

NICHII 医事ニュース

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

協力：経営支援サービスチーム

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6）

2024年度診療報酬改定に向けた議論が、中央社会保険医療協議会を中心に佳境に入りつつあります。12月前半の中医協総会でも多くの項目が議論されました。小児・周産期、リハビリ、生活習慣病対策、高度急性期の体制強化、入退院支援等について協議されています。前回の医事ニュース第412号に続き、今回は「入院」、「外来」、「個別事項」、「医療DX」の論点から主なものを確認していきます。

日付	中医協の議題			中医協総会のURL
12月1日	医療DX	(その3)		第569回 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00228.html
	個別事項	(その9)	小児・周産期（その2）	
	個別事項	(その10)	リハビリテーション・栄養・口腔	
	長期収載品	(その2)		
12月6日	個別事項	(その11)	救急医療について	第570回 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00229.html
	入院	(その6)	高度急性期入院医療について	
	感染症対応	(その2)		
12月8日	医療DX	(その4)		第571回 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00230.html
	個別事項	(その12)	人生の最終段階における医療・ケア	
	個別事項	(その13)	(明細書・簡素化)	
	個別事項	(その14)	生活習慣病対策	
	処遇改善	(その2)		
	入院時の食費	(その2)		
12月15日	在宅	(その6)		第573回 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00232.html
	入院	(その7)	入退院支援・栄養管理体制	
	入院	(その8)	高齢者の救急患者等に対応する入院医療について	
	歯科	(その3)		
	外来	(その4)	情報通信機器を用いた診療	
	長期収載品	(その3)		

入院 (その6) _ 12月6日開催

高度急性期入院医療について特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料を中心に施設基準等の議論がされました。また、2022年度診療報酬改定で新設された重症患者対応体制強化加算の基準見直しも論点とされました。

1. 特定集中治療室管理料の施設基準等について

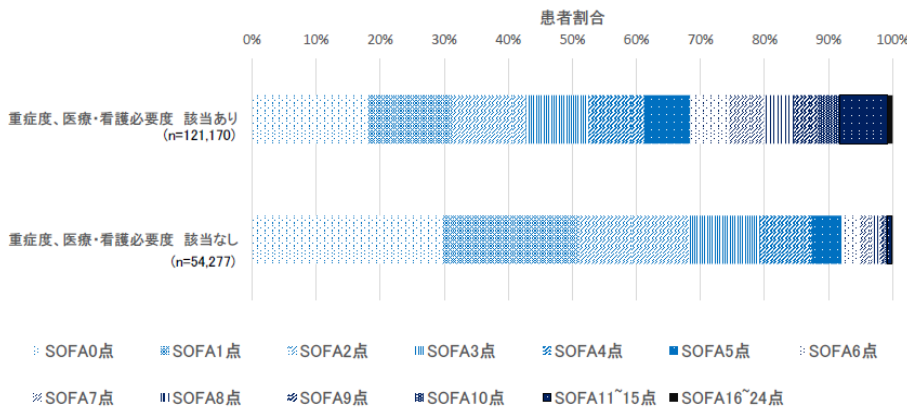
- 特定集中治療室管理料の患者指標において、重症度、医療・看護必要度に加え、**入室日のSOFAスコアを活用していくことについて**どのように考えるか。
- 重症患者対応体制強化加算の施設基準の1つである「**特殊な治療法等**」の**該当患者割合**について、病床数が少ない等の治療室の特徴も踏まえ、**評価手法を見直すことについて**どのように考えるか。

入室日の重症度、医療・看護必要度の該当有無別の入室日のSOFAスコア

中医協 総-2
2023.12.6

- 入室日の重症度、医療・看護必要度の該当患者の方が、非該当の患者より、入室日のSOFAスコアが高い傾向にあった。
- 一方で、入室日の重症度、医療・看護必要度の非該当の患者においても、入室日のSOFAスコアが高い患者が一部認められた。

入室日の重症度、医療・看護必要度の該当有無別の入室日のSOFAスコア



出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

22

入室している多くの患者が重症度、医療・看護必要度の基準を満たしていました。入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合は、治療室ごとにはばらつきがあり、重症度、医療・看護必要度が90%以上の施設に限定しても、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合は、ばらついている状況にあります。

SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 24時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られるtotal maximum SOFA score (TMS) は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

ICU用必要度「特殊の治療法等」の該当状況

中医協 総-2
2023.12.6

- 重症患者対応体制強化加算の施設基準の1つである「特殊な治療法等」の該当患者割合について、治療室においては該当患者1人が退室することで、基準を満たさなくなる場合がある。

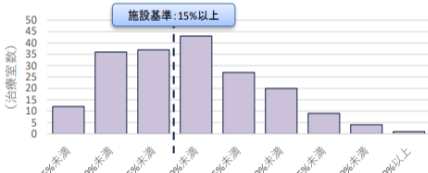
【「重症患者対応体制強化加算の施設基準(抄)」
「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」に係る評価票を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であること。なお、該当患者の割合については、暦月で6か月を越えない期間の1割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

- 治療室では、ベッド数が少ないため、該当患者1人が退室することにより基準を満たさなくなる場合がある。

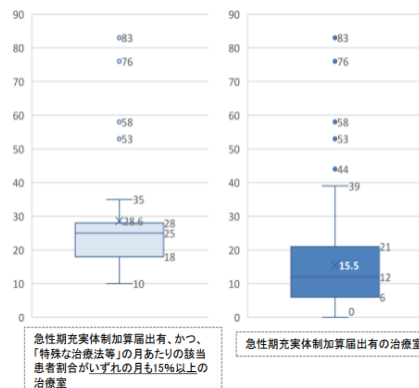
①入室患者数	②①に対する1割5分の人数	③②の1割変動を考慮した人数
8人	1.2人	1.08人
8人	0.9人	0.81人

■急性期充実体制加算届出施設の治療室における、「特殊な治療法等(※)」の該当患者割合 (n=189)

(R4.4月~R5.3月の「AB 特殊な治療法等」該当患者数) / (R4.4月~R5.3月の各月の必要評価対象患者数)



■「特殊な治療法等(※)」の月別該当患者延人数の最小値の分布



(※)特殊な治療法等: CHDF, IAB, P, PCPS, 補助人工心臓, IC, P測定, ECMO, IMPELLA

	治療室数
「特殊な治療法等」の年間該当患者割合が15%以上の治療室	104
うち、R4.4月~R5.3月のいずれの月も該当患者割合が15%以上の治療室	28 (26.9%)

施設基準の1つである「特殊な治療法等」の該当患者割合について、年間該当患者割合が15%以上の治療室のうち、令和4年度においていずれの月も該当患者割合が15%以上である治療室は、わずか1/4程度にとどまっています。

出典: DPCデータ(令和4年4月~令和5年3月)※救命救急入院科2・4及び特定集中治療室管理料1~4の治療室のデータに限る

36

2. ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について

- ハイケアユニットの届出施設数の増加率が高い現状等を踏まえ、一般病棟ではなく治療室における入院管理が必要な患者をより評価する観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の各項目に関する以下の点についてどのように考えるか。
 - ・入室時の状態及び手術の実施有無によらず**「ほぼ全ての患者が該当していることを踏まえた「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目の取扱い**
 - ・患者の重症化率の高いHCUにおいて**「人工呼吸器の管理」及び「特殊な治療法等」の該当割合が高く、重症化率の低いHCUにおいて「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上の管理」及び「動脈圧測定」の該当割合が高かったことを踏まえた評価の在り方**
 - ・**A項目の要件を満たしている場合はほぼ全ての患者がB項目の要件も満たしていることを踏まえたB項目の取扱い**
- 業務負担の軽減等の観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度におけるレセプト電算処理システムコードを用いた評価の導入についてどのように考えるか。

中医協 総-2
2023.12.6

HCUにおける入室時の状態別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○ HCUに入室した時の状態によらず、「心電図モニターの管理」と「輸液ポンプの管理」はほぼ全ての患者が該当していた。

■ ハイケアユニット入室時の状態別、HCU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	新傷病発症	蘇生術の施行	呼吸ケア	点滴ライン同時3本以上	心電図モニターの管理	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
意識障害又は昏睡	539	35.3%	0.9%	59.6%	49.5%	99.4%	98.3%	27.3%	46.8%	9.1%	44.0%	7.6%	2.6%	3.3%
急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	475	42.3%	0.2%	62.9%	56.6%	99.8%	94.3%	28.4%	52.0%	6.7%	69.6%	12.2%	1.3%	0.0%
急性心不全（心筋梗塞を含む）	273	20.1%	0.7%	79.1%	56.8%	99.6%	95.2%	34.1%	69.6%	15.0%	25.3%	11.4%	5.9%	3.7%
急性薬物中毒	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ショック	64	7.8%	0.0%	54.7%	75.4%	100.0%	100.0%	15.6%	64.1%	0.0%	9.4%	25.0%	0.0%	0.0%
重篤な代謝障害	99	1.5%	0.0%	75.8%	77.8%	100.0%	91.9%	41.4%	66.7%	4.0%	30.5%	11.1%	4.0%	0.0%
広範囲熱傷	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
大手術後	315	48.6%	0.0%	50.0%	59.0%	98.4%	91.7%	28.9%	46.0%	7.6%	30.8%	16.5%	1.9%	0.0%
救急蘇生後	48	25.0%	8.3%	20.8%	83.3%	100.0%	91.7%	33.3%	41.7%	17.5%	85.4%	20.8%	20.8%	20.8%
その他外傷、破傷風等で重篤な状態	44	13.6%	0.0%	72.7%	0.0%	100.0%	88.6%	9.1%	6.8%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%

(参考) 特定集中治療室入室時の状態別、ICU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
意識障害又は昏睡	322	92.5%	91.3%	90.0%	13.7%	88.5%	16.5%	5.9%	5.6%
急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	436	86.7%	78.9%	71.1%	35.8%	86.0%	45.6%	3.2%	26.6%
急性心不全（心筋梗塞を含む）	192	73.4%	71.9%	57.3%	32.8%	90.5%	29.2%	33.3%	63.5%
急性薬物中毒	1	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
ショック	365	91.5%	75.4%	54.4%	23.0%	73.4%	44.9%	3.6%	42.7%
重篤な代謝障害	52	100.0%	98.1%	80.4%	19.2%	19.2%	17.3%	0.0%	69.4%
広範囲熱傷	0	-	-	-	-	-	-	-	-
大手術後	426	88.7%	86.6%	49.8%	16.2%	70.0%	26.8%	3.5%	10.8%
救急蘇生後	14	100.0%	92.9%	85.7%	50.0%	92.9%	0.0%	0.0%	57.1%
その他外傷、破傷風等で重篤な状態	166	88.0%	80.1%	69.2%	7.8%	64.5%	12.7%	0.0%	0.0%

注) いずれも、新型コロナウイルス感染症あり/感染症疑いの患者を除いて集計

出典：令和4年度入院・外来医療等の実態調査（治療室患者票）

47

入室したときの状態や、手術実施の有無によらず、「心電図モニターの管理」と「輸液ポンプの管理」の項目はほぼ全ての患者が該当しています。
また、ICU併設の有無や病床規模、入室経路によらず、A得点3点以上の患者は、ほぼ全てB得点4点以上となっていました。

3. 医師の働き方改革と治療室における宿日直許可について

- 治療室の施設基準と、宿日直許可の関係について、医療機関内での勤務を求める施設基準においては、2024年4月に医師の時間外・休日労働時間の上限規制が施行されることを踏まえ、宿日直許可を受けて宿日直を行っている医師により施設基準を満たすことを想定することについて、どのように考えるか。
- 特定集中治療室においては、現状においても、入室日のSOFAスコアでは患者の重症度が多様であることも踏まえ、**宿日直による勤務の医師が治療室にいる新たな区分を設けることについて**、どのように考えるか。
 - ・新たな区分では、夜間に治療室内の医師が宿日直であることを踏まえ、手順書に基づく看護師の特定行為の実施が有用である場面が増加することが想定されることから、**特定行為研修修了看護師等の専門性の高い看護師の活用について**どのように考えるか。
 - ・新たな区分において、遠隔ICUの導入により、被支援側の医師の業務負担が減少するとともに宿日直を行った場合でも診療の質が一定程度保たれると考えられることを踏まえ、遠隔ICUを用いた診療に対する評価についてどのように考えるか。
- MFICUについては、宿日直におけるMFICU内での現状の診療実態や、緊急帝王切開に迅速に対応する必要があることを踏まえ、宿日直許可との関係を含めた、**母体・胎児集中治療室管理料（MFICU管理料）における施設基準の在り方**をどのように考えるか。

ICUやHCUなどでは、現行の施設基準で、治療室内ではなく、医療機関内に医師がいることでも良いとされている場合は、宿日直を行う医師を配置することであっても、施設基準を満たすことを明確化してはどうか、と提案しています。
さらに、特定行為研修を修了した専門性の高い看護師の活用を条件として、通常より低い点数での評価の検討をすべきという意見も出されました。

MFICUなど「治療室内の勤務」が求められる場合についても、「MFICU内の医師に限らず、院内にいる医師も10分以内に診察に対応している実態もあるので、そのような実態に即して、新たに検討しても良いのではないか」という意見も出ています。

入院（その7） 12月15日開催

入退院支援について、関係機関との連携強化、入院前・退院後支援強化等の議論がされました。

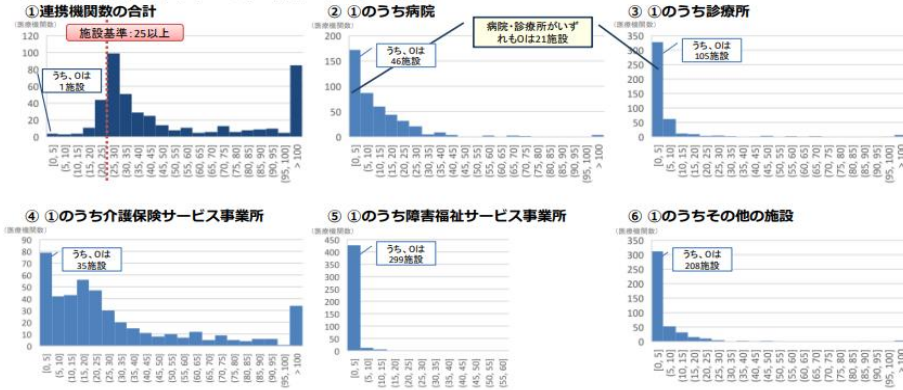
1. 入退院支援における関係機関との連携の強化について

- 医療において「生活」に配慮した質の高い医療を提供するため、また、将来的な医療DXによる電子的な情報連携も見据え、**入院時と退院時に医療機関と介護支援専門員等との間で情報提供する際の様式を見直すことについて**、どのように考えるか。
- 急性期病棟からの退院支援においては、介護サービス事業所等との連携だけでなく、転院調整も含めた病院・診療所との連携も求められることを踏まえ、**急性期病棟を有する医療機関における入退院支援について、介護サービス事業所だけでなく病院・診療所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

- 急性期一般病棟を有し、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分布は以下のとおり。
- 連携する病院・診療所数がいずれもない施設も一部ある。

■ 急性期一般入院料の病棟を有し、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=450) (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）

中医協 総-2
2023.12.15

入退院支援加算1の施設基準の1つに、連携機関数が25以上であること、という要件があります。急性期一般病棟入院料の病棟を有し、入退院支援加算1を届け出ている医療機関では、連携する病院・診療所がいずれも無い施設もみられました。連携施設数・要件に関しては、具体化されることが考えられます。

2. 入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

- 入院前の患者の情報を把握し、入院前と比較して疾病や治療に伴いどのような機能等がどの程度低下しているの等を見極め、入院中の日常的な支援を充実することで患者の生活を可能な限り途切れさせずに退院できるよう、**入退院支援計画の内容にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた生活の視点を含めることについて**、どのように考えるか。

3. 入院前からの支援の強化について

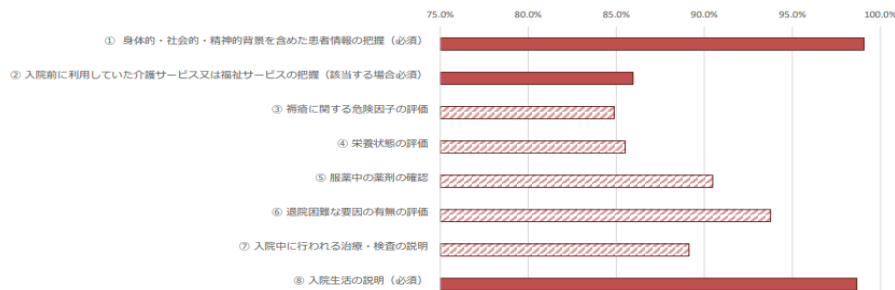
- いずれの入院料においても入院時支援加算届出有りの医療機関の方が平均在院日数が短い実態を踏まえ、**入院前からの支援をより充実・推進するため、入院時支援加算1と2の評価について**、どのように考えるか。

入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

中医協 総-1
5. 7. 20

- 入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項について、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率は高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低い。

■ 入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項（令和4年8月～10月の3か月間）



※ 入院前に①から⑧まで全て実施した場合は、入院時支援加算1
患者の病態等により①、②及び⑧を含む一部項目を実施した場合は、入退院支援加算2

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）

中医協 総-2
2023.12.15

「褥瘡に関する危険因子の評価」や「栄養状態の評価」は、入院時支援加算2は必須ではないため、実施されていなくても加算可能です。しかし、質の高い入院医療を推進するための入退院支援を行うには、すべての項目実施を要件とした加算1へ一本化、一方で入院時支援加算を取得していない医療機関もあるため、底上げするために一本化はせず、加算1へ誘導するための点数の引上げ提案もされています。

4. 退院直後の継続支援について

- 慢性心不全患者に対して、退院後1か月間の集中的な療養支援を行うことによりセルフケア行動が改善し再入院の回避に有効であることが示されていること等から、**在宅療養指導料の対象に退院直後の慢性心不全患者を追加し、ガイドラインに基づく支援を評価することについて**、どのように考えるか。

慢性心不全患者に求められる疾病管理

- 「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、疾病管理として、退院後特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効であるとしている。

中医協 総-2
2023.12.15

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)

XII. 疾患管理

1. プログラム(教育など)とチーム医療

1. 2 疾病管理プログラムの具体的な内容

1. 2. 1 アドヒアランスとセルフケアを重視した患者教育

患者の適切なセルフケアは心不全増悪の予防に重要な役割を果たし、セルフケア能力を向上させることにより生命予後やQOLの改善が期待できる。医療従事者は患者のセルフケアが適切に行われているかを評価し、患者および家族に対する教育、相談支援により患者のセルフケアの向上に努める。患者教育では、疾患に関する情報にアクセスし、理解し、活用する能力であるヘルスリテラシーを考慮しつつ、患者の理解度に応じた教材を有効に活用することも重要である。

2021年「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)」フォーカスアップデート版

第7章 疾病管理

2. 疾病管理プログラムの具体的な内容

2. 8 退院調整・退院支援および移行期支援と継続的フォローアップ

入院後早期からの退院調整および退院支援は、心不全患者の退院後早期の再入院の回避に効果的である。入院中の退院調整では、退院支援の必要性の評価、具体的な支援内容の検討を行うとともに、セルフケア能力を強化するための患者教育も同時に実施する。退院後の受診頻度は退院後の再入院のリスクと関連しており、**退院後、特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効である。**

在宅療養指導料の対象に「退院直後の慢性心不全」を追加することが検討されています。

ガイドラインに基づき退院直後の1か月間に集中的な対面及び電話による療養支援を行うと、セルフケア行動が有意に改善し、セルフケア行動が維持されると、再入院率が低くなることが示されています。

入院(その8) __12月15日開催

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について議論されました。高齢者の人口増加に伴い、中でも軽症・中等症が増加していることから、どのような病棟による受入を推進すべきか検討されました。

■ 高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

- **高齢者の救急患者等が増加**していて、今後も高齢者の増加が見込まれる中、**入院医療のあり方について**どのように考えるか。
- その際、地域において、必要な人人体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、**リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価することについて**、どのように考えるか。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

- これまでの主な指摘
 - ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
 - ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかの指摘があった。
- 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。
- 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

中医協 総-3
2023.12.15

包括的な評価は了承されたと言えますが、例えば急性期一般入院料や地域包括ケア病棟と異なる「新入院料」を設定するのであれば、施設基準(人員配置など)や点数をどう考えるのか、など今後の具体的な議論が待たれます。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療(イメージ)



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

外来（その4）_12月15日開催

オンライン診療の適正化と緩和に関するテーマが議論されました。向精神薬の初診時処方と患者の所在地が医療機関と離れている場合の方策、情報通信機器を用いた精神療法の評価について検討されました。

1. 情報通信機器を用いた診療の現状について

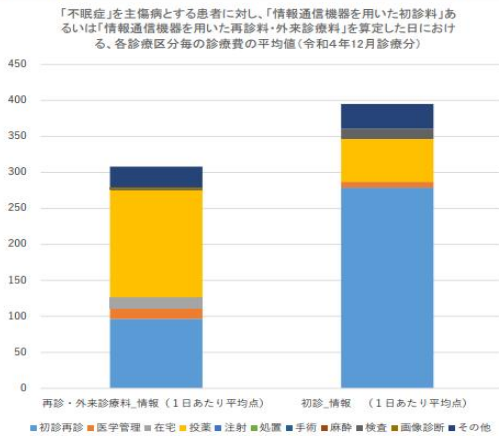
- 情報通信機器を用いた診療において**初診から向精神薬が処方されていた実態が確認されたこと**、また圏域を越えた情報通信機器を用いた診療における主傷病名について不眠症が最多であったこと等を踏まえ、乱用・依存症への対策として、**「初診では向精神薬を処方しないこと」をホームページ等に掲示すること等を情報通信機器を用いた診療の要件として追加することについて**どのように考えるか。
- 厚生局へ届け出る「情報通信機器を用いた診療に係る報告書」において、情報通信機器を用いた診療のうち、**医療機関が所在する地域以外に所在する患者の割合を一定以上超える医療機関について、情報通信機器を用いた診療における対面診療の提供体制を把握するための方策について**どのように考えるか。

不眠症に対する情報通信機器を用いた診療実態

中医協 総-4
5. 1. 1. 8

中医協 総-5
2023.12.15

- 不眠症を主傷病とする患者に対する情報通信機器を用いた診療のレセプト請求点数の内訳は以下のとおり。投薬が一定の割合を占めていた。
- 情報通信機器を用いた診療日において、初診から向精神薬が処方されている実態があった。



「不眠症」を主傷病とする患者に対し、情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料を算定した日における向精神薬の処方回数（処方料のみ、令和4年10～12月診療分）

成分名	算定回数
プロチゾラム	68
ゾピクロン	30
ゾルピデム酒石酸塩	602
アルプラゾラム	120
トリアゾラム	37
フルニトラゼパム	86
エチゾラム	80

成分名	算定回数
トリアゾラム	28

オンライン診療の適切な実施に関する指針（2018年3月（2023年3月一部改訂））最低限遵守すべき事項に初診の場合には「麻薬及び向精神薬の処方」は行わないこととされています。今後、オンライン診療に関する診療報酬の算定要件に「初診では向精神薬を処方しない」旨をホームページ等に掲示することなどが考えられます。

2. 情報通信機器を用いた診療による疾病管理について

- 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」では、オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められることや、精神科における診療の一定の経験や資質を有する医師が診療を実施することが規定されていること等を踏まえ、**情報通信機器を用いた精神療法の評価について**どのように考えるか。
- 発達障害の初診待機が課題となっていること及び発達障害に対する診療が情報通信機器を用いた診療で提供されている実態と発達障害に対する情報通信機器を用いた診療の有効性のエビデンス等を踏まえ、**情報通信機器を用いた診療における小児特定疾患カウンセリング料の評価について**どのように考えるか。

小児の発達障害に対するオンライン診療の有効性

中医協 総-5
2023.12.15

- 小児の発達障害に対するオンライン診療の有効性が以下のとおり示されている。

- 注意欠陥多動性障害 (ADHD) に対するオンライン診療の有効性を検討した12の研究を対象としたメタ解析において、不注意/認知機能、多動性/衝動性に対するオンライン診療の有意な効果が示された。
Bernalnizadeh M, et al. J Telemed Telecare. 2021 Oct 11:1357633X2111045186.
- 専門医療機関へのアクセスが限られている地域で ADHD を治療するための遠隔医療サービスモデルの有効性を検証した223人の小児を対象としたRCTにおいて、遠隔医療サービスが提供されたADHD患者は、それ以外と比較し、不注意や多動性といった症状が有意に改善した。
Myers K, et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Apr;54(4):263-74.
- アスペルガー症候群の症状として重度の社会的障害と孤立を抱えた患者に対し、オンライン診療を実施したところ、初期評価と治療関係の構築が可能になった。その後、患者は直接クリニックに通うことができるようになり、教育とキャリアを再開することができたとの報告がある。
Clarke CS. Ir J Psychol Med. 2018 Dec;35(4):325-328.

診療側は小児特定疾患カウンセリング料へのニーズがあり、オンライン診療の原則である対面診療を適切に組み合わせることが重要であるため、十分留意しながら検討を進めるべきと述べています。支払側は現時点では小児科領域に限り、指針の順守を条件に診療報酬上の取扱いを明確化することは検討の余地があると述べています。

小児入院医療、周産期医療について小児入院医療管理料の病床単位の届出や混合病棟でのユニット化などの検討、ハイリスク妊娠管理加算の対象患者・算定日数拡大などが議論されました。

1. 小児医療について
（小児入院医療について）

- 小児の入院患者数の減少等を踏まえ、**小児入院医療管理料の病棟の運用について**どのように考えるか。また、成人患者との混合病棟となる場合に、子どもとその家族の療養環境を向上させる方策についてどのように考えるか。
- 入院中であっても子どもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ、希望によって親が子どもに付き添う場合に親に過度な負担がかからない医療機関の体制を確保するために、**小児入院医療管理料における保育士や看護補助者の配置に関する評価について**どのように考えるか。

（小児高度急性期医療について）

- 医療の進歩とともに、重症新生児の死亡率は低下してきていること、重症新生児に対しては現行の新生児特定集中治療室管理料における看護配置よりも手厚くして対応する必要があるという実態を踏まえ、**重症新生児に対する集中治療に係る評価について**どのように考えるか。
- 重症新生児に対する退院支援について、転院搬送された児においても退院支援が必要であったり治療室から小児病棟等を経て退院する等、**新生児に対する退院支援の実態を踏まえた評価に見直すことについて**どのように考えるか。
- 臓器移植患者においては、**移植前からの集中治療が必要な実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料における評価について**どのように考えるか。

（医療的ケア児について）

- 医療的ケア児の**入院受け入れに係る体制の整備**が求められるなか、その評価についてどのように考えるか。

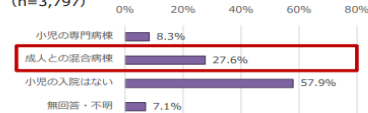
（小児科における児童精神について）

- 発達障害の初診待機が課題とされていること、児童相談所における虐待相談対応件数が上昇傾向であることを踏まえ、**小児科のかかりつけ医機能を有する医療機関の役割について**どのように考えるか。また、**小児特定疾患カウンセリング料の在り方について**どのように考えるか。

小児入院医療及び看護の実態

- 病院のうち、小児が入院している病棟が「小児の専門病棟」の施設は8.3%、「成人との混合病棟」の施設は27.6%であった。
- 成人との混合病棟における看護管理上の課題としては、「小児の成長発達に合わせた看護の提供」や「小児にも成人にも対応できる看護職のチーム編成」が挙げられた。

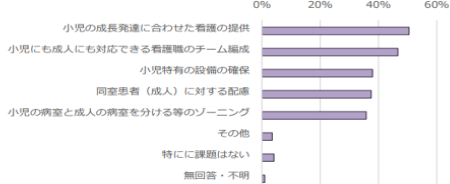
■ 小児が入院している病棟（複数回答）



■ 成人との混合病棟における小児の看護体制（n=1,049）



■ 成人との混合病棟における看護管理上の課題（複数回答）（n=1,049）



【調査概要】
調査対象：全国の病院 8,249施設（全数）※看護部長に回答を依頼
調査手法：Web調査
調査実施日：2020年10月1日～11月9日
回収状況：有効回収数 3,797施設（有効回収率46.0%）

出典：日本看護協会「2020年 病院看護実態調査 報告書」

中医協 総-3
2023.12.1

小児の入院患者が減少している中で、小児患者と成人患者が混合病棟となる場合が増加しています。成人患者との混合病棟における子どもと家族の療養環境向上のための具体的対策として、「病床単位での小児入院医療管理料届出」や「混合病棟における小児病床のユニット化推進」などが検討されると考えられます。

【参考】小規模結核病棟のユニット運用

- 小規模な結核病棟については、より効率的な病棟運営が可能となるよう、一般病棟等と併せて1病棟として運用できる。

基本診療の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和4年3月4日保医発0304第2号）

（別添2）入院基本料等の施設基準

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

1 病棟の概念は、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとする。なお、高層建築等の場合であって、複数階（原則として二つの階）を1病棟として認めることは差し支えないが、三つ以上の階を1病棟とすることは、2の(3)の要件を満たしている場合に限り、特例として認められるものであること。また、感染症病床が別棟にある場合は、隣接して看護を円滑に実施できる一般病棟に含めて1病棟とすることができる。

平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて1看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。（略）

2. 周産期医療について

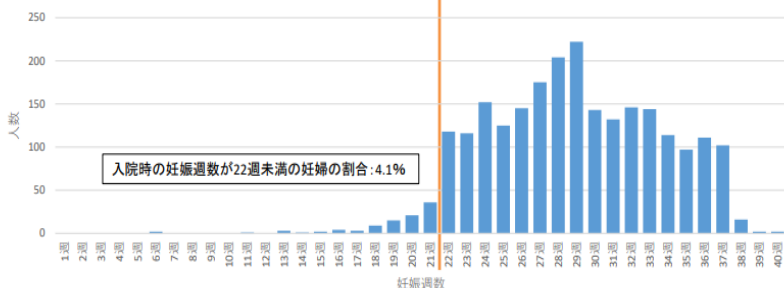
- 2026年度を目途とした出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含めた、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進めていくなか、**ハイリスク妊婦に係る評価について**どのように考えるか。

早産、切迫早産によりハイリスク妊娠管理を行われた妊婦の入院時の妊娠週数等

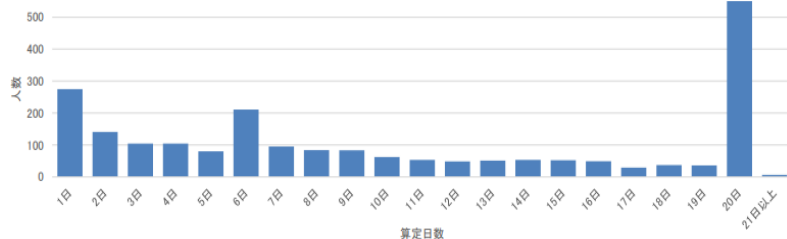
- 妊娠週数22週未満で入院し、妊娠管理が行われている妊婦が一定数いる。
- 早産、切迫早産の管理目的にハイリスク妊娠管理加算を算定されている患者の多くが算定日数上限である20日間算定されている

中医協 総-3
2023.12.1

医療資源病名が早産、切迫早産であり、ハイリスク妊娠管理加算を算定された妊婦の入院時の妊娠週数



医療資源病名が早産、切迫早産である患者のハイリスク妊娠管理加算算定日数



出典: DPCデータより保険局医療課において集計(対象期間: 2023年4月~6月に退院した症例)

105

ハイリスク妊娠管理加算について、算定対象外である「妊娠22週未満」で入院し、妊娠管理が一定程度行われていること、多くの患者が算定日数上限である「20日」まで算定がされている、という点を踏まえた見直しが検討されています。2026年度の診療報酬改定では「正常分娩の保険適用」も検討される予定であり、出産に関する支援について強化しておく必要があります。

個別事項 (その10) __12月1日

リハビリ、栄養管理、口腔管理の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながる事が期待されるため下記の内容について議論されました。

1. リハビリテーションについて

(疾患別リハビリテーション料について)

- ADLが低いほど、認知症が重症であるほど、また特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度のA項目の一部に該当する場合、疾患別リハビリテーションを実施する際に、**複数人による訓練提供および訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合が高い傾向にあったこと等から、急性期のリハビリテーションを推進するためにどのような方策が考えられるか。**
- 疾患別リハビリテーション料の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等による提供実態を把握するために、どのような方策が考えられるか。

(医療・介護・障害福祉サービスの連携について)

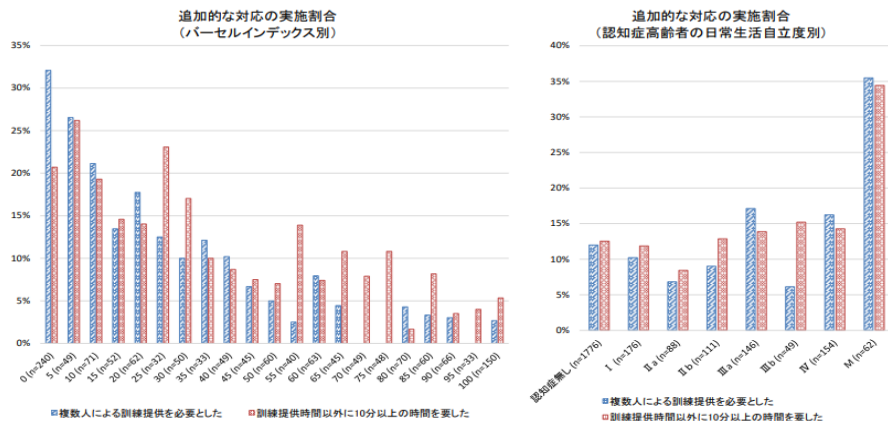
- 保険医療機関から介護保険事業所へのリハビリテーション実施計画書の提供が半分以下に留まっている実態を踏まえ、医療・介護連携を推進するための情報連携の評価の在り方として、**リハビリテーション実施計画書を提供することを疾患別リハビリテーション料の通則に位置づけること及び退院時共同指導料2の共同指導に参加する職種に老健・介護医療院等の訪問リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等が参加することが望ましいことを明確化することについて、**どのように考えるか。
- 保険医療機関が障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を提供する際の、理学療法士等の人員配置基準や面積などの施設基準について保険医療機関の利用者の支障のない範囲での共用等を認めることをどのように考えるか

(がん患者に対するリハビリテーションについて)

- がん患者に対する術前の呼吸リハビリテーションの有効性を踏まえて、**術前の呼吸器リハビリテーション料の対象となる疾患を明確にすることについて、**どのように考えるか。

疾患別リハビリテーションとADL・認知症

○ ADLが低いほど、また認知症が重症であるほど、疾患別リハビリテーションを実施する際に、複数人による訓練提供及び訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合が高い傾向にあった。



出典:「疾患別リハビリテーションに係る実態調査(三重大学医学部附属病院リハビリテーション部 教授 百崎良)による調査結果、令和5年5月の国内42施設の新規入院症例を対象、急性期一般病棟入院基本料、特定療養料入院基本料、ICU、ICU、SCUにおいて疾患別リハビリテーションを実施した症例を対象

中医協 総-4
2023.12.1

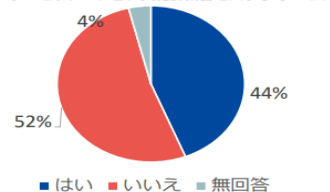
疾患別リハビリテーションについて :

「疾患別リハビリテーション料」の見直しが論点にあがっています。「ADLが低い」、「認知症が重症である」患者や「ICU用の重症度、医療・看護必要度A項目」に該当する患者への疾患別リハビリでは、複数人による訓練提供や医師・看護師等の情報共有など訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合が高い傾向にありました。

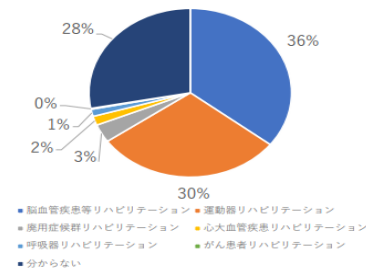
疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリ提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションの実施計画書を入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している移行前の疾患別リハビリテーションの分類



医療機関からリハビリテーション実施計画書を入手したか	はい	いいえ	p-value*
同一医療法人	215	181	*Fisherの正確検定
または関連医療機関からの紹介	54.3%	45.7%	<0.001
	48	131	
	26.8%	73.2%	

※ 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」(研究代表者:三上孝夫、令和2~4年度)によるアンケート調査結果

中医協 総-4
2023.12.1

医療・介護・障害福祉サービスの連携について :

「医療・介護間で情報共有が上手く進んでいない」という課題があります。介護保険のリハビリテーション実施者が、疾患別リハビリテーションの実施計画書を入手していたのは介護保険リハの利用者では44%にとどまっています。

術前からの呼吸リハビリテーションについて

○ 診療ガイドラインにおいて、術前からの呼吸リハビリテーションは術後合併症を減らすこと、入院日数を短縮させることから推奨されている。

【がんのリハビリテーションガイドライン(日本リハビリテーション医学会編)】

○ 開胸・開腹術を施行される予定の患者に対し、術前から呼吸リハビリテーションを行うと、術後の呼吸器合併症が減るので勧められる(推奨グレードB)。

○ 術後の入院期間の短縮のため、開胸・開腹術を施行される予定の患者に術前から呼吸リハビリテーションの指導を行うことが勧められる(推奨グレードB)。

※ 術前呼吸リハビリテーションの目的:
開胸・開腹術における術前呼吸リハビリテーションの目的は、おもに術後患者が呼吸訓練(腹式呼吸、インセンティブスパイロメトリー、排痰法など)を正しく行えるように事前に慣れておくことである。(略)

術前リハビリテーションについて

○ 大腸結腸癌、卵巣がん、膵癌に対する術前リハビリテーションにより、術後合併症が減少すること、在院日数が短縮すること、ADL悪化が予防されることの報告がある。

○ 大腸結腸癌に対する術前リハビリテーションの有効性を検討したRCTIにおいて、術前リハビリテーション群において重篤な合併症(17.1% vs 29.7%, P = .02)が低下した。*対象には開腹手術以外に腹腔鏡手術を含む
Molenaar CIL, et al. JAMA Surg. 2023 Jun 1;158(6):572-581.

○ ステージ1及び2の結腸直腸がん患者に対する術前リハビリテーションの有効性を検討した本邦のDPCデータを用いた研究では、39.3%が術前リハビリテーションが実施されており、術前リハビリテーションの実施はADL悪化の予防(6.3% vs 9.8%, P = 0.024)、および術後合併症の減少に有意に関連していた。
Watanabe T, et al. Support Care Cancer. 2020 May;28(5):2293-2297.

○ 進行卵巣癌に対する術前リハビリテーションの有効性を検証した前後比較研究において、プレリハビリテーション群において在院日数は有意に短縮した(中央値:5日(IQR, 4~6) vs 7日(IQR, 5~9), p = 0.04)。また、化学療法開始までの日数はプレリハビリテーション群の方が有意に短かった。
Diaz-Feijoo B, et al. Cancers (Basel). 2022 Mar 23;14(7):1635.

○ 膵癌に対する膵頭十二指腸切除術を予定している患者に対する栄養加入を含む術前の呼吸リハビリテーションの有効性を検討したRCTIにおいて、介入群において術後の胃排泄遅延は有意に低下した。
Ausania F, Senra P, Melendez R, et al. Rev Esp Enferm Dig. 2019;111(8):607-8.

中医協 総-4
2023.12.1

がん患者に対するリハビリテーションについて :

診療ガイドラインにおいて術後合併症の減少、入院日数短縮の効果があることから術前の呼吸リハビリが推奨され、大腸結腸癌、卵巣癌、膵癌への術前リハビリも効果があると報告されています。現行の呼吸器リハビリでも、「食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸訓練を要する者」が算定対象となっていますが、「術前の呼吸器リハビリ料の対象となる疾患の明確化」を図ってはどうかと提案がされています。

2. 栄養管理について

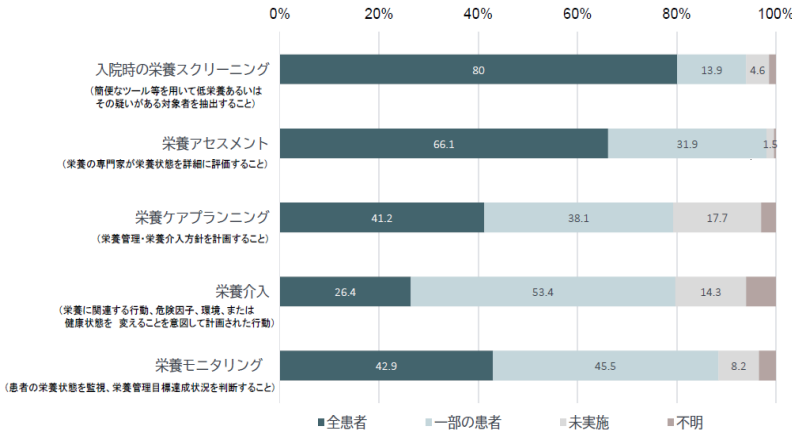
- 入院患者の栄養管理が適切に実施される取組の推進とともに、栄養・摂食嚥下状態を定期的に把握するためのDPCデータ（様式1）の活用等を含めた仕組みについて、どのように考えるか。
- 医療機関と介護保険施設の栄養情報連携を推進するために、どのような方策が考えられるか。

入院患者の栄養管理体制に関する状況

- 入院時の栄養スクリーニングを全患者に実施していると回答した病院は、約8割。
- 栄養ケアプランニングや栄養介入、栄養モニタリングを未実施と回答した病院が、一定数存在した。

中医協 総-4
2023.12.1

■ 入院患者の栄養管理に関するプロセスの実施対象 n=905



入院時の栄養スクリーニングを全患者に実施している病院は約8割にとどまること、栄養・摂食嚥下状態を把握できるデータが十分に揃っていないことなどの課題があります。

現在もDPCデータ（様式1）へ栄養管理項目の入力がされていますが、入院患者への適切な栄養管理推進、栄養・摂食嚥下状態の定期的な把握のために、活用などを進めるといった提案がされています。

出典：前田ら、急性期病院の管理栄養士を対象とした入院患者の栄養管理に関するアンケート調査、日本栄養・嚥下理学療法学会シンポジウム資料（2023年9月）78

3. 口腔管理について

- 回復期リハビリテーション入院患者に対する口腔の管理を推進するために、リハビリテーション実施計画書における口腔管理に係る項目を追加することや、歯科医療機関との連携方策について、どのように考えるか

リハビリテーション実施計画書（医療）

中医協 総-4
2023.12.1

- 心身機能・構造
- 基本動作
- 栄養
- ※口腔機能に係る項目は含まれていない
- 社会保障サービスの申請状況

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（介護）

令和3年度介護報酬改定において、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を提示

回復期リハビリ病棟では「歯科の連携」はADL改善などに効果的であるといった点を踏まえ、リハビリ実施計画書に「口腔状態」の記載項目追加や「回復期リハビリ病棟と歯科医療機関との連携を診療報酬で評価する」などの方向性が考えられています。

4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

- 急性期入院医療における高齢者のADL悪化を防ぐ取組の推進が求められているが、ADL維持向上等体制加算の届出施設数は少ないことを踏まえ、急性期病棟において、
 - ・ 理学療法士等の配置とリハビリテーションの提供の推進
 - ・ 土日祝日のリハビリテーションの提供
 - ・ 患者の状態に応じた速やかな食事の提供・変更等を含めた栄養管理の強化
 - ・ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な運用を図るため、どのような方策が考えられるか。

ADL維持向上等体制加算の届出状況

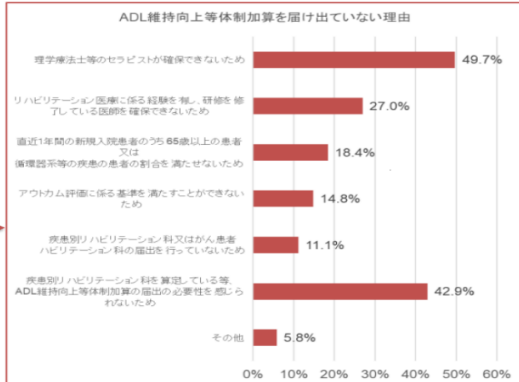
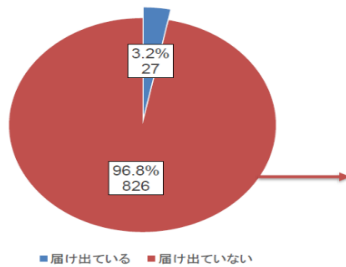
診療組 入-1
5 6 8

中医協 総-4
2023.12.1

- ADL維持向上等体制加算を届け出ている施設は3.2% (27施設)であった。
- 同加算を届け出していない理由としては、「理学療法士等を確保できないため」、「疾患別リハビリテーション料等を算定しているため、加算届出の必要性を感じないため」が多かった。

ADL維持向上等体制加算の届出状況

ADL維持向上等体制加算を届け出ない理由



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）

134

届け出ている施設は3.2%（27施設）にとどまっています。急性期入院医療において「高齢患者が一定期間の安静臥床をすることでADLが低下してしまう、要介護状態が悪化してしまう」ことが問題視されています。「急性期病棟でも介護福祉士などの配置を評価してはどうか」「ADL維持向上等体制加算の大幅な評価拡充を行ってはどうか」といった意見が出ています。

個別事項（その11） 12月6日

救急医療について転院搬送に関する事項、救急医療管理加算について下記の内容が議論されました。

1. 救急医療における患者の病態に応じた効率的な医療の提供のための転院搬送について

- 患者の病態に応じた効率的な医療を推進する観点から、救急医療機関等を受診後に他の医療機関でも対応可能な患者を転院搬送する取組に対する評価の在り方について、どのように考えるか。
- 急性期病棟から他の急性期病棟への転院については、**搬送元医療機関に入院後速やかに行われた場合に限り、在宅復帰率の評価対象から除外することについて**どのように考えるか。

2. 救急医療管理加算について

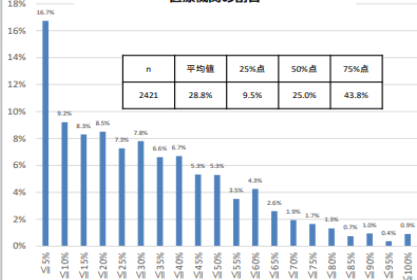
- 救急医療管理加算について、**JCS0の場合の「意識障害又は昏睡」、P/F比400以上やNYHA 1度の場合の「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」**により算定する場合の**評価について**どのように考えるか。
- 救急医療管理加算のうち**「その他の重症な状態」の割合が高い医療機関が存在することを踏まえ、「その他の重症な状態」の取扱いについて**どのように考えるか。

救急搬送医療管理加算のうち「その他の重症な状態」の割合

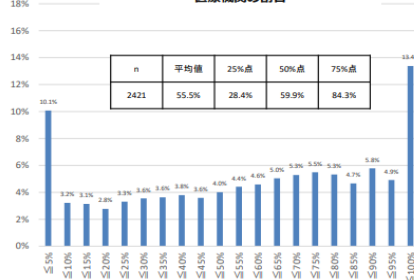
- 救急医療管理加算全体のうち「その他の重症な状態」を選択する割合については、半数の医療機関が25%以下であった一方で、50%を超える医療機関が18%あった。
- 救急医療管理加算2のうち「その他の重症な状態」を選択する割合については、95%以上である医療機関が13.4%あった。

中医協 総-1
2023.12.6

救急医療管理加算全体のうちの加算2「その他の重症な状態」の割合ごとの医療機関の割合



救急医療管理加算2のうち「その他の重症な状態」の割合ごとの医療機関の割合



出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月）

※救急医療管理加算を100件以上入力している医療機関が対象。新型コロナにより入院した患者を除く。

86

個別事項 (その12) 12月8日

人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援の推進について、かかりつけ医がより早期から実施を推進する方策について議論がされました。

1. 人生の最終段階における医療・ケアに係る適切な意思決定支援の推進について (外来における意思決定支援について)

- 適切な意思決定支援の指針の策定について、**入院医療と比較して外来医療においては指針の策定割合が低い**ことや、認知症の高齢者人口が将来増加していくことが予想されていることも踏まえ、認知症患者の症状が進行し意思確認が困難になる場合等に備えて、**かかりつけ医がより早期から適切な意思決定支援を実施することを推進する方策について**、どのように考えるか。

(入院における意思決定支援について)

- 急性期一般入院料を届出ている医療機関において適切な意思決定支援の指針の策定割合が地域包括ケア病棟等と比較して低い現状や、高齢者に多い疾患の入棟先として急性期一般入院料が多い現状等を踏まえ、**急性期一般入院料等も含めた入院医療における適切な意思決定支援の指針の策定を促進することについて**、どのように考えるか。

適切な意思決定に係る指針の策定状況 (外来)

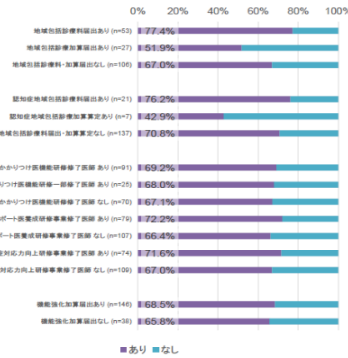
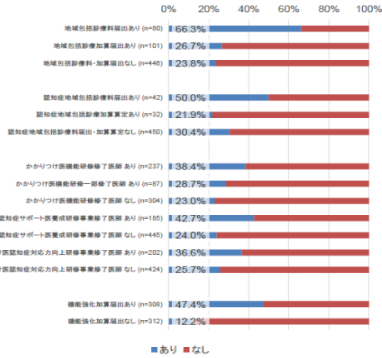
診調組 入-5
5.10.5

中医協 総-3
2023.12.8

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、地域包括診療料の届出の医療機関において、指針を策定している割合、当該指針について活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無

定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



出典:令和5年度入院・外来医療等における実態調査(外来施設票)

15

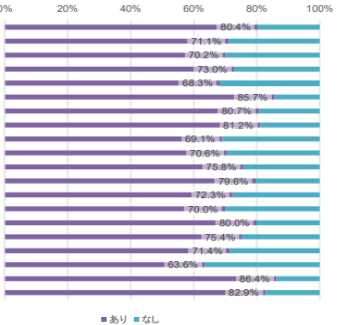
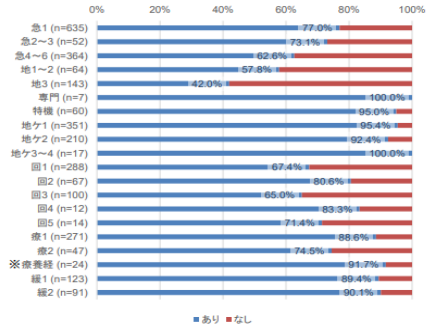
適切な意思決定に係る指針の策定状況 (入院)

診調組 入-5
5.10.5

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、急性期一般病棟入院料1の届出をしている医療機関では77.0%の割合であった一方、地域一般病棟入院料を有する医療機関では、指針を策定していない割合がその他の医療機関と比較して少なかった。
- 地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟等を有する医療機関は当該指針の活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が他の医療機関と比べて高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無

定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



出典:令和5年度入院・外来医療等における実態調査(入院施設票)

※療養科入院基本科(療養病棟入院基本科の注1に規定される点数を届け出ている施設)

16

2. 人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有について

- 全ての療養の場における、人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有を推進する観点から、介護支援専門員を含めた多職種と、急変時の入院先の医療機関の医療関係職種等とも情報を共有するために、ICT等を用いることについてどのように考えるか。
- また、人生の最終段階における医療・ケアについては、本人による意思決定を基本としつつ、時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることも踏まえ、人生の最終段階における医療・ケアの共有の推進に資する診療情報提供料 (I) の「指定居宅介護支援事業所に向けた様式」の見直しを行うことについて、どのように考えるか。

外来で策定が遅れていることについて、支払側は策定割合が高い「地域包括診療料」などに策定を要件化するように要望しています。診療側は策定には多職種チームが関与することも踏まえ、まずは準備を進めることが現実的と回答しています。

入院は現在、地域包括ケア病棟や療養病棟で策定が義務化されていますが支払側は「急性期を含めた全入院料での要件化」を提案しています。診療側は必ずしも全ての病棟で意思決定支援が必要になるわけではなく、例えば小児病棟などは指針の策定対象になるわけではないことを踏まえ、必要性を見極めながら検討すべきとしています。

個別事項 (その13) __ 12月8日

明細書無料発行に係る現状と論点、業務の効率化・簡素化に向けた診療報酬明細書の記載、施設基準の届出の簡素化について議論されました。

1. 明細書の無料発行について

- 患者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、明細書の無料発行をしていない施設数が少なくなっている現状を踏まえ、**診療所（医科・歯科）における、明細書無料発行の免除規定を廃止してはどうか。**
- また、**免除規定の廃止の時期について、個別の保険医療機関のシステムを改修するには費用がかかること、診療報酬改定DXにおいて令和10年度以降に標準型レセコン等の提供が検討されていることを踏まえ、令和10年度以降の当該標準型レセコン提供開始時期を目途としてはどうか。**

明細書の無料発行の現状（令和4年4月～）

	自己負担のある患者	自己負担のない患者
病院 (電子レセプト請求を行っているものに限り)	無料発行義務あり	無料発行義務あり
診療所（医科・歯科） (電子レセプト請求を行っているものに限り)	無料発行義務あり (正当な理由 ^{※1} がある場合、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りる) (正当な理由 ^{※1} がある場合、当分の間、交付を有償で行うことができる)	無料発行義務あり (正当な理由 ^{※2} がある場合、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りる) (正当な理由 ^{※2} がある場合、当分の間、交付を有償で行うことができる)
保険薬局 (電子レセプト請求を行っているものに限り)	無料発行義務あり	無料発行義務あり
電子レセプト請求免除（未対応）の施設	特に規定なし	
訪問看護ST	患者から求めがあれば発行に努める ^{※4}	

中医協 総-4
2023.12.8

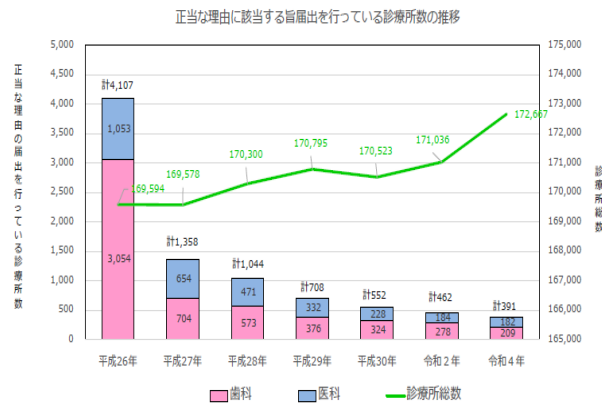
明細書の発行は2006年度診療報酬改定時から取組が行われ、現在は左記の取り扱いとなっています。無料発行をしていない施設数が少なくなっていることもあり、明細書無料発行の免除規定を廃止し、発行を完全義務化すること、その時期をシステム改修等の時間等を考慮し、標準型レセコン等が提供される2028年度以降することを提案しました。

- ※1 明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、以下の正当な理由がある場合（自己負担のある患者）
 - ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
 - ② 自動入金機の改修が必要な場合
- ※2 明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、以下の正当な理由がある場合（自己負担のない患者）
 - ① 一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
 - ② 自動入金機の改修が必要な場合
- ※3 明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、以下の正当な理由がある場合（自己負担のない患者）
 - ① 一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
 - ② 自動入金機の改修が必要な場合
- ※4 指定訪問看護事業者においても、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。

中医協 総-4
2023.12.8

「正当な理由」に該当し明細書の無料発行をしていない施設の状況

「正当な理由」に該当し、全ての患者に明細書を発行していない（患者から求められたときに交付している）施設



出典：保険局医療課調べ（毎年7月現在の届出状況報告及び医療施設動向調査より）

明細書に関する各種議論の状況

明細書の無料発行に係る議論については、「電子レセプト請求（オンライン請求及び電子媒体による請求）の実施の有無」や「正当な理由に該当する医療機関のデジタル化」などが大きな論点になる。

- 電子レセプト請求の実施の有無

明細書の無料発行義務については、電子レセプト請求の実施の有無により決まっており、現在紙レセプトによる請求を行っている医療機関が、電子レセプト請求であるオンライン請求を開始することになると、新たに明細書の発行義務がかかることになる。

⇒現在オンライン請求の割合を100%に近づけていく取り組みが進められており、訪問看護ステーションのオンライン請求について、令和6年6月（7月請求分）から開始される予定となっている。
- 正当な理由に該当する医療機関のデジタル化

明細書の無料発行義務対象の医療機関であっても、明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、正当な理由がある場合がある場合は、当該義務が免除されている。その理由の一つが、「明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合」となっており、当該医療機関のデジタル化が進めば、免除に該当する施設がなくなることが期待される。

⇒診療報酬改定DXの中で、標準型電子カルテと一体型のモジュールを組み入れた標準型レセコンをクラウド上に構築して利用可能な環境を提供することが検討されており、当該標準型レセコンに明細書の発行機能も搭載することにより、PCさえあればどのような医療機関であっても明細書が発行できる環境の構築が可能になる。

2. 業務の効率化・簡素化について

- 医療機関等の医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、**施設基準の届出や添付書類の提出を一部省略することについて**、どのように考えるか。
- **施設基準届出の電子化の推進策について**どのように考えるか。

診療報酬明細書の記載に係る簡素化

- 平成30年度診療報酬改定において、診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応として、医科・歯科の診療行為及び調剤行為のうちレセプト摘要欄に記載を求めている項目については、選択式記載を導入し、所要のコードを設定した。
- しかし、摘要欄に記載を必要とする項目は平成30年度改定時には562項目、令和2年度改定時には617項目、令和4年度改定時には722項目（医薬品投与における記載事項等も選択式のコードを設定。計890項目）と診療報酬改定ごとに増え続けている。
- 令和6年度診療報酬改定においては、以下に示すような記載項目について見直しを行い、必要に応じて廃止する等の検討を行うこととする。

レセプトに記載されている情報等から確認できるもの

記載事項	選択式コード	レセプト表示文言
(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合)月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
(在宅患者訪問診療料 (I) 又は (II) を当該月に算定している場合)当該往診を行った年月日を記載すること。	850100093	往診を行った年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日

→ 生年月日情報で確認可能と思われる

→ 算定日情報で確認可能と思われる

必要以上の記載項目と考えられるもの

記載事項	選択式コード	レセプト表示文言
(入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料を算定しない場合)	820100148	外来にて請求済み
「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100149	入院にて請求済み
	820100150	その他(労災、他保険にて請求済み)

→ 算定していないものの理由は不要ではないか

中医協 総-4
2023.12.8

レセプトの摘要欄に記載を求めている項目について、2024年度診療報酬改定においては、生年月日情報で確認可能、算定日からみて確認可能と思われる項目については廃止の検討が行われています。

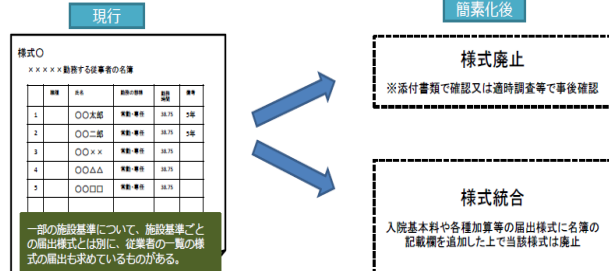
また、施設基準の届け出や添付書類の提出を一部省略される予定もあり、省略された書式等に記載された要件は適時調査等で確認とされています。

地方厚生(支)局への届出の簡素化(1)

- 現在地方厚生(支)局への届出を求めている施設基準が約800、その届出に使用する様式が約500種類となっており、様式以外に研修の受講証等の添付書類を求めている施設基準もあることから、施設基準の届出等の手続きが保険医療機関の負担となっている。
- また、新たな医療技術が評価されると、その実施の担保のため施設基準の届出を求めていることから、届出様式等は継続的に増加している現状がある。(H30改定:384様式、R2改定:438様式、R4改定:499様式)
- 今後、施設基準届出の効率化や電子化を進めていくに当たり、届出様式の統廃合や届出の省略化、添付資料の省略化など、手続きの簡素化・合理化する必要がある。

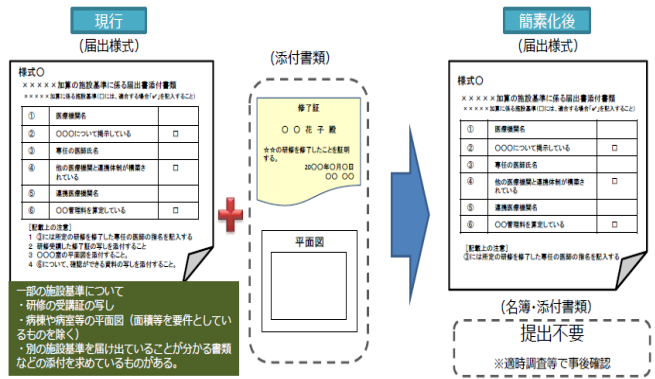
見直しのイメージ

【様式の統廃合】



地方厚生(支)局への届出の簡素化(2)

【添付書類の省略】



- 施設基準ごとの様式や添付書類の必要性を精査しつつ、保険医療機関等の負担軽減及び業務効率化の観点から、可能な施設基準から様式の統廃合や添付書類の省略などの検討する。
- 一方で施設基準にかかる要件確認は重要であることから、省略した様式等に記載された要件については、適時調査等で確認する。

地方厚生(支)局への届出の電子化(1)

- 施設基準の届出について、一部電子的な届出が可能になっているものの、ほとんどの施設基準で紙での届出が必要となっており、郵送等の手間や費用がかかっている状況にある。
- 医科・歯科・調剤の施設基準の中でも、施設基準の少ない調剤では後発医薬品調剤体制加算を除いて、電子的な届出が可能になっているが、電子的な届出を行っている保険薬局は限定的である。
- 診療報酬改定DXにおいても、「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」することが一つのテーマとなっており、令和6年度以降進めていく予定である。ただし、約800の施設基準のうち784の施設基準が未対応の状況であり、段階的に対応を行っていく必要がある。
- 電子的な届出は「保険医療機関等電子申請・届出等システム」から実施いただく必要があり、保険医療機関及び保険薬局が当該システムを利用するためにオンライン請求用の回線を使用している必要があり、電子的な届出を推進するためには、オンライン請求(又はオンライン資格確認)の推進も重要である。

【電子的な届出が可能な施設基準】

項目	名称	項目	名称
1	入院院支援加算	11	地域支援体制加算3
2	CAD/CAM履及びCAD/CAMインレー	12	地域支援体制加算4
3	調剤基本料1	13	連携強化加算
4	調剤基本料2	14	無菌製剤処理加算
5	調剤基本料3イ	15	在宅患者調剤加算
6	調剤基本料3ロ	16	特定薬剤管理指導加算2
7	調剤基本料3ハ	17	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料
8	調剤基本料1(注1のただし書に該当する場合)	18	在宅患者医療用薬持続注射療法加算
9	地域支援体制加算1	19	在宅中心静脈薬療法加算
10	地域支援体制加算2		

地方厚生(支)局への届出の電子化(2)

【電子的な届出が未導入な施設基準内訳】

区画	基本診療科												特設診療科												合算			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X		Y	Z	
未対応	※一部調剤、処方料等 在宅医療、検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション、処置、手術、麻酔、放射線治療、調剤指導及び調剤指導、歯科矯正、病理診断																											
732	300	58	29	46	18	2	3	20	21	19	188	3	17	7	1													
未対応	※一部調剤、処方料等 在宅医療、検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション、処置、手術、麻酔、放射線治療、調剤指導及び調剤指導、歯科矯正、病理診断																											
49	6	5	4	7	2	0	0	1	2	14	1	0	3	2	2													
未対応	※一部調剤、処方料等 在宅医療、検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション、処置、手術、麻酔、放射線治療、調剤指導及び調剤指導、歯科矯正、病理診断																											
3	後発医薬品調剤体制加算1~3																											

個別事項 (その14) 12月8日

生活習慣病について「療養計画書の簡素化」による医師負担軽減、月1回以上の診療実施要件の緩和による患者負担軽減、多職種連携の要件化等について議論されました。

1. 生活習慣病に対する疾病管理について

- 医療DXの推進により血液検査項目等を電子カルテ情報共有サービスで閲覧できるようになることを踏まえ、**生活習慣病管理料の療養計画書を一定程度簡素化**するとともに、改正医療法の内容を踏まえ患者の求めに応じ文書を交付することについてどう考えるか。
- 生活習慣病管理料は少なくとも1月に1回以上診療することが要件とされているが、生活習慣病について**2～3月に1回の診療形態が一定程度あることから、少なくとも1月に1回以上の診療を求める要件は見直してはどうか。**
- リフィル処方箋は生活習慣病に対して他の疾患と比べ多く発行されている実態があることを踏まえ、生活習慣病の疾病管理においてリフィル処方箋の活用を推進するための方策についてどのように考えるか。
- 生活習慣病管理料は診療ガイドライン等を参考とした総合的な生活習慣病に係る医学的管理を評価したものであるが、診療ガイドラインにおいて生活習慣病に対する生活習慣の指導について詳細な推奨がなされており、このような**診療ガイドラインに沿った診療を推進するための方策について**どのように考えるか。
- 外来データ提出加算が創設されたことを踏まえ、データに基づいた生活習慣病対策を推進していくための方策についてどのように考えるか。

生活習慣病管理料の療養計画書

中医協 総-8
5. 6. 21

- 生活習慣病管理料においては、検査・問診、重点を置く領域と指導項目(食事、運動、たばこ等)、服薬指導等についての療養計画書を作成し、患者に対し説明の上当該計画書に署名を受けることが求められる。

生活習慣病管理料の療養計画書 (医師用)		生活習慣病管理料の療養計画書 (患者用)	
患者氏名	診療科目	患者氏名	診療科目
氏名	科	氏名	科
性別		性別	
年齢		年齢	
住所		住所	
電話番号		電話番号	
緊急連絡先		緊急連絡先	
アレルギー		アレルギー	
既往歴		既往歴	
家族歴		家族歴	
現在の症状		現在の症状	
検査結果		検査結果	
医師の診断		医師の診断	
治療方針		治療方針	
生活習慣指導		生活習慣指導	
服薬指導		服薬指導	
患者の同意		患者の同意	
医師の署名		医師の署名	

中医協 総-5
2023.12.8

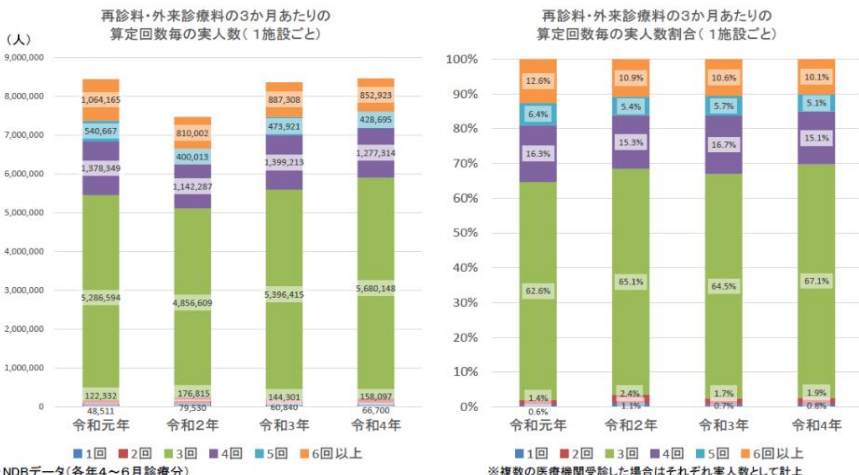
生活習慣病管理料の算定要件の1つに「療養計画書」の作成があります。算定が困難なこととして、「療養計画書」を作成し、患者に対して丁寧に説明の上当該計画書に署名を受けることが最も多くなっています。医療DXとして、電子カルテ情報共有サービスの運用や電子カルテ情報の標準化が整備されると、「療養計画書」の検査結果は共有できるようになるため、「療養計画書」の記載事項の一部を省略でき、医師の療養計画書作成負担が軽減できるのではないか、という意見が出されています。

再診料・外来診療料の3か月あたりの算定実人数

中医協 総-3
5. 11. 10改

- 高血圧・糖尿病・脂質異常症を主病とする患者における再診料・外来診療料は、3か月間に3回(1月に1回)算定されている患者が最多であった。再診料・外来診療料が3か月間に4回以上算定されている患者割合は令和元年から令和2年にかけて減少していた。3か月間に1～2回受診する患者は約2～3%であった。

中医協 総-5
2023.12.8



また、生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、「少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならない」という算定要件に対し、2～3月に1回の診療形態が一定程度(約2～3%)あることから、要件の見直しが提案されています。

2. 多職種連携・医科歯科連携について

- 多職種連携・医科歯科連携の有効性がガイドライン等において示されていることを踏まえ、より有効な生活習慣病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について、**多職種連携・医科歯科連携に係る要件を追加すること**についてどのように考えるか。

生活習慣病の管理における多職種連携

中医協 総-1
3. 10. 20

- 高血圧症や糖尿病等においては、多職種による療養指導の重要性についてガイドライン等で示されており、関係学会による研修・認定制度が設けられている。

「高血圧治療ガイドライン2019」 日本高血圧学会

「糖尿病診療ガイドライン2019」 日本糖尿病学会

表3-4 医療スタッフが患者とパートナーシップを築き
コンコーダンス医療を続ける方法

- 高血圧によるリスクと治療の有益性について話し合う
- 高血圧治療の情報を口頭、紙媒体、視聴覚資料でわかりやすく提供する
- 患者の合意、自主的な選択を尊重し、患者の生活に合った治療方針を決める
- 処方単剤化し、服薬回数、服薬錠数を減らす(合剤の使用、一包化調剤など)
- 家庭血圧の自己測定・記録を推奨し、その評価をフィードバックする
- 医療スタッフ(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士)、患者、家族を含めた治療支援体制を作る
- 治療の費用や中断した場合に負担となるコストについて話し合う
- 服薬忘れの原因・理由について話し合い、特に副作用や心配・気がかりな問題に注意して、必要であれば薬剤の変更を考慮する

※「コンコーダンス」:患者がチームの一員として医療スタッフと話し合い、治療方針を決定し続けること

出典:日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会(編)「高血圧治療ガイドライン2019」, p55

●糖尿病自己管理教育の総死亡率への効果

DSME RCT 42 件のメタ解析¹⁾では、**DSME 介入は通常ケアに比べて2型糖尿病患者の総死亡率を26%抑制することが報告され、その効果は多職種チームによる介入、看護師主導介入双方とも有効であった。**DSMEによる総死亡率抑制効果は、10時間以上、複数回、組織化されたカリキュラム、対面式の介入を受けた患者で大きかった。

出典:日本糖尿病学会編・著:糖尿病診療ガイドライン2019, p107,108, 南江堂, 2019

中医協 総-5
2023.12.8

生活習慣病管理料について、多職種連携・医科歯科連携の有効性がガイドライン等で示されていることから、ガイドラインの重要性は概ね了承され、今後どのような形で要件に盛り込まれるかが検討されます。

3. 慢性腎臓病に係る対応について

- **非糖尿病の慢性腎臓病患者に対して、多職種の取組により腎機能低下が抑制されたことを踏まえ、透析予防の取組に係る評価について**どのように考えるか。
- 透析予防の取組は多職種による行動変容を促すものであり、発症早期の介入が効果的であると考えられること、介入開始後早期に特に大きな効果を得られるとする報告があることから、**取組開始後の期間に応じて評価すること**についてどのように考えるか。

糖尿病及び非糖尿病の慢性腎臓病に対する多職種による患者介入

- 非糖尿病患者も糖尿病の患者と同様に、多職種による介入の結果、推定糸球体濾過量(eGFR)の低下が有意に抑制されたという研究結果がある。

中医協 総-5
2023.12.8

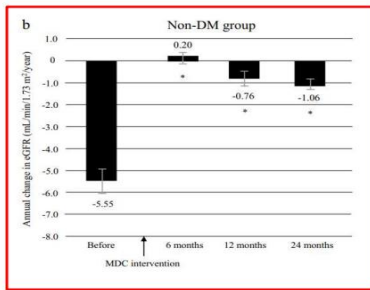
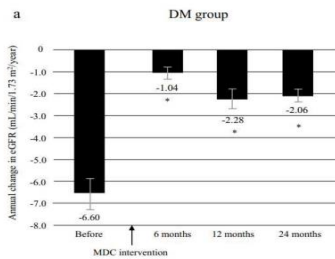


Fig. 2 Annual changes in eGFR decline (Δ eGFR) in the 12 months before and 24 months after initiation of multidisciplinary care according to DM status. a DM group, b non-DM group. * $P < 0.0001$ vs. before start of MDC. Data are shown as the mean. Bars indicate the 95% confidence interval. DM diabetes mellitus, eGFR estimated glomerular filtration rate, MDC multidisciplinary care

Fig. 2 Progression of eGFR expressed as percentage of eGFR first patients at one year end at the end of 2 years of follow up using Kaplan-Meier survival analysis. Patients who dropped out were censored with the numbers remaining at each 20-week time interval listed above.

慢性腎臓病に対する多職種による患者介入の効果

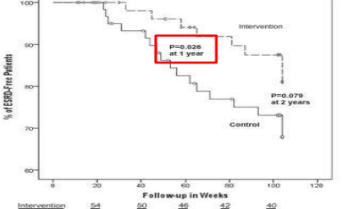
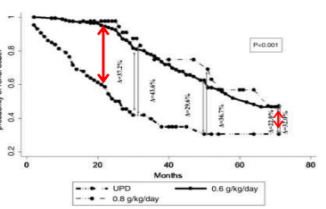
- 慢性腎臓病による多職種による介入では、介入開始後早期に特に大きな効果を得られるとする報告がある。

糖尿病の患者に対する透析予防の取組については、「糖尿病透析予防管理料」により評価されていますが、非糖尿病患者も糖尿病の患者と同様に、多職種による介入の結果、推定糸球体濾過量(eGFR)の低下が有意に抑制されたという研究結果が報告されています。

慢性腎臓病に対する多職種による介入は、介入開始後早期に特に大きな効果を得られるとする報告があることから、「取組開始後の期間に応じた評価」(早期介入を高く、遅めの介入を低く評価)を導入することが概ね了承されています。

Clin Kidney J. 2019 Nov 8;13(2):253-260.

J Diabetes Complications. 2017 Mar;31(3):624-630.



Inter analysis. Kaplan-Meier survival analysis in the LFD, LFD and CKD subjects. At 80 months, the percentages of renal death in the LFD, LFD and 0.6 g/kg/day patients were 43.7%, 51.7% patients (23.7%, renal survival 56.3%) and 44.9 patients (29.9%, renal survival 55.1%), respectively. Hazard ratios were 0.76 (95% CI, 0.57-1.00), 0.73 (95% CI, 0.54-1.00), and 0.73 (95% CI, 0.54-1.00), respectively. P=0.001, P=0.001, P=0.001, respectively.

- 慢性腎臓病Stage4を対象とし、管理栄養士を加えた多職種介入が行われた2群(0.8g/kg/日又は0.6g/kg/日まで蛋白制限を行った2群を設定)と通常群で、腎生存率を比較した観察研究。
- 治療開始早期(1-2年程度)で介入群と通常群の差が特に大きい。

Fig. 2 Progression of eGFR expressed as percentage of eGFR first patients at one year end at the end of 2 years of follow up using Kaplan-Meier survival analysis. Patients who dropped out were censored with the numbers remaining at each 20-week time interval listed above.

- 2型糖尿病とCKD stage3-4をもつ患者を対象とし、医師、管理栄養士、看護師等による多職種介入が行われた群と通常ケア群で、腎生存率を比較したランダム化比較試験。
- 介入開始後1年時点で有意差を認めた。介入開始後2年時点では介入群の方が有効である傾向はあったが、統計学的に有意ではなかった。

医療DX (その3) __12月1日 (その4) __12月8日

診療報酬において書面交付が要件とされている項目の電磁的な書面交付、院内掲示の電磁的な掲示、診療報酬改定の後ろ倒しに伴う経過措置、報告等について検討されました。

■ 情報共有基盤の整備について / 診療報酬における書面要件のデジタル化について

- 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的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。
- 医療情報の電子的な共有の仕組みの構築が進む中で、**診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、電磁的な方法による書面の交付も可能とすることについて**どのように考えるか。
- その際、現時点においても、一部の書面については、電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関等に提供する場合に、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、同ガイドラインに定められた電子署名を施すといった事項を求めていることを踏まえ、どのように考えるか。

患者サマリー(Patient summary)の運用について

健康・医療・介護情報利活用検討会
第19回 医療等情報利活用ワーキンググループ
(令和5年11月6日)

- 医師がこれまで紙などで患者に情報共有していた治療上のアドバイスを患者に電子的に共有する仕組みとして患者サマリー(Patient summary)を運用する。
- 患者サマリーは、記載した「外来の記録」と「6情報」を組み合わせて情報を整理し、マイナンバー上で患者にわかりやすく情報提供するものとし、具体的には下記の内容を記載してはどうか。
- なお、患者サマリー自体は、あくまで患者に共有するためのものであり、他の医療機関には共有しないが、患者が自らの判断でマイナンバー画面等を他の医師に見せることは可能とする。

「外来の記録」の内容

傷病名(主傷病+副傷病)

主傷病について

- 記載時点で、主として治療または検査をした傷病

副傷病について

- 主傷病以外で有していた傷病をいう(患者調査においては治療や検査を受けていない傷病も含むが、患者サマリーにおいては主傷病に関連した疾患とする)

療養上の計画・アドバイス

- 患者に医師から情報連携する内容を記述する
- 服薬や運動について、検査等対象者に合わせて記載する
- 具体的なユースケースの一例は下記の通り
 - ① 致命的な疾患リスク、既往を持つ患者、重症疾患を持つ患者に対する注意事項の記載
 - ② 今後の加療の見通しの記載(治療の流れを確認)
 - ③ 慢性的な疾患(生活習慣病等)、安定している患者に対する指導の記載

13

患者サマリーのイメージ(案)

中医協 総-2
2023.12.8

患者サマリー (Patient Summary)

基本情報

氏名 性別
生年月日 年齢

プロフィール情報

業務所属
22/10 第10医局第1
22/10 第10医局第2

アレルギー

22/01 アレルギー-1
22/07 アレルギー-2

感染症

23/01 梅毒(STS/RPR法) (-)
23/01 HBs(抗原法) (+)

外来医療記録 (かかりつけ医アドバイス)

前日更新日: 2023年7月18日

医療機関名: Aクリニック
医師氏名: 澤生 太郎
主傷病名
副傷病名
療養上の計画・アドバイス

「予病を継続し、心身ともに健康な状態を維持し、1日1回、心身の両方の運動を行う。心身の両方に血液検査を予定しています。心身の両方に検査結果を共有します。心身の両方に検査結果を共有します。」

代表的な検査項目結果

前日更新日: 2023年5月14日

14

■ 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BCPI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。

■ 書面掲示のデジタル化について

- デジタル原則に基づき、医療機関等はインターネットでの閲覧等を可能な状態にすることを義務付けを求められている中で、**保険医療機関等における対応について**どのように考えるか。

書面掲示に係る見直し事項について

○デジタル原則を踏まえたアナログ規制の見直しに係る工程表（2022年12月21日デジタル臨時行政調査会決定）抜粋

省令名	概要	該当の条文・規定
保険医療機関及び保険医療費担当規則	生活療養等の内容に係る掲示義務	第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の第三第四項、第五条の三の第二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。
	食事療養等の内容に係る掲示義務	第五条の三第四項 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
	生活療養等の内容に係る掲示義務	第五条の三の第二第四項 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
保険薬局及び保険薬剤師業務規則	生活療養等の内容に係る掲示義務	第五条の四第二項 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
	評価療養等の内容に係る掲示義務	第五条の四第二項 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
健康保険法施行規則	必要事項に係る掲示義務	第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。
	必要事項に係る掲示義務	第七十五条 指定訪問看護事業者は、訪問看護ステーションの見やすい場所に、訪問看護ステーションである旨を掲示しなければならない。
指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準	利用申込者のサービスの選択に資する重要事項の掲示義務	第二十四条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。

中医協 総-2
2023.12.8

デジタル原則は、デジタル社会に向けた構造改革のための基本原則です。そのデジタル原則に基づき、医療機関等においても、電磁的な方法による書面掲示も可能とする提案が出され、概ね了承されています。

院内掲示が要件とされている項目について（抜粋）：
 ・院内感染防止対策
 ・ハイリスク分娩等管理加算
 ・後発医薬品使用体制加算
 ・院内トリアージ実施料 など

○デジタル原則を踏まえたアナログ規制（通知・通達等）の見直し方針（2023年5月30日デジタル臨時行政調査会決定）抜粋

省令名	概要	該当の条文・規定
高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準	食事療養等の内容に係る掲示義務	（食事療養） 第五条の三 4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
	生活療養等の内容に係る掲示義務	（生活療養） 第五条の三の二 4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
	保険外併用療養等の内容に係る掲示義務	（保険外併用療養費に係る療養の基準等） 第五条の四 2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
施設規則及び薬剤師法に準拠する医薬品に準拠する医薬品に基き厚生労働大臣が定める掲示事項等	必要事項の掲示義務	（掲示） 第二十五条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。
	必要事項の掲示義務	○療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等

■ 診療報酬改定施行時期の後ろ倒しを踏まえた各種対応について

診療報酬改定施行時期の後ろ倒しを踏まえた各種対応について①

- 令和5年8月2日の中央社会保険医療協議会総会において、診療報酬改定DXの推進に向け、医療機関・薬局等やベンダの集中的な業務負担を平準化するために、令和6年度診療報酬改定より施行を6月1日（薬価を除く）に後ろ倒しすることについて了解いただいたところ。
- 経過措置については、後ろ倒し実施後も9月末を基本とすることを明示したところであるが、経過措置以外にも、**診療報酬改定が4月に施行されることを前提に、調査・報告等の時期が定められているものがある。**これらについて、実施時期等の整理する必要がある。

具体的な調査・報告等は、以下のとおり。

- ① 社会医療診療行為別統計：現在は**5月診療分（6月請求分）**のデータを用いて分析・公表
- ② 施設基準の届出状況等の報告：現在は**7月1日時点の状況**を保険医療機関等に報告を求めている
- ③ 歯科用貴金属価格の随時改定時期：現在は**4月、7月、10月、1月**に改定を実施
- ④ 各種実績要件：施設基準の届出や報告を実施する際に、**前年度（前年4月～当年3月）での実績**を求めているものがある

2024年度診療報酬改定の施行日が6月1日となることを踏まえ、経過措置や報告等の時期が変更となるものがあります。

診療報酬改定施行時期の後ろ倒しを踏まえた各種対応について②

- ①から④の各種調査・報告等の趣旨を踏まえ、以下の方向で対応を行う。
 - ①の社会医療診療行為別統計は、医療保険制度における医療の給付の受給者に係る診療行為の内容、傷病の状況、調剤行為の内容、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ることを目的としている。そのため、診療報酬改定により新たな診療行為が追加された場合に反映することは重要であり、**現行の5月診療分では新たな診療行為の反映が1年後になってしまうため、実施時期を見直す。**
 - ②の施設基準の届出状況等の報告は、診療報酬改定等に必要となる保険医療機関等の届出の実態を把握するために実施しており、**新設の施設基準については、7月1日時点では施行1か月後であり、診療報酬改定等に使用するデータとして適切とは言えないため、1か月後ろ倒しし、8月1日時点の報告とする。**
 ※施行直後は施設基準の届出医療機関数が最も少なく、患者数も少ない傾向があることから、施行後2～3か月経過後のデータのほうが、新設された施設基準等の影響が反映されやすい。
 - ③の歯科用貴金属価格の随時改定時期は、本年11月17日の中央社会保険医療協議会において了解いただいたとおり、**令和6年6月1日施行後は、9月・12月・3月・6月とする。**
 - ④の各種実績要件は、従来からある施設基準など継続性があるものについては引き続き年度単位での報告を求めるとし、**新設の施設基準や要件に変更がある施設基準については、新設や変更のタイミングで初回の報告期間（例えば6月～翌年3月）を明確化し、その上で、2回目以降の報告については年度単位での報告を求めるとする。**

現在、左記スケジュールで検討が行われておりますが、今後の通知を確認する必要があります。



2024年度診療報酬改定の基本方針の概要について

社会保障審議会医療保険部会及び医療部会は12月11日、2024年度診療報酬改定の基本方針を決定しました。

重点課題とした「人材確保・働き方改革等の推進」のほか、「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」「安心・安全で質の高い医療の推進」「効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上」が盛り込まれています。

社会保障審議会（医療保険部会）
2023. 12.11

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 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
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 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】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を顧みながら、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(2) 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

【具体的方向性の例】

- 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
- 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・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 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に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- オフタイムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 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の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 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（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

2024年度診療報酬改定率について

12月20日、厚生労働省は「診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定について」を公開しました。診療報酬は+0.88%とする一方、薬価は▲0.97%、材料価格は▲0.02%となっています。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001180683.pdf>

診療報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

- 診療報酬 +0.88% (国費 800 億円程度 (令和6年度予算額。以下同じ))
 - ※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%

各科改定率	医科 +0.52%
	歯科 +0.57%
	調剤 +0.16%
 - 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度)を含む。
 - ※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記※1を除く）について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%
 - ※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円） +0.06%
 - ※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

(注) 令和6年6月施行

2. 薬価等

- | | | |
|-------|--------|----------------|
| ①薬価 | ▲0.97% | (国費▲1,200億円程度) |
| ②材料価格 | ▲0.02% | (国費▲20億円程度) |
| 合計 | ▲1.00% | (国費▲1,200億円程度) |

- ※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。
- ※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。(対象：約2000品目程度)
- ※ イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

(注) 令和6年4月施行（ただし、材料価格は令和6年6月施行）

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・ 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

4. 医療制度改革

長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とすることとし、令和6年10月より施行する。

また、薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。

長期収載品へ選定療養費の導入

「長期収載品」とは、明確に定義はされていませんが、一般的には、後発医薬品のある先発医薬品のことをいいます。薬価基準に長期間収載されていることから「長期収載品」といわれるようになりました。

医療保険部会では、長期収載品を見直し、「選定療養費」への導入が検討されておりましたが、2024年度診療報酬改定の改定率の決定においては、薬価等にその内容も盛り込んで発表されております。

後発品と長期収載品の価格差の一部を保険外の患者負担とする仕組みであり、同じ効能・効果で後発医薬品を使うことができるにもかかわらず、あえて「高い長期収載品を使用したい」と希望する場合には、「高い部分」は患者自身が負担する、という考えに基づくものです。

しかし、様々なシチュエーションが考えられ、ルール作りが求められております。導入当初からの複雑なルールは混乱するとも言われています。新たな仕組みの導入で、患者の負担や医療機関の請求や会計にどのような変更があるのか、十分、時間をかけて説明が必要だと思われます。

今後、発信される情報に注視していきましょう。決定されている内容は以下の通りです。

【決定事項】

- 選定療養の仕組みを導入すること
- 後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象とすること
- 後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とすること
- 2024年10月より施行すること

中医協総会での審議内容

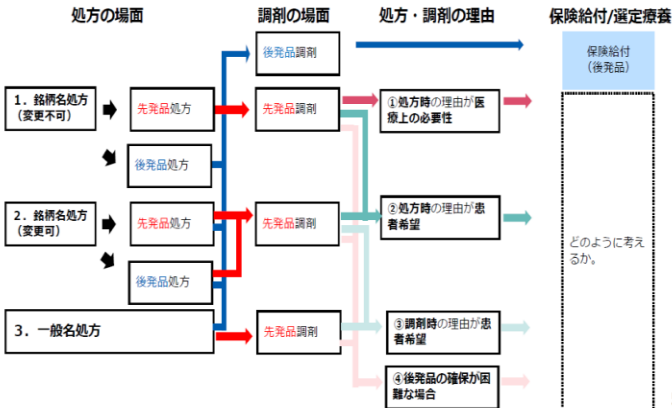
- 医療上の必要性が認められる場合に関して、医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合は、引き続き保険給付とする意見がある。
- 銘柄名処方の場合であって、患者希望により先発医薬品を処方・調剤した場合や一般名処方の場合は、選定療養費の対象とする意見がある。
- 院外処方のほか、院内処方、入院時についても、検討しなければならないが、選定療養の対象外とすべきである、という意見がある。

中医協 総-5
2023.12.1

中医協 総-6
2023.12.15

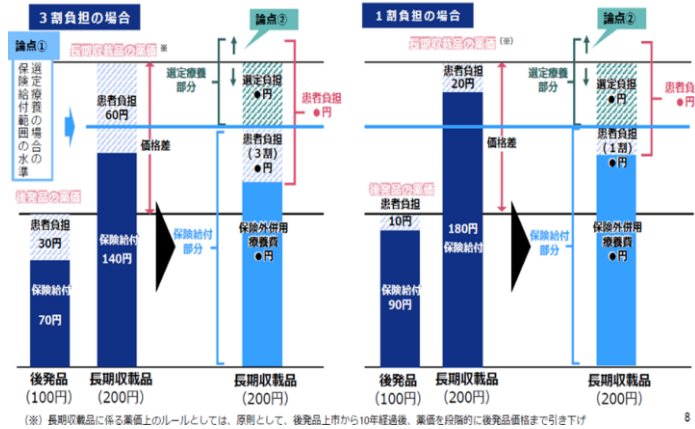
保険給付と選定療養の適用場面（イメージ）（院外処方の例）

- 前提として、いずれの処方であれ、後発品を調剤した場合は、後発品を保険給付
- 銘柄名処方(変更不可)であって、医療上の必要性を理由とする場合(①)は、先発品としての保険給付を認めることとはどうか。
- 他方、患者希望により先発品を処方・調剤した場合(②・③)について、どのように考えるか。
- 全体に共通する事項として、後発品の確保が困難であるため、先発品を処方・調剤した場合(④)につき、どのように考えるか。



保険給付と選定療養の負担についての具体的な論点・イメージ

- ① 長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、選定療養の場合における保険給付範囲の水準はどの程度とすべきか（長期収載品の薬価と、選定療養の場合における保険給付範囲の水準の差は、どの程度が適当か）。
- ② 上記を踏まえ、選定療養に係る負担については、どの程度を標準とするべきか。また、次の点についてどのように考えるか。
 - ・ 長期収載品の薬価を超えて、選定療養に係る負担を徴収することを認めるのか
 - ・ 選定療養に係る負担を徴収しないことや、標準とする水準より低い額で徴収することを認めるのか。





算定 à la carte

ラジオ波焼灼療法が早期乳癌にも保険適応

2023年12月1日より、「乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法」が保険適応となりました。K697-3肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）の注1の「□ その他のもの」15,000 点を準用して算定します。

適応は、「腫瘍径1.5cm以下、腋窩リンパ節転移および遠隔転移を認めない限局性早期乳がん」等です。

関連通知等をお示いたしますので、算定漏れの無いよう、注意しましょう。詳細は、日本乳癌学会より2023.11.17に発出されている「ラジオ波焼灼術（RFA）早期乳癌適正使用指針」をご参照ください。

なお、先進医療や患者申出療養の項目として挙げられていた、「経皮的乳がんラジオ波焼灼療法（早期乳がん：長径が1.5cm以下のものに限る）」は2023年12月1日で削除となっています。

<https://www.jbcs.gr.jp/uploads/files/shikaku%20elearning/RFA/rfa.20231117.pdf>

「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」等の一部改正について
厚生労働省保険局 2023.11.30

K697-3の留意事項（5）の次に次を加える。

（6）乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法は次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

ア ここでいう1.5センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう。

イ 本療法の実施に当たっては、関係学会の定める適正使用指針を遵守すること。

ウ 本療法は、外科又は乳腺外科の常勤の医師が2名以上配置されている保険医療機関に限り算定する。

エ 本療法は乳腺外科又は乳腺について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が実施すること。

オ 本療法は、**術前診断において Stage 0 又は I A で、腫瘍径1.5センチメートル以下の乳腺悪性腫瘍の患者に対する治療を目的として実施すること。**

カ 乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2は次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

- i 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有しており、乳がんセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。
- ii 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、「2 単独法」のうち、色素のみによるもののみを実施する施設にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。
- iii 麻酔科標榜医が配置されていること。
- iv 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

患者申出療養患者申出療養評価会議
提出資料より抜粋 厚生労働省 2019.2.7



ラジオ波焼灼システム（RFA機器）
「Cool-tip RFA システムEシリーズ」は、2023年7月7日、「早期乳がん」に対して、適応拡大が薬事承認されています。

ラジオ波焼灼療法（RFA）

皮膚表面からがん細胞に電極針を刺して、針から発生させたラジオ波（電磁波）の熱でがんを焼いて壊死させる治療法。
肝臓がんの標準治療の1つとして保険適用されている。

患者選択規準（適格基準）

- 針生検で組織学的に通常型の原発性乳管癌であることが証明されていること。
- 腫瘍の大きさが、造影MRI検査、超音波検査を含む術前画像検査すべてにおいて長径1.5cm以下の単発限局性病変であること。
- 癌の皮膚浸潤や皮膚所見（Delle）が認められないこと。
- 今回の乳癌に対する前治療（化学療法・ホルモン療法・放射線治療など）の既往がないこと。
- 年齢が20歳以上の女性であること。
- 術後放射線治療が実施可能なこと。
- 手術、全身麻酔に耐えうる臓器機能を有すること。
- 術前診断にて腋窩リンパ節転移がないこと。

ラジオ波焼灼術（RFA）早期乳癌適正使用指針より抜粋
日本乳癌学会 2023.11.17