

中央社会保険医療協議会 総会（第 504 回） 議事次第

令和3年12月10日(金) 9:30~

於 オンライン開催

議 題

- 歯科医療（その2）について
- 入院（その7）について
- 個別事項（その9）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
- 「令和4年度診療報酬改定の基本方針」について
- 令和4年度診療報酬改定への意見について（公益委員案の提示）

# 歯科医療（その2）

## 1. 歯科医療を取り巻く状況について

## 2. 地域包括ケアシステムの推進について

- 地域における歯科医療機関と施設・行政等関係機関との連携
- 医療機関間の連携
- 安心・安全で質の高い歯科医療の推進のためのICTの活用、研修等

## 3. 生活の質に配慮した歯科医療の推進等

- 口腔疾患の重症化予防
- 各ライフステージに応じた口腔機能の管理
- 歯科固有の技術の評価

## 1. 歯科医療を取り巻く状況について

## 2. 地域包括ケアシステムの推進について

- 地域における歯科医療機関と施設・行政等関係機関との連携
- 医療機関間の連携
- 安心・安全で質の高い歯科医療の推進のためのICTの活用、研修等

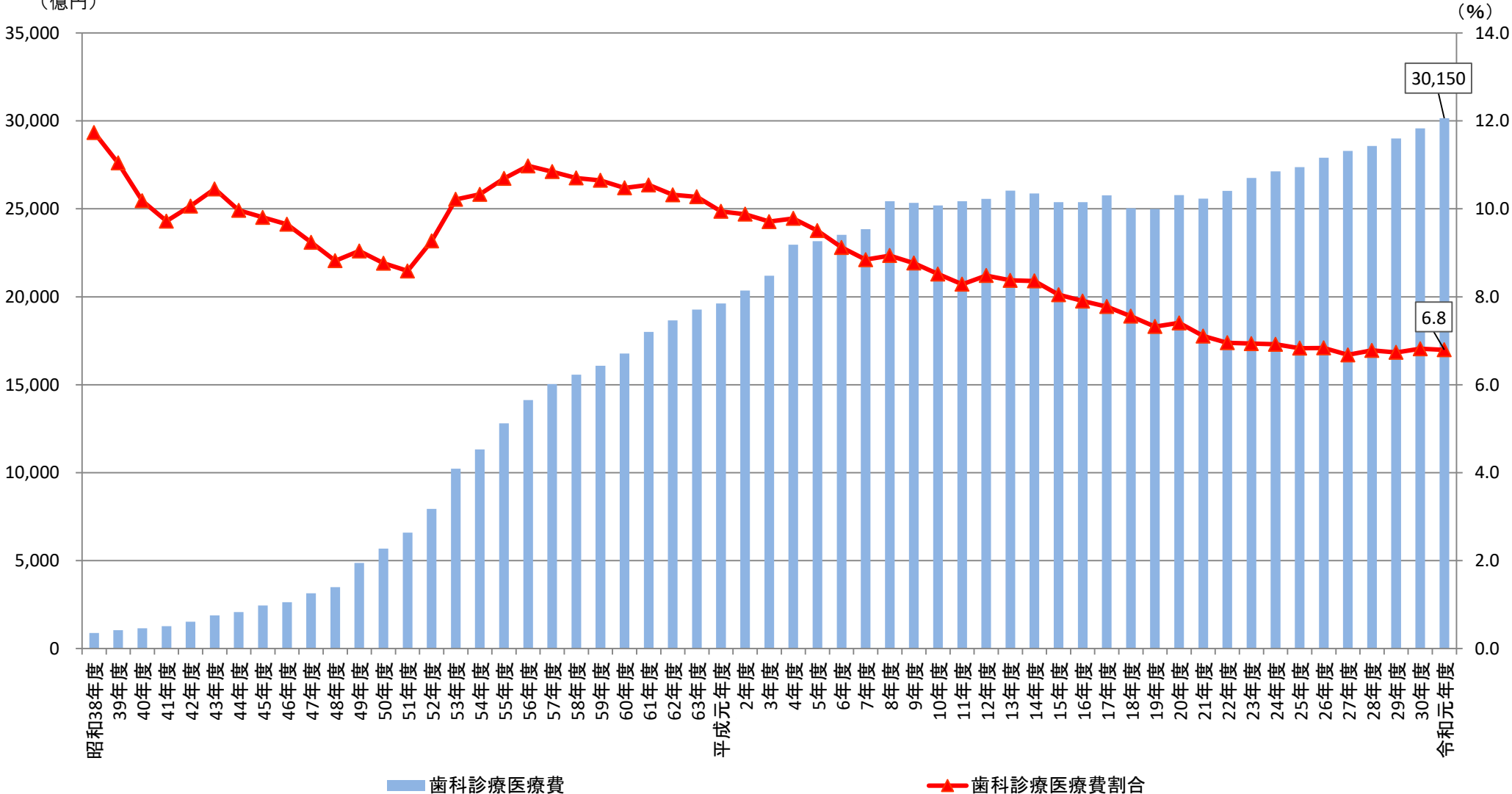
## 3. 生活の質に配慮した歯科医療の推進等

- 口腔疾患の重症化予防
- 各ライフステージに応じた口腔機能の管理
- 歯科固有の技術の評価

# 歯科診療医療費の年次推移

- 歯科診療医療費は約3.02兆円(令和元年度)であり、近年は増加傾向にある。
- 一方、国民医療費に占める歯科診療医療費は、約6.8%(令和元年度)となっている。

(億円)

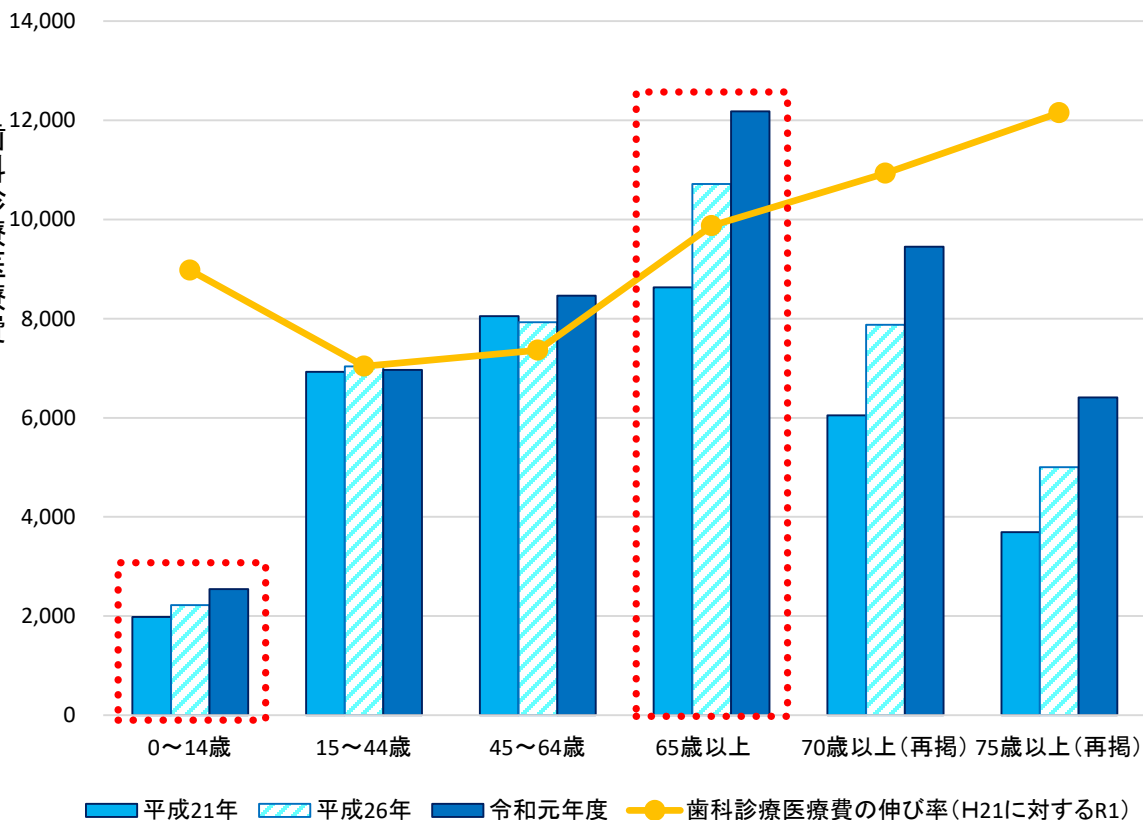


# 歯科診療医療費(年齢階級別)の推移

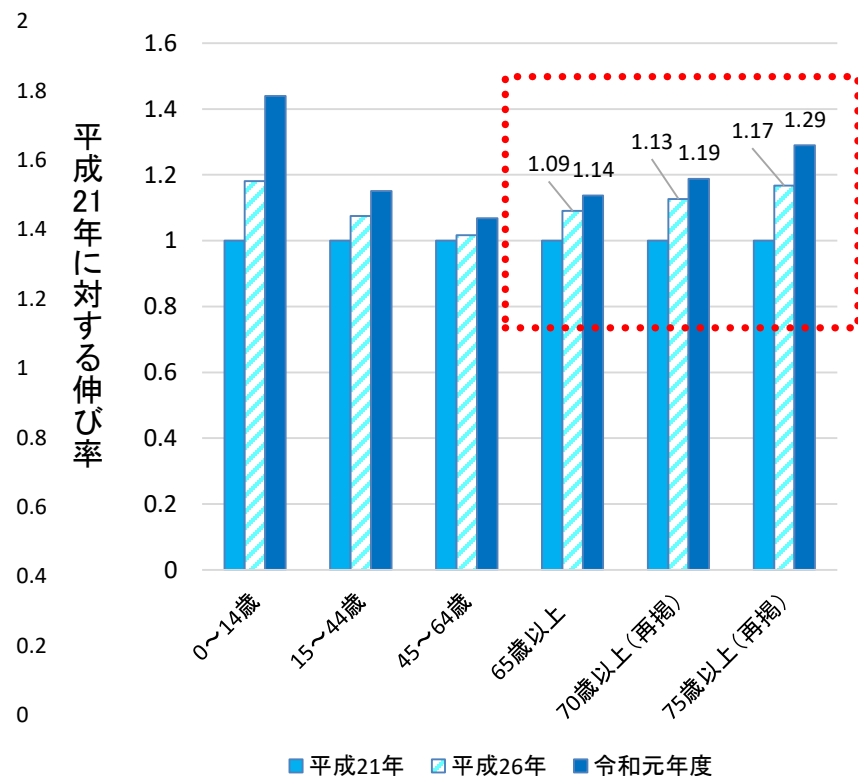
- 平成21年からの10年間の歯科診療医療費の推移を年齢階級別にみると、0～14歳の若年者と65歳以上の高齢者で伸びている。
- 特に高齢者の歯科診療医療費の伸びが大きい、人口の伸び率も大きくなっている。

## 年齢階級別歯科診療医療費

(億円)



## 人口の伸び率

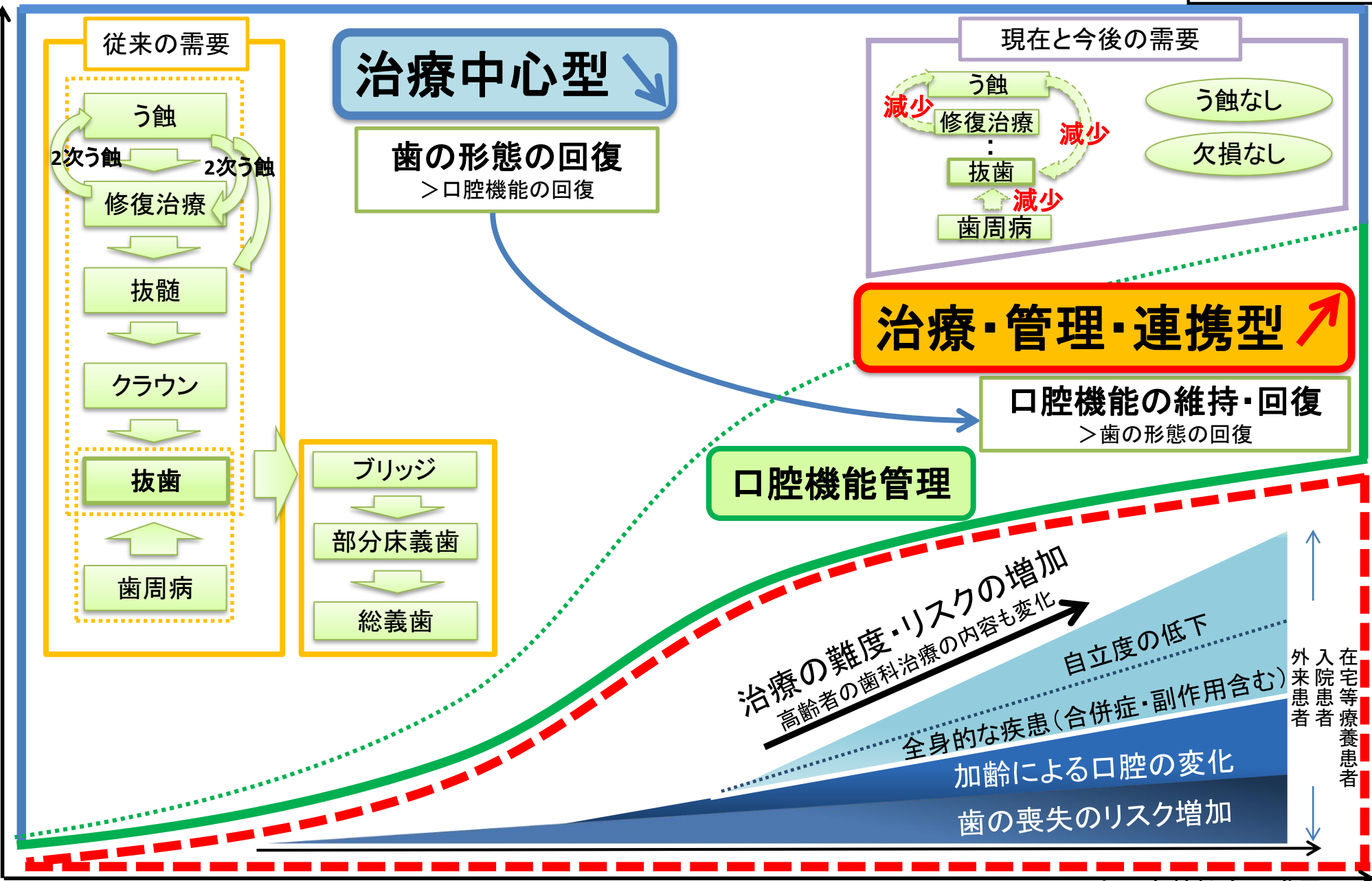


※伸び率:平成21年の人口を1とした場合の平成26年、令和元年の人口  
※各年10月の数値

※伸び率:平成21年の歯科診療医療費を1とした場合の令和元年の人口1人あたり歯科診療医療費

# 歯科治療の需要の将来予想 (イメージ)

歯科治療の需要



# かかりつけ歯科医について

## ■かかりつけ歯科医とは

かかりつけ歯科医とは、安全・安心な歯科医療の提供のみならず医療・介護に係る幅広い知識と見識を備え、地域住民の生涯に亘る口腔機能の維持・向上をめざし、地域医療の一翼を担う者としてその責任を果たすことができる歯科医師をいう。

## ■かかりつけ歯科医が担う役割

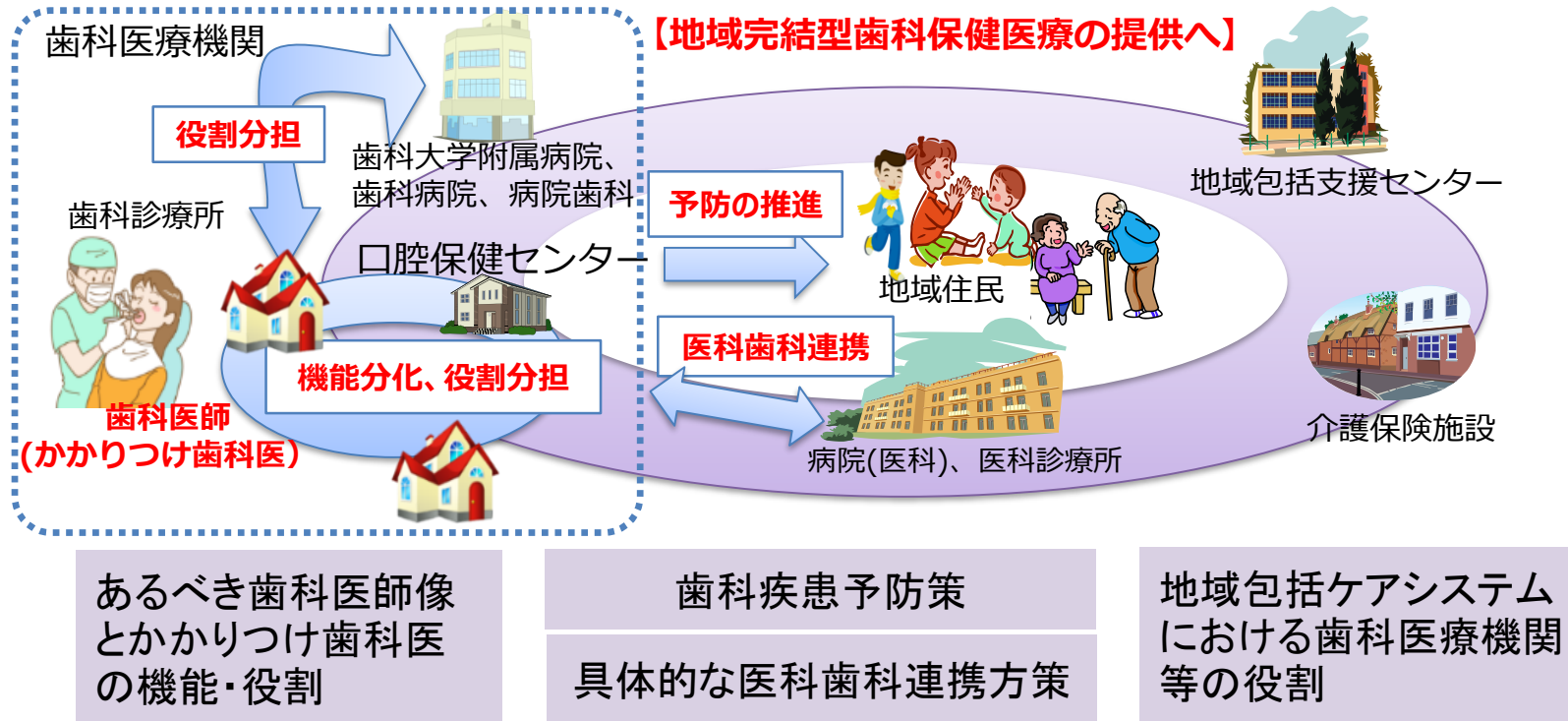
患者の乳幼児期から高齢期までのライフステージに応じた継続管理や重症化予防のための適切な歯科医療の提供および保健指導を行い、口腔や全身の健康の維持増進に寄与すること。

また、地域の中では、住民のために行政や関係する各団体と共に歯科健診などの保健活動等を通じ口腔保健向上の役割を担い、地域の関係機関や他職種と連携し、通院が困難な患者にさまざまな療養の場で切れ目のない在宅歯科医療や介護サービスを提供するとともに、地域包括ケアに参画することなどがかかりつけ歯科医の役割である。



高齢化の進展や歯科保健医療の需要の変化を踏まえた、これからの歯科保健医療の提供体制について、歯科医療従事者等が目指すべき姿を提言したもの。

## 歯科保健医療の需要と提供体制の目指すべき姿(イメージ図)



### ◆ 歯科医師の資質向上等に関する検討会

(平成27年1月～座長:江藤一洋(医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長))

<趣旨>小児のう蝕罹患率の低下や8020達成者の増加、高齢化の進展に伴う歯科医療機関を受診する患者像の高齢化・多様化等の状況に鑑み、**国民のニーズに基づき質の高い歯科医療を提供すること等を目的として、歯科医師の資質向上等に関する事項について総合的に議論を行う。**

高齢化の進展や歯科保健医療の需要の変化を踏まえた、これからの歯科保健医療の提供体制の目指すべき姿について、歯科医療従事者、医師等を含めた医療従事者、そして国民全体に向けて発信。

## 地域包括ケアシステムにおける歯科医療機関等の役割

- ・国及び地方自治体は、各々の歯科医療機関の果たす役割や機能を明示し、地域保健活動や、訪問歯科診療を中心とした医科歯科連携を進める。
- ・地域ケア会議等において、歯科医療従事者が中心となり、歯科保健医療の必要性を伝えていく事が重要。さらに、国や関係団体は、歯科医療機関とその他関係機関との調整を行う人材の養成を行うことが必要。
- ・歯科診療所は、国民・患者からも様々な役割や機能が求められていることから、専門分野に応じた歯科診療所間の役割分担、複数の歯科診療所のグループ化、歯科診療所の規模の確保等を検討し、機能分化を図る。
- ・歯科保健医療を提供する病院は、設置状況や規模に応じて、歯科診療所で対応できない、より専門的な技術を要する患者の対応や歯科医療従事者に対する定期的な研修を実施すること等が責務として求められる。

## あるべき歯科医師像とかかりつけ歯科医の機能・役割

### ・かかりつけ歯科医の3つの機能

#### I 住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応

- 歯科疾患の予防・重症化予防や口腔機能に着目した歯科医療の提供
- 医療安全体制等の情報提供
- 地域保健活動への参画や、住民に対する健康教育、歯科健診等の実施

#### II 切れ目ない提供体制の確保

- 外来診療に加え、訪問歯科診療提供体制の確保
- 訪問歯科診療を実施していない場合は、実施している歯科医療機関との連携体制を確保するなど役割分担の明確化

#### III 他職種との連携

- 医師等の医療関係職種、介護関係職種等と口腔内状況の情報共有等が可能な連携体制の確保
- 食支援等の日常生活の支援を目的とした他職種連携の場への参画
- 自院で対応できない患者については、他の歯科医療機関との診療情報の共有など連携を図り、適切な歯科保健医療を提供できるように努めることが必要

## 具体的な医科歯科連携方策と歯科疾患予防策

- ・医科歯科連携等の他職種連携を推進するにあたって、医科や介護分野等からの歯科保健医療に対するニーズの把握が必要。
- ・各地域の医科歯科連携等の状況を評価するための方法や、連携を進めるために歯科診療情報等の活用方法を検討。
- ・病院での連携については、
  - 歯科と医科双方のアプローチが可能となる、周術期口腔機能管理センター等の医科歯科連携部門の窓口の設置
  - 入院患者のADLやQOLの向上に資するためのリハビリ部門等の機能回復部門への歯科保健医療の関与
  - がんや脳卒中等の患者に対する口腔管理等の推進等が考えられる。
- ・生涯を通じた歯科健診の充実、入院患者や要介護者に対する口腔機能管理の推進など歯科保健医療施策の充実を図る。

1. 歯科医療を取り巻く状況について

2. 地域包括ケアシステムの推進について

- 地域における歯科医療機関と施設・行政等関係機関との連携
- 医療機関間の連携
- 安心・安全で質の高い歯科医療の推進のためのICTの活用、研修等

3. 生活の質に配慮した歯科医療の推進等

- 口腔疾患の重症化予防
- 各ライフステージに応じた口腔機能の管理
- 歯科固有の技術の評価

## 地域包括ケアシステムにおいて歯科医療に求められること

- 平時においても、新型コロナウイルス感染症をはじめとする、新興感染症の発生時においても、地域包括ケアシステムの中で必要な歯科医療を提供し続けるためには、以下のような取組が必要。

- 地域における歯科医療機関と施設・行政等関係機関との連携
- 医療機関間の連携
- 安心・安全で質の高い歯科医療の推進のためのICTの活用、研修等

# かかりつけ歯科医機能評価の充実

○ かかりつけ歯科医機能をより一層推進する観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の見直しや、かかりつけ医との情報共有・連携の評価を行う。

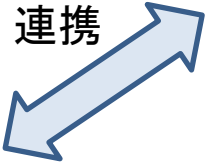
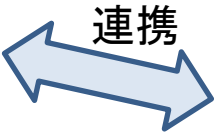
・ う蝕・歯周病の継続管理  
の算定実績の明確化



・ 在宅療養支援歯科診療所  
との連携を評価



・ 在宅医療、介護に関する  
連携等を評価  
・ 多職種連携の評価 等



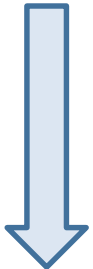
・ 学校歯科医等の実績



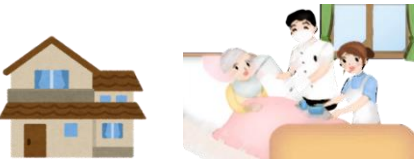
・ 歯科疾患の継続管理  
小児の口腔機能管理  
・ 高齢者の口腔機能管理  
・ 緊急時の対応



・ 研修内容



歯科訪問診療への移行



・ 外来から歯科訪問診療に移行した  
場合を評価

# かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

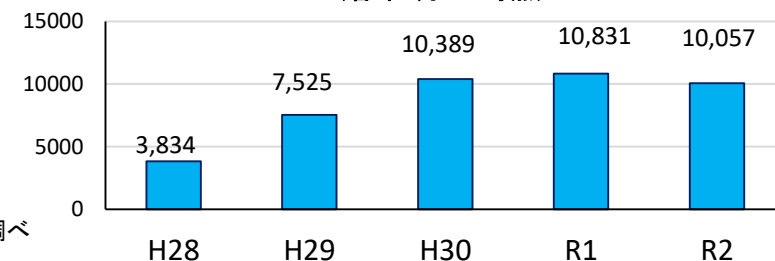
- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る施設基準については、平成30年度診療報酬改定において、う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続的な管理実績を要件として追加する等の見直しを行った。
- 現行の施設基準では、成人・高齢者に対する歯科医療に係る要件が比較的多く設定されている。
- 施設基準の選択要件に「自治体等が実施する事業に協力」があるが、必ずしも明確に示されていない。

## ＜かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の診療報酬上の評価＞

### 【施設基準】

(いずれにも該当すること。)	(以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。)
・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。	・過去1年間に、居宅療養管理指導の提供実績。
・歯科医師が複数名配置又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置。	・地域ケア会議に年1回以上出席。
・過去1年間に歯周病安定期治療(Ⅰ)又は(Ⅱ)を合計30回以上算定。	・介護認定審査会の委員の経験。
・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合計10回以上算定。	・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に係る会議等に年1回以上出席。
・クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨を届出。	・過去1年間に、栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定実績。
・歯科点数表の初診料注1に規定する施設基準を届出。	・在宅医療・介護等に関する研修を受講。
・過去1年間に歯科訪問診療1若しくは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2に依頼した歯科訪問診療の回数が合計5回以上であること。	・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。
・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合計5回以上算定している実績があること。	・認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講。
・別の保険医療機関との事前の連携体制の確保されていること。	・自治体等が実施する事業に協力。
・迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定し、文書により提供。	・学校歯科医等に就任。
・歯の切削時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保。	・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。
・患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき十分な装置・器具等(AED、酸素供給装置等)を有していること。	

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出医療機関数  
(各年7月1日時点)



出典：医療課調べ



# かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に関する診療報酬の項目の算定状況

○ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に関する診療報酬の項目の算定状況は以下の通り

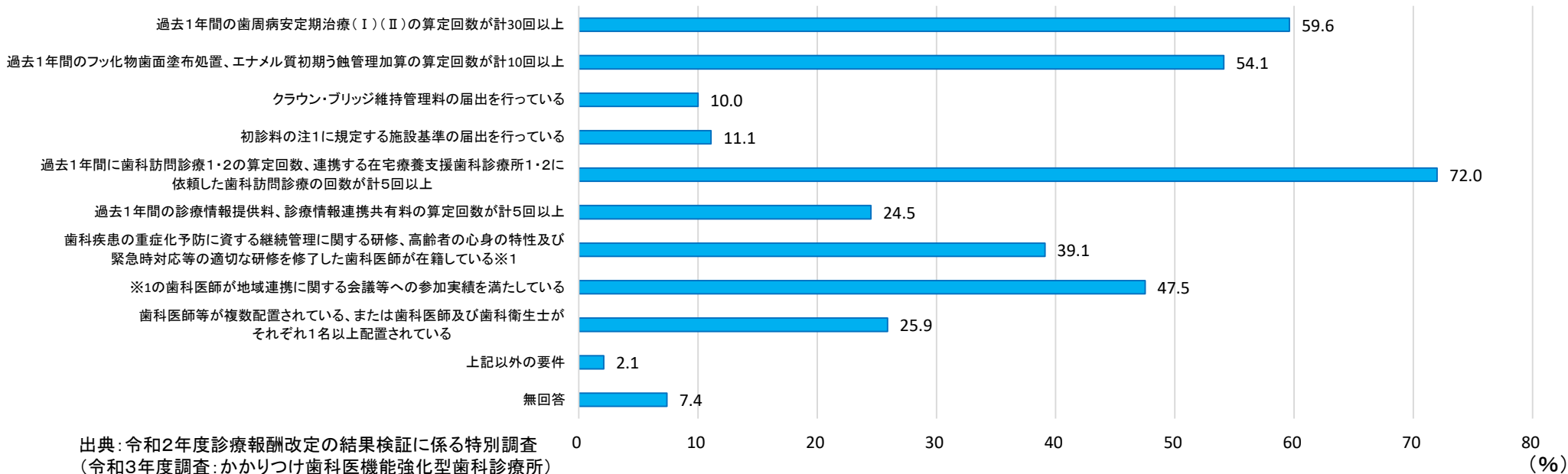
算定回数

	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所			その他			
	点数	令和元年度	令和2年度	点数	令和元年度	令和2年度	
歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算	260点	402,961	401,724	—	—	—	
歯科疾患管理料 長期管理加算	120点	—	1,474,660	100点	—	2,374,644	
歯科訪問診療料 歯科訪問診療補助加算	同一建物居住者以外の場合	115点	133,695 ※	106,156 ※	90点	15,550	13,487
	同一建物居住者の場合	50点	478,174 ※	323,937 ※	30点	57,465	50,714
歯科訪問診療料 歯科訪問診療移行加算	150点	4,597	4,143	100点	2,708	2,558	
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算	75点	765	500	—	—	—	
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算	75点	12	10	—	—	—	
歯周病安定期治療(Ⅱ)	10歯未満	380点	36,708	—	—	—	
	10歯以上20歯未満	550点	96,585				94,117
	20歯以上	830点	361,166				376,649

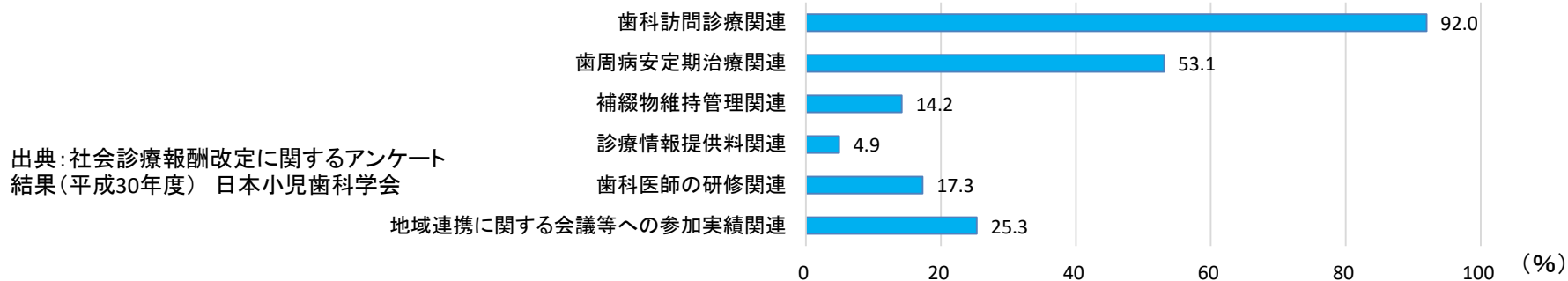
# 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準について現時点で不足している要件

- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る施設基準の届出を行っていない歯科診療所における、現時点で不足している施設基準の要件としては「過去1年間に 歯科訪問診療1・2の算定回数、連携する在宅療養支援歯科診療所1・2に依頼した歯科訪問診療の回数が計5回以上」が72.0%で最も多くみられた。
- 日本小児歯科学会の会員アンケートによると、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る施設基準の届出を行っていない歯科診療所においては、満たしていない施設基準の要件は、「歯科訪問診療関連」(92.0%)、「歯周病安定期治療関連」(53.1%)等であった。

「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準について、現時点で不足している要件 (n=379: 複数回答)

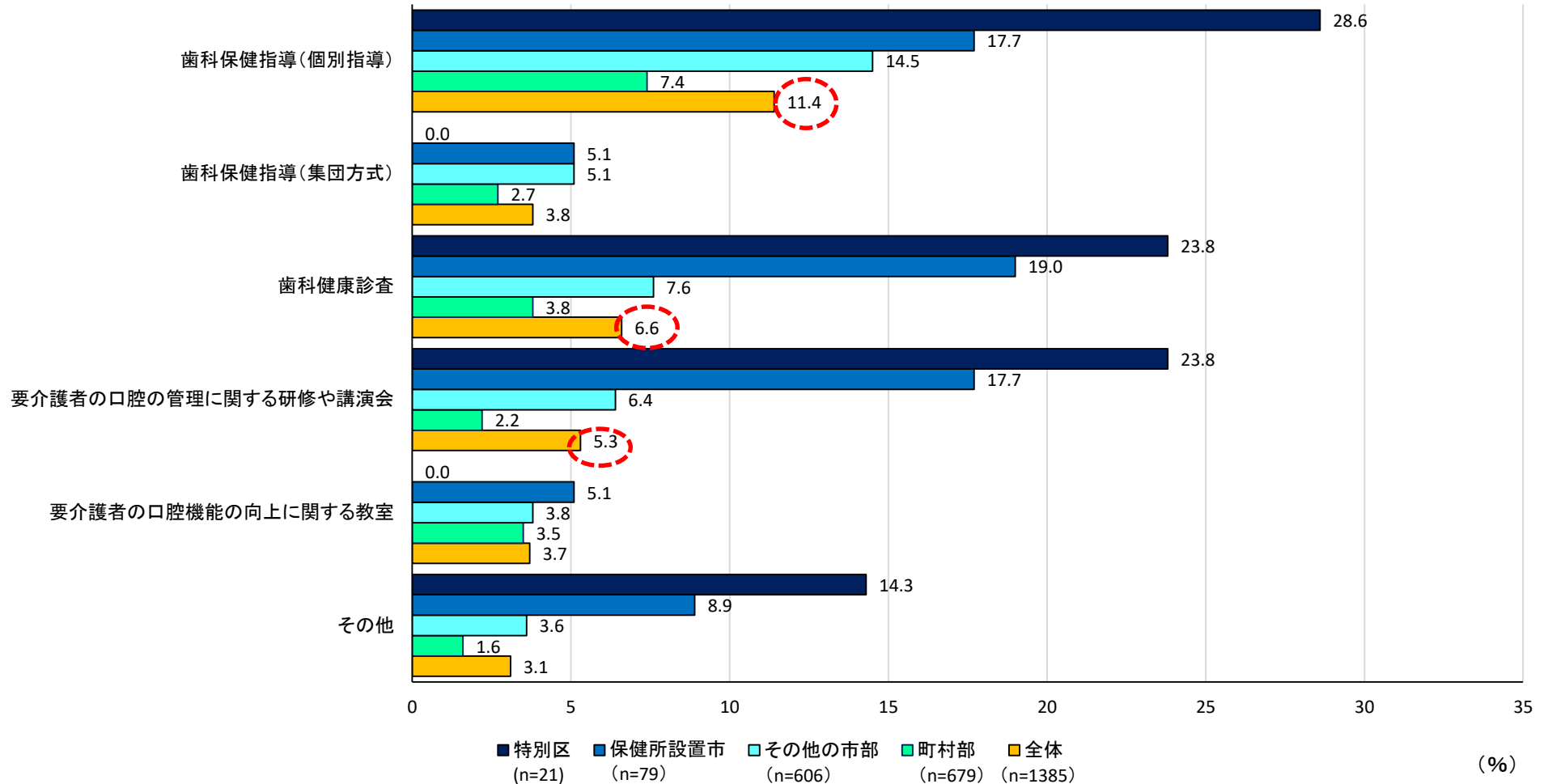


申請できない施設基準の要件 (n=162: 複数回答)



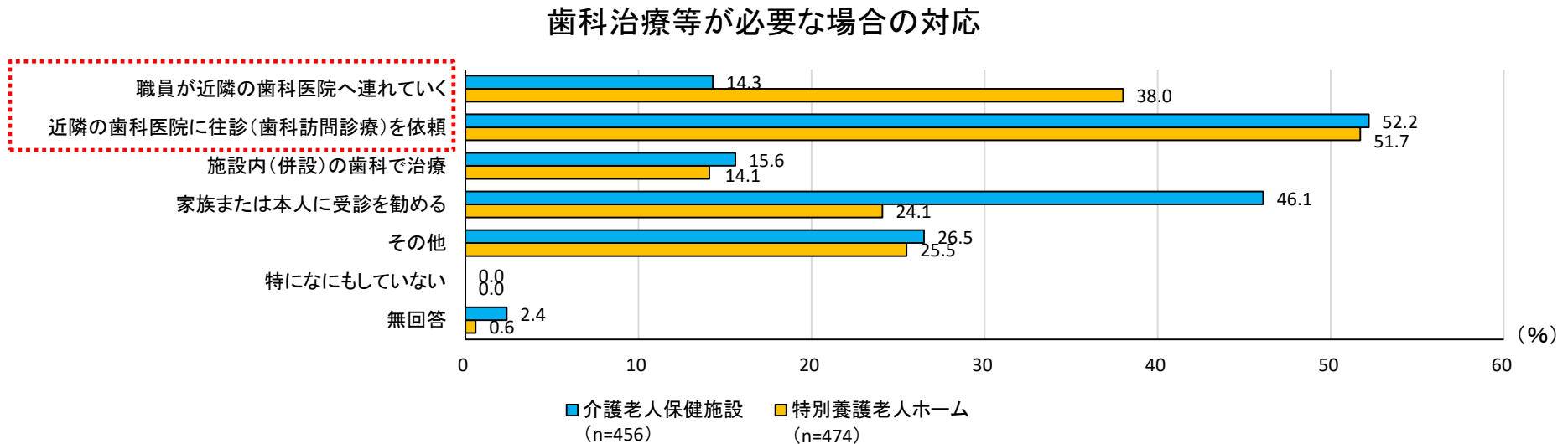
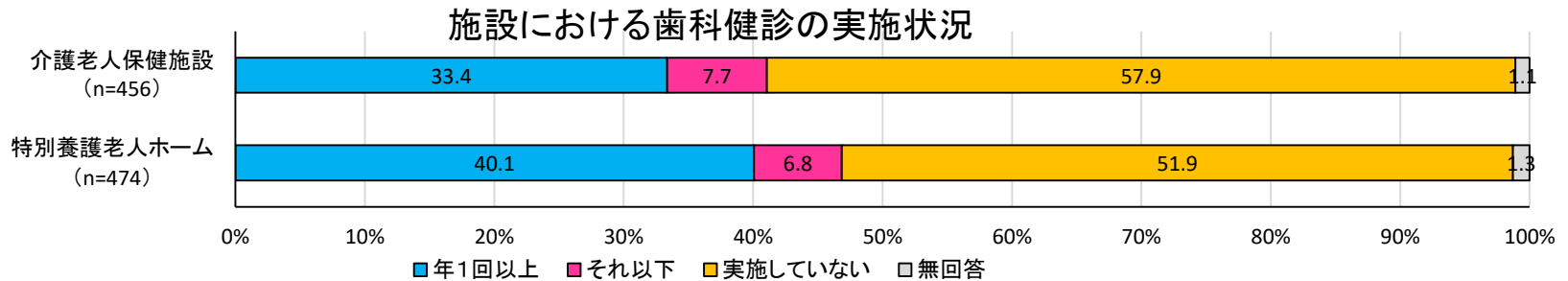
# 市区町村における要介護者に対する歯科関連事業

○ 市区町村全体としての要介護者に対する取組をみると、「歯科保健指導(個別指導)」、「歯科健康診査」、「要介護者の口腔の管理に関する研修や講演会」がそれぞれ、約11%、約7%、約5%程度となっている



# 介護老人保健施設等における歯科疾患に対する取組

- 歯科健診の実施について、「年1回以上実施している」と答えた割合は、特別養護老人ホームでは40.1%で、介護老人保健施設では、33.4%であった。
- 入所者の歯科治療等が必要な場合の対応についてみると、いずれの施設においても「近隣の歯科医院に往診(歯科訪問診療)を依頼」が最も多いが、約5割にとどまっている。

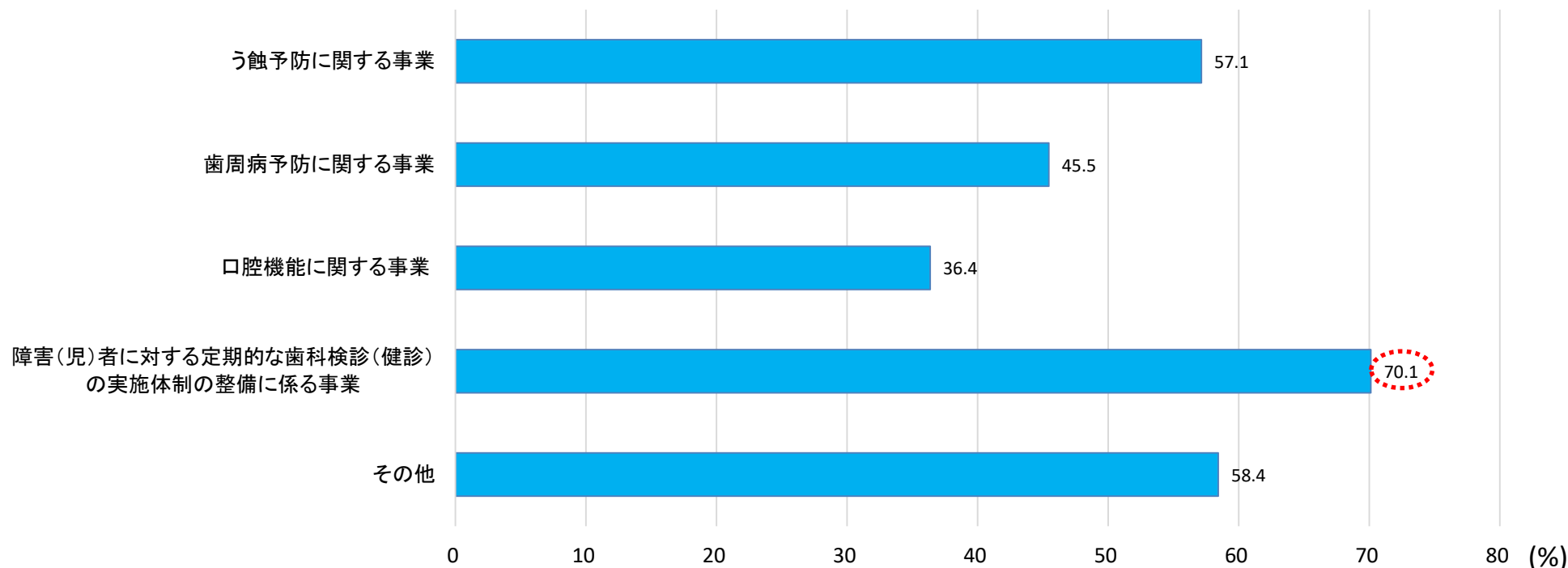


# 障害者に関する歯科保健施策

- 障害(児)者に関する歯科保健施策の推進に取り組んでいると回答した自治体のうち、う蝕予防に関する事業を行っている自治体が57.1%、歯周病予防に関する事業を行っている自治体が45.5%、口腔機能に関する事業を行っている自治体が36.4%であった。
- 障害(児)者に対する定期的な歯科検診(健診)の実施体制の整備に係る事業については、70.1%と最も多くの自治体で実施されていた。

## 障害(児)者に関する歯科保健施策の内容

n=77(複数回答あり)



出典: 令和2年度厚生労働科学「障害者等への歯科保健医療サービスの提供状況の把握及びその提供体制構築のための調査研究」

1. 歯科医療を取り巻く状況について

2. 地域包括ケアシステムの推進について

➤ 地域における歯科医療機関と施設・行政等関係機関との連携

➤ 医療機関間の連携

➤ 安心・安全で質の高い歯科医療の推進のためのICTの活用、研修等

3. 生活の質に配慮した歯科医療の推進等

➤ 口腔疾患の重症化予防

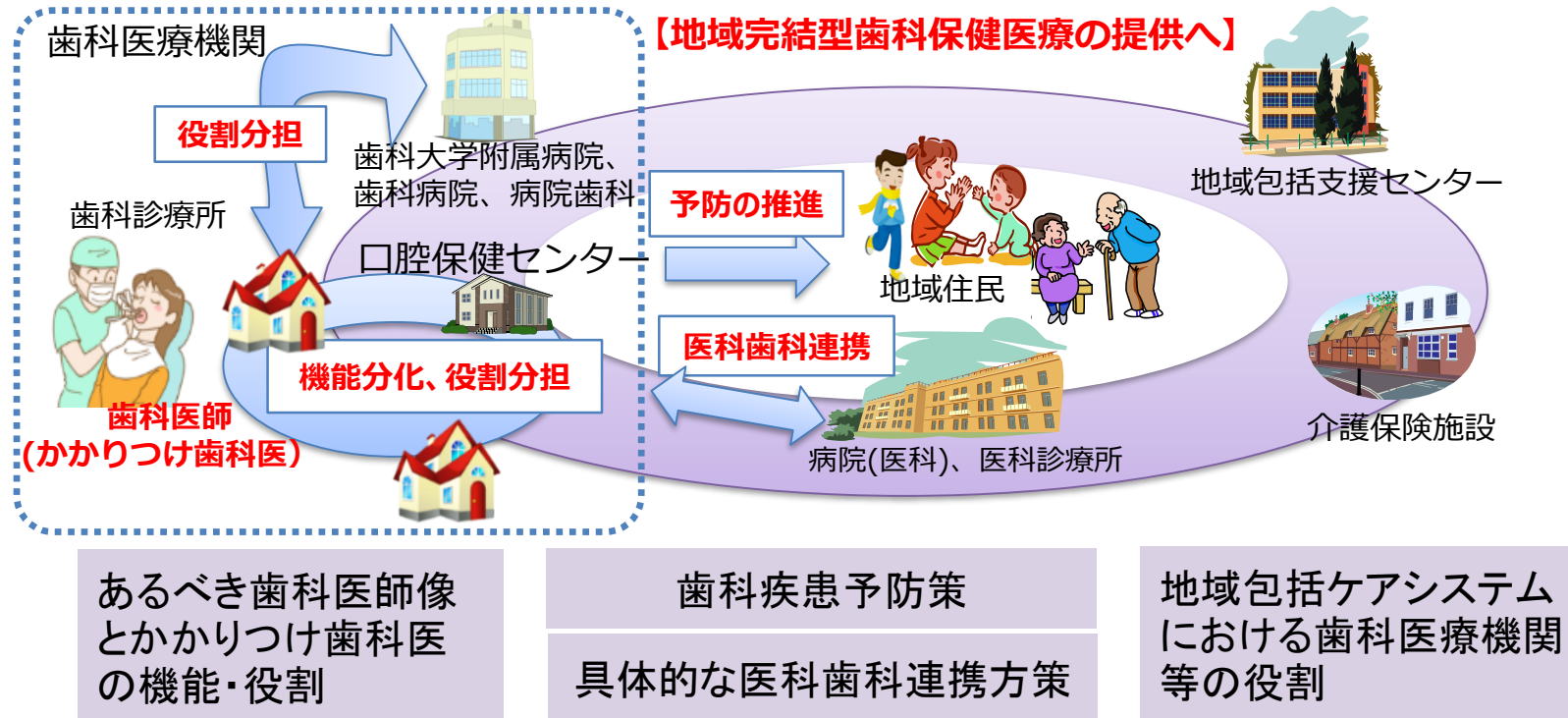
➤ 各ライフステージに応じた口腔機能の管理

➤ 歯科固有の技術の評価

令和3年2月19日

高齢化の進展や歯科保健医療の需要の変化を踏まえた、これからの歯科保健医療の提供体制について、歯科医療従事者等が目指すべき姿を提言したもの。

### 歯科保健医療の需要と提供体制の目指すべき姿(イメージ図)



#### ◆ 歯科医師の資質向上等に関する検討会

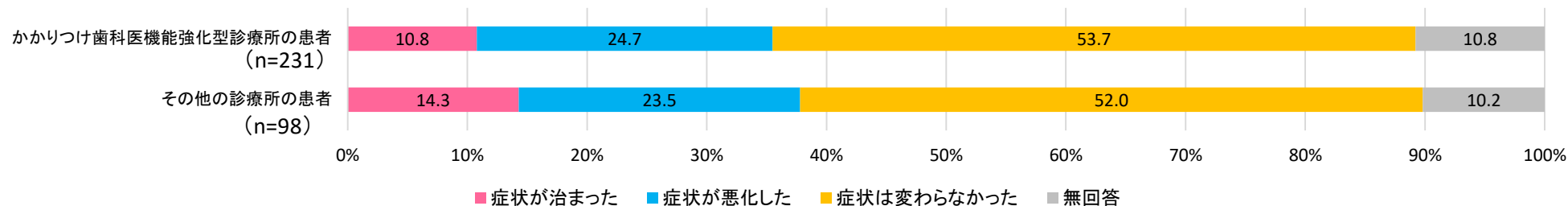
(平成27年1月～座長:江藤一洋(医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長))

<趣旨>小児のう蝕罹患率の低下や8020達成者の増加、高齢化の進展に伴う歯科医療機関を受診する患者像の高齢化・多様化等の状況に鑑み、国民のニーズに基づき質の高い歯科医療を提供すること等を目的として、歯科医師の資質向上等に関する事項について総合的に議論を行う。

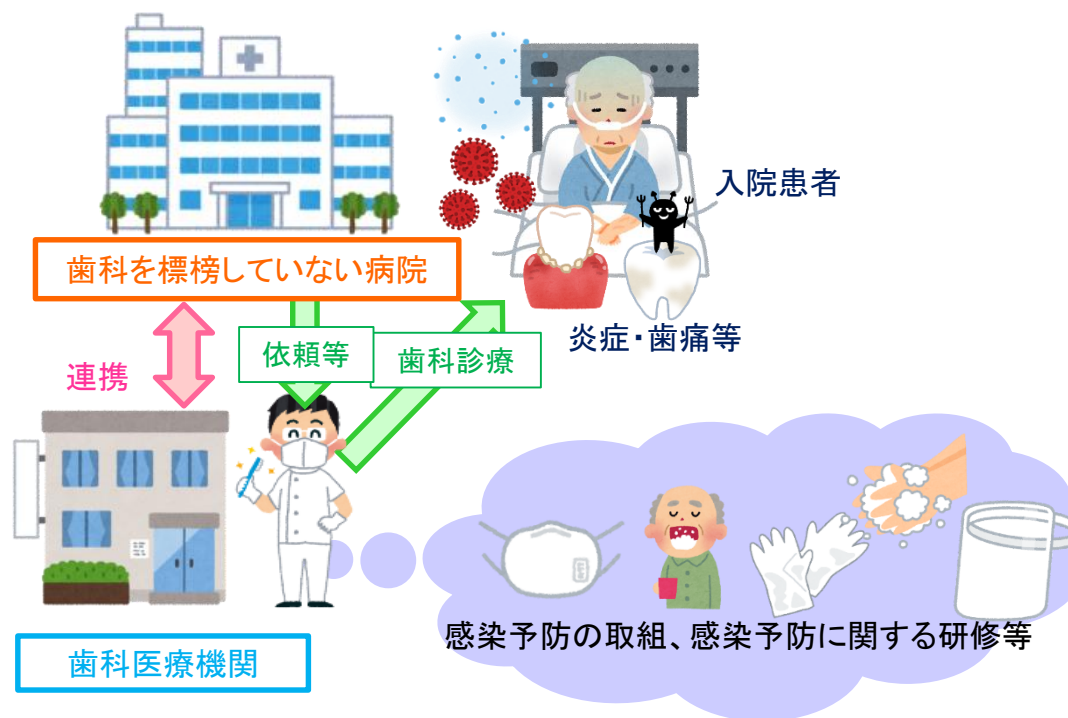
# 歯科を標榜していない病院の入院患者に対する歯科医療の提供

○ 新型コロナウイルス感染症の患者は、医科医療機関で治療が行われるが、炎症・疼痛等を伴う歯科疾患が生じた際には、医科医療機関からの依頼等に即応した歯科医療の提供が行われる体制を構築しておく必要がある。

新型コロナウイルス感染症の影響で「受診したかったが我慢した」と回答した患者が、受診を控えた結果



出典：令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和3年度調査：かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所）

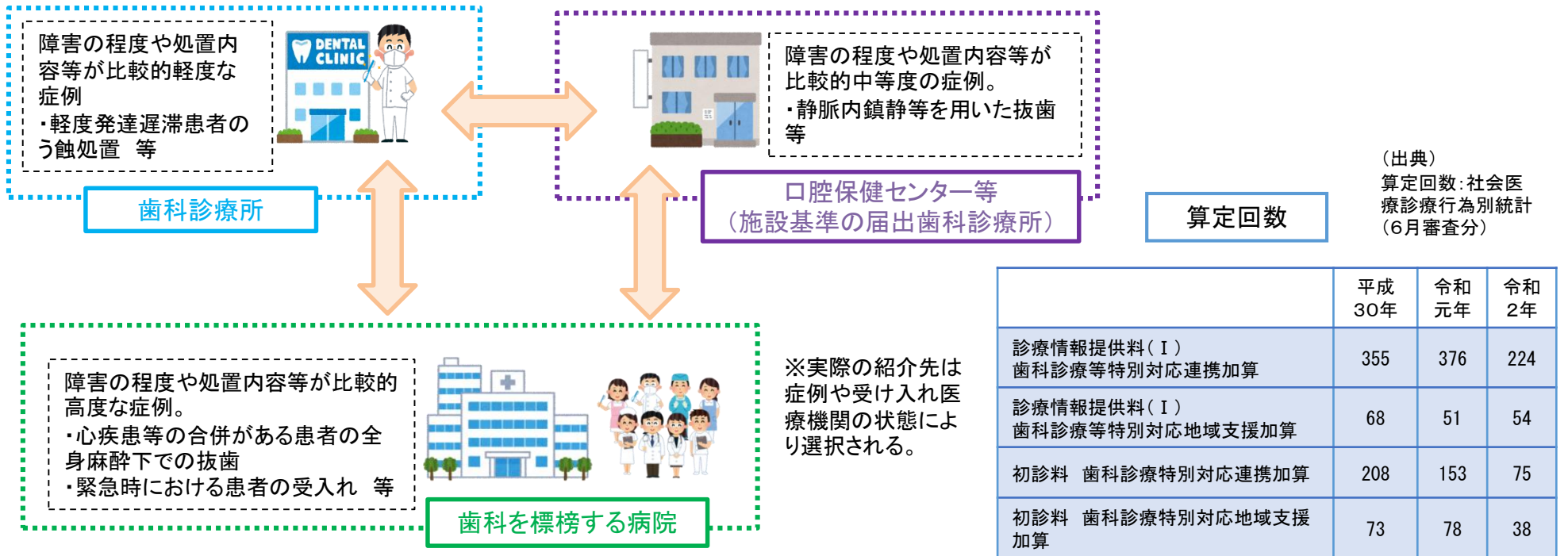




# 障害者歯科診療に係る評価の変遷

	概要
S49.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「心身障害者加算」新設</li> <li>→ 精神的欠陥又は肉体的障害を有している者であるため、著しく歯科診療が困難な者を診察した場合の初再診料の加算</li> </ul>
H6.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「心身障害者加算」が「障害者加算」に名称見直し</li> </ul>
H12.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「障害者加算」の対象者の要件見直し</li> <li>→ 著しく歯科診療が困難な障害者について</li> <li>・脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の得られない状態</li> <li>・知的発達障害により開口保持が出来ない状態や治療の目的が理解できずに治療に協力が得られない状態</li> <li>・重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態</li> <li>・これらに準ずる状態</li> <li>・「初診時歯科診療導入加算」新設</li> <li>→ 歯科治療の環境に円滑に対応できるための方法(Tell-show-do法)を用いた場合の初診時の加算</li> </ul>
H22.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「障害者歯科医療連携加算」新設</li> <li>→ 障害者加算を算定した患者を紹介され受け入れた医療機関の初診料の加算</li> </ul>
H24.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化</li> <li>→ 障害者加算を歯科診療特別対応加算に名称変更</li> <li>※加算の対象者である、著しく歯科診療が困難な者の例示として、「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態」を明確化</li> </ul>
H26.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科診療特別対応連携加算の施設基準の見直し</li> <li>→ (1)口を「歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること」に変更</li> </ul>

# 障害者歯科医療における連携



## ① B009 診療情報提供料(I) 注6に係る加算 100点

[対象施設] 歯科診療特別対応連携加算(以下、歯特連)の届出を行っていない保険医療機関

[算定要件] 歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療料を算定している患者について、歯特連又は地域歯科診療支援病院歯科初診料(病初診)の届出歯科医療機関等に紹介を行った場合に加算

## ② B009 診療情報提供料(I) 注7に係る加算 100点

[対象施設] 歯特連又は病初診の届出を行っている保険医療機関

[算定要件] 歯科診療特別対応加算を算定している患者について、歯特連の届出を行っていない保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に加算

## ③ A000 初診料 注10 歯科診療特別対応連携加算 100点

[対象施設] 歯特連又は病初診の届出を行っている保険医療機関

[算定要件] 他の診療所において歯科診療特別対応加算を算定した患者に対して、文書による診療情報提供を受けて、外来で初診を行った場合に加算

## ④ A000 初診料 注11 歯科診療特別対応地域支援加算 100点

[対象施設] 歯特連の届出を行っていない保険医療機関(診療所に限る)

[算定要件] 歯特連の届出を行っている保険医療機関において歯科診療特別対応加算を算定した患者に対して、文書による診療情報提供を受け、外来で初診を行った場合に加算

# 歯科診療特別対応連携加算の施設基準

## 歯科診療特別対応連携加算の施設基準(告示)

(1) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係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であること。

ロ 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。

(2) 歯科診療で特別な対応が必要である患者にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。

(3) 緊急時に円滑な対応ができるよう医科診療を担当する他の保険医療機関(病院に限る。)との連携体制(歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う病院である保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制)が整備されていること。

### 届出医療機関数

	平成30年	令和元年	令和2年
	776	807	836

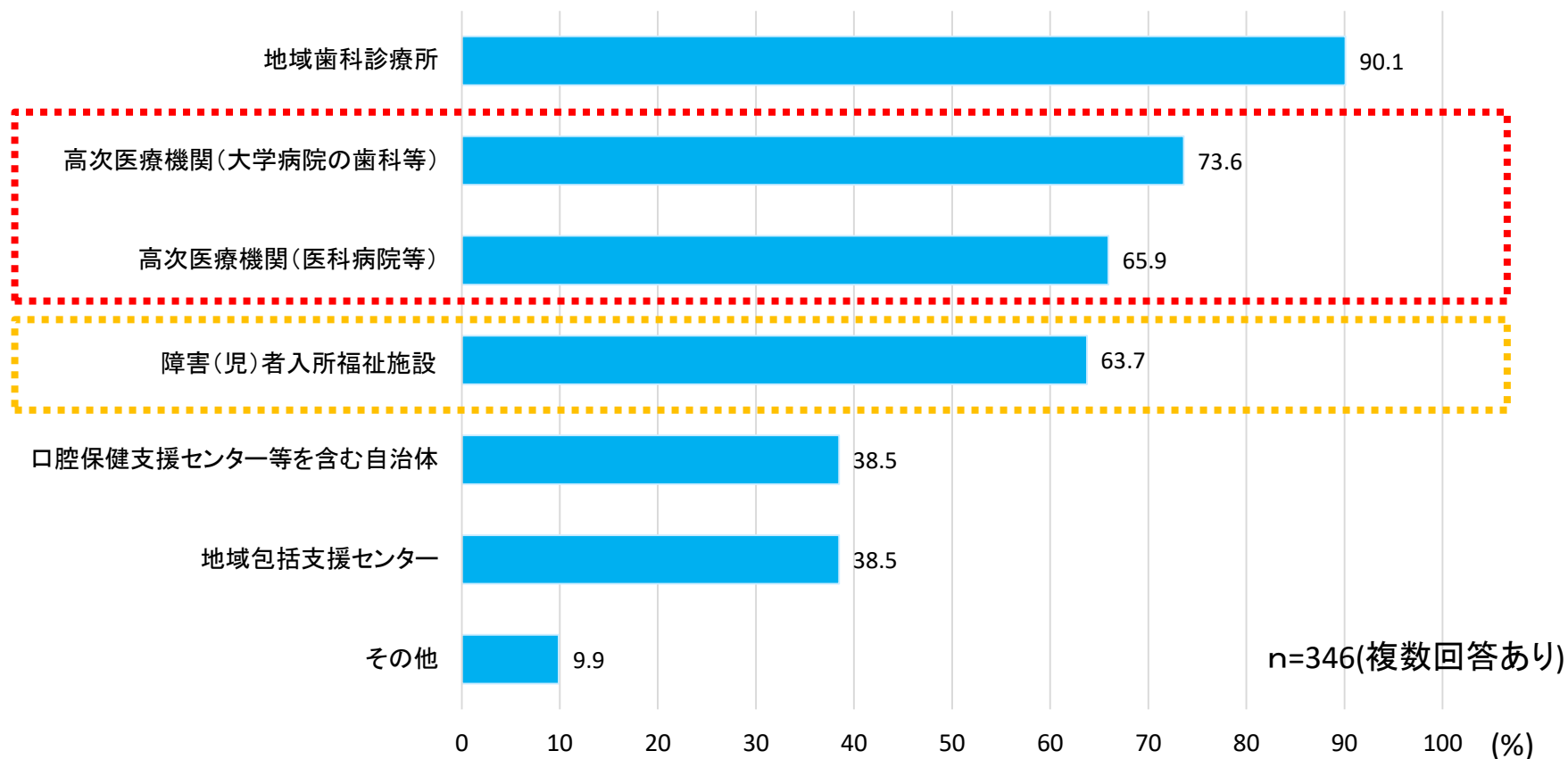
(出典)  
医療課調べ(令和2年7月1日時点)



# 障害者の歯科治療や夜間・休日診療等を行っている歯科診療所 (いわゆる口腔保健センター等)が障害者診療において連携を図っている施設や機関

- 口腔保健センターが連携する施設としては、地域歯科診療所が90.1%で最も多く、次いで、高次医療機関(大学病院の歯科等)が73.6%、高次医療機関(医科病院等)が65.9%の順であった。
- 障害(児)者入所福祉施設は63.7%であった。

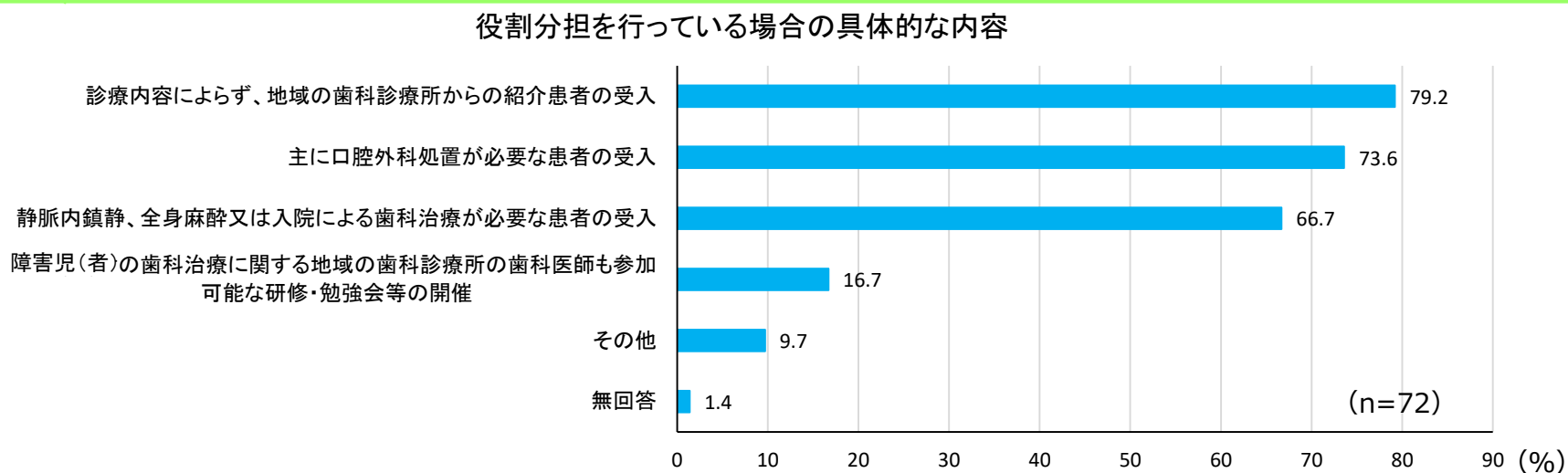
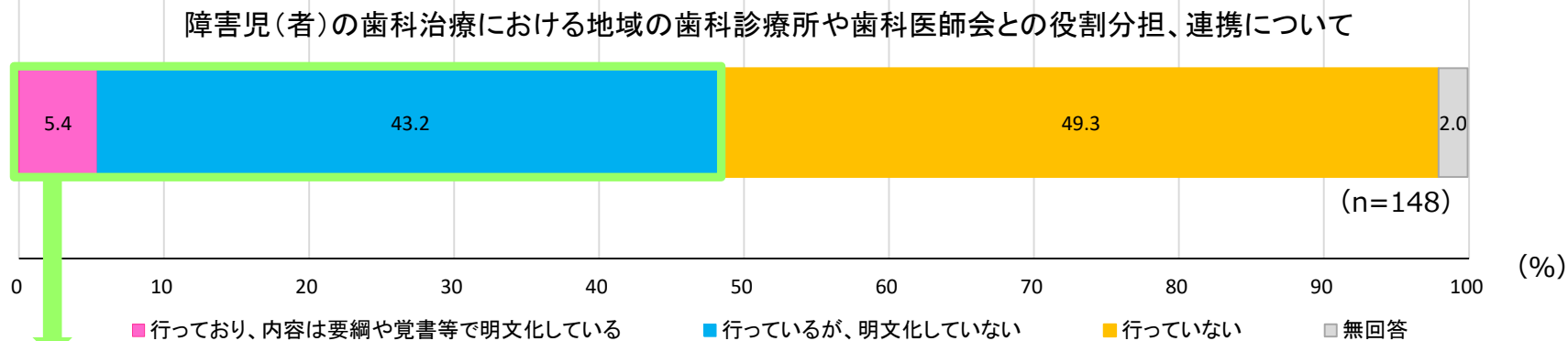
## どのような施設と連携をとっているか。



出典: 令和2年度厚生労働科学研究「障害者等への歯科保健医療サービスの提供状況の把握及びその提供体制構築のための調査研究」

# 障害者の歯科治療における病院（歯科標榜）と地域の歯科診療所等との役割分担、連携等

- 障害者の歯科治療における地域の歯科診療所や歯科医師会との役割分担、連携について、行っていると回答した歯科標榜のある病院は、48.6%であった。
- 役割分担、連携を行っている場合の内容としては、回答の多かった順に、「診療内容によらず、地域の歯科診療所からの紹介患者の受入」（79.2%）、「主に口腔外科処置が必要な患者の受入」（73.6%）、「静脈内鎮静、全身麻酔又は入院による歯科治療が必要な患者の受入」（66.7%）であった。



# HIV感染に関連する口腔症状

- HIV感染症によりCD4リンパ球数が減少し、口腔症状(口腔カンジダ症等)が発現する場合がある。
- 抗HIV薬の使用に伴い口腔乾燥症を伴う場合がある。
- HIV感染者の包括的な治療をより効果的にするため、患者の主治医との密な連携が必要。

病名	臨床症状	HIVとの関連
紅斑性または萎縮性カンジダ症	発赤または萎縮した病巣が硬口蓋,軟口蓋,頬粘膜および舌に通常みられる。灼熱感を訴える場合がある。	偽膜性カンジダ症と共に,HIV 感染症の初期に発現する。
偽膜性カンジダ症(鷲口瘡)	剥離可能な白色または黄色斑で,剥離後は赤色,潰瘍または易出血性の粘膜表層がみられる。口腔粘膜の随所にみられる。灼熱感を訴える場合がある。	免疫抑制の初期または進行期に伴う。CD4陽性細胞数は通常400/ ml 以下。
口角炎(カンジダ症)	口角から放射状の裂溝,しばしば剥離可能な白色様膜で被覆されている。	初期および進行期のHIV 感染症にみられ,しばしば口腔乾燥症を伴う。
壊死性潰瘍性歯周炎(NUP), 壊死性潰瘍性歯肉炎(NUG)	NUP:歯槽骨や歯周組織の破壊(潰瘍,壊死)が急速に進行し,限局性または全般性に発現する。頑固な疼痛歯肉の自然出血,極度の口臭を伴う。 NUG:限局性の歯肉の破壊(潰瘍,壊死)が急速に進行する。軽度の疼痛や出血を伴う。	CD4陽性細胞数が100/ml 以下に低下した場合に,重篤な免疫抑制とともにみられる。隣接粘膜表層に拡大する場合がある。
帯状歯肉紅斑(LGE)	限局性で,前歯部に多く,辺縁歯肉が紅斑を呈し,付着歯肉では自然歯肉出血による点状出血様斑を伴う。	免疫抑制の進行に伴う。NUP の前駆症状の場合がある。
唾液腺疾患(口腔乾燥症)	白血球浸潤による耳下腺の腫脹。唾液の分泌が減少し口腔乾燥症を伴う。	HIV 感染症のすべての時期にみられ,多くのHIV 薬とくにプロテアーゼ阻害剤は副作用として口腔乾燥症を伴う。
巨大アフタ性口内炎(MjAu)	大型(>6mm)の有痛性で,治癒し難い深い潰瘍で,原因となる因子を欠く(HSV, CMV, 重症好中球減少, TBを除外しておく)。	CD4陽性細胞数が100/ml 以下に低下した場合に,重篤な免疫抑制とともにみられる。

出典:HIV 感染症の歯科治療マニュアル、池田 正一、厚生労働省科学研究補助金エイズ対策研究事業

B000-4 歯科疾患管理料 注11 総合医療管理加算 50点

○ 医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬 状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。

[対象疾患]

○糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者

算定回数

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
歯科疾患管理料 注11 総合医療管理加算	15,855	19,935	16,855

(出典)

社会医療診療行為別統計(6月審査分)

1. 歯科医療を取り巻く状況について

2. 地域包括ケアシステムの推進について

➤ 地域における歯科医療機関と施設・行政等関係機関との連携

➤ 医療機関間の連携

➤ 安心・安全で質の高い歯科医療の推進のためのICTの活用、研修等

3. 生活の質に配慮した歯科医療の推進等

➤ 口腔疾患の重症化予防

➤ 各ライフステージに応じた口腔機能の管理

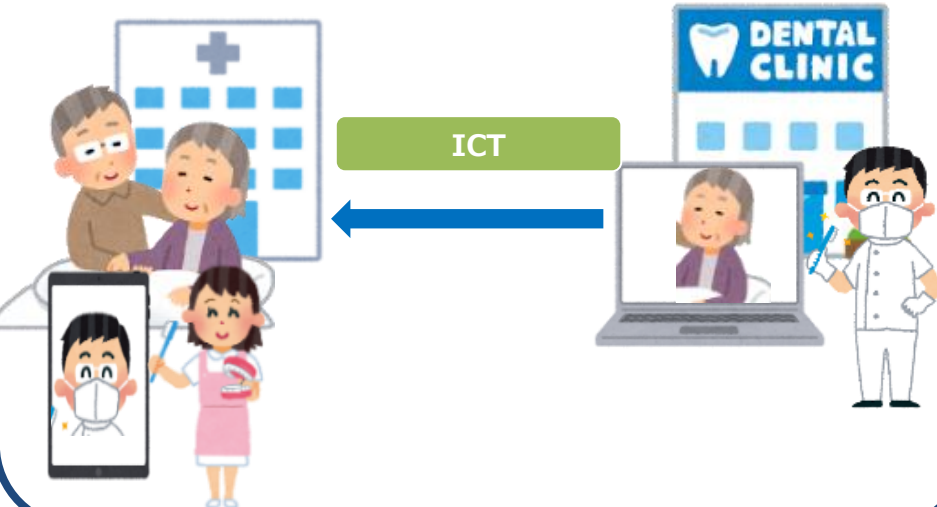
➤ 歯科固有の技術の評価

- 歯科医療において期待されるICTを活用する診療形態として、Ⅰ :Dentist to P with DH (Dental Hygienist) やⅡ :Dentist to P with Doctorなどが挙げられる。
- 令和2・3年度の「ICTを活用した医科歯科連携の検証事業」において、歯科診療におけるICTの活用について検証を行っている。

## 【歯科医療におけるICT活用のイメージ】

### Ⅰ :Dentist to P with DH

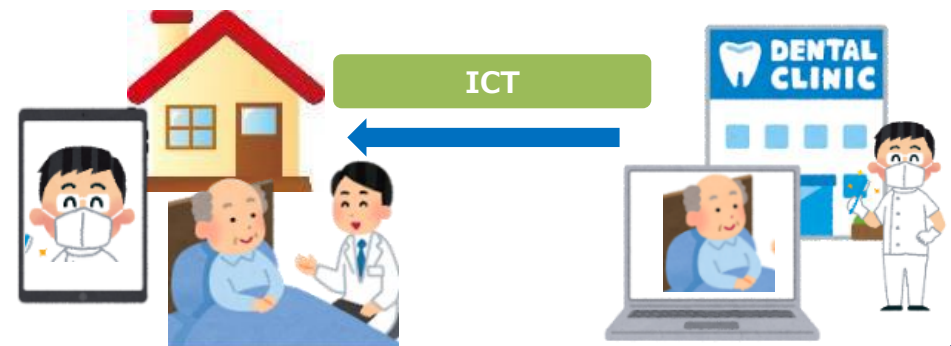
口腔衛生管理が必要な患者に対し、歯科医師の指示により、歯科衛生士が在宅や歯科医師がいない病院、施設等において口腔衛生管理等を行う。



### Ⅱ :Dentist to P with Doctor

在宅療養を行っている患者に対し食支援で医師・歯科医師等の多職種が関与している場合において、医師の診療時に、必要に応じて歯科医師が口腔機能・口腔衛生に関する指導管理を行う。

※その他、病院（救急搬送時）に、専門の歯科医師（口腔外科等）がいない場合等。





## 実証イメージ（Dentist to P with DH）

- 口腔衛生管理が必要な患者に対し、歯科医師の指示により、歯科衛生士が在宅や歯科医師がいない病院、施設等において口腔衛生管理等を実施。



## 検証結果

- 歯科衛生士が訪問による口腔衛生管理等を実施する際に、遠隔の歯科医師が口腔内の状況を確認することで、より詳細な指導が可能となった。
- 歯科医師が同行できない場合において、歯科医療機関での対面診療の合間に対応することが可能であった。



- 口腔内カメラによる口腔内の撮影に関して、現場の撮影者は口腔内カメラで歯科医師から指示された部位が撮影できるようにするとともに、口腔内カメラで適切に映すことができない部分については、口頭での説明が必要になるため、歯科分野について一定の知識が必要。
- 患者の状況を確認しながら計画に基づいて実施することが望ましく、初診においては対面が望ましいと考えられるとともに、定期的に歯科医師による対面診療の実施が必要。

※Dentist to P with Doctorについては、今後更なる検証が必要。

<b>C001 訪問歯科衛生指導料</b>	1 単一建物診療患者が1人の場合	360点
	2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	328点
	3 1及び2以外の場合	300点

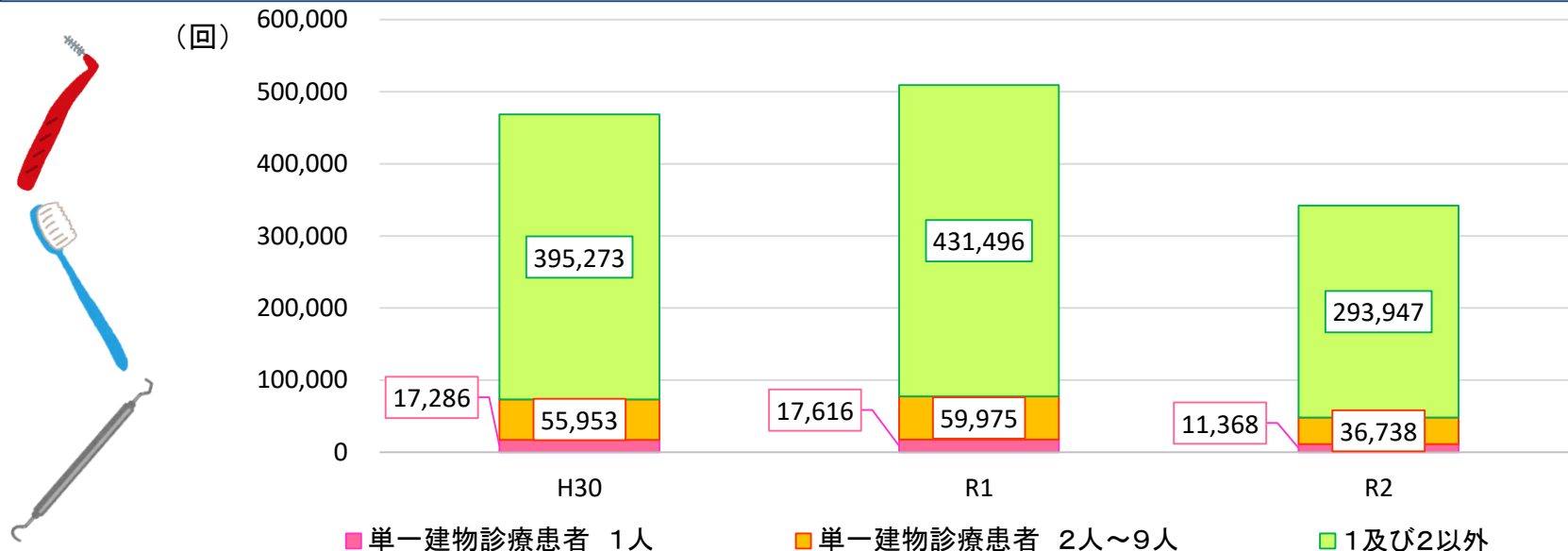


## [算定要件]

歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者※又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。

なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。

※同一初診期間中に区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者等に対して、歯科訪問診療料を算定した日から起算して1月以内（ただし、歯科訪問診療を行う歯科医師により、状態が安定していると判断される場合は2月以内でも差し支えない。）歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に算定可能。



(出典) 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

## 歯科医療関係者感染症予防講習会

### 1. 目的

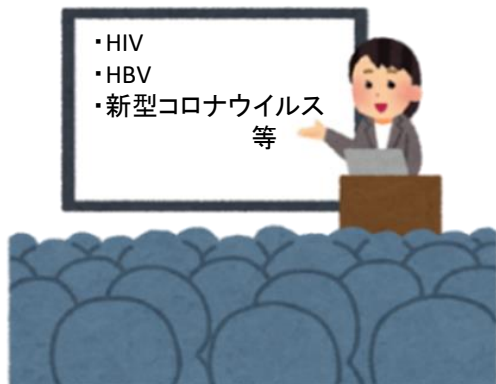
歯科医療従事者に対して、HIVウイルスやHBVウイルス、新型コロナウイルス等の特徴を踏まえた院内感染対策等に関する講習を行い、歯科保健医療の安全の確保を図ることを目的とする。

### 2. 事業の実施主体

厚生労働省の「歯科医療関係者感染症予防講習会実施団体公募要領」に基づき、日本歯科医師会が受託し、都道府県歯科医師会の協力の下に実施する。

### 3. 事業内容

- (1) 受講対象者: 歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士等
- (2) 講習内容: HIVウイルスやHBVウイルス、新型コロナウイルス等の特徴を踏まえた院内感染対策等、歯科医療及び歯科衛生の安全を図るために必要とされる事項に関する講義及び実習とする。



○ 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



- 標準予防策は、「すべての患者のすべての湿性生体物質：血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物、創傷皮膚、粘膜等は、感染性があるものとして取り扱わなければならない」という考え方を基本としている。
- 患者の唾液等に触れた(又は触れたおそれのある)物は以下のリスク分類に基づき、適切に処理する。

リスク分類	対象	例	処理方法
クリティカル	口腔軟部組織、骨を貫通する器具	ハンドピース 抜歯鉗子 メス、リーマー、 ファイルバー、スケーラー など	滅菌 ハンドピース内は患者由来 物質で汚染されているので クリティカルの分類 (熱滅菌必要)
セミクリティカル	口腔内組織と接触	スリーウェイシリンジ バキュームチップ ミラー、印象用トレー、 レントゲンホルダーなど	高水準消毒
ノンクリティカル	医療機器表面 (高度接触部位)	歯科用ユニット周囲 ライトハンドル 歯科用エックス線装置など	中または低水準消毒 0.1% 次亜塩素酸による 清拭清掃
ノンクリティカル	ハウスキーピング	床、ドアノブ	定期清掃、汚染時清掃

リスク高  
↑  
↓  
リスク低

# 新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針

## 歯科医療機関における感染予防策(抜粋)

公益社団法人日本歯科医師会「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針」(令和3年11月)

### 【診療に関する留意点】

- 診療室内のエアロゾル対策: 吸引装置の適正使用
  - ・口腔内での歯科用バキュームの確実、的確な操作を行う。
  - ・口腔外バキューム(口腔外吸引装置)の活用も望ましい。
- 手袋、ゴーグルまたはフェイスシールドについて
  - ・手袋は患者ごとに交換
  - ・エアロゾルへの対策としてゴーグルまたはフェイスシールドを装着
- 歯科用ユニット、周囲、その他接触部位の消毒
  - ・患者が触れた部位および触れた可能性のある高頻度接触部位に対しては、抗ウイルス作用のある消毒剤を含有させたクロスを用いての清拭

### ○治療前後の含嗽(口、喉のうがい)

- ・患者に治療開始前に洗口薬で含嗽(ポビドンヨード、CPC)してもらい、口腔内の微生物数レベルを下げることも飛沫感染対策として有効。

### 【診療環境に関する留意点】

- 密集回避のため、予約間隔や使用ユニットの調整
- 定期的な窓開けによる換気の徹底
- 受付においても、常時マスク、ゴーグルやフェイスシールドの着用
- 患者来院時の手指消毒の徹底

感染予防策	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(厚生労働省委託事業)(平成31年3月)	公益社団法人日本歯科医師会「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針」 (令和3年11月)	一般社団法人日本老年歯科医学会「歯科訪問診療における感染予防策の指針2021年版」(令和3年6月)
患者周囲環境及び医療機器清拭消毒	○	○	○
周囲環境の保護(ラッピング等)	○	○	○
口腔外バキュームの活用	○	○	○
ゴーグル又はフェイスシールド、マスク、手袋の使用	△(※ゴーグル又はフェイスシールドについては推奨レベル)	○	○
職員の健康管理(健康報告など)	—	○	○
患者の健康管理(健康報告や検温等)	—	○	○
介護者等の体調確認(発熱や感染等の状況)	—	—	○
治療前後の患者の含嗽	—	○	○
予約間隔の調整	—	○	○
患者の手指消毒の徹底	—	○	—
定期的な窓開け	—	○	○
患者等への診療前の電話等を用いた状態確認	—	—	○

○ ポビドンヨード製剤等で含嗽をした場合、唾液中のウイルス量が減少するため、歯科診療の実施前の含嗽が推奨される。

(出典: Antiviral mouthwashes: possible benefit for COVID-19 with evidence-based approach. Mahdih-Sadat Moosavi,a Pouyan Aminishakib,b and Maryam Ansaric. J Oral Microbiol. 2020; 12. )

○ COVID-19患者においては、1%ポビドンヨード製剤で1分間、含嗽をした場合、3時間、唾液中のウイルス量が減少した。

(出典: Martinez Lamas L et al, Is povidone-iodine mouthwash effective against SARS-CoV-2? First in vivo tests. Oral Dis. 2020. doi: 10.1111/odi.13526)

# 歯科初診料、再診料の院内感染対策に関する届出

中医協 総 - 8  
3 . 8 . 4 改

- 令和2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、歯科初診料及び歯科再診料の見直しを行った。
- 院内感染対策に係る初診料の施設基準の届出医療機関数は、令和元年7月1日現在、65,200施設（約94%※）であった。

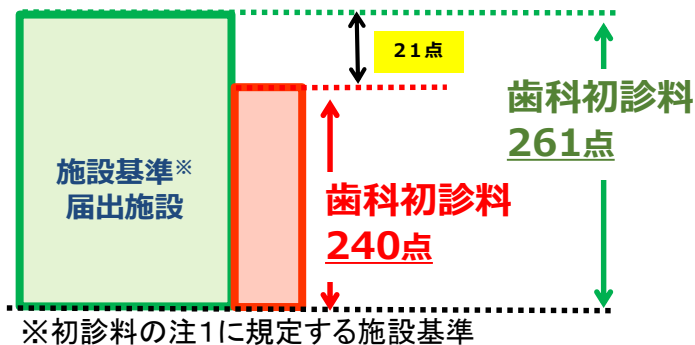
※ 医療施設調査(令和元年度)を用いて推計

## 【施設基準】

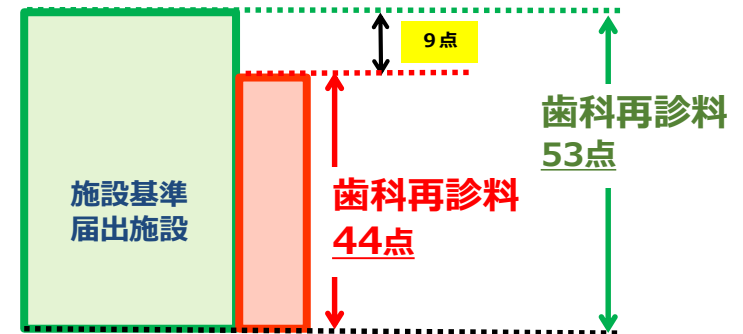
- 1 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。  
(患者ごとの交換、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理・職員を対象とした標準予防策等の院内研修等)
- 2 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な機器を有していること。
- 3 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- 4 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。

## 【R2年改定後（R2.4.1～）】

### （歯科初診料）



### （歯科再診料）



届出医療機関数

	令和元年	令和2年
初診料（歯科）注1に掲げる基準	65,200	65,214

（出典）：医療課調べ（令和2年7月1日時点）

# 歯科に係る主な指摘事項

(8月4日 中央社会保険医療協議会 総会)

## 【主な意見】

(地域包括ケアシステムの推進について)

- かかりつけ歯科医による口腔疾患の重症化予防や口腔健康管理の取組がより推進されるよう引き続き対応していくべき。
- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は地域包括ケアシステムを推進するために地域の中心として活動することが求められている。これが広がらない理由について検討しつつ、更に推進されるような項目を施設基準に組み込むこと等について検討すべき。
- どの歯科診療所がかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所なのかを国民にわかるようにしていくことが必要。
- 周術期等口腔機能管理を実施する施設に関して、地域の歯科診療所が参加できる機会を広げるよう、推進を図るべきではないか。
- 糖尿病や摂食嚥下障害などに対する診療など、医科歯科連携が必要な診療について、より連携を推進するような対応が必要。歯科から医科への診療情報の提供や介護施設やデイサービス等への口腔の情報提供などの重要性が高まってきている。
- 歯科標榜のない病院や介護施設におけるICTを活用した口腔機能管理など、地域の状況に応じたICTの活用について検討すべき。

(安心・安全で質の高い歯科医療の推進について)

- 感染防止について、令和2年度改定において一定の評価がなされたが、十分なものかどうか検討が必要。
- 歯科医療機関における感染防止対策については、前回の改定で職員の研修を要件とすることで十分に対応したのと考えており、現行の特例的な対応との整理が必要ではないか。
- 院内感染対策は初診・再診料の点数で推進するものではなく、研修や教育の充実で行うべきではないか。



# 地域包括ケアシステムの推進についての課題（小括）

## （地域における歯科医療機関と施設・行政等関係機関との連携）

- ・ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る施設基準については、成人・高齢者に対する歯科医療に係る要件が比較的多く設定されているが、日本小児歯科学会の会員アンケートによると、当該施設基準の届出を行っていない歯科診療所においては、満たしていない施設基準の要件は、「歯科訪問診療関連」、「歯周病安定期治療関連」等であった。
- ・ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る施設基準の届出を行っていない歯科診療所における、現時点で不足している施設基準の要件としては「過去1年間に歯科訪問診療1・2の算定回数、連携する在宅療養支援歯科診療所1・2に依頼した歯科訪問診療の回数が計5回以上」が72.0%で最も多くみられた。
- ・ 施設基準の選択要件に「自治体等が実施する事業に協力」があるが、必ずしも明確に示されていないとの指摘がある。

## （医療機関間の連携）

- ・ 障害者に対する歯科医療については、地域の歯科診療所と歯科を標榜する病院等が機能分化・連携して提供されることが必要である。
- ・ HIV感染に関連した口腔症状は比較的早期から発現することがあり、医科医療機関と連携しつつ、口腔症状に適切に対応する必要がある。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の患者は、医科医療機関で治療が行われるが、炎症・疼痛等を伴う歯科疾患が生じた際には、医科医療機関からの依頼等に即応した歯科医療の提供が行われる体制を構築しておく必要がある。

## （安心・安全で質の高い歯科医療の推進のためのICTの活用、研修等）

- ・ 歯科診療におけるICTの活用については、ICTの活用が期待される歯科の診療形態として、Dentist to P with DH (Dental Hygienist)やDentist to P with Doctor等があり、検証結果を踏まえた対応が必要である。
- ・ 歯科診療は、唾液等の体液に触れる機会が多いことから、従前より標準予防策を踏まえて、感染予防の取組が実施されているが、今後、新たな感染症にも対応できるよう、必要な取組について、歯科医師や歯科医療機関の職員に対する研修等も活用しつつ、推進していくことが求められている。

1. 歯科医療を取り巻く状況について

2. 地域包括ケアシステムの推進について

- 地域における歯科医療機関と施設・行政等関係機関との連携
- 医療機関間の連携
- 安心・安全で質の高い歯科医療の推進のためのICTの活用、研修等

3. 生活の質に配慮した歯科医療の推進等

- 口腔疾患の重症化予防
- 各ライフステージに応じた口腔機能の管理
- 歯科固有の技術の評価

# 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、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、機械的歯面清掃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、歯周精密検査により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。

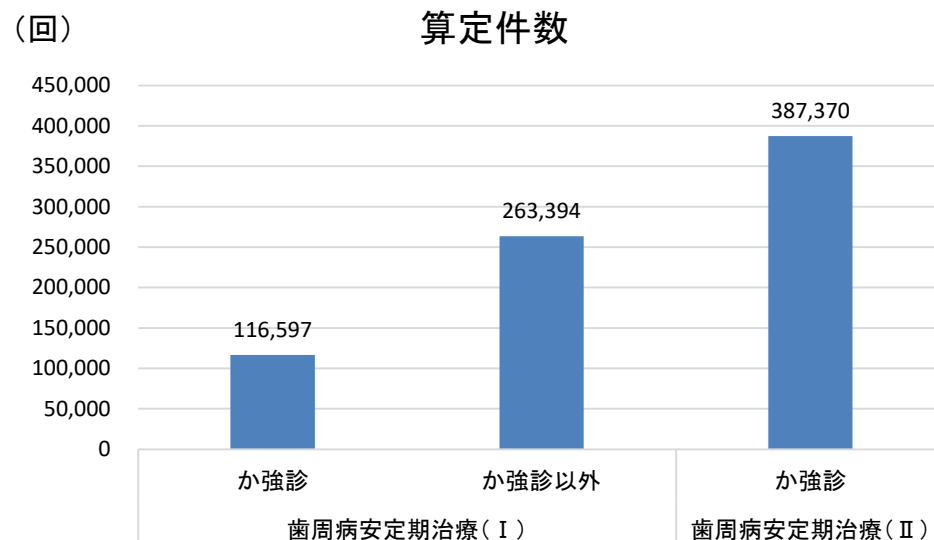
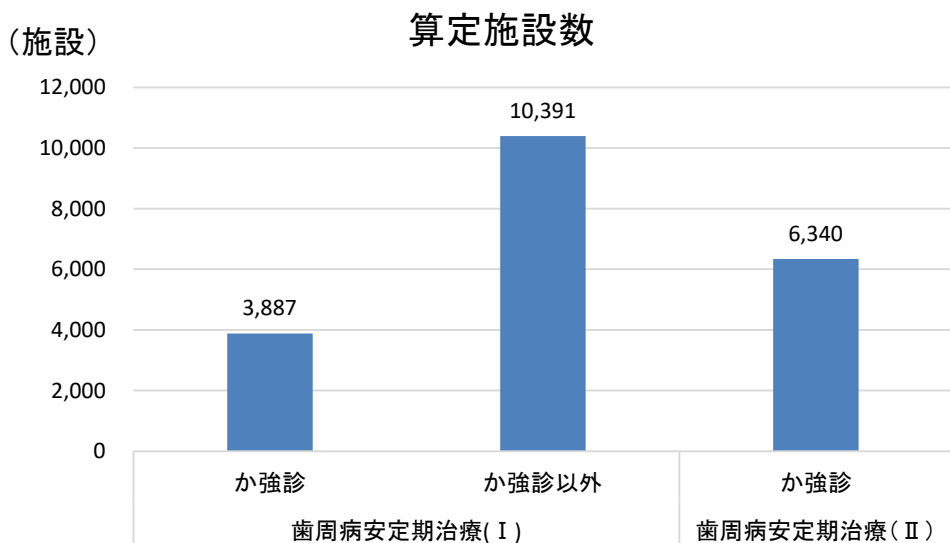
## 届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
歯周病安定期治療（Ⅰ）	（届出不要）	281,328	324,974	382,614	360,255
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 10,057	191,694	341,016	494,459	506,396

（出典）  
算定回数：社会医療診療行為別統計（6月審査分）  
届出医療機関数：医療課調べ（各年7月1日時点）

# 歯周病の重症化予防

- 平成30年12月の歯周病安定期治療（Ⅰ）の算定施設数は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）で3,887回、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外（か強診以外）が10,391回であった。また、歯周病安定期治療（Ⅱ）は6,340回であった。
- 歯周病安定期治療（Ⅰ）の算定件数は、か強診が116,597回、か強診以外が263,394回であった。また、歯周病安定期治療（Ⅱ）は387,370回であった。



治療種別	施設タイプ	算定施設数	算定回数	1施設あたりの算定回数
				歯周病安定期治療（Ⅰ）
歯周病安定期治療（Ⅰ）	か強診以外	10,391	263,394	25.3
	歯周病安定期治療（Ⅱ）	か強診	6,340	387,370

# 歯周病重症化予防の推進

## 歯周病重症化予防治療の新設

➤ 歯周病安定期治療の対象となっていない歯周病を有する患者に対する継続的な治療について新たな評価を行う。

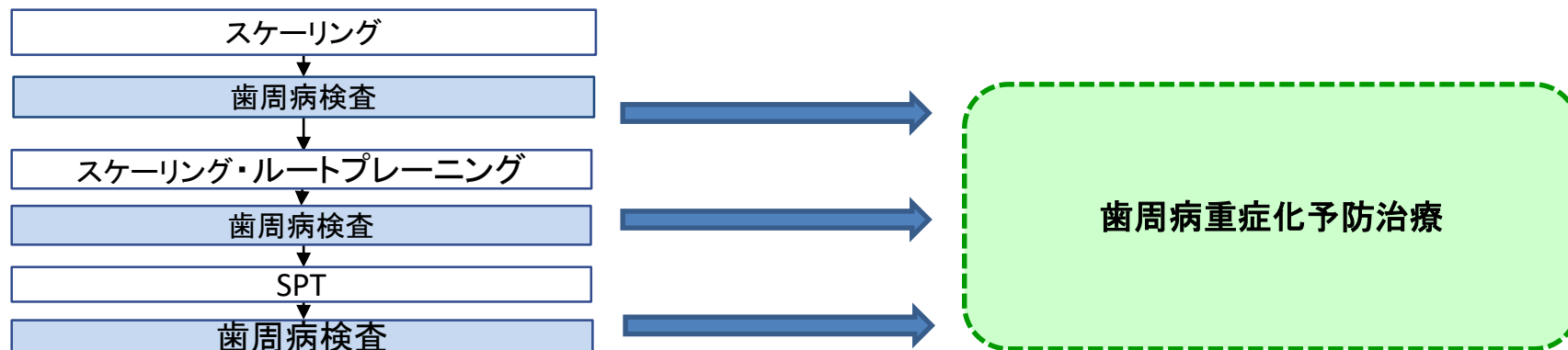
(新) 歯周病重症化予防治療	1 1歯以上10歯未満	150点
	2 10歯以上20歯未満	200点
	3 20歯以上	300点

### [対象患者]

- (1) 歯科疾患管理料又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、2回目以降の歯周病検査終了後に、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者
- (2) 部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態

### [算定要件]

- (1) 2回目以降の区分番号D002に掲げる歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。
- (2) 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。
- (3) 歯周病安定期治療(I)又は歯周病安定期治療(II)を算定した月は算定できない。



算定回数

(出典)  
社会医療診療行為別統計(6月審査分)

	令和2年度
歯周病重症化予防治療	67,014

- 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）

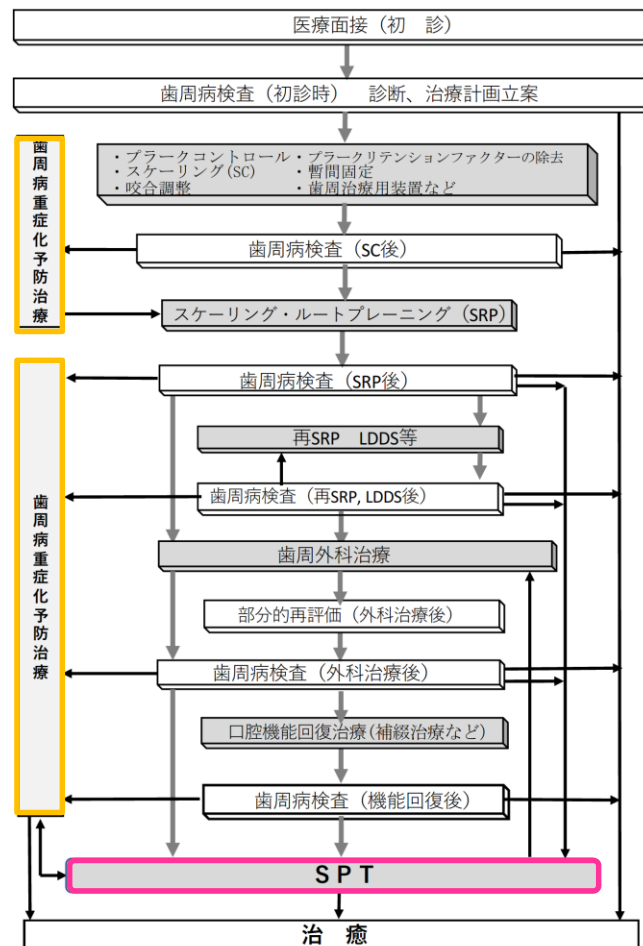
- 歯周病の罹患によって、虚血性心疾患の有病率が高くなるとの論文報告がある。他方、虚血性心疾患の発症および進行との関連については十分なエビデンスは認められないとの報告もある。
- 歯周病罹患が虚血性脳血管疾患の発症と関連があるとする報告があるが、両者の関係は明らかではない。  
※ 歯周病と循環器疾患（心疾患、脳血管疾患等）の関係については、検証段階にある。

# 歯周病安定期治療(SPT)、歯周病重症化予防治療について

- 歯周病は進行・再発しやすい疾患であることから、治癒には至らず一時的に病状が安定した状態にある患者に対して、歯周組織を維持出来るよう継続的な治療・管理が必要。
- 歯周病が治癒には至らず一時的に病状が安定した状態にある患者等に対して、状態に応じ歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療を実施し、継続的な治療を行っている。
- 歯周病安定期治療(Ⅰ)、歯周病安定期治療(Ⅱ)及び歯周病重症化予防治療に包括される診療行為が異なっている。

## 歯周病安定期治療(Ⅰ)、(Ⅱ)及び歯周病重症化予防治療に包括している主な診療行為

	I011-2 歯周病安定期治療(Ⅰ)	I011-2-2 歯周病安定期治療(Ⅱ)	(参考) I011-2-3 歯周病重症化予防治療
スケーリング	○	○	○
機械的歯面清掃	○	○	○
歯周病検査	×	○	×
口腔内カラー写真撮影	×	○	×



歯周病治療の流れ

# 歯科口腔保健の推進に係るう蝕対策ワーキンググループ 報告書 抜粋

令和元年6月4日

- わが国のう蝕有病率は、乳幼児・学齢期は改善傾向にあるものの、いずれのライフステージにおいても、依然として高い。
- う蝕は単一因子による疾患ではなく、食習慣や生活習慣、家庭環境等の社会的要因や個人のリスク要因等が複合的に重積して生じているものであり、地域間や社会経済的な要因による健康格差も生じている。
- 具体的なう蝕予防対策としては、フッ化物の応用（フッ化物洗口、フッ化物塗布、フッ化物配合歯磨剤等）、シーラント、歯科保健指導等が効果的であるとされている。
- さらに、う蝕は、適切な対策により発症を予防し、進行を抑制することが可能であることから、全てのライフステージを通して、患者の状況に合わせた歯科医療機関におけるう蝕の予防・重症化予防のための指導管理等が求められる。このような対応を早期に行うために、生涯を通じた歯科健診の充実等を検討し、必要な場合には、かかりつけ歯科医等へ円滑につなげる体制の構築や保健指導の充実、う蝕の予防の指導管理等が必要な患者に十分対応できるようかかりつけ歯科医等への支援等を検討すべきである。



# う蝕の重症化予防

- エナメル質結晶内に取り込まれたフッ化物によって、エナメル質の一部がハイドロキシアパタイトよりも「溶解度」の低いフルオロアパタイト、フッ化ハイドロキシアパタイトに置き換わり、酸抵抗性を高める。

フッ化物洗口：フッ化ナトリウム溶液(5-10ml)を用いて、1分間ブクブクうがいを行う方法。毎日法と週1回法とがある。

フッ化物塗布：比較的高濃度のフッ化物溶液やゲル（ジェル）を歯科医師・歯科衛生士が綿球や歯ブラシ等で歯面に塗布。

年2回以上継続して行うことが重要。

## B000-4 歯科疾患管理料 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患者。（う蝕活動性が高く継続管理を要する者）
- 患者又はその家族等に対して、下記について説明。
  - ・ フッ化物洗口に係る薬液の取扱い
  - ・ 洗口方法及び頻度
  - ・ 洗口に関する注意事項
  - ・ 薬液の取扱い等

## B000-4 歯科疾患管理料 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（※1）において、エナメル質初期う蝕（※2）に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導を実施。

※1 歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔管理を行う診療所であって、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地方厚生局長等に届け出たもの

※2 エナメル質に限局した表面が粗造な白濁等の脱灰病変

※3 機械的歯面清掃処置やフッ化物歯面塗布処置は併算定不可

## I031 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

- ・ う蝕多発傾向者（110点）
- ・ 根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者（110点）
- ・ エナメル質初期う蝕に罹患している患者（130点）

歯科疾患管理料フッ化物洗口指導加算の算定回数

H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
2,633	1,763	2,519	1,761	1,942	1,650	1,640

歯科疾患管理料エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数

H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
—	—	60,027	212,080	330,310	402,961	401,724

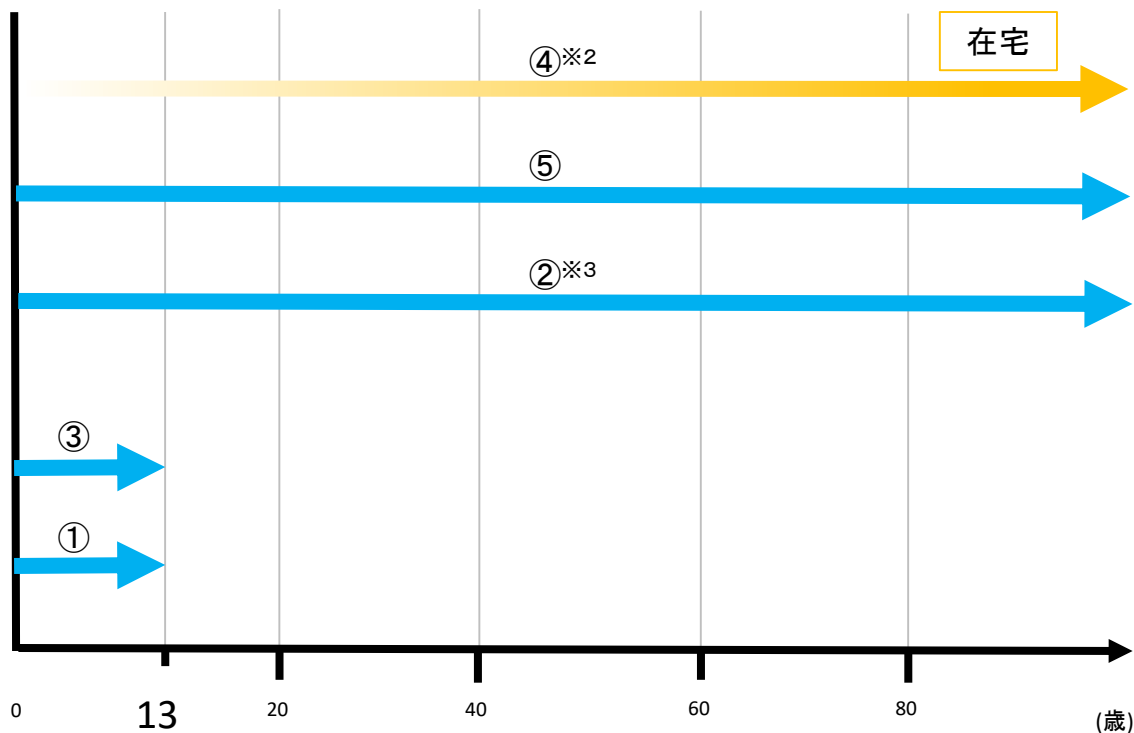
フッ化物歯面塗布処置の算定回数

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
う蝕多発傾向者	14,484	17,975	21,467	22,278	22,446	26,272	23,328
在宅等療養患者	4,610	5,160	5,763	7,451	9,944	11,696	10,166
エナメル質初期う蝕	—	—	39,475	48,004	53,486	64,430	66,801

# う蝕の重症化予防の現状

- エナメル質に生じた初期う蝕に対して各ライフステージを通じて対応している。
- 小児のう蝕多発傾向者に対するフッ化物洗口指導やフッ化物歯面塗布処置については、13歳未満が対象となっている。
- う蝕に、より罹患しやすい歯根の表面にできたう蝕(根面う蝕※<sup>1</sup>)は、歯科訪問診療を行った患者に対してのみ算定できる。

## 各ライフステージにおける既存のう蝕の重症化予防治療



	区分番号等	名称	対象患者
①	B000-4 注8	歯科疾患管理料 フッ化物洗口指導加算	う蝕多発傾向者 (13歳未満)
②	B000-4 注10	歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算	エナメル質初期う蝕に罹患している患者
③	I031	フッ化物歯面塗布処置 1 う蝕多発傾向者の場合	う蝕多発傾向者 (13歳未満)
④	I031	フッ化物歯面塗布処置 2 在宅等療養患者の場合	初期の根面う蝕に罹患している患者
⑤	I031	フッ化物歯面塗布処置 3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合	エナメル質初期う蝕に罹患している患者

※1 歯肉退縮により露出した歯根表面にできるう蝕のこと。

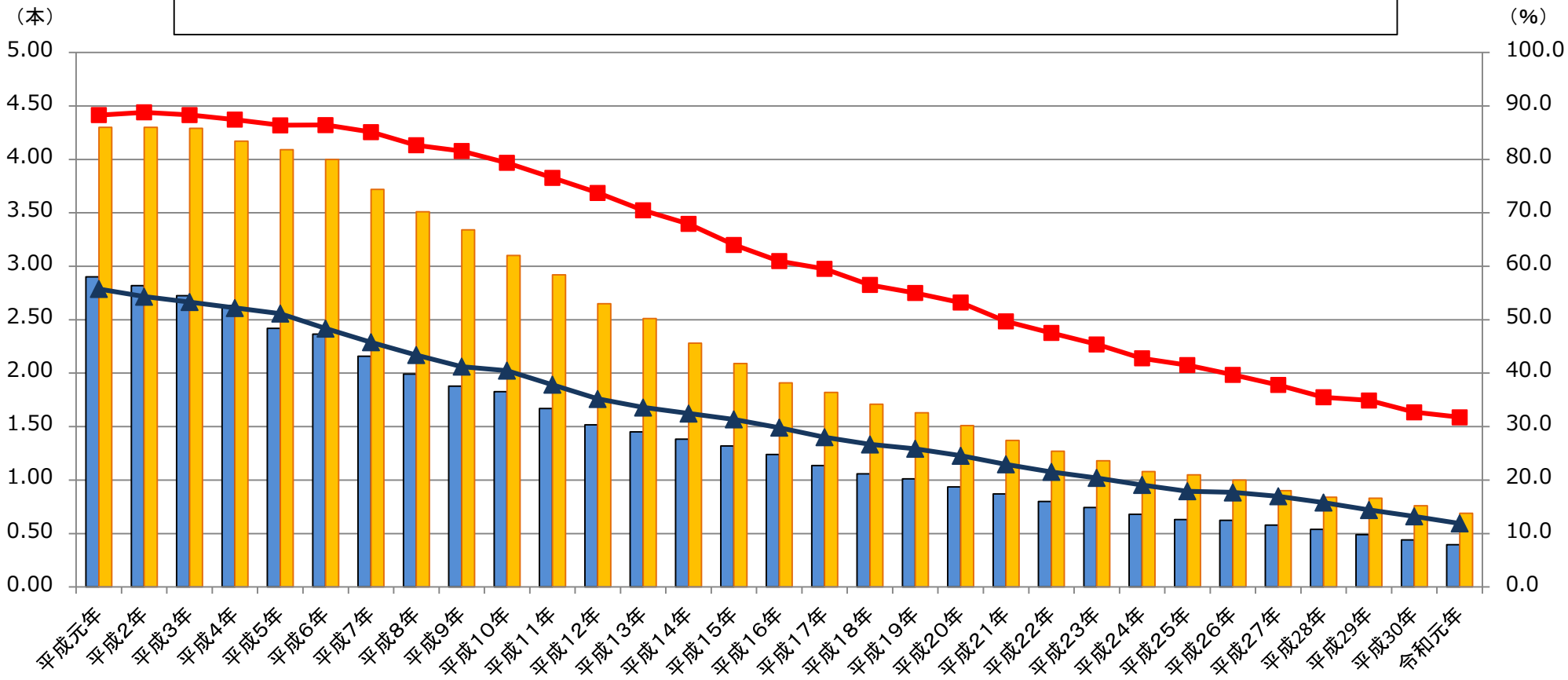
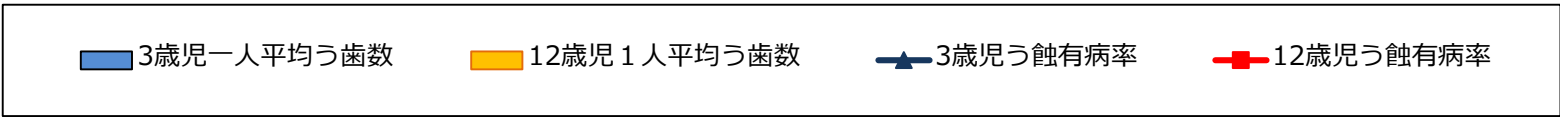
※2 歯科訪問診療料を算定した場合のみ算定できる。

※3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所のみで算定できる。

# 3歳児、12歳児の一人平均う歯数(※)・う蝕有病率の年次推移

※う歯:う蝕に罹患している歯

- 3歳児の一人平均う歯数は、平均2.90本（平成元年）→平均0.39本（令和元年）  
う蝕有病率は、55.8%（平成元年）→11.9%（令和元年）と年々減少。
- 12歳児の一人平均う歯数は、平均4.26本（平成元年）→平均0.69本（令和元年）  
う蝕有病率は、88.3%（平成元年）→31.8%（令和元年）と年々減少。



3歳児：平成25年度まで：母子保健課・歯科保健課調べ、平成26年度以降：地域保健・健康増進事業報告、12歳児：学校保健統計調査（文部科学省）

# 根面う蝕の有病者率

## <根面う蝕>

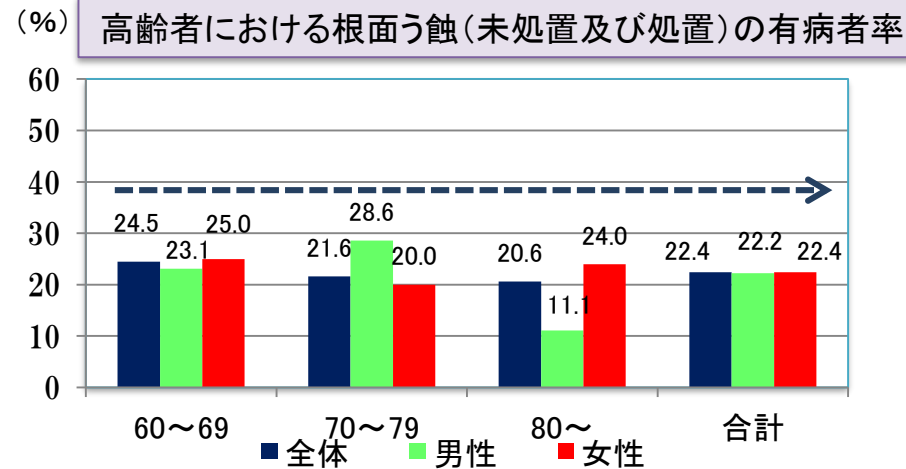
◇歯肉の退縮により露出した根面に発生し、高齢者に特徴的なう蝕。歯根は歯冠と異なり耐酸性の高いエナメル質に被覆されておらず、脱灰(歯の表面のリン酸カルシウムの結晶が溶出する現象)されやすい。



<露出した歯根(う蝕に罹患していない)>



<根面う蝕>



各年齢層で、有病者率に大きな差はみられない。

出典: 高齢者における根面う蝕の有病状況(口腔衛生学会雑誌44 1994)

# 小児口腔機能管理料

中医協 総 - 8  
3 . 8 . 4 改

- 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として小児口腔機能管理加算を新設。
- 令和2年度診療報酬改定において、歯の萌出していない患者への管理も対象に加えた。また、歯科疾患の継続管理を行っている患者に対する診療実態と合わせて小児口腔機能管理料とした。

B000-4-2 小児口腔機能管理料 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、以下に該当する者(15歳より前に管理を開始した患者については18歳未満までは継続可)

[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、当該管理計画に係る情報を文書により提供
- ・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。(初回算定日には必ず実施) など

離乳完了前 食べる機能のC項目において1項目以上、食べる機能・話す機能のC項目において2項目以上を含む3項目以上該当		
A機能	B分類	C項目
食べる	哺乳	先天性歯がある
		口唇、歯槽携帯に異常がある
		舌小帯に異常がある
		乳首をしっかり口にふくむことができない
		授乳時間が長すぎる、短すぎる
		哺乳量・授乳回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等
	離乳	開始しているが首の据わりが確認できない
		スプーンを舌で押し出す状態がみられる
話す	構音機能	口唇の閉鎖不全がある
その他	栄養(体格)	やせ、または肥満である(カウプ指数で評価)
	その他	口腔周囲に過敏がある 上記以外の問題点

離乳完了後(18ヵ月以降) 咀嚼機能のC項目において1項目以上、食べる機能・話す機能のC項目において2項目以上を含む3項目以上該当		
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
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある
		咀嚼に影響するう蝕がある
強く咬みしめられない		
咀嚼時間が長すぎる、短すぎる		
偏咀嚼がある		
	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)
	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
話す	構音機能	構音に障害がある
		口唇の閉鎖不全がある
		口腔習癖がある
その他	栄養(体格)	舌小帯に異常がある
		やせ、または肥満である(カウプ指数、ローレル指数で評価)
	その他	口呼吸がある
		口蓋扁桃等に肥大がある 睡眠時のいびきがある 上記以外の問題点



算定回数

(出典)社会医療診療行為別統計(6月審査分)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
小児口腔機能管理料 ※小児口腔機能管理加算	23,066※	34,551※	48,083

## 老化による口腔機能の低下

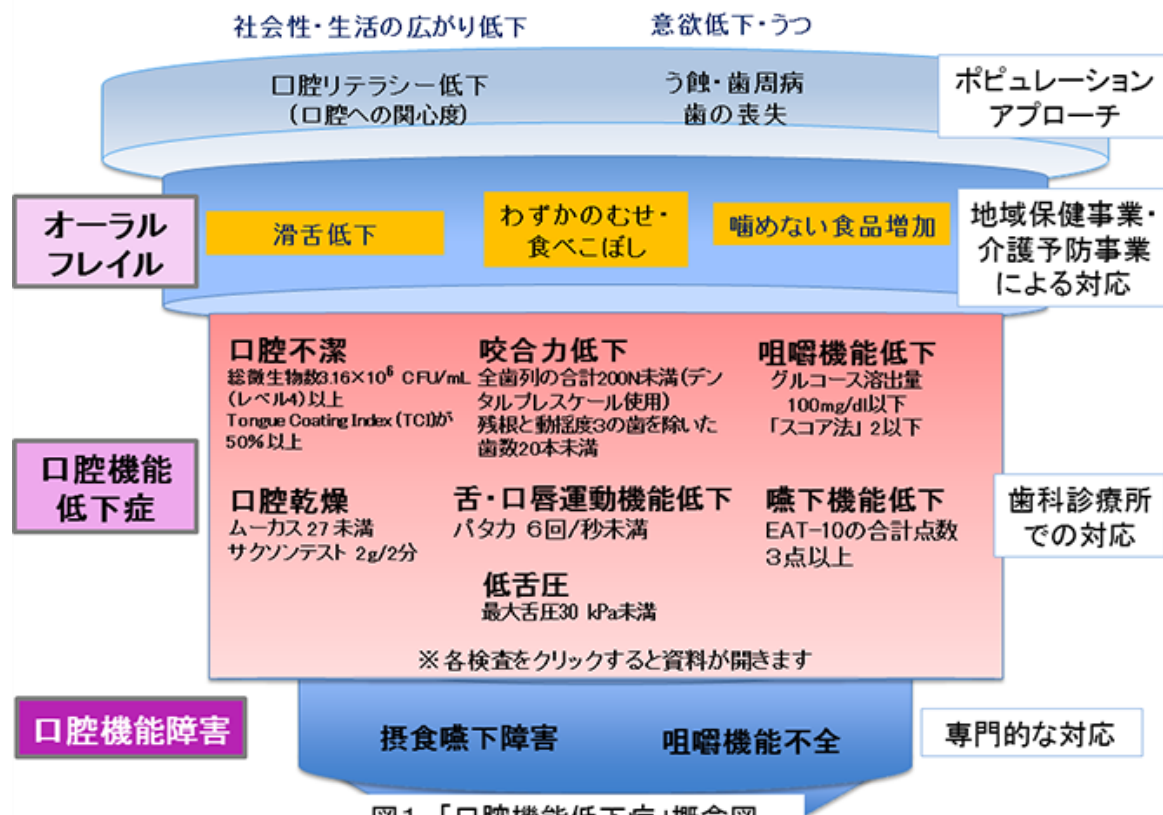
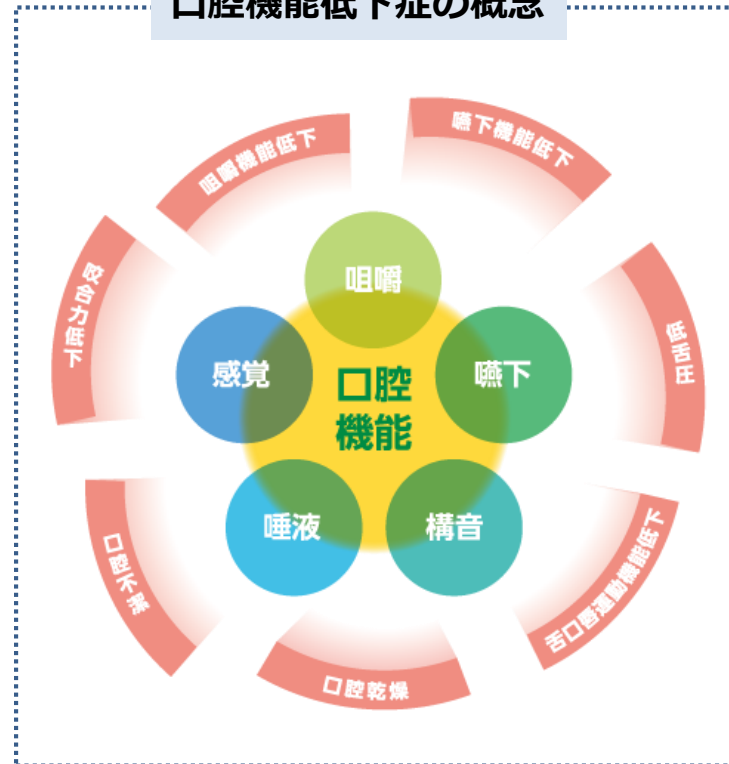


図1. 「口腔機能低下症」概念図

## 口腔機能低下症の概念



(一般社団法人日本老年歯科医学会HPより引用)

**口腔機能低下症の診断基準**：以下の7項目中、3項目を満たした場合

- ①口腔不潔    ②口腔乾燥    ③咬合力低下    ④舌口唇運動機能低下    ⑤低舌圧
- ⑥咀嚼機能低下    ⑦嚥下機能低下

⇒単一の口腔機能ではなく、各口腔機能低下の複合的要因によってあらわれる病態

# 口腔機能管理料

中医協 総 - 8  
3 . 8 . 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として口腔機能管理加算を新設。
- 令和2年度診療報酬改定において、歯科疾患の継続管理を行っている患者に対する診療実態と合わせて口腔機能管理料とした。

## B000-4-3 口腔機能管理料 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(D011-2)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(D011-3)に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。)又は低舌圧(D012)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
	口腔粘膜湿潤度	27未満
②口腔乾燥	唾液量	2g/2分以下
	咬合力検査	200N未満(プレスケール)、500N未満(プレスケールⅡ・フィルタなし)350N未満、(プレスケールⅡ・フィルタあり)
③咬合力低下	残存歯数	20本未満

下位症状	検査項目	該当基準
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコネシス	Pa/ta/ka いずれか1つでも 6回/秒未満
	⑤低舌圧	舌圧検査
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)	Aが1項目以上該当



[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。

### 算定回数

(出典)  
社会医療診療行為別統計(6月審査分)

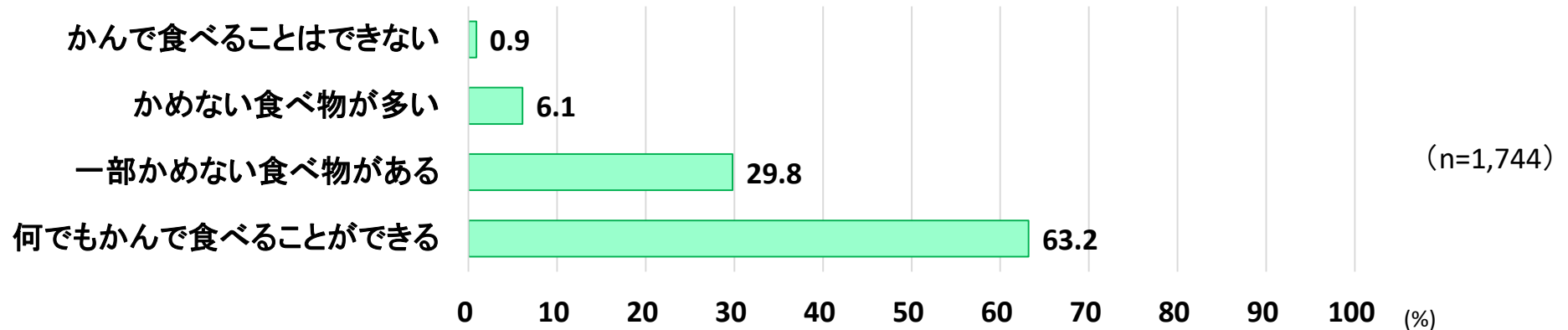
	平成30年度	令和元年度	令和2年度
口腔機能管理料 ※口腔機能管理加算	5,766※	22,373※	27,114

# 高齢者の口腔機能の状況

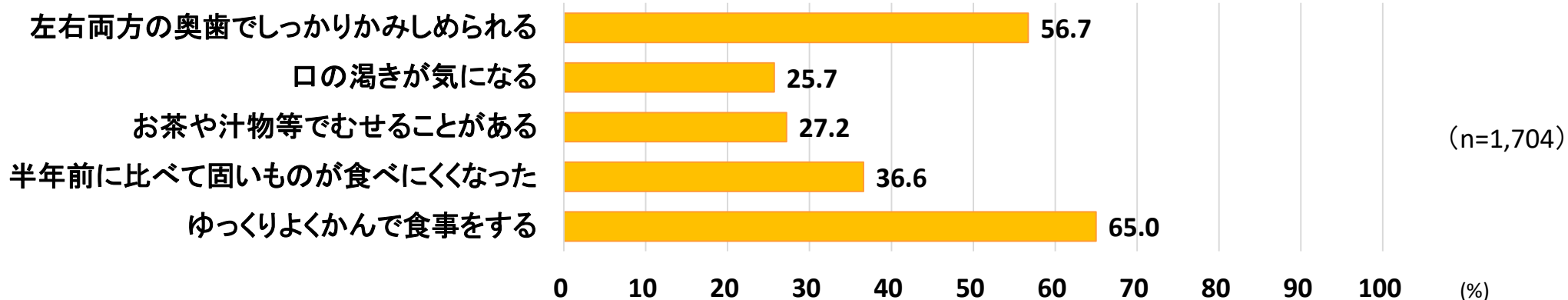
中医協 総 - 8  
3 . 8 . 4

- 70歳以上の高齢者の咀嚼状況について、「かめない食べ物が多い」「一部かめない食べ物がある」と回答した者がそれぞれ約6%と約30%であった。
- 食べ方や食事の様子では「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」が36.6%、「口の渇きが気になる」「お茶や汁物等でむせることがある」がそれぞれ25.7と27.2%であった。

### 咀嚼の状況（70歳以上）



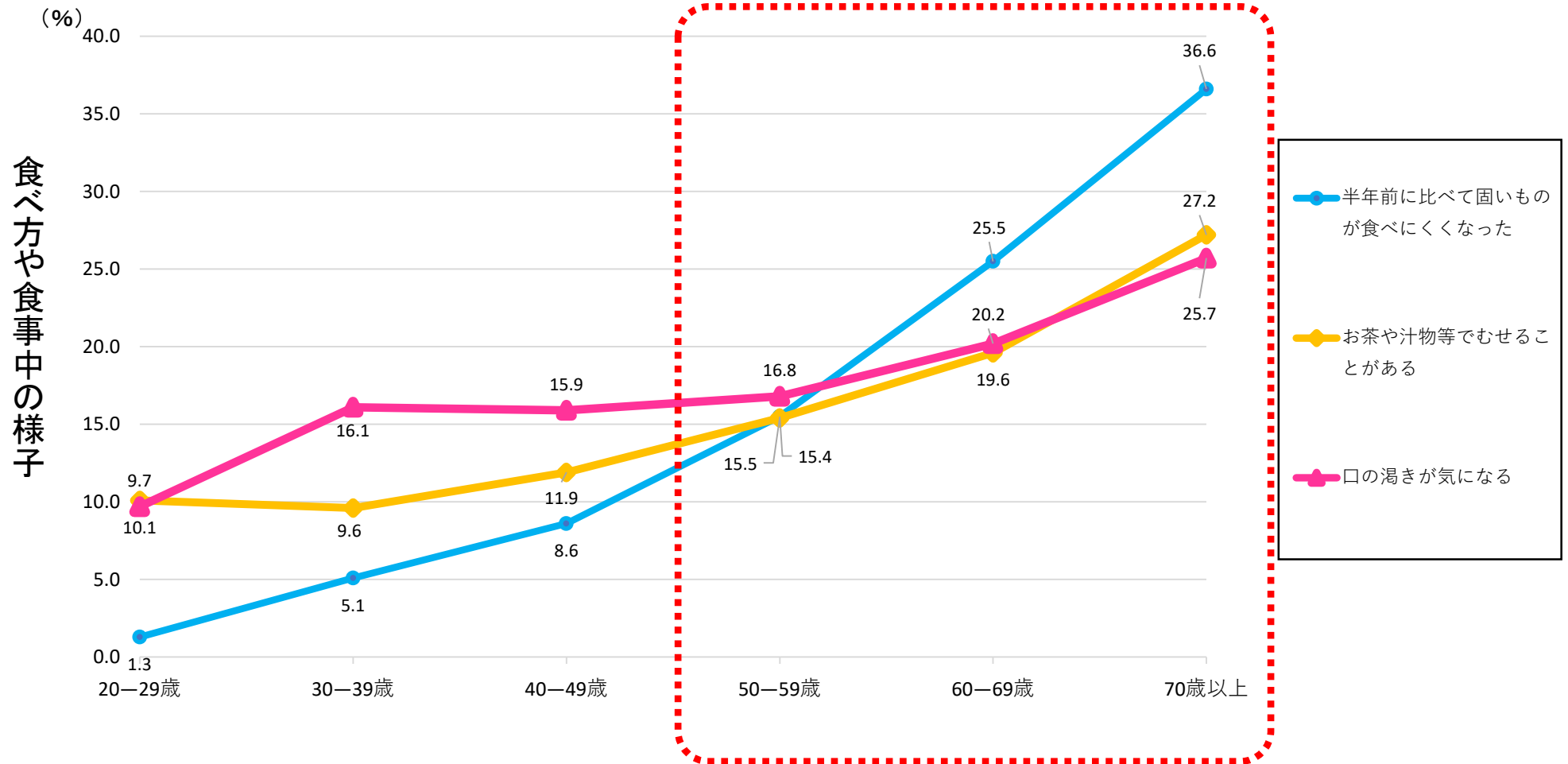
### 食べ方や食事の様子（70歳以上）





# 口腔機能と年齢の関係性について

○ 年齢階級別の食べ方や食事の様子についてみると、50歳頃より、口腔機能の低下に関連した項目について、該当すると回答した者の割合の増加が認められる。



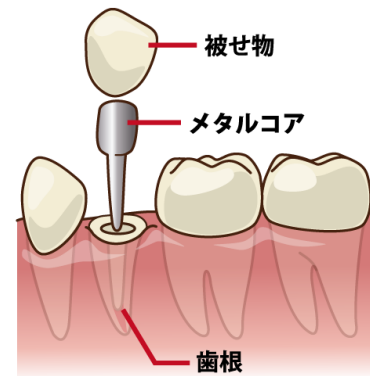
※ 図中の数値は、各項目に「はい」と回答した者の割合

# 歯冠形成 メタルコア加算について

- 支台築造はファイバーポスト等（非金属）でも可能であるが、この場合の歯冠形成時の加算の評価はない。
- 他方、メタルコアにより支台築造を行った場合は、歯冠形成時にメタルコア加算が算定できるが、ファイバーポスト等により支台築造を行った場合の形成方法と大きな差異はない。

M001 歯冠形成(1歯につき)	2 失活歯歯冠形成	イ 金属冠	注7	30点
		ロ 非金属冠	注8	30点

[算定要件] メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。



## 算定回数

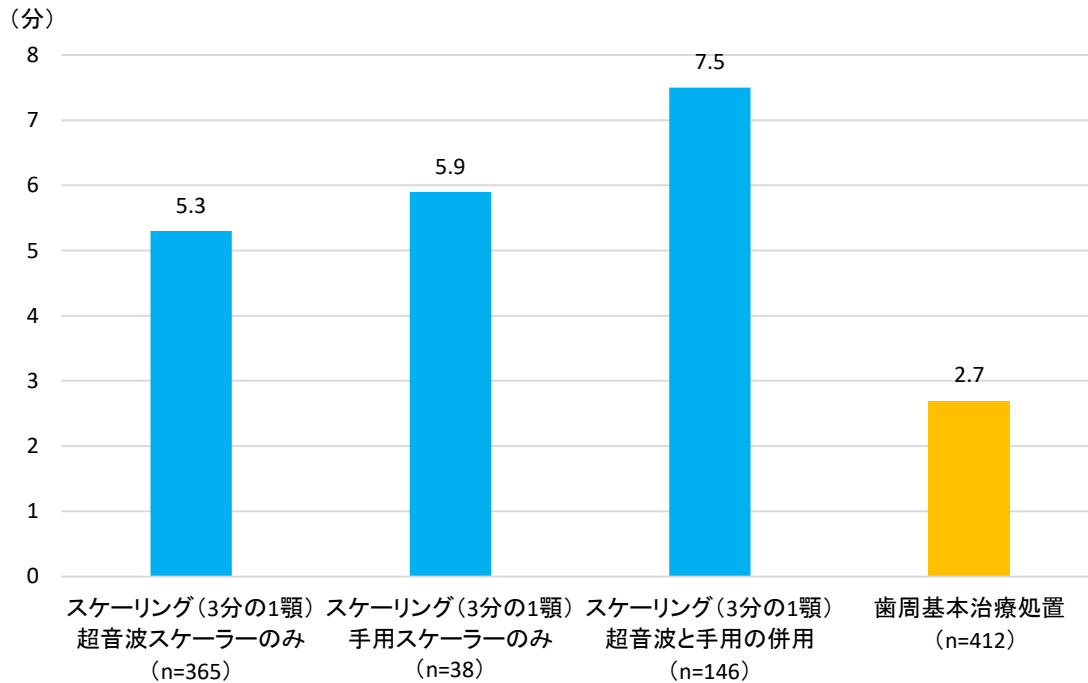
	平成30年	令和元年	令和2年
メタルコアにより支台築造 加算	486,215	432,273	353,066

# 歯周基本治療処置について

- 歯周疾患の症状の改善を目的とした歯周組織に対する比較的簡単な診療行為として、歯周基本治療処置がある。
- 歯周基本治療処置の平均所要時間は、2.7分であった。

## I 011-3 歯周基本治療処置(1口腔につき) 10点

- ・歯周疾患の症状の改善を目的として、スケーリング(除石)等の歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤による歯周ポケット内洗浄等の処置(歯周疾患処置を除く。)を行った場合に算定する。



(出典) 歯科診療行為のタイムスタディー調査2016(日本歯科医学会)

算定回数

	令和元年度	令和2年度
歯周基本治療処置	11,283,631	8,318,937

(出典) 社会医療診療行為別統計(6月審査分)

# 歯科に係る主な指摘事項

(8月4日 中央社会保険医療協議会 総会)

## 【主な意見】

(生活の質に配慮した歯科医療の推進等について)

- 根面う蝕を含め、成人期以降のう蝕について、継続管理の仕組みの検討が必要。
- 口腔機能の管理がさらに充実されるような引き続きの対応が必要。比較的早期から口腔機能が低下する場合や小児以降から継続的に管理する場合などの検討が必要。
- 入院患者等に対する口腔の管理は重要であり、歯科専門職による口腔機能の管理を推進すべき。
- 少子高齢化の進展やう蝕の減少により、口腔機能などを含めた治療・管理・連携型へ移行し、重症化予防や機能管理が大切なことは理解できる。歯周病安定期治療などは病状が安定した際の対処であるが、治療と予防の境界線が曖昧とならないように留意すべき。
- 歯科疾患管理料について、令和2年度の診療報酬改定で初診時の点数を80点に引き下げ、長期管理について評価することとしたが、新型コロナウイルス感染症の影響はあるにしても検証が必要である。
- ICTの活用や歯科固有の技術の推進などについて評価が必要ということは理解するが、従来の技術で必要性の薄れた技術の見直しについても同時に行うべき。

# 生活の質に配慮した歯科医療の推進等についての課題（小括）

## （口腔疾患の重症化予防）

- ・ 歯周病が治癒には至らず一時的に病状が安定した状態にある患者等に対して、状態に応じ歯周病安定期治療や歯周病重症化予防治療を実施し、継続的な治療を行っているが、歯周病安定期治療（Ⅰ）、歯周病安定期治療（Ⅱ）及び歯周病重症化予防治療に包括している診療行為が異なっており、より分かりやすい評価体系が必要との指摘もある。
- ・ 小児のう蝕多発傾向者に対するフッ化物洗口指導やフッ化物歯面塗布処置については、13歳未満が対象となっている。一方で、う蝕により罹患しやすい歯根の表面にできたう蝕（根面う蝕）は、歯科訪問診療を行った患者に対してのみ算定できることとされている。

## （各ライフステージに応じた口腔機能の管理）

- ・ 小児の口腔機能管理については、15歳未満の口腔機能の発達不全を認める者が対象となっているが、それ以降については、15歳より前に管理を開始した患者についてのみ、18歳未満までは継続可能となっている。
- ・ 年齢階級別の食べ方や食事の様子についてみると、50歳頃より、口腔機能の低下に関連した項目について、該当すると回答した者の割合の増加が認められる。

## （歯科固有の技術の評価）

- ・ 歯周基本治療処置、歯冠形成等について、実態を踏まえた評価が必要である。

# 歯科医療に係る論点①

## 【地域包括ケアシステムの推進について】

(地域における歯科医療機関と施設・行政等関係機関との連携)

- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る施設基準について、小児患者を多く診療しているが、成人期・高齢期も含めてライフステージに対応した歯科診療を行っている場合の要件の在り方についてどのように考えるか。
- 施設基準の選択要件に「自治体等が実施する事業に協力」があるが、必ずしも明確に示されていないとの指摘があることから、より分かりやすく示してはどうか。

(医療機関間の連携)

- 歯科診療特別対応連携加算について、障害者に対する歯科医療においては、地域の歯科診療所と歯科を標榜する病院等が機能分化・連携して提供されている実態を踏まえて、要件の在り方についてどのように考えるか。
- HIV感染に関連した口腔内の症状に対して、医科医療機関と連携しつつ対応する場合の評価について、どのように考えるか。

(安心・安全で質の高い歯科医療の推進のためのICTの活用、研修等)

- ICTの活用に関する検証結果を踏まえて、訪問歯科衛生指導におけるDentist to P with DH (Dental Hygienist) の評価の在り方についてどのように考えるか。
- 新たな感染症にも適切に対応できるよう、歯科医療機関における歯科医師や職員を対象とした研修等を含めた取組等についてどのように考えるか。

## 歯科医療に係る論点②

### 【生活の質に配慮した歯科医療の推進等について】

#### （口腔疾患の重症化予防）

- 歯周病安定期治療、歯周病重症化予防治療について、診療実態を踏まえつつ、より分かりやすい評価体系とする観点から、評価の在り方についてどのように考えるか。
- フッ化物洗口指導やフッ化物歯面塗布処置については、年齢等によって対象者が限定されているが、これらの治療の対象者についてどのように考えるか。

#### （各ライフステージに応じた口腔機能の管理）

- 小児口腔機能管理料や口腔機能管理料について、口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえてどのような対応が考えられるか。

#### （歯科固有の技術の評価）

- 歯周基本治療処置について、その内容等も踏まえて、評価のあり方をどのように考えるか。
- 歯冠形成等の歯科固有の技術について、実態を踏まえた評価のあり方についてどのように考えるか。

# 入院(その7)



1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 医療資源の少ない地域について
3. 退院患者調査（DPCデータ）について

# 回復期入院医療に係る主な指摘事項①

中医協 総-2-1  
3. 11. 12 (改)

(8月25日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 介護との連携や、地域等への人材派遣、まちづくりへの参画、いざという時の在宅患者の受け入れなどを行う地域包括ケアを支える中小病院などの存在が必須。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料等について、前回改定において、診療実績に係る基準が引き上げられた一方で、新型コロナウイルス感染症により、経過措置が延長されている状況にあるため、改定の影響を検証するには時間が必要。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料について、求められている機能が十分に発揮されているのか、包括範囲の医療についてどの程度実施されているのかについて検討が必要。
- 回復期リハビリテーション病棟について、リハビリテーションがどの程度行われているのか検討し、適正化の方向で検討すべき。リハビリテーション実績指数について、入院料毎で差がある理由について検討すべき。

(9月22日 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会)

- 地域包括ケア病棟入院料について、3機能を前提に点数を設定していることから、機能が偏った医療機関についてはその機能に応じた点数とすべきであり、見直しを提案する。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、実態にあった基準の見直しが必要であり、6つの入院料について整理すべき。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6について、一定期間後の措置については検討を行うべき。

## 回復期入院医療に係る主な指摘事項②

(11月12日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 地域包括ケア病棟について、3つの役割を均等に果たすことを評価したものではない。ただし、地域包括ケアを担う病棟であることから、その役割は急性期後の患者や在宅からの患者の受け入れなど幅広いことは理解する。
- 3つの役割を担う前提で包括報酬が設定されている中、一部の役割に偏っている医療機関があるのであれば評価にメリハリを付けるのは当然である。
- 役割が偏っていること自体が問題なのではなく、入棟元等によって患者の状態や医療資源投入量に差があることを踏まえた相応の評価を検討すべき。

# 地域包括ケア病棟の経緯②(平成26年度診療報酬改定)

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

## 【平成26年度診療報酬改定】

### ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
  - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
  - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
  - データ提出加算の届出を行っていること
  - リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
  - 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
  - 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
  - 療養病床については、1病棟に限る
- ・ 当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされた

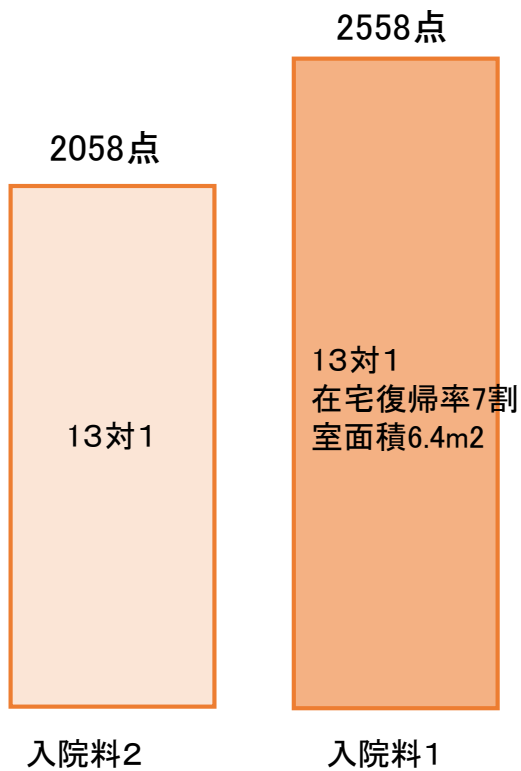
地域包括ケア病棟の役割



# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料のイメージ(現行)

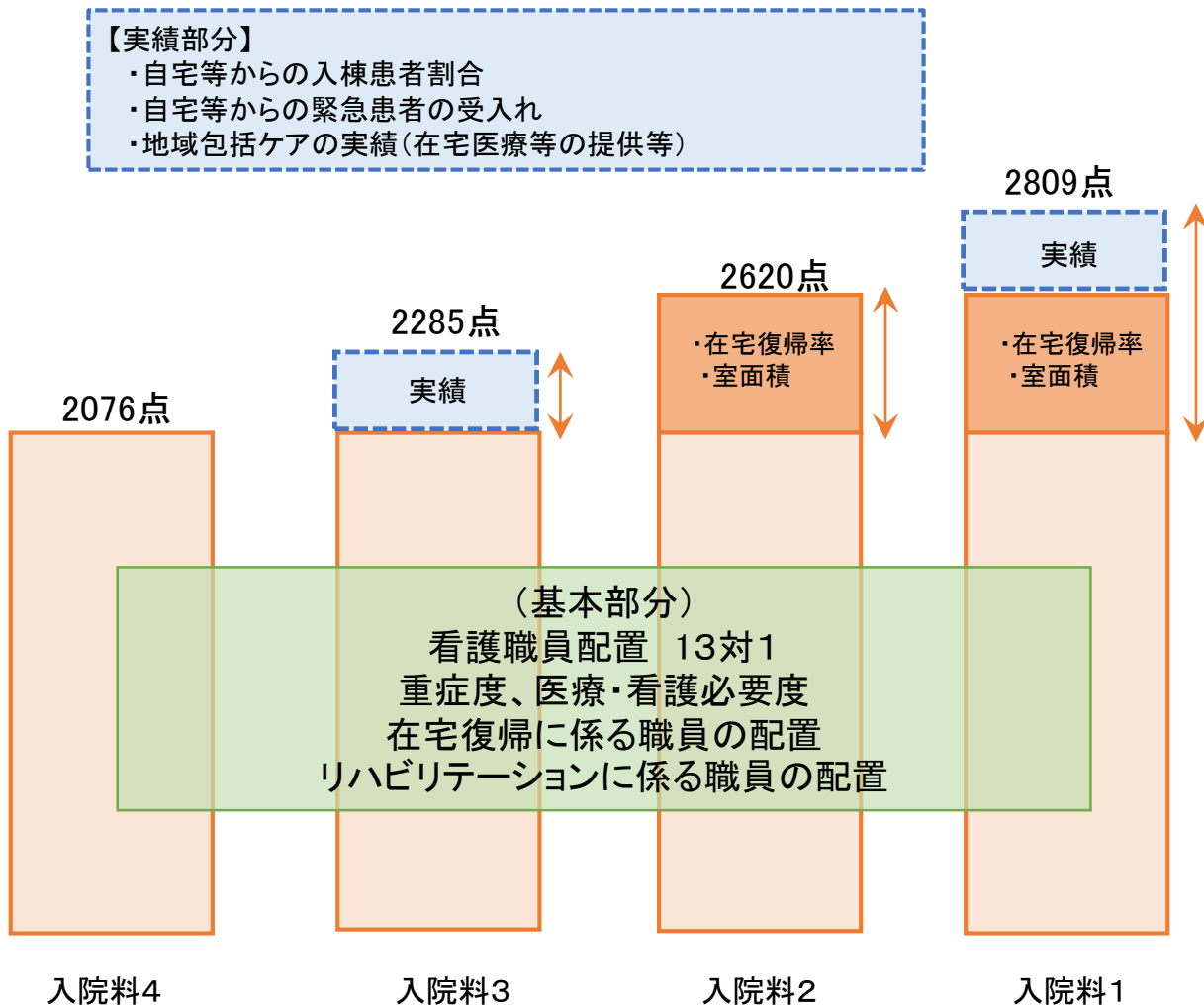
中医協 総-2-1  
3.11.12

## 【平成30年度改定前】



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

## 【現行】



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
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 <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
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							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		—	3月で <u>6人</u> 以上		—	—
	地域包括ケアの実績※2	○		—	○		—	—
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		—	○	○		—	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

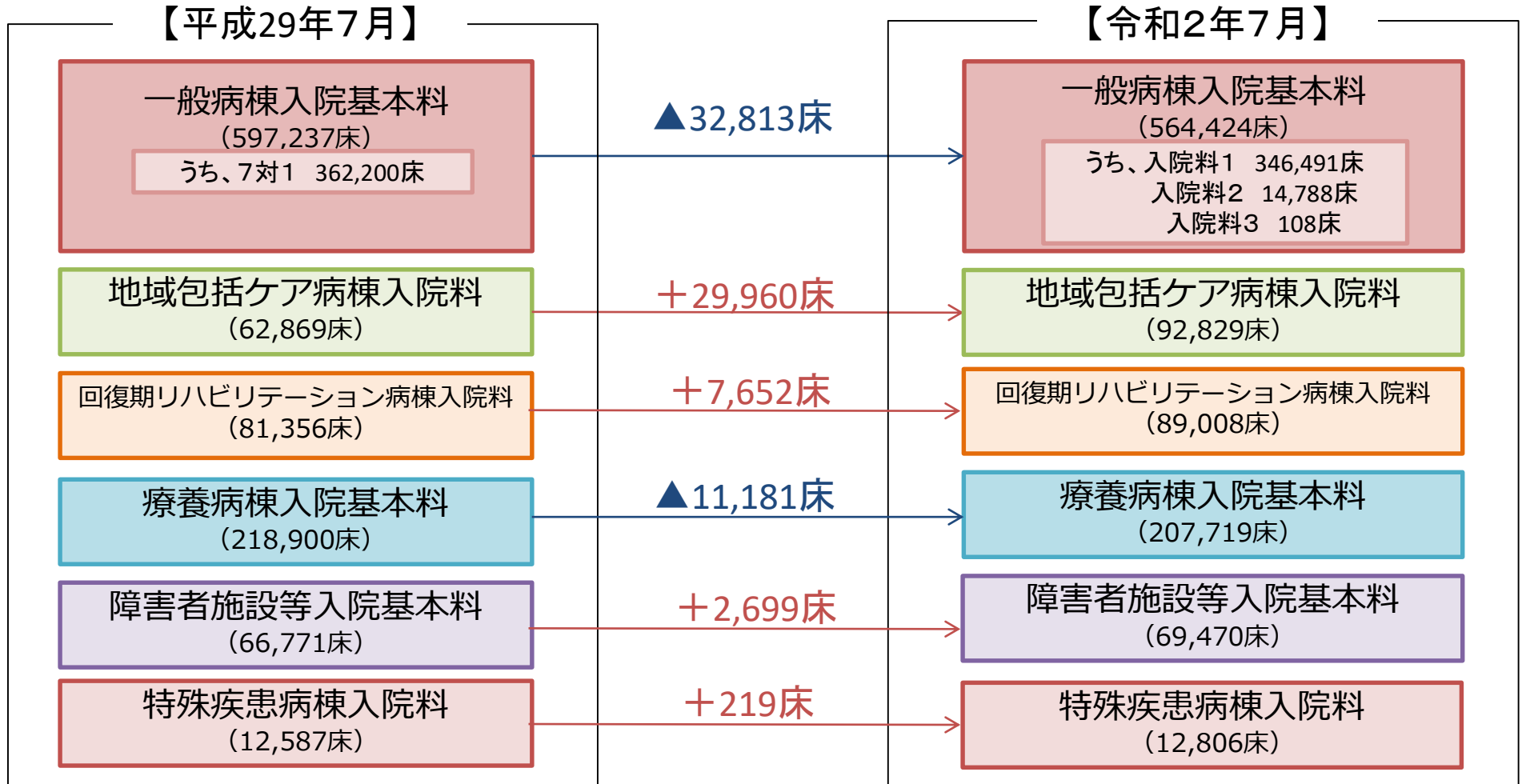
※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

# 病床数の推移について(概要)

- 平成29年7月時点の各入院料の届出病床数と令和2年7月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。



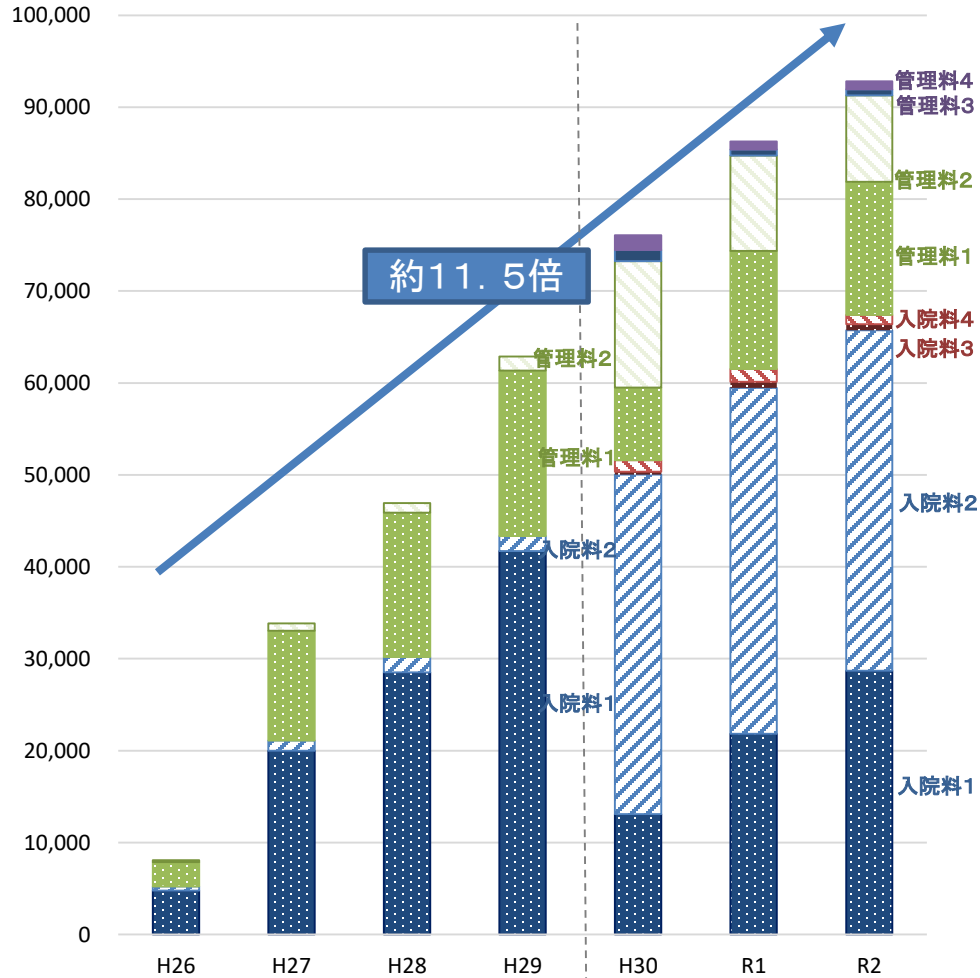
出典：保険局医療課調べ

※各年7月1日時点の届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

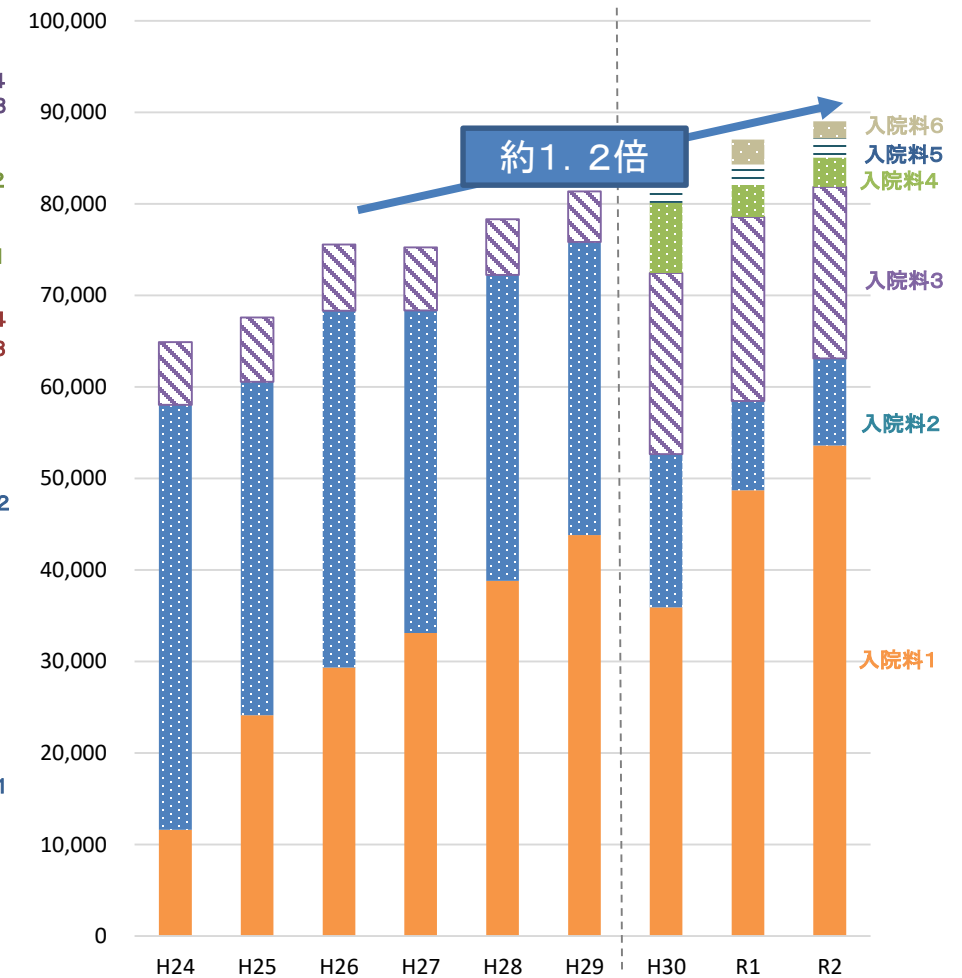
# 入院料別の届出病床数の推移

○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料





# 地域包括ケア病棟の3つの役割について

- 地域包括ケア病棟について、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つの役割を担うこととされている。

## 地域包括ケア病棟の役割

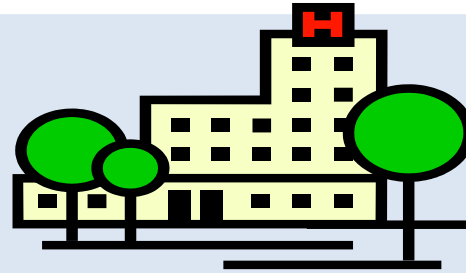
①急性期治療を経過した患者の受け入れ



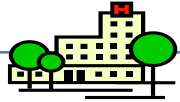
②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ



③在宅復帰支援



# 地域包括ケア病棟入院料等の施設基準について



	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
入退院支援部門	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること							
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							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		—	○	○		—	○

重症患者割合



重症度、医療・看護必要度 I 14%以上 又は 重症度、医療・看護必要度 II 11%以上

一般病棟から転棟した患者割合※1

—

6割未満  
(許可病床数400床以上の場合)

—

—

6割未満  
(許可病床数400床以上の場合)

—

自宅等から入棟した患者割合



1割5分以上  
(管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)

—

1割5分以上  
(管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)

—

自宅等からの緊急患者の受入

3月で6人以上

—

3月で6人以上

—

地域包括ケアの実績

○

—

○

—

在宅復帰率



7割以上

—

点数(生活療養)

2,809点(2,794点)

2,620点(2,605点)

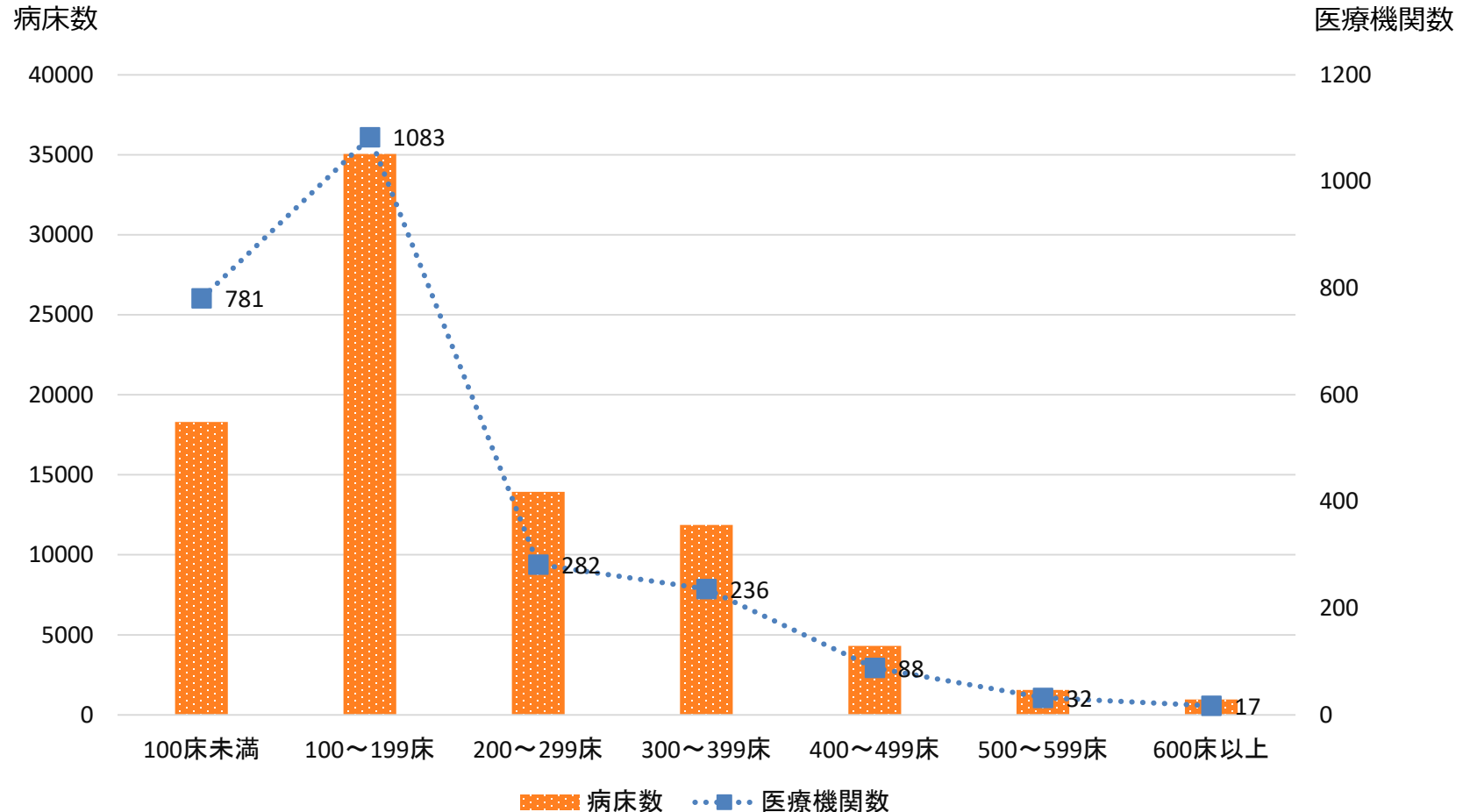
2,285点(2,270点)

2,076点(2,060点)

# 医療機関規模別の病床数等

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 医療機関の許可病床数別にみた、地域包括ケア病棟入院料・管理料の届出医療機関数と病床数は以下のとおり。100～199床の医療機関が有する地域包括ケア病棟入院料・管理料が最も多かった。



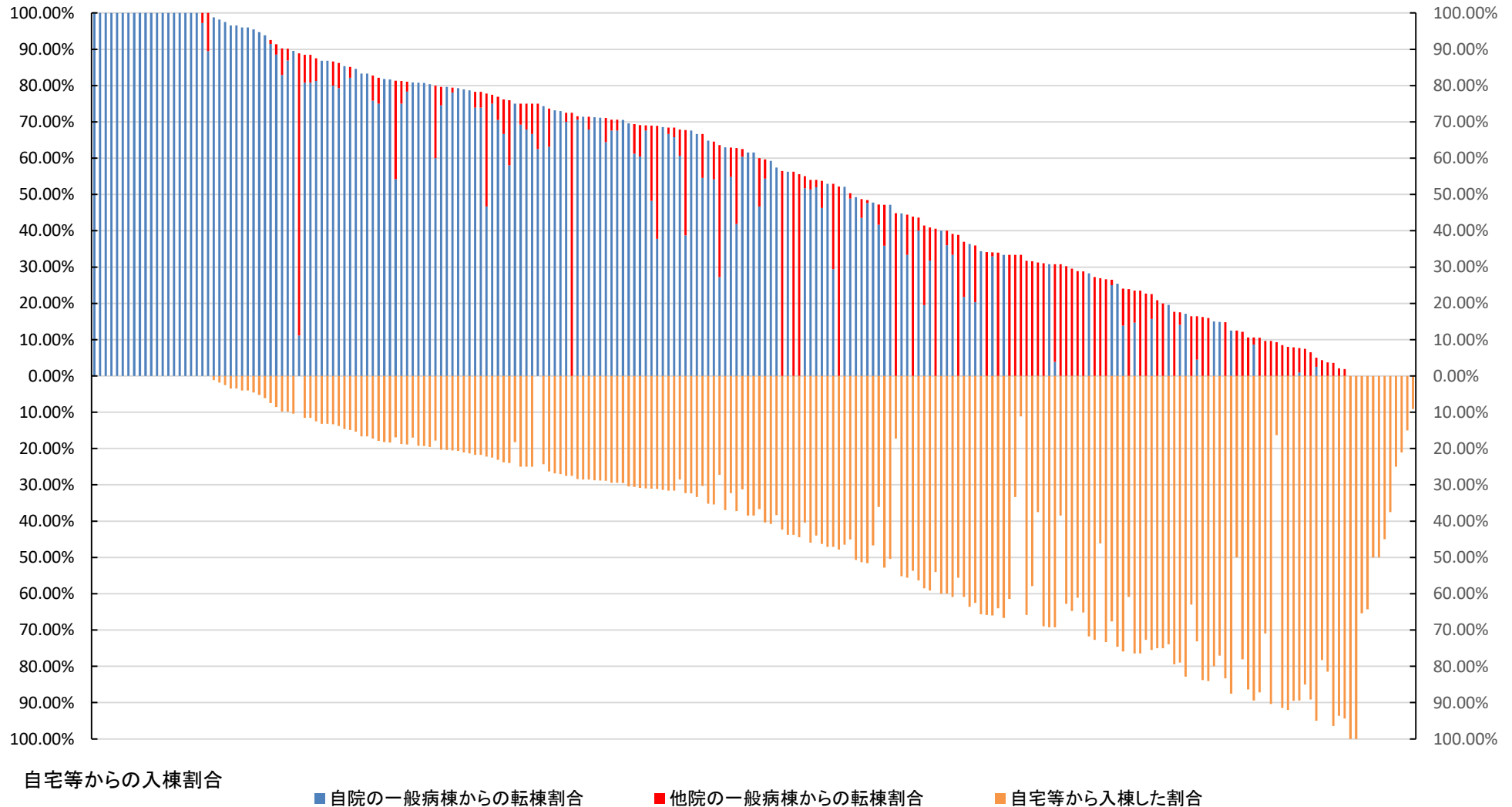
# 地域包括ケア病棟・病室の入棟元

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 自院の一般病棟からの転棟割合が高い病棟は自宅等から入棟した割合が低い傾向であった。一方、他院の一般病棟からの転棟割合が高い病棟は自宅等から入棟した割合が高い傾向であった。

## 地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)

自院又は他院の一般病棟からの入棟割合

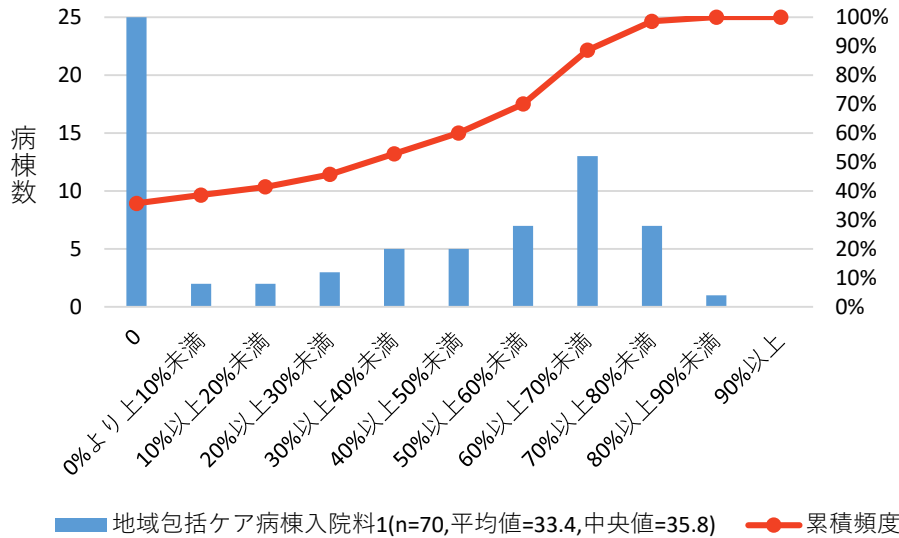


出典: 令和2年度入院医療等における実態調査(病棟票)

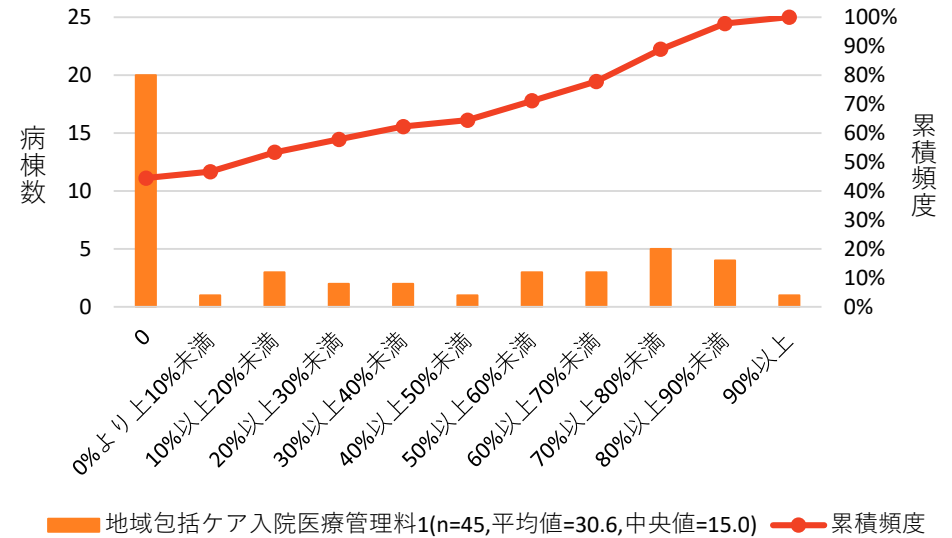
# 地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自院の一般病棟からの転棟割合の分布は以下のとおりであった。入院料2において、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。

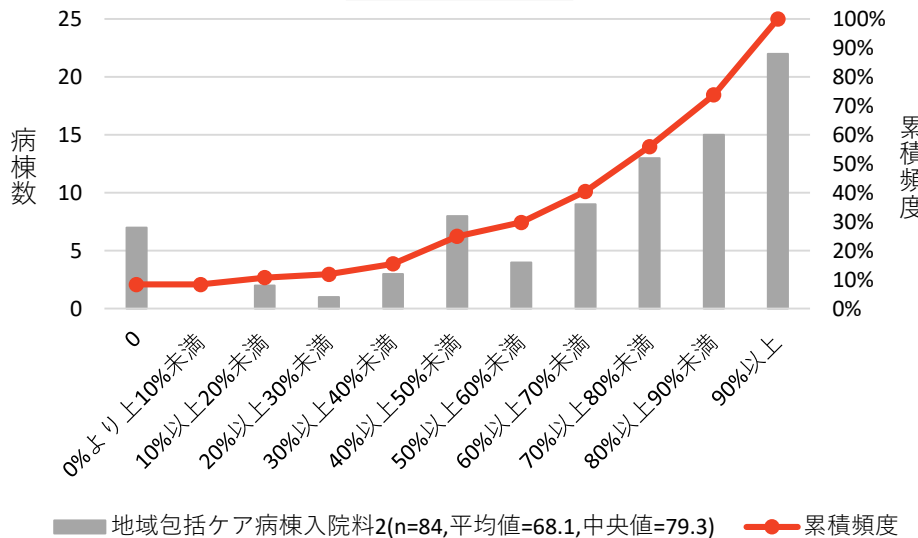
### 入院料 1



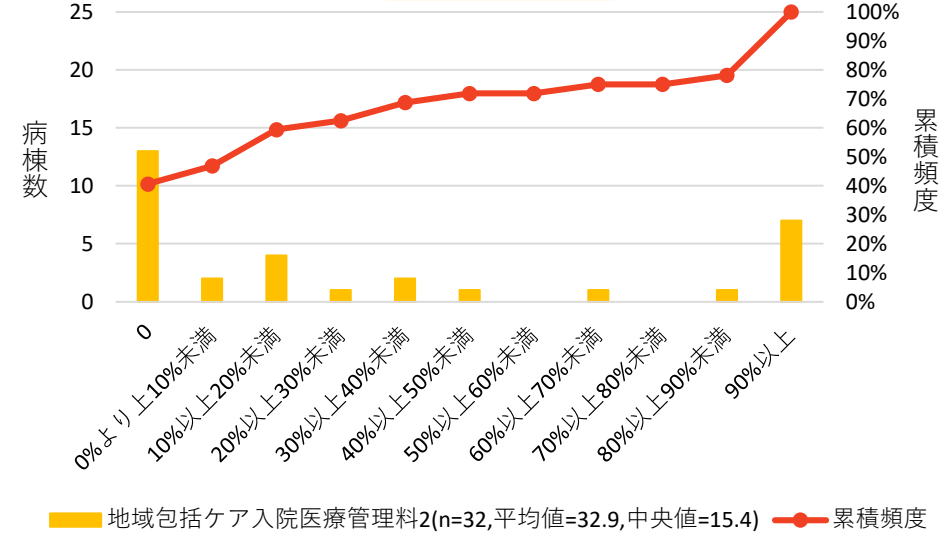
### 管理料 1



### 入院料 2



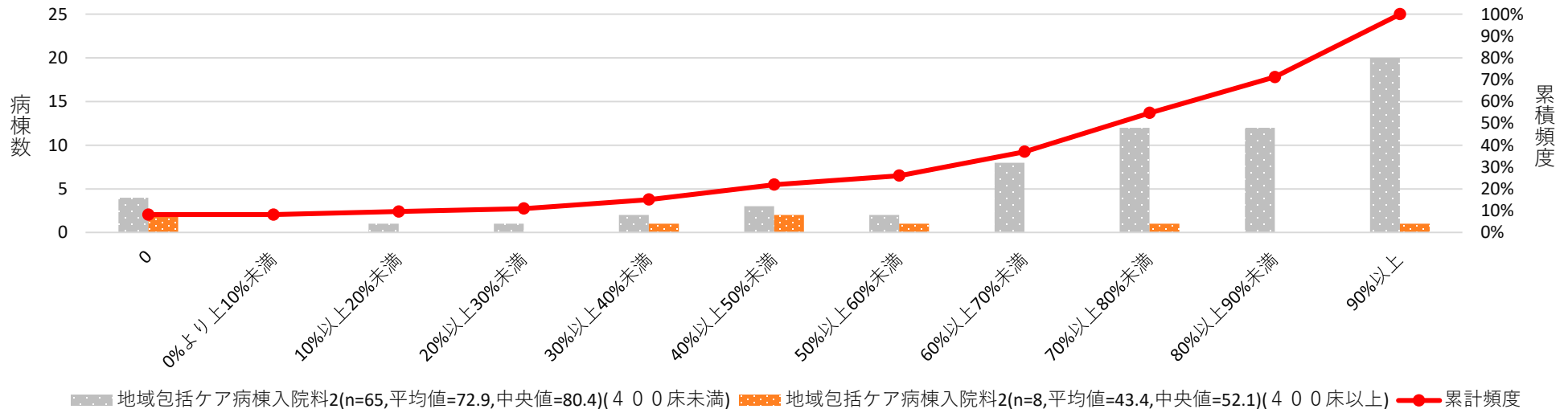
### 管理料 2



# 地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 令和2年10月における自院の一般病棟からの転棟割合の分布は以下のとおりであった。入院料2において、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。例として90%以上の医療機関は、400床未満の医療機関が多かった。

自院の一般病棟からの転棟割合（令和2年10月）



出典：令和2年度入院医療等における実態調査（施設票、病棟票）

(参考)400床以上の病院における「自院の一般病棟からの転棟割合が6割以上の場合」の、減算した点数の算定状況

		令和2年5月			令和2年10月		
		医療機関数	件数	回数	医療機関数	件数	回数
地域包括ケア病棟入院料2	減算なし	84	5,066	64,295	77	6,256	68,534
	減算あり	-	-	-	8	631	7,176
地域包括ケア病棟入院料4	減算なし	4	137	2,213	4	150	2,417
	減算あり	-	-	-	1	7	81

※：令和3年7月時点での医療機関情報を元に、令和2年5月と令和2年10月の算定状況を比較。生活療養を受けている場合の点数については掲載していない。

出典：保険局医療課調べ

# 地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 自院の一般病棟からの転棟割合について、「自院の一般病棟からの転棟割合が30%以上」～「自院の一般病棟からの転棟割合が90%以上」を満たす病棟の割合はそれぞれ以下のとおりであった。

	地域包括ケア病棟入院料1 (n=70)	地域包括ケア入院医療管理料1 (n=45)	地域包括ケア病棟入院料2 (n=84)	地域包括ケア入院医療管理料2 (n=32)
30%以上	50%	40%	90%	40%
40%以上	50%	40%	80%	30%
50%以上	40%	40%	80%	30%
60%以上	30%	30%	70%	30%
70%以上	10%	20%	60%	30%
80%以上	0%	10%	40%	30%
90%以上	0%	0%	30%	20%

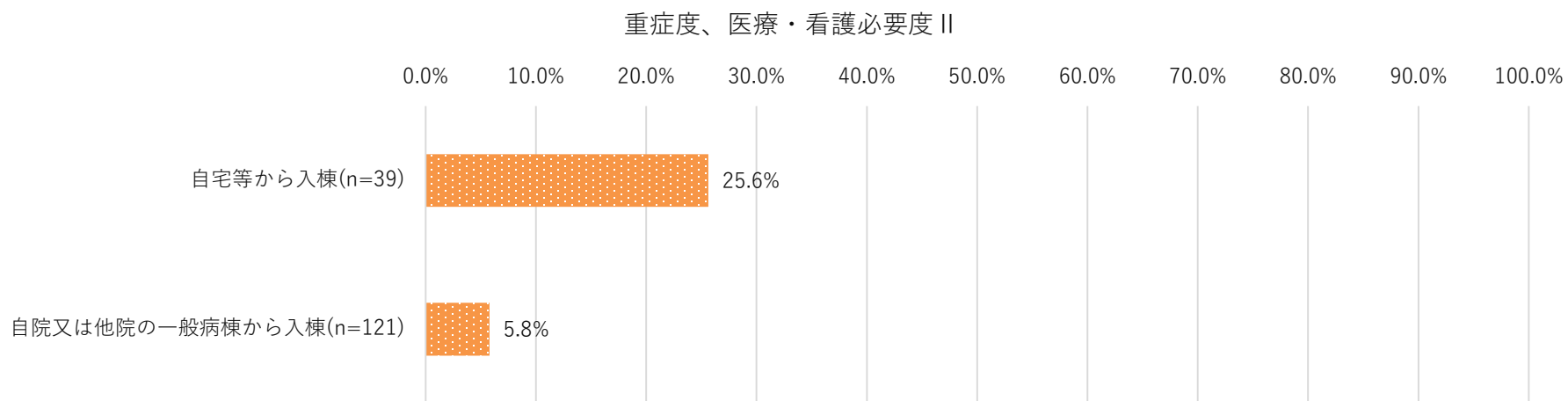
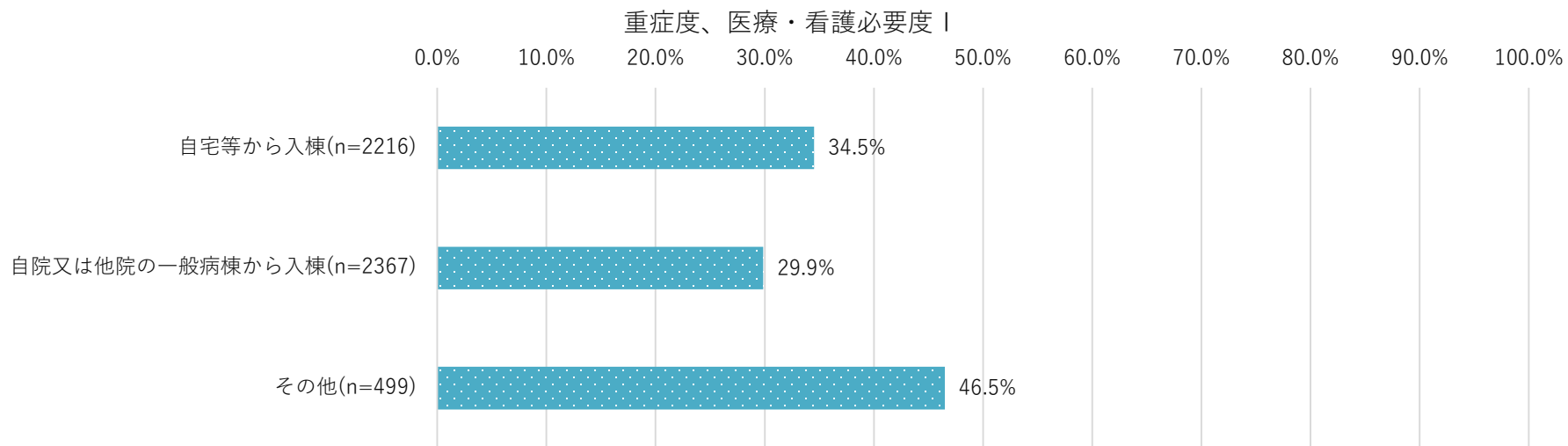
※：1桁目を四捨五入して表示。

※：n数は病棟数。

# 入棟元別の重症度、医療・看護必要度について

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 患者の入棟元別の患者の重症度、医療・看護必要度は以下のとおり。患者の入棟元別で、基準を満たす患者割合に差がみられた。
- 必要度 I では、その他から入棟した患者が満たす割合が最も高く、次いで自宅等から入棟、一般病棟から入棟の順であった。

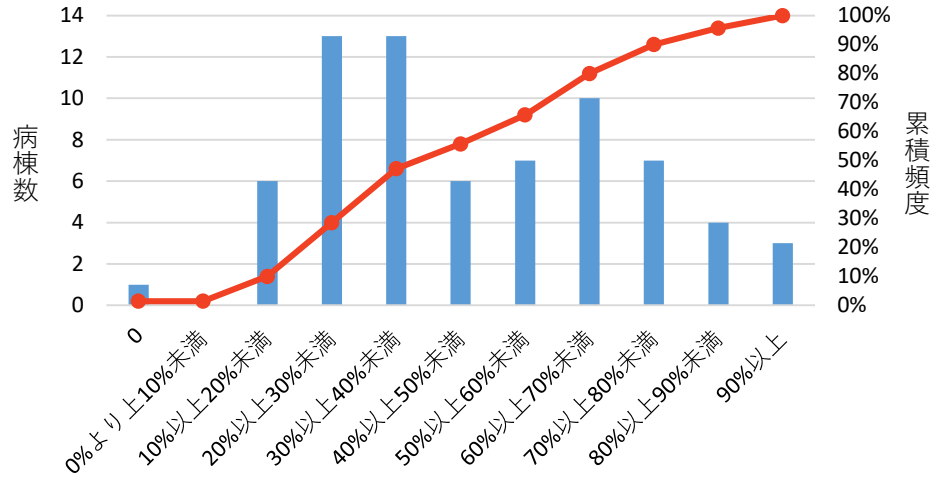




# 地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

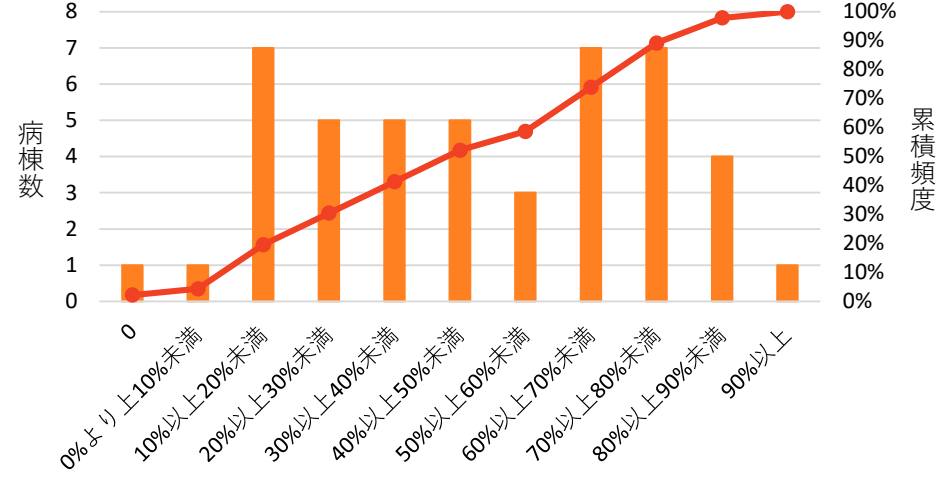
○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自宅等から入棟した患者割合の分布は以下のとおりであった。入院料1及び管理料1は入院料2及び管理料2より自宅等から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

### 入院料 1



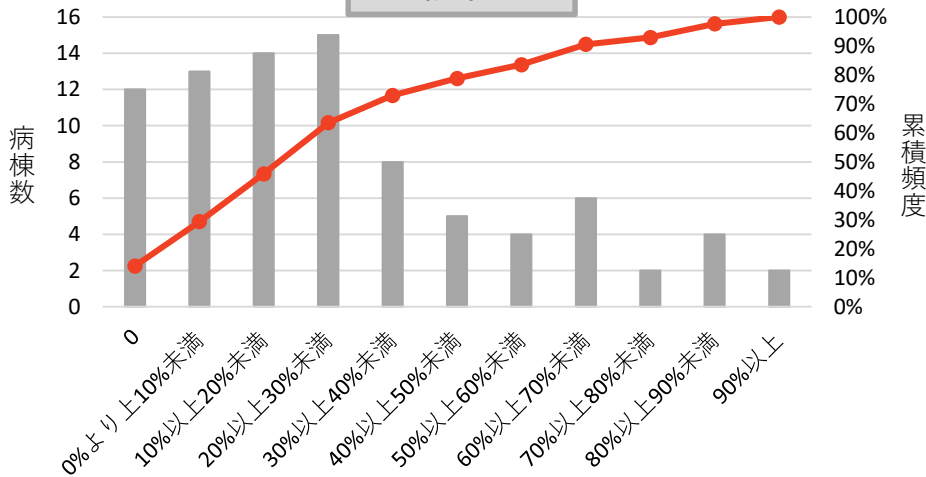
■ 地域包括ケア病棟入院料1(n=70, 平均値=47.1, 中央値=43.3) ● 累積頻度

### 管理料 1



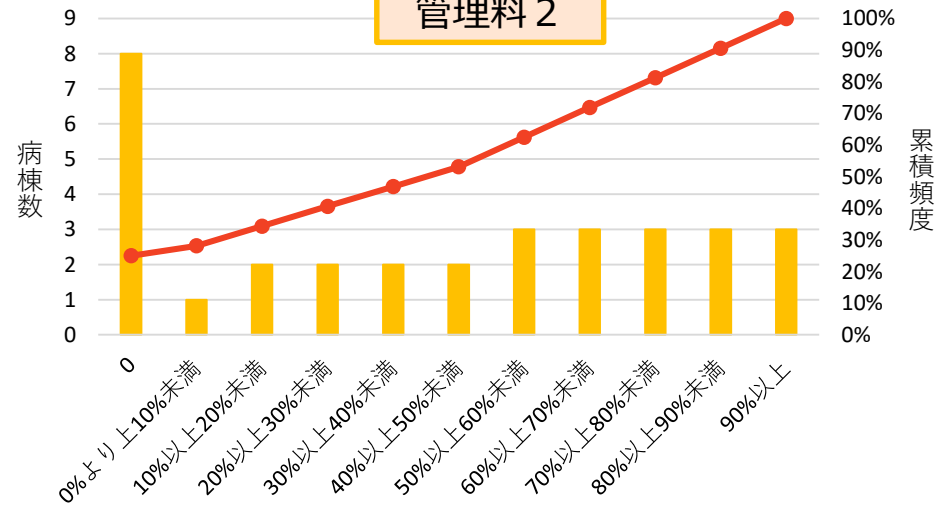
■ 地域包括ケア入院医療管理料1(n=46, 平均値=48.4, 中央値=47.1) ● 累積頻度

### 入院料 2



■ 地域包括ケア病棟入院料2(n=85, 平均値=28.6, 中央値=19.2) ● 累積頻度

### 管理料 2



■ 地域包括ケア入院医療管理料2(n=32, 平均値=42.8, 中央値=38.5) ● 累積頻度

# 地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの入棟割合

○ 地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの入棟割合について、「自宅等からの入棟割合が10%以上」～「自宅等からの入棟割合60%以上」を満たす病棟の割合はそれぞれ以下のとおりであった。

	地域包括ケア病棟入院料 1 (n=70)	地域包括ケア入院医療管理料 1 (n=46)	地域包括ケア病棟入院料 2 (n=85)	地域包括ケア入院医療管理料 2 (n=32)
10%以上	100%	100%	70%	70%
15%以上	100%	90%	60%	70%
20%以上	90%	80%	50%	70%
30%以上	70%	70%	40%	60%
40%以上	50%	60%	30%	50%
50%以上	40%	50%	20%	50%
60%以上	30%	40%	20%	40%

※：1桁目を四捨五入して表示。

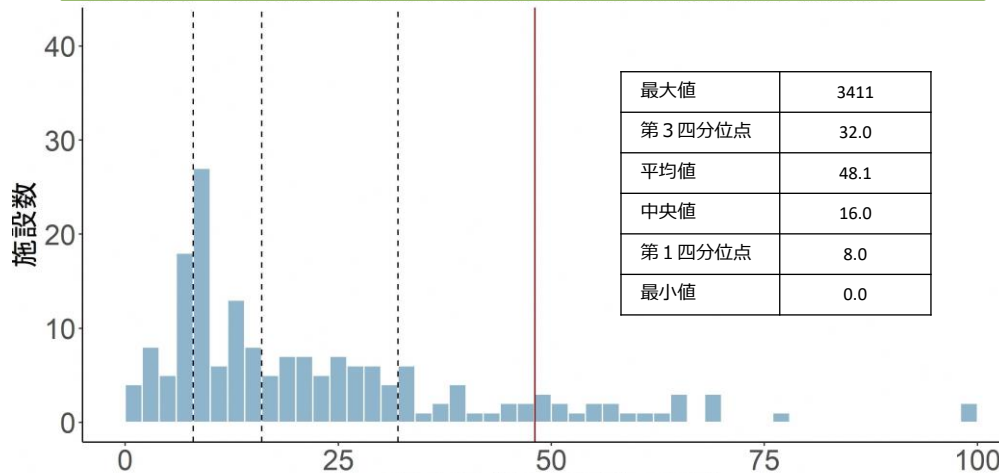
※：n数は病棟数。

# 地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

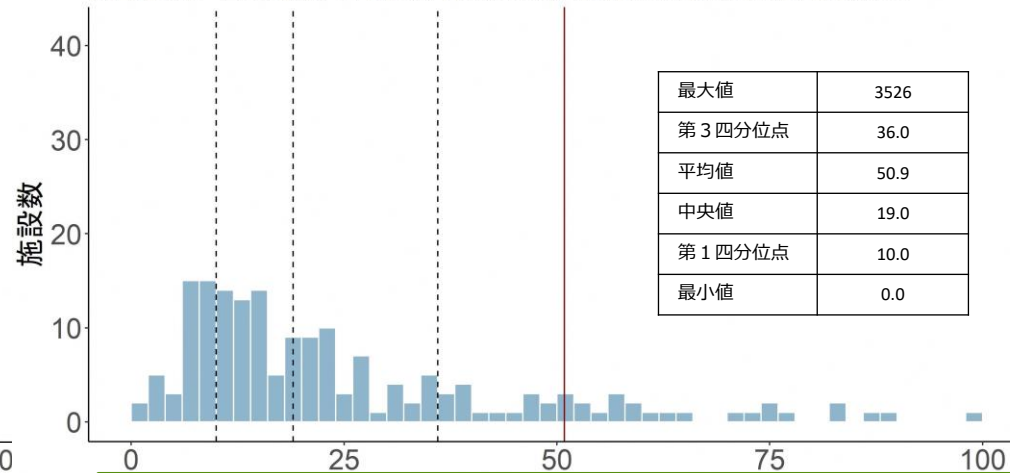
中医協 総-1-2  
3.10.27

○ 自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおりであった。

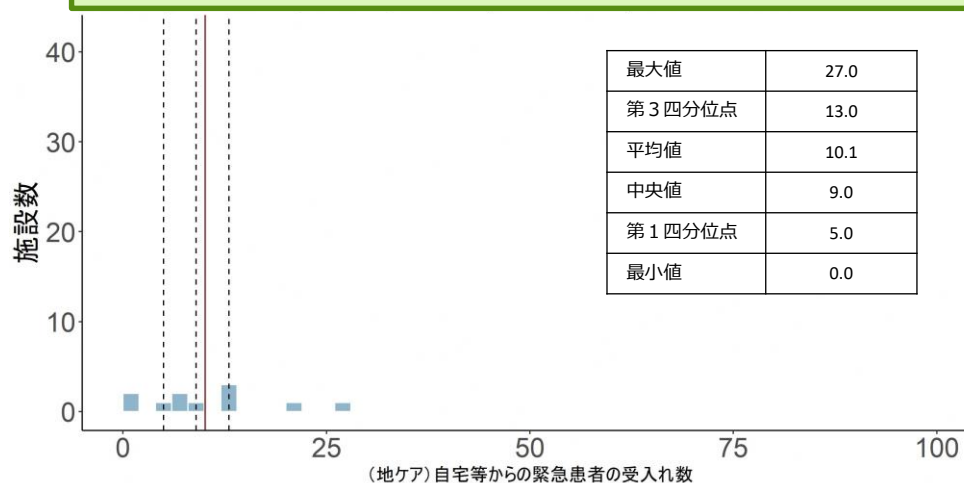
地ケア入院料・管理料 1 (令和2年4~6月)



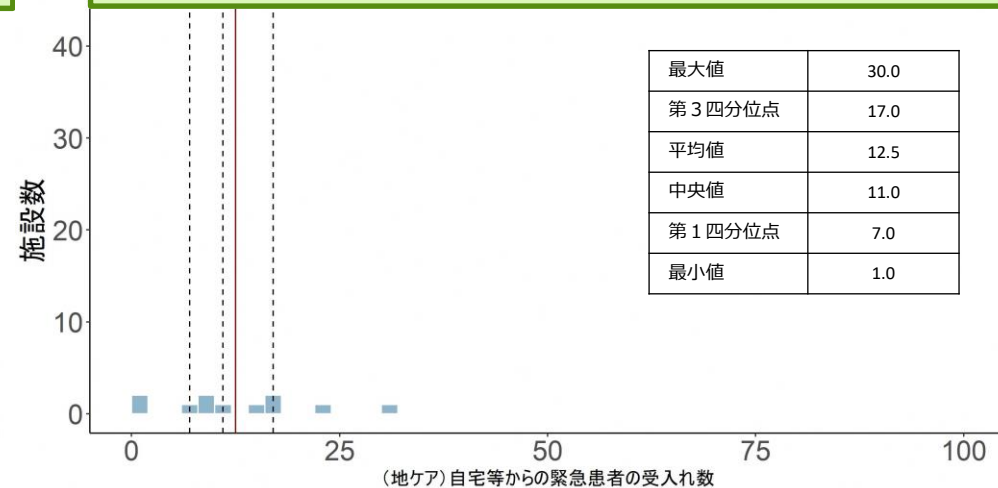
地ケア入院料・管理料 1 (令和2年8~10月)



地ケア入院料・管理料 3 (令和2年4~6月)



地ケア入院料・管理料 3 (令和2年8~10月)



# 地域包括ケアの実績について

中医協 総-2-1  
3. 1. 1. 1. 2

○ 地域包括ケアの実績の各要件について、入院料毎に満たしている施設の割合は以下のとおりであった。

	全体		地域包括ケア病棟 入院料1		地域包括ケア入院 医療管理料1		地域包括ケア病棟 入院料2		地域包括ケア入院 医療管理料2		地域包括ケア入院 医療管理料3		地域包括ケア入院 医療管理料4		
	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	
全体数	418		156		138		61		67		5		4		
満たしている要件	当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること	296	71%	130	83%	120	87%	20	33%	32	48%	4	80%	1	25%
	当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料1の算定回数が直近3か月間で60回以上であること	41	10%	8	5%	19	14%	9	15%	5	7%	0	0%	0	0%
	当該保険医療機関において、同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること	90	22%	40	26%	27	20%	12	20%	10	15%	1	20%	1	25%
	当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること	50	12%	19	12%	21	15%	2	3%	9	13%	0	0%	2	50%
	同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスの提供実績を有していること	349	83%	136	87%	121	88%	39	64%	56	84%	4	80%	4	100%
	当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること	58	14%	25	16%	14	10%	15	25%	3	4%	1	20%	0	0%

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

令和3年6月1日時点

# 地域包括ケアの実績について

○ 地域包括ケア病棟・病室における地域包括ケアの実績について、「1つ以上満たす病棟の割合」～「6つすべて満たす病棟の割合」はそれぞれ以下のとおりであった。

	地域包括ケア病棟入院料 1 (n=73)	地域包括ケア入院医療管理料 1 (n=50)	地域包括ケア病棟入院料 2 (n=92)	地域包括ケア入院医療管理料 2 (n=37)
1つ以上	100%	100%	50%	40%
2つ以上	90%	100%	20%	20%
3つ以上	20%	30%	10%	0%
4つ以上	0%	0%	0%	0%
5つ以上	0%	0%	0%	0%
6つ以上	0%	0%	0%	0%

出典：令和2年度入院医療等における実態調査（施設・病棟票） ※：1桁目を四捨五入して表示。N数は病棟数。

## 参考：平成30年度調査

	地域包括ケア病棟入院料 1 (n=35)	地域包括ケア入院医療管理料 1 (n=46)	地域包括ケア病棟入院料 2 (n=91)	地域包括ケア入院医療管理料 2 (n=29)
1つ以上	90%	90%	40%	20%
2つ以上	90%	90%	10%	0%
3つ以上	10%	0%	0%	0%
4つ以上	0%	0%	0%	0%
5つ以上	0%	0%	0%	0%

出典：平成30年度入院医療等における実態調査（施設・病棟票） ※：1桁目を四捨五入して表示。n数は病棟数。

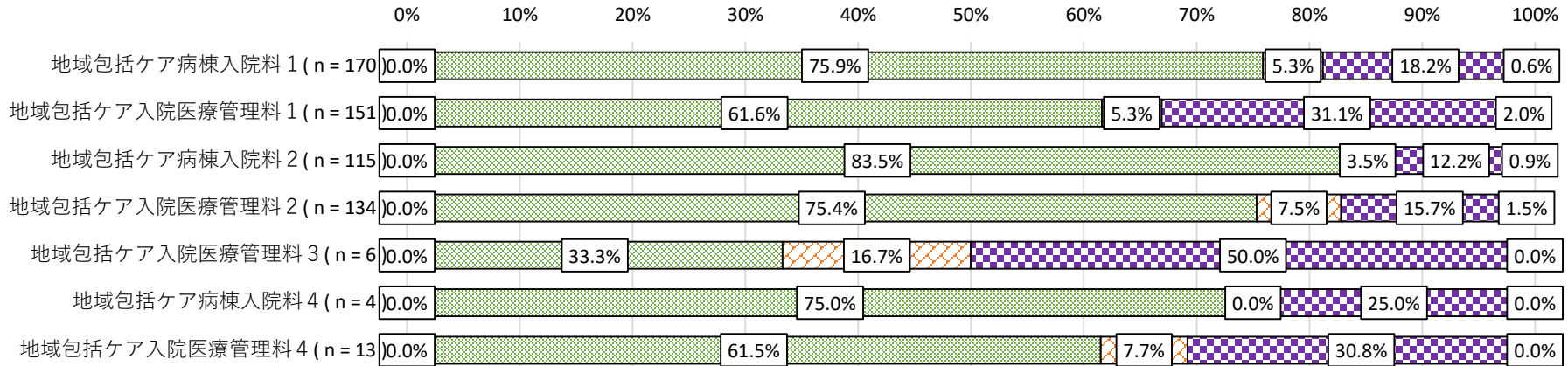
地域包括ケアの実績	
平成30年度改定	令和2年度改定
以下（4つ）のうちいずれか2つ以上を満たすこと	以下（6つ）のうちいずれか2つ以上を満たすこと
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定回数（3月）20回以上	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定回数（3月） <b>30回</b> 以上
在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数／同一敷地内の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数（3月間）100回以上／500回以上	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数（3月） <b>60回</b> 以上 <b>併設</b> の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数（3月） <b>300回</b> 以上
開放型病院共同指導料の算定回数（3月）10回以上	<b>（削除）</b>
同一敷地内の事業所で介護サービスを提供していること	<b>併設</b> の事業所が介護サービスの <b>提供実績を有していること</b>
-	<b>在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料</b> の算定回数（3月） <b>30回</b> 以上
-	<b>退院時共同指導料 2</b> の算定回数（3月） <b>6回</b> 以上

# 地域包括ケア病棟等を有する医療機関における救急について

○ 地域包括ケア病棟等を有する医療機関における救命救急センター等の体制及び救急告示の有無は以下のとおり。救急を実施していない医療機関が一定程度存在した。

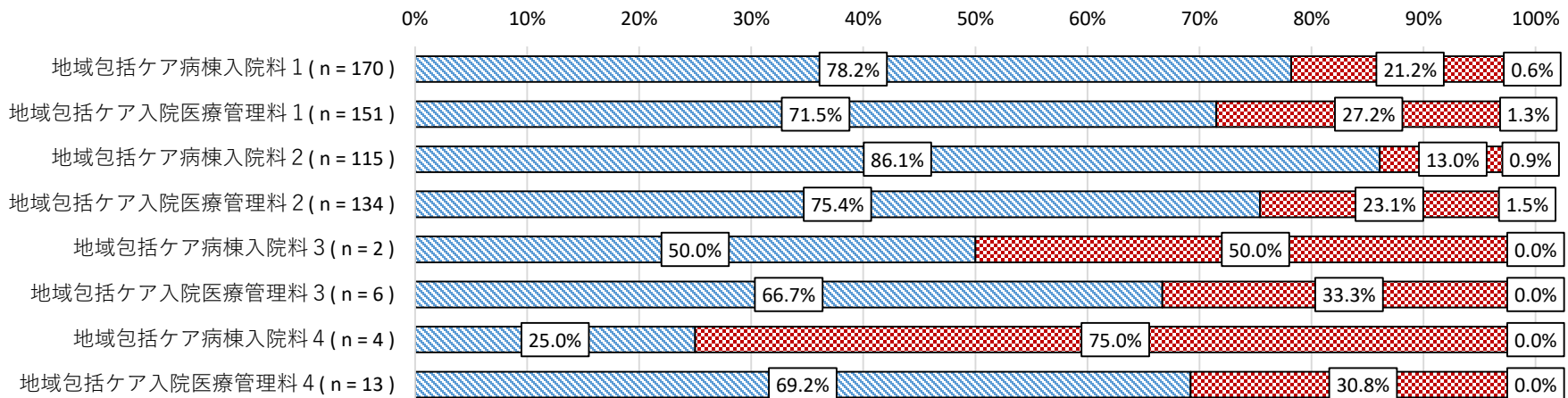
中医協 総-1-2  
3.10.27(改)

救急医療体制（令和3年6月1日時点）



01 高度救命救急センター 02 救命救急センター 03 二次救急医療機関 04 いずれにも該当しないが救急部門を有している 05 救急部門を有していない 未回答

救急告示の有無（令和3年6月1日時点）

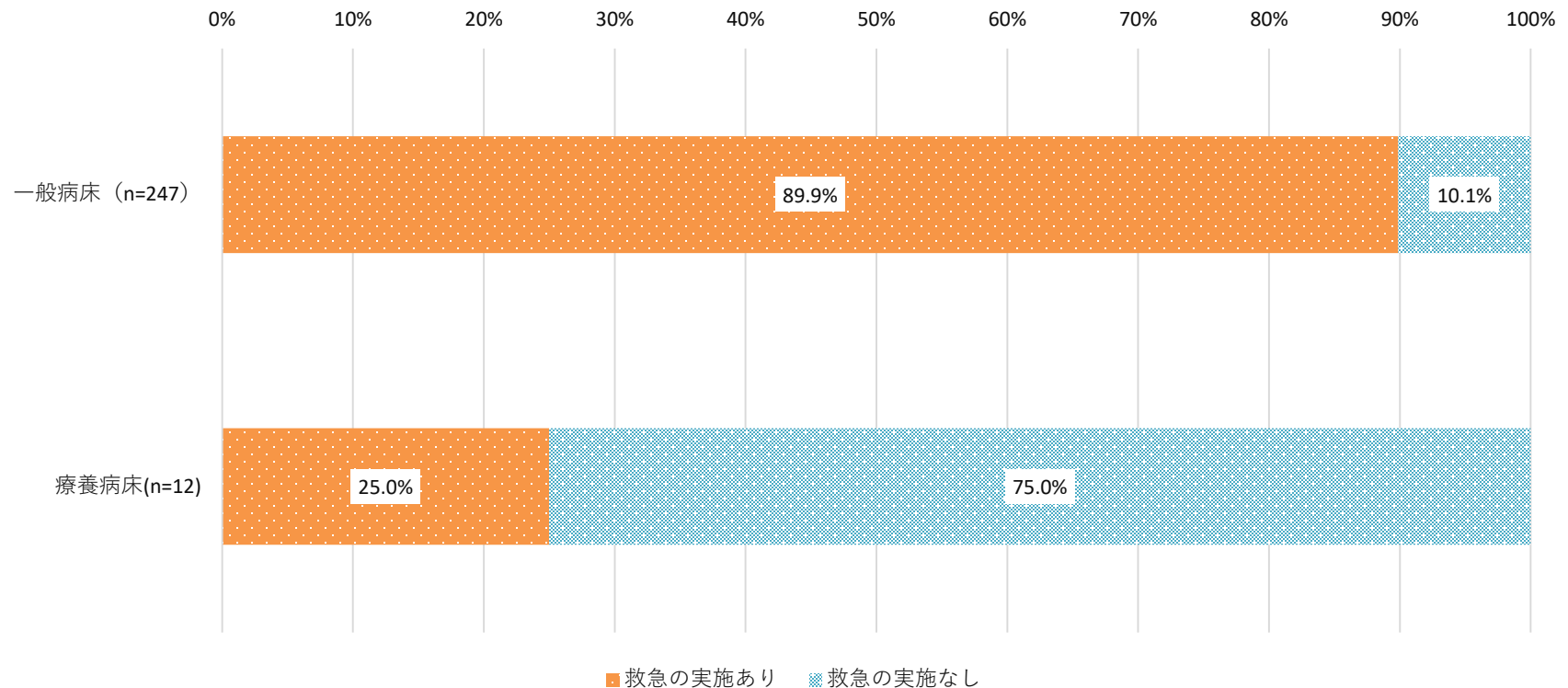


01 救急告示あり 02 救急告示なし 未回答

# 救急実施の有無(病床種別)

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関と療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関の救急実施の有無の割合は以下のとおり。
- 実施ありの割合は、一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約9割、療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約4分の1であった。

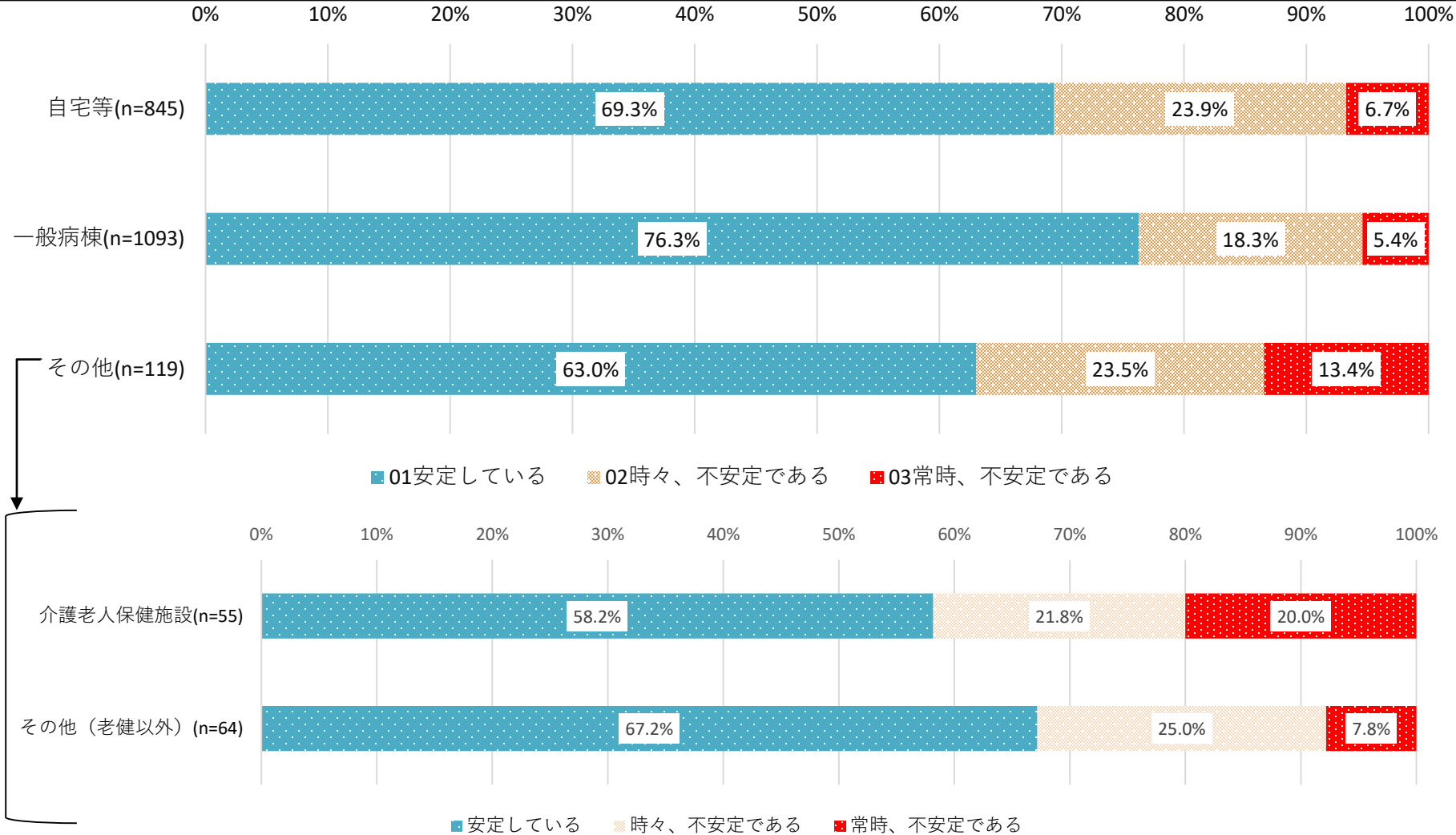


※:一般病床の地域包括ケア病棟と療養病床の地域包括ケア病棟を両方有する医療機関は除く。

出典:令和2年度入院医療等の調査(施設票)

# 入棟元別にみた患者の医療的な状態について

- 患者の入棟元別の、患者の医療的な状態は以下のとおりであった。「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「安定している」患者の割合が高く、「常時、不安定である」患者の割合が低かった。
- 「その他」から入棟した患者について、「介護老人保健施設」から入棟した患者と「その他(老健以外)」から入棟した患者に分けると、「介護老人保健施設」から入棟した患者において、「安定している」患者の割合が低く、「常時、不安定である」患者の割合が高かった。





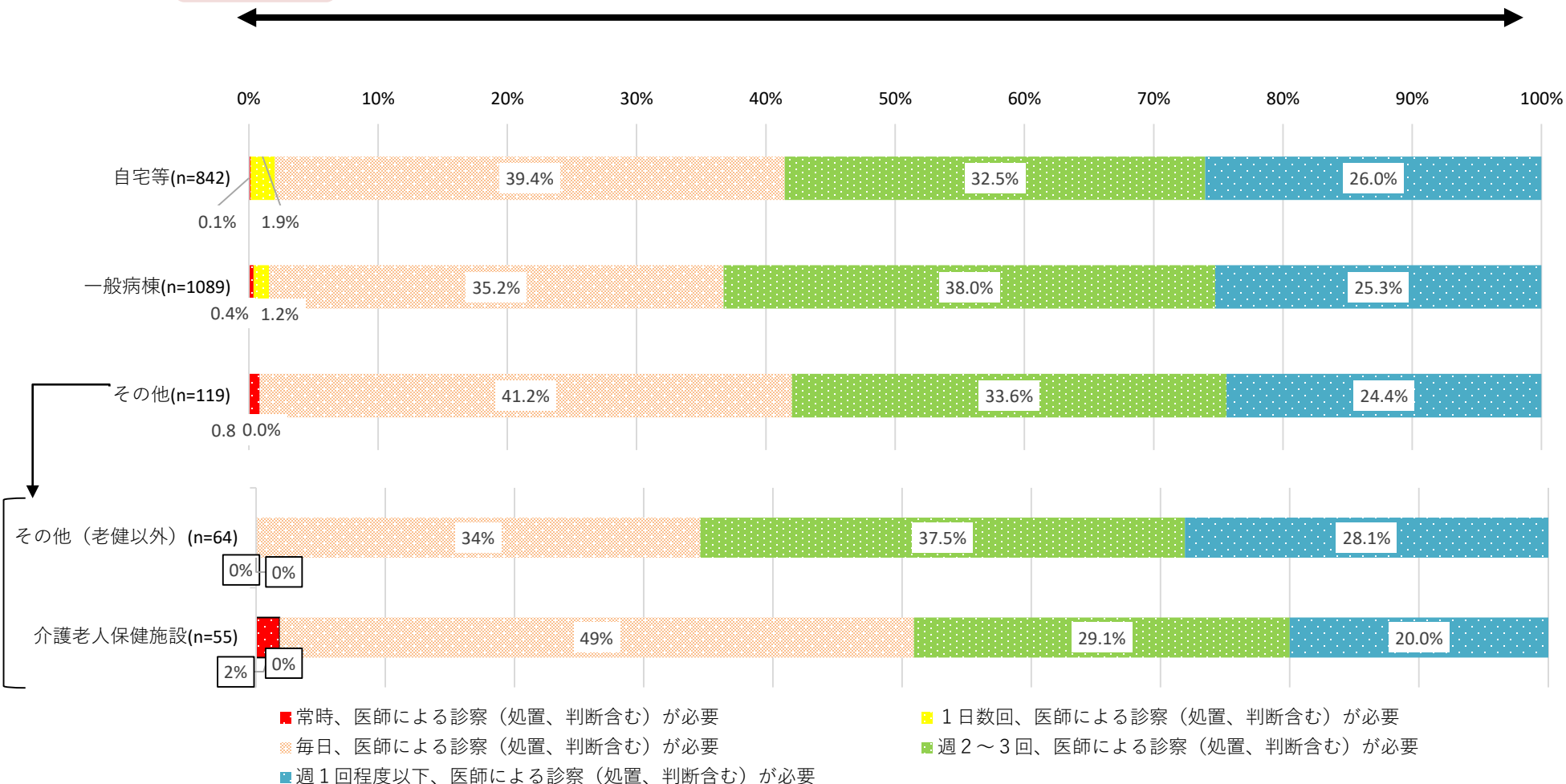
# 入棟元別にみた医師による診察の頻度について

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 患者の入棟元別の、医師による診察の頻度は以下のとおりであった。「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「常時～毎日医師による診察が必要」な患者の割合が低かった。
- 「その他」から入棟した患者について、「介護老人保健施設」から入棟した患者と「その他(老健以外)」から入棟した患者に分けると、「介護老人保健施設」から入棟した患者において、「常時～毎日医師による診察が必要」な患者の割合が高かった。

頻度多い

頻度少ない

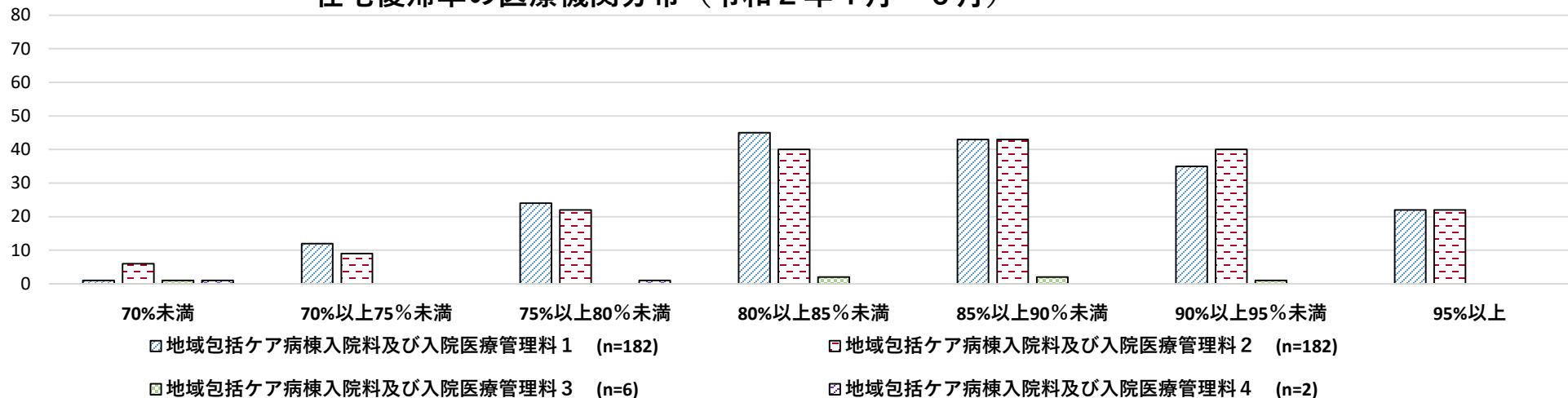


# 地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

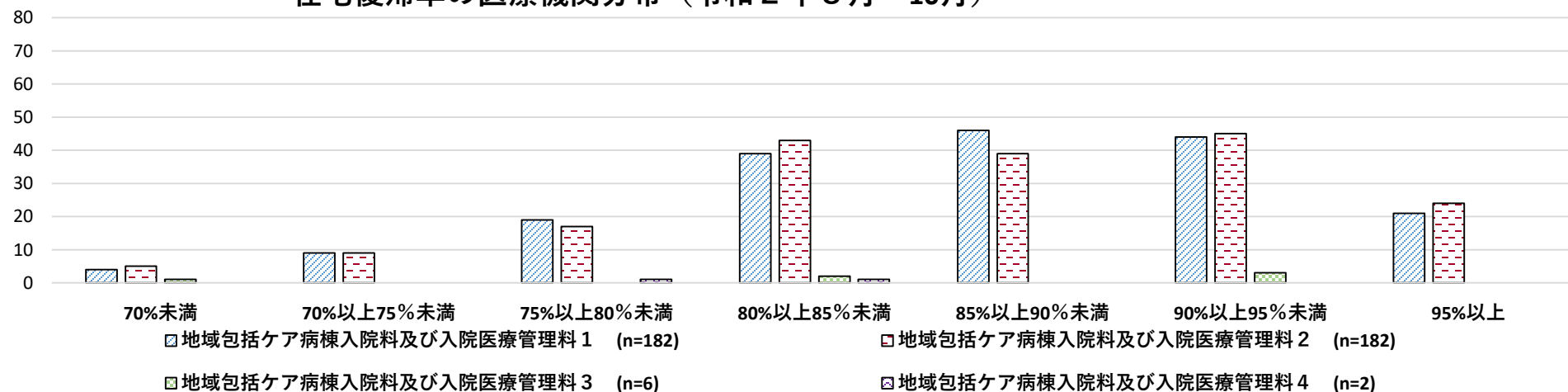
中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2においては、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。

## 在宅復帰率の医療機関分布（令和2年4月～6月）



## 在宅復帰率の医療機関分布（令和2年8月～10月）



# 地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

○ 地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率について、「在宅復帰率が60%以上」～「在宅復帰率90%以上」を満たす病棟の割合はそれぞれ以下のとおりであった。

	地域包括ケア病棟入院料 1 (n=73)	地域包括ケア入院医療管理料 1 (n=48)	地域包括ケア病棟入院料 2 (n=91)	地域包括ケア入院医療管理料 2 (n=34)
60%以上	100%	100%	100%	100%
70%以上	100%	100%	90%	100%
80%以上	80%	80%	70%	90%
90%以上	30%	40%	30%	50%

※：1桁目を四捨五入して表示。

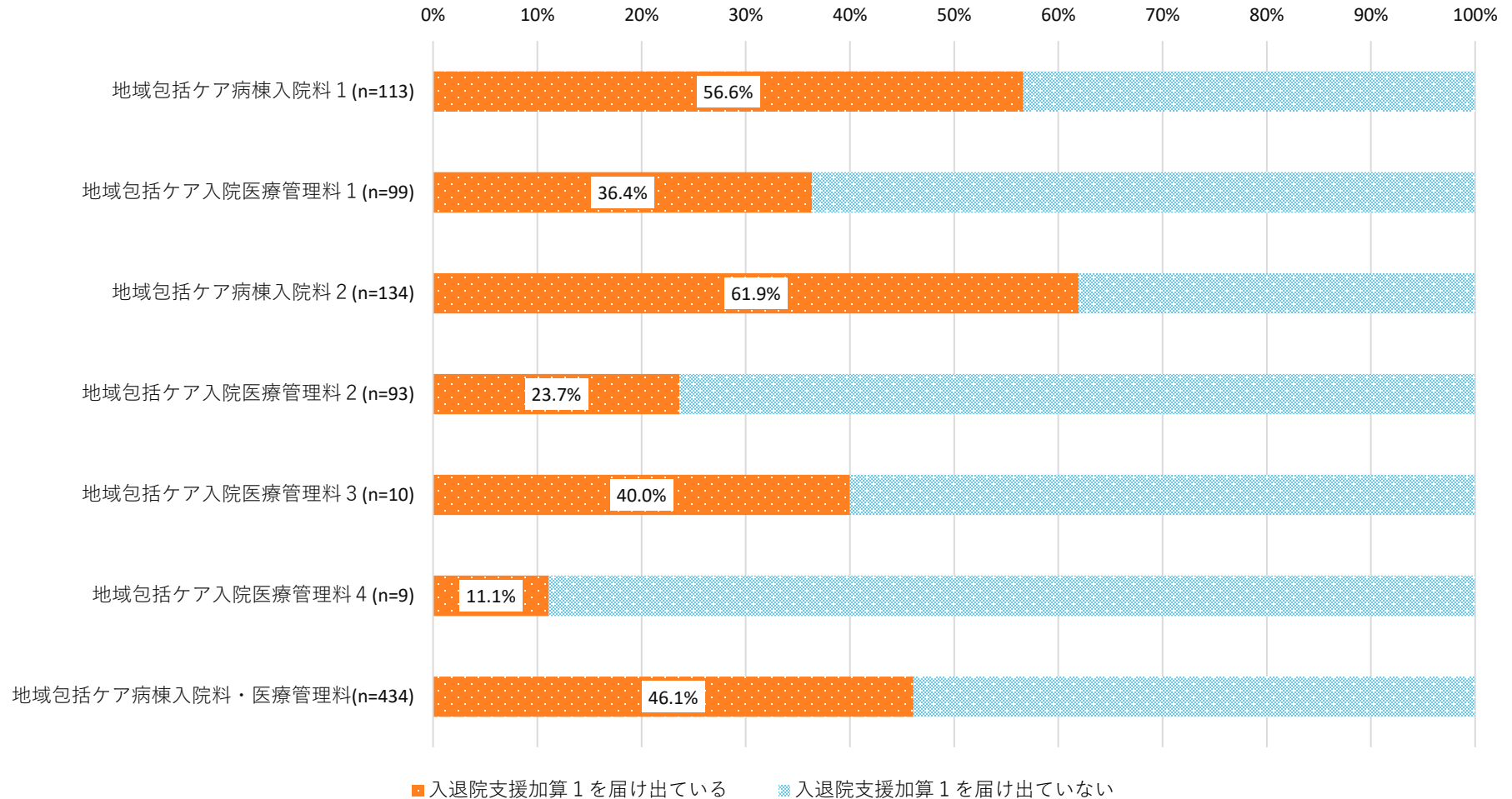
※：n数は病棟数。

# 入退院支援加算についての分析①

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関の入退院支援加算の届出状況は以下のとおり。
- 地域包括ケア病棟入院料又は管理料を有している医療機関全体でみると、入退院支援加算1を届け出ている割合は約5割であった。

## 入退院支援加算1の届出有無



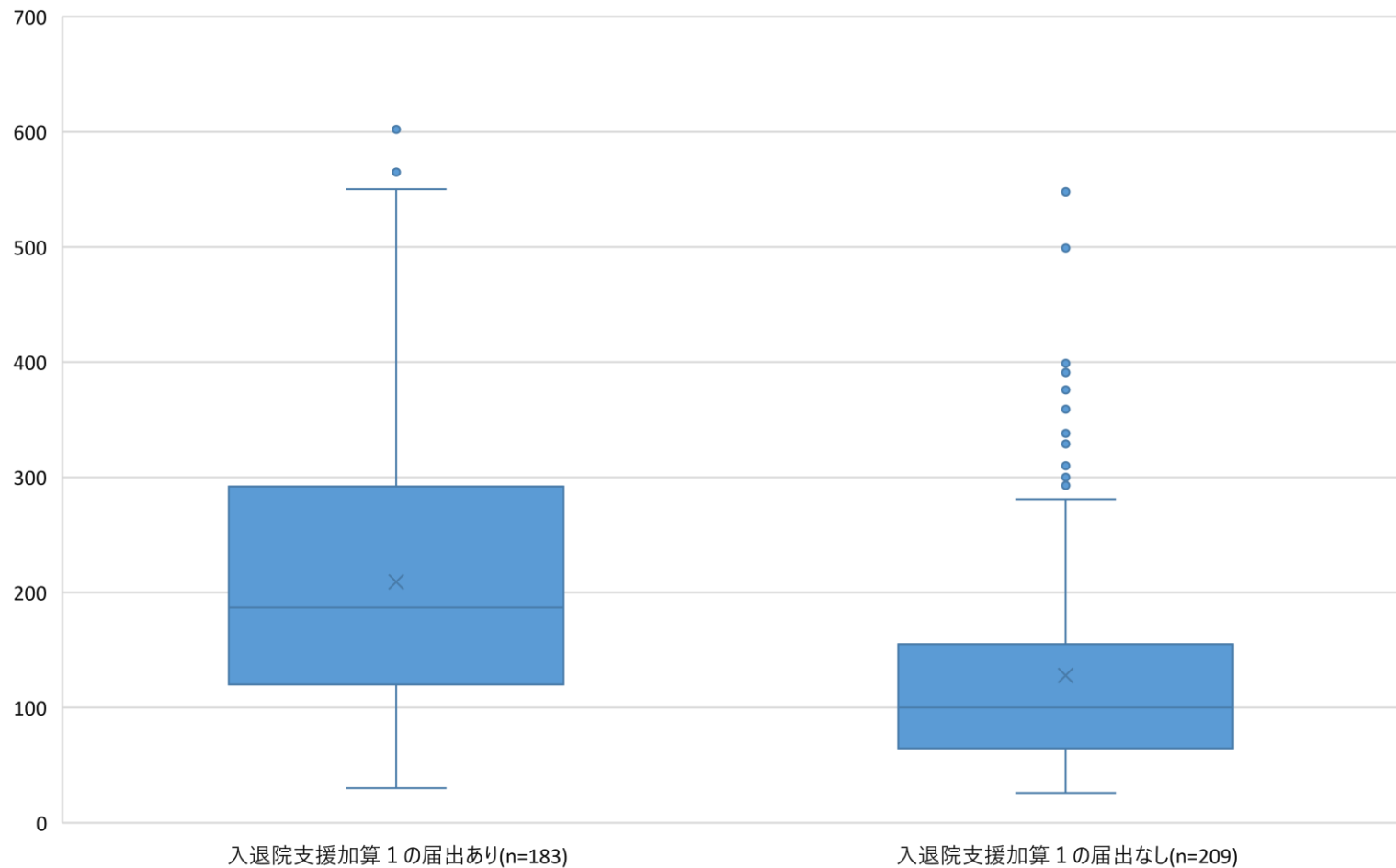
※：n=1は除く。

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

# 入退院支援加算についての分析②



















- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関であって、入退院支援加算1を届け出ている医療機関と届け出していない医療機関の許可病床数の比較は以下のとおり。
- 平均値で比較すると、入退院支援加算1の届出ありの医療機関は届出なしの医療機関に比べて、許可病床数が大きかった。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の許可病床数



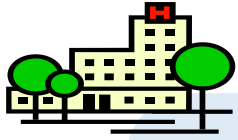
# 地域包括ケア病棟・病室の入退院支援加算1の届出状況

○ 入退院支援加算1の「許可病床数50床以上の医療機関」～「許可病床数200床以上の医療機関」の届出状況は以下のとおりであった。

	地域包括ケア病棟 入院料1 (n=101)	地域包括ケア入院 医療管理料1 (n=91)	地域包括ケア病棟 入院料2 (n=116)	地域包括ケア入院 医療管理料2 (n=81)	地域包括ケア入院 医療管理料3 (n=8)	地域包括ケア入院 医療管理料4 (n=9)
50床以上	 60%	 40%	 60%	 20%	 40%	 20%
100床以上	 70%	 30%	 70%	 40%	 50%	 30%
150床以上	 70%	 40%	 70%	 40%	0%	 100%
200床以上	-	-	 70%	-	-	-

※：1桁目を四捨五入して表示。

# 地域包括ケア病棟に係るこれまでの議論(ポイントの振り返り)



## これまでの議論のポイント (例)

- 3つの機能の評価の方法について、果たしている機能に応じた場合の評価の在り方
- 病床種別（一般病床と療養病床）に基づく患者の状態や実績等の違いを踏まえた評価の在り方



## これまでの議論のポイント (例)

- 在宅からの患者と一般病棟からの患者を比較した場合の医療的な状態や医師による診察の頻度の違い等を踏まえ評価の在り方
- 自宅等からの入棟割合及び自院の一般病棟からの入棟割合に基づく患者の医療的な状態や医師による診察の頻度の違い等を踏まえた評価の在り方



## これまでの議論のポイント (例)

- 自宅等で療養を行っている患者の緊急時の受け入れ
- 在宅医療等の提供
- 救急の受け入れ体制



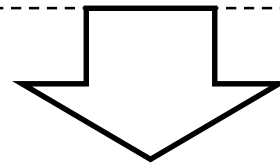
## これまでの議論のポイント (例)

- 在宅復帰の実績
- 入退院支援部門を通じた、入退院支援の推進



## 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る課題と論点

- ・ 地域包括ケア病棟入院料については、「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」、「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」、「③在宅復帰支援」の3つの役割を担うこととされ、平成26年度診療報酬改定において新設された。
- ・ 令和2年10月の地域包括ケア病棟入院料2における自院の一般病棟からの転棟割合の分布は、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。病床規模で分けると、90%以上の医療機関は、400床未満の医療機関が多かった。
- ・ 地域包括ケア病棟について、病棟毎に分析した場合の、患者の入棟元の構成割合は様々であった。自宅等からの入棟患者と自院の一般病棟からの入棟患者の割合の分布を見た場合に、例えば、自院の一般病棟から多数の患者を受け入れ、自宅等からの受入が少ない病棟が一定数存在した。さらに、自院又は他院の一般病棟からの転棟の内訳については、当該割合が高い病棟においては自院の一般病棟からの転棟割合が多くを占め、逆に、当該割合の低い病棟においては、他院の一般病棟からの転棟割合が多くを占めるという傾向にあった。
- ・ 患者の重症度、医療・看護必要度は、患者の入棟元毎で基準を満たす患者割合に差がみられ、その他から入棟した患者、自宅等から入棟した患者、一般病棟から入棟した患者の順に基準を満たす患者割合が高かった。
- ・ 患者の入棟元別の、患者の医療的な状態について、患者の入棟元を「一般病棟」、「自宅等」及び「その他」に分け、さらに「その他」から入棟した患者について、「介護老人保健施設」から入棟した患者と「その他(老健以外)」から入棟した患者に分けると、「介護老人保健施設」から入棟した患者において、「安定している」患者の割合が低く、「常時、不安定である」患者の割合が高かった。また、医師による診察の頻度についても、「介護老人保健施設」から入棟した患者と「その他(老健以外)」から入棟した患者に分けると、「介護老人保健施設」から入棟した患者において、「常時～毎日医師による診察が必要」な患者の割合が高かった。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関において、救急を実施していない医療機関が一定程度存在した。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料・管理料においては、入退院支援部門を置くことを求めているが、入退院支援加算1を届け出ている割合は約4割であった。



- 地域包括ケア病棟に求められる3つの役割について、病床規模や病床種別による患者の背景・地域における運用の在り方等が異なることも踏まえつつ、その評価の在り方についてどのように考えるか。



1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 医療資源の少ない地域について
3. 退院患者調査（DPCデータ）について

# 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和（概要）

中医協 総 - 2  
3. 8. 25 (改)

○ 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、病床数の要件等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
A003 オンライン診療料	医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能。また、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行うことが可能	算定の要件
A100 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
A108 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）
A207 医師事務補助体制加算	20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の要件
A226-2 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
A233-2 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
A236 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
A246 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
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 <sup>※1</sup> 看護職員の最小必要数の4割以上 <sup>※2</sup> 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 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （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）	人員配置 病床数
A317 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
A248 精神疾患診療体制加算	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）	病床数
A249 精神科急性期医師配置加算	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）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	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）	病床数
B001 24 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
B001 27 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
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

\*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。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、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（受信側）、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迅速細胞診（受信側）についても同様。

注）下線部については、令和2年度診療報酬改定において、追加又は項目名が変更となったもの。

# 医療資源の少ない地域 算定状況①

診 調 組 入 - 4  
3 . 1 0 . 1

○ 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

算定項目	令和2年度			令和2年度		
	5月診療月			10月診療月		
	医療機関数	件数	回数	医療機関数	件数	回数
特定一般病棟入院料 1	3	170	2,072	3	180	2,305
特定一般病棟入院料 2	2	68	1,287	2	67	1,010
特定一般病棟入院期間加算（14日以内）	5	171	1,426	5	167	1,232
特定一般病棟入院期間加算（15日以上30日以内）	5	89	797	5	79	663
重症児（者）受入連携加算（特定一般病棟入院料）	-	-	-	-	-	-
救急・在宅等支援病床初期加算（特定一般病棟入院料）	3	98	842	4	107	832
一般病棟看護必要度評価加算（特定一般病棟入院料）	1	56	871	1	64	846
特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア2）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア3）	1	4	81	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア4）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（A）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（B）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（C）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（D）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（E）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（F）	1	1	31	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（G）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（H）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（I）	-	-	-	-	-	-

# 医療資源の少ない地域 算定状況②

○ 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

算定項目	令和2年度					
	5月診療分			10月診療分		
	医療機関数	件数	回数	医療機関数	件数	回数
緩和ケア診療加算（特定地域）	-	-	-	-	-	-
栄養サポートチーム加算（特定地域）	-	-	-	-	-	-
褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）	1	4	4	1	1	1
入退院支援加算（特定地域）（一般病棟入院基本料等）	1	2	2	-	-	-
入退院支援加算（特定地域）（療養病棟入院基本料等）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料1（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料1（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料3（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料3（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
外来緩和ケア管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-

# 医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査結果①

中医協 診-1  
3.6.23

設問	医療機関の主な意見等
入退院支援の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専従の看護師と社会福祉士が不足している。</li> <li>・ 新型コロナウイルス感染症の影響で施設への訪問が難しい。</li> </ul>
地域連携の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問介護、訪問看護、各通所サービス等の施設と連携。</li> <li>・ 各地区連絡会への参加、退院前サービス調整会議、カンファレンスを実施。</li> <li>・ 連携会議は地域内で横連携・縦連携が可能であり有用。</li> <li>・ 病院や介護施設が少なく、退院支援等が長期化することもある。</li> </ul>
診療提供体制等の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人員配置 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員の職場定着率が低い。</li> <li>・ 医師や看護師、社会福祉士が確保しにくい。</li> <li>・ 当診療圏を希望する医師が少ない。</li> </ul> </li> <li>○ 研修 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ オンラインを用いた研修や講義を教育に活用している。</li> <li>・ オンラインを用いた研修により看護師等の勤務調整や移動の負担が軽減された。</li> </ul> </li> <li>○ ICT <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 近隣診療所の医師が高齢で電子カルテ等の共有が困難。</li> <li>・ 公立病院であるためICT導入には自治体と調整が必要。</li> <li>・ ICTを用いた圏域内でのカルテや画像情報、調整会議等の連携を実施している。</li> </ul> </li> </ul>

# 医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査結果②

中医協 診-1  
3.6.23

設問	医療機関の主な意見等
<p>医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師事務作業補助体制加算                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人材の確保が困難。</li> <li>・ 医師事務作業補助者は医師の負担軽減につながっており不可欠。</li> </ul> </li> <li>○ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の体制確保が困難。</li> </ul> </li> <li>○ 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の勤務環境など施設基準に該当しない項目がある。</li> </ul> </li> <li>○ 遠隔画像診断                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当医がいない。</li> <li>・ 環境整備が困難。</li> <li>・ 設備は導入したが、施設基準に該当しない項目(医師に係る要件)がある</li> <li>・ 日々の診療に欠かせないが、使用料などが高く遠隔診断加算で賄えない。</li> </ul> </li> <li>○ 保険医療機関間の連携による病理診断                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当医がいない。</li> </ul> </li> <li>○ 在宅療養支援病院について                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員の確保、体制維持が困難。</li> <li>・ ニーズはあるものの、現状の医師数では、緊急時の往診等、十分な診療体制を確保することが困難</li> </ul> </li> <li>○ オンライン診療                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小児科では利用しているが、高齢者是对応できていない。</li> <li>・ 内科は予約診療を基本としているため、オンライン診療時間の確保が困難。</li> <li>・ 光回線などのインフラが整っていない。</li> </ul> </li> </ul>

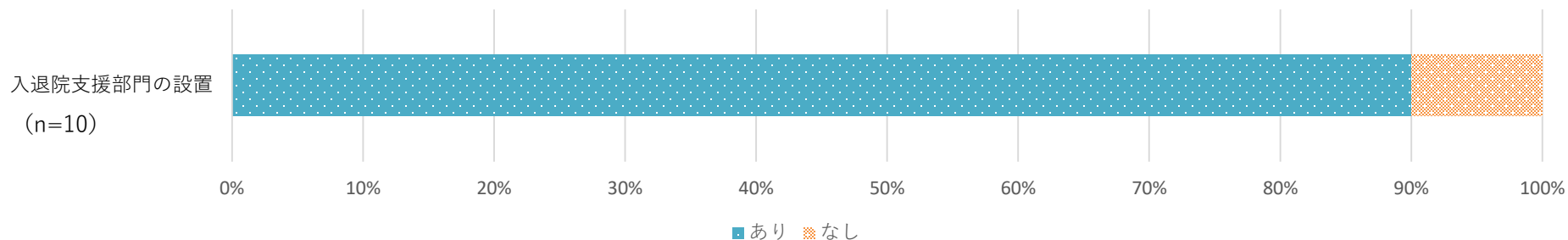
設問	医療機関の主な意見等
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会福祉士の人材確保が困難であるため、要件を緩和してほしい。</li> <li>・ 地域包括ケア病棟入院料について、理学療法士などの要件を専従から兼務可能に緩和してほしい。</li> <li>・ 医師事務作業補助者の確保のために賃金を上げたい。現在の加算点数では足りない。</li> <li>・ 病院ごとにシステムが違うことや、各地域でネットワーク環境が違うなど、方々の病院と連携が求められる当院では病院ごとに対応を変える必要がある。国で統一したICTの整備を行われることを期待する。</li> <li>・ ネットワークの環境や構築は、行政が主体で進めてほしい。</li> <li>・ 医師の少ない地域としては、数回の訪問診療実施後は研修医と看護師のみで訪問診療できるようなルールになってほしい。</li> </ul>

# 入退院支援加算について

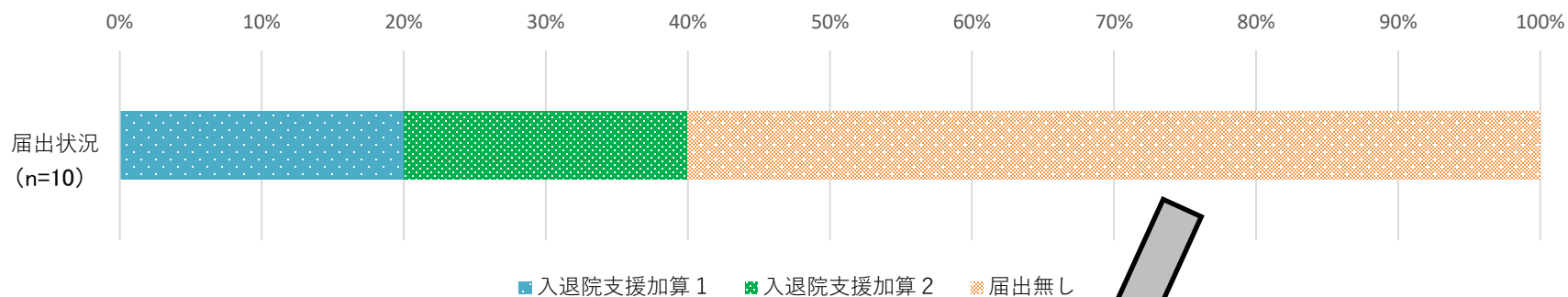
中医協 診-1  
3 . 6 . 2 3

- 入退院支援部門は9割の医療機関が設置していたが、入退院支援加算は4割の医療機関しか届けていなかった。

## 入退院支援部門の設置有無

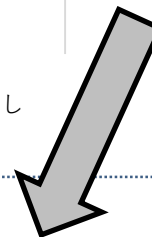


## 入退院支援加算の届出状況



### □ 入退院支援加算の届出が困難な理由

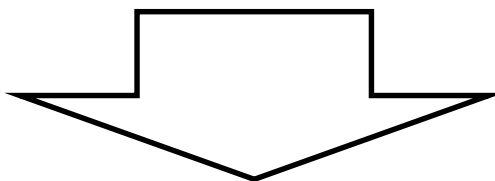
- ・ 専従の看護師を配置することが出来ない
- ・ 入退院支援部門としての設置が困難
- ・ 社会福祉士の人員不足
- ・ 年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行うことが、人力的に困難





# 医療資源の少ない地域に係る課題と論点

- ・ 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- ・ 令和2年度診療報酬改定においては、医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した。
- ・ 医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について、届出等が困難な理由として、「人材の確保が困難」等の意見があった。



- 医療資源の少ない地域について、これまでの診療報酬改定の経緯や考え方等を踏まえつつ、その特性に配慮した評価の在り方をどのように考えるか。

1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 医療資源の少ない地域について
3. 退院患者調査（DPCデータ）について

## 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

## 改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

## 改正の概要

1. **オンライン資格確認の導入**【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律(高確法)、船員保険法】
  - ・ オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めるとを禁止(告知要求制限)する。(公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日)
2. **オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設**【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】(令和元年10月1日)
3. **NDB、介護DB等の連結解析等**【高確法、介護保険法、健康保険法】
  - ・ 医療保険レセプト情報等のデータベース(NDB)と介護保険レセプト情報等のデータベース(介護DB)について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備(審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等)を行う。(DPCデータベースについても同様の規定を整備。)(令和2年10月1日(一部の規定は令和4年4月1日))
4. **高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等**【高確法、国民健康保険法、介護保険法】
  - ・ 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。(令和2年4月1日)
5. **被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化**【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】
  - (1) 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。(令和2年4月1日)
  - (2) 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。(公布日)
6. **審査支払機関の機能の強化**【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】
  - (1) 社会保険診療報酬支払基金(支払基金)について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。(令和3年4月1日)
  - (2) 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する(支払基金・国保連共通)。(令和2年10月1日)
  - (3) 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する(支払基金・国保連共通)。(令和2年10月1日)
7. **その他**
  - ・ 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】(公布日)

### 3. NDB、介護DB等の連結解析等（データベースの概要）

#### NDB

##### <収納情報（R3年6月時点）>

医療レセプト（約206億件）、特定健診データ（約3.2億件）

##### <主な情報項目>

（レセプト）傷病名、投薬、診療開始日、診療実日数、検査等  
（特定健診）健診結果、保健指導レベル

<収集根拠> 高齢者の医療の確保に関する法律 第16条

<保有主体> 国（厚労大臣）

##### <主な用途>

医療費適正化計画の作成等、医療計画、地域医療構想の作成等

##### <第三者提供>

専門委員会の審査を経て実施（H23年度～）

提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、  
医療の質向上を目的とする公益法人等の研究者、  
民間事業者等に提供

##### <匿名性>

匿名（国への提出前に匿名化、個人特定可能な情報を削除）

#### 介護DB

##### <収納情報（R2年度末時点）>

介護レセプト（約12.8億件）、要介護認定情報（約0.7億件）

##### <主な情報項目>

（レセプト）サービスの種類、単位数、要介護認定区分等  
（要介護認定情報）要介護認定一次、二次判定情報

<収集根拠> 介護保険法第118条の2

<保有主体> 国（厚労大臣）

##### <主な用途>

介護保険事業（支援）計画の作成等

##### <第三者提供>

専門委員会の審査を経て実施（H30年度～）

提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、  
国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持  
向上等を目的とする公益法人等の研究者に提供

##### <匿名性>

匿名（国への提出前に匿名化、個人特定可能な情報を削除）

#### NDB、介護DBの連結解析の例

- ① 地域毎・疾患毎のリハビリ・退院支援等の利用状況と在宅復帰率の関係の比較・分析
- ② 特定保健指導等による適正化効果を、医療費への影響に加え、将来の介護費への影響も含めて分析

#### DPCデータベース（特定の医療機関への入院患者に係る入院期間のレセプト情報や病態等に係る情報のデータベース）

<収納情報> DPCデータ（約1400万件/年）

##### <主な情報項目>

傷病名、病態（一部疾患のみ）、投薬、入退院年月日、検査、  
手術情報等

<収集根拠> 健康保険法第77条

<保有主体> 国（厚労大臣）

<主な用途> 診療報酬改定、DPC/PDPS（※）導入の影響評価等  
※急性期入院医療の包括支払い方式

Diagnosis Procedure Combination（診断群分類）/Per-Diem Payment System（一日当たり支払い方式）

<第三者提供> 専門委員会の審査を経て実施（H29年度～）

<匿名性> 匿名（個人特定可能な情報は収集していない）

# DPCDBと他のDBの連結解析について

令和3年12月8日

第8回匿名医療情報等の提供に  
関する専門委員会

資料2

- 令和元年に成立した医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号）による健康保険法の改正において、令和4年度以降、DPCデータは、NDB及び介護DBの情報と連結して利用又は提供することができることとされた。
- このことを踏まえ、令和2年度診療報酬改定以降、DPCデータにおいても、NDB及び介護DBとの共通IDである、Kファイル（生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID）の収集を開始した。

## 現在のDPCデータの内容

様式名	内容	入力される情報
様式1	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく 診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合 ファイル	医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合 ファイル	外来患者の医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届け出状況
Kファイル	3情報から生成した一次共通 IDに関する情報	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID

- 個人の医療等分野の情報の共有・収集・連結を安全かつ効率的に行うための識別子の仕組みについて、医療等分野情報連携基盤検討会において検討が進められてきた。
- 平成30年8月の同検討会の報告書においては、
  - ・ 被保険者番号を医療等分野における識別子の一つとして活用することが現実的
  - ・ 医療情報等の共有・収集・連結を行う者が、必要に応じて、履歴管理提供主体から被保険者番号履歴の提供を受けられる仕組みの整備を目指すことが適当とされた。

## 医療等分野における識別子の仕組みについて(平成30年8月医療等分野情報連携基盤検討会とりまとめ)(抄)

1. 医療等分野における識別子の仕組みを導入する背景及び検討の経緯
  - ……医療等分野(健康・医療・介護分野をいう。以下同じ。)の情報の利活用について、セキュリティ確保にも留意しつつ、促進することが求められている。
  - こうした状況の中で、個人の医療等分野の情報(以下「医療情報等」という。)の共有・収集・連結を安全かつ効率的に行うための識別子(以下「医療等分野における識別子」という。)の仕組みの導入が求められている……。
  - 検討会等では、地域の医療情報連携や研究開発等の目的別に新たな識別子を発行する仕組みの案と、個人単位化された被保険者番号及び個人単位で一元的に管理されたその履歴(以下「被保険者番号履歴」という。)を活用する仕組みの案について、セキュリティの確保、識別子の利用主体や提供主体、コスト、現場の医療機関等の負担等を勘案し、議論を行った。
2. 医療等分野における識別子の仕組み
  - (1) 被保険者番号とその履歴の活用
    - ④被保険者番号履歴を活用する仕組み
  - 新たな識別子を発行する案については、以上のとおり、生じるコスト等を含めて、実現可能性になお課題があることから、……一定の措置を併せて講ずることにより、被保険者番号を医療等分野における識別子の一つとして活用することが現時点においては現実的である。具体的には、医療情報等の共有・収集・連結を行う者が、必要に応じて、履歴管理提供主体から被保険者番号履歴の提供を受けられる仕組みの整備を目指すことが適当である。

- 医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議において、NDBや介護DBの連結解析に係る基盤の構築、セキュリティや効率的な実施体制の確保等の課題や、保健医療分野のその他の公的データベースとの連結の関係などについて、検討が行われた。
- 平成30年11月の報告書においては、DPCデータベースについても、「連結解析に対するニーズや期待される有用性が認められることから、データベースの課題を解決した上で、連結解析に向けた検討を進めるべき」としたうえで、「この検討を進めるに当たっては、・・・連結解析のための識別子等の技術的な対応について検討を進めるべきである」とされている。

## 「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」報告書(平成30年11月とりまとめ)(抄)

### 3. 運用面での対応が必要な課題

#### (1) データベースの整備のあり方

- NDB、介護DBでは、各データベースでそれぞれ別の情報を元にした固有の識別子を保有し、データベース内でのデータの「名寄せ」に利用している一方で、現在はデータベース間でデータを連結するための識別子は存在しない。

#### ②連結解析のための技術的な対応

- 2020年度に向けて、カナ氏名・性別・生年月日をハッシュ化して作成した識別子をもとに、NDBと介護DBの連結解析が可能となるよう、それぞれのデータベースにおいて必要な対応を進めるべきである。また、2021年度以降、以下の対応を行うことを検討すべきである。

##### ①カナ氏名・性別・生年月日をハッシュ化して作成した識別子による連結精度の検証

##### ②個人単位の被保険者番号(医療保険)をハッシュ化して作成した識別子の整備

なお、②の対応を行う場合にも、一定の連結の精度を維持する観点から、カナ氏名・性別・生年月日をハッシュ化して作成した識別子の整備も継続することを基本とすべきである。

### 5. 保健医療分野の他の公的データベースとの関係整理

- 保健医療分野の他の公的データベース（DPCデータベース、全国がん登録データベース、指定難病・小児慢性特定疾病データベース、MID-NET）との関係については、・・・その在り方について検討を行った。
- 各データベースとの関係については現状以下のとおりであり、連結解析に対するニーズや期待される有用性がそれぞれに認められることから、各データベースの課題を解決した上で、連結解析に向けた検討を進めるべきである。この検討を進めるに当たっては、匿名性に十分に留意することや連結解析することのニーズや具体的なメリットの有無、頻繁な変更等が関係者への過重な負担にならないようデータベースの仕様等について統一的に対応することの必要性等を踏まえて検討を行うとともに、連結解析のための識別子等の技術的な対応について検討を進めるべきである。

- 令和元年10月の医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みに関する検討会においては、公的データベースから被保険者番号の履歴の照会を受け、同一人物性について回答を行うシステム（「履歴照会・回答システム」の活用について議論が行われた。
- そのうえで、報告書において、「DPCデータベースで、履歴照会・回答システムを活用するかどうかは、各データベースの所管部局、関係審議会等で検討」することとされている。

## 医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みに関する検討会報告書(令和元年10月とりまとめ)(抄)

### 2. 被保険者番号の履歴を活用した医療等情報の連結の基本スキーム

- 公的データベースから被保険者番号の履歴の照会を受け、同一人物性について回答を行うシステム（以下「履歴照会・回答システム」という。）では、照会された被保険者番号のうち、「同一人物の被保険者番号がどれかを回答する」ことになるが、システム上は、照会された被保険者番号に、何らかの目印（以下「キー」という。）を付する形で「同一人物であることを示す」ことになる。

### 3. 履歴照会・回答システムの活用主体

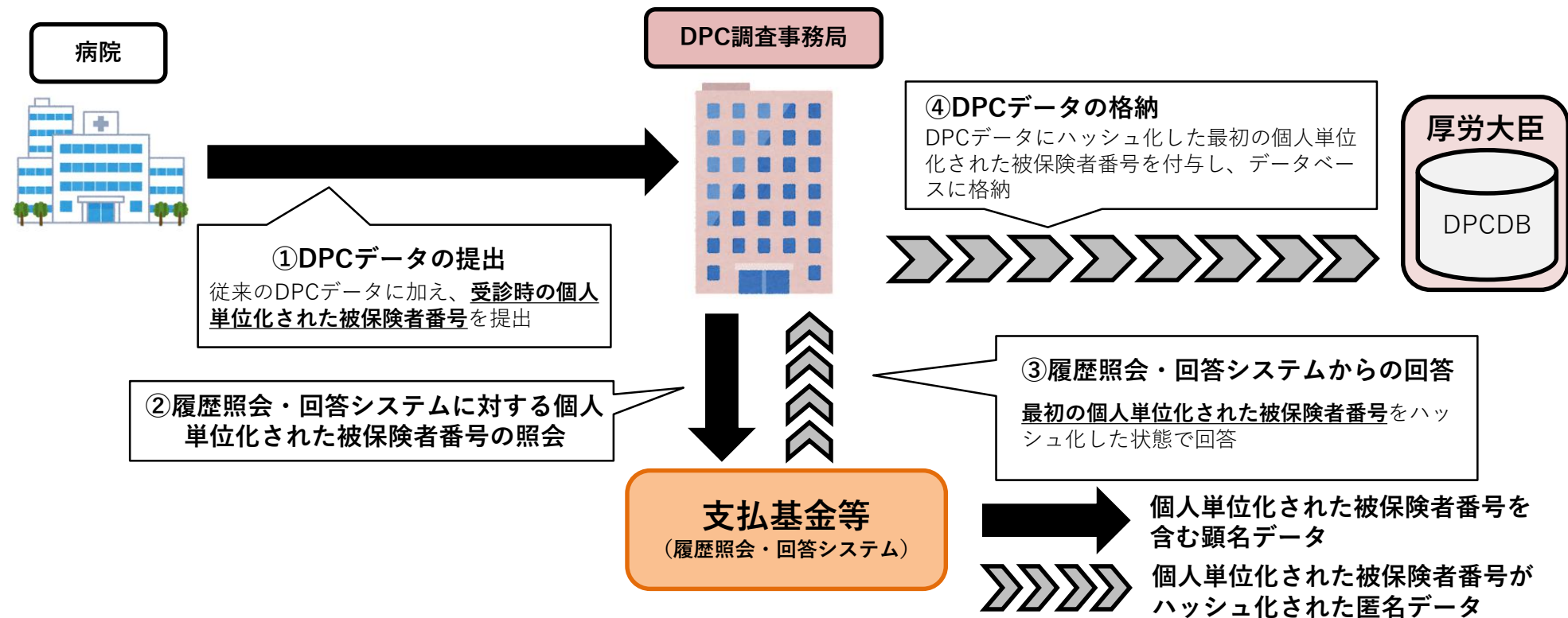
- ……他のデータベースとの連結解析に係る同意取得の必要性や、個人単位化された被保険者番号の履歴を活用するに当たっての安全確保措置等や適格性の確認といったことも加味すると、
  - ① データの収集根拠、利用目的などが法律・・・で明確にされていること（被保険者番号の履歴を活用すること及びその活用範囲等が法律で明らかになること）、
  - ② 保有するデータの性質に応じて、講ずべき安全管理措置等が個別に検討され、確保されているものであること、
  - ③ データベースの第三者提供が行われる場合は、当該提供スキームが法律に規定され、提供先に係る照合禁止規定など、必要な措置が設けられているものであること、が必要である。
- ……上記①から③までの要件を満たすと考えられるものとしては、NDB、介護保険総合データベース、DPCデータベース、・・・があげられる。これらのデータベースで、実際に、履歴照会・回答システムを活用するかどうかは、各データベースの所管部局、関係審議会等で検討し、当該システムを活用する場面においては、関係法令の整備を含め、必要な措置が行われる必要がある。



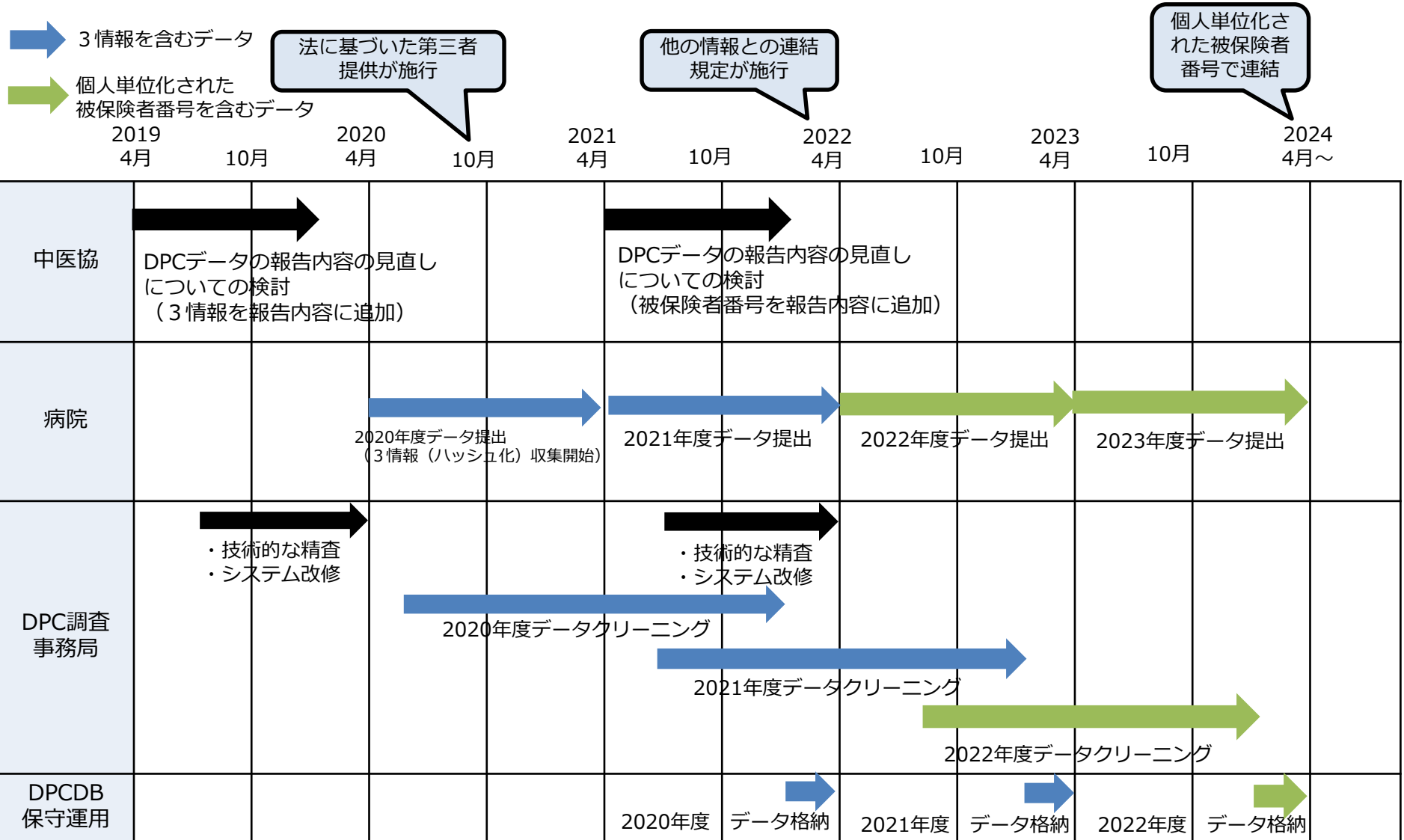
# 連結精度の向上に関するDPCデータの対応について

- これまで、連結精度の向上に向けた検討が進められてきたことを踏まえ、DPCデータにおいても、連結精度の向上に向けた取組を進めることが必要となることから、
  - ・ NDB・介護DBと連結解析する際に個人単位化された被保険者番号を用いる
  - ・ 個人単位化された被保険者番号の履歴の照会のために、履歴照会・回答システムを活用することについて、令和3年12月8日の第8回匿名医療等情報等の提供に関する専門委員会です承された。
- 現在のDPCデータには、被保険者番号は含まれていないが、今後、仮にDPCデータにおいて被保険者番号の収集を行う場合、DPCDBは匿名のデータベースであることから、ハッシュ化して匿名化した状態の被保険者番号を格納することが考えられる。
- なお、被保険者番号をDPCデータの収集項目に含めることについては、中央社会保険医療協議会でご議論いただくことが必要となる。

## DPCデータにおいて個人単位の被保険者番号を収集する際のスキーム（イメージ）

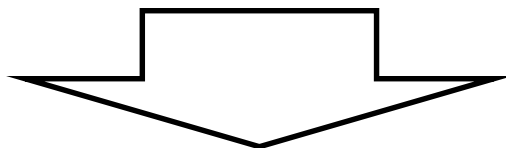


# DPCDBのスケジュール（イメージ）



# 退院患者調査（DPCデータ）に係る課題と論点

- ・ 令和元年に成立した、改正健保法において、令和4年度以降、DPCデータはNDB及び介護DBの情報と連結して利用・提供することができることとされた。このことを踏まえ、令和2年度診療報酬改定以降、DPCデータにおいてもKファイルの収集を開始している。
- ・ 医療等情報の連結については、被保険者番号を識別子の一つとして活用することとされており、DPCデータについても、個人単位の被保険者番号等を用いて、NDBや介護DBとの連結精度の向上が可能となる仕組みの構築が求められている。



- 令和元年に成立した改正健保法により、DPCデータとNDB・介護DBの情報との連結解析が可能となったこと、連結解析の精度向上に向けた検討が進められてきたこと等を踏まえ、個人単位の被保険者番号データの提出等による、DPCデータにおけるDB間の連結精度向上に向けた取組について、どのように考えるか。

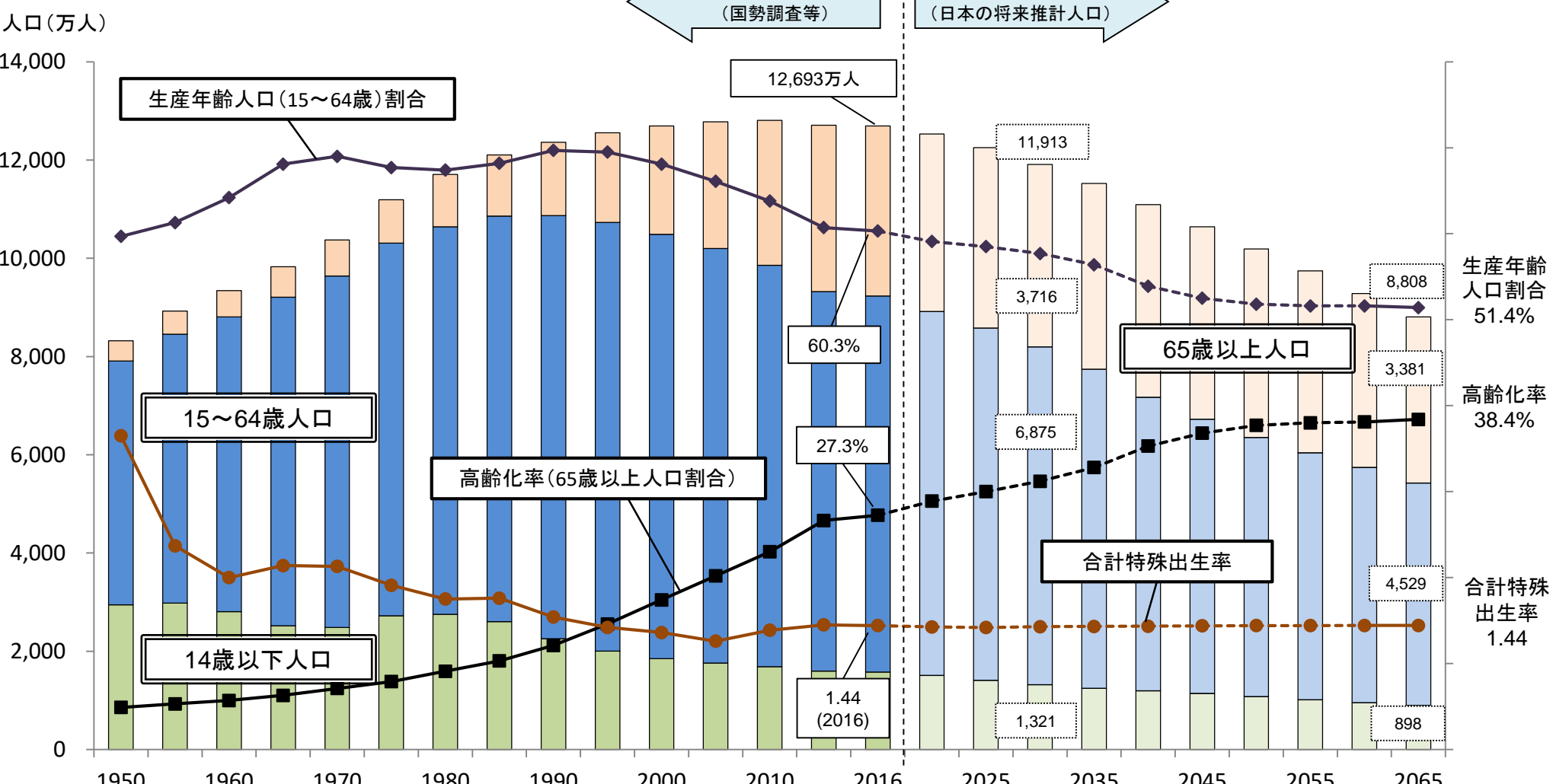
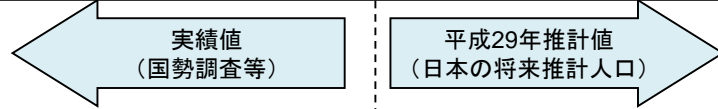
# 個別事項(その9)

## 技術的事項(その2)

1. 二次性骨折の管理について
2. 運動器疾患管理について
3. 高度難聴管理について
4. 知的障害者等への医療提供について
5. 検査について
6. 周術期疼痛管理について
7. 人工呼吸器等管理について
8. バイオ後続品の使用推進について

# 日本の人口の推移

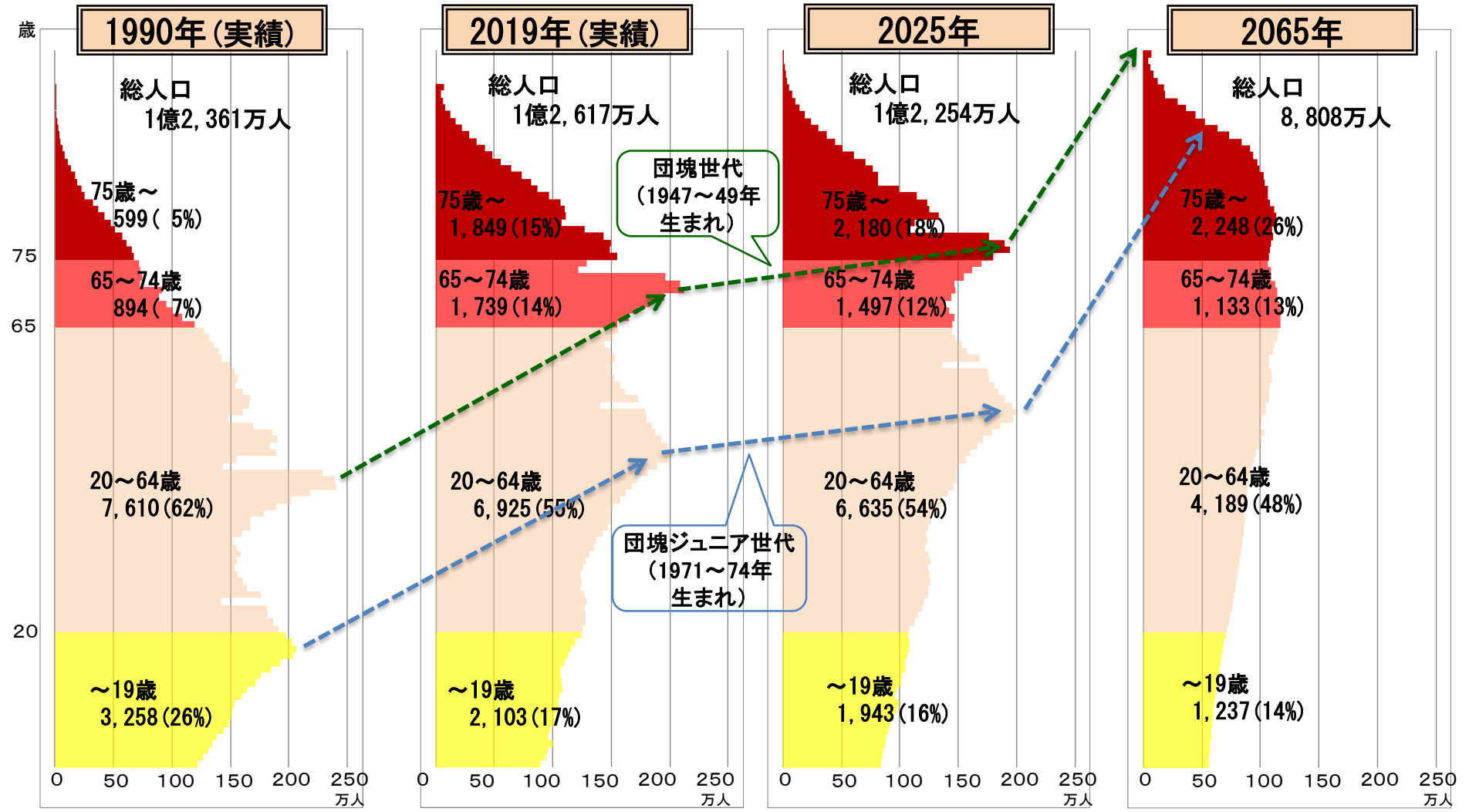
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(出所) 2016年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」(※2015年までは確定値、2016年は概数)、2017年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

# 日本の人口ピラミッドの変化

○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。  
 ○2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



(出所) 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

# 骨粗鬆症及び骨折の病態と疫学①

## <病態>

骨粗鬆症とは骨折リスクが増大した状態である。骨粗鬆症はWHOにより、低骨量と骨組織の微細構造の異常を特徴とし、骨の脆弱性が増大する疾患である、と定義されている。

- 骨折
- 身体機能の低下
- 運動機能障害
- 内臓障害
- 寝たきり

## <疫学>

### ○ 患者数

- 40歳以上の一般住民のうち、骨密度検査の結果から大腿骨頸部で男性12.4%、女性26.5%が骨粗鬆症を有していた。
- 2005年の年齢別人口構成に当てはめると、約1070万人の大腿骨頸部の骨粗鬆症患者がいることになる。

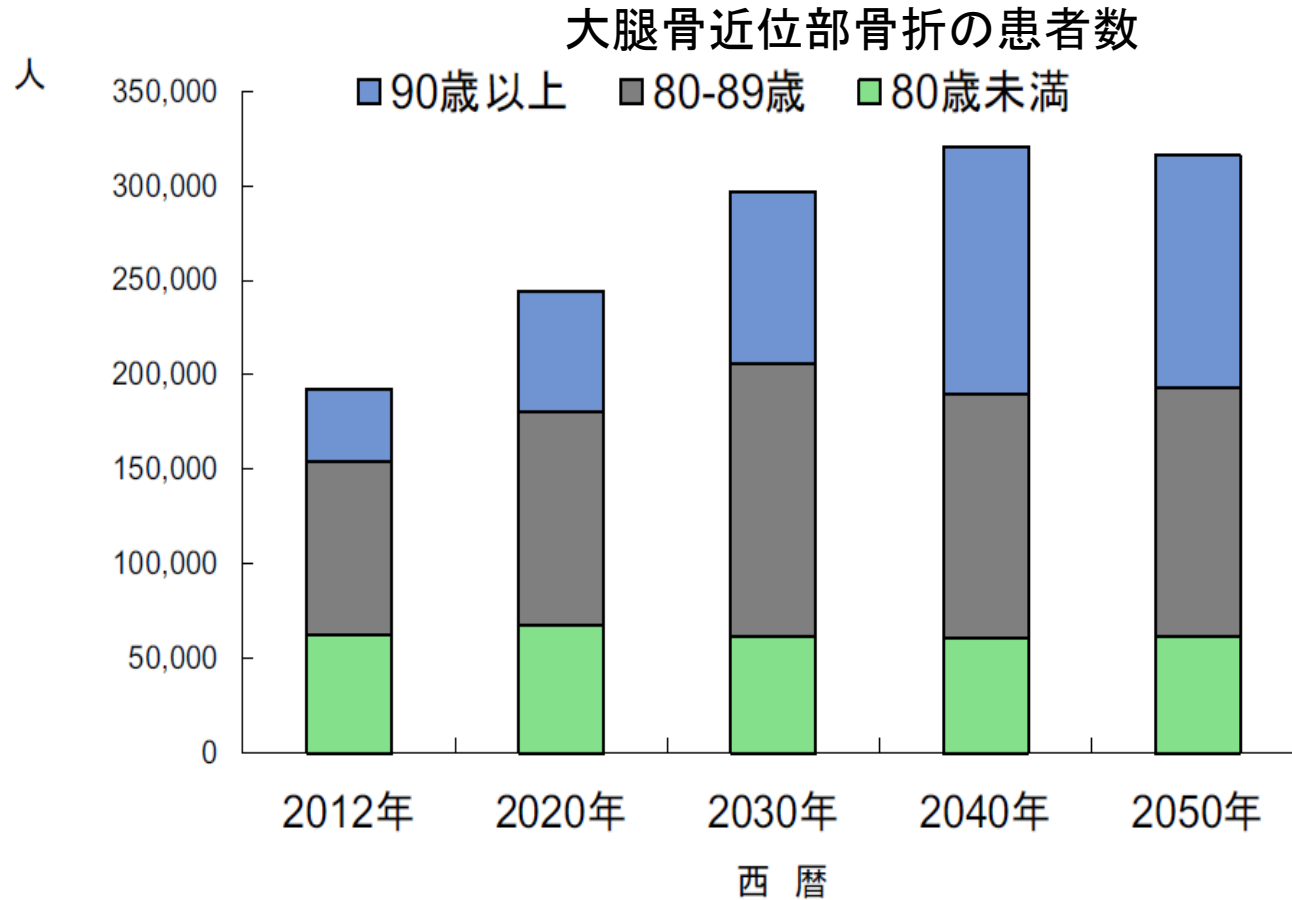
### ○ 骨粗鬆症による骨折の発生率

- 2007年の研究報告では、大腿骨近位部骨折発生数は年間148,100人(男性31,300人、女性116,800人)であった。



# 骨粗鬆症及び骨折の病態と疫学②

- 脆弱性骨折の代表的な疾患である大腿骨近位部骨折は年間約20万人発症している。
- 今後、さらに増加することが見込まれる。



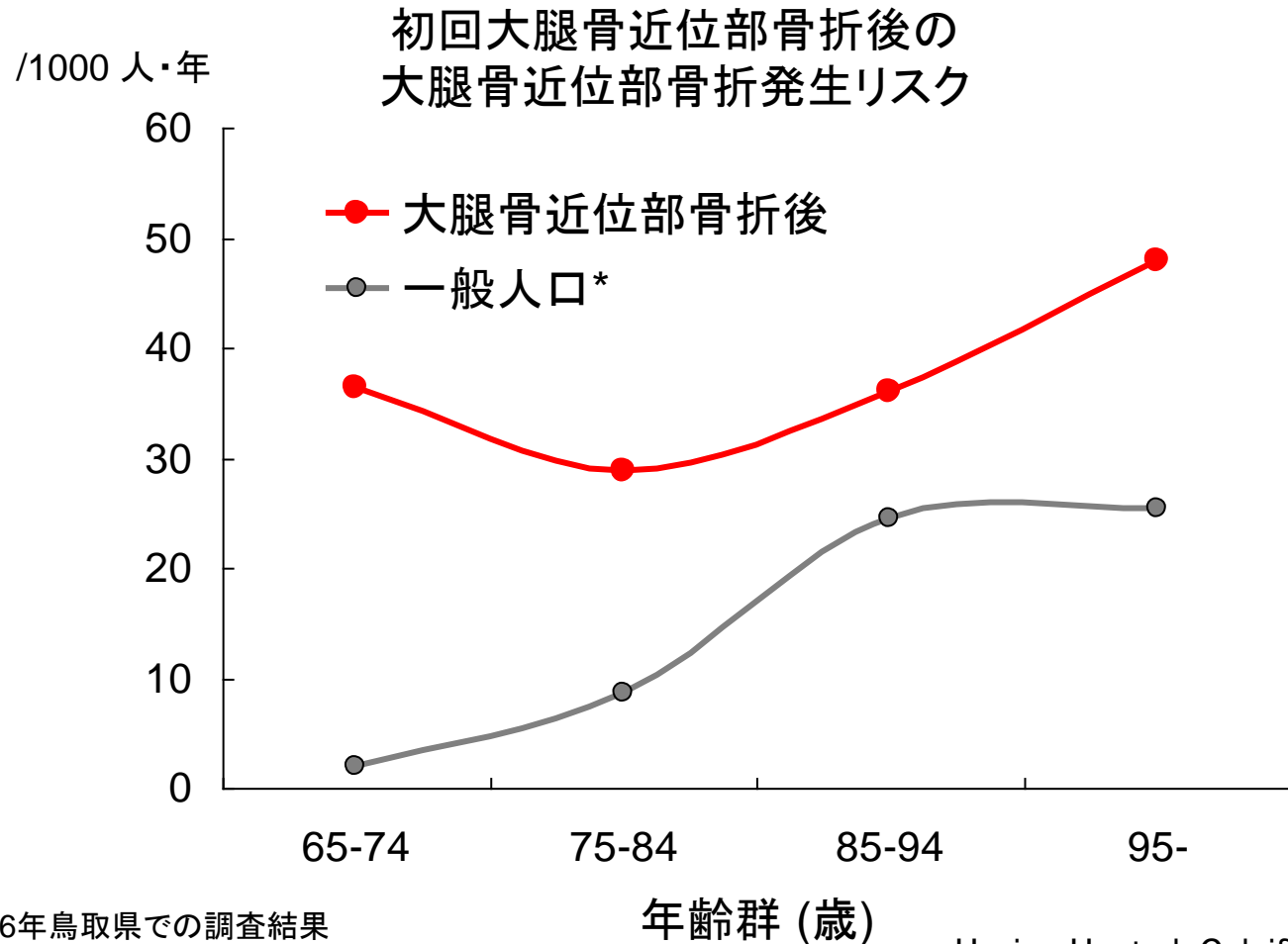
鳥取県での性・年齢階級別発生率(2004-2006年平均値)を元に、日本の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所平成24年1月推計)に基づいて推計

Hagino H, et al. Osteoporos Int. 2009; 20:543-548

新潟リハビリテーション病院山本先生提供

# 初回骨折後の二次骨折

○ 初回の骨折が再発する骨折の危険因子であることが知られている。



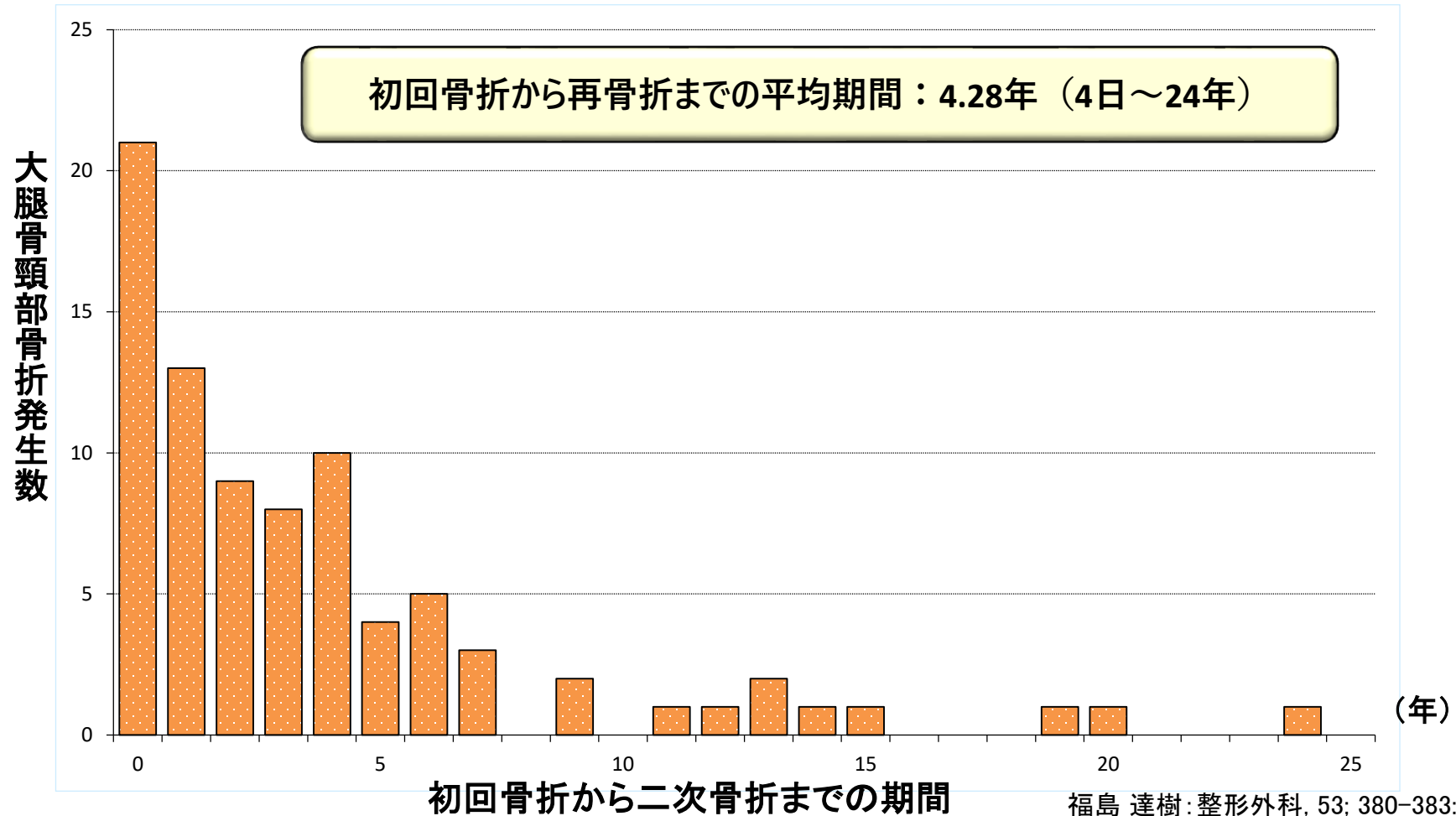
\* 2004-2006年鳥取県での調査結果

Hagino H, et al. Calcif Tissue Int. 2012 ;90:14-21.

# 初回骨折後の二次骨折

○ 初回骨折から再骨折までの期間は、4日から24年と幅があるが、平均期間は4.28年と比較的短い期間で発生している。

## 《 大腿骨頸部骨折の健側骨折発生数と二次骨折までの期間 》

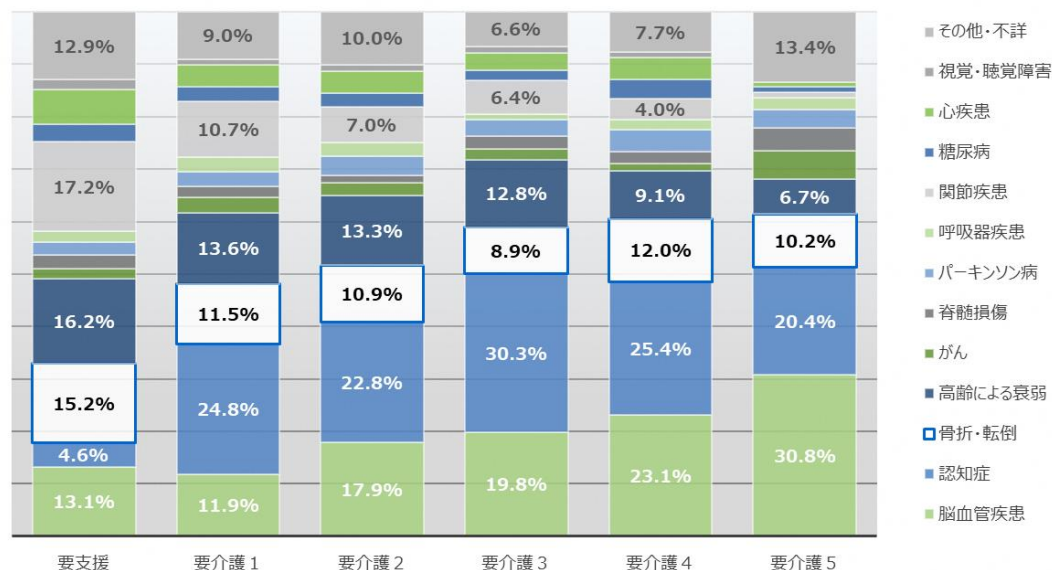


# 介護が必要となった原因について

○ 「骨折・転倒」は、介護が必要となった原因のうちの、約1割を占めている。

## 要介護となった理由

要介護度別 介護が必要になった理由\*1



(単位：支援・介護を要する者10万人に対する割合)

出典：新潟リハビリテーション病院山本先生提供

「要支援」：要支援1と要支援2の合計値

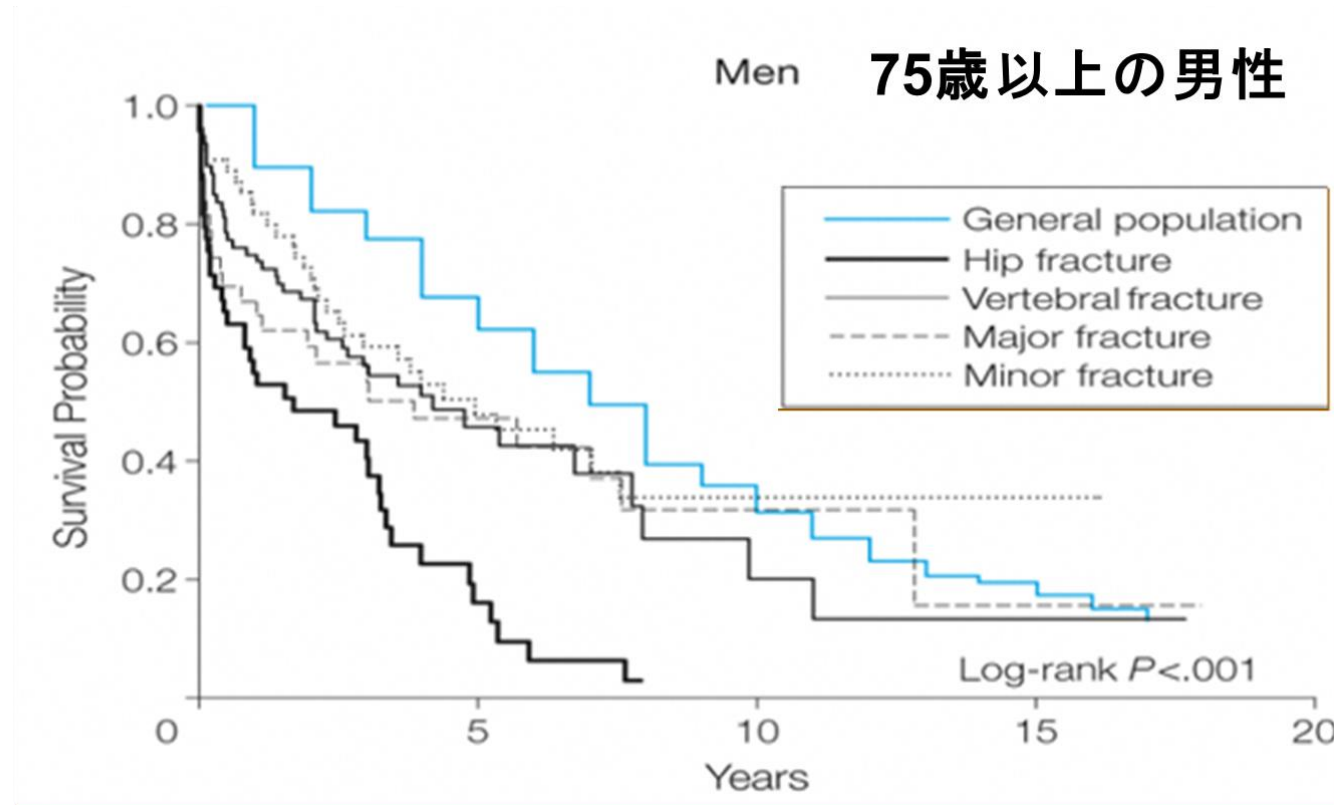
\*1) 厚生労働省「国民生活基礎調査（平成28年）」※熊本県は除外

# 骨粗鬆症の予後

- 骨粗鬆症を有する大腿骨骨折の患者の生命予後は、健常人やその他の部位の骨折患者と比較して、生命予後が悪いことが指摘されている。

## 骨粗鬆症性骨折と生命予後

JAMA. 2009;301(5):513-521. doi:10.1001/jama.2009.50



# 二次骨折予防のための取り組みについて

- 二次骨折予防のための取り組み等について、英国において大腿骨近位部骨折後の患者の二次性骨折等が問題となり、二次骨折予防等の取り組みが始められた。
- 日本における骨折後の骨粗鬆症治療の実施率調査では、骨粗鬆症治療を必ず行うと回答した医療機関は急性期の医療機関で約1割、回復期の医療機関で約2割であった。

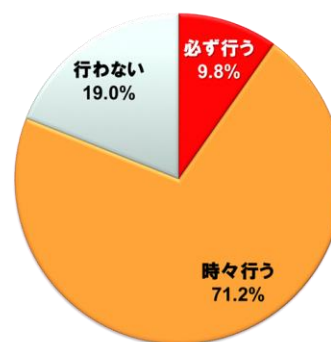
## FLSの始まり

- 1980年～1990年代の英国の状況
  - 大腿骨近位部骨折患者増加と病院間格差の問題
    - 手術治療の遅れ、未熟な手技
    - 骨折後高い死亡率、褥瘡発生、
    - 術後合併症による再入院、骨折連鎖の放置
- 1992年と1997年 多施設審査Clinical Audit
  - 医療の質の継続的向上が必要と結論

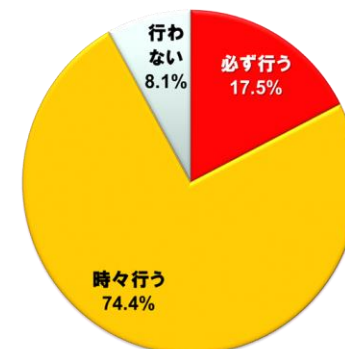
(Freeman C, et al Qual saf Health Care 11: 239-, 2001)

## 地域連携パスにおける骨折後の骨粗鬆症治療

### 大腿骨近位部骨折地域連携パス全国調査



急性期 267病院



回復期 414病院

宮腰ら 日整会誌 86、913-920、2012

出典:新潟リハビリテーション病院山本先生提供

# 関係学会によるガイドラインについて

- 日本骨粗鬆症学会等による「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」においては、骨粗鬆症の一次予防からその治療までが示されている。
- 「骨折リエゾンサービスクリニカルスタンダード」においては、骨折患者の骨粗鬆症治療開始率を上げること等を目的に、クリニカルスタンダードの内容が示されている。

## ○ 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン

編集：日本骨粗鬆症学会、日本骨代謝学会、骨粗鬆症財団

### 目的

医師と医療従事者のために骨粗鬆症予防に関する啓発と最新治療法の普及が目的

骨粗鬆症の  
予防と治療ガイドライン  
2015年版

編集  
日本骨粗鬆症学会 日本骨代謝学会 骨粗鬆症財団

- ・ 骨粗鬆症の定義・疫学および成因
- ・ 骨粗鬆症の診断
- ・ 骨粗鬆症による骨折の危険因子とその評価
- ・ 骨粗鬆症の予防
- ・ 骨粗鬆症の治療
- ・ 続発性骨粗鬆症
- ・ 資料

## ○ 骨折リエゾンサービスクリニカルスタンダード

監修：日本骨粗鬆症学会、日本脆弱性骨折ネットワーク

支持：日本骨折治療学会、日本整形外科学会等

### 目的

骨粗鬆症治療開始率及び治療継続率を上げること等により、脆弱性骨折患者が二次骨折を回避し、QOLを維持すること



- ・ 対象患者の特定
- ・ 二次骨折リスクの評価
- ・ 投薬を含む治療の開始
- ・ 患者のフォローアップ
- ・ 患者と医療従事者への教育と情報提供

# 関係学会によるガイドラインについて

- 日本骨粗鬆症学会等による「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」においては、骨粗鬆症の一次予防からその治療までが示され、その中において、骨粗鬆症骨折患者に対する際二次骨折予防のための診療支援システムとして骨折リエゾンサービスを紹介している。同時に、「骨折リエゾンサービスクリニカルスタンダード」においては、骨折患者の骨粗鬆症治療開始率を上げること等を目的に、クリニカルスタンダードの内容が示され、当該クリニカルスタンダードにおいて、骨粗鬆症の治療等に当たっては骨粗鬆症の予防と治療ガイドラインを参照することとされている。

## ○ 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン

編集：日本骨粗鬆症学会、日本骨代謝学会、骨粗鬆症財団

### 目的

医師と医療従事者のために骨粗鬆症予防に関する啓発と最新治療法の普及が目的

骨粗鬆症の  
予防と治療ガイドライン  
2015年版

骨粗鬆症の治療等に当たっては  
骨粗鬆症の予防と治療ガイド  
ラインを参照することとされている

骨粗鬆症骨折患者に対する際骨  
折予防のための診療支援シス  
テムとして紹介

## ○ 骨折リエゾンサービスクリニカルスタンダード

監修：日本骨粗鬆症学会、日本脆弱性骨折ネットワーク

支持：日本骨折治療学会、日本整形外科学会等

### 目的

骨粗鬆症治療開始率及び治療継続率を上げること  
等により、脆弱性骨折患者が二次骨折を回避し、QOLを維持すること





# 二次骨折予防のための取り組みについて

- 脆弱性骨折患者に対する骨粗鬆症治療の開始率と継続率向上のために、以下のリエゾンサービスが提言されている。
- チームメンバーは、医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカー、介護福祉士等から構成される。
- 「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015年版」を中心に、骨折予防に対してエビデンスをもつ薬物治療と転倒予防を基本的介入として行うこととされている。



## ステージ 1 :

FLS によって治療されるべき脆弱性骨折の患者であることを特定しFLS チームメンバーに周知させる

## ステージ 2 :

骨折後できる限り早期に評価し、少なくとも骨折後90日以内に、[「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015年版」](#)に基づいて評価

## ステージ 3 :

二次骨折リスクの評価終了後すぐに[「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015 年版」](#)を中心に、骨折予防に対してエビデンスをもつ薬物治療と転倒予防を基本的介入として行う。

## ステージ 4 :

退院後3 ~ 4ヵ月、1 年後の追跡フォロー。長期治療計画には、薬物治療、転倒発生の有無、二次骨折状況、日常活動、生存状況を含める。

## ステージ 5 :

医療から介護まで、脆弱性骨折に関わるすべての職種および患者・家族に対して骨粗鬆症に対する知識の共有とFLS の意義について啓発する。

骨粗鬆症の  
予防と治療ガイドライン  
2015年版

日本骨粗鬆症学会  
日本整形外科学会  
日本老年医学会  
日本理学療法学会  
日本作業療法学会  
日本薬剤師会  
日本看護学会  
日本介護学会  
日本医師会  
日本歯科医師会  
日本歯周病学会  
日本歯内科学会  
日本歯槽膿漏学会  
日本歯周病学会  
日本歯内科学会  
日本歯槽膿漏学会

# 二次骨折予防のための取り組みについて

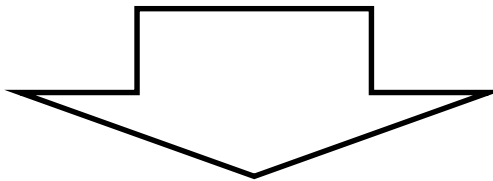
- 骨折リエゾンサービス (FLS) を実施した場合、以下のような有用性があることが報告されている。
- 具体的には、骨粗鬆症に対する治療開始率の上昇や、再骨折率の低下、死亡率の低下がある。

## 【骨折予防リエゾンサービスの有用性についての臨床試験の例】

効果	文献	例数 (FLS/ 非 FLS)	成績	エビデンス レベル
治療開始率	1061	11096/ —	FLS 治療開始率 88 ~ 96%, 非 FLS 患者の推計治療開始率 15 ~ 38%	IV
骨折率	1062	1412/1910	50 歳以上の非椎体骨折患者での再骨折ハザード比 0.44 (0.25 ~ 0.79)	III
	1063	240/220	50 歳以上の非外傷性骨折患者の, 骨折後 2 年間の骨折率 FLS 群 5.1% vs 非 FLS 群 16.4 %	III
	1064	246/157	50 歳以上の非外傷性骨折患者の, 骨折後 2 年間の骨折率 FLS 群 4.1% vs 非 FLS 群 19.6 %	III
治療継続率	1065	240/220	50 歳以上の非外傷性骨折患者の, 骨折後 2 年間の治療継続率 FLS 群 81.3% vs 非 FLS 群 54.1%	III
死亡率	1062	1412/1910	50 歳以上の非椎体骨折患者で, 2 年間で FLS による死亡ハザード比 0.65 (0.53 ~ 0.79)	III
費用対効果	1067	110/110	RCT で 100 例あたり 260,000 カナダドルの節約	II

# 二次性骨折の管理に係る課題と論点

- ・ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。
- ・ 脆弱性骨折の代表的な疾患である大腿骨近位部骨折は年間20万人発症している。高齢化に伴い、大腿骨近位部骨折の患者数は、今後さらに増加すると推計されている。
- ・ 初回の骨折は、健側の骨折の危険因子であることが知られている。初回骨折から再骨折までの期間は、4日から24年と幅があるが、平均期間は4.28年と比較的短い期間で発生している。
- ・ 骨粗鬆症を有する大腿骨骨折の患者の生命予後は、健常人やその他の骨折患者と比較して、生命予後が悪いことが指摘されている。
- ・ 関係学会により、リエゾンサービス(骨粗鬆症の啓発・予防・診断・治療の多職種連携システム)が提言されている。
- ・ 当該リエゾンサービスにおいては、「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015年版」等学会のガイドラインに沿った評価・治療を行うこととされている。
- ・ リエゾンサービスを実施した場合、再骨折率が低下するなどの有用性があることが報告されている。



- 骨粗鬆症を有する大腿骨頸部骨折患者の二次性骨折の予防を推進する観点から、入院後早期からの学会のガイドライン等に沿った骨粗鬆症に対する一連の治療の評価の在り方について、どのように考えるか。

## 技術的事項(その2)

1. 二次性骨折の管理について
2. **運動器疾患管理について**
3. 高度難聴管理について
4. 知的障害者等への医療提供について
5. 検査について
6. 周術期疼痛管理について
7. 人工呼吸器等管理について
8. バイオ後続品の使用推進について

# 疾患別リハビリテーション料の概要

○ H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料をまとめて、「疾患別リハビリテーション料」という。

項目名	点数	実施時間	標準的算定日数	対象疾患(抜粋)
心大血管疾患 リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) 205点 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) 125点	1単位 20分	150日	○ 急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患、慢性心不全で左室駆出率40%以下 等
脳血管疾患等 リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 245点 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 200点 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) 100点	1単位 20分	180日	○ 脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキンソン病、高次脳機能障害 等
廃用症候群 リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ) 180点 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) 146点 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ) 77点	1単位 20分	120日	○ 急性疾患等に伴う安静による廃用症候群
運動器 リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 185点 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 170点 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 85点	1単位 20分	150日	○ 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍 等
呼吸器 リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ) 85点	1単位 20分	90日	○ 肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、慢性閉塞性肺疾患であって重症度分類Ⅱ以上の状態 等

# 疾患別リハビリテーション料に係る施設基準について(概要)

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

項目名	医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)	器械・器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(I)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	病院 30m <sup>2</sup> 以上 診療所 20m <sup>2</sup> 以上	要	
	(II)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	-	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上				
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(I)	専任常勤2名以上※4	専従従事者 合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	160m <sup>2</sup> 以上※4	要	
	(II)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上※4	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上	病院 100m <sup>2</sup> 以上 診療所 45m <sup>2</sup> 以上		
	(III)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上			病院 100m <sup>2</sup> 以上 診療所 45m <sup>2</sup> 以上		
廃用症候群 リハビリテーション料	(I) ~ (III)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上		-	病院 100m <sup>2</sup> 以上 診療所 45m <sup>2</sup> 以上	要	
	(II)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上					
	(III)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上					
呼吸器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上		-	病院 100m <sup>2</sup> 以上 診療所 45m <sup>2</sup> 以上	要	
	(II)		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上					

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

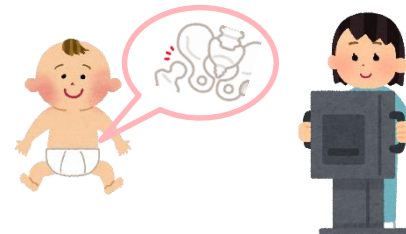
また、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST2名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

# 運動器疾患を有する小児に対する継続的な診療の評価

## 小児運動器疾患指導管理料の見直し

- 小児運動器疾患指導管理料の要件について、以下のとおり見直す。
1. 初回算定日の属する月から起算して**6月以内の期間は月1回**に限り、6月を超えた期間については6月に1回に限り算定することとする。
  2. 算定対象となる患者について、**受診の契機に係る要件を廃止**し、対象年齢を**6歳未満から12歳未満に拡大**する。
  3. **施設基準に係る届出を求める**こととする。



### 現行

[算定要件]

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する**6歳未満**のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。



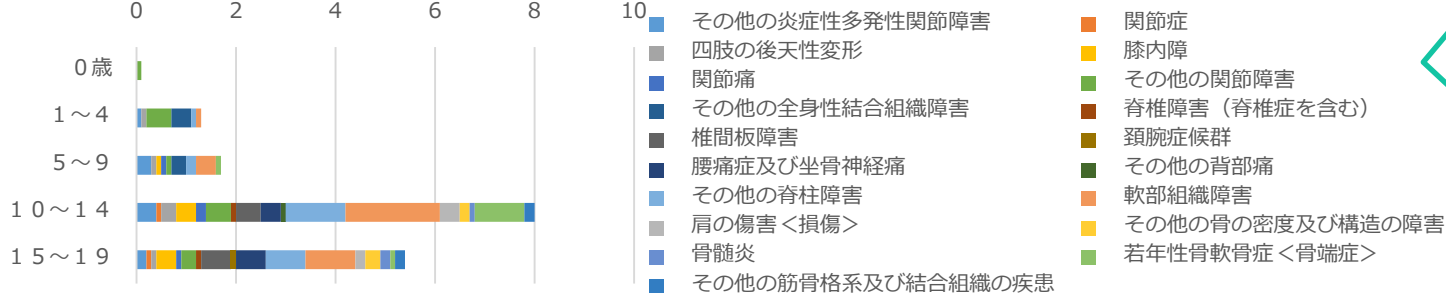
### 改定後

[算定要件]

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって運動器疾患を有する**12歳未満**のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回**(初回算定日の属する月から起算して6月以内は月に1回)**に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

(参考)

0～19歳の患者数（筋骨格系及び結合組織の疾患、小分類）(千人)



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

# 小児運動器疾患指導管理料の概要

- 平成30年度診療報酬改定において、運動器疾患を有する小児に対する専門的な管理に係る評価が新設された。
- 12歳未満の時点で診療を開始していること等が算定要件とされている。

## B001・28 小児運動器疾患指導管理料 250点

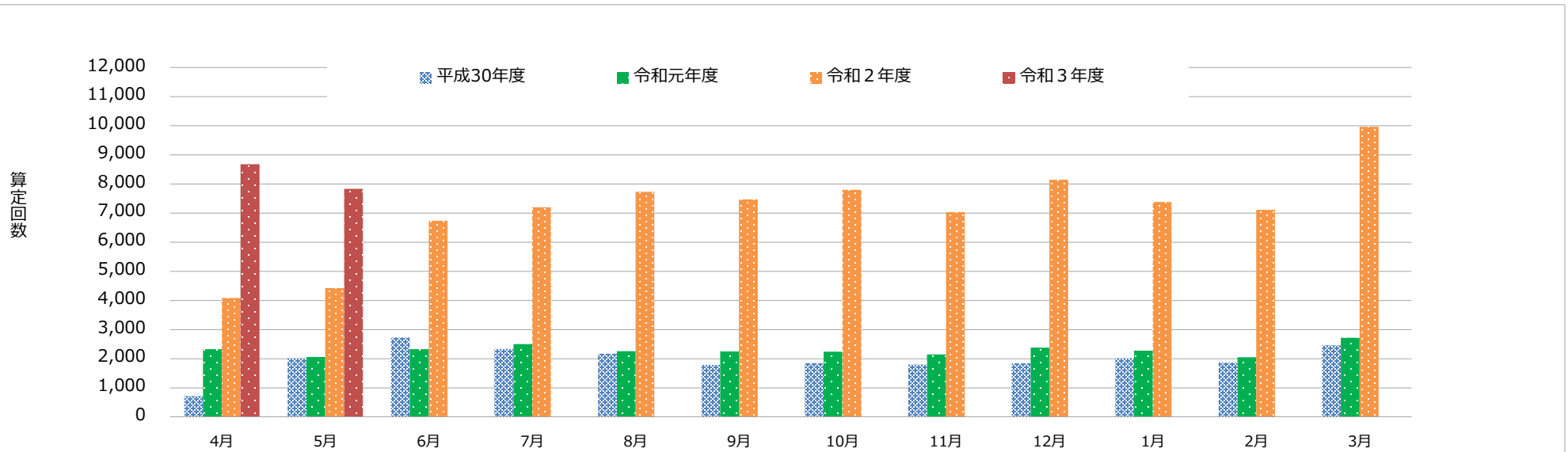
運動器疾患を有する12歳未満の患者に対して、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

### 【対象患者（概要）】

- 対象患者は、以下のいずれかに該当する12歳未満の患者とする。
  - ア 先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者
  - イ 装具を使用する患者
  - ウ 医師が継続的なりハビリテーションが必要と判断する状態の患者
  - エ その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

### 【算定要件（抜粋）】

- 初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載する。
- 6月に1回に限り算定する。（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月に1回）に限り算定する。
- 小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。





# 小児運動器疾患が指摘される学年について

- 小児運動器疾患のうち、例として、先天性股関節脱臼は、歩行障害が出るような重度であれば、早期に発見されることが多いとされているが、亜脱臼例や臼蓋形成不全の場合は痛み等を訴えず、成長期になると運動量の増加と共に、軟骨や骨格の形成が進み亜脱臼位が顕著になり診断されるケースがある。

ペルテス病・大腿骨頭すべり症・  
 発育性股関節形成不全(先天性股関節脱臼)を指摘された学年 (n=15,963)

		ペルテス病	大腿骨頭すべり症	発育性股関節形成不全(先天性股関節脱臼)	
学年	小学1年生	0	0	①	} 11例
	小学2年生	0	0	0	
	小学3年生	0	0	③	
	小学4年生	0	0	0	
	小学5年生	①	①	0	
	小学6年生	0	0	2	
	中学1年生	0	0	4	
	中学2年生	0	0	1	
	中学3年生	0	0	3	
	高校1年生	①	0	1	
	高校2年生	0	0	0	
	高校3年生	0	0	0	

※:平成28年度及び平成29年度の2年間の統計

出典:日本臨床整形外科学会

# 小児運動器疾患の症例について

- 以下の様な症例がみられる。
- 12歳時点で初めて先天性股関節脱臼を指摘された。

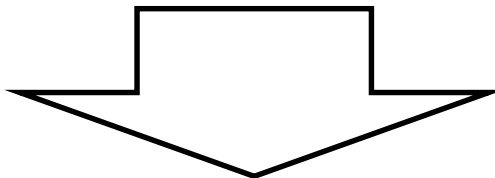
## 12歳女児

歩き方がおかしいということで精査し先天性股関節脱臼と診断された。  
体育の授業は普通に受けていた。



# 運動器疾患管理に係る課題と論点

- ・ 令和2年度診療報酬改定において、小児運動器疾患指導管理料の要件について、対象年齢を6歳未満から12歳未満に拡大する等の見直しを行った。
- ・ 一方で、小児運動器疾患のうち、例として、先天性股関節脱臼は、歩行障害が出るような重度であれば、早期に発見されることが多いとされているが、亜脱臼例や臼蓋形成不全の場合は痛み等を訴えず、成長期になると運動量の増加と共に、軟骨や骨格の形成が進み亜脱臼位が顕著になり診断されるケースがある、との指摘がある。



- 小児運動器疾患に対する評価を適切に行う観点から、評価の在り方について、どのように考えるか。

## 技術的事項(その2)

1. 二次性骨折の管理について
2. 運動器疾患管理について
3. 高度難聴管理について
4. 知的障害者等への医療提供について
5. 検査について
6. 周術期疼痛管理について
7. 人工呼吸器等管理について
8. バイオ後続品の使用推進について

# 難聴の種類と疾患

○ 難聴の種類と、主な疾患は以下のとおり。



## < 伝音難聴 >

主に外耳、中耳に病変

疾患：真珠腫性中耳炎、慢性化膿性中耳炎、耳硬化症、中耳奇形、外傷など



## < 感音難聴 >

主に内耳、聴覚中枢に病変

疾患：加齢性難聴、先天性/遺伝性難聴、メニエール病、突発性難聴、ウイルス感染、薬剤性難聴など



## < 混合性難聴 >

伝音難聴と感音難聴の両方の症状がみられる

# 難聴の臨床経過

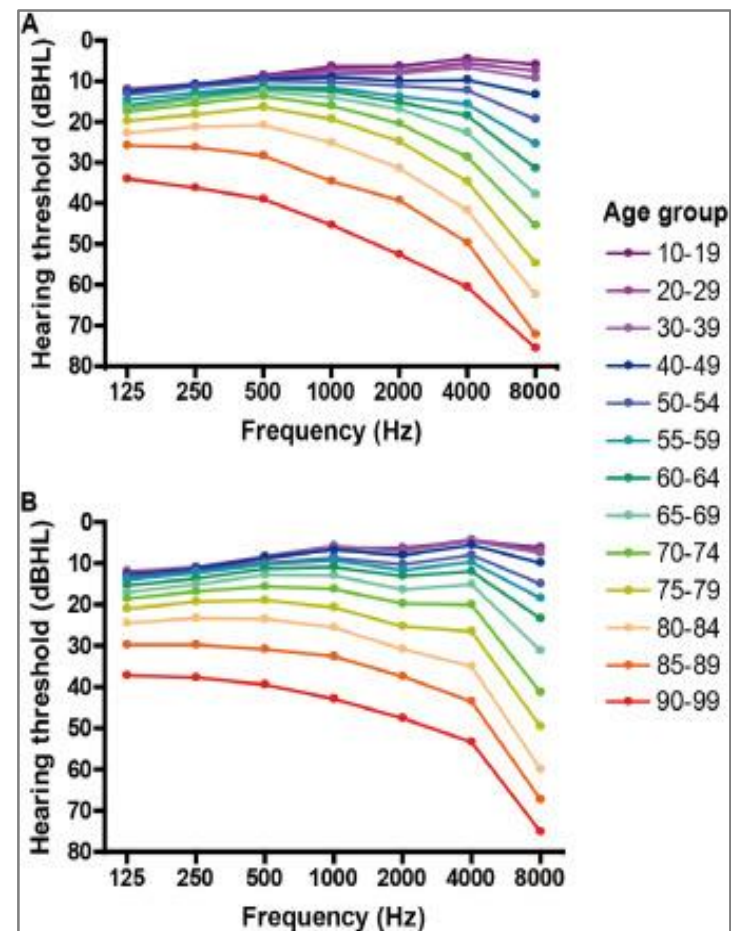
○ 難聴には、聴力レベルが進行性に低下する疾患がある。また、一般的に、聴力レベルは年齢とともに低下する。

## 難聴の疾患の臨床経過の例

- 加齢性難聴：  
高音部の障害ではじまり、年齢とともに中音部、さらに低音部へと難聴が拡大し、聴力レベルは大きく低下する。
- 先天性/遺伝性難聴：  
常染色体優性遺伝形式をとる先天性/遺伝性難聴は進行性難聴を示す。
- 若年発症型両側進行性感音難聴：  
罹病期間20年で約30dBの聴力低下を示す
- メニエール病：  
低音部の障害ではじまるが、発作を繰り返し罹病期間が長くなるにつれて、高音部・中音部にも難聴が拡大し、さらに約40%の症例は両側メニエール病に移行し、最終的に両側高度難聴（聴力レベルが70 dB以上）で固定する。
- 先天性サイトメガロウイルス感染症による感音難聴：  
進行性難聴を示す。
- 薬剤性難聴：  
薬剤（抗がん剤やアミノグリコシド系抗菌薬）投与中止後も聴力低下が進行する。

提供：近畿大学医学部土井勝美教授

## 年代による聴力レベルの比較



出典：Patterns of hearing changes in women and men from denarians to nonagenarians. *Lancet Reg Health West Pac.* 2021 Mar 24;9:100131.

# 高度難聴の患者に対する指導管理等

- 高度難聴の患者に対する指導管理には、人工内耳手術についての説明だけでなく、生活指導や生活環境の整備が含まれる。
- 認知症患者に対して難聴に係る指導を行うことにより、抑うつ症状や精神神経症状が改善するとの結果がある。また他、難聴は認知症の危険因子のひとつであると指摘されている。

## 高度難聴の患者に対する指導管理の内容の例

- 1) 純音聴力検査の実施後、語音聴力検査の必要性について説明
- 2) 語音聴力検査の結果説明と聴覚補聴の必要性について説明
- 3) 人工内耳手術が必要となる病態ならびに人工内耳手術についての説明
- 4) 人工内耳装用下の聴覚リハビリテーションについての説明
- 5) 補聴器や人工内耳を装用する患者の日常生活における生活指導、生活環境の整備
- 6) 高度難聴患者の認知症予防や生活環境についての説明
- 7) WiFiやBluetooth等のデジタル補聴システム、聴覚支援システムについての説明
- 8) 補聴器装用下の聴覚リハビリテーションについての説明
- 9) 高齢患者については、聴覚自己測定アプリ等についての情報提供

提供：近畿大学医学部土井勝美教授

## 難聴と認知症

- 認知症で、重度の抑うつ症状や精神神経症状がある人に対して、訓練を受けた介入者が、外来において聴覚スクリーニング、コミュニケーションの方法、聴覚補助機とその使い方について2時間指導を行ったところ、介入の1か月間後には、介護負担度は変わらなかったものの、抑うつ症状や精神神経症状には改善が認められた。

出典：Sara K.Mamo et al. Hearing Care Intervention for Persons with Dementia: A Pilot Study. *Ame J Geriatr Psychiat.* 25;91-101,2017.

- 6451人を対象とした横断研究において、聴覚が10dB悪化する毎に認知機能が低下し、25dB以上になると顕著に認知機能が低くなるとの結果が出ている。
- 65歳以上の3777人を対象とした25年間の前向き研究においては、聴力に問題があると自覚している者のうち、補聴器を使用していない者にのみ認知症の発症率の増加が見られた。

出典：Gill Livingston et al. Dementia Prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 2020; 396:413-46

# 高度難聴の指導管理

- ▶ 純音聴力検査、語音聴力検査などで聴覚の現状を把握するとともに生活の状況や、難聴に起因する生活上の問題点の聞き取りを行う
- ▶ 聴力の程度を説明し補聴器の必要性について、本人、家族とともに検討を行う

補聴器を装用

補聴器の装用に至らず

## 定期的な聴覚管理

会話時の環境整備・家族等への難聴者への対応についての説明なども含む

加齢等による聴覚の悪化\*

- ✓ 補聴器の再調整・機種変更
- ✓ 補聴器装用が不適合の場合は人工内耳手術を検討

補聴器の装用に関して再度検討

\*ここで言う聴覚の悪化は純音聴力の悪化のみならず、語音明瞭度の低下、加齢やさまざまな難聴疾患による言葉の聞き取りの悪化などを含む



# 高度難聴指導管理料

○ 高度難聴の患者に対する指導管理は、平成6年に新設されたが、人工内耳植込術を行った患者以外の場合は、算定が1回に限られている。

➤ 高度難聴の患者に対して必要な療養上の指導を行った場合に評価。

(平成6年度新設)

イ	区分番号 K 328 に掲げる人工内耳植込術を行った日から起算して 3月以内の期間に行った場合	500点
ロ	イ以外の場合	420点

## 【算定要件】

- K 328 人工内耳植込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60dB以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、耳鼻咽喉科の常勤医師が耳鼻咽喉科学的検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- 区分番号 K 328 に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定。
- 指導内容の要点を診療録に記載する。

## 【施設基準】

- 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。
  - (1) 人工内耳植込術の施設基準を満たしている。
  - (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されている。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている耳鼻咽喉科の非常勤医師(5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する医師に限る)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- 施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に届出を行う必要はない。

# 日本耳鼻咽喉科学会による補聴器相談医に係る研修

- 一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会は、補聴器に係る適切な指導を推進することを目的として、補聴器相談医に係る研修を開催している。

## 「日本耳鼻咽喉科学会補聴器キーパーソンおよび日本耳鼻咽喉科学会補聴器相談医規則」 抜粋

第2条 日本耳鼻咽喉科学会(以下「日耳鼻学会」という。)は、補聴器医療に関する専門的な助言・指導が行えるように一定の研修を修了した会員に補聴器相談医を委嘱する。

第4条 「補聴器相談医」委嘱のための講習会のカリキュラムは、以下のとおりとする。

1.講習会カリキュラムは、下記の8項目より8講義(6時間)、実技講習は2項目(2時間)とする。

### [講義]

(1)聴覚検査と補聴器(45分)

適応決定のための検査/補聴効果予測とフィッティングのための検査/乳幼児・小児の補聴器適用

(2)補聴効果の診断(45分)

問診/適合評価/補聴器装用者の聴覚管理

(3)補聴器の種類と機能(45分)

外観(挿耳形・耳掛形)/増幅法(リニア・ノンリニア増幅)/最大出力制限/音質調整/雑音抑制

(4)フィッティングのための調整手段(45分)

最大出力制限/音質調整/雑音抑制/音響的調節(イヤモールド、フック、ベント)

(5)最新の補聴器とその価格(45分)

最新の補聴器/新しい機能/低価格の機種/高価格の機種

(6)装用指導(45分)

使用法と指導/患者の不満と対策

(7)福祉医療と相談(45分)

補聴器の公的給付/認定補聴器技能者・専門店との連携/日耳鼻の動向/販売店へのクレームと対処法

(8)関連法規(45分)

障害者総合支援法/薬機法/特定商取引法

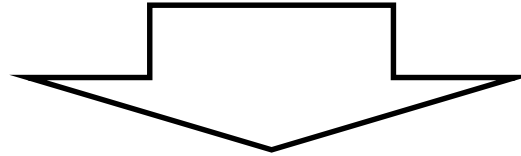
### [実技講習]

(1)補聴器特性測定(60分)

(2)耳型採型(60分)

## 高度難聴管理に係る課題と論点

- ・ 難聴の原因となる疾患には、聴力レベルが進行性に低下する疾患がある。また、一般的に、聴力レベルは年齢とともに低下する。
- ・ 高度難聴の患者に対する指導管理には、人工内耳手術についての説明だけでなく、生活指導や生活環境の整備が含まれる。
- ・ 認知症患者に対して難聴に係る指導を行うことにより、抑うつ症状や精神神経症状が改善するとの結果がある。また他、難聴は認知症の危険因子のひとつであると指摘されている。
- ・ 高度難聴の患者に対する指導管理は、平成6年に新設されたが、人工内耳植込術を行った患者以外の場合は、算定が1回に限られている。
- ・ 一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会は、補聴器に係る適切な指導を推進することを目的として、補聴器相談医に係る研修を開催している。



- 高齢化の進展や認知症患者の増加に伴い、難聴患者に対する生活指導等が一層重要となる中で、高度難聴指導管理料の在り方について、どのように考えるか。

## 技術的事項(その2)

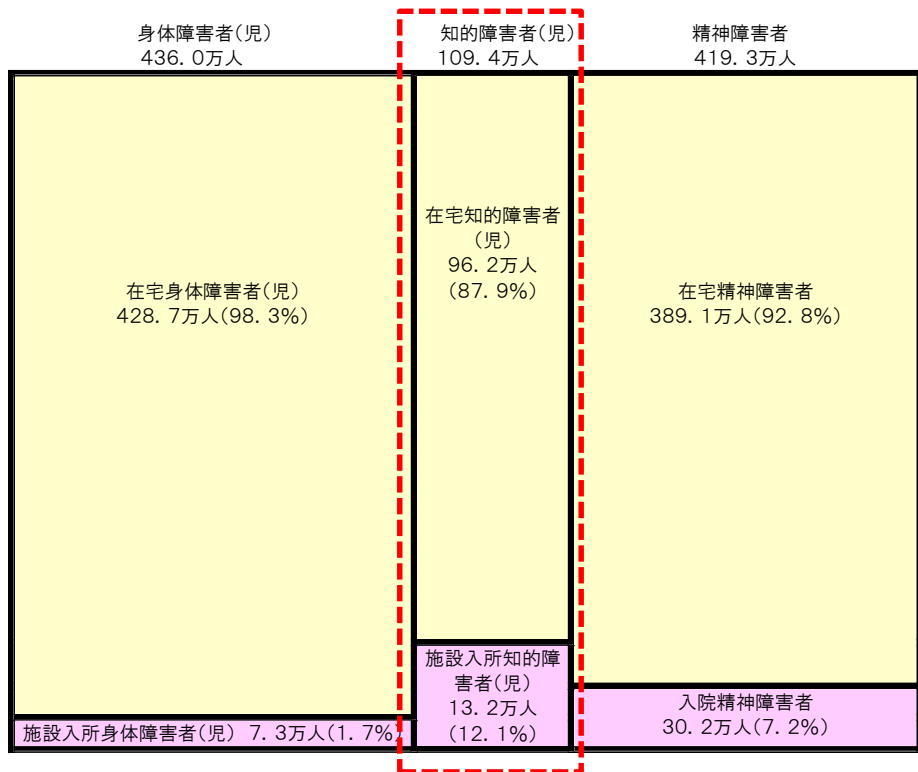
1. 二次性骨折の管理について
2. 運動器疾患管理について
3. 高度難聴管理について
4. 知的障害者等への医療提供について
5. 検査について
6. 周術期疼痛管理について
7. 人工呼吸器等管理について
8. バイオ後続品の使用推進について

# 障害者の総数・在宅施設別・年齢別[推計]

- 障害者の総数は964.7万人であり、人口の約7.6%に相当。
- 身体障害者は436.0万人、知的障害者は109.4万人、精神障害者は419.3万人。  
うち施設入所身体障害者7.3万人、施設入所知的障害者13.2万人、入院精神障害者30.2万人。

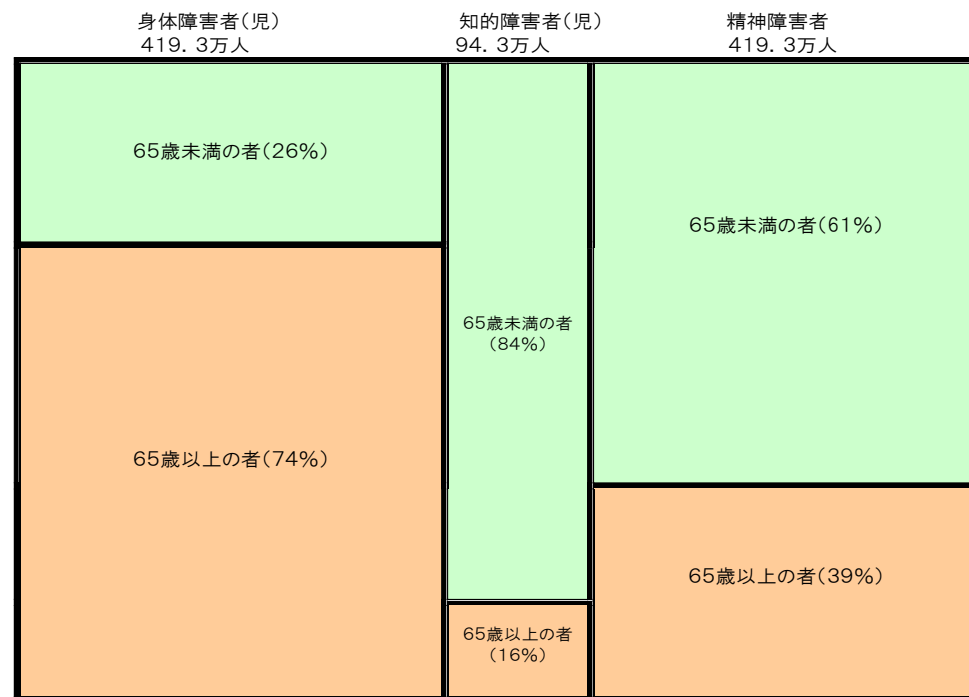
## (在宅・施設別)

障害者総数 964.7万人(人口の約7.6%)  
うち在宅 914.0万人(94.7%)  
うち施設入所 50.7万人(5.3%)



## (年齢別)

65歳未満 48%  
65歳以上 52%



※身体障害者(児)及び知的障害者(児)数は平成28年(在宅)、平成30年(施設)の調査等、精神障害者数は平成29年の調査による推計。年齢別の身体障害者(児)、知的障害者(児)数は在宅者数(年齢不詳を除く)での算出。  
 ※身体障害者(児)及び知的障害者(児)には高齢者施設に入所している者は含まれていない。  
 ※平成28年の調査における在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は鳥取県倉吉市を除いた数値である。  
 ※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は、障害者手帳所持者数の推計。障害者手帳非所持で、自立支援給付等(精神通院医療を除く。)を受けている者は19.4万人と推計されるが、障害種別が不明のため、上記には含まれていない。  
 ※複数の障害種別に該当する者の重複があることから、障害者の総数は粗い推計である。

# 障害者支援施設等入所者の医療機関の受診等の課題

～「障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査報告書」から～

- 障害者支援施設等入所者の診療で対応困難だった経験を有する医療機関の割合は約27%。
- 入所施設にとって、入所者の医療機関の受診等について「症状を自己申告出来ない入所者は、受診の判断が困難」「検査・診察の待機時間が長い又は待機が困難」などの課題がある。

○本調査では障害者支援施設等を通じて日常的に連携する医療機関に回答を依頼した。回答のあった医療機関の属性は以下のとおり(n=230)

## 1)医療機関の施設種別

病院(31.3%)、有床診療所(5.2%)、無床診療所(63.5%)

## 2)標榜診療科(複数回答)

内科(56.5%)、外科(18.7%)、整形外科(20.9%)、小児科(17.4%)、産婦人科(3.5%)、呼吸器科(16.1%)、循環器科(15.2%)、精神科(31.3%)、眼科(7.8%)、耳鼻咽喉科(6.1%)、歯科(27.8%)、泌尿器科(7.4%)、皮膚科(12.6%)、その他(20.4%)※

※リハビリテーション科、心療内科、神経内科、脳神経外科、形成外科、アレルギー科 等

## 3)診療したことのある入所者の主な障害特性

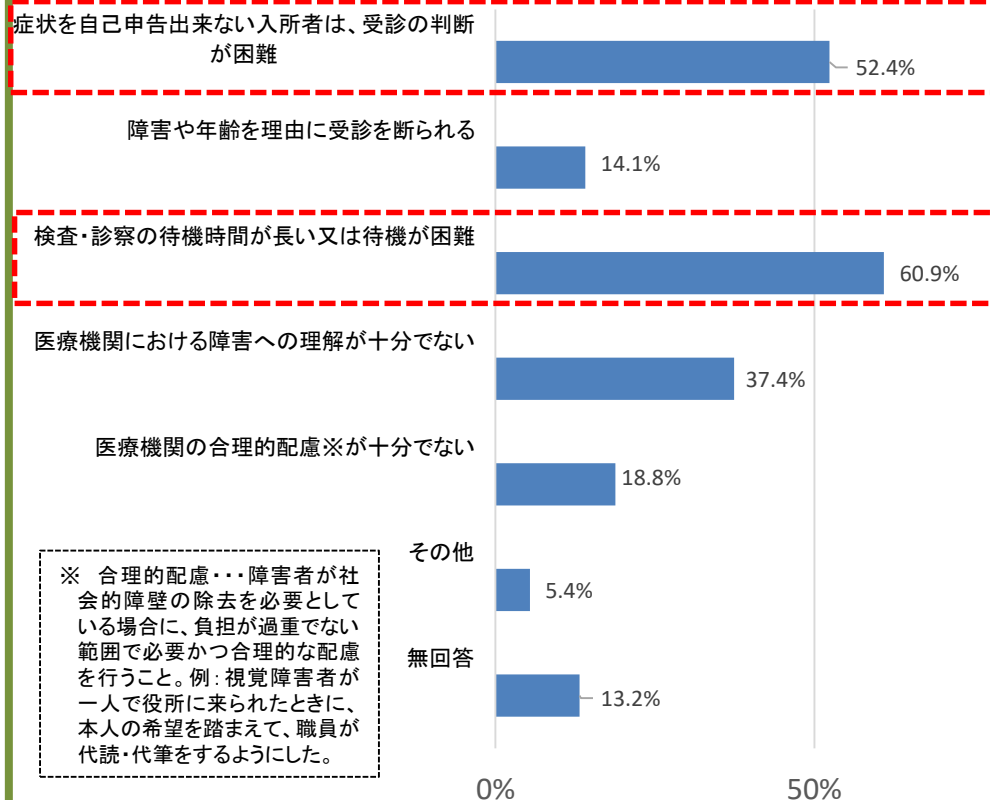
視覚障害(10.4%)、聴覚・平衡機能障害(6.5%)、肢体不自由(36.5%)、内部障害(8.3%)、精神障害(55.2%)、知的障害(81.7%)、発達障害(自閉症など)(18.7%)、高次脳機能障害(18.7%)、その他(3.5%)

○障害者支援施設等の入所者の受診で対応困難だった経験の有無(令和元年度1年間について)

ある(26.5%)、ない(73.5%)

## 入所者の医療機関の受診等についての課題 (施設等\_複数回答)(n=1183)

(回答者:障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、グループホーム)



出典:障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査報告書(令和2年度障害者総合福祉推進事業)

※調査対象は障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、共同生活援助(グループホーム)(以下「入所施設等」)及び障害者支援施設等と連携する医療機関(以下「医療機関」)

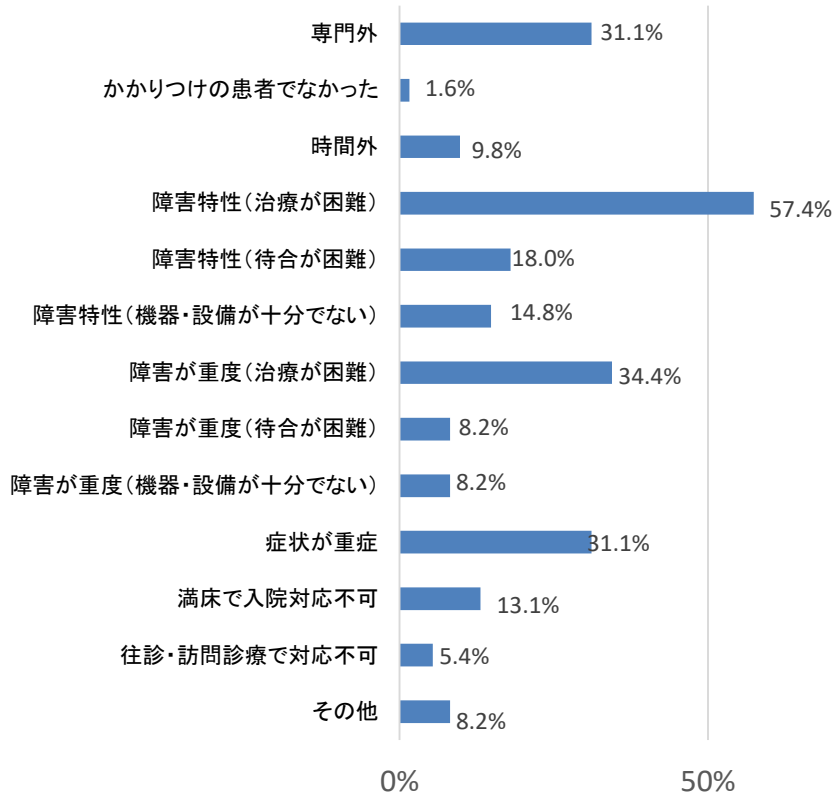
※回収率:入所施設等:53.2%(1,183有効回収数/2,222配布数)

医療機関:入所施設等が日常的に連携している医療機関に入所施設等を通じて回答を依頼(入所施設等1カ所最大5医療機関)し、230医療機関が回答

# 障害者支援施設等入所者の医療機関の受診等の課題

- 医療機関が対応困難な理由としては、「障害特性」「障害が重度」と回答した割合が高い。
- 対応が困難だった入所者の状況等としては「安静・治療の継続が困難」「強いこだわり」などがあつた。また、必要な具体的支援としては「日常的な関わりの強化」「互いの情報共有」「早期段階からの相談体制」などの意見があつた。

医療機関における対応が困難だった理由(複数回答)  
(対応困難だった経験がある医療機関、複数回答)(n=61)



## 【対応が困難だった入所者の状況等(自由記述)】

- ・ 安静・治療の継続が困難
- ・ 発達障害による強いこだわり
- ・ 診察を抵抗・拒否する
- ・ 恐怖心が強く検査・治療ができない
- ・ コミュニケーションが取れない
- ・ 知的障害に伴う激しい診療拒否
- ・ 強度行動障害による激しい診療拒否 等

## 【障害者支援施設等との連携において必要な支援(自由記述)】

- ・ 患者の退院先となるため、日常的な関わりを強化し、コミュニケーションを図る必要
- ・ 互いに情報共有、検討していくことの積み重ねが必要
- ・ 早期段階からの相談体制
- ・ 新型コロナウイルス対策にかかる支援 等

出典:障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査報告書(令和2年度障害者総合福祉推進事業)

※調査対象は障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、共同生活援助(グループホーム)と連携する医療機関

# てんかんについて

○ 様々な原因によってもたらされる慢性の脳疾患であって、大脳神経細胞の激しい電氣的な乱れ(てんかん発作)を特徴とし、それにさまざまな臨床症状や検査所見がともなうもの

## 患者数

- 患者調査による推計患者数：21万8千人（平成29年）
- 文献等によれば、てんかんの発症率は0.5～1%との推計もあり、わが国のてんかん患者数は100万人にのぼる可能性がある。
- 平成24年度の厚生労働科学研究において、てんかんの中核群は有病率は千人当たり2.95人、周辺群も含めた有病率は千人当たり7.24人という結果がでており、日本の人口（127,799千人）に当てはめると、中核群で37.7万人、周辺群も含めると最大92.5万人という結果であった。

## 原因

大きくは症候性てんかんと特発性てんかに分けられる。

- 症候性てんかん  
脳に何らかの障害や傷があることによって起こるてんかん  
（例）生まれたときの仮死状態や低酸素、脳炎、髄膜炎、脳出血、脳梗塞、脳外傷など
- 特発性てんかん  
様々な検査をしても明らかな原因が見つからない、原因不明のてんかん

## 症状

- 意識の消失
- 全身を硬直させる「強直発作」
- ガクガクと全身がけいれんする「間代発作」
- 体を一瞬ビクッとさせる「ミオクロニー発作」  
など様々な症状を認める

## 診断

- 発作の種類と症状
- 脳波検査、脳磁図検査
- CT、MRI、SPECTなどの脳画像検査
- 血液検査  
などから総合的に診断する

## 治療

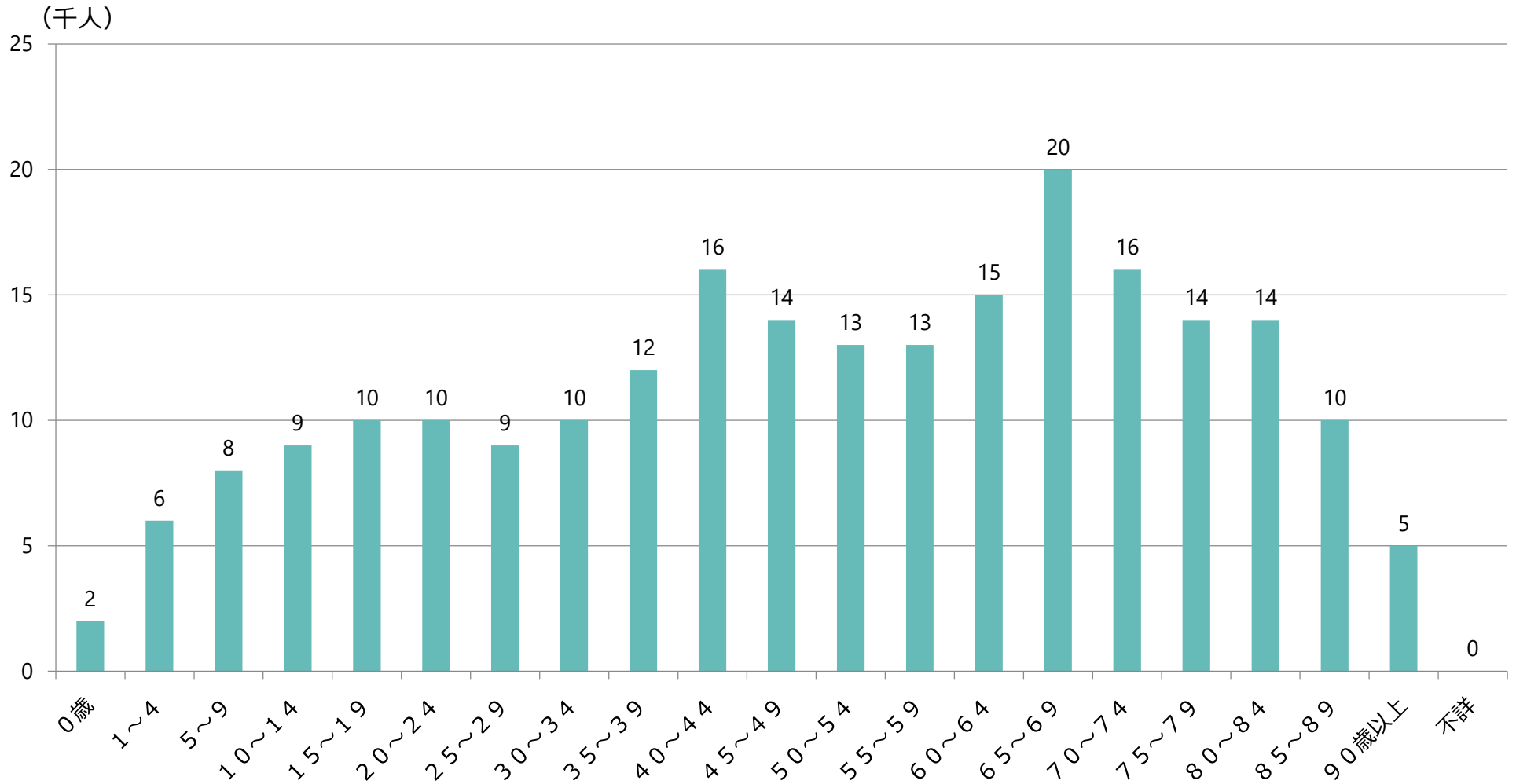
- 抗てんかん薬\*の内服が主
- 薬物療法で発作が抑制されない難治性てんかんに対しては、外科手術が検討されることもある
- 精神障害者保健福祉手帳の対象となる

\*抗てんかん薬：脳の神経細胞の電氣的な興奮をおさえたり、興奮が他の神経細胞に伝わっていかないようにすることで発作の症状をおさえる薬



# てんかんの年齢別患者数

○ 平成29年 患者調査より作成、総数:21.8万人(平成26年 患者総数:25.2万人)



# 知的障がいのあるてんかん患者について

- 厚生労働科学研究によれば、知的障がい通所施設においては、本邦においてもてんかんの患者が多いことが明らかとなり、何らかの介入が必要と思われる症例が一定数いた。
- 知的障がい者のてんかんに対する診断、治療は容易ではなく、てんかん診療拠点施設との診療連携が求められている。

## 厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)分担研究報告書 てんかんの地域診療連携体制推進のためのてんかん診療拠点病院運用ガイドラインに関する研究

### 【研究の背景と結果】

太組分担班:ポリファーマシーと障害児入所施設(対象に成人を含む)

- ・ 自身の主訴を伝えることが難しい知的障がい者のてんかん医療に着目して、知的障がい児入所施設(1施設)を調査対象とした調査を行ったところ、「てんかん」の病名がつけられ、抗てんかん薬投与をされていた患者は23%であった。
- ・ 少なくとも17%程度が真のてんかんであると考えられた。
- ・ 聞き取り調査対象の15名中、薬剤調整など何らかの介入が必要と思われる例は10例であった。(非てんかんと思われるものが2例、明らかな発作コントロール不良は2例(3剤以上服用)、診断が適切か不明のものが2例、ベンゾジアゼピン系薬剤使用が2例、薬剤減量の検討できるものが2例)

### 【結果を踏まえた考察】

- ・ てんかんの有病率は0.8%程度である。知的障がい通所施設に通所するてんかん患者が多い(諸外国の資料でも同様)
- ・ 知的障がい者のてんかん診断は容易ではない
- ・ パイロット調査でも、ベンゾジアゼピン単剤による長期処方事例がみられた。ベンゾジアゼピン長期服薬には身体依存や急性離脱症状などの問題がある。
- ・ 患者の投薬調整は容易ではなく手間もかかる
- ・ 利用者が、適切なてんかん診療の恩恵を享受し、最新てんかん診療と結びつけられるために、障がい児入所施設(対象に成人を含む)とてんかん診療拠点施設との診療連携が構築されることが望ましい(障がい児入所施設は福祉型 260施設(児童入所数 5,444名・18歳以上入所数 1,500名)・医療型 268施設(児童入所数 3,283名・18歳以上 18,141名)である(労働省社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課 障害児・発達障害者支援室調べ。平成31年3月26日時点))。

# 知的障がいのあるてんかん患者について

- システマティックレビューにおいても、知的障がい者についててんかん診断の難しさと誤診の高さが指摘されている。
- てんかん診断が難しい理由として、知的障がい者の各種症候が指摘されており、知的障がい者の専門家による介入や、専門的検査を受けていない現状に関して指摘されている。

## 知的障がい者のてんかんの誤診に関するシステマティックレビュー

- ・ てんかんは知的障がい者で頻度が高いが、診断が難しく、25%程度の症例で誤診が起こる。
- ・ 知的障がい者で認められる症候がてんかんの誤診をもたらしている。
- ・ 知的障がい者で専門家により診断される割合が多くない。
- ・ 専門的な検査を受けた患者が少ない。

## てんかんの誤診をもたらす可能性のある知的障がい者で認められる症候

- ・ 行動
- ・ 繰り返される瞬きや嚙下
- ・ 不意の笑顔やにやけ顔のエピソード
- ・ つばを吐く行為
- ・ 不注意、無反応、静止、明らかな精神運動停止
- ・ 痙攣のまね
- ・ 頭や目の回転

等

# てんかん地域診療連携体制整備事業

令和2年度予算: 14,619千円 → 令和3年度予算: 17,817千円

てんかん患者が、地域において適切な支援を受けられるよう、てんかん診療における地域連携の在り方を提示し、てんかん拠点医療機関間のネットワーク強化により全国で均一なてんかん診療を行える体制を整備。

## 現状と課題

平成30年度からの第7次医療計画により、各都道府県において、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確化することとされており、国が国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターをてんかん全国支援センターに指定し、都道府県において、てんかんの治療を専門的に行っている医療機関のうち、1か所をてんかん支援拠点病院として指定し、各都道府県のてんかんの医療連携体制の構築に向けて、知見の集積やてんかん診療のネットワーク作り等を引き続き進めていく必要がある。

### 地域

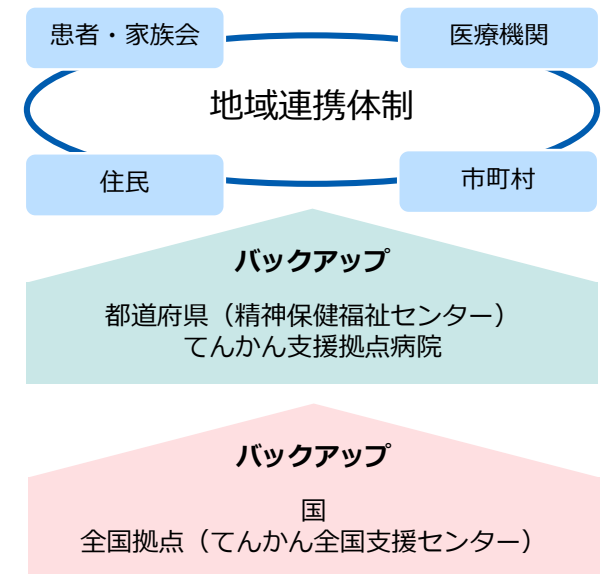
てんかんの特性や支援方法に関する知識が浸透するように取り組むとともに、市町村、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、適切な医療につながる地域の実現を目指す。

### 都道府県（精神保健福祉センター、保健所）・てんかん支援拠点病院

第7次医療計画に基づいて、「都道府県拠点機能」「地域連携拠点機能」「地域精神科医療提供機能」を有する医療機関を指定し、都道府県との協働によって、てんかんに関する知識の普及啓発、てんかん患者及びその家族への相談支援及び治療、他医療機関への助言・指導、医療従事者等に対する研修、関係機関との地域連携支援体制の構築のための協議会を開催する。また、てんかん診療支援コーディネーターを配置し、てんかん患者及びその家族に対し、相談援助を適切に実施する。

### 国・全国拠点（てんかん全国支援センター）

各てんかん診療拠点機関で得られた知見を集積し、てんかん診療における地域連携体制モデルを確立すると共に、都道府県・各診療拠点機関への技術的支援を行う。



## 期待される成果

1. 地域住民や医療従事者に対して、てんかんに関する正しい知識の普及
2. てんかん診療における地域連携体制構築、てんかん診療の均てん化

# てんかんの医療連携体制について(イメージ)

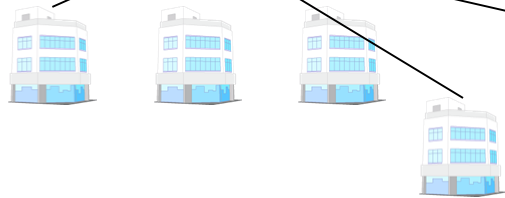
中医協 総 - 1  
3 . 1 0 . 2 2

- 「てんかん患者が、地域において適切な支援を受けられるよう、てんかん診療における地域連携の在り方を提示し、てんかん拠点医療機関間のネットワーク強化により全国で均一なてんかん診療を行える体制」を整備するため、国が国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターをてんかん全国支援センターに指定し、都道府県において、てんかんの治療を専門的に行っている医療機関のうち、1か所をてんかん支援拠点病院として指定し、各都道府県のてんかんの医療連携体制の構築に向けて、知見の集積やてんかん診療のネットワーク作り等を進めている。
- 令和3年7月現在、てんかん全国支援センターについては全国1か所、てんかん支援拠点病院については全国23か所において整備されている。
- 地域で柱となる専門医療機関を整備されることにより、てんかん患者・家族が地域で安心して診療できるようになる。



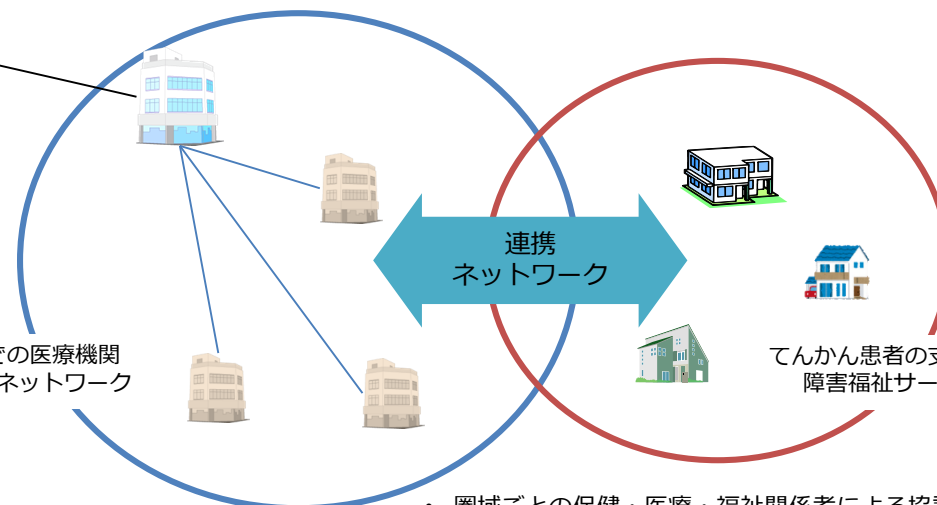
てんかん全国支援センター  
(国立精神・神経医療研究センター)

- てんかん診療支援コーディネーター研修の実施
- てんかんの治療を行っている医療機関の支援



てんかん支援拠点病院  
(R3年7月末時点：23か所)

地域での医療機関  
連携・ネットワーク



- てんかん学会やてんかん協会と連携し、てんかん支援拠点病院の確保
- 『てんかん地域診療連携体制整備事業』の予算確保
- てんかん患者・家族が地域で安心して暮らせるよう関係団体と協力して、てんかんの正しい知識と理解を進める。

- 圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制の構築

# かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

## 遠隔連携診療料の創設

- 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について、新たな評価を行う。

### B005-11 遠隔連携診療料

(新) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

#### [対象患者]

- ・ 指定難病の疑いがある患者
- ・ てんかん(外傷性のてんかんを含む)の疑いがある患者

#### [対象医療機関] ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院
- ・ てんかん診療拠点機関

#### [算定要件]

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について  
患者説明・同意



主治医のもとで遠隔地の医師がオンライン診療を行う(初診可)



# 障害者医療に係る課題と論点

- ・ 障害者支援施設等入所者の診療で対応困難だった経験を有する医療機関の割合は約27%であり、入所施設にとって、入所者の医療機関の受診等について「症状を自己申告出来ない入所者は、受診の判断が困難」「検査・診察の待機時間が長い又は待機が困難」などの課題がある。
- ・ 医療機関が対応困難な理由としては、「障害特性」「障害が重度」と回答した割合が高い。対応が困難だった入所者の状況等としては「安静・治療の継続が困難」「強いこだわり」などがあつた。また、必要な具体的支援としては「日常的な関わりの強化」「互いの情報共有」「早期段階からの相談体制」などの意見があつた。
- ・ 研究班の報告によると、知的障害を有する患者のてんかん疑いにおいても、遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場枠組みが活用できる場合がある。さらにこの場合、投薬調整等について、適切に実施できる場合がある。
- ・ 令和2年度診療報酬改定では、希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合の評価として、遠隔連携診療料が新設された。



## 【論点】

- 障害者医療において、障害者支援施設等入所者の診療における対応困難な状況や課題も踏まえつつ、知的障害を有するてんかん疑い患者に対して、情報通信機器を用いててんかん診療拠点施設と連携しつつ診療を実施することについて、どのように考えるか。

## 技術的事項(その2)

1. 二次性骨折の管理について
2. 運動器疾患管理について
3. 高度難聴管理について
4. 知的障害者等への医療提供について
5. 検査について
  - 5-1 遺伝学的検査について
  - 5-2 遺伝カウンセリングについて
6. 周術期疼痛管理について
7. 人工呼吸器等管理について
8. バイオ後続品の使用推進について



# 遺伝学的検査

- 遺伝学的検査は、以下の遺伝子疾患が疑われる場合であって、関係学会のガイドライン等を遵守して実施した場合に算定できる。
- エ、オに掲げる遺伝子疾患は、診断に遺伝学的検査が必須の指定難病であり、「遺伝学的検査の実施に関する指針」を遵守し検査を実施していることを施設基準としている。

	ア PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの	イ PCR法による場合に算定できるもの	ウ ア、イ、エ及びオ以外のもの	エ 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地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
<b>1 処理が容易なもの (3,880点)</b>	デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー、家族性アミロイドーシス	球脊髄性筋萎縮症	筋強直性ジストロフィー、先天性難聴	ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)、脆弱X症候群	TNF受容体関連周期性症候群、中條-西村症候群、家族性地中海熱
<b>2 処理が複雑なもの (5,000点)</b>	福山型先天性筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症	ハンチントン病、網膜芽細胞腫、甲状腺髄様癌、多発性内分泌腫瘍症Ⅰ型	フェニルケトン尿症、ホモシチン尿症、シトルリン血症(Ⅰ型)、アルギノコハク酸血症、イソ吉草酸血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症Ⅰ型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、CPT1欠損症、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症	プリオン病、クリオピリン関連周期性熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、ブラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、DYT1ジストニア、DYT6ジストニア/PTD、DYT8ジストニア/PNKG1、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1	ソト症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォア病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コストロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンブソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンD依存性くる病/骨軟化症、ネイルパテラ症候群(爪膝蓋症候群)/LMX1B関連症、グルコーストランスポーター1欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病(糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型)、筋型糖原病(糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型)、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症
<b>3 処理が極めて複雑なもの (8,000点)</b>	栄養障害型表皮水疱症、先天性QT延長症候群	—	メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、MTP(LCHAD)欠損症、色素性乾皮症、ロイスディーツ症候群、家族性大動脈瘤・解離	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ベリー症候群、クルーズン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ピクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群(血管型)、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群	ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンconi貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群

# 遺伝学的検査に係るこれまでの経緯

- 遺伝学的検査は、平成18年度診療報酬改定において、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び福山型筋ジストロフィーを対象に保険適用され、以降、対象疾患が拡充されてきた。
- 現行の診療報酬においては、148疾患が対象となっている。

年度	診療報酬上の評価及び対象疾患	
平成18年度	D006-4 進行性筋ジストロフィー遺伝子検査 デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び福山型筋ジストロフィー	2,000点
平成20年度	D006-4 遺伝病的検査 【追加】栄養障害型表皮水疱症、家族性アミロイドーシス、先天性QT延長症候群、脊髄性筋萎縮症、中枢神経白質形成異常症、ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病、ボンベ病	2,000点
平成22年度	D006-4 遺伝学的検査 【追加】ハンチントン舞蹈病、球脊髄性筋萎縮症	4,000点
平成24年度	D006-4 遺伝学的検査 【追加】フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症（Ⅰ型）、アルギノコハク酸血症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、イソ吉草酸血症、メチルクロトニルグリシン血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症Ⅰ型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、MTP(LCHAD)欠損症、CPT1欠損症、筋強直性ジストロフィー、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症、色素性乾皮症、先天性難聴	4,000点
平成26年度	D006-4 遺伝学的検査 【追加】なし	3,880点
平成28年度	D006-4 遺伝学的検査 【追加】神経有棘赤血球症など42疾患	3,880点
平成30年度	D006-4 遺伝学的検査 【追加】遺伝性自己炎症疾患、先天異常症候群、エプスタイン症候群	3,880点/5,000点/8,000点（評価を細分化）
令和2年度	D006-4 遺伝学的検査 【追加】副腎皮質刺激ホルモン不応症など73疾患	3,880点/5,000点/8,000点

- 関係学会によるガイドラインにおいては、遺伝学的検査の実施に当たって、①分析的妥当性、②臨床的妥当性、③臨床的有用性の3点の確認が必要とされている。

< 「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」 (日本医学会、2011年2月) >

遺伝学的検査は、その分析的妥当性、臨床的妥当性、臨床的有用性などを確認した上で、臨床的および遺伝学的に有用と考えられる場合に実施する。

## ① 分析的妥当性

検査法が確立しており、再現性の高い結果が得られるなど精度管理が適切に行われていることを意味しており、変異があるときの陽性率、変異がないときの陰性率、品質管理プログラムの有無、確認検査の方法などの情報に基づいて評価される。

## ② 臨床的妥当性

検査結果の意味づけが十分になされていることを意味しており、感度(疾患があるときの陽性率)、特異度(疾患がないときの陰性率)、疾患の罹患率、陽性的中率、陰性的中率、遺伝型と表現型の関係などの情報に基づいて評価される。

## ③ 臨床的有用性

検査の対象となっている疾患の診断がつけられることにより、今後の見通しについての情報が得られたり、適切な予防法や治療法にむすびつけることができるなど臨床上のメリットがあることを意味しており、検査結果が被件者に与える影響や効果的な対応方法の有無などの情報に基づいて評価される。

## 指定難病の場合の考え方

- 第三者による施設認証や、標準化された手順の遵守等による分析的妥当性の確認が必要
- 厚生労働科学研究班による調査研究を踏まえ、厚生科学審議会疾病対策部会で決定された客観的な診断基準において、当該疾患の診断のために必須の検査として位置づけられており、臨床的妥当性は確認されている
- 厚生労働大臣が指定する指定難病の診断が可能であり、臨床的有用性は確認されている

# 令和2年度診療報酬改定における対応①

## 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価①

- 診断基準において、遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。
- 診断基準において、臨床症状、他の検査等で診断がつかない場合に遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、臨床症状、他の検査等では診断できない場合に限り、遺伝学的検査の対象とする。

### 現行

#### 【遺伝学的検査】

- |               |        |
|---------------|--------|
| 1 処理が容易なもの    | 3,880点 |
| 2 処理が複雑なもの    | 5,000点 |
| 3 処理が極めて複雑なもの | 8,000点 |

#### [対象疾患]

エ 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地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの  
ライソゾーム病など41疾患



### 改定後

#### 【遺伝学的検査】

- |               |        |
|---------------|--------|
| 1 処理が容易なもの    | 3,880点 |
| 2 処理が複雑なもの    | 5,000点 |
| 3 処理が極めて複雑なもの | 8,000点 |

#### [対象疾患]

エ 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地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの  
**副腎皮質刺激ホルモン不応症など7疾患を追加**

**オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの  
脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)など65疾患**

# 令和2年度診療報酬改定における対応②

## 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価②

### [対象疾患]

	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地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易なもの	ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)及び脆弱X症候群	<a href="#">TNF受容体関連周期性症候群</a> 、 <a href="#">中條-西村症候群</a> 、 <a href="#">家族性地中海熱</a>
2 処理が複雑なもの	プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスマンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マガニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、 <a href="#">副腎皮質刺激ホルモン不応症</a> 、 <a href="#">DYT1ジストニア</a> 、 <a href="#">DYT6ジストニア/PTD</a> 、 <a href="#">DYT8ジストニア/PNKD1</a> 、 <a href="#">DYT11ジストニア/MDS</a> 、 <a href="#">DYT12/RDP/AHC/CAPOS</a> 、 <a href="#">パントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1</a>	<a href="#">ソトス症候群</a> 、 <a href="#">CPT2欠損症</a> 、 <a href="#">CACT欠損症</a> 、 <a href="#">OCTN-2異常症</a> 、 <a href="#">シトリン欠損症</a> 、 <a href="#">非ケトーシス型高グリシン血症</a> 、 <a href="#">β-ケトチオラーゼ欠損症</a> 、 <a href="#">メチルグルタコン酸血症</a> 、 <a href="#">グルタル酸血症2型</a> 、 <a href="#">先天性副腎低形成症</a> 、 <a href="#">ATR-X症候群</a> 、 <a href="#">ハッチンソン・ギルフォード症候群</a> 、 <a href="#">軟骨無形成症</a> 、 <a href="#">ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病</a> 、 <a href="#">ラフォラ病</a> 、 <a href="#">セピアプテリン還元酵素欠損症</a> 、 <a href="#">芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症</a> 、 <a href="#">オスラー病</a> 、 <a href="#">CFC症候群</a> 、 <a href="#">コストロ症候群</a> 、 <a href="#">チャージ症候群</a> 、 <a href="#">リジン尿性蛋白不耐症</a> 、 <a href="#">副腎白質ジストロフィー</a> 、 <a href="#">ブラウ症候群</a> 、 <a href="#">瀬川病</a> 、 <a href="#">鰓耳腎症候群</a> 、 <a href="#">ヤング・シンプソン症候群</a> 、 <a href="#">先天性腎性尿崩症</a> 、 <a href="#">ビタミンD依存性くる病/骨軟化症</a> 、 <a href="#">ネイルパテラ症候群(爪膝蓋症候群)/LMX1B関連腎症</a> 、 <a href="#">グルコーストランスポーター1欠損症</a> 、 <a href="#">甲状腺ホルモン不応症</a> 、 <a href="#">ウィーバー症候群</a> 、 <a href="#">コフィン・ローリー症候群</a> 、 <a href="#">モワット・ウィルソン症候群</a> 、 <a href="#">肝型糖原病(糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型)</a> 、 <a href="#">筋型糖原病(糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型)</a> 、 <a href="#">先天性プロテインC欠乏症</a> 、 <a href="#">先天性プロテインS欠乏症</a> 、 <a href="#">先天性アンチトロンビン欠乏症</a>
3 処理が極めて複雑なもの	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群(血管型)、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群	<a href="#">ドラベ症候群</a> 、 <a href="#">コフィン・シリリス症候群</a> 、 <a href="#">歌舞伎症候群</a> 、 <a href="#">肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)</a> 、 <a href="#">ヌーナン症候群</a> 、 <a href="#">骨形成不全症</a> 、 <a href="#">脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)</a> 、 <a href="#">古典型エーラス・ダンロス症候群</a> 、 <a href="#">非典型溶血性尿毒症症候群</a> 、 <a href="#">アルポート症候群</a> 、 <a href="#">ファンconi貧血</a> 、 <a href="#">遺伝性鉄芽球性貧血</a> 、 <a href="#">アラジール症候群</a> 、 <a href="#">ルビンシュタイン・テイビ症候群</a>

# 遺伝学的検査の位置づけに基づく指定難病の分類

○ 現在、診断基準に遺伝学的検査を含むものの、診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっていない指定難病について、令和2年度診療報酬改定以降、関係学会及び研究班により分析的妥当性の確認を進めた。その中で、診断に遺伝学的検査の実施が必須のものが現時点の整理で53疾患あった。

## 【関係学会及び研究班により分析的妥当性が行われたもの】

診断基準における 遺伝学的検査の位置づけ	疾患数	疾患
遺伝学的検査の実施が 必須となっているもの	2	根性点状軟骨異形成症1型、家族性部分性脂肪萎縮症
臨床症状、他の検査等で 診断がつかない場合に、遺伝学的検査の実施が必須となっているもの	51	筋萎縮性側索硬化症、ミトコンドリア病、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、結節性硬化症、家族性良性慢性天疱瘡、肥厚性皮膚骨膜症、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、レフサム病、原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型、アカタラセミア、先天性葉酸吸収不全症、急性間欠性ポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、異型ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、X連鎖優性プロトポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシュャー症候群タイプ1、アッシュャー症候群タイプ2、アッシュャー症候群タイプ3、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症1(ホモ接合体)、進行性家族性肝内胆汁うっ滞症

## 技術的事項(その2)

1. 二次性骨折の管理について
2. 運動器疾患管理について
3. 高度難聴管理について
4. 知的障害者等への医療提供について
5. 検査について
  - 5-1 遺伝学的検査について
  - 5-2 遺伝カウンセリングについて
6. 周術期疼痛管理について
7. 人工呼吸器等管理について
8. バイオ後続品の使用推進について

# 遺伝カウンセリングについて

- 遺伝学的検査・診断に際して、必要に応じて適切な時期に遺伝カウンセリングを実施することとされており、遺伝カウンセリングは、当該疾患の診療経験が豊富な医師と遺伝カウンセリングに習熟した者が協力し、チーム医療として実施することが望ましいとされている。
- 難病の場合、その疾患領域の症例が豊富であり、遺伝カウンセリング加算の施設基準を満たす医療機関であっても、特定の疾病に関する知識やカウンセリング経験を持つ専門家の不在により遺伝カウンセリングの提供が困難なケースも想定される。

## 医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン(日本医学会、2011年2月)(抜粋)

- 遺伝学的検査・診断に際して、必要に応じて適切な時期に遺伝カウンセリングを実施する。
- 遺伝カウンセリングは、情報提供だけではなく、患者・被験者等の自律的選択が可能となるような心理的社会的支援が重要であることから、当該疾患の診療経験が豊富な医師と遺伝カウンセリングに習熟した者が協力し、チーム医療として実施することが望ましい。
- 遺伝カウンセリングの内容について、記載内容がプライバシー等を損なうおそれがある場合には、通常の診療録とは切り離して記載・保存するなど、慎重な対応が求められる。

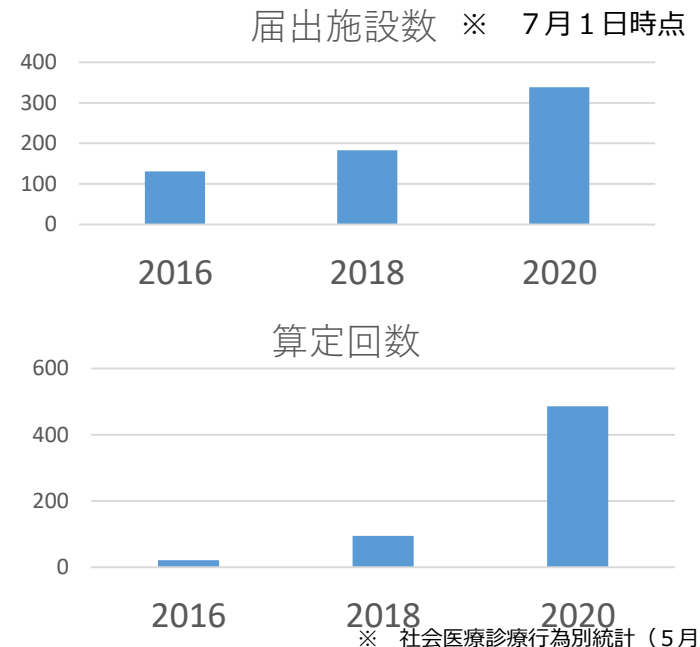
## D026 検体検査判断料 注6 遺伝カウンセリング加算

### 【算定要件】

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地方厚生局長等に届け・出た保険医療機関において、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査(区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く)を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合に、遺伝カウンセリング加算として、患者1人に対し月1回に限り1,000点を所定点数に加算する。

### 【施設基準】

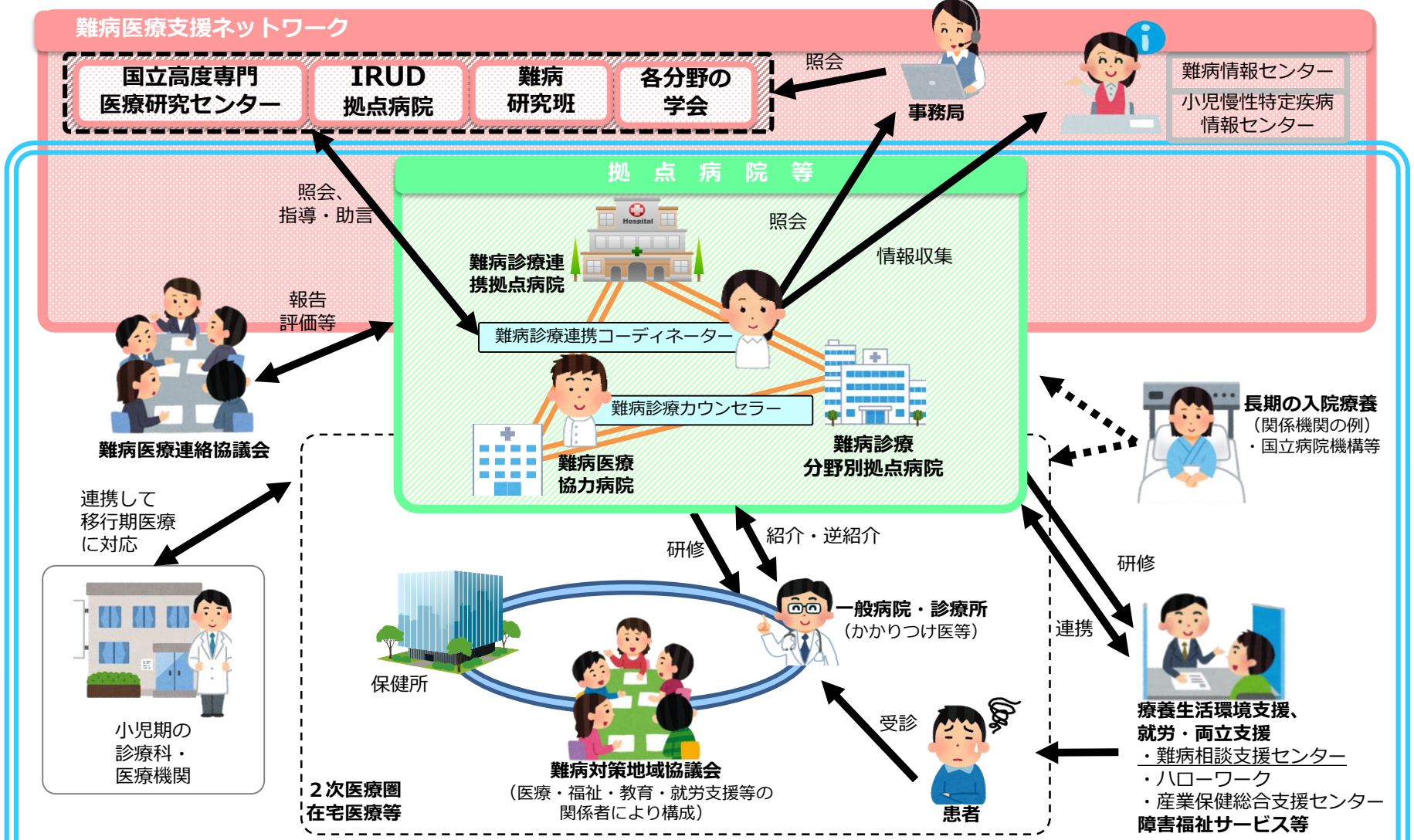
- (1) 当該保険医療機関内に遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- (2) 当該カウンセリングを受けた全ての患者又はその家族に対して、それぞれの患者が受けたカウンセリングの内容が文書により交付され、説明がなされていること。





# 難病の医療提供体制のイメージ(全体像)

○ 「できる限り早期に正しい診断が受けられ、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制」を整備するため、都道府県が指定する難病診療連携拠点病院や難病診療分野別拠点病院が中心となって、難病医療支援ネットワークと連携しながら、難病患者に対する相談支援や診療連携、入院調整等を行う体制の整備を行うこととしている。



# 遺伝カウンセリング実施に係る事例について

○ 肢体不自由を認め、遺伝子疾患が疑われた患児について、遺伝カウンセリングの実施のために、長距離の移動を要させた。

- X歳男児 出生時から肢体不自由を認め、保険医療機関Aを受診したところ、●●症候群が疑われた。
- 保険医療機関Aは神経筋疾患の専門家は在籍しており、また、遺伝学的検査や遺伝カウンセリング加算を算定できる体制は整っているものの、●●症候群について十分な知見のある専門家がないため、他県の保険医療機関Bを紹介受診し、遺伝学的検査及び遺伝カウンセリングを行った。確定診断後は引き続き保険医療機関Aへ通院し治療を継続している。
- 肢体不自由があるため、男児はリクライニング型車椅子での移動が必要であった。

保険医療機関A

④治療

保険医療機関B

確定診断後は地元A病院へ通院し治療継続。

- A病院は神経筋疾患の専門家が在籍し、遺伝学的検査を要する症例を豊富に取り扱っており、遺伝学的検査や遺伝カウンセリング加算の算定要件を満たす施設基準を備えている。
- 他方、●●症候群に特化した専門家は在籍していない。

- B病院は遺伝学的検査を要する症例を豊富に取り扱っており、遺伝学的検査や遺伝カウンセリング加算の算定要件を満たす施設基準を備えている。
- また、●●症候群の専門家が在籍している。

①受診

主治医(神経筋疾患の専門家)  
●●症候群疑いと判断。

出生時より肢体不自由を認める患児

②紹介受診(他県)

③遺伝学的検査  
+  
遺伝カウンセリング

# 検査に係る課題と論点

## (遺伝学的検査について)

- ・ 遺伝学的検査は、平成18年度診療報酬改定において、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び福山型筋ジストロフィーを対象に保険適用され、以降、対象疾患が拡充されてきた。
- ・ 令和2年度診療報酬改定においては、診断基準において、臨床症状、他の検査等で診断がつかない場合に遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病についても、診断に遺伝学的検査の実施が必須のものとして対象疾患に追加した。
- ・ 現在、診断基準に遺伝学的検査を含むものの、診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっていない指定難病について、令和2年度診療報酬改定以降、関係学会及び研究班により分析的妥当性の確認を進めたところ、診断に遺伝学的検査の実施が必須のものが現時点の整理で53疾患あった。

## (遺伝カウンセリングについて)

- ・ 遺伝学的検査・診断に際して、必要に応じて適切な時期に遺伝カウンセリングを実施することとされており、遺伝カウンセリングは、当該疾患の診療経験が豊富な医師と遺伝カウンセリングに習熟した者が協力し、チーム医療として実施することが望ましいとされている。
- ・ 一方で、難病の場合、その疾患領域の症例が豊富であり、遺伝カウンセリング加算の施設基準を満たす医療機関であっても、特定の疾病に関する知識やカウンセリング経験を持つ専門家の不在により遺伝カウンセリングの提供が困難なケースも想定される。
- ・ 難病の医療提供体制については、「できる限り早期に正しい診断が受けられ、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制」を整備するため、都道府県が指定する難病診療連携拠点病院や難病診療分野別拠点病院が中心となって、難病医療支援ネットワークと連携している。
- ・ 「難病に関するゲノム医療推進にあたっての統合研究」では、肢体不自由を認め、遺伝子疾患が疑われた患児について、遺伝カウンセリングの実施のために、長距離の移動を要させた事例が報告されている。

## 【論点】

- 遺伝学的検査の実施が診断に必須とされる指定難病として、分析的妥当性が関係学会等により確認されたものについて、遺伝学的検査の対象疾患としての取扱いをどのように考えるか。
- 難病領域において遺伝カウンセリングを適切に提供していく観点から、遺伝カウンセリングを行う際の医療機関の連携について、どのように考えるか。

## 技術的事項(その2)

1. 二次性骨折の管理について
2. 運動器疾患管理について
3. 高度難聴管理について
4. 知的障害者等への医療提供について
5. 検査について
6. 周術期疼痛管理について
7. 人工呼吸器等管理について
8. バイオ後続品の使用推進について

# 術後痛について

- 術後痛の遷延は早期離床の妨げとなり、術後合併症の発症率増加や在院日数の延長につながる事が指摘されている。
- 術後痛は以下のような課題がある。
  - 安静時痛が術後せん妄のリスクとなり、術後せん妄は早期離床を妨げ、在院日数を延長させる。
  - 術後痛の強さが在院日数に影響する。
  - 強い術後痛により坐位・立位を維持できる時間が短縮する。

## 【疼痛と術後せん妄のリスク】

Table 4. Pain and Risk of Developing Delirium

	Controlled for procedure		Controlled for risk factors and procedure <sup>a</sup>	
	Risk ratio	P value	Risk ratio	P value
● Rest pain 安静時痛	1.20 (1.04,1.37)	0.015	1.20 (1.01,1.43)	0.04
Movement pain	1.09 (0.95,1.26)	0.23	1.07 (0.91,1.25)	0.42
Maximal pain	1.14 (0.97,1.33)	0.10	1.11 (0.94,1.29)	0.23

The risk ratio (95% confidence interval) represents the increased risk of delirium for each 1-cm increment in pain score.  
<sup>a</sup> The risk factors for which we controlled are: age, preoperative cognitive status, Specific Activity Scale class, abnormal electrolytes, and alcohol abuse.

→ 安静時痛が術後せん妄のリスクとなる

Lynch EP, et al. Anesth Analg, 1998

## 【術後痛と在院日数】

TABLE 2. Postoperative Data of Morphine-Adcon-L and Adcon-L Trial Groups<sup>a</sup>

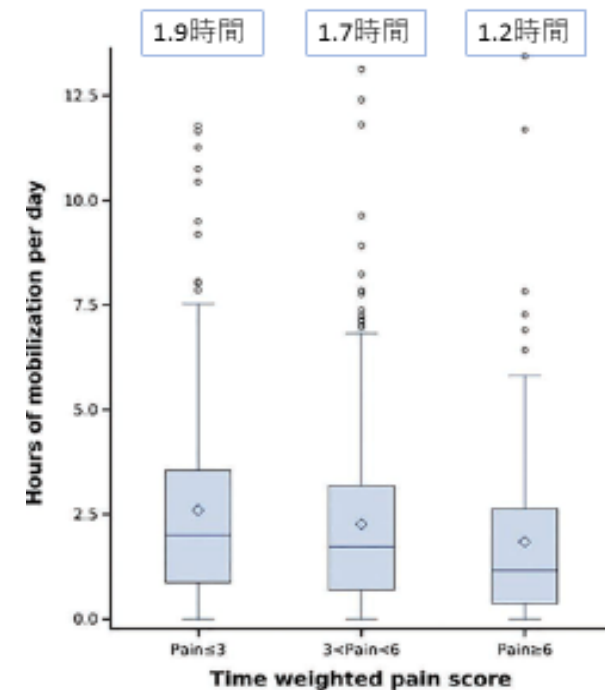
	M-ADL Group (51 patients)	ADL Group (49 patients)	P Value
Intraoperative complications	None	None	
Postoperative complications	None	None	
Postoperative PSLRT	64.41 degrees ± 1.59	57.77 degrees ± 1.85	0.02
● Value of postoperative pain by VAS 痛みの強さ	12.3 mm ± 0.9	24.7 mm ± 11.5	<0.0001
No. of patients ambulatory by day of surgery	45	3	<0.0001
● Average time to discharge (d) 退院までの期間	1.37 ± 0.07	2.53 ± 0.12	<0.0001
Assumption of postoperative analgesics	57.4%	95.9%	<0.0001
Assumption of analgesics at home (2-wk follow-up)	23.5%	55.1%	<0.0001
2-week subjective overall result	E, 80.4%; G, 19.6%	E, 59.2%; G, 40.8%	0.02
Mean postoperative work time loss (d)	21.67 ± 0.92	29.47 ± 1.18	<0.0001

<sup>a</sup> Mean values ± standard error of the mean. M-ADL, morphine-Adcon-L; ADL, Adcon-L; PSLRT, passive straight leg-raising test; VAS, visual analog scale; E, excellent; G, good.

→ 術後痛が強い患者群で在院日数が長期化した

Mastronardi L, et al. Neurosurgery, 2002

## 【術後痛と活動時間】



Rivas et al. Anesthesiology, 2021

→ 腹部手術術後48時間で活動を維持できた時間は疼痛スコアが高いほど短い

# 術後疼痛管理の取組みについて

- 術後疼痛管理サービス(Acute Pain Service:APS)は、入院患者の全ての急性痛に対応する包括的なサービスと定義されており、急性痛には、術後痛だけでなく膝炎の痛みや炎症性腸炎の痛みなども含むが、通常術後痛に特化した運用がなされている。
- 日本でも、麻酔科医が中心となり、多職種術後疼痛管理チームが編成されるようになった。

## 【APSと術後痛】

Pain Indicator		Pre-APS (n = 1,304)	Post-APS (n = 671)	p Value*
痛み総合評価	● AUC (cm × hr)	99 ± 94	59 ± 69	<0.0001
平均の痛み	● Mean VAS (cm)	1.5 ± 1.4	1.0 ± 1.1	<0.0001
最大の痛み	● VASmax (cm)	4.8 ± 2.6	3.9 ± 2.5	<0.0001
	● Tmax (hr)	8.2 ± 12	8.2 ± 13	0.9812
強い痛みの時間	● PVAS > 3 (hr)	12 ± 16	6.1 ± 11	<0.0001
痛みがある時間	● Pain duration (hr)	39 ± 25	28 ± 22	<0.0001

APS = Acute Pain Service; VAS = visual analog scale; PVAS = persistence of VAS over 3 cm.

Baridian FM, et al. J Clin Anesth, 1999

→ APSの介入により術後痛は低下する

## 【APSと在院日数】

Surgical category	Quality variable	Statistical significance		
		APS介入 (mean ± SD)	APS非介入 (mean ± SD)	
整形外科 在院日数	● LOS <sup>a</sup>	1.9 ± 4.4	3.2 ± 3.1	t = 45.1, P = 0.0000
	● Duration of 1 <sup>st</sup> analgesic <sup>b</sup>	2.2 ± 3.1	2.0 ± 1.4	t = 5.8, P = 0.02
	● Worst pain <sup>c</sup>	7.2 ± 2.6	7.3 ± 2.6	n.s.
	● Least pain <sup>d</sup>	2.2 ± 1.9	2.0 ± 2.0	t = 4.4, P = 0.4
	● Moderate to severe pain <sup>e</sup>	3.9 ± 0.9	3.6 ± 1.0	U = -6.2, P = 0.000
痛み	● Expected pain <sup>f</sup>	3.4 ± 1.3	3.1 ± 1.3	U = -5.6, P = 0.0000
	● Satisfaction <sup>g</sup>	4.4 ± 0.8	4.0 ± 0.9	U = -9.5, P = 0.0000
	● Satisfaction <sup>g</sup>	4.4 ± 0.8	4.0 ± 0.9	U = -9.5, P = 0.0000
胸部外科 在院日数	● LOS	1.2 ± 3.0	2.6 ± 3.4	t = 11.9, P = 0.0006
	● Duration of 1 <sup>st</sup> analgesic	3.0 ± 1.9	2.7 ± 2.9	n.s.
	● Worst pain	7.0 ± 2.7	6.9 ± 2.7	n.s.
	● Least pain	1.7 ± 1.9	2.3 ± 2.1	t = 5.2, P = 0.02
	● Moderate to severe pain	3.9 ± 0.9	3.5 ± 1.1	U = -3.6, P = 0.0003
痛み	● Expected pain	3.7 ± 1.5	3.1 ± 1.2	U = -3.8, P = 0.0002
	● Satisfaction	4.4 ± 0.7	4.1 ± 1.0	U = -3.6, P = 0.0003
	● Satisfaction	4.4 ± 0.7	4.1 ± 1.0	U = -3.6, P = 0.0003
産婦人科 在院日数	● LOS	1.4 ± 2.0	1.9 ± 1.6	t = 23.6, P = 0.0000
	● Duration of 1 <sup>st</sup> analgesic	1.8 ± 1.1	1.5 ± 0.8	t = 23.6, P = 0.0000
	● Worst pain	7.1 ± 2.3	7.4 ± 1.7	t = 4.2, P = 0.04
	● Least pain	1.9 ± 1.5	1.6 ± 1.7	t = 6.7, P = 0.01
	● Moderate to severe pain	4.0 ± 0.7	3.6 ± 0.8	U = -8.1, P = 0.0000
痛み	● Expected pain	3.6 ± 1.1	3.1 ± 0.9	U = -6.8, P = 0.0000
	● Satisfaction	4.5 ± 0.8	4.1 ± 0.7	U = -8.8, P = 0.0000
	● Satisfaction	4.5 ± 0.8	4.1 ± 0.7	U = -8.8, P = 0.0000

LOS, length of stay (day) Pain, satisfaction; 点数が高いほど痛みが低く、満足度高い

Miaskowski C, et al. Pain, 1999

→ APSは痛みを軽減し、満足度を上げ、在院日数を短縮する

## 【APSと術後合併症】

Table 3. Side Effects by Service

Measure	PS group (n = 39)	APS group (n = 39)	P value
● Any side effects (n)	22 (56) <sup>a</sup>	13 (33)	<0.05
● More than one side effect (n)	5 (13)	4 (10)	NS
● Urinary retention (n)	11 (28)	2 (5)	<0.01
● Pruritus (n)	3 (8)	6 (15)	NS
● Nausea (n)	12 (31)	5 (13)	<0.05
● Respiratory depression (n)	0	0	NS

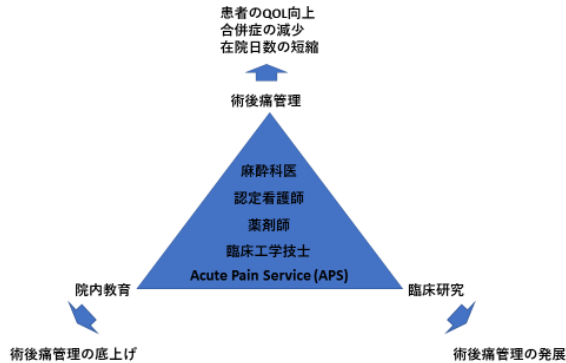
PS = primary service, APS = acute pain service, NS = nonsignificant.  
<sup>a</sup> Numbers in parentheses are group percentages.

Stradey BR, et al. Anesth Analg, 1997

→ APSが関わることにより術後鎮痛に関連する合併症が減少する

APSの介入により、術後痛、合併症が減少し、在院日数が短縮した。

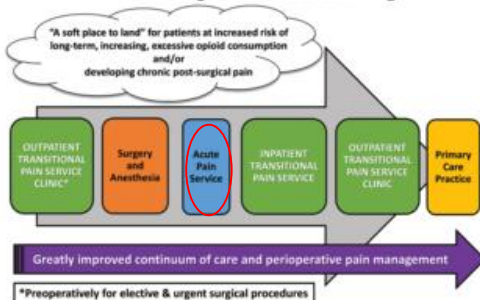
## APSの概念



APSは臨床、教育、研究を担う

(出典: Miller's Anesthesia 8<sup>th</sup> Editionを参考に保険局医療課で作成)

## Transitional Pain Service: The Missing and Needed Linkage

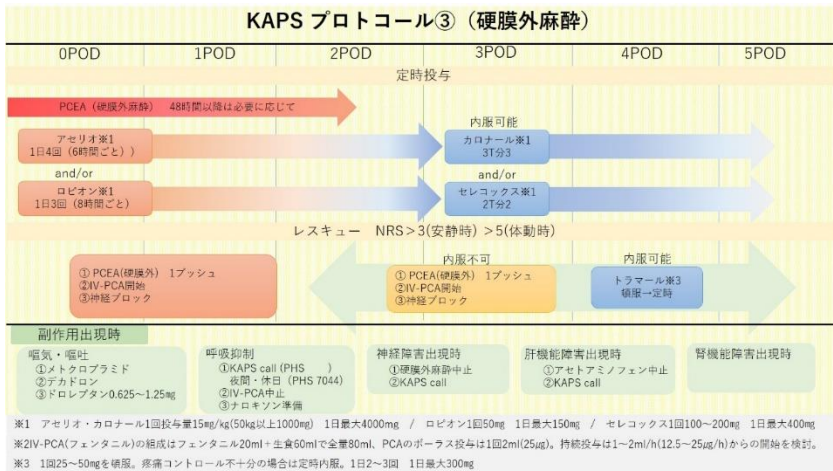


Vetter TR, et al. Anesth Analg, 2017

周術期の切れ目ない疼痛管理におけるAPS

# 術後疼痛管理チームの構成及び介入方法について

- 医療機関毎にチームの構成は異なるが、概ね麻酔科医、看護師、薬剤師、臨床工学技士から構成されている。
- 術後の全患者を対象とするが、概ね持続硬膜外鎮痛や持続末梢神経ブロック、静脈内自己調節鎮痛法を実施している患者を対象とすることが多く、疼痛コントロールが不十分な患者、嘔気・嘔吐の強い患者など必要に応じて施設ごとに対応している。

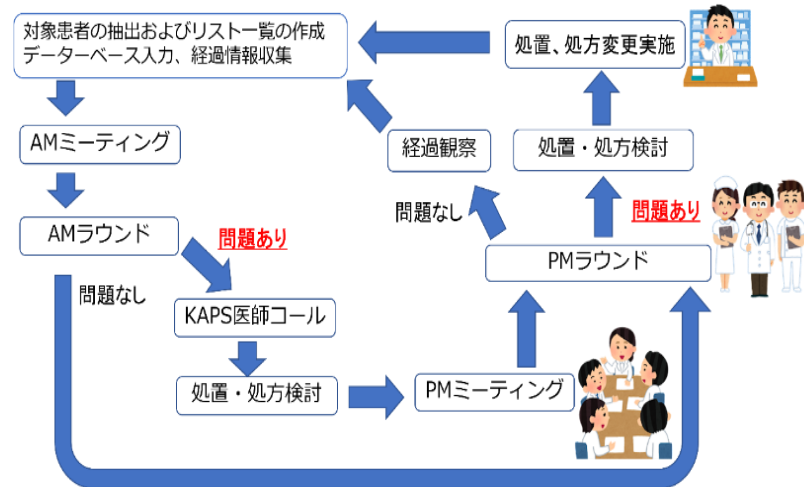
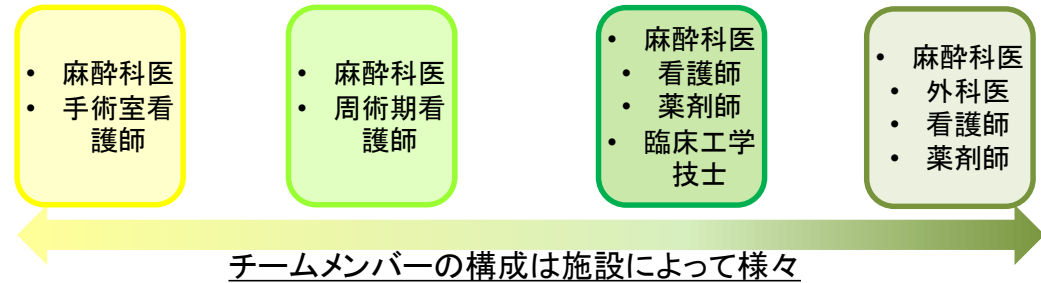


Kyorin Acute Pain Service(KAPS)のプロトコルの一例 (杏林大学医学部附属病院)

## iv-PCA (経静脈的自己調節鎮痛)



鎮痛薬・鎮痛方法のアルゴリズム(例: iv-PCA)の一例 (東京慈恵会医科大学第三病院)



Kyorin Acute Pain Service(KAPS)の活動内容

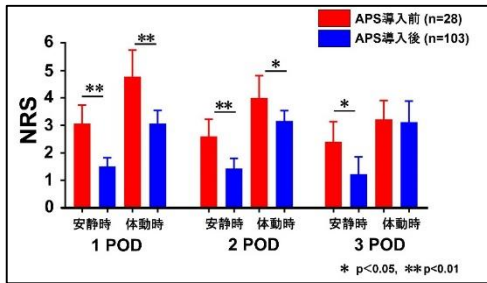
杏林大学医学部附属病院、名古屋市立大学病院、岡山大学病院、自治医科大学附属病院、信州大学医学部附属病院、東京慈恵会医科大学附属病院、東京慈恵会医科大学附属第三病院、河北総合病院における術後疼痛管理チームに係る資料を参考に保険局医療課において作成

# 術後疼痛管理チームの介入結果について

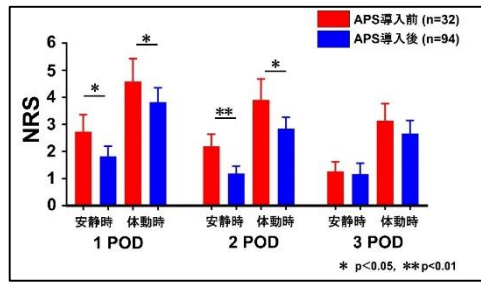
- 術後疼痛管理チームの介入による変化については以下のとおり。
  - ・ 概ね術後疼痛が軽減し、患者のQOLを向上させることができた。
  - ・ 術後合併症を評価することにより下肢神経障害などの発生を減らすことができた。
  - ・ 在院日数が短縮した。
  - ・ 麻酔科医の術後鎮痛回診・処置に要する時間が減少した。

## ＜術後疼痛管理チームの介入による疼痛スコア(NRS: numerous rating scale)の変化＞

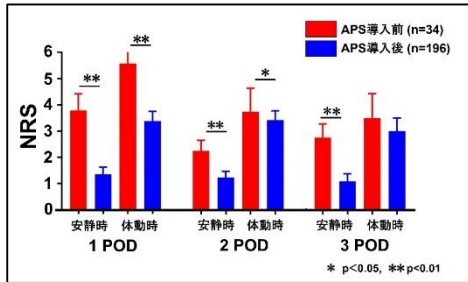
(杏林大学医学部附属病院の例)



婦人科開腹手術



上部消化管手術

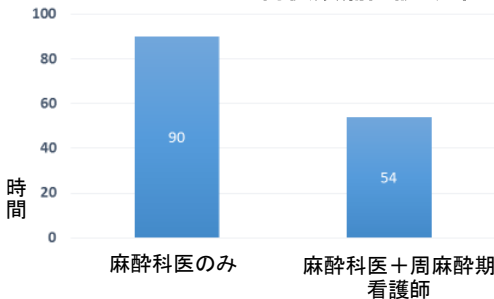


下部消化管手術

術後疼痛管理チームが介入することで術後1～3日目の疼痛が軽減し、患者のQOLを向上させることができた。

## ＜術後鎮痛回診・処置に要する時間について(ノ/月)＞

(信州大学医学部附属病院の例)



周麻酔期看護師と協働することで術後鎮痛の質をえることなく、麻酔科医の術後鎮痛に要する時間が40%削減可能となった。

## ＜術後疼痛管理チームの介入による合併症の原因検索と回避＞

(東京慈恵会医科大学附属病院の例)

	介入前 (n=70)	介入後 (n=71)	P value	オッズ比 (95%信頼区間)
年齢 (歳)	43±11	44±11	0.84	
身長 (cm)	158±5	159±5	0.28	
体重 (kg)	57±11	57±9	0.75	
手術時間 (分)	146±58	150±47	0.65	
下肢神経障害 (n)	9	1	0.009	6.053 (1.274—28.76)

Mean ± SD

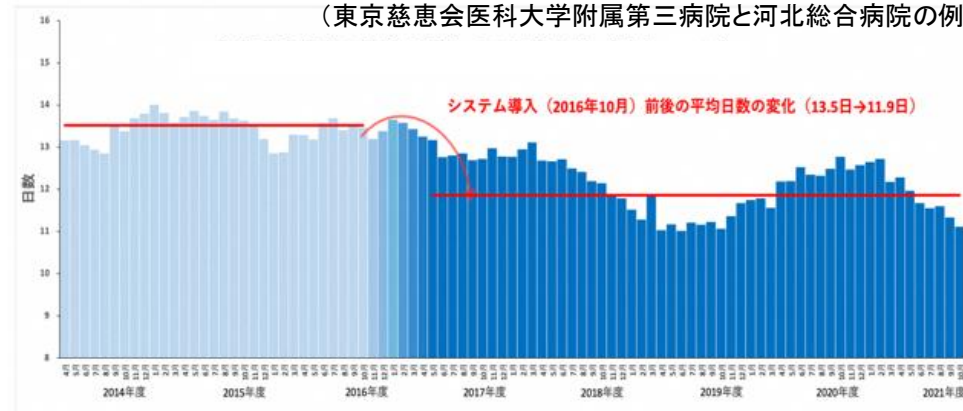
婦人科良性疾患の開腹手術において、術後に下肢しびれ感(感覚低下、筋力低下)を訴える患者がAPSのデータにおいて多く見られた。



APSで前後比較検討したところ、外科的要因による末梢神経障害の可能性を疑い、術中の術野展開方法等の介入を行うことで、術後下肢神経障害を減少させることができた。

## ＜術後疼痛管理チーム関与前後での在院日数の変化＞

(東京慈恵会医科大学附属第三病院と河北総合病院の例)



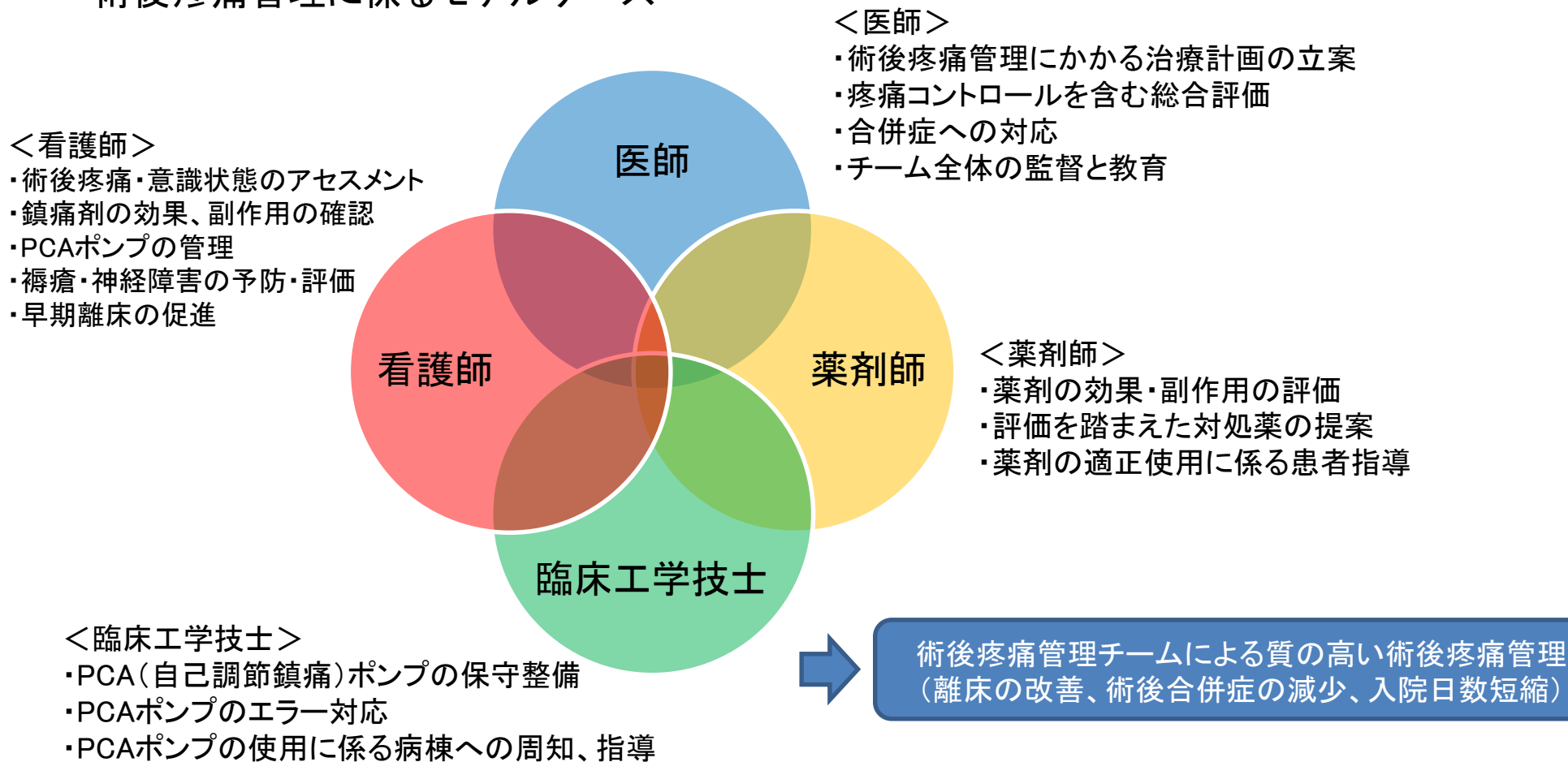
術後疼痛管理チームの介入により、在院日数が短縮した。



# 術後疼痛管理の適切な推進について

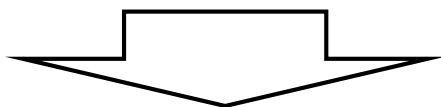
- APSの活動条件として 1) 24時間対応できる術後痛の管理、2) 鎮痛薬・鎮痛方法(自己調節鎮痛法:PCAなど)の標準化(プロトコール)、3) 管理内容の記録、4) 多職種で構成されたチームの編成等があげられている。
- APSを構成するメンバーとして、医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士等から編成され、周術期管理の一環として質の高い術後疼痛管理等ができるよう育成し、知識や理解のレベルアップが図られる仕組み(周術期管理チーム認定制度)が進められている。

## 術後疼痛管理に係るモデルケース



# 術後の疼痛管理に係る課題と論点

- 術後の疼痛管理については、麻酔科医を中心に手術室看護師、薬剤師、臨床工学技士等で術後疼痛管理チームを編成し、鎮痛効果、副作用、合併症の有無、離床の程度を評価し、疼痛治療、副作用治療、合併症のフォローアップを行っている。
- 術後の疼痛管理チームの介入は術翌日だけでなくiv-PCA(静脈内自己調節鎮痛法)やPCEA(硬膜外自己調節鎮痛法)などの鎮痛法が実施されている患者や継続的に観察が必要な患者に対して実施されている。
- 術後疼痛管理チームの介入により、疼痛スコアの減弱、合併症の減少、在院日数の短縮等が期待される一方で、対象患者は増加している。
- 増加する対象患者に対して疼痛管理チームを編成することで、良好な鎮痛が可能となり、麻酔科医や外科医、看護師の業務は他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能となっている。



## 【論点】

- 質の高い術後の疼痛管理において、術後疼痛管理チームによる管理によって、合併症の減少等が示されていることを踏まえ、術後疼痛管理チームによる疼痛管理の評価の在り方について、どのように考えるか。

## 技術的事項(その2)

1. 二次性骨折の管理について
2. 運動器疾患管理について
3. 高度難聴管理について
4. 知的障害者等への医療提供について
5. 検査について
6. 周術期疼痛管理について
7. 人工呼吸器等管理について
8. バイオ後続品の使用推進について

# 呼吸不全の治療について

- 呼吸不全の患者に対しては、原因疾患の治療とともに、必要に応じて、酸素療法等の補助療法が実施される。酸素療法等で対応しきれない重症呼吸不全の患者に対しては、人工呼吸や、ECMO(体外式膜型人工肺)等の補助療法が実施される場合がある。

## 呼吸不全に対する人工呼吸

- 肺炎や心不全などの原因疾患による重症の呼吸不全の患者に対して、酸素化の維持や換気の補助等を目的として実施される、補助的な治療。  
※ 「人工呼吸」は、狭義には、気管挿管を伴う「侵襲的陽圧換気(IPPV)」を指す。



(参考:現在の診療報酬上の評価)

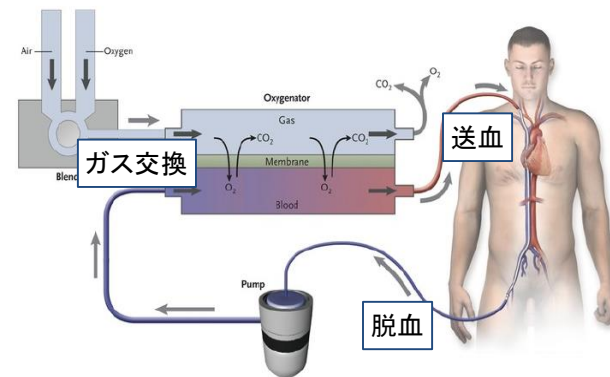
### J045 人工呼吸

- |                    |                                  |
|--------------------|----------------------------------|
| 1 30分までの場合         | 242点                             |
| 2 30分を超えて5時間までの場合  | 242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数 |
| 3 5時間を超えた場合(1日につき) | 819点                             |



## 呼吸不全に対するECMO

- 人工呼吸器を用いた管理では対応しきれない、より重症の呼吸不全の患者に対して、酸素化の維持・二酸化炭素の除去等を目的として実施される、補助的な治療。  
※ 患者の脱血・送血位置及び回路構成に応じて、VV-ECMO、VA-ECMO等の呼称がある。



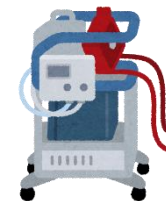
(参考:現在の診療報酬上の評価)

### K601 人工心肺(1日につき)

- |         |         |
|---------|---------|
| 1 初日    | 30,150点 |
| 2 2日目以降 | 3,000点  |

(算定留意事項)

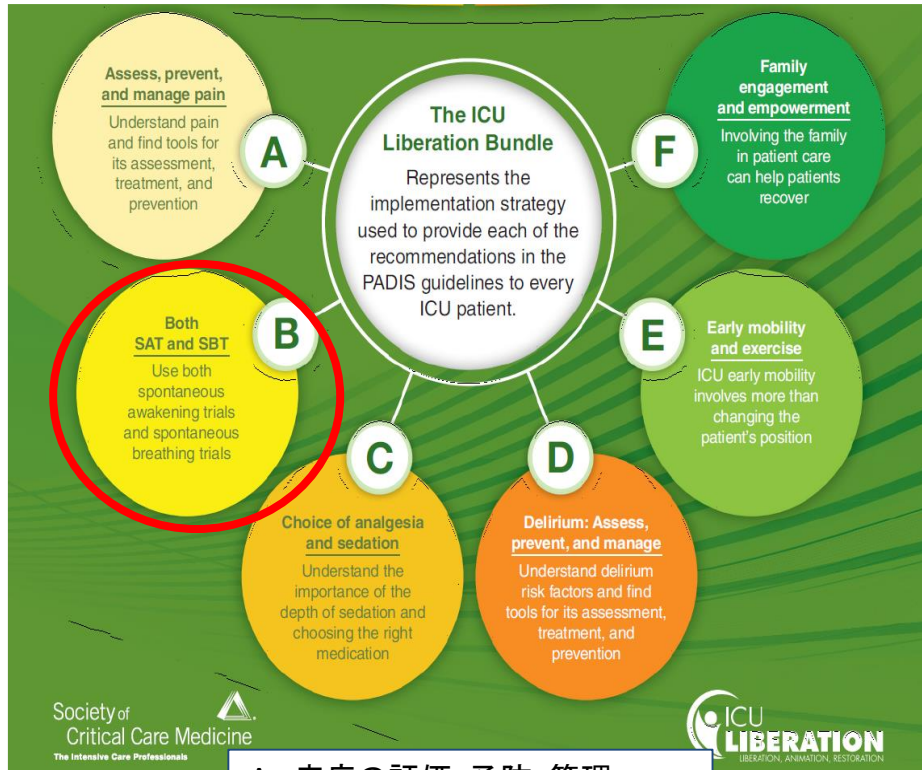
- 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない場合に使用した場合は、本区分により算定する。



# 重症患者の管理について

- 集中治療管理を要する患者に対する管理方針として、「The ICU Liberation Bundle」が提唱されている。
- その中で、人工呼吸器管理を要する患者に対しては、自発覚醒トライアル(SAT)と自発呼吸トライアル(SBT)の実施が推奨されている。

## The ICU Liberation Bundle



- A 疼痛の評価・予防・管理
- B SAT及びSBT双方の実施
- C 鎮痛薬・鎮静薬の選択
- D せん妄の評価・予防・管理
- E 早期の可動・運動
- F 家族のケアへの参加促進

## SAT; spontaneous awakening trials

- 鎮静薬を中止または減量し、自発的に覚醒が得られるか評価する試験のこと。
- 麻薬などの鎮痛薬は中止せずに継続し、気管チューブによる苦痛を最小限にすることも考慮する。
- 観察時間は30分から4時間程度を目安とする。
- 鎮静スケール(※1)を用いて覚醒の程度を評価する。

### ※1 鎮静スケール:

- ・ RASS; Richmond Agitation-Sedation Scaleを用いる。+4(闘争的、好戦的～0(覚醒、静穏状態)～-5(昏睡)の10段階で評価する。
- ・ RASS -1～0かつ、鎮静薬中止後30分以上経過しても興奮・不安状態にならない場合、SAT成功と判断する。

## SBT; spontaneous breathing trials

- 人工呼吸による補助がない状態に患者が耐えられるかどうか確認するための試験のこと。
- 患者がSBT開始基準(※2)を満たせば、人工呼吸器設定をCPAPまたはTピースに変更し、30分から2時間観察する。
- SBT成功基準を満たせば抜管を考慮する。

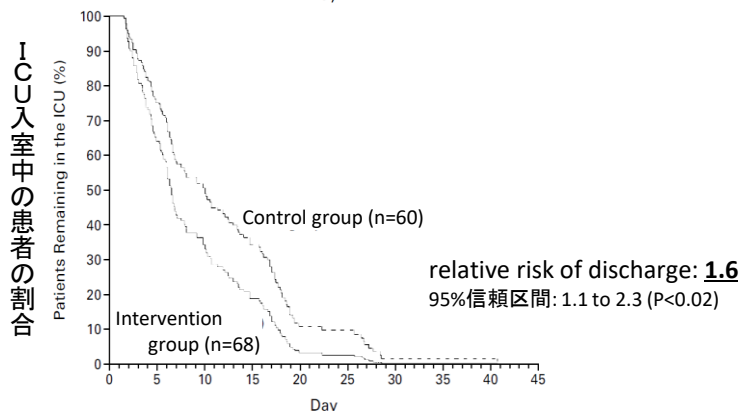
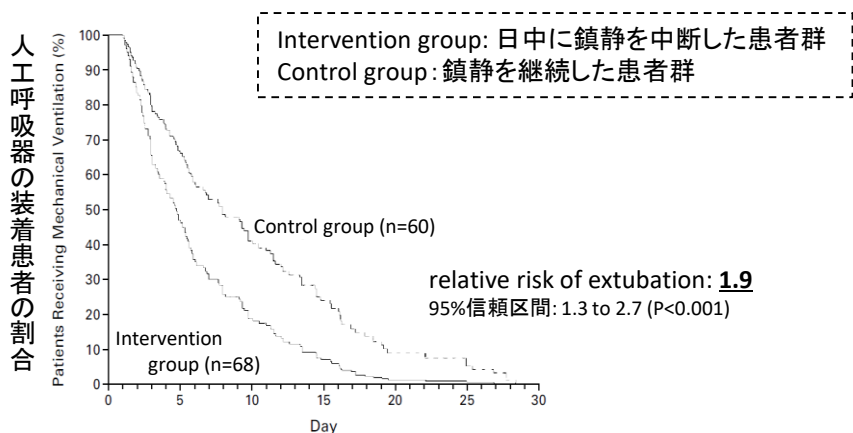
### ※2 SBT開始安全基準:

- ・ 原疾患の改善を認め、以下の①～⑤の全てをクリアした場合、SBTを行う。
  - ① 酸素化が十分である
  - ② 血行動態が安定している
  - ③ 十分な吸気努力がある
  - ④ 異常呼吸パターンを認めない
  - ⑤ 全身状態が安定している

# 鎮静薬の中断・減量による効果について

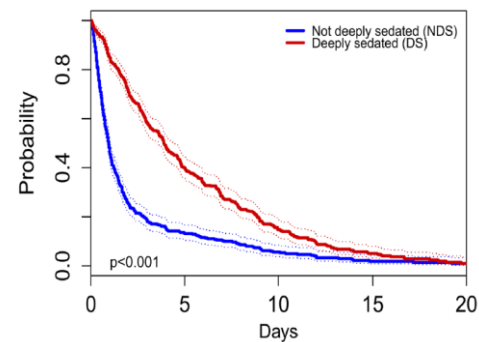
- 日中に鎮静を中断した患者群と、鎮静を継続した患者群とを比較すると、鎮静を中断した患者群において、人工呼吸器の装着期間及びICU滞在期間が短かった。
- 浅い鎮静管理をされた患者群と、深い鎮静管理をされた患者群とを比較すると、浅い鎮静管理をされた患者群において、抜管までの期間が短く、また、院内生存率及び2年生存率が高かった。

## 人工呼吸器管理中の重症患者に対する鎮静薬中断について



## 深鎮静管理のリスクについて

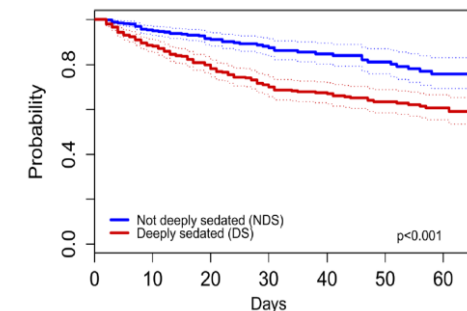
抜管までの期間(日数)



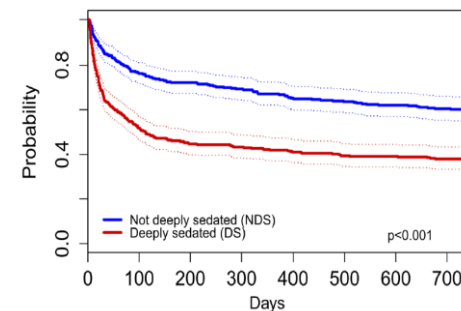
Not deeply sedated (NDS)  
Deeply sedated (DS)

NDS: RASS -2以上で管理された患者群  
(浅い鎮静管理をされた患者群)  
DS: RASS -3以下で管理された患者群  
(深い鎮静管理をされた患者群)

院内生存率



2年生存率



出典 : John P, et al. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. The New England Journal of Medicine, May 18, 2000.

出典 : Jfelix Balzer, et al. Early deep sedation is associated with decreased in-hospital and two-year follow-up survival. Critical Care(2015) 19:197

# ECMOを用いた治療の実際について

- 人工呼吸器で対応できない重症呼吸不全の患者に対して、ECMOを用いた治療を実施することにより、救命できる場合がある。
- ECMOを用いた治療の実施に当たっては、原疾患の治療に加えて、様々な治療管理が必要となる。

## 導入時

- ・ カニューレ挿入(必要に応じて外科的処置)
- ・ 血液検査(必要に応じて輸血)、抗凝固療法



## 維持・継続管理

- ECMOの回路の管理
  - ・ 回路トラブルの予防
    - 血液凝固系管理、抗凝固療法
  - ・ 回路トラブルの早期発見
    - 回路内圧モニタリング、ECMOチャート作成
  - ・ 回路トラブルへの対応
    - 回路交換、カニューレ交換 等



## ○ ECMOによる合併症の予防・早期発見・早期対応

- ・ 出血合併症
  - ・ 気道粘膜・肺胞 → 気管内吸引物の観察、愛護的処置
  - ・ カニューレ刺入部 → 局所の観察
  - ・ 消化管 → 胃管排液・排泄物の観察
  - ・ 膀胱 → 膀胱留置カテ排液の観察
  - ・ 筋肉内血腫 → 全身・四肢の観察
  - ・ 脳出血 → 瞳孔径、意識レベル、麻痺等の観察
- ・ 感染症

## ECMO離脱に向けた管理・離脱後の管理

- ・ 自己肺の状態改善のための処置
- ・ 離脱に向けたテスト(酸素化能、CO<sub>2</sub>クリアランス、呼吸数・呼吸様式の評価)
- ・ 離脱後の深部静脈血栓症の検索 等

# 人工呼吸器管理等に係る課題と論点

- 呼吸不全の患者に対しては、原因疾患の治療とともに、必要に応じて、酸素療法等の補助療法が実施される。酸素療法等で対応しきれない重症呼吸不全の患者に対しては、人工呼吸器や、ECMO(体外式膜型人工肺)等の補助療法が実施される場合がある。
- 人工呼吸器管理を要する患者に対しては、その離脱に向けて、自発覚醒トライアル(SAT)と自発呼吸トライアル(SBT)の実施が推奨されており、SATにより、人工呼吸器の装着期間及びICU滞在期間が短かったという報告や、SBTにより、抜管までの期間が短く、また、院内生存率及び2年生存率が高かったという報告があった。
- 人工呼吸器で対応できない重症呼吸不全の患者に対して、ECMOを用いた治療を実施することにより、救命できる場合があるが、ECMOを用いた治療の実施に当たっては、原疾患の治療だけでなく、回路の管理や合併症の早期発見等、様々な治療管理が必要となる。



## 【論点】

- 人工呼吸器管理を要する患者に対する適切な鎮静管理等により、治療期間の短縮や予後の改善等が示されていること、また、ECMOを用いた治療に当たり行われている治療管理の実態を踏まえ、人工呼吸器やECMOを用いた重症患者の治療管理に係る評価の在り方について、どのように考えるか。



## 技術的事項(その2)

1. 二次性骨折の管理について
2. 運動器疾患管理について
3. 高度難聴管理について
4. 知的障害者等への医療提供について
5. 検査について
6. 周術期疼痛管理について
7. 人工呼吸器等管理について
8. **バイオ後続品の使用推進について**

## バイオ後続品の定義

- バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と**同等／同質**の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品である。

## 先行バイオ医薬品との同等性／同質性とは

- 「同等性／同質性」とは、先行バイオ医薬品とバイオ後続品の品質特性の類似性が高く、**品質特性に何らかの差異が見出されたとしても、製造販売する製品の臨床的有効性・安全性に影響を及ぼすものではない**ことが、非臨床試験及び臨床試験等の結果に基づいて科学的に判断できることを意味する。

## 後発医薬品の使用促進等

### 「経済財政運営と改革の基本方針2021」（令和3年6月18日閣議決定）（抄）

（略）後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保、新目標についての検証、保険者の適正化の取組にも資する医療機関等の別の使用割合を含む実施状況の見える化を早期に実施し、バイオシミラーの医療費適正化効果を踏まえた目標設定の検討、新目標<sup>135</sup>との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討、フォーミュラ<sup>136</sup>の活用等、更なる使用促進を図る。

135 後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進めるとともに、後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする目標。

136 一般的に、「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医薬品の使用方針（複数の治療薬がある慢性疾患において後発品を第一優先とする等）」を意味する。

## バイオシミラーの使用促進

### 「成長戦略実行計画2021」（令和3年6月18日閣議決定）（関係部分抜粋）

バイオシミラー（国内で承認されたバイオ医薬品と同等の品質等を有する医薬品）の開発・利用を促進するため、今後の政府目標について速やかに結論を得る。バイオシミラーの利用を促進するための具体的な方策について検討する。

## 令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

### (医薬品の適正使用)

- 12 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
- 13 AMRアクションプランの進捗状況及び抗微生物薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減を推進すること。
- 14 病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること。

### (歯科診療報酬)

- 15 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 16 口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携及び病診連携の在り方等について引き続き検討すること。

### (調剤報酬)

- 17 調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

### (後発医薬品の使用促進)

- 18 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

### (医療技術の評価)

- 19 医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

### (その他)

- 20 医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討すること。

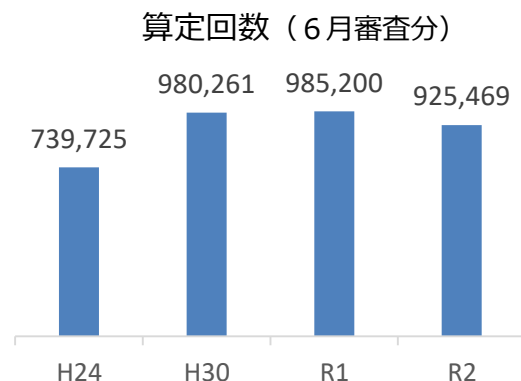
# バイオ後続品のあるバイオ医薬品が対象薬剤となっている項目の例

## 在宅自己注射指導管理料 650点/750点/1230点

○ 自己注射を行っている患者に対する自己注射に関する指導管理を評価。

【対象となる注射薬】

インスリン製剤、性腺刺激ホルモン製剤、ヒト成長ホルモン製剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、性腺刺激ホルモン放出ホルモン製剤、ソマトスタチンアナログ、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、エタネルセプト製剤、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・レーシステイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレプチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)製剤、アスホターゼ アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、ブロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤、ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤



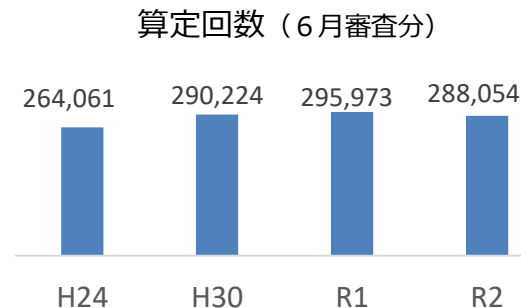
出典：社会医療診療行為別統計

## 外来化学療法加算 370点～820点

○ 悪性腫瘍等の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等を投与することを評価。

【対象となる注射薬】

腫瘍用薬、インフリキシマブ製剤、トシリズマブ製剤、アバタセプト製剤、ナタリズマブ製剤



出典：社会医療診療行為別統計

## バイオ後続品に係る情報提供の評価

- ▶ 在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

在宅自己注射指導管理料

(新) バイオ後続品導入初期加算 150点(月1回)

[算定要件]

バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。

[在宅自己注射指導管理料の対象となる注射薬のうち、  
バイオ後続品が薬価収載されているもの]

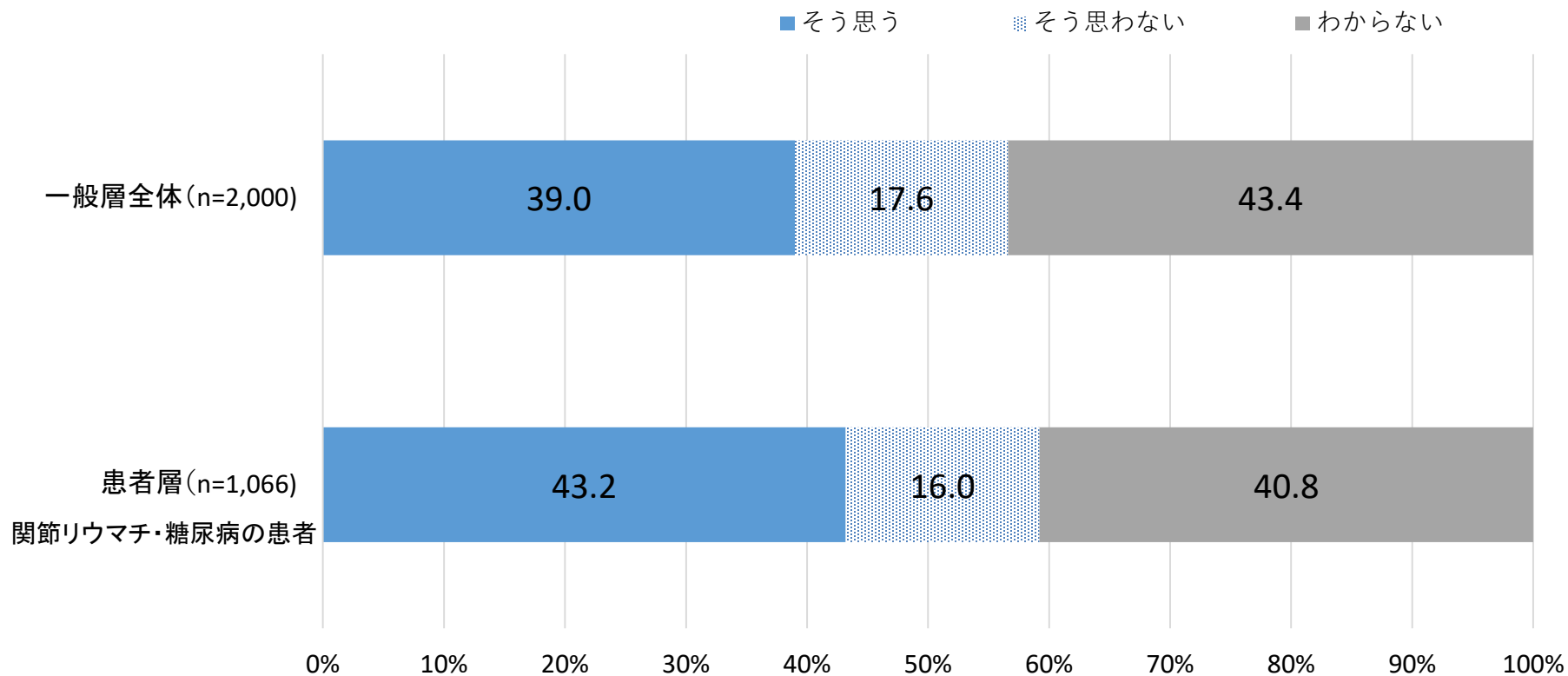
インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤、アダリムマブ製剤



# バイオシミラーの自分自身への使用意向

○ 自分自身へのバイオシミラーの使用意向があると答えたのは、一般層で39%、患者層で43.2%であった。

## バイオシミラーの自分自身への使用意向

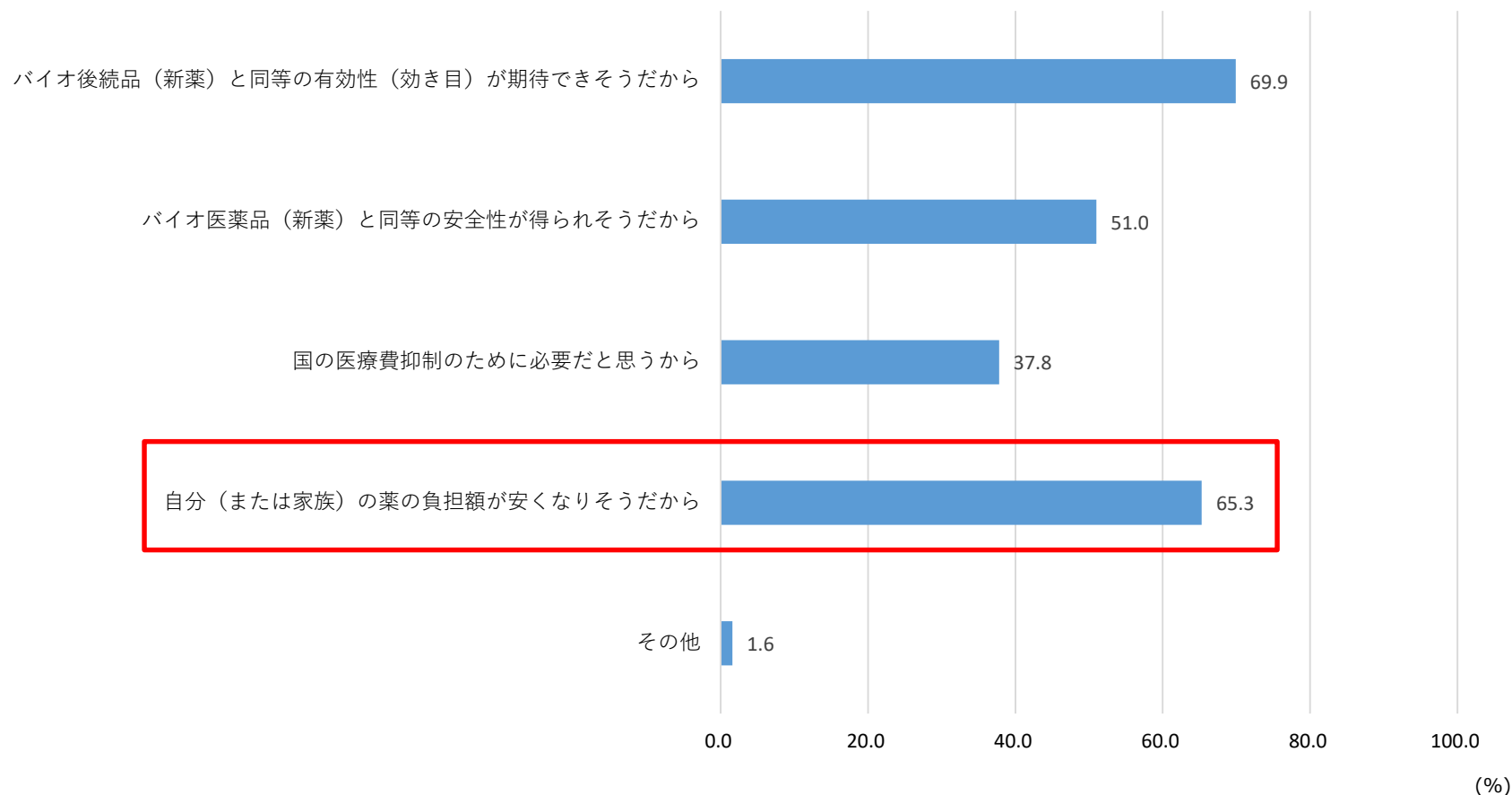


# 患者がバイオシミラーを使いたい理由

○ バイオシミラーを使いたい理由を患者とその家族に聞いたところ、「薬の負担額が安くなりそうだから」との回答は65.3%であった。

## バイオシミラーを使いたい理由

患者・家族層全体 (n=848)

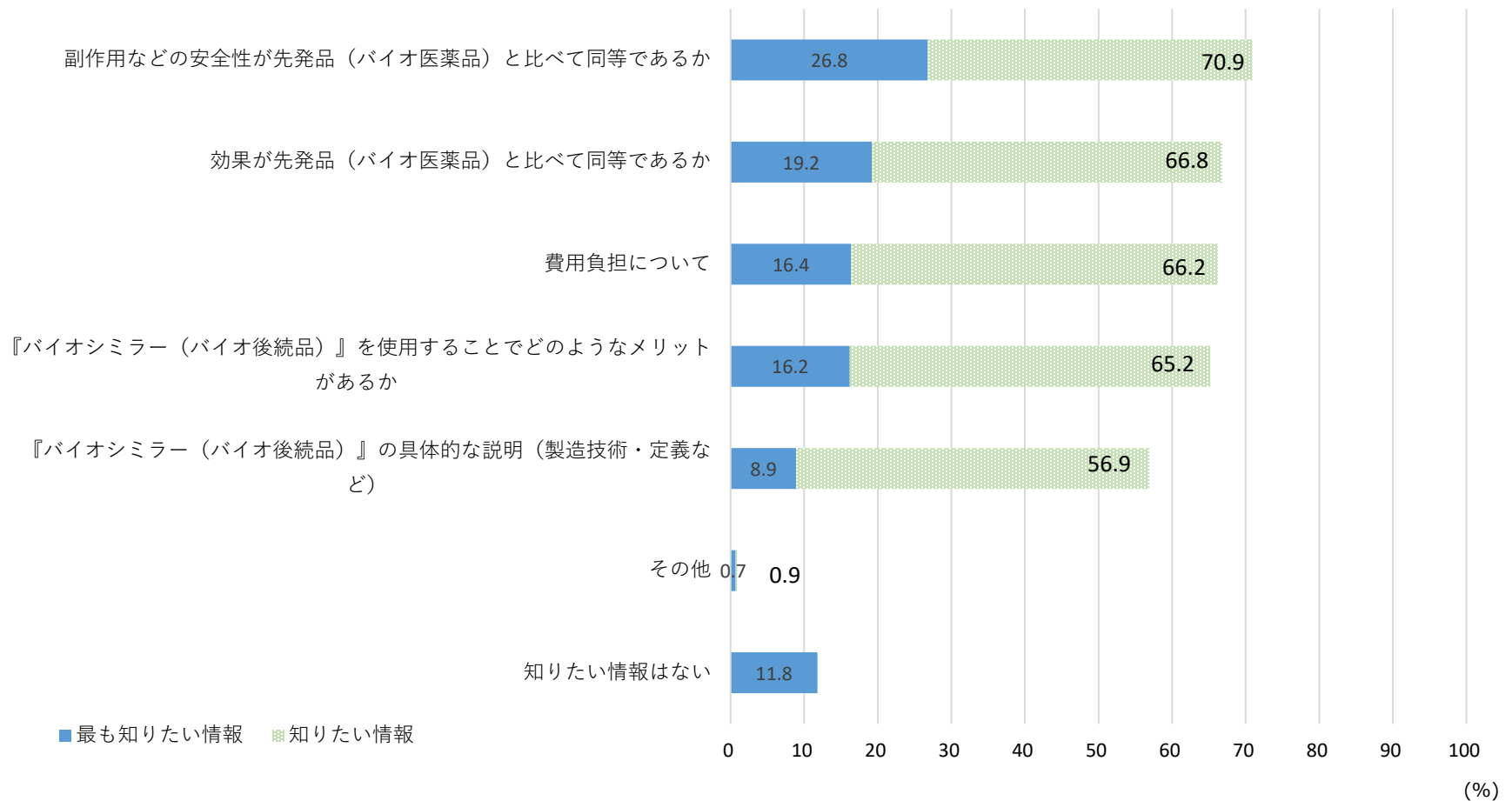




# バイオシミラーについて患者・家族が知りたい情報

○ バイオシミラーについて患者・家族が知りたい情報についてみると、安全性や効果、費用負担についての情報を求めている割合が高かった。

## バイオシミラーについて患者・家族が知りたい情報(複数回答)



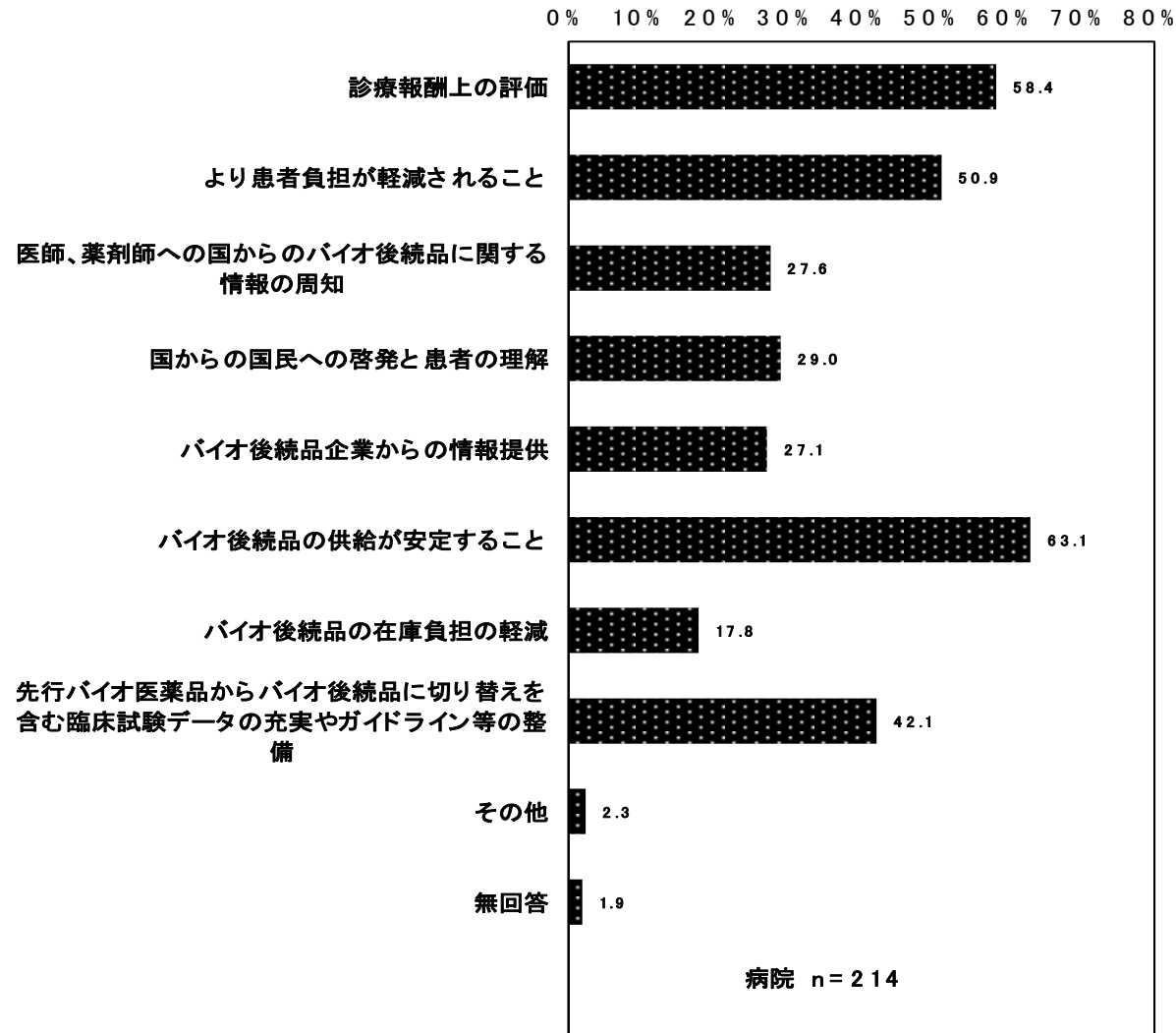
回答者: 患者・家族

現在、関節リウマチまたは糖尿病に罹患しており、治療中である患者、及び上記条件を有する患者の家族※治療内容、バイオシミラー認知、使用経験は不問

# バイオ後続品の採用をさらに促進するために望む対応(病院調査)

○ バイオ後続品の採用をさらに促進するために望む今後の対応として、「バイオ後続品の供給が安定すること」、「診療報酬上の評価」が多かった。

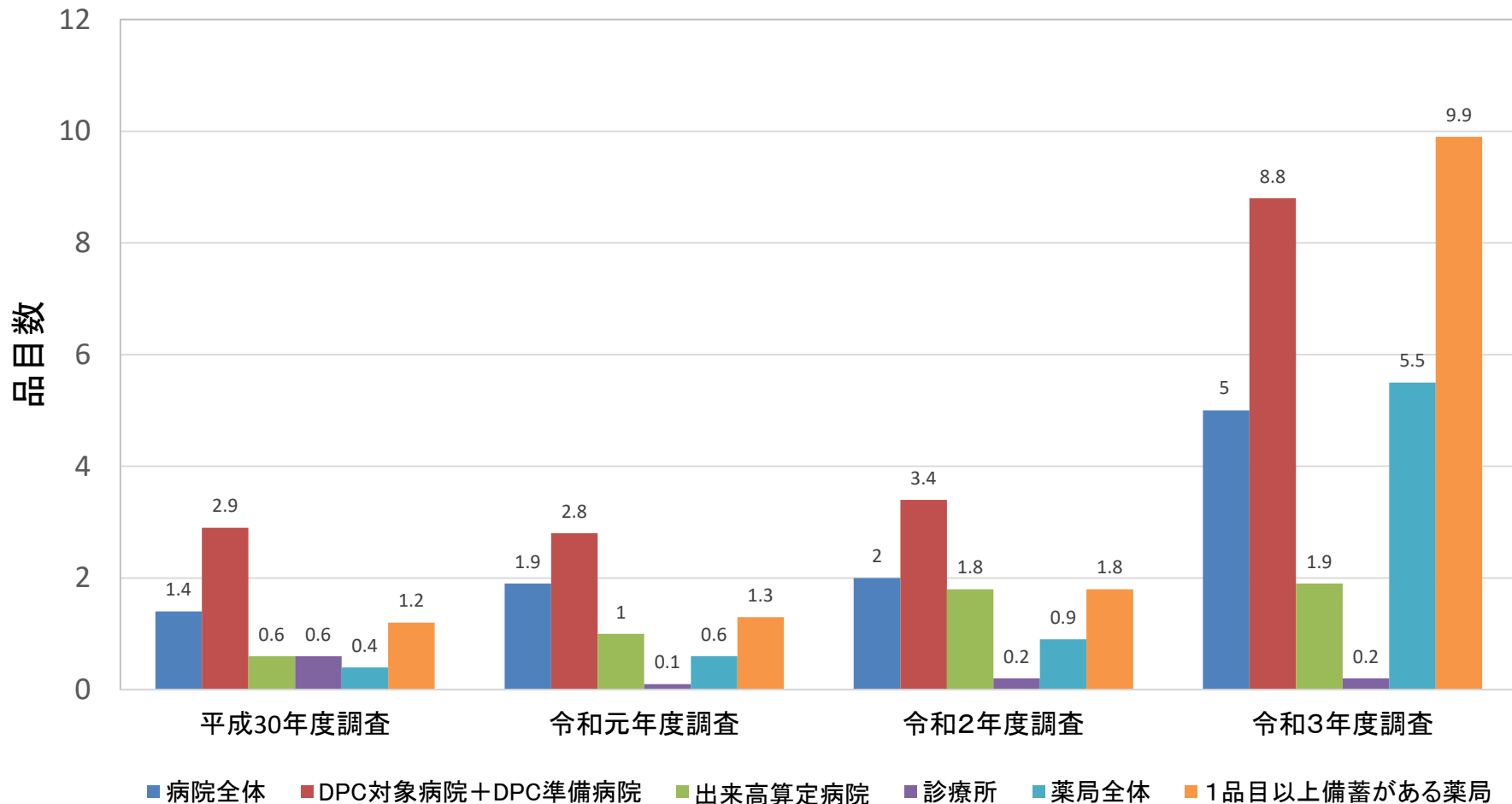
バイオ後続品の採用をさらに促進するために望む今後の対応(複数回答)



# バイオ後続品備蓄状況

○ バイオ後続品備蓄品目数の推移をみると、令和3年度調査においては、「病院全体」「DPC対象病院＋DPC準備病院」「診療所」「薬局全体」の備蓄品目数が著名に増加していた。

## バイオ後続品備蓄品目数



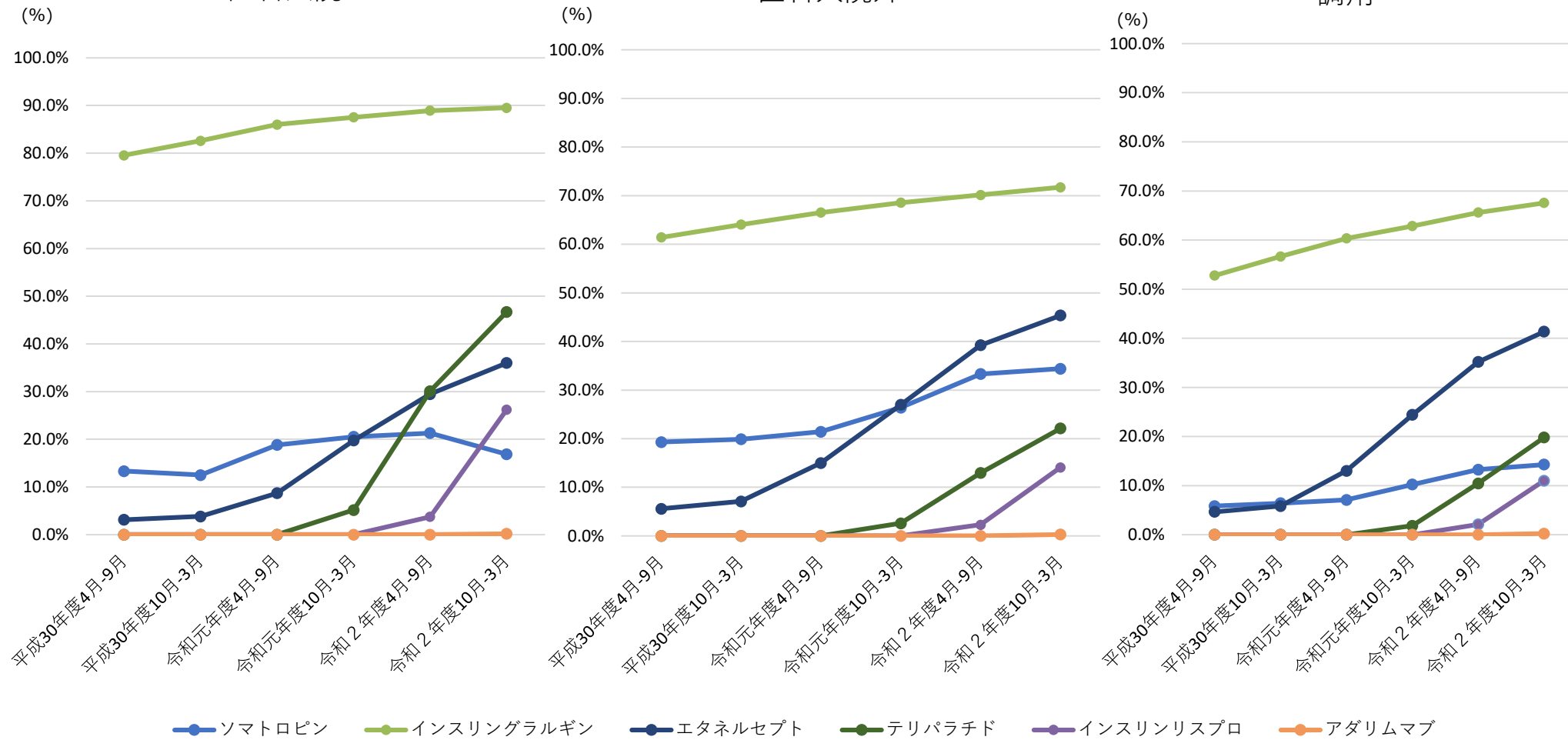
# バイオ後続品導入初期加算の対象バイオ後続品の使用割合の推移

○ バイオ後続品導入初期加算対象のバイオ後続品の使用割合の推移をみると、「テリパラチド」「インスリンリスプロ」については、当該加算が新設された令和2年を境に使用割合が上昇している。

## 医科入院

## 医科入院外

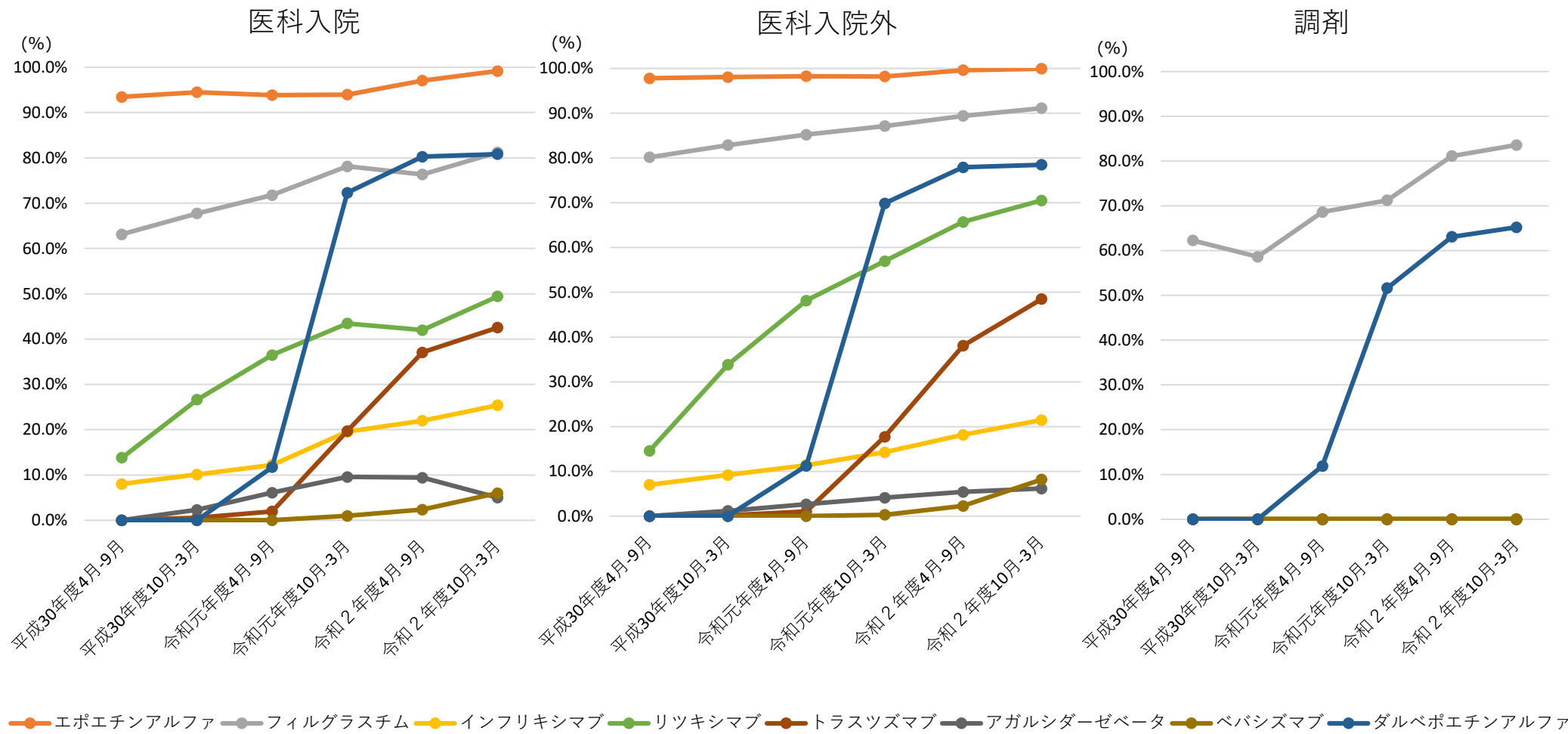
## 調剤



出典：NDBデータ（入院料や処置等に包括されている薬剤については含んでいない。）

# バイオ後続品導入初期加算の対象以外のバイオ後続品の使用割合の推移

○ バイオ後続品の使用割合は全体的に上昇傾向にあるが、一方で、「インフリキシマブ」「アガルシダーゼベータ」「ベバシズマブ」についてはバイオ後続品の使用割合が低い。



出典：NDBデータ（入院料や処置等に包括されている薬剤については含んでいない。）

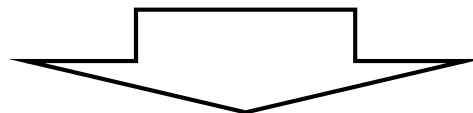
# 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の薬価一覧

(2021年11月時点)

	一般名	主な適応症・薬効	先行バイオ医薬品と最も類似する規格/剤形	先行バイオ医薬品薬価	バイオ後続品薬価	価格差	対先行バイオ医薬品薬価
1	ソマトロピン	成長ホルモン	5 mg※類似規格	22,115	15,732	-6,383	71%
			10 mg※類似規格	50,361	30,124	-20,237	60%
2	エポエチン	エリスロポエチン	750	573	560	-13	98%
3	フィルグラスチム	G-CSF	75 µg	6,370	2,894	-3,476	45%
			150 µg	12,230	4,679	-7,551	38%
			300 µg	14,217	7,507	-6,710	53%
4	インフリキシマブ	抗TNFa抗体	100 mg	70,597	36,980※2価格帯となっている	-33,617	52%
5	インスリン グラルギン	インスリン類	カート	1,280	828	-452	65%
			キット	1,685	1,316	-369	78%
6	リツキシマブ	抗CD20抗体	100 mg	27,215	18,631	-8,584	68%
			500 mg	132,999	91,210	-41,789	69%
7	エタネルセプト	抗TNFa抗体	10 mg	5,608	3,193	-2,415	57%
			25 mg	13,658	7,186	-6,472	53%
			シリンジ25 mg	12,189	7,940	-4,249	65%
			シリンジ50 mg	24,406	15,334	-9,072	63%
			ペン25 mg	12,026	7,823	-4,203	65%
			ペン50 mg	23,640	15,450	-8,190	65%
8	トラスツズマブ	抗TNFa抗体	60 mg	16,736	10,491	-6,245	63%
			150 mg	38,639	23,817	-14,822	62%
9	アガルシダーゼ ベータ	αガラクトシダーゼA	5 mg	113,494	81,015	-32,479	71%
			35 mg	642,385	450,094	-192,291	70%
10	ベバシズマブ	抗VEGF抗体	100 mg	34,289	18,563	-15,726	54%
			400 mg	129,924	70,515	-59,409	54%
11	ダルベポエチン	エリスロポエチン	5 µg	913	719	-194	79%
			10 µg	1,675	1,278	-397	76%
			15 µg	2,471	1,753	-718	71%
			20 µg	3,083	2,246	-837	73%
			30 µg	4,680	3,183	-1,497	68%
			40 µg	5,549	3,931	-1,618	71%
			60 µg	8,096	5,604	-2,492	69%
			120 µg	14,056	10,003	-4,053	71%
12	テリパラチド	骨粗鬆症治療剤	180 µg	19,492	13,784	-5,708	71%
			600 µg	34,590	23,746	-10,844	69%
13	インスリン リスプロ	インスリン類	バイアル	265	188	-77	71%
			カート	1,129	558	-571	49%
			ペン	1,342	1,203	-139	90%
14	アダリムマブ	抗TNFa抗体	シリンジ20 mg	31,068	20,540※【後続2】は薬価が異なる	-10,528	66%
			シリンジ40 mg	61,371	39,849※【後続2】は薬価が異なる	-21,522	65%
			ペン40 mg	60,645	39,849 ※【後続2】は薬価が異なる	-20,796	66%
15	インスリン アスパルト	インスリン類	バイアル	311	218	-93	70%
			カート	1,267	746	-521	59%
			ペン	1,817	1,418	-399	78%
16	ラニズマブ	加齢黄斑変性	キット	160,698	85,535	-75,163	53%

# バイオ後続品の使用促進に関する課題と論点

- ・ 令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見で、「バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること」とされた。
- ・ バイオシミラーを使いたい理由を患者とその家族に聞いたところ、「薬の負担額が安くなりそうだから」との回答は65.3%であった。
- ・ バイオシミラーについて患者・家族が知りたい情報についてみると、安全性や効果、費用負担についての情報を求めている割合が高かった。
- ・ バイオ後続品導入初期加算対象のバイオ後続品の使用割合の推移をみると、「テリパラチド」「インスリンリスプロ」については、当該加算が新設された令和2年を境に使用割合が上昇している。
- ・ バイオ後続品の使用割合は全体的に上昇傾向にあるが、一方で、「インフリキシマブ」「アガルシダーゼベータ」「ベバシズマブ」についてはバイオ後続品の使用割合が低い。



## 【論点】

- バイオ後続品の適切な使用を進める観点から、新たにバイオ後続品を導入する又は現在使用しているバイオ医薬品をバイオ後続品に切り替える場合に患者に説明等を行った場合の評価の在り方について、どのように考えるか。

## 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

- 8月25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、今後、必要に応じて中医協で議論することとした。
- 寄せられた意見について、以下の対応方針としてはどうか。

### 【対応方針】

- 病床数が200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院について受けた再診
    - ・ 病床数が200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院において、他の病院（病床数200未満に限る。）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した再診患者については、選定療養として、特別の料金の徴収を認めている。
    - ・ ただし、現行制度上、同一の病院において同時に2以上の傷病について再診を行った場合、当該2以上の傷病の全てにつき、上記の申出を行わない限り、特別の料金の徴収は認められないこととされている。
    - ・ 社会保障審議会医療保険部会（令和2年12月23日）の「議論の整理」において、「大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進する」とされていることも踏まえ、同一の医療機関において複数科を受診している患者について、ある傷病に係る診療科において逆紹介が行われたにもかかわらず、当該診療科を受診した場合（※）には、別の傷病に係る診療科において逆紹介が行われていない場合であっても、特別の料金を徴収することを認めてはどうか。
- （※）ただし、こうした患者であっても、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、特別の料金の徴収を求めてはならないものとする。



- なお、今回寄せられた意見のうち、上記のもの以外のものについて、
- ・ 医療技術評価分科会（医技評）に同様の提案があるなど、療養の給付との関係を整理すべきもの
  - ・ 療養の給付として既に保険適用の対象となっているもの
  - ・ 保険適用の対象となっているものと組み合わせる必要がなく、自由診療として行うべきもの
  - ・ 選定療養や療養の給付と直接関係ないサービス等として、既に患者から費用を徴収することが認められているもの
- 等の理由で対応しないこととしてはどうか。

## 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（速報）について

- 「「日本再興戦略」改訂 2014」（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定）を踏まえ、令和 2 年度診療報酬改定の際と同様に、関係学会・医療関係団体・国民から、選定療養に追加すべきものに関する提案・現行の選定療養の類型の見直しに関する意見の募集を行った。

### 【意見募集期間】

厚生労働省ホームページ： 令和 3 年 4 月 19 日～5 月 18 日

関係学会・関係団体： 令和 3 年 4 月 19 日～6 月 18 日

### 【寄せられた意見】

合計：109 件

新たな選定療養の追加に係る提案：85 件

医科：16 件

歯科：57 件

全般及びその他：12 件

既存の選定療養の見直しに係る提案：23 件

療養の給付と直接関係ないサービス等に関する意見：0 件

その他：1 件

- 今後は、事務局において、さらに整理・検討を進め、必要に応じて中医協において議論することとする。

### 【選定療養について】

健康保険法第 63 条第 2 項第 5 号において「被保険者の選定に係る特別の病室の提供その他の厚生労働大臣が定める療養（以下「選定療養」という。）」と規定されており、現在、厚生労働省告示において、以下の 11 類型が定められている。

- ・特別の療養環境（差額ベッド）
- ・制限回数を超える医療行為
- ・予約診療
- ・180 日超の入院
- ・時間外診療
- ・歯科の金合金等
- ・大病院の初診
- ・金属床総義歯
- ・大病院の再診
- ・小児う蝕の指導管理
- ・水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

## 1. 新たな選定療養の追加に係る提案・意見

## &lt;医科&gt;

提案・意見内容	理由
膝関節変形症における再生医療	膝関節変形症は、種々の原因があるものの、現状保存的治療ないし人工関節置換療法が広く用いられている。それ以外の選択肢としては、再生医療があるが、適用範囲が幅広いという理由で、保険適用からは除かれているが、有用性が認められているため。
急性期一般入院料の入院料1（看護配置7対1）と入院料2（看護配置10対1）の点数の差	急性期一般入院料1及び2について、入院料の7対1と10対1の点数（DPCの場合は係数）の差異分を選定療養費にしてはどうか。
栄養指導対象外の患者における栄養指導	対象外の患者に対し栄養指導を行うことで、疾病の発展予防につながるため。
救急車利用による外来受診	救急車を利用して入院とならずに外来診療にて帰宅する場合は、救急搬送における医学的必要性を判断できると考え、救急車の過剰利用を抑制するため、選定療養とすべき。
在宅寝たきり患者処置指導料対象外患者に対して在宅での処置に使用する医療材料等	在宅医療の推進のための患者側の多様なニーズへの対応には、在宅医療の算定要件変更では対応困難であるため。
在宅自己注射を行っていない糖尿病患者への血糖自己測定に使用する穿刺針・センサー等の支給、在宅自己注射を行っている患者への血糖自己測定器加算の回数を超えての血糖試験紙等の支給	在宅医療の推進のための患者側の多様なニーズへの対応として、糖尿病患者の血糖コントロールに関し、在宅自己注射の対象外患者への血糖測定への対応、指導管理料回数制限を超えての血糖測定希望については、選定療養とすべき。
1処方につき70枚を超えて湿布薬を希望投与した場合の費用	1処方につき70枚を超えて投与する場合は疾患の特性等により医師が判断した場合に認められるが、患者が希望する場合は選定療養として処方を可能とすることが望まれているため。
治験やがん遺伝子パネル検査など特定の医療機関のみで実施している医療を目的としたセカンドオピニオンの費用（患者の同意に基づいた場合）	セカンドオピニオン先で実施している治験やがん遺伝子パネル検査などに適格と判断され、患者もこれらの医療を希望した場合において、セカンドオピニオンの費用が保険外診療にあたるため、同日に検査等を実施できないことから、検査等の遅延や遠方からの再受診などの不利益が生じるため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

<p>① レスパイト入院等の入院費用 ② 患者の都合による入院継続 ③ 夜間・休日等のインフォームドコンセント（患者家族が希望した場合）</p>	<p>① 高齢化に伴い要介護高齢者が増え、介護保険が導入されたとはいえ、家族の介護負担が大きくなっていることから、差額ベッドに近い形で選定療養費になれば、患者側は利用しやすくなり、本来の入院とは明確に差別化できるため。 ② 退院許可が出て、家の改修待ちや家族の都合等の理由で入院が延びるケースが多く、ベッドの有効利用が出来ない状況があり、患者、家族の理由で入院期間が長引くことに対して、何らかの加算が必要であるため。 ③ 医師の働き方改革の観点から、医師がサービス残業として時間外や土日にインフォームドコンセントを行うのではなく、選定療養とすることで、患者家族も気兼ねなく依頼しやすいということも考えられ、双方にメリットがあるため。</p>
<p>肝移植周術期、肝硬変（非代償性、代償性）患者へのアルブミン投与</p>	<p>アルブミンの定期的な投与により、非代償性肝硬変患者の予後や、外来での管理が非常に安定するケースが報告されている。これにより不要な入院加療の防止や患者の予後の改善などをもたらす可能性がある。また、代償性肝硬変や肝移植の周術期においても同様にアルブミン投与を要するケースが臨床上多いため。</p>
<p>肝移植患者に対する特別な免疫抑制療法と術後血液製剤投与</p>	<p>現行の免疫抑制療法では制御困難な抗ドナーHLA抗体陽性者に対するリツキサン療法、腎機能不良例に対するバジリキシマブ療法について、いずれも薬剤を使用することで、その後の医療費抑制に寄与する。肝移植術後に頻回のアルブミン製剤・血小板投与を要するため。</p>
<p>患者や患者家族への時間外や休日の病状説明</p>	<p>患者や患者家族の都合（要望）による時間外・休日に医師からの病状説明について、患者・医療者双方の意識改革を促し、医師の働き方改革を着実に進めるためにも、時間外に実施される病状説明に対しては実費徴収を可能とすべき。従来の「時間外診療」に含める場合にも、「患者や患者家族への時間外や休日の病状説明」を選定療養の対象と明示すべき。</p>
<p>かかりつけの患者が内科（例えば糖尿病）で来院した際、病状が思わしくないので内科における他の専門医資格のある医師に検診依頼をし、診察した時の費用</p>	<p>現行では、内科のなかで専門が異なっても、診察料は保険請求できない。しかし、ほかの診察日を予約することは患者側に負担が増えるだけでなく、新型コロナウイルス感染の可能性も増加するため、不利益である。検診依頼をする医師が内科認定医であること、依頼される医師が専門医資格を有する場合には選定療養費を取ってよいこととすべき。</p>
<p>精神保健福祉士による家族相談</p>	<p>病識に乏しい重度精神疾患患者が医療機関受診に消極的な場合であっても、受診前に精神保健福祉士が家族等からの相談を受けて対処法を共に検討することで診療や入院へと円滑に導入出来ることは多い。早期診断・早期治療の重要性を示すエビデンスが蓄積されており、精神科特性から家族との事前の相談が後の患者の療養や予後に大きな影響を及ぼすことを考えた場合、選定療養として別途算定可能とすべき。</p>

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

精神科復職判定における会社産業医等との連携	精神科における復職判定は、診察で把握できる症状レベルの改善だけではなく、戻る部署の（上司や同僚との対人関係や求められる作業内容を含めた）職場環境との適性を考慮して行われる高度な判断である。当然、そこでは会社産業医等との情報交換や環境調整が必須であり、そのコストを選定療養として認めるべきである。
-----------------------	---

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

## &lt; 歯科 &gt;

提案・意見内容	理由
金属アレルギー患者に対する臼歯部における欠損補綴（ジルコニア Br）	金属アレルギーは歯科治療を困難にする疾患のひとつである。特に大白歯部の欠損補綴（Br）では咬合力は強く、現在の金属アレルギー患者に使用できる保険収載されている修復材料では最後方臼歯部の咬合力に耐え得られないのが現状である。咬合力に耐え得る強度を兼ね備えたジルコニアを使用した Br を検討していただきたい。
唾液検査、 1. PCR-インベーター法での歯周病原性細菌数定量検査 2. う蝕関連菌に対する培養法での定量検査	歯周病関連菌、う蝕関連菌について、定量的に検査することにより歯周疾患の定量的診断及びう蝕のリスク判定をすることが必要。
露髄部の覆罩および根管治療時の根管充填及び側壁・髄床底穿孔部の封鎖におけるMTAの使用	複数の学会において論文および確かなエビデンスが公開・発表され良好な治療効果が得られているので新規導入していただきたい。
プレオルソ	乳歯列期・混合歯列期に行うことにより正常咬合へ導きやすく、また口腔周囲筋や舌機能改善訓練も行えるため。口呼吸から鼻呼吸への改善は小児の全身の健康にもつながる。
「著しく歯科診療が困難な者」に対するトレーニング	「著しく歯科診療が困難な者」に対する特導や特別対応加算はあるが、診療室に入ることができなかつたり、口腔内の視診が不可能で歯式や病名がつけられないケースでは保険算定が難しく、不要不急な「身体抑制」の抑制にもつながるため。
部分床義歯における、いわゆるノンクラスプデンチャー	現在、審美的面から診ても主治医、患者から両面の需要が高まっている。使用材料の安定供給、また機能的にも鉤歯の負担軽減等、口腔機能低下重症化予防に繋がるものとする。
保険適応外レジンをを用いたダイレクトボンディング	コンポジットレジンの物性や操作性、それに伴うマトリックスの開発が進み、金属による修復の代替となりうるものであるため。
CAD/CAM インレー修復	金属アレルギー患者に対する修復に対して CAD/CAM インレー修復を求める。
チタン及びジルコニア等非金属材料を使用した CAD/CAM によるブリッジ	金銀パラジウム合金は保険医療材料として使用するにはその価格が安定せず、近年は随時改定価格が実態と大きくかけ離れ、医院経営を圧迫する一因となっている。価格が安定した材料によるブリッジを選択肢のひとつとすることで良質な医療を安定して提供することが可能となると考えるため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

口腔機能低下が認められる患者への処置等の評価	口腔機能低下が認められる患者への補綴、歯冠修復、歯周治療等の評価の充実を求める。
有床義歯における根面板を応用した各種維持装置	歯冠歯根比を変更することができるので、既存のクラスプ等では成し得ない歯牙負担の軽減が得られ、審美的な補綴が可能になると思われるため。
歯科口腔内デジタル印象	印象材料、石膏削減、模型保管スペース削減、患者さん苦痛軽減、データ保存の簡便化、技工所との情報共有等利点が多い。
成長期におけるスポーツの際に装着するマウスガード	スポーツの際にマウスガードを装着することの有用性は周知されてきており、成長期における健全な発育を促進し、口腔機能の発達を妨げないために正しく作成されたマウスガードの装着を普及させるために新規導入すべき。
歯冠部が崩壊している歯牙の根管治療時ごとの暫間被覆冠作成・仮着料金	テンポラリークラウンは、歯冠部が崩壊した歯牙で根管治療を伴う場合等は、治療完了までの間に何度か暫間被覆冠を作り替える必要がある。保険適用のテンポラリークラウン以外の暫間被覆冠の費用を新たに選定療養に組み込んで頂きたい。
補綴治療前の MTM	補綴物を長期間維持するために重要な治療であり、特に臼歯部で咀嚼効率もあがる。また、患者の選択も広がり、経済的負担軽減にもつながると考えるため。
クラウンディスタルシュー	現在クラウンループは保険で認められているが、欠損になった場合にクラウンディスタルシューが必要となるため、選定療養とすべき。
金属床部分床義歯	金属床総義歯は認められているため、部分床義歯も新規導入すべき。
口腔内スキャナーを用いた歯周検査時の歯垢染出し検査の代用導入	患者には、もっともわかりやすく示すことができ、また術者側も簡単に検査としてできるようになるため。
う蝕無痛処置の適用拡大	修形時に窩洞概形成時は切削器具を用い深部カリエス除去時にレーザー応用の選定療養を認めることで、患者の精神的苦痛も少なくその後抜髄への移行も少なくなると考えられる。
クラウン・ブリッジにセラミック系補綴物の導入	CAD/CAM 冠の導入が拡大されてきたが、ブリッジや連結冠といったケースには導入できない点。また単冠でも強度や、脱落、経年劣化（変色）、着色やプラークの付着しやすさを考慮するとやはりセラミック系の材料を選定療養にとり入れることにより、患者が選択しやすくするのはメリットが大きいと思われる。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

小児期における舌圧検査、咀嚼能力検査	歯列不正の原因に、食べ方、弄舌癖などが大きく関与している。小さい内に、自分自身の問題を知ること、正しく改善することが、虫歯や歯周病を防ぐだけでなくあらゆる健康リスクから回避して健康保険を使わず自分自身で健康を守れるようになる。
総義歯完成後の再咬合採得により咬合器再付着による口腔外咬合調整	義歯を口腔内に入れて、咬合調整を試みても入れ歯が動いて正しく咬み合っているようにとらえてしまう。現状では、2回目のゴシックアーチを採得して咬合器に再付着させて咬合調整しているが手間と時間が全く評価されておらず、逆にその過程を避けて、入れ歯がずれるときにできる粘膜を避けるために安易に入れ歯を削るだけの治療を繰り返し、意味のない無駄な治療回数と費用がかかっている。
高齢者による口唇閉鎖力検査	口腔内の筋肉の力の衰えを自覚し、改善しようと試みることは、健康寿命の延長と医療費の縮小に大いに役立つため。
義歯に沈着した歯石・着色に対する専門的クリーニング	義歯に沈着した歯石や着色を除去することは、通常義歯調整とは異なり、義歯を快適に使用できるという点では患者 QOL の向上に寄与する。義歯の研磨か専用の洗浄剤による超音波洗浄などが必要となることから、本件を選定療養に新規導入することを提案する。
睡眠時無呼吸症候群に対する顎位置調節可能な上下分離型口腔内装置	睡眠時無呼吸症に対する口腔内装置は、通気性を維持するためにその都度適切な歯科タイトレーションによる顎位置の変更が必要であり、顎位置が調節可能な装置の方が治療効果は高い。選定医療に導入することで患者の負担軽減となり、適切な歯科医療が行われるため、医療費の是正につながるもの。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。



## &lt;その他&gt;

提案・意見内容	理由
変形性膝関節症への鍼灸治療	鍼灸治療を受けられる病院は少ないと聞いているが、自費でも病院なら安心して鍼灸を受けることができる。病院で鍼灸を受ける患者が増えれば、そのうち保険の範囲に入れていただける可能性もあるものと期待する。
セカンドオピニオン	診療情報提供料(Ⅱ)(情Ⅱ)を持参の患者が、そもそもセカンドオピニオンであることを認識していない。セカンドオピニオンについての内容等や費用が自費扱いになることが、事前に情Ⅱを発行した医院にて十分な説明がなされていない。もしくは、患者が十分に理解していない。紹介先の保険医療機関にてセカンドオピニオンを実施する場合、情Ⅱに対する返書等を含め、費用徴収を新規導入していただきたい。
診療行為を伴わない健康相談に対する費用	基本診療料に含まれるとは限らない内容や、本来の保険給付内の診療計画では対応できない範囲の診療に対する相談、一連の診療計画とは異なるその他健康相談が必要と認められる場合、もしくは患者本人に対する診療行為を伴わないものの、患者家族等から患者本人の治療方針に対する相談が必要な場合等であって、一定の所要時間(例えば30分を超える)を必要とした相談を行ったものの、既存の保険診療報酬体系では算定項目がない場合に、特別の料金を徴収することは妥当性が認められると考える。
特別の診療環境としての完全個室診療	個人情報秘匿を強く求める患者の要求に対して対応する必要がある場合、もしくは、障害者診療などでしばしば認められるような周囲の環境から隔絶する必要があるような場合などのように、安全にかつ円滑な診療を行うために完全個室での診療が必要である場合には、特別の料金の徴収を認めることは、その一定基準を満たす完全個室を整備するための費用、診療時間の確保の点で妥当性が認められると考える。
キャッシュレス決済手数料	国はキャッシュレス決済の推進を政策として掲げている。感染症の拡大防止策としても導入のメリットがあると考えるが、決済手数料の負担が大きな障壁となっている。また保険医療になじまない場面が生まれており解消する必要がある。 選定療養でキャッシュレス決済の手数料を患者から徴収する仕組みを整えることで、経済的なリスクを医療機関・薬局が抱えることなく、療養担当規則上も問題のないキャッシュレス決済を導入することが可能となると考える。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

敷地内薬局での調剤	<p>敷地内薬局は患者のための薬局ビジョンに示された「立地から地域へ」の思想と逆行する仕組みである。調剤報酬を減額するなどの措置が取られているが、この施策が逆に「患者負担が安い薬局」を生み出し、患者を誘導している。</p> <p>患者負担の差異により地域医療のあるべき姿とはかけ離れた薬局の利用を推進することにつながっており、その患者負担の差異を是正するため、選定療養の導入が必要と考える。</p> <p>敷地内薬局利用料として、患者から一定額を徴収することで、敷地内ではない（患者のための薬局ビジョンで示された目指すべき姿の）地域の薬局を利用した場合の一部負担金との差異を解消する、もしくは高額になるように金額を設定する。</p> <p>本件の趣旨を考慮し薬局がこの費用を「徴収することができる」ではなく「徴収しなければならない」とする必要があると考える。</p>
院外処方箋の FAX 送信における費用	<p>FAX を利用した処方せん送信については、患者待ち時間の短縮、かかりつけ薬局における処方内容の事前チェックなど、面分業の推進や患者サービス向上に資するという考え方から、利用を認める通知が出されたが、医療機関における費用負担の軽減につながるため、選定療養とすべきである。</p>
医療機関が運用している送迎費用	<p>自己通院が困難な患者に対し、送迎車を運用することにより在宅での療養が可能になるため、選定療養とすべきである。</p>
予約可能な医療機関において、未予約者に対する料金の徴収	<p>入院診療のある医療機関において外来診療が負担になっており、その原因の一つが予約以外の患者が多いことがある。長い待ち時間の解消を含め、予約のできる診療科において、予約以外の患者が受診した場合の費用を、選定療養とすべきである。</p>
他医療機関受診における患者への付き添い及び交通費	<p>精神科入院患者の身体合併症においては、転医や対診が困難である。また、患者の症状によっては看護職員を含め複数の職員の付き添いが必要な状況が多々あるにも関わらず、他科受診に係る費用は交通費を含め医療機関の持ち出しとなる。療養担当規則第 16 条には「疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医又は対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない」とあり、療養担当規則に則り適切な措置を講じた場合には、他医療機関への付き添い料及び交通費の実費については選定療養で別途算定できるようにすべき。</p>
障害者差別解消法の合理的配慮に係る費用	<p>障害者差別解消法に規定されている合理的配慮を行う際に発生した患者サービスの向上に係る費用について、選定療養として別途算定できるようにすべき。</p>

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

## 2. 既存の選定療養の類型の見直しに係る提案・意見

## ○予約診療

提案・意見内容	理由
廃止	ほとんどの歯科医院では、別途料金徴収することなく予約診療を行っているため。

## ○時間外診療

提案・意見内容	理由
廃止	平日は病院へかかれないことの方が多い。時間外の費用は子供のいる親などにもかかってくると思う。公平でない。病院は緊急を要するときもある。
(病床 200 床以上の) 病院が「徴収することができる」から「徴収しなければならない」規定へ変更する。 (徴収の対象外の要件は原則、各病院で決められるようにする。)	①時間外の救急外来診療が必要な方への医療に集中できるような環境を整えるため ②医療従事者の長時間労働等の負担軽減につなげるため ③対象の病院が時間外選定療養費を徴収しやすくするため

## ○大病院の再診

提案・意見内容	理由
案 1) 費用徴収の要件について、同時に 2 以上の傷病について再診を行った場合は、当該 2 以上の傷病全てにつき要件を満たさない限り徴収は認められないルールを、傷病ごとに要件を満たせば徴収可能なように見直しを求める。 案 2) 当該療養費について、紹介を要件とせず、一定程度の期間継続受診している患者は一律に、より低額な費用 (500 円程度) を受診の都度徴収可能とする。(難病、小児慢性、他公費患者は除外)	大病院の再診に係る選定療養費は、病院と診療所の機能分化推進 (大病院への患者集中をさける) 目的で導入されたが、 案 1) 現行、大病院の再診に係る選定療養費の算定要件は、複数科を受診している場合、受診している全ての診療科が他医療機関に紹介した場合に限り算定することが可能となるが、複数診療科を受診している患者が相当数いる大学病院において、受診している全ての診療科が他医療機関に紹介することは困難であり、殆ど算定できない状況であるため、診療科単位で選定療養費を算定できるように見直していただきたい。 案 2) 他院への紹介は患者の同意が必要 (診療情報提供料の算定要件) であるが、患者へは、「他院へ紹介後は、かかりつけ医の紹介なしに大学病院を受診した場合は別途費用がかかります」といった趣旨の説明には患者の同意を得ることが難しく、逆に紹介の妨げとなり運用が難しい。そこで、例えば、一定期間継続して受診している患者からは一律定額料金を徴収できるような制度をつくれば、大学病院は他院より診療費が高いため他院へ移動すると

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	<p>というようなシステムで機能分化が進むのではないかと考える。(一律徴収のため、金額はより低額(500円程度)、難病、小児慢性他公費負担制度利用患者は除外する)</p>
--	---

## ○制限回数を超える医療行為

提案・意見内容	理由
「制限回数を超える医療行為」の類型を選定療養から除外すべき	<p>診療報酬点数表で設けられているこれらの回数制限は、健康保険法の「療養の給付」の範囲として認められている医療行為ではあるが、保険者への診療報酬の請求は認めない、という制限である。本来、必要な医療はすべて保険給付とし、個々の患者の状態において「医療上必要か、否か」で判断すべきである。もし、「医療上の必要性がほとんどない」と判断される医療行為であるなら、保険給付と併用を認めるべきではない。</p> <p>選定療養は「療養時のアメニティの向上に資するもの」の範囲に限定すべきで、医療行為そのものを対象とすることには断固反対である。</p>
「制限回数を超える医療行為および保険適用範囲外の検査について」として対象範囲を拡大	<p>回数や病名、年齢制限等がある検査を、制限を超えて実施した際、保険と併用して実施可能にするべきである。</p>

## ○歯科の金合金等

提案・意見内容	理由
前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の廃止	<p>前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金は現在ほとんど行われていない。</p>
特定の理由がある患者に対しては、保険外併用療養費制度ではなく、全て保険導入しても良いと考える。	<p>特定の理由がある患者とは、過度な咬合力で義歯破損の回数が多い方、胃の全摘出で咀嚼能力が重視となる方、著しい嘔吐反射で嚥下機能低下の方などが考えられ、選定療養から除外した対象者においては、事前承認の上で全ての保険適用も考慮すべきと考える。</p>

## ○金属床総義歯

提案・意見内容	理由
無歯顎に対する金属床総義歯の基準の見直し	<p>現在、金属床による総義歯の提供は、無歯顎の患者に対して総義歯による欠損補綴を必要とする場合に限られていますが、高齢化社会における抜歯禁忌の方や、積極的に根を保存した場合についても対象となるよう検討していただきたい。</p>

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

対象を総義歯だけでなく、部分床義歯にも適用させる	特に上顎の両側遊離端欠損がある場合は口蓋の厚みが少なくなり、かなり違和感が軽減されるから。保険でもバーの適用があるが、現状金パラや Co-Cr での鑄造バーは採算が合わない、屈曲バーも適合に問題があること等により、使用しない事が多い。そのため、補強線を入れたレジン床で行うことになるが、たびたび破折が起これ修理の対象となる。金属床を認めることでいくらか解消される可能性はある。
多数歯欠損の部分床義歯の追加	多数歯欠損における部分床義歯では、金属床にするメリットが大きく患者の満足感も高い。総義歯と同様に、保険の部分床義歯との差額を徴収することで、選定療養制度として取り扱うことが可能だと考える。
上顎無歯顎症例に加え、上顎に残根上義歯として金属床総義歯（オーバーデンチャー）を製作する場合にも適用を拡大する	上顎に残根上義歯として金属床総義歯の装着が可能となれば、異物感の少なさや熱伝導性、清掃性の向上により患者 QOL が向上する。またオーバーデンチャーでは残存歯部が支点となる義歯床破折の頻度が増すが、金属床義歯にすることにより破折を防止できるため、義歯修理や再製作が減ると予測される。以上のことから、上顎無歯顎症例に加え、上顎に残根上義歯として金属床総義歯を製作する場合にも選定療養の適用を拡大することを提案する。ただし、今年度保険収載された磁性アタッチメントについては、算定実績を確認したのちに導入の可否を検討すべきと考える。

## ○小児う蝕の指導管理

提案・意見内容	理由
廃止	う蝕多発傾向者と判定されれば保険診療においてフッ化物応用（F 局等）が認められるという事は、裏を返せば判定外であればう蝕多発傾向者ではないということになる。う蝕多発傾向者と判定されないフッ化物応用に関しては現行制度では完全自費診療もしくは C 選療となるわけであるが、廃止の理由として、①C 選療を行っている医院が少ないこと。②完全自費診療や無料（診療費の請求はしない）でフッ化物応用のサービスを行っている医院も現実として存在すること。③患者が受診の際に完全な形で本制度（う蝕多発傾向者判定基準含め）の主旨を理解されているとは言い難いこと。④以前に比してう蝕多発傾向者の判定基準も下がり C 選療を選択せずにフッ化物応用を受けられる環境が整ってきたこと。またそのことにより保険適用で F 局を受けられる患者と C 選療で受けられる患者で負担額に差が生じること（福祉医療費（助成）受給者では更に負担額の差が生じる）等が上げられる。フッ化物局所応用により、小児におけるう蝕罹患率は年々減少傾向にある。どのくらいの患者が本制度に理解されているか疑問が残るし、C 選療を利用する患者や算定する歯科医

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	療機関が少ないとするならば、本制度の役割は終えたと考える。保険医療の公平性、公共性等を鑑みても本制度は廃止すべきでないかと考える。
廃止	保険診療で十分カバーしているため。
廃止又はカリエスフリーまで範囲拡大	小児う蝕の指導管理で、現在う蝕に罹患している患者であって、継続的な管理を要する者（う蝕多発傾向を有しない13歳未満の者に限る）が対象となっているが、Ce病名でのフッ化物応用等保険診療との違いがわかりにくく廃止を検討してもよいと考える。 また、早期より介入することが、小児のう蝕の発生や再発予防につながり医療費の抑制につながると考えるとカリエスフリーまで対象拡大してもよいと考える。
「う蝕に罹患している患者の指導管理」の除外	年齢、乳歯・永久歯別、う蝕の多寡により患者を選別する「う蝕多発傾向者の判定基準」により、う蝕歯1本、年齢1歳の差異で保険給付か否かを左右するうえに、う蝕が比較的少ない患者への保険給付を一部制限する取扱いは不合理である。 「う蝕多発傾向者の判定基準」は廃止し、1歯でもう蝕に罹患している患者へのフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞は医療保険で給付すべきである。
対象年齢13歳未満を16歳未満に変更する。	第2大臼歯の萌出時期とフッ素塗布の効果を鑑みた場合、年齢を16歳未満とするのが妥当。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

## 3. 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについての意見

提案・意見内容	理由
なし	なし

## 4. その他

提案・意見内容	理由
乳幼児感染対策予防加算、歯科外来等感染症対策実施加算の継続	新型コロナウイルス感染症再拡大により、院内感染対策の実施に対し評価の継続を求めます。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について（平成 18 年 3 月 13 日保医発第 0313003 号）（抄）（最終改正：令和 2 年 3 月 27 日）

第 3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第 2、第 2 の 2 及び第 3 並びに医薬品等告示関係）

17 200 床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項

- (1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものであるが、同時に 2 以上の傷病について再診を行った場合においては、当該 2 以上の傷病の全てにつき、以下(2)から(4)までの要件を満たさない限り、特別の料金の徴収は認められないものである。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。
- (2) 外来診療料又は地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定する療養に相当する療養が行われた場合に特別の料金を徴収することができるものである。
- (3) 再診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提とされるものであり、当該情報提供に資する観点から、必要な情報を病院の見やすい場所に患者にとって分かりやすく明示するものとする。
- (4) 他の病院又は診療所に対する文書による紹介を行う旨の申出については、当該医療機関と事前に調整した上で行うものとし、以下の事項を記載した文書を交付することにより行うものであること。また、当該文書による申出を行った日については、特別の料金の徴収は認められないものであること。
  - ア 他の病院又は診療所に対し文書により紹介を行う用意があること。
  - イ 紹介先の医療機関名
  - ウ 次回以降特別の料金として〇〇円を徴収することとなること。
- (5) その他、200 床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の初診に関する事項の(3)から(7)までの取扱いに準ずるものとする。



## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### (1) 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

### (2) 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

### (3) 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

### (4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟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等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

## 令和4年度診療報酬改定の基本方針

令和3年12月10日  
 社会保障審議会医療保険部会  
 社会保障審議会医療部会

### 1. 改定に当たっての基本認識

**(新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応)**

- 我が国の医療制度は、これまで、医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保していくため、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ機能の充実等の取組を進めてきた。今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における外来・入院・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性が改めて認識された。
- まずは、足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き全力を注いでいくことが重要である。その上で、今般の経験を踏まえ、今後、新興感染症等が発生した際に、病院間等の医療機関間の役割分担や連携など、関係者が連携の上、平時と緊急時で医療提供体制を迅速かつ柔軟に切り替えるなど円滑かつ効果的に対応できるような体制を確保していく必要がある。加えて、今般の感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応するよう、引き続き、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を着実に進める必要がある。

**(健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現)**

- 同時に、我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、人生100年時代を迎えようとしている。人口構成の変化を見ると、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となり、2040年頃にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となって高齢者人口がピークを迎えるとともに、既に減少に転じている現役世代(生産年齢人口)は、2025年以降、更に減少が加速していく。
- このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会

を実現するとともに「全世代型社会保障」を構築していくことが急務の課題である。このような考え方の下、これまで数次の診療報酬改定を行ってきたところであり、このような視点は今回も引き継がれるべきものである。

**(患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現)**

- 地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、患者が安心して医療を受けることができる体制を構築し、患者にとって身近でわかりやすい医療を実現していくことが重要である。
- また、疾病構造やニーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、医療技術の進歩など、医療を取り巻く状況を踏まえると、医師等の働き方改革等について、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、医師等が高い専門性を発揮できる環境の整備を加速させるとともに、我が国の医療制度に関わる全ての関係者（住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等）が、医療のかかり方の観点も含め、それぞれの担う役割を実現することが必要である。
- さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、我が国のデジタル化の遅れが顕在化した。社会全体として、ICTの進歩やデジタル基盤の整備が進み、クラウドベースで、安全かつ高速に情報を共有・連携することが可能な時代になってきており、個別にシステムを整備するよりも低いコストで運用可能となってきたという指摘もある。こうした背景を踏まえて、医療分野におけるICTの利活用をより一層進め、電子カルテ情報の標準化など、デジタル化された医療情報の活用や医療機関間における連携のための取組の推進等により、質の高い医療サービスを実現していく必要がある。
- 加えて、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、医薬品・医療機器等の存在意義や創薬力の重要性が社会的に改めて注目されてきており、イノベーションの推進により創薬力・開発力を維持・強化するとともに、革新的医薬品を含めたあらゆる医薬品・医療機器等を国民に安定的に供給し続けることを通じて、医療と経済の発展を両立させ、安心・安全な暮らしを実現することが重要である。

**(社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和)**

- 制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、こうした社会経済の新たな流れにも対応しながら、経済・財政との調和を図りつつ、より効率的・効果的な医療政策を実現するとともに、国民の制度に対する納得感を高めることが不可欠である。

- そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針 2021」や「成長戦略実行計画（2021 年）」等を踏まえつつ、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響にも配慮しつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的・重点的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要である。

## 2. 改定の基本的視点と具体的方向性

- 平成 30 年度の診療報酬と介護報酬の同時改定では、団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となる 2025 年に向けた道筋を示すものとして、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定が行われ、令和 2 年度診療報酬改定では、これらの取組が更に推進されるよう、引き続き適切な評価に取り組むとともに、重点課題として医師等の働き方改革等の推進に取り組んだ。
- 令和 4 年度診療報酬改定に当たっては、こうしたこれまでの改定の流れを継承しながら、今般の新型コロナウイルス感染症への対応や、感染拡大により明らかになった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携等の対応を行うことが重要である。その際、補助金等の予算措置を含めた新興感染症への対応の全体的な視点の中で、診療行為に対する対価である診療報酬の在り方を考えていくことが必要である。
- あわせて、デジタル化等の社会経済の新たな流れにも対応した効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築に向けた取組を進める必要がある。

### (1) 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

#### 【重点課題】

#### (基本的視点)

- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、局所的な病床・人材不足の発生、感染症対応も含めた医療機関間の役割分担・連携体制の構築等の地域医療の様々な課題が浮き彫りとなった。
- こうした中、新型コロナウイルス感染症患者への対応についても、重症者に対応する医療機関、中等症患者に対応する医療機関、回復後の患者に対応

する後方支援医療機関、自宅・宿泊療養患者への医療を提供する医療機関、発熱患者等に対応する診療・検査医療機関、新型コロナウイルス感染症患者以外の患者も含め救急医療その他の通常医療に対応する医療機関など、各々の医療機関等がその機能に応じ地域医療を守るための役割を果たしており、かかりつけ医機能を担う医療機関を中心とした外来医療や在宅医療を含め、地域医療全体を視野に入れ、適切な役割分担の下、必要な医療を面として提供することの重要性も再認識された。

- 当面、まずは足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き対応していくことが重要である。今後の新興感染症等の感染拡大時にも機動的な対策を講じられるよう、医療法の改正により都道府県が策定する医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加されたところであり、今後、平時からの取組・感染拡大時の取組等について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備がなされていくことも必要である。
- 一方で、その間も、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、労働力人口の減少によるマンパワーの制約も一層厳しくなりつつあることや、各地域において、こうした実態を見据えつつ、効率的・効果的で質の高い医療提供体制を維持していくため、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠であることなど、中長期的な状況や見通しは変わっていない。
- 同時に、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することは引き続き重要な課題であり、そのために、質の高い在宅医療・訪問看護を確保するとともに、急変時の救急医療体制等の確保を含め医療機関間・医療介護間等の連携の取組を推進することが重要である。
- こうしたことから、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応することを前提に、今回の診療報酬改定においても、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を引き続き着実に進めることが必要である。

(具体的方向性の例)

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
  - ・ 新型コロナウイルス感染症患者の診療について実態に応じた評価を行いつつ、外来、入院、在宅における必要な診療体制を確保。
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組

- ・ 平時からの感染症対策に係る取組が広く実施されるよう、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進。
- ・ 今般の新型コロナウイルス感染拡大時における経験を踏まえ、主に重症患者等を受け入れる急性期病棟等について、感染拡大時における対応も見据えつつ平時からの体制・機能強化を推進。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
  - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効率的・効果的に提供されるよう、医療機能や患者の状態、地域における役割分担に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。その際、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築という観点からも、更なる包括払いの在り方を検討。
- 外来医療の機能分化等
  - ・ 外来機能報告の導入や医療資源を重点的に活用する外来の明確化を踏まえ、紹介状なしの患者に係る受診時定額負担制度の見直しを含め、外来機能の明確化・連携を推進。
  - ・ 外来医療から在宅医療への円滑な移行に当たって必要となる連携を推進。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
  - ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、総合的・継続的な診療を行うとともに、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望にも配慮した診療が行われるよう、かかりつけ医機能を評価。
  - ・ かかりつけ医機能を担う医療機関が地域の医療機関と連携して実施する在宅医療の取組を推進。
  - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。
  - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬状況等の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物中心の業務を適切かつ効率的に実施することを前提に、薬学的管理などの対人中心の業務への転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
  - ・ 中長期的には在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、在宅医療を担う医療機関と市町村・医師会等との連携、及び医療・介護の切れ目のない、地域の実情に応じた提供体制の構築等を推進し、効率的・効果的で

質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導等の提供体制を確保。

- ・ かかりつけ医機能を担う医療機関が地域の医療機関と連携して実施する在宅医療の取組を推進するとともに、外来医療から在宅医療への円滑な移行に当たって必要となる連携を推進。(再掲)
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組
  - ・ 医療機関間や医療機関と薬局等との連携、医科歯科連携、医療介護連携、栄養指導、その他の地域の保健・福祉・教育・行政等の関係機関との連携も含め、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等による多職種連携・協働の取組等を推進。

## (2) 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

### 【重点課題】

(基本的視点)

- 地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師等の働き方改革等を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。
- 医師等の働き方改革等に関しては、2024年(令和6年)4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、先般の医療法改正も踏まえ、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。
- 地域医療介護総合確保基金においては、勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業に対して財政支援を実施している。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング/タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。また、令和2年度診療報酬改定では、新たに地域医療の確保を図る観点から、早急に対応が必要な救急医療体制等の評価も行ったところ。
- 時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年4月に向けての準備期間も考慮すると、実質的に最後の改定機会であることも踏まえ、引き続き、今後、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、実効性ある取組について検討する必要がある。

(具体的方向性の例)

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシス

#### テムの実践に資する取組の推進

- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
  - ・ ICT を活用した医療連携の取組を推進。
  - ・ 届出・報告の簡素化、業務の効率化・合理化を推進。
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

### (3) 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

#### (基本的視点)

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

#### (具体的方向性の例)

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
  - ・ 患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて住み慣れた地域で継続して生活できるよう、医療機関間の連携の強化に資する取組、治療と仕事の両立に資する取組等を推進。
  - ・ 患者の安心・安全を確保するため、臨床上必要性が高い医薬品の安定供給の確保を推進。
  - ・ 革新的な医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価。
  - ・ 生活習慣病の増加等に対応する効率的・効果的な重症化予防、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のための取組を推進。
- 医療における ICT の利活用・デジタル化への対応
  - ・ 初診を含めたオンライン診療について、患者ニーズを踏まえた適切な普



- 及・促進を図る中で、安全性と信頼性の確保を前提に適切に評価。
- ・ オンライン服薬指導についても同様に、医薬品医療機器等法に基づくルールの見直しを踏まえ、適切に評価。
- ・ 医療情報の標準化、ICTの活用等を通じて、医療連携の取組を進めるとともに、医療の質を向上させるため、データを収集・利活用したエビデンスに基づく評価を推進。
- アウトカムにも着目した評価の推進
  - ・ 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を推進。
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
  - ・ 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるよう適切な医療の評価
  - ・ 質の高いがん医療の評価
  - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
  - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
  - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
  - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
  - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。(再掲)
  - ・ 歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携を強化。
  - ・ 歯科固有の技術等の適切な評価
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価
  - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬状況等の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物中心の業務を適切かつ効率的に実施することを前提に、薬学的管理などの対人中心の業務への転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。(再掲)
  - ・ 病棟薬剤師業務を適切に評価。

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

(基本的視点)

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

(具体的方向性の例)

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
  - ・ 後発品の使用促進について、安定供給の確保の状況等を踏まえつつ、「後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする」という新目標を実現するため、更に取組を推進。また、バイオ後続品の使用促進の方策等について検討。
- 費用対効果評価制度の活用
  - ・ 革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を行う。
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
  - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。その際、長期収載品等の医薬品について評価の適正化を行う観点から薬価算定基準の見直しを透明性・予見性の確保にも留意しつつ図る。
  - ・ エビデンスや相対的な臨床の有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価を行う。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
  - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効率的・効果的に提供されるよう、医療機能や患者の状態、地域における役割分担に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化等（再掲）
  - ・ 外来機能報告の導入や医療資源を重点的に活用する外来の明確化を踏まえ、紹介状なしの患者に係る受診時定額負担制度の見直しを含め、外来機能の明確化・連携を推進。
- 重症化予防の取組の推進
  - ・ 生活習慣病の増加等に対応する効率的・効果的な重症化予防、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のための取組を推進。（再掲）

- 医師・病棟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等の推進
  - ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応や、適正使用のための長期処方の方の在り方への対応、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策の検討等
  - 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進するとともに、OTC 類似医薬品等の既記載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点から更なる対応を検討。
  - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
  - ・ 薬剤調製などの対物中心の業務を適切かつ効率的に実施することを前提に、薬学的管理などの対人中心の業務への転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。(再掲)
  - ・ 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえつつ、薬局の評価の適正化等を推進。

### 3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て後期高齢者となる 2025 年、団塊ジュニア世代が 65 歳以上の高齢者となる 2040 年と、高齢化の進展に併せて、サービスの担い手（生産年齢人口）が減少する超高齢化・人口減少社会が到来している。また、地域包括ケアシステムの構築はもちろん、地域に生きる一人一人が尊重され、その可能性が最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現に資する取組が求められている。その際、「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防・健康づくりに関するモデル事業」も実施されているところであり、今後、その結果や、かかりつけ医機能を含む外来機能の明確化・連携等を更に進めていく方策の検討等も踏まえつつ、地域資源の実情に即した取組を推進すべきである。
- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、国や地方自治体の補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。
- 患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくとともに、国民の制度に対する納得感を高めるため、政府において、診療報酬制度を分かりやすくするための取組を継続していくこと、また、国民に対して医療制度に関する丁寧な説明を行っていくことが必要である。

## 令和4年度診療報酬改定について（案）

令和3年12月10日  
中央社会保険医療協議会

本協議会は、医療経済実態調査の結果、薬価調査及び材料価格調査の結果等を踏まえつつ、令和4年度診療報酬改定について審議を行ってきたところであるが、その結果を下記のとおり整理したので、厚生労働大臣に意見を申し述べる。

### 記

#### 1. 医療経済実態調査の結果について

- 本協議会は、医業経営の実態等を明らかにし、診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、第23回医療経済実態調査を実施し、その結果等について検討した。

#### 2. 薬価調査及び材料価格調査の結果について

- 薬価調査の速報値による薬価の平均乖離率は約7.6%、材料価格調査の速報値による特定保険医療材料価格の平均乖離率は約3.8%であった。

#### 3. 令和4年度診療報酬改定について

- 我が国の医療については、人口減少・少子高齢化が進展するとともに、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の構築が求められる中で、世界に冠たる国民皆保険を堅持し、あらゆる世代の国民一人一人が安全・安心で効率的・効果的な質の高い医療を受けられるようにすることが必要である。また、新型コロナウイルス感染症を含め、医療を取り巻く環境の変化や多様な国民のニーズに柔軟に対応することが重要である。
- 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において取りまとめられた「令和4年度診療報酬改定の基本方針」（以下「基本方針」という。）では、新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築や、安心・安全で質の高い医療の実現のための医師の働き方改革等の推進、患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めつつ、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上を図ることが示された。
- 本協議会は、この基本方針に基づき、全ての国民が質の高い医療を受け続けるために必要な取組についての協議を真摯に進めていく。こうした基本認識については、支払側委員と診療側委員の意見の一致をみた。

- しかし、このような基本認識の下で、どのように令和4年度診療報酬改定に臨むべきかについては、次のような意見の相違が見られた。
- まず、支払側の意見は次のとおり。医療経済実態調査の結果、医療法人の病院は黒字を維持し、一般診療所、歯科診療所、保険薬局は依然として高い水準の黒字である。さらに、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めた場合には、総じて医療機関の経営は安定している。単月調査の結果から直近の状況を見ると、令和3年6月の損益差額は、令和2年6月と比べて概ね改善し、一般診療所の損益差額は令和元年6月を上回った。こうした状況に加え、国民皆保険制度の長期的な持続可能性を高めつつ、医療提供体制を新興感染症にも強い効率的・効果的な仕組みへ再構築することや、高い水準の自然増を考えれば、令和4年度は診療報酬を引き上げる環境になく、国民の負担軽減につなげるべきであり、配分の見直しに主眼を置いたメリハリのある改定とする必要がある。薬価等については、イノベーションの推進にも配慮しながら、市場実勢価格の低下に伴う公定価格の引き下げ分を、長期的に上昇し続ける負担の抑制のために還元されなければ、国民の理解は得られない。
- これに対し、診療側の意見は次のとおり。医療経済実態調査の結果をみても、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が医療機関経営に大きな打撃を与え、期中、診療報酬において臨時的な対応をとったにもかかわらず、収益は大きく悪化した。新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含んだ場合でも、損益差額率は一般病院でほぼプラスマイナスゼロ、一般診療所では前々年度よりも縮小しているなど医療機関等の経営はきわめて厳しい。また、急な新興感染症等の流行などの有事の際にも即座に対応できるよう、平時の医療提供体制の余力が必要であり、あわせて、医師等の働き方改革が確実に実行できるようにするとともに、医療機関等がそれぞれの状況に応じて幅広く、かつ恒久的な賃上げを行うことができるだけの原資を確保する必要がある。こうした状況等から、国民の安全を守るためには、地域の医療と医療従事者を支える適切な財源が必要であり、令和4年度の診療報酬改定では、薬価財源は診療報酬に充当した上で、プラス改定しかあり得ない。
- 本協議会は、社会保険医療協議会法でその組織構成や、審議・答申事項等を法定されており、医療保険制度を構成する当事者である支払側委員と診療側委員、そして公益委員が、医療の実態や医療保険財政等の状況を十分考慮しつつ、診療報酬改定の責任を果たしてきた。

診療報酬改定は、基本方針に沿って、診療報酬本体、薬価及び特定保険医療材料価格の改定を一体的に実施することにより、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられるよう、医療費の適切な配分を行うものである。そのために、本協議会においては、これまでも医療制度全体を見渡す幅広い観点から、膨大な時間を費やしデータに基づいた真摯な議論を積み重ね、診療報酬改定に取り組んできており、これからもそのように取り組み続けていく。

- 厚生労働大臣におかれては、これまでの本協議会の議論を踏まえ、令和4年度予算編成に当たって、診療報酬改定に係る改定率の設定に関し適切な対応を求めるものである。
- また、新型コロナウイルス感染症への対応をはじめ、医療機能の分化・強化・連携、保健・医療・福祉の更なる連携、医療従事者の働き方改革や処遇改善、地域・職域等における予防・健康づくりの取組、費用対効果、新しい医療技術など、我が国の医療に関する様々な課題を解決するため、診療報酬のみならず、補助金、税制、制度改革など、幅広い施策を組み合わせる講じていくことが重要である。その際、施策の成果や健康への影響等をデータやエビデンスに基づいて正確・迅速に把握・検証し、更なる施策の見直しに役立てるという姿勢を強める必要があり、そのための人材・体制の充実が望まれる。
- さらに、国民一人一人が医療提供施設の機能に応じ、適切に医療を選択し受けるよう努めることも重要である。医療が高度化し、制度が複雑化する中でも、できるだけ仕組みを分かりやすくし、患者の主体的な選択を可能とする医療の質を含めた情報提供を行うなど、国民の理解を一層深める工夫についても配慮が行われるよう望むものである。