

中央社会保険医療協議会 総会（第 574 回） 議事次第

令和 5 年 12 月 20 日（水）
保険医療材料専門部会終了後～

議 題

- 令和 6 年度薬価制度改革の骨子（案）について
- 令和 6 年度保険医療材料制度改革の骨子（案）について
- 令和 6 年度費用対効果評価制度改革の骨子（案）について
- 個別事項（その 15）について
- 個別事項（その 16）について
- 個別事項（その 17）について

令和 6 年度薬価制度改革の骨子（案）

※ 色付き下線部はたたき台からの変更点

第 1 基本的考え方

これまでの累次の薬価改定の結果や現下の課題、「経済財政運営と改革の基本方針 2023」（令和 5 年 6 月 16 日閣議決定）において、「創薬力強化に向けて、革新的な医薬品、医療機器、再生医療等製品の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、保険収載時を始めとするイノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置（中略）を推進する。これらにより、ドラッグラグ・ドラッグロスの問題に対応する。」「医療上の必要性を踏まえた後発品を始めとする医薬品の安定供給確保（中略）を図る。」とされていることなどを踏まえ、令和 6 年度薬価制度改革においては、以下の点に基づき対応することとする。

- 我が国の創薬力強化とともに、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消を実現するため、革新的新薬のイノベーションの適切な評価を推進するための薬価上の措置を行う。
- 後発品を中心とした安定供給の課題を解消するため、後発品企業の産業構造の転換を促すとともに、医療上必要性の高い品目の安定供給の確保につなげるための薬価上の措置を行う。
- なお、これらの薬価上の措置を行うとともに、長期収載品から後発品へのさらなる置換えを従来とは異なる方法で進めることにより、我が国の製薬産業について長期収載品に依存するモデルから高い創薬力を持つ研究開発型のビジネスモデルへの転換を進めていく。

第 2 具体的内容

1. ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消に向けた革新的新薬のイノベーションの適切な評価

(1) 日本への早期導入に関する評価

① 革新的新薬を日本へ迅速に導入した場合の評価【基準改正】

- 薬事制度の先駆的医薬品に対応する先駆加算に準じた取扱いとして、以下の要件を全て満たす品目について、新規収載時の補正加算、追加された効能・効果又は用法・用量における改定時加算及び市場拡大再算定における補正加算として、日本へ迅速に導入したことを評価する。（迅速導入加算）
 - ・ 国際的な開発が進行している（国際共同治験の実施）又は日本において海外と同時若しくは海外より先に治験が実施されている品目
 - ・ 医薬品医療機器等法における優先審査品目
 - ・ 承認申請時期が欧米より早い又は欧米で最も早い申請から 6 か月以内の品目

- ・ 承認時期が欧米より早い又は欧米で最も早い承認から 6 か月以内の品目

② 収載後の外国平均価格調整【基準改正】

- 収載後の外国平均価格調整について、令和 6 年度以降に収載される品目に対しては、現行の原価計算方式における対応に加え、類似薬効比較方式（Ⅰ）で算定される品目についても適用することとし、具体的には、以下に掲げる要件の全てに該当する医薬品については、薬価改定の際に、1 回に限り、外国平均価格調整を行うこととする。ただし、当該医薬品に係る後発品が薬価収載されるか、当該医薬品の薬価収載の日から 15 年を経過するまでの間に限る。
- 価格調整方法は、収載時の外国平均価格調整のルールに準じて対応するが、価格の引上げに関しては、患者負担増への影響等を配慮する必要があることから、改定前薬価の 1.20 倍を上限とすることとする。

<適用対象となる医薬品>

- ・ 原薬・製剤を輸入しているもの
- ・ 薬価収載時に参照できる外国価格がなかったもの
- ・ 薬価収載後、いずれかの外国価格が初めて掲載されたもの

（２）新薬創出・適応外薬解消等促進加算の見直し

① 新薬創出等加算の見直し【基準改正】

新薬創出・適応外薬解消等促進加算（以下「新薬創出等加算」という。）を革新的新薬の薬価を維持する制度とするため、以下のとおり見直すこととする。

<企業要件・企業指標>

- 制度が試行的に導入された当初から未承認薬・適応外薬の解消等の取組を評価する趣旨で企業の取組みを評価していたが、
 - ・ 品目要件により革新的な医薬品を評価の対象とすることで、このような品目の開発促進という企業側のインセンティブにつながると考えられること
 - ・ 企業要件・企業指標は企業の規模に依存するところがあり、ベンチャー企業やスタートアップ企業では高いポイントを得られにくい状況であること等を考慮し、企業指標に基づく加算係数の設定（加算額の調整）については廃止する。
- 企業指標は廃止するが、本制度において革新的医薬品の国内開発を進めていく趣旨を継続させるため、新薬創出等加算の対象となる企業については、現行の対象企業の要件に加え、上記加算係数の設定に用いた企業指標に倣い別添 1 の項目のとおりに企業ごとの開発状況を確認し、過去 5 年間にいずれの項目も満たさない場合には、新薬創出等加算の加算対象外とする。

- なお、別添 1 の確認事項に関しては、新薬創出等加算の対象企業の確認に用いるとともに、「第 3 その他 （1）ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消、イノベーションの適切な評価」における検証においても活用する。

<品目要件>

- 品目要件として、新薬創出等加算の対象に以下の品目を追加する。
 - ・ 薬価収載時において小児の効能・効果、用法・用量が明確であり、小児加算による評価の対象となり得る品目（令和 6 年度以降に収載される品目に限る。）及び小児に係る効能・効果等が追加され薬価改定時の加算が適用された品目
 - ・ 1.（1）の日本への早期導入に関する加算の対象品目

<加算額>

- 現行の加算額の計算式を見直し、改定前薬価を維持する加算額とする。ただし、その実勢価格の薬価との乖離率が全品目の平均乖離率を超える品目については、加算を適用しない。
- なお、新薬創出等加算の累積額控除については、従来どおり、控除の時期にそれまでの累積額を控除する。

<控除時期>

- 加算の累積額の控除時期については、令和 6 年度薬価改定においては従来どおり改定時に控除する。
- 今後の控除時期については、令和 6 年度薬価改定に伴う見直しによる医薬品開発への影響等を検証した上で、次期薬価改定において結論を出すこととする。

② その他の運用の見直し【基準改正】

- 新薬創出等加算の品目要件である「新規作用機序医薬品から 3 年以内・3 番手以内であり新規作用機序医薬品が加算適用品又は基準該当品」との規定について、薬理作用によらず、
 - 1) 有用性加算等に該当し品目要件を満たす品目を比較薬として算定された品目
 - 2) 1) に該当する品目を比較薬として算定された品目については、有用性加算等に該当する品目の収載から 3 年以内に収載され、3 番手以内のものに限り、品目要件を満たすものと扱うこととする。

（3）新薬の薬価収載時における評価

① 有用性系加算の定量的評価の評価項目の見直し【運用上の対応】

- 有用性系加算の定量化に関して、最近の医薬品の開発状況等を踏まえ、「有用性系加算の定量的評価の評価項目の見直し」（別添 2）のとおり、新たに評価項目を追加し、令和 6 年度の新薬収載時から用いることとする。

② 補正加算における加算率付与の考え方の見直し【運用上の対応】

- 市場性加算、小児加算等の有用性系加算以外の補正加算に関して、最近の医薬品の開発状況（国際共同治験など国際的な医薬品開発の状況）や、症例数等による治験の実施の困難さ等を踏まえ、現在規定されている範囲内で、加算率を柔軟に判断することとする。また、薬価改定時の加算や再算定時の補正加算についても、同様に扱うこととする。

（４）新薬の薬価改定時における評価

① 薬価改定時の加算の併算定【基準改正】

- 薬価改定時の加算に関して、複数の効能追加がなされた場合には、追加された効能ごとに加算の該当性を判断することとし、現在併算定を認めていない範囲のものについて、互いに併算定を認めることとする。その際、患者負担増への影響等を配慮する必要があることから、改定前薬価の 1.20 倍を上限とすることとする。

② 薬価改定時の加算と新薬創出等加算の適用方法【基準改正】

- 薬価改定時の加算と新薬創出等加算の適用方法について、薬価改定時の加算の評価を適切に薬価に反映させるため、「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」を適用してから、「既収載品の薬価改定時の加算」を適用する形とする。その際、患者負担増への影響等を配慮する必要があることから、改定前薬価の 1.20 倍を上限とすることとする。

（５）小児用の医薬品に関する評価

① 小児用医薬品の評価充実

- 新規収載時、薬価改定時及び市場拡大再算定適用時における、小児用の医薬品に関する加算の加算率について、最近の医薬品の開発状況や、症例数等による治験の実施の困難さ等を踏まえ、現在規定されている範囲内で、加算率を柔軟に判断することとする。（１．（３）②参照）【運用上の対応】
- 小児の効能・効果、用法・用量が明確であり、小児加算による評価の対象となり得る品目は、新薬創出等加算の品目要件に追加する。（１．（２）①参照）【基準改正】

② 成人と小児の同時開発に係る評価【基準改正】

- 薬事制度において、新有効成分含有医薬品又は新効能医薬品については、成人用途の開発時に企業判断で小児用途の開発計画も同時に策定し、審査当局である独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）が確認する仕組みを設けることとされていることを踏まえ、PMDA の確認を受けた開発計画に基づき開発を進め、小児の適応が承認された場合には、薬価収載時、薬価改定時及び市場拡大再算定適用時に

おける小児加算の加算率をより高く評価する。

③ 小児開発に取り組んでいる企業の評価【基準改正】

- 小児開発は困難であり、採算があわないことが指摘されていることから、②における成人用途の開発時に小児用途の開発計画が同時に策定された品目であって、当該計画に沿って開発が進められている品目について市場拡大再算定が適用される場合（類似品としての再算定が適用される場合を含む。）は、開発中の段階であっても市場拡大再算定の補正加算と同様の評価を行い、引下げ率を緩和することとする。

（６）新規モダリティのイノベーション評価

① 原価計算方式における開示度向上

- 原価計算方式における開示度向上はかねてからの課題であり、開示度に応じた措置を講じているが、最近の新薬の開発が世界的な新興企業によって進められているものが多いこと、開発・製造が企業やグループ会社内で完結するものではなく、委託なども含め様々な企業が関わりながら進められている現状を踏まえると、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスへの影響を回避しながら実効性を伴う見直しを行うことは難しいことを踏まえ、今回の薬価改定では特段の見直しは行わず、次期薬価改定に向けて検討を進めることとする。
- 原価計算方式には透明性の確保に関する課題があることを踏まえ、類似薬効比較方式（Ⅰ）による算定をより積極的に進めるための具体的な方策について、次期薬価改定に向けて検討を進めることとする。

② 新規モダリティのイノベーション評価

- 医薬品の例により対応する再生医療等製品も含め、新規モダリティ等の類似薬がない革新的新薬における薬価上の適切なイノベーション評価の在り方等について、次期薬価改定に向けて検討を進めることとする。

（７）その他のイノベーション評価に関する事項

① 標準的治療法の考え方【運用上の対応】

- 薬価収載時の有用性系加算の適用に係る標準的治療法の取扱いについて、薬価算定時点において国内のガイドラインに記載されていない場合であっても、薬価収載後には本邦で標準的治療法となることが明らかであると見込まれる場合等は、評価の対象として取り扱うこととする。（⑤ １）参照）

② 比較薬における G 1 品目及び G 2 品目の取扱い【基準改正】

- G 1／G 2 品目を配合成分に含む新医療用配合剤や G 1／G 2 品目と有効成分が

同等で投与経路が異なる新薬など、特に必要と認められる場合は、G 1 / G 2 品目を新薬の薬価算定における比較薬とできるようにする。

- その際、G 1 / G 2 品目は後発品を基準とした薬価に引下げが行われていることを踏まえ、当該品目を比較薬とする場合には、G 1 / G 2 ルールが適用される直前の薬価を用いて一日薬価合わせを行う（新医療用配合剤の薬価算定を行う場合を除く。）こととする。

③ 剤形追加等の取扱い【基準改正】

- 新薬創出等加算の品目要件を満たす既収載品と組成及び効能・効果が同等であって、製造販売業者が同一の品目について、既収載品の収載から間を置かずに薬価基準収載希望書が提出されたものの、有用性系加算が適用されないなど品目要件を満たさない場合は、当該既収載品と同様に新薬創出等加算の対象として扱い、当該既収載品について加算額を控除する際に同時に加算額を控除することとする。
- 一方で、既収載品と組成及び効能・効果が同等であって、製造販売業者が同一の品目について、既収載品の収載から5年を経過するなど大きく間をおいて薬価基準収載希望書が提出された場合には、当該新規収載品について有用性系加算が適用される場合であっても、新薬創出等加算の対象としないこととする。

④ 類似薬効比較方式（Ⅰ）における薬価の適正化

- 原価計算方式に代わり類似薬効比較方式（Ⅰ）による算定をより積極的に進めるのであれば、臨床試験成績、薬事承認内容等から、比較薬とは臨床上の位置づけ等が異なり、単純に一日薬価合わせを行うことが同等の評価とはいえないと考えられる新規収載品目については、一日薬価を合わせて算定した後、一定の範囲で減算することを可能とする規定を設けることが適当であるが、適用に当たって考慮すべき因子や調整の幅等については慎重に検討する必要があることから、引き続き検討することとする。

⑤ その他

1) 新薬に係る薬価制度の見直しに伴う対応

- ①～③のような取扱いをはじめとして、今回の新薬の薬価収載時等の評価に係る対応に関しては、個別の事例ごとに判断するものであるため、薬価算定組織における個別品目の薬価算定において今回の改正内容に係る事項があれば、その点も含め議論するとともに、薬価収載の審議を行う中医協総会において必要に応じて説明することとする。

2) 薬価基準収載希望書への記載【その他（通知改正）】

- 今回の新薬に係る薬価制度の見直しに伴い、国内外の開発状況等が把握できるよう、薬価基準収載希望書に以下の事項を記載・添付することを求めることとす

る。

- ・ 国際共同治験を含む治験の実施時期等の開発計画がわかる資料
- ・ 欧米における承認の有無及びその時期
- ・ 欧米における小児適応の開発状況
- ・ 日本における小児用途の開発計画及び当該計画について PMDA の確認を受けたことがわかる資料（審査報告書、治験相談記録等）

（８）市場拡大再算定の見直し

① 市場拡大再算定の類似品の取扱い【基準改正】

- 市場拡大再算定における類似品の取扱いについて、企業の予見性への配慮や近年の競合性の複雑さを踏まえ、取扱いを見直すこととする。
- 特に、特定の領域では、類似薬であっても品目によって効能が様々であり、効能が一つでも重複すれば類似薬として再算定の対象となる状況があることを踏まえ、あらかじめ中医協で領域を特定して、当該領域については類似品としての再算定の適用を除外することとする。なお、この取扱いについては、令和６年度の四半期再算定から適用することとし、特定すべき領域は今後中医協で議論することとする。

② 市場拡大再算定の補正加算

- 効能追加により市場拡大再算定の対象となった場合における補正加算の適用については、改定時の加算※との関係性も含め整理が必要であることから、引き続き検討することとする。
- ※ 効能追加がなされる医薬品は非常に多く、改定時の加算については、これらをどのように評価するか等の検討が必要

③ その他

- 上記のほか、市場拡大再算定における価格の引下げ率、算定方式による適用条件、年間販売額、予想販売額比、計算式については現行制度のとおりとし、引き続き、必要に応じて見直しを検討することとする。

（９）長期収載品における対応

- 長期収載品については、我が国の製薬産業を長期収載品に依存するモデルからより高い創薬力を持つ産業構造に転換する方針の中で、社会保障審議会医療保険部会の議論において、長期収載品の保険給付の在り方の見直しが行われることとされたことを踏まえ、今回の改定においては長期収載品に係る薬価改定ルールの見直しは行わず、後発品への置換えの状況等について検証し、さらなる長期収載品の薬価上の措置について検討することとする。

2. 後発品を中心とした医薬品の安定供給確保のための対応

(1) 後発品の安定供給が確保できる企業の考え方

① 企業指標の導入及び評価【基準改正】

- 安定供給が確保できる企業を可視化し、当該企業の品目を医療現場で選定しやすくなるよう、「後発品の安定供給が確保できる企業の評価指標及び評価方法」(別添3)に基づき、企業の安定供給体制等を評価し、評価結果を以下の②のとおり薬価制度において活用する。
- また、安定供給に必要な情報の可視化に関する事項については、公開すべき情報提供の内容や判断基準等の考え方を令和5年度中に示した上で、企業による準備期間を設け、令和6年度前半のできる限り早いうちに企業による公表を開始することとする。

② 企業指標の評価結果の薬価制度における取扱い【基準改正】

- 令和6年度薬価改定では、試行的な導入として最小限のものから適用することとし、具体的には、別添3に基づきA区分と評価された企業の品目について、価格帯増加の影響を最小限とするため、以下の対象医薬品のうち、以下の適用条件のすべてに該当する品目に限定して、現行の後発品の改定時の価格帯集約(原則3価格帯)とは別に、該当する品目のみを集約することとする。

<対象医薬品>

- ・ 最初の後発品収載から5年以内の後発品
- ・ 安定確保医薬品A又はBに該当する後発品(基礎的医薬品を除く。)

<適用条件>

- ・ 後発品全体の平均乖離率以内の品目であること
- ・ 仮に現行ルールにより価格帯集約を行った場合、後発品のうち最も高い価格帯となる品目であること
- ・ 自社理由による限定出荷、供給停止を来している品目でないこと

(2) 後発品の新規収載時の価格【基準改正】

- 後発品(バイオ後続品を除く。)の新規収載時の薬価算定における、同時に収載される内用薬が10品目を超える場合に先発品の0.4掛けとする規定について、最近の新規後発品の収載時の品目数や収載直後の乖離率の状況を踏まえ、同時に収載される内用薬が7品目を超える場合に先発品の0.4掛けとすることとする。

(3) 価格の下支え制度の充実

① 基礎的医薬品【基準改正】

- 収載からの経過期間に関する要件について、25 年から 15 年に短縮することとする。
- 乖離率の要件等により基礎的医薬品から外れた品目については、その後の改定時に再び基礎的医薬品となった場合であっても薬価の引上げは行わず、改定前薬価を維持することとする。

② 不採算品再算定

- 不採算品再算定については、急激な原材料費の高騰、安定供給問題に対応するため、企業から希望のあった品目を対象に特例的に適用する。
- 適用に当たっては、通常の不採算品再算定の「製造販売に要する原価等が著しく上昇したと認められるもの等」における要件のうち、「(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。)」又は「(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬（新規後発品として薬価収載されたものに限る。）がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。)」の規定は適用しないこととするが、企業から希望があった品目のうち、令和 5 年度薬価調査結果において、前回の令和 4 年度薬価調査における全品目の平均乖離率である「7.0%」を超えた乖離率であった品目は対象外とする。
- 今回の改定において不採算品再算定を適用される品目については、次回の薬価調査における乖離状況を確認し、流通状況を検証するとともに、不採算品再算定の特例的な対応を昨年度の薬価改定に続き実施することを踏まえ、不採算品再算定の適用の在り方について今後検討することとする。

3. その他の課題

(1) 医薬品流通

① 医薬品流通に関する課題

- 過度な薬価差の偏在に関する課題も含め、医薬品流通に関する課題については、医療用医薬品の流通の改善に関する懇談会(流改懇)やその他の関係会議において、薬価差の実態に関するデータ等も踏まえ検討されているところであり、これらの検討結果を踏まえ、必要な薬価上の対応について引き続き検討することとする。

② 調整幅

- これまで継続して検討課題とされてきた調整幅の在り方については、医薬品流通に直接関わるものであり、①の検討においても調整幅の取扱いに影響を与える内容もあることから、これらの検討状況を踏まえ、引き続き検討することとする。

(2) 診療報酬改定がない年の薬価改定

- 診療報酬改定がない年の薬価改定の在り方については、引き続き検討することとし、

令和6年度速やかに議論を開始することとする。

(3) 高額医薬品に対する対応

- 「高額医薬品（感染症治療薬）に対する対応について」において検討課題とされている薬価算定方法等に関しては、引き続き、個別品目（ゾコーバ錠）の本承認や再算定等の状況も踏まえて検討することとする。
- また、高額医薬品に対する対応については、これまで感染症治療薬（ゾコーバ錠）や認知症薬（レケンビ点滴静注）において対応してきたところであるが、引き続き、令和4年度薬価制度改革の骨子のとおり対応することとする。

第3 その他

令和6年度薬価制度改革における改定事項に関しては、次回以降の薬価制度改革の検討に向けて、以下のような改定内容の検証等を行うこととする。

(1) ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消、イノベーションの適切な評価

日本への早期導入に関する評価、新薬創出等加算の見直し、小児用の医薬品に関する評価など、新薬に係る薬価制度改革に関する妥当性を検証するため、今後の革新的新薬の創出、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロス解消等の医薬品開発に対する影響を製薬業界の協力のもとで分析・評価等を行うとともに、革新的新薬の薬価の在り方について引き続き議論を行う。

(2) 医薬品の安定供給確保

医薬品の安定供給確保に向けて、後発品の産業構造の転換を進めていくための製薬業界としての対応や行政の検討状況を踏まえながら、今回規定した企業指標及び評価方法の妥当性ととも、後発品に係る今回の薬価制度改革による影響等について検証を行いつつ、安定供給が確保できる企業の考え方や評価結果の薬価制度における取扱いに関して引き続き議論を行う。

〔凡例〕

「第2 具体的内容」の各項目における下記の記載の意義については、下記のとおり。

- 【基準改正】 : 「薬価算定の基準」の改正により対応する事項
- 【運用上の対応】 : 今後の薬価算定等の運用において対応する事項
- 【その他（通知改正）】 : 関連通知の改正により対応する事項

以上

【別添 1】

新薬創出等加算における対象企業の確認事項（１．（２）関係）

	確認事項（過去５年の実績※）
A-1	国内試験（日本を含む国際共同試験を含む）（実施数）（Phase II 以降）
A-2	新薬収載実績（収載成分数）
A-3	革新性のある新薬の収載実績（収載成分数）
A-4	薬剤耐性菌の治療薬の収載実績（収載成分数）
A-5	新型コロナウイルスの治療等に用いる医薬品の開発実績（承認取得数）
B-1	開発公募品（開発着手数）（B-2 分を除く）
B-2	開発公募品（承認取得数）
C-1	世界に先駆けた新薬の開発（品目数）
C-2	特定の用途に係る医薬品の開発（品目数）（A-4 分を除く）

【別添 2】

有用性系加算の定量的評価の評価項目の見直し（1.（3）関係）

（下線部が追加項目）

① 臨床上有用な新規の作用機序（該当する項目ポイントの合計により算出。a、b はいずれか 1 つ）		
		ポイント
a.	薬理作用発現のための薬剤の作用点（部位）が既収載品目と大きく異なる	2p
b.	薬理作用発現のための薬剤の標的分子（酵素、受容体など）が既収載品目と異なる	1p
c.	a 又は b を満たす場合であって、標準的治療法が確立されていない重篤な疾病を適応対象とする	+1p
d.	<u>a 又は b を満たす場合であって、創薬及び製造のプロセスが類似薬等と大きく異なることに基づいた臨床上的有用性が示される</u>	<u>+1p</u>
e.	<u>a 又は b を満たす場合であって、同じ疾患領域において、新規の作用機序の新薬が長期間収載されていない</u>	<u>+1p</u>
f.	a 又は b を満たす場合であって、示された新規の作用機序が臨床上特に著しく有用であると薬価算定組織が認める	+1p

② 類似薬に比した高い有効性又は安全性（②-1 と②-2 のポイントの積により算出）		
		ポイント
②-1 高い有効性又は安全性の内容（該当する項目ポイントの合計）		
a.	臨床上重要な有効性指標において類似薬等に比した高い有効性が示される	1p
b.	重篤な副作用の発現状況など、臨床上重要な安全性指標において類似薬等に比した高い安全性が示される	1p
c.	a 又は b を満たす場合であって、高い有効性又は安全性が臨床上特に著しく有用であると薬価算定組織が認める	+1p
②-2 高い有効性・安全性の示し方（いずれか 1 つ）		
a.	ランダム化比較臨床試験による※	2p
b.	その他、 <u>患者数が少ない等の理由で比較試験の実施が困難な難病・希少疾病等に対する新薬であって、単群試験の成績等に基づいて類似薬等に比した高い有効性又は安全性が客観的かつ信頼性を持って示されていると薬価算定組織が認めるなど、客観性及び信頼性が確保された方法による</u>	1p

※ 新規配合剤で単剤に対する高い有効性の場合には 1p

③ 対象疾病の治療方法の改善（該当する項目ポイントの合計により算出）		
		ポイント
a.	既存の治療方法では効果が不十分な患者群、あるいは安全性等の理由で既存の治療方法が使用できない患者群において効果が認められる	1p
b.	対象疾病に対する標準的治療法として位置づけられる	1p
c.	既存の治療方法に比べて効果の発現が著しく速い若しくは効果の持続が著しく長い、又は使用に際しての利便性が著しく高い（製剤工夫によるものを除く）	1p
d.	既存の治療方法との併用により臨床上有用な効果の増強が示される	1p
e.	<u>作用機序に基づいて特定の患者集団に適応が限定され、当該集団に対して高い効果が示される</u>	<u>1p</u>
f.	<u>患者 QOL の向上など、臨床試験での重要な副次的評価項目において既存の治療方法に比べた改善が示される</u>	<u>1p</u>
g.	上記の他、特に著しい治療方法の改善が示されていると薬価算定組織が認める	1p
h.	a～g のいずれかを満たす場合であって、標準的治療法が確立されていない重篤な疾病を適応対象とする	+1p

④ 製剤工夫による高い医療上の有用性（該当する項目ポイントの合計により算出）		
		ポイント
a.	投与時の侵襲性が著しく軽減される	1p
b.	投与の簡便性が著しく向上する	1p
c.	特に安定した血中薬物濃度が得られる	1p
d.	上記の他、特に高い医療上の有用性があると薬価算定組織が認める	1p

※ 減算規定：臨床試験によって示された有効性の程度や範囲が限定的であるなど、加算率の減算が特に必要であると薬価算定組織が判断する場合には、上記①～④により算出されたポイントから1ポイントを減ずることができる。

【別添 3】

後発品の安定供給が確保できる企業の評価指標及び評価方法（2.（1）関係）

（1）評価指標及び評価方法

次の表の左欄に掲げる評価指標ごとに、右欄に掲げる評価方法に基づき算出したポイントを合計したポイントを企業指標に基づくポイントとする。

なお、令和 6 年度薬価改定においては、企業指標のうち「3. 製造販売する後発品の供給実績」（①を除く。）、「4. 薬価の乖離状況」に基づき評価を行う。

評価指標	評価方法
1. 後発品の安定供給に関連する情報の公表など	
① 製造販売する品目の製造業者名の公表	今後整理予定
② 製造販売する品目の原薬の製造国の公表	今後整理予定
③ 共同開発され承認取得した品目の共同開発先企業名の公表	今後整理予定
④ 「安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ（厚生労働省ウェブサイト）」で安定供給体制等に関する情報を掲載	今後整理予定
⑤ ジェネリック医薬品供給ガイドラインに準拠した安定供給マニュアルの作成と運用	今後整理予定
2. 後発品の安定供給のための予備対応力の確保	
① 製造販売する品目の原薬の購買先を複数設定	今後整理予定
② 製造販売する品目のうち「安定確保医薬品」について、一定以上の余剰製造能力又は在庫量確保	今後整理予定
3. 製造販売する後発品の供給実績	
① 製造販売する品目についての品目毎の月次出荷実績（製造計画と実際の出荷量の比較）の公表	今後整理予定
② 製造販売する安定確保医薬品の品目数	200 品目以上：10pt、100 品目以上 200 品目未満：8pt、50 品目以上 100 品目未満：5pt、10 品目以上 50 品目未満：3pt、1 品目以上 10 品目未満：1pt、0 品目：0pt ただし、安定確保医薬品 A は 1 品目で 2 品目に相当するものとして算出する。
③ 製造販売する品目に係る自社理由に	【限定出荷品目割合】

よる出荷停止又は出荷量の制限の実施	20%以上：▲5pt、10%以上 20%未満：▲3pt、10%未満（0%を除く。）：▲2pt、0%：0pt 【出荷停止品目割合】 20%以上：▲10pt、10%以上 20%未満：▲7pt、10%未満（0%を除く。）：▲5pt、0%：0pt
④ 出荷量が増加した品目、出荷量が減少した品目の割合	【出荷量増加品目割合】 50%以上：5pt、30%以上 50%未満：4pt、20%以上 30%未満：3pt、20%未満（0%を除く。）：2pt、0%：0pt 【出荷量減少品目割合】 50%以上：▲5pt、30%以上 50%未満：▲4pt、20%以上 30%未満：▲3pt、20%未満（0%を除く。）：▲2pt、0%：0pt
⑤ 他社が出荷停止又は出荷量の制限を行った医薬品に対する自社品目の追加供給の実施	他社が限定出荷・出荷停止の制限を行っている品目のうち、増産対応していると報告のあったものについて、評価対象企業が製造販売する品目数に占める割合（小数点以下四捨五入した百分率）をポイントとして加点ただし、上限は 20pt
⑥ 他社の長期収載品のうち G1 区分の品目の市場撤退に伴う製造販売承認の承継、又は自社品目の追加供給の実施	同一剤形・同一成分において、G1 増産対応企業として決定した品目ごとに 5pt
4. 薬価の乖離状況	
① 企業ごとの後発品平均乖離率が一定値を超える	企業ごとの後発品全体の平均乖離率について、薬価調査におけるすべての後発品の平均乖離率を 100 とした場合の指数を算出し、以下のとおり評価 150 未満：0pt、150 以上 200 未満：▲5pt、200 以上 250 未満：▲10pt、250 以上：▲15pt
② 製造販売承認を取得した新規後発品について、薬価収載後の 5 年間にわたる薬価改定時の乖離率が一定値を超える	薬価収載から 5 年以内の後発品に係る企業ごとの後発品全体の平均乖離率について、薬価調査におけるすべての後発品の平均乖離率を 100 とした場合の指数を算出し、以下のとおり評価 150 未満：0pt、150 以上 200 未満：▲5pt、200 以上 250 未満：▲10pt、250 以上：▲15pt
③ 新規収載された後発品のうち、5 年以内に撤退した品目数	薬価収載から 5 年以内に供給停止事前報告書が提出された品目ごとに▲1pt
④ 不採算品再算定を受けた品目について、その後の 5 年間にわたる薬価改定時の乖離率が一定値を超える	過去 5 年以内に不採算品再算定を受けた品目について、各改定の薬価調査における平均乖離率を超えた品目ごとに▲1pt ただし、平均乖離率を複数回超えた品目については、超えるごとに▲1pt

(2) 分類方法

後発品を製造販売する企業について、(1)のポイントの合計が次の表の右欄に該当する企業について、左欄のとおり区分する。ただし、評価時点から1年以内に製造販売する品目の医薬品医療機器等法違反に基づく行政処分の対象となった企業については、A区分に分類された場合であっても、B区分とみなす。

区分	範囲
A	上位 20%※
B	A、C 以外
C	0pt 未満

※ 上位 20 パーセントの企業指標点数の企業が複数存在する場合、当該点数までの企業数が全体の企業数の 25%を超えないことを限度として、当該点数の企業は A 区分として取り扱う。

令和6年度保険医療材料制度改革の骨子(案)

第1 基本的な考え方

保険医療材料制度においては、医療機器及び体外診断用医薬品の特性を踏まえつつ、革新性の高い新規の医療機器等の適切な評価を行うとともに、医療保険財政の適正化の観点から、内外価格差の解消に向けた外国価格調整や実勢価を踏まえた価格の見直し等の施策に取り組んできたところである。

医療技術が高度化・多様化する中で、プログラム医療機器やゲノム医療に用いる医療機器・体外診断用医薬品など、革新的な医療機器等の開発も加速化しており、保険診療の中でのデータ収集の在り方を含め、画期的な医療機器等に対する適切な評価が可能な制度について検討する必要がある。一方で、物価高騰等を原因とした供給不安の報告が増加傾向にあり、医療上必要な材料の安定的な供給のための配慮も求められている。

以上のような観点から、今回改定での制度改革においては、臨床上的有用性が明確に示されている医療機器等の評価する基本的な考え方を維持しつつイノベーションを適切に評価できるよう、プログラム医療機器等の新たなタイプの医療機器等の特性にも配慮しながら、経済性に優れた医療機器等を含め革新的な医療機器等に対する評価及び保険適用後の再評価の充実、有用性に関するエビデンスの構築を推進するための取組並びに医療上必要な材料の安定供給に資する再算定の在り方等について検討を行った。

これらの検討結果をもとに、より適切な保険償還価格を設定するための対応を行うこととする。

第2 具体的内容

1 新規の機能区分等に係る事項

新たな医療材料等が保険適用され、新規機能区分を設定する際の対応等については、以下のとおりとする。

(1) イノベーションの評価について

ア 使用実績を踏まえた再評価に係る申請(チャレンジ申請)について

- チャレンジ申請を行う権利(チャレンジ権)の取得に係る申請について、現在は医療機器の新規収載に係る保険適用希望書の提出の際に、チャレンジ申請により再評価を希望する内容のデータ収集方法及び評価方法に係る計画の参

考となる資料を併せて提出することとされている。このチャレンジ権の取得に係る申請について、保険適用の申請時点では追加的な臨床試験の計画の立案等が完了していない場合や、新規収載時の診療報酬上の評価を踏まえて追加的な臨床試験の必要性について検討する場合があることを踏まえ、保険適用希望書の提出の際のみならず、保険適用時点から1年を超えない期間において、申請を行えることとする。ただし、チャレンジ申請の対象となるのは、製造販売業者が関与のうえで保険適用後にデータを収集する場合に限ることとする。

- 体外診断用医薬品においても、保険適用後に既収載品と比較した有用性が示される場合があると考えられることを踏まえ、技術料に包括して評価されている体外診断用医薬品についても、チャレンジ申請の対象とすることとする。
- チャレンジ申請を取得した品目については、製造販売業者に対して収載後のデータ集積状況や臨床成績等について少なくとも2年に1回以上の定期的な報告を引き続き求めるとともに、再評価の希望を取り下げる場合においても、それまでの臨床成績等について報告を求める等の対応を行うこととする。

イ 臨床的な有効性が既存品と同等以上であって費用を削減するような医療機器に対する評価について

- 対象疾患や使用目的等が既存の機能区分に属する医療機器と共通し、臨床的な有効性が同等以上であるため当該既存医療機器の代替となる医療機器であって、償還価格を設定した場合に既存の特定保険医療材料よりも低い価格となるものに対する加算を新設する。

ウ 希少疾病等の検査に用いる体外診断用医薬品等に対する評価について

- 希少疾病等の検査に用いる体外診断用医薬品や医療機器について、医薬品や特定保険医療材料に市場性加算があることも踏まえ、必要な体外診断用医薬品等の開発を評価する観点から、希少疾病用として薬事上指定された体外診断用医薬品等及び想定される検査回数が少ないコンパニオン診断用の体外診断用医薬品等を評価する仕組みを新設する。
- 具体的には、希少疾病等の検査に用いる体外診断用医薬品や医療機器については、原則として準用技術料の1.1倍の点数を算定できるとし、想定される年間の検査回数が一定回数よりも少ないものについては、検査回数に応じて、準用技術料の1.1倍を超える点数を算定できるとすることとする。
- ただし、想定される検査回数が少ないことにより準用技術料の1.1倍を超える点数を算定できるとされたものについて、実際の検査回数が想定される回数を超えていた場合には、実際の検査回数に応じて点数の引き下げを行う。

エ プログラム医療機器に対する評価について

(有用性の評価に関する基準について)

○ プログラム医療機器について、临床上の使用目的等が多様なものが現れており、診療報酬上の評価について以下のとおり明確化を行う。

①既存の検査等の実施、治療計画の策定又は手術等の治療行為自体に対する支援を行うプログラム医療機器について

➤ 当該プログラム医療機器の使用により、支援の対象とする既存技術の临床上の有効性が明らかに向上する場合は、関連技術料に対する加算として評価する。

➤ 支援の対象とする既存技術について、医療従事者の員数又は専門的な知識及び経験等を有する医師の配置等が施設基準として求められている場合において、当該プログラム医療機器の使用により、

- ・ より少ない員数で実施可能となる場合
- ・ 専門的な知識及び経験等を有する医師以外の医師が行った場合等の有効性が専門的な知識及び経験等を有する医師以外の医師が行った場合等の有効性と同等となる場合

については、施設基準の緩和がありうる。支援の対象とする既存技術について、医療従事者の配置が施設基準として求められていない場合においては、そのみでは原則として加算としての評価は行わない。

➤ 当該プログラム医療機器の使用により医療従事者の労働時間が短縮するようなものについては、原則としてそのみでは加算としての評価は行わない。

②目的とする検査等の実施そのものに必要なプログラム医療機器について

➤ プログラムが関与する部分を含め当該技術全体に対する評価を行うこととし、通常の C2(新機能・新技術)区分の医療機器と同様に評価する。

③治療用医療機器の制御に用いるプログラム医療機器について

➤ 当該プログラム医療機器の使用により、支援の対象とする医療機器の临床上の有効性が、当該プログラム医療機器を用いない場合よりも明らかに向上する場合に評価を行う。

➤ その際、制御する対象の医療機器が技術料に包括して評価されるものであれば、原則として技術料に対する加算として評価を行い、対象の医療機器が特定保険医療材料である場合には、当該プログラム医療機器自体又は当該プログラム医療機器と支援対象の医療機器を組み合わせたもの

を特定保険医療材料として評価する。

④医学管理等のために患者自身が医療機関外で使用するプログラム医療機器について

- 当該プログラム医療機器の使用により、既存の手法による医学管理等と比較して医学管理等の臨床上的有効性が向上する場合に、原則として特定保険医療材料として評価する。

(原価計算等の在り方について)

- プログラム医療機器を特定保険医療材料として評価する場合であって、原価計算方式により償還価格の設定を行う場合において、一般管理販売費及び流通経費について一定の係数を現時点では適用せず、各プログラム医療機器の機能の提供に必要な費用について個別に判断することとした上で、実際の原価計算等の事例を収集することにより、原価計算に含めるべき費用の具体的な類型やその適切な割合について引き続き検討を行う。
- その際、原価計算において必要な費用として計上する範囲は、薬事承認によって認められた性能に基づく機能を提供するために必要な費用に限ることとし、性能向上に必要な費用は含めないこととする。
- また、特定保険医療材料としての評価を行う際には、プログラム医療機器であっても該当しうると考えられる補正加算の類型については、該当する場合には適用されることとする。

(薬事承認における二段階承認の考え方に基づく第1段階承認を取得したプログラム医療機器について)

- 薬事承認における二段階承認の考え方に基づく第1段階承認を取得したプログラム医療機器について、有体物である医療機器よりも一般的に侵襲性が低いプログラム医療機器の特性を踏まえ、イノベーションの促進の観点から、第1段階承認を取得したプログラム医療機器を保険診療の中で活用可能となるよう、保険外併用療養費制度の見直しに関する中医協総会での検討結果を踏まえて必要な対応を行う。
- また、保険外併用療養費制度において当該プログラム医療機器の使用を行わない場合において、A1(包括)又はA2(特定包括)区分で保険適用することは妨げられないことを明確化する。

(保険適用された後の再評価について)

- 既に保険適用されているプログラム医療機器がアップデート等により性能向

上し薬事承認事項の一部変更承認等がなされた場合においては、薬事上の「使用目的又は効果」や機能区分が変更となる場合以外でも、再度保険適用希望書を提出できることとする。

- 保険適用されていない範囲におけるプログラム医療機器の使用に係る有効性に関するチャレンジ申請を行う場合について、一般的に侵襲性が低いプログラム医療機器の特性も踏まえ、こうした場合についても保険外併用療養費制度を活用できるよう、中医協総会の検討結果を踏まえて必要な対応を行う。
- プログラム医療機器についてチャレンジ申請を希望する場合におけるチャレンジ権の付与等について、専門的な見地から検討を行えるよう、必要に応じて別途ワーキンググループにおいて検討を行い、結果を保険医療材料等専門組織に報告する運用とする。

(保険適用期間が終了した後の取扱いについて)

- 保険適用期間が終了した後に患者の選択によって患者自ら使用するプログラム医療機器を用いた診療継続することについて、選定療養に関する中医協総会の検討結果を踏まえ必要な対応を行う。

(その他)

- 支援の対象とする既存技術の臨床上的有効性が当該プログラム医療機器を用いない場合よりも明らかに向上すると認められ、新機能区分又は新技術が設定された後に、別のプログラム医療機器が当該新機能区分に対して B1 申請を行う場合、又は当該新技術に用いるものとして A1 若しくは A2 申請を行う場合においては、当該別のプログラム医療機器の性能について個別に審査を行う必要があると考えられることから、当面の間、保険医療材料等専門組織において審議を行う。

(2) 外国価格調整について

ア 外国価格調整の比較水準について

- 新規収載品にかかる外国価格調整については、引き続き、「外国価格の相加平均の 1.25 倍を上回る場合に 1.25 倍の価格」とする。
- なお、以下のものについては、引き続き「外国価格の相加平均の 1.5 倍を上回る場合に 1.5 倍の価格」とし、今後の実績を踏まえ対象については今後必要に応じて検討を行う。
 - i) ニーズ検討会における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った開発要請又は公募に応じて開発されたもの（ニーズ検討会に係る評価を行う場合の要件を満たすものに限る。）

- ii) 医薬品医療機器等法第77条の2第1項の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定されたもの
- iii) 医薬品医療機器等法第77条の2第2項の規定に基づき、先駆的医療機器として指定されたもの
- iv) 医薬品医療機器等法第77条の2第3項の規定に基づき、特定用途医療機器として指定されたもの
- v) 画期性加算又は有用性加算（10%以上の補正加算を受けた医療材料に限る。）を受け、新たに機能区分を設定したもの（原価計算方式で同様の要件を満たすものを含む。）

イ 外国平均価格の算出方法について

- 新規収載品にかかる外国平均価格については、外国の医療材料の国別の価格が2か国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の2.5倍を上回る場合は、外国の医療材料の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の医療材料の価格を相加平均した額を、また、外国の医療材料の国別の価格が3か国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の1.6倍を上回る場合は、外国の医療材料の国別の価格のうち最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の1.6倍に相当する額とみなして各国の外国の医療材料の価格を相加平均した額を外国平均価格とみなす。
- なお、この算出方法については、イノベーションを適切に評価する観点を踏まえつつ、外国為替レート等を注視しながら、次回改定時の取扱いも含め、引き続き検討する。

2 既存の機能区分等に係る事項

既存の機能区分の対応については、以下のとおりとする。

(1) 市場実勢価格加重平均値一定幅方式

- 既存機能区分の材料価格改定の算出式（市場実勢価格加重平均値一定幅方式）は、以下のとおりとしている。今回の改定においても、令和5年度材料価格調査に基づき、以下の算出式により算定することとする。

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

消費税率：消費税法（昭和63年法律第108号）第29条に定める率

地方消費税率：地方税法（昭和25年法律第226号）第72条の83に定める率

- 再製造品については、原型医療機器の属する機能区分とは別に価格改定を行うが、改定後の価格は原型医療機器の属する機能区分の改定後の価格を超えないこととする。

(2) 外国価格再算定について

ア 外国価格調整の比較水準について

- 再算定に係る外国価格調整については、「当該機能区分の保険償還価格を $\{1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率}\}$ で割り戻したものが、外国価格の相加平均の 1.3 倍を上回る場合に再算定の対象とする。ただし、小児や希少疾病のみを対象とする機能区分については、再算定の対象としないこととする。
- 再算定の対象となった品目については、以下の算出式により算定することとする。

$$\text{算定値} = \text{既存品外国平均価格} \times 1.3 \times \left[1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right]$$

イ 外国平均価格の算出方法について

- 再算定における外国平均価格は、当該機能区分に属する既収載品と最も類似する医療材料の外国における国別の価格の相加平均値としているが、直近 2 回の材料価格改定を通じて保険償還価格の下落率が 15% 以内である場合に限り、新規収載品に係る価格調整と同様の外国平均価格の算出方法を採用する。すなわち、外国の医療材料の国別の価格が 2 か国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の 2.5 倍を上回る場合は、外国の医療材料の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の医療材料の価格を相加平均した額を、また、外国の医療材料の国別の価格が 3 か国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の 1.6 倍を上回る場合は、外国の医療材料の国別の価格のうち最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の 1.6 倍に相当する額とみなして各国の外国の医療材料の価格を相加平均した額を外国平均価格とみなす。また、再算定における為替レートは、前回改定と同様、直近 2 年間の平均値を用いることとし、外国為替レート等を注視しながら、次回改定時の取扱いも含め、引き続き検討する。

(3) 保険償還価格が著しく低いために供給が著しく困難となる特定保険医療材料への対応について

- 保険償還価格が著しく低いために供給が著しく困難となる特定保険医療材料

に係る機能区分の基準材料価格については、製造販売業者からの要望に基づき、以下の要件を満たした場合に原価計算方式により算定した価格に改定する（不採算品再算定）こととなっている。

ア 代替するものがない特定保険医療材料であること。

イ 保険医療上の必要性が特に高いこと。（関係学会から医療上の必要性の観点から継続供給要請があるもの等。）

ウ 継続的な安定供給に際して材料価格が著しく低いこと。（保険償還価格と市場実勢価格の乖離率が大きい場合等を除く。）

これらの要件のうち「ア 代替するものがない特定保険医療材料であること。」については、要望する製造販売業者によるシェアが 100%でない場合においても、シェアが大きいことにより当該製造販売業者が供給困難となった場合に他の製造販売業者が不足分を供給できないと考えられる場合も該当するものとして対応を行う。また、同一の機能区分の医療機器のうち特定のもののみ適用となる対象疾患等がある場合であって、他の製造販売業者が当該特定の医療機器の不足分を供給できないと考えられる場合も、「ア 代替するものがない特定保険医療材料であること。」に該当するものとし、機能区分の細分化により対応を行う。

- 医療上の必要性が高いにも関わらず保険償還価格が著しく低いために供給が著しく困難となる特定保険医療材料について安定的な供給を促す観点から、不採算品再算定を行った機能区分の価格については、再算定を行う際の診療報酬改定及びその次の診療報酬改定において、外国価格再算定の対象としないこととする。

（4）市場拡大再算定について

- 検査等の技術料に包括して評価される医療機器及び体外診断用医薬品に対する市場拡大再算定の対象について、特定保険医療材料における基準を踏まえ、以下の基準を設けることとする。

（次のいずれかに該当する技術料）

- ・ 年間算定額が 150 億円を超え、見直し基準額の 2 倍以上となるもの
- ・ 年間算定額が 100 億円を超え、見直し基準額の 10 倍以上となるもの

- ただし、想定される検査回数が少ないことにより準用技術料の 1.1 倍以上の点数を算定できるとされたものについて、実際の検査回数が想定される回数を超えていた場合には、実際の検査回数に応じて点数の引き下げを行う。

（5）機能区分の見直し等について

- 前回改定と同様に、臨床上の位置づけや安定供給の観点等を踏まえ、市場実

勢価格や市場規模等にも配慮しつつ、機能区分について細分化や合理化等を行う。

(6) 激変緩和措置について

- 安定供給の確保等の観点から、基準材料価格の下落率が大きい機能区分の基準材料価格について激変緩和措置を講ずる。

3 その他

下記の事項に加え、今回の見直しに伴う申請書類等の様式の見直しなど、制度趣旨に合わせた所要の改正を行う。

(1) 保険適用の手続きについて

- 令和5年9月20日及び令和5年10月27日の保険医療材料専門部会において承認された、診療報酬改定時期の後ろ倒しを踏まえた保険適用時期の変更に
ついて、必要な対応を行う。
- 保険医療材料等専門組織において審議を行った医療機器等について、審議
後に取り下げを行った後に再度保険適用希望がある場合には、原則として取り
下げ前の審議結果に基づき保険適用を行う。ただし、薬事承認事項の一部変更
承認又は認証事項の一部変更認証された場合は、新規に保険適用希望書を提
出する場合と同様に審議を行うこととする。
- 医療機器の保険適用希望のうち区分 B2(既存機能区分・変更あり)として希望
のあったもの又は体外診断用医薬品の保険適用希望のうち区分 E2(既存項目・
変更あり)として希望のあったもののうち、例えば、既存機能区分の定義に原材
料の種類を追加することのみを希望する場合又は既存検査項目に検査方法の
追加することのみを希望する場合など、その希望内容が軽微な変更にとどまる
場合は、保険医療材料等専門組織への報告によって保険適用する場合があるこ
とを明確化する。
- 医科診療報酬点数表、歯科診療報酬点数表又は調剤報酬点数表のうちいず
れか複数において評価を希望する医療機器等について、保険適用時点において
領域を選択することを明確化するため、保険適用希望書の様式等について所用
の見直しを行う。

(2) 医療機器の安定的な供給に関する製造販売業者等の対応について

- 安定供給に関する報告制度において、製造販売業者は、保険適用となった医
療機器及び体外診断用医薬品を遅滞なく販売し、安定して供給する必要があり、
安定供給が困難な事態に至るおそれがある場合は、厚生労働省に遅滞なく報告

することとされている。必要な医療機器等を必要な患者に届け、患者や医療機関等への影響を可能な限り小さくする観点から、代替品等を製造販売する製造販売業者及び業界団体へ協力を求めることが可能となるよう制度を見直すとともに、報告に係る様式等について所要の見直しを行う。

令和6年度保険医療材用制度改革の骨子

参考資料

保険医療材料の評価区分

A 1 (包括)

既存の診療報酬項目において包括的に評価 (例：縫合糸、静脈採血の注射針)

A 2 (特定包括)

既存の特定の診療報酬項目において包括的に評価 (例：超音波検査装置と超音波検査)

A 3 (既存技術・変更あり)

当該製品を使用する技術を既存の診療報酬項目において評価 (留意事項等の変更を伴う)

B 1 (既存機能区分)

既存の機能区分により評価され、技術料とは別に評価 (例：冠動脈ステント、ペースメーカー)

B 2 (既存機能区分・変更あり)

既存の機能区分により評価され、技術料とは別に評価 (機能区分の定義等の変更を伴う)

B 3 (期限付改良加算)

既存の機能区分に対して期限付改良加算を付すことにより評価

C 1 (新機能)

新たな機能区分が必要で、それをを用いる技術は既に評価 (例：特殊加工が施された人工関節)

C 2 (新機能・新技術)

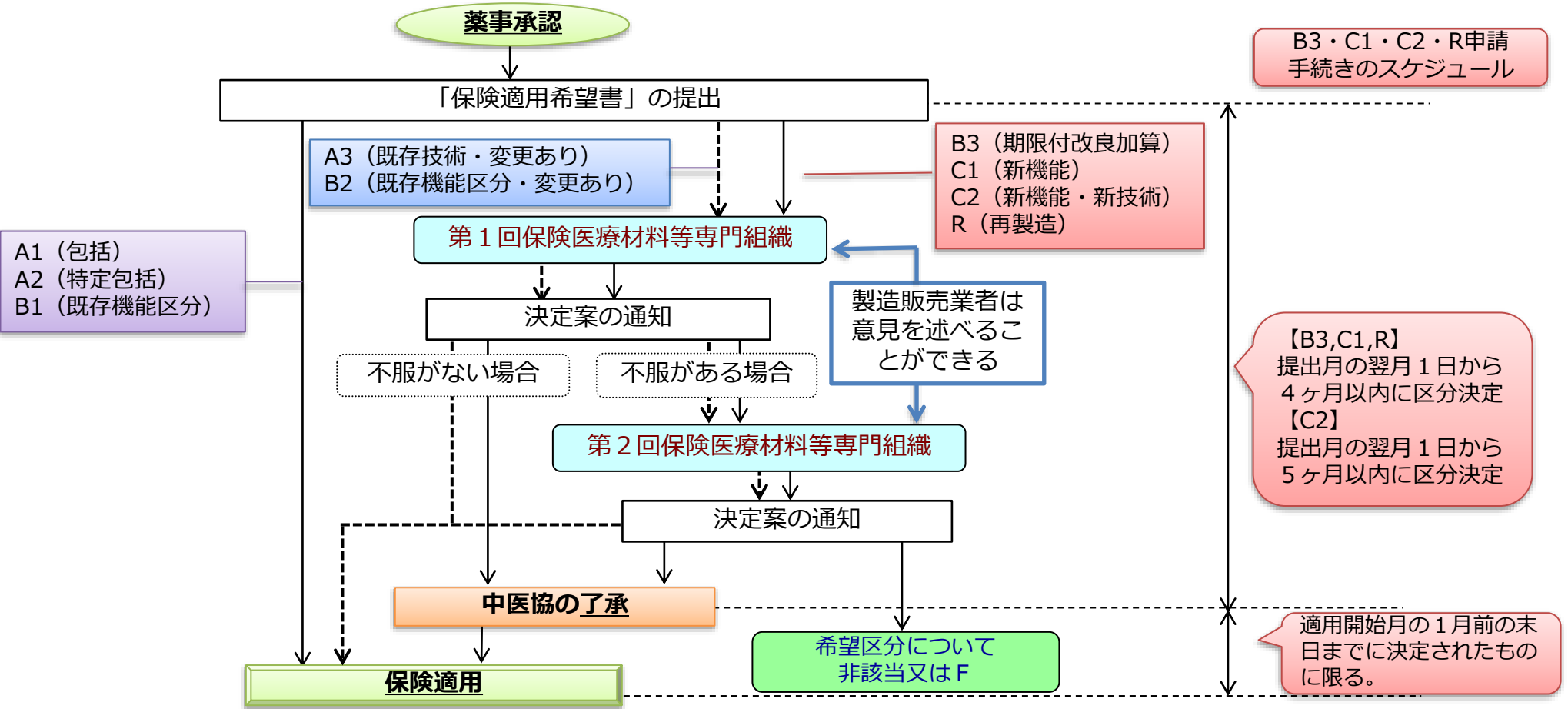
当該製品を使用する技術が未評価 (例：リードレスペースメーカー)

R (再製造)

再製造品について新たな機能区分により評価

F 保険適用に馴染まないもの

新規医療材料の区分決定の流れ



※ プログラム医療機器については、保険医療材料等専門組織（保材専）における検討に先立ち、その開発・改修等が終了しており、保険適用後遅滞なく、販売等が開始できることを確認し、確認内容について、保材専において報告する。

【保険適用時期】

- A 1 (包括) : 希望書提出後 20 日を経過した日 (包括別定は、認証又は承認を得た日)
 - A 2 (特定包括)・B 1 (既存機能区分) : 各月 10 日までに提出されたものは翌月 1 日
 - A 3 (既存技術・変更あり)・B 2 (既存機能区分・変更あり) : 区分が決定された月の翌月 1 日
 - C 1 (新機能)・C 2 (新機能・新技術)*・B 3 (期限付改良加算)・R (再製造) : 1 年に 4 回 (3 月、6 月、9 月、12 月)
- ※ 医薬品の適応判定の補助を目的として使用される医療機器については、当該医薬品の保険適用状況を踏まえ、特例として、当該医療機器の保険適用を決定した月の翌月 1 日から保険適用を認めることがある。

チャレンジ申請に係る申請等の流れ（用語の整理）

中医協 材－1
5 . 9 . 2 0

（新規収載に係る保険適用希望書の提出）
チャレンジ申請を希望する医療機器の製造販売業者は、
チャレンジ申請により再評価を希望する内容のデータ収集方法及び評価方法
に係る計画の参考となる資料を併せて提出

**チャレンジ申請を行う権利※
の取得に係る申請**

※本資料においては、「チャレンジ権」という。

チャレンジ申請を行うことの妥当性について保険医療材料等専門組織の専門
的見地からの検討を経て、決定案を策定

チャレンジ申請を行うことの妥当性に関する決定案について、
製造販売業者に通知

（新規収載時にチャレンジ申請を行うことが妥当であると認められた場合）

特定保険医療材料である医療機器について
チャレンジ申請を行う場合は、
C 1（新機能）申請と同様に申請

技術料に包括して評価される医療機器について
チャレンジ申請を行う場合は、
C 2（新機能・新技術）申請の例に準じ申請

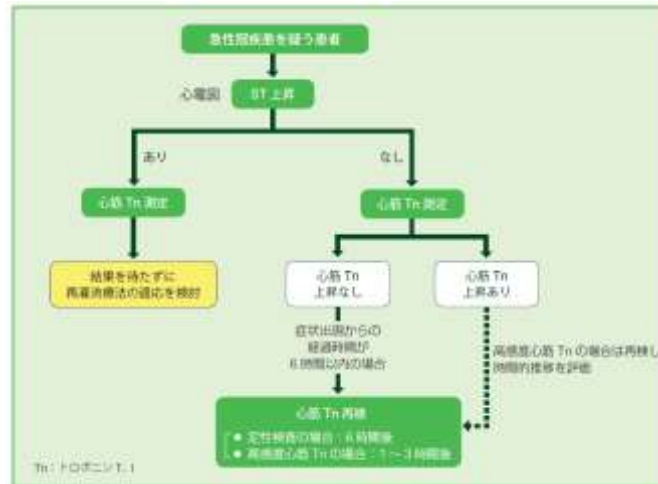
**通知における
「チャレンジ申請」**

※チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた際には、製造販売業者は、収載後のデータ集積状況や臨床成績等につ
いて、少なくとも2年に1回以上の定期的な報告を行う。ただし、データ収集困難等の正当な理由があるものであって、
当該医療材料の再評価の希望の取り下げが認められた場合には、その後の定期的な報告は不要とすることとしている。

- 高感度心筋トロポニン検査については、保険適用後に関連するガイドラインが改訂され、発症早期には他の心筋トロポニン検査よりも診断精度が高く、心筋トロポニン検査において測定が推奨されている。

・急性冠症候群ガイドライン(2018年改訂版、日本循環器学会)より抜粋

図3 急性冠症候群における心筋トロポニン測定のプロフローチャート



急性冠症候群を疑う患者では、診断・治療方針の決定・リスク評価のために心筋バイオマーカーとしてすみやかに心筋トロポニンを測定する（**心筋トロポニンの測定は高感度測定を推奨する**）。ただし、ST上昇型急性心筋梗塞患者では、採血結果を待たずに再灌流療法の適応について検討する。非ST上昇型急性冠症候群患者では、初回心筋トロポニンの上昇がない場合でも症状出現から6時間以内では判断が難しいので、初回検査から1～3時間後に再度測定する。ただし、現状では心筋トロポニン測定を定性で行っている施設もあり、その場合には再検は症状出現後6時間以降に行う。

・ST上昇型急性心筋梗塞の診療に関するガイドライン(2013年改訂版)

表5 発症からの経過時間別にみた各心筋バイオマーカーの診断精度

	<2時間	2～4時間	4～6時間	6～12時間	12～24時間	24～72時間	>72時間
ミオグロビン*	○	○	○	○	○	△	×
心臓型脂肪酸結合蛋白(H-FABP)*	○	○	○	○	○	△	×
心筋トロポニンLT*	×	△	○	○	○	○	○
高感度心筋トロポニンLT	○	○	○	○	○	○	○
CK-MB	×	△	○	○	○	△	×
CK	×	△	○	○	○	△	×

○：感度、特異度ともに高く診断に有用である。○：感度は高いが、特異度に限界がある。△：感度、特異度ともに限界がある。
×：診断に有用でない。＊：全血迅速診断が可能である。

費用が削減する医療機器の例

- パーキンソン病等の深部刺激療法において、既存の医療機器と同等の有効性を有しつつも、構造等の改良によって費用が削減されるものが開発されている。

(令和5年8月30日 保険医療材料専門部会 材－1より抜粋)

2. イノベーション評価の見直し

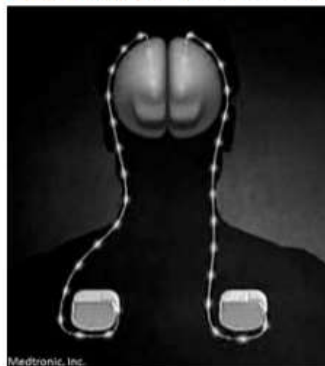
(2) 医療費削減効果による価格調整 (3/4)

【事例①】日本導入済みの事例

087 植込型脳・脊髄電気刺激装置 (7) 振戦軽減用 (16極以上用) 充電式

- パーキンソン病等の深部刺激療法 (DBS) では、両側性の症状に2本のリードを使用する。以前は、**刺激装置2個**が必要であったが、改良により、リード2本を**刺激装置1個**に接続することで治療が可能となった。
- 加算要件に経済性の要素がないことから、C申請では感染リスクの低減や患者の身体的負担の低減が評価され、**15%の加算がついたが企業の希望価格を大きく下回った。**

既存材料を用いたシステム
2個の刺激装置及び2本のリード



新規材料を用いたシステム
1個の刺激装置及び2本のリード



<企業の収益への影響>

既存デバイスの償還価格は294万円 (2個分) で、1個になると15%加算でも207万円であった。

製品改良のための研究開発費用を要した事等による原価の上昇や新製品導入のための医師トレーニング費用などが生じることを考えると、企業にとって**15%の加算は十分ではない状況**であった。

費用対効果制度における対応について

- 費用対効果制度においては、比較対象品目（技術）に対し効果が増加し（又は同等であり）、費用が削減される等の場合については、患者 1 人あたりの費用削減額の 2 分の 1 に相当する額を上限として、価格の引き上げが行われることとしている。

価格引き上げの条件について

<現行>

- 以下の品目については、費用対効果の観点から活用が望ましいと考えられることから、これらのうち一定の条件を満たすものについては、価格の引き上げを行う。
- （i）比較対照品目（技術）に対し効果が増加し（又は同等であり）、費用が削減される場合（ドミナント等）
 - （ii）ICER 200万円/QALY未満の場合

表：価格引き上げの条件と引き上げ率

	（i）ドミナント等	（ii）ICER 200万円/QALY未満
条件① ・比較対照品目（技術）より効果が高いこと（又は同等であること）が臨床試験等により示されていること	○	○（※1） （別に定める条件（※2）あり）
条件② ・比較対照品目（技術）と比べて、全く異なる品目であること、又は基本構造や作用原理が異なるなど一般的な改良の範囲を超えた品目であること	○	○
価格調整対象範囲（※3）の引き上げ率	50%（※4） （価格全体の10%を上回らない）	25%（※5） （価格全体の5%を上回らない）

（※1）ICER 200万/QALY未満の品目では、「比較対照品目（技術）より効果が高いことが臨床試験等により示されていること」とする。

（※2）別に定める条件（以下のいずれも満たす臨床研究等）

- （1）受理あるいは掲載時点において、Clarivate analytics社の“InCites Journal Citation Reports”により提供されているimpact factor(5年平均)が15.0を超える学術誌に原著論文として受理されている(ただし、レビュー雑誌、創刊10年以内の雑誌はのぞく)。
- （2）（1）を満たす臨床研究等のうち、日本人を含むアジア人を対象とした集団において、費用対効果評価における比較対照品目（技術）よりも優れていることが統計学的に示されている。

（※3）営業利益は除く。

（※4）引上げ額は比較対照品目（技術）と比べた患者 1 人あたりの費用削減額の 2 分の 1 に相当する額以下とする。

（※5）引上げ額はICER 200万円/QALYとなる価格を上回らない額とする。

臨床上的の使用目的等に基づくプログラム医療機器の分類について

- これまでに薬事承認等されたプログラム医療機器の実態を踏まえれば、実臨床におけるプログラム医療機器の主な用途としては、以下の分類が考えられる。

臨床上的の用途における分類	承認済み医療機器の例（一般的名称）
1. 診断・検査等の中で用いるプログラム医療機器	
（1）既存の検査等の実施において支援を行うもの	・疾患鑑別用内視鏡画像診断支援プログラム ・内視鏡用疾患特徴所見検出支援プログラム ・末梢血流量評価プログラム
（2）目的とする検査等の実施そのものに必要なもの	・遺伝子変異解析プログラム ・循環動態解析プログラム
2. 治療の中で用いるプログラム医療機器	
（1）治療計画の策定を支援するもの	・放射線治療計画プログラム ・腹膜透析用治療計画プログラム ・眼科手術用治療計画プログラム
（2）手術等の治療行為自体の支援を行うもの	・内視鏡挿入形状検出装置用プログラム
（3）治療用医療機器の制御に用いるもの	・電気刺激治療装置用パラメータ選択プログラム
3. 医学管理等のために患者自身が医療機関外で使用するプログラム医療機器	
	・高血圧症治療補助プログラム

保険医療材料等の評価の原則

- 保険医療材料のうち、当該材料を使用する医療技術が一部の技術に限定されているもの、用いられる技術との関係が一体的であって密接不可分の関係にあるものについては、関連技術料に比して高額である場合を除き、特定保険医療材料ではなく技術料として評価されることとなっている。

中央社会保険医療協議会「特定保険医療材料の評価に関する建議書」(平成5年9月24日)(抄)

第3 評価の対象とする治療材料の範囲

本建議で対象とする治療材料は、薬事法の承認を得、さらに保険導入の対象となる医療用具(ただし、超音波診断装置、CT、MRIなどの装置は除く。)である。(中略)以下これを「保険医療材料」と称する。

第4 保険医療材料の評価の原則は、以下の方法による。

(1) 技術料の加算として評価すべき保険医療材料

悪性腫瘍手術などにおける自動吻合器、自動縫合器など、その保険医療材料を使用する医療技術が一部の技術に限定されている場合、及び酸素濃縮装置、酸素ボンベなど医療機関の保険医療材料を在宅医療を行っている患者に貸し出す場合などについては、その保険医療材料の費用を技術料の加算として評価する。

(2) 特定の技術料に一体として包括して評価すべき保険医療材料

眼内レンズ挿入術に使われる眼内レンズ、腹腔鏡下胆嚢摘除術に使われる腹腔鏡など、技術料と保険医療材料との関係が一体的であって密接不可分の関係にあるものについては、技術料にその保険医療材料の使用を含めて評価する。

(3) 技術料に平均的に包括して評価すべき保険医療材料

チューブ、縫合糸、伸縮性包帯、皮膚欠損用一次的緊急被覆材、一部のカテーテルなど価格が安価であり、使用頻度も高く、技術料と別に算定することが煩雑な保険医療材料については、技術料にその費用を平均的に包括して評価する。ただし、技術料の評価にあたっては、包括する保険医療材料の費用を含めて評価する。

(4) 価格設定をすべき保険医療材料

上記(1)から(3)までの評価方法に適合しないもの、すなわちその価格が高額であるもの、又は市場規模の大きいものについては、「特定保険医療材料」として別途価格評価を行う。

新規機能区分に係る補正加算について

- 特定保険医療材料の新規機能区分に係る補正加算については、改良加算のうち「へ」及び「ち」を除き、プログラム医療機器が該当する場合があると考えられる。

画期性加算 50～100%

次の要件を全て満たす新規収載品の属する新規機能区分

- イ 臨床上有用な新規の機序を有する医療機器であること
- ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること

有用性加算 5～30%

画期性加算の3つの要件のうちいずれか1つを満たす新規収載品の属する新規機能区分(画期性加算の対象となるものを除く)

改良加算 1～20% (高い蓋然性が示されている場合1～10%)

次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新規機能区分 (画期性加算又は有用性加算の対象となるものを除く)

なお、客観的に示されているとは、臨床的な知見が示されていることをいう。ただし、臨床的な効果が直接的に示されていない場合であって、臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合の加算率は1～10%とする。

イ 構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、職業感染リスクの低減など医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。

ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。

ハ 構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、患者にとって低侵襲な治療や合併症の発生が減少するなど、より安全かつ有効な治療をできることが、客観的に示されていること。

ニ 小型化、軽量化、設計等の工夫により、それまで類似機能区分に属する既収載品に比して、小児等への適応の拡大が客観的に示されていること。

ホ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、より安全かつ簡易な手技が可能となること等が、客観的に示されていること。

へ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、形状の保持が可能になるといった耐久性の向上や長期使用が可能となること等が、客観的に示されていること。

ト 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、操作性等が向上し、患者にとって在宅での療養が安全かつ容易であることが、客観的に示されていること。

チ 人その他生物(植物を除く)に由来するものを原料又は材料(以下、生物由来原料等)として用いた類似機能区分に属する既収載品に比して、全ての生物由来原料等を除いた場合で、かつ、同等の機能を有することが客観的に示されていること。

市場性加算 (I) 10%

医薬品医療機器等法第77条の2第1項の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分

市場性加算 (II) 1～5%

類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の推計対象患者数が少ないと認められる新規収載品の属する新規機能区分

先駆加算 10%

医薬品医療機器等法第77条の2第2項の規定に基づき、先駆的医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分

特定用途加算 10%

医薬品医療機器等法第77条の2第3項の規定に基づき、特定用途医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分

+

プログラム医療機器の特性を踏まえた二段階承認に係る取扱いについて

- プログラム医療機器のうち臨床的意義が確立していないものについて、非臨床試験や探索的治験等により一定の有効性が蓋然性をもって確認できる範囲について第1段階承認を取得し、市販後に臨床的エビデンスが確立した後に第2段階承認を取得する開発の戦略が想定されている。
- また、こうしたプログラム医療機器については、第1段階承認の申請時点から第2段階承認の取得に向けた臨床評価等の計画立案を行うことが望ましいとされており、必要な臨床評価の方法としてはリアルワールドデータ等の活用も可能となっている。

プログラム医療機器の特性を踏まえた二段階承認に係る取扱いについて（抜粋）

（医薬機審発1116 第2号 令和5年11月16日付け厚生労働省医薬局医療機器審査管理課長通知）

<基本的な考え方>

（疾病診断用プログラム医療機器）

- 疾病の診断又は予後予測の参考情報となり得ると考えられるものの、その臨床的意義や医学的判断基準が十分に確立していない生理学的パラメータを算出するプログラム医療機器等の開発が想定される。このようなプログラム医療機器は広く使用されることで臨床的意義が明らかになるものもあることから、非臨床試験や機械的な性能に関する試験成績等により示すことのできる使用目的又は効果の範囲に限定した第1段階承認を取得し、臨床現場で使用された経験を踏まえながら市販後に臨床的エビデンスが確立された後に第2段階承認を取得するような開発の戦略が想定される。

（疾病治療用プログラム医療機器）

- プログラム医療機器の中には、治療法としての臨床的エビデンスや臨床的意義は十分ではないが、特定の症状緩和又は状態改善等が探索的治験成績により示され、患者や医療現場にとって有用であると期待されるものもある。こういった機器については、最終的に目標とする臨床的意義が確立されていなくても、探索的治験成績に基づき、一定の有効性が蓋然性をもって確認できる範囲に限定した使用目的又は効果で第1段階承認を取得し、臨床現場で使用された経験を踏まえながら市販後に臨床的エビデンスが確立された後に承認事項一部変更承認申請又は新規申請等を行って第2段階承認を取得する開発戦略も考えられる。

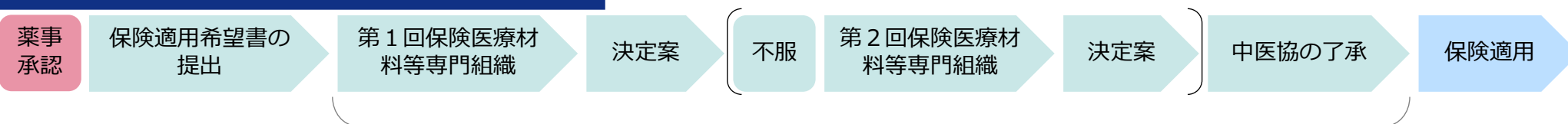
<第2段階承認の取得に向けた臨床評価等の計画>

- 第2段階承認の取得に向けて必要な臨床評価等の計画については、第1段階承認のための相談時をはじめ、第1段階承認申請後も並行して独立行政法人医薬品医療機器総合機構と相談することが望ましい。
- 第2段階承認を取得するために必要な臨床評価の方法としては、製造販売後臨床試験成績以外にもリアルワールドデータ等を活用することも可能である。

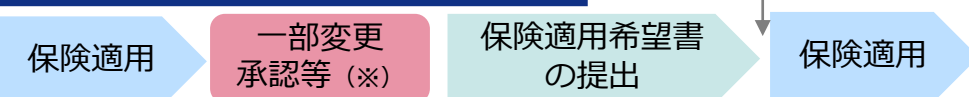
保険収載後に保険適用希望書を提出可能な場合について

- 既に保険適用されている医療機器については、薬機法に基づく承認事項の一部変更承認若しくは一部変更認証又は変更計画に従った変更がなされた場合であって、薬事上の「使用目的又は効果」又は該当する機能区分等が変更となる場合は、再度保険適用希望書を提出することが可能となっている。
- 一方で、アップデートによる性能向上に伴う一部変更承認がなされた場合であって、薬事上の「使用目的又は効果」の変更を伴わず、機能区分の変更にも該当しないような場合は、現行の規定においては保険適用希望書を提出可能な要件に該当していない。

新規収載品（B3、C1、C2及びR申請の場合）



既収載品（全ての区分共有）

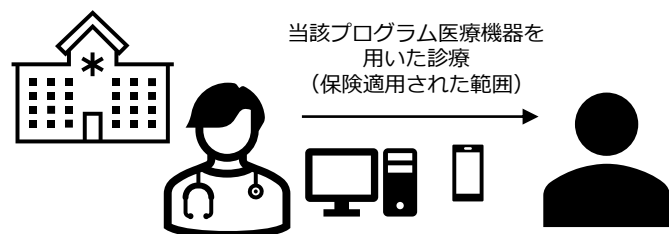


（※）既に保険適用されている医療機器が**一部変更承認又は一部変更認証された場合、あるいは変更計画に従った変更を行う旨を届け出た場合であって、当該一部変更あるいは変更計画に従った変更によりその「販売名」、「製品名・製品コード」、「使用目的又は効果」又は該当する機能区分等**（決定区分A 2（特定包括）については特定診療報酬算定医療機器の区分を、B 1（既存機能区分）については材料価格基準の機能区分をいう。以下同じ。）**のいずれかが変更となる場合**

プログラム医療機器におけるチャレンジ申請として想定される場合について

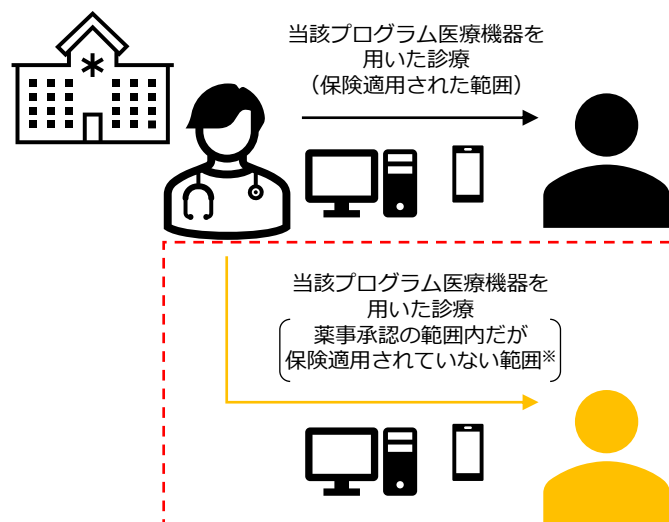
- チャレンジ申請においては、保険適用された範囲の使用における有効性に係るチャレンジ申請と保険適用されていない範囲の使用における有効性に係るチャレンジ申請があり、後者は保険適用外の診療行為となるため、保険診療の一環として行った場合はいわゆる混合診療になりうる場合がある。

（１）保険適用された範囲の使用における有効性に係るチャレンジ申請



保険適用された範囲における
従来示されていなかった
有効性の確認

（２）保険適用されていない範囲の使用における有効性に係るチャレンジ申請



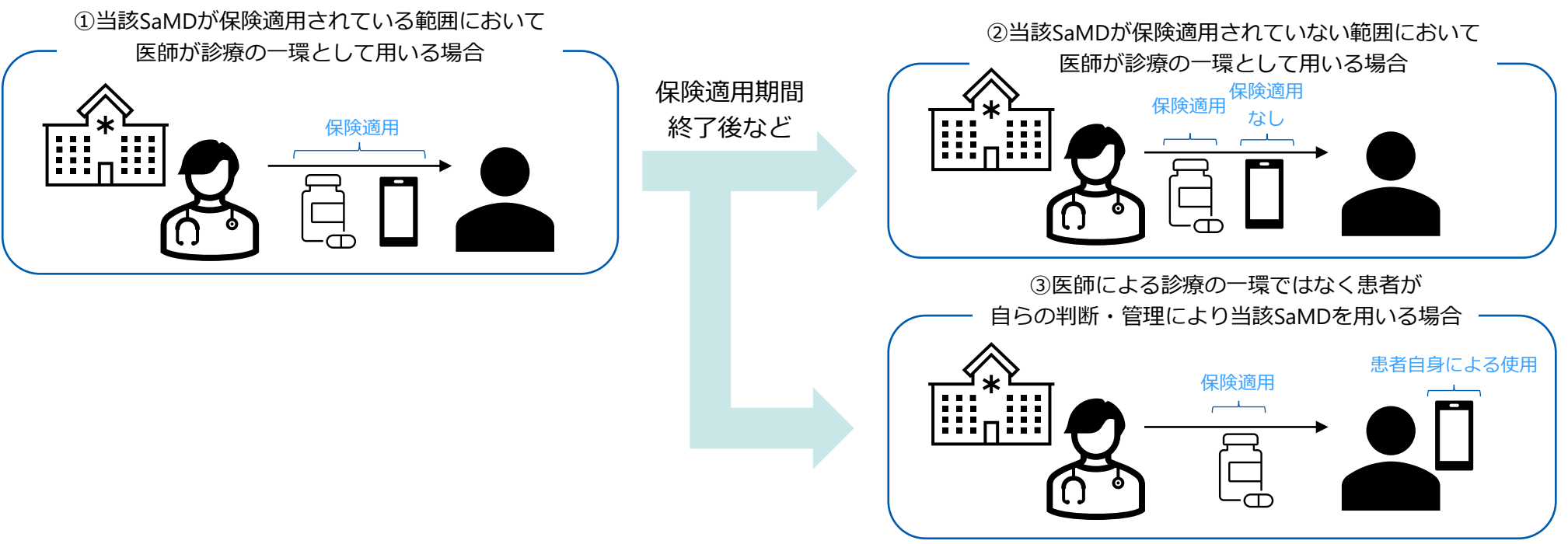
※保険診療の一環として行った場合は
いわゆる混合診療になりうる場合がある。

保険適用されていない範囲における
従来示されていなかった
有効性の確認

※保険適用期間を超えて当該プログラム医療機器を使用する場合や、保険適用範囲を超えた年齢・病態に使用する場合等が想定される。

患者自らが利用することが想定されるプログラム医療機器について

○ 保険診療を受けている患者が、自らの健康管理等のために患者自身が使用することが想定される医家向け（医療現場向け）プログラム医療機器を用いる場合については、主に以下の場合が想定される。



	①	②	③
医師の管理が必要なSaMD	該当しうる	該当しうる	該当しない
医師による管理が必ずしも不要なSaMD※	該当しうる	該当しうる	該当しうる
使用する際の課題	—	いわゆる混合診療 になる場合がありうる。	患者が当該SaMDを利用 する手段が明確になっ ていない。

※継続的な使用には医師による管理は必ずしも不要であっても、初回の使用に先駆けて医師が使用の可否を判断する必要があるものも想定される。

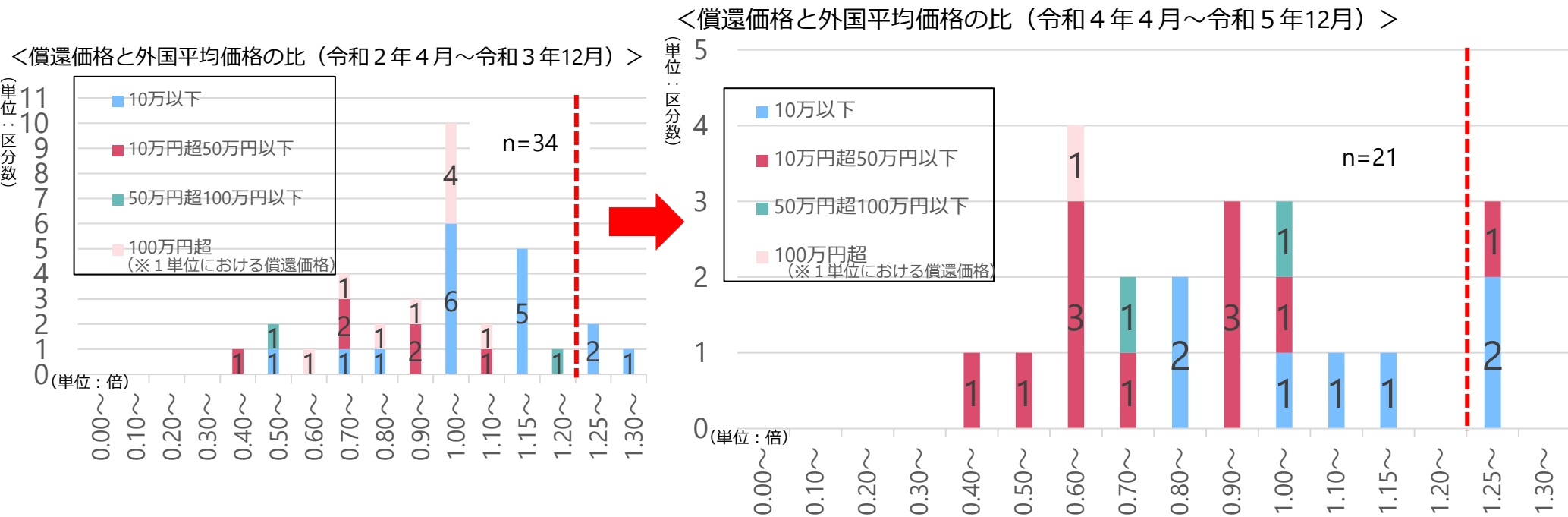
新規収載品における外国価格調整の見直し

- 新規収載品における外国価格調整の比較水準及び外国平均価格の算出方法は、以下のとおり見直しが行われてきた。

	新規収載品の価格上限	外国平均価格の算出方法
平成14年度改定	外国平均価格の2倍以上の場合に2倍	相加平均
平成16年度改定	〃	〃
平成18年度改定		
平成20年度改定	外国平均価格の1.7倍以上の場合に1.7倍	〃
平成22年度改定	外国平均価格の1.5倍以上の場合に1.5倍	〃
平成24年度改定	〃	〃
平成26年度改定	〃	①最高価格が 3.0倍 を超える場合は当該最高価格を除外 ②価格が3か国以上あり、そのうち最高価格がそれ以外の価格の相加平均値の 2倍 を上回る場合は、当該最高価格をそれ以外の価格の相加平均値の 2倍 相当とみなす
平成28年度改定	外国平均価格の1.3倍以上の場合に1.3倍（例外品目は1.5倍）	〃
平成30年度改定	〃	①最高価格が 2.5倍 を超える場合は当該最高価格を除外 ②価格が3か国以上あり、そのうち最高価格がそれ以外の価格の相加平均値の 1.8倍 を上回る場合は、当該最高価格をそれ以外の価格の相加平均値の 1.8倍 相当とみなす
令和2年度改定	外国平均価格の1.25倍以上の場合に1.25倍（例外品目は1.5倍）	〃
令和4年度改定	〃	①最高価格が 2.5倍 を超える場合は当該最高価格を除外 ②価格が3か国以上あり、そのうち最高価格がそれ以外の価格の相加平均値の 1.6倍 を上回る場合は、当該最高価格をそれ以外の価格の相加平均値の 1.6倍 相当とみなす

国内の新規特定保険医療材料の外国平均価格比の分布

- 令和4年4月～令和5年12月の間に保険適用された（する予定のものも含む。）新規特定保険医療材料について、類似機能区分比較方式又は原価計算方式による算定値と外国平均価格の比が1.25倍を上回ったものは3製品3区分あり、そのうち、外国価格調整を行ったものは、2製品2区分であった。
- 一昨年の同時期（令和2年4月～令和3年12月）と比較すると、外国平均価格比の中央値・平均値ともに減少傾向にある。



＜償還価格と外国平均価格の比における中央値・平均値＞

	令和2年4月 ～令和3年12月	令和4年4月 ～令和5年12月
中央値	1.01	0.89
平均値	0.99	0.89

（1.25倍を超える3製品について）

- 令和4年6月に保険適用した「AccuSafe経中隔穿刺ワイヤ」及び令和5年12月に保険適用予定の「Zephyr 気管支バルブシステム（EDC）」については、1.25倍以上のため外国価格調整を実施。
- 令和5年4月に保険適用した「Cellex ECPシステム」については、医薬品医療機器等法第77条の2第1項の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定されたものであるため、調整対象は1.5倍以上となり、外国価格調整は実施していない。

外国平均価格の算出方法について

- ① 最高価格が最低価格の2.5倍を超える場合は、当該最高価格を除外
- ② 価格が3か国以上あり、そのうち最高価格がそれ以外の価格の相加平均値の**1.6倍**を上回る場合は、当該最高価格をそれ以外の価格の相加平均値の**1.6倍**相当とみなす

※参考（令和4年度改定前のルール）

- ① 最高価格が最低価格の2.5倍を超える場合は、当該最高価格を除外
- ② 価格が3か国以上あり、そのうち最高価格がそれ以外の価格の相加平均値の**1.8倍**を上回る場合は、当該最高価格をそれ以外の価格の相加平均値の**1.8倍**相当とみなす

<具体例>

機能区分名	A国	B国	C国	D国	E国	外国平均価格
機能区分X	30,710円	8,921円	7,383円	3,745円 (最低価格)	21,242円	14,400円 (相加平均した場合)

①により、最低価格の2.5倍（9,363円）を超えるため除外

①で除外したA国の次に高いE国を除いた国を相加平均
↓
6,683円（※1）

（※1）の1.6倍を超えるため、②により、価格を1.6倍相当に切り下げ
↓
E国を10,693円（※2）として計算

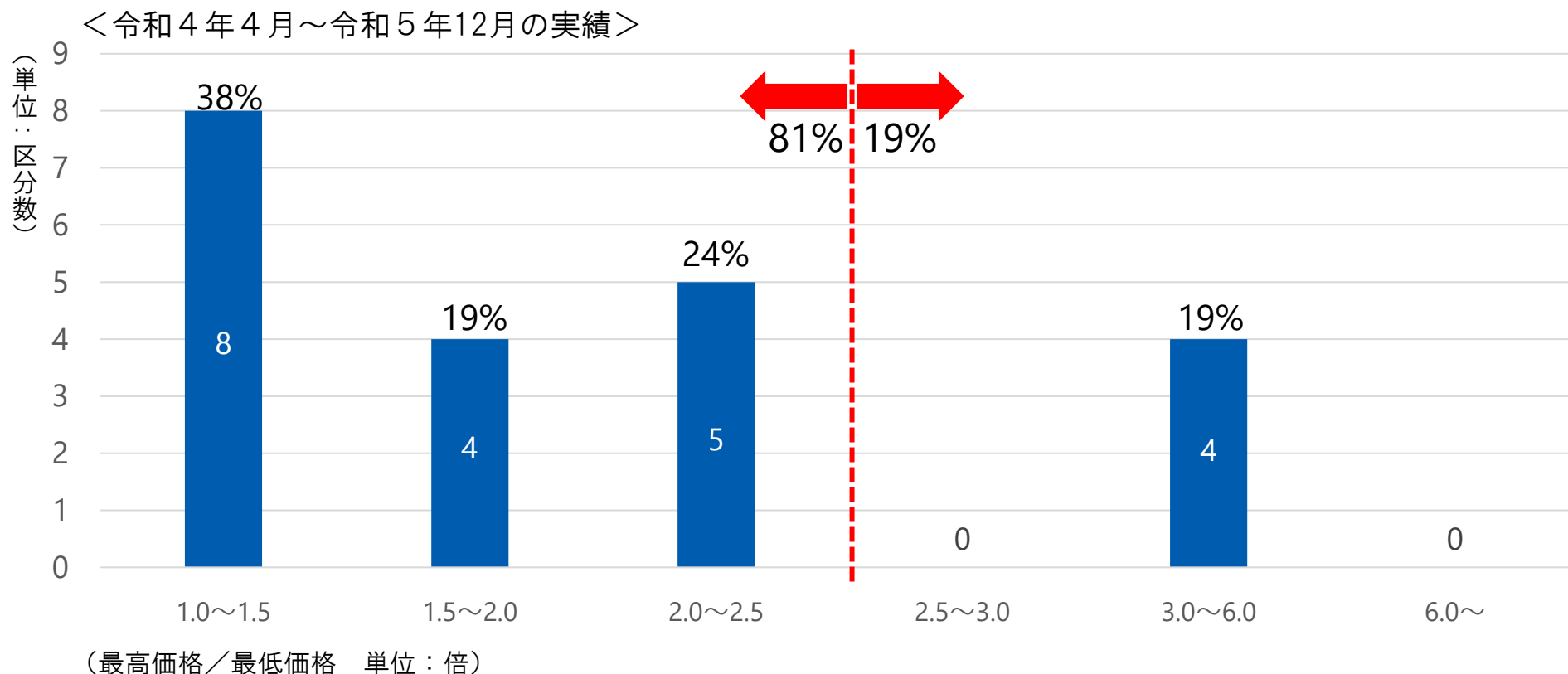
B・C・DとE（※2）の価格で相加平均
↓
「7,686円」となる

「最高価格」と「最低価格」の比について（ルール①）

- 前回改定から令和5年12月までの間に保険適用された（する予定のものも含む。）新規特定保険医療材料について、企業より提出された諸外国における「最高価格」と「最低価格」の比の分布は以下のとおり。

ルール①

最高価格が最低価格の2.5倍を超える場合は、当該最高価格を除外



「最高価格」と「それ以外の相加平均」との比について（ルール②）

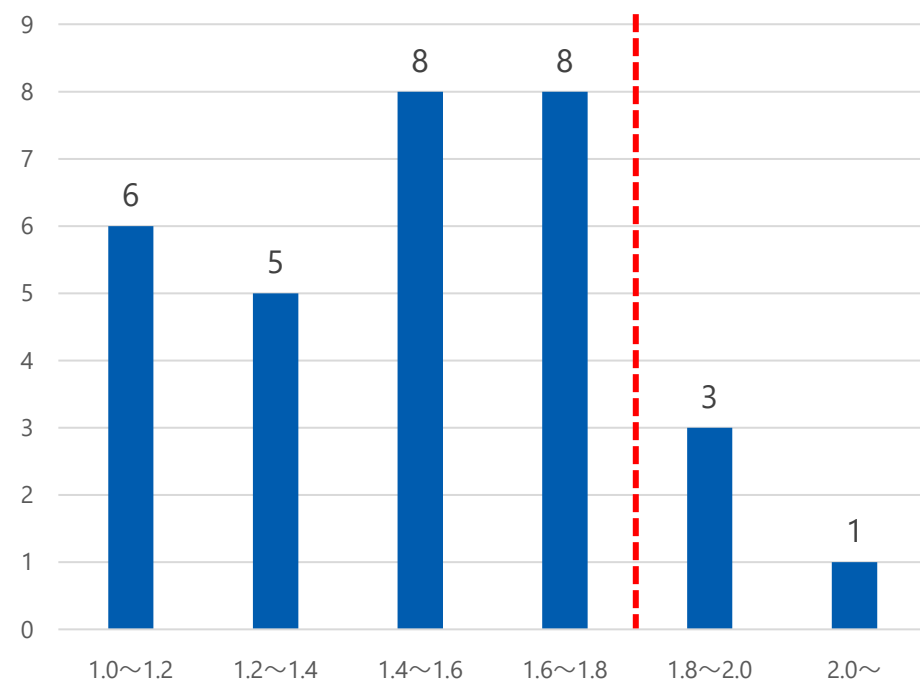
- 前回改定から令和5年12月までの間に保険適用された（する予定のものも含む。）新規特定保険医療材料について、企業より提出された諸外国における「最高価格」と「それ以外の相加平均」の比の分布は以下のとおり。

ルール②

価格が3か国以上あり、そのうち最高価格がそれ以外の価格の相加平均値の1.6倍（※）を上回る場合は、当該最高価格をそれ以外の価格の相加平均値の1.6倍（※）相当とみなす。

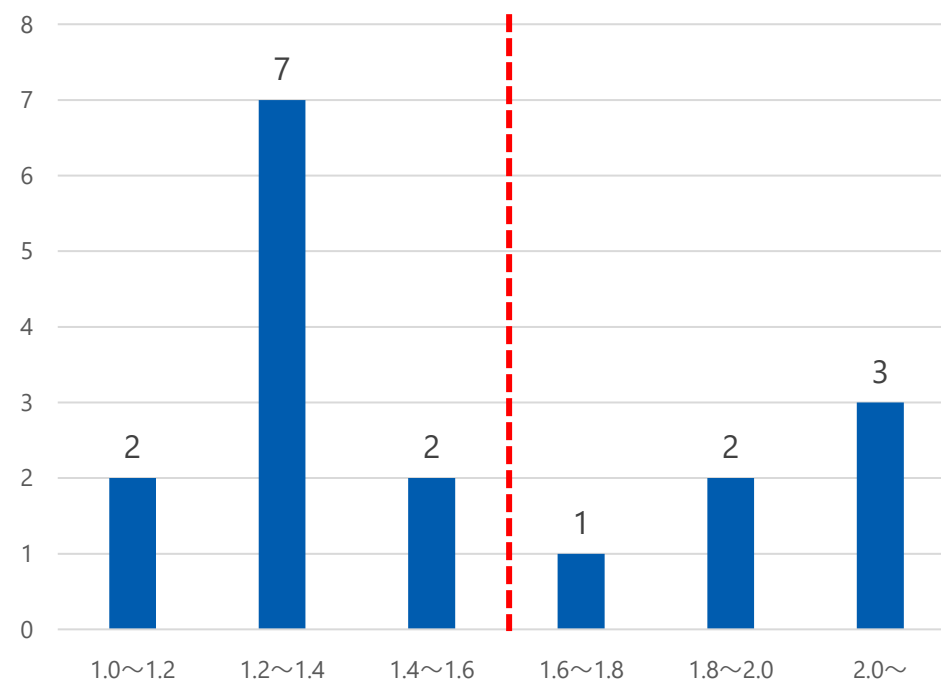
※令和2年度改定までは1.8倍

＜令和2年4月～令和3年12月の実績＞



（最高価格／それ以外の価格の相加平均 単位：倍）

＜令和4年4月～令和5年12月の実績＞



既収載品に対する外国価格調整について

- 平成14年改定において外国価格参照制度が既収載品の再算定に導入され、以降、比較水準の引き下げや外国平均価格の算出方法の見直しが実施されている。

- 国内の市場実勢価格の加重平均値が外国平均価格の1.25倍を上回る場合は、下記の算式を適用し価格を引き下げる（改定前の価格から最大で50%まで）。

$$\text{算定値} = \text{改定前材料価格} \times \frac{\text{既存品外国平均価格} \times 1.25}{\text{当該機能区分の各銘柄の市場実勢価格の加重平均値}}$$

- なお、直近2回の材料価格改定を通じた下落率が15%以内である場合は、以下の方法により外国平均価格を算出する。
 - ① 最高価格が最低価格の2.5倍を超える場合は、当該最高価格を除外
 - ② 価格が3か国以上あり、そのうち最高価格がそれ以外の価格の相加平均値の1.6倍を上回る場合は、当該最高価格をそれ以外の価格の相加平均値の1.6倍相当とみなす

※ 対象国は英・米・独・仏・豪（平成24年3月までに機能区分を導入した製品については豪を除く。）

※ 調査時期から直近2年間の為替レートを使用

既収載品の再算定に係る比較水準について

- 内外価格差の更なる是正を図るため、再算定に係る外国価格調整の比較水準について、1.3倍から**1.25倍**とし、直近2回の改定を通じた下落率が15%以内である場合の外国平均価格の算出方法についても、新規収載品に係る外国価格調整と同様に、見直しを行う。
- **ただし、小児又は希少疾病のみを対象とする機能区分については、原則として対象外とする。**

直近2回の改定を通じた下落率	再算定(価格見直し)の対象	
	15%以内	15%超
平成14年度改定	1.5倍以上	
平成16年度改定	〃	2倍以上
平成18年度改定	〃	〃
平成20年度改定	〃	1.7倍以上
平成22年度改定	1.5倍以上	
平成24年度改定	〃	
平成26年度改定	1.3倍以上	1.5倍以上
平成28年度改定	〃 ※	1.3倍以上
平成30年度改定	〃 ※	〃
令和2年度改定	〃 ★	〃
令和4年度改定	1.25倍 以上 ※	1.25倍 以上

※ 外国平均価格の算出方法の見直し

★ 再算定後の価格の下限の見直し

- 「直近2回の材料価格改定を通じた下落率」は、特定保険医療材料価格調査（国内価格調査）を用いた市場実勢価格加重平均値一定幅方式による算定値と、前々回の基準材料価格の比較により算出する。なお、再算定（価格見直し）については、価格改定前の50/100を下限額とする。

比較水準や外国平均価格の算出方法の見直し案について

- 償還価格を市場実勢価格が上回る特定保険医療材料については、外国価格再算定の対象となりやすく、また、再算定の対象となる場合に、市場実勢価格が大きくなるにつれて引き下げ幅も増加することへの対応としては、以下の見直しが考えられる。

- 現行** ▶ 国内の市場実勢価格の加重平均値が外国平均価格の1.25倍を上回る場合は、下記の算式を適用し価格を引き下げる（改定前の価格から最大で50%まで）。

$$\text{算定値} = \text{改定前材料価格（償還価格）} \times \frac{\text{既存品外国平均価格} \times 1.25}{\text{当該機能区分の各銘柄の市場実勢価格の加重平均値}}$$

案① 市場実勢価格が保険償還価格を上回っている機能区分については、外国価格再算定の対象から除くこととする。

案② 外国価格再算定の対象を償還価格が外国平均価格の1.25倍を上回る場合とし、下記の算定式を適用し価格を引き下げる（改定前の価格から最大で50%まで）。

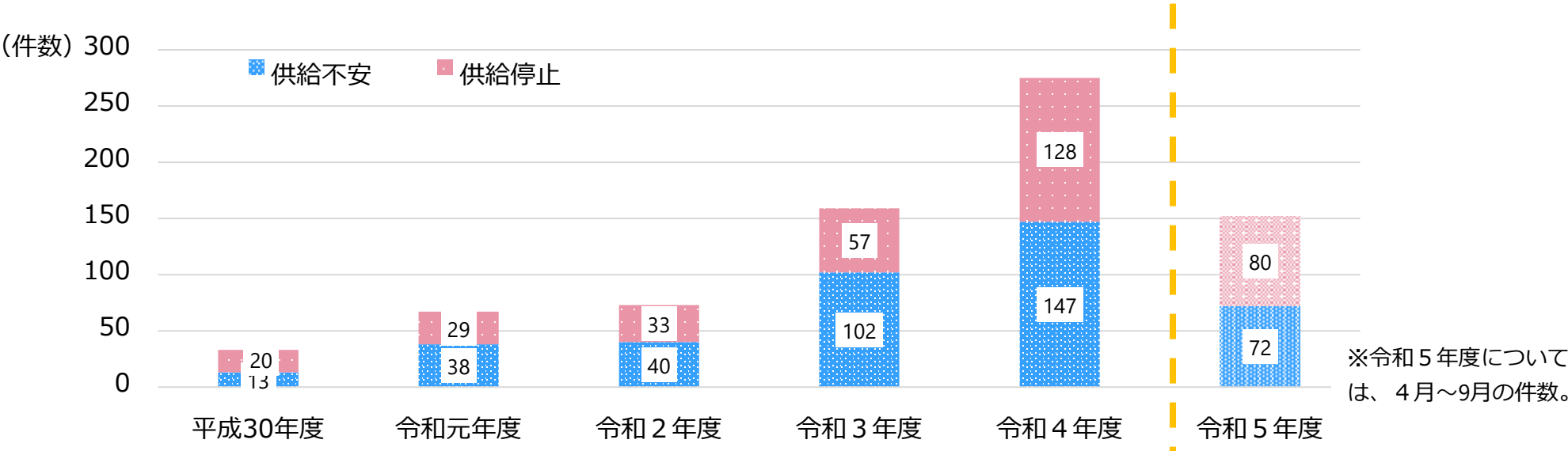
- 案** ▶ 償還価格が外国平均価格の1.25倍を上回る場合は、下記の算式を適用し価格を引き下げる（改定前の価格から最大で50%まで）。

$$\text{算定値} = \text{既存品外国平均価格} \times 1.25 \times \left[1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right]$$

案③ 案①及び案②をともに適用する。

医療機器等における安定供給に関する報告件数

- 医療機器等の安定供給に支障が出た又は出るおそれがあるとして厚生労働省へ報告のあった件数は年々増加しており、令和3年度以降は特に顕著に増加している。
- 令和4年度における安定供給への支障の原因としては、「物価の上昇等によるコストの上昇や原材料の入手困難等」が最も多かった。



【供給不安等の原因】

- 令和4年度における原因については、左記のとおりであった。

	全体	供給停止	供給不安
物価の上昇等によるコストの上昇や原材料の入手困難等	30.9%	19.5%	40.8%
海外製造元や自社の工場において生産が困難となった	19.6%	10.9%	27.2%
新製品等への移行	15.6%	30.5%	2.7%
薬事上等の問題	14.9%	7.0%	21.8%
需要の変化（需要の急拡大や減少）	6.5%	8.6%	4.8%
事業撤退や承継	7.3%	15.6%	0.0%
その他	5.1%	7.8%	2.7%

特定保険医療材料の保険償還価格算定における不採算品への対応について

- 特定保険医療材料のうち、供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の基準材料価格については、製造販売業者からの申請に基づき、原価計算方式により価格が改定されることとなっている。

特定保険医療材料の保険償還価格の基準について（抜粋）

令和4年2月9日付け保発0209第3号厚生労働省保険局長通知

第4章 既存機能区分の基準材料価格の改定

第1節 基準材料価格改定の原則

基準材料価格改定においては、当該機能区分の基準材料価格を市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、材料価格調査により市場実勢価格が把握できない既存機能区分については、当該機能区分の属する分野の基準材料価格改定前後の基準材料価格の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該機能区分の基準材料価格改定前の基準材料価格を超えることはできない。

なお、供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の基準材料価格の改定については、上記の規定にかかわらず、別表6に定める方式により改定する。

[別表6 供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の基準材料価格の改定方法]

1 対象区分の選定の基準

ア 代替するものがない特定保険医療材料であること。

イ 保険医療上の必要性が特に高いこと。（関係学会から医療上の必要性の観点から継続供給要請があるもの等。）

ウ 継続的な安定供給に際して材料価格が著しく低いこと。（保険償還価格と市場実勢価格の乖離率が大きい場合等を除く。）

2 算定方法

原価計算方式により算定すること。

市場拡大再算定の導入に係る経緯①

- 特定保険医療材料に対する市場拡大再算定については、適応追加等により市場が拡大することにより財政影響が無視できない範囲に及ぶこともあり得ることから令和2年度診療報酬改定において導入されており、年間販売額が150億円又は100億円を超えることが該当要件のひとつとなっている。

令和2年度保険医療材料制度改革の骨子(抄)

2. 既存の機能区分に係る事項

(5) 市場拡大再算定について

- 医療材料においても、適応追加等により市場が拡大する場合があります、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶこともあり得ることから、年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等には、価格改定時に価格をさらに引き下げる市場拡大再算定を導入する。

特定保険医療材料について

- 次の要件の全てに該当する既存機能区分を対象とする。

1. 次のいずれかに該当する既存機能区分

- ① 機能区分が設定される際、原価計算方式により算定された機能区分
- ② 機能区分が設定される際、原価計算方式以外の方法により算定されたものであって、設定後に当該機能区分に属する既収載品の使用方法の変化、適用対象患者の変化その他の変化により、当該機能区分に属する既収載品の使用実態が著しく変化したもの

2. 機能区分の設定又は当該機能区分に係る定義や算定留意事項等の変更から10年を経過した後の最初の材料価格改定を受けていないもの

3. 次のいずれかに該当する機能区分

- ① 年間販売額(当該機能区分の改定前価格に年間算定回数を乗じて算出した額をいう。)が150億円を超え、基準年間販売額の2倍以上となるもの
- ② 年間販売額が100億円を超え、基準年間販売額の10倍以上となるもの(①を除き、原価計算方式により算定された機能区分に限る。)

市場拡大再算定の導入に係る経緯②

- 検査等の技術料として評価されるものに対する市場拡大再算定についても、保険収載時の市場規模予測を大きく上回り財政影響が無視できない範囲に及ぶことが想定されるものがありうることから令和2年度診療報酬改定において導入されているが、対象する市場規模については規定されていない。

令和2年度保険医療材料制度改革の骨子(抄)

2. 既存の機能区分に係る事項

(5) 市場拡大再算定について

検査等の技術料として評価するものについて

- 技術料として評価する体外診断用医薬品や遺伝子パネル検査等の一部の医療機器については、新規収載及び適応追加等に伴う算定留意事項の変更にあたって、保険医療材料等専門組織において審議を行う際に、将来的な可能性も含め、収載時の市場規模予測を大きく上回り、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶことが想定されるものについては、技術料の見直しを検討する基準(市場規模や収載時の市場規模予測から拡大率など)を併せて審議し、個々の技術料に応じた基準を設定することとする。
- なお、既に収載されている遺伝子パネル検査等の悪性腫瘍遺伝子検査については、将来的な市場の拡大が想定されることから、現時点で市場規模予測の2倍以上という基準を設定する。
- 技術料の見直しを検討する基準が設定されたものについて、診療報酬改定時にNDBデータによる算定回数等の確認を行うこととする。
- 設定された基準を超えるような市場の拡大が認められた場合には、まず保険医療材料等専門組織において、技術料の見直しの妥当性について検討することとし、検討にあたっては、医療技術の安定的な提供を確保する観点を踏まえ、必要に応じ、関係学会や製造販売業者の意見を聴取することとする。
- 保険医療材料等専門組織において、技術料の見直しの妥当性が認められたものについて、中医協総会において具体的な見直しを検討することとする。

保険適用に係るスケジュール

区分B3、C1、C2、R

※保険適用時期 B3、C1、C2、R：3月、6月、9月及び12月を基準

	(令和3年) 9月	10月	11月	12月	(令和4年) 1月	2月	3月	4月	5月	6月
現行スケジュール										
①9～11月に中医協承認 ⇒12月保険適用	中医協			保険適用						
②12・1月に中医協承認 ⇒4月保険適用				中医協				保険適用		
③4・5月に中医協承認 ⇒6月保険適用								中医協		保険適用



令和5・6年度スケジュール(案)

①9～11月に中医協承認 ⇒12月保険適用	変更なし									
②12・1月に中医協承認 ⇒3月保険適用				中医協		保険適用				
③4・5月に中医協承認 ⇒6月保険適用	変更なし									

(※) スケジュールの変更は上記②の場合のみ。

なお、C2については、②のスケジュールにおいて、技術料を準用する場合は、3月1日に関係通知を改正することとし、改定に伴う6月1日の関係通知施行までの3ヶ月間、改定前の技術料を準用することとする。

令和 6 年度費用対効果評価制度改革の骨子（案）

第 1 基本的な考え方

- 1 2019 年の中央社会保険医療協議会での議論を踏まえて、費用対効果評価制度においては、市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とし、評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載した上で価格調整に用いることとしている。2023 年 12 月 1 日現在までに、49 品目が評価の対象となり、34 品目が評価を終了したところである。これまでの実績を踏まえ、制度のあり方及び運用面に関する見直しについて議論を行ってきた。
- 2 今回の改定においては、これまでの実績を踏まえて、より適切に制度を運用する観点から、できるだけ速やかに評価結果を反映できるよう分析プロセスの見直しや分析体制の充実等に向けた対応を行うこととする。

第 2 具体的内容

1 分析方法に関する事項について

費用対効果評価分析のプロセス及び価格調整の方法に係る対応については、以下のとおりとする。

（1）分析対象集団及び比較対照技術の設定

ア 分析対象集団の取扱いの整理について

分析対象集団の一部が分析不能となった場合について、以下のとおりとする。

- 対象集団の一部が、その希少性等によりデータを収集することが困難である場合は、その集団の結果は最終評価に考慮しないこととする。
- その他、データが開示されない等、企業の協力が得られず、分析が困難と判断される場合には、該当集団に対する係数は最低の係数として最終評価を行う。

イ 比較対照技術のあり方について

- 比較対照技術の設定の考え方が下記のとおり明確となるよう、ガイドラインにおける記載を検討する。
 - ① 臨床的に幅広く用いられており※、評価対象技術によって代替されると想定されるものを選定する

- ② ①が複数ある場合には、治療効果がより高いものを1つ選定する
- ③ ①、②により一意に決めることが難しい場合は、無作為化比較試験（Randomized controlled trial: RCT）等における比較対照技術、価格算定上の類似技術、費用対効果の程度等を考慮して最も妥当なものを選定する。

※ シェアで一律に決めるものではなく、臨床的に標準的な治療として用いられているもの

- 費用対効果の良くない比較対照技術が設定された場合の取扱いについて、一律に、積極的な治療を行わずに症状緩和のみを行う治療（Best supportive care 等）を比較対照技術に設定した場合も含めて費用対効果評価を行うことを検討したが、新たな手順が生じ得ることから、手順の迅速化が求められる現状においては、一律には行わず、引き続き専門組織で必要と判断された場合には行うこととする。

（２）費用対効果の品目指定

- 品目指定時の配慮については、希少疾病を対象とした医薬品についてのこれまでの評価にあたっては明らかな問題はないことから、現状の規定を維持することとする。
- 再指定時等の運用については、以下のとおりとする。
 - ・ 保険適用時に指定基準を満たさない品目の指定について、市場拡大によって基準に該当するかの確認は、四半期再算定の運用等を参考に四半期ごとに確認する運用を行う。
 - ・ 再指定時の価格調整範囲については、外国平均価格調整後の医薬品等の調整範囲を参考に、価格調整前の価格に対する有用性加算等の割合とする。

（３）分析プロセスについて

- 費用対効果評価の分析・評価の流れについては、引き続き、令和４年度改定における見直しを踏まえた運用を継続し、課題がある場合には、次回改定以降に見直すこととする。
- 人員不足等の理由で分析が難しい場合に、企業から企業分析ができないことを申し出る新たなプロセスを創設する。企業が分析不能を申し出た際には、専門組織で議論を行い、企業がデータを提供できる場合には公的分析が、企業が提供するデータを用いて分析を行い、最終評価案を作成する。専門組織において、企業がデータ提供は困難であると説明し、公的分析による分析が難しいと判断された場合には、最も低い価

格調整係数を用いた価格調整を行うこととする。

- 専門組織の意見様式等を見直し、分析の論点にそった議論を促す仕組みを導入することとする。

(4) 価格調整の対象範囲のあり方について

価格調整の対象範囲のあり方について、これまでの費用対効果評価の実績等を踏まえ、議論を進めてきた。

- 令和6年度診療報酬改定において、価格引き上げの条件については、ICER が 200 万円/QALY 未満の品目に対する条件を以下のように変更することとする。
 - ・ 「当該臨床研究において、比較対照技術より効果が増加することが日本人を含むアジア人を対象とした集団において統計学的に示されていること」とあるものを、「当該臨床研究において、比較対照技術より効果が増加することが、日本人を含む集団において統計学的に示されていること。」とする。
 - ・ 引き上げ条件のうち、他の条件をすべて満たすものの、「対象品目に係る新規の臨床研究に関する論文が、impact factor (Clarivate analytics 社の “InCites Journal Citation Reports” により提供されている impact factor をいう。) の平均値 (当該論文の受理又は論文掲載時から過去5年間の平均値) が 15.0 を超える学術誌に原著論文として受理されていること。」のうち、「impact factor が 15.0 を超える」という条件について、疾患領域の特性等により満たすことが困難な場合は、査読を受けた英文の原著論文であり、専門組織で議論し、論文が十分、科学的に妥当であると判断される場合には、当該条件を満たすものとみなす。

(参考) 現行の、ICER が 200 万円/QALY 未満の品目に対する条件

薬価算定の基準について保発 0215 第2号令和5年2月15日) (抄)

2 価格調整の計算方法

② 価格調整係数 (β)

ア 対象となる医薬品の費用及び効果が費用対効果評価における比較対照技術 (比較対照品目を含む。以下同じ。) より増加し、ICER が算出可能な場合、価格調整係数 (β) は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

- i ICER が 200 万円/QALY 未満の品目であって、価格調整時点において、次の(一)及び(二)のいずれにも該当するもの 1.25

(一) 対象品目に係るメタ解析及びシステマチックレビューを除く臨床研究が、次

のいずれにも該当すること。

(ア) 対象品目に係る新規の臨床研究に関する論文が、impact factor (Clarivate analytics 社の “InCites Journal Citation Reports” により提供されている impact factor をいう。) の平均値 (当該論文の受理又は論文掲載時から過去 5 年間の平均値) が 15.0 を超える学術誌に原著論文として受理されていること。

(イ) 当該論文を受理した学術誌が、レビュー雑誌又は創刊 10 年以内の学術誌でないこと。

(ウ) 当該臨床研究において、比較対照技術より効果が増加することが日本人を含むアジア人を対象とした集団において統計学的に示されていること。

(二) 対象品目の薬理作用等が比較対照技術と著しく異なること。

○ これまでの費用対効果評価制度の実績を踏まえ、高額医薬品に関しては、費用対効果評価をより活用していく観点から、レケンビに係る特例的な取扱いも踏まえつつ、令和 6 年度診療報酬改定の次の改定に向けて、価格調整範囲のあり方について引き続き議論を行う。

(5) 介護費用の取扱いについて

現行のガイドラインでも「公的介護費へ与える影響が評価対象技術にとって重要である場合には、公的介護の費用を含めた分析を行うことができる」とされているが、これまで、介護費用を含めた分析は行われていない。

また、現在介護費用を含めた分析結果は最終評価案策定に含まれないことと規定されている。

こうした現状や介護費用の分析に関する技術的課題を踏まえ、議論を進めてきた。

○ 介護費用の分析の取扱いに関しては、引き続き結果への活用ができるかどうか研究を進めることとする。

○ 介護費用の分析結果が得られた場合の取扱いについて、レケンビに係る特例的な取扱いも踏まえつつ、引き続き議論する。

(6) 費用対効果評価の結果の活用について

○ 費用対効果評価を終えた医薬品、医療機器等の評価結果をより活用する観点から、各学会が作成する診療ガイドライン等の検討にあたって、その評価結果等の活用のあり方を国立保健医療科学院等が検討を行うこと。また、厚生労働省においても、関係学会や関係機関に対して費用対効果評価制度に関する情報提供を行うなど、関係学会と連携の上、適切な対応を行う。

2 分析体制の充実に関する事項について

現在は、2大学（立命館大学及び慶應義塾大学）が公的分析班として分析を担当しているが、今後も対象品目の増加が予想される中で公的分析に係る体制の充実が課題となっている。

- 公的分析結果の学術的な取扱いについてはこれまでも検討されている。現在、国立保健医療科学院において、報告書としてホームページに公開されている分析結果を論文形式で公的刊行物等に掲載することを検討しており、引き続き、こうした取組の進捗状況を確認する。
- 厚生労働省において、引き続き、関係学会等に対する周知や人材育成並びに分析体制への支援を行い、公的分析班に携わる人材の確保及び組織の充実を行う。

中医協 総－3 参考
5 . 1 2 . 2 0

中医協 費－2 参考
5 . 1 2 . 1 3

令和6年度費用対効果評価制度改革の骨子(案) (参考資料)

費用対効果評価対象品目（評価中のもの）（令和5年11月15日時点）

中医協 総-9 参考 4
5 . 1 1 . 1 5

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系 加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	現状
1	10	ソルゲンスマ (パルティスファーマ)	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	H 3 (単価が高い)	2020/5/13	分析中断
2	36	クレンディア (パナソニック)	2型糖尿病を合併する慢性腎 臓病	149.10円 (10mg錠) 213.10円 (20mg錠)	なし	264億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2022/5/18	公的分析中
3	37	ラゲプリオ (MSD)	SARS-CoV-2による感染症	2,357.80円 (200mgカプセル)	10%	138億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2022/8/10	公的分析中
4	38	ソーテクト (アリス・マヤーズ・スティア)	尋常性乾癬、膿疱性乾癬、 乾癬性紅皮症	2,770.90円 (6mg錠)	40%	225億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2022/11/9	企業分析中
5	39	テゼスバイア (アストラゼネカ)	気管支喘息	176,253円 (210mg1.91mL1筒)	5%	145億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2022/11/9	企業分析中
6	40	バキロピッド (ファイザー)	SARS-CoV-2による感染症	12,538.60円 (3001シート) 19,805.50円 (6001シート)	5%	281億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/3/8	企業分析中
7	41	マンジャロ (日本イーライリ)	2型糖尿病	1,924円 (2.5mg0.5mL1キット) 3,848円 (5mg0.5mL1キット) 5,772円 (7.5mg0.5mL1キット) 7,696円 (10mg0.5mL1キット) 9,620円 (12.5mg0.5mL1キット) 11,544円 (15mg0.5mL1キット)	10%	367億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/3/8	企業分析中
8	42	ソコーバ (塩野義)	SARS-CoV-2による感染症	7,407.40円 (125mg1錠)	5%	192億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/3/8	企業分析中
9	43	ベスレミ (ファーマイゼンツファーマ)	真性多血症	297,259円 (250μg0.5mL1筒) 565,154円 (500μg1mL1筒)	なし	163億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/5/17	分析前協議中
10	44	ゴアCTAG 胸部大動脈 ステントグラフトシステム (日本ゴア合同会社)	※2	1,490,000円	5%	92億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2023/8/23	企業分析中
11	45	リットフォー (ファイザー)	円形脱毛症	5,802.40円 (50mg1カプセル)	5%	156億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/8/23	分析前協議中

※1 収載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。

※2 主な使用目的：本品は胸部下行大動脈病変のうち一定の要件をみたす疾患の治療に用いられるステントグラフト及びデリバリーカテーテルからなるステントグラフトシステムである。

費用対効果評価対象品目（評価中のもの）（令和5年11月15日時点）

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系 加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	現状
12	46	フォゼベル (協和キリン)	透析中の慢性腎臓病患者にお ける高リン血症の改善	234.10円 (5mg 1錠) 345.80円 (10mg 1錠) 510.90円 (20mg 1錠) 641.80円 (30mg 1錠)	40%	193億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/11/15	—
13	47	レクビオ (ノバルティスファーマ)	※ 3	443,548円	40%	195億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/11/15	—
14	48	ウゴービ (ノバルティスファーマ)	※ 4	1,876円 (0.25mg0.5mL 1キット) 3,201円 (0.5mg0.5mL 1キット) 5,912円 (1mg0.5mL 1キット) 7,903円 (1.7mg0.75mL 1キット) 10,740円 (2.4mg0.75mL 1キット)	5 %	328億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/11/15	—
15	49	エプキンリ (シエンマフ)	※ 5	137,724円 (4mg0.8mL 1瓶) 1,595,363円 (48mg0.8mL 1瓶)	10%	307億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/11/15	—

※ 3 効能・効果：家族性高コレステロール血症、高コレステロール血
ただし、以下のいずれも満たす場合に限る。

- ・心血管イベントの発現リスクが高い
- ・HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分、又はHMG-CoA還元酵素阻

※ 4 効能・効果：肥満症

ただし、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病のいずれかを有し、食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず、以下に該当する場合に限る。

- ・BMIが27kg/m²以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する
- ・BMIが35kg/m²以上

※ 5 効能・効果：再発又は難治性の大細胞型B細胞リンパ腫、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫、高悪性度B細胞リンパ腫、原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫、再発又は難治性の濾胞性リンパ腫

費用対効果評価終了品目（令和5年11月15日時点）

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
1	1	テリルジー100エリブタ (ケラケ・スミタイン)	COPD (慢性閉塞性 肺疾患)	236億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2019/5/15	4,183.50円 (14吸入1キット) 8,853.80円 (30吸入1キット)	4,160.80円 (14吸入1キット) 8,805.10円 (30吸入1キット)	2021/7/1
2	2	キムリア (ノバルティスファーマ)	白血病	72億円	H 3 (単価が高い)	2019/5/15	34,113,655円	32,647,761円	2021/7/1
3	3	ユルトミリス (アークスファーマ)	発作性夜間ヘモグロ ビン尿症	331億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2019/8/28	730,894円	699,570円	2021/8/1
4	4	ビレーズトリエアロスフィア (アストラゼネカ)	COPD (慢性閉塞性 肺疾患)	189億円	H 5 (テリルジーの 類似品目)	2019/8/28	4,150.30円	4,127.60円	2021/7/1
5	12	エナジア (ノバルティスファーマ)	気管支喘息	251億円	H 5 (テリルジーの 類似品目)	2020/8/19	291.90円 (中用量) 333.40円 (高用量)	290.30円 (中用量) 331.50円 (高用量)	2021/7/1
6	14	テリルジー200エリブ (ケラケ・スミタイン)	COPD (慢性閉塞性 肺疾患)	130億円	H 5 (テリルジーの 類似品目)	2021/2/10	4,764.50円 (14吸入1キット) 10,098.90円 (30吸入1キット)	4,738.50円 (14吸入1キット) 10,043.30円 (30吸入1キット)	2021/7/1
7	16	イエスカクタ (第一三共)	リンパ腫	79億円	H 5 (キムリアの 類似品目)	2021/4/14	34,113,655円	32,647,761円	2021/4/21
8	20	ブレヤンジ (セルゲン)	リンパ腫	82億円	H 5 (キムリアの 類似品目)	2021/5/12	34,113,655円	32,647,761円	2021/5/19
9	5	トリンテリックス (武田薬品工業)	うつ病・うつ状態	227億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2019/11/13	168.90円 (10mg錠) 253.40円 (20mg錠)	161.70円 (10mg錠) 242.50円 (20mg錠)	2021/11/1
10	6	コララン (小野薬品工業)	慢性心不全	57.5億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2019/11/13	82.90円 (2.5mg錠) 145.40円 (5mg錠) 201.90円 (7.5mg錠)	変更なし	-
11	11	エンレスト (ノバルティスファーマ)	慢性心不全	141億円	H 5 (コラランの 類似品目)	2020/8/19	65.70円 (50mg錠) 115.20円 (100mg錠) 201.90円 (200mg錠)	変更なし	-
12	21	ベリキューボ (バイル薬品)	慢性心不全	95億円	H 5 (エンレストの 類似品目)	2021/8/4	131.50円 (2.5mg錠) 230.40円 (5mg錠) 403.80円 (10mg錠)	変更なし	-
13	7	ノクサフィル ^{※1} (MSD)	深在性真菌症 ^{※2}	112億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/4/8	3,109.10円 (100mg錠)	3,094.90円 (100mg錠)	2022/2/1
14	9	エンハーツ (第一三共)	乳癌、胃癌 ^{※3}	129億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/5/13	168,434円	164,811円	2022/7/1
15	8	カボメテックス (武田薬品工業)	腎細胞癌、 肝細胞癌 ^{※4}	127億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/5/13	8,007.60円 (20mg錠) 22,333.00円 (60mg錠)	変更なし	-
16	13	リベルサス (ノバルティスファーマ)	2型糖尿病	116億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/11/11	143.20円 (3mg錠) 334.20円 (7mg錠) 501.30円 (14mg錠)	139.60円 (3mg錠) 325.70円 (7mg錠) 488.50円 (14mg錠)	2022/11/1

※1 ノクサフィルは内用薬（ノクサフィル錠100mg）のみが費用対効果評価対象。

※2 「造血幹細胞移植患者又は好中球減少が予測される血液悪性腫瘍患者における深在性真菌症の予防」及び「真菌症（侵襲性アスペルギルス症、フサリウム症、ムーコル症、コクシジオイデス症、クロモプラストミコシス、菌腫）の治療（侵襲性アスペルギルス症については令和3年9月27日に効能追加）」

※3 胃癌については令和2年9月25日に効能追加。

※4 肝細胞癌については令和2年11月27日に効能追加。

費用対効果評価終了品目（令和5年11月15日時点）

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
17	15	エムガルディ (日本イライリ)	片頭痛	173億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2021/4/14	44,811円 (120mg 1mL 1筒) 44,943円 (120mg 1mL 1キ ット)	42,550円 (120mg 1mL 1筒) 42,675円 (120mg 1mL 1キ ット)	2023/6/1
18	22	アジョビ (大塚製薬)	片頭痛	137億円	H 5 (エムガルディ の類似品目)	2021/8/4	41,167円 (225mg1.5mL 1筒) 41,167円 (225mg1.5mL 1キ ット)	39,090円 (225mg1.5mL 1筒) 39,090円 (225mg1.5mL 1キ ット)	2023/6/1
19	23	アイモビーグ (アキオン)	片頭痛	153億円	H 5 (エムガルディ の類似品目)	2021/8/4	41,051円 (70mg 1mL 1キ ット)	38,980円 (70mg 1mL 1キ ット)	2023/6/1
20	17	ボライビー (中外製薬)	リンパ腫	120億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2021/5/12	298,825円 (30mg 1瓶) 1,364,330円 (140mg 1瓶)	変更なし	-
21	19	アリケイス (イヌメト)	肺非結核性抗酸菌症	177億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2021/5/12	42,408.40円	38,437.90円	2023/6/1
22	24	レベスティブ (武田薬品工業)	短腸症候群	60億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2021/8/4	79,302円 (3.8mg 1瓶)	73,683円 (3.8mg 1瓶)	2023/6/1
23	25	ベクルリー (ギリアット・サイエンス)	SARS-CoV-2によ る感染症	181億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2021/8/4	63,342円 (100mg 1瓶)	61,997円 (100mg 1瓶)	2023/6/1
24	18	ダラキューロ (ヤンセンファーマ)	多発性骨髄腫、全身 性ALアミロイドー シス	370億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2021/5/12	445,064円	変更なし	-
25	28	パドセブ (アステラ製薬)	尿路上皮癌	118億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2021/11/17	99,593円	91,444円	2023/6/1
26	26	Micra 経カテーテルペーシ ングシステム (日本メットロニッカ)	※ 5	77億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2021/10/13	1,170,000円	1,070,000円	2023/11/1
27	29	Expedium Verse Fenestrated Screw システム (ジョンソン・エンド・ジョンソン)	※ 6	76億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2021/12/8	101,000円	97,900円	2023/11/1
28	30	リフヌア (MSD)	難治性の慢性咳嗽	160億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2022/4/13	203.20円 (45mg 1錠)	187.50円 (45mg 1錠)	2023/11/1

※ 5 主な使用目的：本品は、カテーテルを用いて経皮的に右心室内に留置される電極一体型の経込み型心臓ペースメーカーである。なお、本品は搬送可能条件に適合する場合にのみ定期的にMRI検査が可能となる機種である。

※ 6 主な使用目的：本品は、胸椎、腰椎および仙椎における、変性疾患（すべり症、脊柱管狭窄症等）、外傷、腫瘍等による不安定性を有する患者、または脊柱変形（脊柱側弯症等）を有する患者に対して、脊椎の一時的な固定、支持またはアライメント矯正を目的に使用する。当該患者において、骨粗鬆症、骨量減少症又は悪性骨腫瘍により骨強度が低下し、骨内におけるスクリューの固定性が損なわれるおそれがある脊椎に対しては、骨セメントとともに使用する。

費用対効果評価終了品目（令和5年11月15日時点）

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
29	27	レットヴィモ (日本イーライリッ)	非小細胞肺癌、甲状腺癌※7、甲状腺髄 様癌※7	156億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2021/11/17	3,680.00円（40mgカプセル） 6,984.50円（80mgカプセル）	3,674.10円（40mgカプセル） 6,973.30円（80mgカプセル）	2024/2/1 (11/15審議予定)
30	31	ピヴラッツ (イトーヨーカドーファーマシューティカスジャパン)	※8	138億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2022/4/13	80,596円（150mg6mL1瓶）	変更なし	- (11/15審議予定)
31	32	ピンゼレックス (ユービーエスジャパン)	尋常性乾癬、膿疱性 乾癬、乾癬性紅皮症	120億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2022/4/13	156,408円（160mg1mL1キッ ト） 156,408円（160mg1mL1筒）	変更なし	- (11/15審議予定)
32	33	ウィフガート (アジエントスジャパン)	全身型重症筋無力症	377億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2022/4/13	421,455円（400mg20mL1瓶）	388,792円（400mg20mL1瓶）	2024/2/1 (11/15審議予定)
33	34	ジスナル (田辺三菱)	遅発性ジスキネジア	62億円	H2（市場規模が 50億円以上）	2022/5/18	2,331.20円（40mgカプセル）	2,297.90円（40mgカプセル）	2024/2/1 (11/15審議予定)
34	35	オンデキサ (アレクシオンファーマ)	※9	66億円	H2（市場規模が 50億円以上）	2022/5/18	338,671円（200mg1瓶）	変更なし	- (11/15審議予定)

※7 甲状腺癌及び甲状腺髄様癌については令和4年2月25日に効能追加され、公的評価中。

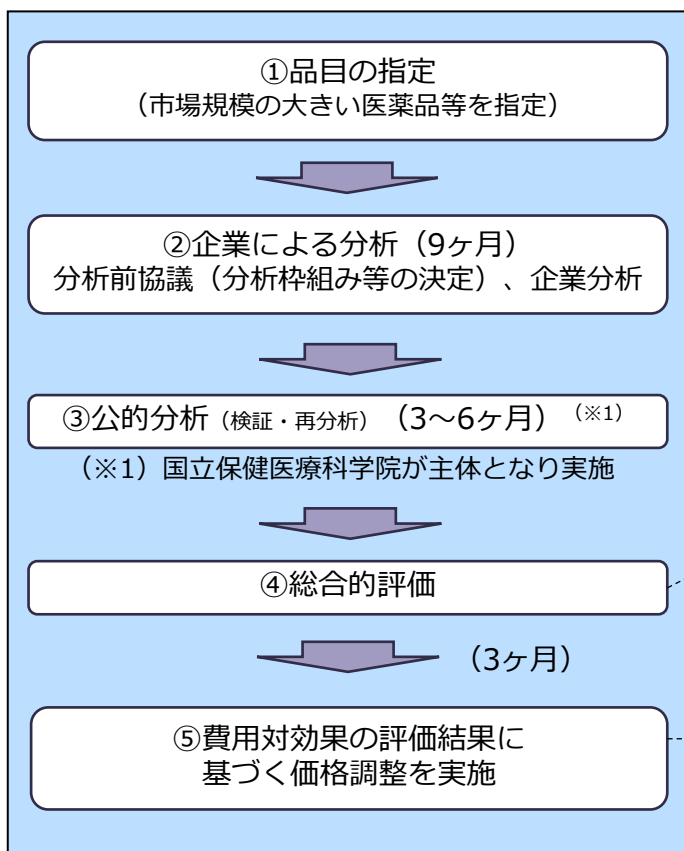
※8 効能効果：脳動脈瘤によるくも膜下出血時後の脳血管再狭窄、及びこれに伴う脳梗塞及び脳虚血症状の発症抑制

※9 効能効果：直接作用型Na⁺/K⁺ATPase阻害剤（アピキサセン）、リノール酸キサンチン又はエドキサセン（エドキサセン）阻害作用の中和

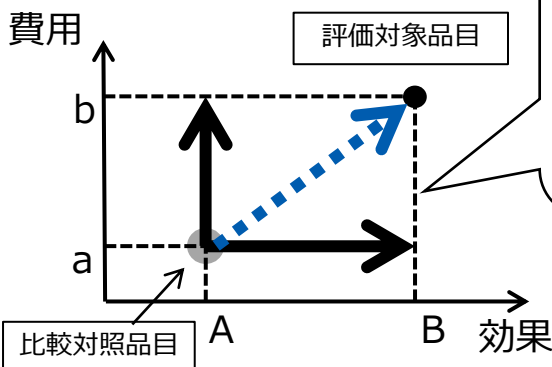
費用対効果評価制度について（概要）

- 費用対効果評価制度については、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年4月から運用を開始した。
- 市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。
- 評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる（薬価制度の補完）。
- 今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

【費用対効果評価の手順】



(注) カッコ内の期間は、標準的な期間



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

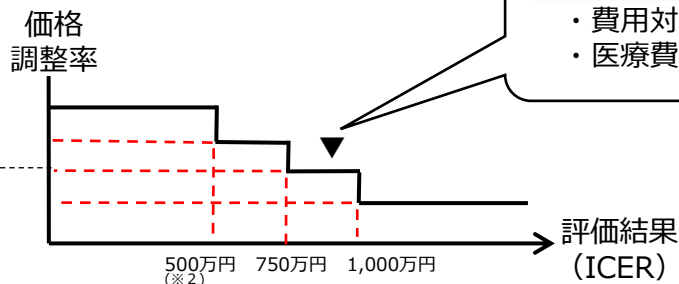
$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

総合的評価にあたっては、希少な疾患や小児、抗がん剤等の、配慮が必要な要素も考慮(※2)

評価結果に応じて対象品目の価格を調整(※3)

- ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
- ・医療費の減少につながる品目等は価格を引上げ

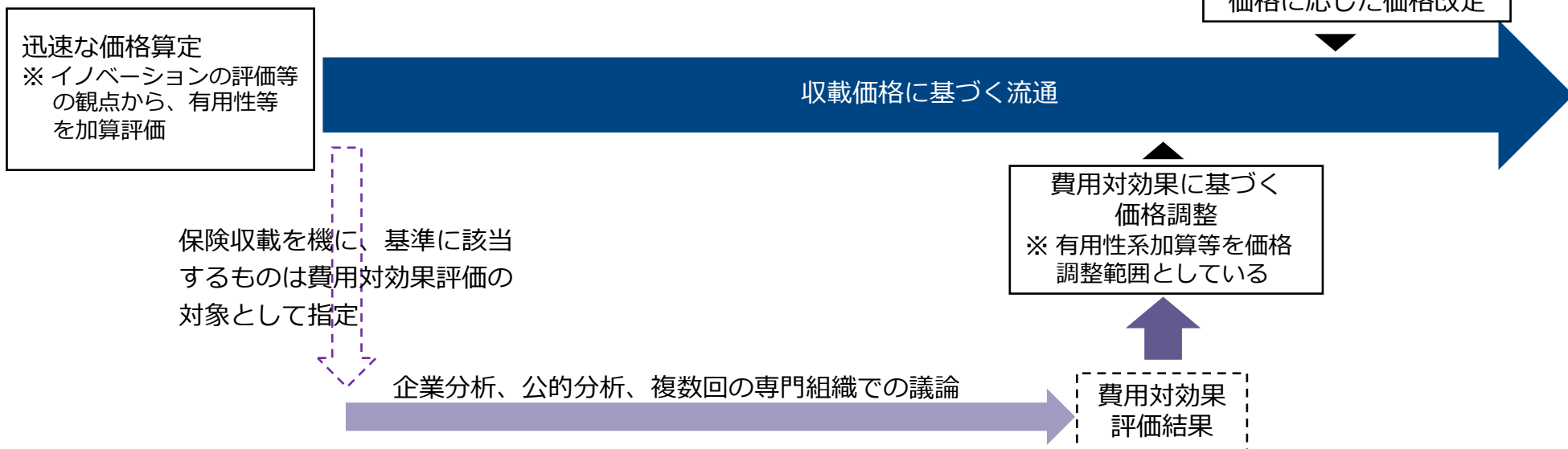


- (※2) 抗がん剤等については、通常よりも高い基準 (750万円/QALY) を用いる。
- (※3) 価格調整範囲は有用性系加算等

費用対効果評価制度について

- 薬価・材料価格制度においては、「モノとしての価格に着目した評価」として、薬効や機能区分に基づく分類に基づく算定（類似薬効比較方式、類似機能区分比較方式）、原価に基づく算定（原価計算方式）に加えて、費用対効果評価は「質調整生存年（QALY）をアウトカム指標とする増分費用効果比に基づく評価」を行っている。
- 費用対効果評価の結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、収載後の価格調整に用いることとされている。（薬価・材料価格制度の補完）
- そのため、薬効、機能区分や原価に基づく算定価格により保険収載は迅速に行われ、医薬品、医療機器へのアクセスを確保したうえで、費用対効果評価制度により、企業分析、公的分析に加え、複数回の専門組織での議論を経て評価が行われ、「質調整生存年（QALY）をアウトカム指標とする増分費用効果比に基づく評価」に基づく価格の調整が行われる。

薬価・材料価格制度と費用対効果評価制度（イメージ）



※ 費用対効果評価のプロセスや価格改定の時期等により、費用対効果評価に基づく価格調整や価格改定の時期等は品目により様々であることに留意が必要

個別事項(その15)

医療機関と高齢者施設等との連携について(その2)

介護保険施設及び障害者支援施設において
医療保険から算定できる医療サービスについて

1. 医療機関と高齢者施設等との連携について（その2）

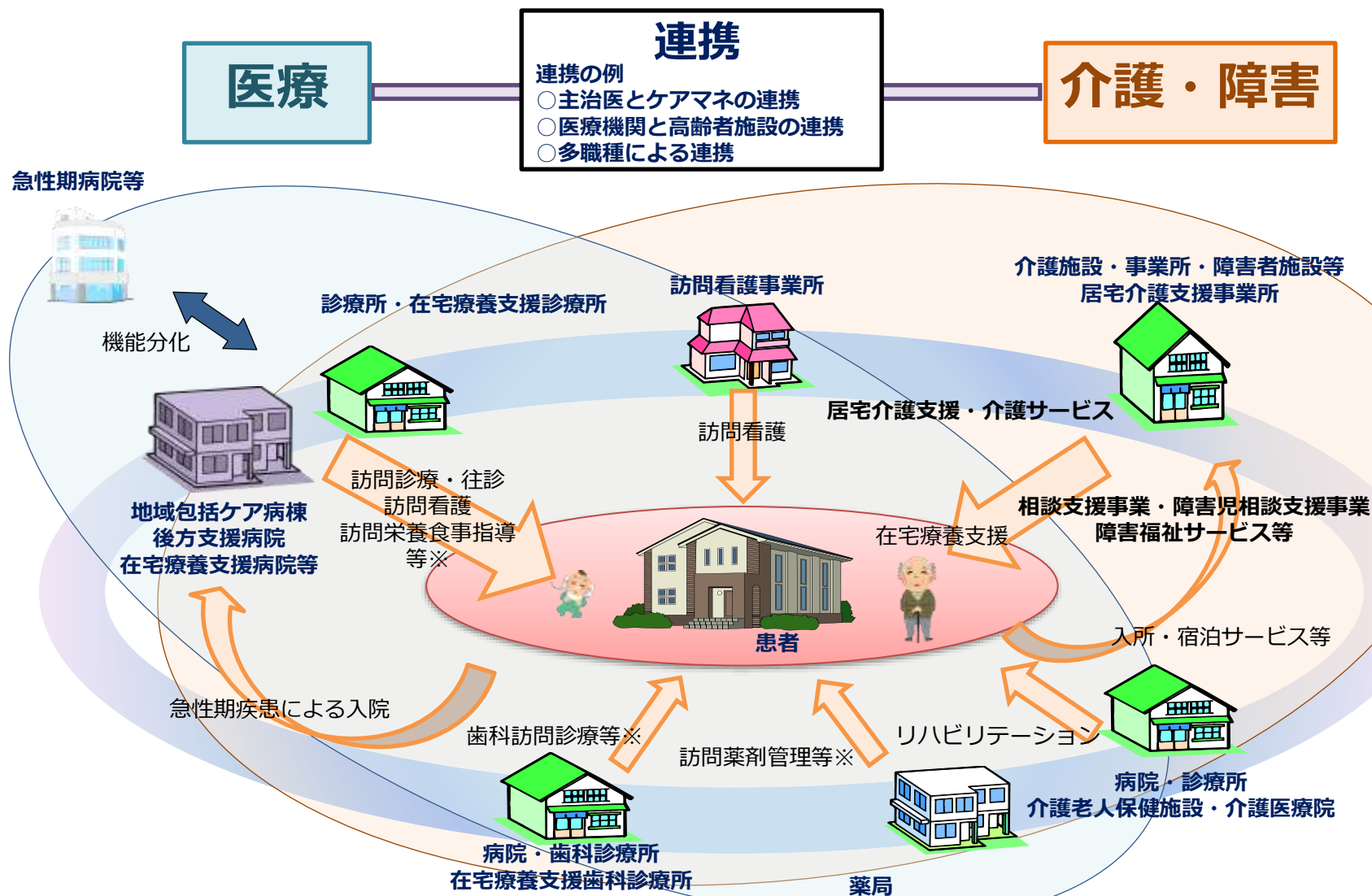
2. 介護保険施設及び障害者支援施設において

医療保険から算定できる医療サービスについて

地域包括ケアシステムにおける医療・介護（イメージ）

中医協 総-1
5. 10. 20

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要である。



※居宅療養管理指導を含む

高齢者施設等における協力医療機関等に関する運営基準（抜粋）

意見交換 資料－1
参考（一部改変）
R 5 . 4 . 1 9

○ 特養

第二十八条 指定介護老人福祉施設は、入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 指定介護老人福祉施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）

○ 老健

第三十条 介護老人保健施設は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護老人保健施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）

○ 介護医療院

第三十四条 介護医療院は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護医療院は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第5号）

○ 特定施設

第百九十一条 指定特定施設入居者生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定特定施設入居者生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）

○ 認知症グループホーム

第百〇五条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

3 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

出典：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生省令第34号）

高齢者施設等における医師・看護職員配置等について

社会保障審議会 介護給付費分科会（第231回） 令和5年11月16日	資料 5
--	------

	施設の基本的性格	平均 要介護度※	医師配置	看護職員配置	協力医療機関 にかかる基準
①介護医療院	要介護高齢者の長期療養・生活施設	4.21	常勤 (Ⅰ型は宿直あり)	6 : 1 (夜間配置必須)	協力病院
②介護老人保健施設	要介護高齢者にリハビリ等を提供し、 在宅復帰、在宅療養支援を行う施設	3.17	常勤 (100:1)	3 : 1 (うち看護2/7以上)	協力病院
③介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	要介護高齢者のための生活施設	3.98	健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数 (配置医師)	~30人: 1人 30~50人: 2人 50~130人: 3人 超えた部分は50:1	協力病院
④特定施設	高齢者のための住居	2.70	なし	~30人: 1人 超えた部分は50:1	協力医療機関
⑤認知症グループホーム	認知症高齢者のための共同生活住居	2.69	なし	なし (加算による評価)	協力医療機関

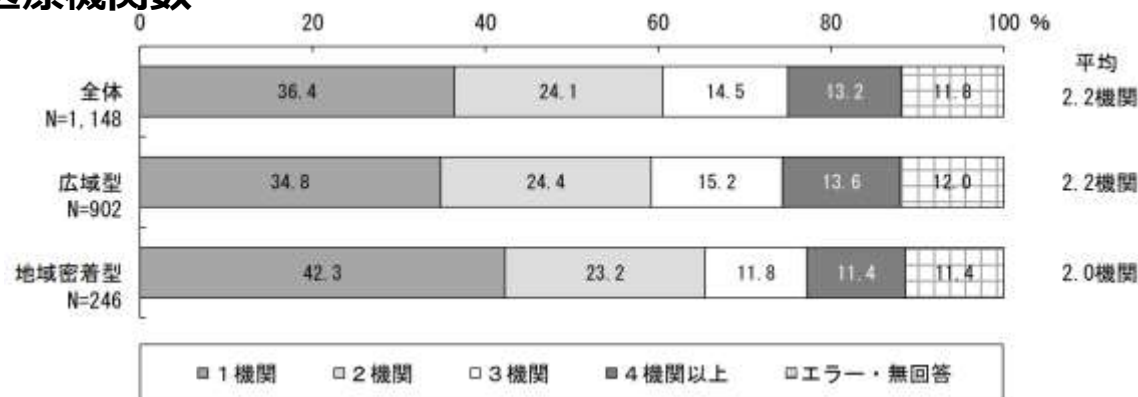
※ 令和3年度介護給付費等実態統計報告（令和3年5月審査分～令和4年4月審査分）

特別養護老人ホームにおける協力医療機関数及び種別

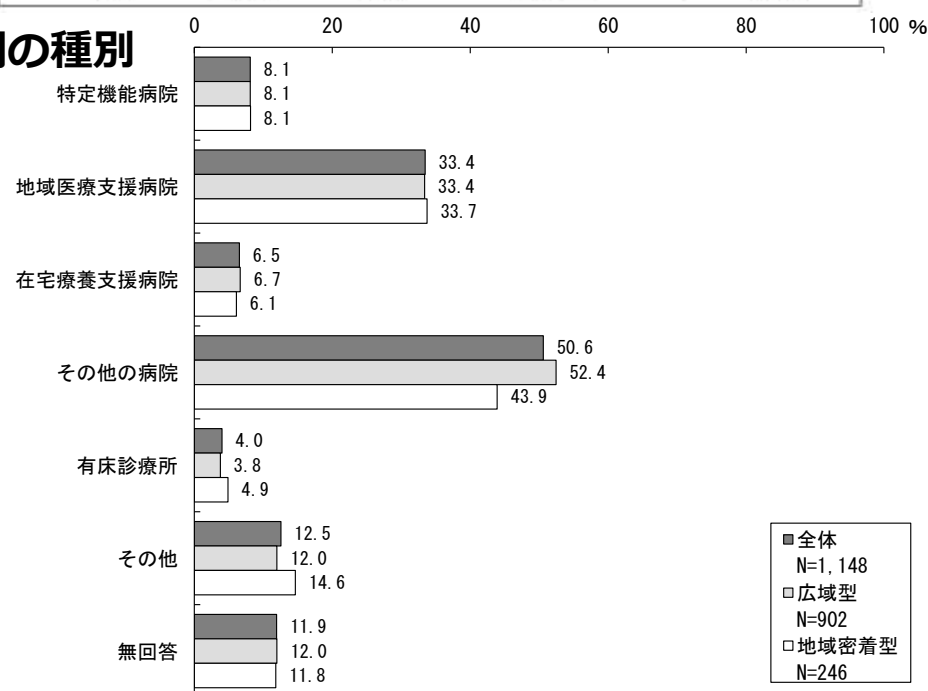
意見交換
資料 - 1 参考
R 5 . 4 . 1 9

- 協力医療機関数は、「1 機関」が36.4%で最も多く、次いで「2 機関」が 24.1%と続いている。
- 協力医療機関の種別は、「その他の病院」が 50.6%で最も多く、次いで「地域医療支援病院」が 33.4%と続いている。

○ 協力医療機関数



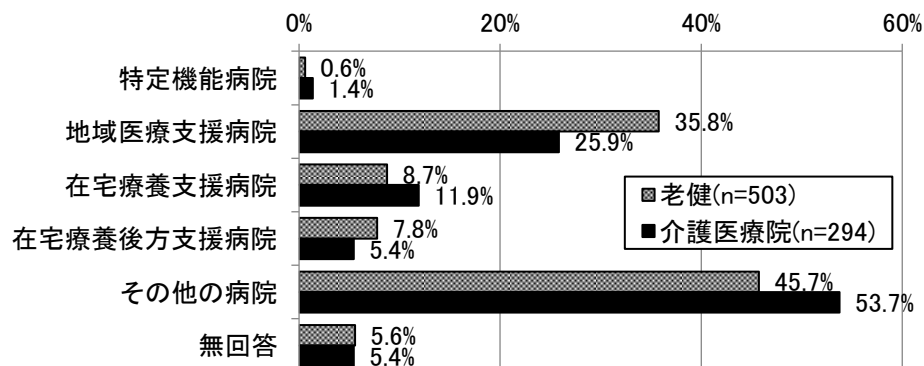
○ 協力医療機関の種別



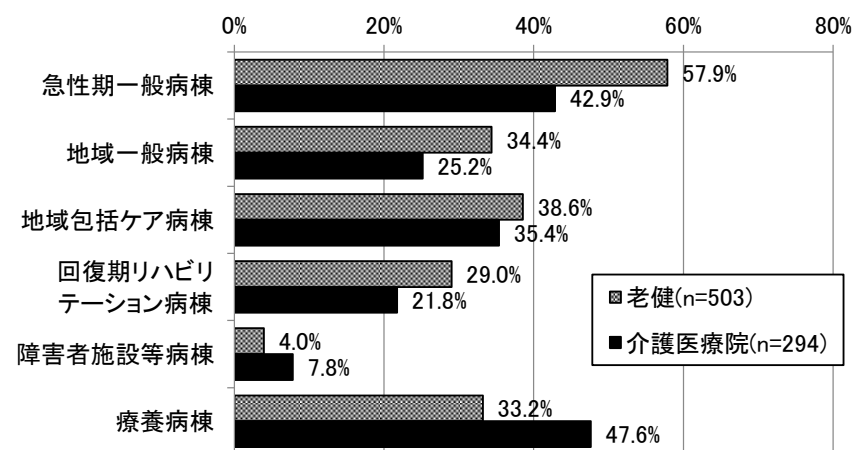
介護老人保健施設及び介護医療院における主たる協力病院

- 主たる協力病院の種別は、老健は「地域医療支援病院」が35.8%、「在宅療養支援病院」が8.7%、介護医療院は「地域医療支援病院」が25.9%、「在宅療養支援病院」が11.9%であった。
- 主たる協力病院が有する病床（病棟）の種類は、老健は「急性期一般病棟」が57.9%、介護医療院は「療養病棟」が47.6%であった。

主たる協力病院の種別（複数回答）



主たる協力病院が有する病床（病棟）の種類（複数回答）



介護保険三施設における入所者・退所者の状況

（退所者数：8,018人）

	100.0%
家庭	32.0%
介護老人福祉施設	4.9%
その他の社会福祉施設	5.6%
介護老人保健施設	16.6%
介護医療院	
医療機関	22.8%
その他	5.3%
不詳	12.8%



介護老人福祉施設



100.0%	
2.2%	家庭
1.9%	介護老人福祉施設
0.4%	その他の社会福祉施設
0.4%	介護老人保健施設
0.1%	介護医療院
23.7%	医療機関
69.0%	死亡 ※
0.9%	その他
1.4%	不詳

平均在所日数：1177.2日(1284.5日)

※死亡の内訳として、施設内での死亡が65.1%、入院先での死亡が34.9%

（退所者：23,106人）

	100.0%
家庭	33.6%
介護老人福祉施設	0.9%
その他の社会福祉施設	0.9%
介護老人保健施設	2.4%
介護医療院	0.1%
医療機関	48.5%
その他	2.4%
不詳	11.2%



介護老人保健施設



100.0%	
36.3%	家庭
9.1%	介護老人福祉施設
3.2%	その他の社会福祉施設
1.7%	介護老人保健施設
0.1%	介護医療院
33.3%	医療機関
10.6%	死亡 ※
5.0%	その他
0.8%	不詳

平均在所日数 309.7日(299.9日)

※死亡の内訳として、施設内での死亡が92.9%、入院先での死亡が7.1%

（退所者：1,184人）

	100.0%
家庭	8.2%
介護老人福祉施設	0.4%
その他の社会福祉施設	0.4%
介護老人保健施設	6.5%
介護医療院	
医療機関	74.2%
その他	5.6%
不詳	4.7%



介護医療院



100.0%	
7.8%	家庭
3.9%	介護老人福祉施設
1.7%	その他の社会福祉施設
9.9%	介護老人保健施設
	介護医療院
19.8%	医療機関
52.2%	死亡 ※
4.3%	その他
0.4%	不詳

平均在所日数 189.1日

※死亡の内訳として、施設内での死亡が100%

(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会

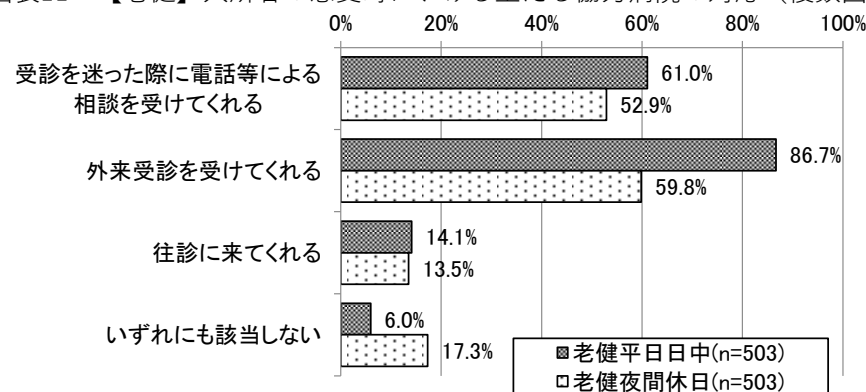
第27回(R5.9.21)

資料1-2

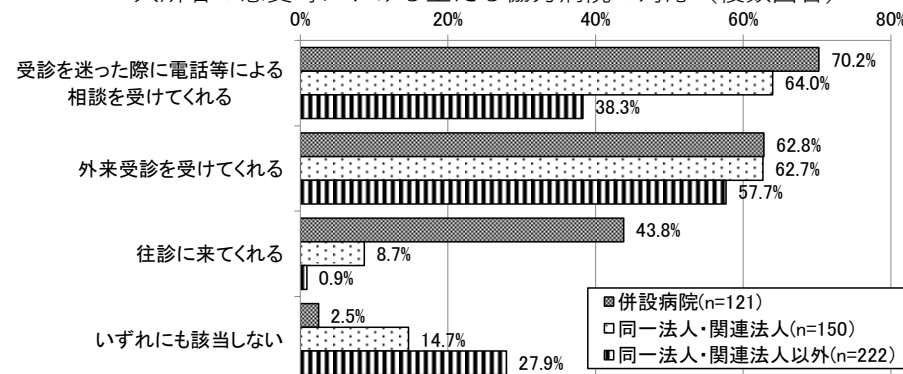
【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

- 入所者の急変時における主たる協力病院の対応について、老健の平日日中では「外来受診を受けてくれる」が86.7%、夜間休日では59.8%であった。協力病院が併設病院の場合は、夜間休日に「受診を迷った際に電話等による相談を受けてくれる」が70.2%であった。
- 介護医療院では平日日中は、「外来受診を受けてくれる」が57.8%、夜間休日では「受診を迷った際に電話等による相談を受けてくれる」が48.3%であった。協力病院が併設病院の場合は、夜間休日に「往診に来てくれる」が62.1%であった。

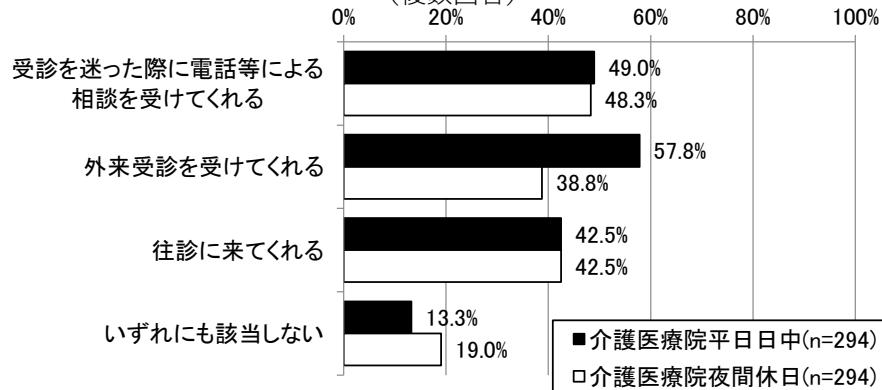
図表11 【老健】入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



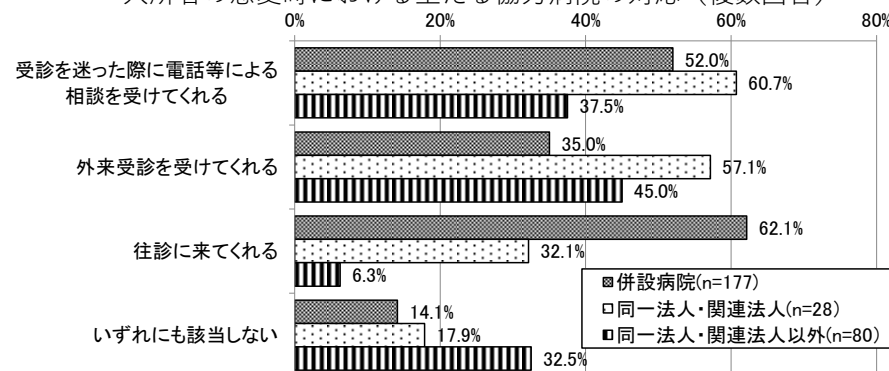
図表12 【老健・夜間休日】主たる協力病院との関係別入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



図表13 【介護医療院】入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



図表14 【介護医療院・夜間休日】主たる協力病院との関係別入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会

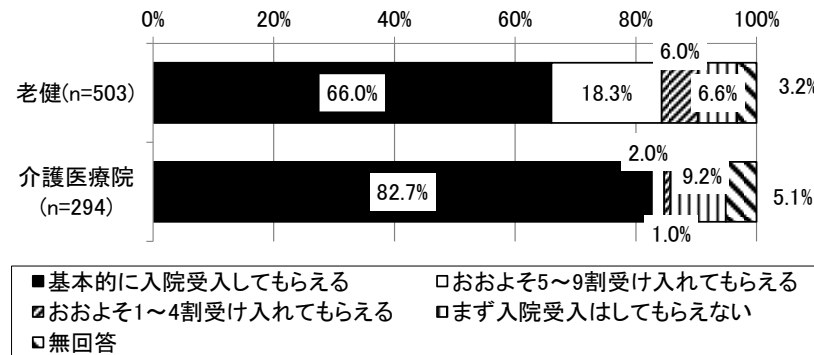
第27回(R5.9.21)

資料1-2

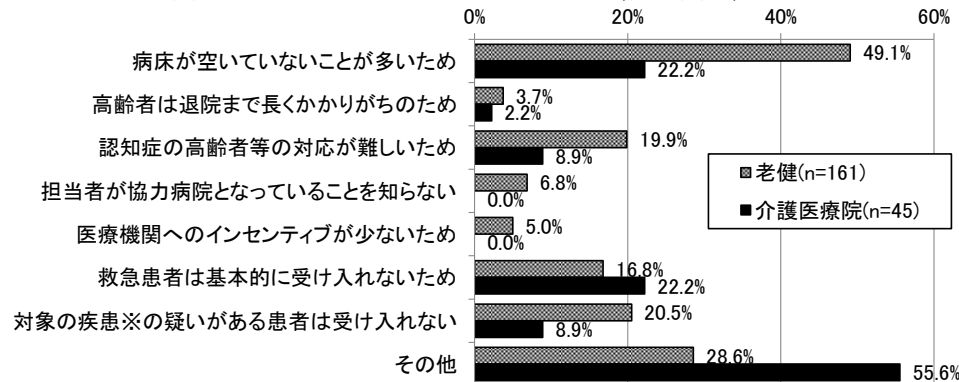
【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

- 入所者の急変時における主たる協力病院の入院受入は、老健は「基本的に入院受入してもらえる」が66.0%、介護医療院は82.7%であった。主たる協力病院との関係別にみると、「基本的に入院受入してもらえる」が老健では併設病院の場合に81.8%、介護医療院では併設病院の場合に89.8%であった。
- 受入をしてもらえない理由は、老健では「病床が空いていないことが多いため」が49.1%、介護医療院では「病床が空いていないことが多いため」「救急患者は基本的に受け入れないため」がそれぞれ22.2%であった。

図表15 入所者の急変時における主たる協力病院の入院受入

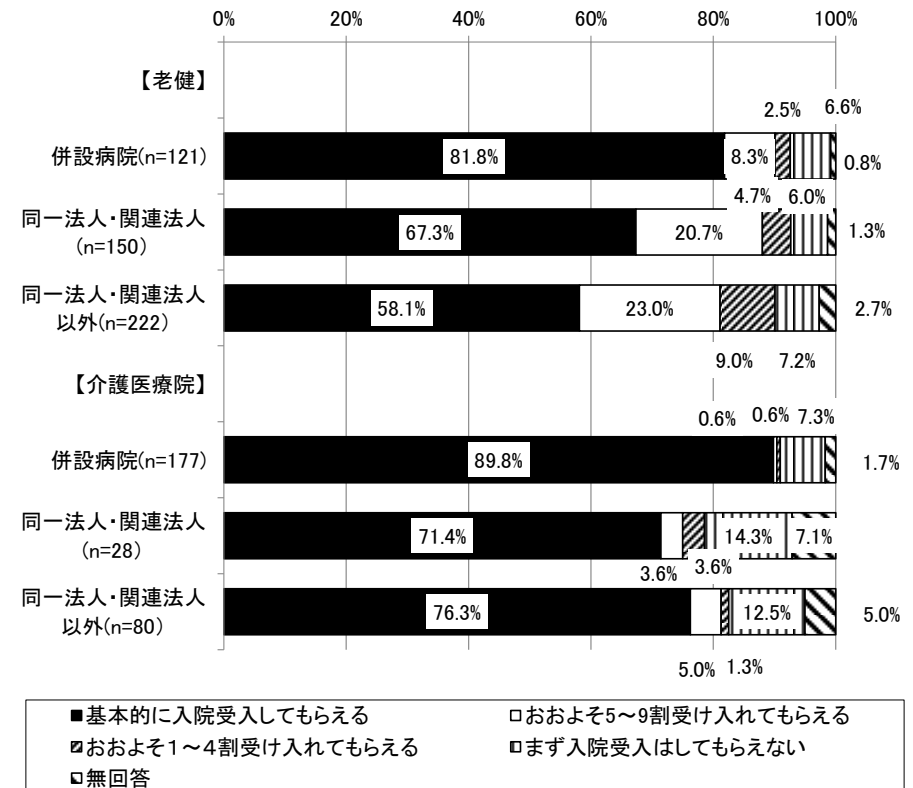


図表17 受入をしてもらえない理由（複数回答）



※対象の疾患：心筋梗塞、心不全、脳血管障害、骨折

図表16 【老健】主たる協力病院との関係別
入所者の急変時における主たる協力病院の入院受入



(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会

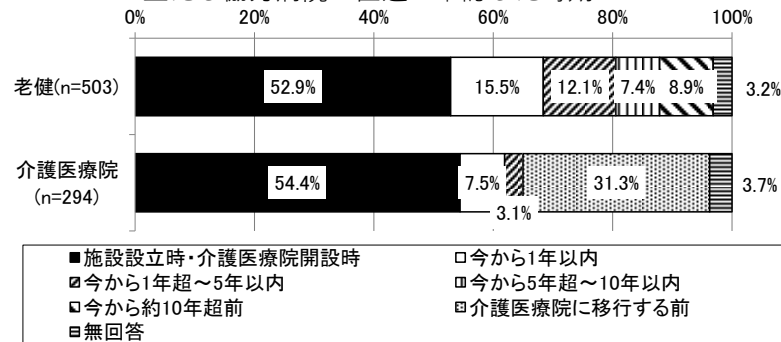
第27回(R5.9.21)

資料1-2

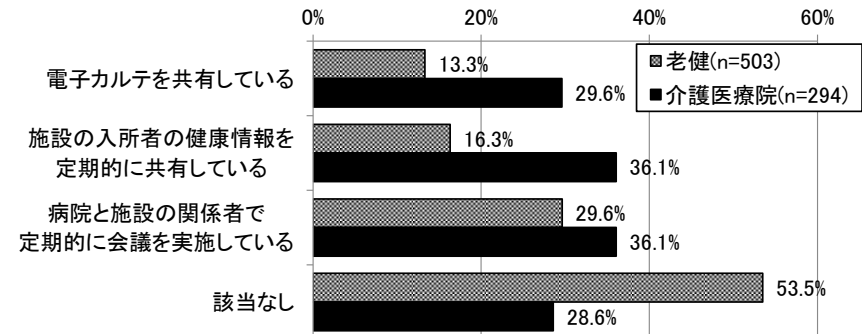
【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

- 入所者の入院や休日夜間等における対応等を主たる協力病院と直近で確認した時期は、老健では「施設設立時」が52.9%、介護医療院では「介護医療院開設時」が54.4%であった。
- 主たる協力病院との連携の状況は、老健は「該当なし」が53.5%、介護医療院は「施設の入所者の健康情報を定期的に共有している」「病院と施設の関係者で定期的に会議を実施している」がそれぞれ36.1%であった。老健では、主たる協力病院が併設病院の場合、「病院と施設の関係者で定期的に会議を実施している」が47.9%、同一法人・関連法人以外の場合「該当なし」が85.6%であった。介護医療院では、主たる協力病院が併設病院の場合、「施設の入所者の健康情報を定期的に共有している」が52.5%、同一法人・関連法人以外の場合「該当なし」が77.5%であった。

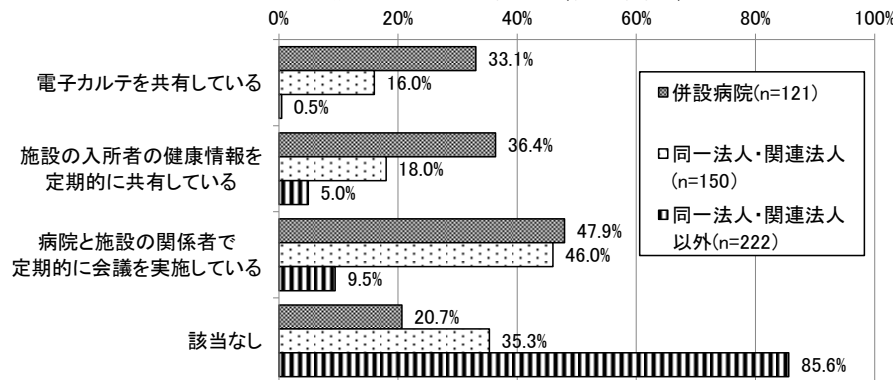
図表18 入所者の入院や休日夜間等における対応等を主たる協力病院と直近で確認した時期



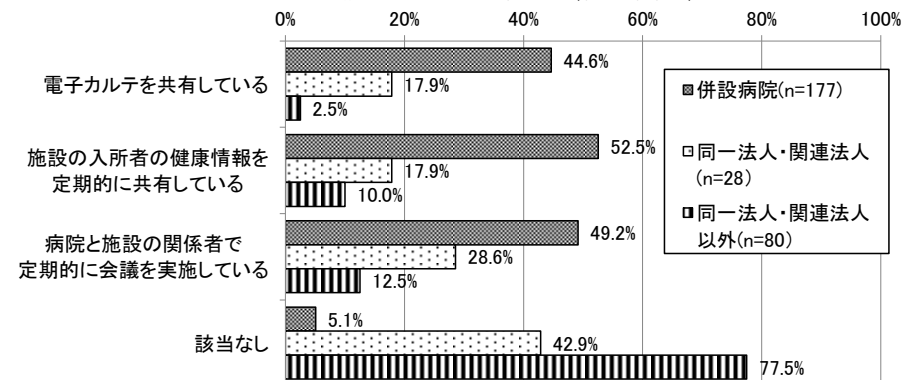
図表19 主たる協力病院との連携の状況（複数回答）



図表20 【老健】主たる協力病院との関係別主たる協力病院との連携の状況（複数回答）



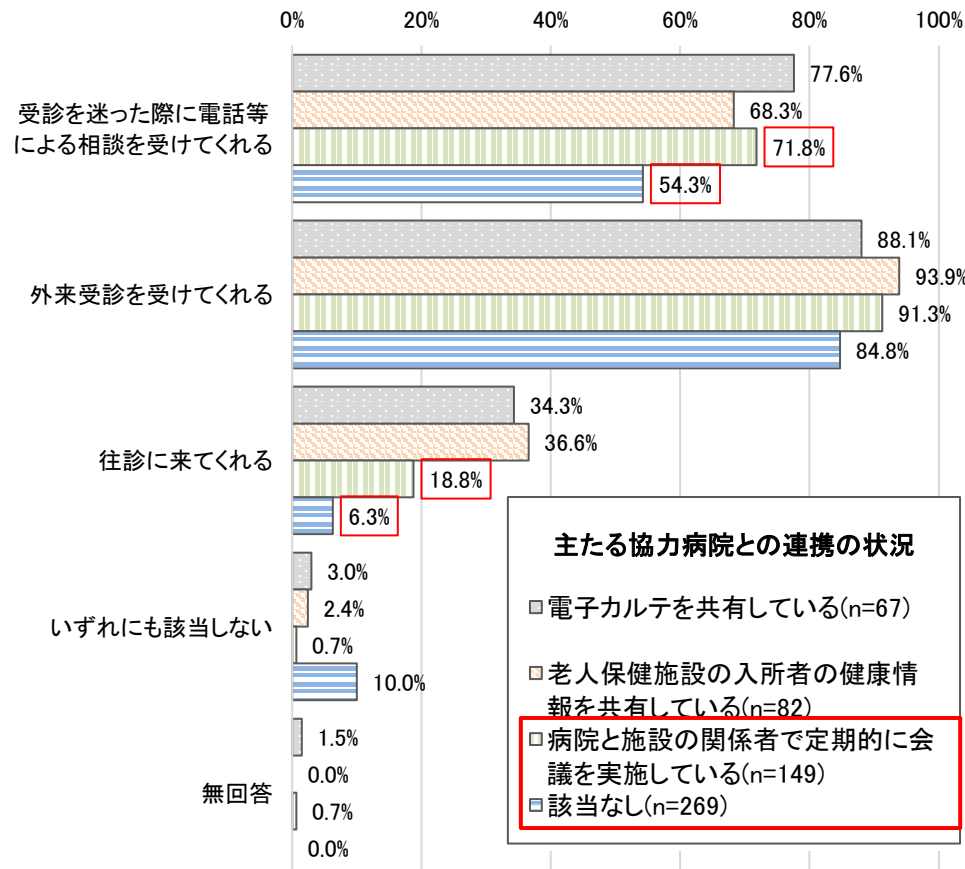
図表21 【介護医療院】主たる協力病院との関係別主たる協力病院との連携の状況（複数回答）



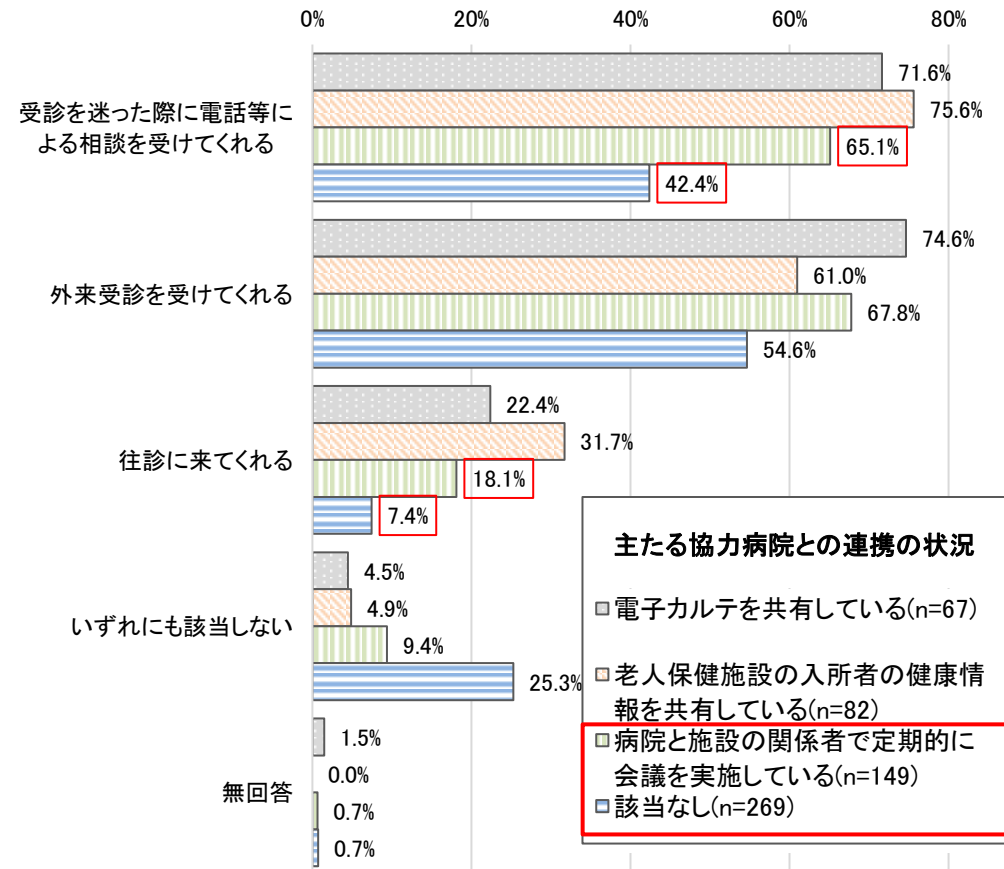
介護老人保健施設入所者の急変時における主たる協力病院の対応

- 平日日中に主たる協力病院が「電話等による相談を受けてくれる」割合について、主たる協力病院と「定期的に会議を実施している」と回答した施設では71.8%、主たる協力病院との連携が「該当なし」と回答施設では54.3%であった。また、夜間休日では、それぞれ65.1%と42.4%であった。
- 平日日中に主たる協力病院が「往診に来てくれる」割合について、主たる協力病院と「定期的に会議を実施している」と回答した施設では18.8%、主たる協力病院との連携が「該当なし」と回答施設では6.3%であった。また、夜間休日では、それぞれ18.1%と7.4%であった。

「入所者の急変時における主たる協力病院の対応」と
「主たる協力病院との連携の状況」の関係：平日日中



「入所者の急変時における主たる協力病院の対応」と
「主たる協力病院との連携の状況」の関係：夜間休日



類型見直しに伴う高齢者施設等における医療機関との連携体制等に関する調査

- 高齢者施設等における医療機関との連携体制の確保については、令和4年4～5月に、各都道府県において高齢者施設等への聞き取り等を実施いただき、高齢者施設等が協力医療機関を事前確保している、又は自治体が指定する医療機関や医療チームの往診派遣を要請できることの確認を行っていただいたところ。
- 今般の新型コロナウイルス感染症対策本部決定（令和5年3月10日）において、高齢者施設等については、入院が必要な高齢者の適切かつ確実な入院体制を確保しつつ、感染対策の徹底、医療機関との連携強化、療養体制の確保等を進めることとされたことを踏まえ、改めて、高齢者施設等と医療機関の連携体制について、各都道府県においてご確認をいただくため、調査を実施する。
- 具体的には、下記の項目について、対象となる高齢者施設等に調査を実施し、各都道府県で取りまとめた上で、厚生労働省にご提出をいただきたい。
- なお、本調査については、地域医療介護総合確保基金（介護分）による「令和5年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業」における「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」（施設内療養者1名あたり最大30万円）の補助にあたっての要件確認も兼ねており、**令和5年5月8日以降は、本調査によりすべての要件を満たすことが確認された事業所のみ、補助の対象とする。**

調査対象

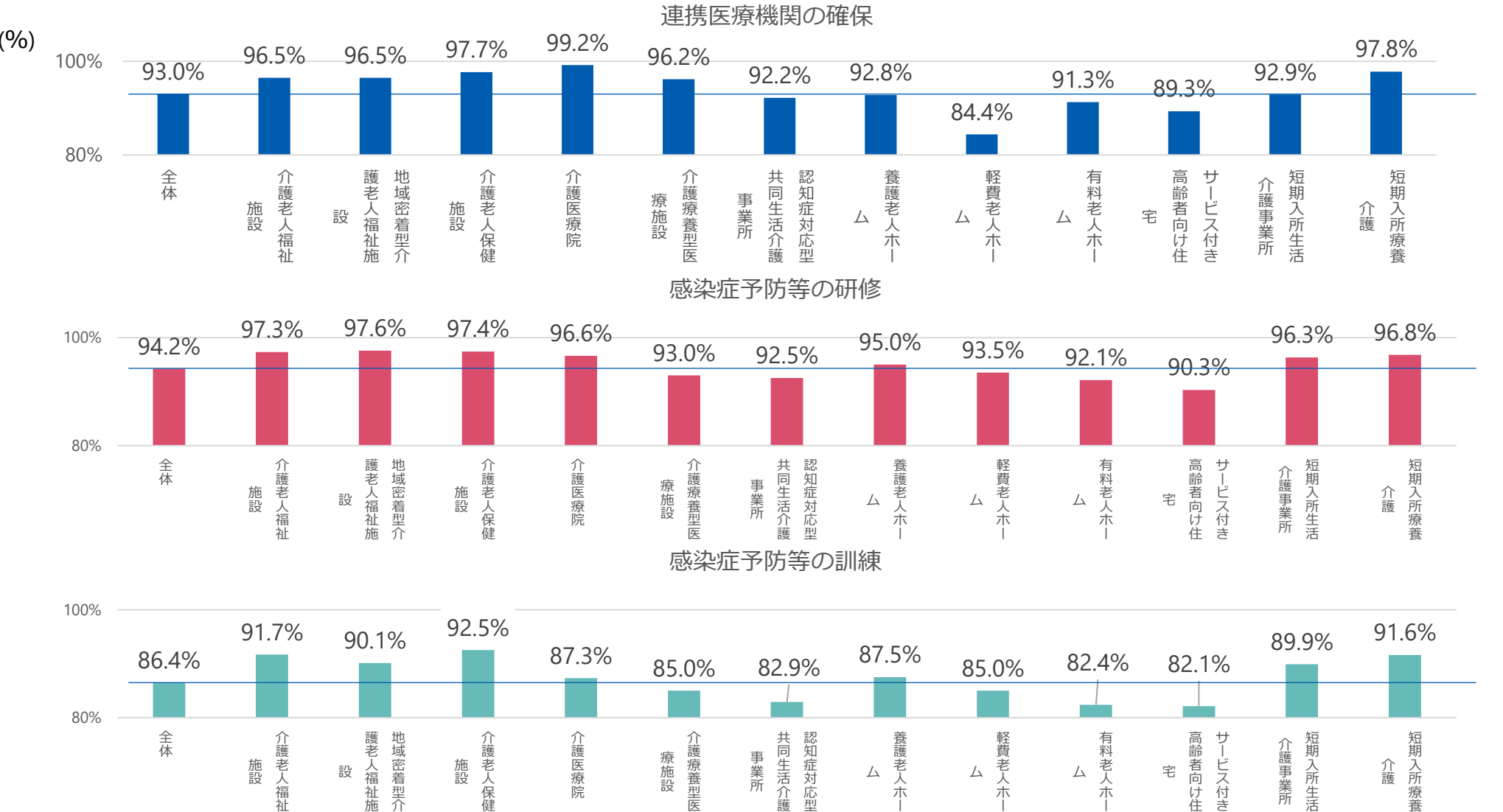
特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護、短期入所療養介護

	調査内容	具体的な調査項目
1	医療機関との連携体制の確保	・施設入所者に新型コロナウイルス患者（疑い含む）が発生した際に連携する医療機関（※）の確保状況（医療機関名、事前相談を行った年月日）（自施設の医師が実施する場合も可） <※連携医療機関に求められる主な対応> ① 施設からの電話等による相談への対応 ② 施設への往診（オンライン診療含む） ③ 入院の可否の判断や入院調整（当該医療機関以外への入院調整も含む）
2	感染対策	・全職員に対する、感染症の予防及びまん延防止のための研修の実施状況（直近の実施日） ・感染症の予防及びまん延防止のための訓練の実施状況（直近の実施日） ※ 令和5年5月8日までに実施予定の場合含む
3	ワクチンの接種状況	・希望する施設入所者へのオミクロン株対応ワクチン（1回目）の実施状況および接種実施時期 ・希望する施設入所者へのオミクロン株対応ワクチン（2回目）の実施予定の有無および接種実施予定時期

新型コロナの類型変更に伴う高齢者施設等と医療機関との連携状況

中医協 総-1
5. 10. 20

○ 新型コロナウイルス感染症の類型変更に伴う高齢者施設と医療機関の連携状況の調査によると、多くの高齢者施設で連携医療機関の確保を行っている。



新型コロナの類型変更に伴う高齢者施設等と医療機関との連携状況

中医協 総－1
5. 10. 20

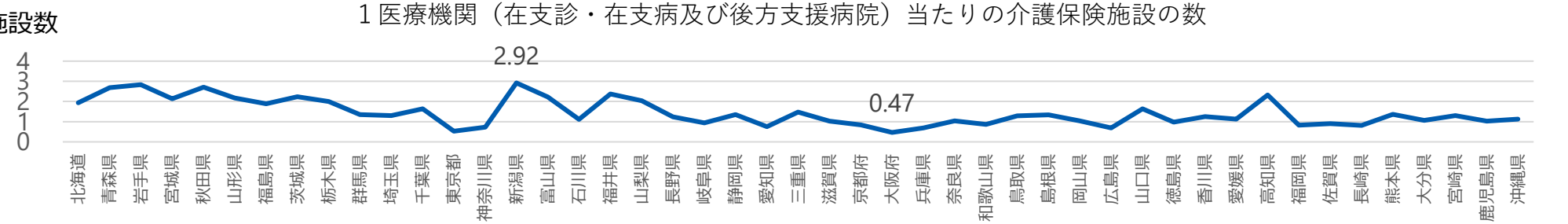
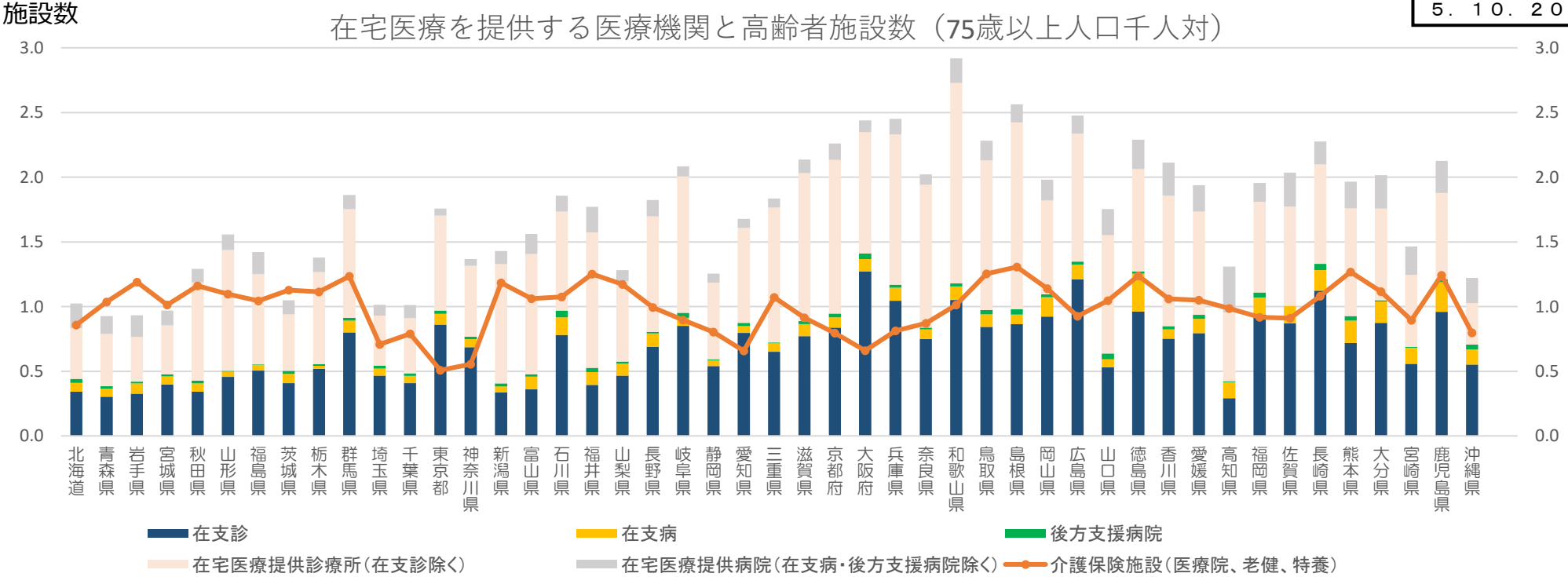
○ 新型コロナウイルス感染症の類型変更に伴う高齢者施設と医療機関の連携状況の調査によると、一部の県において連携医療機関の確保をしている高齢者施設の割合が80%以下である。



各都道府県における在宅医療を提供する医療機関と介護保険施設の数

- 各都道府県における在宅医療を提供している医療機関の数と介護保険施設の数は以下のとおり。
- 在宅療養支援診療所(在支診)・在宅療養支援病院(在支病)、在宅療養後方支援病院(後方支援病院)について、1医療機関当たりの介護保険施設の数は0.47～2.92施設と幅がある。

中医協 総一 1
5. 10. 20



出典：人口：厚生労働省「人口動態統計」(令和3年)
医療機関数：保険局医療課調べ(在支診・在支病・後方支援病院は令和4年7月1日時点で届け出ている医療機関、診療所・病院は令和4年5月診療分のNDBデータにおいて在宅患者訪問診療料又は往診料を算定した医療機関数)
高齢者施設数：「介護サービス施設・事業所調査」(令和3年)及び保険局医療課調べ

論点① 協力医療機関との連携体制の構築

社会保障審議会 介護給付費分科会（第231回）	資料 5
令和 5 年11月16日	

論点①

- 介護保険施設は運営基準において入所者の急変や入院治療に対応するため協力病院を定めることとされている。また、特定施設や認知症グループホームについては、協力医療機関を定めることとされている。
- 一方で、協力医療機関との連携の内容は様々であり、入所者の急変時等において協力医療機関が実施する対応として、電話等による相談対応や、外来での対応、往診の実施など対応が分かれている。
- さらに、入院加療が必要となった場合について、令和3年度DPCデータでは、介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%となっており、現行多くの患者が入院をしている医療機関について、当該医療機関が提供しうる医療の内容と、要介護者等の高齢者が求める医療の内容に乖離がある可能性が指摘されている。
- また、協力医療機関と休日夜間等における対応等を直近で確認した時期について、約半数の施設が施設の設立時であるとの調査もあり、必ずしも定期的な確認を行っていない状況がある。
- このような実態を踏まえ、本分科会や同時報酬改定に向けた意見交換会では、高齢者施設等は協力医療機関として、在宅医療を担う地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するべきといった意見があったところ。
- 高齢者施設等の入所者の急変時における相談体制や往診等の体制を充実する観点や、その後適切な入院医療に繋げる観点から、協力医療機関との連携体制についてどのような対応が考えられるか。

令和 6 年度介護報酬改定に関する審議報告（案）

＜第236回 社会保障審議会 介護給付費分科会(令和 5 年12月18日) 資料 2 抜粋＞

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

（3）医療と介護の連携の推進

⑨協力医療機関との連携体制の構築

介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

ア 以下の要件を満たす協力医療機関（iiiについては病院に限る）を定めることを義務づける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。その際、義務づけにかかる期限を3年とし、併せて連携体制に係る実態把握を行うとともに必要な対応について検討する。

i 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

ii 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。

iii 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。

ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

令和 6 年度介護報酬改定に関する審議報告（案）

＜第236回 社会保障審議会 介護給付費分科会(令和 5 年12月18日) 資料 2 抜粋＞

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

（3）医療と介護の連携の推進

⑳協力医療機関との定期的な会議の実施

介護老人福祉施設等、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入所者又は入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する新たな加算を設ける。また、特定施設入居者生活介護等における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。

令和5年10月20日開催の中医協における主なご意見

【医療機関と高齢者施設等との連携について】

- コロナ禍において、介護保険施設等における感染対策や、クラスター発生時の対応体制の脆弱性が明らかになった。後期高齢者の増加が見込まれる2040年に向けては、高齢者施設等は医療機関との連携はさらに強化しなければならず、高齢者が住み慣れた環境で最期を迎えるためにも、高齢者施設等に対する医療的支援は高く評価されるべき。
- 協力医療機関の在り方については、特定機能病院と連携するといった実態に即していない連携ではなく、在支診、在支病、有床診療所や、中小病院が運営する地域包括ケア病棟と連携する等、求められる病床機能や機能分化に応じた実効性のある連携が進むような評価の在り方を検討すべき。
- 協力医療機関として、高度急性期と言われている特定機能病院等が入っていることは、違和感を覚える。協力医療機関になった後、全く連絡をとらなくなる医療機関がある等の実態を踏まえ、連携を密にできるような体制を考えられないか。
- 在宅療養支援病院等における往診や、オンライン診療、入院調整といった取組の実態を踏まえ、在宅支援の機能として、あらかじめ取り決めを行い、電話相談だけではなく、往診や入院調整の役割を果たすことも施設基準とすることが望ましい。
- 日頃から患者の情報等をやり取りすることがあれば、緊急の対応を求められても、電話相談や往診で済むことも増え、不必要な救急搬送も無くなる可能性が高くなると考える。
- 協力医療機関であることについては、現在、何の評価も無いが、日頃から患者の病歴などについて、介護保険施設と情報共有しておくこと、急変時の対応等について、ICTも活用しながら連携を深めていくことは重要なポイントであり、これらの困難さと苦労も踏まえ、こういった連携している場合は通常の往診よりも高く評価されるべき。
- 本来であれば、介護保険施設は、利用料の中で日常的な医学管理が行われていることを考えると、単に医療保険の給付でこれまで以上の医療提供を行うということではなく、介護保険においても一定負担をしてもらう必要もある。
- 連携の在り方としては、コロナ禍における高齢者施設と医療機関との連携で、電話による対応方針の相談、緊急の往診、入院の要否の判断及び入院が必要な際の入院調整について、既に実績があるので、参考になるのではないか。

在支診・在支病の施設基準（参考）

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養 後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む） ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>					

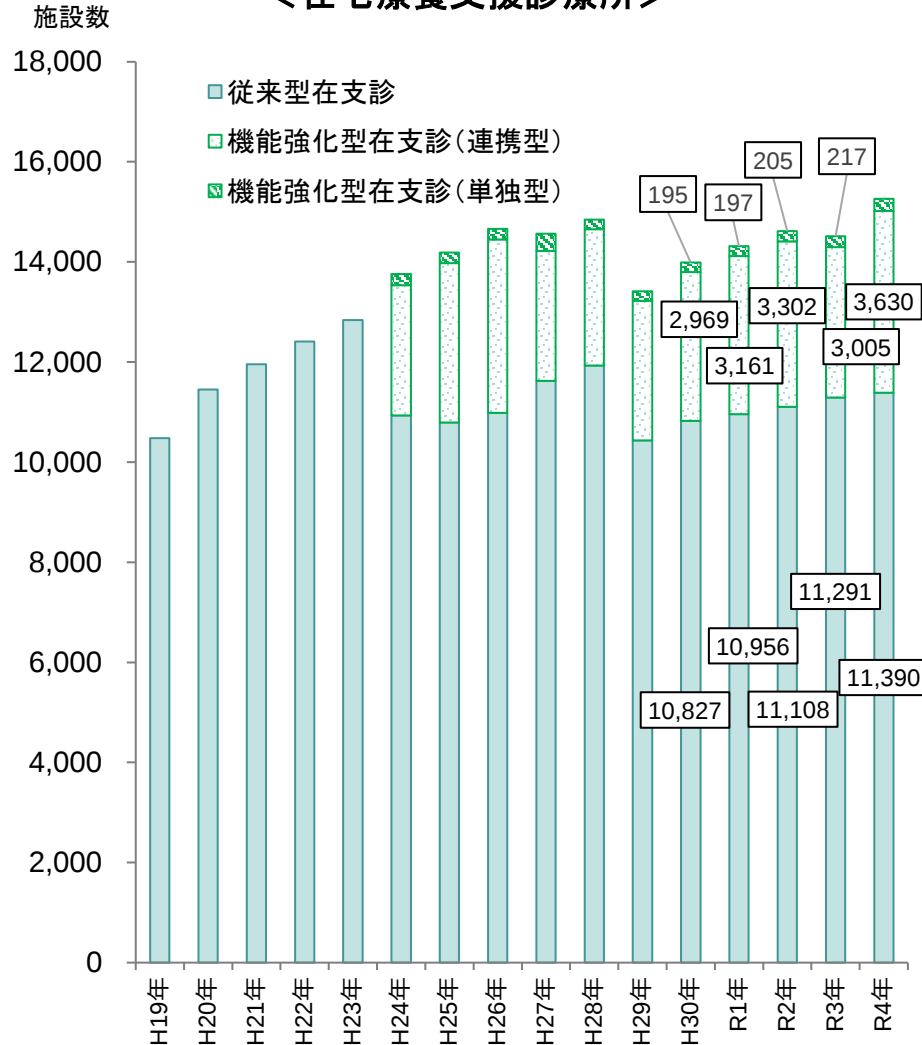
※：青字は令和4年度診療報酬改定における変更点

在宅療養支援診療所等の届出数

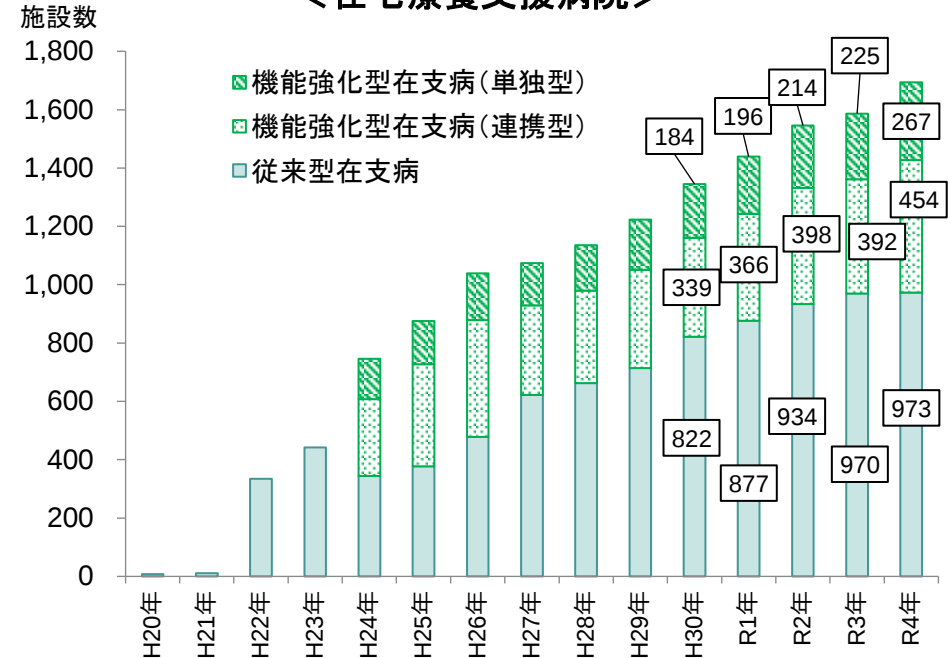
中医協 総-2
5. 7. 12

- 在宅療養支援病院の届出は、近年増加傾向である。
- 在宅療養支援診療所の届出は、近年横ばい傾向であったが、令和4年は増加している。

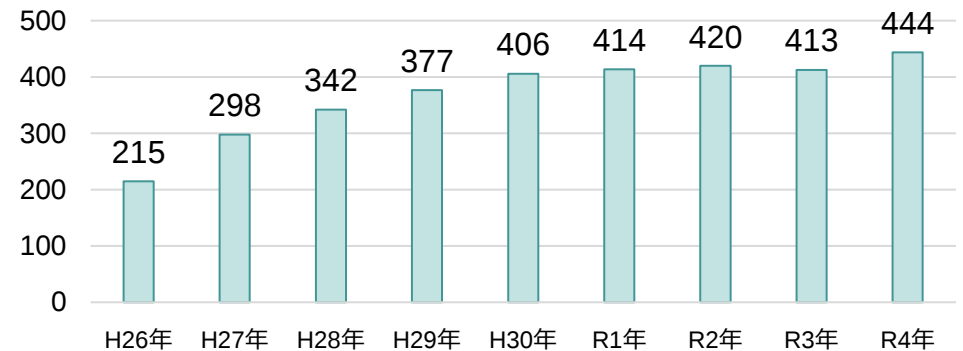
＜在宅療養支援診療所＞



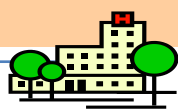
＜在宅療養支援病院＞



＜在宅療養後方支援病院＞※平成26年新設



地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



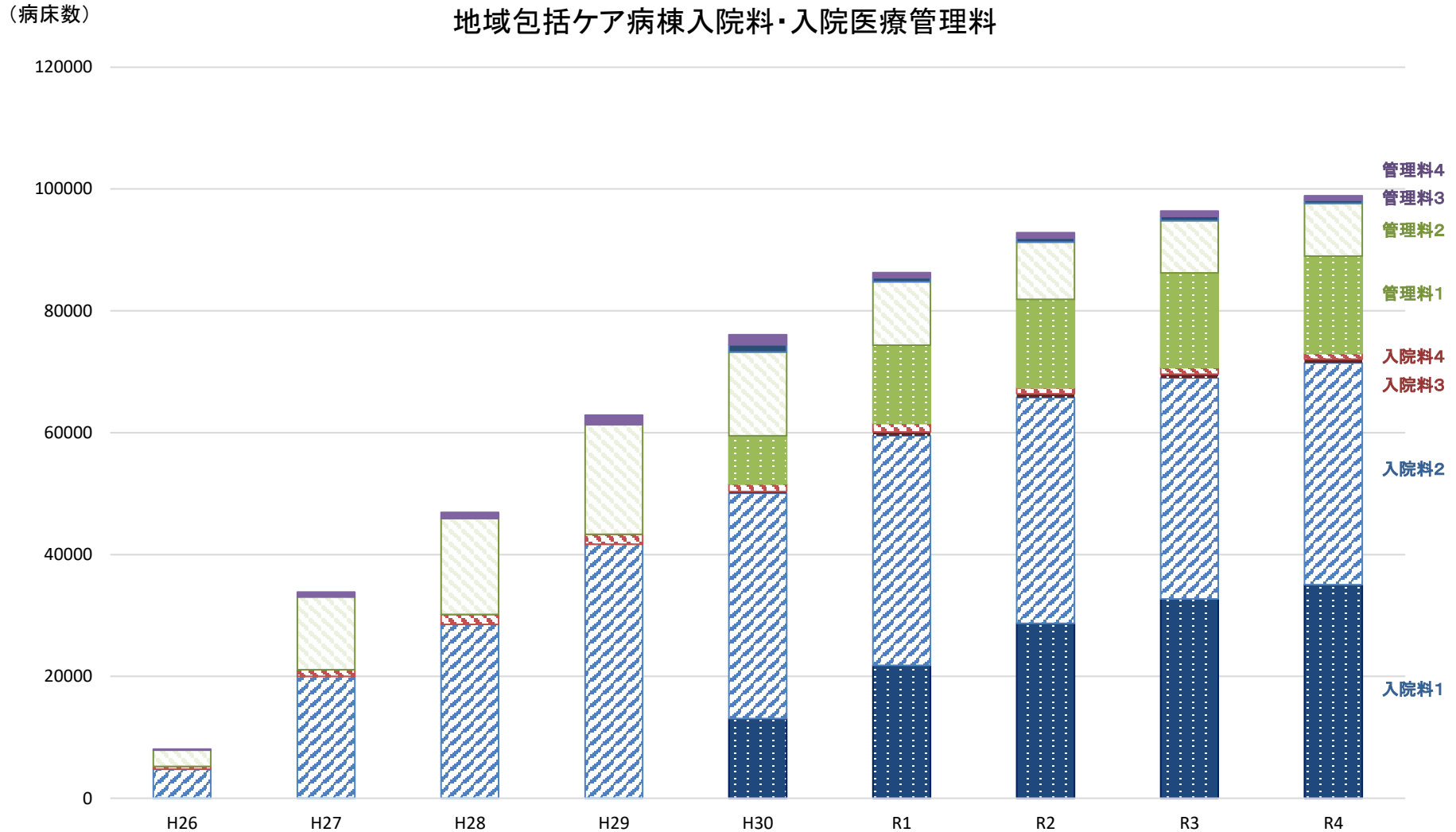
	入院料 1		管理料 1		入院料 2		管理料 2		入院料 3		管理料 3		入院料 4		管理料 4	
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）															
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置															
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については 1 日平均 2 単位以上提供していること															
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること															
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）															
届出単位	病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室	
許可病床数200床未満	○		－		○		－		○		－		○		－	
室面積	6.4平方メートル以上								－							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上															
自院の一般病棟から転棟した患者割合	－		6 割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85／100に減算)		－		－		6 割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85／100に減算)		－		－		－	
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)				いずれか1つ以上 (満たさない場合90／100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)				2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)				いずれか1つ以上 (満たさない場合90／100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)			
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上								3月で9人以上							
在宅医療等の実績	○（2つ以上）								○（2つ以上）							
在宅復帰率	7割2分5厘以上								7割以上（満たさない場合90／100に減算）							
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合） (満たさない場合90／100に減算)															
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）				2,620点（2,605点）				2,285点（2,270点）				2,076点（2,060点）			

・ 療養病床については 95 / 100 の点数を算定 する。ただし、救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が 6 割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ 3 月で 30 人以上のいずれかを満たす場合は 100 / 100

入院料別の届出病床数の推移

中医協 総－ 4
5 . 7 . 5

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数はいずれも増加傾向であった。



診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し①）

○ 診療報酬上の特例措置について、現場の実態等も踏まえつつ、点数の見直しを行う（令和5年10月1日～）。

新型コロナの類型変更（令和5年5月）に伴う方向性・考え方		令和5年9月まで	令和5年10月～
外来	空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価 その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	① 300点 【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形で8月末までに移行】 又は、 ② 147点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】	① 147点 【対応医療機関であって、院内感染対策を実施し、受入患者を限定しない】 又は、 ② 50点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し	147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導（注）】 ※ロナプリーブ投与時の特例（3倍）は終了 （注）家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導	終了
	位置付け変更に伴い医療機関が実施する入院調整等の評価	950点/回 【コロナ患者の入院調整を行った場合】	100点/回 【コロナ患者の入院調整を行った場合】
在宅	緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し 介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価	950点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は 2,850点	300点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は 950点
	往診時等の感染対策を引き続き評価	950点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】	300点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】
		300点 【コロナ疑い/確定患者への往診】	50点 【コロナ疑い/確定患者への往診】

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し②）

新型コロナの類型変更（令和5年5月）に伴う方向性・考え方		令和5年9月まで	令和5年10月～
入院	入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し 介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入れを評価	①重症患者 ICU等の入院料：1.5倍 (+2,112～+8,159点/日) ②中等症患者等（急性期病棟等） 救急医療管理加算1：2～3倍 (1,900～2,850点/日)	①重症患者 ICU等の入院料：1.2倍 (+845～3,263点/日) ②中等症患者等（急性期病棟等） 救急医療管理加算2：2～3倍 (840～1,260点/日)
		※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+950点/日）	※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+420点/日）
		コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日 (60日目まで。さらに14日目までは+950点)	コロナ回復患者を受け入れた場合 500点/日 (14日目まで)
	 必要な感染対策を引き続き評価	250～1,000点/日 (感染対策を講じた診療)	125点～500点/日 (感染対策を講じた診療)
		300点/日 (2類感染症の個室加算の適用)	300点/日 (2類感染症の個室加算の適用)
		250点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)	50点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)
歯科	コロナ患者への歯科治療を引き続き評価	298点 (治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施)	147点 (治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施)
調剤	コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料：2倍（+59点又は+45点） 自宅・介護施設等への対応を評価 (訪問対面500点、電話等200点を算定可)	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料：1.5倍（+30点又は+23点） 自宅・介護施設等への対応を評価 (訪問対面：500点/200点を算定可)

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

※このほか、令和5年5月8日から令和6年3月までの時限措置として、新型コロナ罹患後症状に関する診療報酬の特例（+147点／3月ごとに算定可）

出典：「新型コロナウイルス感染症に関する10月以降の見直し等について」（令和5年9月15日厚生労働省公表資料）より抜粋

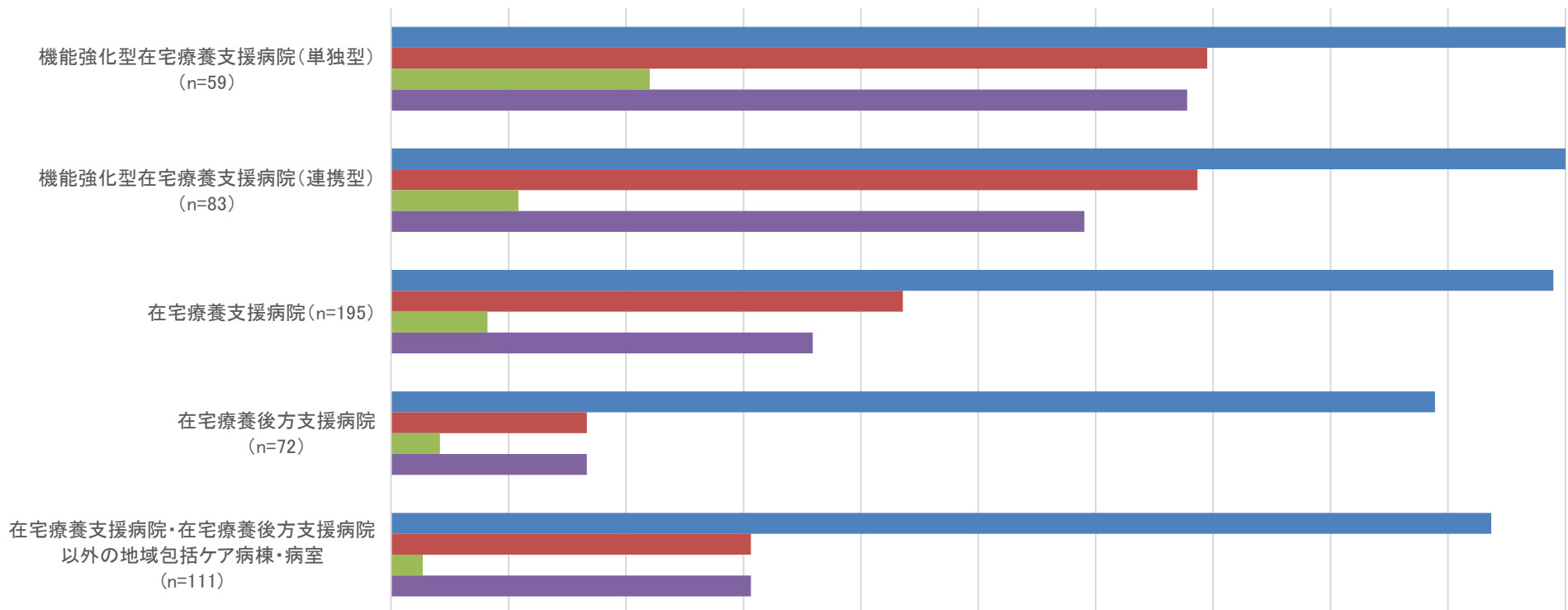
介護保険施設等との連携に係る状況②

診調組 入-3
5. 10. 5

- 地域包括ケア病棟等の届出のある在宅療養支援病院(在支病)等における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談対応はほとんどの医療機関で対応可能とされており、緊急時の往診について、特に機能強化型在支病においては対応可能と回答した医療機関が多かったが、全体の70%程度に留まっている。

在宅療養支援病院等における介護保険施設等に関する連携の実施体制について

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0% 70.0% 80.0% 90.0% 100.0%



■ 介護保険施設等からの電話等による相談への対応

■ 介護保険施設等に入所する者が、当該患者又はその看護に当たっている者から往診を緊急に求められ、速やかに往診しなければならないと判断した場合の往診による対応

■ やむを得ない理由により上記往診の実施が難しい場合のオンライン診療による対応

■ 介護保険施設等に入所する者が、往診又はオンライン診療を実施した際に入院の要否の判断及び必要に応じた入院調整(当該医療機関以外への入院調整も含む)

介護保険施設等との連携に係る状況④

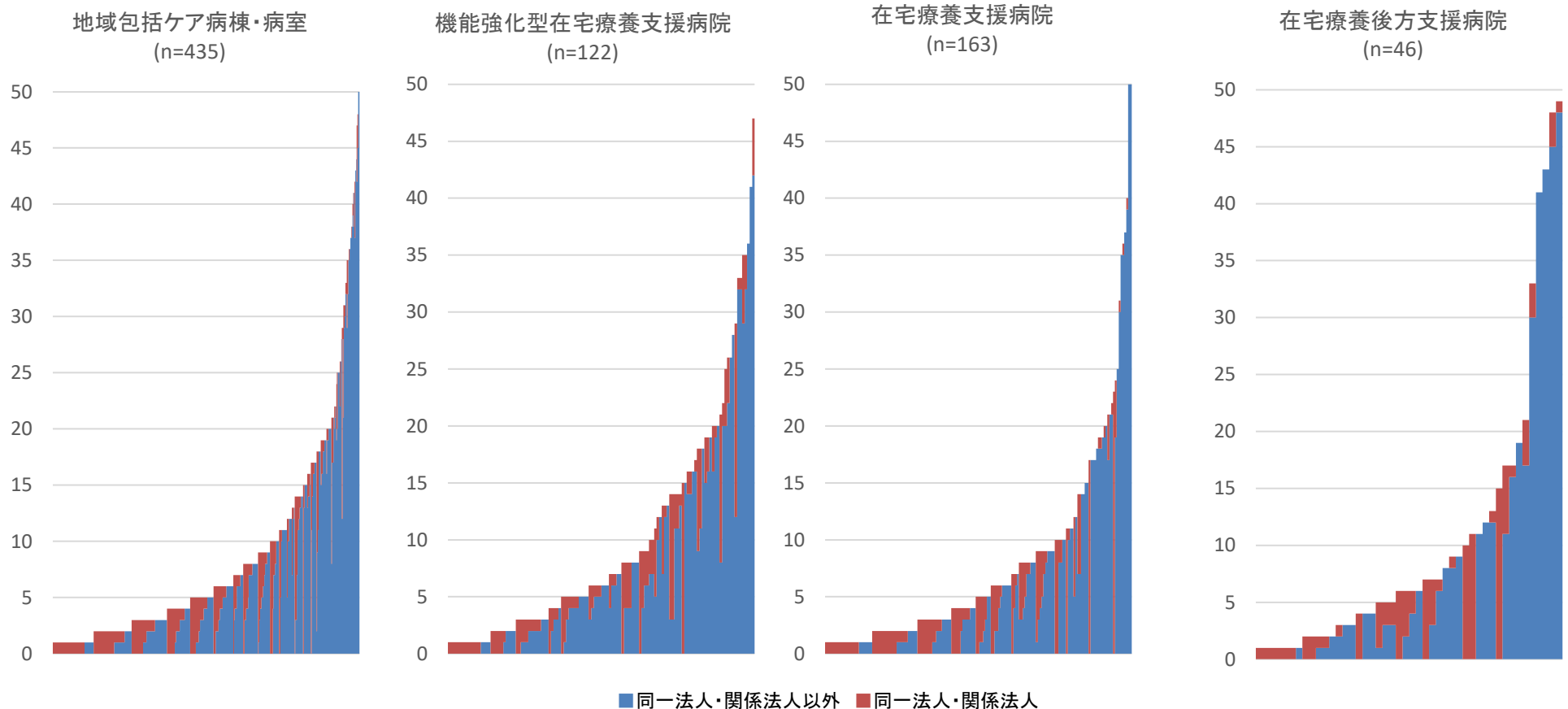
診調組 入-3
5 . 1 0 . 5

- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関等ごとの、電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数は、以下のとおり。
- 多くの介護保険施設と取り決めを行う医療機関もあるが、中には同一法人・関係法人内の介護保険施設とのみ取り決めを行っている医療機関も存在した。

介護保険施設等との連携体制の構築状況

※電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数が1以上50以下の施設のみ集計
(50より大きい介護保険施設数: 地域包括ケア病棟・病室: 15施設、機能強化型在宅療養支援病院: 7施設、在宅療養支援病院: 1施設、在宅療養後方支援病院: 2施設)

(施設数)

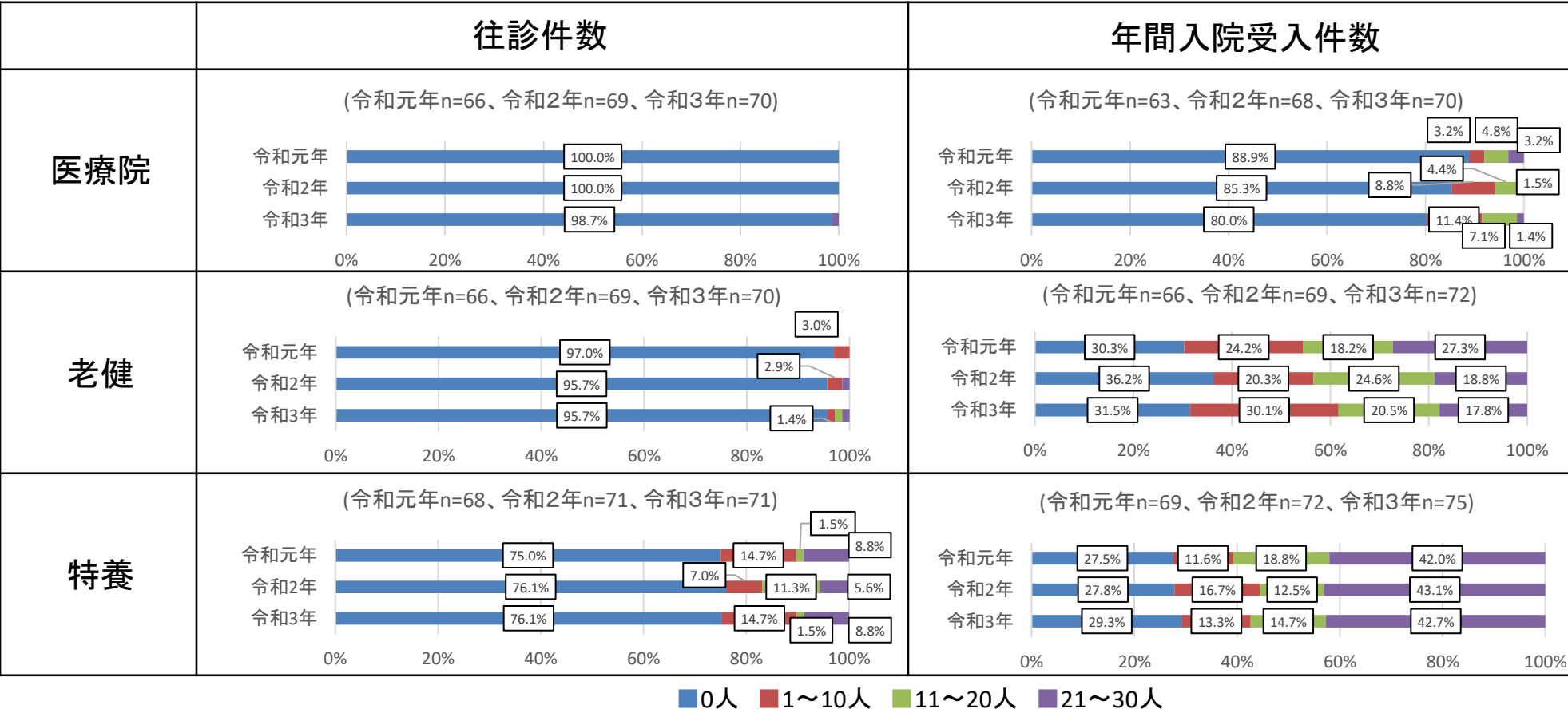


在宅療養支援病院における介護保険施設に対する往診等の対応状況

中医協 総-1
5. 10. 20

- 在宅療養支援病院において、特養に往診を行っていない在支病の割合は75%程度で推移し、近年変化はない、介護老人保健施設、介護医療院への往診はほとんど行われていなかった。
- 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設に入所している患者の入院は多くの在宅療養支援病院で受け入れられており、近年傾向に大きな変化はない。

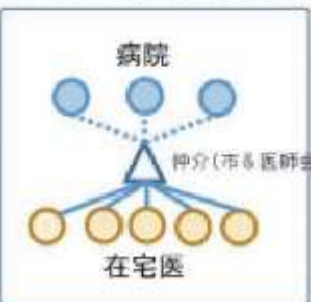
在宅療養支援病院における介護保険施設への年間往診件数、介護保険施設からの年間入院受入件数割合



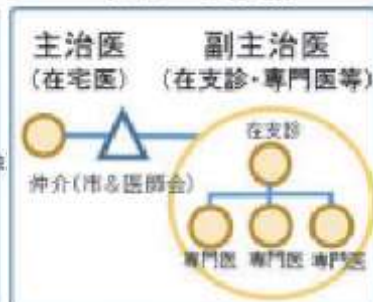
- 診療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携に基づく水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みを構築している地域がある。

訪問診療を行う医師のグループ形成によるバックアップ (千葉県柏市)

n対n(行政が仲介)



グループ診療



ICT活用の多職種連携



→柏市と医師会が中心となり、地域の多職種も巻き込みつつ、体制を構築。

○垂直連携(柏市が事務局として実施)

- ・病診連携：急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

○水平連携(主に、柏市と柏市医師会にて実施)

- ・診診連携：かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ
- ・多職種連携：情報共有システムの利活用

在宅医・多職種向け研修会の開催

○市民への在宅医療の支援：柏市地域医療連携センター※(柏市が設置)

- ・在宅主治医がいない市民の方に対して紹介
- ・多職種への『在宅医療多職種連携研修会』等の実施

※土地提供は柏市、建物は柏市医師会・柏歯科医師会・柏市薬剤師会の寄附により建立。

患者急変時のICTを活用した患者情報連携 (新潟県長岡市)

n対n



ICTを使用した多職種を含む水平連携



→医師会が中心となって、長岡市の協力を得て、医師と訪問看護師グループの連携が実現。

○垂直連携(医師会及び市内10病院で実施)

- ・救急医療機関との後方支援体制や地域の医療機関とのバックアップ体制を構築。

→長岡地域救急懇談会(事務局：消防署、2か月に1回程度)において、病院関係者・医師会・市役所・警察署・弁護士会・報道機関が参加し、地域の救急体制について議論を実施。

○水平連携(長岡市・医師会・訪問看護ステーション協会にて実施)

- ・ICTを利用した、多職種間で患者情報を連携(医師会)

→長岡フェニックスネットワーク協議会(事務局：医師会、年2回程度)で、長岡市、訪問看護ステーション協会、歯科医師会、薬剤師会の各団体が参加し、連携ルールの構築や課題等について協議。

- 今後高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえ、情報通信機器等の活用等も含めた、質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制を進める必要がある。
- 在宅医療における情報通信機器等の活用の取組としては、対面診療の補完、医療過疎地における遠隔診療、多職種連携におけるネットワーク構築等がある。

【在宅医療における情報通信機器の活用例】

対面診療の補完としてのオンライン診療

- ・福岡県（福岡市）の医療機関では、在宅患者に対する医療提供体制の強化の一環として、訪問計画の一部にオンライン診療を組み込む事で、医師の訪問負担を軽減しつつ、在宅患者への診療頻度を高める取組を実施している。



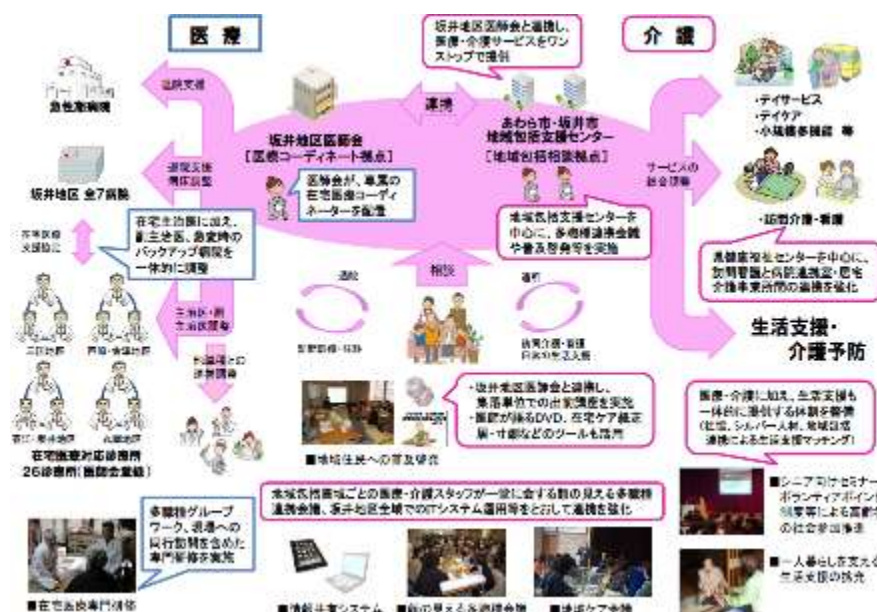
訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

- ・徳之島（鹿児島県）における病院と自治体が連携し、遠隔医療支援プラットフォームを活用したモデルを構築する取組
- ・訪問看護が取得した患者のバイタルデータを用いて、医師がオンラインで診察・記録を行うことができる。



ネットワーク構築による病病連携・病診連携・多職種連携の構築

- ・福井県（坂井地区）では病院が持つ患者情報（退院・看護サマリ、検査結果、画像、処方、注射など）をシステムにより、診療所や訪問看護ステーション、介護施設等と共有できる体制を整備。
- ・「カナミックネットワークTRITRUS」を用いて、在宅医療関係者間 診療情報や日々の生活情報等を共有

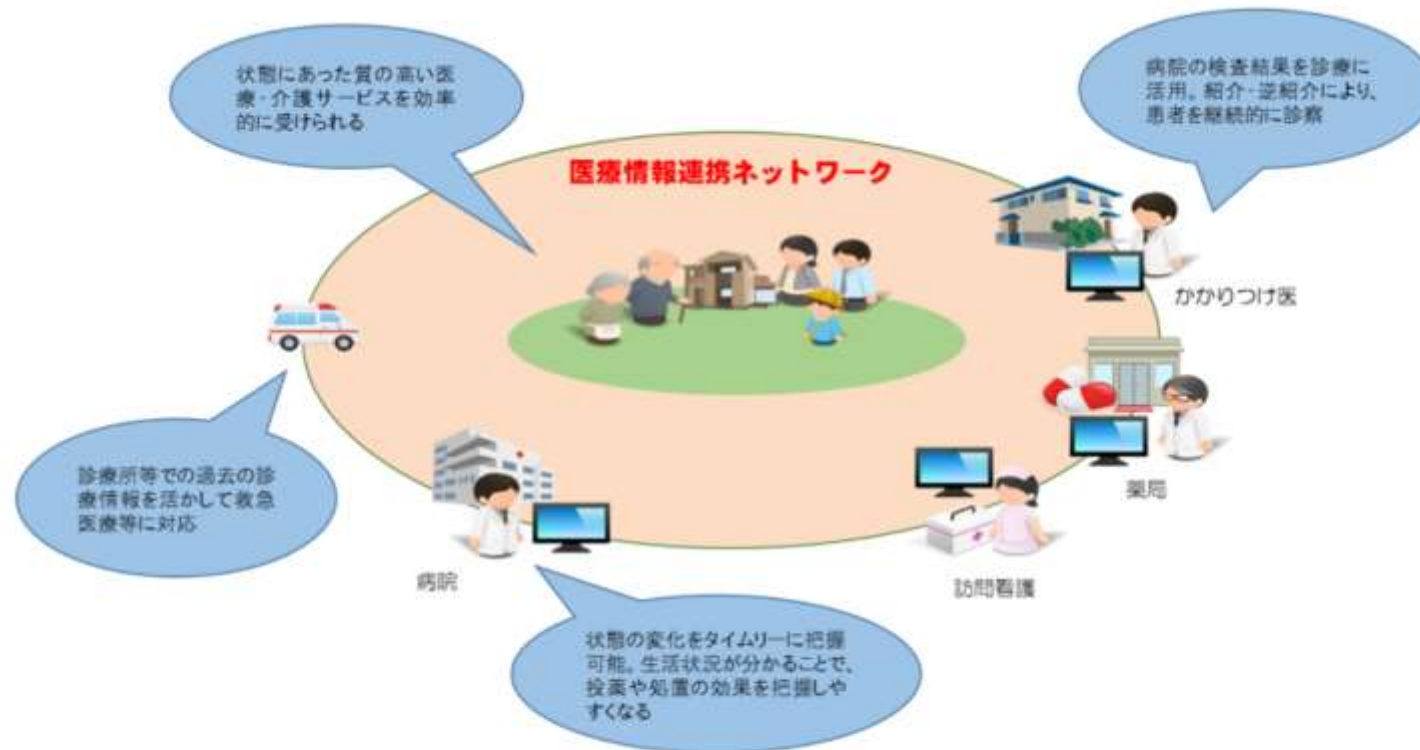


【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）

I C T を用いた平時からの診療情報の連携について①

中医協 総-1
5. 12. 15

- 医療情報連携ネットワークとは、患者の同意のもと、医療機関等の間で、診療上必要な医療情報（患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等）を電子的に共有・閲覧できることを可能とする仕組みである。
- 関係医療機関等の間で効率的に患者の医療情報を共有することが可能になることから、例えば、
 - ・患者に関する豊富な情報が得られ、患者の状態に合った質の高い医療の提供
 - ・高度急性期医療、急性期医療、回復期医療、慢性期医療、在宅医療・介護の連携体制の構築
 - ・投薬や検査の重複が避けられることによる患者負担の軽減などの効果が期待されている。



I C T を用いた平時からの診療情報の連携について②

中医協 総 - 1
5. 1 2. 1 5 改

- 地域医療情報連携ネットワーク(以下「地連NW」という。)が提供しているサービスについて、「診療情報の連携」を行っている施設は220施設中183施設であった。
- I C T を利用した地連NWの参加施設について、介護施設の施設数は増加傾向である。

図 2.10-2 提供しているサービスの状況

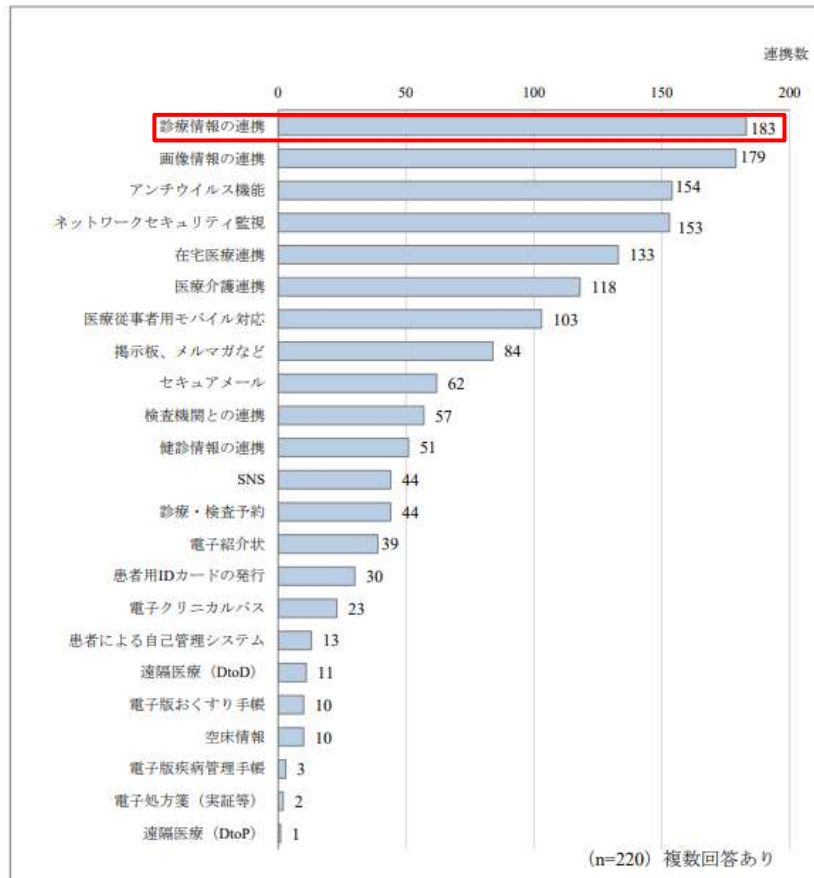
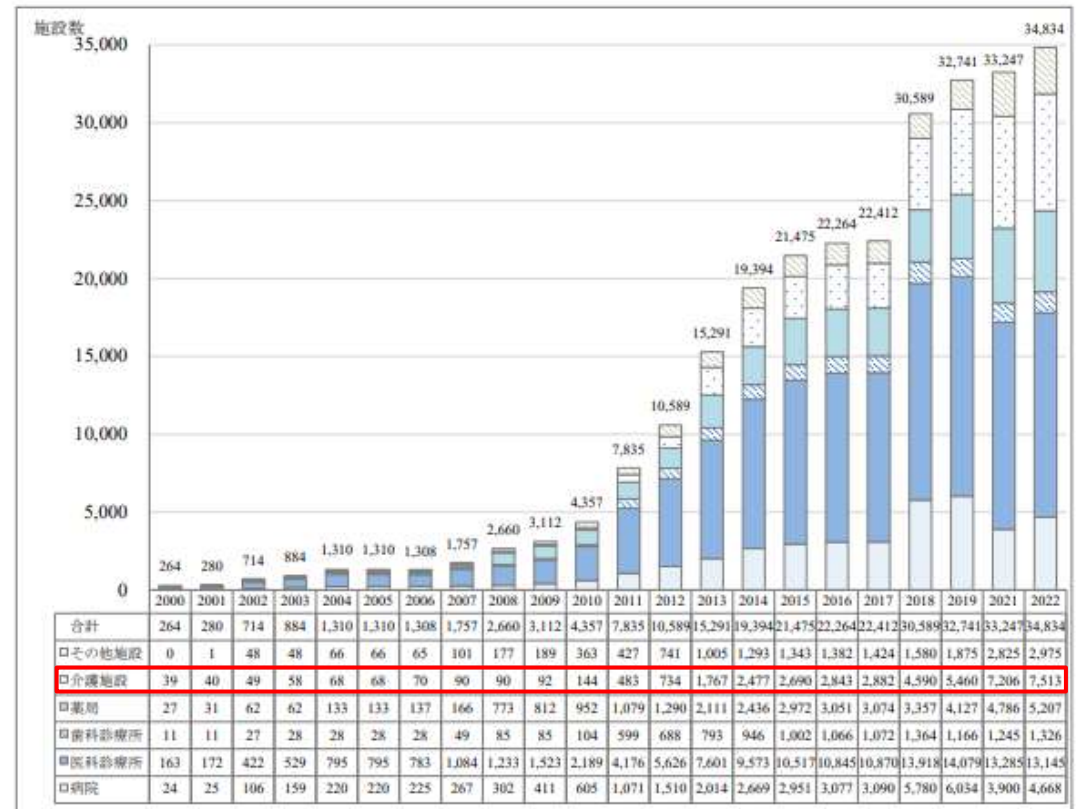


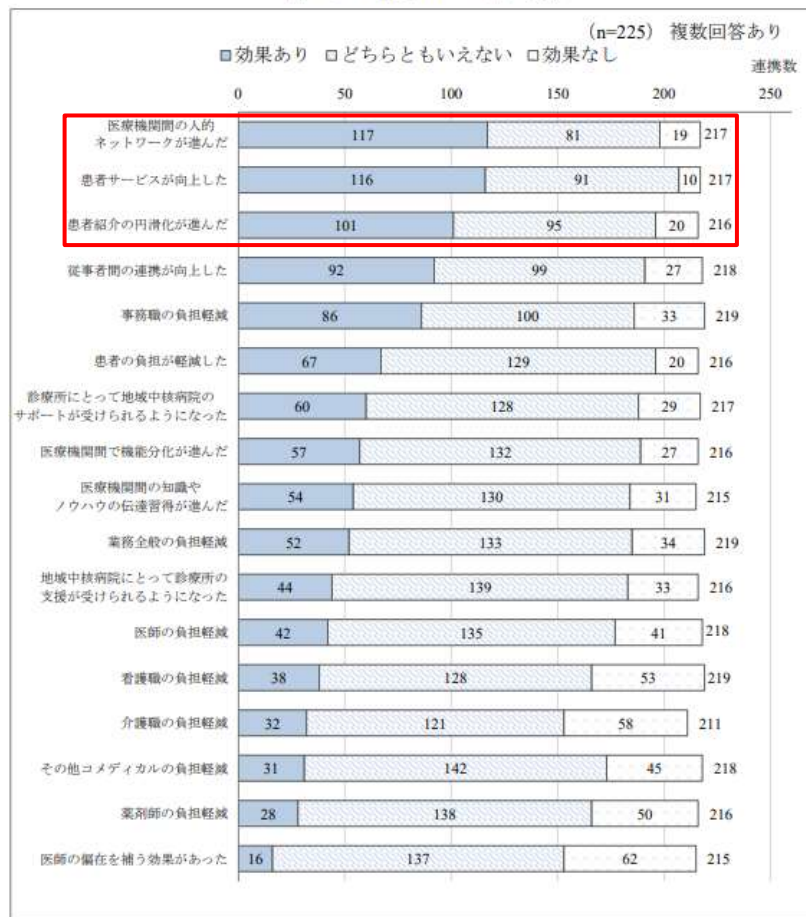
図 2.5-1 参加施設数の推移



※2020 年度は調査未実施

- 地連NWの導入効果として「医療機関間の人的ネットワークが進んだ」、「患者サービスが向上した」、「患者紹介の円滑化が進んだ」と回答した地域が多い。
- 感染症蔓延下においては、緊急時の対応における情報共有等が役立ったとしている地域もある。

図 2.15-1 地連 NW の導入効果



【新型コロナウイルス感染症のような感染症蔓延下において地連NWが役立つかどうか】

図 3.2-1 地連 NW の有用性



【新型コロナウイルス感染症のような感染症蔓延下において役立った情報共有に関する利用方法の具体例（一部抜粋）】

- ・基礎疾患の情報を取得するのに役立った
- ・保健所が参加し、宿泊療養施設で療養している患者のバイタル情報等を医療機関と共有した
- ・感染症対策専門医からの情報配信を受け、医療、介護、福祉関係者で共有した・障害福祉施設で発生したクラスターについて、嘱託医、施設看護師、医師会、保健所間で、陽性患者や疑陽性者の体調やバイタル情報を共有した・宿泊療養施設、県調整本部、オンコール医師間で情報共有を行った
- ・介護施設でサービス利用者や家族の感染状況を即座に把握し、情報交換できた
- ・救急搬送制限により、近隣の医療機関へ搬送ができない際に情報共有を行った
- ・退院時支援時に他の事例で役立った情報を提供した
- ・入院中の患者情報を当院の医師が院外から閲覧し、状況を把握できた

1. 医療機関と高齢者施設等との連携について（その2）

2. 介護保険施設及び障害者支援施設において

医療保険から給付できる医療サービスについて

介護保険施設における医療保険から算定できる医療サービスの経緯（主なもの）

○ 累次の診療報酬改定においては介護保険施設では対応できない医療行為等について、医療保険からの給付となるよう、見直しを行ってきた。

平成元年	○ 介護老人保健施設制度の新設 医療保険からの給付対象薬剤：腫瘍用薬
平成12年	○ 介護老人保健施設において、人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態に投与された一部の薬剤（エリスロポエチン、ダルベポエチン）に関する費用を医療保険からの給付の対象にする。
平成18年	○ 自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケアの推進の観点から特別養護老人ホームの入所者であっても末期の悪性腫瘍の患者については在宅患者訪問診療料及び在宅患者訪問看護・指導料又は訪問看護療養費を医療保険から算定可能にする。 ○ 介護老人保健施設において、特に専門的な診断技術や機器を必要とする眼科、耳鼻咽喉科等に係る診療に関する一部の診療行為について、医療保険からの算定を可能にする。
平成20年	○ 介護老人保健施設においてHIV や肝炎対策の推進のため、血友病を伴う HIV 患者に対する入院中の血液製剤・HIV 治療薬、及び B・C 型肝炎患者に対する入院中のインターフェロン等について、薬剤費を包括している入院料等であっても包括外で算定可能とする。 ○ 療養病床から転換した介護老人保健施設における緊急時に必要となる処置等の項目について、医療保険からの算定を可能にする。
平成22年	○ 充実が求められている外来化学療法において、外来化学療法の適応となる患者が要介護状態となり介護老人保健施設に入所する例も見られ、老健施設入所者に対しても適切な化学療法を提供できるようにする観点から外来化学療法を行っている医療機関において外来化学療法が行われた場合の抗悪性腫瘍剤と注射の算定を可能とする。
平成30年	○ 介護医療院の新設。（診療内容については、介護療養型医療施設、体制の基準については介護老人保健施設と同様の調整）
令和2年	○ 介護老人保健施設等において必要ながん診療が提供できるよう、悪性新生物に罹患している患者に対して投与された薬効分類上の腫瘍用薬以外の抗悪性腫瘍剤の費用について、医療保険から算定可能にする。 ○ 介護老人保健施設等において、エリスロポエチン製剤のバイオ後続品等の実勢価格やHIF－PHD阻害薬の有効性及び使用方法等を踏まえ、薬剤費を包括している入院料等であっても包括外で算定可能とする。

1. 医療機関と高齢者施設等との連携について（その2）

2. 介護保険施設及び障害者支援施設において

医療保険から給付できる医療サービスについて

2-1 がん治療・がん緩和ケアについて

2-2 重症心不全患者等の医学的管理について

2-3 血友病患者に使用する薬剤について

2-4 適正な薬学管理の推進について

施設内で提供可能な医療

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

○「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。

○「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。

○「喀痰吸引（1日8回以上）」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。

○「酸素療養（酸素吸入）」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。

○「インスリン注射」について、老健では86.8%、介護医療院では91.9%、特養では69.1%であった。

○「疼痛管理（麻薬使用）」について、老健では19.5%、介護医療院では46.2%、特養では15.7%であった。

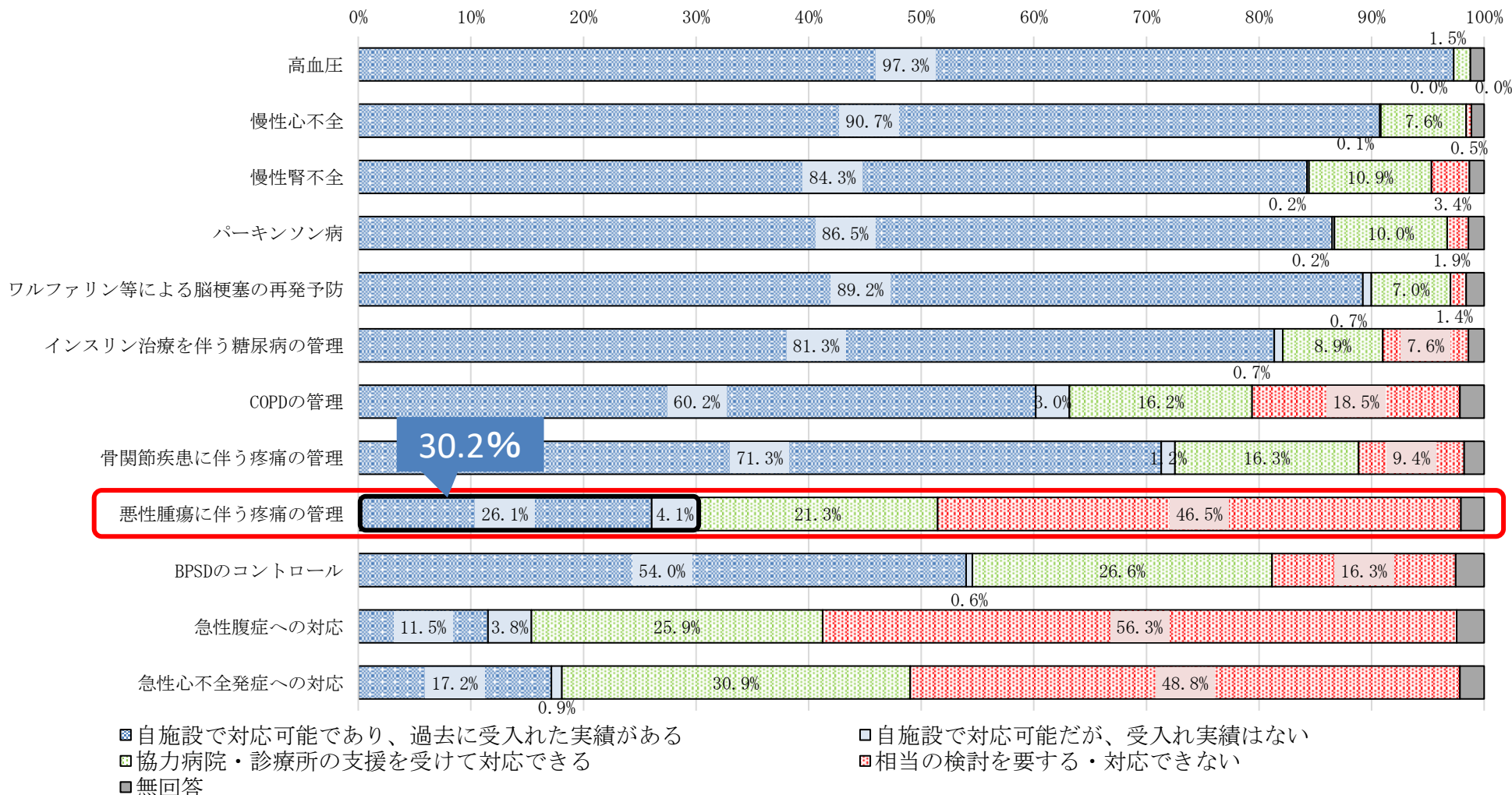
図表23 施設内で提供可能な医療の割合（複数回答可）

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

介護老人保健施設において対応可能な状態について

○「悪性腫瘍に伴う疼痛の管理」を行う患者の入所希望があった場合「自施設で対応可能」とした介護老人保健施設は全体の30.2%、「協力病院・診療所の支援を受けて対応できる」とした介護老人保健施設は全体の21.3%である一方、「対応できない」とした介護老人保健施設は全体の46.5%であった。

入所希望者の状態に応じた受入れに関する方針 (n=1,067)



がんの医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、均てん化に加えて、がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等について、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。
- 多職種連携によるチーム医療をさらに充実させるとともに、小児・AYA世代のがん患者や、高齢のがん患者など、患者の特性に応じたがん診療提供体制の整備を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時や災害時等においても必要ながん医療が提供できる連携体制の整備を進める。
- がんの予防や、仕事と治療の両立支援や就職支援等に引き続き取り組む。

がん医療提供体制等の整備

- がん医療の均てん化に加え、拠点病院等の役割分担と連携による地域の実情に応じた集約化を推進
- がんゲノム医療中核拠点病院等を中心としたがんゲノム医療の提供体制の整備を引き続き推進
- 拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備等による多職種連携の更なる推進
- がんと診断された時からの緩和ケアが全ての医療従事者により提供される体制の整備を推進

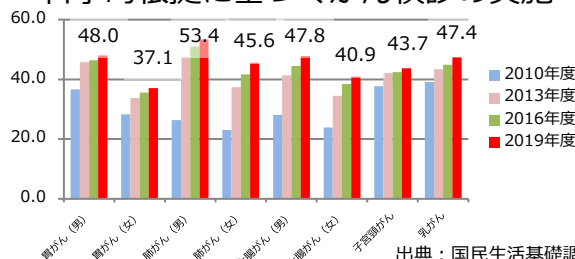


患者の特性に応じた体制の整備

- 小児・AYA世代のがん患者に対する、地域の実情に応じた拠点病院等の役割分担と連携体制の整備を推進
- 高齢のがん患者がそれぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備を推進
- 患者やその家族等の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるような体制の整備を引き続き推進

がん検診

- 科学的根拠に基づくがん検診の実施
- 要精密検査とされた者が確実に医療機関を受診できる体制の構築



精密検査受診率（2019年度）（第4期の目標値：90%）	
胃がん	84.1%
肺がん	83.0%
大腸がん	69.8%
子宮頸がん	74.6%
乳がん	89.2%

出典：地域保健健康増進事業報告

仕事と治療の両立等に係る支援

- 仕事と治療の両立支援や就職支援に係る取組を推進
- 相談支援の体制の確保、情報の収集・発信、患者・家族等の交流の支援を引き続き推進

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（令和4年8月1日）より抜粋

今般の整備指針の見直しにより、**介護施設等との連携体制の整備**、緩和ケアに関する地域での情報共有・検討の場の設置、緩和ケアチームが地域の医療機関等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保すること等について明記された。

2 診療体制

(1) 診療機能

④ 地域連携の推進体制

ア がん患者の紹介、逆紹介に積極的に取り組むとともに、以下の体制を整備すること。

- iv 介護施設に入居する高齢者ががんと診断された場合に、介護施設等と治療・緩和ケア・看取り等において連携する体制を整備すること。

(中略)

オ 地域連携時には、がん疼痛等の症状が十分に緩和された状態での退院に努め、退院後も在宅診療の主治医等の相談に対応するなど、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備すること。

(中略)

キ 当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年1回以上設けること。また、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること。

介護保険施設におけるがん治療や緩和ケアについて

○ 介護老人保健施設入所者に対して、外来化学療法診療料は算定可能であるが、外来放射線照射診療料、がん性疼痛緩和指導管理料及び外来緩和ケア管理料は算定できない。

○:医療保険から給付 ×:介護保険から給付	介護医療院		介護老人保健施設		特別養護老人ホーム	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	配置医師	配置医師以外
初・再診療	○(※1)	○	×	○	×	○(※3)
外来腫瘍化学療法診療料	○	○	○	○	○	○
外来放射線照射診療料	○	○	×	×	○	○
がん性疼痛緩和指導管理料	○	○	×	×	○	○
外来緩和ケア管理料	○	○	×	×	○	○
抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬の投薬	○ (薬剤料に限る)	○	○ (薬剤料に限る)	○	○	○
抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬の注射	○ (疼痛コントロールのための医療用麻薬の薬剤料に限る)	○	○ (薬剤料に限る。ただし、外来腫瘍化学療法診療料の1のイ又は2のイを算定するものに限り、動脈注射等を算定可能。)	○	○	○
検査・処置	○(※1)	○	○(※2)	○	○	○
手術・麻酔	○	○	○(※2)	○	○	○
放射線治療	○	○	○	○	○	○

※1 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合算定可能。

※2 老健入所者に算定できない検査・処置・手術・麻酔の費用

- ・算定できない検査:検体検査、心電図検査等(血液ガス分析、血液ガス分析に係る生化学的検査判断料、動脈血採血、当該保険医療機関以外の医療機関で描写した心電図の診断及び四肢単極誘導と胸部誘導を含む12誘導以上の負荷心電図検査は保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行う場合算定可)
- ・算定できない処置:創傷処置・酸素吸入、非還納性ヘルニア徒手整復、人工呼吸、胃洗浄、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、鼻腔栄養等
- ・算定できない手術:創傷処理、皮膚切開術、デブリードマン、爪甲除去術、顎関節脱臼非観血的整復術等
- ・算定できない麻酔:静脈麻酔、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

※3 特養における医療保険の給付の取扱い

- (1) 患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者又はその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合に限り、医科点数表第1章第1部の初・再診療、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を算定できる。
- (2) (1)にかかわらず、入所者又はその家族等の求めや入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めが明らかではない場合であっても、緊急の場合であっても、特別養護老人ホーム等の管理者の求めに応じて行った診療については、医科点数表第1章第1部の初・再診療、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を同様に算定できる。

- がん疼痛へは、薬物療法だけでなく、放射線治療や神経ブロック、画像下治療などのアプローチが可能である。

神経ブロック

- 腹腔神経叢・内臓神経叢ブロック
- 下腸間膜神経叢ブロック
- 上下腹神経叢ブロック
- クモ膜下鎮痛法
- 硬膜外鎮痛法

等

画像下治療 (IVR)

- 動脈塞栓術
- セメント注入術

等

放射線治療

- 骨転移・原発巣等に対する外照射
- アイソトープ治療

等

薬物治療

オピオイド

- モルヒネ
- オキシコドン
- フェンタニル
- ヒドロモルフォン
- コデイン

等

非オピオイド

- NSAIDs
- アセトアミノフェン
- 鎮痛補助薬
 - 抗うつ薬
 - 抗けいれん薬

等

がん疼痛



参考：日本緩和医療学会 がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン (2014年版)
日本緩和医療学会 がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン (2020年版)

外来放射線照射診療料について

B001-2-8 外来放射線照射診療料(7日間に1回に限る)

297点

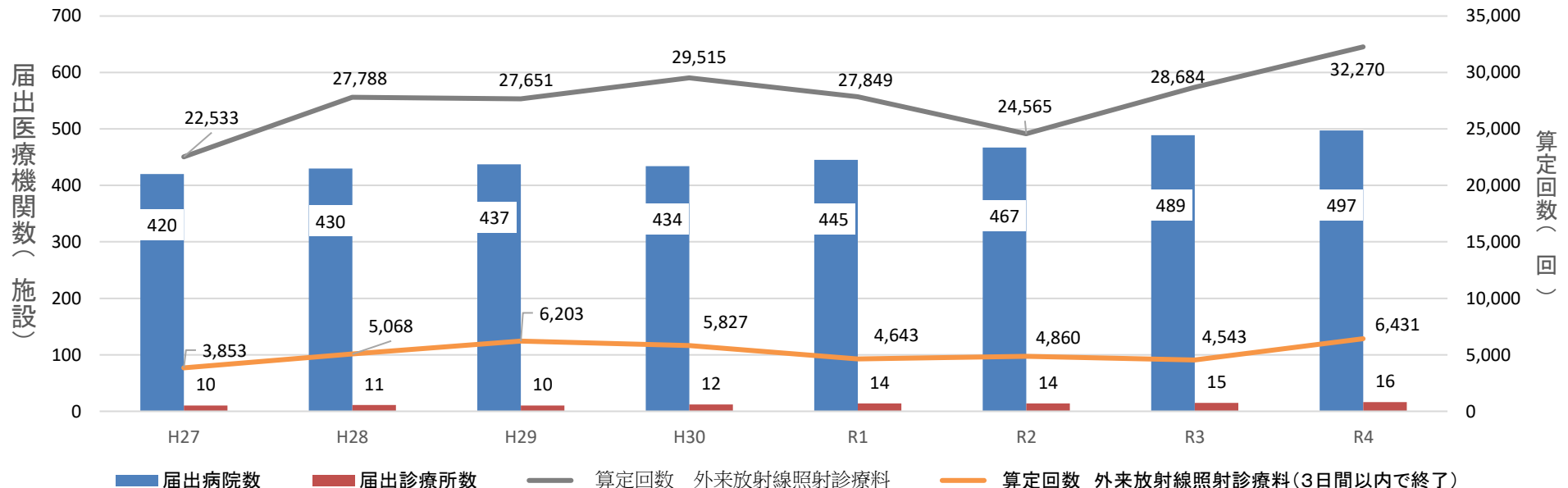
【対象患者(概要)】

- 放射線治療を要する入院中の患者以外の患者。

【算定要件(抜粋)】

- 放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。
- 算定した日を含め、3日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の100分の50に相当する点数を算定する。

外来放射線照射診療料の届出状況と算定回数



がん性疼痛緩和指導管理料の概要

中医協 総-4
5. 11. 24

B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料(月1回) 200点

【対象患者(概要)】

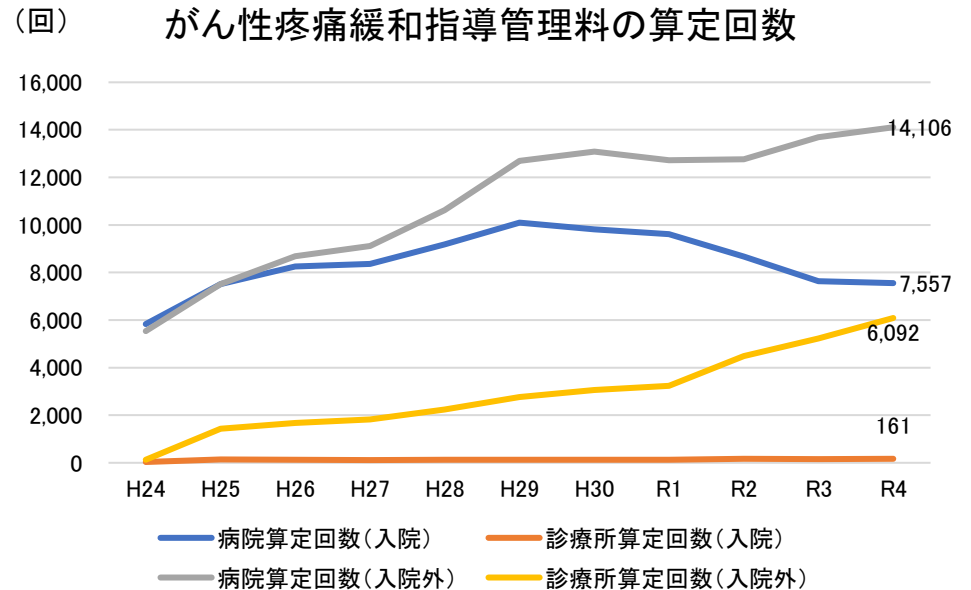
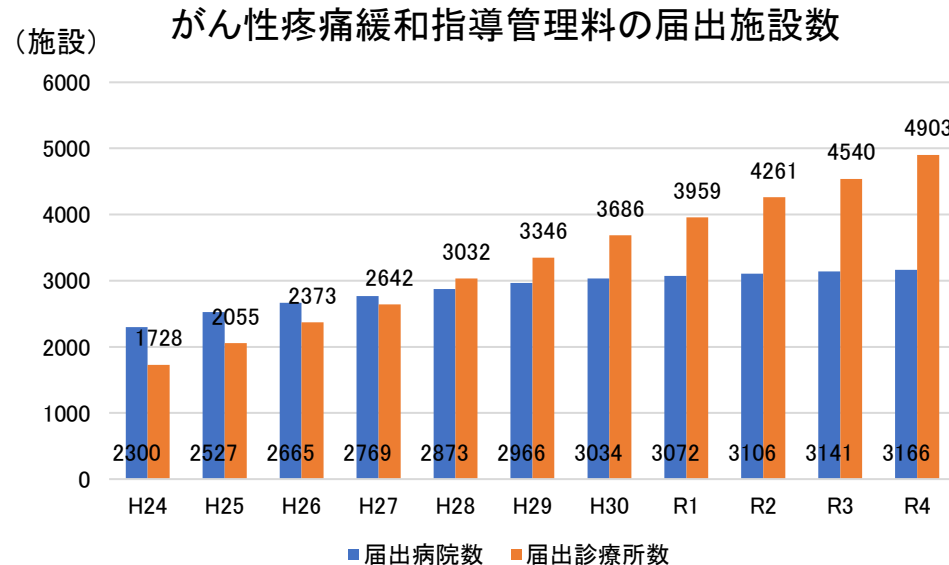
○ 医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者。

【算定要件(抜粋)】

○ 緩和ケアの経験を有する医師(緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。)が、WHO方式のがん性疼痛の治療法(がんの痛みからの解放—WHO方式がんの疼痛治療法—第2版)に従って、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

※小児加算 50点

当該患者が15歳未満の小児である場合に加算する。



B001・24 外来緩和ケア管理料（月1回に限る）

290点

【対象患者（概要）】

- 医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外の悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者。

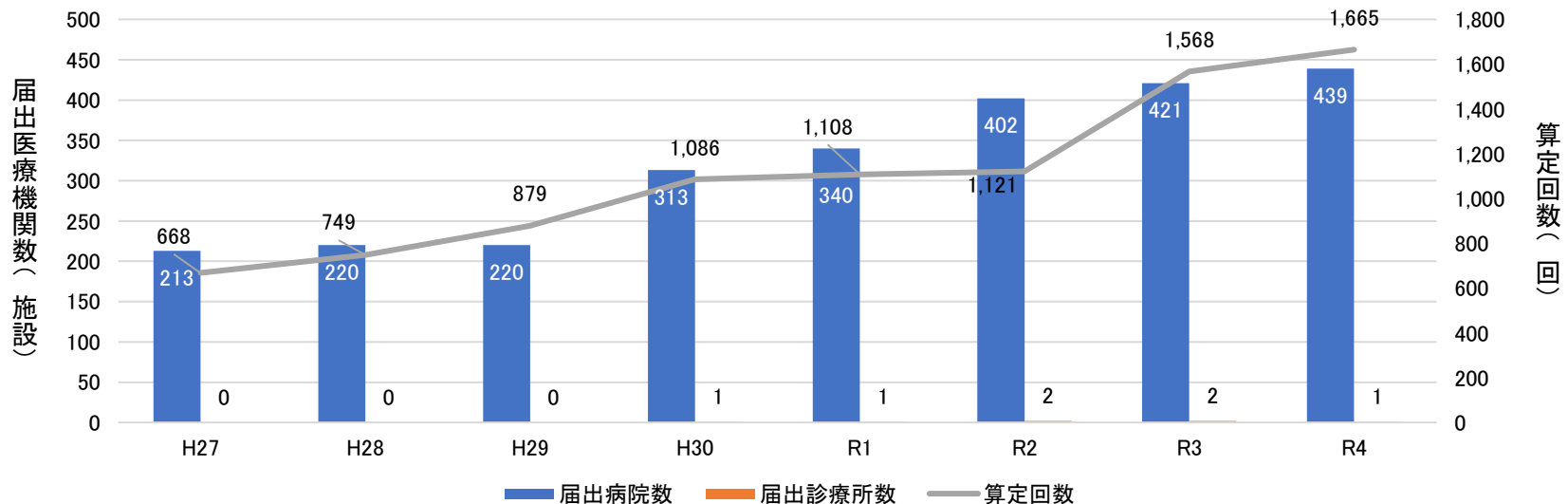
【算定要件（抜粋）】

- 患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（緩和ケアチーム）による診療が行われた場合に算定。
- 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。
- 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加している。

※小児加算 150点

当該患者が15歳未満の小児である場合に加算する。

外来緩和ケア管理料の届出状況と算定回数

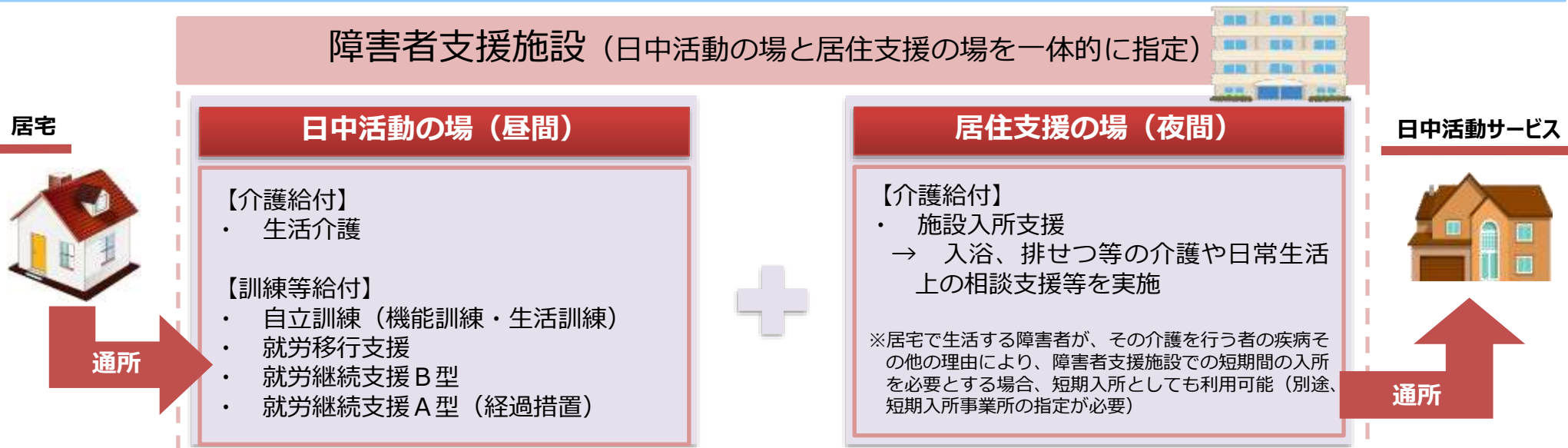


概要

- 施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援（施設入所支援）を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援 B 型等）を実施する施設。

対象者

- ① 生活介護利用者のうち、区分 4 以上の者（50 歳以上の場合は、区分 3 以上）
- ② 自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援 B 型の利用者のうち、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められる者又は通所によって訓練を受けることが困難な者
- ③ 特定旧法指定施設に入所していた者であって継続して入所している者又は、地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により通所によって介護等を受けることが困難な者のうち、①又は②に該当しない者若しくは就労継続支援 A 型を利用する者



※ 障害者支援施設が実施する日中活動サービスを居宅から通所して利用すること、施設入所支援の利用者が障害者支援施設以外が実施する日中活動サービスを利用することも可能。

障害者支援施設における訪問診療・往診の取扱いについて

中医協 総一 1
5. 10. 20

- 障害者支援施設においては配置医師を求めることとしている。
- 特別養護老人ホームにおいては、末期の悪性腫瘍の患者に対して在宅患者訪問診療料を算定できることとしているが、障害者支援施設においては、訪問診療料を算定できない。

	特別養護老人ホーム	障害者支援施設（生活介護を行う場合）
医師の配置基準	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数（非常勤可）	<u>利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数</u>
看護師の配置		<u>生活介護の単位ごとに1人以上</u>
配置医師の役割	健康管理又は療養上の指導	<u>日常生活上の健康管理又は療養上の指導</u>
訪問診療に係る費用	<u>介護報酬で評価※</u> <u>※当該患者が末期の悪性腫瘍の場合又は当該患者を当該特別養護老人ホームで看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限り）場合、在宅患者訪問診療料を算定することができる。</u>	<u>障害福祉サービス等報酬で評価</u>
往診にかかる費用	<u>医療保険で評価※</u> <u>※患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者若しくはその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合又は緊急の場合であって特別養護老人ホーム等の管理者の求めがあった場合</u>	<u>医療保険で評価※</u> <u>※患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者若しくはその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合又は緊急の場合であって特別養護老人ホーム等の管理者の求めがあった場合</u>

令和5年10月20日開催の中医協における主なご意見

【障害福祉サービスとの連携について】

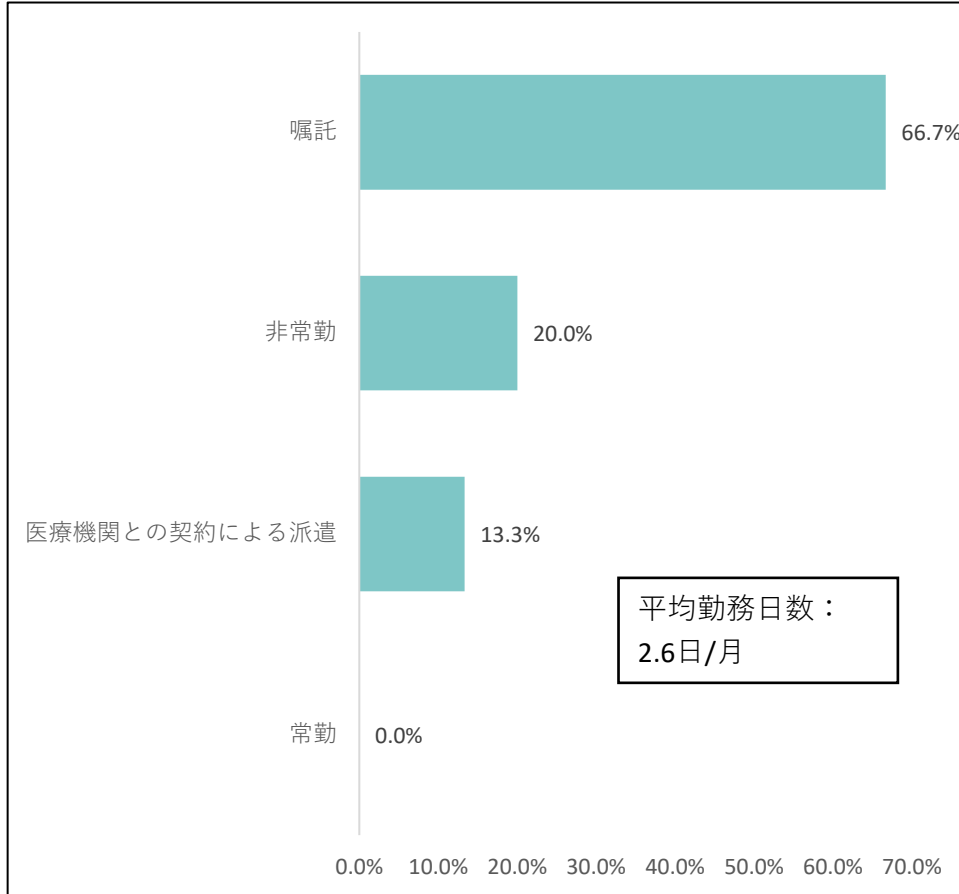
- 障害を抱えていても、病院の入退院から在宅や施設での療養まで、切れ目なく医療・介護・障害者福祉のサービスを受けられるように、入院支援、退院支援、そして地域での支援につながるような連携を強めていくことが必要である。
- 障害者支援施設における末期の悪性腫瘍患者について、障害者も高齢化が進んでいることや、特養では、末期の悪性腫瘍患者については、一定の場合に、介護保険ではなく、医療保険で訪問診療を算定できることを踏まえ、介護保険施設と同様に訪問診療を行えるように、今回のトリプル改定において対応を検討すべき。
- 障害者支援施設における配置医師について、嘱託の方が多く、1か月の勤務日数も平均2.6日と短いことや、配置医師による臨時の往診等が24.7%にとどまっている状況を見ると、緊急時に往診できる医療機関と連携が必要であることは十分理解できるが、限られた医療資源を有効活用する観点からも、まずは配置医が対応できる体制を整えるべきである。

配置医師の状況について

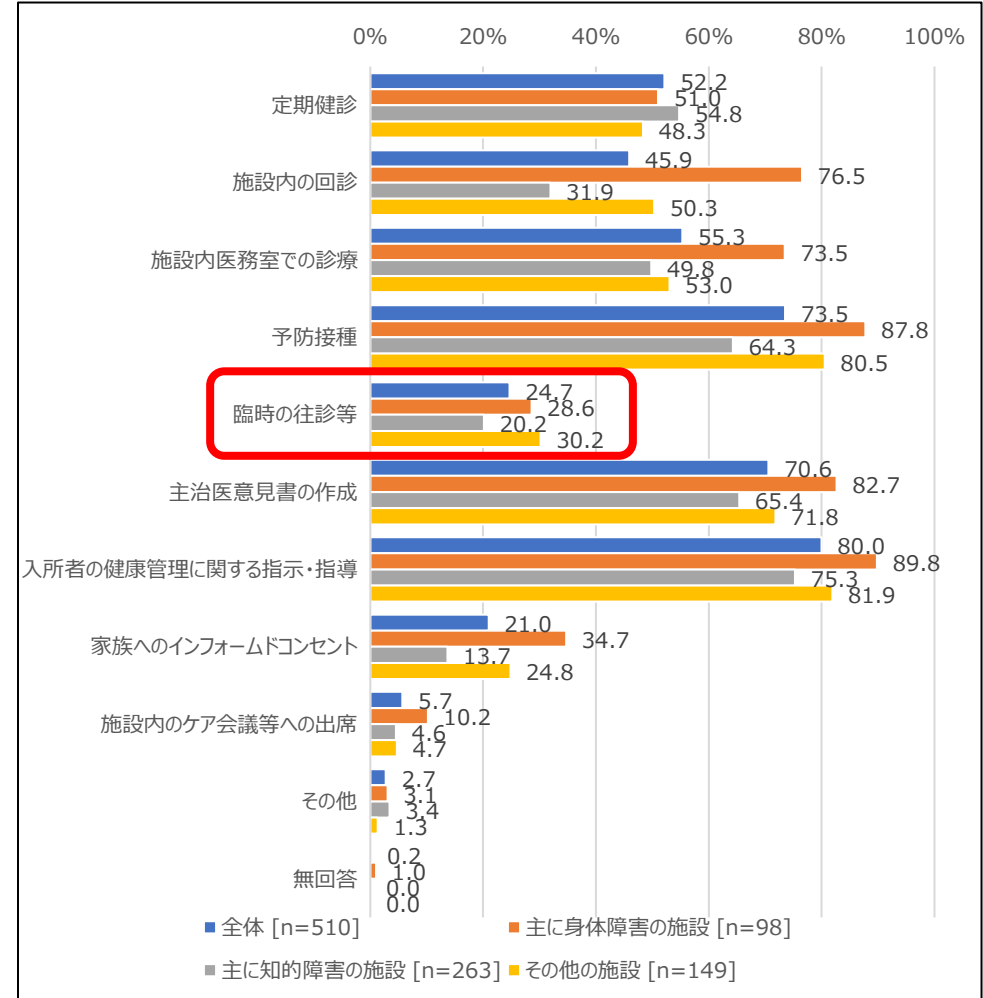
中医協 総－1
5. 10. 20

- 配置医師の勤務形態は、「嘱託」が66.7%、非常勤が20%となっている。また、月の平均勤務日数は、2.6日となっている。（図表1）
- 施設の配置医師が業務として「臨時の往診等」を実施している割合は、24.7%となっている。（図表2）

図表1. 配置医師の勤務形態



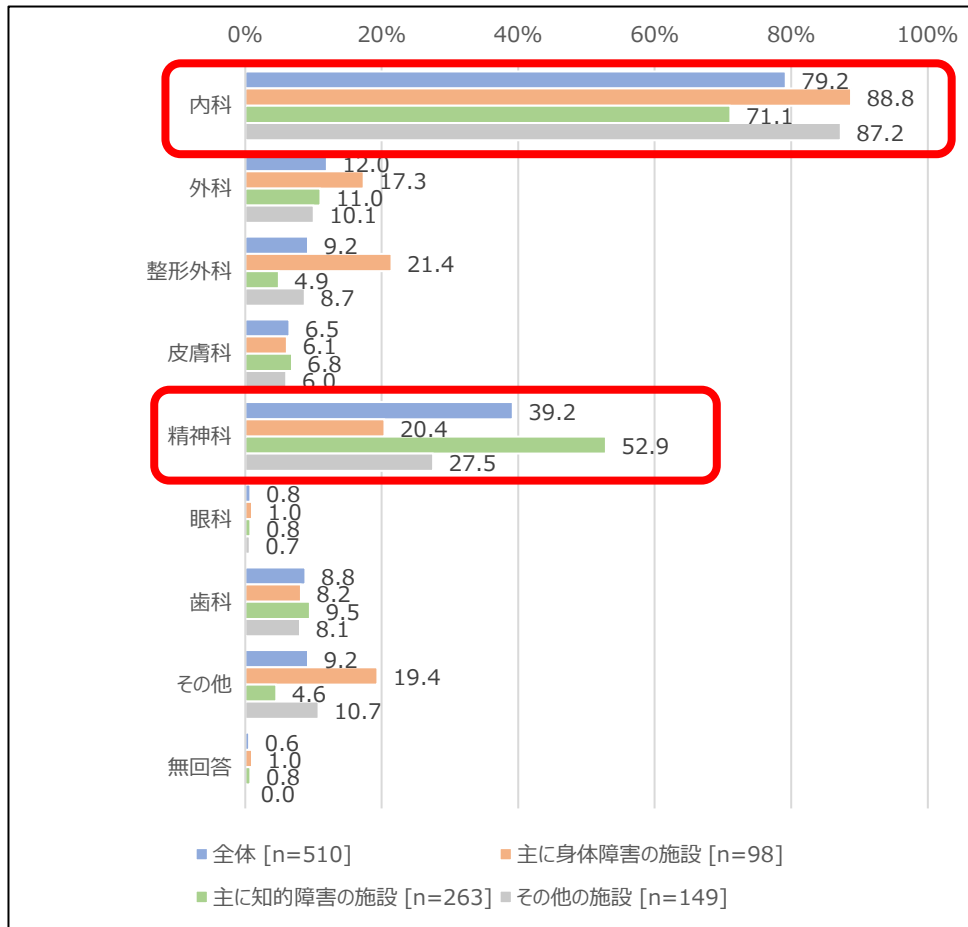
図表2. 施設で配置医師が行っている業務



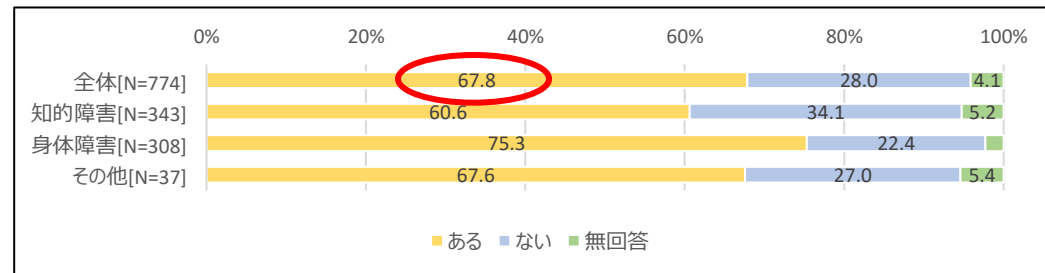
障害者支援施設における配置医師の状況について

- 障害者支援施設における配置医師の診療科目は、「内科」が79.2%、「精神科」が39.2%となっている。（図表1）
- また、配置医師が対応できず通院となったことは、67.8%の事業所において「ある」と回答しており、理由としては、「医師の専門（診療科目）が異なった」が75.7%となっている。（図表2，3）

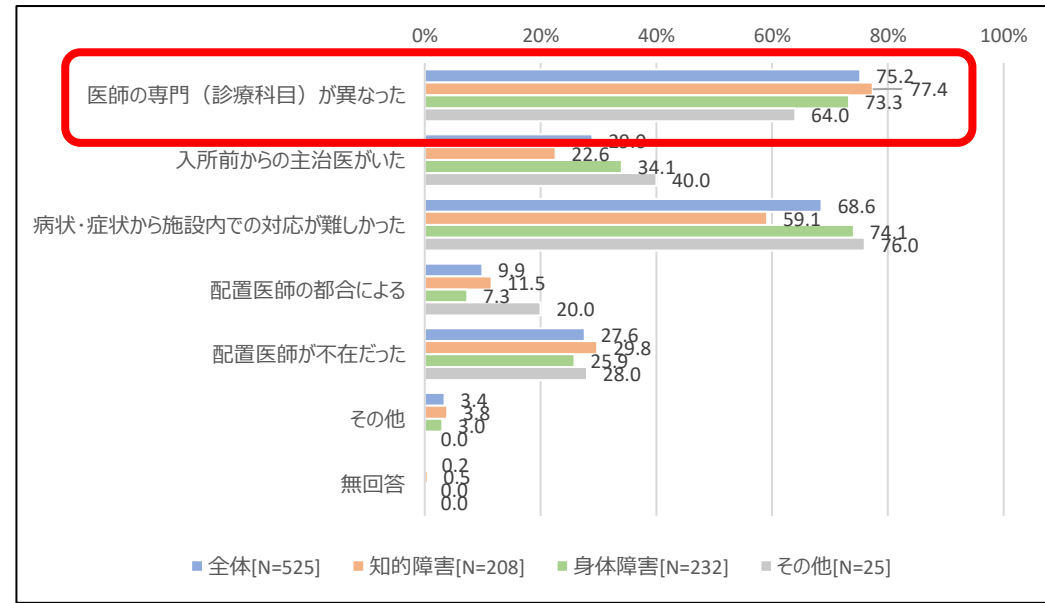
図表1. 障害者支援施設における配置医師の診療科目〔複数回答〕



図表2. 配置医師が対応できず通院となったことの有無



図表3. 配置医師が対応できず通院となった理由〔複数回答〕



1. 医療機関と高齢者施設等との連携について（その2）

2. 介護保険施設及び障害者支援施設において

医療保険から給付できる医療サービスについて

2-1 がん治療・がん緩和ケアについて

2-2 重症心不全患者等の医学的管理について

2-3 血友病患者に使用する薬剤について

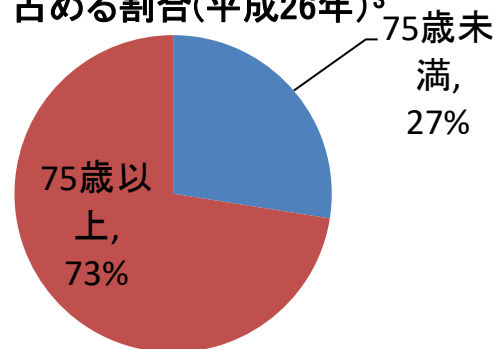
2-4 適正な薬学管理の推進について

本邦における心不全患者の現状

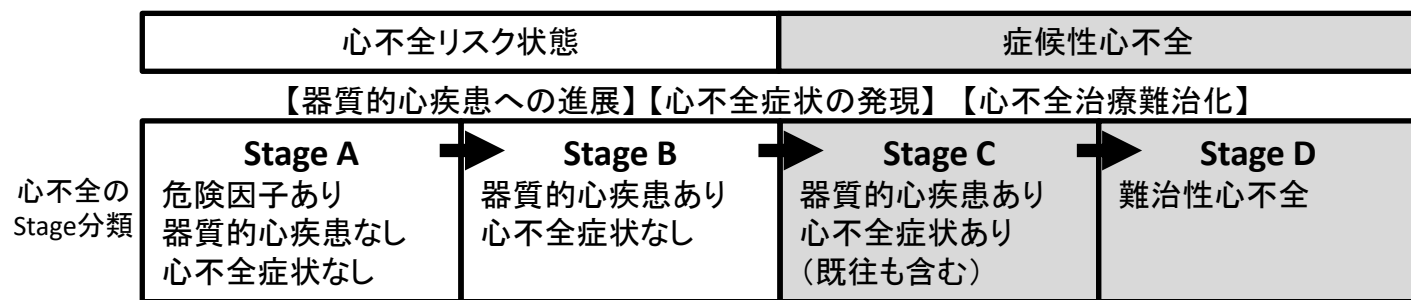
平成29年11月16日第2回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ資料より抜粋

- 心不全患者の約70%が75歳以上の高齢者であり、今後患者数が増加することが予測されている。
- 心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化する悪循環が特徴であり、患者の約20～40%は1年以内に再入院する^{1,2}。

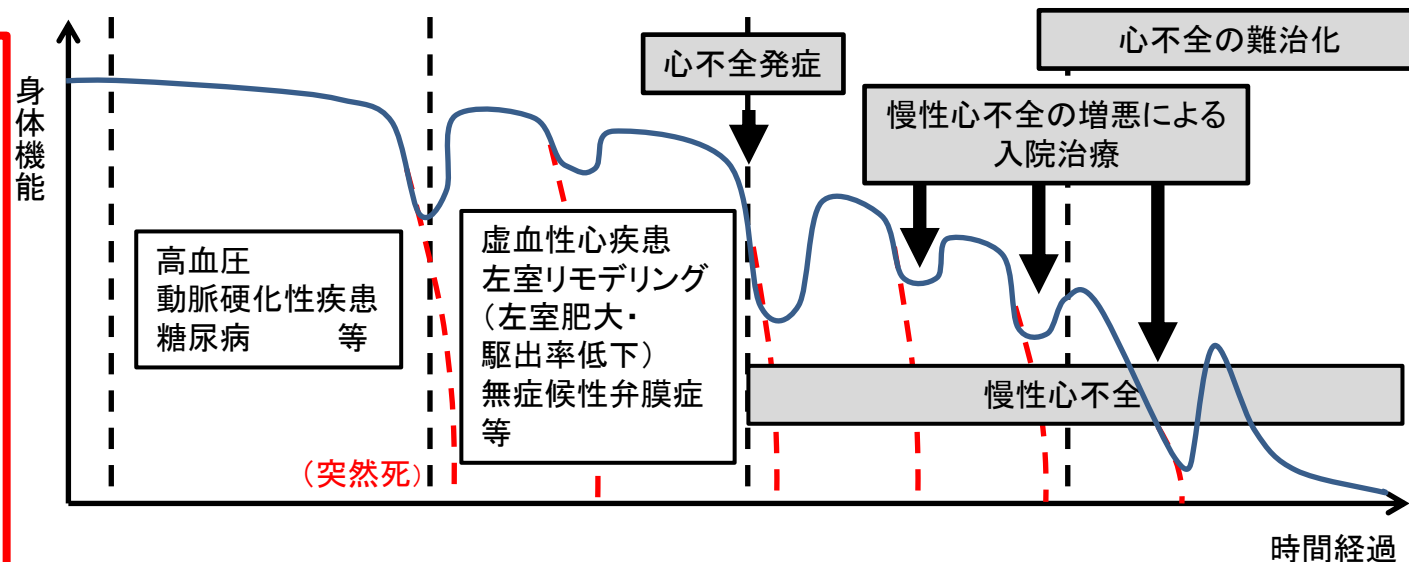
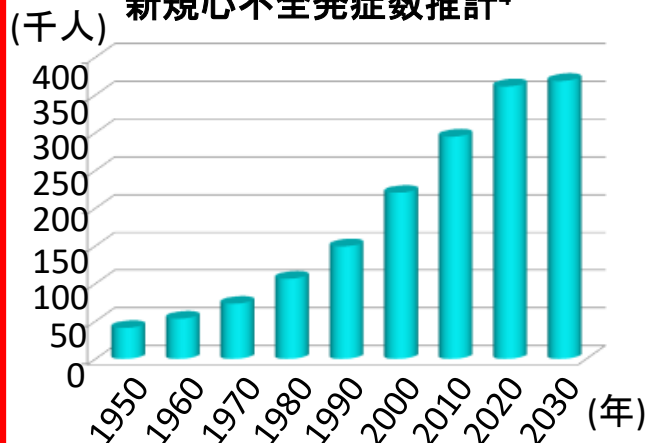
心不全において75歳以上の患者が占める割合(平成26年)³



心血管疾患から心不全への臨床経過のイメージ⁵



日本における高齢者(65歳以上)の新規心不全発症数推計⁴



1: Circulation Journal.2006; 70(12): 1617-1623 2: Circulation Journal.2015; 79(11): 2396-2407 3: 平成26年患者調査

4: Eur J Heart Fail 2015 sep;17 (9) 884-92より引用改変 5: 「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」(平成29年7月)より引用改変

「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」報告書の概要

【循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について(2018(平成30)年4月)】

- 循環器疾患は、我が国の主要な死亡原因のひとつであるとともに、全人的な苦痛(身体的・精神心理的・社会的苦痛等)を伴う疾患であるため、苦痛を緩和し、生活の質の維持向上を目的とした緩和ケアが必要な疾患。
- 循環器疾患患者に対して、適切な緩和ケアを提供するためには、緩和ケアの正確な概念の共有、多職種連携、地域連携、医療・介護・福祉連携、がんとの主な共通点・相違点の理解等の観点が必要。

循環器疾患における緩和ケア

緩和ケアの対象となる循環器疾患

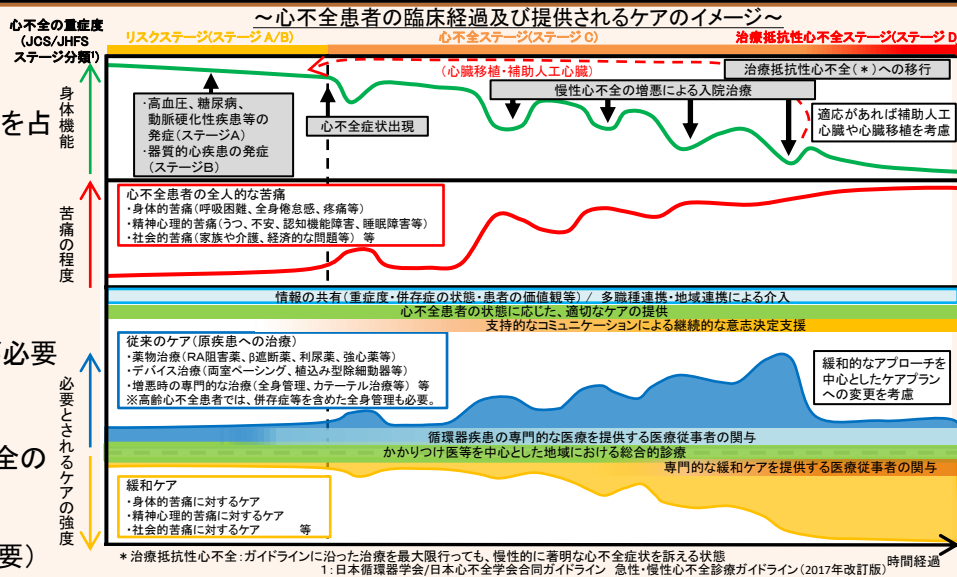
- すべての心疾患に共通した終末的な病態であり、心疾患の病類別に見た死亡者数の第1位を占め、今後の患者増加が予想される心不全が主な対象

循環器疾患患者の全人的な苦痛

- 身体的・精神心理的・社会的側面等の多面的な観点を有する、全人的な苦痛が存在
 - ・身体的苦痛:呼吸困難、全身倦怠感、疼痛等
 - ・精神心理的苦痛:うつ、不安、認知機能障害、睡眠障害等
 - ・社会的苦痛:家族や介護、経済的な問題等
- 全人的な苦痛に対し、多職種連携、地域連携、医療・介護・福祉連携による全人的なケアが必要

循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケア

- 疾患の初期の段階から疾患の治療と並行して提供
- 増悪と寛解を繰り返す心不全の臨床経過の特徴や必要とされるケアの内容を踏まえ、心不全の管理、緩和ケア、併存症を含めた全身管理をバランスよく実施
- 地域において多職種が連携して行う心不全患者の管理全体の流れの中で提供(多職種連携にかかわる医療従事者の人材育成、地域の医療機関の連携体制構築等が必要)



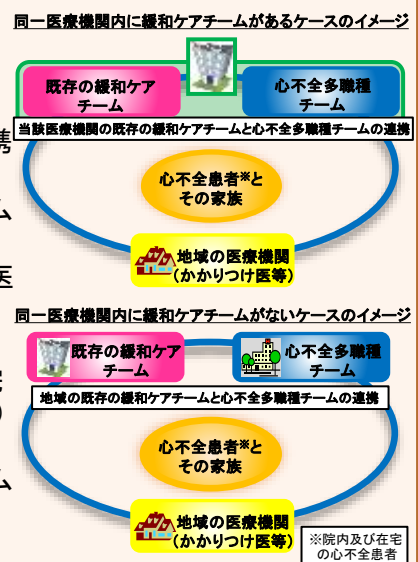
循環器疾患における緩和ケアのチーム体制

基本的な方向性

- 互いの役割や専門性を理解した上での協働
- 既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームの連携
- 多職種カンファレンスによる問題点の討議・解決
- 地域の実情や患者の意向等に応じた緩和ケアチームの設定
- 心不全多職種緩和ケアチームがかかりつけ医等の医療機関をサポートできる体制の整備

循環器疾患における緩和ケアチーム体制のイメージ

- 既存の緩和ケアチームと、心不全多職種チームの院内連携に加えて、地域の医療機関(かかりつけ医等)が連携(右図上)
- 地域の既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームが病院間で連携し、地域の医療機関(かかりつけ医等)がさらに連携(右図下)



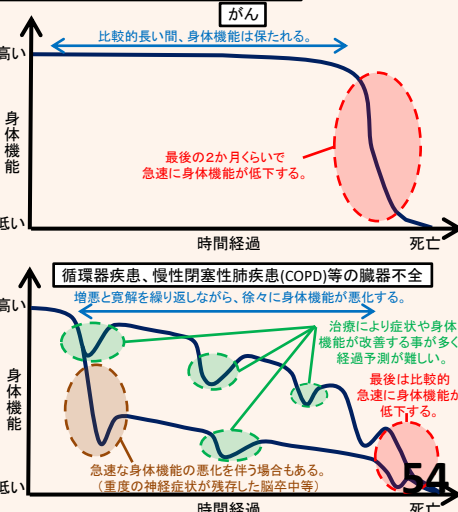
緩和ケアにおける循環器疾患(心不全)とがんの共通点・相違点

共通点

- 生命を脅かす疾患
- 病気の進行とともに、全人的な苦痛が増悪
- 緩和ケアに対する医療従事者及び患者やその家族の誤解・抵抗感
- 多職種介入、地域連携、医療・介護・福祉連携が必要

相違点

- 疾病経過や予後予測の困難さ
- 患者の年齢層や受療する医療機関
- 終末期における疾患の治療による苦痛緩和への影響
- 適応となる薬物療法・非薬物療法の使用方法



人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

意見交換 資料 - 2
R 5 . 3 . 1 5

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

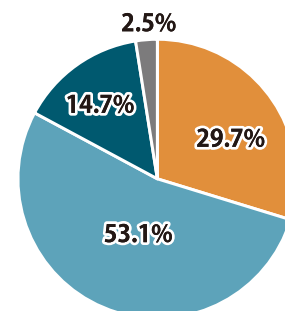
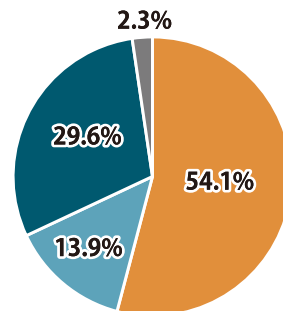
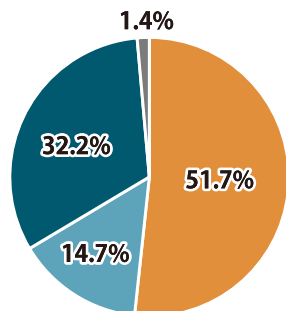
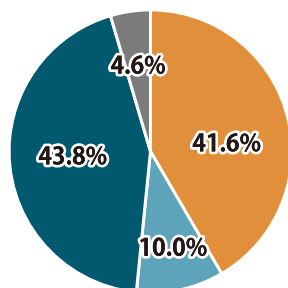
(あなたの病状)
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

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

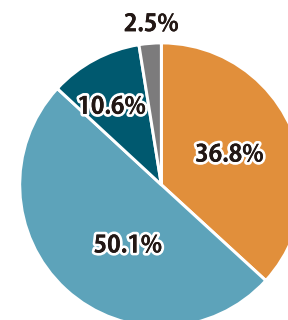
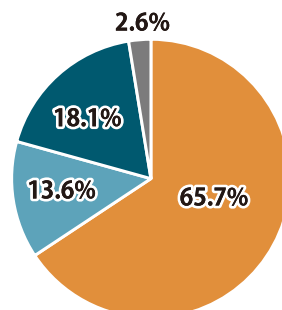
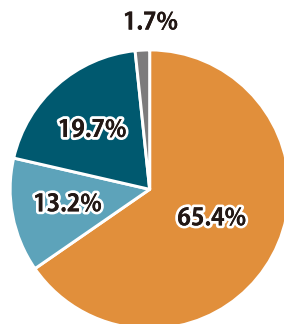
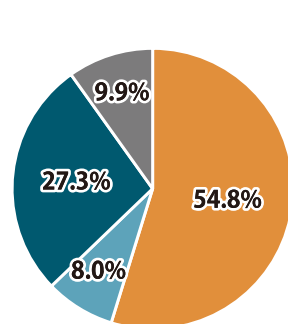
(あなたの病状)
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか

<一般国民 (n=3,000) のみ>



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



医療機関 介護施設 自宅 無回答

出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」(速報値)

※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある

※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

重症心不全患者のDestination Therapyについて

- 植込型補助人工心臓(VAD)は、弱った心臓のかわりに血液を全身に送り出す機械であり、難治性・治療抵抗性の重症心不全患者に対して適応となる治療法である。
- 「重症心不全に対する植込型補助人工心臓治療ガイドライン」によると、移植適応とならないNYHA心機能分類Ⅳ度の重症心不全患者では、内科的治療だけでは1年生存率は25%と予後が悪く、LVAD治療が予後を改善するとされている。このような移植医療を目的としないLVAD治療をDT(Destination Therapy)と呼び、予後を改善するのみならず、自宅退院し社会生活を送ることができるようになり、生活の質も改善するとされている。
- DT患者の選択基準として、65歳未満が望ましいとされているが、栄養状態や腎機能等に応じて65歳以上も選択基準として考慮されている。

表8 Destination Therapy (DT) 症例の選択基準

適応症例
- 重症心不全に対する植込型補助人工心臓の適応基準が基本 - 心臓としては移植が必要だが、心臓以外の理由により移植適応とならない成人(18歳以上) - INTERMACS Profile 2~4であること - J-HeartMate Risk Score*でlow riskなど、年齢、腎機能、肝機能などに関するリスク評価が十分行われていること - 心疾患以外により規定される余命が5年以上であると判断されること - 退院後6ヵ月程度の同居によるサポート可能なケアギバーがいること(それ以後もケアギバー、もしくは公的サービスなどによる介護の継続が可能であることが望ましい) - 患者およびケアギバーがDTの終末期医療について理解し承諾していること
除外症例
- 維持透析症例 - 肝硬変症例 - 重症感染症 - 術後右心不全のため退院困難なことが予測される症例 - 脳障害あるいは神経筋疾患のためデバイスの自己管理が困難なことが予測される症例 - その他医師が除外すべきと判断した症例

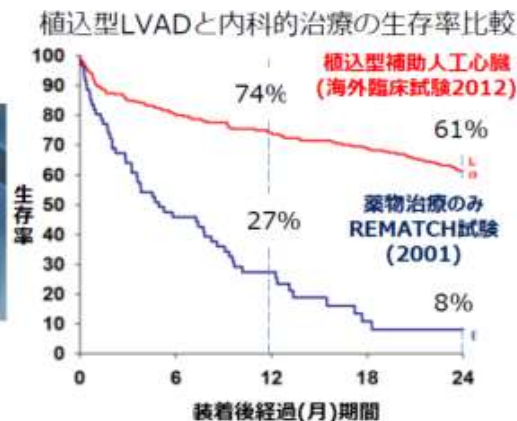
*Japan-VAD risk score = $0.0274 \times \text{年齢} - 0.723 \times \text{alb (g/dL)} + 0.74 \times \text{Crn (mg/dL)} + 1.136 \times \text{INR} + 0.807 \times (0 \text{ or } 1)$ (2年間で植込型LVADの経験が3症例以上ある施設ならば0)

表9 心臓移植適応のないHFrEF患者の生命予後およびQOLを改善させる植込型左室補助人工心臓(LVAD)治療の推奨とエビデンスレベル

	推奨クラス	エビデンスレベル	Minds推奨グレード	Mindsエビデンス分類
心臓移植適応のないステージDのHFrEF患者に対して、生命予後改善およびQOL改善をさせるため植込型LVAD治療*を考慮する。	IIa	B	B	II

*欧米での臨床試験に基づく

Minds推奨グレードB：科学的根拠があり、行うよう勧められる。Mindsエビデンス分類II：1つ以上のランダム化比較試験



出典：国立循環器病研究センターHP、

「重症心不全に対する植込型補助人工心臓治療ガイドライン」（2021年改訂版）より抜粋

植込型補助人工心臓(非拍動流型)に係る評価について

- K604-2植込型補助人工心臓(非拍動流型)について、令和3年5月1日から、心臓移植不適応の重症心不全患者にも適応を拡大した。
- 植込型補助人工心臓を使用している患者であって、入院中の患者以外の患者に対する評価であるC116在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料については、介護老人保健施設及び介護医療院の入所者については算定できない。

入院における評価※

K604-2 植込型補助人工心臓(非拍動流型)

- 1 初日(1日につき) 58,500点
- 2 2日目以降30日目まで(1日につき) 5,000点
- 3 31日目以降90日目まで(1日につき) 2,780点
- 4 91日目以降(1日につき) 1,800点

(算定留意事項通知)

(1) 植込型補助人工心臓(非拍動流型)は、次のいずれかの場合に算定する。

ア 心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等の他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合。

イ 心臓移植不適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓などの補助循環法によっても継続した代償不全に陥っている症例に対して、長期循環補助を目的とした場合。

(2) 外来で定期的な管理を行っている場合には、区分番号「C116」在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料を算定する。

入院外における評価

C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)

指導管理料 45,000点※

(算定留意事項通知抜粋)

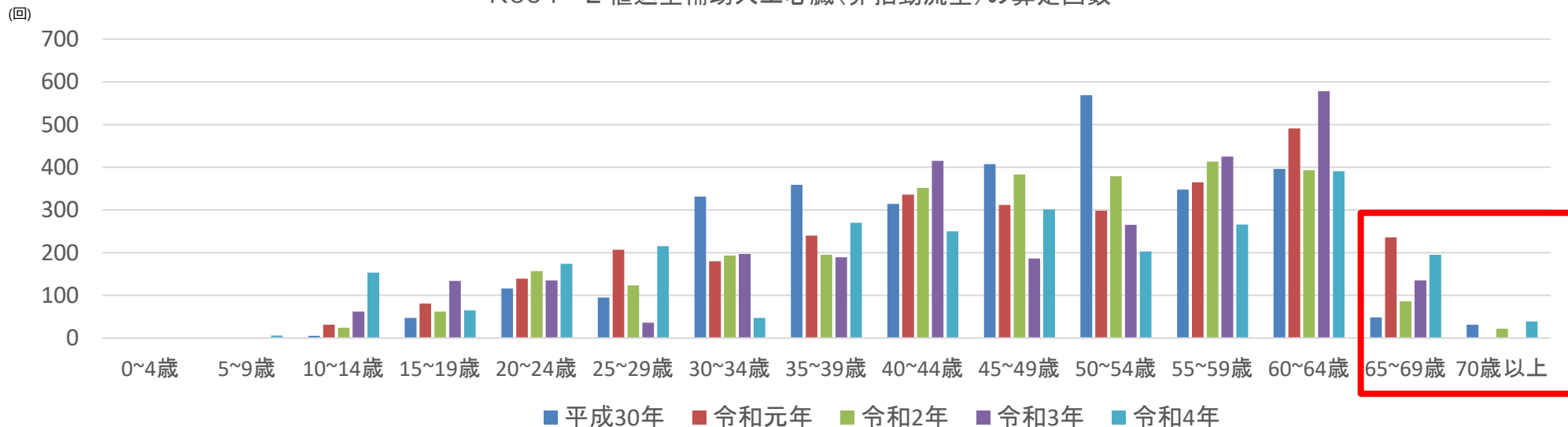
(1)在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料は、植込型補助人工心臓(非拍動流型)を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、当該月に区分番号「K604-2」植込型補助人工心臓(非拍動流型)を算定したか否かにかかわらず、月に1回に限り算定できる。

※ 介護老人保健施設及び介護医療院の入所者における在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料を含めた在宅療養における指導管理に係る費用は介護保険からの給付となっている。

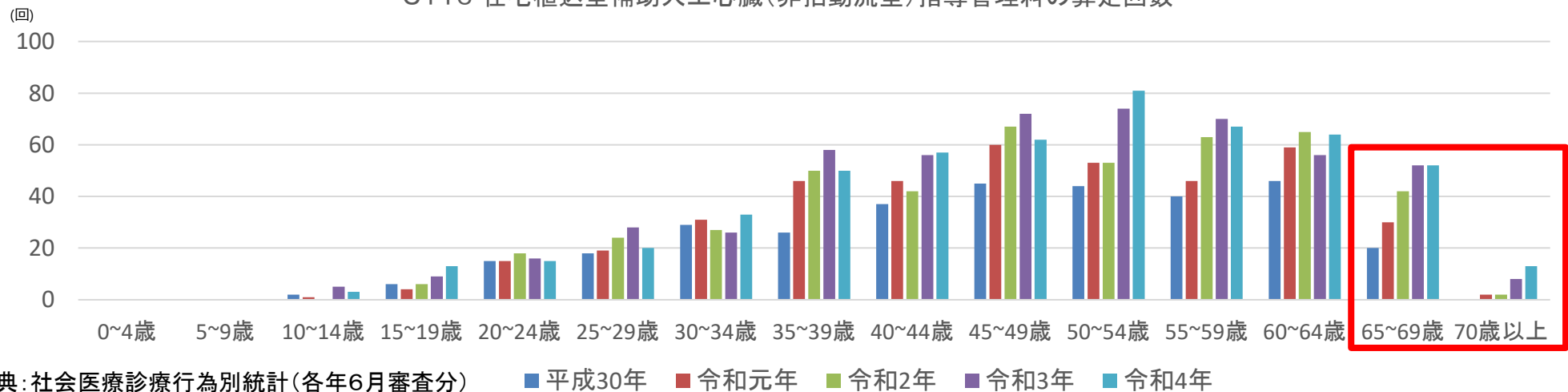
年齢別の植込型補助人工心臓(非拍動流型)の算定回数

○ 年齢別の植込型補助人工心臓(非拍動流型)の算定回数は以下のとおり、K604-2植込型補助人工心臓(非拍動流型)においても、C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料においても、65歳以上の患者の算定回数は増加傾向である。

K604-2 植込型補助人工心臓(非拍動流型)の算定回数



C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料の算定回数



1. 医療機関と高齢者施設等との連携について（その2）

2. 介護保険施設及び障害者支援施設において

医療保険から給付できる医療サービスについて

2-1 がん治療・がん緩和ケアについて

2-2 重症心不全患者等の医学的管理について

2-3 血友病患者に使用する薬剤について

2-4 適正な薬学管理の推進について

血友病の概要

- ✓ 血友病は、出血を止める「血管」「血小板」「血液凝固因子」の3つの要素のうち、血液を固めるのに必要な**血液凝固因子※が不足又は欠乏**している病気である。12種類ある血液凝固因子のうち血友病Aでは第Ⅷ因子（FⅧ）、血友病Bでは第Ⅸ因子（FⅨ）の**産生・機能が低下する先天性出血性疾患**である。

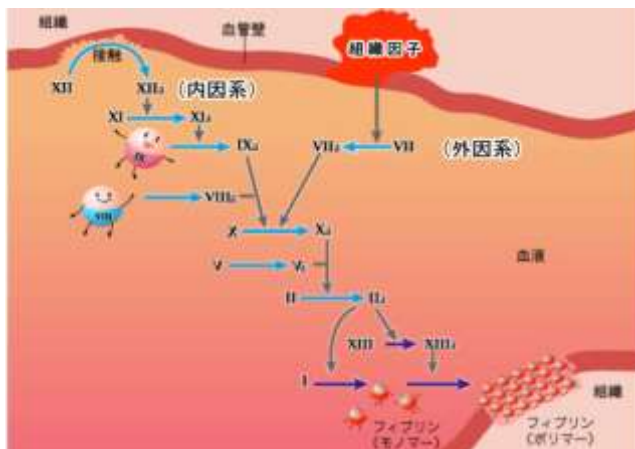
※ 通常、血液凝固因子がつくるタンパク質が網を張って頑丈な止血栓をつくり血管の破れた場所を覆う。

- ✓ 原因となる遺伝子F8（FⅧ 遺伝子）及びF9（FⅨ 遺伝子）はそれぞれX染色体上に存在するため、**X連鎖劣性遺伝**となる。
- ✓ 重症の患者では、**関節内や筋肉内での出血が特徴**で、特に、膝・足首・肘などの関節内で反復する再発性出血は、**血友病性関節症と呼ばれる慢性関節症の原因**となる¹⁾。
- ✓ 血友病患者は2022年5月31日現在**7,070人**。その内、血液凝固因子第Ⅷ因子が不足・欠乏している血友病A患者が5,776人、第Ⅸ因子が不足・欠乏している血友病B患者が1,294人²⁾。

1) 柏倉裕志ら。血栓止血誌 2021;32(1):17-25 2) 厚生労働省委託事業 血液凝固異常症全国調査 令和4年度報告書

止血の過程

- ✓ 血小板血栓による一次止血に続き、12種類の凝固因子が次々に反応を引き起こし、最後にフィブリン（第Ⅰ因子、フィブリノゲンが変化したもの）の網の膜を作って血小板血栓を覆い固めて、二次止血が終了する。
- ✓ 下図の中で示されている「内因系」は血管内の凝固因子で起こる凝固を指し、「外因系」は破壊された組織からの成分（第Ⅲ因子）から始まる凝固を意味する。



【血液凝固因子の種類】

	同義語	分子量 (万)	血漿中含量 (mg/100mL)
I	フィブリノゲン	34.0	200~400
II	プロトロンビン	7.2	15~20
III	組織因子	4.4	
IV	Ca ²⁺ (カルシウムイオン)		
V	ADグロブリン	30	2.5
VI	(欠乏)		
VII	プロコンバーチン	4.8	0.05
VIII	抗血友病因子	33	0.001
IX	クリスマス因子	5.5	0.34
X	スチュワート因子	5.5	0.75
XI	PTA	14.3	0.5
XII	ハーグマン因子	7.4	2.5
XIII	フィブリン安定化因子	31.0	1~2

(引用元) 一般社団法人日本血液製剤協会HP 一部改変

http://www.ketsukyo.or.jp/plasma/hemophilia/hem_02.html

血友病の治療方法

- ✓ 血友病の標準的治療は、不足する**凝固因子濃縮製剤**による補充療法であり、「出血時補充療法」、「予備的補充療法」、「定期補充療法」の3つの方法がある。
- ✓ 血友病の治療に用いられる血液凝固因子製剤には、①ヒト血漿から製造された製剤、②ヒト血漿を材料とせず遺伝子組換えによって製造された製剤がある。
- ✓ 遺伝子組換え製剤は、ヒトの血液または血漿から作られたものではなく、遺伝子組換えDNA技術を利用して、ヒトの遺伝子をヒト以外の細胞（動物細胞）に挿入し、その細胞に凝固因子を産生させて作られる製剤である。
- ✓ 遺伝子組換え及び血漿由来の凝固因子は物理的、化学的構造がほとんど同じで、両製剤とも体内に投与されると同じように働く。

（引用元）2018 血友病ハンドブック 東京大学医科学研究所附属病院

インヒビターが発生した場合の止血治療

- ✓ 血液凝固因子が投与されることにより、それらを不活化するインヒビターという同種抗体が発生することがある。
- ✓ インヒビターが発生すると、血液凝固因子製剤の効き目が弱くなる、又は全く効かなくなる。
- ✓ インヒビター発症時は、**中和療法**や**バイパス止血療法**が有効である¹⁾²⁾。

中和療法

⇒ 凝固因子製剤を大量に投与し、インヒビターを中和する

バイパス止血療法

⇒ バイパス止血製剤により、血液凝固第Ⅷ（Ⅸ）因子とは異なるルートで止血する

1) 鈴木 伸明．血栓止血誌 2018；29(6):677-681

2) 日本血栓止血学会 インヒビター保有先天性血友病患者に対する止血治療ガイドライン：2013年改訂版

⇒ 平成30年に新たに薬価承認された**エミシズマブ（商品名：ヘムライブラ）**は、インヒビターが発生していても効果を発揮する**血液凝固第Ⅳ因子機能代替製剤**で、皮下注射ができ、**半減期が約30日**となる。

エミシズマブ（商品名：ヘムライブラ）の概要

- ✓ 本薬剤は、抗体改変技術を用いて創製された遺伝子組換えヒト化二重特異性モノクローナル抗体（バイスペシフィック抗体）で、活性型第IX因子（FIXa）と第X因子（FX）を架橋することにより、FIXaによるFXの活性化反応を促進する活性型第VIII因子（FVIIIa）の補因子機能を代替する、non-factor製剤の一つである。
- ✓ この作用は、第VIII因子（FVIII）に対する**インヒビターの存在の有無に関わらず、全ての先天性血友病A患者に有効**である。
- ✓ 特徴として、血中半減期が約4～5週と長く、また体内薬物動態はFVIII製剤に比べて個人差が少ないことから、用量は体重当たりで一定に設定されている。
- ✓ そのため、体重変動のある場合は（特に成長期の小児等）体重に合わせて1回量の調整が適宜必要となる。

（引用元）血友病患者に対する止血治療ガイドライン作成委員会、血栓止血誌 2020;31(1):93-104
血友病患者に対する止血治療ガイドライン：2019年補遺版 ヘムライブラ®（エミシズマブ）使用について

本薬剤の効果

- ✓ 国際第Ⅲ相臨床試験（HAVEN）において、エミシズマブの使用で年間出血率は0.2～2.9回に抑制され、治療前のバイパス止血製剤投与時と比較して68～99%の減少を示した¹⁾。
- ✓ 国内第Ⅲ相臨床試験（HOHOEMI）において、エミシズマブの使用で年間出血率は0.7～1.3回であった²⁾。
- ✓ 東京医大病院における42例のエミシズマブ導入症例（インヒビター保有：4例、非保有：38例）の後方視的解析では、インヒビター保有群、非保有群の両者でエミシズマブ導入後の**年間出血回数の中央値は共に1**であり、**出血抑制効果が確認**された³⁾。
- ✓ なお、インヒビター保有群においては、エミシズマブ導入前には4例いずれもバイパス止血製剤を使用されており、年間出血回数の中央値は10回であった³⁾。

1) Weyand AC, et al. Blood. 2019 Jan 31;133(5):389-398.
2) Shima M, et al. Haemophilia. 2019 Nov;25(6):979-987.
3) 近澤悠志ら. 血栓止血誌 2022;33(1):14-22

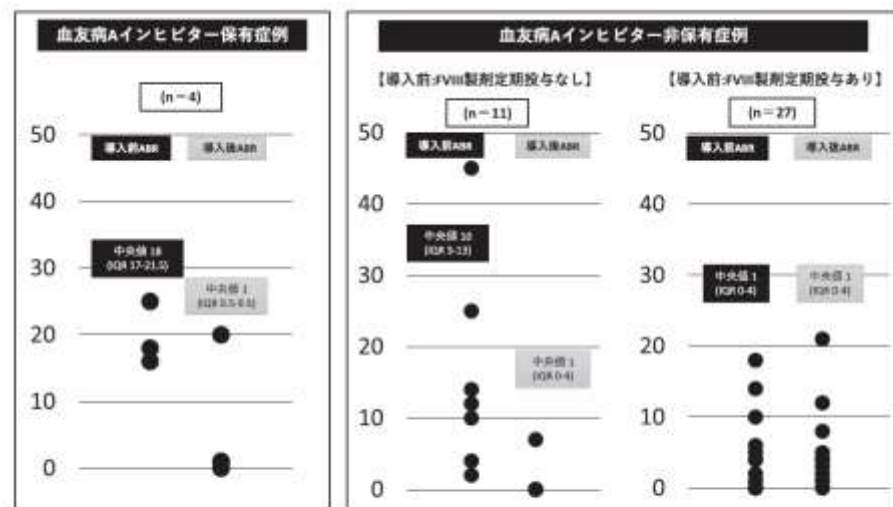


図1B Emicizumab導入前後における治療を要した年間出血回数（インヒビター保有症例：n=4、インヒビター非保有症例：n=38）

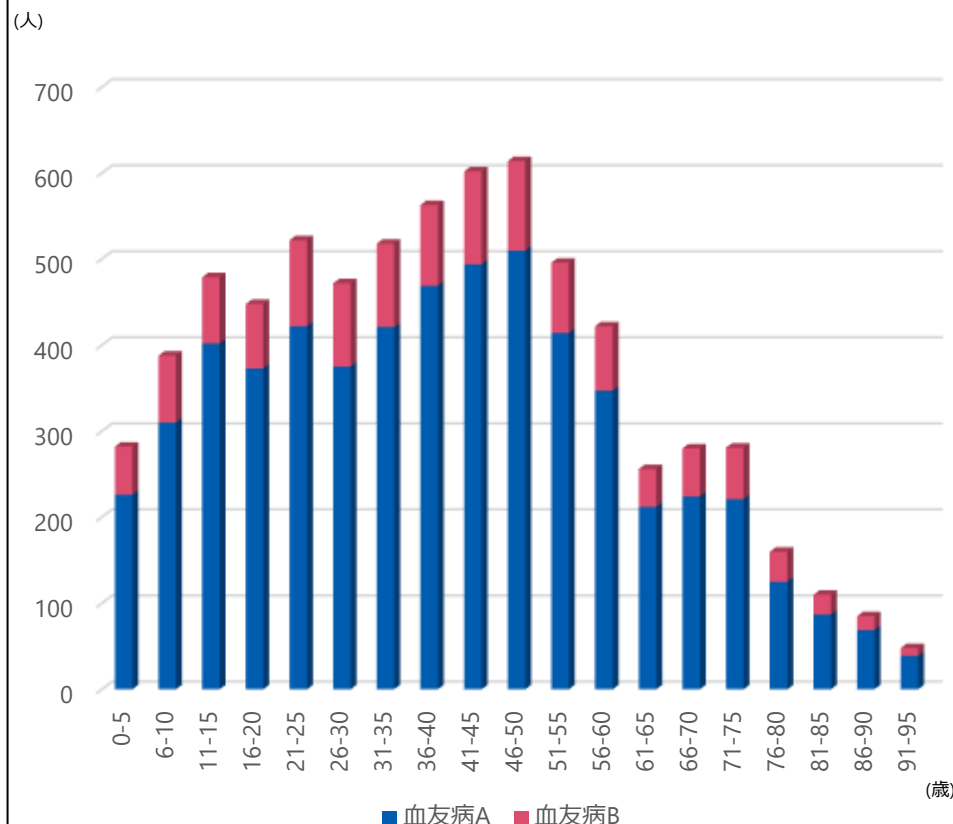
Emicizumab導入前後における年間出血回数（annual bleeding rate: ABR）を、インヒビター保有の有無別に評価した。尚、血友病Aインヒビター保有症例に関しては、Emicizumab導入前にFVIIIの定期投与を行っていた群（n=11）と行っていない群（n=27）に分けて解析した。

（引用元）近澤悠志ら. 血栓止血誌 2022;33(1):14-22.
東京医大病院での診療経験を踏まえたemicizumabのリアルワールドデータ

血友病患者の年齢構成と血液凝固因子製剤等の使用状況

- 血友病患者について、65歳以上の患者が一定の割合を占める。
- 血液凝固因子製剤等の使用状況について、ヘムライブラ(エミシズマブ)は20歳以上の令和3年6月1日から令和5年5月31日まで期間に血友病Aの患者433名に使用されている。

血友病患者の年齢構成



(引用元) 血液凝固異常症全国調査 (令和4年度報告書)

血液凝固因子製剤等の使用状況

表45. 血友病Aにおける年齢群別の血液凝固因子製剤ならびに類似薬剤の使用報告数

製剤名	10歳以下	11歳～20歳未満	20歳以上	計
クロスエイトMC*	0	3	132	135
コンファクトF*	0	1	10	11
コンコエイト-HT*	0	0	0	0
コージネイトFSバイオセット*	0	1	1	2
アドベイト*	69	98	229	396
ノボエイト*	4	7	47	58
イロクテイト*	80	70	377	527
アディノベイト*	54	107	436	597
コパールトリイ*	40	53	284	377
エイフスチラ*	3	5	26	34
ジビイ*	0	10	101	111
イスパロクト*	3	5	20	28
ヌーイック*	1	2	4	7
ファイバ*	1	0	0	1
ノボセブンHI*	10	5	24	39
バイクロット*	0	0	2	2
ヘムライブラ*	210	101	433	744
その他	2	0	0	2
血友病の治療薬	0	1	19	20
遺伝子治療の治療薬	0	0	2	2
使用なし	35	37	252	324
合計	512	506	2,399	3,417

(引用元) 血液凝固異常症全国調査 (令和4年度報告書、令和3年6月1日から令和5年5月31日までの期間に使用された人数)

血友病患者に対する新医薬品の薬価収載について

- 血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者における出血傾向の抑制を効能効果にもつコンシズマブ(遺伝子組換え)について、令和5年11月15日の中医協総会において、薬価収載が承認された。

新医薬品一覽表(令和5年11月22日収載予定)

[illegible]

血友病の治療薬の包括範囲について

- 血友病の治療薬について、血液凝固因子製剤や血液凝固因子抗体迂回活性複合体は地域包括ケア病棟等においては包括から除外され、介護老人保健施設等においては医療保険からの給付となっているが、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤及びTFPIモノクローナル抗体については包括範囲及び介護保険からの給付となっている。

薬効分類名	血液凝固因子製剤	血液凝固因子抗体迂回活性複合体	血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤 (エミシズマブ)	TFPIモノクローナル抗体 (コンシズマブ)
地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料等	○	○	×	×
療養病棟入院基本料等	○	○	×	×
介護老人保健施設・介護医療院	○	○	×	×

地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料等、療養病棟入院基本料等 ○：包括対象除外薬剤 ×：包括対象薬剤
 介護老人保健施設・介護医療院 ○：医療保険からの給付 ×：介護保険からの給付

1. 医療機関と高齢者施設等との連携について（その2）

2. 介護保険施設及び障害者支援施設において

医療保険から給付できる医療サービスについて

2-1 がん治療・がん緩和ケアについて

2-2 重症心不全患者等の医学的管理について

2-3 血友病患者に使用する薬剤について

2-4 適正な薬学管理の推進について

介護老人保健施設入所者の外来・往診等に係る処方箋の取扱い

- 介護老人保健施設入所者に対して、往診を実施する医師は、特定の目的で薬剤を処方する場合等に限
り処方箋を交付することができる。

「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院(対診)について」より抜粋(平成12年3月31日老企発第59号)
(令和3年3月16日 老高発0316第3号・老認発0316第6号・老々発0316第5号)

- (2) 介護老人保健施設入所者を往診・通院により診療した保険医は、保険薬局における薬剤又は治療材料の支給を目的とする処方せんを交付してはならないこと。

※処方箋を交付することができる場合

- ① 悪性新生物に罹患している患者に対し、抗悪性腫瘍剤(注射薬を除く。)の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ② 疼痛コントロールのための医療用麻薬の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ③ 抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る)の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ④ インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。)の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑤ 在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にある者に対してエリスロポエチン又はダルベポエチンの支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑥ 血友病の患者に対して血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑦ 自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑧ 在宅血液透析を受けている患者に対し人工腎臓用透析液の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑨ 在宅血液透析を受けている患者に対し血液凝固阻止剤の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑩ 在宅血液透析を受けている患者に対し生理食塩水の支給を目的とする処方せんを交付する場合

初再診・往診等に関する介護保険施設における医療保険の給付の範囲について

○ 介護医療院及び介護老人保健施設の入所者に対して施設に所属しない医師が往診し処方した場合の処方箋料は一部の場合を除き算定できない。

○：医療保険から給付 ×：介護保険から給付		医療提供施設						老人福祉施設	
		介護医療院			介護老人保健施設			特別養護老人ホーム	
		所属する医師	併設保険医療機関の医師	併設保険医療機関以外の医師	所属する医師	併設保険医療機関の医師	併設保険医療機関以外の医師	配置医師	配置医師以外
初診料・再診料 (73点～288点)		×	○※1	○	×	×	○	×	○※2
在宅医療	往診料 (720点)	×	×	○	×	×	○	×	○※2
	夜間・深夜・休日往診加算 (325点～2700点)	×	×	○	×	×	○	×	○※2
検査・処置		×	○※1	○※1	×	○※3	○※3	○	○
投薬		×	○※4	○※4	×	○※4	○※4	○	○

- ※1 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合算定可能。
- ※2 特養における医療保険の給付の取扱い
- (1) 患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者又はその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合に限り、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を算定できる。
- (2) (1)にかかわらず、入所者又はその家族等の求めや入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めが明らかではない場合であっても、緊急の場合であって、特別養護老人ホーム等の管理者の求めに応じて行った診療については、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を同様に算定できる。
- ※3 老健入所者に算定できない検査・処置の費用
- ・算定できない検査: 検体検査、心電図検査等(血液ガス分析、血液ガス分析に係る生化学的検査判断料、動脈血採血、当該保険医療機関以外の医療機関で描写した心電図の診断及び四肢単極誘導と胸部誘導を含む12誘導以上の負荷心電図検査は保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行う場合算定可)
 - ・算定できない処置: 創傷処置・酸素吸入、非還納性ヘルニア徒手整復、人工呼吸、胃洗浄、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、鼻腔栄養等
- ※4 医療院・老健入所者においては一部薬剤の薬剤料のみ算定可能(医療院入所者であって介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合は、専門的な診療に特有の薬剤に係る投薬の費用を算定可能)
- 腎性貧血薬(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
- 疼痛コントロールのための医療用麻薬
- インターフェロン製剤・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。)
- 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

高齢者施設における薬局の対応について

- 介護老人保健施設等において、往診医が抗がん剤等を処方した場合に薬局が処方箋を応需しても調剤報酬が算定できないこととなっている。

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

専門的な診療に特有の薬剤について

- 介護老人保健施設入所者に対して、往診を実施する医師は、特定の目的で薬剤を処方する場合がある。
- その際、抗悪性腫瘍剤などの薬剤は、特に安全管理が必要であり、以下に掲げるような専門的な薬学管理を実施することが医療の質の向上につながる。

○悪性腫瘍の患者

・抗悪性腫瘍剤

- ✓ 投与期間と休薬期間の管理
- ✓ 吐き気などの副作用対策

・医療用麻薬

- ✓ 指示に従った確実な服薬と副作用対策
- ✓ レスキュー薬の使い方の支援
- ✓ 麻薬の取扱いに関する留意点

○B型肝炎又はC型肝炎 及びHIV感染症の患者

- ・抗ウイルス薬
- ・インターフェロン製剤

- ✓ 薬物相互作用に注意が必要（プロテアーゼ阻害薬等）
- ✓ インターフェロン製剤では発熱等の副作用対策が必要

○在宅血液透析・在宅腹膜灌流を行っている患者

- ・エリスロポエチン製剤
- ・透析液や血液凝固阻止剤 など

- ✓ 適切な温度管理で保管することの指導（冷所保管が必要）
- ✓ 腎機能低下患者であり、投与量に注意が必要。

○血友病の患者

- ・血液凝固因子製剤
- ・血液凝固因子抗体迂回活性複合体

- ✓ 注射薬の管理及び取扱いに関する指導
- ✓ 適切な温度管理で保管することの指導（冷所保管が必要な製剤が多い）

【参考】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揭示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）

第十二 療担基準第二十条第四号ロの処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合

- 一 悪性新生物に罹患している患者に対して抗悪性腫瘍剤（注射薬を除く。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 二 疼痛コントロールのための医療用麻薬の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 三 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 四 インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 五 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 六 自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 七 診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤点数表」という。）の第4節区分番号30に掲げる特定保険医療材料の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 八 エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 九 ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 十 エポエチンベータヘゴル（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 十一 人工腎臓用透析液（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 十二 血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 十三 生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

自宅等で療養する患者への緊急訪問の評価

中 医 協 総 - 3
5. 1 2. 6 改

- 自宅等で療養する新型コロナウイルス感染症の患者に対して、医師の指示により保険薬局から薬剤師が必要な服薬指導と薬剤の交付のために緊急に訪問した場合の評価が臨時的な特例として設けられている。
- 他方、このような状況において緊急に訪問する必要がある場合の評価が、恒常的な調剤報酬では規定されていない。

コロナ特例での評価

新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価

- ・ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 500点
(患者本人に対面で服薬指導)
- ・ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2 200点
(患者の家族に対面で服薬指導)

新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価

- ・ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 500点
(患者本人に対面で服薬指導)
- ・ 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 59点
(情報通信機器を用いた服薬指導)

調剤報酬での評価

- ・ 計画的な訪問薬剤管理指導を受けていない患者に対する緊急的な訪問の評価はない

- ・ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2 200点
(計画的な訪問薬剤管理指導の対象ではない疾患の急変等に関する評価)

- ・ 緊急的な訪問の評価はない
 - ・ 特別養護老人ホームを訪問し必要な指導を行った場合には、通常と同様に服薬管理指導料 3 が算定可能。
 - ・ 介護医療院、介護老人保健施設等の入所者に対しては、医療保険での評価がない。

自宅・宿泊療養の患者

在宅患者

高齢者施設等の患者

医療機関と高齢者施設等との連携等についての課題

(医療機関と高齢者施設等との連携について)

- ・ 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要である。
- ・ 介護保険施設については、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携のもとで適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築することを念頭に、入所者の急変時等における相談体制や診療を行う体制を常時確保している協力医療機関を定めることを経過措置を設けた上で義務化する予定となっている。
- ・ 地域包括ケア病棟等の届出のある在宅療養支援病院(在支病)等における介護保険施設等に関する連携体制は、介護保険施設からの電話等による相談対応はほとんどの医療機関で対応可能とされており、緊急時の往診について、特に機能強化型在支病においては対応可能と回答した医療機関が多かったが、全体の70%程度に留まっている。
- ・ ICTを用いた平時からの診療情報の共有について、感染症蔓延下においては、緊急時の対応における情報共有等が役立ったとしている地域もある。

(2. 介護保険施設及び障害者支援施設において医療保険から給付できる医療サービスについて)

- ・ 累次の診療報酬改定においては介護保険施設では対応できない医療行為等については保険医療機関からの給付となるよう、見直しを行ってきた。
- ・ 介護保険施設における施設内で提供可能な医療について、「疼痛管理(麻薬使用)」を提供可能とした施設は、老健では19.5%、介護医療院では46.2%、特養では15.7%であった。
- ・ 「悪性腫瘍に伴う疼痛の管理」を行う患者の入所希望があった場合「自施設で対応可能」とした介護老人保健施設は全体の29.5%、「協力病院・診療所の支援を受けて対応できる」とした介護老人保健施設は全体の21.3%である一方、「対応できない」とした介護老人保健施設は全体の46.8%であった。
- ・ 介護老人保健施設入所者に対して、外来化学療法診療料は算定可能であるが、外来放射線照射診療料、がん性疼痛緩和指導管理料及び外来緩和ケア管理料は算定できない。
- ・ 特別養護老人ホームにおいては、末期の悪性腫瘍の患者に対して在宅患者訪問診療料を算定できることとしているが、障害者支援施設においては、訪問診療料を算定できない。
- ・ 障害者支援施設における配置医師の診療科目は、「内科」が79.2%、「精神科」が39.2%となっている。
- ・ 植込型補助人工心臓(非拍動流型)について、令和3年5月1日から、心臓移植不適応の重症心不全患者にも適応を拡大したが、入院中の患者以外の患者に対する評価であるC116在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料については、介護老人保健施設及び介護医療院の入所者については算定できない。
- ・ K604-2 植込型補助人工心臓(非拍動流型)においても、C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料においても、65歳以上の患者の算定回数は増加傾向である。
- ・ 血友病の治療薬について、血液凝固因子製剤や血液凝固因子抗体迂回活性複合体は地域包括ケア病棟等においては包括から除外され、介護老人保健施設等においては医療保険からの給付となっているが、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤及びTFPIモノクローナル抗体については包括範囲及び介護保険からの給付となっている。
- ・ 介護医療院及び介護老人保健施設の入所者に対して施設に所属しない医師が往診し処方した場合の処方箋料は一部の場合を除き算定できない。また、その場合に処方箋を応需した薬局は調剤報酬が算定できない。

医療機関と高齢者施設等との連携等についての論点

【論点】

(医療機関と高齢者施設等との連携について)

- 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟等(以下、在支病等とする。)に求められる役割や、介護保険における介護保険施設と協力医療機関との連携体制の構築に関する対応方針も踏まえ、在支病等においては、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことを望ましいこととしてはどうか。
- 協力医療機関について、介護保険施設が定期的開催する入所者の現病歴等の情報共有を行う会議に参加している場合であって、当該入所者の病状の急変時に、協力医療機関の医師が往診等を求められた際の以下の対応について診療報酬上の評価を行ってはどうか。
 - ①協力医療機関の医師が入所者または施設の職員等の求めがあった場合の往診。
 - ②当該往診等において、入院の必要性が認められた場合の、入院の受け入れ。
※協力医療機関と介護保険施設が同一法人・関連法人である等の特別の関係にある場合は除く。
- また、協力医療機関と介護保険施設の連携体制の構築について、介護保険施設の入所者の病状の急変時に、ICT等の活用によって協力医療機関の医師が当該入所者の現病歴等の情報を常に確認できる体制を整備することについてどのように考えるか。

(2. 介護保険施設及び障害者支援施設において医療保険から給付できる医療サービスについて)

- 介護保険施設に対する医療保険の給付の範囲の在り方の見直しの経緯等を踏まえ、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が可能な限り施設での暮らしを継続するために、介護保険施設及び障害者支援施設において対応が困難な以下の医療行為等について医療保険からの給付を可能にしてはどうか。
 - ①介護老人保健施設に入所する悪性腫瘍の患者に対する放射線治療及び緩和ケアに関する医学管理。
 - ②介護老人保健施設の高度な薬学的管理を必要とする患者の薬剤の処方に係る処方箋発行の費用及び調剤報酬の一部。
 - ③介護老人保健施設・介護医療院における重症心不全患者の植込型補助人工心臓(非拍動流型)の使用に関する指導管理。
 - ④介護老人保健施設・介護医療院における血友病の患者に投与する、血液凝固因子製剤以外の医薬品であって、血友病患者の出血傾向の抑制の効能又は効果を有する医薬品の費用。
 - ⑤障害者支援施設に入所する末期の悪性腫瘍の患者に対する訪問診療。
- また、④の血友病患者に係る医薬品の費用については、血友病患者の療養の場を拡大する観点から、介護保険施設入所者における医療保険からの給付の取扱いと同様に地域包括ケア病棟や療養病棟等における包括薬剤の対象から除外することとしてはどうか。

個別事項(その16)

医療資源の少ない地域、有床診療所

1. 医療資源の少ない地域に配慮した評価

1－1. 医療資源の少ない地域における医療の提供について

1－2. 医療資源の少ない地域の対象地域について

2. 有床診療所

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価（概要）

診療組 入ー 1
5 . 9 . 2 9

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、施設基準の緩和等、その特性に配慮した評価を行っている。
- 急性期から回復期における機能分化が困難である観点から一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料について要件緩和や混合病棟を認める等の対応を行っている。

<評価の概要>

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A 1 0 0 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	入院基本料 1 ～ 3 の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A 2 0 7 医師事務補助体制加算	20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の要件
A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A 2 4 6 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上※ ¹ 看護職員の最小必要数の4割以上※ ² が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料 1、2、3 及び 4、地域包括ケア病棟入院料 1 及び 3）	人員配置 病床数
A 3 1 7 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員 1 人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A 2 4 8 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B 0 0 1 2 4 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B 0 0 1 2 7 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

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

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1、手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

診調組 入ー 1
5 . 9 . 2 9

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

医療資源の少ない地域 算定状況①

診調組 入－1
5 . 9 . 2 9

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

算定項目	H29年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数
特定一般病棟入院料 1	124	1520	192	2549	194	2352	169	2058	170	2217	153	1832
特定一般病棟入院料 2	190	3061	119	1680	60	1025	68	1286	57	974	60	953
特定一般病棟入院期間加算（１４日以内）	227	1767	237	1879	185	1410	170	1418	167	1310	163	1152
特定一般病棟入院期間加算（１５日以上３０日以内）	73	639	116	831	81	710	89	797	82	725	59	469
重症児（者）受入連携加算（特定一般病棟入院料）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
救急・在宅等支援病床初期加算（特定一般病棟入院料）	62	527	131	1156	116	970	97	834	119	935	109	730
一般病棟看護必要度評価加算（特定一般病棟入院料）	-	-	91	1446	66	854	56	871	62	871	64	884
特定一般病棟入院料（地域包括ケア１）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア２）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア３）	-	-	-	-	7	86	4	81	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア４）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（Ａ）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（Ｂ）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（Ｃ）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（Ｄ）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（Ｅ）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（Ｆ）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（Ｇ）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（Ｈ）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（Ｉ）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

医療資源の少ない地域 算定状況②

診調組 入ー 1
5 . 9 . 2 9

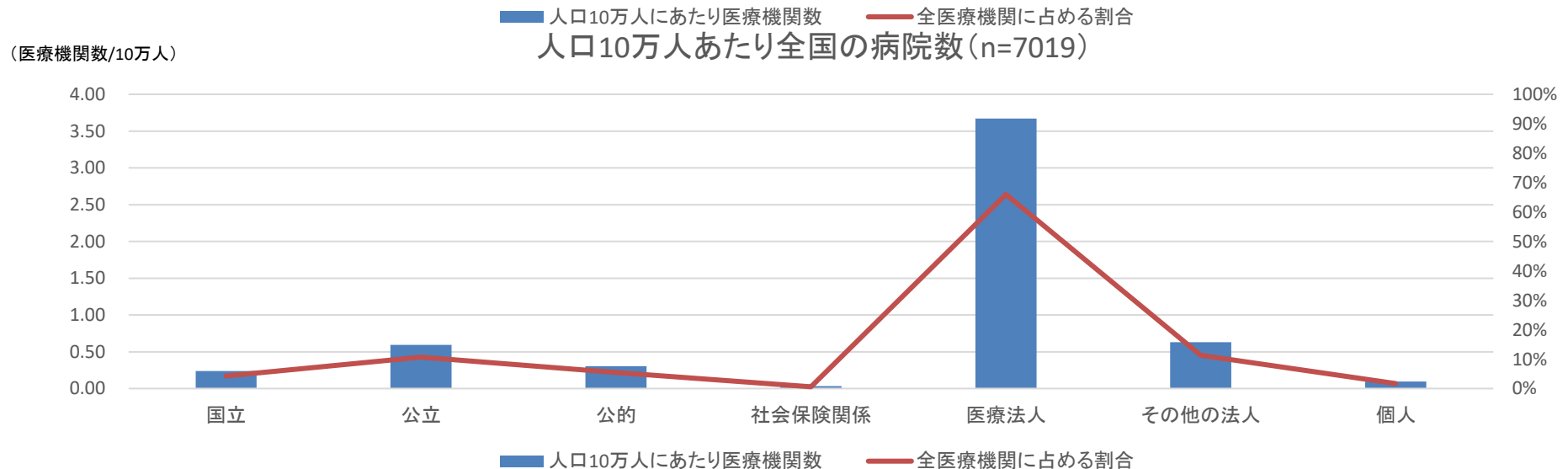
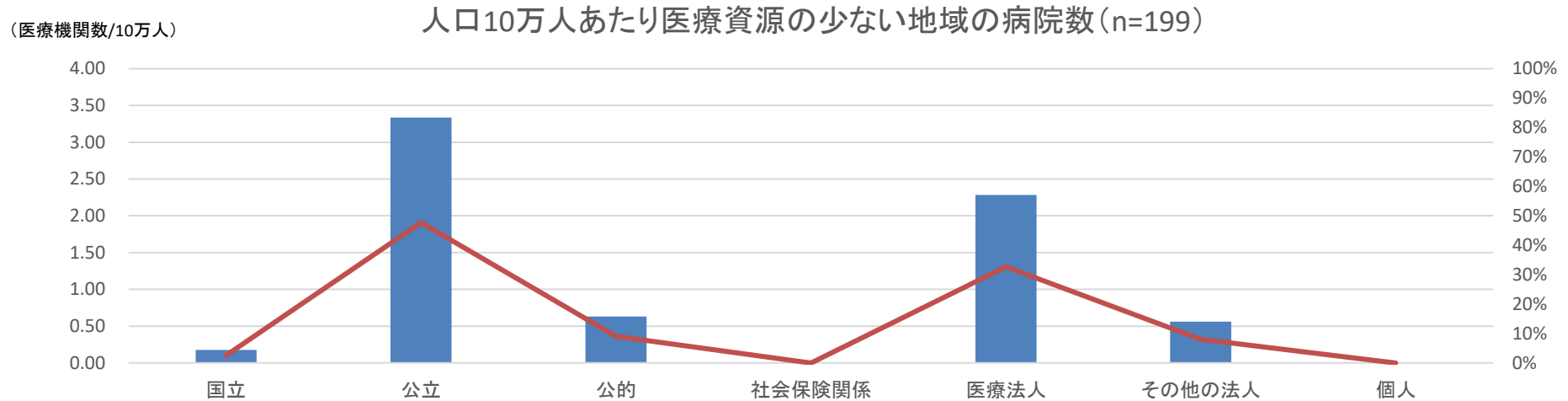
○ 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

算定項目	H29年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数
緩和ケア診療加算（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
栄養サポートチーム加算（特定地域）	20	42	3	7	15	43	-	-	-	-	11	18
褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）	1	1	-	-	-	-	4	4	6	7	-	-
入退院支援加算（特定地域）（一般病棟入院基本料等）	-	-	5	5	16	16	2	2	37	38	18	18
入退院支援加算（特定地域）（療養病棟入院基本料等）	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
地域包括ケア病棟入院料 1（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料 1（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料 1（特定地域）	9	133	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料 1（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料 2（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料 2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料 2（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料 2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料 3（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料 3（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料 3（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料 3（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料 4（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料 4（生活療養）（特定地域）	-	-	22	562	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料 4（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料 4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料 2（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料 2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料 4（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料 4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
外来緩和ケア管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について

診調組 入-1
5. 9. 29

- 全国の病院と医療資源の少ない地域に存在する人口10万人あたりの病院の設置主体は以下のとおりであった。
- 医療資源の少ない地域においては設置主体が公立の医療機関が最も多く、全国でみると医療法人が最も多かった。

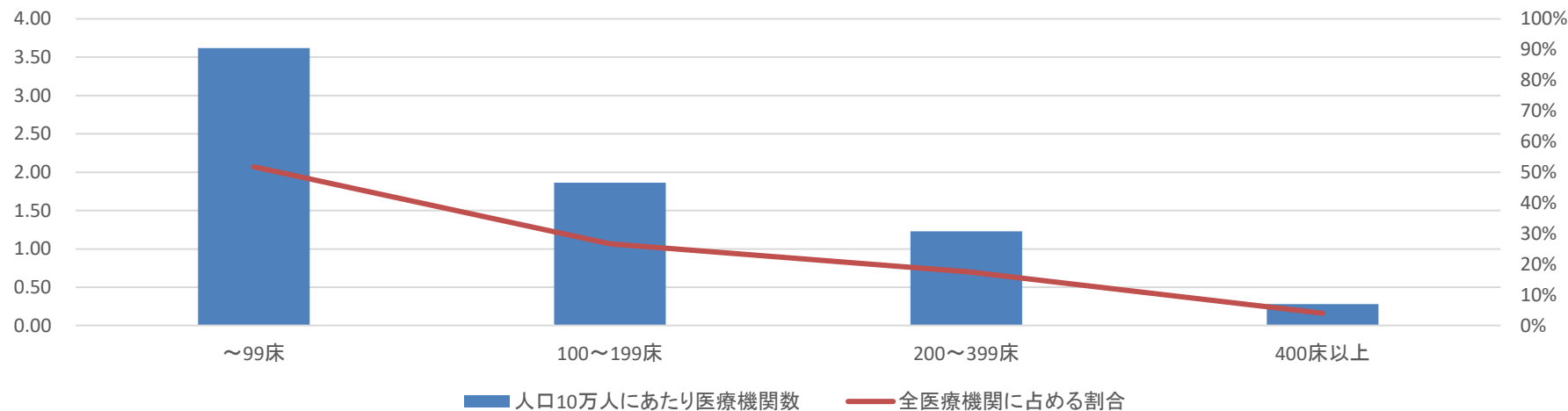


全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について

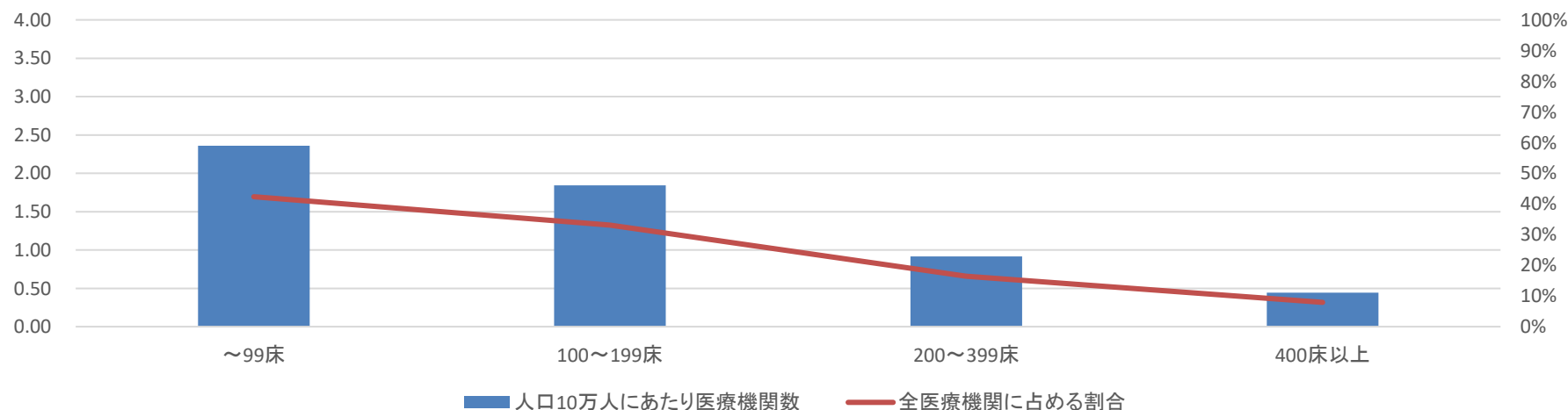
診調組 入-1
5. 9. 29

- 医療資源の少ない地域に存在する病院及び、全国の病院における人口10万人あたり許可病床数は以下のとおりであった。
- 医療資源の少ない地域に存在する病院の許可病床数については、100床未満の医療機関が最も多く、全体の約50%を占めていた。

人口10万人あたり医療資源の少ない地域の許可病床数(n=199)



人口10万人あたり全国の病院における許可病床数(n=7019)

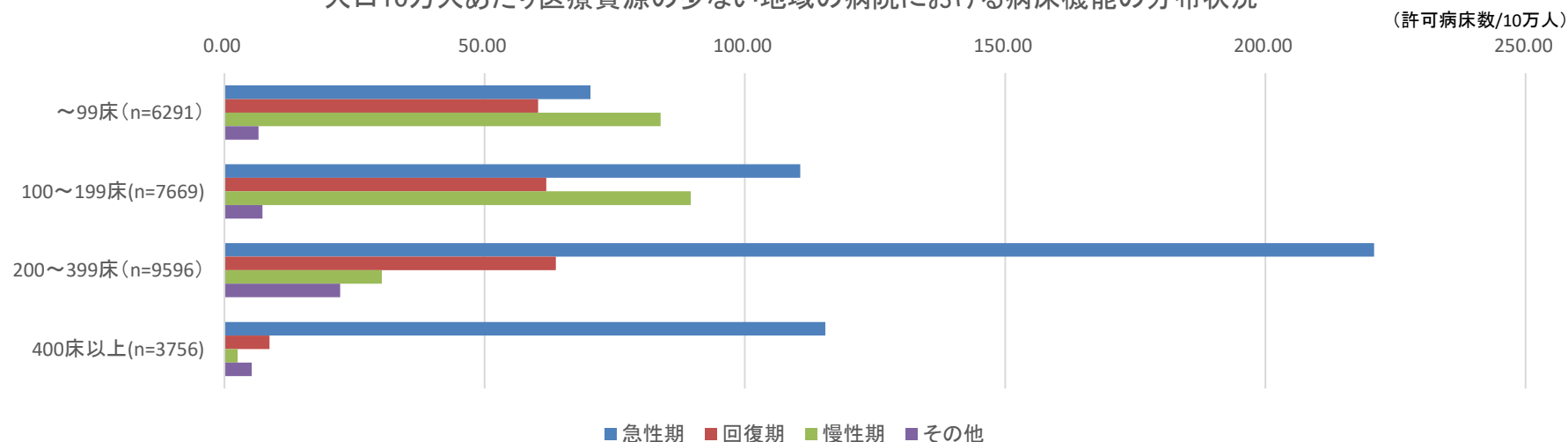


全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について③

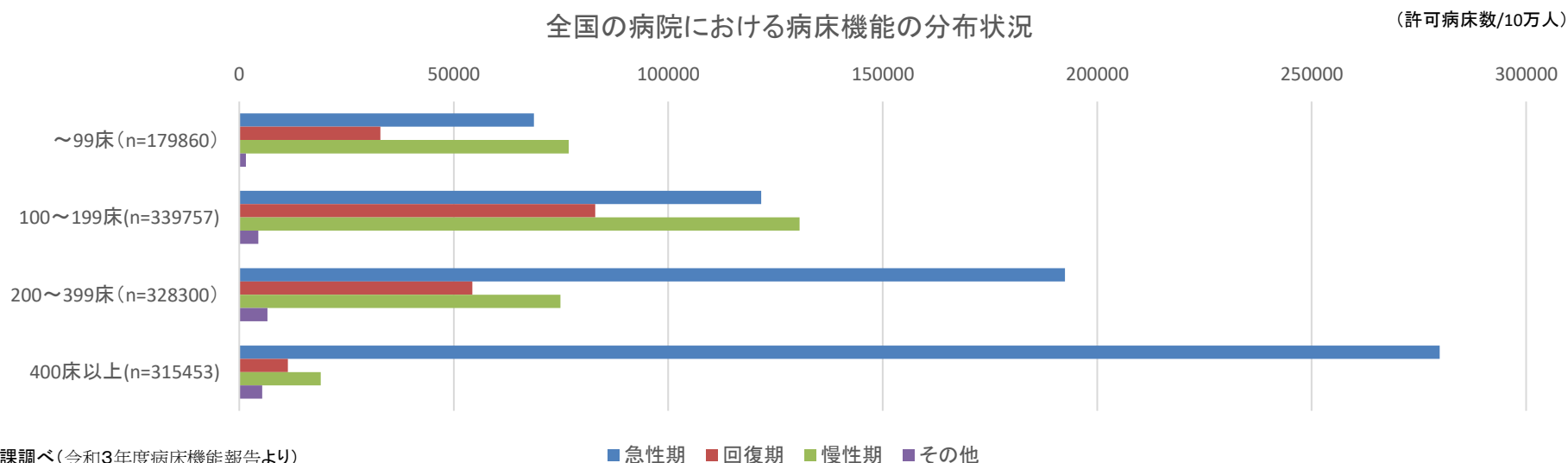
診調組 入ー 1
5. 9. 2 9 改

- 医療資源の少ない地域に存在する病院及び全国の病院における人口10万人あたり病床機能の分布状況は以下のとおりであった。

人口10万人あたり医療資源の少ない地域の病院における病床機能の分布状況



全国の病院における病床機能の分布状況



Ⅱ．検討結果の概要

12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

- 医療資源の少ない地域では、回復期リハビリテーション病棟を整備するのが難しい実態があり、そういった実態を踏まえた対応を検討してはどうかといった指摘があった。
- 地域包括ケア病棟の自院の一般病棟からの転棟に関する要件については、周辺に医療機関が存在しないことにより自院からの転棟が多くなることを踏まえ、医療資源の少ない地域における対応を検討してはどうかといった指摘があった。
- 在宅医療の提供体制の構築について、在宅療養支援診療所等のような 24 時間の医療提供体制の確保を行う医療機関の運用が難しい実態も踏まえ、D to P with N 等の活用や、訪問看護との連携が重要であるといった指摘があった。

	医療機関の主な意見等
入院について	○急性期 - 救急患者は受け入れるが、十分な医師の確保が困難なため、手術を必要とする患者や高度急性期の患者はほとんど転院となる。 - 周囲の医療機関と輪番制を構築していたが、医師の高齢化により輪番制が廃止となって継続困難となり廃止となった。 - 地域連携ネットワークを導入したおかげで急性期疾患の患者の経過を確認できるようになり、回復期に移行し地域に戻ってくるときの計画を立てやすくなった。 ○回復期 - 地域に回復期リハビリテーション病棟が少なく、遠方にあるため患者や家族に負担がかかる。 - 自院で回復期リハビリテーション病棟を届出できるほど周辺地域に対象となる患者がいらないため、回復期に集中的なリハビリテーションを必要とする場合、地域包括ケア病棟に入院となる場合があり、包括評価のため経営上の負担になる。 - 周辺に医療機関がなく機能分化ができないため、急性期も回復期も担う医療機関は地域包括ケア病棟の自院からの転棟割合の要件を満たすのが難しい。

回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※1)
医師	専任常勤 1 名以上				
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）	1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）			
看護補助者	3 0 対 1 以上				
リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上	専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上			
社会福祉士	専任常勤 1 名以上	－			
管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
第三者評価	受けていることが望 ましい	－	受けていることが望 ましい	－	－
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○	－			
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3 割以上→4 割以上	2 割以上→3 割以上			－
入院時に重症であった患者における 退院時の日常生活機能評価 () 内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16 点）以上改善	3 割以上が 3 点（12 点）以上改善			－
自宅等に退院する割合	7 割以上				－
リハビリテーション実績指数	40 以上	－	35 以上	－	－
点数 () 内は生活療養を受ける場合	2,129 点 (2,115 点)	2,066 点 (2,051 点)	1,899 点 (1,884 点)	1,841 点 (1,827 点)	1,678 点 (1,664 点)

※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。

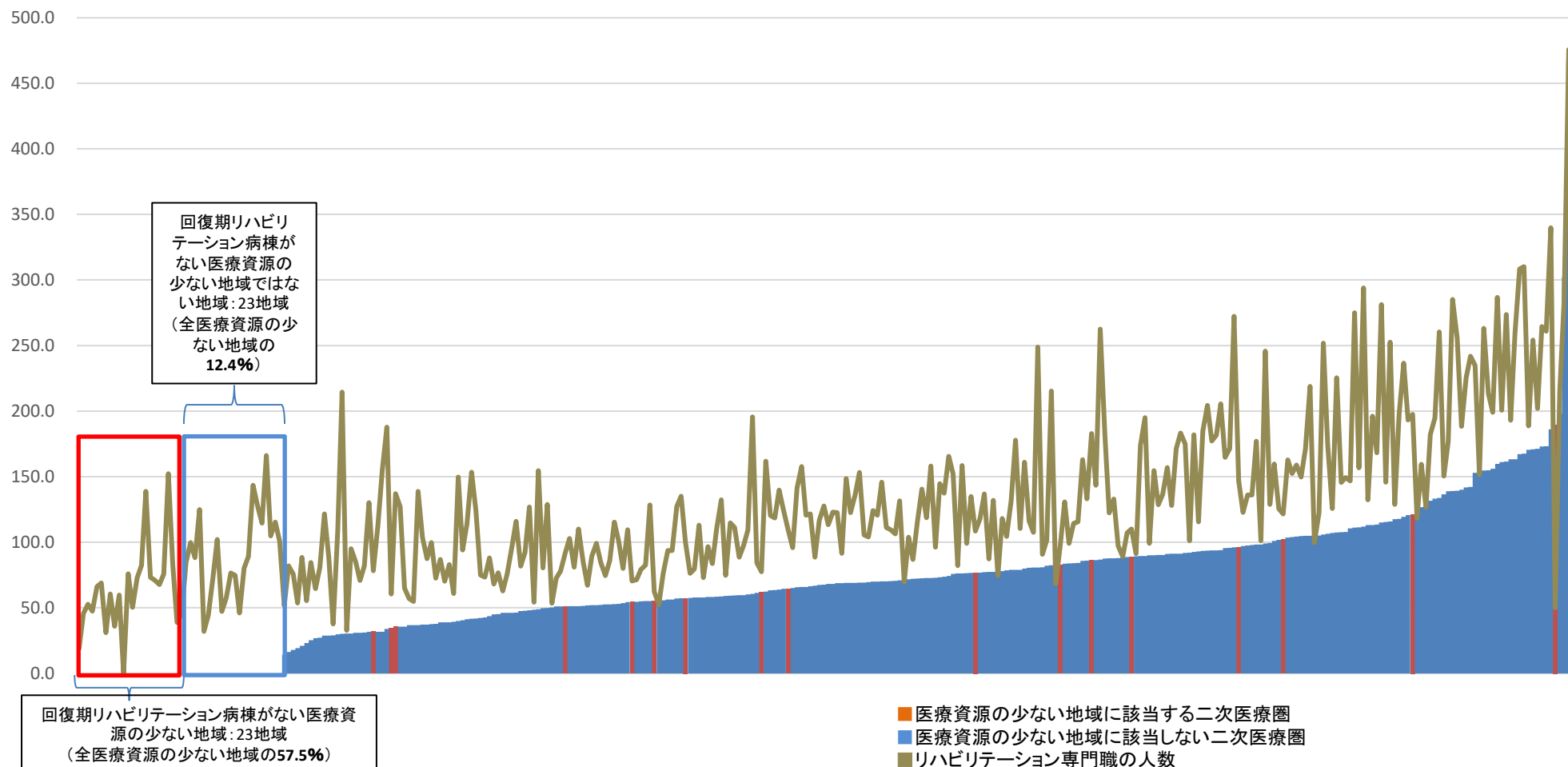
なお、令和 4 年 3 月 31 日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 の届出を行っている病棟については、1 年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 を算定し、その後 1 年間、新入院料 5 を算定することができる。

医療資源の少ない地域におけるリハビリテーション

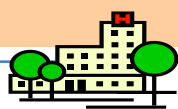
診調組 入 1
5 . 9 . 2 9

○ 医療資源の少ない地域においては、回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域が23地域あり、医療資源の少ない地域全体の57.5%を占める。回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域はリハビリテーション専門職の人数については配置が少ないが一定数は存在する。

回復期リハビリテーション病棟の病床数とリハビリテーション専門職の人数
(人口10万人対)



地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



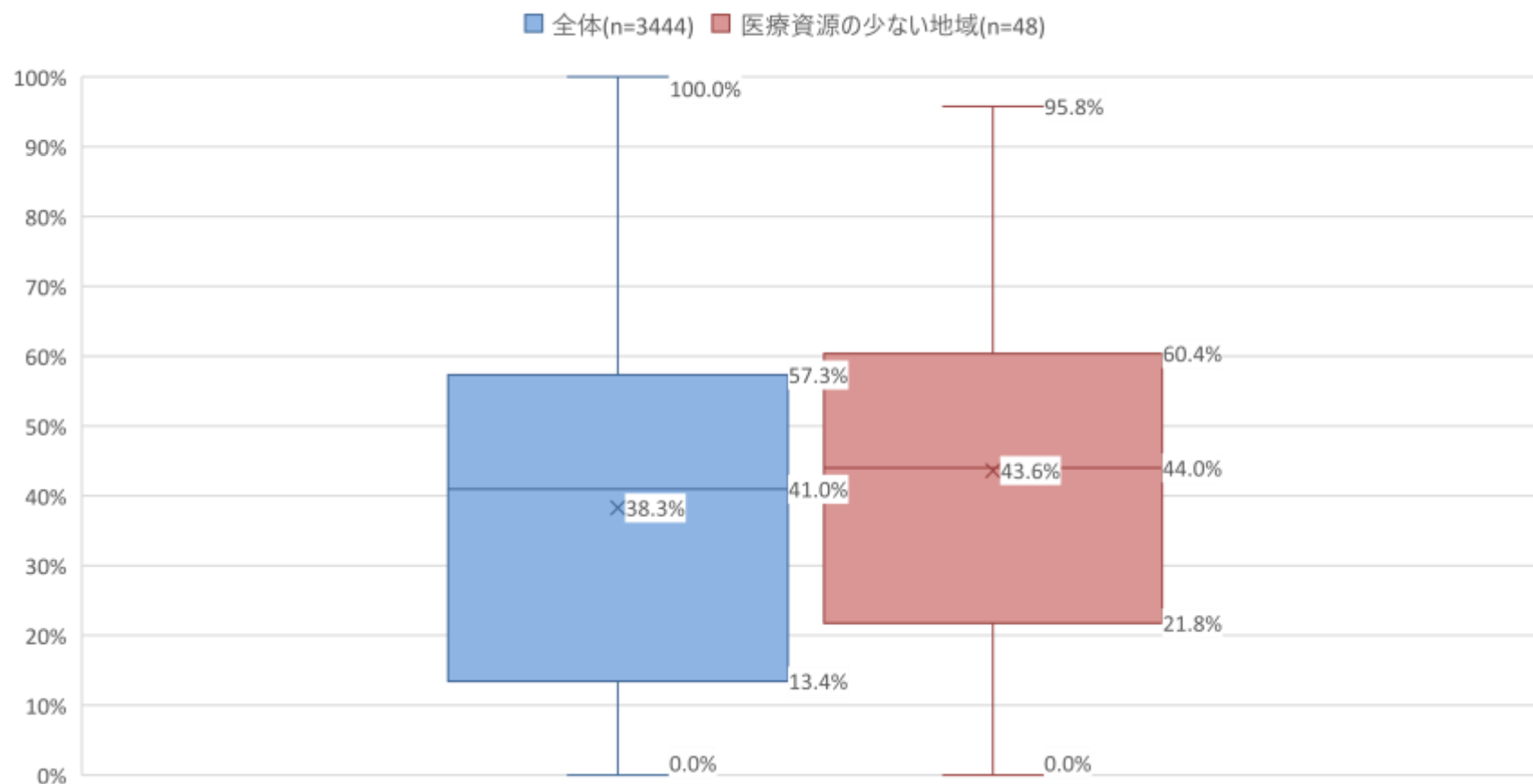
	入院料 1		管理料 1		入院料 2		管理料 2		入院料 3		管理料 3		入院料 4		管理料 4	
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）															
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置															
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については 1 日平均 2 単位以上提供していること															
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること															
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）															
届出単位	病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室	
許可病床数200床未満	○		－		○		○		○		－		－		○	
室面積	6.4平方メートル以上								－							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上															
自院の一般病棟から転棟した患者割合	－				6 割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85 / 100に減算)				－				6 割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85 / 100に減算)			
自宅等から入棟した患者割合	2 割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)				いずれか1つ以上 (満たさない場合90 / 100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)				2 割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)				いずれか1つ以上 (満たさない場合90 / 100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)			
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上								3月で9人以上							
在宅医療等の実績	○（2つ以上）								○（2つ以上）							
在宅復帰率	7 割 2 分 5 厘以上								7 割以上 (満たさない場合90 / 100に減算)							
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の 1・2 については入退院支援加算 1 を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合） (満たさない場合90 / 100に減算)															
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）				2,620点（2,605点）				2,285点（2,270点）				2,076点（2,060点）			

・ **療養病床については 95 / 100 の点数を算定**する。ただし、**救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が 6 割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ 3 月で 30 人以上のいずれか**を満たす場合は 100 / 100

医療資源の少ない地域における入棟元について

- 医療資源の少ない地域にある地域包括ケア病棟の入棟元が院内の他病棟である患者の割合は、地域包括ケア病棟全体の割合より高かった。

地域包括ケア病棟における入棟元が院内の他病棟の患者割合



	医療機関の主な意見等
外来・在宅について	○ 在宅医療 ・ 医師の数が少ないため、在宅療養支援診療所を維持していくための医師の24時間対応体制の構築が負担になっている。 ・ 在宅のニーズの増加に合わせて、訪問診療や往診の体制を整えていきたいが、そもそもの医師の数等が不足しており難しい。 ・ 施設に入所する患者が増加しており、看取りの件数自体は減ってきている。 ・ 自宅までの距離が遠く離れており、自施設から20km離れた訪問看護ステーションの方が近いような患者の場合は、一旦その看護師に依頼して様子を見てもらうことがある。 ○ 情報通信機器を用いた診療 ・ 必要な患者に往診を提供できる様に努力しているが、遠方の患者は移動時間もかかり医師の負担になる。患家の近くの訪問看護ステーションから看護師が向かい、D to P with Nでの診療体制ができたら良い。 ・ オンライン診療での費用が低く、患者の指導や医療機関内での体制の整備に時間がかかるのに対して、採算がとれない。 ・ 普及を目指しているが、患者は高齢者が多く、デバイスをうまく扱えないため、中々オンライン診療を希望する患者がいらない。 ・ D to P with Nの取組を進めたいが、そもそも看護師の数が足りない。 ・ オンライン診療導入の意向はあるが、ソフトや機器の値段が高く購入が困難。

在支診・在支病の施設基準（参考）

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養 後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支 診・在支病 の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針を作成していること					
全ての在支 病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む） ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型 在支診・在 支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					

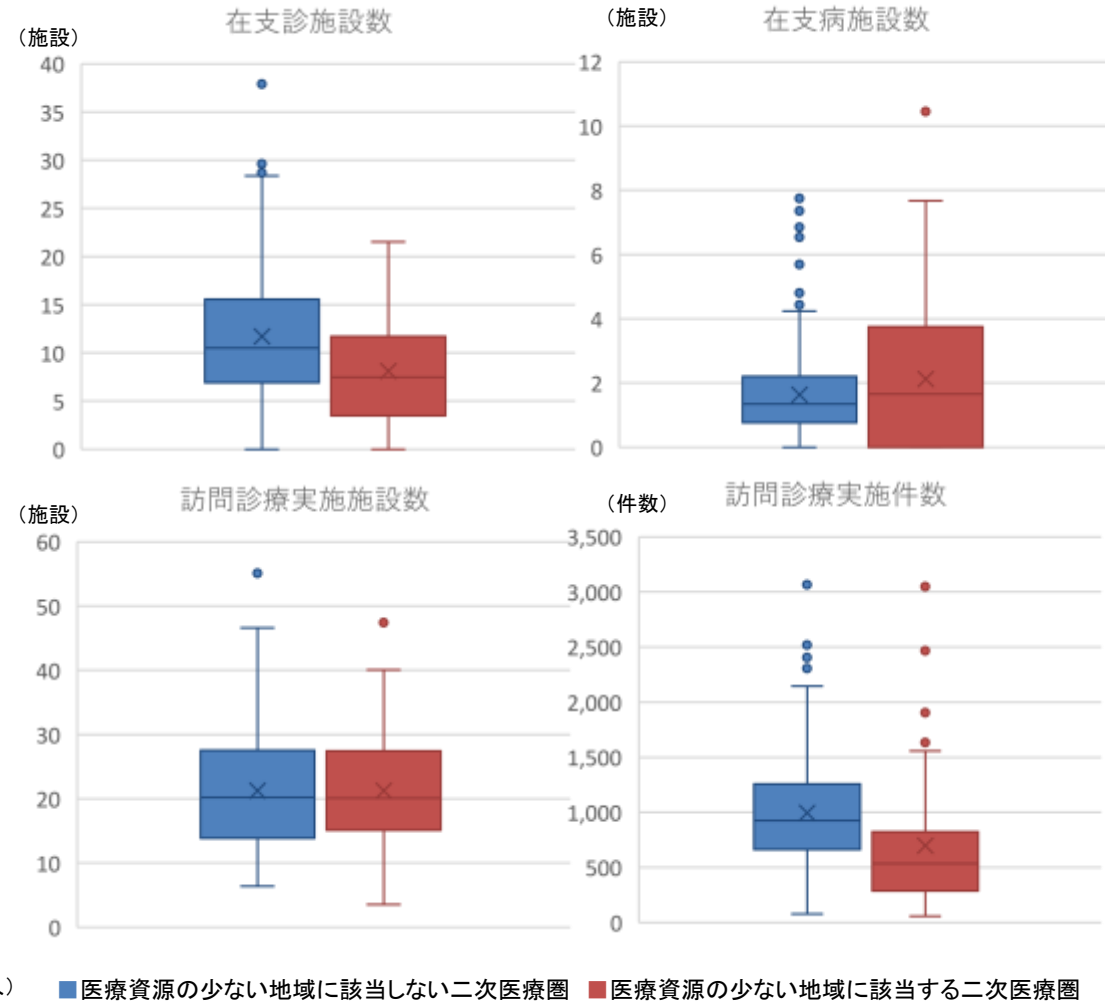
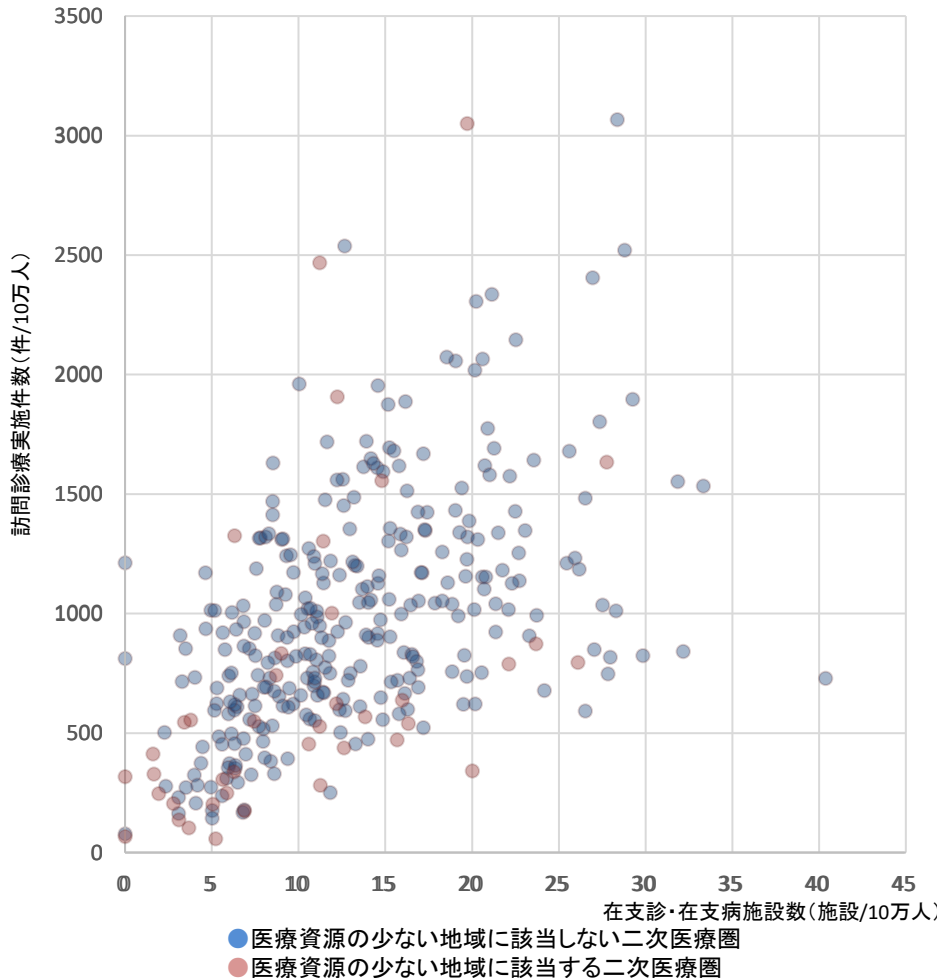
※：青字は令和4年度診療報酬改定における変更点

在宅療養支援病院・診療所について

診療組 入-1
5. 9. 29

- 医療資源の少ない地域においては在宅療養支援診療所の施設数はその他の地域と比較して低い傾向にあったが、在宅療養支援病院の施設数はやや多く、訪問診療実施施設数には大きな差が無かった。
- 訪問診療の実施件数は医療資源の少ない地域の方が少なかった。

訪問診療実施件数と在支診・在支病の施設数
(人口10万人対)



オンライン診療の提供体制に関する事項 患者が看護師等という場合のオンライン診療

1. 考え方等

患者が看護師等という場合のオンライン診療（以下「D to P with N」という。）は、患者の同意の下、オンライン診療時に、患者は看護師等が側にいる状態で診療を受け、医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能になるもの。

D to P with Nにおいても、指針に定められた「最低限遵守すべき事項」等に則った診療を行うこと。

2. 実施可能な診療の補助行為

医師の指示による診療の補助行為の内容としては、「診療計画」及び訪問看護指示書に基づき、予測された範囲内において診療の補助行為を行うこと。

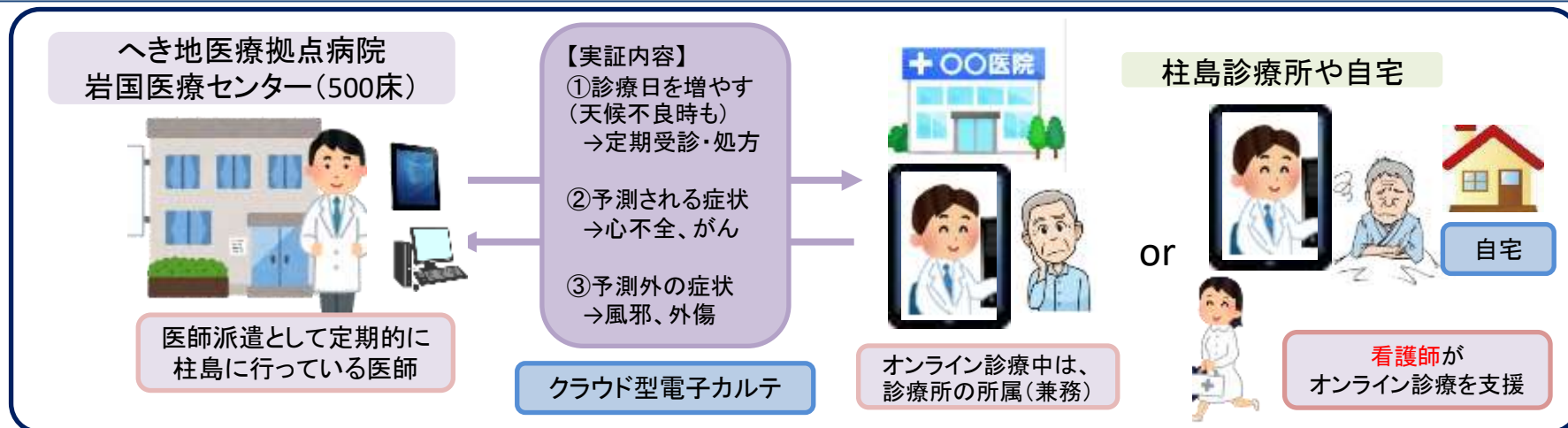
オンライン診療を行った際に、予測されていない新たな症状等が生じた場合において、医師が看護師等に対し、診断の補助となり得る追加的な検査を指示することは可能である。

3. 提供体制

D to P with Nを行う医師は、原則、訪問診療等を定期的に行っている医師であり、看護師等は同一医療機関の看護師等あるいは訪問看護の指示を受けた看護師等である。

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ離島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる（オンライン診療の適切な実施に関する指針）。

・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる（令和4年3月23日厚労省事務連絡）。

【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療（検査、処置）を届けられることができる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

- 今後高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえ、情報通信機器等の活用等も含めた、質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制を進める必要がある。
- 在宅医療における情報通信機器等の活用の取組としては、対面診療の補完、医療過疎地における遠隔診療、多職種連携におけるネットワーク構築等がある。

【在宅医療における情報通信機器の活用例】

対面診療の補完としてのオンライン診療

- ・福岡県（福岡市）の医療機関では、在宅患者に対する医療提供体制の強化の一環として、訪問計画の一部にオンライン診療を組み込む事で、医師の訪問負担を軽減しつつ、在宅患者への診療頻度を高める取組を実施している。



訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

- ・徳之島（鹿児島県）における病院と自治体が連携し、遠隔医療支援プラットフォームを活用したモデルを構築する取組
- ・訪問看護が取得した患者のバイタルデータを用いて、医師がオンラインで診察・記録を行うことができる。



ネットワーク構築による病病連携・病診連携・多職種連携の構築

- ・福井県（坂井地区）では病院が持つ患者情報（退院・看護サマリ、検査結果、画像、処方、注射など）をシステムにより、診療所や訪問看護ステーション、介護施設等と共有できる体制を整備。
- ・「カナミックネットワークTRITRUS」を用いて、在宅医療関係者間 診療情報や日々の生活情報等を共有



【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）

1. 医療資源の少ない地域に配慮した評価

1－1. 医療資源の少ない地域における医療の提供について

1－2. 医療資源の少ない地域の対象地域について

2. 有床診療所

医療資源の少ない地域（令和２年度診療報酬改定）

中医協 総－２
３．８．２５

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
青森県	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
	西北五地域	所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
	北秋田	北秋田市及び上小阿仁村
秋田県	大仙・仙北	大仙市、仙北市及び美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町及び東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曽	木曽郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	大田	大田市及び邑智郡
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

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

二次医療圏の見直しについて

- 医療法において、病床の整備を図るべき二次医療圏を定義し、医療計画の中で各圏域を定めることとしている。
- 既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、医政局通知により、その見直しについて検討することとしている。

4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について

(2) 既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。

その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて検討すること。

特に、人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満かつ推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要であること。また、検討の結果、見直しを行わないこととする場合には、その理由（地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等）を明記すること。

さらに、人口規模が100万人以上の二次医療圏については、構想区域（法第30条の4第2項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議（法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。）について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこととする。

また、構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であることから、構想区域に二次医療圏を合わせるような見直しを行うこと。

二次医療圏の見直しの例

- 第8次医療計画に伴い、一部の県において医療圏の令和6年度4月から二次医療圏の見直しが行われる予定である。

二次医療圏の設定について(意見のまとめ)

次期医療保健福祉計画の策定に当たり、二次医療圏は、県北、県央、県南の3医療圏とすることが望ましいのではないか。

【設定に当たり考慮した点】

- ・国の見直し基準をクリアすること
- ・将来の人口減少を考慮すること
- ・秋田市への一極集中を避け、地域バランスのとれた医療提供体制が整備されること

【(参考)期待される効果】

- ・各医療圏で、一般の入院に係る医療が完結
- ・各医療圏において、緊急PCIやハイリスク分娩などの専門的な医療に対応できる体制を確保
- ・より広域的な枠の中で、在宅医療など地域包括ケアシステム支える病院と緊急手術や救急搬送に確実に対応する主に急性期医療を担う病院との役割分担と連携により医療を効率的に提供できる体制を確保
- ・症例の分散が回避され、医師等の技術向上の環境が整備

【課題】

- ・より広域的な連携をするため、医療のデジタル化による対応等が必要

【3医療圏案とする理由】

- ・いずれの医療圏でも国の見直し基準をクリアしている。
- ・今後の人口減少を見越し、長期的視野に立った医療提供体制を整備できる。
(特段の事情がない限り、次回設定での見直しは不要)
- ・疾病・事業ごとの課題を考えるに当たり、役割分担や連携の選択肢が広がる。
- ・県北・県央・県南とバランスのとれた医療提供体制の整備が可能である。
(各地区に地域救命救急センター等が整備されている)

【現行(8医療圏)】



【設定案(3医療圏)】



医療資源の少ない地域の見直しのシミュレーション

- 現時点での二次医療圏の見直しの情報を基に、令和2年度医療施設静態調査等の直近の統計を用いて医療資源の少ない地域について、見直しのシミュレーションを行った。
- 医療資源の少ない地域に該当していた40医療圏のうち5つの医療圏が同地域に該当しなくなる。

(令和2年度
改定)
40医療圏



引き続き要件に該当する二次医療圏数	37 医療圏
新たに要件に該当する二次医療圏数	1 医療圏
要件に該当しない二次医療圏数	3 医療圏



(令和6年度
改定)
37医療圏※

※ 二次医療圏の再編に伴い、医療資源の少ない地域の対象地域である2つの医療圏が1つに合併

参考：医療資源の少ない地域の基準：①かつ②を満たすこと

① 医療従事者の確保が困難な地域

「人口当たり医師数が下位1/2」かつ「人口当たり看護師数が下位1/2」

② 医療機関が少ない地域

「病院密度が下位15%」または「病床密度が下位15%」

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

医療資源の少ない地域における対応についての課題と論点

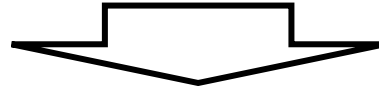
【課題】

(医療資源の少ない地域における医療の提供について)

- ・ 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- ・ 令和4年度診療報酬改定においては、医療資源の少ない地域において、入退院支援加算における看護師・社会福祉士の配置に係る要件の緩和、超急性期脳卒中加算における遠隔医療を用いた脳卒中診療に関する施設基準の見直しを行った。
- ・ 医療資源の少ない地域に係るヒアリング調査では回復期患者のリハビリテーション提供体制に関する意見や、D to P with N等も活用した在宅医療・オンライン診療の提供体制の構築に関する意見があった。
- ・ 医療資源の少ない地域においては、回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域が23地域あり、医療資源の少ない地域全体の57.5%を占める。
- ・ 医療資源の少ない地域においては在宅療養支援診療所の施設数はその他の地域と比較して低い傾向にあったが、在宅療養支援病院の施設数はやや多く、訪問診療実施施設数には大きな差が無かった。

(対象地域について)

- ・ 第8次医療計画に伴い、一部の県において医療圏の令和6年度4月から二次医療圏の見直しが行われる予定である。
- ・ 現時点での二次医療圏の見直しの情報を基に、直近の統計を用いて医療資源の少ない地域について、見直しのシミュレーションを実施すると、医療資源の少ない地域に該当していた40医療圏のうち5つの医療圏が同地域に該当しなくなる。



【論点】

(医療資源の少ない地域における医療の提供について)

- 医療資源の少ない地域においては、医療機関の少なさから機能分化が困難な場合があり、診療報酬において病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価の見直しを行ってきたことを踏まえ、集中的な回復期リハビリテーションを要する患者に適切に回復期リハビリテーション医療を提供する方策について、どのように考えるか。
- また、医療資源の少ない地域において、許可病床数200床以上の医療機関の地域包括ケア病棟に求めている、自院の一般病棟から転棟した患者の割合の実績の評価の在り方について、どのように考えるか。
- 医療資源の少ない地域における在宅医療提供体制の現状を踏まえ、在宅医療を提供しているが24時間の往診体制の構築が困難な医療機関について、D to P with N等の活用を推進していくことをどのように考えるか。

(医療資源の少ない地域の対象地域について)

- 第8次医療計画における二次医療圏の見直しによって、特に二次医療圏の合併に伴って医療資源の少ない地域に該当しなくなる地域について、どのような対応が考えられるか。

1. 医療資源の少ない地域に配慮した評価

2. 有床診療所

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

医療
位置
付け

一般病床

(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

病床数 886,663床
病床利用率 69.0%
平均在院日数 16.2日

療養病床

(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

病床数 284,439床
病床利用率 84.7%
平均在院日数 126.5日

DPC/PDPS

1,764施設 483,425床※2
(+1,981床)
※2 R4.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

87施設
58,726床 (+185床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

19施設6,249床 (+4床)

救命救急入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
188施設 3,640床 (+47)	22施設 167床 (▲33)	79施設 1,573床 (▲66)	82施設 906床 (+15)

特定集中治療室管理料

ICU1	ICU2	ICU3	ICU4
159施設 1,656床 (+169)	80施設 927床 (+60)	329施設 2,317床 (▲48)	54施設 497床 (▲68)

ハイケアユニット入院医療管理料

HCU1: 643施設 6,327床 (+174床)
HCU2: 37施設 363床 (+54床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

203施設 1,667床 (+75床)

小児特定集中治療室管理料

16施設 161床 (+61床)

新生児特定集中治療室管理料

NICU1 75施設 731床 (▲20床)
NICU2 153施設 909床 (+24床)

総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 841床 (▲16床)
新生児 1,771床 (+16床)

新生児治療回復室入院医療管理料

203施設 2,972床 (+73床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 103床 (▲2床)

小児入院

管理料1 81施設
医療管理料 5,373床 (▲63床)

管理料2 181施設
5,990床 (▲318床)

管理料3 80施設
1,876床 (▲154床)

管理料4 387施設
8,026床 (▲160床)

管理料5 167施設
-

一般病棟入院基本料

575,751床 (▲4,036床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
938施設 62,056床 (+2,675)	193施設 10,371床 (+369)	332施設 14,570床 (▲973)	64施設 2,666床 (+150)	33施設 1,191床 (▲748)	11施設 440床 (▲1,019)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
1,392施設 46,819床 (+3,457)	1,250施設 40,182床 (▲1,344)	40施設 982床 (▲326)	70施設 1,313床 (▲511)

障害者施設等入院基本料

891施設
72,004床 (+1,633床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 96床 (±0)
入院料2 2施設 79床 (±0)

特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
102施設 5,287床 (▲77床)	107施設 7,958床 (+192床)	32施設 424床 (▲42床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 241施設 4,937床 (+118)
入院料2 219施設 4,250床 (+39)

介護療養 病床

7,976床
※R4.6末病院報告

施設基準届出
令和4年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所（一般） 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)

有床診療所（療養） 392施設 3,838床 (▲1,355床)

精神科救急急性期医療入院料

173施設 10,875床 ※R4新設

精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 367施設 16,560床 (▲67)
入院料2 9施設 358床 (▲29)

精神病棟 1,180施設 140,478床 (+1,660床)

精神科救急・合併症入院料

11施設 390床 (▲34)

児童・思春期精神科入院

50施設 1,690床 (+135)

精神療養病棟入院料

808施設 88,399床 (▲1,312)

地域移行機能強化病棟入院料

27施設1,129床 (▲207床)

認知症治療病棟入院料

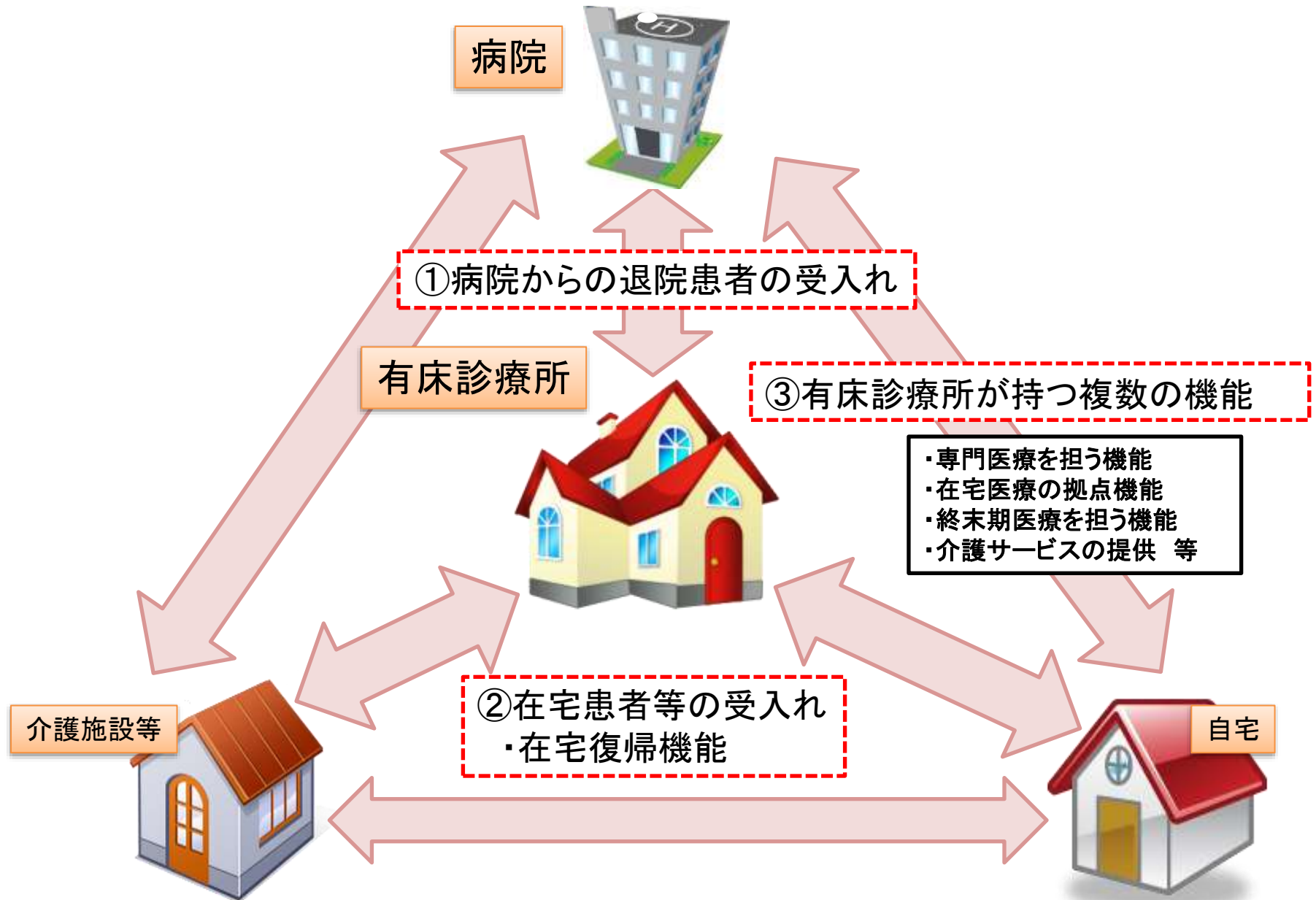
入院料1 554施設 38,590床 (+436)
入院料2 3施設 220床 (+6)

結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)

有床診療所の機能のイメージ

中医協 総-2

25.12.4改



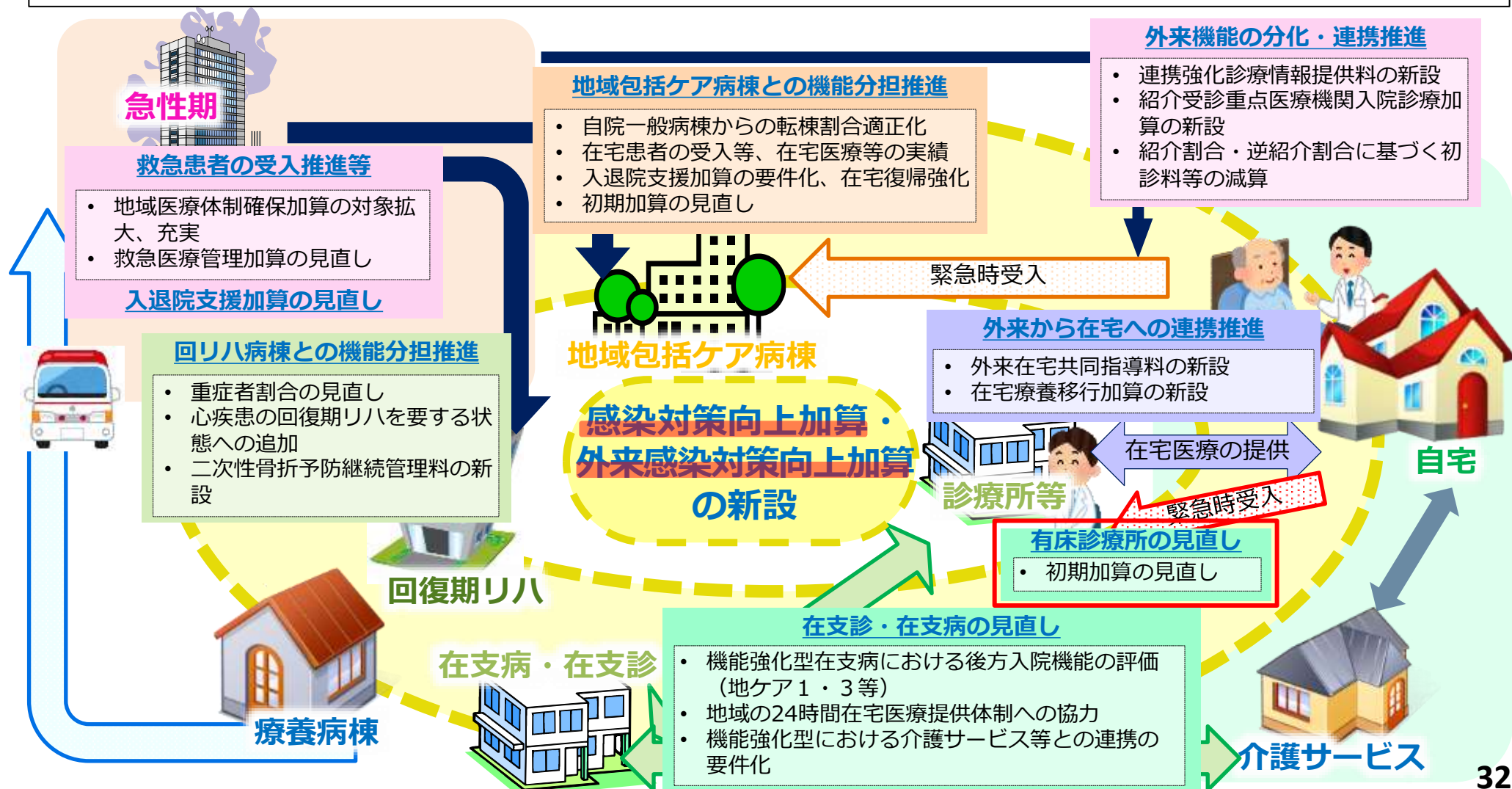
入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、提供する医療の対象となる患者の病態像や医療の内容に着目し、それらに見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等を実施。その際、医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進。



入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組②（連携編）

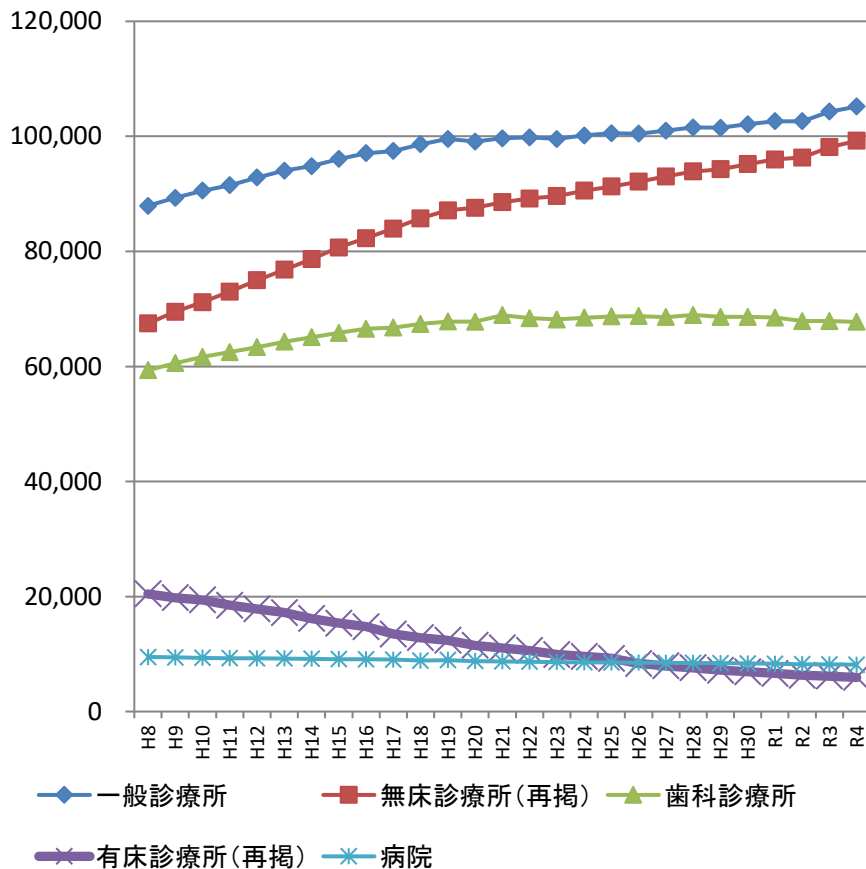
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、**感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算において求めている医療機関間連携や回リ八病棟の対象病態の拡大、外来在宅共同指導料新設、機能強化型在支病の施設基準への地ケア病棟組込み等の新たな連携強化の取組も活用**し、医療機関の連携・機能分化を更に推進する取組の評価を実施。



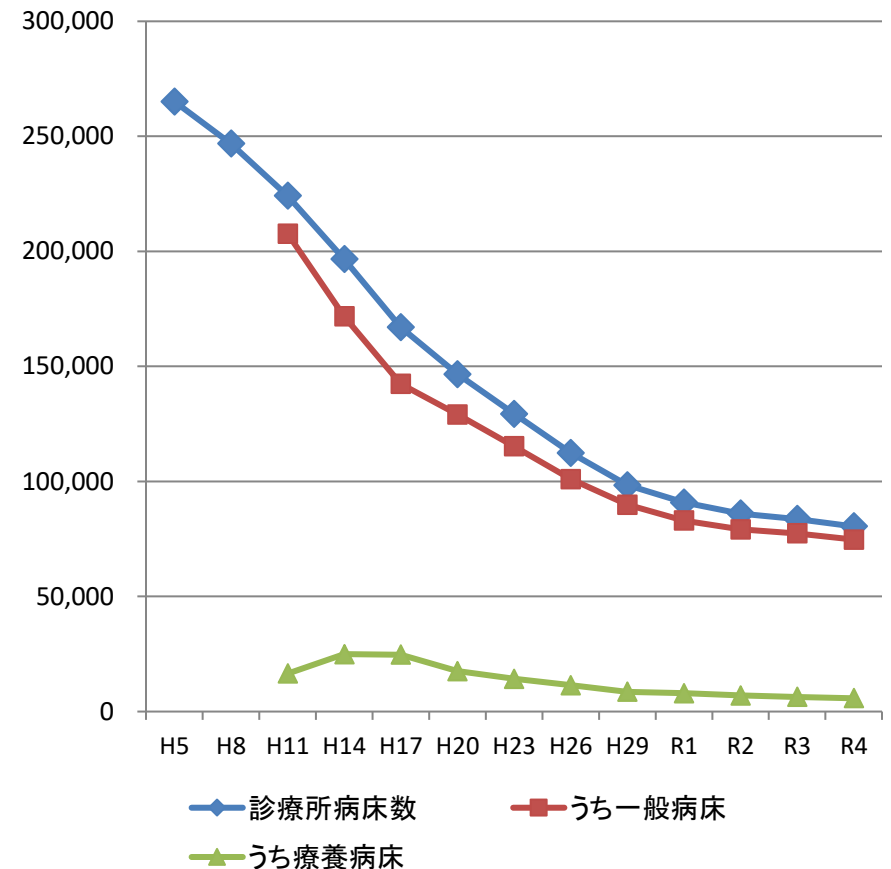
医療施設数・病床数の年次推移

- 医療施設数の年次推移について、無床一般診療所は増加傾向、有床一般診療所は減少傾向である。
- また、有床診療所の病床数は、経年的に減少している。

施設数



有床診療所病床数



有床診療所の病床別の届出病床数

○ 有床診療所の病床別の届出病床数は以下のとおり。一般病床については19床が43.9%と最多となっている。医療療養病床については1～9床の届出が多い。

届出病床数

	全体		一般病床		医療療養病床		介護療養病床	
	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)
1～5床	24	5.8	34	8.2	15	3.6	2	0.5
6～9床	28	6.7	44	10.6	19	4.6	4	1.0
10～14床	49	11.8	63	15.1	10	2.4	5	1.2
15～18床	67	16.1	61	14.7	5	1.2	1	0.2
19床	240	57.7	195	46.9	2	0.5	1	0.2
1床～19床	408	98.1	397	95.4	51	12.3	13	3.1
非該当、無回答	8	1.9	19	4.6	365	87.7	403	96.9
計	416	100.0	416	100.0	416	100.0	416	100.0

有床診療所が地域で果たしている役割

○ 有床診療所が地域で果たしている役割として、「専門医療」についての割合は増えているが、「在宅・介護施設への受け渡し」、「緊急時対応、在宅医療の拠点」、「終末期医療」の割合は減っている。

● 有床診療所の病床機能報告では、その有床診療所の地域での役割を、次の項目から選択させている。

1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する機能
4. 在宅医療の拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能
6. いずれの機能にも該当しない
7. 休棟中

(最大で5項目まで選択可)

	令和4年度		参考：平成27年度	
	数	割合	数	割合
在宅・介護施設への受け渡し	1,604	31%	2,338	37%
専門医療	2,705	52%	3,222	51%
緊急時対応	2,092	40%	2,902	46%
在宅医療の拠点	1,124	22%	1,603	25%
終末期医療	1,092	21%	1,631	26%
いずれの機能にも該当しない	491	9%	768	12%
休棟中	809	16%	658	10%

有床診療所入院基本料の概要①

○ 有床診療所入院基本料の区分1～3(点線内)の届出にあたっては、在宅療養中の患者への支援等の実績等に関する要件(次頁)を満たす必要がある。

区分	点数			看護職員の 配置		夜間の 看護要員	届出 施設数（上段） 病床数（下段）	
	～14日	15～30日	31日～					
1	917点	712点	604点	7以上	看護師1以上配置が望ましい	1以上	2,293 37,152	
2	821点	616点	555点	4以上7未満			423 5,281	
3	605点	567点	534点	1以上4未満			158 1,593	
4	824点	640点	542点	7以上	看護師1以上配置が望ましい		444 6,103	
5	737点	553点	499点	4以上7未満			435 4,685	
6	543点	509点	480点	1以上4未満			875 7,046	

有床診療所入院基本料の概要②

○ 有床診療所入院基本料1～3の届出に当たっては、次の①又は②のいずれかに該当すること。

① 介護サービス(※)を提供していること。

② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る以下の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

在宅療養中の患者への支援に関する実績

- ・ 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- ・ 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること
- ・ 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。
- ・ 過去1年間に、介護保険による通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、複合型サービス、介護予防居宅療養管理指導若しくは介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、介護医療院を併設していること、指定居宅介護支援事業者若しくは指定介護予防サービス事業者であること(※)。

専門医療等の実施に関する実績

- ・ 過去1年間の手術の際の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔の患者数が30件以上であること(分娩を除く)。
- ・ 過去1年間の分娩件数(帝王切開を含む)が30件以上であること。
- ・ 過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。

急性期病院からの患者の受け入れに関する実績

- ・ 過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。

医療機関の体制、その他

- (緊急時の対応)
 - ・ 夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。
 - ・ 時間外対応加算1を届け出ていること。
- (その他)
 - ・ 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。

有床診療所入院基本料等の算定回数等の推移

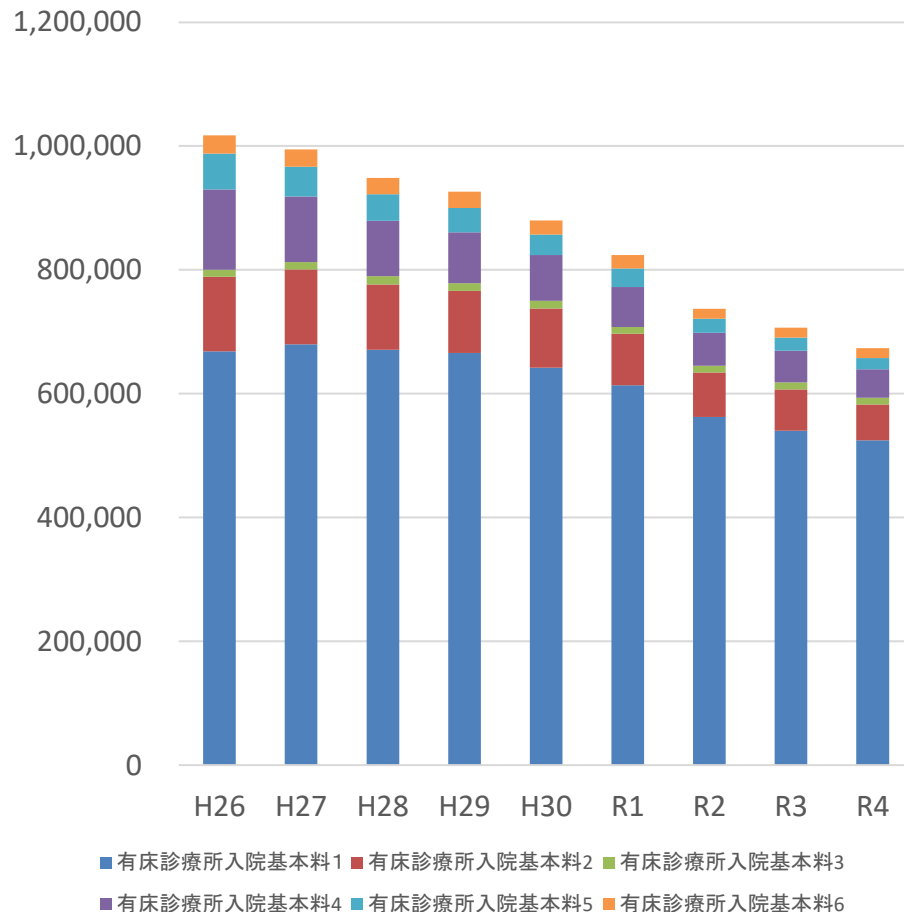
A108 有床診療所入院基本料1～6

917～480点

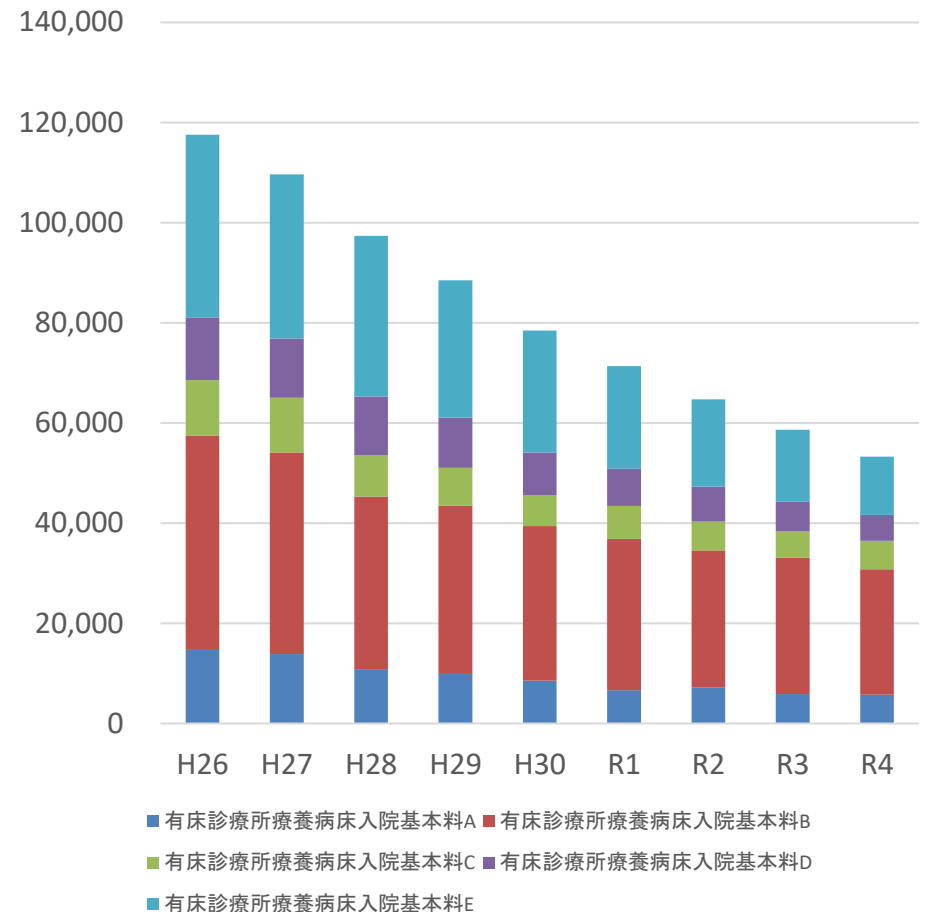
A109 有床診療所療養病床入院基本料A～E

1,057～564点 (生活療養を受ける場合 1,042～549点)

有床診療所入院基本料1～6



有床診療所療養病床入院基本料A～E

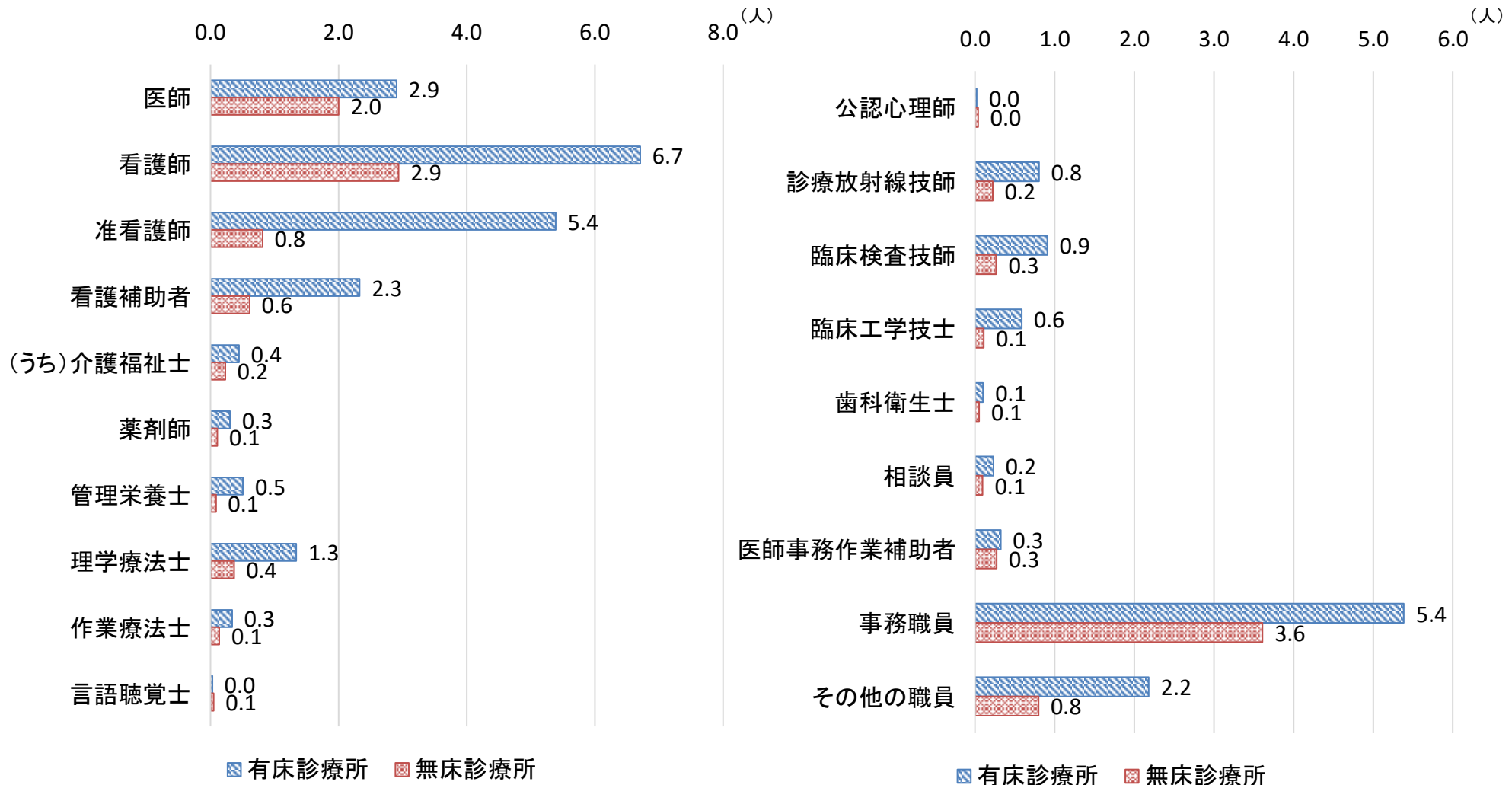


診療所における職員配置状況

中医協 総 - 5
5.12.8改

- 有床診療所において、医師、看護職員、看護補助者、事務職が常勤換算で2名以上配置されているが、理学療法士、診療放射線技師、臨床検査技師が常勤換算で約1名配置されている。

常勤職員・非常勤職員の合計数(平均値、常勤換算)(令和5年6月1日時点)



有床診療所における評価の見直し

有床診療所入院基本料等の見直し

A108 有床診療所入院基本料
注3 有床診療所一般病床初期加算（14日を限度）150点
入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して7日を限度として加算する。



改定後

有床診療所急性期患者支援病床初期加算（21日を限度）150点
【急性期病棟から受入れた患者】
急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者からについては、転院した日から起算して**21日を限度として加算**する。

有床診療所在宅患者支援病床初期加算（21日を限度）300点
【在宅から受入れた患者】
介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合（※）に、入院した日から起算して**21日を限度として加算**する。

A109 有床診療所療養病床入院基本料
注6 救急・在宅等支援療養病床初期加算（14日を限度）150点
入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して14日を限度として加算する。



改定後

有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算（21日を限度）300点
【急性期病棟から受入れた患者】
急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して**21日を限度として加算**する。

有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算（21日を限度）350点
【在宅から受入れた患者】
介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合（※）に、入院した日から起算して**21日を限度として加算**する。

（※）当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを施設基準として求める。

慢性維持透析患者の受け入れに係る評価の新設

➤ 慢性維持透析患者を受け入れる病床の確保を推進する観点から、有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所において慢性維持透析を実施した場合について、新たな評価を行う。

有床診療所療養病床入院基本料
（新）慢性維持透析管理加算 100点（1日当たり）

【対象患者】
・ 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓、J 0 3 8 - 2 に掲げる持続緩徐式血液濾過、J 0 3 9 に掲げる血漿交換療法又は J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流を行っている患者

初期加算について

A108有床診療所入院基本料 注3

有床診療所急性期患者支援病床初期加算 **150点**

【急性期病棟から受入れた患者】急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者からについては、転院した日から起算して21日を限度として加算

有床診療所在宅患者支援病床初期加算 **300点**

【在宅から受入れた患者】介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として加算。

A109有床診療所療養病床入院基本料 注6

有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算 **300点**

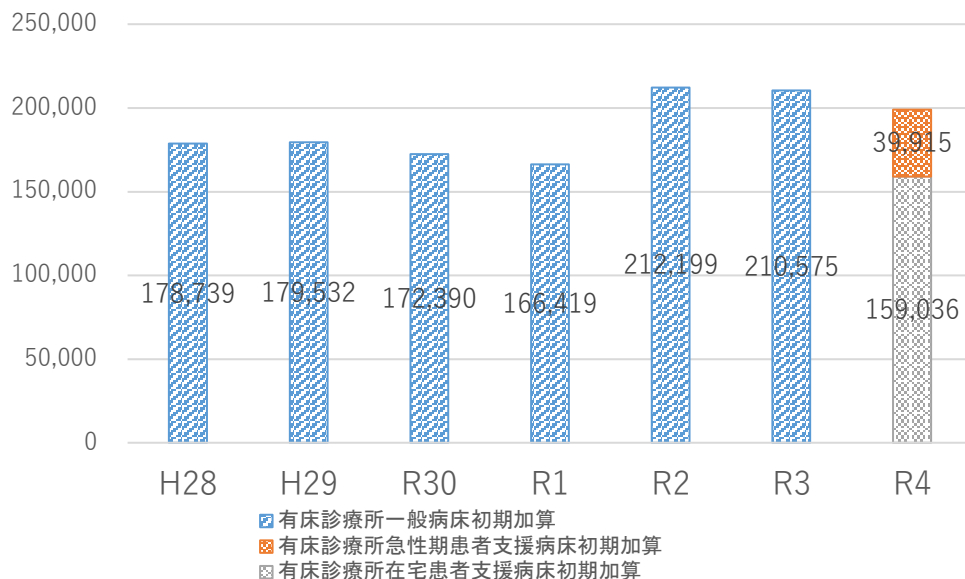
【急性期病棟から受入れた患者】急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として加算。

有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算 **350点**

【在宅から受入れた患者】介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として加算

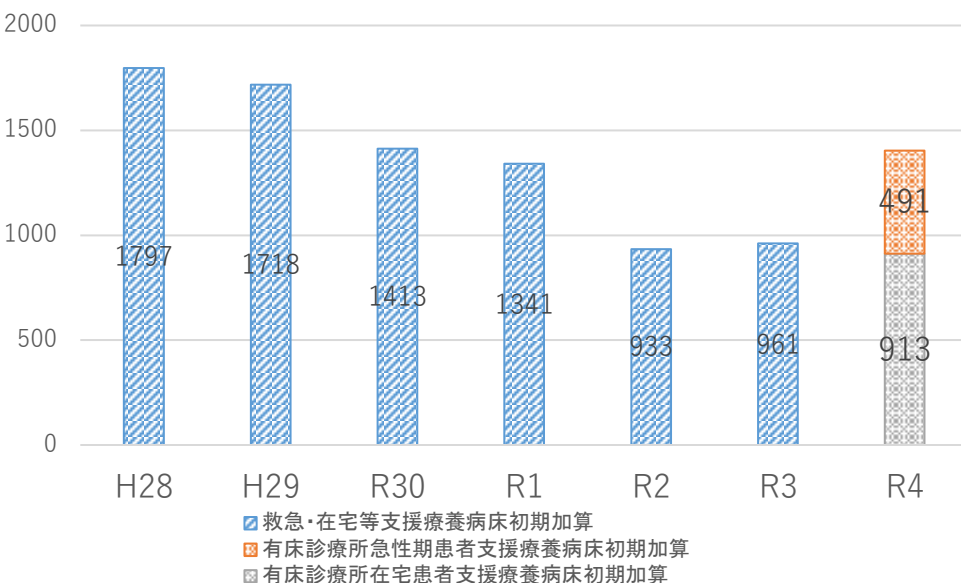
(算定回数／月)

一般病床



(算定回数／月)

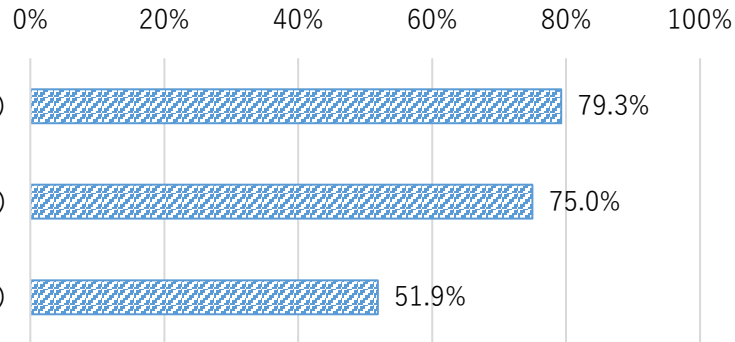
療養病床



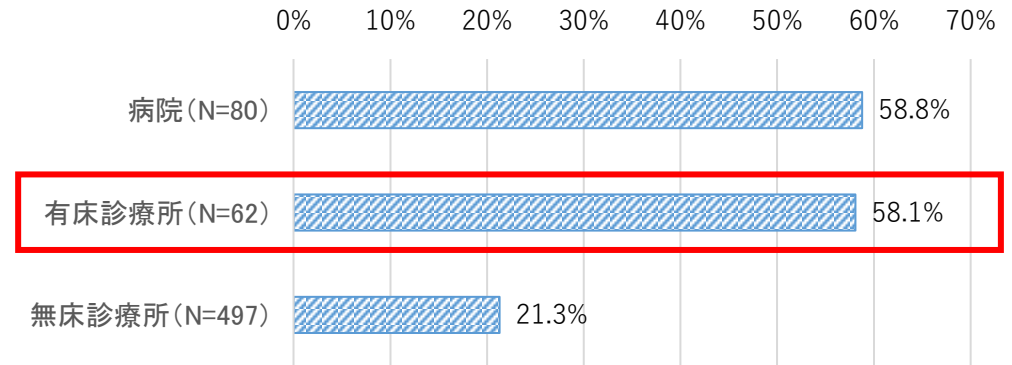
人生の最終段階における医療・ケア

- 有床診療所において「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を作成している割合は58.1%であった。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」について知っている

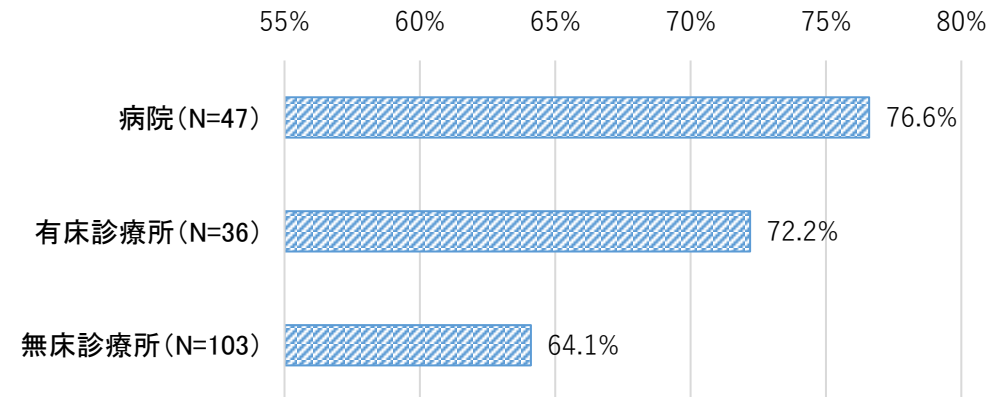


「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を作成している



作成している場合

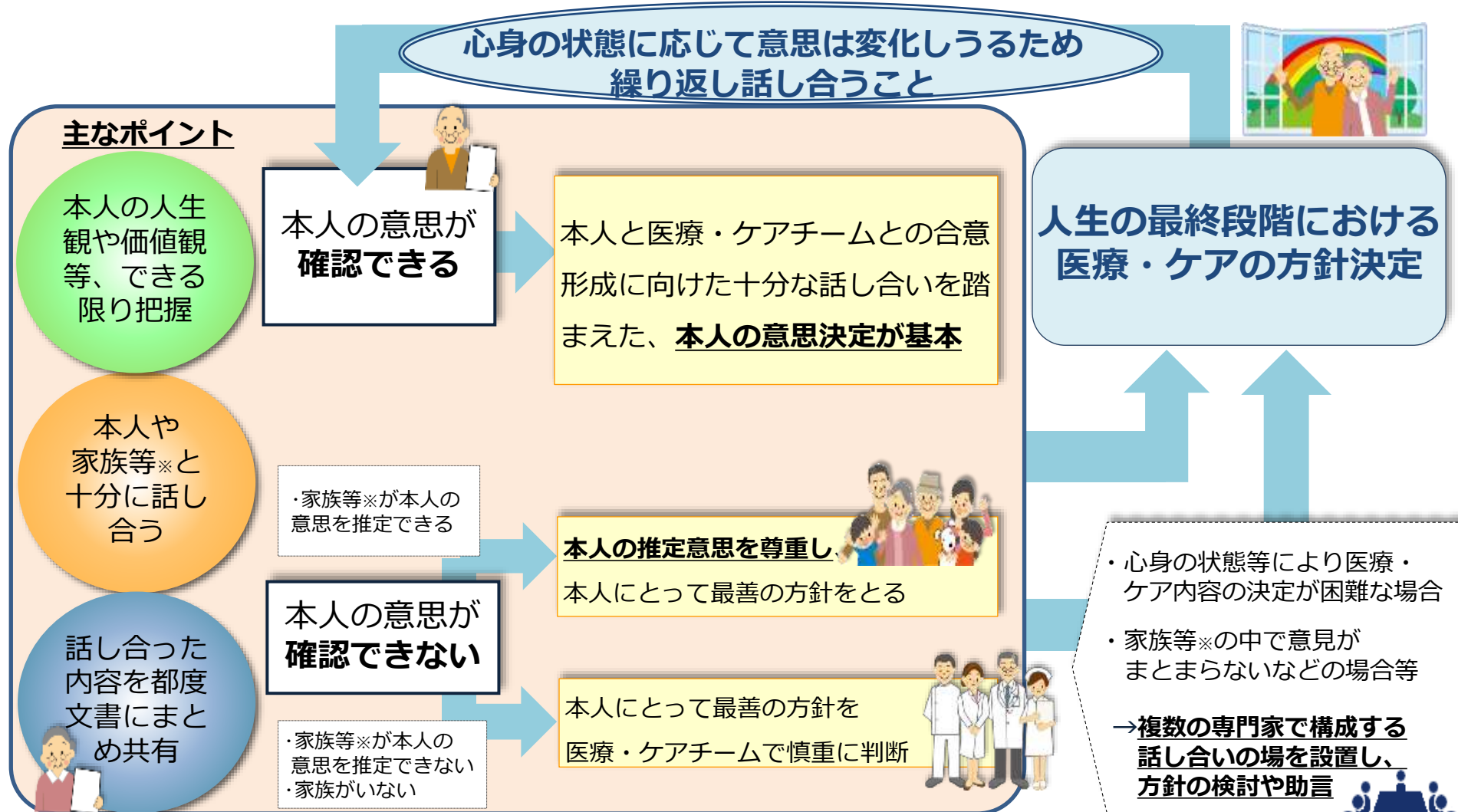
当該指針の活用状況の把握や当該指針の見直し等を行っている



「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

意見交換 資料-2 参考1
2 9 . 3 . 2 2

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



人生の最終段階について

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

※注4 人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2－3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療・ケアの検討がなされることになります。

有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

- 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。

- ① 介護サービスを提供していること。
- ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1 192点(1日につき)

(新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
(2) 入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

- 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

現行(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき5点

(3) 平均在院日数が60日以内であること。



改定後(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき20点

(3) 平均在院日数が90日以内であること。

<参考>有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒専門医療提供モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

介護連携加算について

A108有床診療所入院基本料 注12

介護連携加算 1	192点（1日につき）
介護連携加算 2	38点（1日につき）

[算定要件]

- (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
- (2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

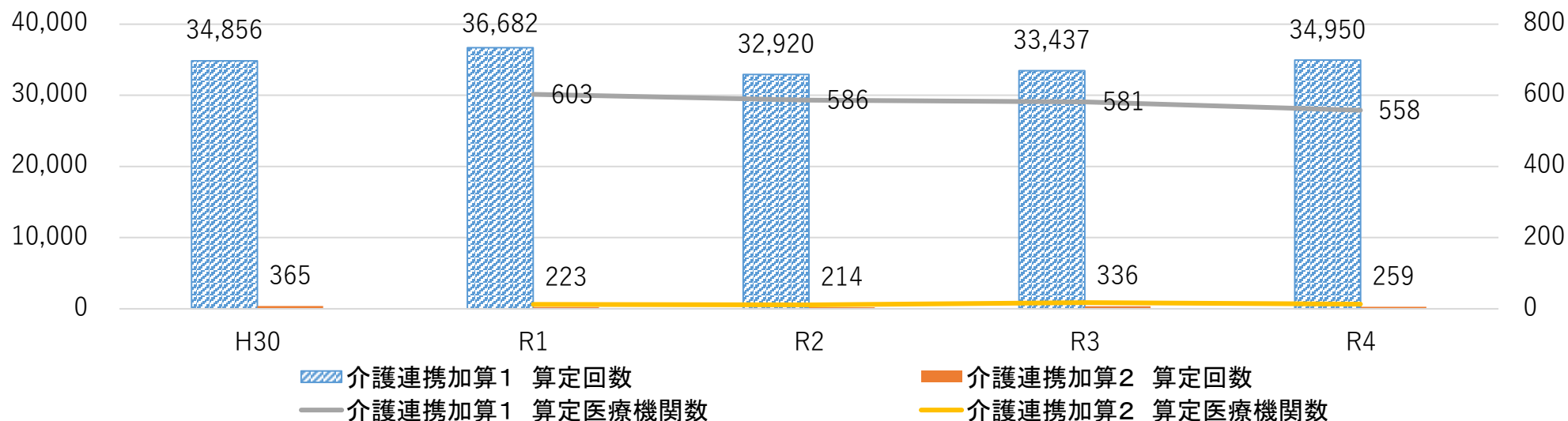
[施設基準]

- 介護連携加算 1 (1) 有床診療所入院基本料 1 又は 2 の届出を行っている。
(2) 介護サービス（※）を提供している。
- 介護連携加算 2 (1) 有床診療所入院基本料 3 に係る届出を行っている。
(2) 介護サービス（※）を提供している。

（※）（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）居宅療養管理指導、（介護予防）短期入所療養介護、複合型サービスの提供、介護医療院の併設、または居宅介護支援事業者もしくは指定介護予防サービス事業者であること

（算定回数／月）

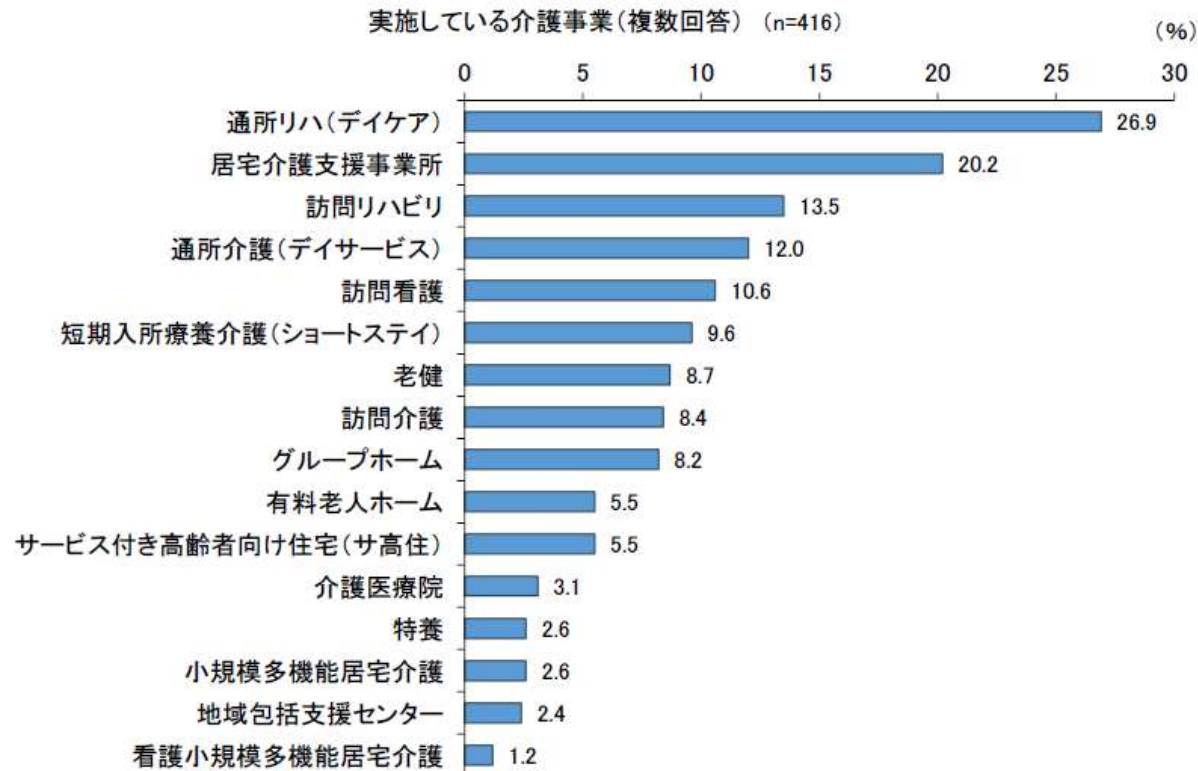
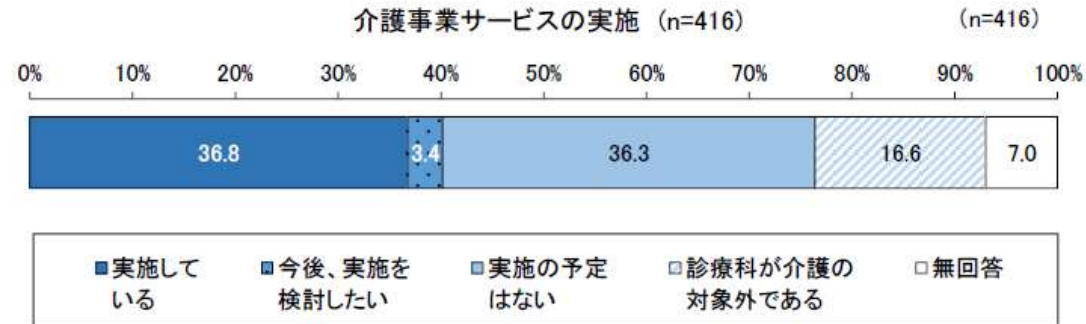
（医療機関数）



出典：（算定回数）社会医療診療行為別統計（各年5月診療分） R4と算定医療機関数はNDBデータより（算定医療機関数はR1以降のみ）

介護事業・併設施設の数

○ 介護事業サービスを実施している有床診療所は全体の36.8%で、通所リハビリテーションの実施施設が26.9%、居宅介護支援事業所が20.2%、訪問リハビリテーションが13.5%であった。



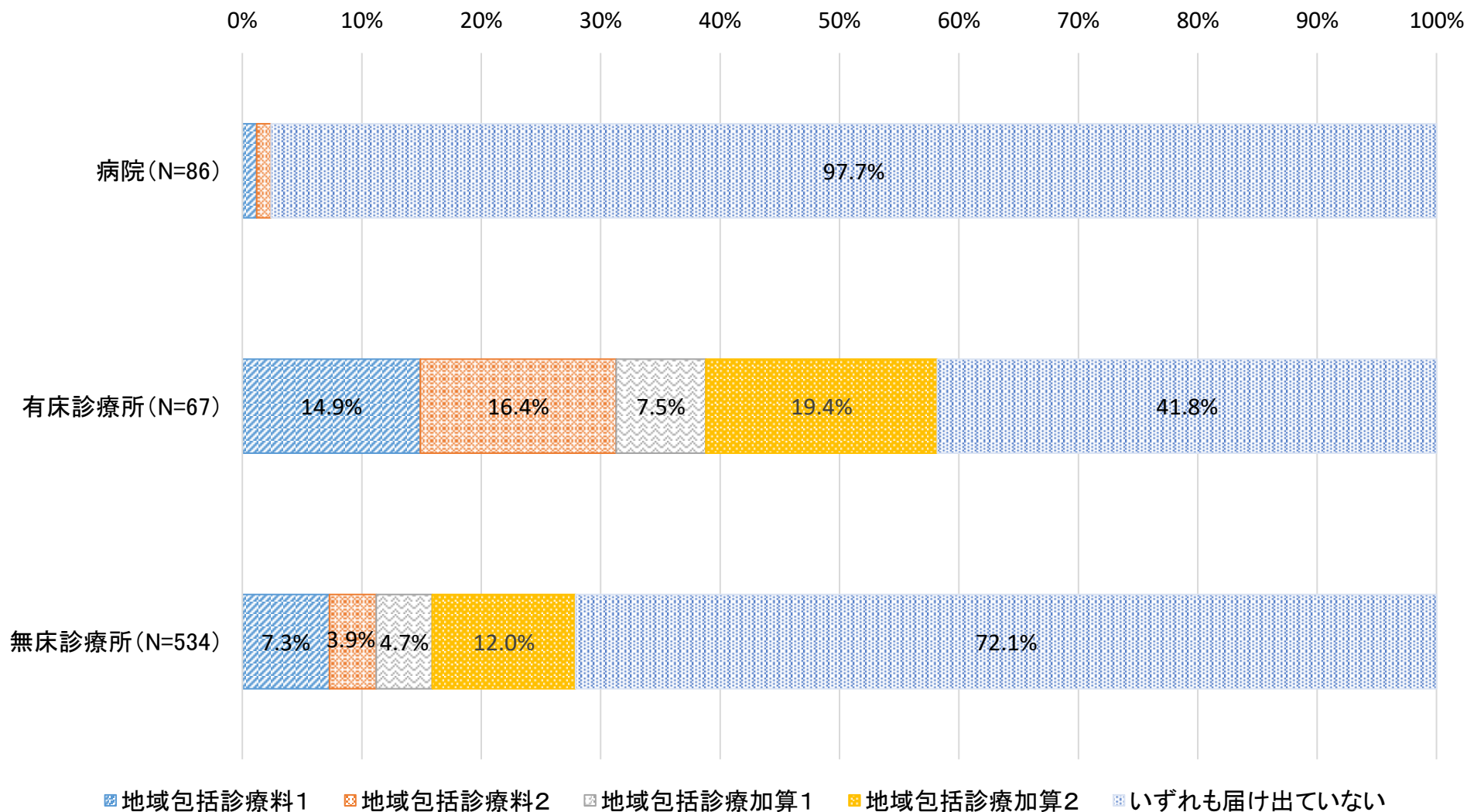
地域包括診療料・加算について

中医協 総－8
5. 6. 21改

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月 1 回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1 回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・ (再診療の) 時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・ 地域連携小児夜間・休日診療料 ・ 診療情報提供料 (Ⅱ) (Ⅲ) ・ 在宅医療に係る点数 (訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・ 薬剤料 (処方料、処方せん料を除く。) ・ 患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病 (慢性維持透析を行っていないものに限る。) 又は、認知症の 6 疾病のうち 2 つ以上 (疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が 2 0 0 床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	・ 当該患者に院外処方を行う場合は 2 4 時間開局薬局であること 等	・ 当該患者に院外処方を行う場合は 2 4 時間対応薬局等を原則とする 等	
	・ 他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・ 原則として院内処方を行う ・ 院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・ 当該点数を算定している場合は、7 剤投与の減算規定の対象外とする		
健康管理	・ 健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・ 介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
在宅医療の提供および 2 4 時間の対応	・ 在宅医療の提供及び当該患者に対し 2 4 時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ※ 地域包括診療加算 2 については在宅医療の提供及び当該患者に対し、2 4 時間の連絡体制の確保していること。		
	・ 下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・ 下記のすべてを満たす ①時間外対応加算 1 の届出 ②常勤換算 2 人以上の医師が配置され、うち 1 人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・ 下記のうちいずれか 1 つを満たす ①時間外対応加算 1、2 又は 3 の届出 ②常勤換算 2 人以上の医師が配置され、うち 1 人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

有床診療所の地域包括診療料・加算の届出

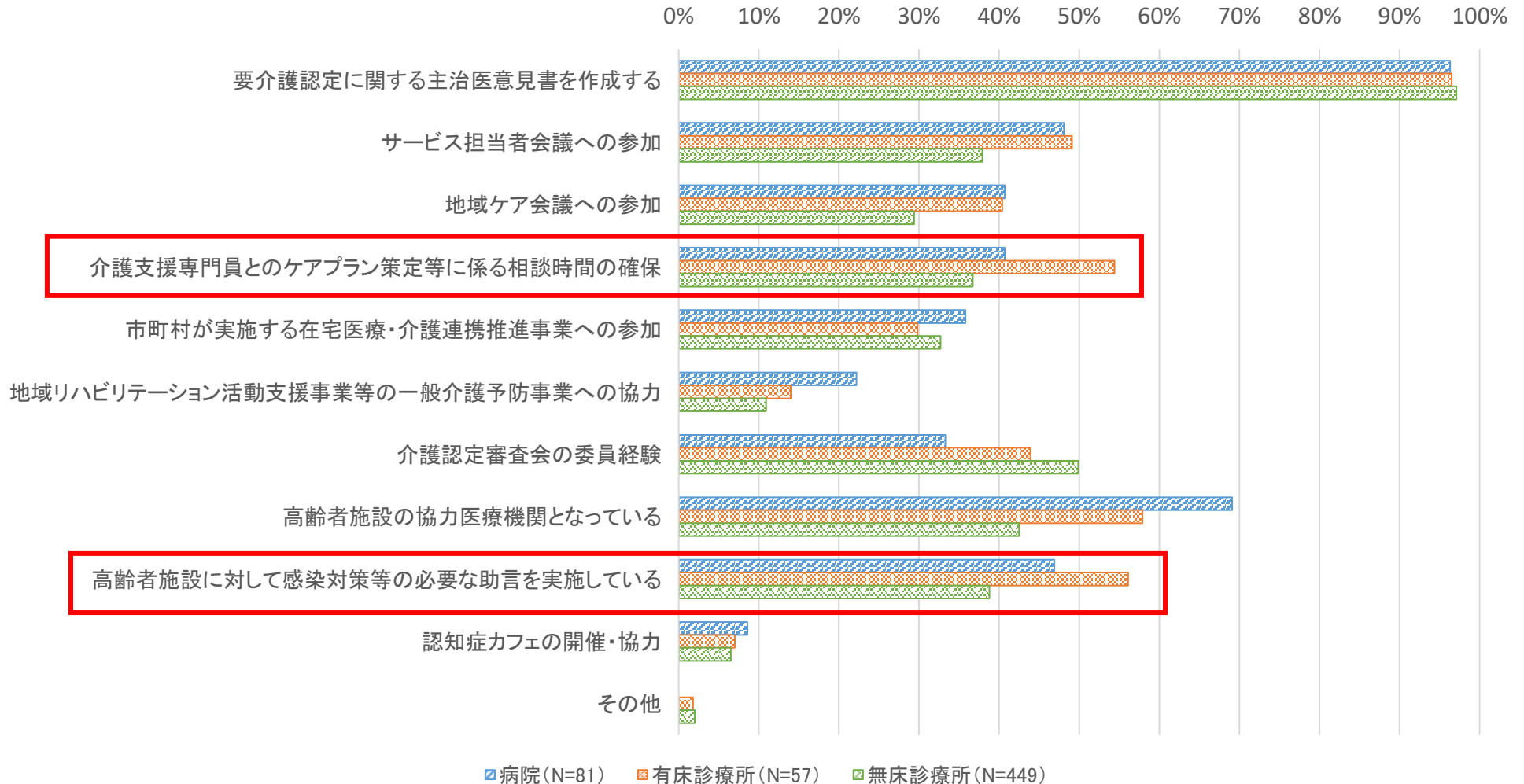
○ 有床診療所は病院・診療所と比べて地域包括診療料・加算の届出割合が高く、地域包括診療料・加算を届け出していない施設は41.8%であった。



介護との連携についての取組み

診調組 入-5
5.10.5改

- 介護との連携について、病院、有床診療所、無床診療所別の回答割合は以下のとおり。
- 有床診療所は「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」「高齢者施設に対して感染対策等の必要な助言を実施している」割合が高かった。



介護支援専門員が行うケアマネジメントに対する医師の役割

中医協 総－１
５．１０．２０

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）の運営基準において、サービス担当者会議を通じて専門的な知見を求めること、医療サービスを提供する際は医師の意見を求めること、医師の医学的観点からの留意事項を尊重して居宅サービス計画を策定することが規定されている。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（省令）

【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（抜粋）】

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議を招集して行う会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

二十 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

解釈通知（抜粋）

⑨ サービス担当者会議等による専門的意見の聴取（第9号）

介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者等と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。（略）また、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。（略）

サービス担当者会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。）を活用して行うことができるものとする。（略）

在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概 要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

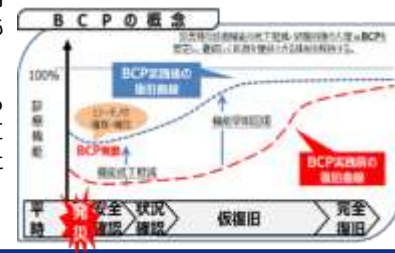
在宅医療の提供体制



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



在宅医療における各職種の関わり

- 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

第8次医療計画における在宅医療に関する事項

- 第8次医療計画においては、在宅医療の提供体制のうち訪問リハビリテーション及び訪問栄養食事指導を充実させるため体制整備を行うことが求められている。

在宅医療の体制構築に係る指針

第1 在宅医療の現状

2 在宅医療の提供体制

(2) 日常の療養生活の支援

⑤ 訪問リハビリテーション

医療機関から訪問リハビリテーションを受けた患者のうち、医療保険による患者数は2,326人/月であり、提供している医療機関(病院・診療所)数は1,472か所である。介護保険による患者数は135,700人/月であり、提供している医療機関等(病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院)数は4,950か所である。今後、在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点を踏まえ、医療機関におけるリハビリテーション(急性期・回復期)から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを切れ目なく提供できる体制の整備が求められる。

なお、医療計画においては病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院から提供される訪問リハビリテーションについて検討することとする。

⑥ 訪問栄養食事指導

在宅患者訪問栄養食事指導(医療保険)を受けた患者数は142.5人/月であり、実施している医療機関(病院・診療所)数は114.7か所である。管理栄養士による居宅療養管理指導(介護保険)を受けた患者数は4,960人/月であり、実施している事業所(病院・診療所)数は1,116か所である。また、管理栄養士による居宅療養管理指導について、65歳以上人口10万人あたりの事業所数は全国平均で31.4か所であり、都道府県によってばらつきがみられた。

今後、訪問栄養食事指導を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション※等の活用も含めた体制整備を行うことが求められる。

※ 栄養ケア・ステーションには、(公社)日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」と(公社)日本栄養士会が事業者等を個別に認定する「認定栄養ケア・ステーション」がある。

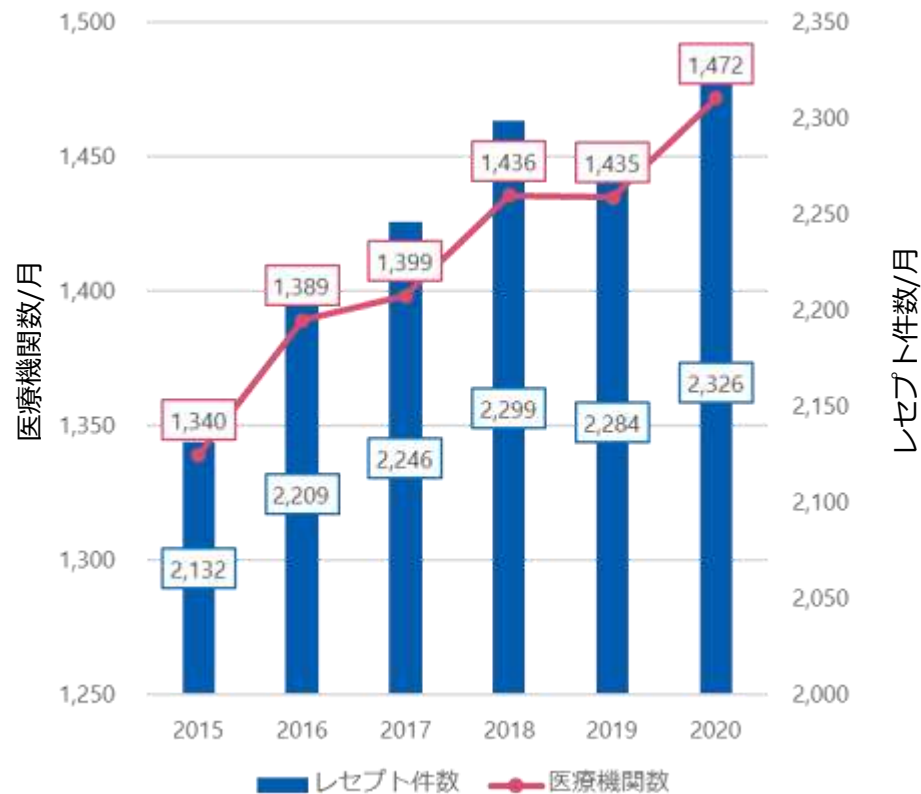
在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援			日常の療養支援			急変時の対応			看取り				
ストラクチャー		退院支援担当者を配置している診療所・病院数	●	訪問診療を実施している診療所・病院数		●	往診を実施している診療所・病院数		●	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数				
	●	退院支援を実施している診療所・病院数		小児の訪問診療を実施している診療所・病院数			在宅療養後方支援病院数			ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数				
		介護支援連携指導を実施している診療所・病院数		機能強化型在宅療養支援診療所・病院数、在宅療養支援診療所・病院数										
		退院時共同指導を実施している診療所・病院数	●	訪問看護事業所数、従事者数		●	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数							
		退院後訪問指導を実施している診療所・病院数		機能強化型の訪問看護ステーション数										
				小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数										
				歯科訪問診療を実施している診療所・病院数										
			在宅療養支援歯科診療所数											
				訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数										
				在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数										
				訪問薬剤管理指導を実施している薬局・診療所・病院数										
				在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数			24時間対応可能な薬局数							
				麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数、無菌製剤（ＴＰＮ輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数										
				訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数										
				訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数										
	プロセス		退院支援（退院調整）を受けた患者数	●	訪問診療を受けた患者数							往診を受けた患者数		●
		介護支援連携指導を受けた患者数		小児の訪問診療を受けた患者数					訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数					
		退院時共同指導を受けた患者数	●	訪問看護利用者数				●	看取り数（死亡診断のみの場合を含む）					
		退院後訪問指導を受けた患者数		小児の訪問看護利用者数					在宅死亡者数					
			訪問歯科診療を受けた患者数											
			歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数											
			訪問口腔衛生指導を受けた患者数											
			訪問薬剤管理指導を受けた患者数											
			小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数											
			麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数、無菌製剤（ＴＰＮ輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数											
			訪問リハビリテーションを受けた患者数											
			訪問栄養食事指導を受けた患者数											
アウトカム														

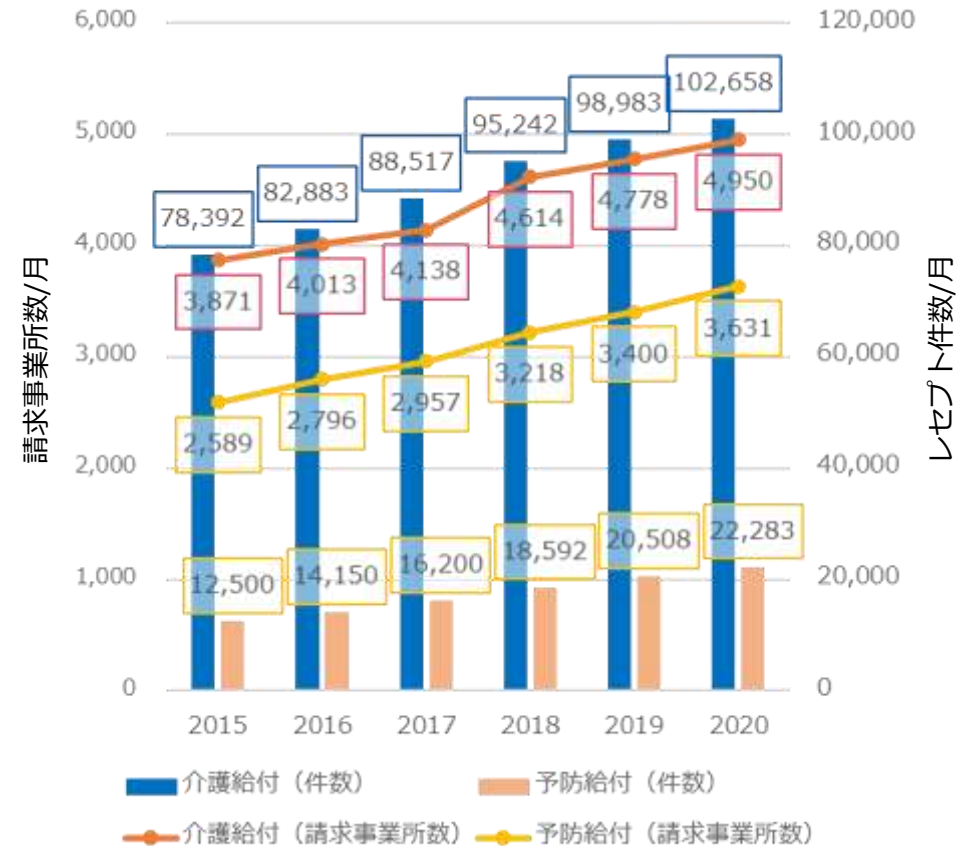
保険区分による訪問リハビリテーションの件数

- 医療保険における訪問リハビリテーションを算定している医療機関数およびレセプト件数は増加をみとめており、介護保険における訪問リハビリテーションにおいても事業所数、レセプト件数ともに、介護給付、予防給付双方で増加をみとめる。
- 医療保険での訪問リハビリテーション利用者数と比較し、介護保険での利用者数が多い。

医療保険における訪問リハビリテーション



介護保険における訪問リハビリテーション



【出典】国保データベース（KDB）（2015年～2020年度診療分）

※ レセプト件数：在宅患者訪問リハビリテーション管理指導料

※ 医療機関数：1ヶ月あたりにサービス算定をした医療機関数

※ 月あたりの平均患者数

※ 京都府を除く

【出典】介護給付費実態統計（2015年～2020年度分）

※ レセプト件数：介護給付費等実態統計における各年度の累計値を12で除したもの

※ 事業所数：年報値における翌年度4月審査分のもの

「訪問リハビリテーション」とは

- 原則通院の困難な利用者に対し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により行われるリハビリテーション

【指定訪問リハビリテーション事業所の要件】

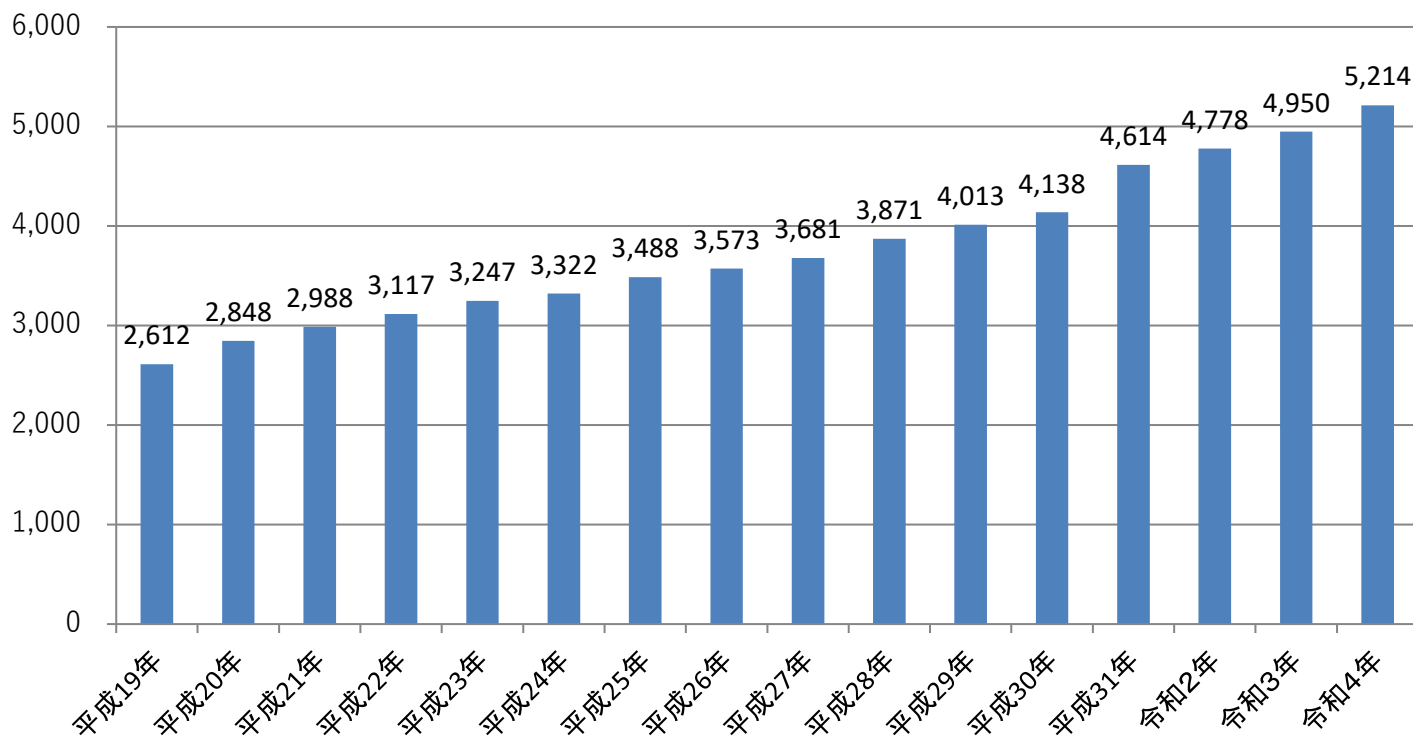
- ①専任の常勤医師一名以上 ②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を適当数置かなければならない
- 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること
- 指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの

【訪問リハビリテーションの対象者】

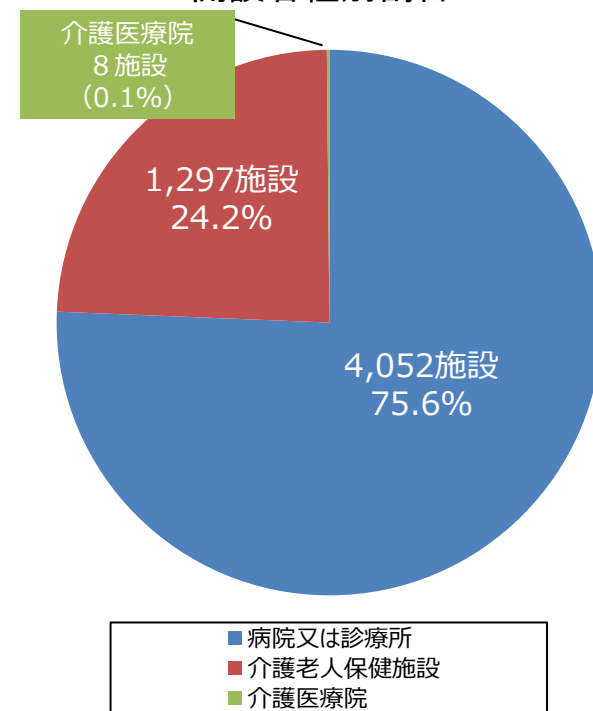
- 介護保険法の居宅要支援、要介護者

訪問リハビリテーションの請求事業所は年々増加している。開設者種別では、約8割が医療機関、約2割が介護老人保健施設である。

請求訪問リハビリテーション事業所数



開設者種別割合



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態統計」
(令和5年3月審査分)

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料（月2回に限る）

在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を30分以上行った場合に算定

1 在宅患者訪問栄養食事指導料1

保険医療機関の管理栄養士が
当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ " 2～9人の場合	480点
ハ イ及びロ以外の場合	440点

2 在宅患者訪問栄養食事指導料2

診療所において、当該診療所以外（他の医療機関
又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が
当該診療所の医師の指示に基づき実施

イ 単一建物診療患者が1人の場合	510点
ロ " 2～9人の場合	460点
ハ イ及びロ以外の場合	420点

【対象患者】

- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

＜参考＞ 管理栄養士による居宅療養管理指導（介護保険） ※対象患者が要介護又は要支援認定を受けている場合には介護保険優先

在宅の利用者であって通院又は通所が困難なものに対して、管理栄養士が計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導または助言を30分以上行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、1月に2回を限度して算定

（1）居宅療養管理指導費（Ⅰ） 443点～544点

居宅療養管理指導事業所（病院又は診療所）の管理栄養士が実施

（2）居宅療養管理指導費（Ⅱ） 423～524点

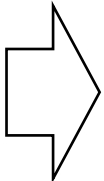
当該居宅療養管理指導事業所以外（他の医療機関、介護保険施設又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が実施

栄養食事指導の見直し

外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

➤ 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関及び栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

現行	
【外来栄養食事指導料】	
イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点
【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
1 単一建物診療患者が1人の場合	530点
2 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
3 1及び2以外の場合	440点



改定後	
【外来栄養食事指導料】	
イ <u>外来栄養食事指導料1</u>	(1) 初回 260点 (2) 2回目以降 200点
ロ <u>外来栄養食事指導料2</u>	(1) <u>初回</u> 250点 (2) <u>2回目以降</u> 190点
【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
1 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料1</u>	
イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
ハイ及びロ以外の場合	440点
2 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料2</u>	
イ <u>単一建物診療患者が1人の場合</u>	<u>510点</u>
ロ <u>単一建物診療患者が2人～9人の場合</u>	<u>460点</u>
ハイ及びロ以外の場合	<u>420点</u>
[外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件]	
診療所において、特別食を医師が必要と認めたものに対し、 <u>当該保険医療機関以外(日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関に限る)の管理栄養士が、当該保険医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。</u>	



診療所



在宅等



栄養ケア・ステーション
他の医療機関



2.(3)③ 外部の管理栄養士による居宅療養管理指導の評価

概要

【居宅療養管理指導★】

- 管理栄養士による居宅療養管理指導について、診療報酬の例も参考に、当該事業所以外の他の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」の管理栄養士が実施する場合の区分を新たに設定する。【告示改正、通知改正】

単位数

< 現行 >

なし

⇒

< 改定後 >

- 二 管理栄養士が行う場合
 (2) 居宅療養管理指導費（Ⅱ）
 当該指定居宅療養管理指導事業所以外の
 管理栄養士が行った場合
 (一) 単一建物居住者 1 人に対して行う場合
 (二) 単一建物居住者 2 人から 9 人以下
 に対して行う場合
 (三) (一) 及び (二) 以外の場合

算定要件等

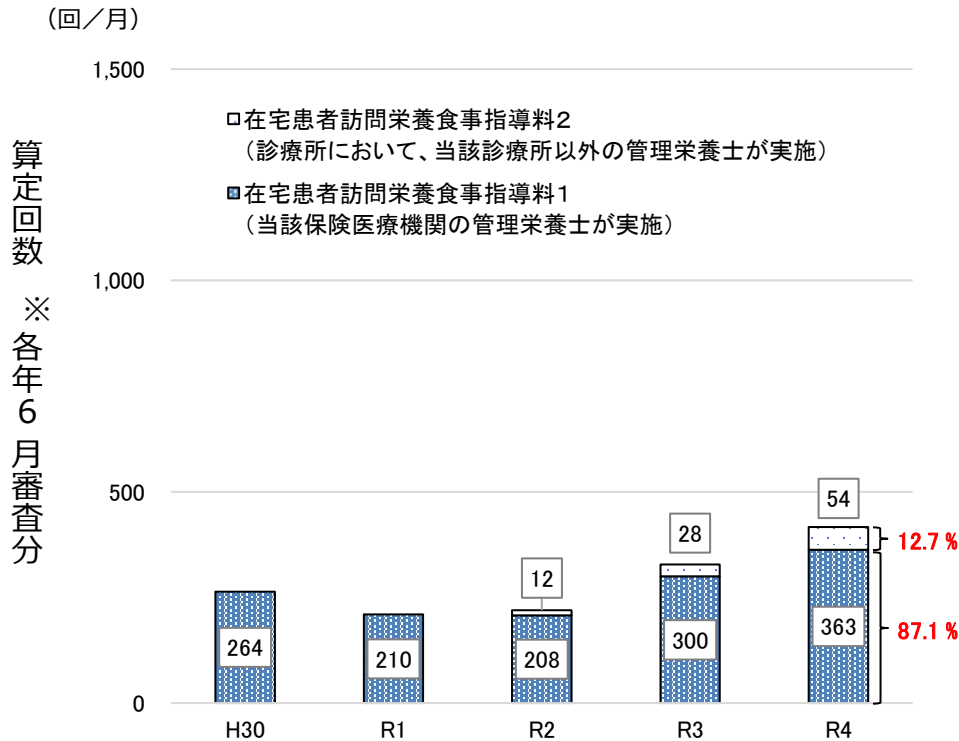
- 当該事業所以外の他の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」と連携して、当該事業所以外の管理栄養士が居宅療養管理指導を実施した場合。
 ※ 介護保険施設は、常勤で 1 以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

訪問栄養食事指導の実施状況

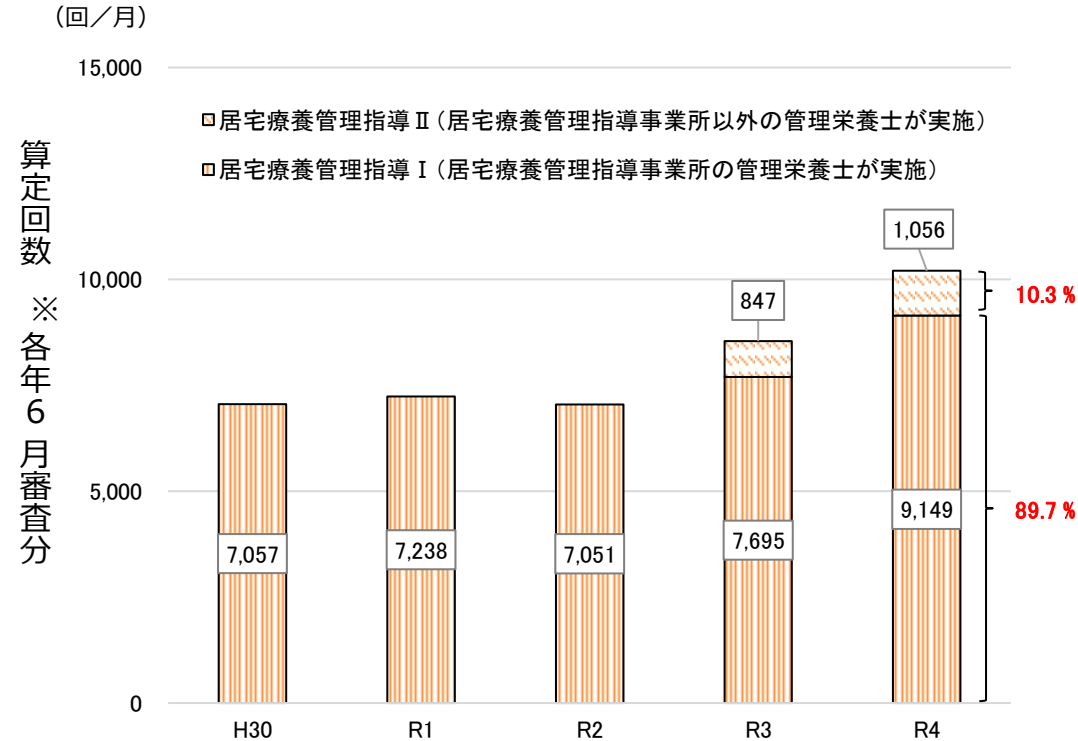
中医協 総-2
5. 10. 4

- 診療報酬は令和2年度、介護報酬は令和3年度から、外部の管理栄養士との連携による訪問栄養食事指導を評価している。
- 自施設の管理栄養士による訪問栄養食事指導が約9割であり、外部の管理栄養士との連携によるものが約1割である。

在宅患者訪問栄養食事指導(医療保険)



居宅療養管理指導(介護保険)



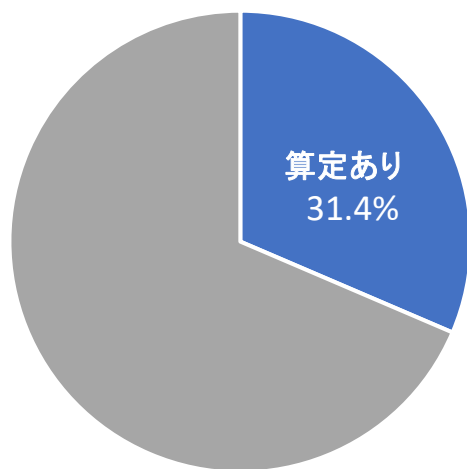
注) 在宅療養を行っている患者に係る訪問栄養食事指導については、対象患者が要介護又は要支援認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

有床診療所における栄養管理体制及び訪問栄養食事指導に関する状況

- 有床診療所における栄養管理実施加算の算定割合は、約3割。
- 診療所における在宅患者訪問栄養食事指導料の算定回数は、近年増加しているが、有床診療所の算定回数は少ない。

■ 栄養管理実施加算の算定割合

(有床診療所入院基本料算定回数に占める
栄養管理実施加算算定回数の割合)



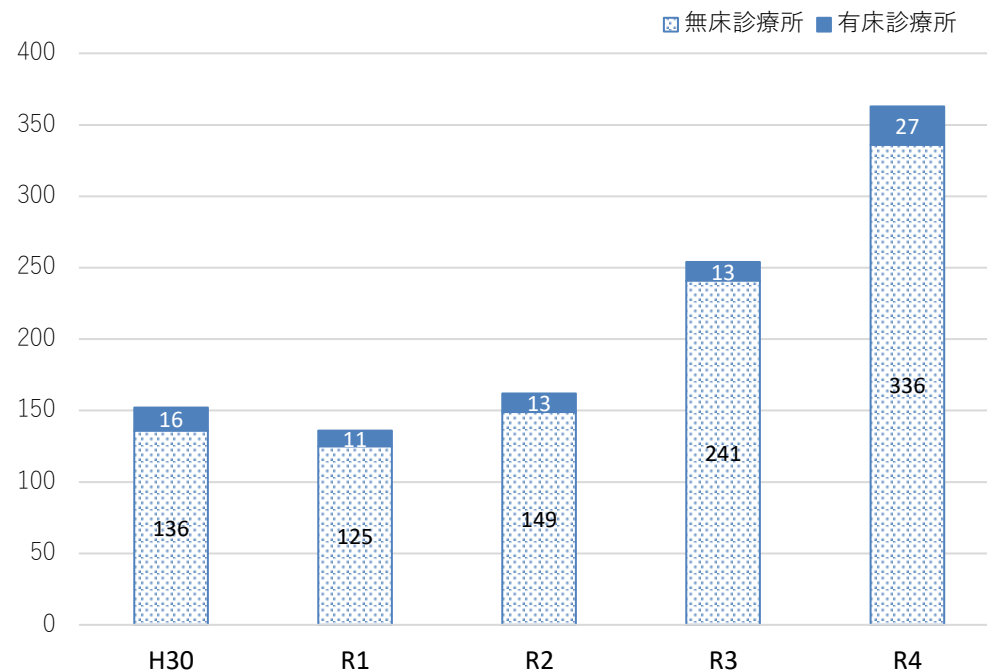
栄養管理実施加算 12点／日

【施設基準】

- ・ 当該保険医療機関内に、**常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること**
- ・ 栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること

■ 診療所における在宅患者訪問栄養食事指導料算定回数

(回／月)

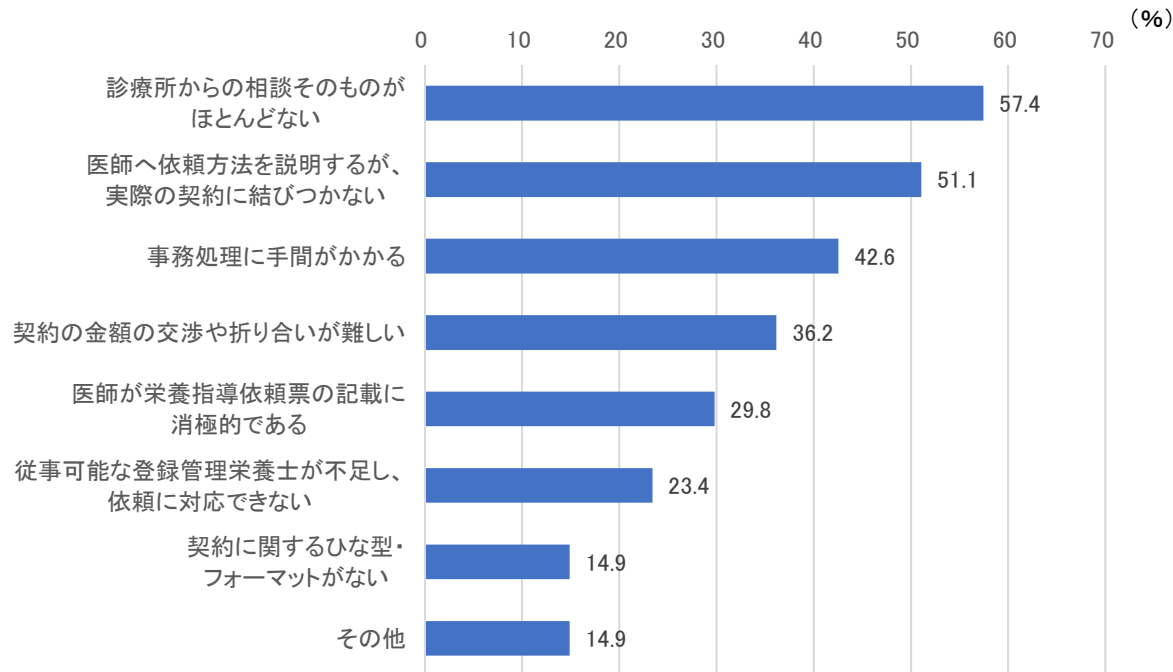


- 診療報酬で連携が評価されている栄養ケア・ステーション(栄養CS)は、47都道府県栄養士会に設置されており、全国で拠点数は110か所、登録管理栄養士数は4,625人(2022年度)である。
- 訪問栄養食事指導(診療報酬・介護報酬)に関する診療所との契約実績がある都道府県栄養CSは約4割であり、契約締結の課題としては、「診療所からの相談そのものがほとんどない」、「医師へ依頼方法を説明するが、実際の契約に結びつかない」、「事務処理に手間がかかる」の順が多い。

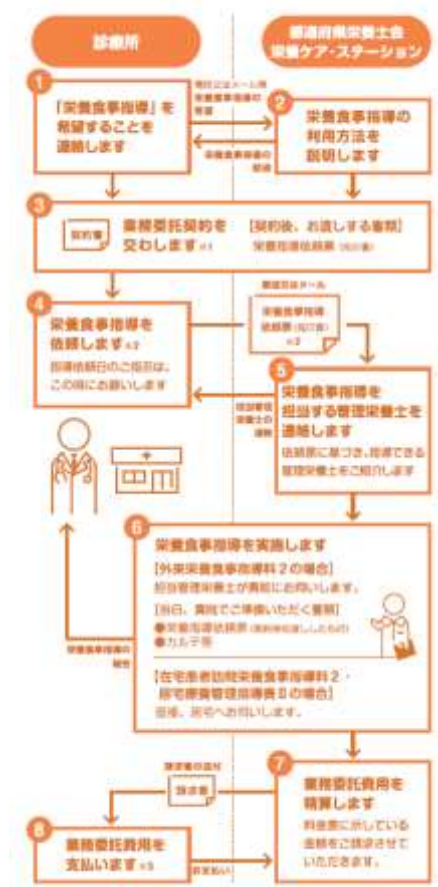
■ 訪問栄養食事指導(診療報酬・介護報酬)に関する診療所との契約実績

実績有り 18 / 47 都道府県栄養CS
(38.3%)

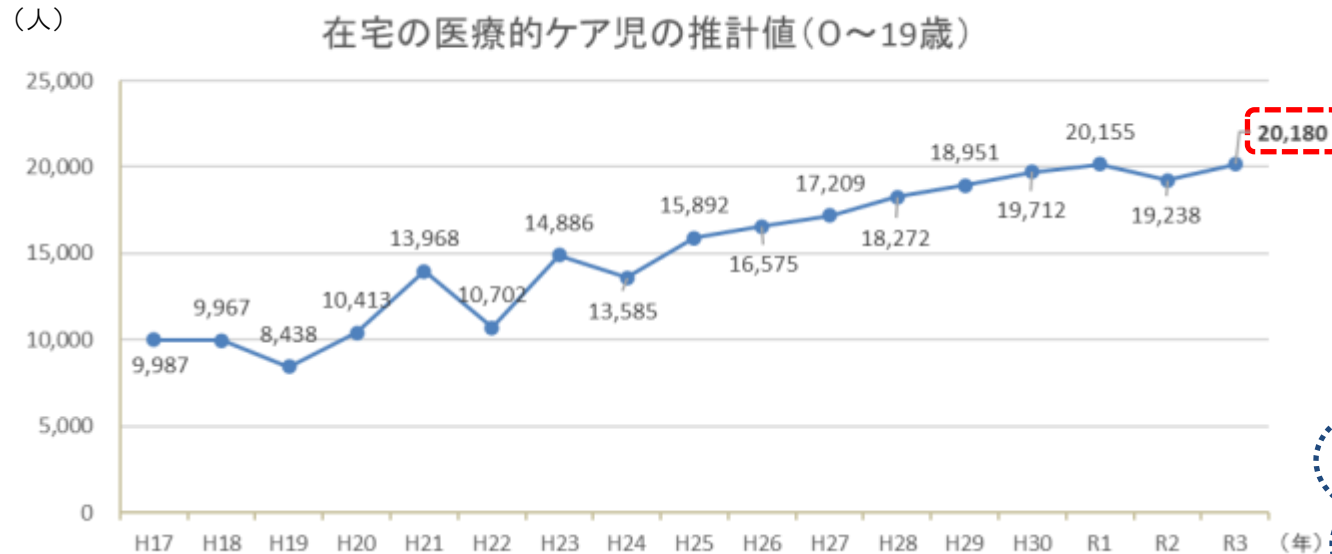
■ 診療所との契約締結における課題 (n=47 都道府県栄養CS)



栄養ケア・ステーション活用の流れ



- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は、約2万人〈推計〉である。



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽喉頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿 等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」
及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。



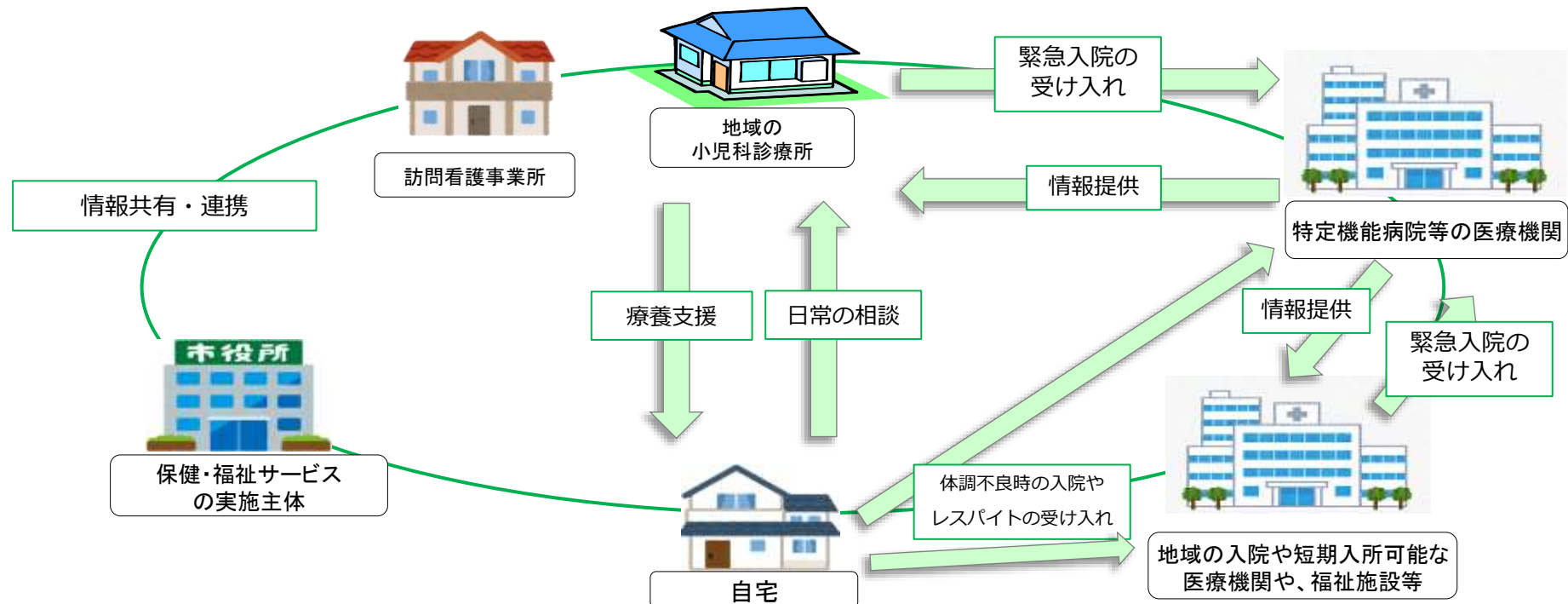
疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について (令和5年医政地発0331第14号)

小児医療の体制構築に係る指針 第2 医療体制の構築に必要な事項

2 目指すべき方向

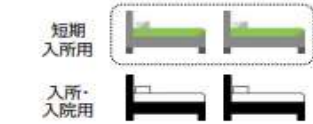
(4) 療養・療育支援が可能な体制

- ① 医療的ケア児が入院する医療機関において、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護事業所等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う体制
- ② 退院後の医療的ケア児等の緊急入院に対応できる体制
- ③ 退院後の医療的ケア児等の保護者の負担を軽減するための、レスパイト等の受入れ体制



障害福祉サービスにおける「医療型短期入所サービス」

中医協 総-6
5. 5. 17

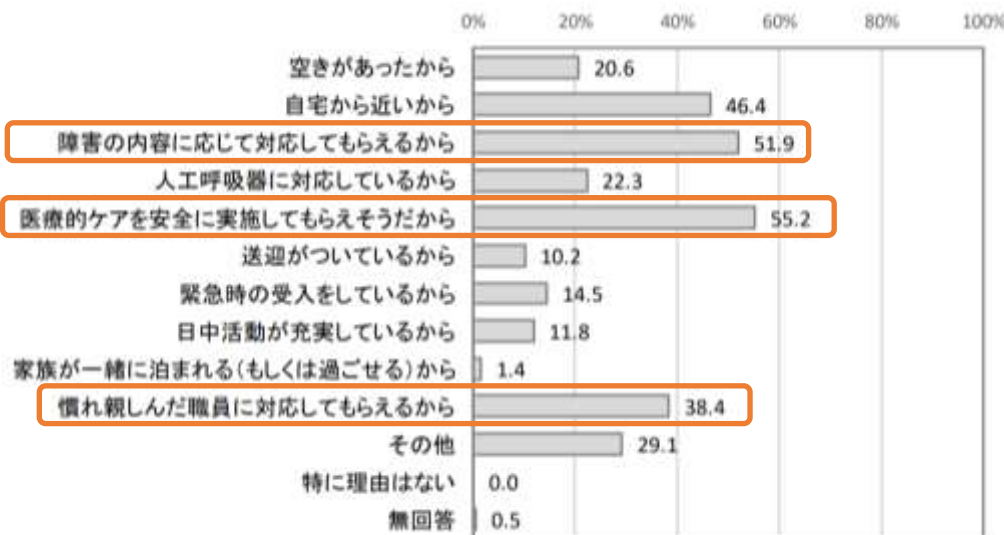
		併設型	空床利用型
対象者		<重症心身障害児者等> ・ 区分6に該当し、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者 ・ 区分5以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している者 等 <その他> ・ 重症心身障害児者等に該当しない場合であって、区分1以上に該当し、厚生労働大臣が定める基準に適合すると認められた遷延性意識障害者等又はこれに準ずる者（難病を含む） ・ 区分1以上に該当し、筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有する者	
サービス内容		病院等に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援	
実施主体		病院、有床診療所、介護老人保健施設、介護医療院、無床診療所（日中の受入のみ）※法人格のない病院、診療所も可	
ショートステイ用の居室の設定		あり 入所・入院用のベッドのうち、ショートステイ用のベッドを常時確保する 	なし 空いている入所・入院用ベッドを、ショートステイで使用する 
人員基準	従業者	本体施設の利用者及び短期入所の利用者数の合計数を当該施設の利用者数とみなした上で、 本体施設として必要とされる数以上	
	管理者	管理者は原則として、専ら医療型短期入所事業所の管理業務に従事する（支障がないときは、他の職務との兼務が可能）	
設備基準		本体施設の設備を利用することにより、短期入所の効果的な運営が図られ、本体施設と短期入所のサービス提供に支障がない場合は、 本体施設の設備をショートステイで利用できる	空床を利用する 本体施設で必要とされる設備を有することで問題ない
報酬単価	基本報酬	・ 医療型短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴う場合) 1,747単位～3,010単位 区分6の気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者、重症心身障害児・者等に対し支援を行う場合 ・ 医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴わない場合)、(Ⅳ)～(Ⅵ)(宿泊のみの場合) 1,266単位～2,835単位 医療型短期入所サービス費と同様の対象者に対し支援を行う場合	
	主な加算	<緊急短期入所受入加算> 270単位 緊急時の受入れを行った場合 <特別重度支援加算> 120単位～610単位 医療ニーズの高い障害児・者に対する計画的な医療的管理や療養上必要な措置を行った場合	

医療型短期入所サービス利用中の者に対し、診療報酬で算定可能な処置等

(1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定、(2) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定、(3) 中心静脈注射、(4) 植込み型カテーテルによる中心静脈注射、(5) 鼻マスク式補助換気法、(6) 体外式陰圧人工呼吸器治療、(7) 人工呼吸、(8) 膀胱洗浄、(9) 後部尿道洗浄、(10) 留置カテーテル設置、(11) 導尿、(12) 介達牽引、(13) 矯正固定、(14) 変形機械矯正術、(15) 消炎鎮痛等処置、(16) 腰部又は胸部固定帯固定、(17) 低出力レーザー照射、(18) 鼻腔栄養

- 医療型短期入所を利用した家族等が当該事業所を利用した理由としては、「医療的ケアを安全に実施してもらえそうだから」が55.2%、「障害の内容に応じて対応してもらえるから」が51.9%、「慣れ親しんだ職員に対応してもらえるから」が38.4%となっていた。

■ この事業所を利用した理由 (n=422) (複数回答)



【調査概要】

○調査対象

事業所票：2019年3月に、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定した短期入所事業所

利用者票：上記事業所の短期入所サービスを、調査期間中に利用している本人やその家族、もしくは支援されている方

○調査実施期間

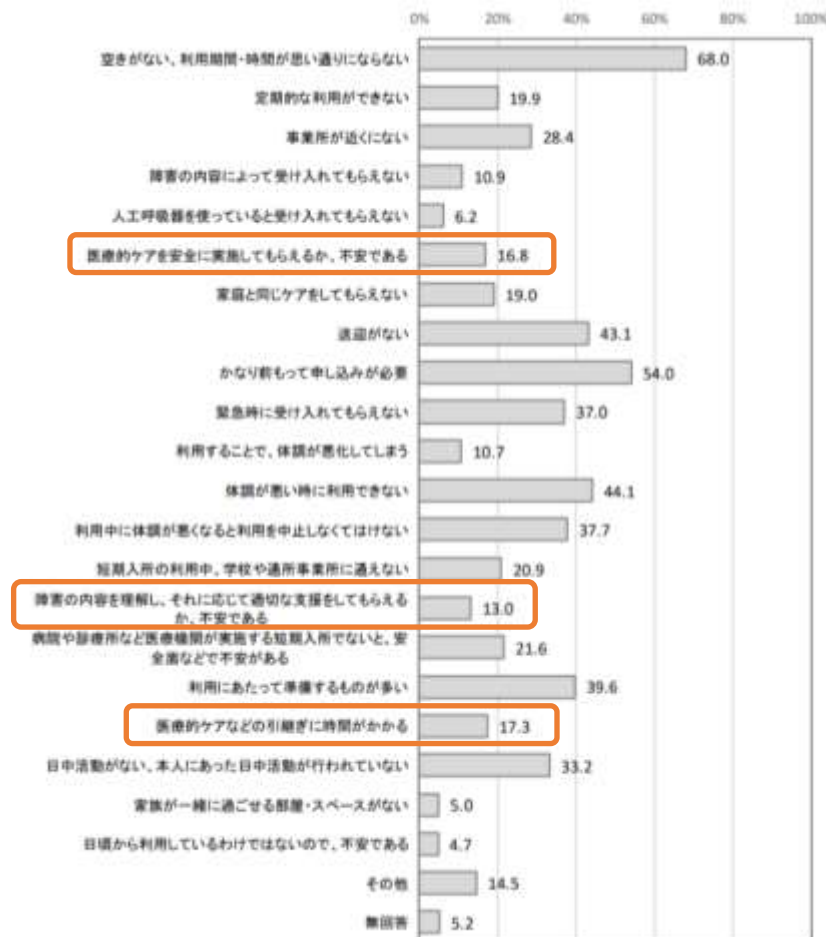
調査票の発送：令和元年9月4日、回収×切：令和元年10月31日

○回収状況

事業所票：配布363件、有効回収数250件（有効回収率68.9%）

利用者票：有効回収数422件（1事業所につき最大5名の利用者を対象に配布）

■ これまでのサービス利用で、不便・不安と感じたこと (n=422) (複数回答)

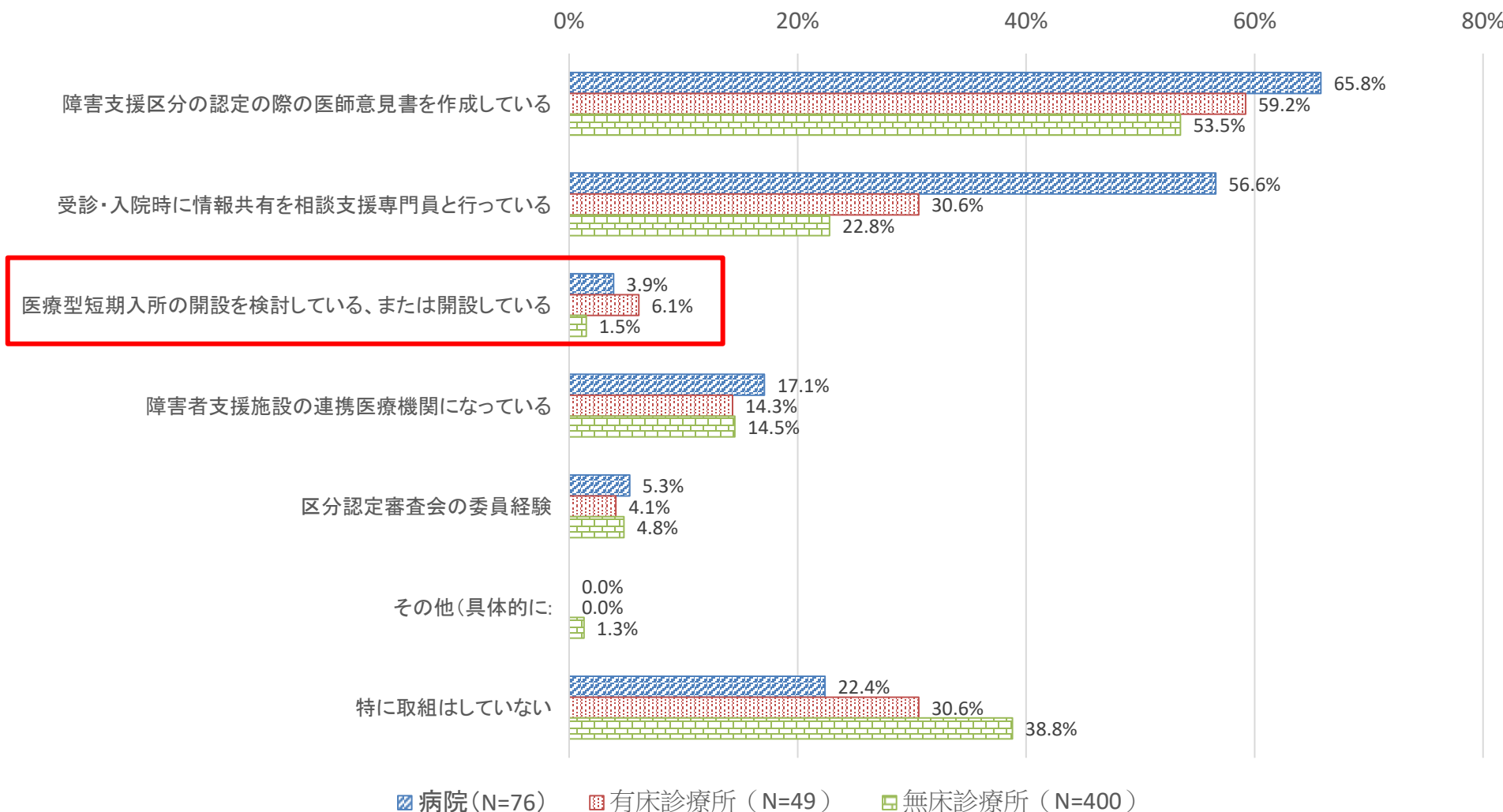


※上記の中で医療サービスに関連したものを枠で囲っている。

障害福祉サービスとの連携についての取組み

診調組 入-5
5.10.5改

○ 医療機関における障害福祉サービスとの連携について、病院・有床診療所・無床診療所別の取組の状況は以下のとおり。有床診療所において、医療型短期入所の開設を検討している、または開設している割合は6.1%であった。



有床診療所療養病床入院基本料の概要

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 057点 (A)	945点 (B)	653点 (D)
ADL区分2	1, 057点 (A)	945点 (B)	564点 (E)
ADL区分1	1, 057点 (A)	827点 (C)	564点 (E)

【施設基準】

①看護配置6：1以上（雇用配置）

ただし、

①医療区分2・3の患者が8割以上 かつ

②看護配置4：1以上（雇用配置）を満たさない場合、 564点を算定する

医療区分

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病床入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</u>） ・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷）・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</u>） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） 【医療処置】 ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍・手術創・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

ADL区分3：	23点以上
ADL区分2：	11点以上～23点未満
ADL区分1：	11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

（ 0．自立、1．準備のみ、2．観察、3．部分的援助、
4．広範な援助、5．最大の援助、6．全面依存 ）

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
（合計点）	0～24

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は下記通知に記載のあるとおり、令和6年3月31日までとされている。

「療養病床等の人員配置標準に係る経過措置の有効期限について」(抜粋)
(令和5年4月26日 厚生労働省医政局総務課長他連名通知)

1. 医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)附則第51条から第55条の2までの規定の有効期限について

(2)療養病床に係る経過措置の有効期限(附則第53条から第55条の2まで)

療養病床を有する病院又は診療所の開設者が、平成24年6月30日までに、当該病院又は診療所が一定の要件を満たすとして都道府県知事に届け出た病院又は診療所であって、平成30年6月30日までの間に、一定の要件を満たす旨を再び都道府県知事に届け出たものについては、療養病床における入院患者の数に応じた看護師、准看護師及び看護補助者の人員配置に係る経過措置が講じられているが、当該経過措置の有効期限については令和6年3月31日までであること。

- 医療療養病床を有する医療機関のうち、医療法施行規則における経過措置の対象となっており、令和6年4月以降の対応方針が未定の医療機関は、1施設（診療所）となっている。

療養病床の人員配置標準に係る経過措置等に関する調査（※）

【目的】療養病床の看護職員等の人員配置標準が6対1配置となっている病院及び診療所の全体像及び医療法上の経過措置終了後の意向（介護施設へ転換する等）の把握

【対象】特例措置の対象となっている病院、診療所

※令和4年6月時点で療養病棟入院基本料の注11に規定する点数を算定する病棟を有する病院、有床診療所療養病床入院基本料を届け出ている診療所及び介護療養型医療施設（752医療機関）

【結果】令和5年11月13日時点において、医療療養病床を有する医療機関のうち、

- 医療法施行規則における経過措置の対象となっており、令和6年4月以降の対応方針が未定の医療機関は1施設（診療所）となっている。

有床診療所における課題

(有床診療所について)

- 有床診療所は、①病院からの退院患者の受入れ、②在宅患者等の受入れ・在宅復帰機能、③有床診療所が持つ複数の機能(専門医療を担う機能等)といった機能を有するものと示されている。
- 有床診療所の病床数は、経年的に減少している。有床診療所の病床数別分布としては、一般病床については19床が43.9%と最多となっている。医療療養病床については1～9床の届出が多い。
- 有床診療所の地域での役割は平成27年から令和4年にかけて、「専門医療」以外の割合は減少している。
- 有床診療所において、医師、看護職員、看護補助者、事務職が常勤換算で2名以上配置されているが、理学療法士、診療放射線技師、臨床検査技師が常勤換算で約1名配置されている。
- 令和4年度診療報酬改定において、有床診療所一般病床初期加算等において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを施設基準として求める見直しがなされた。
- 有床診療所において「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を作成している割合は58.1%であった。
- 平成30年度診療報酬改定では、有床診療所の地域包括ケアモデルの運用を支援する観点から、介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れを評価する介護連携加算が新設された。この介護連携加算の算定回数・算定医療機関数は増加していない。
- 介護事業サービスを実施している有床診療所は全体の36.8%で、通所リハビリテーションの実施施設が26.9%、居宅介護支援事業所が20.2%、訪問リハビリテーションが13.5%であった。
- 有床診療所は病院・診療所と比べて、地域包括診療料・加算の届出割合が高く、地域包括診療料・加算を届け出していない施設は41.8%であった。有床診療所は「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」「高齢者施設に対して感染対策等の必要な助言を実施している」割合が高かった。
- 第8次医療計画においては、在宅医療の提供体制のうち訪問リハビリテーション及び訪問栄養食事指導を充実させるため体制整備を行うことが求められている。
- 医療的ケア児の受入れが可能な医療型短期入所サービスの不足が課題とされている。医療機関における障害福祉サービスとの連携について、有床診療所において、医療型短期入所の開設を検討している、または開設している割合は6.1%であった。
- 有床診療所療養病床入院基本料は看護配置6:1以上(雇用配置)が施設基準となっているが、療養病床についての医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日までとされている。

有床診療所についての論点

【論点】

（有床診療所について）

- 有床診療所の有床診療所在宅患者支援病床初期加算等について、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の内容を適切に踏まえた意思決定支援を推進するために、どのような方策が考えられるか。
- 医療・介護・障害福祉サービスの中核である有床診療所の機能を支援し、有床診療所において訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、医療型短期入所といったサービスの提供を推進するため、どのような方策が考えられるか。
- 有床診療所療養病床の看護職員等の人員配置基準について、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日で終了することを踏まえ、どのような方策が考えられるか。

個別事項(その17)

短期滞在手術等基本料、データ提出加算

1. 短期滞在手術等基本料について
2. データ提出加算について

1. 短期滞在手術等基本料について

1－1. 概要

1－2. 短期滞在手術等基本料1について

1－3. 短期滞在手術等基本料3について

短期滞在手術等基本料の概要

中医協 総－4
5 . 7 . 5

- 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術及び4泊5日までの入院による手術及び検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したもの。
（共通の要件）
- 1 手術室を使用していること
 - 2 術前に十分な説明を行った上で、「短期滞在手術等同意書」を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
 - 3 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合		短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合	
届出	届出が必要	届出は不要	
主な施設基準	・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること	・DPC対象病院又は診療所ではないこと	
包括される検査等	・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料（Ⅰ） ・麻酔管理料（Ⅱ）	・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料、薬材料、特定保険医療材料料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断	

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

手術の算定方法の全体像(イメージ)

中医協 総 - 4
5 . 7 . 5

- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。
- DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料3は算定不可となっている。



【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

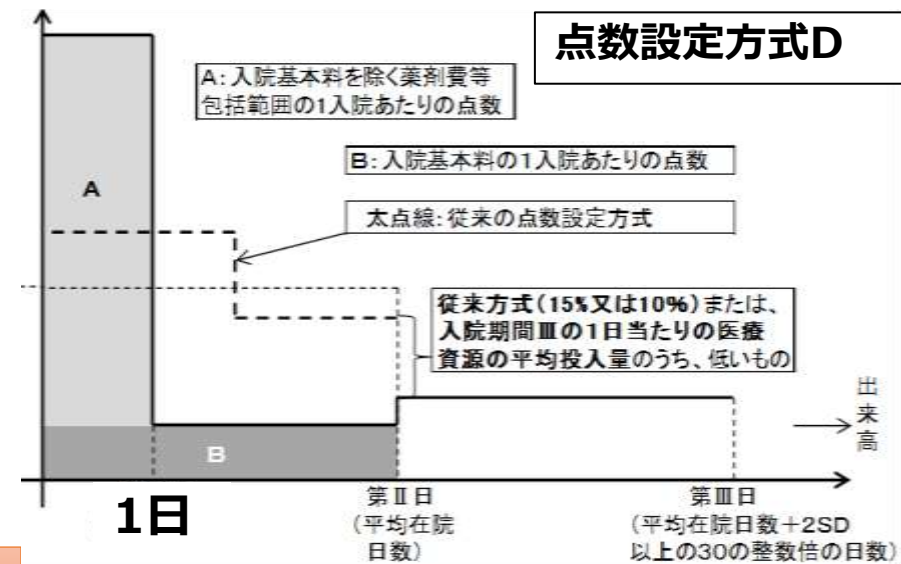
	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×
DPC象病院以外(病院)	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外(診療所)	○	×

○:算定可能、×:算定不可

短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

- DPC対象病院については、特定の単一の手術等の実施の有無のみにより評価される現行の短期滞在手術等基本料ではなく、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。
- DPC/PDPSによる算定となる症例については、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dを設定する。
- ただし、平均在院日数及び重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。



個別項目の見直し

- 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(片側)
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(両側)
K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術	

- 個別項目について、技術の評価の見直しや包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価を見直す。

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料 1 の見直し

- 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

現行		改定後
【短期滞在手術等基本料 1】 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合） 2,947点		【短期滞在手術等基本料 1】 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合） <u>（改）イ 麻酔を伴う手術を行った場合</u> 2,947点 <u>（改）ロ イ以外の場合</u> 2,718点
〔施設基準〕 短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、 麻酔科医が勤務していること。		〔施設基準〕 短期滞在手術等基本料にかかる手術 <u>（全身麻酔を伴うものに限る。）</u> が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

- 短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料 1 の対象とする（15項目→38項目）。
- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料 2 の見直し

- 短期滞在手術等基本料 2 について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

現行		改定後
【短期滞在手術等基本料 2】 短期滞在手術等基本料 2（1泊2日の場合） （生活療養を受ける場合にあっては、 5,075点 5,046点）		<u>（削除）</u>

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料3の見直し

- 疾病の治療法として類型化された手術等を伴う入院医療のうち、在院日数や医療資源の投入量が一定の範囲に収斂しているものがあることを踏まえ、以下の38項目の手術等について、短期滞在手術等基本料3の対象に追加する（19項目→57項目）。既存の手術等については、実態を踏まえ、評価を見直す。

追加する手術等

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの
D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 □ その他のもの
D 2 3 7-2 反復睡眠潜時試験（MSLT）
D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン（GH）（一連として）
K 0 0 7-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足（手に限る。）
K 0 4 6 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 3 前腕、下腿（前腕に限る。）
K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指（手、足）（手に限る。）
K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
K 2 2 4 翼状片手術（弁の移植を要するもの）
K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）

K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（片側）
K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（両側）
K 3 1 8 鼓膜形成手術
K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術
K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
K 6 1 7-2 大伏在静脈抜去術
K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
K 8 2 3-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
1 電解質溶液利用のもの
K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
2 その他のもの
K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
K 8 9 0-3 腹腔鏡下卵管形成術

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等①

診療組 入ー1
5 . 9 . 2 9

短期滞在手術等基本料1の対象手術等（15項目(R2改定後) → 38項目(R4改定後)）

[D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン\(GH\)\(一連として\)](#)

[D291-2 小児食物アレルギー負荷検査](#)

K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 3 長径4センチメートル以上(6歳未満に限る。)

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満(6歳未満に限る。)

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 4 長径12センチメートル以上(6歳未満に限る。)

K008 腋臭症手術 1 皮弁法

K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術

K008 腋臭症手術 3 その他のもの

[K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足\(手に限る。\)](#)

[K048 骨内異物\(挿入物を含む。\)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指\(手、足\)その他\(手に限る。\)](#)

K068 半月板切除術

K068-2 関節鏡下半月板切除術

[K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指\(手、足\)\(手に限る。\)](#)

K093 手根管開放手術

[K093-2 関節鏡下手根管開放手術](#)

[K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの](#)

[K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法](#)

[K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法](#)

[K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの](#)

[K224 翼状片手術\(弁の移植を要するもの\)](#)

[K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの\(角膜ジストロフィー又は带状角膜変性に係るものに限る。\)](#)

[K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術](#)

K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの

[K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの](#)

[K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合](#)

K282 水晶体再建術 3 計画的後囊切開を伴う場合

[K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満](#)

[K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上](#)

K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)

K510 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)

[K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回](#)

[K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法\(一連として\)](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術](#)

[K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術](#)

[K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術](#)

K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術

[K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満](#)

[K743 痔核手術\(脱肛を含む。\) 2 硬化療法\(四段階注射法によるもの\)](#)

[K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術\(肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。\)](#)

[K823-6 尿失禁手術\(ボツリヌス毒素によるもの\)](#)

[K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術](#)

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等②

診療組 入 - 1
5 . 9 . 2 9

短期滞在手術等基本料3の対象手術等 (19項目(R2改定後) → 57項目(R4改定後))

D237 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの
D237 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの

D237-2 反復睡眠潜時試験(MSLT)

D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)

D291-2 小児食物アレルギー負荷検査

D413 前立腺針生検法 2 その他のもの

K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術

K030 四肢・軀幹部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)

K046 骨折観血の手術 2 前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 3 前腕、下腿(前腕に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)

K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)

K093-2 関節鏡下手根管開放手術

K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)

K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの

K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法

K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法

K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの

K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)

K242 斜視手術 2 後転法

K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施

K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)

K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側)、(両側)

K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片側)、(両側)

K318 鼓膜形成手術

K333 鼻骨骨折整復固定術

K389 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの

K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満

K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する患者

K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術

K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)

K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術

K617-2 大伏在静脈抜去術

K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術

K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)

K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)

K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満

K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上

K743 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)

K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)

K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)

K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)

K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術

K867 子宮頸部(腔部)切除術

K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの

K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その他のもの

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの

K890-3 腹腔鏡下卵管形成術

M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

1. 短期滞在手術等基本料について

1－1. 概要

1－2. 短期滞在手術等基本料1について

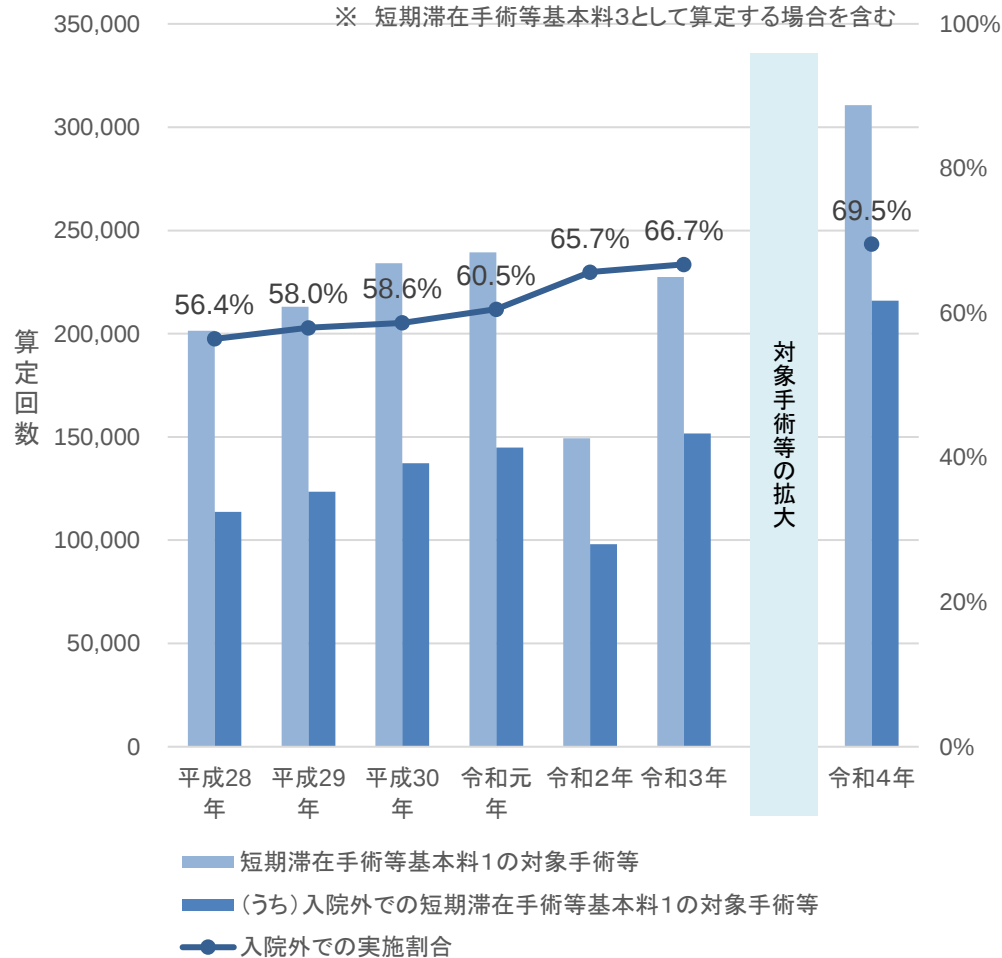
1－3. 短期滞在手術等基本料3について

短期滞在手術等基本料 1 の年次推移

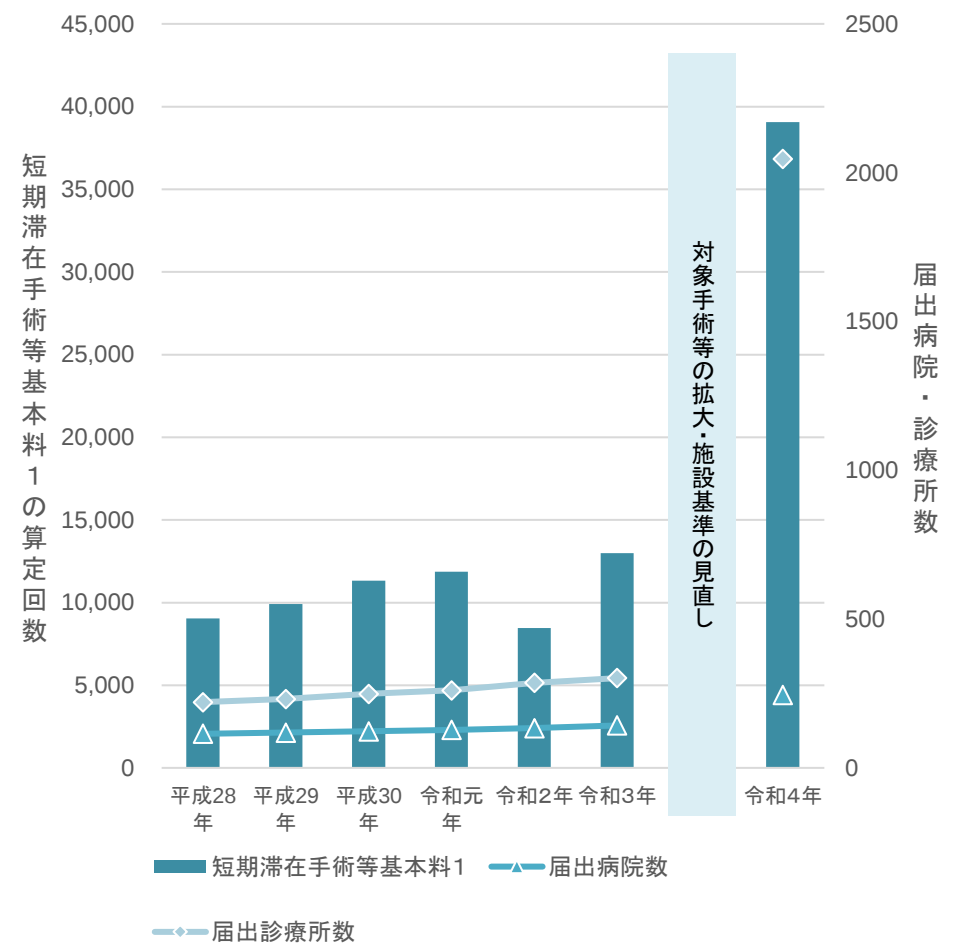
中 医 協 総 - 4
5 . 7 . 5

- 短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加している。
- 短期滞在手術等基本料1の算定回数及び届出病院・診療所数は、いずれも令和4年度改定を経て増加している。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の算定実績



短期滞在手術等基本料1の算定実績



短期滞在手術等基本料1の対象手術等の入院外別の算定回数①

○ 短期滞在手術等基本料1の対象手術等の、入院外での実施割合は次のとおりであった。

※ DPC/PDPSにおいて包括対象となる検査等は除く。

○ 入院外での実施割合については、手術等によりばらつきがみられる。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等(令和4年度改定以前より対象となっていたものに限る。)

手術等名称	算定回数				入院外での実施割合
	入院	短期滞在3	外来	短期滞在1	
皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 長径4センチメートル以上 *	579	－	1,794	2	75.6%
皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 長径6センチメートル以上12センチメートル未満 *	690	－	1,486	1	68.3%
皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 長径12センチメートル以上 *	273	－	89	0	24.6%
腋臭症手術 皮弁法	345	－	1,028	178	77.8%
腋臭症手術 皮膚有毛部切除術	0	－	1	0	100.0%
腋臭症手術 その他のもの	2	－	2	0	50.0%
半月板切除術	5	－	0	0	0.0%
関節鏡下半月板切除術	2,015	－	20	3	1.1%
手根管開放手術	1,086	－	1,989	101	65.8%
関節鏡下手根管開放手術	328	103	634	29	60.6%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの	1,160	－	218	235	28.1%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの	67,950	9,067	39,660	62,927	57.1%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合	347	13	125	132	41.7%
水晶体再建術 計画的後囊切開を伴う場合	38	－	0	0	0.0%
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	362	43	344	41	48.7%
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル以上	294	22	48	3	13.9%
気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	34	－	3	0	8.1%
気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	16	－	0	0	0.0%
内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍粘膜切除術	344	－	5	3	2.3%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	27,579	7,961	95,302	16,437	75.9%
経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの	1,271	－	35	11	3.5%
経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 ツリウムレーザーを用いるもの	139	－	0	0	0.0%
経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 その他のもの	79	－	0	0	0.0%

出典: 令和5年3月NDBデータ * 短期滞在手術等基本料1の対象となる場合は6歳未満に限る。

※ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等は青字としている。 ※ 入院外での実施割合が50%を超える項目は橙色で強調表示している。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の入院外別の算定回数②

短期滞在手術等基本料1の対象手術等(令和4年度改定より対象となったものに限る。)

手術等名称	算定回数				入院外での実施割合
	入院	短期滞在3	外来	短期滞在1	
四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術(手)	215	35	236	8	49.4%
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(手)	141	31	150	4	47.2%
ガングリオン摘出術(手)	70	11	205	13	72.9%
涙管チューブ挿入術 涙道内視鏡を用いるもの	94	38	605	946	92.2%
眼瞼内反症手術 皮膚切開法	620	30	956	731	72.2%
眼瞼下垂症手術 眼瞼挙筋前転法	1,728	157	4,327	3,324	80.2%
眼瞼下垂症手術 その他のもの	825	79	2,348	1,770	82.0%
翼状片手術 弁の移植を要するもの	422	103	1,031	1,114	80.3%
治療的角膜切除術 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	41	13	38	125	75.1%
緑内障手術 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	720	113	217	701	52.4%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	3,531	910	10,160	3,212	75.1%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1の実施後3月以内に実施する場合	778	177	2,088	592	73.7%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	156	35	73	40	37.2%
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	55	9	795	571	95.5%
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	77	19	88	24	53.8%
下肢静脈瘤血管内焼灼術	1,127	136	1,156	2,379	73.7%
下肢静脈瘤血管内塞栓術	323	66	274	621	69.7%
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	756	254	970	829	64.0%
肛門ポリープ切除術	326	23	305	125	55.2%
肛門尖圭コンジローム切除術	37	10	185	24	81.6%
尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)	53	28	129	6	62.5%
顕微鏡下精索静脈瘤手術	201	6	128	40	44.8%

出典: 令和5年3月NDBデータ

※ 短期滞手術等基本料3の対象手術等は青字としている。 ※ 入院外での実施割合が50%を超える項目は橙色で強調表示している。

病院における短期滞在手術等基本料1の対象手術等の入院外別の算定回数①

- 病院における短期滞在手術等基本料1の対象手術等の、入院外での実施割合は次のとおりであった。
※ DPC/PDPSにおいて包括対象となる検査等は除く。
- そのうち、一部の対象手術等では、病院における入院外での実施割合が低くなっている。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等(令和4年度改定以前から対象となっていたものに限る。)

手術等名称	病院における算定回数				病院での入院外での実施割合	(参考) 全医療機関での入院外での実施割合
	入院	短期滞在3	外来	短期滞在1		
皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 長径4センチメートル以上 *	571	－	683	2	54.5%	75.6%
皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 長径6センチメートル以上12センチメートル未満 *	674	－	593	1	46.8%	68.3%
皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 長径12センチメートル以上 *	268	－	28	0	9.5%	24.6%
腋臭症手術 皮弁法	327	－	26	2	7.9%	77.8%
腋臭症手術 皮膚有毛部切除術	0	－	0	0	－	100.0%
腋臭症手術 その他のもの	2	－	2	0	50.0%	50.0%
半月板切除術	4	－	0	0	0.0%	0.0%
関節鏡下半月板切除術	1,748	－	0	0	0.0%	1.1%
手根管開放手術	1,028	－	1,683	83	63.2%	65.8%
関節鏡下手根管開放手術	288	103	425	20	53.2%	60.6%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの	57,023	9,067	8,964	5,046	17.5%	57.1%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの	1,102	－	40	35	6.4%	28.1%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合	328	13	30	16	11.9%	41.7%
水晶体再建術 計画的後嚢切開を伴う場合	38	－	0	0	0.0%	0.0%
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	354	43	279	20	43.0%	48.7%
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル以上	282	22	30	1	9.3%	13.9%
気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	34	－	3	0	8.1%	8.1%
気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	16	－	0	0	0.0%	0.0%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	24,558	7,961	44,954	3,870	60.0%	75.9%
経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの	1,235	－	0	0	0.0%	3.5%
経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 その他のもの	72	－	0	0	0.0%	0.0%

出典: 令和5年3月NDBデータ * ただし、短期滞在手術等基本料1の対象となる場合は6歳未満に限る。

※ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等は青字としている。 ※ 入院外での実施割合について、全医療機関に比して差が大きい項目は黄色で強調表示している。

病院における短期滞在手術等基本料1の対象手術等の入院外別の算定回数②

短期滞在手術等基本料1の対象手術等(令和4年度改定より対象となったものに限る。)

手術等名称	病院における算定回数				病院での入院外での実施割合	(参考) 全医療機関での入院外での実施割合
	入院	短期滞在3	外来	短期滞在1		
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術(手)	212	35	184	8	43.7%	49.4%
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(手)	133	31	129	4	44.8%	47.2%
ガングリオン摘出術(手)	68	11	128	6	62.9%	72.9%
涙管チューブ挿入術 涙道内視鏡を用いるもの	85	38	390	141	81.2%	92.2%
眼瞼内反症手術 皮膚切開法	607	30	440	94	45.6%	72.2%
眼瞼下垂症手術 眼瞼挙筋前転法	1,600	157	1,001	181	40.2%	80.2%
眼瞼下垂症手術 その他のもの	745	79	866	146	55.1%	82.0%
翼状片手術 弁の移植を要するもの	325	103	391	130	54.9%	80.3%
治療的角膜切除術 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	32	13	15	22	45.1%	75.1%
緑内障手術 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	626	113	78	58	15.5%	52.4%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	3,370	910	6,092	1,180	63.0%	75.1%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1の実施後3月以内に実施する場合	744	177	1,168	230	60.3%	73.7%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	145	35	15	6	10.4%	37.2%
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	46	9	341	11	86.5%	95.5%
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	73	19	44	4	34.3%	53.8%
下肢静脈瘤血管内焼灼術	1,041	136	356	60	26.1%	73.7%
下肢静脈瘤血管内塞栓術	294	66	133	16	29.3%	69.7%
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	336	254	92	2	13.7%	64.0%
肛門ポリープ切除術	235	23	35	0	11.9%	55.2%
肛門尖圭コンジローム切除術	29	10	28	1	42.6%	81.6%
尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)	47	28	50	1	40.5%	62.5%
顕微鏡下精索静脈瘤手術	193	6	1	2	1.5%	44.8%

出典: 令和5年3月NDBデータ

※ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等は青字としている。 ※ 入院外での実施割合について、全医療機関に比して差が大きい項目は黄色で強調表示している。

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について（令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋）

5. 調査結果

（2）短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

① 入院外での実施割合が低い病院

＜入院外で実施する場合の設備・体制＞

- 患者数に比して、外来や日帰りに対応可能な手術室や回復室を整備できていない。
- 外来看護師等のスタッフが不足している。
- 術後の夜間等に緊急に対応する体制が整っていない。

＜短期滞在手術等を実施する症例の特徴＞

- 地域において手術が実施可能な医療機関が少なく、地域の患者を広く対応している。
- 近隣の外来診療に特化した医療機関では対応困難な症例の紹介を受けている。
- 高齢者及び高齢者の独居の患者層が多く、手術後翌日の通院が困難な方が多い。
- 全身状態が不良な症例や合併症のリスクが高い症例を中心に受け入れている。

＜入院／入院外での実施を判断する際の方針や基準＞

- 外来や日帰りでの対応が困難な症例が紹介されることから、原則として入院での診療を行っている。
- 体制・設備の観点で外来や日帰りでの対応が困難であることから、入院外での実施は行っていない。
- 高齢患者で遠方在住の場合、有事の受診が困難であり、入院での実施を原則としている。
- 術後に異常があった場合に迅速に対応できるよう入院での診療を基本としている。

【医療機関からの聴取内容】

- 連携医療機関から入院が必要な症例として紹介される患者が中心。病院としても、救急用の入院病床の確保のため、短期滞在手術等については外来移行したいと考えているが、回復室等外来で経過観察可能な設備が整備できていない。現状の体制でも、外来で実施可能なものは移行できるよう体制等の見直しを行っており、今後は施設の改修も行う予定。
- 外来で実施する設備、体制が整備できていない。手術は特定の日に集中して実施することが多いが、術後経過観察するスペースがなく、日帰りの場合でも入院としている。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の1日入院での実施割合

診調組 入ー1

5 . 9 . 2 9

- 短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した入院症例のうち、1日入院（同一の日に入院及び退院した場合（※））の割合は、DPC対象病院で4.5%、出来高病院では10.8%であった。
- （※） 短期滞在手術等基本料1を算定する場合は含まれない。

	DPC対象病院	出来高病院
短在1対象手術等を実施した入院数	763,658	246,528
うち、短在1対象手術等を実施した1日入院数(割合)	34,354 (4.5%)	26,711 (10.8%)

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の在院日数別の実施割合

診 調 組 入 - 1
5 . 9 . 2 9

○ 短期滞在手術等基本料1の主な対象手術等について、入院から5日以内に当該手術等を実施した入院症例に占める1日入院、1泊2日入院、2泊以上入院の割合はそれぞれ以下のとおりであった。

対象手術等	DPC対象病院				出来高病院			
	5日以内 の入院症 例数	割合			5日以内 の入院症 例数	割合		
		1日	1泊2日	2泊以上		1日	1泊2日	2泊以上
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	309,512	6.6%	41.2%	52.1%	91,468	15.5%	48.7%	35.8%
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	2,995	1.0%	21.3%	77.7%	319	8.5%	49.8%	41.7%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	21,226	19.3%	53.4%	27.4%	7,893	33.1%	51.1%	15.8%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	1,297	3.0%	36.4%	60.6%	389	19.8%	42.2%	38.0%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	224,012	0.9%	67.8%	31.3%	81,111	3.6%	74.7%	21.7%
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	2,350	17.2%	56.3%	26.4%	2,137	14.8%	60.9%	24.3%

1. 短期滞在手術等基本料について

1－1. 概要

1－2. 短期滞在手術等基本料1について

1－3. 短期滞在手術等基本料3について

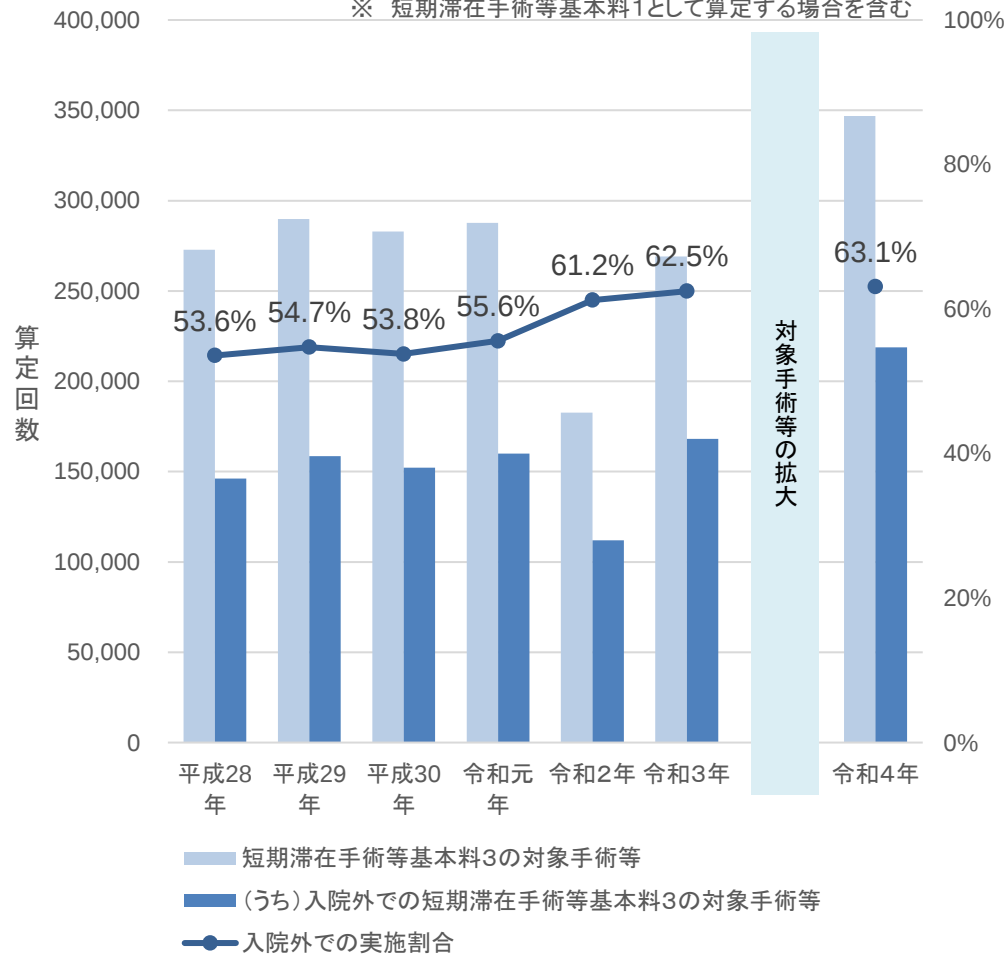
短期滞在手術等基本料3の年次推移

中 医 協 総 - 4
5 . 7 . 5

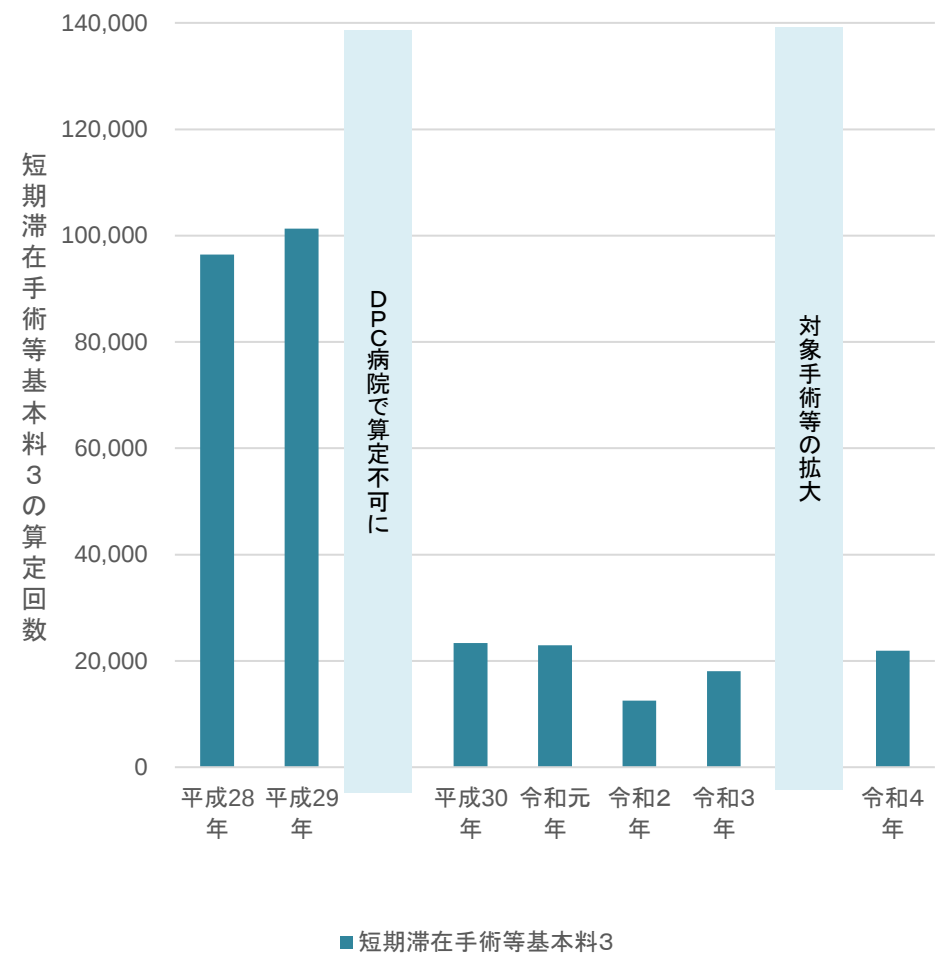
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加している。
- 短期滞在手術等基本料3は平成30年度以降も一定程度算定されている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等の算定実績

※ 短期滞在手術等基本料1として算定する場合を含む



短期滞在手術等基本料3の算定実績



短期滞在手術等基本料3の算定回数・平均在院日数の状況①

診調組 入-1
5 . 9 . 2 9

- 令和4年度改定以前より短期滞在手術等基本料3の対象となっていた手術等について、令和2年度及び令和4年度における算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
- 多くの手術等について、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定以前より対象となっていたものに限る。)

手術等名称	令和2年度		令和4年度	
	短期滞在手術等基本料3		短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
小児食物アレルギー負荷検査	3,187	1.04	2,727	1.10
前立腺針生検法 その他のもの	8,171	2.51	9,550	2.43
関節鏡下手根管開放手術	975	3.19	1,035	3.69
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	107	2.01	108	2.02
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(片側)	77,058	2.60	83,975	2.47
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(両側)	5,765	4.92	7,493	4.76
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	400	3.21	319	2.88
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	8,115	2.75	7,893	2.76
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回の実施後3月以内に実施する場合	1,535	3.21	1,602	3.05
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	580	3.06	389	2.99
下肢静脈瘤手術 硬化療法	153	2.14	139	1.34
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	162	1.89	180	1.89
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	125	3.00	59	2.49
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	62	2.24	40	2.20
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	64	2.50	40	2.60
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	9,266	5.60	9,245	5.42
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	27	2.74	30	2.77
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	45	2.64	44	2.77
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	27	2.81	21	2.24
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	5,619	4.97	7,418	4.76
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	79,045	2.44	81,111	2.40
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上	5,839	3.21	6,115	3.11
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	2,119	2.38	2,137	2.31
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	4,897	2.28	3,892	2.16
子宮頸部(腔部)切除術	1,181	3.02	1,027	3.05
ガンマナイフによる定位放射線治療	1,521	3.19	1,561	3.47

短期滞在手術等基本料3の算定回数・平均在院日数の状況②

診調組 入-1
5 . 9 . 2 9

- 令和4年度改定より新たに短期滞在手術等基本料3の対象となった手術等について、令和2年度及び令和4年度における算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
- 多くの手術等について、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定より対象となったものに限る。) その1

手術等名称	令和2年度		令和4年度	
	出来高算定(DPC対象病院を除く)		短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
終夜睡眠ポリグラフィー 1及び2以外の場合 安全精度管理下で行うもの	345	2.14	724	2.09
終夜睡眠ポリグラフィー 1及び2以外の場合 その他のもの	11,478	2.38	10,703	2.07
反復睡眠潜時試験(MSLT)	227	2.03	213	2.08
内分泌負荷試験 下垂体前葉負荷試験 成長ホルモン(GH)(一連につき)	394	3.09	180	2.51
経皮的放射線治療用金属マーカ留置術	585	3.20	729	3.02
四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術(手)	319	3.41	263	3.26
骨折観血的手術(手舟状骨)	291	3.74	250	4.49
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(前腕)	4,734	4.34	3,680	3.57
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(鎖骨)	1,835	4.28	1,350	3.69
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(手)	331	3.43	255	2.93
ガングリオン摘出術(手)	178	3.61	131	2.78
涙管チューブ挿入術 涙道内視鏡を用いるもの	191	2.13	314	2.08
眼瞼内反症手術 皮膚切開法	391	2.52	315	2.27
眼瞼下垂症手術 眼瞼挙筋前転法	1,437	2.95	1,485	2.59
眼瞼下垂症手術 その他のもの	768	2.67	884	2.33
翼状片手術 弁の移植を要するもの	771	2.93	948	2.84
斜視手術 後転法	533	3.53	467	2.80
斜視手術 前転法及び後転法の併施	504	2.83	581	2.61
治療的角膜切除術 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	106	3.78	146	3.60
緑内障手術 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	539	2.62	1,017	2.15
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合 その他のもの(片側)	177	2.99	163	2.99
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合 その他のもの(両側)	3	15.33	1	6.00

出典: DPCデータ(各年度1年分)

※ 短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。
※ 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

短期滞在手術等基本料3の算定回数・平均在院日数の状況③

診調組 入-1
5 . 9 . 2 9

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（令和4年度改定より対象となったものに限る。） その2

手術等名称	令和2年度		令和4年度	
	出来高算定（DPC対象病院を除く）		短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
鼓膜形成手術	110	3.01	65	2.92
鼻骨骨折整復固定術	127	3.86	136	2.95
喉頭・声帯ポリープ切除術 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	326	3.72	101	5.50
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル以上	253	4.75	199	3.69
大伏在静脈抜去術	339	4.38	279	2.37
下肢静脈瘤血管内焼灼術	3,056	2.22	1,743	2.09
下肢静脈瘤血管内塞栓術	270	1.77	663	1.46
肛門ポリープ切除術	218	3.61	269	2.81
肛門尖圭コンジローム切除術	216	1.92	161	2.14
尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	191	2.38	212	2.11
顕微鏡下精索静脈瘤手術	140	2.05	73	2.00
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 電解質溶液利用のもの	400	2.81	559	2.43
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 その他のもの	834	2.51	701	2.37
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 電解質溶液利用のもの	373	2.90	408	2.84
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 その他のもの	316	2.79	283	2.51
腹腔鏡下卵管形成術	115	4.32	92	4.14

出典：DPCデータ（各年度1年分）

※ 短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。
※ 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

短期滞在手術等基本料についての課題と論点

(短期滞在手術等基本料1)

- 令和4年度診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料1の評価及び麻酔科医の配置に係る要件の見直しを行うとともに、短期滞在手術等基本料1の対象手術等の追加を行った。
- 短期滞在手術等基本料1の算定回数は令和4年度改定を経て増加しており、届出診療所数が増加している一方、届出病院数の増加幅は小さい。
- 短期滞在手術等基本料1の対象手術等について、短期滞在手術等基本料1を算定する場合を含む入院外での実施割合にはばらつきがみられている。
- 病院において、全医療機関に比し入院外での実施割合が低い短期滞在手術等基本料1の対象手術等が存在する一方で、短期滞在手術等基本料1の対象手術等が「1日入院」として実施される例が一定程度存在する。

(短期滞在手術等基本料3)

- 令和4年度診療報酬改定において、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等について、短期滞在手術等基本料3の対象手術等に加えることとした。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加しており、平成30年度以降も一定程度算定されている。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等については、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。
- これまでの診療報酬改定においては、診療実態等に合わせ、対象手術等及びその評価について、見直しを実施している。



【論点】

- 短期滞在手術等基本料1の対象手術等の入院外での実施状況のばらつきや病院での実施状況を踏まえ、一定程度治療法が標準化され、入院外での実施が期待される手術等の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 短期滞在手術等基本料3の対象手術等の年次推移も踏まえ、一定程度治療法が標準化され、短期間で退院が可能となる手術等の評価のあり方について、どのように考えるか。

1. 短期滞在手術等基本料について
2. データ提出加算について

2. データ提出加算について

2-1. データ提出加算の現状等について

2-2. 提出データ評価加算について

2-3. 新規に入院基本料を届け出る場合等の取扱いについて

データ提出加算の概要

1 データ提出加算1・3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点

2 データ提出加算2・4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点

※提出データ評価加算（施設基準を満たす場合） 40点

- ・ データ提出加算1・2: **入院初日**に限り算定する。
- ・ データ提出加算3・4: 療養病棟入院基本料等を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、**入院期間が90日を超えるごと**に1回算定する。
- ・ 提出データ評価加算: データ提出加算2又は4で許可病床数が200床未満に限る。
- ・ 厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む）」に準拠したデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価したもの。

データ提出加算1・3: 「入院データ」のみ提出

データ提出加算2・4: 「入院データ」+「外来データ」の提出

データ提出加算の施設基準

- (1) 区分番号「A207」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ただし、特定入院料(区分番号「A317」特定一般病棟入院料を除く。)のみの届出を行う保険医療機関にあつては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。
- (2) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。
- (3) DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあつては入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあつては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。
- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」(※)を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

(※) コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする。

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

➤ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算の要件の範囲を拡大する。

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般入院料1～6 特定機能病院入院基本料（7対1、10対1） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	データの提出が必須（経過措置③）	
地域一般入院料1～3 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	規定なし → データの提出が必須 （経過措置①、③）	規定なし → データの提出が必須 （経過措置②、③）
精神科救急急性期医療入院料	規定なし → データの提出が必須（経過措置③、④）	

[経過措置]

- ① 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあつては令和5年3月31日までの経過措置を設ける。
- ② 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあつては令和6年3月31日までの経過措置を設ける。
- ③ 令和4年3月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であつて、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ④ 精神科救急急性期医療入院料については、令和6年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす。

データ提出加算の届出を要件とする入院料の拡大について

○ これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料が拡大してきた。

1 データ提出加算 1

イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**

ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

2 データ提出加算 2

イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**

ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**

3 データ提出加算 3

イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**

ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

4 データ提出加算 4

イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**

ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟又は病床について入院期間が90日を超えるごとに1回加算する。**

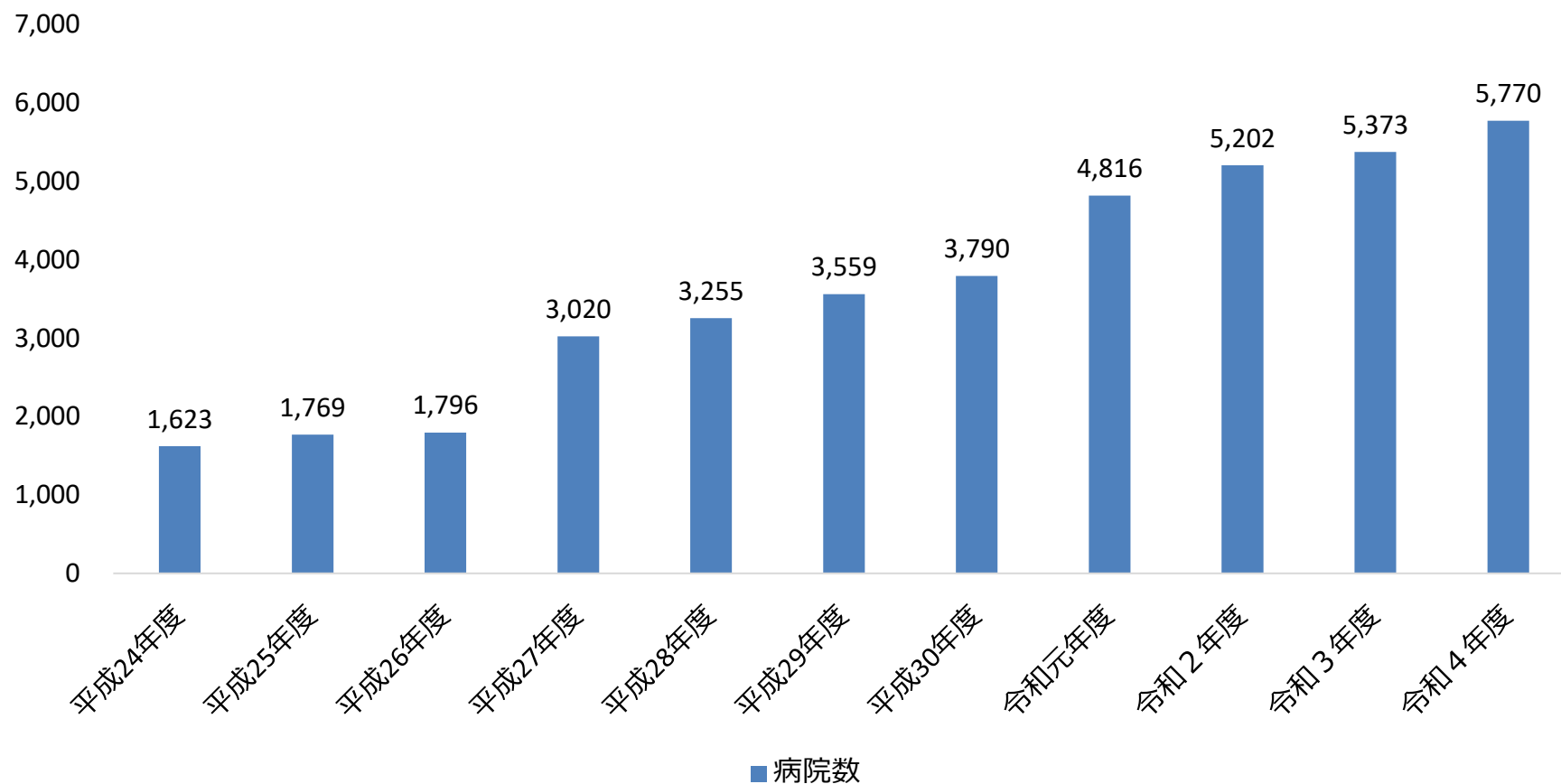
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般1 特定機能病院(7対1) 専門病院(7対1) 地域包括ケア病棟	平成26年度以降データの提出が必須	
急性期一般2～6 特定機能病院(10対1) 専門病院(10対1)	平成28年度以降 データの提出が必須	平成30年度以降 データの提出が必須
回復期リハビリテーション病棟1～4	平成30年度以降データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	平成30年度以降 データの提出が必須(経過措置③)	令和2年度以降 データの提出が必須(経過措置③)
地域一般入院料1～3 専門病院入院基本料(13対1) 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	令和4年度以降 データの提出が必須 (経過措置③)	令和4年度以降 データの提出が必須 (経過措置②及び③)
精神科救急急性期医療入院料	令和4年度以降データの提出が必須(経過措置③及び④)	

データ提出加算の届出医療機関数の推移

診調組 入 - 1
5 . 9 . 2 9

○ データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。

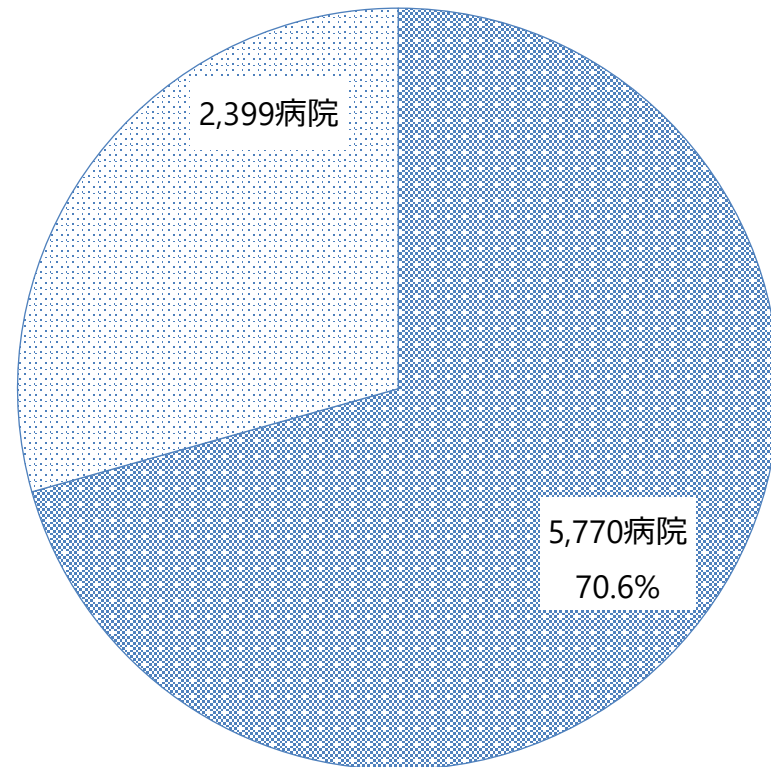
データ提出加算 届出医療機関数



データ提出加算の届出医療機関の割合

診調組 入 - 1
5 . 9 . 2 9

- 令和4年7月時点のデータと比較すると、全ての病院のうち、データ提出加算を届け出ている病院の割合は、70.6%であった。（令和2年7月時点は63.0%）



■ データ提出加算を届け出ている病院

■ データ提出加算を届け出していない病院

DPC導入の影響評価に係る調査の概要

- 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータ（DPCデータ）には、以下の内容が含まれる。
- 提出されるDPCデータは、DPC/PDPSにおける診断群分類点数表の作成に用いられるほか、急性期から慢性期まで入院医療に係る分析等に広く活用されている。

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

様式1(患者属性や病態等の情報)の概要

- 様式1は、病院を退院した全ての患者が作成の対象であり、病棟グループ（「一般病棟グループ」、「精神病棟グループ」、「その他病棟グループ」）ごとに作成する。
- データ提出加算を要件とする入院料の範囲の拡大に伴い、様式1の内容の拡充を行っている。

(例)

すべての患者に関する項目	急性期の病棟や特定の疾患等に関する項目	回復期、慢性期や精神病棟に関する項目
性別	がん初発/再発	要介護度
入退院年月日	TNM分類	要介護情報
入退院経路	肺炎の重症度分類	FIM(回復期リハビリテーション)
退院時転帰	NYHA心機能分類	入院時GAF尺度(精神)
身長・体重	手術情報	
高齢者情報(自立度)		
ADL(入棟時・退棟時)		

- 入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して、DPCデータ(様式1)において把握可能な主な項目は、以下のとおり。

■ 患者プロフィール

- 身長(入院時のみ)
- 体重(入院時のみ) ※回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料算定病棟のみ入棟時・退棟時
- 褥瘡の有無(入棟時・退棟時) ※療養病棟入院基本料届出病棟のみ・任意項目

■ 要介護情報

- 低栄養の有無(様式1開始日時点・様式1終了日時点)

※ 低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

- ア 様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
- イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

- 摂食・嚥下機能障害の有無(様式1開始日時点・様式1終了日時点)

※ 摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

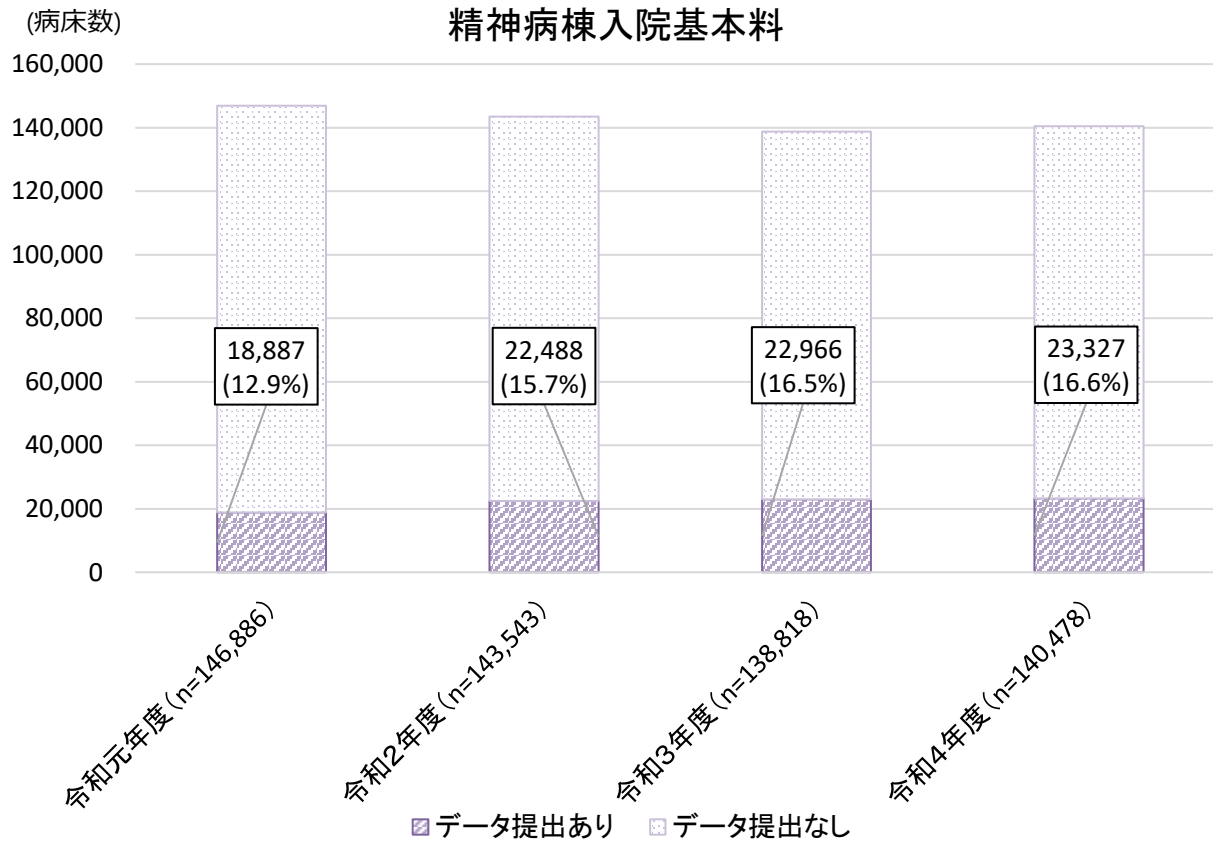
- ア 発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
- イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの(明らかな誤嚥を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施するとが困難である場合を含む。)

- 経管・経静脈栄養の状況(様式1開始日時点・様式1終了日時点)

※ 経鼻胃管、胃瘻・腸瘻、末梢静脈栄養、中心静脈栄養

DPCデータを提出している病床：精神病棟入院基本料

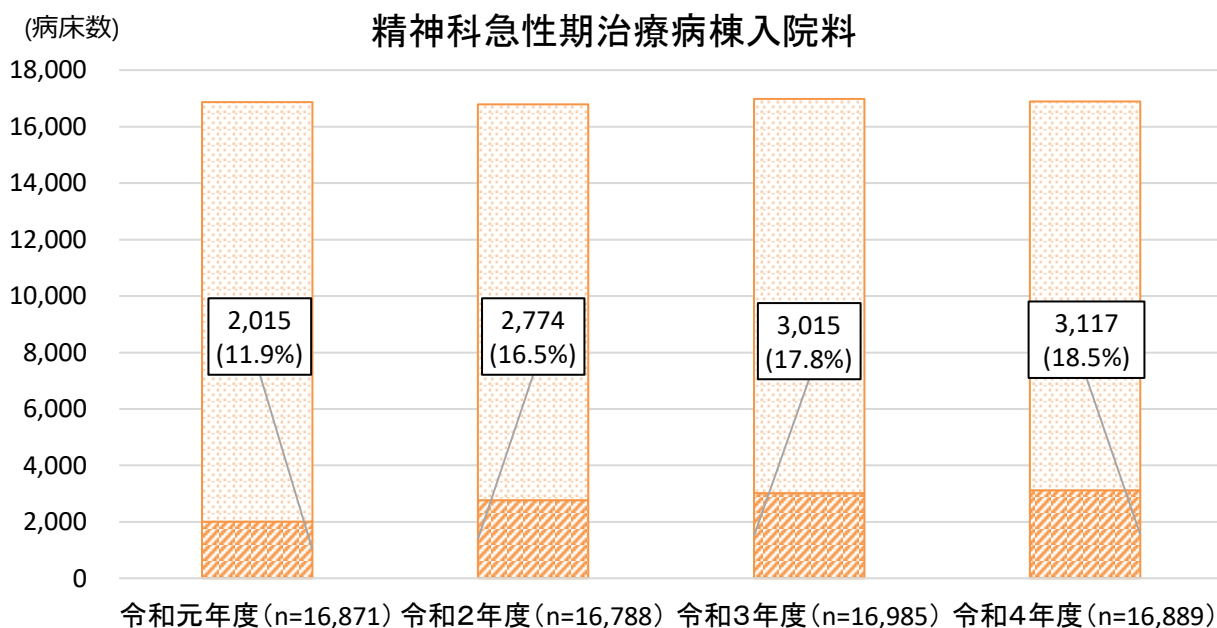
- 精神病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。
令和4年度においては、16.6%を占めていた。



入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出す る割合
精神病棟	23,327/ 140,478	16.6%

DPCデータを提出している病床：精神科急性期治療病棟入院料

- 精神科急性期治療病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和4年度においては、18.5%を占めていた。

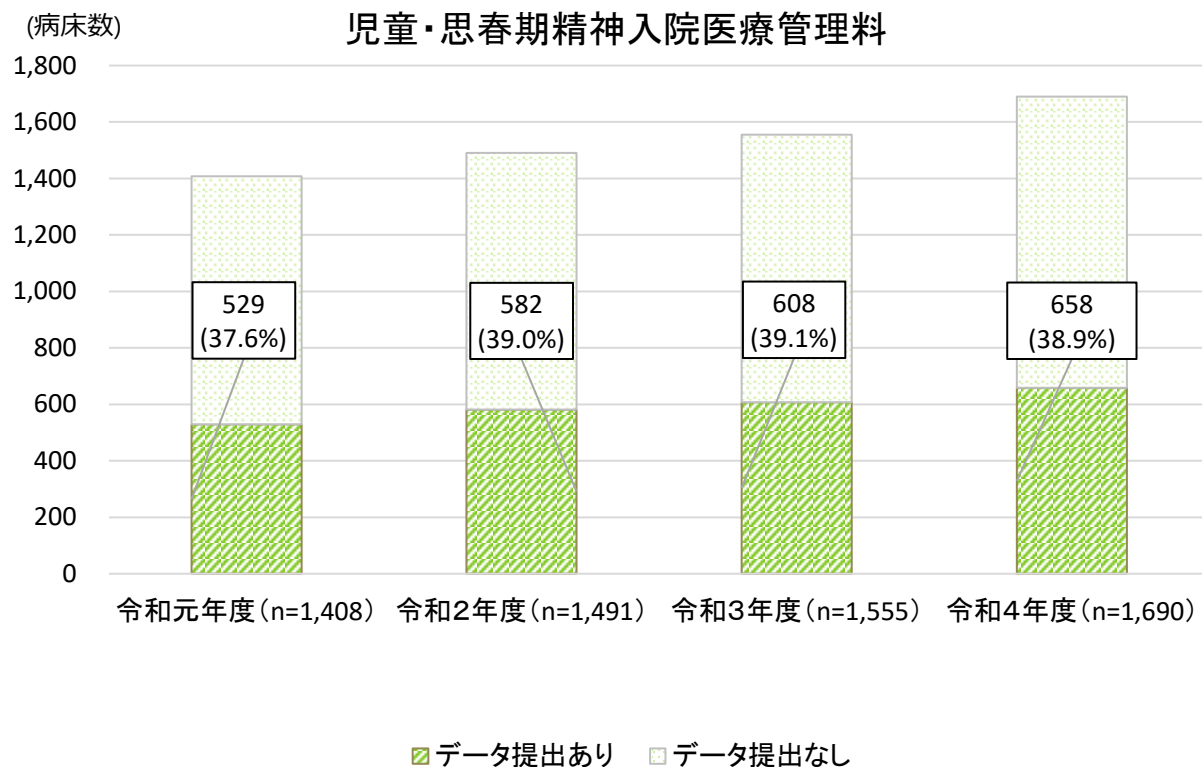


■ データ提出あり ■ データ提出なし

入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出す る割合
精神科 急性期1	3,031/ 16,560	18.3%
精神科 急性期2	86/ 329	26.1%

DPCデータを提出している病床：児童・思春期精神科入院医療管理料

- 児童・思春期精神科入院医療管理料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和4年度においては、38.9%を占めていた。



入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出す る割合
児童・ 思春期	658/ 1,690	38.9%

2. データ提出加算について

2-1. データ提出加算の現状等について

2-2. 提出データ評価加算について

2-3. 新規に入院基本料を届け出る場合等の取扱いについて

診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		120点
ロ 200床未満の病院の場合		170点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		130点
ロ 200床未満の病院の場合		180点



改定後(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ <u>許可病床</u> 200床以上の病院の場合		<u>150点</u>
ロ <u>許可病床</u> 200床未満の病院の場合		<u>200点</u>
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ <u>許可病床</u> 200床以上の病院の場合		<u>160点</u>
ロ <u>許可病床</u> 200床未満の病院の場合		<u>210点</u>

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

(新) 提出データ評価加算 20点

[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

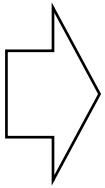
提出データ評価加算・短期滞在手術等基本料の見直し

提出データ評価加算の見直し

- 算定状況や未コード化傷病名の割合の現状を踏まえ、評価を見直すと共に、未コード化傷病名の割合の基準を満たす許可病床数200床未満の医療機関（入院及び外来データを提出する場合に限る）において算定可能とする。

現行

提出データ評価加算 20点
[算定要件]
イ データ提出加算2を算定する医療機関であること
ロ 未コード化傷病名の割合が、様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書で全て1割未満であること。



改定後

提出データ評価加算 **40点**
[算定要件]
イ データ提出加算**2ロ**を算定する病院であること
ロ 未コード化傷病名の割合が様式1及び外来EFファイルにおいて**2%未満**、診療報酬明細書において**10%未満**であること。

短期滞在手術等基本料の見直し

- 対象となっている検査及び手術の評価の見直しに伴い、一部項目については評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

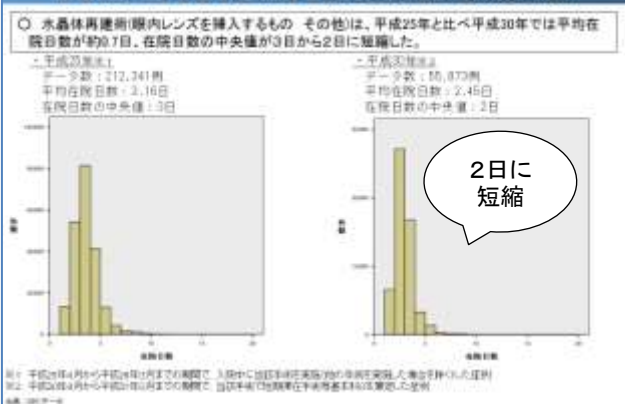
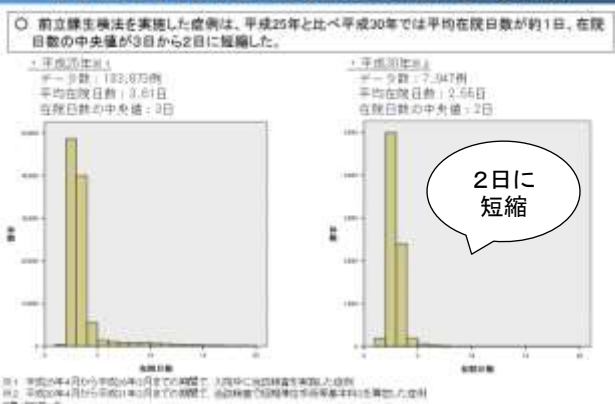
- 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平成30年度の平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

(平均在院日数の検討例)
前立腺生検法

水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)

短期滞在手術等基本料3対象検査の平均在院日数の変化(例)

短期滞在手術等基本料3対象手術の平均在院日数の変化(例)



現行(例)

D413 前立腺生検法
11,736点

K282 水晶体再建術1眼
内レンズを挿入する場合
ロ その他のもの
22,411点

改定後(例)

D413 前立腺生検法
10,309点

K282 水晶体再建術1眼
内レンズを挿入する場合
ロ その他のもの
19,873点

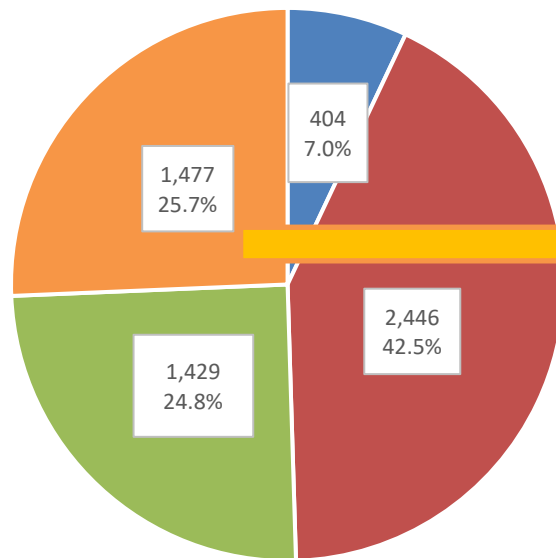
- 短期滞在手術等基本料1及び2を実施した場合、当該基本料を実施する根拠となった対象手術について、診療報酬明細書に記載(選択式)することとする。

提出データ評価加算の算定状況

診調組 入 - 1
5 . 9 . 2 9

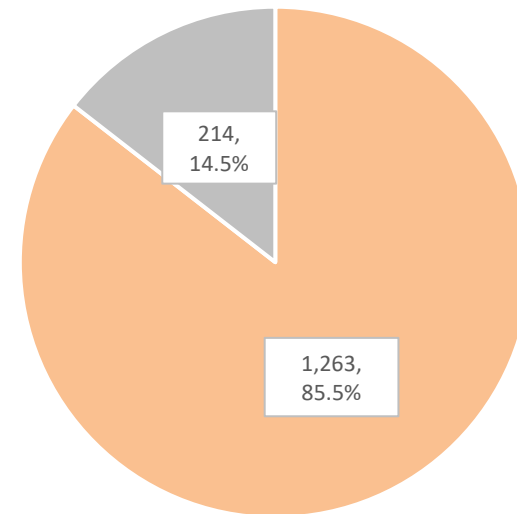
- 令和5年3月時点でデータ提出加算を算定する医療機関のうち、提出データ評価加算の算定が可能なデータ提出加算2口を算定する医療機関は1,477施設(25.7%)であった。
- 提出データ評価加算を算定する医療機関は1,263施設であり、データ提出加算2口を算定する医療機関の85.5%を占めている。

データ提出加算の算定種別施設数(n=5,756)



- 1イ(入院データのみ、200床以上)
- 1ロ(入院データのみ、200床未満)
- 2イ(入院+外来データ、200床以上)
- 2ロ(入院+外来データ、200床未満)

データ提出加算2口の算定施設数(n=1,477)



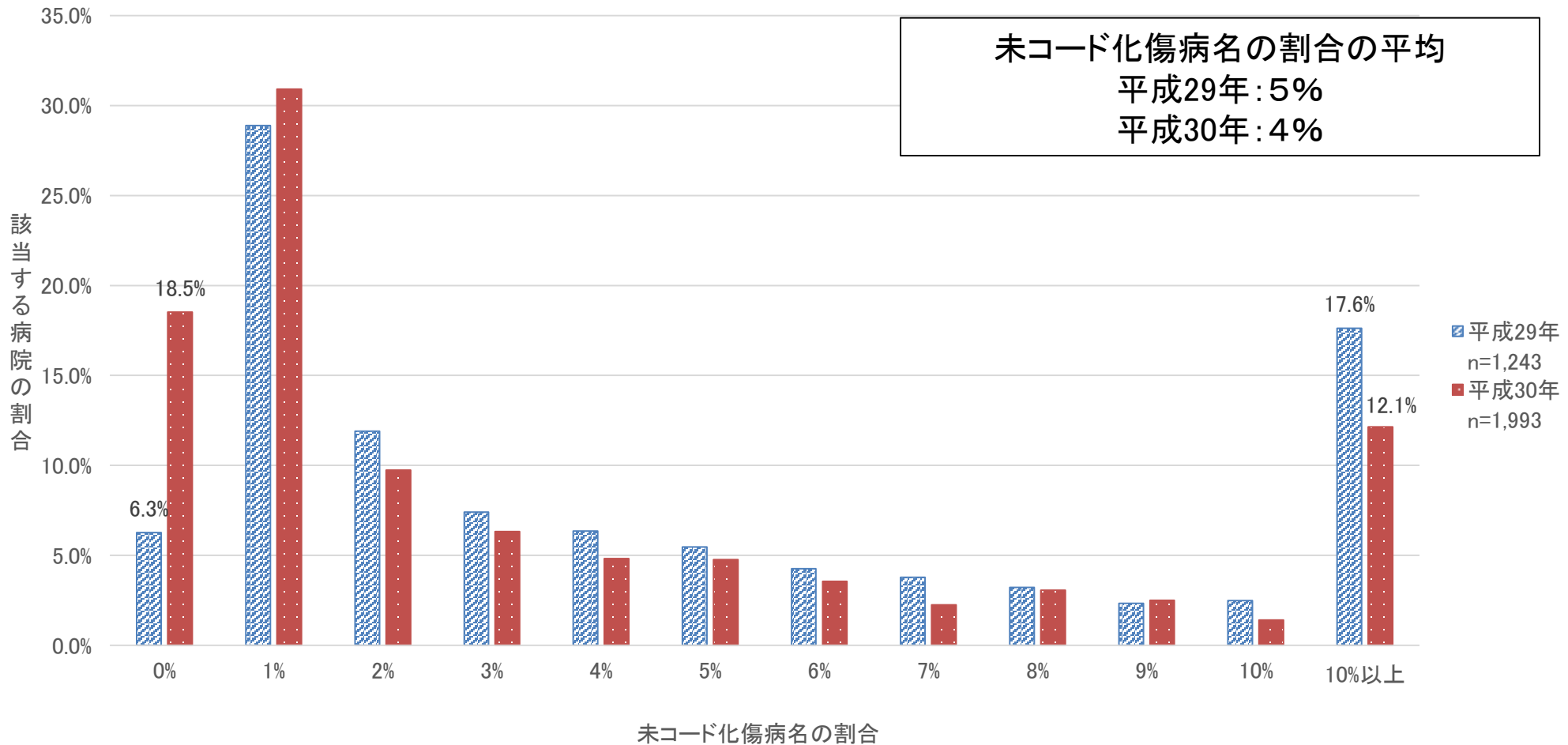
- 提出データ評価加算算定有
- 提出データ評価加算算定無

未コード化傷病名の割合（医科の診療報酬明細書）

中医協 総－2
元. 11. 22

- 医科の診療報酬明細における未コード化傷病名の割合は、平成29年で5.0%(588,393/11,704,847)、平成30年で4.0%(608,043/15,081,438)と、平成29年から平成30年にかけて減少した。
- 提出データ評価加算の基準(1割未満)を満たさない医療機関は平成30年では1割程度である。

未コード化傷病名の割合別の出現頻度

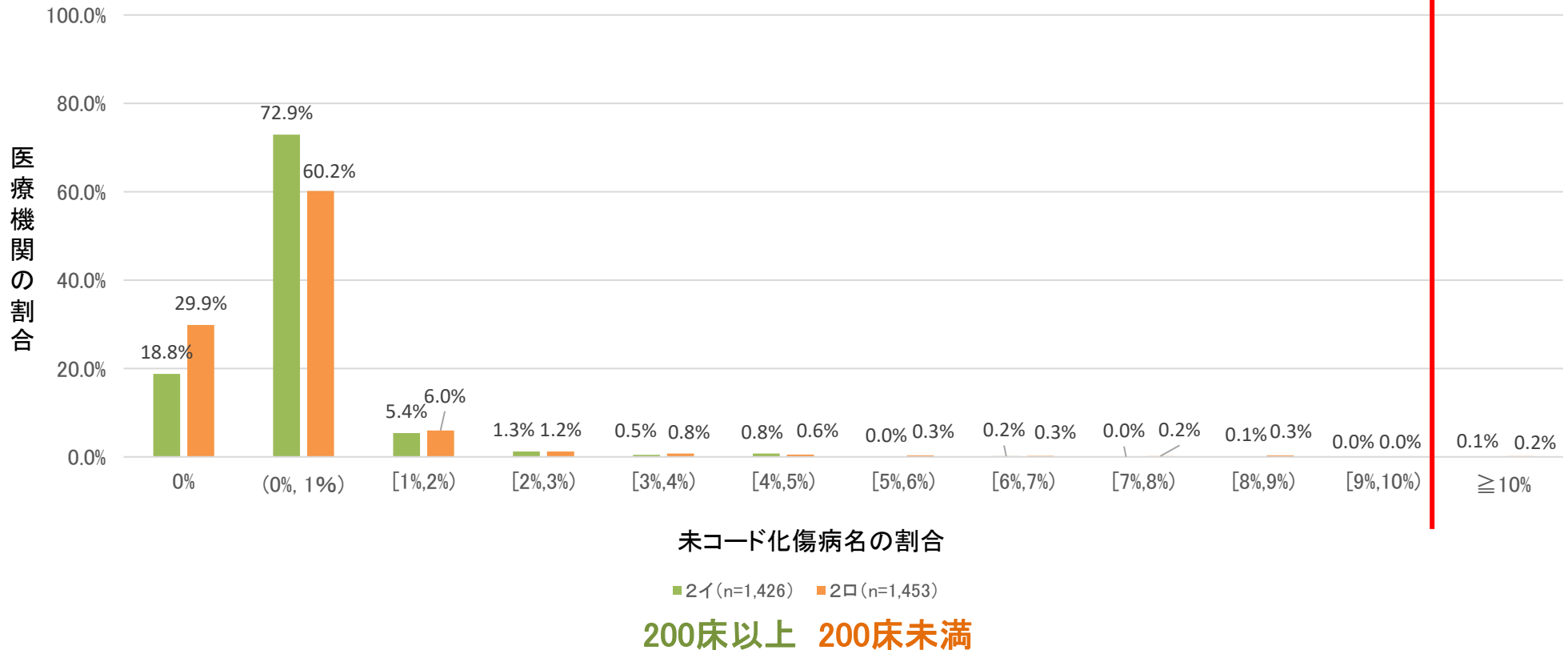


未コード化傷病名の割合(医科診療報酬明細書)

診調組 入ー1(改)
5 . 9 . 2 9

○ 令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ99.9%、99.8%が、医科の診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合に係る基準(10%未満)を満たしていた。

【医科の診療報酬明細書】

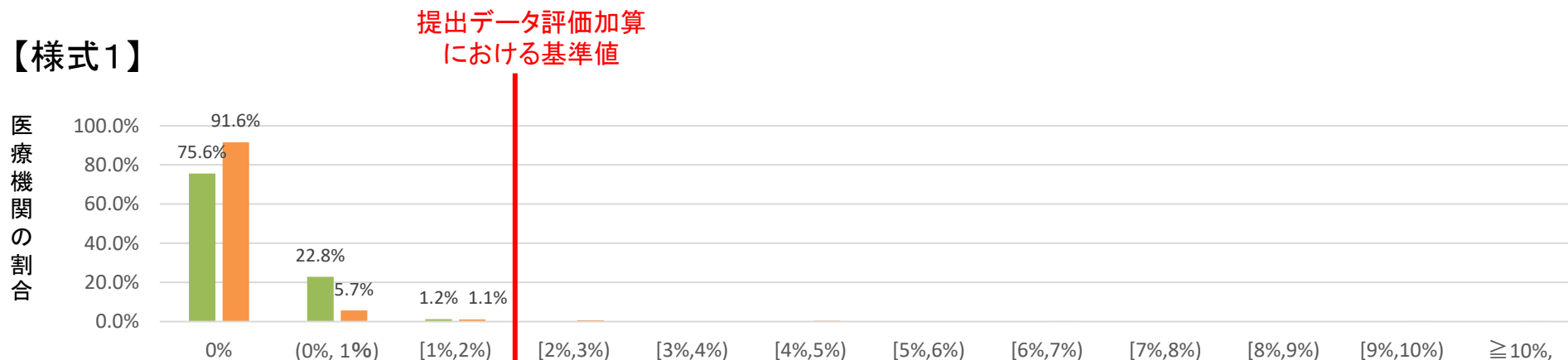


未コード化傷病名の割合(様式1、外来EFファイル)

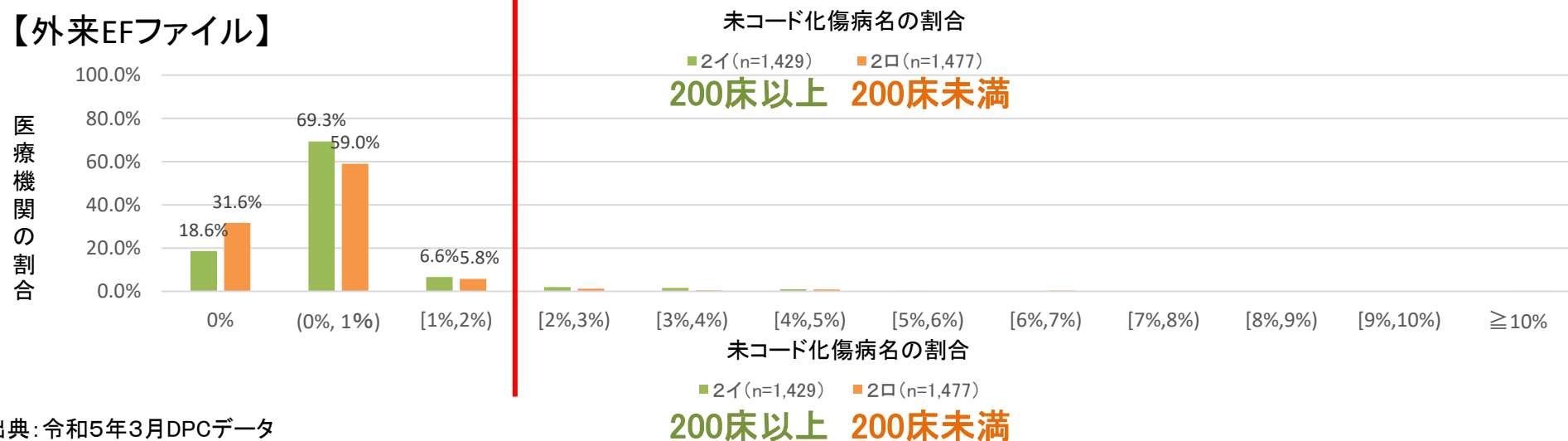
診調組 入-1(改)
5 . 9 . 2 9

- 令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ99.6%、98.4%が、様式1における未コード化傷病名の割合に係る基準(2%未満)を満たしていた。
- また、令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ94.5%、96.4%が、外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合に係る基準(2%未満)を満たしていた。

【様式1】



【外来EFファイル】



2. データ提出加算について

2-1. データ提出加算の現状等について

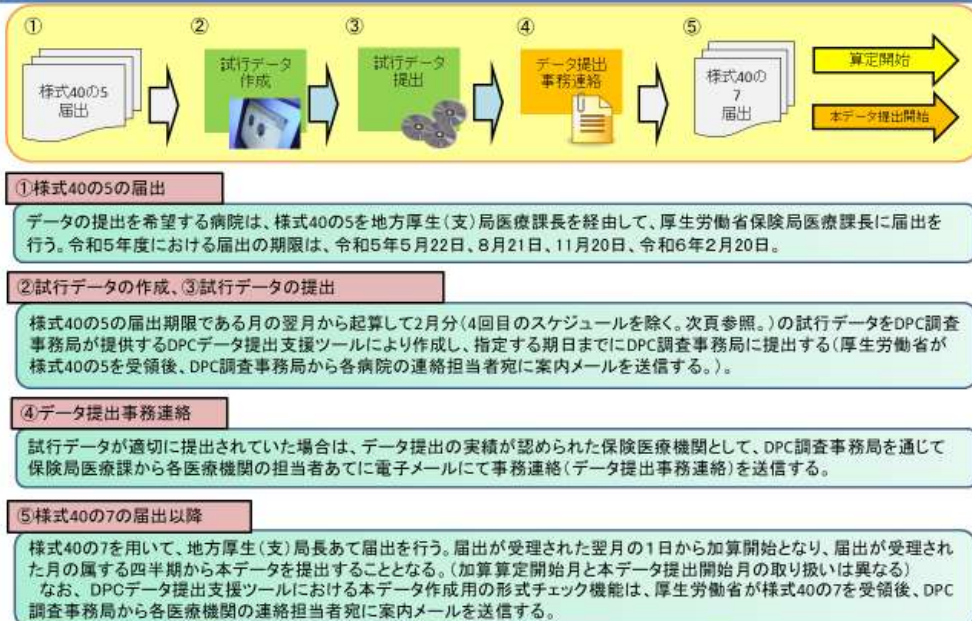
2-2. 提出データ評価加算について

2-3. 新規に入院基本料を届け出る場合等の取扱いについて

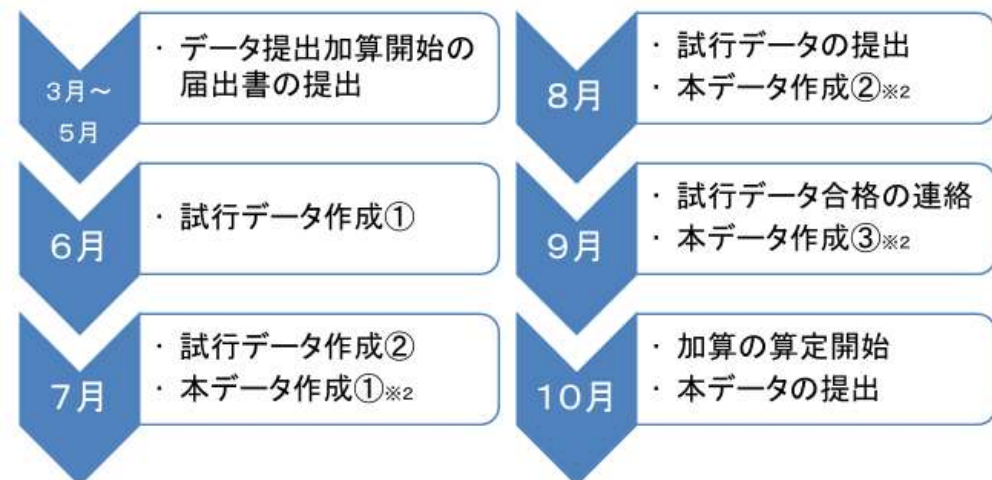
データ提出加算に係る届出のスケジュールについて

- 新規にデータ提出加算の届出を行う場合、施行データの作成・提出等に係るプロセスを経る必要があることから、実際に加算の届出を完了し、算定を開始するまでに一定期間を要することとなる。

データ提出加算算定開始までの流れ



データ提出のスケジュール(新規にデータ提出加算の届出を行う場合)※1



※1 1年度中に4回、当該加算に係る募集を行っており、図は年度の初回に最短でデータ提出加算を算定するスケジュール。
試行データに不備が無かった場合において、データ提出加算開始の届出書の提出からデータ提出加算を算定するまでには、6ヶ月間以上必要。

※2 初回のデータ提出に向けたデータ。

新規に入院基本料の届出を行う場合等の取扱いについて

- 令和2年度診療報酬改定においては、看護要員や平均在院日数等の施設基準を満たしているにも関わらず、データ提出加算に係る届出要件を満たさないことにより、急性期一般入院基本料が算定できない場合があります。これを踏まえ、以下の場合に限り、急性期一般入院料7（現在は6）について、1年間に限りデータ提出加算の届出を行っているものとみなすこととした。
 - ・ 新規に保険医療機関を開設し、入院基本料の届出を行う場合
 - ・ 急性期一般入院基本料を届け出ている医療機関であって、データ提出の遅延等の累積によりデータ提出加算が算定できなくなる場合
- 一方、令和2年度診療報酬改定以降、データ提出加算の届出を要件とする入院料の範囲が拡大してきている中で、地域一般入院基本料や療養病棟入院基本料についての取り扱いについては、規定されていない。

新規に急性期一般入院料1を届け出る場合

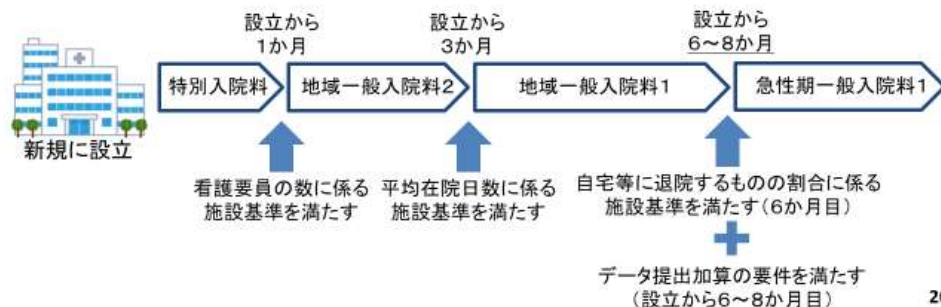
中医協 総 - 2
元 - 1 1 - 2 2

- 急性期一般入院基本料等は、施設基準においてデータ提出加算を届出していることが要件となっている。そのため、新たに急性期一般入院料1等の基本料等を算定する場合、データ提出加算の要件を満たすために、6～8ヶ月程度の期間を要する。

新規に急性期一般入院基本料を届出る/病院を設立する際に必要な要件と算出に用いる数値

- ・看護要員の数 : 月平均1日当たりの看護要員の数
- ・平均在院日数 : 直近3ヶ月間の数値
- ・重症度、医療・看護必要度 : 直近3月において、入院している患者全体に占める基準を満たす患者の割合
- ・自宅等に退院するものの割合 : 直近6ヶ月間において、当該病棟から自宅等に退院するものの割合

※上記の要件と実績期間に基づき急性期一般入院料1を届出るまでのスケジュール(例)



20

データ提出加算が算定できなくなる理由

中医協 総 - 2
元 - 1 1 - 2 2

- データ提出加算が算定できなくなる理由として、
 - ・ 診療録管理体制加算の施設基準を満たさなくなる場合
 - ・ データ提出の遅延等が、年度中に累積して3回認められた場合
(平成30年度で遅延等が認められた医療機関数は、1回:270 2回:13 3回:1)等がある。

(データ提出加算の施設基準)

- ・ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- ・ ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う医療機関は、診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たすこと。
- ・ 各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

(参考) A207 診療録管理体制加算

- 1 診療録管理体制加算1 100点
- 2 診療録管理体制加算2 30点

(施設基準)

- ・ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。
- ・ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。
- ・ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ・ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。
- ・ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。

22

データ提出加算の見直し②

データ提出加算の評価の見直し

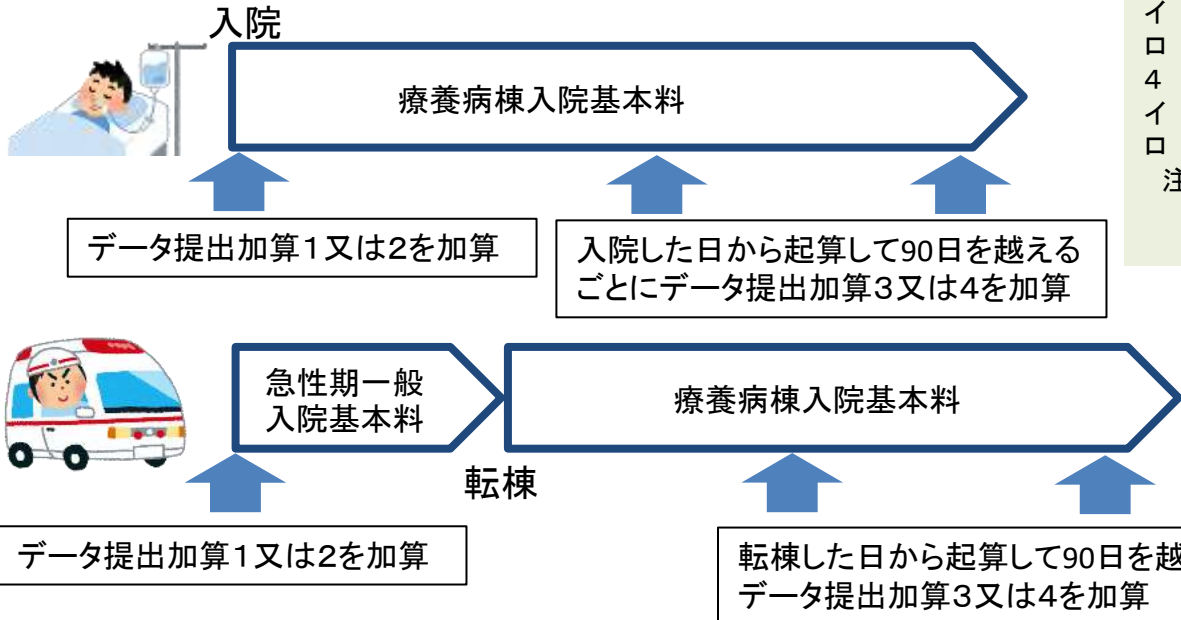
➤ データの提出を求める入院料が拡大したことを踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行

- 1 データ提出加算 1
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合150点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合200点
 - 2 データ提出加算 2
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合160点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合210点
- 注 入院中に1回に限り、退院時に加算する。

改定後

- 1 データ提出加算 1
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合140点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合210点
 - 2 データ提出加算 2
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合150点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合220点
- 注 データ提出加算1及び2について入院初日に限り加算する。
- 3 データ提出加算 3
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合140点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合210点
 - 4 データ提出加算 4
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合150点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合220点
- 注 データ提出加算3及び4について療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟について入院期間が90日を越えるごとに1回加算する。



➤ 急性期一般入院料7について、急性期一般入院基本料を新規に開設する場合等に関し、1年間に限りデータ提出加算に係る届出を行っているものとみなすものとする。

データ提出加算についての課題と論点

(データ提出加算の現状等について)

- ・ データを用いた診療実績の適切な評価のため、累次の診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料の範囲を拡大してきており、令和4年7月時点で、全ての病院のうち70.6%がデータ提出加算を届け出ている。
- ・ 提出されるDPCデータは、DPC/PDPSにおける診断群分類点数表の作成に用いられるほか、急性期から慢性期まで入院医療に係る分析等に広く活用されている。
- ・ データ提出を要件とする入院料の範囲の拡大に伴い、様式1の内容の拡充が行われてきており、令和6年度診療報酬改定に向けた議論においても栄養関連項目のあり方等について議論が行われている。
- ・ データ提出加算の届出が要件となっていない入院料のうち、届出数の増加がみられるものも存在する。

(提出データ評価加算について)

- ・ 提出データ評価加算は、未コード化傷病名の割合の観点から一定の質が確保されたデータの提出を評価しており、データ提出加算2を算定する許可病床数200床未満の医療機関に限り算定可能としている。
- ・ 令和5年3月時点で、許可病床数の区分によらず、データ提出加算2を算定するほぼ全ての医療機関が、医科診療報酬明細書及びDPCデータの様式1・外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合に係る基準を満たしていた。

(新規に入院基本料を届け出る場合等の取扱いについて)

- ・ 看護要員や平均在院日数等の施設基準を満たしているに関わらず、データ提出加算に係る届出要件を満たさないことにより、急性期一般入院基本料が算定できない場合がありうることを踏まえ、新規に保険医療機関を開設する場合やデータ提出の遅延等の累積によりデータ提出加算を算定できなくなった場合に、1年間に限り、急性期一般入院料6について、データ提出加算に係る届出を行っているものとみなすこととしている。
- ・ 一方、データ提出加算の届出を要件とする入院料の範囲を拡大してきている中で、地域一般入院基本料及び療養病棟入院基本料における取り扱いについては規定されていない。



【論点】

- データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出に係る評価及びデータ提出を要件とする入院料の範囲についてどのように考えるか。
- 提出データ評価加算の取扱いについて、未コード化傷病名の割合に係る現状も踏まえ、どのように考えるか。
- データ提出加算の届出を要件としている地域一般入院基本料及び療養病棟入院基本料を新たに届け出る場合等の取扱いについて、急性期一般入院基本料における取り扱いを踏まえ、どのように考えるか。

診療報酬改定について

12 月 20 日の予算大臣折衝を踏まえ、令和 6 年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

令和 6 年度診療報酬・薬価等改定は、医療費の伸び、物価・賃金の動向、医療機関等の収支や経営状況、保険料などの国民負担、保険財政や国の財政に係る状況を踏まえ、以下のとおりとする。（1 については令和 6 年 6 月施行、2 については令和 6 年 4 月施行（ただし、材料価格は令和 6 年 6 月施行））

1. 診療報酬 +0. 88%（国費 800 億円程度（令和 6 年度予算額。以下同じ））

※1 うち、※2～4 を除く改定分 +0. 46%

各科改定率

医科 +0. 52%

歯科 +0. 57%

調剤 +0. 16%

40 歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記※1 を除く）について、令和 6 年度にベア+2.5%、令和 7 年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ（1 食当たり 30 円）の対応（うち、患者負担については、原則、1 食当たり 30 円、低所得者については、所得区分等に応じて 10～20 円） +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

2. 薬価等

①薬価 ▲0.97% (国費▲1,200億円程度)

②材料価格 ▲0.02% (国費▲20億円程度)

合計 ▲1.00% (国費▲1,200億円程度)

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。(対象：約2000品目程度)

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・ 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

4. 医療制度改革

長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とすることとし、令和6年10月より施行する。

また、薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。