

中央社会保険医療協議会 総会（第 576 回） 議事次第

令和 5 年 12 月 27 日(水) 9 : 30～

議 題

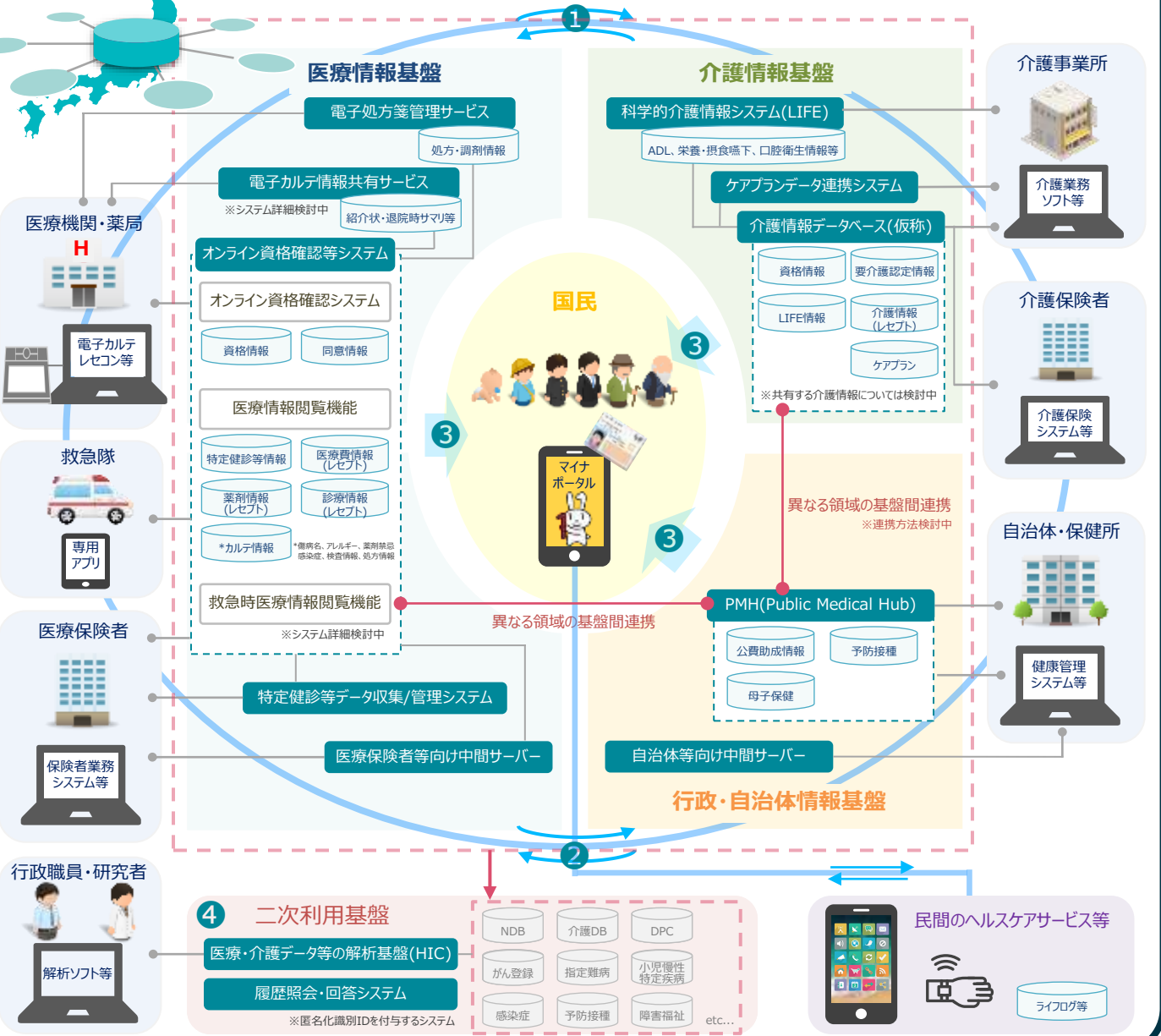
- 医療 DX（その 5）について
- 個別事項（その 21）について
- 個別事項（その 22）について
- 医科点数表における医療技術に係る項目の整理について
- 保険外併用療養について
- 訪問診療・往診等における距離要件について
- 令和 6 年度診療報酬改定への意見について（各号意見）

医療DXについて (その5)

1. 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムについて
2. 在宅医療等における医療DX等の活用について
3. マイナンバーカードの健康保険証利用に係る対応について

1. 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムについて
2. 在宅医療等における医療DX等の活用について
3. マイナンバーカードの健康保険証利用に係る対応について

全国医療情報プラットフォーム



「医療DXのユースケース・メリット例」

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。

2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。

3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予約券や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予約券・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。

4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や確かな診断が可能になる。

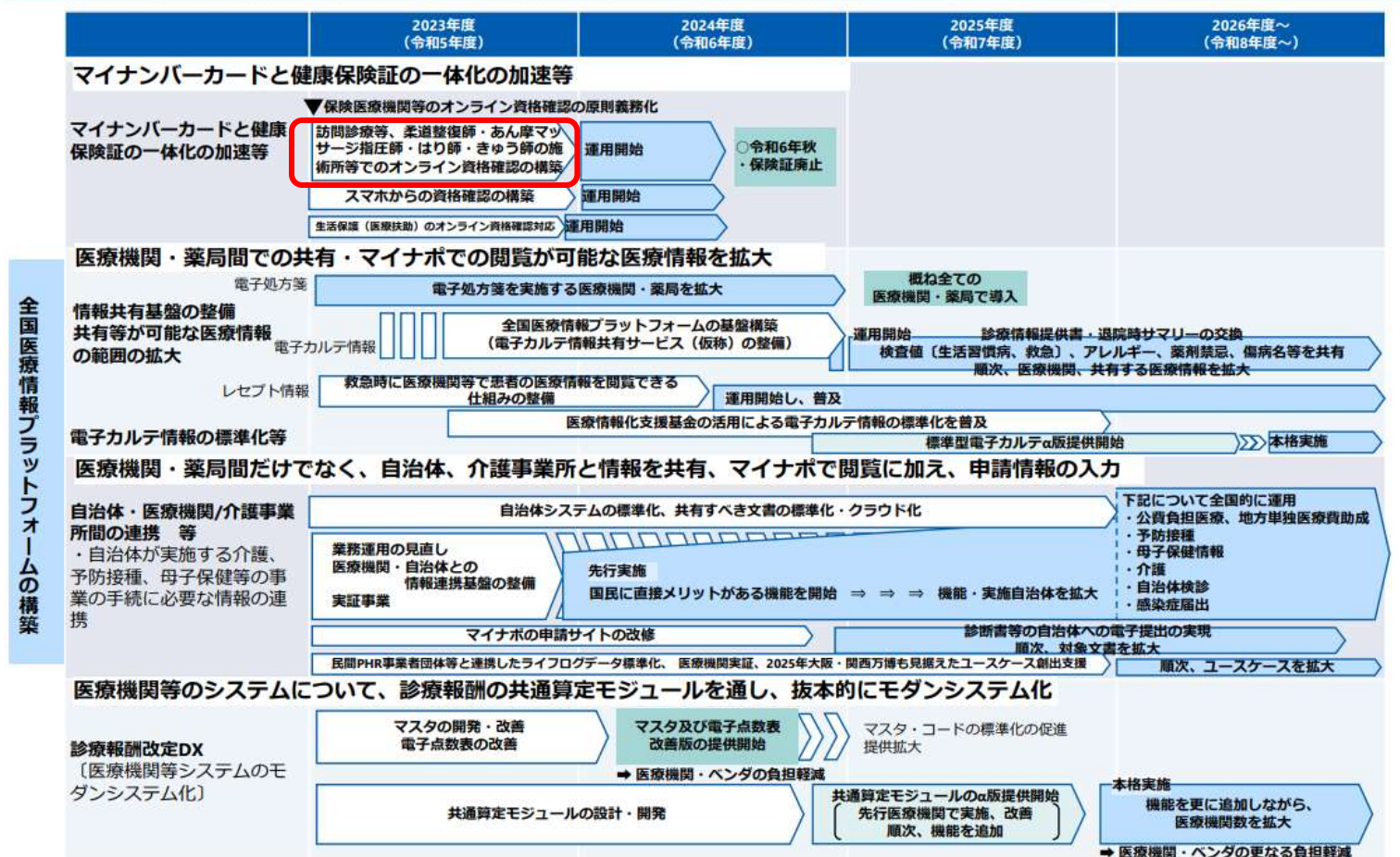
二次利用データベース群(例)

- NDB, 介護DB, DPC, がん登録, 指定難病, 小児慢性特定疾病, 感染症, 予防接種, 障害福祉
- 各DBのデータ連携 → 解析基盤
- 行政職員・研究者 医薬品産業等

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

○ 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕において、訪問診療等におけるオンライン資格確認の構築が掲げられている。

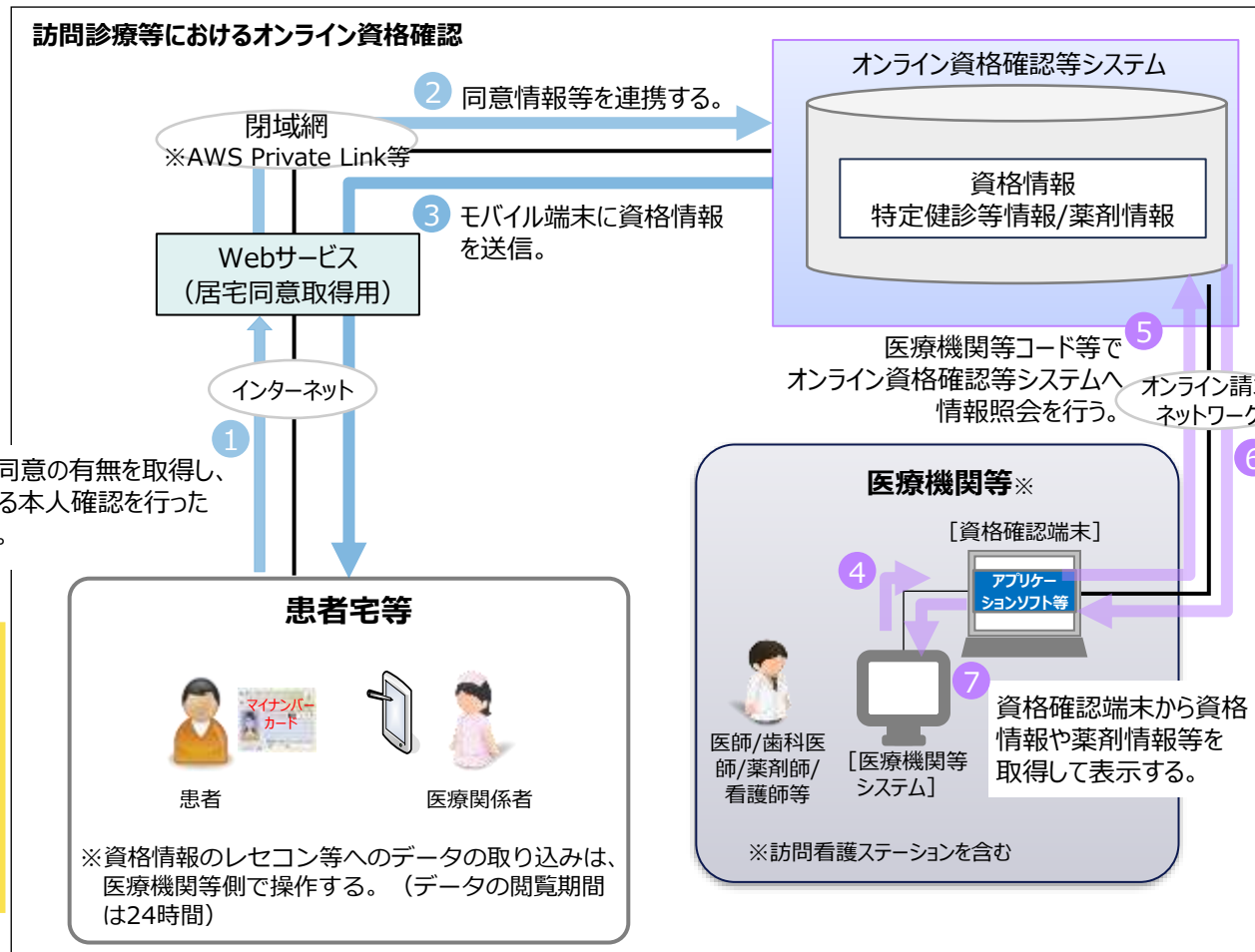
医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



全国医療情報プラットフォームの構築

訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み案 (概要)

- 初回訪問時のマイナンバーカードによる本人確認に基づく資格情報の取得及び薬剤情報等の提供に関する同意は、医療関係者が持参したモバイル端末等を用いて実施する。
- 訪問診療等では医療関係者が患者宅等を訪問することから、患者のなりすましリスクが低いことを踏まえ、2回目以降は、当該医療機関等との継続的な関係のもと訪問診療等が行われている間、医療機関等において再照会機能(※)を活用した資格確認を行うとともに、薬剤情報等については、初回時の同意に基づき取得可能な仕組みとする。
- ※ あらかじめ医療機関等において、初回にマイナンバーカードの本人確認により取得した患者の資格情報を用いて、オンライン資格確認等システムに最新の資格情報を照会し、取得する機能。



(1)まず薬剤情報等の提供に関する同意の有無を取得し、
(2)次に4桁の暗証番号の入力による本人確認を行った上、マイナンバーカードを読み取る。

今後、モバイル端末等に専用アプリケーションをインストールし、本人確認については、

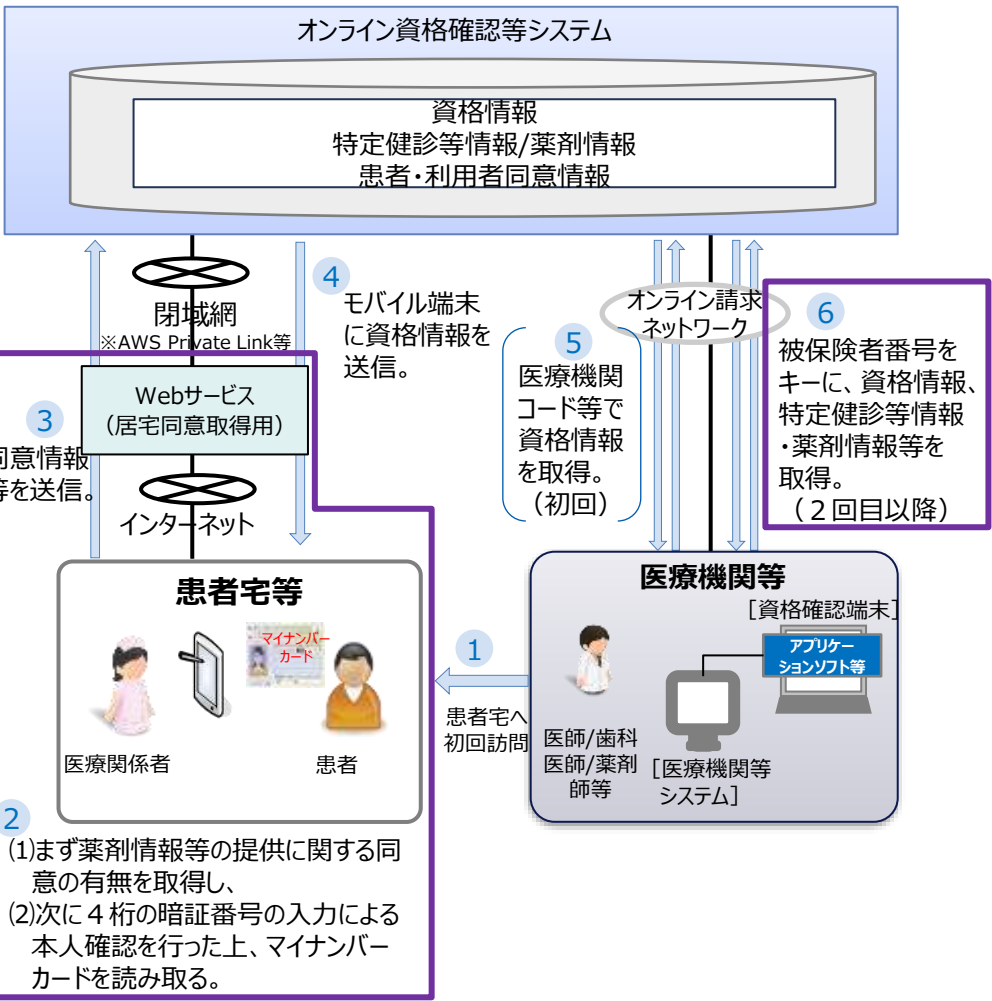
- ・ 目視確認
- 又は
- ・ 4桁の暗証番号の入力のどちらかを医療機関等が選択できる仕組みを追加予定 (令和6年10月より実装予定)

(参考) 居宅同意取得型における再照会機能と同意登録について

- 訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）では、2回目以降は、当該医療機関等との継続的な関係のもと訪問診療等が行われている間（※）、医療機関等において再照会機能を活用した資格確認を行うとともに、薬剤情報等については、初回時の同意に基づき取得可能な仕組みとする。

※ 例えば、初回から3か月後の末日までの期間に加え、その後は、診療等の継続（毎月診療等が行われていること）をレセプトにより確認する。

訪問診療等におけるオンライン資格確認



訪問診療等では医療関係者が患者宅等を訪問することから、患者のなりすましリスクが低いことを踏まえ、訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）について、以下の機能を実装する。

※ 往診においては、訪問の都度、資格確認を行うとともに、薬剤情報等の提供に係る同意取得を行うことが必要。

資格確認（再照会機能）

あらかじめ医療機関等において、初回時にマイナンバーカードの本人確認により取得した患者の被保険者番号を用いて、オンライン資格確認等システムに最新の資格情報を照会し、取得する。

※ 資格確認方法としての再照会の法令上の位置づけについて検討を行う。

薬剤情報等の提供に係る同意取得

訪問診療等における患者宅等への初回訪問時に、モバイル端末等を用いて、同意登録（※）を行う。

※ 同意は当該医療機関等との継続的な関係のもと訪問診療等が行われている間は有効

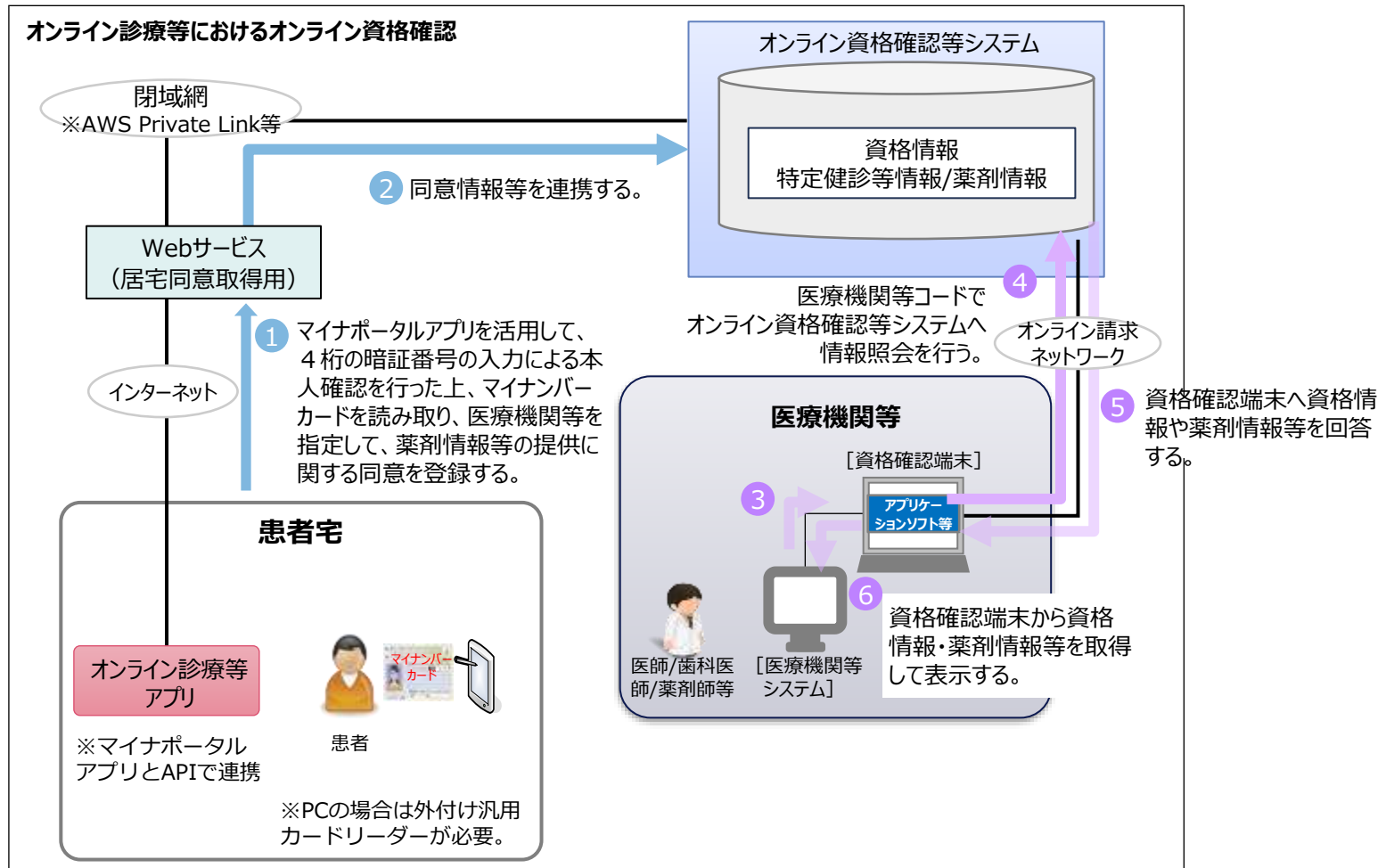
同意登録をしている患者について、患者の被保険者番号により、患者の薬剤情報・特定健診等情報等を取得する。

オンライン診療等におけるオンライン資格確認の仕組み案 (概要)

○ 資格確認や、薬剤情報等の提供に関する同意は、患者本人のモバイル端末またはPCを用いて実施_※する。

なお、薬剤情報等の提供に関する同意は、通常の外来診療と同様に、医療機関等を利用する都度行う仕組みとする。

※ Webサービス（居宅同意取得用）へのアクセスは、オンライン診療等アプリとAPI連携を行う。また、患者本人がWebサービス（居宅同意取得用）へ直接アクセス可能な仕組みも実装予定。



「マイナ在宅受付Web」を用いた資格確認等の手順 (1/2)

- 医療機関等のモバイル端末等からWebサービス「マイナ在宅受付Web」へアクセスし、はじめに、薬剤情報等の提供について、患者が同意の有無を選択します。
- 登録する同意情報の内容を確認します。

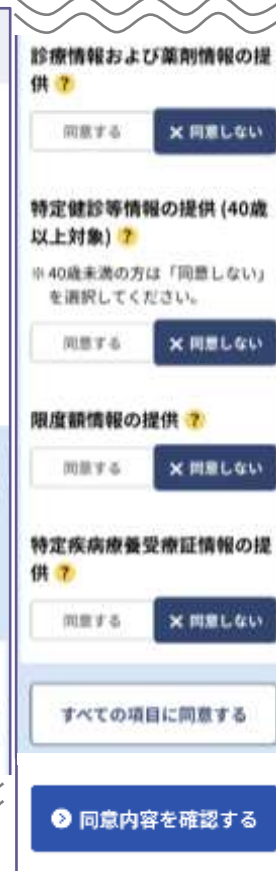
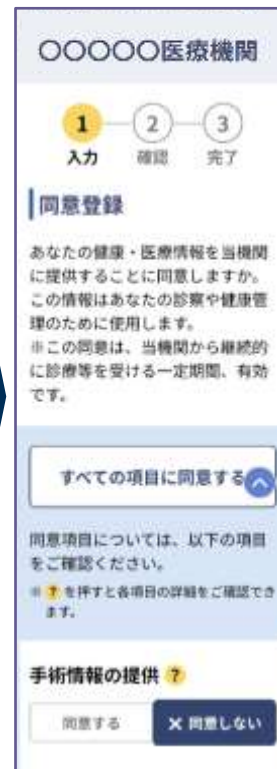
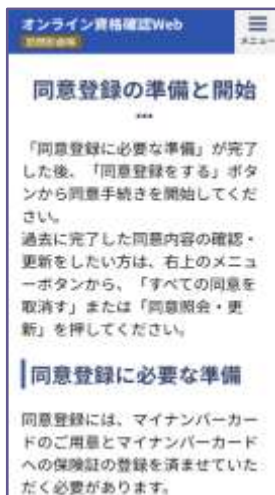
患者宅等

薬剤情報等の提供に関する同意取得 (マイナ在宅受付Web)

① 医療機関等のモバイル端末等を利用して、「マイナ在宅受付Web」へアクセス



② 診療/薬剤情報・特定健診情報等の提供について、患者が同意の有無を選択



次頁へ

「マイナ在宅受付Web」を用いた資格確認等の手順 (2/2)

- モバイル端末等にあらかじめインストールした「マイナポータル」アプリに遷移して、患者が4桁の暗証番号を入力後、マイナンバーカードをかざし、本人確認を行います（初回のみ）。
- 「マイナ在宅受付Web」に薬剤情報等の提供に関する同意情報が登録されます。
- その後、患者の資格情報を取得し、医療保険における資格確認を行います。

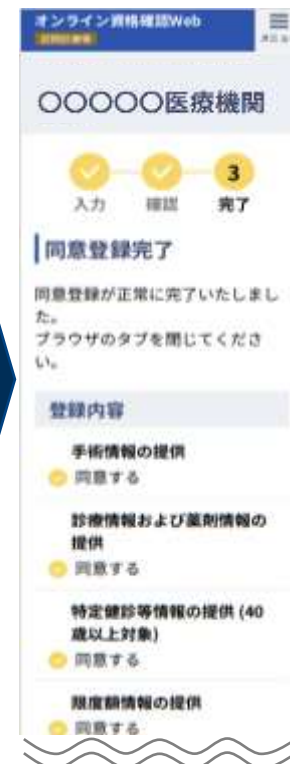
本人確認 (マイナポータル)

③ 4桁の暗証番号を入力

④ マイナンバーカードをかざす

同意登録、資格確認

⑤ 同意登録が完了、資格情報を取得



特定疾病療養受療証情報の提供	
<input checked="" type="radio"/>	同意する
資格情報	
氏名	マニュアルテストユーザー2
フリガナ	マニュアルテストユーザー
被保険者証区分	被保険者証(一般)
照度額適用認定証区分	照度額適用区分認定証
照度額適用認定証適用区分	ア
一部負担割合	1割負担
特定疾病療養受療証認定疾病区分	交付なし

居宅同意取得型のオンライン資格確認について

居宅同意取得型のオンライン資格確認における情報取得のタイミング等

- 訪問診療等、訪問看護ステーションによる訪問看護やオンライン診療等における居宅同意取得型のオンライン資格確認の導入が今後推進されていくところ。
- 訪問診療等及び訪問看護ステーションによる訪問看護においては、初回訪問時の同意を元に、再照会により薬剤情報等が取得される。
- オンライン診療等においては、患者本人のモバイル端末またはPCを用いて、マイナポータルアプリとAPI連携することなどにより、通常の外来診療と同様のタイミングで、薬剤情報等が取得される。
- 訪問診療等とオンライン診療等のそれぞれにおける、薬剤情報等の取得できるタイミングが異なることを踏まえた同意取得を行うことが必要。

訪問診療等における医療機関・薬局に対する財政支援 (社会保障・税番号制度システム整備費等補助金)

1. 事業内容

- 医療機関・薬局における居宅同意取得型の利用に必要な以下の費用を支援する。
 - ① マイナンバーカードの読取・資格確認等のためのモバイル端末等の導入
 - ② レセプトコンピュータの改修

2. 補助内容

	補助率	補助限度額 (訪問診療・訪問服薬指導等)
病院	1 / 2	41.1万円 事業額上限82.2万円
大型チェーン薬局	1 / 2	8.5万円 事業額上限17.1万円
診療所・薬局	3 / 4	12.8万円 事業額上限17.1万円

※ 事業額上限は、モバイル端末：4.1万円、レセプトコンピュータの改修：78.1万円（病院）／13万円（診療所・薬局）

※ 訪問診療等とオンライン診療等の両方を実施している場合は、この上限額となる。

※ 訪問診療のみを提供する既存の医療機関等については、オンライン資格確認のシステム本体の導入補助（ICT基金）を活用した上で、居宅同意取得型の導入補助を受けることとなる。

オンライン診療等における医療機関・薬局に対する財政支援 (社会保障・税番号制度システム整備費等補助金)

第168回社会保障審議会医療保険部会
(令和5年9月29日)資料1

1. 事業内容

- 医療機関・薬局における居宅同意取得型の利用に必要な以下の費用を支援する。
 - レセプトコンピュータの改修

2. 補助内容

	補助率	補助限度額 (オンライン診療・オンライン服薬指導)
病院	1 / 2	39万円 ※事業額上限78.1万円
大型チェーン薬局	1 / 2	6.5万円 ※事業額上限13万円
診療所・薬局	3 / 4	9.7万円 ※事業額上限13万円

※ 事業額上限は、レセプトコンピュータの改修：78.1万円（病院） / 13万円（診療所・薬局）

訪問看護ステーションに対する財政支援（医療情報化支援基金）

1. 事業内容

- 訪問看護ステーションのオンライン資格確認導入に必要な以下の費用を支援する。
 - ① マイナンバーカードの読取・資格確認等のためのモバイル端末等の導入
 - ② ネットワーク環境の整備
 - ③ レセプトコンピュータ、電子カルテシステム等の既存システムの改修

2. 補助内容

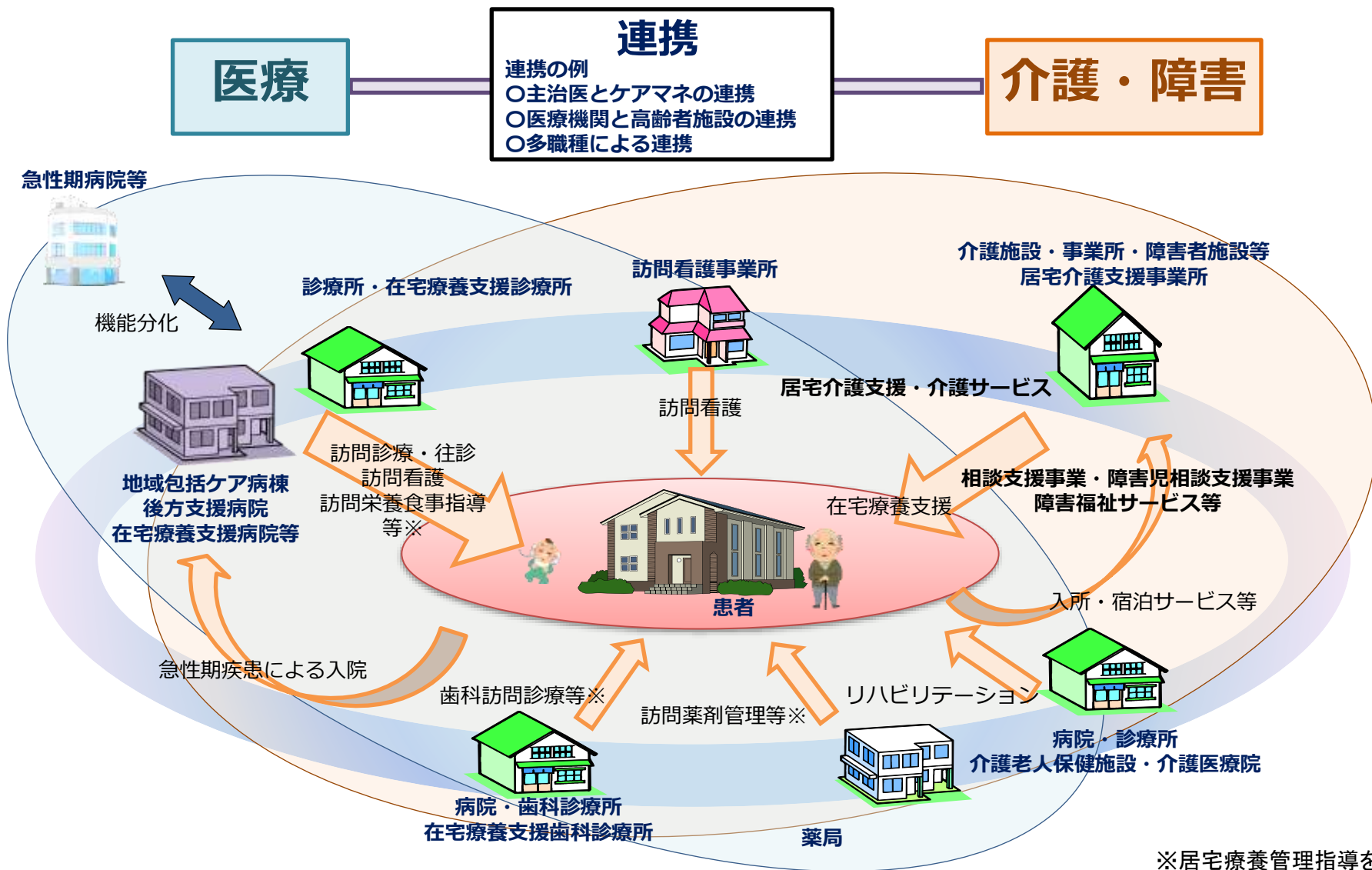
- 基準とする事業額 42.9万円を上限に、実費補助

※ オンライン請求の開始に向けて準備が必要な機器等の一部は、オンライン資格確認と兼用することが可能であり、補助対象として盛り込む。

1. 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムについて
2. 在宅医療等における医療DX等の活用について
3. マイナンバーカードの健康保険証利用に係る対応について

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○ 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。

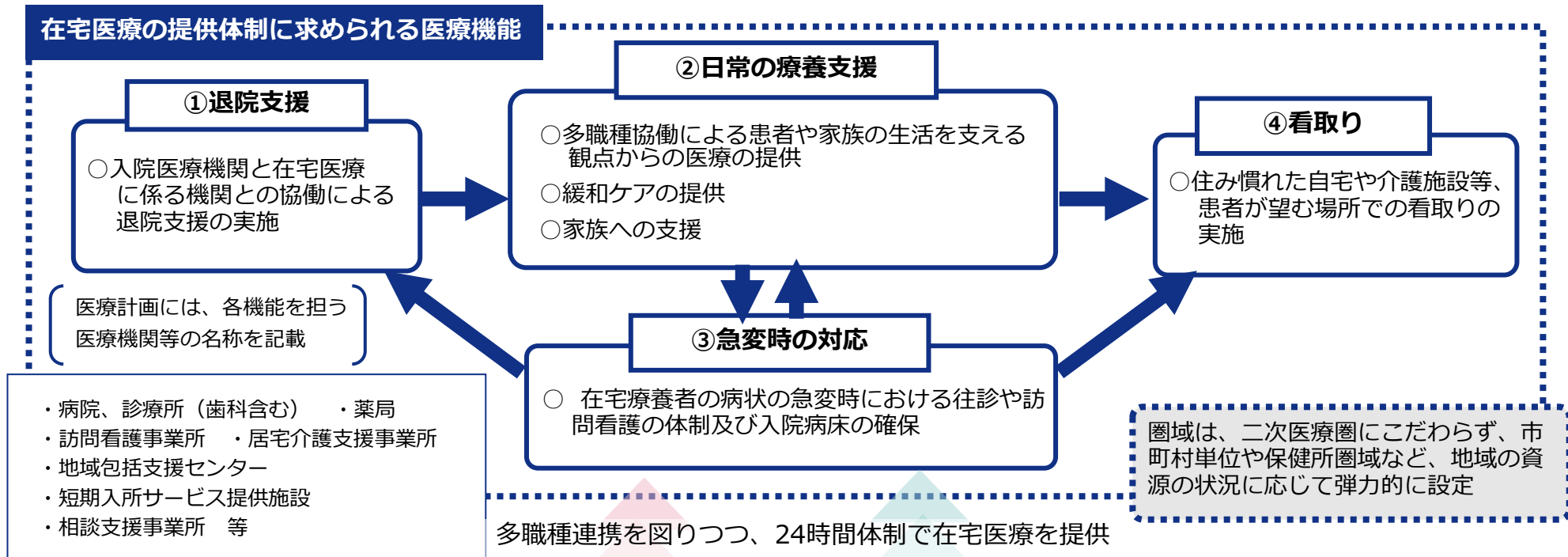


※居宅療養管理指導を含む

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

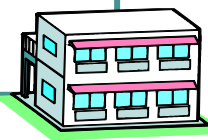
- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・市町村
- ・保健所
- ・医師会等関係団体 等



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、地域の实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。

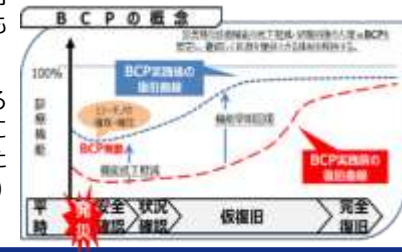
在宅医療の提供体制



- 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。

訪問診療等について

- 医療機関において提供する在宅医療の評価については、訪問診療等に関する評価の他に、訪問リハビリテーションや訪問栄養食事指導等、医師も含めた多職種による複合的な診療・指導管理に関する評価がある。

医療機関における在宅医療の評価のイメージ

訪問診療に関する評価

訪問診療以外に係る指導管理等に関する評価

在宅患者訪問診療料（1回あたり）

同一建物居住者以外

同一建物居住者



在宅時医学総合管理料
施設入居時等医学総合管理料（1月あたり）



在宅人工呼吸指導管理料その他の特別な指導管理等に
応じた評価

在宅がん
医療
総合料
医
総
診
療

在宅患者
訪問看護
・
指導料

在宅患者
訪問リハ
ビリテー
ション
指導管理
料

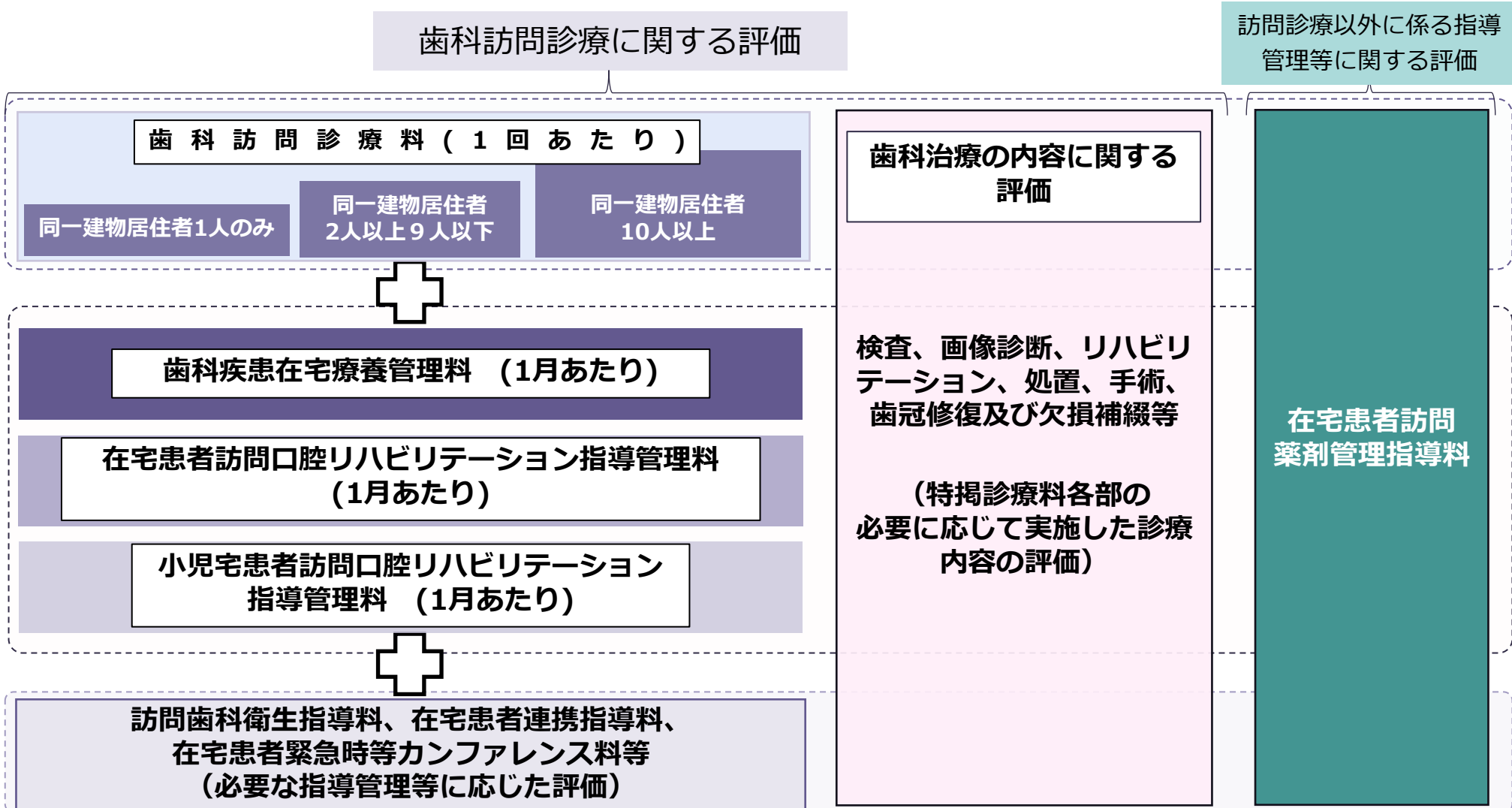
在宅患者
訪問薬剤
管理指導
料

在宅患者
訪問栄養
食事指導
料

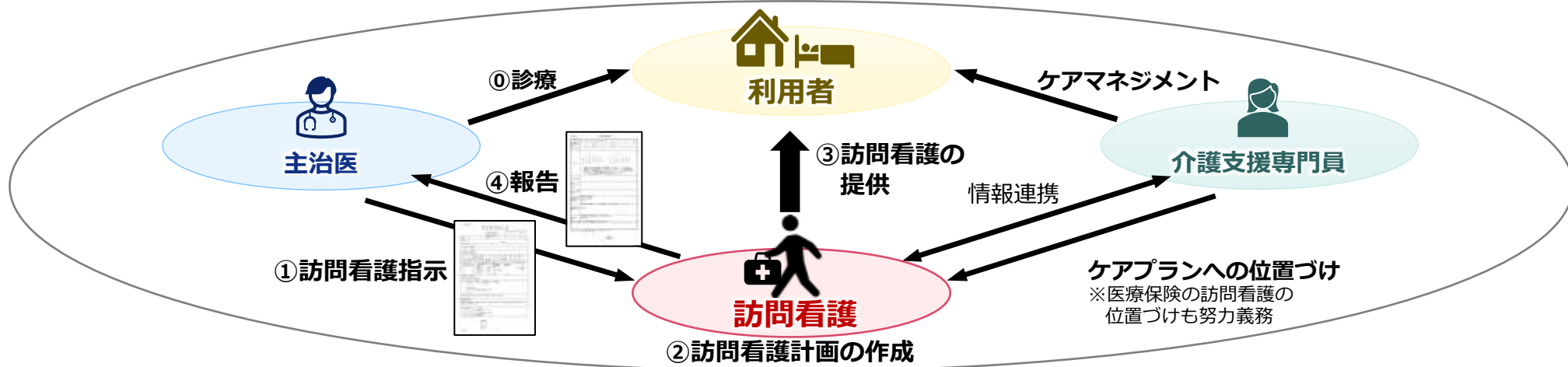
歯科訪問診療について

- 歯科医療機関において提供する在宅歯科医療の評価は、歯科訪問診療に関する評価の他に、在宅等における療養に必要な指導管理や訪問口腔リハビリテーション、多職種による複合的な診療・指導管理に関する評価がある。さらに、実施した治療内容に応じて技術料の各項目を算定する取扱いである。

歯科医療機関における在宅歯科医療の評価のイメージ



- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- 訪問看護の提供に際しては、①診療に基づく主治医の訪問看護指示書を受け、②利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を踏まえて療養上の目標、当該目標を達成するための具体的な訪問看護計画書を作成し、③訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく看護を提供し、④訪問日、提供した看護内容や利用者の病状や心身の状況について、定期的に主治医へ報告する。
- 主治医との密接な連携のみならず、訪問看護ステーション内の多職種や他機関に所属する介護支援専門員等と連携し訪問看護を提供している。



訪問看護ステーションにおけるPDCA

訪問看護計画

- ・ 訪問看護計画の立案、見直し
- ・ 看護師等（准看護師を除く）は療養上の目標、目標を達成するためのサービスの内容等を記載
- ・ サービスを提供する多職種で目標やサービス内容を共有

訪問看護の提供

- ・ 利用者の病状や心身の状況及びその変化等の把握
- ・ 訪問看護サービスの提供

※介護保険の理学療法士等による訪問看護について概ね3月に1回程度は看護職員が訪問により、利用者の状態を評価

評価・改善

- ・ サービス提供結果の評価
- ・ 介護支援専門員等、関係者に情報連携

計画見直し

訪問看護指示

※有効期間は6月以内

主治医への報告

※月1程度報告

- 訪問看護療養費は、訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費から構成される。

■ 訪問看護療養費の構成

訪問看護基本療養費

1日につき算定

精神科訪問看護基本療養費

1日につき算定



訪問看護管理療養費

1日につき算定（訪問の都度）



訪問看護情報提供療養費



訪問看護ターミナルケア療養費

在宅医療等におけるICTの活用に関する主なご意見

〈令和5年5月18日 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会 テーマ6 人生の最終段階における医療・介護〉

- ・人生の最終段階を支える医師が、在宅診療や施設における医療の中で、患者の疾病が非がんであっても、緩和ケアを専門とする医師らとICT等を使って連携することで、ご本人が望む住み慣れた環境で最期を迎えることが可能となる。

〈令和5年7月12日 中医協総会 在宅その1〉

- ・今後の在宅医療のニーズの増加に対し、地域でICTを有効に活用して情報連携を充実させることは不可欠である。

〈令和5年10月4日 中医協総会 在宅その2〉

- ・ICTを活用した連携を進めるのは、患者やその家族の希望に寄り添う意味でも、多忙な現場の負担軽減を図る意味でも、良いことである。

〈令和5年10月20日 中医協総会 個別事項(その3) 医療・介護・障害福祉サービスの連携〉

- ・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。

〈令和5年12月15日 中医協総会 在宅その6〉

・

〈令和5年12月20日 中医協総会 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)〉

・

○ 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)

患者急変時のICTを活用した患者情報連携 (新潟県長岡市)

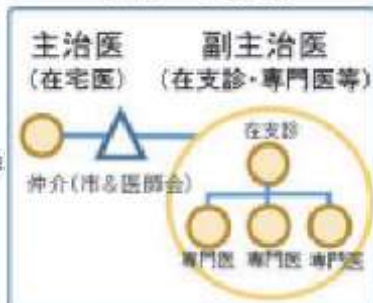
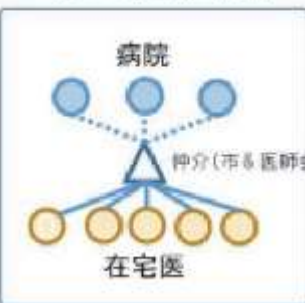
n対n(行政が仲介)

グループ診療

ICT活用の多職種連携

n対n

ICTを使用した多職種を含む水平連携



→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。

→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 (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。

○**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

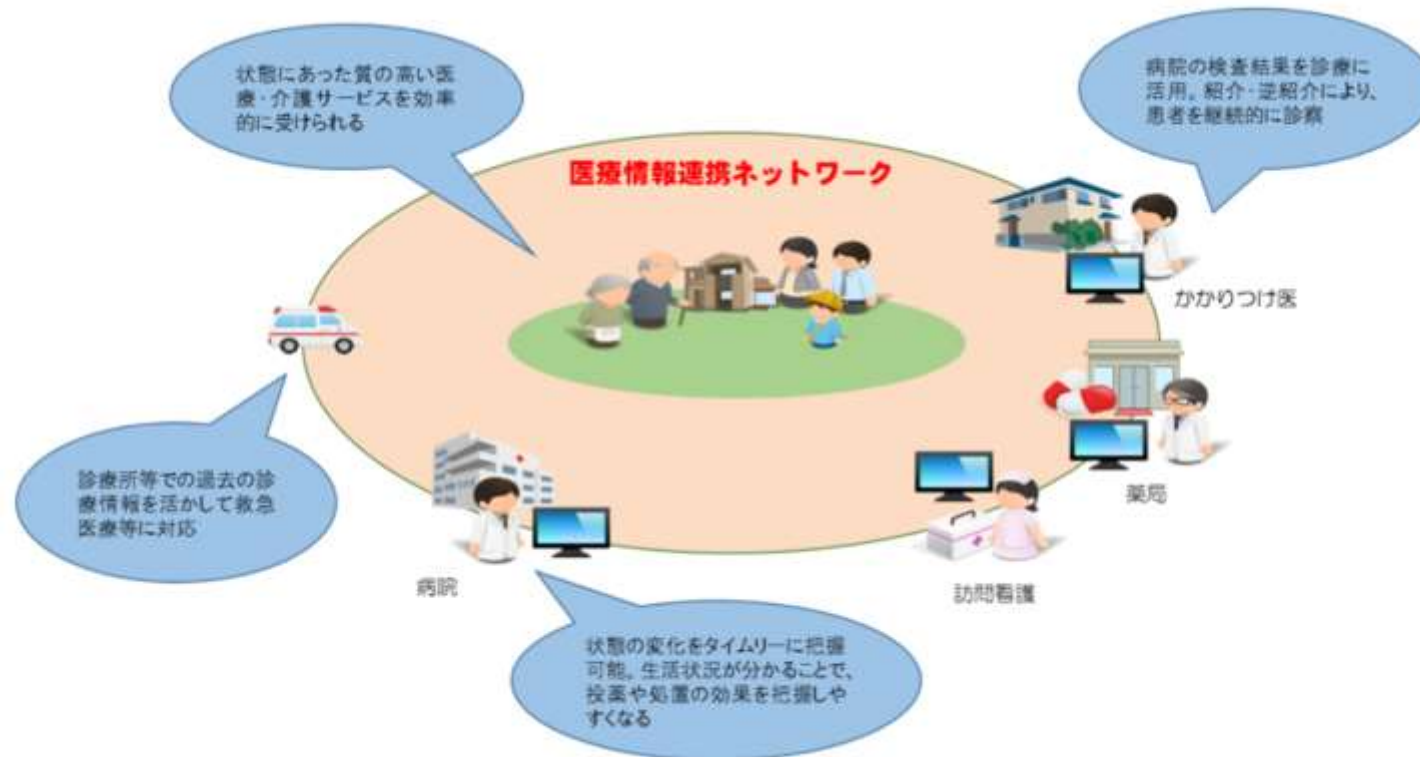


【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）

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、医療機関等の中で、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。
- 関係医療機関等の中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。



ICTを用いた平時からの診療情報の連携について②

- 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」を行っているものは220中183あった。
- ICTを利用した地連NWの参加施設について、医科診療所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

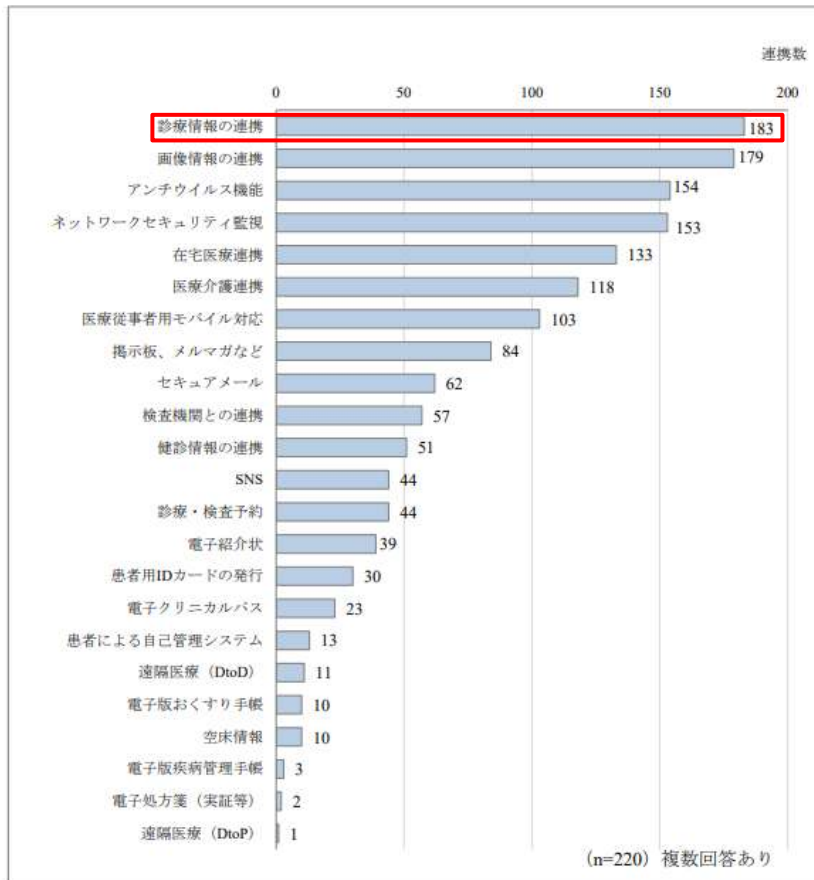
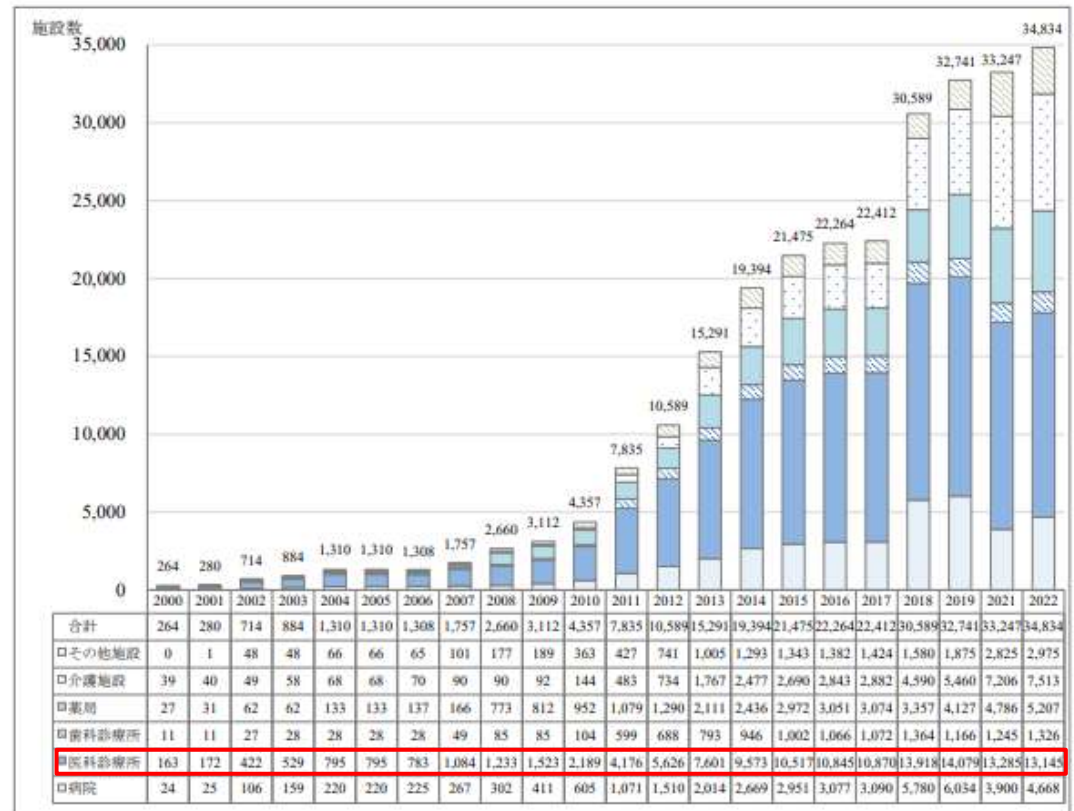


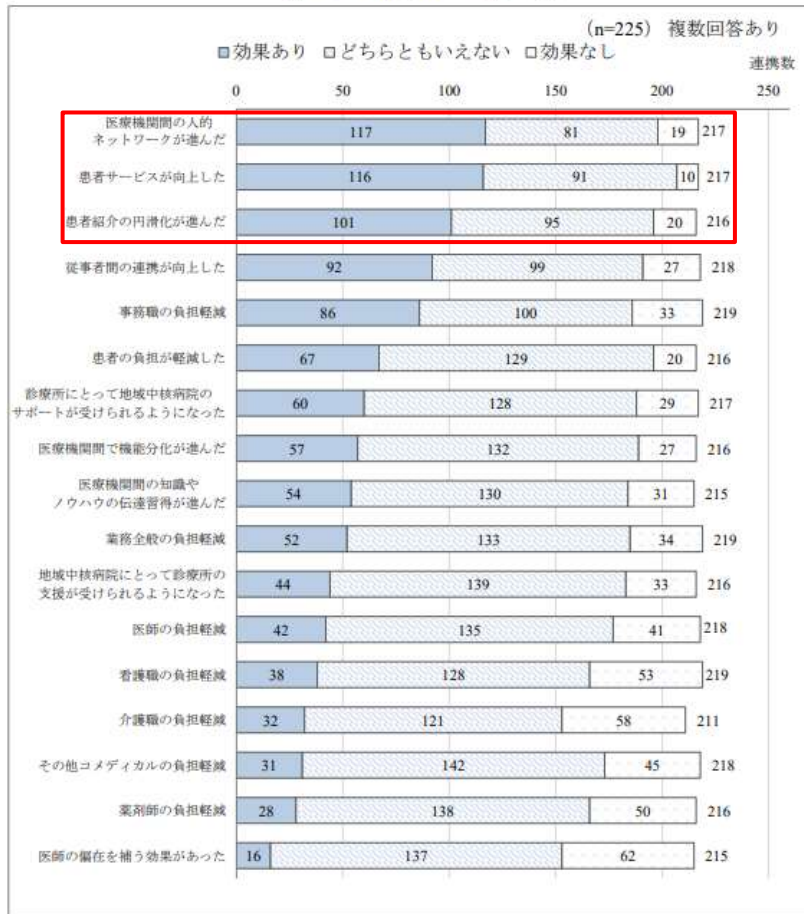
図 2.5-1 参加施設数の推移



※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

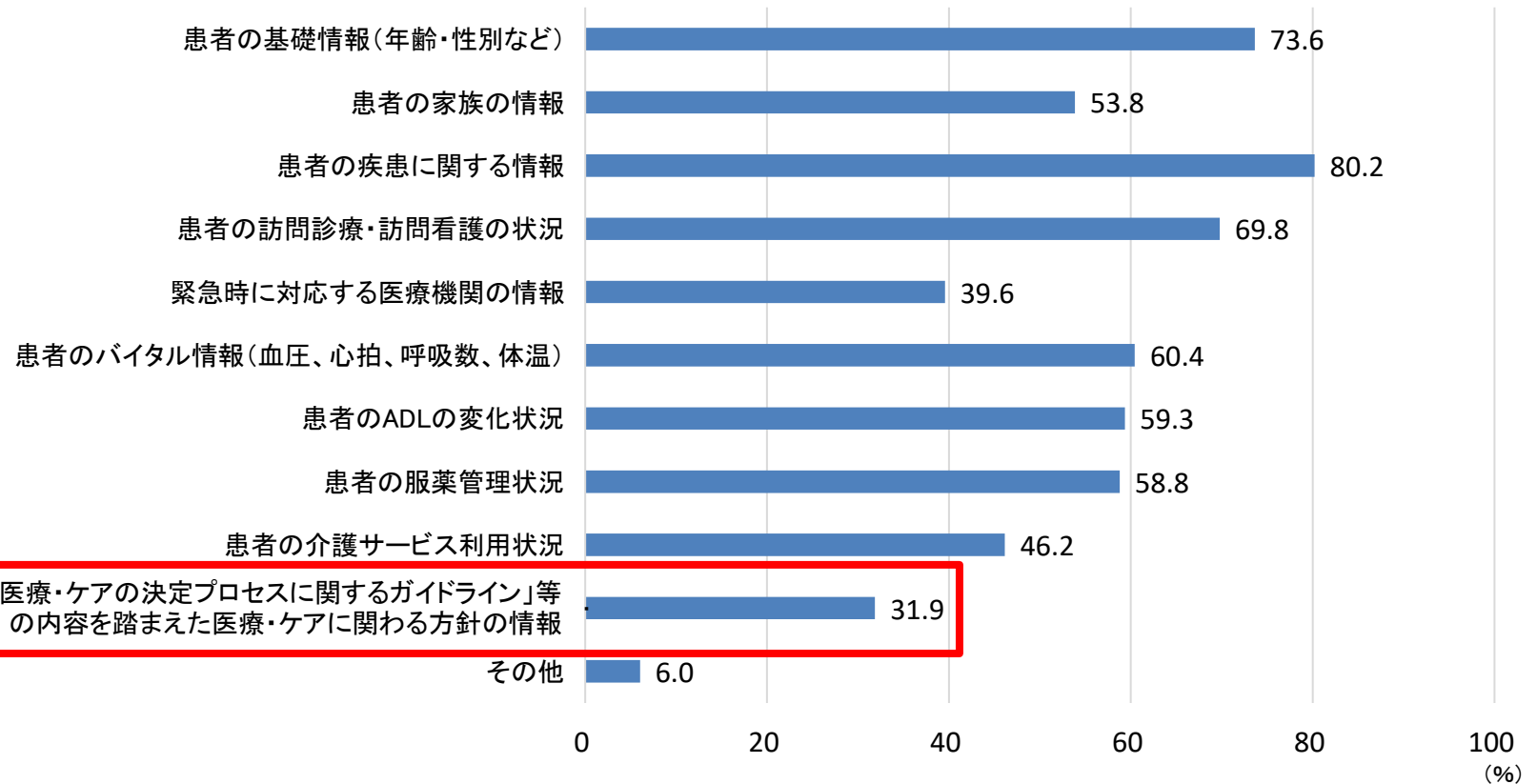


【新型コロナウイルス感染症のような感染症蔓延下において役立つ情報共有に関する利用方法の具体例（一部抜粋）】

- ・基礎疾患の情報を取得するのに役立つ
- ・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つ情報を提供した
- ・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

- 在宅医療を提供している医療機関においてICTを活用している場合の、ICTを活用して共有している情報として「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医療・ケアに関わる方針の情報を共有している医療機関は31.9%である。

ICTを活用している医療機関※におけるICTを活用して共有している情報の内容(n=182)















※ ICTを活用していると回答した医療機関のうち、活用しているICTが、「メール」のみであった医療機関を除く

出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

ICTを用いた情報共有【事例】

○ ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

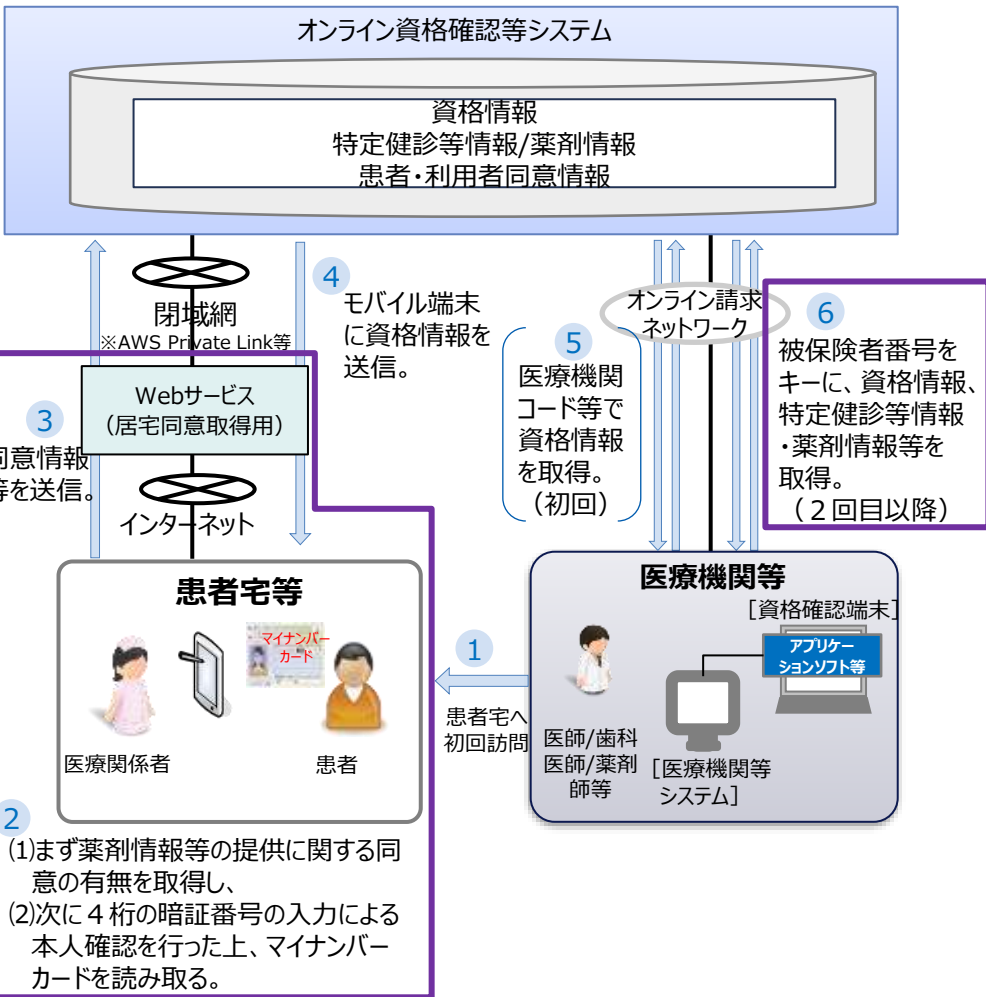
	記録者	記録内容(概要)	補足
Day	 (在宅医師)	肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。主たる介護者は妻であり、 本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている趣旨の発言あります。	写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。 【共有内容のイメージ】  ○月△日 □□:□□ 投稿者:○○ ○○(医師) 題名:呼吸苦時の対応 本文:呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確保すると、呼吸が楽になります。 添付: 
-58日	 (看護師)	奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思ってます。」	
-14日	 (看護師)	トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。 (起居動作を動画にて保存)	
-10日	 (看護師)	頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。	
-6日	 (在宅医師)	奥様からオピオイド頓服・リスペリドンを内服させても、落ち着か無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。 (良姿勢を動画にて保存) 連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有	
-4日	 (ケアマネジャー)	福祉業者の方と訪問し、ポータブルトイレを導入しました。奥様が気持ちを吐露されていました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっているいろいろやっていますけれども、病状は悪化する一方ですね。 先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心 」	家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。
-2日	 (在宅医師)	画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することにしました。	ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。
-2日	 (緩和ケア病棟スタッフ)	これまでも地域ICTの記録を通じて 病態変化を事前に確認できて いるので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。	患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。
0日	 (病室)	当該緩和ケア病棟に入院 入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。	 30

(再掲) 居宅同意取得型における再照会機能と同意登録について

- 訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）では、2回目以降は、当該医療機関等との継続的な関係のもと訪問診療等が行われている間（※）、医療機関等において再照会機能を活用した資格確認を行うとともに、薬剤情報等については、初回時の同意に基づき取得可能な仕組みとする。

※ 例えば、初回から3か月後の末日までの期間に加え、その後は、診療等の継続（毎月診療等が行われていること）をレセプトにより確認する。

訪問診療等におけるオンライン資格確認



訪問診療等では医療関係者が患者宅等を訪問することから、患者のなりすましリスクが低いことを踏まえ、訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）について、以下の機能を実装する。

※ 往診においては、訪問の都度、資格確認を行うとともに、薬剤情報等の提供に係る同意取得を行うことが必要。

資格確認（再照会機能）

あらかじめ医療機関等において、初回時にマイナンバーカードの本人確認により取得した患者の被保険者番号を用いて、オンライン資格確認等システムに最新の資格情報を照会し、取得する。

※ 資格確認方法としての再照会の法令上の位置づけについて検討を行う。

薬剤情報等の提供に係る同意取得

訪問診療等における患者宅等への初回訪問時に、モバイル端末等を用いて、同意登録（※）を行う。

※ 同意は当該医療機関等との継続的な関係のもと訪問診療等が行われている間は有効

同意登録をしている患者について、患者の被保険者番号により、患者の薬剤情報・特定健診等情報等を取得する。

訪問薬剤管理指導におけるICTの利活用のイメージ

- 薬局の訪問薬剤管理指導では、自宅における薬の管理状況を画面を通じて確認できるオンライン服薬指導、ICTを用いた医療従事者間の情報共有等による多職種連携（医師や看護師等からの医薬品に関する情報共有、薬剤師による薬学的観点からのアドバイス等の共有）など、ICTの利活用により質の高い在宅医療の提供が可能となる。

○ICTを活用したオンライン服薬指導

- ・訪問しなくても薬剤師が自宅の管理状況や服薬状況を画面を通じて把握できる。
- ・これらの情報を活用して医師等への多職種に薬学的観点からアドバイス等が共有できる。



画面を通じて薬の管理状況等を確認(残薬の有無等)



薬局



○ICTを活用した医療従事者間の多職種連携

- ・薬剤師から医師への情報連携や処方提案等が円滑に実施できる。
- ・多職種間の情報が広く共有され、処方箋以外の情報を活用することで、今後の治療方針や患者の問題点等が把握可能となる。薬剤師としては事前に薬剤の相談を受けたり、別の薬剤の準備をするなど多職種と連携した在宅医療を提供することができる。

○医師より「観察・把握してほしいポイント」の共有

事例)この方は、胆管炎再発リスクが高い方です。発熱、腹痛、食欲不振、吐き気などの消化器症状が出現した場合は速やかにご連絡ください。

○薬剤師

共有された情報に基づき、解熱剤や吐き気止めの使用状況を含めた訪問薬剤管理指導を実施

○医師が訪問看護師へ指示した内容の共有

事例)「病状が進行し、そろそろ経口摂取が困難となるため、内服や坐薬の投与に困難な様子が見られたら教えてください」との指示があり。

○薬剤師

共有された情報に基づき、経口剤の麻薬の投与量を換算し、変更後に必要となる注射剤を確保するなどの準備を実施

○訪問看護師からの情報共有

事例)処方されている坐薬がすぐ溶けてしまい使いづらいとの訴えがあり、うまく使えていません。

○薬剤師

同じ薬効の内服薬への変更を 医師と相談

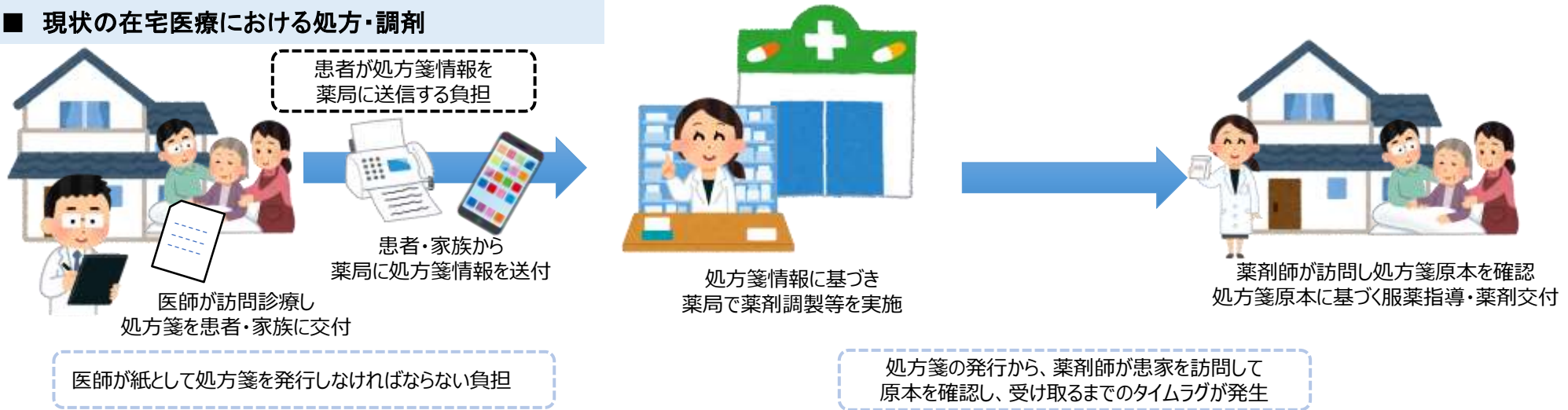
○医師

次回の診察時に患者と相談し内服薬に変更。

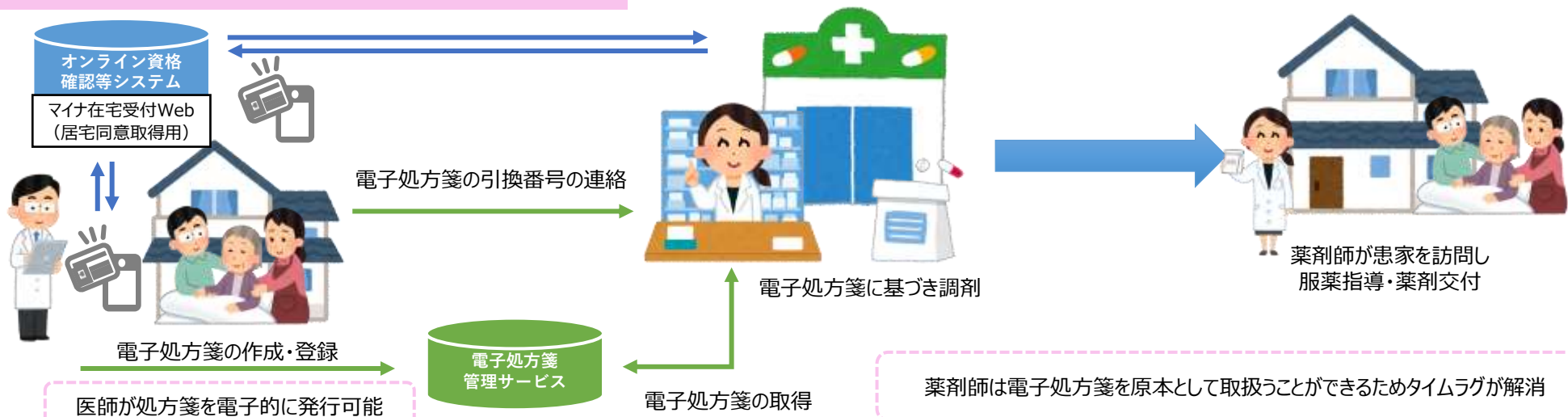
在宅医療における電子処方箋のメリット

- 在宅医療における医薬品の処方については、訪問先での処方箋の発行の手間など、現状の紙の処方箋を基にした運用には円滑に実施していくための様々な課題があり、電子処方箋の活用により円滑な在宅医療につながる事が期待される。

■ 現状の在宅医療における処方・調剤



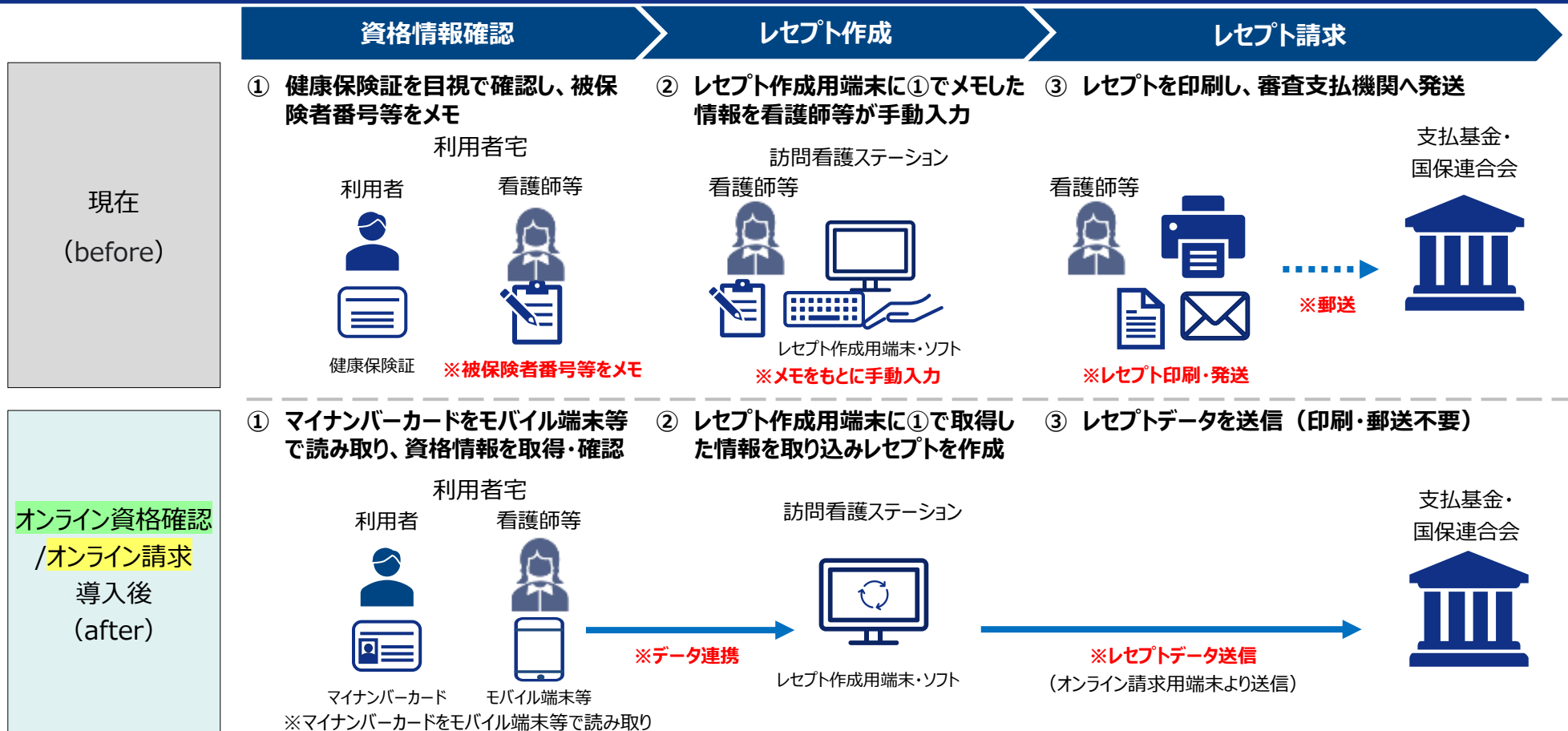
■ 電子処方箋を活用した在宅医療における処方・調剤



訪問看護におけるオンライン資格確認・オンライン請求のビフォーアフター

オンライン資格確認/オンライン請求を導入することで

- 最新の資格情報をその場で確認できることや、審査支払機関が職権で資格情報の軽微な不備を補正できるため、返戻となるレセプト数の減少が見込めます。
- レセプト作成時、資格情報（被保険者番号等）の手入力が不要となります。
- レセプトの印刷・発送作業が不要になり、請求に係る時間が短縮されます
- 利用者から同意取得後、診療/薬剤情報・特定健診等情報の閲覧が可能になり、訪問看護に活用できます。



訪問看護における**オンライン資格確認**のメリット

- 利用者自身の直近の資格情報や、本人の同意に基づき診療/薬剤情報・特定健診等情報を閲覧することが可能となり、業務効率化や質の高い医療の提供が実現。
- 訪問看護等におけるオンライン資格確認（居宅同意取得型）の仕組みを活用することで、継続的に訪問看護が行われている間、2回目以降の訪問においては、訪問看護ステーション側で再照会をして資格情報の照会・取得が可能となる機能により効率的な資格確認が可能になるほか、初回時の同意に基づき、薬剤情報等の取得が可能。
- 今後、オンライン資格確認等システムについては、医療DXの推進の中で、生活保護の医療扶助や難病医療の公費負担医療及び地方単独医療費助成への対応拡大が期待。

利用者

マイナンバーカード1枚で訪問看護を利用可能

- 居宅等でもオンライン資格確認で可能
- 保険者に申請していない場合も含め、限度額認定証等がなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除

過去の薬剤情報等の提供が可能

- これまでの薬剤情報や特定健診の結果を網羅的に提供することが可能
- 健康・医療データに基づいたより適切な看護につながる

訪問看護ステーション

資格確認業務の負荷軽減

- 2回目以降の訪問では、利用者宅等への訪問前に利用者の資格情報を確認でき、訪問時の確認業務が効率化
- 利用者の直近の資格情報が確認可能。限度額認定証等がなくても、高額療養費制度における適用区分の確認が可能

業務の更なる効率化

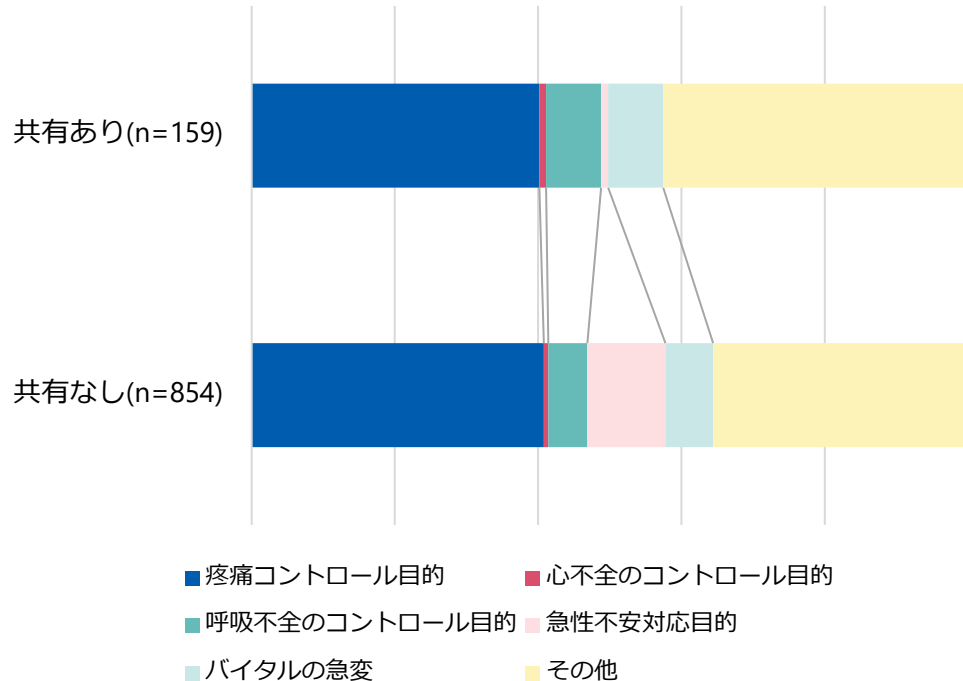
- 事業所内のレセコン等と連携することで、レセプト作成における手作業の事務負担や誤記リスク、レセプト返戻の削減等につながる
- 利用者から聞き取るよりも正確かつ効率的に、利用者の過去の薬剤情報等を確認可能

○ 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定の情報に係る情報を共有している医療機関はそうではない医療機関と比較して、緩和ケアを必要とする患者の入院で急性不安対応目的の入院の割合が低く、容態が急変した際の入院先として急性期一般病棟に入院した割合が低い一方で、緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟に入院した割合が高かった。

人生の最終段階に関する意思決定の情報の共有別 (ICT)

緩和ケアを必要とする患者の入院の目的

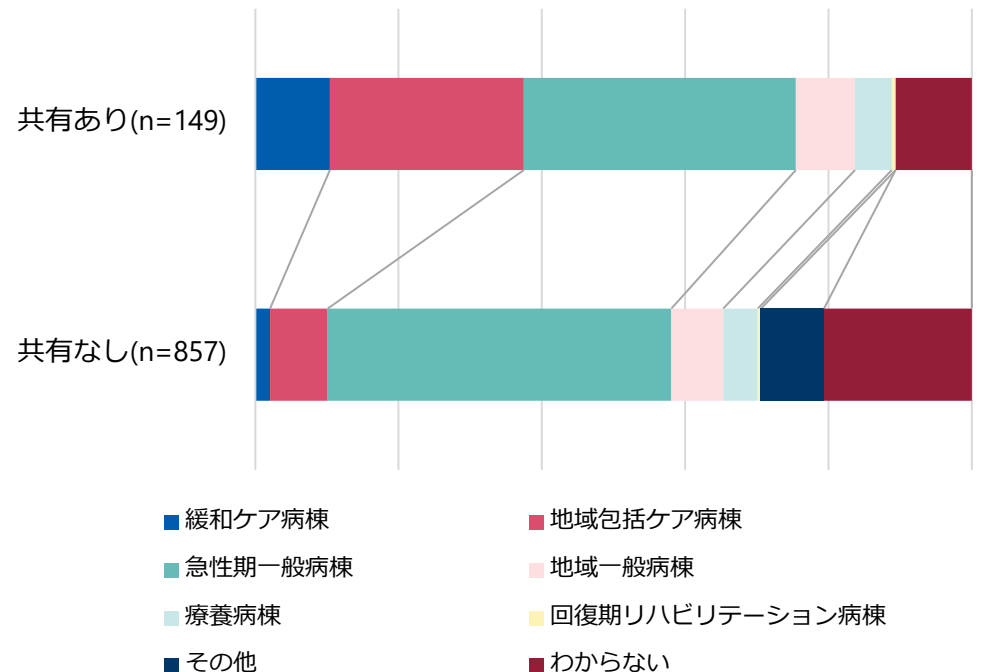
0% 20% 40% 60% 80% 100%



人生の最終段階に関する意思決定の情報の共有別 (ICT)

容体が急変し入院した際の入院先

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



※ 容体が急変し入院した後の入院先の対象患者は、悪性腫瘍以外の患者も含まれる。

1. 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムについて
2. 在宅医療等における医療DX等の活用について
3. マイナンバーカードの健康保険証利用に係る対応について

マイナ保険証利用促進のための医療機関等への支援について

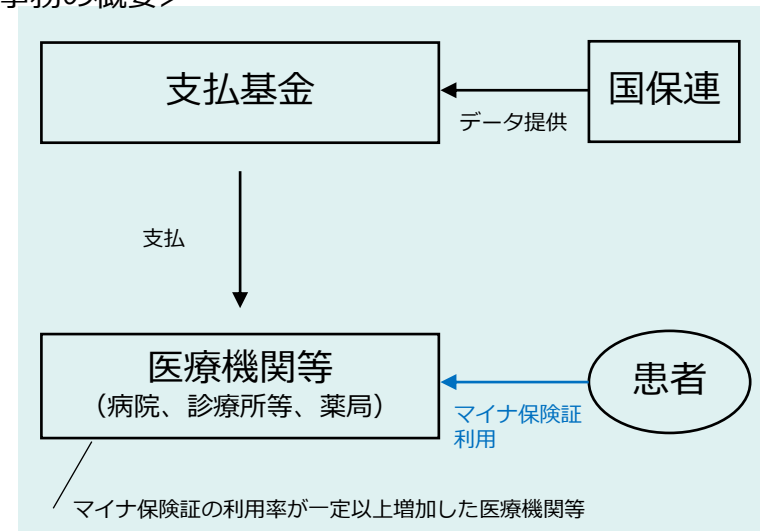
- 医療現場において、カードリーダーの操作に慣れない患者への説明など、マイナ保険証の利用勧奨に取り組んでいただくことで、マイナ保険証の利用促進を図る。そのインセンティブとなるよう、初診・再診等におけるマイナ保険証の利用率の増加に応じて、医療機関等に利用件数分の支援をする。

1. 医療機関等におけるマイナ保険証利用促進のための支援（案）

- 概要：マイナ保険証の利用率（初診・再診・調剤）が一定以上増加した医療機関等に対して、増加率に応じて段階的に利用件数分の支援
- 取組期間：2024（R6）年1月～11月（前半：2024（R6）年1～5月、後半：2024（R6）年6～11月）
- 支援内容：マイナ保険証利用件数が少ない医療機関の底上げが目的。期間中のマイナ保険証利用率が2023（R5）年10月の利用率との比較で増加した医療機関等に対する支援。前半（2024（R6）年1～5月）と後半（2024（R6）年6～11月）それぞれの平均利用率・総利用件数に応じて支援額を決定。
- 事務の概要：支払基金において、前半、後半の期間ごとに、医療機関の期間中の平均利用率と2023年10月の利用率を踏まえ支払い。（年2回、医療機関からの申請は不要）

2023.10の利用率からの増加量	対象期間(2024.1～5)支援額	対象期間(2024.6～11)支援額
5%pt以上	20円/件	-
10%pt以上	40円/件	40円/件
20%pt以上	60円/件	60円/件
30%pt以上	80円/件	80円/件
40%pt以上	100円/件	100円/件
50%pt以上	120円/件	120円/件

<事務の概要>



マイナ保険証利用促進のための医療機関等への支援について

2. 医療機関・薬局における顔認証付カードリーダー増設の支援（案）

マイナ保険証利用件数が多い医療機関・薬局について、顔認証付きカードリーダーの増設を支援

○補助内容

2023(R5)年10月から2024(R6)年3月までのいずれかの月のマイナ保険証の月間利用件数の総数が500件以上の機関については、顔認証付きカードリーダー1台の増設に要した費用の一部を補助する。

なお、病院については、以下の条件に応じ、顔認証付きカードリーダー最大3台まで、増設に要した費用の一部を補助する。

機 関	利用件数	500～999件	1,000～1,499件	1,500～1,999件 ※1台運用機関1,500件以上	2,000～2,499件 ※2台運用機関1,500件以上	2,500件以上
1台の無償提供を受けた施設		1台	2台	3台	－	－
2台の無償提供を受けた施設		－	1台	2台	3台	－
3台の無償提供を受けた施設		－	－	1台	2台	3台

○補助対象・補助率

顔認証付きカードリーダー・資格確認端末の購入費用・工事費に対して1/2補助。

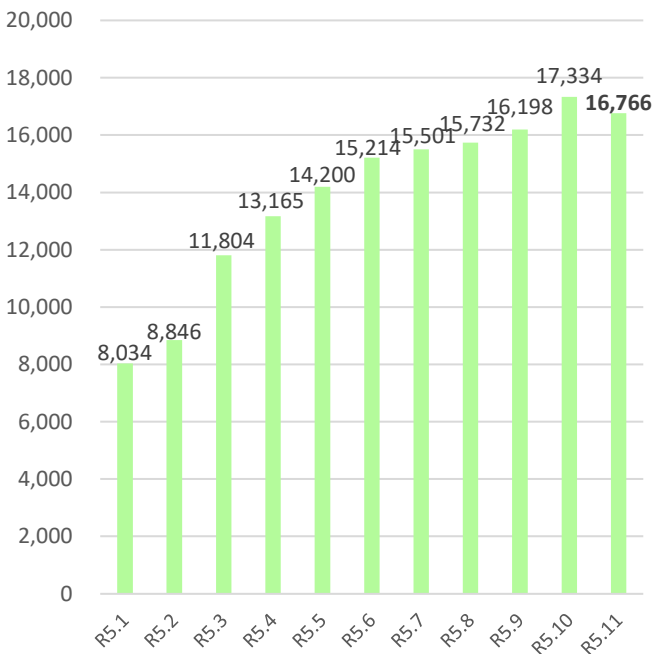
〔補助上限額〕

病院	1台	2台	3台
	275,000	450,000	625,000

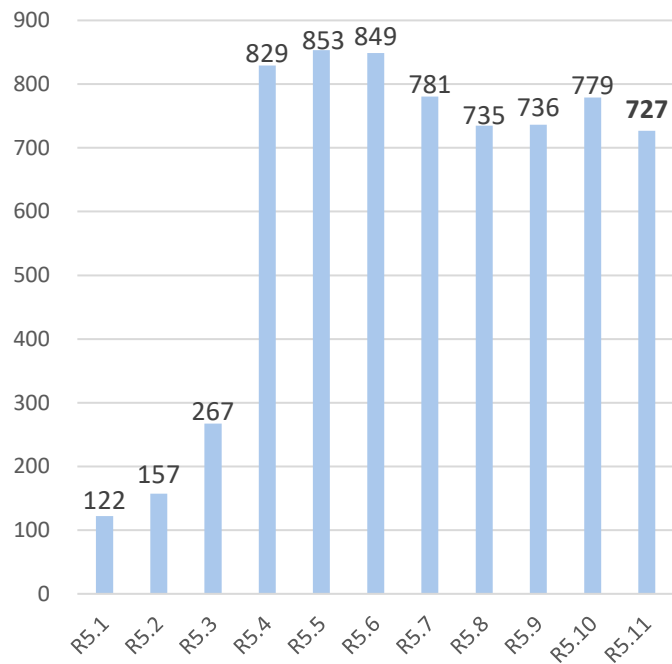
診療所 薬局	1台
	275,000

オンライン資格確認の利用状況

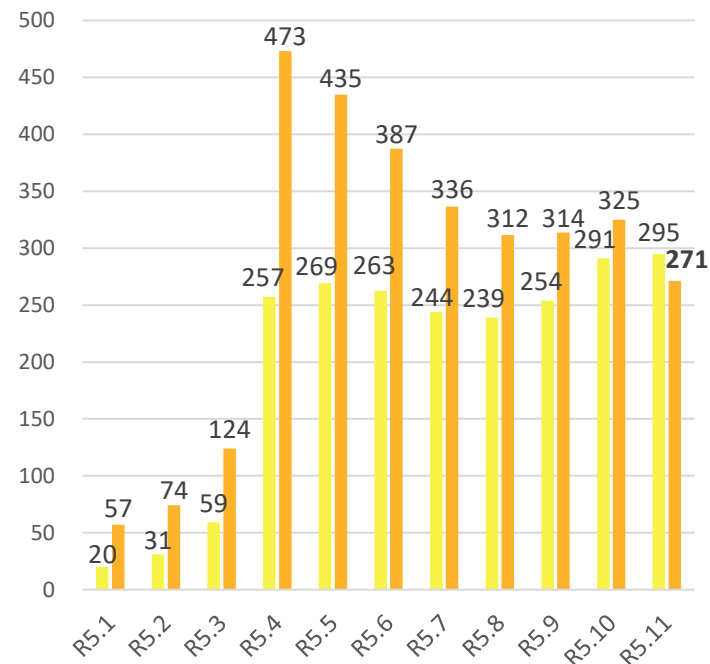
■ オンライン資格確認の利用件数 (万件)



■ マイナ保険証の利用件数 (万件)



■ 診療情報閲覧の利用件数 (万件)
■ 薬剤情報閲覧の利用件数 (万件)



【11月分実績の内訳】

※紙の保険証受診であってオンライン資格確認を利用しない場合も含めた資格確認総件数は、直近で約2.46億件 (令和5年6月)

	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	8,740,162	940,271	7,799,891
医科診療所	73,394,456	3,569,593	69,824,863
歯科診療所	11,466,210	1,097,318	10,368,892
薬局	74,062,624	1,660,451	72,402,173
総計	167,663,452	7,267,633	160,395,819

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	208,155	225,338	259,481
医科診療所	1,001,578	1,937,139	1,728,702
歯科診療所	173,020	262,378	47,535
薬局	555,018	523,382	677,856
総計	1,937,771	2,948,237	2,713,574

マイナンバーカードの健康保険証利用に係る対応について

- 初診・再診等におけるマイナ保険証の利用率の増加量に応じて、令和6年1月から医療機関等に利用件数分の支援が行われる予定。
- オンライン資格確認を導入した医療機関・薬局については、患者がマイナ保険証で円滑に受診できるよう、患者がマイナ保険証の利用を希望した場合は、それに対応する必要があること等の案内を行う予定。

医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

- ▶ 令和5年度より、保険医療機関・薬局に、医療DXの基盤となるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、当該システムを通じた患者情報の活用に係る現行の評価を廃止。
- ▶ その上で、医療DXの推進により、国民が医療情報の利活用による恩恵を享受することを推進する観点から、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価を新設。

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○ 電子的保健医療情報活用加算

- 【医科・歯科】 マイナ保険証を利用する場合 7点（初診） 4点（再診） / 利用しない場合 3点（初診）
- 【調剤】 マイナ保険証を利用する場合 3点（月1回） / 利用しない場合 1点（3月に1回）



初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設（令和4年10月～）

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 1 施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合 **4点**
- 2 1であって、オンライン資格確認等により情報を取得等した場合 **2点**
※調剤は、1 **3点（6月に1回）**、2 **1点（6月に1回）**

医療機関・薬局に求められること

【施設基準】

- 次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。
 - ① オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）
 - ② 患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

【算定要件】

- 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（留意事項通知）

（※）この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めることを予定（薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報等を薬剤服用歴に記録することを求める予定）

診療情報を取得・活用する効果（例）

医療機関	問診票の標準的項目を新たに定める（イメージ）	薬局
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 薬剤情報により、<u>重複投薬を適切に避けられる</u>ほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。 ✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。 	<p>問診票（初診時）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 今日の症状 ● 他の医療機関の受診歴 ● 過去の病気 ● 処方されている薬 ● 特定健診の受診歴 ● アレルギーの有無 ● 妊娠・授乳の有無 ● …… <p>※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 薬剤情報により、<u>重複投薬や相互作用の確認が可能になる。</u> ✓ 特定健診の検査値を踏まえた<u>処方内容の確認や服薬指導が可能になる。</u>

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって、正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、更なる医療の質の向上を実現

医療DXについての論点

【論点】

(情報基盤に係る整備について)

- 救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備が、令和6年度中の運用開始を目途に整備が進められていることを踏まえ、急性期充実体制加算や救命救急入院料等、救急医療で一定の役割を果たすことを念頭においている診療報酬項目については、救急外来における救急用サマリ等を活用できる体制整備を促進することについてどのように考えるか。

(サイバーセキュリティについて)

- 現行の診療録管理体制加算においては、医療情報システムのバックアップは望ましい要件としているところ。既にセキュリティ対策の一環の取り組みにおいてオフラインでのバックアップを行っている医療機関の評価について、どのように考えるか。
- 医療法第25条第1項に基づく立ち入り検査において、全ての医療機関に医療情報システム安全管理責任者の配置を求めているが、診療報酬上では、400床以上の医療機関に専任の医療情報システム安全管理責任者を求めていることについてどのように考えるか。
- 今後、医療DXが推進される中で、サイバーセキュリティインシデントが発生した場合を想定して、BCPの策定やBCPに記載した手順に従った方法に基づく訓練を行うことの評価について、どのように考えるか。

(オンライン資格確認等システムについて)

- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、検証調査の結果も踏まえて、マイナンバーカードの健康保険証利用により取得された薬剤情報等を活用した質の高い医療の提供をさらに推進する観点から、令和6年度診療報酬改定に向けてどのような対応を行うべきか。
- マイナンバーカードの健康保険証利用により取得された診療／薬剤情報や特定健診情報を診察で直接閲覧するとともに3文書6情報を適切に入力し活用する等の体制を整備することを促進することについてどのように考えるか。

(電子処方箋について)

- 医療DXの推進に係る全国医療情報PFの全体図において、電子処方箋も医療情報基盤として掲げられているところ、電子処方箋の普及に向けた診療報酬上の対応についてどのように考えるか。

【課題】

居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムについて

- 医療DXの推進に関する工程表[全体像]において、訪問診療等におけるオンライン資格確認の構築が掲げられている。
- 訪問診療等、訪問看護ステーションによる訪問看護、オンライン診療等における居宅同意取得型のオンライン資格確認の導入が今後推進されていくところ。
- 訪問診療等においては、初回訪問時の同意を元に、再照会により薬剤情報等が取得される。
- オンライン診療等においては、患者本人のモバイル端末またはPCを用いて、マイナポータルアプリとAPI連携することなどにより、通常の外来診療と同様のタイミングで、薬剤情報等が取得される
- 訪問診療等とオンライン診療等のそれぞれにおける、薬剤情報等の取得できるタイミングが異なることを踏まえた同意取得を行うことが必要。

在宅医療における医療DX等の活用について

- 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。
- 医療機関において提供する在宅医療の評価については、訪問診療等に関する評価の他に、訪問リハビリテーションや訪問栄養食事指導等、医師も含めた多職種による複合的な診療・指導管理に関する評価がある。
- 歯科医療機関において提供する在宅歯科医療の評価は、歯科訪問診療に関する評価の他に、在宅等における療養に必要な指導管理や訪問口腔リハビリテーション、多職種による複合的な診療・指導管理に関する評価がある。さらに、実施した治療内容に応じて技術料の各項目を算定する取扱いである。
- 訪問看護療養費は、訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費から構成される。
- 在宅医療等におけるICTの活用に関する主なご意見として、「今後の在宅医療のニーズの増加に対し、地域でICTを有効に活用して情報連携を充実させることは不可欠である。」のような意見が認められたところ。
- ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

【課題】

在宅医療における医療DX等の活用について(続き)

- 訪問薬剤管理指導におけるICTの利活用は以下のようなメリットがあり、多職種で連携した在宅医療の提供につながる。
 1. 薬剤師から医師への情報連携や処方提案等が円滑に実施できる。
 2. 医師が多職種へ指示した内容を参考にすることで、事前に必要な薬剤を準備することができる。
 3. 様々な職種からの情報を把握することは患者の問題点の把握につながり、多職種と連携したサービスの提供につながる。
 4. 医師より治療方針等が共有されることは、処方箋から得られる以外の情報を活用することができ、訪問薬剤管理指導の質の向上につながる。
- 在宅医療における医薬品の処方については、訪問先での処方箋の発行の手間など、現状の紙の処方箋を基にした運用には円滑に実施していくための様々な課題があり、電子処方箋の活用により円滑な在宅医療につながることを期待される。

マイナンバーカードの健康保険証利用に係る対応について

- 初診・再診等におけるマイナ保険証の利用率の増加量に応じて、令和6年1月から医療機関等に利用件数分の支援が行われる予定。
- オンライン資格確認を導入した医療機関・薬局については、患者がマイナ保険証で円滑に受診できるよう、患者がマイナ保険証の利用を希望した場合は、それに対応する必要があること等の案内を行う予定。
- 現行の診療報酬においては、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」において、マイナンバーカードの健康保険証利用による情報の取得等による「診療情報の取得・活用体制の充実」を評価している。

医療DXに係る課題と論点

【課題】

マイナンバーカードの健康保険証利用に係る対応について(続き)

- オンライン資格確認等システムの導入は義務化を経て普及してきたところ。マイナンバーカードの健康保険証利用により取得された情報を活用した質の高い医療の提供をさらに推進する必要がある。
- 一方で、医療DXの推進の観点から、診療において、マイナ保険証によりオンライン資格確認等システムを通じて取得された情報を活用する体制、電子処方箋、全国医療情報プラットフォームを活用する体制の整備を推進していく必要がある。



【論点】

(オンライン資格確認等システムについて)

- 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されるなか、訪問診療等や訪問看護ステーションによる訪問看護、オンライン診療等のそれぞれにおいて、取得された情報を活用して質の高い診療が提供されることについて、診療報酬上どのような対応が考えられるか。

(在宅医療等における医療DX等の活用について)

- 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及び看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を推進する観点から、地域医療情報連携ネットワークや、オンライン資格確認等システムを通じて取得された情報・電子処方箋等を活用し、質の高い在宅医療を提供する体制を整備することについて、診療報酬上どのような対応が考えられるか。

マイナンバーカードの健康保険証利用に係る対応について

- マイナンバーカードの健康保険証利用促進のために、令和6年1月から利用率の増加量と利用件数に応じた支援等が行われる予定であるところ、診療において、マイナ保険証によりオンライン資格確認等システムを通じて取得された情報を活用することと、医療DXに係る体制の整備を推進することについて、診療報酬上どのような対応が考えられるか。

個別事項(その21)

臓器移植について

1. 臓器提供の現状等について

2. 臓器提供に係る評価について

2-1. ドナーや家族の意向に沿った臓器提供の工程に係る評価について

2-2. 臓器提供の体制や実績に係る評価について

3. 臓器移植待機患者における抗HLA抗体検査について

4. 論点

臓器提供の流れ

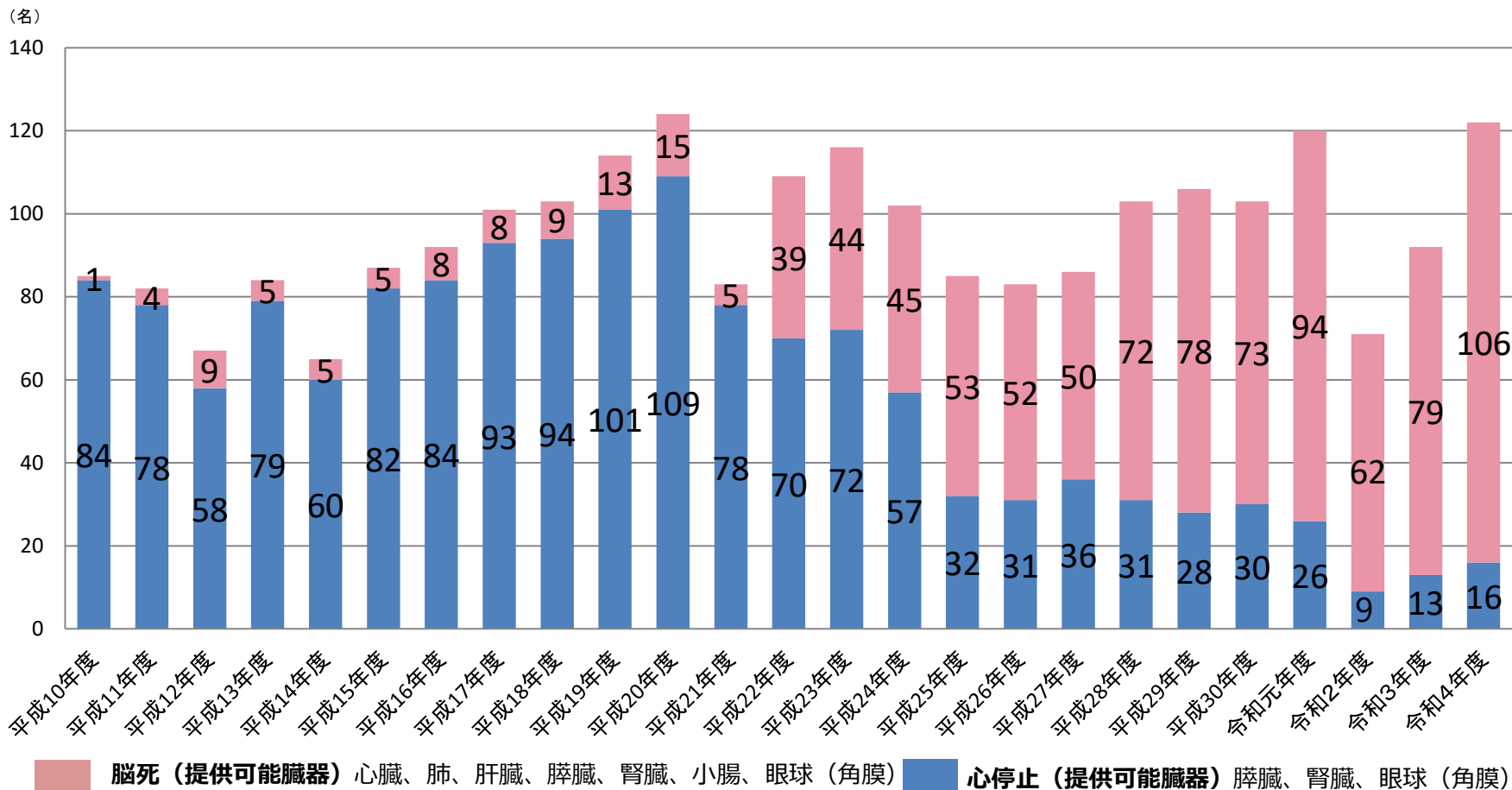
患者が「脳死とされうる状態」で回復の可能性がなく救命が不可能と診断された場合に終末期医療の選択肢の1つとして脳死下臓器提供がある。家族が臓器提供に承諾した場合、日本臓器移植ネットワークで移植候補患者が公平・適切に選択され、臓器の摘出手術、移植手術が実施される。



臓器提供状況の推移について

令和4年度の脳死下臓器提供数は過去最高で、脳死下・心停止後臓器提供の総数は平成20年度に続き過去2番目に多かった。

臓器提供者数の推移 (令和5年3月末までに脳死下の臓器提供者は934名。臓器の摘出に至らなかった者を含む。)

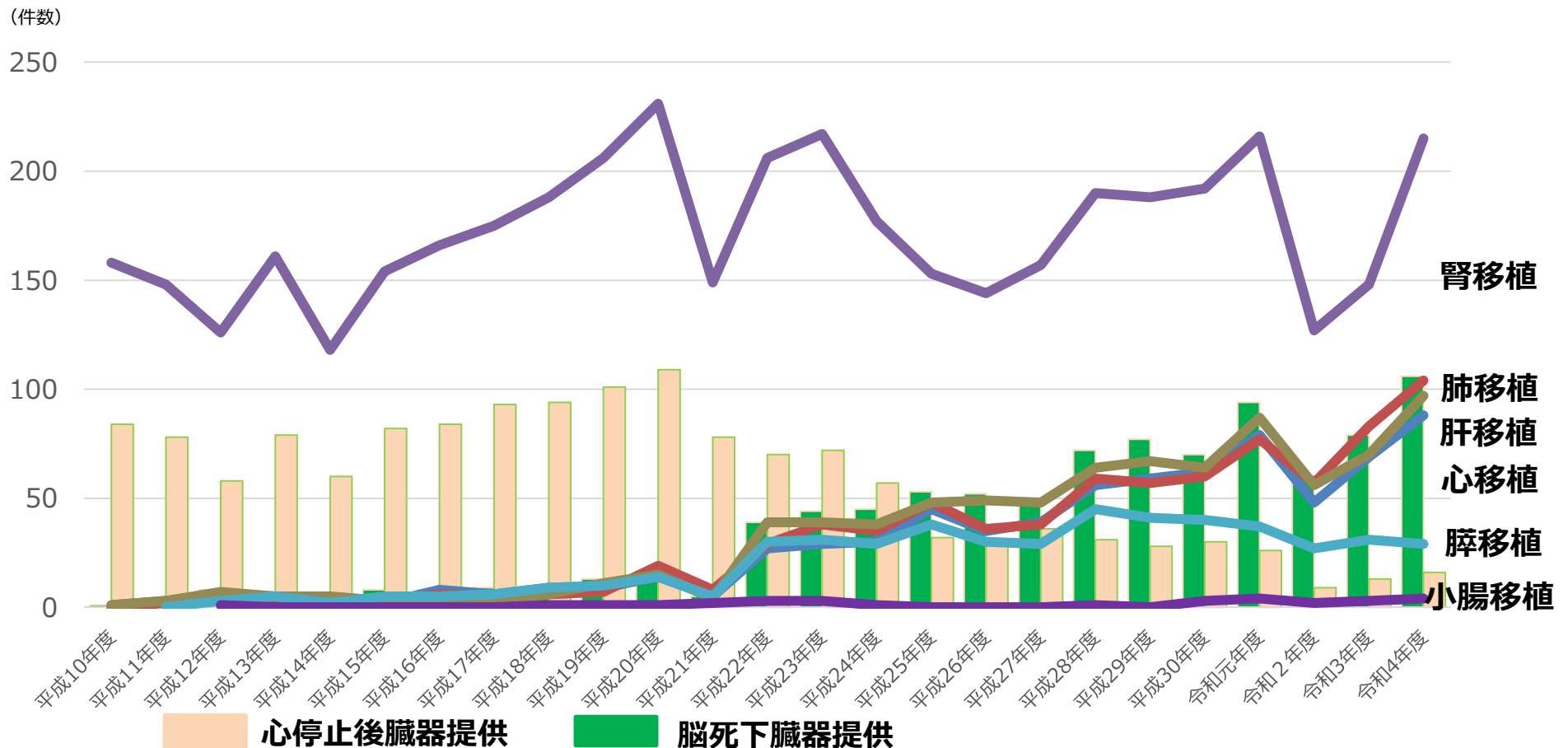


(資料) (公社) 日本臓器移植ネットワークが提供した情報を元に厚生労働省健康局移植医療対策推進室で加工

臓器提供・移植状況の推移について

近年、臓器移植件数は増加傾向にあったが、新型コロナが発生している状況下において、令和2年度の臓器移植件数は減少した。令和3年度以降は、医療提供体制の確保等により、新型コロナ前の水準に向けて回復してきている。

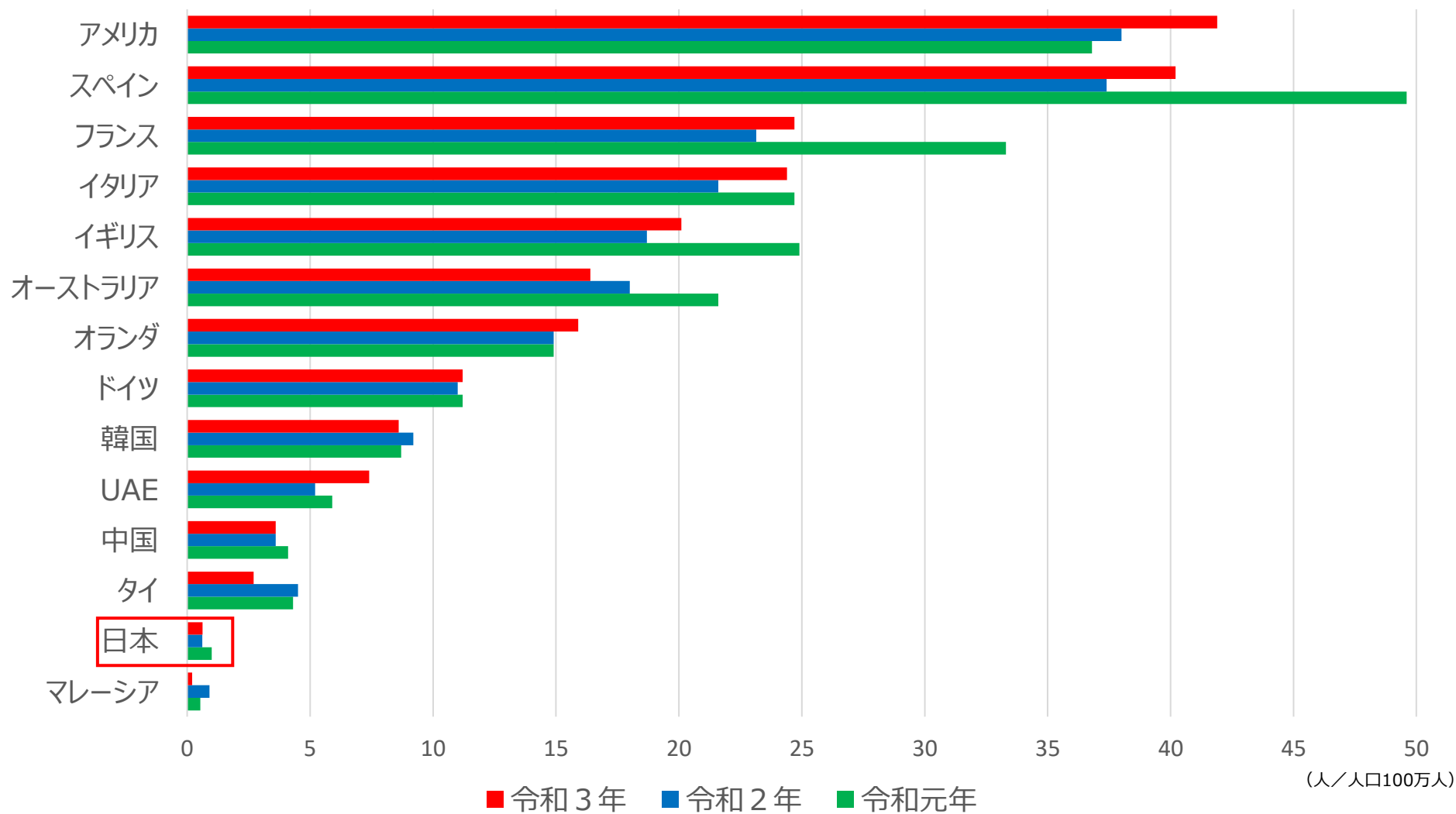
脳死下・心停止後臓器提供者数と各臓器の移植件数の推移



(資料) (公社)日本臓器移植ネットワークが提供した情報を元に厚生労働省健康局移植医療対策推進室で作成

各国の人口100万人当たりの臓器提供数

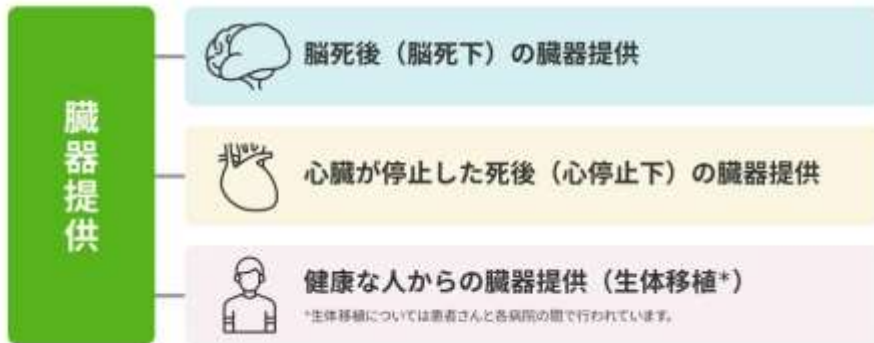
日本は欧米や他のアジア諸国と比べ、人口100万人当たりの脳死・心停止ドナー数が少ない。



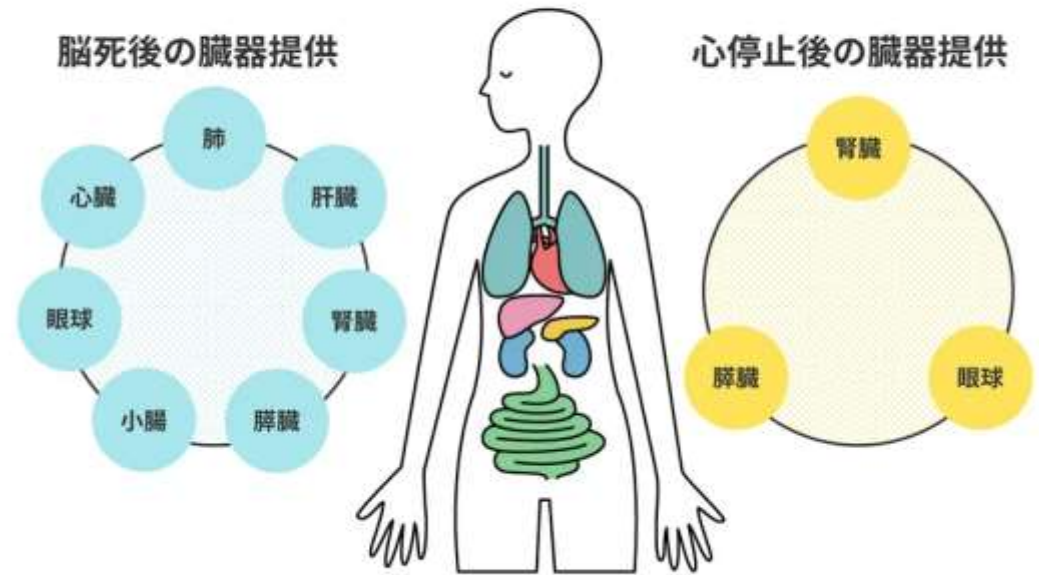
脳死後と心停止後の提供可能な臓器について

- 脳死後の臓器提供においては、心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓、小腸、眼球の提供が可能である一方で、心停止後の臓器提供においては、腎臓、膵臓、小腸のみ提供可能である。

臓器提供の種類

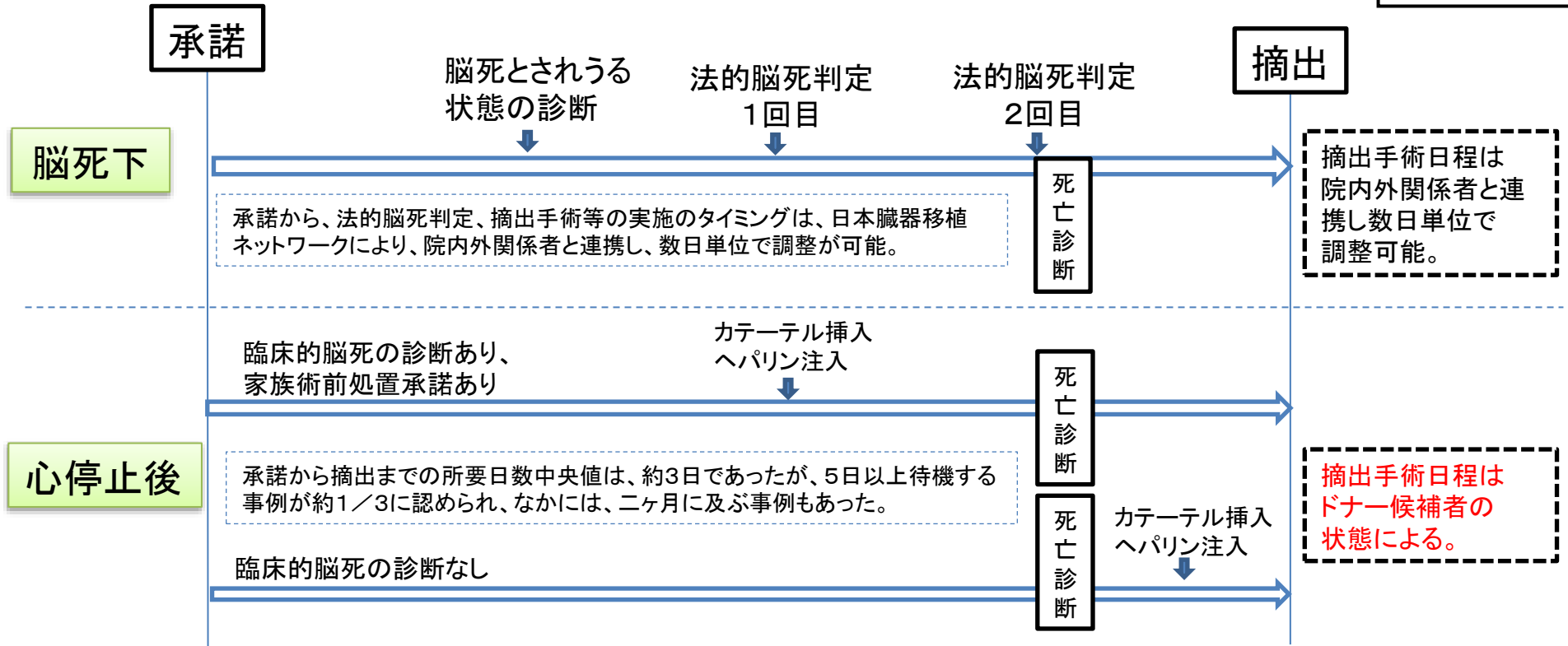


脳死後と心停止後の臓器提供の違い



提供できる臓器に違いがあります

提供承諾から臓器摘出までのプロセスの比較



ドナーの状態	プロセスにおける相違点	関係者への負担
脳死下	日本臓器移植ネットワークが中心となって、提供施設、移植施設(摘出チーム)との調整を行い、摘出までの各工程のスケジュールを策定する。	心停止後臓器提供においては、予定が立てられないことに加え、患者の状態悪化時には極めて迅速な対応が必要となる為、提供側、移植側、臓器移植ネットワークへの業務負担に加えて、オンコール状態が継続することによる心理的負担もある。
心停止後	心停止後、摘出チームは、ドナー候補者の循環動態悪化時、迅速に派遣される。臨床的脳死の診断がなされていない事例では、死亡診断前に摘出手術準備であるカニューレーションを行うことができず、死亡診断後、摘出手術までの迅速な処置が必要となる。	

※ 摘出チームは多くの場合、移植施設から派遣される。

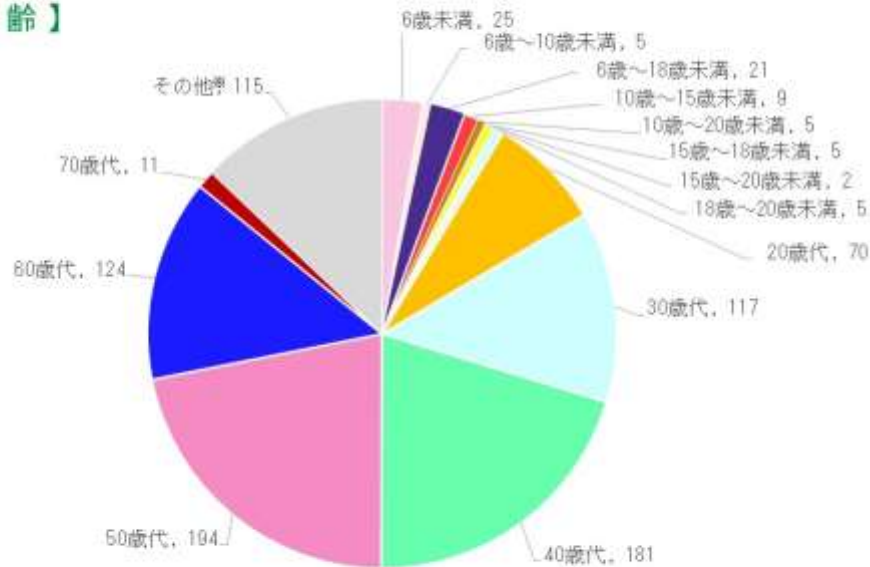
脳死下臓器提供者の特徴

○ 脳死下臓器提供者は、30歳～60歳代の若年が多く、原疾患としては脳血管障害や低酸素脳症が多い。



脳死下臓器提供者の内訳
(1997年10月16日～2022年12月31日、提供889件)

【年齢】



※公表していない、もしくは区分できない形での公表事例

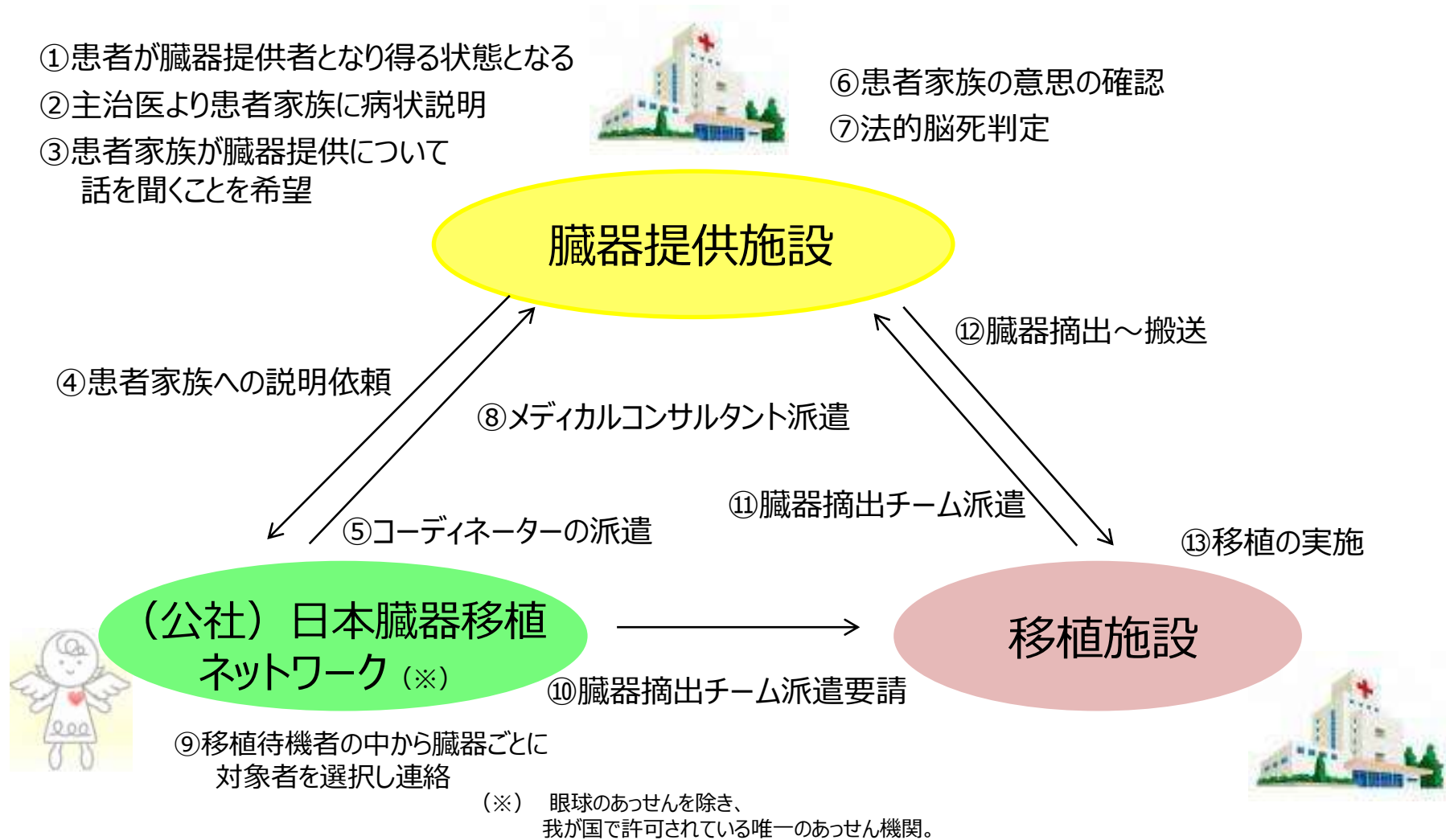


脳死下臓器提供者の内訳
(1997年10月16日～2022年12月31日、提供889件)

【原疾患】



臓器移植の実施体制について



(資料) 「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針 (ガイドライン)
 (平成9年10月8日健医発第1329号厚生省保健医療局長通知別紙) 等を元に作成。

臓器提供施設の現状

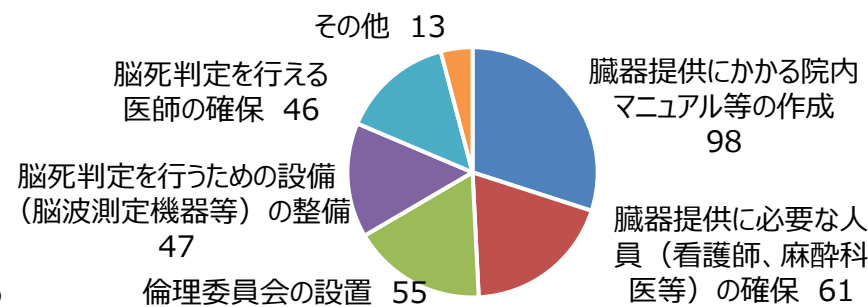
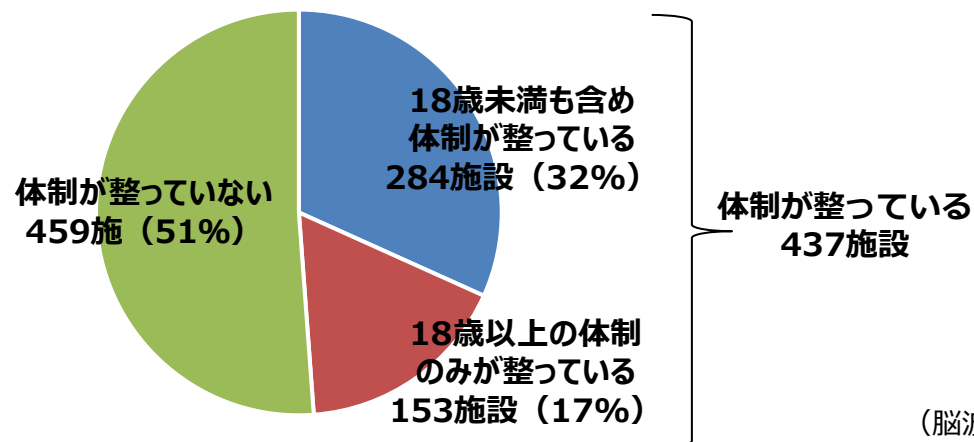
令和5年3月31日現在、5類型施設（895施設（令和4年3月31日：908施設））のうち臓器提供施設としての必要な体制を整えている施設は437施設（令和4年3月31日：449施設）、さらに18歳未満の者の身体からの臓器提供を行うために必要な体制を整えている施設は284施設（令和4年3月31日：294施設）となっている。

【5類型該当施設（令和5年3月31日）】

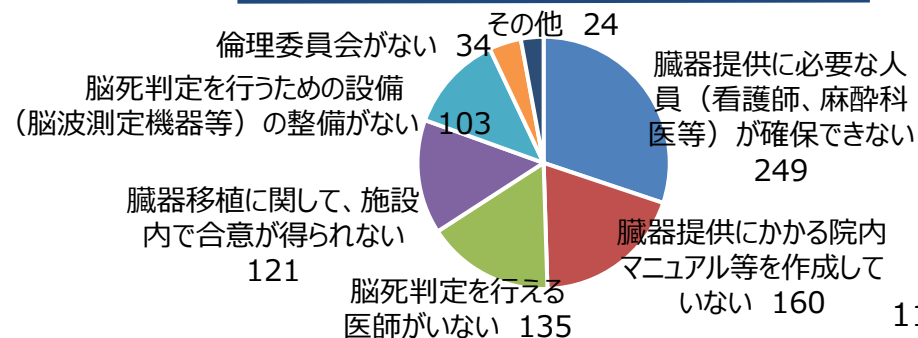
合計	大学附属病院	日本救急医学会 指導医指定施設	日本脳神経外科学会 基幹施設 又は連携施設	救命救急 センター	日本小児総合 医療施設協議会 の会員施設
895	151	143	534	284	38

5類型施設のうち、脳死下での臓器提供体制を整えている施設数

これから体制を整える施設の取組



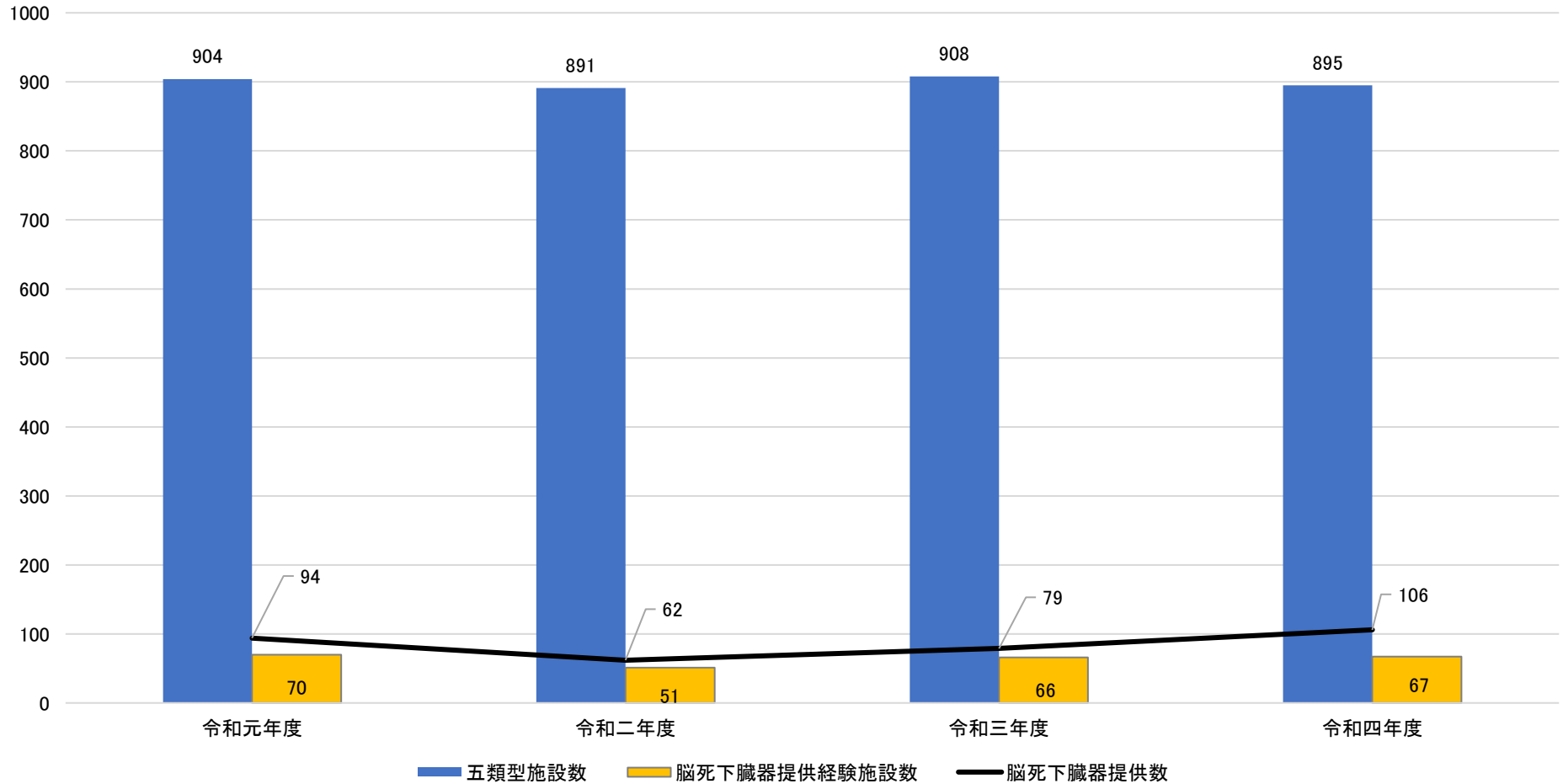
体制を整える予定のない施設のその理由



（資料）（公社）日本臓器移植ネットワークが提供した情報を元に厚生労働省健康局移植医療対策推進室で加工

脳死下臓器提供数と脳死下臓器提供経験施設数の推移

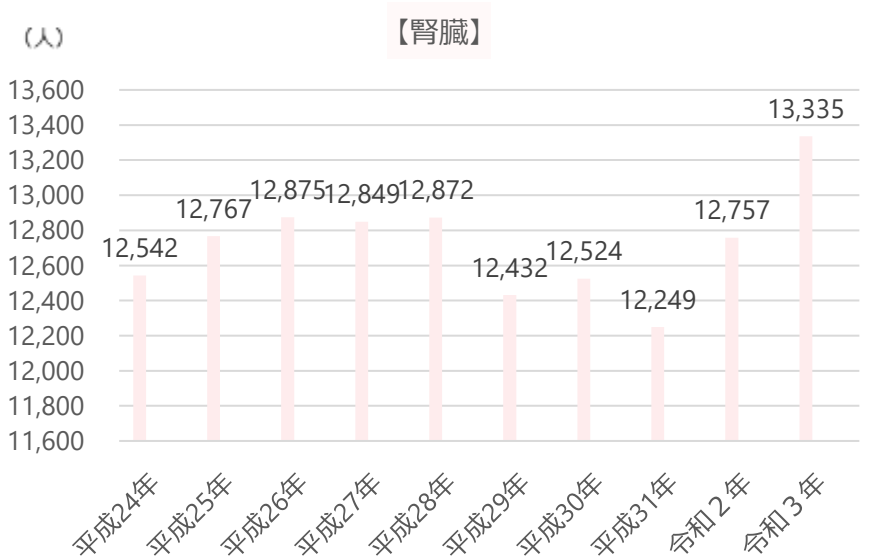
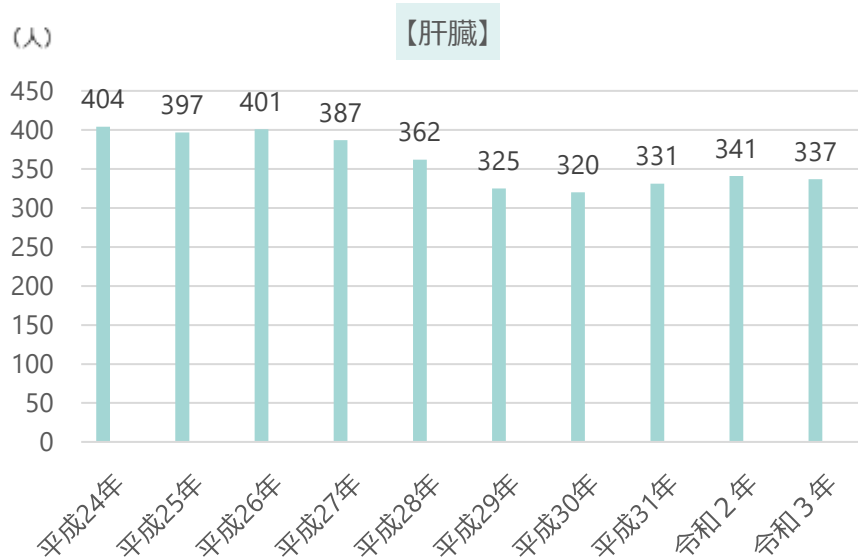
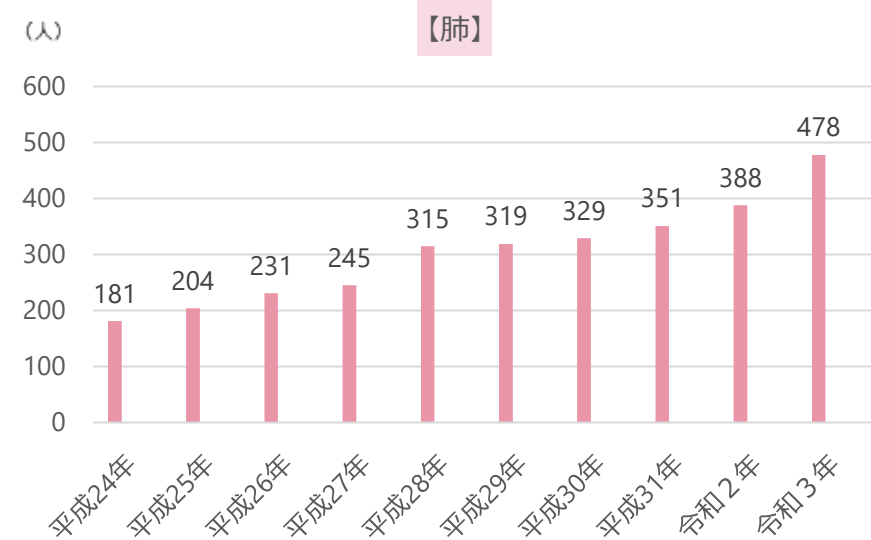
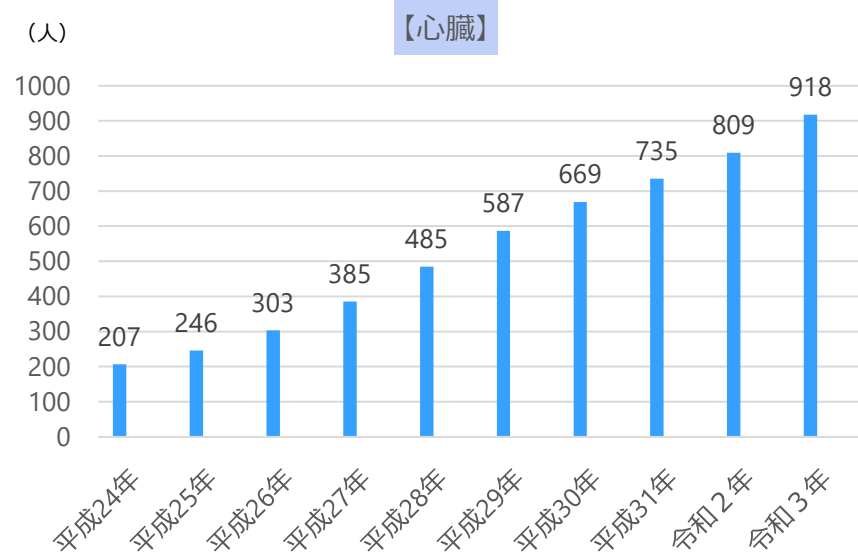
- 脳死下臓器提供数は多くとも100件程度である。
- 5類型施設は900施設程度存在するが、脳死下臓器提供を経験した施設は各年60施設前後である。



(脳死下臓器提供数および脳死下臓器提供経験施設数は、法的脳死判定が実施されたが臓器の摘出に至らなかった事例も含む)

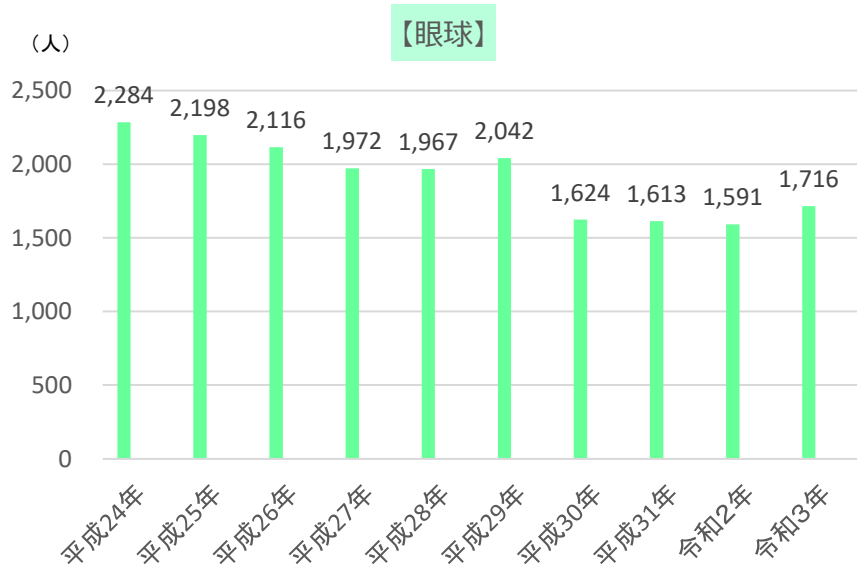
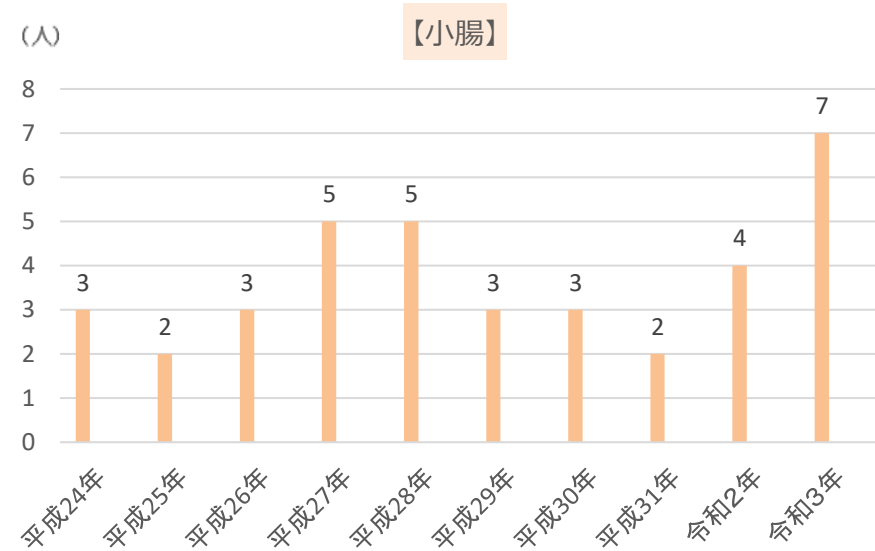
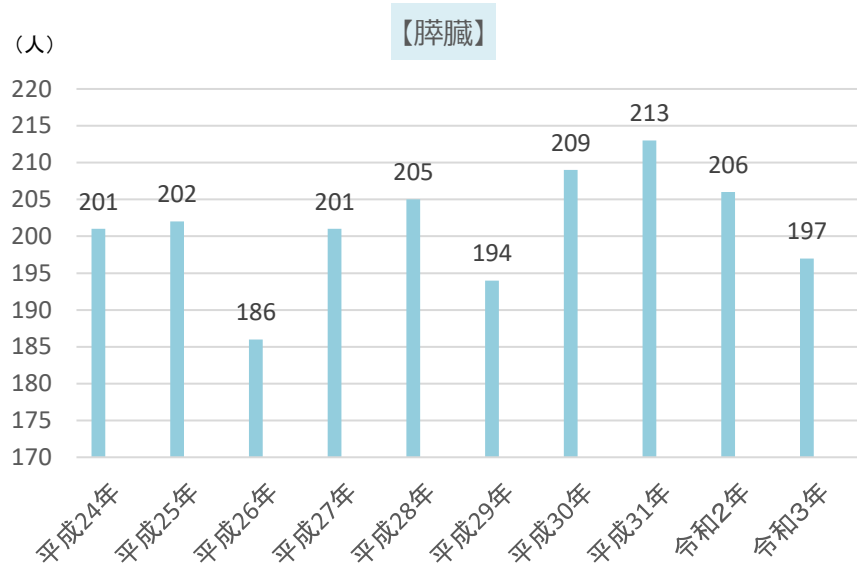
移植希望登録者数－心臓・肺・肝臓・腎臓－

移植希望登録者数については増加傾向の臓器もあり、十分な臓器の確保ができていないことから、臓器移植数を増加させていく必要がある。



(資料) (公社)日本臓器移植ネットワークが提供した情報を元に厚生労働省健康局移植医療対策推進室で加工(時点は全て3月末)

移植希望登録者数－臍臓・小腸・眼球－



(資料)

眼球以外は(公社)日本臓器移植ネットワークが提供した情報を元に厚生労働省健康局移植医療対策推進室で加工

眼球は(公財)日本アイバンク協会が提供した情報を元に厚生労働省健康局移植医療対策推進室で加工

(時点は全て3月末)

1. 臓器提供の現状等について

2. 臓器提供に係る評価について

2-1. ドナーや家族の意向に沿った臓器提供の工程に係る評価について

2-2. 臓器提供の体制や実績に係る評価について

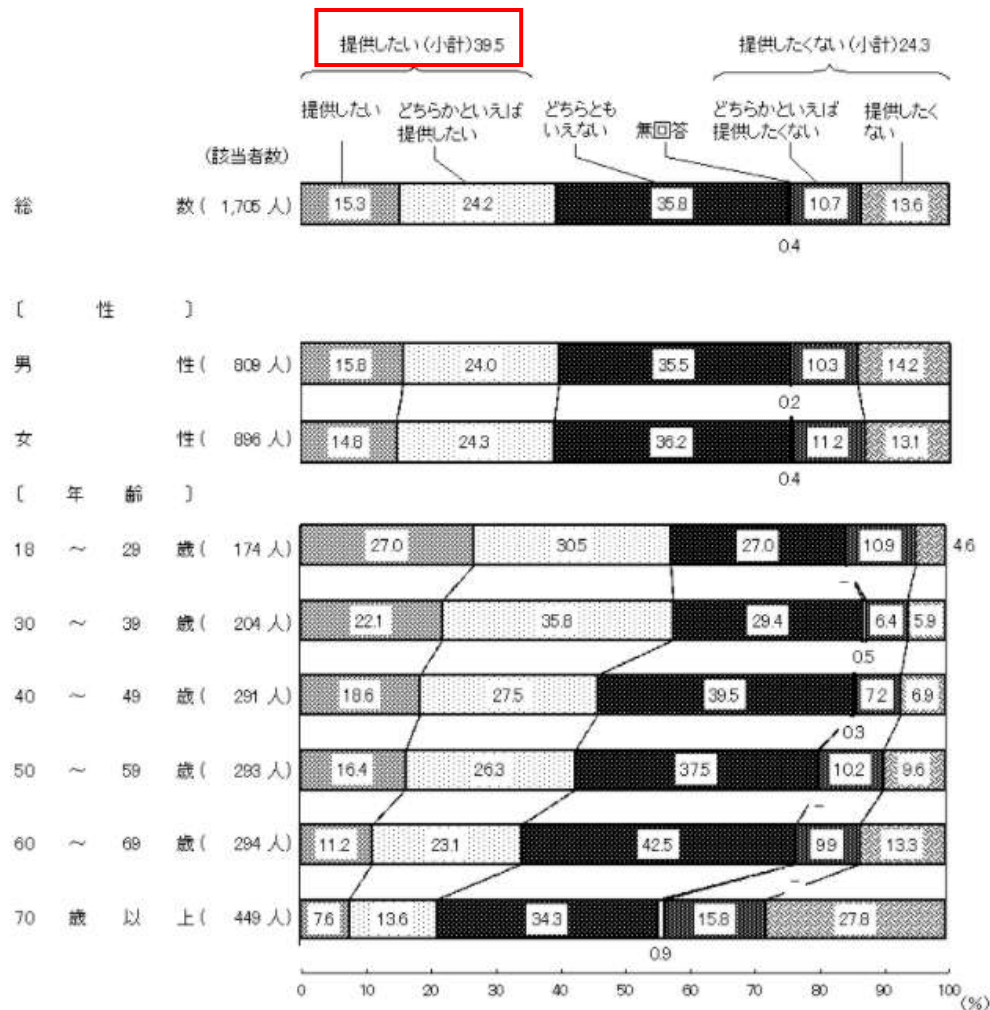
3. 臓器移植待機患者における抗HLA抗体検査について

4. 論点

国民の臓器提供の意思について

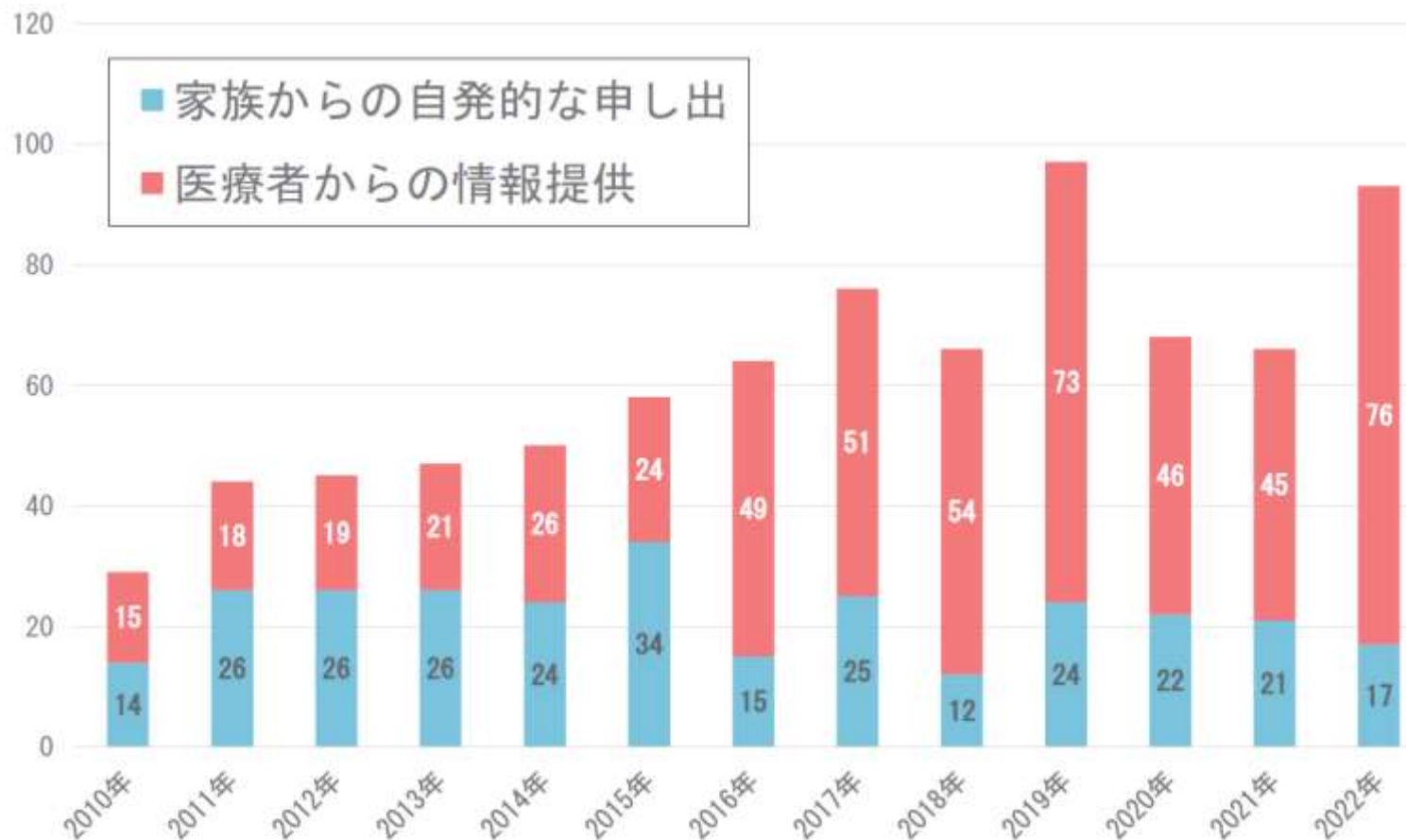
○ 臓器提供について、国民の39.5%が提供したいと回答している。若年であるほどその割合は高い。

図8 脳死下または心停止後における臓器提供の意思



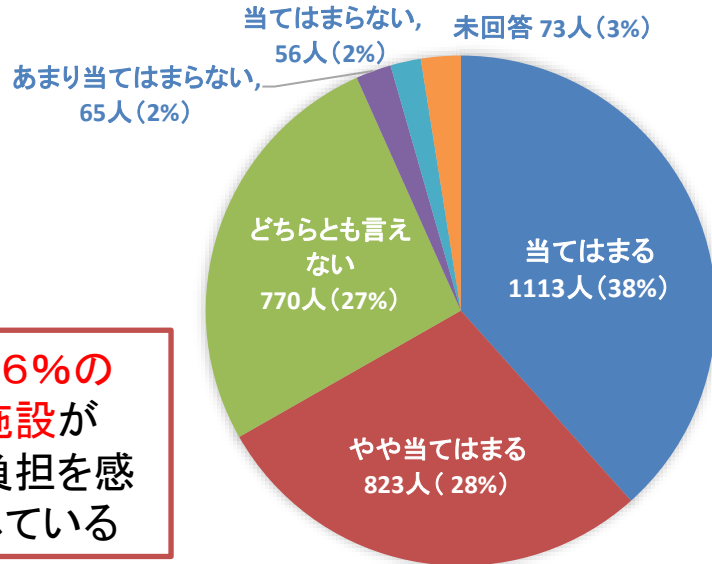
臓器提供事例の意思表示

近年、医療者からの情報提供による臓器提供は約8割を占めており、医療者からの選択肢提示の重要性が示されている。このことから、国民だけでなく医療者への移植医療の普及啓発を進める必要がある。



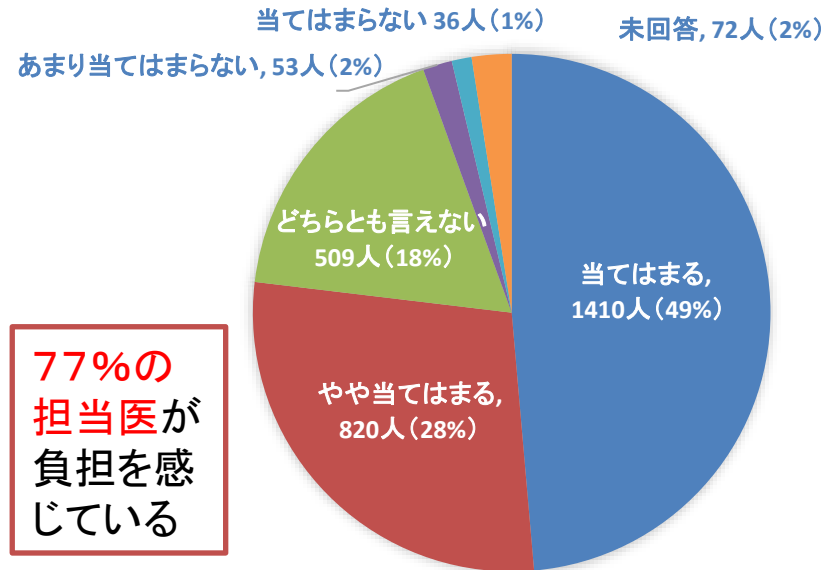
- 臓器提供施設における臓器提供時の負担は、大きいと感じられている。
- 特に、患者家族への説明、脳死判定、ドナーの全身管理、関係者との調整などにおける負担が大きい。

施設の負担が大きいか？



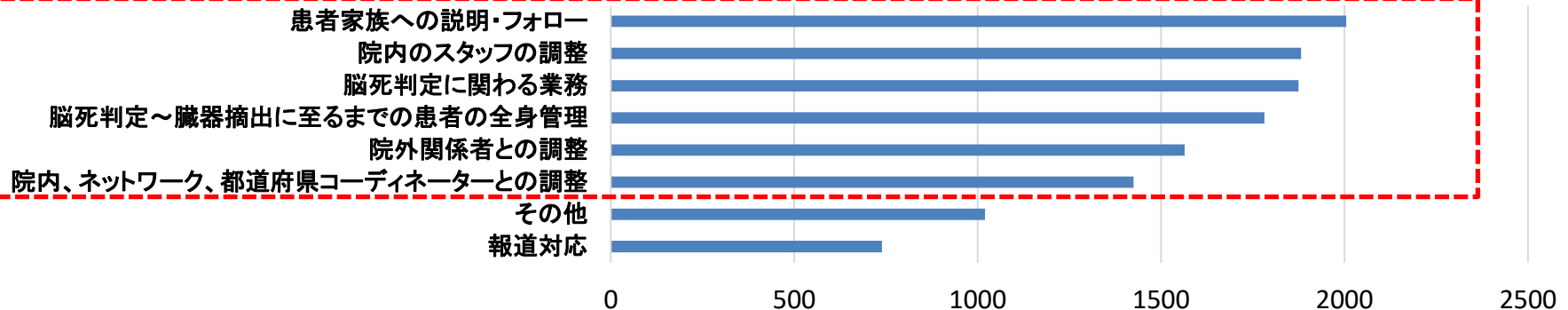
66%の施設が負担を感じている

担当医の負担が大きいか？



77%の担当医が負担を感じている

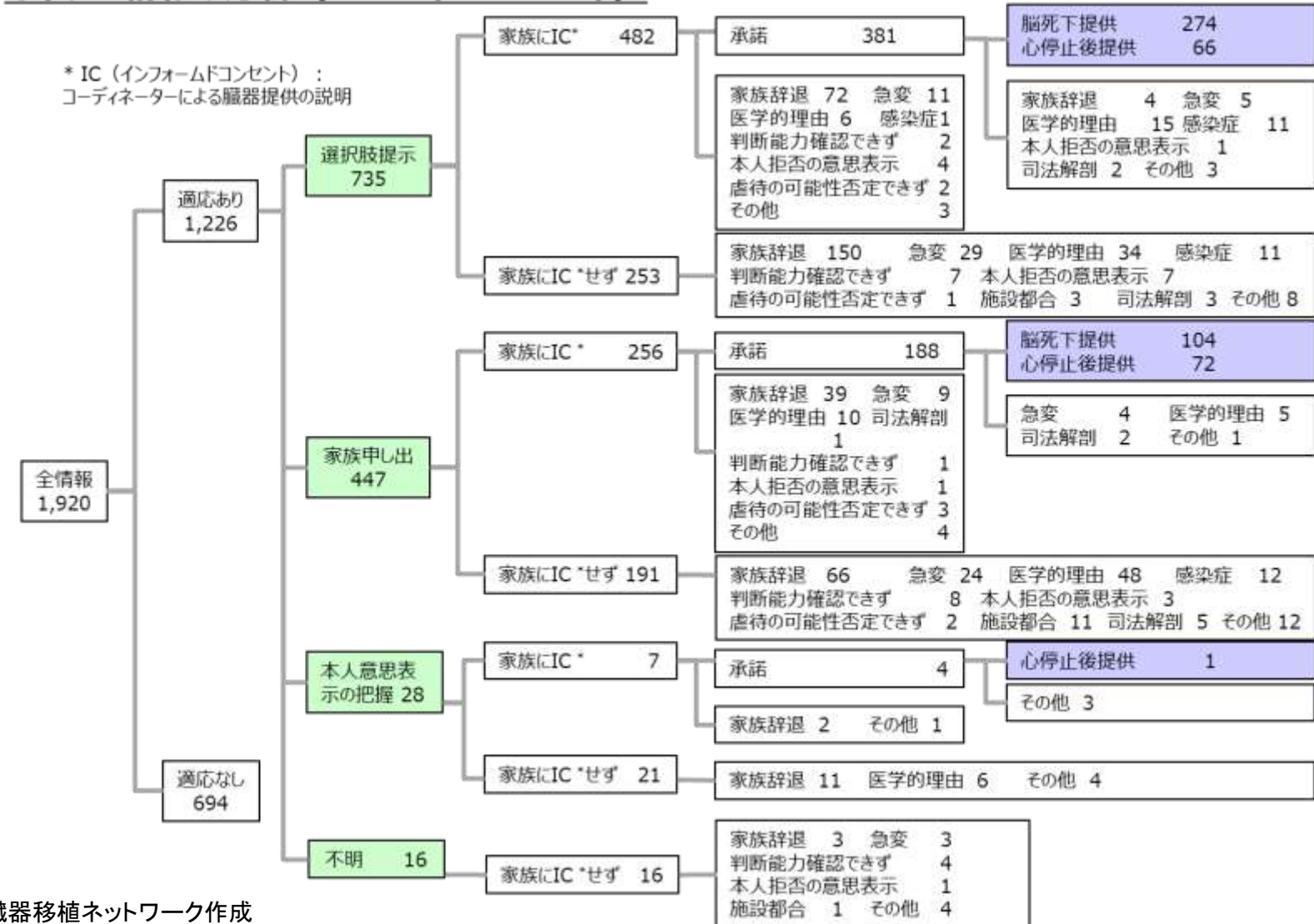
<臓器提供時の担当医への負担(複数回答可)>



脳死下臓器提供における選択肢提示と臓器提供実績について

- ドナーの適応がある患者について、脳死下臓器提供の選択肢提示がされた場合においても、家族辞退や医学的理由等によって、臓器提供に至らない例が多く存在する。
- 脳死下臓器提供が承諾された場合においても、心停止後臓器提供となっている例が一定程度存在する。

○ドナー情報の分析 (2016年～2020年)



脳死とされうる状態を経た患者数と臓器提供の実態について

- 5類型施設612施設において、令和4年度中に3017人が脳死とされうる状態を経て死亡したが、そのうち実際に家族に対し臓器提供に関する情報提供がされた割合は761例(25.2%)であったと報告されている。

5 類型施設 : 895施設

回答 : 647施設
(回答率 : 72.3%)

(令和5年11月22日集計)

総死亡者数 : 242,324名
(令和4年度)

うち不可逆的全脳機能不全(脳死とされうる状態)を経た死亡者数 : 3,017名

(647施設のうち35施設が未回答)

うち実際に「脳死とされうる状態」の診断が実施された患者数 : 932名

うち家族に臓器提供に関する情報が提供された症例数 : 761例

うち脳死下臓器提供が実施された症例数 : 105例

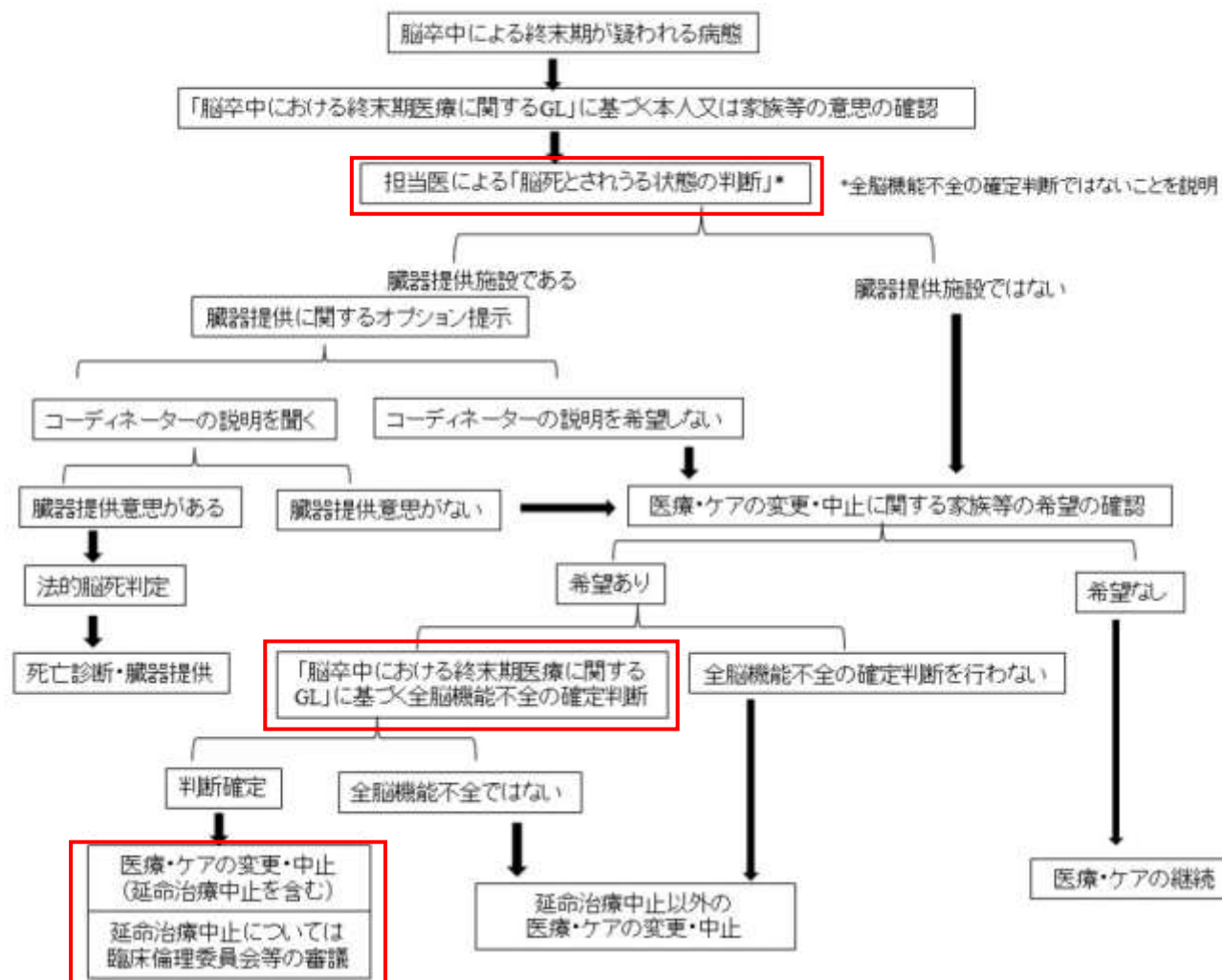
調査結果概要

- 令和4年度は5類型施設612施設で3,017名が「脳死とされうる状態」を経て死亡。
- 「不可逆的全脳機能不全」を経た症例のうち、実際に「不可逆的全脳機能不全(脳死とされうる状態)」と診断された症例は30.9%で、そのうち、家族に臓器提供に関する情報が提供されたのは81.7%(不可逆的全脳機能不全を経て死亡した症例の25.2%)。

脳卒中における終末期の医療及びケアの方針の決定

- 脳卒中の診療において、臓器提供施設であるかに関わらず、患者の終末期の医療及びケアの方針の決定のために、脳死とされうる状態の判断や全脳機能不全の確定診断が必要である。

Fig.1 脳卒中における終末期の医療及びケアの方針の決定手続



臓器提供施設や担当医の負担を踏まえた臓器提供に係る評価の見直し

心停止後臓器提供に係る評価の見直し

- 心停止後臓器提供では業務が多岐にわたることから、同種死体腎移植術について、移植臓器提供加算として、実態に見合った評価の見直しを行う。
- また、同種死体膵移植術及び同種死体膵腎移植術においても移植臓器提供加算を新設する。

現行	
【同種死体腎移植術】	
移植腎の提供のために要する費用としての加算	40,000点



改定後	
【同種死体腎移植術】	
移植臓器提供加算	55,000点

※【同種死体膵移植術】及び【同種死体膵腎移植術】についても同様。

脳死臓器提供管理料の見直し

- ドナーや家族の意向に沿った臓器提供を更に円滑に進めていくため、臓器提供時の臓器提供施設や担当医の負担を踏まえ、脳死臓器提供管理料について評価を見直す。また、当該管理料においてコーディネートの評価を明確化する。

現行	
【脳死臓器提供管理料】	20,000点



改定後	
【脳死臓器提供管理料】	40,000点

- [算定要件]
- ・脳死臓器提供管理料の所定点数には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死判定並びに判定後の脳死した者の身体への処置、検査、医学的管理、看護、**院内のコーディネート**、薬剤及び材料の使用、採取対象臓器の評価及び脳死した者の身体から臓器を採取する際の術中全身管理に係る費用等が含まれる。

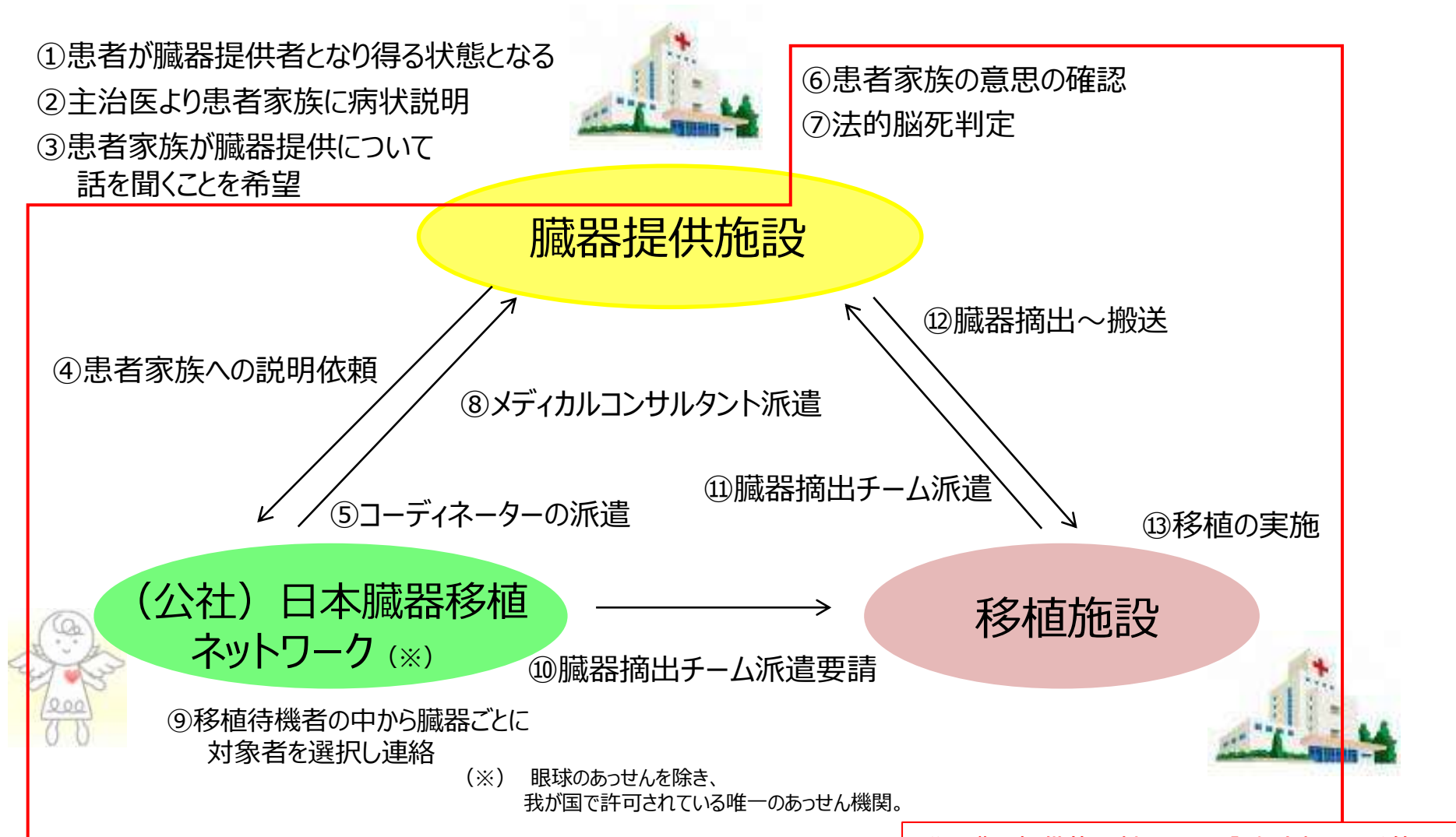
その他移植医療の充実に資する技術の保険適用※1

- **(新) 同種死体膵島移植術** **56,490点**
- **(新) 免疫抑制剤(ミコフェノール酸モフェチル及びエベロリム)の血中濃度測定に対する加算** **250点**
- **(新) 抗HLA抗体検査加算※2** **4,000点**

※1 医療技術評価分科会に対して関連学会等から提案のあった技術。

※2 同種死体肺移植術、生体部分肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、生体部分肝移植術、同種死体肝移植術、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、同種死体小腸移植術、同種死体腎移植術及び生体腎移植術における加算として新設。

臓器移植の実施体制について（再掲）



(資料) 「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針 (ガイドライン)
 (平成 9 年 10 月 8 日 健医発第 1329 号 厚生省 保健医療局長 通知別紙) 等を元に作成。

重症患者等に対する支援に係る評価の新設

- 集中治療領域において、特に重篤な状態の患者及びその家族等に対する支援を推進する観点から、患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応メディエーター」が、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価を新設する。

(新) 重症患者初期支援充実加算 300点 (1日につき)

[算定要件]

- ・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第3節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院した日から起算して3日を限度**として所定点数に加算する。
- ・ 入院時重症患者対応メディエーターは、以下の業務を行うものとする。
 - ア **当該患者及びその家族等の同意を得た上で、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明することを、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、支援を行う。**
 - イ 支援の必要性が生じてから**可能な限り早期に支援**するよう取り組む。
 - ウ 当該患者及びその家族等の**心理状態に配慮した環境で支援**を行う。
 - エ 当該患者及びその家族等に対して実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

[施設基準]

- (1) 患者サポート体制充実加算に係る届出を行っていること。
- (2) **特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。**
- (3) **当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者**（以下「**入院時重症患者対応メディエーター**」という。）を配置していること。なお、支援に当たっては、**当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援**を行うこと。
- (4) 入院時重症患者対応メディエーターは、**当該患者の治療に直接関わらない者**であって、以下のいずれかであること。
 - ア **医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者**（医療関係団体等が実施する研修を令和5年3月31日までに修了していることが望ましい）
 - イ **医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する研修を修了し、かつ、支援に係る経験を有する者**
- (5) **支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催**されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。
- (6) **支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備**し、職員に遵守させていること。
- (7) 支援の内容その他必要な実績を記録していること。
- (8) 定期的に支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

救急・集中治療領域の重症患者の家族に対する支援に係る取組

- 救急・集中治療領域の重症患者の診療において、治療に直接関与しない職員が、家族の意思決定を支援する役割を担うことは有効であるとの調査結果があり、一般社団法人日本臨床救急医学会では、当該役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」を認定するための講習会を開催している。

中医協 総-5

3. 11. 10改

(イメージ)

入院時重症患者対応メディエーター

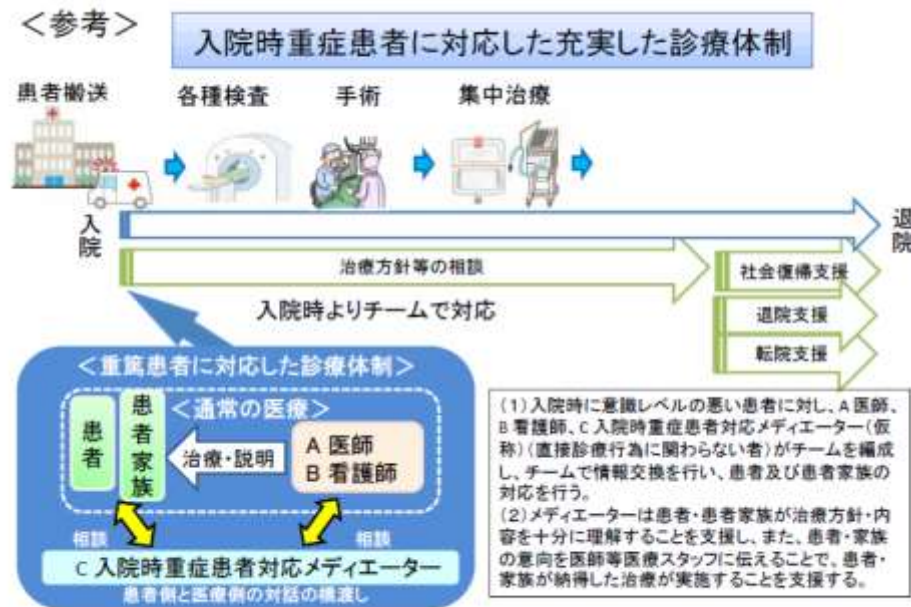
一般社団法人日本臨床救急医学会では、救急・集中治療領域において、重症患者の家族へのサポートを行う役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」に係る認定講習会を開催している。

「入院時重症患者対応メディエーター」の役割や特徴は以下のとおり。

- 医師、看護師に加えて、重症患者とその家族へのサポート体制を担うチームの構成メンバーとなる。
- 患者・家族が治療方針・内容を十分に理解することを支援する。
- 患者・家族の意向を医師等医療スタッフに伝え、患者・家族が納得した治療を選択する際の意思決定を支援する。
- **例えば、救命不能で看取りの医療が必要となった際などに、選択肢の一つとして生じうる臓器提供に関する意思決定過程にも、支援が可能となる。**

(出典：「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト)

入院時重症患者対応メディエーターの役割



※日本臨床救急医学会にて、今年度、認定講習会開催。

出典：第50回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会
(令和元年6月21日) 資料2

治療に直接関与しない職員の必要性

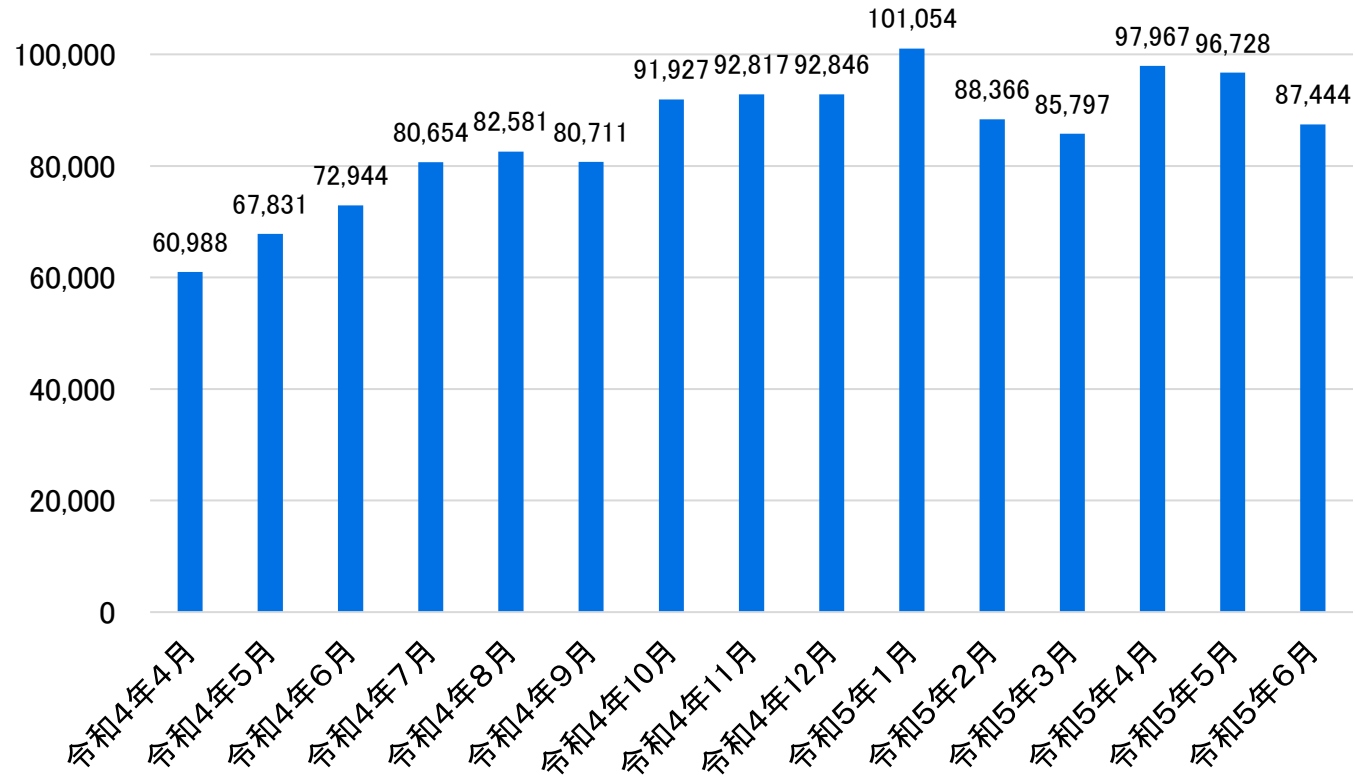
- 急性期疾患で死亡退院した患者家族22例において、担当医師・担当看護師以外の治療に直接関与しない社会福祉士などの“第3の職員”が患者家族の相談に介入したグループと介入していないグループで、医療の満足度に関するアンケートを行ったところ、介入したグループの方が有意に満足度が高かった。

(出典：名取良弘、「選択肢提示の一般市民への啓発活動に関する研究」. 厚生労働科学研究費補助金移植医療基盤整備研究事業. 令和2年度「脳死下、心停止後の臓器・組織提供における効率的な連携体制の構築に資する研究」. 横田裕行.)

重症患者初期支援充実加算の算定回数等

○ 重症患者初期支援充実加算の算定回数は、月90,000回ほど。

重症患者初期支援充実加算の算定回数



1. 臓器提供の現状等について

2. 臓器提供に係る評価について

2-1. ドナーや家族の意向に沿った臓器提供の工程に係る評価について

2-2. 臓器提供の体制や実績に係る評価について

3. 臓器移植待機患者における抗HLA抗体検査について

4. 論点

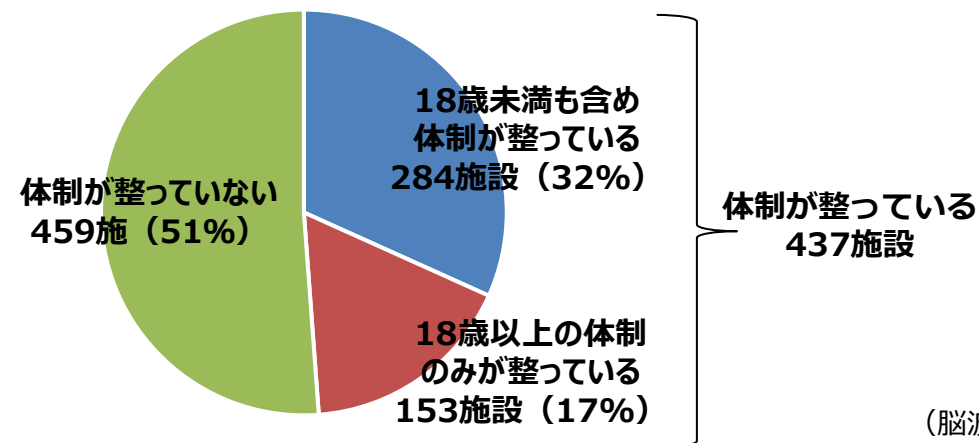
臓器提供施設の現状（再掲）

令和5年3月31日現在、5類型施設（895施設（令和4年3月31日：908施設））のうち臓器提供施設としての必要な体制を整えている施設は437施設（令和4年3月31日：449施設）、さらに18歳未満の者の身体からの臓器提供を行うために必要な体制を整えている施設は284施設（令和4年3月31日：294施設）となっている。

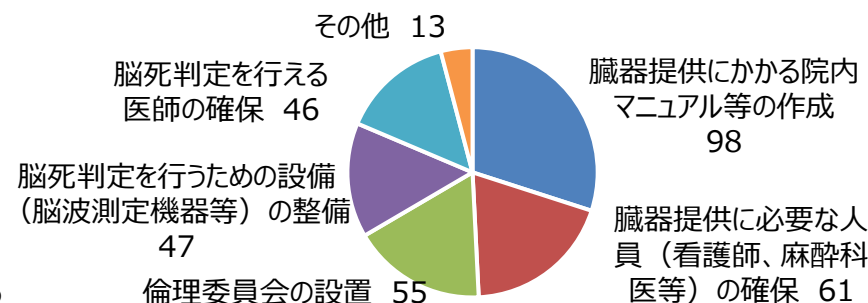
【5類型該当施設（令和5年3月31日）】

合計	大学附属病院	日本救急医学会 指導医指定施設	日本脳神経外科学会 基幹施設 又は連携施設	救命救急 センター	日本小児総合 医療施設協議会 の会員施設
895	151	143	534	284	38

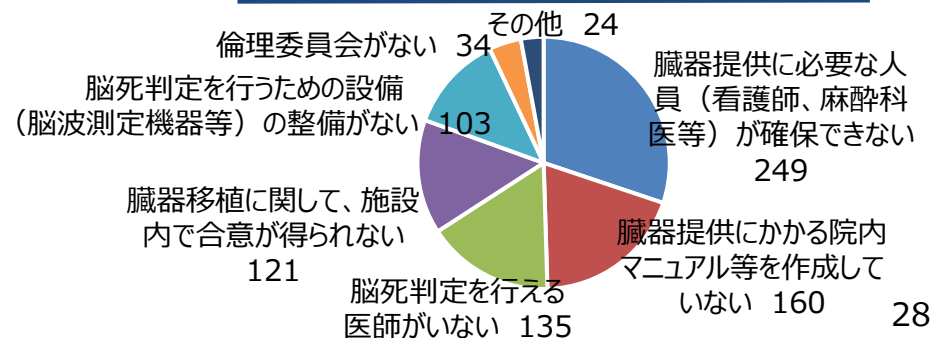
5類型施設のうち、脳死下での臓器提供体制を整えている施設数



これから体制を整える施設の取組



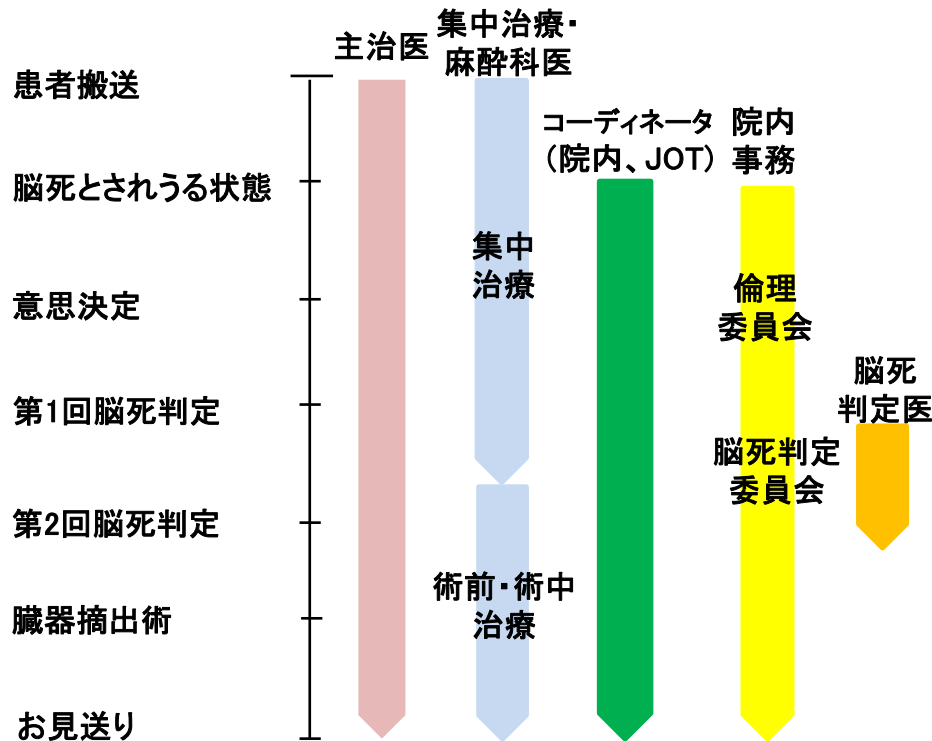
体制を整える予定のない施設のその理由



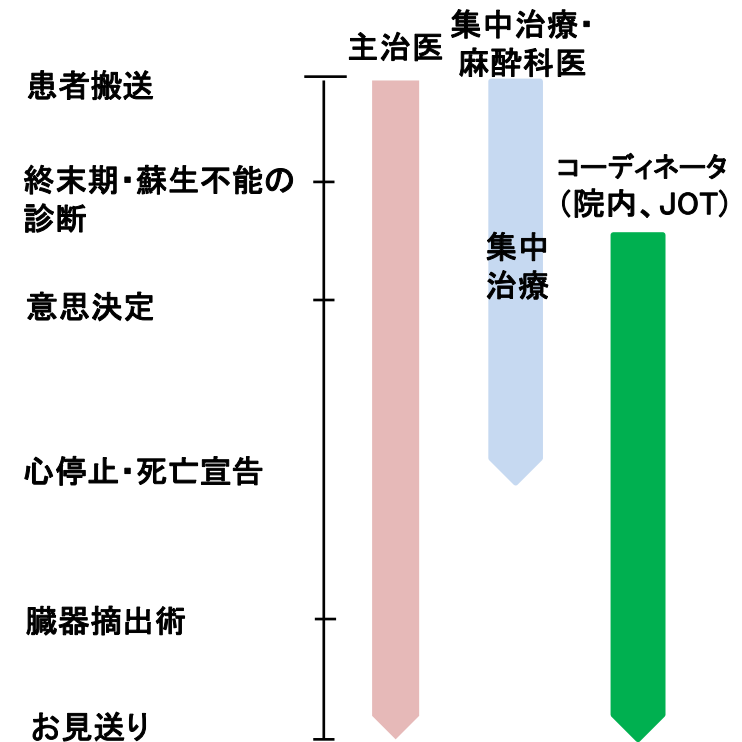
（資料）（公社）日本臓器移植ネットワークが提供した情報を元に厚生労働省健康局移植医療対策推進室で加工

- 脳死下臓器提供には、主治医による患者の診察・加療・意思決定(家族への説明)、集中治療、脳死判定、臓器摘出術、各施設との調整及び倫理委員会の開催など、提供施設内の業務は多岐にわたる。
- 心停止後臓器提供時には、脳死判定は行われませんが、治療方針は家族と担当医師の話し合いで決定され、方針の範囲内で可能な限り臓器機能を温存するように努める必要がある。特に循環動態が不安定であることから、意思決定後の集中治療管理は非常に高度な技術を要する。

<脳死下臓器提供時、提供施設内の業務>



<心停止後臓器提供時、提供施設内の業務>



脳死下臓器提供時の平均所要時間と関わる人員数

- 脳死下臓器提供では、脳死とされうる状態と判断されてから、臓器摘出手術終了までに平均63時間52分要する(平成23年度厚生労働科学研究)。
- また、脳死下臓器提供の標準的な1症例において、法的脳死判定～摘出手術の各プロセスにのべ約50名の医師や多くの看護師、検査技師、事務員等が関わっている(平成28年度厚生労働科学研究)。

<脳死下臓器提供時の各段階における平均所要時間>

		脳死とされうる状態の診断からの経過時間	法的脳死判定～摘出手術の各プロセス	実際に関わった関係者(例)
①	脳死とされうる状態にあると判断 (旧法下での臨床的脳死診断)	10時間52分	① 患者・家族・院内対応	主治医1名
②	ネットワークへの第一報		② 循環動態管理	医師3名(主治医、病棟医、集中治療医)
③	コーディネーターによる家族への説明	6時間27分	③ 画像検査	主治医1名、検査技師2名
④	家族の承諾(承諾書受領)	6時間53分	④ 脳死判定 (必要となる人員は1回目、2回目共通)	医師9名(主治医1名、脳死判定医3名、脳神経外科医1名、集中治療医2名、耳鼻咽喉科医2名)、検査技師3名、看護師2名
⑤	第一回法的脳死判定開始	5時間04分		⑤ メディカルコンサルタントとのドナー管理方針に関する検討
⑥	第一回法的脳死判定終了	2時間32分	⑥ 手術打ち合わせ	麻酔科医1名、看護師2名
⑦	第二回法的脳死判定開始*	7時間23分	⑦ 培養検査	主治医1名、集中治療医1名
⑧	第二回法的脳死判定終了	2時間06分	⑧ 摘出手術の準備 (手術、検査オーダー等)	主治医1名
⑨	意思確認開始(移植施設への連絡開始)	1時間32分		
⑩	摘出手術開始	16時間27分	⑨ 脳死判定委員会	医師13名(施設長、他医師12名)、看護部長、事務長、他事務6名
⑪	大動脈遮断	1時間07分	⑩ 手術室への搬送	主治医1名、集中治療医1名
⑫	摘出手術終了・退室	2時間29分	⑪ 摘出手術	医師6名(主治医1名、麻酔科医4名、病理医1名)、看護師4名、検査技師1名

計42時間49分

計60時間16分

計63時間52分

※第二回法的脳死判定は、第一回終了後、6時間以上経過の後、施行すること。
(6歳未満では、24時間以上経過の後、施行すること。)

【図8】平成24年改定における調整係数見直しに係る基本方針(抜粋)

平成23年9月7日
中医協総会 総-3-1

(3) 機能評価係数Ⅱ

① 基本的考え方

- DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブを評価
- 具体的には、機能評価係数Ⅱが評価する医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブとして次のような項目を考慮する。なお、係数は当該医療機関に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なものとする。

1) 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

<主な視点>

- 医療の透明化(透明化)
- 医療の質的向上(質的向上)
- 医療の効率化(効率化)
- 医療の標準化(標準化)

2) 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現 (地域における医療資源配分の最適化)

<主な視点>

- 高度・先進的な医療の提供機能(高度・先進性)
- 総合的な医療の提供機能(総合性)
- 重症者への対応機能(重症者対応)
- 地域で広範・継続的に求められている機能(4疾病等)
- 地域の医療確保に必要な機能(5事業等)

② 具体的方法

- 中医協の決定に基づき一定の財源を各係数毎に按分し、各医療機関の診療実績等に応じた各医療機関へ配分額を算出する。最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算する。
- 原則としてプラスの係数とする。
- DPCデータを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かして、段階的な評価のみではなく、連続的な評価も考慮する。
- 評価に当たっては、診療内容への影響を考慮しつつ、必要に応じて係数には上限値・下限値を設ける。

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の評価項目ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組みを評価
効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
救急医療係数	救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
地域医療係数	地域医療への貢献を評価

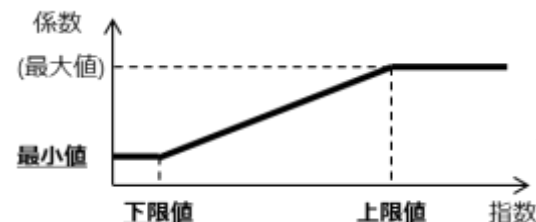
係数の設定手法

- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの（保険診療、複雑性、カバー率、地域医療）と、全医療機関において係数設定するもの（効率性、救急医療）がある。

上限値下限値の設定

具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方
	上限値	下限値		
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile値	0	0	全群共通で評価
地域医療 (定量)	1.0	0	0	群ごとに評価
(体制)	1.0	0	0	

指数と係数の関係



上限値以上の全ての医療機関が係数は最大値となる。

機能評価係数Ⅱの評価内容③（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕 (0.5P)		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」(いずれかで0.5P)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定 (0.5P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.25P)	
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> ・ t-PA療法の実施(0.25P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価 (1P) (血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績) ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術（K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612イのいずれかが算定されている症例）の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P） ・ 「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P） 		

機能評価係数Ⅱの評価内容④（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	<ul style="list-style-type: none"> ・災害拠点病院の指定（0.5P）、DMATの指定（0.25P）、EMISへの参加（0.25P）、<u>BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）</u> 		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	<ul style="list-style-type: none"> ・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P 	
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
<u>感染症</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P） ・<u>新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P）</u> ※ <u>上記のいずれも満たした場合（0.75P）</u> ・<u>GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P）</u> 		
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合（0.1P）	治験等の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。 	

- ・ また、急性期医療を取り巻く環境の変化も踏まえ、社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、新たに評価を行うことについて検討を行った。

ア) 脳死下臓器提供の実施

- 脳死下臓器提供の実施数は近年停滞しており、国内での十分な臓器提供体制の構築という社会的要請に応えるため、急性期医療機関にはより積極的なコーディネートが求められている。
- 脳死下臓器提供の実施機能や実績を評価することについては、社会的に重要な論点であるという指摘があった一方で、入院患者全体や地域医療に対してどのようなメリットがあるのか明らかでないのではないか、との指摘があった。

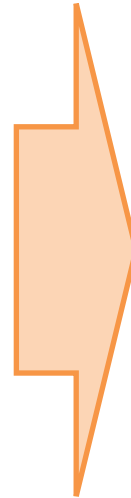
機能評価係数Ⅱの見直しについて

中医協 総 - 2
5 . 1 1 . 2 4

- 各係数の評価の主旨や現状の実績分布等を踏まえ、医療機関ごとの適切な評価を行う観点から、機能評価係数Ⅱについて、以下のように再整理することが考えられるのではないか。

【見直しのイメージ】

現行	
保険診療係数	
効率性係数	
複雑性係数	
カバー率係数	
救急医療係数	
地域医療係数	体制評価指数
	定量評価指数

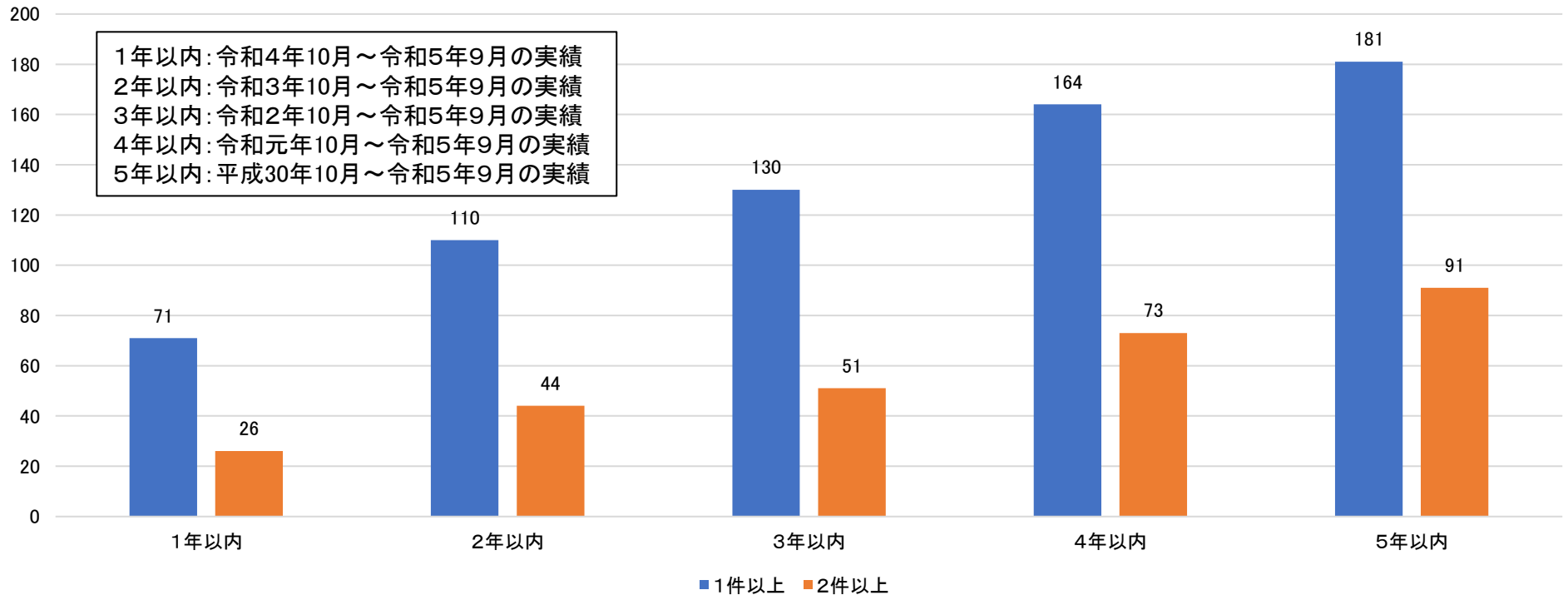


見直し後
<u>評価を廃止、一部を体制評価指数において評価</u>
<u>評価手法の見直し、医療機関群別の評価を導入</u>
現行の評価の継続
現行の評価の継続
<u>名称・係数の位置付けの変更</u>
<u>医療計画の見直しや実績分布等を踏まえた見直し</u> <u>新たな評価項目の追加</u>
現行の評価の継続

脳死下臓器提供の経験がある施設数の推移

- 令和5年9月から遡って過去3年以内に脳死下臓器提供の経験がある施設数は130施設であり、うち2件以上経験のある施設は51施設である。

脳死下臓器提供の経験がある施設数の推移

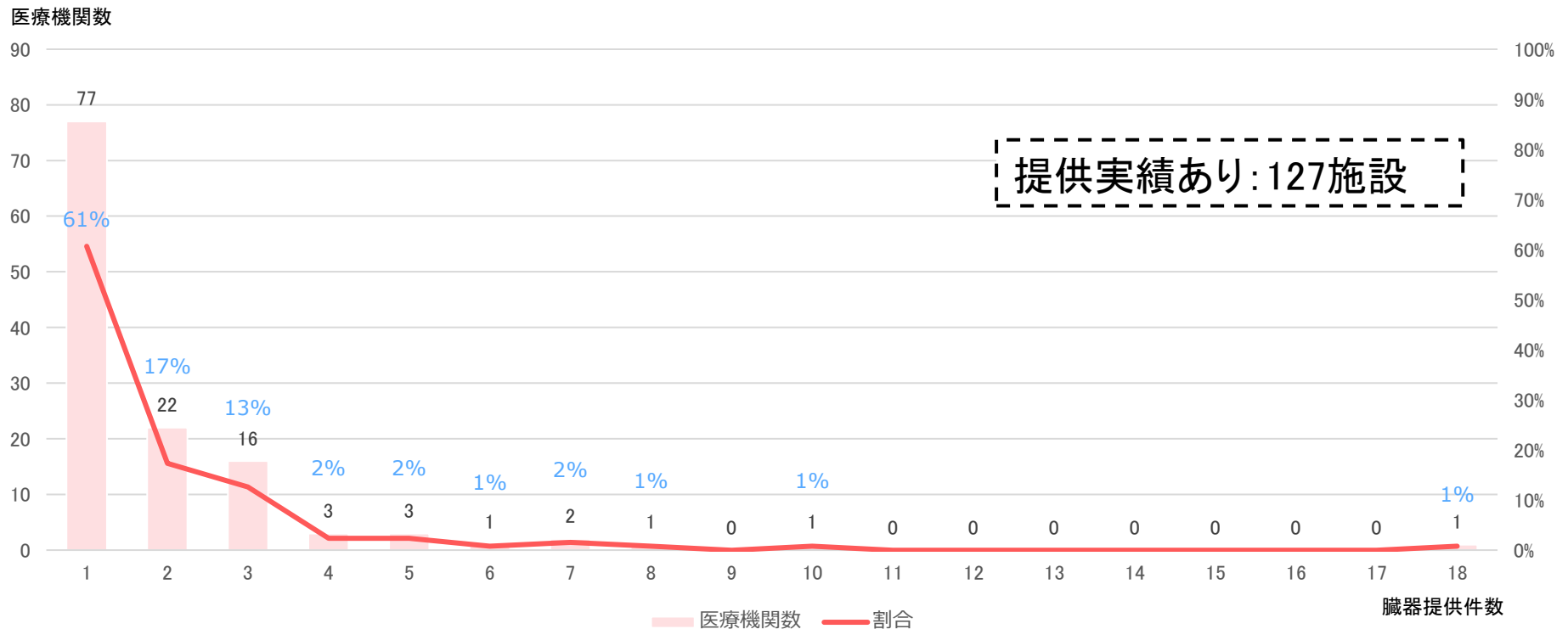


(脳死下臓器提供数および脳死下臓器提供経験施設数は、法的脳死判定が実施されたが臓器の摘出に至らなかった事例も含む)

DPC対象病院における臓器提供の実績①

○ 令和5年4月1日時点のDPC対象病院のうち、令和2年10月から令和5年9月までの3カ年において法的脳死判定を経た臓器提供実績のある施設は127施設(7.2%)であり、実績件数の分布は以下のとおりであった。

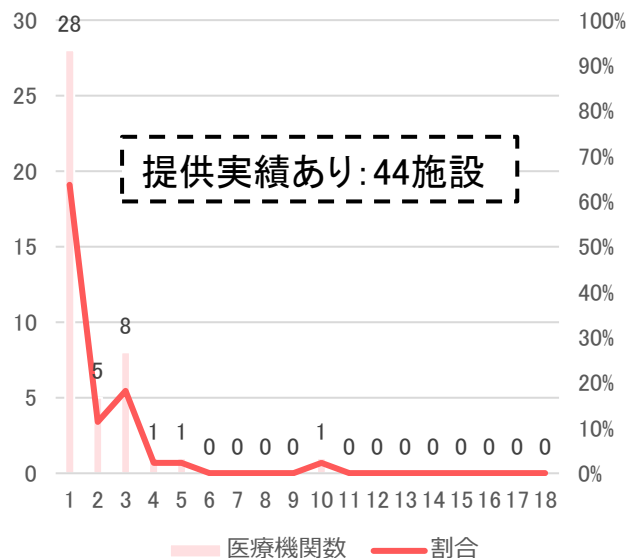
【DPC対象病院 N=1761】



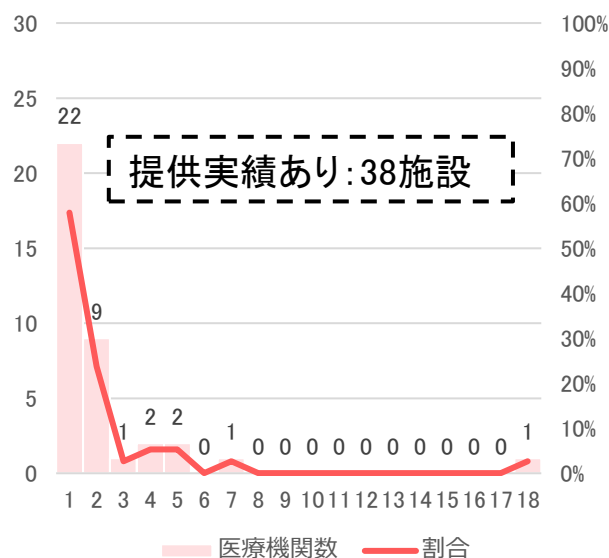
DPC対象病院における臓器提供の実績②

○ 令和5年4月1日時点のDPC対象病院のうち、令和2年10月から令和5年9月までの3カ年において法的脳死判定を経た臓器提供実績のある施設は、DPC標準病院群で44施設(2.9%)、大学病院本院群で38施設(46.3%)、DPC特定病院群で45施設(24.9%)であり、実績件数の分布はそれぞれ以下のとおりであった。

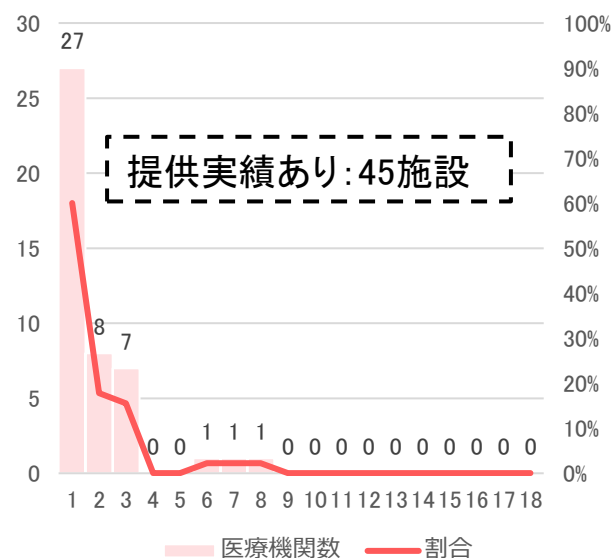
【DPC標準病院群 N=1498】



【大学病院本院群 N=82】



【DPC特定病院群 N=181】



1. 臓器提供の現状等について

2. 臓器提供に係る評価について

2-1. ドナーや家族の意向に沿った臓器提供の工程に係る評価について

2-2. 臓器提供の体制や実績に係る評価について

3. 臓器移植待機患者における抗HLA抗体検査について

4. 論点

抗HLA抗体検査について①

○ 平成30年度診療報酬改定において、移植後の抗HLA抗体検査が保険適用となったところ。

平成30年度診療報酬改定 II-2-6)移植医療の評価の充実①

移植医療の評価の充実①

【課題】

- 臓器移植後に抗HLA抗体が出現した症例に対して治療を行うことにより、予後が改善するとの報告があるが、移植術後の経過中における抗HLA抗体検査の費用については、算定対象としていない。
- 造血幹細胞移植について、移植登録をした患者の約30%の患者が待機中に移植中止となっており、コーディネート体制の充実を含めた、実施体制の整備が必要である。

➤ 臓器移植患者の予後改善のため、移植後の経過中に実施される抗HLA抗体検査の評価を行う。

(新) 抗HLA抗体(スクリーニング検査)

1,000点(1月につき)

【算定要件】

- 肺移植、心移植、肝移植、脾移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。
- ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り別に算定できる。

(新) 抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)

5,000点(1月につき)

【算定要件】

- 抗HLA抗体(スクリーニング検査)によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断目的に行われた場合に算定する。
- ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、1年に2回に限り別に算定できる。

➤ 造血幹細胞移植の成績向上の観点から、移植のコーディネート期間の短縮に資するような体制や、専門的な医師・看護師の配置がある場合の造血幹細胞移植の評価を見直す。

造血幹細胞移植

(新) 非血縁者間移植加算

10,000点

【算定要件】 骨髄移植又は末梢血幹細胞移植の同種移植において、非血縁者間移植を実施した場合に、所定点数に加算する。

(新) コーディネート体制充実加算

1,500点

【算定要件】 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、骨髄移植又は末梢血幹細胞移植を実施した場合に、所定点数に加算する。

【施設基準】

- 当該手術に係る10年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- 同種移植のコーディネートの十分な体制が整備されていること。
- 当該療養を担当する診療科が、関係学会による認定を受けていること。

抗HLA抗体検査について②

- 令和2年度診療報酬改定においては、移植実施前の抗HLA抗体検査について、保険適用の拡大がなされたところ。

令和2年度診療報酬改定 I-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 -⑦、⑧

臓器提供施設や担当医の負担を踏まえた臓器提供に係る評価の見直し

心停止後臓器提供に係る評価の見直し

- 心停止後臓器提供では業務が多岐にわたることから、同種死体腎移植術について、移植臓器提供加算として、実態に見合った評価の見直しを行う。
- また、同種死体膵移植術及び同種死体膵腎移植術においても移植臓器提供加算を新設する。

現行	
【同種死体腎移植術】	
移植腎の提供のために要する費用としての加算	40,000点



改定後	
【同種死体腎移植術】	
移植臓器提供加算	55,000点

※【同種死体膵移植術】及び【同種死体膵腎移植術】についても同様。

脳死臓器提供管理料の見直し

- ドナーや家族の意向に沿った臓器提供を更に円滑に進めていくため、臓器提供時の臓器提供施設や担当医の負担を踏まえ、脳死臓器提供管理料について評価を見直す。また、当該管理料においてコーディネートの評価を明確化する。

現行	
【脳死臓器提供管理料】	20,000点



改定後	
【脳死臓器提供管理料】	40,000点

[算定要件]

・脳死臓器提供管理料の所定点数には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死判定並びに判定後の脳死した者の身体への処置、検査、医学的管理、看護、院内のコーディネート、薬剤及び材料の使用、採取対象臓器の評価及び脳死した者の身体から臓器を採取する際の術中全身管理に係る費用等が含まれる。

その他移植医療の充実に資する技術の保険適用※1

- (新) 同種死体膵島移植術 56,490点
- (新) 免疫抑制剤(ミコフェノール酸モフェチル及びエベロリム)の血中濃度測定に対する加算 250点
- (新) 抗HLA抗体検査加算※2 4,000点

※1 医療技術評価分科会に対して関連学会等から提案のあった技術。

※2 同種死体肺移植術、生体部分肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、生体部分肝移植術、同種死体肝移植術、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、同種死体小腸移植術、同種死体腎移植術及び生体腎移植術における加算として新設。

抗HLA抗体検査について③

- 抗HLA抗体が陽性の症例は、拒絶反応発症リスクが高い。
- 臓器移植待機期間が長期化すると抗HLA抗体を獲得するリスクが上がる。
- 移植待機中の抗HLA抗体高値例等に対して、脱感作療法を行うことで、臓器移植を行うことができ、生着率の向上につながるかとされている。

【現行検査との比較・現行検査における問題点】

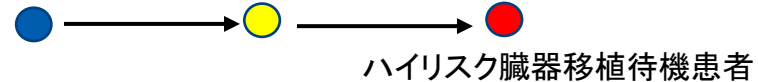
臓器移植レシピエントの拒絶反応リスク分類



- 拒絶反応リスク低い、安全
- 拒絶反応発症リスク高いが、術前強化免疫抑制療法で移植可能(全体の約10%)
- 早期に移植臓器機能喪失のリスクが高い
術前脱感作療法により一部は移植可能(約5%)

臓器移植待機期間が長期化するとHLA抗体を獲得するリスクが上がる

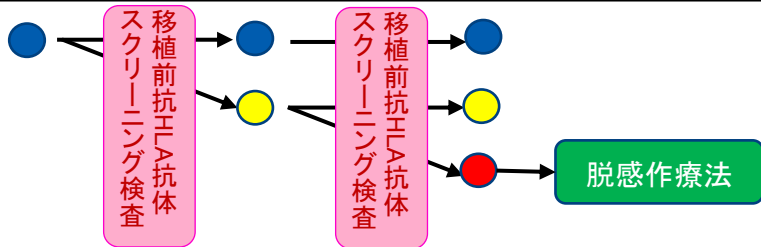
臓器移植待機中に輸血などを受けると複数のHLA抗原に感作されHLA抗体を獲得していくとハイリスク患者になる可能性がある。また2回目以降の臓器移植や妊娠なども感作の原因となる。待機期間が長期になったり、待機中の状態が悪いとリスクが高くなる。



現在の問題点について

★ ● ● ● 現行の運用ではHLA抗体スクリーニング検査は移植が成立すればという条件つきのため、待機期間中のHLA抗体獲得のリスク判定ができない。

臓器移植長期待機患者には年1度程度抗HLA抗体スクリーニング検査によるモニタリングが必要である

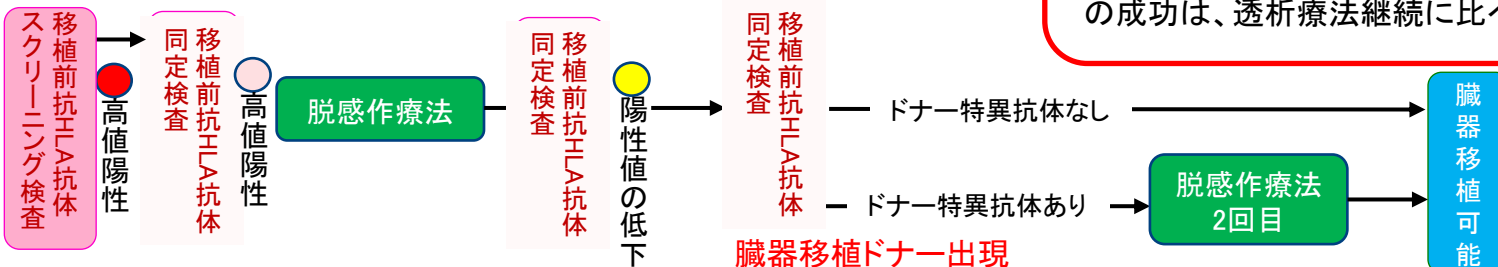


脱感作療法

- ① 高用量ガンマグロブリン療法 (IVIg): ② リツキシマブ: 抗ドナー抗体陽性腎移植 2019年12月より使用可能。 における治験が終了
- ③ 血漿交換: リツキシマブ治験で同時に評価

臓器移植ハイリスクとなった患者には脱感作療法を行って移植を行う

待機期間中にHLA抗体スクリーニングを行うと適切なリスク分類ができるようになり、ハイリスクの患者には脱感作療法を行いよりリスクを下げて臓器移植を行うことができ、臓器生着率の向上につながる。臓器不全患者の生命予後の改善や特に腎不全に対しては移植の成功は、透析療法継続に比べて医療経済的にもメリットがある。



【診療報酬上の取り扱い】

- スクリーニング検査 (1,000点)
- 同定検査 (5,000点)

※日本移植学会作成資料 (一部改変)

臓器移植前抗体陽性症例における脱感作療法について

- 日本移植学会による「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」(2023年版)においては、移植前抗体陽性は移植成績に影響するとされている。また、移植前の脱感作療法は有効性が示唆されている。

第3章 移植前抗体陽性

A. 既存抗体陽性の臨床的意義

CQ 3-1: 既存抗体陽性は移植成績に影響するか

■ ステートメント

[臓器共通]

既存抗体、特に DSA 陽性は移植成績に影響する。

推奨グレード 強 エビデンスレベル A

ただし、臓器によっては十分なエビデンスがまだ蓄積されていないか、見解が異なることがある。

[腎]

Preformed DSA 陽性の腎移植は AMR 発症のリスクとなり、移植成績に影響する。

推奨グレード 強 エビデンスレベル A

[肝]

既存抗体陽性は一般的に移植成績に影響するといわれている。

推奨グレード 強 エビデンスレベル B

既存抗体陽性症例において拒絶反応、およびグラフトロスのリスクを増加させ、移植成績に影響を与えるという報告が主流になっている。

推奨グレード 弱 エビデンスレベル B

[脾]

既存抗体陽性が移植成績に明らかに影響するというエビデンスはない。しかし、脾移植の約 80%は脾腎同時移植であり、腎移植に準じ考えるべきである。

推奨グレード 弱 エビデンスレベル C

[心]

既存抗体陽性は心臓移植後の成績を悪化させる。

推奨グレード 強 エビデンスレベル A

B. 既存抗体陽性への対応

CQ-3-3: 脱感作療法は有効か

■ ステートメント

[臓器共通]

脱感作療法は有効性が示唆されている。

推奨グレード 強 エビデンスレベル B

ただし、必要性は示唆されているが有効性が確認されていない臓器もある。

[腎]

既存抗体陽性腎移植は脱感作療法を行って腎移植を施行することで、移植待機患者と比較し患者生存率について改善させる可能性が考えられるため、脱感作療法は有効である。

推奨グレード 強 エビデンスレベル B

[肝]

脱感作療法の必要性が示唆されているが、その有効性は確認されていない。

推奨グレード 弱 エビデンスレベル C

[脾]

脱感作療法は有効である可能性がある。 推奨グレード 弱 エビデンスレベル C

[心]

脱感作療法で待機期間を短縮し移植心の受容が改善する。輸血による HLA 暴露を減少することも重要である。 推奨グレード 強 エビデンスレベル B

[肺]

DSA 陽性症例には脱感作療法の有効性を示す報告があるため行っても良い。

推奨グレード 強 エビデンスレベル C

[小腸]

小腸移植候補者における既存抗体に対する脱感作療法は抗体の程度や脱感作の手法に依存するが、有効であることが報告されている。

推奨グレード 弱 エビデンスレベル D



腎移植前のリツキサンによる脱感作療法の有効性
Vo et al N Engl J Med 2008;359:242-51.

国際移植学会の腎移植ガイドライン
移植待機患者等に対する定期的なHLA抗体検査の実施を推奨

臓器移植についての課題と論点①

(臓器移植の現状等について)

- 臓器提供者数は近年増加傾向にあるが、年間100例程度であり、各国と比較して少ない。
- 脳死後の臓器提供においては、心停止後の臓器提供に比べてより多くの種類の臓器提供が可能である。また、心停止後臓器提供においては、摘出手術日程はドナー候補者の状態により、極めて迅速な対応が必要となることもあるため、提供側、移植側、臓器移植ネットワークへの業務負担が大きい。
- 5類型施設のうち、脳死下臓器提供体制を整えている施設は約半数に留まる。
- 心臓や肺、腎臓等の臓器について移植希望登録者数は増加傾向である。

(ドナーや家族の意向に沿った臓器提供の工程に係る評価について)

- 臓器提供について、国民の39.5%が提供したいと回答している。一方で、臓器提供施設における負担は大きく、特に患者家族への説明、脳死判定、ドナーの全身管理、関係者との調整などにおける負担が大きい。
- ドナーの適応がある患者について、脳死下臓器提供の選択肢提示がされた場合においても、家族辞退や医学的理由等によって、臓器提供に至らない例が多く存在する。また、脳死下臓器提供が承諾された場合においても、心停止後臓器提供となっている例が一定程度存在する。
- 令和4年度中に脳死とされうる状態を経て死亡した患者のうち、実際に家族に対し臓器提供に関する情報提供がされた割合は25.2%であったと報告されている。
- 脳卒中の診療において、臓器提供施設であるかに関わらず、患者の終末期の医療及びケアの方針の決定のために、脳死とされうる状態の判断や全脳機能不全の確定診断が必要である。
- 令和2年度診療報酬改定において、ドナーや家族の意向に沿った臓器提供を更に円滑に進めていく観点から、脳死臓器提供管理料について評価が見直された。
- 令和4年度診療報酬改定において、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価として、重症患者初期支援充実加算が新設されたところ。

臓器移植についての課題と論点②

(臓器提供の体制や実績に係る評価について)

- 臓器提供の多岐にわたる業務が実施される過程において、複数の診療科及び院外の医師、多くの看護師、検査技師、事務員等が関わっている。
- DPC/PDPSにおける地域医療指数(体制評価指数)においては、5疾病5事業等における役割のほか、治験等の実施が評価されており、社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、脳死下臓器提供の実施等について新たに評価を行うことが検討されている。
- 令和5年4月1日時点のDPC対象病院のうち、令和2年10月から令和5年9月までの3カ年において法的脳死判定を経た臓器提供実績のある施設は、DPC標準病院群で44施設(2.9%)、大学病院本院群で38施設(46.3%)、DPC特定病院群で45施設(24.9%)であった。

(抗HLA抗体検査について)

- 平成30年度診療報酬改定において、臓器移植後の抗HLA抗体検査が保険適用となった。
- 令和2年度診療報酬改定においては、臓器移植実施前の抗HLA抗体検査について保険適用の拡大がなされたところ。
- 臓器移植待機期間が長期化すると、抗HLA抗体を獲得するリスクが上がり、拒絶反応発症リスクが高くなる。
- 臓器移植待機中の抗HLA抗体高値症例等に対して、脱感作療法を行うことで、臓器移植を行うことができ、生着率の向上につながるとされている。
- 日本移植学会による「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」(2023年版)においては、移植前抗体陽性は移植成績に影響するとされている。また、脱感作療法は有効性が示唆されている。



【論点】

- 脳死下臓器提供件数が不足している現状を踏まえて、我が国における臓器提供を一層推進する観点から、脳死判定及び臓器提供を実施することについて評価することや、臓器提供の実績に対して評価することについて、どのように考えるか。
- 臓器移植に係る抗HLA抗体検査の対象者を、臓器移植待機患者のスクリーニングに広げることにについて、どのように考えるか。

個別事項(その22)

横断的事項等

1. 医療安全について

2. 訪問看護ステーションの管理者について

3. いわゆる敷地内薬局について

これまでの医療安全施策について

- 平成11年～平成12年、国内で医療上の重大事故が相次ぎ、医療安全の求めが高まった
- 平成13年4月、厚生労働省に医療安全推進室を設置
- 平成13年5月、医療安全対策検討会議を設置
- 平成14年4月、医療安全対策検討会議により医療安全推進総合対策を取りまとめ

<医療安全推進総合対策（抜粋）>

- 医療安全対策について、主として医療事故を未然に防止するためにはどのような対策を講じるべきかという観点から精力的に検討
- 医療機関は、直接医療を国民へ提供する機関であることから、医療機関における安全対策は最も重要であり、全ての医療機関において緊急に取り組みられるべき課題
- 国として当面取り組むべき課題：医療機関における安全管理体制の整備の徹底 など



<その後の主な医療安全施策>

1. 病院等の医療安全管理体制の整備（平成18年医療法改正→全ての医療機関管理者の義務）
2. 医療事故情報収集等事業（平成16年開始）
3. 医療事故調査制度（平成27年開始）
4. 医療安全関連の診療報酬（平成18年医療安全対策加算新設、平成22年・30年改定 など）
5. その他
 - ・医療計画「医療の安全の確保」（平成20年 第5次医療計画～）
 - ・医療安全支援センターと医療安全支援センター総合支援事業
 - ・産科医療補償制度
 - ・医療安全推進週間、世界患者安全の日、閣僚級世界患者安全サミット等

(参考) 医療法における医療安全管理体制確保について

- 医療法においては、医療の安全を確保するための指針の策定、研修の実施、医療安全管理委員会の設置等が義務づけられている。

医療法第6条の12(病院等の管理者の責務)

病院、診療所又は助産所の管理者は、(中略)、以下を講じなければならない。

- ① 医療の安全を確保するための指針の策定
- ② 従業者に対する研修の実施
- ③ その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置

医療法施行規則第1条の11(医療安全管理体制の確保)

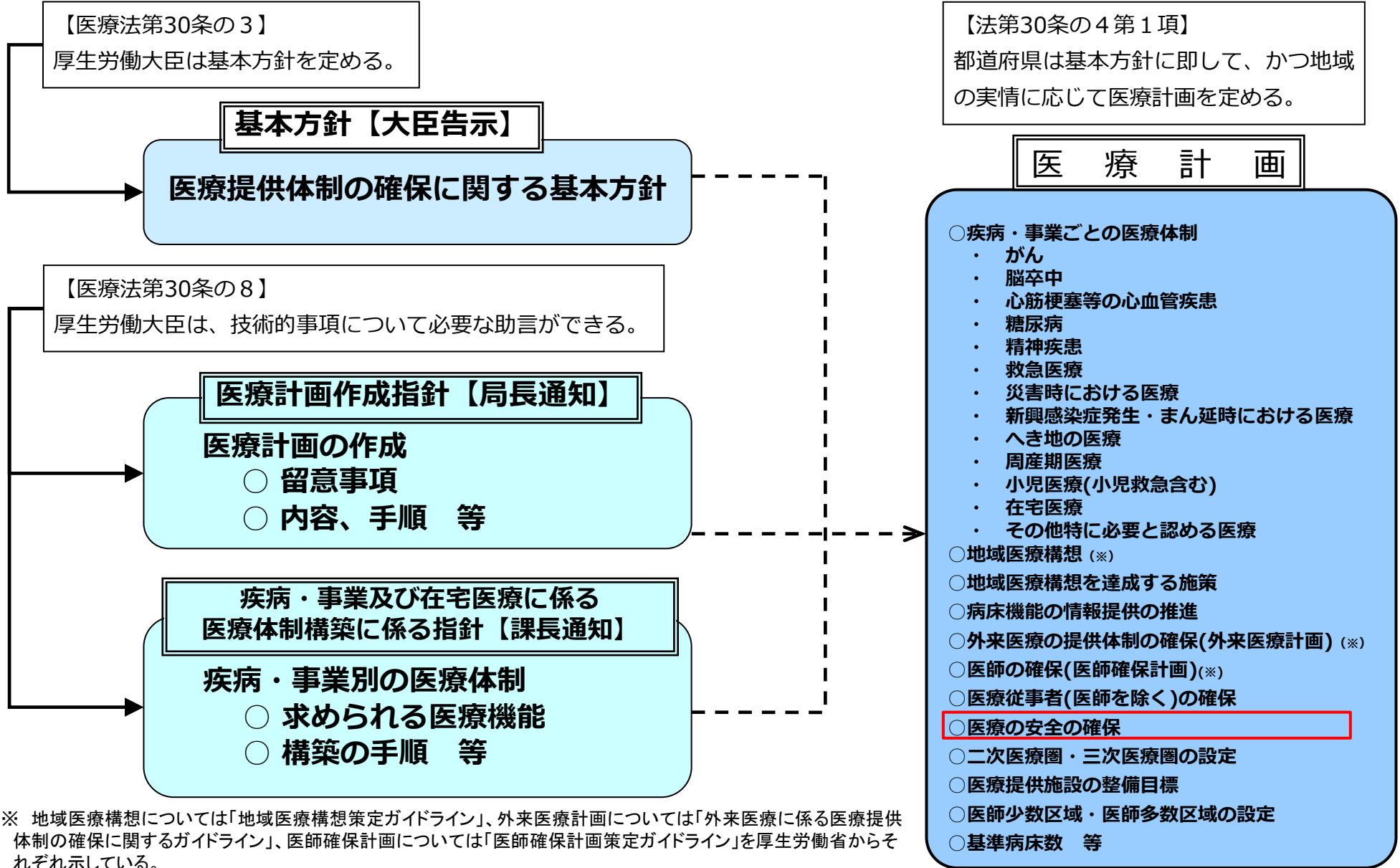
1 病院等の管理者は、次に掲げる安全管理のための体制を確保しなければならない。(ただし、第二号については、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入院施設を有する助産所に限る。)

- 一 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。
- 二 医療に係る安全管理のための委員会(以下「医療安全管理委員会」という。)を設置し、次に掲げる業務その他の医療に係る安全管理のための業務を行わせること。
 - イ 当該病院等において重大な問題その他医療安全管理委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における速やかな原因の究明のための調査及び分析
 - ロ イの分析の結果を活用した医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の立案及び実施並びに従業者への周知
 - ハ ロの改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直し
- 三 医療に係る安全管理のため、従業者の医療の安全に関する意識、他の従業者と相互に連携して業務を行うことについての認識、業務を安全に行うための技能の向上等を目的として、医療に係る安全管理のための基本的な事項及び具体的な方策についての職員研修を実施すること。
- 四 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。

2 病院等の管理者は、前項各号に掲げる体制の確保に当たっては、次に掲げる措置を講じなければならない。

- 一 院内感染対策の体制確保に係る措置
- 二 医薬品安全管理体制確保に係る措置
- 三 医療機器安全管理体制確保に係る措置
- 三の二 診療用放射線安全管理体制確保に係る措置
- 四 高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に当たっての必要な措置

医療計画の策定に係る指針等の全体像



医療計画における医療の安全の確保に関する事項について

平成14年4月
「医療安全推進総合対策」策定

平成18年4月
医療安全対策加算を新設

平成19年3月
「医療安全管理者の業務指針
および養成のためのプログラム作
成指針」を各自治体に通知

平成24年4月
患者サポート体制充実加算を新
設

平成25年1月
「医療対話推進者の業務指針」
を策定。医療機関に周知するよう
各自治体に依頼。

平成27年10月
医療事故調査制度開始

平成28年6月
支援団体等連絡協議会を制度的
に位置づけ

令和3年3月
病院等の管理者に対し医療事
故調査・支援センターや支援団
体が開催する研修の受講を推進
するよう、各自治体に依頼

平成28年6月
特定機能病院のピアレビュー開
始

平成30年4月
特定機能病院以外を対象に医
療安全対策地域連携加算を新
設

平成31年4月
医療安全地域連携シートが医
療機関で活用されるよう、各自
治体に通知

令和3年4月
特定機能病院の承認要件に第
三者評価の受審を追加

平成19年4月
都道府県等に医療安全支援セン
ター設置努力義務

令和4年3月
医療安全支援センター運営要領改
正

第8次医療計画に向けた課題

する医療提供施設における医療の安全を確保

医療事故調査制度についての理解を深める必要がある。

内部からの評価だけでは分からない安全管理上の問題点を明らかにすることにより、医療安全管理体制の質をより高める必要がある。

医療安全支援センター

- ・地域の医療機関における医療従事者の医療安全に関する知識の習得が必要である。
- ・患者・住民の医療への主体的な参加が必要である。
- ・地域の関係機関との連携強化が重要である。

医療の安全の確保に関する事項は第5次計画から盛り込まれた。

第6次、第7次計画においては、医療安全の確保に関する事項について記載ぶりの大きな変更は行わなかったが、各種制度変更等により医療安全の向上を図ってきた。

平成14～18年度
第4次医療計画

平成20～24年度
第5次医療計画

平成25～29年度
第6次医療計画

平成30～令和5年度
第7次医療計画

令和6～11年度
第8次医療計画

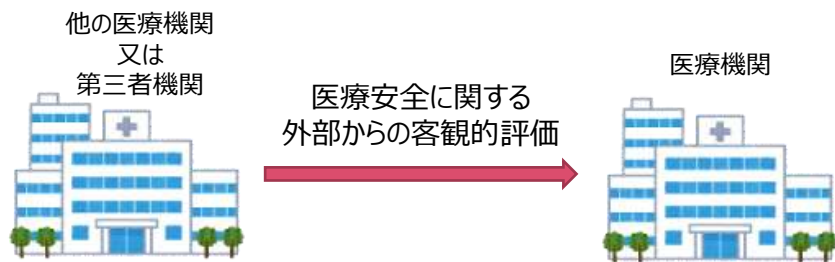
医療の安全の確保について（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 医療事故調査制度運用の要である病院等の管理者に制度についての理解をより深めていただくため、研修の受講を推進する。
- 医療機関における医療安全の取組への客観的な評価により、更なる医療安全の向上を図る。
- 医療安全支援センターについて、相談対応の質の向上を図る観点から、相談職員の研修の受講を推進する。また、医療安全推進協議会の開催等により、地域の医療提供施設や医療関係団体と連携、協力して運営する体制の構築を推進する。

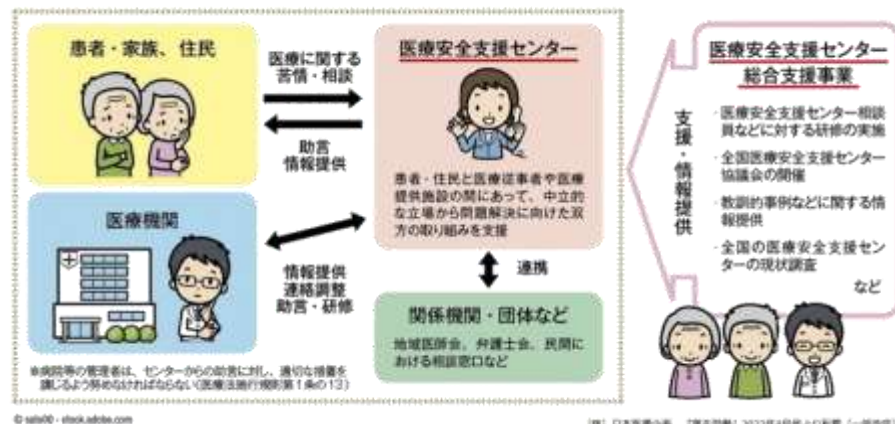
医療提供施設における医療の安全を確保するための措置

- 医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に係る現状及び目標として、病院等の管理者に医療事故調査制度についての理解を促す観点から研修の受講割合を盛り込むとともに、病院における医療安全の取組への客観的な評価により、当該取組を推進していくため、他の病院から医療安全対策に関して評価を受けている又は第三者評価を受審している病院数の割合を新たに項目へ盛り込む。



医療安全支援センター

- 医療安全に関する情報提供、研修等求められる業務に即した項目を盛り込むとともに、相談対応の質の向上を図る観点から、研修を受講した相談職員数の割合を追加する。また、医療安全推進協議会については、その開催状況についても把握する。



医療安全の確保に係る診療報酬上の評価について

A234 医療安全対策加算(入院初日)

- 1 医療安全対策加算1 85点
- 2 医療安全対策加算2 30点

● 算定要件(概要)

組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定。

● 施設基準(概要)

<医療安全対策加算1 >

イ 医療安全対策に係る研修*を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。

ハ 当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること

<医療安全対策加算2 >

イ 医療安全対策に係る研修*を受けた専任の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

ロ、ハ (医療安全対策加算1のロ及びハと同様)

※医療安全対策に係る研修

次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

(イ) 国及び医療関係団体等が主催するものであること。

(ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上又は5日程度のものであること。

(ハ) 講義及び具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算の新設

➤ 医療安全対策加算に医療安全対策地域連携加算を新設するとともに、既存の点数について見直す。

医療安全対策加算

(新) 医療安全対策地域連携加算

- イ 医療安全対策地域連携加算1 50点(入院初日)
- ロ 医療安全対策地域連携加算2 20点(入院初日)

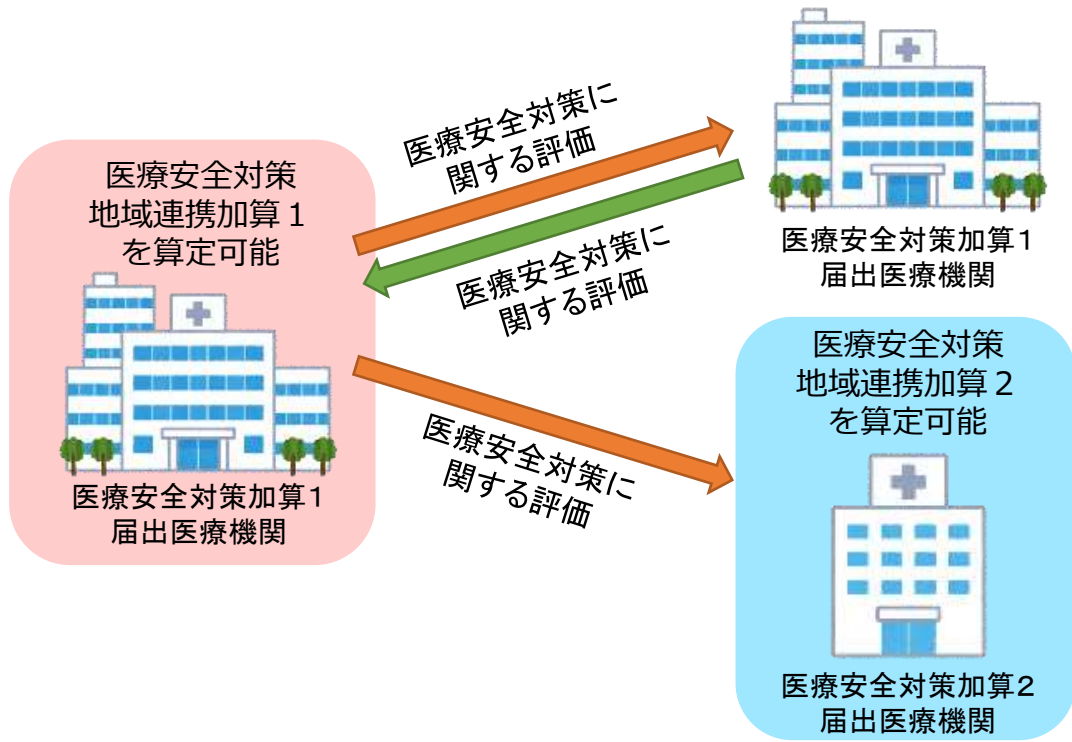
[施設基準]

医療安全対策地域連携加算1

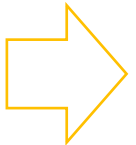
- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算1の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策に3年以上の経験を有する**専任の医師**又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した**専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。**
- (4) 医療安全対策加算1の届出医療機関及び医療安全対策加算2の届出医療機関それぞれについて医療安全対策に関して評価を実施。また、当該医療機関についても医療安全対策に関する評価を受けている。

医療安全対策地域連携加算2

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算2の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策加算1の届出医療機関から医療安全対策に関する評価を受けていること。



現行	
1	医療安全対策加算1 85点
2	医療安全対策加算2 35点



改定後	
1	医療安全対策加算1 85点
2	医療安全対策加算2 30点

画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設

- 安心・安全で質の高い医療の提供を推進する観点から、医療機関の画像診断部門や病理診断部門が医療安全管理部門と連携し、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れ等の対策を講じ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価を新設する。

(新) 報告書管理体制加算 (退院時 1 回) 7 点

[算定要件]

組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該入院中に第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**退院時 1 回に限り、所定点数に加算**する。

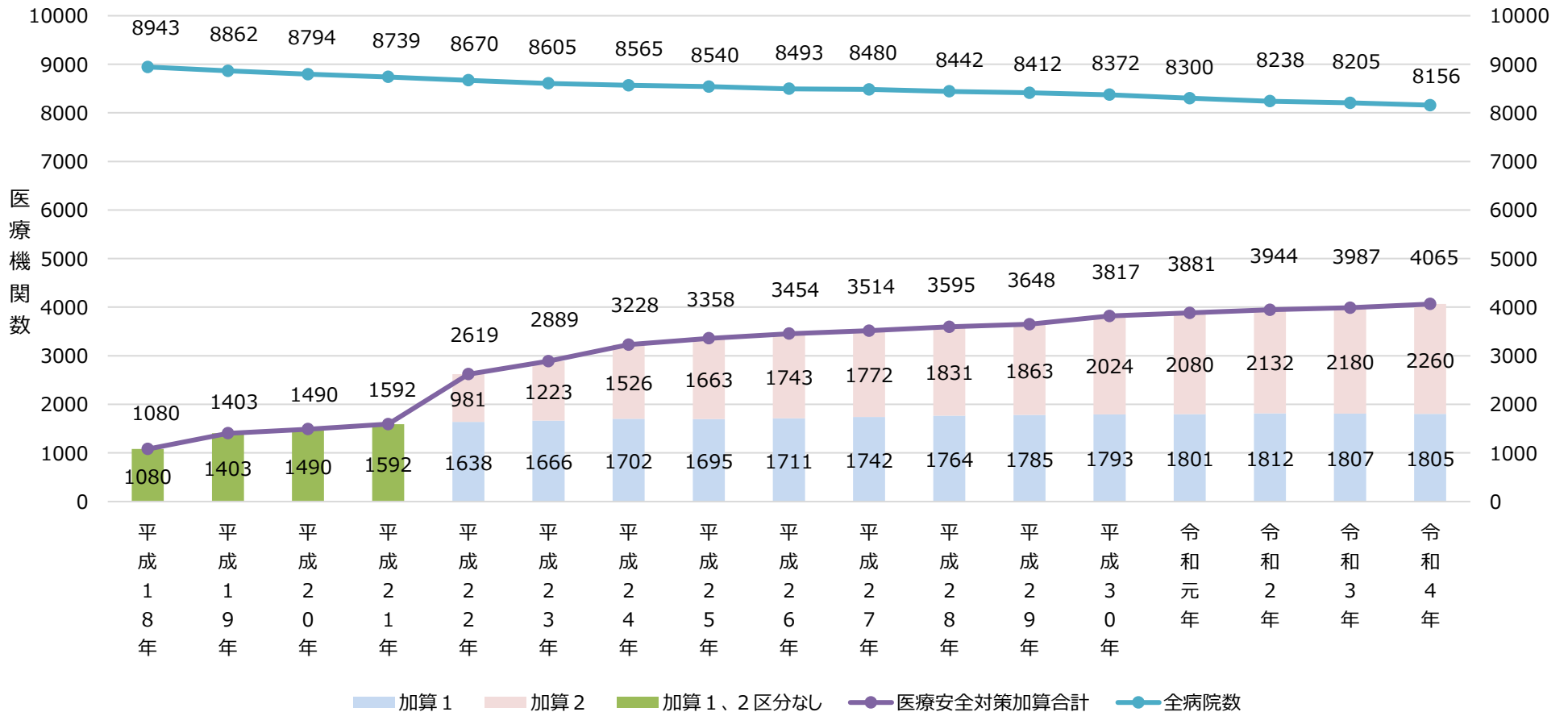
[施設基準の概要]

- (1) 放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) **医療安全対策加算 1 又は 2 の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- (3) **画像診断管理加算 2 若しくは 3 又は病理診断管理加算 1 若しくは 2 の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- (4) **医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等が報告書確認管理者として配置**されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、報告書確認管理者、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、医療安全管理部門の医師等から構成される**報告書確認対策チームが設置**されていること
- (6) 報告書確認管理者が行う業務（報告書管理に係る企画立案、各部門との調整、各部門への支援、**報告書作成から概ね 2 週間後に主治医等による当該報告書の確認状況の確認、未確認報告書の把握、未確認報告書のうち、医学的な対応が必要とされるものについて対応状況の確認**等）
- (7) 報告書確認対策チームが行う業務（各部門における報告書管理の実施状況の評価、報告書管理のための業務改善計画書の作成、**報告書管理を目的とした院内研修を少なくとも年 1 回程度実施、報告書管理の評価に係るカンファレンスの月 1 回程度開催**等）
- (8) 医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備していることが望ましいこと。

医療安全対策加算の届出医療機関数

○ 医療安全対策加算を届け出る医療機関数は、加算1、加算2いずれにおいても増加傾向となっている。

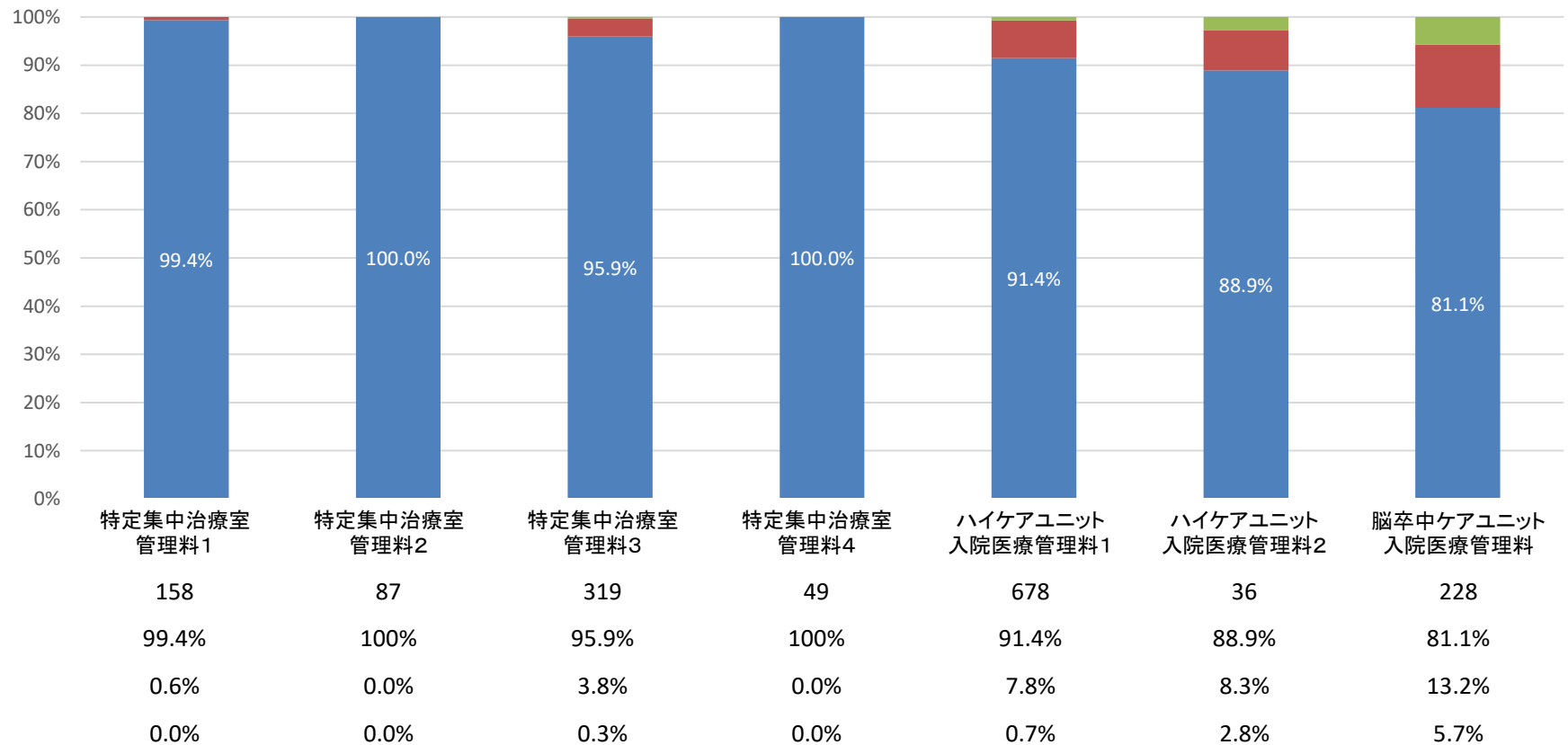
医療安全対策加算の届出医療機関数の推移



特定集中治療室管理料等を届け出る医療機関における医療安全対策加算の届出状況①

○ 特定集中治療室管理料等を届け出る医療機関の多くが医療安全対策加算1の届出を行っている。

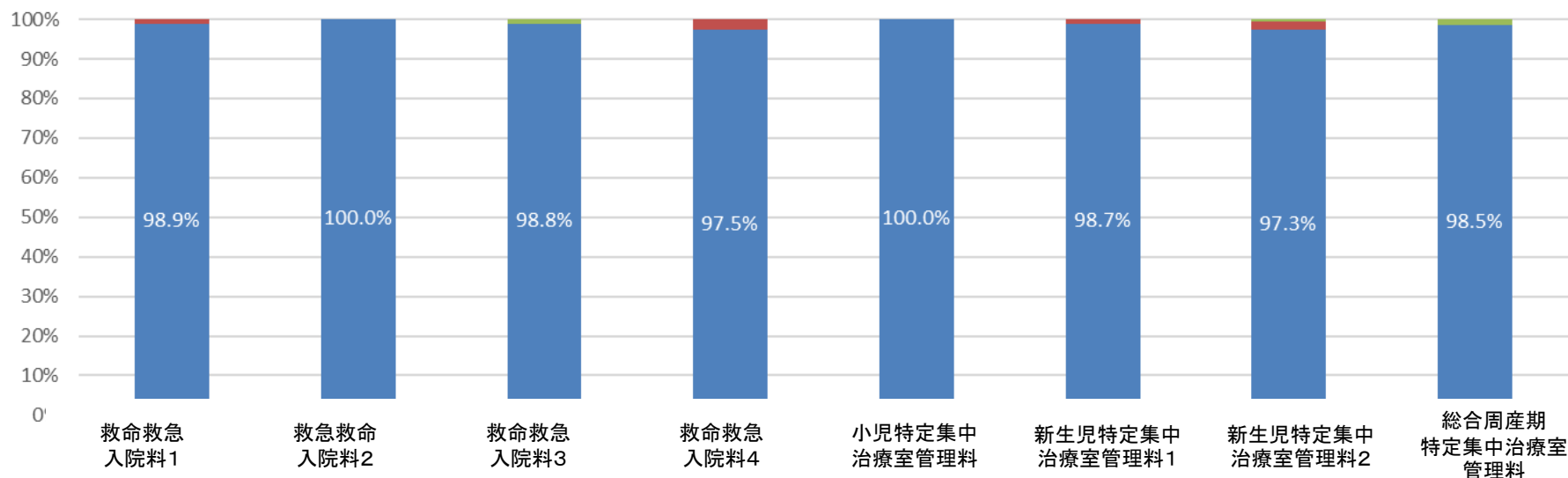
特定集中治療室管理料等を届け出る医療機関における
医療安全対策加算の届出状況



特定集中治療室管理料等を届け出る医療機関における医療安全対策加算の届出状況②

○ 特定集中治療室管理料等を届け出る医療機関の多くが医療安全対策加算1の届出を行っている。

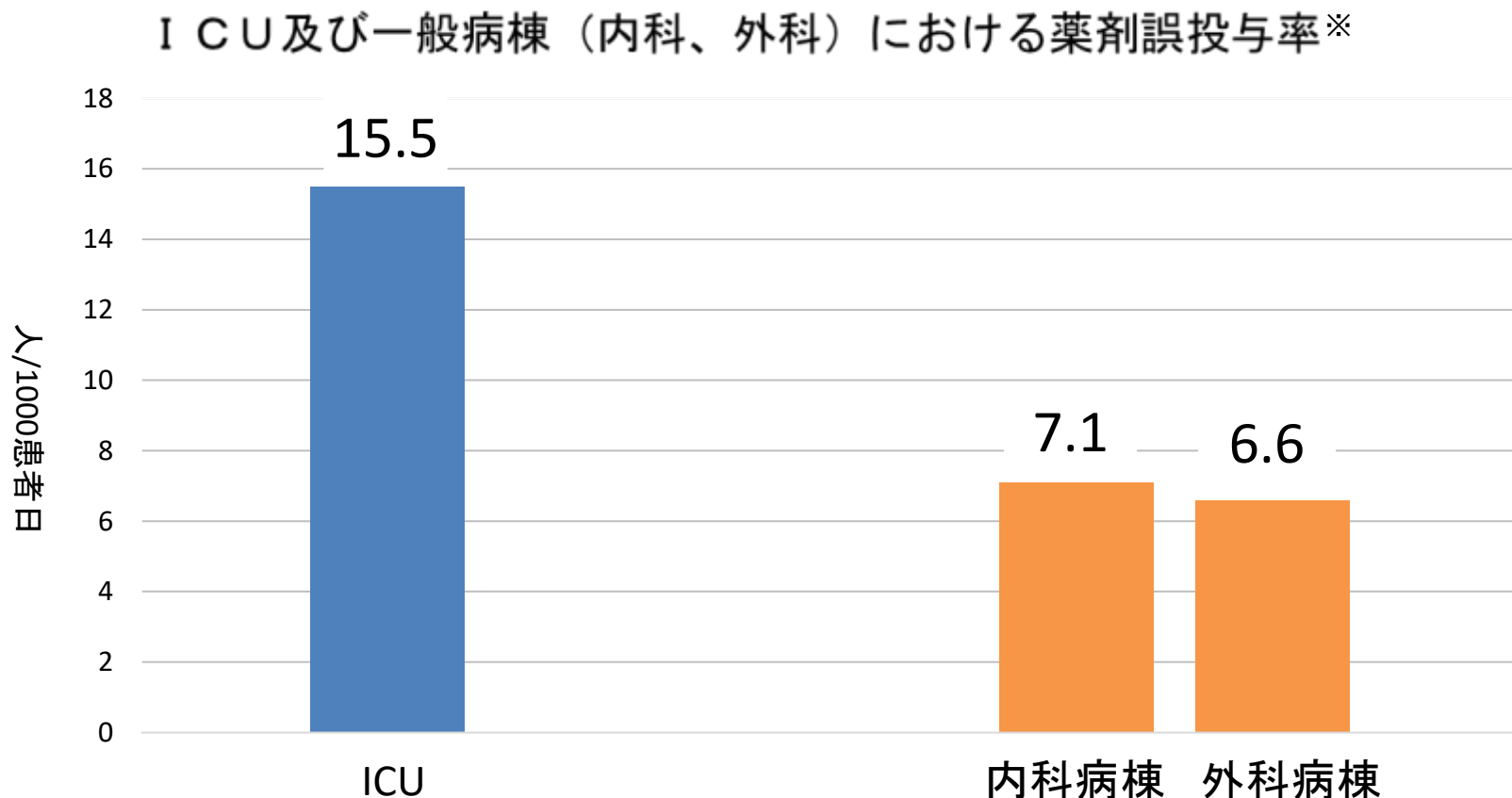
救命救急入院料等を届け出る医療機関における
医療安全対策加算の届出状況



N	救命救急入院料1	救急救急入院料2	救命救急入院料3	救命救急入院料4	小児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料1	新生児特定集中治療室管理料2	総合周産期特定集中治療室管理料
N	180	21	81	79	16	78	148	134
■ 加算1	98.9%	100%	98.8%	97.5%	100%	98.7%	97.3%	98.5%
■ 加算2	1.1%	0.0%	1.2%	2.5%	0.0%	1.3%	2.0%	0.0%
■ 届出なし	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	1.5%

ICUにおける薬剤誤投与発生率

○ ICUにおいては、一般病棟と比較して薬剤誤投与の発生率が高いことが報告されている。



※投薬プロセスにおけるあらゆるエラーを指し、患者に傷害が発生したもの、しなかったものの両者を含む。

出典:

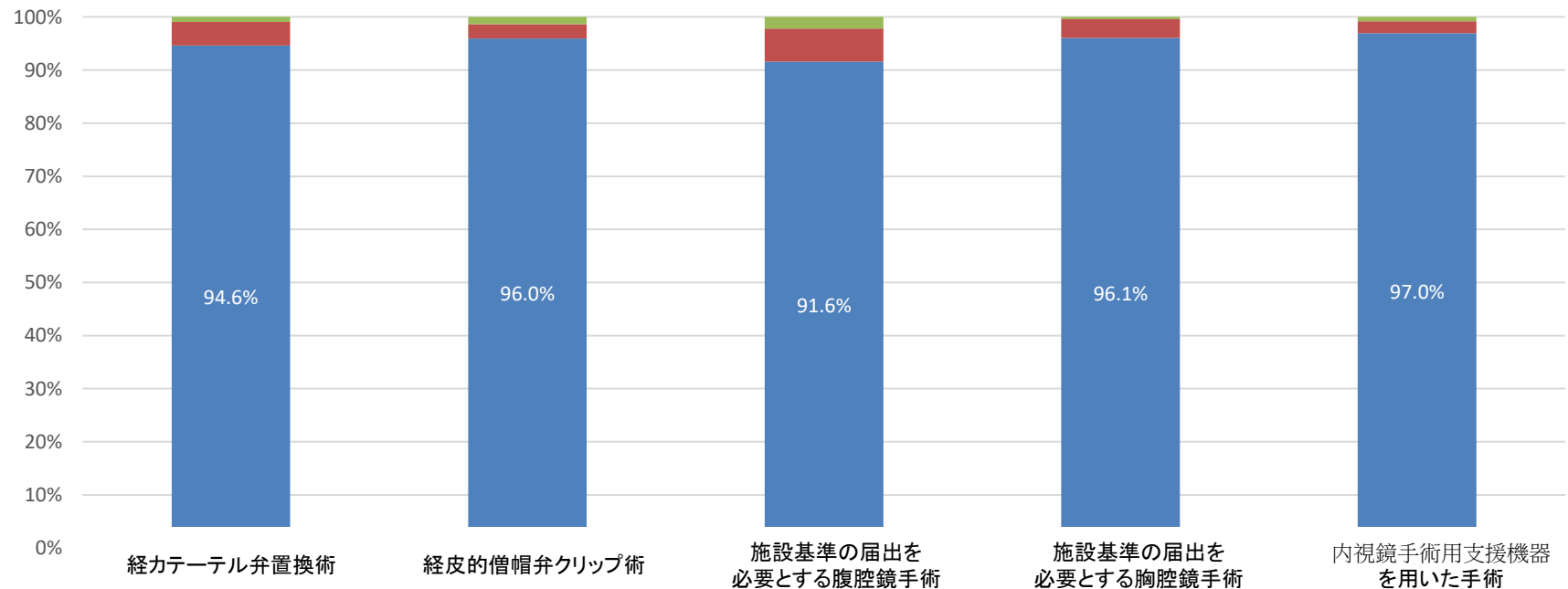
*: Morimoto T, Sakuma M, Matsui K, Kuramoto N, Toshiro J, Murakami J, Fukui T, Saito M, Hiraide A, Bates DW. Incidence of adverse drug events and medication errors in Japan: the JADE study. J Gen Intern Med. 2011 Feb;26(2):148-53. doi: 10.1007/s11606-010-1518-3. Epub 2010 Sep 25. PMID: 20872082; PMCID: PMC3019321..

件/1000患者数の数値は上記文献の(薬剤誤投与発生件数、入室患者日数) = 集中治療室(50、3,230)、内科病棟(182、25,734)、外科病棟(201、30,419)から算出。

経カテーテル心臓弁手術・腹腔鏡手術等実施医療機関における医療安全対策加算の届出状況

- 経カテーテル弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、施設基準の届出を要する腹腔鏡手術・胸腔鏡手術及び内視鏡手術用支援機器を用いる手術を実施する医療機関においては、多くが医療安全対策加算1の届出を行っている。

経カテーテル心臓弁手術・腹腔鏡手術等実施医療機関における
医療安全対策加算の届出状況



N	224	149	1000	460	492
■加算1	94.6%	96.0%	91.6%	96.1%	97.0%
■加算2	4.5%	2.7%	6.2%	3.5%	2.2%
■届出なし	0.9%	1.3%	2.2%	0.4%	0.8%

※腹腔鏡・胸腔鏡・内視鏡手術用支援機器は複数の施設基準を含む。

出典：保険医療機関等システム(令和5年7月1日時点)

日本における手術関連事故事例

病院名	術式	死亡者数(名)	事例概要
慈恵医科大学 青戸病院※1	腹腔鏡下前立腺摘出術	1	<p>60歳の男性患者に対し、術中の輸血が適切に行われず、患者が脳死となり、1ヶ月後に死亡。</p> <p>手術に直接かかわった医師たちは、経験が不十分であり、指導者のいるところで手術を実施すべきであった。止血に時間がかかり、出血が持続し、腹腔鏡下手術に時間がかかっていたにも関わらず開腹手術に切り替える時期が遅れ、また、輸血の時期が適切でなかったことにより患者の病態が悪化し、その後、脳死に至ったと考えられる。</p> <p>病院内での手術をバックアップする院内体制が十分に機能していなかった。</p>
群馬大学医学部 付属病院※2	開腹肝切除術	10	<p>A医師による開腹肝切除術109例のうち、10例が死亡。28例目までの死亡率は17.9%であった。</p> <p>指導体制や管理体制が不十分であった可能性に加え、手術適応の判断基準の問題、重症症例の入院が集中していたことによる術後管理に携わる人手不足等があったことが要因とされている。</p>
	腹腔鏡下肝切除術	8	<p>A医師による腹腔鏡下肝切除術103例のうち、8例が死亡。14例目までの死亡は4事例で、その時点での死亡率は28.6%であった。</p> <p>指導体制や管理体制が不十分な状態で新規手術を導入すると、初期に死亡率が高く、それが経験とともに漸減していくという“ラーニングカーブ”が発生している。実際に、内視鏡技術認定医が術者の一員として手術に深く関わったのは最初の2事例のみであった。指導体制や管理体制が十分であれば、初期の死亡事例を回避できた可能性があったとされている。</p>
千葉県 がんセンター※3	腹腔鏡下手術	11	<p>腹腔鏡下手術を受けた患者11名が術後短期間に相次いで死亡。</p> <p>11事例について、術者は総計で4名。内3名はそれぞれ1事例を担当し、残る8事例については、肝胆膵を専門とする術者1名が担当していた。</p> <p>事例の発生に際し、原因を究明した事例もあったものの、その他多くの事例については原因を究明し、再発防止に向けて、教訓を得ることの意義を認識し、意欲的な取り組みを行うということがなかった。結果として、死亡事例が続いた。</p>

出典:

※1 平成15年12月26日 青戸病院医療事故についての記者会見 理事長発言

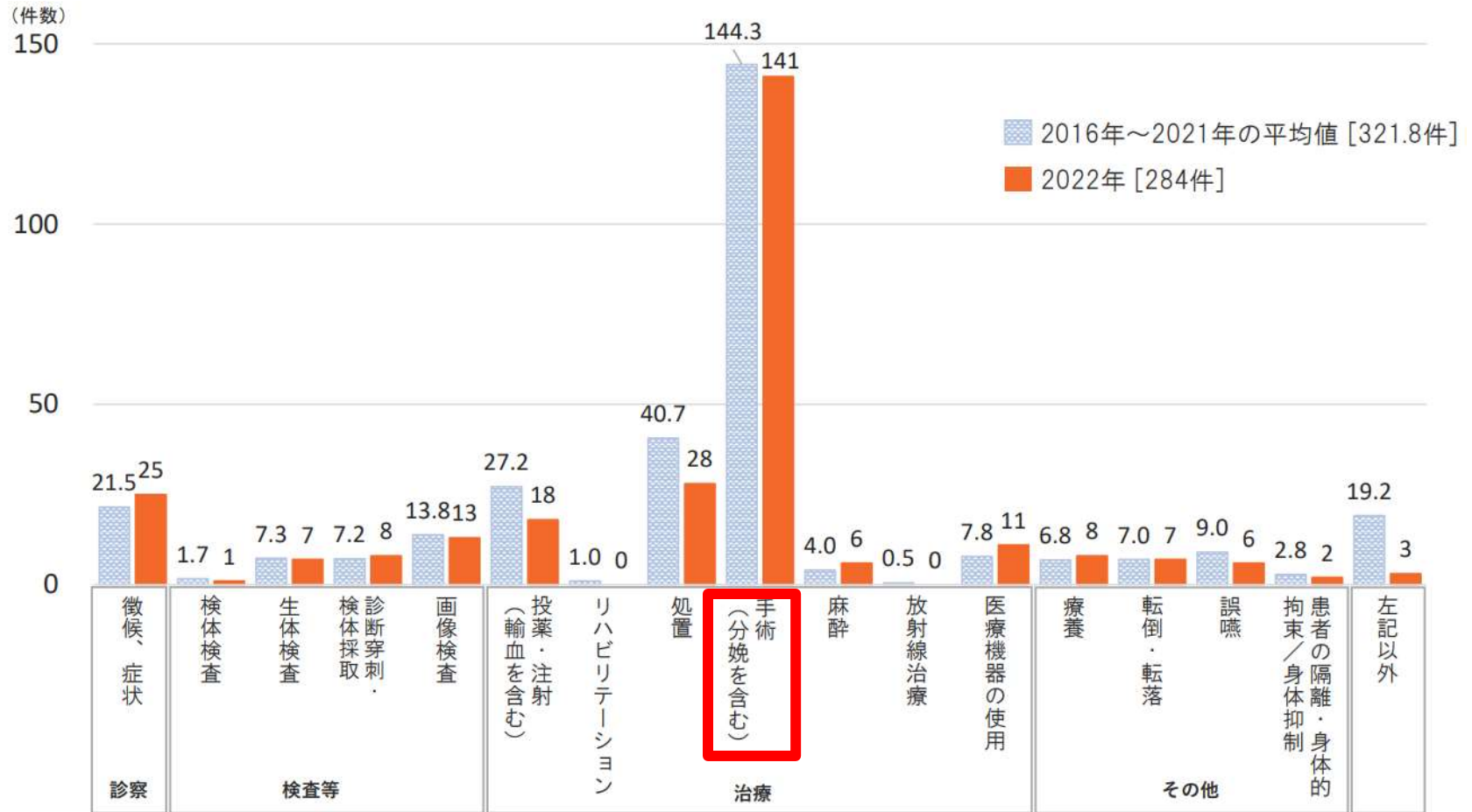
※2 群馬大学医学部附属病院 医療事故調査委員会報告書

※3 千葉県がんセンター腹腔鏡下手術に係る第三者検証委員会報告書

手術のリスク

○ 医療事故調査・支援センターに報告された医療事故の起因となった医療(疑いを含む)の内訳は以下のとおり。院内調査結果報告件数は「手術(分娩を含む)」によるものが最も多い。

■起因した医療(疑いを含む)の分類別院内調査結果報告件数



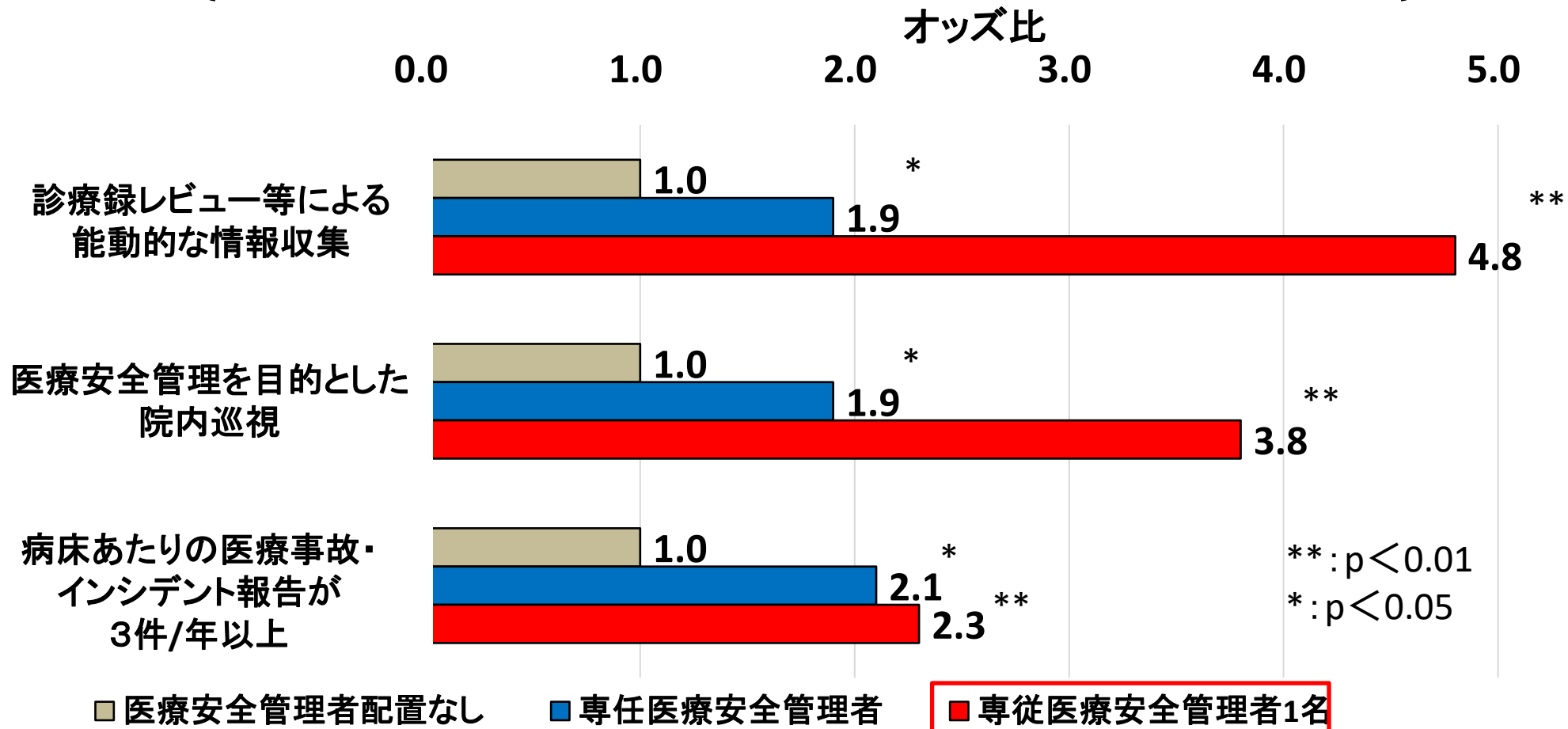
*「起因した医療(疑いを含む)の分類」は、厚生労働省医政局長通知(平成27年5月8日医政発0508第1号)の別添「医療に起因する(疑いを含む)死亡又は死産の考え方」に基づき、2016年～2017年は医療事故発生報告の内容をセンターが分類、集計したものであるが、2018年1月以降は医療機関から報告された院内調査結果報告の内容に基づき集計している。

*「左記以外」には、院内感染、突然の心肺停止状態での発見等が含まれ、分類困難だったものである。

専従の医療安全管理者の配置による効果

○ 専従の医療安全管理者の配置により、医療安全の状況に関する情報収集体制が強化され、インシデントの報告も増加するとの報告がある。

- ・ 全国より層化抽出された病院に、アンケート調査を実施(n=722)
- ・ 「医療安全管理者配置なし」を対照とし、医療安全活動実施のオッズ比(病床規模・機能で調整)を算出

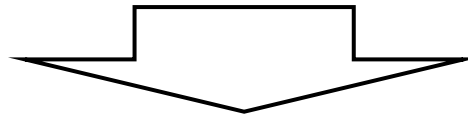


医療安全についての課題と論点

【課題】

(医療安全について)

- 医療安全については、医療法において医療の安全を確保するための指針の策定、研修の実施、措置を講じることが病院管理者に義務付けられていることに加え、医療安全推進総合対策や医療計画に基づき各種の施策が講じられている。
- 診療報酬においては、医療安全管理部門の設置及び組織的な医療安全対策を評価する医療安全対策加算等により評価がなされており、加算1の要件である専従の医療安全管理者の配置がなされている場合は、院内巡視が実施される割合やインシデント報告の件数が増加することが報告されている。
- 特定集中治療室等における治療や手術の実施は医療事故のリスクが相対的に高く、特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関や腹腔鏡手術等の施設基準の届出を行う医療機関においては、9割以上が医療安全対策加算1の届出を行っている。



【論点】

- 特定集中治療室等における治療や腹腔鏡手術等は医療事故のリスクが相対的に高いことや、特定集中治療室管理料等の届出を行う医療機関や腹腔鏡手術等の施設基準の届出を行う医療機関における医療安全対策加算1の届出状況を踏まえ、これらの医療機関において医療安全対策加算1の届出を要件とすることについてどのように考えるか。

1. 医療安全について

2. 訪問看護ステーションの管理者について

3. いわゆる敷地内薬局について

論点①

- 現行の運営基準（人員配置基準）上、管理者は、原則として常勤専従（兼務不可）であるが、管理上支障がない場合は同一敷地内又は隣接する事業所の職員との兼務を認めている。
- 現行の運営基準上、管理者の責務は「従業者の管理、利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行い、従業者に運営基準を遵守させるため必要な指揮命令を行う」こととされている。実際に管理者が行っている業務は、現場でのマネジメントに関するものが多い。また、管理者の多くは、「関係者との連携」（人間関係作り等）やリスクマネジメント等の知識・技術を自身に必要と考えている。
- 今後も高齢化の進展による介護サービス需要の増大、現役世代の減少に伴う担い手不足が見込まれ、中でもサービス提供の管理や経営の能力を持つ人材には限りがある中で、提供する介護サービスの質を担保しつつ、介護サービス事業所を効率的に運営する観点から、管理者の人員配置基準における対応としてどのような方策が考えられるか。

対応案

- 管理者の責務について、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化してはどうか。
- その上で、管理者が上記の責務を果たせる場合には、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、事業所間の兼務が可能である旨を明確化してはどうか。具体的には、同一の事業者によって設置される他の事業所・施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所・施設等で従事する時間帯も、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握し、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を的確に行うことができることについて、当該他の事業所の管理者又は従業員としての職務にも従事できる旨を明確化してはどうか。

(※) 上記見直しに伴い、「常勤」の計算にあたり勤務時間を通算できる「同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所」についても、管理者について、同様の明確化を行う。

訪問看護ステーションの管理者に係る規定

- 管理者は当該訪問看護ステーションに専従、かつ、常勤の者でなければならない。
- 管理者の責務として、従事者の管理、利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うこと、従事者に運営規定を遵守させるための必要な指揮命令を行うことが挙げられる。
- また、主治の医師との関係や訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成等の必要な管理をしなければならないこととしている。

■ 指定基準における管理者の規定

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）（抄）

（管理者）

第三条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

- 2 指定訪問看護ステーションの管理者は、保健師、助産師又は看護師でなければならない。ただし、やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。
- 3 指定訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者でなければならない。

（主治の医師との関係）

第十六条 指定訪問看護ステーションの管理者は、主治の医師の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理をしなければならない。
2～4（略）

（訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成）

第十七条 1～3（略）

- 4 指定訪問看護ステーションの管理者は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければならない。

（管理者の責務）

第二十条 指定訪問看護ステーションの管理者は、指定訪問看護ステーションの従業者の管理及び指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとする。

- 2 指定訪問看護ステーションの管理者は、当該指定訪問看護ステーションの従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

（衛生管理等）

第二十三条 指定訪問看護ステーションの管理者は、看護師等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

- 2 指定訪問看護ステーションの管理者は、当該指定訪問看護ステーションの設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。

（事業報告）

第三十一条 指定訪問看護ステーションの管理者は、その管理する指定訪問看護ステーションに関して、指定訪問看護の事業の報告を、厚生労働大臣に提出しなければならない。

訪問看護ステーションの管理者の兼務に係る規定

- 管理者は常勤専従が求められている一方で、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる場合がある。
- 管理者は、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等の他の職務を兼ねることができる場合がある。

■ 指定基準関連通知における管理者の取扱い

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（令和4年保発0304第4号）（抄）

2 人員に関する事項

(2) 管理者

① 基準省令第3条第1項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、**当該指定訪問看護ステーションに専従、かつ、常勤の者でなければならないこととし、例えば、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理することは認められないものであること。ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。**

イ 当該指定訪問看護ステーションの看護職員としての職務に従事する場合

ロ 当該指定訪問看護ステーションが介護保険法（平成9年法律第123号）による指定を受けている指定訪問看護ステーションである場合に、当該指定訪問看護ステーションの管理者又は看護職員としての職務に従事する場合

ハ **同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合**（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間が極めて限られている職員の場合には、例外的に認められる場合もあり得る。）

4 運営に関する事項

(10) 主治医との関係（基準省令第16条関係）

① 指定訪問看護ステーションの管理者は、主治医の指示に基づき指定訪問看護が行われるよう、主治医との連絡調整、指定訪問看護の提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければならないこと。

(11) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成（基準省令第17条関係）

⑥ 指定訪問看護ステーションの管理者にあつては、訪問看護計画書に沿った実施状況を把握し、訪問看護計画書及び訪問看護報告書に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならないこと。

(14) 管理者の責務（基準省令第20条関係）

基準省令第20条は、管理者の責務について規定したものであり、管理者は指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行い、併せて、適切な指定訪問看護を提供できるよう、運営に関する事項を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとしたものであること。

(18) 衛生管理等（基準省令第23条関係）

基準省令第23条は、指定訪問看護ステーションの管理者は、看護師等の清潔の保持及び健康状態の管理並びに指定訪問看護ステーションの設備及び備品等の衛生的な管理に努めるべきことを規定したものであること。特に、指定訪問看護ステーションの管理者は、看護師等が感染源となることを予防し、また看護師等を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備え付けるなど対策を講じる必要があること。

(26) 事業報告（基準省令第31条関係）

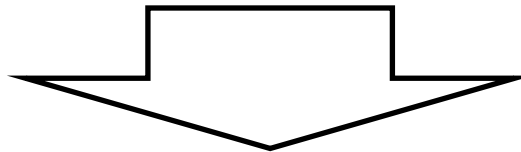
基準省令第31条は、指定訪問看護ステーションの管理者は、その管理する指定訪問看護ステーションに関して、指定訪問看護の事業の報告をしなければならない旨を定めたものであること。なお、具体的な事業報告の方法等については、別に通知するところによるものであること。

訪問看護についての課題と論点

【課題】

（訪問看護ステーションの管理者について）

- 訪問看護ステーションの管理者は、当該訪問看護ステーションに専従、かつ、常勤の者でなければならないとしている。
- 管理者の責務として、従事者の管理、利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うこと、従事者に運営規定を遵守させるための必要な指揮命令を行うことが挙げられる。
- 管理者は上記の他、主治医との連絡調整、指定訪問看護の提供を担当する看護師等の監督等の主治の医師との関係や訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成等の必要な管理をしなければならないこととしている。
- 管理者は、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等の他の職務を兼ねることができる場合がある。
- 介護保険の訪問看護では、管理者の責務について、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化することが検討されている。
また、管理者の責務を明確にした上で、当該責務を果たせる場合に、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、事業所間の兼務が可能である旨を明確化することが検討されている。



【論点】

（訪問看護ステーションの管理者について）

- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務について、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化することが検討されていることに鑑み、医療保険の訪問看護でも同様に管理者の責務を明確化してはどうか。
- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務を明確にした上で、管理者が当該責務を果たせる場合に、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、同一の事業者によって設置されている事業所間の兼務が可能である旨を明確化することが検討されていることを踏まえ、医療保険の訪問看護の管理者が同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事することについて、どのように考えるか。

1. 医療安全について

2. 訪問看護ステーションの管理者について

3. いわゆる敷地内薬局について

特別調剤基本料

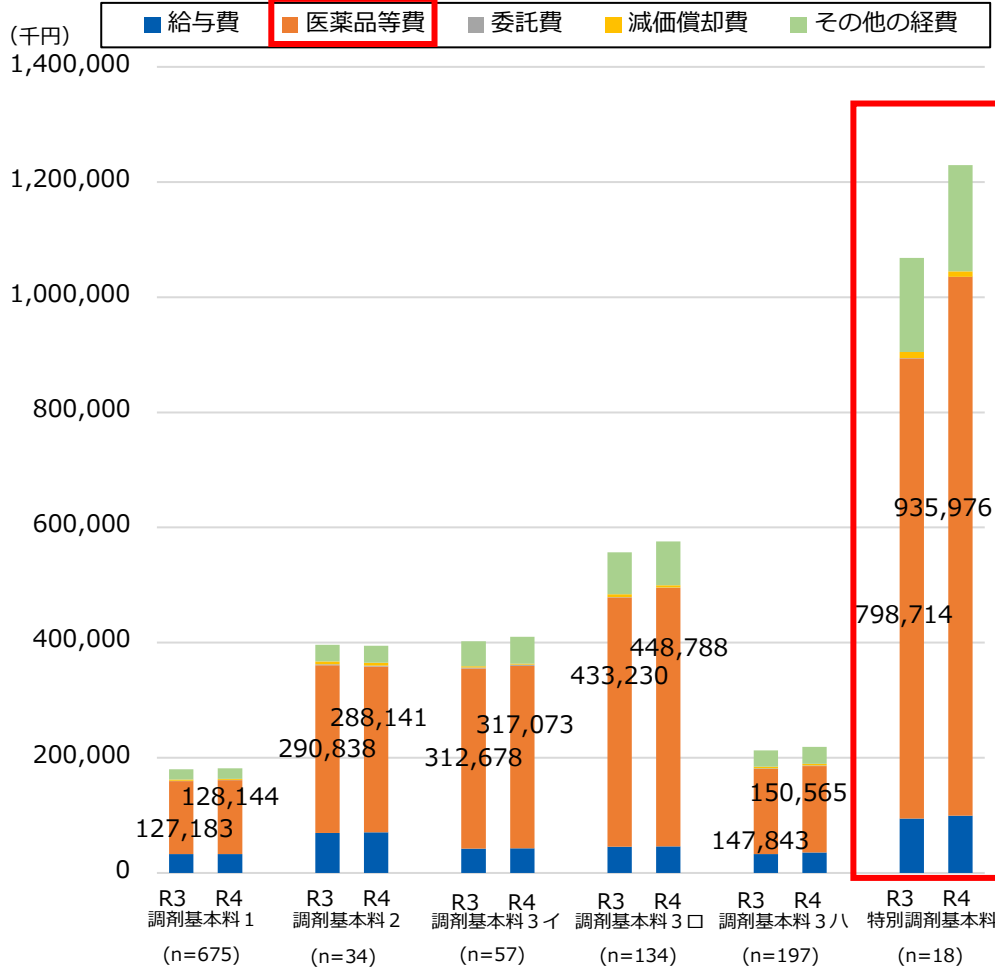
○ いわゆる敷地内薬局等については、(1)「医療機関と不動産取引等その他特別な関係」を有し、かつ、(2)、(3)の一定の要件を満たす場合、調剤報酬の評価は(4)の取扱いとされている。

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

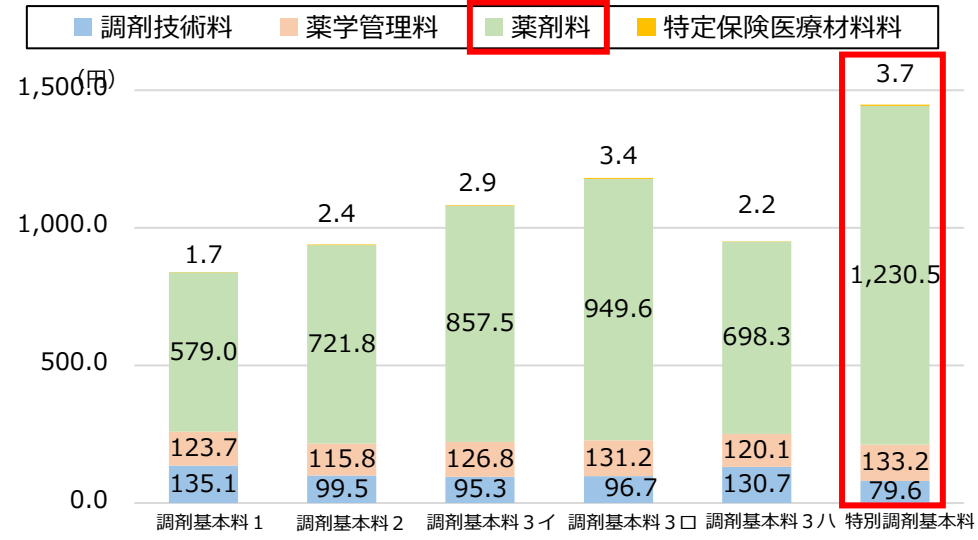
調剤基本料別の費用・調剤医療費の内訳

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

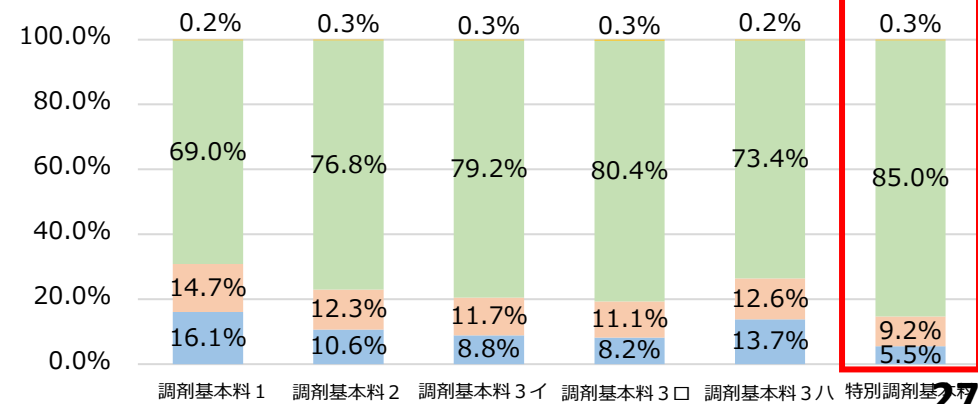
■ 調剤基本料別の費用の内訳(注1)



■ 調剤基本料別の処方箋受付1回あたりの医療費(注2)



■ 調剤基本料別の調剤医療費の割合(注2)



出典: 注1: 医療経済実態調査(第24回)より医療課作成
注2: 社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)

いわゆる敷地内薬局に係る指摘事項

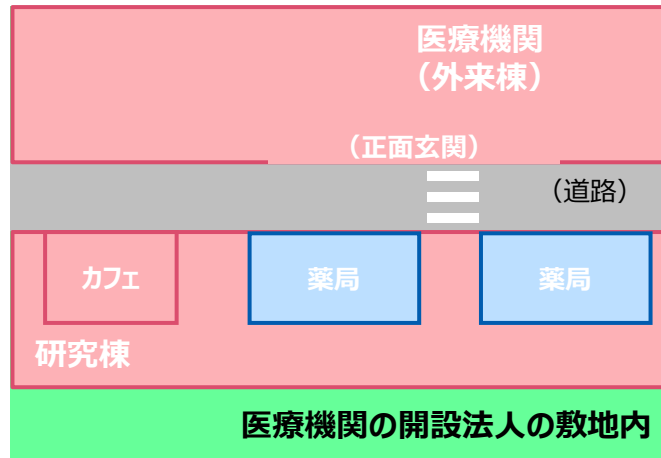
(令和5年11月29日 中医協総会 調剤について(その3))

- 敷地内薬局に関しては、令和4年度の改定において、診療報酬と調剤報酬で対応されたが、その後も誘致・出店が止まらないばかりか、先日、敷地内薬局の誘致を巡り、医療機関の元事務部長、敷地内薬局の運営会社の役員が逮捕、起訴されるという事案が発生した。昭和50年代から繰り返し指摘されてきたが、適切な医薬分業のために保険薬局は、経営上はもちろん、保険医療機関から経済的、構造的、機能的に独立していることが不可欠であること、敷地内薬局は国の目指す医療の姿に逆行すること、保険医療に係る財源は国民皆保険制度で成り立っているため、公費・保険料等をこのように使うことは適切ではない。
- 今回の改定においては、誘致する医療機関側、開設する薬局側の双方において更なる強い対応をすべきと考えるが、該当薬局の調剤基本料等での対応には限界がある。そのため、様々な側面での対応が必要。
- 院内処方から敷地内薬局へという話ではなく、ほとんどの大学病院や公立病院は基本的に既に院外処方をしている。それを新たに敷地内に戻すという流れであると認識している。
- いわゆる敷地内薬局については、令和4年度に損益率が増加し、損益差額が他の調剤基本料の薬局に比べて高いことが読み取れる。また、これまでの診療報酬改定で適正化を図ってきたにもかかわらず、特別調剤基本料を算定する薬局が毎年非常に増加しており、医療機関からの独立性という観点で望ましい姿とは言えない。もはや1つのビジネスモデルとして確立された印象さえ受ける。一方で特別調剤基本料の点数を引き下げることにも限界がある。
- 元々調剤は病院や診療所が医薬品で収益を確保していたことについて指摘があり、院外に出した経緯がある。それがきっかけで、医薬分業が進んだと認識している。本来であれば、かかりつけ機能を持った面薬局がしっかりと育てば良かったが、患者の利便性という名の下に病院の近くに薬局が開局されるようになり、敷地内に認められるようになってきた。患者にとっては、特別調剤基本料であれば負担が減る。そうすると病院の近くの薬局では患者負担が低くなるため、その薬局へ行くという動機に繋がる。そのため、調剤基本料の適正化だけでは上手くいかないと考える。

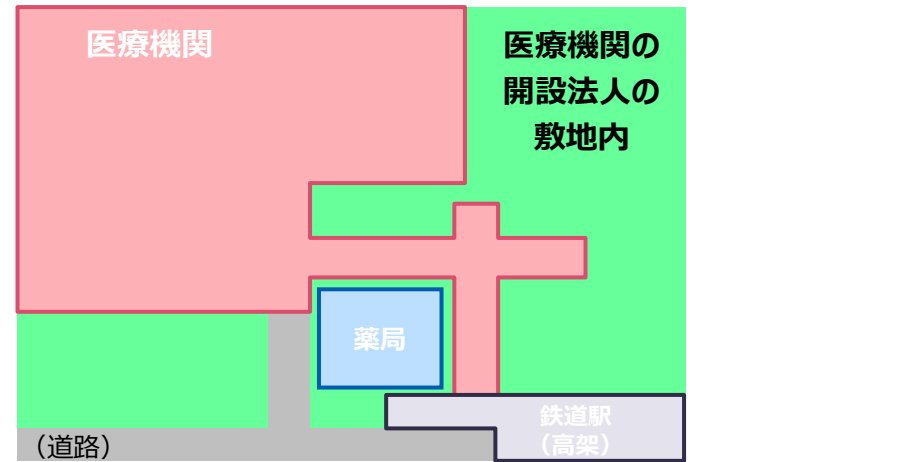
独立した構造の保険医療機関と保険薬局イメージ

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

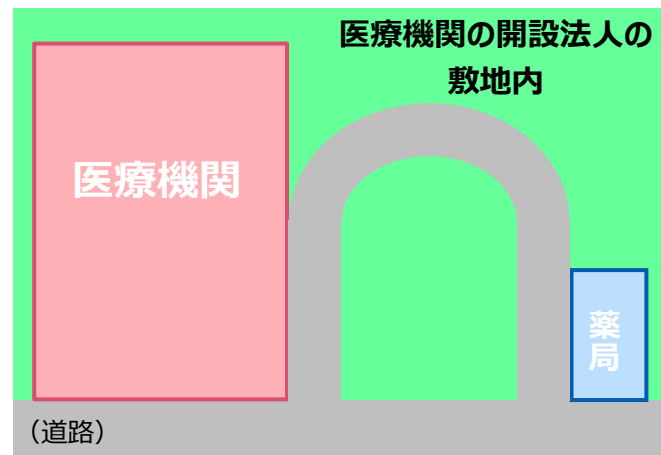
■ 敷地内にある建物に薬局を誘致



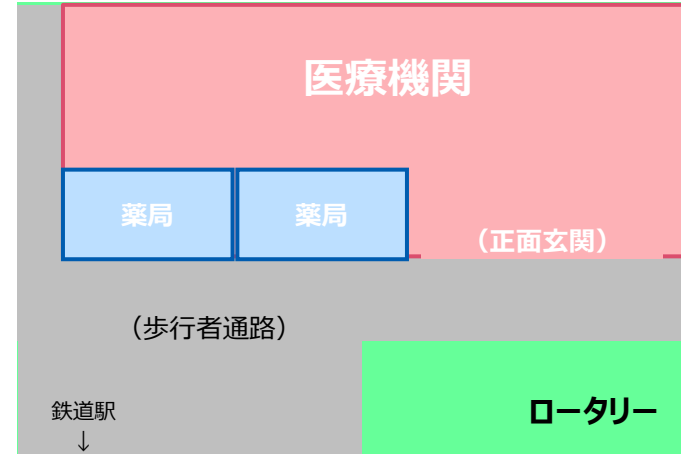
■ 医療機関の敷地内に薬局を誘致し新たに建物を建設



■ 医療機関の敷地内に新たに建物を建設して薬局を誘致



■ 医療機関の移転に伴って薬局を誘致



院内処方と院外処方を敷地内薬局で調剤した際の費用のイメージ

○ 通常の院内処方と、院外処方を敷地内薬局で調剤した際に請求される診療報酬のイメージは以下のとおり。

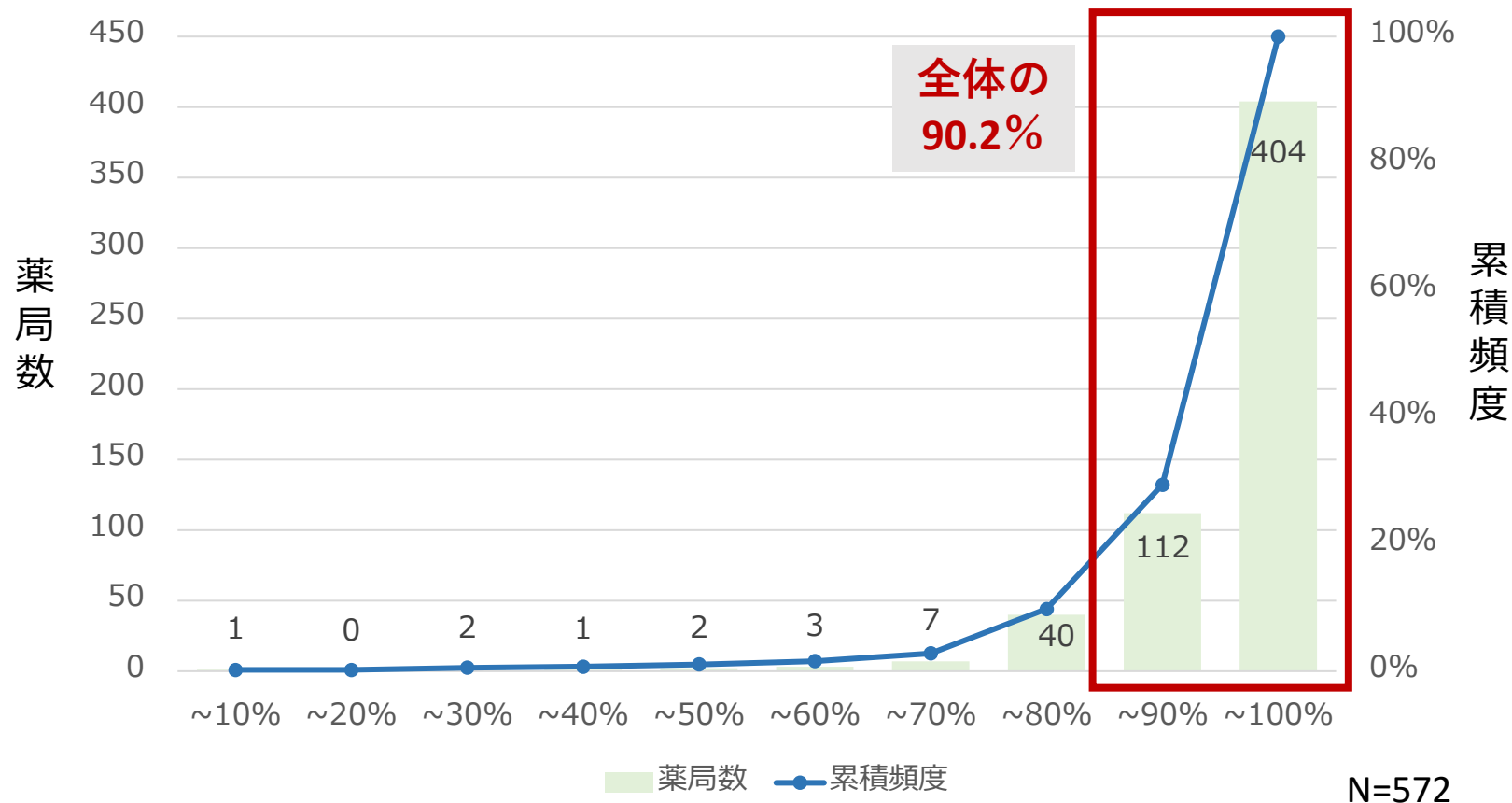
院内処方の場合	
医療機関における請求	
外来診療料	74点
処方料	42点
調剤料	11点
請求点数	127点
※上記の点数に加えて、医学管理、検査、処置、薬剤等に係る費用を出来高算定する	

院外処方を敷地内薬局で調剤した場合			
医療機関における請求			
外来診療料	74点		
処方箋料	68点		
		薬局における請求	
		特別調剤基本料	7点
		薬剤調製料(内服薬1剤)	24点
		調剤管理料(7日分以下)	4点
		服薬管理指導料2	59点
請求点数	142点	請求点数	94点
※上記の点数に加えて、医学管理、検査、処置、薬剤等に係る費用を出来高算定する			

※内服薬1剤7日分処方の場合

いわゆる敷地内薬局における特別な関係を有する医療機関からの処方箋受付割合

○ 特別調剤基本料を算定する薬局のうち、受付処方箋に占める特別の関係にある医療機関からの割合が8割を超える薬局は90.2%であった。



特別調剤基本料を算定する薬局における特定の医療機関からの処方箋受付割合

<参考> 特別調剤基本料 施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

ア 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、処方箋集中度が70%を超えるもの。ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合を除く。

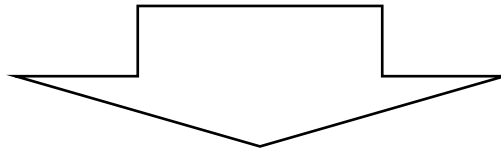
イ 調剤基本料の施設基準に係る届出を行っていないもの

いわゆる敷地内薬局についての課題と論点

【課題】

(いわゆる敷地内薬局について)

- 医療経済実態調査によれば、特別調剤基本料を算定する薬局において「医薬品等費」が費用に占める割合が、その他の薬局と比較して突出して高い。
- また、調剤医療費について見ると、処方箋受付1回あたりの薬剤料の費用及び割合がその他の薬局と比較して高い。
- 11月29日の中医協総会においては、いわゆる敷地内薬局について、誘致する医療機関側、開設する薬局側の双方において更なる強い対応をすべきとの意見があった。
- 医療機関の敷地内にあることと建物の構造上の関係から、利用する患者・家族等にとって医療機関と薬局が一体となっていると考えうる事例も存在する。
- 特別調剤基本料を算定する薬局のうち、受付処方箋に占める特別の関係にある医療機関からの割合が8割を超える薬局は90.2%であった。



【論点】

(いわゆる敷地内薬局について)

- いわゆる敷地内薬局を有する医療機関の処方に関する評価の在り方について、どのように考えるか。

医科点数表における医療技術に係る項目の整理について

医科点数表における医療技術に係る項目の整理について

○診療報酬改定において新規に保険収載される技術数は、毎改定において100前後である一方、実臨床において実施されていない医療技術(NDBにおける算定回数がゼロあるいは10件未満)も一定程度認められる。

NDBオープンデータで算定されていない診療行為コードの数

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
B (医学管理等)	8	20	16	26	21	25	22
C (在宅医療)	3	6	4	6	2	29	7
D (検査)	6	19	5	14	8	54	12
E (画像診断)	24	22	34	22	26	29	35
F (投薬)	-	-	-	-	-	-	-
G (注射)	-	-	-	-	-	-	-
H (リハビリ)	-	1	-	1	4	-	-
I (精神科専門療法)	5	4	3	11	9	20	18
J (処置)	8	42	9	10	13	12	11
K (手術)	165	117	112	116	124	161	153
L (麻酔)	17	5	7	5	5	5	4
M (放射線治療)	-	1	1	2	-	2	1
N (病理診断)	-	-	-	1	-	-	-
総計	236	237	191	214	212	337	263

厚生労働行政推進調査事業費補助金政策科学推進研究事業
 「保険収載されている医療技術の再評価方法を策定するための研究」
 奈良県立医科大学 今村知明氏ら

	学会等から提出のあった提案書(※1)	医療技術評価分科会における評価対象となる技術	診療報酬改定において対応する優先度が高い技術
平成24年度改定(※2)	985件	667件	278件
平成26年度改定(※3)	863件	720件	135件
平成28年度改定(※3)	914件	737件	223件
		新規 272件	新規 78件
		既存 465件	既存 145件
平成30年度改定(※3)	984件	817件	307件
		新規 334件	新規 107件
		既存 483件	既存 200件
令和2年度改定(※3)	947件	743件	264件
		新規 306件	新規 102件
		既存 437件	既存 162件
令和4年度改定(※3)	912件	733件	175件
		新規 284件	新規 77件
		既存 449件	既存 98件

※1: 重複を含む。
 ※2: 評価対象となる技術については、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部(在宅医療)から第13部(病理診断)、又は歯科診療報酬点数表第2部(在宅医療)から第14部(病理診断)に該当する技術として評価されている又はされることが適当なもの。
 ※3: 評価対象となる技術については、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部(医学管理等)から第13部(病理診断)、又は歯科診療報酬点数表第1部(医学管理等)から第14部(病理診断)に該当する技術として評価されている又はされることが適当なもの。

複数年にわたって算定されていない項目について

○厚労科学研究において、NDBオープンデータを用いて、2015年から2021年にかけて通算の算定回数がゼロ件あるいは10件未満の医療技術が抽出された。

(例) 2015年から2021年の7年間で1度も算定されていない点数項目(29項目)

医科点数表上の項目	技術名
E	回転横断撮影(アナログ撮影)
J	凍傷処置
K	アレキサンダー手術
K	延髄における脊髄視床路切載術

(例) 2015年から2021年の7年間で1度しか算定されていない点数項目(44)

医科点数表上の項目	技術名
E	単純間接撮影 の一部
J	斜頸矯正ギブス除去料
K	関節鼠摘出手術(胸鎖)
L	上喉頭神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法)

医療技術の算定回数が極めて少ない理由について

○厚労科 研究において、複数年に渡って算定されていない項目について、その理由としては、以下のようなことが考えられる。

1. 当該治療を行う対象疾患の症例数が極めて少ない。
2. 臨床現場において当該技術が、別の技術の普及等により置き換えられている。、等

「1 当該治療を行う対象疾患の症例数が極めて少ない。」の例

・凍傷処置(6,000cm²以上) ※ 当該疾病等が発生する可能性はある

「2 臨床現場において当該技術が、別の技術の普及等により置き換えられている。」の例

K371-2の4 「上咽頭ポリープ摘出術 外切開によるもの」



K371-2 「上咽頭ポリープ摘出術」における、経口腔等の別のアプローチ

K862 「クレニツヒ手術」(子宮癌に対する結紮止血)



K615「血管塞栓術」

医療技術の項目削除に係る、関係学会ヒアリング

○算定回数が複数年ゼロかつ他の技術により置き換わっていることが考えられる技術について、学会からヒアリングを行った結果、削除可能という意見も認められた。

技術名	学会	学会からの主な意見	削除の可否(案)
クレニツヒ手術	日本産科婦人科学会	他の技術により置き換わっている。	可
アレキサンダー手術	日本産科婦人科学会	子宮後屈が疾患と見做されなくなっており、単独で当該手術を行うことはない。	可
延髄における脊髄視床路切載術	日本脳神経外科学会	他の技術により置き換わっているが、算定状況について学会がデータを解析中	否
胸管内頸静脈吻合術	日本胸部外科学会	極めて稀だが、他の技術による置き換わりも含めて、現時点で判断できない。	否
上咽頭ポリープ摘出術 外切開によるもの	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会	他の技術により置き換わっている	可

診療報酬改定DX対応方針

診療報酬改定DXの射程と効果

○ 最終ゴール

進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等(※)における負担の極小化をめざす

- ・ 共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携
- ・ 中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供も検討

(※) 病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションのこと。

4つのテーマ

○ 最終ゴールをめざして、医療DX工程表に基づき、令和6年度から段階的に実現

共通算定モジュールの開発・運用

- 診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
- 次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討

共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善

- 基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備
- 地単公費マスタの作成と運用ルールを整備

標準様式のアプリ化とデータ連携

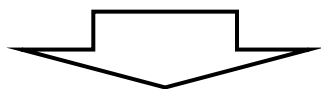
- 各種帳票※1の標準様式をアプリ等で提供
※1 医療機関で作成する診療計画書や同意書など。
- 施設基準届出等の電子申請をシステム改修により更に推進

診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等

- 診療報酬改定の施行時期を後ろ倒しし、システム改修コストを低減
- 診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化

医科点数表における医療技術に係る項目の整理に係る課題と論点

- ・ 診療報酬改定において新規に保険収載される技術数は、毎改定において100前後である一方、実臨床において実施されていない医療技術(NDBにおける算定回数がゼロあるいは10件未満)も一定程度認められる。
- ・ 厚労科学研究において、NDBオープンデータを用いて、2015年から2021年にかけての通算の算定回数がゼロ件あるいは10件未満の医療技術が抽出された。
- ・ 厚労科学研究において、算定回数が複数年に渡って算定されていないものについて、実施回数が少ない理由としては、以下のようなことが考えられる。
 1. 当該治療を行う対象疾患の症例数が極めて少ない。
 2. 臨床現場において当該技術が、別の技術の普及等により、置き換えられている。、等
- ・ 算定回数が複数年ゼロかつ他の技術により置き換わっていることが考えられる技術について、学会からヒアリングを行った結果、削除可能という意見も認められた。
- ・ 診療報酬改定DXにおいては、医科点数表の簡素化もテーマとして挙げられているところ。



- 医科（歯科）点数表における医療技術に係る診療報酬項目について、算定回数が極めて少ない項目のうち特に他の技術により置き換えられているようなものについては、関係学会等の意向を踏まえつつ、削除を検討してはどうか。また、一定の経過措置を置くこととしてはどうか。

選定療養に導入すべき事例等に関する 提案・意見募集の結果への対応等について

1 選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果への対応について

- 10月20日の中医協総会において、選定療養に追加すべき事例等に関する提案・意見募集の結果について、報告を行い、今後、必要に応じて中医協で議論することとした。
- 寄せられた意見について、以下の対応方針としてはどうか。

【対応方針】

- 以下の①から③については、新たに選定療養として追加してはどうか。
 - ① 高血圧治療補助アプリ等の主に患者自ら使用するプログラム医療機器（SaMD）に係る保険適用されている期間を超えた使用
 - ② 保険診療で対象とならない患者に対する間歇スキャン式持続血糖測定器（※）の支給
 - ※ 提案上はグルコースモニタリングシステムと記載
 - ③ 不妊症治療における医学的理由ではない患者都合による精子凍結・融解
- ①から③までの追加を検討する理由は、以下のとおり。
 - ① 高血圧症治療補助アプリ等の主に患者自身が使用するものとして保険適用されているプログラム医療機器であって保険適用期間が定められているものについては、保険適用期間終了後に患者が自身の生活習慣の管理等のために継続的な使用を希望した場合であっても、保険診療との併用はできないところ。こうしたプログラム医療機器について、保険適用期間が終了した後も患者の希望等に基づき使用を継続する場合は想定され、保険外併用療養の活用について検討が必要ではないかとの指摘がある。

従前の有体物である医療機器と比較して一般的に侵襲性が低く安全性に関して大きな問題が生じる可能性が低いプログラム医療機器の特性や保険医療材料専門部会における議論を踏まえ、高血圧治療補助アプリ等の主に患者自ら使用するプログラム医療機器に係る保険適用されている期間を超

えた使用を、選定療養として追加することにより、使用継続を希望する患者が保険診療による治療と当該プログラム医療機器の使用を併せて行えるようにする。

② 間歇スキャン式持続血糖測定器については、インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者について、診療報酬上評価しているところ。当該医療機器の性質上、例えば当該患者が診療報酬上対象とならなくなった場合においても、①と同様に患者が自身の生活習慣の管理等のために使用を希望する場合も想定される。こうした場合を踏まえ、保険診療で対象とならない患者に対する医療機関から間歇スキャン式持続血糖測定器の支給を、選定療養として追加することにより、使用を希望する患者が保険診療による治療と間歇スキャン式持続血糖測定器の使用を併せて行えるようにする。

③ 不妊治療は、令和4年度診療報酬改定において新たに保険適用がなされたところである。精子凍結・融解については、現行の保険診療では、「体外受精・顕微授精」の技術料と一体的な評価がなされているところであるが、令和4年度診療報酬改定後の状況を踏まえた議論の中で、独立した技術であり、個別に評価すべきであると指摘されている。一方で、医学的ではない患者都合の場合は、保険診療での評価にはなじまないことから、選定療養に位置づけることによって、保険診療との併用を可能としつつ、個別の評価を可能とする。

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

2 社会保障審議会医療保険部会や中央社会保険医療協議会における議論への対応について

- 社会保障審議会医療保険部会や中央社会保険医療協議会における議論の中で、
 - ・ 創薬力強化に向けて、革新的な医薬品等の開発強化、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、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等を推進することとされているところ、
 - ・ 医療保険財政の中で、こうしたイノベーションを推進するため、後発医薬品の安定供給を図りつつ、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行うこととされている。

- こうした政策的な要素を考慮した上で、見直しにあたっては、長期収載品について、
 - ・ 医療上の必要性があると認められる場合等は、保険給付するという前提に立ちつつ、
 - ・ 後発医薬品が存在する中においても、薬剤工夫による付加価値等への患者の選好により使用されることがある等の長期収載品の使用実態も踏まえ、具体的な手法としては、選定療養を活用することとされており、今般、選定療養に追加する。

選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果について

- 「「日本再興戦略」改訂 2014」（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定）を踏まえ、令和 4 年度診療報酬改定の際と同様に、関係学会・医療関係団体・国民から、選定療養に追加すべきものに関する提案・現行の選定療養の類型の見直しに関する意見の募集を行った。

【意見募集期間】

厚生労働省ホームページ： 令和 5 年 3 月 29 日～4 月 28 日

関係学会・関係団体： 令和 5 年 3 月 29 日～5 月 29 日

【寄せられた意見】

合計：105 件

新たな選定療養の追加に係る提案：72 件

医科：20 件

歯科：19 件

全般及びその他：33 件

既存の選定療養の見直しに係る提案：32 件

療養の給付と直接関係ないサービス等に関する意見：1 件

その他：0 件

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

【選定療養について】

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

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

1. 新たな選定療養の追加に係る提案・意見

<医科>

提案・意見内容	理由
偽関節、遷延癒合における濃縮骨髓液を用いた治療	患者自身の腸骨骨髓液を濃縮し用いた骨再生医療を偽関節、遷延癒合治療時に使用することの選定療養費を別途選定出来る仕組みが必要。
白内障に対するフェムトセカンドレーザーを用いた水晶体再建術	白内障に対する水晶体再建術時にフェムトセカンドレーザーを用いることで、従来と比較して精度の高い手術を実施することができ、眼内レンズの機能を最大限に発揮する可能性が高くなるため。
自己都合による精子凍結	生殖補助医療における採卵日は、もっとも成熟卵子が多く採取できる日で、あらかじめ採卵日は特定できず、個人個人の卵胞発育は異なっているため、あらかじめ精子凍結して採卵日に備える場合がある。この場合の手間や費用について、精子凍結は現在全て医療施設からの持ち出しであり、医療経営を圧迫しているため。
生殖補助医療を行う患者の感染症検査	あらかじめ精子凍結し、採卵日に凍結精子を解凍して顕微授精を実施することも多く、複数の検体を一括して液体窒素中で保管するが、感染者の検体と非感染者の検体を同じタンク内で保存することは非感染者の検体が汚染される危険があるため。
生殖補助医療における凍結精子、卵子、胚の保存管理	生殖補助医療においては、2子目の治療のために配偶子を凍結保存するが、治療期間中以外にも凍結保存を継続する場合があるが、本来、直接的な診療行為とは言えず、病名管理との整合性も取れないため選定療養とすべき。
回数や年齢等の要件を満たさずに実施した K884-3 胚移植術	要件を満たさずに K884-3 胚移植術を実施した場合の取扱いを明確すべき。
シスタチンCの回数超えの検査	一型糖尿病患者は、血糖を制御することができず、早い段階での腎臓の異常を知るために、シスタチンCを3か月に一回以上、検査ができるようにすべき。
がんゲノムプロファイリング検査の受検方法を多様化 1. 標準治療終了前 2. 複数回検査 3. エキスパートパネルのみの再受検	1. 現行のがんゲノムプロファイリング検査の保険適用対象は限定されており、標準治療を実施し、がんゲノムプロファイリング検査の保険適用対象となった時にはすでに病状が悪化している場合が多いため。 2. 現行のがんゲノムプロファイリング検査の保険適用対象は、「患者1人につき1回」に限られているが、これを複数回受検できるようにすべき。

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

	3. 一度受検したがんゲノムプロファイリング検査について、臨床試験や承認薬がアップデートされた際に、過去のがんゲノムプロファイリング検査結果の情報を利用してエキスパートパネルのみを再受検することを選定療養へ導入すべき。
リハビリの対象外となってしまった患者へのリハビリテーション	リハビリテーションについて、算定単位の上限を超えて希望される患者や、算定期限を超えてしまった患者、リハビリテーションが包括となる患者等に対し、本人家族の希望によって、選定療養でリハビリテーションを提供できるようにしてはどうか。
保険医療機関外での1日4単位目以降のリハビリテーションの実施について	現行では、医療機関外でのリハビリテーションは3単位まで認められているが、在宅復帰や社会復帰を想定し、医療機関外でのリハビリテーションを充実させ、患者の希望によって4単位目以降も、社会に近い環境でのリハビリテーションが実施した場合、選定療養とすべき。
算定回数を超えての栄養指導	入院中2回、外来は月に1回の診療報酬の算定が出来るとあるが、患者が栄養指導をさらに希望した場合、選定療養とすべき。
微量アルブミン尿検査の回数超え検査	一型糖尿病患者は、血糖を制御することができず、早い段階での腎臓の異常を知るために、患者が希望する場合、微量アルブミン尿検査を3か月に一回以上、検査できるようにすべき。
耳鳴の治療を目的とした補聴器及びサウンドジェネレーター	耳鳴の治療は医療経済効果が極めて高いことが報告されており、この治療を推奨することで、結果的に医療費削減につながると考える。
NSAIDs 処方時のサイトテック	NSAIDs による潰瘍発生の予防効果が認められており、無駄な医療費の削減に貢献するものと考ええる。
ヘリコバクターピロリ感染症検査	内視鏡検査や造影検査の実施なしで行われた場合ヘリコバクターピロリ感染症の検査が対象外となっているため。
患者都合で精子凍結・融解を実施した際の費用	患者都合の精子凍結・融解を、選定療養とすることで、治療機会損失が避けられ、患者の利益および少子化対策にもつながると考える。
低濃度アトロピン点眼薬による近視進行抑制のための診療に関する費用	近視進行の予防治療を全国民が受けることのできるよう、眼科検査代と診察代を保険診療、低濃度アトロピン点眼薬の薬剤費を自費とする選定療養とすべき。
抗ウイルス薬等の予防投与	インフルエンザの抗ウイルス薬であるタミフルやリレンザのように予防を適応に持つ医薬品の投与については、選定療養とすべき。
在宅医療における医療材料の支給	在宅医療の推進のため患者側の多様なニーズへの対応には、在宅医療の算定要件変更では対応困難であるため、選定療養とすべき。

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

摂食障害入院管理加算（60日以上）	60日以上経過後について、患者家族の希望があり、食事介助や管理によって改善が見込まれる場合、選定療養としてはどうか。
患者の都合による入院の継続	医療提供の都合ではなく平均在院日数が延長され、DPC 期間切れ等が生じてしまうため、その際の追加で請求できる新たな選定療養費の項目を要望する。

< 歯科 >

提案・意見内容	理由
金属未使用の義歯（ノンクラスプデンチャー義歯）	金属アレルギーの患者に対して多数歯欠損補綴が必要な際に現時点での保険診療では現状選択肢がないため。 金属アレルギー患者も、健常者と同等の医療を受ける権利があるため。
歯科領域における抜歯窩への人工骨や吸収性コラーゲン等の填入	抜歯時に、人工骨や吸収性のコラーゲンやメンブレン等により顎堤の骨吸収を最小限に抑えたり、骨増生を図ったりすることができれば患者にとっても侵襲や負担が最小限に抑えられるメリットがあるため。
ホッツ床のスキヤナー（光学）印象	口蓋裂患者のホッツ床を作製する際にアルジネート印象材にて印象採得すると印象材が口蓋裂の部分に入ってしまう、万が一印象材が切れてしまい除去困難となった際には、命に関わる可能性も否定できないため。
埋伏歯の開窓牽引の手術	現在の保険制度では、埋伏歯の開窓手術に関しては保険適応となっているが、埋伏歯にブラケットを装着し牽引の準備をすると保険適応外となるため選定療養とすべき。
ジルコニア	保険適用の CAD/CAM 冠より安価で割れたり外れたりしにくく、歯にかなり近い色調を再現できるため。ジルコニアなら強度が高いため破損の心配が少ない。 ジルコニアはコンポジットレジンに比べて強度と耐摩耗性が優れているため、コンポジットレジン材料では現状適応が難しい義歯の鉤歯や孤立歯・ロングスパンブリッジの歯冠修復への応用が期待されるため。
歯周再生療法に使用できる歯周組織再生剤及び骨補填剤の拡充	現在保険診療において使用できる歯周組織再生剤は「リグロス」に限られており、歯周再生療法に用いる材料を選定療法として拡充して頂きたい。
小児期における矯正治療	歯列並びに口腔機能が適切に発育するのを助けることにより、発達不全がもたらす疾患の軽減が見込めるだけでなく、成人期におけるう蝕、歯周病等のリスクを減らすことにも寄与すると考えられるため。

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

<p>金属床部分床義歯</p>	<p>9 歯以上の多数歯欠損症例においても総義歯と同様にアクリリックレジンの厚みによる違和感や嘔吐反射、味覚の感じにくさなどにより金属床による義歯を必要とされる患者がいるため。</p> <p>金属床の部分床義歯は設計の自由度が大きく技工上の精度が高い。違和感が少なく鉤歯に負担の少ない義歯を作製することによって患者の咀嚼機能が向上し健康寿命の延伸に寄与することができる。</p>
<p>歯科口腔内デジタル印象</p>	<p>印象材料、石膏などの材料費の高騰や、急な材料の入手困難など、また、模型保管スペース削減、患者の苦痛軽減、技工所との情報共有等など恩恵が多いため。</p>
<p>18 歳未満におけるマウスピース・拡大床による矯正治療</p>	<p>口腔機能の評価により装置を使用した場合における効果のほうが、より恩恵を享受できるであろう患者も存在すると考えられるため。</p>
<p>暫間被覆冠の作製</p>	<p>テンポラリークラウンやリテイナーについて、1 歯につき 1 回や 1 装置につき 1 回等の制限があるが、実際の臨床では根管治療開始から装着までに複数回再作製を余儀なくされる症例が多々あるため、保険診療適用の暫間被覆冠との併用ができるように新たに組み込んでいただきたい。</p>
<p>前歯のメタルボンドクラウン</p>	<p>国民のデンタル IQ はどんどん高まってきており、前歯に変色のない補綴物を、出来るだけ安価な金額で入れてほしいというニーズが多くあるため。</p>
<p>スポーツマウスガード（成長期における）の導入</p>	<p>転倒時の歯牙破折、脱臼等の予防効果が高く有用と考えられる。また、簡易的なマウスガードも市販されているが、成長期（混合歯列期）には、顎の育成が阻害されることにもなり、歯科医による型取りを行ったマウスガードの新規導入を検討すべき。</p>
<p>インプラント</p>	<p>学術的根拠に基づく治療が保険制度に組み込まれないのは国民にとって不利益なものとなる。またすでに装着されたインプラントについても口腔を一単位として管理する上で、インプラントを選定療養にすべき。</p>
<p>要介護の患者に対する給付外インプラント義歯の一部除去及びその後の義歯管理</p>	<p>要介護となった高齢者に限り、インプラント義歯に伴うインプラント周囲炎の治療と一部除去に要するした後、残存歯がある場合の歯科医学的管理について医療安全上並びに保険システム上からの配慮により、選定療養の対象にすべき。</p>

<その他>

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

提案・意見内容	理由
CureApp HT 高血圧治療補助アプリを初回の使用日から属する月から起算して 7 か月目以降も使用を継続する場合	CureApp HT 高血圧治療補助アプリは、「初回の使用日の属する月から起算して 6 か月を限度として、初回を含めて月 1 回に限り算定する」とされており、7 か月目以降も本品の使用を継続した場合にその費用を手当てする手段がないため。
<p>①医療保険の適用範囲が、薬機法の承認範囲よりも狭いもの</p> <p>②高額な医療機器で、既存技術と比べエビデンスは同等程度であり、患者の選択に適するもの</p> <p>③評価療養において医学的エビデンスが十分ではないとされ、保険適用を認められなかった医療技術の受け皿とするもの</p> <p>④医学的エビデンスを再検討し、保険適用から除外すべき医療技術の受け皿とするもの</p> <p>⑤保険医療の必要性が乏しいもの</p> <p>⑥臨床の現場に早く投入し、データを収集すべきもの（プログラム医療機器）</p>	<p>①薬機法上の承認を広い範囲で受けながら、一部の対象でしか保険適用されていない機器や医療材料が存在し、選定療養にすることによって、治療意欲を高めることができる。</p> <p>②医療技術としては特に高額であり、ロボット手技（内視鏡手術）は、保険点数に比べ機器代が高価なため、医療機関側の負担が大きくなり、機器の購入・レンタル自体がためらわれ、結果的に患者の選択肢が狭められている。選定療養として認めれば、機器の導入の促進が進み、患者の選択肢も拡大する。</p> <p>③評価療養として有効性の検証が行われ、必ずしも保険収載に至らなかったとしても、患者の側の強い希望があり、また患者の治療継続の動機を高め、さらに患者の不安を軽減する（腫瘍マーカー）等の理由により、患者選択肢を維持することが望ましい医療技術も存在するため。</p> <p>④保険適用時に検討されていたとしても、現在の医療・医学水準からみて、もはや保険適用に相応しくないものもあるため。</p> <p>⑤医学的エビデンスはあるものの、既に OTC 化され患者・国民が容易に利用できる医薬品と類似の医薬品は、保険給付する必要性が乏しいため。原則的には保険の給付範囲から外して選定療養の対象にし、医師の判断・指導の下で服薬する必要があるものは、例外的に保険の給付範囲に残すことを前提に、選定療養化を検討すべき。</p> <p>⑥プログラム医療機器（SaMD）は、非侵襲的であり、製品のライフサイクルが短く、臨床現場でのデータ収集、アップデートによって、性能が向上していくという特質があり、医療の質の均霑化に資するものもある。したがって、速やかな承認に加え、臨床現場での早期の利用・データ収集が望ましいため。</p>
インシュリンポンプの付属品の予備購入	保険診療においては、センサーは 1 か月最大 5 個、トランスミッタはインシュリンポンプにつき 1 個しか配布されず、予備分を患者が希望する個数自由診療で、購入できるよう選定療養にすべき。
保険診療で対象とならない患者に対するグルコースモニタシステムの支給	グルコースモニタシステムを用いた血糖測定について、保険診療下で使用できる患者と薬事承認上対象となる患者との間にはギャップがある。他方で、このように療養の給付の対

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

	象外となっている患者であっても、グルコースモニタシステムを用いて療養の向上を図りたいという患者は一定数存在するため。
オンライン資格確認導入済医療機関で、マイナンバーカードを使用しない場合の料金	マイナンバーカードを用いることで、事務作業の軽減や、問診の効率化が図られるなど医療機関に一定のメリットがあるが、導入費やランニングコストは補助金でまかなえないほど高額であり、今後も必要経費としてかかるものである。 保険診療の中で、加算として評価していただいているが保険証とマイナンバーカード利用の差は軽微でマイナンバーカードへの誘導の効果として乏しく利用率・認知度がきわめて低く医療機関として導入のメリットよりもデメリットの方が多く感じる。 マイナンバーカードを持たないこと・医療機関で使用しないことは患者の選択によるものであり、保険外併用療養費として一定額の徴収を可能とするよう検討いただきたい。
特別メニューの食事を選択した場合の費用	患者の嗜好による食材選択等により発生する費用となるので、選定療養費として別に設定することで医療機関独自に金額設定を認めていただきたい。
①家族の希望によって胃瘻等を継続される場合における胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養等にかかる管理・維持 ②通常診療とオンライン診療を併用している医療機関のオンライン診療の初診・再診 ③救急車受け入れに対する対価 ④栄養指導および入院における特別食の適応疾患を持たない患者への対応 ⑤特別室における外来診療 ⑥保険点数に消費税と同じ%の料金徴収 ⑦入院中の食事の選択	①社会保障費の抑制につながる可能性がある。 ②通常診療とオンライン診療を並行して行っている医療機関は、人員の配置（人件費）が必要であり、外来患者の待ち時間にも影響することが考えられる。医療機関の負担と外来混雑の緩和の一助となる可能性がある。 ③救急車は医療の必要性・緊急性が高い患者が利用すべきである。診療の結果で入院が必要な患者または、一定の医学的管理が必要な患者以外からは費用を徴収すべき。 ④専門知識をもった管理栄養士による早期指導・早期管理を行うために適応疾患がない患者についても選定療養として設定すべき ⑤完全個室の特別な環境で行う外来診療に対する室料差額 ⑥医療原価には消費税が発生するが、患者から費用を徴収する際には非課税となる仕組み自体がおかしいと考えている。消費税は最終的なサービスの享受者が支払うものであり、その中間にある医療機関が負担することはおかしい。診療報酬で調整されることもあるが、マイナス改定が続く中医療機関の税負担は圧迫されていく一方である。選定療養とは趣旨が違うとは思うが必要。 ⑦ 産科のお祝い膳のような、特別な食事を患者が選んだ場合の選定療養
①内視鏡検査室の個室及び治療後の個室リカバリー室利用料 ②透析センター内の個室利用料	①～③何れも希望者による申請及び承諾を前提とする。 プライバシーの保護を求める方、検査・治療中や検査・治療後においてより良い療養環境を求める方のニーズ（アメニティや家族の付き添い等）に応えることが可能となるため。

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

③化学療法室の個室利用料	
①オンライン面会 ②Wi-fi 環境による電気代徴収（希望者のみ ID・PW を付与）	①院内の感染防止対策含め、遠方で来院できないご家族に対してのニーズがあるため。 ②スマートフォンやタブレットの急速な普及、利用増加にあたり、室内での利用が高いため。
①自院緊急車両による患者搬送料 ②感染隔離の為に使用している個室料金、コホート隔離している病室に対する室料 ③感染蔓延期におけるオンライン面会に使用するタブレット等機材のメンテナンス費、通信費、またそれに関わる人件費 ④特殊疾患病棟におけるリハビリテーション料 ⑤高齢者の多い地域における受付などの患者対応に対する人件費 ⑥臨床心理士のカウンセリングの実施料など	①寝たきりの患者の転院など自院の緊急車両（救急車）などを使用することがあるが、搬送に係る諸費用として選定療養新規導入を検討すべき。 ②感染している患者の隔離目的に個室を使用する場合、個室料を徴収することができない。また多床部屋で感染者が出た場合、コホート隔離の部屋として使用することとなるため、別の室料として選定療養新規導入を検討すべき。 ③オンライン面会に使用するタブレット等の面会諸費用として選定療養を検討すべき。 ④ADL 動作能力向上、褥瘡予防や発生した褥瘡の治癒、拘縮予防のためのポジショニング、シーティング、誤嚥性肺炎予防や栄養状態改善、自宅復帰支援などの効果を認めるため。 ⑤ICT を導入するほど、高齢者是对応できず、受付事務スタッフの労力が必要となるため。 ⑥精神科外来の診察前問診（インテーク）には介入することで治療とはならないが、精神的に落ち着かせる効果はあり、患者からの要望も強いため。
自院救急車・所有車両を活用した病院間搬送における搬送料	隣接医療機関と自院間の紹介転院搬送等で自院の救急車や所有車両を活用した際の搬送料
送迎サービスへの利用料	駅より離れた立地であり、近くにバス停なども無いため、自家用車で来院される方が中心である。病院では複数人のドライバーを雇用しているが、今後さらに地域の高齢化が進み、需要が高まることが予想されるため。
①在宅自己注射を行っていない患者が自己血糖測定を希望した場合の費用 ②在宅自己注射を行っている患者への血糖自己測定器加算の回数を超えての血糖試験紙等の費用 ③患者送迎費用	①在宅自己注射を行っていない患者が自己血糖測定を希望した場合は、薬局等で血糖測定器具等を購入する必要があるが、患者としては、測定方法などの相談が出来る環境として治療を受けている医療機関での購入を希望しているため ②医師の指示回数を超えて血糖測定を希望する場合は、当院で貸し出している機械に対応する血糖試験紙等を院外で探し、購入しているため ③入院中の他院受診（放射線治療等）に対する送迎をサービスで行っているが、人件費が発生しているため

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

入院患者へのお見舞いメールに対する料金徴収	面会制限を設けた際に患者家族の近況を知らせたい要望に応えるため、ホームページの入力フォームに必要事項を記入してもらい写真を張り付けられるサービスを導入したところ、家族の反応がよく需要があったため。
救急受診コンシェルジュサービス	緊急入院時に家族に付き添い、医療者側の説明を誤解なく理解していただくようにサポートする必要があると感じたため。
<ul style="list-style-type: none"> ① 県外への自院救急出動費 ② 高額な現金持ち込み時の預かり料 ③ 施設基準の届出を行っていない手術・材料費の算定について ④ 室料差額について 	<ul style="list-style-type: none"> ① 県外へ救急搬送が必要な場合、消防庁の救急車は県外への搬送ができないため自院の救急車で搬送することがあるため。 ② 入院時に高額な現金を持ち込み、経理課の金庫でお預かりするケースがあるが、病院の責任や負担も大きい為、預かり料金を設けていただきたい。 ③ 施設基準をクリアするまでの間でも、患者様の同意があれば自己負担の請求を認めていただきたい。 ④ 個室料金全額は支払いできないが、一定の金額であれば支払いできる等の徴収を可能としてほしい。
<ul style="list-style-type: none"> ① 外国人患者のための通訳費用 ② システム利用料 院内での携帯マガジンや呼び出しシステムの利用料 ③ 指定入院時間の選定 ④ 入院中の付添（小児等）入院費 ⑤ 食事の選択 ⑥ 患者希望による退院延長 ⑦ 送迎サービス ⑧ 個室の家族利用 ⑨ 軽症患者の救急外来受診時の選定療養 	<ul style="list-style-type: none"> ① 外国人患者の受診が増えていく一方で言葉の問題が発生することが多い。病院側で対応するには限界であり、安価な通訳機器もあるが本格的な医療用言語に対応できないため。 ② 医療機関は診療費が決められているため、医療機関における環境整備や設備投資には一般企業よりも非常に遅れており、サービスの向上の妨げになっている。 ③ 外来における予約診療と同様に、入院においても患者の申し出により入院時間を指定することで、混雑緩和、待ち時間削減に繋がる。 ④ 小児等での希望での付添い入院の場合、食事やベッド（補助ベッド）使用時の料金を定める事により、ご家族が自分の食事の心配等をしなくてすむため。 ⑤ 疾患・治療内容等によっては食事の内容を問わないものもあり、入院中の患者度満足の向上にも繋がるため。 ⑥ 機能分化の更なる推進のため、急性期治療を終えている患者の退院、転院につき、患者及び患者家族の都合により退院が延長になった際は、選定療養を徴収できないか。 ⑦ 患者の中には、通院に苦勞している患者もいると推測されるため、送迎を希望する患者については、送迎を行い、送迎費用を徴収できないか。 ⑧ 個室入室者の家族がどうしても一緒に過ごしたい等の希望があれば、簡易ベッドの提供等、環境整備を行うことで家族ベッド費用を徴収できないか。 ⑨ 救急車の不正利用を是正するべく、一定の点数（診察のみ等）を満たさない患者には、選定

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

	療養費を徴収できないか。
①特例対応料（仮称：VIP対応料） ②優先診察（ファストパス）	①関係者からの救急搬送や当日紹介以外の症例を問わない臨時対応料。 ②予約外患者の待ち時間が非常に多く、予約していなくても順番を繰り上げる優先受診手数料を選定療養にすべき。
リハビリテーションを実施するセラピストの予約料	リハビリテーションを実施するセラピストを予約・指名したいという声があるため。
医師の指名料	知識・技術の高名な医師について、患者の希望によって、医師の指名をしたいという場合、医師の指名料を選定療養としてはどうか。
入院時等、身の回りのことを依頼できる（買い物代行等）サービス料	単身での入院や、身の回りのことを依頼できる親族などがいない患者について、患者の希望によって、買い物の代行などのサービスを選定療養としてはどうか。
食事の内容、提供時間を選択料	治療上の制限の範囲内で、他の入院患者とは異なる食事内容や食事の時間（20～21時など）を希望する患者について、選定療養としてはどうか。
病室内のベッドの位置を選択料	多床室の場合、廊下側や窓側などベッド位置によって多少療養環境に違いがあることから、患者からの希望によって、ベッド位置の選択が可能な場合、選定療養としてはどうか。
入院中の患者に対する特別な入院環境をサポート料	入院中に患者の希望する入院環境を提供する。例えば、ビジネスマンの場合、パソコンやプリンター、Eメール環境など病室に用意することについて、選定療養としてはどうか。
施設基準を満たすまでの手術料	施設基準の取得を目的に所定の症例数を経験する場合、施設基準取得前であることから、保険適用にならず、患者に全額自費で請求するか、全額病院負担として行うしか選択肢がなく、結果的に全ての症例が病院負担となっているため。
時間外、休日の患者や患者家族への症状説明	患者の家族からの要請で勤務時間外に説明をすることが多く（患者の家族が日中は仕事をしているため）、医師の時間外労働が増加しているため。
転院時に患者の希望（転院施設の含む）で退院処方を出した場合の投薬料	転院時の退院処方保険診療上、認められていないが、患者の希望、若しくは施設の希望により退院処方を出した場合、患者請求することが出来ず、転院元の負担となっているため。
学習障害を持つ患者に対する検査を含めたアセスメント料	学習障害は投薬等で治癒するものではないが、一方で、適切な教育・指導を与えることによる症状の改善、学習や生活のノウハウ・ツール・社会資源を活用することによる障害の補完が見込まれるため。
他医療機関受診における患者への付き添い及び交通費	療養担当規則に則り適切な措置を講じた場合には、他医療機関への付き添い料及び交通費の実費については選定療養で別途算定できるようにすべき。

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

アピアランスケアにおける指導管理	がん患者の整容、美容への個別相談件数が男女問わず増加している。認定看護師を中心に活動を行い、笑顔で社会生活を送れると評価を得ている。
インスリン自己注射を行っていない糖尿病患者への穿刺針・センサー等の支給	在宅自己注射の対象外患者への血糖測定への対応、指導管理料回数制限を超えての血糖測定希望に対して選定療養とすることを要望する。
食事療養費の自己負担	現行の自己負担 460 円では、高騰する光熱費、食材費、人件費、等を賄うことは不可能であることから、自己負担は各医療機関の状況での選定療養とすることを要望する。

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

2. 既存の選定療養の類型の見直しに係る提案・意見

○特別の療養環境

提案・意見内容	理由
外来医療に係る特別の療養環境の提供における内視鏡検査前後に使用できる個室や化学療養室の個室、透析室の個室などの取扱いの明確化	内視鏡検査前後に使用できる個室や化学療養室の個室、透析室の個室など、診察を行なえる環境にあって、患者の選択によって入室する場合は、それぞれが該当することを明確にしていきたい。
特別な療養環境の提供における、病床5割までの制限の緩和・廃止	患者の選択によって入院できる環境が整備されている場合は、病床の5割を超えて、特別な療養環境の提供が出来る病床を整備可能にしてはどうか。
差額ベッド料金について、届出の金額に幅を持たせる	現状では、4床部屋を差額ベッドとして届出すると4床とも同じ料金となるが、1病室内で金額差をつけることが可能なように見直してはどうか。
歯科特別療養診療に要する費用の徴収を追加する。 ①個室環境もしくは間仕切り等により個人の区画を確保する ②一連の診療に要する時間が、概ね30分を超える ③専用の歯科用顕微鏡、歯科用吸引装置(口腔外)、診療情報を表示できるモニター設備を有する	歯科治療においては多岐に渡る処置を一診療台にて行う為、機器の配置上完全個室の達成が困難である。また必ずしも1時間を超える処置を必要としないことから要件が実態と乖離しており普及がすすまないため。

○予約診療

提案・意見内容	理由
廃止	「予約診察」を標榜している医療機関が増えてきており、対象となる医療機関も少なくなっていると思われるため、現実的ではない。
予約診療時のキャンセル料	現在キャンセル料などの請求は出来ないが当日の予約変更やキャンセルが患者の権利のようになっているため。
診療料が掛かる時の対面での説明	予約診療料に関しては患者がどこまで理解しているのかわからないので詳しい説明とお知

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

	らせを周知できるようにする必要がある
医師ごとに金額を設定	病院単位での受診者の偏りだけでなく、医療機関内の医師ごとの受診者数の偏りの是正につながるため。

○時間外診療

提案・意見内容	理由
医師ごとに金額を設定	病院単位での受診者の偏りだけでなく、医療機関内の医師ごとの受診者数の偏りの是正につながるため。

○大病院の初診

提案・意見内容	理由
保険点数から一定点数を控除する取扱の廃止	地域医療支援病院として、地域のクリニックからの紹介状持参を求めているが、持参せず受診した患者が説明に応じず受診した場合、保険点数を控除せず全額患者負担となるよう制度の変更を希望する。
A診療科に通院中の患者が、同病院のB診療科に受診した場合の取扱い見直し	A診療科に通院中の患者が、医師の指示ではなく、本人の意思でB診療科に受診する場合、診療報酬上、再診の扱いとなり選定療養費がいただけないため。
初診の選定療養費の金額の見直し（引き下げ）	紹介状なしで特定機能病院、200床以上の病院を受診した場合の選定療養費は診察料よりも高く、選定療養費が高額なことから患者の診療控えが生じるおそれがあるため。 大病院からかかりつけ医へ逆紹介をした後に、患者から窓口負担金の件で、多くのクレームが寄せられる。これは診療所の方が包括項目、指導料の関係で大きく負担金が増額するからであり、このことが逆紹介推進にあたり大きな障壁となっているため。
定額負担を求めなくても良い場合の「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」を「個人的に希望して健診を受けた患者以外」とする	個人的に希望して受けた健康診断以外は、すべて「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」に該当するように思われるため。
初診時の選定療養費の見直し（病院単位一律ではなく、診療科毎の適応や条件を見直すなど）	子供を持つ世帯において7千円を超える選定療養費は負担が多く、上気道炎などの急性感染症が多い小児は頻回に選定療養費の対象となってしまう受診控えの要因となっていると考えられる。受診の遅れからの重症化も危惧されるので、たとえ大病院であっても地方の地

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

	域医療を担っている病院小児科についての選定療養費を免除すべき。
--	---------------------------------

○大病院の再診

提案・意見内容	理由
国の公費負担制度の受給者は、「やむを得ない事情があるもの」として徴収が認められない取扱いの見直し	症状が安定している患者さんにもかかわらず、国の公費を持っているからといって、料金を徴収されずに、希望の病院に継続してかかれるのは、制度に疑問を感じる。
保険点数から一定点数を控除する取扱いの廃止	急性期医療を終えた患者を地域のクリニックに逆紹介を行なった後、患者の希望により大病院を再診することは患者の選択によるものであるが、病院の収入である診療報酬から控除する理由が不明である。控除を廃止し、全額患者負担とする様再検討を求める。

○180日を超える入院

提案・意見内容	理由
選定療養費を徴収できる入院期間を120日～150日等に前倒し	大多数の疾患で、入院加療を必要とする疾患の治療期間は90日～120日程度になり、それ以降で入院を継続しているものは、患者側の事情で入院を継続している場合が多い。

○制限回数を超える医療行為

提案・意見内容	理由
一般不妊治療患者に係る各種検査	一般不妊治療患者に対する各種検査について、医師の判断で、算定可能にする。もし無理なら制限回数以上の場合は選定療養とすべき。
骨塩定量検査	数が多くはないが、患者の希望があるため。
糖鎖抗原 (SLX、Dupan2、CA125、CA15 3 等)	無駄な医療費の削減に貢献するものとする。
「制限回数を超える医療行為および保険適用範囲外の検査」として対象範囲を拡大すること	回数や病名、年齢制限等がある検査を、患者の希望で制限を超えて実施した際、保険と併用して実施可能にするためには、選定療養にする必要があるため。

○歯科の金合金等

提案・意見内容	理由

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

廃止	前歯部に対する金合金又は白金加金の補綴は、現在ほとんど行われていないため。
----	---------------------------------------

○金属床総義歯

提案・意見内容	理由
適応の拡大	金属床による総義歯の提供は、無歯顎の患者に対するものに限られているが、高齢者等で様々な全身の状態、基礎疾患の有無を考慮して抜歯できない場合もあるため、条件付きで残根上の金属床義歯も提供できるように検討していただきたい。
対象を総義歯だけでなく、部分床義歯にも適用させる	現在、部分床義歯は選定療養の適用外である。癌などで顎補綴が必要となった場合、現在の制度では保険で顎補綴を行う場合、レジン床で実施することとなる。比較的若くして顎切除が必要となった場合、顎補綴の装着感をよくするために金属床を利用し制作した場合は、顎補綴の管理も保険ではできなくなるが、選定療養に部分床にも拡大されれば、この問題はかなり解消できる。さらに、顎補綴のような特殊なケース以外の患者においてもメリットは大きいものと推察できる。
残根上の義歯や磁性アタッチメント、インプラント上義歯を加える	残根や磁性アタッチメント、インプラントは総義歯の安定に有用であるがレジン床では強度が不足し破折しやすい欠点があるため。

○小児う蝕の指導管理

提案・意見内容	理由
廃止	患者にう蝕多発傾向者の厳密なルールの把握は難しく、場合によっては不公平感を感じ、トラブル発生につながる可能性があるため。
現行の取扱いの明確化（一部廃止、一部存続）	小窩裂溝填塞処置を受ける場合においては、保険診療、C選療どちらにおいてもう蝕多発傾向の有無に関わらず原則保険診療で、また治療時間や手技においても保険、自費と大差はなく、この項目は外してもよいのではないかと。う蝕多発傾向の基準が設けられていることから、F局においては保険診療、C選療それぞれにおけるC管理の区分けは必要。

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

3. 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについての意見

提案・意見内容	理由
患者へのグルコースモニタシステムを販売	通知等に規定した留意点等を遵守する限りにおいて、保険医療機関におけるグルコースモニタシステムの販売についても可能であるとする自治体及び地方厚生局がある一方で、明確な回答が得られない場合等もあるため。

4. その他 なし

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

プログラム医療機器の評価療養について

令和4年度診療報酬改定において、プログラム医療機器の評価を明確化する観点から、医科診療報酬点数表の医学管理等の部に、**プログラム医療機器を使用した場合の評価に係る節を新設**

【目次】

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第1節 医学管理料等

第2節 プログラム医療機器等医学管理加算

第3節 特定保険医療材料料

第1部 通則

- 1 医学管理等の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節又は第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

医学管理料等

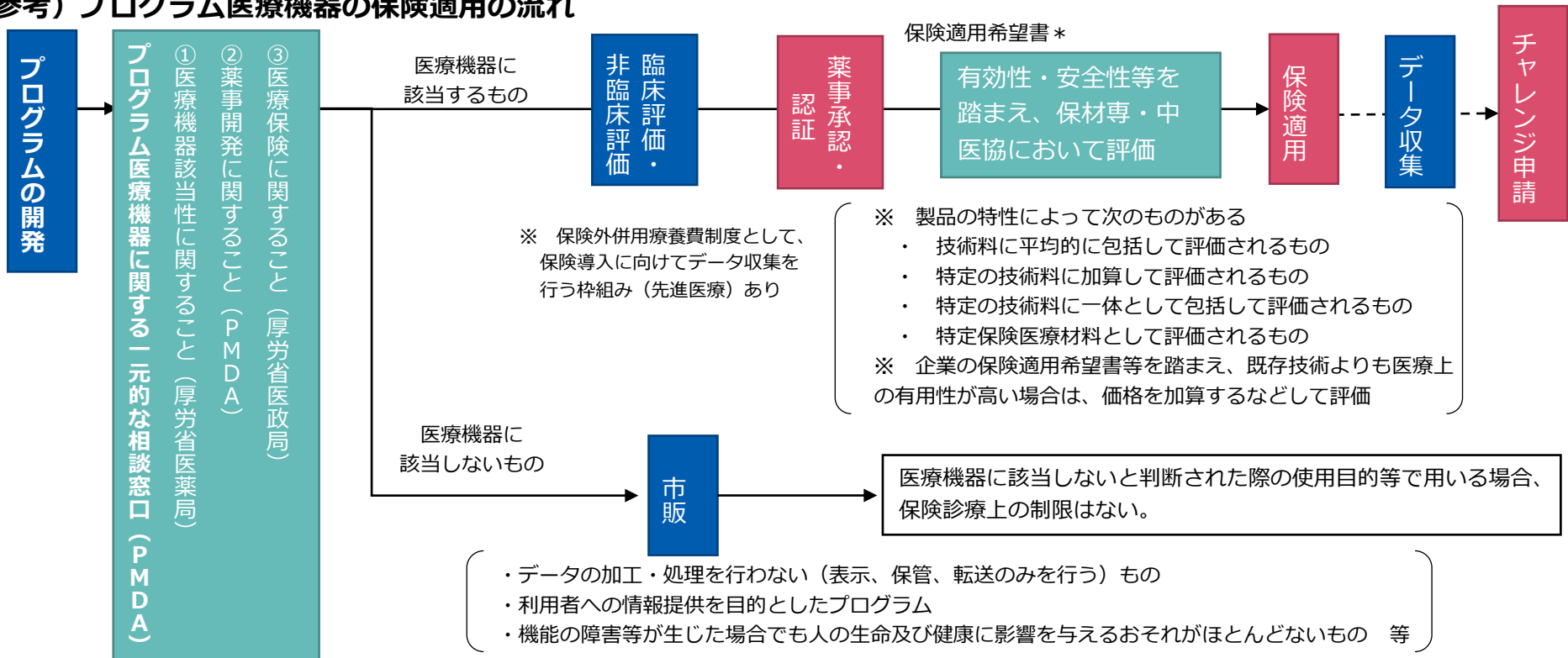
+

プログラム医療機器等医学管理加算

and/or

特定保険医療材料料

(参考) プログラム医療機器の保険適用の流れ



※ 医療機器該当性の判断に係る明確化・精緻化のために、具体的な事例について、厚労省のHPに随時公開している。

※ 医師の働き方改革の視点を踏まえて、医師の診療をサポートすることにより、例えば、より少ない医療従事者で同等の質が確保できる場合には施設基準等に反映することもありうる。

※ 保険導入を前提としておらず、患者の選択によるものについては、選定療養 (保険外併用療養費制度) の仕組みの活用がありうる。

- 先進医療や治験など、一定の枠組みに基づき保険導入に向けた評価を行うためにデータ収集を行うものについては、評価療養として保険外併用療養費制度の活用が可能となっている。

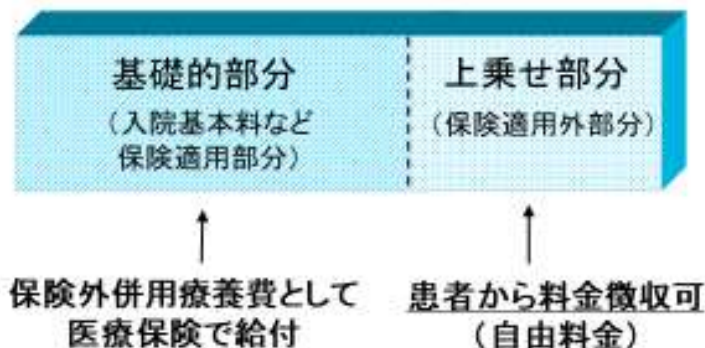
保険外併用療養費制度について

〔平成18年の法改正により創設
(特定療養費制度から範囲拡大)〕

○ 保険診療との併用が認められている療養

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

保険外併用療養費の仕組み 〔評価療養の場合〕



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

○ 評価療養

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

○ 患者申出療養

○ 選定療養

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

1. 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

2. 保険適用後にチャレンジ申請により再評価を受けることを目指すプ

ログラム医療機器について

- プログラム医療機器の特性として、従前の有体物である医療機器と比較し一般的に侵襲性が低く安全性に関する大きな問題が生じる可能性が低いことに加え、性能の持続的な向上が行いやすいことから、開発後できるだけ早期に市場導入され臨床現場における使用等を通じて有効性及び安全性の評価を行うことが望ましいことが挙げられている。

プログラム医療機器の特性を踏まえた適切かつ迅速な承認及び開発のためのガイダンスの公表について

令和5年5月29日付け厚生労働省医薬・生活衛生局医療機器審査管理課事務連絡

<プログラム医療機器の特性を踏まえた適切かつ迅速な承認及び開発のためのガイダンス>

2.4. 更なる上市の加速に向けた新たな薬事承認制度の考え方

プログラム医療機器は、従前の有体物たる医療機器と比較し、一般的に侵襲性が低く、安全性に関して大きな問題が生じる可能性が低いことに加えて、臨床現場での使用に伴い認識される問題点等に対する改良や改善が、頻繁かつ多様な手法により行われることで、性能の持続的な向上が行い易いことから、プログラム医療機器としての開発開始後、できるだけ早期に市場導入されることが期待されている。（中略）

臨床試験により有効性及び安全性を確認するためには長期間を要する場合があることに加えて、プログラム医療機器については安全性に関して大きな問題が生じる可能性が低いといわれていることもあり、治験等による限られた被験者や医療施設を対象とした評価のみでは市販後の多様な臨床環境で実際の多くの患者に使用した際の不具合や有害事象等を完全に明らかにすることも難しい。そのため、安全性が確保されていることを前提として、承認申請時に提出されたデータから一定の有効性が蓋然性をもって確認できた範囲に限定する薬事承認をもって、早期の上市を進め、臨床現場における使用等を通じて有効性及び安全性の評価しつつ、開発を続けることにより、臨床的意義を確立していく開発戦略の可能性が考えられる。

「プログラム医療機器等実用化促進パッケージ戦略2」の公表について

令和5年5月29日付け

厚生労働省医薬・生活衛生局医療機器審査管理課・経済産業省商務・サービスグループヘルスケア産業課事務連絡

○プログラム医療機器実用化促進パッケージ戦略2 実施項目①

2. S a MDの特性（※）を踏まえた実用化促進

（※）プログラム医療機器は有体物の医療機器よりも侵襲性が低いのでリスクが相対的に低く、また、市販後に性能等の改良・アップデートが頻繁かつ継続的に行われている。

- 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。

1. 医療機器の2段階承認の考え方について

- 医療機器は改良、改善が頻繁かつ多様な内容で行われる等の特性があるため、それらの特性を活かしつつ、開発をより効率的に行う観点から、市販前から市販後まで一貫した安全性及び有効性の確保策を実施することにより、市販前の新たな治験実施の有無によらず、承認申請を行い得ると考えられるケースの取扱いを整理し、運用の明確化を図った（平成29年11月、いわゆる「リバランス通知」）。
- この中で「診断の参考情報となり得る生理学的パラメータを測定する診断機器」の2段階承認の考え方が示されている。

リバランス通知に基づいて第1段階承認を取得した有体物の診断用医療機器の代表例

医療機器	一般的名称	使用目的又は効果	使用目的又は効果に関連する使用上の注意	その他の注意
HFVI MOC-9 モジュール (平和物産株式会社)	神経モ ニタ	本品は、手術や集中治療など鎮静下にある患者の心電図を解析し、R-R間隔変動の高周波成分を解析することで、副交感神経活動に係る指標を提供する。	本品が提示する情報／指標に基づく疼痛管理の有効性（臨床的アウトカム等）は評価されていない。	本品は平成29年11月17日付薬生機審発1117第1号薬生安発1117第1号において示されている診断の参考情報となり得る生理学的パラメータを測定する診断機器として承認されており、本品が提示する情報／指標に基づく疼痛管理の臨床的意義は評価されていないことに留意すること。

2. プログラム医療機器の2段階承認の検討にかかる経緯

- 規制改革推進に関する中間答申（令和4年12月22日）において、「SaMDに関する二段階承認制度を導入する方向（SaMD版リバランス通知を新たに発出することにより対応する場合を含む。）で検討する」こととされた。
- これを受けて、厚生労働省は、令和4年度「プログラム医療機器の特性を踏まえた薬事承認制度の運用改善検討事業」（研究代表者：中野壮陸（公益財団法人医療機器センター専務理事））を立ち上げ、計4回（令和4年12月28日、令和5年1月25日、2月28日、3月14日）の検討会を開催し、その事業報告書を「プログラム医療機器の特性を踏まえた適切かつ迅速な承認及び開発のためのガイダンスの公表について」（令和5年5月29日付け厚生労働省医薬・生活衛生局医療機器審査管理課事務連絡）として発出した。
- プログラム医療機器の2段階承認の考え方のポイントについては、
 - プログラム医療機器に関して、適切かつ十分なリスクマネジメント等により製造販売承認の法的要求事項を満たすのであれば、評価データから一定の有効性が蓋然性をもって確認できる範囲で第一段階承認を行い、臨床現場で使用しながら本品の有効性及び安全性に関する評価データを製造販売後臨床試験成績やリアルワールドデータ等として収集し、臨床的意義のある有効性を示すための臨床評価データが得られた時点で、承認事項一部変更承認申請により使用目的又は効果を変更する第二段階承認が可能になると考えられる。
 - なお、薬事承認における臨床評価データは信頼性基準に適合する必要があるが、第二段階承認を取得するために必要な臨床評価では、製造販売後臨床試験成績以外にもレジストリを含めたリアルワールドデータを活用することも想定される。

規制改革実施計画（抜粋）

令和5年6月16日 閣議決定

II 実施事項

3. 個別分野の取組 <医療・介護・感染症対策分野>

(2) デジタルヘルスの推進② -デジタル技術を活用した健康管理、重症化防止-

6 プログラム医療機器（SaMD）等の開発・市場投入の促進

d. 厚生労働省は、SaMDのライフサイクルの短期性を踏まえ、事業者が迅速に保険償還を受けられることで、革新的なSaMDの開発を可能とする観点から、SaMDについては保険外併用療養費制度の活用も含めた新たな仕組みを設ける方向で、保険適用の在り方を検討する。

- ・第1段階の承認後、事業者の選択に基づき保険外併用療養費制度の活用等を可能とすることにより、保険診療において使用できることとし、臨床現場で活用されながら第2段階の承認に向けた迅速なデータ収集を可能にする。
- ・臨床現場での一定期間の使用実績を踏まえて償還価格の柔軟な見直しを行う。

<中医協総会>

- 第1段階承認を得たプログラム医療機器については、最初は保険外併用療養費制度を活用して迅速な使用を優先し、有用性が証明された段階で保険償還価格を判断することが考えられるのではないかと。

<保険医療材料等専門組織>（令和5年7月26日「特定保険医療材料の保険償還価格の基準等に関する意見」）

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

- 第1段階承認後においては、第2段階承認及びそれを踏まえた保険適用に向けて、臨床現場で活用されながら、迅速なデータ収集を行うことが重要であることを踏まえつつ、第2段階承認のためのデータ収集に係るコストは依然として高額となる状況も考慮すると、迅速に保険診療において使用できるようにすることが必要ではないかと。その際、現時点の二段階承認の考え方によれば、第1段階承認時点では有用性に関する評価が限定的であり、企業が最終的に希望する保険償還価格での評価は難しいと考えられることから、保険外併用療養費制度の活用についても検討が必要ではないかと。

プログラム医療機器に関する課題・論点③

【課題】

○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

- 臨床的意義は確立されていないものの、非臨床試験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（製造販売後臨床試験、リアルワールドデータを含む）が確立された後に第2段階承認を取得するようなプログラム医療機器の開発が想定されている。
- こうしたものについて、特定保険医療材料等専門組織からは、第1段階承認時点では有用性に関する評価が現時的である一方で、イノベーションの促進の観点から迅速に保険診療の中で活用可能とすることは必要であり、保険外併用療養費制度の活用について検討が必要ではないかと指摘されている。



【論点】

- 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、第1段階承認取得時点で想定される有効性に関するエビデンスでは、これまでに特定保険医療材料や技術料に対する加算として評価されている医療機器等と同等に評価することは困難と考えられる。一方で、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ついて中医協総会に検討を求めることとしてはどうか。
- 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、A 1（包括）又はA 2（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してはどうか。

(参考) 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

1. 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

2. 保険適用後にチャレンジ申請により再評価を受けることを目指すプログラム医療機器について

- 保険収載されたプログラム医療機器に関して、
 - ・アップデート等により性能が向上した場合の再評価の在り方
 - ・診療報酬上の評価の見直しを目指してチャレンジ申請を行う場合における保険外併用療養費制度の活用について検討が必要ではないかとの指摘がなされている。

規制改革実施計画（抜粋）

令和5年6月16日 閣議決定

II 実施事項

3. 個別分野の取組 <医療・介護・感染症対策分野>

(2) デジタルヘルスの推進② 「デジタル技術を活用した健康管理、重症化防止」

6 プログラム医療機器（SaMD）等の開発・市場投入の促進

- e. 厚生労働省は、上市後の使用実績に応じて性能が継続的に向上していく可能性があるというSaMDの特性を踏まえ、保険点数を決定した後であっても、事業者の任意の時点における申込みに基づき、一定期間内の申請により当該保険点数の再評価を複数回実施することを可能とする方向で、現行のチャレンジ申請制度に関する特例の創設等を含め、検討する。なお、申請に対する厚生労働省の審査は、事業者のアップデートの実態に即した頻度で開催可能とする方向で、厚生労働省における所要の体制整備を含め、検討する。

特定保険医療材料の保険償還価格の基準等に関する意見（抜粋）

令和5年7月26日 保険医療材料等専門組織

1. イノベーションに対する評価等について

- 保険医療材料等専門組織にプログラム硫黄機器等専門ワーキンググループが設置されたことも踏まえつつ、チャレンジ申請の妥当性について専門的見地からの検討を行う場についても整理することとしてはどうか。

2. プログラム医療機器に対する評価について

- イノベーションの評価を推進する観点からも、プログラムのアップデートにより性能が向上しうること等の特性を踏まえ、チャレンジ申請のほか、その他の制度の活用も含めた再評価のあり方について検討が必要ではないか。
- プログラム医療機器の保険適用の期間が終了した後において、患者の希望に基づく継続使用が考えられる場合や、診療報酬上の評価の見直しを目指して、チャレンジ申請を行いつつリアルワールドデータの収集を行う場合について、保険外併用療養費制度の活用についても検討が必要ではないか。

- プログラム医療機器の特性として、従前の有体物である医療機器と比較し一般的に侵襲性が低く安全性に関する大きな問題が生じる可能性が低いことに加え、性能の持続的な向上が行いやすいことから、開発後できるだけ早期に市場導入され臨床現場における使用等を通じて有効性及び安全性の評価を行うことが望ましいことが挙げられている。

プログラム医療機器の特性を踏まえた適切かつ迅速な承認及び開発のためのガイダンスの公表について

令和5年5月29日付け厚生労働省医薬・生活衛生局医療機器審査管理課事務連絡

＜プログラム医療機器の特性を踏まえた適切かつ迅速な承認及び開発のためのガイダンス＞

2.4. 更なる上市の加速に向けた新たな薬事承認制度の考え方

プログラム医療機器は、従前の有体物たる医療機器と比較し、一般的に侵襲性が低く、安全性に関して大きな問題が生じる可能性が低いことに加えて、臨床現場での使用に伴い認識される問題点等に対する改良や改善が、頻繁かつ多様な手法により行われることで、性能の持続的な向上が行い易いことから、プログラム医療機器としての開発開始後、できるだけ早期に市場導入されることが期待されている。（中略）

臨床試験により有効性及び安全性を確認するためには長期間を要する場合があることに加えて、プログラム医療機器については安全性に関して大きな問題が生じる可能性が低いといわれていることもあり、治験等による限られた被験者や医療施設を対象とした評価のみでは市販後の多様な臨床環境で実際の多くの患者に使用した際の不具合や有害事象等を完全に明らかにすることも難しい。そのため、安全性が確保されていることを前提として、承認申請時に提出されたデータから一定の有効性が蓋然性をもって確認できた範囲に限定する薬事承認をもって、早期の上市を進め、臨床現場における使用等を通じて有効性及び安全性の評価しつつ、開発を続けることにより、臨床的意義を確立していく開発戦略の可能性が考えられる。

「プログラム医療機器等実用化促進パッケージ戦略2」の公表について

令和5年5月29日付け

厚生労働省医薬・生活衛生局医療機器審査管理課・経済産業省商務・サービスグループヘルスケア産業課事務連絡

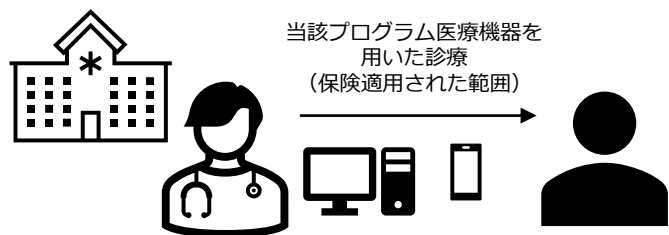
○プログラム医療機器実用化促進パッケージ戦略2 実施項目①

2. S a MDの特性（※）を踏まえた実用化促進

（※）プログラム医療機器は有体物の医療機器よりも侵襲性が低いのでリスクが相対的に低く、また、市販後に性能等の改良・アップデートが頻繁かつ継続的に行われている。

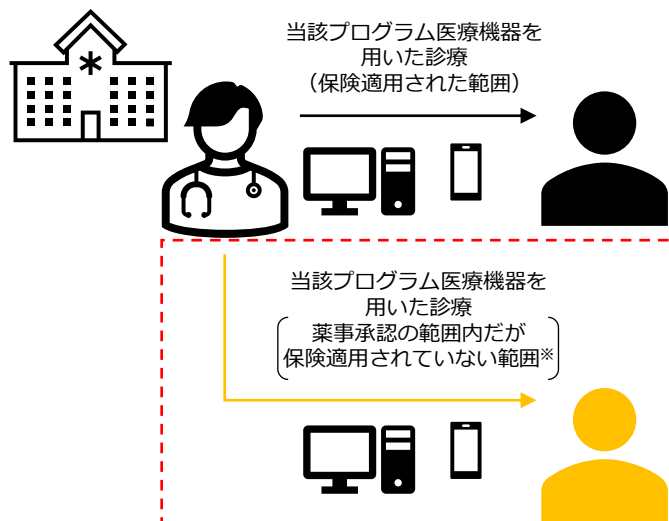
- チャレンジ申請においては、保険適用された範囲の使用における有効性に係るチャレンジ申請と保険適用されていない範囲の使用における有効性に係るチャレンジ申請があり、後者は保険適用外の診療行為となるため、保険診療の一環として行った場合はいわゆる混合診療になりうる場合がある。

(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

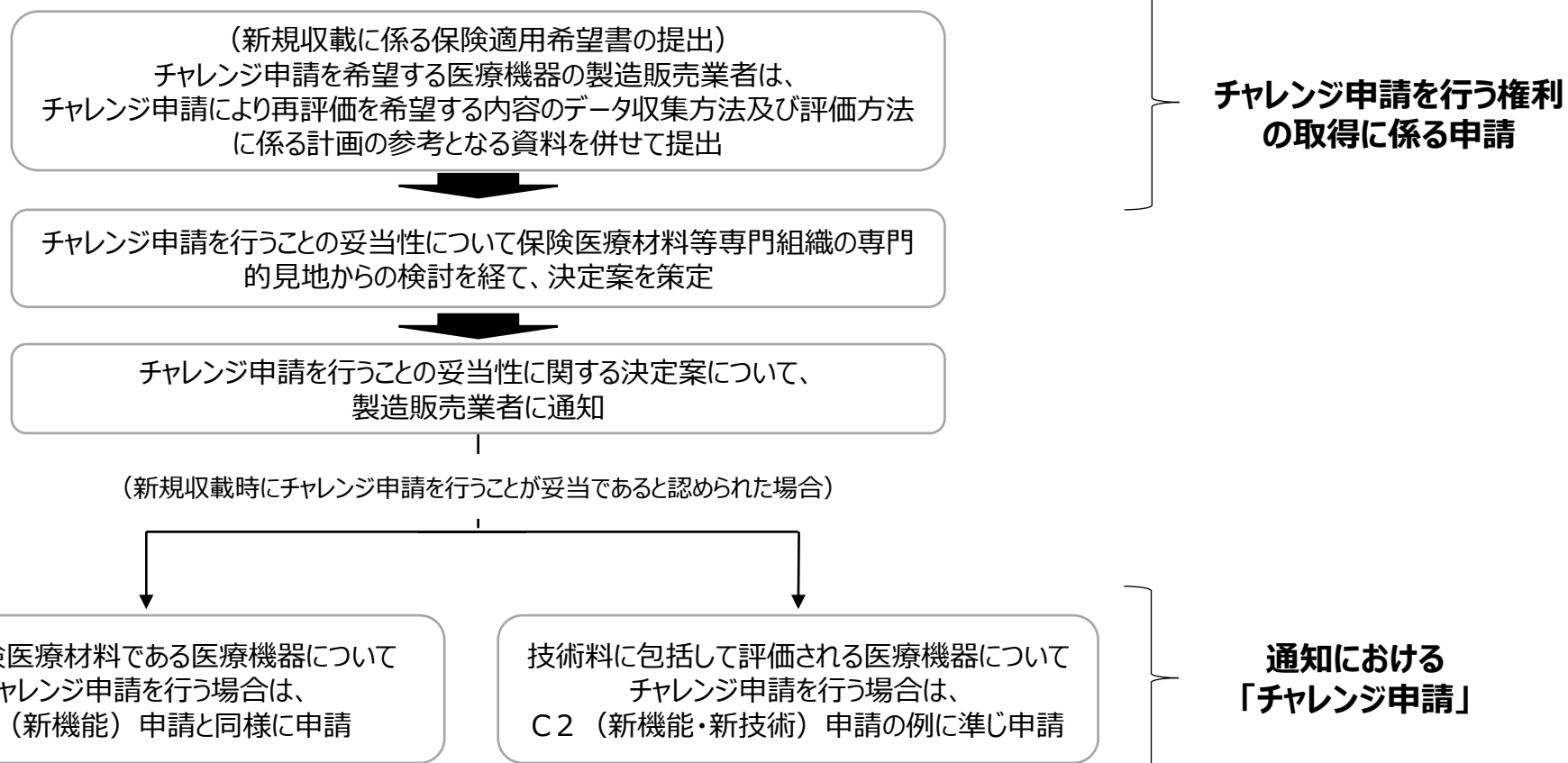


※保険診療の一環として行った場合はいわゆる混合診療になりうる場合がある。

※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。

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

- チャレンジ申請においては、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関する資料を提出の上、保険医療材料等専門組織においてチャレンジ申請を行うことの妥当性について検討がなされ、保険収載後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には、保険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こととしている。



※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。

プログラム医療機器に関する課題・論点④

【課題】

○保険適用されたプログラム医療機器の再評価について

- プログラム医療機器は、上市後にアップデート等がなされることにより性能向上することがあることから、アップデート等により性能向上した場合に再評価を行える仕組みとすべきとの指摘がなされている。薬事承認されたプログラム医療機器の性能向上がなされた場合には、薬事承認事項一部変更承認（一変）等を行う必要があるが、既に保険適用されているプログラム医療機器が性能向上に伴い一変等を行った場合でも、薬事上の「使用目的又は効果」や機能区分に変更がなければ、現行の要件では保険適用希望書を再度提出可能な場合に該当しない。
- プログラム医療機器が保険適用された後に、プログラムの変更等を行わずに診療報酬上の評価の見直しを目指してチャレンジ申請を行いつつリアルワールドデータの収集を行う場合について、保険外併用療養費制度の活用を検討が必要ではないかとの指摘がある。
- プログラム医療機器のチャレンジ申請について、チャレンジ権を付与する妥当性に係る審議等を行う場について検討すべきとの指摘がある。



【論点】

- 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してはどうか。
- 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、中医協総会に検討を求めることとしてはどうか。
- 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してはどうか。

プログラム医療機器の評価療養についての課題と論点

【課題】

- 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
 - 臨床的意義は確立されていないものの、非臨床試験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（製造販売後臨床試験、リアルワールドデータを含む）が確立された後に第2段階承認を取得するようなプログラム医療機器の開発が想定されている。
 - こうしたものについて、保険医療材料等専門組織からは、第1段階承認時点では有効性に関する評価が限定的である一方で、イノベーションの促進の観点から迅速に保険診療の中で活用可能とすることは必要であり、保険外併用療養費制度の活用について検討が必要ではないかと指摘されている。
 - 保険医療材料専門部会においては、第1段階承認取得時点で想定される有効性に関するエビデンスでは、これまでに特定保険医療材料や技術料に対する加算として評価されている医療機器等と同等に評価することは困難と考えられる一方で、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ついて中医協総会に検討を求めることとされている。
- 既に保険適用されているが、保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関し、チャレンジ申請により再評価を受けることを目指すプログラム医療機器について
 - プログラム医療機器が保険適用された後に、プログラムの変更等を行わずに診療報酬上の評価の見直しを目指してチャレンジ申請を行いつつリアルワールドデータの収集を行う場合について、保険外併用療養費制度の活用の検討が必要ではないかとの指摘がある。
 - 保険医療材料専門部会においても、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、保険外併用療養費制度を活用できるよう、中医協総会に検討を求めることとされている。

プログラム医療機器の評価療養についての課題と論点

【論点】

- 令和5年11月17日の保険医療材料専門部会において、プログラム医療機器における保険外併用療養費制度の活用について中医協総会において検討するよう求めがあったことを受け、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、プログラム医療機器のうち、
 - ・ 臨床的意義は確立されていないものの、非臨床試験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薬事上の第1段階承認を取得しているが保険適用がされていないものであって、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（製造販売後臨床試験、リアルワールドデータを含む）が確立された後に承認事項一部変更承認申請等を行うことで第2段階承認を取得し、保険適用を目指しているもの
 - ・ 既に保険適用されているが、保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関し、チャレンジ申請により再評価を受けることを目指すものについて、保険診療との併用を認め、保険外併用療養費制度のうち評価療養として実施可能とすることについてどのように考えるか。

訪問診療・往診等における 距離要件について

現行の評価（往診料・在宅患者訪問診療料）

○ 往診料 720点

➤ 患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合の評価。

※ 定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

○ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (1日につき)

1 在宅患者訪問診療料 1

イ 同一建物居住者以外の場合 888点

ロ 同一建物居住者の場合 213点

2 在宅患者訪問診療料 2

イ 同一建物居住者以外の場合 884点

ロ 同一建物居住者の場合 187点

➤ 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価。

※ 同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定する。

※ 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 150点を算定。

[算定要件] (抜粋)

○ 在宅患者訪問診療料 1

1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定。

○ 在宅患者訪問診療料 2

患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定。

訪問診療、往診等における16kmの取扱いについて①

保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診については、当該保険医療機関からの往診を必要とする「絶対的な理由」がある場合に認められる。

【告示】16kmの取扱いに関する規定

●診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）（抄）

C000 往診料 720点

注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

（略）

- 4 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 5 往診に要した交通費は、患家の負担とする。

訪問診療、往診等における16kmの取扱いについて②

【事務連絡】16kmの取扱いに関する規定

●疑義解釈資料の送付について（その7）（平成19年4月20日事務連絡）

（問） 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が半径16キロメートルを超えた場合に医科点数表における「C000 往診料」若しくは「C001 在宅患者訪問診療料」又は歯科点数表における「C000 歯科訪問診療料」の算定が認められる絶対的理由とはどのようなものか。

（答） 具体的には、①患家の所在地から半径16キロメートル以内に、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合、②患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などが考えられる。なお、療養費における「往療料」についてもこれに準じた取扱いである。

●疑義解釈資料の送付について（その14）（平成27年6月30日事務連絡）

（問） 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診又は訪問診療（以下、「往診等」という。）については、当該保険医療機関からの往診等を必要とする絶対的な理由がある場合には認められることとされており（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成26年3月5日保医発0305第3号））、具体的には、①患家の所在地から半径16キロメートル以内に患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合、②患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などが考えられる（「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日付医療課事務連絡））とされている。

例えば、重症児の在宅医学管理時や、訪問型病児保育中に必要となった場合の小児科の診療など、往診等に対応できる保険医療機関の確保が特に難しい専門的な診療を要する場合で、近隣に対応できる保険医療機関を患者が自ら見つけられず、往診等を依頼された保険医療機関側も、患者の近隣に対応できる保険医療機関を実態上知らない場合は、「16キロメートルを超える往診等を必要とする絶対的な理由」に含まれるか。

（答） ご指摘の事例は「絶対的な理由」に含まれる。

なお、患者が特定施設や高齢者向け住宅等（以下、「施設等」という。）に居住する場合は、施設等が、予め、往診等を行う協力医療機関を得るよう努めるべきであり、単に患者や保険医療機関が往診等を行う他の保険医療機関を知らないことをもって絶対的な理由に該当するということとはできないことに留意が必要である。このような場合には、施設等又は往診等を行う保険医療機関が、施設等から16キロメートル以内の保険医療機関に個別に、又は、当該地域の医師会に、往診等を行う保険医療機関があるかを予め確認する必要がある。

訪問診療、往診等における議論等

規制改革実施計画（令和5年6月16日閣議決定）（抄）

Ⅱ 実施事項 <医療・介護・感染症対策>

（3）医療関係職種間のタスク・シフト／シェア等

厚生労働省は、地域で主たる責任を持って在宅療養者に対する診療に当たる「在宅療養支援診療所」を含め診療所からの往診について、診療所から半径16kmを超える往診が当該診療所からの往診を必要とする「絶対的な理由」がある場合に認められているところ、現実には、16km以内に医療機関が存在していても、やむを得ない事情で当該医療機関の医師が適時に往診できず、医療アクセスが困難な地域における患者の医療に支障が生じているとの指摘があることを踏まえ、地域の在宅医療の提供状況に応じ、16kmを超えた往診が可能となる「絶対的な理由」について、更なる整理・周知を検討する。加えて、診療所の管理者の常勤要件について、新たに管理医師を配置した上で診療所を開設することが困難であるとの指摘があることを踏まえて、地域の在宅医療の提供状況に鑑み、医療提供体制が不足していると都道府県が認める場合には、他の診療所の管理者がへき地や医師少数区域等の診療所の管理者を兼務可能であることの更なる整理・周知を検討する。

デフレ完全脱却のための総合経済対策～日本経済の新たなステージに向けて～（令和5年11月2日閣議決定）（抄）

第4節 人口減少を乗り越え、変化を力にする社会変革を起動・推進する

5. 人手不足等に対応する制度・規制改革及び外国人材の活用

（医療・介護分野の持続可能な体制の構築）

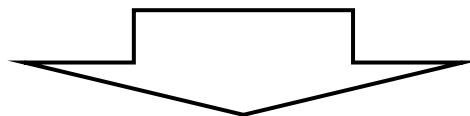
医療アクセスが困難な地域における患者の十分な在宅医療を確保するため、都道府県が認める場合に医療機関の管理者の兼務が可能であること、及び、地域の在宅医療の提供状況に応じ16キロメートルを超えた往診が可能となる「絶対的な理由」の内容について、2023年中に、更なる整理・周知を行う。

訪問診療・往診等についての論点

- 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が半径16キロメートルを超える訪問診療・往診等については、当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合等に認められるものである。
- 絶対的な理由に該当する例については、事務連絡において例示する等して、周知を図っている。

【絶対的な理由に該当する例(事務連絡で提示)】

- ① 患家の所在地から半径16キロメートル以内に、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合
- ② 患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合
- ③ 重症児の在宅医学管理時や、訪問型病児保育中に必要となった場合の小児科の診療など、往診等に対応できる保険医療機関の確保が特に難しい専門的な診療を要する場合で、近隣に対応できる保険医療機関を患者が自ら見つけられず、往診等を依頼された保険医療機関側も、患者の近隣に対応できる医療機関を実態上知らない場合



【論点】

- 現行の絶対的な理由に該当する例示以外で、患者が往診等を受けることが困難な場合の、患者の所在地との距離が半径16キロメートルを超える保険医療機関による往診等の取扱いの明確化・周知についてどのような対応が考えられるか。

令和5年12月27日

中央社会保険医療協議会
会長 小塩 隆士 殿

中央社会保険医療協議会
1号（支払側）委員
鳥潟 美夏子
松本 真人
佐保 昌一
高町 晃司
眞田 享
鈴木 順三
末松 則子

令和6年度診療報酬改定等に関する1号（支払側）の意見

I. 基本認識

診療報酬は医療サービスの対価であり、保険診療として確立された価値について、全患者に共通する基礎部分を基本料で評価したうえで、患者に応じた付加部分を個別に評価することが原則である。患者をはじめとする費用負担者の理解と納得のためには、患者の状態や投入された医療資源を反映した、重複のない評価としなければならない。医療政策を実現するための手段として診療報酬を用いる場合には、患者の自己負担に結びつくことや、公的医療保険制度が国民・事業主の保険料負担を基盤に運営されていること等に留意し、診療行為との関連性等を十分に考慮して補助金・交付金と役割分担することが不可欠である。

令和6年度診療報酬改定は、団塊の世代が全て75歳に到達する節目を1年後に控えた時期にあたる。今後も生産年齢人口が減少する一方で、高齢者の医療ニーズの増加は確実であり、依然として不十分な医療機能の分化・強化や連携を加速させる必要がある。さらに、新型コロナウイルス感染症が5類に移行して初の改定であること、介護報酬や障害福祉サービス等報酬との同時改定であること、第8次医療計画・第4期医療費適正化計画・医師の時間外労働規制等と同時施行であること、かかりつけ医機能報告が令和7年度に施行予定であること、物価高騰や賃金上昇への対応が求められていること等を踏まえれば、限られた財源のなかで、医療DXを本格的に活用しながら、患者にとって安全・安心で効果的・効率的な医療を実現するために、真にメリハリの効いた大胆な配分の見直しが必要である。

議論に際しては、政府が決定した改定率と社会保障審議会の医療保険部会・医療部会が策定した基本方針を前提とし、診療報酬調査専門組織での技術的な検討結果を最大限尊重するとともに、医療経済実態調査等の客観的データや学会ガイドライン等のエビデンスに基づく判断が肝要である。

Ⅱ. 診療報酬

重点項目

(1) 入院医療

限られた医療資源を有効に活用するためには、引き続き病床機能の分化・強化と連携を推進することが基本である。2025年に向けた地域医療構想に基づく病床再編は十分とは言えず、より踏み込んだ対応が求められる。また、介護保険施設を含めた強固な連携体制を構築することが不可欠である。

特に高度急性期や急性期において、一部の治療室や病棟が令和4年度診療報酬改定以降に増加していることは、専門的な医療資源を集中的に投入できる濃密な医療提供体制を確保する流れに逆行する。高齢者の救急搬送をはじめ、基礎疾患の急性増悪や合併症の治療には、より早期からのリハビリテーションが重要である。一定程度の急性期治療とADLの維持・回復を同時に対応できる病棟を確保するとともに、下り搬送を含めて、高度急性期から急性期、急性期から回復期への速やかな転棟・転院を促す必要がある。高齢者の急性期医療ニーズの増加を理由として、高度急性期機能や急性期機能の重点化と回復期機能の充実を怠れば、入院医療全体の弱体化につながる懸念がある。

回復期については、リハビリテーションの需要増に対応できる病床数の拡大とともに、期待される役割を真に発揮した実績を適切に評価することで、機能を強化する視点が重要である。

慢性期の病床機能については、患者の状態と医療資源投入量に応じた評価の視点が不足している。療養病棟を多く抱える医療機関の経営状況が好調であることを念頭に入れ、医療療養病床の看護配置25対1の経過措置が令和5年度末に廃止されることも踏まえ、あるべき医療の姿や医療資源投入量を適切に反映した指標により、メリハリのある評価とするべき。

DPC/PDPSは、真に急性期医療を担う医療機関を適切に評価できることが重要である。参加病院全体のデータに基づき診断群分類毎の評価及び医療機関別係数が決定される制度全体の性質を踏まえ、一部の医療機関で診療密度が低いこと等により他の急性期医療機関の評価を不当に歪めることのないよう、DPC対象病院を厳格に制限するべき。

① 高度急性期入院医療

- 特定集中治療室管理料において、「重症度、医療・看護必要度」（以下、「必要度」という）で捉えられない患者の状態を反映させる観点から、SOFAスコアを組み合わせた指標に見直し、重篤な患者を受け入れる役割を適切に評価できるようにするべき。
- 特定集中治療室管理料と救命救急入院料において、必要度Ⅱを要件とするべき。
- 宿日直許可を得た医師による特定集中治療室等の運営は、専任の医師による24時間体制を前提として高い特定入院料を設定していることに鑑みれば、望ましい姿ではない。一方、医師の働き方改革も踏まえ、宿日直許可が現実的な対応策となり得るのであれば、通常より低い特定集中治療室管理料の区分を新設することは、検討の余地がある。ただし、新区分の届出においては、特定行為研修を修了した看護師等の配置により医

療の質を一定程度担保するべき。

- 特定集中治療室における遠隔ICUを用いた診療については、患者の安全を確実に担保することが不可欠であり、実態を踏まえて適用可能な状況を慎重に見極めるべき。
- 母体・胎児集中治療室管理料については、専任医師の常時勤務要件を「治療室内」から「院内」に見直した場合、医療の質が一般病棟と同等の水準まで低下する可能性がある。必要に応じて短時間で診療を開始できるとのデータがあることや、医師の働き方改革の必要性は理解するが、特定入院料で高い評価を設定していることを踏まえ、施設基準の見直しは慎重に判断するべき。
- 特定集中治療室の重症患者対応体制強化加算については、コロナ禍の教訓も踏まえ、特に機能の高い特定集中治療室を手厚く評価するために令和4年度診療報酬改定で新設された経緯があり、特殊な治療法等の患者が退院した場合に実績要件を満たしにくくなることを理由として、施設基準を緩和すべきでない。むしろ特定集中治療室を集約化して患者の集積を高め、医療資源の重点的な投入が促される方向性を目指すべきである。
- ハイケアユニット入院医療管理料の「必要度」において、A項目については、概ね全患者が該当する「心電図モニターの管理」と「輸液ポンプの管理」を除外したうえで、各項目について重症化率との相関を踏まえた重み付けを加えるべき。B項目については、評価項目としての位置付けを廃止し、測定のみ継続する取扱いとするべき。また、看護職員等の業務負担軽減や「必要度」の客観性を高める観点から、レセプト電算処理システムコードを用いた評価方法を導入するべき。

② 急性期入院医療

- 一般病棟用の「必要度」の評価項目において、A項目については、急性期の病態を適切に評価する観点で、「救急搬送後の入院／緊急に入院を必要とする状態」の評価日数を1日又は2日とし、「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤からアミノ酸・糖・電解質・ビタミンを除外するとともに、評価日数に上限を設けること、「呼吸ケア」や「創傷処置」の評価基準を必要度Ⅱに統一すること、外来化学療法を推進する流れに逆行しないよう、「抗悪性腫瘍剤」の対象薬剤から入院で使用する割合が低い薬剤を除外することが求められる。B項目においては、急性期の機能を適切に反映する観点で、患者の状態を評価する指標として用いないことが妥当である。C項目においては、実態を踏まえて対象技術と対象日数を見直すべき。
- 急性期一般入院基本料の「必要度」の該当患者割合について、令和4年度診療報酬改定においてコロナ禍のなかで地域医療への影響に配慮した基準値に緩和したが、新型コロナウイルスの感染症法上の位置付けが5類とされていることを踏まえ、急性期病床の機能分化・強化の観点から、シミュレーション結果に基づき基準を厳格化すべき。
- 必要度Ⅱについて、200～399床の急性期一般入院料2・3では概ね全ての施設、200床未満の急性期一般入院料1では半数以上が届出を行っている実態を踏まえ、必要度Ⅱへの統一に向けて届出を要件とする対象範囲を拡大するべき。
- 急性期一般入院料1の平均在院日数について、90%以上の医療機関が施設基準である

18日より2日以上短い実態や、平均在院日数が長い医療機関で全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向を踏まえ、機能分化を推進する観点から、施設基準を14日に厳格化するべき。

- 急性期一般病棟入院料1の在宅復帰率について、医療機能の分化・強化と連携を推進する観点から、現行80%の基準値を厳格化するべき。
- 急性期充実体制加算について、高度かつ専門的な急性期医療の提供について、地域において基幹的な役割を果たす医療機関を評価していることから、300床未満を対象とする病床当たりの実績要件は削除するべき。また、外来化学療法が促進されるよう、外来化学療法の体制だけでなく、実施割合を要件として設ける等、施設基準を厳格化するべき。人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス手術の実施件数を考慮する場合には、要件緩和としないようにするべき。
- 高齢の救急患者等について、地域包括ケア病棟で受け止めきれない実態がある一方、現状の急性期病棟ではリハビリテーションや栄養管理の機能が不十分で、入院中にADL低下等がみられることから、▽救急患者の受入れ▽一定の医療資源投入による急性期からの速やかな離脱▽リハビリテーションと栄養管理の一体的な提供▽退院に向けた適切な意思決定支援▽在宅医療や介護との連携ーを包括的に提供できる新たな病棟類型を創設するべき。その際、患者の状態に応じて医療資源を適切に投入した実績を評価することにより、地域において求められる役割を適切に果たし、病棟の機能を強化する好循環につなげることが不可欠である。また、対象としては、看護配置10対1の急性期病棟を主に想定し、一定の移行期間を認めるとしても、明確な期限を設定し、急性期一般入院料2～6は早急に廃止するべき。

③ 回復期入院医療

- 地域包括ケア病棟について、▽ポストアキュート▽サブアキュート▽在宅復帰支援ーの3つの役割を担う前提で高い包括点数が設定されていることから、一部の役割のみを担う病棟の評価を適正化する等、医療資源投入量を踏まえた適切な評価とするべき。
 - 救急搬送の受入れについて、加算を含めて入院初期の評価を一体的に見直すべき。
 - 短期滞在手術の患者を重症度、医療・看護必要度の対象から除外しているものの、短期滞在手術等基本料3の患者が地域包括ケア病棟に入棟している実態を踏まえ、実績要件の対象範囲を含め、在宅復帰率などの指標の計算方法を見直すべき。
 - 在宅・施設への移行を促すためにも、重症患者割合の基準を引き上げるべき。
 - 地域包括ケア病棟入院料2、4において、訪問看護や訪問リハビリの実績を必須にするべき。
 - 入退院支援及び地域連携業務を担う部門において、介護事業所や障害福祉サービス事業所と連携した在宅復帰支援が確実に進むよう、実績要件を設けるべき。
- 回復期リハビリテーション病棟について、実態に応じて実績要件や体制要件を厳格化し、よりメリハリのある評価を通じてリハビリテーション機能の強化を促進するべき。
 - 回復期リハビリテーション病棟入院料1、3において、努力規定となっている第

三者評価を義務化するべき。

- 運動器疾患に対するリハビリテーションについて、FIMの改善という観点で効果が明確な1日6単位までの評価とするべき。
- 体制強化加算について、平均在棟日数の短縮といった期待した効果がみられない実態や、多くの回復期リハビリテーション病棟において、常勤の社会福祉士が配置されている状況を踏まえ、廃止するべき。
- 発症後早期からの集中的なリハビリテーションについて、患者の医学的な状態や医療資源投入量等の詳細な分析に基づいたADL以外の評価軸がないのであれば、安易な追加の評価は行うべきでない。
- 退院前訪問指導について、ICTを活用する等の工夫が必要である。
- 管理栄養士を配置している病棟において、標準的な方法による栄養評価と定期的なモニタリングを必須とし、栄養管理を強化するべき。
- 認知症ケア加算と同様に身体拘束を実施した日に入院料を減算するべき。
- 自宅等への復帰を推進する観点から、地域ケア会議への参加を必須とするべき。

④ 慢性期入院医療

- 療養病棟入院基本料の注11に規定されている経過措置について、看護配置25対1のみならず、医療区分2・3の該当患者割合が5割未満の取扱いも併せて廃止するべき。
- 療養病棟入院基本料2について、医療区分2・3の該当患者割合の基準を現行の5割から厳格化し、医療の必要性が低い患者を介護施設で対応する流れを強化するべき。
- 療養病棟入院基本料の医療区分について、「疾患・状態」が定義に該当した場合と「処置等」が定義に該当した場合で医療資源の投入量に違いがあることを踏まえ、「疾患・状態」と「処置等」を別の区分に切り離れたうえで、適正化の視点も考慮しつつ、医療資源の投入量を反映したメリハリのある評価に精緻化するべき。
- 療養病棟入院基本料1の入院料Iについて、医療区分とADL区分が最も低い一方で、リハビリテーションの算定が多い実態を踏まえ、評価を適正化し、医療の質の観点から、リハビリテーション機能を備えた病棟での対応を促すべき。
- 中心静脈栄養について、可能な限り速やかな抜去が患者のためであり、医療資源の有効な活用にも資することから、医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」を真に中心静脈栄養が必要な患者に限定するとともに、評価の日数に上限を設けるべき。

⑤ DPC/PDPS

- 保険診療係数について、減算の医療機関がわずかであることも踏まえ、適切なデータの作成をDPC制度への参加条件として位置付け、指数による評価は廃止するべき。
- 効率性指数について、患者構成の違いによる不公平を是正すべき。
- 地域医療係数の「感染症」の評価は、第8次医療計画を踏まえ、都道府県との感染症対応に係る協定の内容と、リンクした内容にするべき。体制評価指数の新たな評価項目の追加について、医療の質向上に向けた取組みへの評価は、医療の質の可視化につな

がる期待もあり、積極的に検討すべき。

- 急性期の規模の小さいDPC対象病院が増加し、症例構成の偏った施設において、不適切な複雑性係数による評価となっていること、データ数が少ない医療機関で診療密度が低いことを踏まえ、「1か月当たりデータ数90」を目安とするDPC制度への参加基準を設定し、基準を満たさない病院は退出させるべき。
- 不要な在院日数の延伸につながらないよう、医療資源投入量の実態や診断群分類の特性を踏まえ、点数設定方式Bの拡大や新たな点数設定方式導入も含め、包括評価をさらに推進していくべき。

⑥ 短期滞在手術等基本料

- 短期滞在手術等基本料1について、対象となる手術等の入院外での実施状況を踏まえ、本来、入院外での実施が期待されている手術等の入院外での実施が進むよう、評価のあり方を整理するべき。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となる手術等について、基本料3の要件を満たさない患者を含めて、一律に一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の対象とするべき。

⑦ 障害者施設等入院基本料について、患者の状態を適切に反映させる観点から、透析患者を療養病棟入院基本料に準じた評価とするべき。

⑧ 緩和ケア

- 緩和ケアチームに専従・専任の精神担当医が配置されている場合、精神症状についての対応依頼が多いことを踏まえ、拠点病院で精神担当医の配置を進めるべき。
- がん拠点病院加算について、麻薬等による薬物療法を提供するだけでなく、精神心理的苦痛への対応、緩和的放射線治療、神経ブロックの実施を要件に位置付け、高い点数に相応しい機能の発揮を促すべき。
- 緩和ケアに関する研修を修了した医師が増加していることから、外来腫瘍化学療法診療料において、疼痛緩和や不安軽減のための取組みを求めるべき。
- がん患者への緩和ケアについて、ICTを用いた拠点病院との連携を推進するべき。
- 小児の緩和ケアについて、成人と異なる対応の必要性を踏まえた評価を検討するべき。

⑨ 身体拘束について、病棟の種類によらず原則禁止することが望ましい。全ての医療機関において身体拘束がどのように変化したのか検証しながら、取組みを着実に進めるべき。また、行動制限の最小化が要件となっている看護補助者の配置に係る加算等について、認知症ケア加算における減算と同様に、業務負担等も考慮して、身体拘束の有無によるメリハリを効かせるべき。

(2) 救急医療

高齢者の救急搬送が増加するなかで、必ずしも重篤でない患者が高次救急医療機関に搬送されることがあり、初期対応の後に速やかに下り搬送すること等により、効率的で効果的な医療

資源の活用につなげるべき。系列医療機関の間での搬送等の院内転棟に近いケースを除き、適切な転院搬送を促進することが考えられる。また、令和2年度診療報酬改定で救急医療管理加算の補完的な情報収集として導入したJCS、P/F比、NYHA等の指標については、入院時点における患者の状態に応じた加算の算定に必ずしも反映されていない実態が示唆されており、算定要件としての実装に踏み切る必要がある。

① 転院搬送

- 救急医療機関等で一旦対応した後に他の医療機関へ転院搬送することを評価するのであれば、搬送元と搬送先が適切な連携体制を構築していることを確実に担保する必要がある。また、可及的速やかな転送を促す観点から、救急外来から直接搬送される場合の評価と、一旦入院してから搬送される場合の評価に差を付けるべき。
- 急性期病棟から他の急性期病棟への転院が在宅復帰率に反映されない取扱いについては、転院前の急性期病棟における入院が必要以上に長期化する要因になり得る。一方で、急性期病棟への転院を在宅復帰率に反映させた場合、回復期等への転院を阻害しかねない。急性期病棟から急性期病棟への転院を在宅復帰率の分子として計算するのであれば、想定される患者の状態や転送のパターンを明確化したうえで、転院前の入院期間を制限し、速やかな転院を担保するべき。

② 救急医療管理加算

- 入院時にJCS0の意識障害、NYHA I度の心不全、P/F比400以上の呼吸不全とされた患者は、搬送後の経過観察等で入院する場合があるため、救急医療管理加算の対象外であることを明確化し、重篤な患者の受入れに対する評価を徹底するべき。
- 救急医療管理加算2における「その他の重症な状態」については、患者の状態に応じた適切な評価という観点で極めて問題であり、算定要件から除外すべき。加算で評価すべき患者が存在するのであれば、重篤な状態として明確に位置付けるべき。

(3) 外来医療

疾病に罹患した場合の初期治療から、入院医療や在宅医療の調整、長期間にわたる慢性疾患の管理まで外来の医療ニーズは幅広い。上手な医療のかかり方や地域包括ケアシステム等の総合的な医療政策も踏まえ、「患者中心の医療」を推進する観点で診療報酬上の対応を考える必要がある。

紹介受診重点医療機関が令和5年から公表され始め、今後、専門外来と一般外来の分化がより進むことを念頭に置き、かかりつけ医機能を早急に強化しなければならない。令和5年医療法改正により、かかりつけ医機能の定義が法律に規定され、令和7年度から「かかりつけ医機能報告制度」が新たに導入される。この流れを想定し、令和6年度診療報酬改定においては、時間外対応や介護との真の連携を促す要件の設定、計画的な疾病・療養管理に関する重複評価の是正、医師と患者の合意事項を電磁的な方法を含めて可視化すること等が考えられる。さらに、患者の通院負担に配慮してリフィル処方・長期処方や適切なオンライン診療を普及させるとともに、医療DXを通じた情報共有により、最適な医療を実現するべき。

① 外来医療に関する診療報酬の体系的な見直し

- かかりつけ医機能については、時間外の診療や相談に対応できることが不可欠である。連携も極めて重要な要素であり、輪番を含めた体制の構築と時間外対応の実績を評価すべき。また、主治医とケアマネ等の「顔の見える連携」に向けて、地域包括診療料等において、サービス担当者会議への参加の実績を要件として追加すべき。障害福祉においては、主治医と相談支援専門員の連携が求められる。また、日常よくある疾患を幅広く診療する機能に対する患者の期待は大きい。機能強化加算については、かかりつけ医機能に係る体制を評価するという位置付けであることを踏まえ、「どんな病気でもまずは診療してくれる」ことの公表を施設基準として明確化すべき。
- 医療法改正に基づく制度整備も視野に入れ、かかりつけ医機能や慢性疾患の継続的な管理に関連する診療報酬において、患者の求めに応じて病状や治療内容について、電磁的な方法を含めて書面で説明することを義務化すべき。
- 生活習慣病管理料については、療養計画書を作成する医師の業務負担や高い点数設定による患者の費用負担が算定の阻害要因となっている。そのため、電子カルテ情報共有サービスが導入された場合、患者がマイナポータルで血液検査の結果等を確認できることを踏まえ、療養計画書の記載を簡素化することにより、医師の業務負担を軽減すべき。また、その効果を点数に反映するとともに、月1回の受診を必須とする要件を廃止することで、患者負担を軽減すべき。さらに、リフィル処方や長期処方に対応可能なことも要件に追加することで、患者の利便性も高めるべき。医療の質の観点からは、診療ガイドライン活用を徹底するとともに、連携の有効性を踏まえ、多職種連携と医科歯科連携も要件とするべき。
- 特定疾患療養管理料については、「プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が、計画的に療養上の管理を行うこと」に対する評価として位置付けられているが、計画書の作成や説明が義務付けられておらず、医療の質が担保されていない。エビデンスに基づく疾病管理の観点で、高血圧・糖尿病・脂質異常症は特定疾患療養管理料の対象から除外し、生活習慣病管理料のなかで評価することで、計画書に基づく継続的な疾患管理に関する患者の理解も深まる。併せて、特定疾患処方管理加算についても、位置付けを明確化すべき。
- 外来管理加算については、「処置、リハビリテーション等を行わずに計画的な医学管理を行った場合」に算定することとされ、「丁寧な問診と詳細な身体診察を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う」ことが求められているが、患者にとって評価の意義が極めて理解しにくい。さらに、同様に計画的な管理を評価する診療報酬である「特定疾患療養管理料」「生活習慣病管理料」「地域包括診療加算」と併算定できることも踏まえ、外来管理加算は廃止すべき。
- 地域包括診療加算について、特定疾患療養管理料や生活習慣病管理料との併算定は計画的な管理の二重評価であり、どの診療報酬で計画的な管理を評価するのか、考え方を整理すべき。

② 情報通信機器を用いた診療

- 初診からの向精神薬等の処方については、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を明らかに逸脱しており、診療報酬の不適切な請求である。厚生局において厳正に対処するとともに、学会や医療関係団体等と連携して指針の遵守を徹底するべき。
- 患者の所在地が医療機関と離れていることは、即座に指針を逸脱しているとは言えないが、東京の医療機関において、遠方の患者に対するオンライン診療に不眠症が多い傾向がみられることを踏まえ、遠方の患者に対するオンライン診療の割合が高い医療機関に対して、対面診療が必要な時に連携する医療機関の名称を厚生局に報告するよう求めるべき。
- 情報通信機器を用いた精神疾患の管理については、画面からは確認できない患者の振る舞い等や、睡眠薬の初診時処方という重大な問題を踏まえ、極めて慎重に判断するべき。ただし、厚生労働省において「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」が策定されたことや、有効性のエビデンスが示されていることを考慮し、発達障害等に対する小児特定疾患カウンセリング料や精神保健指定医による精神療法について、一定の条件下で情報通信機器を用いた診療を評価することが考えられる。
- C P A P療法に係るオンライン診療の評価について、時限的・特例的措置期間中の実態を踏まえ、適切な運用を担保したうえで実施するべき。
- へき地におけるオンライン診療のD to P with Nは推進すべき。その際、医療の質を担保する観点から、オンライン診療支援に係る研修の受講を要件とするべき。
- 遠隔連携診療料について、患者の安心の観点や限られた医療資源を有効活用する観点で、実績のある疾患を対象に追加することが考えられる。

(4) 在宅医療

高齢化のさらなる進展や病床機能の再編により、在宅療養の患者は今後も増加し続ける見通しである。限られた医療資源でニーズを充足させるためには、地域の医療・介護関係職種がそれぞれの機能を十分に発揮し、質の伴うかたちで過不足なく効率的にサービスを提供することが求められる。その際、かかりつけ医機能の強化が重要な要素であり、特に在宅医療を担う人材が不足する地域において、幅広い医療機関等が連携し、緊急往診や救急等を含めた24時間の医療提供体制を確保する必要がある。

① 訪問診療・往診

- 診療所が在宅医療において、かかりつけ医としての役割を果たすことができるよう、緊急時の入院を含めて在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院、地域包括ケア病院が機能を発揮するべき。
- 包括的支援加算と頻回訪問加算について、対象患者の重点化が必要である。包括的支援加算については、現行の基準である要介護度2や認知症生活自立度Ⅱbを境に診療時間が長くなる傾向がみられず、むしろ自立の場合に最も診療時間が長いことから、要介護度や認知症日常生活自立度を加算の指標とする必要性は乏しい。頻回訪問加算

については、悪性腫瘍以外の算定割合が高く、長期にわたり算定している実態を踏まえ、適正化するべき。

- 訪問診療を極めて多く実施している医療機関について、ターミナルケア加算や往診等の実績が少なく、効率的に訪問診療を提供している実態を踏まえ、厳格な施設基準を設定し、要件を満たせない場合には在宅療養支援の役割を十分に果たしていないと判断するべき。
- コロナ禍のなかで往診が果たした役割は大きいですが、往診の必要性が乏しいと考えられる患者が一定程度みられることを踏まえ、限られた医療資源を有効に活用する観点で、往診は外来受診が困難な場合の手段ということ、改めて徹底するべき。

② 訪問看護

- 訪問看護ステーションについて、患者の安心のために24時間体制を確保する観点から、大規模化を推進すべき。一方で、患者や家族への事前説明により、緊急性の乏しい電話相談を減らすことも必要である。また、がん患者の割合が増加していることを踏まえ、機能強化型訪問看護ステーションに専門性の高い看護師の配置要件を義務化するべき。
 - 全利用者に占める同一建物の居住者への訪問看護が7割以上の訪問看護ステーションにおいて、機能強化型を届け出る意向が乏しく、1回あたりの訪問時間が相対的に短い傾向にあり、効率的に頻回な訪問看護を提供している実態を踏まえ、同一建物居住者の割合が高い場合の訪問看護療養費を適正化するべき。
 - 精神科訪問看護について、全利用者に占める割合が極めて高い訪問看護ステーションが存在することも踏まえ、慎重に対応を検討するべき。
 - 身体拘束の原則禁止をはじめとして、介護保険と異なる取扱いを是正するべき。
- ③ 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院について、24時間の医療提供体制を維持し、かかりつけ医の支援等において十分な役割を果たすべき。さらに増加するニーズに対応するために、地域の医療機関と強固に連携を構築していくべき。在宅での緩和ケアにおけるICTを活用した対応も推進するべき。訪問栄養食事指導について、栄養ケア・ステーションを活用しつつ、管理栄養士がいる在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院が、他の医療機関を支援することも重要である。
- ④ 周産期及び乳幼児への訪問看護において、連携が必要であり、ハイリスク妊産婦連携指導料の算定にあたって、訪問看護ステーションの看護師の参加を必須とすべき。乳幼児への訪問看護については、機能強化型訪問看護管理療養費の実績要件を見直し、機能強化型ステーションが重点的に対応するべき。
- ⑤ 訪問看護療養費明細書について、オンライン請求が開始されることを踏まえ、レセプト情報の分析等を進めるべき。
- ⑥ 薬局の薬剤師による訪問薬剤管理指導について、終末期の患者ニーズや時間外・緊急時に対応が求められている実態を踏まえ、一定の条件を設けて評価を検討することが考えられる。在宅移行時の多職種と連携した薬局の対応については、既存の評価に含まれている業務との切り分けや、退院時と初回訪問のどちらで評価するのか整理したうえで、評価のあ

り方を検討するべき。処方医と連携して処方内容を調整する取組みについては、重複投薬・相互作用等防止管理料として評価することが考えられる。高齢者施設における薬剤管理については、介護保険との関係や業務の効率性を踏まえ、慎重に議論するべき。

(5) 医療DX

オンライン資格確認等システムを通じた医療情報の活用を着実に浸透させるとともに、電子処方箋の早期拡大、電子カルテ情報共有サービスの円滑な導入、さらには全国医療情報プラットフォームの実現は、今後の効率的・効果的で質の高い医療に不可欠な要素である。補助金と診療報酬の役割分担を踏まえつつ、スピード感を持って推進するべき。また、診療報酬改定DXにより、医事会計システムの改修を円滑化することは、医療機関・薬局のコスト低減を通じて、診療報酬制度の運営そのものを効率化させるものと考えている。

- ① 診療報酬改定DXについて、診療報酬改定の施行時期後ろ倒し等、中医協での合意事項を確実に実施するべき。
- ② 救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備については、これまで以上に適切な治療を選択できるようになり、医療の質の向上や医療資源の有効活用などのメリットが期待できる。令和6年中の運用開始を踏まえ、救急医療を念頭に置いた診療報酬について、救急用サマリー等の活用を要件に位置付けるべき。
- ③ 全国医療情報プラットフォームの構築や電子カルテ情報の標準化における3文書・6情報を医療の質向上に活用するには、多くの医療機関の参画が重要である。特に、かかりつけ医は、日頃の診療から把握している患者の状態や情報を3文書6情報として全国医療情報プラットフォーム等に登録するべき。
- ④ 電子処方箋については、オンライン資格確認等システムの価値を高めるサービスであり、保険料を通じて全国民がランニングコストを負担していることを踏まえ、早期の普及・活用促進が必須である。国の積極的な広報活動などを含め、目標数値である「令和5年3月までにオンライン資格確認導入した施設の7割程度の医療機関等への導入」の達成に向け取組みを加速化するべき。また、重複投薬や併用禁忌を自動でチェックできる機能により、医療の質の向上とともに業務の効率化が期待できる。さらに、医療機関や薬局に対しては、ポリファーマシーに関連する評価が既にあることから、電子処方箋サービスを使用するたびに患者負担を求めるような加算を設定するべきでない。
- ⑤ サイバーセキュリティについて、補助金を活用して体制を整備するとともに、医療法に基づく立ち入り検査の規定を踏まえ、診療録管理体制加算において、400床以上の病院に限らず、医療情報システム安全管理責任者の配置を広く求めるべき。BCP対応についても、立入検査のチェックリストに入っていることから、当然の取組みとして実施するべき。
- ⑥ オンライン資格確認等システムについては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の特例を12月末で確実に廃止したうえで、令和6年度以降の取扱いをゼロベースで検討するべき。その際、引き続き加算で評価するのであれば、保険証が廃止され、マイナンバーカードによる受診が原則となることを想定し、医療機関・薬局において診療情報や薬剤情報の活用が当たり前になり、より多くの患者が医療の質の向上等のメリットを実感できる

ようにするべき。

- ⑦ 医療情報が電子化されるなかで、重篤な副作用が発生した患者等を適切に救済する観点から、電子カルテの保存義務期間を無期限とするべき。
- ⑧ 診療報酬における書面要件のデジタル化を推進するべき。電磁的な方法による書面の交付は、情報管理の利便性や継続性の観点で患者にメリットが大きく、患者サマリーの提供を実現するべき。ただし、デジタル化に対応できない患者に配慮し、患者の希望に応じて紙で情報提供する等の柔軟な運用を可能にすべき。電磁的方法で書面を交付する際には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、電子署名で対応するべき。
- ⑨ 院内掲示のデジタル化については、医療機関のウェブサイトに掲載されることで、誰でも、いつでも、情報を確認できるため、積極的に推進するべき。ただし、患者にとっての分かりやすさも踏まえて、ウェブサイトに掲載する内容を精査する必要がある。

(6) 歯科

医科・調剤・介護との連携も含め、早期に介入することで生涯にわたり口腔機能の健康を維持・向上を推進することが重要である。地域においてはかかりつけ歯科医機能が果たす役割は大きく、病院においては歯科の専門性の発揮が期待される領域が残されている。一方で度重なる歯科初再診料の上げは、患者負担に直結するものであり、厳に慎むべきである。

- ① かかりつけ歯科医機能強化型診療所について、実績を踏まえて役割と名称を見直すべき。
- ② 歯科疾患管理料について、適切に運用されているか注視し、必要に応じて適正化するべき。
- ③ 貴金属価格の乱高下に左右されない観点から、新しい材料の活用を積極的に検討するべき。
- ④ 情報通信機器の活用については、効率的な管理指導や、画像による口腔状態の確認など、歯科領域でのICT活用を検討するべき。
- ⑤ 病院の歯科機能を強化する観点から、回復期の患者等に歯科の専門職が介入することで間接的にADLが改善するエビデンスを踏まえ、地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準を見直すことが考えられる。
- ⑥ 周術期等口腔機能管理について、誤嚥性肺炎等を予防するために早期に歯科が介入することが重要であり、脳卒中等で手術を行わない急性期の患者を対象とする一方、抜歯等の予定された歯科手術の患者は、外来歯科で管理されていることから対象から除外するべき。
- ⑦ 終末期がん患者に必要な口腔管理及び糖尿病の患者に対する歯周病治療、薬剤の副作用等への対応について、医歯薬連携を推進するべき。
- ⑧ 小児を含む口腔機能管理料について、指導管理だけでなく、口腔機能訓練も実施している場合には、指導管理と訓練実施の実績に評価を分けることが考えられる。
- ⑨ 口腔機能の評価に関する検査については、真に検査を必要とする患者に実施されるよう、適切な要件を設定したうえで、算定対象を拡大することが考えられる。
- ⑩ 初診時歯科診療導入加算について、歯科治療環境への円滑な導入を評価する趣旨を踏まえ、算定期間や算定回数に上限を設けることが不可欠である。

- ⑪ 医療的ケア児等について、学校への情報提供を評価の対象とすることが考えられる。
- ⑫ 認知症患者については、主治医をはじめとした医療従事者や家族、介護職等との連携を要件として、歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象とするべき。
- ⑬ 歯科訪問診療について、同一建物の患者数や診療時間による評価のメリハリを強化すべき。その際、訪問回数が多い場合の評価は、効率性の観点から適正化すべき。
- ⑭ 訪問歯科衛生指導料について、訪問回数の実態を踏まえ効率性の観点から適正化すべき。
- ⑮ 在宅療養支援歯科診療所や歯科訪問診療を担う病院の役割を強化すべき。
- ⑯ 医療的ケア児の歯科訪問診療について、特別対応加算の要件を整理することが考えられる。
- ⑰ クラウン・ブリッジ維持管理料は廃止するべき。

(7) 調剤

厚生労働省が策定した「患者のための薬局ビジョン」において、全ての薬局を「かかりつけ薬局」とするとされた令和7年を目前に控えていることを意識し、かかりつけ薬剤師を中心に、薬局の機能を高めることが重要である。また、対物業務から対人業務へのシフトに向けて、薬学的管理指導が充実するような見直しが必要である。

- ① 調剤基本料について、ベースとなる点数を低い水準で一本化し、地域支援体制加算によって差を付けることが望ましいと考えられる。一方で、店舗数、立地、処方箋の受付回数や集中率によって薬局の損益率に違いがあることを踏まえ、調剤基本料の一本化を将来的な課題として意識しつつ、当面は引き続き調剤基本料にメリハリを効かせることで、経営効率の高い薬局に対する評価を適正化すべき。
- ② 敷地内薬局については、医療機関からの構造上・経営上の一体性に関する定義を患者の視点で改めて整理するべき。また、特別調剤基本料による対応に限界があることから、薬局の収益構造や経営実態を踏まえ、グループ薬局全体として調剤基本料を引き下げることを検討するべき。
- ③ 敷地内に薬局を有する医療機関については、処方箋料を減算するべき。
- ④ 地域支援体制加算について、地域医療に貢献している薬局を評価する観点からも、OTC医薬品の販売状況も含め、実績要件の厳格化が必要である。
- ⑤ 服薬管理が必要な患者に対して、リスク管理計画等のツールを活用することは、当然の取組みとして進めるべきであり、調剤報酬による評価は慎重に検討するべき。
- ⑥ 薬剤服用歴のあり方については、オンライン資格確認システムの活用なども踏まえ、適切に情報を把握できることを前提として、薬剤師の業務負担を軽減することが考えられる。
- ⑦ かかりつけ薬剤師・薬局
 - かかりつけ薬剤師指導料について、一部の業務に対する加算の算定を認める場合には、指導料に包括される業務との重複評価とならないようにするべき。
 - 薬剤師の夜間・休日対応の負担軽減策として、地域支援体制加算を届け出ている薬局

との連携や、自治体や薬剤師会を通じた地域の医療・介護関係者への周知等を積極的に進めるべき。

- 調剤後のフォローアップについて、評価の対象となる疾患や薬剤を拡大することで、対人業務を推進するべき。
 - 服薬情報等提供料について、医療機関における持参薬の確認に関する負担やリスク軽減につながるメリットを踏まえ、薬局による取組みを推進するべき。
- ⑧ 重複投薬・ポリファーマシー・残薬等への対応として、服用薬剤調整支援料について、減薬の実績あり・なしによる評価のメリハリを強化するべき。また、調剤管理加算について、算定なしの薬局でも一定の取組みが行われていることから、実態を踏まえた評価にするべき。
- ⑨ 医療用麻薬の供給については、各都道府県の薬剤師会の取組み等を参考にして横展開するべき。無菌環境での希釈が不要な調製の評価については、実態を踏まえて対応するべき。

(8) 感染症対応

コロナ禍の教訓を生かし、第8次医療計画における新興感染症対応や感染症法改正に基づく流行初期医療確保措置も念頭に入れ、診療報酬上の取扱いを検討することは重要である。ただし、令和4年度診療報酬改定において感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、重症患者対応体制強化加算の新設やECMOに対する評価拡充といった対応が図られたこと、また、新型コロナウイルス感染症が5類に移行したことを十分に踏まえるべきであり、臨時特例措置の完全廃止を前提として、今後の対応を考える必要がある。

- ① 新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えについては、感染対策向上加算や外来感染対策向上加算のなかで既に評価されている。その後、流行初期医療確保措置の枠組みが導入されたことを踏まえ、都道府県と医療機関の協定締結を施設基準に位置付けることが考えられるが、平時における単純な評価の拡充は避けるべき。薬局については、連携強化加算の施設基準を見直すことで対応するべき。
- ② 新興感染症以外の感染症
- 入院患者の個室隔離や集団隔離について、かかり増し経費を十分に精査したうえで、患者負担も考慮して対応するべき。
 - 感染対策向上加算1の医療機関について、地域で基幹的な役割を確実に担うことを踏まえ、平時においてより積極的に院内感染対策や抗菌薬の適正使用に取り組むべき。同加算2の準基幹的な医療機関、加算3の後方支援的な医療機関を含め、普段からの他の医療機関や介護施設と十分に連携することが必要である。介護施設の入所者が急変した場合に可能な限り施設内で対応できるよう、往診やオンライン診療によって外部から効率的に必要な医療を提供することも検討するべき。
 - 外来医療における感染対策は、外来感染対策向上加算の届出医療機関が役割を發揮するために、同加算の要件として、かかりつけ患者に限らず発熱外来で受け入れることを施設基準に追加するべき。

- 薬局における自宅・宿泊療養者等への医薬品対応については、在宅患者緊急訪問管理指導料として評価することが考えられる。
- 歯科における感染症患者の治療については、歯科初再診料や外来診療環境体制加算により、既に評価が行われていることから、新たに評価をすることには反対である。

③ 薬剤耐性対策

- Access 抗菌薬の使用割合が諸外国と比べて極めて低く、最初から使用することが国際的に推奨されない抗菌薬が相対的に多い実態を踏まえ、「抗微生物薬適正使用の手引き」を活用する等の適正使用に向け、保険上の取扱いを規定することも考えられる。
- サーベイランス強化加算について、院内や地域の感染発生状況をモニタリングし、耐性菌の減少や抗菌薬使用の実績を指標として評価にメリハリを付けるべき。
- 小児抗菌薬適正使用支援加算等について、外来感染対策向上加算との関係も含め、抗菌薬の適正使用に対する評価を整理するべき。

(9) 医師等の働き方改革の推進

適切な医療のかかり方や地域医療構想に基づく医療提供体制の見直しは、医師等の働き方改革と表裏一体の関係にある。今後の医療ニーズの変化や労働力人口の減少を見据え、必要な医療を効率的・効果的に提供できる体制を整備していくことが非常に重要である。外来と入院のいずれも機能分化・強化や連携を推進することが、勤務医の負担軽減にも寄与することから、こうした共通認識の下で患者負担や保険料負担への影響を考慮しつつ、医療機関で働く全ての医療従事者と医療機関の働き方改革を推進するべき。

- ① 地域医療体制確保加算については、加算の効果と目的のいずれの観点からみても、現行のまま評価を継続する必要性は乏しく、廃止が妥当である。
- ② 業務分担が進むことが期待される急性期医療において、総合入院体制加算と同様に、特定行為研修を修了した看護師の配置や活用を進めるべき。
- ③ 教育や研修を通じて、薬剤師業務の質の向上を図ることは重要であり、病院における薬剤師確保が来年度から本格的に進むことを踏まえ、医療機関の薬剤師の教育研修の実施状況やその効果等を、今後は検証していくべき。
- ④ 病棟薬剤師と医師のタスクシェアが進むように、病棟薬剤業務実施加算の時間要件の見直しや、加算のメリハリを強化するべき。
- ⑤ ポリファーマシー対策は重要な課題であり、病院薬剤師の取組みとしても推進する観点から、薬剤総合評価調整加算について、実務的な要件に見直すべき。
- ⑥ 医師事務作業補助体制加算について、人事管理の推進や業務範囲を加算の算定要件で明確化し、実効性のある見直しを行うべき。
- ⑦ 医師の連続勤務時間制限・勤務間インターバルについて、基本ルールに則り、時間外加算の施設基準において、規定すべき。特に時間外加算1については、全ての負担軽減策を講じるべき。

- ⑧ 看護補助者による、患者への直接的なケアを推進していくために、看護補助体制充実加算の要件である研修を確実に実施し、直接のケアを提供できる人材を増やすべき。
- ⑨ 労働人口が減少することも踏まえると、ICTの活用は最大限に進め、業務を効率化していく必要がある。
- ⑩ 緩和ケア診療加算、外来緩和ケア加算、感染対策向上加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算等について、チームの構成員が地域の専門領域で活動した場合の専従要件を明確化し、地域全体の医療の質改善につなげるべき。

(10) 医療従事者の処遇改善

処遇改善は医療機関のマネジメントの要素が大きく、配分の見直しで対応することが原則である。一方で、医療関係職種間で賃金格差があり、全産業平均の賃上げに追いついていない医療関係職種が存在することも事実であり、政府方針に示された全ての医療従事者の処遇改善を推進すべきである。病院と診療所の経営状況に違いがあることも踏まえ、医療経済実態調査で明らかになった資本の増加分を活用することも念頭に、現実的な対応を検討する必要がある。まずは診療報酬調査専門組織「入院・外来医療等の調査・評価分科会」において技術的な検討を行い、その結果を踏まえて具体的な取扱いを中医協総会で慎重に判断するべき。

- ① 今後も医療費が増加し続けるなかで、医療関係職種の賃上げを、単純に患者負担や保険料に転嫁することは、慎重に検討するべき。
- ② 医療従事者の手元に届くよう、基本的な報酬ではなく処遇改善加算といった方法で対応すること。また、賃金改善を行うための就業規則等の変更について労働者の過半数を代表する者の意見を聞くことや賃金改善に当たって正当な理由がなく差別的な取扱いをしないことなど、労働基準法やその他関係法令を遵守した対応が必要であること。その他、賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合ったうえで決定するべき。
- ③ 診療報酬で対応するにしても、幅広い職種や医療機関を対象とするのであれば、個々の医療機関の職員数と患者数に応じた仕組みには、限界があることを踏まえるべき。
- ④ 診療所については、医療経済実態調査で経営が好調なことから、極めて慎重に対応すべき。受診する医療機関によって自己負担が変わるなど、診療報酬が複雑になりすぎないことも考慮し、賃上げの一部に充てるイメージで、最低限の評価にとどめるべき。
- ⑤ なお、処遇改善にあたっては、医療機関における費用の用途の見える化を通じた透明性の向上が大前提である。

(11) 長期収載品の患者負担

後発医薬品の使用が8割まで上昇し一般化したと言える。ただし、世界的にみると日本における長期収載品のシェアが依然として高い状況である。医師が先発医薬品を指定する理由として、「患者の希望」が最も多い状況であり、ブランド選択と言えるようなものについては、「選定療養」と位置付けることで、後発品の使用をさらに促進するべき。

- ① 医療上の必要性については、当然、一定の配慮は必要であり、後発品が存在しないものや、精神系の薬剤など後発品からの切り替えが困難な場合は、選定療養から除外すべき。適正な運用の観点から、医師や薬剤師による妥当な判断を担保するために、長期収載品を処方・調剤した理由をレセプトに記載する必要がある。
- ② 選定療養の対象品目は、後発品上市後5年を経過した長期収載品とし、5年を経過しなくとも置換率が50%に達している場合には、選定療養の対象とするべき。
- ③ 保険給付と自己負担の取扱いについては、患者の負担増に配慮し、長期収載品と後発品の価格差の2分の1以下の範囲内で、患者が後発品へ切り替えようとするインセンティブが働く程度の水準にするべき。
- ④ 後発品の出荷停止や出荷調整がかかっている成分について、選定療養から除外しつつ、全体として必要量が供給できている成分は、原則として選定療養の対象とするべき。
- ⑤ 患者の負担増によって生じた財源は、「イノベーション」と「持続可能性」の両立に還元するべき。

(12) 後発医薬品、バイオ後続品、リフィル処方箋等

医薬品の供給状況を踏まえた取組状況については、限定出荷等の対象となっている成分を、後発品の数量割合の計算から除外する等の対応をきめ細かく行ったうえで、引き続き、後発品の使用を促進することが重要である。

- ① 後発医薬品の数量割合を指標とする各種加算の下限値の引き上げについて、検討するべき。
- ② 現行は補足的な指標となっている、カットオフ値（全医薬品に占める後発品と長期収載品の割合）に着目して、患者負担を考慮した医薬品の処方を推進するべき。
- ③ バイオ後続品の使用促進について、新たに政府目標が設定され、医療費適正化計画の記載事項となることを踏まえ、患者が安心してバイオ後続品を使用するためにも、医師、医療機関からの働きかけを促し、バイオ後続品導入初期加算の対象成分を拡大するべき。
- ④ リフィル処方箋については、令和4年度診療報酬改定において見込まれたマイナス0.1%に遠く及ばないことは明らかであり、周知不足への対応としては、医師や薬剤師においては、患者の希望を踏まえた対応を図るべき。
- ⑤ かかりつけ医に関連する診療報酬について、患者の希望に応じて、リフィル処方箋を発行することについて評価するべき。
- ⑥ 長期処方とリフィル処方を一体的に推進する観点から、かかりつけ医機能の評価とも関連する特定疾患処方管理加算について、より長期の処方を重点的に評価するべき。

(13) 明細書の無料発行

明細書については、無料発行をしていない施設数が少なくなっていることから、患者に対する安全な医療や患者の健康リテラシーの向上に向けて、完全無料発行を義務化し、明細書発行体制等加算については廃止するべき。また、明細書の内容を患者が理解しやすい表記へと改め

るべき。訪問看護ステーションをはじめ全ての医療機関に対し、患者自己負担の有無を問わず、明細書の「完全」「無料」の発行を義務付けるべき。

個別項目

(1) 不妊治療

令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見にあるように、保険適用の影響を継続的に検証し、課題があれば、適切に対応すべき。

- ① 年齢や回数等の要件については、保険適用時の議論で用いたデータと直近のデータで分娩率等の結果に明らかな変化は認められないことから、現時点で見直す必要性は乏しいが、少子化対策の一環として、引き続き患者が希望を持てる要件を検討すべき。
- ② 胚凍結保存管理料については、保存期間が3年を超えても技術的に差し支えないということであれば、算定期間を延長する方向で検討すべき。
- ③ 不妊治療に係る情報提供のあり方については、治療実績や安全性に関する情報の充実が患者にとって非常に重要である。

(2) 小児医療

- ① 小児入院医療管理料について、小児患者の減少も踏まえて要件を見直す余地はあるが、入院医療全般に共通する考え方として、地域のニーズを踏まえて重点化する発想も必要である。看護補助者を配置した場合について、保育士と同様に加算で評価することは、療養環境の質を確保する観点から、慎重に判断すべき。
- ② 小児高度急性期医療体制について、NICUにおける手厚い看護配置が予後の改善やインシデントの減少に有効であることを踏まえ、総合周産期特定集中治療室管理料2、新生児特定集中治療室管理料1・2について、看護配置2対1を検討すべき。また、重症新生児に対する退院支援は重要であり、入退院支援加算3について、実態を踏まえて看護師の経験年数の考え方や、転院前の算定が転院搬送後の要件になっている部分を見直すべき。臓器移植患者については、移植前からの全身管理で集中治療室の滞在日数が長くなっている実態を踏まえ、算定上限を見直すべき。
- ③ 医療的ケア児の受け入れについて、地方では診療所に対する大病院のフォローが必須であるため、必要な体制を構築できるよう、評価を含めた仕組みの強化を検討すべき。一方で、医療的ケア児のレスパイトケアについては、同時改定のタイミングで障害福祉サービスにおける医療型短期入所サービス等で評価すべき。
- ④ 小児科における児童精神については、発達障害や虐待の疑いに気付くことが、かかりつけ医機能として重要であり、小児かかりつけ医診療料の要件の中で明確化するべき。

(3) 認知症対策

認知症への対応は、診療報酬以外を含めて医療・介護・福祉による「総合的な取組み」が特に必要な分野である。地域包括支援センターをハブとした分担・連携とバトンリレー方式の分担・連携が重層的に機能して適時・適切なサービスの提供が成立するものである。その際、普段から患者を診ている「かかりつけ医」の役割が極めて重要である。

- ① かかりつけ医による認知症対応力を向上させることは、喫緊の課題である。かかりつけ医に係る評価である地域包括診療料と地域包括診療加算において、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の受講を要件化するべき。
- ② 入院医療における認知症対応として、身体拘束ゼロの取組みを進めることは当然であり、介護保険施設等の運営基準と同様に医療機関においても「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない」ことを規定すべき。また、認知症ケア加算について、せん妄ハイリスク患者ケア加算と同様に、「せん妄のリスク因子の確認」及び「ハイリスク患者に対するせん妄対策」を求めることは必要であるが、これらの加算の評価については、急性期一般入院基本料との関係を踏まえて、慎重に判断するべき。

(4) 周産期医療

ハイリスク分娩への対応が重要であり、早産や切迫早産でハイリスク妊娠管理加算を算定する患者の実態を踏まえ、また、正常分娩の保険適用に向けた異常分娩と正常分娩の関係を含めた出産費用の「見える化」の取組み拡大も踏まえ、医療上の必要性を精査したうえで、加算の算定期間を適切に設定するべき。

(5) がん・疾病対策

長期的なトレンドとして、入院から外来への移行と、平均在院日数の短縮が進んでいるが、令和2年度に入院、外来いずれも患者数が減少し、在院日数が増加に転じている。コロナ禍の影響でがん検診があまり実施されず、新規の患者が減少したことによるものであれば、がん医療の停滞も懸念されることから、引き続き動向を注視するべき。

- ① 外来化学療法について
 - 外来化学療法に関連する診療報酬の施設基準において、外来化学療法の実施対象患者に関する基準や指針の作成を義務付けるべき。
 - 質の高い外来化学療法を評価するために外来腫瘍化学療法診療料に高い点数を設定していることを踏まえ、専任の医師をしっかりと配置し、患者の安心・安全を確保すべきであり、施設基準を安易に緩和することには反対である。また、安心して働きながら質の高い治療を継続できるように、外来腫瘍化学療法診療料の届出を行っている医療機関について、療養就労両立支援の体制整備を求めるべき。
 - 急性期充実体制加算について、外来化学療法の体制だけでなく、実績を施設基準に定めるべき。

- 外来腫瘍化学療法の治療の質の向上及び医師の負担軽減を推進する観点から、診療前の薬剤師の関与による、医師への情報提供や処方提案を推進すべき。
- ② がん診療連携拠点病院等の特例型については、指定要件を満たす病院と同等に評価すべきではない。がん診療連携拠点病院加算について、減算の規定を導入するか、評価区分の細分化を検討すべき。

(6) 医療・介護・障害福祉サービスの連携

医療と介護の「真の連携」を推進するために、地域包括診療料等の要件として、主治医意見書の作成にとどまらず、サービス担当者会議への参加やケアマネからの相談対応を明確化すべき。また、医療機関と高齢者施設等との連携を確保する観点で、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟等の役割として、あらかじめ高齢者施設と取り決めを行い、電話相談だけでなく、往診や入院調整の役割を果たすことを施設基準に位置付けるべき。さらに、入退院支援加算の届出医療機関において、入退院支援や地域連携を担当する部門の業務として、障害者施設等との連携も明示するべき。

(7) リハビリテーション・栄養・口腔

リハビリテーション・栄養・口腔管理は、後期高齢者がさらに増加するなかでニーズが高まっている。介護報酬との同時改定である令和6年度における重要なテーマであるが、単純に「評価を充実する」「算定を増やす」ということでなく、エビデンスに基づいて対応すべき。

- ① 疾患別リハビリテーションについて、複数のスタッフによる訓練の提供や訓練以外の対応に一定の時間がかかる実態があるとしても、業務の内容は医師や看護師等との情報共有が多く、医療機関として当然の対応であり、新たに評価する必要性は乏しい。一方、リハビリの効果が職種によって異なることに一定のエビデンスがあり、職種毎に業務内容が異なることを踏まえ、疾患別リハビリテーション料を職種毎の評価体系に分けることにより、データ分析の精度を高めるべき。
- ② 医療・介護・障害福祉サービスの連携については、疾患別リハビリテーションの通則や退院時共同指導料2の要件として、介護との連携に関する規定を設けるべき。
- ③ 術前の呼吸器リハビリテーション料の対象として、「がん」を明確化するべき。
- ④ 医療機関における栄養管理体制は、入院料基本料等の通則に位置付けられていることから、栄養管理が不十分な病院に対して厳しい対応が必要である。また、退院時における栄養状態の確認も通則に追加するべき。
- ⑤ 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的な運用について、各専門職が相互に連携する計画書に見直すべき。
- ⑥ ADL維持向上等体制加算について、体制加算としての位置付けを根本的に見直すべき。

(8) 入院時の食費

従来から食材費と調理費は自己負担額に入るものとして整理されてきた経緯があり、介護保険における食費の取扱いと食材費の高騰等を踏まえ、低所得者に配慮しつつ、自己負担を引き上げることが考えられる。

(9) 精神医療

精神の入院医療については、平均在院日数が短縮し、患者数も減少している一方、病床数は約 32 万床で、入院患者数と乖離が大きい。将来推計でも精神病床における入院患者は将来的に減少し続ける見通しであることを踏まえ、病床数の適正化をさらに進めるべき。障害福祉サービスとの同時改定であることを踏まえ、入院・外来のいずれについても、医療と障害福祉の役割分担や連携を促進することが重要である。

- ① 多職種を配置して退院後の生活を見据えて包括的支援マネジメントを実施する「精神医療の回復期病棟」に対する新たな評価体系を設定すべき。
- ② 入退院支援については、精神保健福祉法等の改正で、医療保護入院を原則 3 ヶ月以内とすることが法定化されたことや、地域での支援体制が整備されつつあることも踏まえ、より早期の退院調整が進むように、メリハリを効かせる方向で、評価体系を整理すべき。退院後の再入院予防の観点から、精神保健福祉士などの担当者の役割が重要であり、退院支援の質を担保するために、適切な施設基準を設定すべき。
- ③ 地域移行機能強化病棟入院料については、医療計画や障害福祉計画と整合のとれたかたちで、新規届出の期間を延長すべき。一方で、集中的な退院支援と精神病床数の適正化に取り組むことを評価するという趣旨を踏まえ、届出に一定の期限を設け、効果的な取組みを促すべき。
- ④ 精神科外来医療について、短時間の効率的な診療が経営上のメリットになる仕組みを背景として、初診の待機が発生している実態等も踏まえ、診療時間に応じた評価のメリハリを強化すべき。
- ⑤ 児童思春期の精神医療については、速やかに診療へつなげるためにも、まずは体制を整備すべき。専門的治療の経験のある医師を確保するためには、研修の受講を要件とするなど、一定の専門性を担保すべき。

(10) 人生最終段階における医療・ケア

人生の最終段階における治療方針の選択は、「患者中心の医療」の最たるものである。十分な話し合いが行われていない現状を踏まえ、患者の意思が、最大限尊重されるよう、多くの患者について、なるべく早期に話し合いを開始すべき。

- ① 外来においては、認知症の患者が確実に増加していく中で、早期から医療やケアに関する意思決定を支援することが、地域包括ケアシステムの観点からも、非常に重要である。地域包括診療料を算定する医療機関に指針の策定を求めるなど、かかりつけ医機能のひとつとして、外来の診療報酬においても、意思決定支援を推進すべき。

- ② 入院においては、病棟を問わず、全ての医療機関で指針の策定を求めるべき。さらに、療養病棟や地域包括ケア病棟には、意思決定支援の実績を求めることも必要である。
- ③ 医療機関からの情報共有に比べて介護保険施設からの情報共有が少ない実態を踏まえ、ICT等を活用した効率的な情報共有を介護保険施設に促し、その効果を検証するべき。
- ④ 人生の最終段階における医療・ケアの共有の推進のために、診療情報提供料（I）の、「指定居宅介護支援事業所に向けた様式」の見直しを行うべき。

(11) 緩和ケア

緩和ケアを推進するためには、診療報酬上の対応だけでなく、拠点病院や連携体制の整備、研修事業など、総合的な取組みが重要である。

- ① 緩和ケアの拠点病院において、緩和ケアチームに専従・専任の精神担当医が配置されている場合に精神症状に関する対応依頼が多いことを踏まえ、多様な苦痛に対応する緩和ケアの観点から、精神担当医の配置を進めることが重要である。がん拠点病院加算については、麻薬等による薬物療法を提供するだけでなく、精神心理的苦痛への対応、緩和的放射線治療、神経ブロックの実施を要件に位置付け、高い点数に相応しい機能の発揮を促すべき。
- ② 切れ目のない緩和ケアの提供体制を構築するため、外来腫瘍化学療法診療料の届出医療機関については、疼痛緩和や不安軽減のための取組みを求めるべき。入院中のがん患者への緩和ケアについては、ICTを用いた拠点病院との連携を推進するべき。
- ③ 非がん等の緩和ケアを推進する観点から、在宅の非がん患者に対する麻薬の処方や小児の特性を踏まえた丁寧な検討が必要である。

(12) 医療技術

適正化の視点も踏まえ、技術の普及や使用する医療機器等の市場拡大に伴うコスト低減を反映した評価を継続的に検討するべき。

Ⅲ. 薬価・保険医療材料価格等

薬価制度、特定保険医療材料価格制度、費用対効果評価制度については、令和6年度改革の骨子の内容を具体化することにより、イノベーションの推進や物価高騰等を踏まえた安定供給の確保を実現し、患者の安全・安心と新製品への速やかなアクセスが担保されるべきと考える。

特に薬価制度については、革新的新薬の研究開発の活性化と後発品産業の構造転換につながる事が重要であり、令和6年度改定の効果を検証し、令和7年度薬価改定に向けた検討を早急に開始し、診療報酬改定のない年の薬価改定のあり方について、十分な議論を重ねるべき。その際、医療保険制度の安定性・持続可能性に配慮し、医薬品の適切なライフサイクルを念頭に置く必要がある。また、保険財政に極めて影響の大きい新薬が保険適用されることを想定し、個別的な取扱いを含めて柔軟な対応を検討する必要がある。

特定保険医療材料価格制度については、引き続き内外価格差や逆ザヤが生じる背景等を丁寧に検討するべきである。また、プログラム医療機器等の新たな製品の特性に応じた適切な評価を推進する必要がある。

再生医療等製品については、知見の蓄積状況を踏まえつつ、独自の算定方式を検討するべき。

費用対効果評価制度については、一定の実績が集積してきたことを踏まえ、次期制度改革において、評価結果のより積極的な活用に関する本格的な議論が必要である。

以上

令和5年12月27日

**国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための
令和6年度診療報酬改定に対する二号（診療側）委員の意見**

中央社会保険医療協議会

二号委員

長島公之

茂松茂人

江澤和彦

池端幸彦

太田圭洋

林正純

森昌平

〔医科〕

I 基本的考え方

わが国では世界に類を見ない少子高齢社会が進展し、人生100年時代を迎えようとしている。国民が幸せな生活を持続するために、安心して医療・介護を受けられるようにすることは不可欠である。そして、日本の「国民皆保険」という財産を守り抜き、次世代へつないでいかなければならない。

また、新型コロナウイルス感染症の経験を教訓に、新興感染症への対応として、有事にも平時にも強い医療提供体制が求められている。あわせて、厳しい状況の中で献身的な働きをつづける医療従事者を支え、守ることも重要である。

こうした課題に向け、国民から負託された貴重な財源を最大限適切に活用する必要がある。

社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）が、本年12月11日にとりまとめた「令和6年度診療報酬改定の基本方針」の基本認識では、現下の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えており、患者が必要とする医療が受けられるよう、機動的な対応が必要とされている。

また、「骨太の方針2023」では、令和6年度診療報酬改定に対して、デフレ完全脱却のための総合経済対策（令和5年11月2日閣議決定）を踏まえつつ、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行うとされている。

このような基本認識のもと、「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進」が、基本方針の重点課題に位置づけられた。

高齢者人口がピークを迎える2040年の医療提供体制の展望を見据え、実効性のある医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実現することで、持続可能な社会保障制度を実現するとともに、新興感染症の流行等にも即座に対応できるよう、余力を持った平時の医療提供体制を構築することで、社会保障のさらなる充実が図ら

れ国民の安心をより高めることが可能になる。

さらに、国民が住み慣れた地域において質の高い医療・介護を受けるため、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護提供体制が確保されるよう、介護・福祉サービスとの連携を強化する必要がある。令和6年度診療報酬改定は医療・介護・障害福祉サービス等報酬の6年に一度の同時改定であることを念頭に、地域における医療資源を有効活用しつつ、継続して改革を進めるために必要財源を配分すべきである。

我々は、医療者として地域医療を守る使命感と倫理観に基づき、持続的にわが国の医療制度を維持・発展させるため、令和6年度診療報酬改定に当たっては、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

なお、これまで中医協で検討してきた項目については、あくまでも財源を考慮せずに議論されてきたものであり、改定率を踏まえたメリハリ付けや、優先順位に基づき実施しないものが出てくることは当然である。

1. 診療報酬体系の見直し

- 医療機関の創意工夫による運営を可能とする告示、通知等を含めた見直し
- 施設基準等の簡素化や要件緩和も含めた適切な見直し

2. あるべき医療提供体制コスト等（医業の再生産費用を含む）の適切な反映

- 「もの」と「技術」の分離の促進（ものから人へ）
- 医学・医療の進歩への速やかな対応
- 無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視
- 出来高払いを原則として、包括払いとの適切な組み合わせの検討
- デジタル化の対応に必要な経費への確実な手当

3. 新興感染症等にも対応できる大病院、中小病院、診療所が各々に果たすべき機能に対する適切な評価と、地域の医療提供システムの運営の円滑化

- 急性期医療から回復期・慢性期医療に至るまで良好に運営できる診療報酬体系の整備と提供されている医療に見合う適切かつ十分な評価
- 救急医療、精神科救急医療等の不採算医療・政策医療を引き受けてきた医療機関が健全に運営できる診療報酬の設定
- 地域の診療所や中小病院のかかりつけ医が地域包括ケアシステムにおいて担う中核的機能を踏まえた手厚い評価

4. 医師・医療従事者の働き方の実状を踏まえた診療報酬上の対応

- 医師等の働き方改革の推進
- 医療従事者の負担軽減策や勤務環境の改善に向けての取組への評価

5. 小児・周産期医療の充実

6. 不合理な診療報酬項目の見直し

7. その他必要事項の手当

II 具体的検討事項

以上の基本方針を前提として、特に検討すべき具体的な事項について、以下に列挙する。

1. 初・再診料

(1) 初・再診料、外来診療料の適切な評価（引上げ）

医師の技術料の最も基本となる部分であるとともに、経営原資となるものである。物価高騰など、現下の経済社会情勢にも対応し、医療機関の健全な経営のために医師の技術を適正に評価し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数に引上げること

(2) 再診料の見直し

地域包括ケアシステムの要である診療所・中小病院の再診料の水準を平成 22 年度改定前の水準に戻すこと（平成 26 年度改定における再診料の引上げは、消費税率引上げに伴う補填目的であり、平成 22 年度引下げ分の措置ではない）

(3) 同一医療機関における同一日複数科受診の評価

同一医療機関において、同一日に複数の診療科をそれぞれ異なる疾患で受診した場合、すべての診療科について、初・再診料の区別なく、通減することなく算定できるようにすること

(4) かかりつけ医機能のさらなる評価

超高齢社会及び新興感染症対応（ワクチン接種など）のため、地域包括ケアシステムの確立に向け、診療報酬上のかかりつけ医機能をより充実させる必要がある。具体的には、地域包括診療加算・地域包括診療料、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料における要件を見直すとともに、点数を引上げること

外来管理加算や特定疾患療養管理料等のかかりつけ医機能の評価に係る点数は、対象疾患への関わりや機能の違いについて中医協で審議した上で導入されたものであり、質の高い生活習慣病の治療・管理に貢献してきたことを踏まえれば、これまでの経緯・運用を無視するような見直しはすべきではないこと

かかりつけ医は、患者が自由に選択できるものであり、皆保険である日本の優れた医療保険制度において、その根幹であるフリーアクセスを阻害するような評価とならないよう注意が必要であること（過度な機能分化による受診抑制やかかりつけ医の制度化など）

(5) 外来感染対策向上加算の見直し

外来感染対策向上加算は、カンファレンスに年 2 回、訓練に年 1 回参加すること、連携強化加算は年 4 回感染状況を報告すること、サーベイランス強化加算は JANIS 等に参加することなど、様々な施設基準等が設定されている。業務の煩雑さや感染対策費用を考慮すれば、それに見合った評価が必要であること

特に、サーベイランス強化加算は、JANIS 等への参加が求められるが、毎月、細菌検査に関わる全データの提出が必要となるなど、診療所に対応するにはあまりにも煩雑であるため、報告内容及び頻度の改善が必要であること

等

2. 入院基本料

(1) 入院基本料の適切な評価

物価高騰、光熱費等の高騰に対応するとともに、医療機関の設備投資・維持管理費用について明確に評価し、多職種協働によるチーム医療の推進を踏まえ、医療従事者

の人件費について適切に評価すること

評価体系の見直しは、急激な点数の変動を生じさせ、医療機関経営に大きな不安定性を惹起することから、最小限にとどめること

(2) 重症度、医療・看護必要度

改定のたびに評価項目を変更すること自体、医療現場にとって負担となっており、今改定での評価項目の大幅な見直しは避けるべきである

(3) 入院医療の評価体系

より質の高い入院医療の提供を促す見直しを行うとともに、物価高騰、賃金上昇等が続く中、コロナ特例の大幅な縮小などから、医療機関は厳しい経営を強いられており、急激な変更は現場に過大な負担となることから避けるべき

各医療機関が地域の医療提供体制も踏まえながら、時間をかけて対応できる仕組みとすること

(4) 入院中の患者の他医療機関受診の取扱いの更なる見直し

精神疾患を含め多くの疾患を有する高齢者の増加や、専門医療が高度化している現在、他医療機関受診時の出来高入院料・特定入院料等の減算は懲罰的な規則であり、国民の受療する権利を阻害している

また、他医療機関での保険請求ができないことで、手続きが非常に煩雑になるとともに、特定入院料等算定医療機関では保険請求すらできず全額持ち出しとなっているため、他医療機関での保険請求を可能とすること

(5) 地域包括ケアシステムに欠かせない有床診療所の評価

地域における身近な入院施設として、地域包括ケアシステムの中でも様々な役割が期待されており、トリプル改定においても、そのニーズに応じた機能を支援すること
複数医師の配置や夜間の医師、看護師配置が可能となるような入院料の引上げ

等

3. 入院基本料等加算、特定入院料

(1) 現場の柔軟性を損なわない形での勤務医負担軽減策の実施

地域医療体制確保加算は、令和6年4月からはじまる医師の働き方改革に対応した加算であり、これからその機能を発揮するものであることから、診療報酬での適切な対応となるよう、要件の緩和とさらなる評価を行うこと

(2) 救急医療管理加算のさらなる評価

救急搬送受け入れの中心を担う二次救急医療機関を評価するものであり、医師の働き方改革にも資する、極めて重要なものである

救急医療の24時間体制での提供には人的配置を含め、多額のコストを費やしているにもかかわらず評価が不十分である

さらに、安易に対象を絞り込むことは、現場において刻一刻と変化する患者の状態に鑑みれば、決してあってはならないことであり、重篤な患者の状態が幅広いということに立脚した、適切な評価とすべきである

(3) 医師事務作業補助体制加算の算定病棟拡大、施設基準の見直し

医師の事務作業が多いのはすべての医療機関の問題であり、全病床種別で算定可能とすること。また、緊急入院患者数や全身麻酔による手術年間件数など厳しい施設基準要件となっており、見直しを要する。さらに、外来のみの診療所での算定も可能と

すること

(4) 感染対策向上加算の見直し

医療の安全管理の観点から、入院医療における院内感染症対策にとどまらず、外来医療、在宅医療での感染対策（体制整備等）など、実際にかかっている経費を保証する点数設定を行うこと

感染対策向上加算1は、新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関であること、加算2では協力医療機関であることが要件化されていたが、新型コロナウイルス感染症の類型見直しに伴う要件の見直し対応が必要である

また、指導強化加算は、感染対策向上加算2・3及び外来感染対策向上加算算定医療機関に助言を行った場合となっているが、施設やグループホーム等、感染拡大となりやすい当該施設へ指導することを評価すべき

(5) 急性期看護補助体制加算の見直し

現場の実情にあわせて、急性期看護補助体制加算を入院全期間において算定できるようにすること

また、慢性期の病棟においても、高齢者・認知症等の患者を受け入れ、現実として看護補助者を配置していることから、何らかの評価が必要である

(6) 病棟薬剤業務実施加算の要件等の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料など、対象病棟を拡大する

病棟薬剤業務実施加算1は、専任の薬剤師をすべての病棟に配置する必要があるが、病棟単位での届出を可能とすること

病棟薬剤業務実施加算2について、単独での届出を可能とすること

(7) 特定入院料に係る算定上限日数等の要件緩和

適正な診療を行う上で算定上限日数を超えて管理を要する症例が多い

特定集中治療室の場合、患者の病態に応じた日数の延長、新生児特定集中治療室及び新生児治療回復室などの2つ以上の特定入院料算定治療室に入室した場合の算定期間の通算ルールを廃止

(8) 特定入院料における高額薬剤等の包括除外

患者の生命維持や治療に不可欠で代替困難な薬剤や放射線治療等の高額医療を特定入院料の包括から除外すること

また、精神科特定入院料は、算定できる項目が他科に比べて過剰に包括されているため、代替困難な薬剤や放射線治療等の高額医療及び高齢者対応の「リハビリテーション」の項目は、特定入院料の包括から除外すること

(9) 地域包括ケア病棟（病床）の適正評価

本来の目的である地域包括ケアを支えるために、「急性期後の加療」「在宅等の患者の増悪への対応」「在宅療養の支援」をバランスよく機能することへの評価とすること

(10) 精神療養病棟入院料

従来的人员配置では、高齢化に伴う認知症併存率の上昇、身体合併症の増加やADL低下への対応が困難になりつつあるため、人員配置を加配する際の加算を設けること

(11) 短期滞在手術等基本料3

小児、認知症患者への全身麻酔時の適正な評価をすること

手術件数の少ない地方でも経営が成り立つ点数設定への変更

局所麻酔では対応困難な重症例を扱うことが経営的に負担となっている点や、対象疾患とは無関係な高額薬剤が包括対象となっている点を見直すこと

(12) 診療録管理体制加算の評価

サイバー攻撃による院内システムの機能停止は医療機関の運営を脅かすものであり、セキュリティシステムの導入や専門的人材に対する追加的コストに見合った評価とすること

等

4. 基本診療料全般

(1) 地域包括ケアシステムにおけるICTを利用した連携体制の評価

(2) チーム医療における多職種連携の評価

多職種連携による食事指導等、チーム医療における多職種の積極的な関与は、患者の早期退院やQOL向上に効果を上げており、医療の質向上に寄与するとともに医療従事者の負担軽減につながっている。高齢化、がん・精神疾患等の患者の増加に合わせた評価と施設基準を緩和すること

等

5. 医学管理等

(1) 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の見直し

一部の加算等を除き包括点数となっており、医師の技術料を十分評価した点数へ引上げ等

(2) 特定疾患療養管理料の対象疾患拡大

医療の進歩により、新しい疾患概念や治療法が増加したこと、超高齢社会による疾病構造の変化に適切に対応するために、対象疾患を拡大すること

(3) 認知症診療の環境整備

認知症患者の診療は、単なる認知機能の評価にとどまらず、生活障害、行動・心理症状、家族の介護負担の評価等を包括的に行う必要がある。認知症療養指導料は現在、認知症疾患医療センターで診断され、他の保険医療機関へ紹介された患者のみ算定が可能であるため、認知症専門医やかかりつけ医でも算定可能とすること

(4) 小児運動器疾患指導管理料の対象疾患拡大

成長期特有の骨折である骨端線損傷は、骨癒合が完了し、いったん治癒した後にも成長に従い変形や成長障害を生じる危険がある。第3骨片を伴う骨折は変形治癒となる危険性が高く、適切な時期に手術を行う必要が生じる場合がある。また、疲労骨折は過度のスポーツ活動などが原因となっている場合があり、生活指導やリハビリテーションを要することが多い。

(5) こころの連携指導料の見直し

自殺対策等に対する研修が求められるが、研修を実施できる機関が限定されすぎている。全国のかかりつけ医が受講可能な研修が必要である。

また、1人の患者に対して1年間のみ算定可能となっているが、入退院を経るたびに新たに1年間算定できるようにすべき

(6) 診療情報提供料（I）の見直し

紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定となっているが、同一

月に同一保険医療機関の複数診療科に紹介する場合もあり、紹介先となる診療科が明記されていれば、診療科ごとの算定を認めること

(7) 少子高齢社会に対応した診療情報提供施設の見直し

学校医等への情報提供が認められたが、主治医と学校医等が同一の場合は算定することができない。学校生活管理指導表は、学校生活等を送る際、学校内全体で共有されるもので、主治医と学校医等が同一であるか否かにかかわらず、算定可とすること
その他、高齢者施設等への情報提供、職場「産業医」への社会復帰のための情報提供など、診療情報提供施設を拡大すること

等

6. 在宅医療

(1) 在宅医療を充実させるための算定要件の簡素化・緩和

主治医の専門以外の診療科のチーム医療でも在宅療養指導管理料を算定可能とすること

機能強化型在宅療養支援診療所・病院（連携型）の看取り要件の撤廃若しくは緩和
在宅療養移行加算の要件緩和及び加算2の場合の連携医療機関に対する評価の設定
在宅ターミナルケア加算の酸素療法加算は死亡月のみならず、死亡前月でも算定可能とすること

(2) 在宅医療の評価の是正

在宅療養支援診療所と一般診療所の診療報酬格差の是正

同一建物居住者に対する訪問診療料、単一建物居住者に対する在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の点数設定の見直し（入居する場所のみをもって点数設定するのではなく、個々の患者に対する医療の質・手間・技術を正當に評価すべき）

(3) 在宅患者訪問診療料（I）在宅患者訪問診療料2の要件緩和

専門的な処置を要する場合など、月に複数回の訪問診療料の算定を可能とすること

(4) 小児在宅医療の充実

小児及び若年成人の在宅緩和ケアは、症状コントロールが難しく、心理的、精神的苦痛へのケアなどの課題はあるが、ターミナル期を家庭で過ごす意義は大きい。在宅患者訪問診療料（I）に小児ターミナルケア加算を新設すること

(5) 在宅療養指導管理料における在宅療養指導管理材料加算について、実勢価格等を踏まえ適切に評価すること。併せて、医学管理等に係る技術も適切に評価すること

等

7. 検査・画像診断

(1) 医師の技術料としての評価が低すぎる検査料の見直し

例えば、評価が低く原価割れのため標準的手順が省かれ、結果的に医療費を高騰させている生体検査（運動負荷、呼気ガス分析加算など）の再評価など

(2) 感染症免疫学的検査の年齢設定

年齢制限が設けられている検査項目について、適切な年齢設定に見直すこと

(3) 働き方改革、外来医師の負担軽減が可能となるよう画像診断管理加算2（夜間または休日の緊急遠隔読影）の要件を見直すこと

(4) CT及びMRの特性と診療上の役割を踏まえコンピューター断層診断の算定回数を

見直すこと

- (5) コンピューター断層診断の要件を見直し、他医療機関撮影のCT等の読影は初・再診にかかわらず評価すること

等

8. 投薬・注射

- (1) 7種類以上の内服薬処方時及び向精神薬多剤投与時の処方料、薬剤料、処方箋料の減算の撤廃

多数の疾患を抱える患者、特に高齢者をかかりつけ医が担当するためには多剤投与が必要となるケースは避けられない。投薬管理は多剤投与の方が複雑になるため加算も検討するべきであり、減算される仕組みは不合理である

- (2) 処方日数の適正化

平成28年度改定で30日を超える長期投薬について、取扱いの明確化が図られたが、さらなる長期投薬を減らす取組を検討すること

- (3) 院内処方、院内調剤の適正評価

同一の調剤技術料に対し、院内と調剤薬局の報酬格差が大きいため、院内の評価を見直すこと。例えば、院内処方における一包化加算の新設、外来後発医薬品使用体制加算に代わる院内処方での後発医薬品使用促進に係る加算の新設、処方料、調剤料の引上げ

- (4) 後発医薬品使用に対する基盤整備

後発医薬品に対する患者側、医療提供側双方の不信感・情報不足を解消するための早急な基盤整備を行うこと、さらに患者や医師が安心して後発医薬品を使うためのチェックシステムを設置すること

- (5) 内科系の中心的な治療である薬物療法における処方技術評価の改善を図るために、「注射」の項に「処方料」を新設すること

等

9. リハビリテーション

- (1) 運動器リハビリテーション小児加算の新設

現行では年齢等に関わらず、同じリハ点数を算定している。成長期である15歳以下のリハビリは年齢別にきめ細かな対応をすることで、将来の身体障害を減少させることが重要。また、保護者に対する説得・説明も重要

- (2) ロコモ・フレイルに関する指導管理の評価

ロコモティブシンドローム、フレイル症候群は、緩徐に進行するが、患者自身に自覚がないことが多く、早期発見し、適切な指導・管理を行うことにより、社会復帰を促し、ADL、QOLを向上させ、健康寿命の延伸を図ることが期待できる

等

10. 精神科専門療法

- (1) 精神科専門療法の同一日・同一週併算定

3か月以内を急性期入院治療期間と位置づけて、高密度の治療を短期集中的に行い退院促進する政策的方向性が打ち出されている一方、精神科専門療法に同一日／同一週併算定を妨げる要件が設定されているのは不合理である

入院精神療法ⅠとⅡの同一週併算定、抗精神病特定薬剤治療指導管理料と精神科デ

イ・ケア等の同一日算定等を可能とすること

(2) 精神科在宅医療の充実

精神科在宅医療は、入院中の精神障害者の退院促進に限らず、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいても柱に位置付けられている。

精神科在宅患者支援管理料について、2年以上継続した算定を認めること、また、充実した支援を可能とするため、専任チームについて、公認心理師、管理栄養士の介入も可能とすること、さらに、月2回以上の訪問診療を実施する場合の評価を行うこと

等

1 1. 処置・手術・麻酔

(1) ディスポ製品、医療材料等の費用を考慮した点数設定

処置の実施において、感染予防等によりディスポ製品の使用が常識となっている。また、手技料に包括されている材料等において、医療材料・機器の進歩に伴う医療材料価格の上昇に処置点数が追いつかず、長年低点数のまま据え置かれている項目については、技術料が含まれていないに等しい状況となっている

(2) 基本診療料に含まれる処置の見直し・処置の評価のあり方

処置の必要性は重症度などの医学的判断によるべきであり、処置範囲の大きさで決めるものではない

(3) 手術料の適正な評価（外保連試案の意義を含めた見直し）

短時間で終了する手術が「簡単なもの」という評価は適切ではない。先端医療機器の導入や医師の研鑽の結果による効率化や時間短縮は正しく評価されるべき

(4) 同一手術野で実施する複数手術の評価

2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定について、行った手術の手技料は、それぞれ算定できるようにすること

(5) 診療材料を多く使う手術点数の評価

診療材料の実費が、診療報酬の50%以上を占める術式が数多く存在している。償還されない診療材料を多く使用する手術については、手術点数を適切に引上げること

(6) 麻酔管理料（I）長時間麻酔管理加算の対象術式の拡大

前回改定で、麻酔管理料（I）長時間麻酔管理加算の対象術式が拡大されたが、外保連手術試案に収載されているすべての長時間手術が対象となるよう拡充すること

(7) 周術期医療の実現に向けた新たな評価

高齢社会が一段と進む中、より安全な周術期医療体制の普及は不可避である。新たな手術体位への対応、末梢神経ブロック併用による適切な鎮痛、確実な術中不動化と麻酔深度の維持は重要であり、より安全な周術期医療の実現に向け新たな評価を創設すること

等

1 2. 放射線治療・病理診断

(1) 遠隔連携診療と人工知能の臨床普及促進

(2) プログラム医療技術を利用した放射線治療計画管理料

(3) 病理診断料の算定見直し

等

13. DPC/PDPS

DPC/PDPSの安定的な運用を図りつつも、「データ数」等の基準を新設することによって、どの程度の医療機関が、どの程度の影響を受けることになるのか、地域の医療資源の多寡なども踏まえて精査すること

等

14. その他

(1) 診療上必要な文書の簡素化等

患者に説明を要するものには「文書」を必須とせず、電子媒体による説明でも可とすること

「輸血にかかる同意書」「血漿成分製剤の輸注に係る同意書」「身体的拘束実施時の同意書」「特別療養環境室希望時の同意書」「がん治療連携計画策定料に係る同意書」「入院診療計画書」等について、負担軽減と業務効率化の観点から、一括のサインで可能とすること

(2) 改定時における点数告示等の早期化、周知期間の確保、行政によるきめ細かな説明・周知

(3) 電子カルテ規格の標準化

(4) その他必要事項

〔 歯 科 〕

I 基本的考え方

社会保障審議会（医療部会・医療保険部会）が取りまとめた令和6年度診療報酬改定の基本認識には「全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応」が掲げられている。

少子高齢化といった人口構造の変化が急速に進む中、社会の活力を維持・向上し、全世代型社会保障を構築する鍵は「健康寿命の延伸」であり、口腔の健康が全身の健康及び健康寿命の延伸に寄与することが多くのエビデンスにより示される中、歯科医療の果たす役割や責務は非常に大きいと考える。

具体的には、ライフコースに応じたう蝕や歯周病を含めた口腔疾患の重症化予防及び口腔機能の維持・向上に資する歯科医療を「かかりつけ歯科医」が中心に提供することが重要である。また、超高齢社会において増加する要介護者や基礎疾患を有する高齢者への歯科医療や口腔健康管理への対応等を通じ、生活の質の向上に寄与することも責務である。加えて、歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、かかりつけ歯科医を含めた多職種連携の強化は重要で、適切な役割分担の下、医歯薬連携の推進をはじめ、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理に着目した様々な連携強化は推進すべきである。

歯科医療においても、医療DXの推進による医療情報の有効活用、ICTの利活用、遠隔医療の推進は重要な課題であり、今改定においてさらに推進していくべきである。加えて、新型コロナウイルス感染拡大時の対応を踏まえ、新興・再興感染症の発生、まん延時にも切れ目なく歯科医療が提供できるよう、平時からの連携協力を含めた歯科医療提供の体制強化を進めることが重要で、改めて国民の健康・生命・生活を守る立場の歯科医療を再検証すべきと考える。

一方で、重点課題の具体的方向性である「医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組」について、医療従事者の賃上げが他の産業に迫りついておらず、かつ求人倍率も高止まりしている状況において、歯科医療関係職種にも応分の対応が急務である。医療経済実態調査の結果から、物価上昇を受けて多くの個人立歯科診療所では損益差額の減少が認められ、コロナ関連補助金による下支えがほとんどなく、設備投資やスタッフの処遇改善もままならない厳しい経営状況が続いていることが明らかになった。今後も「国民の健康な生活を支える」という歯科医療提供者の本来の責務を持続的に果たしていくため、以下に掲げる事項を基本方針と定め、歯科診療報酬について所要の改定を求める。

■ 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進（重点課題）

➤医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

- ・ホスピタルフィーとしての評価

■ ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

➤医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

- ・歯科医療におけるICT利活用の推進
- ・医療DXに係る情報共有等、質の高い歯科医療提供体制への評価

- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進
 - ・医科歯科連携、医歯薬連携の推進
 - ・病院との連携推進
 - ・QOLの向上を目指した歯科医療の提供

- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
 - ・介護施設との連携推進
 - ・周術期等口腔機能管理の更なる推進
 - ・歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携の強化

- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築
 - ・有事に対応できる平時からの医療連携、多職種連携、地域連携の推進
 - ・感染症患者に係る口腔疾患への連携推進

- かかりつけ歯科医機能の明確化、更なる充実・推進
 - ・ライフコースに応じた口腔疾患の継続管理・重症化予防
 - ・医療連携、介護連携、多職種連携、地域連携の推進
 - ・質の高い在宅歯科医療の更なる推進
 - ・施設基準の適切な整理

■ 安心・安全で質の高い医療の推進

- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療
 - ・安心・安全で質の高い歯科医療の充実
 - ・歯科固有の技術に対するあるべき評価
 - ・新規技術、新規医療機器・新規検査の保険収載促進と適切な評価
 - ・歯科用貴金属の代替材料の開発・保険収載
 - ・障害児（者）や妊産婦、認知症等患者への歯科医療の充実
 - ・口腔機能の維持・向上と口腔機能管理の育成

■ その他

- 不合理な留意事項通知等の見直し
 - ・留意事項通知、施設基準等の整理
 - ・長期継続管理の阻害要因の排除と時間要件等の見直し

II 具体的検討事項

▶医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

1. ホスピタルフィーとしての評価

コロナ禍以降実施している従来の標準予防策より更に強化した感染防止対策、歯科医療機器や材料価格の高騰及び水道光熱費の上昇、歯科医療従事者の人材不足、賃金上昇等への対応により歯科診療所の経営は更に厳しい状況にある。安心・安全で良質な歯科医療提供を継続するため、ホスピタルフィーである初診料・再診料を評価すること。

▶医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

2. 歯科医療における ICT 利活用の推進

ICT を活用した歯科診療等に関する検討会における議論を踏まえ、歯科におけるオンライン診療の導入など医療 DX の推進を加速すること。また、医療従事者の業務の効率化に資する ICT 活用の好事例を収集し、医療保険のなかで評価すること。

3. 医療 DX に係る情報共有等、質の高い歯科医療提供体制への評価

オンライン資格確認導入の原則義務化など医療 DX 推進に係るこれまでの取組や、今後の健康保険証廃止に伴う医療機関における対応にあたり、必要な機材やインフラ整備に係る初期費用には一定の補助はあるものの、運用面での評価はされていない。患者の診療情報等を活用した質の高い歯科医療提供推進のため、サイバーセキュリティ対策を含めて実態に応じた評価の導入を検討すること。

▶生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進

4. 医科歯科連携、医歯薬連携の推進

糖尿病患者における合併症の 1 つに歯周病が挙げられていることから、医科歯科連携の更なる推進のみならず、歯科診療所と薬局の連携も含めて検討すること。

障害児（者）に対する歯科医療において、歯科を標榜する病院等と地域の歯科診療所の連携も重要であり、歯科診療特別対応連携加算の要件について検討すること。また、施設間の連携が進まない要因を検証し是正すること。

薬剤関連顎骨壊死等、医歯薬連携の下での薬剤情報の共有について、実態に応じた評価を行うこと。

5. 病院との連携推進

回復期医療及び慢性期医療を担う病院における口腔健康管理の推進は重要な視点であり、急性期同様に連携について評価を行うこと。

また、歯科標榜のない病院との地域歯科診療所の更なる連携推進は重要であることから、連携の妨げになっている項目を是正し、より推進するよう見直すこと。

また、経口摂取リハビリ中の入院患者等への口腔機能管理等を検討すること。

6. QOL の向上を目指した歯科医療の提供

口腔の健康が QOL に影響することから、口腔の 2 大疾患であるう蝕や歯周病の重症化

予防のための早期治療や継続的管理の評価を行うこと。

➤リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

7. 介護施設との連携推進

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理を一体的に実施するために、介護施設入所者への口腔アセスメントの評価や介護施設から在宅への移行時の連携における評価を行うこと。

8. 周術期等口腔機能管理の更なる推進

歯科における地域医療連携の核となっている歯科併設の病院や歯科標榜のない病院と地域歯科医療連携室等との連携機能の評価すること。

また、病院の歯科医師とかかりつけ歯科医が患者の入退院時といった動きにシームレスに対応できる仕組みを検討すること。

周術期等口腔機能管理の有効な対象疾患及び手術を伴わない患者等への拡大を検討するとともに、周術期等口腔機能管理（周Ⅲ）における長期間にわたる管理の評価すること。

9. 歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携の強化

病院歯科と歯科診療所の役割分担を明確にし、より高度な歯科医療に関しては病院歯科がかかりつけ歯科医と連携の上、対応するようあるべき姿を検討するとともに、後方支援病院としての役割を担う病院等への評価を行うこと。

➤新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築

10. 有事に対応できる平時からの医療連携、多職種連携、地域連携の推進

新興感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制を構築するため、地域での顔の見える多職種連携をより一層強化し、必要な医療を面として提供することが重要である。平時及び感染症流行時においても継続的に歯科医療提供体制を維持できるかかりつけ歯科医の機能について、診療報酬上の評価を適切に行うこと。

11. 感染症患者に係る口腔疾患への連携推進

口腔内でのウイルス増殖の知見も明らかとなっていることから、口腔健康管理を通じて感染症患者の口腔乾燥や誤嚥性肺炎等の重症化予防に貢献することは重要である。感染拡大時における必要な口腔管理等への評価の検討、並びに感染症患者や疑い患者への歯科治療の対応や連携について更に推進すること。

➤かかりつけ歯科医機能の明確化、更なる充実・推進

12. 施設基準の適切な整理

施設基準である「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」のあり方について、より明確に、適切な評価がなされるよう、患者・国民に分かりやすい名称も含めて検討し、整理を行うこと。

13. ライフコースに応じた口腔疾患の継続管理・重症化予防

かかりつけ歯科医が行う、小児期を含むすべてのライフコースにおける継続的・定期的な管理と口腔疾患の重症化予防に対する評価の充実を図ること。

歯周病のみならず、小児や高齢者のう蝕管理等を含めた長期管理は重要であり、8020 達成者の増加にもつながっている。長期管理加算に関しては歯科疾患管理料のみならず歯科特定疾患療養管理料等を含めて更なる評価を検討すること。

14. 医療連携、介護連携、多職種連携、地域連携の推進

トリプル改定の重要項目であるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取り組みは重要であり、歯科医療やサービスを提供する場が変わっても、連携の下、切れ目なく提供されるよう検討すること。

15. 質の高い在宅歯科医療の更なる推進

歯科訪問診療の更なる推進と充実のため、患者の居宅や介護保険施設、病院等における診療の内容や要する時間を踏まえ、実態に応じた評価を行うこと。

かかりつけ歯科医による外来診療から在宅診療への移行等、幅広い取り組みができるよう推進を検討し、質の高い在宅歯科医療提供のため、引き続き在宅専門の歯科医療機関のあり方を検討し、地域における連携を強化すること。

また、在宅歯科医療の充実のため、入退院時の連携強化、在宅等療養患者への職支援等のあり方、医療的ケア児等小児在宅患者への必要な歯科医療提供について検討すること。併せて、超高齢社会の実態を踏まえ、様々な居住地での歯科医療提供について更に検討すること。

➤口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療

16. 安心・安全で質の高い歯科医療の充実

歯科外来診療環境体制加算は、感染対策並びに医療安全に関する事項が含まれており、届出医療機関の責務は大きい。平時における感染防止対策を含め、施設基準要件の見直しや、ICT・デジタル機器等を活用した患者に分かりやすく、かつ、安心・安全な歯科医療提供の評価を検討すること。

17. 歯科固有の技術に対するあるべき評価

「歯科診療行為のタイムスタディー調査」によれば、歯科医療における基本的技術料は未だ低評価のまま据え置かれている。また、各国の診療行為別歯科医療費との比較においても、日本の歯科治療費は低く厳しい状況が続いている。良質な歯科医療提供が継続できるよう、歯科診療行為に基づき実態に応じた適正な評価を行うこと。

また、処置、歯冠形成に包括されている浸潤麻酔に係る手技料並びに麻酔薬剤料について、麻酔薬剤料は別途算定できるよう見直すこと。

18. 新規技術、新規医療機器・新規検査の保険収載促進と適切な評価

患者・国民が求める歯科医療は、日を迫うごとに進歩している。患者のニーズ等に対応できるよう新規技術、新規医療機器、新規検査を積極的に導入するとともに、その技

術に見合った適切な評価を引き続き検討すること。特にデジタル機器を用いた歯科補綴物の製作等を含めた技術の応用や ICT を活用した新たな技術、唾液検査等の効果的な検査の導入は喫緊の課題として検討すること。

19. 歯科用貴金属の代替材料の開発・保険収載

市場価格の影響を受けやすい歯科用貴金属に代わる材料の開発、保険収載及び適用拡大を推進すること。

20. 障害児（者）や妊産婦、認知症等患者への歯科医療の充実

障害児（者）の生活に寄り添う歯科医療の提供には、居宅、施設、外来等のシームレスな対応が求められ、病院併設歯科や障害児（者）医療施設等と歯科診療所の連携・管理、更に歯科訪問診療の充実も求められる。

近年増加傾向にある重度障害の乳幼児の口腔（衛生・機能）管理については、対象年齢を拡大し、シームレスな管理を推進するとともに、歯科から学校等への情報提供の仕組みを検討すること。

特に認知症等患者は、医科との連携による口腔衛生管理が重要であり、更なる評価を検討すること。

21. 口腔機能の維持・向上と口腔機能管理の育成

摂食・咀嚼・嚥下機能が低下した患者への口腔機能の維持・向上に資する管理は重要であり、その取り組みを推進するため、口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の検査の拡大や活用実態に応じた頻度等を見直すこと。また、口腔機能管理の取り組みが更に進むよう、推進に向けた診療報酬上の評価を検討すること。

また、歯科衛生士による口腔管理の指導の評価を検討すること。

➤不合理な留意事項通知等の見直し

22. 留意事項通知、施設基準等の整理

臨床現場の実情にそぐわない、過度な事務負担を求める不合理かつ詳細すぎる通知等の是正、並びに施設基準の適切な整理を行うこと。

23. 長期継続管理の阻害要因の排除と時間要件等の見直し

長期にわたる維持管理を推進するにあたって、阻害要因となりかねない規定を見直すこと。特に1初診1回の算定制限については見直しが必要である。

24. その他必要な事項

〔調剤〕

<保険薬局における調剤報酬関係>

I 基本的考え方

令和6年度の診療報酬改定にあたり、6年連続の薬価改定や物価高騰・賃金上昇などの影響により、薬局経営は大きな影響を受けているが、薬局における物価高騰への対応や賃上げ実施による人材確保は急務である。

薬剤師・薬局は国民のための医薬分業を推進しつつ、地域医療の一員として、地域の医薬品提供を担い、国民・患者への個々の状況に応じた最適化した薬物療法の提供や医療DXを活用した医療機関等との連携強化、医療・介護連携による適切な医療提供に向け、薬剤師業務や薬局機能の向上により一層取り組んでいく必要がある。

国民・患者が、住み慣れた地域で療養環境に関わらず望む医療を受けられ、安全・安心な医薬品を使用できるよう、薬局の機能を強化し、薬剤師・薬局による適切な薬物療法の提供に資する業務の推進や適切な医薬品提供体制を確保するとともに、かかりつけ機能を基本とした多職種連携をより一層の推進が重要である。

すなわち、「医薬品の供給拠点としての薬局の体制維持と機能強化」「薬剤師・薬局におけるかかりつけ機能の発揮」「医療機関や介護施設と薬局の連携の強化」「服薬指導・薬学管理の充実、重複投薬・多剤投与、残薬解消等への対応の強化」「在宅訪問に関する対応の充実」「医療DXの推進や薬局業務の見直しによる働き方の効率化」等の取り組みを、更に推進することが必要である。

また、新興感染症への対応として、薬剤師・薬局による状況に応じた適切な対応は、引き続き必要なものである。

さらに、後発医薬品の更なる普及促進に向けて取り組んでいく上で、後発医薬品のみならず、医薬品全体の信頼回復と安定供給が確保されていることが不可欠である。

こうした状況を踏まえ、以下の事項を基本とする取り組みを進めていくことを求める。

1. 医薬品の供給拠点としての薬局の体制への評価充実
2. かかりつけ薬剤師・薬局機能の充実と拡大
3. 医療機関や介護施設と薬局の連携強化
4. 対物業務を基盤とした対人中心業務の適切な評価
5. 医療・介護連携による在宅訪問に関する対応の推進と充実
6. 医薬品の適正使用や医療安全確保に向けた病診薬連携の推進
7. 医薬品の供給問題への対応と後発医薬品・バイオ後続品の普及促進
8. 医療DXの推進や薬局業務の見直しによる働き方の効率化
9. その他

II 具体的検討事項

1. 地域医療に貢献する薬局への更なる機能の充実と強化、それに伴う評価
 - ・ 医薬品の供給拠点としての薬局の体制維持と機能強化への評価
2. かかりつけ薬剤師・薬局による取り組みに対する評価
 - ・ 服薬状況の一元的・継続的な把握の更なる推進

- ・かかりつけ医やかかりつけ歯科医をはじめとした多職種連携の強化 等
- 3. 医療機関や介護施設と薬局の連携推進に関する評価
- 4. 対物業務を基盤とした対人中心業務の適切な評価
 - ・医薬品適正使用のための薬学的知見に基づく管理・指導の評価
 - ・重複投薬、ポリファーマシー及び残薬への対応
 - ・服薬モニタリング、調剤後の継続的な服薬支援の充実
 - ・お薬手帳のさらなる推進と有効活用に向けた取り組み、同一薬局の利用推進
 - ・薬物療法における医療安全の確保に資する薬学的関与の充実
 - ・薬剤耐性(AMR)対策や医薬品の効率的かつ安全で有効な使用促進 等
- 5. 医療・介護連携による在宅訪問に関する対応の推進と充実
 - ・医療・介護連携による在宅医療における薬学的管理・指導の評価の充実 等
- 6. 医薬品の適正使用や医療安全確保に向けた病診薬連携の推進
 - ・医療機関の薬剤師と薬局の薬剤師の連携推進に関する評価 等
- 7. 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進に向けた環境整備と評価
- 8. 医療DXの推進や薬局業務の見直しによる働き方の効率化
- 9. その他必要事項

＜病院・診療所における薬剤師業務関係＞

I 基本的考え方

医師の時間外労働規制などの働き方改革の推進により、医療従事者へのタスクシフト・タスクシェアの推進が急務とされており、病院・診療所における薬剤師に対する期待が大きくなっている。それに加えて、入院・外来の医療機能の分化・強化、在宅医療・介護との連携を含め地域の特性に合わせた地域包括ケアシステムを構築し、持続可能な地域医療の確保に向けて、多職種連携・協働における薬剤師に求められる役割は大きい。

しかし、医療従事者の人材確保は、喫緊の課題であり、病院における薬剤師の人員不足はそれらの推進の妨げとなっており、特に中小規模の病院で深刻な状況にありながらも、有効で安全な薬物療法の提供や医薬品の適正使用の推進等、様々な業務に取り組んでいる。

病棟における薬剤師業務の更なる充実や、シームレスな薬物療法を目指して医療機関間の連携、医療機関・保険薬局間連携、医療DXの推進による医療情報の共有を充実することで、医療安全の確保と薬物療法の質の向上や医師の働き方改革に対応するための体制確保につながるものと考え、以下に示す事項を基本方針として、その実現に向けた環境の整備を求める。

1. 病棟における薬剤師業務の更なる充実
2. 働き方改革の推進
3. チーム医療・地域医療における薬剤師業務の推進
4. 医療安全の向上及び薬物療法の最適化に向けた取り組みの推進
5. 外来医療の機能分化・強化における薬剤師業務の推進
6. 医薬品の安定供給の確保、後発医薬品・バイオ後続品の更なる普及促進

II 具体的検討事項

1. 回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟等の現在評価対象となっていない病棟における薬剤師業務の評価
2. 他医療機関や保険薬局等との連携、薬物療法に関する詳細な情報共有の評価
 - ・入転退院支援業務に関する評価
 - ・保険薬局や他の医療機関等から提供された情報を病院薬剤師が管理し把握・提供した場合の評価
3. ポリファーマシーや周術期管理チームへの対応推進に関する評価
4. 外来がん化学療法や救急外来等、薬剤師の外来業務に対する評価
5. 糖尿病等の生活習慣病の管理における多職種が連携した療養指導の評価
6. 医薬品の安定供給の確保、後発医薬品・バイオ後続品の更なる普及推進に向けた評価