

NICHII 医事ニュース

発行
第412号

発行元：事業統括本部 医療関連事業本部 運用企画部 運用企画課

主旨

激変する医療界の動向について、医療経営の視点で必要な情報を提供すると共に、医事業務に必要な実務知識の提供をしています

今月のトピックス

2024年度診療報酬改定について (その5)

11月の中医協総会は、週に2回ずつの審議が行われました。テーマも「入院」「外来」「個別事項」「在宅」「働き方改革」「歯科」「調剤」と様々な視点から次期診療報酬改定に向けた議論が行われました。議論された日程と議題、およびそのHPは以下の通りです。

ここでは、医科について、理論されたテーマや論点を見ていきましょう。引用スライドには解説を付けています。

日付	中医協の議題		中医協総会のURL
11月8日	入院 (その2)	急性期入院医療	第562回 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingij2/00002125000221.html
	調剤 (その2)		
	外来 (その2)	1. 情報通信機器を用いた診療の現状について	
		2. 情報通信機器を用いた疾病管理	
11月10日	外来 (その3)	3. へき地における情報通信機器を用いた診療	第563回 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingij2/00002125000222.html
		4. 遠隔連携診療料	
	入院時の食費	1. 外来医療の現状等について	
11月10日	外来 (その3)	① 全般/② 外来機能の分化の推進について/ ③ 医療DXについて	第564回 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingij2/00002125000223.html
		2. かかりつけ医機能に係る評価について	
11月15日	入院 (その3)	回復期入院医療	第564回 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingij2/00002125000223.html
	働き方改革 (その2)		
11月17日	個別事項 (その4)	不妊治療	第565回 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingij2/00002125000224.html
	歯科 (その2)		
11月22日	個別事項 (その5)	後発医薬品、バイオ後続品、リフィル処方箋等	第566回 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingij2/00002125000225.html
	入院 (その4)	療養病棟入院基本料・障害者施設等入院基本料等	
	個別事項 (その6)	精神医療・その1	
11月24日	入院 (その5)	DPC/PDPSについて	第567回 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingij2/00002125000226.html
	長期収載品 (その1)		
11月29日	個別事項 (その7)	緩和ケア	第568回 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingij2/00002125000227.html
	在宅 (その5)		
	調剤 (その3)		
	個別事項 (その8)	認知症	

入院（その2） __ 11月8日開催

急性期入院医療について議論されました。生産年齢人口が減少し医療従事者の人材確保が困難となる中で、高齢者人口の増加に伴う高齢患者の増大に効率的に対応できる入院医療の在り方や、現在の急性期入院医療の施設基準の中で「一般病棟用の医療・看護必要度」や「平均在院日数」の評価について取り上げられています。また、2022年度診療報酬改定で新設された急性期充実体制加算についても検証されました。話し合われた内容は次の通りです。

1. 急性期入院医療を取りまく現状等
2. 急性期一般入院基本料の施設基準等について
3. その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について

1. 急性期医療の現状を踏まえた対応について

○ 医療従事者の人材確保が今後より困難となることが予想される中、増大する高齢者の急性期医療のニーズに効率的に対応し、適切な医療資源を投入しながら高齢患者等のADLを維持する取組を推進するための入院医療に対する評価の在り方についてどのように考えるか。

転院（下り搬送）による救急医療体制の役割分担（イメージ）

第2回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和3年12月3日）新潟県提出資料（一部改定）

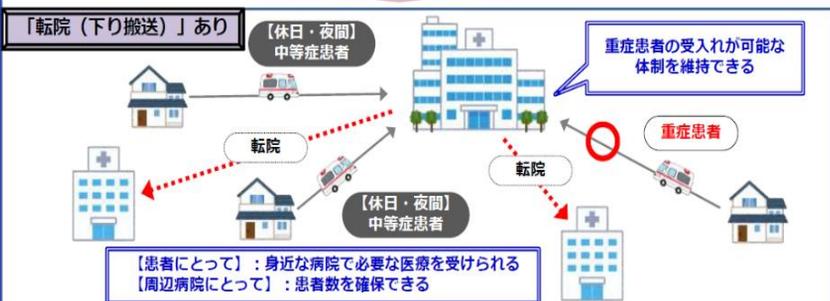
中医協 総-2
2023.11.8

○ 入院治療の機能分化及び受入体制の確保のため、高次の医療機関からの転院搬送の促進の必要性が指摘されている。

休日・夜間の救急医療体制の役割分担



転院（下り搬送）の促進



高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加しています。三次救急の医療機関でも軽症・中等症患者を診療せざるをえず、そのままでは三次救急が本来対象としている重症患者の受け入れに支障を来す可能性があります。高度急性期の医療が必要ない患者をすみやかに転院させることで、重症患者の受け入れが可能になり、転院先の病院も患者数を確保することができます。

2. 急性期一般入院基本料の施設基準について

○ 7対1病棟においても高齢患者の割合が増加する中で、医療機関間の機能分化による効率的な医療の提供を推進する観点から、急性期一般入院基本料の施設基準に関する以下の点についてどのように考えるか。

[一般病棟用の重症度、医療・看護必要度]

- ・「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
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤及び評価日数
- ・「呼吸ケア」及び「創傷処置」における**必要度Ⅰ及びⅡの違い**並びに「創傷処置」における**「重度褥瘡処置」の扱い**
- ・入院で投与される割合にばらつきがあることを踏まえた**「抗悪性腫瘍剤の使用」等の対象薬剤**
- ・**7対1病棟におけるB項目の取扱い**
- ・直近における入院での実施率及び入院から手術実施までの日数を踏まえた**C項目の対象手術等及び評価日数**
- ・短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を実施する患者の取扱い
- ・必要度Ⅱの届出施設の増加等を踏まえた**必要度Ⅱの届出を要件とする範囲**

[平均在院日数]

- ・急性期一般入院料1における**平均在院日数の基準の短縮化**

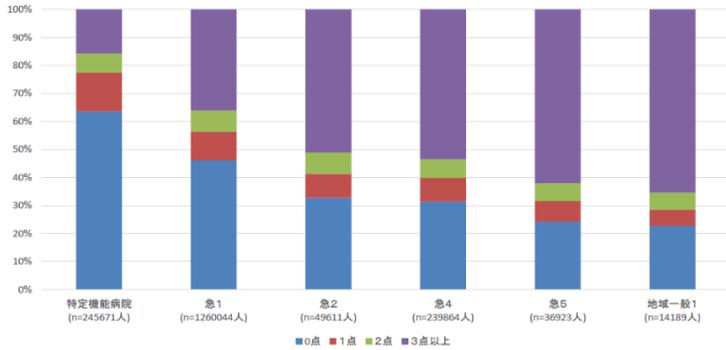
入院初日のB得点の内訳

診調組 入-1
5.8.10

中医協 総-2
2023.11.8

- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料2-5や地域一般入院料1で高い。

3日間以上入院している患者における
入院初日のB得点の割合



出典: DPCデータ(令和5年1月~3月)

101

入院初日にB得点3点以上の患者の割合は、特定機能病院や急性期一般入院料1では他の入院料より低いことがわかっています。急性期の評価として、B得点3点以上の評価が適当かどうか問題とされています。診療側は手術後など一時的にADLが低下する場合がありますことなどを理由にB項目3点以上の評価は必要、との立場ですが、支払側は急性期の高度で専門的な医療の提供はB項目以外で評価すべき、としています。

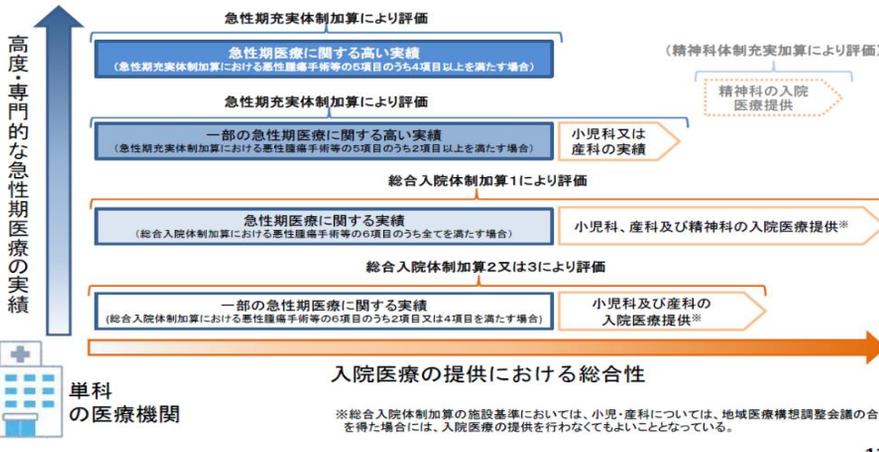
3. その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について

- 急性期充実体制加算の届出医療機関においては、多くがそれまで総合入院体制加算の届出を行っていたこと等を踏まえ、地域における総合的な入院医療の提供体制を確保する観点から、急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の体制の評価についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関のうち許可病床数が300床未満の医療機関の状況を踏まえ、許可病床数が300床以上の医療機関に適用されるものと300床未満の医療機関に適用されるものの両者が存在する現行の急性期充実体制加算の施設基準についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関は化学療法の実施件数が多いが、外来での実施割合には医療機関間でばらつきがあることを踏まえ、急性期充実体制加算における化学療法に係る実績要件についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関における心臓胸部大血管手術の実績の取扱いについてどのように考えるか。

急性期充実体制加算及び総合入院体制による評価

中医協 総-2
2023.11.8

急性期医療における診療実績及び入院医療の提供体制に基づく現行の評価体系 (イメージ)



総合入院体制加算と急性期充実体制加算の違いを表したイメージ図です。どちらも高度急性期医療の実績が必要ですが、総合入院体制加算はより総合的な入院医療の提供が求められます。

入院（その3）_11月15日開催

回復期の入院医療について議論されました。地域包括ケア病棟における高齢者等の救急搬送患者の受け入れ推進や、1日当たりの医療資源投入量の推移を踏まえた入院医療の評価を行うことの可否、回復期リハビリテーション病棟における適切なアウトカム評価推進や発症後早期からのリハビリの提供、栄養管理や身体拘束等が論点となっています。話し合われた内容は次の通りです。

1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

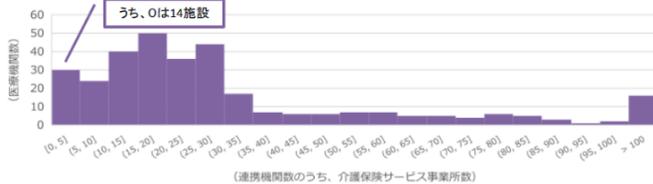
- 地域包括ケア病棟において**高齢者等の救急搬送患者の受け入れを推進**することについてどのように考えるか。
- **短期滞在手術等基本料3の算定が多い地域包括ケア病棟**が、地域包括ケア病棟の指標において、他の地域包括ケア病棟とは異なる傾向があることを踏まえ、**指標のあり方**についてどのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、**1日あたりの医療資源投入量（包括範囲）の推移**が、入院後、徐々に低下する傾向であることを踏まえ、**地域包括ケア病棟における入院医療の評価のあり方**についてどのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟に求められる在宅復帰支援の役割及び地域包括ケア病棟に入院する患者の6割以上は要支援1以上であること等を踏まえ、施設基準で求める「在宅医療等の実績」のうち**訪問看護と訪問リハビリテーションの実績の評価**についてどのように考えるか。また、地域包括ケア病棟等を有する医療機関における**入退院支援**では、より**介護サービス事業者や障害サービス事業者等との連携を強化**してはどうか。

入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

- 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布は以下のとおり。
- 連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある

■ 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=321)

① 介護保険サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



② 障害福祉サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査 (施設票)

86

中医協 総-2
2023.11.15

地域包括ケア病棟における入退院支援は、介護や障害福祉サービスとの連携がより必要とされていますが、現状では施設基準における連携機関にそれらの事業所があまり含まれていません。今後、より介護や障害福祉サービスの事業者との連携強化を推進する方向で評価される可能性があります。

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

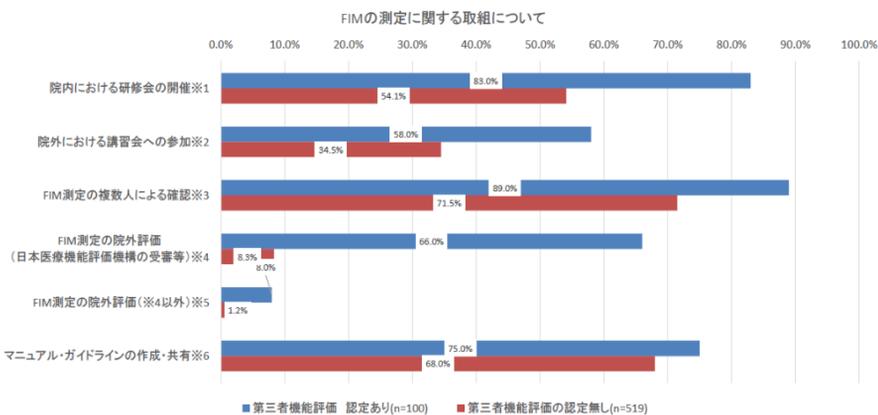
- 回復期リハビリテーション病棟における適切なアウトカム評価を推進する観点から、**FIMの測定のあり方**について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価を推進する観点から、**疾患別リハビリテーションの上限単位数**や**体制強化加算のあり方**についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟において発症後早期からのリハビリテーションを提供した方が、FIMの変化が大きくなることを踏まえ、**発症後早期から集中的にリハビリテーションを提供することを促す**ことについてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の実態を踏まえ、通所リハビリテーション事業所等との医師・リハビリテーション専門職とのリハビリテーション実施計画書の共有や、退院前カンファレンスにおける情報共有など、**退院後に早期にリハビリテーションが提供されることを推進するための方策**についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟において栄養状態の評価や定期的なモニタリングを確実に実施し、**栄養管理の充実**を図るためには、どのような方策が考えられるか。
- 回復期リハビリテーション病棟に求められる機能を踏まえ、身体的拘束を予防・最小化する取組を強化するとともに、**身体的拘束を実施した場合の評価**についてどのように考えるか。
- リハビリテーション専門職の配置状況や地域貢献活動の実施状況を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟等が地域で果たす機能として**地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へ市町村の求めに応じて協力**することについてどのように考えるか。

第三者機能評価の認定有無別のFIMの測定に関する取組

診療組 入-3
5.9.6

中医協 総-2
2023.11.15

○ 第三者機能評価の認定の有無別で、FIMの適切な測定に関する取組についての実施割合を比較すると、第三者機能評価の認定を受けている医療機関において、FIMの適切な測定に関する取組を実施している割合が高かった。



※1 院内においてFIMの測定に関する研修会を定期的に開催している。
 ※2 院外において開催されるFIMの測定に関する講習会に定期的に参加している。
 ※3 FIMの測定後に、評価の内容について複数人で確認を行っている。
 ※4 FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている(日本医療機能評価機構の受審などによるもの)。
 ※5 FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている(※4以外)。
 ※6 FIMの測定に関するマニュアル・ガイドラインを院内で作成し、共有している。

入棟時FIMは年々低下する傾向ですが、第三者機能評価の認定を受けている医療機関においては、それ以外の医療機関より運動FIMが高いことがわかっています。その要因は、第三者評価を受けている医療機関はFIMの適切な測定に関する取組を行っている割合が高いためと思われます。

入院(その4) __11月22日開催

慢性期の入院医療について議論されました。医療区分の評価を現行の3分類から9分類に精緻化することや、療養病棟における2単位を超えるリハビリの評価、中心静脈栄養についての医療区分の評価等が論点となっています。話し合われた内容は次の通りです。

- 療養病棟入院基本料について
 - 医療区分について
 - 中心静脈栄養について
- 障害者施設等入院基本料等について

1. 療養病棟入院基本料について

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日であることを踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定される看護職員等の配置基準及び医療区分2・3を満たす患者割合についての経過措置についてどのように考えるか。
- 患者特性や医療提供内容等に応じた評価を実施していく上で、疾患・状態また処置等の分類に基づいて、医療区分の評価を現行の3分類から疾患・状態と処置等を組み合わせた9分類に精緻化していくことについてどのように考えるか。
- 療養病棟において医療区分1かつADL区分1の患者に対し多くリハビリテーションが提供されている実態を踏まえ、療養病棟における2単位を超えるリハビリテーションの評価についてどのように考えるか。
- 静脈経腸栄養ガイドラインでは、経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血に限定されること、また中心静脈栄養が長期間実施される患者が経時的に増加していることを踏まえ、療養病棟の中心静脈栄養の評価について、一定の上限日数を設けることおよびガイドライン等で経腸栄養が禁忌かつ静脈栄養が適応とされていない疾患については医療区分2として評価することについてどのように考えるか。

2. 障害者施設等入院基本料等について

- 障害者施設等入院基本料等の施設基準に定める該当患者割合を満たさない病棟を一定程度認めることから、該当患者割合についての取扱いを明確化することについてどのように考えるか。
- 障害者施設等入院基本料2～4を届出する病棟において慢性腎不全患者を多く受け入れている施設があること及び透析に係る療養病棟入院基本料と障害者施設等入院基本料の診療費の差があることから、障害者施設等入院基本料における透析患者に対する評価を療養病棟入院基本料に準じた評価とすることについてどのように考えるか。

入院（その5）_11月24日開催

DPC/PDPSについて議論されました。話し合われた内容は次の通りです。

1. DPC対象病院の現状等について
2. DPC対象病院のあり方について
3. 算定ルールについて
4. 退院患者調査（DPCデータ）について

1. 医療機関別係数について

- **保険診療係数**について、「適切なDPCデータの作成」に係る実績状況を踏まえ、**評価を廃止**することについてどのように考えるか。
- **効率性係数**について、入院・外来医療等の調査・評価分科会における検討結果も踏まえ、評価手法を見直すとともに、**医療機関群ごとの評価**とすることについてどのように考えるか。
- **救急医療係数**について、評価の主旨が明確になるよう、**名称の変更及び評価項目としての位置づけの再整理**を行うことについてどのように考えるか。
- **地域医療係数における体制評価指数**について、現状の実績分布や医療計画の見直しを踏まえ、**評価手法や評価内容を見直すとともに、新たな評価項目を追加**することについてどのように考えるか。

機能評価係数Ⅱの見直しについて

○ 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と。

【見直しのイメージ】

現行		→	見直し後	
保険診療係数			評価を廃止、一部を体制評価指数において評価	
効率性係数		評価手法の見直し、医療機関群別の評価を導入		
複雑性係数		現行の評価の継続		
カバー率係数		現行の評価の継続		
救急医療係数		名称・係数の位置付けの変更		
地域医療係数	体制評価指数	医療計画の見直しや実績分布等を踏まえた見直し		
	定量評価指数	新たな評価項目の追加		
		現行の評価の継続		

中医協 総-2
2023.11.24

機能評価係数Ⅱが大きく見直されるようです。保険診療係数の廃止、効率性係数の評価手法の見直しと医療機関群別の評価への変更、救急医療係数の名称変更、体制評価指数の評価の見直しなど、6つのうち4つが変更されま。医療機関の収益への影響も大きいと思われるので、今後の情報が待たれるところです。

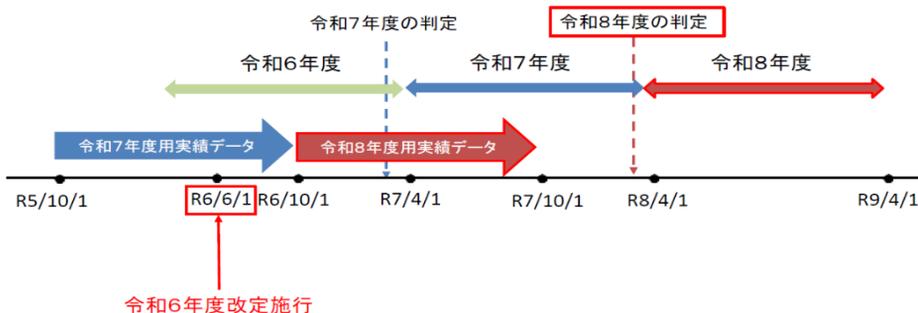
2. DPC対象病院の要件について

- DPC対象病院の要件について、DPC/PDPSの安定的な運用を図りつつ、適切な包括評価を行う観点から、「**データ数**」及び「**適切なDPCデータの作成**」に係る**基準を新設**することについてどのように考えるか。
- **データ数が一定の基準に満たない医療機関**について、診療密度（相対値）が低い現状を踏まえ、まずは**基礎係数における評価を区別**し、その後、**要件判定の対象としていく**ことについてどのように考えるか。

実績データ期間と判定年度との関係について

- DPC対象病院の要件の1つであるデータ/病床比については、調査期間（前々年度10月～前年度9月）における実績に基づき、毎年度末に判定を行っている。
- 例えば、令和6年度改定において、実績データに基づく要件を新設するのであれば、令和6年6月以降の実績データを用いて判定を行う令和8年度より適用することが考えられるのではないかと。

【実績データ期間と判定年度との関係】



中医協 総-2
2023.11.24

DPC対象病院の要件が見直されるようです。2024年度改定で新たな要件を設定し、2026年度改定より適応とする形で議論されています。

3. 算定ルールについて

- 入院初期に投じられる医療資源投入量が大きい診断群分類が増加している現状を踏まえ、実態に見合った評価を行う観点から、**入院初期の医療資源投入量が現行の設定点数を上回る診断群分類に対し、点数設定方式Bを適用**することについてどのように考えるか。
- 入院期間Ⅱより早期に退院させた場合の評価の充実化を図る観点から、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類に対し、**入院期間Ⅰで入院基本料を除く包括評価を行う新たな点数設定方式を導入**することについてどのように考えるか。

新たな点数設定方式のあり方について

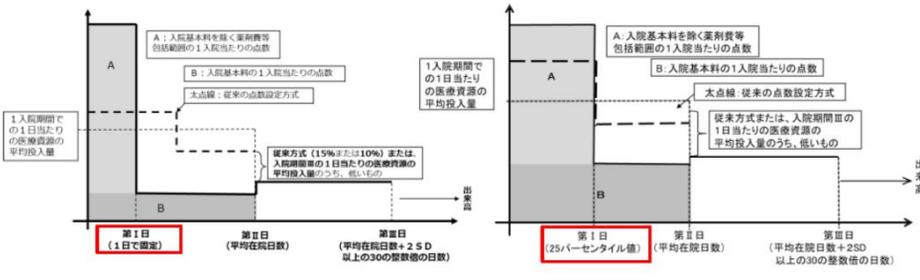
中医協 総-2
2023.11.24

- 入院初日に入院基本料を除く包括範囲の点数を支払う点数設定方式Dは、高額薬剤に係る分類や短期滞在手術等基本料に相当する分類を対象に導入されており、入院初期を重点的に評価しているが、一定の入院期間が見込まれる分類の場合、入院初日に高い評価とすることは実態に見合わない評価となる可能性がある。
- 一定の標準化が進んでいると考えられる診断群分類のうち、一定の入院期間が見込まれる分類について入院初期を重点的に評価するとすれば、例えば、入院基本料を除く包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込むことが考えられるのではないかと。

入院初期に投じられる医療資源投入量が大きい診断群分類について、今までは点数設定方式Dが用いられていましたが、一定の入院期間が見込まれる分類には実態に見合わない評価となっているケースもあったようです。そのような分類に対して、今回新たな点数設定方式が考慮されています。

【点数設定方式D】 ※令和4年度改定時は153分類

【新たな点数設定方式のイメージ】



4. 退院患者調査（DPCデータ）について

- DPC/PDPSが既に入院医療に係る診療報酬制度として定着している現状や、DPCデータが広く入院医療に係る診療報酬制度の見直しに活用されている実情を踏まえ、**調査の名称や目的、結果報告のあり方を再整理**することについてどのように考えるか。
- 一部の医療機関において、様式1における「不明」データの割合が高い等の現状を踏まえ、**臨床指標等のデータの入力状況を公開データにおいてモニタリング**していくことについてどのように考えるか。

退院患者調査と結果報告のあり方の再整理について

中医協 総-2
2023.11.24

- 入院・外来分科会における指摘事項を踏まえ、「DPC導入の影響評価に係る調査」の名称・目的及び結果報告のあり方については、以下のように見直すことが考えられるのではないかと。

現行	
調査の名称	DPC導入の影響評価に係る調査
調査の目的	DPC導入の影響評価及び今後のDPC制度の見直しを目的として実施するもの
結果報告	(定例報告) DPC/PDPSのモニタリングのため、急性期入院医療の基礎データを毎年度末に報告 (公開データ) データの利活用等の観点から、急性期以外の病棟を含む入院医療のデータを毎年度末に公開

見直し後(案)	
調査の名称	DPCの評価・検証等に係る調査
調査の目的	DPCの評価・検証及び入院医療等の評価を目的として実施するもの
結果報告	(定例報告) 報告内容は公開データへ集約し、終了 (公開データ) DPC/PDPSのモニタリング項目を含め、引き続き毎年度末に公開(※)

DPCの退院患者調査について、名称・目的・結果報告のあり方が見直されます。データ提出についてはDPCだけでなく、入院基本料の算定要件となっているものも多く、広く入院医療に係る診療報酬制度の見直しに活用されています。今回の見直しはその実態に見合う形で名称・目的に変更することとなります。また結果報告については、定例報告をやめて公開データのモニタリングに一本化することを議論されています。

※留意すべき変化等が生じた場合は、更なる集計や分析の必要性について中医協、入院・外来分科会において検討を行う(従前のとおり)

外来（その2）_11月8日開催

情報通信機器を用いた診療について議論されました。情報通信機器を用いた診療の実態把握の手法や、関連学会等の定めた安全基準等を踏まえた疾病管理の可否、へき地において情報通信機器を用いた診療が普及していないことからその普及・推進の手法、遠隔連携診療料の対象患者を拡大して診断確定後の指定難病患者も含めることなどが論点となっています。話し合われた内容は次の通りです。

1. 情報通信機器を用いた診療の現状について
2. 情報通信機器を用いた疾病管理
3. へき地における情報通信機器を用いた診療
4. 遠隔連携診療料

1. 情報通信機器を用いた診療の現状について

- オンライン指針上、直接の対面診療を行う体制が求められている一方で、診療するほぼ全ての患者が他の市町村に所在している医療機関があることを踏まえ、**患者の所在と医療機関の所在の関係の分析**を進めるために、どのような方策が考えられるか。
- 限られてはいるが不眠症に対し初診から抗精神薬が処方されていた実態を踏まえ、**適切な情報通信機器を用いた診療を推進**するためにどのような方策が考えられるか。

2. 情報通信機器を用いた疾病管理

- 情報通信機器を用いた疾病管理を推進する観点から、例えば、睡眠時無呼吸症候群の診療について、情報通信機器を用いた診療を実施する上での、有効性・安全性を担保するための一定の基準が関係学会が示されたことを踏まえ、**CPAP療法に係る情報通信機器を用いた診療の評価**についてどのように考えるか。

睡眠時無呼吸症候群に対するCPAP療法についての学会声明

睡眠時無呼吸症候群患者のCPAPをオンライン診療で管理することに関する声明
一般社団法人 日本遠隔医療学会 令和5年10月26日公表

「2022年4月に医学会連合が公開した『オンライン診療による継続診療が可能な疾患／病態』には、症状が安定している「睡眠時無呼吸症候群」がオンライン診療の対象として挙げられている。2022年度の診療報酬改定、オンライン診療指針の改定はオンライン診療の制限（初診制限、疾患制限など）を緩和する方向で進められ、多くの医療機関がオンライン診療を行うための準備を整えてきた。実際にCOVID-19流行期には、対面診療の代替としてオンライン診療（あるいは電話診療）を用いて経鼻的持続陽圧呼吸療法（Continuous positive airway pressure: 以降、CPAP）を継続した患者は少なくない。そのため、2023年5月8日より限定的・特例的措置が中止されたことにより、CPAPについてオンライン診療による支援ができなくなった。

前述の「症状が安定している」という記載を踏まえて、当学会としては閉塞性睡眠時無呼吸症候群に対するCPAPをオンライン診療で実施する場合には以下の条件の下で行うべきであると考えます。

- ・睡眠時無呼吸症候群の診断が確定であること
- ・CPAPを開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やイビキなどの症状が改善していること
- ・通常の対面診療で確認するCPAP管理に係るデータについて、情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）においても確認すること
- ・睡眠時無呼吸症候群に合併する身体疾患管理の必要性に応じて対面診療を適切に組み合わせること

上記の診断、症状の改善およびCPAPの使用状況の確認できるまでは対面診療を実施すること、オンライン診療を開始した後に何らかの疑念が生じる場合には、速やかに対面診療に切り替えること、CPAPのオンライン診療を継続する際には遵守してもらいたい。

上記の条件を満たす場合については、CPAPの管理においてオンライン診療は対面診療を代替することが可能である。とくに勤労者世代に患者の多いCPAPの管理においては他の身体疾患と比べてもオンライン診療による利便性を享受できる患者は多く、対面診療に充てられる限られた医療資源を適切に配分することにも繋がるため、CPAPのオンライン診療は保険収載されることが望ましいと考えます。

中医協 総-4
2023.11.8

日本遠隔医療学会より、CPAPのオンライン診療について保険収載が望ましい、との声明が出されています。一定の条件を設けた上で、その条件を満たした場合はCPAPの管理を対面診療に替えてオンライン診療で実施できる、という内容です。保険収載されれば、勤労者世代の患者にとっては利便性が高いものになると思われます。

3. へき地における情報通信機器を用いた診療

- へき地の医療体制構築のための指針では人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能とされているが、へき地医療拠点病院及びへき地診療所の情報通信機器を用いた診療が普及していない現状にある。へき地におけるD to P with Nが有効であることを踏まえ、**へき地における情報通信機器を用いた診療を推進**するために、どのような方策が考えられるか。

4. 遠隔連携診療料

- 診断確定後の指定難病患者に対するD to P with Dの有効性を認めたことから、**遠隔連携診療料の対象患者を拡大**することについてどのように考えるか。

D to P with Dの実践例

○ D to P with Dを炎症性腸疾患の診療に実践している事例がある。

【札幌医科大学のモデル診療体制の特徴】

- ・ 札幌医科大学と、市内4病院をクラウドで接続し、炎症性腸疾患（IBD）の専門医療を提供する
- ・ 対象患者：IBD疑いだけでなく、IBD疑いでも診断不能の難治症状を呈する患者も対象に含む
- ・ 医療を改善各種検査結果をオンライン共有し、緊急性のある症例にも対応する

診療報酬（事前提供の診療報酬のチェック）：15-3033
D to P with D : 10-15分
D to P with D : 10-15分
専門医診療料の加算が収載予定
専門医1人1人体制で1日6名あたり合計：145-7039

中医協 総-4
2023.11.8

遠隔連携診療（D to P with D）を炎症性腸疾患（IBD）の診療に実践されている事例において、遠隔連携診療の対象患者のうち、確定診断後の患者が診療件数の75%を占めたとの札幌医大の報告があります。また、遠隔連携診療を実施することにより、患者の安心感が高まり、適切な治療につながったとの報告もあります。対象患者拡大ということになっていくのではないのでしょうか。

外来（その3）__11月10日開催

外来医療の現状等とかかりつけ医機能に係る評価等について議論されました。医療DXの推進や、かかりつけ医機能をより強化するための診療報酬上の評価、患者への書面を用いた適切な説明に対する評価などが論点となっています。話し合われた内容は次の通りです。

1. 外来医療の現状等について
 - ・ 外来機能の分化の推進について
 - ・ 医療DXについて
2. かかりつけ医機能に係る評価について

1. 外来医療に係る現状等について

- 紹介状なしで受診した患者等からの受診時定額負担に係る改定の影響及び紹介受診重点医療機関の公表状況等を踏まえ、**外来機能の分化・連携を更に推進**することについてどのように考えるか。
- 医療DXを推進する観点から、外来診療においてもデジタル原則に基づき、**患者自身による自らの医療情報の活用（PHR等）等のための基盤の構築を促進**することについてどのように考えるか。

2. かかりつけ医機能に係る評価等について

- 地域包括診療料・加算や機能強化加算を届け出ている施設の方がかかりつけ医機能を有している割合が高い実態があるものの、地域包括診療料・加算の届出のある施設においてもサービス担当者会議への割合は5割強に留まっている。介護とのさらなる有機的な連携が求められている中で、**主治医と介護支援専門員双方向のコミュニケーションを促す**ことについてどのように考えるか。
- また、医療DXの推進等を踏まえ、かかりつけの患者の診療情報を一元的に医療情報プラットフォームを活用して管理することも想定される。このような現状や今後高齢者や認知症患者が増えることを踏まえ、**かかりつけ医機能をより強化**するために**診療報酬上の評価**としてどのような対応が考えられるか。

◆ 時間外対応加算について

- 時間外対応加算は、診療所の時間外の電話対応等を評価しているが、近年の情報化社会の進展により、ICTを活用して時間外の患者の相談に対応するサービスがみられる。このような**ICT等を活用した新たな取組みについての時間外対応加算としての評価の在り方**にどのように考えるか。また、このような取組みと、**小児かかりつけ診療料等のかかりつけ医機能の評価に係る診療報酬との関係**についてどのように考えるか。

◆ 書面を用いた説明について

- かかりつけ医機能として、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行うことが求められており、改正医療法により、かかりつけ医機能を持つ医師には文書により患者に対して適切な説明を行うことが努力義務とされていることを踏まえ、**文書交付（電磁的のものも含む）による患者への適切な説明を推進するための方策**についてどのように考えるか。

◆ 特定疾患療養管理料について

- 生活習慣病には計画的な療養指導が求められ、生活習慣病管理料には詳細な療養計画書の作成と計画書を用いた患者への説明が求められている。一方、特定疾患療養管理料は生活習慣病の患者も対象とされているが、療養計画書の作成は要件化されていない。また、特定疾患療養管理料の算定がある施設について、それ以外の施設と比べ、かかりつけ医機能が高いといえない現状を踏まえ、生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理および重症化予防の取組推進に向け、**生活習慣病に係る診療報酬上の療養指導の評価の在り方**についてどのように考えるか。

◆ かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

- **地域包括診療加算、特定疾患療養管理料、外来管理加算、生活習慣病管理料等の評価**について、それぞれの診療報酬上の評価の趣旨を踏まえ、**併算定の関係**についてどのように考えるか。

かかりつけ医機能に係る評価等の併算定の実態

○ かかりつけ医機能に係る評価等の併算定の実態は以下のとおり。

①地域包括診療加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合					
	地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	外来管理加算	
件数	3,178,441	97,593	2,889,436	2,877,823	
割合		3.1%	90.9%	90.8%	
②認知症地域包括診療加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合					
	認知症地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	外来管理加算	
件数	58,356	2,024	47,267	50,901	
割合		3.5%	81.0%	87.2%	
③小児かかりつけ診療料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合					
	小児かかりつけ診療料	機能強化加算			
件数	596,098	326,596			
割合		54.8%			
④生活習慣病管理料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合					
	生活習慣病管理料	地域包括診療加算	外来管理加算	認知症地域包括診療加算	
件数	882,563	97,593	835,280	2,024	
割合		11.1%	94.6%	0.2%	
⑤特定疾患療養管理料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合					
	特定疾患療養管理料	地域包括診療加算	外来管理加算	認知症地域包括診療加算	
件数	67,556,142	2,889,436	60,506,063	47,267	
割合		4.3%	89.4%	0.1%	
⑥外来管理加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合					
	外来管理加算	地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	認知症地域包括診療加算
件数	104,744,719	2,877,823	835,280	60,506,063	50,901
割合		2.7%	0.8%	57.8%	0.0%

中医協 総-3
2023.11.10

「外来管理加算」について、支払側は、かかりつけ医機能評価の併算定の状況を踏まえ、廃止を主張しています。対象疾患や診療科の条件がないことを指摘し「評価の妥当性に疑問があり、併算定の仕組みも理解できない」というのが理由です。診療側は、外来管理加算は基本診療料として評価されているものである、として反論しています。特に内科医の技術料として重要だとしています。また、他の併算定可能な項目についても、整理すべきとの意見が出ており、見直される可能性が高いと思われます。

個別事項 (その4) __11月17日

不妊治療について議論されました。2022年度から保険適用となった影響等はどうか、不妊治療の対象年齢・回数等についての見直しの要否、胚凍結保存管理料の算定できる保存期間の妥当性などが論点となっています。話し合われた内容は次の通りです。

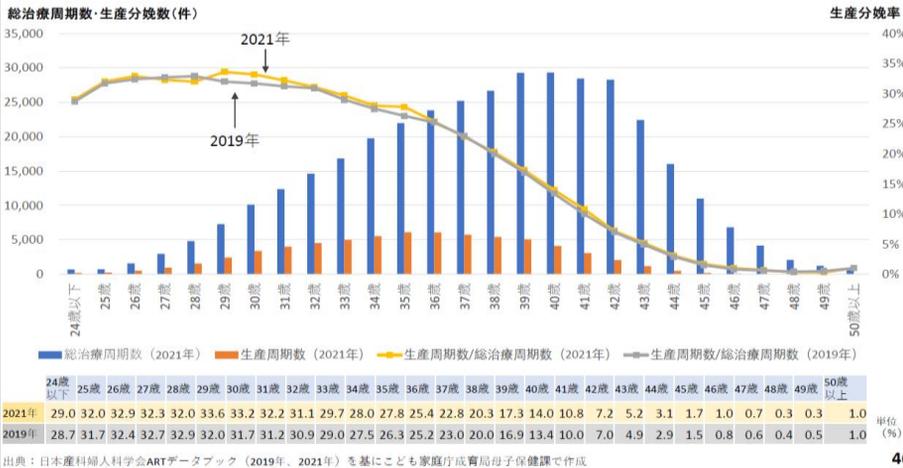
1. 不妊治療の保険適用の経緯、範囲
2. 保険適用された不妊治療の現状
3. 先進医療の状況
4. 年齢制限・回数制限について
5. 情報提供の在り方について
6. その他

- 不妊治療については、令和4年度から保険適用された。令和4年度からの保険診療の実施状況等を踏まえ、その影響等について、どのように考えるか。
- 不妊治療を実施するにあたっての年齢・回数に係る要件等について、従前の特定治療支援事業や保険診療における取扱い等、さらには最新のエビデンス等を踏まえ、現状の取扱いを変える必要性について、どのように考えるか。

不妊治療中における年齢と生産分婉率(生産周期数/総治療周期数)

※全胚凍結周期を除く

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



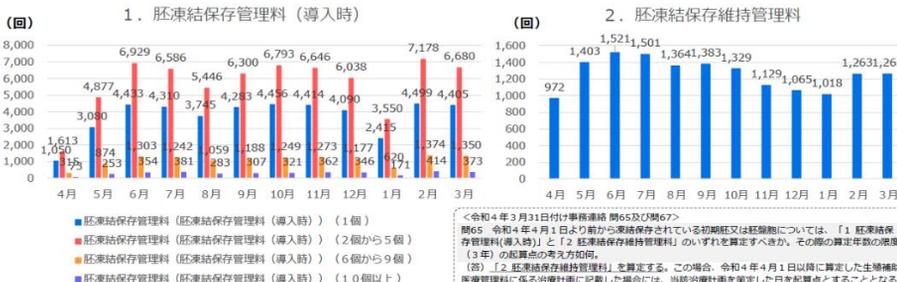
中医協 総-1
2023.11.17

保険適用となる不妊治療の対象年齢は、2019年のデータを用いて議論されました。2021年のデータを見ると、2019年と比較して明らかな変化はないとして、現段階で見直す必要はないとしています。不妊治療の支援団体からは、年齢・回数要件の撤廃や緩和をもとめる声も出ているため、今後のデータを注意していくとしています。

- 胚凍結保存管理料の算定できる保存期間の取扱いについて、これまでの保険診療における算定実績や学会の見解等を踏まえ、どのように考えるか。

不妊治療の各算定項目の算定回数⑧

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



中医協 総-1
2023.11.17

胚凍結保存管理料については、保険適用となってからまだ2年であり、今後算定限度である3年が経過することで、3年を超える凍結保存についての新しいエビデンス等が出てくれば、保存期間の見直しもありうると思われます。

K9 17-3 胚凍結保存管理料
1 胚凍結保存管理料(導入時)
イ 1個の場合5000点 / ロ 2個から5個までの場合7000点
ハ 6個から9個までの場合10200点 / ニ 10個以上の場合13000点
2 胚凍結保存維持管理料3500点
注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚細胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存期間から1年を超過している場合において、凍結保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。

<令和4年3月31日付け事務連絡 第65及び第67>
第65 令和4年4月1日より前から凍結保存されている初期胚又は胚細胞については、「1 胚凍結保存管理料(導入時)」と「2 胚凍結保存維持管理料」のいずれを算定するか、その際の算定年度の限度(3年)の取扱いの考え方。 (答) 「1 胚凍結保存維持管理料」を算定することは差し支えないこと。 (注) 「2 胚凍結保存維持管理料」を算定する場合は、当該治療計画を算定した日を算定点とする。 (注) 周より前に凍結保存に関する費用を徴収している場合には、同日以前であったとしても算定年度中は「2 胚凍結保存維持管理料」を算定できないこと。この場合において、例えば、同日より前の診療に係る当該契約を解消し、令和4年4月1日以降の保存に関する費用を患者に返金した上で、同日から「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することは差し支えないこと。 (注) いずれの場合においても、令和4年4月1日より前から不妊治療を実施している場合には、胚の凍結保存の費用負担の在り方を念み、保険適用の在り方を踏まえ、今後の治療方針について患者及びそのパートナーに十分説明の上、同意を得て実施する必要がある点に留意すること。 第67 年齢制限や回数制限を超えた場合、それ以降の「2 胚凍結保存維持管理料」の算定は可能か。 (答) 新たに「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することはできない。また、「2 胚凍結保存維持管理料」を算定してから、1年を経過していない場合には、患者及びそのパートナーに対し凍結保存及び必要な医学管理に関する費用負担を求めてはならないこと。

個別事項（その5）_11月22日

後発医薬品、バイオ後続品、リフィル処方箋等について議論されました。医薬品の供給が不安定な状況下での後発医薬品に関する加算等の評価のあり方をどう考えるか、バイオ後続品について現在加算の対象となっていない成分を対象とするか否か、バイオ後続品への置き換えについて目標を達成した医療機関への評価をどう考えるか、算定状況が低調であるリフィル処方箋について導入・活用を促進する方策などが論点となっています。話し合われた内容は次の通りです。

1. 医薬品の使用状況等について
2. 後発医薬品の安定供給・使用促進等に係る取組状況について
3. バイオ後続品の使用促進に係る取組について
4. リフィル処方箋・長期処方について

1. 医薬品の供給状況を踏まえた取組状況について

- 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、患者への適切な薬剤の処方や、保険薬局の地域における協力促進などの観点から、一般名処方加算、後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算、後発医薬品調剤体制加算及び地域支援体制加算の評価の在り方をどのように考えるか。

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置（全体像）

中医協 総-1
2023.11.22

- 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、患者への適切な薬剤の処方や、保険薬局の地域における協力促進などの観点から、保険医療機関・保険薬局に対する加算について、特例措置を講ずる。
- この特例措置は、令和5年4月から12月まで（9か月間）時限的に適用する。

特例措置の全体像

	現行の加算	特例措置
診療報酬	処方箋料の関係 一般名処方加算1 7点 一般名処方加算2 5点	+2点
	入院基本料等の関係（※入院初日） 後発医薬品使用体制加算1（90%以上） 47点 後発医薬品使用体制加算2（85%以上） 42点 後発医薬品使用体制加算3（75%以上） 37点	+20点
	処方料の関係 外来後発医薬品使用体制加算1（90%以上） 5点 外来後発医薬品使用体制加算2（85%以上） 4点 外来後発医薬品使用体制加算3（75%以上） 2点	+2点
	調剤基本料の関係（特別調剤基本料を算定している場合は80/100に相当する点数） 地域支援体制加算1 39点 地域支援体制加算2 47点 地域支援体制加算3 17点 地域支援体制加算4 39点	+1点 又は +3点

※特例措置は、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、適切な提供に資する取組を実施した場合が対象（要件を追加）。

このスライドは医薬品の供給が不安定な状況を踏まえた特例措置をまとめたものです。現在も医薬品の供給が不安定な状態が継続しており、今後改善する見通しも立たないため、診療側からはこの特例措置を継続してほしい、との要望が出ていますが、支払側はあくまでも「特例措置」であり、導入するときも一時的なものということで了承した経緯があり、継続には反対の姿勢です。

2. バイオ後続品の使用促進に係る取組について

- バイオ後続品に関し「2029年度末までに、バイオシミラーに80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上にする」という政府目標が新たに設定されたことを踏まえ、診療報酬上のバイオ後発品の使用促進に係る取組について、以下の案についてどのように考えるか。

- ・外来等の医療におけるバイオ後続品導入初期加算の対象に現在該当していない成分について、対象とすることについてどう考えるか。
- ・入院医療においてバイオ医薬品を使用している医療機関のうち、バイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行い、それぞれの成分の特性や置き換え率を踏まえた目標を達成した医療機関においては、診療報酬上の評価を行ってはどうか。

バイオ後発品の置き換え状況について

中医協 総-1
2023.11.22

- バイオ後続品の置き換え状況について、入院医療において使用されている薬剤について、入院での置き換えが進んでいない薬剤もある。
- 置き換え率が低い成分の中にはバイオ後続品導入初期加算の対象になっていない成分も存在する。

バイオ後続品の名前	主な治療領域	算定回数合計	入院における利用率	入院における置き換え率	外来(院内)における置き換え率	外来(院外)における置き換え率
ソマトロピン	成長ホルモン分泌不全性低身長症	284,763	0.2%	0.0%	36.3%	15.7%
フィルグラスチム	がん化学療法による好中球減少症	932,148	78.9%	93.8%	91.9%	78.8%
インフリキシマブ	関節リウマチ、潰瘍性大腸炎、クローン病	939,061	5.3%	31.0%	25.0%	-
インスリン グラリジン	糖尿病	4,533,227	5.4%	83.9%	72.7%	70.1%
トラスツズマブ	がん(乳がん、胃がん)	945,770	6.2%	52.9%	58.2%	-
リツキシマブ	がん(リンパ腫)	346,794	50.4%	78.8%	74.1%	-
エタネルセプト	関節リウマチ	1,820,918	0.0%	-	38.6%	43.9%
ペバシズマブ	がん(結腸・直腸がん、肺がん、卵巣がん)	1,592,801	15.3%	18.2%	15.5%	-
テリバラチド	骨粗鬆症	870,904	27.6%	9.5%	26.9%	32.7%
アガリシダーゼ ベータ※	ファブリー病	43,491	3.1%	0.0%	8.9%	-
インスリン リスプロ	糖尿病	6,573,238	7.0%	50.2%	21.1%	18.3%
ダルベオエチン	腎性貧血	1,408,149	17.1%	100.0%	74.9%	100.0%
アダリムマブ	関節リウマチ	954,295	0.0%	-	0.0%	5.4%
エポエチンアルファ	腎性貧血	166,902	84.0%	65.2%	100.0%	-
インスリン アスパルト	糖尿病	6,972,181	4.8%	8.6%	3.8%	2.8%
ラニズマブ※	加齢黄斑変性、黄斑浮腫、脈絡膜新生血管、糖尿病黄斑浮腫	161,937	2.4%	0.0%	3.0%	-

バイオ後発品への置き換えについて政府目標が設定されましたが、置き換えが進んでいない薬剤もあるようです。それらの薬剤の中にはバイオ後続品導入初期加算の対象となっていないものもあることから、加算対象とすることで置き換えが進むとの考えで、加算対象薬剤を拡大される可能性があります。

■ 入院における利用があり、かつ入院における置き換え率が80%未満の成分(主に透析に使用される薬剤を除く)

※バイオ後続品導入初期加算の対象にならず、置き換え率が30%未満の品目

・アガリシダーゼベータ(加齢黄斑変性、黄斑浮腫、脈絡膜新生血管、糖尿病黄斑浮腫)

・ラニズマブ(ファブリー病)

出典: NDBオープンデータ(令和3年度)

※集計結果が400未満のものはひとりで集計している

56

3. リフィル処方箋・長期処方について

- リフィル処方箋の活用実態について一定程度明らかになってきたこと、他方で、リフィル処方箋の算定状況が低調であることや、患者への周知等が課題とされていることを踏まえ、更なるリフィル処方箋の導入・活用を推進する観点から、
 - ・例えばかかりつけ医機能にかかる評価等における、患者に対するリフィル処方箋の周知に着目した評価について、どのように考えるか。
 - ・例えば生活習慣病等の管理が必要な患者への対応における、リフィル処方箋による処方に着目した評価について、どのように考えるか。
 - ・その他リフィル処方箋の導入・活用を推進する方策について、どのように考えるか。

処方箋料(リフィル)の算定回数の推移

5 . 1 1 . 1 0

中医協 総-1
2023.11.22

病院・診療所別の処方箋料の算定回数

		令和4年 5月	令和4年 11月	令和5年 3月
病院	リフィル処方箋 (割合)	6267 (0.05%)	14436 (0.10%)	17060 (0.11%)
	全処方箋	13,579,110	14,822,495	15,976,167
診療所	リフィル処方箋 (割合)	14750 (0.03%)	16133 (0.03%)	18854 (0.03%)
	全処方箋	46,171,939	50,746,364	57,243,117
合計	リフィル処方箋 (割合)	21,025 (0.04%)	30,569 (0.05%)	35,914 (0.05%)
	全処方箋	59,798,382	65,538,290	73,183,370

病院・診療所別の処方箋料(リフィル)の算定医療機関数

		令和4年 5月	令和4年 11月	令和5年 3月
病院		910	937	981
診療所		2,368	2,463	2,583

参考: 令和4年5月分は令和4年度検証調査報告書より
令和4年11月分は令和5年度検証調査報告書より
令和5年3月分は令和5年11月時点の最新の実績

出典: NDBデータ(令和4年5月、11月、令和5年3月)

68

リフィル処方箋については、算定状況がかなり低調で、普及状況はまだまだと言えます。

支払い側は、周知という点で課題があり、広報活動を行うことが重要だとし、診療側は、推進していくことに異論はないが、医師の処方権や判断が阻害されるようなことがあってはならない、と主張しています。

個別事項（その6）_11月22日

精神医療について議論されました。第8次医療計画や第7期障害福祉計画を踏まえて、長期入院患者数の更なる減少や基準病床数・入院患者数の目標値達成に向けての対応や、児童思春期精神医療に積極的に取り組んでいる医療機関への評価などが論点となっています。話し合われた内容は次の通りです。

1. 地域移行・地域定着の推進のための取組について
 - ・精神病床における入退院支援に係る取組について
 - ・地域移行を重点的に進める精神病棟の評価について
3. 児童思春期精神医療について

1. 地域移行・地域定着の推進のための入院患者への入退院支援について

- **精神病床における退院調整等**について、これまで様々な評価が設けられてきているところ、新たにエビデンスが確認された早期から実施する退院調整の効果や、精神病床における入院の短期化、地域での支援体制が整備されつつあること等を踏まえ、**より現場の実情に合わせた評価体系に整理**することとしてはどうか。
- 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行うことで、より早期に退院が可能になるとともに、退院後の地域における生活を安定させ、再入院予防にも寄与するとされていることを踏まえ、精神病床における入退院支援の取組を評価することについて、どのように考えるか。

精神科における入退院に係る評価と主な要件

- これまで、精神科における地域移行や退院調整に係る様々な評価が設けられている。
- 精神病床において、入院早期から多職種が協働し、支援ニーズアセスメント、ケア会議、地域の障害福祉サービス事業者等との連携調整などの入退院支援を行う「包括的支援マネジメント」について、早期退院や長期入院の防止に資する効果が確認されたところ。
- 一般病棟については、入退院支援に関する評価が設けられているが、精神病床について、入退院支援に係る評価は設けられていない。

■ 精神科における入退院に係る評価と主な要件の例

名称・点数 算定件数（山形・社会福祉事務所 併設）（令和4年6月算定分）	算定の対象となる患者	要件等			
		主な要件等	退院支援 強要	支援計画	関係機関 連携
退院調整加算 500点（退院時） 精神療養病棟入院料：261件 認知症治療病棟入院料：96件	当該病棟に入院している患者	退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合 ・退院支援部署を設置 ・専従の精神保健福祉士1名及び専従の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のいずれか） ・退院支援計画の策定	○	○	-
精神科地域移行実施加算 20点（1日につき） 43,143件	当該保険医療機関の精神科病棟に入院した患者	入院期間5年を超える入院患者のうち、1年間に5%以上の患者の退院実績がある場合に、1年間算定 ・地域移行を推進する部門（地域移行推進室）を設置し、専従の精神保健福祉士1名以上配置	○	-	-
精神科退院時共同指導料 2 700点（入院中に1回） 14件	・措置入院、緊急措置入院に係る患者 ・医療観察法による入院又は通院したことがある患者 ・1年以上の長期入院者 ・重点的な支援が必要な患者	・外来又は在宅療養を担う保険医療機関の多職種チームと入院中の保険医療機関の多職種チームが、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で実施 ・支援計画の作成、文書による情報提供 ・専従の精神保健福祉士1名以上配置	-	○	○
精神科退院指導料 520点（入院中に1回） 9,800件	入院期間が1月を超える患者又はその家族等	精神科医、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を作成し、医師による説明を実施	-	○	○ 必要に応じて
精神科地域移行支援加算 200点（退院時に1回） 362件		入院期間が1年を超える患者又はその家族等に対して、当該計画に基づき指導を行い、退院した場合に算定	-	○	○ 必要に応じて

中医協 総-3
2023.11.22

一般病棟における入退院支援加算については精神病床では算定できません。算定する入院料によっては退院調整加算等が設けられていますが、算定回数が多いとは言えない状況です。入院早期からの入退院支援がより早期の退院へつながることを踏まえて、現場の実情に合わせた評価体系の整理が行われるようです。

2. 地域移行機能強化病棟入院料について

- 第8次医療計画や第7期障害福祉計画において、長期入院患者数が減少傾向にあることに加えて、政策効果による長期入院患者数の更なる減少を見込んだ基準病床数・入院患者数の目標値が設定されていることを踏まえ、地域移行を一層推進する観点から、**地域移行機能強化病棟入院料の新規届出の期限を延長**することとしてはどうか。
- 当該入院料について、精神病床の削減に一定の効果をもたらした一方で、**精神病床における長期入院患者の減少と精神病床数の減少ペースにかい離がある現状**において、病床規模やこれまでの退院実績に鑑みて、退院支援に係る高い機能を有するにもかかわらず、現行の施設基準に規定される削減割合の要件等と見合わない医療機関も存在する実態を踏まえ、**当該入院料の要件の見直し**について、どのように考えるか。
- 当該入院料を届け出られない理由として、精神保健福祉士等の配置が難しいと指摘されているところ、専従の精神保健福祉士以外の配置について、精神保健福祉法において、**退院後生活環境相談員として退院支援業務を担う資格を有する職種を配置**することによっても、要件を満たせることとしてはどうか。

3. 児童思春期精神医療について

- 地域における精神疾患を有する児童思春期の患者への診療体制について、初診待機等の課題が指摘されているところであるが、児童思春期精神医療に従事する多職種に対する研修の整備が進んでいることに加えて、より効率的かつ質の高い診療を実施している外来医療機関において、多職種の加配やタスクシフトが進んでいる実態を踏まえ、**児童思春期精神医療を積極的に実施する医療機関において提供される外来診療への評価のあり方**について、どのように考えるか。

個別事項 (その7) __11月24日

緩和ケアについて議論されました。緩和ケアの提供に係る精神科医の役割の評価や、緩和的放射線治療や神経ブロック等の実施体制等の評価が論点となっています。また、外来腫瘍化学療法実施医療機関における患者の疼痛緩和・不安軽減への取り組みの評価、がん診療連携拠点病院とそれ以外の医療機関とのICT等を用いた連携に対する評価等も論点となっています。話し合われた内容は次の通りです。

1. 多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について
 - ・精神症状に対する緩和ケアの提供について
 - ・疼痛に対する専門的な緩和ケアの提供について
2. 切れ目のない緩和ケアの提供体制について
 - ・治療期における外来緩和ケアの提供体制について
 - ・緩和ケアにおける医療機関の連携体制について
3. 非がん等の緩和ケアについて
 - ・在宅における非がんの緩和ケアについて
 - ・小児の緩和ケアについて

1. 多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について

- 緩和ケアの提供に係る精神科の医師が果たしている役割を踏まえ、**がん診療連携拠点病院等における評価のあり方**を、どのように考えるか。
- 緩和ケアの提供を受けているがん患者の難治性がん疼痛に対する対応の実態等を踏まえ、質の高い緩和ケアの提供を推進する観点から、**緩和的放射線治療や神経ブロックを必要に応じて実施できる体制を推進**することについて、どのように考えるか。

2. 切れ目のない緩和ケアの提供体制について

- 治療期からの切れ目のない緩和ケアの提供を推進する観点から、外来腫瘍化学療法を実施している医療機関において、**がん疼痛や心理的不安を軽減するための介入の評価のあり方**について、どのように考えるか。
- がん診療連携拠点病院以外の医療機関における入院中のがん患者に対し、治療期からの切れ目のない緩和ケアを提供する観点から、**ICT等を用いたがん診療連携拠点病院との連携**について、どのように考えるか。

3. 非がん等の緩和ケアについて

- 緩和ケアを必要とする患者について、いかなる療養の場においても充実した緩和ケアを提供する観点から、**在宅における非がん患者に対する麻薬による症状緩和のあり方**についてどのように考えるか。
- 小児における緩和ケアは対象となる疾患、臨床経過及び必要なケアが成人の緩和ケアと異なることを踏まえ、**小児の緩和ケアに対する評価のあり方**についてどのように考えるか。

非がん疾患の呼吸困難に対するオピオイドの使用について

- 非がん疾患の呼吸困難に対し、モルヒネを使用したことが全くないと回答した在宅診療医の割合は11.1%、モルヒネあるいはその他のオピオイドが有効と思うと回答した在宅診療医の割合は86.5%であった。
- 呼吸困難を有する非がん性呼吸器疾患の患者へのオピオイド注射について、指針において使用方法が示されている。

中医協 総-4
2023.11.24

がん以外の疾患の患者の呼吸困難に対して、オピオイドが有効と考える在宅診療医が86.5%いることがわかりました。

在宅における非がん患者に対する麻薬による症状緩和についての評価が行われる可能性があります。

■非がん疾患の呼吸困難に対し、在宅でモルヒネを使用することはありますか

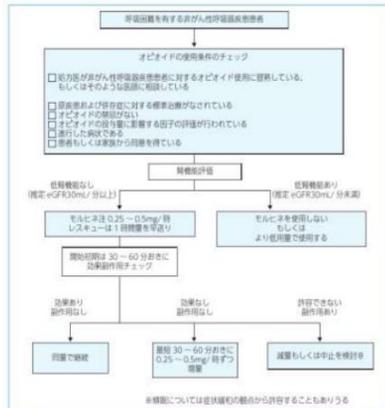
非がん疾患呼吸困難に対するモルヒネの使用	非がん慢性呼吸器疾患の在宅診療に関わる頻度			
	2人以下/年 (146名)	3-9人/年 (253名)	10人以上/年 (162名)	
全くない	62 (11.1%)	28 (19.2%)	26 (10.3%)	8 (4.9%)
ほとんどない	111 (19.8%)	48 (32.9%)	51 (20.2%)	12 (7.4%)
ときどきある	242 (43.1%)	54 (37.0%)	112 (44.3%)	76 (46.9%)
よくある	120 (21.4%)	15 (10.3%)	53 (20.9%)	52 (32.1%)
常に	26 (4.6%)	1 (0.7%)	11 (4.3%)	14 (8.6%)

有効回答 561名 回答者が非がんの慢性呼吸器疾患の在宅診療に関わる頻度ごとに評価 (診療頻度 0人/年の回答者 26名を除いた) 回答者数 (%) を記載

■モルヒネあるいはその他のオピオイドは有効と思いますか

全く思わない	3名 (0.5%)
あまり思わない	9名 (1.5%)
どちらともいえない	67名 (11.4%)
そう思う	359名 (61.2%)
非常に思う	149名 (25.4%)

有効回答 597名



出典:「在宅診療における非がん性呼吸器疾患・呼吸器症状の緩和ケア指針」AMED 長寿・障害総合研究事業 長寿科学研究開発事業「呼吸不全に対する在宅医療の指針に関する研究」研究代表者: 国立長寿医療研究センター 三浦久幸 「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021」日本呼吸器学会・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会合同 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021作成委員会

個別事項 (その8) __11月29日

認知症について議論されました。地域包括診療料・加算の施設基準の要件に認知症に関する研修等の受講を加えることや実績要件の追加など、また身体拘束の最小化への取り組み、身体拘束を実施した場合の評価のあり方などが論点となっています。さらに、認知症とせん妄の鑑別と認知症ケア加算・せん妄ハイリスク患者ケア加算の評価についても論点とされています。話し合われた内容は次の通りです。

1. かかりつけ医による認知症対応
2. 入院医療機関における認知症対応

1. かかりつけ医による認知症対応について

- かかりつけ医による認知症対応力を向上するため、**診断後支援、認知症に係るBPSDへの対応、認知症の医療・介護に関する施策・制度、また人生の最終段階における医療・ケア等についての研修を受講していることを、地域包括診療料・加算の施設基準の要件とすることについて、どのように考えるか。**
- 地域包括診療料・加算の施設基準の介護保険制度に係る**実績要件として、「認知症初期集中支援チーム等の施策へ協力していること」を追加することについてどのように考えるか。**

認知症初期集中支援チーム

近 社 交 換 資 料 - 2 参 考 1
R 5 - 4 . 1 9 改

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

●認知症初期集中支援チームのメンバー

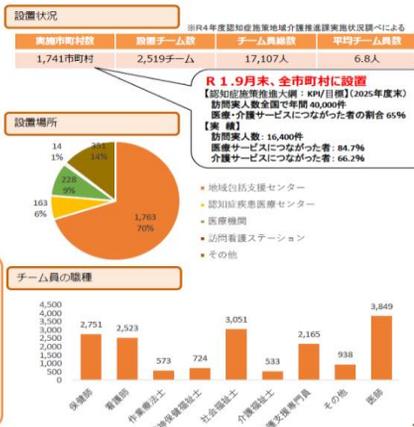


●配置場所

地域包括支援センター等
診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の庁舎

対象者

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人
◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
(イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
(エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している



中医協 総-4
2023. 11.29

「認知症初期集中支援チーム」は、複数の専門職が認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、初期支援を集中的に行って自立生活のサポートを行うもので、全市町村に設置されています。かかりつけ医がこのようなチームと連携することで、認知症患者に対して早期から継続的な支援が可能となると思われます。

2. 入院医療機関における認知症対応について

- 入院医療機関において、身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアルや身体的拘束の実施・解除基準等を整備することや身体的拘束の実施状況の見える化等、**身体的拘束の予防・最小化を組織的に取り組むことを促進する方策**についてどのように考えるか。
- 身体的拘束を予防・最小化する取組を促進する観点から、既に身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求めている**看護補助者の配置に係る加算等**について、**身体的拘束を実施した場合の評価**についてどのように考えるか。
- 認知症とせん妄の症状の類似性に鑑み、認知症患者のアセスメントにおいてはせん妄の鑑別も必要であることから、せん妄ハイリスク患者ケア加算で求める**「せん妄のリスク因子の確認」及び「ハイリスク患者に対するせん妄対策」を認知症ケア加算でも求めることとし、その上で各加算の評価についてどのように考えるか。**

せん妄と認知症

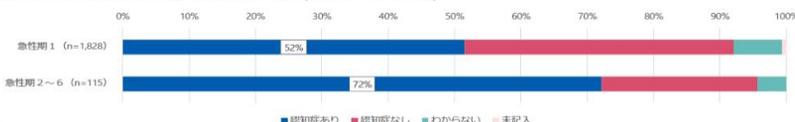
- せん妄と認知症は似た症状を呈するが、別の病態として扱う必要がある。
- せん妄がある患者のうち、急性期一般入院料1では約5割、急性期一般入院料2～6では約7割は認知症も有していた。

	せん妄 身体的な因子により発症した意識障害	認知症 神経変性・神経脱落により生じた脳の器質的な障害
発症	急激	徐々に進行
期間	数時間から数日	月から年単位
注意	焦点を当て、維持し、転換することが困難になる	重度の認知症を除き保たれる
意識	変動	おおむね正常
会話	一貫しない、文脈がまとまりなくなる	まとまっているが、単語が出てこないことがある
原因	身体条件 (主要な要因は脱水や感染)、薬剤等	神経変性

認知症とせん妄は一見すると似た症状を呈するが、別の病態として扱う必要がある。

出典：公益社団法人日本看護協会「認知症ケアガイドブック」

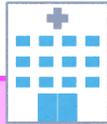
■せん妄ありの患者における認知症の有無 (急性期一般入院料)



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

中医協 総-4
2023. 11.29

せん妄と認知症は別の病態ですが、急性期一般入院料1ではせん妄の患者の半数以上が認知症でもあることがわかりました。認知症ケア加算の患者に「せん妄のリスク因子の確認」と「ハイリスク患者に対するせん妄対策」も求められるようになるとすれば、それぞれの加算の評価がどのように見直されるのでしょうか。



入院時の食費の見直しについて

11月10日の中医協では、入院時の食費についても議論されました。

最近の食材費は特に大きく高騰していますが、公定価格のため価格転嫁もできず、病院経営に影響でております。診療側は、経営努力だけでは食事療養の提供が極めて困難な状況であり、「食事療養も医療の一環」であり質の低下を意味すると訴えています。

現行の入院時の食費は、一食当たり460円の自己負担としています。一方、介護保険の食費の自己負担は一食当たりに換算すると、約482円であり、入院時の食費との差は22円となっています。

食事療養費の引き上げの方向性については、診療側と支払い側でいずれからも異論は上がらなかったようですので、告示を待ちたいと思います。

中医協 総-4
2023. 11.29

入院時の食費をめぐる状況

○ 病院給食の委託単価は、公定価格(1,920円)を上回る状況。昨今の食材料費等の高騰によりその差が拡大。

■ 病院給食の委託単価【医療分野】

	①2018年	②2021年	③2022年
病院給食の委託単価	1,796円	1,962円	1,997円
入院時の食費の総額 (1,920円)との差額	-124円 (-6%)	+42円 (+2%)	+77円 (+4%)

出典：公益社団法人日本メディカル給食協会調べ(各年10月時点の状況) ※税込単価

○ 家計の食費支出は近年大幅に上昇。

■ 消費者物価指数・食費支出の動向



出典：総務省「消費者物価指数」、総務省「統計調査」

社会保障審議会医療保険部会・医療部会における発言(食費関係)

令和5年8月24日 医療保険部会

○ 令和6年度の改定は診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等の報酬、いわゆるトリプル改定。骨太の方針2023には、同時改定において物価高騰、賃金上昇、経営の状況、担い手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担、保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用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。
特に今般、食事療養費については26年間見直しが行われておらず、ほとんどの病院が給食部門は赤字であり、給食業者も提供困難となっているという現実がある。骨太の方針に基づいた令和6年度の同時改定が実現されるように強く求める。

○ 給食費の問題も二十何年間全く変わっていないのは、さすがに現実的ではない。皆様も20年前の食材費、エンゲル係数はどうだったかと考えていただくとう御理解いただけると思う。特に今は物価高騰で光熱費も上がっている。材料費も上がっている中で、給食が非常に厳しい状況にあるということはぜひ御理解いただきたい。

令和5年8月25日 医療部会

○ 今回の診療報酬の改定は、物価高騰・賃金上昇、支え手が減少していることについての対応をきちんとしていただかなければいけない。1つは、入院時食事療養費が、約30年前に3食1,920円と決められてから、30年間近く、上がっていない。この間に、人件費、原材料費、間接経費を含めて、相当大幅に上がっている。今回のこの診療報酬改定で入院時食事療養費の大幅な引上げをしていただきたい。

○ 給食費に関して、全国レベルで、公も民も、外法であろうが内法であろうが、大赤字であるという実態があるので、カバーしていただきたい。

令和5年9月29日 医療部会

○ 入院時食事療養費は30年近く上がっていない。30年前の定価でやっているレストランや食堂はない。医療機関にそうした無理強いを押しつけているというのは非常におかしいため、今度の診療報酬改定で入院時食事療養費は診療報酬でやるのか、それとも診療報酬とは別立てで入院時食事療養費の項目というのを財源としてつくるのか、財源論に立ち返って考えていただきたい。

【参考】2021年度介護報酬改定における改定事項について

6. ③ 基準費用額の見直し

概要 【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★】

○ 介護保険施設における食費の基準費用額について、令和2年度介護事業経営実態調査結果から算出した介護保険施設の食費の平均的な費用の額との差の状況を踏まえ、利用者負担への影響も勘案しつつ、必要な対応を行う。
【告示改正】

基準費用額(食費)(日額)

< 現行 > < 改定後 > ※ 令和3年8月施行
1,392円/日 ⇒ 1,445円/日 (+53円)

《参考：現行の仕組み》※ 利用者負担段階については、令和3年8月から見直し予定

利用者負担段階	主な対象者	かつ、預貯金等が単身で1,000万円(夫婦で2,000万円)以下
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額(※)＋合計所得金額が80万円以下	
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外	
第4段階	世帯に課税者がいる者 市町村民税本人課税者	

※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。

《参考：現行の基準費用額(食費のみ)》

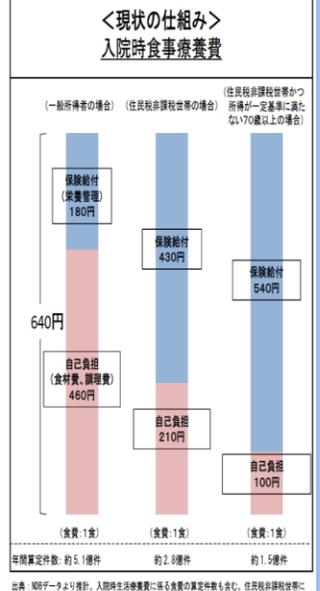
食費	基準費用額 (日額/月額)	負担限度額(日額/月額)		
		第1段階	第2段階	第3段階
	1,392円(4.2万円)	300円(0.9万円)	390円(1.2万円)	650円(2.0万円)

入院時食事療養費の概要

○ 入院時に必要な食費は、1食あたりの総額と自己負担を国が定め、その差額を保険給付(入院時食事療養費)として支給している。

○ 「入院時食事療養費(保険給付)」
=「食事療養基準額(総額)」－
「標準負担額(自己負担)」

○ 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。



出典：100データより推計。入院時生活療養費に係る食費の算定数も含む。住民税非課税世帯については、入院後10日以後、保険給付400円・自己負担100円になる場合の世帯も含む。



算定 à la carte

ティーエスワン配合カプセル等 適正使用についての注意喚起

2023年11月14日に、PMDA（独立行政法人 医薬品医療機器総合機構）に、代謝拮抗剤の以下の薬剤について、「医薬品適正使用に関するお知らせ PMDA医療安全情報」が発出されています。

- ✓ **ティーエスワン配合カプセル・顆粒・OD錠**
- ✓ **エスワンタイホウ配合OD錠**
- ✓ **エスエーワン配合カプセル・顆粒・OD錠**
- ✓ **エヌケーエスワン配合カプセル・顆粒・OD錠**

禁忌である「重篤な腎障害のある患者」（クレアチンクリアランス（30mL/min未満）に投与した症例報告が散見され、また、これらのうち死亡の転帰をたどった症例が報告されているということです。

査定対象ともなりますので、算定には注意しましょう。なお、詳細は各製造販売元の「医療関係者向け情報サイト」でご確認ください。

適正使用のお願い（テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤製造販売会社）2023.11月 より抜粋
 効能・効果、用法・用量はティーエスワン配合OD錠（大鵬薬品）より抜粋

重篤な腎障害のある患者（禁忌）に投与しないでください

1. **クレアチンクリアランス(Ccr) : 30mL/min未満の患者には投与しないでください**
2. **透析患者には投与しないでください（本剤の除去率等の十分な情報がないため）**

効能・効果	用法・用量
胃癌、結腸・直腸癌、頭頸部癌、非小細胞肺癌、手術不能又は再発肺癌、膀胱癌、胆道癌	胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発肺癌にはA法、膀胱癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。 ※詳細は添付文書をご確認下さい。

・単独投与：

検査項目	適正使用基準	慎重投与	
Ccr (mL/min)	≥80	80> ≥60	60> ≥30
投与開始量	初回基準量	初回基準量 (必要に応じて1段階減量)	原則として1段階以上減量 (30~40 未満は2段階減量が望ましい)

投与不可
Ccr30mL/min 未満

・併用療法は、ティーエスワン総合情報サイトのレジメンをご確認ください。
 （会員専用サイト）
[\(https://www.taiho.co.jp/medical/brand/ts_1/regimen/\)](https://www.taiho.co.jp/medical/brand/ts_1/regimen/)

効能・効果	用法・用量
ホルモン受容体陽性かつHER2 陰性で再発高リスクの乳癌における術後薬物療法の場合	内分泌療法剤との併用において、通常、成人には次の投与量を朝食後及び夕食後の1日2回、14日間連日経口投与し、その後7日間休薬する。これを1コースとして最長1年間、投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜増減する。初回基準量を超える増量は行わないこと。

・クレアチンクリアランスが50mL/min以上80mL/min未満の場合には、次の投与量で開始してください。

クレアチンクリアランス	体表面積	1回投与量 (テガフル相当量)
50mL/min 以上 80mL/min 未満	1.25m ² 未満	朝 20mg/回 夕 40mg/回
	1.25m ² 以上 1.5m ² 未満	40mg/回
	1.5m ² 以上	50mg/回

・クレアチンクリアランス50mL/min 未満の患者における有効性及び安全性は確立していません。