 訪問診療時に処方箋が発行された患者であること、かつ、
- 在宅時医学総合管理料が算定されている患者であること

（2）要件等 注 下線部分は在宅患者以外の要件とは異なる部分

- ① 薬剤服用歴管理指導料の算定要件を満たすこと
- ② 服薬指導結果を処方医に情報提供すること
- ③ 厚生労働省が示す指針に従って実施する体制を有すること
- ④ 同一月内に在宅患者訪問薬剤管理指導料（対面）を算定している患者であること
- ⑤ 同一薬剤師が対応することを原則とすること
- ⑥ 服薬指導計画に基づき実施すること
- ⑦ お薬手帳を活用すること
- ⑧ 医薬品を患家に配送する場合は、患者の医薬品受領の確認を行うこと
- ⑨ 在宅患者訪問薬剤管理指導料とあわせて薬剤師 1 人につき週40回まで（在宅オンライン服薬指導が薬剤師 1 人につき一定数以下）
- ⑩ オンラインによる服薬指導の割合が一定以下であること

（3）その他

訪問薬剤管理を月 1 回のみ行い、かつ、当該月において訪問薬剤管理指導を行った日以外に、オンライン服薬指導を行った場合に 1 回に限り算定可能

（4）加算

- ①同一処方、かつ、②オンライン服薬指導が可能なほど安定していることを踏まえ、算定が想定され得るものがあれば認める

<参考> 現在の在宅患者訪問薬剤管理指導料の加算

加算の名称	実施内容
麻薬管理指導加算	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
乳幼児服薬指導加算	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

オンライン服薬指導を活用した在宅患者への薬学管理（イメージ）

第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週
訪問		訪問	



月 2 回の訪問のうち、1 回をオンライン服薬指導で対応

第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週
訪問		オンライン	

医薬品の配送費について

※ 令和元年10月25日の中医協総会 総－2（抜粋）

○療養の給付と直接関係ないサービス等に追加するもの

患者の求めに応じ、保険薬局が調剤した医薬品を患家に配送する場合に係る費用について、療養の給付と直接関係ないサービス等として費用徴収が可能であることを明記してはどうか。

なお、この場合、当該保険薬局の保険薬剤師は、必ず患者の医薬品受領の確認を行うものとする。

⇒上記の事務局提案は中医協総会で了承済み

<対面時、在宅時、オンライン時の費用負担全体像（イメージ）>

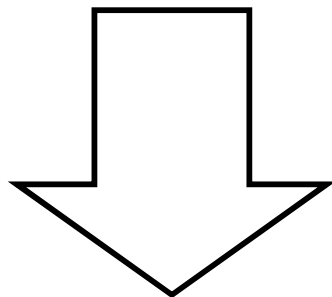
	対面時（薬局）		在宅時	オンライン時	
	通常時	医薬品郵送時		オンライン診療 （医療機関）	オンライン服薬指導 （薬局）
①患者宅／薬局間の移動 ②ビデオ通話等のシステム利用	患者宅・薬局間の移動に係る交通費		職員の移動の交通費 職員の移動時の人件費	ビデオ通話等のシステム利用に係る経費	ビデオ通話等のシステム利用に係る経費
診療、調剤等	診療、調剤、薬剤等に関する費用				
配送・持参等		医薬品の配送費		院内処方 医薬品の配送費	
		医薬品の持参費		院外処方 処方箋の郵送費	医薬品の配送費

患者からの費用徴収が可能なのが告示や通知等で明示されているもの（令和元年10月25日の中医協総会了承分を含む）
報酬上で負担している費用

オンライン服薬指導に関する現状・課題と論点

【現状・課題】

- 薬機法の改正により、一定の条件下でオンライン服薬指導が実施可能となる。このオンライン服薬指導は、①オンライン診療時の処方箋に基づく服薬指導と、②在宅訪問診療時の処方箋に基づく服薬指導に分かれる。
- 調剤報酬上の関連する薬学管理料としては、薬剤服用歴管理指導料と在宅患者訪問薬剤管理指導料がある。
- 10月25日の中医協総会において、医薬品の配送費は、療養の給付とは直接関係のないサービス等に追記する旨が了承されている。



【論点】

- オンライン服薬指導について、薬機法上の要件案、実施要領案やオンライン診療での取扱いなどを踏まえ、診療報酬上の観点から、対象患者や実施要件をどのように設定するか（要件等の検討の方向性はスライド9及び10を参照）。
- 本年10月25日の中医協総会での検討結果も踏まえ、①ビデオ通話等のシステム利用に係る経費や②薬局がオンライン服薬指導時に医薬品を患家に配送する場合の費用の負担について、どのように考えるか。
また、同様に、医療機関がオンライン診療時に医薬品や処方箋を患家等に配送する場合の配送費用の負担について、どのように考えるか。

參考資料

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

改正の趣旨

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

改正の概要

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

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

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

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

3. 信頼確保のための法令遵守体制等の整備

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

4. その他

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

施行期日

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

規制改革実施計画（平成30年6月15日閣議決定）

3. 医療・介護分野

(2) オンライン医療の普及促進

⑧ 患者が服薬指導を受ける場所の見直し

【平成30年度検討・結論、平成31年度上期措置】

患者がオンライン診療を受診した場所（職場等）で、薬剤師が服薬指導を実施することを可能とするよう、薬剤師法施行規則（昭和36年厚生省令第5号）の見直しを検討し、措置をする。

⑪ オンラインでの服薬指導の一定条件下での実現

【平成30年度検討・結論、平成31年度上期措置】

オンライン診療や訪問診療の対象患者のように、それらの必要に迫られた地域や患者に対して、地域包括ケアシステムの中でかかりつけ薬剤師・薬局が医療・介護の一翼を担い、国民が医薬品の品質、有効性及び安全性についての利益をより享受できる医薬分業及びかかりつけ薬剤師・薬局の取組等を推進するため、薬剤師による対面服薬指導とオンライン服薬指導を柔軟に組み合わせて行うことについて検討し、結論を得る。

成長戦略実行計画（令和元年6月21日閣議決定）

5. 次世代ヘルスケア

（2）新たに講ずべき具体的施策

i）技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

② ICT、ロボット、AI等の医療・介護現場での技術活用の促進

ア) オンライン医療の推進

・診療から服薬指導に至る一連の医療プロセスを、一貫してオンラインで広く受けられるよう、オンライン服薬指導等について盛り込んだ医薬品医療機器等法の一部改正法案について、国会での早期成立を図る。法案成立後、提供体制等のルールについて速やかに検討を行うとともに、上記の状況を踏まえ、オンライン服薬指導に関する診療報酬上の評価を検討する。

薬局における訪問薬剤管理指導業務（診療報酬）

項目	内容	点数	
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が1人の場合 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 ・単一建物診療患者が10人以上の場合 （＋麻薬管理指導加算） （＋乳幼児加算）	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	650点 320点 290点 （＋100点） （＋100点）	薬剤師1人週 40回まで 患者1人につき 月4回まで※
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 （＋麻薬管理指導加算） （＋乳幼児加算）	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	500点 （＋100点） （＋100点）	月4回まで
○在宅患者緊急時等共同指導料 （＋麻薬管理指導加算） （＋乳幼児加算）	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	700点 （＋100点） （＋100点）	月2回まで
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	40点 30点	
○（調剤料）在宅患者調剤加算	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	15点	

※末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回まで

（参考）介護報酬

○ 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合）

- | | | | |
|-------------------|-------|---------|---------|
| ・単一建物居住者が1人の場合 | 509単位 | （麻薬指導加算 | ＋100単位） |
| ・単一建物居住者が2～9人の場合 | 377単位 | （麻薬指導加算 | ＋100単位） |
| ・単一建物居住者が10人以上の場合 | 345単位 | （麻薬指導加算 | ＋100単位） |

オンライン診療料の新設

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



(新) オンライン診療料

70点(1月につき)

[算定要件]

- (1) オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- (2) 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- (3) 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- (4) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- (5) オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

[施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- (2) オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。
- (3) 一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

[オンライン診療料が算定可能な患者]

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

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

オンライン医学管理料の新設

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

(新) オンライン医学管理料 100点(1月につき)

[算定要件]

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

[施設基準]

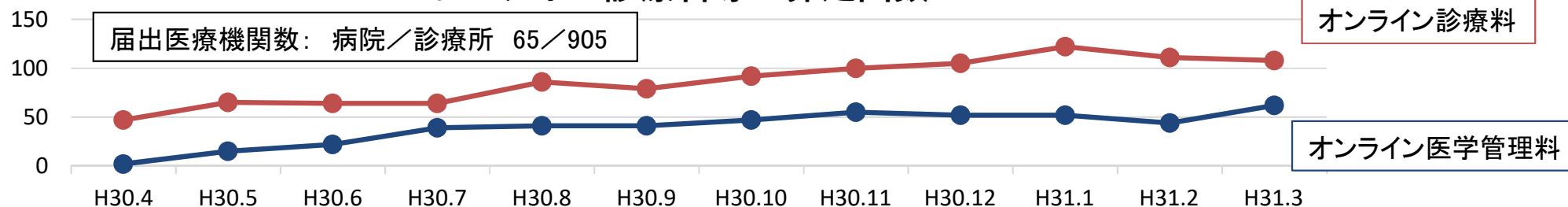
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン医学管理料が算定可能な患者]

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

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

オンライン診療料等の算定回数



オンライン在宅管理料の新設

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

(新) 在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料 100点(1月につき)

[算定要件]

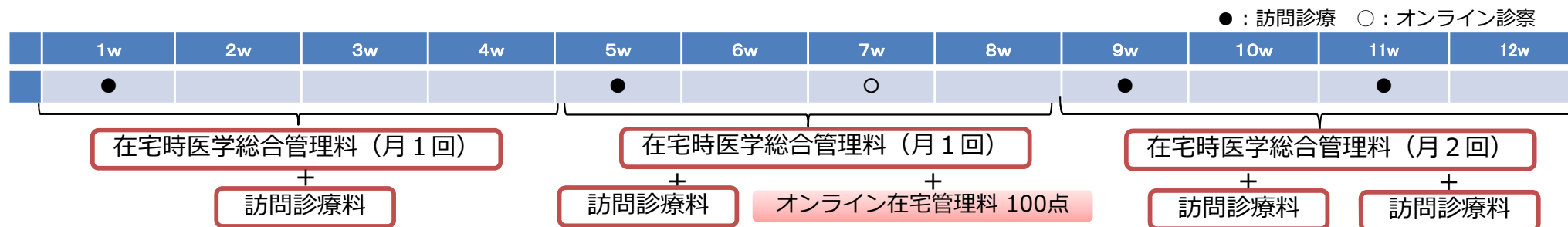
- (1) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- (2) 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

[施設基準]

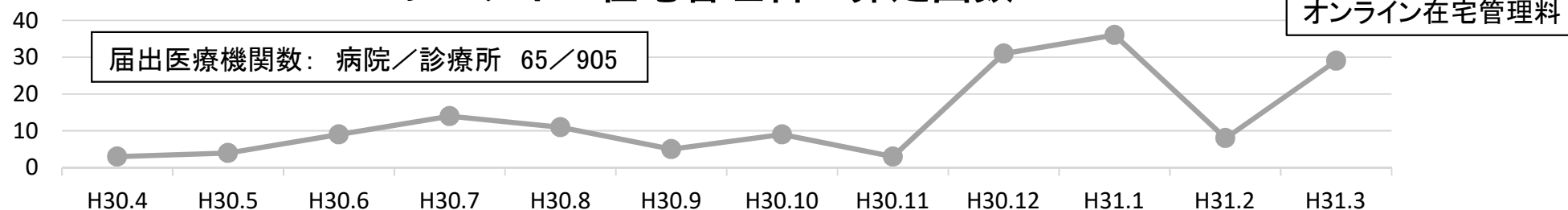
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

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



オンライン在宅管理料の算定回数



医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則等の一部を改正する省令案（仮称）の概要

1. 趣旨

- 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第63号。以下「改正法」という。）の施行に伴い、薬剤を販売又は授与する際の薬剤師による服薬指導について、
 - ・ 直接の対面によるものに加え、
 - ・ 「映像及び音声の送受信により相手の状態を相互に認識しながら通話を行うことが可能な方法その他の方法により薬剤の適正な使用を確保することが可能であると認められる方法として厚生労働省令で定めるもの」によるもの（以下「オンライン服薬指導」という。）も、新たに認められることとなる。
- 本省令案は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和36年厚生省令第1号。以下「薬機則」という。）等の一部を改正し、オンライン服薬指導の要件を規定するほか、必要な改正を行うもの。

2 改正の内容

- (1) 改正法第1条の規定による改正後の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号。以下「改正薬機法」という。）第9条の3第1項に規定する「映像及び音声の送受信により相手の状態を相互に認識しながら通話を行うことが可能な方法その他の方法により薬剤の適正な使用を確保することが可能であると認められる方法として厚生労働省令で定めるもの」は、映像及び音声の送受信により相手の状態を相互に認識しながら通話を行うことが可能な方法であって、次に掲げる要件を満たすものとする。（薬機則第15条の13第2項（新設）関係）
 - ① 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、オンライン診療（医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）別表第一に規定するオンライン診療をいう。）又は訪問診療（薬剤を使用しようとする者の居宅等において、医師又は歯科医師が当該薬剤師との継続的な連携の下に行うものに限る。）において交付された処方箋により調剤された薬剤を販売又は授与させる場合に行われること。
 - ② 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、同一内容又はこれに準じる内容の処方箋により調剤された薬剤について、あらかじめ、対面により、薬剤を使用しようとする者に対して服薬指導を行わせている場合に行われること。
 - ③ 次に掲げる事項を定めた服薬指導計画[※]に従って行われること。
- ※ オンライン服薬指導に関する計画であって、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、薬剤を使用しようとする者ごとに、当該者の同意を得て策定させるものをいう。

- (i) オンライン服薬指導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
- (ii) オンライン服薬指導並びに対面による服薬指導の組合せに関する事項
- (iii) オンライン服薬指導を行うことができない場合に関する事項
- (iv) 緊急時における処方箋を交付した医師又は歯科医師が勤務する病院又は診療所その他の関係医療機関との連絡体制及び対応の手順に関する事項
- (v) その他オンライン服薬指導において必要な事項

(2) 薬剤師が、薬局以外の場所で販売又は授与の目的で調剤することのできる場合として、医療を受ける者の居宅等のほか、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって医療提供施設以外の場所[※]において医師又は歯科医師が交付した処方箋により、当該場所において一定の調剤業務（処方内容の照会、減薬）を行う場合を加える。

また、この場合において、薬局開設者は、薬剤師に、当該場所において服薬指導等を行わせるものとする。（薬剤師法施行規則（昭和36年厚生省令第5号）第13条及び薬機則第15条の13第1項関係）

※ 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第1条第5号に規定する場所をいう。

(3) その他所要の改正を行う。

3 根拠法令

○ 改正薬機法第9条の3第1項等

4 公布日等

公布日：令和2年3月（予定）

施行期日：改正法の施行の日

（公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日）

オンライン服薬指導に関する施行通知（仮称）の要旨

1. 趣旨

- 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第63号）の施行に伴い、薬剤を販売又は授与する際の薬剤師による服薬指導について、
 - ・ 直接の対面によるものに加え、
 - ・ 「映像及び音声の送受信により相手の状態を相互に認識しながら通話をすることが可能な方法その他の方法により薬剤の適正な使用を確保することが可能であると認められる方法として厚生労働省令で定めるもの」によるもの（以下「オンライン服薬指導」という。）
- も、新たに認められることとなる。
- これに関連して、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和36年厚生省令第1号）等の一部について必要な改正を行う。
- 本通知は、これらの改正の内容等について関係者に周知徹底を図るもの。
- なお、調剤時以外の電話やオンラインによる服薬状況把握・指導は、今回、新たに規定するオンライン服薬指導とは異なり、現行法においても実施可能で、必要に応じて実施すべきものである。

2 改正法に基づくオンライン服薬指導の内容等

(1) 基本的な考え方

① 薬剤師と患者との信頼関係

オンライン服薬指導を行う薬剤師は、対象とする患者に対して日頃から継続して服薬指導を行うなど、当該患者の服薬状況等を一元的・継続的に把握し、当該薬剤師と当該患者との信頼関係が築かれているべきこと。

原則として、初回は直接の対面による服薬指導を行い、その後も同一の薬剤師が直接の対面による服薬指導を適切に組み合わせて行うこと。ただし、やむを得ない場合には、当該患者に対面服薬指導を行ったことのある当該薬局の薬剤師が当該薬剤師と連携して行うことは妨げないこと。

② 薬剤師と医師又は歯科医師との連携確保

薬剤師は、オンライン服薬指導に関する服薬指導計画を処方箋を交付する医師又は歯科医師（以下「処方医等」という。）に共有し、服薬状況のフィードバック等を行うなど、当該処方医等と適切に連携すること。

③ 患者の安全性確保のための体制確保

患者の急変などの緊急時等においても患者の安全を確保するため、薬剤師・薬局は、処方医等との連絡体制など必要な体制を確保しなければならないこと。また、オンライン服薬指導を中止した場合に、速やかに適切な直接の対面による服薬指導に切り替えられるよう、適切な体制整備が求められること。

④ 患者の希望に基づく実施と患者の理解

薬剤師は、オンライン服薬指導の実施に際して、患者側の希望を確認しなければならないこと。また、オンライン服薬指導の利益・不利益（対面による服薬指導と比較して患者の心身等の状態に関する情報が限定されること等）について、十分に説明し、その理解を得なければならないこと。

(2) オンライン服薬指導の実施要件

① 対面指導との関係

薬局開設者は、当該薬局の薬剤師に、同一内容又はこれに準じる内容の処方箋により調剤された薬剤について直接の対面による服薬指導を行ったことがある場合に、オンライン服薬指導を行わせること。準じる内容については、例えば、同一成分・同一効能の先発品から後発品の変更など、処方変更があった場合にも患者の適正使用を薬剤師が確保できると判断する場合であること。オンライン服薬指導に係る薬剤は、当該薬局において当該患者に調剤し、服薬指導したことの あるものであること。

② 薬剤師・患者関係

薬局開設者が、当該薬局の薬剤師に、①の薬剤について直接の対面による服薬指導を行ったことのある患者に対してオンライン服薬指導を行わせること。(1)①のとおり、日頃から継続して服薬指導を行うなど、当該薬剤師と当該患者との信頼関係が築かれているべきであること。

③ 服薬指導計画の策定

薬局開設者が、当該薬局の薬剤師に、患者ごとにその同意を得て服薬指導計画を策定させ、それに基づきオンライン服薬指導を実施させること。服薬指導計画には、次のア) からオ) までに掲げる事項を規定すること。

ア) オンライン服薬指導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

イ) オンライン服薬指導及び直接の対面による服薬指導の組合せに関する事項

患者ごとの状況に応じ、オンライン服薬指導と対面による服薬指導の組合せ（頻度やタイミング等）について具体的な計画を記載すること。

ウ) オンライン服薬指導を行うことができない場合に関する事項

オンライン服薬指導を行わないと判断する条件と条件に該当した場合に直接の対面による服薬指導に切り替える旨（情報通信環境の障害等によりオンライン服薬指

導を行うことが困難になる場合を含む。)

エ) 緊急時の対応方針に関する事項

オンライン服薬指導の対象となる処方医等が勤務する病院又は診療所その他の関係医療機関との連絡体制、必要な場合の利用者搬送等の方法等を明記すること。

オ) その他オンライン服薬指導において必要な事項

ア) からエ) までの事項の他、以下の事項についても規定すること。

(i) オンライン服薬指導を受ける場所に関する事項

(ii) オンライン服薬指導の時間に関する事項 (予約制等)

(iii) オンライン服薬指導の方法 (使用する情報通信機器、家族等の支援者・看護者の同席の有無等)

(iv) 訪問診療において交付された処方箋により調剤された薬剤についてオンライン服薬指導を行う場合においては、従来の在宅対応において策定していた計画の内容又は当該計画の添付

(v) オンライン服薬指導においては、対面の服薬指導に比較して得られる情報が限られることを踏まえ、利用者がオンライン服薬指導に対し積極的に協力する必要がある旨

(vi) やむを得ず、複数の薬剤師がオンライン服薬指導を実施する余地がある場合は、その薬剤師の氏名及びどのような場合にどの薬剤師がオンライン服薬指導を行うかの明示

(vii) 情報漏洩等のリスクを踏まえて、セキュリティリスクに関する責任の範囲及びそのとぎれがないこと等の明示

なお、薬剤師は、服薬指導計画の策定に際して、患者側の希望を確認した上で、オンライン服薬指導の利益・不利益の他、服薬指導計画に記載する内容について患者に説明すること。服薬指導計画を策定した際には、同計画を処方医等に共有し、適切な服薬指導を行うために連携を取ること。

④ 対象となる薬剤

ア) 及びイ) の処方箋により調剤された薬剤をオンライン服薬指導の対象とすることができること。

ア) 医師又は歯科医師がオンライン診療を行った際に交付した処方箋

イ) 医師又は歯科医師が訪問診療 (薬剤を使用しようとする者の居宅等において、医師又は歯科医師が当該薬剤師との継続的な連携の下に行うものに限る。) を行った際に交付した処方箋

処方医等が当該薬剤師との継続的な連携の下に行うものとして、以下のいずれにも該当するものであること。

(i) 事前に、処方医等及び薬剤師が一定の期間にわたって計画的に、訪問診療及び在宅における薬学的管理を連携して実施していること

(ii) 事前に、薬剤師は処方医等の訪問指示に基づき、薬学的管理指導計画等の計

- 画を策定し、一定期間、在宅における薬学的管理を実施していること
- (iii) 医師又は歯科医師の処方箋交付時には、処方医等及び薬剤師のいずれもがオンラインで対応することなく、処方医等及び薬剤師のいずれかが患者宅を訪問して患者の状況を対面で確認すること
 - (iv) 処方医等及び薬剤師は、それぞれ定期的に患者宅を訪問し、患者の状況を確認すること
 - (v) 薬剤師は、患者宅における薬学的管理の結果を処方医等に共有すること
- (iii)、(iv)、(v) については、服薬指導計画に記載すること。

このほか、複数の患者が居住する介護施設等においては、オンライン服薬指導が適切でない患者等が存在する可能性があるため、当該介護施設等の患者に対して訪問診療が行われた際の処方箋薬剤については、オンライン服薬指導を行うべきではないこと。

(3) オンライン服薬指導の実施にかかるその他の留意事項

① 本人の状況の確認

オンライン服薬指導の実施においては、直接の看護に当たる者に指導する場合においても、必ず患者本人の状態を確認すること。

② 通信環境（情報セキュリティ・プライバシー・利用端末）

オンライン診療ガイドラインに準じた通信環境を整備すること。

③ 薬剤師に必要な知識及び技能の確保

オンライン服薬指導を実施する薬剤師が、テレビ電話装置等により適切な服薬指導を行うために必要な知識及び技能を習得していること。

④ 薬剤の品質確保及び確実な授受

薬局開設者は、オンライン服薬指導後、当該薬局において当該薬局の薬剤師が調剤した薬剤を、品質を確保して速やかに確実に患者に届けさせること。

調剤済み薬剤の郵送又は配送を行う場合には、薬剤師による患者への直接の授与と同視しうる程度に、当該薬剤の品質の保持や、患者本人への確実な授与等がなされることを確保するため、薬局開設者は、あらかじめ配送のための手順を定め、配送の際に必要な措置を講ずること。

⑤ 服薬指導を受ける場所は医療上の「療養の場」

患者がオンライン服薬指導を受ける場所は、適切な服薬指導を行うために必要な患者の心身の状態を確認する観点から、対面服薬指導が行われる場合と同程度に清潔かつ安全であり、かつ、プライバシーが保たれるよう物理的に外部から隔離される空間であること。

⑥ 服薬指導を行う場所は薬局内

薬剤師がオンライン服薬指導を行う場所は、調剤を行う薬局内の場所とすること。
この場合において、当該場所は、対面服薬指導が行われる場合と同程度にプライバシーが保たれるよう物理的に外部から隔離される空間であること。

⑦ 業務手順の作成

オンライン服薬指導を実施するに当たっては、薬局において、業務手順を作成すること。

⑧ 記録の保存

オンライン服薬指導を実施した場合は、当該オンライン服薬指導に関する事項を記録し、保存すること。

(4) その他必要事項についての周知

3 根拠法令

- 改正薬機法第9条の3第1項等

4 公布日等

公布日：令和2年春頃

施行期日：改正法の施行の日

(公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日)

個別事項（その15）

個別事項(その15)

1. 情報共有・連携について（その4）

- 医療機関間の情報共有の推進

2. 妊婦加算の今後の取扱いについて

個別事項(その15)

1. 情報共有・連携について（その4）

- 医療機関間の情報共有の推進

2. 妊婦加算の今後の取扱について

診療情報提供料(Ⅰ)の概要

B009 診療情報提供料(Ⅰ) (紹介先保険医療機関ごとに月1回に限り算定) 250点

保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

【算定要件】(抜粋)

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

(様式)

(原紙様式11)

紹介先医療機関等名	
所在地	科
平成 年 月 日	
紹介先医療機関の所在地及び名称	
電話番号	
医師氏名	
患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業
病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

備考 1. 必要がある場合は原紙に添付して添付すること。
2. 必要がある場合は画像情報のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等の欄に紹介先医療機関、市町村、保健所等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

算定回数の推移

3,000,000 (回)

2,500,000

2,000,000

1,500,000

1,000,000

500,000

0

H26

H27

H28

H29

H30

地域連携診療科加算・
検査・画像情報提供加算の創設

歯科医療機関連携加算の創設

障害福祉サービスとの連携を追加
療養情報提供加算の創設

出典：社会医療診療行為別統計・調査 (各年6月審査分)

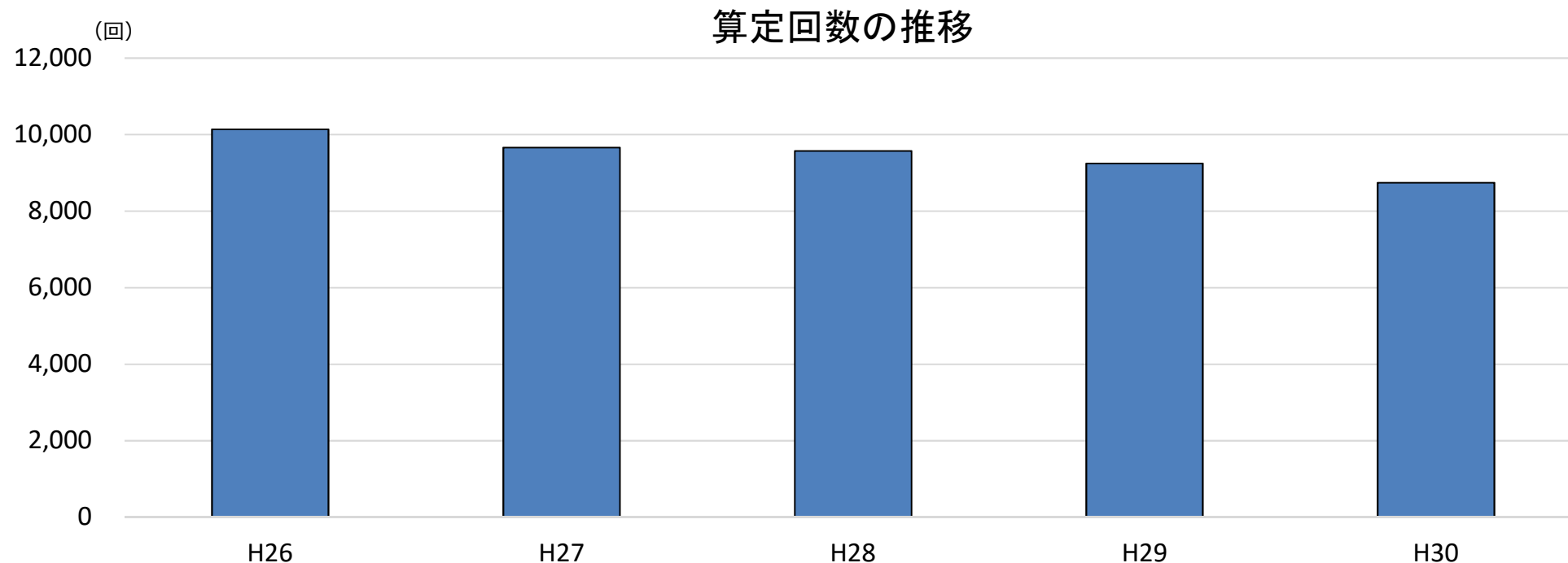
診療情報提供料(Ⅱ)の概要

B010 診療情報提供料(Ⅱ) (患者1人につき月1回に限り算定) 500点

保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

【留意事項】(抜粋)

- 診療情報提供料(Ⅱ)は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が診療を担う医師及び当該保険医療機関に所属する医師以外の医師による助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)を算定すべき診療情報の提供とは明確に区別されるべきものである



診療情報連携共有料(医科)

- 平成30年度診療報酬改定において、医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、かかりつけ医との間で共有した場合の評価をそれぞれ新設。

B010-2 診療情報連携共有料

120点

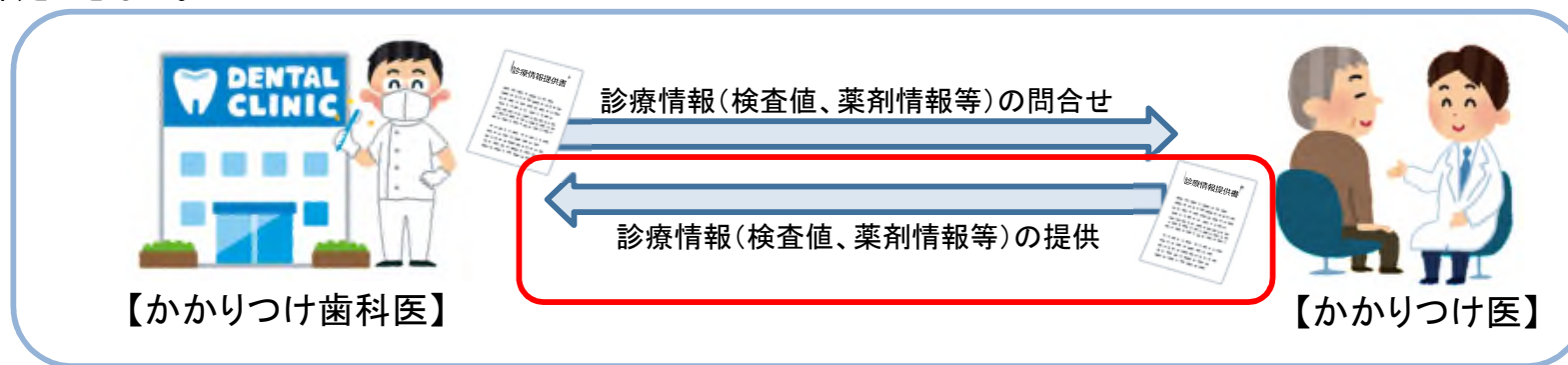
歯科診療を担う別の保険医療機関との間で情報共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものである。

[対象患者]

慢性疾患を有する患者又は歯科治療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査値や診療情報を確認する必要がある患者

[算定要件]【医科点数表】

- ・ 歯科診療を担う別の保険医療機関からの**求めに応じ、患者の同意を得て**、当該患者に関する検査結果、投薬内容等の診療情報を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに**3月に1回に限り**算定する。
- ・ 歯科診療を担う別の保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問い合わせに対応できる体制を確保している。
- ・ 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い診療情報提供料(I)を算定した月においては、診療情報連携共有料は別に算定できない。



届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
診療情報連携共有料	(届出不要)	3,371

医療機関間の連携のイメージ①

- 例えば、糖尿病の患者について、糖尿病網膜症に対する専門的治療の必要性を認め、他の医療機関への紹介を行う場合、診療情報提供料(Ⅰ)の算定が可能である。
- 一方、評価は設けられていないが、紹介元の医療機関からの求めに応じて、紹介先の医療機関から、紹介元の医療機関に情報提供をする場合がある。

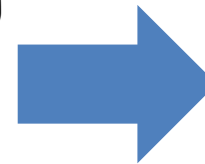


糖尿病の管理を行っている
医療機関

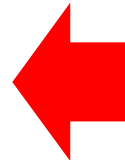
他の医療機関での診療を
踏まえた医学管理を実施

糖尿病網膜症の治療に当たり
紹介を行う
【診療情報提供料(Ⅰ)】

※ 診療情報提供料(Ⅰ)が包括されている点数を算定している場合には、診療情報提供料(Ⅰ)は算定できない。



診療情報の提供を眼科医療機関に求める



糖尿病の管理を行っている医療機関の
求めに応じて、糖尿病網膜症に関する
指導内容や今後の治療方針について情報提供

眼科医療機関において
継続的な糖尿病網膜症の
管理を実施

糖尿病の医学管理について

- 糖尿病診療ガイドラインにおいて、治療目標は、年齢や罹病期間、臓器障害、サポート体制等を考慮して個別に設定することとされている。

コントロール目標値 注4)			
目 標	血糖正常化を 目指す際の目標 注1)	合併症予防 のための目標 注2)	治療強化が 困難な際の目標 注3)
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢，罹病期間，臓器障害，低血糖の危険性，サポート体制などを考慮して個別に設定する。

注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合，または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。

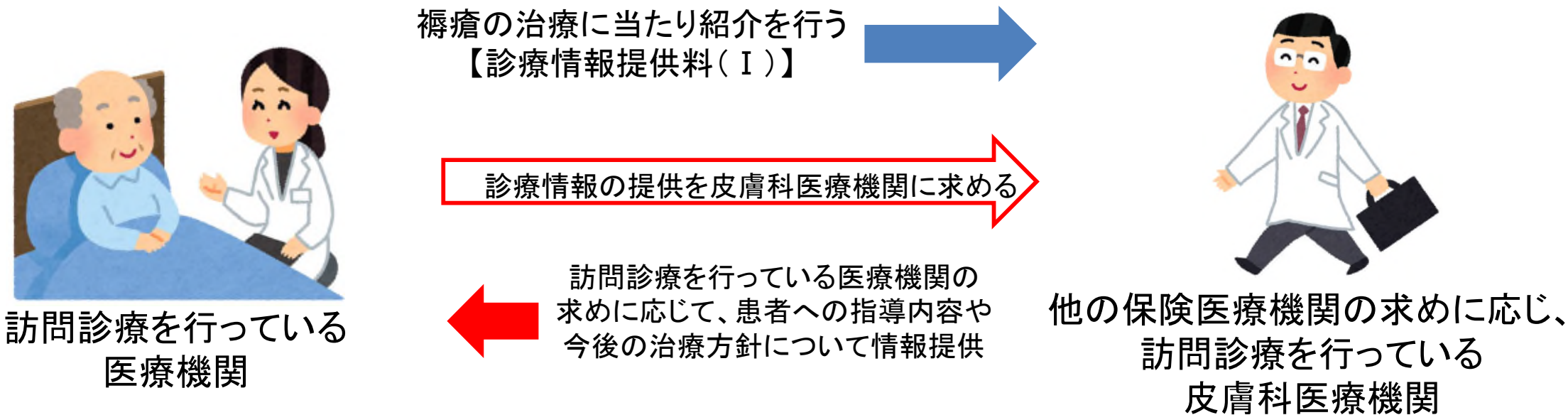
注2) 合併症予防の観点からHbA1c の目標値を 7% 未満とする。対応する血糖値としては，空腹時血糖値130mg/dL未満，食後2時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安とする。

注3) 低血糖などの副作用，その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。

注4) いずれも成人に対しての目標値であり，また妊娠例は除くものとする。

医療機関間の連携のイメージ②

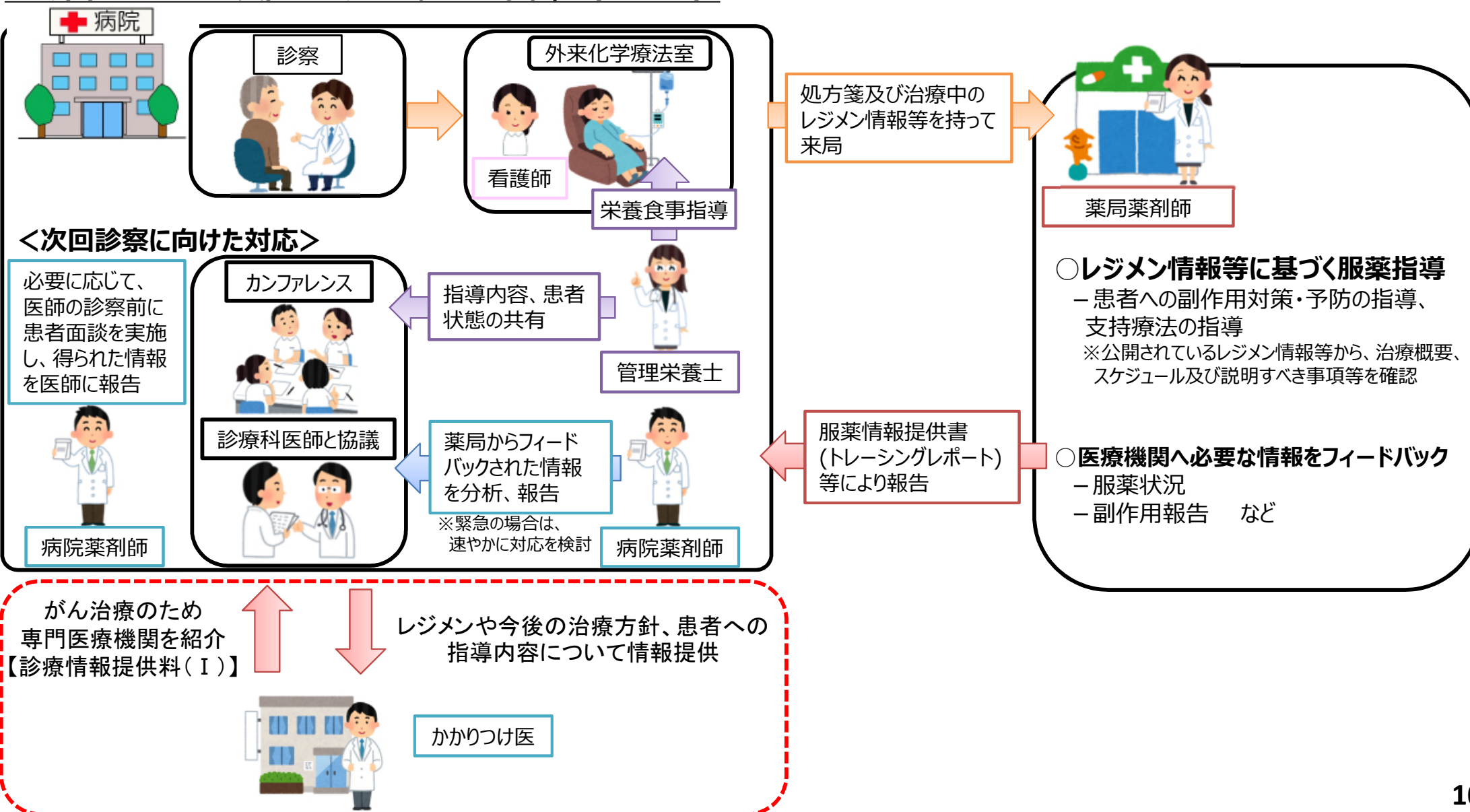
- 例えば、訪問診療を受けている患者について、専門的な治療が必要な褥瘡があり、訪問診療を行っている主治医が、皮膚科医療機関に対して訪問診療を求めた場合、主治医は診療情報提供料(Ⅰ)を算定する。
- 一方、評価は設けられていないが、主治医からの求めに応じて、皮膚科医療機関が、主治医に指導内容や今後の治療方針について、情報提供を行う場合がある。



医療機関間の連携のイメージ③

- 例えば、がん治療においては、専門医療機関を紹介した後、専門医療機関からかかりつけ医に治療方針等の情報を提供する場合がある。

■ 外来化学療法の質向上のための総合的な取組（イメージ）



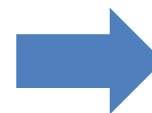
医療機関間の連携の具体例④

- 例えば、妊娠の経過中に異常を認め保険診療を行っている妊婦について、妊娠糖尿病に対する専門的治療の必要性を認め、妊娠の管理を行っている産科医療機関から糖尿病専門医療機関への紹介を行う場合、診療情報提供料(Ⅰ)の算定が可能である。
- 評価は設けられていないが、紹介元の医療機関からの求めに応じて、紹介先の医療機関から、紹介元の医療機関に情報提供をする場合がある。



他の保険医療機関に対して
診療を依頼
診療情報提供料(Ⅰ)

※ 診療情報提供料(Ⅰ)が包括されている点数を算定している場合には、診療情報提供料(Ⅰ)は算定できない。



妊娠の管理を行っている
産科医療機関

診療情報の提供を求める

糖尿病専門医療機関

妊娠の経過中に血糖値の異常等の経過の異常を認め、
保険診療を実施

産科からの求めに応じて
患者への指導内容や
今後の治療方針について情報提供

妊娠糖尿病等に対して
継続的な診療を実施

糖尿病の医学管理について

- 産婦人科診療ガイドラインにおいて、血糖コントロール不良例や糖尿病合併症悪化例については分娩時期・分娩法を個別に検討することや、妊娠中の明らかな糖尿病の女性に対しては内科と連携し厳重なフォローを行うことを求めている。

CQ005-2 妊娠糖尿病（GDM）、妊娠中の明らかな糖尿病， ならびに糖尿病（DM）合併妊婦の管理・分娩は？

Answer

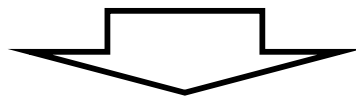
1. 糖代謝異常合併妊娠では、まず食事療法・運動療法を行い、目標血糖値を達成できない場合にはインスリン療法を行う。(B)
2. 妊娠 32 週以降は胎児 well-being を NST, BPS (biophysical profile score) などで適宜評価し、悪化が懸念されれば入院管理を行う。(C)
3. 妊娠 37 週以降は胎児 well-being を適宜評価するとともに以下のいずれかを行う
(ただし、血糖コントロール不良例、糖尿病合併症悪化例および巨大児疑い例では
分娩時期・分娩法を個別に検討する)。(B)
 - 1) 頸管熟化を考慮した分娩誘発
 - 2) 自然陣痛発来待機
4. 分娩遅延、分娩停止、陣痛増強を必要とした分娩、あるいは器械分娩では肩甲難産発生の可能性をスタッフ間で共有する (CQ310 参照)。(C)
5. 糖尿病合併産婦は分娩中連続的胎児心拍数モニタリングを行う。(B)
6. 分娩時の母体血糖コントロールの目標値は 70~120mg/dL とする。(C)
7. 分娩後はインスリン需要量が著明に減少するので、インスリン使用例では低血糖に注意し、血糖値をモニタリングしながらインスリンを減量もしくは中止する。(B)
8. 39 週未満あるいは予定日不詳の帝王切開例と、血糖コントロール不良例では、新生児呼吸窮迫症候群に注意する。(C)
9. GDM 女性には分娩後 6~12 週の 75gOGTT を勧める。(C)
10. “妊娠中の明らかな糖尿病” 女性に対しては内科と連携し厳重なフォローを行う。(B)

医療機関間の情報連携に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【医療機関間の情報共有の推進】

- 別の保険医療機関での診療の必要を認め、患者の紹介を行った場合の評価として、診療情報提供料(Ⅰ)があり、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、情報提供を行う場合の評価として、診療情報提供料(Ⅱ)がある。
- 平成30年度診療報酬改定において、医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、かかりつけ医との間で共有した場合の評価を新設した。
- 現在評価されていないが、質の高い診療に資すると考えられる取組として
 - ・ 糖尿病の患者について、皮膚潰瘍に対する専門的治療の必要性を認め、他の医療機関への紹介を行った後、紹介先の医療機関から、紹介元の医療機関に情報提供をする場合
 - ・ 訪問診療について、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行い、依頼元の医療機関に情報提供を行った場合
 - ・ がん治療において、かかりつけ医が専門医療機関を紹介した後、専門医療機関からかかりつけ医に治療方針等の情報を提供する場合
 - ・ 妊娠の経過中に異常を認め保険診療を行っている妊婦について、妊娠糖尿病に対する専門的治療の必要性を認め、妊娠の管理を行っている産科医療機関から糖尿病専門医療機関への紹介を行った後、紹介先の医療機関から、紹介元の医療機関に情報提供をする場合がある。



【論点】

- 診療情報提供料について、医療機関間の連携を推進し、質の高い診療を提供する観点から、患者の紹介を受けた医療機関において継続的な診療を行うときに、紹介元の医療機関からの求めに応じて、患者への指導内容や今後の治療方針について情報提供をする場合の評価を検討してはどうか。

個別事項(その15)

1. 情報共有・連携について（その4）

- 医療機関間の情報共有の推進

2. 妊婦加算の今後の取扱いについて

令和2年度診療報酬改定に向けた議論(1ラウンド)の概要(抜粋)

- 妊婦加算の取扱いだけでなく、妊産婦に対してどのような診療体制を構築するのかという点も含めた全体的な議論を行うことが必要ではないか。
- 妊産婦の方が納得して対価を支払う仕組みはもちろん、産婦人科以外に受診したときの情報連携が非常に重要ではないか。

妊婦加算

初診料の場合	(時間外／休日／深夜)	75点 (200点／365点／695点)	等
再診料・外来診療料の場合	(時間外／休日／深夜)	38点 (135点／260点／590点)	等

- 妊婦に対して初診又は再診を行った場合に、初診料（282点）、再診料（72点）又は外来診療料（73点）に加算。
- 医療費の窓口負担が3割の場合、妊婦加算による追加の料金は右表のとおり。

※ 時間外・休日・深夜については、従来から設けられている時間外加算・休日加算・深夜加算との差額が追加の料金となる。

	初診	再診
診療時間内	約230円 (75点)	約110円 (38点)
診療時間外	約350円 (115点)	210円 (70点)
休日受診	約350円 (115点)	210円 (70点)
深夜受診	約650円 (215点)	510円 (170点)

点数新設の趣旨

➤ 妊婦の外来診療については、

- 胎児への影響に注意して薬を選択するなど、妊娠の継続や胎児に配慮した診療が必要であること
- 妊婦にとって頻度の高い合併症や、診断が困難な疾患を念頭に置いた診療が必要であること

などの特性があることから、**妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点から、妊婦加算を新設。**

※1 医薬品が胎児へ与える影響など最新のエビデンスを収集・評価するとともに、その情報に基づいて、妊婦あるいは妊娠を希望している女性の相談に応じる「妊娠と薬情報センター」を国立成育医療研究センターに設置（平成17年～）。

※2 例① 一般に妊娠中に**尿路感染症**の頻度が高くなる。急性腎盂腎炎は、無症候性細菌尿を有する妊婦では20%と高率にみられる。

例② **虫垂炎**の疑いは、産科疾患以外では、妊娠中、最も手術適応の頻度が高く、500～635妊娠につき年間約1例の頻度。妊娠中は、消化器症状の頻度が比較的高いことや、解剖学的な変化などが原因となり、虫垂炎の診断が特に困難。

議論の背景・経緯

妊婦の方の外来診療については、

- ・ 通常よりも慎重な対応や胎児への配慮が必要であることから、診療に積極的でない医療機関が存在していたことや、
- ・ 日本産婦人科医会・日本産科婦人科学会からの妊婦の外来診療に対する評価の新設の要望

などを踏まえ、平成30年度診療報酬改定において、妊婦に対する通常よりも丁寧な診療を評価する観点から、「妊婦加算」を新設した。

創設後の状況

しかし、

- ・ 十分な説明がないまま妊婦加算が算定された事例や、
- ・ コンタクトレンズの処方など、妊婦でない患者と同様の診療を行う場合に妊婦加算が算定された事例など、

加算の趣旨に反するような事例の指摘があり、秋以降、SNSや新聞、ニュース等で頻繁に取り上げられるようになった。

与党における議論

12月4日・13日の自民党の会議や、12月6日の公明党の会議において、妊婦加算についての議論が行われ、12月13日に

- ・ 妊婦の方が安心できる医療提供体制の充実や健康管理の推進を含めた総合的な支援の検討を行うこと
 - ・ その上で、2020年度診療報酬改定において、妊婦加算の在り方を含め検討し、見直すこと
 - ・ それまでの間は、妊婦加算を一時停止する方向で、速やかに必要な措置を取ること
- を厚生労働省に求める要望がなされた。

諮問・答申

12月19日に、妊婦加算の凍結について、中央社会保険医療協議会に諮問し、即日答申。
平成31年1月1日より、妊婦加算の算定を凍結している。

- ◆ 妊産婦の診療は、通常よりも慎重な対応や胎児や乳児への配慮が必要であり、診療に積極的でない医療機関が存在するとの指摘がある。このため、妊産婦自身の負担にも配慮しつつ、妊産婦が安心できる医療体制の充実が必要。
- ◆ 出産年齢が上昇傾向にあり、一般に、高齢出産の場合には、特に健康管理に留意が必要とされるなど、妊産婦のニーズに応じた細やかな支援が重要。
- ◆ 妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討するため「**妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会**」を2019年2月より開催。

構成員

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

検討のスケジュール

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

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

検討事項

- ◆ 妊産婦の保健・医療に関するニーズの把握について
- ◆ 妊産婦が安心できる医療体制の充実について
 - ・ 妊産婦の診療において求められる医学的な配慮の在り方
 - ・ 妊産婦の診療に係る医師への研修等の在り方
 - ・ 地域における産婦人科とその他の診療科との連携の在り方 等
- ◆ 妊産婦の健康管理の推進について
 - ・ 妊産婦の健康管理に関する相談・支援の在り方 等
- ◆ 妊産婦に対する保健・医療体制に関連する事項について
 - ・ 妊産婦に係る医療機関と他の関係機関との連携の在り方 等

「妊産婦の医療や健康管理等に関する調査」

- 【目的】 妊産婦の保健・医療に関するニーズの実態把握
- 【調査対象医療機関】 分娩を取り扱う病院、診療所 500カ所
地域別に、総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センター・周産期母子医療センター以外の病院・診療所を無作為に抽出
- 【調査対象者】 調査対象医療機関に外来受診・入院した妊産婦
・妊娠28週0日以降、妊婦健康診査のために外来受診した妊婦
・正期産後、産後8日以内の入院中の産婦
・正期産後、産後2週間・1か月等の産婦健康診査のために外来受診した産婦
- 【調査内容】
- 妊娠・出産歴や基礎疾患の有無等の基本属性、妊娠中の医療機関の受診状況
 - 妊娠中・産後の診療で十分配慮されていると感じた経験、妊娠中・産後の診療で配慮が不十分と感じた経験、妊娠中・産後の診療で特に配慮が必要と考える事項
 - 妊娠中・産後の健康管理で留意している事項、妊娠中・産後の健康管理に関して受けている支援等の事項 等

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

相談・支援

【妊産婦の不安】

妊産婦の不安や負担は時期によって異なる

- 妊娠中の健康管理で困ったこと
⇒ 栄養・食事に関すること
- 産後の健康管理で困ったこと
⇒ 授乳に関すること

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

産婦の不安解消には産後ケアが有効

●不安を感じる妊産婦が相談できる仕組み

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



妊娠届出時の妊婦の状況把握



妊娠中から出産後や子育てのイメージを持てるようなパンフレット

医療提供

【妊産婦の診療の現状】

産婦人科以外の診療科から診療を断られることがある
妊婦が産婦人科以外の診療科を受診する際に求める気配り

- ・診療・薬の内容について文書を用いて説明
- ・経験が十分にある医師の診療
- ・母子健康手帳の確認

【産婦人科の現状】

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

【産婦人科以外の診療科の現状】

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

●産婦人科以外の診療科と産婦人科の医療機関の連携

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

●診療の質の向上に向けた取組

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

[産婦人科] ← 連携 → [産婦人科以外の診療科]



連携



研修
サポート体制

〔支援を必要とする妊産婦への対応〕

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

〔母子健康手帳〕

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

● 妊娠期から子育て期までつなげる支援

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

● 母子健康手帳の活用

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



〔妊婦健診、産婦健康診査〕

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

〔妊婦健診以外の診療の評価等〕

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

● 妊婦健診、産婦健康診査について

以下について引き続き検討

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

● 診療に対する評価等について

単に妊婦を診療したのみで加算されるといった、前回と同様の妊婦加算がそのままの形で再開されることは適当でない

妊産婦の診療において、質の高い診療やこれまで十分に行われてこなかった取組を評価・推進することは必要であり、具体的な要件や名称等については、中央社会保険医療協議会で議論

妊産婦が受診する際の負担が、これから子どもをほしいと思う人にとって、ディスインセンティブとならないようにすることが必要であり、他の受診者との均衡や政策効果といった点を勘案し、引き続き検討すべき

検討会で指摘のあった課題等への対応（案）

妊産婦の診療に積極的な医療機関を増やし、体制を強化



- 妊産婦が安心安全に受診できるよう産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対する研修を実施
- 医師が妊産婦の診療について必要な情報を得られるよう相談窓口を設置

妊産婦への診療体制等の周知の重要性



- 都道府県の医療機能情報提供制度を活用し、妊産婦の診療に積極的な医療機関を周知
- 母子健康手帳の交付等の際に、妊産婦の診療に積極的な医療機関の一覧又は検索方法を示したリーフレット等を提供

産婦人科以外の診療科と産婦人科の主治医との連携の強化



- 新たな医療機関間の情報提供の評価を活用し、産婦人科以外の診療科から産婦人科の主治医に対し、妊娠管理に必要な情報を提供

妊産婦に対する診療の課題への対応について（イメージ）

妊産婦への情報提供の推進

- 都道府県のホームページで、妊産婦の診療に積極的な医療機関の検索を可能とする。



都道府県の医療機能情報提供制度を活用



産婦人科以外の医療機関



相談窓口の設置



研修の実施

適時適切な情報提供の実施

- 母子健康手帳の交付等の際に、妊産婦の診療に積極的な医療機関の一覧又は検索方法を示したリーフレット等を配布する。



市役所の窓口



産婦人科の主治医



指導内容や今後の治療方針等についての情報提供

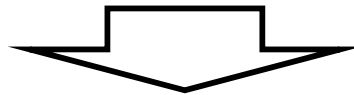
妊産婦に対する診療の質の更なる向上

- 妊産婦が安心安全に受診できるよう産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対する研修を実施する。
- 医師が妊婦の診療について必要な情報を得られるよう相談窓口を設置する。
- 新たな医療機関間の情報共有の評価を活用し、産婦人科以外の診療科から産婦人科の主治医に対し、妊娠管理に必要な情報を提供する。

妊婦加算に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 妊婦の外来診療については、胎児への影響に注意して薬を選択するなど、妊娠の継続や胎児に配慮した診療が必要であることや、妊婦にとって頻度の高い合併症や、診断が困難な疾患を念頭に置いた診療が必要であることなどの特性があることから、妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点から、平成30年度診療報酬改定において、妊婦加算を新設した。
- 妊婦加算については、12月19日に、算定の凍結を、中央社会保険医療協議会に諮問し、即日答申。平成31年1月1日より、妊婦加算の算定を凍結している。
- 妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討するため「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」を2019年2月より開催し、妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討を行った。
- 検討会で指摘のあった課題等に対して、以下の対応を検討しているところ。
 - ・ 妊産婦が安心安全に受診できるよう産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対する研修を実施
 - ・ 医師が妊婦の診療について必要な情報を得られるよう相談窓口を設置
 - ・ 都道府県の医療機能情報提供制度を活用し、妊産婦の診療に積極的な医療機関を周知
 - ・ 母子健康手帳の交付等の際に、妊産婦の診療に積極的な医療機関の一覧又は検索方法を示したリーフレット等を提供
 - ・ 新たな医療機関間の情報提供の評価を活用し、産婦人科以外の診療科から産婦人科の主治医に対し、妊娠管理に必要な情報を提供



【論点】

- 妊産婦に対する診療について、妊婦加算に係るこれまでの議論や妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会における議論を踏まえ、妊産婦に対する診療の課題へ対応する。また、妊婦加算について、どのように考えるか。

令和元年 12 月 20 日

中央社会保険医療協議会

会長 田 辺 国 昭 殿

中央社会保険医療協議会

1 号側（支払側）委員

吉	森	俊	和
幸	野	庄	司
佐	保	昌	一
間	宮		清
宮	近	清	文
松	浦	満	晴
染	谷	絹	代

令和 2 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

- 国民医療費は、高齢化や高額な医薬品の保険適用等の影響で増加の一途を辿っており、令和元年度予算ベースで約 46 兆円にまで達した。令和 4 年（2022 年）からは、団塊の世代が後期高齢者に到達し始めるため、さらなる医療費の急増が見込まれている。このような中、国民負担の軽減を図り国民皆保険体制を守っていくためには、患者の視点に立った合理的な診療報酬体系を目指し、限られた医療財源を効率的かつ効果的に配分することが不可欠である。
- 現行の高齢者医療制度が創設された平成 20 年度以降、医療保険各制度の加入者 1 人当たり保険料額は右肩上がりで上昇し続けており、こうした状況は令和 4 年（2022 年）から令和 7 年（2025 年）にかけて、より顕著になることが懸念される。一方、医療機関の経営状況は、中長期的に見れば国公立・公的病院以外は概ね堅調に推移し、一般診療所や店舗数が多い同一グループの保険薬局は高い利益水準を維持している。
- 今後も高齢化・人口減少や医療の高度化などによる医療給付費の増加に伴い、保険料の負担は増大する見込みの一方、制度の支え手である現役世代人口は急速に減少する予測であり、適正化・効率化を通じた制度の安定性とその持続可能性を高めていくことが、喫緊かつ重要な課題となっている。このため、支払側は 12 月 6 日の総会で、「令和 2 年度診療報酬はマイナス改定にすべきであり、薬価等の引下げ分は、診療報酬本体に充当することなく国民に還元すべきである」と主張したところである。
- 令和 2 年度診療報酬改定にあたっては、加入者が適切な医療を受けられる体制の確保を前提に、効率的・効果的な医療提供の促進を基本方針の軸に据えたうえで、患者本位の医療を実現することを目指し、入院、外来、在宅は各医療機能において患者像の適切な評価を推進するほか、調剤は対物業務から対人業務への転換、地域への貢献等、薬局の機能に応じた評価体系に見直し、診療報酬全般にわたって適正化・効率化・重点化を図っていくべきである。

○ なお、改定の具体的項目に関する支払側の考え方や意見は以下のとおりである。

1. 重点項目

(1) 入院医療

「入院医療」は、高度急性期・急性期・回復期・慢性期など、個々の患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進する必要がある。特に、看護職員が手厚く、診療報酬点数が高い、旧 7 対 1 入院基本料相当の「急性期一般入院料 1」については、入院医療費の増大や急速な高齢化の進展による疾病構造の変容、医療従事者の負担軽減の方向性を見据えた、適正、適切な対応が求められる。

- ① 高度急性期の入院医療は、「特定集中治療室管理料 1・2」で提出が要件化されている SOFA スコアについて、高度急性期入院患者を適切に評価するための指標としての将来的な活用を視野に、測定に係る負担に配慮したうえで、提出対象の入院料を拡大すべきである。また、特定機能病院については、高度な医療を提供する能力を備えた病院という役割を果たす観点から、保有する機能と体制を明確化する必要がある。
 - ・ 「特定集中治療室管理料 1・2」の施設基準として要件化されている専門性の高い看護師の配置については、現在の配置状況を踏まえ、令和 2 年 4 月以降、経過措置を終了することが求められる。
 - ・ 特定機能病院が届出ことができる「回復期リハビリテーション病棟入院料」については、「10 対 1 以上」を施設基準とする「特定機能病院入院基本料」の看護配置を下回るため、届出不可とすべきである。
 - ・ 旧 7 対 1 入院基本料相当の「急性期一般入院料 1」の「重症度、医療・看護必要度」の基準値よりも低い水準となっている「特定機能病院入院基本料」の基準値については、見直すことが求められる。
 - ・ 特定機能病院における入院患者の薬剤適正使用の推進に向けて、一部の特定機能病院が作成している「使用ガイド付きの医薬品集」の在り方や、具体的な取組みを検証したうえで、有効性・安全性を前提に経済性も考慮した処方推進策を診療報酬上で講じるべきである。
- ② 急性期の入院医療については、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の判定基準や評価項目、評価手法を医療機能や患者の状態に応じて見直すことに加え、「急性期一般入院料 1」から「急性期一般入院料 2」等への転換を推進するための対応が必要である。
 - ・ 「重症度、医療・看護必要度」の判定基準の一つである基準②（B14 又は B15 に該当し、A1 点以上かつ B3 点以上）については、他の基準に比べ、認知症やせん妄を有する患者の割合が高く、急性期入院医療の患者の指標として相応しくないことを踏まえ、廃止を含めた見直しを行うことが求められる。
 - ・ 「重症度、医療・看護必要度」の評価項目は、急性期入院医療を真に必要とする患者をより適切に評価できるよう、専門的な治療・処置や手術について、入院で実施する割合が高い項目や侵襲性が高い項目へと評価を見直すべきである。
 - ・ 「重症度、医療・看護必要度」の B 項目については、患者の状態と介助の実施をより正確に把握するため、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価方法とする必要がある。

- ・ 診療実績データ（DPC データ）から変換する方式である「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」については、看護師等が患者の状態を記録する方式である「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」に比べ、看護師等の業務に係る負担を軽減するほか、より合理的で客観性・公平性が担保された仕組みであり、「Ⅰ」から「Ⅱ」への段階的な集約化に向けて、次期改定では許可病床 200 床以上の病院は「Ⅱ」の届出を必須とすることが求められる。
 - ・ 旧 7 対 1 入院基本料相当の「急性期一般入院料 1」等の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合（基準値）については、判定基準や評価項目の見直し、基準値の水準や病床転換に与える影響をシミュレーションしたうえで、厳格化する必要がある。
 - ・ 「総合入院体制加算」は、地域で質の高い医療を提供するために複数の医療機関で適切な役割分担を図っているケースがあり、現行の共通要件となっている特定の診療科の標榜については、地域医療構想を後押しする観点から見直すべきである。
 - ・ 「抗菌薬適正使用支援加算」は、周辺地域の医療機関からの抗菌薬適正使用の推進に関する相談実績等の役割が機能するような要件に見直すことが求められる。
- ③ 回復期の入院医療については、▽急性期治療を経過した患者の受入れ▽在宅で療養を行っている患者等の受入れ▽在宅復帰支援—という地域包括ケア病棟・病室の本来の役割・機能を果たせるような要件を「地域包括ケア病棟入院料・入院管理料」に設定するとともに、リハビリテーションの質の充実に向けた「回復期リハビリテーション病棟入院料」におけるアウトカム評価のさらなる推進が必要である。
- ・ 急性期治療を経過した患者の受入れについて、地域包括ケア病棟では、自院の一般病床から入棟した患者の割合が特に高いケアミックス病院が多い現状を踏まえ、地域の実情に配慮しつつ、他院の一般病床から入棟した患者割合を施設基準に追加する等、許可病床数 200 床以上の医療機関において、自院の一般病床からの転棟割合に一定の制限を設けることが求められる。
 - ・ 在宅で療養を行っている患者等の受入れ機能を果たすためには、地域包括ケア病棟入院料等の実績要件となっている「自宅等から入棟した患者割合」と「自宅等からの緊急患者の受入」について、入院患者の現状を踏まえ厳格化する必要がある。
 - ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1 と 3 の実績要件である「看取りに対する指針」については、地域包括ケア病棟・病室を届出の際の全体の要件とすべきである。
 - ・ 疾患別リハビリテーションに係る費用が地域包括ケア病棟入院料等に包括化されているにも関わらず、入院患者全体の 3 割以上の患者にリハビリを実施していないという現状を踏まえ、実績要件に疾患別リハの実施を追加するほか、入退院支援部門の設置と入退院支援加算のあり方を整理することにより、在宅復帰支援機能を果たすことが求められる。
 - ・ 患者が DPC 対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期については、DPC/PDPS による点数が「地域包括ケア病棟入院料」等の点数を下回るタイミングに偏るケースがあることを踏まえ、ケアミックス病院の DPC 対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の入院料は、患者の視点に基づき、DPC/PDPS の点数を算定する方法へと一本化する必要がある。
 - ・ 「回復期リハビリテーション病棟入院料」については、アウトカム評価を一層推進し、患者に対するリハビリテーションの質を充実する観点から、入院料 1・3・5 で導入しているリハビリテーション実績指数の要件を入院料 2・4・6 にも拡大するとともに、各入院料における実績

指数の現状を踏まえた水準を設定するべきである。

- ・ リハビリテーション実績指数の計算式で活用する FIM 得点については、入棟時 FIM が低下傾向にあることや、FIM 得点の変化が増加傾向にあることを踏まえ、入棟時と退棟時に目標とする FIM 得点とその内容に対する患者への説明を要件化することが求められる。
 - ・ 「回復期リハビリテーション病棟入院料」における管理栄養士の人員配置については、入院料 1 は常勤要件、入院料 2・3・4 は努力義務へと見直すべきである。
 - ・ 入院から外来、在宅への円滑な移行を推進するため、「回復期リハビリテーション病棟入院料」の施設基準に外来リハビリテーションの提供を追加する必要がある。
- ④ 慢性期の入院医療については、療養病棟に入院している患者の医療区分の現状等を踏まえ、「療養病棟入院料 1・2」は、「医療療養病床」としての役割を明確に示す観点から、基準値である「医療区分 2・3」の該当患者割合を上げることが求められる。
- ・ 「療養病棟入院基本料経過措置 1（看護職員配置 25 対 1 又は医療区分 2・3 の割合の患者 5 割未満）」については、経過措置を 2 年間延長したうえで、介護医療院等への転換の意向を促す観点から、「療養病棟入院料 2」の 9 割算定となる現行の減算幅を拡大する必要がある。
 - ・ 一方、「療養病棟入院基本料経過措置 2（看護職員配置 30 対 1）」については、同経過措置を届け出ている医療機関が転換の意向を示していることを踏まえ、令和 2 年 4 月以降、経過措置を終了すべきである。
 - ・ 医療区分 3 の「中心静脈栄養を実施している状態」は、長期に留置する必要性の確認や管理の方法に対する患者・家族への説明のほか、安全性の観点からも医療機関が中心静脈カテーテルの早期抜去を促すため、一定期間経過後、医療区分 3 から 2 へと移行する対応が求められる。
- ⑤ 「短期滞在手術等基本料 3」は、対象手術症例の平均在院日数が短縮していることを踏まえ、適正化の観点から、適切なレベルの包括点数を設定することが求められる。
- ⑥ 「有床診療所入院基本料」は、有床診療所の地域医療における役割や必要性を踏まえたうえで、評価の在り方について検討すべきである。
- ⑦ 「データ提出加算」については、医療の質の向上に資するデータを利活用する観点から、令和 2 年 3 月 31 日までの経過措置の対象となっている、▽急性期一般入院料 2～7 と回復期リハビリテーション病棟入院料 1～4 について許可病床数が 50 床未満又は保有する病棟 1 のみの場合▽許可病床全体としては 200 床以上となるが、回復期リハビリテーション病棟 5、6 及び療養病棟が 200 床未満の場合については、経過措置を終了すべきである。
- ・ また、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、6 と療養病棟入院基本料の許可病床数が 200 床未満の病院は、一定の経過措置や正当な理由がある場合の配慮を設けたうえで「データ提出加算」を要件化することが求められる。
 - ・ 未コード化傷病名の割合が 10%未満の医療機関を評価対象とした「提出データ評価加算」は、評価基準を 5%に厳格化する必要がある。

（２）外来医療

「外来医療」は、紹介状なしの大病院受診時に係る定額負担の強化を含め、大病院と中小病院、診療所の機能分化や連携を一層推進するとともに、患者が納得して医療を受けられるよう、患者

に身近で理解しやすい医療を実現することが重要であり、そのためには、患者の視点を踏まえた、「かかりつけ医機能」の強化が求められる。また、高血圧、糖尿病、脂質異常症の疑いがある者の割合が年齢とともに増加傾向にあるなか、生活習慣病の重症化予防の取組を推進すべきである。

- ① 「かかりつけ医」の普及・促進に向けては、患者自らが「かかりつけ医」を選択することが必要であり、「かかりつけ医機能」を有する医療機関等について、患者が理解できるような仕組みが求められる。
 - ・ 「かかりつけ医機能」に係る診療報酬を届け出ている医療機関を評価した「機能強化加算」については、継続的な指導管理が必要な患者に診療を行う前に、「かかりつけ医機能」を有する医療機関であることや、それにより患者が享受するメリット、初診料に上乗せされる費用等について、文書で丁寧に説明することを算定要件に追加すべきである。
 - ・ 「地域包括診療加算」等の施設基準を緩和する場合は、同加算等の届出を算定要件とする「機能強化加算」も含めて点数設定を見直すことが求められる。
- ② 「紹介状なしの大病院受診時の定額負担」については、外来医療における医療機関の役割分担や医師等の働き方改革の推進、患者の受療行動の変容に資する取組であり、一層の促進に向けて、地域の実情に配慮しつつ、対象医療機関の範囲を200床以上の地域医療支援病院にまで拡大する必要がある。
 - ・ 合わせて、紹介状なしの初診患者や、他の医療機関を紹介したにも関わらず自院を受診した再診患者で定額負担を徴収していない患者が存在している実態を把握するための仕組みが求められる。
- ③ 生活習慣病の重症化予防に向けて、「生活習慣病管理料」の療養計画書における血圧の目標値等を活用し、医療機関における一定の成果を測るアウトカム評価を導入すべきである。
 - ・ 糖尿病を主病とする場合の「生活習慣病管理料」については、▽糖尿病患者のうち1割が糖尿病網膜症を有している▽血糖降下薬は投与日数31日以上長期投薬が3割を超える▽医療費の経済的な負担により糖尿病治療を中断する患者が一定数存在する一等の現状を踏まえ、「患者に対する定期的な眼科受診の推奨」や「患者に対する薬剤費の説明」を算定要件に追加する必要がある。
- ④ 「ニコチン依存症管理料」については、平成28年度改定で対象患者を拡大したにも関わらず、現行の対面による5回治療終了者の割合が約3割にとどまっている要因や治療終了後の継続的な禁煙状況を調査・分析したうえで、治療を継続するための対応について検証することが求められる。
 - ・ 同管理料について、情報通信機器を用いて組み合わせた診療にまで対象を拡大することについては、対面診療による治療の継続率と比べた優位性等のデータに基づき、慎重に検討を進める必要がある。
 - ・ 加熱式たばこは、健康に与える影響等について今後も研究や調査を継続していくことが必要であり、「ニコチン依存症管理料」の対象への追加は次期改定では見送るべきである。
- ⑤ 外来化学療法の実施が可能な患者に対しては、治療と仕事の両立を図る観点から、「がん患者指導管理料」の算定要件に、患者への外来化学療法の選択可否の説明を追加することが求められる。
- ⑥ 医師の指示に基づく分割調剤については、患者の認知度が低く、算定回数も少ない状況等を

踏まえ、患者が理解しやすく、活用しやすい処方箋様式へと見直し、病状が安定した患者に対し有益な仕組みである分割調剤の普及を促進すべきである。

- ⑦ ギャンブル依存症に対する集団療法については、標準的プログラムの効果検証や海外の事例研究を積み重ねることが先決であり、保険適用の対象とする場合には、対象基準の明確化や標準的プログラムの確立など、慎重な検討が求められる。

（３）在宅医療

「在宅医療」は、住み慣れた地域で医療・介護・生活支援サービスが包括的に提供される地域包括ケアシステムを構築するための不可欠な要素であり、在宅医療を必要とする患者に対して効果的・効率的で質の高い医療を提供するための体制の確保が求められる。近年、医療費が急増している訪問看護については、限られた保険財源の中で、患者にとって必要となるサービスの重点化と適正化のメリハリを図るべきである。

- ① 「複数医療機関による訪問診療」については、依頼先の医療機関が初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数を主治医が把握していない事例があることを踏まえ、「在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2」の算定要件に主治医と依頼先の医療機関の情報共有を追加することが求められる。
- ・ 合わせて、「複数医療機関による訪問診療の期間」は、一部の患者を除き、6ヵ月以内に限り算定することが原則とされているが、依頼先の医療機関が実施する訪問診療の期間は6ヵ月超が最も多い事例があることを踏まえ、算定期間に上限を設ける等の対応が必要である。
- ② 「施設入居時等医学総管理料」については、単一建物内 10 人以上の区分における算定回数が多くなっているが、この区分の患者に対してどういった医療が提供されているのかを検証したうえで、評価を見直すことが求められる。
- ③ 「在宅時医学総管理料・施設入居時等医学総管理料 包括的支援加算」については、対象患者の要件の妥当性を把握したうえで、見直す必要がある。
- ④ 「歯科訪問診療移行加算」については、外来を最後に受診した日から起算して3年以内とする算定要件の期間を短縮すべきである。
- ⑤ 患者 1 人につき診療に要した時間が 20 分未満の「歯科訪問診療料 3」については、診療内容を検証したうえで見直しを行うことが求められる。
- ⑥ 医師の求めに応じて臨時で訪問薬剤管理指導を行った場合の評価については、現行の「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 (500 点)」と棲み分けを行ったうえで、適正化の観点から新たな点数を設定すべきである。
- ⑦ 質の高い訪問看護の提供に向け、訪問看護の利用に係る医師の「訪問看護指示書」については、患者への訪問頻度や看護師等の訪問職種を明記する様式へ見直しとともに、訪問看護事業者の「訪問看護計画書」、看護師等の「訪問看護報告書」との連携も図るべきである。
- ⑧ 医療ニーズの高い利用者の受入れ等の実績を要件とする「機能強化型訪問看護管理療養費」については、より手厚い看護提供体制を評価する観点から、看護職員の割合を要件に追加する必要がある。
- ⑨ 同一居住者に対する訪問看護が増加している実態を踏まえ、同一日に 3 人以上の場合は 2 人よりも低い額を算定する「訪問看護基本療養費(Ⅱ)」の仕組みを「複数名訪問看護加算」と

「難病等複数回訪問加算」に導入すべきである。

- ⑩ 医療ニーズの高い患者が利用する週4日目以降の訪問看護については、実施できる職種を限定する必要がある。

（４）調剤報酬

「調剤報酬」は、医薬分業の現状として、「調剤基本料」や「薬剤服用歴管理指導料」、「調剤料」を負担する患者のメリットが感じられない状況であることを踏まえ、全体の水準を適正化する観点から患者本位の医薬分業を目指し、対物業務から対人業務への転換や地域への貢献、病院と連携した高度薬学管理等、薬局の機能に応じた評価体系への見直しを通じて実現することが求められる。

- ① 処方箋の受付回数と集中率に基づき細分化して設定している「調剤基本料」については、適正化の観点から一本化したうえで、かかりつけ機能や24時間対応、在宅対応等、地域医療への貢献に資する機能に応じた評価で薬局の差別化を図るべきであり、こうした調剤報酬の抜本的な見直しを視野に入れて見直しを進めるべきである。
- ・ 診療所の敷地内にあり、不動産の賃貸借等の関係にある薬局については、現行の病院敷地内薬局と同様の評価とすることが求められる。
 - ・ 「地域支援体制加算」は、地域に貢献する薬局の体制を適切に評価する観点から、「調剤基本料1」以外を算定する薬局に求めている、夜間・休日対応等の実績要件について、「調剤基本料1」を算定している薬局にまで対象を拡大する必要がある。
- ② 対人業務である、「薬剤服用歴管理指導料」については、患者が「調剤基本料1」を算定する薬局にお薬手帳を持参した場合、持参しない場合に比べ低い点数が算定されるが、「調剤基本料1」以外を算定する門前薬局の場合、お薬手帳を持参した場合でも高い点数が算定される問題があり、患者の負担を軽減する観点から点数設計を見直す必要がある。
- ・ 合わせて、お薬手帳の活用の促進に向け、標準的な使用ガイドラインを策定し、患者への啓発・啓蒙を図ることが求められる。
 - ・ 対人業務に係る評価については、薬局の本来業務に対する評価を充実する観点ではなく、対人業務への転換を実現するための新たな薬学管理業務の評価について検討を進めるべきである。
- ③ 対物業務である、薬局における内服薬の「調剤料」については、院外調剤業務の技術進歩に伴う機械化や簡易化により調剤業務の効率化が進んでいる実態を踏まえ、日数倍となっている「14日分以下の部分」の点数を定額制にするほか、「15日以上部分」の投与日数や剤数に応じて点数が高くなる仕組みの見直し等、調剤料全体として適正化を図る対応が求められる。

（５）横断的事項

患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえた新たなニーズへの対応や、生活習慣病等を継続的に管理する観点から、医療におけるICTの利活用を推進すべきである。

- ① オンライン診療については、生活習慣病の重症化を予防するための継続受診、医師等の働き方改革の推進に資する重要なツールであり、海外におけるオンライン診療のエビデンスデー

タや利活用する患者の視点に基づいて、環境整備を進めていく必要がある。

- ・ 現行の「オンライン診療料」と「オンライン医学管理料」の算定が進まない要因となっている、「6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行う」、「対面診療の間隔は3月以内」等の厳格な要件については、患者の安全性を担保したうえで緩和することが求められる。
 - ・ 対面診療の際に該当する医学管理料が存在しない慢性頭痛等の疾患については、治療の安全性・有効性に係るエビデンスや学会による治療指針等を踏まえたうえで、オンライン診療料等の対象とすべきである。合わせて、利用する患者の安全性を確保する観点から、安全性に係るエビデンスや学会の治療指針等を評価分析するための第三者的な公的組織を設置する必要がある。
 - ・ 医療資源の少ない地域や、難病領域に対するオンライン診療についても、現行の算定要件や施設基準を緩和すべきである。
- ② オンライン服薬指導については、患者が診察から服薬指導に至る一連の医療プロセスを、一貫してオンラインにより受療することが可能な環境の実現に向けて、オンライン診療における取扱いや国家戦略特区における遠隔服薬指導の要件等を参考に、診療報酬上の対応について検討することが求められる。

（6）医師等の働き方改革の推進

医師等の働き方改革の推進は、地域医療構想の実現に向けた取組や実効性のある医師偏在対策との「三位一体改革」の進捗状況を踏まえつつ、令和2年度改定では、救急医療、24時間対応の勤務医等を対象にICTを活用した医療の効率化やタスクシフト・シェアの推進に資する環境整備、患者の受療行動の変容に向けた総合的な取組を推進すべきであり、入院基本料等で一律に評価する等、安易に患者へ負担を生じさせる対応とすべきではない。

- ① 医療機関における院内の労務管理・勤務環境改善のためのマネジメントの実践に対する評価については、令和2年度政府予算を有効に活用したうえで、医師等の時間外労働の上限規制が適用される令和6年4月までの3回に渡る診療報酬改定により、医療従事者の働き方改革の進捗状況を踏まえつつ段階的に対応する必要がある。
- ② 前述の、急性期の入院料の評価の適正化を通じて、「急性期一般入院料1」から「急性期一般入院料2」等への転換を推進するための対応を進めることは、医師・医療従事者の負担軽減にも寄与するものである。こうした観点から、「重症度、医療・看護必要度」の在り方等、患者の状態に応じた入院医療の適切な評価等の視点も求められる。
- ③ 特に過酷な勤務環境となっている高度な救急病院における勤務医の負担を軽減するためには、労働時間短縮に向けた緊急的な取組を推進する必要がある、診療報酬上の評価にあたっては、中長期的な目標設定と進捗状況の報告の要件化等により、患者へ「見える化」するべきである。
- ④ 医療従事者の負担軽減に資する「医師事務作業補助体制加算」と「総合入院体制加算」については、医療現場の実態やニーズを勘案した効果的な加算とする観点から、評価項目を棲み分けしたうえで実効性のある算定要件へと見直す必要がある。
- ⑤ チーム医療の推進に資する「病棟薬剤業務実施加算」については、同加算の届出数が低調な小規模病院の届出が進むような施設基準へと見直すべきである。

- ⑥ 医師の常勤要件については、働き方改革の視点だけではなく、夜間等の緊急対応や継続的な診療、経験等の専門性の必要に照らしたうえで見直すことが求められる。

2. 個別項目

(1) 救急医療、小児・周産期医療

- ① 入院時に重篤な状態である患者に限り算定できる「救急医療管理加算 1」は、算定要件となっている「意識障害又は昏睡」、「ショック」等の患者の状態を定量的な指標で明確化したうえで、指標に基づく重症度スコアをレセプト等に記載することを義務付けるべきである。
- ・ 「救急医療管理加算 1 の対象患者の状態に準ずる重篤な状態」とされる「救急医療管理加算 2」についても、「加算 1」と同様の対応のほか、集積した重症度スコアデータに基づき、算定された患者の実態を把握するための分析を進める必要がある。

(2) 治療と仕事の両立支援

- ① 治療と仕事の両立支援の推進に向けて、「療養・就労両立支援指導料」については、診療情報の提供先となる企業側の受け手の職種の医学的な知見にも留意しつつ、「主治医による企業への診療情報の提供に対する評価」と、「産業医からの助言に基づく治療計画の見直し・再検討に対する評価」を区分したうえで、点数設定の適正化を図るべきである。

(3) 医薬品の効率的かつ有効・安全な使用

- ① 後発医薬品の更なる使用促進に向けては、薬局の「後発医薬品調剤体制加算」や医療機関の「後発医薬品使用体制加算」について、2020 年 9 月までに 80%とする後発医薬品の数量シェア目標に対応した算定要件へと厳格化したうえで、数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料を減算する対象を拡大するとともに、数量シェアが著しく低い医療機関に対する減算規定の新設も求められる。
- ② 重複投薬の解消を推進するためには、かかりつけ医が重複投薬の有無を確認し、他の医療機関間の連絡・調整を行った結果、減薬を達成できた場合にのみ、その取組みを評価する仕組みとすべきである。
- ③ 残薬の発生防止・解消を推進するためには、現行の処方箋様式を見直し、薬剤師が残薬を調整したうえで医師に事後報告する効率的な仕組みや、お薬手帳の ICT 化による使用の標準化が必要である。
- ④ これまでの改定で適正化の観点から見直された薬剤給付（湿布薬等）のさらなる検証と見直しを進めるべきである。

(4) 医療機器の効率的かつ有効・安全な利用

- ① CT、MRI については、共同利用する場合の対象を明確にしたうえで、共同利用する場合の充実と共同利用しない場合の適正化による、メリハリのある評価体系とすることが求められる。
- ・ CT、MRI の保守点検については、診療報酬を算定するための要件ではなく、患者に対する医療安全の観点から、全ての医療機関で確実にを行うことを原則とすべきである。

（５）腎代替療法（血液透析、腹膜透析、腎移植）

- ① 腎性貧血治療に係る評価については、ESA 製剤の実勢価格を踏まえた包括点数へと適正化を図るとともに、経口内服薬である HIF-PHD 阻害薬を用いる場合の評価は、設定薬価等の実態に見合った新たな報酬体系を新設することが求められる。
- ② バスキュラーアクセス（シャント）に係る処置の評価については、他の手技との難易度や緊急性を踏まえ、現行の高額な診療報酬点数について大幅に適正化する必要がある。

（６）がん対策

- ① がん対策は、診療報酬による評価で対応すべきことと、国や自治体等が提供する事業で対応すべきことの役割を整理したうえで、メリハリをつけた対応を検討すべきである。
- ② がん患者に対する緩和ケアについては、緩和ケア病棟と外来・在宅緩和ケア提供医療機関や、緩和ケアチーム体制との切れ目のない連携が必要である。

（７）感染症

- ① 小児外来診療における抗菌薬の適正使用に向けては、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を加算で評価するのではなく、小児かかりつけ診療料や小児科外来診療料の算定要件に追加する対応が求められる。

（８）歯科診療報酬

- ① 歯科外来診療における院内感染対策については、患者の安心・安全の視点から医療機関が行う本来の責務であり、基本診療料への上乗せではなく、従事者に対する研修や教育の充実で対応すべきである。
- ② 歯科疾患の継続的な管理を評価する「歯科疾患管理料」については、対象疾患や患者の同意、管理計画の在り方等を算定要件で明確化するとともに、継続的な管理を行った場合に算定可能となるような点数設定に見直すことが求められる。
- ③ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は、かかりつけ歯科医機能を有している診療所であることや、一般診療所と差別化している診療報酬点数について、文書で患者に説明を行うことを算定要件に追加するとともに、平成 30 年度改定で施設基準に追加した地域包括ケアシステムにおける活動実績は、かかりつけ歯科医機能を発揮するためにも、令和 2 年 3 月 31 日までとする経過措置を終了する必要がある。

（９）明細書無料発行

- ① 明細書については、患者にとって身近でわかりやすい医療を実現するために必要なツールの一つであり、患者に対する安全な医療や患者の健康リテラシーの高上に向けて、明細書無料発行の完全義務化を実施するとともに、明細書の内容を患者が理解しやすい表記へと改める対応が求められる。

（10）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

- ① 義肢装具を医療機関と義肢装具事業者が共同して患者に提供する場合、医療機関からの処置

料と装具業者からの療養費が二重に患者や保険者に請求される不適切な事例が多発していることを踏まえ、義肢装具の提供に係る処置料の算定要件を明確化する必要がある。

(11) 医療機関間の情報共有の推進

- ① 患者の紹介を受けた医療機関が、紹介元医療機関からの求めに応じ、患者への指導内容や今後の治療方針を情報提供する場合の評価については、新たに追加の負担が生じる患者への文書による丁寧な説明と、その説明に対する患者の同意を算定要件とすべきである。

(12) 妊婦加算の今後の取扱い

- ① 診療報酬は、患者が受けた医療行為の対価として支払うものであり、患者が納得して支払う要件設定が不可欠である。このため、診療報酬改定を行うに当たっては、2019年1月から算定が凍結されている「妊婦加算」を教訓に、その目的や趣旨・内容が国民に十分理解されるよう、患者の視点に立った適切な対応が求められる。
- ・ 「妊婦加算」については、まずは、産婦人科以外の医師への研修や相談窓口の設置等、妊産婦に対する診療体制を充実するための進捗状況を踏まえたうえで、今後の取扱いについて丁寧に検討する必要がある。

3. 薬価・保険医療材料価格の見直し

薬価と保険医療材料価格については、「令和2年度薬価制度改革の骨子」、「令和2年度保険医療材料制度改革の骨子」の内容を踏まえ、着実に見直しを進めていくべきである。

令和元年 1 2 月 2 0 日

国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための 令和 2 年度診療報酬改定に対する二号（診療側）委員の意見

中央社会保険医療協議会

二 号 委 員

松 本 吉 郎

今 村 聡

城 守 国 斗

猪 口 雄 二

島 弘 志

林 正 純

有 澤 賢 二

〔 医 科 〕

I 基本的考え方

わが国は、世界に類を見ない少子高齢社会に直面している。人生 100 年時代を迎えるなか、幸福な国民生活を将来にわたり送るためには、必要な医療・介護を安心して受けられるようにしなければならない。

世界的に見ても少ない負担で満足度の高い、非常に優れた「国民皆保険」という貴重な財産を守り抜き、次世代の人々、さらには医療従事者も誇りを持って仕事をすることができるよう、持続可能な社会保障制度の確立に向け、限られた財源を適切に活用する必要がある。

社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）がとりまとめた『令和 2 年度診療報酬改定の基本方針』では「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」が重点課題として位置づけられた。2040 年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取り組み、実効性のある医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。この取り組みにより、国民の健康寿命を延伸させ、持続可能な社会保障制度の実現につなげるとともに、社会保障の充実により国民不安を解消することができる。

また、国民が住み慣れた地域において質の高い医療・介護を受けるため、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護提供体制が確保されるよう、介護・福祉サービスなどとともに医療の充実は欠かすことができない。令和 2 年度診療報酬改定では前回改定に引き続き、地域における医療資源を有効活用しながら、継続して改革を進めるために必要財源を配分すべきである。

我々は、地域医療を守る使命感と倫理観に基づき、将来にわたりわが国の医療制度を維持・発展させるため、令和 2 年度診療報酬改定に当たっては、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

なお、これまで中医協で検討してきた項目については、あくまでも財源次第での議論であり、改定率を踏まえ、メリハリを付けたり、優先順位を決め、実施しないものが出てく

ることは当然である。

1. 診療報酬体系の見直し

○医療機関の創意工夫による運営を可能とする告示、通知等を含めた抜本的な見直し、簡素化

2. あるべき医療提供体制コスト等（医業の再生産費用を含む）の適切な反映

○「もの」と「技術」の分離の促進（ものから人へ）

○医学・医療の進歩への速やかな対応

○無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視

○出来高払いを原則として、包括払いとの適切な組み合わせの検討

3. 大病院、中小病院、診療所が各々に果たすべき機能に対する適切な評価と、地域の医療提供システムの運営の円滑化

○急性期医療から回復期・慢性期に至るまで良好に運営できる診療報酬体系の整備と十分な評価

○救急医療、精神科救急医療等の不採算医療・政策医療を引き受けてきた医療機関が健全に運営できる診療報酬の設定

○地域の診療所や中小病院のかかりつけ医が地域包括ケアシステムにおいて担う中核的機能を踏まえた手厚い評価

4. 医師・医療従事者の働き方の実状を踏まえた診療報酬上の対応

○医師等の働き方改革の推進

○医療従事者の負担軽減策のさらなる推進（複数非常勤従事者の常勤換算 等）

○専従要件である所定労働時間や配置場所の大幅な基準緩和

5. 施設基準の簡素化と要件緩和

6. 認知症対策に係る充実評価

7. 小児・周産期医療の充実

8. 不合理な診療報酬項目の見直し

9. その他必要事項の手当

Ⅱ 具体的検討事項

以上の基本方針を前提として、特に検討すべき具体的な事項について、以下に列举する。

1. 初・再診料

（1）初・再診料、外来診療料の適切な評価（引き上げ）

医師の技術料の最も基本部分であるとともに、経営原資となるものである。高齢者の増加に伴い診療時間が長くなっている。医療機関の健全な経営のために医師の技術を適正に評価し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数に引き上げること

（2）再診料の見直し

地域包括ケアシステムの要である診療所・中小病院の再診料の水準を平成 22 年度改定前の水準に戻すこと（再診料の平成 26 年度改定における引き上げは消費税率引き上

げに伴う補填目的であり、平成 22 年度引き下げ分の措置ではない)

(3) 同一医療機関における同一日複数科受診の評価

同一医療機関において、同一日に複数の診療科をそれぞれ異なる疾患で受診した場合、全ての診療科について、初・再診料の区別なく、また通減することなく算定できるようにすること

(4) かかりつけ医機能のさらなる評価

超高齢社会を乗り切るための最重要課題である地域包括ケアシステムの確立に向け、診療報酬上のかかりつけ医機能をより充実させる必要がある。具体的には、地域包括診療加算・地域包括診療料、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料における要件を見直すとともに、点数を引き上げること

等

2. 入院基本料

(1) 入院基本料の適切な評価

看護職員配置数により格差がつく評価体系を改め、医療機関の設備投資・維持管理費用について明確に評価するとともに、多職種協働によるチーム医療の推進を踏まえ、看護師だけでなく多種の医療従事者の人件費についても適切に評価すること

(2) 重症度、医療・看護必要度

前回改定で、重症度、医療・看護必要度の指標に、診療実績情報データを用いた「Ⅱ」という新しい指標を導入したばかりであり、十分な検証・分析を行った上で見直し等を検討することとし、「Ⅱ」への一本化等の見直しを拙速に行わないこと

許可病床数別に議論するとしても、病床数の内訳として一般病棟以外の病棟（例えば、精神科病棟など、重症度、医療・看護必要度とは関係がない病棟）が多い場合については、一定の配慮をすること

(3) 入院医療の評価体系の見直し

改定の度の大幅な変更は現場に過大な負担となるため、不合理な箇所の部分的修正などに留めること

中長期的な対応として、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法として、多職種協働によるアウトカム評価を行い、提供する医療の質を評価する新たな指標の導入の検討が必要である

(4) 急性期一般入院料

前回改定で再編統合した急性期一般入院基本料について、急性期一般入院料 2 及び 3 への移行は、入院料 1 からしかできない点について、下位からも上位へ移行できるようにすること

(5) 入院中の患者の他医療機関受診の取扱いのさらなる見直し

精神疾患を含め多疾患を有する高齢者の増加や、専門医療が高度化している現在、他医療機関受診時の出来高入院料の減算や特定入院料等の減算は懲罰的な診療報酬規則であり、国民の受療する権利を阻害している

また、他医療機関での保険請求が不可能なことで、手続きが非常に煩雑になるとともに、特定入院料等算定医療機関では保険請求すらできず全額持ち出しとなっているため、他医療機関での保険請求を可能とすること

(6) 医療療養病床の経過措置

療養病棟入院基本料経過措置 1 及び 2 について、届出状況等を鑑み、経過措置 1 については経過措置を延長し、経過措置 2 については、届出施設の今後の意向等を踏まえた対応とすること

(7) 精神疾患特性を踏まえた在宅移行の在り方

精神疾患はその個別性の故に一律の期限を定めた入院や安易な退院促進は馴染まないため、診療報酬上の配慮が必要である。施設基準の在宅移行率については、施設基準遵守のあまり、早期の再燃リスクが十分検討されないまま退院する患者が一定割合発生している現状がある。そのような患者は短期間での再入院を余儀なくされる危険性が高まり、それは長期予後の悪化につながる。したがって、現行の在宅移行率は撤廃あるいは緩和すべき

(8) 地域包括ケアシステムに欠かせない有床診療所の評価

複数医師の配置や夜間の医師、看護師配置が可能となるような入院料の引き上げ
配置加算、地域の実情に合わせた有床診療所の評価

等

3. 入院基本料等加算、特定入院料

(1) 現場の柔軟性を損なわない形での勤務医負担軽減策の実施

(2) 救急医療管理加算のさらなる評価

医師の働き方改革で、経営的に大きな影響を受ける二次救急を提供する医療機関を支えるため

救急医療の 24 時間体制での提供には人的配置を含め、多額のコストを費やしているにもかかわらず評価が不十分である

(3) 医師事務作業補助体制加算の算定病棟拡大

医師の事務作業が多いのは全医療機関の問題であり、全病床種別での算定を可能とすること。また、除外業務となっている「診療報酬の請求事務」については、除外業務から削除することが望ましい

(4) 医療の安全管理・院内感染症対策等に対する評価充実

実際にかかっている経費を保証する点数設定（手術時の医療安全管理に対する評価を含む）を行うこと

(5) 急性期看護補助体制加算の見直し

現場の実情にあわせて、急性期看護補助体制加算を入院全期間において算定できるようにすること

また、慢性期の病棟においても、高齢者・認知症等の患者を受け入れ、現実として看護補助者を配置しており、何らかの評価が必要である

(6) 病棟薬剤業務実施加算の要件等の見直し

薬剤業務は病床数や診療科により、薬剤の使用頻度や量に差があるため、時間要件を全病棟で個別に満たすのではなく、対象病棟全ての合算で満たせばよいものとするとともに、対象病棟を拡大する

病棟薬剤業務実施加算 1 は、専任の薬剤師をすべての病棟に配置する必要があるが、病棟単位での届出を可能とすること

病棟薬剤業務実施加算 2 について、単独での届出を可能とすること

(7) 特定入院料に係る算定上限日数等の要件緩和

適正な診療を行う上で算定上限日数を超えて管理を要する症例が多くある

特定集中治療室の場合は、患者の病態に応じた日数の延長、新生児特定集中治療室及び新生児治療回復室などの 2 つ以上の特定入院料算定治療室に入室した場合の算定期間の通算ルールを廃止

(8) 特定入院料における高額薬剤等の包括除外

患者の生命維持や治療に不可欠で代替困難な薬剤や放射線治療等の高額医療を特定入院料の包括から除外すること

また、精神科特定入院料は、算定できる項目がポジティブリスト化されているため、他科に比べて過剰に包括されている。代替困難な薬剤や放射線治療等の高額医療（L A I を含む）及び高齢者対応の「リハビリテーション」の項目は、特定入院料の包括から除外すること

(9) 地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

前回改定で在宅復帰率の分子から「療養病棟」及び「介護老人保健施設」が削除されたが、分子の対象に復元すること

(10) 地域包括ケア病棟（病床）の適正評価

本来の目的である地域包括ケアを支えるために、「急性期後の加療」「在宅等の患者の増悪への対応」「在宅療養の支援」をバランス良く機能することへの評価とする

(11) 精神療養病棟入院料

従来的人员配置では、高齢化に伴う認知症併存率の上昇、身体合併症の増加や A D L 低下に対応が困難になりつつあるため、人員配置を加配する際の加算を設けること

(12) 地域移行機能強化病棟入院料

届出期限が 2020 年 3 月 31 日までとなっているが、未だ少数の医療機関の届出状況である現状を鑑み、期限を延長すること

患者の移行促進のため、90%以上の病床利用率の要件を 80%に緩和すること

(13) 短期滞入手術等基本料 3

小児、認知症患者への全身麻酔時の適正な評価をすること

手術件数の少ない地方でも経営が成り立つ点数設定への変更

全身麻酔や水晶体嚢拡張リング使用加算が包括されているが、認知症患者や水晶体脱臼のような重症例への手術に対する評価が必要であり、全身麻酔及び水晶体嚢拡張リング使用加算を除外すること

等

4. 基本診療料全般

(1) 地域包括ケアシステムにおける I C T を利用した連携体制の評価

(2) チーム医療における多職種の連携の評価

多職種連携による食事指導への積極的な関与は、患者の早期退院や Q O L 向上に効果を上げており医療の質向上に寄与するとともに医療従事者の負担軽減につながっている。高齢化、がん・精神疾患等の患者の増加に合わせた評価と施設基準を緩和すること

5. 医学管理等

(1) 小児科外来診療料の見直し

一部の加算等を除き包括の点数となっており、医師の技術料を十分評価した点数へ引き上げ、対象年齢拡大等

(2) 特定疾患療養管理料の見直し

月 1 回 450 点を算定可能に

医療の進歩により、新しい疾患概念や治療法が増加したこと、超高齢社会による疾病構造の変化に適切に対応するために、対象疾患を見直す

(3) 救急医療の評価の見直し

救急医療の 24 時間体制での提供には人的配置を含め多額のコストを費やしているにもかかわらず評価が不十分である。地域包括ケアシステムの推進のためにも、地域の救急体制の維持は重要であり、夜間休日救急搬送医学管理料の増額・要件緩和、院内トリアージ実施料の要件緩和をすること

(4) 認知症診療の環境整備

認知症患者の診療は、単なる認知機能の評価にとどまらず、生活障害、行動・心理症状、家族の介護負担の評価等を包括的に行う必要がある。現在、認知症疾患医療センターで診断され、他の保険医療機関へ紹介された患者のみ認知症療養指導料の算定が可能であるため、認知症専門医やかかりつけ医でも算定可能とすること

(5) 小児運動器疾患指導管理料の対象年齢引き上げ

現行の 6 歳未満という対象年齢では、小児運動器疾患の中でも頻度が高く、主に 12 歳前後で発症する特発性側弯症が対象とならない。また、特発性側弯症は、生涯にわたり医師の管理が必要な疾患であり、有効な管理を行うことで侵襲的な治療を最小限にすることができる。算定要件を 15 歳未満とすれば、特発性側弯症患者の大部分を対象患者とできる

(6) 診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

少子高齢社会に対応した診療情報提供施設の見直し

中学生までの乳幼児・児童・学童に対する療養指導管理の要点を、行政・保健・福祉関連機関等へ情報提供した場合の算定を可能とする

その他、介護療養施設等への情報提供、職場「産業医」への社会復帰のための情報提供など、診療情報提供施設を拡大する

(7) 婦人科特定疾患に対する管理料の新設

①更年期症候群（障害）・卵巣欠落症状、②子宮内膜症・月経困難症を対象疾患として婦人科特定疾患指導管理料を新設する

6. 在宅医療

(1) 在宅医療を充実させるための算定要件の簡素化・緩和

複雑化した在宅時医学総合管理料等の算定要件の簡素化

主治医の専門以外の診療科のチーム医療でも在宅療養指導管理料を算定可能とする
機能強化型在宅療養支援診療所・病院（連携型）の看取り要件の緩和

継続診療加算の要件緩和

在宅ターミナルケア加算の酸素療法加算は死亡月のみならず、死亡前月でも算定可能とする

(2) 在宅医療の点数設定の是正

一般診療所と在宅療養支援診療所の診療報酬格差の是正

同一建物居住者に対する訪問診療料、単一建物居住者に対する在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の点数設定の見直し（入居する場所のみをもって点数設定するのではなく、個々の患者に対する医療の質・手間・技術を正に評価すべき）

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付しない場合の加算点数の引き上げ

(3) 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）在宅患者訪問診療料Ⅱの要件緩和

月1回、原則6か月を限度とし、在宅時医学総合管理料等を算定する医療機関からの依頼に限られている算定要件の緩和

(4) 小児在宅医療の充実

小児及び若年成人の在宅緩和ケアは、症状コントロールが難しく心理的、精神的苦痛へのケアなどの課題はあるが、ターミナルを家庭で過ごす意義は大きい。在宅患者訪問診療料（Ⅰ）に小児ターミナルケア加算を新設する

学校に通う医療的ケア児が、安全・安心に学校生活を送ることができるよう、主治医から学校医への情報提供を評価すること

(5) 在宅療養指導管理料における在宅療養指導管理材料加算について、実勢価格等を踏まえ適正化すること。併せて、医学管理等に係る技術を適切に評価すること

等

7. 検査・画像診断

(1) 医師の技術料としての評価が低すぎる検査料の見直し

例えば、評価が低く原価割れのため標準的手順が省かれ、結果的に医療費を高騰させている生体検査（運動負荷、呼気ガス分析加算など）の再評価など

(2) 画像診断管理加算は常勤の放射線診断専門医によるCT、MRの全例の画像診断管理及び読影体制、医療被爆及びMRI安全管理体制、緊急読影体制、医療データの提供体制がある場合に増点する

(3) 遠隔画像診断の定義と内容の再分類、その効用を明確化し、画像診断管理と遠隔画像診断の有機的運用ができるよう改善を行うこと

(4) コンピュータ断層診断の要件を見直し、他医療機関撮影のCT等の読影は初診・再診にかかわらず評価すること

等

8. 投薬

(1) 7種類以上の内服薬処方時及び向精神薬多剤投与時の処方料、薬剤料、処方箋料の減算の撤廃

多数の疾患を抱える患者、特に高齢者をかかりつけ医が担当するためには多剤投与

が必要となるケースは避けられない。多剤投与の方が投薬管理は複雑になり加算も検討すべきであり、減算される仕組みは不合理である

糖尿病だけでも4種類の薬剤が必要な場合が少なくない。高血圧症、高コレステロール血症などが合併すると7種類以上になるケースが多い

(2) 処方日数の適正化

平成28年度改定で30日を超える長期投薬について、取扱いの明確化が図られたが、さらなる長期投薬を減らす取組みを導入、例えば、超長期処方（例えば90日以上）を行う場合には、必要理由の記載を義務付けるようにすること

(3) 院内処方、院内調剤の適正評価

同一の調剤技術料に対し、院内と調剤薬局の報酬の格差が大きいため、院内の評価を見直す、例えば、院内処方における一包化加算の新設、外来後発医薬品使用体制加算に代わる院内処方での後発医薬品使用促進に係る加算の新設、処方料、調剤料の引き上げ

(4) 後発医薬品使用に対する基盤整備

後発医薬品に対する医療提供側、患者側双方の不信感や情報不足を解消するための早急な基盤整備を行うこと、さらに患者や医師が安心して後発医薬品を使うためのチェックシステムを設置すること

等

9. 注射

内科系の中心的な治療である薬物療法における処方技術評価の改善を図るために、「注射」の項に「処方料」を新設すること

等

10. リハビリテーション

(1) リハビリテーションにおける算定要件の緩和と点数格差の是正

施設基準、人員配置等の要件が同じである脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅱ）と

運動器リハビリテーション（Ⅰ）の点数格差の是正

(2) 運動器リハビリテーション小児加算の新設

現行では年齢等に関わらず、同じリハ点数を算定している。成長期である15歳以下のリハは年齢別にきめ細かな対応をすることで、将来の身体障害を減少させる計画性が必要である。また、保護者に対する説得・説明も重要

等

11. 精神科専門療法

(1) 精神科専門療法の同一日・同一週併算定

3か月以内を急性期入院治療期間と位置づけて高密度の治療を短期集中的に行い退院促進する政策的方向性が打ち出されている一方、精神科専門療法に同一日／同一週併算定を妨げる要件が設定されているのは不合理である

入院精神療法ⅠとⅡの同一週併算定、抗精神病特定薬剤治療指導管理料と精神科デ

イ・ケア等の同一日算定等を可能とする

(2) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

持続性抗精神病注射薬剤（L A I）は薬剤の特性上、計画的な治療計画や当該薬剤の効果及び副作用に関する説明等、療養上必要な指導を行うことが重要であるが、現在、外来のみでの算定となっているため、「1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料」を入院中でも算定可能とする。また、特定入院料の包括から除外すること

等

1 2. 処置・手術・麻酔

(1) 休日加算 1、時間外加算 1、深夜加算 1 の要件の見直し

「当直等を行った日が年間 12 日以内であること」「当直医が毎日 6 名以上」の施設要件は、都市部の大病院でなければ満たせる要件ではなく、実際に救急診療を行っている地域の中核病院で加算が取得できるよう、施設基準の要件を緩和する

(2) ディスポ製品の費用を考慮した点数設定

処置の実施において、感染予防等によりディスポ製品の使用が常識となっている現在において、長年低点数のまま据え置かれている処置項目については、技術料が含まれていないに等しい状況となっている（特に、外来管理加算よりも低点数の処置項目）

(3) 基本診療料に含まれる処置の見直し

処置の必要性は重症度などの医学的判断によるべきであり、処置範囲の大きさで決めるものではない

(4) 手術料の適正な評価（外保連試案の意義を含めた見直し）

短時間で終了する手術が簡単なものという評価は適切ではない。先端医療機器の導入や医師の研鑽の結果による効率化や手術時間の短縮は正しく評価されるべき

(5) 同一手術野で実施する複数手術の評価

2 以上の手術を同時に行った場合の費用の算定について、行った手術の手技料は、それぞれ算定できるようにすること

(6) 診療材料を多く使う手術点数の適正化

診療材料の実費が、診療報酬の 50% 以上を占める術式が数多く存在している。償還されない診療材料を多く使用する手術については、手術点数を適切に引上げる

(7) 麻酔管理料の施設基準の見直し

当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医（地方厚生（支）局長に届け出ている医師）に限るとあるが、医師不足による非常勤医師での算定も可とする

等

1 3. 放射線治療

(1) Intrafraction IGRT 加算の新設

治療ビーム照射中にリアルタイムに腫瘍・臓器位置を監視し、位置変位量が閾値を超えた場合に治療ビームが自動的に遮断され、位置修正後に治療を再開する

(2) A I を用いた放射線治療計画

データベースに登録された過去の放射線治療計画データを使用して、患者ごとに最

適な輪郭情報、ビーム設定、線量分布形状を予測することで、放射線治療計画の各プロセスにおける質の向上及びバラツキの低減が可能となる

等

14. DPC

高度急性期病院の機能を評価すること

少子高齢化社会の中で子育て世代のセーフティーネット機能として小児科診療が機能するような見直し

等

15. その他

(1) 診療上必要な文書の簡素化等

患者に説明を行う場合「文書」を必要とされているものが多数ある。その中には、「患者署名又は印」を要するものもあり、電子カルテ上に保存する場合、相当数の人手と時間を要するため、説明を要するものには「文書」を必須とせず、電子媒体による説明及び電子署名でも可とする

診療報酬上、同意が必要な「輸血にかかる同意書」「血漿成分製剤の輸注に係る同意書」「身体的拘束実施時の同意書」「特別療養環境室希望時の同意書」「がん治療連携計画策定料に係る同意書」「入院診療計画書」等について、負担軽減と業務効率化の観点から、一括のサインで可能とする

(2) 改定時における点数表の早期告示、周知期間の確保、行政によるきめ細かな周知

(3) 電子カルテ規格の標準化

(4) その他必要事項

〔 歯 科 〕

I 基本的考え方

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」の実現が令和 2 年度診療報酬改定の基本方針に掲げられており、その実現の基盤は「健康」であり、歯科医療の果たす役割や責務は大きいと考える。「口腔の健康が全身の健康に寄与する」ことを示す様々なエビデンスが蓄積されており、歯科医療を通じて、国民の生活を支える医療を提供してきている。

特にライフステージに応じた口腔疾患の予防や長期管理等による重症化予防および口腔機能の維持・向上を「かかりつけ歯科医」が中心に提供することで、国民の健康および安全・安心な生活に資すると考えている。また、超高齢社会において増加する、要介護者や様々な疾患を抱える高齢者への歯科医療および口腔健康管理、口腔機能低下への対応等を通じ、QOL の改善と健康寿命の延伸を目指すことも責務である。

さらに、重点課題の医療従事者の負担軽減並びに医師の働き方改革の推進においても、医科歯科連携をさらに推進することにより、その役割を果たすものと考えている。

医療経済実態調査の結果からも、多くの個人立歯科診療所の経営は長年の物価上昇率に比べ損益差額の低迷が明らかであり、設備投資やスタッフの待遇改善もままならない厳しい経営環境が続くなかで、安全・安心で良質な歯科医療提供に日々努力をしている。今後も「国民の健康な生活を支える」という歯科医療提供者の本来の責務を持続的に果たすため、以下に掲げる事項を基本方針と定め、歯科診療報酬について所要の改定を求める。

■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」

➤かかりつけ歯科医機能のさらなる評価

- ・口腔疾患の継続管理・重症化予防
- ・口腔機能維持向上への対応
- ・医科医療機関との連携推進
- ・質の高い在宅歯科医療のさらなる推進
- ・医療連携、多職種連携、地域連携の推進

■医師等の働き方改革の推進

➤医科歯科連携の推進

- ・病院との連携推進
- ・周術期等口腔機能管理の推進
- ・歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携の強化

■患者・国民に身近で安全・安心で質の高い医療の実現

➤QOL 向上を目指した歯科医療の提供

- ・基本診療料の引き上げ
- ・安全・安心で良質な歯科医療の充実
- ・歯科固有の技術に対するあるべき評価
- ・新技術、新規医療機器の保険収載促進と適切な評価

- ・障害児（者）や妊産婦、認知症等患者への歯科医療の充実

■その他

- 不合理な留意事項通知等の見直し
 - ・留意事項通知等の整理
 - ・長期継続管理の阻害要因の排除

II 具体的検討事項

➤かかりつけ歯科医機能のさらなる充実・推進

1. 口腔疾患の継続管理・重症化予防

多くのかかりつけ歯科医が取り組みやすい歯科医療技術の評価すること。また、前回導入した口腔機能低下や口腔機能発達不全への評価が歯科疾患管理料の加算となっているために生じている不合理などを解消し、より推進できるよう見直すこと

歯周病のみならず、小児や高齢者のう蝕管理等を含めた長期的視野に立った管理は重要であり、そうした努力が8020達成者の増加にもつながっている。これらを踏まえ口腔疾患の重症化予防はさらに推進すべきで、主たる診療報酬上の対応となっている歯科疾患管理料を全口腔疾患に対象拡大し、長期管理に関してさらなる評価を検討すること

2. 口腔機能維持向上への対応

フレイル（オーラルフレイル）の概念も確立され、介護予防や脳血管疾患等による摂食・咀嚼・嚥下機能の低下した対象者への口腔機能低下への対応が重要である。取組について、より推進していくため、口腔機能低下への取り組み及び舌圧測定、咀嚼能力検査、咬合圧検査等の評価の見直しや、小児口腔機能発達不全症への新たな検査項目の保険収載を検討すること

3. 医科医療機関との連携推進

糖尿病と歯周病の関係は、特にⅡ型糖尿病において高い因果関係が示されている。医科歯科連携における医療情報の共有については、より推進するインセンティブを検討すること

妊産婦における歯科医療及び口腔健康管理は、ハイリスク妊産婦を含めて極めて重要である。医科歯科連携の評価や管理・指導の評価を検討すること

金属アレルギー患者等、医科との連携が必要な内容に関して、推進しやすい環境づくりや医療保険での評価を検討すること

4. 質の高い在宅歯科医療のさらなる推進

歯科訪問診療の更なる充実のため、歯科衛生士の地域偏在も考慮し、在宅療養支援歯科診療所の人員要件等を見直し、かかりつけ歯科医による幅広い推進を検討すること。また、質の高い在宅歯科医療提供のため、引き続き在宅専門の歯科医療機関のあり方を検討し、地域における連携を強化すること

在宅歯科医療の充実には入院時からの連携とともに特に退院時の連携を強化すること
入院・入所時の栄養サポートチーム等連携加算については、現状の問題点を改善し、
小児在宅など必要な患者への検討を推進すること。患者・家族の利便性や安全・安心な
歯科医療提供のため、デイサービスにおける歯科訪問診療が可能となる方策を検討する
こと

5. 医療連携、多職種連携、地域連携の推進

超高齢社会において、要介護状態や多様な疾患を抱えた事例が増加しており、これら
に対応するため、さまざまな居住地での歯科医療提供について、さらに評価すること

➤医科歯科連携の推進

6. 病院との連携推進

歯科標榜のない病院との連携のさらなる推進は重要であることから、連携の妨げにな
っている項目を是正し、より推進できるよう見直すこと。経口摂取を行っていない患者
への口腔機能管理等を検討すること

7. 周術期等口腔機能管理のさらなる充実

歯科における地域医療連携の核となっている歯科併設の病院や歯科標榜のない病院と
地域歯科医療連携室等との連携機能を評価すること

また、歯科のある病院への周術期等以外の訪問診療に関して、現場実態を把握し、か
かりつけ歯科医との治療中断等を含めて効率的な方策を検討すること

周術期等口腔機能管理の有効な対象疾患・患者の拡大等を検討すること

8. 歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携の強化

病院歯科と歯科診療所の役割分担を明確にし、より高度な歯科医療に関しては、病院
歯科がかかりつけ歯科医と連携の上、対応するようあるべき姿を検討すること

➤QOL 向上を目指した歯科医療の提供

9. 基本診療料の引き上げ

歯科診療所の経営状態は依然として厳しい状況が続いている中、医療技術の向上や医
療を取り巻く環境の変化とともに求められる水準も厳しくなっており、その対応は喫緊
の課題である。安全・安心で良質な歯科医療提供を継続するため、そのホスピタルフ
ィーである初診料・再診料を評価すること

10. 安全・安心で良質な歯科医療の充実

前回改定で感染防止対策が切り離されたが、歯科外来診療環境体制加算に係る届出医
療機関の責務は大きい。施設基準要件の見直しを含め、ICT やデジタル機器等を利用し
て、患者に分かりやすい、かつ、安全・安心な歯科医療提供の評価を検討すること

11. 歯科固有の技術に対するあるべき評価

「歯科診療行為のタイムスタディー調査」によれば、歯科医療における基本的技術料は未だ低評価のまま据え置かれており不採算となっている。良質な歯科医療提供により、結果として国民の健康寿命の延伸に寄与できるよう、タイムスタディー調査に基づいた適正な評価を行うこと

12. 新規技術・新規医療機器の保険収載促進と適切な評価

歯科医療の進歩のため、新規技術を積極的に導入するとともに、その技術に見合った適切な評価を引き続き検討すること

13. 障害児（者）や妊産婦、認知症等患者への歯科医療の充実

障害児（者）の生活にあわせ、歯科医療の提供には居宅、施設、外来等のシームレスな対応が求められ、病院併設歯科や障害児（者）医療施設等と歯科診療所の連携・管理、さらに歯科訪問診療の充実も求められる

近年増加傾向にある重度障害の乳幼児の口腔（衛生・機能）管理について評価すること。特に障害児（者）や妊産婦、認知症等患者は、口腔衛生管理が重要で、歯科衛生実地指導、訪問歯科衛生指導、機械的歯面清掃処置等をさらに充実させること。また、医科歯科連携への対応を評価し、歯科診療におけるバイタルサインのモニタリングについて充実させること

➤不合理な留意事項通知等の見直し

14. 留意事項通知等の整理

臨床現場の実情にそぐわない、過度な事務負担を求める不合理かつ詳細すぎる通知等を是正すること

15. 長期継続管理の阻害要因の排除

長期にわたる維持管理を推進するにあたって、阻害要因となりかねない規定を見直すこと。特に1初診1回の算定制限については見直しが必要である

➤その他

16. 明細書発行および診療報酬明細書の様式変更

明細書発行の完全義務化並びに診療報酬明細書の様式変更は、手書きレセプトの医療機関に影響がないよう慎重に対応すること

17. その他必要事項

〔調 剤〕

<保険薬局における調剤報酬関係>

I 基本的考え方

令和２年度の診療報酬改定にあたり、薬剤師・薬局は地域包括ケアシステムの一員として、地域におけるかかりつけ機能の充実や対物業務中心から対人業務中心への構造的転換を推進し、国民のニーズに合った医薬分業の推進、医療・介護連携による充実した医療提供に向け、より一層取り組んでいく必要がある。

国民が、住み慣れた地域で療養環境に関わらず安心して医薬品を使用できるよう、薬剤師・薬局による安全な薬物療法の提供や適正な医薬品供給等を確保するとともに、医師をはじめとする多職種と連携を図る。すなわち、「服薬状況の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導」、「同一薬局の利用推進」、「24時間対応・在宅対応」、「医療機関等との連携」、「重複投薬、ポリファーマシー等への対応」に向けた取り組みをさらに推進することが必要である。

また、「2020年9月までに後発医薬品使用割合80%の実現」という目標達成には、薬剤師・薬局による後発医薬品のさらなる普及促進への取り組みと安定供給等の環境整備も肝要である。

こうした状況を踏まえ、以下の事項を基本とする取り組みを進めていくことを求める。

1. かかりつけ薬剤師・薬局機能の充実と拡大
2. 対人業務の評価の充実
3. 医療・介護連携、在宅薬剤管理指導業務の推進
4. 医薬品の適正使用、医療安全確保に向けた病診薬連携等の推進
5. 地域医療に貢献する薬局への評価
6. 後発医薬品・バイオ後続品のさらなる普及促進

II 具体的検討事項

1. かかりつけ薬剤師・薬局による取り組みに対する評価
 - ・服薬状況の一元的・継続的な把握のさらなる推進
 - ・かかりつけ医や医療機関等との情報共有の推進など、さらなる多職種連携の強化
2. 薬歴等を踏まえた医薬品適正使用のための薬学的知見に基づく管理・指導の評価
 - ・重複投薬や残薬の改善、ポリファーマシー対応、分割調剤の応需体制の充実
 - ・薬剤耐性(AMR)対策や医薬品の効率的かつ安全で有効な使用促進
 - ・服薬モニタリング、調剤後の継続的な服薬支援の充実
 - ・お薬手帳のさらなる推進と有効活用に向けた取り組み、同一薬局の利用推進
 - ・薬物療法における医療安全の確保に資する薬学的関与の充実 等
3. 医療・介護連携、在宅医療における薬学的管理・指導の評価
4. 医療安全確保に向けた病診薬連携等の推進に係る評価

5. 地域医療に貢献する薬局への更なる機能の充実と強化、それに伴う評価
6. 後発医薬品・バイオ後続品の普及促進に向けた更なる環境整備および評価
7. その他必要事項

＜病院・診療所における薬剤師業務関係＞

I 基本的考え方

入院・外来の医療機能の分化・強化、在宅医療・介護との連携を含めた地域包括ケアシステムの構築など、超高齢社会に対応した医療提供体制の構築を進めてきた。加えて、医師の働き方改革の推進により、医療従事者へのタスクシフト・タスクシェアの推進が急務とされており、病院・診療所における薬剤師に求められる役割は大きくなっている。

しかし、病院における薬剤師の人員不足はそれらの推進の大きな妨げとなっており、特に中小規模病院における薬剤師不足は深刻な問題である。

また、薬剤管理指導及び病棟薬剤業務のさらなる充実や、それに伴う他の医療機関及び保険薬局等との情報共有を充実することが、医療安全の確保と薬物療法の質の向上に繋がり、医師の働き方改革に対応するための体制確保ができると考え、以下に示す事項を基本方針として、その実現に向けた環境の整備を求める。

1. 病棟における薬剤師業務の更なる充実
2. チーム医療・地域医療における薬剤師業務の推進
3. 働き方改革の推進
4. 医療安全の向上及び薬物療法の最適化に向けた取り組みの推進
5. 後発医薬品・バイオ後続品の更なる普及促進

II 具体的検討事項

1. 現在評価対象となっていない病棟における薬剤師業務の評価
2. 他医療機関や保険薬局等との薬物療法に関する詳細な情報共有の評価
3. 施設基準として2人以上の常勤薬剤師の配置が求められる診療報酬項目の要件緩和
4. ポリファーマシーへの対応推進に関する評価
5. 後発医薬品・バイオ後続品の更なる普及推進に向けた評価

中医協公聴会の開催について（案）

1 目 的

令和２年度診療報酬改定に当たり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の声を聴く機会を設定することを目的として公聴会を開催することとする。

2 会議名

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）

3 開催日時

令和２年１月２４日（金） １０時３０分～１２時３０分

4 開催場所

富士市産業交流展示場 ふじさんめッセ 展示場３（１階）
（静岡県富士市柳島１８９－８）

5 出席者

- ・中医協委員（総会委員）、保険局長、審議官
- ・公募による意見発表希望者の中から公益委員が選定した意見発表者（１０名程度）

6 議 事

- ・開会
- ・会長挨拶
- ・開催趣旨等説明
- ・令和２年度診療報酬改定に係る検討状況について（資料説明）
- ・意見発表者による意見発表
- ・会長総括・閉会

7 意見発表者の募集及び傍聴者

- ・厚生労働省ホームページ等により開催を告知し、意見発表者の募集及び傍聴の案内をする。
- ・傍聴は、当日先着順とする。（５００名程度収容可能）

8 その他

- ・会議は公開とし、報道機関等による撮影は、意見発表者による意見発表開始前まで可とする。

Press Release

令和元年 12 月 19 日
保険局医療課医療指導監査室
(担当・内線) 室長補佐 早 坂(3 2 8 6)
室長補佐 遠 藤(3 2 8 6)
(代 表 電 話) 0 3 (5 2 5 3) 1 1 1 1
(直 通 電 話) 0 3 (3 5 9 5) 2 5 7 8

報道関係者 各位

平成30年度における保険医療機関等の 指導・監査等の実施状況について(概況)

1 指導・監査等の実施件数

個別指導	4, 7 2 4 件	(対前年度比 1 0 7 件増)
新規個別指導	5, 9 6 2 件	(対前年度比 1 8 3 件減)
適時調査	3, 6 3 6 件	(対前年度比 7 件減)
監査	5 2 件	(対前年度比 1 4 件減)

2 取消等の状況

保険医療機関等	2 4 件	(対前年度比 4 件減)
(内訳) 指定取消	: 1 4 件	(対前年度比 1 件増)
指定取消相当	: 1 0 件	(対前年度比 5 件減)
保険医等	1 9 人	(対前年度比 1 人増)
(内訳) 登録取消	: 1 9 人	(対前年度比 2 人増)
登録取消相当	: 0 人	(対前年度比 1 人減)

※うち 1 人は、2 保険医療機関等で登録取消となっている。

特徴等

- ・ 保険医療機関等の指定取消処分(指定取消相当を含む。)の原因(不正内容)を見ると、不正請求(架空請求、付増請求、振替請求、二重請求)がそのほとんどを占めている。
- ・ 指定取消処分(指定取消相当を含む。)に係る端緒としては、保険者、医療機関従事者等、医療費通知に基づく被保険者等からの通報が 1 7 件と取消(指定取消相当を含む。)件数の多数を占めている。

3 返還金額

保険医療機関等から返還を求めた額は、約 8 7 億 4 千万円(対前年度比約 1 5 億 4 千万円増)
(内訳)

- ・ 指導による返還分 : 約 3 2 億 8 千万円(対前年度比 約 1 億 5 千万円増)
- ・ 適時調査による返還分 : 約 4 9 億 3 千万円(対前年度比 約 1 2 億 6 千万円増)
- ・ 監査による返還分 : 約 5 億 3 千万円(対前年度比 約 1 億 3 千万円増)

<保険診療における指導・監査 HP>

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/shidou_kansa.html

平成 30 年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況

1. 指導の実施状況

(1) 個別指導

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	1, 6 5 3 件	1, 3 3 2 件	1, 7 3 9 件	4, 7 2 4 件
保 険 医 等	9, 2 1 0 人	2, 9 9 3 人	2, 6 5 7 人	1 4, 8 6 0 人

(2) 新規個別指導

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	2, 3 5 5 件	1, 5 3 3 件	2, 0 7 4 件	5, 9 6 2 人
保 険 医 等	3, 6 4 0 人	1, 8 5 3 人	3, 1 3 8 人	8, 6 3 1 人

(3) 集団的個別指導

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	4, 5 0 5 件	4, 7 0 5 件	4, 0 5 6 件	1 3, 2 6 6 件

2. 適時調査の実施状況

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	3, 6 2 3 件	1 1 件	2 件	3, 6 3 6 件

3. 監査の実施状況

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	1 6 件	2 8 件	8 件	5 2 件
保 険 医 等	3 6 人	4 8 人	1 8 人	1 0 2 人

4. 保険医療機関等の指定取消等及び保険医等の登録取消等の状況

区 分		医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	指 定 取 消	6件	7件	1件	14件
	指定取消相当	3件	5件	2件	10件
	計	9件	12件	3件	24件
保 險 医 等	登 録 取 消	5人	12人	2人	19人
	登録取消相当	0人	0人	0人	0人
	計	5人	12人	2人	19人

5. 保険医療機関等の指定取消等に係る端緒

- (1) 保険者等からの情報提供 1 7 件（保険者、医療機関従事者等、医療費通知に基づく被保険者等）
- (2) その他 7 件

6. 返還金額の状況

返還金額は、8 7 億 3 8 4 0 万円であった。

- ・ 指導による返還分 3 2 億 7 8 6 9 万円
- ・ 適時調査による返還分 4 9 億 3 2 7 2 万円
- ・ 監査による返還分 5 億 2 6 9 9 万円

7. 指導・監査等の実施状況等の年度推移

区分	保 険 医 療 機 関 等 （単位:件）					保 険 医 等 （単位:人）						
	年度	26	27	28	29	30	年度	26	27	28	29	30
個別指導	医科	1,604	1,566	1,601	1,628	1,653	医師	7,797	4,287	4,986	6,611	9,210
	歯科	1,365	1,331	1,324	1,314	1,332	歯科医師	2,196	1,845	1,979	1,803	2,993
	薬局	1,497	1,506	1,598	1,675	1,739	薬剤師	2,073	2,143	2,326	2,440	2,657
	計	4,466	4,403	4,523	4,617	4,724	計	12,066	8,275	9,291	10,854	14,860
新規個別指導	医科	2,097	2,170	2,154	2,231	2,355	医師	2,355	2,666	2,918	3,042	3,640
	歯科	1,623	1,709	1,599	1,558	1,533	歯科医師	1,916	1,847	1,613	1,975	1,853
	薬局	2,798	2,616	2,420	2,356	2,074	薬剤師	3,538	3,430	2,880	3,323	3,138
	計	6,518	6,495	6,173	6,145	5,962	計	7,809	7,943	7,411	8,340	8,631
集個別指導	医科	4,170	4,305	4,630	4,426	4,505						
	歯科	5,058	5,002	4,920	4,971	4,705						
	薬局	3,851	3,928	4,130	3,827	4,056						
	計	13,079	13,235	13,680	13,224	13,266						
適時調査	医科	2,346	2,561	3,356	3,632	3,623						
	歯科	0	0	7	10	11						
	薬局	1	1	0	1	2						
	計	2,347	2,562	3,363	3,643	3,636						
監査	医科	35	37	28	25	16	医師	112	78	103	68	36
	歯科	45	45	39	33	28	歯科医師	148	81	120	59	48
	薬局	7	8	7	8	8	薬剤師	32	22	40	40	18
	計	87	90	74	66	52	計	292	181	263	167	102
取消 （取消相当含む）	医科	15	10	8	8	9	医師	8	7	6	5	5
	歯科	19	26	18	19	12	歯科医師	14	18	14	13	12
	薬局	7	1	1	1	3	薬剤師	8	1	1	0	3
	計	41	37	27	28	24	計	30	26	21	18	20

年度	取消保険医療機関等数 (単位:件)				
	26	27	28	29	30
取消の端緒					
保険者等からの情報提供	25	20	18	21	17
その他	16	17	9	7	7
合計	41	37	27	28	24

年度	返 還 金 額 (単位:万円)				対前年度比増▲減
	指導によるもの	適時調査によるもの	監査によるもの	合 計	
26	413,453	651,527	267,397	1,332,377	—
27	451,089	763,351	29,297	1,243,737	▲88,640
28	408,898	435,931	44,705	889,535	▲354,202
29	312,641	367,539	39,709	719,888	▲169,647
30	327,869	493,272	52,699	873,840	153,952

8. 保険医療機関等の指導・監査等の実施状況（都道府県別）

（単位：件）

都道府県	個 別 指 導				新 規 個 別 指 導				集 団 的 個 別 指 導				適 時 調 査				監 査			
	医科	歯科	薬局	合計	医科	歯科	薬局	合計	医科	歯科	薬局	合計	医科	歯科	薬局	合計	医科	歯科	薬局	合計
01 北海道	66	35	38	139	64	45	33	142	262	226	184	672	275	0	0	275	0	0	0	0
02 青 森	25	23	24	72	13	10	21	44	35	37	47	119	59	0	0	59	0	0	0	0
03 岩 手	13	17	22	52	10	12	20	42	43	43	43	129	53	0	0	53	0	2	2	4
04 宮 城	36	44	48	128	34	28	46	108	69	70	91	230	80	0	0	80	0	0	0	0
05 秋 田	20	19	21	60	11	3	10	24	17	38	41	96	41	4	0	45	0	1	0	1
06 山 形	23	20	24	67	11	8	15	34	34	27	43	104	45	0	0	45	1	1	0	2
07 福 島	30	38	38	106	20	16	22	58	55	73	67	195	73	0	0	73	0	1	2	3
08 茨 城	44	29	48	121	34	26	46	106	54	94	91	239	63	0	0	63	0	0	1	1
09 栃 木	35	37	31	103	24	23	30	77	54	61	63	178	55	0	0	55	0	0	0	0
10 群 馬	41	29	33	103	22	19	34	75	43	59	33	135	67	0	0	67	0	0	0	0
11 埼 玉	81	75	76	232	114	96	122	332	161	194	209	564	87	0	0	87	1	2	0	3
12 千 葉	67	50	74	191	63	87	112	262	116	209	179	504	101	1	0	102	0	1	0	1
13 東 京	116	101	122	339	656	310	301	1,267	499	714	274	1,487	169	2	0	171	2	3	0	5
14 神奈川	68	30	144	242	212	112	198	522	303	355	265	923	89	0	0	89	1	4	0	5
15 新 潟	46	19	41	106	21	17	31	69	37	96	84	217	67	0	0	67	0	1	0	1
16 山 梨	10	16	16	42	11	4	15	30	26	34	33	93	31	0	1	32	0	0	0	0
17 長 野	47	31	31	109	32	18	27	77	54	51	55	160	67	0	0	67	0	1	0	1
18 富 山	21	18	14	53	13	10	15	38	22	31	32	85	58	0	0	58	0	0	0	0
19 石 川	15	15	17	47	18	11	21	50	34	28	37	99	68	0	0	68	1	0	0	1
20 岐 阜	37	20	37	94	26	20	25	71	65	36	72	173	54	0	0	54	0	0	0	0
21 静 岡	38	57	53	148	53	36	58	147	123	101	129	353	61	0	0	61	0	0	0	0
22 愛 知	57	74	104	235	129	86	135	350	253	212	242	707	87	0	1	88	1	0	0	1
23 三 重	15	23	28	66	31	14	26	71	46	44	60	150	65	0	0	65	2	0	0	2
24 福 井	15	10	11	36	6	7	5	18	17	22	22	61	41	0	0	41	0	0	0	0
25 滋 賀	27	21	22	70	18	9	22	49	37	41	41	119	36	0	0	36	0	0	0	0
26 京 都	10	20	38	68	39	31	62	132	141	106	63	310	80	0	0	80	0	1	0	1
27 大 阪	48	43	61	152	213	144	158	515	513	436	305	1,254	175	0	0	175	4	4	2	10
28 兵 庫	37	27	26	90	109	55	109	273	262	238	192	692	118	0	0	118	1	2	1	4
29 奈 良	30	11	19	60	26	14	24	64	49	28	37	114	45	0	0	45	0	0	0	0
30 和歌山	24	11	18	53	15	10	15	40	39	22	34	95	49	0	0	49	0	0	0	0
31 鳥 取	13	11	10	34	13	8	15	36	17	17	19	53	43	0	0	43	0	0	0	0
32 島 根	14	11	11	36	7	6	18	31	26	22	25	73	49	0	0	49	0	0	0	0
33 岡 山	42	9	30	81	24	12	20	56	73	78	59	210	76	0	0	76	0	0	0	0
34 広 島	33	21	56	110	43	31	31	105	128	123	117	368	88	0	0	88	0	0	0	0
35 山 口	30	27	29	86	19	5	19	43	39	54	51	144	73	0	0	73	0	0	0	0
36 徳 島	22	14	15	51	9	9	12	30	39	30	31	100	56	0	0	56	0	1	0	1
37 香 川	20	13	21	54	5	7	10	22	31	21	41	93	45	0	0	45	0	0	0	0
38 愛 媛	31	30	23	84	16	4	17	37	57	54	47	158	71	4	0	75	0	1	0	1
39 高 知	14	15	12	41	3	1	7	11	33	28	30	91	64	0	0	64	0	0	0	0
40 福 岡	53	52	73	178	77	71	55	203	260	244	216	720	130	0	0	130	0	0	0	0
41 佐 賀	25	16	20	61	8	11	4	23	24	28	40	92	77	0	0	77	0	0	0	0
42 長 崎	46	23	29	98	18	14	11	43	62	51	54	167	78	0	0	78	1	1	0	2
43 熊 本	39	32	32	103	18	17	25	60	65	63	64	192	97	0	0	97	0	0	0	0
44 大 分	33	22	22	77	9	10	17	36	42	41	42	125	80	0	0	80	0	0	0	0
45 宮 崎	25	14	22	61	13	15	16	44	41	23	46	110	78	0	0	78	1	0	0	1
46 鹿児島	37	34	34	105	10	22	25	57	68	67	67	202	86	0	0	86	0	0	0	0
47 沖 縄	34	25	21	80	15	9	14	38	37	35	39	111	73	0	0	73	0	1	0	1
合 計	1,653	1,332	1,739	4,724	2,355	1,533	2,074	5,962	4,505	4,705	4,056	13,266	3,623	11	2	3,636	16	28	8	52

9. 保険医療機関等取消等状況

都道府県名		保 険 医 療 機 関 等					保 険 医 等	
		名 称	区分	指定取消年月日 () は取消相当	返還額	主な事故内容	氏 名	登録取消年月日 () は取消相当
1	岩 手	くまがい歯科医院 (H30. 4. 17廃止)	歯	(H30. 7. 10)	8,790千円	架空請求、付増請求、 振替請求、その他の請求	熊谷 浩	H30. 7. 10
2	東 京	医療法人社団朝日会 えびす皮フ泌尿器科	医	H30. 5. 25	1,674千円	付増請求、振替請求、 その他の請求	原口 忠	H30. 5. 25
3	東 京	立川セントラルクリニック (H28. 7. 31廃止)	医	(H30. 6. 26)	精査中	付増請求	飯島 淳	H30. 6. 26
4	東 京	鈴木歯科医院	歯	H30. 7. 20	精査中	付増請求、振替請求、 二重請求	鈴木 太加至	H30. 7. 20
5	東 京	田辺歯科医院	歯	H30. 5. 25	精査中	付増請求、二重請求、 その他の請求	田邊 一郎	H30. 5. 25
6	東 京	医療法人社団修志会 おさむ歯科医院	歯	H30. 6. 22	精査中	架空請求、付増請求、 振替請求、二重請求	川崎 修	H30. 6. 22
7	東 京	岩崎歯科医院 (H29. 8. 7廃止)	歯	(H31. 3. 29)	精査中	付増請求、架空請求、 振替請求、二重請求、 その他の請求	岩崎 俊一	H31. 3. 29
8	東 京	佳代歯科医院 (H29. 3. 31廃止)	歯	(H30. 9. 4)	精査中	付増請求、振替請求、 二重請求	中嶋 佳代	H30. 9. 4
9	岐 阜	あんじゅの杜診療所 (H24. 9. 12廃止)	医	(H30. 10. 11)	精査中	架空請求、付増請求、 その他の請求		
10	大 阪	とうしんクリニック	医	H30. 10. 19 【執行停止中】	精査中	付増請求、振替請求	藤新 重治	H30. 10. 19 【執行停止中】
11	大 阪	いのうえ歯科	歯	H30. 4. 12	6,618千円	付増請求、振替請求、 二重請求、その他の請求	井上 博正	H30. 4. 12
12	大 阪	マツタニ歯科クリニック	歯	H30. 9. 14	精査中	架空請求	松谷 哲郎	H30. 9. 14
13	大 阪	のぞみ薬局 (H27. 6. 30廃止)	薬	(H31. 3. 11)	精査中	架空請求、付増請求	原田 実	H31. 3. 11
14	大 阪	のぞみ薬局 (H28. 5. 27廃止)	薬	(H31. 3. 11)	精査中	付増請求	原田 実	H31. 3. 11
15	兵 庫	福本認知脳神経内科 (H28. 2. 7廃止)	医	(H30. 7. 19)	134千円	付増請求、振替請求		
16	奈 良	医療法人岡本クリニック	医	H30. 9. 14 【執行停止中】	9,087千円	架空請求、付増請求	岡本好史	H30. 9. 14 【執行停止中】
17	広 島	土井クリニック戸坂	医	H30. 10. 24	4,995千円	その他の請求		
18	広 島	ロイヤル歯科クリニック・ロイヤル矯正歯科 (H30. 3. 31廃止)	歯	(H30. 4. 26)	6,976千円	架空請求、付増請求、 振替請求、その他の請求	山村 辰二 八木 仁子	H30. 4. 26
19	広 島	あじさい薬局	薬	H30. 10. 24	2,146千円	その他の請求	藤田 守啓	H30. 10. 24
20	香 川	医療法人社団青冥会 ミタニ藤田病院	医	H31. 1. 1	精査中	その他の請求		
21	香 川	三木歯科医院	歯	H31. 3. 5	精査中	架空請求、付増請求、 二重請求、その他の請求	三木 知	H31. 3. 5
22	高 知	ソフィアデンタルクリニック (H30. 4. 30廃止)	歯	(H30. 7. 2)	3,809千円	振替請求、その他の請求		
23	福 岡	トパーズ歯科クリニック	歯	H30. 10. 18 【執行停止中】	精査中	付増請求、その他の請求	吉武 紳一	H30. 10. 18 【執行停止中】
24	長 崎	医療法人中央橋眼科	医	H30. 9. 7	3,414千円	振替請求	上野 泰志	H30. 9. 7
○保険医療機関等		指定取消	指定取消相当		○保険医等		登録取消	登録取消相当
医 科		6件	3件		医 師		5人	0人
歯 科		7件	5件		歯科医師		12人	0人
薬 局		1件	2件		薬 剤 師		2人	0人
計		14件	10件		計		19人	0人

※ 返還額は、令和元年10月末現在のものである。

10. 保険医療機関等の取消等に係る主な事例

【医科】

保険医療機関等名	(広島県) 土井クリニック戸坂	【平成 30 年 10 月 24 日指定取消】
不正の区分	その他の請求	(返還金額 4,995 千円)
不正の内容等	1. 監査に至った経緯 中国四国厚生局に対し、不正請求の情報提供があり、個別指導を実施したところ、医師が診察をせずに当該医療機関の事務員が処方せんを発行している等、不正な診療報酬の請求が強く疑われたことから、監査を実施した。 2. 監査結果 ・診察をせず、無資格者が院外処方せんを発行したものについて、保険診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。 3. 処分等 平成 30 年 10 月 24 日 保険医療機関の指定取消	

【歯科】

保険医療機関等名	(岩手県) くまがい歯科医院	【平成 30 年 4 月 17 日廃止】
不正の区分	架空請求、付増請求、振替請求、その他の請求	(返還金額 8,790 千円)
不正の内容等	1. 監査に至った経緯 個別指導を実施したところ、投薬量が多いと思われる事例が認められ、また、残存歯全てに毎月スケーリング・ルートプレーニングや繰り返しレジン充填を行っている事例について、これら診療の必要性に対する明確な回答が得られなかった等、診療内容及び診療報酬請求に関して不正請求及び不当請求が強く疑われたことから、監査を実施した。 2. 監査結果 ・実際には行っていない保険診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った保険診療に行っていない保険診療を付け増して、診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った保険診療を保険点数の高い別の診療に振り替えて、診療報酬を不正に請求していた。 ・自費診療である歯科矯正にかかる診療について、保険診療を行ったものとして、診療報酬を不正に請求していた。 3. 処分等 平成 30 年 7 月 10 日 元保険医療機関の指定取消相当、保険医の登録取消 ※ 当該保険医療機関は平成 30 年 4 月 17 日付で廃止をしていることから、指定の取消相当の取扱いとしている。	

【薬局】

保険医療機関等名	(広島県) あじさい薬局	【平成 30 年 10 月 24 日指定取消】
不正の区分	その他の請求	(返還金額 2,146 千円)
不正の内容等	1. 監査に至った経緯 中国四国厚生局に対し、不正請求の情報提供があり、個別指導を実施したところ、開設・管理者自らが服用する薬剤について、保険医療機関の事務員に医師の診察を受けることなく処方せんを発行させ調剤している等、不正な調剤報酬の請求が強く疑われたことから、監査を実施した。 2. 監査結果 ・医師の診察を受けることなく無資格者に作成させた不正な処方せんに基づき調剤したものを保険調剤とし、調剤報酬を不正に請求していた。 3. 処分等 平成 30 年 10 月 24 日 保険薬局の指定取消、保険薬剤師の登録取消	

(用 語 解 説)

I 全般的事項

1 保険医療機関等

保険医療機関及び保険薬局の総称。医療機関または薬局からの申請に基づき、地方厚生(支)局長が指定する。医療機関または薬局は、保険医療機関等として指定を受けることにより、いわゆる保険診療（保険調剤を含む。以下同じ。）を提供できることとなる。

2 保険医等

保険医及び保険薬剤師の総称。医師、歯科医師または薬剤師からの申請に基づき、地方厚生(支)局長が登録する。医師、歯科医師または薬剤師は、保険医等として登録を受けることにより、いわゆる保険診療に従事できることとなる。

3 不正請求

診療報酬（調剤報酬を含む。以下同じ。）の請求のうち、詐欺や不法行為に当たるもの。架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求に区分される。

① 架空請求

実際に診療（調剤を含む。以下同じ。）を行っていない者につき診療をしたごとく請求すること。診療が継続している者であっても当該診療月に診療行為がないにもかかわらず請求を行った場合、当該診療月分については架空請求となる。

② 付増請求

診療行為の回数（日数）、数量、内容等を実際に行ったものより多く請求すること。

③ 振替請求

実際に行った診療内容を保険点数の高い他の診療内容に振り替えて請求すること。

④ 二重請求

自費診療を行って患者から費用を受領しているにもかかわらず、保険でも診療報酬を請求すること。

⑤ その他の請求

- a 医師数、看護師数等が医療法の標準数を満たしていないにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合
- b 入院患者数の平均が基準以上であるにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合
- c 施設基準の要件を満たしていないにもかかわらず、虚偽の届出を行った場合
- d 保険診療と認められないものを請求した場合（患者の依頼のない往診、健康診断、無診察投薬、自己診療等）等。

4 不当請求

診療報酬の請求のうち、算定要件を満たしていない等、その妥当性を欠くもの。

例：「指導の要点」を診療録（カルテ）に記載することを条件に算定が認められている診療報酬について、カルテに指導の要点を記載していない。

5 返還金額

個別指導、新規個別指導、適時調査または監査の結果、不正または不当な請求が確認された場合に、同様の請求の有無について保険医療機関等において全患者等を自主点検のうえ、返還金関係書類として地方厚生(支)局に提出した金額。

本資料における返還金額は、指導に関するものであれば、平成30年度及び平成29年度以前に個別指導または新規個別指導を行ったもののうち、保険医療機関等が実施した自己点検結果について、平成30年度中に地方厚生（支）局において返還金関係書類を保険者に通知したもの。

Ⅱ 指導関係

1 指導

保険医療機関等、保険医等に対して、保険診療・保険調剤の質的向上及び適正化を図ることを目的として、療養担当規則等に定められている診療方針、診療報酬・調剤報酬の請求方法、保険医療の事務取扱等について周知徹底する。（健康保険法第73条等）

実施対象や方法等により集団指導、集団的個別指導、個別指導に分類される。

2 個別指導

指導の一類型であり、地方厚生(支)局及び都道府県が指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて又は当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。なお、個別指導にはこのほか、厚生労働省が主体となって実施する（特定）共同指導がある。

なお、指導完了後、その内容に応じ、必要な措置（概ね妥当・経過観察・再指導・要監査）が採られる。

3 新規個別指導

個別指導のうち、新たに指定された保険医療機関等を対象として行われるもの。

4 集団的個別指導

指導の一類型であり、地方厚生(支)局及び都道府県が共同で指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。

Ⅲ 適時調査関係

1 施設基準

一定の人員要件や設備要件を充足している場合に、地方厚生(支)局長へ所定の届出を行うことにより、診療報酬の算定において通常よりも高い点数が算定可能となるもの。具体的には、看護師の配置を手厚くすることにより算定が認められる入院基本料等、約500種類の施設基準がある。

2 適時調査

施設基準を届け出ている保険医療機関等について、地方厚生(支)局が当該保険医療機関等に直接赴いて、届け出られている施設基準の充足状況を確認するために行う調査。

Ⅳ 監査関係

1 監査

保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握するために行う（健康保険法第78条等）

なお、監査完了後、確認された事実に応じ、必要な措置（取消処分・戒告・注意）が採られる。

本資料における監査件数（人数）は、平成30年度中に1回以上、監査を実施した保険医療機関等（保険医等）の件数（人数）を計上している。

2 取消

監査後に採られる行政上の措置の一つ。保険医療機関等の指定取消処分及び保険医等の登録取消処分のことであり、次のいずれかに該当する場合に取消処分の対象となる。

- ① 故意に不正又は不当な診療を行った場合
- ② 故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行った場合
- ③ 重大な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行った場合
- ④ 重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行った場合

取消処分を受けると、その旨が公表されるほか、原則として5年間、保険医療機関等の再指定及び保険医等の再登録を受けることができないこととなる。

3 取消相当

本来、取消処分（保険医療機関等の指定取消、保険医等の登録取消）を行うべき事案について、保険医療機関等が既に廃止され、又は保険医等が既にその登録を抹消している等のため、これら行政処分を行えない場合に行われる取扱いであり、取消処分の場合と同様、取消相当である旨が公表されるほか、原則として5年間、再指定(再登録)を受けることができないこととなる。

（参考）厚生労働省ホームページ：保険診療における指導・監査

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryouhoken/shidou_kansa.html