

中央社会保険医療協議会 総会（第 441 回） 議事次第

令和元年 12 月 13 日（金） 薬価専門部会終了後～
於 ホテルグランドアーク半蔵門（4 階）

議 題

- 医療機器及び臨床検査の保険適用について
- 個別事項（その 13）について
- 先進医療会議からの報告について
- 選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果への対応について（その 2）
- 入院医療（その 5）について
- 歯科医療（その 2）について

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時:令和元年12月13日(金) 薬価専門部会終了後
会場:ホテルグランドアーク半蔵門 富士の間(4階)

速記

中医協関係者

秋山	中村	関	荒井	松原	田辺会長	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官	
松本									吉森
今村									幸野
城守									佐保
猪口									間宮
島									宮近
林									松浦
有澤									
					保険医療材料 等専門組織 小澤委員長	岩田	田村	吉川	

中医協関係者

医療指導 監査室長	歯科医療 管理官	保険医療 企画調査 室長	医療技術 評価推進 室長	医療課長	薬剤管理 官	総務課長	医療介護 連携政策 課長	調査課長	調査課 数理企画 官	医政局 経済課長	医療機器 政策室長	医政局 経済課 長	医政局 地域医療 計画課長	がん・疾 病対策課 長
--------------	-------------	--------------------	--------------------	------	-----------	------	--------------------	------	------------------	-------------	--------------	-----------------	---------------------	-------------------

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

医療機器の保険適用について（令和２年４月収載予定）

区分Ｃ２（新機能・新技術）

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均 価格との比	頁数
①	FreeStyle リブレ	アボットジャパン株式会社	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。		なし	なし	2
②	FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル	中外製薬株式会社	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。		なし	なし	5

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 FreeStyle リブレ
 保険適用希望企業 アボットジャパン株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
FreeStyle リブレ	C2（新技術）	本品は、皮下に挿入したセンサーが間質液中のグルコース濃度を連続的に測定し、Readerでスキャンすることで、連続測定した間質液中グルコース濃度変動パターンを表示する。本品から得られた間質液中グルコース濃度に関する情報を連続的に測定し、低血糖又は高血糖の検出を補助する。また、必要に応じて血糖自己測定器を併用しながら、糖尿病の日常の自己管理に用いる。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
FreeStyle リブレ	特定保険医療材料としては設定せず、新規技術料にて評価する。		

○ 準用技術料

診療報酬改定に伴い新規技術料で評価

○ 留意事項案

- (1) 強化インスリン療法施行中の者または強化インスリン療法施行後に混合型インスリン製剤を1日2回以上使用している者に対してフラッシュグルコースモニタリングシステムを使用する場合に3月に3回限り算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に本品を使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
- (2) (1)の場合には、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) (1)の場合には、フラッシュグルコース測定以外の血糖自己測定については所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (4)(1) 以外の場合には、フラッシュグルコースモニタリングシステムを使用する場合であっても、フラッシュグルコース測定以外の血糖自己測定をした回数を基準に算定する。

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分
FreeStyle リブレ	特定保険医療材料ではなく新規技術料を希望する。	

準用希望技術料

C150 血糖自己測定器加算

1 月 20 回以上測定する場合	350 点
6 月 120 回以上測定する場合	1,490 点
	合計 1,840 点

○ 諸外国におけるリストプライス

販売名	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラリア	外国平均価格
FreeStyle リブレ (センサー)	公開されている小売価格なし	57.95 ポンド (8461 円)	59.90 ユーロ (7667 円)	59.90 ユーロ (7667 円)	95 豪ドル (7474 円)	7817 円
FreeStyle リブレ (リーダー)		57.95 ポンド (8461 円)	59.90 ユーロ (7667 円)	59.90 ユーロ (7667 円)	95 豪ドル (7676 円)	7868 円

1 米ドル = 111 円 1 ポンド = 146 円
 1 ユーロ = 128 円 1 豪ドル = 80.8 円
 (平成 30 年 6 月～平成 31 年 5 月の日銀による為替レートの前平均)

製品概要

1 販売名	Free Style リブレ																																					
2 希望業者	アボットジャパン株式会社																																					
3 使用目的	本品は、皮下に挿入したセンサーが間質液中のグルコース濃度を連続的に測定し、Readerでスキャンすることで、連続測定した間質液中グルコース濃度変動パターンを表示する。本品から得られた間質液中グルコース濃度に関する情報を連続的に測定し、低血糖又は高血糖の検出を補助する。また、必要に応じて血糖自己測定器を併用しながら、糖尿病の日常の自己管理に用いる。																																					
4 構造・原理	製品特徴 - センサーを上腕の後ろ側に装着すると、皮下間質液中のグルコース値を連続的に測定し、記録する。センサーは最長14日間継続的に測定することができる。 - リーダーでセンサーをスキャンすることで、スキャンした時点の測定値を表示することができ、また、連続グルコース値のグラフを表示することができる。リーダーは最長90日間の履歴を保存できる。  センサー  リーダー 臨床上的有用性 - 海外で行われた臨床試験において、本品をインスリンを使用している糖尿病患者に使用することでHbA1cの改善が見られた。 <table><tr><th></th><th></th><th>患者数</th><th>実施国</th><th>HbA1cの改善量</th></tr><tr><td>1型</td><td>前向きコホート</td><td>120</td><td>スウェーデン</td><td>-1.3%</td></tr><tr><td>2型</td><td>無作為化比較試験</td><td>101</td><td>イスラエル</td><td>-0.82%</td></tr><tr><td></td><td>観察研究</td><td>363</td><td>ドイツ・フランス・オーストリア</td><td>-0.9%</td></tr></table> - また、1型および2型糖尿病患者に対し本品を使用することで低血糖発現件数が統計的に有意に減少することが示された。 <table><tr><th></th><th></th><th>1日あたり低血糖(<70mg/dl)発生回数の変化 (ベースラインから6ヶ月後の変化)</th><th>p値</th></tr><tr><td rowspan="2">IMPACT試験 (1型糖尿病)</td><td>本品群</td><td>-0.49回</td><td rowspan="2"><0.0001</td></tr><tr><td>SMBG群</td><td>+0.02回</td></tr><tr><td rowspan="2">REPLACE試験 (2型糖尿病)</td><td>本品群</td><td>-0.26回</td><td rowspan="2">0.02</td></tr><tr><td>SMBG群</td><td>-0.10回</td></tr></table>				患者数	実施国	HbA1cの改善量	1型	前向きコホート	120	スウェーデン	-1.3%	2型	無作為化比較試験	101	イスラエル	-0.82%		観察研究	363	ドイツ・フランス・オーストリア	-0.9%			1日あたり低血糖(<70mg/dl)発生回数の変化 (ベースラインから6ヶ月後の変化)	p値	IMPACT試験 (1型糖尿病)	本品群	-0.49回	<0.0001	SMBG群	+0.02回	REPLACE試験 (2型糖尿病)	本品群	-0.26回	0.02	SMBG群	-0.10回
			患者数	実施国	HbA1cの改善量																																	
	1型	前向きコホート	120	スウェーデン	-1.3%																																	
	2型	無作為化比較試験	101	イスラエル	-0.82%																																	
	観察研究	363	ドイツ・フランス・オーストリア	-0.9%																																		
		1日あたり低血糖(<70mg/dl)発生回数の変化 (ベースラインから6ヶ月後の変化)	p値																																			
IMPACT試験 (1型糖尿病)	本品群	-0.49回	<0.0001																																			
	SMBG群	+0.02回																																				
REPLACE試験 (2型糖尿病)	本品群	-0.26回	0.02																																			
	SMBG群	-0.10回																																				

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル
 保険適用希望企業 中外製薬株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的		
FoundationOne® CDx が んゲノムプロファイル	C2（新技術）	本品は固形がん患者の腫瘍組織検体（細胞診検体を含む）から抽出したゲノムDNA の遺伝子変異情報（データ）を解析するプログラムである。 本品の主たる機能は、包括的なゲノムプロファイルの提供、すなわち、324のがん関連遺伝子の変異等（塩基置換、挿入／欠失、コピー数異常、再編成）の検出結果、マイクロサテライト不安定性の判定結果、及びTumor Mutational Burdenスコアの情報提供にある。 また、本品では、一部の遺伝子変異等の検出結果については、特定の医薬品の適応の判定の補助に用いることができる。		
		遺伝子変異等	がん種	関連する医薬品
		EGFRエクソン19欠失変異及びエクソン21 L858R変異	非小細胞肺癌	アファチニブマレイン酸塩、エルロチニブ塩酸塩、ゲフィチニブ、オシメルチニブメシル酸塩
		EGFRエクソン20 T790M変異		オシメルチニブメシル酸塩
		ALK融合遺伝子		アレクチニブ塩酸塩、クリゾチニブ、セリチニブ
		BRAF V600E及びV600K変異	悪性黒色腫	ダブラフェニブメシル酸塩、トラメチニブ ジメチルスルホキシド付加物、ベムラフェニブ
		ERBB2コピー数異常(HER2 遺伝子増幅陽	乳癌	トラスツズマブ(遺伝子組換え)

		性)		
		KRAS/NRAS野生型	結腸・直腸癌	セツキシマブ(遺伝子組換え) パニツムマブ(遺伝子組換え)
		NTRK融合遺伝子	固形癌	エヌトレクチニブ
		BRCA1/2遺伝子変異	卵巣癌	オラパリブ

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
FoundationOne® CDx が んゲノムプロファイル	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。		

○ 準用技術料

診療報酬改定に伴い新規技術料を設定する。

○ 留意事項案

- (1) 卵巣癌の腫瘍細胞を検体として、シーケンサーシステムを用いて抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として BRCA1/2 遺伝子検査を実施する場合は、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。
- (2) 本検査を卵巣癌患者に対して実施する場合には、化学療法の経験を 5 年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて 6 年以上有する常勤医師が 1 名以上配置されている保険医療機関で実施すること。
- (3) 本検査は、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関で実施すること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を有し、当該届出を行っている保険医療機関において必要なカウンセリングを実施できる体制が整備されている場合は、この限りではない。

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分
FoundationOne® CDx が んゲノムプロファイル	特定保険医療材料ではなく新規技術料を希望する。	

準用希望技術料

BRACAnalysis 診断システムと同額の下記点数を希望

測定項目	準用技術料	
BRCA1 遺伝子	D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査	2,100 点
	D006-4 遺伝学的検査 「3」処理が極めて複雑なもの	8,000 点
BRCA2 遺伝子	D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査	2,100 点
	D006-4 遺伝学的検査 「3」処理が極めて複雑なもの	8,000 点

合計 20,200 点

○ 市場規模予測（ピーク時）

予測年度：5 年度

本医療機器使用患者数：954 人／年

予測販売金額：1.9 億円／年

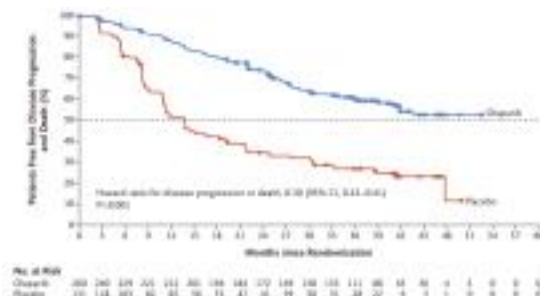
○ 諸外国におけるリストプライス

販売名	アメリカ 合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オースト ラリア	外国平 均価格
FoundationOne ® CDx がんゲ ノムプロファ イル	5800 米ドル (644,000 円)	3600 ポンド (526,000 円)	販売実績なし			—

※プロファイリング検査としてのリストプライス

1 米ドル＝ 111 円 1 ポンド＝146 円
 1 ユーロ＝ 128 円 1 豪ドル＝80.8 円
 （平成 30 年 6 月～令和元年 5 月の日銀による為替レートの平均）

製品概要

1 販売名	FoundationOne CDxがんゲノムプロファイル													
2 希望業者	中外製薬株式会社													
3 使用目的	- 本品は、固形がん患者を対象とした腫瘍組織の包括的なゲノムプロファイリングを取得する。 - 本品は、下表の医薬品の適応判定の補助を目的として、対応する遺伝子変異等を検出する。													
	遺伝子変異など	がん種	関連する医薬品											
	EGFRエクソン19欠失変異 及びエクソン21 L858R変異	非小細胞肺癌	アファチニブマレイン酸塩、エルロチニブ塩酸塩、ゲフィチニブ、オシメルチニブメシル酸塩											
	EGFRエクソン20 T790M変異		オシメルチニブメシル酸塩											
	ALK融合遺伝子		アレクチニブ塩酸塩、クリゾチニブ、セリチニブ											
	BRAF V600E及び V600K変異	悪性黒色腫	ダブラフェニブメシル酸塩、トラメチニブ ジメチルスルホキシド付加物、ベムラフェニブ											
	ERBB2コピー数異常 (HER2遺伝子増幅陽性)	乳癌	トラスツズマブ(遺伝子組換え)											
	KRAS/NRAS野生型	結腸・直腸癌	セツキシマブ(遺伝子組換え) パニツムマブ(遺伝子組換え)											
	NTRK1/2/3融合遺伝子	固形癌	エヌトレクチニブ											
	BRCA1/2遺伝子変異	卵巣癌	オラパリブ											
4 構造・原理	製品特徴 - 本品は固形がん患者の腫瘍組織検体から抽出したゲノムDNAの遺伝子変異情報を解析するプログラムである。 - 本品はBRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌患者に対するオラパリブの適応の判定の補助を目的としてBRCA1/2遺伝子変異を検出する。													
	臨床上的有用性 BRCA1/2遺伝子変異陽性卵巣癌患者を対象とした国際共同第Ⅲ相臨床試験であるSOLO-1試験において、PARP阻害薬であるオラパリブは初回化学療法後の維持療法としてプラセボ群と比較して優位に無増悪生存期間(PFS)を延長させた。													
	 <table><tr><td></td><td>オラパリブ</td><td>プラセボ</td></tr><tr><td>PFS中央値</td><td>未到達</td><td>13.8ヶ月</td></tr><tr><td>ハザード比 (95%信頼区間)</td><td colspan="2">0.30(0.23-0.41)</td></tr><tr><td>P値</td><td colspan="2">P<0.001</td></tr></table> 本品では既存のコンパニオン診断薬であるBRCAAnalysisでは測定できない体細胞性変異を測定することができる。				オラパリブ	プラセボ	PFS中央値	未到達	13.8ヶ月	ハザード比 (95%信頼区間)	0.30(0.23-0.41)		P値	P<0.001
	オラパリブ	プラセボ												
PFS中央値	未到達	13.8ヶ月												
ハザード比 (95%信頼区間)	0.30(0.23-0.41)													
P値	P<0.001													

出典:企業提出資料

出典:企業提出資料

臨床検査の保険適用について（令和 2 年 1 月収載予定）

		測定項目	測定方法	参考点数	頁数
①	E 3 (新項目)	JAK2 遺伝子検査	アレル特異的定量 PCR (AS-qPCR) 法	D006-6 免疫関連遺伝子再構成 2, 504 点	2

体外診断用医薬品に係る保険適用決定区分及び保険点数（案）

販売名 ipsogen JAK2 DX 試薬
 保険適用希望企業 シスメックス株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
ipsogen JAK2 DX 試薬	E 3（新項目）	血球成分より抽出したゲノムDNAのJAK2V617F遺伝子変異割合の測定（真性赤血球増加症、本態性血小板血症及び原発性骨髄線維症の診断補助）

○ 測定項目概要及び保険点数

測定項目	測定方法	保険点数	準用保険点数
JAK2 遺伝子検査	アレル特異的定量PCR (AS-qPCR) 法	2,504点	D006-6 免疫関連遺伝子再構成 2,504点

留意事項案

- （１）本検査は、区分番号「D 0 0 6－6」免疫関連遺伝子再構成の所定点数を準用して算定する。
- （２）本検査は、骨髄液又は末梢血を検体とし、アレル特異的定量PCR法により、真性赤血球増加症、本態性血小板血症及び原発性骨髄線維症の診断補助を目的として、JAK2V617F遺伝子変異割合を測定した場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。
- （３）本検査、区分番号「D 0 0 4－2」悪性腫瘍組織検査「１」の悪性腫瘍遺伝子検査、「D 0 0 6－2」造血器腫瘍遺伝子検査又は「D 0 0 6－6」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

[参考]

○ 企業の希望保険点数

販売名	保険点数	準用保険点数
ipsogen JAK2 DX 試薬	4,200点	D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査 2,100 点の2回分

○ 市場規模予測（ピーク時）

予測年度：3年度

推定適用患者数：10,000 人／年

予測販売金額 2.5 億円／年

保険適用希望のあった新規の検査項目の概要

【区 分】 E3（新項目）

【測定項目】 JAK2遺伝子検査

【測定方法】 アレル特異的定量PCR(AS-qPCR)法

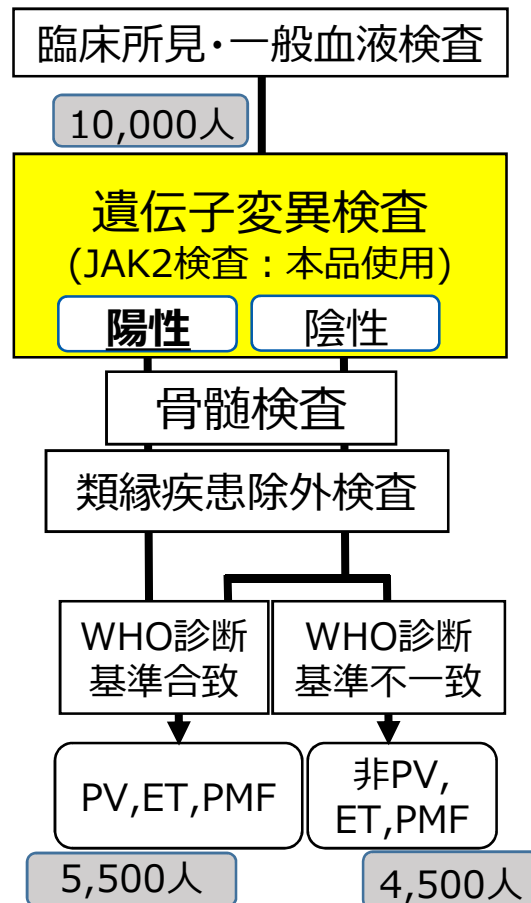
【測定目的】 血球成分より抽出したゲノムDNAのJAK2V617F遺伝子変異割合の測定

（真性赤血球増加症(PV)、本態性血小板血症(ET)、原発性骨髄線維症(PMF)の診断の補助）

【臨床上の位置づけ】

出典：企業提出資料

PV、ET、PMFを疑う場合の
鑑別フローチャート



【臨床性能試験】

○ 有効性解析対象210例について、試験法のNGSに対するJAK2遺伝子有無の判定一致率・感度・特異度を評価したところ、本品及びNGSの測定結果（遺伝子変異割合：allele burden）の判定が一致した症例は210例、一致率1.000であった。また、感度・特異度ともに1.000であった。

		NGSによる判定		合計
		陽性	陰性	
試験法による判定	陽性	108	0	108
	陰性	0	102	102
合計		108	102	210

OPV、ET又はPMFと診断された患者の156例について本品及びNGSの測定結果（遺伝子変異割合：allele burden）を比較したところ、相関係数は0.998であった。

個別事項（その13）

（がん対策③）

個別事項

(その13:がん対策③)

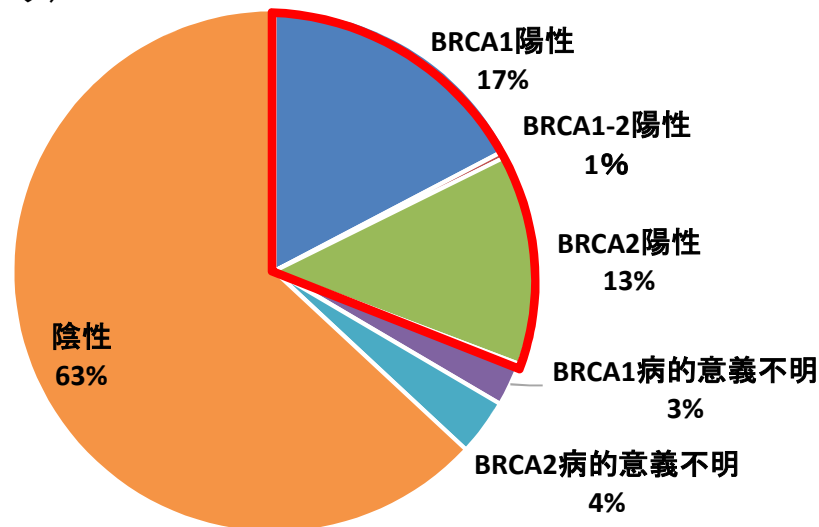
1. がん対策について（その3）

- 遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）

遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)

- 遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC : Hereditary Brest and Ovarian Cancer Syndrome) は、生殖細胞系列のBRCA 1 遺伝子又はBRCA 2 遺伝子の変異により、乳がんや卵巣がんなどの発症リスクが上昇する疾患概念である。
- がんの既往歴にかかわらず、一般的に200～500人に1人がHBOCに該当するといわれており、また、国内の疫学調査から、家族歴のある乳がん患者又は卵巣がん患者の30%はBRCA1/2遺伝子変異を有する事がわかっている。

<家族歴のある乳がん・卵巣がん患者におけるBRCA遺伝子変異の割合>
(日本国内のデータ)



Breast Cancer. 2015 Sep;22(5):462-8.

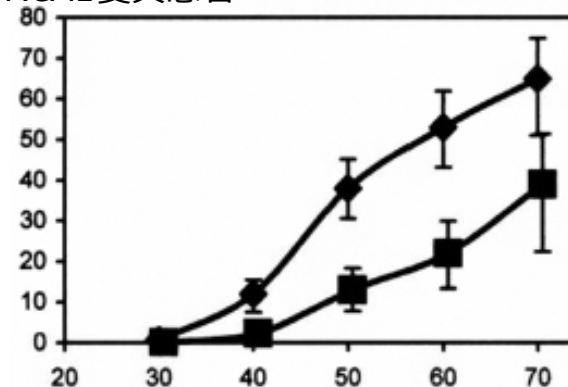
<関連するがんの生涯罹患率の比較>

	日本人一般の生涯罹患率	BRCA1遺伝子病的変異がある患者の生涯発症率	BRCA2遺伝子病的変異がある患者の生涯発症率
乳がん(女性)	9%	46～87%	38～84%
卵巣がん	1%	39～63%	16.5～27%

国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」、GeneReviewsより

<70歳までの乳がん・卵巣がんの発症率(英国のデータ)>

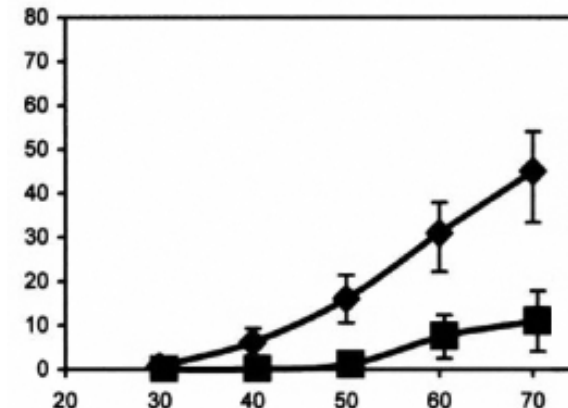
BRCA1変異患者



70歳までのがん発症率
乳がん65%
(95%CI;44-78%)
卵巣がん39%
(95%CI;18-54%)

◆ 乳がん
■ 卵巣がん

BRCA2変異患者



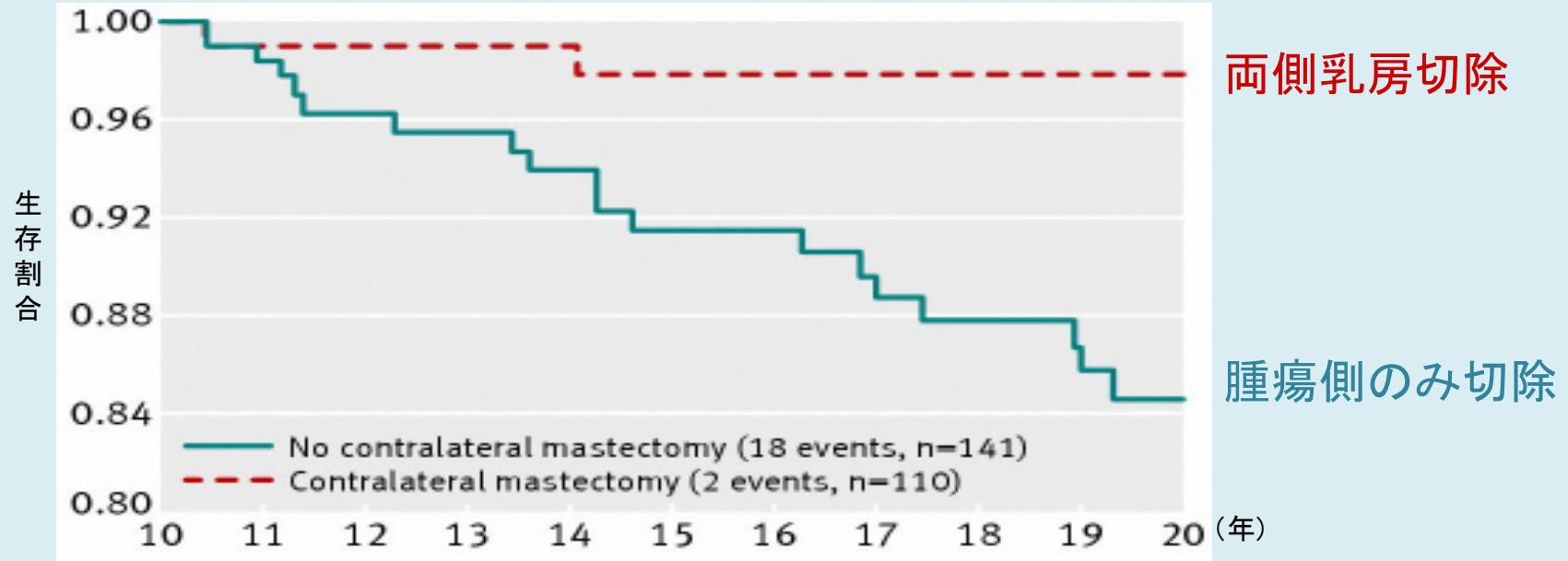
70歳までのがん発症率
乳がん45%
(95%CI;31-56%)
卵巣がん11%
(95%CI;2.4-19%)

遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)の治療について

- 手術による介入がHBOC患者の生存率の改善に寄与することがわかっており、両側乳房切除術を行った場合、腫瘍側のみの乳房切除術と比較して生存割合が高い。また、卵巣・卵管切除術は死亡率を低下させる。

<両側乳房切除術の成績>

- ・ 対象:BRCA1/2変異がある390人の乳がん患者
- ・ 腫瘍側のみの切除と両側切除を比較した後方視的解析



(BMJ. 2014 Feb 11;348:g226)

<卵巣・卵管切除術の成績>

- ・ 対象:HBOC
- ・ 卵巣卵管切除の効果を検証した3つの研究のメタ解析

	HBOC全体	BRCA1変異	BRCA2変異
全死亡のハザード比 (95%信頼区間)	0.32 (0.27-0.38)	0.31 (0.26-0.38)	0.36 (0.25-0.52)

(BMC Womens Health. 2014 Dec 12;14:150)

HBOCに対する治療についてのガイドライン等における推奨について

- 海外だけでなく、わが国においても関係学会等によりHBOCに係る診療ガイドライン等が取りまとめられている。

HBOC患者に対する治療に係るガイドラインの記載

	卵管卵巣摘出術 (RRSO)	乳癌既発症者における対側乳房切除術 (CRRM)
遺伝性乳癌卵巣癌症候群診療の手引き2017年版 (日本)	遺伝カウンセリング体制ならびに病理医の協力が整っている施設において倫理委員会による審査を受けた上で日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医が臨床遺伝専門医などと連携してRRSOを行うことが 推奨される 。 (推奨グレードB)	BRCA1、BRCA2病的変異を有する乳癌既発症の女性に対して患者が希望する場合対側のリスク低減切除はまだ我が国における十分な科学的根拠はないが細心の注意のもと行うことを考慮してもよい。 (推奨グレードC1)
乳癌診療ガイドライン2018年版 (日本)	BRCA1あるいはBRCA2遺伝子変異をもつ挙児希望のない女性に対してRRSOの 実施を強く推奨 する。 〔推奨の強さ:1, エビデンスレベル:中, 合意率92% (11/12)〕	乳癌既発症者におけるCRRMは、乳癌発症リスク低減効果のみならず、全生存率改善効果が認められていることから、本人の意思に基づき遺伝カウンセリング体制などの環境が整備されている条件下で 実施を強く推奨 する。 〔推奨の強さ:1, エビデンスレベル:中, 合意率:75% (9/12)〕
NCCNガイドライン 乳癌および卵巣癌における遺伝学的/家族性リスク評価 2019年第3版 (米国)	・BRCA1/2の病的バリエーションが判明している女性に対してRRSOを推奨する。 ・RRSOは最後の出産が終了した時点でのみ考慮すべきである。 ・特に一般に推奨される年齢(35歳)より前にRRSOを受けることを患者が希望する場合には、理想的には婦人科腫瘍専門医と相談して判断すべきである。	女性に対するRRMの選択肢をケースバイケースで話し合うことを支持する。このような手術で得られるリスク低減効果および癌リスクの程度に関するカウンセリングを実施すべきである。

HBOCに対する検査について

- HBOCを診断するためのBRCA1/2遺伝子検査は、これまで化学療法の適応判定の補助を目的として保険適用されてきた。
- 令和元年11月14日付で、BRCA1/2遺伝子変異を検出するための医療機器が、HBOCの診断を目的として薬事承認された。
- 今後、臨床現場においてHBOCの診断を目的としたBRCA1/2遺伝子変異検査が行われることが予想される。

BRACAnalysis

使用目的: 本品は、全血から抽出したDNA中の生殖細胞系列のBRCA1またはBRCA2遺伝子変異を検出し、オラパリブの乳がん患者又は卵巣がん患者への適応を判定するための補助に用いられる。また、本品はBRCA関連遺伝性乳癌・卵巣癌症候群(HBOC)のリスクが高い患者を特定し、医学的管理を決定するための補助に用いられる。



(参考) がんゲノム医療における遺伝カウンセリング体制

遺伝カウンセリングに係る要件

がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院

1 診療体制

(1) 診療機能

② 遺伝カウンセリング等について、以下の要件を満たすこと。

ア 遺伝カウンセリング等を行う部門が設置されており、当該部門が、複数の診療科と連携可能な体制が整備されていること。

イ 遺伝子パネル検査の二次的所見として、生殖細胞系列変異が同定された場合の対応方針について、明文化された規定があること。

(2) 診療従事者

② 遺伝カウンセリング等の人員について、以下の要件を満たすこと。

ア 遺伝カウンセリング等を行う部門に、その長として、常勤の医師が配置されていること。

イ 遺伝カウンセリング等を行う部門に、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師が部門の長を兼ねることも可とする。

ウ 遺伝カウンセリング等を行う部門に、遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者が1名以上配置されていること。

エ 患者に遺伝子パネル検査の補助説明を行ったり、遺伝子パネル検査において二次的所見が見つかった際に、患者を遺伝カウンセリング等を行う部門につないだりする者が、院内に複数名配置されていること。

(3) 診療実績

① 遺伝カウンセリング等について、以下の実績を有すること。

ア 遺伝性腫瘍に係る遺伝カウンセリング(血縁者に対するカウンセリングを含む。)を、申請時点よりさかのぼって、1年の間に、10人程度に対して実施していること。

イ 遺伝性腫瘍に係る遺伝学的検査(血縁者に対する検査を含む。)を、申請時点よりさかのぼって、1年の間に、10件程度実施していること。

※令和元年12月時点

がんゲノム医療中核拠点病院: 全国11カ所

がんゲノム医療拠点病院: 全国34カ所

がんゲノム医療連携病院: 全国122カ所

「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」

(健発1225第3号 平成29年12月25日 一部改正 健発0719第3号 令和元年7月19日)

(参考) がんゲノム医療における遺伝カウンセリング体制

遺伝カウンセリングに係る要件

がんゲノム医療連携病院

1 診療体制

(1) 診療機能

② 遺伝カウンセリング等について、以下の要件を満たすこと。

ア 遺伝カウンセリング等を行う部門が設置されており、当該部門が、複数の診療科と連携可能な体制が整備されていること。

イ 遺伝子パネル検査の二次的所見として、生殖細胞系列変異が同定された場合の対応方針について、明文化された規定があること。

(2) 診療従事者

② 遺伝カウンセリング等の人員について、以下の要件を満たすこと。

ア 遺伝カウンセリング等を行う部門に、その長として、常勤の医師が配置されていること。

イ 遺伝カウンセリング等を行う部門に、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師が部門の長を兼ねることも可とする。

ウ 遺伝カウンセリング等を行う部門に、遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者が1名以上配置されていること。

エ 患者に遺伝子パネル検査の補助説明を行ったり、遺伝子パネル検査において二次的所見が見つかった際に、患者を遺伝カウンセリング等を行う部門につないだりする者が、院内に1名以上配置されていること。

(3) 診療実績

① 遺伝カウンセリング等について、以下の実績を有すること。

ア 遺伝性腫瘍に係る遺伝カウンセリング(血縁者に対するカウンセリングを含む。)を、申請時点よりさかのぼって、1年の間に、1人以上に対して実施していること。

イ 遺伝性腫瘍に係る遺伝学的検査(血縁者に対する検査を含む。)を、申請時点よりさかのぼって、1年の間に、1件以上実施していること。

※令和元年12月時点

がんゲノム医療中核拠点病院: 全国11カ所

がんゲノム医療拠点病院: 全国34カ所

がんゲノム医療連携病院: 全国122カ所

「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」

(健発1225第3号 平成29年12月25日 一部改正 健発0719第3号 令和元年7月19日)

(参考)乳房切除や卵巣切除等に係る診療報酬の評価について

手術

・臓器切除

K475 乳房切除術 6,040点

K888 子宮附属器腫瘍摘出術(両側)

1 開腹によるもの 17,080点

2 腹腔鏡によるもの 25,940点

・乳房再建

K022 組織拡張器による再建手術(一連につき)

1 乳房(再建手術)の場合 18,460点

K476-3 動脈(皮)弁及び筋(皮)弁を用いた乳房再建術(乳房切除後)

1 一次的に行うもの 49,120点

2 二次的に行うもの 53,560点

K476-4 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後) 25,000点

カウンセリング

D026 注5 遺伝カウンセリング加算 患者1人につき月1回に限り 1,000点

フォローアップ

E202 注5 乳房MRI撮影加算 100点

遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）に係る現状・課題と論点について

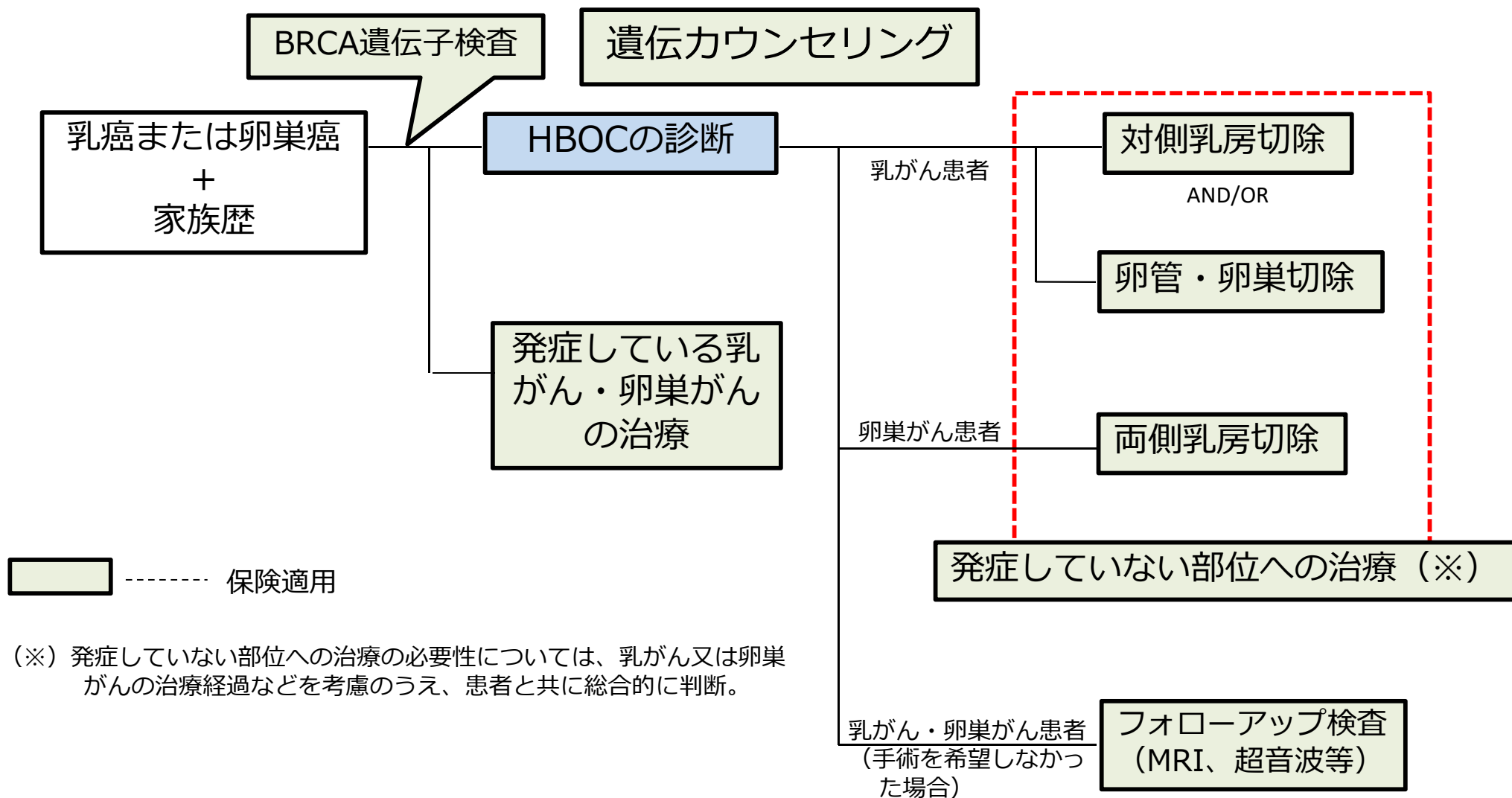
【現状・課題】

- 遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）は、生殖細胞系列のBRCA1/2遺伝子の変異により、乳がんや卵巣がん等の発症リスクが上昇する疾病概念である。
- 症状が発症していない部位等に対する治療の有効性・安全性等が確立されており、海外だけでなくわが国においても2017年に関係学会等によりHBOCに係る診療ガイドライン等が取りまとめられている。
- また、本年11月14日に、HBOCの診断のための遺伝子検査が薬事承認された。

【論点】

- 遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）に対する治療の有効性・安全性が確認され、国内のガイドライン等にも位置づけられたことや、診断のための遺伝子検査が薬事承認されたこと等を踏まえ、HBOCの症状である乳がんや卵巣・卵管がんを発症している患者について、BRCA遺伝子検査及び診断の過程を通じた遺伝カウンセリングを含めて、対側乳房切除や卵巣・卵管切除の評価の対象としてはどうか。
また、合わせて、切除を希望しない患者に対するフォローアップ検査について保険診療として位置づけることについてどう考えるか。
- この際、適切な検査や治療、遺伝子カウンセリング等を行うことが重要であることから、HBOCに対する適切な対応が可能な施設において診療が実施されるよう要件等を設けてはどうか。

(参考) 遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) の評価のイメージ



令和元年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告について

令和元年度（平成30年7月1日～令和元年6月30日）実績報告より

	先進医療A	先進医療B	計
① 先進医療技術数（令和元年6月30日現在）	29種類	59種類	88種類
② 実施医療機関数（令和元年6月30日現在）	1, 042施設※1	244施設※1	1, 184施設※2
③ 全患者数	38, 272人	906人	39, 178人
④ 総金額（⑤＋⑥）	約337. 7億円	約13. 9億円	約351. 6億円
⑤ 保険外併用療養費の総額（保険診療分）	約47. 2億円	約6. 9億円	約54. 1億円
⑥ 先進医療費用の総額	約290. 5億円	約7. 0億円	約297. 5億円
⑦ 全医療費のうち先進医療分の割合（⑥／④）	86. 0%	50. 5%	84. 6%

※1 1施設で複数の先進医療技術を実施している場合でも、1施設として計上している。

※2 1施設で第2項先進医療と第3項先進医療（高度医療）の両方を実施している場合でも、1施設として計上している。

令和元年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告について

令和元年度（平成30年7月1日～令和元年6月30日）実績報告等より

	先進医療A	先進医療B	計
① 先進医療技術数（平成30年 6月 30日現在）	28種類	64種類	92種類
② 新規承認技術数	1種類	6種類	7種類
③ 保険収載技術数	0種類	1種類	1種類
④ 実施取り下げ技術数	－	10種類	10種類
⑤ 削除技術数	0種類	－	0種類
⑥ 先進医療技術数（令和元年6月30日現在）	29種類	59種類	88種類
⑦ 総括報告書受理数	－	9種類	9種類

< 過去5年間の実績 >

	実績報告 対象期間	技術数	実施医療 機関数	全患者数	総金額	保険外併用療養 費の総額 (保険診療分)	先進医療及び 旧高度先進医 療の総額	1入院全医療費のう ち先進医療及び旧 高度先進医療分の 割合
平成27年6月30日時点で実施され ていた先進医療の実績	H26.7.1～H27.6.30 (12ヵ月)	108	786施設	28,153人	約295億円	約90億円	約205億円	69.5%
平成28年6月30日時点で実施され ていた先進医療の実績※2	H27.7.1～H28.6.30 (12ヵ月)	100	876施設	24,785人	約272億円	約86億円	約186億円	68.5%
平成29年6月30日時点で実施され ていた先進医療の実績	H28.7.1～H29.6.30 (12ヵ月)	102	885施設	32,984人	約278億円	約71億円	約207億円	74.6%
平成30年6月30日時点で実施され ていた先進医療の実績	H29.7.1～H30.6.30 (12ヵ月)	92	936施設	28,539人	約285億円	約45億円	約240億円	84.3%
令和元年6月30日時点で実施され ていた先進医療の実績	H30.7.1～R1.6.30 (12ヵ月)	88	1,184施設	39,178人	約352億円	約54億円	約298億円	84.6%

※1 平成28年度診療報酬改定の際、一部の技術が保険導入又は廃止されたことに留意する必要がある。

※2 平成30年度診療報酬改定の際、一部の技術が保険導入又は廃止されたことに留意する必要がある。

※3 令和元年度診療報酬改定の際、一部の技術が保険導入又は廃止されたことに留意する必要がある。

令和元年6月30日時点における先進医療Aに係る費用
令和元年度実績報告(平成30年7月1日～令和元年6月30日)

整理 番号	技術名	適用年月日	総合計 (円)	先進医療総額 (円)	平 均 入院期間 (日)	年 間 実施件数 (件)	実施 医療機関数 (機関数)
1	高周波切除器を用いた子宮腺筋症核出術	平17.10.1	128,051,352	44,519,272	11.4	147	4
2	陽子線治療	平13.7.1	4,340,473,653	3,493,466,780	19.8	1,295	15
3	骨髄細胞移植による血管新生療法	平15.7.1	-	-	-	-	-
4	神経変性疾患の遺伝子診断	平15.9.1	30,010,239	1,241,800	34.0	60	5
5	重粒子線治療	平15.11.1	2,427,623,008	2,224,327,000	9.6	720	6
6	抗悪性腫瘍剤治療における薬剤耐性遺伝子検査	平16.11.1	816,429,163	7,617,982	51.0	201	12
7	家族性アルツハイマー病の遺伝子診断	平16.12.1	920,840	240,000	-	8	1
8	腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術	平16.12.1	10,976,370	3,390,400	9.8	13	2
9	泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭清術	平17.2.1	15,898,447	6,336,520	11.8	15	6
10	末梢血単核球移植による血管再生治療	平17.6.1	-	-	-	-	-
11	歯周外科治療におけるバイオ・リジェネレーション法	平19.10.1	4,316,723	3,363,620	-	56	12
12	樹状細胞及び腫瘍抗原ペプチドを用いたがんワクチン療法	平17.2.1	3,136,794	1,690,000	10.5	4	1
13	自己腫瘍・組織及び樹状細胞を用いた活性化自己リンパ球移入療法	平8.11.1	6,912,388	5,994,200	1.0	16	1
14	多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術	平20.7.1	24,862,660,121	22,979,323,917	1.1	33,868	883
15	培養細胞によるライソゾーム病の診断	平20.7.1	-	-	-	-	-
16	培養細胞による脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症の診断	平20.8.1	-	-	-	-	-
17	角膜ジストロフィーの遺伝子解析	平20.12.1	1,289,710	194,980	1.3	8	3
18	MEN1遺伝子診断	平24.8.1	2,355,154	703,460	3.0	10	2
19	ウイルスに起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断(PCR法)	平26.1.1	72,242,586	11,102,954	2.5	375	13
20	細菌又は真菌に起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断(PCR法)	平26.1.1	26,022,064	1,539,624	6.0	55	7
21	LDLアフェレシス療法	平27.4.1	596,450	-	25.5	6	1
22	多項目迅速ウイルスPCR法によるウイルス感染症の早期診断	平27.5.1	478,529,070	2,521,900	79.0	54	3
23	CYP2D6遺伝子多型検査	平27.9.1	1,304,718	1,298,468	-	2	1
24	MRI撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法	平28.2.1	202,166,835	88,389,485	2.5	821	18
25	腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術	平29.7.1	270,152,905	163,175,714	9.8	187	25
26	糖鎖ナノテクノロジーを用いた高感度ウイルス検査	平30.1.1	8,919,413	1,014,960	0.2	295	4

整理 番号	技術名	適用年月日	総合計 (円)	先進医療総額 (円)	平 均 入院期間 (日)	年 間 実施件数 (件)	実施 医療機関数 (機関数)
27	腹腔鏡下スリーブ状胃切除術及び十二指腸空腸バイパス術	平30.3.1	9,741,151	5,008,205	10.4	7	2
28	血中TARC濃度の迅速測定	平30.4.1	51,207,331	3,624,464	15.9	34	2
29	Birt-Hogg-Dubé(BHD)症候群の遺伝子診断	平31.2.1	427,310	336,900	—	15	1
合 計			33,772,363,795	29,050,422,605		38,272	1,030

※未実施により実績報告がないものは「—」としている。

令和元年6月30日時点における先進医療Bに係る費用
令和元年度実績報告（平成30年7月1日～令和元年6月30日）

整理 番号	技術名	適用年月日	総合計 （円）	先進医療総額 （円）	平　均 入院期間 （日）	年　間 実施件数 （件）	実施 医療機関数 （機関数）
1	パクリタキセル静脈内投与（一週間に一回投与するものに限る。）及びカルボプラチン腹腔内投与（三週間に一回投与するものに限る。）の併用療法　上皮性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん	平22.5.1	－	－	－	－	－
2	十二種類の腫瘍抗原ペプチドによるテラーメイドのがんワクチン療法　ホルモン不応性再燃前立腺がん（ドセタキセルの投与が困難な者であって、HLA—A24が陽性であるものに限る。）	平22.6.1	－	－	－	－	－
4	重症低血糖発作を伴うインスリン依存性糖尿病に対する脳死ドナー又は心停止ドナーからの膵島移植　重症低血糖発作を伴うインスリン依存性糖尿病	平22.11.1	10,039,052	7,338,692	33.5	2	1
5	ペメトレキセド静脈内投与及びシスプラチン静脈内投与の併用療法　肺がん（扁平上皮肺がん及び小細胞肺がんを除き、病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。）	平24.1.1	－	－	－	－	－
6	ゾレドロン酸誘導γδT細胞を用いた免疫療法　非小細胞肺がん（従来の治療法に抵抗性を有するものに限る。）	平24.6.1	4,991,550	4,680,000	－	4	1
7	コレステロール塞栓症に対する血液浄化療法　コレステロール塞栓症	平24.11.1	7,398,362	3,807,210	22.7	6	2
8	NKT細胞を用いた免疫療法　頭頸部扁平上皮がん（診断時のステージがⅣ期であって、初回治療として計画された一連の治療後の完全奏功の判定から八週間以内の症例（当該期間内に他の治療を実施していないものに限る。）に限る。）	平25.3.1	－	－	－	－	－
9	C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変に対する自己骨髄細胞投与療法　C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変（Child－Pugh分類による点数が七点以上のものであって、従来の治療法（肝移植術を除く。）ではその治療に係る効果が認められないものに限る。）	平25.6.1	－	－	－	－	－
10	経皮的乳がんラジオ波焼灼療法　早期乳がん（長径が一・五センチメートル以下のものに限る。）	平25.8.1	－	－	－	－	－
11	インターフェロンα皮下投与及びジドブジン経口投与の併用療法　成人T細胞白血病リンパ腫（症候を有するくすぶり型又は予後不良因子を有さない慢性型のものに限る。）	平25.8.1	14,211,119	11,315,459	3.6	11	8
12	冠動脈又は末梢動脈に対するカテーテル治療におけるリーナルガードを用いた造影剤腎症の発症抑制療法　腎機能障害を有する冠動脈疾患（左室駆出率が三十パーセント以下のものを除く。）又は末梢動脈疾患	平25.10.1	－	－	－	－	－
14	腹腔鏡下センチネルリンパ節生検　早期胃がん	平26.1.1	76,566,325	3,267,636	14.5	52	11
16	アルテプラーゼ静脈内投与による血栓溶解療法　急性脳梗塞（当該疾病の症状の発症時刻が明らかでない場合に限る。）	平26.5.1	1,450,944	210,434	18.0	1	1
17	放射線照射前に大量メトトレキサート療法を行った後のテモゾロミド内服投与及び放射線治療の併用療法並びにテモゾロミド内服投与の維持療法　初発の中枢神経系原発悪性リンパ腫（病理学的見地からびまん性大細胞型B細胞リンパ腫であると確認されたものであって、原発部位が大脑、小脳又は脳幹であるものに限る。）	平26.6.1	84,586,558	47,324,680	16.1	30	21
19	FDGを用いたポジトロン断層撮影によるアルツハイマー病の診断　アルツハイマー病	平26.8.1	4,203,759	2,788,119	0.9	34	9
20	全身性エリテマトーデスに対する初回副腎皮質ホルモン治療におけるクロビドグレレル硫酸塩、ピタバスタチンカルシウム及びトコフェロール酢酸エステル併用投与の大腿骨頭壊死発症抑制療法　全身性エリテマトーデス（初回の副腎皮質ホルモン治療を行っている者に係るものに限る。）	平26.8.1	971,980	36,690	19.0	1	1

整理 番号	技術名	適用年月日	総合計 (円)	先進医療総額 (円)	平均 入院期間 (日)	年間 実施件数 (件)	実施 医療機関数 (機関数)
22	NKT細胞を用いた免疫療法 肺がん(小細胞肺がんを除き、ステージⅡA期、ⅡB期又はⅢA期であって、肉眼による観察及び病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。)	平26.9.1	1,386,740	-	-	44	12
23	ベペルミノゲンペルプラスミドによる血管新生療法 閉塞性動脈硬化症又はビュルガー病(血行再建術及び血管内治療が困難なものであって、フォンタン分類Ⅲ度又はⅣ度のものに限る。)	平26.9.1	-	-	-	-	-
24	腹膜偽粘液腫に対する完全減量切除術における術中のマイトマイシンC腹腔内投与及び術後のフルオロウラシル腹腔内投与の併用療法 腹膜偽粘液腫(画像検査により肝転移及びリンパ節転移が認められないものであって、放射線治療を行っていないものに限る。)	平26.11.1	-	-	-	-	-
25	11C標識メチオニンを用いたポジトロン断層撮影による再発の診断 頭頸部腫瘍(原発性若しくは転移性脳腫瘍(放射線治療を実施した日から起算して半年以上経過した患者に係るものに限る。))又は上咽頭、頭蓋骨その他脳に近接する臓器に発生する腫瘍(放射線治療を実施した日から起算して半年以上経過した患者に係るものに限る。))であり、かつ、再発が疑われるものに限る。)	平26.12.1	846,676	212,000	-	2	2
26	術前のS-1内服投与、シスプラチン静脈内投与及びトラスツズマブ静脈内投与の併用療法 切除が可能な高度リンパ節転移を伴う胃がん(HER2が陽性のものに限る。)	平26.12.1	2,316,505	783,805	15.0	2	2
27	リツキシマブ点滴注射後におけるミコフェノール酸モフェチル経口投与による寛解維持療法 特発性ネフローゼ症候群(当該疾病の症状が発症した時点における年齢が十八歳未満の患者に係るものであって、難治性頻回再発型又はステロイド依存性のものに限る。)	平27.2.1	3,943,901	1,573,980	1.2	18	6
29	周術期カルペリチド静脈内投与による再発抑制療法 非小細胞肺がん(CT撮影により非浸潤がんと診断されたものを除く。)	平27.6.1	-	-	-	-	-
30	コラーゲン半月板補填材を用いた半月板修復療法 半月板損傷(関節鏡検査により半月板の欠損を有すると診断された患者に係るものに限る。)	平27.7.1	4,514,492	1,047,748	22.8	4	1
31	LDLアフェレシス療法 閉塞性動脈硬化症(薬物療法に抵抗性を有するものであり、かつ、血行再建術及び血管内治療が困難なものであって、フォンタン分類ⅡB度以上のものに限る。)	平27.11.1	28,251,507	10,000,175	35.3	9	1
33	骨髄由来間葉系細胞による顎骨再生療法 腫瘍、顎骨骨髓炎、外傷等の疾患による広範囲の顎骨又は歯槽骨欠損(上顎にあつては連続した三分の一顎程度以上の顎骨欠損又は上顎洞若しくは鼻腔への交通が認められる顎骨欠損に限り、下顎にあつては連続した三分の一顎程度以上の歯槽骨欠損又は下顎区域切除以上の顎骨欠損に限り、歯槽骨欠損にあつては歯周疾患及び加齢による骨吸収を除く。)	平28.1.1	728,976	145,606	9.0	1	1
34	テモゾロミド用量強化療法 膠芽腫(初発時の初期治療後に再発又は増悪したものに限る。)	平28.1.1	32,649,677	25,146,692	11.9	10	7
35	ハイパードライヒト乾燥羊膜を用いた外科的再建術 再発翼状片(増殖組織が角膜輪部を超えるものに限る。)	平28.1.1	1,322,394	736,814	6.0	3	2
36	多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療 褥瘡又は難治性皮膚潰瘍(美容等に係るものを除く。)	平28.1.1	11,873,562	484,322	45.3	9	4
38	FOLFIRINOX療法 胆道がん(切除が不能と判断されたもの又は術後に再発したものに限る。)	平28.2.1	27,490,701	8,861,700	19.1	14	4
39	内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下広汎子宮全摘術 子宮頸がん(FIGOによる臨床進行期分類がⅠB期以上及びⅡB期以下の扁平上皮がん又はFIGOによる臨床進行期分類がⅠA2期以上及びⅡB期以下の腺がんであって、リンパ節転移及び腹腔内臓器に転移していないものに限る。)	平28.4.1	59,147,341	33,605,051	15.9	32	7

整理 番号	技術名	適用年月日	総合計 (円)	先進医療総額 (円)	平 均 入院期間 (日)	年 間 実施件数 (件)	実施 医療機関数 (機関数)
40	11C標識メチオニンを用いたポジトロン断層撮影による診断 初発の神経膠腫が疑われるもの(生検又は手術が予定されている患者に係るものに限る。)	平28.4.1	26,514,582	2,394,000	16.0	20	3
41	自家嗅粘膜移植による脊髄再生治療 胸髄損傷(損傷後十二月以上経過してもなお下肢が完全な運動麻痺(米国脊髄損傷教会によるAISがAである患者に係るものに限る。))を呈するものに限る。)	平28.4.1	-	-	-	-	-
42	陽子線治療 肝細胞がん(初発のものであって、肝切除術、肝移植術、エタノールの局所注入、マイクロ波凝固法又はラジオ波焼灼療法による治療が困難であり、かつChild—Pugh分類による点数が七点未満のものに限る。)	平28.6.1	13,619,030	11,587,000	15.3	4	3
43	重粒子線治療 肝細胞がん(初発のものであって、肝切除術、肝移植術、エタノールの局所注入、マイクロ波凝固法又はラジオ波焼灼療法による治療が困難であり、かつChild—Pugh分類による点数が七点未満のものに限る。)	平28.6.1	27,683,864	26,920,000	2.1	8	3
45	重粒子線治療 非小細胞肺癌(ステージがⅠ期であって、肺の末梢に位置するものであり、かつ肺切除術が困難なものに限る。)	平28.7.1	37,171,500	35,980,000	2.7	11	4
46	ゲムシタビン静脈内投与及び重粒子線治療の併用療法 膵臓がん(遠隔転移しておらず、かつ、TNM分類がT4のものに限る。)	平28.10.1	33,607,850	29,340,000	17.7	9	3
47	ゲムシタビン静脈内投与、ナブ—パクリタキセル静脈内投与及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法 腹膜播種を伴う膵臓がん	平28.10.1	23,960,223	1,050,410	18.4	8	1
48	治療抵抗性の子宮頸がんに対するシスプラチンによる閉鎖循環下骨盤内非均衡灌流療法 子宮頸がん(術後に再発したものであって、同時化学放射線療法に不応かつ手術が不能なものに限る。)	平28.11.1	3,855,150	2,017,270	9.5	2	1
50	ヒドロキシクロロキン療法 関節リウマチ(既存の合成抗リウマチ薬による治療でDAS28が二・六未満を達成できないものに限る。)	平28.11.1	5,048,052	2,197,222	-	33	1
51	水素ガス吸入療法 心停止後症候群(院外における心停止後に院外又は救急外来において自己心拍が再開し、かつ、心原性心停止が推定されるものに限る。)	平28.12.1	141,560,232	21,519,721	29.1	32	14
52	トラスツズマブ静脈内投与及びドセタキセル静脈内投与の併用療法 乳房外パジェット病(HER2が陽性であって、切除が困難な進行性のものであり、かつ、術後に再発したもの又は転移性のものに限る。)	平29.2.1	5,413,726	4,258,696	3.0	7	1
53	術後のカベシタビン内服投与及びオキサリプラチン静脈内投与の併用療法 小腸腺がん(ステージがⅠ期、Ⅱ期又はⅢ期であって、肉眼による観察及び病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。)	平29.4.1	13,413,234	10,894,794	2.3	12	6
54	S—1内服投与並びにパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与の併用療法 膵臓がん(遠隔転移しておらず、かつ、腹膜転移を伴うものに限る。)	平29.4.1	-	-	-	-	-
55	S—1内服投与、シスプラチン静脈内投与及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法 腹膜播種を伴う初発の胃がん	平29.4.1	71,917,469	4,407,200	33.4	30	9
56(1)	陽子線治療 根治切除が可能な肝細胞がん(初発のものであり、単独で発生したものであって、その長径が三センチメートルを超え、かつ、十二センチメートル未満のものに限る。)(陽子線治療を実施する施設)	平29.6.1	19,407,468	17,600,000	2.5	11	5
56(2)	陽子線治療 根治切除が可能な肝細胞がん(初発のものであり、単独で発生したものであって、その長径が三センチメートルを超え、かつ、十二センチメートル未満のものに限る。)(外科的治療を実施する施設)	平29.6.1	-	-	-	-	-
57	131I—MIBGを用いた内照射療法 神経芽腫(COGリスク分類又はINRG治療前分類で高リスク群と診断されるものであって、化学療法及び造血幹細胞移植が行われる予定のものに限る。)	平29.7.1	41,450,810	2,975,000	128.8	5	1
58	シクロホスファミド静脈内投与及び自家末梢血幹細胞移植術の併用療法 全身性強皮症(ステロイド又は少なくとも一種類のステロイド以外の免疫抑制剤に抵抗性を有するものに限る。)	平29.8.1	22,043,855	4,509,000	55.4	5	1

整理 番号	技術名	適用年月日	総合計 (円)	先進医療総額 (円)	平均 入院期間 (日)	年間 実施件数 (件)	実施 医療機関数 (機関数)
59	自家骨髄単核球移植による下肢血管再生治療 バージャー病(従来の治療法に抵抗性を有するものであって、フォンタン分類Ⅲ度又はⅣ度のものに限る。)	平29.10.1	9,191,152	1,884,910	23.6	8	3
60	ニボルマブ静脈内投与及びドセタキセル静脈内投与の併用療法 進行再発非小細胞肺癌(ステージがⅢB期、ⅢC期若しくはⅣ期又は術後に再発したものであって、化学療法が行われたものに限る。)	平29.11.1	195,164,526	157,494,379	14.0	46	18
61	術後のアスピリン経口投与療法 下部直腸を除く大腸がん(ステージがⅢ期であって、肉眼による観察及び病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。)	平30.2.1	22,267,766	79,714	0.2	85	13
62	TRPV2阻害薬経口投与療法 心不全(十三歳以上の患者に係るものであって、筋ジストロフィーによるものに限る。)	平30.4.1	7,097,348	20,793	7.1	13	9
64	重粒子線治療 直腸がん(術後に再発したものであって、骨盤内に限局するものに限る。)	平30.6.1	42,237,620	37,783,000	13.2	12	5
65	マルチプレックス遺伝子パネル検査(固形がん(根治切除が不可能又は治療後に再発したものであって、治療法が存在しないもの又は従来の治療法が終了しているもの若しくは従来の治療法が終了予定のものに限る。)	2018/8/1	153,750,476	116,903,376	4.0	130	11
66	マルチプレックス遺伝子パネル検査 難治性固形がん(ステージがⅢ期若しくはⅣ期で手術が不能なもの又は治療後に再発したものであって、治療法が存在しないもの又は従来の治療法が終了しているもの若しくは従来の治療法が終了予定のものに限り、肉腫を除く。)	平30.10.1	48,191,467	48,177,087	—	108	7
67	腎悪性腫瘍手術により摘出された腎臓を用いた腎移植 末期腎不全(慢性維持透析が困難なものに限る。)	平31.2.1	—	—	—	—	—
68	切除支援のためのマイクロコイル併用気管支鏡下肺マッピング法 微小肺病変	平31.2.1	50,799,803	1,001,860	10.1	18	5
69	反復経頭蓋磁気刺激療法 薬物療法に反応しない双極性障害の抑うつエピソード	平31.3.1	—	—	—	—	—
70	自己軟骨細胞シートによる軟骨再生治療 変形性膝関節症(軟骨欠損を伴うものであって、高位脛骨骨切り術の適応となるものに限る。)	平31.4.1	—	—	—	—	—
合 計			1,394,259,324	704,362,245		906	231

※未実施等により実績報告がないものは「—」としている。

令和元年6月30日時点における先進医療Bの
終了予定日、計画時患者数、登録症例数、協力医療機関数及び年間実施件数

告示 番号	先進医療技術名	申請医療機関名	適用年月日 (再掲)	終了予定日	計画時患 者数	登録症例 数	協力医 療機関 数	年間実施件数 (平成30年7月～令和元年6 月までの実績) (再掲)
1	パクリタキセル静脈内投与(一週間に一回投与するものに限る。)及びカルボプラチン腹腔内投与(三週間に一回投与するものに限る。)の併用療法 上皮性卵巣がん、卵巣がん又は原発性腹膜がん	埼玉医科大学国際医療センター	平22. 5. 1	令1. 11. 1	654	655	43	-
2	十二種類の腫瘍抗原ペプチドによるテラーメイドのがんワクチン療法 ホルモン不応性再燃前立腺がん(ドセタキセルの投与が困難な者であって、HLA—A24が陽性であるものに係るものに限る。)	久留米大学病院	平22. 6. 1	平30. 5. 31	91	69	6	-
4	重症低血糖発作を伴うインスリン依存性糖尿病に対する脳死ドナー又は心停止ドナーからの膵島移植 重症低血糖発作を伴うインスリン依存性糖尿病	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	平22. 11. 1	令3. 5. 20	20	9	5	2
5	ペトレキセド静脈内投与及びシスプラチン静脈内投与の併用療法 肺がん(扁平上皮肺がん及び小細胞肺がんを除き、病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。)	静岡県立静岡がんセンター	平24. 1. 1	令3. 12. 31	800	804	49	-
6	ゾレドロン酸誘導γδT細胞を用いた免疫療法 非小細胞肺がん(従来の治療法に抵抗性を有するものに限る。)	東京大学医学部附属病院	平24. 6. 1	令1. 6. 30	85	26(3)	1	4
7	コレステロール塞栓症に対する血液浄化療法 コレステロール塞栓症	独立行政法人 地域医療機能推進機構 仙台病院	平24. 11. 1	令1. 12. 31	35	34	13	6
8	NKT細胞を用いた免疫療法 頭頸部扁平上皮がん(診断時のステージがⅣ期であって、初回治療として計画された一連の治療後の完全奏功の判定から八週間以内の症例(当該期間内に他の治療を実施していないものに限る。))に限る。)	千葉大学医学部附属病院	平25. 3. 1	令5. 3. 31	66	23	0	-
9	C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変に対する自己骨髄細胞投与療法 C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変(Child—Pugh分類による点数が七点以上のものであって、従来の治療法(肝移植術を除く。))ではその治療に係る効果が認められないものに限る。)	山口大学医学部附属病院	平25. 6. 1	令4. 3. 31	34	3	0	-
10	経皮的乳がんラジオ波焼灼療法 早期乳がん(長径が一・五センチメートル以下のものに限る。)	国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院	平25. 8. 1	令5. 7. 31	372	372	8	-
11	インターフェロンα皮下投与及びジドブジン経口投与の併用療法 成人T細胞白血病リンパ腫(症候を有するくすぶり型又は予後不良因子を有さない慢性型のものに限る。)	国立研究開発法人国立がん研究センター東病院	平25. 8. 1	令8. 3. 18	38	38	17	11
12	冠動脈又は末梢動脈に対するカテーテル治療におけるリーナルガードを用いた造影剤腎症の発症抑制療法 腎機能障害を有する冠動脈疾患(左室駆出率が三十パーセント以下のものを除く。)	国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院	平25. 10. 1	平28. 9. 30	60	60	1	-
14	腹腔鏡下センチネルリンパ節生検 早期胃がん	慶應義塾大学病院	平26. 1. 1	令7. 5. 26	225	143	12	52
16	アルテプラゼ静脈内投与による血栓溶解療法 急性脳梗塞(当該疾病の症状の発症時刻が明らかでない場合に限る。)	国立循環器病研究センター	平26. 5. 1	平31. 3. 31	300	131	40	1
17	放射線照射前に大量メトトレキサート療法を行った後のテモゾロミド内服投与及び放射線治療の併用療法並びにテモゾロミド内服投与の維持療法 初発の中枢神経系原発悪性リンパ腫(病理学的見地からびまん性大細胞型B細胞リンパ腫であると確認されたものであって、原発部位が脳、小脳又は脳幹であるものに限る。)	埼玉医科大学国際医療センター	平26. 6. 1	令11. 9. 29	130	122	29	30
19	FDGを用いたポジトロン断層撮影によるアルツハイマー病の診断 アルツハイマー病	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	平26. 8. 1	令1. 12. 31	190	138	10	34

告示 番号	先進医療技術名	申請医療機関名	適用年月日 (再掲)	終了予定日	計画時患者数	登録症例数	協力医療機関数	年間実施件数 (平成30年7月～令和元年6月までの実績) (再掲)
20	全身性エリテマトーデスに対する初回副腎皮質ホルモン治療におけるクロピドグレル硫酸塩、ピタバスタチンカルシウム及びトコフェロール酢酸エステル併用投与の大腿骨頭壊死発症抑制療法 全身性エリテマトーデス(初回の副腎皮質ホルモン治療を行っている者に係るものに限る。)	九州大学病院	平26. 8. 1	令2. 9. 30	150	13	10	1
22	NKT細胞を用いた免疫療法 肺がん(小細胞肺がんを除き、ステージがⅡA期、ⅡB期又はⅢA期であって、肉眼による観察及び病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。)	独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター	平26. 9. 1	令2. 9. 30	56	58	14	44
23	ベベルミノゲンペルプラスミドによる血管新生療法 閉塞性動脈硬化症又はビュルガー病(血行再建術及び血管内治療が困難なものであって、フォンタン分類Ⅲ度又はⅣ度のものに限る。)	大阪大学医学部附属病院	平26. 9. 1	令1. 8. 31	6	6	5	－
24	腹膜偽粘液腫に対する完全減量切除術における術中のマイトマイシンC腹腔内投与及び術後のフルオロウラシル腹腔内投与の併用療法 腹膜偽粘液腫(画像検査により肝転移及びリンパ節転移が認められないものであって、放射線治療を行っていないものに限る。)	国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院	平26. 11. 1	令6. 7. 31	75	75	0	－
25	11C標識メチオニンを用いたポジトロン断層撮影による再発の診断 頭頸部腫瘍(原発性若しくは転移性脳腫瘍(放射線治療を実施した日から起算して半年以上経過した患者に係るものに限る。))又は上咽頭、頭蓋骨その他脳に近接する臓器に発生する腫瘍(放射線治療を実施した日から起算して半年以上経過した患者に係るものに限る。))であり、かつ、再発が疑われるものに限る。)	北海道大学病院	平26. 12. 1	令1. 12. 31	99	61	2	2
26	術前のS－1内服投与、シスプラチン静脈内投与及びトラスツズマブ静脈内投与の併用療法 切除が可能な高度リンパ節転移を伴う胃がん(HER2が陽性のものに限る。)	静岡県立静岡がんセンター	平26. 12. 1	令8. 3. 26	130	29	48	2
27	リツキシマブ点滴注射後におけるミコフェノール酸モフェチル経口投与による寛解維持療法 特発性ネフローゼ症候群(当該疾病の症状が発症した時点における年齢が十八歳未満の患者に係るものであって、難治性頻回再発型又はステロイド依存性のものに限る。)	神戸大学医学部附属病院	平27. 2. 1	令2. 1. 31	80	79	20	18
29	周術期カルペリチド静脈内投与による再発抑制療法 非小細胞肺がん(CT撮影により非浸潤がんと診断されたものを除く。)	大阪大学医学部附属病院	平27. 6. 1	令4. 10. 31	500	335	9	－
30	コラーゲン半月板補填材を用いた半月板修復療法 半月板損傷(関節鏡検査により半月板の欠損を有すると診断された患者に係るものに限る。)	大阪大学医学部附属病院	平27. 7. 1	令3. 12. 31	35	11	0	4
31	LDLアフェレシス療法 閉塞性動脈硬化症(薬物療法に抵抗性を有するものであり、かつ、血行再建術及び血管内治療が困難なものであって、フォンタン分類ⅡB度以上のものに限る。)	公立大学法人 横浜市立大学附属病院	平27. 11. 1	令3. 10. 31	35	22	0	9
33	骨髄由来間葉系細胞による顎骨再生療法 腫瘍、顎骨骨髓炎、外傷等の疾患による広範囲の顎骨又は歯槽骨欠損(上顎にあつては連続した三分の一顎程度以上の顎骨欠損又は上顎洞若しくは鼻腔への交通が認められる顎骨欠損に限り、下顎にあつては連続した三分の一顎程度以上の歯槽骨欠損又は下顎区域切除以上の顎骨欠損に限り、歯槽骨欠損にあつては歯周疾患及び加齢による骨吸収を除く。)	名古屋大学医学部附属病院	平28. 1. 1	令4. 7. 21	骨再生予定部位83部位(対照群28部位及び間葉系細胞群55部位:最大29例)	骨再生予定部位数:対照群11部位及び間葉系細胞群17部位(4例)	0	1
34	テモゾロミド用量強化療法 膠芽腫(初発時の初期治療後に再発又は増悪したものに限る。)	杏林大学医学部付属病院	平28. 1. 1	令6. 7. 10	146	35	32	10
35	ハイパードライヒト乾燥羊膜を用いた外科的再建術 再発翼状片(増殖組織が角膜輪部を超えるものに限る。)	国立大学法人富山大学附属病院	平28. 1. 1	令2. 3. 31	40	12	7	3
36	多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療 褥瘡又は難治性皮膚潰瘍(美容等に係るものを除く。)	聖マリアンナ医科大学病院	平28. 1. 1	令2. 6. 30	23	23	5	9
38	FOLFIRINOX療法 胆道がん(切除が不能と判断されたもの又は術後に再発したものに限る。)	東京大学医学部附属病院	平28. 2. 1	令3. 7. 31	35	17	9	14
39	内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下広汎子宮全摘術 子宮頸がん(FIGOによる臨床進行期分類がⅠB期以上及びⅡB期以下の扁平上皮がん又はFIGOによる臨床進行期分類がⅠA2期以上及びⅡB期以下の腺がんであって、リンパ節転移及び腹腔内臓器に転移していないものに限る。)	東京医科大学病院	平28. 4. 1	令6. 9. 30	100	94	12	32

告示 番号	先進医療技術名	申請医療機関名	適用年月日 (再掲)	終了予定日	計画時患者数	登録症例数	協力医療機関数	年間実施件数 (平成30年7月～令和元年6月までの実績) (再掲)
40	11C標識メチオニンを用いたポジトロン断層撮影による診断 初発の神経膠腫が疑われるもの(生検又は手術が予定されている患者に係るものに限る。)	北海道大学病院	平28. 4. 1	令1. 12. 31	90	74	2	20
41	自家嗅粘膜移植による脊髄再生治療 胸髄損傷(損傷後十二月以上経過してもなお下肢が完全な運動麻痺(米国脊髄損傷教会によるAISがAである患者に係るものに限る。))を呈するものに限る。)	大阪大学医学部附属病院	平28. 4. 1	令4. 3. 31	10	5	0	－
42	陽子線治療 肝細胞がん(初発のものであって、肝切除術、肝移植術、エタノールの局所注入、マイクロ波凝固法又はラジオ波焼灼療法による治療が困難であり、かつChild―Pugh分類による点数が七点未満のものに限る。)	北海道大学病院	平28. 6. 1	令7. 5. 31	180	30	10	4
43	重粒子線治療 肝細胞がん(初発のものであって、肝切除術、肝移植術、エタノールの局所注入、マイクロ波凝固法又はラジオ波焼灼療法による治療が困難であり、かつChild―Pugh分類による点数が七点未満のものに限る。)	群馬大学医学部附属病院	平28. 6. 1	令5. 6. 1	130	21	4	8
45	重粒子線治療 非小細胞肺がん(ステージがⅠ期であって、肺の末梢に位置するものであり、かつ肺切除術が困難なものに限る。)	九州国際重粒子線がん治療センター	平28. 7. 1	令5. 6. 30	150	33	4	11
46	ゲムシタビン静脈内投与及び重粒子線治療の併用療法 膵臓がん(遠隔転移しておらず、かつ、TNM分類がT4のものに限る。)	放射線医学総合研究所病院	平28. 10. 1	令5. 9. 30	82	29	3	9
47	ゲムシタビン静脈内投与、ナブパクリタキセル静脈内投与及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法 腹膜播種を伴う膵臓がん	東京大学医学部附属病院	平28. 10. 1	【導入相試験】 2020/11/30 【探索相試験】導入 相試験終了から4.5 年間	【導入相試験】 6～18 例 【探索相試験】 35例	9	0	8
48	治療抵抗性の子宮頸がんに対するシスプラチンによる閉鎖循環下骨盤内非均衡灌流療法 子宮頸がん(術後に再発したものであって、同時化学放射線療法に不応かつ手術が不能なものに限る。)	日本医科大学付属病院	平28. 11. 1	令2. 4. 18	27	8	0	2
50	ヒドロキシクロロキン療法 関節リウマチ(既存の合成抗リウマチ薬による治療でDAS28が二・六未満を達成できないものに限る。)	慶應義塾大学病院	平28. 11. 1	令2. 8. 31	120例 (HCQ群60 例、ヒスト リカルコン トロール群 60例)	HCQ群 42 例	0	33
51	水素ガス吸入療法 心停止後症候群(院外における心停止後に院外又は救急外来において自己心拍が再開し、かつ、心原性心停止が推定されるものに限る。)	慶應義塾大学病院	平28. 12. 1	令2. 2. 29	360	40	16	32
52	トラスツズマブ静脈内投与及びドセタキセル静脈内投与の併用療法 乳房外パジェット病(HER2が陽性であって、切除が困難な進行性のものであり、かつ、術後に再発したもの又は転移性のものに限る。)	慶應義塾大学病院	平29. 2. 1	令3. 9. 1	13	13	0	7
53	術後のカペシタビン内服投与及びオキサリプラチン静脈内投与の併用療法 小腸腺がん(ステージがⅠ期、Ⅱ期又はⅢ期であって、肉眼による観察及び病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。)	国立がん研究センター中央病院	平29. 4. 1	令13. 11. 9	150	25	19	12
54	S－1内服投与並びにパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与の併用療法 膵臓がん(遠隔転移しておらず、かつ、腹膜転移を伴うものに限る。)	関西医科大学附属病院	平29. 4. 1	令5. 5. 31	180	0	1	－
55	S－1内服投与、シスプラチン静脈内投与及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法 腹膜播種を伴う初発の胃がん	名古屋大学医学部附属病院	平29. 4. 1	令2. 4. 1	50	53	19	30
56(1)	陽子線治療 根治切除が可能な肝細胞がん(初発のものであり、単独で発生したものであって、その長径が三センチメートルを超え、かつ、十二センチメートル未満のものに限る。)【陽子線治療を実施する施設】	国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院	平29. 6. 1	令11. 12. 31	全290例のうち陽子線治療群83例	30例(陽子線治療群12症例)	5	11
56(2)	陽子線治療 根治切除が可能な肝細胞がん(初発のものであり、単独で発生したものであって、その長径が三センチメートルを超え、かつ、十二センチメートル未満のものに限る。)【外科的治療を実施する施設】	国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院	平29. 6. 1	令11. 12. 31	全290例のうち陽子線治療群83例	30例(陽子線治療群12症例)	16	－
57	131I－MIBGを用いた内照射療法 神経芽腫(COGリスク分類又はINRG治療前分類で高リスク群と診断されるものであって、化学療法及び造血幹細胞移植が行われる予定のものに限る。)	国立大学法人金沢大学附属病院	平29. 7. 1	令2. 12. 31	8	7	0	5
58	シクロホスファミド静脈内投与及び自家末梢血幹細胞移植術の併用療法 全身性強皮症(ステロイド又は少なくとも一種類のステロイド以外の免疫抑制剤に抵抗性を有するものに限る。)	九州大学病院	平29. 8. 1	令4. 7. 31	12	5	0	5

告示 番号	先進医療技術名	申請医療機関名	適用年月日 (再掲)	終了予定日	計画時患者数	登録症例数	協力医療機関数	年間実施件数 (平成30年7月～令和元年6月までの実績) (再掲)
59	自家骨髄単核球移植による下肢血管再生治療 パー ジャー病(従来の治療法に抵抗性を有するものであ つて、フォンタン分類Ⅲ度又はⅣ度のものに限る。)	京都府立医科大学附属病院	平29. 10. 1	令4. 9. 30	25	12	4	8
60	ニボルマブ静脈内投与及びドセタキセル静脈内投与の 併用療法 進行再発非小細胞肺がん(ステージがⅢB 期、ⅢC期若しくはⅣ期又は術後に再発したものであ つて、化学療法が行われたものに限る。)	横浜州市市民病院	平29. 11. 1	令4. 10. 1	350	100	26	46
61	術後のアスピリン経口投与療法 下部直腸を除く大腸 がん(ステージがⅢ期であつて、肉眼による観察及び病 理学的見地から完全に切除されたと判断されるもの に限る。)	国立研究開発法人国立がん 研究センター中央病院	平30. 2. 1	令10. 3. 30	880	93	19	85
62	TRPV2阻害薬経口投与療法 心不全(十三歳以上の 患者に係るものであつて、筋ジストロフィーによるもの に限る。)	独立行政法人国立病院機構 刀根山病院	平30. 2. 1	令5. 3. 31	20	15	14	13
64	重粒子線治療 直腸がん(術後に再発したものであ つて、骨盤内に限局するものに限る。)	放射線医学総合研究所病院	平30. 6. 1	令5. 5. 31	32	15	4	12
65	マルチプレックス遺伝子パネル検査 固形がん(根治切 除が不可能又は治療後に再発したものであつて、治療 法が存在しないもの又は従来の治療法が終了している もの若しくは従来の治療法が終了予定のものに限る。)	東京大学医学部附属病院	平30. 8. 1	平31. 1. 31	200	153	11	130
66	マルチプレックス遺伝子パネル検査 難治性固形がん (ステージがⅢ期若しくはⅣ期で手術が不能なもの又は 治療後に再発したものであつて、治療法が存在しないもの 又は従来の治療法が終了しているもの若しくは従来 の治療法が終了予定のものに限り、肉腫を除く。)	大阪大学医学部附属病院	平30. 10. 1	令2. 3. 31	200	125	13	108
67	腎悪性腫瘍手術により摘出された腎臓を用いた腎移植 末期腎不全(慢性維持透析が困難なものに限る。)	医療法人徳洲会 東京西徳 洲会病院	平31. 2. 1	令11. 6. 30	42	0	1	－
68	切除支援のためのマイクロコイル併用気管支鏡下肺 マッピング法 微小肺病変	東京大学医学部附属病院	平31. 2. 1	令3. 3. 31	65	20	7	18
69	反復経頭蓋磁気刺激療法 薬物療法に反応しない双極 性障害の抑うつエピソード	国立研究開発法人 国立精 神・神経医療研究センター病 院	平31.3.1	令5. 3. 31	76症例(実 刺激群38 例、偽刺 激群38例)	0	2	－
70	自己軟骨細胞シートによる軟骨再生治療 変形性膝関 節症(軟骨欠損を伴うものであつて、高位脛骨骨切り術 の適応となるものに限る。)	東海大学医学部付属病院	平31. 4. 1	令10. 3. 31	20	0	0	－

※ 記載のない先進医療技術については、既に先進医療から削除されたものであること。(平成元年6月30日時点)

※ 終了予定日・計画時患者数は、医療機関より提出された実績報告(平成元年6月30日時点)から抽出したものであり、実施計画の変更状況等の反映を踏まえ、今後変更する可能性がある。

※ 年間実施件数については、未実施等により実績報告がないものは「－」としている。

1年間(平成30年7月1日～令和元年6月30日)の実施件数が
0件である先進医療技術(先進医療A)に係る医療機関の今後の対応方針等

告示 番号	技術名	実施医療機関名	0件の理由	医療機関の今後の対応方針	(参考) 平成29年7月～平成30年6月ま での実績 (実施可能であるすべての医療 機関の実績)
3	骨髄細胞移植による血管新生療法	京都府立医科大学附属病院	現在先進Aは、過去に実施した患者が増悪時のみ利用できるシステムであり、最近増悪無く実施ありません。新規患者は自費医療または、先進Bで実施しています。	今後も、新規患者は自費医療または先進Bで実施するため、過去に先進Aで実施した患者の病変が悪化した場合に実施する予定です。	1件
10	末梢血単核球移植による血管再生治療	三重大学医学部附属病院	治療継続中の患者の四肢の状態が安定し、必要なかったため。新規患者の導入がなかったため。	患者の症状が増悪した時に加療を予定する。	1件
15	培養細胞によるライソゾーム病の診断	大阪市立大学医学部附属病院	該当患者なし	(回答無し)	0件
16	培養細胞による脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症の診断	島根大学医学部附属病院	当院における先進医療A「培養細胞による脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症の診断」は平成20年4月より算定開始が承認されましたが、適応する患者の発生がなかったため、平成30年7月1日から令和元年6月30日における実績は0件となりました。	本院を受診せずに他院から検体だけが郵送付されるような症例は、できるだけ本院を受診していただくよう促す。	0件

1年間(平成30年7月1日～令和元6月30日)の実施件数が
0件である先進医療技術(先進医療B)に係る医療機関の今後の対応方針等

告示 番号	技術名	申請医療機関名	0件の理由	医療機関の今後の対応方針	(参考) 平成29年7月～平成30年6月 までの実績 (実施可能であるすべての医 療機関の実績)
1	パクリタキセル静脈内投与(一週間に一回投与するものに限る。)及びカルボプラチン腹腔内投与(三週間に一回投与するものに限る。)の併用療法 上皮性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん	埼玉医科大学国際医療センター	本試験は既に症例登録期間が終了しているため。	該当しない。	0件
2	十二種類の腫瘍抗原ペプチドによるテーラーメイドのがんワクチン療法 ホルモン不応性再燃前立腺がん(ドセタキセルの投与が困難な者であって、HLA-A24が陽性であるものに限る。)	久留米大学病院	当該試験への参加希望者は数名いたが、適応症(ホルモン不応性再燃前立腺がん(ドセタキセルの投与が困難な者であって、HLA-A24が陽性であるものに限る。))に該当せず、登録まで至らなかったため	2017年5月31日を以て登録終了となったため特記事項なし	0件
5	ペメトレキセド静脈内投与及びシスプラチン静脈内投与の併用療法 肺がん	静岡県立静岡がんセンター	平成28年8月に予定した症例登録が完了し、現在は観察期間に入っているため。		0件
8	NKT細胞を用いた免疫療法 頭頸部扁平上皮がん(診断時のステージがⅣ期であって、初回治療として計画された一連の治療後の完全奏功の判定から8週間以内の症例(当該期間内に他の治療を実施していない)	千葉大学医学部附属病院	先進医療技術審査部会の修正案を特定認定再生医療等委員会へ審議中であり、新規募集が止まっている。再生医療の新施行規則対応への審議も行っている。	現在、特定認定再生医療等委員会へ申請中	0件
9	C型肝炎に起因する肝硬変に対する自己骨髄細胞投与療法 C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変(Child-Pugh分類による点数が七点以上のものであって、従来の治療法(肝移植術を除く。))ではその治療に係る効果が認められないものに限る。)	山口大学医学部附属病院	今般のC型肝炎ウイルスに対する治療法の進歩により、C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変患者の絶対的減少とともに、C型非代償性肝硬変患者に対する抗ウイル治療が承認となったため、本研究の対象患者が減少していることが考えられるため。	引き続き情報発信を行い、患者のリクルートを進めていく。	0件
10	経皮的乳がんラジオ波焼灼療法	国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院	平成29年11月に予定症例数到達により、症例登録を終了したため		26件
12	冠動脈又は末梢動脈に対するカテーテル治療におけるリーナルガードを用いた造影剤腎症の発症抑制療法	国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院	予定症例数の終了に伴うもの	—	0件
23	ベベルミノゲンペルプラスミドによる血管新生療法 閉塞性動脈硬化症又はビュルガー病(血行再建術及び血管内治療が困難なものであって、フォンタン分類Ⅲ度又はⅣ度のものに限る。)	大阪大学医学部附属病院	本院で実施された症例が昨年の時点ですでに予後調査24箇月を含めた試験計画規定の調査・観察をすべて終了しているため。	すでに症例登録の期間は終了しており、新規の症例は発生せず、特に対策は不要である。	1件

告示 番号	技術名	申請医療機関名	0件の理由	医療機関の今後の対応方針	(参考) 平成29年7月～平成30年6月 までの実績 (実施可能であるすべての医 療機関の実績)
24	腹膜偽粘液腫に対する完全減量切除術における術中のマイト マイシンC腹腔内投与及び術後のフルオロウラシル腹腔内投与 の併用療法 腹膜偽粘液腫(画像検査により肝転移及びリンパ 節転移が認められないものであって、放射線治療を行っていな いものに限る。)	国立研究開発法人国立国際 医療研究センター病院	2017年2月に予定症例数の75例に達したため、それ以降の新規登録 を終了しました。	これまでに実施した75症例に対して、5年間の追跡調査の期間に 入っておりますので、調査を継続中です。	0件
29	周術期カルペリチド静脈内投与による再発抑制療法 非小細胞 肺がん(CT撮影により非浸潤がんと診断されたものを除く。)	大阪大学医学部附属病院	本試験の症例登録は、2015年9月1日からであり、現在の登録数は 335症例である。10施設で多施設共同研究を研究しているが、脳梗塞 発生による安全性検討の為の登録一時中断が2回(2016年7～8月、 2017年4～5月)あり、独立安全性モニタリング委員会での審議等を経 て実施計画書を改訂し、安全性を確保した上で再開したが、2017年7 月の弊院倫理審査委員会において、本試験における「SAEの倫理審 査委員会への報告遅延」等に対して審議がなされ、適切な体制の再 構築の策定まで、研究実施一時中断が決定された。その後、早期の 再開を目指し弊院未来医療開発部と連携を図り、研究責任医師およ び研究関係者と共に体制整備に努めていた。研究再開に向けて協議 を重ねていたが、中断期間の長期化や統計学的な観点など諸事情を 検討した結果、今後の症例数集積及び当初の予定症例数への到達 が極めて難しい状況と判断せざるを得ないと判断し、現在の登録数 335例についての観察結果を基に効果を評価することに実施計画書 を変更し、2018年11月9日に認定臨床研究審査委員会(大阪大学臨床 研究審査委員会)にて承認された。	新たな被験者の組み入れは終了し、登録された335例についての 観察を引き続き行い、その結果を基に効果を評価することとする。	0件
41	自家嗅粘膜移植による脊髄再生治療 胸髄損傷(損傷後十二 月以上経過してもなお下肢が完全な運動麻痺(米国脊髄損傷 学会によるAISがAである患者に係るものに限る。))を呈するも のに限る。)	大阪大学医学部附属病院	2019年1月31日現在、目標症例数10症例に対して、本先進医療にお ける登録数は4症例である。本先進医療への患者の問い合わせは月 1-2件ほどあるが、年齢、損傷部位、損傷部位の長さによって、適格 基準に合致する候補患者でなく、症例登録の主たる遅延原因として挙 げられる。	症例登録の推進のため、関連・協力施設での患者紹介のお願いや 学会発表等でのアナウンスを継続的に行っていく。現在登録待機 患者は0例であるが、4ヶ月に1例の登録を目指し、2021年3月には 目標症例数に到達すると見込み、登録期間を24か月間延長するこ とを計画した。	2件
54	膵癌腹膜転移に対するS-1+パクリタキセル経静脈腹腔内投与 併用療法	関西医科大学附属病院	本試験の先進医療内容はジェネリック医薬品で構成されており、試験 遂行のための資金獲得が困難な状況です。2019年6月よりクラウド ファンディングを利用した資金獲得を行っており、その目途が立ち、現 在臨床研究法に沿うべくプロトコル改訂中です。	試験開始準備中	0件
67	腎悪性腫瘍手術により摘出された腎臓を用いた腎移植 末期 腎不全(慢性維持透析が困難なものに限る。)	医療法人徳洲会 東京西徳 洲会病院	2019年1月31日の告示を受けて、試験実施準備を進めていたが、同 年3月31日をもって研究責任医師が退職となった。以後、本技術の実 施が可能な実施責任医師の要件を満たした医師が不在であるため、 実施件数が0となった。	実施責任医師の要件を医師の確保が急務である。 その具体的な活動として、当法人グループの医師対策チームが、 医師確保に奔走している。また、当法人グループ内に所属している かつ、要件を満たす医師への本研究への参加を打診している。	-
69	薬物療法に反応しない双極性うつ病への反復経頭蓋磁気刺激 療法	国立研究開発法人国立精 神・神経医療研究センター	平成31年3月1日に告示後、厳密な管理体制で開始すべく実施体制の 整備をしているため、リクルート開始としておりません。	ワークシート、電子登録システム、評価など体制を整え、機器への 習熟トレーニングも併せて行い、先進医療が実施できるよう鋭意進 めて参ります。	-
70	自己軟骨細胞シートによる軟骨再生治療 変形性膝関節症(軟 骨欠損を伴うものであって、高位脛骨骨切り術の適応となるも のに限る。)	東海大学医学部付属病院	現在、再生医療等安全性確保法改定の対応により本臨床研究を開始 していないため患者数は0である。	現在、対応中である。	-

※「-」は昨年度未実
施の医療機関

令和元年 12 月 13 日

中央社会保険医療協議会
会 長 田辺 国昭 殿

先進医療会議
座 長 五十嵐 隆

既存の先進医療に関する検討結果について

第 81 回先進医療会議（令和元年 12 月 5 日開催）において、令和元年 6 月 30 日時点で先進医療告示に掲げられている先進医療 A の 25 技術（暫定的に先進医療 A として実施する技術を除く）及び総括報告書の報告を終えている先進医療 B の 1 技術（未承認の医薬品等の使用及び医薬品等の適応外使用を伴わないものに限る）について、保険導入にかかる科学的根拠等を評価した。

その結果、以下の技術については先進医療からの削除が適切と判断されたので報告する。なお、これら以外の技術については、先進医療会議においてとりまとめた評価結果を医療技術評価分科会に報告し、同分科会において保険導入の可否につき検討がなされる予定である。

1. 削除が適切であると評価された先進医療技術（別紙 1）

以下の 2 技術については、その有効性、効率性等が十分に示されていないことから、先進医療から削除する方向で検討することが適当と考える。

- (1) 告示番号 11：歯周外科治療におけるバイオ・リジェネレーション法
- (2) 告示番号 14：多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術

(別紙1)削除が適切であると評価された技術(2技術)

告示 番号	先進医療技術名	概要	先進医療 適用年月日
11	歯周外科治療におけるバイオリジェネレーション法	本法は、セメント質の形成に関与する蛋白質を主成分とする歯周組織再生誘導材料を用い、フラップ手術と同様な手技を用いた上で、直接、歯槽骨欠損部に填入するだけであり、短時間で低侵襲な手術が期待できる。	平19. 10. 1
14	多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術	多焦点眼内レンズは、無水晶体眼の視力補正のために水晶体の代用として眼球後房に挿入される後房レンズである点では、従来の単焦点眼内レンズと変わりはない。 しかし、単焦点眼内レンズの焦点は遠方又は近方のひとつであるのに対し、多焦点眼内レンズはその多焦点機構により遠方及び近方の視力回復が可能となり、これに伴い眼鏡依存度が軽減される。 術式は、従来の眼内レンズと同様に、現在主流である小切開創から行う超音波水晶体乳化吸引術で行う。	平20. 7. 1

先進医療に係る検討について

令和2年度診療報酬改定に向けて、以下のとおり検討を行う。

1. 評価対象技術の考え方

評価対象とする技術は、第1回先進医療会議において承認された考え方に基づいて、以下のとおりとした。

① 先進医療A

- ・令和元年6月30日時点で先進医療告示（平成20年厚生労働省告示第129号）に掲げられている医療技術（※）

※ただし、暫定的に先進医療Aとして実施している技術については、保険導入等に係る評価を行わない。

② 先進医療B

- ・保険導入等の検討の実施前に、総括報告書の報告を終えている医療技術（未承認の医薬品等の使用、及び医薬品等の適応外使用を伴わないものに限る）（※）

（参考）対象となる先進医療Bの技術

- ・多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療

※総括報告書の報告を終えており、今後先進医療Bが継続されることはない。

2. 事前評価（書面審査）

各技術について、構成員及び技術委員の3名による事前評価を以下のとおり行う。

【事前評価】	科学的評価等		施設基準の見直し
具体的な内容	実績報告等を踏まえ、A～Dの4段階で評価（理由も明記）。 A…十分な科学的根拠を有する B…一定の科学的根拠を有する C…科学的根拠が十分でなく、継続することが適当 D…取り消すことが適当	A又はB評価とした場合に限り、仮に保険導入された場合の施設基準について意見を記載。	仮に「継続」となった場合を想定して、普及促進等を考慮し、新たな施設基準（案）を検討。
主担当	○	○	○
副担当1	○	○	—
副担当2	○	○	—

事前評価の結果に基づき、評価対象技術を以下の3つに分類する。

ア：構成員又は技術委員3名全員がA又はB評価

イ：ア、ウ以外

ウ：構成員又は技術委員3名全員がD評価

3. 先進医療会議における評価

- 評価対象技術について、事前評価の結果を先進医療会議に報告する。
- 事前評価の結果に基づき、評価対象技術についての検討を行い、科学的根拠等に基づく評価について、先進医療会議の評価を取りまとめる。

＜先進医療会議における評価の基本方針＞

- ・ ア及びイに該当する技術：将来的な保険導入に係る判断に必要な科学的根拠等について検討
- ・ ウに該当する技術：先進医療から削除することの適切性について検討

4. 中医協総会及び医療技術評価分科会への報告（12月～1月）

- 先進医療会議における評価を取りまとめ、
 - ・ 先進医療から削除が適切と判断された技術以外については、先進医療会議における評価結果を医療技術評価分科会に報告する（※）。
- ※先進医療会議からの指摘事項や評価担当者の主だった参考意見等も含め、先進医療会議の評価結果を可能な限り詳細に報告する。
- ・ 先進医療から削除が適切と判断された技術については、先進医療会議から中医協総会に報告する。

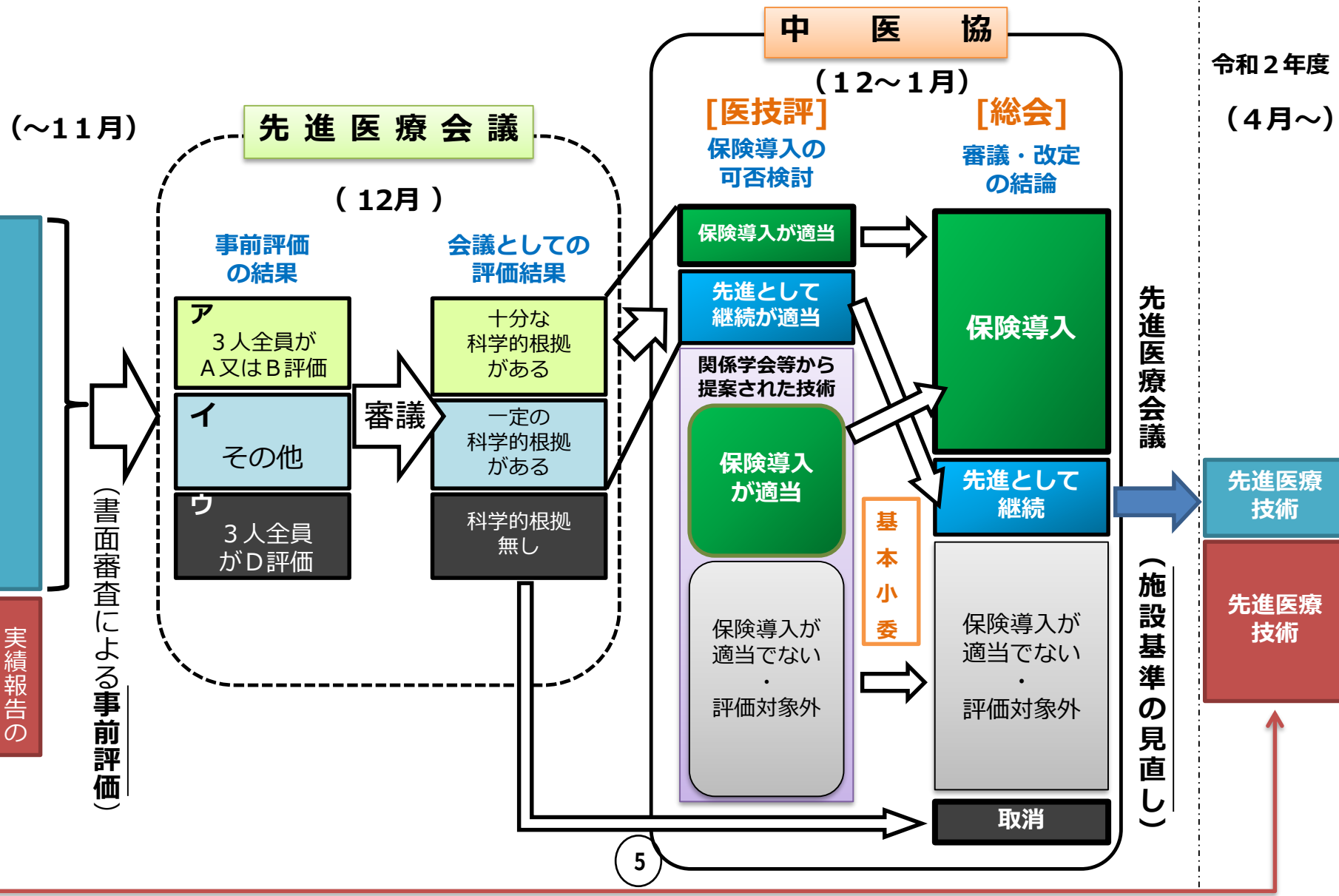
5. 施設基準の見直しに係る検討（1月～3月）

医療技術評価分科会及び中医協総会において、先進医療での継続が妥当とされた技術について、事前評価において作成した施設基準（案）に基づき、先進医療会議において検討を行い、施設基準を最終決定する。

6. 「取り消すことが適当」との指摘がされた技術等への対応（案）

事前評価において、1名以上の評価担当の構成員等から先進医療から取り消すことが適当との指摘があったものの、先進医療を継続する取扱いとなった技術、又は、特別に指摘のあった技術については、次回の診療報酬改定までに各技術に応じた課題事項への対応を求めることとしてはどうか。

令和2年度診療報酬改定に向けた 先進医療の保険導入等及び施設基準の見直しイメージ



選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集 の結果への対応等について（その2）

1. 背景

- 令和元年7月17日の中医協総会において、選定療養に追加すべき事例等に関する提案・意見募集の結果（速報）について報告を行い、10月25日の中医協総会において、その対応等について議論が行われた。
- 以下の日本眼科学会及び日本眼科医会からの選定療養に導入すべき事例に関する共同提案については、10月25日時点で、本提案と同技術である「多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術」が先進医療として評価中であったこともあり、その対応等については検討していない。

提案内容：「老視矯正（多焦点）眼内レンズを用いた水晶体再建術」

（老視矯正（多焦点）眼内レンズを用いた水晶体再建術施行に際して生ずる費用の K282 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他の場合 12,100 点を超える部分）

- その後、12月5日の先進医療会議において、以下の理由等により、当該技術は「先進医療からの削除が適当」と評価された。

【先進医療会議での評価結果の概要】

白内障に対する水晶体再建術後の「眼鏡装用率の軽減効果」は示されているものの、「疾病に対する治療」という観点からの既存治療に対する明らかな優越性は示されておらず、かかる費用や一定程度の不満例の存在等を考慮すると、医療の効率化に資するとはいえず、先進医療からの削除が適当。

2. 対応（案）

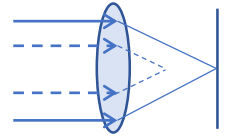
- 「多焦点眼内レンズ」については、
 - ・ 保険給付の対象としている白内障に対する「水晶体再建効果」に加え、疾病に対する治療には位置付けられないアメニティとしての「眼鏡装用率の軽減効果」を有し、それらが一体不可分であること
 - ・ 患者のニーズが相当程度あること等の理由から、白内障に対する水晶体再建術における、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの使用を選定療養に位置付け、通常の水晶体再建術に係る保険診療との併用を認めることとしてはどうか。

- その際、本療養の適正実施を促す観点から、関連学会と連携し、以下の対応等を求めることとしてはどうか。
 - ・ 患者に対して本療養のメリット・デメリット及び費用等について十分な情報提供を行うこと
 - ・ 患者から徴収する費用を妥当適切な範囲とすること
 - ・ 関連学会が定める指針を遵守すること

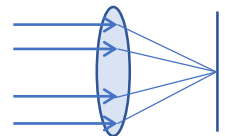
(参考)「多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術」の実績等について

【多焦点眼内レンズとは】

- 白内障に対する水晶体再建術では、一般的に単焦点眼内レンズが使用されるため、遠方又は近方のみの焦点となり、眼鏡が必要となる。
- 多焦点眼内レンズは、その多焦点機構により遠方及び近方の視力回復が可能となり、それに伴い眼鏡装用率が軽減される。
- 「多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術」については、既存治療に対する優越性を検証するため、平成20年より先進医療の枠組みで評価がなされてきた。



単焦点眼内レンズ



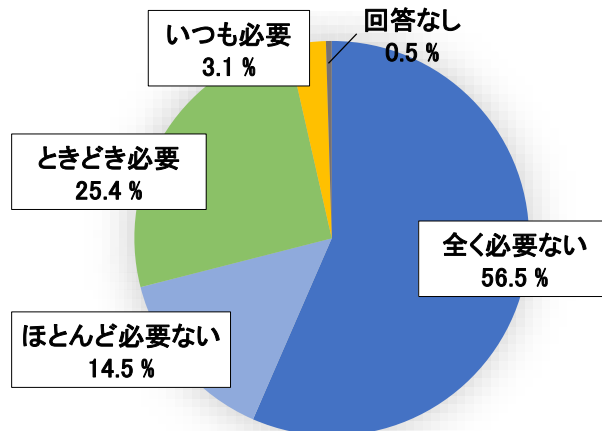
多焦点眼内レンズ

【先進医療としての実績(2018年7月～2019年6月)】

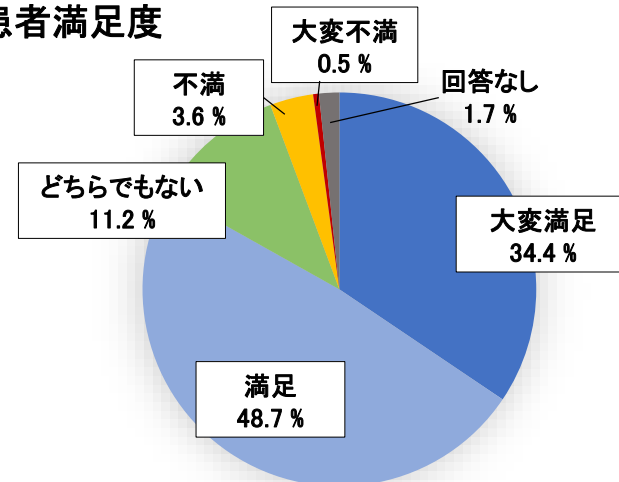
- ・ 実施件数 33,868件(両眼実施例を含む)
- ・ 実施医療機関数 883機関
- ・ 先進医療に係る費用(多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術)の合計 約230億円 (約44万円/眼)

【関連学会で実施された前向き研究結果の概要】

1. 術後の眼鏡依存度



2. 術後の患者満足度



※多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術を両眼に実施した患者421名のアンケート調査
(出典: AMERICAN JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY 2019)

入院医療（その5）

入院医療（その5）

1. 重症度、医療・看護必要度の記録について
2. 特定機能病院に係る評価について
3. 地域の実情を踏まえた対応について
4. その他の事項

1. 重症度、医療・看護必要度の記録について

令和元年11月15日中医協総会における指摘事項

- 必要度の根拠の記録は、日々の看護記録の中に書けばよいことになっているが、適時調査において、必要度の記録は別途まとめて記載するようだという指導がされることがあり、既存の看護記録のほかに二重の記録を求められるなど、現場において業務負担の声がある。

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経皮的な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つて、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Ⅰに係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき、
・Bについては、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

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

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つて、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

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価にあたっては、
・Bについては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き等

アセスメント共通事項(抄)

2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等(A項目)、患者の状況等(B項目)並びに手術等の医学的状況(C項目)について、毎日評価を行うこと。ただし、地域包括ケア病棟入院料等については、A項目及びC項目のみの評価とし、毎日評価を行うこと。

5. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が当該病棟内において実施することを評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該病棟の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましい。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目及びC項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。評価においては、後日、第三者が検証を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。項目ごとの記録を残す必要はなく、モニタリング及び処置等(A項目)や患者の状況等(B項目)、手術等の医学的状況(C項目)等について診療録及び看護記録等に記載すること。記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること

施設基準通知(抄)

4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料(地域一般入院料1に限る。)に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

(6) 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ(Ⅱにあつては、B項目のみ)に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの(修了証が交付されているもの)又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること(1日程度)

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

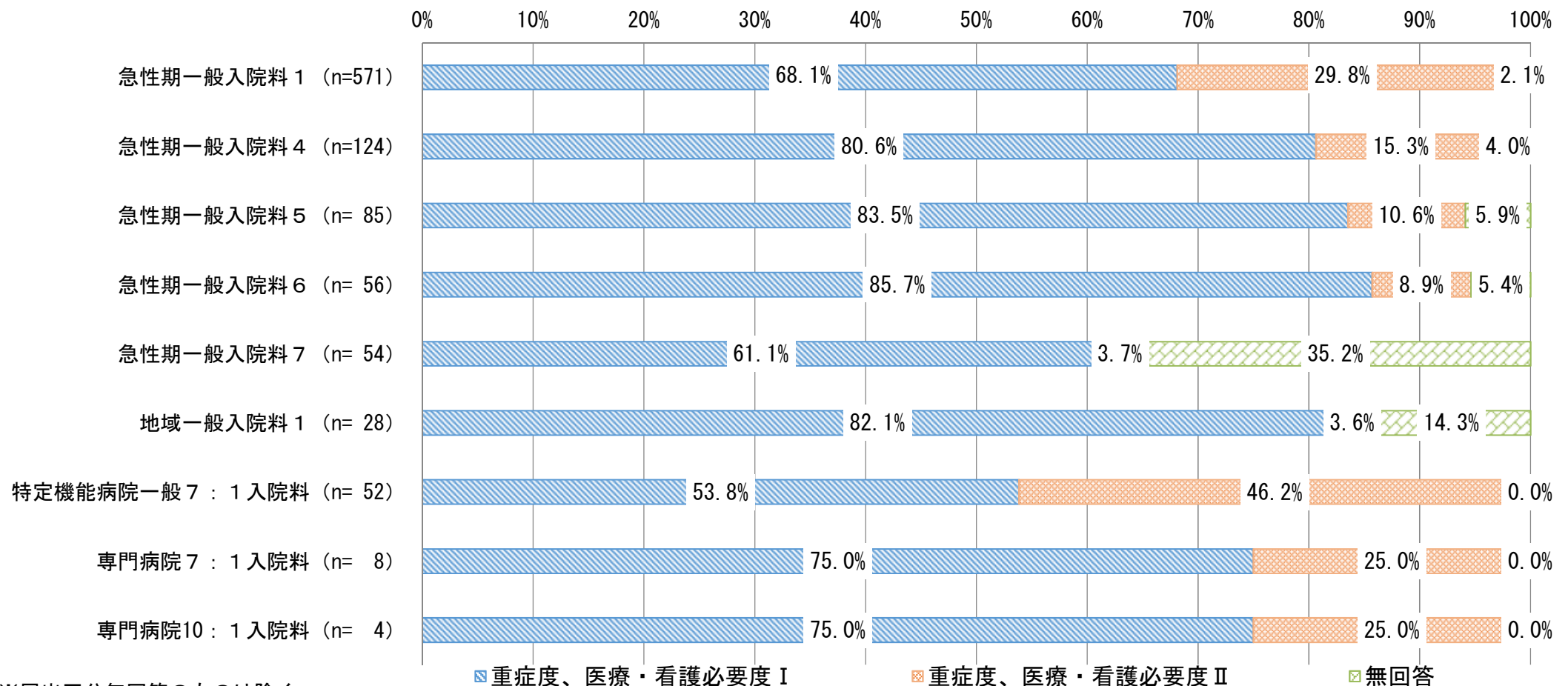
(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料 1 では約 3 割、急性期一般入院料 4～6 では 1 割前後であった。

2019年度調査

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別

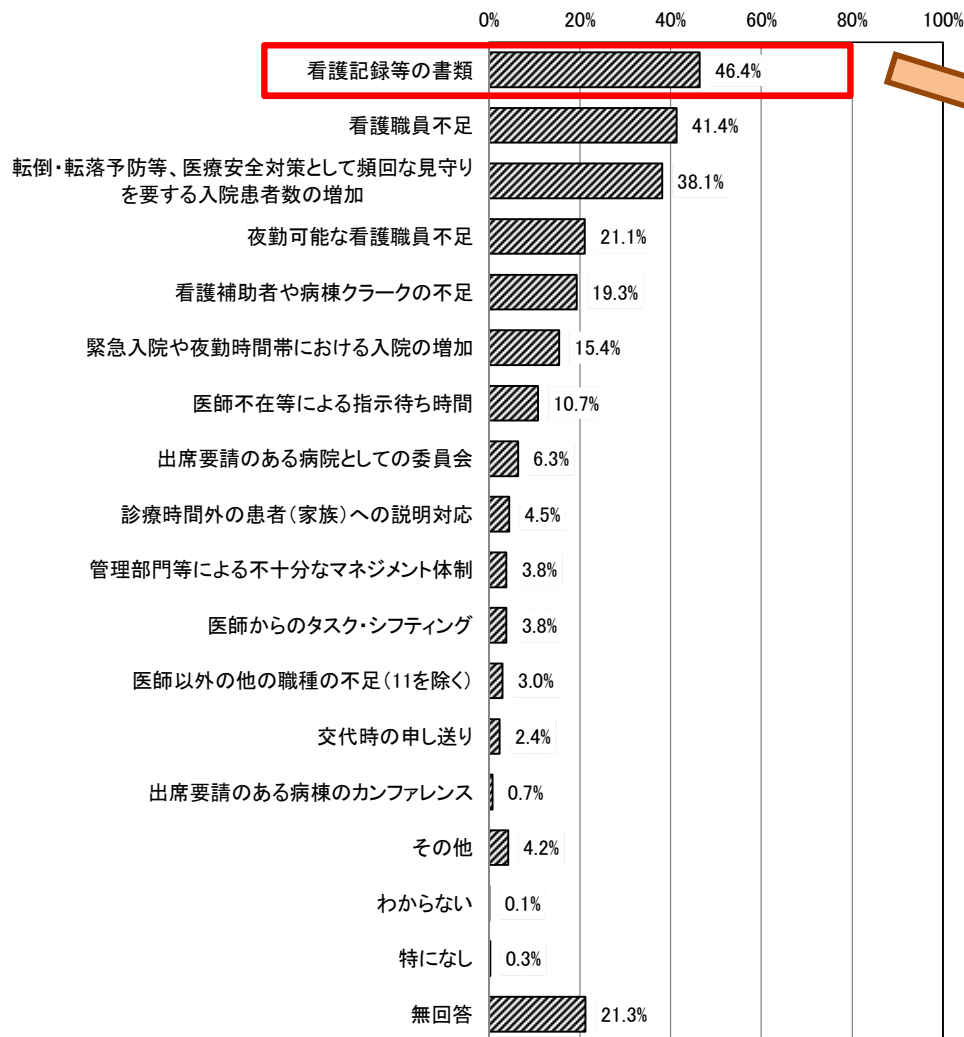


※届出区分無回答のものは除く

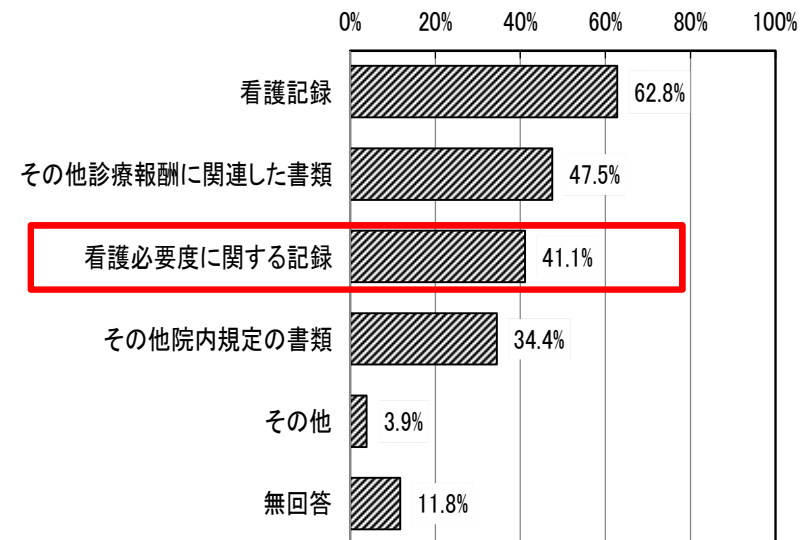
看護職員の業務負担の要因

○ 看護職員の業務負担の要因としては、「看護記録等の書類」が46.4%で最も多く、「看護記録等の書類」のうち、負担となっている書類の内訳をみると、「看護記録」が62.8%で最も多く、次いで「その他診療報酬に関連した書類」が47.5%、「看護必要度に関する記録」が41.1%であった。

■ 看護職員の業務負担の要因（複数回答、回答は3つまで、n=1482）



■ 看護記録等の書類のうち負担となっている書類の内訳（複数回答、n=688）



参考

「平成30年度に実施した適時調査において保険医療機関に改善を求めた主な指摘事項 関東信越厚生局」（抄）

1. 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
(4) 一般病棟入院基本料

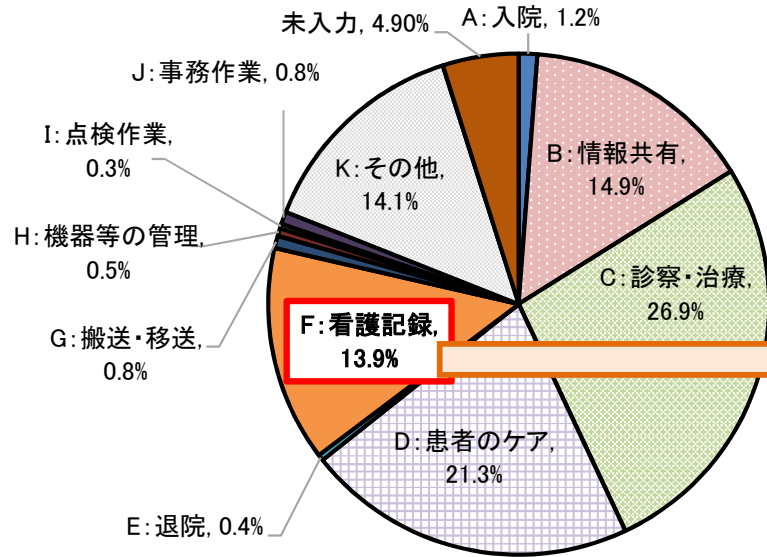
- ① 重症度、医療・看護必要度について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - 患者の重症度、医療・看護必要度について、定期的な院内での検証を実施していない。
 - 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあっては、B項目のみ）に係る評価票の記入を、院内研修を受けたものにより行っていない。
 - 重症度、医療・看護必要度に係る評価を導く根拠を記録していない。

出典：https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/hoken_shiteki.html
（アクセス：2019年12月）

看護業務に占める看護記録に係る時間

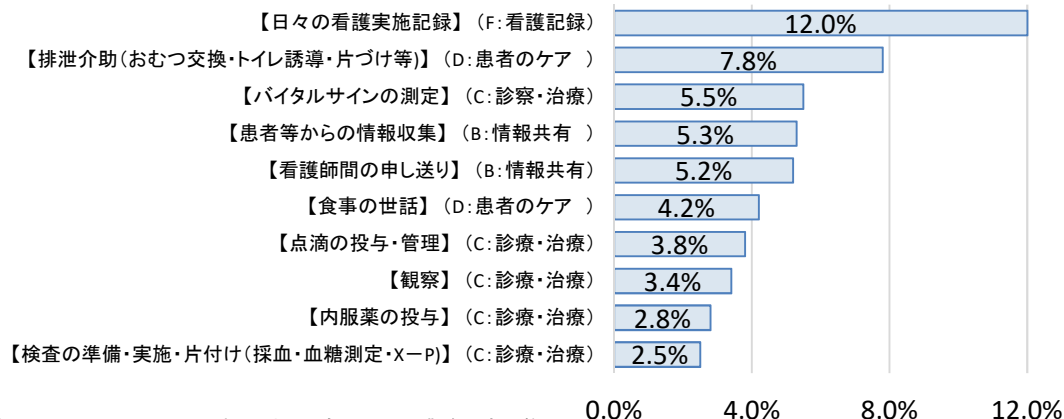
○ 看護師のタイムスタディ調査によると、看護師の業務のうち、「看護記録」に要する時間は全体の約14%であり、「看護記録」のうち特に「日々の看護実施記録」に要する時間が多い。

■ 看護師の業務内容別行為の時間



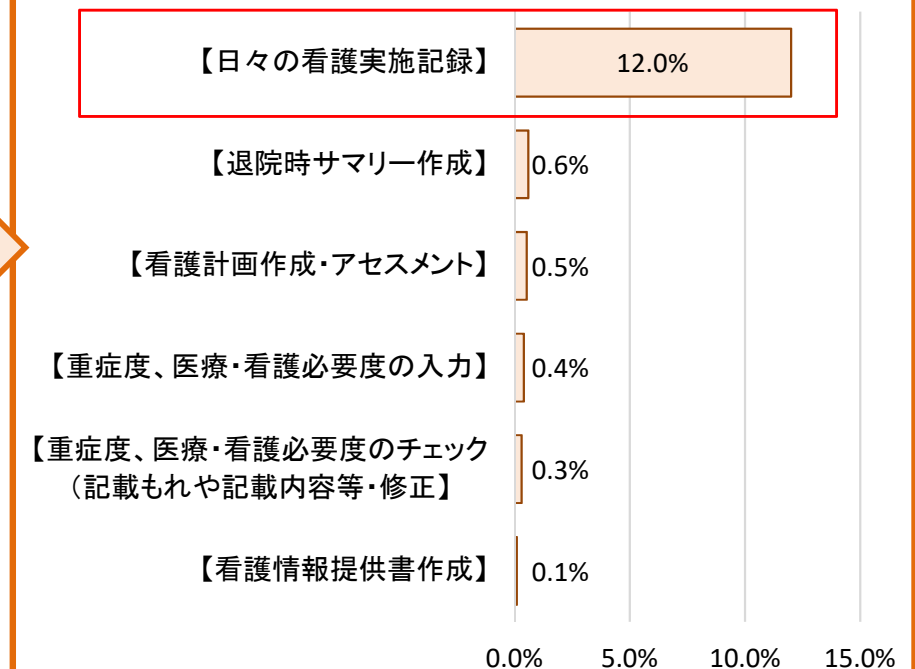
【参考】各業務内容の内訳(上位10項目のみ)

※上位10項目の合計で、全体の過半数を占める



※ 看護業務を上記A～Kの11項目に分類し、さらに全85項目の業務内容に整理。
総業務時間数に占める各業務時間数の割合のうち、上位10項目を示した。(ただし、【休憩】及び未入力は含まない)

「看護記録」の内訳



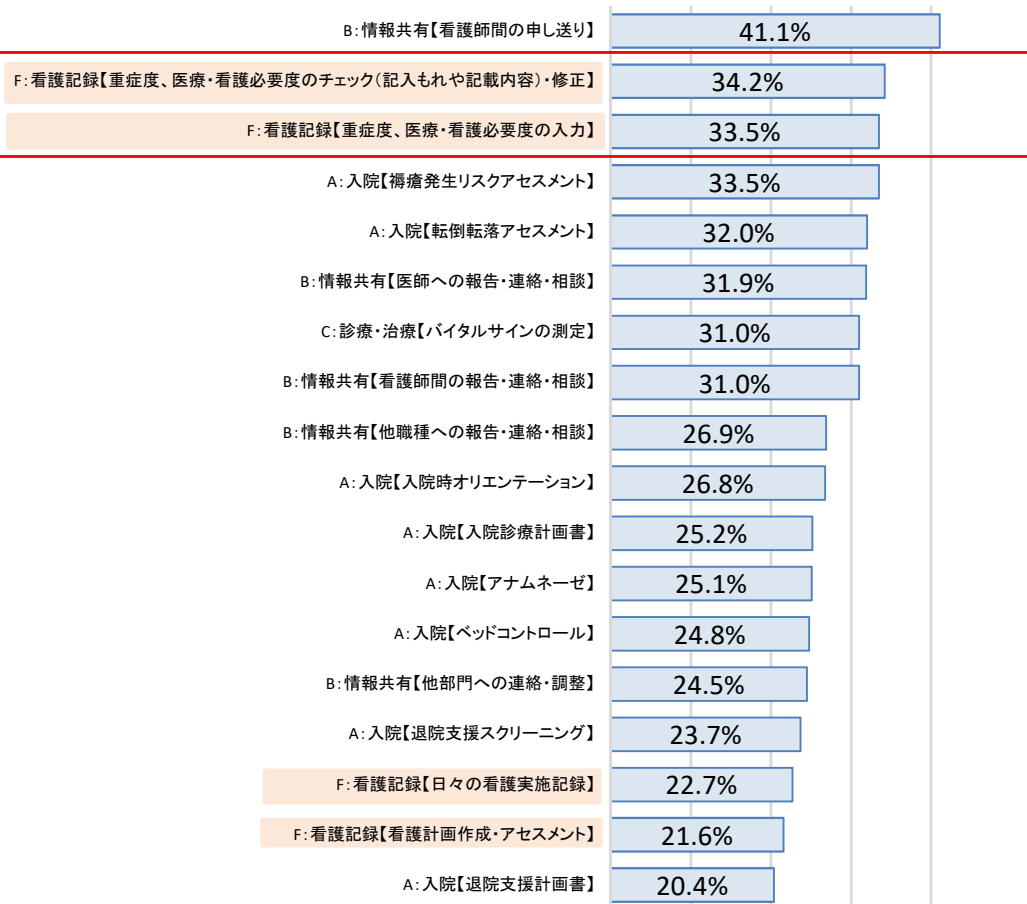
【出典】平成30年度厚生労働科学特別研究事業「効率的な看護業務の推進に向けた実態調査研究(H30-特別一指定-011)」※をもとに保険局医療課において作成

※ 当該研究は、病床規模、病床機能の異なる47病院の50病棟、計955名の看護師に対する①タイムスタディ調査(始業から終業までの業務内容と一連の看護業務に要した累積時間を10分単位で自記式にて調査票に記入)と②看護師への業務効率化に関する意識調査(看護業務の移譲可能性及び機械(ICT)への移譲可能性についての調査)等から構成されている。

看護記録に係る業務のICTへの移譲可能性

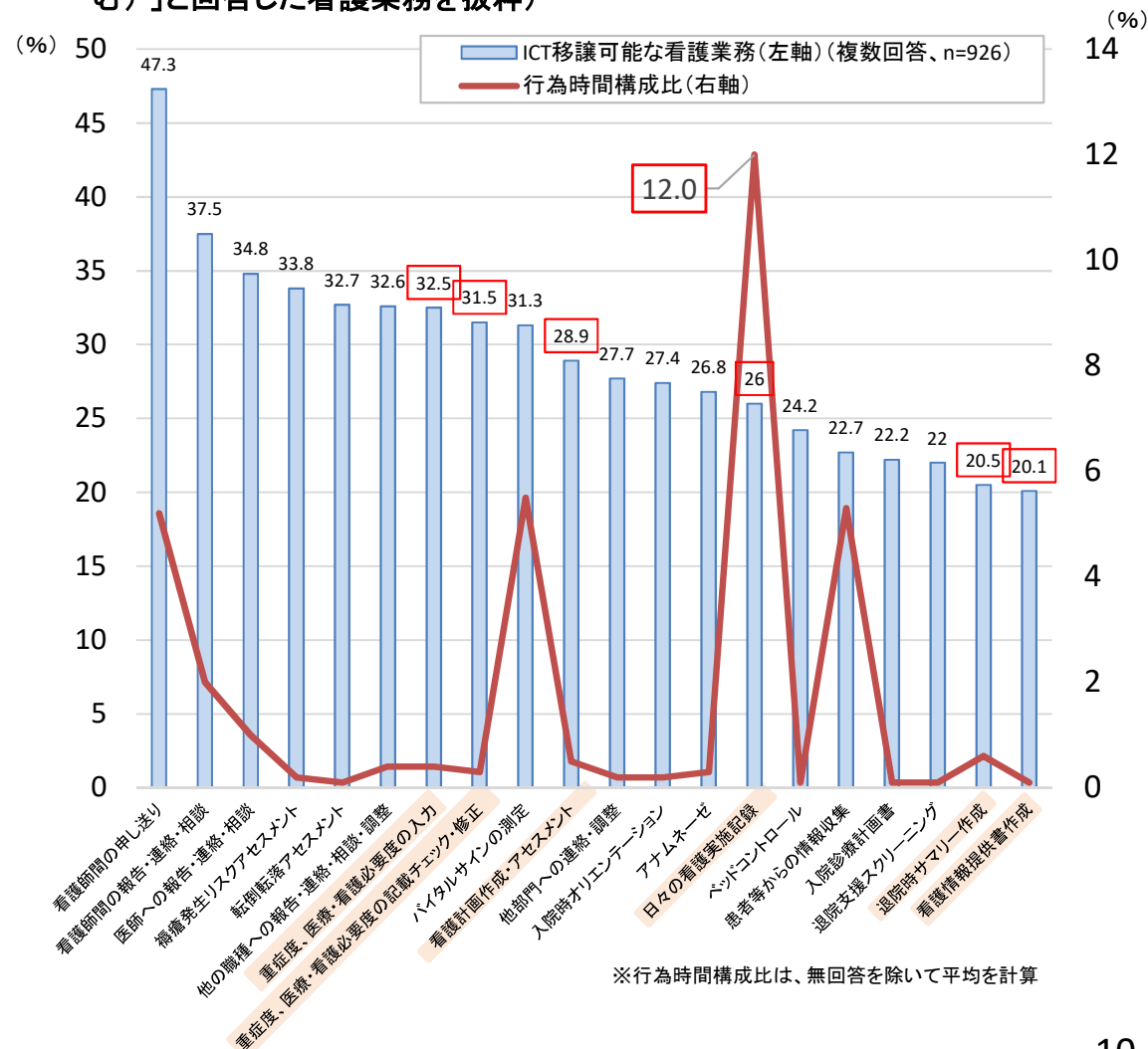
- 急性期病棟において、看護業務のうち重症度、医療・看護必要度に係る「看護記録」については、ICTへの移譲が可能と考えられている割合が高い傾向があり、約3割となっている。
- 病棟種別によらず、「看護記録」については、ICTへの移譲が可能と考えられている割合が全て2割以上であり、そのうち「日々の看護実施記録」の業務については、タイムスタディ調査においても看護業務の約1割を占めていた。

■ ICTへの移譲が可能と考える看護業務
(20%以上の看護師が「ICTに移譲できる(「一部できる」「全てできる」を含む)」と回答した看護業務を抜粋)(急性期(7対1看護職員配置)病棟に限る)(複数回答、n=517)



※色塗りした項目は、看護業務のうち「看護記録」に係る項目

■ ICTに移譲可能な看護業務と行為時間の関係
(20%以上の看護師が「ICTに移譲できる(「一部できる」「全てできる」を含む)」と回答した看護業務を抜粋)



B項目の判断基準について

診 調 組 入 - 1
元. 1 0. 1 6 (改)

○ 現行のB項目の判断基準においては、ADLを含む患者の状態と、看護職員等による当日の介助の実施の有無が、一体となって評価されている。

B	患者の状態等	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
				B得点 点

【項目の定義】

判断基準の例(移乗)

移乗時の介助の状況の評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

【選択肢の判断基準】

「介助なし」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。

「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

【判断に際しての留意点】

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具を使用する場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い(力が出せており)、看護職員等が介助を行っている場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「全介助」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護職員等が移乗を行わなかった場合は「介助なし」とする。

入院医療等の調査・評価分科会における検討結果 報告(抄)(中医協 診-2元. 11. 6)

- ・ また、B項目の判断基準においては、ADLを含む患者の状態と、看護職員等による評価日当日の介助の実施の有無が、一体となって評価されている。これについて、患者の状態を正確に把握するために、患者の状態と介助の実施を分けて測定することとしてはどうかという意見があった。
- ・ 検討に当たっては、臨床現場に混乱をきたさないよう配慮を求める意見や、評価方法を変更することによる得点への影響がないかを検証する必要があるという意見があった。

重症度、医療・看護必要度のB項目の評価方法について

- B項目を患者の状態と介助の実施に分けて評価することにより、ADLを含む患者の状態がより明確化されるため、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」が不要となることに加え、介助の実施の有無の判断がより分かりやすくなると考えられる。

重症度、医療・看護必要度に係る評価票(B項目)

B	患者の状態等	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
				B得点 点

患者の状態と介助の実施に分けて測定する場合のイメージ

B	患者の状態等	患者の状態				介助の実施			評価
		0点	1点	2点		0	1		
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×			=	点
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり		点
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
15	危険行動	ない		ある					点
									B得点 点

特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし		あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし		あり
6 人工呼吸器の管理	なし		あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし		あり
9 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓 ICP測定、ECMO)	なし		あり

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

基準

A得点4点以上かつB得点3点以上

【ハイケアユニット用】

A モニタリング及び処置等	0点	1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 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニターの装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の管理	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、 ECMO)	なし	あり

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

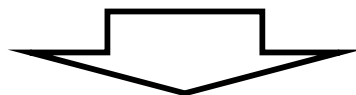
基準

A得点3点以上かつB得点4点以上

重症度、医療・看護必要度の記録に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 平成30年度診療報酬改定において、診療実績データを用いて該当患者割合を評価する方法（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）が新設され、重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出施設は急性期一般入院料1では約3割。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡのいずれについても、B項目については、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載することとしており、この手引きにおいて、「評価の根拠」として、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があること等を定めている。
- 看護職員の業務負担の要因として、「看護記録等の書類」が約5割で最も多く、この書類の内訳については、「看護必要度に関する記録」が約4割。
- タイムスタディ調査によると、看護師の業務のうち、「看護記録」に要する時間は全体の約14%であり、「看護記録」のうち特に「日々の看護実施記録」に要する時間が多い。また、急性期病棟において、「看護記録」については、ICTへの移譲が可能と考えられている割合が高い傾向があり、約3割。
- 重症度、医療・看護必要度のB項目については、患者の状態を正確に把握するため、患者の状態と介助の実施を分けて測定することについて意見がある。また、この測定方法により「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」が不要となることに加え、介助の実施の有無の判断がより分かりやすくなると考えられる。
- 特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票においても、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票と同様のB項目を用いている。



【論点】

- 看護職員の看護記録等の書類作成に係る業務負担軽減の観点から、重症度、医療・看護必要度のB項目の評価方法を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価することとし、併せて、根拠となる記録を不要とする対応を進めてはどうか。また、特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様の対応をすることとしてはどうか。

2. 特定機能病院に係る評価について

- 特定機能病院入院基本料の概要
- 特定機能病院における入院患者の薬剤適正使用の推進

特定機能病院制度の概要

趣 旨

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

※承認を受けている病院(令和元年8月1日現在) ... 86病院(大学病院本院79病院)

役 割

○高度の医療の提供

○高度の医療技術の開発・評価

○高度の医療に関する研修

○高度な医療安全管理体制

承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率50%以上、逆紹介率40%以上）
- 病床数 ……400床以上の病床を有することが必要
- 人員配置
 - ・ 医 師……通常の2倍程度の配置が最低基準。医師の配置基準の半数以上がいずれかの専門医。
 - ・ 薬剤師……入院患者数÷30が最低基準。（一般は入院患者数÷70）
 - ・ 看護師等…入院患者数÷2が最低基準。（一般は入院患者数÷3）
 - ・ 管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備……集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要
- 医療安全管理体制の整備
 - ・ 医療安全管理責任者の配置
 - ・ 専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置
 - ・ 監査委員会による外部監査
 - ・ 高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置
- 原則定められた16の診療科を標榜していること
- 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること 等

※ がん等の特定の領域に対応する特定機能病院は、診療科の標榜、紹介率・逆紹介率等について、別途、承認要件を設定。

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

医療法の
位置付け

一般病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 891,492床
病床利用率 73.3%
平均在院日数 15.7日

療養病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 327,088床
病床利用率 87.8%
平均在院日数 145.5日

DPC/PDPS

1,664施設 483,747床※2
(▲11,480床)
※2 H29.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

85施設
58,446床※1
(+103床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

21施設 6,513床 (▲770床)

救命救急入院料

383施設 6,499床 (+1床)

特定集中治療室管理料

644施設 5,299床 (▲229床)

ハイケアユニット入院医療管理料

管理料1 493施設 4,732床

管理料2 36施設 337床

合計 529施設 5,069床 (+426床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

153施設 1,202床 (+198床)

小児特定集中治療室管理料

8施設 88床 (+4床)

新生児特定集中治療室管理料

231施設 1,615床 (▲21床)

総合周産期特定集中治療室管理料

125施設 母児・胎児 797床 (+48床)

新生児 1,615床 (+90床)

新生児治療回復室入院医療管理料

197施設 2,750床 (+17床)

一類感染症患者入院医療管理料

31施設 99床 (+6床)

	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
小児入院	68施設	192施設	105施設	371施設	138施設
医療管理料	5,027床 (+95床)	6,780床 (+4床)	2,563床 (▲64床)	7,923床 (▲298床)	-

一般病棟入院基本料

617,411床 (▲13,978床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	計
688施設	696施設	124施設	1,508施設
44,299床 (+5,589床)	32,560床 (▲1,736床)	5,204床 (▲820床)	82,063床 (+3,033床)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	計
1,848施設	126施設	1,974施設
56,332床 (+13,503)	3,093床 (+381)	59,425床 (+13,884)

障害者施設等入院基本料

863施設
67,341床 (+541床)

特殊疾患病棟

入院料1	入院料2	管理料
110施設	93施設	30施設
5,850床 (▲26床)	6,877床 (+315床)	470床 (▲24床)

緩和ケア病棟入院料
394施設 7,927床 (+388床)

介護療養 病床

52,724床
※H29.6末病院報告

施設基準届出
平成29年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所（一般） 5,372施設 71,913床 (▲3,529床)

有床診療所（療養） 563施設 5,523床 (▲879床)

精神病棟 1,303施設 157,205床 (▲2,915床)

精神科救急入院料 入院料1 137施設 8,630床 (+876床) 入院料2 4施設 256床 (▲2床)	精神科急性期治療病棟入院料 入院料1 346施設 16,220床 (+284床) 入院料2 12施設 628床 (▲62床)	精神科救急・合併症入院料 10施設 334床 (+12床)	児童・思春期精神科入院 37施設 1,223床 (+43床)	精神療養病棟入院料 824施設 92,816床 (▲1,466床)	認知症治療病棟入院料 入院料1 501施設 34,911床 (+453床) 入院料2 8施設 680床 (▲256床)
--	--	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---

結核病棟 193施設 4,627床 (▲140)

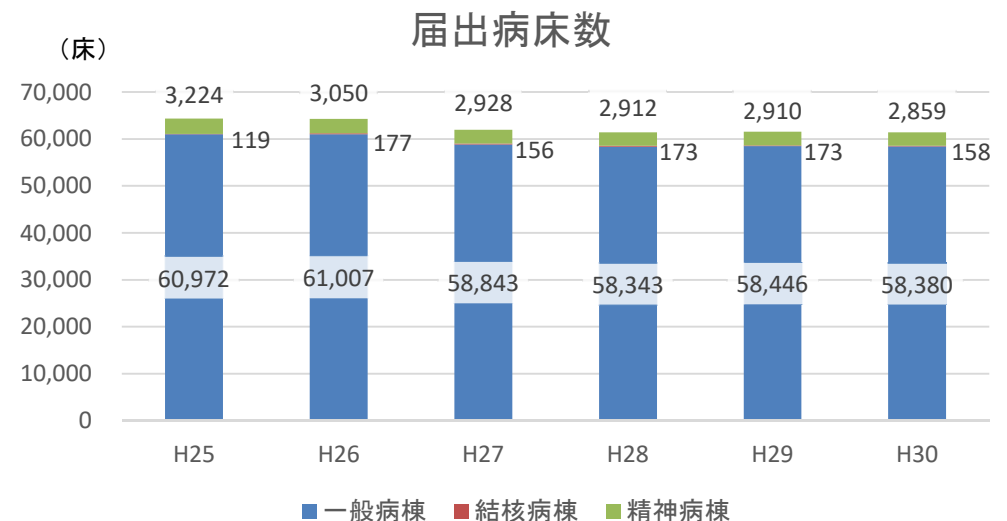
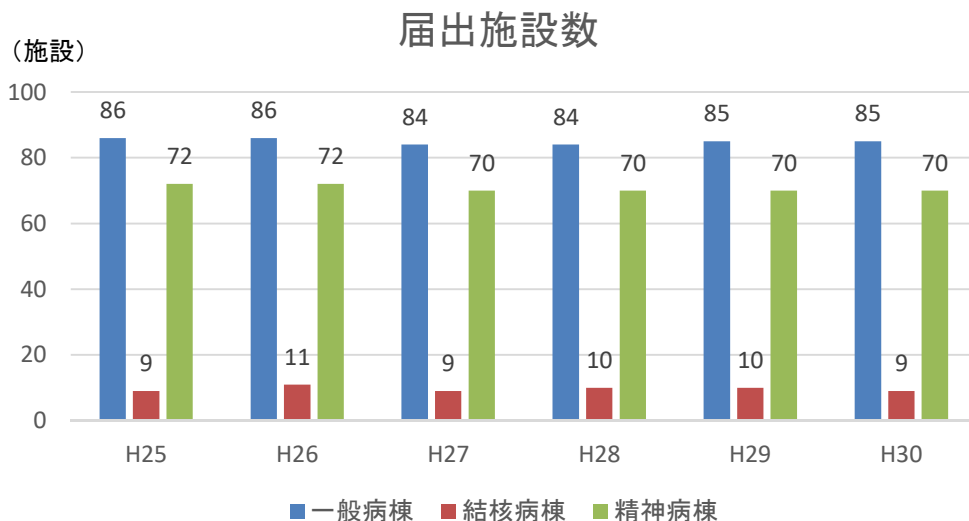
特定機能病院入院基本料の概要

A104 特定機能病院入院基本料(1日につき)

1 一般病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,718点	ロ 10対1入院基本料	1,438点
2 結核病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,718点	ロ 10対1入院基本料	1,438点
	ハ 13対1入院基本料	1,210点	ニ 15対1入院基本料	1,037点
3 精神病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,450点	ロ 10対1入院基本料	1,373点
	ハ 13対1入院基本料	1,022点	ニ 15対1入院基本料	933点

【算定要件(抜粋)】

- **特定機能病院**の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。



(参考)

A100 一般病棟入院基本料(1日につき)

1 急性期一般入院基本料	イ 急性期一般入院料1	1,650点	ロ 急性期一般入院料2	1,619点	ハ 急性期一般入院料3	1,545点
	ニ 急性期一般入院料4	1,440点	ホ 急性期一般入院料5	1,429点	ヘ 急性期一般入院料6	1,408点
					ト 急性期一般入院料7	1,382点
2 地域一般入院基本料	イ 地域一般入院料1	1,159点	ロ 地域一般入院料2	1,153点	ハ 地域一般入院料3	988点

特定機能病院入院基本料と一般病棟入院基本料の比較

○ 特定機能病院入院基本料と、一般病棟入院基本料の施設基準等の比較を以下に示す。

	特定機能病院入院基本料 (一般病棟)	一般病棟入院基本料
重症度、医療・看護必要度 ※()内は、重症度、医療・看護必要度Ⅱの数値	○ 一般病棟7対1 28%(23%)以上 ○ 一般病棟10対1 測定していること	○ 急性期一般入院料1 30%(25%) ○ 急性期一般入院料2 ー(24%) ○ 急性期一般入院料3 ー(23%) ○ 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%) ○ 急性期一般入院料7 測定していること
A200 総合入院体制加算	届出不可	届出可能
A204 地域医療支援病院入院診療加算	届出不可	届出可能
A207-2 医師事務作業補助体制加算	届出可能 ※ 医師事務作業補助体制加算1に限る。	届出可能
A207-3 急性期看護補助体制加算	届出可能	届出可能
A207-4 看護職員夜間配置加算	届出可能	届出可能
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	届出可能	届出可能
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	届出不可	届出可能

地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準

- 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準は以下のとおり。
- それぞれ、看護職員等の人員に係る配置基準と、重症患者の割合が定められている。

【地域包括ケア病棟入院料】

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

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

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

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価

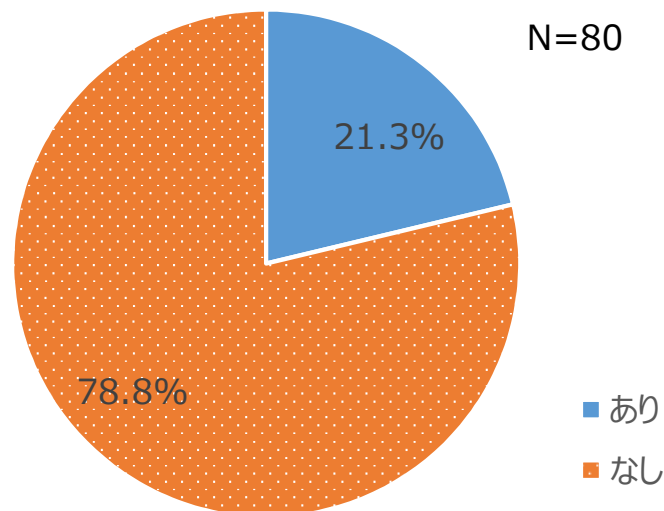
2. 特定機能病院に係る評価について

- 特定機能病院入院基本料の概要
- 特定機能病院における入院患者の薬剤適正使用の推進

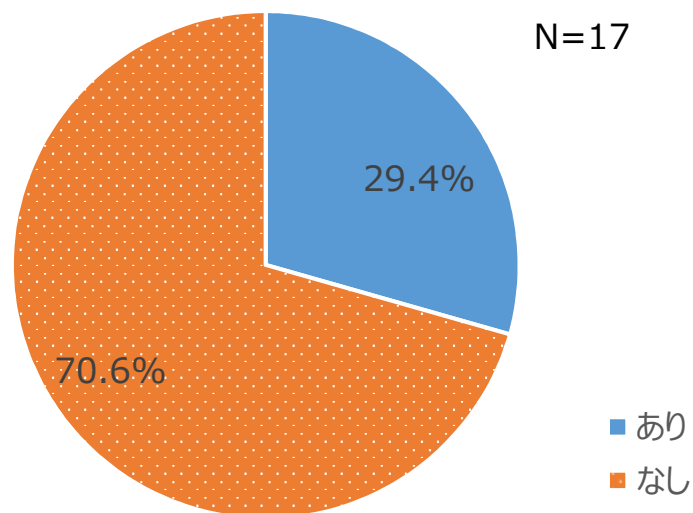
特定機能病院における使用ガイド付きの医薬品集の策定状況等

- 院内使用ガイド付きの医薬品集※を策定している医療機関は一定程度有るものの、その数はまだ限られている。また、医薬品の新規採用毎に更新がなされていない実態もある。

使用ガイド付きの医薬品集策定の有無
(特定機能病院)



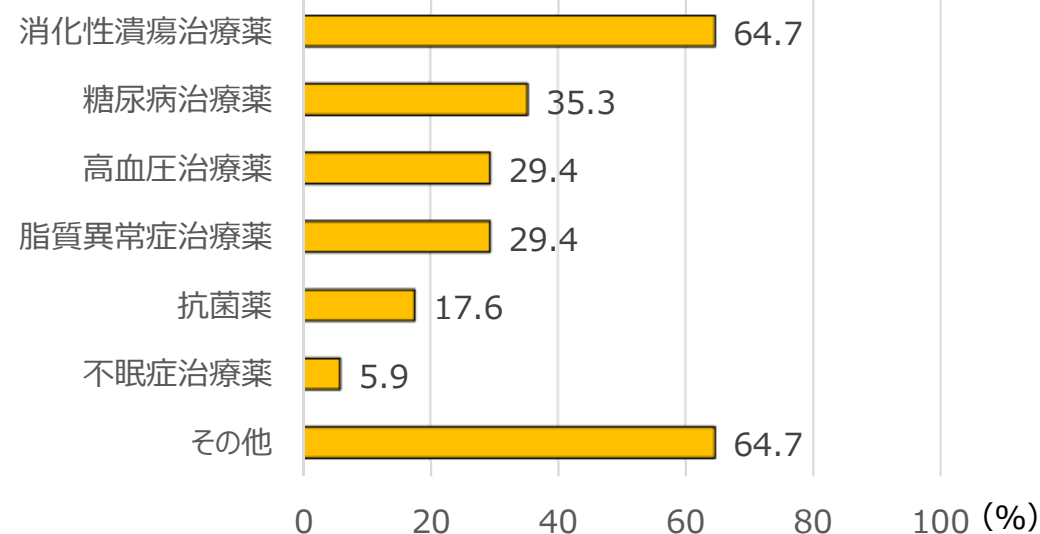
医薬品の新規採用毎に
使用ガイド付きの医薬品集の更新の有無



※ 医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された使用指針を含む医薬品集

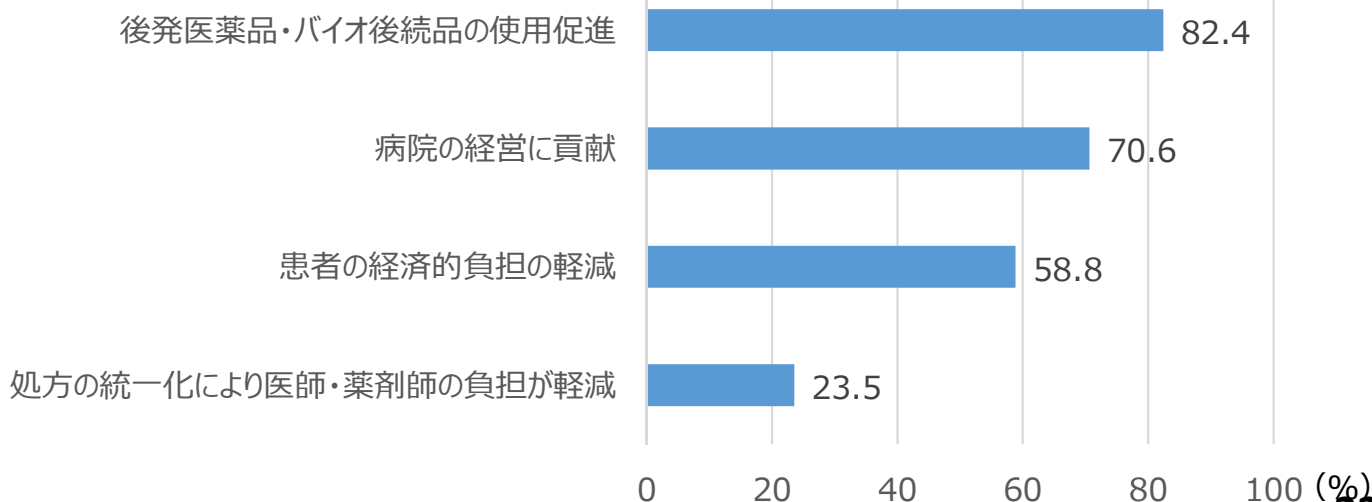
使用ガイド付きの医薬品集を作成している薬効群

N=17



使用ガイド付きの医薬品集導入による効果

N=17



浜松医科大学医学部附属病院での院内使用ガイド付きの医薬品集について①（検討体制等）

- 浜松医科大学医学部附属病院では経済性のみではなく、採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価しておくことなどにより、質と安全性の高い薬物治療を行うために院内使用ガイド付きの医薬品集を作成。
- 院内使用ガイド付きの医薬品集の作成は関連する院内部門・委員会、診療科及び薬剤部が連携して行っている。

■ 新規採用医薬品および採用削除医薬品などの取扱内規

【使用指針の基準】（例）

採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価しておくことで、簡便かつ効率的な治療が行うことができる。（中略）この使用ガイド付きの医薬品集の作成は経済性のみではなく、**質と安全性の高い薬物治療を効率的に実施**する上で必要不可欠なものである。

■ 院内使用ガイド付きの医薬品集の検討体制

薬剤管理委員会

【手順３：薬剤管理委員会での承認】

・院内使用ガイド付きの医薬品集案を**審議、承認**する

【手順４：院内での周知・活用】

・薬剤管理委員会事務局より、すべての診療科にメールにて連絡を行うとともに、院内ポータルサイトにて周知する
・必要に応じて、処方オーダー時に情報提供・注意喚起などを設定を周知する（薬剤師は処方提案、医師からの薬剤選択に関する問い合わせの回答に活用）



薬剤部、関連する院内部門・委員会、診療科

【手順１：院内使用ガイド付きの医薬品集作成対象領域の選定】

・複数採用のある同種・同効医薬品、後発医薬品及びバイオシミラーの採用がある領域について、**案の作成を検討**する

【手順２：院内使用ガイド付きの医薬品集案の立案】

・薬剤部にて案を作成し、根拠となるガイドライン、参考文献や経済効果を示した上で、薬剤部および関連する診療科等において協議し、**原案を作成**する

浜松医科大学医学部附属病院での院内使用ガイド付きの医薬品集 について②（実績等）

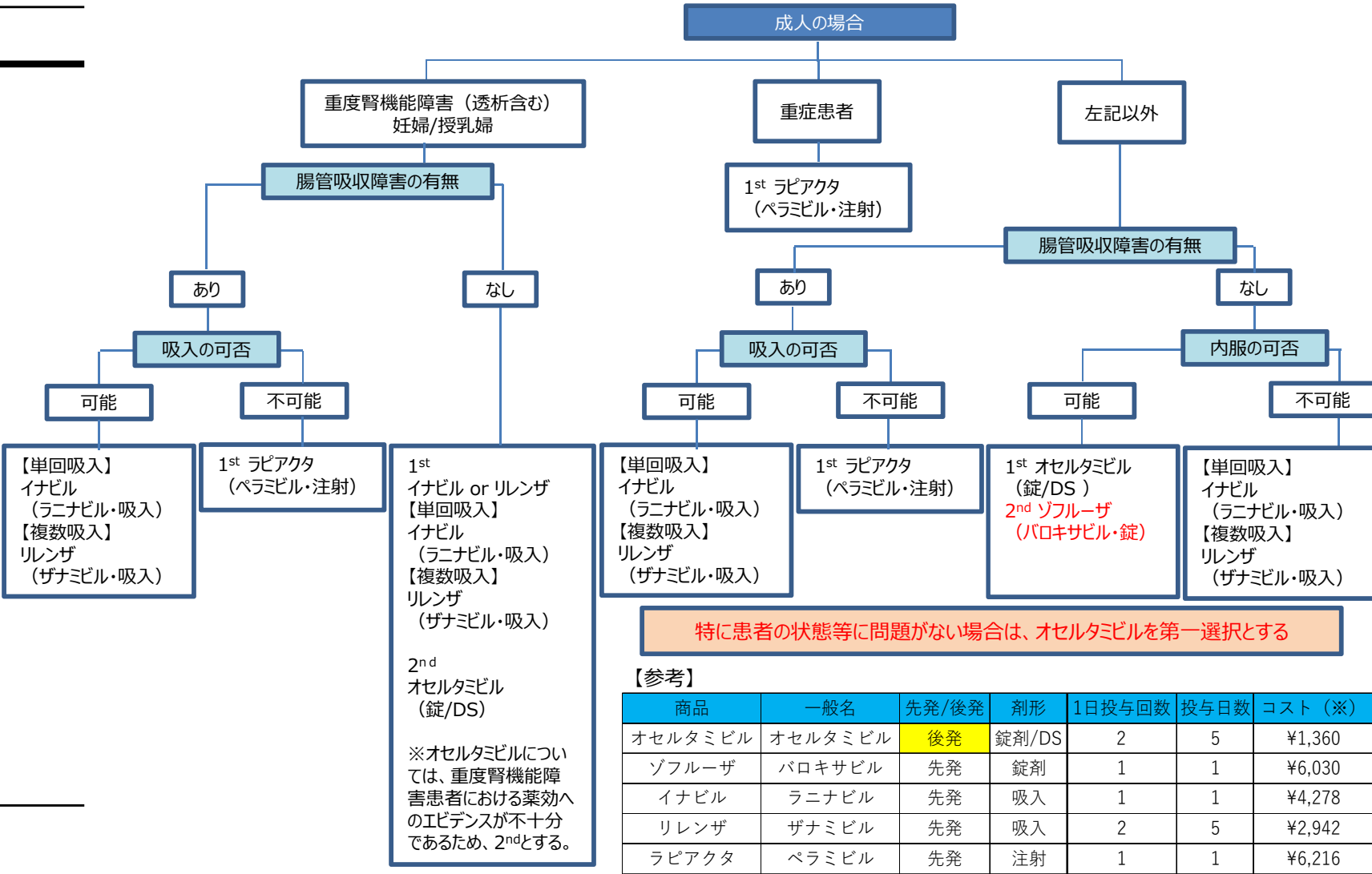
○ これまでに、13薬効群で院内使用ガイド付きの医薬品集が作成されている。

■ 作成薬効群リスト

対象薬効群

- 抗インフルエンザウイルス薬
- 経口抗菌薬
- 広域スペクトラム抗菌薬
- 抗MRSA薬
- 整腸剤
- ヘルペスウイルス治療薬
- インフリキシマブ製剤
- リツキシマブ製剤
- 強オピオイド系鎮痛薬
- 便秘症治療薬
- ビスプロロール・テープ剤
- ヨード造影剤
- プロトンポンプインヒビター

■ 院内使用ガイド付きの医薬品集例：抗インフルエンザウイルス薬（治療）



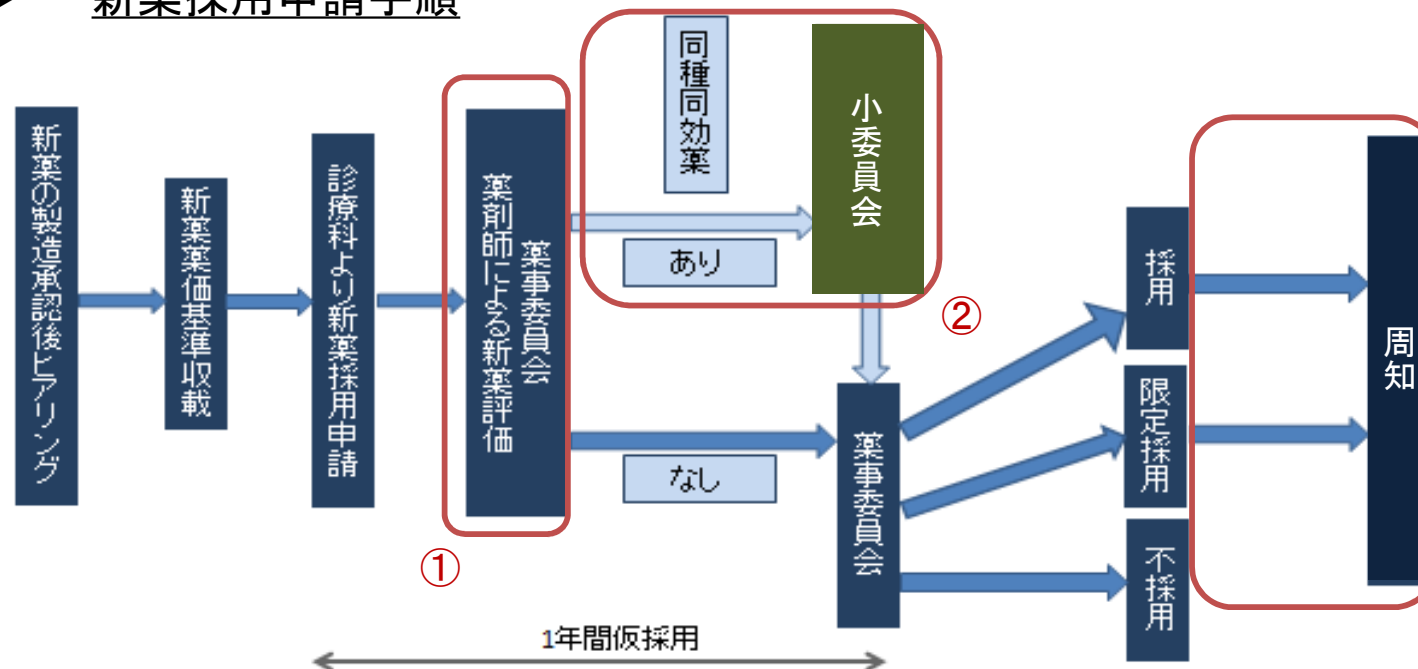
(※コスト=成人において治療1クールにかかる総薬剤費)

聖マリアンナ医科大学病院での院内使用ガイド付きの医薬品集

《目的》

重症例や難治症例に対しての有用な新薬を使用できる環境を維持するため、既存治療のある薬剤は費用対効果を重視。

➤ 新薬採用申請手順



①医薬品新規採用評価書

1. 医薬品概要（商品名・一般名・会社名等）
2. **使用ガイド付きの医薬品集の必要性**
3. 有効性に関するエビデンスの評価
4. 安全性とモニタリング項目の評価
5. ガイドラインでの推奨
6. 費用・経済性の検討
7. 考察
8. 臨床上の必要性（評価チェックリスト）

②小委員会の構成員

- 薬事医院長（副病院長）
- 診療科薬事委員（6名）
- 病棟薬剤師（6名）
- 医薬品情報科薬剤師（1名）

日本海ヘルスケアネットでの使用ガイド付きの医薬品集について

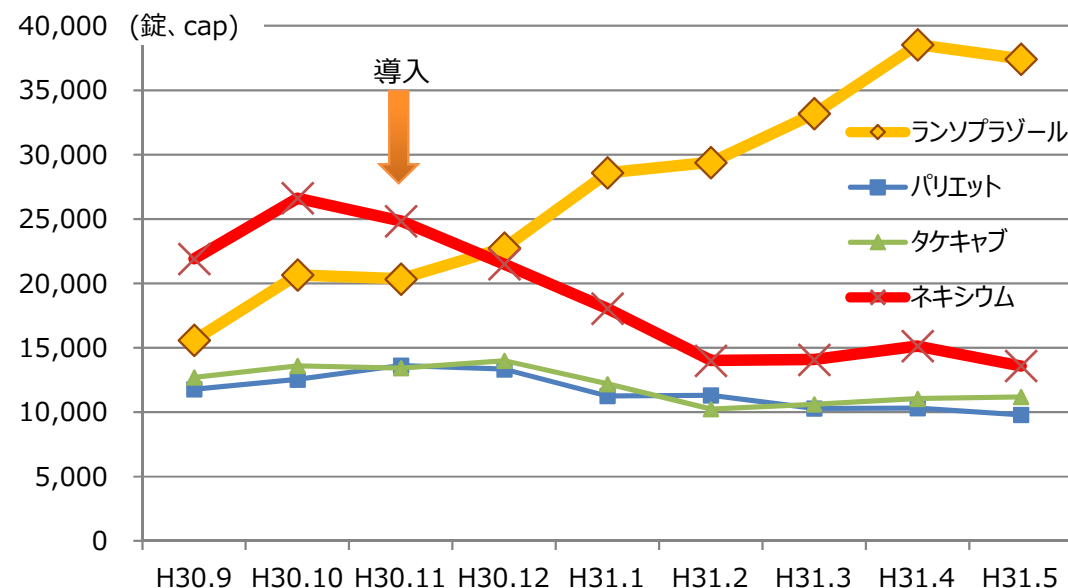
中医協 総 - 4 - 1
元 . 6 . 2 6 (改)

- プロトンポンプ阻害薬（PPI）等の薬効群で地域における推奨薬剤リストが作成されている。
- 日本海総合病院においては、一定の導入効果が出ている。

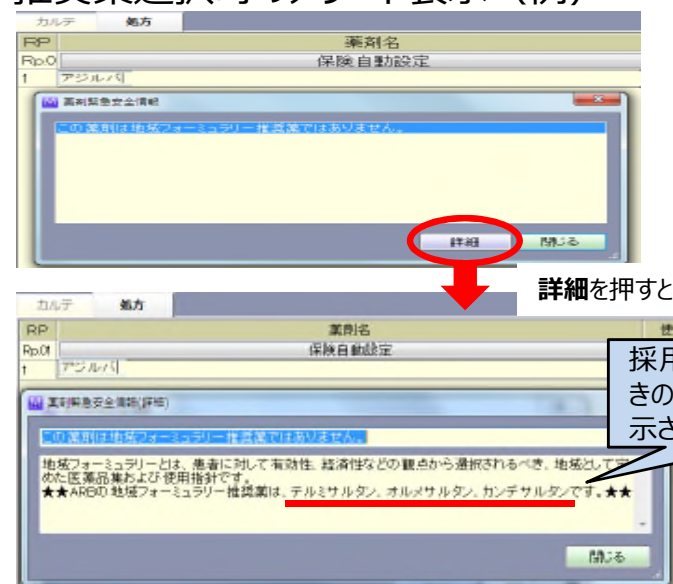
■ 推奨薬剤リスト

対象薬効群	薬剤名
プロトンポンプ阻害薬	ランソプラゾール
	ラベプラゾール
	オメプラゾール
αグルコシダーゼ阻害薬	ボグリボース
	ミグリトール
アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬	テルミサルタン（第一推奨薬）
	オルメサルタン（第二推奨薬）
	カンデサルタン（第三推奨薬）
HMG-CoA還元酵素阻害薬	ロスバスタチン
	ピタバスタチン
バイオシミラー製剤	インフリキシマブ
ビスフォスフォネート製剤	アレンドロン酸ナトリウム
	リセドロン酸ナトリウム

■ 導入の効果（日本海総合病院）



■ 非推奨薬選択時のアラート表示（例）



採用薬での使用ガイド付きの医薬品集推奨薬が表示される。

使用ガイド付きの医薬品集に関する基本的な考え

- 医療機関が使用ガイド付きの医薬品集を作成するメリットとしては、①採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価し、医薬品使用の基本的考え方に係る指針を提供することにより、薬剤の適正使用に貢献すること、②経済性を踏まえた後発医薬品等の使用を推進すること、などが考えられる。
- 使用ガイド付きの医薬品集の作成においては、①有効性、安全性、経済性に関するエビデンスを収集・分析し、医療機関の状況を踏まえた適切な評価、②新薬発売時等の定期的な見直し、が行える相当程度の体制が必要と考えられる。
- ※ 後発医薬品の情報を収集・評価し、薬事委員会等で採用薬を決定する体制の評価として、後発医薬品使用体制加算がある。

＜使用ガイド付きの医薬品集の運用（イメージ）＞

- ① 複数採用のある同種・同効医薬品、後発医薬品及びバイオシミラーの採用がある領域について、有効性、安全性、経済性に関するエビデンスを病院薬剤師等が収集、分析、評価し、医師と協議して院内使用ガイド付きの医薬品集案を検討
 - ※ 検討にあたっては、当該病院に専門医がいるか、対象患者の偏りなどの地域性が考慮される
- ② 薬事委員会等において院内使用ガイド付きの医薬品集を決定
- ③ 必要に応じて、処方オーダー時に情報提供・注意喚起などを設定
- ④ 同種・同効の新薬が発売等された場合、必要な見直しを行う
 - ※ 必要に応じて、策定した院内使用ガイド付きの医薬品集を公表し、地域医療機関に情報共有する
 - ※ 必要に応じて、使用ガイド付きの医薬品集による効果について院内での検証を行う

＜参考＞ 後発医薬品使用体制加算の施設基準

- ① 病院では、**薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制**が整備されていること。有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- ② 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
- ③ 入院及び外来において後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日 閣議決定）（抄）

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等

（2）主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

（iv）診療報酬・医薬品等に係る改革

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

＜参考＞令和2年度診療報酬改定の基本方針（令和元年12月10日）

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

○ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

- ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、薬剤耐性（AMR）や、適正使用のための長期処方の在り方への対応等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進。
- ・ **医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。**

使用ガイド付きの医薬品集に関する指摘

令和元年 6 月 26 日、7 月 24 日 中医協総会における主な意見

- 病院では医学的知見も踏まえて採用薬を会議で決定しており、経済性も加味されている。医療機関レベル、地域レベルで採用薬の検討の場があることはよいが、報酬の議論とは別ではないか。
- 取組自体は評価するが、診療報酬上で評価して促進を誘導する性質のものではないと考える。
- 院内においてこのような制度、体制を作ることは理解するが、地域で厳格化していく場合には、患者の個別性を制約するのではないか。
- 後発医薬品の推進の観点からも進めて行くべき。
- 院内では病院経営の効率化にもつながる。医療機関が率先して推進し、それを薬剤師や保険者がチェックする体制を作ることが必要ではないか。
- 院内の場合は、自分の医療施設にあるものの中でどれが患者にとって一番いいのか、無駄のない投薬が副次的にも収支の改善に値するということ。こうした考え方を普及啓発することは非常に重要であるが、これを診療報酬で評価するのは違うのではないか。
- 院内や地域で着実に推進していくためには、何らかの算定要件に盛り込むというような診療報酬上の対応については必要。

特定機能病院に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

(特定機能病院入院基本料の概要)

- 特定機能病院は、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院として、厚生労働大臣が個別に承認するもの。
- 診療報酬においては、病床の有する機能等に応じた評価を設けており、特定機能病院の有する機能及び体制等を評価する観点から、特定機能病院入院基本料が設けられている。
- 特定機能病院入院基本料と、一般病棟入院基本料の施設基準を比較すると、届出可能な入院基本料等加算や、特定入院料に違いがある。

(特定機能病院における入院患者の薬剤適正使用の推進)

- 医学的妥当性(安全性、有効性)や経済性の観点から採用する医薬品や使用手順を定める取組が進められており、病院内の薬剤適正使用に一定の効果が見られたとの報告がある。
- 使用ガイド付きの医薬品集の作成には、①有効性、安全性、経済性に関するエビデンスを収集・分析し、医療機関の状況を踏まえた適切な評価、②新薬発売時等の定期的な見直し等が行える相当程度の体制が必要とされる。



【論点】

- 特定機能病院に係る評価のうち、届出ることのできる入院基本料及び特定入院料の範囲について、その位置づけや有する機能及び体制等を踏まえ、見直すこととしてはどうか。
- 使用ガイド付きの医薬品集を試行的に推進する観点から、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発等を実施する能力を有し、地域の拠点となる特定機能病院において、使用ガイド付きの医薬品集の作成・維持を行う体制を評価することについて、検討することとしてはどうか。
- また、使用ガイド付きの医薬品集の作成に当たっては、後発医薬品の使用推進、使用ガイド付きの医薬品集の質の担保及びその効果検証の適切な実施等が重要であることから、その点も踏まえ、検討することとしてはどうか。

3. 地域の実情を踏まえた対応について

- 医療資源の少ない地域
- 地域加算

令和元年9月25日中医協総会における指摘事項

(医療資源の少ない地域について)

- 医療資源の少ない地域については、新たに医師少数区域や医師偏在指標が設定されたので、最新データをもとに見直すことを検討すべきではないか。
- 地方の人口減少が加速しており、このような地域に配慮した診療報酬上の対応については、対象拡大する必要があるのではないか。
- 見直しの結果、従来対象であった地域が対象外となる場合、配慮が必要ではないか。
- 医療資源の少ない地域とへき地について、同等の要件としたほうがいいのではないか。
- 医療資源の少ない地域の対象地域として、医師と看護師の数で算出しているが、人口が減っていく地域でどういうふうにその医療を守るかという視点で、周囲の人口を対象とすべきではないか。

改定年度	改定内容
平成24年	○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする ※ 特定機能病院、200床以上の病院、D P C対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 ○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える ○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し ＜対象地域に関する要件＞ ➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 ○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加える (特定機能病院、200床以上の病院、D P C対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く) ※要件①かつ② ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%
平成30年	○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く） ○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 ＜対象＞ ○地域包括ケア入院医療管理料1～4 ○地域包括ケア病棟入院料1・3 ○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算 ○在宅療養支援診療所 ○在宅療養支援病院 ○在宅療養後方支援病院

現行の「医療資源の少ない地域」(41医療圏)

中医協 総-1

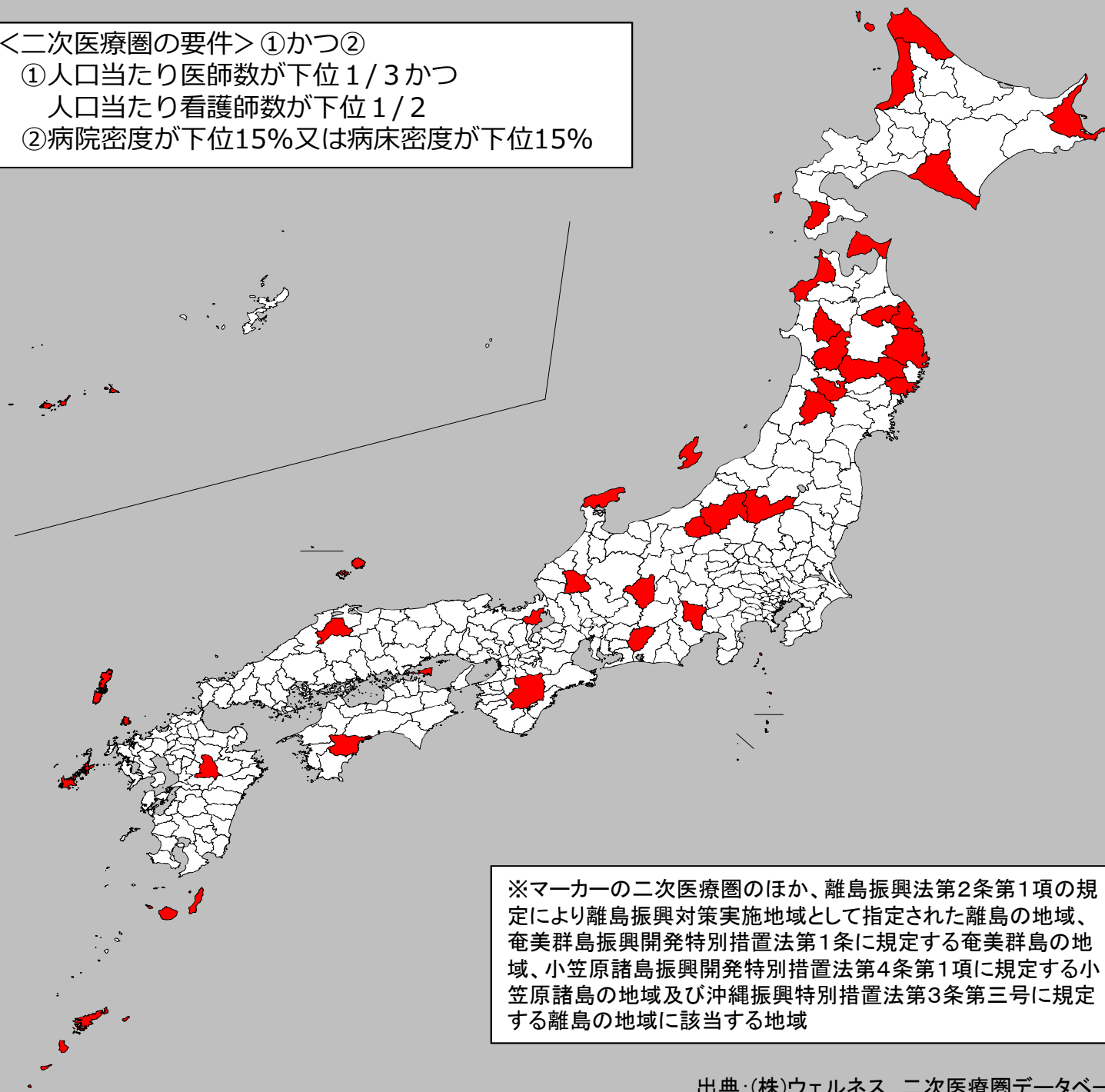
元 7 1 0

<二次医療圏の要件> ①かつ②

①人口当たり医師数が下位 1/3 かつ

人口当たり看護師数が下位 1/2

②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%



※マーカーの二次医療圏のほか、離島振興法第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

- 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
- 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域
- 北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域
- 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域
- 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域
- 青森県五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域
- 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域
- 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域
- 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域
- 岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域
- 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域
- 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域
- 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
- 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
- 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
- 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域
- 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域
- 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域
- 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域
- 新潟県佐渡市の地域
- 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
- 福井県大野市及び勝山市の地域
- 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域
- 長野県木曽郡の地域
- 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡
- 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域
- 滋賀県高島市の地域
- 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域
- 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域
- 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島の地域
- 香川県小豆郡の地域
- 高知県須崎市、中土佐町、橋原町、津野町及び四万十町の地域
- 長崎県五島市の地域
- 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域
- 長崎県壱岐市の地域
- 長崎県対馬市の地域
- 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域
- 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域
- 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域
- 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域
- 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域

○ 医療資源の少ない地域（特定地域）においては、入院料の算定、人員配置基準、夜勤の要件、病床数の要件が一部緩和されている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A 1 0 0 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	入院基本料 1～3 の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A 2 2 6－2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 3－2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A 2 4 6 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
A 3 0 8－3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上※ ¹ 看護職員の最小必要数の4割以上※ ² が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 <u>許可病床数200床未満に限るとされている基準について、240床未満とする</u> <u>（地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3）</u>	人員配置 病床数
A 3 1 7 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A 2 4 8 精神疾患診療体制加算	<u>許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）</u>	病床数
A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算	<u>許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）</u>	病床数
在宅療養支援病院	<u>許可病床数240床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）</u>	病床数
在宅療養後方支援病院	<u>許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）</u>	病床数
B 0 0 1 2 4 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B 0 0 1 2 7 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

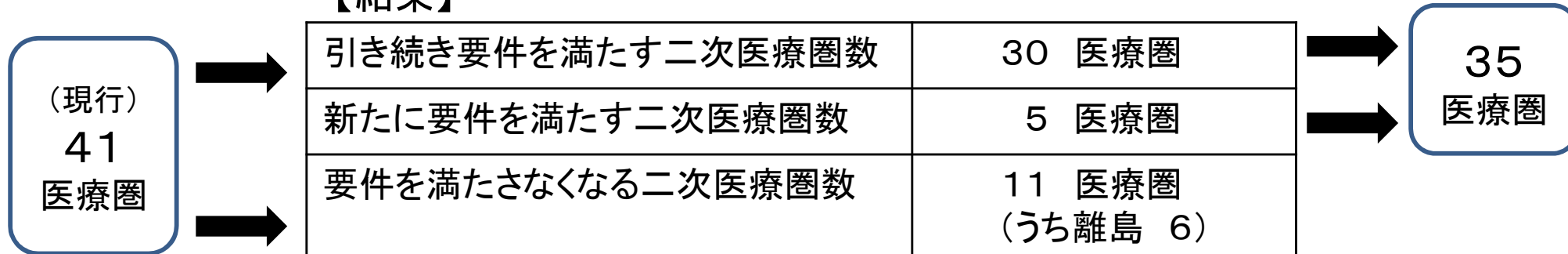
注）下線部については、平成30年度診療報酬改定にて追加もしくは項目名が変更となったもの。

医療資源の少ない地域の見直しのシミュレーション

- 平成28年度改定においては、平成23年医療施設調査等を元に、医療資源の少ない地域を設定した。
- 今回、平成29年医療施設調査等を利用し、見直しのシミュレーションを行った。
- シミュレーションに当たっては、医師の確保が困難な地域について、人口構成や患者の流入についても反映できるよう、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第4次中間とりまとめで示された「二次医療圏別医師偏在指標（暫定）」を取り入れた。

現行	シミュレーション
① 医療従事者の確保が困難な地域	
「人口当たり医師数が下位1/3」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」	「人口当たり医師数が下位1/3又は 二次医療圏別医師偏在指標（暫定）が下位1/3」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」
② 医療機関が少ない地域	
病院密度が下位15%または病床密度が下位15%	

【結果】



※現行、シミュレーションとも、離島の地域についてはこれらの要件を満たさなくても対象に含まれる。

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

医師偏在指標

=

標準化医師数

地域の人口

÷

10万

×

地域の標準化受療率比(※1)

標準化医師数

=

Σ性年齢階級別医師数

×

性年齢階級別平均労働時間

全医師の平均労働時間

地域の標準化受療率比(※1)

=

地域の期待受療率

÷

全国の期待受療率(※2)

地域の期待受療率(※2)

=

Σ(全国の性年齢階級別受療率×地域の性年齢階級別人口)

地域の人口

注) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

□ 医師偏在指標については、

- 人口の高齢化率の高い地域（医療需要が高くなる）
- 患者の流入の多い地域（医療需要が高くなる）
- 医師の高齢化率の高い地域（医師供給が少なくなる）

の順位が、人口10万人対医師数と比較して、下がる傾向がみられる。

へき地医療拠点病院等であることが要件に含まれる主な診療報酬項目

中医協 総-1(改)
元 . 7 . 1 0

○ 一部の報酬項目において、へき地医療拠点病院等の指定を受けていることを要件としている。

報酬項目	へき地に係る要件
医師事務作業補助体制加算2 20 対1、25 対1、30 対1及び40 対1補助体制加算	「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24 年3月21 日医政発0321 第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13 年5月16 日医政発第529 号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。
遠隔画像診断	受信側(画像診断が行われる病院である保険医療機関)においては以下の基準を全て満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満たしていれば足りるものであること。 ア 画像診断管理加算1、2又は3に関する施設基準を満たすこと。 イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。
医科点数表第2章第9部処置の通則の5並びに歯科点数表第2章第8部処置の通則の6に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準	「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24 年3月31 日医政地発0331 第3号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13 年5月16 日医政発第529 号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。
保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準	標本等の受取又は受信側(病理標本等の観察及び評価が行われる保険医療機関)においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。 ア 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。 イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院又は病理診断科を標榜する医療機関であること。 ウ イに掲げる医療機関のうち、特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院以外の医療機関であって、病理診断科を標榜する医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本等について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師又は常勤の歯科医師が観察を行い、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たる医師又は歯科医師のうち少なくとも1名以上は、病理診断の経験を7年以上有していること。 エ 病理標本が送付される場合においては、受取側の保険医療機関に送付される病理標本について、別添2の様式79 の2に定める計算式により算出した数値が100 分の80 以下であること。 オ デジタル病理画像の観察及び評価を行う場合は、デジタル病理画像による病理診断の施設基準に係る届出を行っていること。
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製に関する施設基準	受信側(病理診断が行われる保険医療機関)においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

へき地医療拠点病院の事業内容等

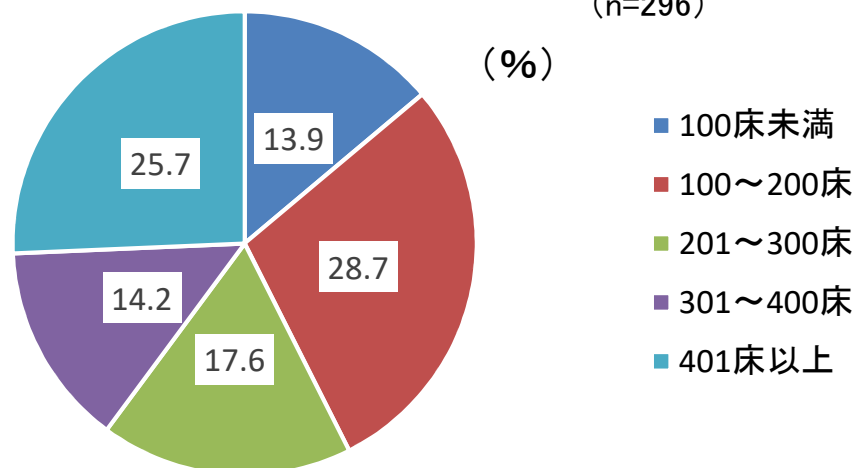
- へき地医療拠点病院の事業内容は、巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関する事とされている。
- へき地医療拠点病院の病床規模をみると、400床以上の医療機関が約25%である。

へき地医療拠点病院の事業内容

- 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関する事。
- へき地診療所等への代診医等の派遣(継続的な医師派遣も含む)及び技術指導、援助に関する事。
- 特例措置許可病院への医師の派遣に関する事。
- 派遣医師等の確保に関する事。
- へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関する事。
- 遠隔医療等の各種診療支援に関する事。
- 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関する事。
- その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関する事。

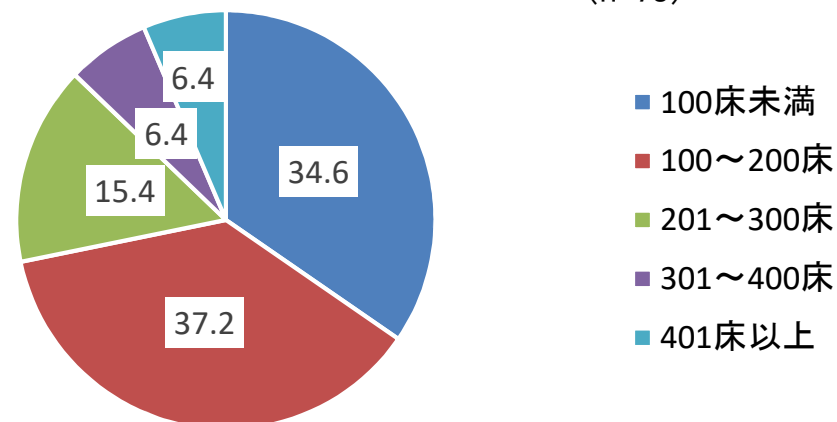
病床規模別のへき地医療拠点病院

(n=296)



(参考)病床規模別の医療資源の少ない地域に
所在する医療機関

(n=78)



医療資源の少ない地域及びへき地に配慮した項目の整理(案)

- 医療資源の少ない地域に配慮した要件とへき地に配慮した要件が分けて設定されている。
- へき地に配慮した要件について、医療資源の少ない地域も対象としてはどうか。

	医療資源の少ない地域	へき地医療拠点病院等
○ 緩和ケア診療加算等の人員配置の緩和 ○ 地域包括ケア病棟入院料1・3の病床数要件の緩和 ○ ICTを用いたカンファレンスの要件緩和等	対象	対象外
○ 遠隔画像診断 ○ 保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準等	対象	拡大 対象

(注) へき地が存在している地域であるが、医療資源の少ない地域ではない地域もあれば、医療資源の少ない地域であるが、へき地が存在しない地域もある。また、医療資源の少ない地域であって、へき地が存在している地域もある。

3. 地域の実情を踏まえた対応について

- 医療資源の少ない地域
- 地域加算

地域加算の現行の取扱いについて

【基本的な考え方】

- 地域加算は、医業経営における地域差に配慮する観点から設けられているものであり、国家公務員一般職の地域手当に
関して人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域に所在する保険医療機関に対し、入院基本料、特定入院料又は
短期滞在手術等基本料2の加算として算定できる。（留意事項通知）
- 地域手当非支給地であっても、人事院規則で定める地域に囲まれている地域及び複数の対象地域に隣接している地域に
ついては、隣接する対象地域の級地のうち、低い級地と同様の区分で評価している。
- 平成28年度診療報酬改定において地域加算の対象地域を見直した際に、地域加算の対象から外れることとなった7地域
については、平成32年(令和2年)3月31日までの間、7級地とみなす経過措置としている(愛知県稲沢市、神奈川県山北町、
大井町、岐阜県海津町、奈良県安堵町、河合町、福岡県篠栗町)。

○ 地域加算の級地別対象地域(抜粋)

級地	点数	国で定める地域(267地域)	準じる地域(257地域)
1級地	18点	特別区	—
2級地	15点	町田市、横浜市、大阪市、他	—
3級地	14点	千葉市、名古屋市、西宮市、他	東久留米市、大府市
4級地	11点	浦安市、吹田市、神戸市、他	習志野市、昭島市、他
5級地	9点	京都市、広島市、福岡市、他	つくばみらい市、摂津市、他
6級地	5点	仙台市、宇都宮市、静岡市、他	奥多摩市、蒲郡市、佐賀市、他
7級地	3点	札幌市、浜松市、長崎市、他	東大和市、箱根市、備前市、他

医療機能に応じた入院医療の評価について⑩

地域加算の見直し

- 診療報酬上の地域加算について、国家公務員の地域手当の見直しに伴い対象地域等を見直す。

【現行】

地域加算(1日につき)	点数
1級地	18点
2級地	15点
3級地	12点
4級地	10点
5級地	6点
6級地	3点



【改定後】

地域加算(1日につき)	点数
1級地	<u>18点</u>
2級地	<u>15点</u>
3級地	<u>14点</u>
4級地	<u>11点</u>
5級地	<u>9点</u>
6級地	<u>5点</u>
(新)7級地	<u>3点</u>

対象地域は、一般職の職員の給与に関する法律(昭和25年法律第95号)第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域とする。

地域の実情を踏まえた対応に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

（医療資源の少ない地域）

- 現行の「医療資源の少ない地域」は以下の2つの要件の両方を満たす41地域である。
 - ・ 人口当たり医師数が下位1／3かつ人口当たり看護師数が下位1／2
 - ・ 病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%
- 医師の確保が困難な地域については、人口構成や患者の流入についても反映できるよう、医療従事者の受給に関する検討会医師需給分科会第4次中間とりまとめで示された「二次医療圏別医師偏在指標（暫定）」を取り入れ、平成29年医療施設調査等を利用してシミュレーションを行ったところ、引き続き要件を満たす二次医療圏が30、新たに要件を満たす二次医療圏が5、要件を満たさなくなる二次医療圏が11であり、35医療圏が該当した。
- 医療資源の少ない地域に配慮した要件とへき地に配慮した要件が分けて設定されている。

（地域加算）

- 地域加算の取扱いについて、国の官署がなくなったために人事院規則に定める地域から外れることとなった地域は、賃金や物価水準が変わったわけではないため、医療提供の現状等を踏まえ、令和2年3月31日まで7級地と見なす経過措置としている。



【論点】

- 医療資源の少ない地域については、人口構成等を反映できるよう医療従事者の確保が困難な地域の要件を見直すとともに、直近の統計を用いて、対象地域の見直しを検討してはどうか。なお、見直しの対象となる地域にあって、現在、当該評価の届出を行っている医療機関については、一定の配慮を行うこととしてはどうか。
- へき地に配慮した要件については、医療資源の少ない地域も対象としてはどうか。
- 経過措置の対象地域となっている7地域について、現状の取扱いを踏まえ、人事院規則で定める地域に準じる地域に定めることとしてはどうか。

4. その他の事項

- 一連の入院の取扱いについて
- 提出データ評価加算について

入院料等の通則における再入院について

- 入院料等の通則において、同一の保険医療機関に再入院する際の入院の起算日を規定している。
- 一旦治癒に近い状態になって再発した場合や退院の日から3月以上経過した場合を除き、初回入院日を起算日として計算することとなる。

(参考)

医科点数表

第1章第2部 入院料等 通則5

留意事項通知

(入院期間の計算について)

(1)(略)

(2)(1)にかかわらず、保険医療機関を退院後、同一傷病により当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算する。

ただし、次のいずれかに該当する場合は、新たな入院日を起算日とする。

ア 1傷病により入院した患者が退院後、一旦治癒し若しくは治癒に近い状態までになり、その後再発して当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

イ 退院の日から起算して3月以上（中略）の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所（短期入所療養介護費を算定すべき入所を除く。）することなく経過した後に、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

再入院時の加算等の取扱いについて

○ 次の加算については、入院期間が通算される再入院に該当する場合は、算定できない。

区分番号	名称	概要
A205 1,2	救急医療管理加算1,2	緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に加算
A205-2	超急性期脳卒中加算	脳梗塞と診断された患者に対し、発症4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投入した場合に加算
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	妊産婦が、母体又は胎児の状態により緊急入院が必要ある場合に加算
A206 1,2,3	在宅患者緊急入院診療科加算 1,2,3	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に加算
A212 1,2	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 1,2	出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に対し加算
A231-3 1,2	重度アルコール依存症入院医療管理加算	アルコール依存症の入院患者に対して、集中的かつ多面的な専門的治療の計画的な提供を行った場合に加算
A232 1イロ 2	がん拠点病院加算	別の医療機関からの紹介により入院した、悪性腫瘍と診断された患者について加算
A234-3	患者サポート体制充実加算	患者に対する支援体制について施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について加算
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算	保険診療の対象となる合併症を有している疾患等の妊婦であって、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に加算
A237	ハイリスク分娩管理加算	保険診療の対象となる合併症を有している疾患等の妊婦であって、入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に加算
A240	総合評価加算	入院中の患者であって、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものに対して、評価を行った場合に加算
B004,B005	退院時共同指導料1,2	退院後の在宅事業を担う保険医療機関等に情報提供した場合等に算定
B014	退院時薬剤情報管理指導料	退院後の薬剤に関する指導を行った場合に加算

DPC/PDPSにおける再入院について

- DPC/PDPSにおいては、診断群分類に基づいた点数を算定する際の再入院に係る取扱いを定めている。
- 退院してから7日以内にDPC対象病棟に再入院する際、病名が同一又は特定の病名が選択されている場合は、入院期間の起算日を初回の入院日とする取扱となっている。

(参考)

平成30年3月20日付け厚生労働省通知保医発0320第3号

留意事項通知等

第3 費用の算定方法

1 診療報酬の算定

(7) 同一傷病名等での再入院に係る取扱い

① DPC算定対象となる病棟等に入院していた患者(中略)が、当該病棟等より退院した日の翌日又は転棟した日から起算して7日以内にDPC算定対象となる病棟等(中略)に再入院(中略)した場合について、次に該当する場合は、当該再入院は前回入院と一連の入院とみなすこととし、当該再入院の入院期間の起算日は初回の入院日とする。なお、退院期間は入院期間として算入しない(DPC算定対象とならない病棟への転棟期間は入院期間として算入する。)

ア 直近のDPC算定対象となる病棟等に入院していた際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上2桁が同一である場合又は直近のDPC算定対象となる病棟等に入院していた際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上6桁が同一である場合(以下「同一傷病」という。)

イ 再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に、定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるICDコード以外のICDコード又は診断群分類「180040 手術・処置等の合併症」に定義されるICDコードを選択した場合(後略)

② 予め当該病院に再入院することが決まっており、再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」が悪性腫瘍であり、かつ、化学療法(第2の3の(5)の①に掲げる「化学療法」)に係る診断群分類区分(いわゆる「化学療法あり」の診断群分類区分を含む。)に該当する場合は、①に該当する場合でも同一傷病での再入院に係る取扱いから除き一連の入院とはみなさない。当該規定を適用する場合については、化学療法の実施日(予定日)及びレジメンを含む化学療法の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

なお、当該規定は、再転棟の場合は適用されないので留意すること。

DPC/PDPSにおける再入院時の加算等の取扱いについて

- 入院料等の通則では一連の入院とされるが、DPC/PDPSにおいてはその算定にあたり、一連の入院ではない取扱いとなるケースがある。
- 入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等について、DPC/PDPSにおいて一連の入院とされないが、下記のような加算については入院料の通則を踏まえ、算定不可であることを明確化する。

(例)

入院料では一連の入院となるが、DPC/PDPSにおける算定のルールにおいては一連とならないケース

10日間

入院

退院

入院

退院

肺炎で入院加療

再び肺炎で入院

- ・入院料等の通則では、一連の入院となる。
- ・DPC/PDPSにおいては、一連では無い入院として診断群分類の点数を算定する。

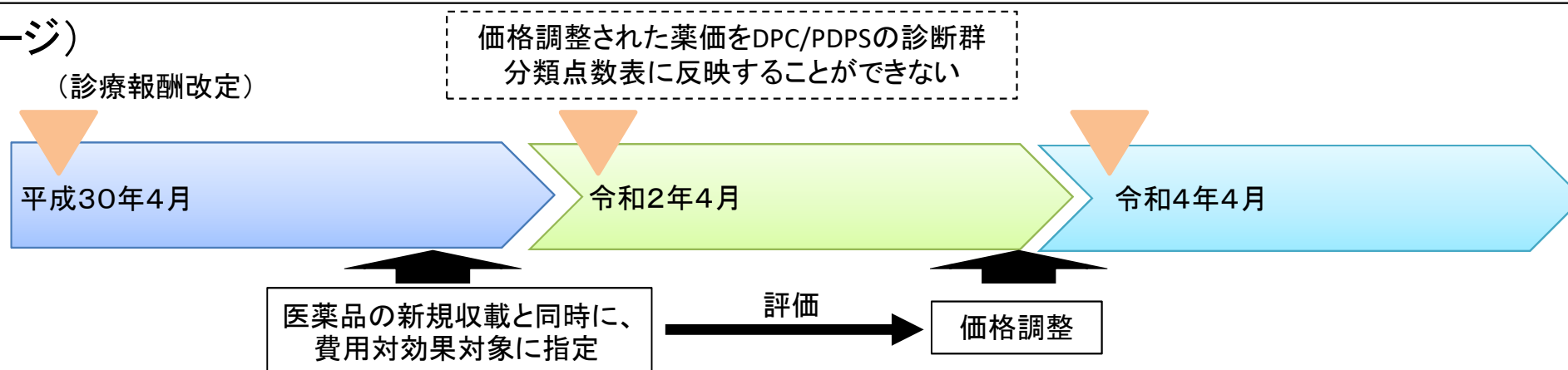
入院初日にA234-3 患者サポート体制充実加算を算定

この入院初日にA234-3 患者サポート体制充実加算は算定不可

DPC/PDPSにおける費用対効果評価の対象となる医薬品等への対応について

- DPC/PDPSにおいては、診療報酬改定時や期中に新規に薬価収載される医薬品等について、診断群分類点数表にこれらの医薬品等のデータがない状態で設定されていることから、診断群分類点数表を適用して包括算定することが適切でない場合がある。
- このため、これらの医薬品等について、次の診療報酬改定までの間は、中医協での審議の上、一定の基準に該当する場合に出来高算定とする取扱としている。
- 費用対効果評価の評価対象となった薬剤については、評価期間を経て価格調整が行われるため、価格調整の結果を令和2年度診療報酬改定時の診断群分類点数表に反映させることができない。

(イメージ)



費用対効果評価の対象品目一覧

成分名	主な適応症
ボルチオキセチン臭化水素酸塩	うつ病・うつ状態
イバブラジン塩酸塩	慢性心不全
ラブリズマブ(遺伝子組換え)	発作性夜間ヘモグロビン尿症
ブデソニド/グリコピロニウム臭化物/ホルモテロールフマル酸塩水和物	慢性閉塞性肺疾患
フルチカゾンフランカルボン酸エステル/ウメクリジニウム臭化物/ビランテロールトリフェニル酢酸塩	慢性閉塞性肺疾患
チサゲンレクルユーセル	再発又は難治性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病

4. その他の事項

- 一連の入院の取扱いについて
- 提出データ評価加算について

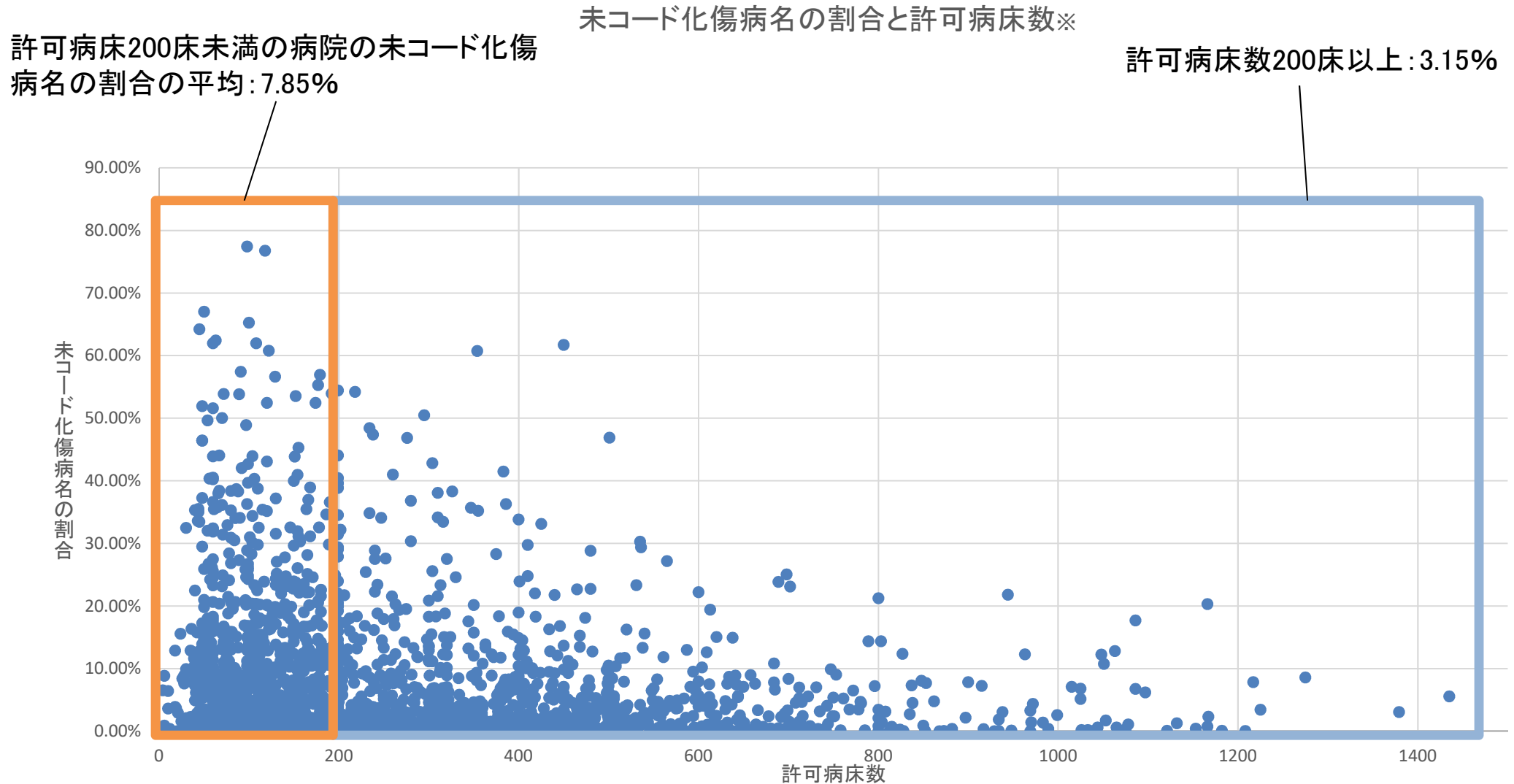
令和元11月22日中医協総会における指摘事項

(提出データ評価加算)

- 病床規模などで未コード化傷病名の割合を比較して検討し、例えば、病床規模が低い病院で未コード化傷病名の割合が高い、等の傾向が見られた場合、病床規模が小さい病院を重点的に評価することとしてはどうか。

未コード化傷病名の割合と病床規模

- 医科の診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合の平均は、平成30年では5.0%であった。
- 200床未満の病院では未コード化傷病名の割合の平均が7.85%であったことに対して、200床以上の病院では3.15%と、病床規模の小さい病院では未コード化傷病名の割合が大きい。



※平成30年12月時点でデータを提出している病院の、医科の診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合と許可病床数
出典: 平成30年NDB

一連の入院の取扱い等に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

(DPC/PDPSの再入院時における加算等の取扱いについて)

- 入院料等の通則では一連の入院とされるが、DPC/PDPSにおいてはその算定にあたり、一連の入院ではない取扱いとなるケースがある。入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等について、DPC/PDPSにおいて一連の入院とされないが、そのような加算については入院料の通則を踏まえ、算定不可であることを明確化する。

(DPC/PDPSにおける高額な医薬品等への対応について)

- 新規収載又は適用が拡大された医薬品等について、DPC/PDPSにおいては次期診療報酬改定までの間は、中医協での審議の上、一定の基準に該当する場合に出来高算定することとしている。
- 費用対効果評価の対象となった医薬品等については、他の医薬品と異なり、費用対効果評価による価格調整の結果を診療報酬改定後の診断群分類点数表に反映させることができない。

(提出データ評価加算について)

- 令和元年11月22日中医協総会において、病床規模などで未コード化傷病名の割合を比較し評価基準等について検討すること、という指摘があった。



【論点】

(DPC/PDPSの再入院時における加算料等の取扱いについて)

- 医科点数表において、入院料等の通則に規定する入院期間が通算される再入院の場合は算定することができない、とされている加算等については、DPC/PDPSの再入院の取扱いで一連の入院とみなされない場合であっても、入院料等の通則に則り、算定することができないことを明確化する。

(DPC/PDPSにおける費用対効果評価の対象となる医薬品等への対応について)

- 費用対効果評価の対象となる医薬品等及び当該医薬品等を比較薬として算定したものを使用する場合は、該当する診断群分類区分において出来高算定とすることとしてはどうか。

(提出データ評価加算について)

- 許可病床数200床未満の病院にデータ提出加算の対象が拡大することや、許可病床数200床未満の病院において、200床以上の病院と比べ未コード化傷病名の割合が高いことを踏まえ、未コード化傷病名の割合の評価基準を見直すことについて、どのように考えるか。
例えば、許可病床200床未満の病院の未コード化傷病名の割合の評価基準を5%とした上で評価は継続し、許可病床200床以上の病院については未コード化傷病名の割合の評価は終了することとしてはどうか。

歯科医療（その2）

1. 歯科外来診療の充実

2. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実

- 歯科外来診療においては、日常的に唾液もしくは血液に触れる環境下で多くの器械・器具を使用している。

歯科外来診療時に使用する患者毎に交換（滅菌）が必要な器械・器具の例



- ・口腔内バキューム
- ・排唾管
- ・スリーウェイシリンジ

- (患者用)
- ・エプロン
 - ・うがい用コップ 等

- (術者用)
- ・手袋 等

- 歯科治療基本セット
- ・歯科用ミラー
 - ・ピンセット 等

- 手用器具



○歯科用ガス圧式ハンドピース

【使用目的】

圧縮空気を回転に変換することにより、歯科用バー、リーマ等の回転器具を駆動する。

- マイクロモーター用ハンドピース
- スケーラー

【治療内容に応じて使用する器具の例】

○バー、ポイント類



○印象用トレー (型取り用の器具)



○抜歯用器具



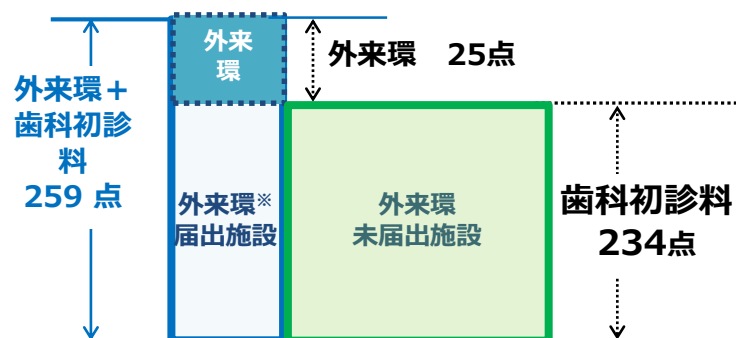
歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

歯科初診料、歯科再診料の見直し

改定イメージ（歯科初診料を算定する医療機関）

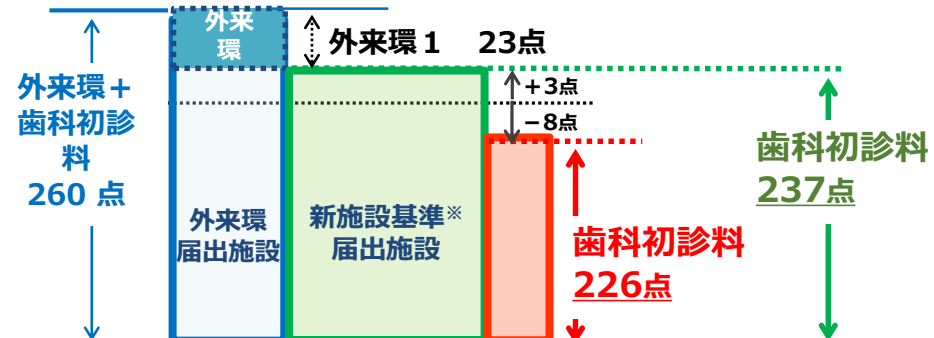
【現行】

（歯科初診料）



※外来環：歯科外来診療環境体制加算

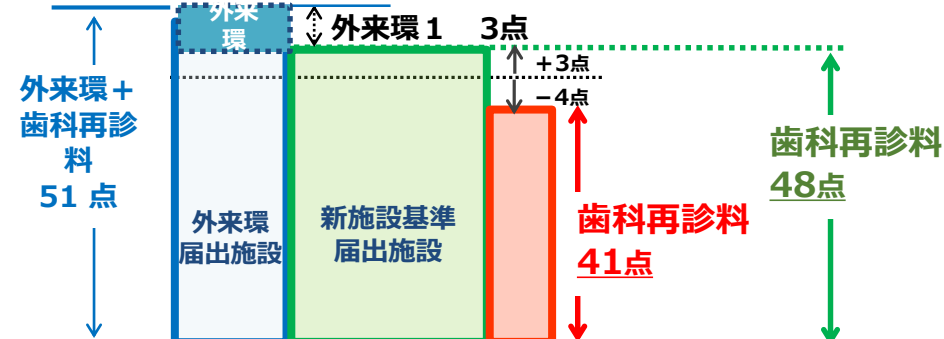
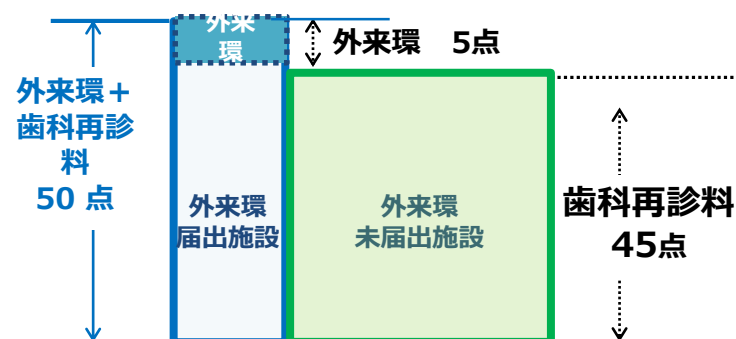
【改定後（H30.4.1～）】



※新施設基準：初診料の注1に規定する施設基準

新施設基準
未届出施設

（歯科再診料）



歯科診療における院内感染対策の推移

中 医 協 総 - 7
元 . 1 1 . 1 3 改

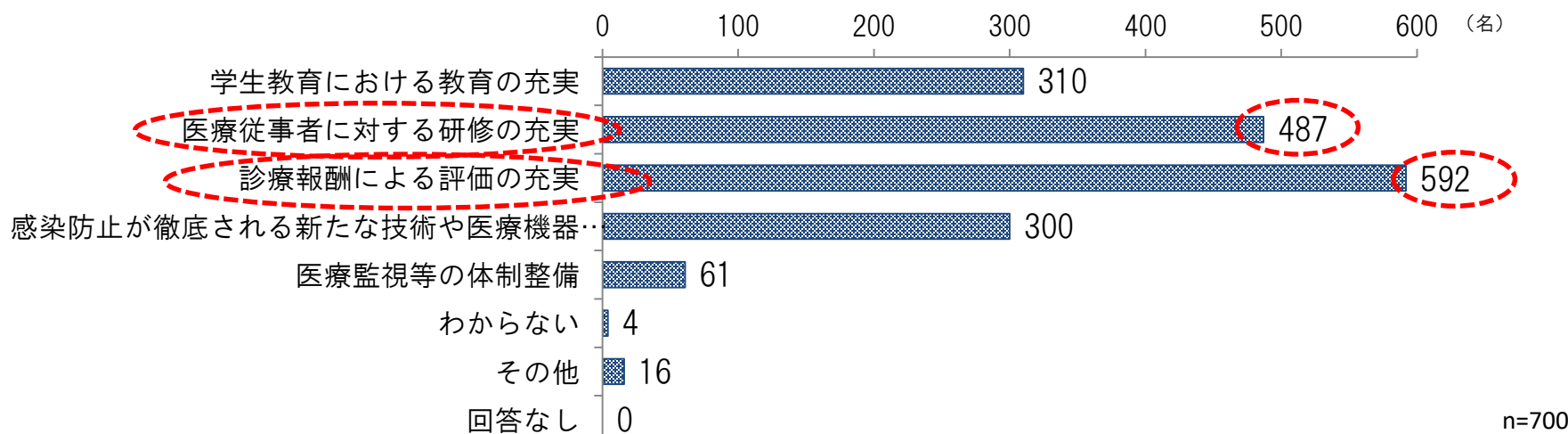
○ 平成30年度診療報酬改定において、院内感染対策を推進する観点から歯科初診料及び歯科再診料の見直しを行った。

○ 令和元年10月1日現在の届出医療機関数は、65,294施設(約95%)であった。 ※保険局医療課において集計した速報値

【施設基準】

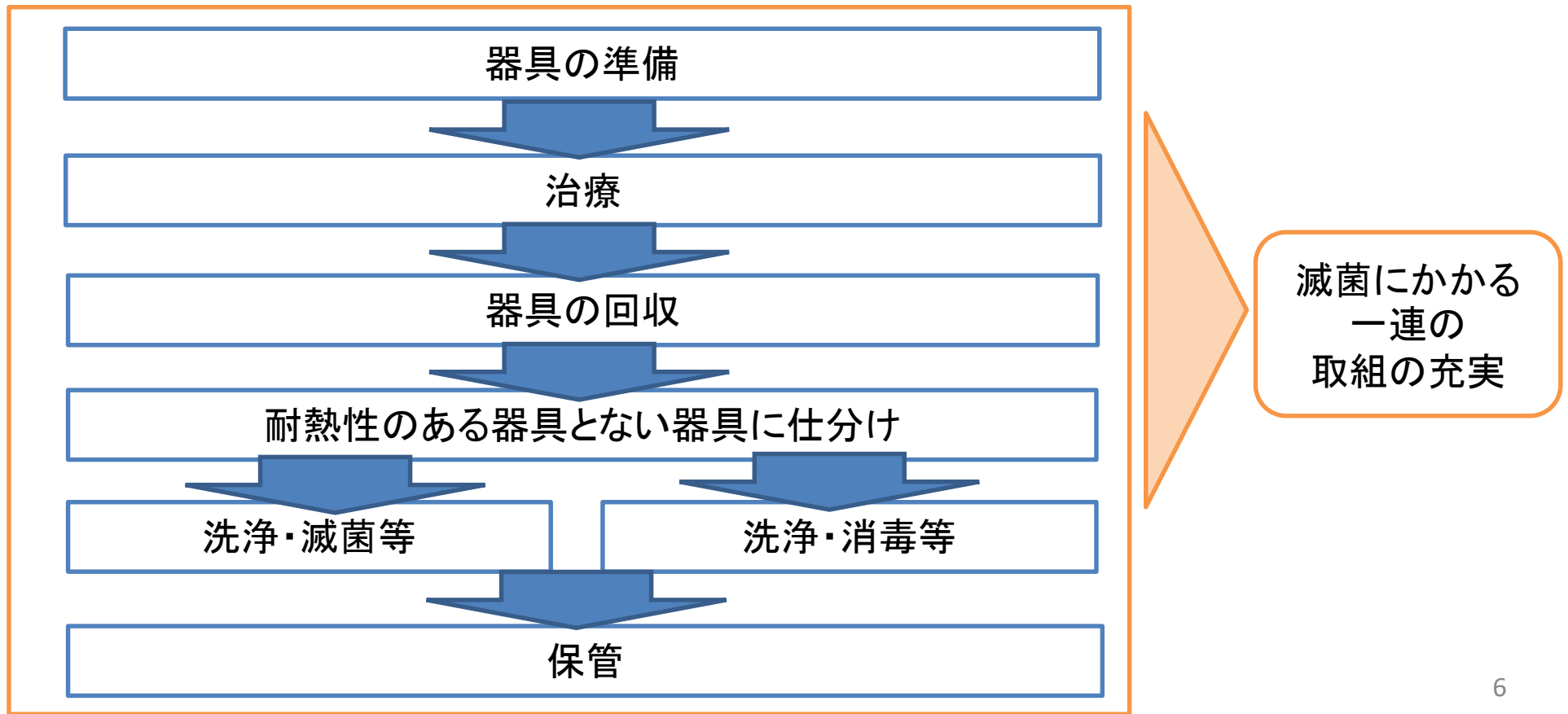
- 1 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
(患者ごとの交換、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理)
- 2 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な機器を有していること。
- 3 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- 4 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。

院内感染防止に必要な対策



歯科診療における院内感染対策の流れ

- 平成30年度診療報酬改定において、常勤歯科医師に対する研修、院内感染防止対策につき十分な機器を保有すること等の施設基準が設定された。
- 現在、歯科医療機関における院内感染防止対策に対する関心が高まっており、適切な滅菌処理方法の周知、運用は喫緊課題である。平成31年3月29日に「一般歯科診療時の院内感染対策に係る指針(第2版)」(日本歯科医学会)が、とりまとめられたところ。
- 機器の取扱い方法、洗浄や仕分け等、院内感染防止対策にかかる一連の取組を、より適切に実施するため、当該業務を担う職員に対しても研修を実施することが重要である。



【歯科外来診療環境体制加算1, 2】

歯科の外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる外来診療の環境の整備を図る取組を評価

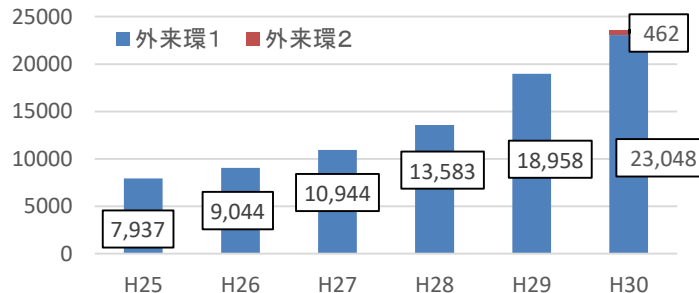
【参考】【施設基準(抄)】【外来環1】

- ア 歯科医療を担当する保険医療機関(歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料にかかる施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。)であること。
 - イ 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出を行っていること。
 - ウ 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
 - エ **歯科衛生士が1名以上配置されていること。**
 - オ 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。また、自動体外式除細動器(AED)については保有していることがわかる院内掲示を行っていること。
 - (イ) 自動体外式除細動器(AED)、(ロ) 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)、(ハ) 酸素(人工呼吸・酸素吸入用のもの)、
 - (ニ) 血圧計、(ホ) 救急蘇生セット、(ヘ) 歯科用吸引装置
 - カ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。
 - キ 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。
 - ク 当該保険医療機関の見やすい場所に、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。
- ### 【外来環2】
- ア 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った保険医療機関であること。
 - イ 外来環1のウからクまでの施設基準をすべて満たすこと。
 - ウ 歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善を実施する体制を整備していること。

【歯科衛生士要件が施設基準になっている主な届出】

地域歯科診療支援病院歯科初診料、歯科外来診療環境体制加算1・2、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所、総合医療管理加算、歯科治療時医療管理料、在宅療養支援歯科診療所1・2

(施設) **歯科外来診療環境体制加算届出数**
(各年7月1日時点)



○ 届出歯科医療機関数は年々増加しており、平成30年7月1日では、外来環1が23,048施設、外来環2が462施設であった。

歯科外来診療環境体制加算の推移

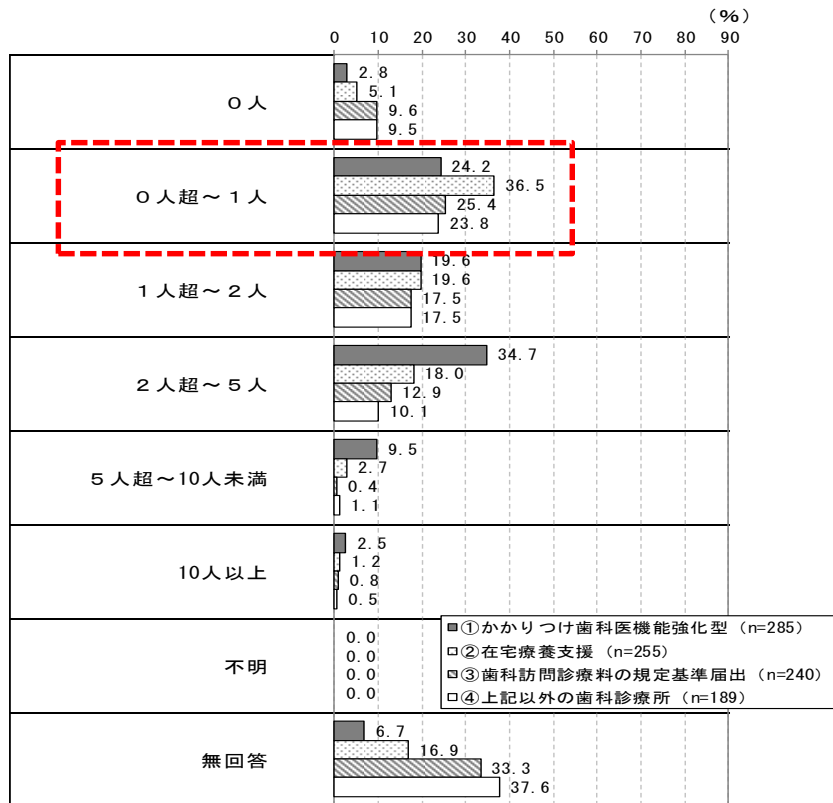
平成20年度改定 初診時30点
 平成24年度改定 初診時28点、再診時2点
 平成26年度改定 初診時26点、再診時4点
 平成28年度改定 初診時25点、再診時5点

H30年度診療報酬改定
 初診時 23, 25点
 再診時 3, 5点

歯科医療機関における歯科衛生士について

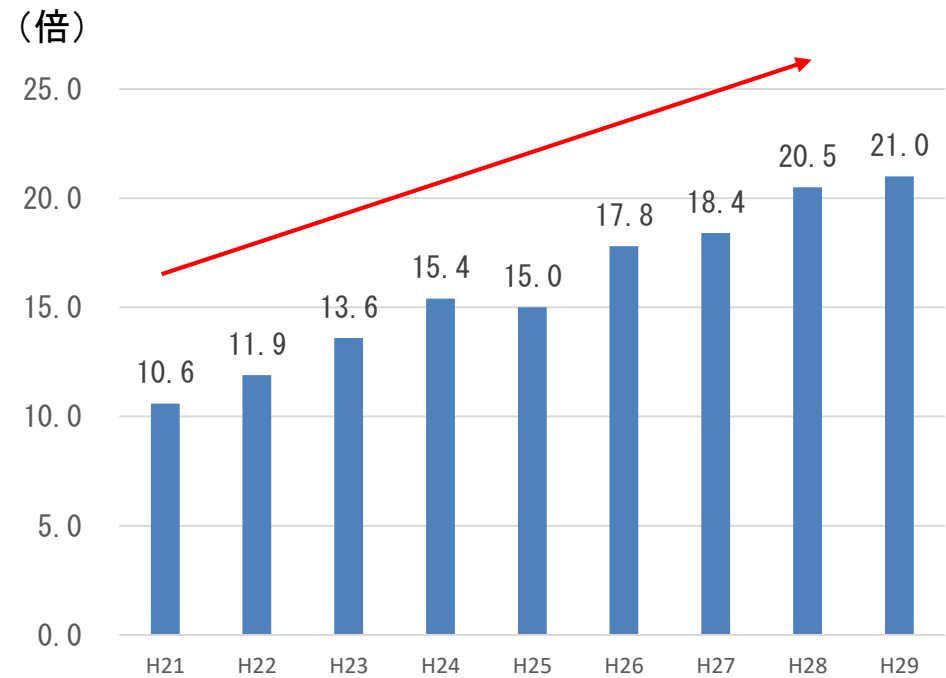
- 歯科医療機関における歯科衛生士数は「0人超～1人」が多い傾向となっており、歯科衛生士1名の動向により歯科外来診療環境体制加算の施設基準を満たさなくなる可能性がある。
- その一方、近年の歯科衛生士の求人倍率は20倍を超えており、歯科衛生士の雇用は困難となっている。

歯科医療機関の歯科衛生士数



出典: 医療課調べ(か強診550施設、支援診550施設、その他の歯科診療所550施設に対してアンケート調査)

歯科衛生士の求人倍率



出典: 「歯科衛生士教育に関する現状調査の結果報告」 一般社団法人全国歯科衛生士教育協議会

- 平成30年度診療報酬改定において、う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続的な管理実績を要件として追加する等の要件の見直しを行った。

【施設基準】 ※令和2年3月31日まで経過措置 ※下線部はH30改定で見直しを行った主な内容

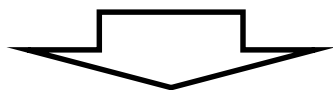
- 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。
- 過去1年間に歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)をあわせて30回以上算定実績。
- 過去1年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算をあわせて10回以上算定実績。
- クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨の届出。
- 歯科初診料の注1に規定する施設基準の届出。
- 過去1年間に歯科訪問診療1若しくは歯科訪問診療2の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所1若しくは在宅療養支援歯科診療所2に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて5回以上であること。
- 過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料をあわせて5回以上算定している実績があること。
- 当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修(口腔機能の管理を含む)、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が1名以上在籍していること。
- 以下のうちの3つ以上に該当していること。
 - ・過去1年間に、居宅療養管理指導の提供実績。
 - ・地域ケア会議に年1回以上出席。
 - ・介護認定審査会の委員の経験。
 - ・在宅医療に関するサービス担当者会議、病院・介護保険施設等で実施される多職種連携会議等に参加。
 - ・栄養サポートチーム等連携加算1又は栄養サポートチーム等連携加算2の算定実績。
 - ・在宅医療・介護等に関する研修を受講。
 - ・過去1年間に、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定実績。
 - ・認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講。
 - ・自治体等が実施する事業に協力。
 - ・学校歯科医等に就任。
 - ・歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定実績。



歯科外来診療の充実に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 平成30年度診療報酬改定において、院内感染防止対策を推進する観点から歯科初診料及び歯科再診料の見直しを行った。当該施設基準の届出医療機関数は、令和元年10月1日現在、65,294施設（約95%）であった。
- 歯科医療機関における院内感染防止対策に対する関心の高まり等をうけ、平成31年3月に「一般歯科診療時の院内感染対策に係る指針（第2版）」（日本歯科医学会）が、とりまとめられたところ。
- 歯科医療機関における歯科衛生士数は「0人超～1人」が多い傾向となっており、歯科衛生士1名の動向により歯科外来診療環境体制加算の施設基準を満たさなくなる可能性がある。その一方、近年の歯科衛生士の求人倍率は20倍を超えており、歯科衛生士の雇用は困難となっている。



【論点】

- 歯科外来診療における院内感染防止対策を充実させるため、常勤の歯科医師だけでなく、関係する職員を対象とした研修を行うこととしたうえで、基本診療料の評価を見直すこととしてはどうか。
- 歯科衛生士の配置等の歯科外来診療環境体制加算の施設基準について、必要な見直しを行うこととしてはどうか。また、歯科外来診療環境体制加算以外の施設基準における歯科衛生士の配置要件についても見直してはどうか。

1. 歯科外来診療の充実

2. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実

B000-4 歯科疾患管理料 100点

- 継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合の評価。
- 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。(初診日の属する月から起算して2月以内)
- 2回目以降の歯科疾患管理料は、1回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して、管理計画に基づき歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行ったときに算定する。

歯科疾患管理料の加算

フッ化物洗口指導加算	40点	13歳未満のう蝕に罹患しているう蝕多発傾向者に対し、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を実施
文書提供加算	10点	歯科疾患の管理に係る内容を文書により提供
エナメル質初期う蝕管理加算	260点	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、エナメル質初期う蝕の管理及び療養上必要な指導を実施
総合医療管理加算	50点	歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けた者に対して必要な管理及び療養上の指導等を実施
小児口腔機能管理加算	100点	口腔機能の発達不全を有している15歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的とした口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を実施
口腔機能管理加算	100点	口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を実施

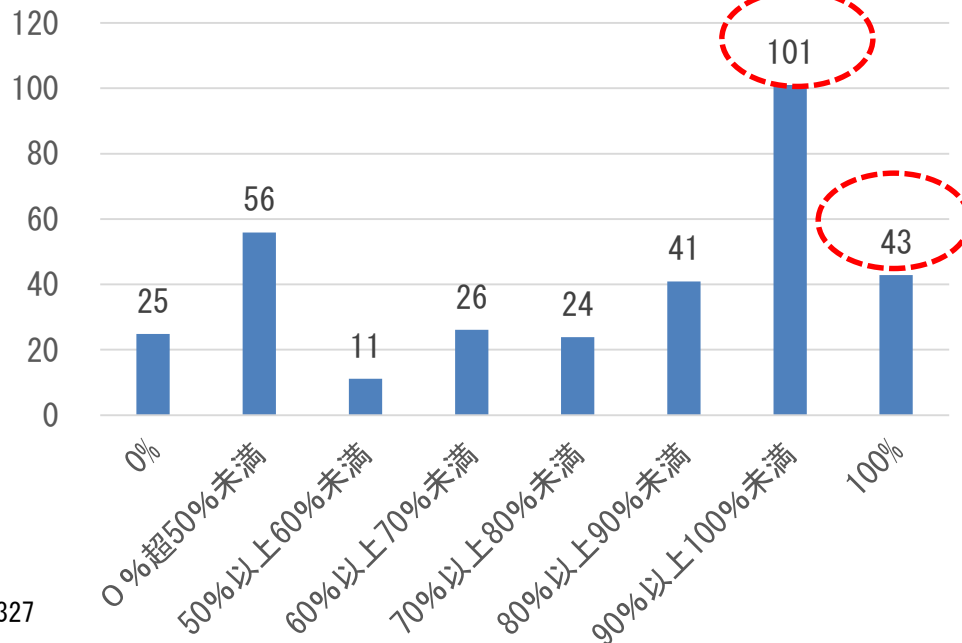
歯科疾患管理料の算定状況

中 医 協 総 - 7
元. 1 1. 1 3 (改)

- 外来患者実人数に占める歯科疾患管理料の算定患者数が、9割以上の医療機関は、44.0%（144施設）であった。
- 令和元年6月の初診時に歯科疾患管理料を算定し、9月までの間に再診を行っていない患者の割合が50%以上である歯科診療所が25.2%（51施設）であった。今後、9月以降に再診を行う患者もいると想定されるが、初診時に歯科疾患管理料を算定して、その3ヶ月後までに再診がないケースが認められた。

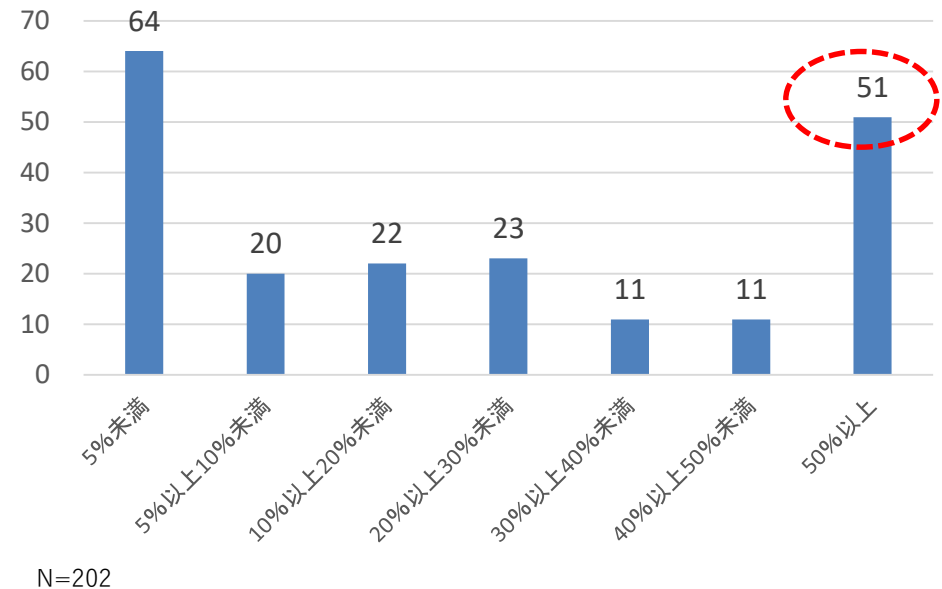
外来患者実人数に占める
歯科疾患管理料算定患者別の医療機関数

(施設)



6月に歯科疾患管理料を算定した患者のうち、
9月までの間に再診を行っていない患者の割合別の医療機関数

(施設)



長期的な継続管理の効果

○ 歯科治療終了後、長期的な継続管理を行うと喪失歯数が減少する等、良好な口腔状態を維持できることが認められている。

- ① 3～6ヶ月ごとの継続管理を行った群と行わなかった群では、10年後の喪失歯数に差が認められた。
- ② 2～3ヶ月ごとの継続管理を行った群と行わなかった群では、6年後の歯周組織の状態に差が認められた。

著者	① Bostanciら	② Axelssonら
患者数/平均年齢	N=43人/平均35.2才	N=90人/平均52才
継続管理の期間	10年間	6年間
管理の間隔	管理群は3～6ヶ月間隔	管理群のみ2年間は2ヶ月間隔、その後3ヶ月間隔
評価結果	管理群：喪失歯数0.7本 非管理群：喪失歯数3.6本	管理群：0.1mm-0.3mmのアタッチメントゲイン ^{注1} 非管理群：1.2-2.1mmのアタッチメントロス ^{注2}

* Bostanci, H.S., Arpak, M.N.: Long-term evaluation of surgical periodontal treatment with and without maintenance care. J Nihon Univ Sch Dent., 33(3):152-159, 1991

* * Axelsson, P., Lindhe, J.: The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. J. Clin. Periodontol., 8(4): 281-294, 1981

注1 アタッチメントゲイン：歯に付着する上皮組織および結合組織の獲得のこと(出典：歯周病専門用語集 医歯薬出版株式会社)

注2 アタッチメントロス：歯に付着する上皮組織および結合組織の喪失のこと(出典：歯周病専門用語集 医歯薬出版株式会社)

歯周病安定期治療【SPT : Supportive Periodontal Therapy】

＜歯周病安定期治療＞

- 歯科疾患管理料または歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、4ミリメートル以上の歯周ポケットを有する者に対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に病状が安定した状態にある患者に対する処置を評価したもの。
- プラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整等を主体とした包括的な治療。



写真:和泉雄一名誉教授(東京医科歯科大学)提供

＜診療報酬上の取扱い＞

歯周病安定期治療(Ⅰ)

1歯以上10歯未満	200点
10歯以上20歯未満	250点
20歯以上	350点

歯周病安定期治療(Ⅱ)

※かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

1歯以上10歯未満	380点
10歯以上20歯未満	550点
20歯以上	830点

- 1口腔につき月1回を限度として算定。
- 2回目以降の歯周病安定期治療(Ⅰ)の算定は、前回実施した月の翌月から2月を経過した日以降に行う。
- 歯周病安定期治療を開始後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療は算定できない。
- 歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 管理計画書(歯周病検査の結果の要点、歯周病安定期治療の治療方針等)を作成し、文書により患者等に提供。
- 歯周病安定期治療(Ⅱ)では、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、プラークコントロール、機械的歯面清掃等に加え、口腔内カラー写真撮影及び歯周病検査を行う場合の治療を包括的に評価。

歯周病の進行の特徴

- 一般的に歯周炎は慢性疾患といわれているが、歯周組織の破壊は常に一定速度で進むのではなく、活動期に急速に進行する。
- 活動期か休止期かを1回の検査で診断する方法はまだ確立されておらず、通常、アタッチメントロスや歯槽骨吸収が急速に進行した場合を活動期、その部位を活動部位とよんでいる。

出典：「歯周治療の指針2015」（日本歯周病学会）

参考

歯周病と糖尿病の関係

「糖尿病診療ガイドライン2019」（日本糖尿病学会）

- 歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている。
- 歯周炎の重症度が高いほど血糖コントロールが困難になる。
- 2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり、推奨される。

「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」（2014年） （日本歯周病学会）

- 重症の歯周病を放置すると、糖尿病が発症する、あるいは耐糖能異常を生じる可能性がある。

歯周病と循環器病の関係

「歯周病と全身の健康 2015」（日本歯周病学会）

- 歯周病の罹患によって、虚血性心疾患の有病率が高くなるとの論文報告がある。他方、虚血性心疾患の発症および進行との関連については十分なエビデンスは認められないとの報告もある。
- 歯周病罹患が虚血性脳血管疾患の発症と関連があるとする報告があるが、両者の関係は明らかではない。
※ 歯周病と循環器疾患（心疾患、脳血管疾患等）の関係については、検証段階にある。

これまでの考え方

う蝕は不可逆的に進行：う蝕になったら回復は困難



これまでの考え方に加えた新しい考え方

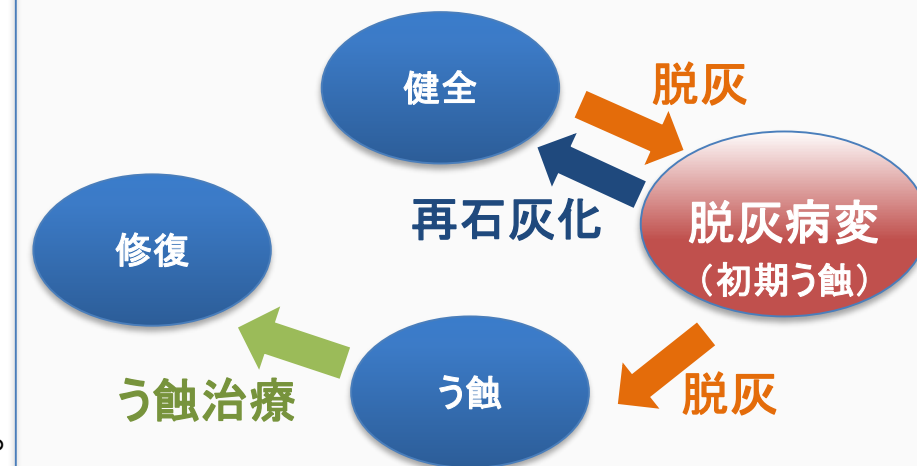
初期う蝕*は可逆的変化：適切な管理による再石灰化で健全な状態に回復する可能性

(*初期う蝕: 実質欠損のない白濁などのエナメル質の変化)

- う蝕の初期病変は脱灰と再石灰化が繰り返される動的な平衡が脱灰に傾いた状態を指し、う蝕が一方向的に進行するわけではない。
- 初期のう蝕が進行すると、再石灰化による回復が期待できないため、う蝕の早期診断が重要。
- また、フッ化物の抗う蝕効果については、脱灰に対する抵抗性の向上から、再石灰化促進効果を重視する理論へシフトしている。

Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. Caries Res. 2004;38(3):182-91.

初期う蝕はReversible Caries



(鶴見大学歯学部花田教授の資料を一部改変)

○ 平成30年度診療報酬改定において、口腔機能の発達不全を認める小児のうち、特に継続的な管理が必要な患者に対する評価を新設。

B000-4 歯科疾患管理料 小児口腔機能管理加算 100点

[対象患者]

15歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者のうち、次のC項目のうち、咀嚼機能を含む3項目以上に該当するもの

A機能	B分類	C項目	A機能	B分類	C項目
食べる	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある	話す	構音機能	構音に障害がある
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある			口唇の閉鎖不全がある
		咀嚼に影響するう蝕がある			口腔習癖がある
		強く咬みしめられない			舌小帯に異常がある
		咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	栄養 (体格)	やせ、または肥満である（カウプ指数、ローレル指数で評価）	
	偏咀嚼がある	その他		口呼吸がある	
	嚥下機能			舌の突出（乳児嚥下の残存）がみられる（離乳完了後）	口蓋扁桃等に肥大がある
食行動			哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等	睡眠時のいびきがある	

[算定要件]

- ・口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、患者等に対し当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。
- ・患者の成長発達に伴う口腔内等の状況変化の確認を目的として、患者の状態に応じて口腔外又は口腔内カラー写真撮影を行う。写真撮影は、当該加算の初回算定日には必ず実施し、その後は少なくとも当該加算を3回算定するに当たり1回以上行うものとし、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存・管理する。
- ・当該管理を行った場合は、指導・管理内容を診療録に記載又は指導・管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録又はその写しを診療録に添付すること。
- ・当該患者に対して、文書提供加算は別に算定できない。



届出医療機関数及び算定回数

小児口腔機能管理加算

届出医療機関数

(届出不要)

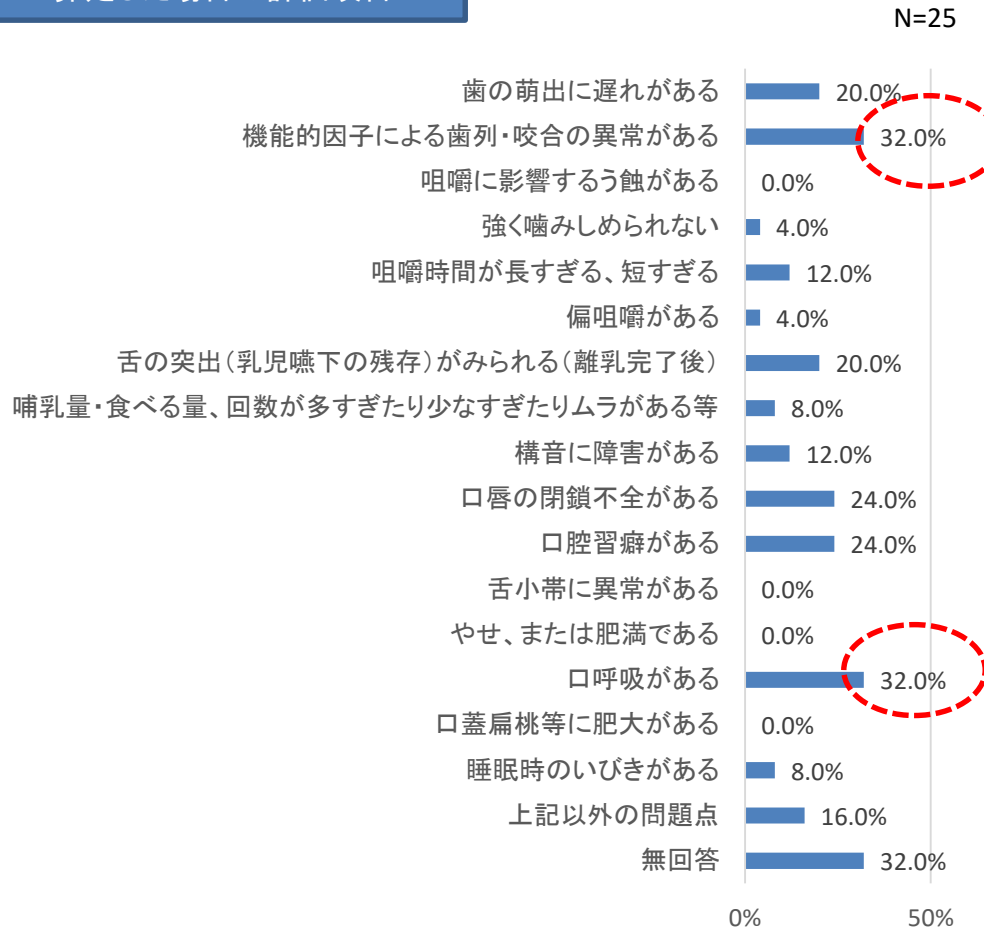
算定回数

23,066

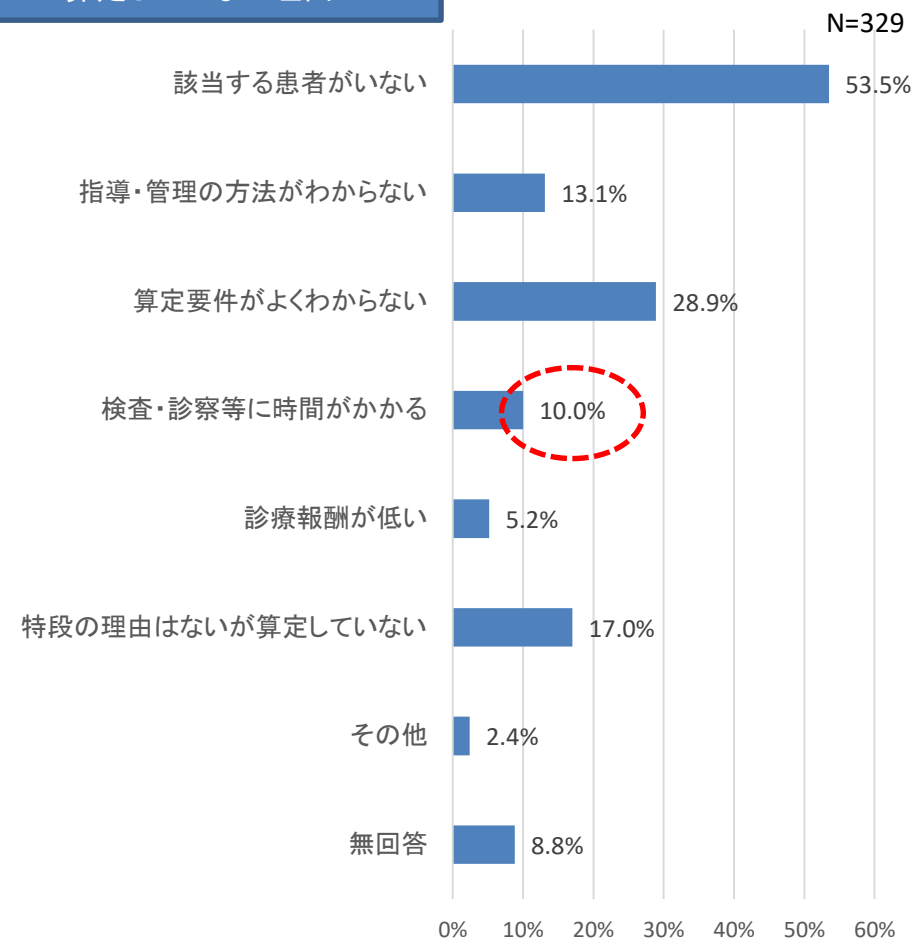
小児口腔機能管理加算

- 口腔機能管理加算を算定した際の評価項目のうち、最も多いのは「機能的因子による歯列・咬合の異常がある」、「口呼吸がある」であった。
- 小児口腔機能管理加算を算定していない理由として「該当する患者がいない」が最も多く、「検査・診察等に時間がかかる」、が10.0%であった。

算定した場合の評価項目



算定していない理由



口腔機能管理加算

中 医 協 総 - 7
元 . 1 1 . 1 3

中 医 協 総 - 3
3 1 . 4 . 2 4 改

○ 平成30年度診療報酬改定において、歯の喪失や加齢等により、口腔機能の低下を認める患者のうち、特に継続的な管理が必要な患者に対する評価を新設。

B000-4 歯科疾患管理料 口腔機能管理加算 100点

[対象患者]

65歳以上の口腔機能の低下を認める患者のうち、次の評価項目（下位症状）のうち、**3項目以上（咀嚼機能低下(DO11-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。)、咬合力低下(DO11-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。)**又は**低舌圧(DO12に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。)**のいずれかの項目を含む。)に該当するもの

下位症状	検査項目	該当基準
①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上
②口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27未満
	唾液量	2g/2分以下
③咬合力低下	咬合圧検査	200N未満(プレスケール)、500N未満(プレスケールⅡ)
	残存歯数	20本未満
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキネシス	Pa/ta/kaいずれか1つでも6回/秒未満

下位症状	検査項目	該当基準
⑤低舌圧	舌圧検査	30kPa未満
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL未満
	咀嚼能率スコア法	スコア0,1,2
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査(EAT-10)	3点以上
	自記式質問票(聖隷式嚥下質問紙)	3項目以上該当(1項目以上に修正)



[算定要件]

- ・口腔機能の評価及び一連の**口腔機能の管理計画を策定**し、患者等に対し当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。
- ・当該管理を行った場合は、**指導・管理内容を診療録に記載**又は指導・管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録又はその写しを診療録に添付すること。
- ・当該患者に対して、文書提供加算は別に算定できない。

届出医療機関数及び算定回数

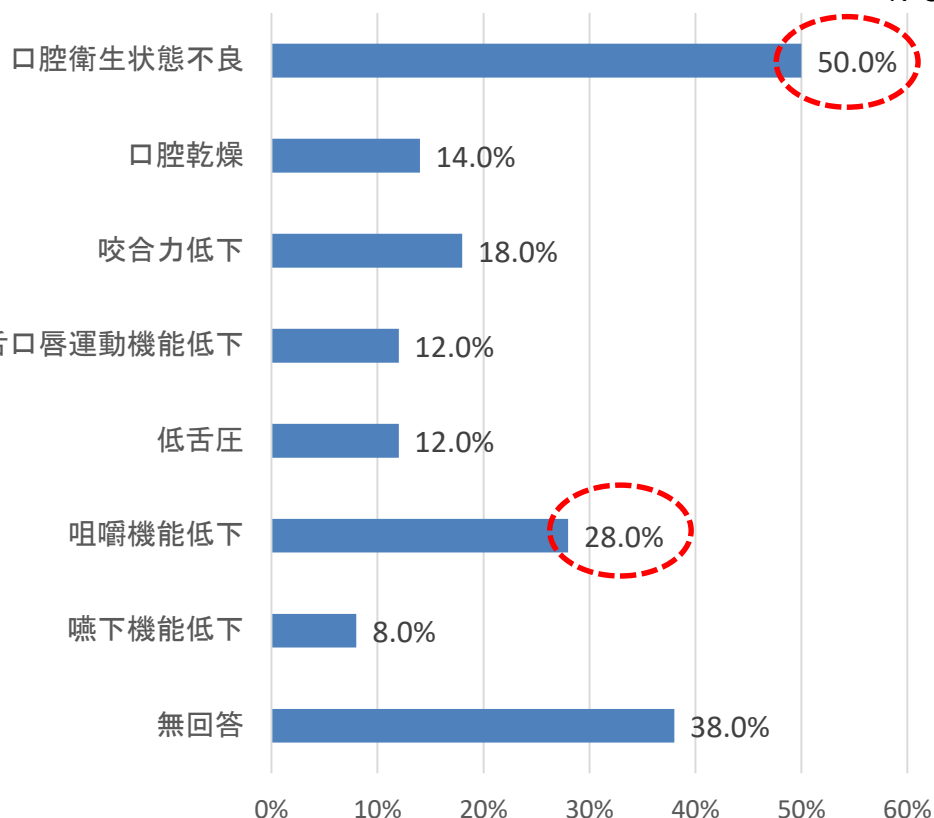
	届出医療機関数	算定回数
口腔機能管理加算	(届出不要) ※加算算定に必要な検査に施設基準あり	5,766

口腔機能管理加算

- 口腔機能管理加算を算定した際の評価項目のうち、最も多いのは「口腔衛生状態不良」、次いで、「咀嚼機能低下」であった。
- 口腔機能管理加算を算定していない理由として、「検査・診察等に時間がかかる」が12.8%であった。

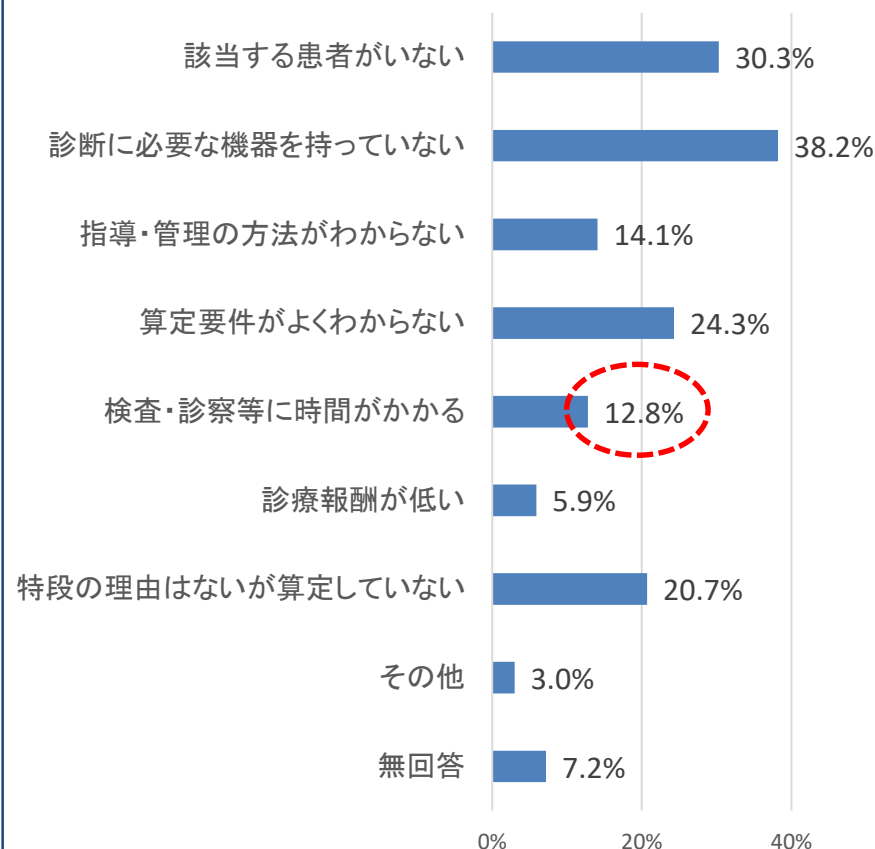
算定した場合の評価項目

N=50



算定していない理由

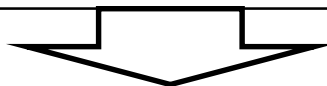
N=304



口腔疾患の重症化予防等に関する現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 初診時に歯科疾患管理料を算定して、その3ヶ月後までに再診がないケースが認められた。また、歯科治療終了後、長期的な継続管理を行うと喪失歯数が減少する等、良好な口腔状態を維持できることが認められている。
- 一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に病状が安定した状態にある患者に対する処置として、歯周病安定期治療があるが、4ミリメートル以上の歯周ポケットを有する者が算定要件の一つとなっている。
- 口腔機能管理加算、小児口腔機能管理加算について、歯科疾患管理料の加算として位置づけられているため、検査・診察等を同一日に実施する必要がある。



【論点】

- 歯科疾患管理料において、その趣旨等を踏まえ、初診時の評価を見直す等、必要な見直しを行うこととしてはどうか。また、歯科疾患の継続管理において、長期的な継続管理の評価を充実させることとしてはどうか。
- 歯周病安定期治療の対象となっていない歯周病患者に対する継続的な治療を新たに評価してはどうか。
- 歯科疾患管理料の口腔機能管理加算及び小児口腔機能管理加算は、現在と同様に歯科疾患管理料と関連づけたうえで別日でも算定できるようにする等、必要な見直しを行ってはどうか。