

中央社会保険医療協議会 総会（第 568 回） 議事次第

令和 5 年 11 月 29 日(水)
診療報酬基本問題小委員会終了後～

議 題

- 診療報酬基本問題小委員会からの報告について
- 調剤（その 3）について
- 在宅（その 5）について
- 個別事項（その 8）について
- その他

令和6年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価等について（案）

1. 現状について

- 令和6年度診療報酬改定に向けて、診療報酬における医療技術の適正な評価の観点から、医療技術評価分科会において、学会等から提出された医療技術評価・再評価提案書（以下「提案書」という。）に基づき、新規医療技術の評価及び既存技術の再評価（以下単に「評価」という。）に関する検討を行っている。
- 具体的には、本年2月から6月にかけて、学会等から合計858件（重複分を含めると863件）の提案書が厚生労働省に提出された。学会等からのヒアリングの内容と、今般医療技術評価分科会の下に設置したワーキンググループの意見を踏まえ、事務局において提案内容や重複提案の有無の確認を行ったうえで、「医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）」を作成した。
- 一方、令和4年度診療報酬改定における中医協答申書附带意見も踏まえ、令和6年度診療報酬改定に向けては、関係学会からの提案とは別に、分科会において指定する以下の既存医療技術について、報告書の提出を求めることとなった。
 - A) 令和4年度診療報酬改定において対応する優先度の高いものとされたうち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等で記載あり」とされた技術（計112件）
 - B) 平成28年度から令和4年度までの診療報酬改定において、レジストリの登録を要件として保険適用された技術（計35件）

2. 令和6年度診療報酬改定における対応について

（1）評価の対象等について

- 令和4年度診療報酬改定までの取扱い及び令和5年2月9日の医療技術評価分科会における検討を踏まえ、以下の取扱いとする。
 - ① 分科会に提案書が提出された医療技術について
 - ・ 評価の対象となる医療技術は、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部「医学管理等」から第13部「病理診断」、又は歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部「医学管理等」から第14部「病理診断」に該当する技術として評価されている又はされることが適当な医療技術であって、医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができるものに限る。
 - ・ また、提案書が提出された医療技術の実施に当たり、薬事承認されていない医

薬品、医療機器又は体外診断薬を使用するものは、原則として分科会における評価の対象外とする。提案書が提出された後、令和5年8月末日までに承認が確認されたものについては、評価の対象となる。

- ② 先進医療として実施されている医療技術について
 - ・ 先進医療として実施されている医療技術についても、平成30年度診療報酬改定以降の取扱いと同様に、分科会における評価の対象とする。
- ③ 保険医療材料等専門組織において審議を行った医療技術について
 - ・ 保険医療材料等専門組織で審議された医療技術のうち医療技術評価分科会での審議が必要とされた医療技術について、分科会における評価の対象とする。
 - ・ 技術料に一体として包括して評価される医療機器についてのチャレンジ申請により、保険医療材料等専門組織において技術料の見直しを行うことが適当とされた医療技術についても、分科会における評価の対象とする。

(2) 報告書について

- すべての対象技術から報告書の提出を受け、事務局において追加の質問やヒアリングを行ったところ。
- 報告書の分析結果から、「ガイドライン等で記載あり」とされた技術については、各々の医療技術において取組の状況・内容等が異なるなかで、臨床試験やレジストリ登録による取組も認められたところ。
- レジストリの登録が要件となっている医療技術については、症例数の不足等により解析が行われていない技術が51.4%であった。一方で、解析を終了し論文を上梓したものが14.3%であり、また一定程度症例が蓄積された技術においては、これまでの中間解析結果を論文として上梓している等の取組が行われていることが確認された。

(3) 医療技術の体系的な分類について

- 令和4年度診療報酬改定において、DPCデータの検証を通じて、KコードとSTEM7の対応関係に係る一定の評価結果と課題が得られたことを踏まえ、厚生労働省行政推進調査事業「リアルワールドデータ（RWD）に基づく外科手術等の高度化・多様化する医療技術の評価及びRWDの活用に資する研究」において、以下のような方針で検討を進めることとなった。

- ① 体系化の対象とする術式の選択について
 - ・ 1つのKコードに対して、手術部位ごとにSTEM7が分類されている整形外科領域の

一部の術式について体系化が可能と考えられたことを踏まえ、整形外科領域の同様の術式についても検証を進めるとともに、関係団体等とも連携しつつ、令和6年度診療報酬改定において検証結果に基づくKコードの体系化を検討する。

② 評価方法の検討について

- ・ DPC データの麻酔時間を用いた現状の評価方法については一定の限界も存在することから、関係学会の保有するデータベースを補完的に利用する等、関係団体等とも連携しつつ、更なる評価方法について検討を進める。

3. 令和6年度診療報酬改定に向けた医療技術評価等の進め方について（案）

(1) 評価の対象等について

- 本日の分科会において、「医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）」に基づき、各技術が分科会における評価の対象となるか否かについて検討することとする。

その結果、「医療技術評価分科会における評価の対象となる技術」とされたもの（760件、うち新規284件、既存476件）について、今後、分科会において評価を行うこととし、「医療技術評価分科会における評価の対象とならない技術」とされたもの（98件）については、評価を行わないこととする。

- なお、先進医療として実施されている技術（33件）については、先進医療会議の検討結果を踏まえて評価する必要があることから、提案書等の資料を先進医療会議に共有し、先進医療会議での評価に資するために必要な連携を確保することとする。

- 保険医療材料等専門組織で審議された医療技術のうち医療技術評価分科会での審議が必要とされた医療技術（4件、うちチャレンジ申請によるものが1件）について、分科会における評価の対象とする。

- 令和6年1月を目途に開催予定の分科会において結果をとりまとめ、その後中央社会保険医療協議会（中医協）へ報告し、中医協総会において最終的な検討を行う。

(2) 報告書について

- 「ガイドライン等で記載あり」とされた医療技術については、技術毎に取組の状況等が異なるところ、今後新規エビデンス等によりガイドライン上の位置づけの変更が行われた場合、学会から技術の見直しも含めた提案がなされることが予想される。

一方で、令和4年度中医協附帯意見も踏まえ、今後新たな医療技術が保険収載された場合には、学会等が収載後にどのような取組を行うかについて、医療技術評価分科会として把握を行うことが必要であり、令和6年度保険収載された医療技術のうち、「ガイ

ドライン等で記載あり」とされた医療技術については、報告を求めることとする。

- レジストリ登録を要件とされた技術については、症例の登録数が少ない等の理由のため解析が行われていないものが一定認められており、症例の登録状況や解析結果も含めて、今後も改定毎の報告を求めることとする。

(3) 医療技術の体系的な分類について

- 研究班において、データの利活用の観点から、DPC データを用いて、Kコードと STEM 7との突合による研究を行っており、研究班から分科会に対して報告を受けることとし、それに基づいて検討を進めることとする。

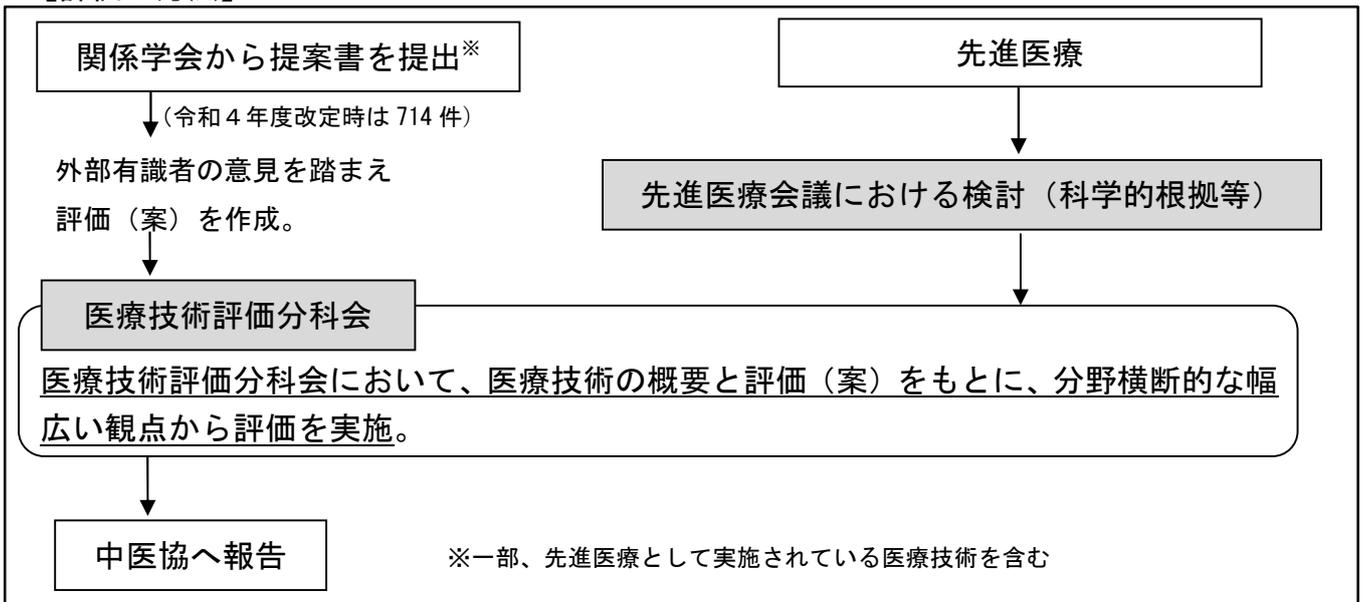
令和6年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価方法等について（案）

1. 令和4年度診療報酬改定における対応

(1) 令和4年度診療報酬改定における評価の概要

- 新規医療技術の評価及び既存医療技術の再評価については、診療報酬改定毎に、学会等から提出された技術評価提案書を踏まえ、医療技術評価分科会（以下、「分科会」という。）において検討を進め、中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」という。）総会へ報告を行ってきた。

【評価の方法】



(2) 令和4年度診療報酬改定における主な論点

- 既存医療技術の再評価に係る令和4年度診療報酬改定における主な論点は以下のとおり。
 - ① 診療ガイドライン等に基づく医療技術の評価について
 - ・ 令和4年度診療報酬改定において、学会等が作成する「診療ガイドライン」等に基づく質の高い医療を進める観点から、提案書において、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置づけ等を明記する欄を新設し、当該医療技術の評価の参考

とすることとした。

- ・ 以上の見直しのもと、令和4年度診療報酬改定において評価対象となる技術であって、診療報酬改定において対応する優先度の高いものとされたうち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等で記載あり」とされたものは、113件（未掲載技術36件、既掲載77件）であった。
- ・ 提案書において「ガイドライン等での位置づけ」の記載を求めたことにより、提案のあった技術の診療ガイドライン等での位置づけを明確に把握することが可能となったことに加え、ガイドラインでの位置づけについて、分科会として、今後その変化等を把握することが可能となることが見込まれた。

② レジストリに登録され、実施された医療技術の評価について

- ・ 令和4年度診療報酬改定において、レジストリに登録することを要件として保険適用された医療技術については、レジストリへの登録状況及び当該医療技術の実績等について、関連学会等を主体として検証した上で、分科会への報告等を行うとともに、引き続き有効性・安全性等に係る評価を行うこととした。
- ・ 以上の方針のもと、学会等から分科会に提案書の提出があった技術のうち、レジストリへの登録に関連して、ロボット支援下内視鏡手術に関するものであって、関連学会等によってレジストリを用いた当該技術の検証がなされたものは13件であった。
- ・ レジストリの解析結果を踏まえ、令和4年度診療報酬改定においては、胃癌に係る内視鏡手術用支援機器を用いて行った手術について、評価を見直すとともに、食道癌、胃癌及び直腸癌に係る内視鏡手術用支援機器を用いて行った手術について、施設基準を見直した。

- 令和4年度診療報酬改定においては、適切に医療技術の評価・再評価を行う観点から、医療技術評価提案書の提出に係るプロセスを見直すこととされた。

（参考）「個別改定項目について」（抜粋）

今後、適切に医療技術の評価・再評価を行う観点から、医療技術評価分科会における検討結果を分析するとともに、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を、当該分科会において把握できるよう、医療技術評価提案書の提出に係るプロセスを見直す。

- また、令和4年度診療報酬改定における中医協答申書附帯意見として、医療技術の評価について、以下のような指摘があり、令和4年5月18日中医協総会において、本分科会において検討を進めることとされた。

（参考）「中医協答申書附帯意見」（抜粋）

（医療技術の評価）

診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を把握し、それらを踏まえた適切な医療技術の評価・再評価を継続的に行うことができるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。

2. 令和6年度診療報酬改定に向けた対応（案）

（1）令和6年度の評価の具体的な進め方について

（ア）分科会における評価の対象となる医療技術

○ 令和2、4年度診療報酬改定と同様の取扱いとする。

① 分科会に提案書が提出された医療技術について

- ・ 評価の対象となる医療技術は、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部「医学管理等」から第13部「病理診断」、又は歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部「医学管理等」から第14部「病理診断」に該当する技術として評価されている又はされることが適当な医療技術であって、医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができるものに限る。
- ・ また、提案書が提出された医療技術の実施に当たり、薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用するものは、原則として分科会における評価の対象外とする。承認が見込まれるものについては、令和5年8月末日までに確実に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となる。

② 先進医療として実施されている医療技術について

- ・ 先進医療として実施されている医療技術についても、平成30年度診療報酬改定以降の取扱いと同様に、分科会における評価の対象とする。

（イ）提案書の様式

○ 令和4年度診療報酬改定で用いた様式を一部修正したものを用いる。提案書の様式については、以下の留意点がある。

- ① 当該医療技術が用いられることが想定される診療科について、選択する欄あり
- ② 学会等が作成する「診療ガイドライン」等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置づけ等を明記する欄あり
- ③ 当該医療技術により予想される影響額については、社会医療診療行為別統計に基づき算出されることが主であるものの、それ以外のデータを用いて算出される場合もあることを踏まえ、備考欄あり
- ④ 当該医療技術に関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術について、現に当該医療技術の対象となる患者に対して行われている医療技術も含めて記載することを明確化

- ⑤ 参考文献について、雑誌名等を具体的に記載する欄あり

(ウ) 医療技術の評価等の進め方

- 令和2、4年度診療報酬改定と同様に、学会等からの医療技術の提案に対する評価（案）の作成に当たり、WGを設置し、意見を求めることとする。

(2) 医療技術の体系的な分類について

令和4年度診療報酬改定において、DPCデータの検証を通じて、KコードとSTEM7の対応関係に係る一定の評価結果と課題が得られたことを踏まえ、厚生労働省行政推進調査事業「リアルワールドデータ（RWD）に基づく外科手術等の高度化・多様化する医療技術の評価及びRWDの活用に資する研究」において、以下のような方針で検討を進めることとなった。

① 体系化の対象とする術式の選択について

- ・ 1つのKコードに対して、手術部位ごとにSTEM7が分類されている整形外科領域の一部の術式について体系化が可能と考えられたことを踏まえ、整形外科領域の同様の術式についても検証を進めるとともに、関係団体等とも連携しつつ、令和6年度診療報酬改定において検証結果に基づくKコードの体系化を検討する。

② 評価方法の検討について

- ・ DPCデータの麻酔時間を用いた現状の評価方法については一定の限界も存在することから、関係学会の保有するデータベースを補完的に利用する等、関係団体等とも連携しつつ、更なる評価方法について検討を進める。

(3) 医療技術の再評価について

- 令和4年度診療報酬改定における中医協答申書附帯意見も踏まえ、令和6年度診療報酬改定に向けては、下記①に示される医療技術を対象として、関係学会からの報告書の提出を求めることが、令和4年10月7日の本分科会において決定され、同年10月26日の中医協総会においても了承されたところ。

① 医療技術の指定について

- ・ 関係学会からの提案とは別に、分科会において指定する既存医療技術について関係学会へ報告を求め、以下の医療技術を分科会における再評価の対象とする。

- A) 令和4年度診療報酬改定において対応する優先度の高いものとされたうち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等で記載あり」とされた技術（計113件）
- B) 平成28年度から令和4年度までの診療報酬改定において、レジストリの登録を要件として保険適用された技術（計35件）

② 報告書の様式

- ・ 既存の提案書は、臨床的位置づけに基づく学会からの提案内容をその根拠とともに記載する様式となっていることから、分科会において指定した技術について、現行の診療報酬上の評価の観点から臨床的位置づけや根拠の変化の有無を記載する報告書様式を新設した。
- ・ 新設の報告書様式について、ガイドライン等での位置づけの変化及びレジストリの解析結果を記載する項目を設けた。

③ 報告書提出後の対応について

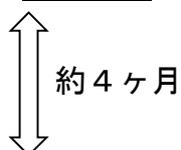
- ・ 必要に応じて提出学会等に対して事務局によるヒアリング・WGからの意見聴取等を行い、分科会において評価を行ってはどうか。
- ・ 評価結果を中医協総会に報告することを検討する。

3. 今後のスケジュール（案）

○ 提案書について

令和6年度診療報酬改定に向け、提案書の作成や、分科会における評価等に必要な時間を確保する観点から、下記のスケジュールで実施することとする。

令和5年 2月中旬 提案書受付開始（前回改定：2月10日）



6月上旬 提出締切（前回改定：6月11日）

- 6月～
- ・ 提案内容の重複や薬事承認等の確認
 - ・ WGの意見を聴取しつつ、事務局において評価（案）を作成
 - ・ 評価（案）を元に分科会において評価

令和5年度内

評価結果を中医協総会に報告

○ 報告書について

報告書の作成や、分科会における評価等に必要な時間を確保する観点から、下記のスケジュールで実施することとする。

令和5年 2月中旬 報告書受付開始



4月下旬 提出締切

4月～

- ・事務局によるヒアリング・WGからの意見聴取等を行い、事務局において評価案を作成
- ・評価（案）を元に、分科会において評価

令和5年度内

- ・評価結果を中医協総会に報告

医療技術評価提案書（案）

中医協 総-6-1
5 . 2 . 15

中医協 診-2-1
5 . 2 . 15

医療技術評価提案書（保険未収載技術用） 表紙

診調組 技-2-1
5 . 2 . 9

整理番号（6桁）	
関連技術の整理番号 ※事務局使用欄	

提出年月日 令和5年 月 日

提案される医療技術名	
------------	--

1. 申請団体

主たる申請団体名	
代表者氏名	
申請団体 事務連絡先 ※必ず連絡の取れ る連絡先を記載す ること	郵便番号 所在地 電話番号 E-Mail FAX番号 担当者氏名
上記以外の申請団体名 (共同提案学会名)	

2. 技術担当者（提案される医療技術の医学的内容について連絡をすることがある。）

担当者氏名	
担当者連絡先	所属施設名 診療科 役職 所属施設所在地 所属施設電話番号 E-Mail FAX番号 ※無い場合は自宅等

※ 必ず全ての空欄に記載することとし、該当しない場合も「該当なし」等と記載すること。記載のない欄がある場合は受け付けられない。

※ 1つの申請団体が複数の提案書を提出する場合には、「提案される医療技術名」は同じにならないようにすること。類似の技術がある場合には、「〇〇術（××について）」「〇〇術（△△について）」などとし、区別できるように記載すること。

※ 複数の団体が同一技術の提案をする場合は、可能な限り団体間で調整し、1つの提案書にまとめて提出すること。

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）

整理番号 ※事務処理用		
提案される医療技術名		
申請団体名		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	リストから選択
	関連する診療科（2つまで）	リストから選択
		リストから選択
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	有無をリストから選択	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度 （複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択
	提案当時の医療技術名	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
提案される医療技術の概要 （200字以内）		
文字数：		
対象疾患名		
保険収載が必要な理由 （300字以内）		
文字数：		

【評価項目】

①提案される医療技術の対象 ・疾患、病態、症状、年齢等		
②提案される医療技術の内容 ・方法、実施頻度、期間等 （具体的に記載する）		
③対象疾患に対して現在行われている医療技術（当該医療技術が検査等であつて、複数ある場合は全て列挙すること）	区分	区分をリストから選択
	番号 医療技術名 既存の治療法・検査法等の内容	
④有効性・効率性 ・新規性、効果等について③との比較 ・長期予後等のアウトカム		
⑤④の根拠となる研究結果等	研究結果	エビデンスレベルをリストから選択
	ガイドライン等での位置づけ	位置づけをリストから選択
⑥普及性 ※患者数及び実施回数の推定根拠等	年間対象患者数(人) 国内年間実施回数(回)	

⑦医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件 （標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 人的配置の要件 （医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） その他 （遵守すべきガイドライン等その他の要件）	
⑧安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		
⑨倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		
⑩希望する診療報酬上の取扱い	妥当と思われる診療報酬の区分 点数（1点10円） その根拠	区分をリストから選択
関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（③対象疾患に対して現在行われている医療技術を含む）	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択
予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠 備考	リストから選択
⑪提案される医療技術において使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬（主なものを記載する）		
⑫提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況	いずれか一つをリストから選択	1) を選択した場合は、下の欄に詳細を記載。
※ 該当する場合、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）等		
⑬提案される医療技術の先進医療としての取扱い		いずれか一つをリストから選択
⑭その他		
⑮当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		
⑯参考文献 1	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	
⑯参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	
⑯参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	
⑯参考文献 4	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	
⑯参考文献 5	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	

※⑮については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

提案される医療技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

提案される医療技術名	
申請団体名	

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、令和5年（2023年）8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項をもれなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	備考 特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載 （※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

医療技術評価提案書（保険既収載技術用） 表紙

整理番号（6桁）	
関連技術の整理番号 ※事務局使用欄	

提出年月日 令和5年 月 日

提案される医療技術名	
------------	--

1. 申請団体

主たる申請団体名	
代表者氏名	
申請団体 事務連絡先 ※必ず連絡の取れる 連絡先を記載すること	郵便番号 所在地 電話番号 E-Mail FAX番号 担当者氏名
上記以外の申請団体名 (共同提案学会名)	

2. 技術担当者（提案される技術の医学的内容について連絡をすることがある。）

担当者氏名	
担当者連絡先	所属施設名 診療科 役職 所属施設所在地 所属施設電話番号 E-Mail FAX番号 ※無い場合は自宅等

- ※ 必ず全ての空欄に記載すること。記載のない欄がある場合は受け付けられない。
- ※ 1つの申請団体が複数の提案書を提出する場合には、「提案される医療技術名」は同じにならないようにすること。類似の技術がある場合には、「〇〇術（××について）」「〇〇術（△△について）」などとし、区別できるように記載すること。
- ※ 複数団体が同一技術の提案をする場合、可能な限り団体間で調整し、1つの提案書にまとめて提出すること。

医療技術評価提案書（保険既記載技術用）

整理番号 ※事務処理用		
提案される医療技術名		
申請団体名		
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	リストから選択
	関連する診療科（2つまで）	リストから選択
		リストから選択
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	有無をリストから選択	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度（複数回提案した場合は、直近の年度）	リストから選択
	提案当時の医療技術名	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	区分をリストから選択	
診療報酬番号		
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の見直し（適応）	該当する場合、リストから○を選択
	1-B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
	1-C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択
	4 保険記載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載		
提案される医療技術の概要（200字以内）		
文字数：		
再評価が必要な理由		

【評価項目】

①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）		
②現在の診療報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項		
診療報酬区分（再掲）	区分をリストから選択	
診療報酬番号（再掲）		
医療技術名		
③再評価の根拠・有効性	治癒率、死亡率やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	
	ガイドライン等での位置づけ	リストから選択
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠		

年間対象者数の変化	見直し前の症例数（人） 見直し後の症例数（人）	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回） 見直し後の回数（回）	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		
・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設の要件（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等） 人的配置の要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件）	
⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度		
⑦倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば必ず記載）		
⑧点数等見直しの場合	見直し前 見直し後 その根拠	
⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術（当該医療技術を含む）	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠 備考	リストから選択
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		
⑫その他		
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		
⑭参考文献 1	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	
⑭参考文献 2	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	
⑭参考文献 3	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	

⑭参考文献 4	1) 名称	
	2) 著者	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	
	4) 概要	
⑭参考文献 5	1) 名称	
	2) 著者	
	3) 雑誌名、年、月、号、ページ	
	4) 概要	

※⑬については、1.の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案される医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や研究者等の名称を記載すること。

提案される医療技術に使用する医薬品、医療機器又は体外診断用医薬品について

整理番号

提案される医療技術名	
申請団体名	

※ 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用した技術は、原則として医療技術評価分科会での評価の対象外である。承認見込みの場合、令和5年（2023年）8月末日迄に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となることに留意すること。

※ 医薬品、医療機器又は体外診断薬については、当該技術の核となるものについて必ず具体的な薬品名、製品名を記載すること。

※ 該当する製品の添付文書を添付すること。

※ 薬事承認上の内容等が不明な場合は、添付文書を確認するか、製造販売会社等に問い合わせること。

※ 記載が不十分であると判断した場合は評価の対象外となるため、必要事項を漏れなく記載すること。

【医薬品について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「効能又は効果」	薬価（円）	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）

【体外診断用医薬品（検査用試薬）について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的」	備考 ※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等はその旨を記載）

【その他記載欄（上記の欄に記載しきれない内容がある場合又は再生医療等製品を使用する場合には以下を記入すること）】

--

中医協 総－6－2
5 . 2 . 1 5

中医協 診－2－2
5 . 2 . 1 5

診調組 技－2－2
5 . 2 . 9

医療技術評価提案書 記載要領 (案)

【通則】

1. 医療技術評価分科会において評価を行う技術は、以下のとおりである。

(1) 評価の対象となる医療技術の範囲

評価の対象となる医療技術は、原則として以下に含まれるものとする。

- ① 医科診療報酬点数表 第2章特掲診療料第1部医学管理等から第13部病理診断まで
- ② 歯科診療報酬点数表 第2章特掲診療料第1部医学管理等から第14部病理診断まで

(2) 提案される医療技術に係る医薬品等について

提案される医療技術において用いる医薬品、医療機器及び体外診断薬等は、全て薬事承認を得たものとする。薬事承認を得ていない医薬品等を用いる医療技術は、原則として医療技術評価分科会における評価の対象外とする。ただし、令和5年8月末日までに薬事承認が確実に可能な場合、評価の対象とする。

2. 医療技術評価提案書（以下「提案書」という。）には、「医療技術評価提案書（保険未収載用）」（以下「提案書（未収載用）」という。）と「医療技術評価提案書（保険既収載技術用）」（以下「提案書（既収載用）」という。）がある。提案書は必ず、令和6年度診療報酬改定に向けて作成されたものを使用すること。令和6年度診療報酬改定に向けて作成されたもの以外を使用した場合、評価の対象外となるため、十分注意すること。

3. 医療技術の提案にあたり、どちらの提案書の様式を用いるかについては、以下に従い選択すること。

(1) 提案される医療技術が、現に診療報酬点数表に収載されていないものであり、かつ、以下の(2)のいずれにも該当しない場合は、「提案書（未収載用）」を用いること。

(2) 提案される医療技術が、以下のいずれかに該当する場合は「提案書（既収載用）」を用いること。

- ・ 現に診療報酬点数表に収載されている医療技術について、新たな適応疾患等に保険適用を拡大することを提案する場合
- ・ 現に診療報酬点数表に収載されている医療技術について、施設基準、回数制限等の算定要件の見直し又は点数の見直しを提案する場合

- ・ 現に診療報酬点数表に掲載されている医療技術であるが、別の技術料として新設することが妥当と考えられる場合
 - ・ 過去に診療報酬点数表に掲載されていた医療技術であって、現に診療報酬点数表に掲載されていないものについて、再評価を提案する場合
 - ・ 新規特定保険医療材料等により新設される技術料に係る医療技術について提案する場合
4. 提案書への記載に当たっては、公表することを前提とすること。なお、機密事項としての取扱いを希望する項目がある場合には、その旨を明記すること。
5. 平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた「提案される医療技術の概要をまとめた資料（以下「概要図」という。）」を添付すること。概要図には、「医療技術名」、「医療技術の概要」、「対象疾患名」、「現在当該疾患に対して行われている治療との比較」、「有効性」及び「診療報酬上の取扱い」を必ず記載すること。概要図は、先進医療会議の資料を参考として記載すること。
なお、必要であれば、海外のデータを用いても差し支えない。
- (参考) 先進医療会議
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken.html?tid=129195>
6. 提案される医療技術を評価する上で有用と考えられる文献等について、5つを上限として提案書に添付できることとする。ただし、「提案される医療技術において用いる医薬品、医療機器又は体外診断薬」に関する添付文書等については、この限りでない。
7. 提案書の記載に当たっては、以下を遵守すること。
- ・ 既に記載されている項目や内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載すること。
 - ・ セルの結合や削除はしないこと。なお、印刷ページで4ページ以内に収まる範囲であれば、各行の高さを変更しても差し支えない。
 - ・ 文字の大きさは12ポイントとし、欄外には記載しないこと。
8. 記載する事項がない項目については、当該項目欄に「特になし」と必ず記入すること。
9. 提案される医療技術がレジストリを要件とする医療技術である場合、当該技

術に係るレジストリについて検証を行った上で、検証結果を提案書に添付すること。

【提案書（未収載用）の記載方法】

1. 「申請団体名」について

提案書の記載内容について確認が可能な申請団体名を記載すること。

2. 「提案される医療技術が関係する診療科」について

「主たる診療科」については、提案される医療技術が最も用いられることが想定される診療科を1つ選択すること。「関連する診療科」については、主たる診療科以外で、提案される医療技術が用いられることが想定される診療科がある場合には、該当する診療科を2つまで選択すること（ない場合には、「00なし」を選択すること。）。なお、「申請技術が関係する診療科」の選択に当たっては、可能な限り「38 その他」を選択せず、リストの中の診療科から選択すること。

3. 「提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無」について

過去の診療報酬改定に向けた医療技術の評価の際に提案されたが、新規保険収載等の対応がなされなかった医療技術について、改めて提案される場合には、「提案実績あり」を選択すること。そうでない場合には「提案実績なし」を選択すること。

「提案実績あり」を選択した場合には、直近の提案がなされた年度及び提案技術名を記載するとともに、直近の提案の内容との違い（追加のエビデンスの有無）について、追加のエビデンスがある場合、「有」を選択し、それが分かるように提案書に印を付す等、わかりやすく示すこと。

4. 「保険収載が必要な理由」について

提案される医療技術について、対象となる疾病等に関する現状及び保険収載された際に期待される効果を、評価項目（有効性、安全性等）に記載したデータ等を用いて、300字以内で簡潔に記載すること。

5. 評価項目について

① 「提案される医療技術の対象」について

疾患、病態、症状及び年齢等、提案される医療技術の対象となる患者群を具体的に記載する。

②「提案される医療技術の内容」について

提案される医療技術について、具体的な手技・手法、実施に要する時間（例：手術時間、検査時間等）、個々の患者における実施頻度及び治療期間等を記載すること。

③「対象疾患に対して現在行われている医療技術」について

現在、①で記載した患者群に対して、診断・治療等の目的で行われている既収載医療技術について、区分番号と共に記載すること。

なお、提案される医療技術が検査等であって、現に複数の検査等において診断・治療を行っている場合には、現に収載されている医療技術を全て記載すること。その際、区分が複数にある場合は、「その他」を選択し、該当する区分を全て右欄に記載すること。

④「有効性・効率性」及び⑤「④の根拠となる研究結果等」について

治癒率・死亡率・QOLの改善等の長期予後のアウトカムや、診断の正確性の向上等について、③で記載した既存技術の有効性と可能な範囲で比較した上で、両者の相違点がわかるように、データや学会のガイドライン等に基づき記載すること。また、その概要について記載した上で、エビデンスの質（エビデンスレベル）を明記し、当該有効性に関する資料（ガイドラインや論文の写し等）を必ず添付すること（ガイドラインや論文等である場合、参考文献の欄にも記載すること）。

エビデンスレベルは、1a、1b、2a、2b、3、4、5又は6の中から選択することとし、それぞれのエビデンスレベルの分類は以下とする。

1a：ランダム化比較試験（RCT）のメタアナリシス

1b：少なくとも1つのRCT

2a：少なくとも1つのランダム割付けを伴わない前向きコホート研究

2b：少なくとも1つのランダム割付けを伴わない後ろ向きコホート研究

3：ケースコントロール研究

4：前後比較、対照群を伴わない研究

5：症例報告、ケースシリーズ

6：専門家個人の意見（専門家委員会報告を含む）

ガイドライン等における位置づけについて、提案される医療技術がガイドライン等に記載されている場合には、当該ガイドライン等の名称、発行年、発行団体名、提案される医療技術に関する記載の概要について記載するとと

もに、参考文献の欄にも記載すること。また、提案される医療技術に係るガイドライン等が「診療ガイドライン」である場合には、「Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2020」

(https://minds.jcqh.or.jp/s/guidance_2020_3_0) 等に準じて質を確保しているかどうかについて、評価ツール等

(https://minds.jcqh.or.jp/s/evaluation_tool) を用いた自己点検の状況や、Minds に掲載された診療ガイドラインであるかどうかについても記載すること。提案される医療技術がガイドライン等に記載されていない場合には、提案される医療技術について掲載され得るガイドライン等の名称、発行年、発行団体名、当該ガイドラインの改訂の見込みの時期、提案される医療技術が当該ガイドライン改訂時に記載される見込みについて記載すること。

⑥「普及性」について

①及び②の記載内容を踏まえ、患者数の将来予測推計を、学会のデータ、患者調査結果等を活用し記載すること。また、提案される医療技術の（年間）実施回数の将来予測推計（提案される医療技術を実施できる医療機関の数及び実施回数の推計）を、学会等が保有するデータや社会医療診療行為別統計（旧：社会医療診療行為別調査）結果等を活用し記載すること。

（参考）

- ・患者調査

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450022&tstat=000001031167&second=1>

- ・社会医療診療行為別統計（令和3年）

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450048&tstat=000001029602&cycle=7&tclass1=000001166295&tclass2=000001166326&tclass3=0001166327&tclass4val=0>

《社会医療診療行為別統計を用いた年間実施回数の調べ方》

(i) 上記 URL のうち、調べたい統計表の「CSV」マークをクリックすると、該当する統計表が閲覧できる。

※ 個別の処置や手術等の算定回数については、医科診療 2 表番号 1～3（細分類）を参照すると便利である。

(ii) 調べたい診療行為の、「総数」の中の「実施件数、回数」を見る。

例：下記の「〇〇術」であれば「200回」となる。

	(点数)	実施件数	回数	(総)点数
〇〇術	12345	150	200	2469000

この調査は、1か月の算定回数の調査であるため、年間実施回数を推計する際には12倍する。

例：「200回×12=2400回」となる。

⑦「医療技術の成熟度」について

提案される医療技術の学会等における位置づけや難易度（例えば、必要と考えられる医師の専門性、経験年数及び施設基準等）について記載すること。

施設基準については、提案される医療技術の専門性等を踏まえ、施設、人的配置の要件等について、根拠となるデータも含め記載を行うこと。

⑧「安全性」について

提案される医療技術を実施した際に発生した又は発生が予想される副作用・合併症・事故などのリスクについて、その内容と頻度を記載すること。また、③に記載した既存医療技術の安全性と可能な範囲で比較すること。

⑨「倫理性・社会的妥当性」について

提案される医療技術に関し、倫理性、社会的妥当性の視点から考慮すべき点があれば具体的に記載すること。

例) 脳死移植における臓器移植法との関係（法的問題点）

移植医療における倫理的問題（倫理的問題点）等

※ 考慮すべき点がないと判断した場合は、「問題なし」と記載すること。

⑩「希望する診療報酬上の取扱い」について

提案される医療技術が保険収載となった場合、診療報酬点数表上妥当と思われる区分（「D検査」、「K手術」等）を1つ選択し、点数（〇〇点）及びその根拠（類似医療技術の点数との対比、実勢コストとの対比等）を記載すること。

また、既に保険収載されている医療技術のうち、提案される医療技術を保険収載することで代替されること等により、既存医療技術の対象者数が減少するなどして、保険収載の必要がなくなる又は点数を減点することが可能な医療技術があれば、どの程度減点が可能か等、具体的に記載すること。なお、記載した医療技術が必ず削除又は減点されるわけではない。

さらに、提案される医療技術の新規性や一症例当たりの効果（治癒率、入

院・通院期間、合併症等の比較、費用の比較)等を踏まえ、提案される医療技術を保険収載した場合の医療費への影響を試算すること。また、費用の比較に当たっては、算出の根拠も記載するとともに、提案される医療技術に直接係る費用だけでなく、提案される医療技術が用いられることにより減少が期待される費用が想定できる場合は、併せて記載すること。

ただし、増加と記載されたことにより、提案される医療技術への評価が変わるものではない。

予想影響額の算出方法は以下のとおりとする。

$$\text{予想影響額} = \text{下記 (x)} - \text{(y) 円 増・減}$$

(x) : 提案される技術に係る予想年間医療費 (= (a) × (b) × (c))

(a) 妥当と思われる診療報酬点数 (⑩の数値)

(b) 予想される年間対象患者数 (⑥の数値)

(c) 予想される一人当たりの年間実施回数

※社会医療診療行為別統計の年間実施回数を使用する場合は、提案される医療技術に係る予想年間医療費 = (a) × 予想される年間実施回数 ((b) × (c)) となる。

(y) : 提案される技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費

例) ・代替される既存医療技術の対象者減少に伴う医療費減少

・入院期間の短縮、重症化抑制、合併症抑制に伴う医療費減少等

なお、提案される医療技術について費用－効果分析、費用－便益分析などの経済評価が実施されていれば (海外での研究も含む)、その結果を記載すること。

備考欄については、上記の予想影響額の算出方法とは異なる方法で予想影響額を算出した場合に使用すること。

⑪「提案される医療技術において用いる医薬品、医療機器又は体外診断薬」について

提案される医療技術の実施に当たって、医薬品、医療機器又は体外診断薬を用いる場合、当該医薬品等について医薬品医療機器等法上の承認状況を確認する観点から、主なものについて、その名称 (販売名及び一般名)、薬事承認又は認証の有無 (承認又は認証番号)、医薬品医療機器等法の「使用目的、効能又は効果」、薬価又は材料価格等の内容を記載し、併せて添付文書を添付すること。ただし、一般的に普及し、かつ、明らかに医薬品医療機器等法上の承認内容に適して使用されているもの (例: 心電図等監視装置、手

術に用いる鉗子等基本的器械類、消炎鎮痛剤等基本的医薬品）は除く。

医薬品、医療機器及び体外診断薬について、未承認のもの又は適応外使用による医療技術に関しては、原則として評価の対象とならないので注意すること。承認見込みの場合、令和5年8月末日までに確実に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となる。

なお、当該項目の記載や添付資料が不十分な場合には、適切な評価が困難であるため、評価の対象とならない点に十分注意すること。また、提案に当たって企業と情報共有等を行った場合には、その旨を「その他記載欄」に記入すること。

⑫「提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況」について

提案される医療技術の海外における公的医療保険（医療保障）（例：米国 Medicare、英国 NHS 等）への収載状況について、以下のいずれかを選択すること。

- 1) 収載されている
- 2) 調べたが収載を確認できない
- 3) 調べていない

また、1) を選択した場合は、国名、制度名、保険適用上の特徴（例：年齢制限）を記載の上、それを示す資料を添付すること。

⑬「提案される医療技術の先進医療としての取扱い」について

提案される医療技術の先進医療としての取扱い状況について、以下のいずれかを選択すること。また、b 又は c を選択した場合は、現状について簡単に記載すること。

- a. 承認を受けている
- b. 届出されたが承認されなかった
- c. 届出中
- d. 届出はしていない

⑭「その他」について

その他、QOL の改善等について、上記までの記載で網羅されておらず特記すべき事項があれば記載すること。

⑮「当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等」について

1. の「主たる申請団体」および「上記以外の申請団体」以外に、提案され

る医療技術に関する研究、会合、論文発表等を実施している学会等の関連団体や、研究者等の名称を記載すること。

⑩「参考文献」について

提案される医療技術を評価する上で有用と考えられる文献等について、主たるもので最新のもの5つを上限として、その概要等を記載すること。

【提案書（既収載用）の記載方法】

1. 「申請団体名」について

【提案書（未収載用）の記載方法】 1. を参照すること。

2. 「提案される医療技術が関係する診療科」について

【提案書（未収載用）の記載方法】 2. を参照すること。

3. 「提案される医療技術または提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無」について

【提案書（未収載用）の記載方法】 3. を参照すること。

4. 「診療報酬区分」について

提案される医療技術が該当する診療報酬区分について、いずれか一つの区分を選択する。なお、通則の「1」の通り、Aに該当する場合は医療技術評価分科会の評価の対象とならないことに留意すること。

5. 「再評価区分」及び「提案される医療技術の概要」について

当該技術の保険収載の取扱いについて再評価を希望する場合は、再評価区分を選択（複数選択可）し、その概要を該当欄に記載すること。

	概要	例
(1-A) 算定要件の見直し (適応)	適応疾患等の拡大や縮小等	<ul style="list-style-type: none"> ・他の疾患の診断についても有効性が明らかとなった検査 ・他の疾患についても長期成績等の有効性が明らかとなった手術
(1-B) 算定要件の見直し (施設基準)	提案される医療技術に係る現行の施設基準の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・質の担保の観点から施設基準を設けるべき手術 ・現行の基準が厳しすぎるため保険診療に支障が生じている

		手術
(1-C) 算定要件の見直し (回数制限)	回数制限の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・回数制限が現在のエビデンスと合致していない検査 ・回数制限がないため不必要に実施されている検査・処置 ※これらについて、患者の生活上の有用性(QOLの改善への寄与等)も含め、その理由を記載すること。
(2-A) 点数の見直し(増点) (2-B) 点数の見直し(減点)	提案される医療技術に係る保険点数の再評価 (増点・減点)	<ul style="list-style-type: none"> ・新たなエビデンスにより、臨床上的有用性が高いことが示された技術 ※これらについて、類似技術の点数との対比、原価との対比等を記載すること。
(3) 項目設定の見直し	保険既記載の医療技術で算定できているものの、新たなガイドラインや文献等により、別の技術料又は加算としての評価等を希望	
(4) 保険記載の廃止	<ul style="list-style-type: none"> ・提案される医療技術が、既に行われていない ・提案される医療技術は実施されているが、有効性・安全性等に疑義が生じている 	
(5) 新規特定保険医療材料等に係る点数	<ul style="list-style-type: none"> ・新規特定保険医療材料又は新規体外診断用医薬品により、平成30年度改定まで既存の項目の点数を準用して算定している 	
(6) その他(1~4のいずれも該当しない)	<ul style="list-style-type: none"> ・上記に該当する区分がない場合にのみ、本区分を選択 	(例) ガイドラインの変更等により、呼称の変更が必要である(但し、変更により算定範囲が拡大する場合を除く。)

6. 評価項目について

①「再評価すべき具体的な内容」について

提案される医療技術の保険記載の取扱いについて再評価の提案内容を記載すること。また、点数の見直しの場合は、現行の点数から何点に見直すのか具体的に記載すること。

②「現在の診療報酬上の取扱い」について

提案される医療技術の現在の取扱いについて、対象としている患者、技術の内容及び現在の診療報酬上の評価等について具体的に記載すること。

③「再評価の根拠・有効性」について

再評価の根拠や有効性（治癒率、死亡率や QOL の改善等の長期予後等のアウトカム）を可能な限りデータや学会のガイドライン等に基づき記載すること。また、当該再評価の理由に関する資料（論文の写し等）を必ず添付すること。

ガイドライン等での位置づけについて、提案される医療技術がガイドライン等に記載されている場合、当該ガイドライン等の名称、発行年、発行団体名、提案される医療技術に関する記載の概要について記載するとともに、参考文献の欄にも記載すること。また、提案される医療技術に係るガイドライン等が「診療ガイドライン」の場合については、「Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2020」（https://minds.jcqhc.or.jp/s/guidance_2020_3_0）等に準じて質を確保しているかどうかについて、評価ツール等

（https://minds.jcqhc.or.jp/s/evaluation_tool）を用いた自己点検の状況や、Minds に掲載された診療ガイドラインであるかどうかについても記載すること。提案される医療技術がガイドライン等に記載されていない場合、提案される医療技術について掲載され得るガイドライン等の名称、発行年、発行団体名、当該ガイドラインの改訂の見込みの時期、提案される医療技術が当該ガイドライン改訂時に記載される見込みについて記載すること。

④「普及性の変化」について

年間対象者数の変化や年間実施回数の変化等を記載するとともに、そのように推定した根拠も記載すること。なお、年間対象者数の変化や年間実施回数の変化等の記載に当たっては、【提案書（未収載用）の記載方法】5. ⑥を参照すること。

⑤「医療技術の成熟度」について

【提案書（未収載用）の記載方法】5. ⑦を参照すること。

⑥「安全性」について

提案される医療技術を見直すことによって安全性に影響が及ぶと予想される場合（安全性が向上する場合も含む）は、副作用・合併症・事故などのリスクについて、その内容と頻度を記載すること。

⑦「倫理性・社会的妥当性」について

【提案書（未収載用）の記載方法】 5. ⑨を参照すること。

⑧「点数等の見直しの場合」について

見直し前後の点数及び見直し後の点数の根拠について記載すること

⑨「関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術」について

提案される医療技術を見直すことによって、他の既存技術の対象者数が減少するなどして、保険収載の必要がなくなる又は点数を減点することが可能な医療技術があれば記載し、どの程度減点が可能か具体的な点数を記載すること。また、同一区分番号内であっても、減点や削除が可能な部分があれば記載すること。なお、記載した技術が必ず削除又は減点されるわけではない。

関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術が複数ある場合には、全て記載すること。その際、区分が複数にある場合は、「その他」を選択し、該当する区分を全て右欄に記載すること。

⑩「予想影響額」について

予想影響額の算出方法及び備考欄の取扱いについては、【提案書（未収載用）の記載方法】 5. ⑩を参照すること。

⑪「算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬」について

算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬がある場合には、【提案書（未収載用）の記載方法】 5. ⑪を参照の上、別紙に記載すること。

当該医薬品等について、未承認のもの又は適応外使用による技術に関しては、原則として評価の対象とならないので注意すること。なお、承認見込みの場合、令和5年8月末日迄に確実に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となる。また、当該項目の記載や添付資料が不十分な場合には評価の対象とならないため、十分注意すること。

⑫「その他」について

【提案書（未収載用）の記載方法】 5. ⑭を参照すること。

⑬「当該申請団体以外の関係学会（共同提案学会名、関連団体名）、代表的研究者等」について

【提案書（未収載用）の記載方法】 5. ⑮を参照すること。

⑭「参考文献」について

【提案書（未収載用）の記載方法】 5. ⑯を参照すること。

保険未収載技術 評価票 (案)

番号：

評価対象技術：

評価者：

I. 評価	
評価項目	評価結果
1. 当該技術の保険収載に係る必要性・妥当性について	1 2 3 4 5 (低 ⇨ 高)
2. 倫理性・社会的妥当性について	問題あり 問題なし
3. 実施施設の限定について	1. 施設基準を設けるべき 2. 必要なし
II. コメント	
(1)既存技術と比較した有効性及び効率性について	
(2)普及性について	
(3)技術的成熟度について	
(4)安全性について	
III. 自由記載欄	

(評価上の留意事項)

I. 評価結果について

- ・「1. 当該技術の保険収載に係る必要性・妥当性について」及び「2. 倫理性・社会的妥当性について」は、提案書①～⑥に記載された内容を、エビデンスレベル等のデータの質・信頼度、臨床的観点からの妥当性などから総合的に評価し、評価結果を○で囲むこと。
- ・「3. 実施施設の限定について」は、提案書①～⑤の記載を総合的に評価し、当該技術を実施する場合には、安全性等の観点から一定の施設に限定する必要である、と判断した場合は、1を○で囲むこと。

II. コメントについて

- ・評価結果を1又は2とした場合は、提案書の内容が不十分と考えられる点
 - ・評価結果を5とした場合は、評価ができると考えられる点
- を少なくとも1項目について、(1)～(4)の「コメント」欄に記載する。(複数記載可)

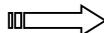
III. 自由記載欄について

その他、当該技術に関して特記すべき事項がある場合は、記載すること。なお、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点を記載することもあるので、評価の際に参考として用いること。

保険既収載技術 評価票 (案)

番号：
 評価対象技術：
 評価者：

評価結果

I. 評価	
評価項目	評価結果
1. 再評価の必要性・妥当性について	1 2 3 4 5 (低  高)
II. コメント	
(1)有効性等について	
(2)普及性の変化について	
(3)予想される医療費の影響について	
(4)その他 (安全性、技術の成熟度、倫理性・社会的妥当性について特記すべき事項があれば)	
III. 自由記載欄	

(評価上の留意事項)

I. 評価結果について

- ・「1. 再評価の必要性・妥当性について」は、提案書①～⑤に記載されている有効性等に関するデータの質・信頼度も含め総合的に評価し、評価結果を○で囲むこと。

II. コメントについて

- ・評価結果を1又は2とした場合は、提案書の内容が不十分と考えられる点
 - ・評価結果を5とした場合は、評価ができると考えられる点
- を少なくとも1項目について、(1)～(4)の「コメント」欄に記載する。(複数記載可)

III. 自由記載欄について

その他、当該技術に関して特記すべき事項がある場合は、記載すること。なお、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点を記載することもあるので、評価の際に参考として用いること。

医療技術に対する評価について（案）

1. 現状・課題

- 医療技術の評価については、中医協総会（以下、「総会」という。）での審議に加え、学会等から医療技術評価分科会（以下、「分科会」という。）に提案のあったものについて分科会で分野横断的な幅広い観点から検討を行っている。また、新たに薬事承認又は薬事承認事項一部変更承認を得た医療機器等を用いた技術については、保険医療材料等専門組織（以下、「保材専」という。）においても、製造販売業者からの保険適用希望に基づき個別に検討を行っている。

- このほか、医療機器等の有用性のうち製品導入時には評価できなかった部分について、使用実績を踏まえて保険収載後に再度評価を行うことができる仕組み（チャレンジ申請）がある。令和4年度改定において、技術料に一体として包括して評価される医療機器についてもチャレンジ申請の対象としており、このチャレンジ申請においては、保材専での審議結果を踏まえ技術料の見直しに係る具体的な評価についてさらに分科会で審議するとしている。
（参考資料）

- 近年、情報通信技術など医療機器等に用いられる技術の多様化や、検査に用いられる測定方法の多様化により、類似する既存技術に対する評価との整合性や当該技術を用いた医療の提供体制のあり方の観点から、単に当該医療技術・医療機器等単独の有効性・性能による評価のみでは適切な技術料の設定が困難なものが出てきている。前述のとおり、チャレンジ申請においては技術料の見直しの際には保材専の審議の後にさらに分科会で審議を行うこととしている一方で、技術料の設定・見直しを伴う医療技術に対する評価一般について、分科会と保材専の役割は明確になっていない。

- 画期的な医療技術・医療機器等の評価のため幅広い提案の受付を可能にするとともに、既存技術との関係や医療提供体制のあり方等を考慮しながら適切な評価を行うため、これらの審議の進め方について整理する必要がある。
（保材専においても、保材専と分科会との連携の必要性が指摘されているところ。）

2. 今後の運用（案）

○ 医療技術の評価について、審議を行う場を明確化するとともに、以下のとおり運用してはどうか。

- (1) 基本診療料の点数、算定留意事項又は施設基準を変更するものについては、総会で審議する。
- (2) 特掲診療料に関するもののうち以下については、原則として従前のおり学会等からの提案に基づき分科会で審議する。
 - a) 特掲診療料の施設基準を変更するもの
 - b) 医科点数表第2章第1部第1節「医学管理等」又は歯科点数表第2章特掲療料第1部「医学管理等」に新たな技術料を設定するもの
 - c) 薬事承認の範囲のうち患者要件等により保険適用されない範囲がある場合（承認事項一部変更承認によって保険適用されない範囲が生じた場合を除く。）であって、当該保険適用されない範囲の全部又は一部を保険適用するもの（別紙1）

※製造販売業者から保険適用希望書が提出され保材専で審議を行う場合は、原則として（1）又は（2）の変更を要さない範囲において審議を行う。

- (3)（1）及び（2）に該当しないものについては、学会等から分科会に提案がなされた場合は分科会で審議し、製造販売業者から保険適用希望書が提出された場合は従前のおり保材専で審議する。その上で、保材専で審議する場合においては、保険適用希望内容のうち全部又は一部について、具体的な技術料の設定や見直しに当たり分野横断的な幅広い観点からの評価や他の既存技術に対する評価の見直しがあわせて必要と考えられる場合等は、分科会での審議を求めることができるものとする。（別紙2）

（分科会での審議を求める技術として想定されるもの）

- ① 当該医療機器等を用いた技術の評価する場合に、類似する既存技術に対する評価との整合性の観点から、当該既存技術に対する評価を同時に見直す必要があるもの
- ② 当該医療機器等を用いた医療に関する医療提供体制（オンライン診療、在宅医療等）のあり方について検討が必要なもの（医科点数表第2章第2部第2節「在宅療養指導管理料」に新たな技術料を設定するものを含む。）

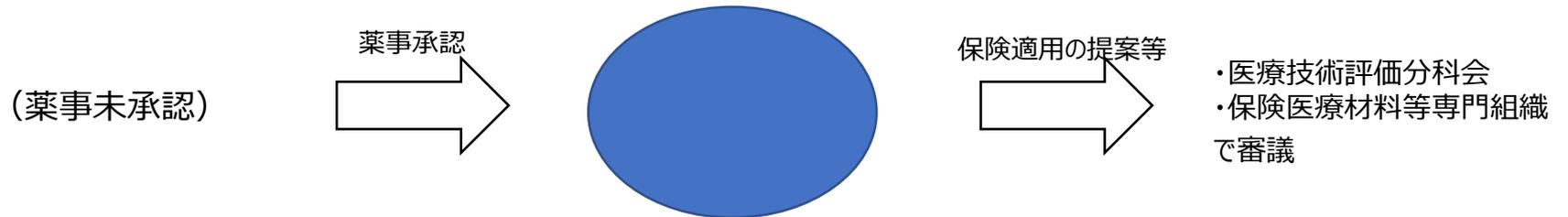
○ なお、上記（3）により分科会での検討が必要とされた場合には、直近の診療報酬改定までに分科会で審議を行う。（別紙2）

○ 当面の間上記の運用を試行的に行い、令和6年度診療報酬改定の際に必要な見直しを行うこととする。

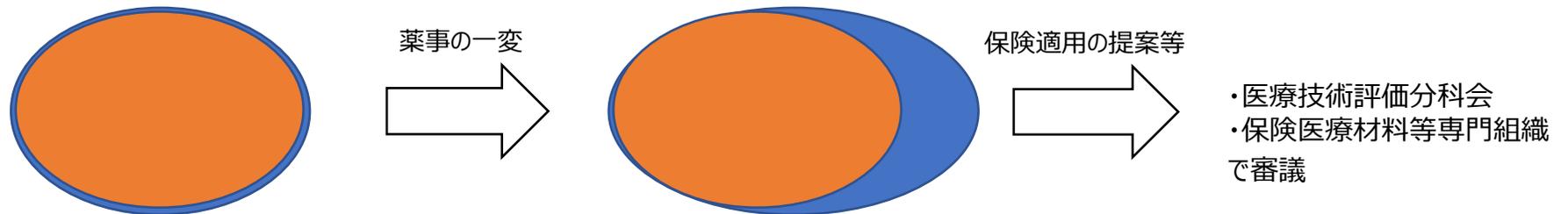
＜医療技術の評価における保険適用範囲と薬事承認範囲の関係の主な類型＞

(青が薬事の範囲、橙が保険適用範囲)

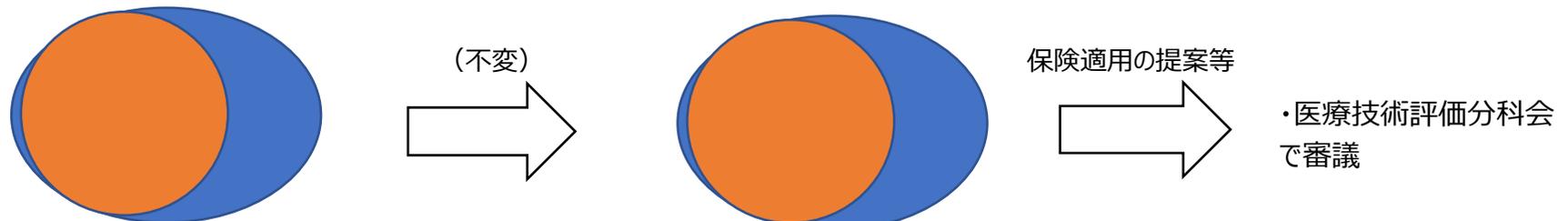
(1) 新たに薬事承認を取得した機器について、保険適用を提案・希望する場合



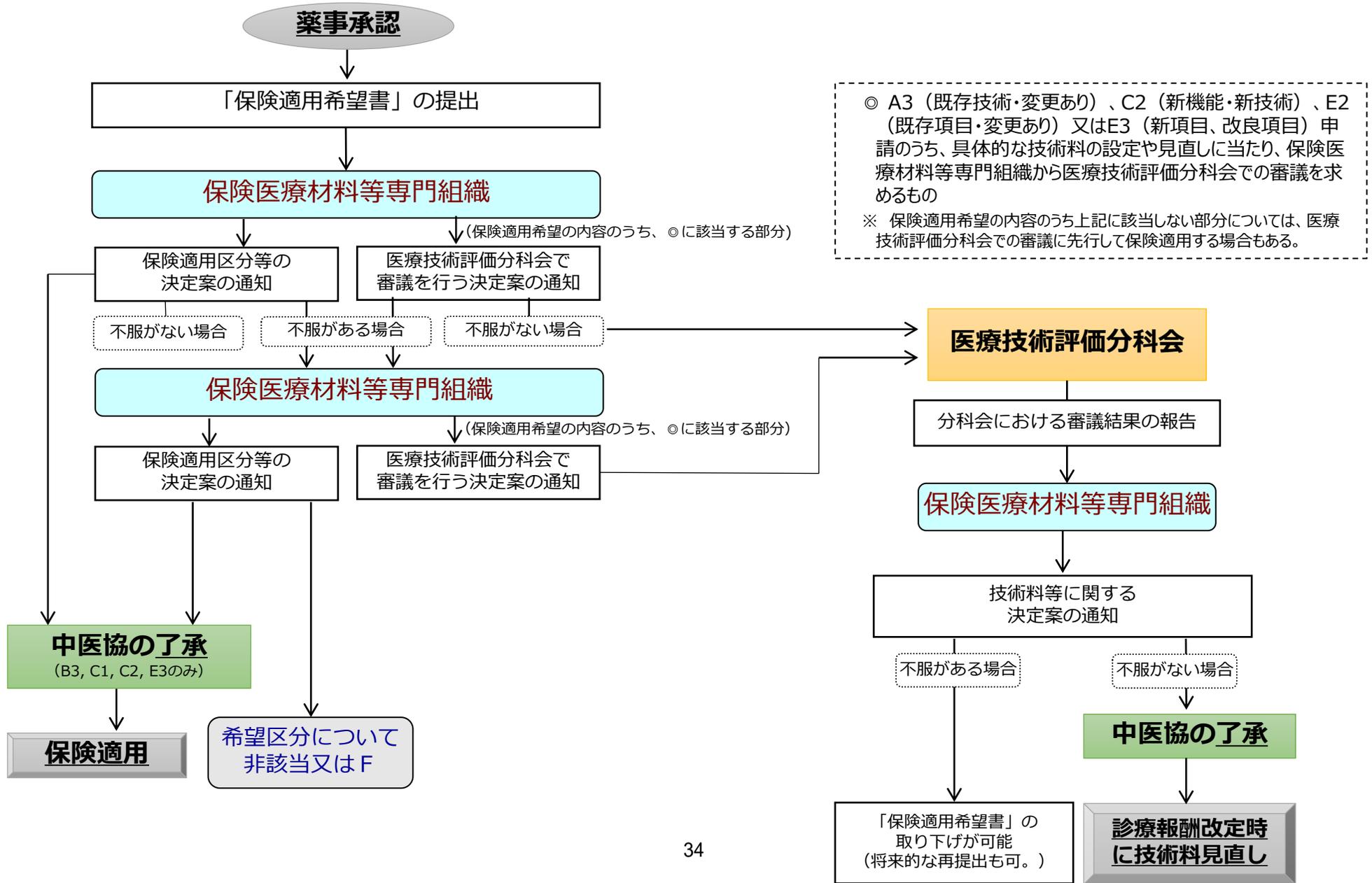
(2) 薬事承認範囲と同一範囲で保険適用されており、一変により広がった薬事承認範囲について保険適用を提案・希望する場合



(3) 薬事承認範囲の一部のみ保険適用されており、保険適用されていない範囲について保険適用を提案・希望する場合



(保険適用希望内容のうち全部又は一部を医療技術評価分科会で審議する場合の流れ)



チャレンジ申請（技術料包括）

【通常のスキーム+チャレンジ申請の妥当性判断スキーム】

【チャレンジ申請の権利が認められた後のスキーム】

薬事承認

「保険適用希望書」の提出（**将来的な再評価の希望**）

- A1 (包括)
- A2 (特定包括)
- A3 (既存技術・変更あり)

C2 (新機能・新技術)

第1回保険医療材料等専門組織
(決定区分、**将来的な再評価の妥当性判断**)

決定案の通知

製造販売業者は
収載後のデータ収集及
びその評価計画を提示

不服がない場合

不服がある場合

第2回保険医療材料等専門組織

決定案の通知

中医協の了承

希望区分について
非該当又はF

保険適用

(追加のエビデンス収集)

保険医療材料等専門組織

(データ収集の進捗状況等について定期的な報告)

チャレンジ申請
(再評価の希望)

評価の見直し
(収載時の評価
を下回る場合)

チャレンジ申請
の権利の放棄

第1回保険医療材料等専門組織

決定案の通知

不服がない場合

不服がある場合

製造販売業者は
意見を述べる
ことができる

第2回保険医療材料等専門組織

決定案の通知

医療技術評価分科会

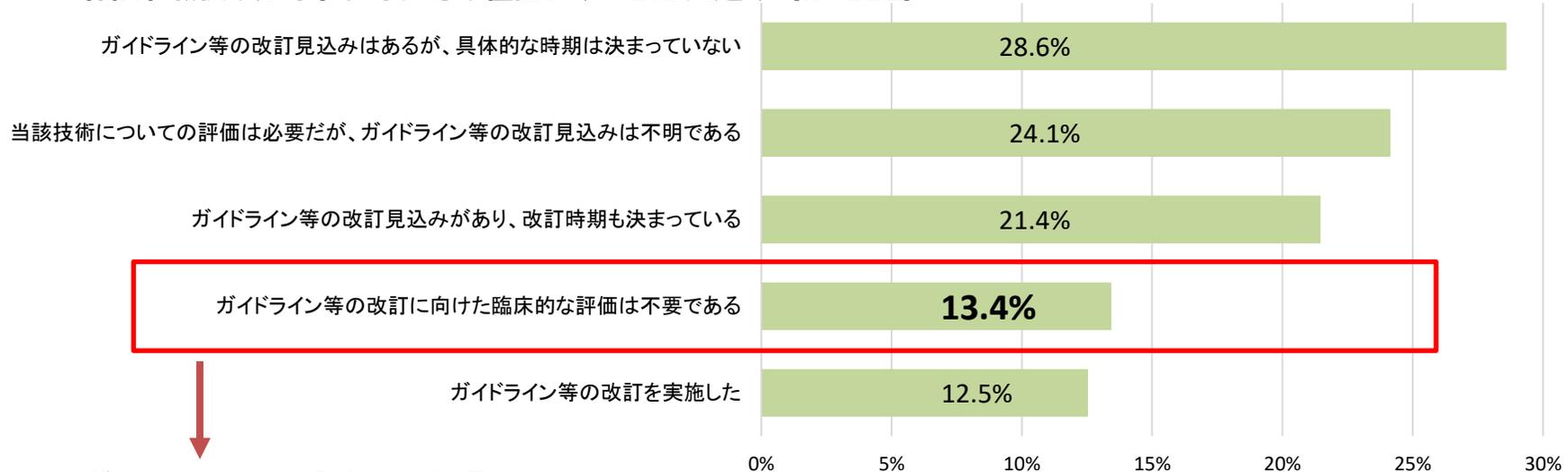
中医協の了承

診療報酬改定時に
技術料見直し

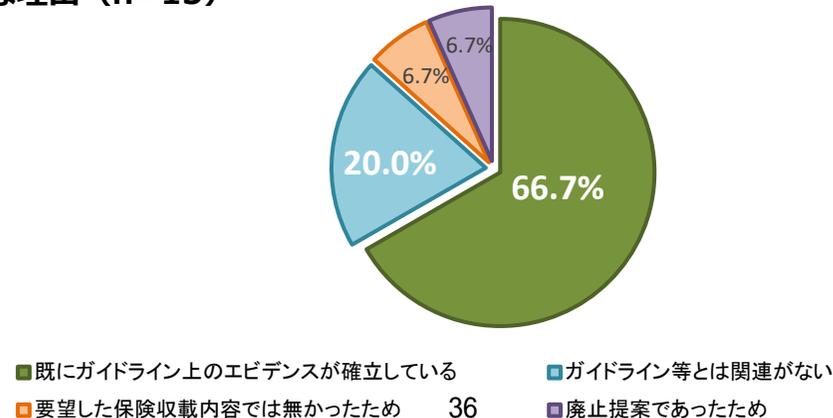
技術料見直しなし

- 令和4年度診療報酬改定において、医療技術評価の対象となる技術であって、対応する優先度の高いものとされたうち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等で記載あり」とされた技術は112件（新規技術36件、既存技術76件）であった。当該技術における保険収載後のガイドライン等の位置づけ・改訂見込みについて調査したところ、「改訂見込みはあるが、具体的な時期は決まっていない」が28.6%、「当該技術についての評価は必要だが、ガイドライン等の改訂見込みは不明」が24.1%、「ガイドライン等改訂に向けた臨床的な評価は不要である」が13.4%であった。
- ガイドライン等改訂に向けた臨床的な評価が不要である理由は、「既にガイドライン上のエビデンスが確立している」が66.7%であった。

■ 保険収載後のガイドライン等の位置づけ・改訂見込み (n=112)



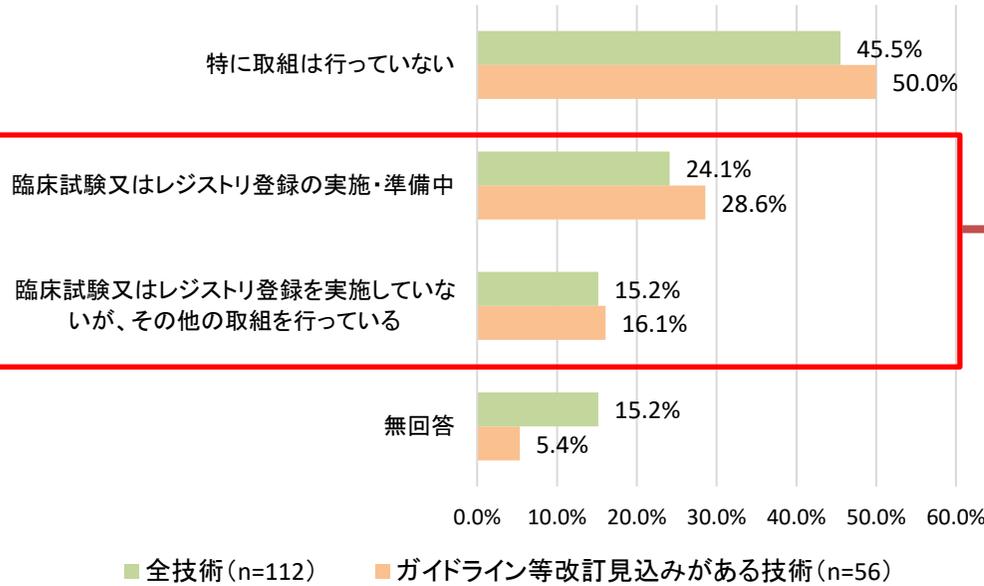
■ ガイドライン等改訂が不要な理由 (n=15)



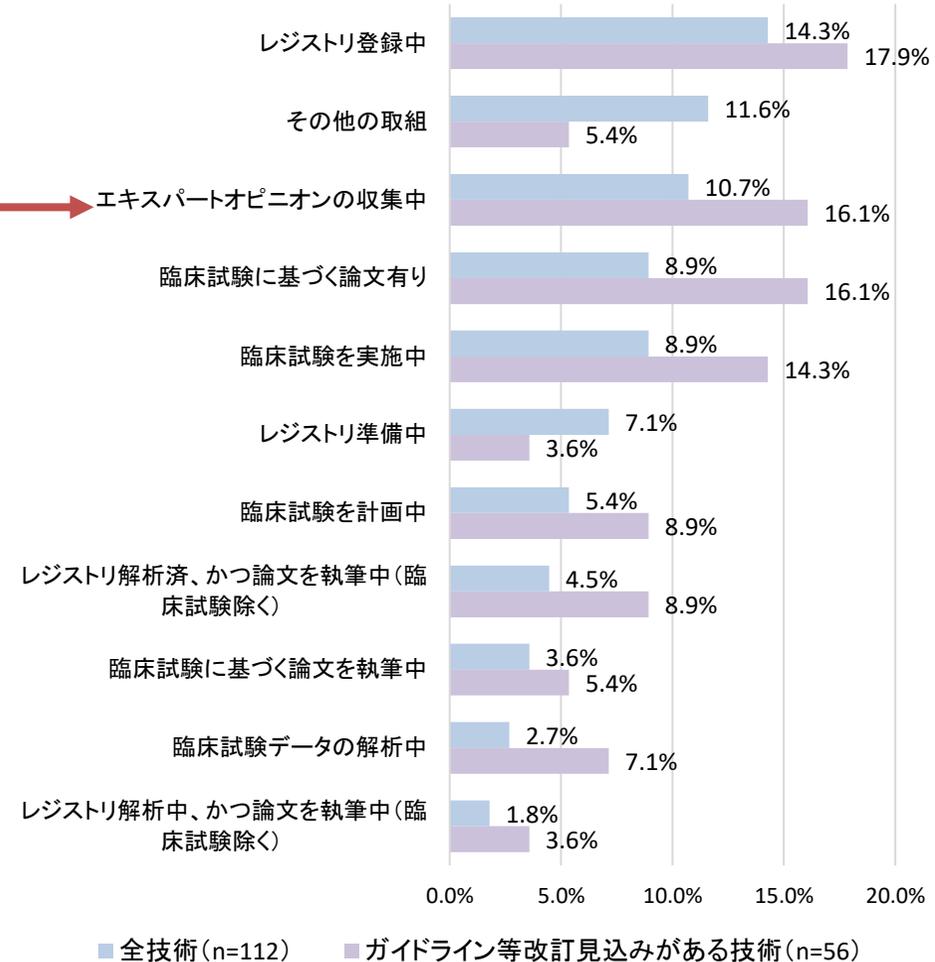
「ガイドライン等で記載あり」とされた医療技術について②

- 現在のエビデンス確立・ガイドライン等改訂に向けた取組は全技術で「特に取組は行っていない」が45.5%であった。ガイドライン等改訂見込みがある技術においては、「臨床試験又はレジストリ登録の実施・準備中」が28.6%であった。
- 取組の詳細としては、「レジストリ登録中」、「エキスパートオピニオンの収集中」、「臨床試験を実施中」、「臨床試験を計画中」ともにガイドライン等改訂見込みがある技術の方が取り組んでいる割合は高かった。

■ 現在のエビデンス確立・ガイドライン等改訂に向けた取組



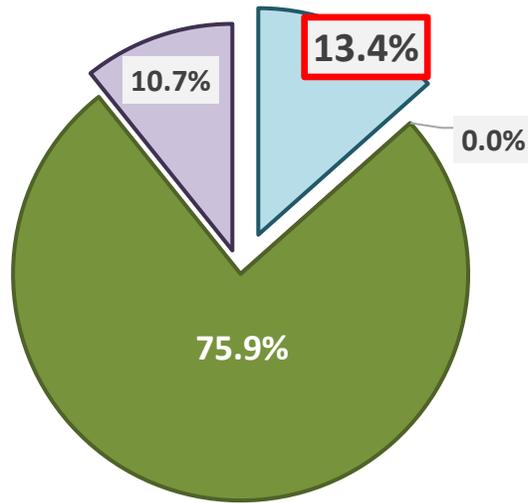
■ 現在のエビデンス確立・ガイドライン等改訂に向けた取組詳細 ※複数回答



「ガイドライン等で記載あり」とされた医療技術について③

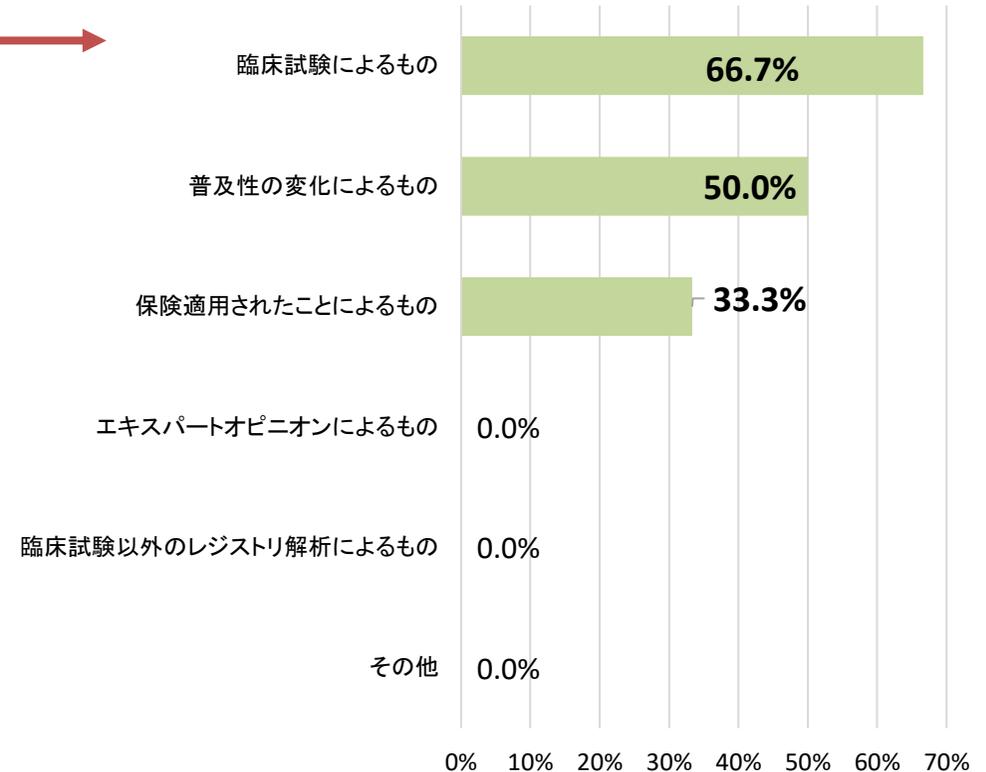
- 保険収載後、ガイドライン等の位置づけの変化として、「推奨度が上がった」と回答があった技術は13.4%であった。
- 推奨度が上がった理由として、「臨床試験によるもの」66.7%、「普及性の変化によるもの」50.0%、「保険適用されたことによるもの」が33.3%であった。

■ 保険収載後のガイドライン等の位置づけの変化 (n=112)



■ 推奨度が上がった ■ 推奨度が下がった ■ 変化なし ■ その他

■ 保険収載後、ガイドライン等の推奨度が上がった理由 (n=6) ※複数回答

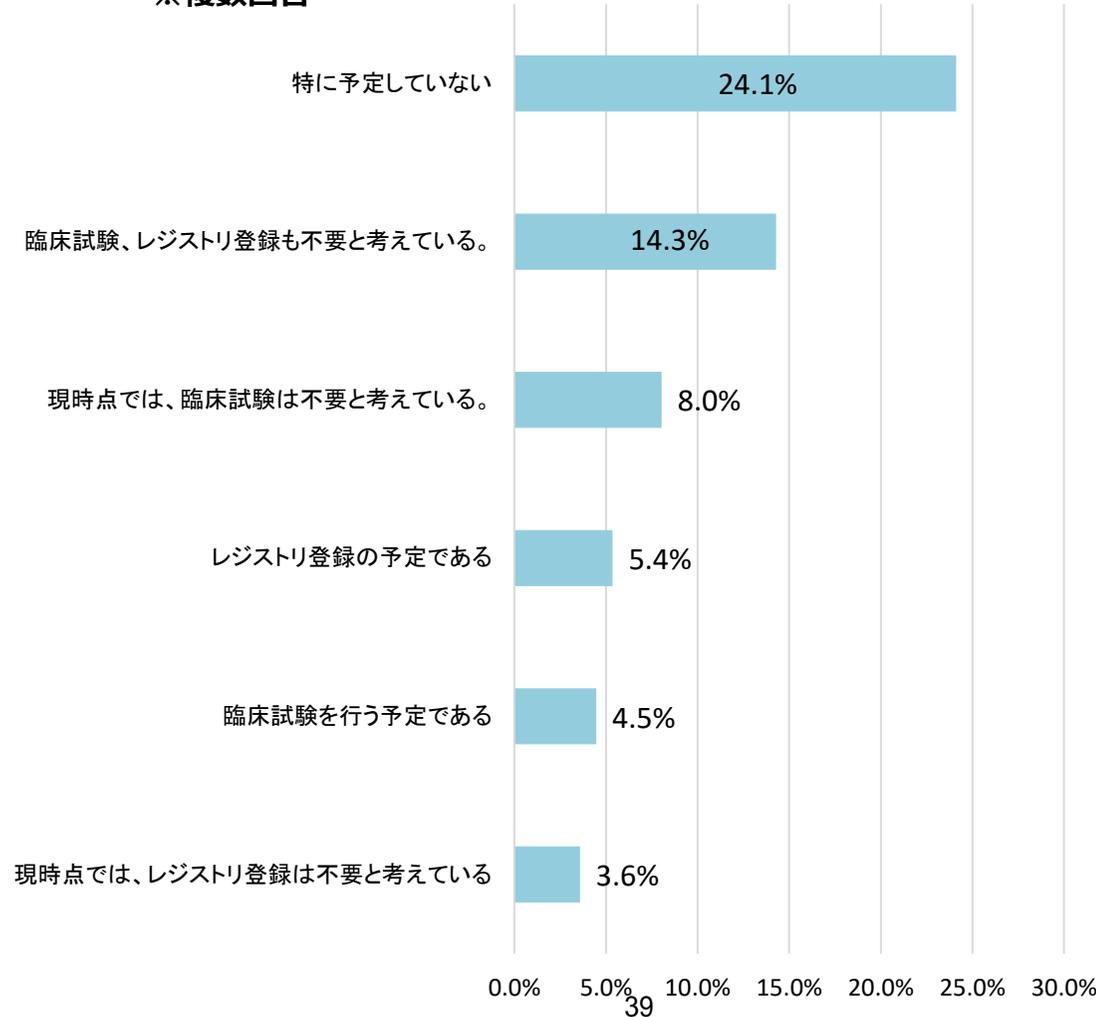


※ガイドライン等で当該技術の推奨度が上がったと回答があった15技術の内、推奨度が上がった理由の記載があった6技術の回答

「ガイドライン等で記載あり」とされた医療技術について④

○ 112件の当該技術における、今後の見通しについては、「特に予定していない」24.1%、「臨床試験、レジストリ登録も不要と考えている」14.3%、「現時点では、臨床試験は不要と考えている」8.0%、「レジストリ登録予定」5.4%、「臨床試験実施予定」4.5%、「現時点では、レジストリ登録が不要と考えている」が3.6%であった。

■ 当該技術における、今後の見通しについて (n=112)
※複数回答



「ガイドライン等で記載あり」とされた医療技術について⑤

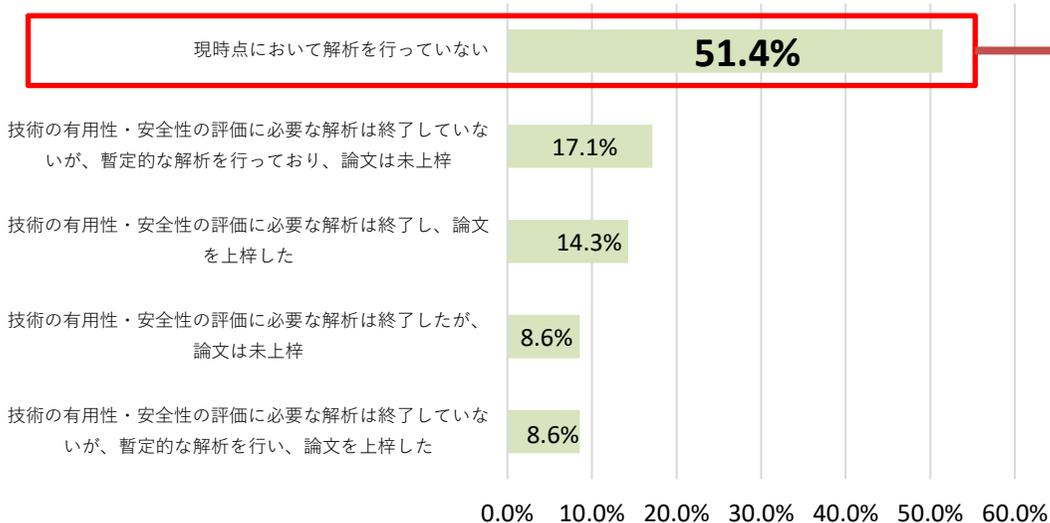
○ 「ガイドライン等で記載あり」とされた医療技術について、ガイドライン改訂に向けた取組として、具体的に以下のようなものが報告されたところ。

技術名	報告学会	ガイドライン改訂(見込み含む)	具体的な取組
超急性期脳卒中加算	日本脳卒中学会	具体的な時期は決まっていない。	<ul style="list-style-type: none"> エキスパートオピニオンを収集し、脳卒中遠隔診療ガイドラインの改訂作業を行っている。 実臨床データの収集のため、レジストリ登録を予定している。
広範囲顎骨指示型装置埋入術・適応イ	日本顎顔面インプラント学会	令和4年8月に指針を作成した。	<ul style="list-style-type: none"> 新規発刊の治療マニュアルに、当該技術を記載予定。
ABO血液型不適合間の同種腎移植又はリンパ球抗体陽性の同種腎移植に対する単純血漿交換	日本アフェレシス学会	2024年予定。	<ul style="list-style-type: none"> ガイドライン作成委員会による改訂作業中。 レジストリ登録中。
アレルギー性鼻炎	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会	2023年予定。	<ul style="list-style-type: none"> ガイドライン作成委員会による改訂作業中。 臨床試験を計画中。
人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算(単純・コンピューター断層撮影)	日本医学放射線学会	具体的な時期は決まっていない。	<ul style="list-style-type: none"> 本件に特化した委員会を学会内に設置しており、議論中。

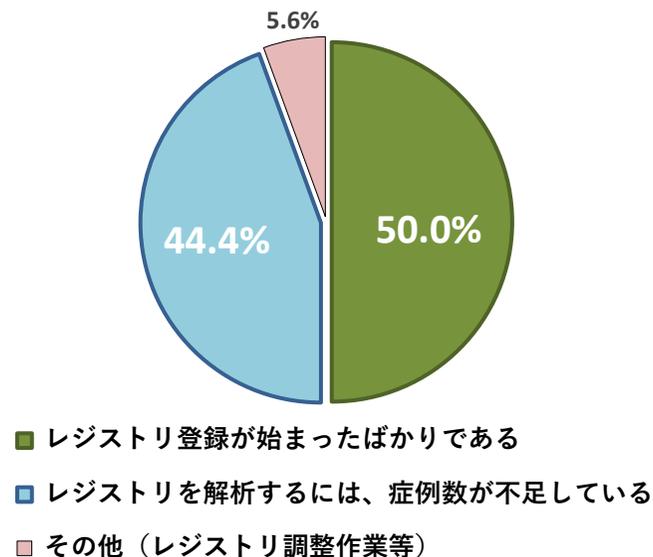
レジストリの登録を要件として保険適用された技術について①

○ 平成28年以降の診療報酬改定で、レジストリを要件として保険収載された医療技術は35件であり、保険収載後のレジストリ解析状況、今後のガイドライン等の改訂予定については、以下のとおり。

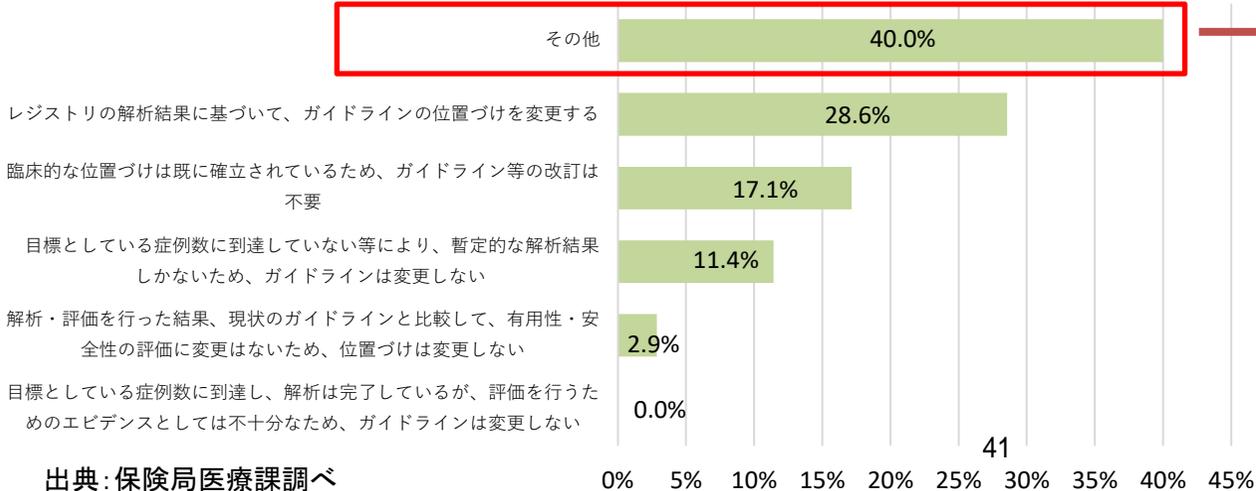
■ 保険収載後のレジストリの解析状況 (n=35)



■ レジストリが解析できていない理由 (n=18)



■ レジストリの解析状況を踏まえた、今後のガイドライン等の改訂予定 (n=35)



■ その他の内容 (自由記載)

- ・ レジストリ登録が開始したばかりで解析できる状態ではない。
- ・ ガイドライン等の改訂見込みはあるが、具体的な時期は決まっていない。
- ・ レジストリを解析するには症例数が不足しているが症例集積の状況を見て、ガイドラインを再検討する予定である。
- ・ レジストリ解析により、有効性・安全性の評価を行ったのちにガイドライン等改訂が必要か検討を行う予定。
- ・ ガイドラインは別の研究会で作成されているために、ガイドライン作成には協議が必要。
- ・ レジストリ症例集積数が少なく、解析も開始していないため、ガイドラインは変更しない。
- ・ ガイドライン変更の予定はない。

レジストリの登録を要件として保険適用された技術について②

○ レジストリを要件として保険収載された医療技術において、保険収載後に一定期間が経過しており症例も相当数蓄積されているなかで、暫定的な解析結果が得られているものは、以下の通りである。

技術名	報告学会	収載年
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	日本呼吸器外科学会	平成30年
胸腔鏡下弁置換術	日本胸部外科学会	平成30年
胸腔鏡下弁形成術	日本胸部外科学会	平成30年
腹腔鏡下肝切除術(亜区域切除、1区域切除、2区域切除及び3区域切除以上のもの)	日本肝胆膵外科学会	平成28年
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	日本泌尿器・ロボティクス学会	平成30年
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	日本産科婦人科学会	平成30年



○ 上記については、ヒアリングを行ったところ結果、以下のような状況等が確認されたところ。

- ・ これまでにすでに中間解析を行っており、論文化もなされている。また、近年追加された症例データを用いて、さらなる解析を行っている。
- ・ 一定の症例数が蓄積されており、これから解析を行う。また、長期予後の解析等を含めた、別の研究計画も検討中である。
- ・ 当該医療技術について、関連学会も含めて、様々な観点(長期予後、周術期合併症)からレジストリ登録等を行っており、それぞれについて、解析・発表等を行っており、今後も更なるデータの活用を検討していく。

中医協 総－1参考2
5 . 1 1 . 2 9

中医協 診－1参考2
5 . 1 1 . 2 9

診調組 技－1－2
5 . 1 1 . 2 0

医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）

令和5年11月20日

医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）＜概要＞

	項目	件数 ^{注1}	評価対象
1	学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術	858 件	
①	うち、医療技術評価分科会における評価の対象となるもの	760 件 (新規 284 件 既存 476 件)	○
①－i	うち、先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術 ^{注2} に係るもの	6 件	
②	うち、医療技術評価分科会における評価の対象とならないもの	98 件	
②－i	うち、「基本診療料」または医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができない、制度や指導管理料に係るもの	54 件	×
②－ii	うち、使用する医薬品及び医療機器等について医薬品医療機器等法上の承認が確認できないもの	44 件	
2	先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術	33 件 ^{注3}	○
3	保険医療材料等専門組織において審議を行った医療技術	4 件	
①	うち、医療技術評価分科会での審議が必要とされた医療技術	3 件	
②	うち、技術料に一体として包括して評価される医療機器についてのチャレンジ申請により、保険医療材料等専門組織において技術料の見直しを行うことが適当とされた医療技術	1 件	○

注1：件数には、重複する提案の数は含まれない。また、今後の検討の進捗によって、変動がありうる。

注2：「先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術」とは、先進医療 A の全ての技術及び医薬品医療機器等法上、未承認の医薬品等を伴わない先進医療 B の技術（平成 28 年度以降に先進医療としての実施が終了したものであって、総括報告書が提出されているものに限る）を指す。

注3：本件数には、学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術に係るものの件数が含まれる。

注4：評価の中には、新規保険収載、既収載技術の増点、減点、廃止、要件の見直し、適応疾患の拡大等が含まれる。

医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）〈目次〉

1. 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術
 - ① 医療技術評価分科会における評価の対象となるもの
・・・・・・・・・・ 3～39 ページ

うち、先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の
技術に係るもの
・・・・・・・・・・ 40 ページ
 - ② 医療技術評価分科会における評価の対象とならない技術
・・・・・・・・・・ 41～45 ページ
2. 先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術
・・・・・・・・・・ 46 ページ
3. 保険医療材料等専門組織において審議を行った医療技術
・・・・・・・・・・ 47 ページ

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	201201	抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎に対する血漿交換療法	日本アフェシス学会		1
既	201202	血漿交換療法(増点について)	日本アフェシス学会		6
未	202101	AUDIT(アルコール使用障害特定テスト)	日本アルコール・アディクション医学会		11
未	202102	アルコール関連疾患患者減酒指導料	日本アルコール・アディクション医学会		16
既	202201	通院在宅精神療法と依存症集団療法との同日算定	日本アルコール・アディクション医学会		26
既	203201	慢性気道疾患の診断・管理ツールとしての呼気一酸化窒素濃度測定(スパイログラフィー等検査 呼気ガス分析)	日本アレルギー学会		31
既	203202	小児食物アレルギー負荷検査	日本アレルギー学会		37
未	204101	人工知能使用指針を準拠した施設を評価(対象医療機関の拡大)	日本医学放射線学会		42
未	204103	小児腹部骨盤部単純X線写真:生殖腺防護に関する説明加算	日本医学放射線学会		52
既	204201	画像診断管理加算2の見直し(2.5の創設)	日本医学放射線学会		57
既	204203	遠隔連携診療料の項目追加 診断困難小児稀少疾患の画像読影	日本医学放射線学会		67
既	204204	小児画像診断管理加算(小児)(小児被ばく低減加算)	日本医学放射線学会		72
既	204205	ガイドラインを用いた画像診断管理加算の遠隔診療併用の要件緩和	日本医学放射線学会		77
未	206101	生体臓器ドナーの自発的意思の確認のための第三者面接料	日本移植学会		82
既	206201	臓器移植待機中の抗HLA抗体検査(スクリーニング・同定)	日本移植学会		87
未	208101	遠隔連携遺伝性腫瘍カウンセリング加算	日本遺伝カウンセリング学会		97
既	208201	遠隔連携遺伝カウンセリングの難病限定の解除	日本遺伝カウンセリング学会		102
既	209201	NCCオンコパネルによる遺伝性腫瘍および遺伝性疾患の診断	日本遺伝子診療学会		122
既	210201	二次性骨折予防継続管理料:対象疾患の拡大	日本運動器科学会		132
既	210202	骨粗鬆症における骨代謝マーカー測定要件の見直し	日本運動器科学会		137
既	210204	運動器リハビリテーション:初期・早期加算の適応拡大	日本運動器科学会		147

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	210205	運動器リハビリ:標準的算定期間除外対象疾患の拡大	日本運動器科学会		152
既	214201	クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出検査	日本化学療法学会		162
未	215101	18F標識フルシクロピンをを用いた場合のポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	日本核医学会		167
未	215102	抗がん剤としての治療用放射性医薬品無菌製剤処理加算	日本核医学会		172
既	215202	ポジトロン断層撮影(FDG-PET)、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(FDG-PET/CT)又は乳房用ポジトロン断層撮影による乳癌術前補助療法の治療効果判定	日本核医学会		188
既	215203	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影及び乳房用ポジトロン断層撮影(治療効果判定・再病期診断の追加)	日本核医学会		193
既	215205	核医学診断(シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影 心筋血流予備能比(技術料加算))	日本核医学会		203
既	215206	PET/MRI検査(FDGを用いた場合)	日本核医学会		209
既	215207	シンテグラムおよびシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影(放射性医薬品管理者配置)	日本核医学会		214
既	215208	「ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)」の心臓サルコイドーシスへの適応拡大	日本核医学会		219
既	216201	内視鏡的経口カプセル内視鏡留置術	日本カプセル内視鏡学会		224
未	217101	緑内障治療管理料	日本眼科学会		229
未	219101	ハートチーム加算	日本冠疾患学会		240
未	219102	冠動脈血流予備能測定検査QFR	日本冠疾患学会		245
未	220101	感染症コンサルテーション	日本感染症学会		250
未	221101	肝臓リハビリテーション(運動療法)肝疾患運動管理加算	日本肝臓学会		256
未	221102	糖鎖欠損トランスフェリン(GDT)トランスフェリン比	日本肝臓学会		261
未	221103	自己免疫性肝炎における抗平滑筋抗体の測定	日本肝臓学会		266
未	221104	肝腫瘍診断・治療のための画像ナビゲーションシステム	日本肝臓学会		271
既	223201	外来緩和ケア管理料(疼痛)	日本緩和医療学会		276
既	223202	がん患者指導管理料イの算定回数制限撤廃	日本緩和医療学会		281

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	223203	がん患者指導管理料イの上位点数の追加設定	日本緩和医療学会		286
既	223204	がん性疼痛緩和指導管理料	日本緩和医療学会		291
既	223205	外来緩和ケア管理料(心不全要件の変更)	日本緩和医療学会		296
未	225101	在宅輸血加算	日本血液学会		301
既	225201	B001-2-12「外来腫瘍化学療法診療料1」、「外来腫瘍化学療法診療料2」ならびに付帯する「連携充実加算」、「小児加算」における加算算定項目としての「皮下注射」の追加	日本血液学会		311
既	225202	JAK2遺伝子変異解析	日本血液学会		316
既	225203	赤血球・好中球表面抗原検査	日本血液学会		321
既	226201	特定薬剤治療管理料1	日本結核・非結核性抗酸菌症学会		326
未	228101	電子媒体記録あるいはデータ伝送システムによる夜間血圧測定	日本高血圧学会		331
既	228201	高血圧症治療補助プログラム加算	日本高血圧学会		341
未	229101	トレイルメイキングテスト(TMT-J)	日本高次脳機能障害学会		346
未	229102	オンライン診療による認知機能評価	日本高次脳機能障害学会		351
未	230101	びまん性肺疾患集学的合議評価提供料	日本呼吸器学会		356
既	230201	外来緩和ケア管理料(呼吸不全)	日本呼吸器学会		362
既	230202	CPAP使用、PSGに関する在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の算定要件(3)のウの改訂	日本呼吸器学会		367
既	230203	CPAP遠隔モニタリング普及推進を目指す在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の(6)の修正	日本呼吸器学会		372
既	230205	在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算	日本呼吸器学会		384
既	231201	呼吸器疾患診断のための細胞診検体における特殊染色	日本呼吸器内視鏡学会		394
未	232101	外来呼吸ケア管理料	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会		399
未	232103	呼吸筋力測定	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会		410
既	232201	在宅ハイフローセラピー装置加算	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会		415

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	232202	呼吸器リハビリテーション料	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会		421
既	232203	D222在宅経皮的血液ガス分圧測定1, 2及び算定要件(1)イの修正	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会		426
未	233101	酸素ポンベ安全性加算	日本呼吸療法医学会		431
既	233201	基礎代謝測定(間接熱量測定)	日本呼吸療法医学会		435
未	235101	在宅急性呼吸不全酸素療法指導管理料	日本在宅医療連合学会		440
未	235103	栄養サポートカンファレンス料	日本在宅医療連合学会		450
未	235104	在宅持続硬膜外ブロック指導管理料	日本在宅医療連合学会		456
未	235105	在宅心不全患者指導管理料	日本在宅医療連合学会		461
未	235106	在宅人工呼吸器指導管理料の加湿器加算	日本在宅医療連合学会		466
既	235205	医療機関からの緊急訪問看護と訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーションの同日算定を可能にする	日本在宅医療連合学会		490
既	235206	医療機関からの訪問看護での訪問看護情報提供料算定可能にする	日本在宅医療連合学会		495
既	235207	医療機関からの訪問看護において退院支援指導加算を算定可能にする	日本在宅医療連合学会		500
既	235208	専門医療往診加算	日本在宅医療連合学会		505
既	235209	訪問診療導入初診時加算	日本在宅医療連合学会		509
既	235210	重症急性疾患往診加算	日本在宅医療連合学会		514
未	236101	周産期メンタルヘルス・カウンセリング料	日本産科婦人科学会		518
既	236201	流産検体の染色体検査	日本産科婦人科学会		523
未	237101	遠隔分娩監視装置によるハイリスク妊婦管理料	日本産婦人科医会		528
既	238201	CT・MRI撮影 通則の見直し 画像診断における臨床情報の適切な記載	日本磁気共鳴医学会		533
既	238202	画像診断管理加算の改変(MRI検査の医療安全に関する要件追加)	日本磁気共鳴医学会		538
未	239101	ペアレントトレーニング	日本児童青年精神医学会		543

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	239104	感覚プロフィール(SP)	日本児童青年精神医学会		558
既	239201	通院・在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算 施設基準(5)診療所の施設基準の変更	日本児童青年精神医学会		563
既	239202	通院・在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算 施設基準(2)専任の常勤精神科医の変更	日本児童青年精神医学会		568
未	240101	高齢者・中等度難聴指導管理料	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		573
未	240102	末梢前庭障害性めまい疾患指導管理料	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		579
既	240201	脳血管疾患等リハビリテーション料の対象疾患への末梢前庭障害(内耳性めまい)の追加	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		584
既	240202	「EBウイルス核酸定量」の上咽頭癌への算定要件の拡大	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		589
既	241201	サイトメガロウイルス核酸定量	日本周産期・新生児医学会		594
未	243101	INOCA(ischemia with non-obstructive coronary artery disease)における冠血流予備能および微小循環抵抗の測定による微小血管狭心症の診断	日本循環器学会		599
未	243102	心臓ペースメーカー指導管理料 遠隔モニタリング加算(植込型心電図の場合)	日本循環器学会		605
未	243103	心脂肪酸代謝SPECTIにおける後期像撮影と洗い出し率の算出	日本循環器学会		610
未	243104	患者およびその家族への心肺蘇生およびAEDやWCDに関する指導	日本循環器学会		615
既	243201	遠隔心大血管リハビリテーションオンライン管理指導料	日本循環器学会		620
既	243202	血圧脈波検査装置	日本循環器学会		625
既	243203	心房細動患者に合併した睡眠時無呼吸患者に対する在宅持続陽圧呼吸療法適応拡大	日本循環器学会		630
既	244201	ペドリズマブ(生物学的製剤)の外來化学療法加算	日本消化管学会		635
既	244202	食道内多チャンネルインピーダンス・pH測定検査	日本消化管学会		640
未	245101	消化器軟性内視鏡安全管理料	日本消化器内視鏡学会		645
未	245102	内視鏡的十二指腸乳頭切除術	日本消化器内視鏡学会		650
既	245201	内視鏡を用いた狭帯域光による画像強調観察法	日本消化器内視鏡学会		655
既	245202	超音波内視鏡検査(胆膵疾患診断目的の超音波内視鏡検査加算の増点)	日本消化器内視鏡学会		660

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	246201	炎症性腸疾患診断確定済み患者に対する遠隔連携診療料加算	日本消化器病学会		665
未	247101	小児アレルギー疾患指導管理料	日本小児アレルギー学会		670
既	247201	外来栄養食事指導料	日本小児アレルギー学会		676
既	247202	入院栄養食事指導料	日本小児アレルギー学会		681
既	248201	静脈麻酔	日本小児栄養消化器肝臓学会		686
未	250101	成人移行支援連携指導料1, 2	日本小児科学会		706
既	250201	小児特定疾患カウンセリング料	日本小児科学会		711
既	250203	注入ポンプ加算	日本小児科学会		721
既	251201	グロブリンクラス別ウイルス抗体価ヒトパルボウイルスB19	日本小児感染症学会		736
既	253201	携帯型精密輸液ポンプ加算	日本小児血液・がん学会		741
既	253202	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	日本小児血液・がん学会		746
未	254101	小児(乳幼児)在宅ハイフローセラピー指導管理料、小児(乳幼児)在宅ハイフローセラピー装置加算、乳幼児呼吸管理材料加算(2020年保険収載)の適応にハイフローセラピーを追加	日本小児呼吸器学会		756
未	255101	経皮的心房中隔欠損作成術 スタティック法	日本小児循環器学会		767
既	255201	低濃度酸素吸入	日本小児循環器学会		772
既	255202	経皮的動脈血酸素飽和度測定	日本小児循環器学会		777
未	256101	アデノ随伴ウイルスベクターを用いた遺伝子治療における拡散防止対策加算	日本小児神経学会		782
未	256102	顆粒球のフローサイトメトリーによるCD16測定	日本小児神経学会		787
既	256201	小児科療養指導料	日本小児神経学会		792
既	258201	リツキシマブ投与後の造血器腫瘍細胞抗原検査(D005 15)によるB細胞(CD20)モニタリング	日本小児腎臓病学会		802
未	259101	改訂版標準読み書きスクリーニング検査(STRAW-R)	日本小児精神神経学会		812
未	259102	ADHD評価スケール(ADHD-RS-5)	日本小児精神神経学会		817

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	259202	WISC-R知能検査	日本小児精神神経学会		827
既	259203	全訂版田中ビネー知能検査	日本小児精神神経学会		832
未	260101	小児肥満指導管理料	日本小児内分泌学会		837
既	260201	血糖自己測定器加算 間欠スキャン式持続血糖測定器によるもの	日本小児内分泌学会		842
既	261201	多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者に対してアバセプト製剤を投与した場合の外来化学療法加算	日本小児リウマチ学会		847
未	262101	更年期症候群治療管理技術	日本女性医学学会		852
未	265101	心臓超音波検査3次元画像法	日本心エコー図学会		858
未	265102	Global Longitudinal Strainによるがん治療薬関連心筋障害の診断	日本心エコー図学会		863
未	265103	心臓超音波検査による心臓弁膜症の定量評価	日本心エコー図学会		868
未	265104	心臓超音波検査のデジタル動画保存加算	日本心エコー図学会		873
既	265201	経胸壁心エコー法と経食道心エコー法を同一日に検査した際の診療報酬の個別算定	日本心エコー図学会		878
未	266101	血清コレステロール測定(血液)	日本神経学会		883
未	266102	難治性片頭痛・三叉神経自律神経性頭痛指導料	日本神経学会		888
既	266201	神経学的検査(D239-3)	日本神経学会		894
既	266202	薬剤投与用胃瘻造設術	日本神経学会		899
既	266203	経管栄養・薬剤投与用 カテーテル交換法	日本神経学会		904
既	266204	デジタル脳波判読の遠隔診断	日本神経学会		909
未	268101	難病患者治療継続生活指導管理料	日本神経治療学会		914
既	268201	排痰補助装置による治療	日本神経治療学会		919
既	269201	視神経脊髄炎スペクトラム障害に対するイネピリズマブの外来化学療法加算	日本神経免疫学会		924
既	269202	重症筋無力症および視神経脊髄炎に対するエクリズマブの外来化学療法加算	日本神経免疫学会		929

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	270201	血流予備量比コンピューター断層撮影	日本心血管インターベンション治療学会		934
既	271201	重症過敏性腸症候群に対する認知行動療法	日本心身医学会		939
既	271202	軽度・中等度の神経性やせ症に対する認知行動療法	日本心身医学会		944
既	271203	神経性過食症に対するガイドセルフヘルプ認知行動療法	日本心身医学会		949
既	271204	特定疾患カウンセリング	日本心身医学会		954
既	272201	アルブミン非結合型ビリルビン	日本新生児成育医学会		959
未	273101	腎容積測定加算	日本腎臓学会		964
既	273201	難治性高コレステロール血症を随伴する薬物治療抵抗性ネフローゼ症候群に対するLDLアフェレシス療法	日本腎臓学会		969
既	273202	経皮的腎生検	日本腎臓学会		974
既	273203	尿蛋白量評価における尿中クレアチニン測定の実験適用	日本腎臓学会		979
未	276101	心不全再入院予防指導管理料	日本心臓リハビリテーション学会		984
既	276201	肺高血圧症を心大血管リハビリテーションの対象疾患に含める	日本心臓リハビリテーション学会		989
既	276202	リハビリテーション実施計画書の説明医師の条件に、専任医師以外の主治医または担当医にも拡大	日本心臓リハビリテーション学会		994
既	276203	心大血管リハビリテーション料に関わる施設基準の拡大：追加専任従事者としての臨床検査技師等の活用とチーム医療の強化	日本心臓リハビリテーション学会		999
既	278201	心アミロイドーシスの診断補助目的のための高感度心筋トロポニン測定	日本心不全学会		1004
未	279101	心療内科外来チーム診療料	日本心療内科学会		1009
既	279201	心身医学療法	日本心療内科学会		1014
既	279202	慢性痛に対する認知療法・認知行動療法	日本心療内科学会		1019
既	280203	BRCA1/2遺伝子検査(血縁者診断、確定診断)	日本人類遺伝学会		1044
既	280204	乳癌サーベイランス	日本人類遺伝学会		1049
既	280205	BRCA1/2遺伝子検査(HBOC)	日本人類遺伝学会		1054

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	280206	卵巣がんサーベイランス(乳癌発症者限定の解除)	日本人類遺伝学会		1059
既	281201	生殖細胞系列BRCA1/2病的バリエーション保持者に対する膵癌サーベイランスの一環としての超音波内視鏡検査(EUS)の保険適応	日本膵臓学会		1064
既	281202	生殖細胞系列BRCA1/2病的バリエーション保持者に対する膵癌サーベイランスの一環としての磁気共鳴画像(MRI)の保険適応	日本膵臓学会		1069
未	282101	覚醒維持検査	日本睡眠学会		1074
未	282102	アクチグラフ	日本睡眠学会		1079
既	282201	認知療法・認知行動療法(適応追加)	日本睡眠学会		1084
既	282202	終夜睡眠ポリグラフィ	日本睡眠学会		1089
未	283101	頭痛ダイアリーによる慢性頭痛の遠隔診断・治療支援技術管理料	日本頭痛学会		1094
既	283201	難治性片頭痛に対する認知行動療法	日本頭痛学会		1099
既	283202	群発頭痛の在宅酸素療法指導管理料遠隔モニタリング	日本頭痛学会		1104
既	283203	情報通信機器を用いて頭痛患者の診断もしくは治療をかかりつけ医と連携して専門医が診療する遠隔連携診療加算	日本頭痛学会		1109
既	284201	梅毒血清反応(STS)定性検査、梅毒トレポネーマ抗体定性	日本性感染症学会		1114
未	285101	四肢骨格筋量測定(四肢・体幹の筋肉量、脂肪量) ①DEXA法 ②BIA法	日本整形外科学会		1119
未	286101	不妊治療前の夫の感染症検査	日本生殖医学会		1124
未	286102	不妊治療カウンセリング料	日本生殖医学会		1129
未	286103	射出精子凍結・融解に関する診療報酬点数の新設	日本生殖医学会		1134
既	286201	抗ミューラー管ホルモン測定要件の緩和	日本生殖医学会		1139
既	286202	Y染色体微小欠失検査実施の施設要件緩和	日本生殖医学会		1144
既	286203	精巣内精子採取術回収精子を用いた際の加点の回数緩和	日本生殖医学会		1149
未	287101	糖尿病等の生活習慣病に罹患した通院患者の診療に対する評価	日本精神科病院協会		1154
未	287102	精神科デイ・ケアにおける認知機能リハビリテーション加算	日本精神科病院協会		1159

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	287201	経頭蓋磁気刺激療法	日本精神科病院協会		1169
既	287203	持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料	日本精神科病院協会		1179
既	287204	入院精神療法(20歳未満)	日本精神科病院協会		1184
既	287205	通院・在宅精神療法 児童思春期精神科管理加算・児童思春期精神科専門管理加算	日本精神科病院協会		1189
既	287206	通院・在宅精神療法の指定医要件の見直し	日本精神科病院協会		1194
既	287207	精神科訪問看護・指導料	日本精神科病院協会		1200
既	287208	救急患者精神科継続支援料	日本精神科病院協会		1205
未	288101	統合失調症ミスマッチ反応検査	日本精神神経学会		1210
既	288201	通院在宅精神療法 注3の加算の算定期限の延長	日本精神神経学会		1220
既	288202	通院在宅・精神療法の算定要件変更	日本精神神経学会		1225
既	288203	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア(児童思春期加算)	日本精神神経学会		1230
既	288204	WAIS-IV成人知能検査	日本精神神経学会		1235
既	288205	認知症検査に対する初診月における回数制限の撤廃	日本精神神経学会		1240
既	288206	ハイリスク妊産婦連携指導料1,2	日本精神神経学会		1245
既	288207	「通院・在宅精神療法」30分未満の増点	日本精神神経学会		1250
既	288208	向精神薬の多剤減算	日本精神神経学会		1255
未	289101	成人先天性心疾患外来指導管理料	日本成人先天性心疾患学会		1260
既	291201	間歇的導尿(1日につき)の適応・回数制限の見直しと高機能カテーテル加算	日本脊髄障害医学会		1265
既	291202	横隔神経電気刺激装置加算	日本脊髄障害医学会		1271
既	293201	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	日本先天代謝異常学会		1276
未	294101	特定薬剤治療管理料対象薬として「ブスルファン注射液」を追加	日本造血・免疫細胞療法学会		1282

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	294201	血液疾患外来リハビリテーション診療料	日本造血・免疫細胞療法学会		1292
既	294202	周術期口腔機能管理後手術加算	日本造血・免疫細胞療法学会		1297
既	294203	K921-3【末梢血単核球採取(一連につき)】	日本造血・免疫細胞療法学会		1302
既	294204	K922 造血幹細胞移植 3 臍帯血移植	日本造血・免疫細胞療法学会		1307
既	294205	造血幹細胞の細胞調製及び凍結保存	日本造血・免疫細胞療法学会		1312
既	298201	遠隔連携診療料	日本てんかん学会		1323
既	298202	認知機能検査その他の心理検査	日本てんかん学会		1328
未	299101	透析患者における弁膜症治療の選択	日本透析医学会		1333
未	299102	感染症流行期トリアージ加算	日本透析医学会		1338
既	299201	在宅透析患者管理における遠隔モニタリング加算	日本透析医学会		1343
未	301101	アキレス腱断裂修復術(形成を伴うもの)	日本足の外科学会		1348
未	301102	脛骨遠位骨切り術	日本足の外科学会		1352
既	301201	中足骨骨切り術(別手術野算定の関節リウマチ患者限定を解除)	日本足の外科学会		1357
未	302101	急性期脳梗塞における脳CT灌流画像検査	日本医学放射線学会		1362
未	302102	X線動画撮影ならびに動画処理	日本医学放射線学会		1367
未	302103	脂肪肝定量MRI撮影加算	日本医学放射線学会		1372
既	302201	コンピューター断層診断 算定回数の見直し	日本医学放射線学会		1377
既	302202	大腸CT撮影加算の適応拡大	日本医学放射線学会		1382
既	302203	先進画像加算:冠動脈・心臓CT撮影加算の見直し	日本医学放射線学会		1387
既	303201	胃悪性腫瘍手術・幽門側切除術(ロボット支援)	日本胃癌学会		1392
既	303202	胃悪性腫瘍手術・全摘(ロボット支援)	日本胃癌学会		1397

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	303203	胃悪性腫瘍手術・噴門側切除術(ロボット支援)	日本胃癌学会		1402
未	304101	死体移植腎機械灌流保存技術	日本移植学会		1407
未	305101	開腹を伴う門脈塞栓術	日本インターベンショナルラジオロジー学会		1412
未	305102	経頸静脈的肝生検	日本インターベンショナルラジオロジー学会		1417
未	306101	拡散型圧力波疼痛治療術	日本運動器科学会		1421
未	306102	小関節テーピング	日本運動器科学会		1426
既	306201	腱鞘内注射(増点)	日本運動器科学会		1431
既	306202	トリガーポイント注射と神経ブロックの併算定	日本運動器科学会		1435
既	306204	超音波骨折治療法の疲労骨折への適応拡大	日本運動器科学会		1443
未	307101	慢性疼痛リハビリテーション料	日本運動器疼痛学会		1448
未	308101	マイボーム腺機能検査	日本角膜学会		1452
未	308102	涙液動態検査	日本角膜学会		1457
未	308103	眼瞼光線治療(IPL)	日本角膜学会		1462
既	308201	前眼部三次元画像解析の適応拡大	日本角膜学会		1466
既	308202	羊膜移植術(通則14の適用)	日本角膜学会		1471
未	309101	肩腱板断裂手術(腱板断裂5cm未満、関節授動術を伴う)(関節鏡下)	日本肩関節学会		1476
未	309102	肩甲骨烏口突起移行術	日本肩関節学会		1480
未	309103	肩関節唇形成術(肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの)(関節鏡下)	日本肩関節学会		1484
未	310101	前眼部デジタル撮影	日本眼科医会		1489
未	310102	洗眼	日本眼科医会		1494
既	310203	疾患に応じた眼底三次元画像解析の算定頻度の変更	日本眼科医会		1509

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	310206	眼鏡処方箋発行加算	日本眼科医会		1524
未	311101	実用視力検査	日本眼科学会		1529
既	311201	未熟児網膜症に対する硝子体内注射	日本眼科学会		1534
既	311203	幼児及び学童の近視に対する眼軸長測定	日本眼科学会		1544
既	311205	超音波断層検査(眼瞼腫瘍等の適応拡大)	日本眼科学会		1553
未	312101	大腿骨遠位骨切り術	日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会		1558
未	312102	半月板制動術(関節鏡視下)	日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会		1563
未	313101	膵中央切除術(腹腔鏡下)	日本肝胆膵外科学会		1568
未	313102	膵中央切除術(ロボット支援)	日本肝胆膵外科学会		1573
既	313201	膵体尾部切除(リンパ節郭清を伴う)(腹腔鏡下)	日本肝胆膵外科学会		1578
既	313202	膵体尾部切除(リンパ節郭清を伴う)(ロボット支援)	日本肝胆膵外科学会		1583
未	314101	不可逆的全脳機能不全管理料	日本救急医学会		1588
未	314102	人工呼吸(腹臥位療法)	日本救急医学会		1593
未	314103	尿中薬物簡易スクリーニング検査	日本救急医学会		1597
未	314104	救命のための骨髄路確保	日本救急医学会		1601
既	314201	切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算	日本救急医学会		1610
未	315101	ロボット支援下弁置換術(1弁)	日本胸部外科学会		1615
未	315102	胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	日本胸部外科学会		1620
未	315103	ロボット支援下心房中隔欠損閉鎖術	日本胸部外科学会		1625
未	315104	ロボット支援下弁置換術(2弁)	日本胸部外科学会		1630
既	315201	同種心移植術	日本胸部外科学会		1635

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	315202	植込型補助人工心臓設置術においてK601人工心肺を同時算定できるようにする	日本胸部外科学会		1640
既	315203	植込型補助人工心臓設置術においてK552 冠動脈バイパス術、K554 弁形成術、K555 弁置換手術、K557 大動脈弁上狭窄手術、K560 大動脈瘤切除術、K594 不整脈手術 を同時算定できるようにする	日本胸部外科学会		1645
既	315204	補助人工心臓設置術においてK552、K552-2 冠動脈バイパス移植術、K554 弁形成術、K555 弁置換手術、K557 大動脈弁上狭窄手術、K560、K560-2 大動脈瘤切除術、K594 不整脈手術 を同時算定できるようにする	日本胸部外科学会		1650
未	316101	皮膚良性腫瘍摘出術・皮下良性腫瘍摘出術・露出部、長径8cm以上	日本形成外科学会		1655
未	316102	皮膚良性腫瘍摘出術・皮下良性腫瘍摘出術・露出部、長径4cm以上-8cm未満	日本形成外科学会		1660
未	316103	ケロイド(肥厚性瘢痕)内注射	日本形成外科学会		1665
未	316104	慢性膿皮症手術	日本形成外科学会		1670
既	316201	自家脂肪注入の適応拡大	日本形成外科学会		1675
既	316202	切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算 適応拡大-ハイケアユニット入院管理料の追加(施設基準)	日本形成外科学会		1680
既	316203	超音波凝固切開装置等加算適応拡大	日本形成外科学会		1685
既	316204	性同一性障害に対する乳房切除術増点(通則4 性同一障害の患者に対する手術)	日本形成外科学会		1690
既	316205	乳房再建術(ゲル充填人工乳房によるもの)適応拡大	日本形成外科学会		1695
未	317101	手術部位感染予防対策加算	日本外科学会		1700
既	317201	手術通則14の改正	日本外科学会		1705
既	317202	自動縫合器・吻合器加算の適応拡大	日本外科学会		1709
未	318101	プレハビリテーション加算	日本外科代謝栄養学会		1712
未	318102	腸管不全治療マネジメント加算	日本外科代謝栄養学会		1717
既	318201	重症腸管不全治療患者における特殊管理加算	日本外科代謝栄養学会		1722
既	318202	小児重症腸管不全治療患者における特殊管理加算の引き上げ	日本外科代謝栄養学会		1727
既	319201	高気圧酸素治療 治療回数制限の追加と見直し	日本高気圧環境・潜水医学会		1732
既	320201	寛骨臼移動術	日本股関節学会		1737

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	320202	股関節唇縫合術(関節鏡下)における関節鏡下骨軟骨形成加算	日本股関節学会		1742
未	321101	胸腔鏡下肺切除術区域切除(内視鏡手術用支援機器を用いた) →肺切除術(区域切除)(ロボット支援)	日本呼吸器外科学会		1747
未	321102	胸腔鏡下肺切除術肺葉切除又は1肺葉を超えるもの(内視鏡手術用支援機器を用いた) →肺切除術(肺葉切除)(ロボット支援)	日本呼吸器外科学会		1752
未	321103	肺悪性腫瘍手術(肺全摘)(胸腔鏡下)	日本呼吸器外科学会		1757
既	321201	胸腔鏡手術での肺腫瘍手術と縦隔腫瘍手術の組み合わせ(同一手術野又は同一病巣手術)	日本呼吸器外科学会		1762
既	321202	移植用肺採取術(死体)(両側)	日本呼吸器外科学会		1767
既	321203	胸腔内(胸膜内)血腫除去術(胸腔鏡下)	日本呼吸器外科学会		1772
既	321204	肺悪性腫瘍手術(気管支形成を伴う肺切除)(胸腔鏡下)	日本呼吸器外科学会		1777
既	322201	経気管支凍結生検法	日本呼吸器内視鏡学会		1792
既	322202	全肺洗浄術	日本呼吸器内視鏡学会		1797
未	323101	コンピューター支援骨形態制御手術(創外固定器による)	日本骨折治療学会		1802
未	323102	関節内変形治癒骨折矯正手術	日本骨折治療学会		1807
未	323103	インプラント周囲偽関節手術(単純)	日本骨折治療学会		1812
未	323104	インプラント周囲偽関節手術(複雑)	日本骨折治療学会		1817
既	323201	緊急骨折観血的手術・大腿	日本骨折治療学会		1822
既	323202	緊急人工骨頭挿入術・股関節	日本骨折治療学会		1827
未	324101	子宮悪性腫瘍手術(広汎切除)(ロボット支援)	日本産科婦人科学会		1832
既	324201	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術適応拡大と増点	日本産科婦人科学会		1837
既	324202	子宮付属器腫瘍切除術(腹腔鏡下)	日本産科婦人科学会		1842
既	324203	ロボット支援下子宮悪性腫瘍手術(単純)(傍大動脈リンパ節郭清を含む)	日本産科婦人科学会		1847
既	324204	子宮付属器腫瘍切除術(開腹)	日本産科婦人科学会		1852

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	325101	子宮内膜ポリープ切除術(子宮鏡下電解質利用・組織切除回収システムによるもの)	日本産科婦人科内視鏡学会		1857
未	325102	子宮鏡下子宮癒痕部修復術	日本産科婦人科内視鏡学会		1861
未	325103	ロボット支援下腔断端挙上術	日本産科婦人科内視鏡学会		1866
未	325104	子宮鏡下子宮筋腫摘出術(組織摘出回収システムによるもの)	日本産科婦人科内視鏡学会		1871
既	325201	腹腔鏡下子宮全摘術または腹腔鏡下子宮筋腫摘出術におけるIn-bag morcellation加算	日本産科婦人科内視鏡学会		1876
既	326201	流産手術(妊娠11週までのもの)	日本産婦人科医学会		1881
未	327101	子宮腺筋症病巣除去術	日本産婦人科手術学会		1885
未	328101	乳房トモシンセシス	日本磁気共鳴医学会		1890
未	328102	先進画像加算:肝細胞特異性造影剤を用いた肝悪性腫瘍MR	日本磁気共鳴医学会		1895
未	328103	急性期脳梗塞における脳MRI灌流画像検査	日本磁気共鳴医学会		1900
未	328104	小児脳MRS加算	日本磁気共鳴医学会		1905
既	328201	全身MRI撮影加算悪性腫瘍適応拡大	日本磁気共鳴医学会		1910
既	328202	心臓MRI撮影加算の増点	日本磁気共鳴医学会		1915
既	328203	肝エラストグラフィ撮影加算	日本磁気共鳴医学会		1920
既	328204	骨軟部全身MRI撮影加算	日本磁気共鳴医学会		1925
既	328205	全脊椎MRI撮像加算 全脊椎適応拡大	日本磁気共鳴医学会		1930
既	328206	小児全身(拡散強調画像)MRI撮像加算	日本磁気共鳴医学会		1935
未	329101	自己血貯血(全血200mLごと)(保存前白血球除去)	日本自己血輸血・周術期輸血学会		1940
既	329201	貯血式自己血輸血管理体制加算	日本自己血輸血・周術期輸血学会		1945
未	330101	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(片側あるいは両側頭部郭清術を伴うもの)	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1950
未	330102	内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型(前弯矯正術)(内視鏡下)、内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型(外鼻形成術を伴う)(内視鏡下)	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1955

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	330103	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術(経鼻内視鏡下)	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1959
未	330104	内視鏡下上咽頭擦過療法(Endoscopic Epipharyngeal Abrasive Therapy:E-EAT)	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1964
既	330201	脊髄誘発電位測定等加算 耳科手術に用いた場合の追加	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1968
既	330202	超音波凝固切開装置等加算	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1973
既	330203	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1978
既	330204	上顎洞、篩骨洞鼻外手術	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1983
既	330205	前頭洞、篩骨洞鼻外手術	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1987
既	330206	篩骨洞、蝶形骨洞鼻外手術	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1991
既	330207	上顎洞、篩骨洞、蝶形骨洞鼻外手術	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1995
既	330208	上顎洞、篩骨洞、前頭洞鼻外手術	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		1999
既	330209	前頭洞、篩骨洞、蝶形骨洞鼻外手術	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		2003
未	331101	母子(胎児・胎盤・臍帯)MRI撮影加算	日本周産期・新生児医学会		2007
既	331201	経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術に対する乳幼児加算	日本周産期・新生児医学会		2011
未	332101	大腸内視鏡のAI診断支援	日本消化器内視鏡学会		2014
未	332102	内視鏡治療後欠損部閉鎖法	日本消化器内視鏡学会		2019
未	332103	上部消化管内視鏡検査(AI診断支援あり)	日本消化器内視鏡学会		2024
既	332201	内視鏡的胃食道逆流防止術	日本消化器内視鏡学会		2029
既	332202	POEMの増点	日本消化器内視鏡学会		2033
既	332203	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術(5cm超)	日本消化器内視鏡学会		2038
既	332204	内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術の特定保険材料算定	日本消化器内視鏡学会		2043
未	333101	潰瘍性大腸炎関連腫瘍大腸粘膜下層剥離術	日本消化器病学会		2048

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	334201	内視鏡的小腸ポリープ切除術	日本消化管学会		2053
既	334202	高解像度食道運動機能検査	日本消化管学会		2057
未	335101	連続携帯式腹腔灌流用カテーテル腹腔内留置術(腹腔鏡下)	日本小児外科学会		2062
既	335201	腸重積症整復術 1 非観血的なもの 複数回算定	日本小児外科学会		2072
既	335203	シロリムスを投与している難治性リンパ管疾患の患者への特定薬剤治療管理料の算定	日本小児外科学会		2079
既	335204	ヒルシუსプルング病診断のための直腸粘膜生検に対する「組織試験採取、切採法、直腸(D417 11)」の加算	日本小児外科学会		2083
未	336101	腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術(膀胱外アプローチ)	日本小児泌尿器科学会		2086
未	336102	ロボット支援下膀胱尿管逆流手術(膀胱外アプローチ)	日本小児泌尿器科学会		2091
未	336103	精巣部分切除術	日本小児泌尿器科学会		2096
未	336104	腹腔鏡下停留精巣内精巣動脈結紮術	日本小児泌尿器科学会		2101
未	337101	空気容積脈波	日本静脈学会		2106
既	337202	四肢血管拡張術	日本静脈学会		2116
未	338101	在宅創傷治療指導管理料	日本褥瘡学会		2121
既	338201	局所陰圧閉鎖処置(算定期間の延長)	日本褥瘡学会		2136
未	339101	食道悪性腫瘍切断術(頸部食道)(喉頭温存)(消化管再建を伴う)(頸部、腹部の操作)(血管吻合を伴うもの)	日本食道学会		2141
既	339201	脊髄誘発電位測定等加算 食道悪性腫瘍手術に用いた場合の増点	日本食道学会		2146
既	339202	内視鏡的食道狭窄拡張術(拡張用バルーンによる)(非透視)の一連の限定解除	日本食道学会		2151
既	340201	経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞に対する)	日本心血管インターベンション治療学会		2155
既	340202	経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞に対する)	日本心血管インターベンション治療学会		2159
既	340203	経皮的中隔心筋焼灼術	日本心血管インターベンション治療学会		2163
既	340204	ラディアル加算(橈骨動脈アプローチ加算)	日本心血管インターベンション治療学会		2167

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	340205	血管内視鏡	日本心血管インターベンション治療学会		2172
未	341101	人工関節置換術・股関節(ロボット支援)	日本人工関節学会		2176
未	341102	人工関節置換術・膝関節(ロボット支援)	日本人工関節学会		2180
既	342201	同一手術野における複数手術の加算。対外式または小児または植込型補助人工心臓(K603またはK603-2またはK604-2)を以下の手術と同時に行った場合、「複数手術に係る費用の特例」を適用。(K552, K554, K555, K557, K557-2, K557-3, K560, K594)	日本人工臓器学会		2185
既	342202	体外式膜型人工肺管理料(K916)のK602経皮的心肺補助法への適応拡大	日本人工臓器学会		2190
既	342203	周術期人工臓器療法チーム設置加算	日本人工臓器学会		2195
未	343101	胸腔鏡下心臓腫瘍摘出術(単独)	日本心臓血管外科学会		2200
未	343102	胸腔鏡下冠動脈血行再建術(1吻合)	日本心臓血管外科学会		2205
未	343103	胸腔鏡下冠動脈血行再建術(2吻合)	日本心臓血管外科学会		2210
既	343201	自動縫合器加算	日本心臓血管外科学会		2215
既	343202	超音波凝固切開装置等加算	日本心臓血管外科学会		2220
既	344201	術中脳酸素モニタリング加算項目に頸動脈遮断もしくは同様の操作を伴う手術を追加する	日本心臓血管麻酔学会		2225
既	344202	L008閉鎖循環式全身麻酔において麻酔が困難な患者に先天性心疾患の適応例を追加する	日本心臓血管麻酔学会		2228
既	345201	ストーマ処置の合併症加算	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会		2231
既	345202	病病連携による外来排尿自立指導料	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会		2236
未	346101	運動器ハイドロリリース療法	日本整形外科学会		2241
既	347201	K047-3超音波骨折治療法のK081 1人工骨頭挿入術(肩)への適応拡大	日本整形外科勤務医会		2246
既	347202	ガングリオン穿刺術(J116-3)ガングリオン圧砕(J116-4)に(片側)の注釈をつけての算定	日本整形外科勤務医会		2251
未	349101	脊柱管拡大減圧術・頸椎(顕微鏡下)	日本脊髄外科学会		2264
未	349102	脊髄ヘルニア修復術	日本脊髄外科学会		2268
既	349201	顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術加算	日本脊髄外科学会		2272

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	349202	癒着性脊髄くも膜炎手術(脊髄くも膜剥離操作を行うもの)	日本脊髄外科学会		2277
既	349203	脊髄腫瘍摘出術・髄外腫瘍	日本脊髄外科学会		2281
既	349204	脊髄腫瘍摘出術・髄内腫瘍(グリオーマ)	日本脊髄外科学会		2285
既	349205	画像等手術支援加算 患者適合型手術支援ガイドに脊椎手術を追加	日本脊髄外科学会		2289
既	349206	空洞・くも膜下腔シャント術(脊髄空洞症に対するもの)	日本脊髄外科学会		2294
既	349207	脊髄血管腫摘出術	日本脊髄外科学会		2298
既	349208	脊椎破裂手術(神経処置を伴う)	日本脊髄外科学会		2302
未	350101	起立性低血圧予防訓練(脊髄損傷患者)	日本脊髄障害医学会		2306
未	350102	用手的呼吸補助を併用した肺、気管支内喀痰吸引法(脊髄損傷者)	日本脊髄障害医学会		2311
未	350103	脊髄損傷患者退院支援リハビリテーションカンファレンス	日本脊髄障害医学会		2316
未	351101	腰椎固定術(ロボット支援)	日本脊椎脊髄病学会		2321
未	351102	脊椎側彎症手術 固定術(ロボット支援)	日本脊椎脊髄病学会		2325
既	351201	内視鏡下椎弓形成術における複数椎間加算	日本脊椎脊髄病学会		2329
既	351202	通則14の追加:内視鏡下椎間板切除術、内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎弓形成術	日本脊椎脊髄病学会		2333
既	351203	椎間板内酵素注入療法(椎間板髄核融解術)	日本脊椎脊髄病学会		2337
既	351204	脊椎複数回手術後癒着剥離術加算	日本脊椎脊髄病学会		2342
既	351205	超音波凝固切開装置等加算	日本脊椎脊髄病学会		2347
未	352101	大腸局所切除(腹腔鏡下・内視鏡併用)	日本大腸肛門病学会		2351
既	352201	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料(C119:800点)の適用拡大	日本大腸肛門病学会		2356
既	352202	自動吻合器加算(K732の2イ及びK732-2)の適用拡大	日本大腸肛門病学会		2361
既	352204	自動縫合器の適応拡大(腹腔鏡下結腸切除術)	日本大腸肛門病学会		2369

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	352205	電動自動吻合器加算	日本大腸肛門病学会		2374
未	353101	術中ICGイメージング(蛍光胆道造影)	日本胆道学会		2379
既	354201	超音波エラストグラフィ	日本超音波医学会		2383
既	355201	集束超音波による機能的定位脳手術	日本定位・機能神経外科学会		2387
既	355202	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術	日本定位・機能神経外科学会		2391
既	355203	脳刺激装置植込術	日本定位・機能神経外科学会		2394
既	355204	疼痛等管理用送信機加算	日本定位・機能神経外科学会		2399
既	355205	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	日本定位・機能神経外科学会		2402
既	356201	手術通則14へのK059-2関節鏡下自家骨軟骨移植術の追加	日本手外科学会		2406
既	356202	複雑な腱手術に対する入院外手術加算	日本手外科学会		2411
既	356203	K098手掌屈指腱縫合術	日本手外科学会		2416
未	357101	てんかんに対する機能的定位脳手術(破壊術)	日本てんかん学会		2420
既	358201	経皮的体外循環補助装置設置術(カフ型)	日本透析医学会		2425
既	358202	経皮的体外循環補助装置設置術(短期型)	日本透析医学会		2430
未	359101	骨盤内臓全摘術(腹腔鏡下)	日本内視鏡外科学会		2435
未	359102	骨盤内臓全摘術(ロボット支援)	日本内視鏡外科学会		2439
既	359201	ロボット支援直腸癌手術の手術分類適正	日本内視鏡外科学会		2443
既	359202	膝頭十二指腸切除術(ロボット支援)	日本内視鏡外科学会		2448
未	360101	対側乳房縮小・固定術(乳房再建、乳房部分切除後)	日本乳癌学会		2453
既	360201	遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する予防的乳房切除の保険点数増点	日本乳癌学会		2457
既	360202	乳腺悪性腫瘍手術(内視鏡下手術の適応拡大)	日本乳癌学会		2462

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	360203	組織拡張器による再建手術(乳房一次再建)併施の増点	日本乳癌学会		2466
未	361101	人工乳房除去術	日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会		2471
未	361102	乳房インプラント周囲膿液穿刺	日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会		2475
未	361103	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(内視鏡下によるもの)	日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会		2479
未	361104	組織拡張器による再建手術(乳房の場合)(内視鏡下)	日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会		2484
既	361201	ゲル充填人工乳房 併施の増点	日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会		2489
既	361202	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術の適応の修正	日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会		2494
未	363101	緊急穿頭血腫除去術	日本脳神経外科学会		2503
未	363102	脳硬膜血管結紮術	日本脳神経外科学会		2507
既	363201	水頭症手術におけるナビゲーション加算	日本脳神経外科学会		2511
既	363202	体温維持療法	日本脳神経外科学会		2515
既	363203	画像等手術支援加算 術前脳血管CT、特殊脳MRI等によるもの	日本脳神経外科学会		2519
既	363204	画像等手術支援加算 術中MRIによるもの	日本脳神経外科学会		2323
既	364201	経皮的脳血栓回収術(経皮的頸動脈ステント留置術併用加算)	日本脳神経血管内治療学会		2527
未	365101	尿失禁手術・再生幹細胞移植(経尿道)	日本排尿機能学会		2532
未	365102	内圧尿流検査(プレッシャーフロースタディ)	日本排尿機能学会		2537
未	365103	膀胱蓄尿監視(3日間)	日本排尿機能学会		2542
既	365201	排尿自立支援指導料の改訂	日本排尿機能学会		2552
未	366101	尿道狭窄根治的再建術	日本泌尿器科学会		2557
未	366102	プロスタグランジンE1陰茎海綿体注射テスト(PGE1テスト)	日本泌尿器科学会		2562
未	366103	膀胱結石、異物摘出術(経尿道)(レーザー)	日本泌尿器科学会		2567

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	366201	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術(ツリウムレーザーを用いるもの)	日本泌尿器科学会		2571
既	366202	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)に係る施設基準の緩和	日本泌尿器科学会		2576
既	366203	腹腔鏡下副腎摘出手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)の施設基準の緩和	日本泌尿器科学会		2581
既	366204	「経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 ツリウムレーザーを用いるもの」、あるいは「経尿道的前立腺吊上術」と経尿道的膀胱結石摘出術の併施	日本泌尿器科学会		2586
既	367201	「K939 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの(2,000点) 2 実物大臓器立体モデルによるもの(2,000点)」の腎部分切除術(K773、K773-2、K773-3、K773-4、K773-5、K773-6、K769、K769-2、K769-3)への適応拡大	日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会		2591
既	367202	「K939 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの(2,000点) 2 実物大臓器立体モデルによるもの(2,000点)」の経皮的尿路結石除去術(K764)への適応拡大	日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会		2596
未	368101	皮膚病像撮影料	日本皮膚科学会		2601
既	368201	爪甲除去(麻酔を要しないもの)	日本皮膚科学会		2606
既	368202	皮膚科光線療法(2)長波紫外線又は中波紫外線療法(3)中波紫外線療法	日本皮膚科学会		2611
既	368203	パッチテスト	日本皮膚科学会		2615
既	368204	皮膚科軟膏処置	日本皮膚科学会		2620
既	368206	鶏眼、胼胝処置	日本皮膚科学会		2629
未	369101	スリープ状胃切除・バイパス術(腹腔鏡下)	日本肥満症治療学会		2633
既	369201	スリープ状胃切除術(腹腔鏡下)(適応拡大について)	日本肥満症治療学会		2643
既	369202	スリープ状胃切除術(腹腔鏡下)(増点について)	日本肥満症治療学会		2648
既	369203	スリープ状胃切除術(腹腔鏡下)(適応疾患追加について)	日本肥満症治療学会		2653
既	369204	スリープ状胃切除術(腹腔鏡下)(施設基準緩和について)	日本肥満症治療学会		2658
未	370101	酵素阻害剤・抗生物質持続動注療法	日本腹部救急医学会		2663
未	370102	腹腔内圧測定	日本腹部救急医学会		2668
未	371101	センチネルリンパ節生検術(子宮悪性腫瘍手術)	日本婦人科腫瘍学会		2673
未	371102	センチネルリンパ節生検術(女子外性器悪性腫瘍)	日本婦人科腫瘍学会		2678

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	372201	経皮的カテーテル心筋焼灼術(付加手技を伴う) (単独肺静脈隔離術および単独肺静脈隔離術を除くもの)	日本不整脈心電学会		2683
既	372202	「K598両心室ペースメーカー移植術」「K598-2両心室ペースメーカー交換術」「K599植込型 除細動器移植術」「K599-2植込型除細動器交換術」「K599-3両心室ペースメーカー機能付き 植込型除細動器移植術」「K599-4両心室ペースメーカー機能付き植込型除細動器交換術」に おける特掲診療料の施設基準の改訂(様式61・様式62・様式63)	日本不整脈心電学会		2688
既	372203	経静脈電極除去術 レーザーシースを用いないもの	日本不整脈心電学会		2693
既	372204	経静脈電極除去術 (レーザーシース使用)	日本不整脈心電学会		2698
既	372205	植込型ループ式連続モニター装置移植術	日本不整脈心電学会		2703
未	373101	伏在神経ブロック	日本ペインクリニック学会		2708
未	373102	脛骨神経ブロック	日本ペインクリニック学会		2713
未	373103	腓骨神経ブロック	日本ペインクリニック学会		2718
既	373201	L100にあるがL101にない神経ブロックのパルス高周波法適応(腕神経叢・深 頸神経叢・肩甲上・肩甲骨・筋皮・腋窩・正中・尺骨・橈骨)	日本ペインクリニック学会		2723
既	373202	椎間板内酵素注入療法に対する施行医師技術の適応拡大	日本ペインクリニック学会		2727
未	374101	鼠径ヘルニア手術(ロボット支援下)	日本ヘルニア学会		2732
未	374102	傍ストーマヘルニア手術	日本ヘルニア学会		2737
未	374103	腹腔鏡下傍ストーマヘルニア手術	日本ヘルニア学会		2741
未	375101	術中筋弛緩モニタリング加算	日本麻酔科学会		2746
未	375102	術中脳波麻酔モニタリング加算	日本麻酔科学会		2751
既	375201	低血圧麻酔の見直し	日本麻酔科学会		2755
未	376101	デジタル手術加算	日本網膜硝子体学会		2760
未	376102	眼底直視下微小視野検査(片側)	日本網膜硝子体学会		2765
既	376201	眼底カメラ撮影 広角眼底撮影加算の適応拡大	日本網膜硝子体学会		2770
未	377101	毛様体光凝固術(眼内内視鏡を用いるもの)	日本緑内障学会		2775
既	377201	緑内障手術(濾過手術)の増点	日本緑内障学会		2780

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	377202	緑内障手術(流出路再建術)(眼内法)の施設基準の見直し	日本緑内障学会		2784
未	378101	手術困難肥満加算	日本臨床外科学会		2789
既	378201	腹腔鏡下直腸脱手術(K742-2)メッシュ代の償還	日本臨床外科学会		2793
未	379101	超音波ガイド下腕神経叢麻酔	日本臨床整形外科学会		2796
未	379102	伝達麻酔:超音波ガイド下大腿・膝窩麻酔	日本臨床整形外科学会		2801
未	379103	エコー下関節内注射(股関節)	日本臨床整形外科学会		2806
未	379104	大関節テーピング(肘関節、手関節)	日本臨床整形外科学会		2810
未	379105	ギプス包帯固定管理	日本臨床整形外科学会		2815
既	379201	創傷処理(筋・臓器に達しない長径5cm以下)を指ごとに算定可とする	日本臨床整形外科学会		2819
既	379202	消炎鎮痛等処置複数部位加算	日本臨床整形外科学会		2823
既	380202	硬膜外自家血注入療法	日本臨床脳神経外科学会		2832
既	381201	尿路ストーマカテーテル交換法(片側)	日本臨床泌尿器科医会		2836
既	382201	リンパ浮腫複合的治療	日本リンパ浮腫治療学会		2846
未	402101	顎関節症検査(顎関節・咀嚼筋検査)	日本顎関節学会		2851
未	402102	習慣性顎脱臼に対する、自己血注射療法	日本顎関節学会		2856
既	402201	歯科口腔リハビリテーション料2	日本顎関節学会		2861
既	402202	顎関節人工関節全置換術における超音波切削器加算	日本顎関節学会		2866
既	402203	顎関節人工関節全置換術における術前模型診断加算	日本顎関節学会		2871
既	402204	顎関節人工関節全置換術における画像等手術支援加算(ナビゲーションによるもの)	日本顎関節学会		2876
既	403201	広範囲顎骨支持型装置埋入手術における画像等手術支援加算	日本顎顔面インプラント学会		2881
既	403202	下顎無歯顎高度顎堤吸収患者への広範囲顎骨支持型装置埋入手術	日本顎顔面インプラント学会		2886

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	403203	広範囲顎骨支持型装置埋入手術・適応イ	日本顎顔面インプラント学会		2891
既	403204	広範囲顎骨支持型装置埋入手術・適応二	日本顎顔面インプラント学会		2896
既	403205	広範囲顎骨支持型補綴	日本顎顔面インプラント学会		2901
既	403206	広範囲顎骨支持型装置埋入手術・増点	日本顎顔面インプラント学会		2906
既	403207	広範囲顎骨支持型装置における歯科疾患管理料等	日本顎顔面インプラント学会		2911
既	404201	歯科口腔リハビリテーション料1項目2(算定制限の見直し)	日本顎顔面補綴学会		2916
既	407201	上顎骨形成術ならびに下顎骨形成術における三次元シミュレーション	日本顎変形症学会		2925
既	407202	顎変形症患者を対象とした咀嚼能力検査	日本顎変形症学会		2929
既	407203	顎変形症患者を対象とした歯科口腔リハビリテーション	日本顎変形症学会		2933
既	407204	画像支援下(ナビゲーションによる)上顎骨形成術ならびに下顎骨形成術	日本顎変形症学会		2937
既	408201	厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常に係る適応症の拡大	日本矯正歯科学会		2942
未	409101	歯槽骨密度評価	日本口腔インプラント学会		2946
既	409201	インプラント周囲炎揺爬術(広範囲顎骨支持型装置揺爬術の一般インプラント装置への拡大)	日本口腔インプラント学会		2951
未	410101	重度歯周病発症リスク判定細菌検査	日本口腔衛生学会		2956
既	412201	三叉神経ニューロパチーに対する近赤外線レーザー機器加算	日本口腔顔面痛学会		2960
既	412202	口腔外科領域の周術期疼痛に対する三叉神経ブロック	日本口腔顔面痛学会		2965
未	413101	口腔悪性腫瘍光線力学療法	日本口腔外科学会		2970
未	413102	通信情報機器を用いた歯科オンライン連携診療	日本口腔外科学会		2974
既	413201	上顎骨悪性腫瘍手術ならびに下顎骨悪性腫瘍手術における超音波切削機器加算	日本口腔外科学会		2978
既	413202	神経再生誘導術(即時)	日本口腔外科学会		2983
既	413203	歯科特定疾患療養管理料(菌原性角化嚢胞)	日本口腔外科学会		2987

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	413204	歯科特定疾患療養管理料(口腔内母斑)	日本口腔外科学会		2991
既	413205	口腔粘膜蛍光観察検査の適応拡大(口腔病理診断料への加算の新設)	日本口腔外科学会		2995
未	418101	歯科特定疾患療養管理料における触覚機能検査	日本口腔リハビリテーション学会		3000
既	418201	口腔細菌定量検査	日本口腔リハビリテーション学会		3004
既	418202	歯科口腔リハビリテーション料1	日本口腔リハビリテーション学会		3008
既	421201	歯科疾患管理料に対する後期高齢(75歳以上)有病患者への管理加算新設	日本歯科医療管理学会		3012
既	421202	歯科衛生実地指導料の実施指導時間の統一及び同月2回目指導時の加算	日本歯科医療管理学会		3016
既	421203	歯周病安定期治療(2月1回算定)に対する糖尿病患者の治療間隔短縮症例(毎月算定)への位置づけ明確化	日本歯科医療管理学会		3020
未	424101	CAD/CAM冠のコーティング	日本歯科審美学会		3024
未	426101	医科医療機関連携加算	日本歯科放射線学会		3029
未	426102	歯槽骨密度検査	日本歯科放射線学会		3033
未	426103	歯科用X線ビームアライメント装置加算	日本歯科放射線学会		3037
既	426201	歯科部分パノラマ断層撮影	日本歯科放射線学会		3041
未	427101	根面露出象牙質硬さ検査	日本歯科保存学会		3044
未	427102	CAD/CAMインレー修復に対する光学印象法	日本歯科保存学会		3048
既	427201	唾液等飛沫による感染防止と患歯隔離のためのラバーダム防湿加算	日本歯科保存学会		3058
既	427202	歯髄温存療法(AIPC)	日本歯科保存学会		3063
既	427203	臼歯複雑窩洞充填時の隔壁加算	日本歯科保存学会		3067
既	427204	重度要介護高齢者等に対する充填処置加算	日本歯科保存学会		3072
未	428101	地域歯科麻酔連携体制加算	日本歯科麻酔学会		3077
既	428201	静脈内鎮静法『複雑な場合』	日本歯科麻酔学会		3081

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	430201	チタンおよびチタン合金によるブリッジ補綴	日本歯科理工学会		3086
未	432101	PISA(Periodontal Inflamed Surface Area: 歯周炎症表面積)検査	日本歯周病学会		3091
未	432102	結合組織移植術	日本歯周病学会		3096
未	432103	インプラント周囲組織検査	日本歯周病学会		3101
未	433102	抜髄時の高周波通電	日本歯内療法学会		3110
既	433201	NiTiロータリーファイルによる根管形成加算の施設基準の見直し	日本歯内療法学会		3115
既	433202	根管治療歯における歯冠修復物・支台築造物除去の個別算定	日本歯内療法学会		3120
未	434101	超重症児等在宅歯科医療管理加算	日本障害者歯科学会		3125
未	434102	障害児における幼保・学校への情報提供料	日本障害者歯科学会		3129
既	434201	咬傷防止装置(口腔内装置3)の調整料・修理料の算定	日本障害者歯科学会		3133
既	436201	小児の舌圧検査	日本小児歯科学会		3138
既	436202	小児保険装置	日本小児歯科学会		3143
既	436203	エナメル質初期う蝕管理加算(小児かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所)	日本小児歯科学会		3148
既	436204	小児、障がい児(者)における行動調整ラバーダム法	日本小児歯科学会		3153
未	437101	閉塞性睡眠時無呼吸症候群に対する気道確保のための歯科タイトレーション法	日本睡眠歯科学会		3157
未	437102	閉塞性睡眠時無呼吸症における口腔内装置適応診断のための簡易型睡眠評価装置	日本睡眠歯科学会		3162
既	437201	頭部エックス線規格写真	日本睡眠歯科学会		3166
既	439201	CAD/CAMインレー修復における象牙質レジンコーティング法加算	日本接着歯学会		3171
既	439202	間接法による複合レジンコア装着時の保険医療材料算定	日本接着歯学会		3177
未	440101	CAD/CAM法による臼歯部チタンクラウン	日本デジタル歯科学会		3182
未	441101	接着カンチレバー装置	日本補綴歯科学会		3186

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	441103	チタンクラスプ	日本補綴歯科学会		3195
未	441104	チタンバー	日本補綴歯科学会		3200
未	441105	義歯製作・調整時に行う発音検査	日本補綴歯科学会		3204
未	441106	O-リングアタッチメントを支台とする有床義歯治療	日本補綴歯科学会		3208
未	441107	3Dプリンティングデンチャー	日本補綴歯科学会		3212
未	441108	口蓋補綴および顎補綴に対する光学印象法	日本補綴歯科学会		3217
未	441109	総義歯製作前の治療用義歯としての複製義歯	日本補綴歯科学会		3221
未	441110	金属アレルギー患者への前歯部ジルコニアブリッジ	日本補綴歯科学会		3225
未	441111	PEEKによる大臼歯歯冠修復物	日本補綴歯科学会		3229
既	441201	顎堤吸収が高度に進行した下顎総義歯の仮床製作のためのフレンジテクニク	日本補綴歯科学会		3234
既	441202	大臼歯CAD/CAM冠(エンドクラウン)	日本補綴歯科学会		3239
既	441203	軟質材料を用いた有床義歯内面適合法の下顎多数歯欠損および遊離端欠損症例への適用拡大	日本補綴歯科学会		3243
既	441204	CAD/CAM冠の連結冠	日本補綴歯科学会		3247
既	441205	ブリッジの支台装置としての第二小臼歯レジン前装冠	日本補綴歯科学会		3252
既	444201	糖尿病罹患患者の歯科治療に係る指導管理	日本臨床歯周病学会		3257
既	445201	光学式う蝕検出検査	日本レーザー歯学会		3262
既	445202	レーザー機器加算	日本レーザー歯学会		3267
未	446101	在宅がん歯科医療総合診療料	日本老年歯科医学会		3272
未	446102	複数名訪問歯科衛生指導加算、および複数名歯科訪問診療補助加算	日本老年歯科医学会		3277
未	446104	有病高齢者対応型病院歯科診療情報連携共有料加算	日本老年歯科医学会		3286
未	446105	認知症疾患診療情報連携共有料(仮)	日本老年歯科医学会		3291

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	446201	口腔機能低下症における口腔衛生状態不良の検査	日本老年歯科医学会		3297
既	446202	総合医療管理加算(歯科疾患管理料)対象疾患の追加(筋萎縮性側索硬化症)	日本老年歯科医学会		3301
既	446203	歯科治療時医療管理料	日本老年歯科医学会		3305
既	446204	認知症専門医療機関紹介加算(診療情報提供料Ⅰ)	日本老年歯科医学会		3310
既	446205	総合医療管理加算(歯科疾患管理料)	日本老年歯科医学会		3315
既	446206	在宅患者歯科治療時医療管理料	日本老年歯科医学会		3320
既	501202	無菌製剤処置料1投与経路撤廃	日本薬学会		3332
既	501203	無菌製剤処置料1イの増点	日本薬学会		3337
既	601201	BRCA1/2遺伝子検査(血縁者診断、確定診断)	日本遺伝看護学会	280205と重複。	3346
既	601202	乳癌サーベイランス	日本遺伝看護学会	280204と重複。	3351
既	601203	卵巣癌サーベイランス(適応拡大)	日本遺伝看護学会	280206と重複。	3354
既	601204	遠隔連携遺伝カウンセリング(遺伝性腫瘍への適応)	日本遺伝看護学会		3361
既	602201	がん患者指導管理料イにおける算定回数制限の緩和	日本がん看護学会		3366
未	603101	がん患者妊孕性相談指導管理料	日本緩和医療学会		3369
既	603201	がん患者指導管理料ロ	日本緩和医療学会		3373
既	604201	在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算の増点と回数制限の緩和	日本在宅ケア学会		3377
未	605101	心不全患者指導管理料の新設	日本循環器看護学会		3382
既	606201	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	日本助産学会		3387
既	607201	ストーマ処置の合併症加算	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会	345201と重複。	3392
既	607202	病病連携による外来排尿自立指導料	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会	345202と重複。	3397
既	608201	B001_33 生殖補助医療管理料	日本生殖看護学会		3402

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	609101	アドバンス・ケア・プランニング(ACP)支援管理料	日本専門看護師協議会		3407
既	610201	情報通信機器を用いた専門性の高い看護師による同行訪問:在宅患者訪問 看護・指導料3の算定要件の拡大	日本創傷・オストミー・失禁管理学会		3412
既	610202	包括的排便ケア追加に伴う排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料(既収 載)算定要件拡大と「排泄自立支援加算・外来排泄自立指導料」への名称変 更	日本創傷・オストミー・失禁管理学会		3417
未	611101	C101「在宅自己注射指導管理料」に「遠隔モニタリング加算」の適用を要望	日本糖尿病教育・看護学会		3421
未	612101	脳卒中再発・重症化予防指導料(仮称)	日本ニューロサイエンス看護学会		3426
未	613101	【SANE-Jによる、性暴力被害にあった子どものリプロダクティブヘルス指導 管理料】	日本フォレンジック看護学会		3430
未	700101	周術期血糖管理料	日本糖尿病学会		3434
未	700102	糖尿病先進機器データ管理料	日本糖尿病学会		3439
未	701101	small dense LDLコレステロール(酵素法)	日本動脈硬化学会		3444
既	701201	超音波法によるアキレス腱厚の測定	日本動脈硬化学会		3459
既	704201	遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	日本内分泌学会		3476
未	705101	頭皮冷却法	日本乳癌学会		3481
既	705201	セルブロック法による病理組織標本作製および免疫染色(免疫抗体法)(乳 癌の追加)	日本乳癌学会		3486
既	705202	D409-2 センチネルリンパ節生検(片側)	日本乳癌学会		3491
既	705203	遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対するリスク低減乳房切除術(施設基準の変 更)	日本乳癌学会		3496
既	705204	乳房病変に関する病理標本作製における対称器官の通則変更(両側→片 側)	日本乳癌学会		3501
未	706101	ポジトロン断層撮影(アミロイドイメージング)	日本認知症学会		3506
未	706102	脳脊髄液アミロイドβアッセイ	日本認知症学会		3512
未	706104	認知症専門療養指導料	日本認知症学会		3517
未	707102	時間外緊急遠隔診療料	日本脳神経外科学会		3527
未	709101	急性期脳梗塞における灌流画像解析	日本脳卒中学会		3532

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	710101	外来腫瘍化学療法・症状自己記録加算	日本肺癌学会		3537
既	711201	電磁波温熱療法	日本ハイパーサーミア学会		3542
未	712101	前立腺癌監視療法指導管理料	日本泌尿器科学会		3547
未	712102	特定薬剤治療管理料対象薬として「アキシチニブ」を追加	日本泌尿器科学会		3552
未	712103	特定薬剤治療管理料対象薬として「カボザンチニブ」を追加	日本泌尿器科学会		3557
既	712201	「B001-9 外来栄養食事指導料」の再発性尿路結石への適応拡大	日本泌尿器科学会		3562
未	713101	皮膚貼付試験	日本皮膚科学会		3567
既	713201	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	日本皮膚科学会		3572
既	713202	リンパ球刺激試験(LST)	日本皮膚科学会		3577
未	717102	がんゲノムプロファイリング検査病理組織標本作製料	日本病理学会		3587
未	717103	国際標準病理診断管理加算	日本病理学会		3592
未	717104	病理診断デジタル化加算	日本病理学会		3597
未	717105	病理検体電子処理加算(トラッキング)	日本病理学会		3602
未	717108	がんゲノムプロファイリング検査病理組織標本加算(病理医の技術評価)	日本病理学会		3617
既	717201	組織診断料(毎回算定)	日本病理学会		3622
既	717203	迅速細胞診(検査中の場合)	日本病理学会		3632
既	717204	悪性腫瘍病理組織標本加算	日本病理学会		3637
既	717207	特殊染色病理組織標本作製加算	日本病理学会		3651
既	717209	ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製における遺伝カウンセリング加算の算定	日本病理学会		3661
未	718101	自己記入式YALE-BROWN 強迫観念・強迫行為評価スケール(Y-BOCS)	日本不安症学会		3666
既	718201	公認心理師による認知行動療法実施料	日本不安症学会		3671

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	721202	植込型除細動器一次予防 適応基準通知	日本不整脈心電学会		3681
未	723101	ヘリコバクターピロリ菌除菌療法前の抗菌薬感受性試験	日本ヘリコバクター学会		3686
未	723102	血清ペプシノゲンによる胃炎診断と治療経過観察(ピロリ菌感染胃炎、自己免疫性胃炎を含む)	日本ヘリコバクター学会		3691
既	723201	ヘリコバクターピロリ菌感染診断で偽陽性が疑われた場合のもう一法での感染診断検査の追加	日本ヘリコバクター学会		3701
既	723202	上部消化管疾患疑い患者における非侵襲的ヘリコバクター・ピロリ感染診断	日本ヘリコバクター学会		3706
既	723203	胃がんや胃・十二指腸潰瘍の家族歴を有する若年者(40歳以下)における非侵襲的ヘリコバクター・ピロリ(ピロリ菌)検査	日本ヘリコバクター学会		3711
未	724101	即時適応放射線治療加算	日本放射線腫瘍学会		3716
未	724102	AIを利用した放射線治療の管理加算	日本放射線腫瘍学会		3722
既	724201	体外照射料の見直し	日本放射線腫瘍学会		3728
既	724202	標的移動対策加算	日本放射線腫瘍学会		3732
既	724203	IMRTの適応(「限局性固形悪性腫瘍に限る」の解釈)の明確化	日本放射線腫瘍学会		3737
既	724204	医療機器安全管理料2の密封小線源治療への拡大	日本放射線腫瘍学会		3742
既	724205	外来放射線照射診療料における医師の要件(放射線治療経験5年以上)の診察要件からの撤廃	日本放射線腫瘍学会		3747
既	724206	婦人科癌の小線源治療における放射線治療管理料の算定回数の増加	日本放射線腫瘍学会		3752
既	724207	寡分割照射法の加算の増点	日本放射線腫瘍学会		3757
既	724208	遠隔放射線治療計画の適応拡大	日本放射線腫瘍学会		3762
既	724209	外来放射線照射診療料における専門/認定看護師加算(有資格看護師配置の場合の増点)	日本放射線腫瘍学会		3767
既	724210	小児放射線治療加算の粒子線治療への適応拡大	日本放射線腫瘍学会		3772
既	724211	乳がんに対する寡分割照射法について、常勤医不在でも可、全乳房照射への限定の撤廃	日本放射線腫瘍学会		3777
既	724212	乳癌温存手術後の加速乳房部分照射	日本放射線腫瘍学会		3782
既	724213	頭頸部固定具の適応に良性疾患の追加	日本放射線腫瘍学会		3787

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	724214	強度変調放射線治療の同部位1日2回目(2時間以上の間隔)	日本放射線腫瘍学会		3792
既	724215	陽子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会		3797
既	724216	重粒子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会		3802
既	724217	IMRTの施設基準の見直し(常勤換算の見直し)	日本放射線腫瘍学会		3807
未	726102	血液製剤院内分割加算	日本輸血・細胞治療学会		3817
未	726104	輸血機能評価加算	日本輸血・細胞治療学会		3827
既	726201	輸血管理料Ⅲ	日本輸血・細胞治療学会		3832
既	726202	輸血適正使用加算:基準変更 血漿交換使用分の新鮮凍結血漿全量の除外	日本輸血・細胞治療学会		3837
既	728201	多発血管炎性肉芽腫症および顕微鏡的多発血管炎に対するリツキシマブの外来化学療法加算	日本リウマチ学会		3842
既	728202	全身性エリテマトーデス(SLE)疑いの患者での抗核抗体と抗DNA抗体の同時測定	日本リウマチ学会		3847
既	728203	関節リウマチ治療における生物学的製剤・JAK阻害薬に変更時の抗シトルリン化ペプチド(GCP)抗体定性、定量測定	日本リウマチ学会		3852
既	728204	成人発症スティル病に対するアクテムラ点滴療法の外来化学療法算定	日本リウマチ学会		3857
既	728205	全身性エリテマトーデスに対するアニフロルマブの外来化学療法加算	日本リウマチ学会		3862
既	729201	リハビリテーション総合計画評価料における運動量増加機器加算	日本リハビリテーション医学会		3867
既	729202	がん患者リハビリテーション料	日本リハビリテーション医学会		3872
既	729203	神経ブロック(ボツリヌス毒素使用)	日本リハビリテーション医学会		3877
既	729204	重心動揺計による検査の適応拡大	日本リハビリテーション医学会		3882
既	730201	血清セレン測定(検査 D007 血液化学検査)	日本臨床栄養学会		3887
未	731101	凝固因子(第Ⅷ因子、第Ⅸ因子)(合成基質法)	日本臨床検査医学会		3892
既	731201	細菌培養同定検査(口腔・気道又は呼吸器からの検体)	日本臨床検査医学会		3897
既	731202	ABO血液型	日本臨床検査医学会		3902

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	731203	血液採取・静脈	日本臨床検査医学会		3907
既	731204	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査(その他のもの)	日本臨床検査医学会		3912
既	731205	細菌培養同定検査(消化管からの検体)	日本臨床検査医学会		3917
既	731206	細菌培養同定検査(血液および穿刺液)	日本臨床検査医学会		3922
既	731207	細菌培養同定検査(泌尿器又は生殖器からの検体)	日本臨床検査医学会		3927
既	731208	細菌培養同定検査(その他の部位からの検体)	日本臨床検査医学会		3932
既	731209	細菌薬剤感受性検査 1菌種	日本臨床検査医学会		3936
既	731210	細菌薬剤感受性検査 2菌種	日本臨床検査医学会		3941
既	731211	細菌薬剤感受性検査 3菌種以上	日本臨床検査医学会		3946
既	731212	Rh(D)血液型	日本臨床検査医学会		3951
既	731213	Rh(その他因子)血液型	日本臨床検査医学会		3956
既	731214	不規則抗体	日本臨床検査医学会		3961
既	731215	迅速微生物核酸同定・定量検査加算	日本臨床検査医学会		3966
既	731216	ヘモグロビンA1cの分類見直し	日本臨床検査医学会		3971
既	731217	2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	日本臨床検査医学会		3976
既	731218	セクレチン	日本臨床検査医学会		3981
既	731219	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)	日本臨床検査医学会		3986
既	731220	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)	日本臨床検査医学会		3991
既	732201	血小板凝集能	日本臨床検査専門医会		3996
既	732202	国際標準検査管理加算	日本臨床検査専門医会		4001
既	732203	末梢血液像(鏡検法)・特殊染色加算	日本臨床検査専門医会		4006

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	732204	骨髄像・特殊染色加算	日本臨床検査専門医会		4011
既	732205	蛋白分画	日本臨床検査専門医会		4016
既	732206	診療情報提供料(Ⅰ)・検査・画像情報提供加算	日本臨床検査専門医会		4021
未	733101	婦人科子宮頸部細胞診機械判定加算	日本臨床細胞学会		4026
既	733201	婦人科細胞診への細胞診断料の付与	日本臨床細胞学会		4031
既	733202	体腔液(胸水、腹水、髄液)細胞診での免疫染色病理標本作成	日本臨床細胞学会		4036
既	733203	乳癌、甲状腺癌への迅速細胞診(検査中の場合)の適応拡大	日本臨床細胞学会		4041
既	733204	液状化検体細胞診加算の見直し	日本臨床細胞学会		4046
未	734101	特定薬剤治療管理料対象薬として「フルオロウラシル(5-FU)注射液」を追加	日本臨床腫瘍学会		4051
既	734201	がんゲノムプロファイリング検査	日本臨床腫瘍学会		4057
既	734202	外来腫瘍化学療法診療料の注1に規定する厚生労働大臣が定める外来化学療法追加	日本臨床腫瘍学会		4063
既	734203	G-CSF製剤自己注射	日本臨床腫瘍学会		4068
既	734204	情報通信機器を用いた診療(いわゆる「遠隔診療」)について	日本臨床腫瘍学会		4073
未	735101	皮膚コンダクタンス計測	日本臨床神経生理学会		4078
未	735102	ICU脳波モニタリング	日本臨床神経生理学会		4084
未	735103	筋電図検査判断料1, 2	日本臨床神経生理学会		4089
既	735201	超音波検査 断層撮影法	日本臨床神経生理学会		4094
未	737101	ロコモ・フレイル指導管理料	日本臨床整形外科学会		4104
既	737201	運動量増加機器加算の適応拡大	日本臨床整形外科学会		4109
既	737202	二次性骨折予防継続管理料1:算定施設要件の緩和	日本臨床整形外科学会		4114
既	737203	運動器リハビリテーション急性増悪の定義の変更	日本臨床整形外科学会		4119

1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	737205	運動器リハビリテーション起算日の変更	日本臨床整形外科学会		4129
既	738201	処方箋料	日本臨床内科医会		4134
既	738202	処方料	日本臨床内科医会		4139
未	739101	真菌培養	日本臨床微生物学会		4154
未	739102	細菌培養同定検査 血液 直接感受性試験	日本臨床微生物学会		4159
未	739103	ウイルス・細菌・寄生虫核酸多項目同時検出(糞便)	日本臨床微生物学会		4164
既	739201	マイコバクテリウム・アピウム及びイントラセラー(MAC)核酸検出	日本臨床微生物学会		4169
未	741101	認知機能・生活機能質問票(DASC-8)を用いた高齢者糖尿病管理目標値の設定と管理	日本老年医学会		4174
未	741102	ABC認知症スケール	日本老年医学会		4179

1-①-i 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術のうち、
先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術に係るもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	先進医療としての 現時点での取扱い			
				告示番号(※)		先進医療技術名	提案書の ページ
未	324101	子宮悪性腫瘍手術(広汎切除)(ロボット支援)	日本産科婦人科学会	B	②	内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下 広汎子宮全摘術	1832
未	336101	腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術(膀胱外アプローチ)	日本小児泌尿器科学会	A	6	腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術	2086
未	369101	スリーブ状胃切除・バイパス術(腹腔鏡下)	日本肥満症治療学会	A	14	腹腔鏡下スリーブ状胃切除術及び十二指腸 空腸バイパス術	2633
既	724215	陽子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会	A	2	陽子線治療	3797
既	724216	重粒子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会	A	3	重粒子線治療	3802
既	734201	がんゲノムプロファイリング検査	日本臨床腫瘍学会	B	④	マルチプレックス遺伝子パネル検査	4057

※ 丸囲み数字の場合は、整理番号を示す。

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	202103	アルコール脱水素酵素1B(ADH1B)とアルデヒド脱水素酵素2(ALDH2)の遺伝子多型検査	日本アルコール・アディクション医学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	21
未	204102	ネットワーク型画像管理加算	日本医学放射線学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	47
既	204202	画像診断管理加算2 休日又は夜間緊急読影 算定要件の拡大	日本医学放射線学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	62
未	207101	アスペルギルス抗体IgG	日本医真菌学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	92
既	208202	遺伝カウンセリングの医学的管理区分への変更	日本遺伝カウンセリング学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	107
未	209101	がんゲノム医療における遺伝学的検査によって2次的所見が見つかった患者の血縁者に対する遺伝カウンセリング	日本遺伝子診療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	112
未	209102	遺伝性疾患患者の血縁者に対する遺伝カウンセリング	日本遺伝子診療学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	117
既	209202	難聴の遺伝学的検査	日本遺伝子診療学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	127
既	210203	再診時、他医で撮影したMRI、CT読影料の算定	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	142
既	210206	運動器リハビリテーション：施設基準の緩和	日本運動器科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	157
未	215103	M000-2 放射性同位元素内用療法管理料 神経芽腫に対するもの	日本核医学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	177
既	215201	「E101-2 ポジトロン断層撮影」及び「E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影」 不明熱診断	日本核医学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	183
既	215204	PET検査、PET/CT検査、PET/MRI検査の画像検査技術(院内製造がないPET診断薬の場合)	日本核医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	198
既	217201	微生物核酸同定・定量検査 2 クラミジア・トラコマチス核酸検出、3 淋菌核酸検出、5 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	日本眼科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	235
未	225102	トキソプラズマ症遺伝子診断検査	日本血液学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	306
未	228102	随時尿ナトリウム、クレアチニン測定に基づく推定1日食塩摂取量を指標とした減塩指導	日本高血圧学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	336
既	230204	特発性肺線維症の急性増悪に対する吸着式血液浄化法	日本呼吸器学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	378
既	230206	在宅酸素療法中の火災時酸素供給遮断装置加算	日本呼吸器学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	389
未	232102	在宅医療機器点検指導料	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	405
未	235102	学校・保育園・幼稚園でのカンファレンス	日本在宅医療連合学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	445

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	235201	看取り介護加算(Ⅱ)と在宅患者訪問診療料の看取り加算の併算定の制限撤廃	日本在宅医療連合学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	470
既	235202	在宅時医学総合管理料における単一建物診療患者に関する除外要件の追加	日本在宅医療連合学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	475
既	235203	施設入居時医学総合管理料における単一建物診療患者に関する除外要件の追加	日本在宅医療連合学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	480
既	235204	在宅患者緊急時等カンファレンス料	日本在宅医療連合学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	485
未	239102	児童相談所等連携指導料	日本児童青年精神医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	548
未	239103	通院・在宅精神療法 児童思春期共同指導加算	日本児童青年精神医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	553
未	249101	要支援児童・慢性疾患等地域連携指導料	日本小児科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	691
既	249201	小児科外来診療料	日本小児科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	696
既	249202	小児科かかりつけ診療料	日本小児科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	701
既	250202	在宅患者共同診療料	日本小児科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	716
既	250204	在宅がん医療総合診療料(小児加算)	日本小児科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	726
未	251101	殺菌能検査	日本小児感染症学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	731
既	253203	がんゲノムプロファイリング検査	日本小児血液・がん学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	751
未	254102	PHOX2B遺伝子検査	日本小児呼吸器学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	762
既	257201	診療情報提供料(1)	日本小児心身医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	797
既	258202	腎代替療法指導管理料	日本小児腎臓病学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	807
既	259201	脳血管疾患等リハビリテーション料	日本小児精神神経学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	822
未	280101	リンチ症候群診断目的の遺伝学的検査	日本人類遺伝学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1024
未	280102	多遺伝子パネル検査	日本人類遺伝学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1029
既	280201	遺伝学的検査(遺伝性腫瘍)	日本人類遺伝学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1034

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
既	280202	遺伝学的検査の適用拡大(難病領域)	日本人類遺伝学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1039
未	287103	認知症患者栄養マネジメント料	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1164
既	287202	権利擁護支援管理料	日本精神科病院協会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1174
未	288102	抗NMDA受容体抗体測定	日本精神神経学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1215
未	294102	造血幹細胞移植後キメリズム解析 PCR法	日本造血・免疫細胞療法学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1287
未	298101	てんかん紹介料連携加算	日本てんかん学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1317
既	306203	体外衝撃波疼痛治療術(集束型)の腱付着部症への適応拡大	日本運動器科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1439
既	310201	短期滞在手術等基本料3の増点	日本眼科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1499
既	310202	短期滞在手術等基本料3における片眼、両眼の区別	日本眼科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1504
既	310204	短期滞在手術等基本料3の改正	日本眼科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1514
既	310205	短期滞在手術等基本料3と無関係な検査の承認	日本眼科医会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1519
既	311202	視能訓練 ロービジョン視能訓練	日本眼科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1539
既	311204	眼瞼下制筋前転法の短期滞在手術基本料の算定	日本眼科学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1549
未	314105	病院救急自動車搬送料	日本救急医学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	1606
未	322101	胸腔内視鏡検査(凍結生検法)	日本呼吸器内視鏡学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1782
未	322102	気管支鏡下術前肺マーキング	日本呼吸器内視鏡学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	1787
未	335102	胎便関連イレウスに対する注腸療法	日本小児外科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2067
既	335202	肝芽腫の肺転移切除に対する術中血管等描出撮影加算の適応拡大	日本小児外科学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2075
既	337201	静脈圧迫処置および療養費支給	日本静脈学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2111
未	338102	褥瘡電気刺激療法管理料	日本褥瘡学会	使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない。	2126

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	338103	重度褥瘡栄養療法指導管理料	日本褥瘡学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	2131
未	348101	体外衝撃波治療(骨折後偽関節に対する治療)	日本整形外科スポーツ医学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	2256
未	348102	体外衝撃波治療(疲労骨折に対する治療)	日本整形外科スポーツ医学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	2260
既	352203	短期滞在手術等基本料の適応拡大	日本大腸肛門病学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	2365
既	362201	局所陰圧閉鎖処置(入院)	日本熱傷学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	2499
未	365104	ハンナ型間質性膀胱炎の食事指導	日本排尿機能学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	2547
既	368205	全身温熱性発汗試験	日本皮膚科学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	2624
未	369102	減量・代謝改善手術周術期管理加算	日本肥満症治療学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	2638
既	380201	SSIハイリスク群閉頭加算	日本臨床脳神経外科学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	2827
未	382101	IGGによる近赤外線リンパ管・リンパ節造影	日本リンパ浮腫治療学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	2841
未	407101	上顎骨形成術ならびに下顎骨形成術におけるCAD/CAMサージカルガイド プレート	日本顎変形症学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	2921
未	427103	う蝕リスク検査	日本歯科保存学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3053
未	433101	ノズルを用いた接着性シーラーによる根管充填法	日本歯内療法学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3106
未	441102	前歯部に対する固定性暫間補綴装置	日本補綴歯科学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3191
未	446103	歯科オンライン診療	日本老年歯科医学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	3282
既	446207	歯科疾患管理料 総合医療管理加算の適用拡大	日本老年歯科医学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	3324
未	501101	救急外来薬剤業務管理料	日本薬学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	3328
既	502201	特定薬剤治療管理料 ロ「特定薬剤治療管理料2」	日本薬学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3342
未	701102	ステロール分画	日本動脈硬化学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3449
未	701103	アポリポ蛋白B-48測定(化学発光酵素免疫測定法)	日本動脈硬化学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3454

1-② 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出のあった技術のうち、
医療技術評価分科会における評価の対象にならないもの

未・既 区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	備考	提案書の ページ
未	703101	注射処方料	日本内科学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	3464
未	703102	人工呼吸器装着時意思決定支援管理料	日本内科学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	3470
未	707101	悪性腫瘍組織検査 IDH1/2遺伝子変異	日本脳神経外科学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3522
未	717101	悪性腫瘍遺伝子病理組織標本加算	日本病理学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3582
未	717106	DNAメチル化プロファイル病理組織標本作製	日本病理学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3607
未	717107	病理診断管理加算3(人工知能AIプログラムによる病理診断支援加算)	日本病理学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3612
既	717202	施設基準通知 第84の3 100分の80の規制緩和	日本病理学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	3627
既	717205	ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製	日本病理学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3642
既	717206	迅速細胞診(手術中の場合)	日本病理学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	3646
既	717208	連携病理診断の体制強化 第84の3 施設基準の見直し	日本病理学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	3656
既	721201	遺伝学的検査のカテコラミン誘発多形性心室頻拍(CPVT)、ブルガダ症候 群(BrS)、不整脈原性右室心筋症・不整脈原性心筋症(ARVC・ACM)への適 応拡大	日本不整脈心電学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3676
未	723103	自己免疫性胃炎診断における抗壁細胞抗体検査	日本ヘリコバクター学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3696
未	726101	CD34陽性細胞測定	日本輸血・細胞治療学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	3812
未	726103	輸血関連情報提供料	日本輸血・細胞治療学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	3822
未	736101	血漿および尿中BKV-DNA定量検査	日本臨床腎移植学会	使用する医薬品・医 療機器等の承認が 確認できない。	4099
既	737204	運動器リハビリ:(I)の点数の適正評価	日本臨床整形外科学会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	4124
既	738203	在宅時医学総合管理料における処方箋を交付しない場合の加算	日本臨床内科医会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	4144
既	738204	入院患者に対する診療情報提供料	日本臨床内科医会	制度や指導管理、 基本診療料等に関 する提案。	4149

2 先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術

先進医療における現時点の取扱い		
告示番号(※)		申請技術名
A	2	陽子線治療
A	3	重粒子線治療
A	4	抗悪性腫瘍剤治療における薬剤耐性遺伝子検査
A	5	家族性アルツハイマー病の遺伝子診断
A	6	腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術
A	9	ウイルスに起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断(PCR法)
A	10	細菌又は真菌に起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断(PCR法)
A	11	多項目迅速ウイルスPCR法によるウイルス感染症の早期診断
A	12	CYP2D6遺伝子多型検査
A	13	糖鎖ナノテクノロジーを用いた高感度ウイルス検査
A	14	腹腔鏡下スリーブ状胃切除術及び十二指腸空腸バイパス術
A	15	血中TARC濃度の迅速測定
A	16	細胞診検体を用いた遺伝子検査
A	17	内視鏡的憩室隔壁切開術
A	18	内視鏡的胃局所切除術
A	19	子宮内膜刺激術
A	20	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養
A	21	子宮内膜擦過術
A	22	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術
A	23	子宮内膜受容能検査1
A	24	子宮内細菌叢検査1
A	25	強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術
A	26	二段階胚移植術
A	27	子宮内細菌叢検査2
A	28	子宮内膜受容能検査2
A	29	流死産検体を用いた遺伝子検査
A	30	膜構造を用いた生理学的精子選択術
B	①	NKT細胞を用いた免疫療法
B	②	内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下広汎子宮全摘術
B	③	自家嗅粘膜移植による脊髄再生治療
B	④	マルチプレックス遺伝子パネル検査
B	⑤	骨髄由来間葉系細胞による顎骨再生療法
B	⑥	遺伝子パネル検査による遺伝性網膜ジストロフィーの遺伝子診断

※ 丸囲み数字の場合は、整理番号を示す。

3 保険医療材料等専門組織において審議を行った医療技術

申請技術名	申請団体名	共同作成学会	備考	提案書のページ
インフルエンザ核酸検出(迅速)	東ソー株式会社	日本感染症学会 日本臨床微生物学会	3-①に該当	4184
在宅難治性疼痛指導管理料	株式会社P・マインド	日本線維筋痛症・慢性痛学会	3-①に該当	4188
プログラム医療機器を用いた不眠障害に対する認知行動療法	サスマド株式会社	日本睡眠学会	3-①に該当	4194
大腸内視鏡検査における大腸上皮性病変の検出支援技術	サイバネットシステム株式会社	—	3-②に該当	4200

3-①

保険医療材料等専門組織において審議を行った医療技術のうち、医療技術評価分科会での審議が必要とされた医療技術

3-②

保険医療材料等専門組織において審議を行った医療技術のうち、技術料に一体として包括して評価される医療機器についてのチャレンジ申請により、保険医療材料等専門組織において技術料の見直しを行うことが適当とされた医療技術

調剤について（その3）

1. 調剤基本料

(1) 総論

(2) 特別調剤基本料

2. 地域支援体制加算

3. その他の個別事項

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する地域支援体制加算、連携強化加算、後発医薬品調剤体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中率が高い
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくてすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
→ 規模が大きいことによるメリットがある

医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価

体制・実績に応じて地域支援体制加算を設定

＜施設基準＞

- (1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
⇒ 調剤基本料等に応じ、段階的な基準を設定
 - (2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
 - (3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
 - (4) 一定時間以上の開局
 - (5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
 - (6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
 - (7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
 - (8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
 - (9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
 - (10) 医療安全に資する取組実績の報告
 - (11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上
- 災害時・新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制整備を行う薬局を評価
- 地域支援体制加算の上乗せとして連携強化加算を設定
- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価
- 後発医薬品の調剤数量割合に応じて後発医薬品調剤体制加算を設定

調剤基本料（令和4年改定時）

項目	要件	点数※1
調剤基本料1	調剤基本料2、3-イ、3-ロ、特別調剤基本料以外 (医療資源の少ない地域にある薬局は、処方箋集中率の状況等によらず、調剤基本料1)	42点
調剤基本料2	次のいずれかに該当 ① 処方箋受付回数が 月4,000回超 +処方箋集中率 70%超 ② 処方箋受付回数が 月2,000回超 +処方箋集中率 85%超 ③ 処方箋受付回数が 月1,800回超~2,000回以下 +処方箋集中率 95%超 ④ いわゆる医療モール内の医療機関からの処方箋受付回数の合計が 月4,000回超 など	26点
調剤基本料3 ※ 特別調剤基本料に該当する場合は、特別調剤基本料を優先	イ <u>同一グループ薬局※2による処方箋受付回数が月3.5万回超4万回以下で、次のいずれかに該当</u> ① 処方箋集中率 95%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引：有 <u>同一グループ薬局※2による処方箋受付回数が月4万回超40万回以下で、次のいずれかに該当</u> ① 処方箋集中率 85%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引：有	21点
	ロ <u>同一グループ薬局※2による処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上で、次のいずれかに該当</u> ① 処方箋集中率 85%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引：有	16点
	ハ <u>同一グループ薬局※2による処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上で処方箋集中率85%以下（調剤基本料2に該当する場合を除く）</u>	32点
特別調剤基本料	次のいずれかに該当 ① 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係：有+処方箋集中率 70%超 (いわゆる敷地内薬局等を想定) ② 地方厚生局に調剤基本料に係る届出を行わなかった場合	7点

※1 医薬品の取引価格の妥結率が50%以下である場合等は、点数が50%減算される。

※2 同一グループ薬局は、当該薬局にとっての、①最終親会社、②最終親会社の子会社、③最終親会社の関連会社、④①~③とフランチャイズ契約を締結している会社、が該当。

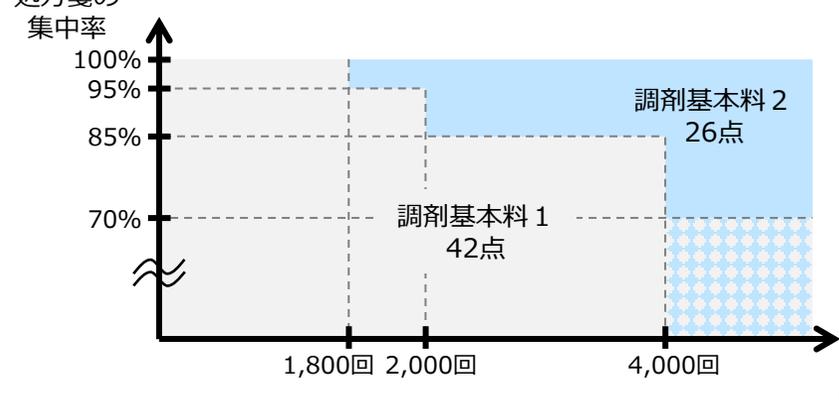
調剤基本料の見直し

大規模グループ薬局の調剤基本料の見直し

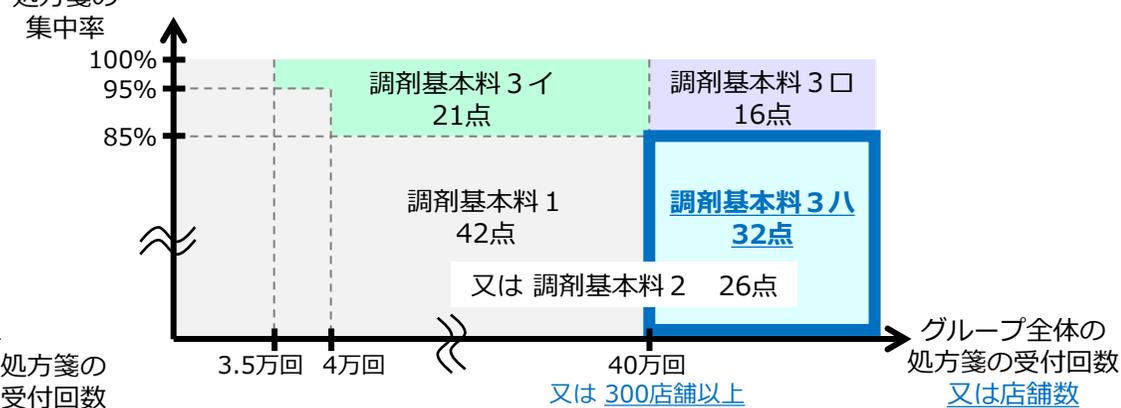
- ▶ 調剤基本料3の口の対象となる薬局に、同一グループの店舗数が300以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が85%を超える薬局を追加するとともに、85%以下の場合の評価を新設する。

	要件		点数	
	処方箋受付回数等	処方箋集中度		
調剤基本料1	調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外		42点	
調剤基本料2	① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回 ② 処方箋受付回数が月4,000回超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	① 85%超 ② 70%超 ③ 95%超 ④ -	26点	
調剤基本料3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回	95%超	21点
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回	85%超	
	□	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%超	16点
	(新) 八	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%以下	32点

(1) 大型チェーン薬局以外



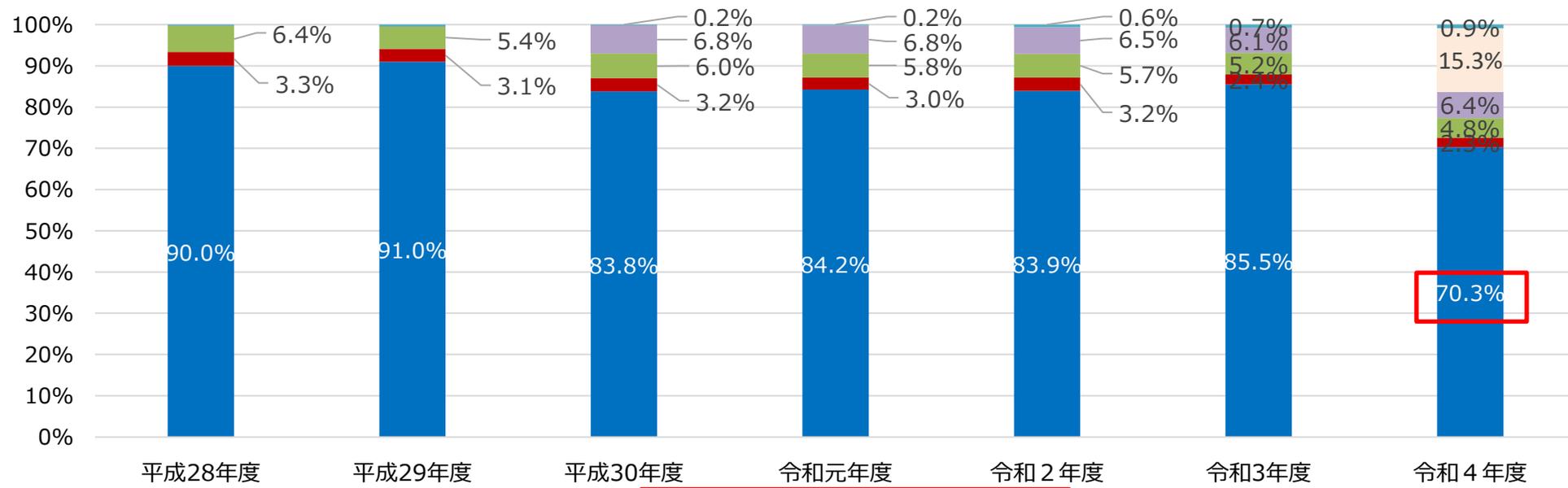
(2) 大型チェーン薬局



調剤基本料の構成比の推移等

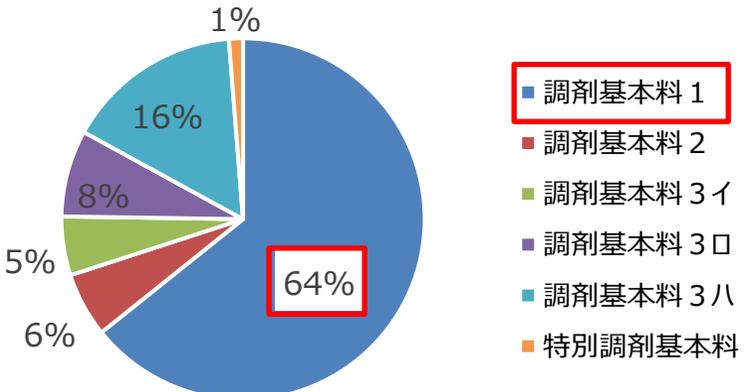
- 調剤基本料1を算定する薬局の割合は年々減少しており、令和4年度改定により新設された基本料3ハの割合が15.3%になったことに伴い、基本料1は70.3%まで低下した。
- 算定回数については、調剤基本料1の占める割合は令和4年度では約64%であった。

➤ **各調剤基本料の構成比の推移** (平成28年度～平成29年度：各年度末時点の施設基準の届出状況、平成30年度～令和2年度：各年度6月の算定薬局数)



- 調剤基本料1 (平成28年度～)
- 調剤基本料2 (平成28年度～)
- 調剤基本料3 (平成28年度～29年度) / 調剤基本料3イ (平成30年度～)
- 調剤基本料3ロ (平成30年度～)
- 調剤基本料3ハ (令和4年度～)
- 特別調剤基本料 (平成28年度～)

➤ **各調剤基本料の算定回数の割合 (令和4年6月審査分)**

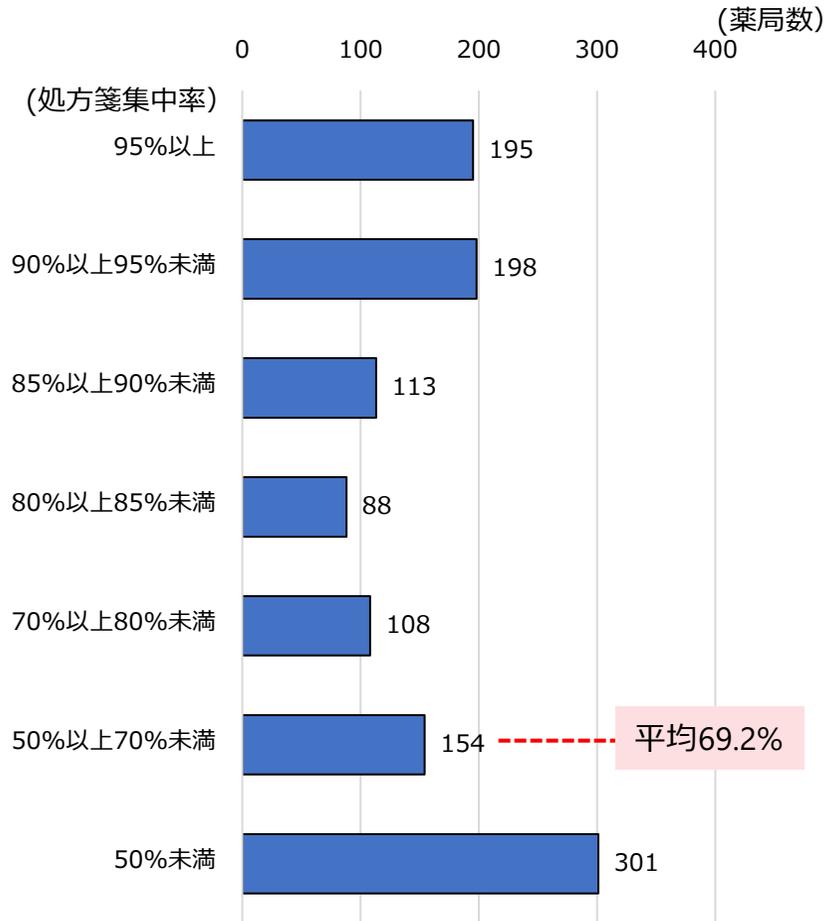


出典：
 ○各調剤基本料の構成比の推移
 ・平成28年度から平成29年度：保険局医療課調べ（各年3月31日時点の届出状況）
 ・平成30年度から令和4年度：NDBデータ（各年6月時点の算定薬局数）
 ○算定回数の割合：社会医療診療行為別統計（令和4年6月審査分）

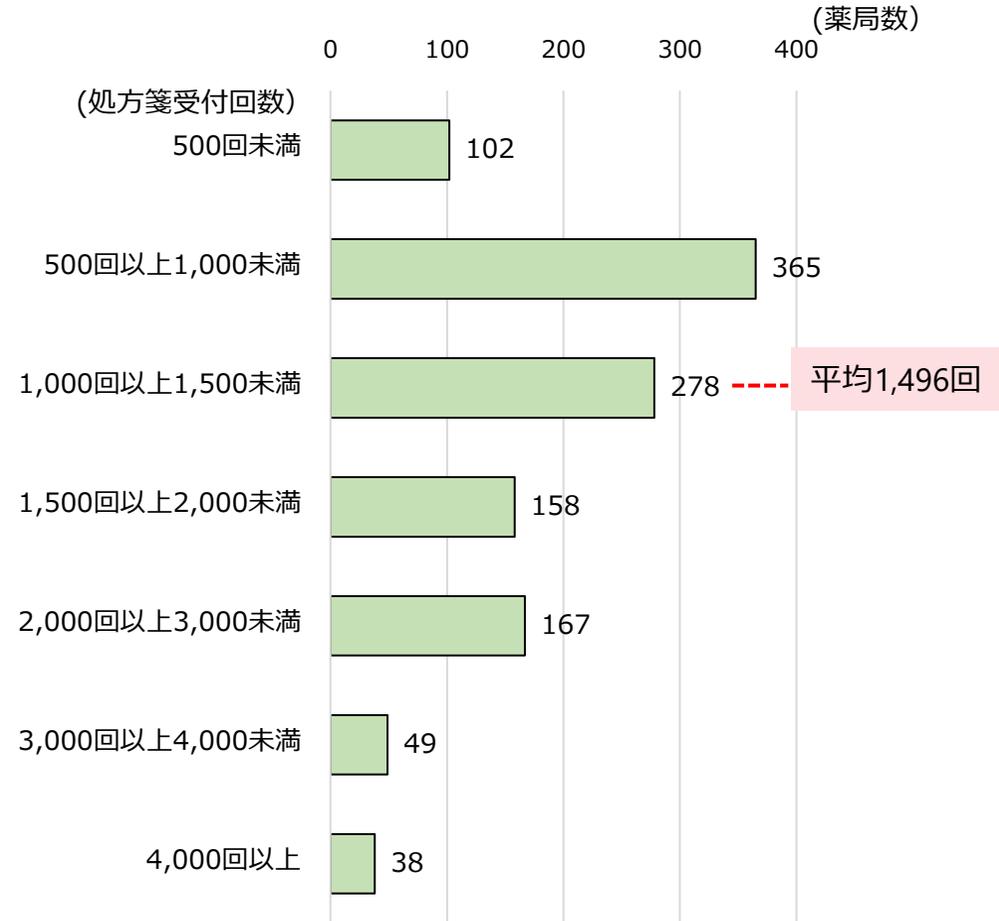
薬局における処方箋の集中度及び受付回数

- 処方箋集中度の平均は69.2%。
- 月あたりの処方箋受付回数の平均は1,496回。

■ 処方箋集中度の分布(n=1,157)



■ 月あたりの処方箋受付回数※の分布(n=1,157)



※直近1年間の処方箋受付回数(令和4年4月1日から令和5年3月末日)より算出

薬局における医薬品の備蓄状況

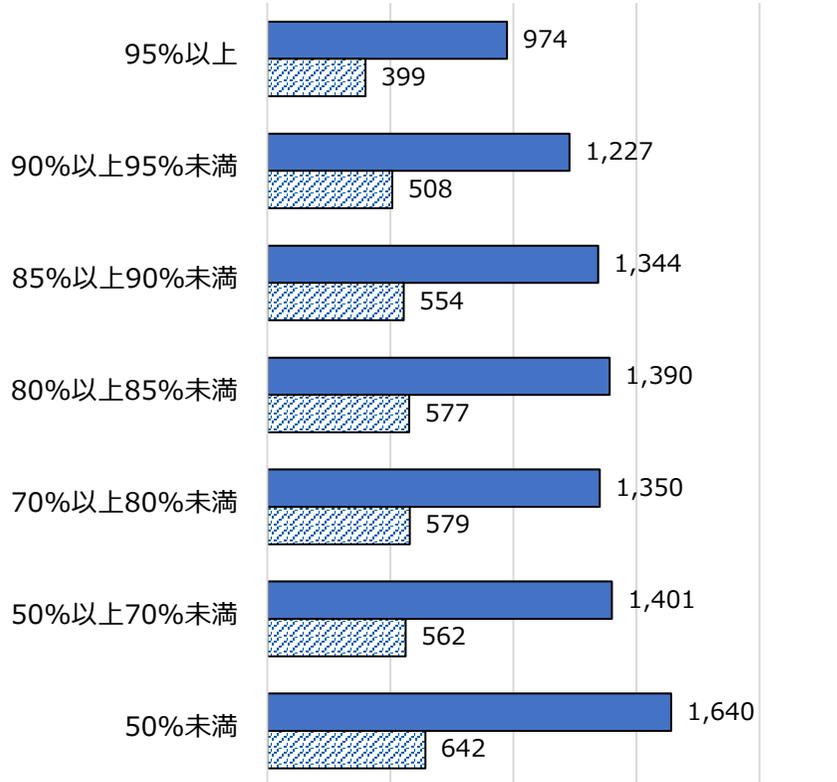
○ 集中率が高いほど、月あたりの処方箋受付回数が少ないほど、医療用医薬品の備蓄品目数、後発医薬品備蓄品目数が少なくなる傾向にある。

■ 処方箋集中率別の医薬品備蓄品目数

(n=1,157)

(平均医薬品備蓄品目数)

(処方箋集中度) 0 500 1,000 1,500 2,000 2,500



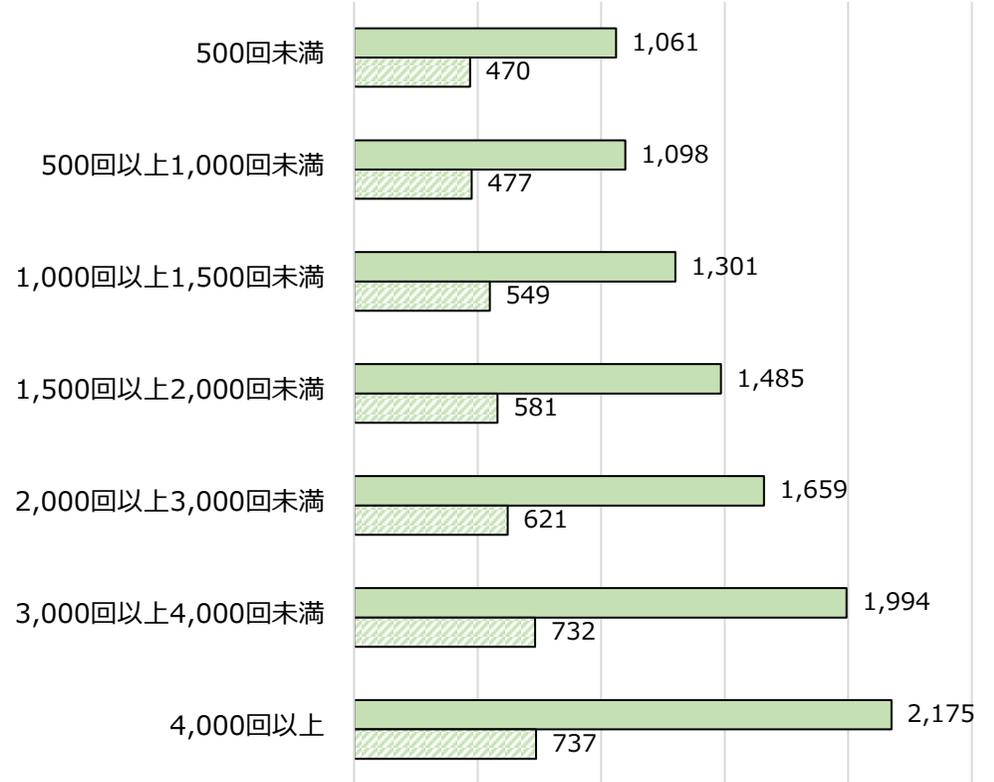
■ 医療用医薬品備蓄品目数 □ うち後発医薬品備蓄品目数

■ 月あたりの処方箋受付回数別の医薬品備蓄品目数

(n=1,157)

(平均医薬品備蓄品目数)

(処方箋受付回数) 0 500 1,000 1,500 2,000 2,500



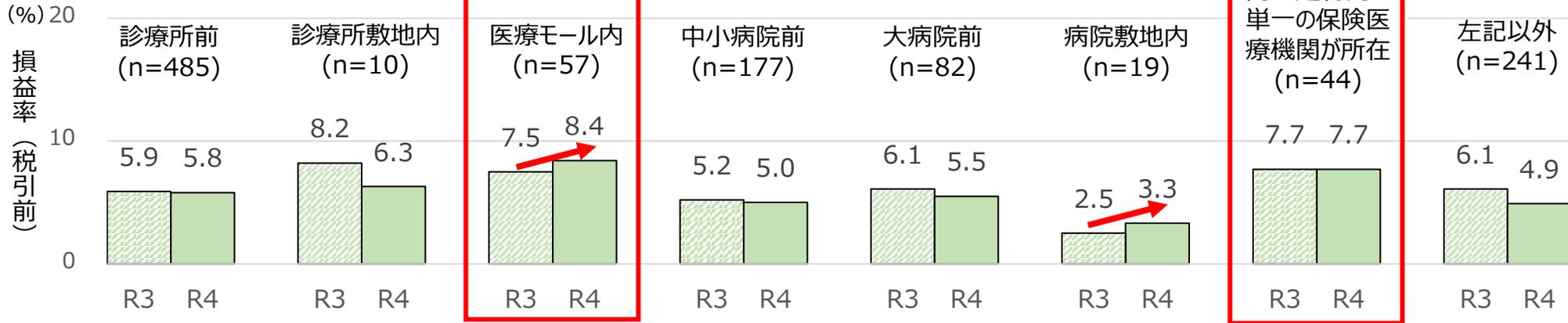
■ 医療用医薬品備蓄品目数 □ うち後発医薬品備蓄品目数

薬局立地別の損益率

- 令和4年度改定後の損益率は医療モール内、病院敷地内の薬局で増加していた。
- 医療モール内、同一建物内に単一の保険医療機関が所在する薬局の損益率が高かった。

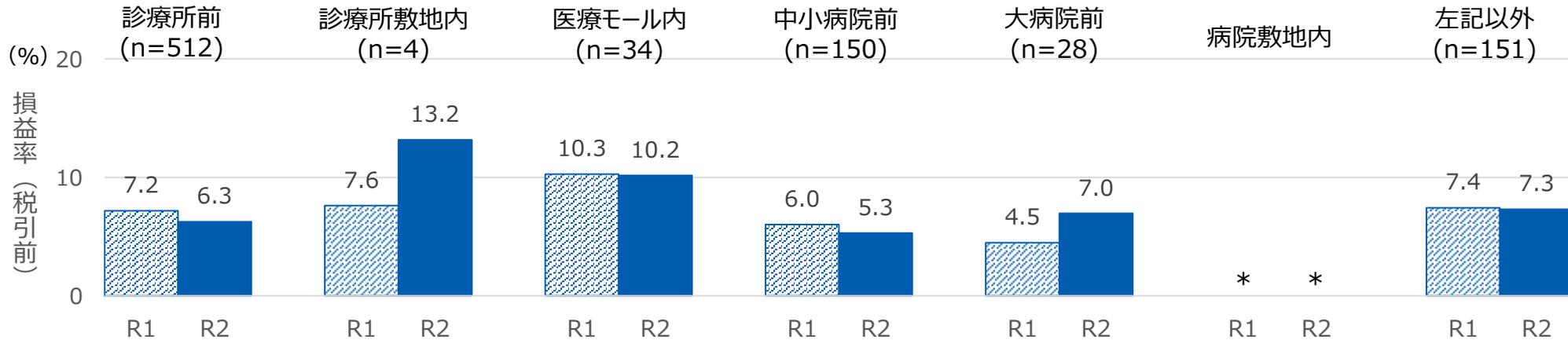
第24回医療実態調査（今回の調査）

※ 損益率は新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



(参考) 第23回医療実態調査（前回の調査）

※ 損益率は新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



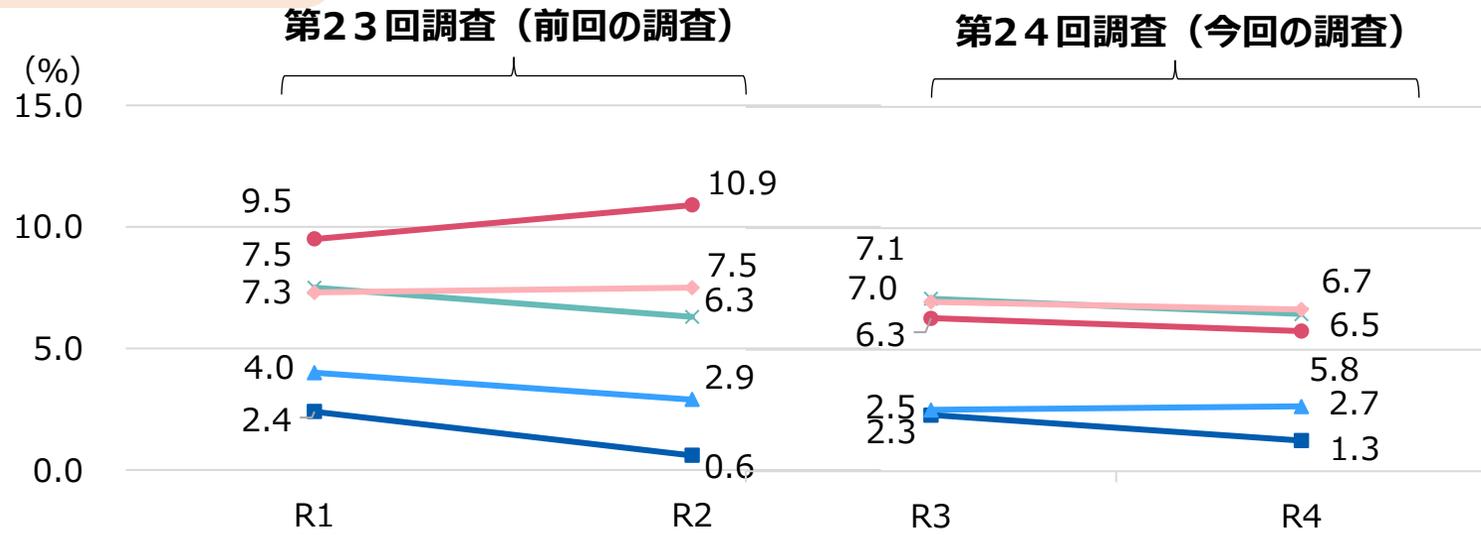
* 施設数が1または2の場合、当該集計区分の数値を「*」で秘匿した。

法人店舗数別の薬局の損益率、損益差額の推移①

- 令和4年度改定後は2～5店舗の薬局では損益率が微増しているが、それ以外の薬局では損益率は減少している。
- 令和4年で評価の見直しを行った300店舗以上の薬局の損益差額は最も大きい。

損益率※ (税引前)

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出

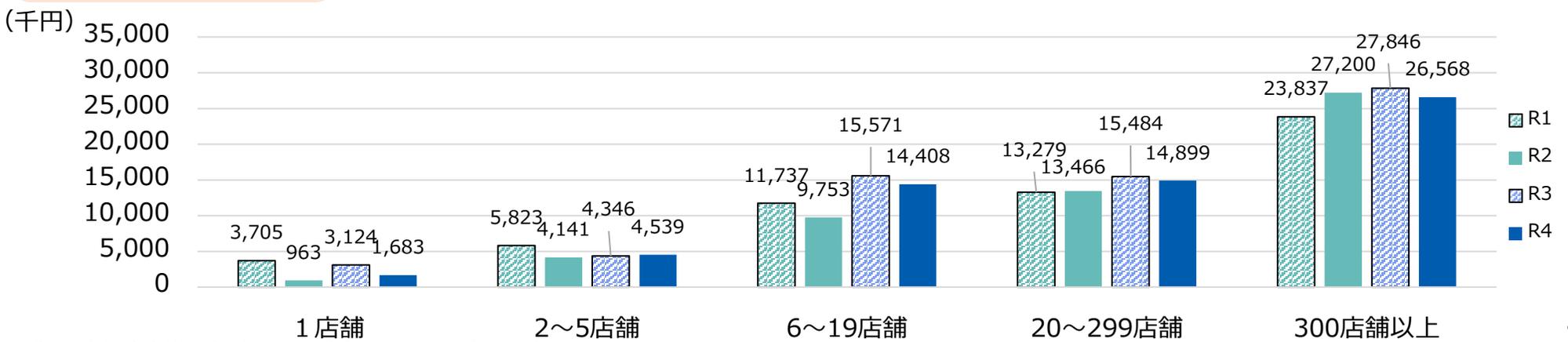


	R1～R2	R3～R4
1店舗	n= 95	n= 48
2～5店舗	n=256	n=317
6～19店舗	n=161	n=178
20～299店舗	n=197	n=188
300店舗以上	n=154	n=384

- 1店舗
- 2～5店舗
- 6～19店舗
- 20～299店舗
- 300店舗以上

損益差額* (税引前)

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



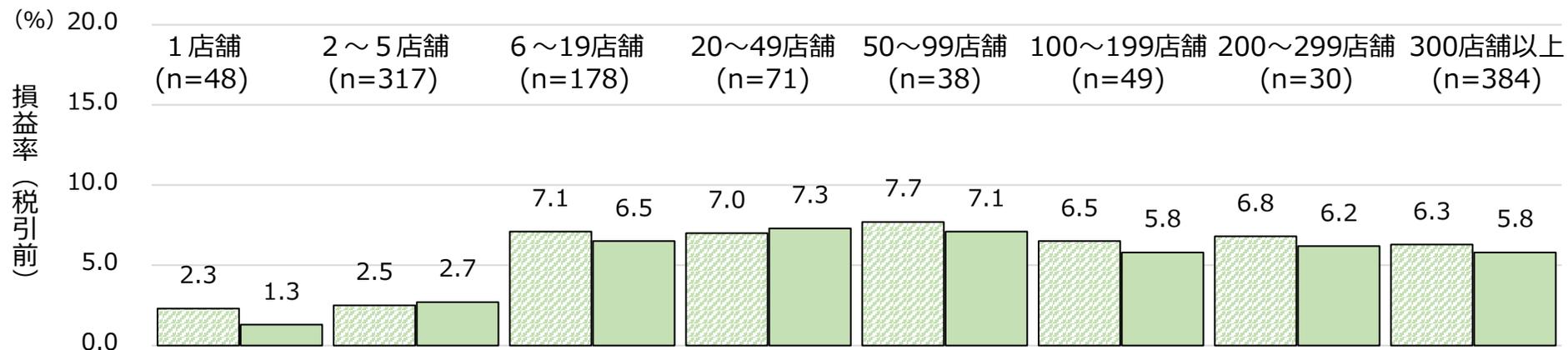
出典: 医療経済実態調査(第23回及び第24回)より医療課作成

法人店舗数別の薬局の損益率、損益差額の推移②

- 20～299店舗数をさらに区分したところ、令和4年度改定後は2～5店舗、20～49店舗の薬局では損益率が微増しているが、それ以外の薬局では損益率は減少している。
- 令和4年で評価の見直しを行った300店舗以上の薬局の損益差額は最も大きい。

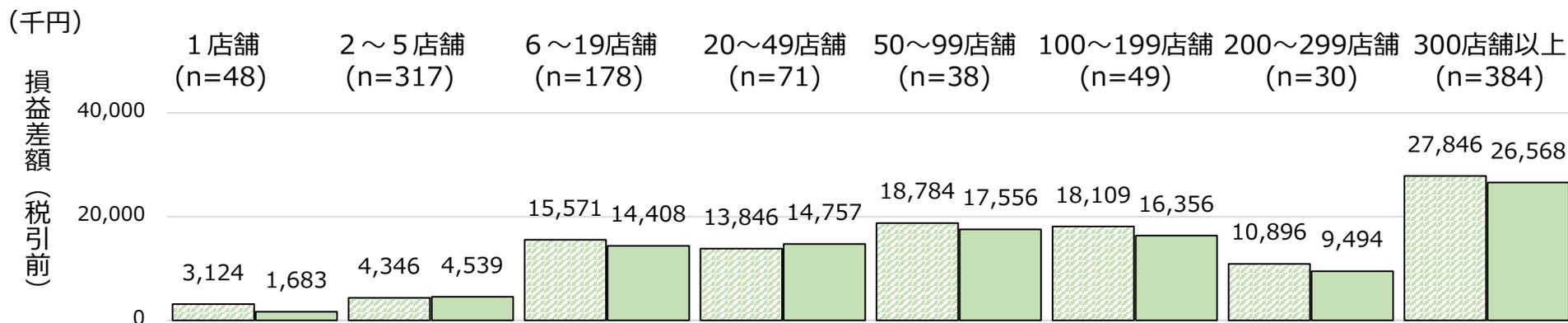
損益率※（税引前）

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



損益差額※（税引前）

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出

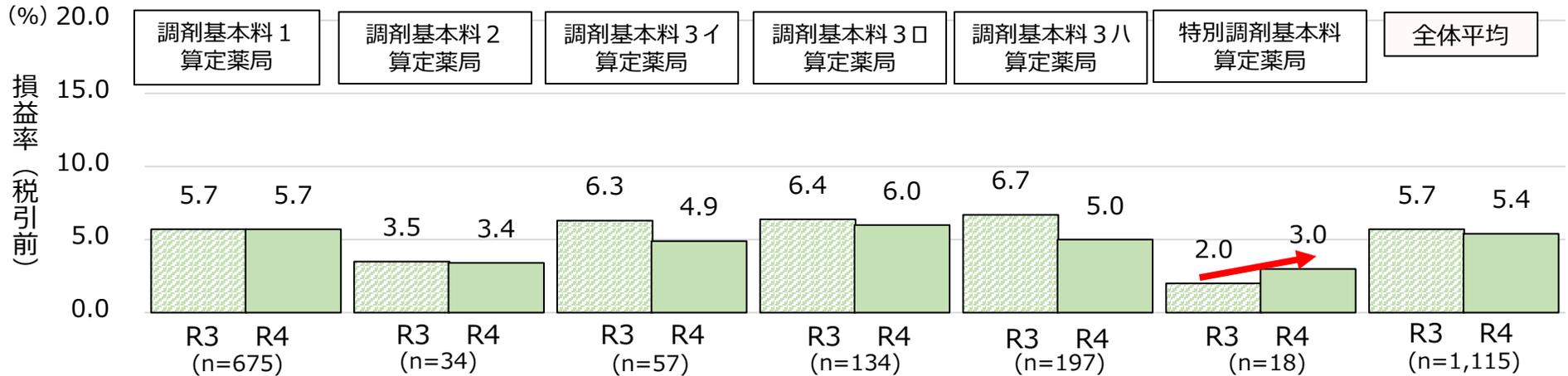


薬局の基本料別の損益率、損益差額

- 令和4年改定後の利益率は特別調剤基本料を算定する薬局(いわゆる敷地内薬局等)で増加していた。
- 特別調剤基本料を算定する薬局は、令和4年改定で評価の見直しを行ったが、令和4年度の損益差額は最も大きい。

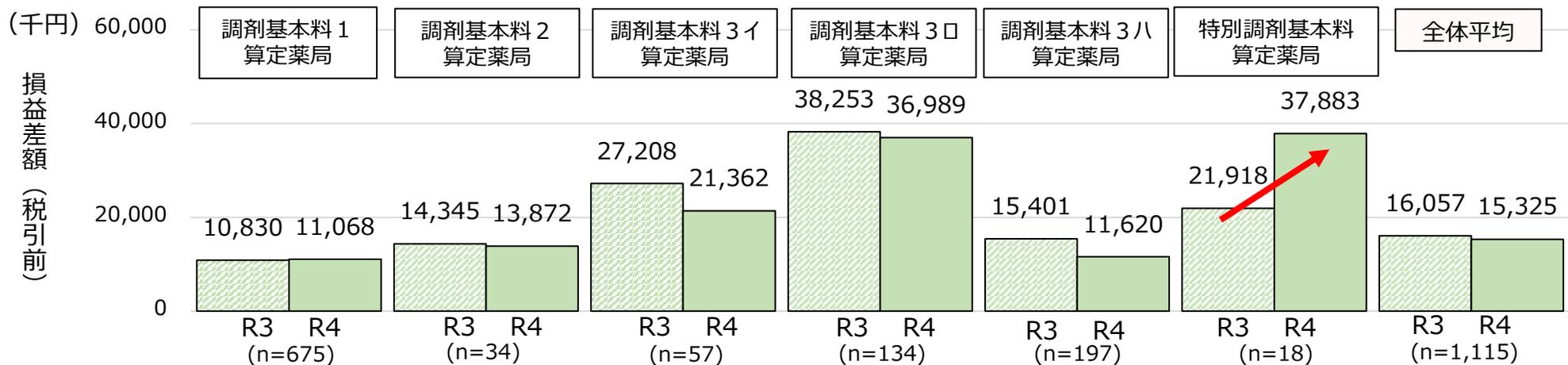
損益率※ (税引前)

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



損益差額※ (税引前)

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



医療資源の少ない地域の薬局に対する特例

- 医療資源の少ない地域の薬局は、以下の施設基準を満たせば、通常の処方箋集中率・処方箋受付回数要件にかかわらず調剤基本料1を算定可能である。

医療資源の少ない地域の薬局(平成30年度改定)

- 医療資源の少ない地域の薬局について、当該地域に存在する医療機関が限定されることを踏まえ、調剤基本料の特例対象から除外する。

[調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準]

- (1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。
 - イ 「基本診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第62号)の別表第六の二に規定する地域に所在すること。
 - ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関(歯科医療を担当するものを除く。)の数が10以下であって、許可病床の数が200床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が70%を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。
 - ハ 処方箋受付回数が一月に2,500回を超えないこと。

別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域

一 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域

…

三十七 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域三十八鹿児島県奄美市及び大島郡の地域三十九沖縄県宮古島市及び多良間村の地域四十沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域

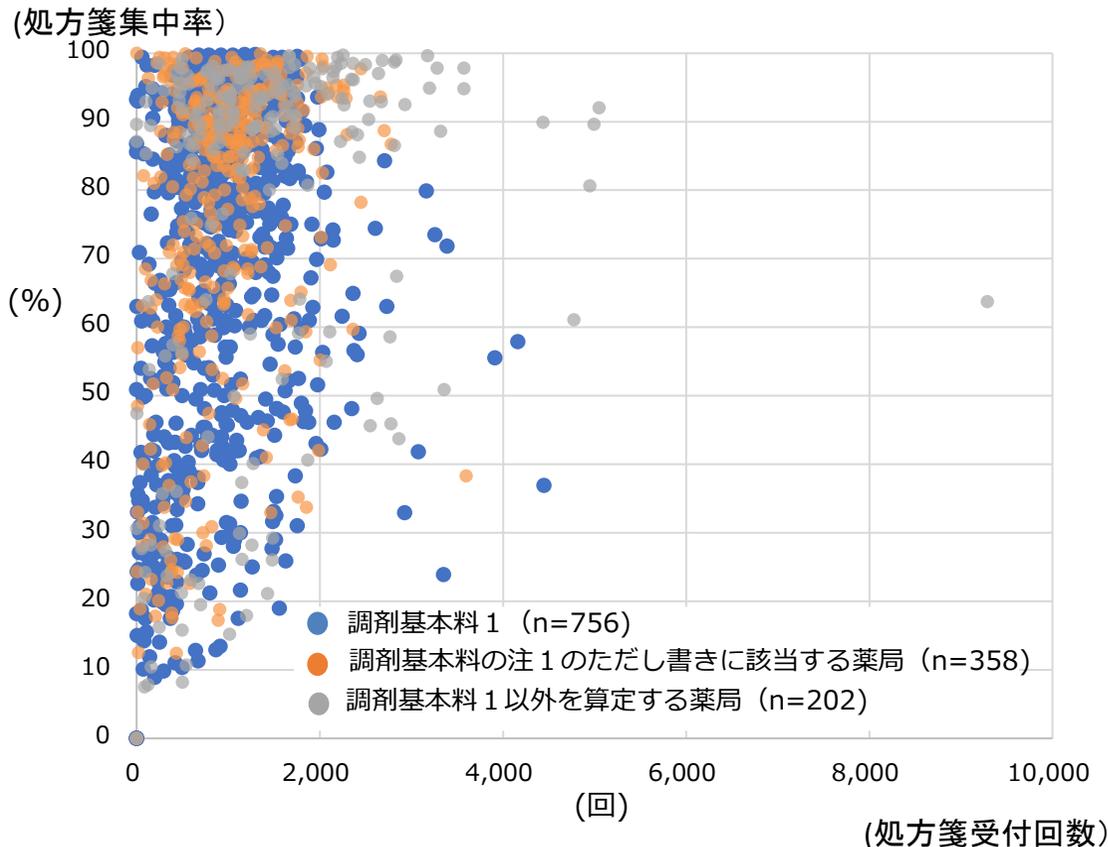
上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

医療資源の少ない地域にある薬局

- 医療資源の少ない地域にある薬局は、1,316であり、薬局全体の2.2%。
- 特例の薬局(注1のただし書きに該当する薬局)は、358。
- 調剤基本料1を算定する薬局の36.7%は、備蓄品目数が1,000品目以下の小規模の薬局であった。

■ 医療資源の少ない地域にある薬局の処方箋の受付回数と処方箋集中率の状況

届出のあった薬局59,396施設のうち
医療資源の少ない地域にある薬局:1,316(2.2%)



■ 医療資源の少ない地域にある薬局の処方箋の受付回数と処方箋集中率の特徴

・月あたりの処方箋受付回数

処方箋受付回数(平均値):1,013回
1,500回未満の薬局数:1067施設(81.0%)

・処方箋集中率

処方箋集中率(平均値):73.3%
処方箋集中率90%以上の薬局数:453施設(34%)



処方箋集中率90%以上かつ処方箋受付回数1,500回未満
の薬局数:304施設(23.1%)

■ 医療資源の少ない地域にある薬局の処方箋の医薬品備蓄品目数

・備蓄品目数

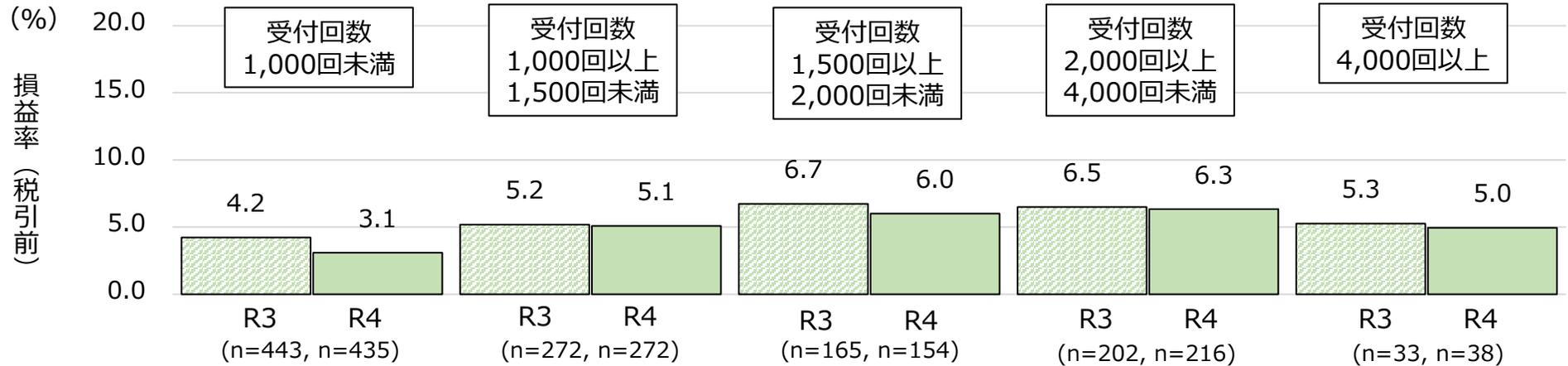
備蓄品目数(平均値):1,164品目
備蓄品目1000品目以下の薬局数:483施設(36.7%)

処方箋受付回数別の薬局の損益率、損益差額の推移

○ 令和4年度改定後は処方箋受付回数別で分類するとすべての薬局で損益率が減少しており、受付回数1,000回未満の薬局では損益率の減少の幅が大きかった。

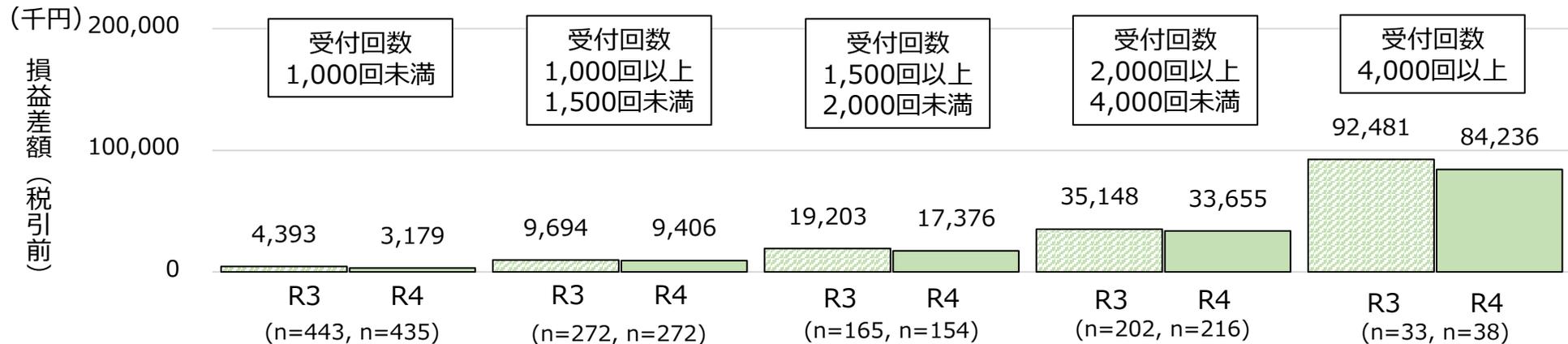
損益率※ (税引前)

※ 損益率は新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



損益差額* (税引前)

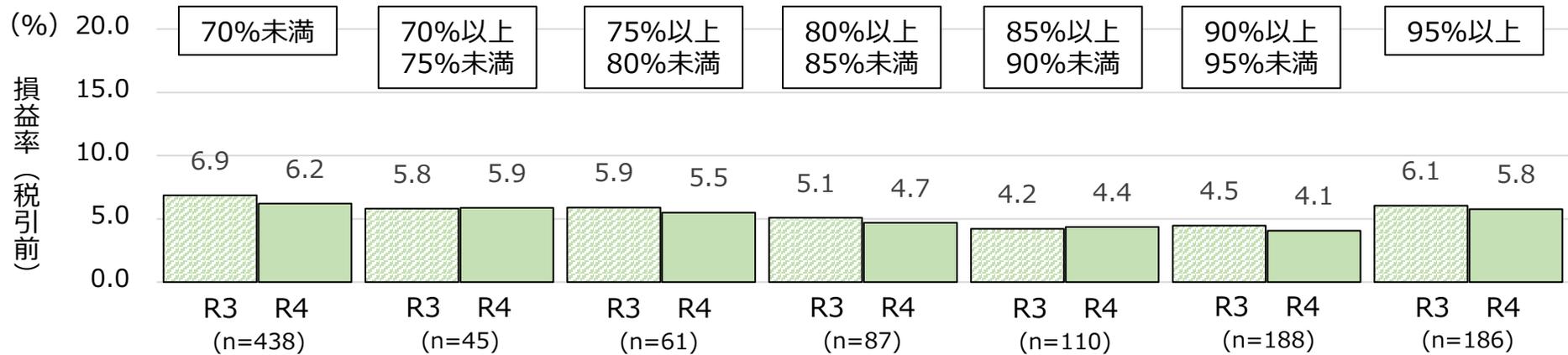
※ 損益率は新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



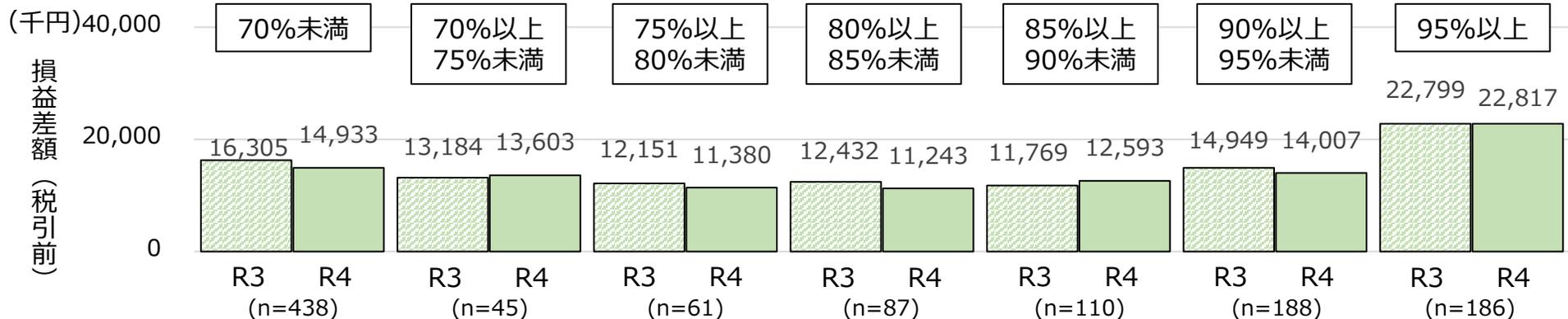
処方箋集中率別の薬局の損益率、損益差額の推移

○ 令和4年度改定後は処方箋集中率の70%以上75%未満の薬局、85%以上90%未満の薬局では損益率が微増している。

損益率※（税引前）



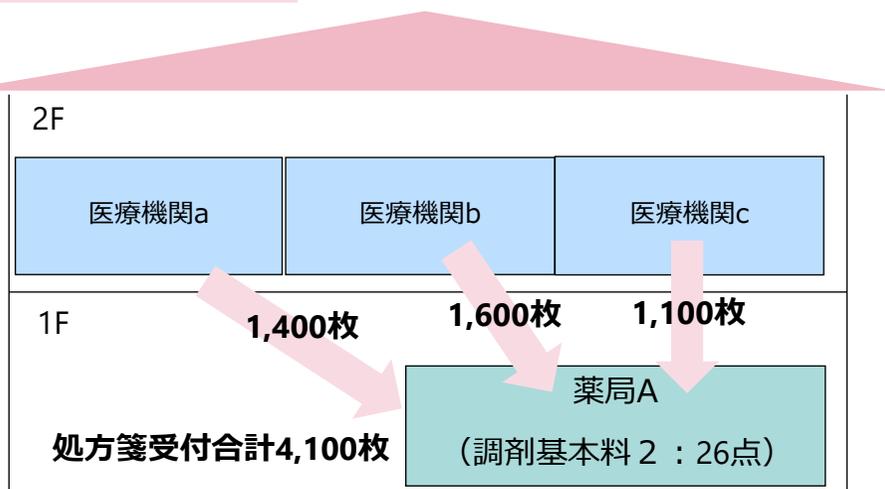
損益差額*（税引前）



処方箋受付回数が多い薬局と集中率の関係

- 同一建物内に複数の保険医療機関が所在するいわゆる医療モールに所在する保険薬局は、特定の保険医療機関から多くの処方箋の受付が見込まれ効率的な運用を行うことができる観点から、当該建物内の保険医療機関に係る処方箋受付回数を合算して、調剤基本料2(26点)の該当性が評価されている。
- 一方、薬局近隣の同一区画内等に開設される複数の医療機関から処方箋を応需する場合は、いわゆる医療モールと類似した形態ではあるが、医療機関ごとの受付回数で判断するため、全体の受付回数が月4,000回を超えたとしても、調剤基本料1(42点)又は調剤基本料3ハ(32点)で評価されている。

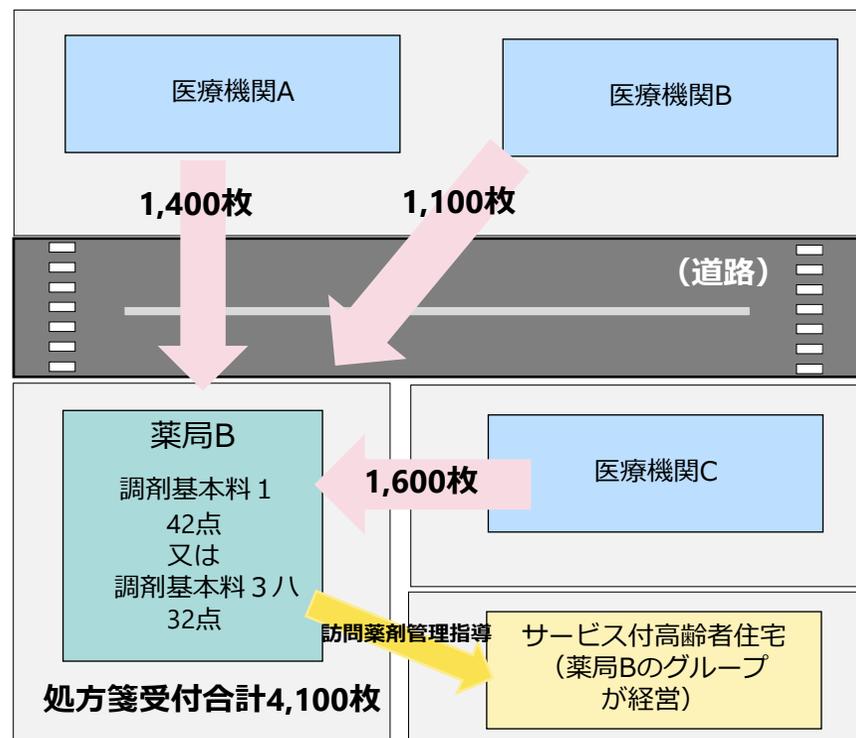
いわゆる医療モール



調剤基本料 2

- イ 特定の保険医療機関からの処方箋受付回数に基づく基準
 - (イ) 特定の保健医療機関に係る処方箋の受け付け回数
(同一建物内に複数の保険医療機関が所在するいわゆる医療モールの場合にあっては、当該建物内の全ての保険医療機関に係る処方箋の受け付け回数は当該建物内の全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数を合算したものとする。)が1月に4,000回を超える。

薬局の近隣に医療機関が多く存在する場合



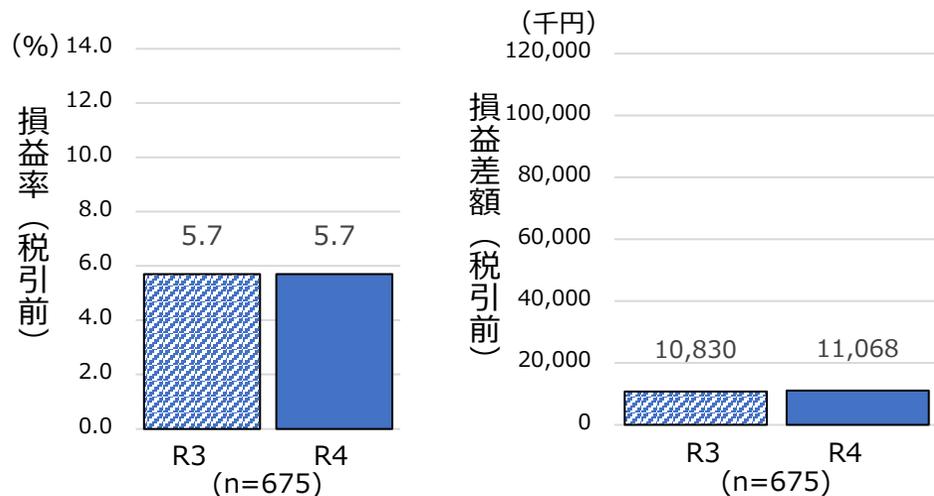
- ・それぞれの医療機関の門前薬局ではあるが、①処方箋集中度が低く、②同一建物内ではなく処方箋受付回数が合算されないため、調剤基本料2の要件には該当しない。
- ・薬局のグループ企業が医療機関等を誘致する場合もある。

処方箋受付回数が多い薬局の損益率、損益差額の推移

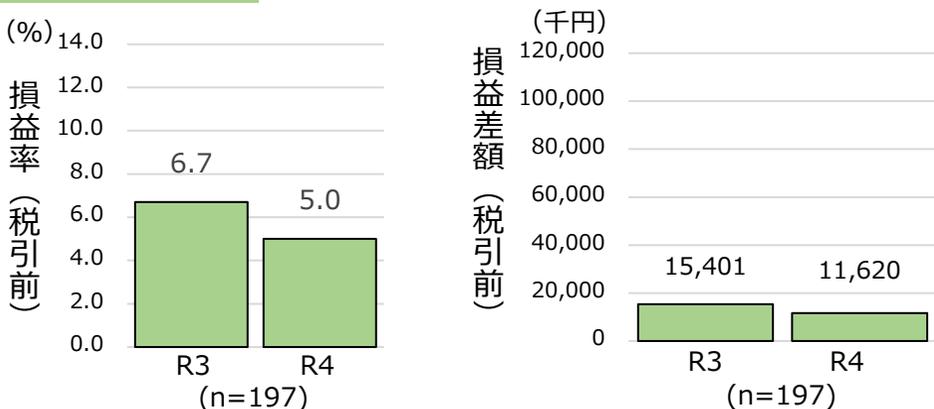
○ 調査対象の薬局数は少ないが、処方箋集中率70%未満かつ処方箋受付回数4,000回以上の薬局は、基本料の区分にかかわらず、損益率及び損益差額が高い。

全ての薬局

調剤基本料 1

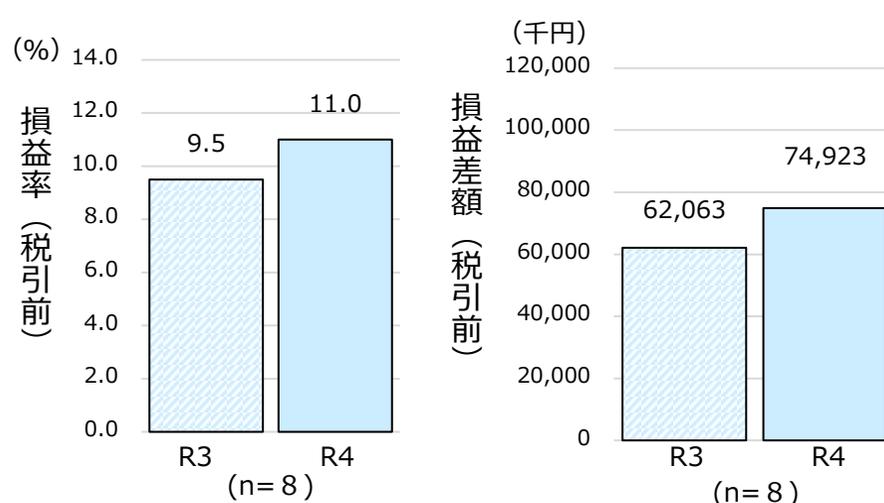


調剤基本料 3八

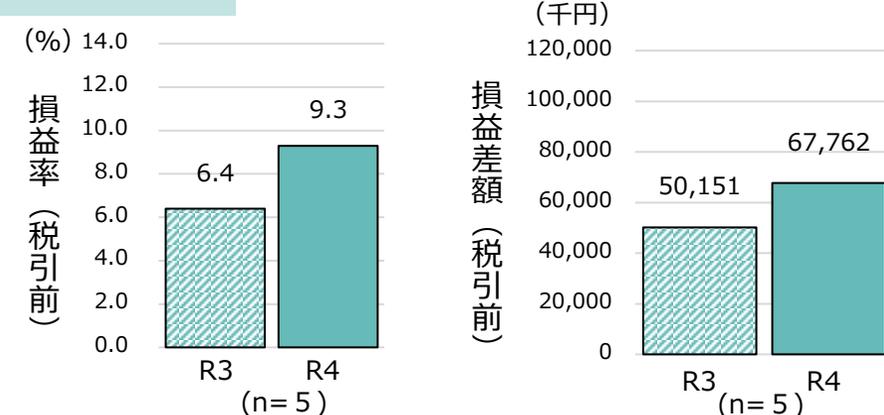


集中率70%未満かつ処方箋受付回数4,000回以上の薬局

調剤基本料 1



調剤基本料 3八

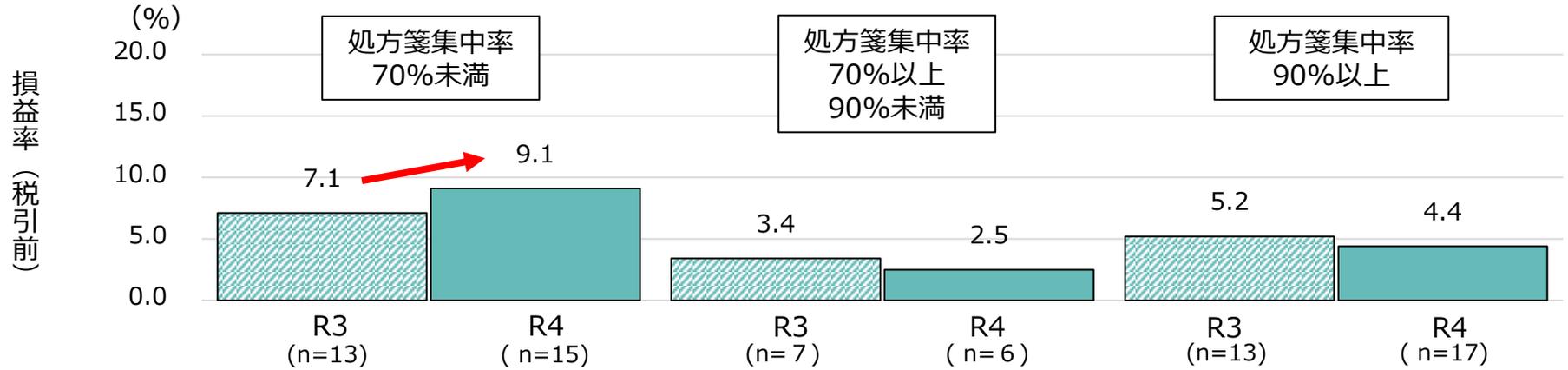


処方箋受付回数4,000回以上の薬局の損益率、損益差額の推移

○ 令和4年度改定後において、処方箋受付回数4,000回以上の薬局を処方箋集中率別に分類すると集中率70%未満の薬局で損益率が増加していた。

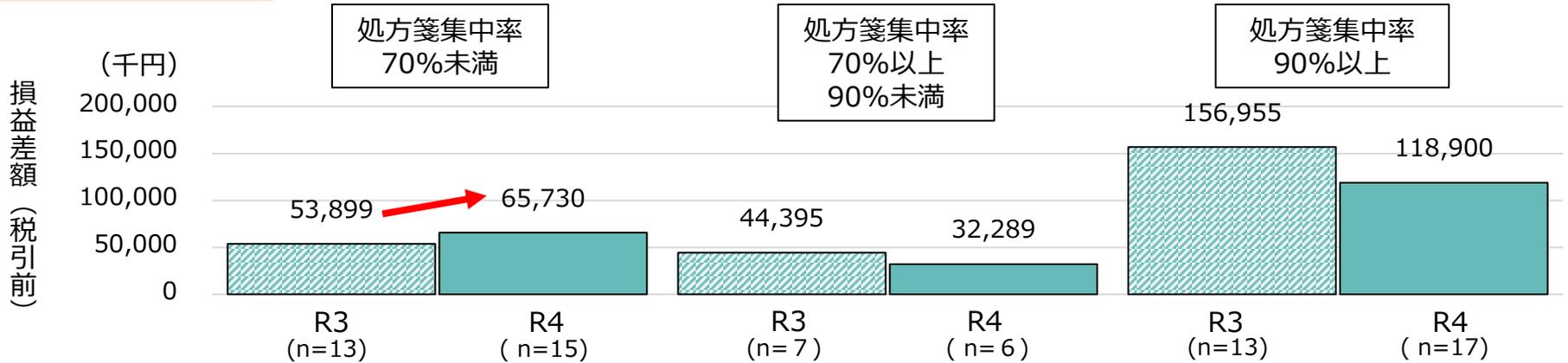
損益率※（税引前）

処方箋受付回数4,000回以上の薬局



損益差額※（税引前）

処方箋受付回数4,000回以上の薬局



1. 調剤基本料

(1) 総論

(2) 特別調剤基本料

2. 地域支援体制加算

3. その他の個別事項

特別調剤基本料

○ いわゆる敷地内薬局等については、(1)「医療機関と不動産取引等その他特別な関係」を有し、かつ、(2)、(3)の一定の要件を満たす場合、調剤報酬の評価は(4)の取扱いとされている。

<p>(1)医療機関と不動産取引等その他特別な関係</p>	<p>次のいずれかに該当する薬局は、「医療機関と不動産取引等その他特別な関係」を有すると判断</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある ② 医療機関が譲り渡した不動産の利用して開局している ③ 薬局が所有する会議室その他設備を医療機関に貸与している ④ 医療機関による開局時期の指定を受けて開局した
<p>(2)処方箋集中率</p>	<p>当該医療機関に係る処方箋による調剤の割合が7割を超えるもの</p>
<p>(3)特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局</p>	<p>次のいずれかに該当する薬局は「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」を有すると判断</p> <p>ア 病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局であって、平成28年10月1日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。 ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成28年9月30日以前から、病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。</p> <p>イ 平成28年9月30日以前に開局した保険薬局であって、平成28年10月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったが、平成28年10月1日以降に、病院である特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となったもの。</p> <p>ウ 診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局であって、平成30年4月1日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。 ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成30年3月31日以前から、診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。</p> <p>エ 平成30年3月31日以前に開局した保険薬局であって、平成30年4月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったが、平成30年4月1日以降に、診療所である特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となったもの。</p> <p>オウ及びエについては、平成30年月31日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、ウのただし書きに該当するものとみなす。</p>
<p>(4)調剤報酬の評価</p>	<p>特別調剤基本料 (7点)</p> <p>地域支援体制加算・後発医薬品調剤体制加算：それぞれの点数の100分の80に相当する点数を加算する。</p> <p>服薬情報等提供料：当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。</p>
<p>(例外) 対象とならない 薬局</p>	<p>医療資源の少ない地域に所在する薬局</p> <p><基準> いずれにも該当した場合：①医療資源の少ない地域に所在、②中学校区内の医療機関数：10以下+200床以上の医療機関なし、③処方箋受付回数：1月に2,500回以下</p> <p>同一建物内に診療所が所在</p> <p>※同一建物内に診療所がある場合（医療モール等）は、調剤基本料2又は調剤基本料3として対応</p>

保険薬局における構造設備規制の見直しと敷地内薬局

経緯	
H8まで	<ul style="list-style-type: none"> ● 第二薬局問題への対応 「処方せんの受入れ体制の整備について」昭和50年1月24日付け薬発第37号厚生省薬務局長通知（抜粋） <u>調剤専門薬局の許可に当たっては、調剤専門薬局も薬事法に基づく薬局であり、構造的、機能的、経済的に、医療機関から独立した機関であることを本旨とすべきであり、この点につき、十分留意すること。</u> ● 経営の一体性禁止 「調剤薬局の取扱いについて」昭和57年5月27日付け薬発第506号・保発第34号厚生省薬務・保険局長連名通知（抜粋） 1 調剤薬局としての適格性 <u>総合的に判断して医療機関に從属し、医療機関の調剤所と同様とみられるものについては、保険薬局としての適格性に欠けるものであること。</u>
H8	<ul style="list-style-type: none"> ● 構造上の一体性禁止 平成8年3月8日付け保険発第22号厚生省保険局医療課長・歯科医療管理官連名通知（抜粋） （「一体的な構造」の解釈） <u>保険医療機関と一体的な構造とは、保険薬局の土地又は建物が保険医療機関の土地又は建物と分離しておらず、公道又はこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来するような形態のものをいうものであること。</u>
H28	<ul style="list-style-type: none"> ● 構造設備規制の見直し（いわゆるフェンス規制の廃止） 平成28年3月31日付け保険発0331第6号厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官連名通知（抜粋） （「一体的な構造」の解釈（改正後）） 保険医療機関と一体的な構造とは、次のアからウまでに掲げるような構造を指すものであること。 ア <u>保険医療機関の建物内にあるものであって、当該保険医療機関の調剤所と同様とみられるもの</u> イ <u>保険医療機関の建物と専用通路等で接続されているもの</u> ウ <u>ア又はイに該当しないが、保険医療機関と同一敷地内に存在するものであって、当該保険薬局の存在や出入口を公道等から容易に確認できないもの、当該保険医療機関の休診日に公道等から当該保険薬局に行き来できなくなるもの、実際には当該保険医療機関を受診した患者の来局しか想定できないもの等、患者を含む一般人が当該保険薬局に自由に行き来できるような構造を有しないもの</u>
H30	<ul style="list-style-type: none"> ● 特別調剤基本料（10点）新設 ※特定の医療機関と不動産取引の関係があることその他の特別な関係を有しているもの
R2	<ul style="list-style-type: none"> ● 特別調剤基本料の見直し（10点→9点）等
R4	<ul style="list-style-type: none"> ● 特別調剤基本料の見直し（9点→7点）、調剤基本料の加算の評価見直し 等

- 厚生労働省の検討会において「今後の薬剤師が目指す姿」がまとめられており、薬局の記述では、敷地内薬局のような特定の医療機関に依存する薬局に関しては、患者本位の医薬分業とはならないことが指摘されている。

■薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ(令和3年6月30日)

2. (1) 今後の薬剤師が目指す姿

① 薬局

- なお、医療機関の敷地内に薬局が開設されることがあるが、その際、単に同敷地内の医療機関とだけ連携する状況が見られる。また、医療機関の近くにあるいわゆる門前薬局においても、当該医療機関から交付された処方箋の応需に特化する場合がある。このように特定の医療機関に依存する薬局の薬剤師は、地域の患者や住民との関わりの高いサービスを提供しているとはみなされず、患者本位の医薬分業とはならない。地域の医療機関、薬局等と連携しつつ、地域包括ケアシステムの一員として患者・住民を支えていく役割を果たす必要がある。

- ①の検討会の下に設置して薬局の機能等に関して議論したワーキンググループにおいても、敷地内薬局に対する意見や今後の取組事項がまとめられている。

■薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループとりまとめ(令和4年7月11日)

第4 具体的な対策

4. 地域における薬剤師の役割

(4) その他

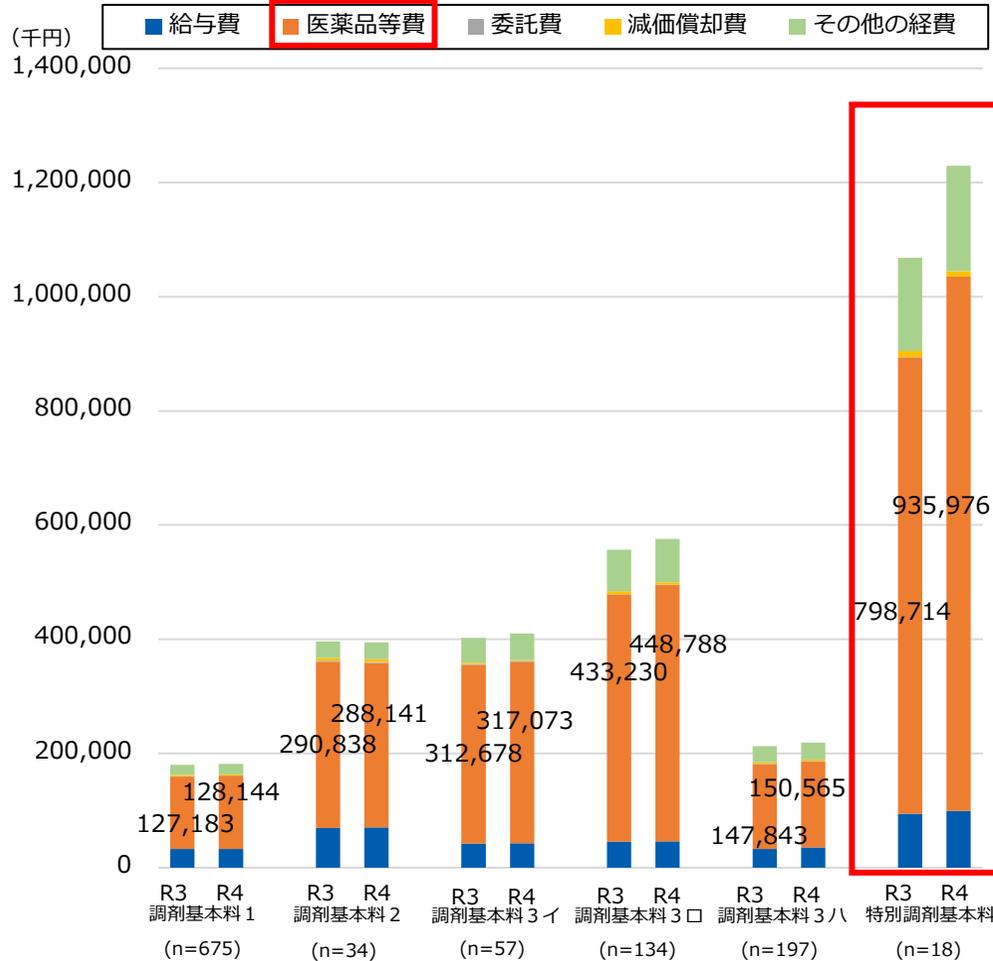
③敷地内薬局

- 本ワーキンググループでは、規制改革実施計画(平成27年6月30日閣議決定)に基づく保険薬局の構造規制の見直しが行われたことにより近年増加している医療機関内の敷地内薬局について、主に①薬局機能、②病院との関係性に関する論点の整理を行った。
- 薬局機能については、病院の敷地内に立地していることから、当該病院の処方箋への対応が中心であり、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を持つとは考えにくく、その場合、地域の医療・介護関係者と連携した対応を行うという地域包括ケアの精神に逆行するとの意見が多数あった。なお、病院の近くにある門前薬局についても、特定の医療機関の処方箋に依存する場合はかかりつけ薬剤師・薬局の機能を持たないという点では同様との意見があった。
- 一方で、希少疾患やがんなどに対する高度な医療を提供する病院の敷地内薬局の場合、高額な薬剤の調剤や高度な薬学管理等、地域の薬局では果たせない役割を持つ場合があるのではないかとする意見や、ターミナルケアや高度な薬学管理といった機能分化が必要な場合があるのではないかとする意見があった。
- これに対し、敷地内薬局が地域の薬局では果たせない役割を持つとしても、敷地内である必然性はないとの意見や、地域の薬局でも高額な薬剤の調剤や高度な薬学管理等の機能を果たしている場合もあるとの意見があった。
- 病院との関係性については、敷地内薬局の開設に係る病院の公募内容を踏まえれば、薬局から病院への利益供与に当たると考えられるとの意見があった。
- また、敷地内薬局は、病院と敷地又は建物を共有していることから、患者に対して同一組織との誤認を与えたり、特定の薬局への誘導に近い効果があるのではないかとする意見があった。
- 本ワーキンググループにおいては、敷地内薬局について、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を果たすとは考えにくい敷地内薬局の開設に係る病院の公募内容を踏まえれば利益供与に当たるといった多くの問題点が指摘され、国が必要な対応をすべきとの意見が多かった。
- 敷地内薬局の実態を把握し、それに基づいた議論を行うために、厚生労働省は、敷地内薬局の現状(かかりつけ薬剤師・薬局や高度薬学管理に関する機能や地域の医療機関や薬局との連携等)や病院の公募内容の調査を実施すべきである。

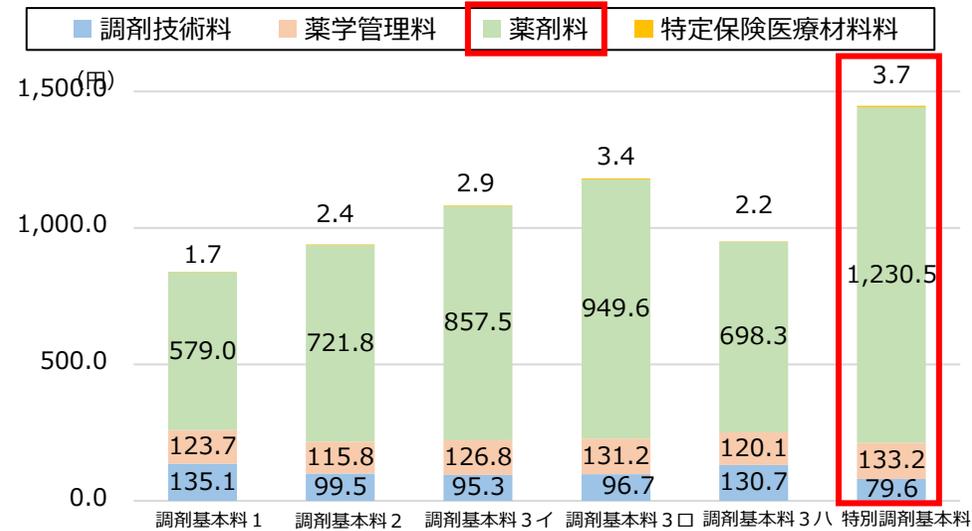
調剤基本料別の費用・調剤医療費の内訳

- 特別調剤基本料を算定する薬局においては、医療経済実態調査の費用別では「医薬品等費」の額が他と比較して突出して高い。
- 調剤医療費では、薬剤料の処方箋受付1回あたりの費用及び割合が他と比較して高い。

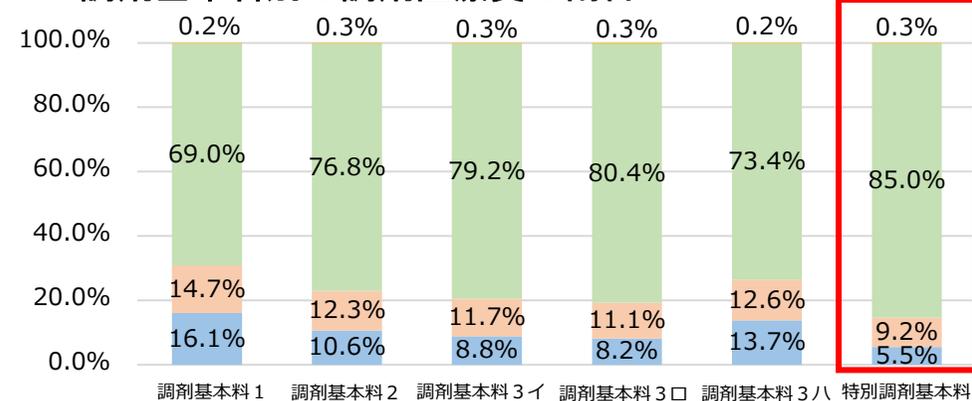
■ 調剤基本料別の費用の内訳(注1)



■ 調剤基本料別の処方箋受付1回あたりの医療費(注2)



■ 調剤基本料別の調剤医療費の割合(注2)



出典: 注1: 医療経済実態調査(第24回)より医療課作成

注2: 社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)

(参考) 医薬品の流通制度に関する検討状況

- 医薬品流通に関しては、過度な薬価差の偏在を解消するための対応が必要となっており、薬価専門部会においては、医薬品流通改善に向けた検討状況を紹介しつつ、議論が進められている。
- 卸の販売先である薬局・医療機関においては、現行の「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」においても、医薬品の価値を無視した過大な値引き交渉の影響が指摘されていることから、医薬品流通に関わる者として節度ある対応が求められる。

販売先別の乖離率の比較 ①

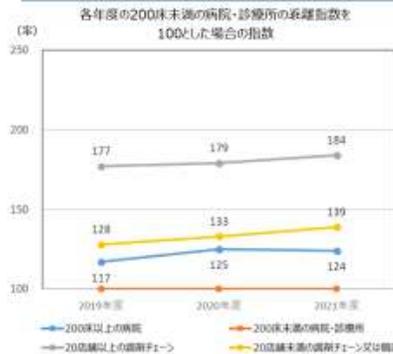
- ・ 薬価差の偏在については、関係会議において販売先カテゴリ別の乖離指数が示されているが、同一カテゴリ内でも施設によって大きな差があることが資料で指摘されているように、開設者・施設ごとの状況が明らかではない。

2-① 過度な薬価差の偏在 ＜参考5＞ 販売先別の乖離率の比較

第1033号有識者検討会
資料 (RS.3.17)

- ・ 卸の年間の取引における薬価と取引額の乖離について集計したところ、薬局における乖離が一番大きかった。
- ・ 薬価差額の割合については、20店舗以上の調剤チェーンの割合が一番大きかった。

年度毎の乖離指数の推移



年度毎の販売先別の薬価差額の割合



留意点：施設数に差があること、施設によって大きな差があると思われることに留意が必要。

出典：(一社)日本医薬品卸売業連合会による調査

令和5年6月26日 第34回 医療用医薬品の流通改善に関する懇談会 資料2

販売先別の乖離率の比較 ②

- ・ 薬価差の偏在については、関係会議においても、より詳細な分析を求める指摘がある。

有識者検討会

- ・ 購入主体別やカテゴリ別に大きく異なる取引価格の状況や、過度な値引き要求等の詳細を調査した上で、海外でクローバックや公定マージンが導入されていることも踏まえ、流通の改善など、過度な薬価差の偏在の是正に向けた方策を検討すべきである。

(令和5年6月9日 医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会 報告書)

流改懇

- ・ 医薬品のカテゴリ別に様々なことを集計・検討していく必要性に関しましては、私もそのとおりだと思っております。もう一点、そのような視点で言えば、資料の販売先別の乖離率の比較に関して、これまで長年にわたり、例えば薬局であれば20店舗未満、それから20店舗以上という分類をしております。多分分類を始めた頃は、20店舗は「物すごく大きいな」という感覚であり、私としては今も大きいと感じますけれども、20店舗どころではないところも出てきておりますので、果たしてこの分類でよいのか、もう少し細かく分類して見ていかないと分からない部分があるのではないかと。これは医療機関も同様で、今の4区分ではちょっとどうなのかなという感じがします。

- ・ 厚労省にお願いしたいのは、先ほど委員がお話しになったように、資料を出すのであれば、どのくらいの規模の病院、医療か、それから薬局もどのくらい、もう少し分けてやっていただきたいと思います。病院もいろいろな地方自治体もありますし、大きなチェーンでやっているところもあるので、その辺の規模感をちゃんと出していただかないと、今、座長が言ったように根拠のある議論にならないと思うので、今後、それを出することができるのであれば、ぜひやっていただきたいと思います。

(令和5年6月26日 第34回 医療用医薬品の流通改善に関する懇談会における意見)

令和5年8月30日 中医協薬価専門部会 資料薬-1より

いわゆる敷地内薬局の公募要件

○ 医療機関の敷地内に薬局を開設する際には、多くの場合、医療機関側で薬局開設等を行う事業者に対して公募型プロポーザル方式にて敷地内薬局を公募しているが、その中の要件には薬局の開局時間の指定や病院の業務の軽減を求めること、建物の外観の制限・要求など、医療機関から独立した機能を有しているとはいいがたい要件が課されている例がみられる。

① 自院の診療時間に合わせた開局を求めている事例

例) 当院の診療日及び診療時間を考慮して運営すること。さらに休診日及び診療時間外の運営についても、柔軟な対応が可能であること

例) 当院における調剤業務と同一もしくはそれ以上の遂行能力を有すること。

② 24時間対応を求めている事例

例) 事業者は本病院の患者数及び院外処方箋枚数に充分対応可能な設備を整え、**緊急時は24時間対応可能な保険調剤薬局を運営すること。**

③ 学生の実務実習の受け入れ実績を求めている事例

例) 同一法人の運営する大学の薬学生の実務実習受け入れ実績を有すること。

④ 資金と運営能力から病院の業務負担を求めている事例

例) 事業者の資金と運営能力によって病院の調剤業務の軽減を図れる者であること。

例) 病院の薬剤業務への協力・連携体制を提案するものとする。

⑤ 外観の一体性等を求めている事例

例) 提案する施設は、当院と隣接するため、外観デザインの調和が重要。建物及び開放通路の外観デザイン設計に際しては、当院設計事業者の意見を取り入れ、当院外観デザインの仕様に合わせてください。

(参考) 医療機関の敷地内に開設する薬局を公募する際の要件

- 通常、薬局を開設し、保険薬局として指定を受ける際には、薬局開設者は医療機関との独立性を確保しつつ、地域の医療事情を踏まえ、必要とされる薬局の機能を自らが整備して、薬局を開設している。
- 一方で、医療機関の敷地内に薬局を開設する際には、医療機関側で薬局開設等を行う事業者を公募しているが、薬局の開局時間や機能等に対して具体的な要件を示していることがあり、薬局開設者は、この要件を満たした上で、地域で必要とされる薬局の機能を整備している。(薬局機能に関しては、医療機関の周辺地域において必要な機能がないことから公募している場合もある)

(参考) 医療機関の敷地内に薬局を開設する際に求めている要件の例 (注：公募要件は医療機関により様々)

● 薬局の開局時間等に関する要件

- ・ 具体的な営業時間、開局日 (休日、夜間の体制)
- ・ 薬局で備蓄すべき医薬品の種類、品目数
- ・ 医療機関の機能に応じた高度な薬学管理を実施できる体制 (例：救急・周産期・がん等の医療を担う圏域の基幹病院に開設する薬局に対して高度な薬学管理のニーズに対応可能な薬剤師の配置を求める、医療機関が受け入れる救急患者の処方箋の応需を求める)
- ・ 在宅訪問を行う体制

● 地域における連携体制の要件 (かかりつけ薬剤師・薬局に必要な機能を含む)

- ・ 薬物療法を実施するにあたっての医療機関との連携
- ・ 近隣の保険薬局及び関係団体との連携
- ・ 行政が推進する事業への協力
- ・ 災害時の医薬品供給等の体制整備
- ・ 医師会、薬剤師会及びその他の関係機関等との連携
- ・ 地域の薬剤師会への入会

● 開設にあたり薬局機能以外に医療機関が求めている要件

- ・ 医療機関の機能の向上に資する施設の整備の提案 (例：薬局以外の施設として、レストラン、カフェ、コンビニエンスストア、会議室、休憩室、医療機関の職員宿舎、ヘリポート等、医療機関が有償で借りる予定の会議室等の設置)
- ・ 医療機関の職員の負担を軽減する工夫の提案

薬局の独立性に関する参考資料①

●処方せんの受入れ体制の整備について（昭和50年1月24日付け薬発代37号厚生省薬務局長通知）

第二 薬局の整備について

- 2 調剤専門薬局の許可に当つては、調剤専門薬局も薬事法に基づく薬局であり、構造的、機能的、経済的に、医療機関から独立した機関であることを本旨とすべきであり、この点につき、十分留意すること。

●調剤薬局の取扱いについて（昭和57年5月27日付け薬発第506号・保発第34号厚生省薬務・保険局長連名通知）

1 調剤薬局としての適格性

調剤薬局の在り方について、構造的、機能的、経済的に医療機関から独立していることを本旨とすべきことは、既に昭和50年1月24日薬発第37号薬務局長通知により、通知されたところであるが、この点については、保険調剤を担当する保険薬局の在り方として特に要請される。

かかる観点から、総合的に判断して医療機関に従属し、医療機関の調剤所と同様とみられるものについては、保険薬局としての適格性に欠けるものであること。

●薬局業務運営ガイドラインについて（平成5年4月30日付け薬企第37号厚生省薬務局企画課長通知）

1 医療機関、医薬品製造業者及び卸売業者からの独立について

- ① 薬局は医療機関から経済的、機能的、構造的に独立していなければならないとは、保険薬局としての適格性に欠けるいわゆる第二薬局は、薬務行政上も適切とは言えないということである。薬局開設の許可及び更新に当たっては、保険担当課と十分連携をとり、適格性に欠ける薬局については必要な改善等指導の徹底を図りたい。
- ② 医薬分業の趣旨や薬局の基本理念からして薬局と医療機関との間で処方せんをその薬局に斡旋する旨の約束をすることは、形式のいかんを問わず、また、いずれがイニシアチブをとったかの別を問わず、一切禁止されるものである。また、薬局は、処方せん斡旋の見返りに医療機関に対し、いかなる方法によっても経済的な利益を提供してはならず、経済的な利益の提供を行った事実が判明した場合には、直ちに中止を命ずる等指導の徹底を図りたい。

8 開局時間について

特定の医療機関からの処方せん応需にのみ対応し、当該医療機関の診療時間外及び休診日には閉局して処方せんを応需していない薬局は早急に改善を図ることとされたのは、このような薬局は患者のトータルとしての薬歴管理が事実上できないこと、当該医療機関からの独立性の維持が極めて困難であること等、医薬分業の趣旨にそぐわないからである。

【別紙】薬局業務運営ガイドライン

1 薬局の基本理念

(2) 地域保健医療への貢献

薬局は地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関等と連携をとり、地域保健医療に貢献しなければならない。

2 医療機関、医薬品製造業者及び卸売業者からの独立

(1) 薬局は医療機関から経済的、機能的、構造的に独立していなければならない。

(2) 薬局は医療機関と処方せんの斡旋について約束を取り交してはならない。

(3) 薬局は医療機関に対し処方せんの斡旋の見返りに、方法のいかんを問わず、金銭、物品、便益、労務、供給その他経済上の利益の提供を行ってはならない。

10 開局時間

(1) 開局時間は、地域医療機関や患者の需要に対応できるものであること。

特定の医療機関からの処方せん応需にのみ対応し、当該医療機関の診療時間外及び休診日に処方せんを応需していない薬局は、早急に改善を図ること。

薬局の独立性に関する参考資料②

●保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）

（健康保険事業の健全な運営の確保）

第二条の三 保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、次の各号に掲げる行為を行つてはならない。

- 一 保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行うこと。
 - 二 保険医療機関又は保険医に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、金品その他の財産上の利益を供与すること。
- 2 前項に規定するほか、保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

●保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月31日付け保医発0331第6号厚生労働省保険局医療課・歯科医療管理官通知） （平成28年3月31日改正）

第二 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第一六号）の一部改正に関する事項

一 健康保険事業の健全な運営の確保（第二条の三）関係

（一）平成六年の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正において、「調剤薬局の取扱いについて」（昭和五十七年五月二七日薬発第五〇六号、保発第三四号）に基づき行われていた保険薬局の保険医療機関からの独立性に関する取扱いを明確化する観点から必要な改正が行われたところであるが、その後も、保険薬局の保険医療機関からの独立性に関して問題のみられる事例が発生し、社会問題化している実情に鑑み、保険薬局は保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行つてはならないこと、及び、保険薬局は保険医又は保険医療機関に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならないことを明確化するものであること。

（二）この場合において、保険医療機関と一体的な構造とは、次のアからウまでに掲げるような構造を指すものであること。

ア 保険医療機関の建物内にあるものであって、当該保険医療機関の調剤所と同様とみられるもの

イ 保険医療機関の建物と専用通路等で接続されているもの

ウ ア又はイに該当しないが、保険医療機関と同一敷地内に存在するものであって、当該保険薬局の存在や出入口を公道等から容易に確認できないもの、当該保険医療機関の休日日に公道等から当該保険薬局に行き来できなくなるもの、実際には当該保険医療機関を受診した患者の来局しか想定できないもの等、患者を含む一般人が当該保険薬局に自由に行き来できるような構造を有しないもの

なお、ウへの該当の有無については、現地の実態を踏まえ、地方社会保険医療協議会に諮った上、個別に判断すること。また、保険薬局の独立性の確保の観点からは、いわゆる医療ビルのような形態は好ましくないが、このような場合にあっては、当該建物について、患者を含む一般人が自由に行き来できるような構造になっている旨を十分に確認すること。加えて、このような形態の場合には、患者誘導が行われるような実態のないよう、併せて留意すること。

（三）保険医療機関と一体的な経営を行う場合とは、（二）のまた以下に該当する場合等保険医療機関と保険薬局が一定の近接的な位置関係にあり、かつ、次のアからエまでに規定するような経営主体の実質的同一性が認められる場合又は機能上医療機関とのつながりが強いとみなされる場合を指すものであること。

ア 保険薬局の開設者（法人たる保険薬局の役員を含む。）が当該保険医療機関の開設者（特定保険医療機関の開設者が法人の場合にあっては、当該法人の役員を含む。）又は開設者と同居又は開設者と生計を一にする近親者であるもの。

イ 保険薬局の開設者と保険医療機関の開設者の間の資本関係が実質的に同一であるもの（法人の場合にあっては当該法人の役員が経営するものを含む。）

ウ 職員の勤務体制、医薬品の購入管理、調剤報酬の請求事務、患者の一部負担金の徴収に係る経理事務等が特定保険医療機関と明確に区分されていないもの

エ 特定の保険医療機関との間で、いわゆる約束処方、患者誘導等が行われているもの。

なお、保険薬局の指定の更新に当たっては、新規指定時と同様、不動産の賃貸借関連書類等の経営に関する書類等の提出を求め、一体的な経営に当たらないことを確認すること。

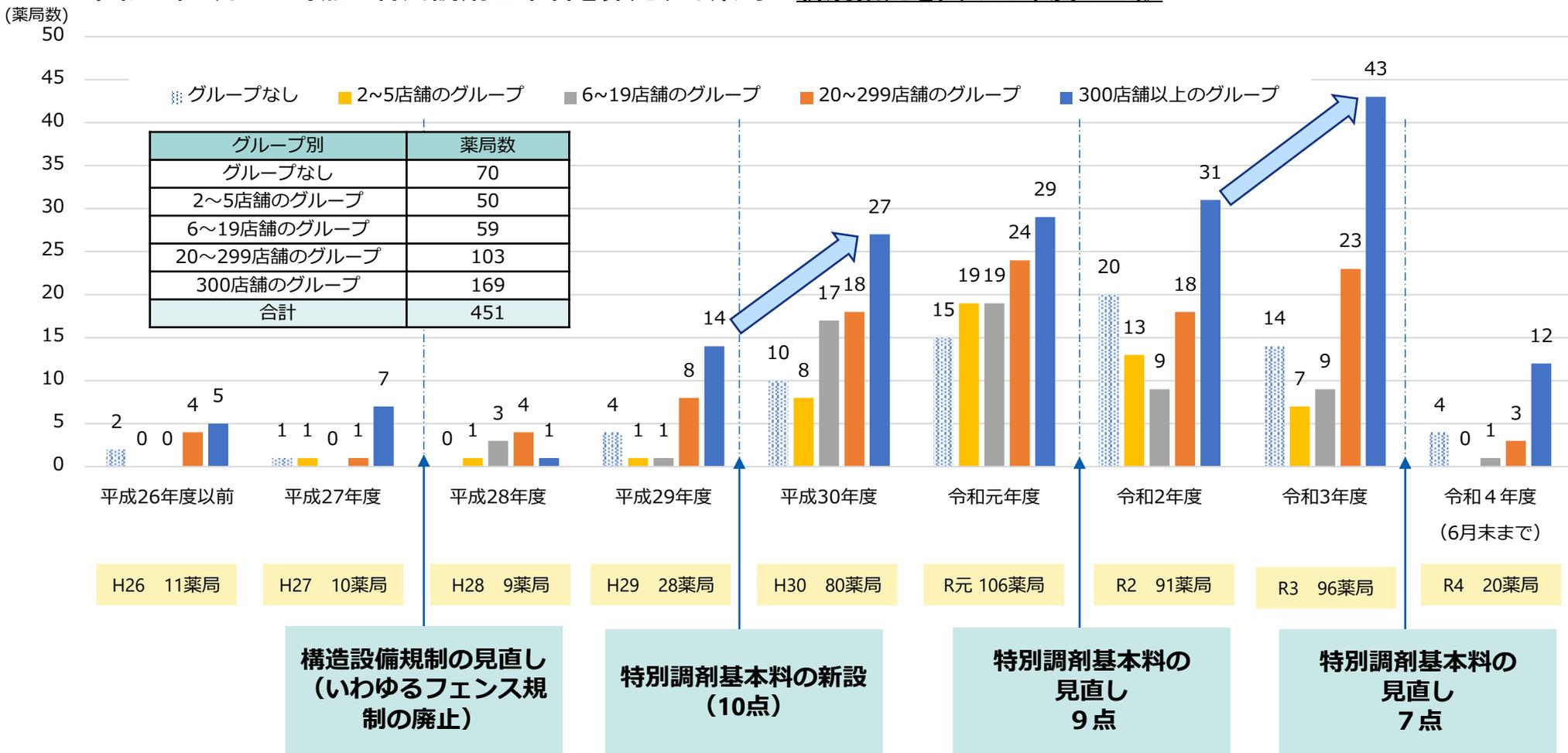
（四）金品その他の財産上の利益とは、第一の一の（二）と同様*であること。（※金銭、物品、便益、労務、饗応、患者一部負担金の減免等）

（五）本条の規定に照らし、総合的に判断して医療機関の調剤所と同様とみられるものについては、保険薬局としての適格性に欠けるものであるから、地方社会保険医療協議会に諮った上、保険薬局の新規指定を行わないこと。また、現に存するものについては、次回更新時まで改善を指導し、これに従わない場合は、地方社会保険医療協議会に諮った上、更新を行わないこと。

特別調剤基本料を算定する薬局の推移

- 特別調剤基本料を算定する薬局は、ここ数年は毎年100程度の薬局が開設されており、特に300店舗以上のグループによる開設が増えている。
- 改定ごとの特別調剤基本料の見直しによる新規開設の影響はほとんどないと考えられる。

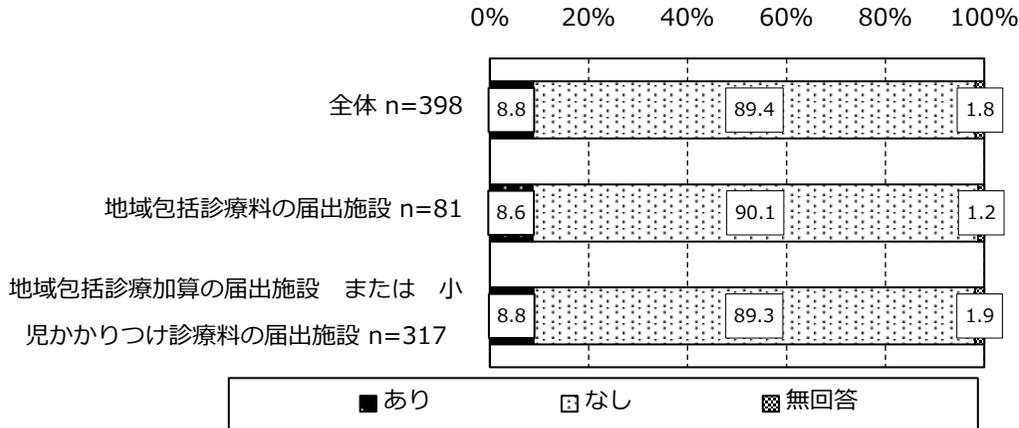
令和4年7月1日時点で特別調剤基本料を算定する薬局の新規指定を受けた年度の内訳



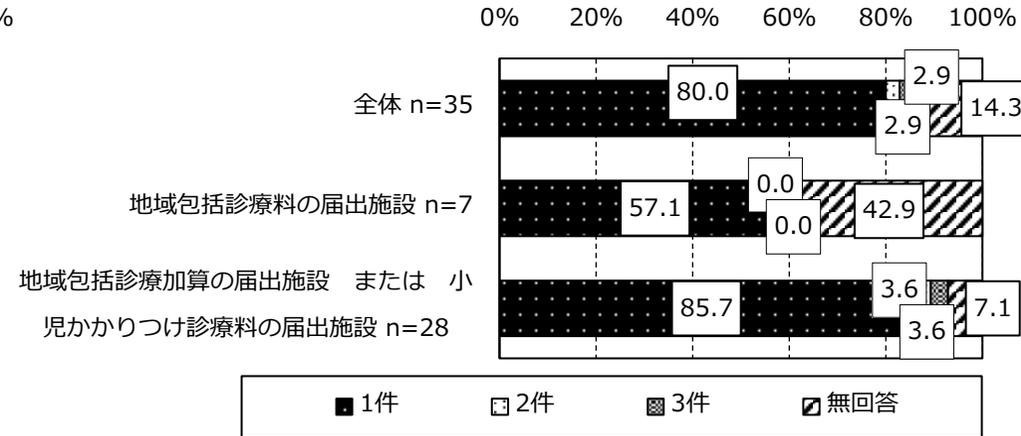
診療所・病院におけるいわゆる敷地内薬局の開設状況

- 診療所の8.8%、病院の13.5%の施設でいわゆる敷地内薬局があるとの回答があった。
- 特に特定機能病院においては、31.4%で敷地内薬局があり、そのうち31.8%では複数の敷地内薬局を有していた。

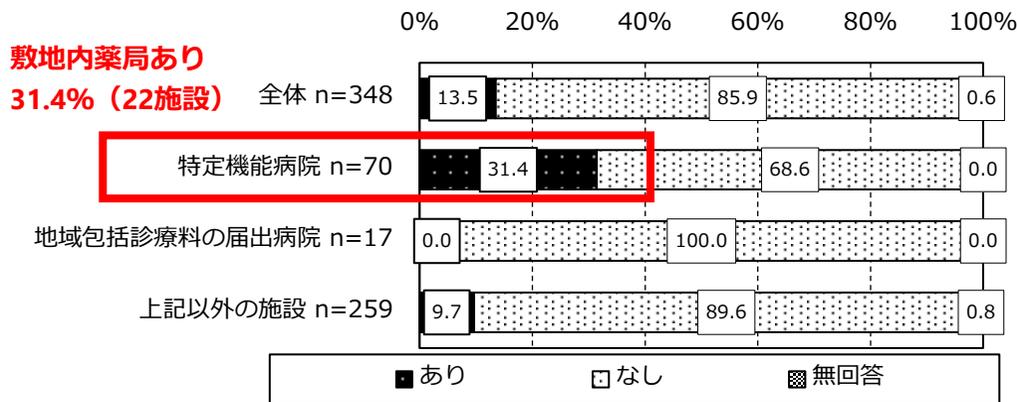
■ 診療所におけるいわゆる敷地内薬局の有無



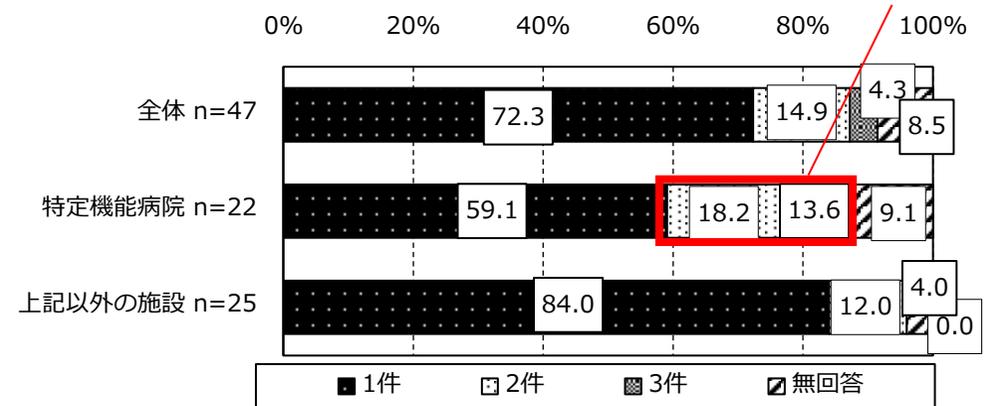
■ 診療所におけるいわゆる敷地内薬局の数 (いわゆる敷地内薬局ありと回答した施設のみ)



■ 病院におけるいわゆる敷地内薬局の有無



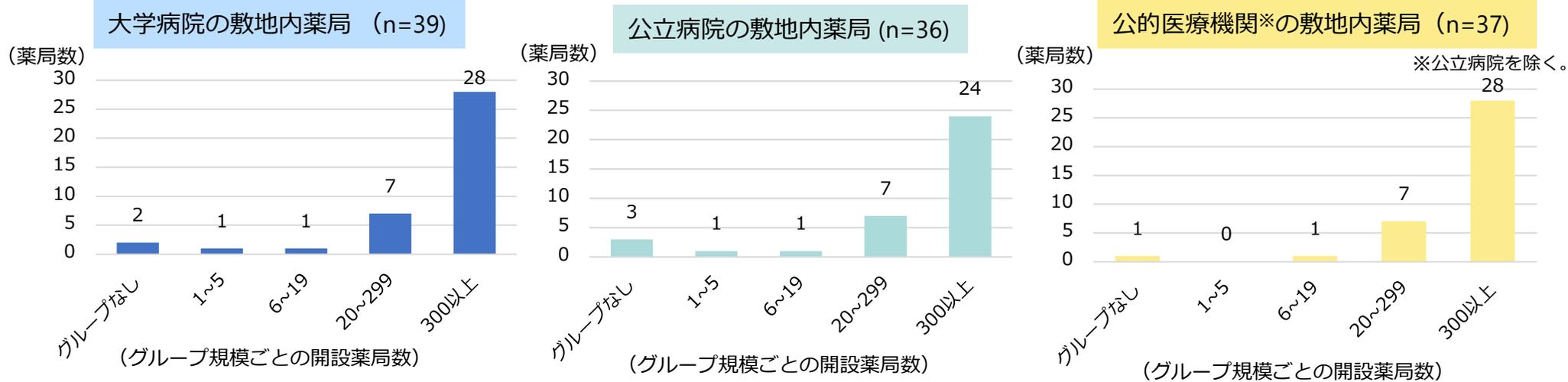
■ 病院におけるいわゆる敷地内薬局の数 (いわゆる敷地内薬局ありと回答した施設のみ)



いわゆる敷地内薬局の状況

- 大学病院などの特定の病院においては、敷地内薬局の運営の多くが300店舗以上の同一グループによるものであり、特定のグループが多くを占めていた。
- 病院側も、公募要件で敷地内薬局の運営実績を求める場合があり、開設できる法人が限られる。

■ 病院の敷地内薬局の状況(令和4年7月1日時点)



■ 敷地内薬局数上位の同一グループ会社

大学病院の敷地内薬局 (n=39)

A社	9店舗	23.1%
B社	8店舗	20.5%
C社	4店舗	7.7%

公立病院の敷地内薬局 (n=36)

B社	9店舗	25.7%
A社	4店舗	11.4%
D社	4店舗	11.4%

公的医療機関※の敷地内薬局 (n=37)

A社	18店舗	48.6%
B社	8店舗	21.6%
E社	3店舗	8.1%

※公立病院を除く。

出典: 保険局医療課調べ(令和4年7月1日時点)

■ 医療機関における敷地内薬局の募集要件において、複数の敷地内薬局を有している薬局運営法人の誘致を意識した例

以下の要件を満たしていること。

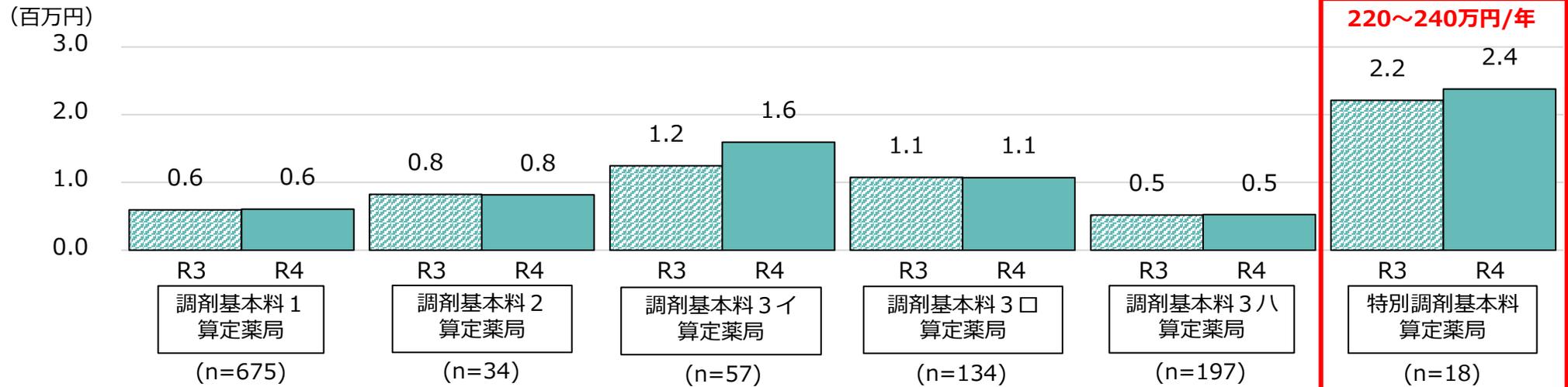
- 法人の財務状況が良好であること。
- (略)
- **300床以上の病院にて敷地内保険調剤薬局の運営実績を有し、現在も継続していること。**

本来、医療機関の敷地内の開設実績の有無で薬局の機能に違いがないにもかかわらず、意図的に敷地内薬局の実績をもつ法人を誘致しようとする要件を求めることがある

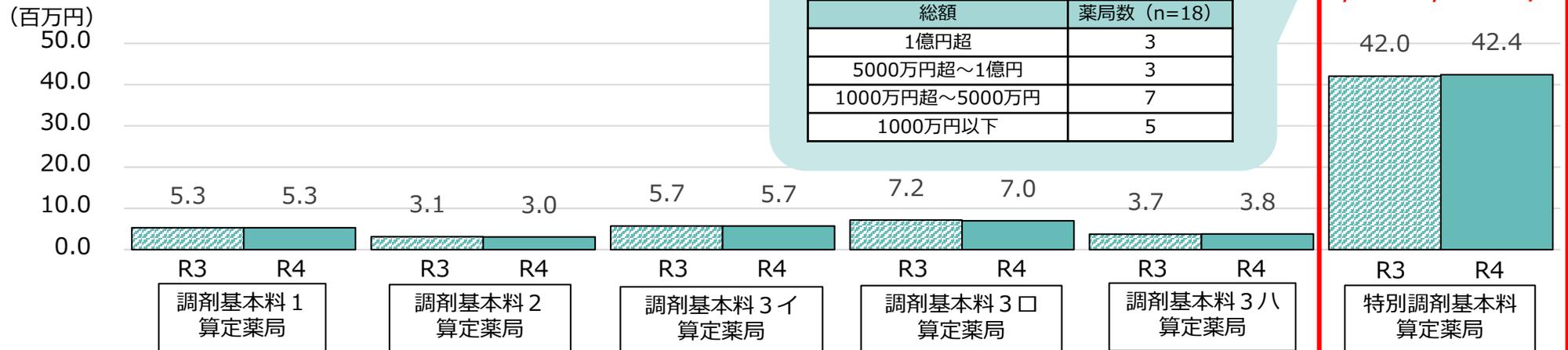
薬局における土地賃借料、建物賃借料（基本料別）

○ 特別調剤基本料を算定する薬局においては、医療経済実態調査における「その他の経費」に占める土地賃借料、建物賃借料の額が突出して高く、医療機関との不動産取引による影響が大きいと考えられる。

■ その他の経費に占める土地賃借料



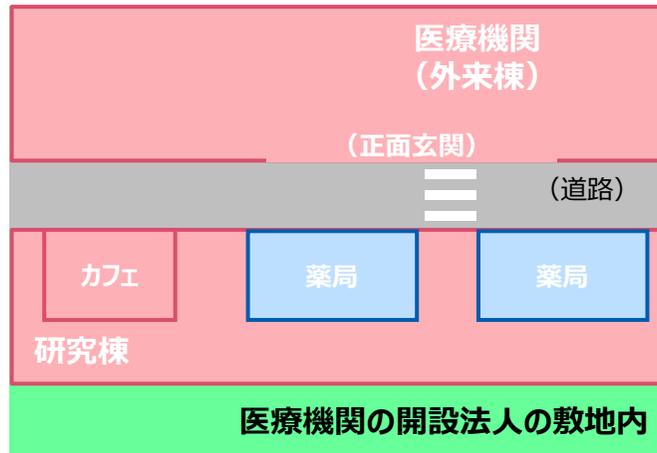
■ その他の経費に占める建物賃借料



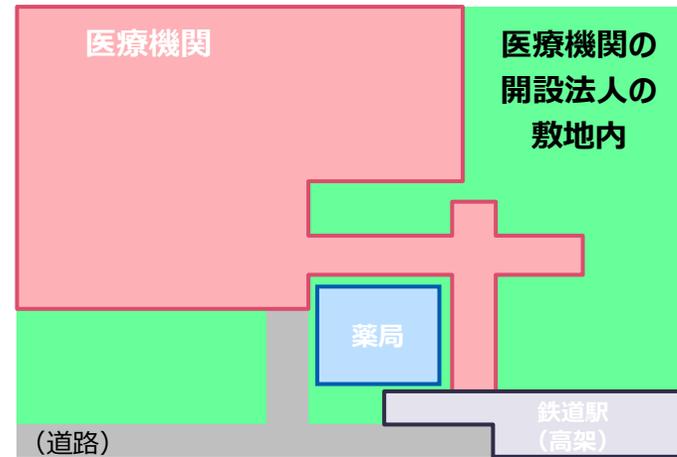
独立した構造の保険医療機関と保険薬局イメージ

- 保険医療機関と保険薬局の独立性を確保するため、薬担規則において保険薬局は「保険医療機関との一体的な構造」であることを禁止している。(例: 医療機関と薬局が専用通路でつながっている)
- 上記規定を満たすとされているものの、医療機関の敷地内にあることと建物の構造上の関係から、利用する患者・家族等にとって医療機関と薬局が一体となっていると認識されてもおかしくない事例も存在する。

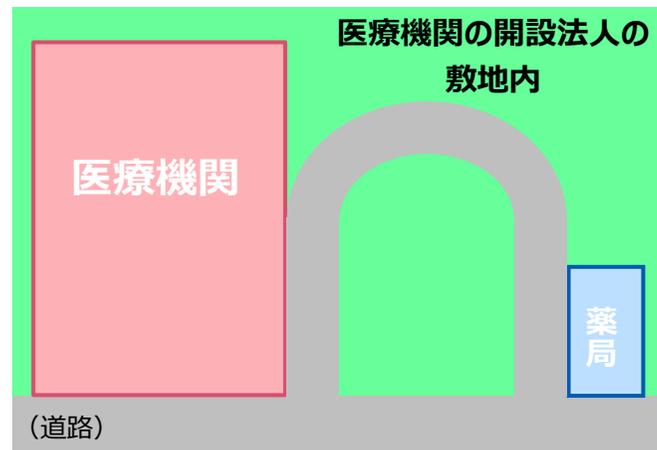
■ 敷地内にある建物に薬局を誘致



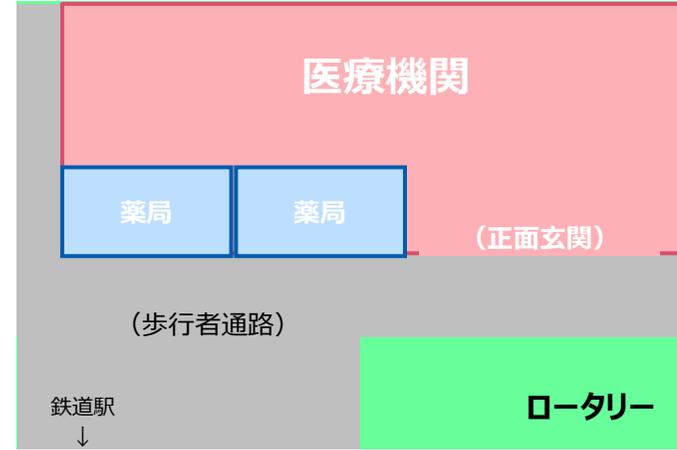
■ 医療機関の敷地内に薬局を誘致し新たに建物を建設



■ 医療機関の敷地内に新たに建物を建設して薬局を誘致



■ 医療機関の移転に伴って薬局を誘致



医療機関における敷地内薬局との連携状況

- 敷地内薬局があると回答した医療機関のうち、敷地内薬局と連携ありと回答した割合は38.9%と低く、医療機関側からみると連携していると認識されていないことが多い状況であった。
- 連携ありの場合の具体的な連携内容は、「処方内容の問い合わせに関する業務の簡素化」が多かったが、全体の回答状況としては、連携していると認識されている項目が少なかった。

■ 医療機関における敷地内薬局の有無 (n=452)

	医療機関数	割合 (%)
敷地内薬局あり	18	4.0
敷地内薬局なし	434	96.0

■ 敷地内薬局との連携の有無 (n=18)

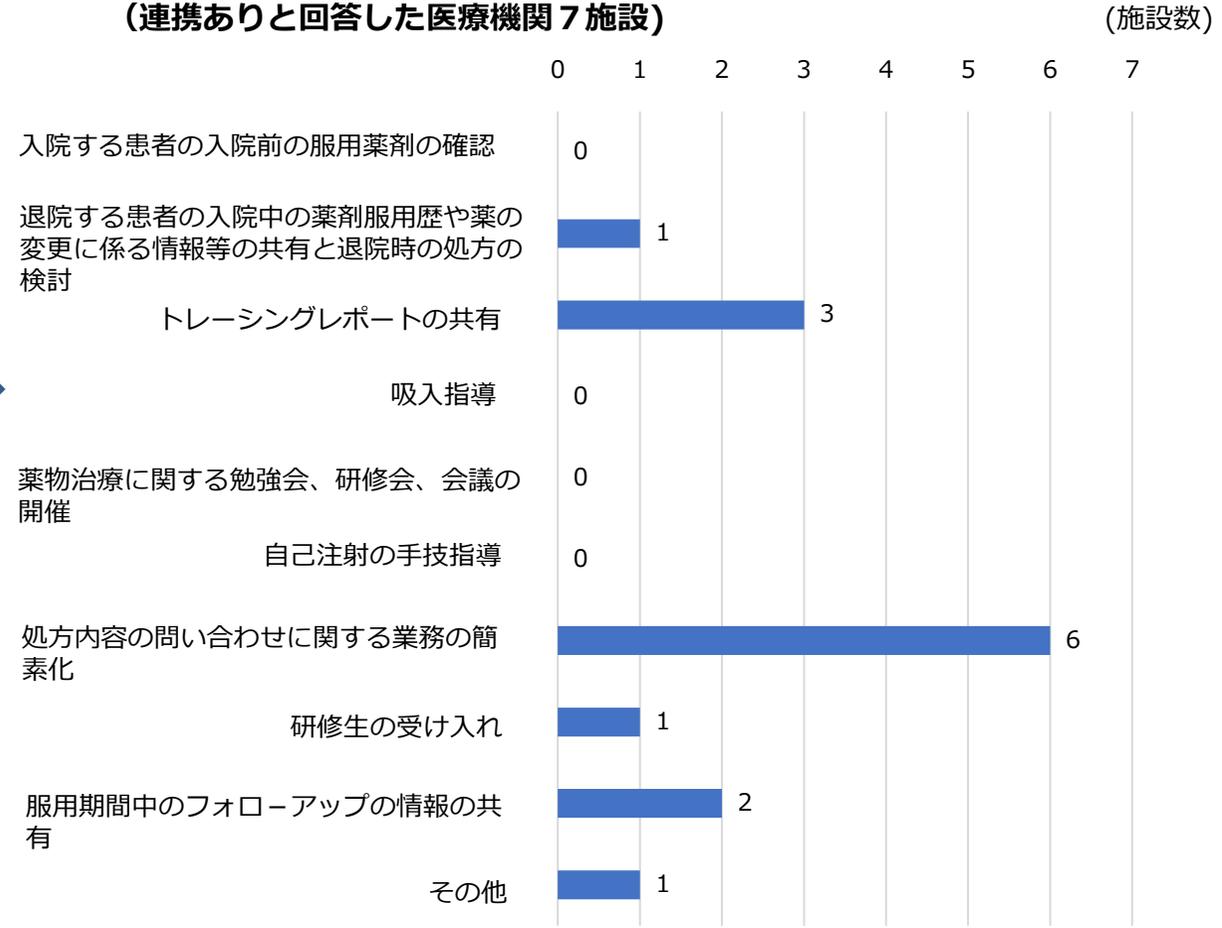
	医療機関数	割合 (%)
連携あり	7	38.9
連携なし	11	61.1

出典：令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査「医療機関の薬剤師における業務実態調査」

(参考) 令和3年度の上記と同様の調査では、具体的連携内容は調査していないが、敷地内薬局を有する医療機関の連携状況は以下のとおりであり、同様の傾向であった。

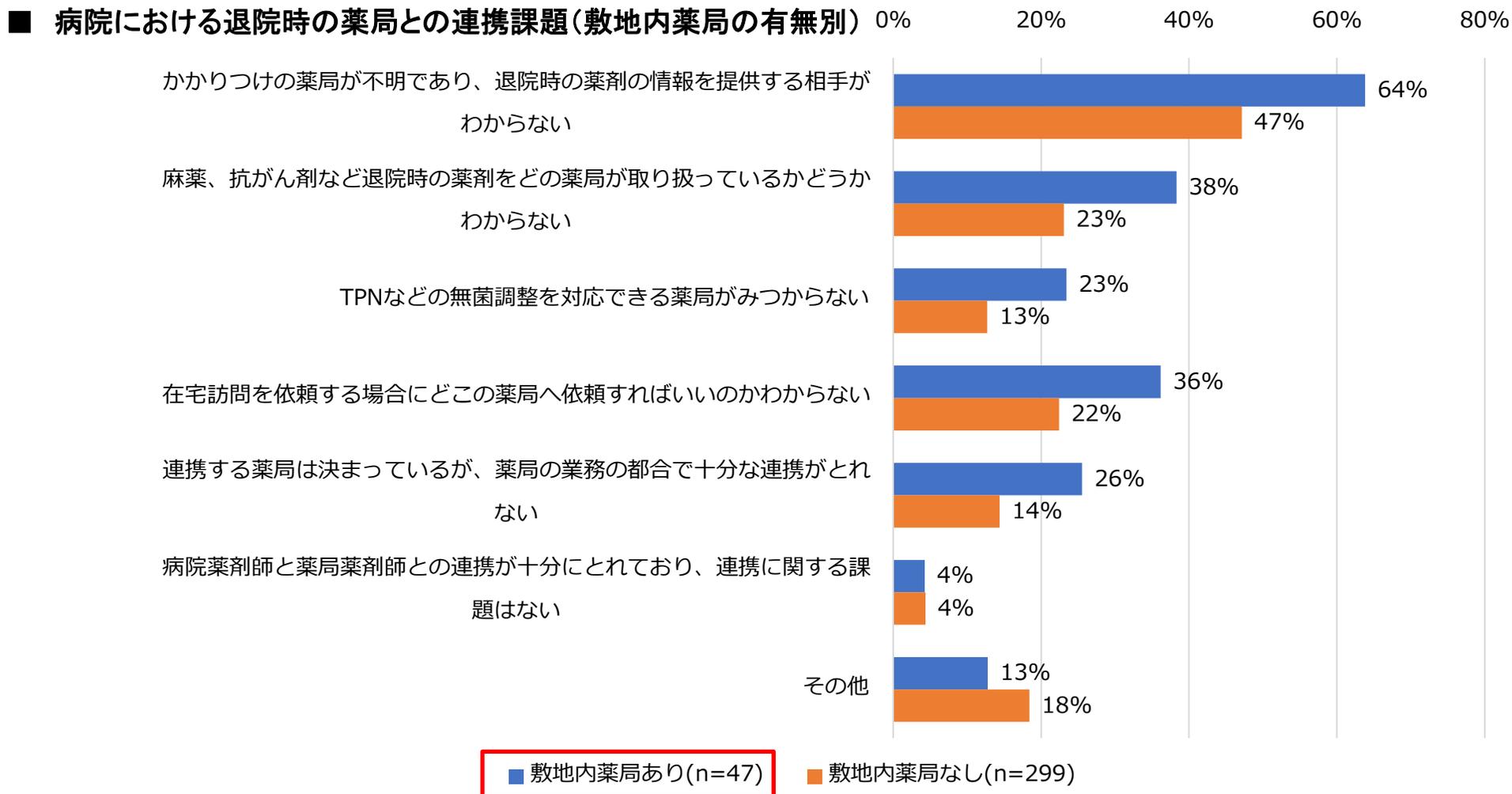
	医療機関数	割合 (%)
連携あり	17	43.6
連携なし	22	56.4

■ 敷地内薬局との連携内容 (複数回答) (連携ありと回答した医療機関7施設)



医療機関における退院時の薬局との連携に関する課題

- 敷地内薬局がある医療機関では、敷地内薬局がない医療機関と比較して、薬剤の情報提供先の薬局がわからないなど、退院時の薬局との連携の課題を持つ割合が多かった。
- 退院患者の居住地によるため一概には説明できないが、医療機関からみると、敷地内の薬局は、退院する患者にとってのかかりつけとなる薬局とは認識されていないことが多いと考えられる。



がん等の専門的な薬学的管理の実施状況

- 特別調剤基本料を算定する薬局においては、がん患者に対する薬学的管理の評価である特定薬剤管理指導加算2や、医療用麻薬を使用する患者に対する薬学的管理の評価である麻薬管理指導加算の算定割合が高い。
- 地域における高度な薬学管理を担う役割を果たしていると考えられる一方で、そのような機能は、同一敷地にある医療機関に対応した役割を果たしているにすぎないともいえる。

■ 薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループとりまとめ(令和4年7月11日)

第4 具体的な対策

4. 地域における薬剤師の役割

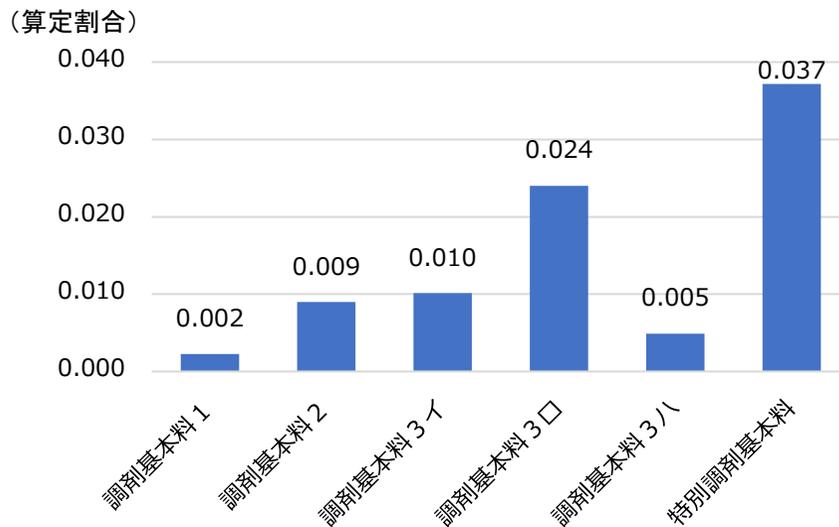
(4) その他

③ 敷地内薬局

- 一方で、希少疾患やがんなどに対する高度な医療を提供する病院の敷地内薬局の場合、高額な薬剤の調剤や高度な薬学管理等、地域の薬局では果たせない役割を持つ場合があるのではないかという意見や、ターミナルケアや高度な薬学管理といった機能分化が必要な場合があるのではないかという意見があった。

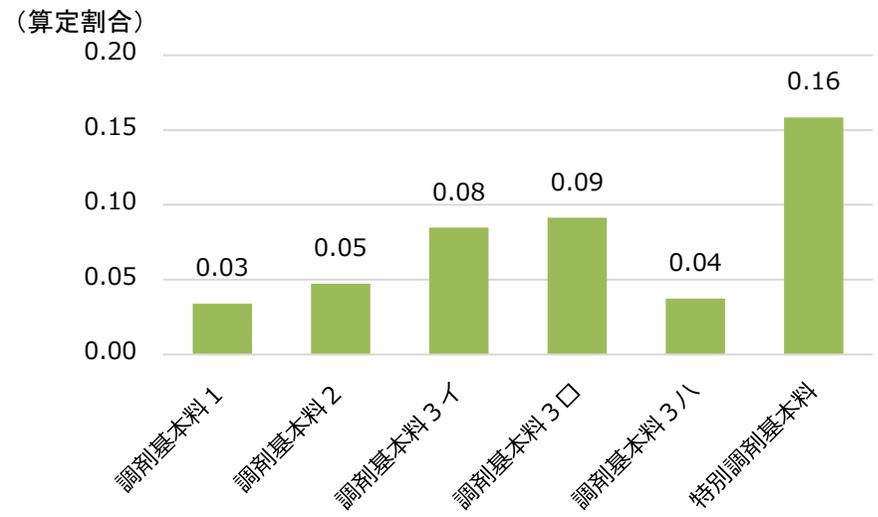
■ 特定薬剤管理指導加算2の算定状況

(がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価)



■ 麻薬管理指導加算の算定状況

(医療用麻薬を使用する患者に対する薬局での薬学的管理等の評価)



構造設備規制の見直しに伴う敷地内薬局の現状

- 平成28年に「保険薬局の独立性と患者の利便性」の両立を図る観点から保険薬局における構造設備規制を見直したことで、いわゆるフェンス規制が廃止され、医療機関と薬局との間にフェンス等を設ける必要がなくなったことから、公道に面していない医療機関の敷地内に薬局を開設することが可能となったが、以下のような現状がある。

(医療機関と薬局の独立性)

- 医療機関と薬局の独立性の規定は、昭和時代からの双方の不適切な事案を踏まえ、その都度関連規定の見直しが行われ、平成28年には構造設備規制が見直された。
- 昨今、医療機関の敷地内に薬局を開設することが多くなっている中で、医療機関側で薬局開設等を行う事業者に対して公募型プロポーザル方式にて薬局を公募する際の公募要件で、薬局の開局時間や機能の指定、病院の業務の軽減を求める取組を条件することがあるなど、医療機関と独立した機能を持つべき薬局に対して、医療機関側の意向が強く示されている内容が散見される。
- 薬局開設者は300店舗以上のグループによる場合が多く、一部のグループに偏って開設されている。医療機関側も、公募の際に敷地内薬局の運営実績を求めることがあり、開設できる法人が限られる事例もある。
- 構造設備規制の見直し後も保険医療機関と保険薬局の構造上の独立性を確保することが引き続き求められているものの、医療機関の建物に関係する場所に薬局が開設されることで、一体的な構造と認識されてもおかしくない状況になっている。(同一建物に医療機関と薬局が開設している、いわゆる医療モールとは状況が異なり、一体的な要素がかなり強くなっている)
- このような状況が今後さらに進んでいくと、医療機関と薬局との間の独立した関係性に影響を与えかねない。

(敷地内薬局の経営状況)

- 敷地内薬局の経営実態は、損益率が令和4年改定を経ても増加しており、損益額は高い傾向がある。
- 薬局の収益構造に関して、特別調剤基本料を算定している薬局では、薬局の費用としては「医薬品等費」とその他の費用のうち土地賃借料、建物賃借料の費用が、他の基本料を算定している薬局より突出して高い。

(薬局のかかりつけ機能)

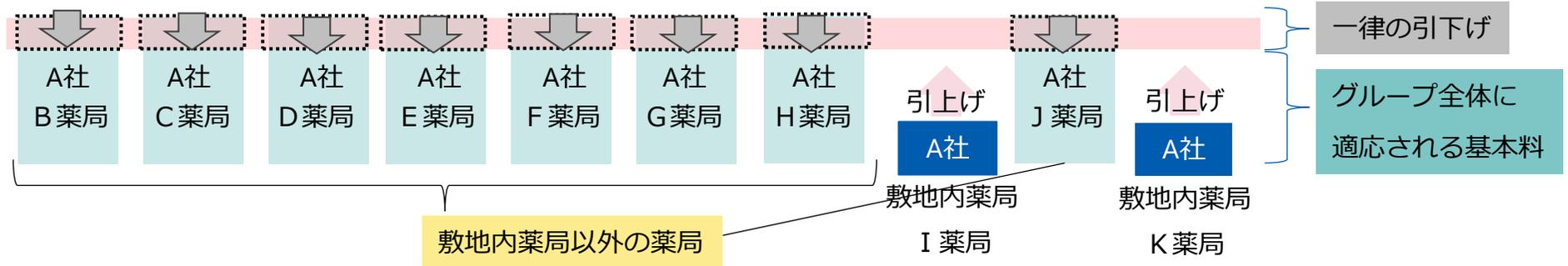
- 医療機関の敷地に開設しているにもかかわらず、医療機関から連携先と認識されていない薬局が多く、退院患者に対して、当該薬局が利用先とは考えられていない傾向がある。敷地の医療機関に対応して高度な薬学管理を担う機能を有している場合がある。
- 厚生労働省の薬局関係の会議においても、特定の医療機関に依存する薬局に関しては、患者本位の医薬分業とはならないことが指摘されており、敷地内薬局の実態を踏まえて、議論を進めることとされている。

⇒ 診療報酬においては、令和6年度改定では現状分析を踏まえたこれまでの情報に基づき対応するとともに、今後の敷地内薬局の実態に基づき、次期改定以降でさらなる対応を検討することが考えられる。

特別調剤基本料の薬局を有する開設者の体制評価（イメージ）

- 特別調剤基本料を算定する薬局の収益構造や経営実態等を踏まえ、調剤基本料では開設者（グループ）単位での体制評価がなれされていることも考慮すると、敷地内薬局を有する開設者（グループ）として評価することも考えられる。

- 例えば、敷地内薬局の調剤基本料を特例で引き下げるのではなく、敷地内薬局の調剤基本料は通常の処方箋集中率等で評価するとともに（現行の特別調剤基本料から引き上がる）、敷地内薬局の開設実態に応じて開設者全体の薬局の調剤基本料で調整することが考えられるのではないか。



※ 特別調剤基本料を算定している薬局における地域支援体制加算/後発医薬品調剤体制加算、服薬情報等提供料の取扱いは、個々の評価の見直しはあり得るとしても、引き続き敷地内薬局に限る措置とすることが考えられる。

1. 調剤基本料

(1) 総論

(2) 特別調剤基本料

2. 地域支援体制加算

3. その他の個別事項

地域医療に貢献する薬局の評価

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、医薬品の備蓄、在宅医療への参画、多職種との連携などを通じて地域医療に貢献する薬局の体制等を地域支援体制加算として評価している。

【地域支援体制加算の施設基準】

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

(1 薬局当たりの年間の回数)

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅薬剤管理の実績 24回以上
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
- ④ 服薬情報等提供料の実績 12回以上
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

(①～⑧は処方箋受付1万回当たりの年間回数、⑨は薬局当たりの年間の回数)

- ① 夜間・休日等の対応実績 400回以上
- ② 麻薬の調剤実績 10回以上
- ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上
- ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上
- ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上
- ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上
- ⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 24回以上
- ⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上
- ⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席

調剤基本料1

地域支援体制加算1 39点

①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。

地域支援体制加算2 47点

地域支援体制加算1の要件を満たした上で、①～⑨のうち3つ以上を満たすこと。

調剤基本料1以外

地域支援体制加算3 17点

麻薬小売業者の免許を受けている上で、①～⑨のうち④及び⑦を含む3つ以上を満たすこと。

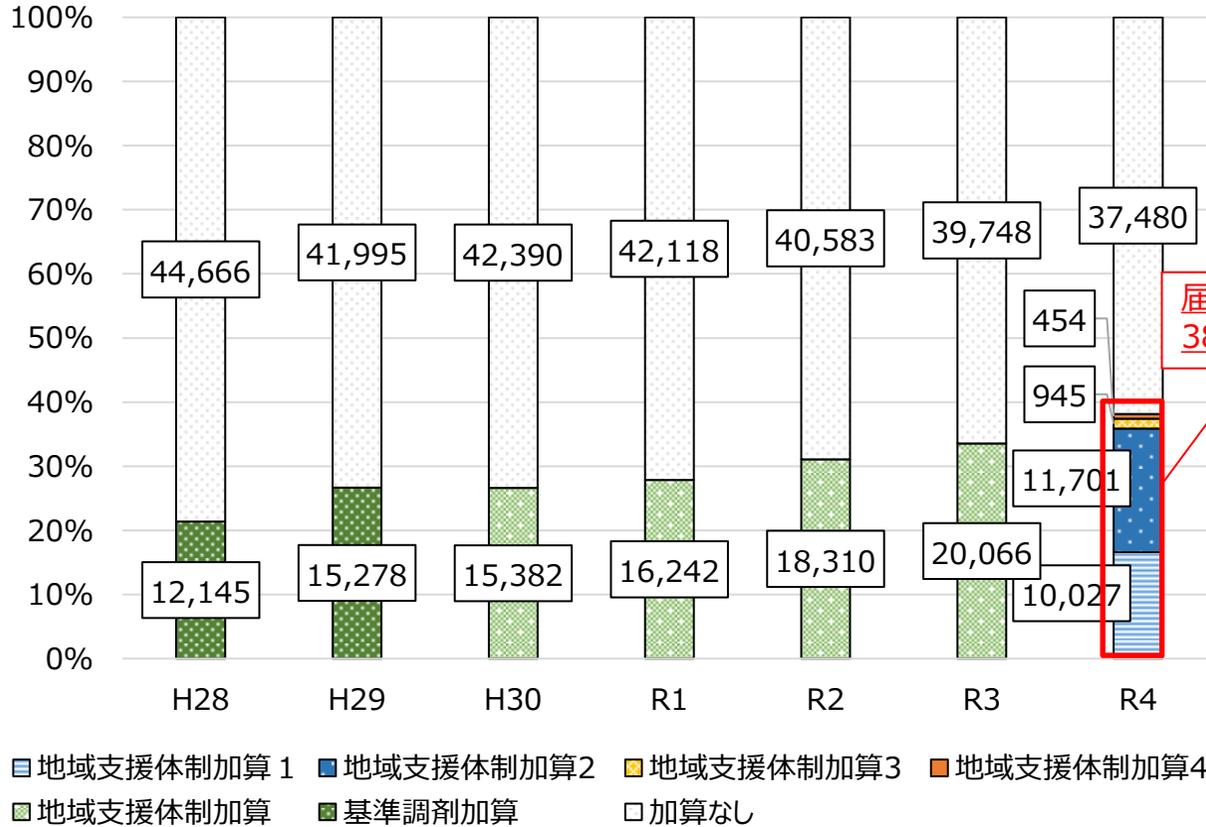
地域支援体制加算4 39点

①～⑨のうち、8つ以上を満たすこと。

地域支援体制加算の現状等

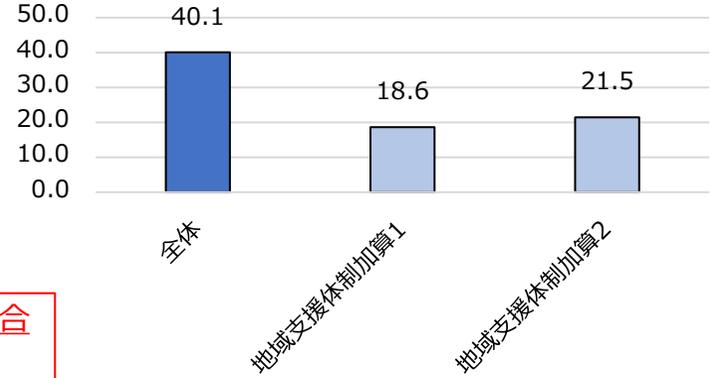
- 地域支援体制加算の届出をしている薬局は令和4年度で38.2%であり、増加傾向である。
- 調剤基本料1の薬局では約4割、調剤基本料1以外の薬局では約3割が届出をしている。

■ 地域支援体制加算の構成比の推移 ※H29までは基準調剤加算



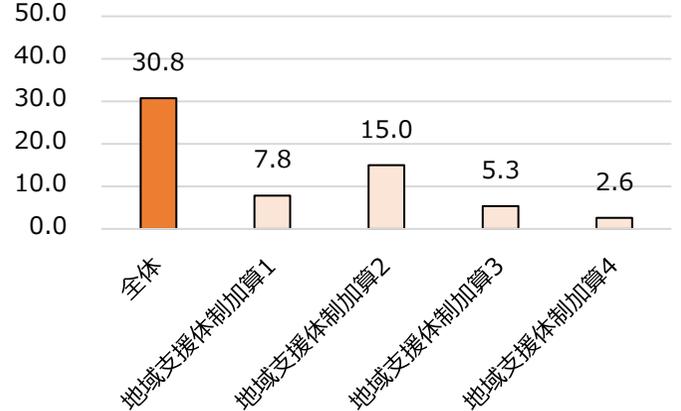
■ 調剤基本料1の届出状況

(令和4年7月1日定例報告において無回答の項目については集計から除いた)



■ 調剤基本料1以外の届出状況

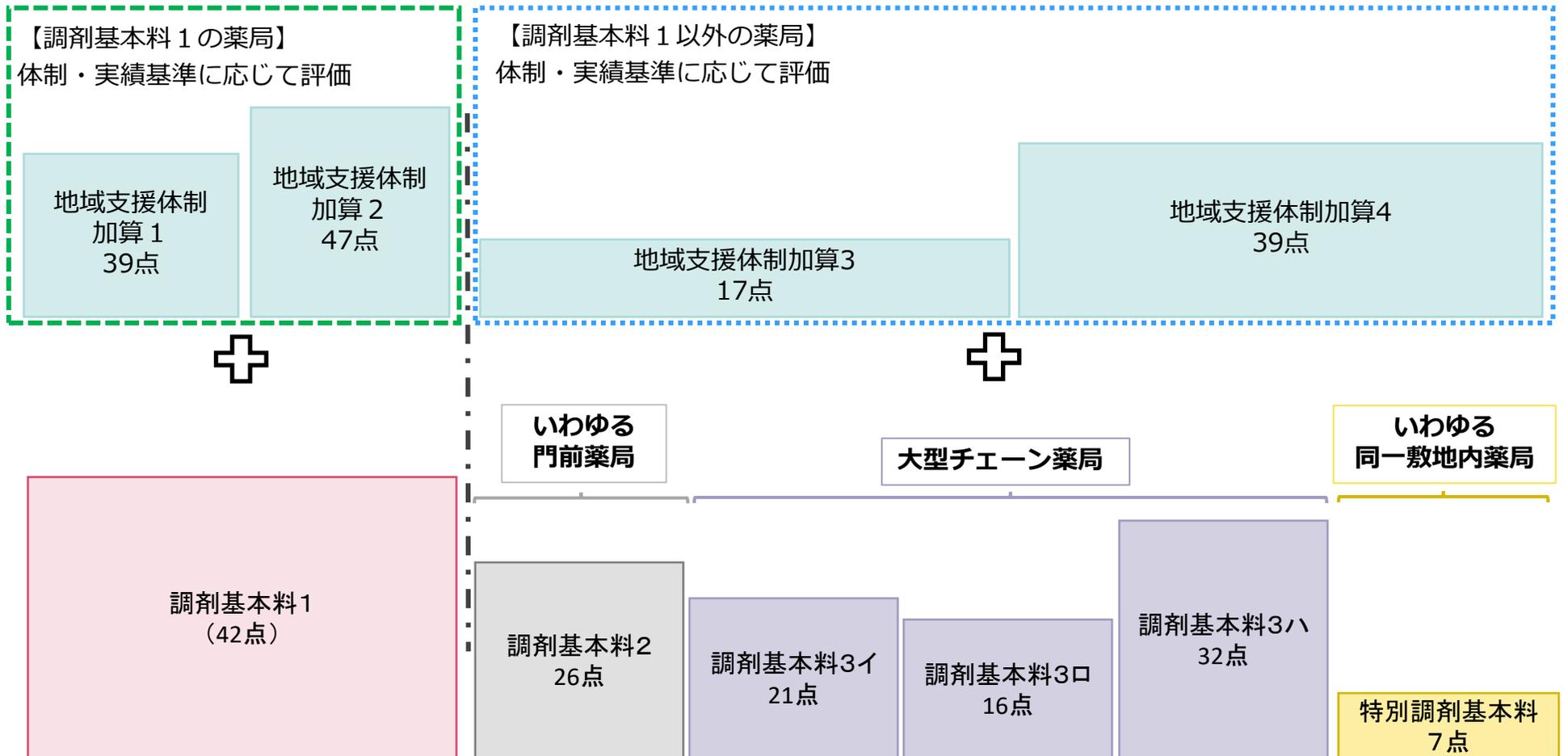
(令和4年7月1日定例報告において無回答の項目については集計から除いた)



※ 経過措置：令和4年度は経過措置により基本料3ハの薬局でも基本料1を算定可能としている

調剤基本料及び地域支援体制加算の評価構造（イメージ）

- 個々の薬局の様態に応じた評価として「調剤基本料」が、薬局の体制や実績に応じた評価として「地域支援体制加算」がそれぞれ設定されている。



地域支援体制加算の施設基準

■ 地域支援体制加算の施設基準

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中度85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

地域支援体制加算に係る実績要件

< 1 薬局あたりの実績 >

	地域支援体制加算1 39点	地域支援体制加算2 47点	地域支援体制加算3 17点	地域支援体制加算4 39点
① 麻薬小売業者の免許を受けていること。	必須	必須	必須	要件なし
② 在宅患者薬剤管理の実績 24回	必須	必須		
③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること	必須	必須		
④ 服薬情報等提供料の実績 12回	④または⑤を満たすこと			
⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席				

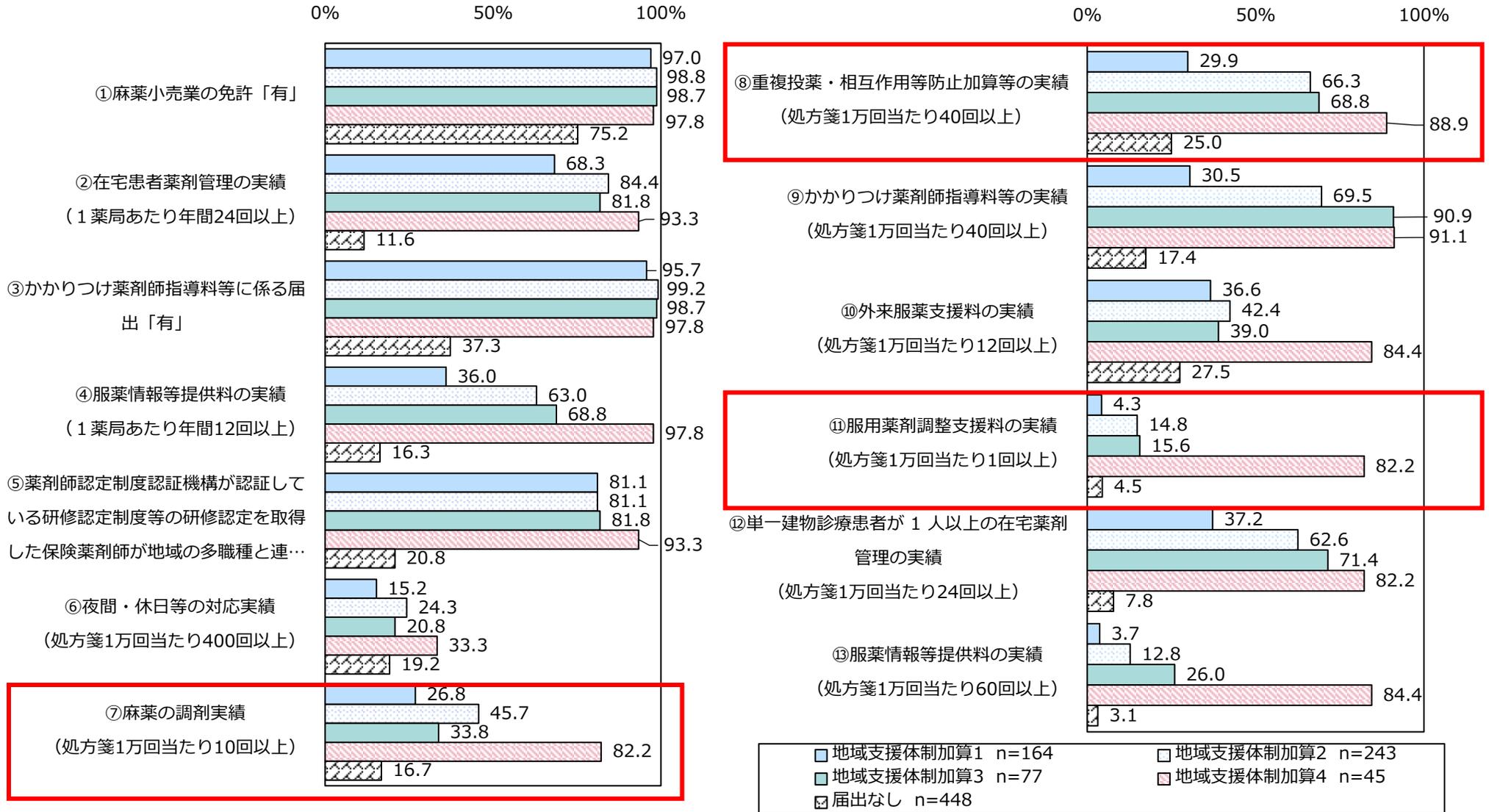
< ①～⑧は処方箋受付1万回あたりの年間回数、⑨は薬局あたりの年間回数 >

① 夜間・休日等の対応実績 400回	要件なし	①～⑨のうち3つ以上を満たすこと	①～⑨のうち④及び⑦を含む3つ以上を満たすこと	①～⑨のうち8つ以上を満たすこと
② 麻薬の調剤実績 10回				
③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回				
④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回				
⑤ 外来服薬支援料の実績 12回				
⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回				
⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 24回				
⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回				
⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席				

各加算によって実績要件が異なる

地域支援体制加算の実績要件

○ 地域支援体制加算を届け出ている薬局のうち、特に重複投薬・相互作用等防止加算等の実績、服用薬剤調整支援料、麻薬の調剤等の実績要件については、加算1～4によって各算定状況の違いが認められた。

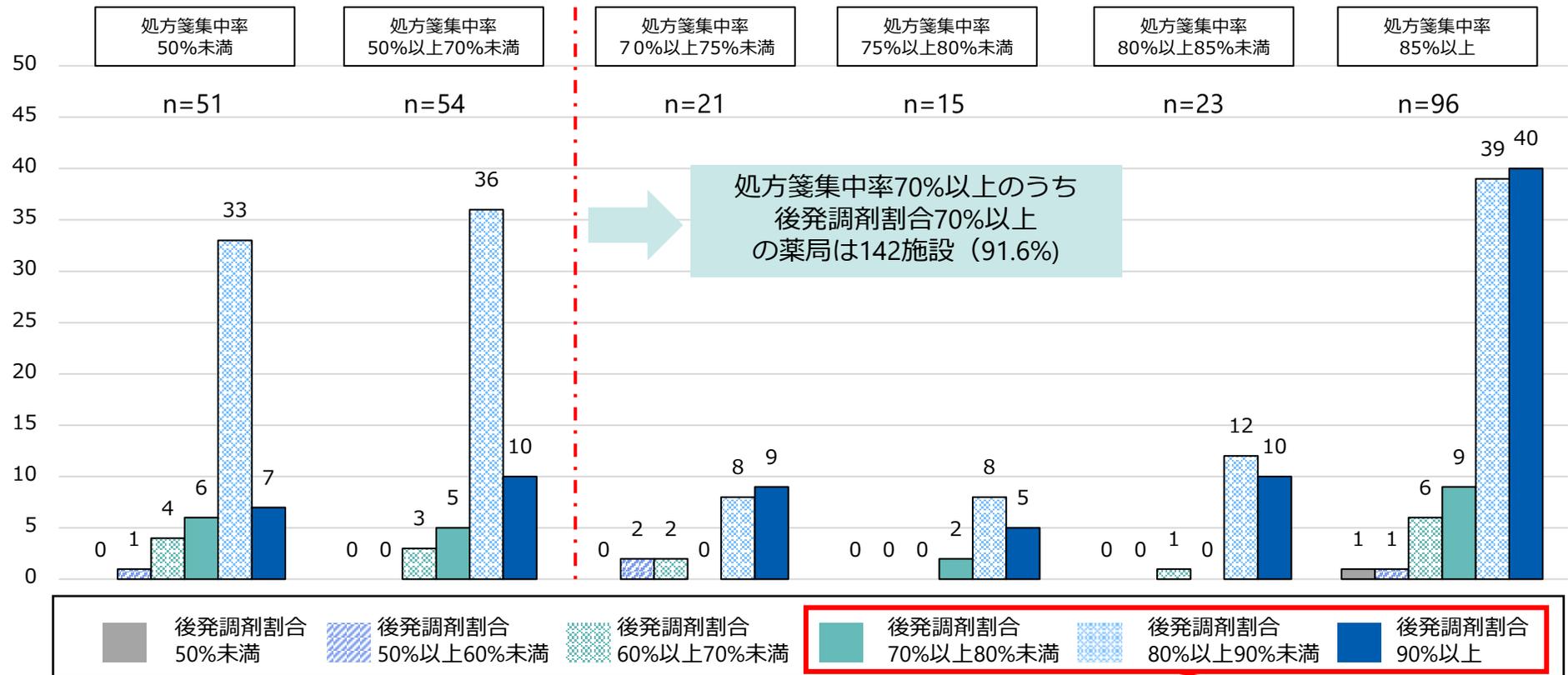


地域支援体制加算の算定状況と後発医薬品の調剤割合

○ 地域支援体制加算を算定する薬局260施設のうち91.9%で後発調剤割合が70%以上であった。

■ 地域支援体制加算を算定する薬局の後発医薬品の調剤割合 (n=260)

(※無回答は除いた)



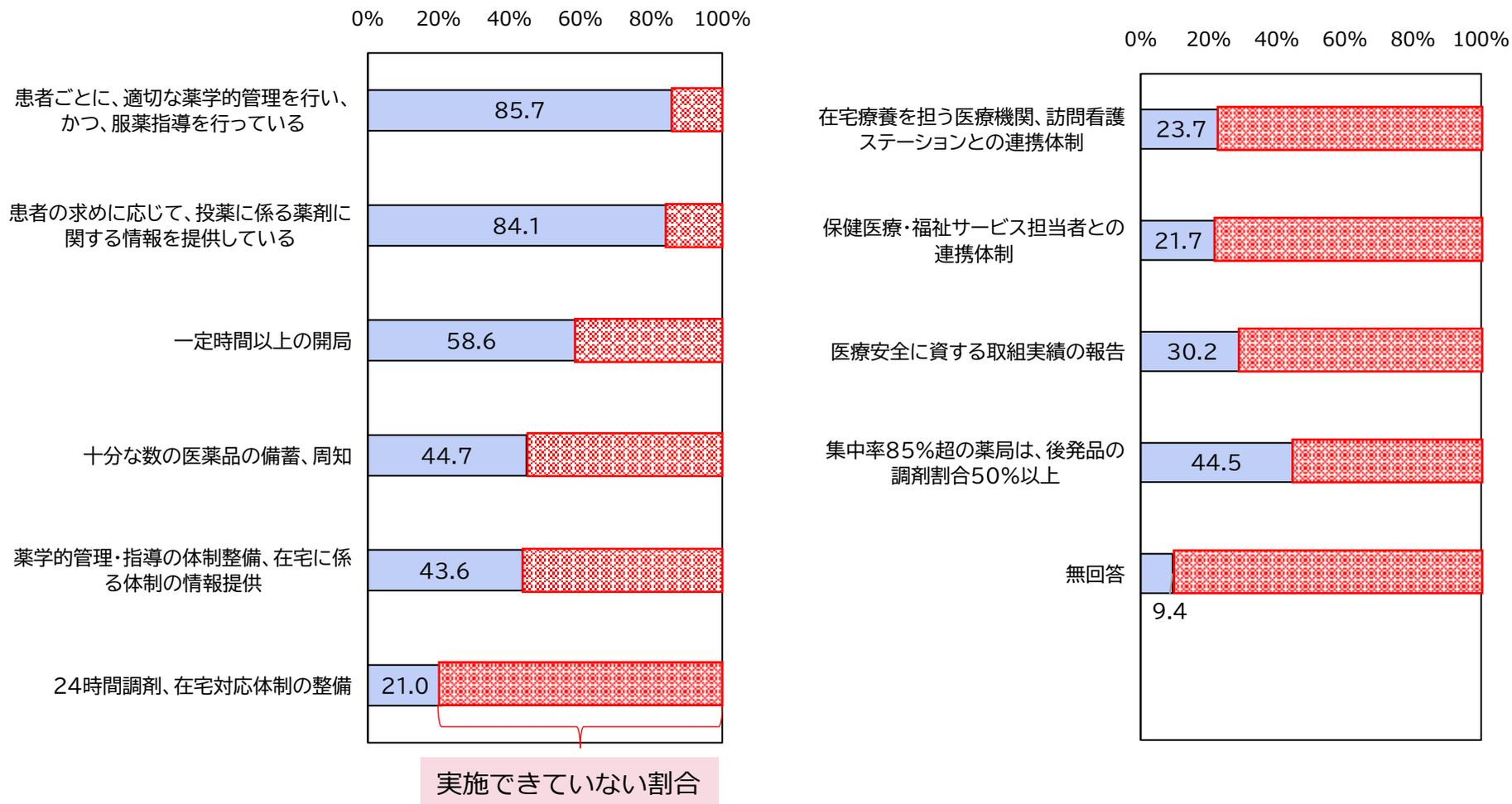
後発医薬品調剤割合 (令和5年6月)

後発調剤割合70%以上の薬局は
全体の217施設 (91.9%)

地域支援体制加算を届出していない薬局の状況

○ 地域支援体制加算を届け出していない薬局のうち、実施できている割合が低い要件としては、24時間調剤、在宅対応体制の整備、保健医療・福祉サービス担当者との連携等であった。

■ 地域支援体制加算を届出していない薬局の体制要件の実施状況 (n=447)



- 薬局は、処方箋を持たなくても住民がアクセスできるような業務を行うべきとされており、市販薬の提供など健康サポート機能の取組、公衆衛生・感染防止対策等への対応、女性の健康に関する相談等の対応が求められる。

2.（1）今後の薬剤師が目指す姿

① 薬局

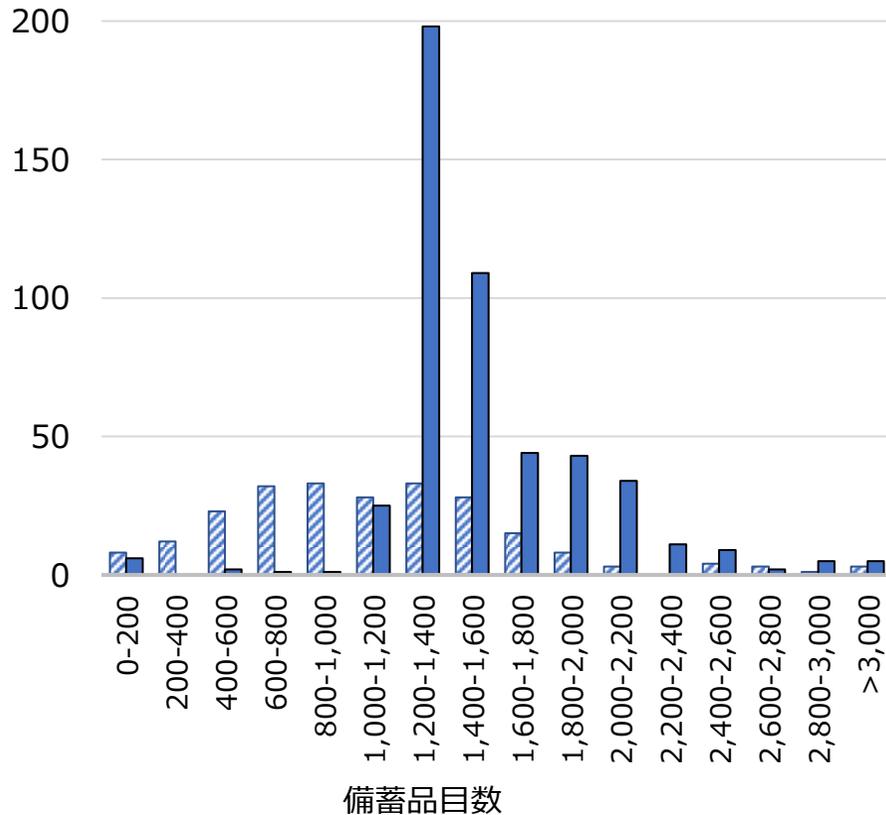
- 処方箋枚数は、高齢者人口の増加等により当面は増加するが、将来的には減少すると予測されていることから、これまでのような医薬分業の進展に伴う処方箋の増加に対応したビジネスモデルは成り立たなくなり、薬局の本来の役割を発揮するためには、処方箋を持たなくても住民がアクセスできるような業務を行うべきである。調剤だけが薬局の役割であるかのような「調剤薬局」という名称が用いられる状況は変えていくべきである。
- 薬局では住民の生活を支えていく取組も必要となる。健康に関する関心・正しい理解、予防・健康づくり（セルフケア）を推進し、症状に応じて適切な市販薬を使用するセルフメディケーションを支援するため、要指導医薬品・一般用医薬品、薬局製剤、衛生材料、介護用品等の提供や必要な情報提供・相談対応等の健康サポート機能の取組が必要である。（例えば、薬剤師による薬の相談会の開催や禁煙相談の実施、健診の受診勧奨や認知症早期発見につなげる取組、医師や保健師と連携した糖尿病予防教室や管理栄養士と連携した栄養相談会の開催など）
- 災害時の医薬品供給や衛生管理（避難所等の消毒、感染症対策等の対応等）や学校等での公衆衛生（環境衛生、薬物乱用対策等）、感染症防止対策等への対応も求められる。今は新型コロナウイルス感染症対応、特にワクチンの一連の接種体制への積極的な関与も重要な役割である。（医療機関の薬剤師も同様）
- また、緊急避妊薬の取扱いにあたっては、現在はオンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤の対応に関する研修が進められているが、このような研修の推進も含む取組により、薬剤師として女性の健康に関する相談等の適切な対応もできるようにすべきである。

薬局における医薬品の備蓄状況

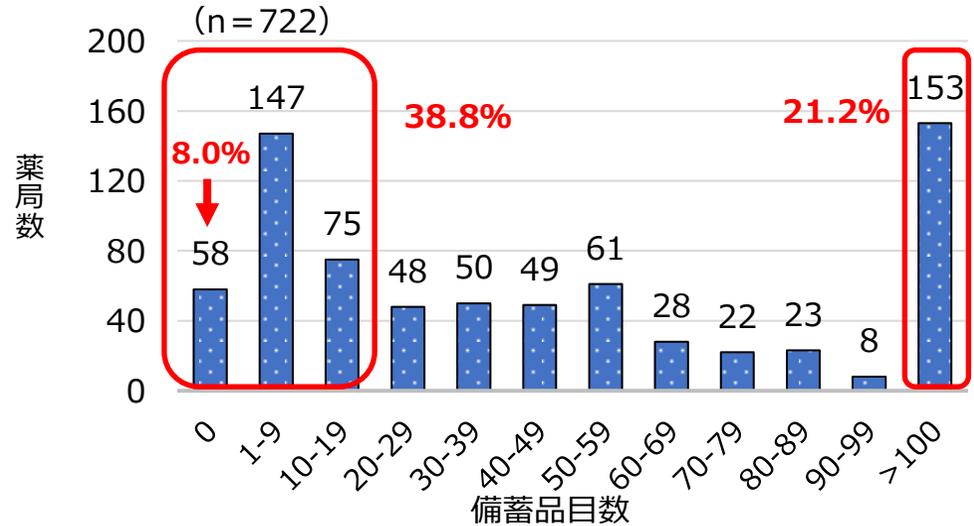
- 医療用医薬品の備蓄品目数は、地域支援体制加算の算定薬局の方が多かった。
- 要指導医薬品・一般用医薬品の備蓄品目数は、100品目以上の薬局が21.2%である一方で、19品目以下の薬局が38.8%、置いていない薬局が8.0%であった。

■ 医療用医薬品の備蓄品目数の分布

- ▨ 地域支援体制加算なし (n=234、平均1,150品目)
- 地域支援体制加算あり (n=495、平均1,548品目)



■ 要指導医薬品・一般用医薬品の備蓄品目数の分布



薬局の区分別の集計	平均備蓄品目数
全体 (n=722) ※上記分布	95
地域支援体制加算あり (n=483)	83
健康サポート薬局 (n=218)	123
いずれもなし (n=189)	67

薬局における禁煙の取組

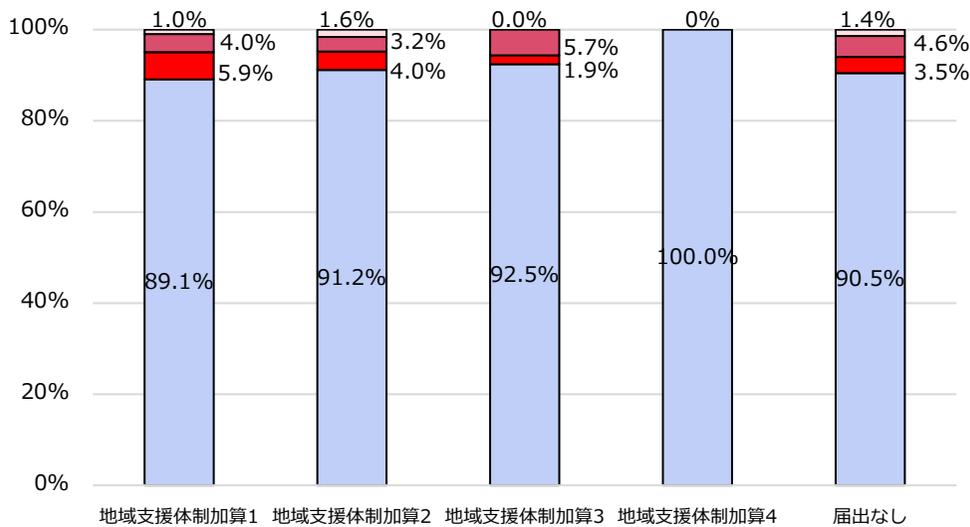
○ 健康増進法において薬局は敷地内禁煙となる第一種施設に該当するが、一部の薬局においては施設内の禁煙がされておらず、薬局又は併設する店舗販売業(＝市販薬を販売する店舗)において、たばこが販売されている。

健康増進法の一部を改正する法律(平成30年法律第78号)

敷地内禁煙となる第一種施設は、受動喫煙により健康を損なうおそれが高い者である①二十歳未満の者、②患者、③妊婦が主たる利用者である以下の施設とする。

- ・ 学校教育法第1条に規定する学校(専ら大学院の用途に供する施設を除く。)その他二十歳未満の者が主として利用する教育施設等
- ・ 医療法に規定する病院、診療所及び助産所
- ・ **医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に規定する薬局**
- ・ 以下略

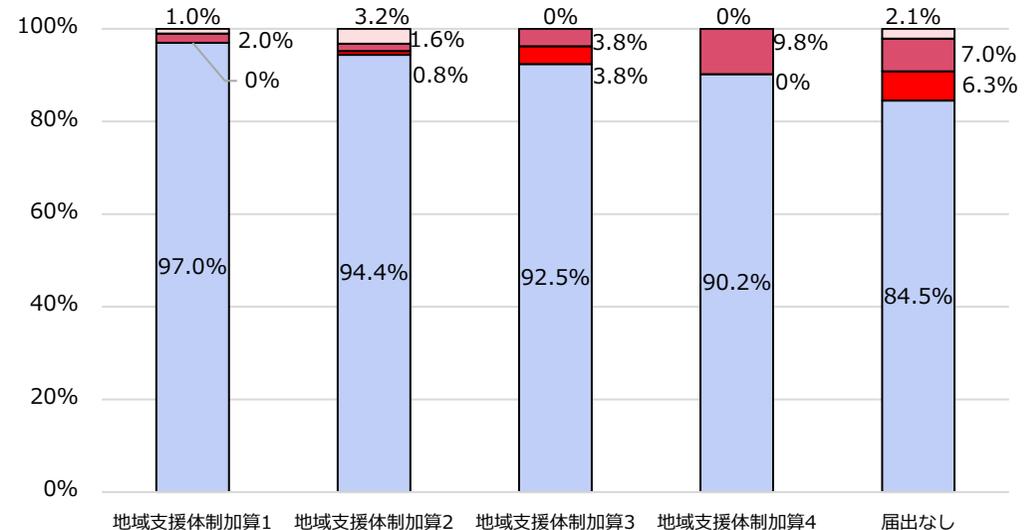
■ 薬局の施設内禁煙の状況



- 施設内は全面禁煙
- 施設内に喫煙可能な場所を設けている
- 禁煙にはしていない
- 無回答

地域支援体制加算 1 : n=101
 地域支援体制加算 2 : n=125
 地域支援体制加算 3 : n=53
 地域支援体制加算 4 : n=41
 届出なし : n=284

■ 薬局におけるたばこの販売状況



- 無回答
- 薬局では販売していないが、併設店舗販売業では販売している
- 販売している
- 併設する店舗販売業を含めて販売していない

地域支援体制加算 1 : n=101
 地域支援体制加算 2 : n=125
 地域支援体制加算 3 : n=53
 地域支援体制加算 4 : n=41
 届出なし : n=284

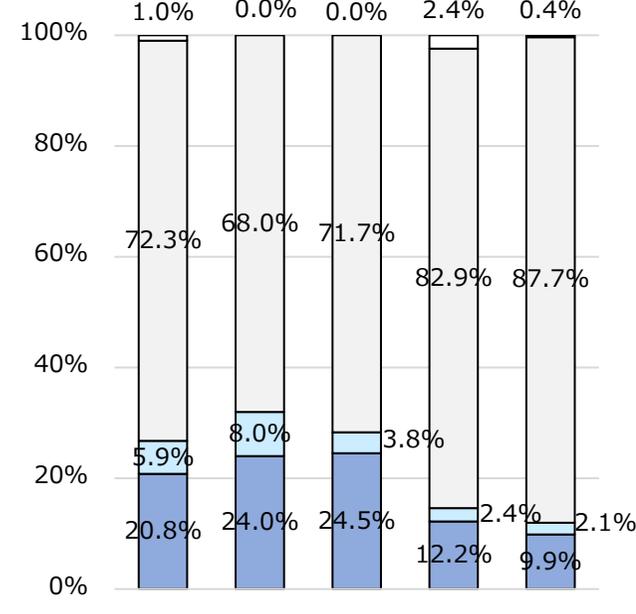
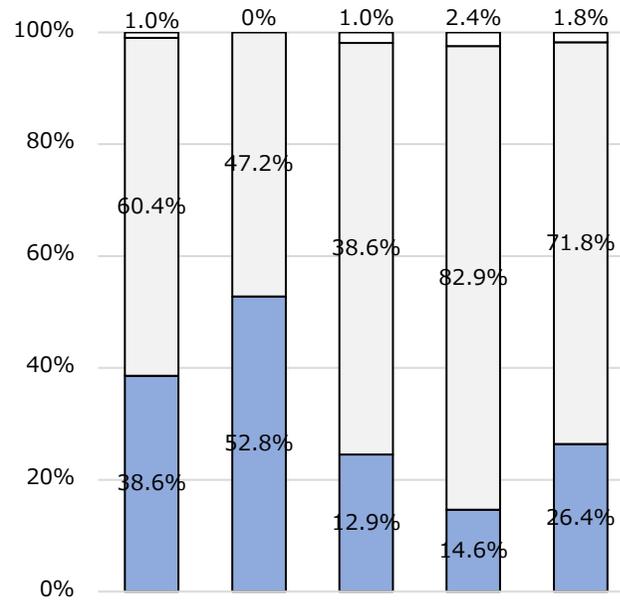
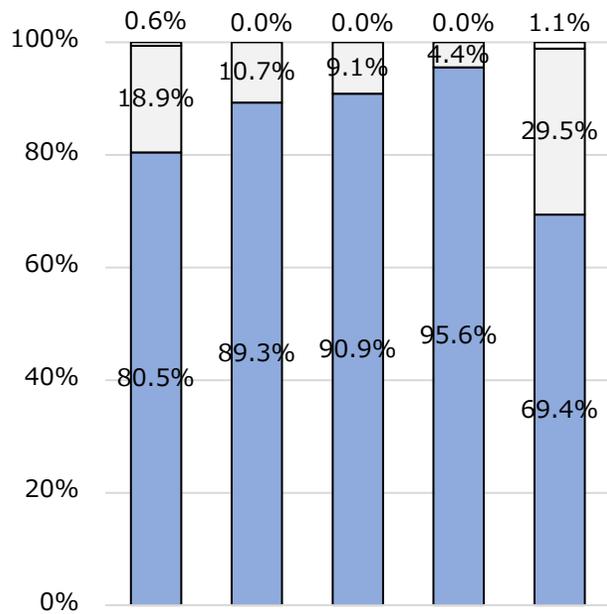
薬局におけるその他の地域住民への取組

○ 以下のような地域住民への取組については、地域支援体制加算を届け出ている薬局では、届け出していない薬局に比べて、それぞれの取組が多く実施されている傾向があった。

■ 新型コロナウイルス抗原キットの取扱^(注1)

■ 学校薬剤師の委託を受ける薬剤師の有無^(注2)

■ 緊急避妊薬の取扱状況について^(注2)



■ 取扱あり □ 取扱なし □ 無回答

□ 無回答

□ 学校薬剤師の委託を受けている薬剤師が在籍していない

■ 学校薬剤師の委託を受けている薬剤師が在籍している

■ 取扱あり

□ 取扱なし

□ 今後検討している

□ 無回答

出典：注1：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る検証調査「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」(薬局票)

注2：令和5年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

地域支援体制加算と地域連携薬局の要件の比較

		地域支援体制加算	地域連携薬局
構造設備		<ul style="list-style-type: none"> ・パーティション等で区切られた独立したカウンター ・患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制（望ましい） 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の服薬指導等の際に配慮した構造設備（相談窓口への椅子の設置、パーティションの設置等） ・高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造設備（手すり、車いすでも来局できる構造等）
情報提供体制	会議	調基 1：地域の多職種と連携する会議への出席 1 回以上（薬局あたり）	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの構築に資する会議への参加（地域ケア会議、サービス担当者会議、地域の多職種が参加する退院時カンファレンス） ・地域における医療機関に勤務する薬剤師等に対して報告及び連絡した実績（<u>月平均30回以上</u>） ・地域における医療機関に勤務する薬剤師等に対して随時報告及び連絡することができる体制 ・他の薬局に対して報告及び連絡することができる体制
	報告実績	調基 1：服薬情報等提供料の実績 12回以上	
	報告体制	<ul style="list-style-type: none"> ・医薬品の情報提供の体制 	
専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導の業務体制	開局時間	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤及び在宅業務に24時間対応できる体制 ・調基 1 以外：夜間・休日等の対応実績 400回以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・開店時間外の相談に対応する体制 ・休日及び夜間の調剤応需体制 ・在庫医薬品を他の薬局に提供する体制 ・麻薬の調剤応需体制 ・無菌製剤処理の実施体制（他の薬局の無菌調剤室を利用する場合も含む） ・医療安全対策（医薬品に係る副作用等の報告の対応、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業への参加等） ・1年以上継続勤務する常勤薬剤師の人数（<u>常勤薬剤師の半数以上</u>） ・地域包括ケアシステムに関する研修を修了した常勤勤務薬剤師の人数（<u>常勤薬剤師の半数以上</u>） ・地域包括ケアシステムに関する内容の研修の受講（<u>全ての薬剤師が毎年継続的に受講</u>） ・地域の医療施設に対して医薬品に関する情報提供実績（<u>地域の医薬品情報室</u>）
	調剤体制	<ul style="list-style-type: none"> ・1,200品目以上の保険調剤に係る医薬品の備蓄 ・麻薬小売業者の免許（調基 1 以外：麻薬の調剤実績10回以上） 	
	医療安全対策	<ul style="list-style-type: none"> ・ブレアボイド事例の報告、副作用報告の体制、PMDAメディナビへの登録 	
	継続勤務・研修	<ul style="list-style-type: none"> ・管理薬剤師に対する要件（5年以上の勤務、週32時間以上の勤務、当該薬局での1年以上の勤務） ・かかりつけ薬剤師指導料等の届出（調基 1 以外：算定実績40回以上） ・定期的な研修受講 	
在宅対応	実績	調基 1：在宅患者薬剤管理の実績 24回以上	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者薬剤管理の実績（月平均 2 回以上） ・医療機器及び衛生材料の提供体制（高度管理医療機器又は特定保守管理医療機器の販売業許可）
	体制	<ul style="list-style-type: none"> ・医療材料・衛生材料の供給体制 ・在宅業務実施体制の周知 ・在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーションとの連携体制、介護支援専門員（ケアマネージャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携体制、地域包括ケアセンターとの必要な連携 	
その他		<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の調剤割合50%以上（集中度85%以上のみ） ・OTCの販売 ← ・生活習慣全般に係る相談応需・対応（健康情報拠点） ・調基 1 以外：重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上 ・調基 1 以外：外来服薬支援料の実績 12回以上 ・調基 1 以外：服用薬剤調整支援料の実績 1回以上 	<p>（参考）健康サポート薬局の届出要件において、OTCの取扱いは「基本的な薬効群を原則としつつ、地域の実情に応じて、当該薬局において供給すること」とされており、「基本的薬効群」として解熱鎮痛薬、鎮咳去痰薬、整腸剤など48薬効群が示されている。</p>

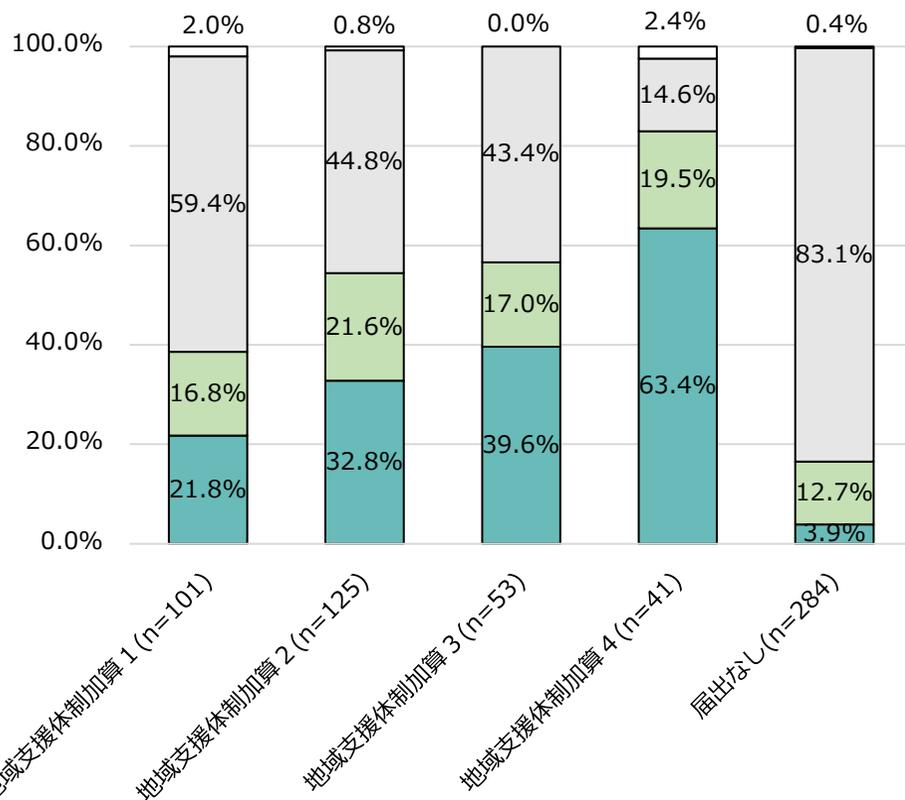
※実績要件については、調基 1 は薬局あたり、調基 1 以外は薬剤師あたり

※下線部は、地域支援体制加算の要件と差異があると考えられる要件

地域支援体制加算と認定薬局等の状況

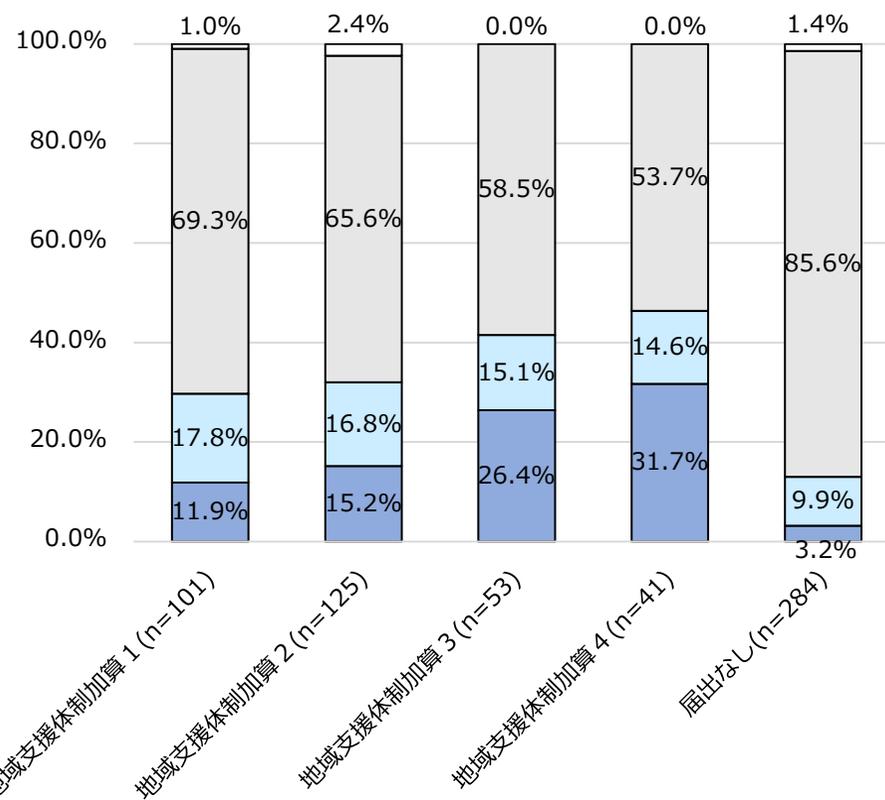
○ 医薬品医療機器等法に基づく地域連携薬局の認定、健康サポート薬局の届出については、地域支援体制加算を届け出ている薬局では、届け出していない薬局に比べて、認定・届出状況が高い傾向がある。

■ 地域連携薬局の認定状況



■ 認定あり ■ 今後検討している □ 認定なし □ 無回答

■ 健康サポート薬局の届出状況



■ 届出あり □ 今後検討している □ 届出なし □ 無回答

(参考) 地域連携薬局と健康サポート薬局の現状

○ 医薬品医療機器等法に基づく地域連携薬局の認定薬局数、健康サポート薬局の届出薬局数は以下のとおり。

地域連携薬局数

全数 3,968 (令和5年10月31日時点)

北海道	208	東京都	670	滋賀県	45	徳島県	22
青森県	27	神奈川県	362	京都府	114	香川県	39
岩手県	23	新潟県	79	大阪府	271	愛媛県	36
宮城県	83	山梨県	13	兵庫県	158	高知県	21
秋田県	16	長野県	44	奈良県	30	福岡県	115
山形県	23	富山県	37	和歌山県	16	佐賀県	8
福島県	62	石川県	40	鳥取県	20	長崎県	28
茨城県	139	岐阜県	47	島根県	13	熊本県	36
栃木県	57	静岡県	115	岡山県	44	大分県	32
群馬県	52	愛知県	140	広島県	96	宮崎県	22
埼玉県	243	三重県	54	山口県	29	鹿児島県	33
千葉県	188	福井県	12			沖縄県	6

健康サポート薬局数

全数 3,123 (令和5年9月30日時点)

北海道	154	東京都	385	滋賀県	27	徳島県	26
青森県	33	神奈川県	193	京都府	42	香川県	40
岩手県	25	新潟県	59	大阪府	300	愛媛県	42
宮城県	47	山梨県	12	兵庫県	71	高知県	23
秋田県	34	長野県	77	奈良県	26	福岡県	124
山形県	26	富山県	19	和歌山県	51	佐賀県	15
福島県	78	石川県	41	鳥取県	9	長崎県	34
茨城県	104	岐阜県	37	島根県	18	熊本県	44
栃木県	50	静岡県	71	岡山県	63	大分県	29
群馬県	47	愛知県	96	広島県	75	宮崎県	17
埼玉県	184	三重県	49	山口県	47	鹿児島県	20
千葉県	125	福井県	16			沖縄県	18

- 災害や新興感染症の発生時等においても薬局が継続して地域の医薬品供給や衛生管理に関する対応等を維持できる体制を評価する観点から、令和4年度診療報酬改定において連携強化加算を新設。

調剤基本料 連携強化加算：2点

[算定要件の概要]

地域支援体制加算を算定している場合に、他の保険薬局、保険医療機関及び都道府県等との連携により、災害又は新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制が整備されている保険薬局において調剤を行った場合に所定点数を加算する。

[施設基準の概要]

■ 医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制の確保

- ・ 医薬品の提供施設として薬局機能の維持
- ・ 避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等
- ・ 災害の発生時における体制や対応についての手順書等の作成と薬局内の職員への共有
- ・ 医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等に関する研修の実施

■ 都道府県等と適切に連携するために地域の協議会又は研修等に積極的に参加

- ・ 地域の協議会、研修又は訓練等への参加の計画の作成（年1回程度の参加が望ましい）
- ・ 必要に応じて地域の他の保険薬局等との協議会等の結果の共有

■ 体制を確保していることについてホームページ等で広く周知

- ・ 体制を確保していることについて薬局内での掲示又は当該薬局のホームページ等において公表

■ 都道府県等からの協力要請があった場合に地域の関係機関と連携し必要な対応を実施（※）

- ・ 夜間休日など含めて新型コロナウイルスに係る抗原定性検査キットの販売体制を備えていること
- ・ 新型コロナウイルス感染症治療薬を自局で備蓄・調剤していること

※令和4年4月の施行当初はPCR等検査無料化事業に係る検査実施事業者として登録・実施とホームページ等での周知することを要件としていたが、令和5年4月より現在の規定に改正

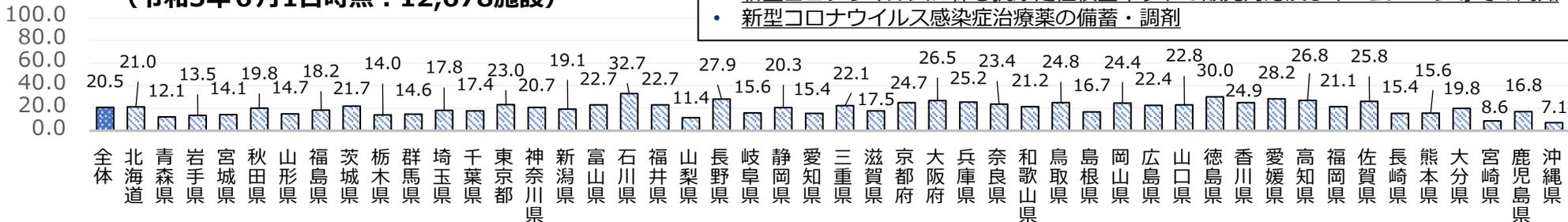
薬局における新型コロナウイルス感染症への対応状況①

○ 薬局において約2割が連携強化加算の届出を行っており、検査キットや治療薬の対応も実際に行っていた。

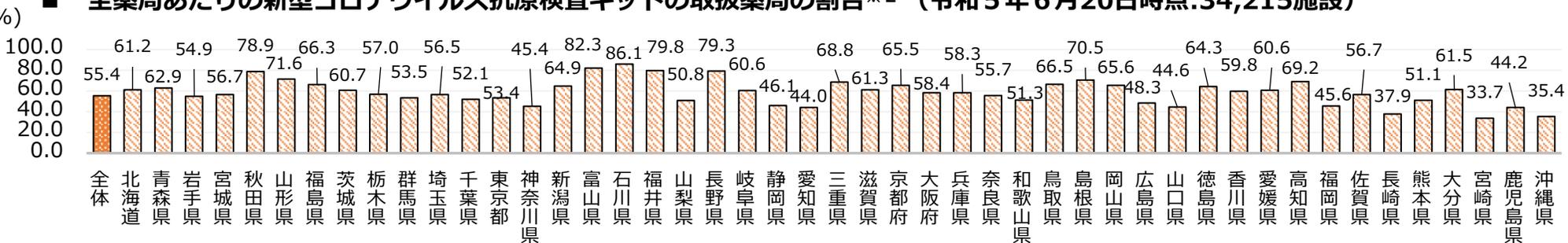
■ 全薬局あたりの都道府県別連携強化加算の届出割合※1 (令和5年6月1日時点: 12,678施設)

【連携強化加算の算定要件見直し】令和5年4月1日より下記要件へ変更

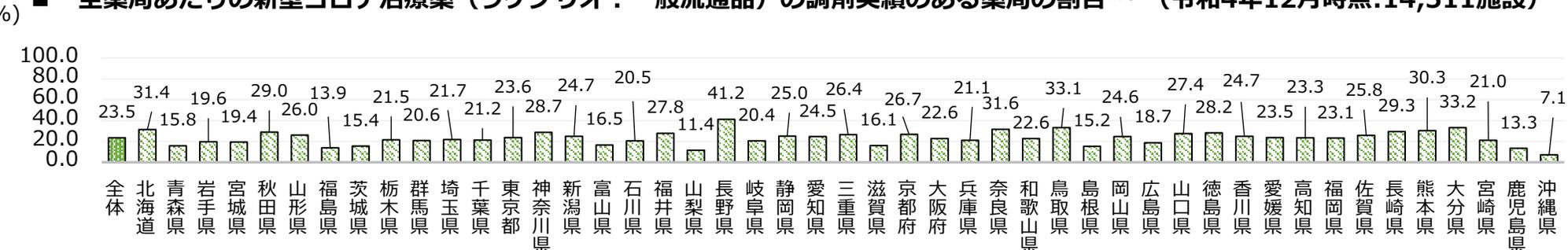
- ・ 新型コロナウイルスに係る抗原定性検査キットの販売対応及びホームページ等での周知
- ・ 新型コロナウイルス感染症治療薬の備蓄・調剤



■ 全薬局あたりの新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱薬局の割合※2 (令和5年6月20日時点: 34,215施設)



■ 全薬局あたりの新型コロナ治療薬（ラゲブリオ：一般流通品）の調剤実績のある薬局の割合※3 (令和4年12月時点: 14,511施設)



出典: ※1届出薬局数については保険局医療課調べ(令和5年5月1日)

※2新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱薬局は新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱薬局・店舗マップ・リストのホームページ参照(令和5年6月時点)

※3新型コロナウイルス治療薬の調剤実績についてはNDBデータ(令和4年12月診療分)

※4薬局数については令和4年度衛生行政報告参照(令和3年度61,791施設)

1. 調剤基本料

(1) 総論

(2) 特別調剤基本料

2. 地域支援体制加算

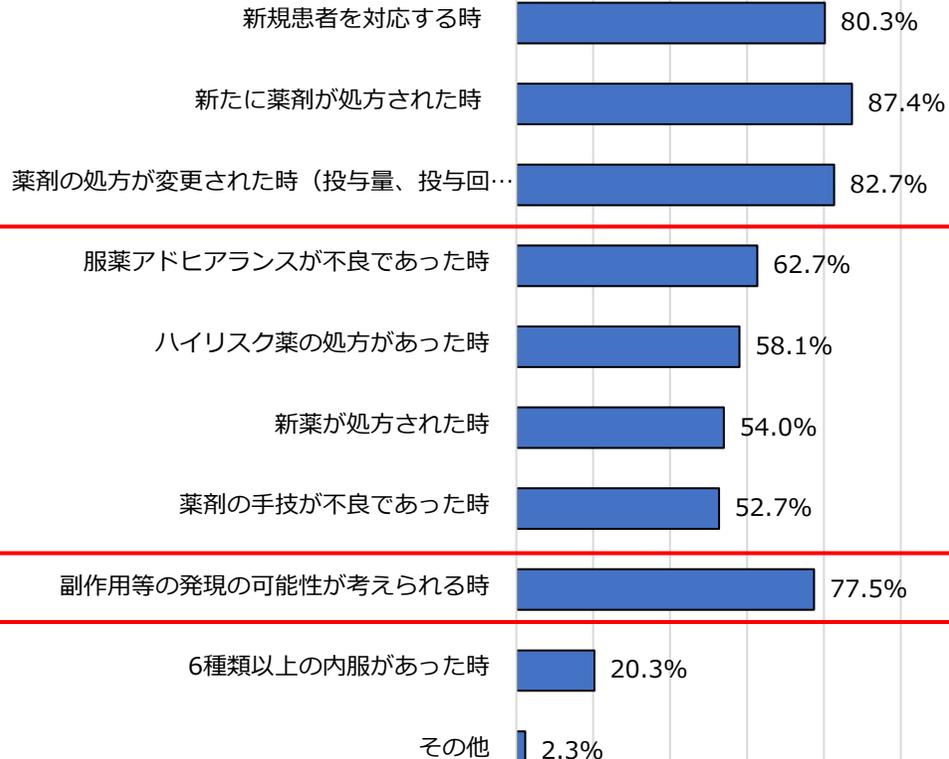
3. その他の個別事項

服薬指導の状況

- 特に充実した服薬指導が必要と考える場面として、「薬剤の処方の変更された時」、「新たに薬剤が処方された時」、「新規患者を対応する時」、「副作用等の発現の可能性が考えられる時」が多く挙げられた。
- 服薬指導を一律に行うのではなく、患者の状況や処方に変化があるタイミングで特に充実した服薬指導が必要と考えられている。

■ 特に充実した服薬指導が必要と考える場面 (複数回答)(n=1,030)

0% 20% 40% 60% 80% 100%



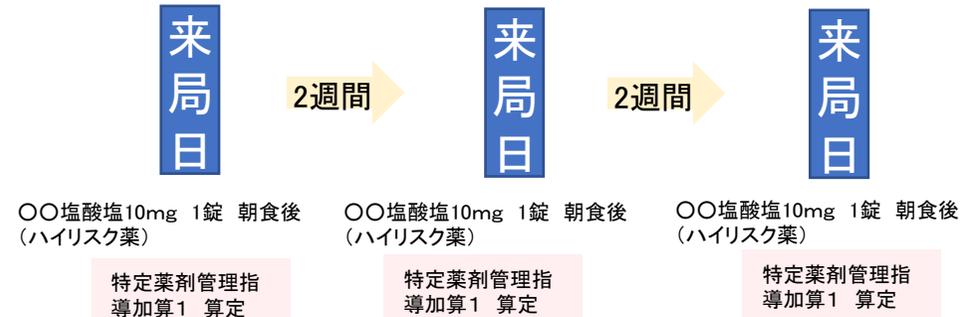
■ 特定薬剤管理指導加算1 (ハイリスク薬の指導)

特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるもの※を調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算として、10点を所定点数に加算する。



■ 特定薬剤管理指導加算1の算定 (イメージ)

算定要件を満たせば、用法用量等の変更が無くとも毎回の算定可能



<※特に安全管理が必要な医薬品(ハイリスク薬)>

抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤(内服薬に限る。)、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤(注射薬に限る。)、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗HIV薬

服薬管理指導時に使用する資材

- 特に充実した服薬管理指導が必要と考える場面において使用する資材として、通常の服薬指導の際に用いている「薬剤情報提供書」が67.5%のほか、「RMPに基づく患者向け資材」が31.7%使用されていた。(RMP=リスク管理計画)

■ 特に充実した服薬管理指導が必要と考える場面で患者に情報提供する際に使用する資材(n=1,030)

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0%

薬剤情報提供書 67.5%

RMPに基づく患者向け資材 31.7%

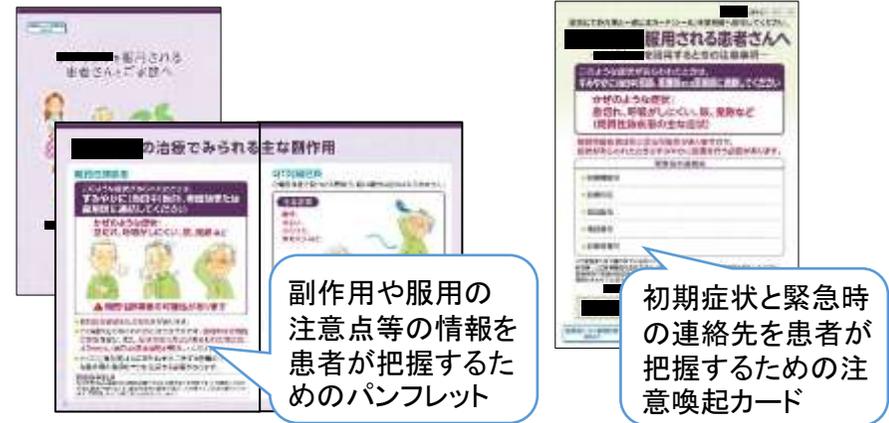
自薬局で作成した資材 10.2%

資材は使用しない 7.2%

その他 10.0%

患者向け資材(RMPが必要な医薬品)

- 添付文書等による情報提供では不足している副作用や適正使用について患者向けにわかりやすく示した資材



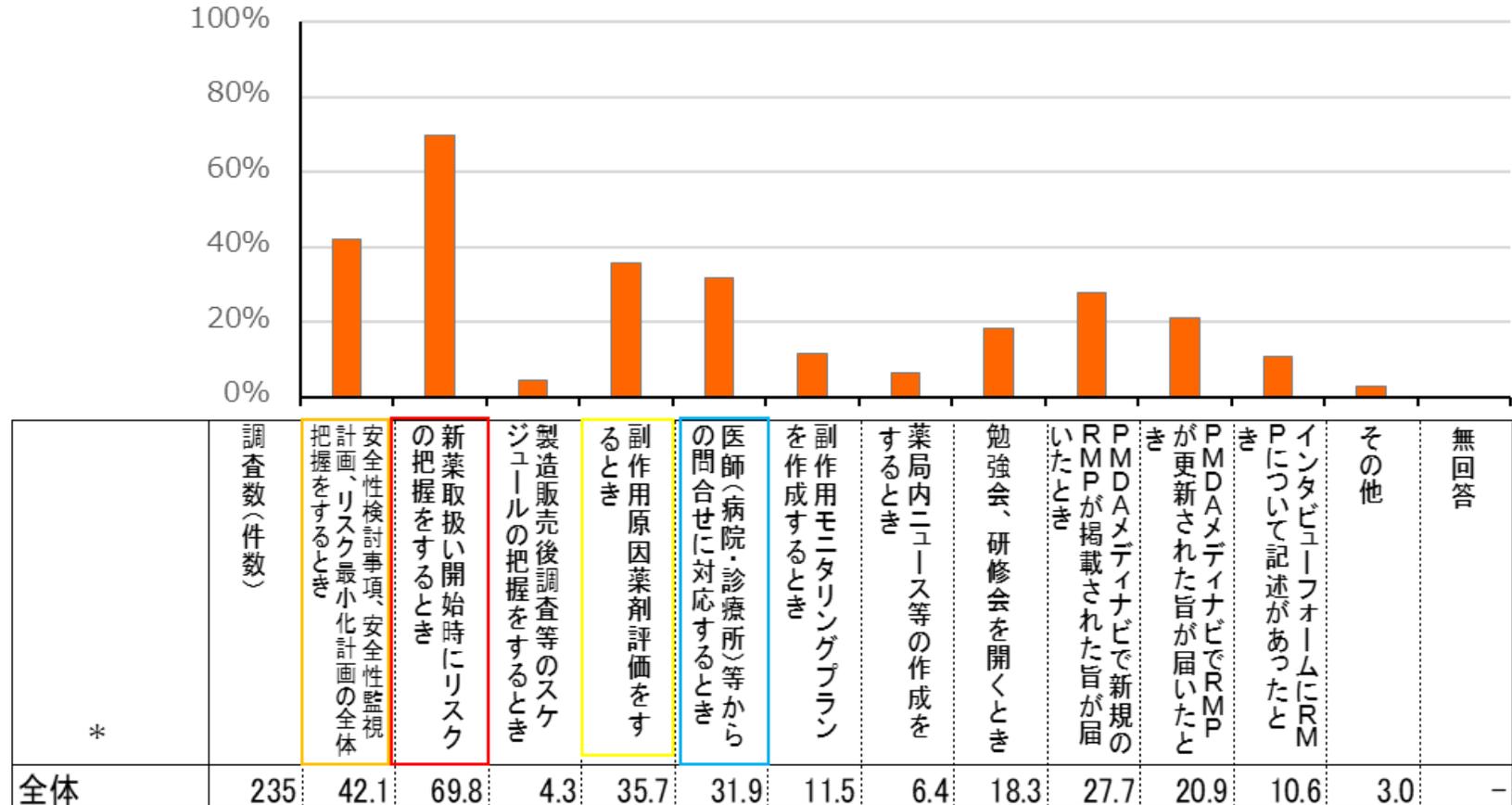
作成対象: RMPで医薬品の特性を踏まえて、添付文書等の他に追加で情報提供が必要と判断された医薬品

※特に新薬を中心として、医薬品のリスクを最小化するための取組として、製薬企業に対して医薬品リスク管理計画(RMP)を作成することを薬事承認時に義務づけている。それに伴い、患者向けの資材が作成されるものがある。

薬局におけるリスク管理計画（RMP）の活用状況

- リスク管理計画(RMP)を業務に活用したことがある施設では、「新薬取扱い開始時のリスクの把握をするとき」にRMPを閲覧しているとの回答が最も多かった(69.8%)。
- 次いで「安全性検討事項、安全性監視計画、リスク最小化計画の全体把握をするとき(42.1%)」、「副作用原因薬剤評価をするとき(35.7%)」、「医師(病院・診療所)等からの問い合わせに対応するとき(31.9%)」が挙げられた。

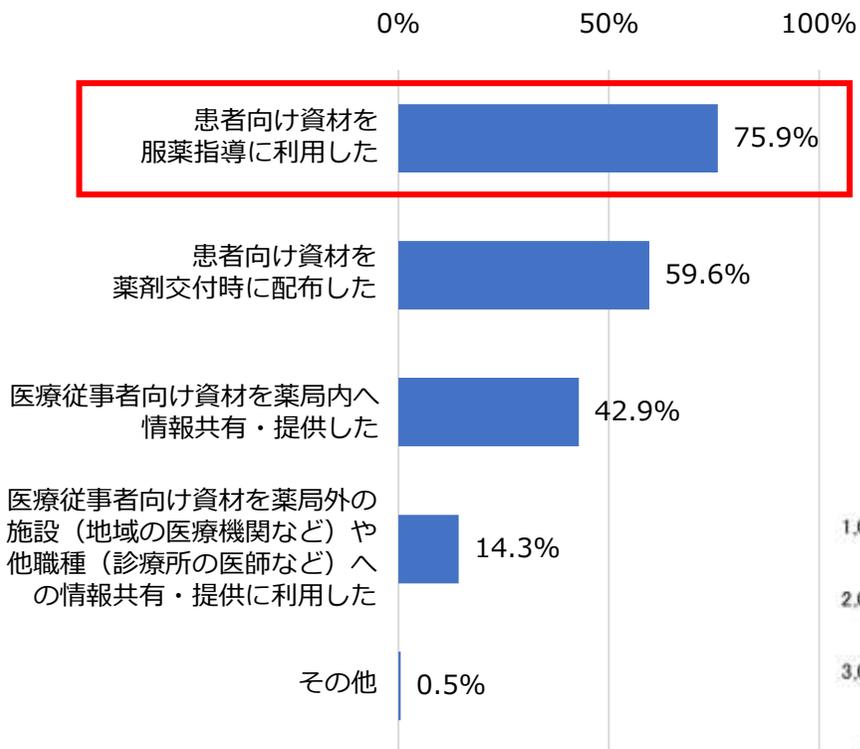
■ RMPを業務に活用したことがあると回答した薬局においてにRMPを閲覧する状況



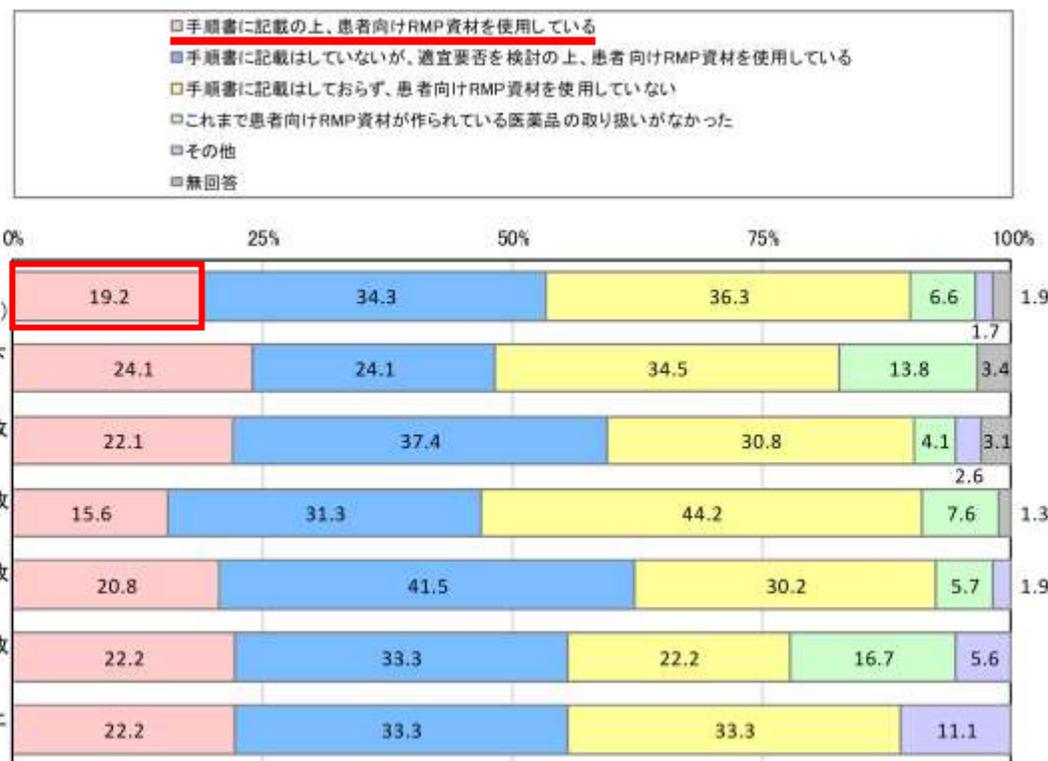
患者への情報提供時のリスク管理計画（RMP）の活用

○ リスク管理計画に基づく資材（RMP資材）を業務に活用したことがある施設のうち、患者向けRMP資材を服薬指導に利用した施設は75.9%であり、薬局における業務の手順書等にRMPの活用に関して記載し、RMPを活用している薬局は19.2%であった。

■ 「RMP資材」について、業務に活用した事例（「RMP資材」を業務に活用したことがある施設への調査、複数回答、n=203）



■ 患者向けRMP資材について、それを使用して服薬指導を行ったり、患者に配布したりすることが手順書※に記載の有無（※医薬品の安全使用のための業務手順書として作成されている場合も含む）



リスク管理計画(RMP)に基づく患者向け情報資材の効果

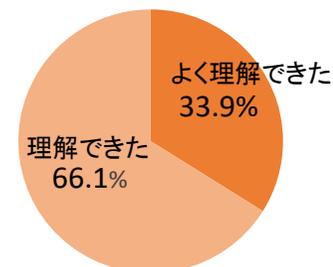
○ 抗インフルエンザ薬のRMPに基づく患者向け情報資材を活用した効果を調査したところ、読んだ全員が「よく理解できた」又は「理解できた」と回答し、服用中の対策を取った保護者が多くなっており、情報資材の活用が安全性を確保する行動につながっている。

■ 調査概要

- インターネット調査により、その配布(受領)、内容の理解、安全対策の実施等の状況进行评估
- 実施時期: 2019年2月22日~26日
- 対象: 同居している未成年の子供がインフルエンザに罹患し抗インフルエンザ薬のゾフルーザを処方された保護者
- 715名を対象に本調査を実施し、423名の回答を取得

■ 情報資材を「読んだ」と回答した保護者における理解度※1 (n=168)

※1 抗インフルエンザウイルス薬を服用後に、異常行動などの精神・神経症状が起こる可能性があるため、小児・未成年者に対してすべきことについて、どの程度理解できたか



あまり理解できなかった 0%
全く理解できなかった 0%

■ RMPに基づく情報資材(1枚目)

ゾフルーザで治療される患者さんの保護者の方に知っていただきたいこと

抗インフルエンザウイルス薬を服用しているかどうかや、その種類にかかわらず、インフルエンザにかかった時は、転落などの大きな事故を起こすおそれのある異常行動(急に走り出す、うろろうと歩き回るなど)があらわれることがあります。異常行動による転落などの万が一の事故を防止するために、保護者の方は次のことに注意してください。

- ① 異常行動があらわれるおそれがあること
- ② 自宅で療養する場合、少なくとも発熱から2日間、転落などの事故を予防するための対策をとること

■ 情報資材の受領の有無別の対策※2をとらなかった保護者の割合 (n=423)

※2 子供がゾフルーザを服用後、少なくとも2日間は子供が一人にならないようにするとともに、子供が容易に住居外に飛び出さないための対策



資材を受け取った保護者では、対策をとらなかった割合が減っている

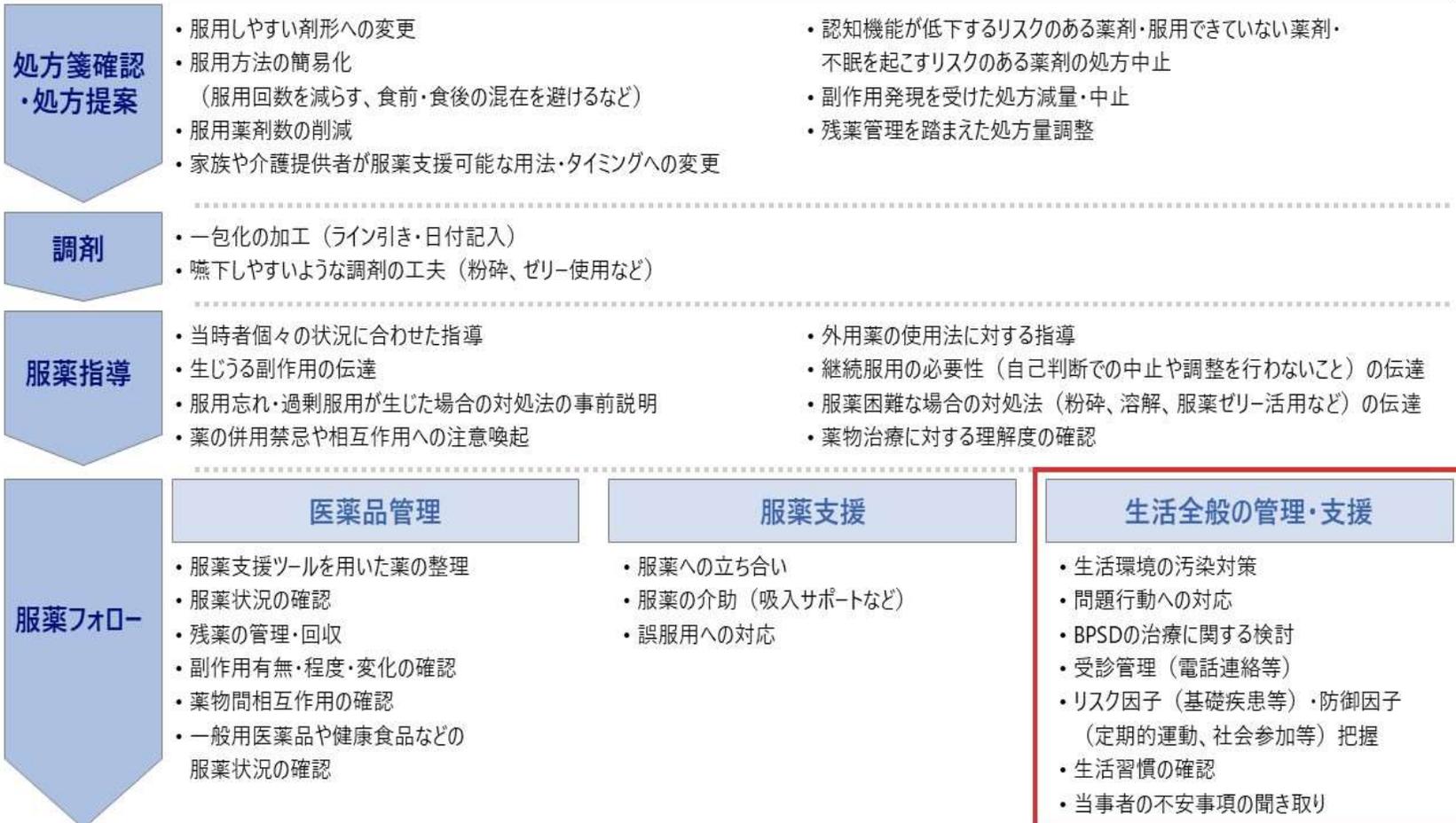
■ 情報資材の理解度別の対策をとらなかった保護者の割合 (n=168)



資材の理解度が高い保護者の方が、対策をとらなかった割合が減っている

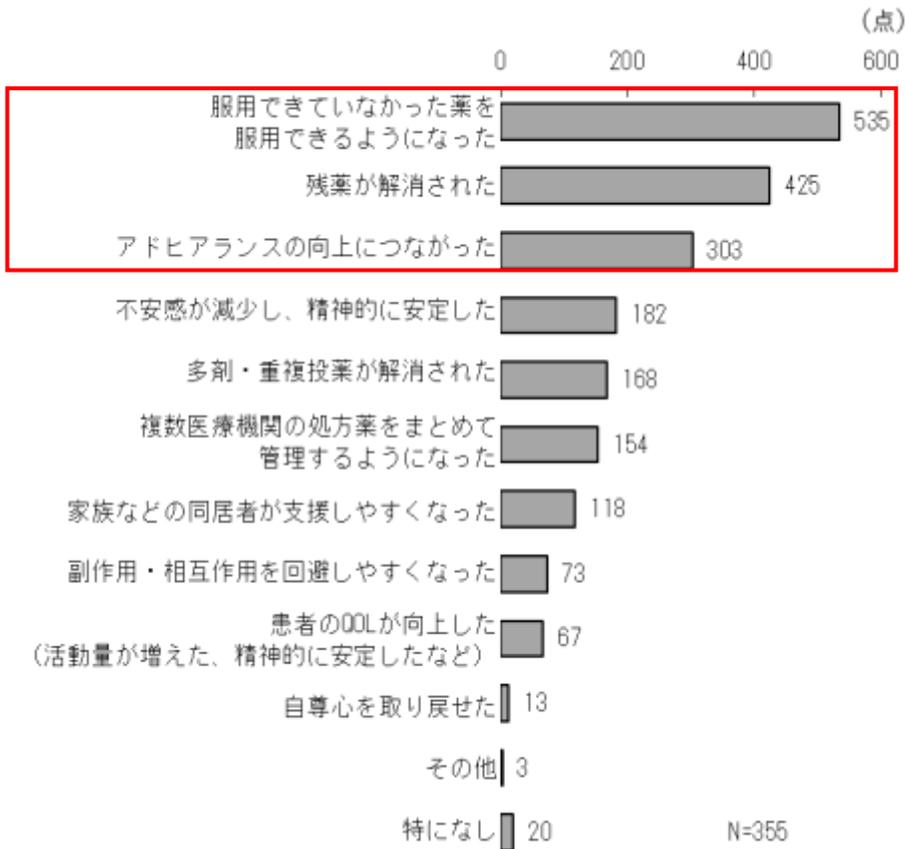
- 認知症の方は薬の管理を行うことが難しく、一包化して服用時点や服用日を記入することが必須となる。
- また、一包化や服薬指導などの業務だけでなく、服薬状況をより正確に把握するためには、患者の生活環境の把握を行うことの重要性は高い。

認知症当事者に対する服薬管理業務の主な内容と流れ



○ 服薬管理を実施することで服用できていなかった薬が服用できるようになり、残薬の解消、アドヒアランスの向上など薬物治療の改善につながる。

○服薬管理を実施することで患者が得たとされるメリット



○服薬管理の実例

飲み忘れなどによる大量の残薬



<日めくりカレンダーに一包化した薬を貼付することにより管理>



服薬管理

<服用タイミング毎に色分けのラインを引き管理>



日本薬剤師会提供資料

薬剤服用歴の取扱い

○ 令和元年の法改正により、薬剤師法において薬局で備えることになっている調剤録に、患者への情報提供・指導した内容の要点等を記録することが追加され、必要事項が記録されている薬剤服用歴があれば調剤録の要件を満たすこととされている。

● 薬剤師法（昭和三十五年法律第百四十六号） （調剤録）

第二十八条 薬局開設者は、薬局に調剤録を備えなければならない。

- 2 薬剤師は、薬局で調剤したときは、厚生労働省令で定めるところにより、調剤録に厚生労働省令で定める事項を記入しなければならない。
- 3 薬局開設者は、第一項の調剤録を、最終の記入の日から三年間、保存しなければならない。

● 薬剤師法施行規則（昭和三十六年厚生省令第五号） （調剤録の記入事項）

第十六条 法第二十八条第二項の規定により調剤録に記入しなければならない事項は、次のとおりとする。ただし、その調剤により当該処方箋が調剤済みとなった場合は、第一号、第三号、第五号及び第六号に掲げる事項のみ記入することで足りる。

- 一 患者の氏名及び年令
- 二 薬名及び分量
- 三 調剤並びに情報の提供及び指導を行つた年月日
- 四 調剤量
- 五 調剤並びに情報の提供及び指導を行つた薬剤師の氏名
- 六 情報の提供及び指導の内容の要点
- 七 処方箋の発行年月日
- 八 処方箋を交付した医師、歯科医師又は獣医師の氏名
- 九 前号の者の住所又は勤務する病院若しくは診療所若しくは飼育動物診療施設の名称及び所在地
- 十 前条第二号及び第三号に掲げる事項

● 「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行に当たっての留意事項について（薬局・薬剤師関係）」（令和2年8月31日薬生総発0831第6号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知）

2 服薬指導等の記録

- (1) 薬剤師法第28条第2項の調剤録及び医薬品医療機器等法第9条の3第6項の記録については、調剤済みとなった処方箋又は患者の服薬状況や指導内容等を記録したものの（薬剤服用歴等）において、必要事項が記載されていれば当該規定を満たすものであること。また、調剤録に記録した内容については、患者等への情報の提供又は指導（以下「服薬指導等」という。）を行うため必要なときに速やかに確認できるようにしておくこと。

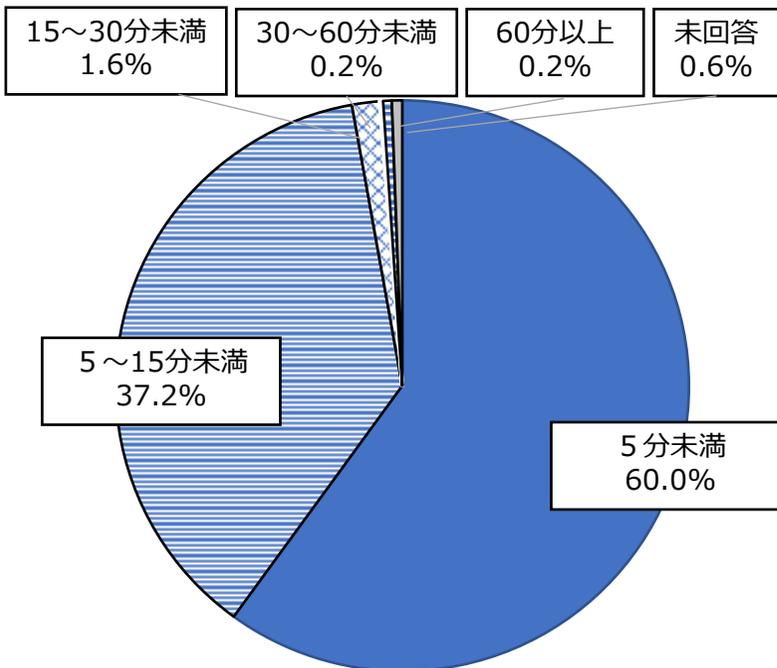
薬剤服用歴の記載について

○ 1日の薬剤服用歴の記録には多くの時間を割いており、特に初めて来局した患者への対応時や新規処方・処方変更があった患者に対応した場合には、記載事項も多くなり記録に要する時間が増える要因として挙げられた。

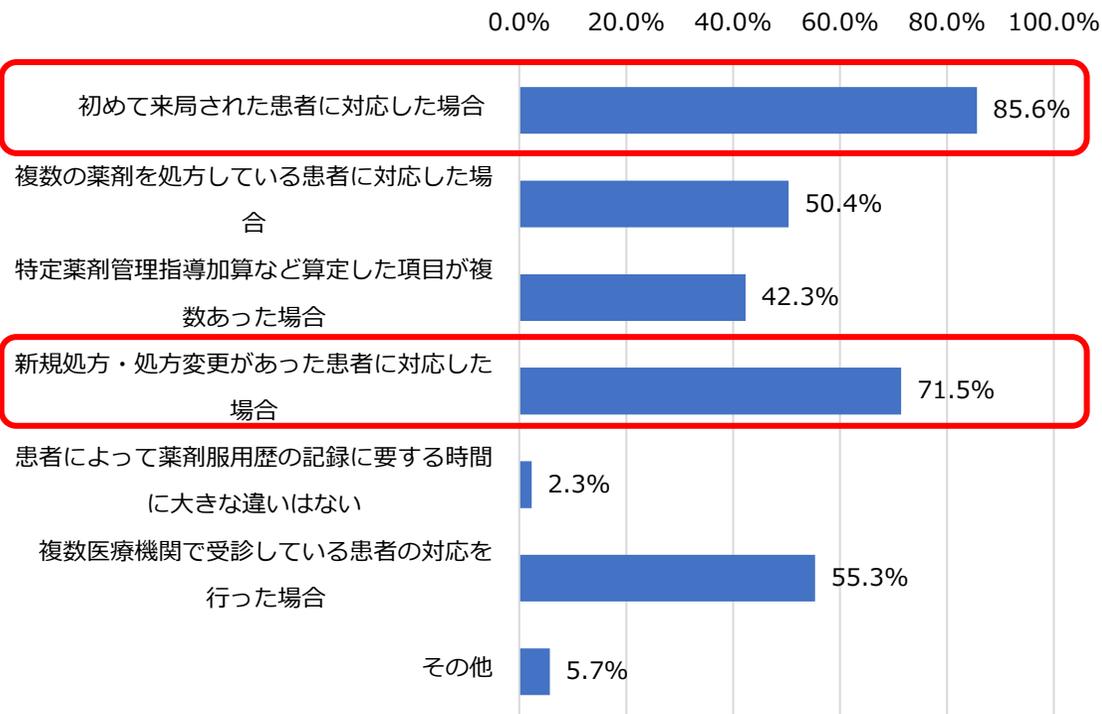
■ 1日あたりの薬剤服用歴に記録を行う平均件数
(n=1,030)

1日あたり**26.4件**

■ 薬剤服用歴1件あたりの記録に要する時間
(n=1,030)



■ 薬剤服用歴の記録に要する時間が増える要因 (n=1,030)



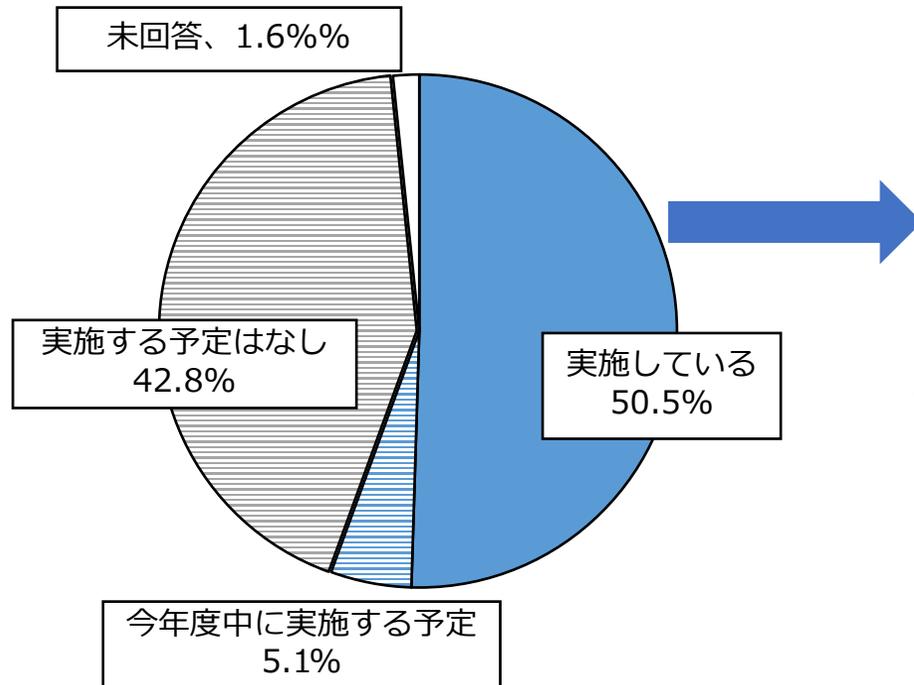
■ その他の意見として記載があった主なもの

- ✓ 患者からの質問が多かった場合。患者から得られた情報が多く、それに伴い指導した内容も多くなり、薬歴の記録に要する時間も増える。
- ✓ 疑義照会をした場合。
- ✓ 検査値の入力などがあった場合。

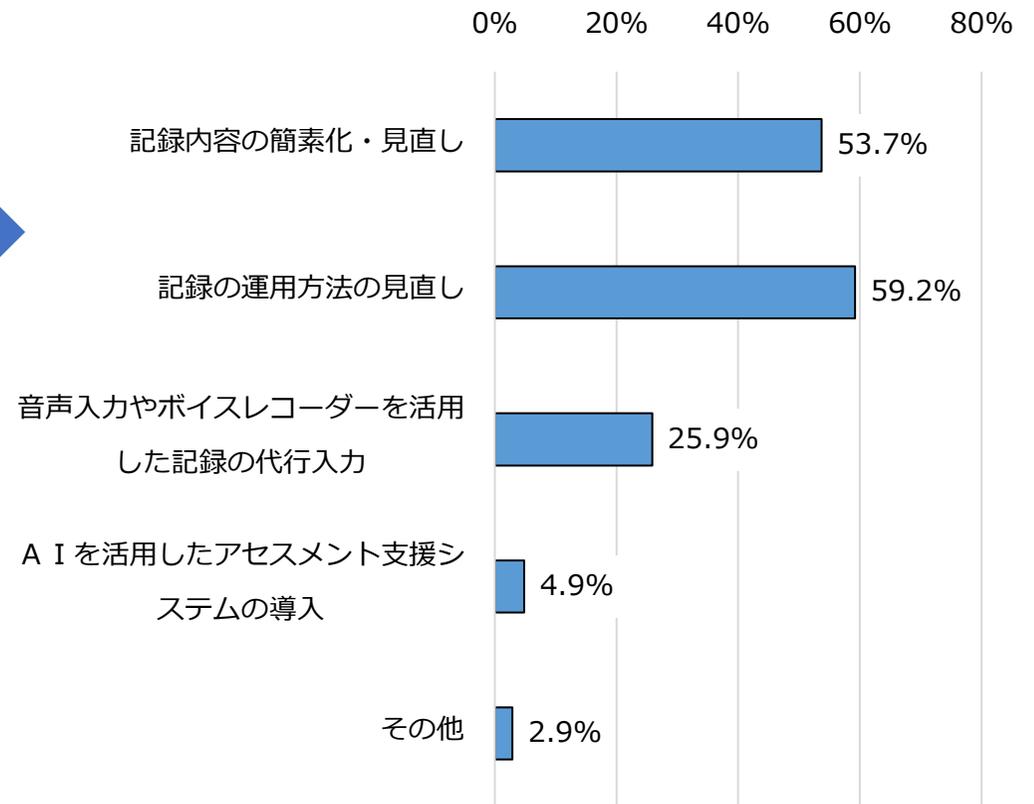
薬剤服用歴の記載に係る負担軽減の取組

- 薬剤服用歴の記録に係る負担軽減のための取組を50.5%の薬局で実施していた。
- 薬局単位での負担軽減の取組の内容としては、記録内容の簡素化や運用方法の見直しが多く実施されていた。

■ 薬剤服用歴の記録に係る負担軽減のための取組の実施状況 (n=612)



■ 実施している負担軽減のための取組 (n=309)



服薬管理指導料における薬剤服用歴等の記載事項

- 服薬管理指導料における薬剤服用歴等の記載事項は、これまでの調剤報酬改定において記載事項が追加・修正されており、現在は以下の事項等の記載が求められている。
- このような記録は、患者への情報提供や服薬指導等を行う際に参照するために必要なものであるが、薬剤師が行った行為や患者から聞き取った内容等の全てを詳細に時間をかけて記録することを求めるものではなく、必要な要点を記録することが本来の趣旨である。
- なお、記録の負担軽減のためには、要点を記載する工夫だけではなく、デジタル技術の活用等も含め取り組むべきである。

○「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日厚生労働省保険局医療課医療課長・歯科医療管理官連名通知）

区分10の2 調剤管理料

1 調剤管理料

(7) 薬剤服用歴等

薬剤服用歴等は同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存及び管理するものであり、次の事項等を記載し、最終記入日から起算して3年間保存すること。なお、薬剤服用歴等への記載は指導後速やかに完了させること。

- ア 患者の基礎情報（氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急連絡先）
- イ 処方及び調剤内容等（処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、調剤日、調剤した薬剤、処方内容に関する照会の要点等）
- ウ 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴等を含む）、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向
- エ 疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。）
- オ オンライン資格確認システムを通じて取得した患者の薬剤情報又は特定健診情報等
- カ 併用薬（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。）等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況
- キ 服薬状況（残薬の状況を含む。）
- ク 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点
- ケ 服薬指導の要点
- コ 手帳活用の有無（手帳を活用しなかった場合はその理由と患者への指導の有無。また、複数の手帳を所有しており1冊にまとめなかった場合は、その理由）
- サ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点
- シ 指導した保険薬剤師の氏名

○ 個別の算定にあたり、薬剤服用歴への記載や関連文書の添付等を求めるものが様々ある。

■ 薬剤服用歴等に指導の要点の記載が必要な加算

調剤管理加算 麻薬管理指導加算 特定薬剤管理指導加算 1、2 小児特定加算 吸入薬指導加算 乳幼児服薬指導加算

■ 実施した内容の文書の写しを薬剤服用歴等に添付が必要な指導料

服用薬剤調整支援料 2 服薬情報等提供料 1、2、3 退院時共同指導料

■ その他

外来服薬支援料 1：服薬支援に係る薬剤の処方医の了解を得た旨又は情報提供した内容並びに当該薬剤の名称、服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴等に記載する。

外来服薬支援料 2：薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後に一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を薬剤服用歴等に記載する。

電子的保健医療情報活用加算：オンライン資格確認システムの活用を通じて得られる薬剤情報及び特定健診情報等を薬剤服用歴等に記載する。

服用薬剤調整支援料 1：保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴等に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴等に添付する等の方法により記録・保持する。

服薬情報等提供料 2：患者の服薬期間中に情報提供した事項、服薬期間中及び処方箋受付時に確認した患者の服薬状況等及び指導等については、情報提供の都度、薬剤服用歴等の記録に記載する。

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算：訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容、訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点、処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点、患者又はその家族等から返納された麻薬の廃棄に関する事項

在宅中心静脈栄養法加算：訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容、訪問に際して行った患者・家族への指導の要点、処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報の要点

投薬時における薬剤の容器について

- 外用薬(軟膏等)や内服薬(小児用シロップ剤)等の容器については、原則として保険薬局・保険医療機関から患者へ貸与することとなっている。また、患者の希望により実費負担で容器を交付することができるが、患者が当該容器を返還した場合は、容器代を返還する必要があることが規定されている。
- 一方、感染症流行の状況等もあり、衛生上の理由等で再利用は実施されていないのが現状である。

<薬剤料> 一部抜粋

※医科診療報酬点数表第2章第5部投薬にも同様の規定あり

区分20 使用薬剤料

(1) 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、**患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。**

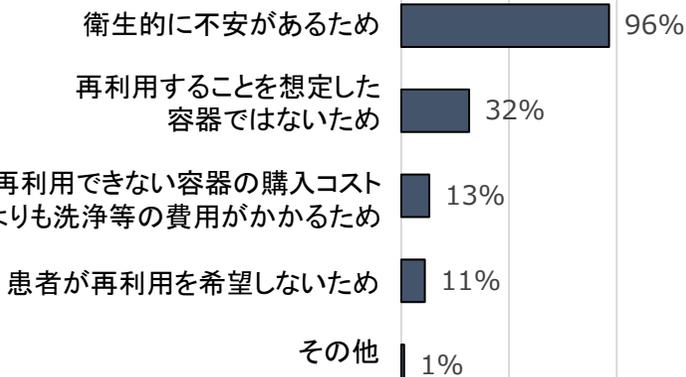
なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。

■ 当該容器を再利用しますか(n=381)



■ 再利用しない理由

(n=381)



■ 使用後に薬局へ返還された外用薬(軟膏)の容器の例



■ 薬局で使用している投薬容器(個包装で単回使用が前提の製品等)



調剤についての課題

(調剤基本料)

- ・調剤基本料1を算定する薬局の割合は年々減少しており、令和4年度改定により新設された基本料3ハの割合が15.3%になったことに伴い、基本料1は70.3%まで低下した。
- ・集中度が高いほど、月あたりの処方箋受付回数が少ないほど、医薬品の備蓄品目数が少なくなる傾向にあり、特に処方箋集中度95%以上では備蓄品が少ない。
- ・令和4年改定後の損益率は薬局の立地別では医療モール内、病院敷地内の薬局、基本料別では特別調剤基本料を算定する薬局において増加していた。
- ・処方箋集中度70%未満かつ処方箋受付回数4,000回以上の薬局の損益率及び損益差額が高い傾向にあった。
- ・特別調剤基本料は、特に300店舗以上のグループにおいて特別調剤基本料を算定する薬局が増加している。また、特定機能病院では31.4%で敷地内薬局を有しているほか、大学病院等の特定の病院においては、特定の300店舗以上のグループに属する薬局が多くを占めていた。
- ・医療機関の敷地内薬局の公募状況、建物の構造の関係等から、このような状況がさらに進んでいくと、医療機関と薬局との間の独立した関係性に影響を与えかねない。

(地域支援体制加算)

- ・地域支援体制加算を届出ている薬局のうち、特に重複投薬・相互作用等防止加算等の実績、服用薬剤調整支援料、麻薬の調剤等の実績要件については、加算1～4によって各算定状況の違いが認められた。
- ・地域支援体制加算を算定する薬局においては、医療用医薬品の備蓄品目数が多い傾向があるほか、抗原検査キットの取扱い、緊急避妊薬の取扱い等の地域における取組が多く実施されていた。薬局として対応すべきOTCの備蓄は、加算の有無にかかわらず、薬局によって備蓄品目数に差があった。

(その他の個別事項)

- ・特に充実した服薬指導が必要と考える場面として、新規処方時、処方の変更時などが多く挙げられており、服薬指導を一律に行うのではなく、患者の状況や処方に変化があるタイミングで特に充実した服薬指導が必要と考えられている。
- ・特に充実した服薬指導が必要な場面での患者への説明は、リスク管理計画(RMP)に基づく患者向け資材の利用が31.7%であった。
- ・RMPに基づく患者向け情報資材を活用することで、患者の安全性を確保する行動につながっている。
- ・1日の薬剤服用歴の記録には多くの時間を割いており、特に初めて来局した患者への対応時や新規処方・処方変更があった患者に対応した場合には、記載事項も多くなり記録に要する時間が増えていた。
- ・記録の簡略化など、薬剤服用歴の記録に係る負担軽減のための取組を50.5%の薬局で実施していたが、診療報酬算定にあたり薬剤服用歴への記載や関連文書の添付を求める事項が多くある。
- ・投薬時における薬剤の容器については、原則として保険薬局・保険医療機関から患者へ貸与することとなっており、患者の希望により実費負担で容器を交付することができるが、患者が容器を返却した場合には容器代を返還する必要がある。一方で、衛生上の理由等で再利用は実施されていない。

調剤についての論点

【調剤基本料】

- 薬局の同一グループの店舗数、立地別、処方箋受付回数・処方箋集中率の区分別の収益状況等を踏まえ、調剤基本料について、どのように考えるか。
- 保険医療機関の敷地内にあり、不動産の賃貸借等の関係にあるいわゆる敷地内薬局に関して、構造設備規制の見直しが行われた平成28年以降の開設状況、当該薬局の収益状況や収益構造のほか、医療機関における公募状況等の関係性やかかりつけ機能の実態等を踏まえ、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

【地域支援体制加算】

- 調剤基本料1を算定する薬局、調剤基本料1以外を算定する薬局それぞれについて、地域への貢献をより推進する観点から、どのように考えるか。
- また、地域への貢献の観点から、薬局の地域での健康づくりの取組や認定薬局の認定状況等を踏まえ、地域支援体制加算のあり方についてどのように考えるか。

【その他の事項】

- 対人業務の推進・充実の観点から、処方の状況や患者の状態等に応じ、リスク管理計画に基づく患者向けの情報提供資材を活用するなど、メリハリを付けた服薬指導についてどのように考えるか。
- 調剤録に記載すべきとされている服薬指導等の記録について、調剤報酬上は服薬管理指導料における薬剤服用歴が該当するが、薬剤服用歴の記載事項が多く、薬剤師の負担になっていることを踏まえ、必要な情報を記録するという趣旨を維持する範囲内で記載を合理化することを含め、薬剤服用歴のあり方について、どのように考えるか。
- 患者から返却されることを想定した取扱いとされている薬剤の容器に関して、現状の利用実態等を踏まえ、取扱いを見直すことについて、どのように考えるか。

在宅(その5)

1. 在宅対応している薬局の体制評価について
2. 終末期の訪問薬剤管理について
3. 訪問薬剤管理における時間外対応について
4. 在宅移行時の訪問薬剤管理について
5. 高齢者施設等における薬剤管理について

地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の役割（イメージ）

- 地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局は、医療機関等の関係機関と連携しつつ、その専門性を発揮し、患者に安全かつ有効な薬物療法を切れ目なく提供する役割を果たすことが求められている。



- ・ 医薬品、医療機器、医療材料等の提供
- ・ 訪問薬剤管理指導、急変時の対応
- ・ ターミナルケアへの対応（医療用麻薬の調剤、管理等）
- ・ 在宅医等の多職種との連携

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ8. 薬剤管理(再掲)

(テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携)

- DXの検討に当たっては、歯科診療所や薬局等も含めた検討が必要。また、介護DXは、医療DXの後をついていくのではなく同時に検討を進めるべき。
- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。

(テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療)

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(テーマ4: 高齢者施設・障害者施設等における医療)

- 施設の在り方や利用者のニーズが多様化する中で、薬剤師がその施設の特性を的確に把握した上で、多職種との連携の下で適切な薬剤管理ができるような推進策が必要。

(テーマ5: 認知症)

- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。

(テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護)

- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないか。

訪問薬剤管理に係る中医協における主なご意見

<令和5年7月12日 中医協総会 在宅について(その1)>

- 在宅医療の需要は2040年に向けさらに増大することが予想されており、患者が状態や疾患に応じて希望される場所で看取りがなされるよう、診療報酬上も適切な対応を検討していく必要がある。
- 多職種連携の推進のため、どのような役割が果たされているか実態を丁寧にみていくことが必要。連携を進めるためには医師の訪問に同行した場合などについて、評価を含めて検討すべき。
- 高齢者施設等への訪問対応については、各施設類型における課題について、それぞれの施設の特性を踏まえた形で適切な評価を検討すべき。
- 医療用麻薬や医療材料について、備蓄・管理や廃棄ロスも含めて大きな負担となっており、適切な評価を検討すべき。
- 終末期の患者における現状の緊急訪問の評価だけでなく、頻回な訪問や時間外対応に関する評価について検討すべき。
- 夜間休日の対応については、周辺の薬局と連携して対応することも含め、地域で分かるようにしていくことが必要。
- 在宅中心静脈栄養法加算と在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、介護保険を利用する患者においても薬学的管理はされており、現状では医療保険側でしか評価がないため、評価の在り方について検討すべき。

<令和5年10月4日 中医協総会 在宅について(その2)>

- 在宅における緩和ケアにおいては、医療用麻薬の使用は不可欠で、第8次医療計画においても、麻薬調剤や無菌調剤等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備を進めていくこととなっている。自宅や施設など患者の望む場所での医療が過不足なく提供できるよう、休日夜間を含めた緊急対応なども含めて、医師を中心とした多職種連携のもとで対応できるよう検討することが必要。

<令和5年10月20日 中医協総会 在宅について(その3)>

- 薬局においても、医師・歯科医師・訪問看護師・ケアマネジャーや高齢者施設・障害者施設等との連携は不可欠であり、患者・利用者の服薬状況等について、薬剤師自ら医薬品の使用状況等を把握し、他職種に情報提供するだけでなく、他職種からも情報を収集し、それをより良い薬物治療に役立てていくことが必須である。
- 薬剤師が施設スタッフと連携し、入居者一人ひとりについて丁寧に検討し、それぞれに合わせた薬剤の調整、説明の仕方、薬剤管理などを行うことが必要。

<令和5年11月8日 中医協総会 調剤について(その2)>

- 介護支援専門員などの他職種との情報連携も不可欠。その際に、質の高い指導や在宅におけるチーム医療の推進のためには、単なる服薬情報だけではなく、嚥下や口腔機能、排便や睡眠の状況など患者の生活情報を多職種で共有することにより、有意義な連携が一層進められるような対応が必要。
- 「医療用麻薬の供給体制」については、様々な成分・規格・剤形の医療用麻薬が流通しており、患者の状態等に応じた使い分けが必要となる。また、薬局において医療用麻薬を取り扱うには、通常の医薬品とは異なり、関係法令による規制に従った厳格な保管・管理を行う必要があり、廃棄には所要の手続き等が必要となる。地域の様々なニーズに対応するために、多様な剤形・成分・種類を取り揃え、備蓄管理を行うことは薬局にとって管理コストのみだけでなく、廃棄ロスも含めて大きな負担となっている。
- 医療材料の供給についても、患者ごとに提供する医療材料の規格が異なることから、複数の規格を揃える必要や、包装単位が大きい問題や償還価格が仕入れ価格を下回るいわゆる逆ざやもあり、現場では大変苦労しており、診療報酬上で何かしらの配慮が必要と考える。
- 医療用麻薬の無菌製剤について、高濃度の医療用麻薬を持続注射することも多くあるため、原液のまま無菌環境の下で、調整・充填した場合についても評価の対象とすべき。

訪問薬剤管理の評価に係る検討事項（イメージ）

①～⑤今回の検討事項

	<介護報酬>	<診療報酬>	
体制	①	在宅訪問をしている薬局の体制評価	
計画訪問	④	在宅移行期における訪問薬剤管理	
	居宅療養管理指導費	在宅患者訪問薬剤管理指導料	
	がん以外の患者に対する麻薬に係る訪問薬剤管理	② がん以外の患者に対する麻薬に係る訪問薬剤管理	③ 時間外の訪問対応
		② 終末期の訪問薬剤管理	
	在宅患者緊急時 訪問薬剤管理指導		
緊急訪問			
施設	⑤	高齢者施設等における薬剤管理	

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（1）

中医協 総-2
5. 7. 12

項目	点数	内容	回数
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が1人の場合 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 ・単一建物診療患者が10人以上の場合	650点 320点 290点	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	薬剤師1人 週40回まで 患者1人につき 月4回まで ※末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者の場合は週2回かつ月8回まで
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	250点		
乳幼児加算	100点		
小児特定加算	450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者オンライン薬剤管理指導料 麻薬管理指導加算 乳幼児加算 小児特定加算	59点 22点 12点 350点	訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付等されている患者に対して、オンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 2 1以外の場合 麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 乳幼児加算 小児特定加算 在宅中心静脈栄養法加算	1:500点 2:200点 100点 250点 100点 450点 150点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月4回まで
○在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 麻薬管理指導加算 乳幼児加算 小児特定加算	59点 22点 12点 350点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急にオンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（2）

中医協 総-2
5. 7. 12

項目	点数	内容	回数
○在宅患者緊急時等共同指導料	700点	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月2回まで
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	250点		
乳幼児加算	100点		
小児特定加算	450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	40点 30点	重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	
○経管投薬支援料	100点		初回のみ
○在宅患者調剤加算（薬剤調製料）	15点	基準を満たした薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定している患者の処方箋受付1回につき加算	
(参考) 介護報酬における評価	○ 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合） ・単一建物居住者が1人の場合 517単位（麻薬管理指導加算+100単位） ・単一建物居住者が2～9人の場合 378単位（麻薬管理指導加算+100単位） ・単一建物居住者が10人以上の場合 341単位（麻薬管理指導加算+100単位）		

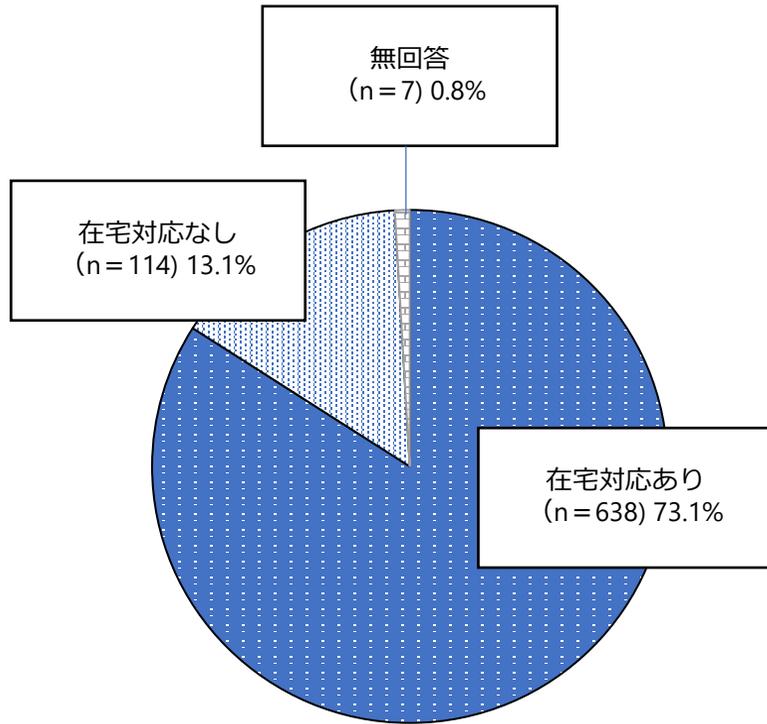
※薬剤師が行う薬剤管理指導は、医療保険と介護保険では基本的には同じ業務であるが給付調整により算定できる範囲が異なる

	医療保険での評価 (調剤報酬)	介護保険での評価 (介護報酬)
麻薬の薬剤管理指導	○ 麻薬管理指導加算（100点）	○ 麻薬管理指導加算 （100単位）
麻薬の持続注射を行っている患者の指導	○ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算（250点）	
中心静脈栄養法を行っている患者の指導	○ 在宅中心静脈栄養法加算（150点）	—
緊急時の訪問薬剤管理指導	○ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（緊急時は全て医療保険で評価）	

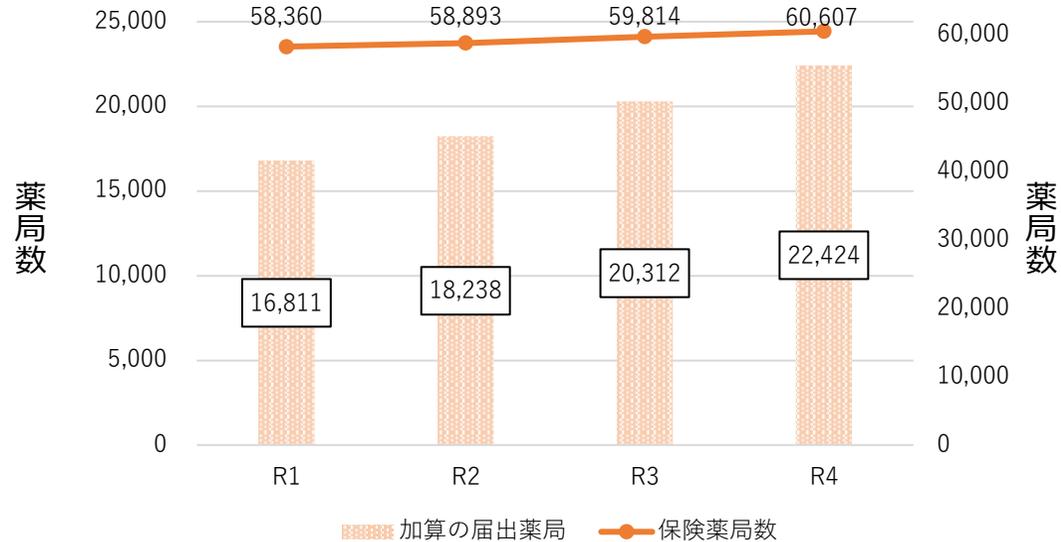
薬局における在宅業務の実施状況

- 在宅対応ありと回答した薬局は7割を超えていた。
- 一定の訪問実績が必要な在宅患者調剤加算の届出薬局数については、薬局全体の37%であり、増加傾向にある。

■ 在宅対応の有無※1(n=759)



■ 在宅患者調剤加算の届出数※2(各年7月1日)



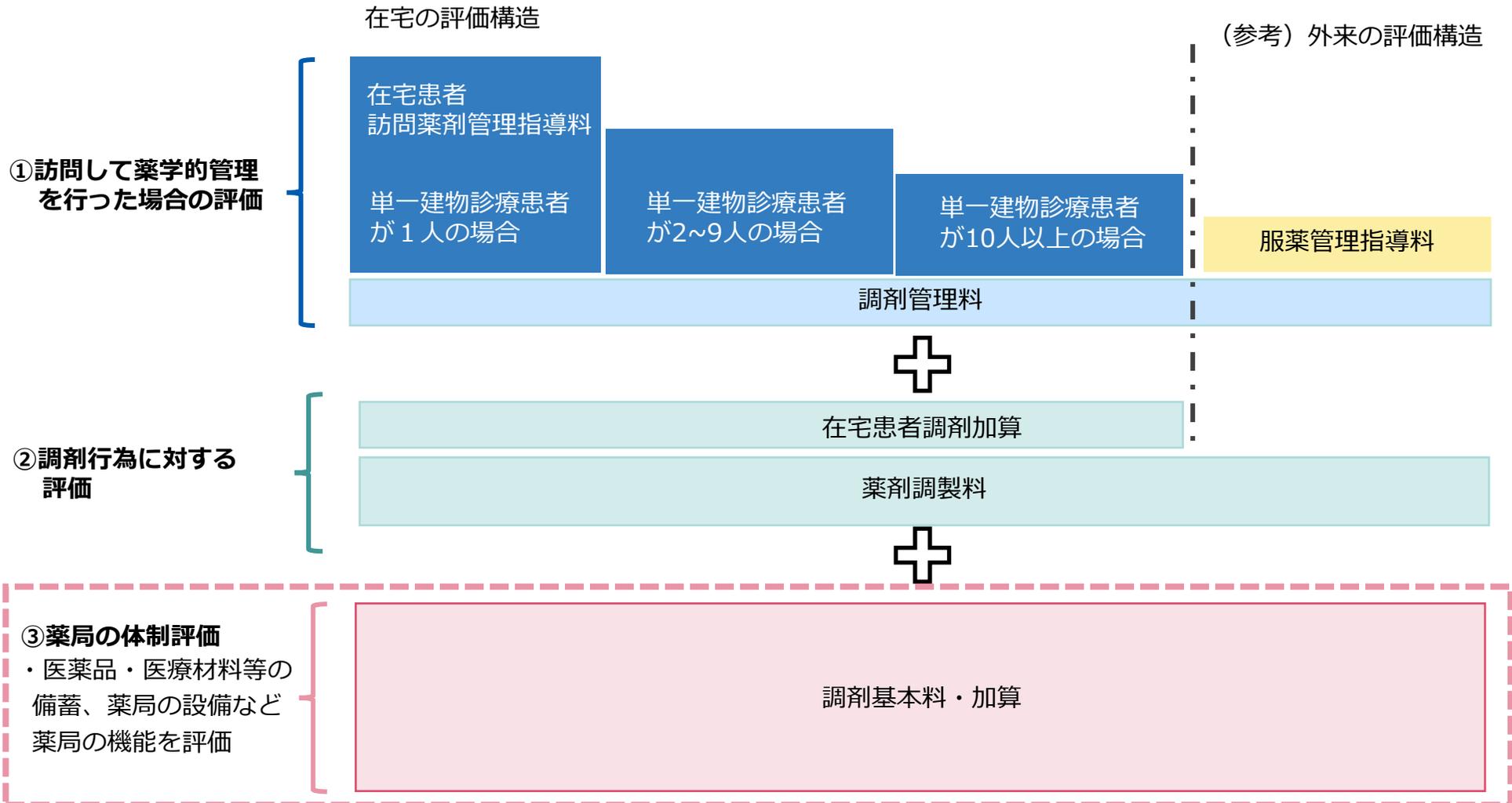
在宅患者調剤加算 (処方箋受付1回につき+15点)

[施設基準]

- ・ 地方厚生局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出
- ・ [直近一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅管理指導費の実績 \(算定回数が計10回以上\)](#)
- ・ 開局時間以外の時間における在宅患者に対する調剤並びに薬学管理及び指導に対応できる体制整備
- ・ 地方公共団体、医療機関及び福祉関係者等に対する在宅業務体制に係る周知
- ・ 在宅業務従事者に対する定期的な研修
- ・ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制
- ・ 麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制

在宅医療における調剤報酬上の評価構造（イメージ）

○ 在宅対応を実施する場合と外来対応を行う場合、薬学的管理を実施した場合の評価は異なるが、薬局の体制に係る評価は同じ評価となっている。



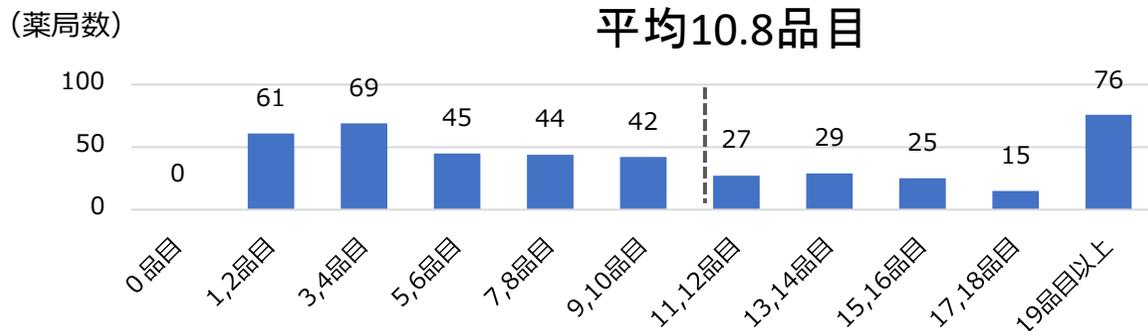
薬局における医療用麻薬の備蓄状況

- 麻薬の調剤実績がある薬局における麻薬の備蓄状況については、在宅対応なしの薬局では平均5.2品目であったのに対し、在宅対応あり薬局では平均11品目とより多品目の麻薬を備蓄していた。
- 麻薬の注射剤に関しては在宅対応ありの薬局のみで備蓄されていた。

■ 麻薬の調剤実績の有りの薬局における在宅対応有無別の麻薬の備蓄状況

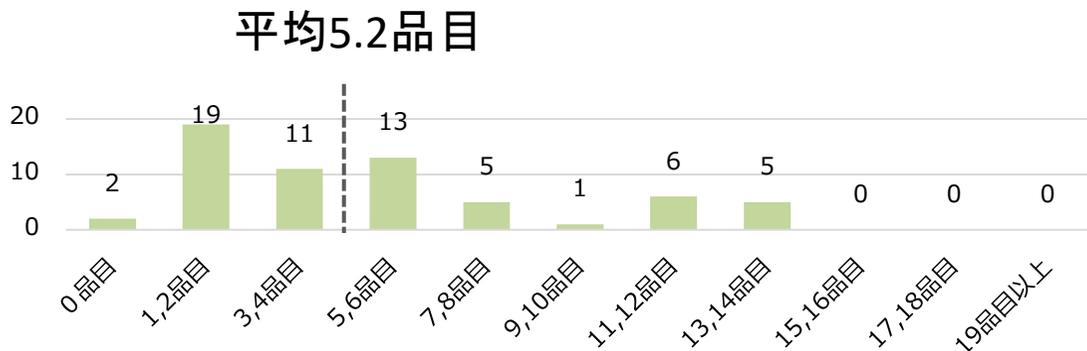
■ 麻薬の備蓄品目(内服、外用、注射)

在宅対応あり463施設



■ 麻薬の備蓄品目(内服、外用、注射)

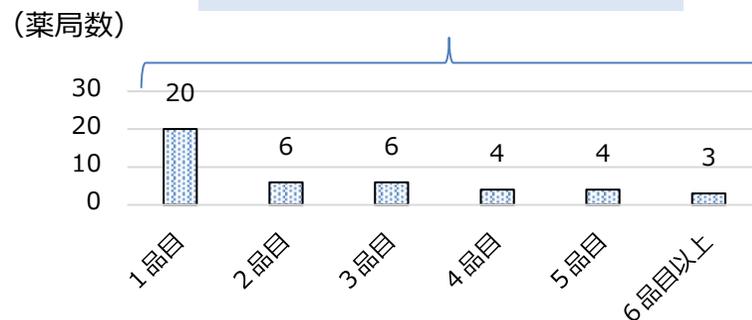
在宅対応なし66施設



※無回答をのぞき集計

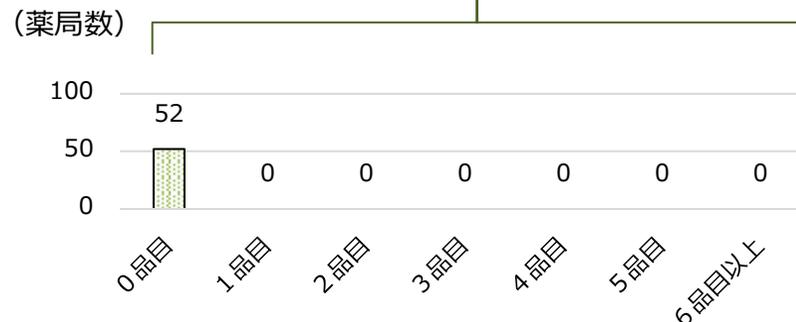
■ 麻薬の備蓄品目(注射のみ) (ゼロを抜いて表記)

43施設の薬局で注射剤を備蓄



■ 麻薬の備蓄品目(注射のみ)

注射剤を備蓄する薬局なし

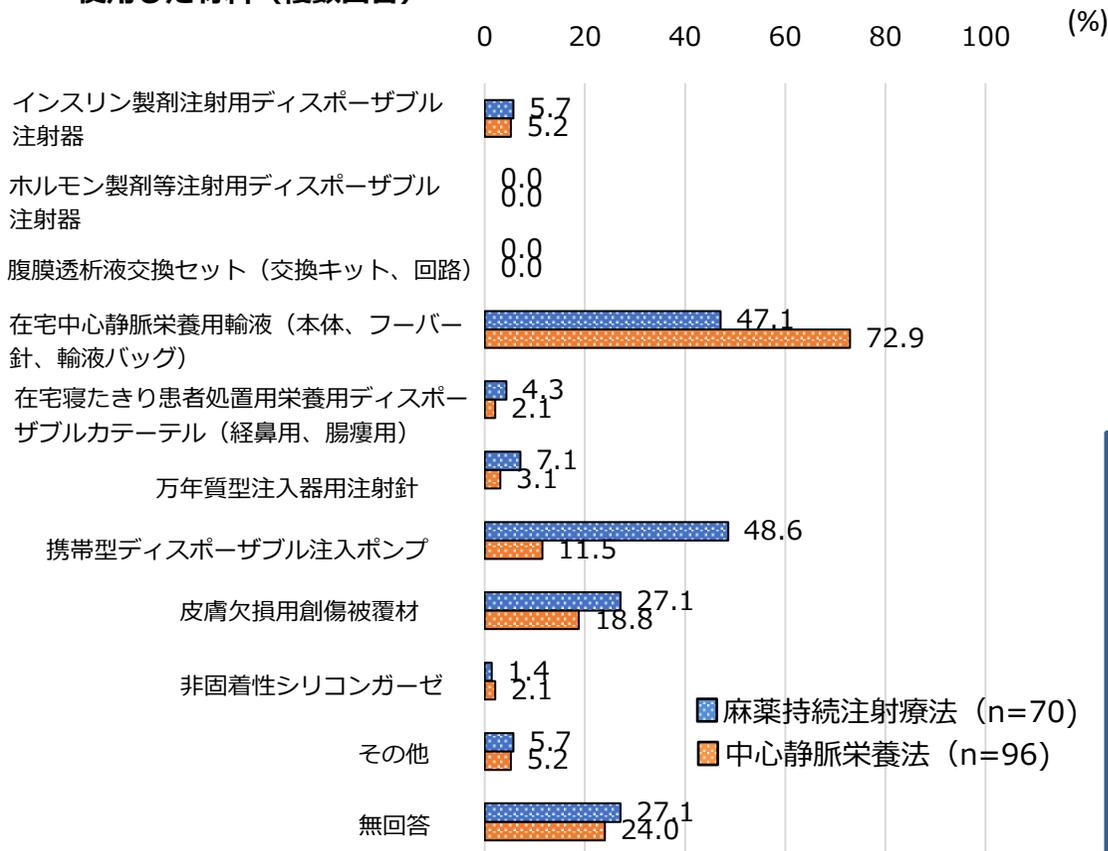


薬局における医療材料の供給

- 麻薬持続注射療法、中心静脈栄養法に対応する薬局においては、そのために必要な医療材料の提供を行っている。
- 患者ごとに提供する医療材料の規格が異なることが多く、複数の規格を取り揃える必要がある。
- 医療材料を使用する中で、償還価格が仕入れ価格を下回ること(いわゆる「逆ざや」)がある薬局は約4割あった。

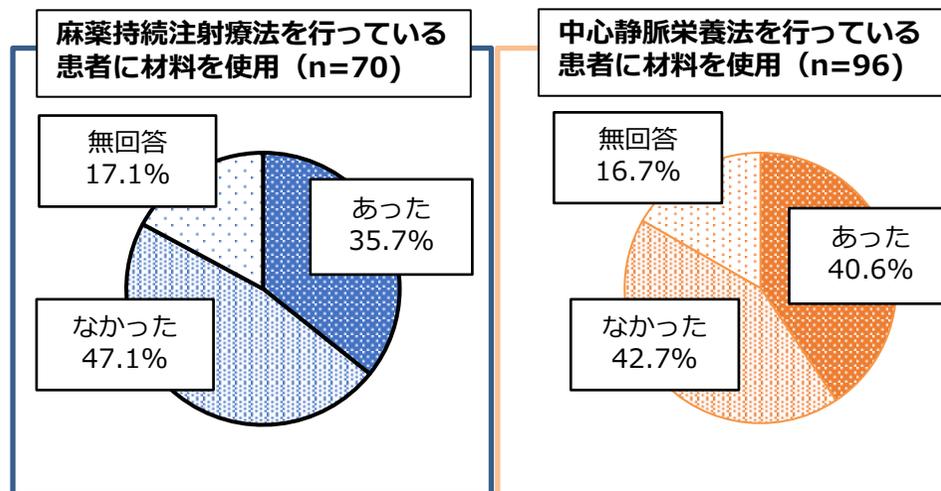
■ 在宅において、麻薬持続注射療法又は中心静脈栄養法を行っている患者に使用した材料（複数回答）

■ 薬局における複数規格の医療剤料の取り揃え



例：創傷被覆材
7.5cmx7.5cm
10cmx10cm
12.5cmx12.5cm 等
※ 様々な規格の製品を取りそろえておくことが必要となる

■ 償還価格が仕入れ価格を下回ることの有無



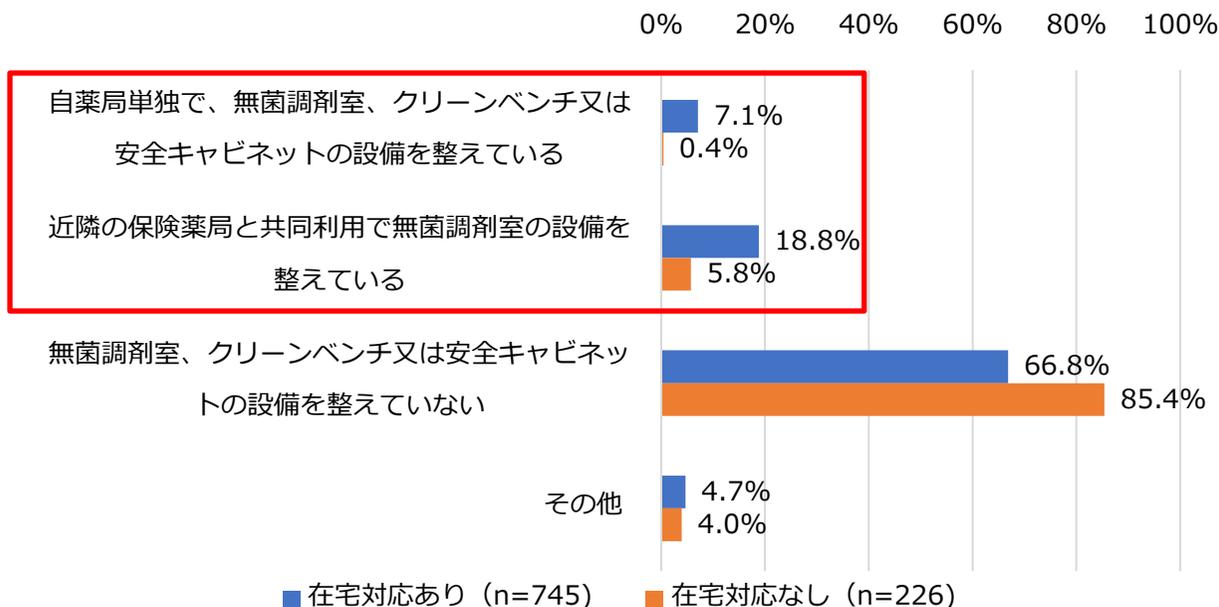
無菌製剤処理の体制整備の状況

- 在宅における中心静脈栄養法用輸液等の無菌製剤処理に対応するためにはクリーンベンチ等の設備を整える必要があるが、共同利用を含め、そのような体制をもつ薬局は在宅対応あり薬局で約25%。
- 半年間で無菌製剤処置の対応実績がある薬局は、在宅対応ありと回答した薬局であり、自薬局に設備をもつ薬局が18施設中15施設であった。

■ 薬局における無菌製剤処理の対応



■ 無菌製剤処理の対応体制の状況



■ 令和5年1月～6月の無菌製剤処理の対応実績(n=971)

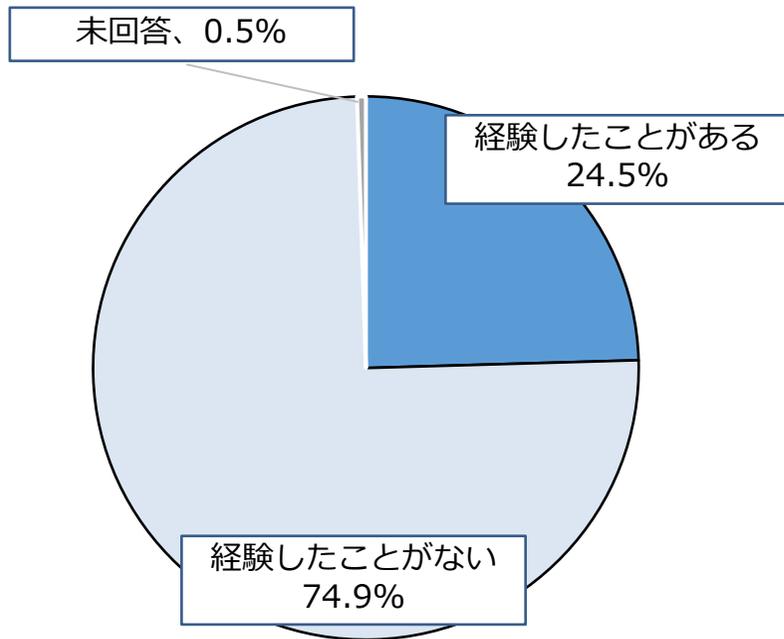
	無菌製剤処理の体制	実績のある施設数
在宅対応あり (n=745)	<u>自薬局に設備あり</u>	<u>15施設</u>
	近隣の保険薬局と共同利用	3施設
在宅対応なし (n=226)	自薬局に設備あり	0施設
	近隣の保険薬局と共同利用	0施設

1. 在宅対応している薬局の体制評価について
- 2. 終末期の訪問薬剤管理について**
3. 訪問薬剤管理における時間外対応について
4. 在宅移行時の訪問薬剤管理について
5. 高齢者施設等における薬剤管理について

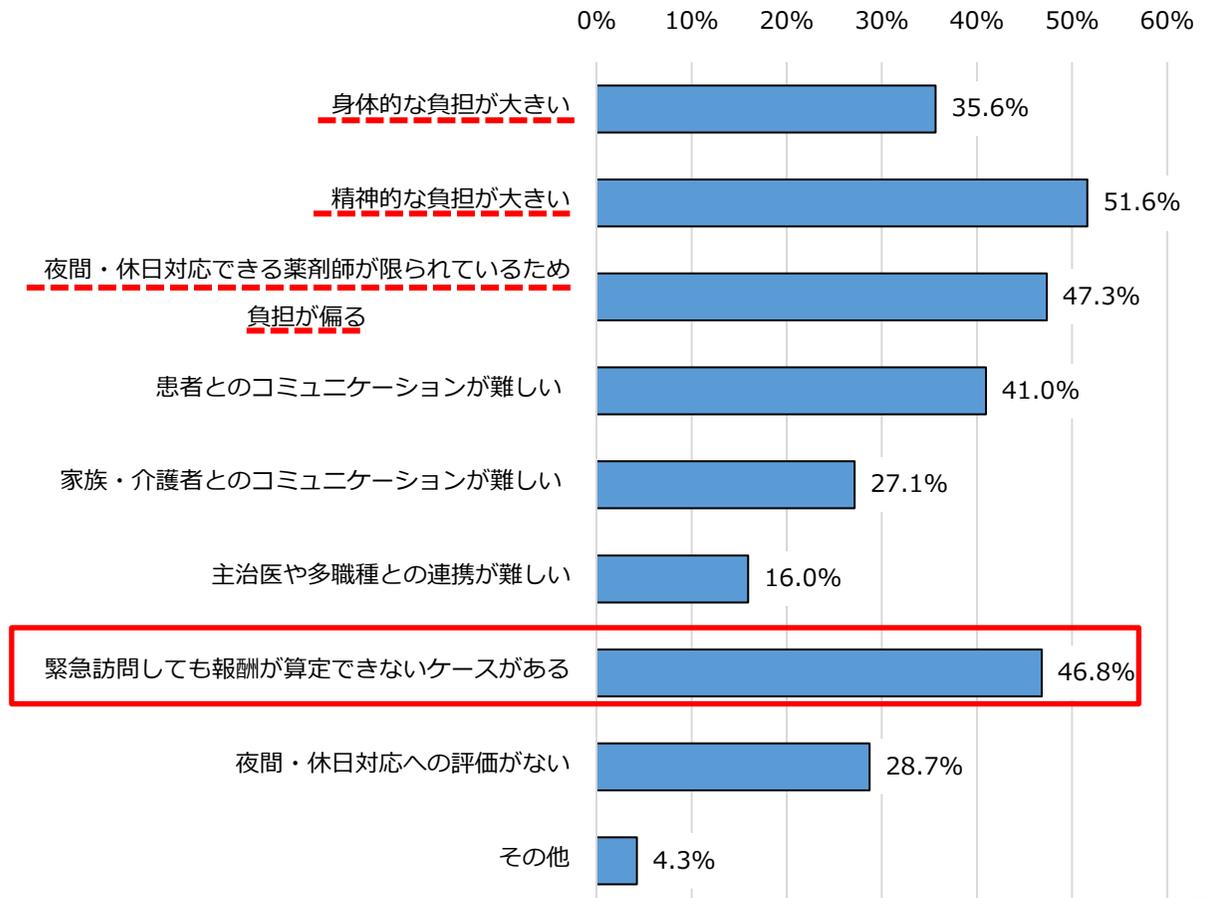
薬剤師のターミナルケアへの関与

- 24.5%の薬剤師は、ターミナルケアの経験があると回答した。
- ターミナルケアに関与することへの課題として、身体的、精神的負担が大きいこと、夜間・休日対応できる薬剤師が限られるため負担が偏ることといった負担に関するもののほか、「緊急訪問しても報酬が算定できないケースがある」といった診療報酬についての課題が多く挙げられた。

■ 薬剤師のターミナルケアの経験の有無 (薬局に勤務する薬剤師766名の回答)



■ 薬剤師のターミナルケアの課題 (薬局に勤務する薬剤師766名の回答、複数回答)



在宅患者の訪問薬剤管理指導の評価

- 薬剤師の訪問回数は、末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者であっても、在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を合わせて最大月12回までと限られている。
- また、がん性疼痛以外に、慢性呼吸不全及び慢性心不全等の患者に対して麻薬製剤を使用する場合は訪問回数は最大月8回までである。
- いずれの場合も決められた回数を超えて必要な訪問薬剤管理指導を実施しても、指導料等は算定できない。

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料^(注1, 2)
- ・単一建物診療患者が1人の場合
 - ・単一建物診療患者が2～9人の場合
 - ・単一建物診療患者が10人以上の場合

<参考>居宅療養管理指導費※
(介護保険)

- ・単一建物診療患者が1人の場合
- ・単一建物診療患者が2～9人の場合
- ・単一建物診療患者が10人以上の場合

※要介護者・要支援者に対しては介護保険の給付が優先

医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定

650点
320点
290点

517単位
378単位
341単位

・患者1人につき
月4回まで
・末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者の場合は
週2回かつ月8回まで

○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

- 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合
- 2 1以外の場合
(要介護者・要支援者についても算定可能)

急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定

1:500点
2:200点

月4回まで



対象患者	1か月の最大訪問回数
末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の患者	最大12回
上記以外	最大8回

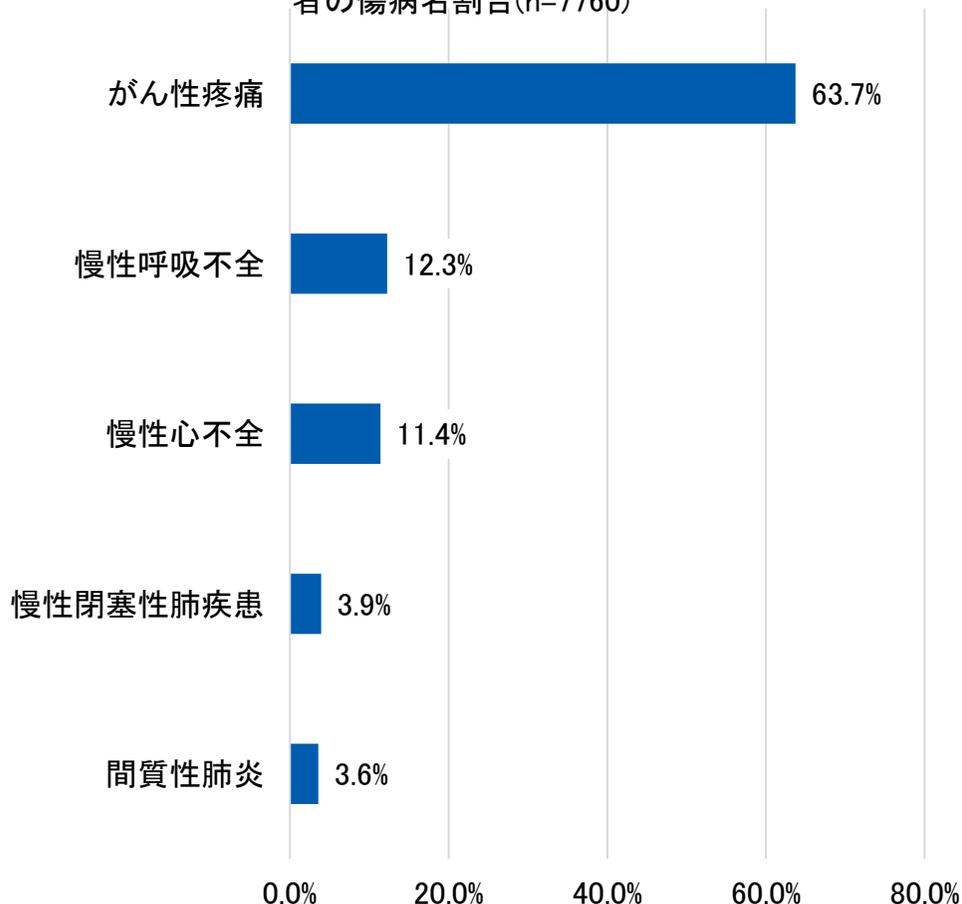
注1: 保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

注2: 月2回以上算定する場合(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。)は、算定する日の間隔は6日以上

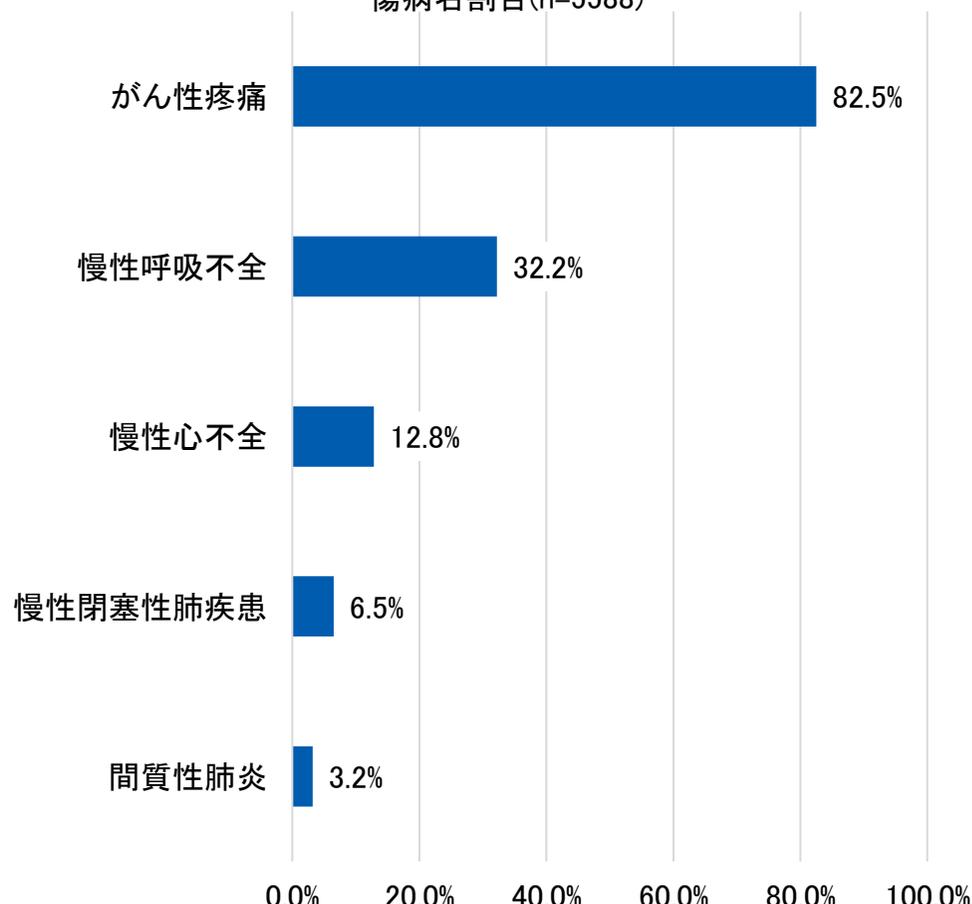
訪問診療を行っている患者の麻薬の処方状況

- 訪問診療を行っている患者で麻薬の注射薬が処方されている患者のレセプトにおいて、「がん性疼痛」が傷病名として記載されている割合は82.5%であった。
- がん性疼痛に限らず、慢性呼吸不全及び慢性心不全で注射薬の麻薬が使用されている実態があった。

麻薬を処方され、処方料または処方箋料が算定された患者の傷病名割合(n=7760)



麻薬(注射薬のみ)を処方された患者の傷病名割合(n=5588)

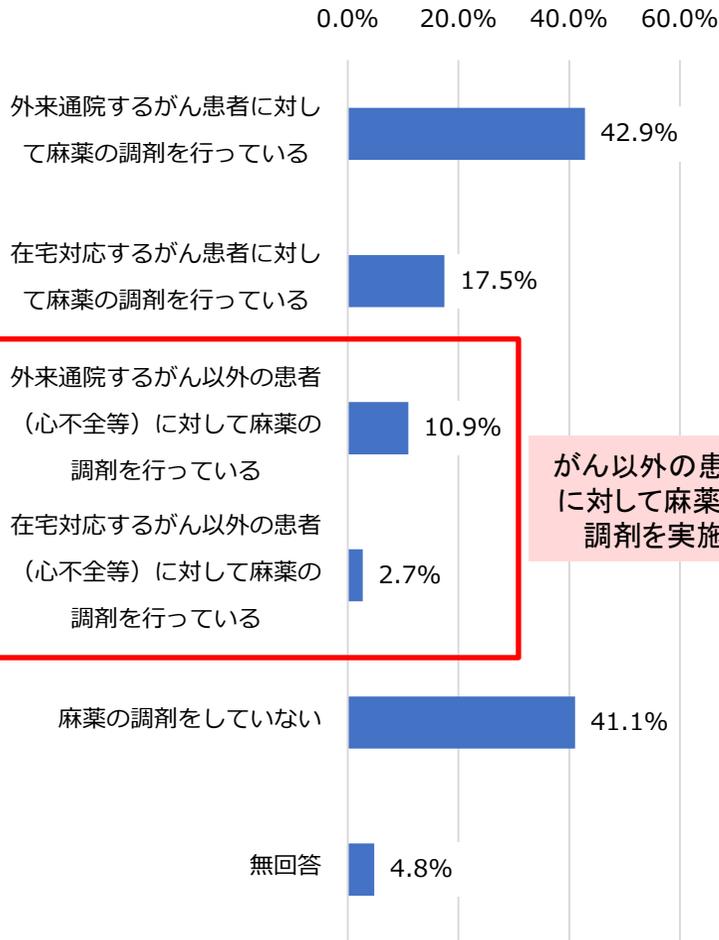


レセプト内の傷病名データのため、同一レセプト内で上記傷病名が重複している場合もある。

在宅時医学総合管理料等を算定している患者に対する内服薬の院内処方等は、薬剤料が包括されるため、集計対象から除外される。
在宅がん医療総合診療料を算定している悪性腫瘍患者に対する処方等は、薬剤料が包括されるため、集計対象から除外される。

○ 麻薬の調剤の対応については、がん以外の患者に対しても外来・在宅での調剤・薬学的管理を実施しており、通常の医薬品と異なり、不要となった麻薬の説明や回収も必要となる。

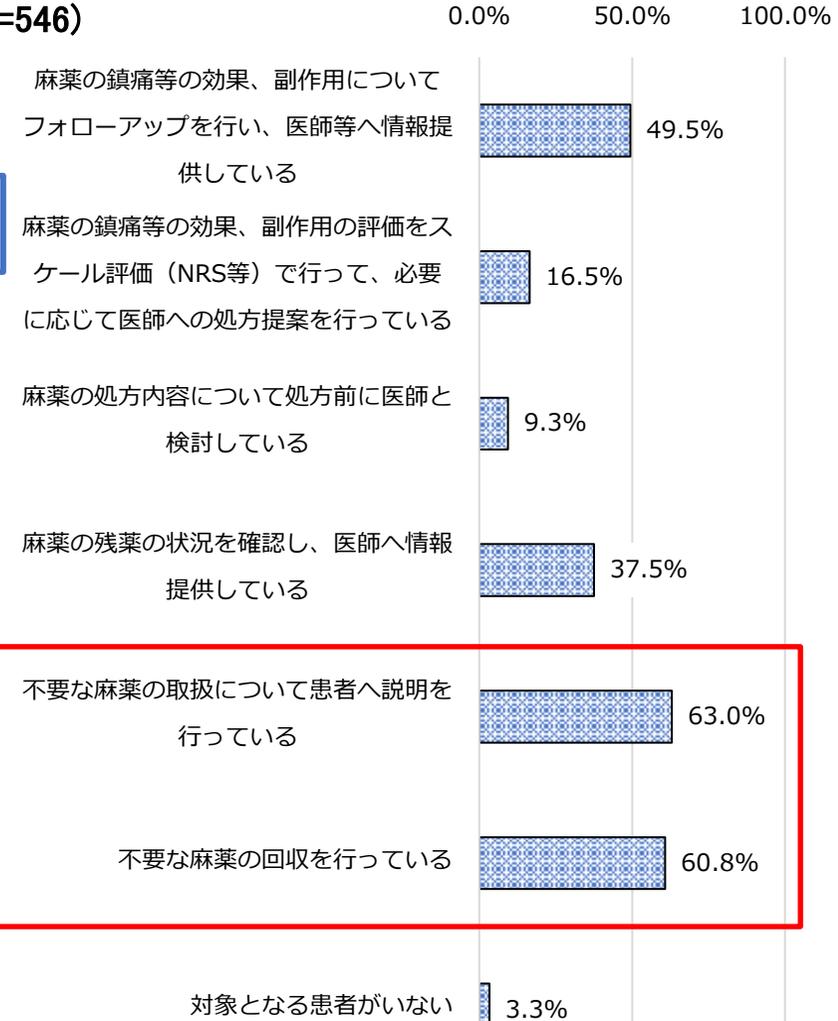
■ 麻薬を調剤した実績 (n=1,008)



がん以外の患者
に対して麻薬の
調剤を実施

麻薬の調剤の実績がある546施設

■ 麻薬を調剤した患者に対して実施している薬学的管理 (n=546)



在宅がん患者へのターミナルケア（薬剤師の訪問回数）

- 在宅がん患者のターミナルケアでは、看取りに近づくとも1週間あたりの訪問回数が増える傾向にあった。
- 特に看取り直前の14日前からは訪問回数が週に4回以上訪問しているケースが多くあった。

■ ターミナルケアにおいて薬剤師が行う薬学的管理の例



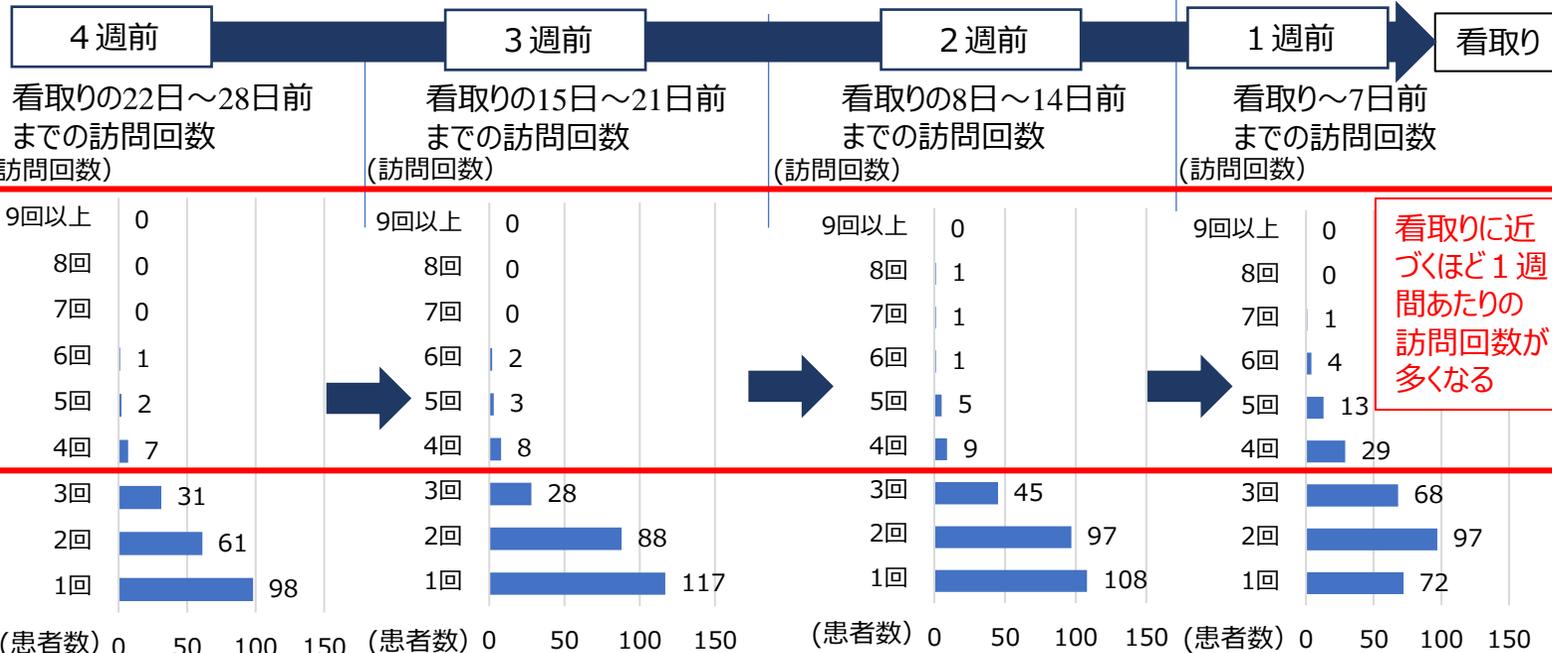
- 薬が飲みにくい訴えがある場合の対応
 - ・錠剤から散剤（水薬）・貼付剤への変更
 - ・内服する薬の数を減らせるか検討
 - ・飲むタイミングを極力少なくする（朝だけにするなど）等



- 看取り直前の対応
 - ・内服困難となり注射薬での管理が必要となる
 - ・状態により薬剤の使用量を増加させるため緊急の訪問頻度が増加することがある

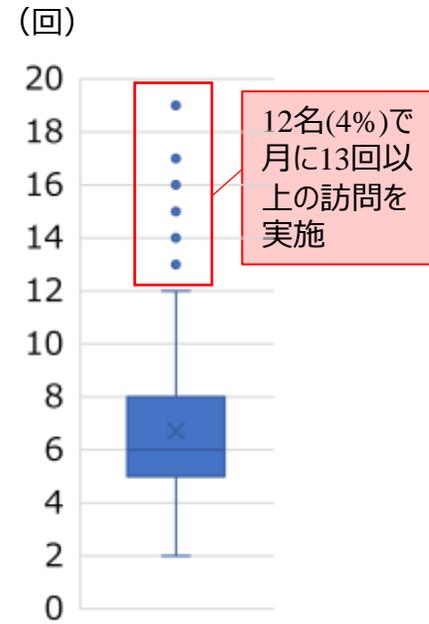
■ 看取り4週前の期間における在宅がん患者への1週間毎の薬剤師の訪問回数（55薬局、訪問患者299名）

（看取り日から遡って最長4週間分（28日前から）のすべての訪問を集計しており、4週未満の症例も含まれる。）



看取りに近づくほど1週間あたりの訪問回数が多くなる

■ 月あたりの薬剤師の訪問回数（訪問患者299名）



出典：1) 終末期在宅における訪問薬剤師の業務量調査、一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（J-HOP）、2023年をもとに保険局医療課作成

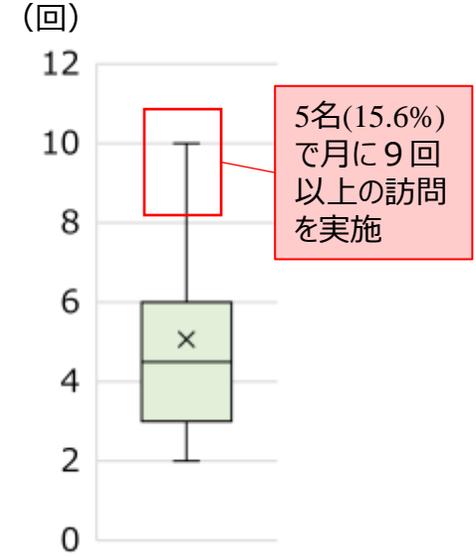
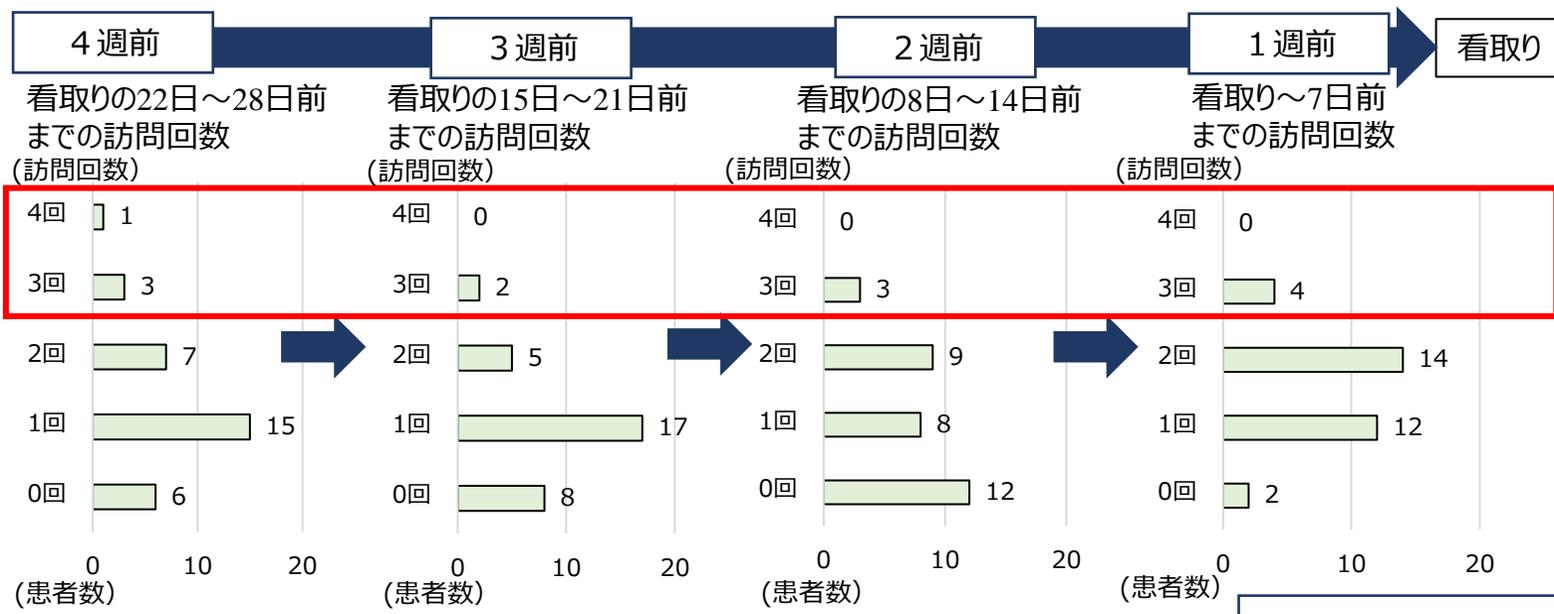
※在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導で居宅（施設・自宅）における看取りに関わった症例を年間12例以上有する薬局への調査

がん以外の在宅患者へのターミナルケア（薬剤師の訪問回数）

○ がん以外の在宅患者の看取りにおいては、多くの場合訪問回数は週に2回までであったが、例えば、医療用麻薬が使用される場合においては、訪問を週に3回以上実施しているケースがあった。

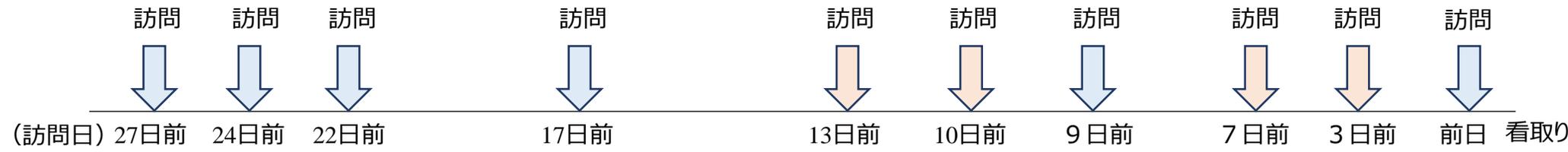
■ 看取り4週前の期間におけるがん以外の在宅患者への1週間毎の薬剤師の訪問回数（19薬局、訪問患者32名）
（看取り日から遡って最長4週間分（28日前から）のすべての訪問を集計しており、4週未満の症例も含まれる。）

■ 月あたりの薬剤師の訪問回数（訪問患者32名）



■ 医療用麻薬を使用する心不全の終末期患者の訪問事例（医師の処方に基づく訪問）

↓ 医療用麻薬以外の処方あり（催眠鎮静薬等）
↓ 医療用麻薬の処方あり



月8回を超える訪問は算定できない

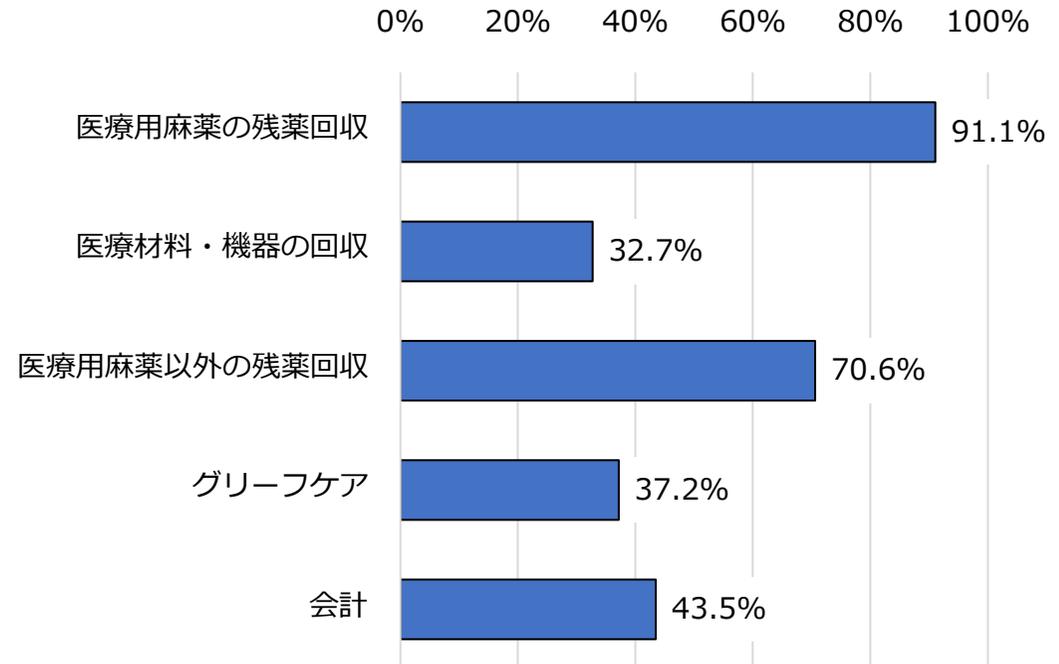
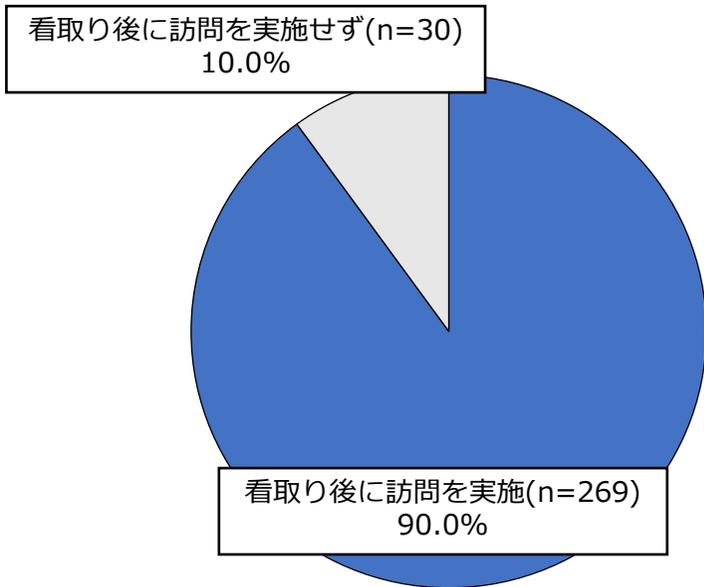
出典: 1) 終末期在宅における訪問薬剤師の業務量調査、一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会(J-HOP)、2023年をもとに保険局医療課作成
※在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導で居宅(施設・自宅)における看取りに関わった症例を年間12例以上有する薬局への調査

ターミナルケアの在宅患者における看取り後の対応

- 薬剤師の看取り後の対応として、90%で患者宅を訪問しており、訪問した理由として、医療用麻薬や医療用麻薬以外の残薬の回収が実施されていた。
- 特に医療用麻薬は、残薬であっても必要な免許を持つ薬局・医療機関しか取り扱えないので、ターミナルケアでは薬剤師の看取り後の業務がほぼ必要となる。

■ 看取り後の薬剤師の訪問実施の有無 (n=299)

■ 看取り後に訪問した理由(複数回答、n=269)



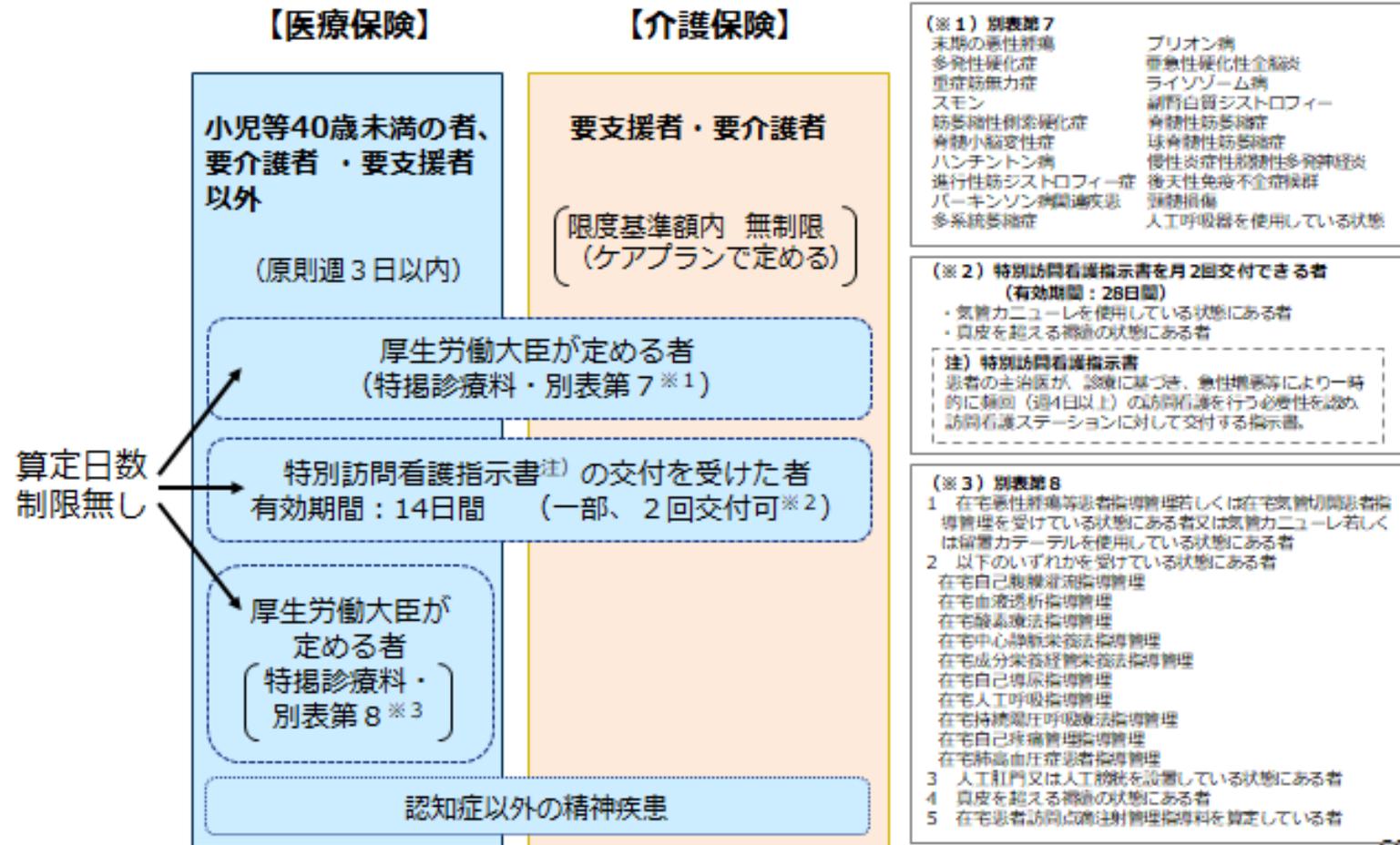
* グリーフケア：がん患者の家族、遺族等に対する精神・身体的な相談支援

(参考) 訪問看護における評価

- 訪問看護においては、特別訪問看護指示書の交付を受けた者や、別表第7に掲げる疾病等を有する者及び第8に掲げる状態等にある者の場合など、通常よりも頻繁な訪問看護の必要性がある場合に算定日数に制限を設けないルールがある。

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

意見交換 資料-2
R 5 . 5 . 1 8

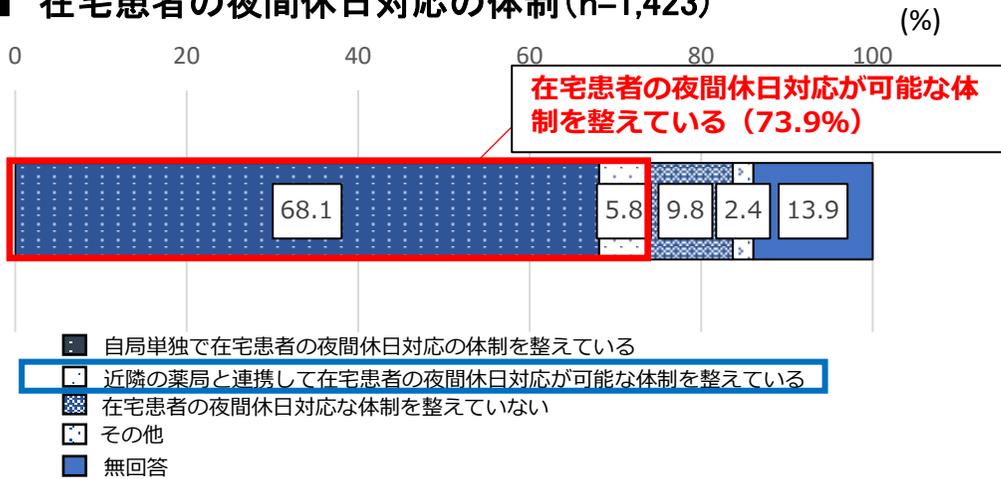


1. 在宅対応している薬局の体制評価について
2. 終末期の訪問薬剤管理について
- 3. 訪問薬剤管理における時間外対応について**
4. 在宅移行時の訪問薬剤管理について
5. 高齢者施設等における薬剤管理について

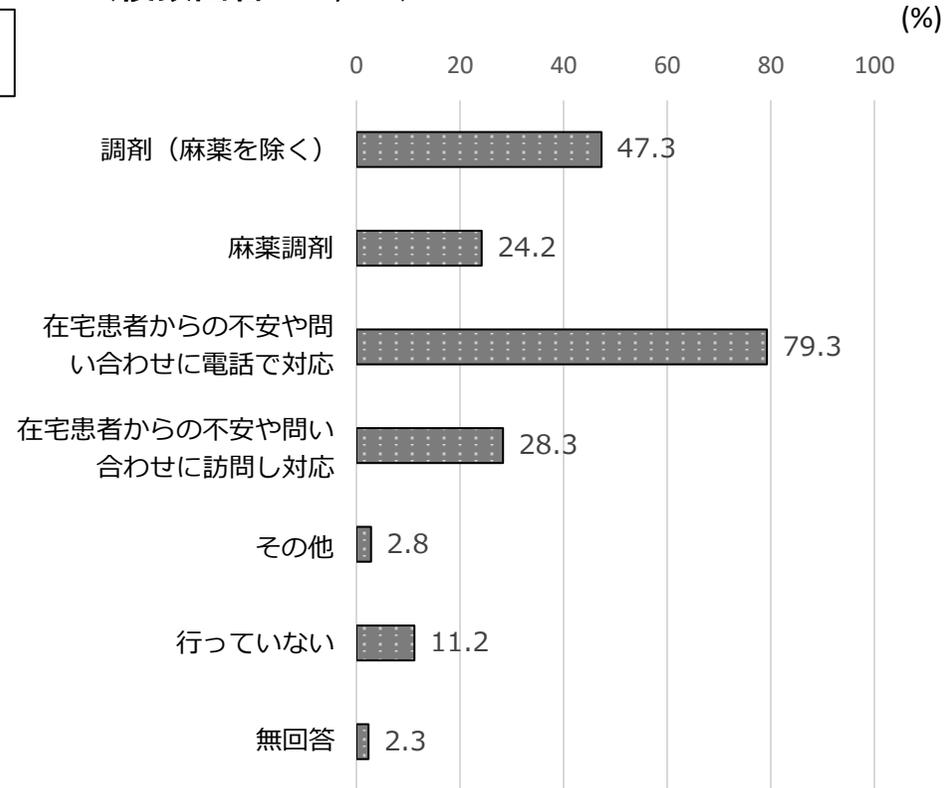
在宅患者の夜間休日対応の体制等

- 在宅患者の夜間休日対応が可能な体制を整えている薬局は73.9%であった。
- これらのうち、近隣の薬局と連携して体制を整えている場合は、1～3薬局と連携している薬局が約8割であった。
- 夜間休日対応での業務内容は、「在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応」と回答した薬局が約8割と最も多く、調剤対応も半数程度であった。

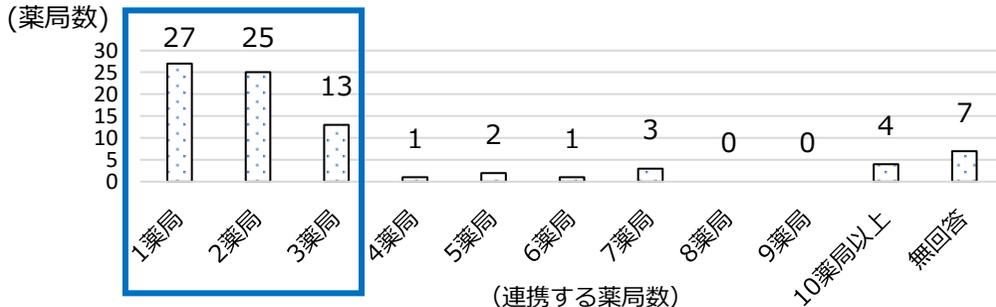
■ 在宅患者の夜間休日対応の体制 (n=1,423)



■ 在宅患者の夜間休日対応での業務内容 (複数回答 n=1,423)



■ 夜間休日対応が可能な体制を整えている薬局のうち近隣の薬局と連携する薬局数 (n=83)

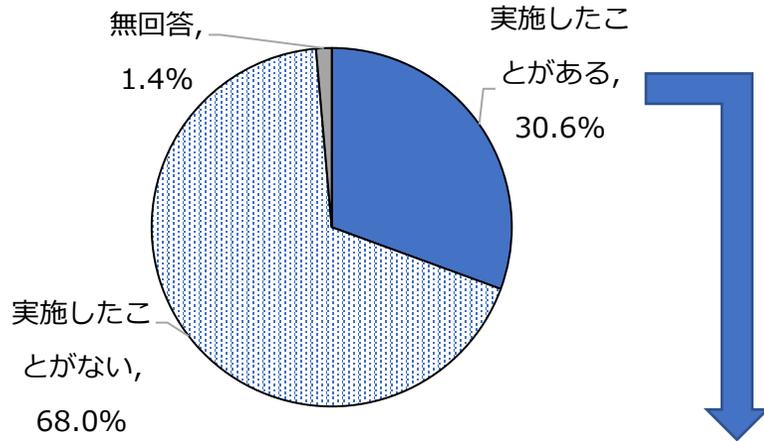


出典: 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」
保険薬局調査(施設票)、医療機関調査(施設票)をもとに保険局医療課にて作成

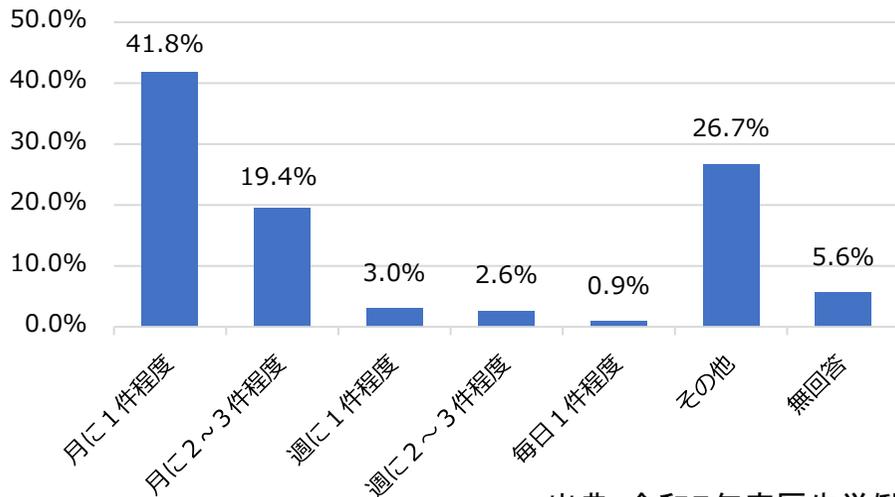
薬剤師の夜間・休日の訪問

- 夜間・休日の患者宅への訪問は、在宅を実施している薬剤師の約3割で実施しており、そのうち約4割の薬局で月に1件程度の頻度で実施されていた。
- 訪問内容の大半は「調剤」(調剤及び薬剤を患者宅へ届ける)であり、3割程度の薬剤師は「麻薬調剤」も対応していた。

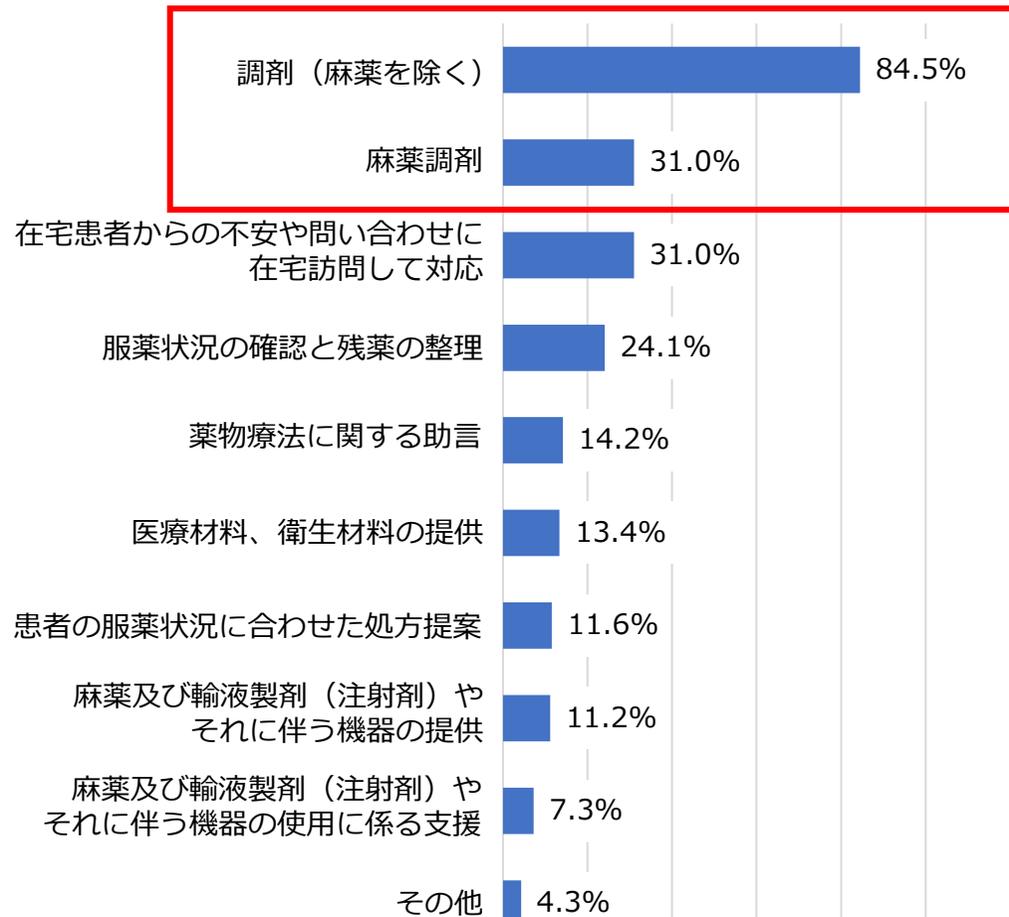
■ 薬剤師の夜間・休日の患者宅への訪問実施の有無 (n=766)



■ 薬剤師の夜間・休日の患者宅への訪問実施の頻度 (n=232)



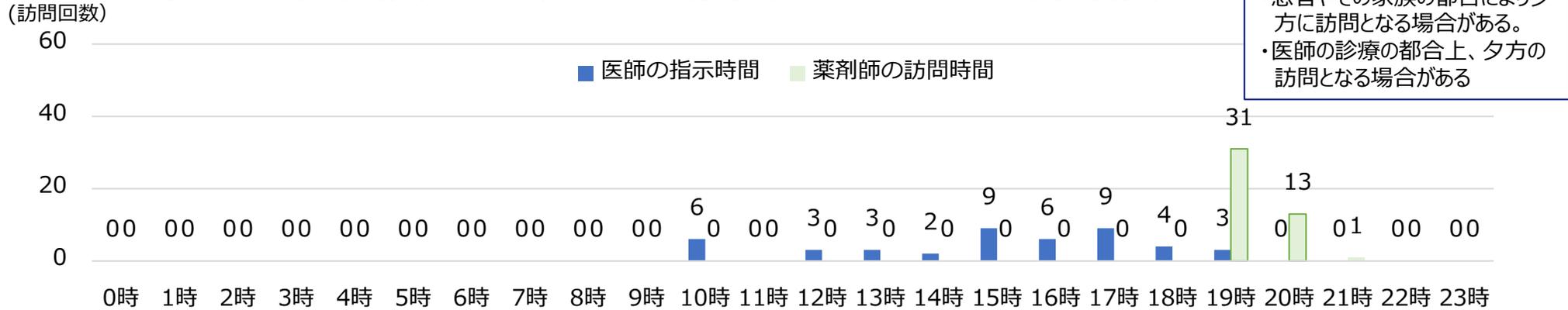
■ 薬剤師の夜間・休日の患者宅への訪問時の薬学的管理の内容 (n=232、複数回答)



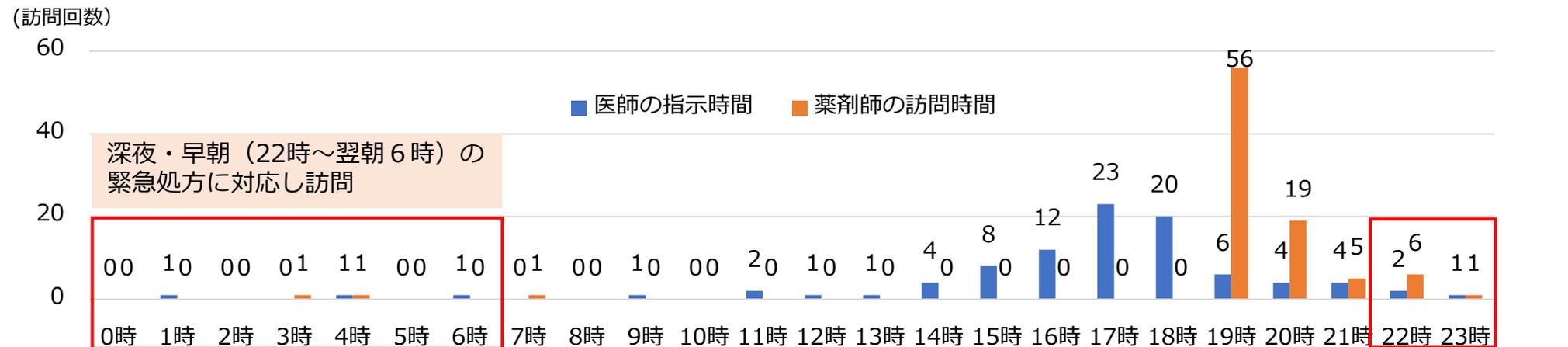
開局時間外における薬剤師の訪問薬剤管理

- 計画訪問の場合は、患者やその家族の都合等により訪問が夜間になる場合があるが、計画訪問のため深夜・早朝(22時～翌朝6時)の訪問となることはない。(通常想定されない)
- 一方で、急変時などの緊急時に訪問して対応する場合には、深夜・早朝に医師からの指示が出されることもあり、深夜・早朝に調剤・訪問が実施されていた。

■ 平日時間外における計画訪問(医師の指示があり、訪問計画に組み込まれている予定訪問)



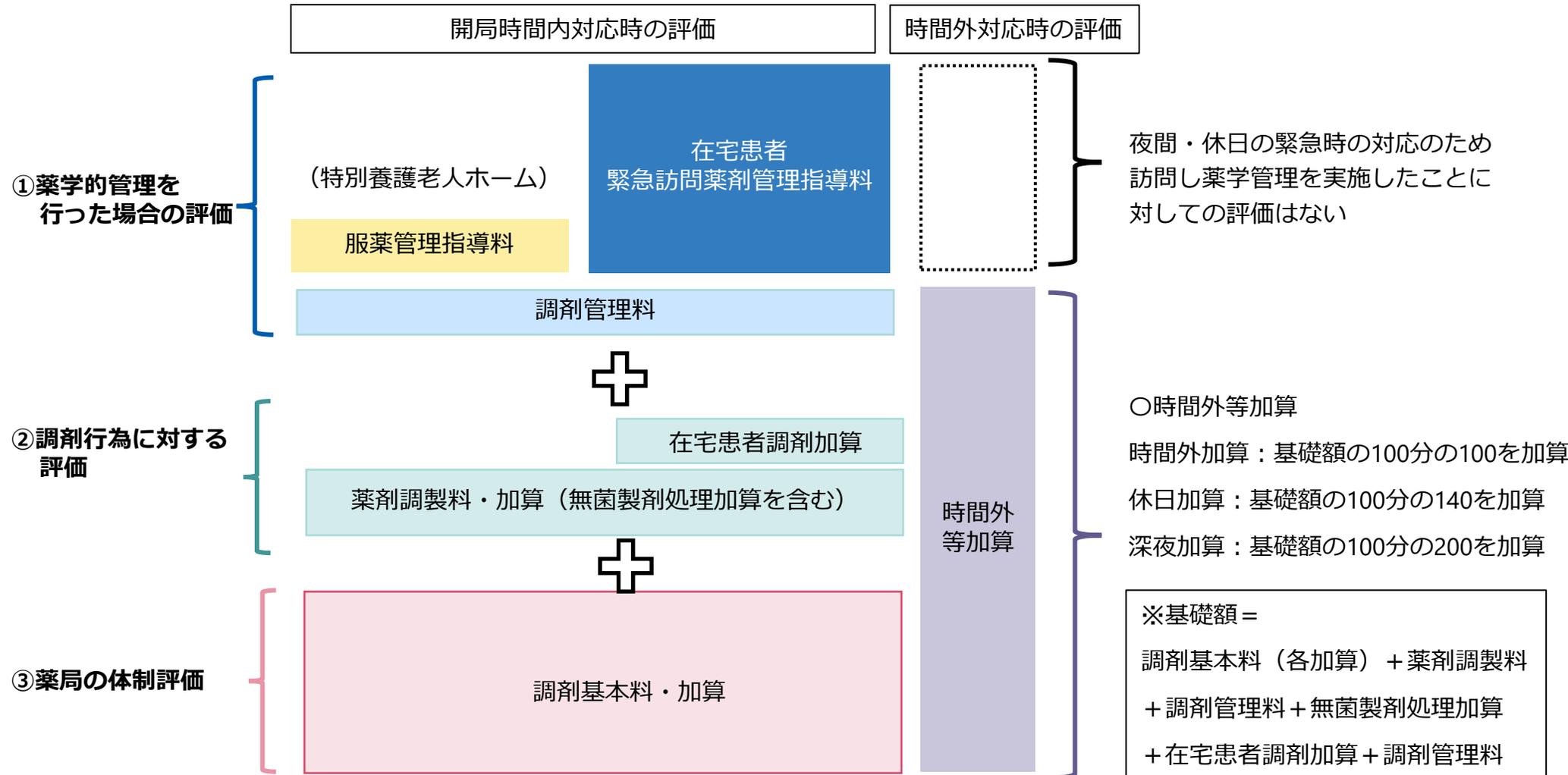
■ 平日時間外における計画外訪問(医師の指示あり、訪問計画上にない訪問(例:追加処方による緊急対応など))



出典: 1) 終末期在宅における訪問薬剤師の業務量調査、一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会(J-HOP)、2023年
※在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導で居宅(施設・自宅)における看取りに関わった症例を年間12例以上有する薬局への調査

調剤報酬における時間外の在宅業務に対する評価（イメージ）

○ 薬剤師の夜間・休日の業務に対する評価については、夜間・休日に調剤業務を行ったことを評価する加算はあるが（来局患者に対応した場合と同様の評価）、緊急時に訪問して薬学的管理を実施したことに対する評価はない。



薬剤師の夜間・休日の業務に対する評価

○ 調剤報酬における夜間・休日における業務は、調剤したことに対して評価されているが、訪問薬剤管理指導に関する評価はなく、加算額は訪問に係る評価と比較すると低い点数となる。

■ 開局時間内に調剤を実施したことに対する評価

○薬剤調製料の夜間・休日等加算	午後7時（土曜日にあつては午後1時）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合に算定	40点
-----------------	--	-----

■ 開局時間外に調剤を実施したことに対する評価

○調剤技術料の時間外加算等 ・時間外加算 ・休日加算 ・深夜加算	保険薬局が ・開局時間以外の時間（深夜及び休日を除く） ・休日（深夜を除く） ・深夜（午後10時から午前6時まで） において調剤を行った場合	基礎額の100分の100 基礎額の100分の140 基礎額の100分の200 をそれぞれ加算
---	---	---

※調剤技術料の時間外加算等は、調剤基本料、薬剤調製料及び調剤管理料の合計額を基礎額として所定の割合に相当する点数を加算する。

(例)調剤基本料1:42点+薬剤調製料(内服薬1剤):24点+調剤管理料(7日分以下の場合):4点=70点(基礎額)の場合、
時間外加算、休日加算、深夜加算はそれぞれ70点、98点、140点となる。

<参考>

診療報酬(医科)の往診料における
緊急及び時間外等の加算

	機能強化型在支診・在支病 (単独型・連携型)		機能強化型以外 の在支診・在支病	その他の医療機関
	病床有	病床無		
往診料	720点			
	+			
緊急往診加算	850点	750点	650点	325点
夜間・休日往診加算	1700点	1500点	1300点	650点
深夜往診加算	2700点	2500点	2300点	1300点

1. 在宅対応している薬局の体制評価について
2. 終末期の訪問薬剤管理について
3. 訪問薬剤管理における時間外対応について
- 4. 在宅移行時の訪問薬剤管理について**
5. 高齢者施設等における薬剤管理について

患者の在宅移行時における薬剤師の関わりと評価（イメージ）

- 在宅移行時には、特に退院時から初回訪問までの間又は初回訪問時に、患者が入院している医療機関とも連携しつつ、在宅に関わる医師、看護師、介護関係者等の多職種と連携して、残薬整理、服薬管理方法の検討、医師と処方内容の調整など在宅における薬物療法に係る業務を行うことになるが、調剤報酬において評価がない／十分ではないものがある。

退院時

退院～初回訪問まで

初回訪問

継続訪問

退院時共同指導料
で評価

(評価なし)

<訪問時の評価>

- ・居宅療養管理指導費（介護保険）
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）

<課題>

- 退院時カンファレンス以降／退院後の初回訪問前までの体調変化等により、使用薬剤が当初の処方から変更すると、医師等の関係者と調整が必要な場合がある
- 初回訪問までに、自宅での薬剤管理状況や生活リズムが入院中と自宅では異なるため、薬剤の調整が必要な場合がある（服用薬剤が多い場合等）
- その他、初回訪問前に在宅医、訪問看護師、ケアマネージャー等との情報共有・連携が必要になる場合がある

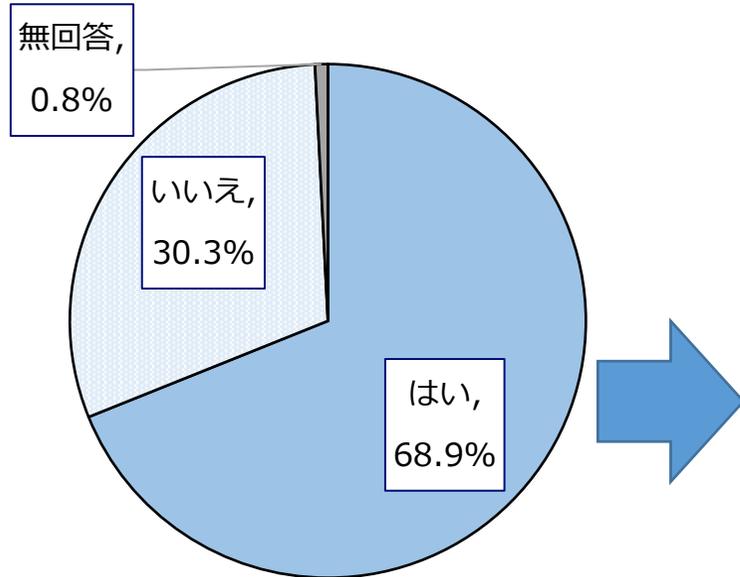
<課題>

- 初めて訪問する際に、服用薬剤が多い場合、自宅にある過去の残薬等の整理、及び今後の服薬継続のための管理方法の確立、ケアマネージャー等との相談等が必要になる

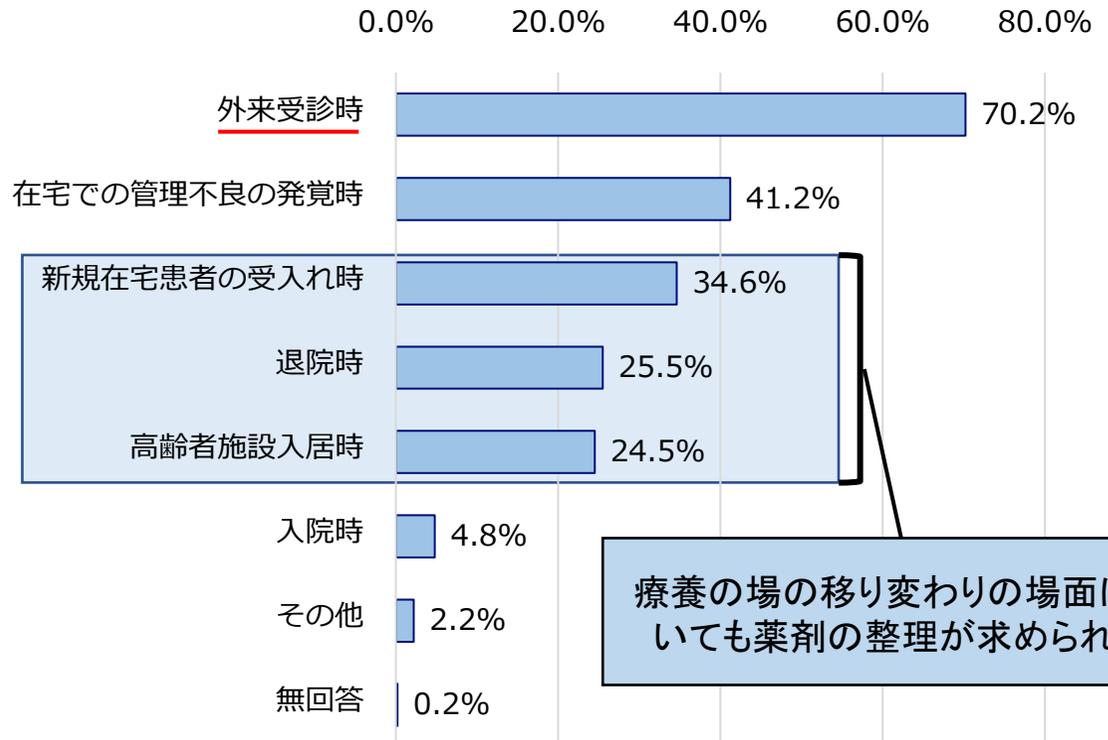
処方薬の薬剤管理に係る業務の現状等

- 68.9%の薬局で医療機関から処方薬の整理を依頼された経験を有している。
- 処方薬の整理を依頼されるタイミングとしては、「外来受診時」が最も多いが、「新規在宅患者の受入れ時」など療養の場の移り変わりの場面において、薬剤の整理が求められている。

■ 医療機関から処方薬の整理を依頼された経験の有無 (n=876)



■ 処方薬の整理を頼まれるタイミング (複数回答n=604)



療養の場の移り変わりの場面においても薬剤の整理が求められる

在宅移行時における薬剤師業務の例

○ 薬剤師による在宅訪問では、訪問前の段階又は初回訪問時において、①残薬の確認・整理、②家族・本人からの服薬状況や日常生活(居住環境・家族関係)等の聴取、③服薬管理方法の検討・医師と処方内容の調整、④多職種との情報共有や相談等を実施するため、十分な時間をかけて対応する必要がある。

■末期がん患者の在宅移行時の薬剤師の対応例 ※居宅療養管理指導の初回訪問前に実施。初回訪問時にこのような業務を実施する場合もある。

退院日当日 患者宅へ訪問(介護サービス利用契約前)

①残薬の確認・服用薬の整理

退院時処方薬のほかに服用薬の残薬が自宅に大量にあることを確認

訪問看護師、ヘルパーが服薬状況を確認できるようにお薬カレンダーで服用薬を管理

退院時処方



自宅にあった残薬



退院時処方と残薬を整理しカレンダー管理



②家族・本人からの服薬状況や日常生活状況等の聴取



(薬剤師がケアマネに同行)

- ・ 介護をする家族の状況の把握
- ・ 服薬状況や嚥下状況等の患者の状態把握
- ・ 訪問薬剤管理指導に向けての患者との契約

初回訪問に向けた多職種との協議

③服薬管理方法の検討・医師と処方内容の調整



患者宅への訪問内容等を踏まえた薬剤の調整

④多職種との情報共有や相談を実施



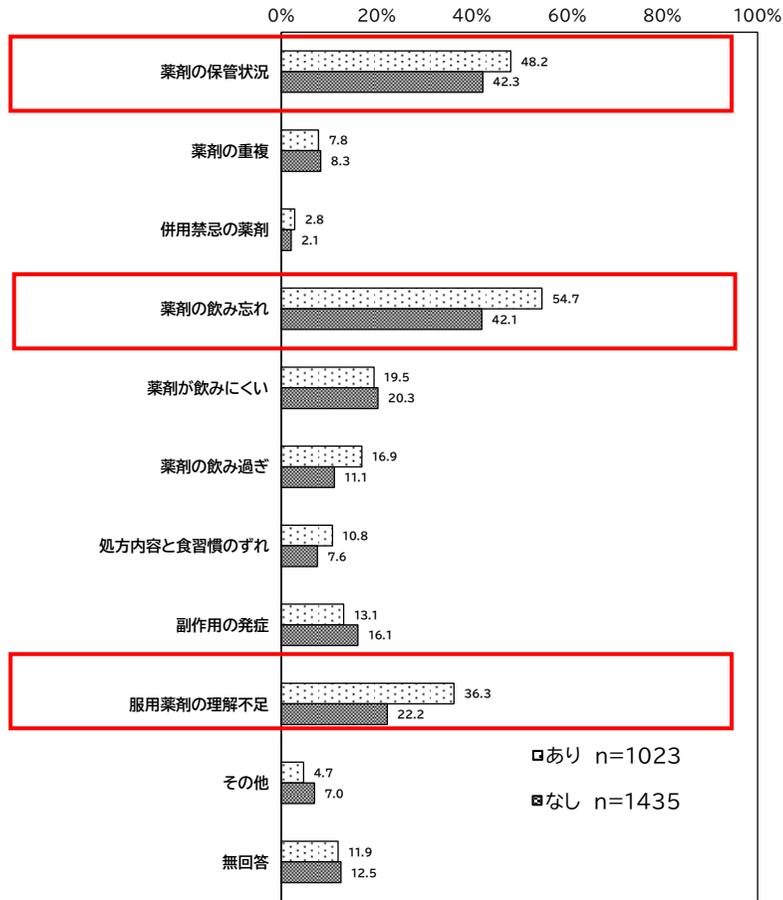
薬の管理方法を訪問看護師と相談

初回訪問日

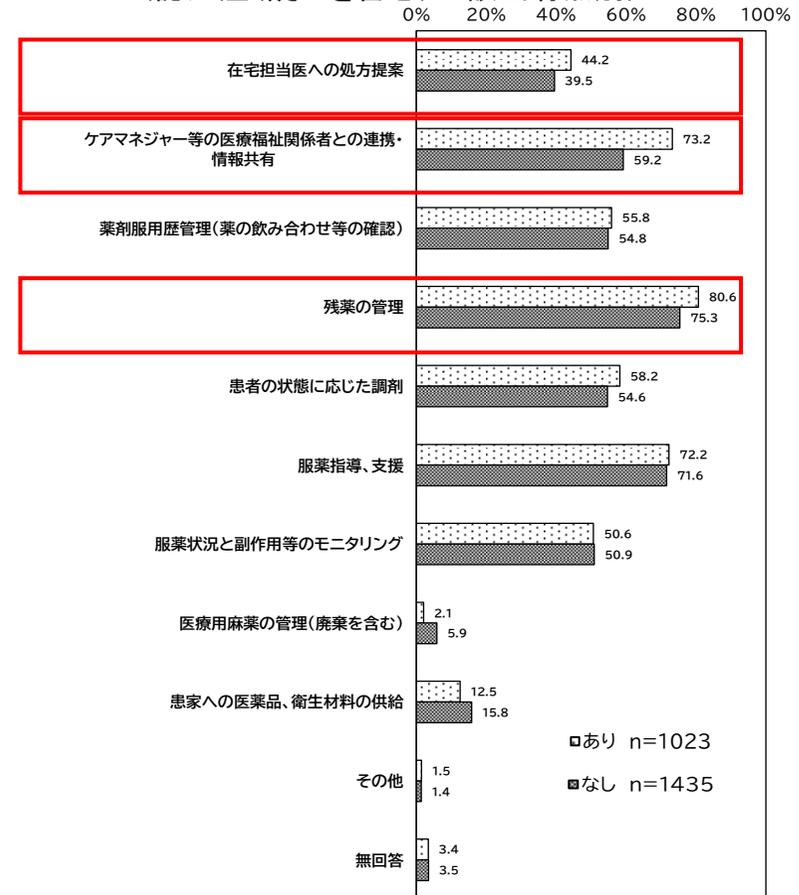
認知症の方の服薬管理の現状

- 認知症患者の薬剤管理上の問題点として、薬剤の保管、飲み忘れ、服用薬剤の理解不足があげられる。
- 認知症患者に行った薬学的管理としては残薬管理だけではなく、ケアマネジャー等との連携、在宅担当医への処方提案が実施されている。

患者の在宅訪問時に発見された薬剤管理上の問題点(複数回答)
(認知症(疑いを含む)の該当有無別)



患者に行った薬学的管理(複数回答)
(認知症(疑いを含む)の該当有無別)



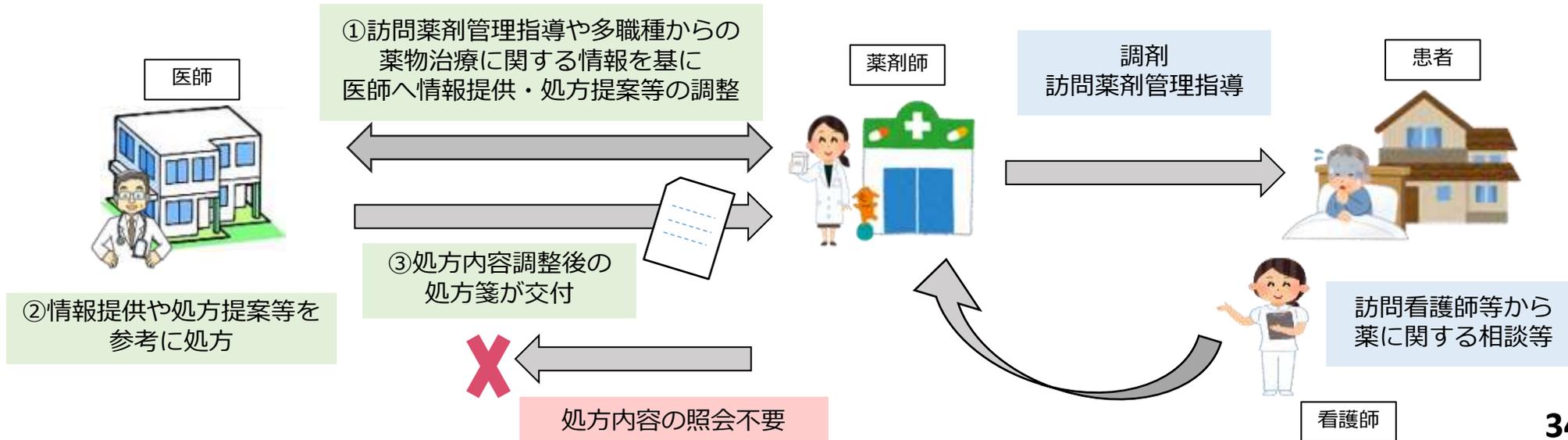
処方内容の確認・調整に係る評価

- 外来患者では、交付された処方箋に基づき薬局の薬剤師が処方内容の確認を行うことになるが、在宅医療の場合は処方医と連携しながら対応する機会が多く、処方の段階で医師と薬剤師が処方内容を調整することがあるため、外来患者のような処方内容の照会に係る評価が得られないことがある。

➤ 在宅患者における処方内容の確認・調整の評価(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料)

評価されている業務	評価されない業務
<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅患者に交付された処方箋に基づき、薬剤師が処方医に対して以下を確認し、処方内容が変更された場合 <ul style="list-style-type: none"> ・併用薬との重複投薬及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するために処方を変更された場合 ・残薬の確認の結果、処方を変更された場合 ・薬剤師が薬学的観点から必要と認め処方医に照会した上で処方を変更された場合 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 処方箋交付前に、薬剤師が処方医と連携して処方内容を調整し、薬剤師による処方提案等により、変更された内容で処方箋が交付される場合 <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事前の調整における麻薬の処方量の変更（※処方箋交付後であれば処方内容を医師に照会して変更する内容） ・医師の訪問へ同行した際の処方提案等

➤ 在宅患者重複投薬・相互作用防止管理料を算定できない場合のイメージ



薬剤師と医師等の連携による処方内容の調整

- 薬剤師が医師をはじめとした多職種と密な連携体制を築いているような在宅医療の現場においては、麻薬の処方量等の提案、患者の状態に合った剤形の選択、医師や看護師等の訪問へ同行した際の処方提案の行為が薬剤師から医師へ日常的に行われている。

医療用麻薬を切り替える際の投与量換算が必要な事例

- フェンタニル貼付剤3mgからモルヒネ持続皮下注へ切り替える必要があり、医師から処方内容の設計の相談を受けたため、フェンタニル貼付剤3mg \div モルヒネ注射剤45mgと切り替える場合の処方量を計算し、具体的な皮下注射の投与方法を医師へ提案（1%モルヒネ塩酸塩0.2mL/h(48mg/day)で開始し、2日に1回シリンジ交換）。提案どおりの処方となり、円滑に麻薬持続注射療法へ移行できた。

内服薬から注射薬への剤形変更の相談事例

- 病状が進行し内服薬の服用が難しくなってきたので内服薬の減量・中止を医師へ相談したところ、症状緩和のためにステロイド剤の投与を継続したいとの治療方針があったので、ステロイド注射剤へ剤形変更して投与継続し、変更後の必要な用量を医師へ提案。提案どおり変更された。
- 医療用麻薬徐放性製剤が処方されていた患者が、錠剤を噛んで服用するようになったため内服薬の服用が難しくなったので、医師へ相談すると処方内容を調整した結果、翌日から麻薬持続注射療法へ変更した。

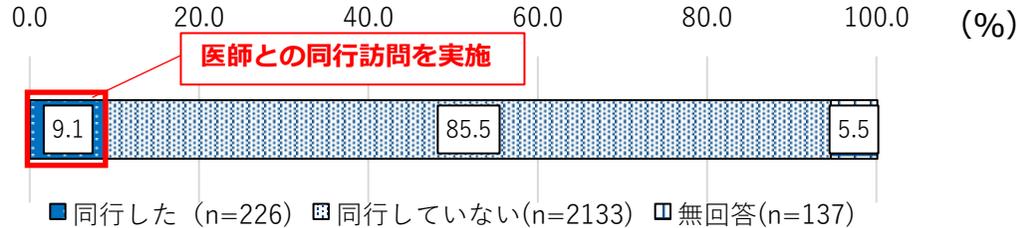
医師等と一緒に訪問して処方内容を調整した事例

- 褥瘡患者の往診の際に、訪問看護師と一緒に薬剤師も患家を訪問し、褥瘡の状態を確認して医師へ必要な薬剤を提案。再訪問時からは、提案した内容で調剤した外用剤を使用。

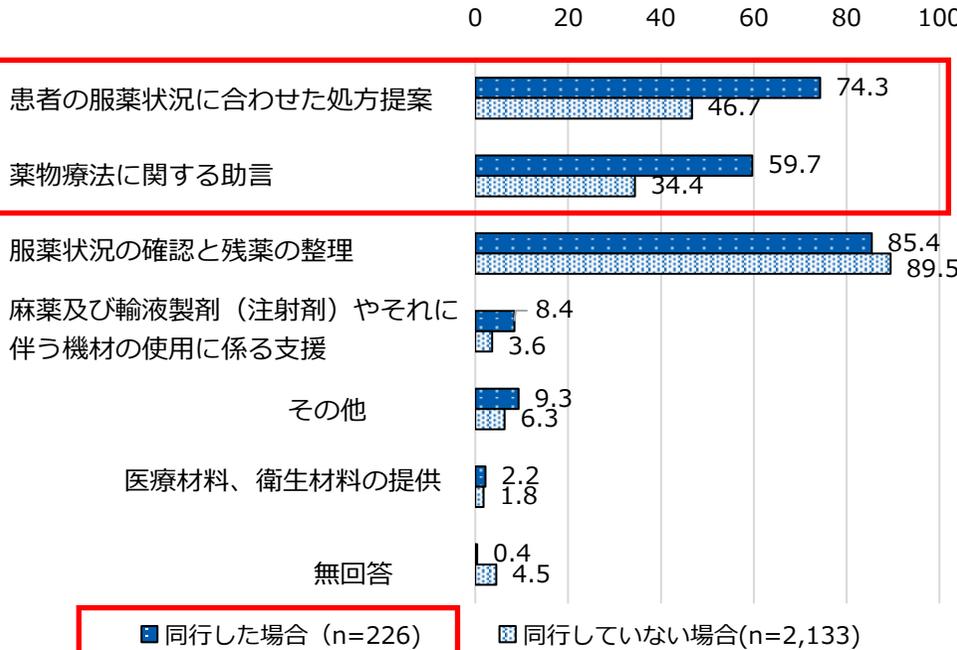
薬剤師と医師の連携（同行訪問）

- 薬剤師が医師の訪問に同行した場合、同行していない場合に比べ、特に「患者の状況に合わせた処方提案」、「薬物治療に関する助言」の薬学的管理がより多く実施されている。
- 医師が同行した薬剤師に期待することも「患者の服薬状況に合わせた処方提案」、「服薬状況の確認と残薬の整理」との回答が多く挙げられた。

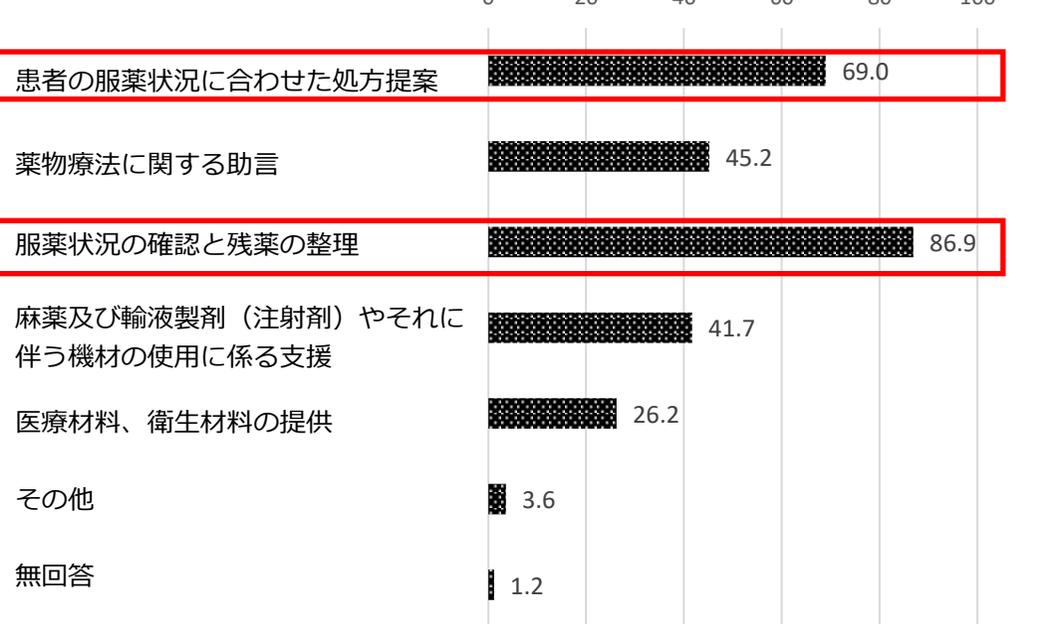
■ 訪問薬剤管理指導で、医師の訪問への同行の実施状況（※保険薬局患者調査票）



■ 医師の訪問に同行した場合又は同行していない場合における薬剤師が情報提供した薬学的管理の内容（複数回答）※保険薬局患者調査



■ 医師の回答：医師が薬局の薬剤師と一緒に訪問した時に薬剤師に期待すること（複数回答）※医療機関調査



n=84

1. 在宅対応している薬局の体制評価について
2. 終末期の訪問薬剤管理について
3. 訪問薬剤管理における時間外対応について
4. 在宅移行時の訪問薬剤管理について
5. 高齢者施設等における薬剤管理について

在宅・施設の患者に訪問する場合の評価（通常時／緊急時）

- 在宅や施設の患者においては、定期的な訪問など通常時の訪問薬剤管理指導のほか、患者の急変等に伴い、医師の求めにより緊急的に行う訪問薬剤管理指導の対応を実施しているが、施設の患者に対しては緊急時の対応は評価されていない。
- 施設については、新型コロナウイルス感染症患者に対する緊急時の訪問として、薬剤師が訪問薬剤管理指導を実施して必要な薬剤を交付したことを特例的に評価している。

	通常の薬学的管理	緊急時等の対応
在宅患者	訪問薬剤管理指導 <ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅療養管理指導費（介護保険） ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導 <ol style="list-style-type: none"> 1：計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴う場合 2：1以外の場合
高齢者施設等の患者	施設体系によって評価の範囲が異なる（介護保険との給付調整） <介護医療院・介護老人保健施設> 原則として自施設の医師・薬剤師等が薬剤管理を実施 <特別養護老人ホーム> 薬局の薬剤師が訪問し、薬剤管理指導を実施 <ショートステイ> 短期的に入所の期間は当該施設において薬剤管理を受けることがある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時の訪問は特に評価されていない（特養に入所中等の場合、末期の悪性腫瘍の患者に限り在宅患者緊急訪問薬剤管理指導が実施できる） <p style="text-align: center;">※ 新型コロナウイルス感染症患者に対しては、緊急時の訪問として、薬剤師が訪問薬剤管理指導を実施して必要な薬剤を交付したことを特例的に評価</p>
<参考> 来局患者 (在宅以外)	対面による薬剤管理指導 <ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬管理指導料等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時の対応は特に評価されていない

高齢者施設等の各施設類型における薬剤管理

- 高齢者施設等においては、施設類型によって医師・薬剤師の配置や入所者の状況等が異なることから、それぞれの施設類型に応じた薬剤管理の対応が必要であり、以下のような課題も有する。

		介護医療院	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	その他施設 (サ高住等)	短期入所（ショートステイ）	
						短期入所療養介護	短期入所生活介護
施設配置基準	医師	○ I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	○ 1以上	○ 必要数（非常勤可）	×	○ ※	○ 必要数（非常勤可）
	薬剤師	○ I型: 150:1以上 II型: 300:1以上	○ 適当数（300:1）	×	×	○ ※	×
薬剤管理の現状等		自施設の医師・薬剤師等が薬剤管理を実施 抗がん剤・抗ウイルス剤・麻薬等の一部の薬剤については、往診を行う医師が処方する場合は、薬剤費について医療保険による給付が可能 (処方箋の交付も可能)	薬局の薬剤師が訪問し、薬剤管理指導を実施 末期の悪性腫瘍の患者に対しては、計画に基づく訪問による薬剤管理指導が可能	薬局の薬剤師が計画に基づく訪問により薬剤管理指導を実施 介護認定を受けている方は介護保険が適用	薬局の薬剤師が計画に基づく訪問により薬剤管理指導を実施 介護認定を受けている方は介護保険が適用	普段は在宅等で薬局薬剤師等による薬剤管理指導（居宅療養管理指導）を受けている者が、短期的に入所し、その期間は当該施設において薬剤管理を受ける	
課題		抗がん剤等の処方箋を薬局が応需した場合であっても調剤報酬が算定できない	要介護度3以上の患者に対する訪問薬剤管理指導の評価として現行の服薬管理指導料3が適切であるかについて検討が必要	麻薬の持続注射療法や中心静脈栄養法の管理について、医療保険では評価されているが、介護保険では評価されていない	短期入所中において薬学管理が適切に継続できないことがある		

施設内で提供可能な医療医療としての麻薬の状況

- 施設内で実施可能な医療として、疼痛管理(麻薬なし)が可能と回答した施設は、介護医療院で69.2%、介護老人保健施設で68.1%、特養で42.4%であった。また、疼痛管理(麻薬使用)については、介護医療院で46.2%、介護老人保健施設で19.5%、特養で15.7%であった。

施設内で提供可能な医療

社保審—介護給付費分科会

第215回 (R5.3.16)

資料2-3 一部改変

【施設内で提供可能な医療の割合(介護老人保健施設票問38、介護医療院票問21、介護老人福祉施設票問23、医療療養病床票問15)】

- 「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。
- 「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。
- 「喀痰吸引(1日8回以上)」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。
- 「酸素療養(酸素吸入)」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。
- 「インスリン注射」について、老健では86.8%、介護医療院では91.9%、特養では69.1%であった。

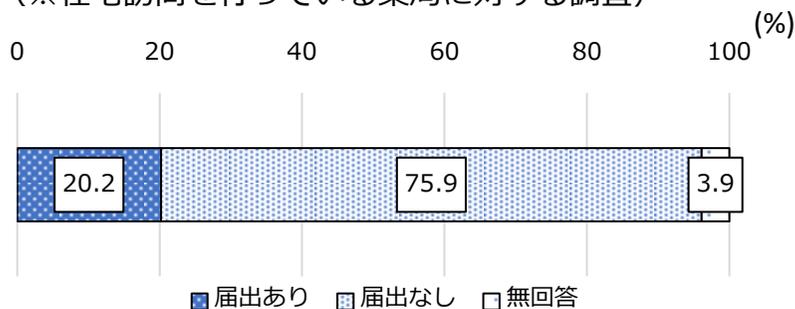
図表23 施設内で提供可能な医療の割合(複数回答可)

	単位 (%)					単位 (%)			
	老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)		老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	93.4	97.3	90.4	93.5	抗菌薬	61.5	82.4	27.8	85.8
経鼻経管栄養	41.7	93.7	28.7	94.3	昇圧薬	24.7	57.9	7.2	73.7
中心静脈栄養	7.8	48.0	2.2	81.4	皮下、皮下及び筋肉注射(インスリン注射を除く)	62.6	84.6	39.3	92.7
24時間持続点滴	39.9	82.4	5.7	91.5	簡易血糖測定	88.2	92.8	62.4	94.3
カテーテル(尿道カテーテル・コンドームカテーテル)の管理	91.7	92.3	81.1	95.1	インスリン注射	86.8	91.9	69.1	95.5
ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	84.8	84.6	70.2	87.9	疼痛管理(麻薬なし)	68.1	69.2	42.4	83.8
喀痰吸引(1日8回未満)	87.6	95.9	73.5	93.9	疼痛管理(麻薬使用)	19.5	46.2	15.7	76.5
喀痰吸引(1日8回以上)	50.3	83.7	24.1	91.5	内服薬・座薬・貼付薬	73.3	69.7	55.7	85.4
ネブライザー	45.7	72.4	22.8	88.7	点滴薬	50.6	53.4	25.2	74.9
酸素療法(酸素吸入)	66.1	90.5	53.9	92.7	創傷処置	87.1	92.8	78.5	95.1
鼻カスラ	63.8	87.3	52.0	88.3	褥瘡処置	93.4	93.7	87.0	97.2
マスク	58.3	82.4	37.6	87.4	浣腸	88.8	90.5	81.5	95.5
リザーバー付きマスク	17.2	46.6	8.7	63.6	排便	92.8	95.0	86.7	93.9
気管切開のケア	23.3	50.2	2.6	79.8	導尿	81.3	88.2	55.9	93.5
人工呼吸器の管理	3.2	13.6	0.4	49.8	膀胱洗浄	58.0	81.9	38.3	86.6
挿管	1.7	13.1	0.2	44.9	持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)	31.6	83.3	7.6	91.9
マスク式(NPPV等)	7.2	14.9	1.1	47.8	リハビリテーション	80.5	89.6	30.0	85.0
静脈内注射(点滴含む)	60.6	81.9	32.0	87.9	透析	8.9	7.7	9.8	25.1
電解質輸液	63.2	86.4	34.6	87.4	その他	1.4	5.4	0.2	11.3

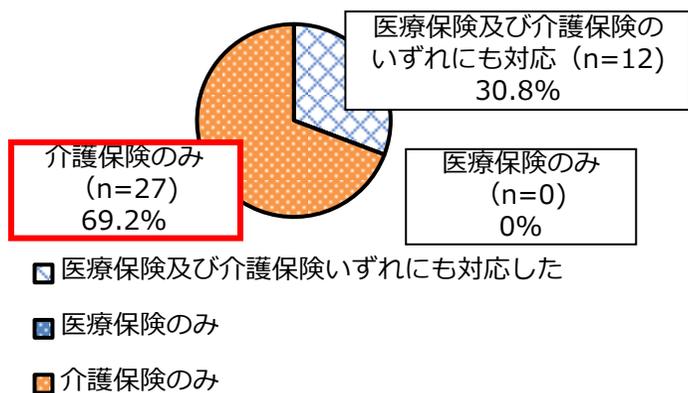
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況等

- 在宅訪問を行っている薬局のうち約2割の薬局が在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出を行っていた。算定は、緊急時の訪問に伴う割合が多い傾向がある。
- 医療保険を利用する患者だけでなく、介護保険を利用する患者においても、麻薬の持続注射療法に係る薬学管理が行われている。

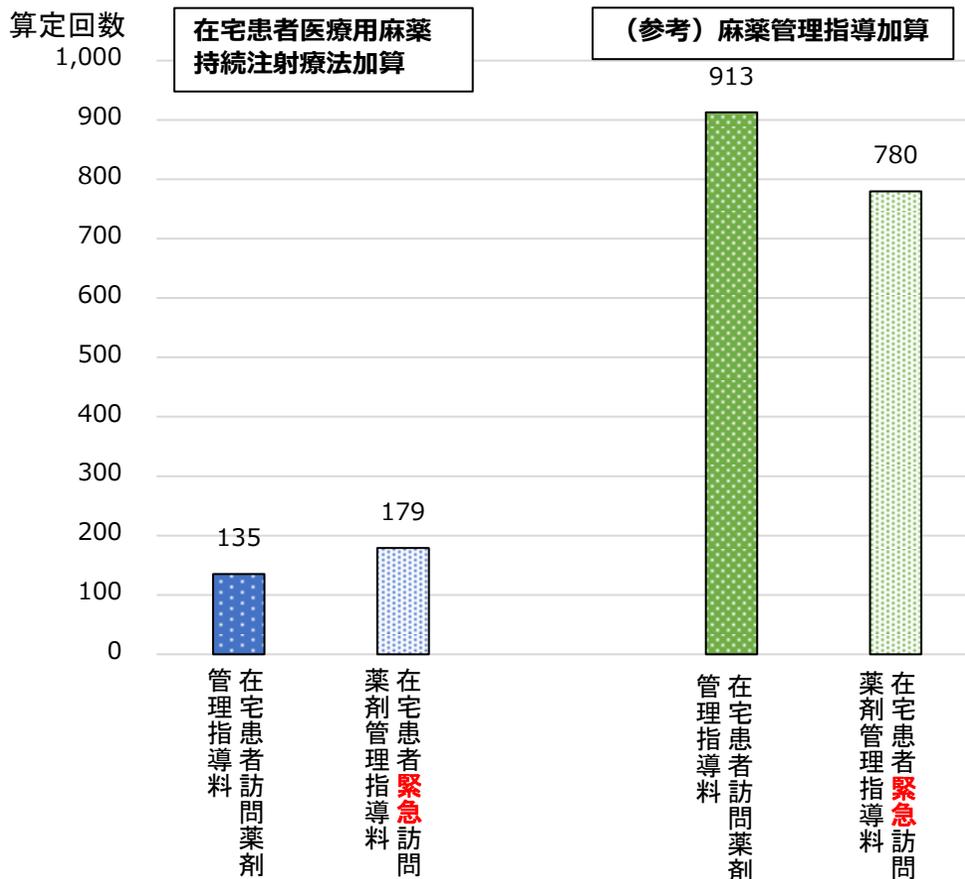
■ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況※1 (n=1,423) (※在宅訪問を行っている薬局に対する調査)



■ 令和4年5月～10月の間に在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算に相当する薬学的管理及び指導を1回以上行った薬局数※1 (n=39)



■ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の算定状況※2



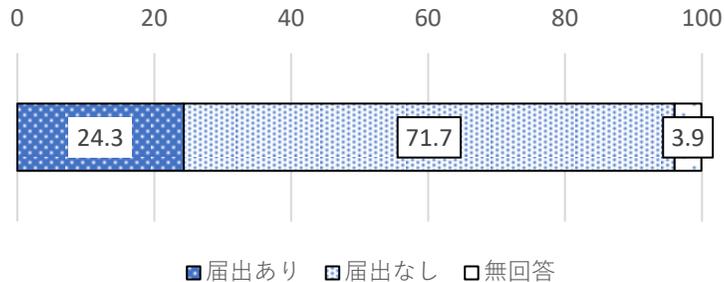
出典: ※1 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」
保険薬局調査(施設票)をもとに保険局医療課にて作成
※2 算定回数については社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)

在宅中心静脈栄養法加算の届出状況等

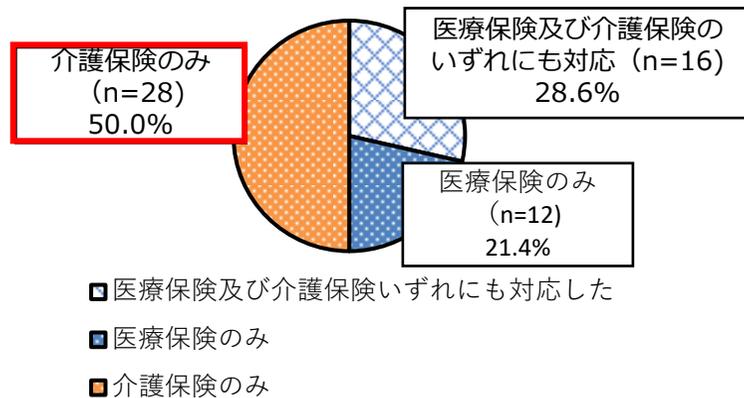
- 在宅訪問を行っている薬局のうち24.3%の薬局が在宅患者中心静脈栄養法加算の届出を行っていた。算定は、通常の定期的な訪問に伴う割合が高い傾向がある。
- 医療保険を利用する患者だけでなく、介護保険を利用する患者においても中心静脈栄養法に係る薬学管理が行われている。

■ 在宅中心静脈栄養法加算の届出状況※1 (n=1,423)

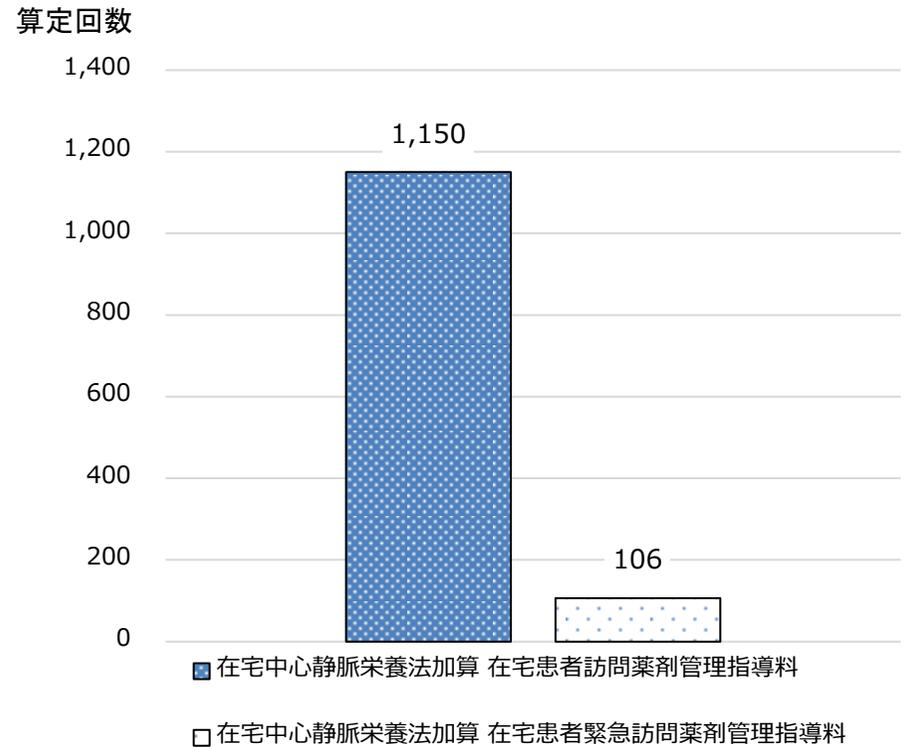
(※在宅訪問を行っている薬局に対する調査) (%)



■ 令和4年5月～10月の間に在宅患者中心静脈栄養法加算に相当する薬学的管理及び指導を1回以上行った薬局※1 (n=56)



■ 在宅中心静脈栄養法加算の算定状況※2



出典: ※1 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査 保険薬局調査(患者票)をもとに保険局医療課にて作成

※2 算定回数については社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)

介護報酬における検討（介護給付費分科会）

- 調剤報酬における在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、在宅中心静脈栄養法加算に対応した介護報酬上の評価に関しては、介護給付費分科会で議論されている。

論点②在宅患者への薬学的管理及び指導の評価

社会保障審議会
介護給付費分科会
(第230回)

資料4

令和5年11月6日

論点②

- 医療用麻薬持続注射療法、在宅中心静脈栄養法を実施している患者への薬学的管理としては、処方提案や特定保険医療材料、医療機器の使用説明に加えて、疼痛状況の確認、配合変化の確認、カテーテル感染症防止対策など、特別な在宅薬学管理が必要となる。
- 令和4年度診療報酬改定では、在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者や在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対する薬学的管理及び指導への評価が行われている。
- これらの患者については、介護保険を利用している場合も多いが、介護報酬上は診療報酬と同様の評価は行われていない。
- 在宅患者に対して適切な薬物療法を提供する観点や、医療保険と介護保険との整合性の観点からどのような対応が考えられるか。

対応案

- 在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者や在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、介護報酬において診療報酬と同様の評価を行ってはどうか。

特別養護老人ホームの服薬管理指導

○ 特別養護老人ホームに入所する患者に対する服薬管理指導については、服薬管理指導料として外来患者に対する服薬管理指導と同様の評価である。

○服薬管理指導料3 ・特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合	保険薬剤師が、患者の入所している特別養護老人ホームを訪問し、当該患者等に対して対面により必要な指導等を行った場合に算定	45点
○服薬管理指導料 ・1：原則月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 ・2：の患者以外の患者に対して行った場合	保険薬剤師が、患者の薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認した上で「薬剤の服用に関する基本的な説明」及び「患者への薬剤の服用等に関する必要な指導」の全てを対面により行った場合に算定	1：45点 2：59点
○かかりつけ薬剤師指導料	かかりつけ薬剤師が、保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行った場合に算定	76点
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が1人の場合 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 ・単一建物診療患者が10人以上の場合	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	650点 320点 290点

<算定状況>

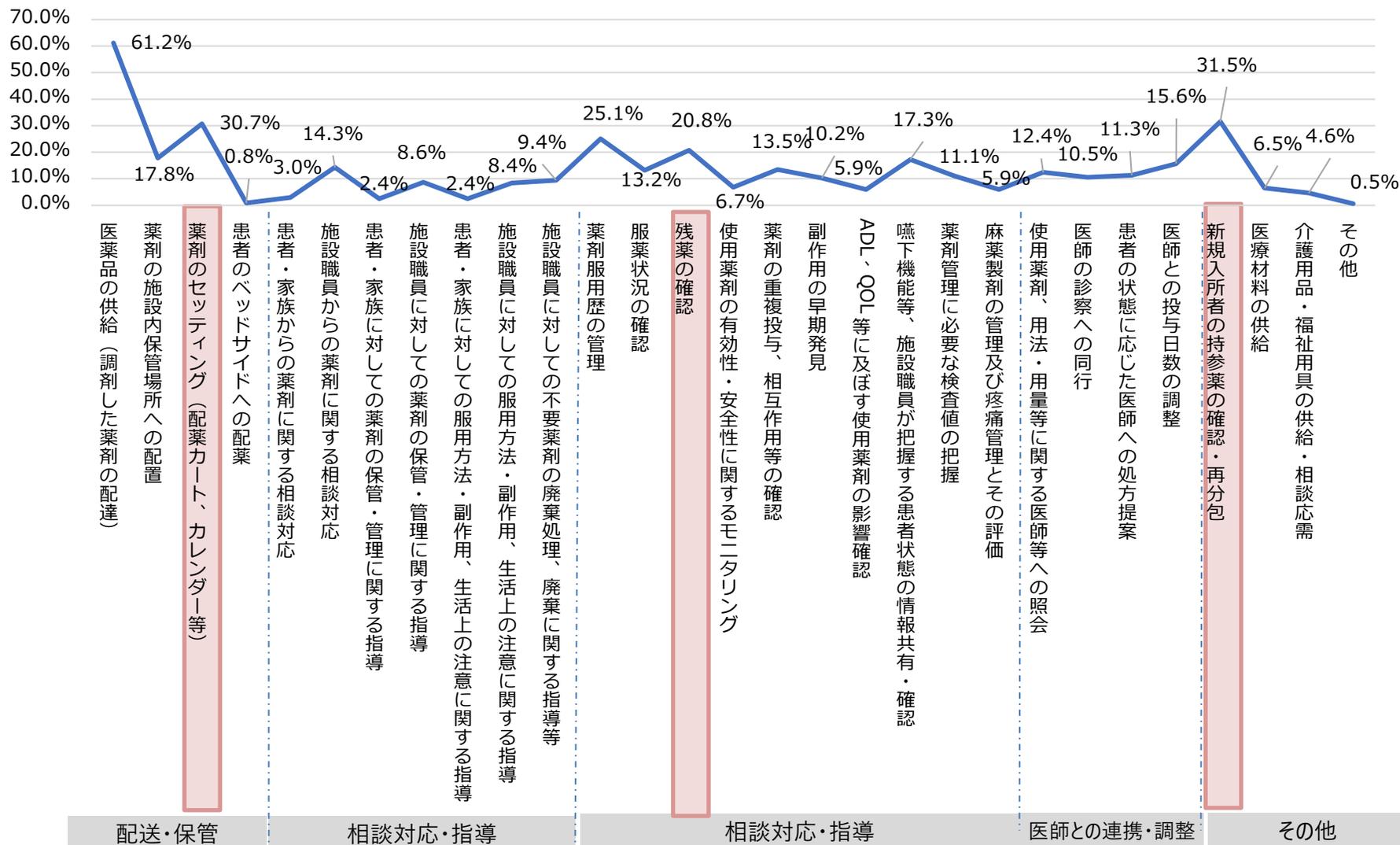
○服薬管理指導料3	785,939回
○服薬管理指導料1	36,540,495回
○服薬管理指導料2	22,466,458回
○かかりつけ薬剤師指導料	1,018,760回
○在宅患者訪問薬剤管理指導料	<ul style="list-style-type: none"> ・単一建物診療患者が1人の場合 31,785回 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 7,302回 ・単一建物診療患者が10人以上の場合 10,492回
○<参考> 居宅療養管理指導費 (薬局の薬剤師が行う場合)	<ul style="list-style-type: none"> ・単一建物診療患者が1人の場合 284,494回 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 201,358回 ・単一建物診療患者が10人以上の場合 921,418回

出典：社会医療診療行為別統計、介護給付費等実態統計(旧：調査)特別集計(令和4年6月審査分)

薬局における特別養護老人ホームの薬学的管理業務

○ 特別養護老人ホームで実施している薬学的管理の中で負担が大きい業務としては、「残薬の確認」、「新規入所者の持参薬確認・再分包」等に関する業務が多かった。

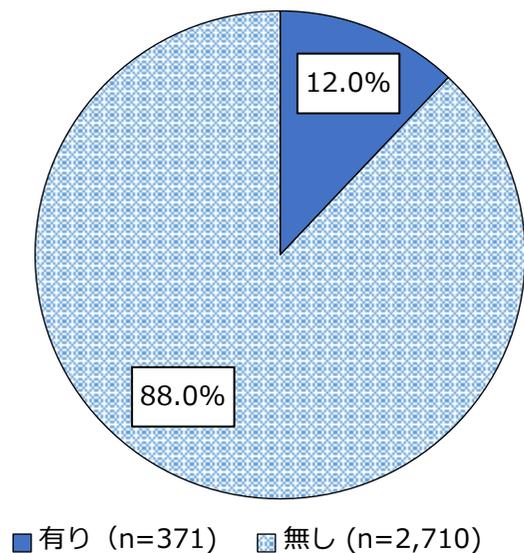
■ 特別養護老人ホームで実施する薬学的管理業務の中で負担が大きい業務 (n=371、複数選択可)



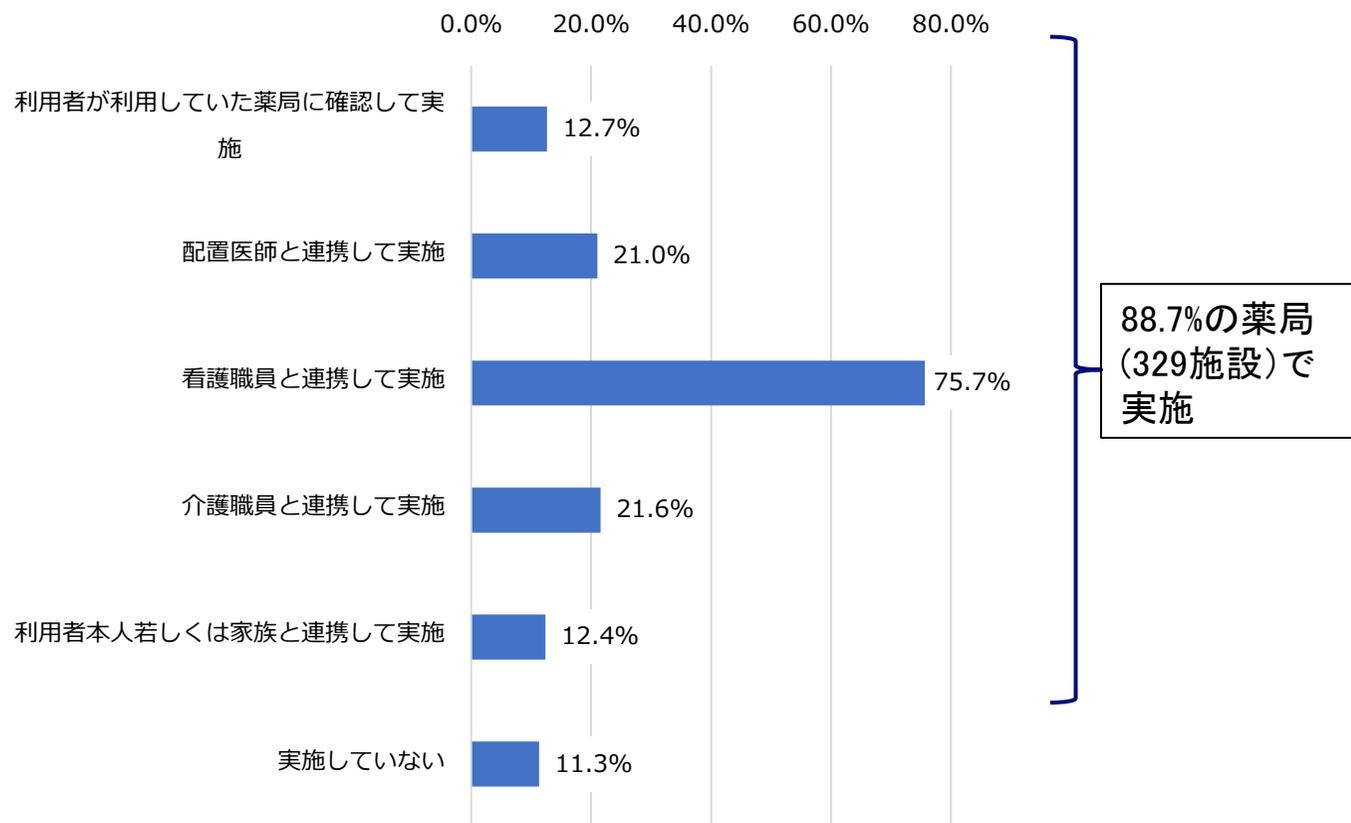
薬局における施設入所時の業務

○ 定期的に特別養護老人ホームに訪問している薬局は12.1%であり、そのうち88.7%の薬局では、入所前に服用していた持参薬等の確認が実施されていた。

■ 薬局において定期的な訪問を行っている特別養護老人ホームの有無 (n=3,082)



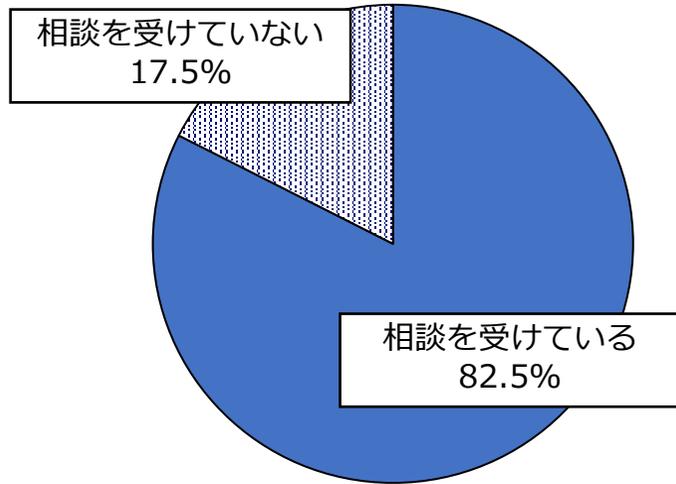
■ 特別養護老人ホーム利用者が入所前に服用していた持参薬やこれまでの処方内容の確認の実施状況 (複数回答、n=371)



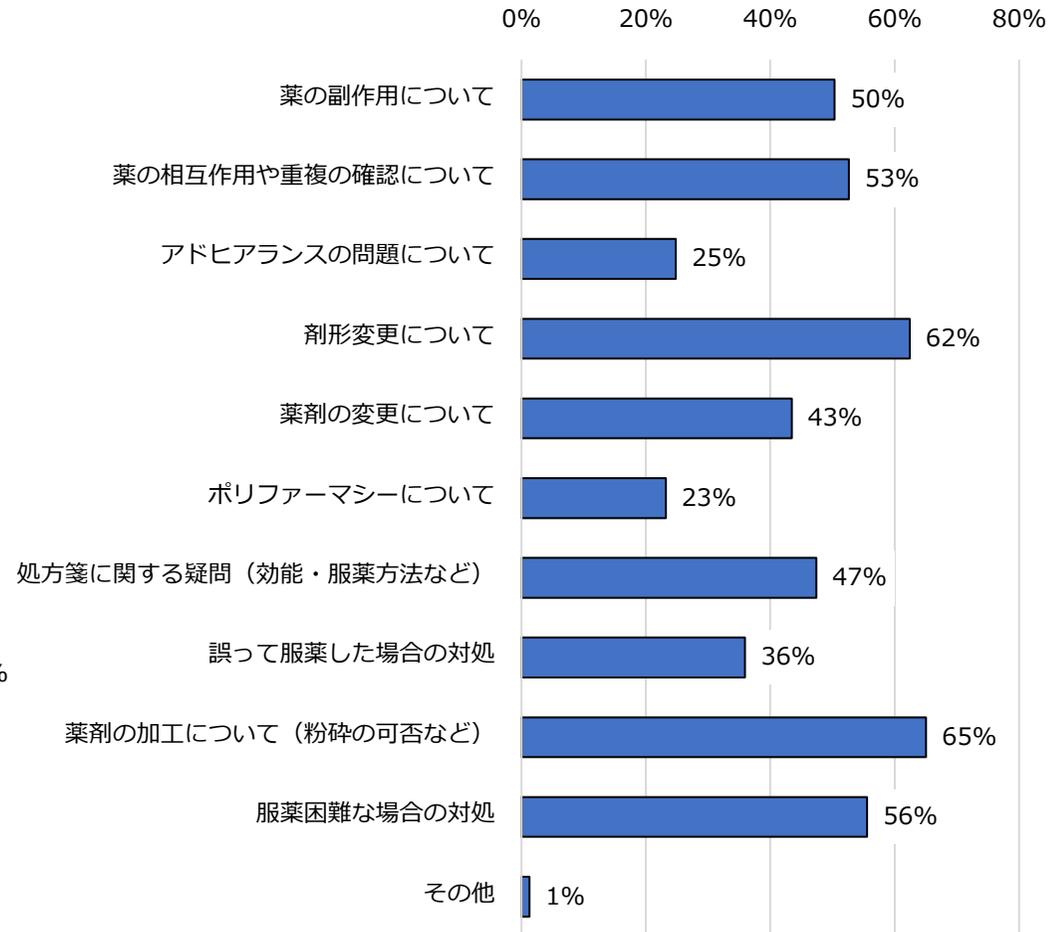
特別養護老人ホームからの薬局への相談内容

○ 特別養護老人ホームからの相談は、約48%の薬局において週に1回以上の頻度であり、相談内容としては、剤形変更や、剤形の加工(粉碎の可否など)など、薬剤の特性に応じて対応すべき相談が多く挙げられた。

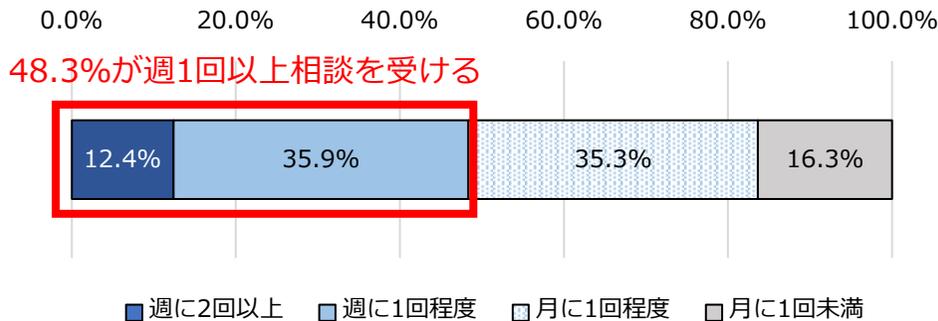
■ 特別養護老人ホームからの相談の有無(n=371)



■ 具体的な相談内容(複数回答、n=341)



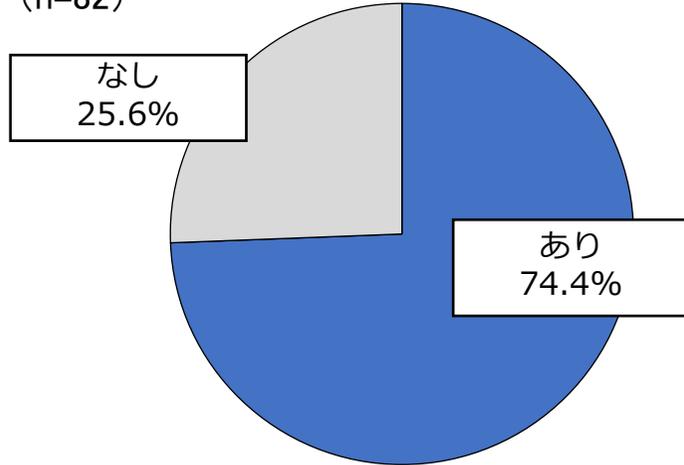
■ 特別養護老人ホームからの相談頻度(n=306)



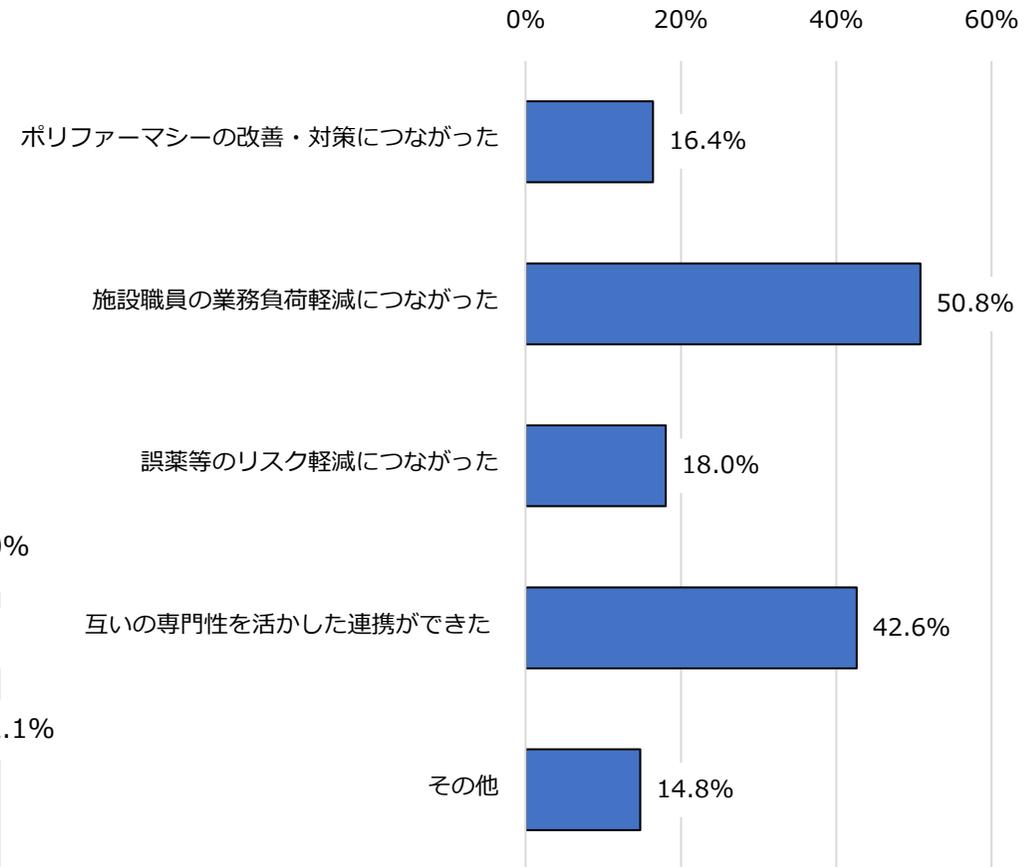
特別養護老人ホームにおける薬局の訪問による効果

○ 連携する薬局がある特別養護老人ホームでは、連携する薬局の薬剤師の訪問により施設職員の業務負担の軽減につながっている。

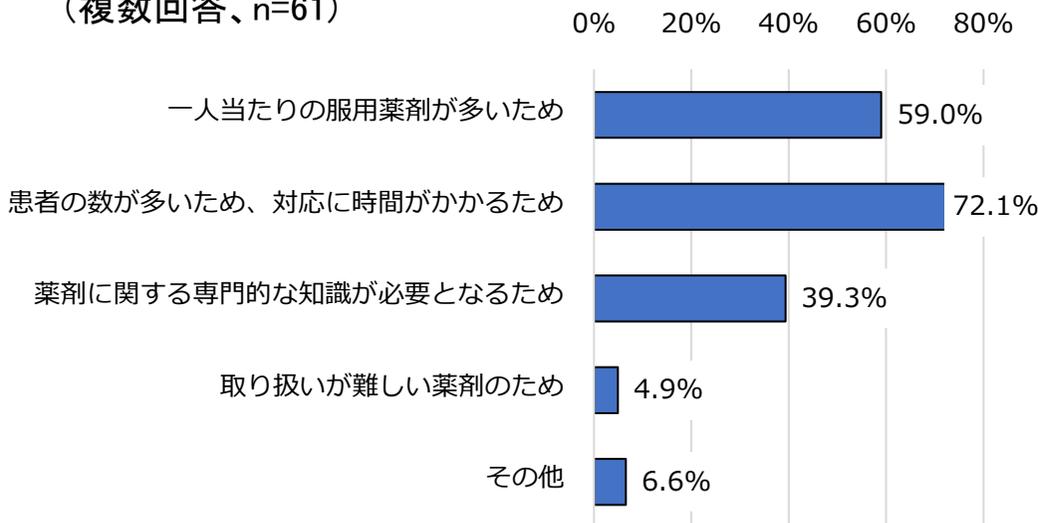
■ 特別養護老人ホームにおける連携する薬局の有無 (n=82)



■ 薬局の訪問を受けたことにより施設職員が得られた効果として実感するもの (複数回答、n=61)



■ 薬剤関連業務が施設職員に負担となる要因 (複数回答、n=61)

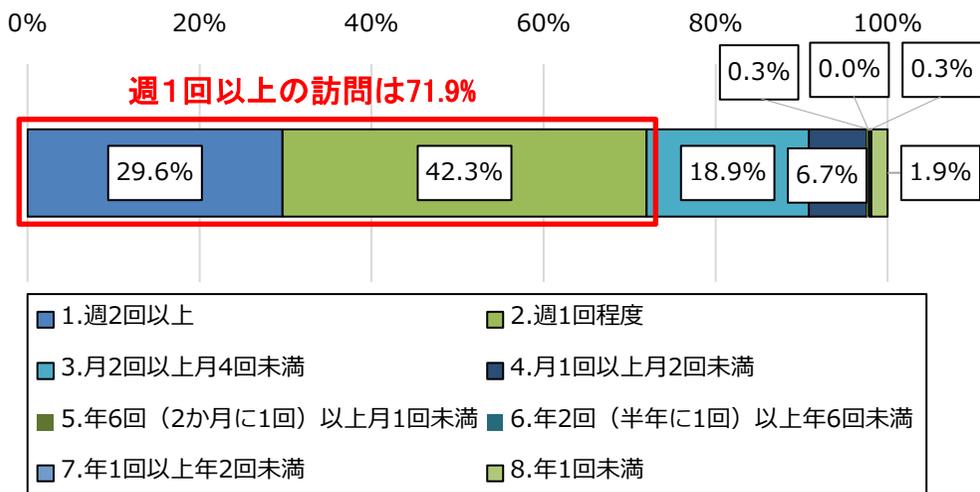


出典：令和5年度老人保健健康増進等事業「薬局薬剤師による介護事業所との連携等に関する調査研究事業」施設票（速報値）を基に保険局医療課で作成

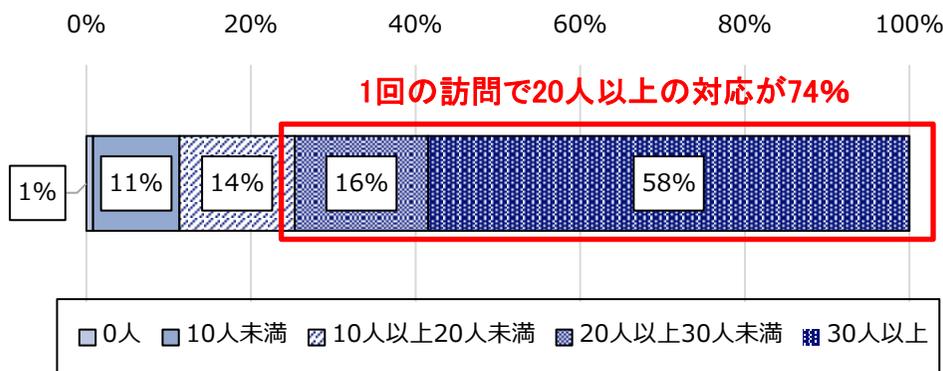
薬局における特別養護老人ホームへの訪問実態

- 特別養護老人ホームへの訪問は週に1回以上が71.9%であり、1回の訪問あたりに対応する利用者数は20人以上が74%であった。
- 訪問時に薬学的管理を実施した時間は利用者(患者)1人あたりに換算すると、5分以上が11.1%であったが、1分以内が42.3%であり、訪問時の患者への業務時間に差がある。

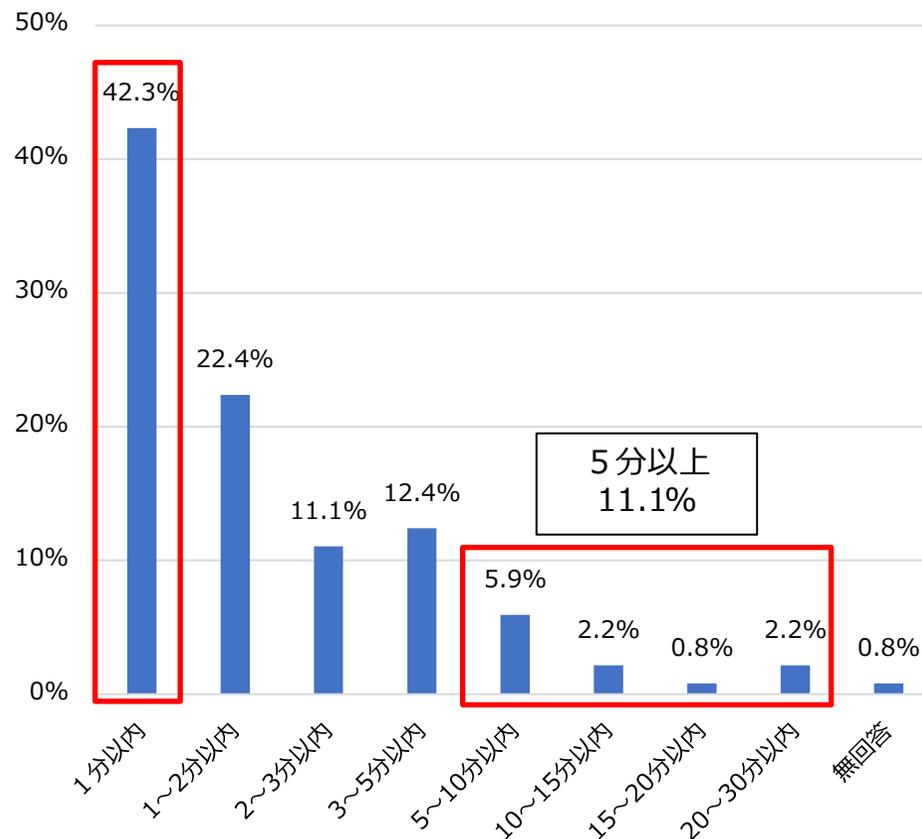
■ 連携する特養への訪問頻度 (n=371)



■ 特養への1回の訪問あたりに対応する利用者数 (n=371)



■ 特養の利用者1人あたりに換算した場合の訪問時に薬学的管理を実施した時間 (n=371)

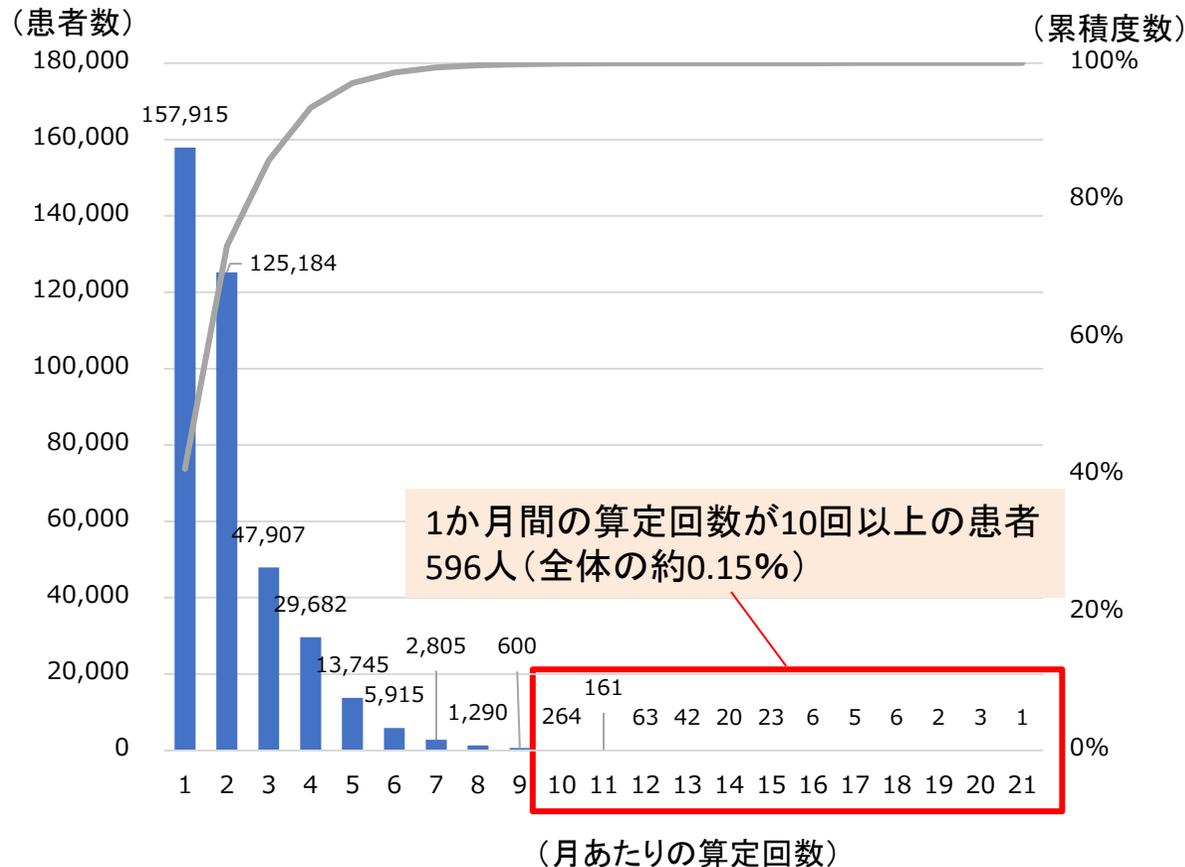


出典: 令和5年度老人保健健康増進等事業「薬局薬剤師による介護事業所との連携等に関する調査研究事業」薬局票(速報値)を基に保険局医療課で作成

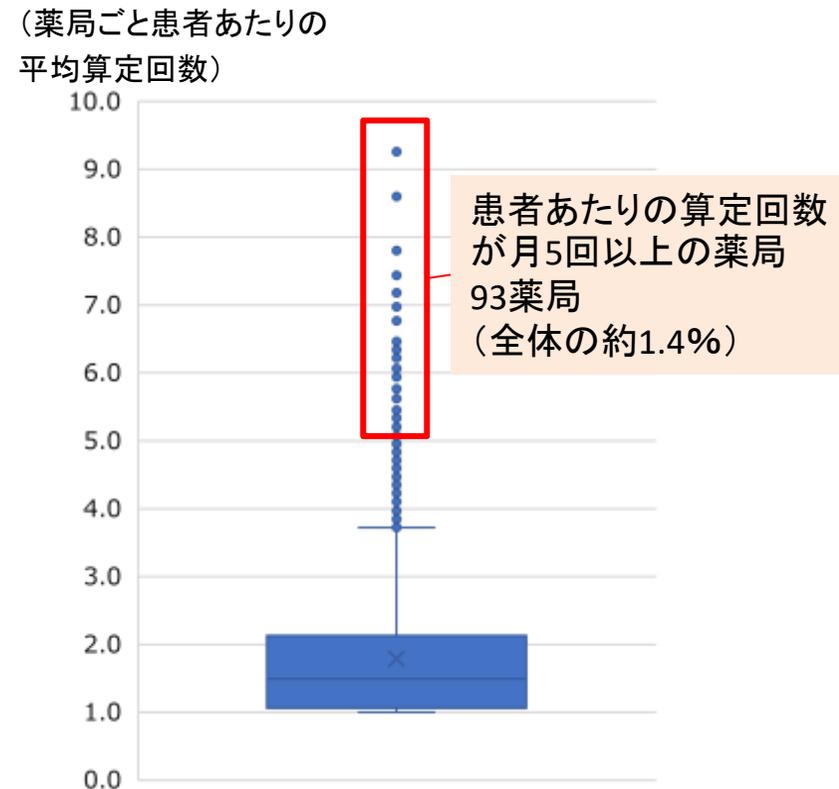
特別養護老人ホームを訪問した場合の算定状況(服薬管理指導料3)

- 特別養護老人ホームに入所している患者を訪問した場合に算定できる服薬管理指導料3について、多くは月1~2回であるが、一部の患者では月10回以上算定されている。
- 服薬管理指導料3の患者あたり算定回数の平均値を薬局ごとに計算したところ、大半の薬局は月1~2回であるが、一部の薬局では月5回を超えている。

■服薬管理指導料3の月あたりの算定回数別の患者数
(n=385,639)



■服薬管理指導料3の薬局ごとの患者あたりの平均算定回数(n=6,440)



施設や患者等の求めに応じた服薬支援

- 患者の服薬支援に関しては、医師の了解を得た上で、薬剤師が内服薬の一包化及び必要な服薬指導を行い、当該患者の服薬管理を支援することにより「外来服薬支援料2」が算定できる。
- 調剤上の工夫として実施する一包化では、包装紙に色マーカーを引いたり、一包化した薬剤と同時服用する薬剤のシートをホチキスで留めたりする対応も実施されている。
- さらに施設の管理方法や患者の求めに応じて、服用時期がわかるお薬カレンダーや服用薬の専用ケースに服用薬をセットしたり、曜日ごとの仕切り箱を作成したりすることの対応が求められることがある。
- 施設や患者宅で、薬剤師が服薬支援に係る指導等を行うことは適切な服薬管理のために今後も必要なことであるが、施設ごとに異なる一包化や管理等の求めにどこまで応じていくかという課題がある。

●包装紙へ印字する情報の選択

- ・患者氏名
- ・用法用量
- ・薬剤名
- ・QRコード
- ・服用予定日の印字

●服用時点の明確化

- ・朝・昼・夕・寝る前など服用時点ごとにカラーマーカー等で色分け
- ・服用時点を書いたシール等の貼付
- ・服用予定日の記載

●服用薬剤のとりまとめ

- ・一包化した薬剤と同時服用するヒートシール散薬や錠剤シート等を一緒にホチキスとめ

●配薬

- ・施設や患者の求めに応じた配薬準備へのセット
 - 専用のピルケース
 - 配薬カレンダー
 - 配薬カート



課題

(在宅対応している薬局の体制評価について)

- ・在宅対応している薬局では、対応していない薬局と比較して麻薬の注射剤を含む多品目の麻薬を備蓄していた。
- ・麻薬持続注射療法、中心静脈栄養法等に必要な医療材料は複数の患者に応じた複数の規格を取り揃える必要があり、償還価格が仕入れ価格を下回ること(いわゆる「逆ざや」)がある薬局は約4割あった。
- ・在宅における中心静脈栄養法用輸液等の無菌製剤処理に対応するためにはクリーンベンチ等の設備を整える必要があるが、そのような体制をもつ薬局は在宅対応あり薬局で約25%であった。

(終末期の訪問薬剤管理について)

- ・麻薬はがん患者だけでなく、がん以外の患者に対しても使用されており、薬剤師が外来・在宅において調剤・薬学的管理を実施している。
- ・24.5%の薬剤師はターミナルケアに関与する経験があり、看取りに近づくとも1週間あたりの訪問回数が増加する傾向にあるが、算定できる訪問回数には上限が設けられており、緊急訪問しても報酬が算定できないことがある。
- ・看取りを実施している薬局においては、薬剤師の90%が看取り後患者宅を訪問したことがあり、医療用麻薬を含む残薬の回収が実施されていた。

(訪問薬剤管理における時間外対応について)

- ・計画的な訪問は深夜・早朝となることはない一方、急変時など緊急訪問の場合は、夜間・早朝に調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している。
- ・夜間・休日の患者宅への訪問については、約4割の薬局で月に1件程度の頻度で実施されており、業務の大半は調剤及び薬剤を患者宅へ届ける対応であった。麻薬調剤も約3割の薬局で実施されていた。
- ・薬剤師の夜間・休日の業務に対する評価については、調剤業務に対する評価はあるが、急変時の緊急訪問などの訪問薬剤管理指導を行ったことに対する評価はない。

(在宅移行時の訪問薬剤管理について)

- ・在宅移行時は、残薬整理、服薬管理方法の検討、医師と処方内容の調整、多職種との情報共有等に十分な時間をかけて対応する必要がある。
- ・認知症患者の薬剤管理上の問題点として、薬剤の保管、飲み忘れ、服用薬剤の理解不足があげられ、薬剤師の服薬管理指導の頻度や時間が多くなる傾向がある。
- ・外来患者の対応と異なり、在宅医療の場合は処方医と連携しながら対応する機会が多く、処方の段階で医師と薬剤師が処方内容を調整することがあるが、このような業務は、処方箋交付時には調整後の処方となっているため、処方内容の照会のような評価がない。

(高齢者施設等における薬剤管理について)

- ・介護老人保健施設等に入所中の患者に関する処方箋を薬局が応需しても、調剤報酬は算定できない。また、普段は在宅等で薬剤管理指導(居宅療養管理指導)を受けている者が、短期入所した場合、薬学管理が適切に継続できないことがある。
- ・特別養護老人ホームへ入所している患者に対して薬剤師の訪問や相談応需が実施されているが、特に新規入所者の持参薬確認・再分包所時等の業務負担が大きい。
- ・一部の薬局において、同じ患者に対する服薬管理指導料3を頻回に算定している事例がある。

論点

- 在宅患者に対する訪問薬剤管理指導を実施するためには、無菌製剤処理、医療用麻薬、医療材料等の提供も必要であり、薬局で在庫確保のために負担が生じていることから、このような提供が確保できている薬局の体制評価について、どのように考えるか。
- 終末期の患者に対しては、訪問薬剤管理指導を現行の算定可能な回数を超えて頻回に訪問する必要があることや、患者の看取り後も患者宅を訪問した業務が必要なこと等を踏まえ、これらの業務に対する評価について、どのように考えるか。
- 訪問薬剤管理指導の時間外対応及び緊急時の患者宅への訪問の評価について、どのように考えるか。
- 在宅移行時においては、多職種と連携しながら、退院時処方に基づく薬剤の調整、残薬整理、服薬管理方法の検討等の業務を十分な時間をかけて対応することが多いが、このような業務の評価について、どのように考えるか。また、処方医と連携して処方内容を調整する場合における薬剤師の業務の評価について、どのように考えるか。
- 高齢者施設においても適切な医薬品提供や服薬管理等が必要なことから、以下の業務の評価について、どのように考えるか。
 - ①現在算定することができない介護老人保健施設等の入所者の処方箋を薬局が応需した際の調剤・訪問薬剤管理指導の業務
 - ②特別養護老人ホームにおいて、特に入所時の対応も含め、薬学管理等の実態を踏まえた業務
 - ③短期入所の患者に対して実施する薬学管理等の業務

個別事項(その8)

認知症

1. 総論

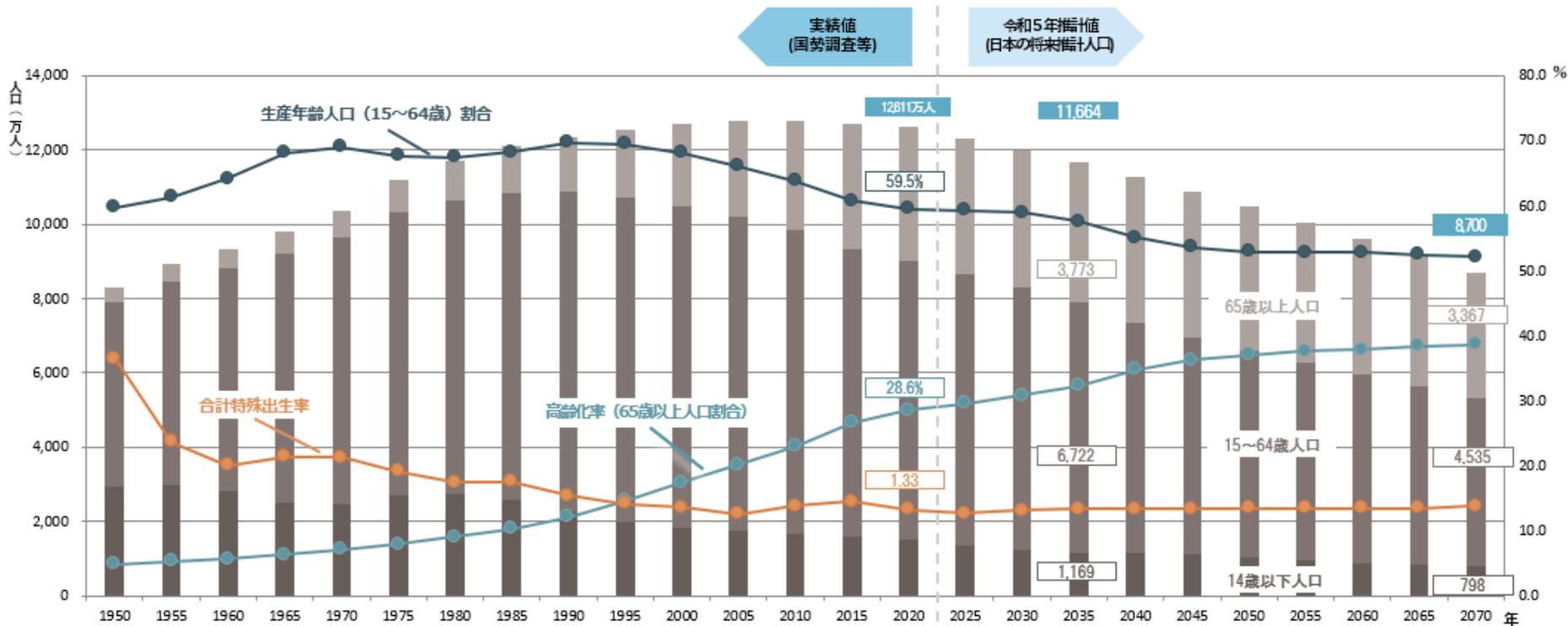
2. かかりつけ医による認知症対応

3. 入院医療機関における認知症対応

日本の人口の推移

意見交換 資料-2改
R 5 . 3 . 1 5

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070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。

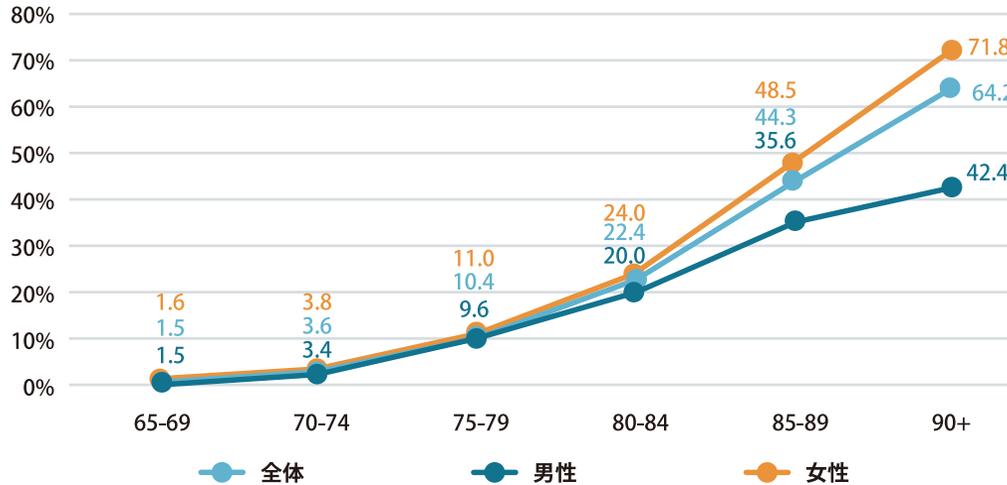


	2015年	2020年	2025年	2070年
65歳以上高齢者人口 (割合)	3,387万人(26.6%)	3,604万人(28.6%)	3,653万人(29.6%)	3,367万人(38.7%)
75歳以上高齢者人口 (割合)	1,632万人(12.8%)	1,861万人(14.8%)	2,155万人(17.5%)	2,180万人(25.1%)

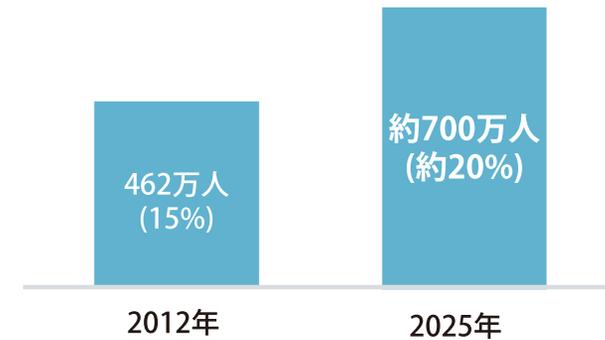
出典

2020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、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」
 2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
 2025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（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」

年齢階級別の認知症有病率について



(括弧内は65歳以上人口対比)



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授) を元に推計

日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果 (解析対象5,073人)
研究代表者二宮治 (九州大学大学院) 提供のデータより作図

認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/率	462万人 15.0%	517万人 15.2%	602万人 16.7%	675万人 18.5%	744万人 20.2%	802万人 20.7%	797万人 21.1%	850万人 24.5%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 (※) 人数/率		525万人 15.5%	631万人 17.5%	730万人 20.0%	830万人 22.5%	953万人 24.6%	1016万人 27.0%	1154万人 33.3%

出典

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授)
(※) 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病 (糖尿病) の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

認知症の種類（主なもの）

○ 認知症にはその原因などにより、いくつか種類がある。

■ 前頭側頭型認知症

◆ 脳の前頭葉や側頭葉で、神経細胞が減少して脳が萎縮する病気です。

【症状】

感情の抑制がきかなくなったり、社会のルールを守れなくなるといったことが起こります。

■ レビー小体型認知症

◆ 脳内にたまったレビー小体と呼ばれる構造物が脳などに出現し脳の神経細胞が破壊されおこる病気です。

【症状】

現実にはないものが見える幻視や、手足が震えたり筋肉が固くなるといった症状が現れます。歩幅が小刻みになり、転びやすくなります。

■ 血管性認知症

◆ 脳梗塞や脳出血によって脳細胞に十分な血液が送られずに、脳細胞が死んでしまう病気です。高血圧や糖尿病などの生活習慣病が主な原因です。

【症状】

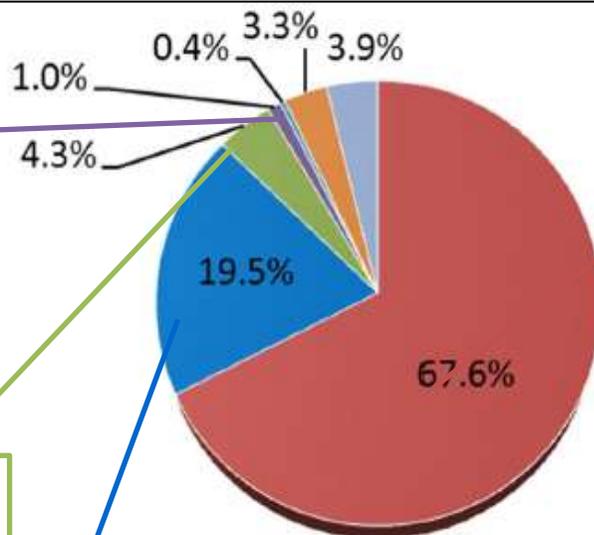
脳血管障害が起こるたびに段階的に進行します。また障害を受けた部位によって症状が異なります。

■ アルツハイマー型認知症

◆ 脳内にたまった異常なたんぱく質により神経細胞が破壊され、脳に萎縮が起こります。

【症状】

昔のことはよく覚えていますが、最近のことは忘れてしまいます。軽度の物忘れから徐々に進行し、やがて時間や場所の感覚がなくなっていくます。



(その他の凡例)

- アルコール性
- 混合型
- その他

各説明は、全国国民健康保険診療施設協議会「認知症サポーターガイドブック」を元に作成
データは、「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)及び『「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について』(H24.8公表)を引用

- 平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた取組みを進めてきた。
- 平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

認知症施策推進大綱(概要)(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」※1と「予防」※2を車の両輪として施策を推進

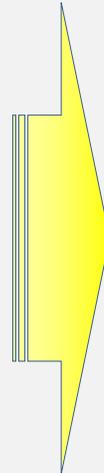
※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味



コンセプト

- 認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものとなっている。
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。



具体的な施策の5つの柱

- ① 普及啓発・本人発信支援
 - ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
 - ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等
- ② 予防
 - ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
 - ・エビデンスの収集・普及 等
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
 - ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
 - ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
 - ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
 - ・企業認証・表彰の仕組みの検討
 - ・社会参加活動等の推進 等
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開
 - ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点的重視

1. 目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

→ **認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進**

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2. 基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人として、自らの意思**によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で**障壁**となるものを**除去**することにより、全ての認知症の人が、**社会の対等な構成員**として、**地域において安全にかつ安心して自立した日常生活**を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して**意見を表明する機会**及び社会のあらゆる分野における活動に**参画する機会**の確保を通じて**その個性と能力を十分に発揮**することができる。
- ④ 認知症の人の**意向を十分に尊重**しつつ、**良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービス**が切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が**地域において安心して日常生活**を営むことができる。
- ⑥ **共生社会の実現に資する研究等を推進**するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る**予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法**、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための**社会参加の在り方**及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる**社会環境の整備**その他の事項に関する科学的知見に基づく**研究等の成果**を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の**各関連分野**における**総合的な取組**として行われる。

3. 国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、**基本理念**にのっとり、認知症施策を**策定・実施する責務**を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深め、共生社会の実現に**寄与**するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な**法制上又は財政上**の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4. 認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される**関係者会議**の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

5. 基本的施策

- ①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】
国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策
 - ②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】
 - ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
 - ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
 - ③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】
 - ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
 - ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
 - ④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
 - ⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】
 - ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
 - ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
 - ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
 - ⑥【相談体制の整備及び孤立への対策】
 - ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
 - ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
 - ⑦【研究等の推進等】
 - ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
 - ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等
 - ⑧【認知症の予防等】
 - ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
 - ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策
- ※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする**認知症施策推進本部**を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、**認知症の人及び家族等**により構成される**関係者会議**を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

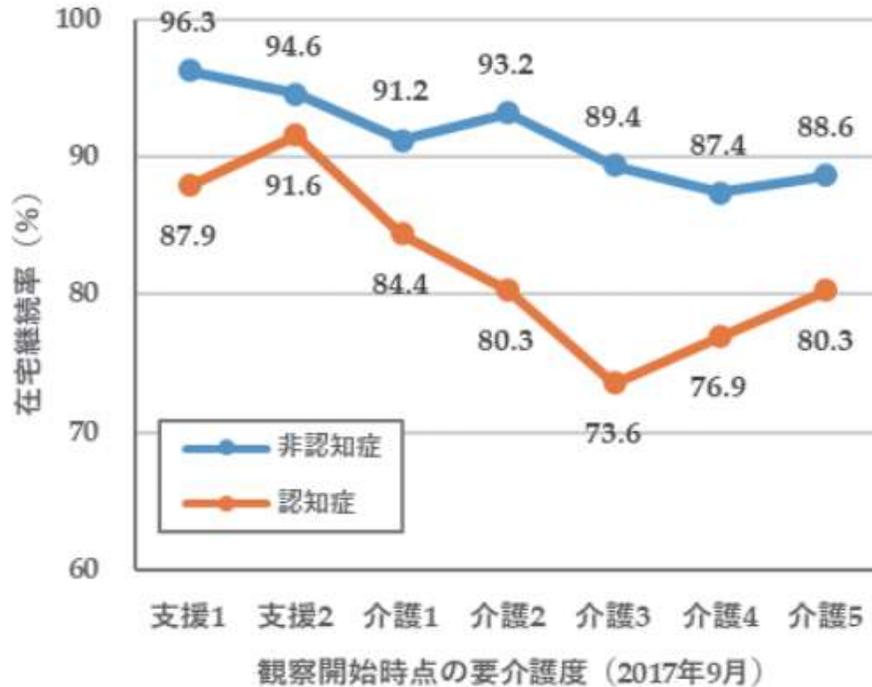
単独世帯の認知症高齢者数の推計

- 単独世帯の認知症高齢者の増加は85歳以上で特に顕著である。
- 2025年には、85歳以上の男性の7%、女性の14%が独居認知症高齢者になる。
- 2015～2040年の25年間で85歳以上の認知症高齢者は男性は2.80倍、女性は2.03倍増加する。

		人口(千人)						割合(%)						2015-2040 増加率
		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2015	2020	2025	2030	2035	2040	
男	65~69歳	14	14	13	15	18	20	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	1.41
	70~74歳	20	29	27	26	30	35	0.6	0.7	0.7	0.8	0.9	1.0	1.72
	75~79歳	32	40	56	52	50	58	1.1	1.3	1.4	1.6	1.7	1.9	1.80
	80~84歳	52	61	75	101	94	91	2.6	2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	1.73
	85歳以上	96	130	161	196	251	269	6.5	6.6	6.9	7.1	7.3	7.7	2.80
女	65~69歳	19	16	15	17	20	23	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	1.22
	70~74歳	44	50	43	39	43	50	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.14
	75~79歳	103	114	133	113	101	110	2.9	2.9	2.9	2.9	3.0	3.1	1.07
	80~84歳	225	238	265	312	263	234	7.5	7.5	7.5	7.4	7.4	7.5	1.04
	85歳以上	453	593	688	785	931	921	13.1	14.0	14.2	14.2	14.2	13.7	2.03

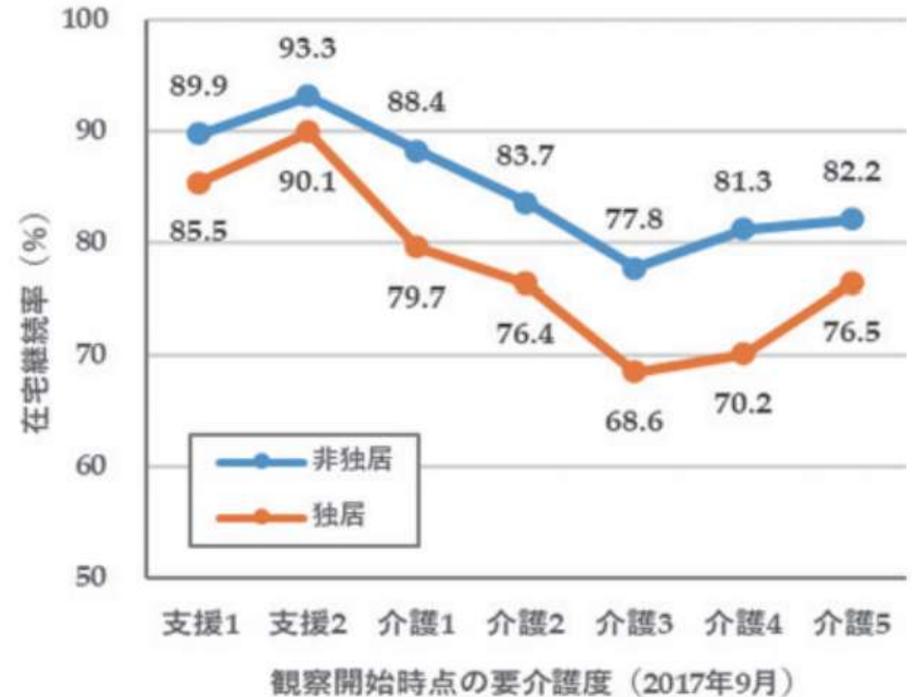
※割合は各年齢層の人口に占める単独世帯高齢者の割合を示す。

認知症高齢者の在宅継続率



認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低い。

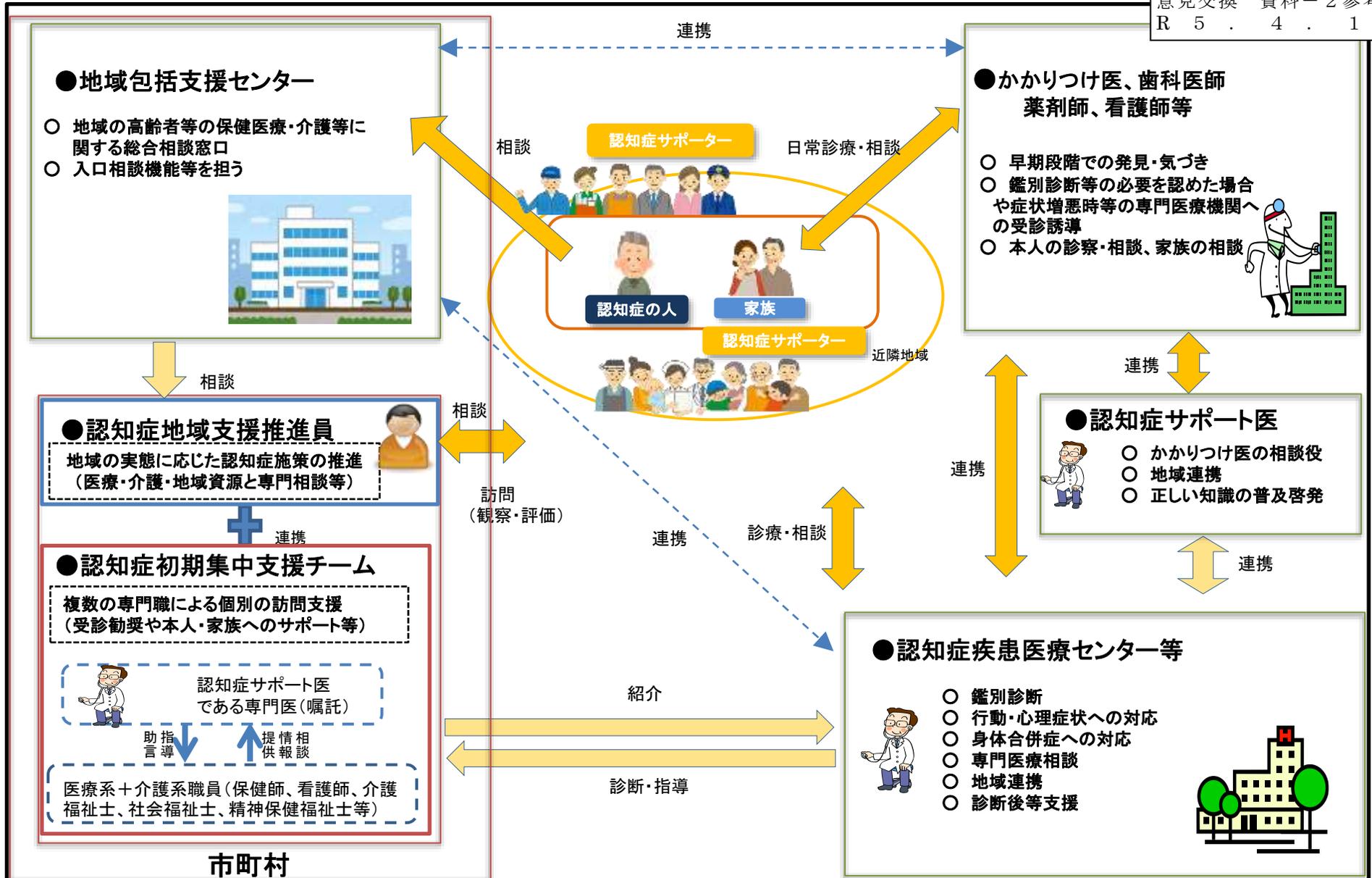
独居認知症高齢者の在宅継続率



独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低い。

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

意見交換 資料-2 参考1
R 5 . 4 . 1 9



認知症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示した「認知症ケアパス」を作成し、整理

認知症初期集中支援チーム

○ 複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、**アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的(おおむね6ヶ月)**に行い、自立生活のサポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等)

認知症サポート医

である医師 (嘱託)

● 配置場所 地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

対象者

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人

◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
- (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人

◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

設置状況

※R4年度認知症施策地域介護推進課実施状況調べによる

実施市町村数	設置チーム数	チーム員総数	平均チーム員数
1,741市町村	2,519チーム	17,107人	6.8人

R 1.9月末、全市町村に設置

【認知症施策推進大綱：KPI/目標】(2025年度末)
訪問実人数全国で年間 40,000件

医療・介護サービスにつながった者の割合 65%

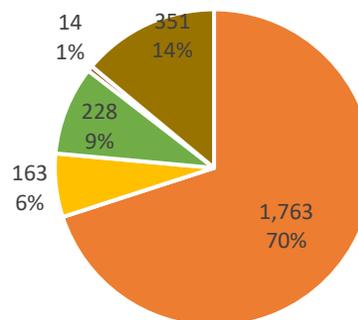
【実績】

訪問実人数：16,400件

医療サービスにつながった者：84.7%

介護サービスにつながった者：66.2%

設置場所



- 地域包括支援センター
- 認知症疾患医療センター
- 医療機関
- 訪問看護ステーション
- その他

チーム員の職種



認知症疾患医療センター運営事業

意見交換 資料-2 参考1
R 5 . 4 . 1 9 改

- 認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る事業（H20年度創設）
- 本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるよう行う「診断後等支援」や、都道府県・指定都市が行う地域連携体制の推進等を支援する「事業の着実な実施に向けた取組」なども実施
- 実施主体：都道府県・指定都市（病院または診療所を指定）
- 設置数：全国に**505か所**（令和5年10月現在）【認知症施策推進大綱：KPI/目標】全国で500カ所、2次医療圏ごとに1カ所以上（2020年度末）

		基幹型Ⅰ	基幹型Ⅱ	地域型	連携型	
主な医療機関		総合病院、大学病院等		精神科病院、一般病院	診療所、一般病院	
設置数（令和5年10月現在）		17カ所	4カ所	386カ所	98カ所	
基本的活動圏域		都道府県圏域		二次医療圏域		
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談				
	人員配置	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 		<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 		<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上）
	検査体制 （※他の医療機関との連携で可）	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI ・SPECT（※） 		<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI（※） ・SPECT（※） 		<ul style="list-style-type: none"> ・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）
	BPSD・身体合併症対応	救急医療機関として空床を確保	急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可			
	医療相談室の設置	必須				-
地域連携機能		<ul style="list-style-type: none"> ・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化 等 				
診断後等支援機能		<ul style="list-style-type: none"> ・診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催 				
事業の着実な実施に向けた取組の推進		都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与		※基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施		

人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

意見交換 資料 - 2
R 5 . 3 . 1 5

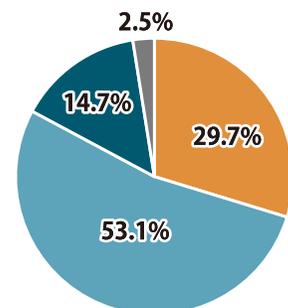
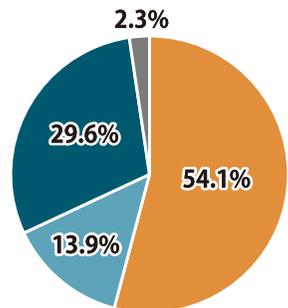
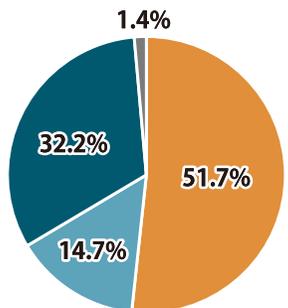
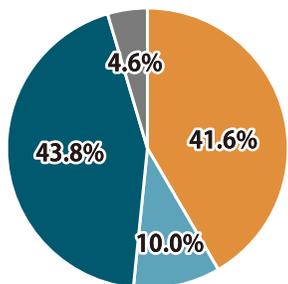
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(あなたの病状)
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

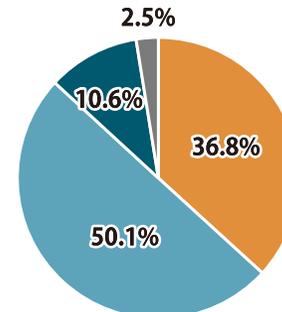
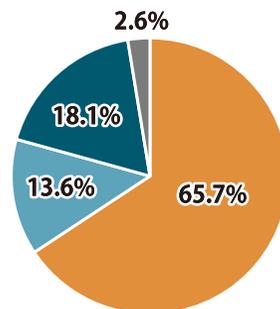
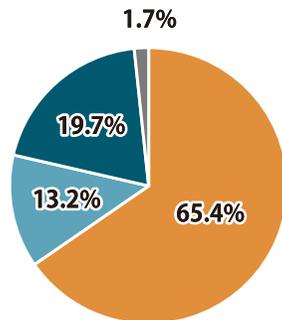
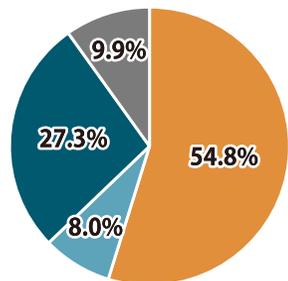
(あなたの病状)
慢性的重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関 介護施設 自宅 無回答

出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」(速報値)
 ※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある
 ※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

テーマ5: 認知症

(1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- 医療・介護現場で関わる際は、認知症の方を自分自身あるいは自分の大切な家族に置き換えて、大切に思う気持ちを持ち合わせる事が何よりも大切。
- 認知症のために必要な医療が受けられないことはあってはならない。その人を支える尊厳あるケアを普及していくべき。
- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。
- 認知症初期集中支援が機能的に働くためには、患者の生活背景まで知っているかかりつけ医の対応が重要。研修修了者やサポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。

(2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応

- BPSD等の認知症対応力向上のためには支援者が地域の専門人材から助言を受けられる仕組み作りが有用。また、BPSD等に関連する脱水症状の改善も重要であり、特定行為研修を修了した看護師を活用していくべきではないか。
- 身体拘束を低減・ゼロを目指すためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要。身体拘束をせざるを得ない場面とはどのようなものなのかデータを詳細に分析した上で具体的な方策を講じていくべき。
- 医療機関では、やむを得ないと理由で身体拘束が実施されているが、療養病床では工夫すれば身体拘束が外せることがわかってきている。急性期でも身体拘束の最小化に取り組むべき。認知症の方の尊厳を保持することは重要。

(3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- 医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護DXの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。

1. 総論

2. かかりつけ医による認知症対応

3. 入院医療機関における認知症対応

認知症の者に対する適切な医療の評価

地域における 身近な相談役に対する評価

○認知症サポート医によるかかりつけ医への指導・助言についての評価を新設



指導・助言

紹介

診断等

紹介

かかりつけ医による 日常的な医学管理に対する評価

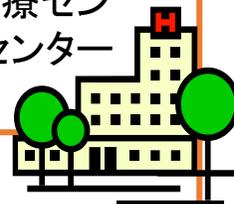
○認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等の新設



専門的な医療機関に対する評価

連携型認知症疾患医療センター

○新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける



認知症治療病棟

○認知症夜間対応加算の算定期間を延長、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を要件化

○認知症患者リハビリテーション料の算定期間を、入院後1ヶ月から入院後1年に延長

○病棟における摂食機能療法の算定を可能に

○入院中の生活機能訓練・指導について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう見直し

急性期一般病棟等における入院受入体制に対する評価

急性期一般病棟における評価

○重症度、医療・看護必要度の基準において、処置等を受ける認知症・せん妄状態の患者がより評価されるよう基準を追加

地域包括ケア病棟における看護体制の充実

○認知症・せん妄状態の患者が一定割合入院する病棟の夜間看護職員配置を評価

かかりつけ医と認知症サポート医等との連携に係る評価

- 地域において認知症患者の支援体制の確保に協力する認知症サポート医が行うかかりつけ医への指導・助言について評価を設ける。

(新) 認知症サポート指導料 450点(6月に1回)



[算定要件]

地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている認知症サポート医が、かかりつけ医の求めに応じて、認知症患者に対し療養上の指導を行うとともに、紹介元のかかりつけ医に対し療養方針に係る助言を行っていること

- 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等について、評価を新設する。

(新) 認知症療養指導料2 300点(月1回)(6月に限る)

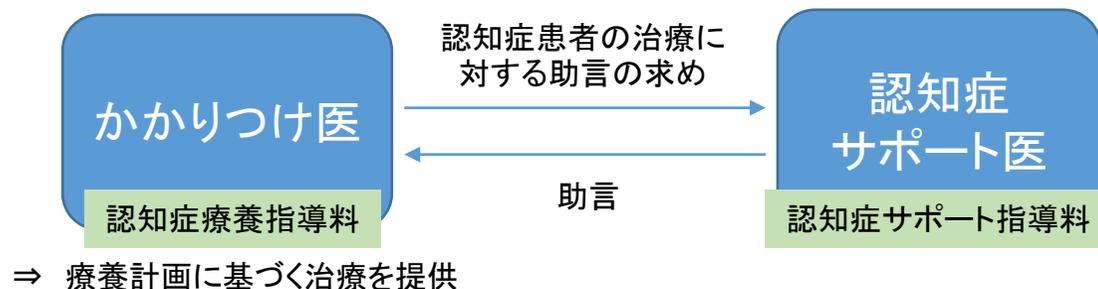
(新) 認知症療養指導料3 300点(月1回)(6月に限る)

[認知症療養指導料2の算定要件]

かかりつけ医が、認知症サポート医による助言を踏まえて、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。

[認知症療養指導料3の算定要件]

認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。



- 認知症疾患医療センターの区分が、基幹型・地域型・連携型となったことを踏まえ、新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける。

認知症専門診断管理料の見直し

- 認知症専門診断管理料2の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターを追加する。

現行

【認知症専門診断管理料】

- 1 (略)
- 2 認知症専門診断管理料2 300点

[施設基準]

- 1 認知症専門診断管理料1に関する施設基準
「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」
(平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。
- 2 認知症専門診断管理料2に関する施設基準
1の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。
- 3 (略)



改定後

【認知症専門診断管理料】

- 1 (略)
- 2 認知症専門診断管理料2
 - 基幹型又は地域型の場合 300点
 - 連携型の場合 280点**

[施設基準]

- 1 認知症専門診断管理料に関する施設基準
「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」
(平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。

(削除)

- 2 (略)

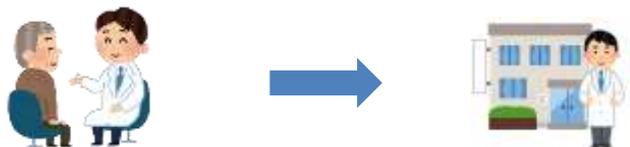
診療情報提供料（Ⅰ）概要

中医協 総－8
5. 6. 21改

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価。

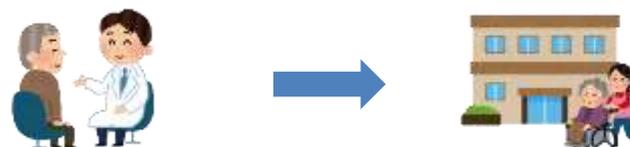
① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



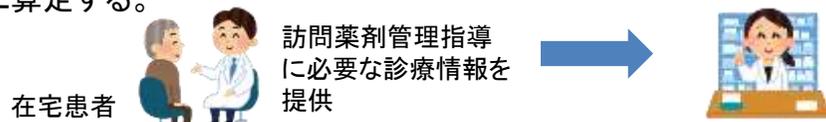
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



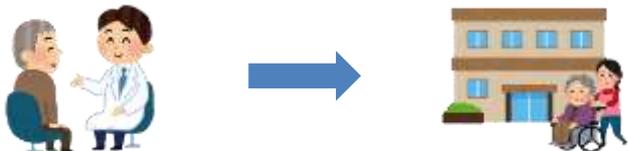
④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



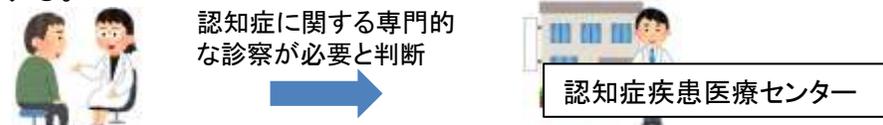
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



診療情報提供料（Ⅰ） 250点
(患者1人につき月1回に限り)

① 治療計画などの情報添付による加算

保険医療機関が、別の保険医療機関等に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合には**200点**を加算する。

② ハイリスク妊婦紹介加算

ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の施設基準に適合している保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)に規定する別の医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合、当該患者の**妊娠中1回に限り200点**を加算。

③ 認知症専門医療機関紹介加算

保険医療機関が、その必要性を認め、認知症専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添え、当該患者の紹介を行った場合に下記の点数を加算する。

- ・認知症の疑いのある患者→**100点**
- ・認知症と既に診断された患者→**50点**

④ 精神科医連携加算

精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、うつ病等の精神疾患が疑われる患者について、精神科を標榜する別の保険医療機関に紹介を行った場合、**200点**を加算する。

⑤ 肝炎インターフェロン治療連携加算

長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者について、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合に**50点**を加算する。

⑥ 歯科医療機関連携加算

- ・**歯科医療機関連携加算1**: 患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の紹介を行った場合に**100点**を加算する。
- ・**歯科医療機関連携加算2**: 周術期などにおける口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する他の保険医療機関に対して、当該患者の予約を行った上で紹介を行った場合に**100点**を加算する。

⑦ 地域連携診療計画加算

連携する保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定し、当該連携保険医療機関を退院した患者について、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に**50点**を加算する。

⑧ 療養情報提供加算

保険医療機関が、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、定期的に療養を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合に**50点**を加算する

⑨ 検査・画像情報提供加算

患者の紹介を行う際に、検査結果等のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により、閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合、下記の点数を加算する。

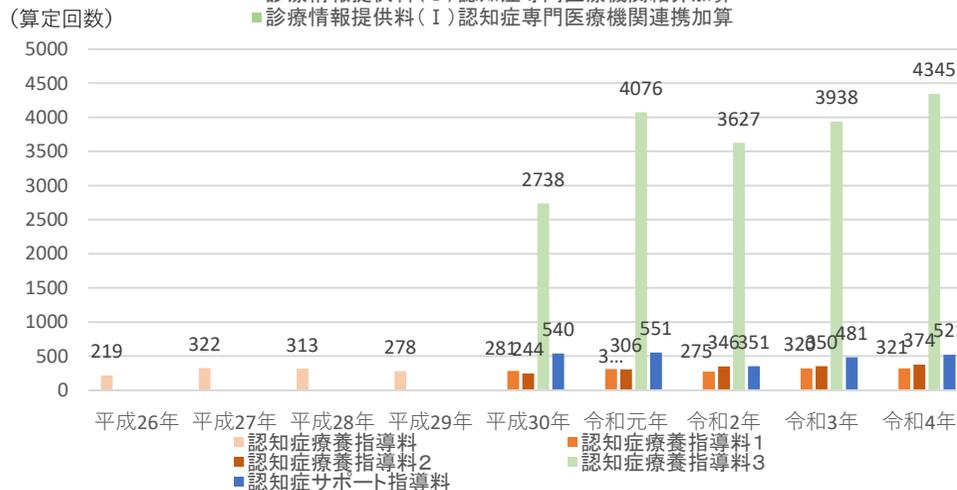
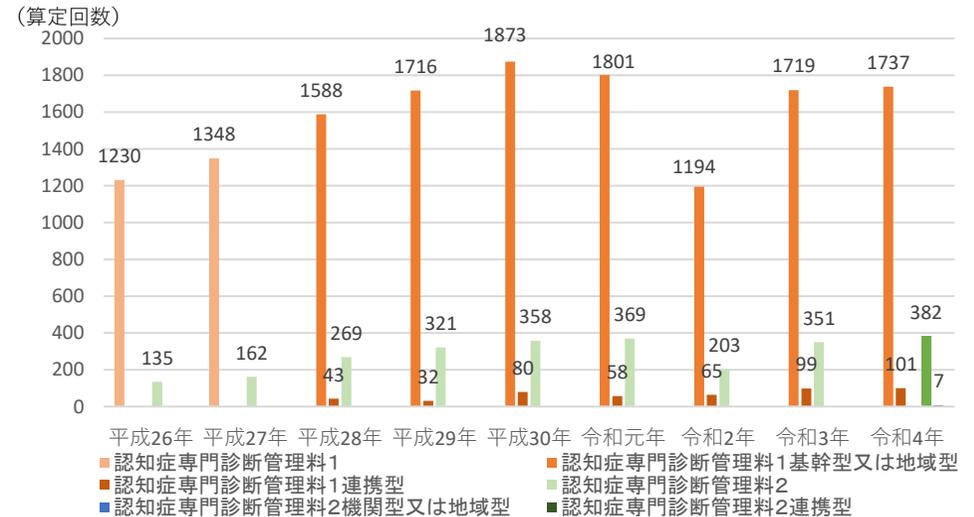
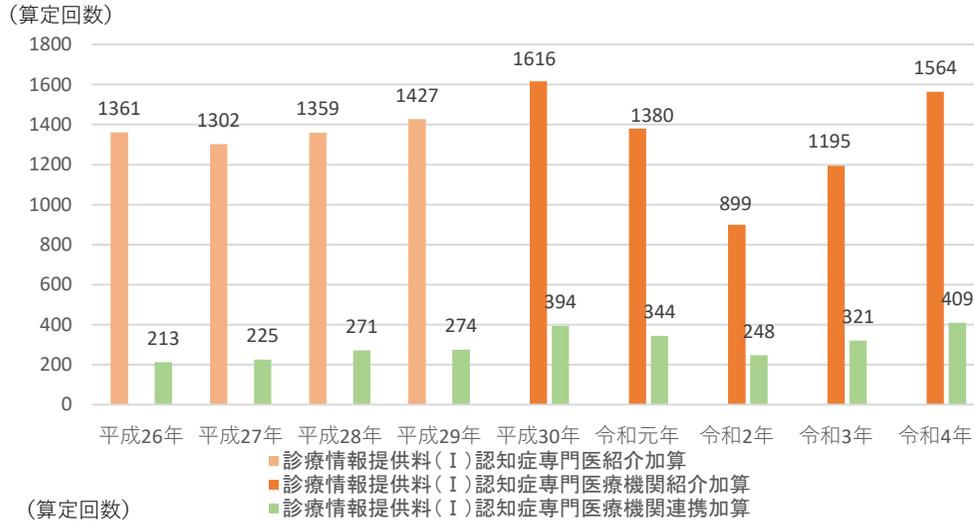
- イ. 退院する患者→**200点**
- ロ. 入院中の患者以外の患者→**30点**

⑩ 電子的診療情報評価料

別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報等を電子的方法により閲覧又は受信し診療に活用した場合、**30点**を算定する。

認知症に係る診療情報提供書加算等の算定状況

- 診療情報提供料（I）に係る認知症関係の加算算定状況は以下のとおり。認知症専門医療機関紹介加算の算定回数は令和4年時点で1月あたり約1,500回となっている。
- 認知症療養指導料及び認知症サポート指導料の算定状況は以下のとおり。認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する認知症療養指導料3の算定回数は令和4年において1月あたり約4,300回となっていた。



「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)より抜粋

「かかりつけ医」とは(定義)

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

「かかりつけ医機能」

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

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【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、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

医療機能情報提供制度 (H18)

入院	病床機能報告 (H26)
外来	有床診・病院 外来機能報告 (R3) (紹介受診重点医療機関の確認)
	無床診 かかりつけ医機能報告 (新設)
在宅	

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、**国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報**及び**医療機関間の連携に係る情報**を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

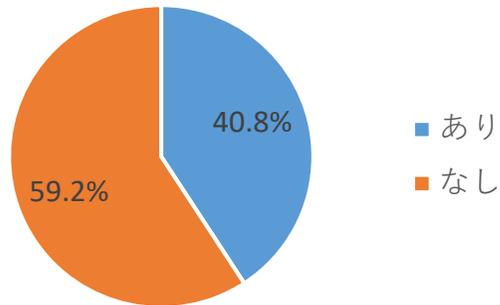
- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、**医療機関から都道府県知事に報告**。
- 都道府県知事は、**報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表 (※)**。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「**かかりつけ医機能**」を**確保する具体的方策を検討・公表**。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

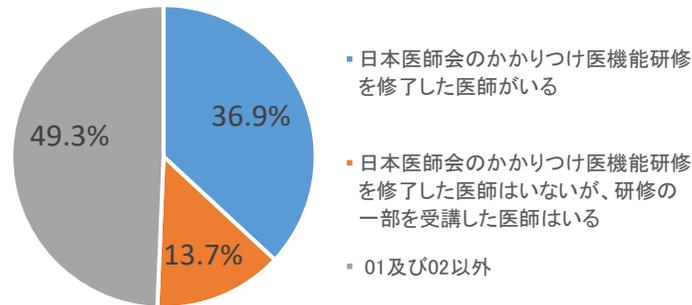
医師に係る研修の修了状況

- 医療機関における研修を修了した医師の状況は以下のとおり。
- 慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師は40.8%、日本医師会のかかりつけ医機能研修を全て修了した医師は36.9%の医療機関に配置されていた。

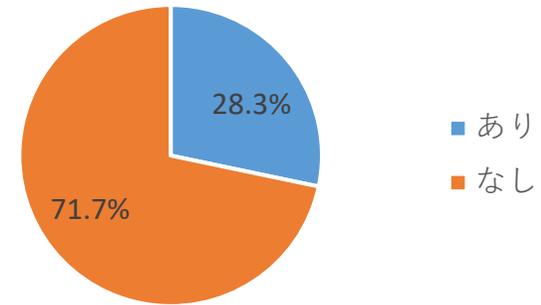
慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無(n=684)



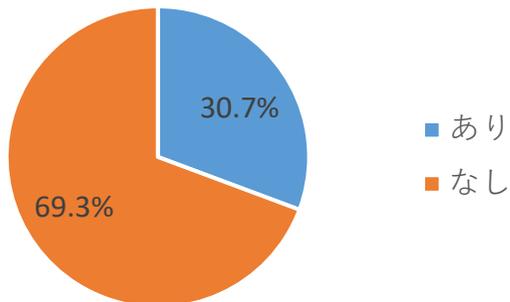
日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師の有無(n=685)



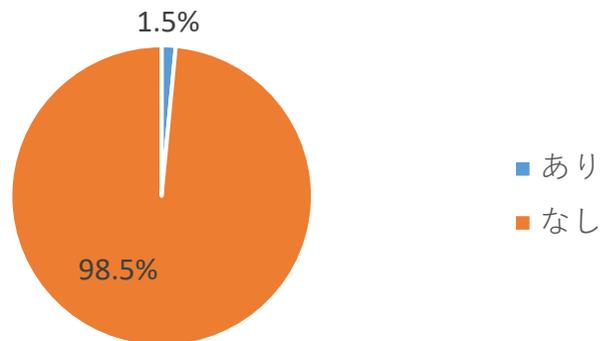
「認知症サポート医養成研修事業」を修了した医師の有無(n=689)



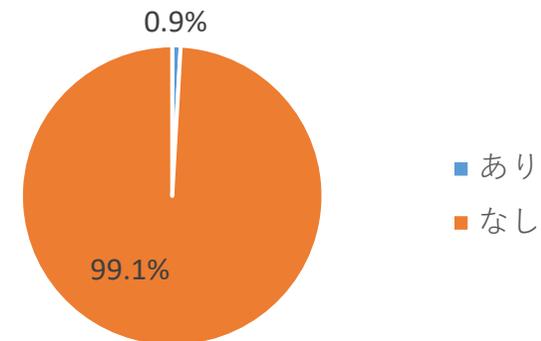
「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無(n=689)



全日本病院協会による「全日病総合医育成プログラム」を修了した医師の有無(n=672)



日本病院会による「病院総合医育成プログラム」を修了した医師の有無(n=675)



地域包括診療料・加算について

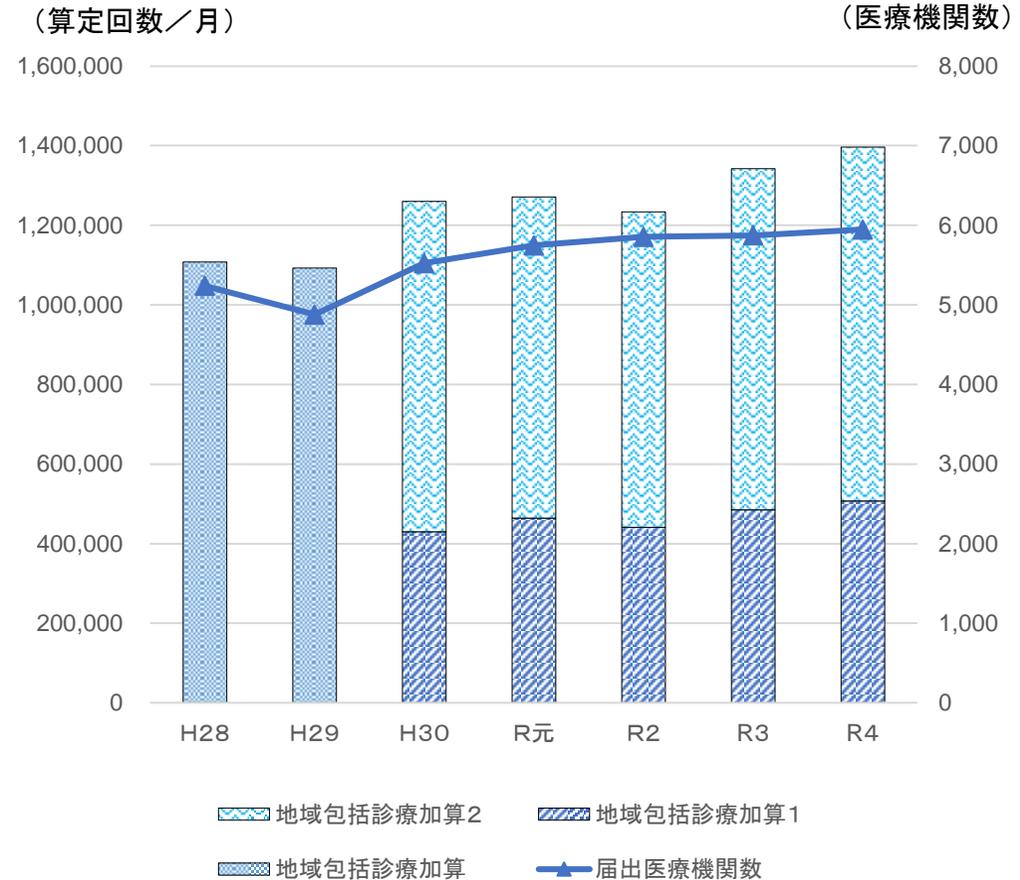
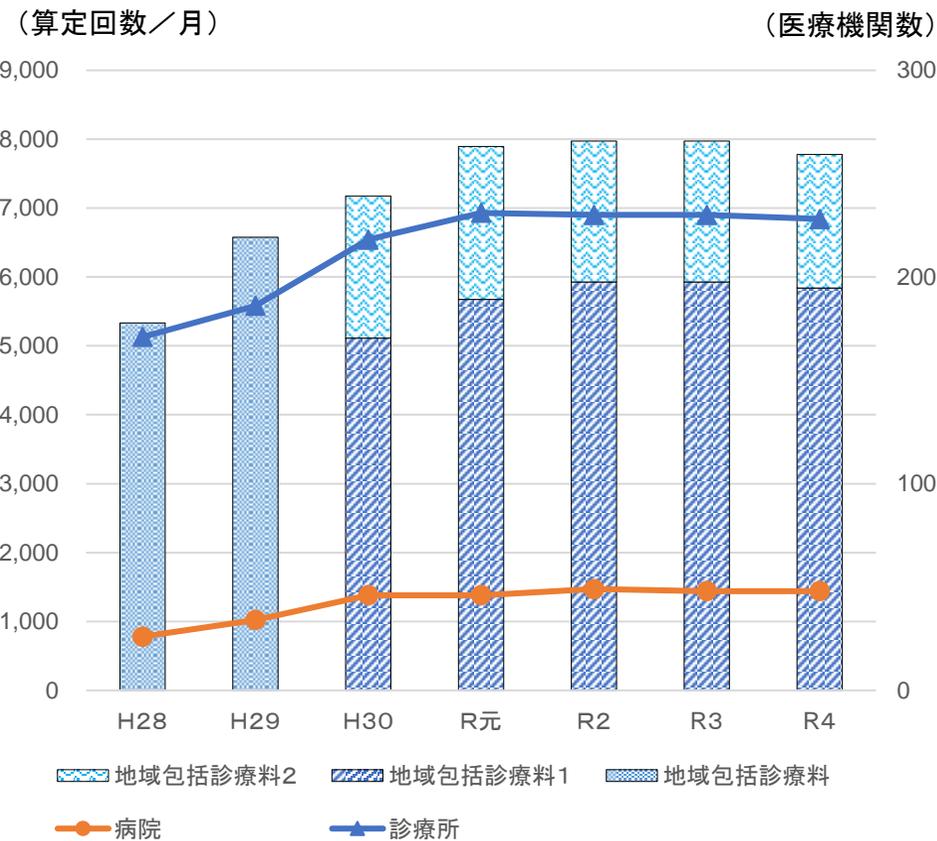
	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)	地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)	
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診療の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ) (Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		
対象疾患	<p>高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)又は、認知症の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)</p>		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所	
研修要件	<p>担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。</p>		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする 		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 		
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ・下記のすべてを満たす <ol style="list-style-type: none"> ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす <ol style="list-style-type: none"> ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす <ol style="list-style-type: none"> ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向。

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数

地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数

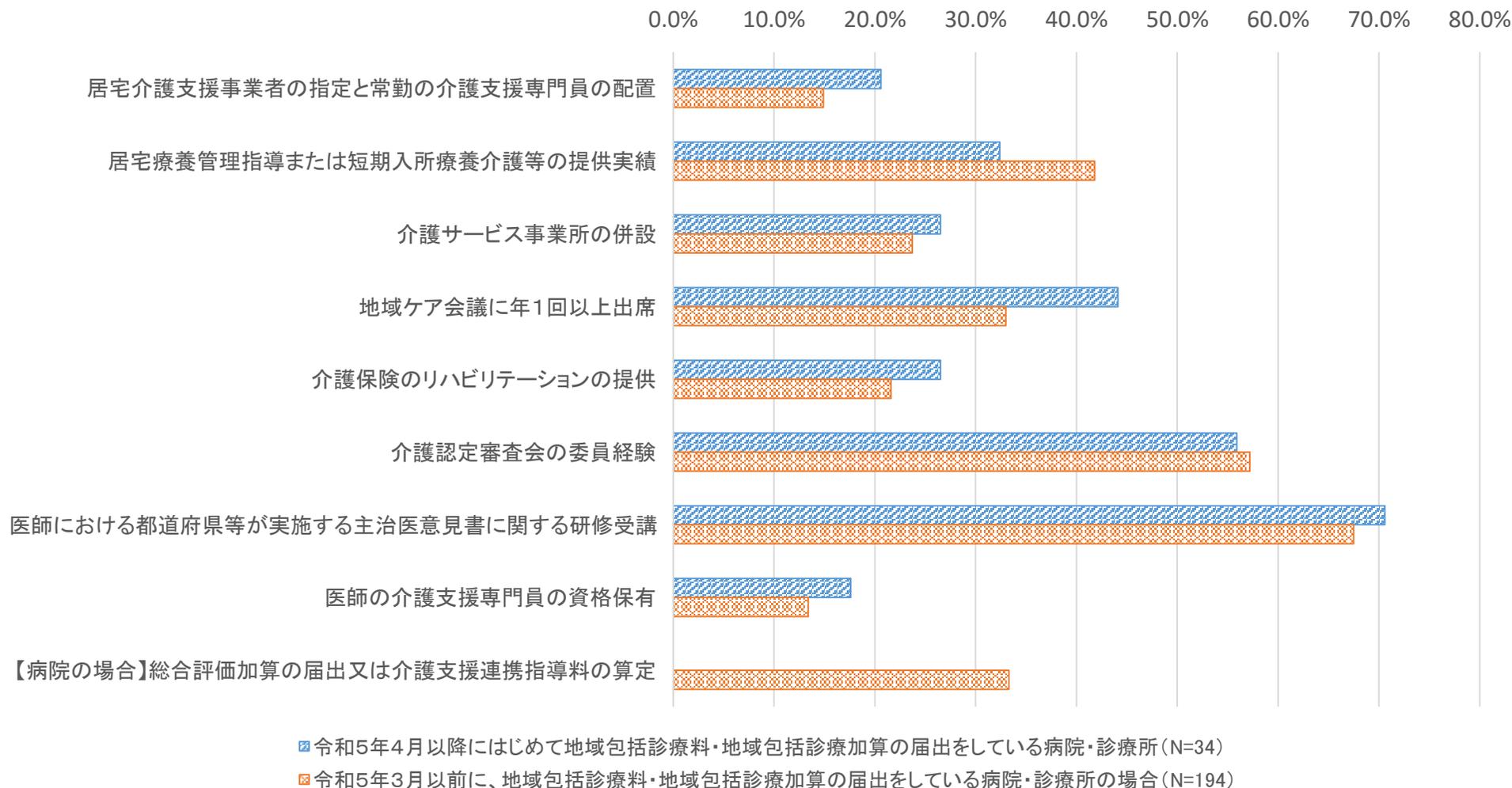


出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

地域包括診療料・加算の介護保険制度に関する要件

診調組 入-5
5.10.5

- 地域包括診療料・加算における介護保険制度に関する満たすことができている要件は以下のとおり。
- 令和5年4月以降に届出をした施設及び令和5年3月以前に届出をしている施設それぞれにおいて、「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。



認知症地域包括診療料・加算について

	認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月1回)	認知症地域包括診療加算 1 35点 認知症地域包括診療加算 2 28点 (1回につき)
	病院	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 	
出来高		
対象患者	以下の全ての要件を満たす認知症患者 <ul style="list-style-type: none"> ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者 	
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。	
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する 	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 	
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 	
在宅医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) 	
施設基準	それぞれ以下の届出を行っていること 診療料1：地域包括診療料1 診療料2：地域包括診療料2	それぞれ以下の届出を行っていること 加算1：地域包括診療加算1 加算2：地域包括診療加算2

認知症地域包括診療料・加算の算定状況

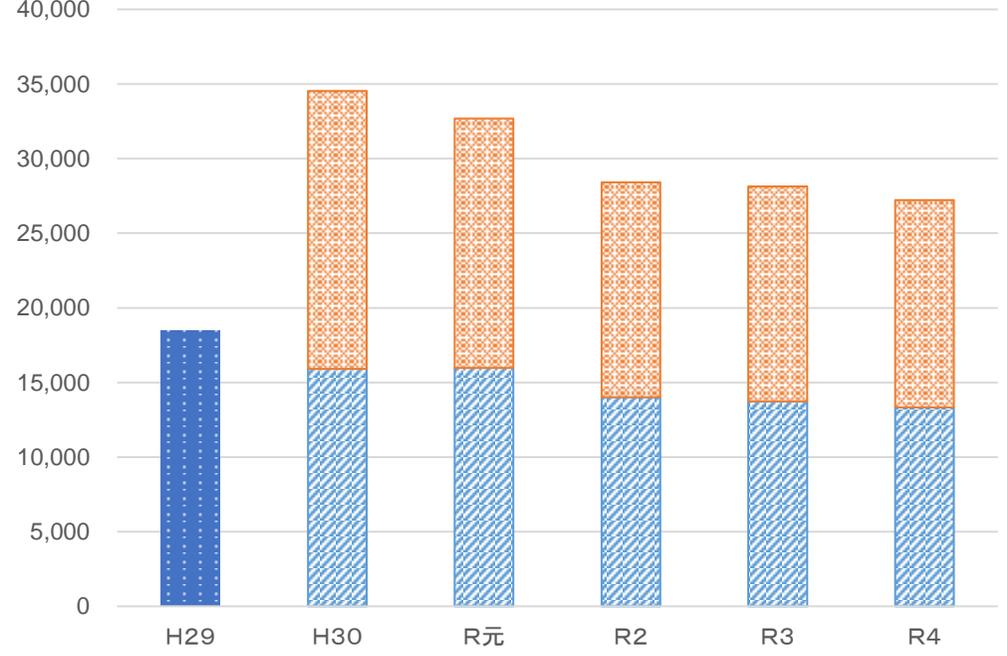
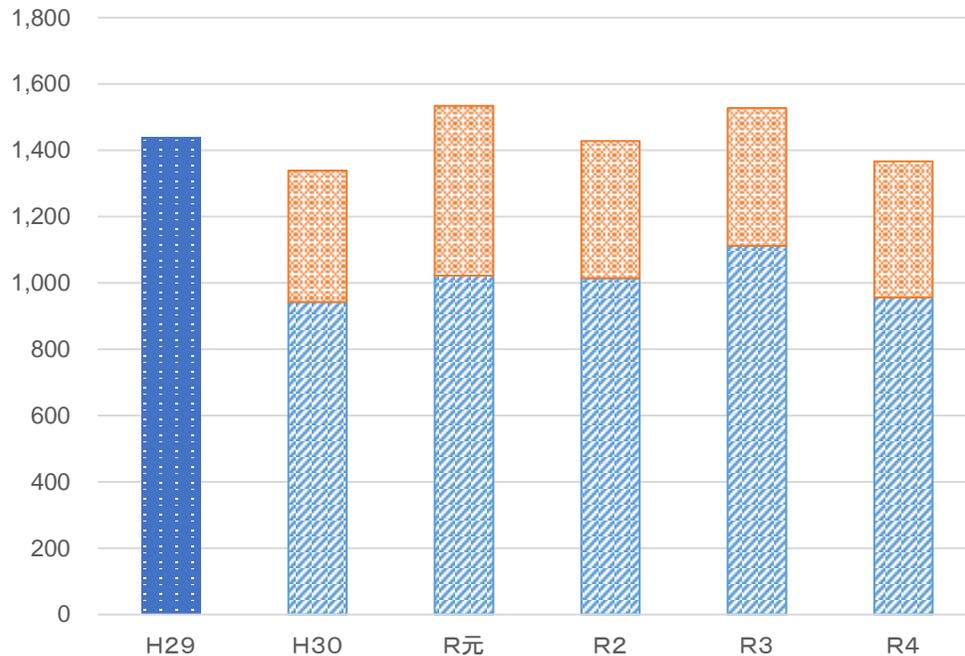
- 認知症地域包括診療料の算定回数は月当たり約1,400回で推移している。
- 認知症地域包括診療加算の算定回数は、平成30年に増加し、以降は低下傾向である。

認知症地域包括診療料
算定回数

認知症地域包括診療加算
算定回数

(算定回数/月)

(算定回数/月)



■ 認知症地域包括診療料2
■ 認知症地域包括診療料1
■ 認知症地域包括診療料

■ 認知症地域包括診療加算2
■ 認知症地域包括診療加算1
■ 認知症地域包括診療加算

かかりつけ医の認知症対応力向上のための取組

- 認知症の人が、認知症の容態の変化に応じたすべての期間を通じて本人主体の医療・介護を受けることができるよう、医療・介護等の質の向上を図る必要がある。
- かかりつけ医には、認知症の早期発見・早期対応が行えるよう、日常の診療とともに認知症の人や疑いのある人に適切に対応し、必要に応じて適切な医療機関等と連携を図ることが求められている。

～これまでの主な取組～

【平成15年「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」(「高齢者介護研究会」(厚生労働省))】

認知症及び地域ケアに関するかかりつけ医の知識と理解を高めるため、研修等の仕組みを構築することが必要とした。

【平成18年 かかりつけ医認知症対応力向上研修の開始】

地域のかかりつけ医を対象とした「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を開始。

かかりつけ医には、①早期段階での発見・気づき、②日常的な身体疾患対応・健康管理、③家族の介護負担・不安への理解、④専門医療機関への受診誘導、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携、といった役割を担うことを求めた。

【平成20年「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書(厚生労働省)】

早期診断の推進、適切な医療の提供のため、かかりつけ医を対象とする研修の実施により、地域における基本的な認知症対応力の向上を図ることが必要とした。

【平成24年「今後の認知症施策の方向性について」、「認知症施策5か年計画(オレンジプラン)」(厚生労働省)】

かかりつけ医には、認知症の早期発見とその状態の変化の把握、認知症の人への日常的な診療や家族への助言を行うことが期待され、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を実施しているものの、その修了者数が不足しているため、充実し、レベルアップを図ることとした。また、「認知症施策5か年計画(オレンジプラン)」において、平成29年度末までに受講者数を5万人とすることを目標に掲げた。

【平成27年「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」(厚生労働省ほか関係11省庁)】

身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要であり、かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修等を進めることとし、平成29年度末までの受講者数目標を6万人に上方修正。

【令和元年「認知症施策推進大綱」(認知症施策推進関係閣僚会議決定)】

認知機能低下のある人や認知症の人に対して、早期発見・早期対応が行えるよう、かかりつけ医等の更なる質の向上と連携強化を図ることとし、受講者数の目標を9万人とした。

(参考)【令和5年「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」】

認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されることが基本理念のひとつとされた。

【研修の対象・目的】

※平成18年度～開始

高齢者等が日ごろ受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

【実施主体】

都道府県及び指定都市

※事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託可能。

【研修対象者および修了者数】

診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する医師
72,229人（令和3年度実績）※「認知症施策推進大綱」KPI：2025年までに9万人

【カリキュラム内容】

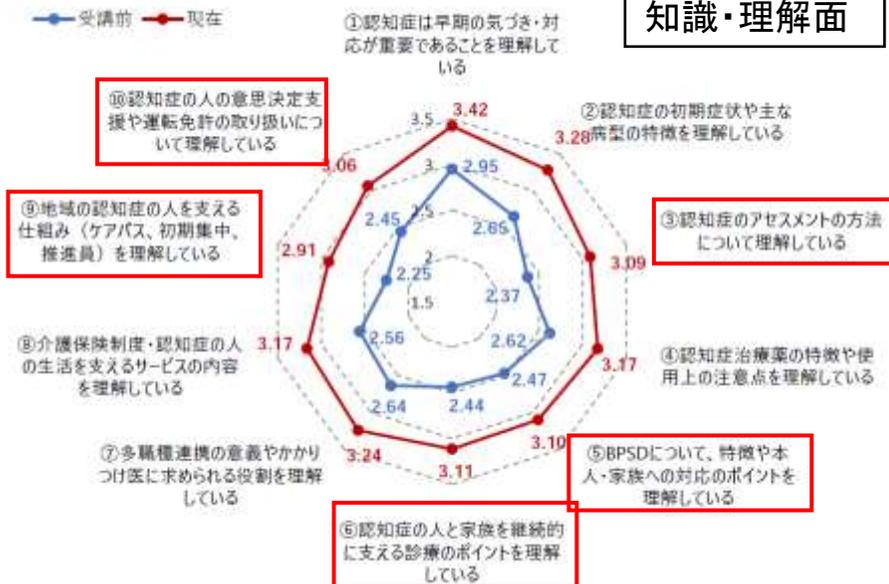
- かかりつけ医の役割（30分）
認知症を取り巻く施策、かかりつけ医に期待される役割、早期発見・早期対応の意義、本人の視点を重視したアプローチ、診断後支援
- 基本知識（60分）
認知症の原因疾患、診断基準、診断のポイント、認知症と鑑別すべき他の疾患
- 診療における実践（60分）
認知症初期の対応のポイント、認知症の問診・アセスメント、認知症の診療におけるマネジメント（非薬物・薬物療法等）、BPSDに対する対応、認知症治療における留意点、本人・家族（介護者）への対応
- 地域・生活における実践（60分）
認知症ケア・支援の基本、認知症の人の意思決定支援について、認知症の医療・介護に関する施策・制度等、多職種連携



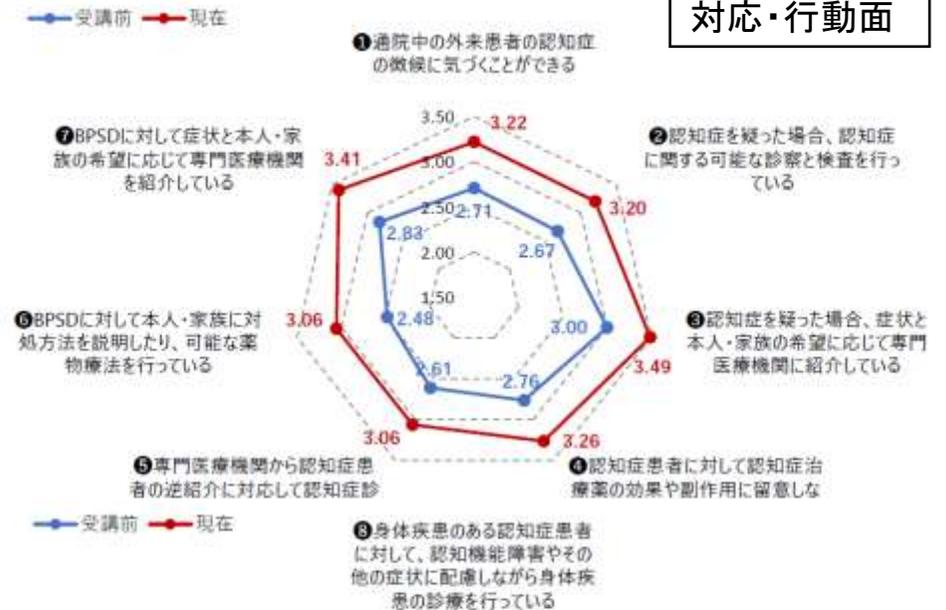
かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講前後の状況

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講前は、「BPSDへの対応」「診断後支援」「地域の認知症の人を支える仕組みを理解」「意思決定支援の理解」「地域の施策や取組に参加・協力」「認知症カフェやピアサポート活動を紹介」等に係る理解や実施状況は乏しかった。
- 研修受講により知識・理解および対応・行動に係る全項目の実施状況が向上した。

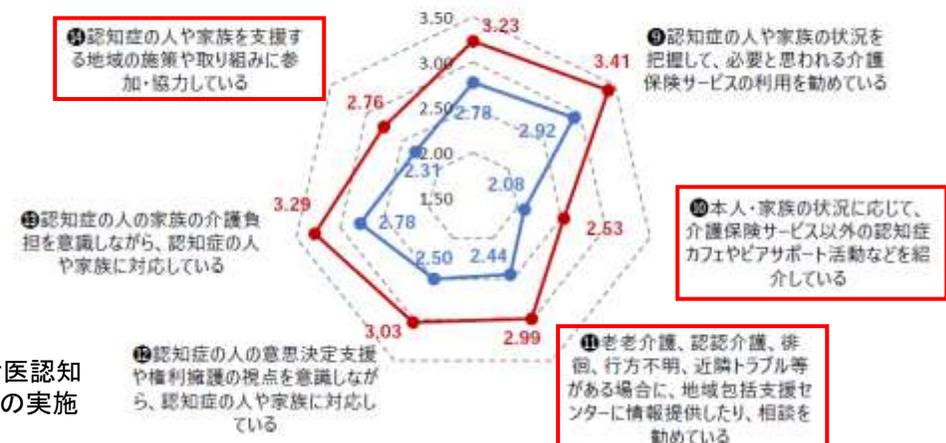
知識・理解面



対応・行動面



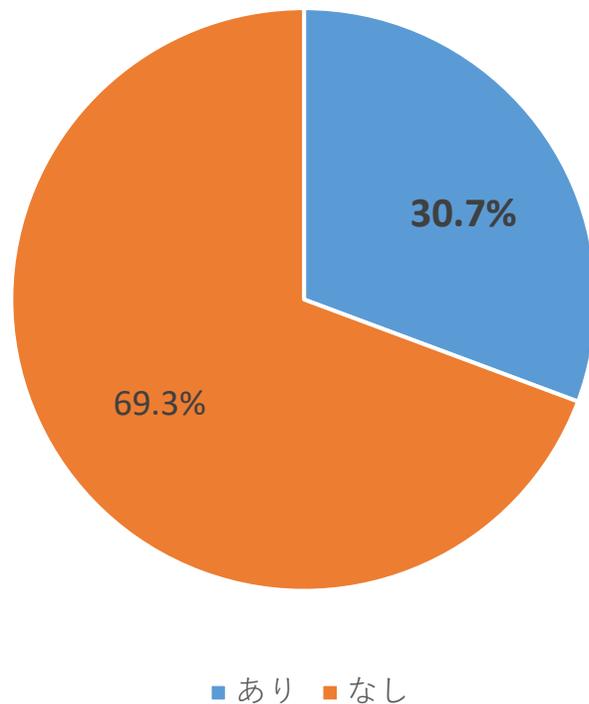
※ かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講前後における変化(研修受講者に対する調査結果、有効回答n=140)。各項目について受講前と受講後の実施状況を自己評価(「できていない」「あまりできていない」「まあまあできている」「できている」の4件法)した結果。



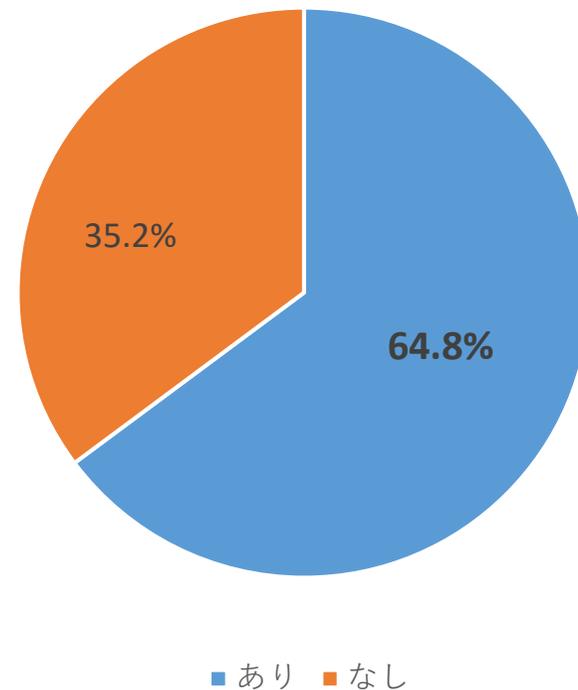
かかりつけ医認知症対応力向上研修事業の修了

○ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無の調査結果は以下のとおり。全医療機関における研修修了医師の配置割合は30.7%であったが、地域包括診療料・加算の届出医療機関では64.8%であった。

「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」
を修了した医師の有無(N=685)



「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」
を修了した医師の有無(N=179)
地域包括診療料・加算の届出医療機関



かかりつけ医機能について

○ 施設が有するかかりつけ医機能について、「認知症に関する助言や指導」、「患者やその家族と、患者の自分らしい人生の終わり方(ACP)について話し合う」及び「地域の医療介護や福祉に関する活動を行う」等の割合は、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了医師が所属する施設の方が高かった。

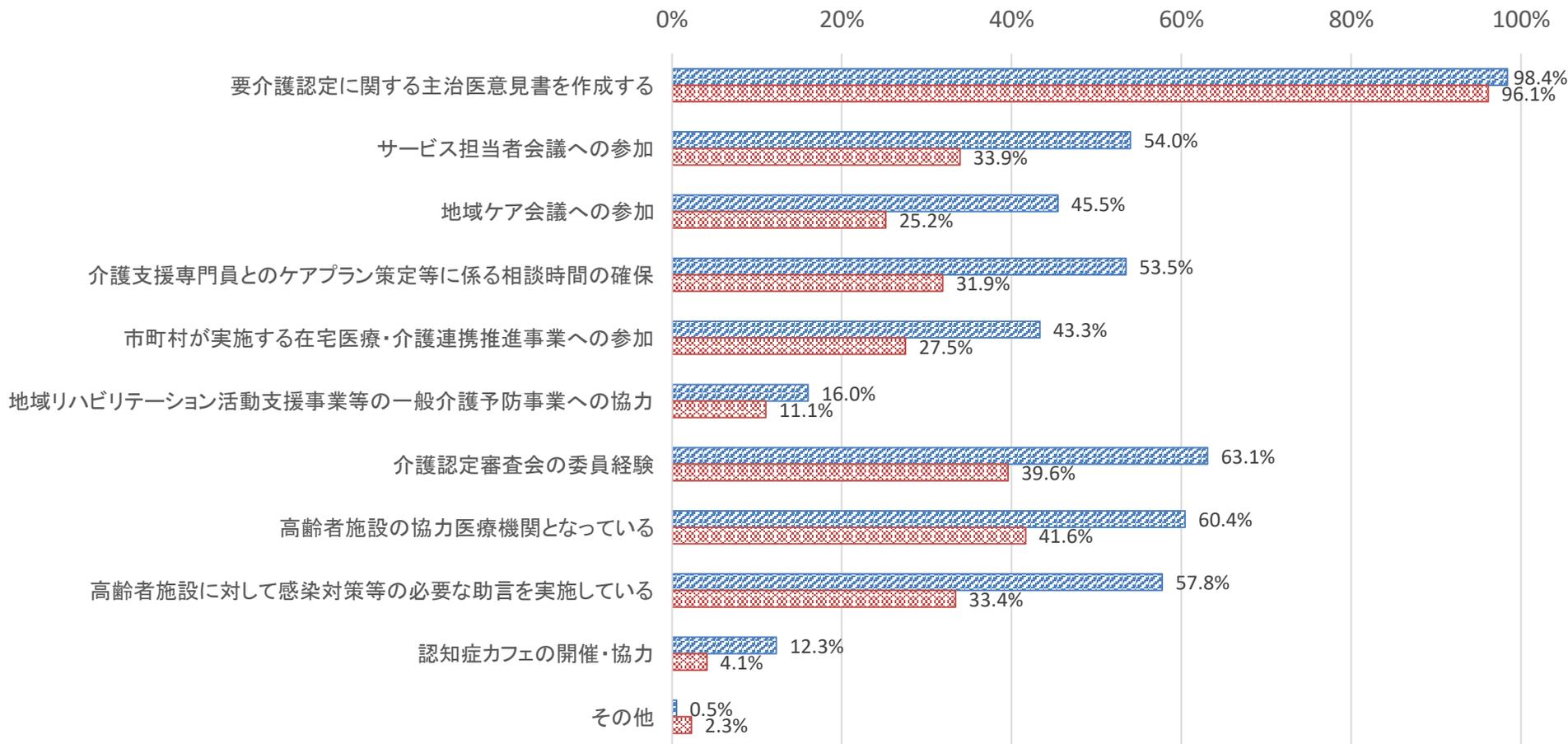


■ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師 あり(n=207)

□ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師 なし(n=430)

介護との連携についての取組み

○ 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を修了した医師が所属している施設の方が、介護との連携に積極的に取り組んでいた。



■ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無あり (N=210)

■ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無あり (N=475)

日本医師会生涯教育制度について

- 日本医師会生涯教育制度におけるカリキュラムのうち、「29. 認知能の障害」「74. 高血圧症」「75. 脂質異常症」「76. 糖尿病」は地域包括診療料・加算の研修要件となっている。

【制度概要】

医師は、日進月歩の医学、医療を実践するために、生涯にわたって自らの知識を広げ、技能を磨き、常に研鑽する責務を負っています。日本医師会は医師の自己学習・研修を効果的に行えるよう生涯教育制度を実施しています。

本制度は、医師の研修意欲をさらに啓発・高揚させること、一方で社会に対して医師が勉強に励んでいる実態を示し、国民からの信頼を増すことを目的としており、連続した3年間の単位数とカリキュラムコード数(同一コードは加算不可)の合計数が60以上の者に「日医生涯教育認定証」を発行します。

【対象者】

広く制度に参加いただけるよう医師免許取得直後から参加できます(最短で医師免許取得後3年で日医生涯教育認定証が発行されます)。

【カリキュラムコード】

カリキュラムコードは、学習した領域を表し、日本医師会生涯教育カリキュラム<2016>(2022年4月版)に基づき、84種類のカリキュラムコードが設定されています。同一カリキュラムコードを重複取得してもカリキュラムコード数は加算されません。

※ 地域包括診療料・加算の施設基準における「慢性疾患の指導に関わる適切な研修」として求める20時間の講習として、カリキュラムコードとして「29. 認知能の障害」、「74. 高血圧症」、「75. 脂質異常症」、「76. 糖尿病」を含んでおり、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければならず、かつ服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていなければならない。

カリキュラムコード

(略称：CC)

1 医師のプロフェッショナリズム	28 発熱	57 外傷
2 医療倫理：臨床倫理	29 認知能の障害	58 褥瘡
3 医療倫理：研究倫理と生命倫理	30 頭痛	59 背部痛
4 医師—患者関係とコミュニケーション	31 めまい	60 腰痛
5 心理社会的アプローチ	32 意識障害	61 関節痛
6 医療制度と法律	33 失神	62 歩行障害
7 医療の質と安全	34 言語障害	63 四肢のしびれ
8 感染対策	35 けいれん発作	64 血尿 (肉眼的、顕微鏡的)
9 医療情報	36 視力障害、視野狭窄	65 排尿障害 (尿失禁・排尿困難)
10 チーム医療	37 目の充血	66 乏尿・尿閉
11 予防と保健	38 聴覚障害	67 多尿
12 地域医療	39 鼻漏・鼻閉	68 精神科領域の救急
13 医療と介護および福祉の連携	40 鼻出血	69 不安
14 災害医療	41 嘔声	70 気分の障害 (うつ)
15 臨床問題解決のプロセス	42 胸痛	71 流・早産および満期産
16 ショック	43 動悸	72 成長・発達の障害
17 急性中毒	44 心肺停止	73 慢性疾患・複合疾患の管理
18 全身倦怠感	45 呼吸困難	74 高血圧症
19 身体機能の低下	46 咳・痰	75 脂質異常症
20 不眠 (睡眠障害)	47 誤嚥	76 糖尿病
21 食欲不振	48 誤飲	77 骨粗鬆症
22 体重減少・るい瘦	49 嚥下困難	78 脳血管障害後遺症
23 体重増加・肥満	50 吐血・下血	79 気管支喘息・COPD
24 浮腫	51 嘔気・嘔吐	80 在宅医療
25 リンパ節腫脹	52 胸やけ	81 終末期のケア
26 発疹	53 腹痛	82 生活習慣
27 黄疸	54 便秘異常 (下痢、便秘)	83 相補・代替医療 (漢方医療を含む)
	55 肛門・会陰部痛	0 最新のトピックス・その他
	56 熱傷	

日医かかりつけ医機能研修制度

○ 日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修会においては、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」といった内容が含まれている。

【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】

本研修制度の実施を希望すると都道府県医師会
(平成28年4月1日より実施)

【研修内容】

基本研修

・日医生涯教育認定証の取得。

応用研修

・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに都市区医師会が主催する研修等の受講。

規定の座学研修を10単位以上取得

実地研修

・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

規定の活動を2つ以上実施
(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より証書の発行(有効期間3年)。



【応用研修】

- ・修了申請時の前3年間に於いて下記項目より10単位を取得する。
- ・単位数は各講義ごとに最大2回までカウントを認める。(別日に同一講義を受講した場合も2単位まで取得可能)
- ・下記1～6については、それぞれ1つ以上の講義を受講することを必須とする。
- ・下記1～6については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用する。

【応用研修会】(各1単位)

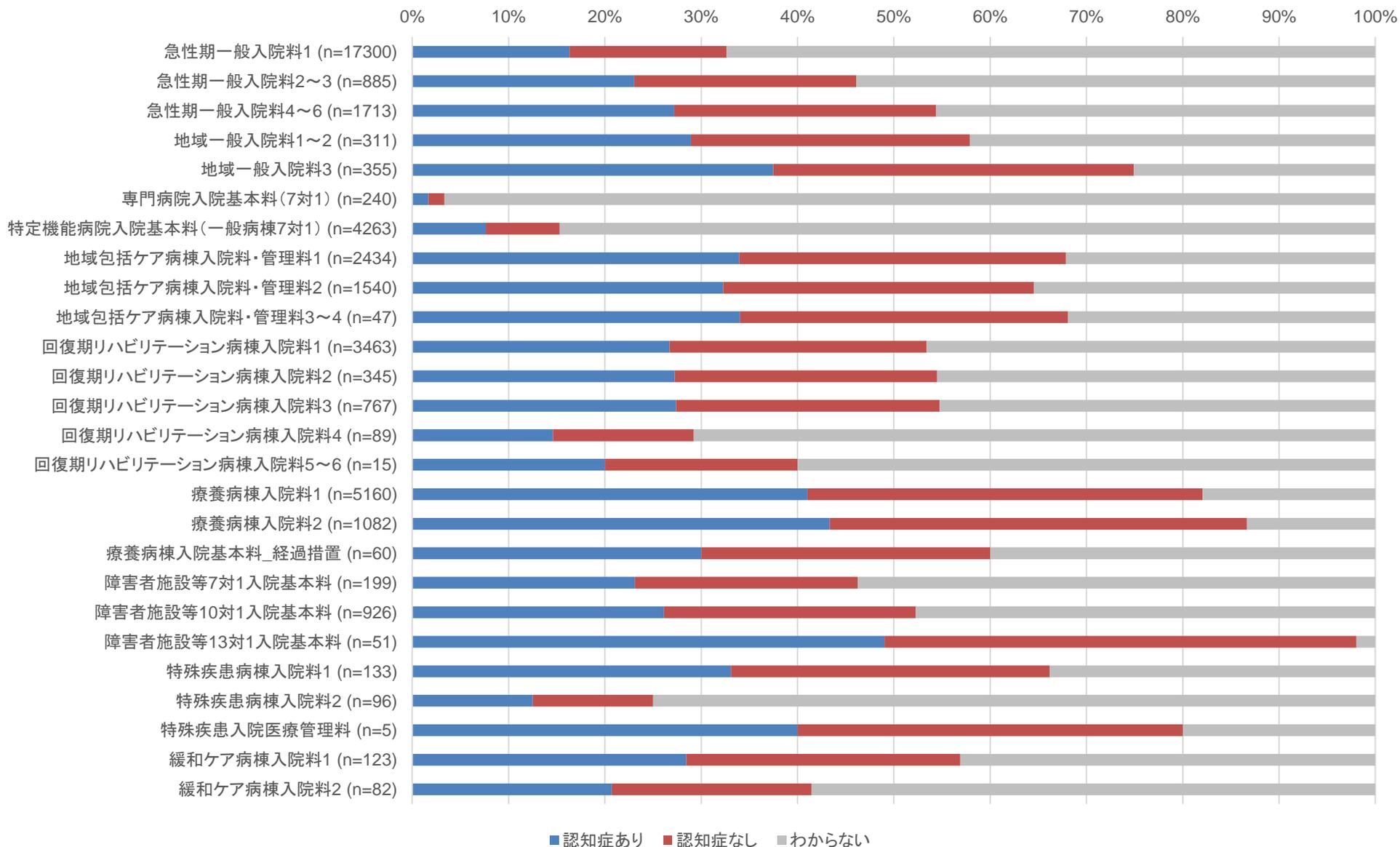
1. 「かかりつけ医の倫理」、「かかりつけ医の質・医療安全」、「かかりつけ医の感染対策」、「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」
2. 「生活期リハビリの実際」、「小児・思春期への対応」、「メタボリックシンドロームからフレイルまで」、「フレイル予防・対策」、「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」
3. 「医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築」、「在宅医療、多職種連携」、「地域医療連携と医療・介護連携」、「地域リハビリテーション」、「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」
4. 「社会的処方」、「リーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル」、「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」、「かかりつけ医と精神科専門医の連携」、「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」
5. 「終末期医療、褥瘡と排泄」、「認知症、ポリファーマシーと適正処方」、「リハビリと栄養管理・摂食嚥下障害」、「オンライン診療のあり方」、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」
6. 「多疾患合併症例」、「在宅リハビリ症例」、「地域連携症例」、「新型コロナウイルス感染症とかかりつけ医」、「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」

1. 総論

2. かかりつけ医による認知症対応

3. 入院医療機関における認知症対応

入院料ごとの認知症の有無



■ 認知症あり ■ 認知症なし ■ わからない

認知症ケア加算の概要

認知症ケア加算(1日につき)

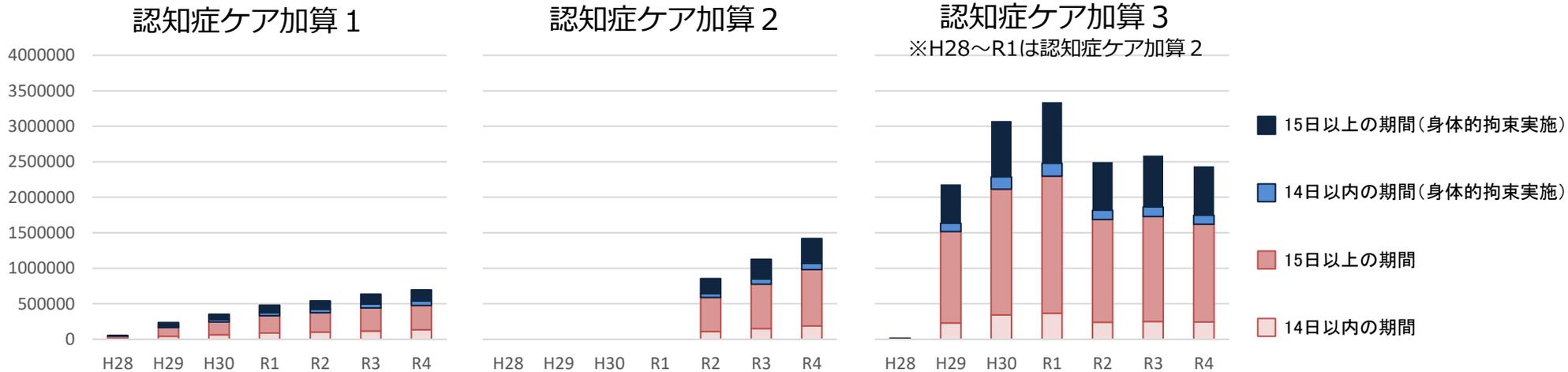
- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。
- 認知症ケア加算1 イ 14日以内の期間 150点 口 15日以上の期間 30点
- 認知症ケア加算2 イ 14日以内の期間 100点 口 15日以上の期間 25点
- 認知症ケア加算3 イ 14日以内の期間 40点 口 15日以上の期間 10点
- 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。

		認知症ケア加算 1	認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3	
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価	
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）			
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等			
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施	
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握	・病棟職員へ助言 -	
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了） …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）	-	
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）		
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアル*を作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアル*を作成	マニュアル*を作成	
		(*) マニュアル：身体的拘束の 実施基準 や 鎮静を目的とした薬物の適正使用 等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書			
	院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	

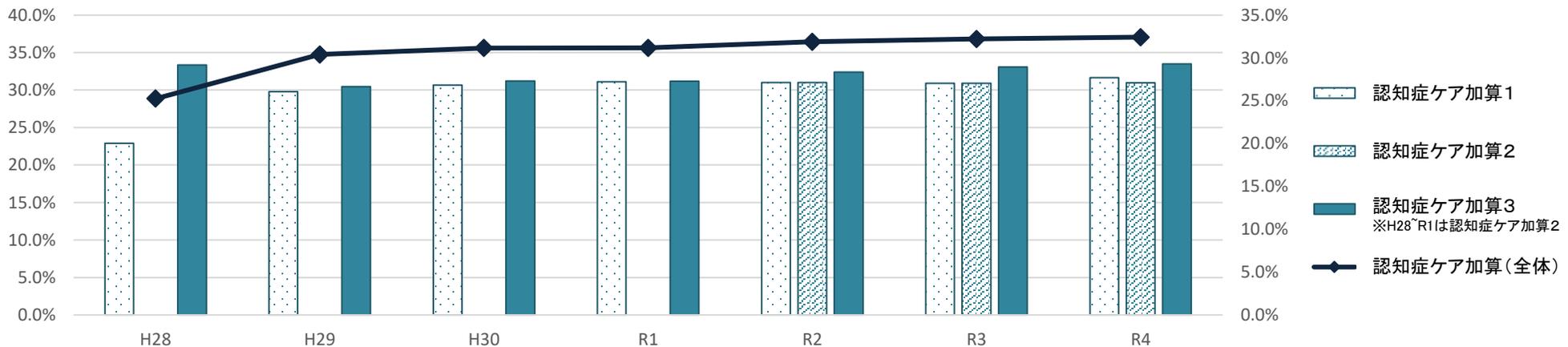
認知症ケア加算の算定の推移

- 認知症ケア加算の算定回数は年々増加している。
- 認知症ケア加算の全算定回数のうち、身体的拘束を実施した日の割合は約3割であり、やや増加傾向である。

■ 認知症ケア加算の算定回数の推移（各年6月審査分）



■ 認知症ケア加算に占める身体的拘束を実施した割合（各年6月審査分の算定回数）



算定要件

(4) 身体的拘束について

- ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。
- ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。
- エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。
- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
 - (ロ) 患者家族への説明と同意
 - (ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
 - (ニ) 二次的な身体障害の予防
 - (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討
- オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

【疑義解釈資料の送付について(その1)(平成28年3月31日)】

問62 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

答 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合には、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

施設基準

認知症ケア加算1

認知症ケアチームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

認知症ケア加算2

専任の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

認知症ケア加算3

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進②

看護補助者の配置に係る加算の要件の見直し

➤ 看護補助者の配置に係る加算について、業務分担・共同を推進し、より質の高い療養環境を提供するために、要件を見直す。

- ① 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、定期的に看護及び看護補助の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求める。
- ② 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、看護補助者への院内研修の実施を求める。



療養病棟における夜間看護体制の充実

➤ 療養病棟入院基本料を算定する病棟のうち、日常生活の支援が必要な患者が一定割合以上入院する病棟において、夜間に看護職員等の手厚い配置をし、身体的拘束を最小化する取組を行っている場合の評価を新設する。

[施設基準]

(新) 夜間看護加算 35点(1日につき)

- ① 夜勤を行う看護要員の数は、常時16対1以上であること。
- ② ADL区分3の患者を5割以上入院させる病棟であること。



看護補助者の配置に係る加算等において求める身体的拘束等の行動制限を最小化する取組

例：A214 看護補助加算

【算定留意事項(抄)】

(2) 看護補助加算を算定する病棟は、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。

ア 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。

イ 身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する(精神病棟を除く。)

ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見いだされるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、可及的速やかに解除するよう努める。

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次の対応を行う。

(イ) 実施の必要性等のアセスメント

(ロ) 患者家族への説明と同意

(ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

(ニ) 二次的な身体障害の予防

(ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

オ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。なお、身体的拘束を実施することを避けるために、ウ及びエの対応をとらず家族等に対し付添いを強要することがあってはならない。

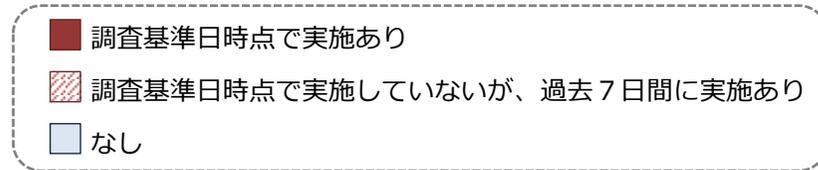
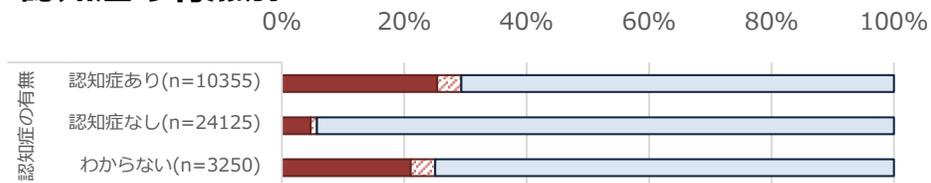
(※)看護補助者の配置に係る加算等

(A101 療養病棟入院基本料の注12)夜間看護加算／看護補助体制充実加算、(A106 障害者施設等入院基本料の注9)看護補助加算／看護補助体制充実加算、A207-3 急性期看護補助体制加算、A214 看護補助加算、(A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注4)看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算、(A311 精神科救急急性期医療入院料の注5)看護職員夜間配置加算、(A311-3 精神科救急・合併症入院料の注5)看護職員夜間配置加算

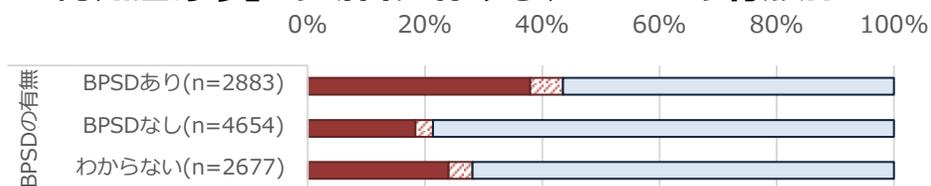
患者の状態別の身体的拘束の実施有無

- 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」かつ「BPSDあり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
- 要介護度別の身体的拘束の実施率に大きな差はないが、認知症高齢者の日常生活自立度別では、自立度が低いほど身体的拘束の実施率は高かった。

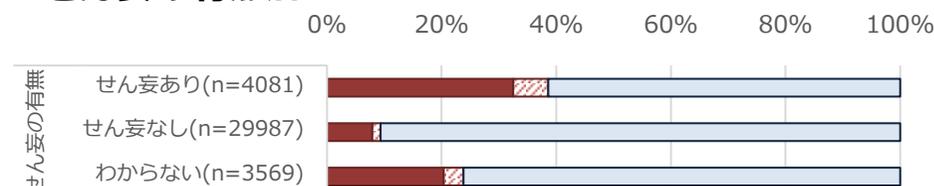
■ 認知症の有無別



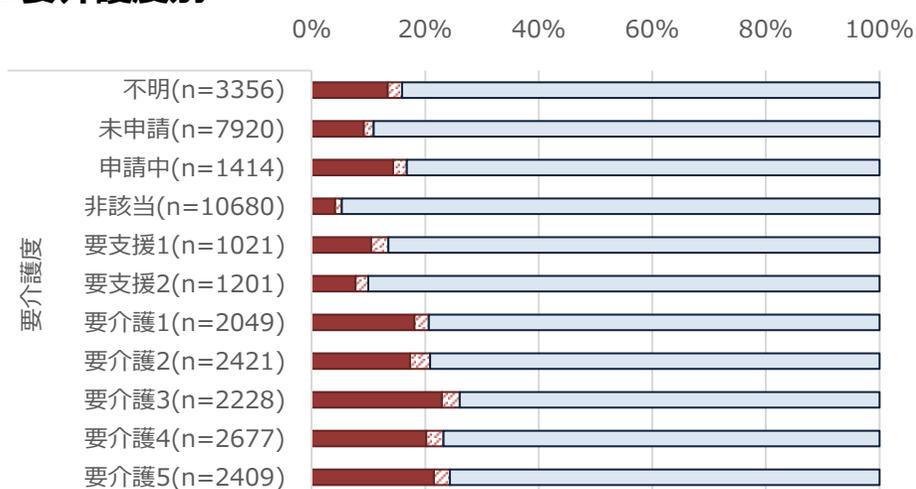
■ 「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



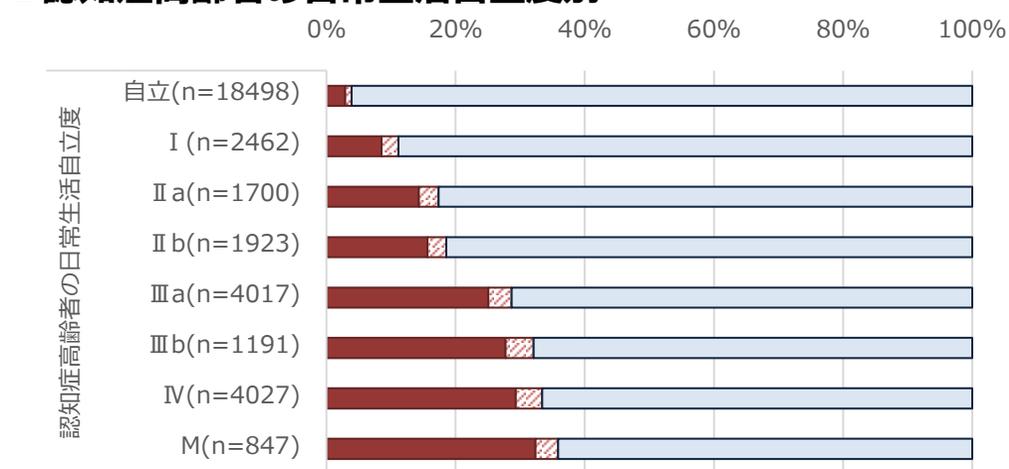
■ せん妄の有無別



■ 要介護度別



■ 認知症高齢者の日常生活自立度別

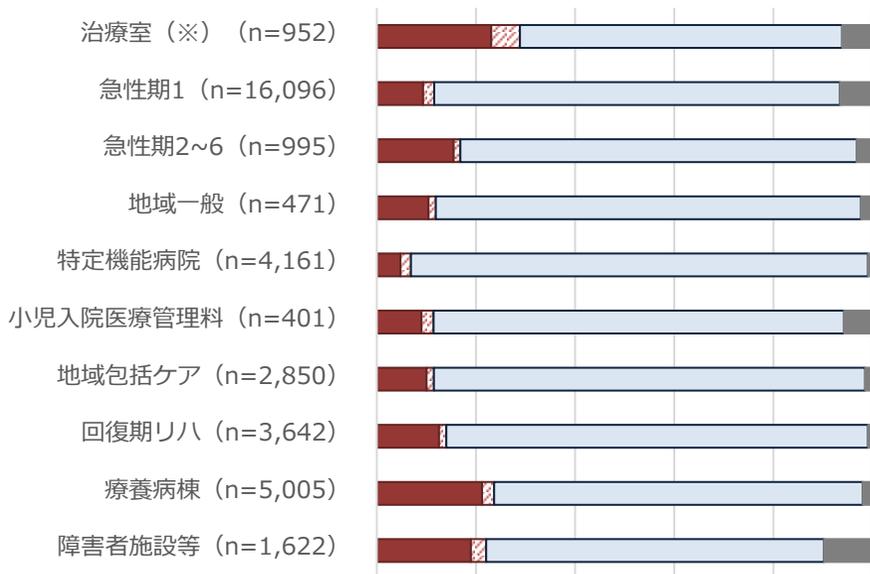


入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

- いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
- 「認知症あり」の患者の場合、約2~4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■ 入院料別の身体的拘束の実施有無

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



- 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり
- ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり
- 身体的拘束の実施なし
- 未回答

(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

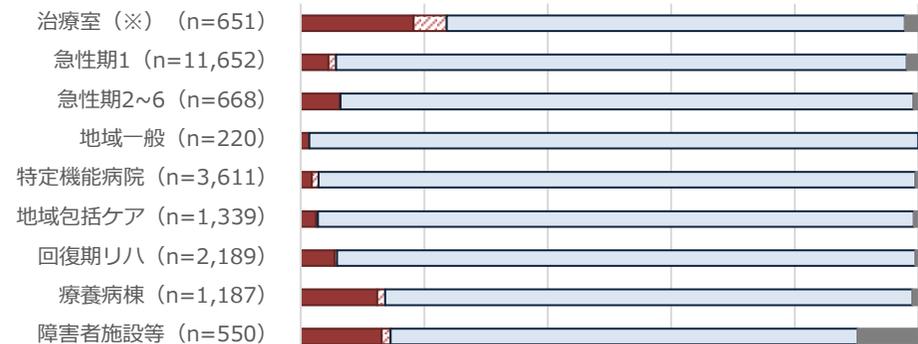
認知症ありの患者

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



認知症なしの患者

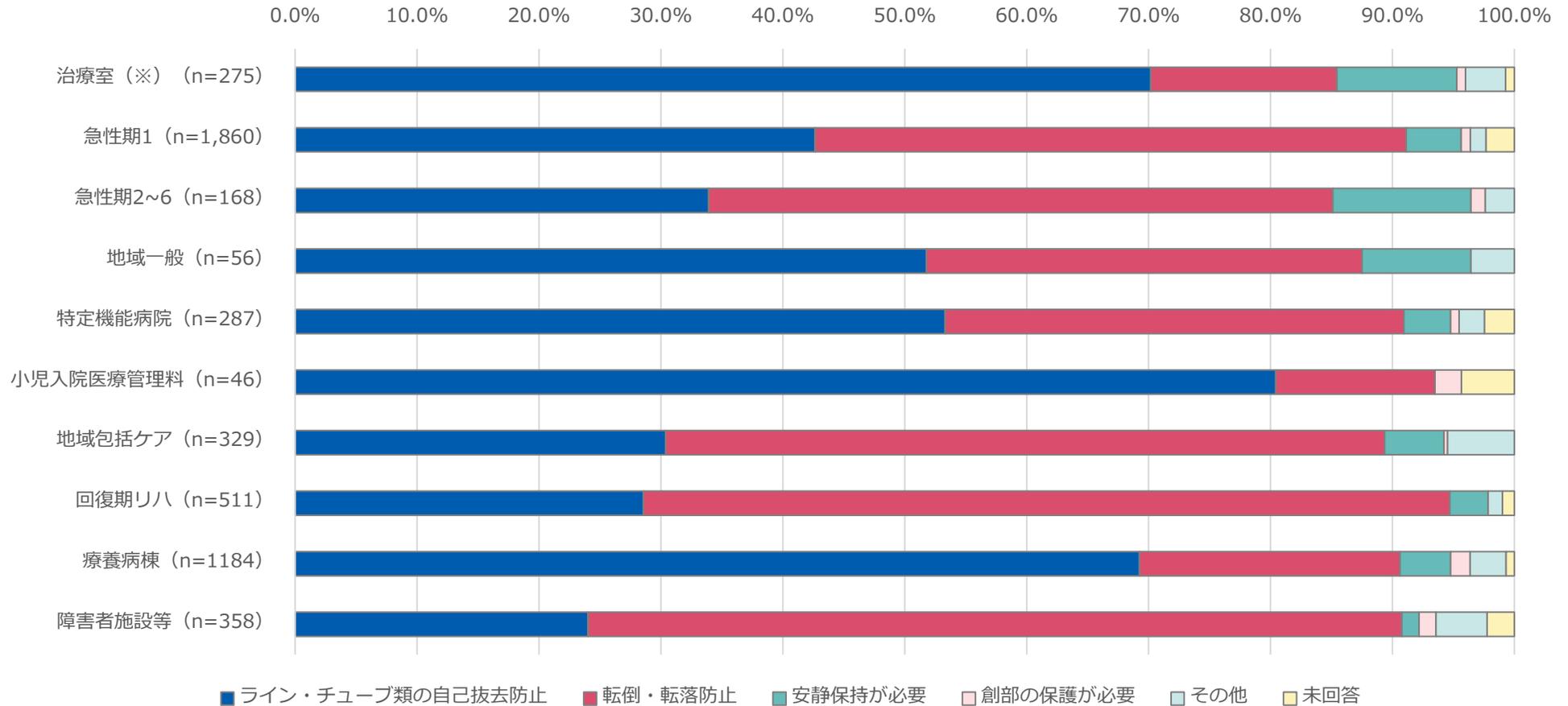
0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



入院料別の身体的拘束の実施理由

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

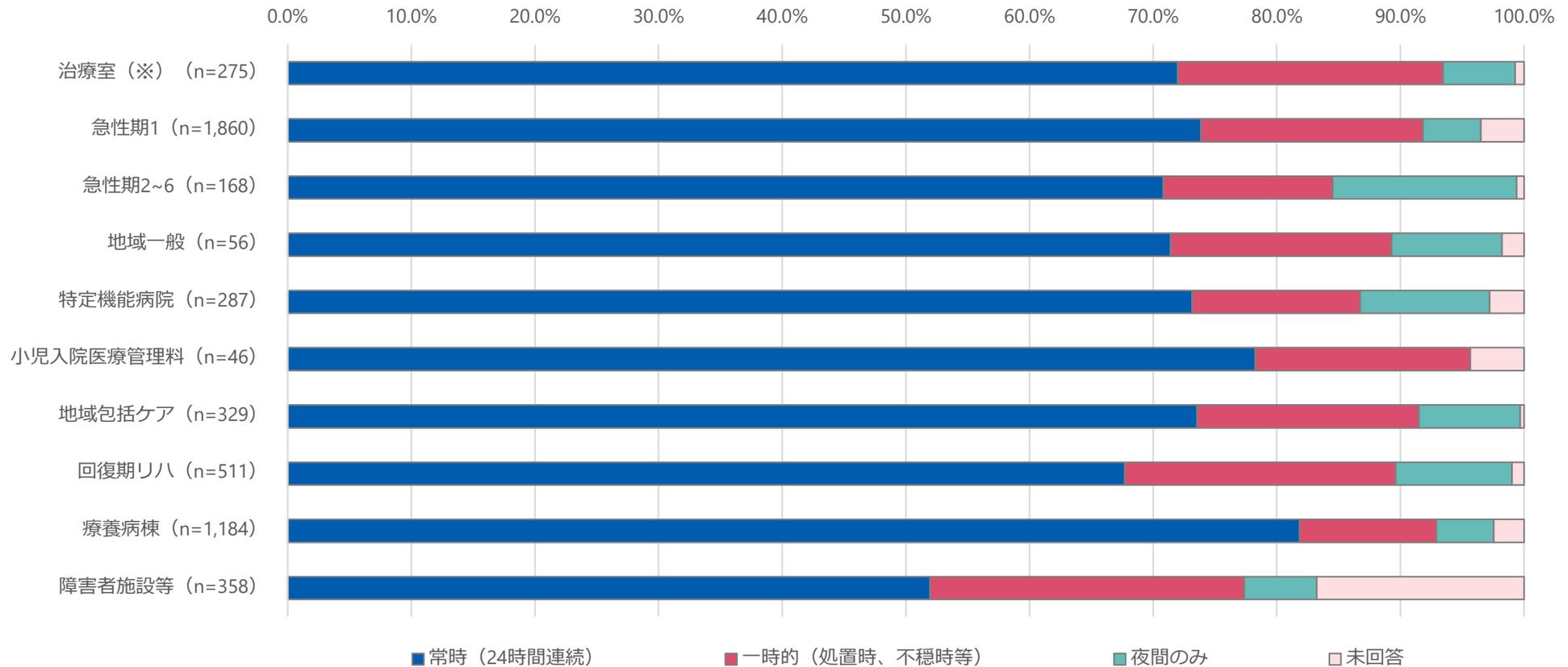
入院料別の拘束時間

診調組 入-1
5 . 7 . 6

- 身体的拘束を実施した患者について、身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時(24時間連続)拘束をしていた。
- 他の入院料を算定する患者に比べ、療養病棟の患者は常時(24時間)拘束している患者がやや多かった。

■ 拘束時間 (調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る)

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答



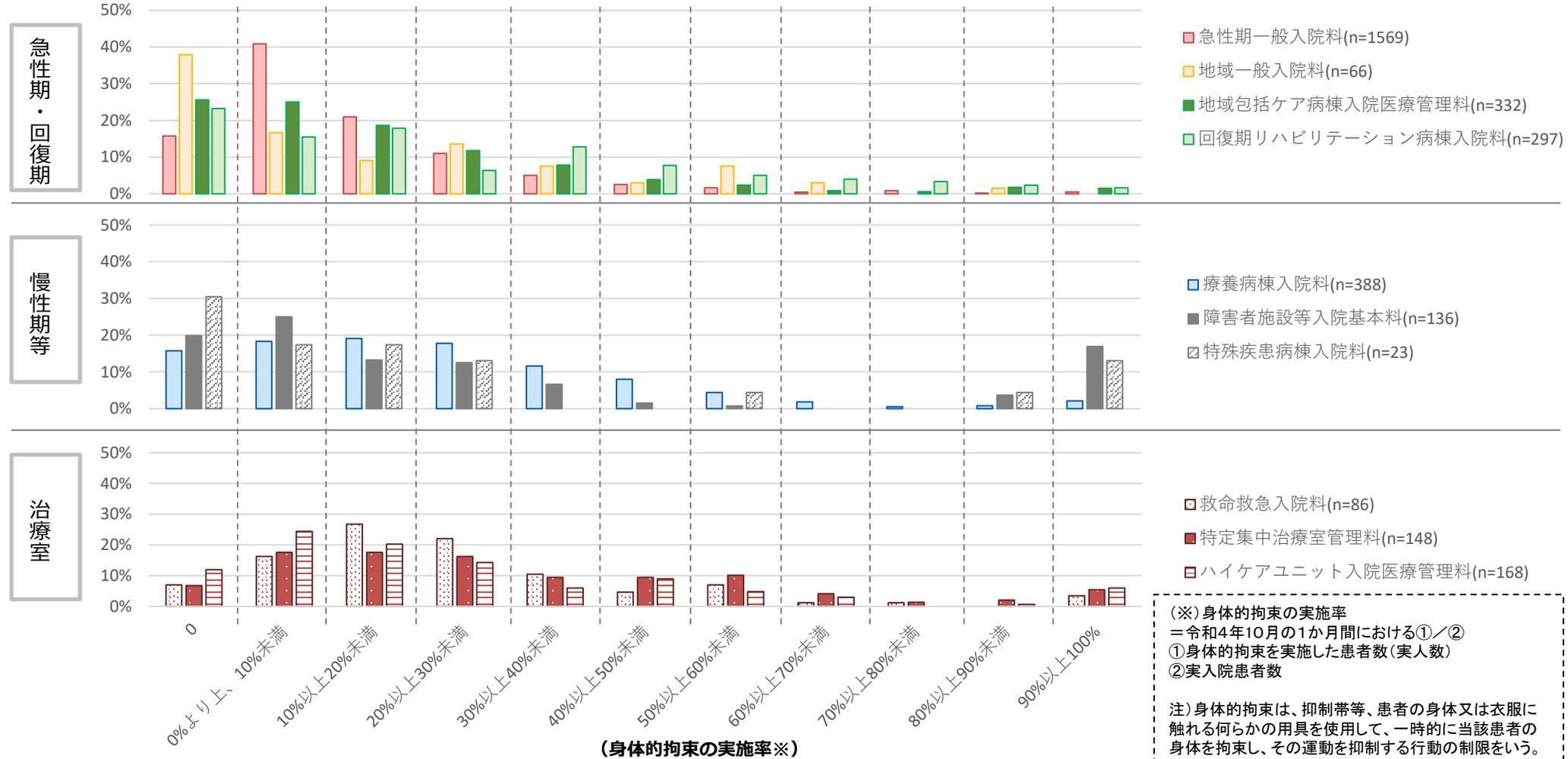
(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

身体的拘束の実施状況

- ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
- 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

■ 入院料別の身体的拘束の実施率(※)

(拘束実施率別の各病棟の占める割合)



身体拘束の実施と関連する事項

- 認知症ケア加算を算定する病棟では、身体拘束を実施される相対リスクは0.76倍であり、算定のない病棟と比べて身体拘束の実施率は低かった。
- 病棟の看護職員の配置状況等は身体拘束の実施と関連を示さなかった。

■ 身体拘束の実施との関連

	オッズ比	95%信頼区間
認知症ケア加算算定病棟	0.76 *	0.63 ~ 0.92
患者属性		
年齢, 参照 = 95 歳以上		
40 ~ 64 歳	0.78 *	0.62 ~ 0.98
65 ~ 69 歳	0.73 *	0.59 ~ 0.91
70 ~ 74 歳	0.64 *	0.53 ~ 0.77
75 ~ 79 歳	0.77 *	0.65 ~ 0.91
80 ~ 84 歳	0.80 *	0.69 ~ 0.94
85 ~ 89 歳	0.91	0.79 ~ 1.06
90 ~ 94 歳	1.07	0.91 ~ 1.25
性別, 男性	1.51 *	1.41 ~ 1.63
認知症の診断がない	0.43 *	0.40 ~ 0.47

* $p < .05$

マルチレベル二項ロジスティック回帰分析, 病棟レベルの変量効果 3.94 (95%信頼区間 3.55 ~ 4.36)

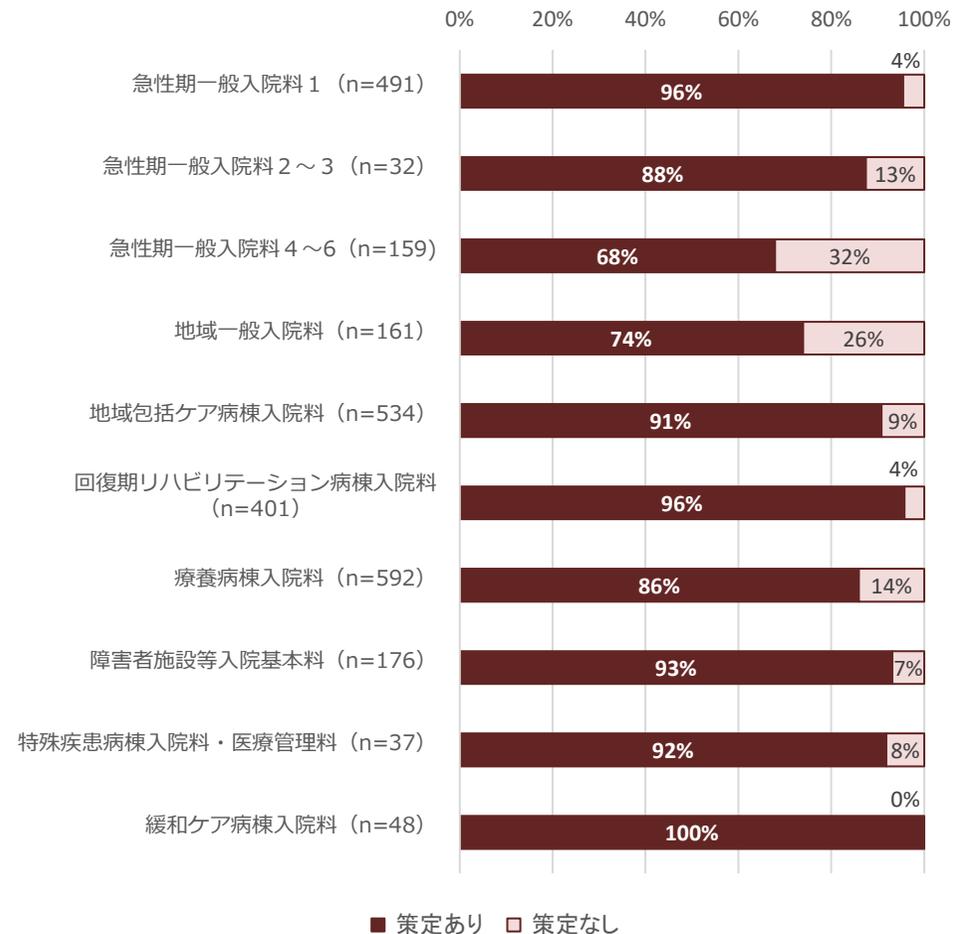
【調査概要】

対象病院: 全国の急性期および回復期機能の病床を有し、病床数100床以上である病院
 調査時期: 2017年2~3月
 解析対象: 1,046病院2,676病棟の29,088人のうち、欠損のない23,539人
 ※解析モデルでは、患者属性、病棟属性および病院属性の影響を調整

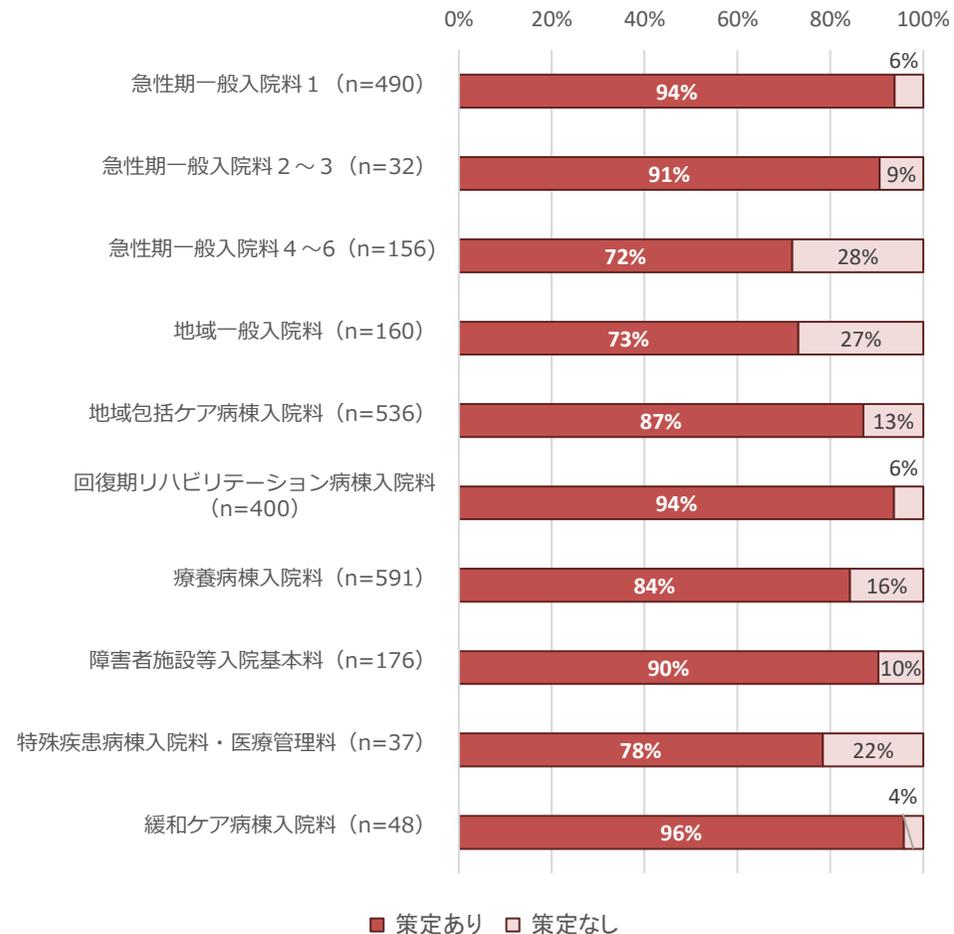
	オッズ比	95%信頼区間
病棟属性		
看護職員の患者人数比, 参照 = 25%タイル未満		
25 ~ 75%タイル	1.14	0.90 ~ 1.45
75%タイルより大きい	1.07	0.79 ~ 1.45
病床機能, 急性期	2.03 *	1.54 ~ 2.69
診療科		
整形外科	1.75 *	1.39 ~ 2.20
リハビリテーション科	1.50 *	1.03 ~ 2.19
脳神経外科	2.29 *	1.64 ~ 3.21
循環器内科	1.01	0.68 ~ 1.50
呼吸器内科	1.24	0.81 ~ 1.91
消化器内科	1.14	0.75 ~ 1.74
消化器外科	0.90	0.57 ~ 1.42
泌尿器科	0.89	0.55 ~ 1.45
病院属性		
緩和ケアチーム	1.07	0.86 ~ 1.34
コンサルテーション・リエゾン精神科医	0.76 *	0.61 ~ 0.95
認知症看護認定看護師	0.999	0.80 ~ 1.25
精神看護専門看護師	0.84	0.54 ~ 1.31
老年看護専門看護師	0.68	0.39 ~ 1.20

○ 「身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等」又は「院内における身体的拘束の実施・解除基準」は、概ね9割程度の病院で策定されていたが、急性期一般入院料4～6と地域一般入院料を有する病院の策定率は約7割と低かった。

■ 身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等の策定（令和4年11月1日時点）



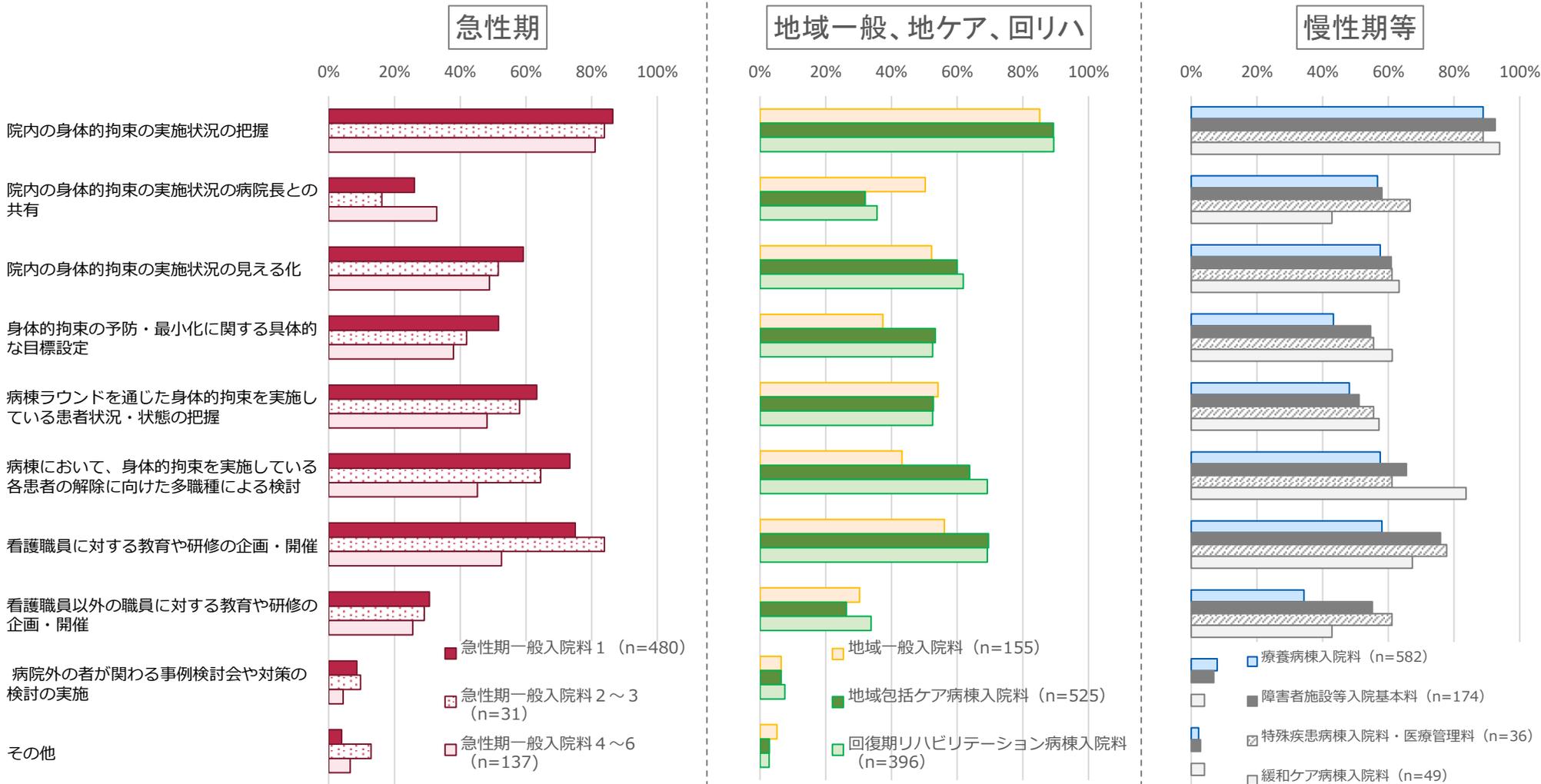
■ 院内における身体的拘束の実施・解除基準の策定（令和4年11月1日時点）



身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容

- 入院料別の身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容は以下のとおり。
- 急性期一般病棟入院料届出病院では、「院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有」の実施率は約2割であり、他の入院料と比べて低かった。

■ 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容（複数選択）



一般病棟における身体的拘束を予防・最小化するための取組事例

診調組 入-1
5 . 7 . 6

A病棟：「身体拘束をしない」病棟風土への変革

【病院概要】2019年度
病床数：934床 / 入院料：急性期一般入院料1など

➤ 身体拘束最小化に向けた目標と計画

目標	取組内容
1. 身体拘束が必要となる場面を減少させる	<ul style="list-style-type: none">・ 専門看護師（CNS）による高齢者ケア、認知症ケアのモデル実践・ CNSによる高齢者ケア、認知症ケアのスタッフ教育：勉強会、事例検討会、職場内教育（OJT）・ 術後せん妄予防のスタッフ教育：疼痛コントロール、早期離床、早期ルート・チューブ類の抜去・ 認知症ケア関連研修の受講や認知症ケア専門士取得促進
2. 多様な視点から身体拘束を検討する	<ul style="list-style-type: none">・ 倫理係による勉強会、倫理事例検討会・ 身体拘束解除カンファレンス・ 認知症ケアチームへの相談、多職種カンファレンス
3. 患者の安全を守る	<ul style="list-style-type: none">・ 入院時のリスクアセスメントによる環境調整：離床センター付きベッド、緩衝マットの活用・ インシデント・アクシデント発生時の対応：予防策の実施状況の確認、行動の目的や意味について話し合い、対策を検討

➤ インシデント・アクシデント発生時の対応

- ・ 転倒・転落やルート自己抜去が発生した場合、スタッフ個人の責任を追及するのではなく、予防策の実施の有無、患者の苦痛・不快の状況、行動の理由や意味についてスタッフと話し合う
- ・ さらに、患者本人や家族と話し合い、情報を収集し、入院前の生活や行動パターンを踏まえたケア方法や環境調整を共に考え実施する

➤ 医師と看護師等との協働

- ・ 身体拘束をしないことにより重大な事故は起きておらず、むしろ術後せん妄が遷延しないことや、早期離床による高齢者の順調な回復、早期膀胱留置カテーテル抜去により尿路感染の発生が少ないことなど、メリットを看護師長から医師へ共有

取組開始2年3か月後にA病棟の身体拘束はゼロ、身体拘束最小化の取組による転倒、転落、チューブ類自己抜去の増加はみられない

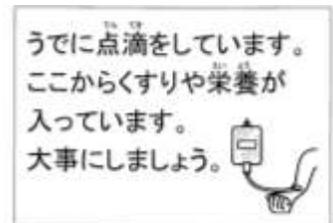
B病棟：認知症ケアチームを中心とした具体的な取組

【病院概要】2020年4月1日
病床数：464床（一般460床、感染4）、救命救急センター24床 / 入院料：急性期一般入院料1

➤ 見当識を補い、認知症の改善やせん妄予防にも効果があると言われている「リアリティ・オリエンテーション」の実施

- ・ 認知症ケアチームは、「認知症ケアチーム通信」を用いた積極的な情報提供の実施、ホームページにリアリティ・オリエンテーションで使用するものを多数掲載し常時使用できるように整備
- ・ 病棟では、
 - ✓ 日々のカンファレンスでせん妄スケールで評価を行いながら、テレビやカレンダー、時計を導入し、場所や注意を促す掲示物をベットサイドに掲示する
 - ✓ 気管切開チューブや人工呼吸器を装着している姿を鏡で見せもらう
 - ✓ リハビリテーション専門職などの協力も得ながら、日中は積極的に離床を図る 等

【注意を促す掲示物の一例】



身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと — 5つの方針

1. トップ（経営者・院長・看護部長）が決断し、施設や病院が一丸となって取り組む。
2. みんなで議論し、共通の意識を持つ。
3. まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。
次のような患者の状況を解決することによって、身体拘束を必要としない環境を作る。
 - ・ スタッフの行為や言葉掛けが不適當か、またはその意味がわからない場合
 - ・ 自分の意思にそぐわないと感じている場合
 - ・ 不安や孤独を感じている場合
 - ・ 身体的な不快や苦痛を感じている場合
 - ・ 身の危険を感じている場合
 - ・ 何らかの意思表示を使用としている場合
4. 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。
5. 常に代替的な方法を考え、身体拘束をする場合は極めて限定的にする。

身体拘束をせずにケアを行うために — 3つの原則

1. 身体拘束を誘発する原因を探り除去する。
2. 5つの基本的ケアを徹底する。
①起きる ②食べる ③排泄する ④清潔にする ⑤活動する（アクティビティー）
3. 身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現をめざす。

国

- 身体拘束ゼロ作戦推進会議の開催(平成12年6月、平成13年3月・12月)
- 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成・普及(平成13年度)

都道府県

- 身体拘束ゼロ作戦推進協議会の開催(平成13年度～)^{※1}
- 身体拘束相談窓口の設置(平成13年度～平成17年度)^{※2}
- 相談員養成研修の実施(平成13年度～平成17年度)^{※2}
- 身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催(平成14年度～平成17年度)^{※2}
- 権利擁護推進員養成研修・看護職員研修の実施(平成17年度～)^{※1}
- 身体拘束廃止事例等報告検討会の開催(平成18年度～)^{※1}

※1 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行 ※2 平成18年度以降は介護保険法上の「地域支援事業」に移行

市町村

- 身体拘束相談窓口の設置(平成18年度～)^{※3}
- 相談員養成研修の実施(平成18年度～)^{※3}
- 身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催(平成18年度～)^{※3}

※3 介護保険法上の「地域支援事業」として実施

施設

- 介護保険指定基準上、原則身体拘束禁止を規定(平成12年度)
- 介護報酬上、身体拘束廃止未実施減算を新設(平成18年度)
- 身体的拘束適正化検討委員会の定期的開催・減算率の見直し等(平成30年度)

「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件

- 介護保険では、制度の施行時から、介護保険施設等の運営基準において、入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならないとしている。

3つの要件を全て満たし、要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されていることが必要

1. 切迫性

利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合

2. 非代替性

身体拘束以外に代替する介護方法がないこと

3. 一時性

身体拘束が一時的なものであること

※留意事項

- ・「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当の職員個人又はチームで行うのではなく、施設全体で判断することが必要がある。
- ・身体拘束の内容、目的、時間、期間などを高齢者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めることが必要である。
- ・介護保険サービス提供者には、身体拘束に関する記録の作成等が義務づけられている。

テーマ5: 認知症

(1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- 医療・介護現場で関わる際は、認知症の方を自分自身あるいは自分の大切な家族に置き換えて、大切に思う気持ちを持ち合わせる事が何よりも大切。
- 認知症のために必要な医療が受けられないことはあってはならない。その人を支える尊厳あるケアを普及していくべき。
- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。
- 認知症初期集中支援が機能的に働くためには、患者の生活背景まで知っているかかりつけ医の対応が重要。研修修了者やサポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。

(2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応

- BPSD等の認知症対応力向上のためには支援者が地域の専門人材から助言を受けられる仕組み作りが有用。また、BPSD等に関連する脱水症状の改善も重要であり、特定行為研修を修了した看護師を活用していくべきではないか。
- 身体拘束を低減・ゼロを目指すためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要。身体拘束をせざるを得ない場面とはどのようなものなのかデータを詳細に分析した上で具体的な方策を講じていくべき。
- 医療機関では、やむを得ないとの理由で身体拘束が実施されているが、療養病床では工夫すれば身体拘束が外せることがわかってきている。急性期でも身体拘束の最小化に取り組むべき。認知症の方の尊厳を保持することは重要。

(3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- 医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護DXの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。

これまでの中医協総会等における身体的拘束等に係る主なご意見

【11月15日 中医協総会(入院その3)】

- 回復期リハビリテーション病棟に限らず、医療現場における身体的拘束を防止する取組は極めて重要。介護現場での考え方や取組も参考にしつつ、管理者のリーダーシップの下、指針の整備、委員会の設置、院内ラウンドの実施、研修会の開催等について、組織的に取り組むことが大切であり、好事例も共有しつつ、拘束を行わないという組織風土の構築を推進すべき。
- 身体的拘束が行われない方が好ましいことに異論はないが、回復期リハビリテーション中で身体機能の変化が大きい時期は転倒リスクが高く、転倒による骨折等の予防のために短期間の身体的拘束を実施するメリットがデメリットを上回ることがありえることから、身体拘束を一律に制限することは慎重に対応すべき。
- 当然ながら1部やむを得ない身体拘束はあり得るかもしれないが、全体には身体的拘束を原則廃止という風土作りを行っていく必要がある。介護分野では、切迫性・非代替性・一時性の3つが重なった上で、それを担当チームではなく組織全体・施設全体で判断するようになっており、このような考え方は医療でも導入してよいのではないか。
- リハビリテーションが必要な患者に長時間の身体的拘束が必要なのか、問題ないのか、詳細を確認する必要がある。身体的拘束の定義を明確にし、身体的拘束の予防・最小化に向けて取り組むべき。
- 回復期リハビリテーション病棟は、まさに「リハビリを集中的に行うための病棟」であり、分科会の指摘どおり、リハビリを実施することと身体的拘束は相反している。また、リハビリ職をはじめとした、病棟の職員数が多いことを踏まえると、回復期リハ病棟の入院患者については、認知症ケア加算と同様に、身体拘束を実施した日の減算を検討すべき。

Ⅱ. 検討結果の概要

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

5-2. 質の高い回復期リハビリテーション医療の提供について

- ・ 身体的拘束については定義を明確にする必要があるとの指摘があった。その上で、リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があった。

13. 横断的個別事項について

13-1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について

- ・ 身体的拘束ゼロに向けての取組は決して手を緩めてはならず、
 - 好事例の周知・情報共有を図り、身体的拘束に代わる代替的な手段の選択肢を広げる等の取組を進めることが必要
 - 病院全体として理念を掲げ、身体的拘束ゼロに向けた方針を明確にしていく必要があり、多職種からなる職員全体で、組織一丸となった取組が評価されるべき
 - AI等の活用や介護における取組で参考にすべきことは参考にする等も含めて検討が必要
 - 医療安全の側面から、院内で転倒・転落が起きると、職員が法的に責任を問われる場合もあり、身体的拘束ゼロに向けた取組の妨げともなっている。高齢になればどこにいても転倒のリスクはあるため、それを受け入れること等も含め身体的拘束をゼロにしていくことについて、社会全体の理解を醸成していくことも必要といった指摘があった。

せん妄と認知症

- せん妄と認知症は似た症状を呈するが、別の病態として扱う必要がある。
- せん妄がある患者のうち、急性期一般入院料1では約5割、急性期一般入院料2～6では約7割は認知症も有していた。

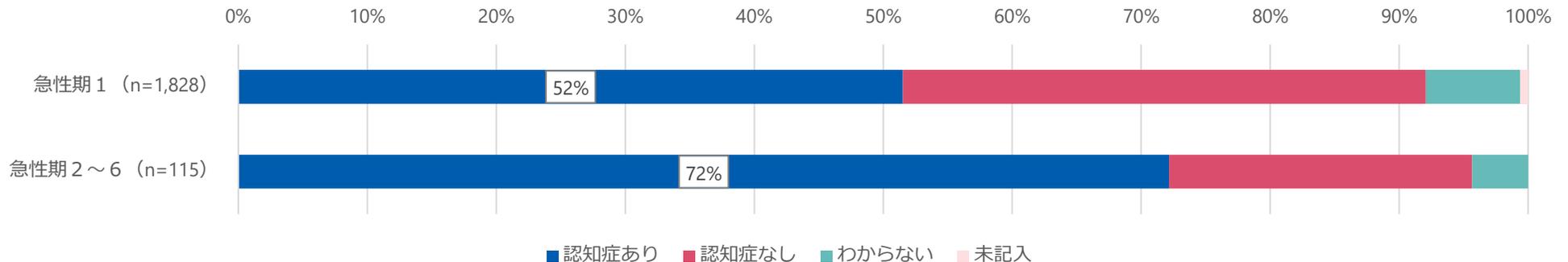
	せん妄 身体的な因子により発症した意識障害	認知症 神経変性・神経脱落により生じた脳の器質的な障害
発症	急激	徐々に進行
期間	数時間から数日	月から年単位
注意	焦点を当て、維持し、転換することが困難になる	重度の認知症を除き保たれる
意識	変動	おおむね正常
会話	一貫しない、文脈がまとまりなくなる	まとまっているが、単語が出てこないことがある
原因	身体条件（主要な要因は脱水や感染）、薬剤等	神経変性



認知症とせん妄は一見すると似た症状を呈するが、別の病態として扱う必要がある。

出典：公益社団法人日本看護協会「認知症ケアガイドブック」

■ せん妄ありの患者における認知症の有無（急性期一般入院料）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

せん妄予防の取組の評価

せん妄ハイリスク患者ケア加算の創設

- 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子をスクリーニングし、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

(新) せん妄ハイリスク患者ケア加算 100点(入院中1回)

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【対象となる入院料】

急性期一般入院基本料	特定集中治療室管理料
特定機能病院入院基本料(一般病棟)	ハイケアユニット入院医療管理料
救命救急入院料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料

[施設基準]

- (2) せん妄の **リスク因子の確認のためのチェックリスト** 及びハイリスク患者に対する **せん妄対策のためのチェックリスト** を作成していること。

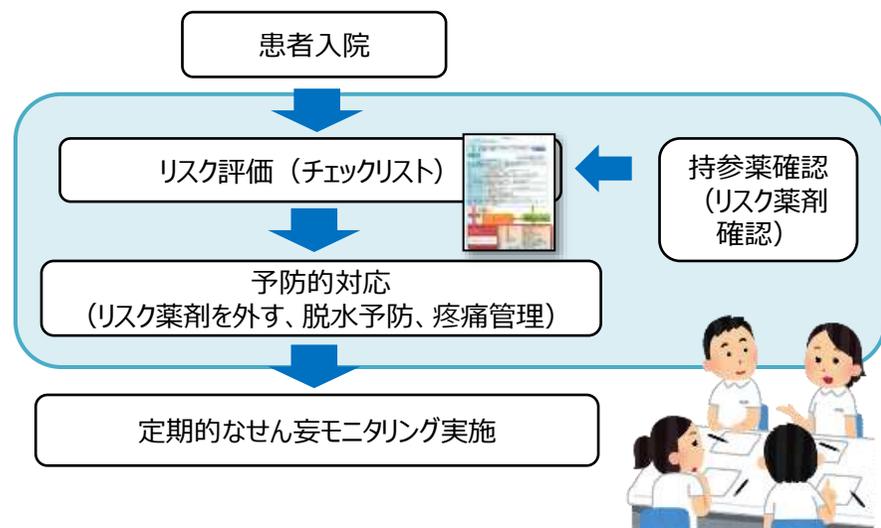
【せん妄のリスク因子の確認】

- 70歳以上
- 脳器質的障害
- 認知症
- アルコール多飲
- せん妄の既往
- リスクとなる薬剤
- 全身麻酔の手術

【ハイリスク患者に対する対策】

- 認知機能低下に対する介入
- 脱水の治療・予防
- リスクとなる薬剤の漸減・中止
- 早期離床の取組
- 疼痛管理の強化
- 適切な睡眠管理
- 本人・家族への情報提供

せん妄対策のイメージ



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

<せん妄予防について>

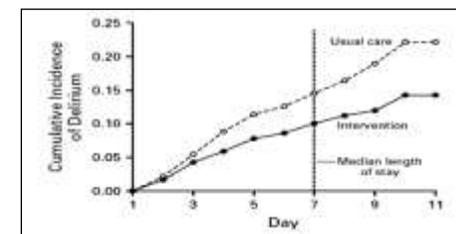
- せん妄予防を目的とした薬物療法としてコリンエステラーゼ阻害薬、抗精神病薬の予防的投与、ガバペンチン、ラメルテオン、鎮痛薬などが研究されているが十分なエビデンスを示したものはない。
- 訓練された医師、看護師、その他職種による非薬物的多要素介入が効果的とされている。

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

<せん妄予防プログラム>

Yale Delirium Prevention Trial

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



Inouye et al. NEJM 1999

DELirium Team Approach (DELTA) program

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

Ogawa et al. Support Care Cancer 2018

英国NICEガイドライン

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

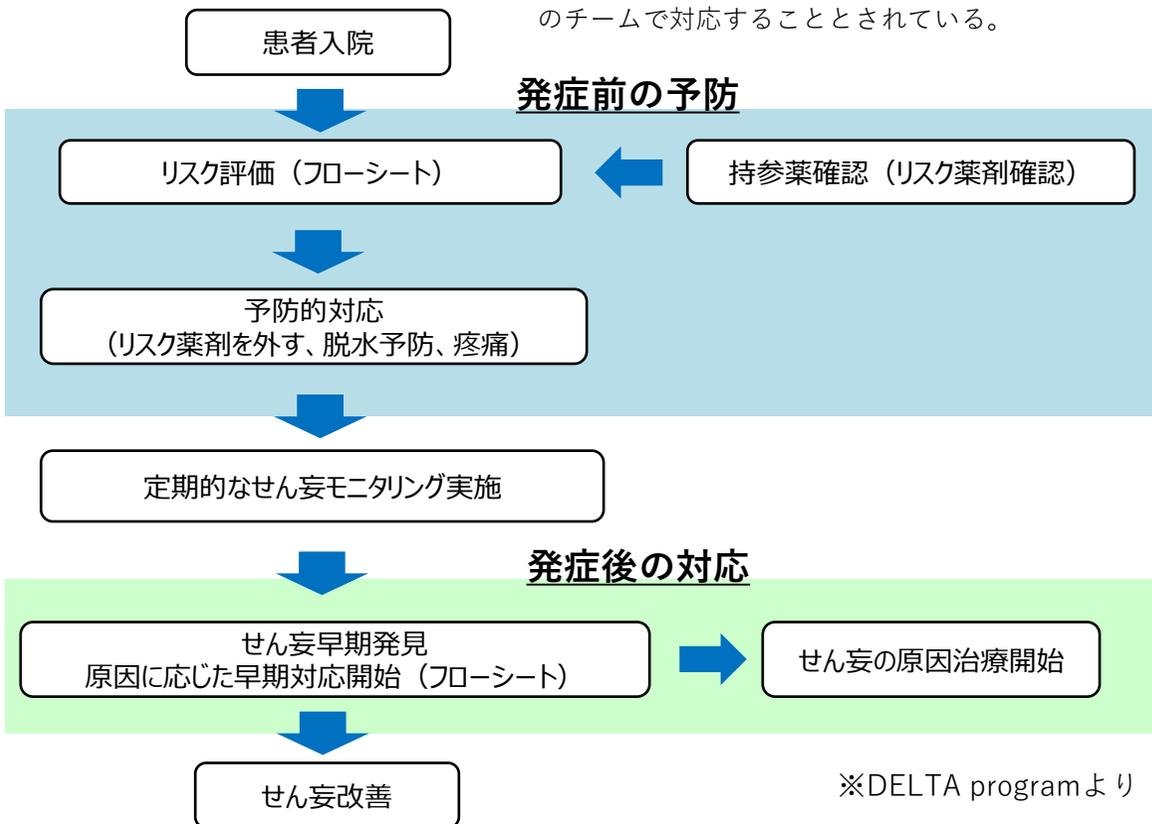
介入内容

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

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

<せん妄予防プログラムの例>

※アセスメント及び対応は、医師、看護師、薬剤師等のチームで対応することとされている。



※DELTA programより

<アセスメントする項目>

アセスメントシート (例)



← 【スクリーニング】
リスク因子の
チェックリスト

← 【早期発見】
せん妄症状の
チェックリスト

← 【発症後対応】
せん妄の対応の
チェックリスト

<リスク因子>

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

<せん妄の対応>

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

せん妄ハイリスク患者ケア加算及び認知症ケア加算で求めるアセスメント

- せん妄ハイリスク患者ケア加算では、せん妄のリスク因子の確認を行いハイリスク患者に対してせん妄対策を実施すること、認知症ケア加算では、入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行うこと、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討することを求めている。
- せん妄のリスク因子には「認知症」が含まれ、せん妄対策には「認知機能低下に対する介入」が含まれている。

せん妄ハイリスク患者ケア加算

【算定留意事項(抄)】

せん妄ハイリスク患者ケア加算

- (2) せん妄ハイリスク患者ケア加算は、急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟において、**全ての入院患者に対してせん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を実施した場合に、当該対策を実施した患者**について、当該入院期間中1回に限り算定する。
- (3) せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策は、各保険医療機関において作成したチェックリストに基づいて行うこと。なお、当該チェックリストを作成するに当たっては、別紙様式7の3を参考にすること。
- (4) **せん妄のリスク因子の確認は患者の入院前又は入院後3日以内、ハイリスク患者に対するせん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行う**こと。また、リスク因子の確認及びせん妄対策に当たっては、それぞれの病棟において、医師、看護師及び薬剤師等の関係職種が連携を図ること。
- (5) **せん妄のハイリスク患者については、せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努める**こと。なお、せん妄ハイリスク患者ケア加算は、せん妄対策を実施したが、結果的にせん妄を発症した患者についても算定可能であること。

別紙様式7の3

せん妄ハイリスク患者ケア加算に係るチェックリスト

(患者氏名) _____ 殿

入院日: 令和 年 月 日
 リスク因子確認日: 令和 年 月 日
 せん妄対策実施日: 令和 年 月 日

1. せん妄のリスク因子の確認
 (該当するものにチェック)
 70歳以上
 脳器質的障害
 認知症
 アルコール多飲
 せん妄の既往
 リスクとなる薬剤(特にベンゾジアゼピン系薬剤)の使用
 全身麻酔を要する手術後又はその予定があること

2. ハイリスク患者に対するせん妄対策
 (リスク因子に1項目以上該当する場合は、以下の対応を実施)
 認知機能低下に対する介入(見当識の維持等)
 脱水の治療・予防(適切な補液と水分摂取)
 リスクとなる薬剤(特にベンゾジアゼピン系薬剤)の漸減・中止
 早期起床の取組
 疼痛管理の強化(痛みの客観的評価の併用等)
 適切な睡眠管理(非薬物的な入眠の促進等)
 本人及び家族へのせん妄に関する情報提供

3. 早期発見
 せん妄のハイリスク患者については、せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努める。

※1 せん妄のリスク因子の確認は入院前又は入院後3日以内に行う。
 ※2 せん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行う。

認知症ケア加算

【算定留意事項(抄)】

認知症ケア加算1

- イ 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。
- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、**行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する**。
 - ② 当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を定期的に行う。身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。
 - ③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討し、円滑な退院支援となるよう取り組む。
 - ④ ①から③までについて診療録等に記載する。

認知症ケア加算2・3

- イ 当該患者が入院する病棟の看護師等は、**当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと**。

課題①

(総論)

- 認知症高齢者数は、2012(平成24)年で462万人と推計されており、2025(令和7)年には約700万人(65歳以上の高齢者の約5人に1人)、2040(令和22)年には約800~950万人(65歳以上の高齢者の約4~5人に1人)に達することが見込まれている。
- 2019(令和元)年6月に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」では、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開、の5つの柱に沿って、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進することとしている。
- 特に、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援については、「早期発見・早期対応、医療体制の整備」、「医療従事者等の認知症対応力向上の促進」、「介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進」、「医療・介護の手法の普及・開発」、「認知症の人の介護者の負担軽減の推進」に取り組むこととしている。
- 高齢者がいる世帯では、単独世帯及び夫婦のみ世帯の占める割合が増加し続けており、単独世帯高齢者の増加は85歳以上で特に顕著である。2025年には、85歳以上の男性の約7%、女性の約14%が独居認知症高齢者になるものと予測されている。
- 独居高齢者は、情報を入手し、医療介護提供を含む必要なサービスにアクセスすることが困難になること、社会的孤立のリスクが高いことなど多くの課題が指摘されている。
- 認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関間の日頃からの有機的な連携が必要である。
- 複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う認知症初期集中支援チームが現在全市町村に設置されている。

課題②

(かかりつけ医による認知症対応)

- これまでの診療報酬改定において、かかりつけ医と認知症サポート医及び専門医療機関との連携が評価されてきた。一方、認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する認知症療養指導料3以外は殆ど算定されていない。
- 令和5年の医療法改正によるかかりつけ医機能報告制度では介護サービス等の連携が規定されている。
- 地域包括診療料・加算における介護保険制度に関する満たすことができている要件は「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。
- 認知症の人が、認知症の容態の変化に応じたすべての期間を通じて本人主体の医療・介護を受けられることができるよう、医療・介護等の質の向上を図る必要がある。かかりつけ医には、認知症の早期発見・早期対応が行えるよう、日常の診療とともに認知症の人や疑いのある人に適切に対応し、必要に応じて適切な医療機関等と連携を図ることが求められている。
- 平成18年度より、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的にかかりつけ医認知症対応力向上研修が実施されている。かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講前は、「BPSDへの対応」「診断後支援」「地域の認知症の人を支える仕組みを理解」「意思決定支援の理解」「地域の施策や取組に参加・協力」「認知症カフェやピアサポート活動を紹介」等に係る理解や実施状況は乏しかった。研修受講により知識・理解および対応・行動に係る全項目の実施状況が向上した。
- 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無の調査結果において、全医療機関における研修修了医師の配置割合は30.7%であったが、地域包括診療料・加算の届出医療機関では64.8%であった。
- 施設が有するかかりつけ医機能について、「認知症に関する助言や指導」、「患者やその家族と、患者の自分らしい人生の終わり方(ACP)について話し合う」及び「地域の医療介護や福祉に関する活動を行う」等の割合は、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了医師が所属する施設の方が高かった。
- 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を修了した医師が所属している施設の方が、介護との連携に積極的に取り組んでいた。
- 日本医師会生涯教育制度におけるカリキュラムのうち、「29.認知能の障害」「74.高血圧症」「75.脂質異常症」「76.糖尿病」は地域包括診療料・加算の研修要件となっている。日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修会においては、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」といった内容が含まれている。

課題③

(入院医療機関における認知症対応)

- 急性期から回復期、慢性期のどの入院料の病棟においても、認知症を有する患者が入院している。
- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入の評価として、平成28年度診療報酬改定において「認知症ケア加算」が新設された。当該加算は、身体的拘束を実施した日は減算する仕組みとなっているが、全算定回数のうち約3割の日で身体的拘束を実施していた。
- 平成30年度診療報酬改定において、より質の高い療養環境を提供する観点から、看護補助者の配置に係る加算等は、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求めるようになった。
- 身体的拘束を実施された患者の状態や実施理由等については、以下のとおりであった。
 - 「認知症あり」かつ「BPSDあり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高い
 - 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占める
 - 身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時(24時間連続)拘束をしている
- 入院料別の身体的拘束の実施率の分布では、ほとんどの病棟・病室において、入院患者に対する身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)であるが、実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度あった。
- 身体的拘束を予防・最小化するためには組織一丸となった取組が必要と指摘されている。「身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等」や「院内における身体的拘束の実施・解除基準」は概ね9割程度の病院で策定されていた。
- 介護保険では、介護保険施設等の運営基準において、入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならないとしている。認知症の方の尊厳を保持することは重要であり、医療機関でも身体的拘束の最小化に取り組むべきといった指摘がある。
- せん妄と認知症は似た症状を呈するが別の病態として扱う必要がある。また、せん妄がある患者のうち、急性期一般入院料1では約5割、急性期一般入院料2～6では約7割は認知症も有していた。
- せん妄ハイリスク患者ケア加算及び認知症ケア加算では、それぞれリスク因子や要因の確認・アセスメントとその対策を講じることを求めている。

認知症についての論点

【論点】

(かかりつけ医による認知症対応について)

- かかりつけ医による認知症対応力を向上するため、診断後支援、認知症に係るBPSDへの対応、認知症の医療・介護に関する施策・制度、また人生の最終段階における医療・ケア等についての研修を受講していることを、地域包括診療料・加算の施設基準の要件とすることについて、どのように考えるか。
- 地域包括診療料・加算の施設基準の介護保険制度に係る実績要件として、「認知症初期集中支援チーム等の施策へ協力していること」を追加することについてどのように考えるか。

(入院医療機関における認知症対応について)

- 入院医療機関において、身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアルや身体的拘束の実施・解除基準等を整備することや身体的拘束の実施状況の見える化等、身体的拘束の予防・最小化を組織的に取り組むことを促進する方策についてどのように考えるか。
- 身体的拘束を予防・最小化する取組を促進する観点から、既に身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求めている看護補助者の配置に係る加算等について、身体的拘束を実施した場合の評価についてどのように考えるか。
- 認知症とせん妄の症状の類似性に鑑み、認知症患者のアセスメントにおいてはせん妄の鑑別も必要であることから、せん妄ハイリスク患者ケア加算で求める「せん妄のリスク因子の確認」及び「ハイリスク患者に対するせん妄対策」を認知症ケア加算でも求めることとし、その上で各加算の評価についてどのように考えるか。

**【参考】 前回ご指摘いただいた資料について
(第24回医療経済実態調査)**

一般病院（全体）の利益率に関する推計について

○令和4年度の医業利益率【▲6.7%】

$$\frac{(\text{医業収益} + \text{介護収益}) - \text{医療介護費用}}{(\text{医業収益} + \text{介護収益})}$$

○令和4年度のコロナ影響を除いた医業利益率（推計）【▲6.8%】

$$\frac{(\text{医業収益} + \text{介護収益} - \text{コロナ報酬特例等}) - (\text{医療} \cdot \text{介護費用} \times \text{コロナ経費割合})}{(\text{医業収益} + \text{介護収益}) - \text{コロナ報酬特例等}}$$

コロナ報酬特例等：令和4年度の診療報酬のコロナ特例分

コロナ経費割合：「医業＋介護収益」に占める「コロナ報酬特例」の収入の割合（令和4年度：病院2.2%）を1から引いた値（97.8%）

○令和5年度の医業利益率（推計）【▲10.2%】

$$\frac{(\text{医業収益} \times \text{コロナ報酬特例の残存割合} + \text{介護収益}) \times \text{R3} \rightarrow \text{4の収益の伸び} - (\text{医療} \cdot \text{介護費用} \times \text{賃金上昇} \cdot \text{物価上昇})}{(\text{医業収益} \times \text{コロナ報酬特例の残存割合} + \text{介護収益}) \times \text{R3} \rightarrow \text{4の収益の伸び}}$$

コロナ報酬特例の残存割合：入院・外来に占めるコロナ特例の割合（入院 2.2%、外来2.8%）×残存率（42.6%）を1から引いた値。
（入院：99.1%、外来：98.8%）

R3→4の収益の伸び：「令和3年度から4年度にかけての医業収益・介護収益のそれぞれの伸び」。
（病院：入院診療収益＋2.3%、外来診療収益＋2.8%、介護収益－14.6%）

賃金上昇・物価上昇：令和3年度から令和4年度にかけての各項目（委託費、給食材料費、設備関係費、経費（水道光熱費を含む））の伸びを前提に、令和5年度の消費者物価指数の上昇率等を踏まえ推計。

一般診療所（医療法人）の利益率に関する推計について

○令和4年度の医業利益率【8.3%】

(医業収益＋介護収益)－医療介護費用

(医業収益＋介護収益)

○令和4年度のコロナ影響を除いた医業利益率（推計）【6.9%】

(医業収益＋介護収益－**コロナ報酬特例等**)－(医療・介護費用×**コロナ経費割合**)

(医業収益＋介護収益)－**コロナ報酬特例等**

コロナ報酬特例等：令和4年度の診療報酬のコロナ特例分、コロナ関連の補助金※1、ワクチン接種の増加分※2

※1 診療所の場合「医業収益」に含まれるため、推計においてはその分を取り除く必要。

※2 H25～R1年度の平均と令和4年度における、「医療＋介護収益」に占める「その他の医業収益」の割合の差

コロナ経費割合：「医業＋介護収益」に占める「コロナ報酬特例」の収入の割合（令和4年度：診療所2.2%）を1から引いた値（97.8%）

○令和5年度の医業利益率（推計）【7.6%】

(医業収益×**コロナ報酬特例の残存割合**＋介護収益)×**R3→4の収益の伸び**－(医療・介護費用×**賃金上昇・物価上昇**)

(医業収益×**コロナ報酬特例の残存割合**＋介護収益)×**R3→4の収益の伸び**

コロナ報酬特例の残存割合：入院・外来に占めるコロナ特例の割合（入院2.2%、外来2.8%）×残存率（42.6%）を1から引いた値。
（入院：99.1%、外来：98.8%）

R3→4の収益の伸び：「令和3年度から4年度にかけての医業収益・介護収益のそれぞれの伸び」。
（診療所：入院診療収益＋0.2%、外来診療収益＋4.1%、介護収益＋0.2%）

賃金上昇・物価上昇：令和3年度から令和4年度にかけての各項目（委託費、給食材料費、設備関係費、経費（水道光熱費含む））の伸びを前提に、令和5年度の消費者物価指数の上昇率等を踏まえ推計。

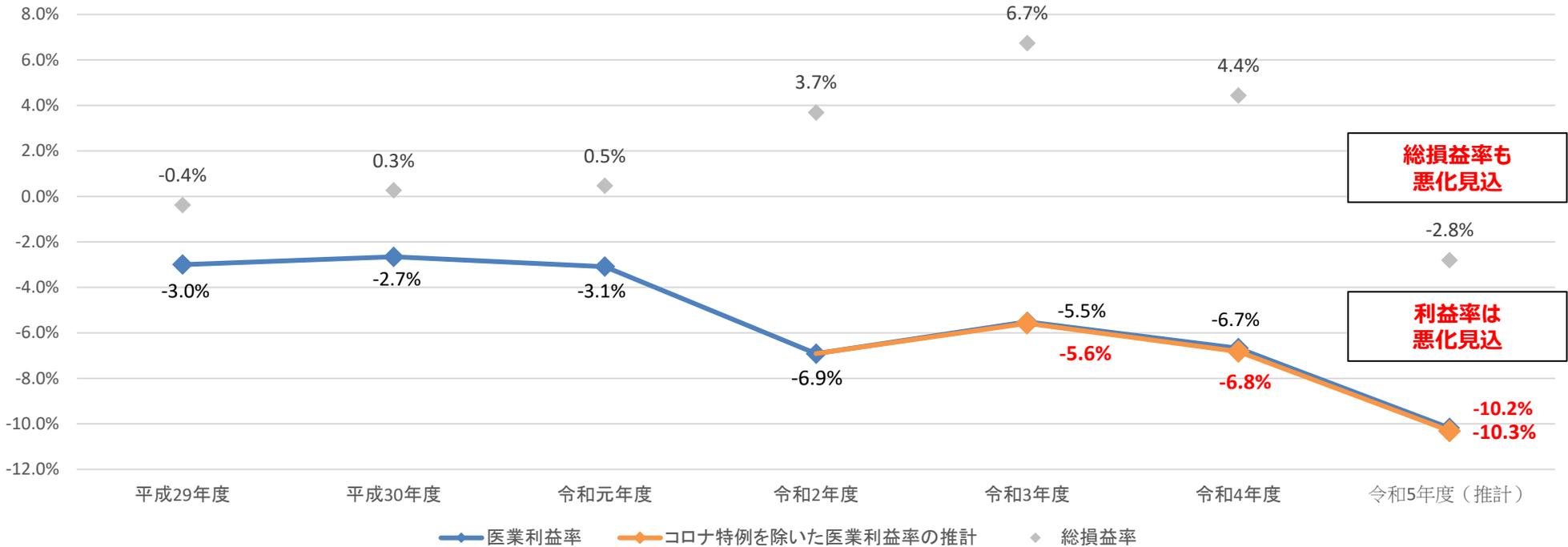
一般病院（全体）の利益率について

中医協 実-2-2
5 . 1 1 . 2 4

中医協 総-1-2
5 . 1 1 . 2 4

- 令和3、4年度の医業利益率については、コロナ報酬特例等による収入やかかりまし費用などのコロナ影響を除いた場合、医業利益率はそれぞれ▲0.1%程度減少する見込み。
- 令和5年度においては、医療経済実態調査におけるR3年度からR4年度の収入や費用の伸びを前提に、コロナの類型見直し、物価高騰、賃金上昇などの影響を踏まえて推計すると、医業利益率及びコロナ報酬特例等を除いた医業利益率は、▲10%程度となり悪化する見込み。

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度（推計）
医業利益率	▲3.0%	▲2.7%	▲3.1%	▲6.9%	▲5.5%	▲6.7%	▲10.2%
コロナ報酬特例等を除いた医業利益率（推計）	-	-	-	-	▲5.6%	▲6.8%	▲10.3%
総損益率	▲0.4%	0.3%	0.5%	3.7%	6.7%	4.4%	▲2.8%



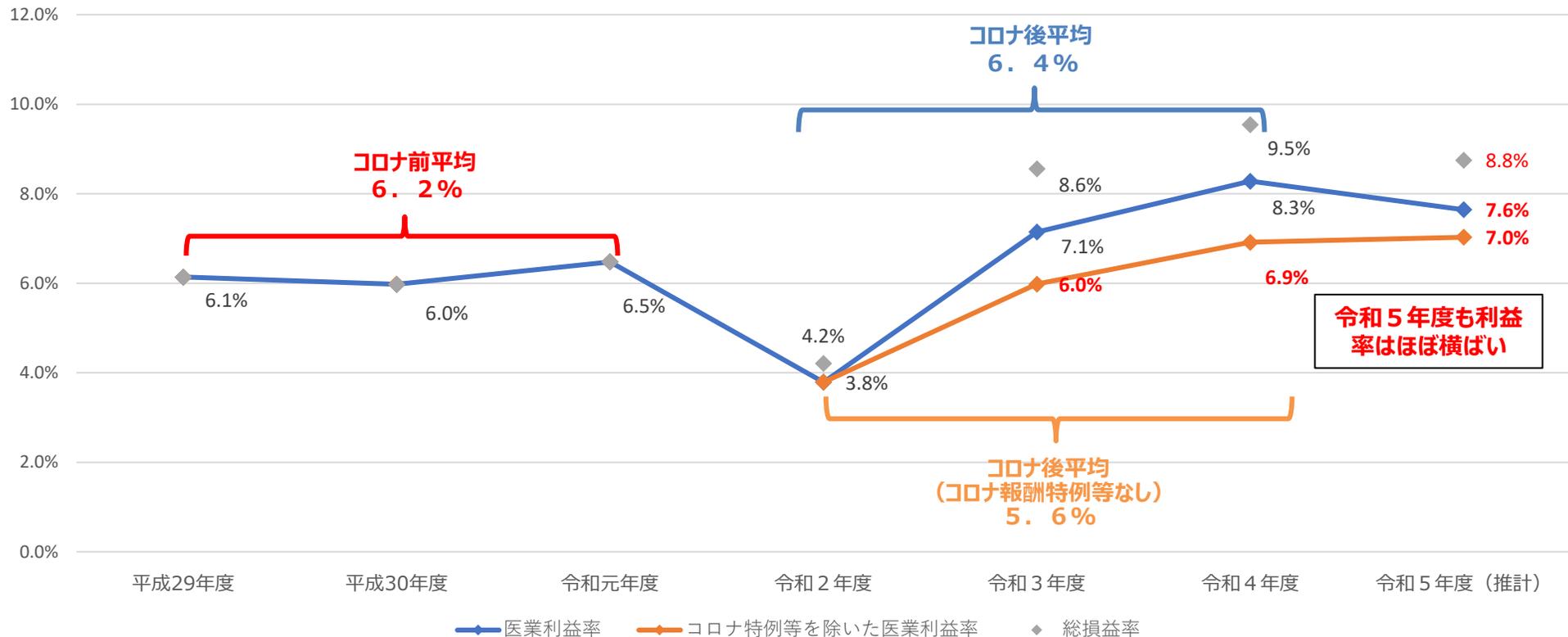
一般診療所（医療法人）の利益率について

中医協 実-2-2
5 . 1 1 . 2 4

中医協 総-1-2
5 . 1 1 . 2 4

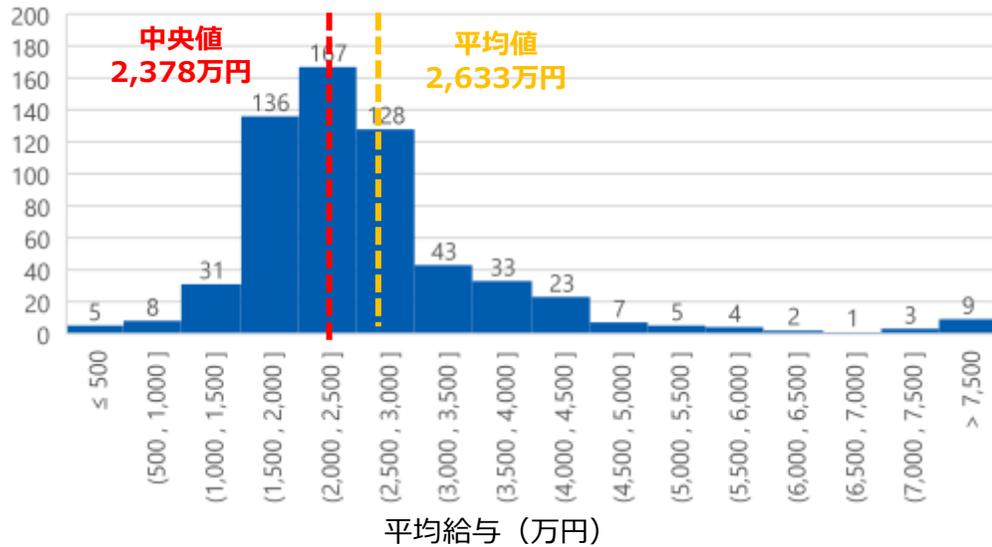
- 令和3年度、4年度の医業利益率については、コロナ報酬特例等による収入やかかりまし費用などのコロナ影響を除いた場合、医業利益率はそれぞれ1.1%、1.4%程度減少。コロナ後（令和2～4年度）の平均（5.6%）は、コロナ前（平成29～令和元年度）の平均（6.2%）を下回る見込み。
- 令和5年度については、医療経済実態調査によるR3年度からR4年度の収入や費用の伸びを前提に、コロナの類型見直しや、物価高騰、賃金上昇の影響などを踏まえ推計すると、▲0.7%程度減少する見込みであり、コロナ報酬特例等を除いた医業利益率も令和4年度と比較するとほぼ横ばいとなる見込み。

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度（推計）
医業利益率	6.1%	6.0%	6.5%	3.8%	7.1%	8.3%	7.6%
コロナ報酬特例等を除いた医業利益率（推計）	-	-	-	-	6.0%	6.9%	7.0%
総損益率	6.1%	6.0%	6.5%	4.2%	8.6%	9.5%	8.8%

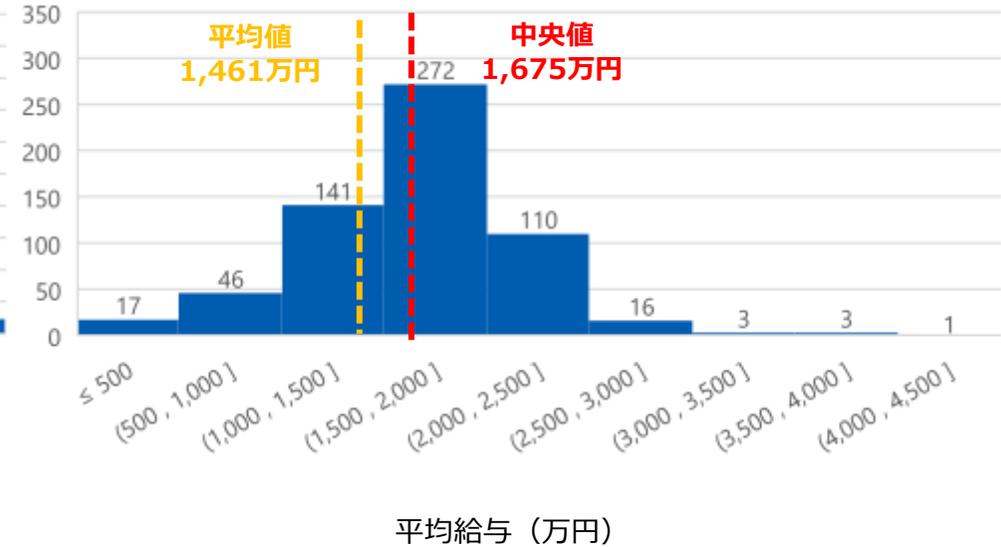


病院長（院長）・医師の平均給与について

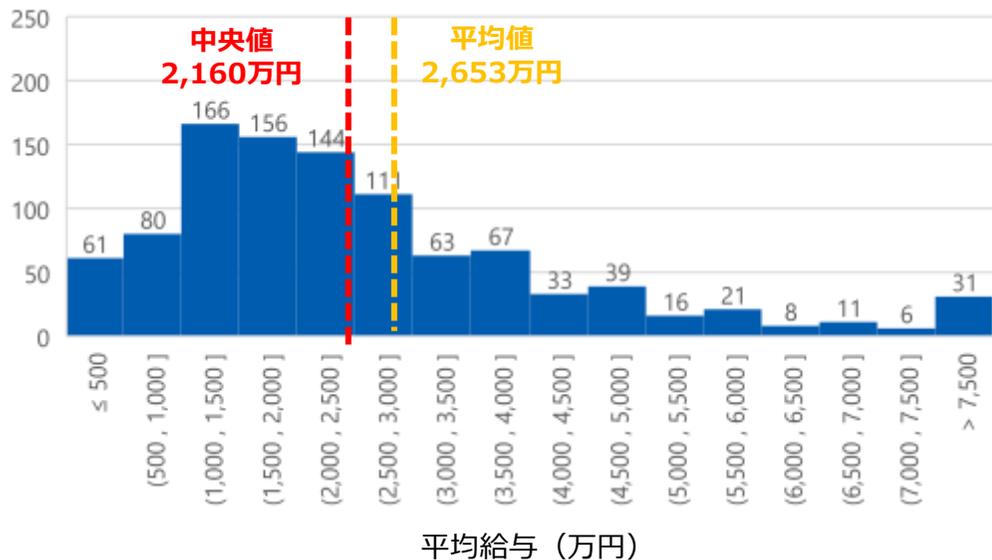
【一般病院（全体）の病院長の平均給与の分布】



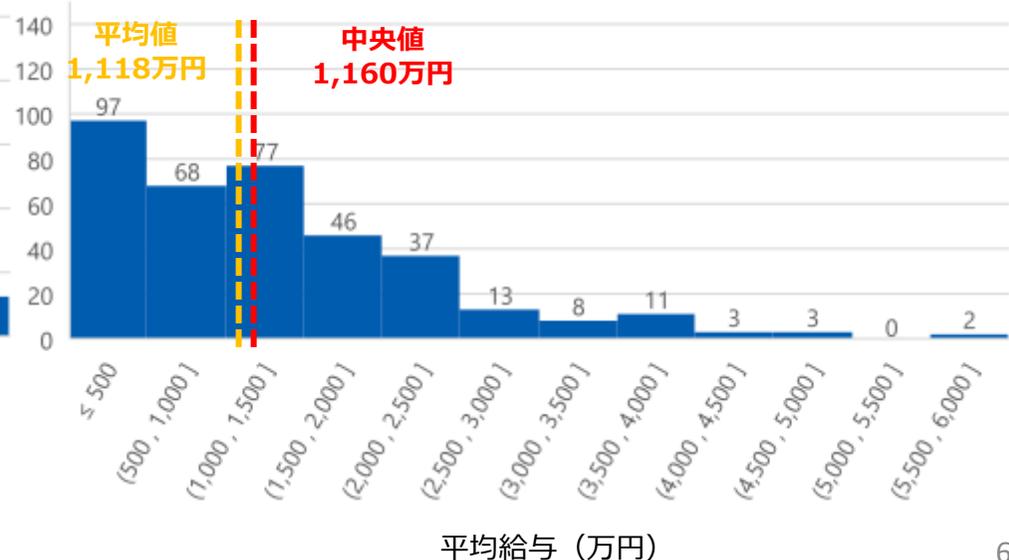
【一般病院（全体）の医師の平均給与の分布】



【一般診療所（医療法人）の院長の平均給与の分布】



【一般診療所（医療法人）の医師の平均給与の分布】



注）一般病院（集計1）、一般診療所（集計2）（青色申告者を含まない）における平均給料年（度）額と賞与の合計を用い、医療課にて作成。

職種別給与の平均と中央値、伸び率①

中医協 実-2-2
5 . 1 1 . 2 4

中医協 総-1-2
5 . 1 1 . 2 4

■一般病院(全体)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		平均給料の伸び率	回答施設数
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値		
病院長	26,208,673	23,359,348	26,334,663	23,778,440	0.5	605
医師	14,619,456	16,889,246	14,610,739	16,748,784	▲0.1	609
歯科医師	12,587,192	12,637,429	12,491,733	12,025,456	▲0.8	124
薬剤師	5,625,692	5,668,371	5,688,862	5,657,393	1.1	605
看護職員	5,127,639	4,909,081	5,209,279	4,975,673	1.6	627
看護補助職員	3,187,598	3,099,619	3,244,894	3,138,072	1.8	549
医療技術員	4,657,816	4,462,923	4,675,624	4,496,132	0.4	609
歯科衛生士	3,759,497	3,656,860	3,778,665	3,668,069	0.5	157
歯科技工士	5,050,562	4,704,000	4,909,517	4,439,325	▲2.8	17

■一般病院(医療法人)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		金額の伸び率	回答施設数
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値		
病院長	30,044,796	25,800,000	30,212,670	26,551,065	0.6	317
医師	15,130,232	17,699,500	14,984,967	17,672,170	▲1.0	317
歯科医師	11,196,546	11,910,903	10,830,121	10,310,730	▲3.3	36
薬剤師	5,242,903	5,514,594	5,286,383	5,494,153	0.8	315
看護職員	4,569,017	4,536,948	4,633,380	4,637,455	1.4	332
看護補助職員	3,081,175	3,014,972	3,129,319	3,061,833	1.6	314
医療技術員	4,109,461	4,120,272	4,112,932	4,166,263	0.1	316
歯科衛生士	3,183,728	3,175,575	3,231,712	3,214,481	1.5	55
歯科技工士	3,895,043	4,072,911	3,910,644	4,030,486	0.4	5

※ 中央値については保険局医療課において集計。

職種別給与の平均と中央値、伸び率②

中医協 実-2-2
5 . 1 1 . 2 4

中医協 総-1-2
5 . 1 1 . 2 4

■一般診療所(医療法人)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		平均給料の 伸び率
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値	
院長	25,915,156	21,600,000	26,529,548	21,600,000	2.4
医師	10,940,874	10,500,000	11,180,508	11,600,000	2.2
薬剤師	7,797,038	5,708,450	7,416,328	5,992,800	▲4.9
看護職員	4,012,040	3,836,950	4,092,131	3,887,538	2.0
看護補助職員	2,547,336	2,673,775	2,605,794	2,682,001	2.3
医療技術員	4,088,232	4,020,609	4,211,087	4,107,151	3.0

回答施設数
1,014
365
31
872
180
285

■歯科診療所(医療法人)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		金額の 伸び率
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値	
院長	14,961,659	12,700,000	15,279,492	13,300,000	2.1
歯科医師	6,717,040	6,000,000	7,039,931	6,230,000	4.8
歯科衛生士	2,875,027	3,093,949	2,882,783	3,156,785	0.3
歯科技工士	4,037,767	3,966,961	3,994,023	3,887,825	▲1.1

回答施設数
110
61
101
23

■保険薬局(法人)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		金額の 伸び率
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値	
管理薬剤師	7,250,755	6,744,425	7,363,108	6,890,000	1.5
薬剤師	4,867,999	5,003,698	4,872,875	4,991,438	0.1

回答施設数
831
676

※ 中央値については保険局医療課において集計。