

中央社会保険医療協議会 総会（第 565 回） 議事次第

令和 5 年 11 月 17 日(金) 8 : 30～

議 題

- 個別事項（不妊治療）について
- 歯科医療（その 2）について
- 診療報酬改定の後ろ倒しを踏まえた歯科用貴金属の随時改定について
- 歯科用貴金属価格の随時改定について

個別事項(その4)

不妊治療

1. 不妊治療の保険適用の経緯、範囲
2. 保険適用された不妊治療の現状
3. 先進医療の状況
4. 年齢制限・回数制限について
5. 情報提供の在り方について
6. その他

不妊治療の保険適用に係る政府方針

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○ 不妊治療に係る経済的負担の軽減等

- ・ 不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。

※ 全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告（令和2年6月25日 全世代型社会保障検討会議決定）においても同様の記載あり

菅内閣の基本方針（令和2年9月16日閣議決定）（抄）

4. 少子化に対処し安心の社会保障を構築

喫緊の課題である少子化に対処し、誰もが安心できる社会保障制度を構築するため改革に取り組む。そのため、不妊治療への保険適用を実現し、保育サービスの拡充により、待機児童問題を終わらせて、安心して子どもを産み育てられる環境をつくる。さらに、制度の不公平・非効率を是正し、次世代に制度を引き継いでいく。

全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）（抄）

子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急を実現する。具体的には、令和3年度（2021年度）中に詳細を決定し、**令和4年度（2022年度）当初から保険適用を実施すること**とし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額（1回30万円）等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。



不妊治療の保険適用に係る検証等について

○ 令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見（令和4年2月9日中医協総会）（抄）

・不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。

○ 「こども未来戦略方針」（令和5年6月13日 閣議決定）（抄）

Ⅲ－1. 「加速化プラン」において実施する具体的な施策

2. 全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充

（1）妊娠期からの切れ目ない支援の拡充 ～伴走型支援と産前・産後ケアの拡充～


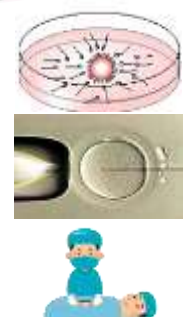
・女性が、妊娠前から妊娠・出産後まで、健康で活躍できるよう、国立成育医療研究センターに、「女性の健康」に関するナショナルセンター機能を持たせ、女性の健康や疾患に特化した研究やプレコンセプションケアを含む成育医療等の提供に関する研究等を進める。また、2022年度から保険適用された不妊治療について、推進に向けた課題を整理、検討する。

不妊治療の全体像

令和4年3月以前から保険適用

検査(原因検索)	➔	①男性不妊、②女性不妊、③原因が分からない機能性不妊に大別される。 診察所見、精子の所見、画像検査や血液検査等を用いて診断する。
原因疾患への治療	①男性側に原因	精管閉塞、先天性の形態異常、逆行性射精、造精機能障害など。 手術療法や薬物療法が行われる。
	②女性側に原因	子宮奇形や、感染症による卵管の癒着、子宮内膜症による癒着、ホルモンの異常による排卵障害や無月経など。手術療法や薬物療法が行われる。

原因不明の不妊や治療が奏功しないもの **【令和4年4月から新たに保険適用】** ※令和4年3月までは保険適用外

一般不妊治療	タイミング法	排卵のタイミングに合わせて性交を行うよう指導する。	
	人工授精	精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る技術。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的安価。	
生殖補助医療 ※令和4年3月までは助成金の対象。助成金事業では「特定不妊治療」という名称を使用	体外受精	精子と卵子を採取した上で体外で受精させ（シャーレ上で受精を促すなど）、子宮に戻して妊娠を図る技術。	胚移植の段階で、以下に分かれる ・新鮮胚移植 ・凍結胚移植 
	顕微授精	体外受精のうち、卵子に注射針等で精子を注入するなど人工的な方法で受精させる技術。	
	男性不妊の手術	射精が困難な場合等に、手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する技術（精巣内精子採取術（TESE））等。→顕微授精につながる	

第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療	第三者の精子提供による人工授精（AID）	}
	第三者の卵子・胚提供	
	代理懐胎	

「生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律」（令和3年3月11日施行）の附則第3条に基づき、配偶子又は胚の提供及びあっせんに関する規制等の在り方等について国会において議論がなされているところであるため、**保険適用の対象外。**

不妊治療の保険適用

- 子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、以下のとおり、不妊治療に係る医療技術等の評価を新設する。

一般不妊治療に係る評価の新設

(一般不妊治療に係る医療技術等の評価)

- 一般不妊治療管理料
- 人工授精

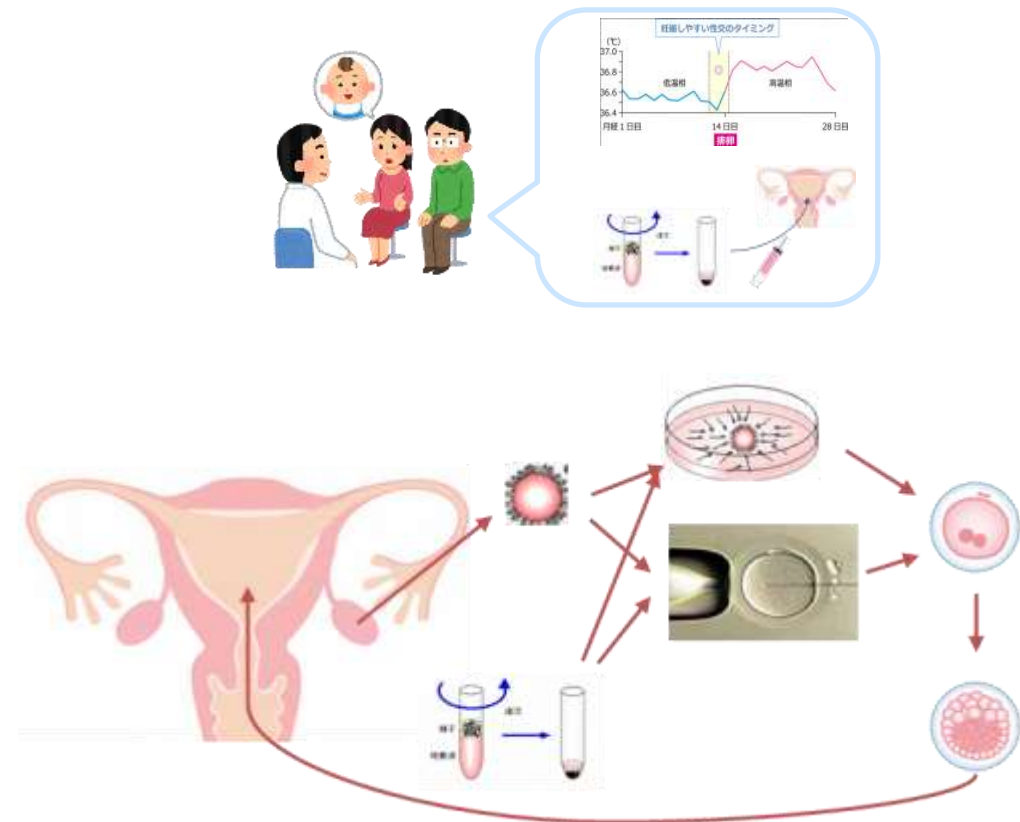
生殖補助医療に係る評価の新設

(生殖補助医療に係る医療技術等の評価)

- 生殖補助医療管理料
- 採卵術
- 抗ミュラー管ホルモン (AMH)
- 体外受精・顕微授精管理料
 - 卵子調整加算
- 受精卵・胚培養管理料
- 胚凍結保存管理料
- 胚移植術
 - アシステッドハッチング
 - 高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置

(男性不妊治療に係る医療技術等の評価)

- Y染色体微小欠失検査
- 精巣内精子採取術

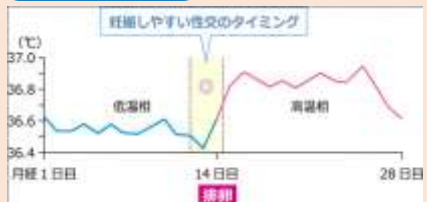


不妊治療の診療の流れと保険適用の範囲 (令和4年4月以降)


一般不妊治療

【新たに保険適用】

タイミング法 ※管理料で包括評価



人工授精 ※評価を新設

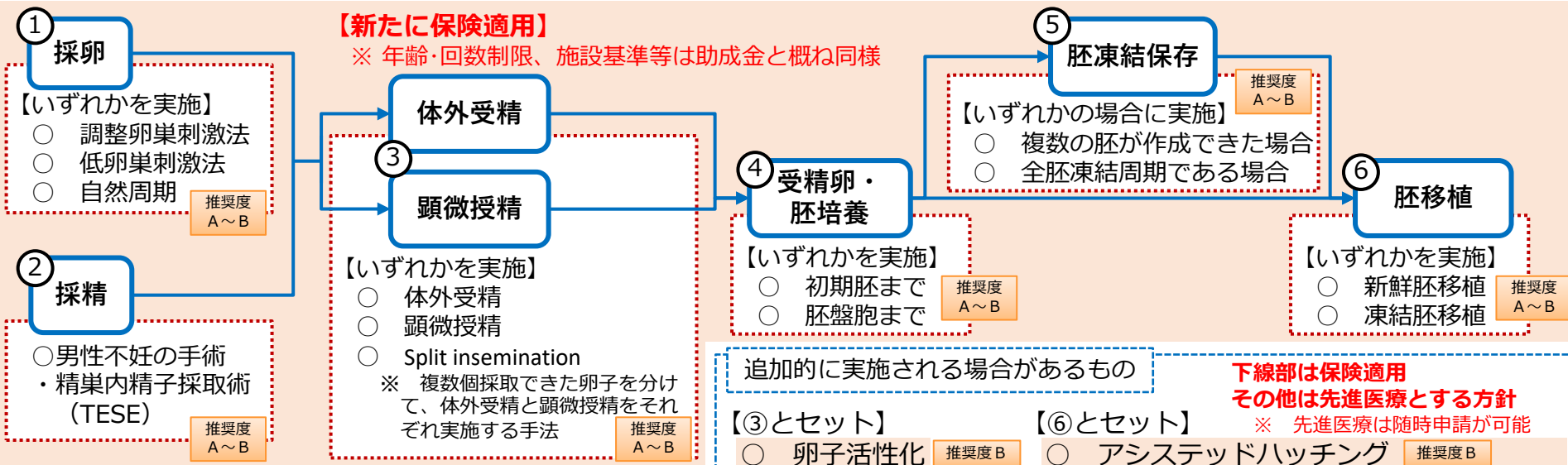


＜「生殖補助医療」の補足＞

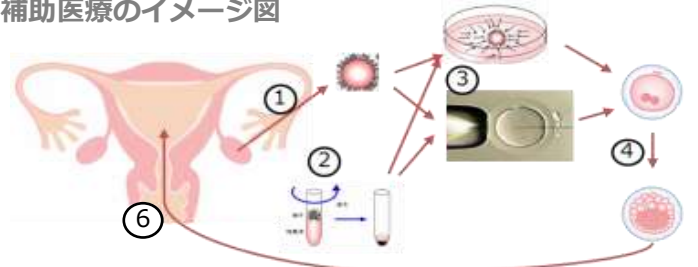
- 下記診療の流れは、生殖医療ガイドラインに記載されている医療技術等について整理したもの。
- 推奨度ごとの考え方は、以下のとおり。

推奨度 A：実施を強く推奨
推奨度 B：実施を推奨
推奨度 C：実施を考慮

生殖補助医療



生殖補助医療のイメージ図



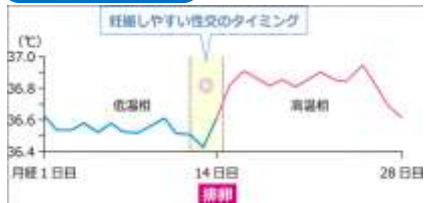
- 追加的に実施される場合があるもの
- ③とセット**
- 卵子活性化 推奨度 B
 - IMSI 推奨度 C
 - PICSI 推奨度 C
- ④とセット**
- タイムラプス 推奨度 C
- ⑥とセット**
- アシステッドハッチング 推奨度 B
 - 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 推奨度 B
 - 子宮内膜受容能検査 推奨度 C
 - 子宮内細菌叢検査 推奨度 C
 - SEET法 推奨度 C
 - 子宮内膜スクラッチ 推奨度 C
 - PGT 推奨度 B
 - 反復着床不全に対する投薬 推奨度 C
- 下線部は保険適用
 その他は先進医療とする方針
 ※ 先進医療は随時申請が可能

不妊治療の診療の流れと診療報酬点数 (令和4年4月以降)

一般不妊治療


タイミング法

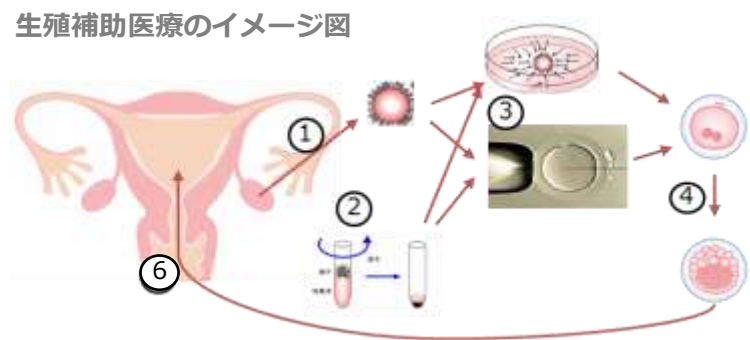
一般不妊治療管理料
○ 250点 (3月に1回)



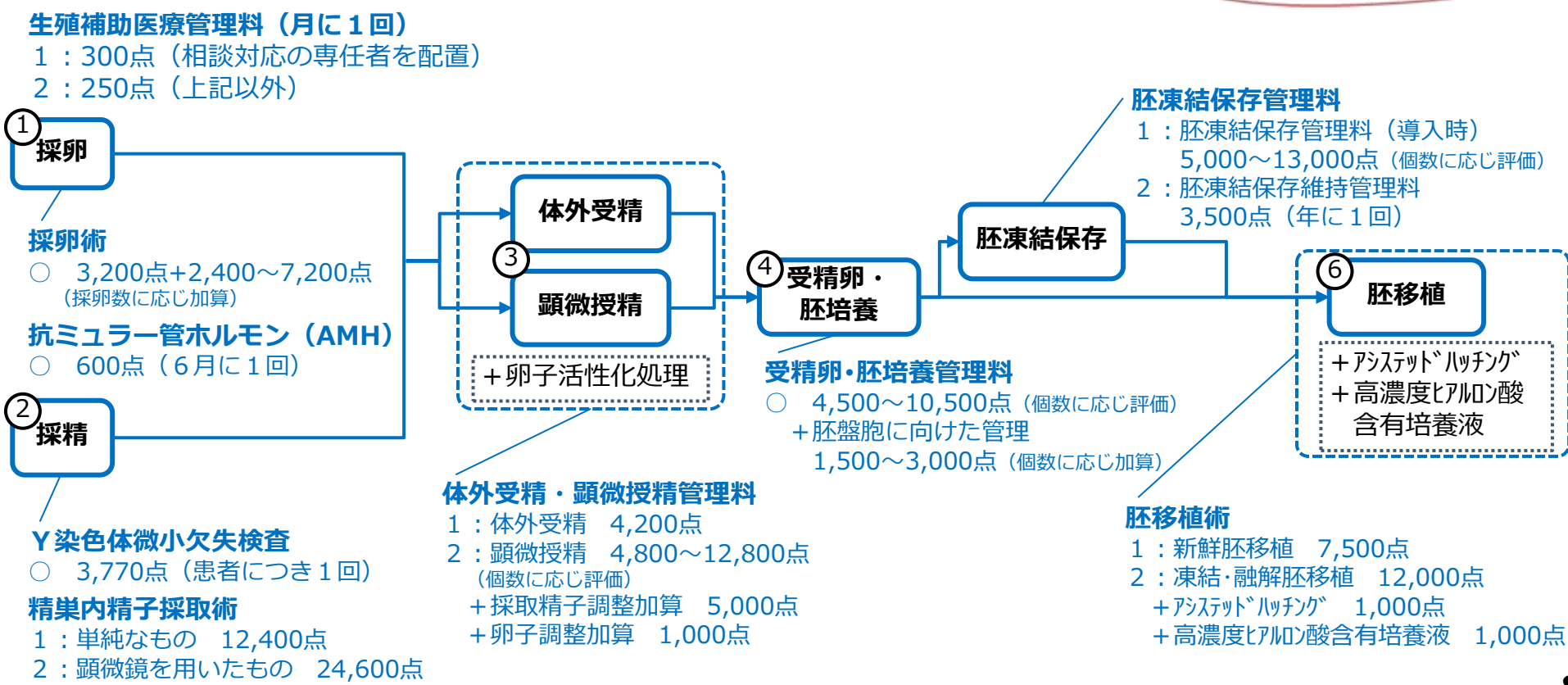
人工授精

人工授精
○ 1,820点





生殖補助医療



不妊治療の保険適用の円滑な移行に向けた支援

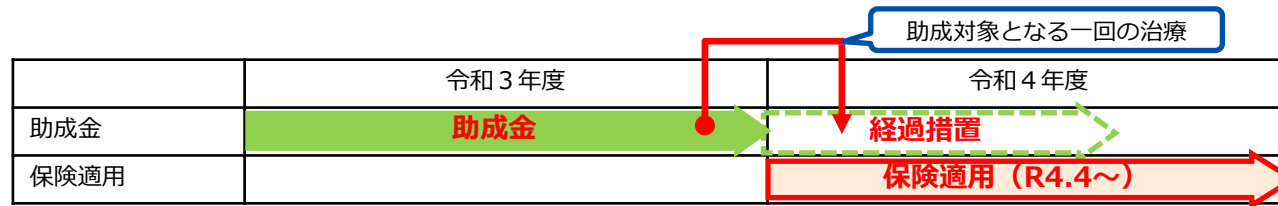
令和3年度補正予算：67億円

目的

令和4年度からの不妊治療の保険適用の円滑な実施に向け、移行期の治療計画に支障が生じないように、経過措置等を講じる。

円滑な移行に向けた支援

1. 移行期の治療計画に支障が生じないように、年度をまたぐ一回の治療について、経過措置として助成金の対象とする。



・ 実施主体：都道府県、指定都市、中核市（負担割合：国1/2、都道府県等1/2）

2. 現行の助成が円滑に行われるよう、予算額が不足する自治体に対しては、不足分を措置する。

参考（現在の事業概要）

- 要旨 不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成
- 対象治療法 体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）
- 対象者 特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された夫婦（治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦）
- 給付の内容
 - ① 1回30万円
 - ※凍結胚移植（採卵を伴わないもの）及び採卵したが卵が得られない等のため中止したものについては、1回10万円
 - 通算回数は、初めて助成を受けた際の治療期間初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは通算6回まで、40歳以上43歳未満であるときは通算3回まで助成（1子ごと）
 - ② 男性不妊治療を行った場合は30万円 ※精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術
- 指定医療機関 事業実施主体において医療機関を指定
- 実施主体 都道府県、指定都市、中核市
- 補助率等 1/2（負担割合：国1/2、都道府県・指定都市・中核市1/2）、安心こども基金を活用

1. 不妊治療の保険適用の経緯、範囲
2. 保険適用された不妊治療の現状
3. 先進医療の状況
4. 年齢制限・回数制限について
5. 情報提供の在り方について
6. その他

不妊治療の保険適用に関する関連学会及び患者団体からの意見

- 令和4年度診療報酬改定における不妊治療の保険適用について、関連学会及び患者団体より意見等が取りまとめられた。(詳細については、参考資料を参照)

不妊診療の保険適用に関する意見

(日本産科婦人科学会 社会保険委員会 委員長 永瀬智、令和5年10月25日)

- 調査目的：不妊治療の保険適用の影響について意見聴取
- 調査方法：アンケート
- 対象者：日本産科婦人科学会（日産婦学会）理事、社会保険医委員会委員、生殖内分泌委員会委員及び臨床倫理監理委員会推薦委員を対象。

不妊治療の保険適用についての当事者から見た現状 ～アンケート調査より～

(NPO法人 Fine、令和5年11月)

- 調査目的：保険適用後の不妊治療を受けている患者の現状を把握し、よりよい制度にするためにはどのようなサポートが必要か明確にするため。また、患者一人ひとりが納得のいく治療を受けられるよう、治療環境の向上を図るため。さらに、アンケート結果から当事者の声をまとめ、国に政策提言や要望書等を提出するため。
- 調査期間 2022年7月1日～2022年10月10日
- 調査方法 WEB アンケート
- 対象者：不妊治療・不育治療を受けている(これから受ける)すべての方

体外受精・顕微授精の実施数・出生児数について

1. 体外受精・顕微授精の実施数(令和3年)

	治療延べ件数(人)	出生児数(人)	累積出生児数(人)
新鮮胚(卵)を用いた治療	258,712	5,118	269,810
体外受精を用いた治療	88,362	2,268	144,117
顕微授精を用いた治療	170,350	2,850	125,693
凍結胚(卵)を用いた治療	239,428	64,679	571,296
合計	498,140	69,797	841,106

資料)日本産科婦人科学会が集計した令和3年実績(登録・小委員会報告)

2. 体外受精・顕微授精による出生児数の推移

年	治療周期総数	体外受精・顕微授精 出生児数(人)	総出生児数(人)	体外受精・顕微授精に よる出生児数の割合(%)
2007年(H19)	161,164	19,595	1,089,818	1.80
2008年(H20)	190,613	21,704	1,091,156	1.99
2009年(H21)	213,800	26,680	1,070,035	2.49
2010年(H22)	242,161	28,945	1,071,304	2.70
2011年(H23)	269,659	32,426	1,050,806	3.09
2012年(H24)	326,426	37,953	1,037,231	3.66
2013年(H25)	368,764	42,554	1,029,816	4.13
2014年(H26)	393,745	47,322	1,003,539	4.71
2015年(H27)	424,151	51,001	1,005,677	5.07
2016年(H28)	447,790	54,110	976,978	5.54
2017年(H29)	448,210	56,617	946,146	5.98
2018年(H30)	454,893	56,979	918,400	6.20
2019年(R元)	458,101	60,598	865,239	7.00
2020年(R2)	449,900	60,381	840,835	7.18
2021年(R3)	498,140	69,797	811,622	8.60

(注:体外受精・顕微授精出生児数は、新鮮胚(卵)及び凍結胚(卵)を用いた治療数の合計(日本産科婦人科学会の集計による)。総出生児数は、人口動態統計による。

令和4年度の不妊治療の医療費、レセプト件数及び実患者数

- 保険適用された不妊治療に係る医療費は令和4年度で、895億5622万6千円であった。
- レセプト件数については、令和4年度の合計で、125万4422件であった。
- 同期間における実患者数は、37万3575人であった。

	医療費（円）	レセプト件数 （件）	実患者数（医療機関に関わらず）（人）（※1）			
			合計	一般不妊治療	生殖補助医療	男性不妊の治療
4月	2,729,172,200	82,913	82,178	33,504	48,591	83
5月	5,879,672,500	87,745	86,620	30,558	55,982	80
6月	7,937,608,400	99,166	97,564	34,079	63,366	119
7月	8,269,101,800	111,368	109,750	40,865	68,758	127
8月	7,370,449,100	104,789	103,264	38,157	64,970	137
9月	8,443,323,100	110,255	108,672	41,124	67,436	112
10月	8,890,310,800	116,866	115,110	45,085	69,891	134
11月	8,738,907,100	112,538	110,845	43,807	66,895	143
12月	7,568,317,000	100,171	98,942	40,439	58,387	116
1月	6,086,291,200	103,280	101,990	40,579	61,311	100
2月	8,777,733,100	111,182	109,486	42,698	66,691	97
3月	8,865,339,700	114,149	112,380	42,488	69,817	75
合計	89,556,226,000	1,254,422	—	—	—	—
実患者数累計（※2）	—	—	373,575	103,129	269,933	513

※1 1月毎に、「1人」の患者が複数の保険医療機関を受診している場合を、「1人」としてカウントした。

※2 令和4年度で、「1人」の患者が複数の保険医療機関を受診している場合を、「1人」としてカウントした実患者数累計。

出典：令和4年4月～令和5年3月診療分の医科NDBデータから集計

一般不妊治療管理料及び生殖補助医療管理料の算定要件と算定状況

- 一般不妊治療管理料、生殖補助医療管理料1及び2は、令和4年度で合計313,900回、428,098回、190,947回算定されていた。
- 生殖補助医療管理料については、特定治療支援事業による経過措置が設けられており、一般不妊治療と比較して、4月以降に徐々に算定回数が増加していた。

	一般不妊治療管理料	生殖補助医療管理料																																																																																																																																																													
点数	250点（3月に1回）	イ 生殖補助医療管理料1 300点（月1回）	ロ 生殖補助医療管理料2 250点（月1回）																																																																																																																																																												
算定対象	入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているもの	入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているもの（実施するための準備をしている者を含み、当該患者又はそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。）のうち女性の年齢が当該生殖補助医療の開始日において43歳未満である場合に限る。）																																																																																																																																																													
主な算定要件	<p>○治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。）に文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。</p> <p>○少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。なお、治療計画の見直しを行った場合には、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。</p>																																																																																																																																																														
	<p>○治療計画は、胚移植術の実施に向けた一連の診療過程ごとに作成すること。また、当該計画は、採卵術（実施するため準備を含む。）から胚移植術（その結果の確認を含む。）までの診療過程を含めて作成すること。ただし、既に凍結保存されている胚を用いて凍結・融解胚移植術を実施する場合には、当該胚移植術の準備から結果の確認までを含めて作成すればよい。</p> <p>○治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーのこれまでの治療経過を把握すること。特に、治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、診療録に記載するとともに、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、確認に当たっては、患者及びそのパートナーからの申告に基づき確認するとともに、必要に応じて、過去に治療を実施した他の保険医療機関に照会すること。</p>																																																																																																																																																														
令和4年度の算定回数	<p>(回) 令和4年度の一般不妊治療管理料の算定回数</p> <table border="1"> <caption>令和4年度の一般不妊治療管理料の算定回数</caption> <thead> <tr> <th>月</th> <th>診療所</th> <th>病院</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4月</td><td>48,537</td><td>0</td><td>48,537</td></tr> <tr><td>5月</td><td>21,680</td><td>0</td><td>21,680</td></tr> <tr><td>6月</td><td>17,124</td><td>0</td><td>17,124</td></tr> <tr><td>7月</td><td>32,863</td><td>0</td><td>32,863</td></tr> <tr><td>8月</td><td>23,565</td><td>0</td><td>23,565</td></tr> <tr><td>9月</td><td>22,143</td><td>0</td><td>22,143</td></tr> <tr><td>10月</td><td>28,784</td><td>0</td><td>28,784</td></tr> <tr><td>11月</td><td>24,318</td><td>0</td><td>24,318</td></tr> <tr><td>12月</td><td>22,212</td><td>0</td><td>22,212</td></tr> <tr><td>1月</td><td>24,431</td><td>0</td><td>24,431</td></tr> <tr><td>2月</td><td>24,090</td><td>0</td><td>24,090</td></tr> <tr><td>3月</td><td>24,153</td><td>0</td><td>24,153</td></tr> </tbody> </table>	月	診療所	病院	合計	4月	48,537	0	48,537	5月	21,680	0	21,680	6月	17,124	0	17,124	7月	32,863	0	32,863	8月	23,565	0	23,565	9月	22,143	0	22,143	10月	28,784	0	28,784	11月	24,318	0	24,318	12月	22,212	0	22,212	1月	24,431	0	24,431	2月	24,090	0	24,090	3月	24,153	0	24,153	<p>(回) 令和4年度の生殖補助医療管理料1の算定回数</p> <table border="1"> <caption>令和4年度の生殖補助医療管理料1の算定回数</caption> <thead> <tr> <th>月</th> <th>診療所</th> <th>病院</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4月</td><td>16,856</td><td>0</td><td>16,856</td></tr> <tr><td>5月</td><td>25,491</td><td>0</td><td>25,491</td></tr> <tr><td>6月</td><td>31,373</td><td>0</td><td>31,373</td></tr> <tr><td>7月</td><td>34,708</td><td>0</td><td>34,708</td></tr> <tr><td>8月</td><td>38,845</td><td>0</td><td>38,845</td></tr> <tr><td>9月</td><td>36,289</td><td>0</td><td>36,289</td></tr> <tr><td>10月</td><td>39,760</td><td>0</td><td>39,760</td></tr> <tr><td>11月</td><td>40,027</td><td>0</td><td>40,027</td></tr> <tr><td>12月</td><td>35,321</td><td>0</td><td>35,321</td></tr> <tr><td>1月</td><td>41,220</td><td>0</td><td>41,220</td></tr> <tr><td>2月</td><td>43,659</td><td>0</td><td>43,659</td></tr> <tr><td>3月</td><td>44,549</td><td>0</td><td>44,549</td></tr> </tbody> </table>	月	診療所	病院	合計	4月	16,856	0	16,856	5月	25,491	0	25,491	6月	31,373	0	31,373	7月	34,708	0	34,708	8月	38,845	0	38,845	9月	36,289	0	36,289	10月	39,760	0	39,760	11月	40,027	0	40,027	12月	35,321	0	35,321	1月	41,220	0	41,220	2月	43,659	0	43,659	3月	44,549	0	44,549	<p>(回) 令和4年度の生殖補助医療管理料2の算定回数</p> <table border="1"> <caption>令和4年度の生殖補助医療管理料2の算定回数</caption> <thead> <tr> <th>月</th> <th>診療所</th> <th>病院</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4月</td><td>7,624</td><td>0</td><td>7,624</td></tr> <tr><td>5月</td><td>13,039</td><td>0</td><td>13,039</td></tr> <tr><td>6月</td><td>15,947</td><td>0</td><td>15,947</td></tr> <tr><td>7月</td><td>17,304</td><td>0</td><td>17,304</td></tr> <tr><td>8月</td><td>17,219</td><td>0</td><td>17,219</td></tr> <tr><td>9月</td><td>18,433</td><td>0</td><td>18,433</td></tr> <tr><td>10月</td><td>19,009</td><td>0</td><td>19,009</td></tr> <tr><td>11月</td><td>19,317</td><td>0</td><td>19,317</td></tr> <tr><td>12月</td><td>14,017</td><td>0</td><td>14,017</td></tr> <tr><td>1月</td><td>16,101</td><td>0</td><td>16,101</td></tr> <tr><td>2月</td><td>16,200</td><td>0</td><td>16,200</td></tr> <tr><td>3月</td><td>16,737</td><td>0</td><td>16,737</td></tr> </tbody> </table>	月	診療所	病院	合計	4月	7,624	0	7,624	5月	13,039	0	13,039	6月	15,947	0	15,947	7月	17,304	0	17,304	8月	17,219	0	17,219	9月	18,433	0	18,433	10月	19,009	0	19,009	11月	19,317	0	19,317	12月	14,017	0	14,017	1月	16,101	0	16,101	2月	16,200	0	16,200	3月	16,737	0	16,737
月	診療所	病院	合計																																																																																																																																																												
4月	48,537	0	48,537																																																																																																																																																												
5月	21,680	0	21,680																																																																																																																																																												
6月	17,124	0	17,124																																																																																																																																																												
7月	32,863	0	32,863																																																																																																																																																												
8月	23,565	0	23,565																																																																																																																																																												
9月	22,143	0	22,143																																																																																																																																																												
10月	28,784	0	28,784																																																																																																																																																												
11月	24,318	0	24,318																																																																																																																																																												
12月	22,212	0	22,212																																																																																																																																																												
1月	24,431	0	24,431																																																																																																																																																												
2月	24,090	0	24,090																																																																																																																																																												
3月	24,153	0	24,153																																																																																																																																																												
月	診療所	病院	合計																																																																																																																																																												
4月	16,856	0	16,856																																																																																																																																																												
5月	25,491	0	25,491																																																																																																																																																												
6月	31,373	0	31,373																																																																																																																																																												
7月	34,708	0	34,708																																																																																																																																																												
8月	38,845	0	38,845																																																																																																																																																												
9月	36,289	0	36,289																																																																																																																																																												
10月	39,760	0	39,760																																																																																																																																																												
11月	40,027	0	40,027																																																																																																																																																												
12月	35,321	0	35,321																																																																																																																																																												
1月	41,220	0	41,220																																																																																																																																																												
2月	43,659	0	43,659																																																																																																																																																												
3月	44,549	0	44,549																																																																																																																																																												
月	診療所	病院	合計																																																																																																																																																												
4月	7,624	0	7,624																																																																																																																																																												
5月	13,039	0	13,039																																																																																																																																																												
6月	15,947	0	15,947																																																																																																																																																												
7月	17,304	0	17,304																																																																																																																																																												
8月	17,219	0	17,219																																																																																																																																																												
9月	18,433	0	18,433																																																																																																																																																												
10月	19,009	0	19,009																																																																																																																																																												
11月	19,317	0	19,317																																																																																																																																																												
12月	14,017	0	14,017																																																																																																																																																												
1月	16,101	0	16,101																																																																																																																																																												
2月	16,200	0	16,200																																																																																																																																																												
3月	16,737	0	16,737																																																																																																																																																												

一般不妊治療管理料及び生殖補助医療管理料の届出医療機関数

○ 令和5年7月1日時点では、一般不妊治療管理料、生殖補助医療管理料1及び2の届出医療機関数については、それぞれ2,059施設、411施設、209施設であった。

	一般不妊治療	生殖補助医療管理料																																				
点数	250点（3月に1回）	イ 生殖補助医療管理料1 300点（月1回）	ロ 生殖補助医療管理料2 250点（月1回）																																			
主な施設基準	○ 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。																																					
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置。 ○ 当該医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施（※）。 ○ 以下のいずれかを満たす施設であること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 生殖補助医療管理料の届出を行っていること。 イ 生殖補助医療管理料の届出を行っている医療機関と連携体制の構築。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る2年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ○ 当該保険医療機関内に、日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る1年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ○ 当該保険医療機関内に、配偶子・胚の管理に係る責任者が1名以上配置されていること。 ○ 当該保険医療機関内に、関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が1名以上配置されていることが望ましい。 ○ 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、同学会のARTオンライン登録へのデータ入力を実施すること。 ○ 配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されていること。 ○ 胚移植術の回数を含む患者の治療経過について把握する体制を有していること。また、当該保険医療機関において実施した胚移植術の実施回数について、他の保険医療機関から情報提供を求められた場合には、それに応じること。 ○ 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。 																																				
届出医療機関数	○ 生殖補助医療管理料1の届出を行う医療機関は、以下の体制を有していること。 ア 看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者。 イ 社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者。 ウ 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること		-																																			
	<p>(医療機関数) 一般不妊治療管理料の届出医療機関</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>診療所</th> <th>病院</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和4年</td> <td>475</td> <td>1,059</td> <td>1,534</td> </tr> <tr> <td>令和5年</td> <td>464</td> <td>1,131</td> <td>1,595</td> </tr> </tbody> </table>	年度	診療所	病院	合計	令和4年	475	1,059	1,534	令和5年	464	1,131	1,595	<p>(医療機関数) 生殖補助医療管理料1の届出医療機関</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>診療所</th> <th>病院</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和4年</td> <td>140</td> <td>114</td> <td>254</td> </tr> <tr> <td>令和5年</td> <td>141</td> <td>129</td> <td>270</td> </tr> </tbody> </table>	年度	診療所	病院	合計	令和4年	140	114	254	令和5年	141	129	270	<p>(医療機関数) 生殖補助医療管理料2の届出医療機関</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>診療所</th> <th>病院</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和4年</td> <td>30</td> <td>157</td> <td>187</td> </tr> <tr> <td>令和5年</td> <td>27</td> <td>155</td> <td>182</td> </tr> </tbody> </table>	年度	診療所	病院	合計	令和4年	30	157	187	令和5年	27	155
年度	診療所	病院	合計																																			
令和4年	475	1,059	1,534																																			
令和5年	464	1,131	1,595																																			
年度	診療所	病院	合計																																			
令和4年	140	114	254																																			
令和5年	141	129	270																																			
年度	診療所	病院	合計																																			
令和4年	30	157	187																																			
令和5年	27	155	182																																			

(※) 保険医療機関が当該管理料について新規届出を行う場合については、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数である10例以上であれば届出可能。また、新規に医療機関を開設し診療実績がない場合については、様式5の11の診療実績を除く項目を記入の上、届出を行った場合に限り、当該様式を届け出た日の属する月から最大6か月の間は、当該管理料を算定可能とする。6か月を超えて当該管理料を算定する場合は、改めて届出を行うこと。(令和5年1月12日付け事務連絡問8及び問9)

不妊治療の各算定項目の算定回数①

○ 人工授精については、令和4年度では、合計309,699回の算定回数であった。

	一般不妊治療管理料（再掲）	K884-2 人工授精																																																																														
点数	250点（3月に1回）	1,820点																																																																														
主な算定要件	<p>○治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。）に文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。</p> <p>○少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。なお、治療計画の見直しを行った場合には、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。</p>	<p>○不妊症の患者又はそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。）が次のいずれかに該当する場合であって、当該患者のパートナーから採取した精子を用いて、妊娠を目的として実施した場合に算定する。</p> <p>○人工授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>○治療が奏効しない場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討し提案すること。また、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。</p>																																																																														
主な施設基準	<p>○当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置。</p> <p>○当該医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施（※）。</p> <p>○以下のいずれかを満たす施設であること。 ア 生殖補助医療管理料の届出を行っていること。 イ 生殖補助医療管理料の届出を行っている医療機関と連携体制の構築。</p>	<p>○当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。</p> <p>○区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。</p>																																																																														
令和4年度の算定回数	<p>一般不妊治療管理料の算定回数</p> <table border="1"> <caption>一般不妊治療管理料の算定回数</caption> <thead> <tr> <th>月</th> <th>診療所</th> <th>病院</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4月</td><td>47,000</td><td>1,537</td><td>48,537</td></tr> <tr><td>5月</td><td>20,000</td><td>1,680</td><td>21,680</td></tr> <tr><td>6月</td><td>15,000</td><td>2,124</td><td>17,124</td></tr> <tr><td>7月</td><td>31,000</td><td>1,863</td><td>32,863</td></tr> <tr><td>8月</td><td>21,000</td><td>2,565</td><td>23,565</td></tr> <tr><td>9月</td><td>19,000</td><td>2,143</td><td>22,143</td></tr> <tr><td>10月</td><td>26,000</td><td>1,784</td><td>28,784</td></tr> <tr><td>11月</td><td>22,000</td><td>1,318</td><td>24,318</td></tr> <tr><td>12月</td><td>20,000</td><td>2,212</td><td>22,212</td></tr> <tr><td>1月</td><td>22,000</td><td>2,431</td><td>24,431</td></tr> <tr><td>2月</td><td>22,000</td><td>2,090</td><td>24,090</td></tr> <tr><td>3月</td><td>22,000</td><td>1,153</td><td>24,153</td></tr> </tbody> </table>	月	診療所	病院	合計	4月	47,000	1,537	48,537	5月	20,000	1,680	21,680	6月	15,000	2,124	17,124	7月	31,000	1,863	32,863	8月	21,000	2,565	23,565	9月	19,000	2,143	22,143	10月	26,000	1,784	28,784	11月	22,000	1,318	24,318	12月	20,000	2,212	22,212	1月	22,000	2,431	24,431	2月	22,000	2,090	24,090	3月	22,000	1,153	24,153	<p>人工授精の算定回数</p> <table border="1"> <caption>人工授精の算定回数</caption> <thead> <tr> <th>月</th> <th>算定回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4月</td><td>22,269</td></tr> <tr><td>5月</td><td>24,499</td></tr> <tr><td>6月</td><td>27,673</td></tr> <tr><td>7月</td><td>27,803</td></tr> <tr><td>8月</td><td>25,447</td></tr> <tr><td>9月</td><td>27,112</td></tr> <tr><td>10月</td><td>28,584</td></tr> <tr><td>11月</td><td>27,046</td></tr> <tr><td>12月</td><td>25,964</td></tr> <tr><td>1月</td><td>22,054</td></tr> <tr><td>2月</td><td>24,162</td></tr> <tr><td>3月</td><td>27,086</td></tr> </tbody> </table>	月	算定回数	4月	22,269	5月	24,499	6月	27,673	7月	27,803	8月	25,447	9月	27,112	10月	28,584	11月	27,046	12月	25,964	1月	22,054	2月	24,162	3月	27,086
月	診療所	病院	合計																																																																													
4月	47,000	1,537	48,537																																																																													
5月	20,000	1,680	21,680																																																																													
6月	15,000	2,124	17,124																																																																													
7月	31,000	1,863	32,863																																																																													
8月	21,000	2,565	23,565																																																																													
9月	19,000	2,143	22,143																																																																													
10月	26,000	1,784	28,784																																																																													
11月	22,000	1,318	24,318																																																																													
12月	20,000	2,212	22,212																																																																													
1月	22,000	2,431	24,431																																																																													
2月	22,000	2,090	24,090																																																																													
3月	22,000	1,153	24,153																																																																													
月	算定回数																																																																															
4月	22,269																																																																															
5月	24,499																																																																															
6月	27,673																																																																															
7月	27,803																																																																															
8月	25,447																																																																															
9月	27,112																																																																															
10月	28,584																																																																															
11月	27,046																																																																															
12月	25,964																																																																															
1月	22,054																																																																															
2月	24,162																																																																															
3月	27,086																																																																															

（※） 保険医療機関が当該管理料について新規届出を行う場合については、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数である10例以上であれば届出可能。また、新規に医療機関を開設し診療実績がない場合については、様式5の11の診療実績を除く項目を記入の上、届出を行った場合に限り、当該様式を届け出た日の属する月から最大6か月の間は、当該管理料を算定可能とする。6か月を超えて当該管理料を算定する場合は、改めて届出を行うこと。（令和5年1月12日付け事務連絡問8及び問9）

不妊治療の各算定項目の算定回数②

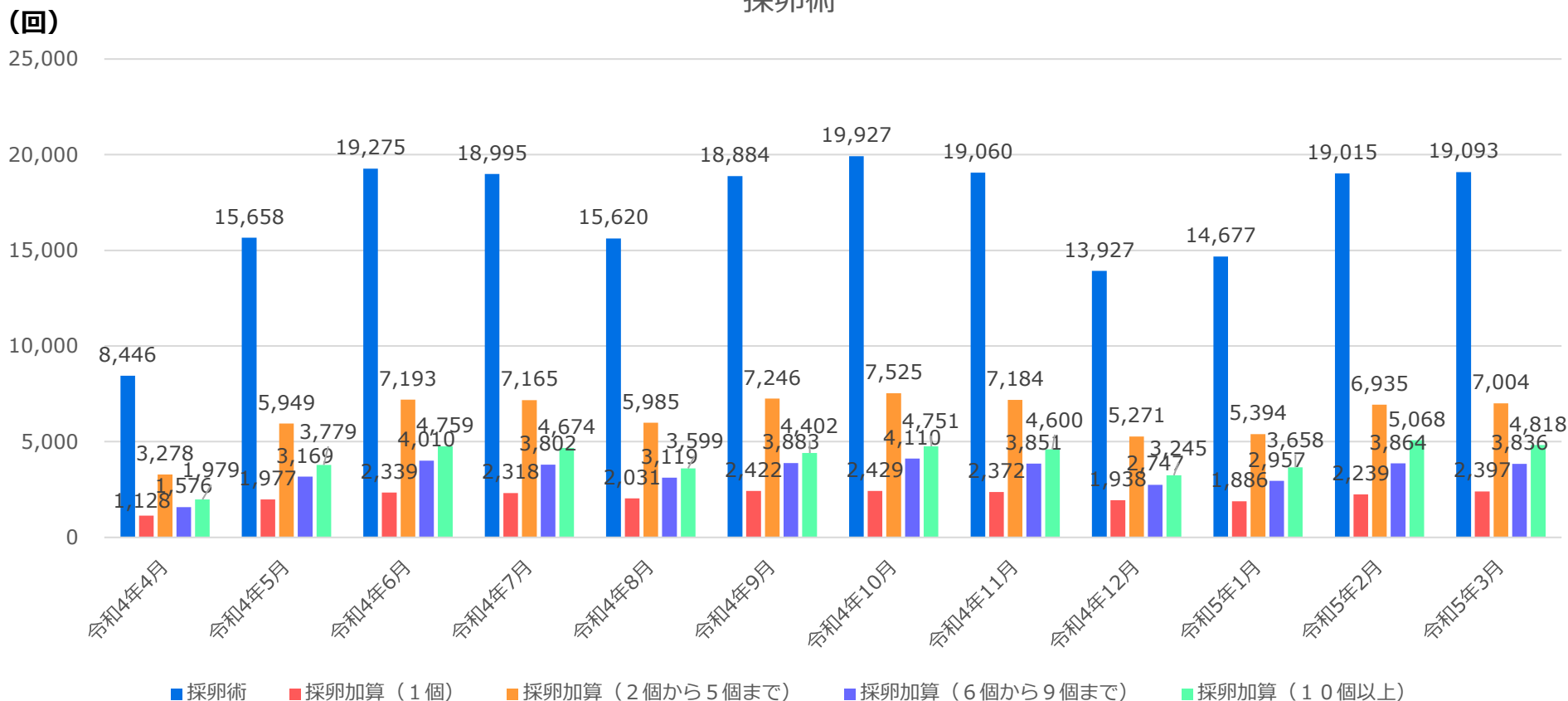
- 抗ミュラー管ホルモン検査については、令和4年度では、合計94,133回の算定回数であった。
- Y染色体微小欠失検査については、令和4年度では、合計1,411回の算定回数であった。

	D008 内分泌学的検査 52抗ミュラー管ホルモン	D006-28 Y染色体微小欠失検査																																																				
点数	600点（6月1回）	3,770点																																																				
主な算定要件	○不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法における治療方針の決定を目的として、血清又は血漿を検体としてEIA法、CLEIA法又はELISA法により測定した場合に、6月に1回に限り算定できる。	○不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、PCR-rSSO法により、精巣内精子採取術の適応の判断を目的として実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。なお、本検査を実施する医学的な理由を診療録に記載すること。																																																				
主な施設基準	—	○次のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関であること。 ア 区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の生殖補助医療管理料1又は2のいずれか イ 区分番号「K838-2」精巣内精子採取術 ○区分番号「D026」検体検査判断料の「注6」遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている、又は当該基準の届出を行っている他の保険医療機関との間の連携体制が整備されていることが望ましい。																																																				
令和4年度の算定回数	<p>(回) 抗ミュラー管ホルモン(AMH)</p> <table border="1"> <tr><th>月</th><td>4月</td><td>5月</td><td>6月</td><td>7月</td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td></tr> <tr><th>回数</th><td>9,658</td><td>9,373</td><td>8,878</td><td>7,562</td><td>7,171</td><td>7,349</td><td>7,657</td><td>6,815</td><td>5,728</td><td>8,365</td><td>7,663</td><td>7,914</td></tr> </table>	月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	回数	9,658	9,373	8,878	7,562	7,171	7,349	7,657	6,815	5,728	8,365	7,663	7,914	<p>(回) Y染色体微小欠失検査</p> <table border="1"> <tr><th>月</th><td>4月</td><td>5月</td><td>6月</td><td>7月</td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td></tr> <tr><th>回数</th><td>167</td><td>106</td><td>119</td><td>131</td><td>121</td><td>101</td><td>115</td><td>112</td><td>91</td><td>112</td><td>111</td><td>125</td></tr> </table>	月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	回数	167	106	119	131	121	101	115	112	91	112	111	125
月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月																																										
回数	9,658	9,373	8,878	7,562	7,171	7,349	7,657	6,815	5,728	8,365	7,663	7,914																																										
月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月																																										
回数	167	106	119	131	121	101	115	112	91	112	111	125																																										

不妊治療の各算定項目の算定回数③

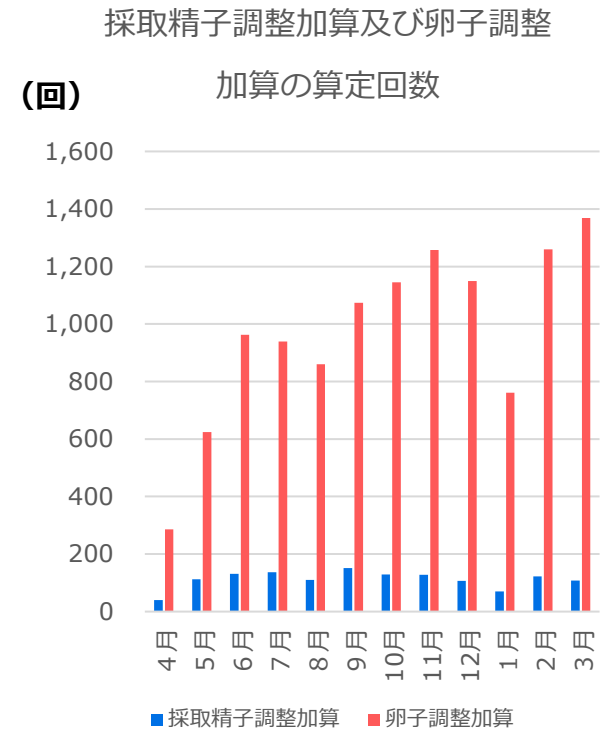
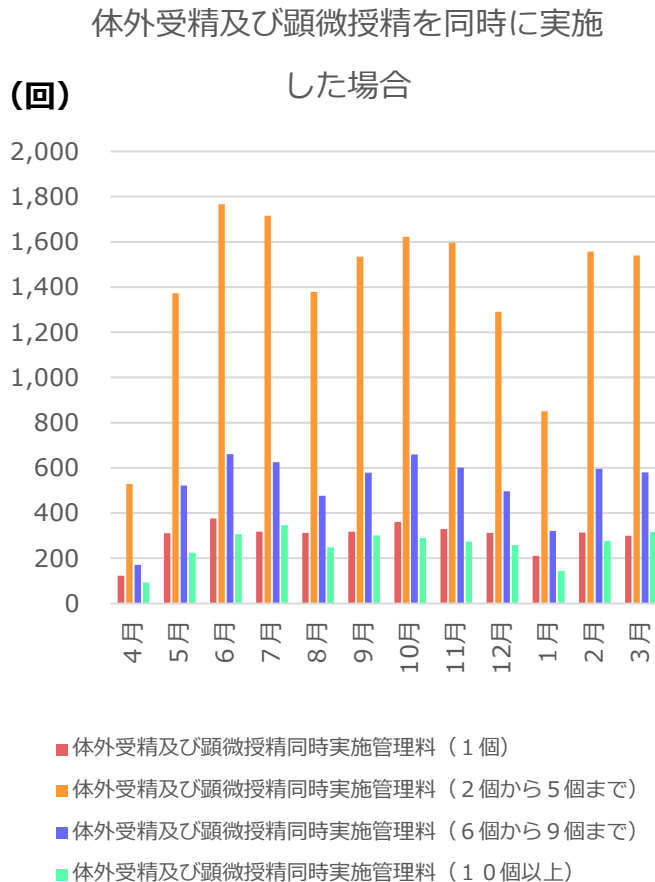
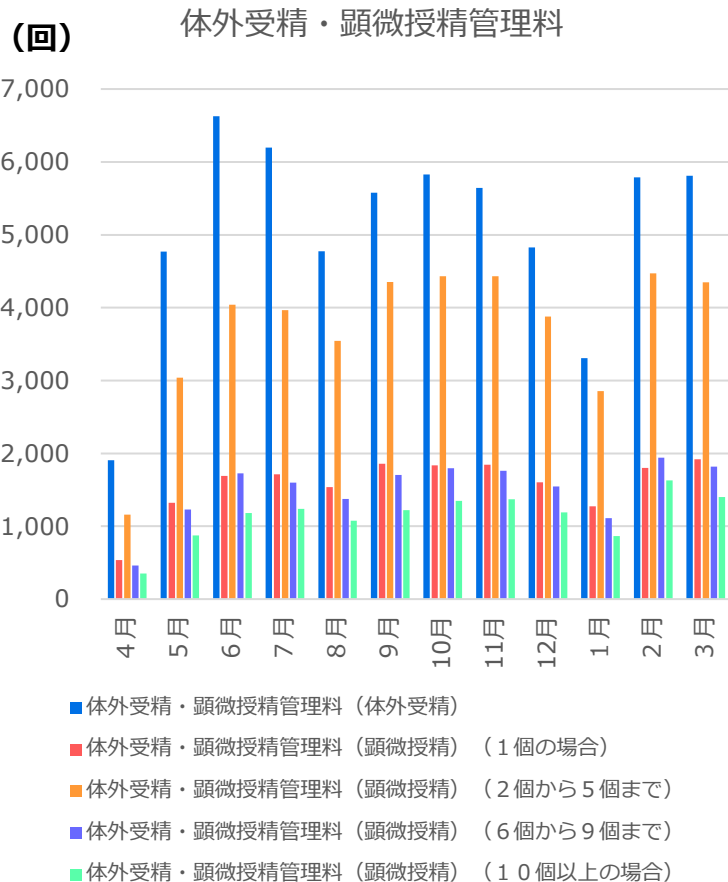
- 採卵術の算定回数については、令和4年度では、合計202,577回の算定回数であった。
- 採卵回数に応じた加算については、「2個から5個まで」の場合が最も多く、76,129回の算定回数であった。

採卵術



不妊治療の各算定項目の算定回数④

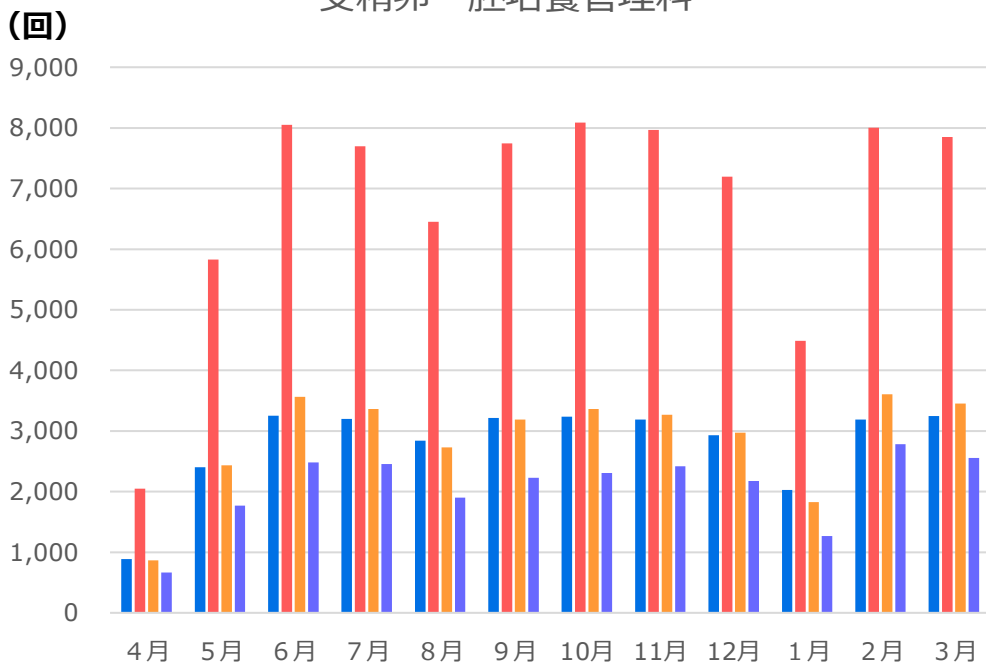
- 体外受精・顕微授精管理料のうち、体外受精の算定回数は、令和4年度では、合計61,056回の算定回数であった。顕微授精については、令和4年度では、合計95,257回の算定回数であり、うち、「2個から5個まで」の場合が最も多く、44,519回の算定回数であった。
- 体外受精及び顕微授精の同時実施した場合については、令和4年度では合計29,698回の算定回数であった。
- 採取精子調整加算については、令和4年度では、合計1,345回の算定回数であった。
- 卵子調整加算については、令和4年度では、合計11,687回の算定回数であった。



不妊治療の各算定項目の算定回数⑤

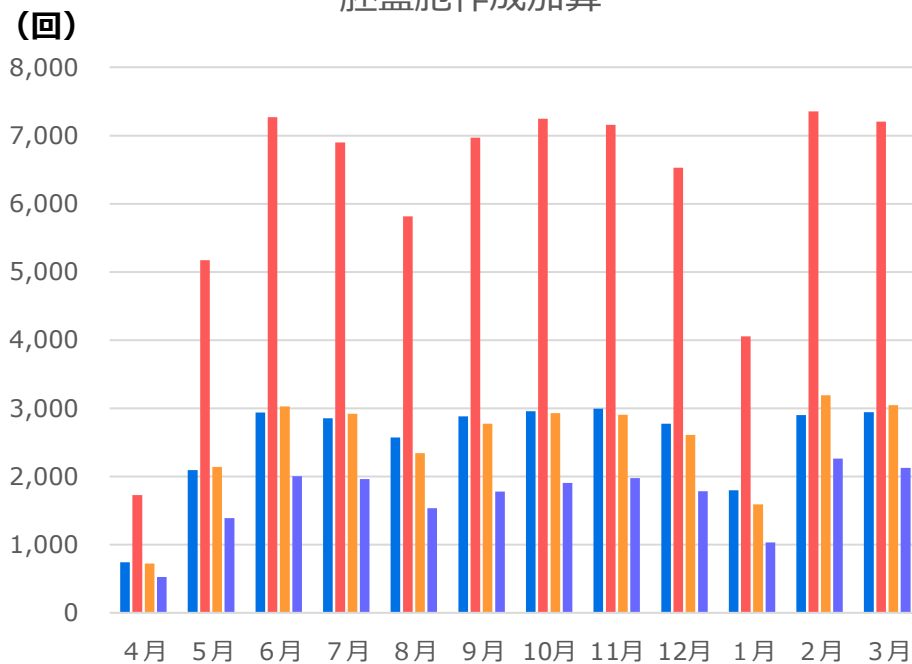
- 受精卵・胚培養管理料については、令和4年度では、合計174,680回の算定回数であり、そのうち、「2個から5個まで」の場合が最も多く、81,427回の算定回数であった。
- 胚盤胞作成加算については、令和4年度では、合計154,327回算定されており、そのうち、「2個から5個まで」の場合が最多であり、73,395回の算定回数であった。

受精卵・胚培養管理料



- 受精卵・胚培養管理料（1個）
- 受精卵・胚培養管理料（2個から5個まで）
- 受精卵・胚培養管理料（6個から9個まで）
- 受精卵・胚培養管理料（10個以上）

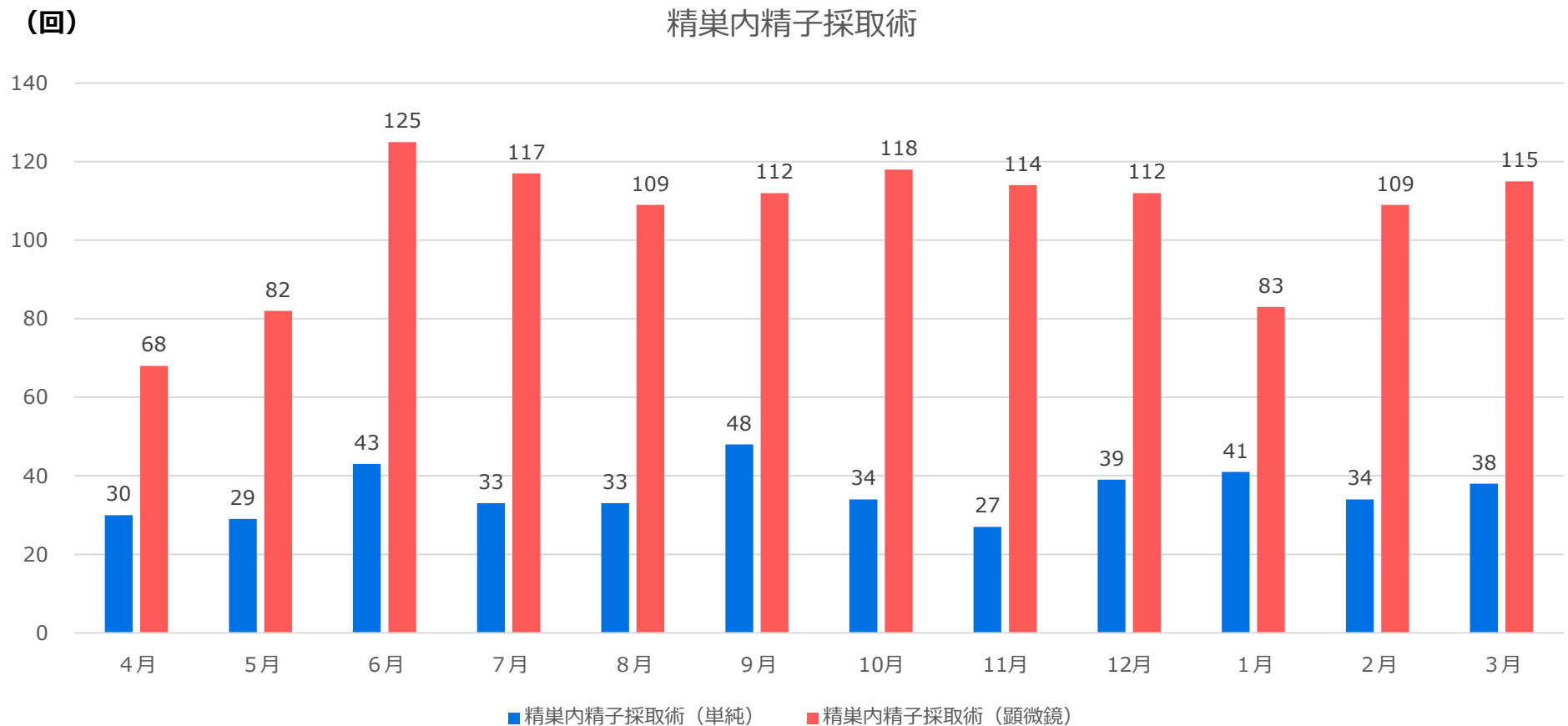
胚盤胞作成加算



- 胚盤胞作成加算（1個）
- 胚盤胞作成加算（2個から5個まで）
- 胚盤胞作成加算（6個から9個まで）
- 胚盤胞作成加算（10個以上）

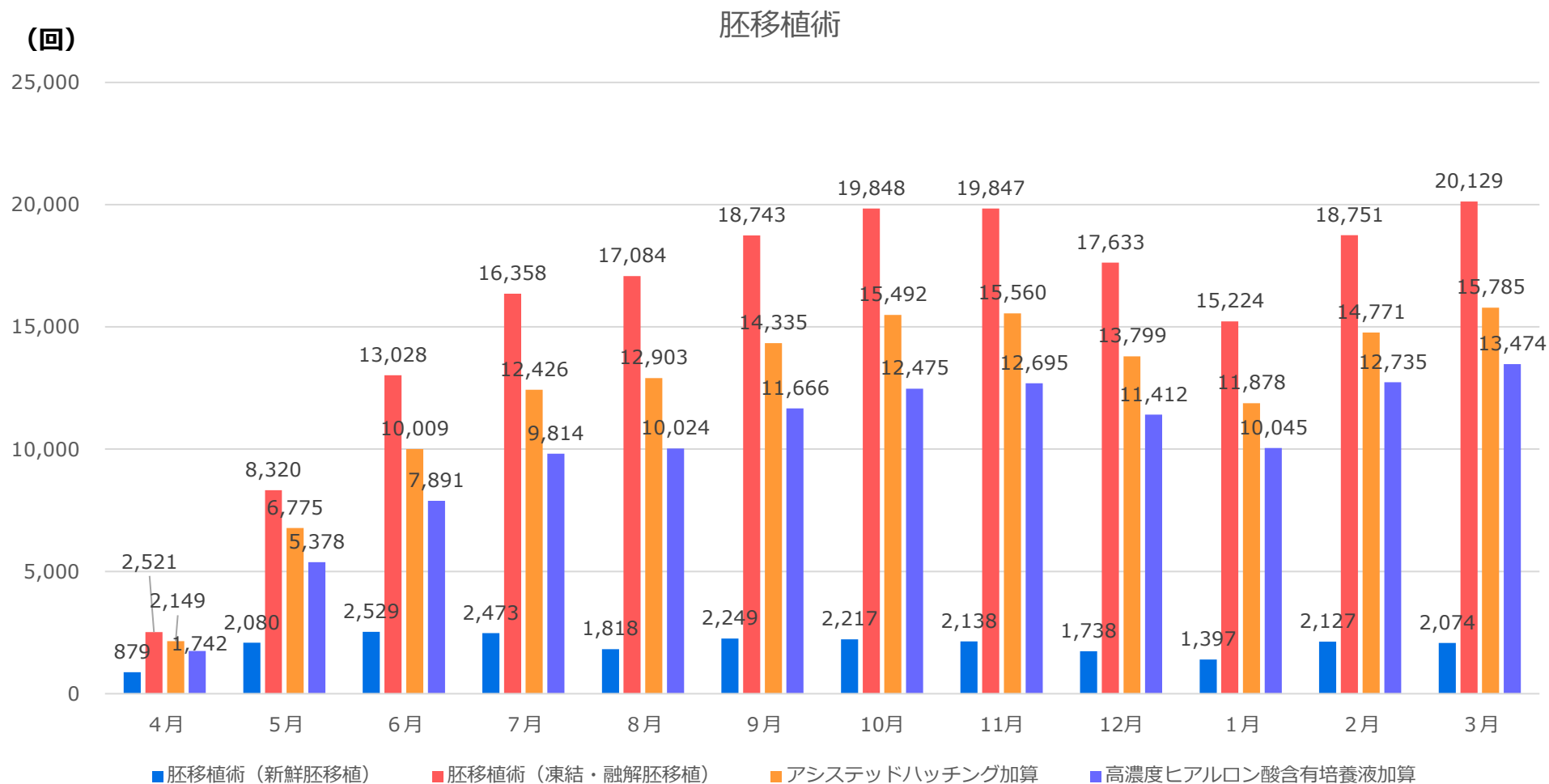
不妊治療の各算定項目の算定回数⑥

○ 精巣内精子採取術(単純なもの、顕微鏡を用いたもの)については、令和4年度では、それぞれ合計429回、1,264回の算定回数であった。



不妊治療の各算定項目の算定回数⑦

○ 胚移植術(新鮮胚移植、凍結・融解胚移植)については、令和4年度では、それぞれ合計23,719回、187,486回の算定回数であった。



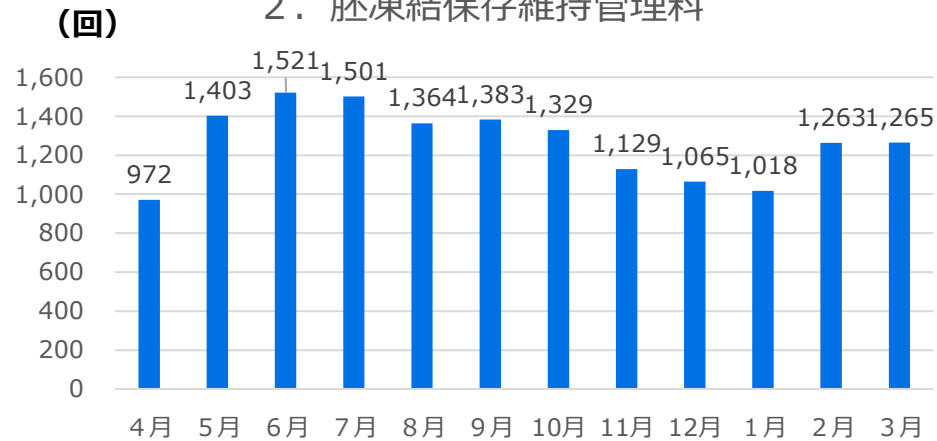
不妊治療の各算定項目の算定回数⑧

- 胚凍結保存管理料については、胚凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、算定できていることとなっている。
- 胚凍結保存管理料(導入時)については、令和4年度では、合計145,691回の算定回数であり、「2個から5個まで」の場合が最も多く、68,636回の算定回数であった。
- 胚凍結保存維持管理料については、令和4年度では、合計 15,213回の算定回数であった。

1. 胚凍結保存管理料 (導入時)



2. 胚凍結保存維持管理料



- 胚凍結保存管理料 (胚凍結保存管理料 (導入時)) (1個)
- 胚凍結保存管理料 (胚凍結保存管理料 (導入時)) (2個から5個)
- 胚凍結保存管理料 (胚凍結保存管理料 (導入時)) (6個から9個)
- 胚凍結保存管理料 (胚凍結保存管理料 (導入時)) (10個以上)

K917-3 胚凍結保存管理料
 1 胚凍結保存管理料 (導入時)
 イ 1個の場合5000点 / ロ 2個から5個までの場合7000点
 ハ 6個から9個までの場合10200点 / ニ 10個以上の場合13000点
 2 胚凍結保存維持管理料3500点
 注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。

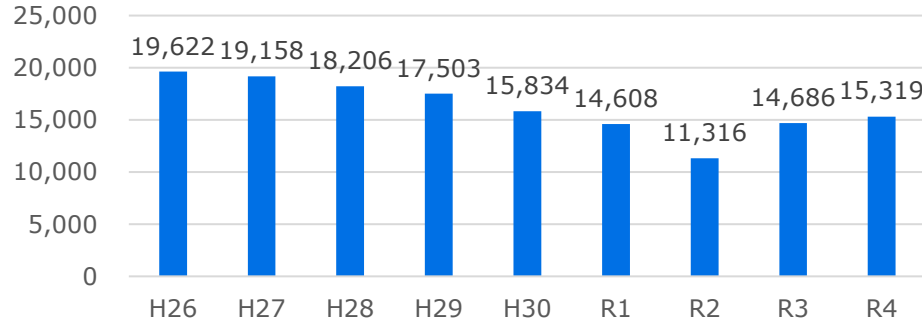
<令和4年3月31日付け事務連絡 問65及び問67>
 問65 令和4年4月1日より前から凍結保存されている初期胚又は胚盤胞については、「1 胚凍結保存管理料(導入時)」と「2 胚凍結保存維持管理料」のいずれを算定すべきか。その際の算定年数の限度(3年)の起算点の考え方如何。
 (答) 「2 胚凍結保存維持管理料」を算定する。この場合、令和4年4月1日以降に算定した生殖補助医療管理料に係る治療計画に記載した場合には、当該治療計画を策定した日を起算点とすることとなるが、同日より前に凍結保存に関する費用を徴収している場合には、同日以降であってもその契約期間中は「2 胚凍結保存維持管理料」は算定できないこと。この場合において、例えば、同日より前の診療に係る当該契約を解消し、令和4年4月1日以降の保存に要する費用を患者に返金した上で、同日から「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することは差し支えないこと。
 いずれの場合においても、令和4年4月1日より前から不妊治療を実施している場合には、胚の凍結保存の費用負担の在り方を含め、保険適用の内容も踏まえつつ、今後の治療方針について患者及びそのパートナーに十分説明の上、同意を得て実施する必要がある点に留意すること。
 問67 年齢制限や回数制限を超えた場合、それ以降の「2 胚凍結保存維持管理料」の算定は可能か。
 (答) 新たに「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することはできない。また、「2 胚凍結保存維持管理料」を算定してから、1年を経過していない場合には、患者及びそのパートナーに対し凍結保存及び必要な医学管理に関する費用負担を求めてはならないこと。

その他の不妊治療と関連がある算定項目

○ その他の不妊治療と関連がある算定項目については、例えば、「子宮ファイバースコープ」や「ヒト絨毛ゴナドトロピン(HCG)定量」等については、令和3年と比較して回数が増加していた。

精液一般検査

(回)

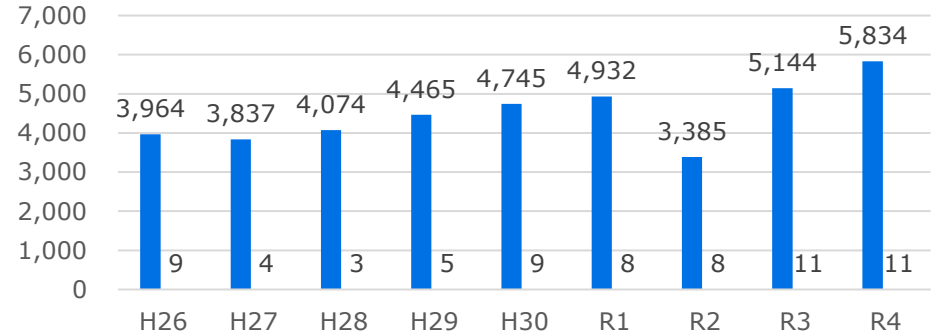


留意事項通知

○ 精液一般検査の所定点数には、精液の量、顕微鏡による精子の数、奇形の有無、運動能等の検査の全ての費用が含まれる。

子宮ファイバースコープ

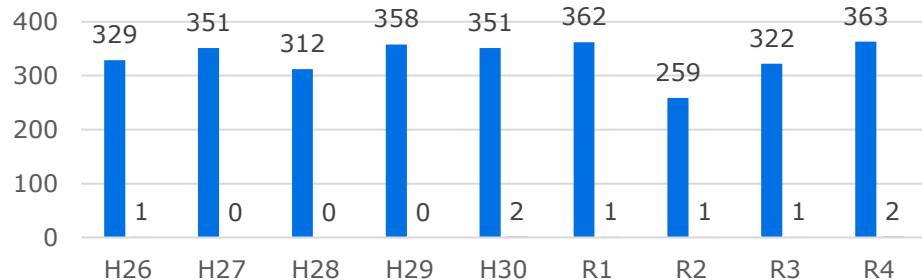
(回)



■ 子宮ファイバースコープ ■ 子宮ファイバースコープ 2回目以降

ヒステロスコピー

(回)



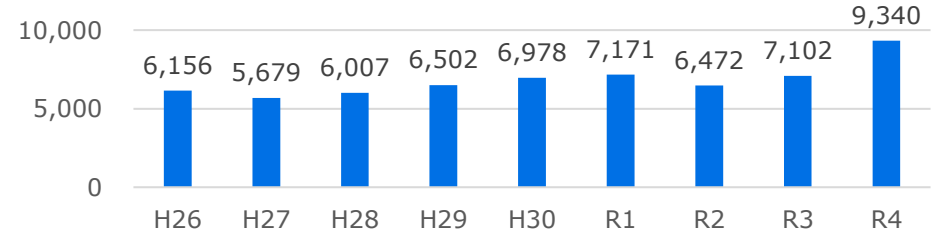
■ ヒステロスコピー ■ ヒステロスコピー 2回目以降

留意事項通知

○ ヒステロスコピーに際して、子宮腔内の出血により子宮鏡検査が困難なため、子宮鏡検査時の腔内灌流液を使用した場合における薬剤料は、区分番号「D500」薬剤により算定する。ただし、注入手技料は算定しない。

ヒト絨毛ゴナドトロピン (HCG) 定量

(回)



留意事項通知

○ ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量及び同半定量は、HCG・LH検査(試験管法)を含むものである。

問1 一般不妊治療又は生殖補助医療を実施している患者に対して、不妊治療に係る妊娠判定のため、妊娠反応検査(尿中・血中HCG検査)を実施した場合、当該検査に係る費用は、保険診療として請求可能か。

(答) 一般不妊治療又は生殖補助医療を実施している患者に対して、医師の医学的判断により、通常の妊娠経過を確認するために、当該検査を実施した場合、一連の診療過程につき、1回に限り算定可能。

<令和4年8月24日付け事務連絡 問1>

特定治療支援事業の実態(令和3年度事業実施状況調査)

- 令和3年度の事業実施状況調査では、特定不妊治療にかかる一周期あたりの費用は採卵～新鮮胚移植～妊娠判定まで、において体外受精約41万円、顕微授精約46万円であり、採卵～凍結胚移植～妊娠判定まで、において体外受精約55万円、顕微授精約62万円であった。
- 令和3年度の助成事業の利用者は実人員数が136,716人で、延件数が234,416件であった。

治療ステージ		実人員数※1 (人)	延件数 (件)	1件あたり平均治療金額※2 (円)
新鮮胚移植を実施	体外受精	8,821	10,651	409,694
	顕微授精	10,808	13,540	459,997
凍結胚移植を実施	体外受精	30,963	35,382	548,081
	顕微授精	49,083	57,932	617,561
以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施		55,997	80,551	173,085
体調不良等により移植のめどが立たず治療終了		6,347	7,814	443,409
受精できず または、胚の分割停止、変成、多精子授精などの異常授精等により中止		17,592	23,623	309,878
採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止		3,499	4,329	149,685
男性不妊治療のみ		565	594	369,562
合 計		183,675	234,416	

※1 表内の実人員数は、治療ステージ毎に計上しているため、複数のステージの治療を実施した場合、重複される場合がある。

※2 平均治療金額には、実際にかかった助成対象1件あたりの治療費の平均を記入。

年齢	実人員数(人)	延件数(件)	年齢	実人員数(人)	延件数(件)	年齢	実人員数(人)	延件数(件)
～24歳	404	645	31歳	6,490	10,608	38歳	11,567	20,752
25歳	435	673	32歳	7,575	12,589	39歳	12,083	22,390
26歳	942	1,503	33歳	8,541	14,290	40歳	10,819	19,880
27歳	1,764	2,857	34歳	9,720	16,424	41歳	9,618	16,375
28歳	2,692	4,433	35歳	10,679	18,085	42歳	9,419	15,140
29歳	4,093	6,689	36歳	11,108	19,151	43歳	2,023	3,219
30歳	5,421	8,868	37歳	11,323	19,845	合計	136,716	234,416

※「43歳」には、コロナ年齢特例対象者となった43歳の方について計上。

特定治療支援事業の実態(令和4年度事業実施状況調査)

- 令和4年度の事業実施状況調査では、特定不妊治療にかかる一周期あたりの費用は採卵～新鮮胚移植～妊娠判定まで、において体外受精約41万円、顕微授精約45万円であり、採卵～凍結胚移植～妊娠判定まで、において体外受精約57万円、顕微授精約62万円であった。
- 令和4年度の助成事業の利用者は実人員数が69,988人で、延件数が93,230件であった。

治療ステージ		実人員数※1 (人)	延件数 (件)	1件あたり平均治療金額※2 (円)
新鮮胚移植を実施	体外受精	2,490	2,681	411,771
	顕微授精	3,173	3,463	453,094
凍結胚移植を実施	体外受精	12,709	13,468	565,923
	顕微授精	23,908	26,013	624,627
以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施		29,554	35,038	178,256
体調不良等により移植のめどが立たず治療終了		2,014	2,224	441,765
受精できず または、胚の分割停止、変成、多精子授精などの異常授精等により中止		6,532	8,126	310,288
採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止		1,754	2,094	137,352
男性不妊治療のみ		121	123	381,026
合 計		82,255	93,230	

※1 表内の実人員数は、治療ステージ毎に計上しているため、複数のステージの治療を実施した場合、重複される場合がある。

※2 平均治療金額には、実際にかかった助成対象1件あたりの治療費の平均を記入。

年齢	実人員数(人)	延件数(件)	年齢	実人員数(人)	延件数(件)	年齢	実人員数(人)	延件数(件)
～24歳	155	179	31歳	3,007	3,825	38歳	6,241	8,609
25歳	189	217	32歳	3,644	4,647	39歳	6,654	9,435
26歳	394	477	33歳	4,191	5,396	40歳	6,277	8,839
27歳	662	819	34歳	4,917	6,476	41歳	5,442	7,354
28歳	1,157	1,425	35歳	5,407	7,209	42歳	5,676	7,272
29歳	1,763	2,201	36歳	5,710	7,579	合計	69,988	93,230
30歳	2,484	3,182	37歳	6,018	8,089			

※「42歳」には、コロナ年齢特例対象者となった43歳の方についても計上。

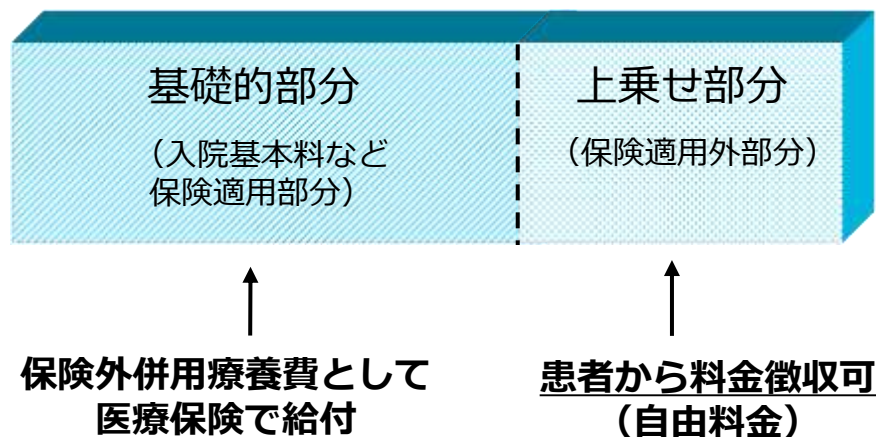
1. 不妊治療の保険適用の経緯、範囲
2. 保険適用された不妊治療の現状
- 3. 先進医療の状況**
4. 年齢制限・回数制限について
5. 情報提供の在り方について
6. その他

保険外併用療養費制度について

○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- ① ② } 保険導入のための評価を行うもの
- ③ → 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [評価療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件（料金の掲示等）を明確に定めている。

○ 評価療養

- ・ **先進医療**
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 患者申出療養

○ 選定療養

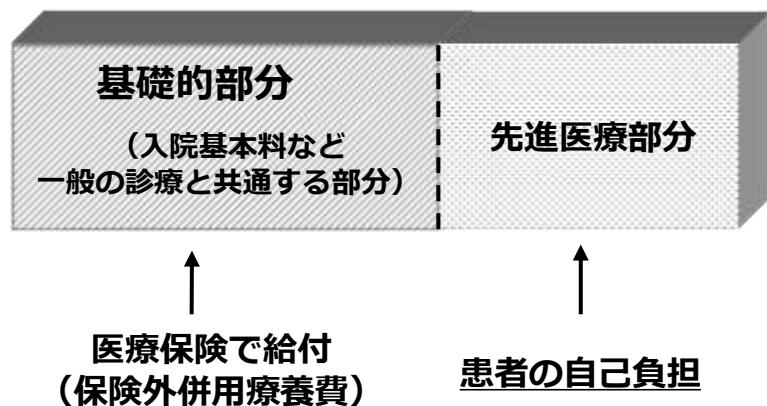
- ・ 特別の療養環境（差額ベッド）
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

先進医療について

先進医療とは

- 未だ保険診療として認められていない先進的な医療技術等について、**安全性・有効性等を確保するための施設基準等を設定し、保険診療と保険外診療との併用を認め、将来的な保険導入に向けた評価を行う制度。**
- 入院基本料など一般の診療と共通する部分（基礎的部分）については保険が適用され、先進医療部分は患者の自己負担。
- 個別の医療技術が先進医療として認められるためには、**先進医療会議で安全性、有効性等の審査を受ける必要**があり、実施する医療機関は厚生労働大臣への届出又は承認が必要。

仕組み（概要）



対象となる医療技術の分類

- **先進医療 A**
 - 1 未承認等の医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の使用又は医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の適応外使用を伴わない医療技術（4に掲げるものを除く。）
 - 2 以下のような医療技術であって、その実施による人体への影響が極めて小さいもの（4に掲げるものを除く。）
 - (1) 未承認等の体外診断薬の使用又は体外診断薬の適応外使用を伴う医療技術
 - (2) 未承認等の検査薬の使用又は検査薬の適応外使用を伴う医療技術
 - (3) 未承認等の医療機器の使用又は医療機器の適応外使用を伴う医療技術であって、検査を目的とするもの
- **先進医療 B**
 - 3 未承認等の医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の使用又は医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の適応外使用を伴う医療技術（2に掲げるものを除く。）
 - 4 医療技術の安全性、有効性等に鑑み、その実施に係り、実施環境、技術の効果等について特に重点的な観察・評価を要するものと判断されるもの

評価療養（先進医療）に係る規則（抜粋）

（保険医療機関及び保険医療養担当規則）

- 保険外併用療養費に係る療養の基準等（第五条の四）
 - ・ 保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、**あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。**
 - ・ 保険医療機関は、**その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。**

（療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等）

- 第二 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の評価療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準
 - ・ 療養は、適切に行われる体制が整っている等保険医療機関が特別の料金を徴収するのにふさわしいものでなければならないものとする。
 - ・ **当該療養は、患者への情報提供を前提とし、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとする。**
 - ・ **患者への情報提供に資するため、特別の料金等の内容を定め、又は変更しようとする場合は、地方厚生局長等に報告するものとする。**この場合において、当該報告は、報告を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長等に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。
 - ・ 先進医療に関する基準
 - ① 施設基準の設定を求める旨の厚生労働大臣への届出に基づき、**施設基準が設定された先進医療**であること(厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準(平成二十年厚生労働省告示第百二十九号)第三に規定するものを除く。)
 - ② 当該診療を実施しようとする場合は、**先進医療ごとに、当該診療を適切に行うことのできる体制が整っている旨を地方厚生局長等に届け出るものとする。**この場合において、当該届出は、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長等に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。

先進医療会議における検討状況(令和5年11月1日時点)

○ 令和5年11月時点では、不妊治療に係る技術については、13技術が認められている。

申請技術名	技術の概要	先進医療会議における検討状況	先進医療 A/B の割り振り	(参考)ガイドラインにおける推奨度
PICSI	ヒアルロン酸を含有する培地を用いて、成熟精子の選択を行う技術。	適	先進医療 A	C
タイムラプス	培養器に内蔵されたカメラによって、胚培養中の胚を一定間隔で自動撮影し、培養器から取り出すことなく、正確な胚の評価が可能となる技術。			
子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE)	子宮内の細菌叢が、正常であるのか、異常であるのか、またその菌の種類の組成を判断する検査。			
SEET法	胚培養液を胚移植数日前に子宮に注入し、受精卵の着床に適した環境を作り出す技術。			
子宮内膜受容能検査 (ERA)	子宮内膜を採取し、次世代シーケンサーを用いて遺伝子の発現を解析し、内膜組織が着床に適した状態であるのかを評価する検査。			
子宮内膜スクラッチ	胚移植を行う予定の前周期に子宮内膜のスクラッチ（局所内膜損傷を与える）を行い、翌周期に胚移植を行う技術。			
IMSI	強拡大の顕微鏡を用いて、成熟精子の選択を行う技術。			
子宮内フローラ検査	子宮内の細菌叢が、正常であるのか、異常であるのか、またその菌の種類の組成を判断する検査。			
子宮内膜受容期検査 (ERPeak)	子宮内膜を採取し、RT-qPCRを用いて遺伝子の発現を解析し、内膜組織が着床に適した状態であるのかを評価する検査。			
二段階胚移植法	先行して初期胚を移植し、後日、継続培養を行った別の胚盤胞を移植する技術。			
マイクロ流体技術を用いた精子選別	特殊な膜構造を用いて、成熟精子の選択を行う技術。			
反復着床不全に対する投薬 (タクロリムス)	反復着床不全に対して、免疫抑制剤 (タクロリムス) の投与を行う技術。			
着床前胚異数性検査 (PGT-A)	胚から一部の細胞を採取して染色体の量の解析を行い、染色体数が正常な胚を選択する技術。			

不妊治療関連の先進医療Aの施設基準①(主として実施する医師に係る基準)

○ 主として実施する医師に係る基準については、例えば「産婦人科専門医であり、かつ、生殖専門医であること。」等の施設基準がある。

【主として実施する医師に係る基準】

先進医療技術名	診療科	資格	当該技術の経験年数	当該技術の経験症例数
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術	専ら産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科に従事し、当該診療科について <u>五年以上</u> の経験を有すること。	産婦人科専門医であり、かつ、 <u>生殖医療専門医</u> であること。	当該療養について <u>二年以上</u> の経験を有すること。	当該療養について、当該療養を主として実施する医師として <u>十例以上</u> の症例を実施していること。
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養			-	
子宮内細菌叢検査 1、2				
子宮内膜刺激術				
強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術			-	当該療養について、当該療養を主として実施する医師として <u>五例以上</u> の症例を実施していること。
二段階胚移植術				
子宮内膜受容能検査 1、2				
子宮内膜擦過術			-	
膜構造を用いた生理学的精子選択術				

不妊治療関連の先進医療Aの施設基準②(保険医療機関に係る基準)

○ 保険医療機関に係る基準については、例えば「産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。」等の施設基準がある。

【保険医療機関に係る基準】

先進医療技術名	診療科	実施診療科の医師数	その他医療従事者の配置	他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等)	医療機器の保守管理体制	倫理委員会による審査体制	医療安全管理委員会の設置	医療機関としての当該技術の実施症例数	その他				
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術	産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。	実施診療科において、常勤の産婦人科専門医が配置されていること。	配偶子及び胚の管理に係る責任者が配置されていること。	緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。	—	倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。	医療安全管理委員会が設置されていること。	当該療養について 十例以上 の症例を実施していること。	※				
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養										—	—		
強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術										—	—		
子宮内細菌叢検査 1、2					—			—	医療機器保守管理体制が整備されていること。	—	—	—	—
子宮内膜刺激術					—			—					
二段階胚移植術					—			—	—	—	—	—	—
子宮内膜受容能検査 1、2					—			—	—	—	—	—	—
子宮内膜擦過術					—			—	—	—	—	—	—
膜構造を用いた生理学的精子選択術					—			—	—	—	—	—	—

※ **検査を委託して実施する場合**には、臨床検査技師等に関する法律（昭和三十三年法律第七十六号）第二十条の三第一項に規定する**衛生検査所**であって、**当該検査の実施に当たり適切な医療機器等を用いるもの**に委託すること。

先進医療の実績

○ 令和5年6月30日時点における先進医療に係る費用等の実績において、実施件数が最も多いのは、「タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養」であり、79,700件が実施されていた。

令和5年6月30日時点における先進医療に係る費用（令和4年7月1日～令和5年6月30日）

告示番号	技術名	適用年月日	総合計（円）	先進医療総額（円）	平均入院期間（日）	実施件数（件）	実施医療機関数（機関数）
A19	子宮内膜刺激術	2022/4/1	8,728,580,969	703,775,157	0.0	19,701	152
A20	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	2022/4/1	41,381,026,602	3,167,665,801	0.0	79,700	224
A21	子宮内膜擦過術	2022/4/1	783,448,452	39,998,773	0.0	2,177	82
A22	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術	2022/4/1	4,492,527,136	235,001,780	0.0	7,718	99
A23	子宮内膜受容能検査1	2022/4/1	2,186,796,737	632,094,190	0.0	4,847	211
A24	子宮内細菌叢検査1	2022/4/1	2,524,643,902	358,869,411	0.0	5,343	189
A25	強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術	2022/4/1	4,849,818,297	250,433,910	0.0	12,565	46
A26	二段階胚移植術	2022/5/1	1,957,954,447	212,133,814	0.0	2,231	87
A27	子宮内細菌叢検査2	2022/7/1	1,421,069,827	196,713,739	0.0	3,910	111
A28	子宮内膜受容能検査2	2022/8/1	282,291,415	113,288,650	0.0	881	28
A30	膜構造を用いた生理学的精子選択術	2023/3/1	217,035,939	19,989,420	0.0	680	48
B63	タクロリムス投与療法	2022/8/1	3,774,246	2,412,336	—	20	4
B70	着床前胚異数性検査	2023/4/1	1,814,380	1,797,200	—	5	1

1. 不妊治療の保険適用の経緯、範囲
2. 保険適用された不妊治療の現状
3. 先進医療の状況
4. 年齢制限・回数制限について
5. 情報提供の在り方について
6. その他

不妊に悩む方への特定治療支援事業について

1. 事業の概要

- 要旨 不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成
- 対象治療法 体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）
- 対象者 特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された夫婦
(治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦)
- 給付の内容
 - ① 1回30万円
※凍結胚移植（採卵を伴わないもの）及び採卵したが卵が得られない等のため中止したものについては、1回10万円
通算回数は、初めて助成を受けた際の治療期間初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは通算6回まで、40歳以上43歳未満であるときは通算3回まで助成（1子ごと）
 - ② 男性不妊治療を行った場合は30万円 ※精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術
- 所得制限 なし
- 指定医療機関 事業実施主体において医療機関を指定
- 実施主体 都道府県、指定都市、中核市
- 補助率等 1/2（負担割合：国1/2、都道府県・指定都市・中核市1/2）、安心こども基金を活用

2. 沿革

平成16年度創設	1年度あたり給付額10万円、通算助成期間2年間として制度開始
平成18年度	通算助成期間を2年間→5年間に延長
平成19年度	給付額を1年度あたり1回10万円・2回に拡充、所得制限を650万円→730万円に引き上げ
平成21年度補正	給付額1回10万円→15万円に拡充
平成23年度	1年度目を年2回→3回に拡充、通算10回まで助成
平成25年度	凍結胚移植(採卵を伴わないもの)等の給付額を見直し(15万円→7.5万円)
平成25年度補正	安心こども基金により実施
平成26年度	妻の年齢が40歳未満の新規助成対象者の場合は、通算6回まで助成 (年間助成回数・通算助成期間の制限廃止) ※平成25年度の有識者検討会の報告書 における医学的知見等を踏まえた見直し(完全施行は平成28年度)
平成27年度	安心こども基金による実施を廃止し、当初予算に計上
平成27年度補正	初回治療の助成額を15万→30万円に拡充 男性不妊治療を行った場合、15万円を助成
平成28年度	妻の年齢が43歳以上の場合、助成対象外。妻の年齢が40歳未満の場合は通算6回まで、40歳 以上43歳未満の場合は通算3回まで助成(年間助成回数・通算助成期間の制限廃止)
令和元年度	男性不妊治療にかかる初回の助成額を15万→30万円に拡充
令和2年度補正	所得制限の撤廃、妻の年齢が40歳未満の場合は1子あたり6回まで、40歳以上43歳未満の場 合は1子あたり3回まで助成(通算助成上限回数の制限廃止)、男女とも2回目以降の治療の 助成額を15万→30万円に拡充、 <u>一部の事実婚も助成対象へ。</u>
令和3年度補正	令和4年度からの保険適用の円滑な実施に向け、移行期の治療計画に支障が生じないよう、 経過措置として <u>年度をまたぐ一回の治療分を助成。</u>

3. 支給実績

平成16年度	17,	657件
平成17年度	25,	987件
平成18年度	31,	048件
平成19年度	60,	536件
平成20年度	72,	029件
平成21年度	84,	395件
平成22年度	96,	458件
平成23年度	112,	642件
平成24年度	134,	943件
平成25年度	148,	659件
平成26年度	152,	320件
平成27年度	160,	733件
平成28年度	141,	890件
平成29年度	139,	752件
平成30年度	137,	928件
令和元年度	135,	529件
令和2年度	135,	480件
令和3年度	234,	416件

- 「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会 報告書」（平成25年8月23日）において下記のとおり示されている。

② 助成対象年齢

- 本検討会では、年齢別の妊娠・出産に伴う様々なリスク等について、分析・評価を行った。その結果、加齢とともに、妊娠・出産に至る可能性は低下し、かつ、特に30歳代後半以降では、女性や子どもへの健康影響等のリスクは上昇する傾向があることが確認された。

（女性の年齢と不妊治療の実績）

- ・ 特定不妊治療を行った場合の流産率は、40歳では3回に1回以上、43歳では2回に1回以上が流産となる。
- ・ 生産分娩率（1回の治療で出産に至る確率）については、32歳くらいまでは概ね5回に1回の割合で推移しているが、30歳代半ば以降徐々に低下し、39歳には10回に1回、43歳には50回に1回、45歳以上では100回に1回に満たない。

（女性の年齢と妊娠・出産に伴うリスク）

- ※ 発症頻度の高い8つの産科合併症（早産、前期破水、絨毛膜羊膜炎、切迫早産、子宮頸管無力症、前置胎盤、常位胎盤早期剥離、妊娠高血圧症候群）を対象。
- ・ 前期破水、絨毛膜羊膜炎、切迫早産の3つの疾患については、10代が最も高く、その後、加齢とともにその発症頻度が低下する傾向が認められた。その主な理由としては、子宮の機能の未熟性や、性生活の活動性や適切な感染予防策を講じないことによる感染症の増加といったことが原因と考えられる。
 - ・ 一方、前置胎盤、常位胎盤早期剥離、妊娠高血圧症候群の3つの疾患については、加齢とともにその発症頻度が直線的に上昇し、加齢そのものが影響する疾患と考えられる。
 - ・ 5歳ごとの相対リスクを評価したところ、妊娠高血圧症候群と前置胎盤は、40歳以上で20～34歳の女性の2倍以上のリスクとなる。
 - ・ 特に、妊娠高血圧症候群について1歳ごとの相対リスクを評価したところ、40歳以上では、急峻に発症が増加し、43歳以上では30歳の2倍以上のリスクとなる。

（女性の年齢と子どもの染色体異常の頻度）

- ・ 海外の研究報告によれば、女性の年齢とともに、何らかの染色体異常をもつ子が生まれる頻度は上昇する。39歳以上では何らかの染色体異常を持つ子が生まれる頻度が100人に1人との知見が得られている。
- ・ こうした女性や子どもへの影響を考慮すると、妊娠・出産を希望する方の安心・安全な妊娠・出産に資するという観点から、リスクが相対的に少ない年齢で治療を開始することが望ましく、特定治療支援事業の助成対象を一定の年齢以下にすることが適当であると考えられる。ただし、特定不妊治療を受ける方の年齢構成の変化に留意するとともに、現に特定治療支援事業を利用している方に配慮することが必要である。
- ・ 具体的には、以下の医学的知見や特定治療支援事業のこれまでの利用状況等を踏まえ、43歳未満とすることが適当であると考えられる。

（医学的知見）

- ・ 妊産婦死亡率は、30代半ばでは出産十万件あたり約6件で推移しているが、37歳以降10件を超え、さらに、42歳で27.1件、43歳で38.0件と大幅に増加する。
- ・ 特定不妊治療を行った場合の生産分娩率は年齢とともに低下し、流産率は年齢とともに上昇する。
（40歳以上では流産率が30%、43歳以上では50%を超え、分娩に至る割合は50回に1回となる）
- ・ 妊娠高血圧症候群等の産科合併症のリスクは40歳を超えると、急峻に上昇し、妊娠高血圧症候群については、30歳を基準とすると40歳以上で相対リスクが1.7倍超、43歳以上で2倍超となる。
- ・ 周産期死亡率は30代後半から上昇し、40歳以上では出産千件当たり7.0件、43歳以上では出産千件あたり10件を上回る。

- 「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会 報告書」(平成25年8月23日)において下記のとおり示されている。

③ 年間助成回数

- 年間助成回数(現在は年2回まで(初年度は3回まで))については、事業開始(平成16年度)以降、治療技術の進歩や不妊治療を受ける方の増加に伴う治療パターンの多様化を踏まえ、回数の増加を図ってきた。
- 今回の見直しに当たっては、特定不妊治療を受ける方の身体への負担の少ない治療法等が選択できるようになってきたことを踏まえ、相対的にリスクが少なく、出産に至る確率の高い、より早い段階での治療の機会を確保する観点から、年間の助成回数については、制限を設けないこととすることが適当である。

④ 通算助成回数

- 特定不妊治療を受けた方の累積分娩割合は、6回までは回数を重ねるごとに明らかに増加する傾向にあるが、6回を超えるとその増加傾向は緩慢となり、分娩に至った方のうち約90%は、6回までの治療で妊娠・出産に至っているという研究報告がなされている。
- また、累積分娩割合を年齢5歳階級ごとに比較した場合、30~34歳及び35~39歳においては、治療回数を重ねるにつれて累積分娩割合は増加しているが、40歳以上では、治療回数を重ねても累積分娩割合はほとんど増加しない。
- これらの医学的知見を踏まえると、通算助成回数(現在は10回まで)については、年齢による差を設け、40歳未満で助成を開始した場合には通算6回とし、40歳以上で助成を開始した場合については、採卵から受精、そして胚移植に至るまでには、一定の治療回数を要することを考慮するとともに、諸外国における助成回数等を参考に、通算3回とすることが適当である。

⑤ 通算助成期間

- 通算助成期間(現在は5年間)については、
 - ・ 治療パターンや夫婦のライフスタイルの多様化、仕事との兼ね合い等、不妊治療に取り組む方には、様々なケースがあること
 - ・ 現行の通算助成期間の5年が事実上治療期間の目安となり、治療の継続・中止の判断を行うに当たり、身体的・精神的な負担よりも通算助成期間が大きな要素となってしまう例もあるとの指摘もあること
 - ・ 年間助成回数の制限を設けない場合には、比較的早期に集中的に治療が行われ、通算助成期間の制限を設けないこととしても徒に治療期間が長期化することは考えにくいことから、制限を設けないこととすることが適当である。

※ ②~⑤を踏まえた見直し案

- ・ 助成対象年齢は43歳未満
- ・ 通算助成回数は6回(40歳以降で治療を開始した場合は3回)
- ・ 年間助成回数及び通算助成期間については制限を設けない

○ 生殖医療ガイドラインにおいて、下記のとおり示されている。

- 体外受精（ICSI、凍結・融解胚移植を含む）治療の出生率は、治療を受ける女性自身の卵子を用いた場合、女性の年齢の増加により低下する。
- 女性の妊孕性は35歳以降急速に低下することが知られているが、体外受精治療における出生率も同様に35歳以降低下する。日本の生殖補助医療登録では、胚移植当たりの出生率は、30歳未満で36.6%、31～34歳で32.7%、35～39歳で25.4%、40～42歳で13.8%、43歳以上で4.6%であった。
- 体外受精（ICSI、凍結融解胚移植を含む）治療は、治療回数の増加に伴い累積出生率は増加する。体外受精治療の治療効果を評価する場合、1回の採卵または1回の胚移植あたりの出生率が用いられる場合と累積出生率が用いられる場合がある。累積出生率は、患者あたりの出生率を示すため、患者が何回治療を行うことが妥当かどうかの指標となる。体外受精治療の累積出生率に関する大規模な観察研究はこれまで3つあり、そのうち2つは米国からの後ろ向きコホート研究であり、残りの1つは英国からの前向き観察研究である。これらの研究では、治療回数は胚移植を行った回数としており、新鮮胚移植と凍結融解胚移植の両方を含む。3つの研究の概要と累積出生率を表1に示した。

表1 体外受精治療による累積出生率

著者（発表年）	Malizia BA, et al. (2009)			Luke B, et al. (2012)			Smith A, et al. (2015)		
研究期間（年）	2000～2005			2004～2009			2003～2010		
患者数	6,164			246,740			156,947		
治療周期数	14,248			471,208			257,398		
年齢	35.8±4.7歳（平均±SD）			35.5±5.1歳（平均±SD）			35, 32-38（メジアン、四分位範囲）		
出生児数	3,126			140,859			70,093		
治療回数上限	6回目			7回目			9回目		
治療回数	胚移植あたりの出生率(%)	出生率（下限）(%) (95%信頼区間)	出生率（上限）(%) (95%信頼区間)	胚移植あたりの出生率(%)	出生率（下限）(%)	出生率（上限）(%)	採卵あたりの出生率(%) (95%信頼区間)	出生率（下限）(%) (95%信頼区間)	出生率（上限）(%) (95%信頼区間)
1回目	25	25	25	32	32	32	30(29-30)	30(29-30)	30(29-30)
3回目	21	45	53	25	51	62	23(22-23)	45(44-45)	59(58-59)
6回目	13	51(49-52)	72(70-74)	25	56	83	17(15-20)	47(47-47)	78(77-79)
7回目				23	57	87	17(14-21)	47(47-47)	82(81-83)
9回目							16(8-24)	47(47-47)	88(86-89)

○ 生殖医療ガイドラインにおいて、下記のとおり示されている。

- 体外受精治療における累積出生率は女性年齢の上昇に伴い低下する。体外受精治療を受ける助成の年齢別の累積出生率を表2に示した。3つ全ての研究において、女性の年齢の上昇に伴い累積出生率は低下した。しかしながら、全ての年齢層において、6回目までの累積出生率の増加が認められ、40歳未満においては、9回目まで累積出生率の増加を認めた。

表2 女性の年齢と体外受精治療による累積出生率

著者 (発表年)	Malizia BA, et al. (2009)		Luke B, et al. (2012)		Smith A, et al. (2015)	
	出生率 (下限) (%) (95% 信頼区 間)	出生率 (上限) (%) (95% 信頼区 間)	出生率 (下限) (%)	出生率 (上限) (%)	出生率 (下限) (%) (95% 信頼区 間)	出生率 (上限) (%) (95% 信頼区 間)
	35歳未満		31~34歳			
1回目	33	33	39	39		
3回目	59	67	60	71		
6回目	65(64-67)	86(83-88)	64	88		
7回目	-	-	64	91		
9回目	-	-	-	-		
	35~37歳		35~37歳			
1回目	28	28	32	32		
3回目	51	58	50	62		
6回目	57	78	54	81		
7回目	-	-	54	84		
9回目	-	-	-	-		
	38~39歳		38~40歳		40歳未満	
1回目	21	21	22	22	32(32-33)	32(32-33)
3回目	40	47	35	47	49(49-49)	63(62-63)
6回目	46	67	38	65	51(51-51)	80(80-81)
7回目	-	-	38	69	51(51-51)	84(82-85)
9回目	-	-	-	-	51(51-51)	89(88-91)

Malizia BA, et al. (2009)		Luke B, et al. (2012)		Smith A, et al. (2015)	
出生率 (下限) (%) (95% 信頼区 間)	出生率 (上限) (%) (95% 信頼区 間)	出生率 (下限) (%)	出生率 (上限) (%)	出生率 (下限) (%) (95% 信頼区 間)	出生率 (上限) (%) (95% 信頼区 間)
40歳以上		41~42歳		40~42歳	
9	9	11	11	12(12-13)	12(12-13)
19	24	19	28	19(18-19)	28(27-29)
23(21-25)	42(37-47)	20	42	19(19-20)	42(38-45)
-	-	20	46	19(19-20)	43(39-48)
-	-	-	-	19(19-20)	45(40-50)
-	-	43歳以上		43歳以上	
-	-	4	4	4(3-4)	4(3-4)
-	-	7	11	5(5-6)	10(8-12)
-	-	7	19	6(5-6)	15(10-20)
-	-	7	20	6(5-6)	32(11-54)
-	-	-	-	6(5-6)	32(11-54)

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ①（生殖補助医療管理料（その1））

- 生殖補助医療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。

（新） 生殖補助医療管理料（月に1回）

1 生殖補助医療管理料 1	300点
2 生殖補助医療管理料 2	250点

[対象患者]

入院中の患者以外の患者であって、**生殖補助医療を実施している不妊症の患者**

[算定要件（その1）]

- (1) 入院中の患者以外の不妊症の患者であって、**生殖補助医療を実施しているもの（実施するための準備をしている者を含み、当該患者又はそのパートナーのうち女性の年齢が当該生殖補助医療の開始日において43歳未満である場合に限る。）**に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月に1回に限り算定する。
- (2) **治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付**すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- (3) 治療計画は、**胚移植術の実施に向けた一連の診療過程ごと**に作成すること。また、当該計画は、**採卵術（実施するため準備を含む。）から胚移植術（その結果の確認を含む。）**までの診療過程を含めて作成すること。ただし、既に凍結保存されている胚を用いて凍結・融解胚移植術を実施する場合には、**当該胚移植術の準備から結果の確認まで**を含めて作成すればよい。
- (4) 治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーのこれまでの治療経過を把握すること。特に、**治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計**について確認した上で、診療録に記載するとともに、**当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日**を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、確認に当たっては、患者及びそのパートナーからの申告に基づき確認するとともに、必要に応じて、過去に治療を実施した他の保険医療機関に照会すること。
- (5) 少なくとも**6月に1回以上**、当該患者及びそのパートナーに対して**治療内容等に係る同意について確認**するとともに、**必要に応じて治療計画の見直しを行う**こと。なお、治療計画の見直しを行った場合には、**当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付**すること。
- (6) 治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。
- (7) 治療計画を作成し、又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を**診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。また、**2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合**には、その内容について当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を**診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ②（生殖補助医療管理料（その2））

（新） 生殖補助医療管理料（月に1回）

1	生殖補助医療管理料 1	300点
2	生殖補助医療管理料 2	250点

[算定要件（その2）]

- (8) 当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。
- (9) 治療に当たっては、当該患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと。
- (10) 当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
- (11) 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
 - ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
 - イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。
- (12) (11)の確認に当たっては、確認した方法について、診療録に記載するとともに、提出された文書等がある場合には、当該文書等を診療録に添付すること。

[施設基準（その1）]

- (1) 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る2年以上の経験を有する**常勤の医師が1名以上配置**されていること。
- (3) 当該保険医療機関内に、日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る1年以上の経験を有する**常勤の医師が1名以上配置**されていること。
- (4) 当該保険医療機関内に、配偶子・胚の管理に係る責任者が1名以上配置されていること。
- (5) 当該保険医療機関内に、関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が1名以上配置されていることが望ましい。
- (6) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会のARTオンライン登録へのデータ入力を適切に実施すること。

※ 令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、（2）から（20）の基準を満たしているものとする。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ⑧ (胚移植術 (その1))

▶ 不妊症の患者に対して、胚移植を実施した場合の評価を新設する。

(新) 胚移植術

1 新鮮胚移植の場合	7,500点
2 凍結・融解胚移植の場合	12,000点

注1 **患者の治療開始日の年齢が40歳未満**である場合は、**患者1人につき6回に限り**、**40歳以上43歳未満**である場合は、**患者1人につき3回に限り**算定する。

[算定要件 (その1)]

- (1) 不妊症の患者に対して、当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、妊娠を目的として治療計画に従って移植した場合であって、新鮮胚を用いた場合は「1」により算定し、凍結胚を融解したものをを用いた場合は「2」により算定する。
- (2) 「注1」における治療開始日の年齢とは、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。ただし、算定回数の上限に係る治療開始日の年齢は、当該患者及びそのパートナーについて初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢により定めるものとする。
- (3) 「注1」について、胚移植術により妊娠し出産した後に、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合であって、その治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につきさらに6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につきさらに3回に限り算定する。
- (4) 胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (5) 凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 治療に当たっては、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。
- (7) 当該患者及びそのパートナーに係る胚移植術の実施回数の合計について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、実施回数合計の記載に当たっては、当該胚移植術の実施に向けた治療計画の作成に当たり確認した事項を踏まえること。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ⑧（胚移植術（その2））

（新） 胚移植術

1 新鮮胚移植の場合	7,500点
2 凍結・融解胚移植の場合	12,000点

注2 アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。

注3 高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。

〔算定要件（その2）〕

(8) 「注2」のアシステッドハッチングは、過去の胚移植において妊娠不成功であったこと等により、医師が必要と認めた場合であつて、妊娠率を向上させることを目的として実施した場合に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(9) 「注3」の高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置は、過去の胚移植において妊娠不成功であったこと等により、医師が必要と認めた場合であつて、妊娠率を向上させることを目的として実施した場合に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

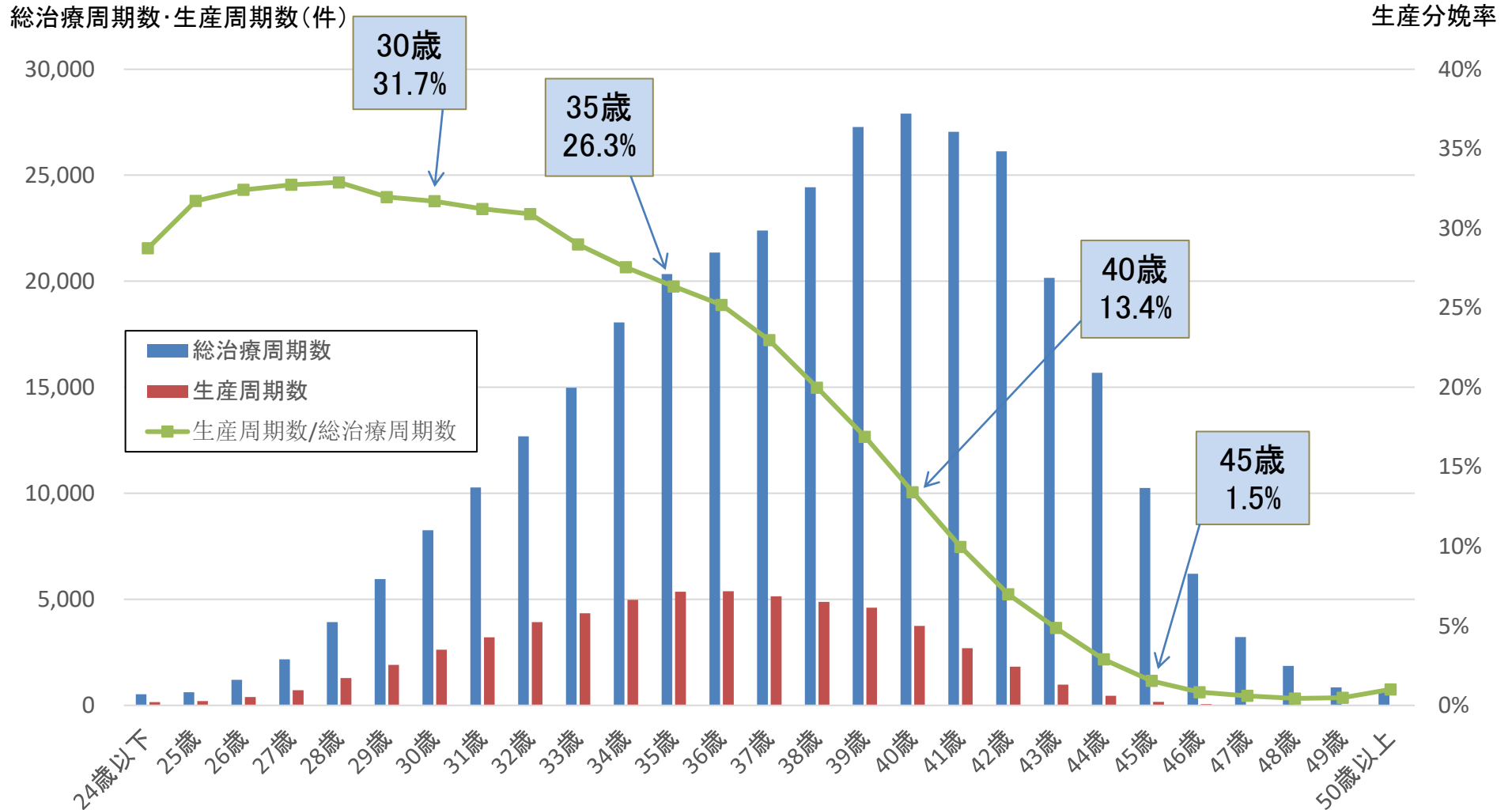
〔施設基準〕

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

不妊治療における年齢と生産分娩率(生産周期数/総治療周期数)※全胚凍結周期を除く

中医協 総-7-1
3.11.17改

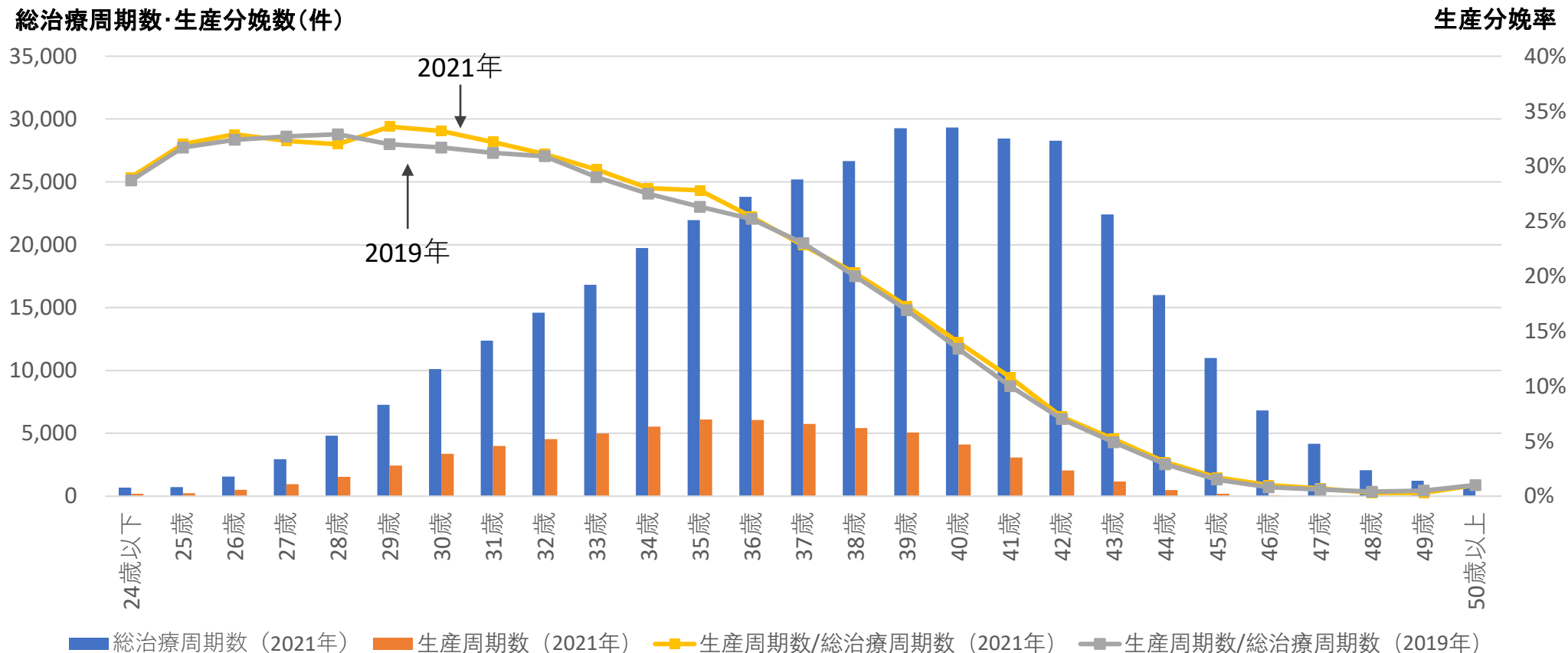
○ 不妊治療における年齢と生産分娩率の関係は、以下に示すとおり、年齢が上がるにつれ低下する傾向にある。



不妊治療中における年齢と生産分娩率（生産周期数／総治療周期数）

※全胚凍結周期を除く

- 不妊治療における年齢と生産分娩率の関係は、以下に示すとおり、年齢が上がるにつれ低下する傾向にある。
- 2021年のデータは、不妊治療の保険適用の議論の際に用いた2019年のデータと比較して、明らかな変化は認められない。



	24歳以下	25歳	26歳	27歳	28歳	29歳	30歳	31歳	32歳	33歳	34歳	35歳	36歳	37歳	38歳	39歳	40歳	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳以上
2021年	29.0	32.0	32.9	32.3	32.0	33.6	33.2	32.2	31.1	29.7	28.0	27.8	25.4	22.8	20.3	17.3	14.0	10.8	7.2	5.2	3.1	1.7	1.0	0.7	0.3	0.3	1.0
2019年	28.7	31.7	32.4	32.7	32.9	32.0	31.7	31.2	30.9	29.0	27.5	26.3	25.2	23.0	20.0	16.9	13.4	10.0	7.0	4.9	2.9	1.5	0.8	0.6	0.4	0.5	1.0

単位 (%)

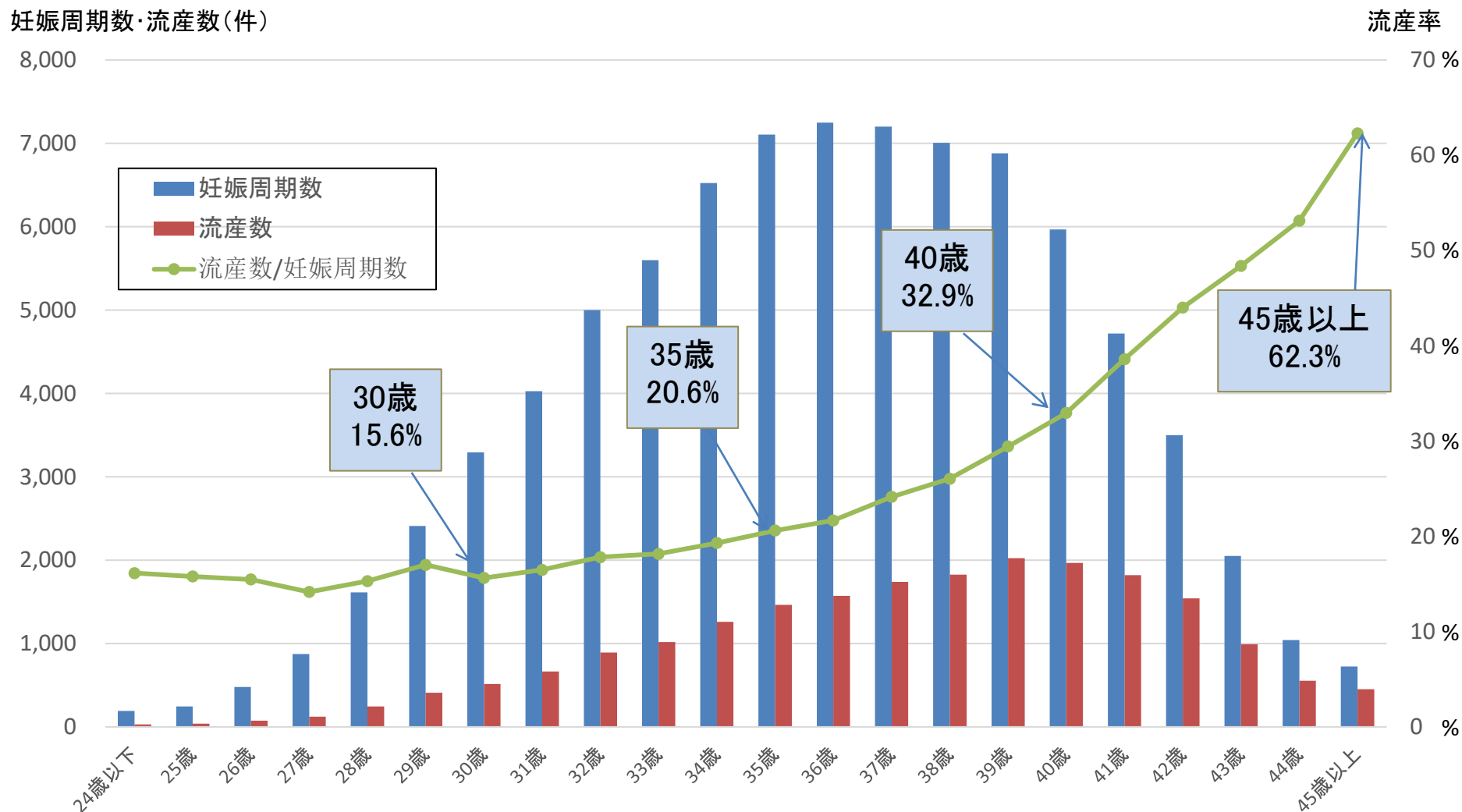
出典：日本産科婦人科学会ARTデータブック（2019年、2021年）を基にこども家庭庁成育局母子保健課で作成

不妊治療における年齢と流産率（流産数／妊娠周期数）

中医協 総 - 7 - 1

3 . 1 1 . 1 7

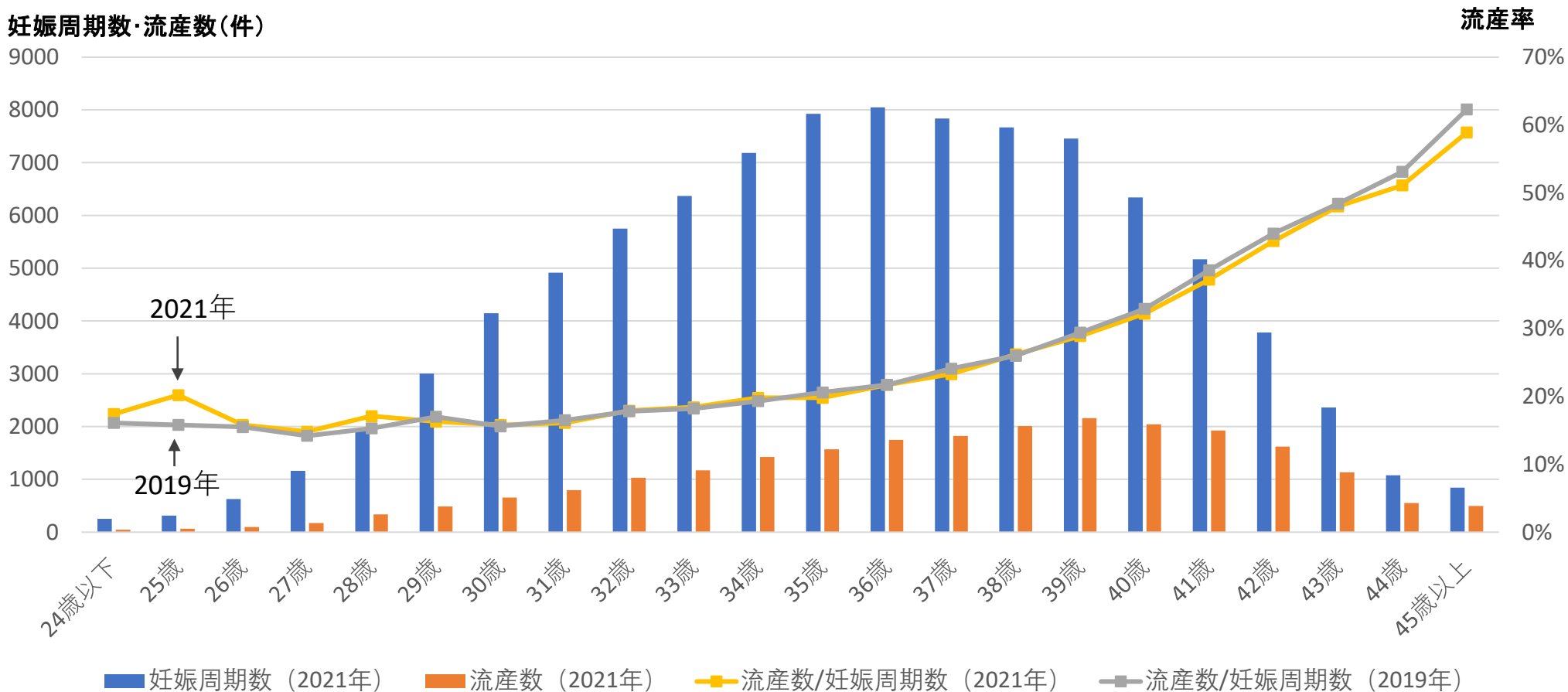
○ 不妊治療における年齢と流産率の関係は、以下に示すとおり、年齢が上がるにつれ上昇する傾向にある。



不妊治療中における年齢と流産率（流産数／妊娠周期数）

- 不妊治療における年齢と流産率の関係は、以下に示すとおり、年齢が上がるにつれ上昇する傾向にある。
- 2021年のデータは、不妊治療の保険適用の議論の際に用いた2019年のデータと比較して、明らかな変化は認められない。

妊娠周期数・流産数(件)



	24歳以下	25歳	26歳	27歳	28歳	29歳	30歳	31歳	32歳	33歳	34歳	35歳	36歳	37歳	38歳	39歳	40歳	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳以上
2021年	17.4	20.2	15.8	14.8	17.1	16.3	15.8	16.1	17.9	18.4	19.8	19.8	21.7	23.3	26.2	28.9	32.2	37.2	42.9	48.0	51.1	58.9
2019年	16.1	15.8	15.5	14.2	15.3	17.0	15.6	16.5	17.8	18.2	19.3	20.6	21.7	24.1	26.0	29.4	32.9	38.6	44.0	48.4	53.1	62.3

単位
(%)

1. 不妊治療の保険適用の経緯、範囲
2. 保険適用された不妊治療の現状
3. 先進医療の状況
4. 年齢制限・回数制限について
5. 情報提供の在り方について
6. その他

不妊治療の保険適用に係る検証等について(再掲)

○ 令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見(令和4年2月9日中医協総会)(抄)

・不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。

○ 「こども未来戦略方針」(令和5年6月13日 閣議決定)(抄)

Ⅲ-1. 「加速化プラン」において実施する具体的な施策

2. 全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充

(1) 妊娠期からの切れ目ない支援の拡充 ～伴走型支援と産前・産後ケアの拡充～

・女性が、妊娠前から妊娠・出産後まで、健康で活躍できるよう、国立成育医療研究センターに、「女性の健康」に関するナショナルセンター機能を持たせ、女性の健康や疾患に特化した研究やプレコンセプションケアを含む成育医療等の提供に関する研究等を進める。また、2022年度から保険適用された不妊治療について、推進に向けた課題を整理、検討する。

不妊治療に係る医療機関の情報提供について～保険適用前～

- 令和3年度までは、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」において、都道府県等が指定した医療機関で実施される不妊治療に係る費用の一部に対する国庫補助を行うとともに、医療機関が提出した情報を都道府県等がHPに掲載し、厚生労働省はそれらの情報を取りまとめて公表していた。

<医療機関に提出を求めている情報>

必須項目

【医療機関の基礎情報】

○配置人員

産婦人科専門医、泌尿器科専門医、生殖補助医療専門医、看護師、胚培養士/エンブリオロジスト、コーディネーター、カウンセラー

○医療安全管理体制の確保

倫理委員会の設置、医療事故情報収集等事業への参加、記録の長期保存、里親・特別養子縁組の普及啓発や関係者などとの連携 等

【医療機関の治療内容】

○治療内容(年間件数)

人工授精、体外受精+新鮮胚移植、凍結融解胚移植、顕微授精、精巣内精子回収術

任意項目

【医療機関の治療実績等】

○治療成績

35歳以上40歳未満である女性に対して行った

採卵総回数、胚移植総回数、妊娠数、生産分娩数、胚移植あたりの生産率(%)

※新鮮胚移植(体外受精・顕微授精)、凍結胚ごとに記載

○来院患者情報(年齢層別患者数)

体外受精・顕微授精・胚移植及び精巣内精子回収術を行った患者の年齢層と患者数

○施設の治療方針(自由記載)

不妊治療に係る医療機関の情報提供について～保険適用前～ (参考)令和3年実績に係る情報提供様式

別紙5-1

不妊に悩む方への特定治療支援事業の実施医療機関
(採卵・胚移植を行う医療機関)における情報提供様式(必須記載)

医療機関名:			
配置人員 (※1)	産婦人科専門医	()	()名
	うち、生殖医療専門医	()	()名
	泌尿器科専門医	()	()名
	うち、生殖医療専門医	()	()名
	看護師	()	()名
	胚培養士/エンブリオロジスト	()	()名
	コーディネーター カウンセラー	()	()名
治療内容 (※2)	治療の種類	年間実施件数 (年)	費用
	人工授精	()件	()円
	体外受精+新鮮胚移植	()件	(~)円
	凍結融解胚移植	()件	()円
	顕微授精 精巣内精子回収術	()件 ()件	()円 ()円
実施事項	自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関して、公益社団法人日本産科婦人科学会における個別調査票(治療から妊娠まで及び妊娠から出産後まで)への登録を行っている。	(はい/いいえ)	
	自医療機関で分娩を取り扱わない場合には、妊娠した患者を紹介し、妊娠から出産に至る全ての経過について報告を受ける等、分娩を取り扱う他の医療機関と適切な連携をとっている。(自医療機関で分娩を取り扱っている場合は回答不要)	(はい/いいえ)	
	医療安全管理体制が確保されている。		
	① 医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げている	(はい/いいえ)	
	② 医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握している	(はい/いいえ)	
	③ 医療に係る安全管理のための職員研修を定期的に実施している	(はい/いいえ)	
	④ 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための対策を講じている	(はい/いいえ)	
	⑤ 自医療機関において保存されている配偶子、受精卵の保存管理及び記録を安全管理の観点から適切に行っている	(はい/いいえ)	
	⑥ 体外での配偶子・受精卵の操作に当たっては、安全確保の観点から必ずダブルチェックを行う体制を構築しており、ダブルチェックは、実施責任者の監督下に、医師・看護師・胚培養士/エンブリオロジストのいずれかの職種で2名以上で行っている。	(はい/いいえ)	
	倫理委員会を設置している ※委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告『生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解』に準ずる	(はい/いいえ)	
公益財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業に登録・参加している	(はい/いいえ)		
不妊治療にかかる記録については、保存期間を2年以上としている	(はい/いいえ)		
里親・特別養子縁組制度の普及啓発等や関係者との連携を実施している	(はい/いいえ)		

別紙5-2

不妊に悩む方への特定治療支援事業の実施医療機関における情報提供様式(任意記載)

本項目についての記載は、必須ではありません。下記記載様式を用いて、可能な範囲で記載して下さい。

医療機関名:					
治療実績について					
※ 施設における、不妊治療による治療成績を記載して下さい。					
(記載様式) 当院において、データの揃っている直近の1年間(2018年1月から2018年12月まで)に、治療開始時点において35歳以上40歳未満である女性に対して実施した治療の実績は以下の通りである。					
【新鮮胚(卵)を用いた治療成績】					
	IVF-ET	Split	ICSI	合計	
採卵総回数(回)					
移植総回数(回)					
妊娠数(回)					
生成分娩数(回)					
移植あたり生産率(%)					
IVF-ET:採卵により得られた全ての卵子に対し、体外受精を実施 Split:採卵により得られた卵子に対し、体外受精と顕微授精に分けて実施 ICSI:採卵により得られた全ての卵子に対し、顕微授精を実施					
【凍結胚を用いた治療成績】					
	凍結胚子宮内移植				
移植総回数(回)					
妊娠数(回)					
生成分娩数(回)					
移植あたり生産率(%)					
実院患者情報					
※ 施設を受診した患者数について記載して下さい。 (記載様式) データの揃っている直近の1年間(2018年1月から2018年12月まで)に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数(実数)は 25歳未満:()名 25歳以上30歳未満:()名 30歳以上35歳未満:()名 35歳以上40歳未満:()名 40歳以上43歳未満:()名 43歳以上:()名					
データの揃っている直近の1年間(2018年1月から2018年12月まで)に精巣内精子採取術を行った患者数(実数)は 20歳未満:()名 20歳以上30歳未満:()名 30歳以上40歳未満:()名 40歳以上50歳未満:()名 50歳以上:()名					

不妊治療に係る医療機関の情報提供について～保険適用後～

- 生殖補助医療管理料及び精巣内精子採取術の施設基準において、「国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること」とされており、具体的には、こども家庭庁の「不妊症・不育症に関する広報・啓発促進事業」における不妊症にかかる医療機関の情報提供に協力することが求められている。

<医療機関に提出を求めている情報>

必須項目

【医療機関の基礎情報】

- 配置人員
産婦人科専門医、泌尿器科専門医、生殖医療専門医、看護師、胚培養士/エンブリオロジスト、コーディネーター、カウンセラー
- 届け出している診療報酬項目
生殖医療管理料1、生殖医療管理料2、精巣内精子採取術
- 医療安全管理体制の確保
倫理委員会の設置、医療事故情報収集等事業への参加、記録の長期保存、
里親・特別養子縁組の普及啓発や関係者などとの連携 等
- 医療機関情報
住所、連絡先、開院時間、駐車場の有無

【医療機関の治療内容】

- 治療内容
人工授精、採卵術、体外受精、顕微授精、新鮮胚移植、凍結・融解胚移植、
精巣内精子採取術、顕微鏡下精巣内精子採取術

任意項目

【医療機関の治療実績等】

- 治療成績
35歳以上40歳未満である女性に対して行った
採卵総回数、胚移植総回数、妊娠数、生産分娩数、胚移植あたりの生産率(%)
※新鮮胚移植(体外受精・顕微授精)、凍結胚ごとに記載
- 来院患者情報(年齢層別患者数)
体外受精・顕微授精・胚移植及び精巣内精子回収術を行った患者の年齢層と患者数
- 施設の治療方針(自由記載)

※赤字は新しく追加された項目
(任意から必須になった項目も含む)

不妊治療に係る医療機関の情報提供について～保険適用後～ (参考)情報提供ウェブサイト

- 医療機関から登録された情報をこども家庭庁のウェブサイトで公表しており、都道府県、治療内容等から医療機関を検索可能なかたちで情報提供をおこなっている。

知りたいポイントで探す
医療機関検索

不妊治療を実施している医療機関を検索することができます。
都道府県、治療内容、その他の条件を選択し、「検索する」をクリックしてください。

都道府県から探す | 治療内容から探す | その他の条件から探す

お調べになりたい都道府県をお選びください。(任意) ※複数選択可

北海道 青森県 岩手県 宮城県 秋田県 山形県
福島県 茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県
東京都 神奈川県 新潟県 富山県 石川県 福井県
山梨県 長野県 岐阜県 静岡県 愛知県 三重県
滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県
鳥取県 島根県 岡山県 広島県 山口県 徳島県
香川県 愛媛県 高知県 福岡県 佐賀県 長門県
熊本県 大分県 宮崎県 鹿児島県 沖縄県

検索する 🔍

検索結果

東京都 Aクリニック
東京都 ○○区△●丁目～
03XXXXXXXX
駐車場あり 土日診療あり 妊婦健診の診療可

東京都 B病院
東京都 □□区■丁目～
03XXXXXXXX
駐車場あり 土日診療あり 妊婦健診の診療可

東京都 Cクリニック
東京都 △△市▲丁目～
03XXXXXXXX
駐車場あり 土日診療あり 妊婦健診の診療可

治療内容

人工授精	○
採卵術	○
体外受精	○
顕微授精	○
新鮮胚移植	○
凍結・融解胚移植	○
精巣内精子採取術	—
顕微鏡下精巣内精子採取術	—

配置人員（常勤換算）

産婦人科専門医	3名
うち、生殖医療専門医	1名
泌尿器科専門医	0名
うち、生殖医療専門医	0名
看護師	7名
胚培養士/エンブリオロジスト	7名

Website: みんなで知ろう不妊症・不育症のこと 医療機関検索

<https://funin-fuiku.cfa.go.jp/clinic/>

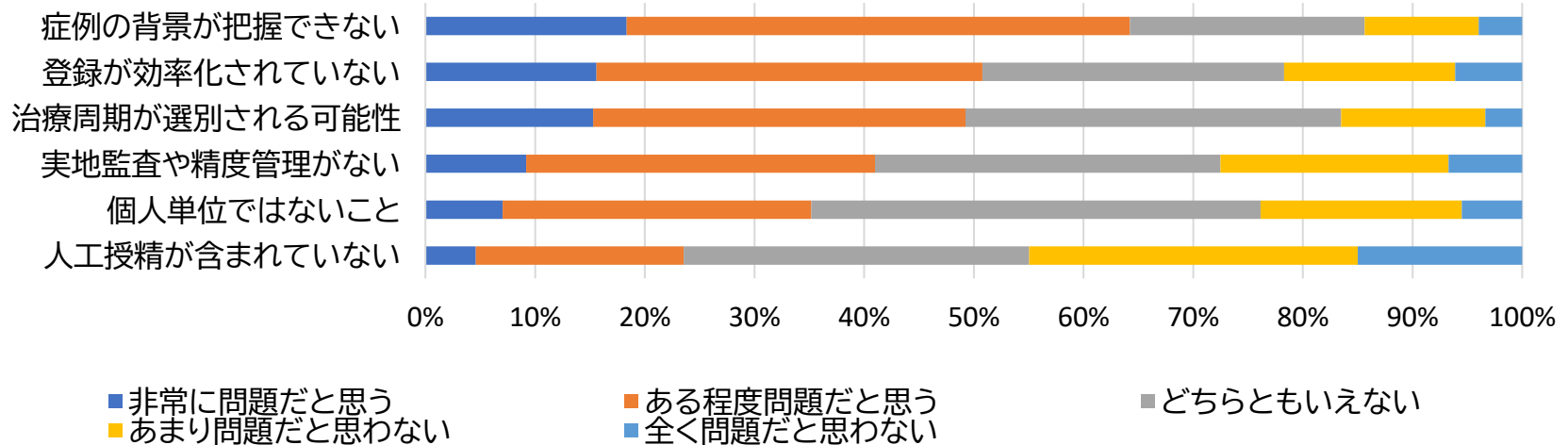
不妊治療に係る情報提供の在り方について

研究班における論点整理※

- 不妊治療に係る情報提供は、医療の質の向上や、患者の医療機関の選択に有用であることに加え、医療機関における信頼や患者のエンパワメントにもつながる可能性がある。
- 一方、治療実績に関するデータは、治療技術だけでなく、患者の年齢や合併症等の個別的要因が大きく反映されるものがあり、こうしたデータについては、その解釈が難しく、また、公表を求めることで医療機関による患者の選別につながる可能性がある。

【医療機関アンケート】※

現在のART登録データを治療情報や成績の開示に用いる場合の問題点 (n = 327)



※令和4～5年度こども家庭庁科学研究「不妊治療における情報提供の方策等の確立に向けた研究」(研究代表者:前田恵理)

不妊治療を受ける患者が、各医療機関ごとの治療実績や安全性に関するデータを参考に、自分で医療機関を選択することができるよう、研究班・関係学会において、以下のように情報提供を充実させる方向で議論。

- 治療実績については、年齢階級別のデータが患者の判断に資すると考えられるため、年齢階級別の採卵総回数等を必須項目に含めるなど、治療の質に関するデータを充実。
- 安全性については、不妊治療の合併症である卵巣過刺激症候群(OHSS)等の発症数を含めることで、安全性に関するデータを充実。

不妊治療に係る医療機関の情報提供項目の充実について

研究班、関係学会において、今後、以下について情報提供を充実させる方向で議論。

必須項目

【医療機関の基礎情報】

○配置人員

産婦人科専門医、泌尿器科専門医、生殖医療専門医、看護師、胚培養士/エンブリオロジスト、コーディネーター、カウンセラー

○医療安全管理体制の確保

倫理委員会の設置、医療事故情報収集等事業への参加、記録の長期保存、里親・特別養子縁組の普及啓発や関係者などとの連携 等

○医療機関情報

住所、連絡先、開院時間、駐車場の有無、バリアフリーの有無（詳細項目を検討）

【医療機関の治療内容】

○治療内容（年間件数）

人工授精、採卵術、体外受精、顕微授精、新鮮胚移植、凍結融解胚移植、精巣内精子採取術（単純なもの）、精巣内精子採取術（顕微鏡を用いたもの）

先進医療の実施の有無

【医療機関の治療実績データ等】

○治療実績に関するデータ

採卵総回数（年齢階級別）、体外受精による胚移植総回数（年齢階級別）、

顕微授精による胚移植総回数（年齢階級別）

精巣内精子採取術（単純なもの）総回数（年齢階級別）

精巣内精子採取術（顕微鏡を用いたもの）総回数（年齢階級別）

○安全性に関するデータ

卵巣過刺激症候群（OHSS）の発症率（重症度について詳細を検討）、

多胎妊娠率（時期について等、詳細を検討）

○施設の治療方針（自由記載、例示を提示）

※赤字は新しく追加された項目
（任意から必須になった項目も含む）

1. 不妊治療の保険適用の経緯、範囲
2. 保険適用された不妊治療の現状
3. 先進医療の状況
4. 年齢制限・回数制限について
5. 情報提供の在り方について
6. その他

配偶子・胚の管理を行う技術者について

- 生殖補助医療においては、配偶子・胚の管理に係る技術者（いわゆる「胚培養士」）が配置され、卵子・精子・胚の管理や、授精等の操作を実施。

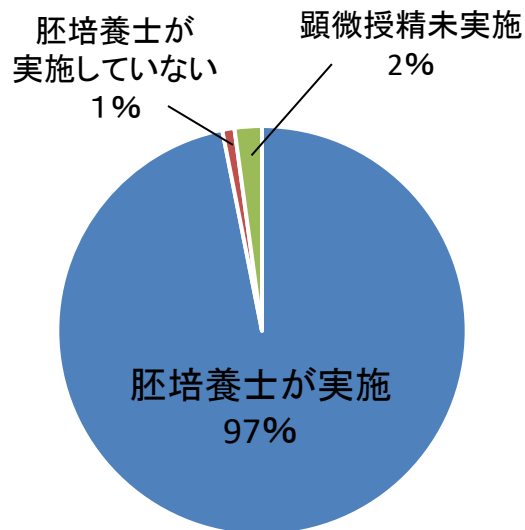
<参考：胚培養士が実際に実施している業務等について>

- 生殖補助医療を実施している医療機関において、常勤の胚培養士を1名以上雇用している施設は95.7%。
- ほぼすべての生殖補助医療実施医療機関で、顕微授精、胚凍結・融解、培養室消耗品の管理・発注等の業務を胚培養士が実施。

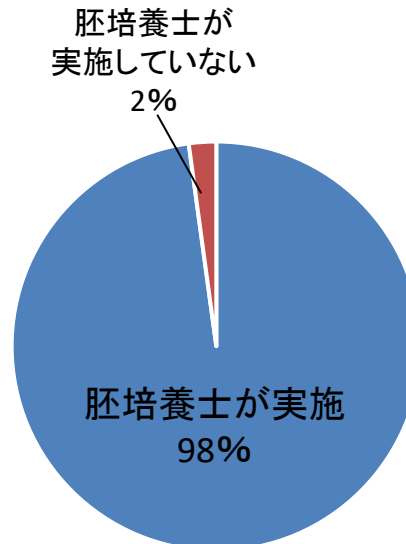
- これらの技術者については、その資格要件等について統一されたものはないが、多くの施設でそれぞれの学会認定を受けた者が配置されている。

- 日本卵子学会：生殖補助医療胚培養士
- 日本臨床エンブリオロジスト学会：臨床エンブリオロジスト

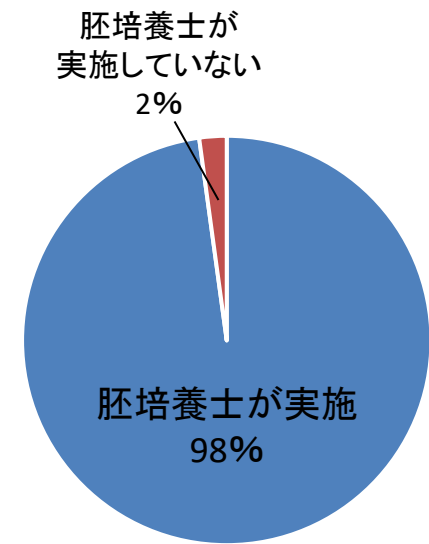
顕微授精の実施



胚凍結の実施



培養室消耗品の管理・発注



令和4～5年度こども家庭庁科学研究
「標準的な生殖医療の知識啓発と情報提供のためのシステム構築に関する研究」(研究代表者：苛原稔)

胚培養士に求める技術水準の標準化に向けた関係学会の動きについて

- 配偶子・胚の管理を行う技術者(いわゆる「胚培養士」)に求める技術水準の標準化に向けて、研究班及び関係学会※において、その業務内容や資質を整理した上で、今後、日本卵子学会及び日本臨床エンブリオロジスト学会が認定資格の統一を行っていく方針となっている。

※日本産科婦人科学会、日本生殖医学会、日本卵子学会、日本臨床エンブリオロジスト学会

業務 胚培養士が医師の監督下に行い得る業務としては以下が挙げられる。

- 一般不妊治療及び生殖補助医療における、人工授精、体外受精、顕微授精、胚移植などを目的とした、配偶子、受精卵、胚などの取り扱い、及びこれらの凍結、融解などの操作
- 医師による配偶子、受精卵、胚の評価、検査及び説明などの補助
- 培養室、採精室、移植室などの施設における機器および器具の準備、及び保全
- 培養室業務に関連する文書の記録、作成、管理

資質 医師の監督下に胚培養士として業務を行う者の、資質としては以下が求められる。

- 一般不妊治療、生殖補助医療に関する十分な知識を有すること。具体的には、以下のいずれかに該当すること。
 1. 大学または大学院にて医学、農学、生物学等を修得した学士、修士、博士
 2. 1. と同等の知識と研修を行ったと考えられる臨床検査技師等
- 一般不妊治療、生殖補助医療における胚培養等の業務について、適切な監督の下で1年以上の実務経験を有すること。
- 一般不妊治療、生殖補助医療に対して高い倫理観と品位および知識を有すること。

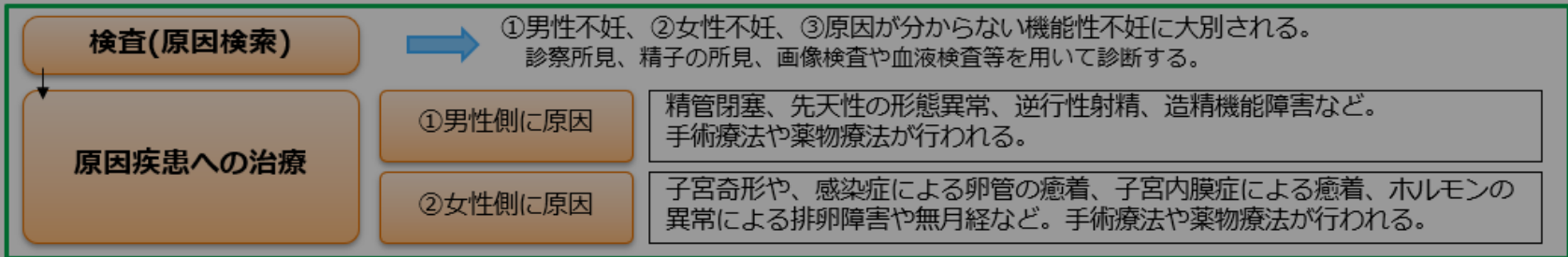
要件 胚培養士の資質を満たすため、以下の資格の保持等の要件を満たすことが望ましい。

- 日本卵子学会認定生殖補助医療胚培養士、日本臨床エンブリオロジスト学会認定臨床エンブリオロジストもしくは、これらの統一後の認定資格を保持すること
- その他、以下の双方を満たすこと。
 1. 日本産科婦人科学会のART実施登録施設において、実施責任者の監督の下に、1年以上、ヒト配偶子、受精卵、胚の操作・取り扱い、培養液の作成、器具の準備、採卵室などの施設管理、保全などの一切を実際に行い、ヒト体外受精・胚移植のラボワークの全ての行程を本人が最低30例以上実施していること
 2. 日本卵子学会および日本臨床エンブリオロジスト学会の統一生殖補助医療胚培養士認定資格を取得するために必要とする講習会、学術集会に参加していること

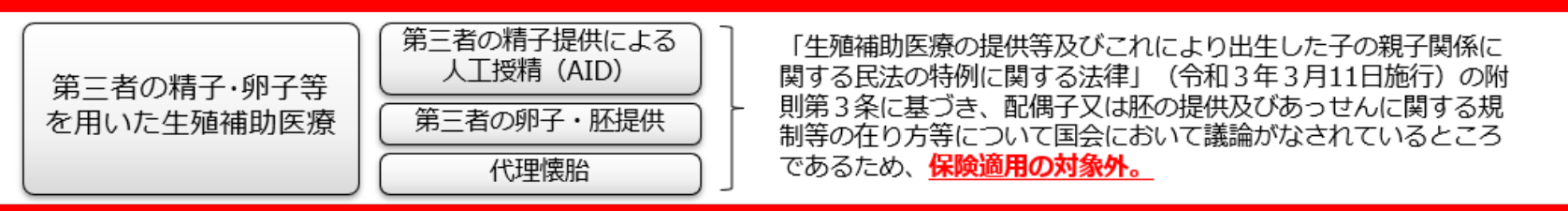
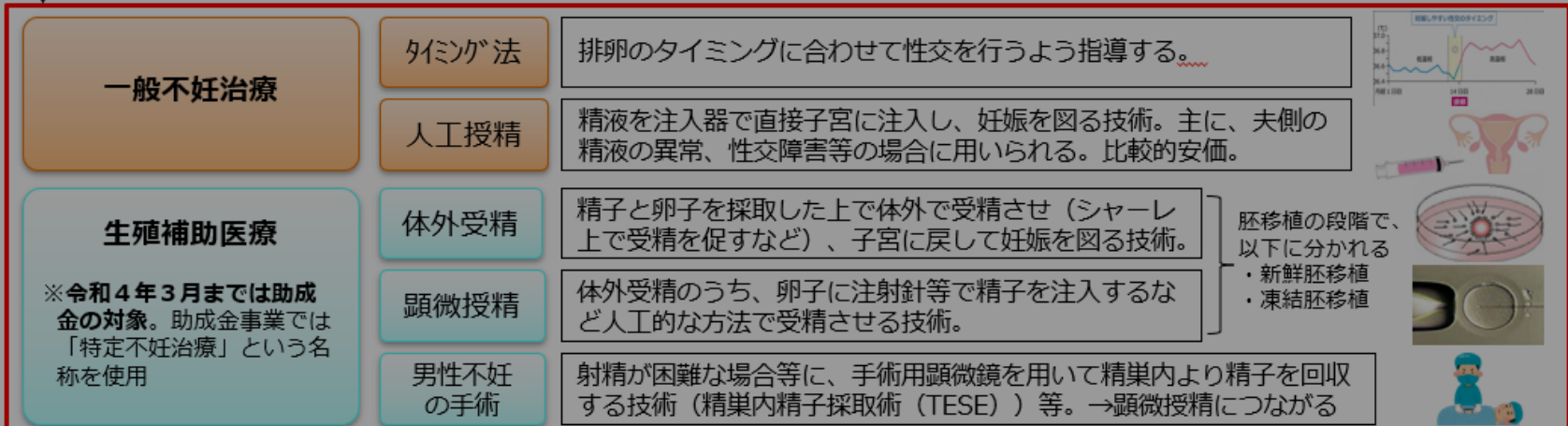
令和4～5年度こども家庭庁科学研究「標準的な生殖医療の知識啓発と情報提供のためのシステム構築に関する研究」(研究代表者: 苛原稔)
研究班資料をもとにこども家庭庁成育局母子保健課で作成

不妊治療の全体像

令和4年3月以前から保険適用



原因不明の不妊や治療が奏功しないもの【令和4年4月から新たに保険適用】 ※令和4年3月までは保険適用外



その他（現行の保険診療には入っていない周辺技術等の課題）

生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律の概要

令和2年法律第76号（議員立法：令和2年12月4日成立、12月11日公布）

1 趣旨等（第1条・第2条）

- (1) 生殖補助医療の提供等に関し、基本理念、国及び医療関係者の責務並びに国が講ずべき措置について規定
- (2) 第三者の卵子又は精子を用いた生殖補助医療により出生した子の親子関係に関し、民法の特例を規定

生殖補助医療＝人工授精又は体外受精若しくは体外受精胚移植を用いた医療

「人工授精」：提供精子を、女性の生殖器に注入

「体外受精」：採取された未受精卵を、提供精子により受精

「体外受精胚移植」：胚を女性の子宮に移植

2 生殖補助医療の提供等

【基本理念】（第3条）

- ① 生殖補助医療は、不妊治療として、その提供を受ける者の心身の状況等に応じて、適切に行われるようにするとともに、これにより懐胎・出産をすることとなる女性の健康の保護が図られなければならない
- ② 生殖補助医療の実施に当たっては、必要かつ適切な説明が行われ、各当事者の十分な理解を得た上で、その意思に基づいて行われるようにしなければならない
- ③ 生殖補助医療に用いられる精子又は卵子の採取、管理等については、それらの安全性が確保されるようにしなければならない
- ④ 生殖補助医療により生まれる子については、心身ともに健やかに生まれ、かつ、育つことができるよう必要な配慮がなされるものとする

【国の責務】（第4条）

- ① 基本理念を踏まえ、生殖補助医療の適切な提供等を確保するための施策を総合的に策定・実施
- ② ①の施策の策定・実施に当たっては、生命倫理に配慮するとともに、国民の理解を得るよう努める

【医療関係者の責務】（第5条） 基本理念を踏まえ、良質かつ適切な生殖補助医療を提供するよう努める

【知識の普及等】（第6条） 国は、妊娠・出産及び不妊治療に関する正しい知識の普及・啓発に努める

【相談体制の整備】（第7条） 国は、生殖補助医療の提供を受けようとする者、その提供を受けた者、生殖補助医療により生まれた子等からの生殖補助医療、子の成長等に関連する各種の相談に応ずることができるよう、必要な相談体制の整備を図らなければならない

【法制上の措置等】（第8条） 国は、生殖補助医療の適切な提供等を確保するために必要な法制上の措置等を講ずる

3 生殖補助医療により出生した子の親子関係に関する民法の特例（第9条・第10条）

← 第三者の卵子・精子により出生した子の親子関係を規定

- ① 女性が自己以外の女性の卵子を用いた生殖補助医療により子を懐胎し、出産したときは、その出産をした女性をその子の母とする
- ② 妻が、夫の同意を得て、夫以外の男性の精子を用いた生殖補助医療により懐胎した子については、夫は、民法第774条の規定にかかわらず、その子が嫡出であることを否認することができない

4 施行期日等（附則第1条・第2条）

- ① 公布日から起算して3月を経過した日（令和3年3月11日）から施行
- ② 3は、公布日から起算して1年を経過した日（令和3年12月11日）から施行し、同日以後に生殖補助医療により出生した子について適用

5 検討（附則第3条）

← 生殖補助医療の規制の在り方等については、超党派の議連において検討中

① 生殖補助医療の適切な提供等を確保するための次の事項その他必要な事項については、おおむね2年を目途として、検討が加えられ、その結果に基づいて法制上の措置等が講ぜられるものとする

- 生殖補助医療及びその提供に関する規制の在り方
- 生殖補助医療に用いられる精子、卵子又は胚の提供又はあっせんに関する規制の在り方
- 生殖補助医療の提供を受けた者、精子又は卵子の提供者及び生殖補助医療により生まれた子に関する情報の保存・管理、開示等に関する制度の在り方

② ①の検討に当たっては、両議院の常任委員会の合同審査会の制度の活用等を通じて、幅広くかつ着実に検討

③ ①の検討の結果を踏まえ、この法律の規定について、認められることとなる生殖補助医療に応じ当該生殖補助医療により出生した子の親子関係を安定的に成立させる観点から3の特例を設けることも含めて検討が加えられ、その結果に基づいて必要な法制上の措置が講ぜられるものとする

医学的適応のない卵子凍結(ノンメディカルな卵子凍結)について

- 卵子凍結には、1. 病気の「治療により」妊娠しにくくなることが懸念される場合の卵子凍結(例:がん治療)、2. 「病気により」妊娠しにくくなることが懸念される場合の卵子凍結、3. 「健康」な女性が年齢とともに、妊娠しにくくなることを懸念する場合の卵子凍結(ノンメディカルな卵子凍結)がある。
- ノンメディカルな卵子凍結については、将来の妊娠・出産を希望する際に、卵子側の加齢による影響により妊娠しにくくなることを懸念して、実施する医療技術である。
- 一方、デメリットとして、①母体側の影響(加齢に従い、合併症のリスクが上昇すること)については変わらないこと。②1つの卵子凍結を行った場合の出生率は4.5%~12%等が指摘されている。

出典：日本産科婦人科学会HP

<ノンメディカル卵子凍結に関する日本産科婦人科学会の考え方>

(令和5年6月7日)

1. あくまでも当事者の選択に委ねられる事項である。
2. 推奨も否定もしない(本会は、多くの女性がノンメディカルな卵子凍結について心配しないで済む社会環境が実現することを切望しています)。
3. 本会は、当事者女性、社会に対して正確な情報提供(動画)を行うことが必須。
4. 本会は、希望者は本会の動画を視聴し、その内容を理解・納得して行くかどうかの決定をすることを推奨する。
5. 卵子などの保存が、本会生殖補助医療登録施設と関係なく希望者と会社の契約というような形で行われ、医療者の手から離れる可能性があることについて十分に検討する必要がある。

日本産科婦人科学会HPより引用

<未受精卵卵子凍結の成績>

治療ステップ	割合
1. 採卵率	89.8% ~ 96.9%
2. 凍結・誘拐を経て受精に臨める率	86.0% ~ 96.8%
3. 受精率	71.0% ~ 79.0%
4. 着床率	17.0% ~ 41.0%
5. 出生率/卵子1個あたり	4.5% ~ 12.0%

- 卵子凍結の場合は、卵子を融解して子宮に移植するまでに、精子と受精させ、受精が成立し、細胞分裂を繰り返して、胚となるまでのステップが必要。
- 凍結した卵子が胚まで到達しない可能性がある。
- 凍結・融解した卵子が処置によって変性することなく精子との受精に臨める率は86.0%~96.8%、受精率は71~79%、着床率は17~41%、胚移植あたりの妊娠率は36~61%となり、結果的に1つの卵子凍結を行った場合の出生率は4.5~12%。

<参考文献>

1. Liang T, Motan T. Mature Oocyte Cryopreservation for Fertility Preservation. Adv Exp Med Biol. 2016
2. Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Assisted Reproductive Technology. Mature oocyte cryopreservation: a guideline. Fertil Steril. 2013
3. 日本産科婦人科学会HP https://www.jsog.or.jp/modules/committee/index.php?content_id=302
4. 一般社団法人日本生殖医学会 | 倫理委員会報告「未受精卵子および卵巣組織の凍結・保存に関する指針」 http://www.jsrm.or.jp/guideline-statem/guideline_2018_01.html

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業(概要①)

〈背景〉

- 若年者へのがん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊孕性が低下することは、妊娠・出産を希望する患者にとって大きな課題である。妊孕性温存療法として、胚(受精卵)、未受精卵子、卵巣組織、精子を採取し長期的に凍結保存することがあるが、**高額な自費診療となるため、特に若年のがん患者等にとって経済的負担**となっている。
- 一方で、妊孕性温存療法のうち、未受精卵子凍結や卵巣組織凍結については、**有効性等のエビデンス集積が更に求められている**。
- 経済的支援に関しては、独自に妊孕性温存療法の経済的支援を行う自治体は増えてきているものの、**全国共通の課題**であり、自治体毎の補助の格差もあることから、**国による支援が求められていた**。



〈事業概要〉

- 妊孕性温存療法にかかる**費用負担の軽減を図りつつ**、患者から臨床情報等を収集することで、妊孕性温存療法の有効性等のエビデンス創出や長期にかかる検体保存のガイドライン作成など、**妊孕性温存療法の研究を促進**するための事業を令和3年度から開始する。
- 有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、**若いがん患者等が希望をもって病気と闘い、将来子どもを持つことの希望を繋ぐ取り組みの全国展開を図る**。



令和4年度予算
11億円
(国庫補助率1/2)

(聖マリアンナ医科大学鈴木直教授提供資料より抜粋・一部改変)

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業(概要②)

〈事業概要〉

- 妊孕性温存療法にかかる**費用負担の軽減を図りつつ**、患者から臨床情報等を収集することで、妊孕性温存療法の有効性等のエビデンス創出や長期にかかる検体保存のガイドライン作成など、**妊孕性温存療法の研究を促進**するための事業である。
- 有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、**若いがん患者等が希望をもって病気と闘い、将来子どもを持つことの希望を繋ぐ取り組みの全国展開を図る。**

表1：凍結保存ごとの助成上限額

対象治療	助成上限額／1回
① 胚（受精卵）凍結	35 万円
② 未受精卵子凍結	20 万円
③ 卵巣組織凍結	40 万円
④ 精子凍結	2.5万円
⑤ 精子凍結（精巣内精子採取）	35 万円

表2：温存後生殖補助医療ごとの助成上限額

対象治療	助成上限額／1回
①で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10 万円
②で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	25 万円
③で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	30 万円
④及び⑤で凍結した精子を用いた生殖補助医療	30 万円

第3回小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会（令和4年3月11日）資料2より抜粋・改変

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の対象



第3回小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会（令和4年3月11日）資料2より抜粋・改変

不妊治療についての現状・課題①

(1. 不妊治療の保険適用の経緯、範囲)

- 令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見や、こども未来戦略方針を踏まえつつ、令和6年度診療報酬改定については議論を行っていく必要がある。

(2. 保険適用された不妊治療の現状)

- 保険適用された不妊治療に係る医療費は令和4年度で、895億5622万6千円であった。
- レセプト件数については、令和4年度の合計で、125万4422件であった。同期間における実患者数は、37万3575人であった。
- 一般不妊治療管理料、生殖補助医療管理料1及び2は、令和4年度で313,900回、428,098回、190,947回算定されていた。生殖補助医療管理料については、特定治療支援事業による経過措置が設けられていたため、一般不妊治療と比較して、4月以降に徐々に算定回数が増加していた。
- 令和5年7月1日時点では、一般不妊治療管理料、生殖補助医療管理料1及び2の届出医療機関数については、それぞれ2,059施設、411施設、209施設であった。
- 採卵術の算定回数については、令和4年度では、合計202,577回の算定回数であった。
- 体外受精・顕微授精管理料のうち、体外受精の算定回数は、令和4年度では、合計61,056回の算定回数であった。顕微授精については、令和4年度では、合計95,257回の算定回数であり、うち、「2個から5個まで」の場合が最も多く、44,519回の算定回数であった。
- 受精卵・胚培養管理料については、令和4年度で合計174,680件算定されており、そのうち、2個～5個までの場合が最も多く81,427件であった。
- 受精卵・胚培養管理料については、令和4年度では、合計174,680回の算定回数であり、そのうち、「2個から5個まで」の場合が最も多く、81,427回の算定回数であった。
- 胚移植術（新鮮胚移植、凍結・融解胚移植）については、令和4年度では、それぞれ合計23,719回、187,486回の算定回数であった。
- 胚凍結保存管理料については、胚凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、算定できることとなっている。胚凍結保存管理料（導入時）については、令和4年度では、合計145,691回の算定回数であり、「2個から5個まで」の場合が最も多く、68,636回の算定回数であった。胚凍結保存維持管理料については、令和4年度では、合計15,213回の算定回数であった。
- 令和4年度の助成事業の利用者は実人員数が69,988人で、延件数が93,230件であった。

不妊治療についての現状・課題②

(3. 先進医療の状況)

- 令和5年11月時点では、不妊治療に係る技術については、13技術が認められている。
- 令和5年6月30日時点における先進医療に係る費用等の実績において、実施件数が最も多いのは、「タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養」であり、79,700件が実施されていた。

(4. 年齢制限・回数制限について)

- 不妊治療における年齢と生産分娩率の関係は、年齢が上がるにつれ低下する傾向にあり、年齢と流産率の関係については、年齢が上がるにつれ上昇する傾向であった。これらについては、保険適用の際に議論に用いられた2019年のデータと比較して、明らかな変化は認められなかった。

(5. 情報提供の在り方について)

- 不妊治療を受ける患者が、各医療機関ごとの治療実績や安全性に関するデータを参考に、自分で医療機関を選択することができるよう、情報提供項目として、年齢階級別の治療実績や安全性の指標となる項目を充実させる方向で関係学会において議論がなされている。

(6. その他)

- 配偶子・胚の管理を行う技術者（いわゆる「胚培養士」）に求める技術水準の標準化に向けて、今後、日本卵子学会及び日本臨床エンブリオロジスト学会が認定資格の統一を行っていく方針となっている。
- 第三者の卵子又は精子を用いた生殖補助医療の取扱いについて、現在、生殖補助医療の提供等及びこれに出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律の附則に基づき、規制の在り方等について議論がなされている。
- ノンメディカルな卵子凍結については、将来の妊娠・出産を希望する際に、卵子側の加齢による影響により妊娠しにくくなることを懸念して、実施する医療技術であるが、デメリットとして、①母体側の影響（加齢に従い、合併症のリスクが上昇すること）については卵子凍結を実施しても変わらないこと。②1つの卵子凍結を行った場合に生児が得られる確率は4.5%～12%等が指摘されている。

不妊治療についての論点

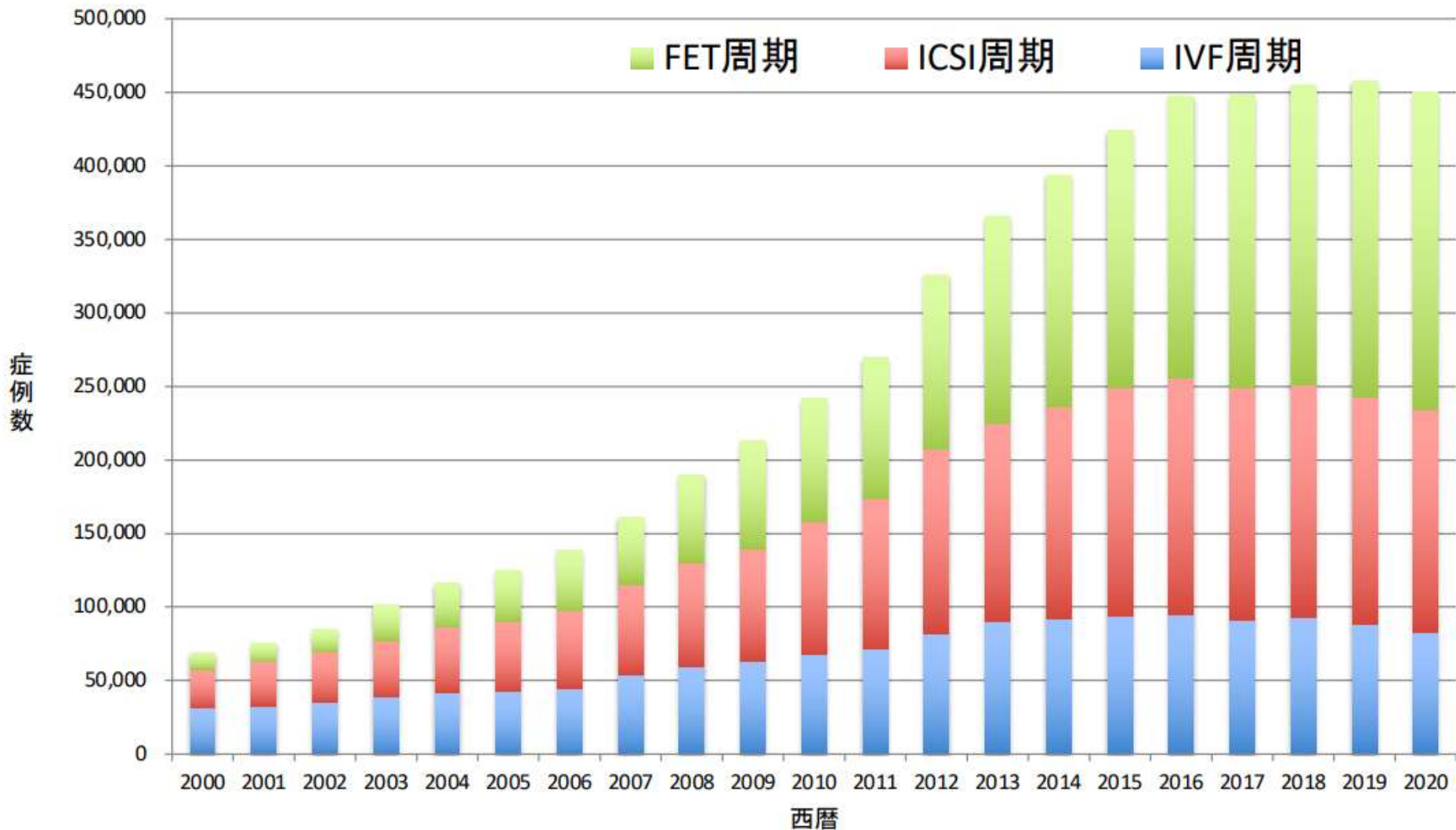
【論点】

- 不妊治療については、令和4年度から保険適用された。令和4年度からの保険診療の実施状況等を踏まえ、その影響等について、どのように考えるか。
- 不妊治療を実施するにあたっての年齢・回数に係る要件等について、従前の特定治療支援事業や保険診療における取扱い等、さらには最新のエビデンス等を踏まえ、現状の取扱いを変える必要性について、どのように考えるか。
- 胚凍結保存管理料の算定できる保存期間の取扱いについて、これまでの保険診療における算定実績や学会の見解等を踏まえ、どのように考えるか。

(参考資料)

不妊治療の実施件数の年次推移(2000-2020年)

2020年
449,900

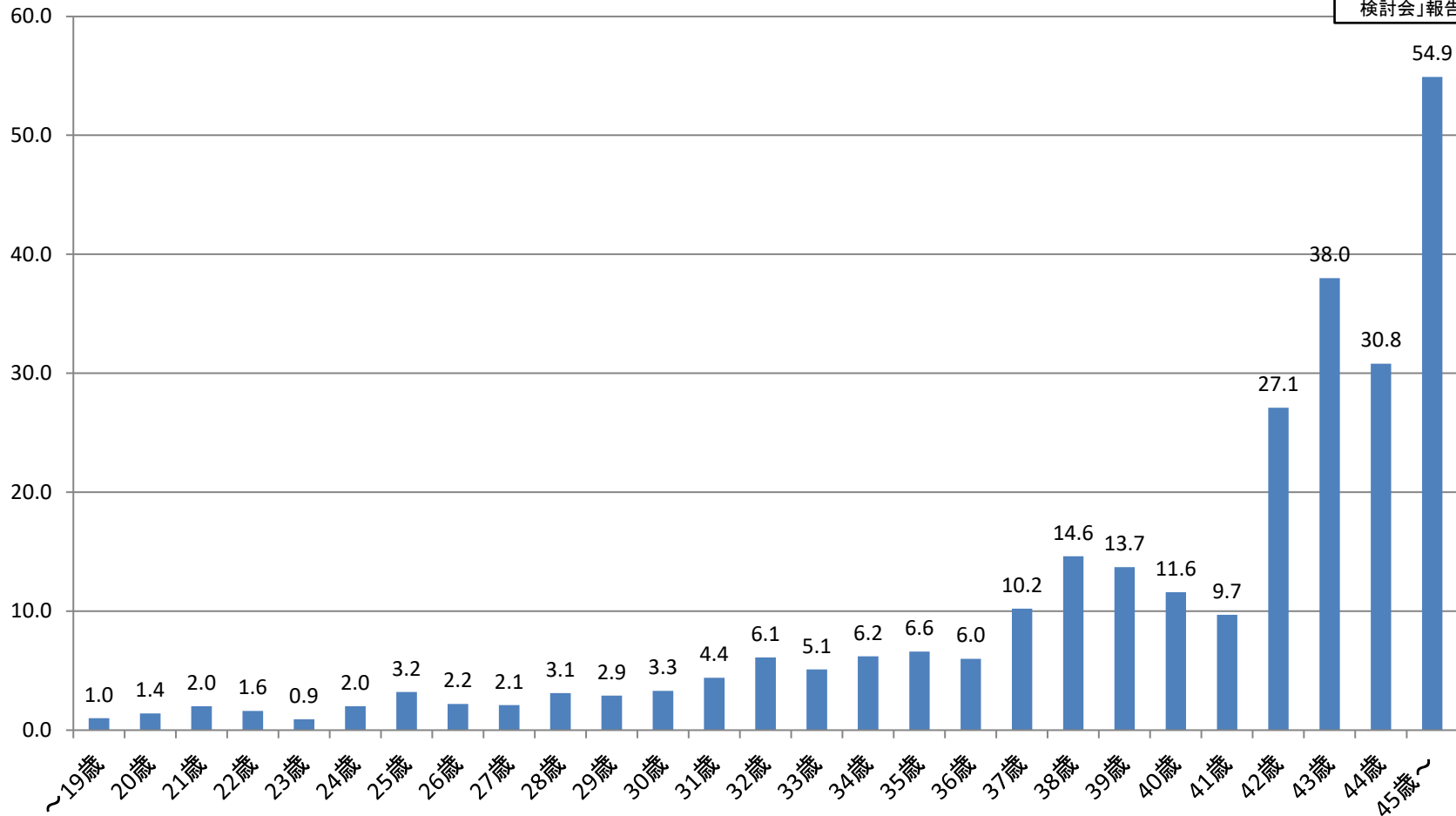


8 年齢別にみた妊産婦死亡率(出産十萬対)

(平成14-23年の10年間の累計)

(件/出産十萬対)

平成25年8月23日
「不妊に悩む方への特定治療
支援事業等のあり方に関する
検討会」報告書 関係資料(3)



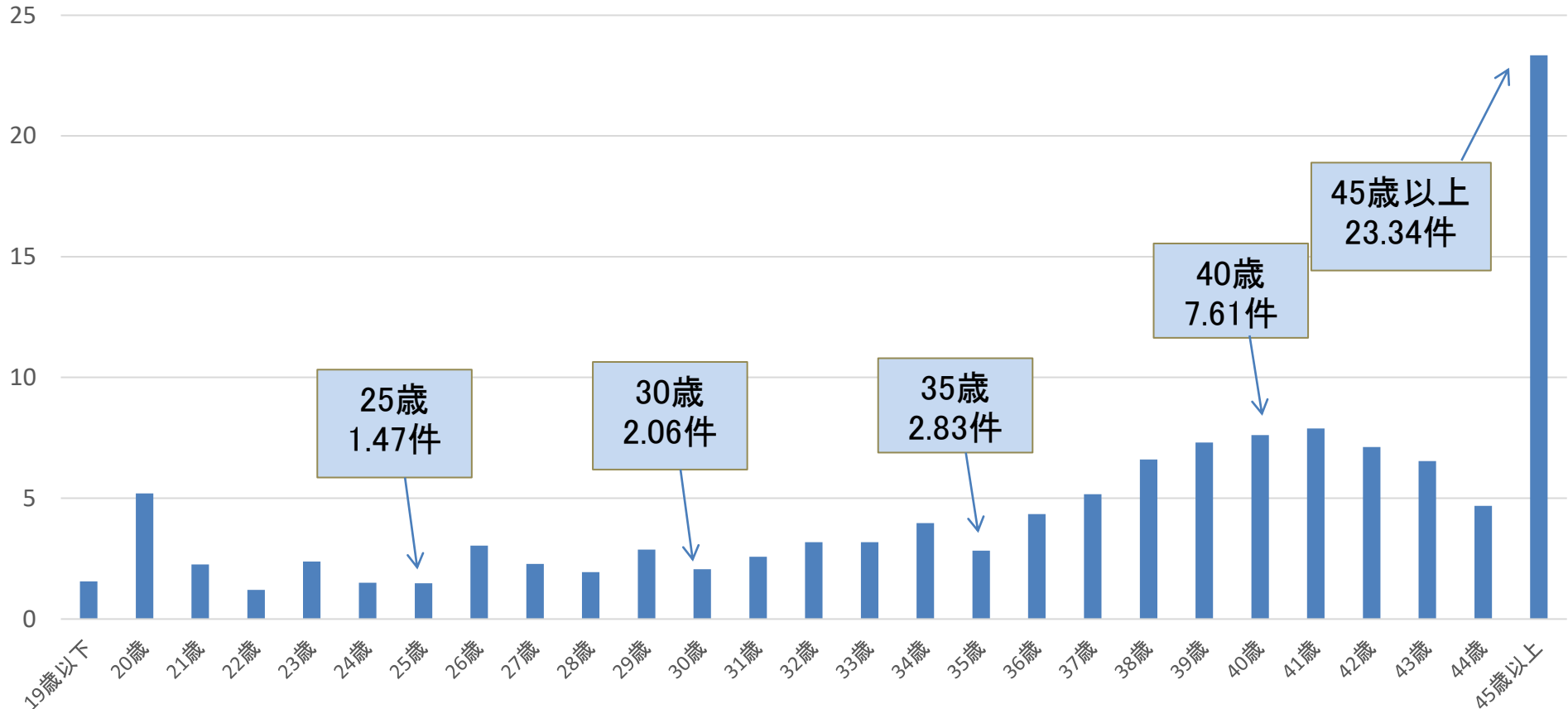
注: 1) 妊産婦死亡は、妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の死亡で、妊娠の期間及び部位には関係しないが、妊娠もしくはその管理に関連した又はそれらによって悪化したすべての原因によるものをいう。ただし、不慮又は偶発の原因によるものを除く。
2) 妊産婦死亡率は、年間妊産婦死亡数の累計(平成14~23年)を年間出産数(出生数+妊娠満12週以後の死産数)の累計(平成14~23年)で割ったもの(出産十萬対)である。

年齢別にみた妊産婦死亡率(出産十万対) (平成23ー令和2年の10年間の平均値)

○ 年齢別にみた妊産婦死亡率(平成23年から令和2年の10年間の平均値)は、以下に示すとおり、年齢が上がるにつれ上昇する傾向にある。

中医協 総-7-1
3.11.17

(件/出産十万対)



注: 1) 妊産婦死亡は、妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の死亡で、妊娠の期間及び部位には関係しないが、妊娠もしくはその管理に関連した又はそれらによって悪化したすべての原因によるものをいう。ただし、不慮又は偶発の原因によるものを除く。
2) 妊産婦死亡率は、年間妊産婦死亡数の累計(平成23~令和2年)を年間出産数(出生数+妊娠満12週以後の死産数)の累計(平成23~令和2年)で割ったもの(出産十万対)である。

平成25年8月23日
「不妊に悩む方への特定治療
支援事業等のあり方に関する
検討会」報告書 関係資料(3)

10 妊娠高血圧症候群の年齢別のリスク比

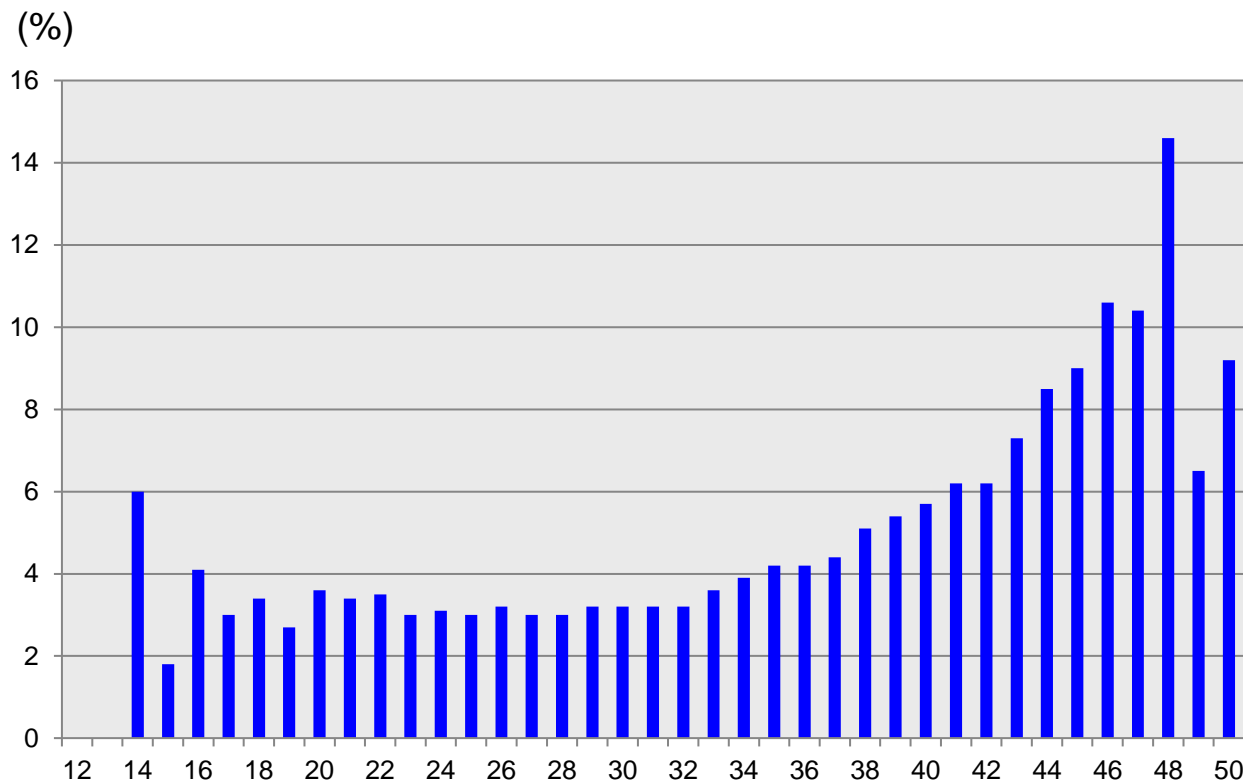
(2001~2010年)

30歳を相対リスク1とした場合

年齢	症例数	相対リスク	95% 信頼区間
39	15,106	1.65	1.15-2.15
40	10,847	1.72	1.18-2.26
41	7,212	1.86	1.32-2.38
42	4,281	1.86	1.32-2.49
43	2,381	2.18	1.41-2.97
44	1,158	2.56	1.64-3.52
45	480	2.68	1.72-3.69

平成25年8月23日
「不妊に悩む方への特定治療
支援事業等のあり方に関する
検討会」報告書 関係資料(3)

11 年齢別にみた妊娠高血圧症候群の発症頻度 (n=21,262)

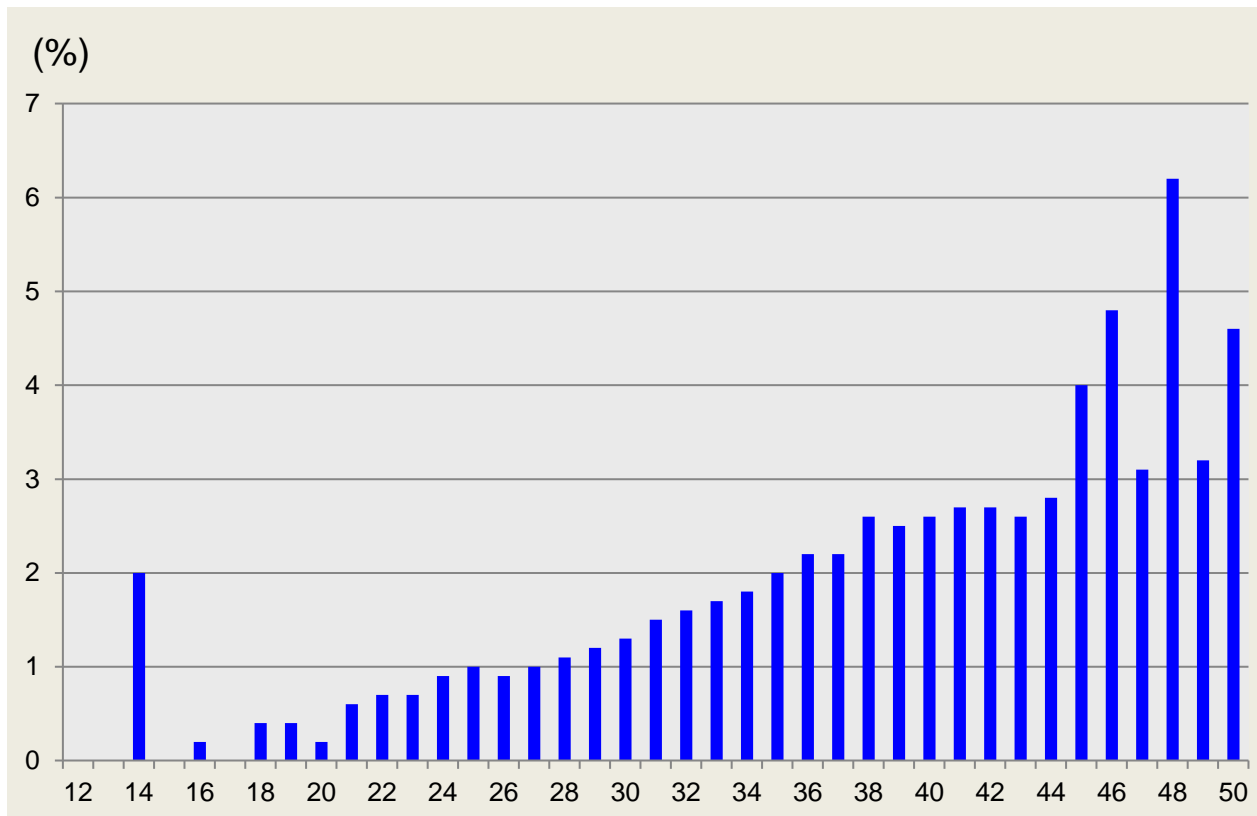


妊娠高血圧症候群は加齢に伴い増加し、
特に40歳を超えると急激に増加する傾向にある

平成25年8月23日
「不妊に悩む方への特定治療
支援事業等のあり方に関する
検討会」報告書 関係資料(3)

12 年齢別にみた前置胎盤の発症頻度

(n=8,876)



前置胎盤は加齢に伴い増加する傾向にある

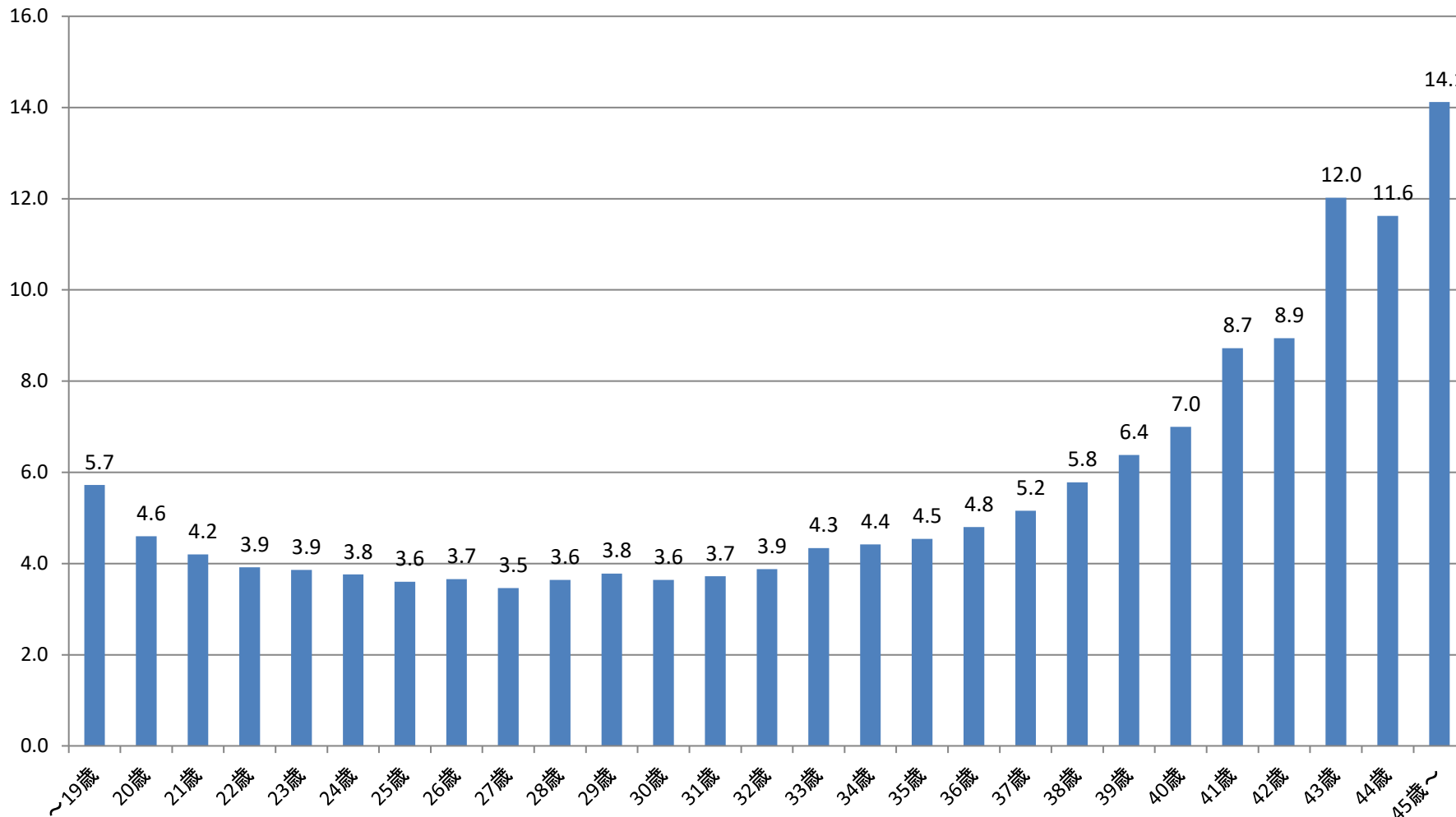
13 年齢別にみた周産期死亡率(出産千対)

(平成19-23年の平均値)

平成25年8月23日

「不妊に悩む方への特定治療
支援事業等のあり方に関する
検討会」報告書 関係資料(3)

(件数/出産千対)

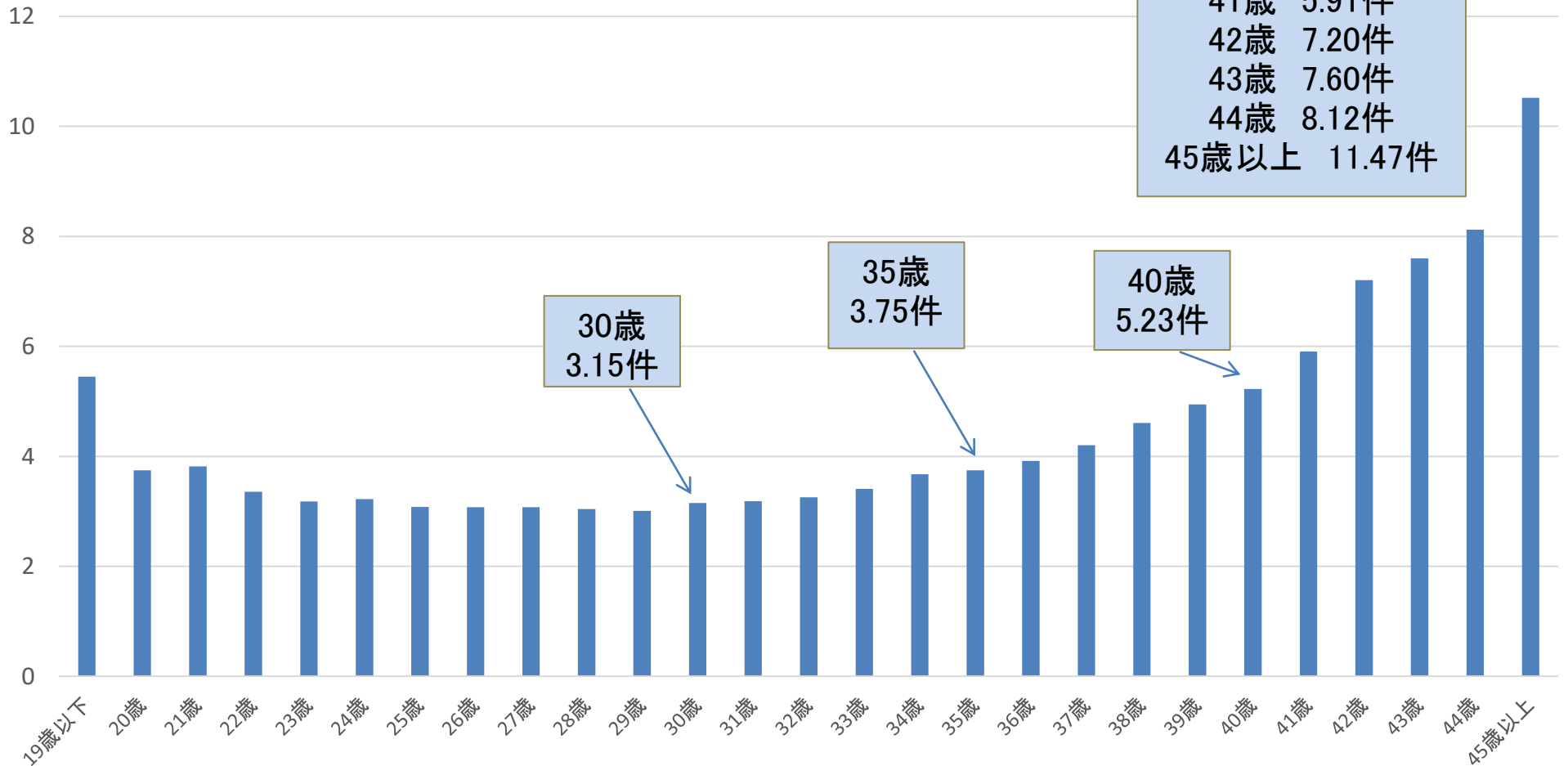


注: 1) 周産期死亡率は、1年間の周産期死亡数(妊娠満22週以後の死産数+早期新生児死亡数(生後1週間未満の死亡数))を1年間の出産数(出生数+妊娠満22週以後の死産数)で割ったもの(出産千対)である。

年齢別にみた周産期死亡率(出産千対) (平成23-令和2年の平均値)

○ 年齢別にみた周産期死亡率(平成23年から令和2年の10年間の平均値)は、以下に示すとおり、年齢が上がるにつれ上昇する傾向にある。

(件数/出産千対)



注: 周産期死亡率は、1年間の周産期死亡数(妊娠満22週以後の死産数+早期新生児死亡数(生後1週間未満の死亡数))を1年間の出産数(出生数+妊娠満22週以後の死産数)で割ったもの(出産千対)である。

平成25年8月23日
「不妊に悩む方への特定治療
支援事業等のあり方に関する
検討会」報告書 関係資料(3)

9 母の年齢と自然流産率

年齢区分	妊娠例数	自然流産例数	自然流産率(%)
24歳以下	90	15	16.7
25～29歳	673	74	11.0
30～34歳	651	65	10.0
35～39歳	261	54	20.7*
40歳以上	92	38	41.3*
合計	1,767	246	13.9

* 25～29、30～34歳の群と比較して有意差あり(p<0.01)

資料: 虎ノ門病院産婦人科 1989.1.～1991.7.データ

14 女性の年齢と子どもの染色体異常の頻度

中医協 総-7-1
3.11.17

平成25年8月23日
「不妊に悩む方への特定治療
支援事業等のあり方に関する
検討会」報告書 関係資料(3)

女性の年齢	ダウン症の子が生まれる頻度		染色体異常をもつ子が生まれる頻度	
	出生千対		出生千対	
20	1/1667	0.6	1/526	1.9
25	1/1250	0.8	1/476	2.1
30	1/952	1.1	1/384	2.6
31	1/909	1.1	1/384	2.6
32	1/769	1.3	1/323	3.1
33	1/625	1.6	1/286	3.5
34	1/500	2.0	1/238	4.2
35	1/385	2.6	1/192	5.2
36	1/294	3.4	1/156	6.4
37	1/227	4.4	1/127	7.9
38	1/175	5.7	1/102	9.8
39	1/137	7.3	1/83	12.0
40	1/106	9.4	1/66	15.2
41	1/82	12.2	1/53	18.9
42	1/64	15.6	1/42	23.8
43	1/50	20.0	1/33	30.3
44	1/38	26.3	1/26	38.5
45	1/30	33.3	1/21	47.6
46	1/23	43.5	1/16	62.5
47	1/18	55.6	1/13	76.9
48	1/14	71.4	1/10	100.0
49	1/11	90.9	1/8	125.0

資料: Hook EB (Obstetrics and Gynecology 58:282-285, 1981)

Hook EB, Cross PK, Schreinemachers DM (Journal of the American Medical Association 249(15):2034-2038, 1983)
を基に母子保健課にて作成

15 不妊治療における年齢と流産率

中医協 総-7-1

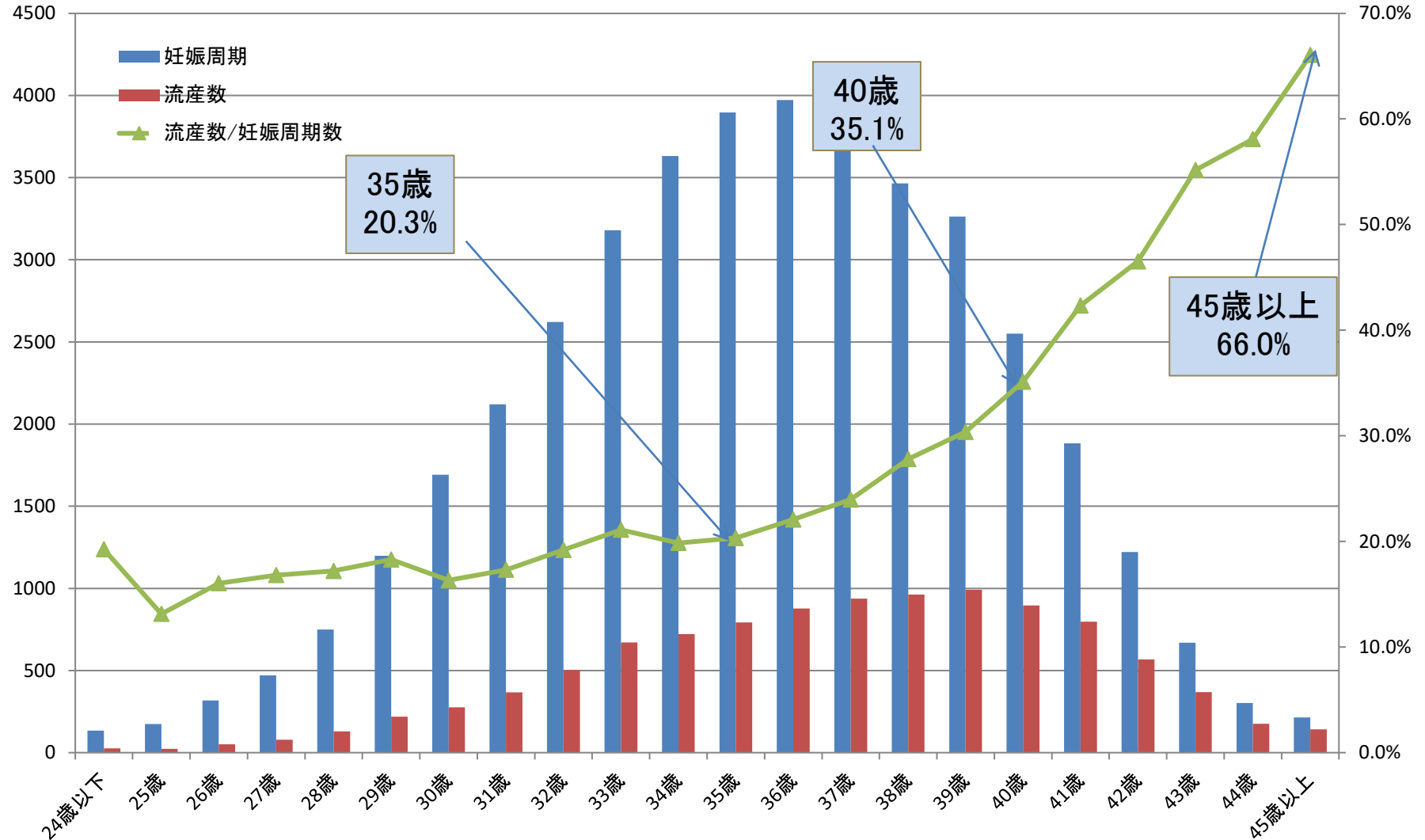
3 . 1 1 . 1 7

平成25年8月23日
「不妊に悩む方への特定治療
支援事業等のあり方に関する
検討会」報告書 関係資料(3)

妊娠周期数・流産数(件)

(流産数／妊娠周期数)

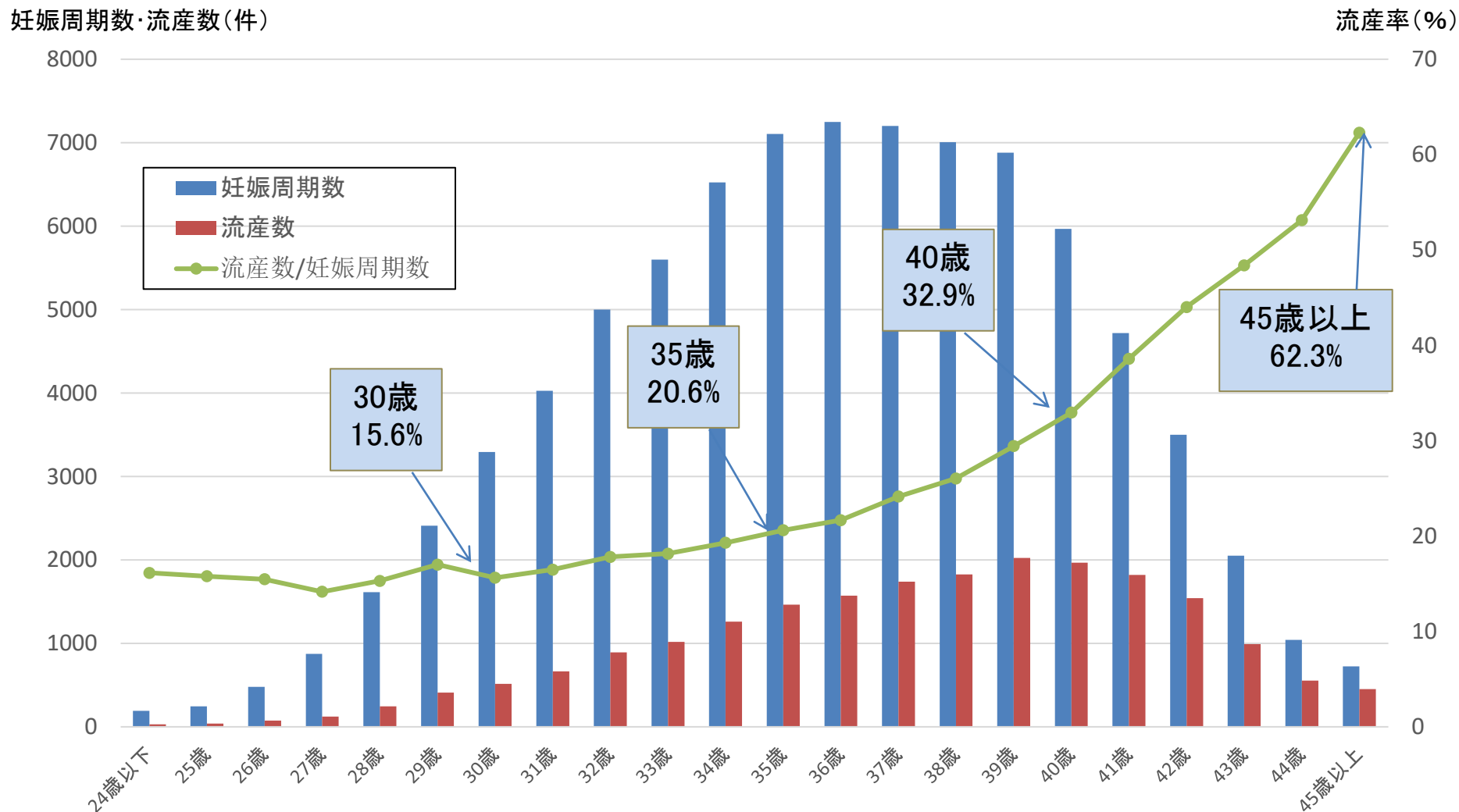
流産率



日本産科婦人科学会2010年データを基に厚生労働省で作成

不妊治療における年齢と流産率（流産数／妊娠周期数）

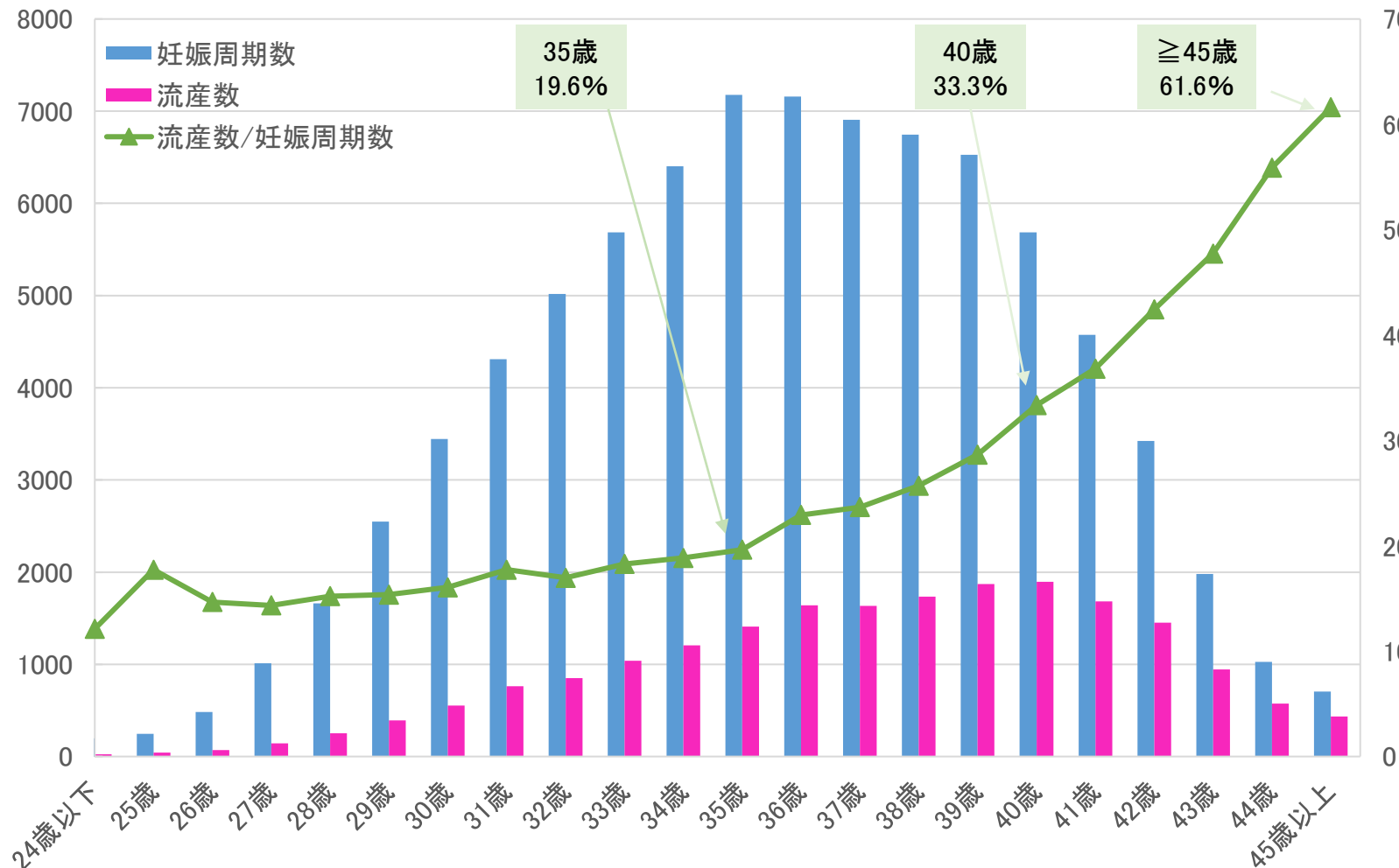
○ 不妊治療における年齢と流産率の関係は、以下に示すとおり、年齢が上がるにつれ上昇する傾向にある。



不妊治療における年齢と流産率 (流産数/妊娠周期数)

妊娠周期数・流産数(件)

流産率(%)



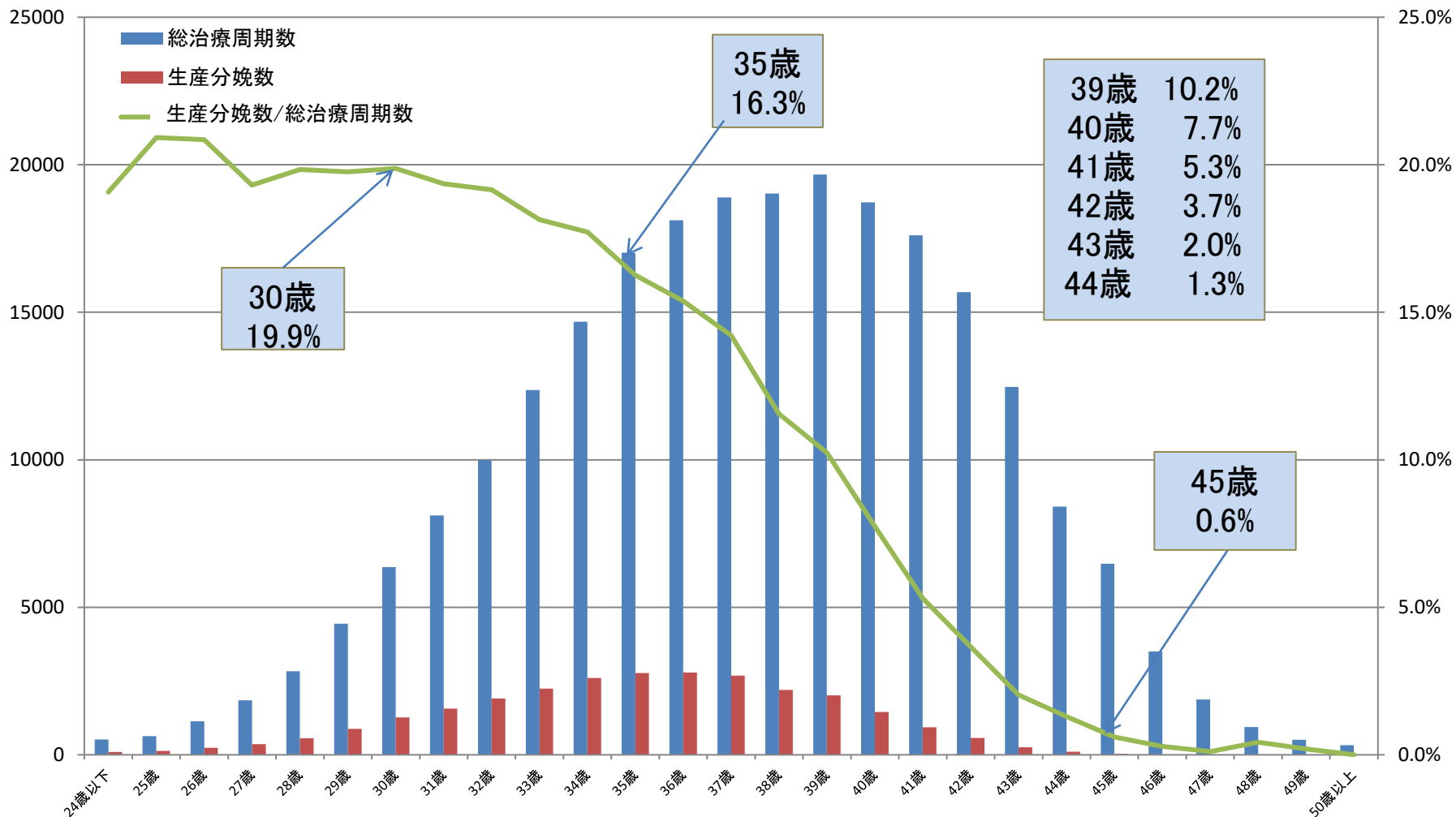
日本産科婦人科学会2020年データを基に作成

16 不妊治療における年齢と生産分娩率

(生産分娩数／総治療周期数)

総治療周期数・生産分娩数(件)

生産分娩率

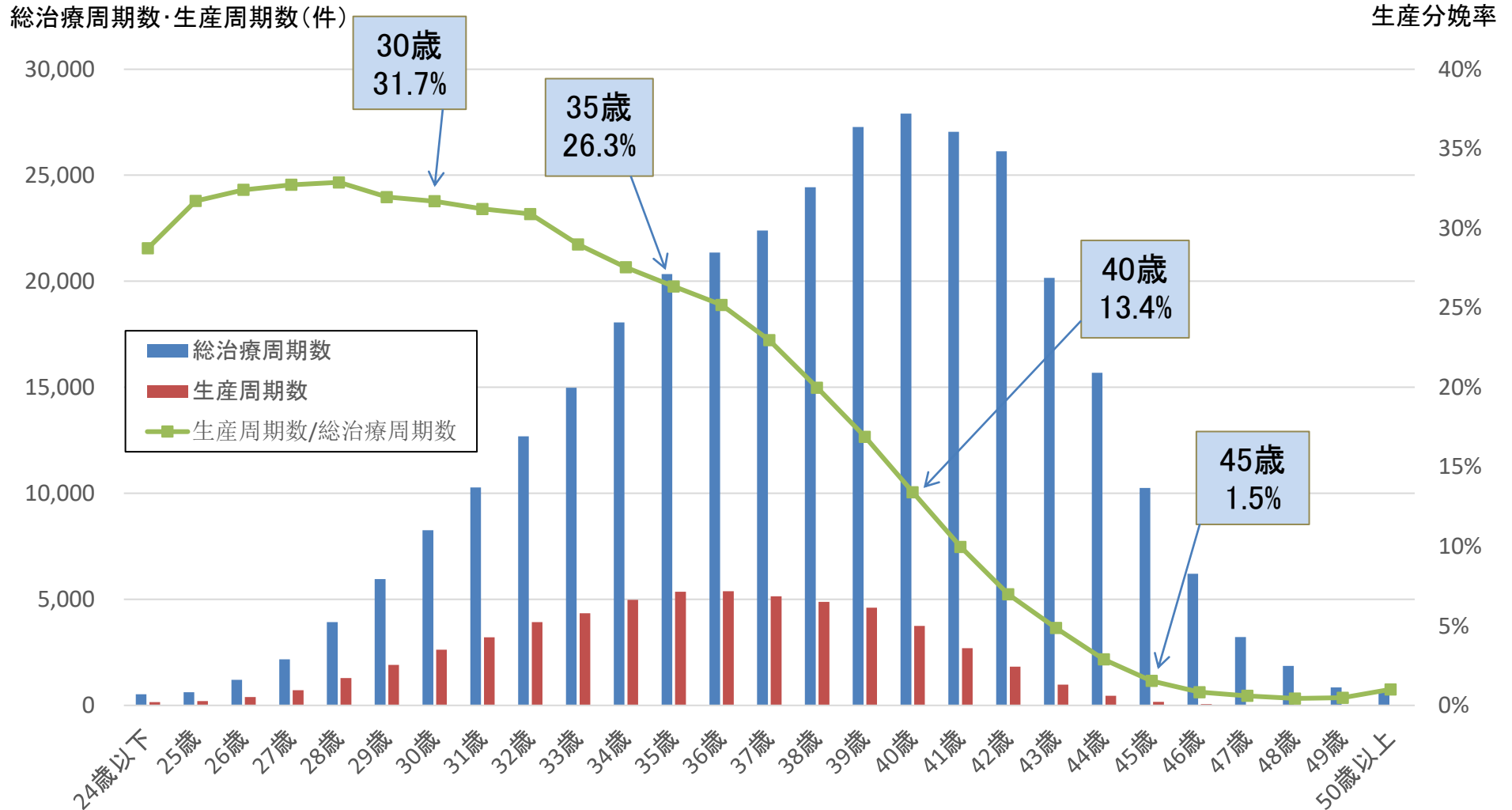


日本産科婦人科学会2010年データを基に厚生労働省で作成

不妊治療における年齢と生産分娩率(生産周期数/総治療周期数)※全胚凍結周期を除く

中医協 総-7-1
3.11.17改

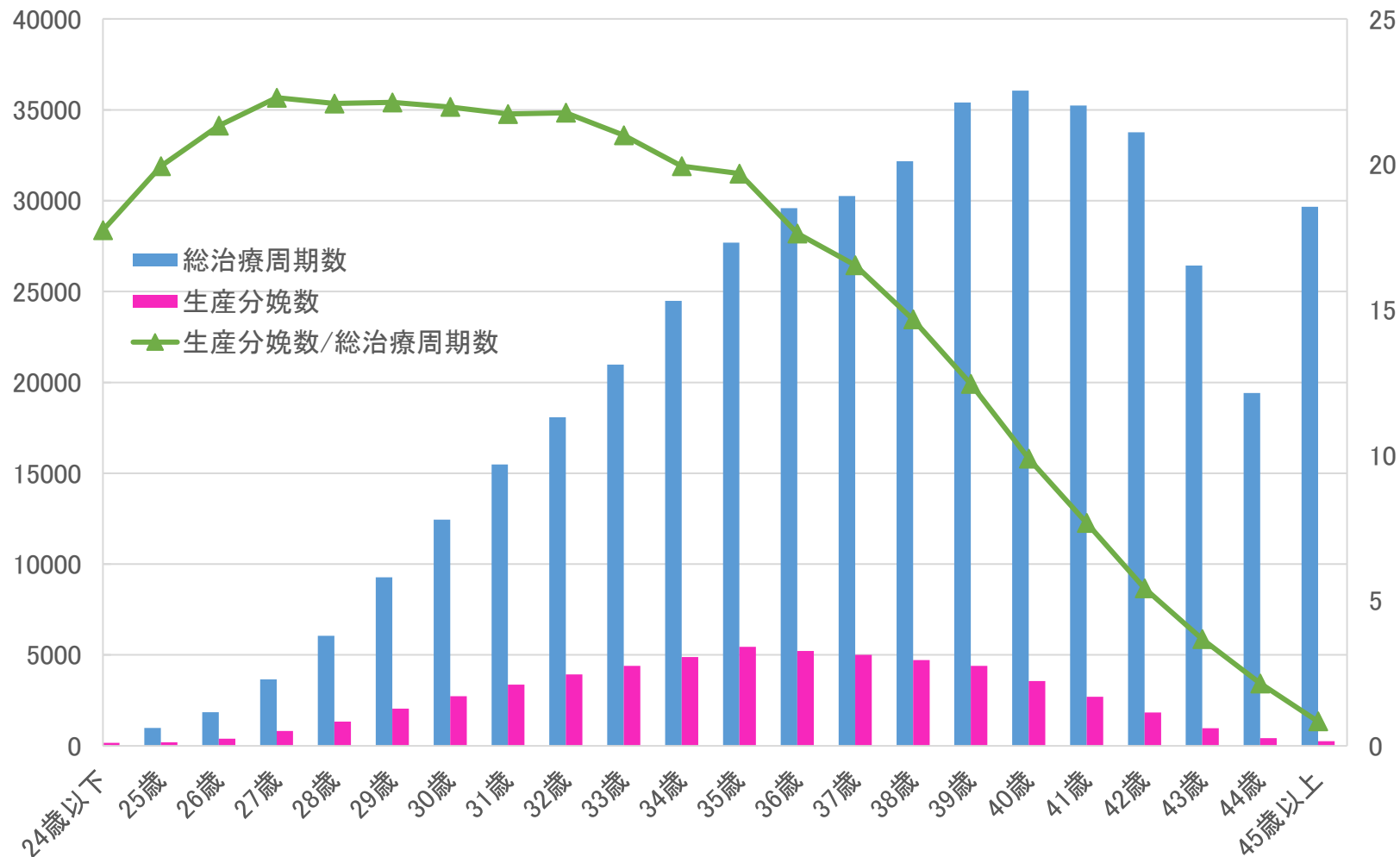
○ 不妊治療における年齢と生産分娩率の関係は、以下に示すとおり、年齢が上がるにつれ低下する傾向にある。



不妊治療における年齢と生産分娩率 (生産分娩数/総治療周期数)

総治療周期数・生産分娩数(件)

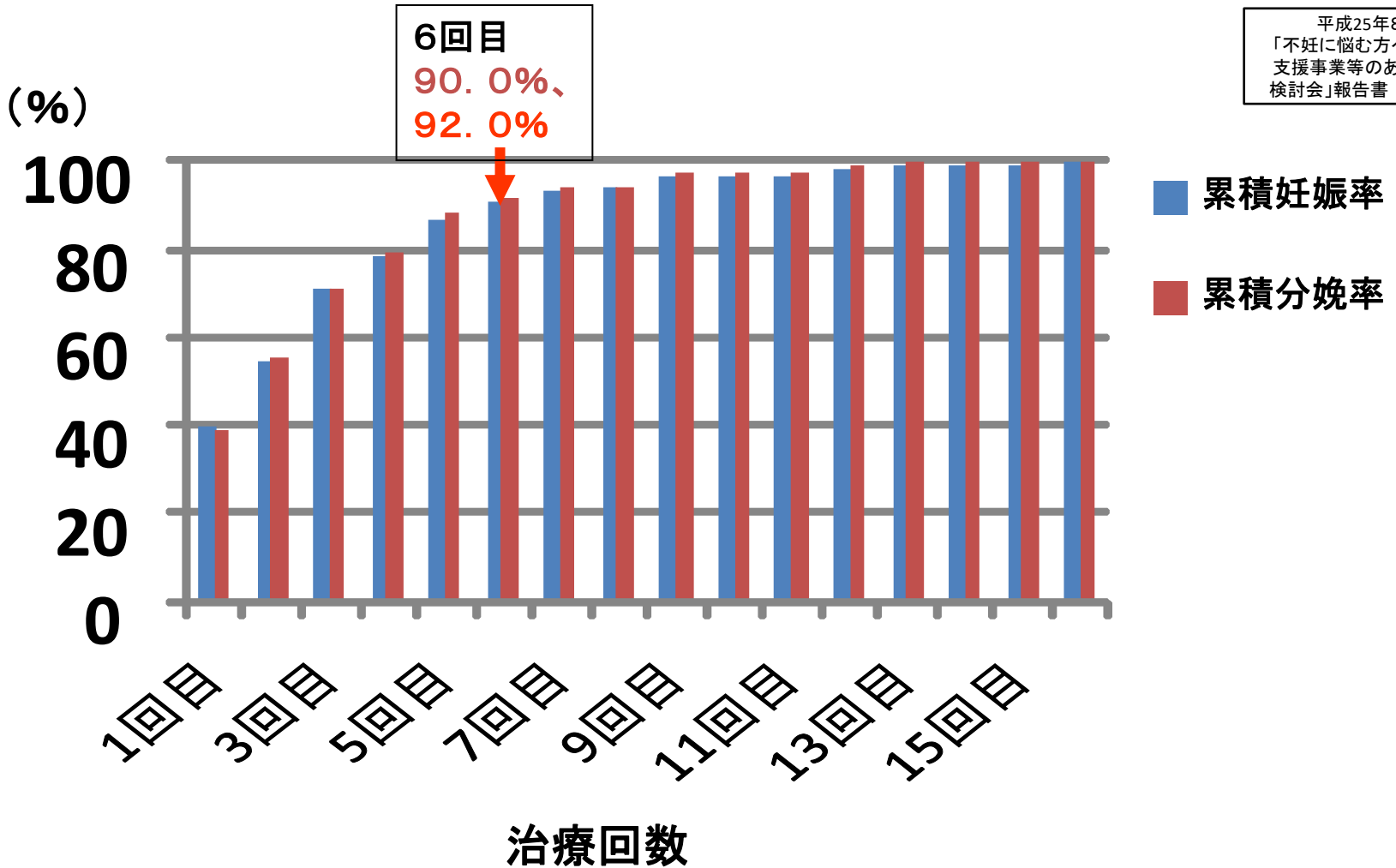
生産分娩率(%)



17 全妊娠・全出産あたりの累積妊娠率・累積分娩率

中医協 総 - 7 - 1
3 . 1 1 . 1 7

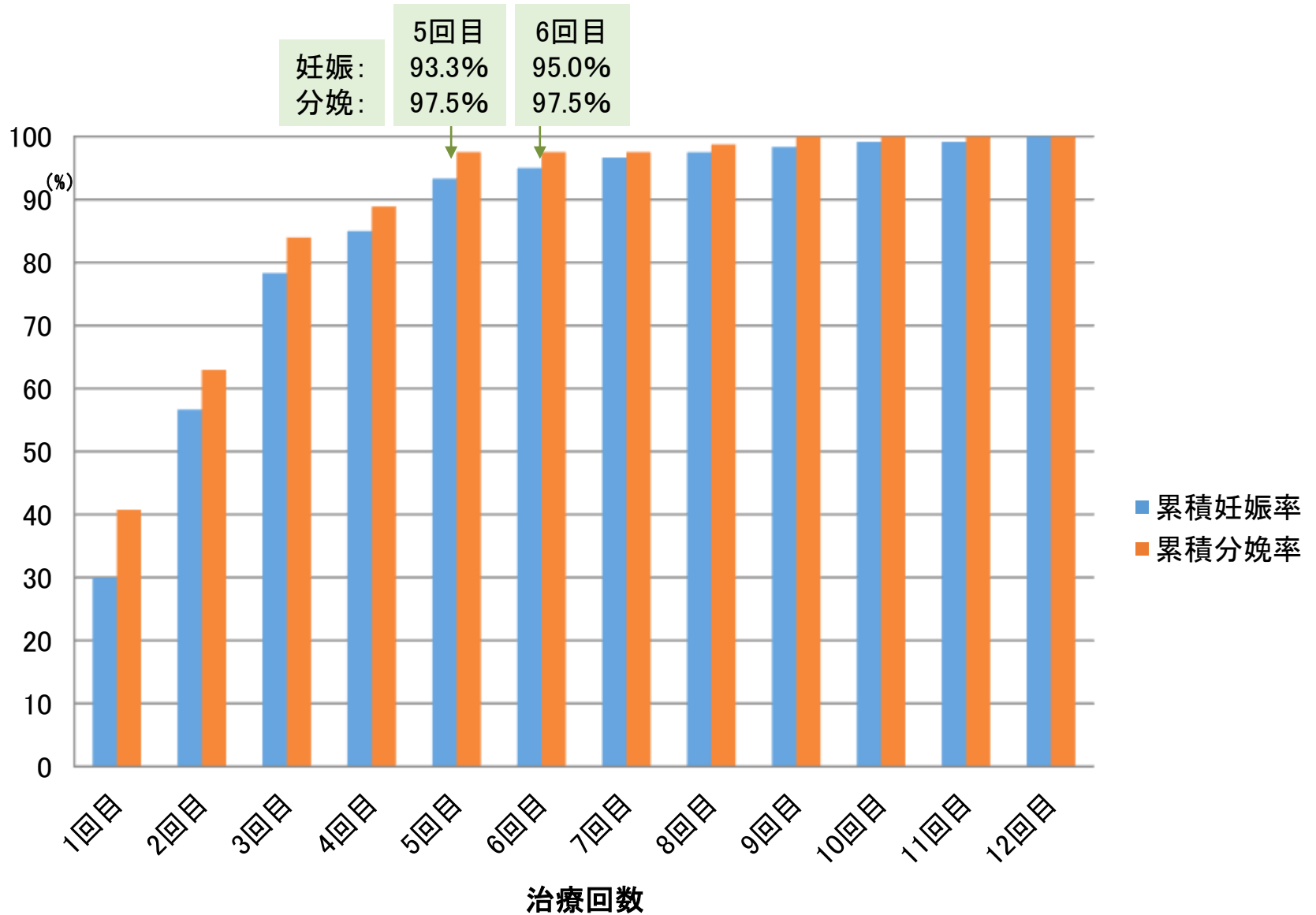
平成25年8月23日
「不妊に悩む方への特定治療
支援事業等のあり方に関する
検討会」報告書 関係資料(3)



(国立成育医療研究センターのデータ)
2006-2008年に初めてART治療を開始した症例の治療結果より

累積妊娠率・累積分娩率: 不妊治療を数回行った場合の妊娠もしくは分娩に至った割合
分子: 当該回数までに妊娠・分娩に至った数
分母: 妊娠・分娩に至った総数

全妊娠・全出産あたりの累積妊娠率・累積分娩率



(東京大学医学部附属病院のデータ)

2018-2020年に初めてART治療を開始した症例の治療結果より

累積妊娠率・分娩率: 1組のカップルが不妊治療を数回行った場合の妊娠・分娩に至った割合

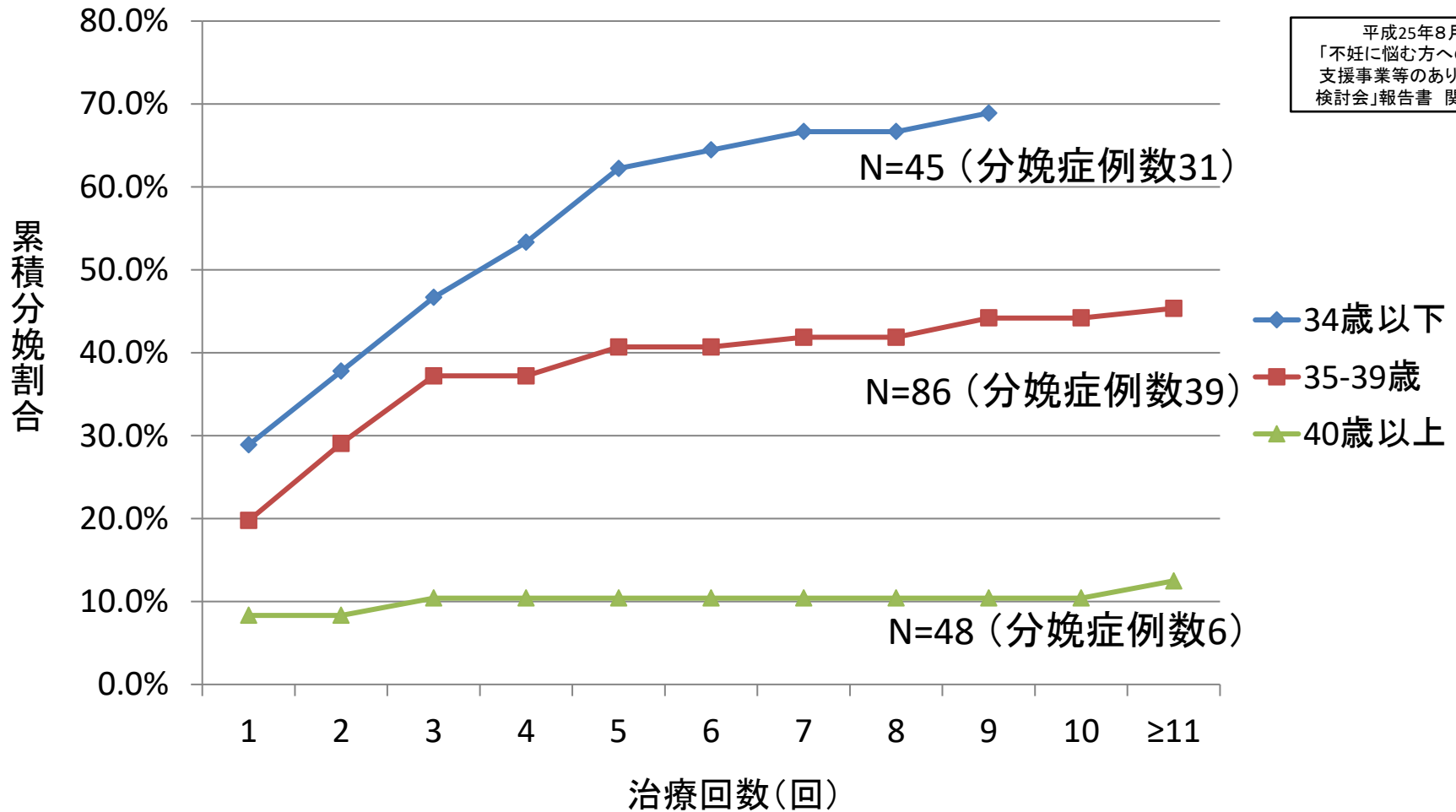
・分子: 当該回数までに妊娠・分娩に至った数

・分母: 妊娠・分娩に至った総数

18 年齢別にみた累積分娩率

中医協 総-7-1
3.11.17

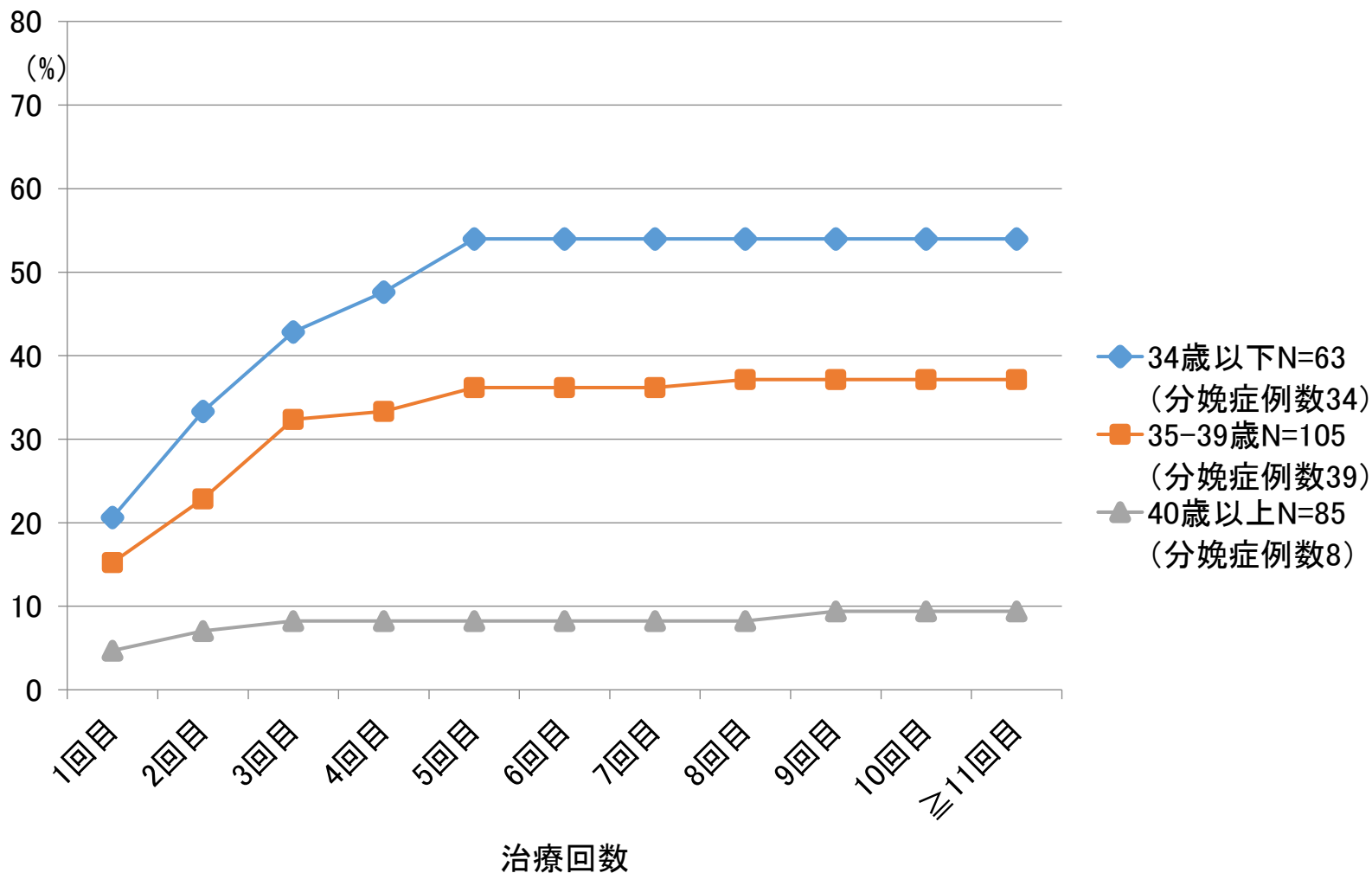
平成25年8月23日
「不妊に悩む方への特定治療
支援事業等のあり方に関する
検討会」報告書 関係資料(3)



(国立成育医療研究センターのデータ)
2006-2008年に初めてART治療を開始した179症例の5年間の治療結果より

累積妊娠率・累積分娩率: 1組のカップルが、不妊治療を数回行った場合の分娩に至った割合
分子: 当該回数までに分娩に至った数
分母: 分娩に至った総数
注: 分母には、途中で治療を中止した症例も含む。

年齢別にみた累積分娩率



(東京大学医学部附属病院のデータ)
2018-2020年に初めてART治療を開始した
253症例の治療結果より

累積分娩率: 1組のカップルが不妊治療を数回行った場合の分娩に至った割合
・分子: 当該回数までに分娩に至った数
・分母: 分娩に至った総数

(参考) 不妊に悩む方への特定治療支援事業 治療ステージ

中医協 総-7-1
3.11.17

治療内容	採卵まで				採精(夫)	胚移植							助成対象範囲
	(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与(点鼻薬)	(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与(注射)	採卵	(前培養・媒精(顕微授精)・培養) 受精		新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			(胚移植のおおむね2週間後) 妊娠の確認	
						胚移植	黄体期補充療法		(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与	胚移植	黄体期補充療法		
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	2~5日	1日	10日		7~10日	1日	10日	1日	
A	新鮮胚移植を実施												
B	凍結胚移植を実施*												
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施												
D	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了												
E	受精できず または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止												
F	採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止												
G	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止												助成対象
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止												対象外

* B: 採卵・受精後、1~3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合。

* 採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

経過措置について（不妊）

	区分番号	項目	経過措置
1	B001・32	一般不妊治療管理料	令和4年9月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び生殖補助医療を実施する他の保険医療機関との関係に係る基準を満たしているものとする。
2	B001・33	生殖補助医療管理料	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、人員の配置、具備すべき施設・設備、安全管理等の医療機関の体制（生殖補助医療管理料1における患者からの相談に対応する体制を除く。）に係る基準を満たしているものとする。
3	K838-2	精巣内精子採取術	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び他の保険医療機関との関係に係る基準（1）のアの②及び③並びにイの②から④まで及び（2）の基準を満たしているものとする。

不妊症・不育症への相談支援等

不育症相談体制の強化

①不妊専門相談センター事業

(令和4年度からは「性と健康の相談センター事業」の一部として実施)

- 不妊症や不育症について悩む夫婦等を対象に、夫婦等の健康状況に的確に応じた相談指導や、治療と仕事の両立に関する相談対応、治療に関する情報提供等を行う。

・補助率：国1/2、
都道府県等1/2

- ・全国86自治体(令和4年11月1日時点)
※自治体単独(4か所)含む
- ・令和3年度相談実績：23,314件



②不妊症・不育症支援ネットワーク事業

- 不妊専門相談センターと自治体(担当部局、児童相談所等)及び医療関係団体、当事者団体等で構成される協議会を設置し、流産・死産に対するグリーフケアを含む相談支援、不妊症・不育症に悩む方へ寄り添った支援を行うピアサポート活動や、不妊専門相談センターを拠点としたカウンセラーの配置等を推進し、不妊症・不育症患者への支援の充実を図る。

- ・補助率：国1/2、都道府県等1/2
- ・令和4年度実績：17自治体
(令和3年度実績：7自治体)



③不妊症・不育症ピアサポーター育成研修等事業

- 不妊治療や流産の経験者を対象としたピアサポーターの育成研修や、医療従事者に対する研修を、国において実施する。

<研修内容>

- ①不妊症・不育症に関する治療
- ②不妊症・不育症に悩む方との接し方
- ③仕事と治療の両立
- ④特別養子縁組や里親制度 など

- ・令和4年度受講者
ピアサポーター研修：910名
医療従事者研修：2316名



正しい情報の周知・広報

④不妊症・不育症に関する広報・啓発促進事業

- 不妊症・不育症に対する社会の理解を深めることや、治療を受けやすい環境整備に係る社会機運の醸成のため、国において普及啓発事業を実施する。

<実施内容の例>

- ①全国フォーラムの開催
- ②不妊症・不育症等に関する広報の実施
- ③不妊治療を続け、子どもを持ちたいと願う家庭の選択肢としての里親制度等の普及啓発 など



不妊診療の保険適用に関する意見

(日本産科婦人科学会 社会保険委員会 委員長 永瀬智、10月25日)

(下線は保険局医療課)

日本産科婦人科学会（日産婦学会）理事、社会保険委員会委員、生殖内分泌委員会委員および臨床倫理監理委員会推薦委員を対象に、不妊治療の保険適用の影響について意見聴取を行った。

保険診療への制度変更により不妊治療全体が良い方向に向かっているかに関して、「a. 強く思う、b. ある程度そう思う、c. 以前と変わらない、d. あまりそう思わない、e. 全く思わない、f. わからない」の選択肢を設定し、全体的な感想を収集した。その結果、「a. 強く思う、b. ある程度そう思う」と回答した施設が72.2%を占め、「d. あまりそう思わない、e. 全く思わない」と回答した13.9%、「c. 以前と変わらない、f. わからない」と回答した13.9%を大きく上回っていた。

その理由として、①保険適用により、不妊治療に対する患者の心理的抵抗感が減少したこと、②①に加えて、経済的負担が軽減したことにより、若い患者が受診するようになったこと、③人工授精から生殖補助医療へのステップアップのハードルがある程度下がったこと、が挙げられる。また、職場などの理解が得られやすくなった、治療に対する夫（またはパートナー）の意識の向上がみられる、といった意見もあった。このように、診療への影響や患者の受療への影響を含めて、不妊治療の保険適用は一定の効果をあげていると考える。

不妊治療の保険適用に関する関連学会からの意見(つづき)

不妊診療の保険適用に関する意見(つづき)

(日本産科婦人科学会 社会保険委員会 委員長 永瀬智、10月25日)

(下線は保険局医療課)

一方、保険適用をすすめていく上での今後の課題として、①治療回数制限の緩和、②医学的な必要性のある精子保存の保険適用、③年齢制限、を検討する必要がある。治療回数については、回数制限の緩和を求める意見が多くよせられ、移植回数の確認が医師業務の負担になっているという意見もあった。年齢制限に関しては、治療終結の判断基準となっていると評価する意見がある一方で、個人のライフワークなどに配慮する必要があり、一律に年齢の上限を設けることに対する反対意見もあり、慎重な議論が望まれる。

上記に加えて、④不妊治療に必要な薬剤に対する保険収載の迅速化、⑤体外受精に用いる培養液や容器など消耗品に対する質の担保、⑥難治性の不妊患者に対する選択肢が制限されること、⑦保険診療や先進医療の要件を満たすための書類作成(同意書や治療計画書の作成など)のための事務作業が医師の負担となっていること、⑧胚培養士の国家資格化、など多くの課題が出されており、医療提供者及び患者双方が納得できる体制構築に向け、迅速に対応していただくことを要望する。

施設基準に関しては、一般不妊治療を行う上でも一定の要件が必要となっているが、地域によっては一般不妊治療を保険診療で実施できない問題が生じている。この要件の早急な見直し、ないしは、緩和が必要と考える。また、生殖補助医療を保険診療で行う施設要件として、公益社団法人日本産科婦人科学会へのART登録実施が含まれている。すなわち、学会の施設登録が保険診療の実施施設を規定するような体制となっているが、国等の公的な機関がその役割を担うべきと考える。国等の公的な機関が管理する登録体制の整備を要望する。

本会が実施している生殖医療に関する登録事業の成果は、毎年「体外受精・胚移植等の臨床実施成績」として体外受精の治療成績、出生児数、年齢別妊娠率などを公表している。保険適用となった2022年の解析結果は2024年8月ごろに公表される予定である。2022年のデータと保険適用前のデータを比較することで、体外受精を実施した年齢分布の変化、治療成績や体外受精による出生児数の変化などを評価することが可能となる。今後本会としては、これらのエビデンス等をもとに、不妊治療の制度変更に伴う診療への影響について評価していきたい。

不妊治療の保険適用についての
当事者から見た現状
～アンケート調査より～

2023年11月

NPO法人Fine

不妊治療の保険適用についてよかったこと

- 長らく続いていた「高額な不妊治療の経済的負担」が、保険適用により大きく軽減された
- これまでは治療費がネックで治療を躊躇していた（特に若い世代の）当事者が、早期に医療機関にかかることができるようになり、妊孕性が高い状態で治療に進むことができる
- 不妊治療が疾病における治療であるとの認識が広がり、不妊治療への理解が社会に広まりつつある

アンケート調査：

保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022

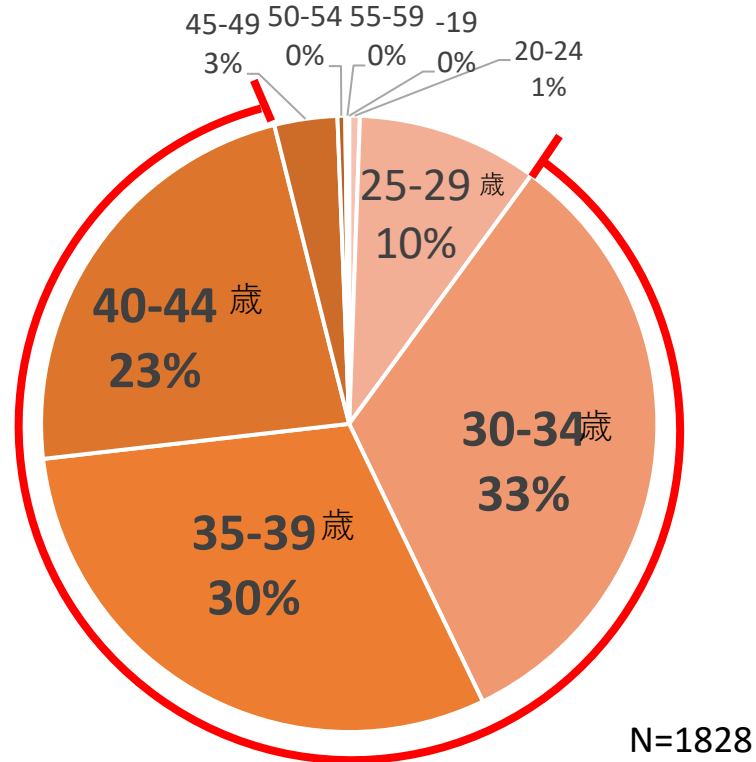
- 調査目的

保険適用後の不妊治療を受けている患者の現状を把握し、よりよい制度にするためにはどのようなサポートが必要か明確にするため。また患者一人ひとりが納得のいく治療を受けられるよう、治療環境の向上を図るため。さらにアンケート結果から当事者の声をまとめ、国に政策提言や要望書等を提出するため。



- 調査期間 2022年7月1日～2022年10月10日
- 調査方法 WEB アンケート。自由回答を含む 25 問
- 対象者 不妊治療・不育治療を受けている(またはこれから受ける)すべての方
- 回答数 1,988

アンケート回答者の年齢

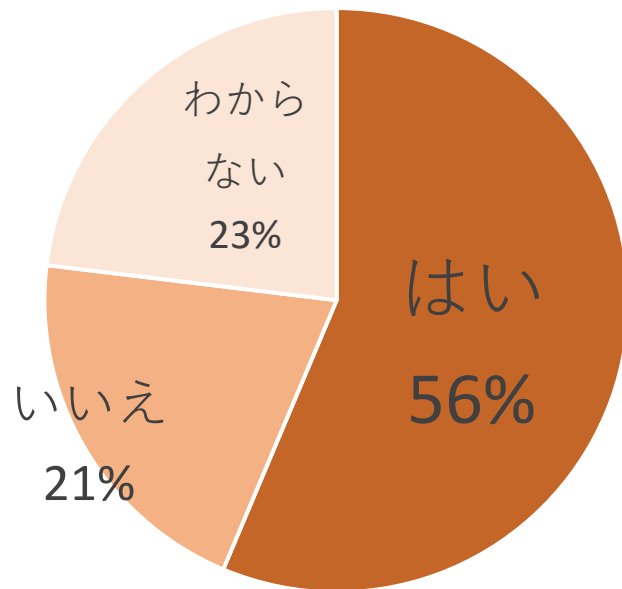


当事者の年齢は
30歳から44歳

83%

Fine実施「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」結果より

今、受けてみたい治療を受けられていますか？

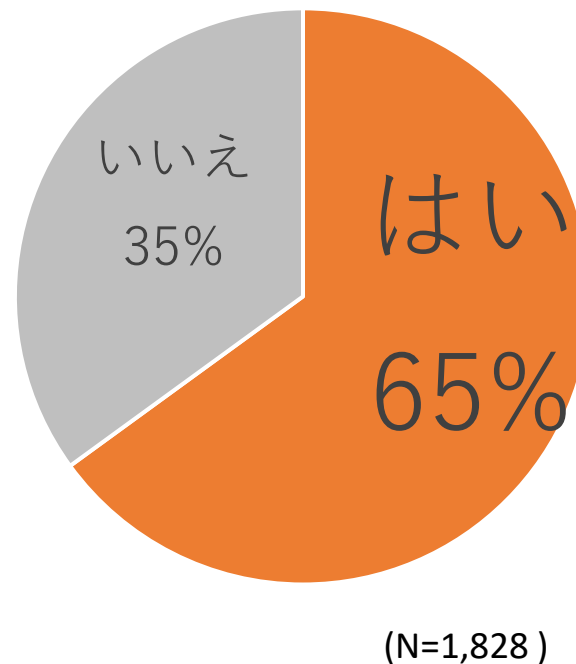


受けてみたい治療が
受けられている

56%

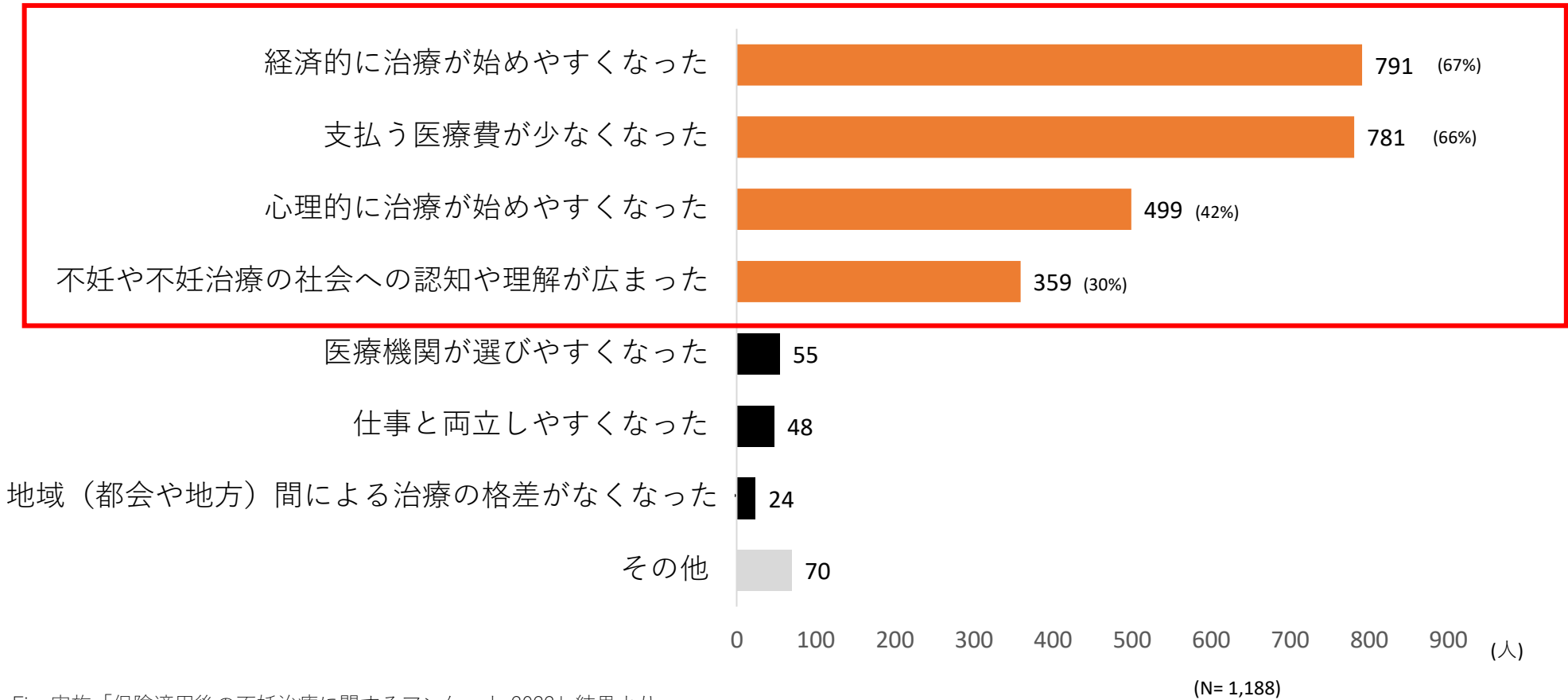
Fine実施「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」結果より

保険適用になって「良くなった」と感じる？



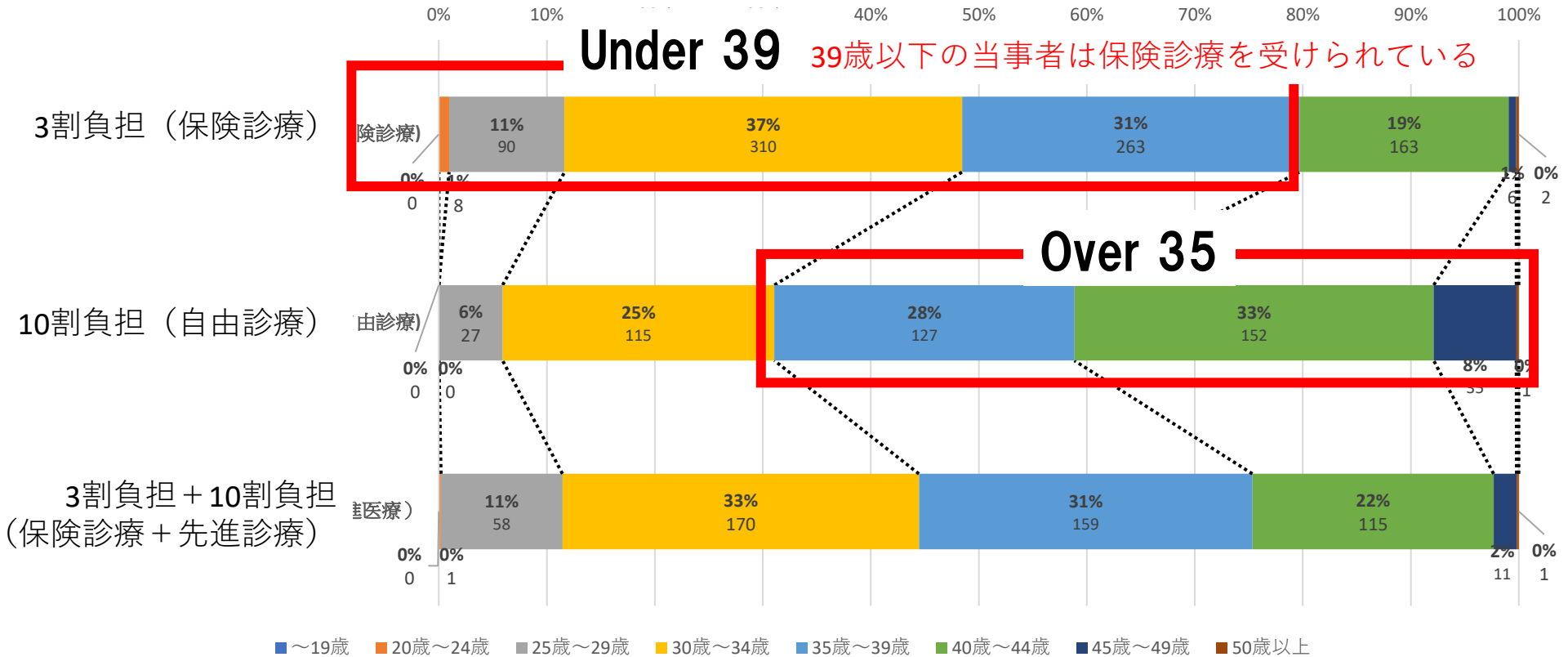
Fine実施「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」結果より

保険適用になって良くなったと感じること



Fine実施「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」結果より

自己負担金額 × 年齢は？



Fine実施「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」結果より

よくなったと思うこと(アンケート記述欄より)

経済的負担が減った

保険適用で高額療養費制度が使える度に**支払う金額が減った**点はよかった。
(30-34歳 栃木県他多数)

助成金の回数制限の対象が採卵も含まれていたのが、**保険適応だと採卵のみは対象外で、移植で数えられるようになった**こと。採卵でつまづくので、助かった。
(30-34歳 兵庫)

生命保険（または医療保険）が適用になり、**保険金が降りるようになった**。
(25-29歳 長野県他多数)

助成金はどうしても振り込みまで3ヶ月と時間がかかってしまい、治療はずっと進むので、**初めから支払いが軽くなった**保険適用はありがたいです。(35-39歳 大阪府)

一回に支払う医療費が減った為、気持ちに余裕が出来た。
(25-29歳 愛知県他多数)

高価だった薬が保険適用で使えるようになった。
(40-44歳 愛知県)

不妊治療が受けやすくなった

料金が一律になり**わかりやすくなった**。(40~44歳 新潟県)

経済的な面もあり高度治療に賛成ではないパートナーが、保険適用できるとこまでやろうと言ってくれたことにより**心理的に楽になった**。(35-39歳 愛知県)

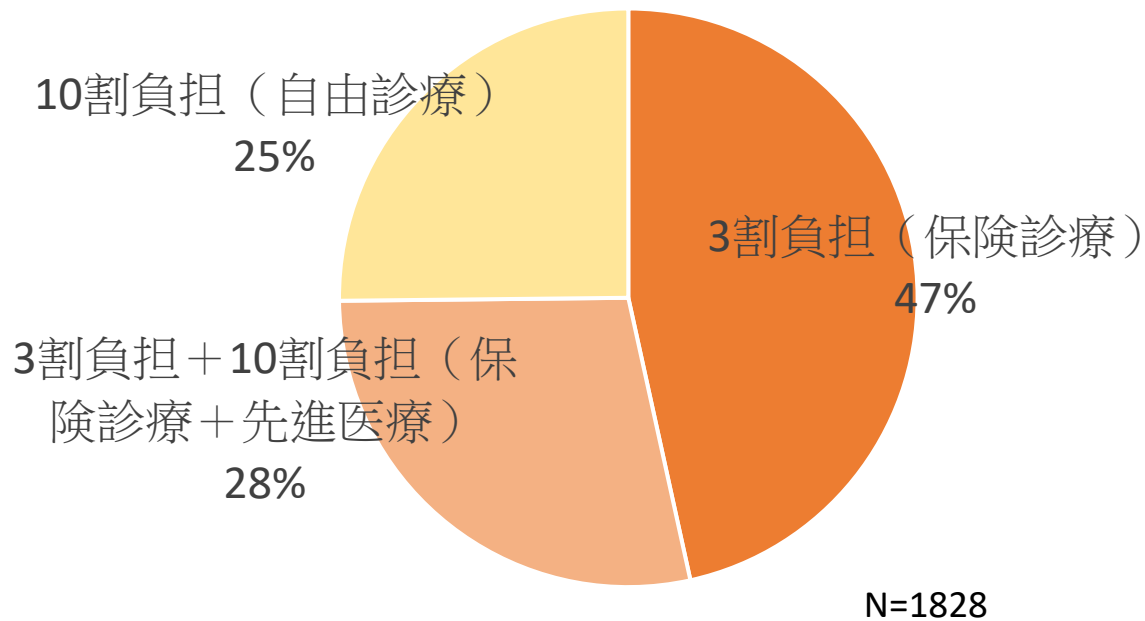
現在体外受精をしている。**保険適用でなかったら体外受精まで進めなかった**。(25~29歳 東京都他多数)

統一した検査を受けることで、それまで判明していなかった夫の病気（甲状腺ホルモン低下症）がわかり、治療を受けることができた。精子の正常形態率が多少改善した。
(40-44歳 神奈川県)

体外受精に進む**ハードルが下がった**。(25-29歳 千葉県他多数)

一人いるから出来なくてもまあ良いかと思っていたが、**治療のステップアップに踏み切れた**。
(30-34歳 栃木県)

今受けている治療の自己負担額の割合

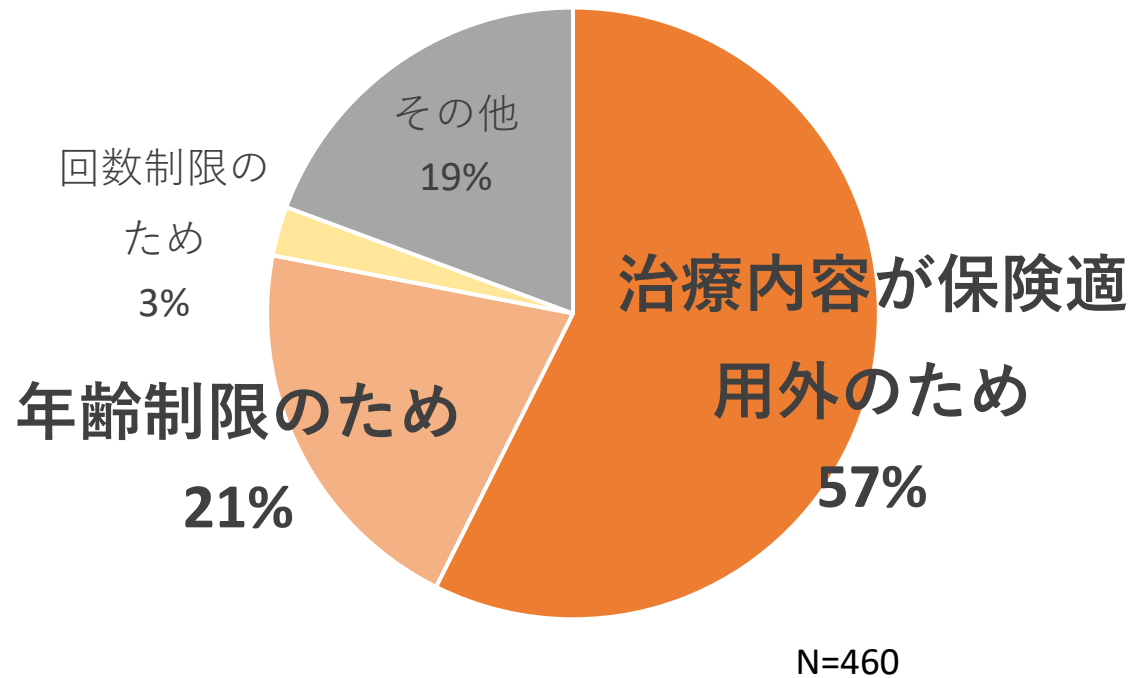


全額保険診療を
受けているのは

47%

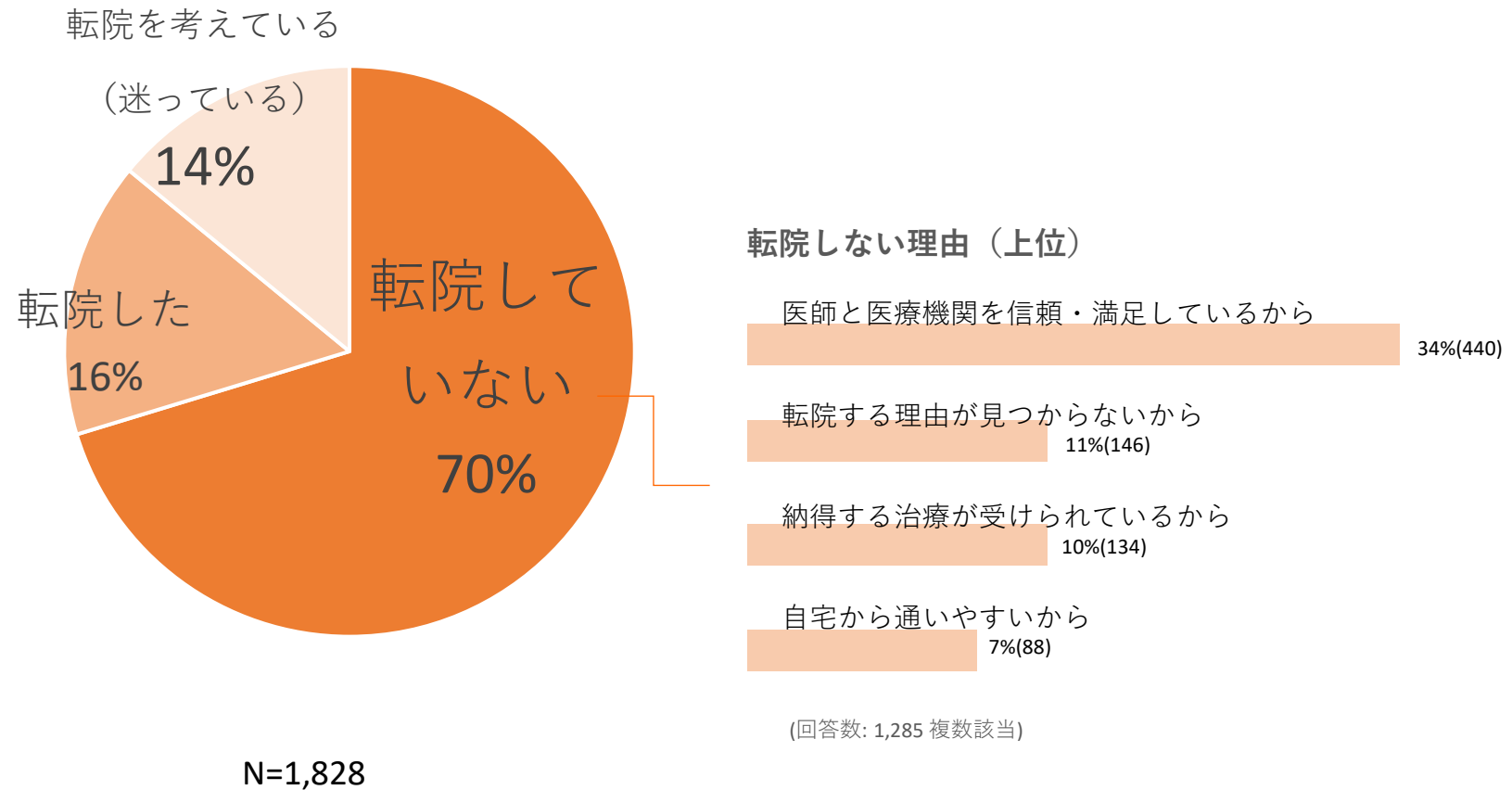
Fine実施「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」結果より

今受けている治療が 10割負担（自由診療）である理由

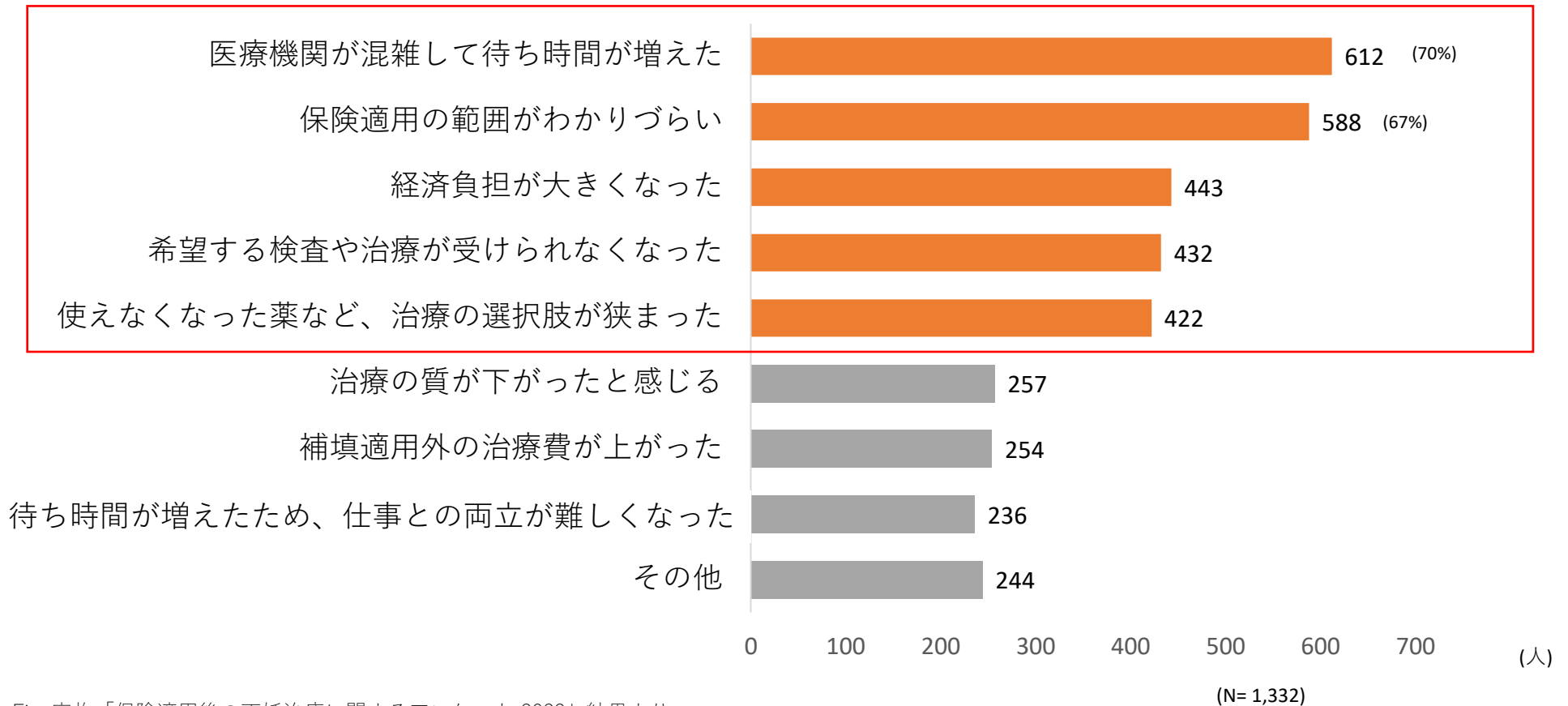


Fine実施「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」結果より

保険適用をきっかけに転院した？



保険適用になって悪くなったと感じること



Fine実施「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」結果より

診療報酬改定に向けてのお願い

他の疾病同様に、

年齢制限、回数制限の撤廃（もしくは緩和）をお願いします。

これは私たちのもとに届いた、不妊治療に悩んだ体験者たちの声の一部です。

- 回数制限があることにより、焦りと不安が強まり精神的なストレスが増えています。（25～29歳）
- 不育症であるため、妊娠12週に至らずに流産してしまうことが多いため、6回の回数制限がリセットされず、回数制限が精神的に辛いです。（30～35歳）
- 体外受精を6回しても授からなかったらどうしようかと不安です。体外受精を7回以降するのは、経済的にも精神的にも負担が大きくて難しいです。（25～29歳）
- 不妊治療で一人目を授かりましたが、2人目を希望しており制限や条件を撤廃して欲しいです。（35～39歳）

他の一般的な疾病には無い制限や条件が無くなることで、年齢にかかわらず、子どもを望むすべての不妊当事者にとって、経済的、精神的負担の軽減につながります。

歯科医療(その2)

1. 歯科医療の現状

2. 病院における歯科の機能に係る評価

3. 医科歯科連携、医歯薬連携

4. ライフステージに応じた口腔機能の管理

5. 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療

7月12日開催の中医協における主なご意見①

(かかりつけ歯科医や病院における歯科医療等、歯科医療機関の機能・役割について)

- ライフコースに応じた歯科疾患の重症化予防や地域包括ケアシステムにおける連携などが重要であり、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所にはこれらの役割が求められている。一方で、患者にとっては、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所とそれ以外の歯科診療所の違いが分かりにくいという指摘もあり、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所がどのような役割を担うべきか考える必要がある。
- 歯科医療機関の機能分化や連携を適切にすすめ、地域の状況に応じた歯科医療提供体制を構築するためにも、在宅歯科医療、医療安全や院内感染対策等、関連する施設基準を整理・検討すべき。
- 回復期病院や慢性期病院において、口腔と栄養の管理が一体的に行われることは、誤嚥性肺炎や低栄養の予防の観点から重要であり、地域の歯科診療所との連携も含め、リハ・口腔・栄養の一体的な取組を進めるべき。
- 歯科訪問診療を実施している患者に対して侵襲性の高い治療や専門性の高い歯科治療が必要となった場合、病院における歯科での全身管理下での治療が必要になることもある。病院歯科が、地域の歯科診療所の後方支援として歯科訪問診療や入院での歯科治療の受け入れ等、地域の状況に応じた役割を果たすことを推進するため、病院における歯科の機能についても適切に評価すべき。

(医科歯科連携をはじめとした連携について)

- がん患者等への周術期等口腔機能管理は増加してきたが、周術期だけではなく、脳血管疾患等により入院が長期になる患者の口腔・栄養管理も重要。
- 医科との連携や介護との連携が進んでいない要因を丁寧に分析した上で、連携を進めるために必要な見直しを行うべき。
- 糖尿病における医科歯科連携や各種薬剤の副作用等に関する医歯薬連携も更に進めるべき。薬により口腔に影響があるものもあり、歯科治療を行う際に注意を要する医薬品などの情報連携は非常に有効である。歯薬連携の在り方について、現場での連携が進むよう検討すべき。

(安心で安全な歯科医療について)

- 各種施設基準において、医療安全と感染対策に係る要件が位置づけられており、これらの感染対策を今後も継続することは重要。
- 医療安全と感染対策は歯科医療機関にとって当然のことであり、その上で、より充実した体制をどのように評価するのか、患者にも分かるように整理が必要。
- 新興感染症の流行時であっても継続した歯科医療提供体制を維持する観点から、歯科外来環境体制加算については、新興感染症に対する感染対策における考え方との整理も必要ではないか。

7月12日開催の中医協における主なご意見②

(重症化予防や口腔機能管理、障害児者等の歯科診療について)

- 歯を喪失する一番の原因である歯周病やう蝕は、適切な管理を行うことで重症化予防が可能である。歯周病重症化予防治療や歯周病安定期治療について、より効果的な管理を推進するため、更なる整理・見直しをすべき。
- 歯科衛生士による歯科衛生実地指導は重症化予防の観点から非常に重要である。近年は、ブラッシング方法の指導等だけでなく口腔機能や生活習慣などの観点からも歯科保健指導が行われており、実態に応じた評価を検討すべき。
- 口腔機能の管理については、口腔機能管理の中で行われる口腔機能獲得や口腔機能向上のための訓練に対する評価について検討すべき。
- 小児を含めた障害児者や認知症の方への歯科医療も非常に重要であるが、治療には患者の状態に応じた配慮や時間、通常より多い人員体制を要することが多く、実態を踏まえた評価を検討すべき。
- 医療的ケア児等について、摂食嚥下等に関し学校等への情報連携をするケースがあることから、歯科医療機関と学校等との情報連携についても検討すべき。

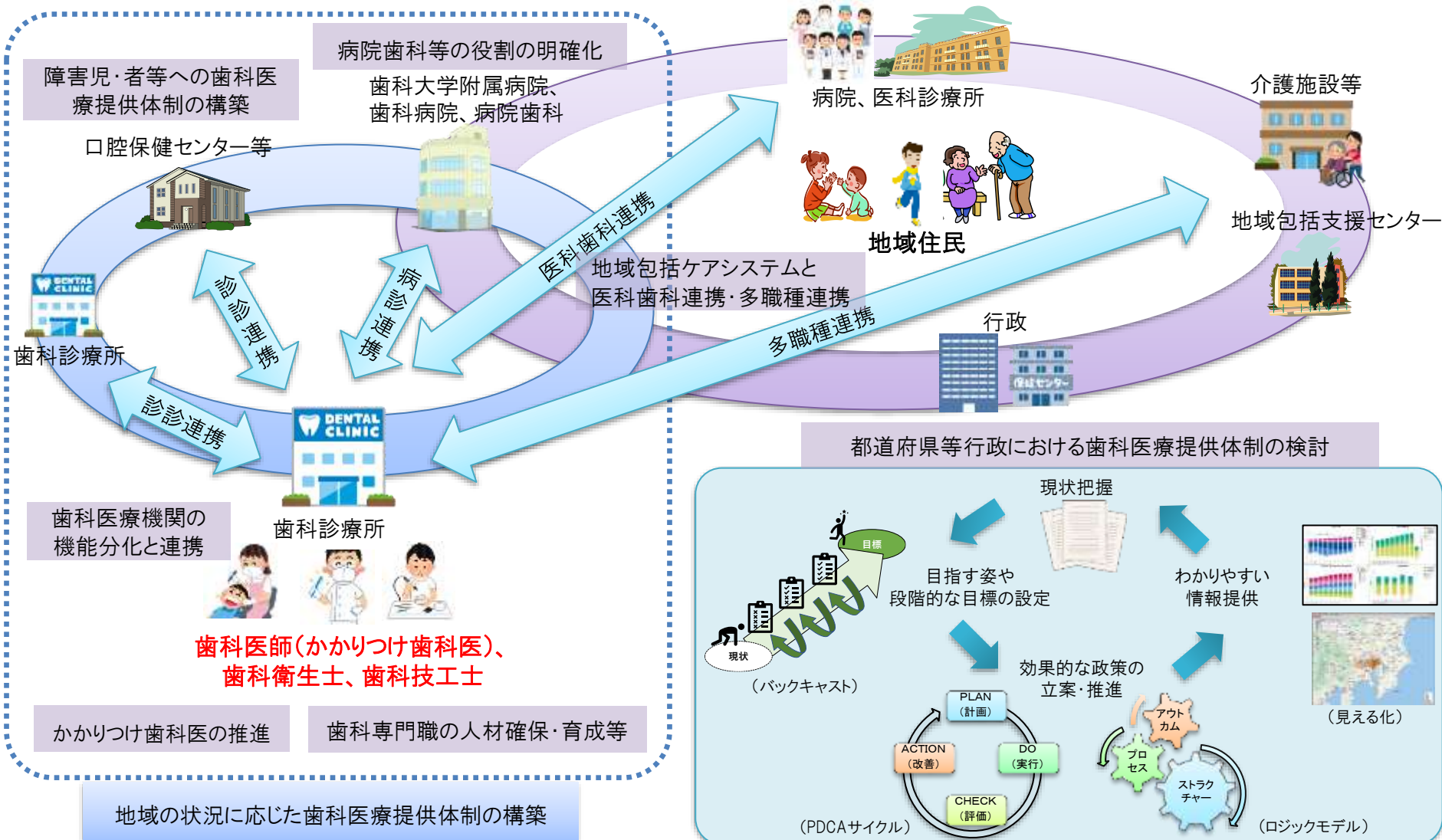
(電話や情報通信機器を用いた歯科診療について)

- 対面診療が基本ではあるが、新興感染症の感染拡大により外出が制限される状況下などでは、歯周病などの急性症状に対し、情報通信機器を用いて症状・状態を確認した上で必要に応じて投薬等を行うことは有効であり、情報通信機器を活用した歯科診療の評価も検討すべき。その他、口腔機能や摂食機能の評価、顎顔面領域の慢性疼痛の管理等、情報通信機器が活用できるものもあるのではないか。
- 口腔内の状態をどのように適切に把握するかも含め、効率的な口腔状態の確認や指導管理等、歯科領域における情報通信機器の活用について検討をすべきでないか。

(生活の質に配慮した歯科医療について)

- 糖尿病や喫煙などの生活習慣は、歯周病など口腔疾患へ大きな影響を与えることが知られているので、これらに関する管理も重要である。
- 貴金属以外の材料の保険適用は進んで来ているが、適用部位が限られている等の現状もあることから、市場価格に左右されない貴金属以外の材料の活用を積極的に検討するべき。

- 少子高齢化による人口構成の変化や歯科疾患の罹患状況の変化、医療や介護等における歯科保健医療に対するニーズの多様化などにより、歯科保健医療を取り巻く状況が大きく変化している状況に対応するため、歯科医療の質の向上を図るとともに、地域の状況に応じた歯科医療提供体制を構築することが求められている。
- これらを踏まえ、歯科医療の提供体制の構築等に関する必要な事項について、総合的に議論を行い、とりまとめられたもの。



かかりつけ歯科医の役割

- 住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目のない提供体制の確保、他職種との連携
- 訪問歯科診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や服用薬剤への理解の充実、ライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔の管理
- かかりつけ歯科医をもつ者の増加のための普及啓発の促進
- 新興感染症拡大時における歯科医療提供体制の整備

地域包括ケアシステムと医科歯科連携・多職種連携

- 機能を含めた歯科医療資源の見える化
- 他職種に対するニーズの把握や相互理解の促進、指標設定・評価
- 他職種等に対する口腔に関する理解を深めてもらうため、学部・専門分野の教育段階含め、口腔の管理の重要性等を学ぶ機会の充実
- 人生の最終段階における口腔の管理への歯科医療関係者の関与

歯科医療機関の機能分化と連携

- 各歯科医療機関の機能の把握・見える化
- 病診連携・診診連携、歯科診療所のグループ化、規模の拡大・多機能化による複数の歯科医師が勤務する体制の整備の推進
- ICTの利活用の推進
- 歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた歯科医療提供体制の構築の検討

障害児・者等への歯科医療提供体制

- 障害の内容や重度別分析による歯科医療機関の機能の見える化
- いわゆる口腔保健センターと一般歯科診療所の役割の整理
- ハード面（設備整備等）やソフト面（人材育成、多職種連携等）の両面での取組の充実
- 医療的ケア児を含めた障害児・者を、地域の歯科医療ネットワーク等、地域で支え歯科医療を受けることができる歯科医療提供体制の構築

病院歯科等の役割

- それぞれの地域における病院歯科の役割の明確化
- 各病院歯科の歯科医療従事者の配置状況や機能等の把握・分析
- 地域の病院歯科の果たす役割を認識し、病院歯科と歯科診療所等との連携の推進
- 地域の歯科医療提供体制の拠点としての機能

歯科専門職種の人材確保・育成等

- 学部教育から臨床研修、生涯研修におけるシームレスな歯科医師養成他職種の役割等を継続的に学び、交流を行いながら理解を促進
- 歯科衛生士の確保（職場環境等の整備、復職支援・リカレント教育）
- 歯科技工士の確保（人材確保、職場環境の整備、業務のあり方）

都道府県等行政における歯科医療提供体制の検討の進め方について

- 地域ごとの歯科医療資源及び住民ニーズの把握・見える化、PDCAサイクルに基づく取組の推進、計画的な評価
- 歯科保健医療提供体制の理想とする姿（目指す姿）を設定し、バックキャストで考えていくことの重要性
- 歯科医療提供のあり方を議論する際には、地域の関係団体等と連携し、目指す姿や目標等の共通認識を深めながら取り組む必要性

1. 歯科医療の現状

2. 病院における歯科の機能に係る評価

3. 医科歯科連携、医歯薬連携

4. ライフステージに応じた口腔機能の管理

5. 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療

歯科医師の確保（第8次医療計画の見直しのポイント）

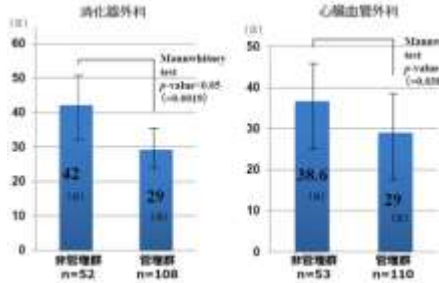
概要

- 地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科専門職の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や機能に応じて地域の歯科医療従事者を病院において活用することや、病院と歯科診療所の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組を推進する。
- 歯科専門職確保のため、地域医療介護総合確保基金を積極的に活用する。

医科歯科連携の重要性

歯科医師が入院患者の口腔の管理を行うことによって、在院日数の短縮や肺炎発症の抑制に資することが明らかとなる等、口腔と全身の関係について広く知られるようになり、医科歯科連携の重要性が増している。

入院患者に対する在院日数削減効果



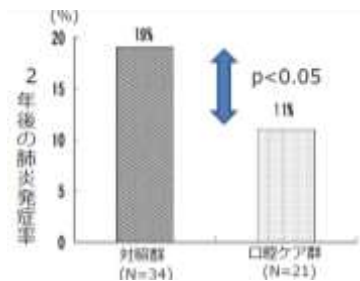
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲部委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

術後の回復過程に及ぼす効果



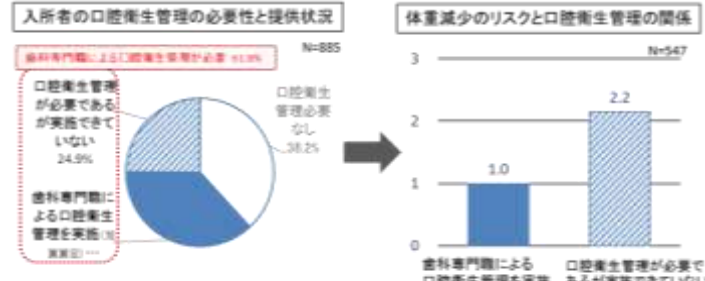
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲部委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



Yoneyama et al. :Lancet;1999

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係

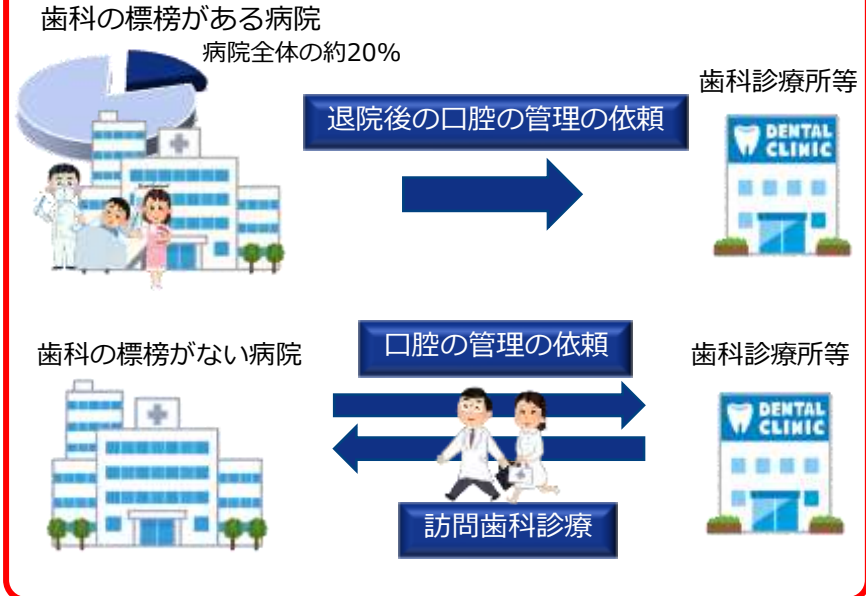


出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

地域の実情に応じた歯科医療体制の確保

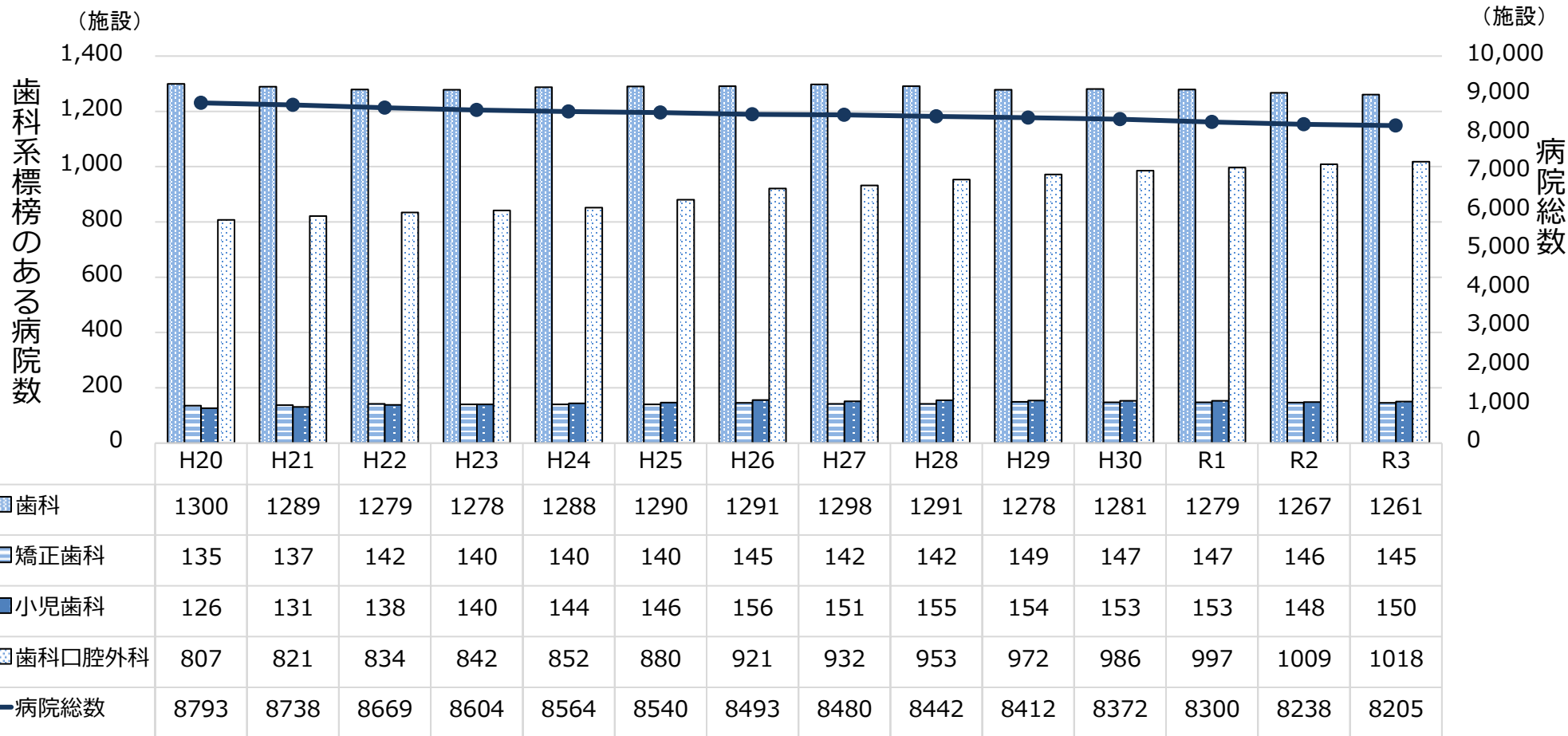
地域の実情を踏まえて、病院に歯科専門職を配置することや、病院と地域の歯科専門職の連携が重要。

病院と地域の歯科診療所等の連携のイメージ



歯科を標榜する病院数の年次推移

○ 歯科を標榜する病院数については、「歯科口腔外科」を標榜する施設数が増加傾向である一方、「歯科」を標榜する施設数は減少傾向である。

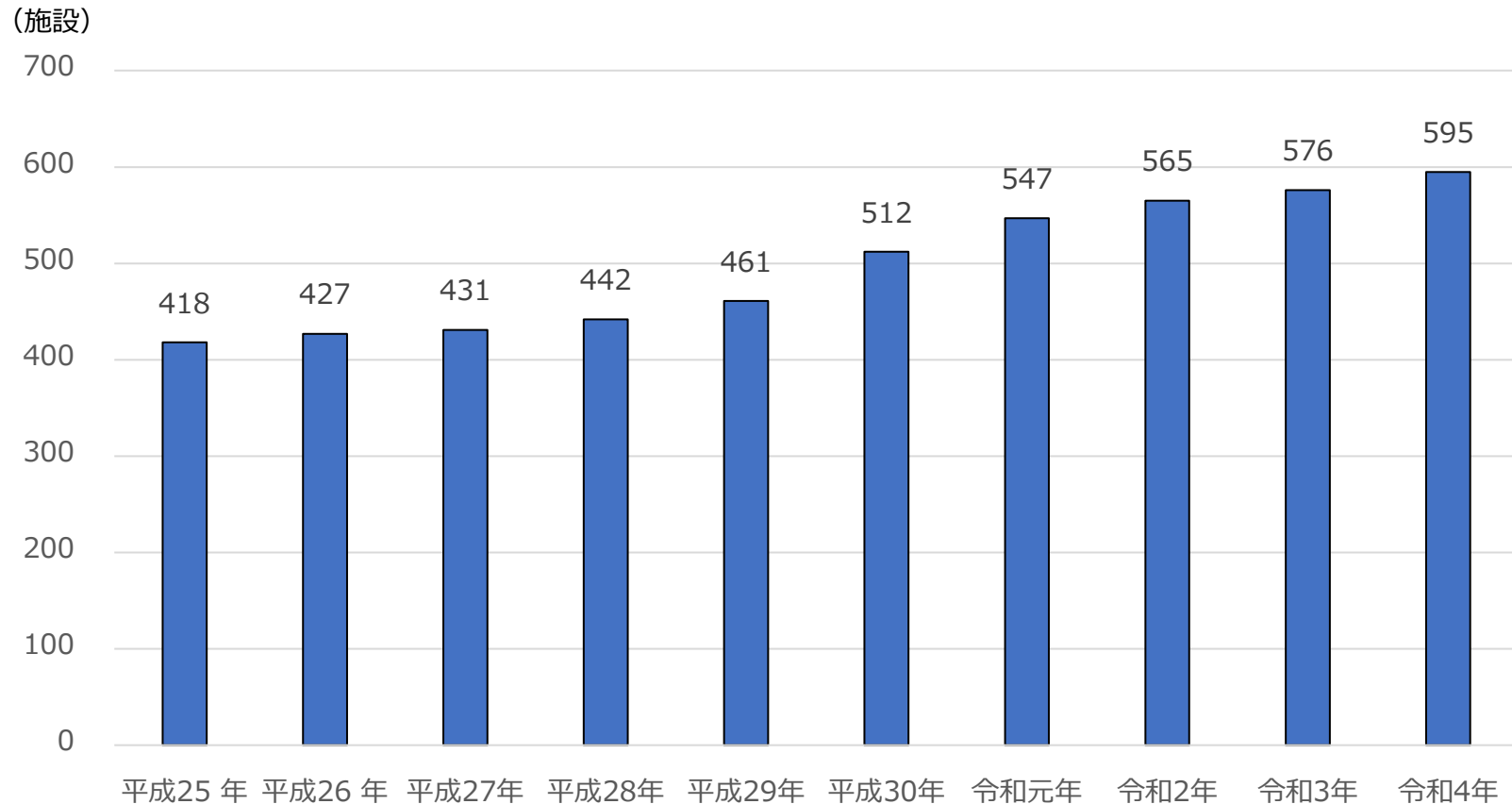


歯科系の診療科を標榜する病院数（令和2年10月1日時点）
 （歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科のいずれかを標榜する病院数）

1,817施設

○ 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出医療機関数は、年々増加しており、令和4年で595施設である。

＜地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出医療機関数＞



- 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準は、人員配置基準の他、紹介率、手術の実施件数又は歯科診療特別対応加算の算定患者数、周術期等口腔機能管理料等の算定等が要件になっている。

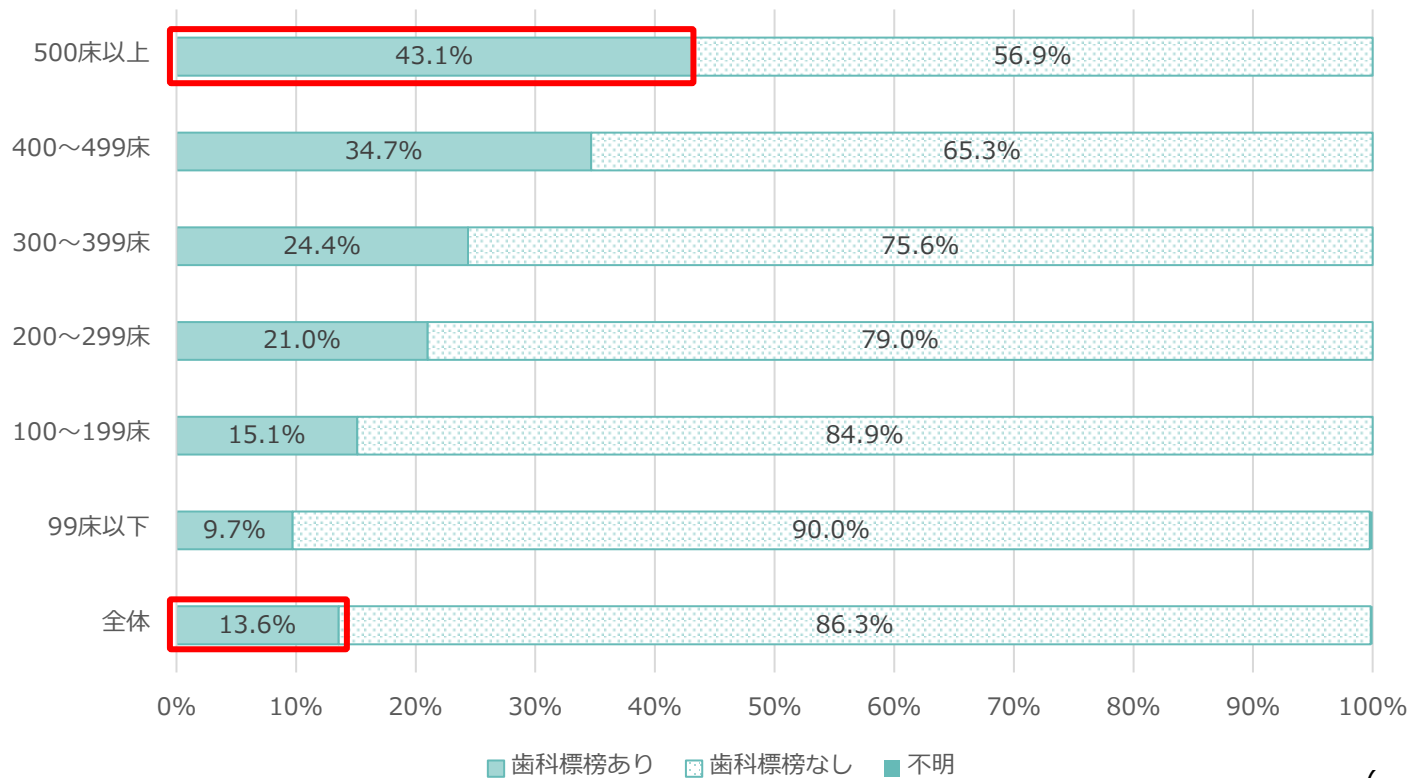
施設基準

- 看護師及び准看護師が2名以上配置されていること。
- 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
- 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。
- 次のイ又は口のいずれかに該当すること。
 - イ 次のいずれかに該当すること。
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が30%以上であること。
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が20%以上であって、別表に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上であること。
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において歯科診療特別対応加算を算定した患者又は歯科訪問診療料を算定した患者であって、他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が5人以上であること。
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科診療特別対応加算を算定した患者の月平均患者数が30人以上であること。
 - ロ 次のいずれにも該当すること
 - ・常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)のいずれかを算定した患者の月平均患者数が20人以上であること。
- 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

病床数ごとの歯科標榜の状況

○ 一般病棟入院基本料を算定している病院の病床数ごとの歯科標榜の割合は、全体では13.6%であり、病床数が多いほうが多く、500床以上で43.1%であった。

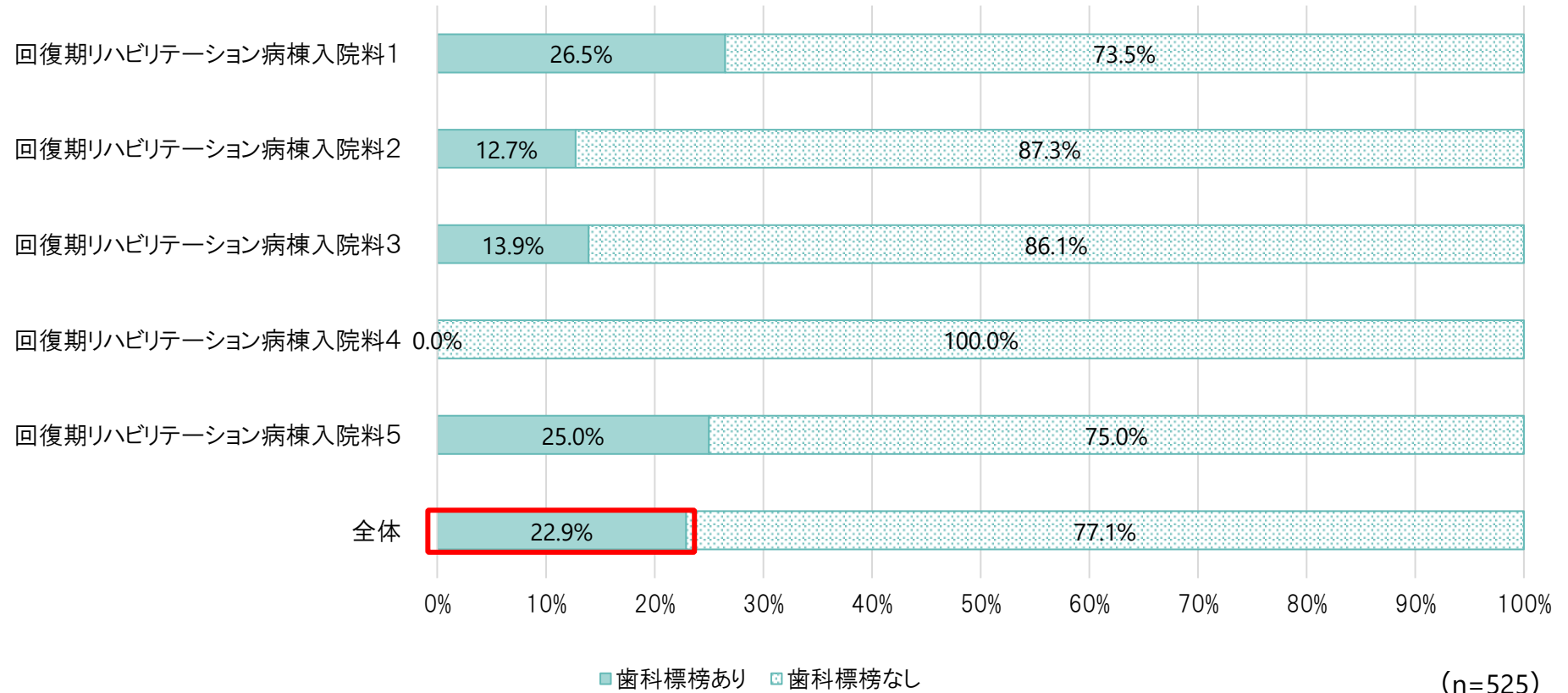
■ 一般病棟入院基本料を算定している病院の病床数ごとの歯科標榜の状況

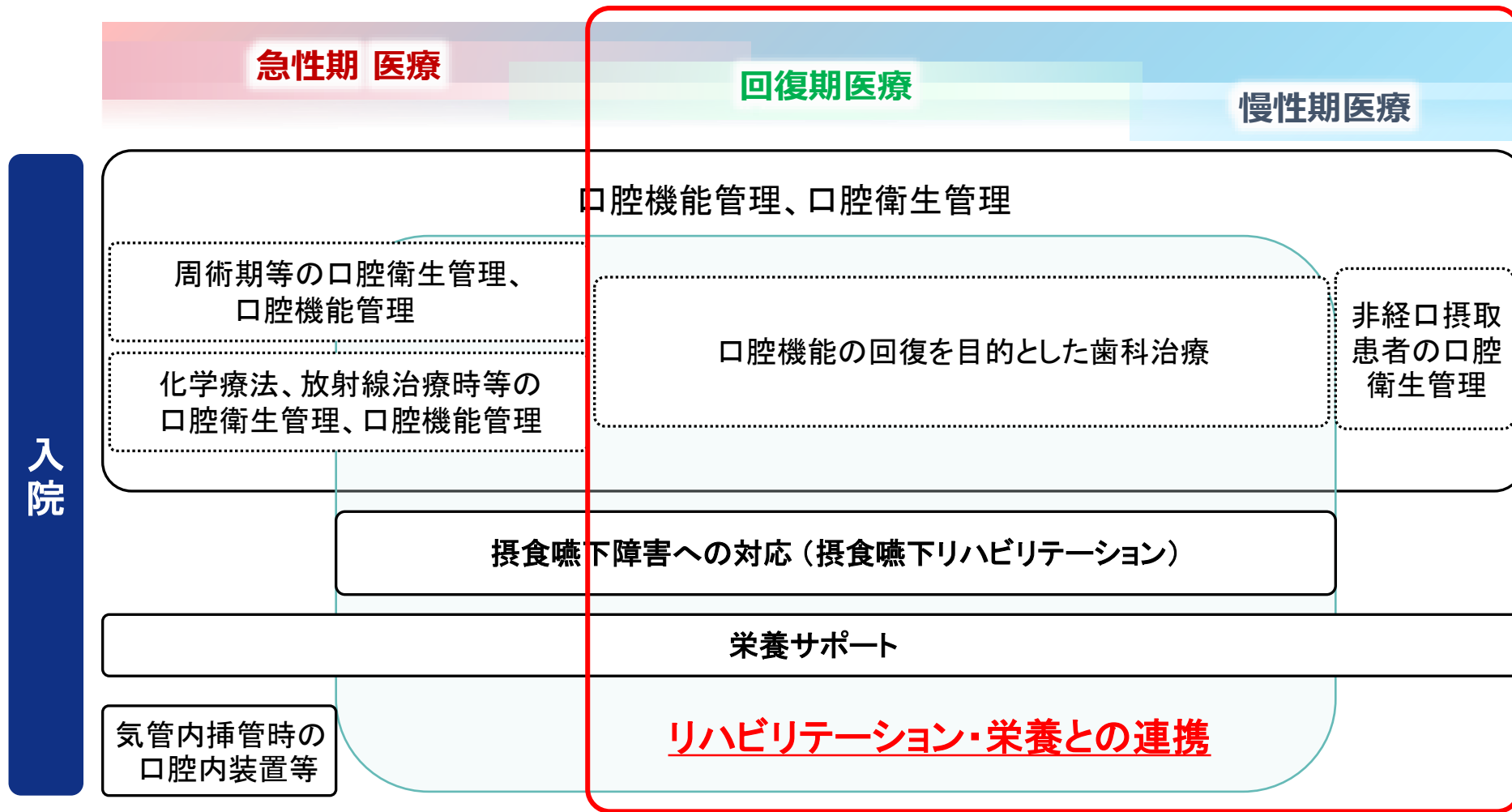


(n=4,716)

回復期リハビリテーション病棟を有する病院の歯科標榜の状況

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院の歯科標榜の割合は、全体では22.9%であり、回復期リハビリテーション病棟入院料1の病院では26.5%であった。





- 外来 (Outpatient):**
- ・地域からの紹介による患者（全身管理が必要な患者等）に対する歯科治療
 - ・障害児者や医療的ケア児に対する歯科治療
 - ・歯科口腔外科領域の手術・処置（入院が必要なものも含む） 等

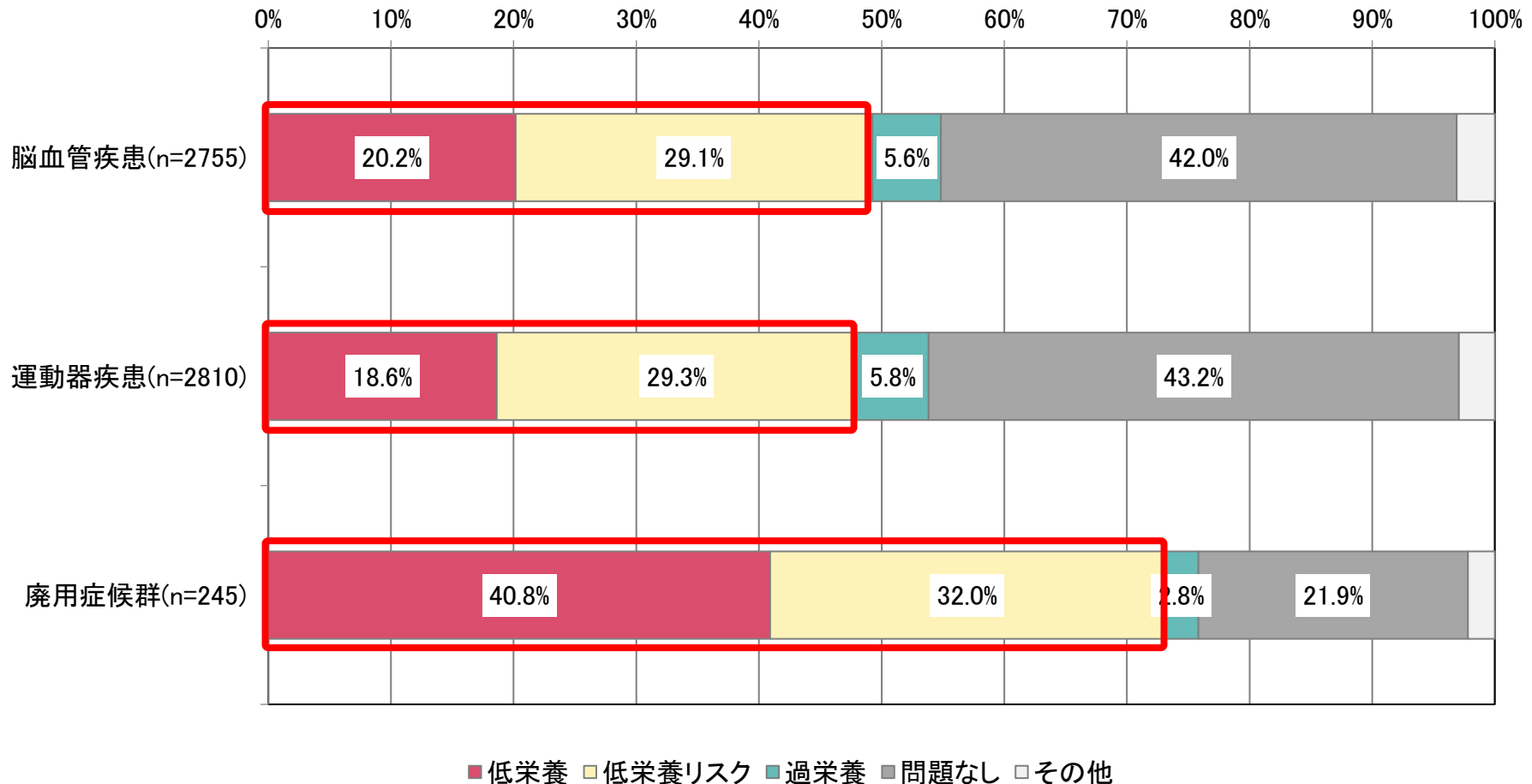
回復期リハビリテーションにおける疾患別の栄養評価

診調組 入-3
5 . 9 . 6

- 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者における、疾患別に見た栄養評価の状況は以下のとおり。
- 脳血管疾患や廃用症候群に限らず、運動器疾患においても、一定程度低栄養や過栄養等の患者が存在する。

中医協 診-2参考2
5 . 10 . 27 (改)

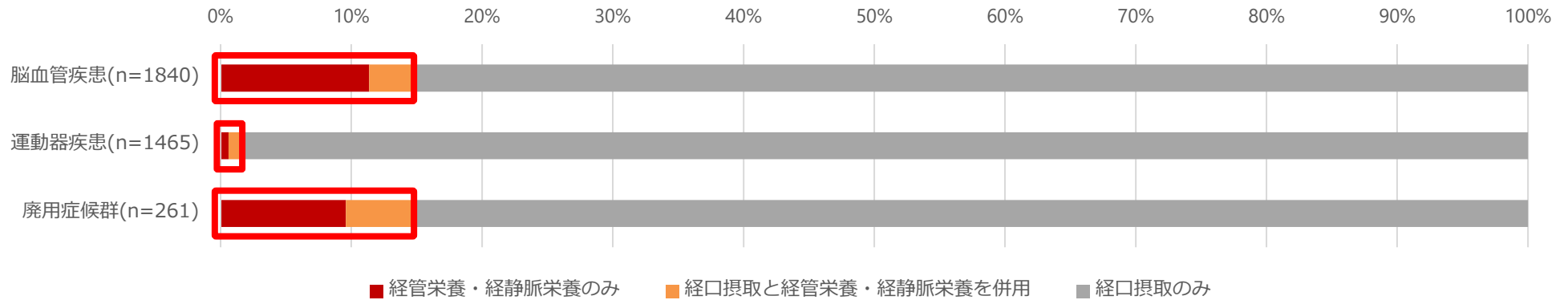
疾患別の栄養評価



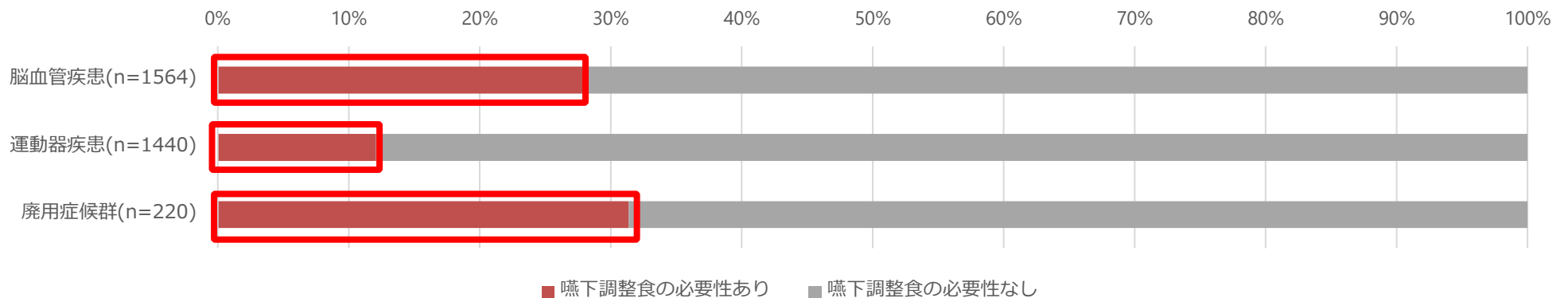
疾患別の摂食嚥下の状態

○ 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者について、疾患別に摂食嚥下の状態を見ると、どの状態においても嚥下調整食を必要とする患者が一定程度存在する。

経管栄養・経静脈栄養の有無



嚥下調整食の必要性



入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

中医協 診-2参考2
5. 10. 27 (改)

入棟患者全て (n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後
(外来の初再診後) (n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

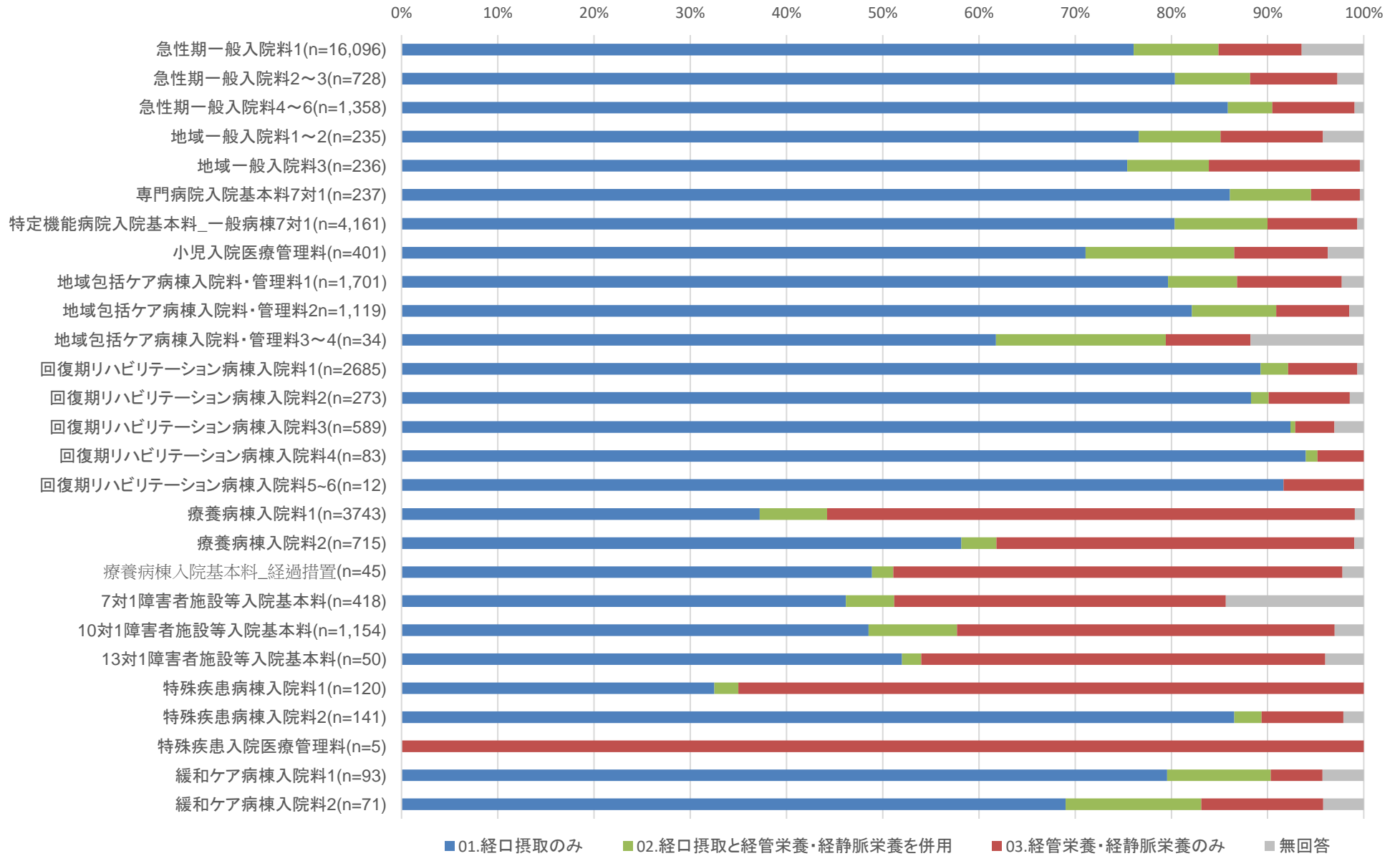
救急搬送後入院、他病棟を経由
(n=390)

1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟
(n=161)

1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

入院料ごとの栄養摂取の状況



病棟における多職種連携の取組状況

- 病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。
- 栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。

■ 各取組の実施割合及び関与している職種

	実施有	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
01 NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.6%	25.1%	97.6%	78.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
02 01以外の病棟でのカンファレンス(簡易な情報共有や相談を含む)	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
03 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
04 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
05 ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
06 認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
07 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
08 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
09 栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
10 離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
11 口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%
12 ミールラウンド(食事の観察)	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	66.7%	5.1%
13 食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.9%	54.7%	84.7%	4.7%
14 経腸栄養剤の種類の選択や変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.2%	24.0%	2.2%	2.0%	12.8%	83.7%	1.9%
15 退院前の居宅への訪問指導	36.3%	24.2%	2.5%	78.1%	6.1%	69.6%	51.5%	11.3%	8.4%	1.0%
16 退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.8%	97.8%	38.3%	65.6%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%

病棟における多職種連携の取組への歯科専門職関与の状況

○ 口腔・栄養関連の多職種連携の取組について、歯科標榜のない病院では病棟での多職種連携への関与は少ないが、急性期と比較すると回復期の病棟のほうが歯科標榜の有無にかかわらず、歯科専門職の関与の割合が高い傾向となっている。

急性期一般入院
基本料 1

連携項目	歯科標榜 有無	実施有	医師	歯科医師	看護職員	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
01_NST等の専門チームでのカンファレンス	歯科標榜 あり	86.2%	91.8%	37.0%	97.0%	43.5%	94.2%	17.6%
07_口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価		77.5%	22.9%	49.0%	83.1%	29.3%	7.8%	61.0%
08_摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価		84.0%	46.9%	13.9%	91.5%	71.7%	27.8%	15.5%
11_口腔管理に関する計画の作成		55.8%	24.2%	58.2%	57.6%	22.3%	7.5%	63.7%
12_ミールラウンド		74.9%	21.3%	7.3%	86.4%	44.5%	64.9%	6.5%
13_食事形態の検討・調整		93.4%	59.3%	9.3%	92.9%	54.4%	85.1%	6.2%
16_退院時のカンファレンス	89.4%	79.2%	7.2%	97.7%	34.7%	32.8%	4.5%	
01_NST等の専門チームでのカンファレンス	歯科標榜 なし	84.0%	94.1%	1.5%	98.8%	48.8%	95.8%	8.7%
07_口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価		64.1%	22.8%	6.1%	88.7%	48.7%	10.1%	21.0%
08_摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価		81.1%	38.1%	0.8%	87.4%	73.9%	27.8%	7.2%
11_口腔管理に関する計画の作成		33.8%	21.4%	4.1%	69.8%	41.1%	9.1%	15.0%
12_ミールラウンド		72.3%	16.5%	0.0%	82.8%	43.4%	70.2%	2.4%
13_食事形態の検討・調整		89.9%	58.2%	0.1%	90.5%	55.3%	84.0%	1.8%
16_退院時のカンファレンス	86.5%	71.5%	0.2%	98.0%	42.1%	37.2%	2.6%	

歯科標榜あり
(n=475)

歯科標榜なし
(n=2555)

回復期リハビリ
テーション病棟
入院料 1

連携項目	歯科標榜 有無	実施有	医師	歯科医師	看護職員	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
01_NST等の専門チームでのカンファレンス	歯科標榜 あり	82.7%	95.1%	28.4%	98.8%	74.1%	97.5%	51.9%
07_口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価		89.8%	31.8%	52.3%	71.6%	53.4%	11.4%	79.5%
08_摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価		98.0%	54.2%	19.8%	85.4%	94.8%	30.2%	25.0%
11_口腔管理に関する計画の作成		70.4%	20.3%	63.8%	58.0%	52.2%	8.7%	71.0%
12_ミールラウンド		94.9%	26.9%	7.5%	91.4%	74.2%	79.6%	20.4%
13_食事形態の検討・調整		99.0%	72.2%	22.7%	95.9%	85.6%	92.8%	14.4%
16_退院時のカンファレンス	94.9%	86.0%	7.5%	100.0%	95.7%	63.4%	10.8%	
01_NST等の専門チームでのカンファレンス	歯科標榜 なし	69.9%	94.2%	1.1%	98.4%	81.0%	98.4%	10.1%
07_口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価		83.1%	36.4%	5.8%	80.4%	77.3%	12.9%	38.2%
08_摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価		97.8%	61.1%	1.5%	75.1%	96.2%	43.0%	15.1%
11_口腔管理に関する計画の作成		54.4%	53.1%	2.1%	74.1%	61.5%	13.3%	39.9%
12_ミールラウンド		84.9%	36.0%	0.9%	78.9%	69.3%	84.6%	11.8%
13_食事形態の検討・調整		96.7%	77.6%	0.8%	86.1%	84.9%	95.4%	9.3%
16_退院時のカンファレンス	96.3%	83.9%	0.8%	98.1%	92.7%	49.0%	4.2%	

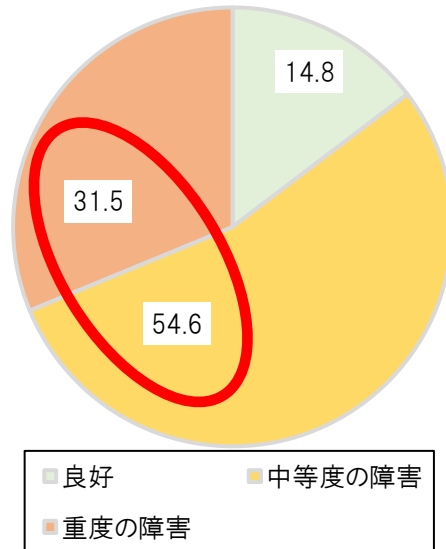
歯科標榜あり
(n=147)

歯科標榜なし
(n=223)

回復期リハビリテーション患者の口腔の状態

- 回復期リハビリテーション病棟入院の高齢患者の約8割に、なんらかの口腔機能障害が認められ、そのうちの31.5%は重度の障害であった。
- 口腔機能障害の内容を見ると、歯・義歯の問題が最も多く(中等度:46.7%、重度:31.8%)、次いで舌の問題、歯肉の問題が多かった。

■ 回復期リハビリテーション病棟入院患者で口腔機能障害がある者の割合



※ROAGスコア9点以上:口腔機能障害あり

■ 口腔機能障害の項目別のスコア

項目	スコア1	スコア2	スコア3
	n(%)	n(%)	n(%)
声	83(77.6)	14(13.1)	10(9.3)
嚥下	86(80.4)	15(14.0)	6(5.6)
口唇	68(63.6)	36(33.6)	3(3.8)
歯・義歯	23(21.5)	50(46.7)	34(31.8)
粘膜	77(72.0)	24(22.4)	6(5.6)
歯肉	58(54.2)	45(42.1)	4(3.7)
舌	55(51.4)	48(44.9)	4(3.7)
唾液	81(75.7)	14(13.1)	12(11.2)

【ROAGスコア】

スコア1:良好

スコア2:中等度の障害

スコア3:重度の障害

対象:回復期リハビリテーション病棟入院患者108名(2013年6月~10月までに連続入院した65歳以上の患者、男性55名、女性53名、平均年齢80.5±6.8歳)
 方法:歯科衛生士により、改定口腔アセスメントガイド(ROAG、Revised Oral Assessment Guide)を用いて口腔内の評価を実施。

※ROAG:改定口腔アセスメントガイド(ROAG、Revised Oral Assessment Guide)

声、嚥下、口唇、歯・義歯、粘膜、歯肉、舌、唾液の8項目の状態をそれぞれ各項目の診査方法と評価基準に従いスコア1、2、3の3段階で評価

回復期病棟における患者の口腔状況と歯科の連携状況

- 回復期リハビリテーション病棟で頻繁に見られる歯科的な問題は、義歯にすることが最も多く、94.0%の施設で見られた。「問題はない」と回答した施設は0.6%であった。
- 治療内容では、「義歯修理・製作」が79.3%と最も多く、ついで「歯科治療」が75.3%、口腔衛生管理が70.6%であった。

■病棟で頻繁に見られる歯科的問題点

	N (%)
義歯	297(94.0)
歯周疾患	191(60.4)
口腔乾燥	191(60.4)
口腔衛生状態不良	187(59.2)
う蝕	161(50.9)
食欲の低下	145(45.9)
むせ	127(40.2)
出血	79(25.0)
口を開かない	72(22.8)
歯ブラシを嫌がる	67(21.2)
口腔顔面領域の痛み	18(5.7)
問題はない	2(0.6)
その他	10(3.2)

■院内歯科と訪問歯科での歯科治療実施数および内容の比較

	全体	院内	訪問	p 値
治療延べ人数 (中央値、四分位)	10(3~70)	70(10~265)	10(3~40)	<0.001
治療内容 (N, %)				
口腔衛生管理	211(70.6)	65(83.3)	146(66.1)	0.004
歯石除去・クリーニング	157(52.5)	64(82.1)	93(42.1)	<0.001
歯科治療	225(75.3)	74(94.9)	151(68.3)	<0.001
義歯修理・製作	237(79.3)	70(89.7)	167(75.6)	0.008
摂食嚥下評価 (VE, VF)	53(17.7)	22(28.2)	31(14.0)	0.005
摂食嚥下評価 (VE, VF以外)	32(10.7)	14(17.9)	18(8.1)	0.016
摂食嚥下訓練	49(16.4)	16(20.5)	33(14.9)	0.252
栄養評価	14(4.7)	8(10.3)	6(2.7)	0.012
その他	14(4.7)	2(2.6)	12(6.3)	0.245

対象: 2021年11月~2022年1月に回復期リハビリテーション病棟協会会員施設(1,235施設)で口腔や栄養に関連する医療従事者もしくは運営管理者

方法: 歯科との連携状況に関する無記名自記式質問票を郵送

分析対象: 回答のあった319施設(25.8%)

分析方法: 院内歯科(院内)群と訪問歯科(訪問)群について、 χ^2 検定及びMann-WhitneyのU検定を用いて分析

リハビリテーション患者に対する口腔管理の必要性

○ 退院時に口腔衛生・口腔機能の改善がみられる群(良好群)と、口腔衛生・口腔機能の改善が見られない群(非良好群)を比較すると、良好群は、FIMの運動項目、認知項目、合計点数、FIM効率、FIM利得が有意に高かった。

項目	全体 (n=492)	退院時ROAGスコア (口腔衛生・口腔機能の状態)		p値
		良好群 (n=126)	非良好群 (n=366)	
ROAG、中央値 (四分位範囲)		1(0-2)	1(0-2)	0.019
在院日数、中央値 (四分位範囲)	109(77-154)	101(71-151)	114(79-155)	0.31
リハ実施単位	963(665-1,350)	886(605-1,339)	1013(687-1,352)	0.27
FIM、中央値 (四分位範囲)				
運動項目	69(41-85)	83(65-89)	61(34-81)	<0.001
認知項目	25(18-31)	30(26-34)	23(16-29)	<0.001
総合計	95(60-114)	112(94-121)	82(53-109)	<0.001
FIM効率	0.27(0.14-0.40)	0.32(0.24-0.44)	0.24(0.13-0.39)	<0.001
FIM利得	27(15-40)	32(22-45)	24(13-38)	<0.001
転帰先				
自宅	337(68.5)	106(84.1)	231(63.1)	
施設	135(27.4)	18(14.3)	117(32.0)	
老健	6(1.2)	1(0.8)	5(1.4)	
療養病床	13(2.6)	1(0.8)	12(3.3)	
その他	1(0.2)	0(0)	1(0.3)	
FILS、中央値 (四分位範囲)	9(8-10)	10(9-10)	9(8-10)	<0.001
退院時ROAG、中央値 (四分位範囲)	9(8-11)	8(8-8)	10(9-11)	<0.001

FIM : Functional independence measure、機能的自立度評価表

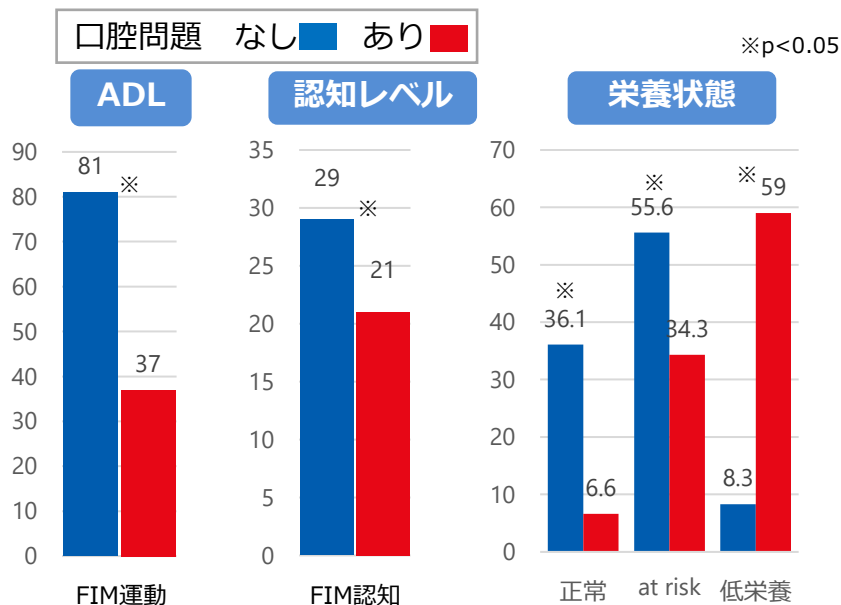
対象:A病院に2018年1月1日から2020年12月31日に脳卒中後の回復期リハビリテーション目的で入退院した患者で、入院時に口腔内に問題があると評価された患者のうち、脳卒中患者492名を対象。

方法:口腔内の状態は歯科衛生士によりROAG(Revised Oral Assessment Guide)、ADLはFIM(functional independence measure)を用いて看護師、介護福祉士を中心として評価を行った。対象者を退院時ROAG8点未満の群(口腔内良好群)と9点以上の群(口腔内非良好群)に分け、2群間の退院時FIM合計点等を単変量解析で比較した。

リハビリテーション患者における口腔とADL、栄養の関連及び口腔の管理の効果

○ 回復期リハビリテーション患者の口腔の問題は、ADL、認知レベル、栄養状態と関連し、歯科専門職の介入による口腔管理は、口腔状態や咀嚼嚥下、栄養状態の改善を通じて、間接的にADLの改善等につながると考えられる。

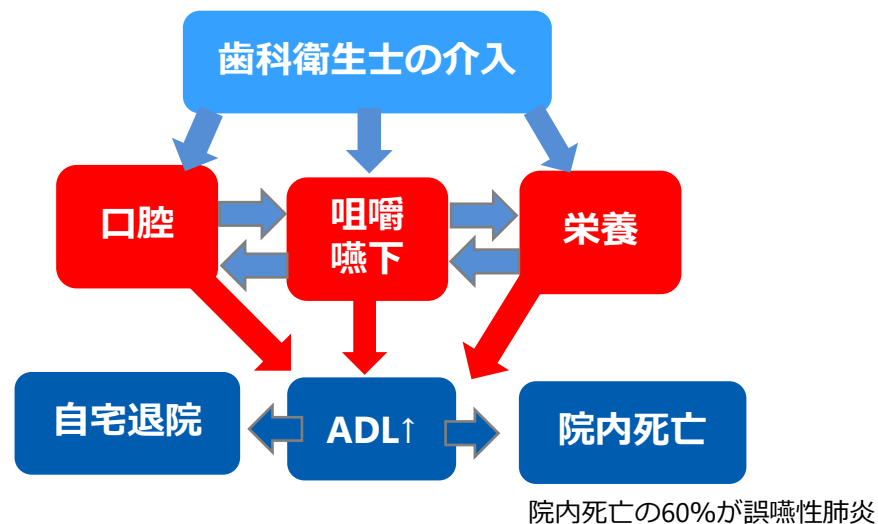
■ 口腔の問題と、ADL、栄養状態との関連



◆ 結果：口腔問題はADL、認知レベル、栄養状態と独立して関連

対象：回復期リハビリテーション病棟入院患者1,056名
 方法：前向きコホート研究。評価指標は、口腔内の状態：改訂口腔アセスメントガイド (Revised Oral Assessment Guide)、身体機能、認知レベルADL：FIM (functional independence measure)、栄養状態：MNA-SFを用いて評価。

■ 歯科衛生士による介入の効果



◆ 結果：歯科衛生士の治療的介入の効果として、1)退院時のADL、2)入院期間、3)院内死亡を改善。

➤ 歯科衛生士による治療的介入により口腔や咀嚼嚥下、栄養状態が改善し、間接的にこれらのアウトカムを改善していると考えられる。

対象：回復期リハビリテーション病棟入院患者1,056人
 方法：歯科衛生士により口腔の管理を行った群(415人)と、行っていない群(641人)について、傾向スコアを用いたマッチングを行い2群間で比較。交絡因子を調整して多変量解析を実施

回復期リハビリテーション病院における口腔管理の例

長崎リハビリテーション病院の例

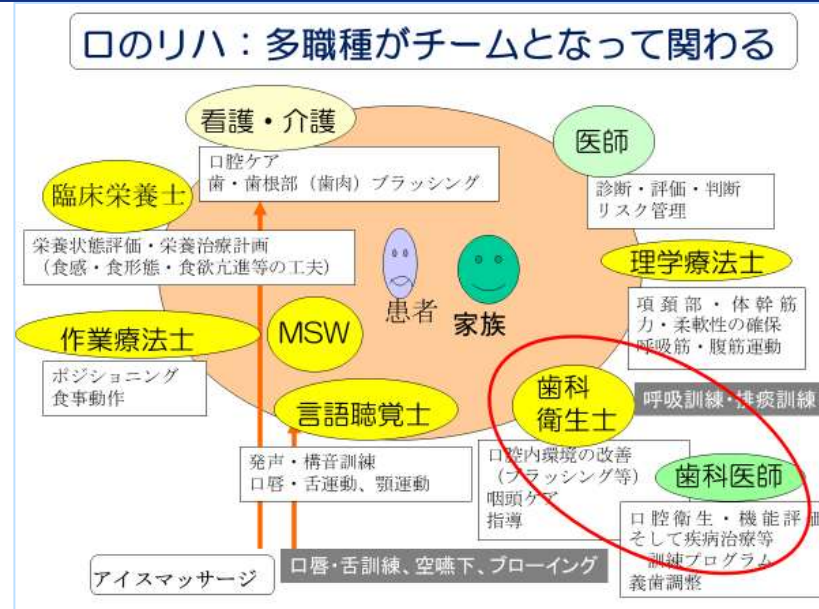
長崎リハビリテーション病院の概要

- 所在地 長崎県長崎市（人口約394,000人）
※令和5年10月1日時点 国政調査に基づく推計人口
- 診療科：リハビリテーション科、脳神経外科、整形外科、神経内科
- 病床数：143床（全て回復期リハビリテーション病床）
- 1病棟（48床）あたり職員数：医師2名、看護師22名、介護福祉士10名、理学療法士18名、作業療法士14名、言語聴覚士8名、社会福祉士2名、歯科衛生士3名、管理栄養士1名、薬剤師1名

入院患者の口腔管理

- 口腔管理の体制(歯科オープンシステム)：長崎リハビリテーション病院の歯科衛生士が窓口となり、長崎市歯科医師会と連携して歯科訪問診療等を実施。
(登録歯科医師21名：R5年4月現在)
- 依頼内容：義歯の調整が最も多い。
- 長崎リハビリテーション病院における「口のリハビリテーション」の考え方：どのような障害があっても、最後まで人としての尊厳を守り、『諦めないで口から食べる』ことを大切にするすべての活動
- 基本方針
 - ① 口腔ケアの徹底（口腔衛生・機能）：医科・歯科連携の構築
 - ② 栄養をしっかりと視野に入れる：栄養管理の実施
 - ③ 廃用症候群の予防（食事は座位）：多職種チーム医療の実現
 - ④ 徹底したチームアプローチ：多職種連携チーム医療の実現
 - ⑤ 救急から在宅まで継続した支援：医療機能の分化・連携

取組内容



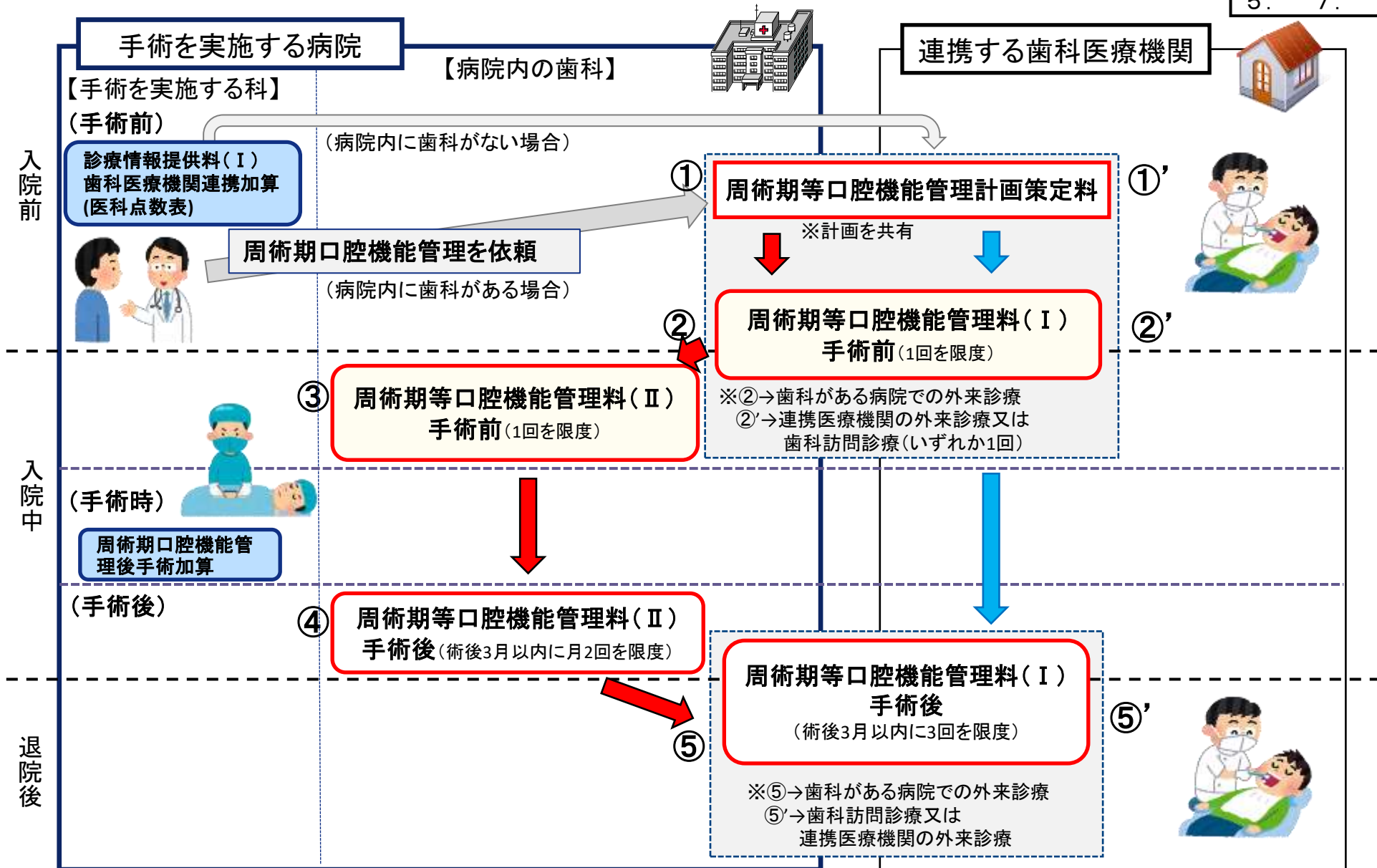
食事場面の観察：脳梗塞、右片麻痺、嚥下障害



1. 歯科医療の現状
2. 病院における歯科の機能に係る評価
- 3. 医科歯科連携、医歯薬連携**
4. ライフステージに応じた口腔機能の管理
5. 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療

周術期における口腔機能管理のイメージ(医科で手術をする場合)

中医協 総-3
5. 7. 12



○ 周術期等口腔機能管理計画策定料は、病院併設歯科で主に算定されているが、近年、歯科診療所による算定も増加している。

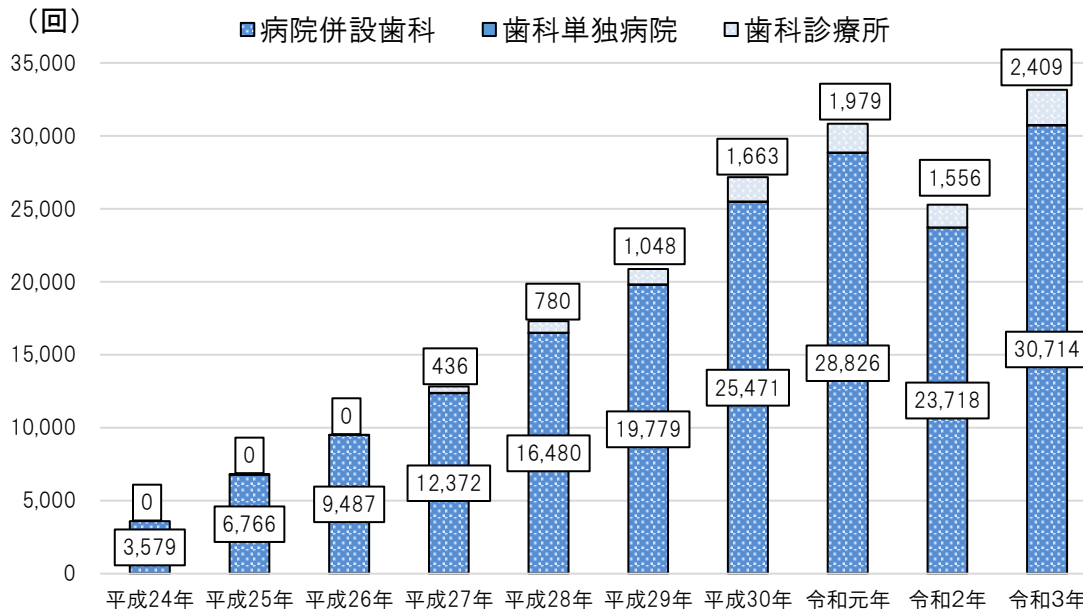
周術期等口腔機能管理計画策定料

- 歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定
- 当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定

対象患者

がん等にかかる手術または放射線治療、化学療法もしくは緩和ケアを実施する患者

<周術期等口腔機能管理計画策定料の算定回数>



<周術期等口腔機能管理計画策定料の算定医療機関数>

	令和元年度	令和2年度
診療所	9,089	9,298
病院	1,036	1,052
総数	10,149	10,360

※施設区分不詳は除外しているため、診療所分と病院分の合算が、総数と一致しない
 ※各年度1年間に周術期等口腔機能管理計画策定料の算定があった医療機関数

出典：歯科保健医療に関するオープンデータ
 (歯科保健医療情報収集・分析等推進事業)

周術期等口腔機能管理料の状況

- 周術期等口腔機能管理に関する項目は、いずれも令和2年を除き算定回数は増加している。
- また、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)は、歯科診療所による算定も増加している。

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)

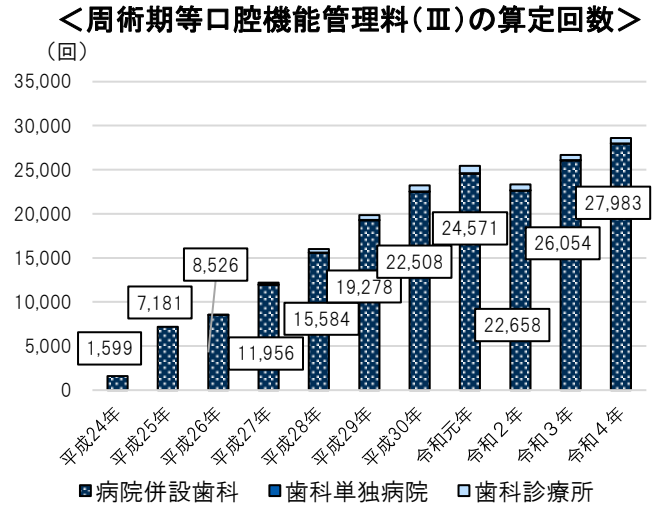
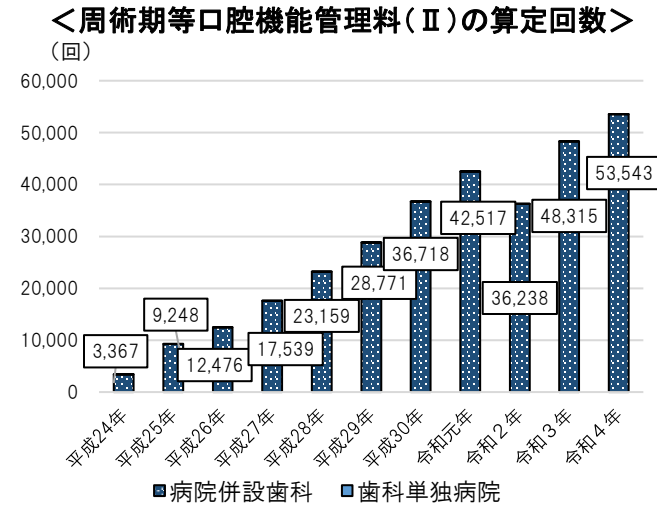
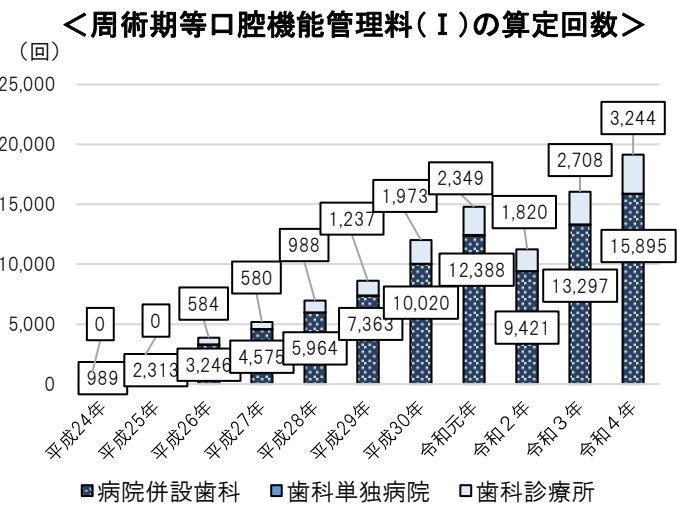
- 主に入院前後の口腔機能の評価。
- 対象患者**
- 対象となる手術の例
 - ・頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術
 - ・心臓血管外科手術
 - ・人工股関節置換術等の整形外科手術
 - ・臓器移植手術 ・造血幹細胞移植
 - ・脳卒中に対する手術 等
 - 脳卒中等による緊急手術において、術前の管理を行っていない場合は手術後早期に依頼を受けた場合。

周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

- 主に入院中の口腔機能の評価。
- 対象患者**
- 対象となる手術の例
 - ・頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術
 - ・心臓血管外科手術
 - ・人工股関節置換術等の整形外科手術
 - ・臓器移植手術 ・造血幹細胞移植
 - ・脳卒中に対する手術 等
 - 脳卒中等による緊急手術において、術前の管理を行っていない場合は手術後早期に依頼を受けた場合。

周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)

- 放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施又は実施予定の患者の口腔機能の評価。
- 対象患者**
- 放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者(予定している患者も含む)。



出典: 社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

周術期等の口腔機能管理の推進②

周術期等口腔機能管理の対象患者の適応拡大と明確化

2. 周術期等の口腔機能管理の目的を明確化するとともに、術後から口腔機能管理を実施する場合についても取扱いを明確化する。

現行

【周術期口腔機能管理の対象手術】

周術期口腔機能管理を必要とする手術は、次のいずれかに該当する手術をいう。

- イ 全身麻酔下で実施される、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等
- ロ 骨髄移植の手術



改定後

【周術期等口腔機能管理(Ⅰ)、(Ⅱ)の目的】

- ・歯科疾患を有する患者や口腔衛生状態不良の患者における口腔内細菌による合併症(手術部位感染、病巣感染)、手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染、人工呼吸管理時の気管内挿管による誤嚥性肺炎等の術後合併症の予防
- ・脳卒中により生じた摂食機能障害による誤嚥性肺炎や術後の栄養障害に関連する感染症等の予防等

【対象手術の例】

- イ 頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術
- ロ 心臓血管外科手術
- ハ 人工股関節置換術等の整形外科手術
- ニ 臓器移植手術
- ホ 造血幹細胞移植
- ヘ 脳卒中に対する手術

- ・脳卒中等による緊急手術において、手術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた場合においても周術期等口腔機能管理計画策定料及び周術期等口腔機能管理料を算定できる。この場合においては、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の「1 手術前」は算定できない。

周術期等口腔機能管理の依頼元の診療科の状況

○ 周術期等口腔機能管理は、幅広く様々な診療科からの依頼の元に実施されているが、各病院の体制によって依頼状況は大きく異なっている。

■ 対象：平成24年4月～平成30年3月までに磐田市立総合病院を受診し歯科口腔外科で周術期口腔機能管理を実施した患者2,352名

■ 紹介診療科：紹介を受けた診療科の分布は以下のとおり。

- 消化器外科 1,191例 (53.0%)
- 呼吸器外科 365例 (16.2%)
- 呼吸器内科 283例 (12.6%)
- 乳腺外科 134例 (6.0%)
- 消化器内科 84例 (3.7%)
- 血液内科 72例 (3.2%)
- 歯科口腔外科 28例 (1.2%)
- 外科 25例 (1.1%)
- 産婦人科 24例 (1.1%)
- 泌尿器科 13例 (0.6%)
- 脳神経外科 9例 (0.4%)
- 耳鼻咽喉科 8例 (0.4%)
- 緩和医療科 3例 (0.1%) 等

出典：山中ら「当科における6年間の周術期口腔機能管理に関する実態調査」磐田市立総合病院誌20(1):2018

■ 対象：2013年1月～2020年6月に新潟大学医歯学総合病院医療連携口腔管理治療部を受診した患者

■ 原疾患の診療科別患者数

- 耳鼻咽喉・頭頸部外科が最も多い。
- 次いで、腎・膠原病内科、呼吸器・感染症内科、血液内科、腫瘍内科、整形外科が多かった。

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計
循環器内科	9	20	12	23	12	12	13	101
腫瘍内科	38	45	53	39	51	42	20	288
腎・膠原病内科	65	84	82	72	78	65	29	475
呼吸器・感染症内科	49	51	54	67	48	57	17	343
血液内科	40	31	50	48	47	53	26	295
消化器内科	5	8	11	10	13	12	2	61
脳神経内科	13	11	10	15	27	32	16	124
小児科	11	16	12	9	16	13	11	88
心臓血管外科	4	1	3	6	23	71	27	135
消化器外科	4	19	19	16	29	30	10	127
脳神経外科	6	11	20	13	14	5	4	73
乳腺・内分泌外科	4	4	5	17	12	8	4	54
耳鼻咽喉・頭頸部外科	52	58	67	90	155	185	89	696
泌尿器科	13	30	30	24	14	16	5	132
整形外科	7	8	13	8	75	92	55	258
皮膚科	5	8	18	28	25	25	20	129
形成・美容外科	3	0	2	0	2	2	0	9
産科婦人科	7	6	8	7	15	2	1	46
精神科	1	6	6	4	10	11	1	39
口腔外科	30	15	29	24	14	18	18	148
その他	11	24	16	15	14	16	15	111
合計	377	456	520	535	694	767	383	

* 2020年は1-6月の患者数

* 口腔外科：口腔再建外科+顎顔面口腔外科

出典：佐久間ら「新潟大学医歯学総合病院医療連携口腔管理チーム/治療部の診療実績と今後の課題について」新潟歯学会誌50(2):2020

- 診療ガイドラインにおいて、急性期脳卒中患者に対し、積極的なリハビリテーションを発症後できるだけ早期から行うことがすすめられている。

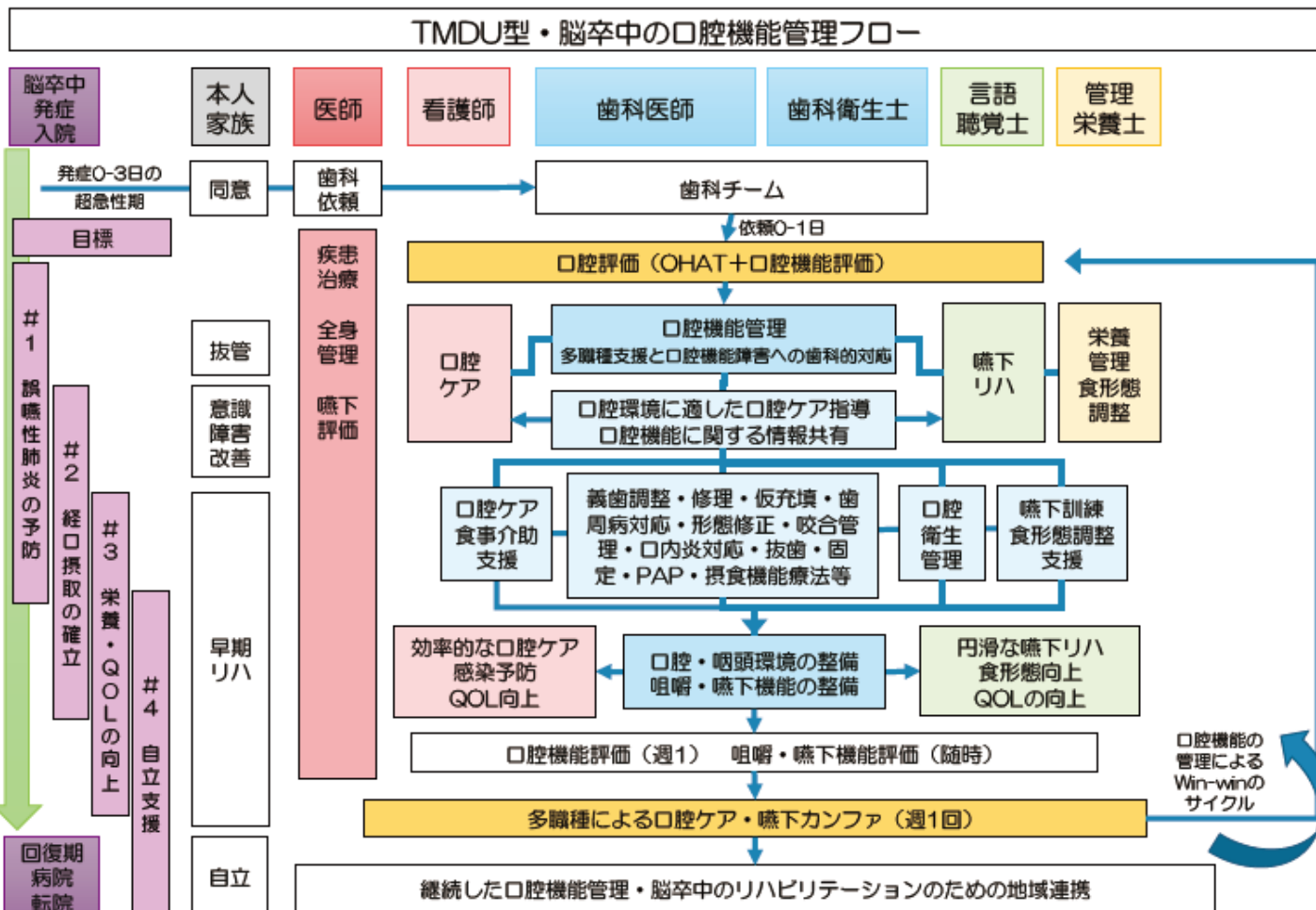
脳卒中治療ガイドライン2021(一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会)より抜粋

- 合併症を予防し、機能回復を促進するために、24～48時間以内に病態に合わせたリハビリテーションの計画を立てることが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- 十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。
- 脳卒中急性期症例は、多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター管理下で、集中的な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行うことのできる脳卒中専門病棟であるStroke Unit(SU)で治療することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- リハビリテーションプログラムは、脳卒中の病態、個別の機能障害、日常生活動作(ADL)の障害、社会生活上の制限などの評価およびその予後予測に基づいて計画することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。

脳卒中患者に対する多職種連携

- 脳卒中患者の多くに摂食嚥下障害が認められ、急性期では誤嚥のリスクが高い。
- 近年、脳卒中発症後早期に歯科が介入することの必要性が示されている。

- ◆ 摂食嚥下障害は脳卒中患者の30~70%に認められる。また、誤嚥は急性期の脳卒中患者に多い。
- ◆ 脳卒中急性期患者に対する口腔機能管理の初期の目的：誤嚥性肺炎の予防と歯科疾患が及ぼす合併症の予防
- ◆ そのため、入院後すぐに歯科チームに依頼をかけることが重要



急性期脳梗塞に対する t-PA 静注療法

- 脳卒中治療ガイドライン等では、発症から4.5時間以内の急性期脳梗塞に対し、発症時間や画像所見に基づいて慎重に適応判断を行った上でtPA静注療法を行うことが推奨されている。
- また、同ガイドライン等では、tPA静注療法による治療開始が早いほど良好な転帰が期待できるため、患者が来院した後少しでも早くtPA静注療法を始めることが推奨されている。

【脳卒中治療ガイドライン2021[改訂2023]の記載】

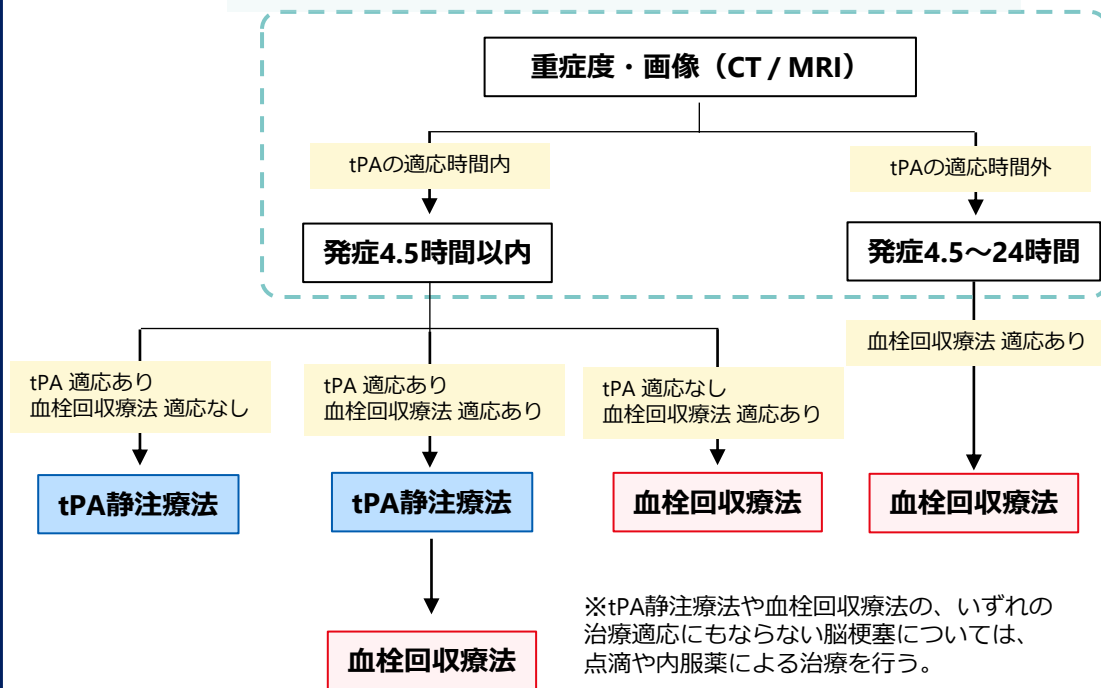
1. 遺伝子組み換え組織型プラスミノゲン・アクティベータ (rt-PA、アルテプラゼ) の静脈内投与 (0.6 mg/kg) は、発症から 4.5 時間以内に治療可能な虚血性脳血管障害で慎重に適応判断された患者に対して勧められる (推奨度 A エビデンスレベル高)。
2. 患者が来院した後、少しでも早く (遅くとも 1 時間以内に) アルテプラゼ静注療法を始めることが勧められる (推奨度 A エビデンスレベル高)。

【静注血栓溶解 (rt-PA) 療法適正治療指針第三版の記載】

発症後 4.5 時間以内であっても、治療開始が早いほど良好な転帰が期待できる。このため、患者が来院した後、少しでも早く (遅くとも 1 時間以内に) 静注血栓溶解療法を始めることが勧められる【A, 高】。

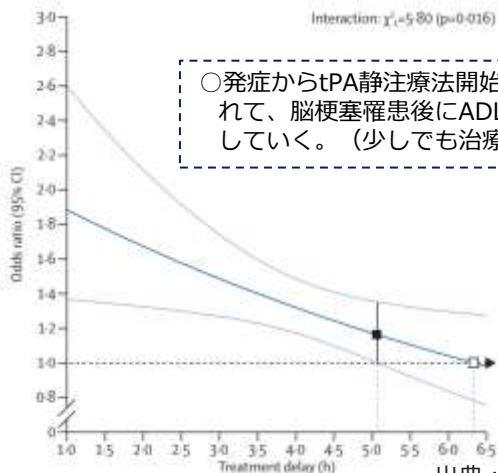
急性期脳梗塞に対する急性期治療の流れ

発症からの時間・重症度・画像所見等に基づき、画像を撮像した時点で、tPA静注療法や血栓回収療法の適応を判断する



出典：脳卒中治療ガイドライン2021[改訂2023]を元に厚生労働省健康局がん・疾病対策課にて作成

tPA静注療法開始までの時間と、脳梗塞罹患後のADLの関連



周術期等口腔機能管理の対象患者について

- 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の対象患者は手術を行う患者、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の対象患者は、放射線治療、化学療法または緩和ケアを実施する患者が対象となっており、手術を行わない脳卒中患者等は対象外となっている。

周術期等における口腔機能の管理の評価

- がん患者等の周術期等における口腔機能の管理等を評価

周術期等口腔機能管理計画策定料 300点

【周術期における一連の口腔機能の**管理計画**の策定を評価】

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) 1 手術前 280点 2 手術後 190点

【主に**入院前後の口腔機能の管理**を評価】

周術期等口腔機能管理料(Ⅱ) 1 手術前 500点 2 手術後 300点

【**入院中の口腔機能の管理**を評価】

周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 200点

【**放射線治療、化学療法又は緩和ケア**を実施する(予定している患者も含む)**患者の口腔機能の管理**を評価】

対象患者

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)における口腔機能管理は、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の把握、手術に係る主病及びその治療に関連する口腔機能の変化に伴う日常的な指導等を評価し、歯科疾患を有する患者や口腔衛生状態不良の患者における口腔内細菌による合併症(手術部位感染や病巣感染)、手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染、人工呼吸管理時の気管内挿管による誤嚥性肺炎等の術後合併症や脳卒中により生じた摂食機能障害による誤嚥性肺炎や術後の栄養障害の予防等を目的に、次に掲げるような手術において実施する。

○ 対象となる手術の例

- ・頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術
- ・心臓血管外科手術
- ・人工股関節置換術等の整形外科手術
- ・臓器移植手術
- ・造血幹細胞移植
- ・脳卒中に対する手術 等

- 脳卒中等による**緊急手術**において、術前の管理を行っていない場合は手術後早期に依頼を受けた場合。

周術期等口腔機能管理の対象患者について

- 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の対象患者は手術を行う患者が対象であるが、「歯科疾患を有する患者」も対象となっていることから、外来で管理されている歯科疾患の患者についても対象となっている。

対象患者

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)における口腔機能管理は、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の把握、手術に係る主病及びその治療に関連する口腔機能の変化に伴う日常的な指導等を評価し、**歯科疾患を有する患者**や口腔衛生状態不良の患者における口腔内細菌による合併症(手術部位感染や病巣感染)、手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染、人工呼吸管理時の気管内挿管による誤嚥性肺炎等の術後合併症や脳卒中により生じた摂食機能障害による誤嚥性肺炎や術後の栄養障害の予防等を目的に、次に掲げるような手術において実施する。

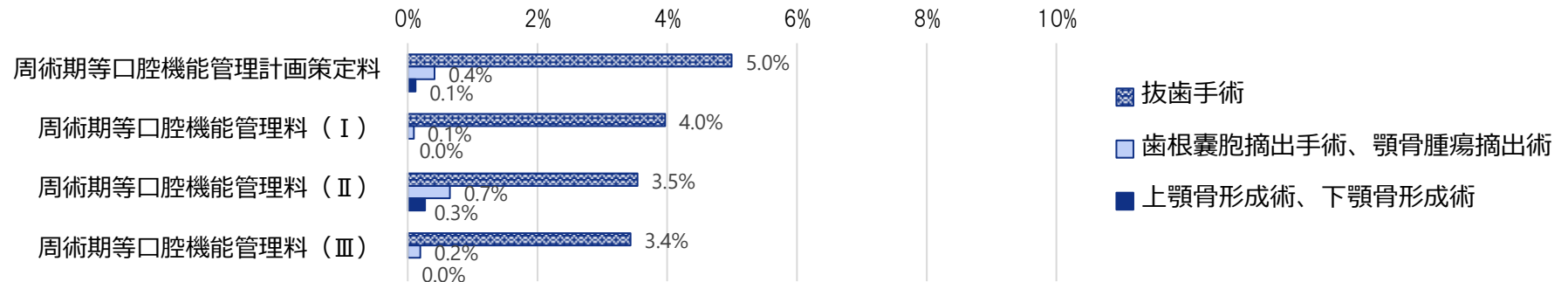
○ 対象となる手術の例

- ・頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術
- ・人工股関節置換術等の整形外科手術
- ・臓器移植手術
- ・心臓血管外科手術
- ・造血幹細胞移植
- ・脳卒中に対する手術 等

- 脳卒中等による緊急手術において、術前の管理を行っていない場合は手術後早期に依頼を受けた場合。

■ 歯科疾患に関連する手術の算定件数の割合(歯科疾患関連手術のうち、令和4年5月に一月あたりの算定件数が多かった上位5項目)

※周術期等口腔機能管理に関する各項目が算定されたレセプトにおいて、同月に各手術の算定があるレセプトの割合



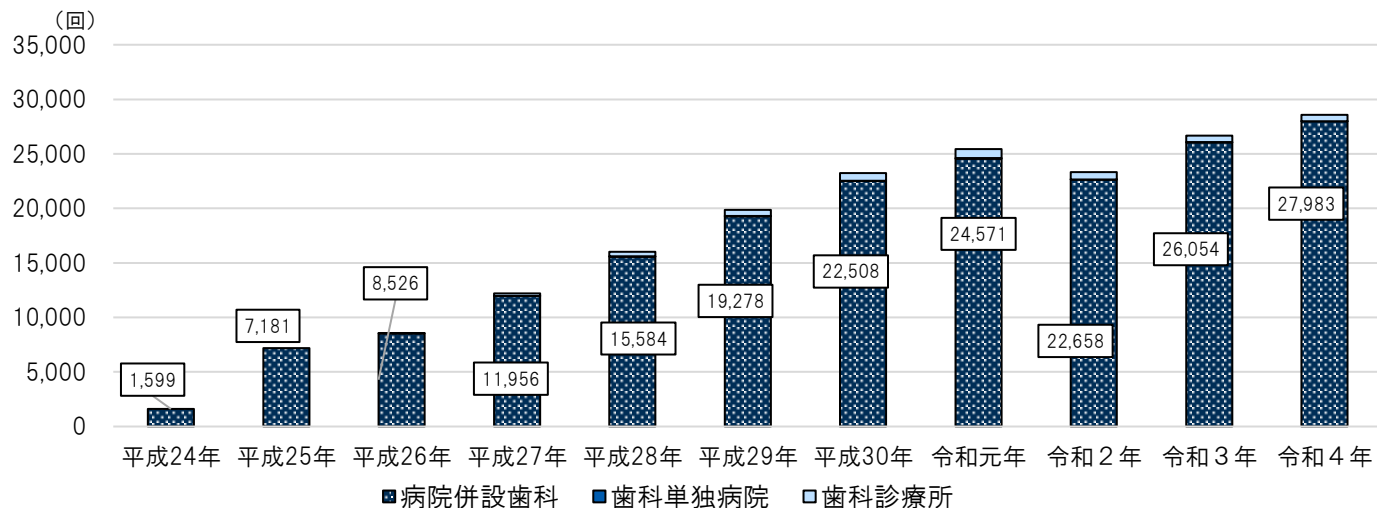
周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の実施状況

- 入院中又は外来診療により対応を行う緩和ケアの患者に対する口腔管理は、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)で評価されており、患者の状態に関わらず月に1回に限り算定することとなっている。
- 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)は、ほとんど病院併設歯科で実施されており、算定回数は近年増加傾向である。

B000-8 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 200点

- **がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者の口腔機能を管理**
- 周術期等口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合に、周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定可
- 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月に、歯科疾患管理料等は算定できない。

■ 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の算定回数



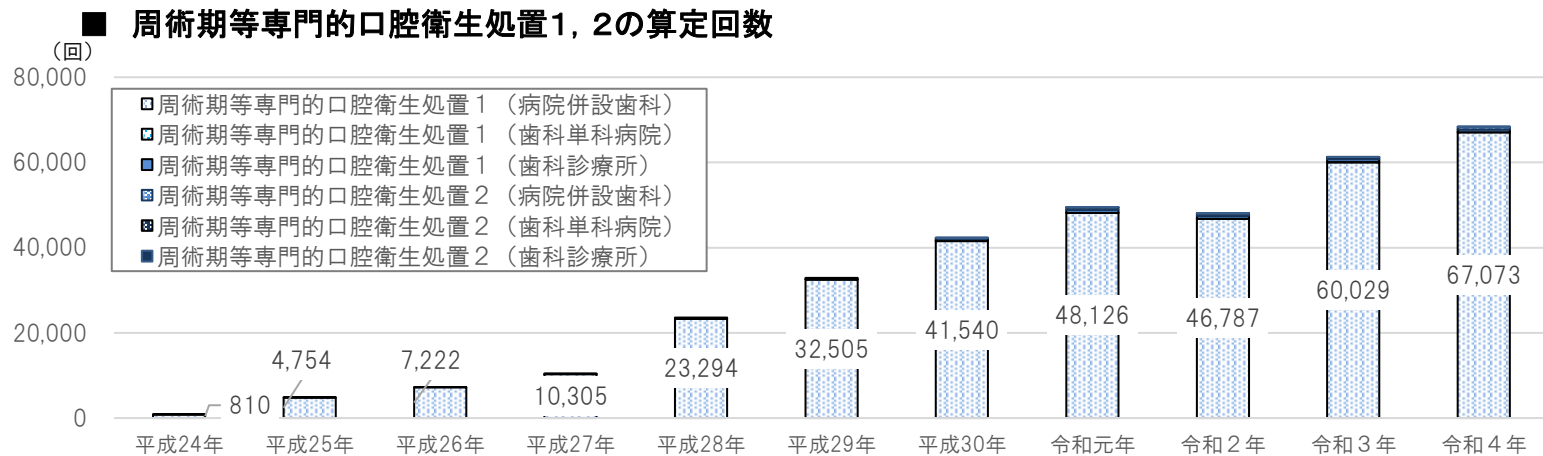
周術期等専門的口腔衛生処置の実施状況

- 周術期等専門的口腔衛生処置は、周術期等口腔機能管理を行う患者に対して、歯科衛生士が患者の口腔衛生状態にあわせて、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃や機械的歯面清掃等を行った場合の評価である。
- 周術期等専門的口腔衛生処置は、主に病院併設歯科で実施されており、算定回数は、増加傾向にある。

I029 周術期等専門的口腔衛生処置（1口腔につき）

- 1 周術期等専門的口腔衛生処置 1 100点
- 2 周術期等専門的口腔衛生処置 2 110点（口腔粘膜保護材を使用した場合）

- 1について、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した入院中の患者に対して、歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、**周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定**する。
- 1について、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、**周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した日の属する月において、月2回に限り算定**する。



※ 平成29年までは、周術期専門的口腔衛生処置の算定回数

出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

- 緩和ケア病棟や緩和ケアチームを対象としたアンケート調査(医師又は看護師が回答)において、歯科医師による専門的な歯科治療が頻回に必要なと回答した施設は約27%、歯科専門職による専門的な口腔のケアが頻回に必要なと回答した施設は約62%だった。
- 緩和ケア病棟に入院するがん患者を対象として歯科医師が口腔内の診査を行った調査において、歯科治療が必要と判断された患者の割合は半数を超えていた。

■緩和ケア病棟入院患者の歯科治療や口腔管理 (dental services) の必要性 (医師又は看護師に対するアンケート調査)

(N=210)

		N(%)	95% C.I.
General need of dental services	Absolutely necessary	78 (37.1%)	31,44
	Highly necessary	67 (31.9%)	26,38
	Necessary	51 (24.3%)	18,30
	Relatively necessary	14 (6.7%)	3,10
	Relatively unnecessary	0	0
	Unnecessary	0	0
Need of specific dental services			
Dental treatment	Often	57 (27.1%)	21,33
	Sometimes	142 (67.6%)	61,74
	Never	6 (2.9%)	1,5
Oral care	Often	131 (62.4%)	56,69
	Sometimes	72 (34.3%)	28,41
	Never	5 (2.4%)	0,4

■緩和ケア病棟入院がん患者の歯科治療の必要性 (歯科医師の診査による調査)

	n	%
不要	38	44.2
必要	48	55.8
全体	86	100

- ・調査対象: 日本国内の緩和ケアを行う病院 436施設:
(緩和ケア病棟 244施設、緩和ケアチーム 192チーム)
- ・調査手法: アンケート調査
- ・回答者: 医師又は看護師
- ・回答数: 210施設

- ・調査対象: 日本国内の緩和ケアを行う病院 5施設
(緩和ケア病棟3施設、ホスピス2施設)の患者
- ・調査手法: 5施設の入所者に対し、歯科医師による
歯科検診の実施等を含む調査を実施
- ・回答数: 本調査への協力に同意したがん患者86名

看取り加算を算定している患者への歯科訪問診療の実施状況

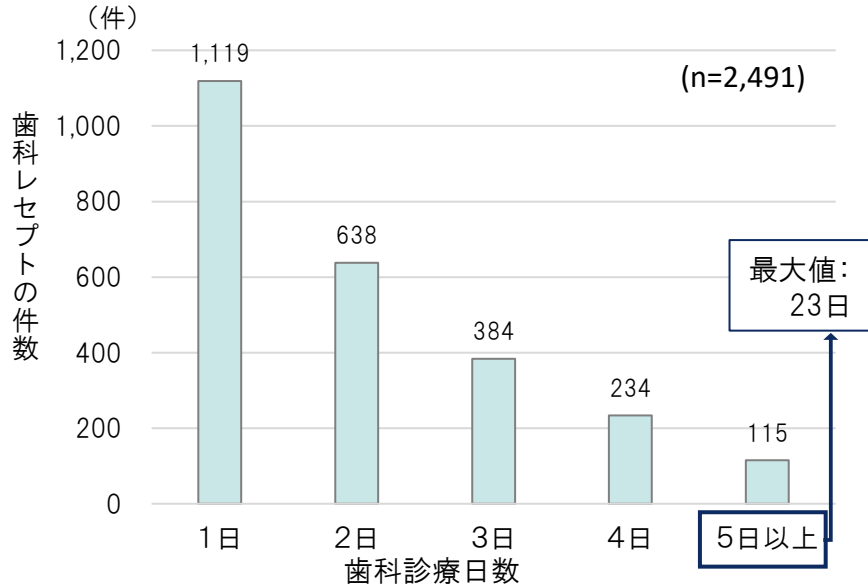
- 看取り加算が算定された患者について、看取り加算算定日の1月以内に歯科診療を行った割合は約16%であり、診療日数は1日が最も多かったが、5日以上も一定数存在する。
- 看取り加算算定以前の最終の歯科診療の時期をみると、7日前～1日前が多い。

中医協 総-3
5. 10. 27

■ 看取り加算算定の1月以内の歯科診療の頻度

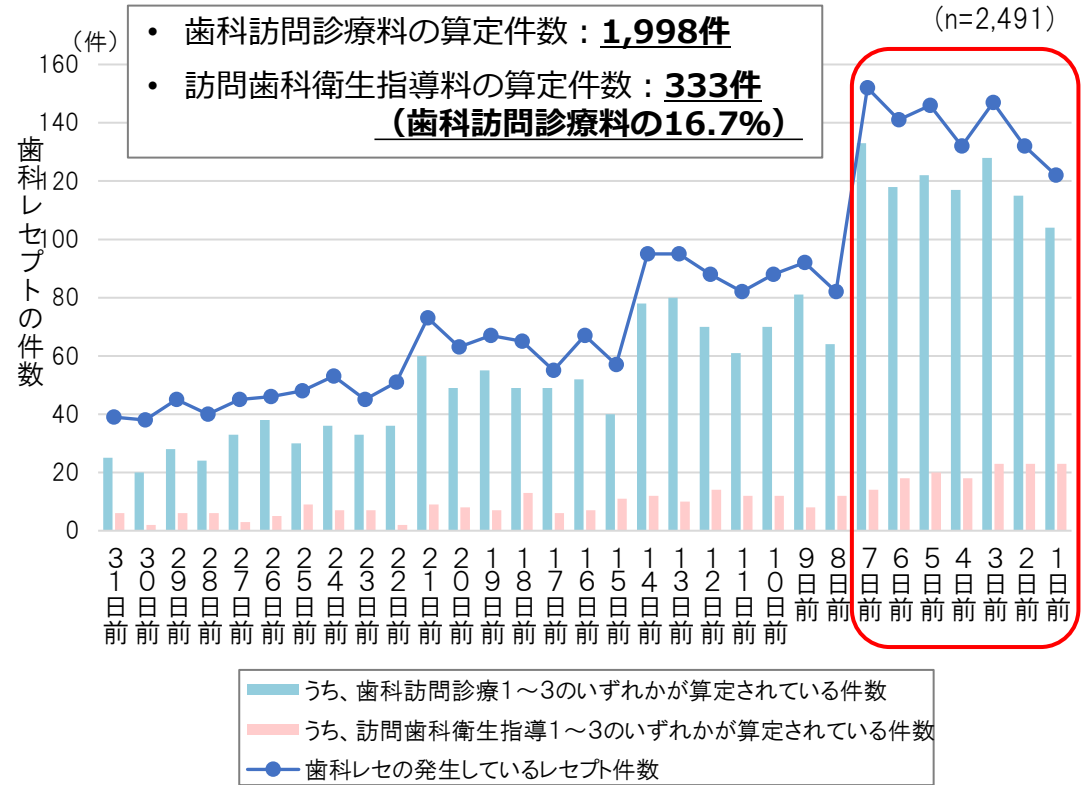
- 看取り加算算定の算定件数：**15,758件**（令和4年5月）
- 看取り加算算定の算定から1月以内に請求があった歯科レセプトの算定件数：**2,491件（15.8%）**

■ 看取り加算算定の1月以内の歯科診療の頻度



■ 看取り加算算定日以前の最終の歯科診療の時期

- 歯科訪問診療料の算定件数：**1,998件**
- 訪問歯科衛生指導料の算定件数：**333件**
（歯科訪問診療料の16.7%）



※令和4年5月に「看取り加算」が算定された医科レセプトのうち、看取り加算算定の1月以内に歯科診療を行った日（最終日）別の歯科レセプト算定件数
（1人の患者に対して複数回診療を行っている場合、最後の診療日に計上）

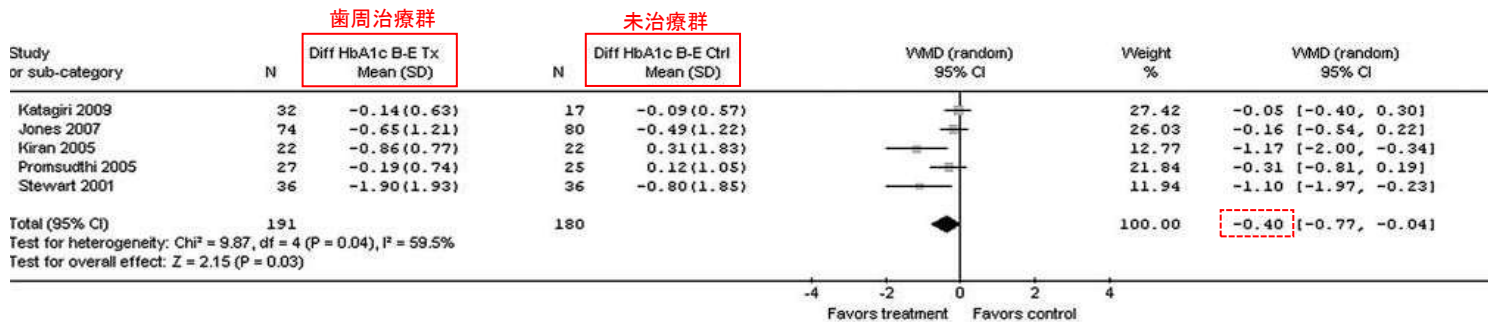
糖尿病診療ガイドライン2019 (日本糖尿病学会)

- 歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
- 2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり※、推奨される (推奨グレードA) 《参考1》
(※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29~0.66%低下することが示されている)

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第3版 2023 (日本歯周病学会)

- 1型・2型糖尿病患者は非糖尿病患者と比較して有意に歯周病の発症率が高い
- 血糖コントロールの不良な糖尿病は歯周病の進行に関与する危険因子であり、歯周病を悪化させる
- 糖尿病を有する歯周病患者に対して、歯周基本治療は HbA1c の改善に有効であり、歯周基本治療の実施を強く推奨する
(エビデンスの確実性：高 推奨の強さ：強い推奨)

○歯周治療による血糖コントロール改善効果：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



メタアナリシスにおいて、2型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが -0.40%有意に改善されることが示された。

《参考1》出典: Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG: Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33: 421-427, 2010

○糖尿病患者の歯周病発症率：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い (「第6の合併症」とされる)

	N	Relative Risk	95%CI	p value	Relative Risk	95%CI	p value
HbA1c							
< 6.5%	5,706	1			1		
≥ 6.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001	1.17	1.01-1.36	0.038
Body Mass Index (BMI)							
< 22	2,319	1			1		
22-25	2,153	1.12	1.04-1.22	0.005			
25-30	1,244	1.23	1.12-1.34	0.001			
> 30	140	1.41	1.16-1.70	0.001			
Smoking status							
Never smoked	2,484	1			1		
Former smoker	1,360	1.12	1.02-1.24	0.022			
Current smoker	2,012	1.52	1.40-1.66	0.001			
Sex							
Men	4,511	1			1		
Women	1,345	0.90	0.81-1.00	0.044			
Age, yrs							
		1.03	1.02-1.03	0.001			

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c≥6.5%の群で歯周病の発症率に係る相対危険度が1.17倍 (性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後) であることが示された。

《参考2》出典: Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al Relationship between periodontal status and levels of glycated hemoglobin. J Dent Res 91: 161-166, 2012

第8次医療計画における糖尿病の医療体制構築に係る指針

- 各都道府県での医療計画の策定にあたり必要な、5疾病6事業及び在宅医療の体制構築に係る指針の中の「糖尿病の医療体制構築に係る指針」において、糖尿病の初期・安定期治療や専門的利用において、「歯科受診の促進を促すこと」が記載されている。

糖尿病の医療体制構築に係る指針（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」より抜粋）

糖尿病は、様々な遺伝素因に生活習慣等の種々の環境因子が作用して発症する疾患である。糖尿病が疑われる場合には食事療法・運動療法、生活習慣改善に向けての教育等が行われ、さらに糖尿病と診断された場合には必要に応じて薬物療法も含めた治療が行われる。

また、糖尿病は特有の細小血管症を引き起こすだけでなく、脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子にもなる慢性疾患であり、患者は様々な合併症により日常生活に支障を来たすリスクが高い。予防・治療には、患者自身による生活習慣の管理に加えて、内科、眼科、小児科、産科、歯科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となる。

第2 医療体制の構築に必要な事項

- (2) 糖尿病の重症化予防のための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】
 - ・ 糖尿病の発症初期から定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと
- (3) 専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能【専門的治療】
 - ・ 定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ④ 糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う病院・診療所・検査、治療体制（人員・施設設備）・糖尿病専門医、糖尿病療養指導士の状況（人数、在籍する医療機関数）・腎臓専門医、歯周病専門医の状況（人数、在籍する医療機関数）

糖尿病患者の口腔状態等について

○ 糖尿病患者の約16～17%で過去1年間に歯の喪失があることや約32%で歯肉腫脹の既往があること、定期的な歯科受診がない者が約57%、また、現在歯数20歯未満とHbA1c8.0%以上であることと有意な関連があること等が報告されている。

■ 対象

- 全国の基本的に糖尿病を対象とする医療機関に通院中の40歳以上75歳未満の1型、2型糖尿病患者6,099名

■ 方法

- 糖尿病罹患機関は主治医が記載
- 歯周病に関する質問事項6項目と同意を得られた者に歯科医師によるレントゲン検査を含む歯周病検査を実施

■ 結果

● 歯周病に関する質問への回答（抜粋）

- 現在歯数（自己申告）：19.8±9.4本
- 過去1年間の歯の喪失既往：
 - 1型：喪失していない者84.1%、喪失した者15.9%
 - 2型：喪失していない者83.1%、喪失した者16.9%
- 歯肉腫脹の既往：既往あり32.0%、既往なし68.0%
- 歯科の定期健診の頻度：
 - ほとんど受診していない者56.5%
 - 年に1～2回 29.2%、年に3～5回 6.0%
 - 年に5回以上 8.3%

● 2型糖尿病コントロール状態と現在歯数の関係 (Table 4)

- HbA1c8.0%以上になると、現在歯数20歯未満になるORは1.02、9因子を調整したORは1.16となった。
- その他、糖尿病罹患期間等も有意な関連を示した。

Table 4 Multiple logistic regression analysis for the odds ratio (OR) of number of present teeth <20 in JDCP type 2 diabetes subjects at baseline (n = 5,065)

		OR and 95 % confidence interval (CI)	p value	adjusted OR** and 95 % CI	p value	adjusted OR*** and 95 % CI	p value
gender	male	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	female	1.19 (1.06-1.33)	<0.01	1.21 (1.07-1.37)	<0.01	1.21 (1.07-1.37)	<0.01
age (years)	<60	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥60	2.68 (2.36-3.04)	<0.01	2.66 (2.33-3.05)	<0.01	2.69 (2.36-3.08)	<0.01
smoking	no	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	yes	1.04 (0.93-1.17)	0.47	1.06 (0.94-1.20)	0.35	1.06 (0.94-1.20)	0.37
duration of diabetes (years)	<10	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥10	1.41 (1.26-1.58)	<0.01	1.24 (1.09-1.40)	<0.01	1.24 (1.09-1.40)	<0.01
BMI	<25	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥25	0.88 (0.79-0.99)	<0.05	0.95 (0.84-1.08)	0.47	0.95 (0.83-1.08)	0.41
past history*	no	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	yes	1.27 (1.10-1.45)	<0.01	1.17 (1.01-1.36)	<0.05	1.18 (1.02-1.36)	<0.05
use of interdental brush	yes	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	no	1.93 (1.71-2.18)	<0.01	2.02 (1.76-2.31)	<0.01	2.02 (1.76-2.32)	<0.01
regular dental check-ups	yes	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	no	1.37 (1.22-1.53)	<0.01	1.24 (1.09-1.41)	<0.01	1.24 (1.09-1.41)	<0.01
HbA1c	<7.0	1.0 (reference)		1.0 (reference)		-	
	≥7.0	1.02 (0.91-1.14)	0.76	1.05 (0.93-1.19)	0.40	-	
	<8.0	1.0 (reference)		-		1.0 (reference)	
	≥8.0	1.02 (0.89-1.17)	0.77	-		1.16 (1.00-1.34)	<0.05

* no: no history of hypertension, hyperlipidemia, cardiac infarction and cerebrovascular disease.

** Adjusted for age, gender, BMI, period from onset of diabetes, smoking status, past history, interdental brush, regular dental check-ups and HbA1c (7 %).

*** Adjusted for age, gender, BMI, period from onset of diabetes, smoking status, past history, interdental brush, regular dental check-ups and HbA1c (8 %).

糖尿病患者に対する歯周病治療・管理

- 糖尿病患者に対する歯周治療は、感染のリスクの高さを踏まえた治療や血糖コントロールをはじめとした状態把握等が非常に重要であり、糖尿病担当医との連携が重要である。

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン改訂第3版より抜粋

歯周病の発症頻度

- ◆ 糖尿病患者では歯周病の発症頻度が増加するか？ → **糖尿病患者では歯周病の発症頻度は増加する。**
 - ・ 1型・2型糖尿病患者は非糖尿病患者と比較して有意に歯周病の発症率が高いといえる。

歯周病の増悪

- ◆ 糖尿病患者では歯周病の増悪がみられるか？ → **糖尿病患者では歯周病が悪化する。**
 - ・ 血糖コントロール不良な糖尿病は歯周病の進行に関与する危険因子であり、歯周病を悪化させると判断される。

歯周基本治療とHbA1c

- ◆ 糖尿病を有する歯周病患者に対して歯周基本治療はHbA1cの改善に有効か？
→ **糖尿病を有する歯周病患者に対して、歯周基本治療はHbA1cの改善に有効であり、歯周基本治療の実施を強く推奨する。**
(エビデンスの確実性:高 推奨の強さ:強い推奨)
 - ・ 歯周基本治療介入によってHbA1cは統計学的に有意に改善するという無作為比較試験の報告が多くある。
 - ・ 複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による、血糖コントロールの改善効果が支持されている。

歯周病安定期治療(SPT)の間隔

- ◆ 糖尿病患者にSPTを行う際、慢性歯周炎の再発・進行を防ぐために治療間隔は短くするべきか？
→ **糖尿病はSPT期にあっても歯周病に対する疾患感受性が高いと考えられるため、糖尿病患者にSPTを行う治療間隔は年4回よりも短くすることが推奨される。**(エビデンスの確実性:中 推奨の強さ:強い推奨)
 - ・ 糖尿病患者は歯周炎に対するハイリスク集団と捉えられている。したがって動的歯周治療後のSPT期においても厳格な管理を要するものと考えられる。
 - ・ 糖尿病は歯周病のリスクファクターであり、糖尿病のコントロールがなされていないとSPT期間中において歯の喪失やプロービングデプスがなされていないとSPT期間中において歯の喪失やプロービングデプスが悪化することが示されている。

糖尿病患者に対する歯科治療に係る評価

- 糖尿病患者に対する歯科治療に関し、医学管理や歯周病治療に関して評価がなされている。

歯科疾患管理料 総合医療管理加算、歯科疾患在宅療養管理料 在宅総合医療管理加算

- **別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から**歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により**患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供**を受け、適切な総合医療管理を実施した場合の評価。
(対象患者) **糖尿病の患者**、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、H I V感染症の患者

歯科治療時医療管理料、在宅患者歯科治療時医療管理料

- 施設基準を届け出た医療機関において、**歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理**を行った場合の評価。
(対象疾患) 高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、**糖尿病**、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者、在宅酸素療法を行っている患者

歯周病処置（糖尿病を有する患者）

- 計画的な特定薬剤の注入について、基本的には歯周基本治療後に行うが、**診療情報提供を受けた糖尿病患者**については、歯周病基本治療と並行して実施した場合に算定が可能。

機械的歯面清掃処置

- 算定間隔について、基本的には2月に1回であるが、**診療情報提供を受けた糖尿病患者は月1回**の算定が可能。

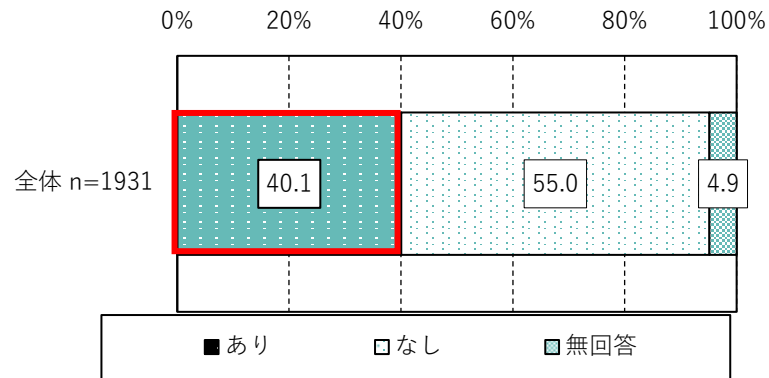
歯周病安定期治療

- 算定間隔について、基本的には3月に1回であるが、**全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合、主治の医師からの文書がある場合は月1回**の算定が可能。

医科医療機関からの診療情報提供や共有の状況

- 医科医療機関から歯科医療機関への診療情報提供や共有の依頼の状況を見ると、「あり」と回答した歯科医療機関は約4割だった。
- 診療情報提供や共有の依頼の内容を見ると、「薬剤性顎骨壊死等の原因となる薬剤の投薬にあたり、口腔内の状態や歯科治療に関する情報提供や共有の依頼」が最も多かった。また、糖尿病患者に関する情報提供等は27.6%であった。

■ 医科医療機関からの診療情報提供や共有の依頼の有無






■ 医科医療機関からの診療情報提供や共有の依頼の内容



○ 薬剤の中には、唾液分泌を抑制する薬剤や、歯肉炎、顎骨壊死の原因となる薬剤がある。

口腔内に影響を及ぼす代表的な薬剤

口腔内環境への影響	薬効分類等	一般名
唾液分泌抑制 (口腔乾燥、衛生状態の悪化、 摂食嚥下の困難さ増大等) 	鎮痙剤、吸入薬 (末梢性抗コリン薬)	アトロピン、臭化ブチルスコポラミン、チオトロピウム
	パーキンソン病治療薬 (中枢性抗コリン薬)	トリヘキシフェニジル
	抗うつ薬 (三環系抗うつ薬、定型抗精神薬)	イミプラミン、アミトリプチン
	抗アレルギー薬 (第1世代抗ヒスタミン薬)	クロルフェニラミン、ジフェンヒドラミン
	利尿薬	フロセミド
薬物性歯肉増殖症 (口腔内の炎症、衛生状態の悪化等) 	抗てんかん薬 (ヒダントイン系薬)	フェニトイン
	降圧剤 (カルシウムチャネル拮抗薬)	ニフェジピン
	免疫抑制剤 (カルシニューリン阻害薬)	シクロスポリン
顎骨壊死 (疼痛、感染症リスクの増加等) 	ビスホスホネート系薬剤 (骨吸収抑制剤、骨粗鬆症治療剤等)	ゾレドロン酸水和物、パミドロン酸二ナトリウム アレンドロン酸ナトリウム水和物、リセドロン酸ナトリウム水和物、エチドロン酸二ナトリウム

出典: 薬剤と口腔機能 日補綴会誌AnnJpan Prosthodont Soc 12:330-336,2020

口腔乾燥症の病態と治療 日補綴会誌AnnJpan Prosthodont Soc 7:136-141,2915

歯周治療のガイドライン2022

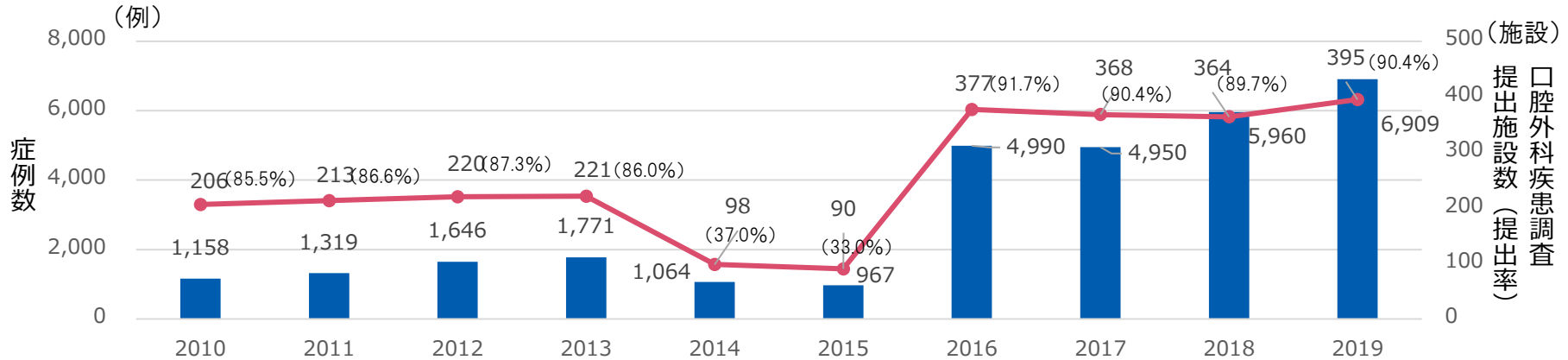
顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2023(日本口腔外科学会、日本骨粗鬆症学会、日本病院薬剤師会、日本歯科放射線学会、日本臨床口腔病理学会、日本骨代謝学会)

口腔機能低下症に関する基本的な考え方(令和2年3月日本歯科医学会) より作製

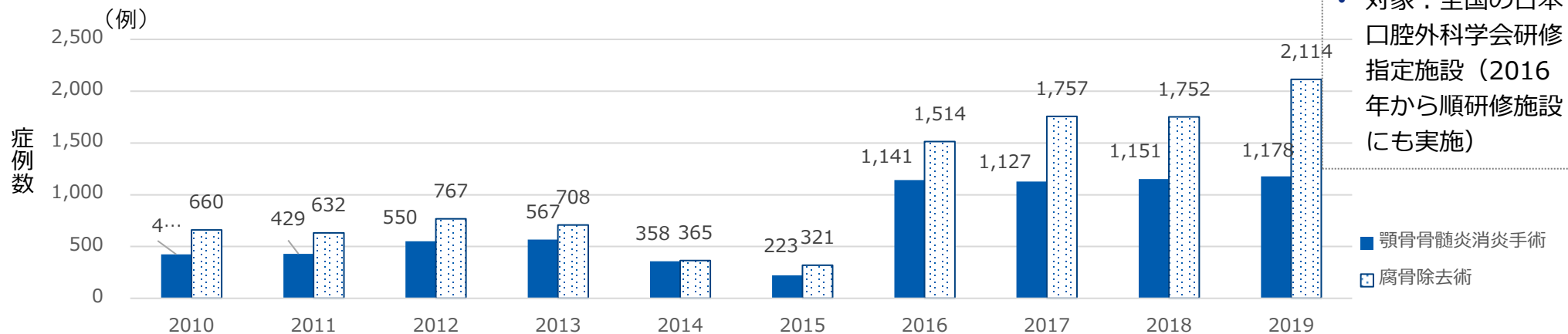
国内のビスホスホネート関連顎骨壊死患者の状況

- ビスホスホネート(BP)関連顎骨壊死(BRONJ)の患者数は、近年増加傾向にある。
- 入院手術症例数の腐骨除去術も近年増加しており、BRONJの増加を反映していると考えられる。

■ 口腔外科疾患調査における顎骨炎（BRONJ）での受診症例と調査対象施設（回答提出施設数）の年次推移



■ 口腔外科疾患調査における入院手術症例数の年次推移



出典：岸本裕充、栗田浩「国内のビスホスホネート関連顎骨壊死患者は依然として著明に増加～口腔外科疾患調査の結果から～」日口腔外誌68:161-163,2022.
 を元に保険局医療課でグラフ作成

薬剤関連顎骨壊死の病態と管理

- 薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の管理に関して、本年、関係学会のポジションペーパーが改訂された。MRONJの予防に関して、従来から「医科歯科連携」が重要であることは記載されていたが、2023年版では「医歯薬連携」下での口腔管理の必要性が明記されている。

薬剤関連顎骨壊死 (MRONJ) :

ビスホスホネート (BP) またはデノスマブ (両者併せてantiresorptive agent ; ARA) をはじめとした薬剤に関連する**難治性の顎骨壊死**

【診断基準】

- 1) BP またはデノスマブ製剤による治療歴がある。
- 2) 8 週間以上持続して、口腔・顎・顔面領域に骨露出。または口腔内、あるいは口腔外から骨を触知できる瘻孔を8 週間以上認める。
- 3) 原則として、顎骨への放射線照射歴がない。顎骨病変が原発性がんや顎骨へのがん転移でない。



MRONJの原因薬剤

- 主たる原因はBP製剤とデノスマブ製剤
- 加えて、近年、ロモソズマブや血管新生阻害薬 (ベバシズマブ、スニチニブ)、免疫抑制薬 (メトトレキサート、エベロリムス) なども報告されている。

歯科治療を行う上での注意 (概要)

- 医師と歯科医師が適切に連携を図り歯科治療を継続することが重要。
- 投与開始前：必要な侵襲的歯科治療を終えていることはMRONJの発症予防に効果的。
- 投与中：低容量ARAでは、休薬を前提としない全ての治療の継続、高容量では、治療のメリットと発症リスクを勘案し治療の適否を検討すべき。 等

医歯薬連携

- 医師と歯科医師がそれぞれの役割や治療の重要性を十分理解する必要。
- 薬剤師は、医師・歯科医師及び患者をつなぐ重要な役割。

医歯薬連携の実際

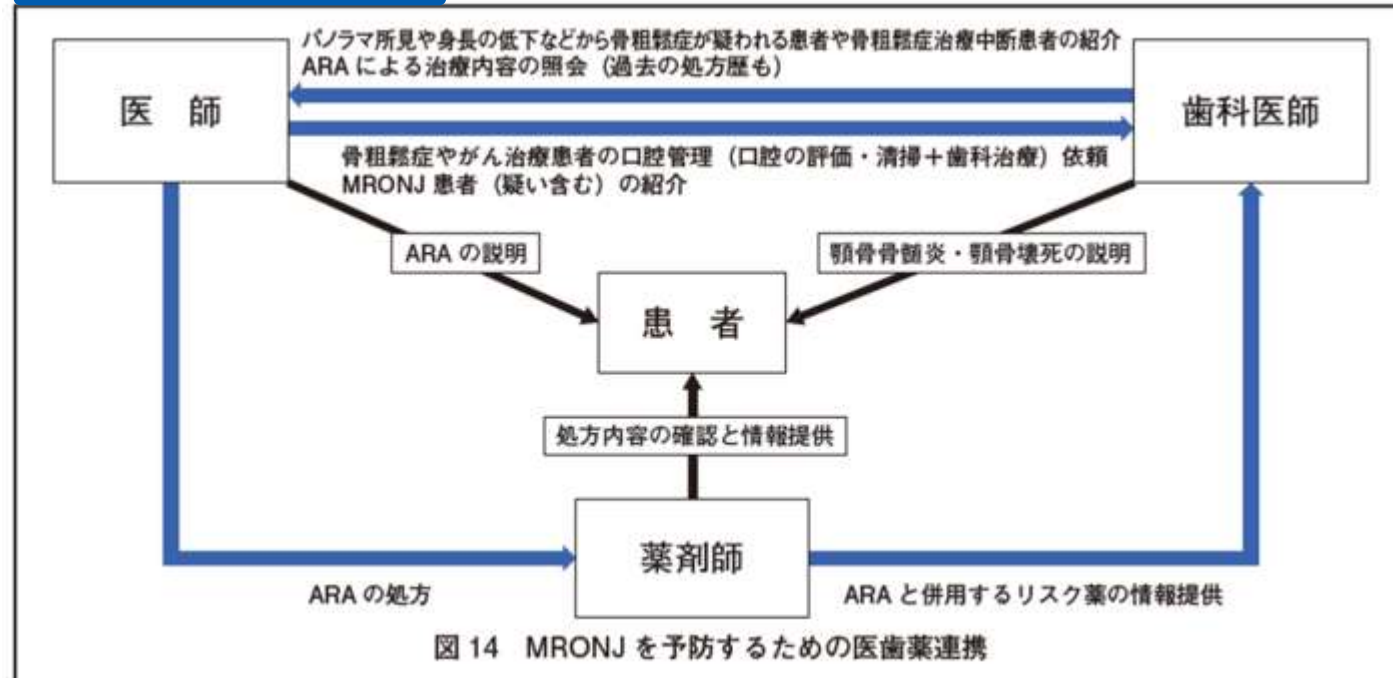


図 14 MRONJ を予防するための医歯薬連携

○ 医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で情報共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの。

歯科点数表

[対象患者]

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

[算定要件]

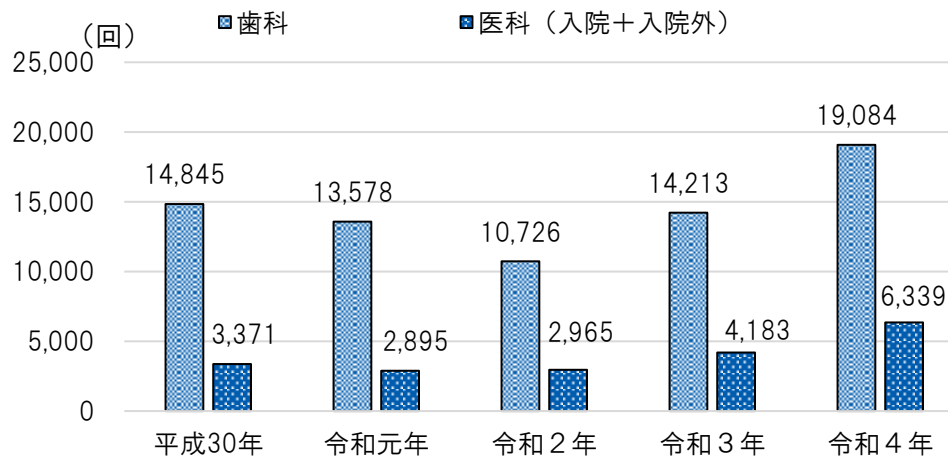
- ・ 当該患者の同意を得て、別の保険医療機関に当該患者の診療情報の提供を文書により求めた場合に算定
- ・ 保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合せに対応できる体制(窓口の設置など)を確保
- ・ 保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定
- ・ 診療情報提供料(I)により紹介した月から起算して3月以内に、同一の保険医療機関に対して当該患者の診療情報の提供を求めた場合において、診療情報連携共有料は別に算定不可

医科点数表

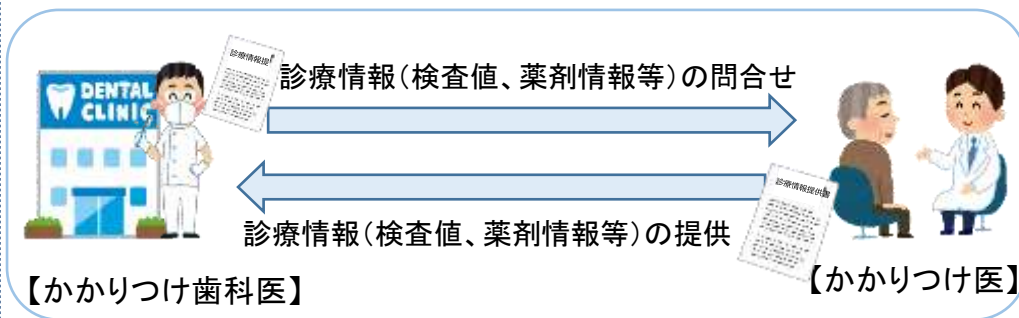
[算定要件]

- ・ 歯科診療を担う保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に3月に1回算定
- ・ 歯科診療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合せに対応できる体制(窓口の設置など)を確保
- ・ 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い、診療情報提供料(I)を算定した月においては、診療情報連携共有料は別に算定不可

<診療情報連携共有料の算定回数>



出典: 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)



1. 歯科医療の現状
2. 病院における歯科の機能に係る評価
3. 医科歯科連携、医歯薬連携
4. ライフステージに応じた口腔機能の管理
5. 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療

歯科口腔保健の推進のための基本的な方針 口腔機能の獲得・維持・向上

- 食べる喜び、話す楽しみ等のQOL（生活の質）の向上等のために、口腔機能の獲得・維持・向上を図るには、各ライフステージにおいて適切な取組が重要。
- 乳幼児期から青年期にかけては良好な口腔・顎・顔面の成長発育及び適切な口腔機能の獲得を図る必要がある。壮年期から高齢期においては、口腔機能の維持を図るとともに、口腔機能が低下した際には回復及び向上を図っていくことが重要。

口腔機能の獲得・維持・向上における目標・計画

乳幼児期から青年期

- ・適切な口腔機能の獲得を図るため、口呼吸等の習癖が不正咬合や口腔の機能的な要因と器質的な要因が相互に口腔機能の獲得等に影響すること等の口腔・顎・顔面の成長発育等に関する知識の普及啓発を図る。
- ・口腔機能の獲得等に悪影響を及ぼす習癖等の除去、食育等に係る歯科保健指導等に取り組む。また、口腔機能に影響する習癖等に係る歯科口腔保健施策の実施に際し、その状況の把握等を行いつつ取り組むものとする。

壮年期から高齢期

- ・口腔機能の維持及び口腔機能が低下した場合にはその回復及び向上を図るため、オーラルフレイル等の口腔機能に関する知識の普及啓発、食育や口腔機能訓練等に係る歯科保健指導等に関する取組を推進する。
- ・口腔機能に影響する要因の変化は高齢期以前にも現れることから、中年期から、口腔機能の低下の予防のための知識に関する普及啓発や口腔機能訓練等に係る歯科保健指導等の取組を行う。
- ・特に高齢期では、口腔機能に影響する歯・口腔の健康状態等の個人差が大きいことから、個人の状況に応じて医療や介護等の関連領域・関係職種と密に連携を図り、口腔機能の維持及び口腔機能が低下した場合はその回復及び向上に取り組む。

小児口腔機能管理料

- 平成30年度診療報酬改定において、口腔機能の発達不全を認める小児のうち、特に継続的な管理が必要な患者（口腔機能発達不全症の患者）に対する評価として、小児口腔機能管理加算が新設され、令和2年度診療報酬改定では歯の萌出していない患者への管理も対象に追加するとともに、診療実態にあわせて小児口腔機能管理料とした。
- 令和4年度診療報酬改定においては、対象患者の実態を踏まえて、対象患者の年齢を15歳未満から18歳未満とした。

小児口腔機能管理料

[対象患者]

- **18歳未満**の口腔機能の発達不全を認める患者のうち、以下に該当する者

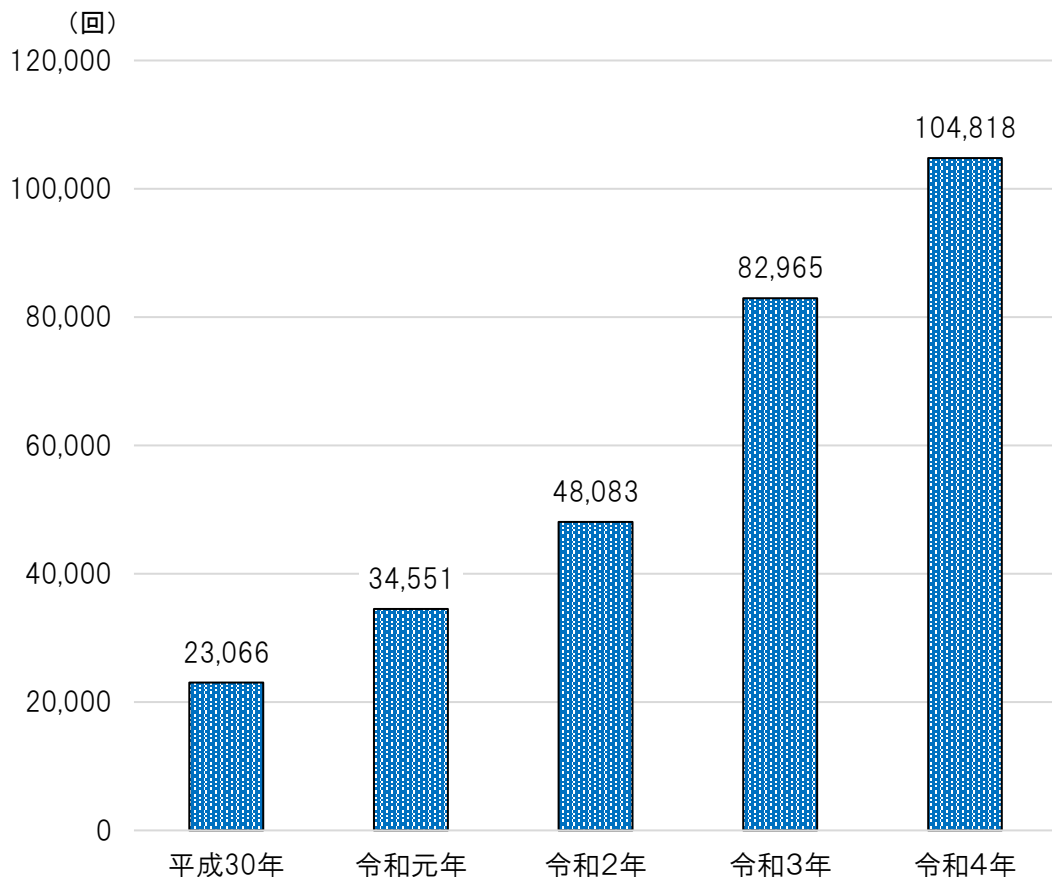
離乳完了前 食べる機能のC項目において1項目以上、 食べる機能・話す機能のC項目において2項目以上を含む3項目以上該当		
A機能	B分類	C項目
食べる	哺乳	先天性歯がある
		口唇、歯槽携帯に異常がある
		舌小帯に異常がある
		乳首をしっかり口にくむことができない
		授乳時間が長すぎる、短すぎる
		哺乳量・授乳回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等
	離乳	開始しているが首の据わりが確認できない
		スプーンを舌で押し出す状態がみられる
話す	構音機能	口唇の閉鎖不全がある
その他	栄養(体格)	やせ、または肥満である(カウプ指数で評価)
	その他	口腔周囲に過敏がある 上記以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

離乳完了後（18ヵ月以降） 咀嚼機能のC項目において1項目以上、 食べる機能・話す機能のC項目において2項目以上を含む3項目以上に該当		
A機能	B分類	C項目
食べる	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある
		咀嚼に影響するう蝕がある
強く咬みしめられない		
咀嚼時間が長すぎる、短すぎる		
偏咀嚼がある		
	嚥下機能	舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)
	食行動	哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等
話す	構音機能	構音に障害がある
		口唇の閉鎖不全がある
		口腔習癖がある
その他	栄養(体格)	舌小帯に異常がある
		やせ、または肥満である(カウプ指数、ローレル指数で評価)
		口呼吸がある
		口蓋扁桃等に肥大がある
	その他	睡眠時のいびきがある
		上記以外の問題点

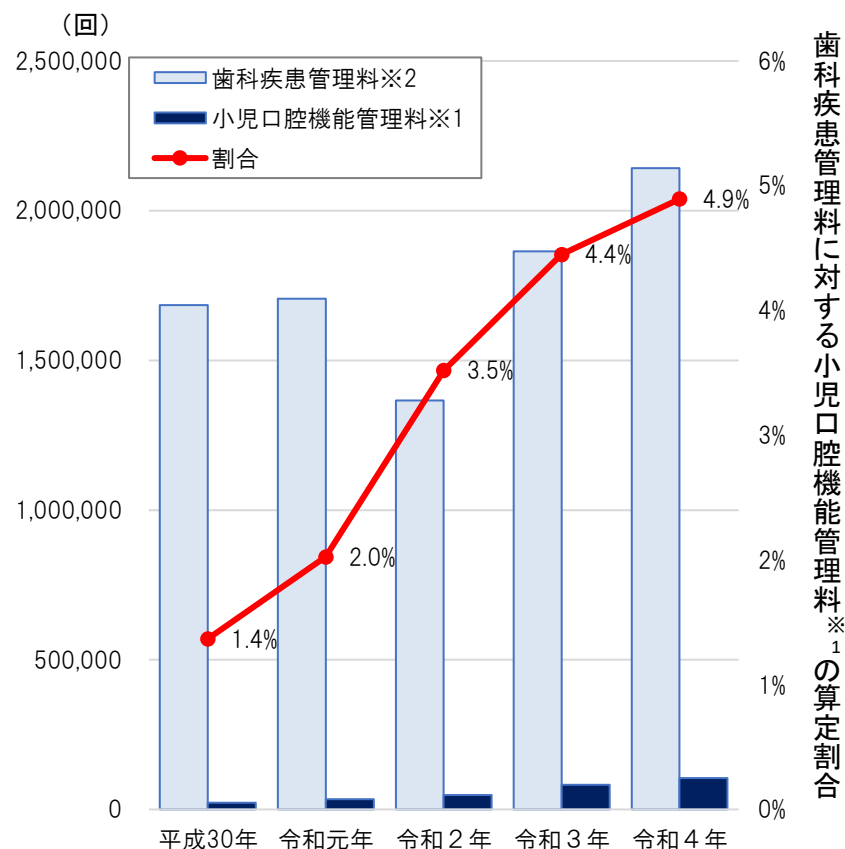
小児口腔機能管理料の算定状況

○ 小児口腔機能管理料の算定回数は、年々増加しているが、歯科疾患管理料の算定回数に対する割合は令和4年で、4.9%にとどまっている。

＜小児口腔機能管理料※1の算定回数＞



＜歯科疾患管理料※2の算定回数と歯科疾患管理料※2に対する小児口腔機能管理料※1の割合＞



※1 平成30年、令和元年は歯科疾患管理料 小児口腔機能管理加算の算定回数
 ※2 歯科疾患管理料算定回数：平成30年～令和3年は15歳未満、令和4年は20歳未満

小児口腔機能管理の内容

○ 小児の口腔機能管理に関しては、療養上必要な指導として小児口腔機能管理料のみで評価されているが、実際には指導管理のみではなく訓練も含まれている。

B000-4-2 小児口腔機能管理料 100点

(小児口腔機能管理加算として、平成30年診療報酬改定で新設)

- 歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、口腔機能の評価に基づく**管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合**に、月1回に限り算定する。
- 指導及び管理にあたっては、「口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方」を参考とすること。

D011-4 小児口唇閉鎖力検査 (1回につき) 100点

(令和2年診療報酬改定で新設)

- 口腔機能の発達不全が疑われる患者に対し、**口腔機能発達不全症の診断を目的に小児口唇閉鎖力測定を行った場合**に、3月に1回に限り算定。

口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方 (抜粋)

口腔機能発達不全症の評価と管理・指導の基本的な流れ

口腔機能発達不全症の管理 (初回時)

「食べる」「話す」「呼吸する」 口腔機能の発達評価
管理計画の立案
患者・保護者の動機づけ
顔貌・口腔周囲の写真撮影
検査 (舌圧、口唇圧測定など)

口腔機能発達不全症の管理 (継続時)

指導、評価

(毎月)

口腔機能発達不全症の管理 (継続時)

顔貌・口腔周囲の写真撮影
指導、評価
管理計画の再立案

(12か月後)

口腔機能発達不全症の管理終了 (治療) ・中止

(再開は6か月後)

目的に応じた訓練の例

口唇閉鎖力 (令和2年3月改定時に追記)

- 標準値を超えるまで口唇トレーニングを行い、口唇閉鎖力の増強・維持が確認できたら口唇トレーニングを終了する。
- **口唇閉鎖の訓練**は、受動的訓練として手指で口唇周囲をつまむ、つまんで押し上げたり、下げたりするなど口輪筋の走行に対し垂直・水平方向へ筋肉を他動的に伸展・収縮させる。

咀嚼機能

ステージ4以降、

- 咀嚼時の口唇閉鎖不全がある場合は、口頭での指示を行い**口腔周囲筋の訓練**を行う。
- 咀嚼時の**舌運動不全がある場合は、口腔筋機能療法 (MFT)**を行う。

嚥下機能

- ステージ2以降を対象として、摂取している食品を用いて**成人嚥下を獲得するための嚥下訓練**を行う。

構音訓練

- 吸指癖・舌突出癖などの習癖が認められた場合は、**筋機能訓練**などの習癖除去法を指導する。

- 平成30年度診療報酬改定において、口腔機能管理加算（歯科疾患管理料の加算）として、歯の喪失や加齢等により、口腔機能の低下を認める患者のうち、特に継続的な管理が必要な患者（口腔機能低下症の患者）に対する評価を新設し、令和2年度診療報酬改定では、診療実態にあわせて口腔機能管理料とした。
- 令和4年度診療報酬改定では、口腔機能低下症の実態を踏まえて、対象患者を65歳以上から50歳以上とした。

口腔機能管理料

[対象患者]

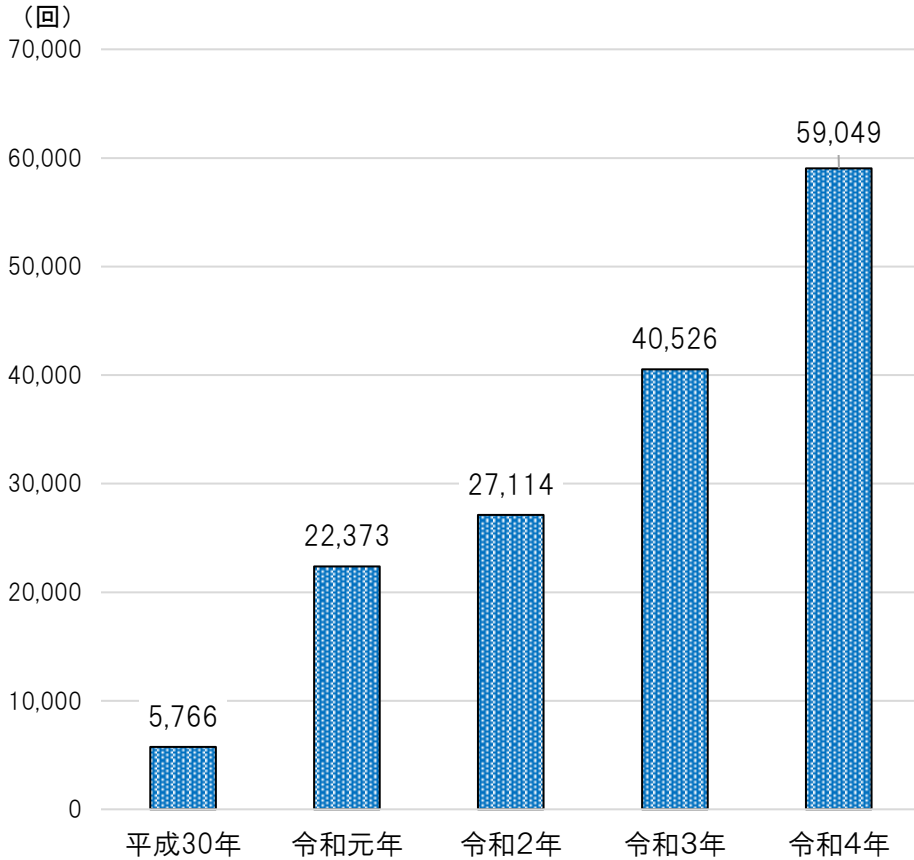
- **50歳以上**の口腔機能の低下を認める患者
- 次の評価項目（下位症状）のうち、**3項目以上（咀嚼機能低下（D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかの項目を含む。）に該当するもの**

下位症状	検査項目	該当基準
①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上
②口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27未満
	唾液量	2g/2分以下
③咬合力低下	咬合力検査	200N未満（プレスケール）、500N未満（プレスケールⅡ・フィルタなし）350N未満、（プレスケールⅡ・フィルタあり）
	残存歯数	20本未満

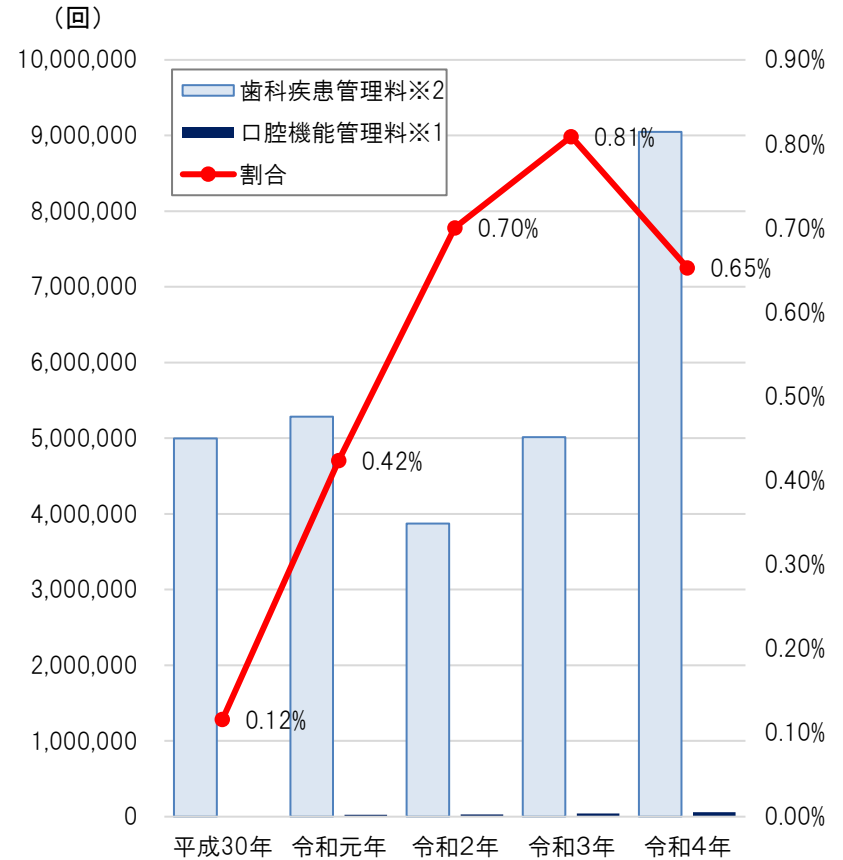
下位症状	検査項目	該当基準
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキネシス	Pa/ta/ka いずれか1つでも 6回/秒未満
⑤低舌圧	舌圧検査	30kPa未満
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL未満
	咀嚼能率スコア法	スコア0,1,2
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査（EAT-10）	3点以上
	自記式質問票（聖隷式嚥下質問紙）	Aが1項目以上該当

○ 口腔機能管理料の算定回数は年々増加しているが、歯科疾患管理料の算定回数に対する割合は令和4年で0.65%にとどまっている。

＜口腔機能管理料※1の算定回数＞



＜歯科疾患管理料※2の算定回数と歯科疾患管理料※2に対する口腔機能管理料※1の割合＞



歯科疾患管理料に対する口腔機能管理料※1の算定割合

※1 平成30年、令和元年は歯科疾患管理料口腔機能管理加算の算定回数
 ※2 歯科疾患管理料算定回数：平成30年～令和3年は65歳以上、令和4年は50歳以上

口腔機能管理の内容

- 口腔機能管理に関しては、療養上必要な指導として口腔機能管理料のみで評価されているが、実際には指導管理のみではなく訓練も含まれている。

B000-4-3 口腔機能管理料 100点

(口腔機能管理加算として、平成30年診療報酬改定で新設)

- 歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、口腔機能の評価に基づく**管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合**に、月1回に限り算定する。
- 指導及び管理にあたっては、「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」を参考とすること。

口腔機能低下症に関する基本的な考え方（抜粋）

口腔機能低下症の管理の概要

- 管理毎に、栄養状態や口腔機能が維持・回復しているかを臨床的観点から評価を行う。
- 管理計画に基づき、患者本人と家族に対して、状況に応じた動機付け、療養上必要な機能訓練の指導や生活指導および栄養指導を実施する。

口腔機能低下症の検査・診断

↓
管理計画の立案

↓
管理計画の患者等への説明・同意

↓
口腔機能低下症の管理

(患者への動機づけ、機能訓練の指導、生活指導、栄養指導など)

↓
再評価

↓↑
継続管理

口腔機能低下症の症状と訓練の例

咬合力低下

- 咬合力の維持・改善のために、歯ごたえのある食品摂取の指導やチューイングガムやグミゼリーを用いた咀嚼訓練などの指導を行う。

口唇や舌の機能低下

- 筋力の低下と運動の巧緻性の低下が原因となる。
- 口唇閉鎖力を向上させる訓練として、抵抗訓練の指導を行う。
- 舌圧を向上させる訓練として、等尺性収縮を目的とした抵抗訓練の有効性が認められている。舌圧子等を用いて一定の負荷を与えるように抵抗訓練を行ったり、口蓋に対して押しつけたりする訓練が有効である。
- 口唇や舌の運動範囲の拡大を目的とした可動域訓練、単音節の発音訓練、運動訓練、無意味音音節訓練、構音訓練、早口言葉、自動訓練、吹き戻しを用いた訓練など口唇・舌の巧緻性の訓練を行う。
- 歯・顎・口唇・頬・舌などの複合的な機能である咀嚼機能の低下に対しては、嚥下体操の指導、開口訓練などのほか、咀嚼訓練用食品による直接訓練の指導を行う。

※赤字部分は令和2年3月改定時に追加された内容

口腔機能の評価に関する検査の実施状況①

○ 有床義歯を新製する場合等に新製前後の咀嚼機能等を評価する有床義歯咀嚼機能検査や、口腔機能低下症の診断を目的として行う咀嚼能力検査や咬合圧検査の算定回数は、いずれも近年増加している。

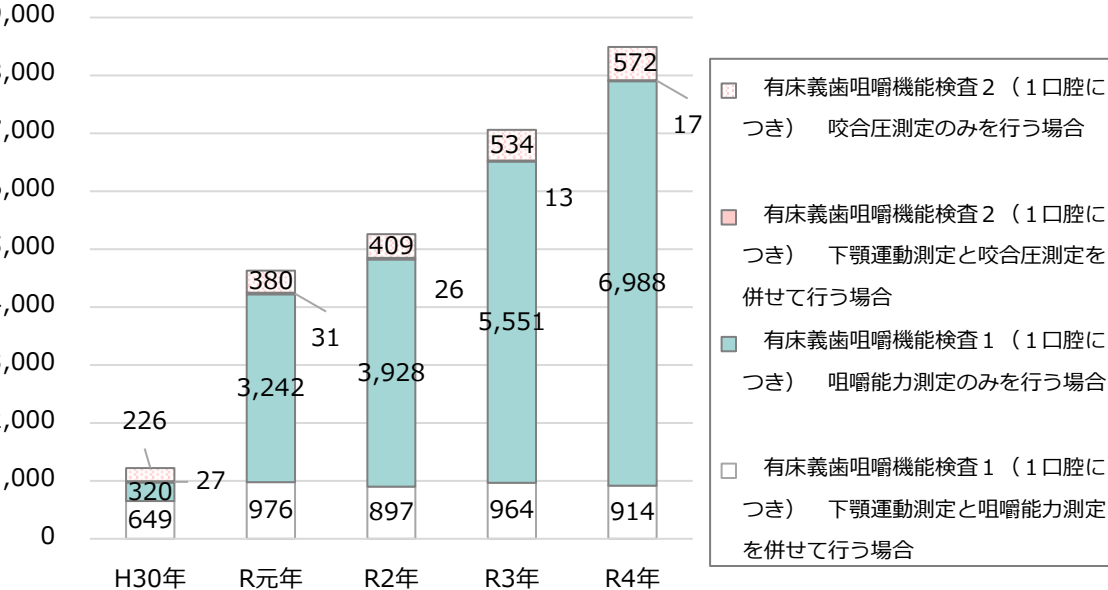
D011 有床義歯咀嚼機能検査（1口腔につき）

- 1 有床義歯咀嚼機能検査1（1回につき）
 - イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合 560点
 - ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合 140点
 - 2 有床義歯咀嚼機能検査2（1回につき）
 - イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合 550点
 - ロ 咬合圧測定のみを行う場合 130点
- 地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼機能検査を行った場合に算定。

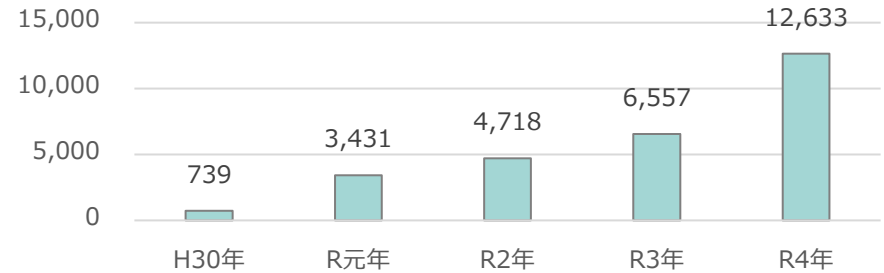
D011-2 咀嚼能力検査（1回につき） 140点

- 地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼能力測定を行った場合に6月に1回に限り算定。
- グルコース分析装置を用いて咀嚼能率を測定する検査。口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定。

■ 有床義歯咀嚼機能検査の算定回数



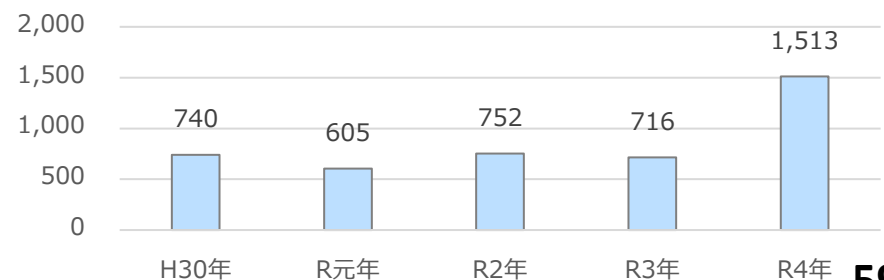
■ 咀嚼能力検査の算定回数



D011-3 咬合圧検査（1回につき） 130点

- 地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咬合圧測定を行った場合に6月に1回に限り算定。
- 歯科用咬合力計を用いて咬合力及び咬合圧の分布等を測定する検査。口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定。

■ 咬合圧検査の算定回数



口腔機能の評価に関する検査の実施状況②

○ 小児の口腔機能発達不全症の診断を目的として行う小児口唇閉鎖力検査や口腔機能低下症の診断等を目的として行う舌圧検査の算定回数は、いずれも近年増加している。

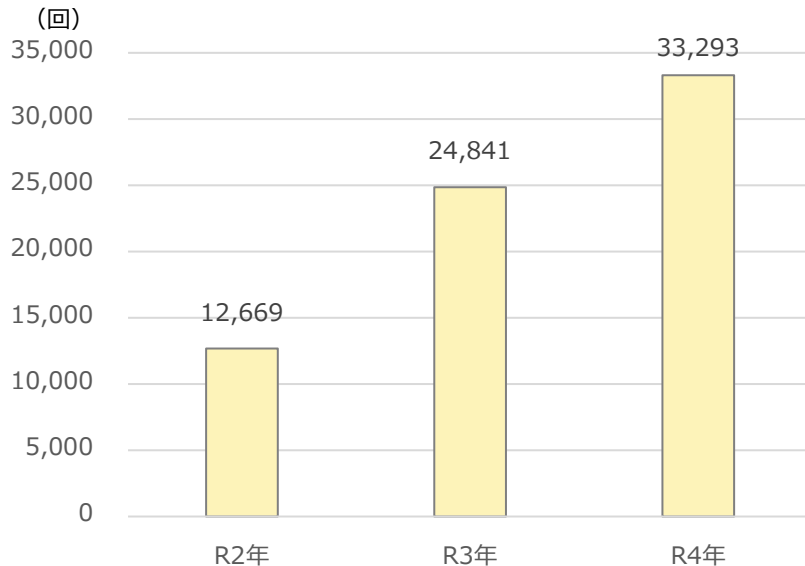
D011-4 小児口唇閉鎖力検査（1回につき） 100点

- 口腔機能の発達不全が疑われる患者に対し、**口腔機能発達不全症の診断を目的に小児口唇閉鎖力測定を行った場合**に、3月に1回に限り算定。
- 口唇閉鎖力測定装置を用いて、口唇閉鎖力を測定する検査。

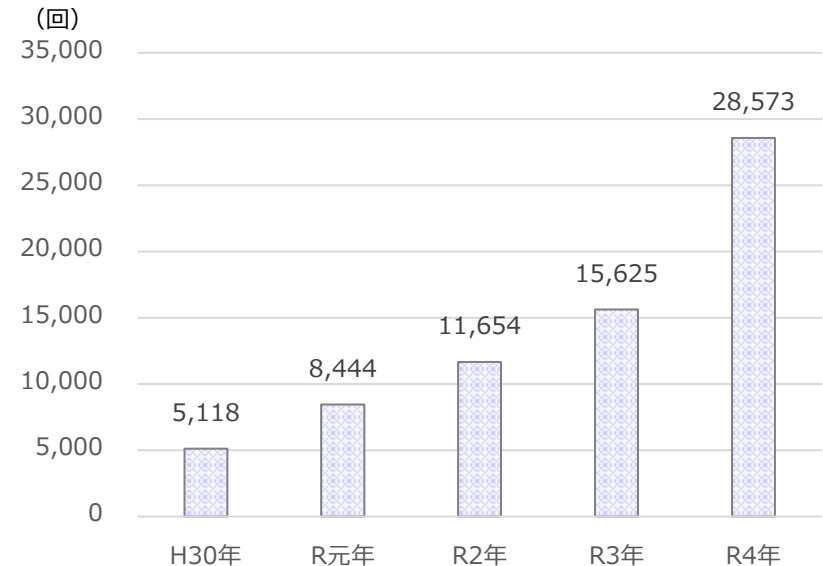
D012 舌圧検査（1回につき） 140点

- 口腔機能低下症の診断を目的として舌圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定。
- 舌の運動機能を評価する目的で、舌を口蓋に押し上げるときの圧力を舌圧計を用いて測定する。
- 舌接触補助床又は口蓋補綴、顎補綴を装着する患者、広範囲顎骨指示型装置埋入手術の対象となる患者に対して実施した場合は、月2回に限り算定。

■ 小児口唇閉鎖力検査の算定回数



■ 舌圧検査の算定回数



1. 歯科医療の現状
2. 病院における歯科の機能に係る評価
3. 医科歯科連携、医歯薬連携
4. ライフステージに応じた口腔機能の管理
5. 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療

精神発達・心理的発達と行動の障害

知的障害(精神遅滞)

- ・精神遅滞の原因疾患の特徴として、エナメル質減形成、過剰歯、先天性欠如歯、不正咬合、口蓋裂などがみられる。

自閉性障害/広汎性発達障害自閉症

- ・精神遅滞の状態、行動の調整の困難性などにより、う蝕の罹患状況は異なる。
- ・歯口清掃不良によって進行した悪習癖が見られることがある。
- ・口腔の悪習癖から、二次的に歯列・咬合に異常をきたすことがある。
- ・対応に際しては、一人ひとりの特性にあった環境を整えることが重要。

強度行動障害

- ・歯磨きをさせない、口を開けない、歯磨き習慣が定着しない、暴れるため通院できない、抑制できないなど歯科保健医療管理が非常に困難。
- ・歯科保健医療管理に関して、口を開けない、暴れる、歯磨きをさせないなど困難を伴うことが多い。
- ・歯磨きの習慣の定着が難しく、予防も困難。

神経・運動障害

脳性まひ

- ・口腔衛生管理の不備や口腔機能の障害による自浄作用の低下により、う蝕や歯周疾患の罹患率が高くなる。
- ・未処置歯や口臭、歯石沈着や食物滞留が多く見られる。

筋ジストロフィー

- ・約50%以上に開咬がみられる。
- ・咀嚼筋の萎縮により、咬合力の低下や巨舌が原因で歯列弓拡大等が見られる。
- ・進行に伴い摂食・嚥下障害がおこる。

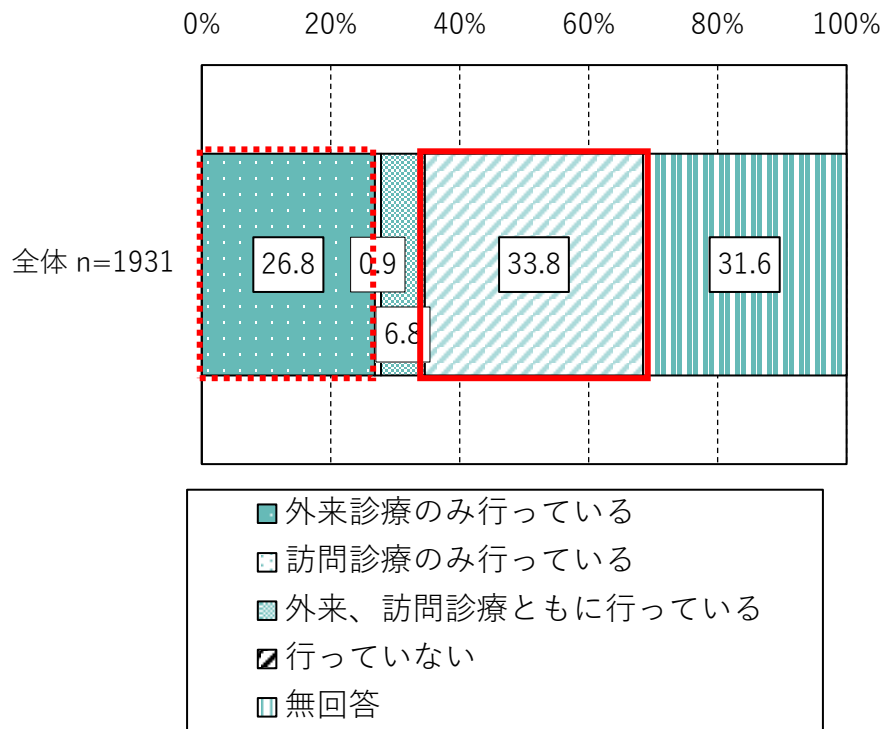
重度心身障害

- ・狭窄・V字歯列の歯列以上が上顎に多く見られる。
- ・咬合異常がある。
- ・てんかん発作による歯の破折、脱臼等が見られる。

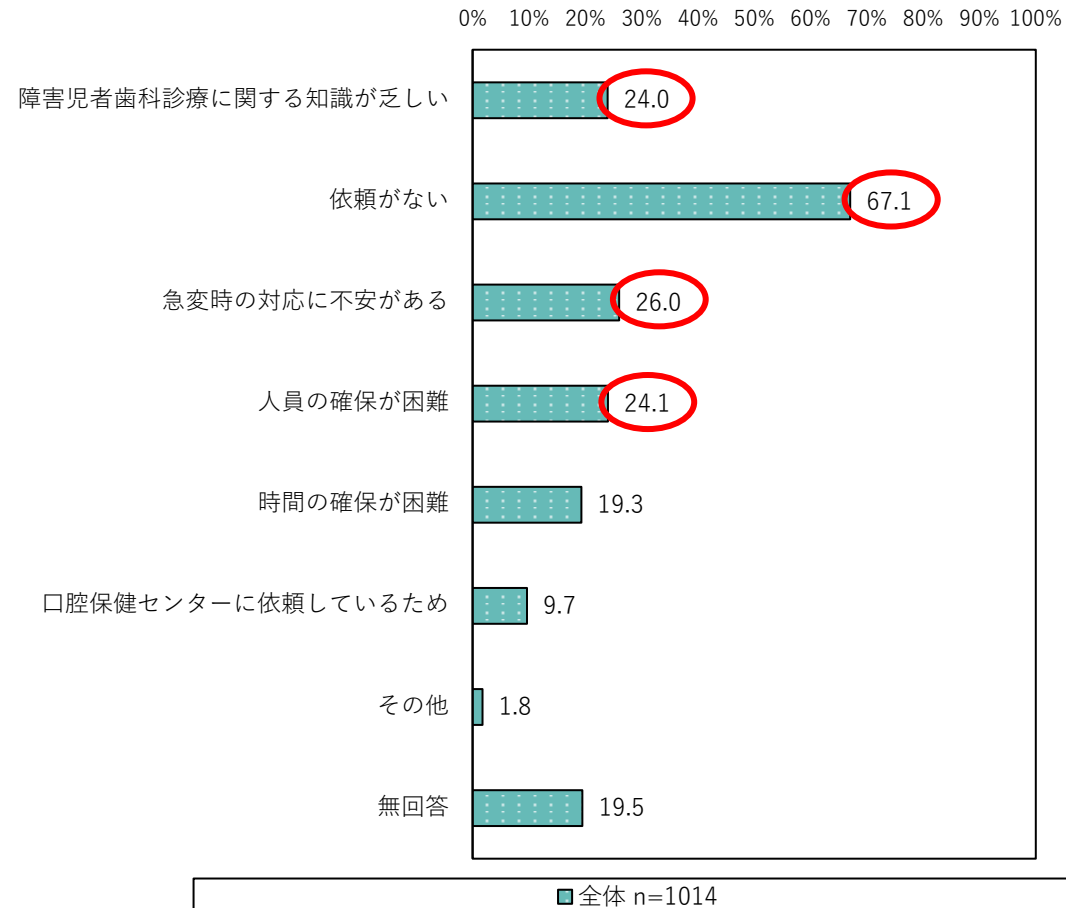
障害児者に対する歯科診療の実施状況

- 障害児者に対する歯科診療の実施状況を見ると、無回答を除くと「行っていない」が最も多く33.8%、次いで「外来診療のみ行っている」が26.8%だった。
- 行っていない理由としては、「依頼がない」が最も多く、次いで「急変時の対応に不安がある」「人員の確保が困難」「障害児者歯科診療に関する知識が乏しい」という理由が多かった。

■ 障害児者に対する歯科診療の実施状況



■ 障害児者に対する歯科診療を行っていない理由 (複数回答)



障害者への歯科治療の特徴など

○ 歯科治療の困難性

- ・患者が治療の必要性を理解できない場合、治療に必要な協力が得られない
- ・四肢や口腔の緊張や不随意運動のため姿勢の維持、開口の動作が出来ない
- ・言語によるコミュニケーションが確立しにくい

○ 特異的な歯科症状

- ・口腔の奇形・先天性の欠損、歯列、咬合などの形態学上の異常があり、それに対する対応として専門的知識や診断が必要
- ・口腔の機能的異常が、摂食・嚥下、味覚、構音、表情といった機能の不全、障害が診られ、その診断、対応に専門的知識と経験が必要
- ・う蝕、歯周病、欠損という歯科疾患の症状に特異的なことがある

平成22年度社会保険指導者研修会講演資料「地域で診る障害者歯科」(緒方克也氏)より一部改変

「著しく歯科治療が困難な者」に対する診療を歯科診療特別対応加算として評価

【著しく歯科治療が困難な者】

- ◆ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
- ◆ 知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できずに治療に協力が得られない状態
- ◆ 重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態
- ◆ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

歯科診療で特別な対応が必要な患者に対する診療報酬上の評価

診療内容に関する評価

①歯科診療特別対応加算【+175点】

著しく歯科診療が困難な患者に対して歯科診療を行った場合の初・再診料、歯科訪問診療料の加算

②初診時歯科診療導入加算【+250点】

歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合の初診料、歯科訪問診療料の加算

③歯科衛生実地指導料2【100点】

歯科診療特別対応加算を算定している患者に対する歯科衛生士の実地指導

④個々の技術料の加算

処置、手術、麻酔、歯冠修復及び欠損補綴の特掲診療料の各行為に対する100分の30～70に相当する点数の加算

連携に関する評価

診療情報提供料(I) 注6加算【+100点】

自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合の加算

⑥歯科診療特別対応地域支援加算【+100点】

歯科診療所が、歯科診療特別対応連携加算(歯特連)の届出を行っている歯科医療機関で歯科診療特別対応加算を算定した患者について、文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合の初診料の加算

歯科医療機関※1

紹介

⑤歯科診療特別対応連携加算【+150点】

他の歯科医療機関で歯科診療特別対応加算を算定した患者を紹介され、受け入れた場合の初診料の加算

診療情報提供料(I) 注7の加算【+100点】

自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合の加算

紹介

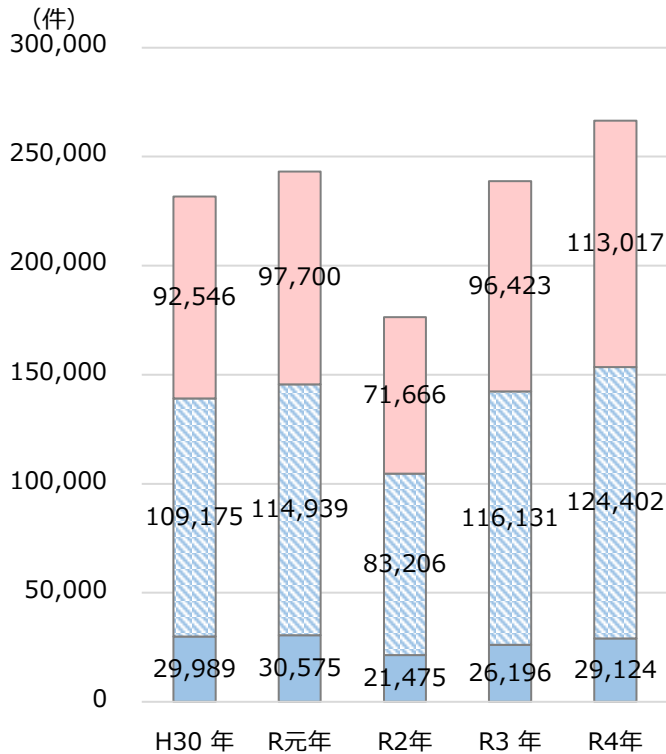
後方支援をおこなう歯科医療機関※2

※1 歯科診療特別対応連携加算の届出を行っている歯科医療機関を除く
※2 歯特連又は地域歯科診療支援病院の届出を行っている歯科医療機関

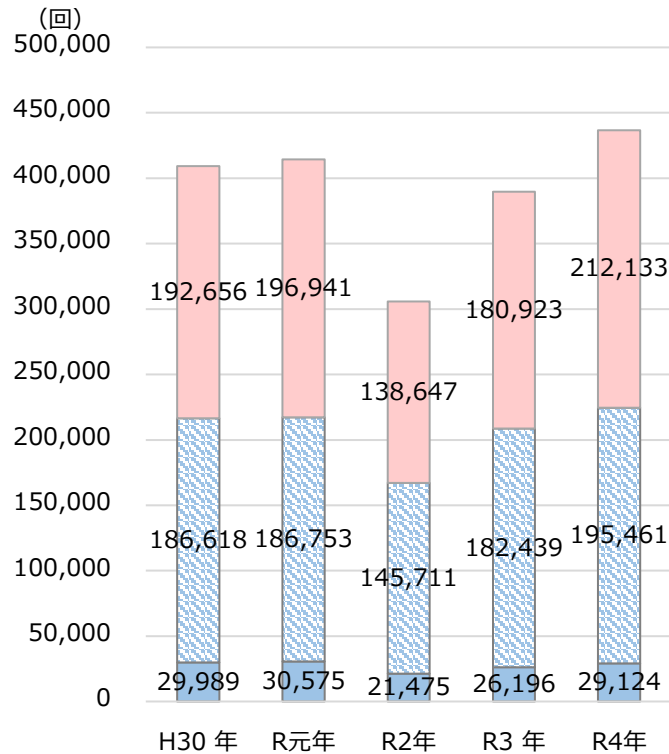
歯科診療特別対応加算の算定状況

- 歯科診療特別対応加算は算定件数、算定回数ともに令和2年に減少しているが、その後増加傾向である。
- 歯科診療特別対応加算の外来診療時の算定回数の割合は、直近5年間では約半数となっている。

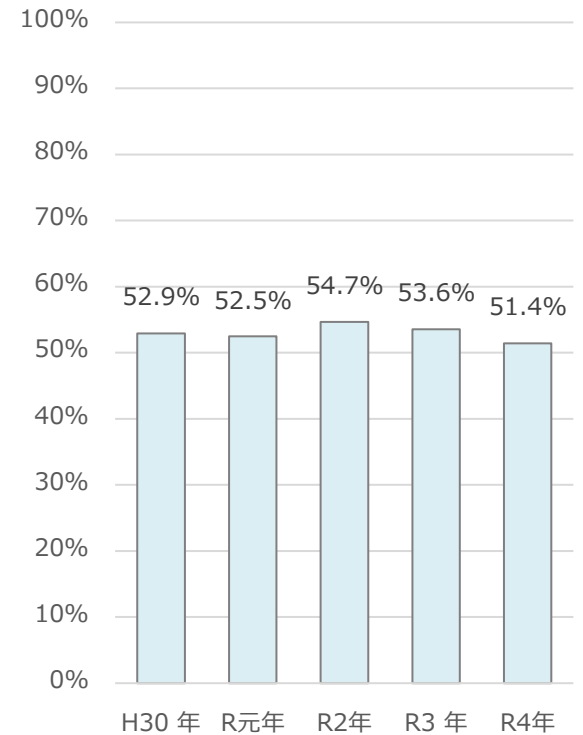
■ 歯科診療特別対応加算の算定件数



■ 歯科診療特別対応加算の算定回数



■ 歯科診療特別対応加算の算定回数
(外来診療(初診時+再診時)の割合)



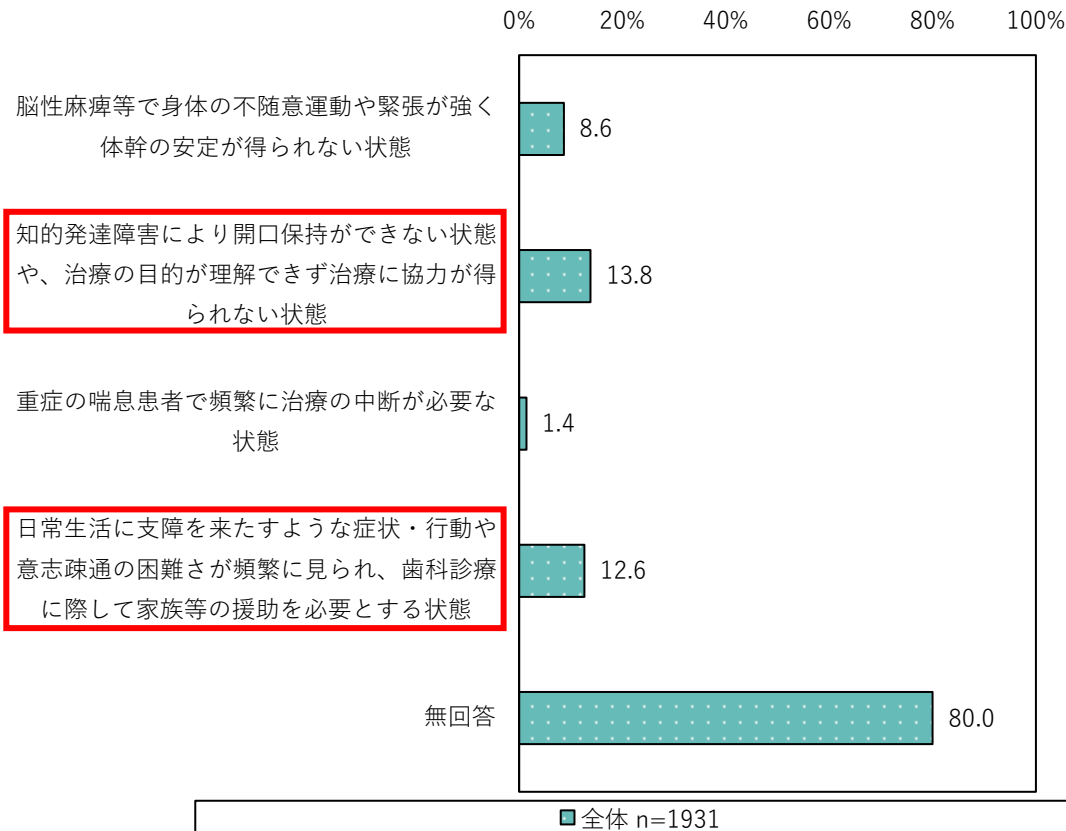
■ 歯科訪問診療料 歯科診療特別対応加算
■ 再診時 歯科診療特別対応加算
■ 初診時 歯科診療特別対応加算

■ 歯科訪問診療料 歯科診療特別対応加算
■ 再診時 歯科診療特別対応加算
■ 初診時 歯科診療特別対応加算

歯科診療特別対応加算を算定した患者の状況

- 歯科診療特別対応加算を算定した患者の状態は、無回答を除くと「知的発達障害により開口保持ができない状態や、治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態」が約13.8%で最も多く、次いで「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態」が約12.6%であった。
- 対応に苦慮した場合の状態として、治療の安全性の確保が困難な場合や様々な理由で治療の中断が多いことなどがあった。

■ 歯科診療特別対応加算を算定した患者の状態



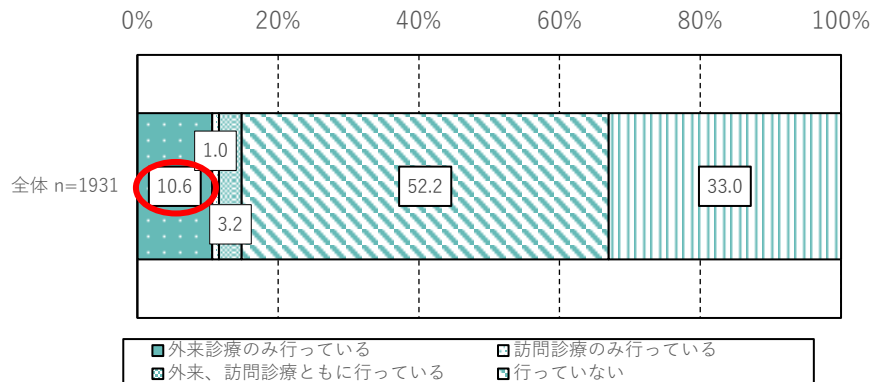
■ 対応に苦慮した場合の状態（主な内容）（自由記載）

- 恐怖心が強く、多動であり、一度パニックを起こすと、意思疎通さえ困難で、治療の安全性を確保するのが困難であった。
- 異常嚥下反射、咬反射、むせ／咳込みでの中断多いこと。
- 不随意運動があり、開口保持が困難で、治療を中断することが多く、治療が進まないこと。
- 処置中に発作をおこし呼吸困難になったこと。
- 治療中に激しい体動、不随意運動による動きが注意を要したこと。
- 反り返りが強く、体幹の保持が困難であったこと。
- 口腔内唾液が多く、絶えず吸引が必要であったこと。
- 治療の協力度が低く、意思疎通が困難であったこと。
- ユニットの着席拒否や開口拒否があったこと。

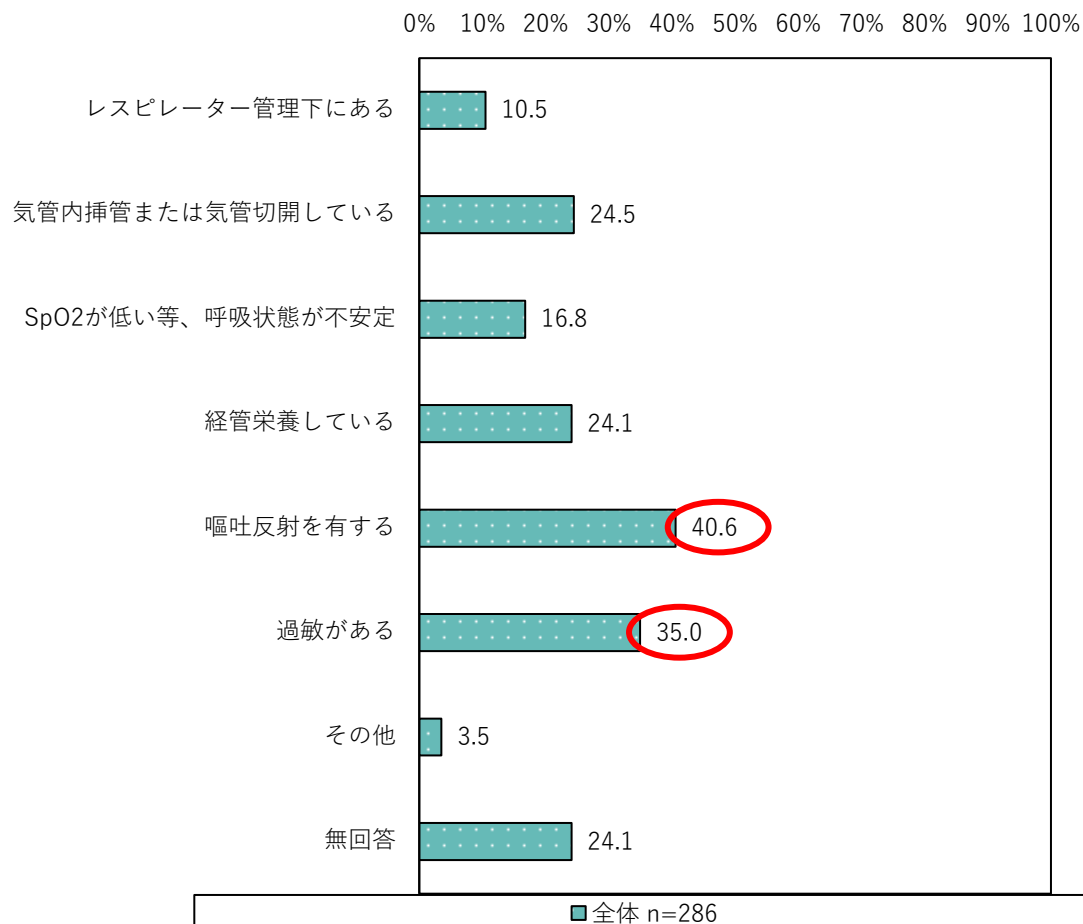
医療的ケア児に対する歯科診療の状況等

- 医療的ケア児に対する歯科診療の実施状況は、「外来のみ行っている」が約10.6%、「訪問診療のみ行っている」が1.0%、「外来、訪問ともに行っている」が3.2%、「行っていない」が52.2%であった。
- 歯科診療を行った医療的ケア児の患者像は、「嘔吐反射を有する」が最も多く約40.6%、次いで「過敏がある」が35.0%であった。「気管内挿管または気管切開している」「経管栄養している」はいずれも24%であった。

■ 医療的ケア児に対する歯科診療の実施状況



■ 診療したことがある医療的ケア児の患者像（複数回答）



障害児の口腔管理上の問題点

- 障害児の口腔管理に際しては、歯科治療上の様々な問題が生じる。
- 障害児の歯科診療においては、基礎疾患のほか、治療時の協力性に問題がある場合や身体的状況により治療が困難となる場合がある。

◆ 障害児の口腔管理上の問題点（概要）

歯科治療上の問題

- ・ 障害、疾患によっては、障害児への対応と治療が難しい。
- ・ 障害の程度によっては、歯科治療と口腔管理が困難である。
- ・ 健常児と比較して障害児は歯科治療中に問題が起こる可能性が高い。
- ・ 診療を補助する人員を十分に確保する必要がある。
- ・ 障害や疾病によってはより長い治療時間を必要とする。

障害児と保護者側の問題

- ・ 障害、疾病の治療やリハビリテーションが優先され、歯科医療は二の次になりやすい。
- ・ 障害の程度によっては、通院が困難な場合が少なくない。
- ・ 障害や疾病によっては、歯科疾患に罹患しやすく進行も早い。
- ・ 障害が原因で、自分自身で歯科疾患の予防管理が困難な場合が多い。
- ・ 保護者の肉体的、精神的、経済的及び時間的負担が大きい

歯科疾患予防時の問題点

- ・ 口腔内の状態：一般的に清掃状態が不良な場合が多い。
- ・ 疾患の状態：一般的にう蝕、歯肉炎および歯周炎が多い。
- ・ 口腔機能：摂食、咀嚼、嚥下、呼吸、唾液分泌および筋活動などに問題のある者が多い。
- ・ 運動機能：手指の機能を含めて運動機能に問題がある場合が多い。
- ・ 理解度：劣っている場合が多い。

◆ 障害児の歯科診療で問題となる要因（概要）

内科的基礎疾患に起因するもの

- ・ ストレスに対する耐性：治療時の緊張などにより体調変化を招きやすい
- ・ 呼吸・循環系の異常：歯科治療に不随して呼吸・循環動態が変化しやすい
- ・ 易感染性：細菌感染に対する抵抗性が減弱している
- ・ 止血異常：観血的処置時の止血に問題がある

治療時の協力性に問題があるもの

- ・ 理解力の不足、コミュニケーションの障害が見られる
- ・ 情緒的障害により治療への適応が困難なもの、特殊な心的条件にある

身体的条件に起因するもの

- ・ 一定の診療体位あるいは静止状態を保てない
- ・ 開口状態を維持出来ないもの、十分な開口量が得られない

歯科疾患の予防や管理の実践に問題があるもの

- ・ 機能的あるいは精神的障害により、予防管理の実践が困難
- ・ 生活環境上の問題で、予防管理が十分に行えない

「強度行動障害」の定義・障害福祉サービス等報酬上の評価

意見交換 資料-3参考-1
R 5 . 3 . 1 5

○ 強度行動障害の定義

・ 自分の体を叩いたり食べられないものを口に入れる、危険につながる飛び出しなど**本人の健康を損ねる行動**、他人を叩いたり物を壊す、大泣きが何時間も続くなど**周囲の人の暮らしに影響を及ぼす行動**が、**著しく高い頻度**で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態のこと。

○ 強度行動障害に関する障害福祉サービス等報酬上の評価

- ・ 障害福祉サービス等を受ける際に行う障害支援区分の調査と併せて把握する「行動関連項目」（福祉型障害児入所施設の場合は強度行動障害判定基準表）を用いて判定。障害福祉サービス等報酬においては、**一定の点数以上となる人（24点中10点）**に対する特別に配慮された支援の提供が評価されている。（利用者数：下図参照）
- ・ **強度行動障害に至る前からの支援や行動改善が見られた後における継続的な支援**を評価するため、「行動援護」は平成20年に、「共同生活援助、短期入所、施設入所支援の重度障害者支援加算」は平成24年に、対象者判定の基準を変更した。
- ・ 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定において、生活介護にも「重度障害者支援加算」を設けるとともに、障害児通所支援について「強度行動障害児支援加算」を創設した。
- ・ 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定において、共同生活援助の区分4・5を「重度障害者支援加算」の対象とするとともに、障害者支援施設で実施する生活介護の外部通所者にも「重度障害者支援加算」を算定可能とする等の拡充を実施した。

行動障害関連の障害福祉サービス・障害児支援の利用者

（国民健康保険団体連合会データ）

のべ68,906人（令和3年10月時点）



重度訪問介護
1,079人



行動援護
12,117人



短期入所（重度障害者支援加算） 4,994人
施設入所支援（重度障害者支援加算Ⅱ） 21,933人
福祉型障害児入所施設（強度行動障害児特別支援加算） 15人



共同生活援助（重度障害者支援加算Ⅰ） 4,618人
（重度障害者支援加算Ⅱ） 2,759人



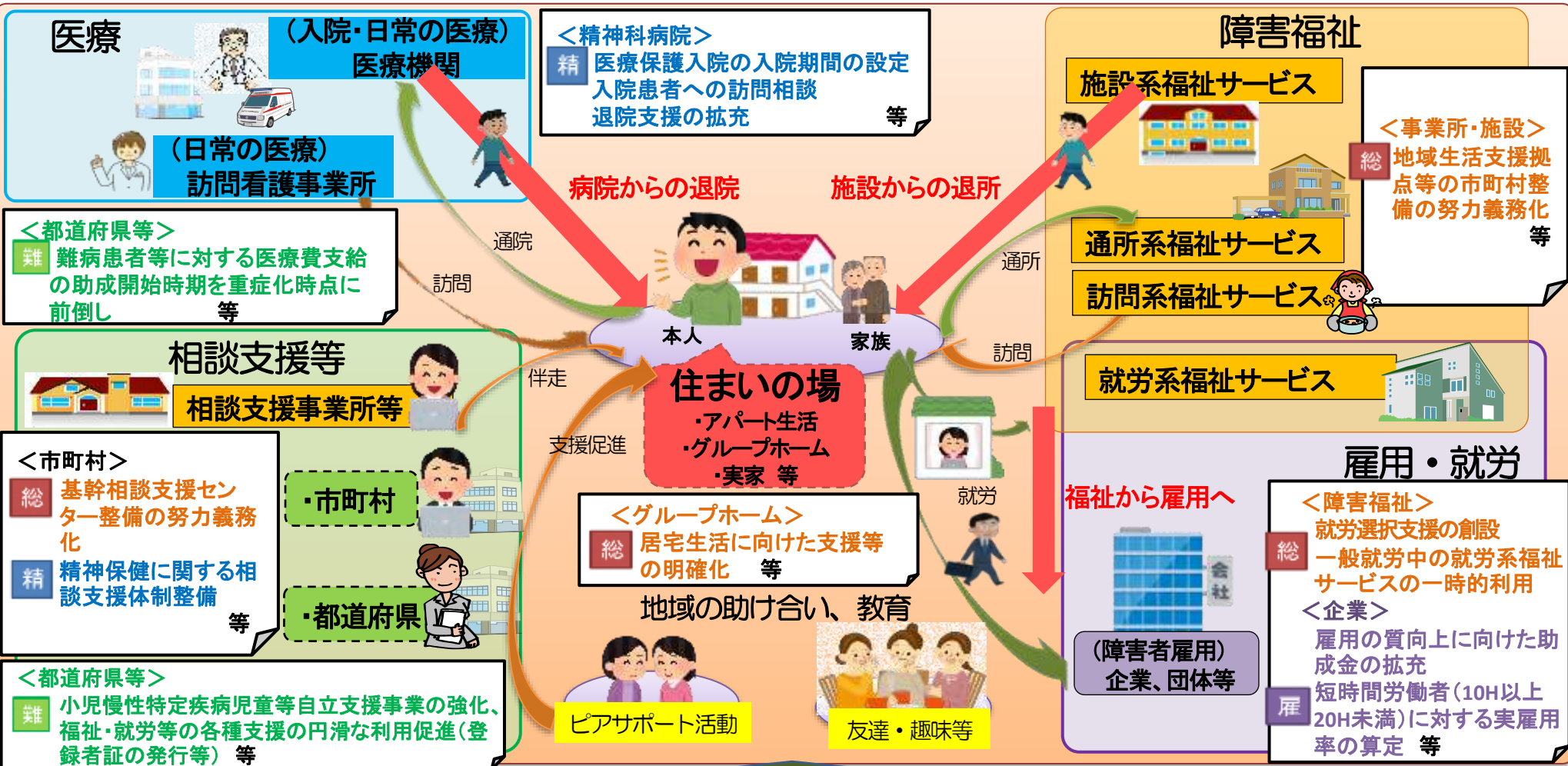
放課後等デイサービス（強度行動障害児支援加算） 3,451人
児童発達支援（強度行動障害児支援加算） 307人



生活介護（重度障害者支援加算）
17,633人

（参考）平成26年度から、重度訪問介護についても行動援護等の基準と同様の対象者に対して支援を提供することを可能としている。

- 障害者や難病患者等が地域や職場で生きがい・役割を持ち、医療、福祉、雇用等の各分野の支援を受けながら、その人らしく安心して暮らすことができる体制の構築を目指す。このため、本人の希望に応じて、
 - ・施設や病院からの地域移行、その人らしい居宅生活に向けた支援の充実 (障害者総合支援法関係、精神保健福祉法関係、難病法・児童福祉法関係) **総 精 雑**
 - ・福祉や雇用が連携した支援、障害者雇用の質の向上 (障害者総合支援法関係、障害者雇用促進法関係) **総 雇**
 - ・調査・研究の強化やサービス等の質の確保・向上のためのデータベースの整備 (難病法・児童福祉法関係、障害者総合支援法関係) **雑 総**
- 等を推進する。



歯科治療に不適応行動を示す患者への対応方法

- 障害児等の歯科治療に際して、泣くあるいは拒否するなどの不適応行動を示す患者に対しては行動変容法(行動療法)が行われ、患者の知的能力や障害の程度などを踏まえて選択される。

行動変容法(行動療法)の例(概要)

Tell-Show-Do(TSD)法

- これから行うことについて、話して(Tell)、見せて(Show)、行う(Do)という手順で体験させる。
- 初めて歯科治療を経験する小児や恐怖心の強い小児でより効果的。

エクスポージャー(暴露療法)

- 不安や恐怖を引き起こす刺激(条件刺激)に暴露して慣れさせ、克服した体験を積ませることで、望ましくない反応(条件反応)を消去する方法。
- 系統的脱感作:不安や恐怖を引き起こす刺激を、弱いものから強いものへと段階的に提示することで不安や恐怖を克服することを目指す。
- フラッティング:段階を踏まずに強い不安や恐怖を生じさせる刺激にさらすことで、不安や恐怖を減弱させる方法。

オペラント条件づけ

- 自発的な行動を意味するオペラント行動を刺激によって変化(強化あるいは弱化)させるもの。
- ほめ言葉などの快刺激を与えることによって好ましいオペラント行動の出現頻度を増加させることを目的に行う。

応用行動分析法

- 行動の段階を細かく分けて(スモールステップ)、望ましい行動を強化し、望ましくない行動を消去する方法。
- おもに自閉スペクトラム症児の個別療育で行われている。オペラント条件付けから派生した方法。

シェイピング法

- 目標とする行動をいきなり獲得させるのではなく、スモールステップに分け、少しずつ強化する方法。
- 最終的な目標行動の獲得に至るまで、容易なことから順に行わせ、その行動が生じたら強化を行う。

モデリング法

- 手本となる他者の行動を観察し、学習させることで行動の修正を促す方法。

ボイスコントロール

- 話かける際に、声の大きさ、強弱、口調などを調節することで術者に注意をひきつけ、指示に従うように働きかける方法。
- 不適切な行動がみられたら大きい声や強い口調で修正を促し、適切に行動できた場合はやさしい口調で話す。
- 他の行動コントロール法と併用することも多い。

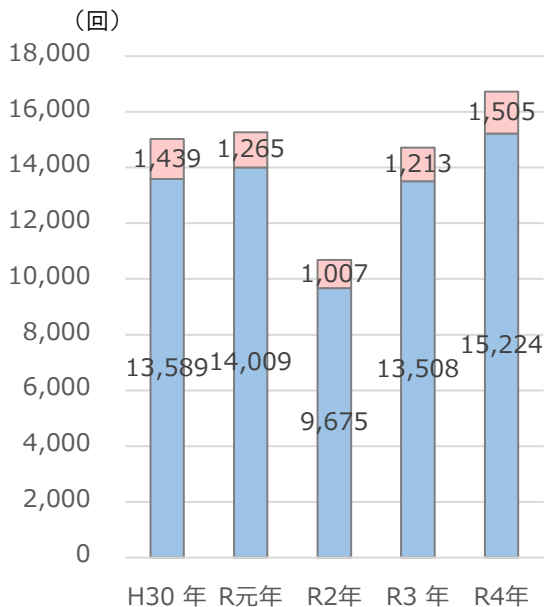
初診時歯科診療導入加算を算定状況

○ 初診時歯科診療導入加算を算定した患者に対する1年以内の再診の回数をみると、1回が最も多い一方で、13回以上も一定数あった。

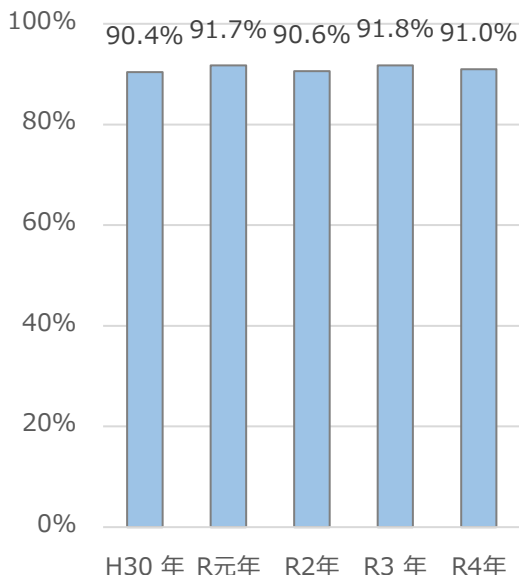
A000 初診料 注6 初診時歯科診療導入加算 250点

- 歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を行った場合に所定点数に加算
- 「歯科診療を円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始に当たり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として、Tell-Show-Do法などの系統的脱感作法並びにそれに準拠した方法、オペラント法、モデリング法、TEACCH法、遊戯療法、ボイスコントロール法等の患者の行動を調整する専門技法をいう。

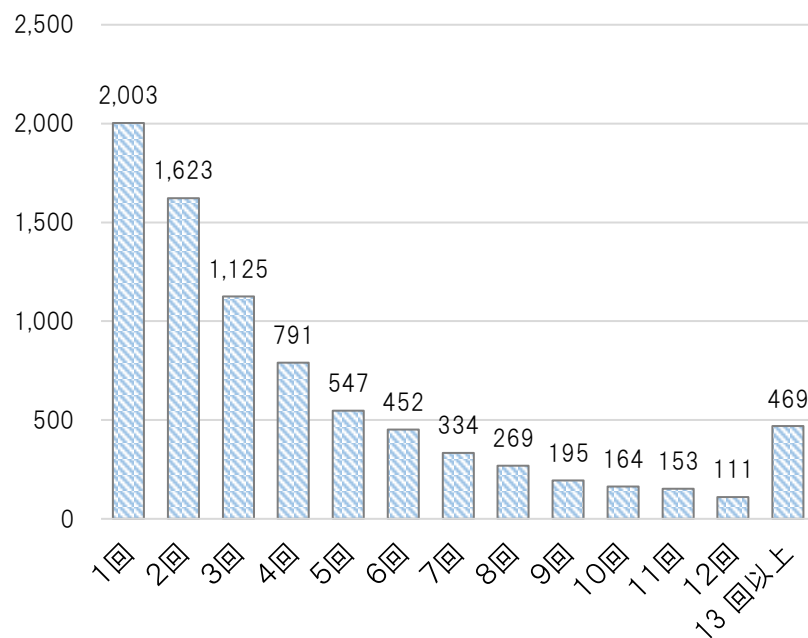
■ 初診時歯科診療導入加算の算定回数



■ 初診時歯科診療導入加算の算定回数 (外来診療の割合)



■ 初診時歯科診療導入加算を算定した患者に対する1年以内の再診の回数

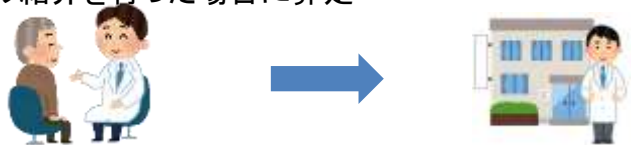


■ 歯科訪問診療料 初診時歯科診療導入加算
■ 初診時歯科診療導入加算

○ 診療情報提供料は、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している。

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



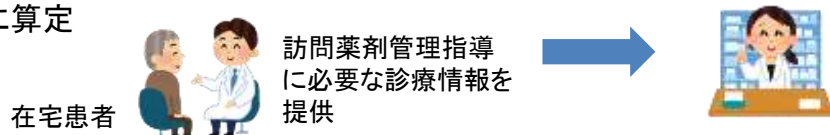
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

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



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



④ 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



診療情報提供料(Ⅰ)の加算

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

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

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

診療情報提供料(Ⅰ) 注6加算

保険医療機関(歯科診療特別対応連携加算の届出を行っている歯科医療機関を除く)が、自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合、**100点**を加算

診療情報提供料(Ⅰ) 注7加算

歯特連又は地域歯科診療支援病院の届出を行っている歯科医療機関が、自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合、**100点**を加算

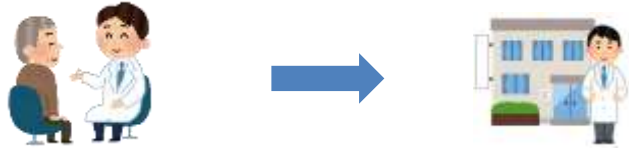
診療情報提供料(Ⅰ)概要

中医協 総 - 8 改
5 . 6 . 2 1

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。

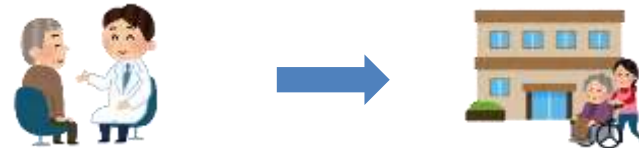
① 別の保険医療機関に紹介した場合

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。



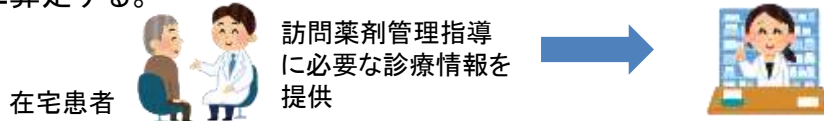
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

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。



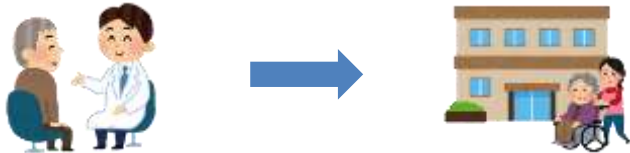
④ 精神障害者施設等に提供する場合

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。



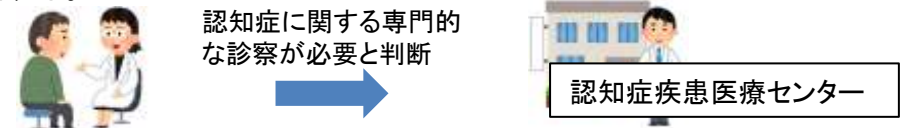
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

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。



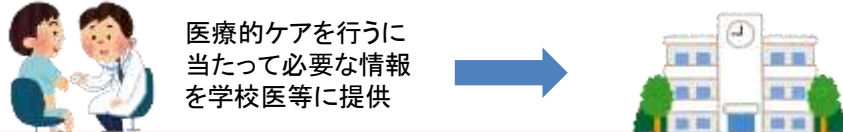
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

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。

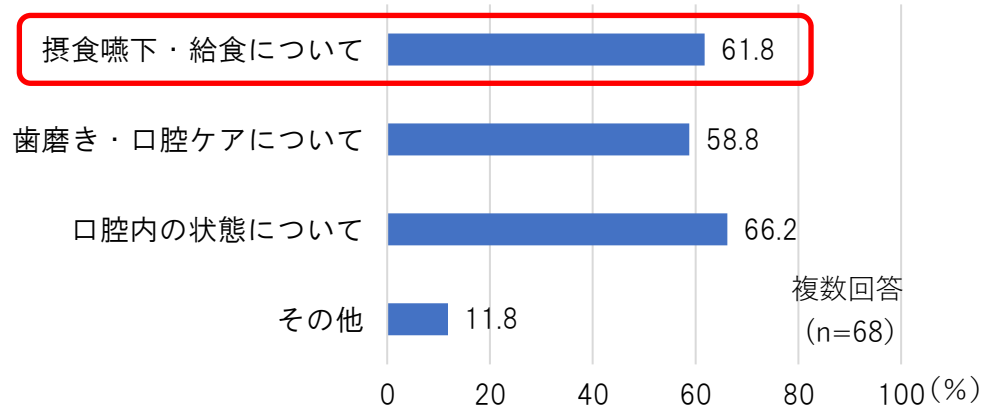


診療情報提供料(Ⅰ) 250点
(患者1人につき月1回に限り)

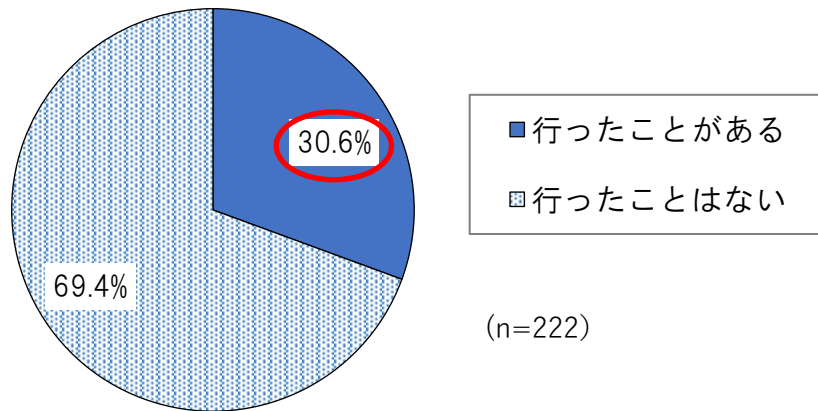
歯科医療機関から学校等への情報提供

- 日本障害者歯科学会の会員を対象とした調査では、30.6%で学校等に情報提供を行ったことがあると回答しており、その内容は「口腔内の状態」が最も多いが、「摂食嚥下、給食」についても61.8%であった。
- また、情報提供を行ったことがある場合、「情報提供がないと学校等での給食が提供できないケースがあった」と回答した割合が33.8%であった。

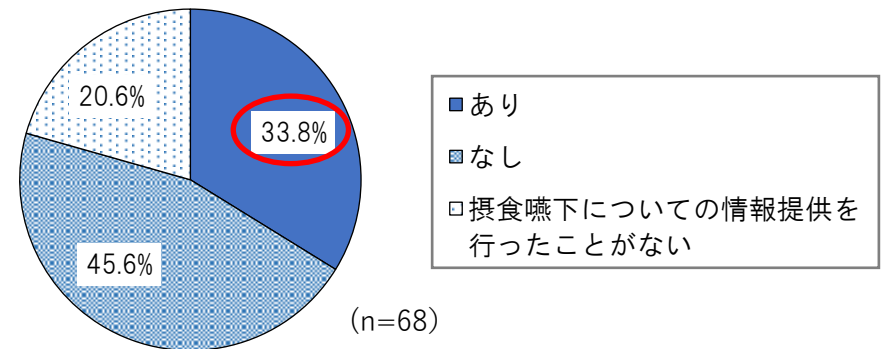
<学校等に対する情報提供の内容>



<学校等に対する情報提供について>



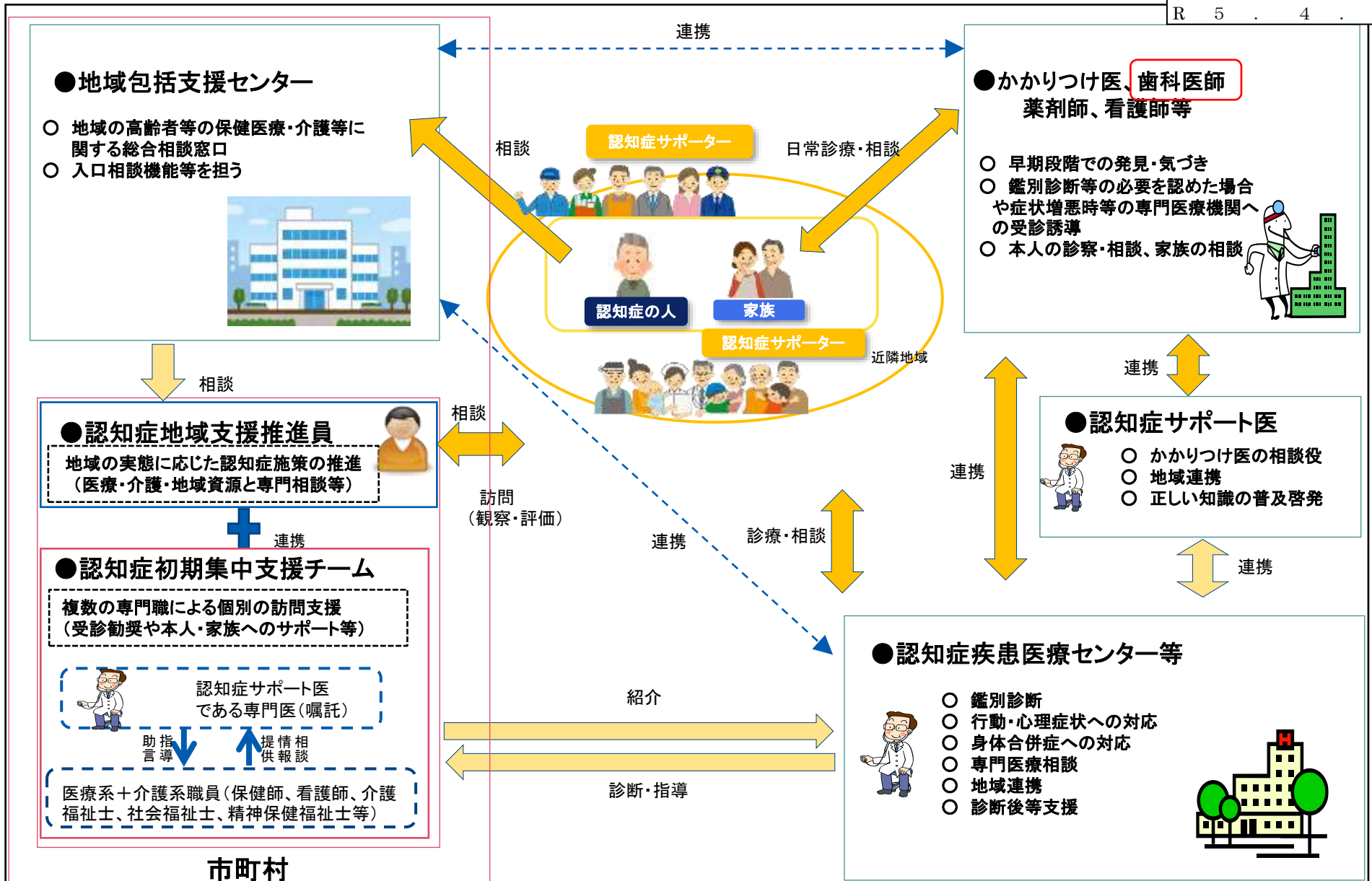
<「情報提供がないと学校等での給食が提供できないケースがあった」と回答した者の割合>



調査対象: 日本障害者歯科学会会員(悉皆)
調査手法: ウェブ調査
調査実施期間: 2023年3月29~4月10日

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改
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

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。

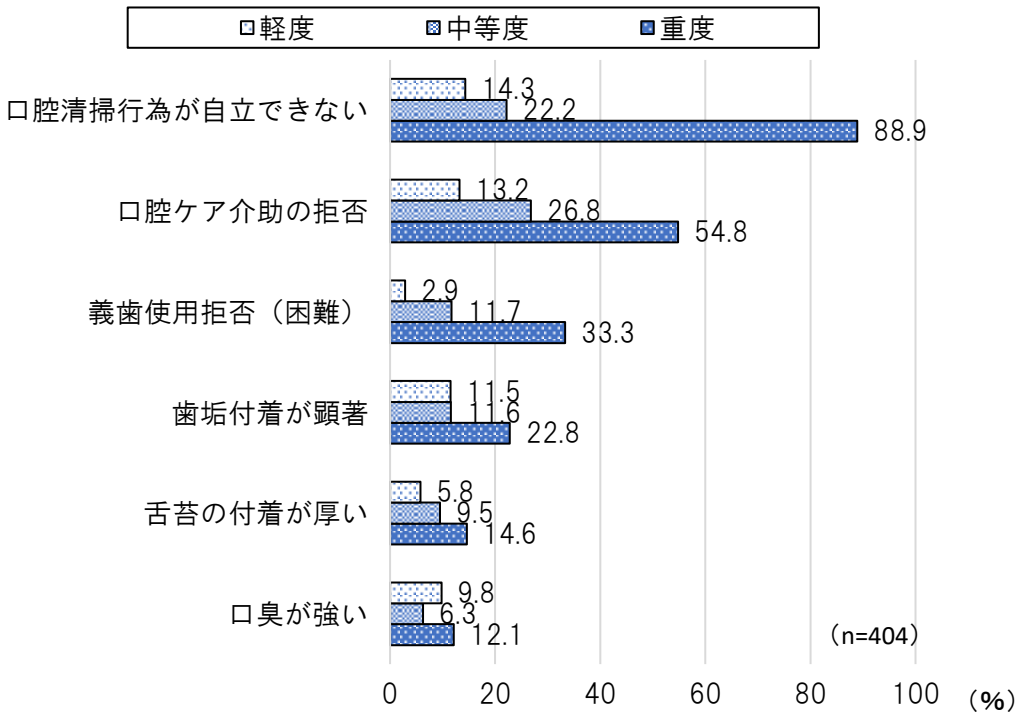
(3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- 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。

認知症の人に対する歯科治療

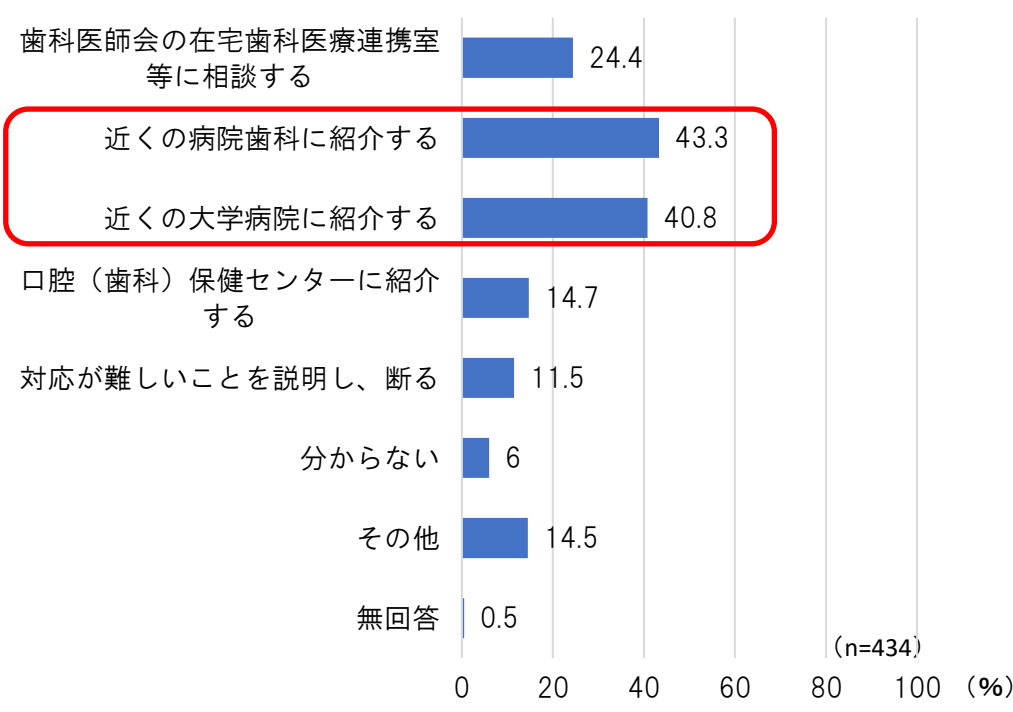
- 認知症が重度になると口腔清掃が自立困難になる者の割合が大きくなる一方で、口腔ケア介助を拒否する者の割合も大きくなる。
- 認知症の人に対して、歯科治療が困難な場合、「近くの大学病院に紹介する」「近くの病院歯科に紹介する」と回答した歯科医療機関が多く、それぞれ約4割となっている。

<認知症重症度別の口腔管理の状態>



調査対象: 認知症高齢者を含む施設入所者(療養型病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホーム、通所介護事業所) 404名(男性101名、女性303名、平均年齢86.6±7.8歳)
 調査手法: 施設入所者に対し、実態調査を実施。認知症重症度は、Clinical Dementia Rating ;CDRIによる分類
 調査実施期間: 令和2年12月~令和3年1月

<歯科治療が困難な場合の対応>



調査対象: 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2 1,100施設(抽出)
 有効回答数: 在宅療養支援歯科診療所434施設(有効回答率39.5%)
 調査手法: 郵送調査
 調査実施期間: 令和2年12月~令和3年1月

認知症患者に対する歯科治療上の留意点等

- 認知症患者に対する歯科治療に際しては、主治医をはじめとした医療従事者や家族、介護職との連携が不可欠であり、多数の関係者との連携のもと、認知症の状態や認知症以外の疾患の有無、介護環境など情報を把握した上で治療を行う必要がある。

認知症の人への歯科治療ガイドライン(抜粋)

医療・介護関係者との連携

- ◆ 歯科治療のために、家族や多職種と連携して認知症患者のアセスメントを行うことは有効か
→ 歯科臨床で認知症患者のアセスメントを適切に行うためには、**主治医をはじめとした医療従事者や家族、介護職種との連携が不可欠**である。**認知症の状態を把握することは予知性をもった治療・支援計画立案に必須**である。

歯科治療・管理計画の立案

- ◆ 認知機能の低下段階に応じた歯科治療・管理計画はどのように立てたらよいか
→ **認知機能が低下すると、口腔衛生に関するセルフケアは困難になり、しかも複雑な歯科治療への協力が困難**になる。このことを歯科医師は十分に理解し、**本人や家族、介護者の歯科治療および管理計画に対する希望を踏まえ、治療計画を立案**することが推奨される。
 - ・ 歯科治療計画には認知症の進行段階や認知機能障害の状態を考慮する必要がある。
 - ・ さらに、認知症の発症・進行や認知機能の経年的変化も考慮して作成されるべきである。
 - ・ 認知機能低下の有無を判断するには医科関係者、介護関係者、および家族からの情報が不可欠である。

受診歯科患者の認知機能の低下が疑われた場合

- ◆ 受診歯科患者の認知機能の低下が疑われた場合、医科・介護関係者との連携は歯科治療・定期的な管理に有効か
→ **多職種との連携は、歯科治療および定期的な歯科管理に有効**である。
 - ・ かかりつけの歯科医院は長期にわたり患者と向き合うなかで、認知症の徴候に気づくことのできる地域資源の1つとして果たす役割は大きい。
 - ・ 近くの地域包括支援センターや認知症サポート医等の情報を得ておき、日頃から連携体制を整えておく。

※エビデンスの強さ「B(中)：効果の推定に中等度の確信がある」以上、文献による信頼度「B：支持する論文が1つ以上ある」以上、コンセンサスミーティングによる信頼度「B：ほぼ一致(最終的なVAS平均値が8.5未満7.5以上)」以上の項目から抜粋

在宅療養支援歯科診療所の施設基準(通知抜粋)

中医協 総 - 2
5. 7. 12 (改)

在宅療養支援歯科診療所 1	在宅療養支援歯科診療所 2
ア) 過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を合計18回以上算定	過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を合計 4 回以上算定
イ) 高齢者の心身の特性 (認知症に関する内容を含むものであること。)、口腔機能管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師を 1 名以上配置	
ウ) 歯科衛生士配置	
エ) 患家の求めに応じた迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、患家に情報提供	
オ) 後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制	
カ) 当該診療所において、過去 1 年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、 <u>保険薬局</u> 、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が 5 回以上	
キ) 以下のいずれか 1 つに該当すること <ol style="list-style-type: none"> ① 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年 1 回以上出席 ② 過去 1 年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力 ③ 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年 1 回以上 	
ク) 過去 1 年間に、以下のいずれかの算定が 1 つ以上あること <ol style="list-style-type: none"> ① 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は栄養サポートチーム等連携加算 2 の算定 ② 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定 ③ 退院時共同指導料 1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定 	

- 全身的な疾患を有する者に対する医学管理の評価として、医科の担当医からの診療情報提供に基づく医学管理を評価した「歯科疾患管理料総合医療管理加算」や総合的な医療管理が必要な患者のモニタリングを評価した「歯科治療時医療管理料」がある。
- 歯科疾患管理料総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の算定回数は、いずれも増加傾向にある。

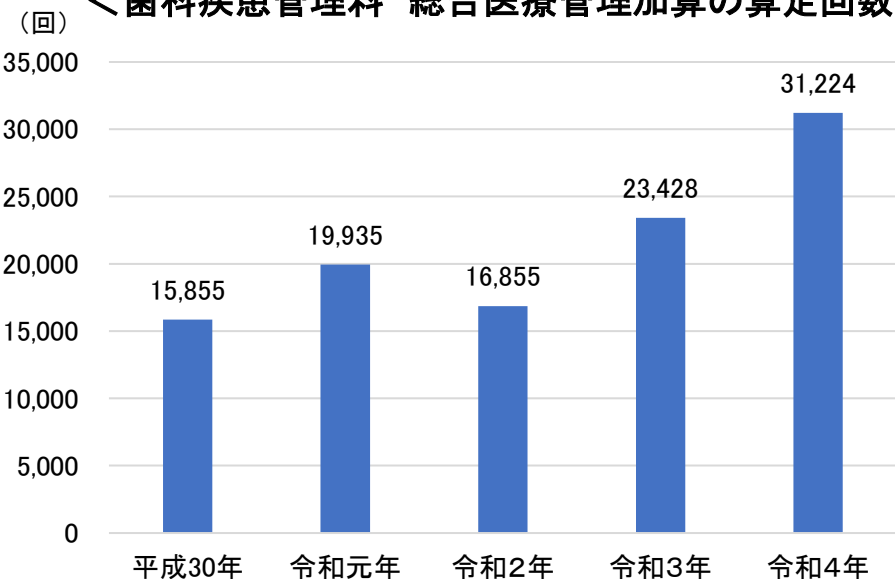
歯科疾患管理料 総合医療管理加算

医科の担当医からの診療情報提供に基づく医学管理を評価

対象患者

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

<歯科疾患管理料 総合医療管理加算の算定回数>



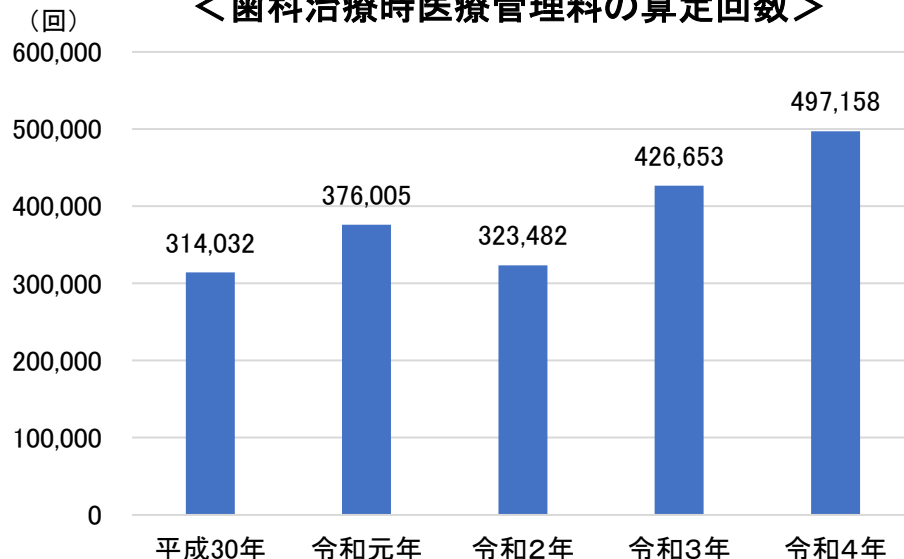
歯科治療時医療管理料

総合的な医療管理が必要な患者のモニタリングの評価

対象患者

高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者又は在宅酸素療法を行っている患者

<歯科治療時医療管理料の算定回数>



歯科医療についての現状・課題①

(病院における歯科の機能に係る評価)

- 歯科系の標榜がある病院は令和2年10月1日時点で1,817施設であり、地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出医療機関数は近年増加傾向である。
- 一般病棟入院基本料を算定している病院のうち、歯科系の標榜がある割合は全体で13.6%であり、病床数が多いほど多くなっている。また、回復期リハビリテーション病棟を有する病院の全体では22.9%となっている。
- 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者において、一定程度低栄養・低栄養リスクの患者や嚥下調整食を必要とする者が存在する。一方で、病棟における栄養、リハビリテーション、口腔に関連する取組への歯科専門職の関わりは少ないが、歯科標榜のない病院はより少ない。急性期と回復期を比較すると、回復期のほうが関与している割合は多い。
- 回復期リハビリテーション病棟入院患者の約8割に、口腔機能障害が認められるという報告がある。
- 回復期リハビリテーション患者の口腔の問題はADLと関連しており、歯科衛生士による口腔管理を実施することでADLの改善につながる事が示唆されている。また退院後の予後QOLの改善が期待できることが報告されている。

(医科歯科連携、医歯薬連携)

- 周術期等口腔機能管理に関する評価は平成24年診療報酬改定で新設され、周術期等口腔機能管理計画策定料等の関連項目の算定回数は年々増加している。病院併設歯科で主に算定されているが、近年、歯科診療所による算定も増加している。
- 周術期等口腔機能管理の依頼元の医科の診療科は幅広く、各病院の体制によって依頼状況は大きく異なっている。
- 近年、脳卒中に対する早期リハビリテーションが勧められており、誤嚥性肺炎予防等の観点から、歯科チームの早期介入の必要性も報告されている。
- 一方、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の対象患者については、基本的に手術を行う患者が対象であり、手術を行わないt-PA静注療法などの患者は対象外となっている。
- 緩和ケアを行う者等を対象とした周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)および周術期等専門的口腔衛生処置は、主に病院併設歯科で実施されており、算定回数は増加傾向にある。
- 糖尿病は歯周病のリスクファクターであることが知られており、糖尿病患者の約16~17%で過去1年間に歯の喪失があることや、約32%で歯肉腫脹の既往がある一方で、定期的な歯科受診がない者が約57%であることなどが報告されている。
- 糖尿病患者に対する歯周治療は全身状態の把握など糖尿病担当医との連携が重要であり、約4割の歯科医療機関で医科から情報提供等を受けているが、糖尿病患者に関する内容の依頼を受けた医療機関は情報提供等を受けた医療機関の27.6%であった。一方で、薬剤性顎骨壊死の原因となる薬剤に関する情報提供等を受けた医療機関は42.6%であった。
- BRONJ関連顎骨壊死の患者数は、近年増加傾向にあることが報告されている。MRONJに関して、本年ポジションペーパーが改定され、従来からの医科歯科連携に加えて医歯薬連携下での口腔管理の必要性が明記された。

歯科医療についての現状・課題②

(ライフステージに応じた口腔機能の管理)

- 本年10月に改定、公布された歯科口腔保健の推進に関する基本的事項において、口腔機能の獲得や口腔機能の維持向上を図ることの重要性が引き続き示されている。
- 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の算定回数は年々増加しているが、全体としては依然として低調であり、歯科疾患管理料の算定患者に対して数%にとどまっている。
- 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料のいずれも、医学管理として評価されているが実際の実施内容は、療養上必要な指導・管理のみではなく、訓練も含まれている。
- 口腔機能の評価に関する検査は、咀嚼能力検査や咬合圧検査、小児口唇閉鎖力検査、舌圧検査等があり、算定回数は増加傾向であるが、それぞれ対象患者は限定されている。

(障害者・有病者・認知症の人への歯科医療)

- 著しく歯科治療が困難な者に対する診療を評価した歯科診療特別対応加算の算定は近年増加傾向にあり、外来患者の割合は約半数となっている。
- 歯科診療特別対応加算を算定した患者の状態としては、治療の安全性確保が困難な場合や治療目的が理解できず協力が得られないなどが多い。また、医療的ケア児に対する歯科診療を行っている歯科診療所の割合は、約15%であった。
- 障害児の歯科診療においては、基礎疾患のほか、治療時の協力性に問題がある場合や身体的状況により治療が困難となる場合がある。
- 強度行動障害は自傷、他害、破壊等の行動が高い頻度で起こるため、特別な配慮が必要になっている状態であり、個々の自閉症の特性に合わせた標準的な支援の内容を医療と福祉で共有していくことが必要である。
- 障害児等の歯科治療に際して不適応行動を示す患者に対しては行動変容法(行動療法)が行われ、患者の知的能力や障害の程度などを踏まえて選択され、初診時のみ初診時歯科診療導入加算として評価されている。初診時歯科診療導入加算を算定した患者に対する1年以内の再診の回数をみると、1回が最も多い一方で、13回以上も一定数あった。
- 認知症が重度になると口腔清掃が自立困難になる者の割合が大きくなる一方で、口腔ケアの介助を拒否する者の割合も大きくなる。認知症患者に対する歯科治療に際しては、主治医をはじめとした医療従事者や家族、介護職との連携した上で、認知症以外の疾患の有無、介護環境など情報を把握した上で認知症の状態とその変化に応じて治療・管理を行う必要がある。
- 全身的な疾患を有する者に対する医学管理の評価として、医科の担当医からの診療情報提供に基づく医学管理を評価した歯科疾患管理料総合医療管理加算があり、算定回数は近年増加しているが、認知症は含まれておらず対象患者は限定されている。

歯科医療についての論点

(病院における歯科の機能に係る評価)

- 病院における歯科の機能の評価について、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取組を推進する観点から、回復期医療、慢性期医療を担う病院における口腔管理の評価について、地域の歯科診療所との連携も含めどのように考えるか。
- 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、回復期医療や慢性期医療を担う病院の評価をどのように考えるか。

(医科歯科連携、医歯薬連携)

- 周術期等口腔機能管理における医科歯科連携を推進する観点から、周術期等口腔機能管理の対象患者について、現在対象外となっている脳卒中等で手術を行わない急性期患者等についてどのように考えるか。また、歯科の外来で管理され短期入院で歯科疾患の手術を行う患者の周術期等口腔機能管理の評価のあり方について、どのように考えるか。
- 終末期がん患者等の人生の最終段階においては、頻回に歯科専門職の関与が必要となる場合があること等を踏まえ、入院の終末期がん患者等に対して行われる口腔管理に係る評価についてどのように考えるか。
- 歯周病と密接に関連する糖尿病患者について、医科歯科連携による、より効果的な歯周病治療・管理を推進する観点から、糖尿病患者に対する歯周病治療や管理の評価についてどのように考えるか。
- 口腔内に影響を及ぼす薬剤が多数あることや近年、薬剤性顎骨壊死の患者が増えておりポジションペーパーが改定されたこと等を踏まえ、薬剤に係る医歯薬連携を推進する観点から薬剤の副作用等の情報共有等に関する連携の評価についてどのように考えるか。

(ライフステージに応じた口腔機能の管理)

- ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、現在、指導管理と一体的に評価されている口腔機能に係る訓練の評価について、実態にあわせて指導管理と訓練をそれぞれ評価することについてどのように考えるか。
- 客観的な評価に基づく歯科治療や口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能の評価に関する検査の対象についてどのように考えるか。

(障害者・有病者・認知症の人への歯科医療)

- 強度行動障害を含む、現状の歯科診療特別対応加算の対象に含まれない患者や極めて対応が困難な患者の歯科診療の評価や歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価についてどのように考えるか。また、医療的ケア児等について学校等に対する情報提供の評価についてどのように考えるか。
- 認知症患者に対する歯科治療について、かかりつけ歯科医による早期段階の発見・気づきによる関係者との情報共有・連携が重要であること等を踏まえ、認知症患者の管理や連携に関する評価についてどのように考えるか。

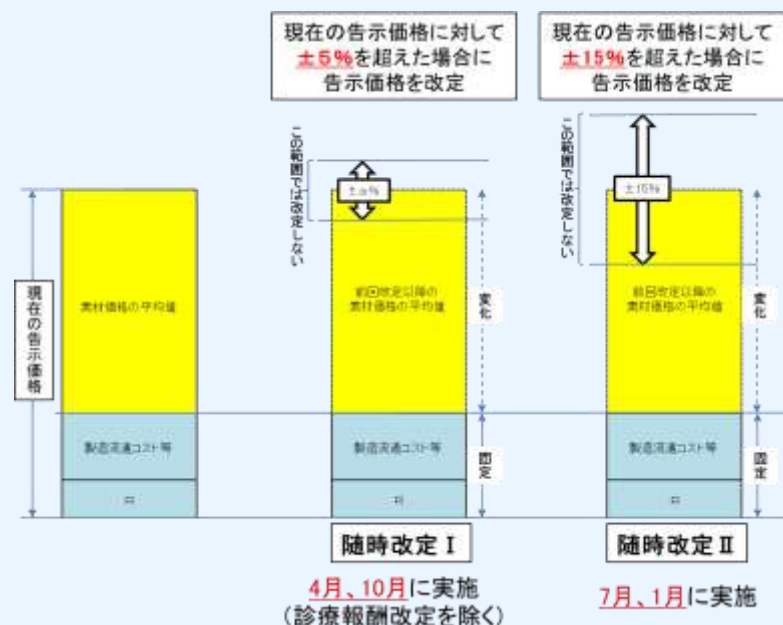
診療報酬改定の後ろ倒しを踏まえた 歯科用貴金属の随時改定について

歯科用貴金属の随時改定の方法の見直し

- 歯科用貴金属の基準材料価格について、素材価格の変動状況を踏まえ、変動幅に関わらず、素材価格に応じて年4回改定を行うなどの見直しを行う。

現行

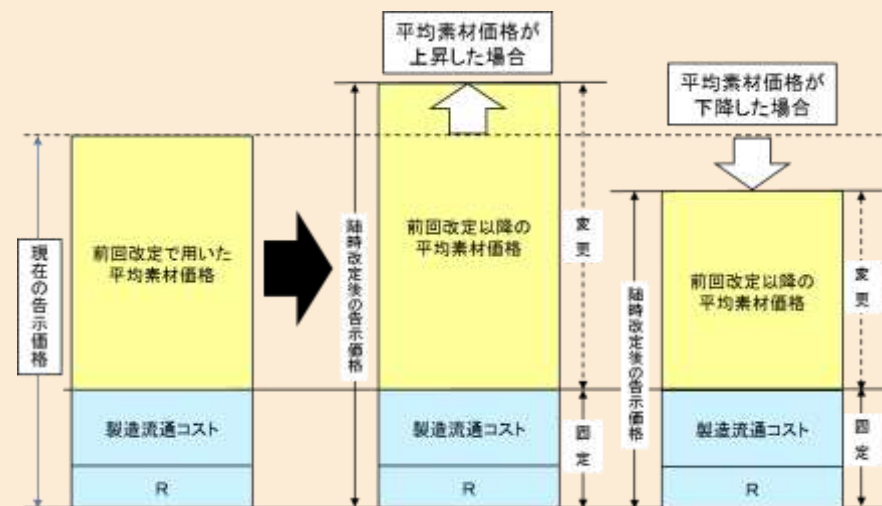
- 現在の告示価格に対して平均素材価格が一定以上変動した場合に改定



- 前回改定以降、改定 **3** カ月前までの平均素材価格を使用

改定後

- 変動幅に関わらず、平均素材価格に応じて年4回（4月、7月、10月、1月）に改定



- 前回改定以降、改定 **2** カ月前までの平均素材価格を使用

歯科用貴金属材料の基準材料価格の改定について

- 歯科用貴金属機能区分の基準材料価格は、金、銀、パラジウムの国際価格変動に対応するため、基準材料価格改定の原則にかかわらず、基準材料価格改定の当該月から起算して3月ごと(7月、10月、1月、4月)に随時改定を行う取扱いとなっている。

(第4章 既存機能区分の基準材料価格の改定)

● 第6節 歯科用貴金属材料の基準材料価格改定の特例

診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)の別表第二第2章第12部に規定する特定保険医療材料に係る機能区分のうち、金、銀又はパラジウムを含有するものであって、別表7に定める歯科用貴金属機能区分の基準材料価格については、金、銀又はパラジウムの国際価格変動に対応するため、第1節の規定にかかわらず、基準材料価格改定時及び随時改定時(基準材料価格改定の当該月から起算して3月ごとの時点をいう。以下同じ。)に、別表8に定める算式により算定される額に改定する。

(別表8) 歯科用貴金属機能区分の基準材料価格改定の計算方法

1 基準材料価格改定時における算式

$$\left(\begin{array}{l} \text{当該機能区分に属する全ての} \\ \text{既収載品の保険医療機関等に} \\ \text{おける平均購入価格(税抜市場実} \\ \text{勢価格の加重平均値)} \end{array} \right) + \text{補正幅} \times [1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率}] + \text{一定幅}$$

補正幅 = X - Y
X = 当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降の平均素材価格
Y = 材料価格調査の調査対象月における平均素材価格

2 随時改定時における算式

$$\left(\begin{array}{l} \text{当該機能区分に係る随時改定} \\ \text{時前の基準材料価格} \end{array} \right) + \text{補正幅} \times [1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率}] + \text{一定幅}$$

補正幅 = X - Y
X = 当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降の平均素材価格
Y = 当該機能区分の前回改定で用いた平均素材価格

診療報酬改定時期を2ヶ月後ろ倒しした場合のスケジュール (案)

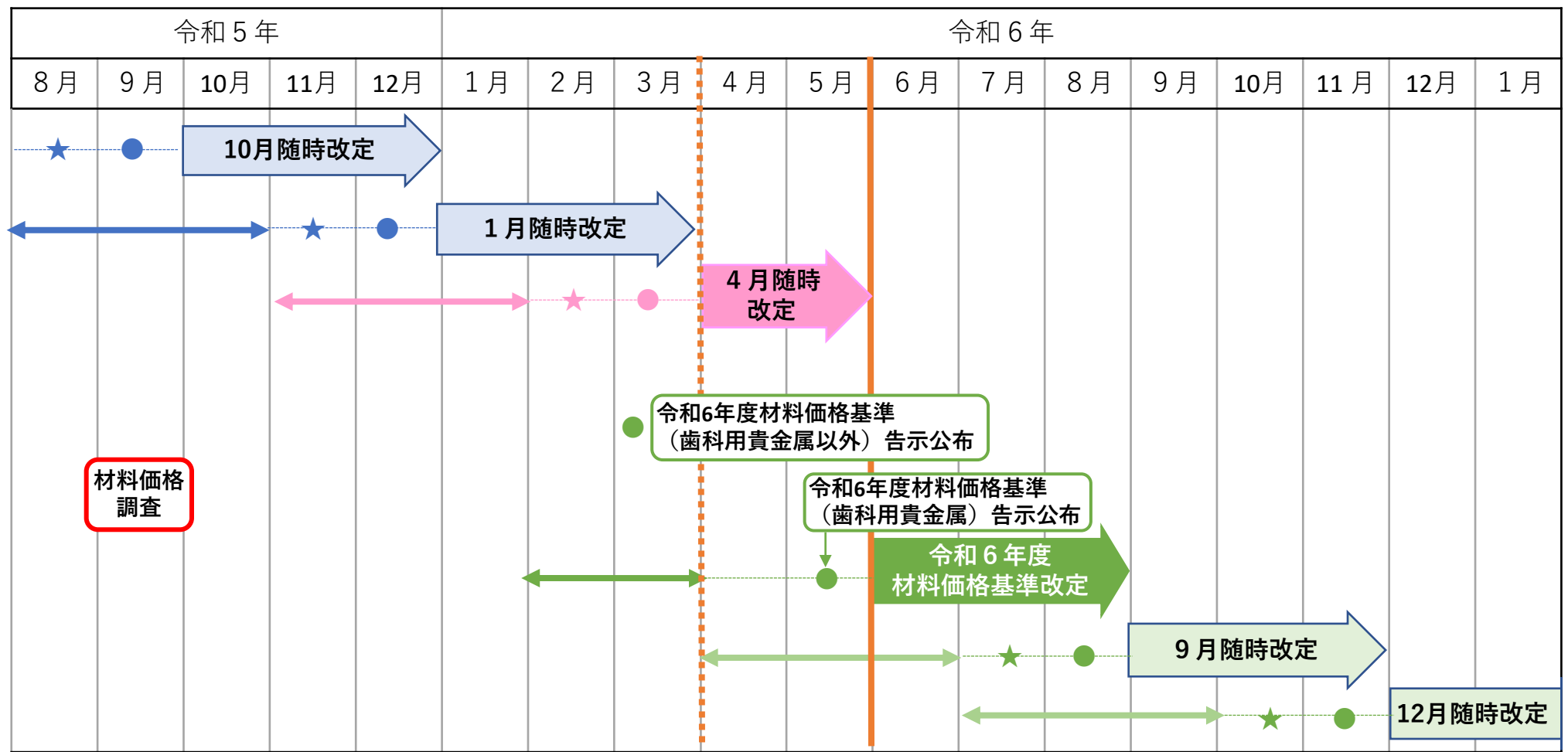
中医協 総-3
5 . 8 . 2

- 施行時期の後ろ倒しにあたっては、総合的な検討が必要とされているところ。
- 毎年薬価改定の観点からは、4月の薬価改定が実施されれば、薬価調査を例年通りに実施することが可能。
- また次期改定に向けては、6月施行の場合、経過措置は9月末を基本とし、年度内の検証調査が実施可能。



基準材料価格改定を6月に行う場合の歯科用貴金属材料価格改定スケジュール（案）

- 令和6年度診療報酬改定が6月1日施行になることに伴い、令和6年1月の随時改定の3月後の令和6年4月に随時改定を行う必要がある。
- 令和6年4月に随時改定を行う場合、令和6年度の歯科用貴金属材料の材料価格基準の計算に用いる素材価格の対象期間は令和6年2月・3月、告示公布は5月となる。



←→ : 令和6年度改定前の随時改定の素材価格対象期間
←→ : 令和6年度改定後の随時改定の素材価格対象期間
←→ : 令和6年度基準材料価格改定の素材価格対象期間
 ★ : 中医協 ● : 告示公布等

改定施行時期の後ろ倒しに伴う歯科用貴金属随時改定の対応に関する論点

背景

- 本年8月2日の中央社会保険医療協議会総会において、診療報酬改定DXの推進に向け、医療機関・薬局等やベンダの集中的な業務負荷を平準化するために、令和6年度診療報酬改定より施行を6月1日(薬価を除く)に後ろ倒しすることについて了解いただいたところ。
- 歯科用貴金属は、診療報酬改定時に材料価格調査の結果を踏まえて行う材料価格基準の改定時(「基準材料価格改定時」と基準材料価格改定から起算して3月ごとに行う随時改定時に、それぞれの算式により算定する額に改めるとされている。(「特定保険医療材料の保険償還価格選定の基準について(保発0209第3号保険局長通知)」)
- 令和6年度診療報酬改定の施行時期後ろ倒しに伴い、令和6年1月の随時改定時から3月後の令和6年4月に随時改定が必要であり、その際の平均素材価格の対象期間は、令和6年2月、3月となる。
- 一方、これまでの診療報酬改定では、4月1日適用の特定保険医療材料(歯科用貴金属材料を含む。)の材料価格基準を改正する告示は、診療報酬改定年の3月に公布している。
- 今回、令和6年4月に歯科用貴金属材料の随時改定を行う場合、6月1日適用の材料価格基準の計算期間が2月・3月となるため、他の特定保険医療材料と同じ3月に歯科用貴金属材料の材料価格基準の改正を行うことができない。



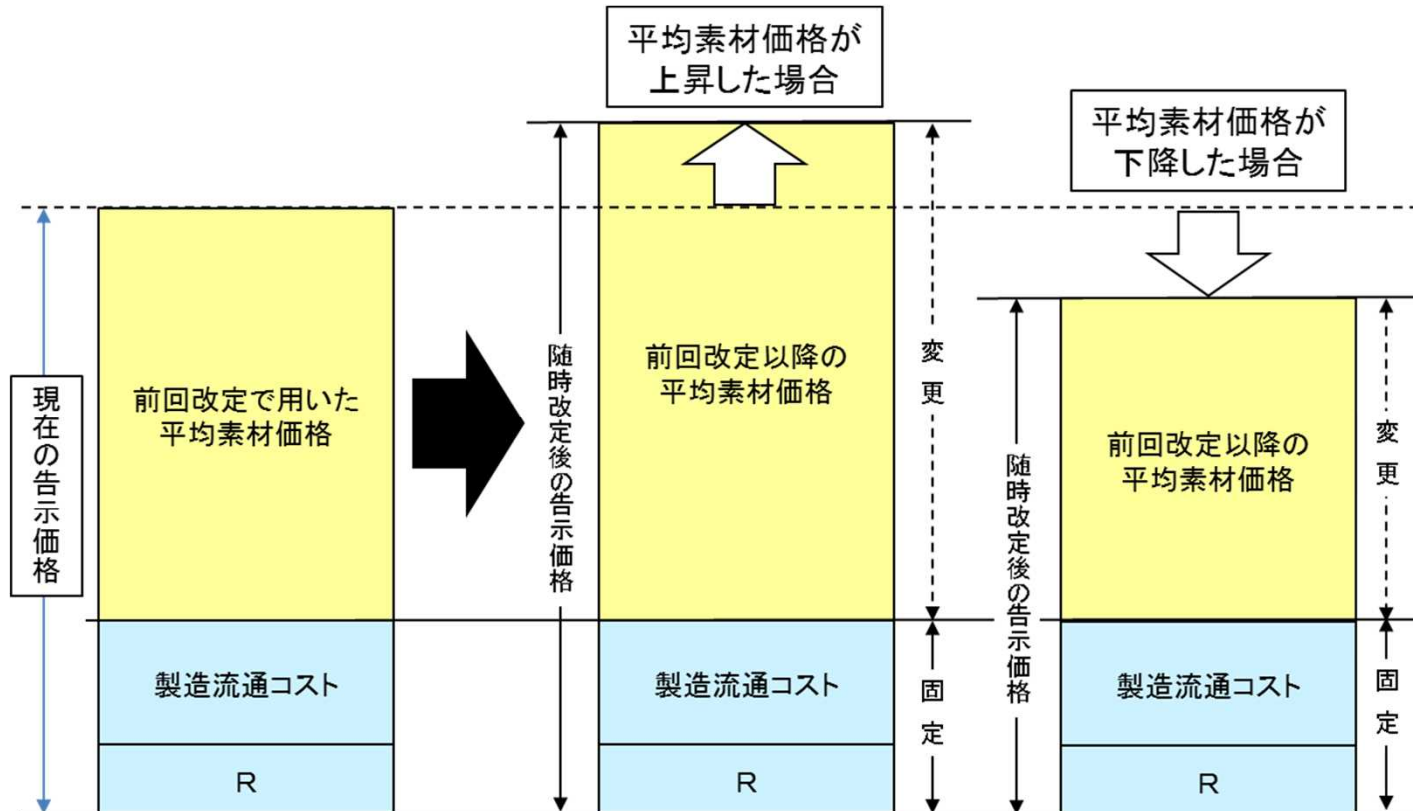
論点

- 歯科用貴金属の素材である金、銀又はパラジウムの国際価格変動を踏まえた対応を行うため、令和6年4月の随時改定を行うとともに、令和6年6月1日適用の歯科用貴金属材料の材料価格基準を改正する告示については、令和6年5月に公布することとしてはどうか。
- 令和6年6月1日施行後の随時改定については、9月・12月・3月・6月に行うこととしてはどうか。

歯科用貴金属価格の随時改定について

中医協 総 - 4
5 . 1 1 . 1 7

歯科用貴金属価格の随時改定は、変動幅にかかわらず、平均素材価格に応じて診療報酬改定時以外に4月、7月、10月、1月に見直しを行うもの。



※平均素材価格は金、銀、パラジウムのそれぞれの取引価格平均値に含有比率を乗じて算出
※平均素材価格の算出には前回改定以降、改定2カ月前までの期間の取引価格を用いる

歯科用貴金属価格の随時改定について

	告示価格(円)			X及びY		試算価格(円)	告示価格案(円)
	①R5年4月 随時改定	②R5年7月 随時改定	③R5年10月 随時改定	④Xの期間 Xの平均値(円)	⑤Yの期間 Yの平均値(円)	⑥R6年1月 随時改定	⑦R6年1月 随時改定
2 歯科鑄造用14カラット金合金 インレー用(JIS適合品)	6,596	6,817	7,183	令和5年8月～ 令和5年10月 5,316.9	令和5年5月～ 令和5年7月 5,158.2	7,357.6	7,358
3 歯科鑄造用14カラット金合金 鉤用(JIS適合品)	6,579	6,800	7,166	令和5年8月～ 令和5年10月 5,316.9	令和5年5月～ 令和5年7月 5,158.2	7,340.6	7,341
4 歯科用14カラット金合金鉤用線(金58.33%以上)	6,729	6,950	7,316	令和5年8月～ 令和5年10月 5,316.9	令和5年5月～ 令和5年7月 5,158.2	7,490.6	7,491
5 歯科用14カラット合金用金ろう(JIS適合品)	6,556	6,777	7,143	令和5年8月～ 令和5年10月 5,316.9	令和5年5月～ 令和5年7月 5,158.2	7,317.60	7,318
6 歯科鑄造用金銀パラジウム合金(金12%以上JIS適合品)	3,391	3,077	3,095	令和5年8月～ 令和5年10月 2,309.3	令和5年5月～ 令和5年7月 2,362.0	3,037.1	3,037
10 歯科用金銀パラジウム合金ろう(金15%以上JIS適合品)	3,994	3,781	3,832	令和5年8月～ 令和5年10月 2,278.9	令和5年5月～ 令和5年7月 2,302.0	3,806.5	3,807
11 歯科鑄造用銀合金 第1種(銀60%以上インジウム5%未満JIS適合品)	151	151	157	令和5年8月～ 令和5年10月 66.8	令和5年5月～ 令和5年7月 65.5	158.5	158
12 歯科鑄造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	184	184	190	令和5年8月～ 令和5年10月 66.8	令和5年5月～ 令和5年7月 65.5	191.5	191
13 歯科用銀ろう(JIS適合品)	269	269	272	令和5年8月～ 令和5年10月 39.0	令和5年5月～ 令和5年7月 38.2	272.9	273

※1 「試算価格(円)」は、以下の算式により算出される(中医協資料上は小数第1位まで記載)

{当該機能区分に係る随時改定時前の基準材料価格} + 補正幅 × 1.1

補正幅 = X-Y

X=当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降の平均素材価格 Y=当該機能区分の前回改定で用いた平均素材価格

※2 各項目は1g当たりの価格

※3 1、7、8、9、14、15は削除済みの項目

※4 随時改定: 令和4年4月より、変動率によらず、診療報酬改定時以外に1月、4月、7月、10月に告示価格の改正を実施

歯科用貴金属素材価格の変動推移

