

個別事項(その20)

これまでのご指摘に対する回答について

(1) 総合入院体制加算に係る指摘事項

(11月8日 中央社会保険医療協議会 総会)

【入院(その2)】

- 地域において、総合入院体制加算(特に総合入院体制加算1)を算定する医療機関が果たす役割というのは、非常に大きいというのが、これまでも示されてきている。急性期充実体制加算が新設されたこのタイミングで、総合入院体制加算1については、きちんとその役割に合った評価に引き上げることを検討する必要があるのではないか。

総合入院体制加算の概要

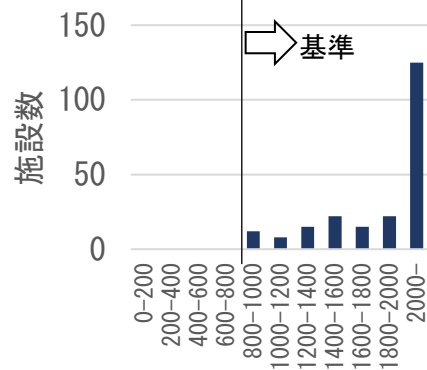
中医協 総 - 3
5 . 1 1 . 1 5 改

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している。(※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていないとしても良い。) 外来を縮小する体制を有すること。(右記) <ul style="list-style-type: none"> ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 次のいずれにも該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している イ 診療情報提供料1の注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。 イ 紹介受診重点医療機関である。 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。 		
実績要件	(共通要件) 全身麻酔による手術件数が年800件以上		
	<ul style="list-style-type: none"> ア 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、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法)：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上 		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす —	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす —
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす <ul style="list-style-type: none"> イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上 	以下のいずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(A2点以上又はC1点以上)		必要度Ⅰ： <u>3割3分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割以上</u>	必要度Ⅰ： <u>3割以上</u> 必要度Ⅱ： <u>2割7分以上</u>

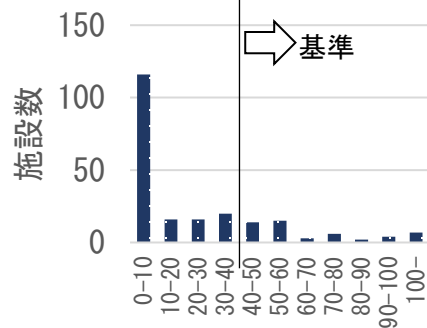
総合入院体制加算を算定している医療機関の診療実績

○ 総合入院体制加算を算定している医療機関の診療実績は以下のとおり。全身麻酔手術件数、分娩件数は、多くの施設が基準を満たしていた。

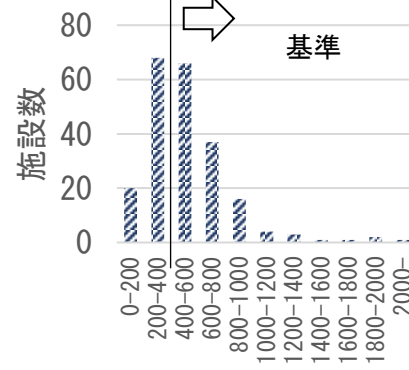
全身麻酔手術の件数



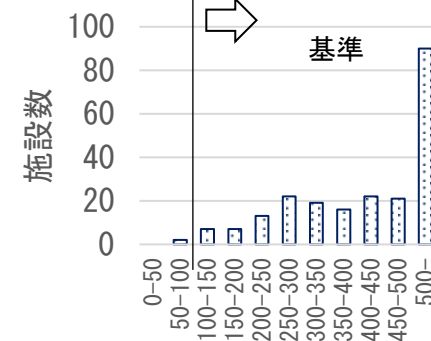
人工心肺を用いた手術等



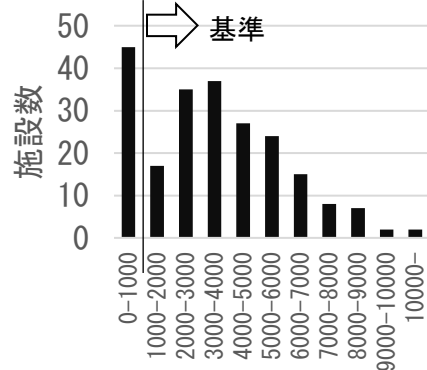
悪性腫瘍手術



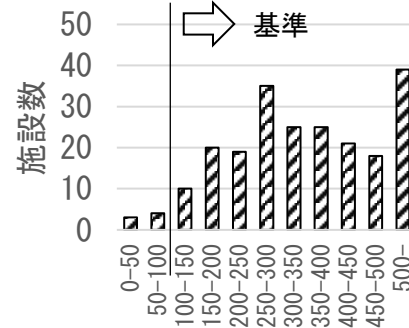
腹腔鏡下手術



放射線治療



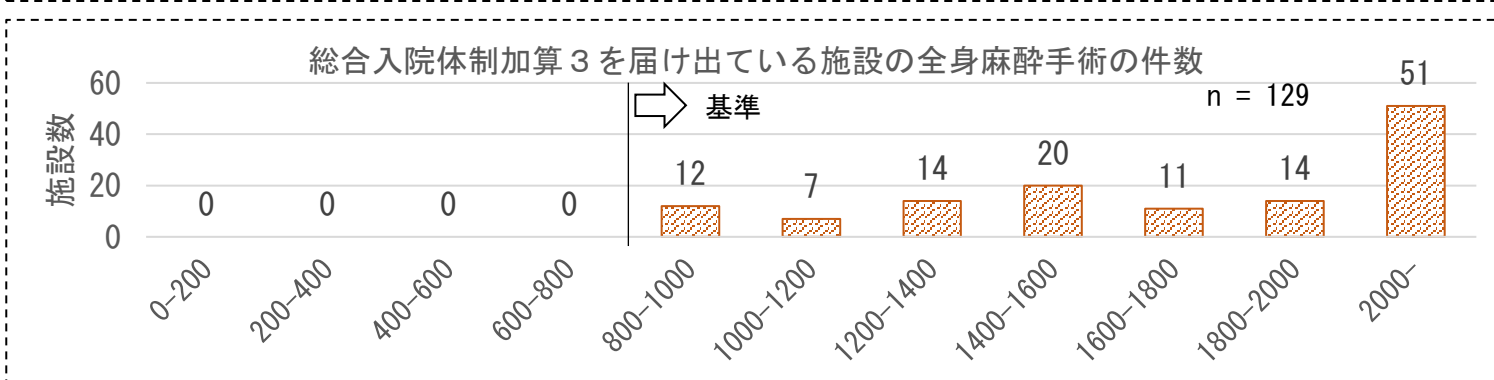
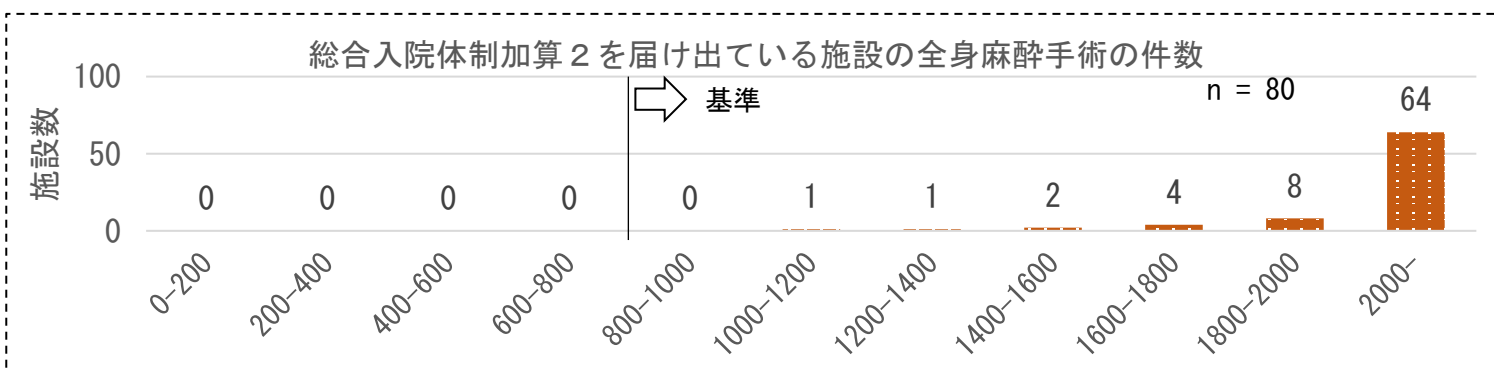
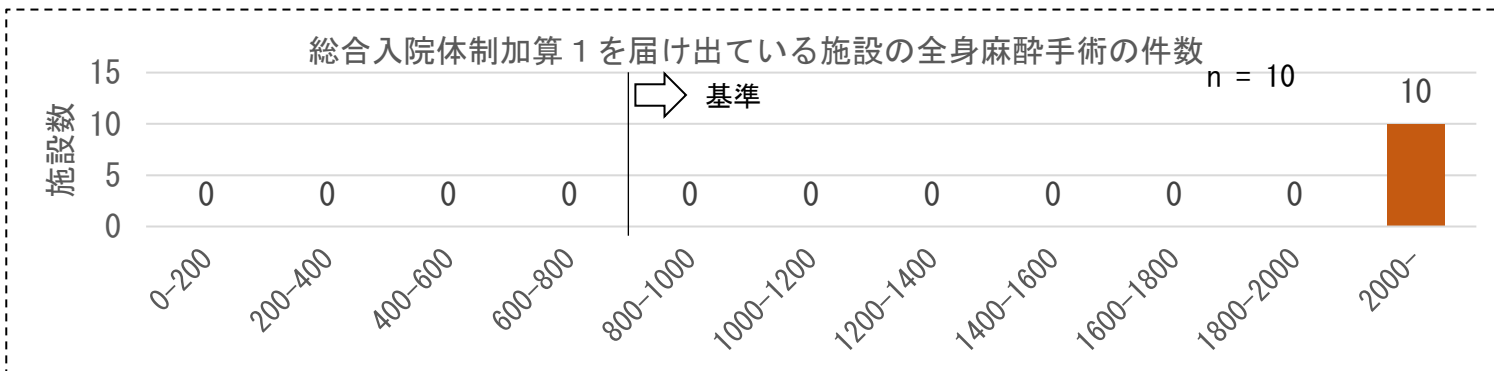
分娩件数



総合入院体制加算の施設基準（抜粋）
 全身麻酔による手術件数が800件以上であること及び、以下のア～カのうち、
 ・全て（総合入院体制加算1）
 ・4つ以上（総合入院体制加算2）
 ・2つ以上（総合入院体制加算3）
 を満たしていること。
 ア 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、大動脈バイパス移植術 40件／年以上
 イ 悪性腫瘍手術 400件／年以上
 ウ 腹腔鏡下手術 100件／年以上
 エ 放射線治療（体外照射法）4000件／年以上
 オ 化学療法 1000件／年以上
 カ 分娩件数 100件／年以上

総合入院体制加算を算定している医療機関の全身麻酔の手術件数

○ 総合入院体制加算1～3の全身麻酔の手術件数は以下のとおり。総合入院体制加算1, 2については、基準と比較して高い実績であった。



総合入院体制加算の施設基準（抜粋）
 全身麻酔による手術件数が800件以上であること及び、以下のア～カのうち、
 ・全て（総合入院体制加算1）
 ・4つ以上（総合入院体制加算2）
 ・2つ以上（総合入院体制加算3）
 を満たしていること。
 ア 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、大動脈バイパス移植術 40件/年以上
 イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上
 ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
 エ 放射線治療（体外照射法）4000件/年以上
 オ 化学療法 1000件/年以上
 カ 分娩件数 100件/年以上

(2) 働き方改革に係る指摘事項

(11月15日 中央社会保険医療協議会 総会)

【手術、処置の時間外等加算について】

(論点)

- 手術・処置の時間外等加算について、医師の働き方改革を推進する実効性を担保する観点から、複数主治医制等の要件を見直すこと及び24年4月から義務化されるインターバルの確保を推進することについて、どのように考えるか。

(主なご意見)

- 手術、処置の時間外加算について、現場への影響をよく検討すべきではないか。

勤務環境に特に配慮を要する領域への対応

- 当直等の負担軽減を図る観点から、勤務環境に特に配慮を要する領域への対応として、手術・処置の休日・時間外・深夜加算の要件等の見直し(平成26年度改定、令和4年度改定)等を実施した。

(例) 手術・処置の休日・時間外・深夜加算

(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

(2) ~ (4) (略)

・勤務医負担軽減等の実施に係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て、緊急のための休日等における対象患者に対する手術等を評価。(対象患者)

次に掲げる入院中の患者以外の患者に対する手術。ただし、手術が保険医療機関等の都合により休日等に行われた場合は算定できない。

ア~イ(略)

(主な施設基準)

1~3(略)

4 医師の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として次の体制を整備していること。

(1)当該保険医療機関内に医師の負担軽減等に関して提言するための責任者が配置されていること。(2)~(6)(略)

5 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について次のいずれも実施していること。(1)~(2)(略)

6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。(1)~(7)(略)

7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

(1)交替勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア~キ(略)

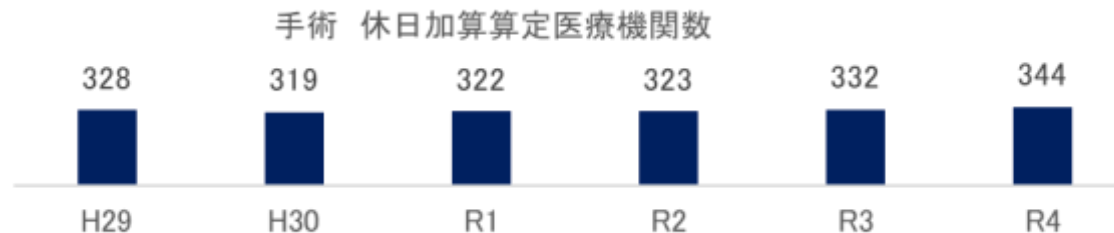
(2)チーム制を導入しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア~カ(略)

(3)医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを厚生(支)局長に届け出ていること。~(略)

ア~イ(略)

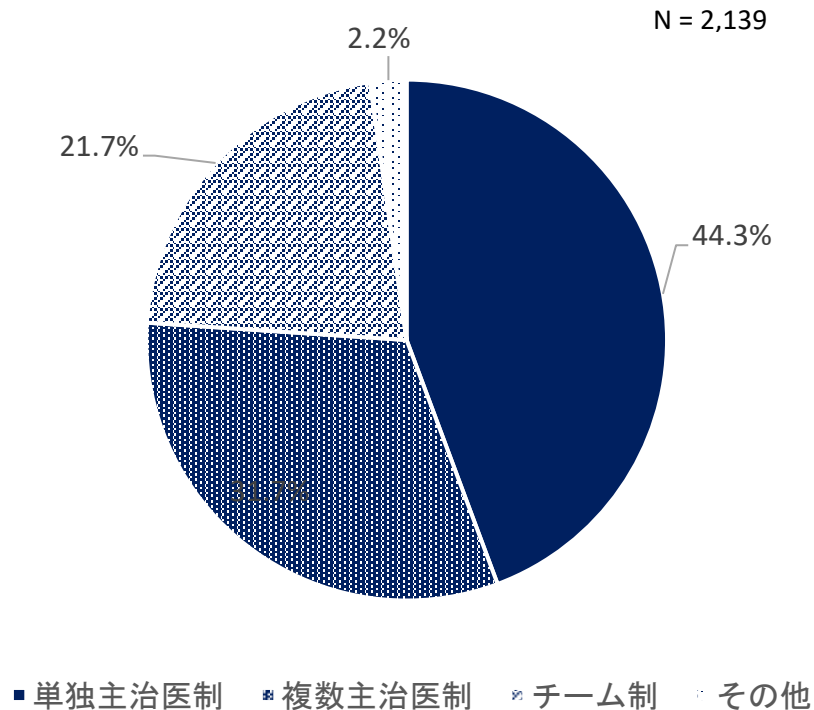
8~9(略)



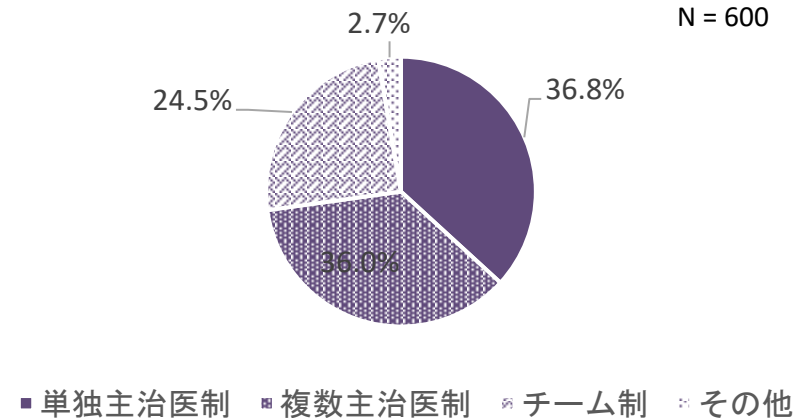
所属する診療科の主治医制

- 医師票によれば、所属する診療科が単独主治医制である割合は44.3%であったが、手術・処置の時間外等加算1を算定する医療機関の医師に限定すると、所属する診療科が単独主治医制である割合は36.8%であり、複数主治医制であると回答した医師が36.0%、チーム制であると回答した医師が24.5%であった。

所属する診療科の主治医制



手術・処置の時間外等加算1を算定する医療機関において、所属する診療科の主治医制



(3) 一般不妊治療の施設基準に係る指摘事項

(11月17日 中央社会保険医療協議会 総会)

【一般不妊治療の施設基準について】

- 「一般不妊治療管理料」については、その施設基準である「不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること」という規定を、地域によっては満たすことができる医療機関がなく、一般不妊治療を保険診療で実施できない状況もあることが、学会意見でも示されている。
- 「一般不妊治療管理料」は、その届出がなければ「人工授精」も保険診療で実施することもできない。
- この要件は、患者の安全性などにも配慮した上で、見直すことを検討してはどうか。

関連学会からの意見

- 公益社団法人 日本産科婦人科学会から意見を聴取したところ、「評価の趣旨から、不妊治療に精通した医師が常勤していることが重要であるため、不妊症の患者に係る診療(人工授精を含む)を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること、という要件に変更してはどうか」という提案があった。

※ 公益社団法人 日本産科婦人科学会のご意見に基づき、保険局医療課で作成

<参考>

■一般不妊治療管理料に関する施設基準

- (1) 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。
- (4) 以下のいずれかを満たす施設であること。
 - ア 生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っていること。
 - イ 生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を構築していること。
- (5) 令和4年9月30日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。

■人工授精に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

不妊治療についての論点

(一般不妊治療の保険適用の範囲)

- 令和5年11月17日の中医協総会において、一般不妊治療管理料の施設基準に関して、見直しを提案する意見があった。
- 公益社団法人 日本産科婦人科学会から意見を聴取したところ、「評価の趣旨から、不妊治療に精通した医師が常勤していることが重要であるため、不妊症の患者に係る診療（人工授精を含む）を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること、という要件に変更してはどうか」という提案があった。



- 「当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間 20 例以上実施していること。」という施設基準については、「不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として20例以上の症例を実施している医師が配置されていること」という要件に変更してはどうか。

(4) 病院における歯科の機能にかかる評価への指摘事項

(11月17日 中央社会保険医療協議会 総会)

【病院における歯科の機能にかかる評価への指摘事項】

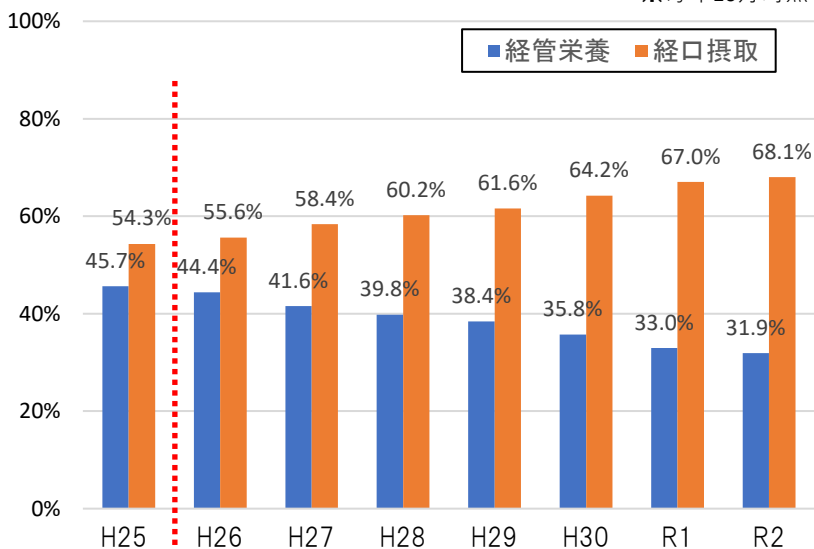
- 回復期医療、慢性期医療を担う病院の歯科機能を強化するにあたり、慢性期療養病床入院患者に対する歯科治療の必要性などについてエビデンスを示すべき。

慢性期病棟における患者の口腔状況と歯科の連携状況

- 慢性期病棟を主とする病院において、歯科医師による摂食嚥下障害への対応と歯科衛生士による口腔機能管理、及び多職種連携による経口維持計画の作成等を行うことにより、経口摂取患者の割合が増加した。
- 慢性期病棟を有する病院に勤務する看護師が病棟に勤務してほしいと考える専門職について、療養病棟では介護福祉士に次いで歯科衛生士が多い。

慢性期病棟を主とする病院の入院患者の経管栄養と経口摂取の割合

※毎年10月時点



- 平成26年より歯科医師による摂食嚥下障害への対応と歯科衛生士による口腔機能管理を本格的に開始
- 医師・看護師・言語聴覚士・管理栄養士等と連携して、経口維持計画の作成、ミールラウンドなどを実施

- 対象:医療法人永寿会陵北病院 入院患者
369床介護医療院(介護療養)+42床地域包括ケア病棟
- 診療科:内科、歯科、リハビリテーション科

出典:医療法人永寿会陵北病院阪口英夫先生提供資料

看護師が病棟に勤務してほしいと考える専門職

単位(%)

	全体	医療療養	介護療養	地域包括ケア	回復期	一般	精神科
看護師数(人)	5719	2205	517	444	785	891	273
介護福祉士	84.0	87.1	89.4	84.5	90.6	78.2	77.7
薬剤師	79.8	77.7	74.9	85.4	83.9	87.2	65.9
理学療法士	79.3	81.2	79.3	83.1	87.6	76.2	67.8
作業療法士	76.7	77.1	75.8	82.7	88.0	71.8	71.8
歯科衛生士	74.1	80.3	79.7	71.8	77.2	66.2	63.7
言語聴覚士	73.8	76.1	71.6	79.7	86.6	69.8	57.5
社会福祉士	71.0	72.4	65.8	82.7	84.1	70.7	67.0
管理栄養士	74.1	72.5	68.9	73.4	78.1	69.5	67.0
臨床検査技師	59.3	63.3	54.5	57.0	61.3	57.7	54.2

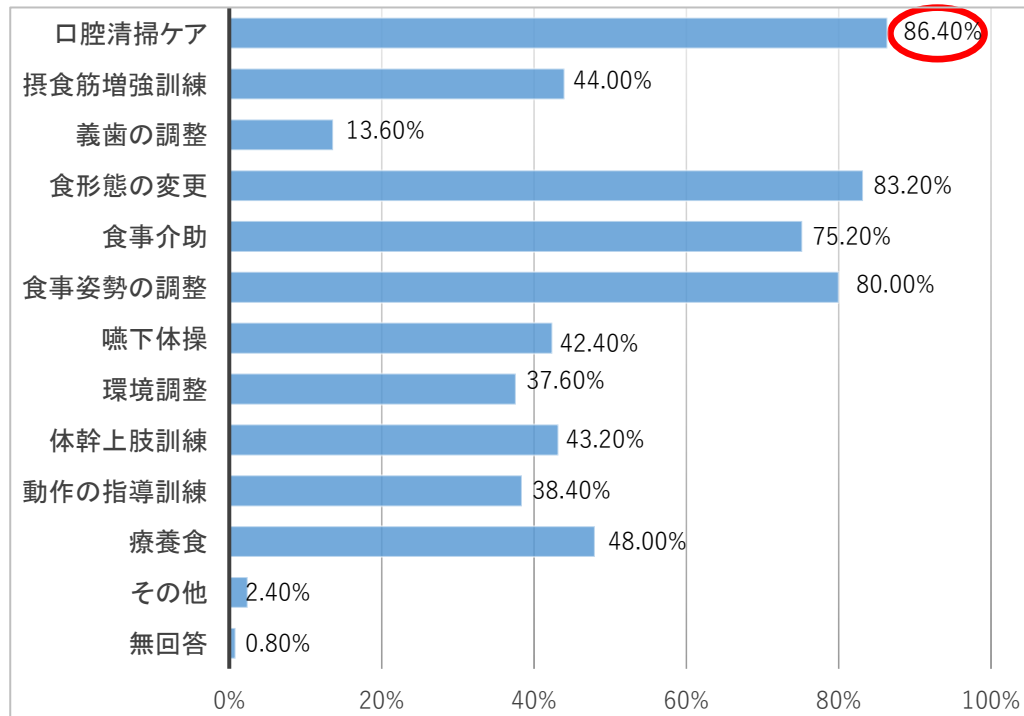
- 対象:日本慢性期医療協会の会員病院に勤務する看護師
- 回答病院数:258病院
- 回答看護師数:5,719人

出典:日本慢性期医療協会 看護師の多職種との協同に関するアンケート(平成29年5月)

慢性期療養病棟入院患者の歯科治療の必要性

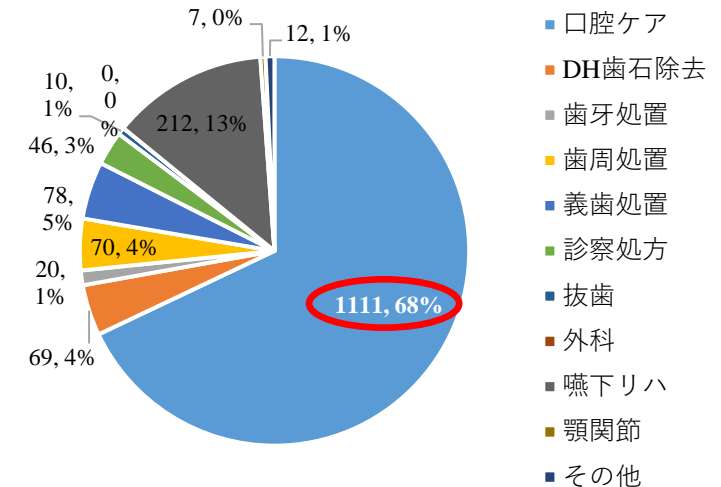
○ 医療療養病棟に入院する患者を対象とした調査において、摂食嚥下機能が改善した患者に対して実施した内容としては「口腔清掃ケア」が最も多いということや、慢性期療養病棟に入院する患者の歯科治療のニーズとしても「口腔ケア」が最も多いということが報告されている。

■ 医療療養病棟に入院中の摂食嚥下機能が改善した患者に対して実施した内容



※口腔ケアには歯科専門職による口腔衛生管理を含む。

■ 慢性期療養病棟に入院する患者の歯科治療のニーズ



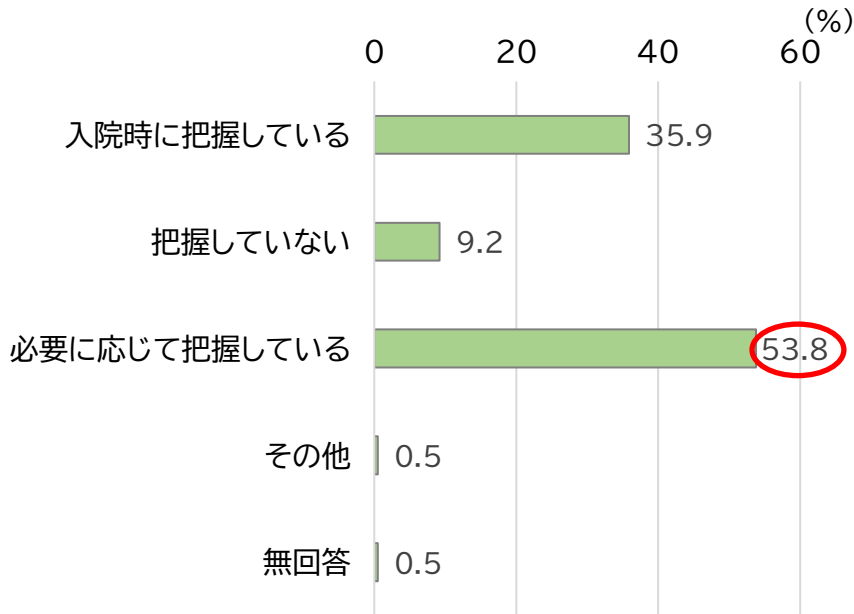
※口腔ケアには歯科専門職による口腔衛生管理を含む。

- 対象: 多機関共同研究(10施設)を実施した病院の入院患者1,458名の歯科的対応3,761件の内訳
- 調査期間: 2022年1月～6月の間の1か月間
- 方法: 必要な歯科治療の内容を歯科医師が診査

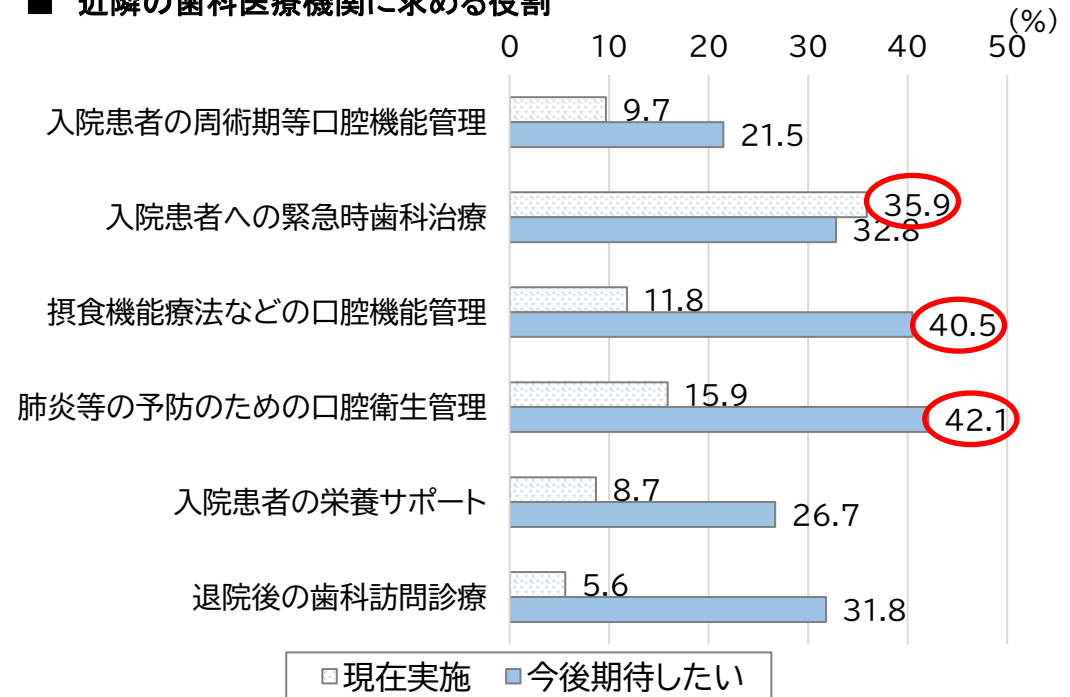
療養病棟における口腔に関する情報把握の状況等

- 歯科標榜のない病院の療養病棟入院患者の口腔に関する情報について、「必要に応じて把握している」が53.8%で最も多かった。
- 近隣の歯科医療機関に求める役割について、現在行われている内容は「入院患者への緊急時歯科治療」が35.9%で最も多かった。また、今後期待したい内容としては「肺炎等の予防のための口腔衛生管理」が42.1%と最も多く、次いで「摂食機能療法などの口腔機能管理」が40.5%であった。

■ 入院患者の口腔に関する情報の把握



■ 近隣の歯科医療機関に求める役割



- 対象: 全国の病院
うち、歯科標榜のない病院かつ療養病棟のみを有する病院で回答のあった195施設
- 調査期間: 令和5年9月1～30日
- 方法: 郵送によるアンケート調査
- 回答者: 医療機関の管理者又は調査項目の内容を把握できる者

(5) 緩和ケアに係る指摘事項

(11月24日 中央社会保険医療協議会 総会)

【疼痛に対する専門的な緩和ケアの提供について】

- 入院中の患者について、緩和的放射線治療や神経ブロックを目的とした他医療機関の受診をすると、特に地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟に入院している患者については入院料の減算が大きい。まずは現状の診療報酬上の評価の整理を示すべき。

現行の入院中の他医療機関受診時の減算規定のイメージ

- 入院中の患者が他医療機関を受診した場合、入院元の医療機関における入院料が減算されるが、算定している入院料や、他医療機関での医療行為等によって、減算割合は異なっている。

【通常のお医療機関受診】

【高度な放射線治療、ポジトロン断層撮影等】

出来高
病棟

入院基本料から10%減額

入院基本料から5%減額

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から40%減額

入院料から35%減額

有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合

入院料から20%減額

入院料から15%減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から10%減額

入院基本料から5%減額

特定入院料等算定病棟

算定病棟
D
P
C

他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において算定し、分配は相互の合議に委ねる

入院中の他医療機関受診時の減算規定について

- 入院中の他医療機関受診時は、算定している入院料や、他医療機関での放射線治療や神経ブロックも含めた医療行為等によって、入院料の減算割合が異なっている。

	入院元の医療機関において算定している入院料			
	急性期一般 入院基本料	地域包括ケア病棟 入院料	回復期 リハビリテーション 病棟入院料	緩和ケア病棟 入院料
医学管理料	算定不可 (診療情報提供料のみ算定可能)			
検査	10%減算	40%減算		
画像診断	10%減算	40%減算		
投薬・注射	算定不可 (当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬または注射に係る費用(処方料、処方箋料及び外来化学療法加算を除く)のみ算定可能)			
麻酔 (神経ブロック含む)	10%減算	10%減算	40%減算	40%減算
放射線治療	10%減算	40%減算	40%減算	10%減算
高度な放射線治療、 ポジトロン断層撮影 等	5%減算	35%減算	35%減算	5%減算

(6) DPC/PDPSに係る指摘事項

(11月24日 中央社会保険医療協議会 総会)

【点数設定方式について】

- DPC/PDPSにおける3段階の点数設定方式について、なぜ従来のD方式ではなく新たな方式を導入する必要があるのか、どういった診断群分類で必要とされているのかについて、より具体的・客観的なデータを示すべき。

3-2. 算定ルールに係る検討について

(1) 点数設定方式について

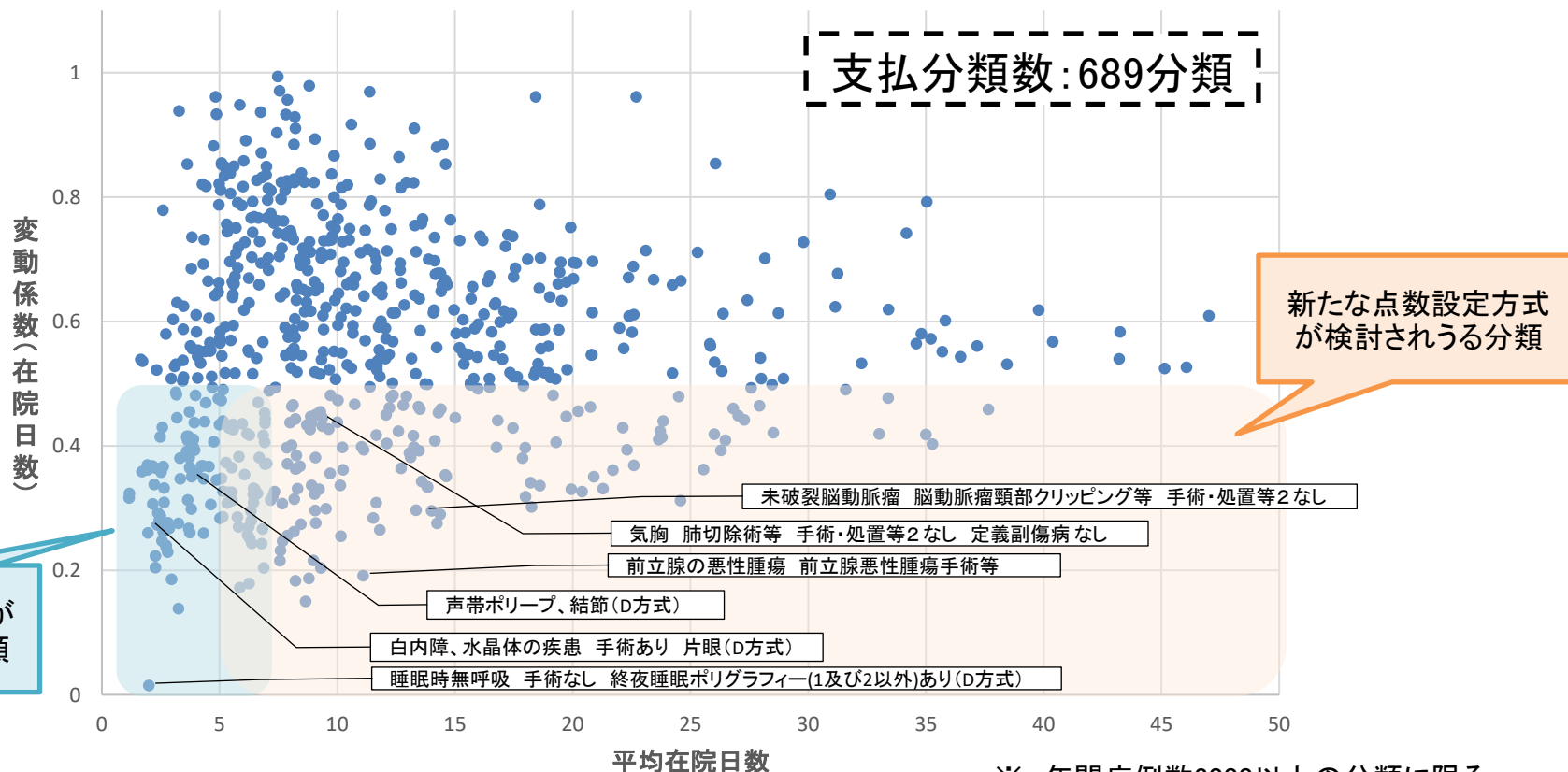
(中略)

- ・ 現行の点数設定方式A～Cについては、入院期間 I での1日当たり医療資源投入量と1入院期間での1日当たり医療資源投入量の比率(以下、「入院期間 I / 1入院比率」という。)に応じて設定されているが、経年的な医療資源投入量等の変化により、
 - 入院期間 I での医療資源投入量が増加している診断群分類が多いこと
 - 点数設定方式Aが適用される診断群分類において、「入院期間 I / 1入院比率」が大きくばらついていることが確認された。
- ・ また、令和4年度診断群分類点数表において点数設定方式Aで設定される診断群分類のうち、入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例が存在することが確認された。
- ・ こうした点については、入院初期に患者を退院させた場合であってもコスト回収ができるよう見直すべきではないか、との指摘があったほか、標準的・定型的な経過をたどれば早期退院できるような診断群分類については、入院期間 II より早期に退院させた場合であっても十分な評価ができるよう検討すべきではないか、との指摘があった。
- ・ 点数設定方式Aで設定される診断群分類のうち、入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を大きく上回る診断群分類については、在院日数ごとの設定点数と実績点数の関係を踏まえると、点数設定方式Bを適用することで、実際の医療資源投入量に見合った評価が可能となるのではないか、との指摘があった。

標準化が進んでいると考えられる診断群分類について

- 在院日数のバラツキが少なく、短期間で退院が可能となる手術等(短期滞在手術等)に相当する診断群分類については、点数設定方式Dが適用されている。
- 一方、平均在院日数は一定以上であるが、在院日数のバラツキが少なく、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類が存在する。

平均在院日数及び変動係数(在院日数)に応じた点数設定方式のイメージ

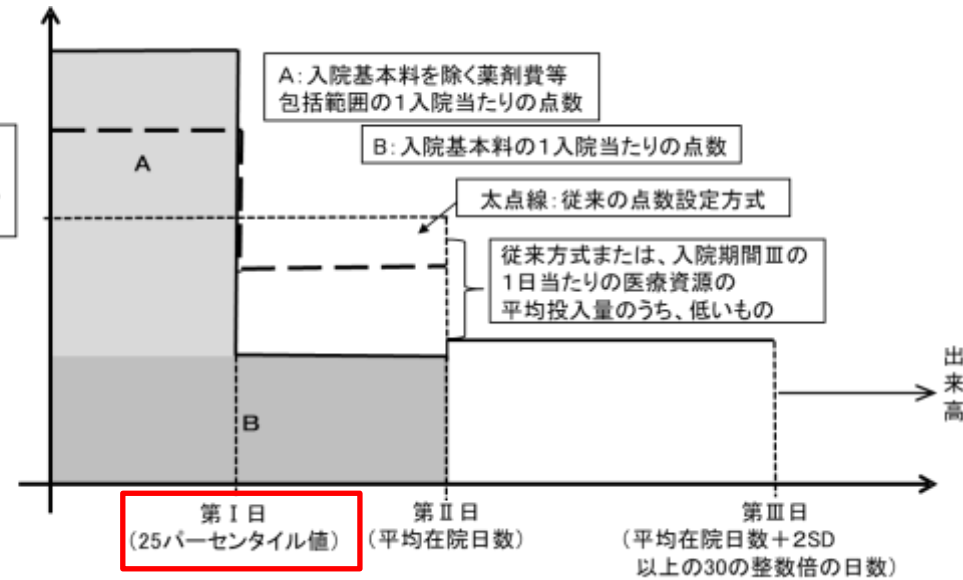
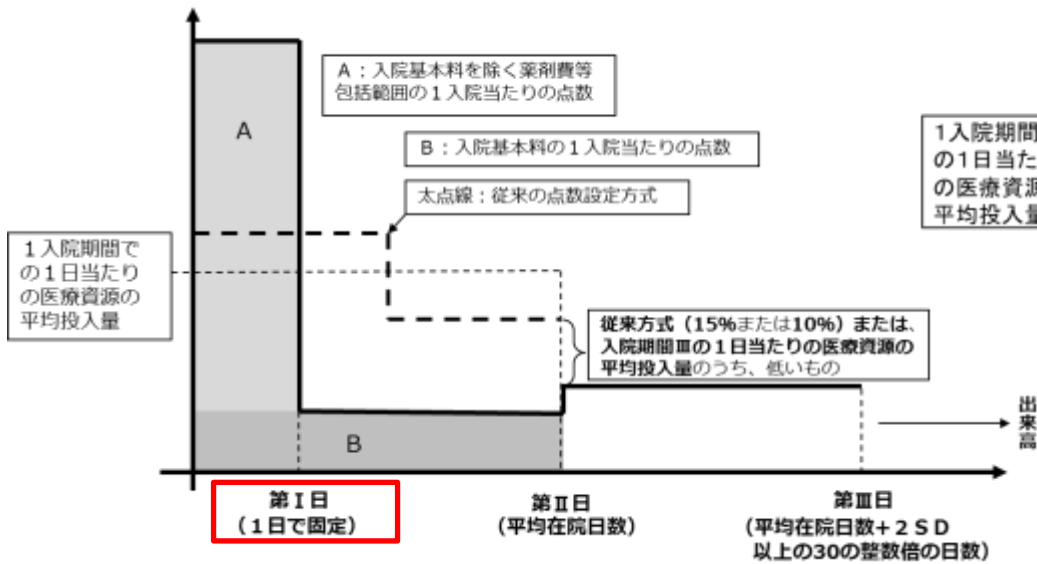


新たな点数設定方式のあり方について

- 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。

【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】



- 入院基本料を除く包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込む新たな点数設定方式を導入するとならば、標準化の進んでいると考えられる診断群分類を念頭に、以下のような選定の観点が考えられるのではないかと。
- ① 一般的な診断群分類である
- ② 入院初期の医療資源投入量が一定以上である
- ③ 実施される診療行為が明確である
- ④ 診断群分類としての同質性が高い
- ⑤ 一定期間の入院が見込まれる
- その上で、候補となる分類について、MDC技術班の臨床家の意見を踏まえつつ適用対象とする分類を更に絞り込むことが考えられるのではないかと。

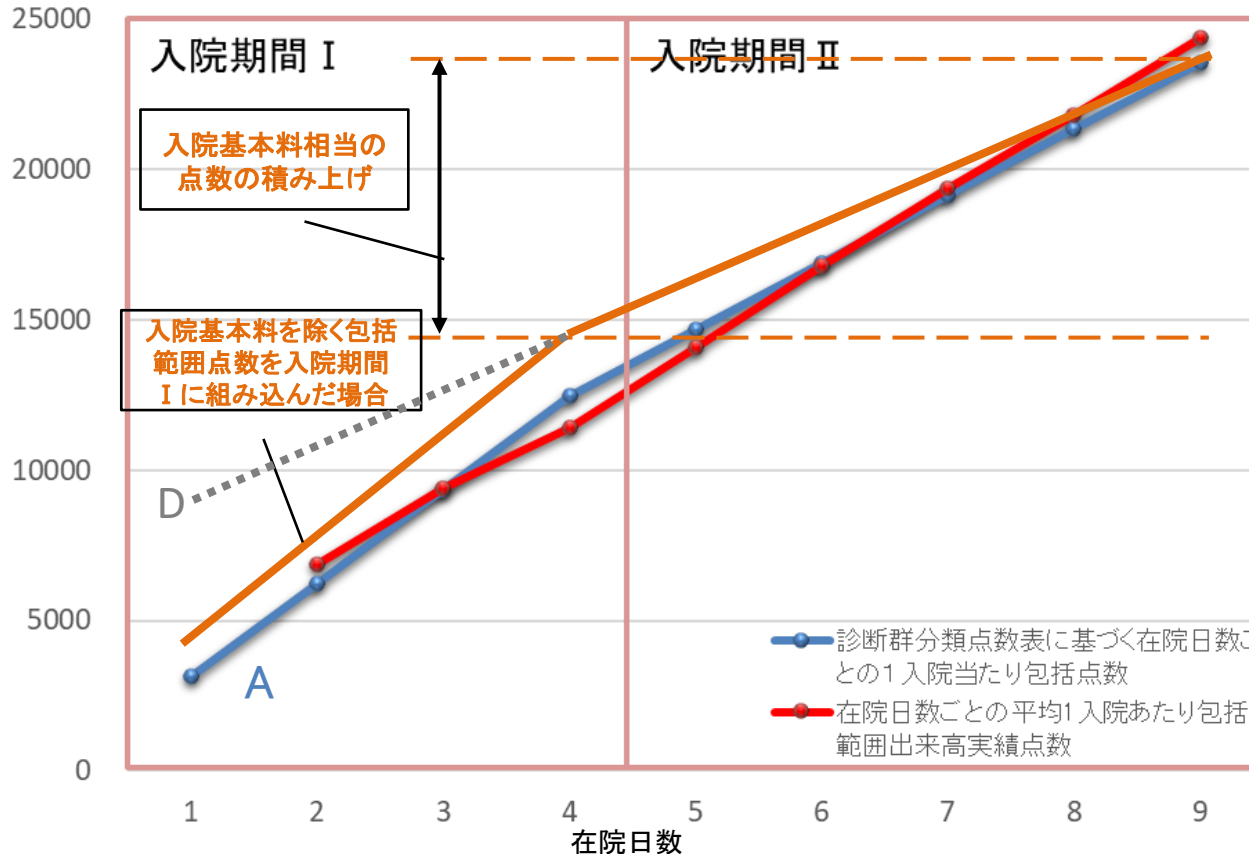
【対象選定のイメージ】

対象選定の観点	具体的な条件
一般的な診断群分類である	全国の症例数が一定数以上
入院初期の医療資源投入量が一定以上である	点数設定方式A又はBが適用される分類
実施される診療行為が明確である	手術又は手術・処置等が定義されている
診断群分類としての同質性が高い	在院日数や1入院当たり点数のバラつき(変動係数)が一定値以下
一定期間の入院が見込まれる	平均在院日数(入院期間Ⅱ)が一定期間以上

標準化が進んでいると考えられる診断群分類の例について

- 点数設定方式Aが適用される一般的な診断群分類のうち、手術等が定義されており、標準化が進んでいると考えられる例について、入院基本料を除く1入院当たりの包括範囲点数を入院期間 I の点数に組み込む点数設定方式を適用する場合、在院日数ごとの平均1入院あたり包括範囲出来高実績点数との関係は以下のとおり。

(例)040200xx01x00x 気胸 肺切除術等 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし



【診断群分類点数表】

<040200xx01x00x> A **新たな点数設定方式**

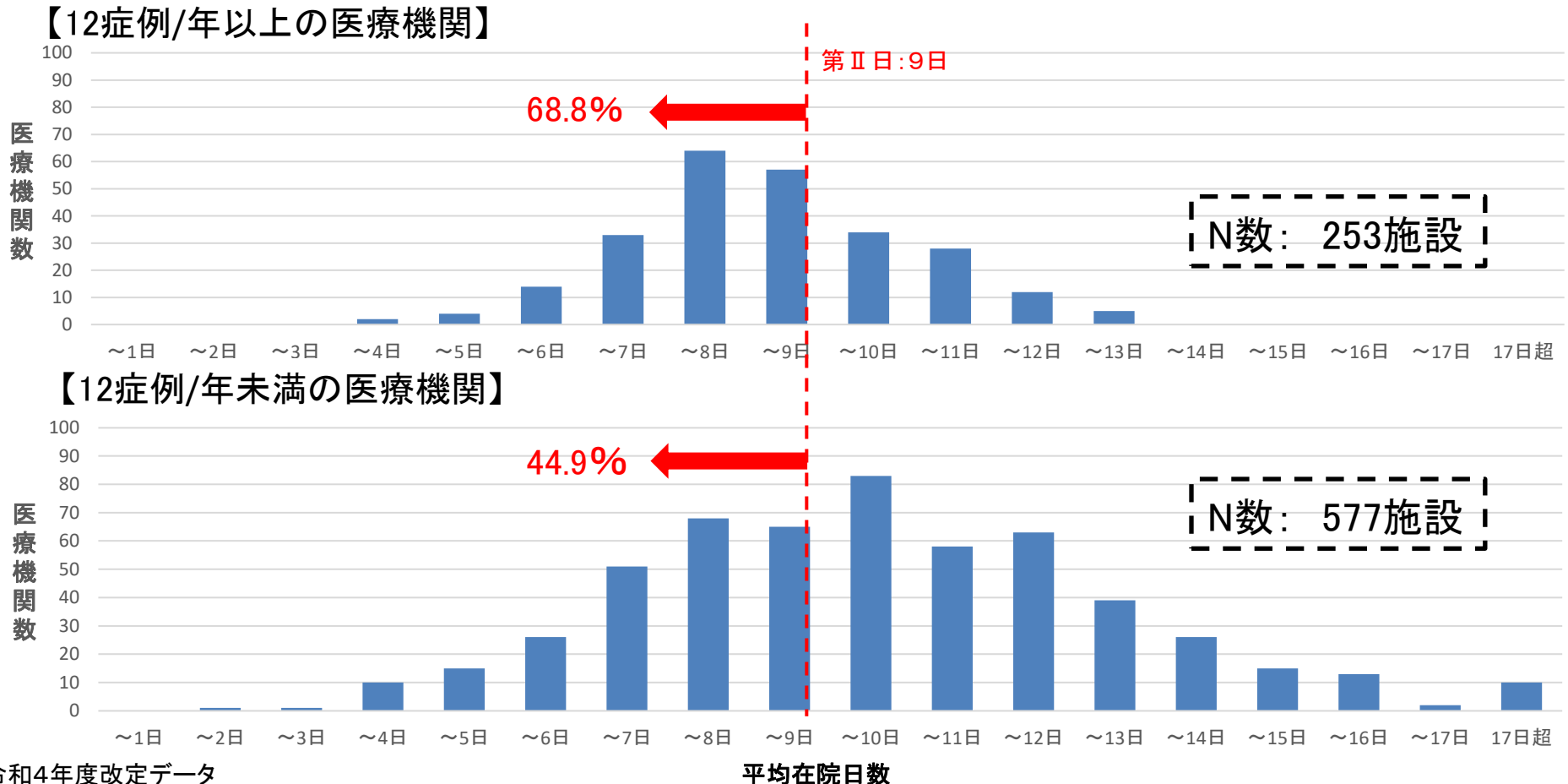
	日数	1日当たり点数	1日当たり点数(イメージ)
入院期間 I	4	3120 (+17%)	入院基本料相当の点数 + 入院基本料を除く包括範囲 点数/4
入院期間 II	9	2214	入院基本料相当の点数

施設類型ごとの平均在院日数の分布について

○ 手術等が定義されており、標準化が進んでいると考えられる診断群分類の例について、年間症例数の多い医療機関では、平均在院日数が入院期間Ⅱ以内である割合が、年間症例数の少ない医療機関に比して高かった。

(例)040200xx01x00x 気胸 肺切除術等 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし

令和4年度における施設類型ごとの平均在院日数の分布 (N数=830)



(7) 認知症に係る指摘事項

(11月29日 中央社会保険医療協議会 総会)

【かかりつけ医による認知症対応について】

- 日本医師会による研修についても認知症についての内容がカバーされているとの説明もあったが、かかりつけ医認知症対応力向上研修と日本医師会による研修について、カリキュラム等の内容を比較するための資料を提示すべき。

※平成18年度～開始

【研修の対象・目的】

高齢者等が日ごろ受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

【実施主体】

都道府県及び指定都市

※事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託可能。

【研修対象者および修了者数】

診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する医師
72,229人（令和3年度実績）※「認知症施策推進大綱」KPI：2025年までに9万人

【カリキュラム内容】

- かかりつけ医の役割（30分）
認知症を取り巻く施策、かかりつけ医に期待される役割、早期発見・早期対応の意義、本人の視点を重視したアプローチ、診断後支援
- 基本知識（60分）
認知症の原因疾患、診断基準、診断のポイント、認知症と鑑別すべき他の疾患
- 診療における実践（60分）
認知症初期の対応のポイント、認知症の問診・アセスメント、認知症の診療におけるマネジメント（非薬物・薬物療法等）、BPSDに対する対応、認知症治療における留意点、本人・家族（介護者）への対応
- 地域・生活における実践（60分）
認知症ケア・支援の基本、認知症の人の意思決定支援について、認知症の医療・介護に関する施策・制度等、多職種連携



- 日本医師会生涯教育制度におけるカリキュラムのうち、「29. 認知能の障害」「74. 高血圧症」「75. 脂質異常症」「76. 糖尿病」は地域包括診療料・加算の研修要件となっている。

【制度概要】

医師は、日進月歩の医学、医療を実践するために、生涯にわたって自らの知識を広げ、技能を磨き、常に研鑽する責務を負っています。日本医師会は医師の自己学習・研修を効果的に行えるよう生涯教育制度を実施しています。

本制度は、医師の研修意欲をさらに啓発・高揚させること、一方で社会に対して医師が勉強に励んでいる実態を示し、国民からの信頼を増すことを目的としており、連続した3年間の単位数とカリキュラムコード数(同一コードは加算不可)の合計数が60以上の者に「日医生涯教育認定証」を発行します。

【対象者】

広く制度に参加いただけるよう医師免許取得直後から参加できます(最短で医師免許取得後3年で日医生涯教育認定証が発行されます)。

【カリキュラムコード】

カリキュラムコードは、学習した領域を表し、日本医師会生涯教育カリキュラム<2016>(2022年4月版)に基づき、84種類のカリキュラムコードが設定されています。同一カリキュラムコードを重複取得してもカリキュラムコード数は加算されません。

※ 地域包括診療料・加算の施設基準における「慢性疾患の指導に関わる適切な研修」として求める20時間の講習として、カリキュラムコードとして「29. 認知能の障害」、「74. 高血圧症」、「75. 脂質異常症」、「76. 糖尿病」を含んでおり、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければならず、かつ服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていなければならない。

カリキュラムコード

(略称: CC)

1 医師のプロフェッショナリズム	28 発熱	57 外傷
2 医療倫理：臨床倫理	29 認知能の障害	58 褥瘡
3 医療倫理：研究倫理と生命倫理	30 頭痛	59 背部痛
4 医師－患者関係とコミュニケーション	31 めまい	60 腰痛
5 心理社会的アプローチ	32 意識障害	61 関節痛
6 医療制度と法律	33 失神	62 歩行障害
7 医療の質と安全	34 言語障害	63 四肢のしびれ
8 感染対策	35 けいれん発作	64 血尿 (肉眼的、顕微鏡的)
9 医療情報	36 視力障害、視野狭窄	65 排尿障害 (尿失禁・排尿困難)
10 チーム医療	37 目の充血	66 乏尿・尿閉
11 予防と保健	38 聴覚障害	67 多尿
12 地域医療	39 鼻漏・鼻閉	68 精神科領域の救急
13 医療と介護および福祉の連携	40 鼻出血	69 不安
14 災害医療	41 嘔声	70 気分の障害 (うつ)
15 臨床問題解決のプロセス	42 胸痛	71 流・早産および満期産
16 ショック	43 動悸	72 成長・発達の障害
17 急性中毒	44 心肺停止	73 慢性疾患・複合疾患の管理
18 全身倦怠感	45 呼吸困難	74 高血圧症
19 身体機能の低下	46 咳・痰	75 脂質異常症
20 不眠 (睡眠障害)	47 誤嚥	76 糖尿病
21 食欲不振	48 誤飲	77 骨粗鬆症
22 体重減少・るい瘦	49 嚥下困難	78 脳血管障害後遺症
23 体重増加・肥満	50 吐血・下血	79 気管支喘息・COPD
24 浮腫	51 嘔気・嘔吐	80 在宅医療
25 リンパ節腫脹	52 胸やけ	81 終末期のケア
26 発疹	53 腹痛	82 生活習慣
27 黄疸	54 便秘異常 (下痢、便秘)	83 相補・代替医療 (漢方医療を含む)
	55 肛門・会陰部痛	0 最新のトピックス・その他
	56 熱傷	

○ 日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修会においては、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」といった内容が含まれている。

【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会
(平成28年4月1日より実施)

【研修内容】

基本研修

・日医生涯教育認定証の取得。

応用研修

・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに都市区医師会が主催する研修等の受講。

規定の座学研修を10単位以上取得

実地研修

・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

規定の活動を2つ以上実施
(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より証書の発行(有効期間3年)。



【応用研修】

- ・修了申請時の前3年間に於いて下記項目より10単位を取得する。
- ・単位数は各講義ごとに最大2回までカウントを認める。(別日に同一講義を受講した場合も2単位まで取得可能)
- ・下記1～6については、それぞれ1つ以上の講義を受講することを必須とする。
- ・下記1～6については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用する。

【応用研修会】(各1単位)

1. 「かかりつけ医の倫理」、「かかりつけ医の質・医療安全」、「かかりつけ医の感染対策」、「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」
2. 「生活期リハビリの実際」、「小児・思春期への対応」、「メタボリックシンドロームからフレイルまで」、「フレイル予防・対策」、「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」
3. 「医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築」、「在宅医療、多職種連携」、「地域医療連携と医療・介護連携」、「地域リハビリテーション」、「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」
4. 「社会的処方」、「リーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル」、「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」、「かかりつけ医と精神科専門医の連携」、「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」
5. 「終末期医療、褥瘡と排泄」、「認知症、ポリファーマシーと適正処方」、「リハビリと栄養管理・摂食嚥下障害」、「オンライン診療のあり方」、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」
6. 「多疾患合併症例」、「在宅リハビリ症例」、「地域連携症例」、「新型コロナウイルス感染症とかかりつけ医」、「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」

認知症に係る医師に対する研修

	かかりつけ医認知症対応力向上研修	認知症サポート医養成研修	日本医師会生涯教育制度	日医かかりつけ医機能研修制度
開始年	平成18年～	平成17年～	昭和62年～	平成28年～
実施主体	都道府県及び指定都市 ※事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託可能。	都道府県及び指定都市とし、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター(愛知県大府市)に委託して実施	日本医師会	都道府県医師会
対象者	診療科を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務(開業含む)する医師	実施主体の長が、都道府県・指定都市医師会と相談の上、下記のいずれかの条件を満たし適当と認めた医師 ア 地域において認知症の診療(早期発見等)に携わっている医師 イ 「(2)認知症サポート医の役割※」を適切に担える医師	医師免許取得者	地域住民のかかりつけ医となるすべての医師。診療科や主たる診療の場は問わない。
認知症に係る研修カリキュラム	かかりつけ医として必要で適切な認知症診療の知識・技術などの修得に資する内容 ○かかりつけ医の役割(30分) ○基本知識(60分) ○診療における実践(60分) ○地域・生活における実践(60分)	ア かかりつけ医等に対する認知症対応力向上研修の企画立案に必要な知識及び効果的な教育技術 イ 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野の知識、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくり並びに連携を推進するために必要な知識・技術などの修得に資する内容	カリキュラムコード29.認知能の障害 等	「認知症、ポリファーマシーと適正処方」、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」等
認定制度	研修修了者に対し、修了証書を交付	研修修了者に対し、修了証書を交付	連続した3年間の単位数とカリキュラムコード数(同一コードは加算不可)の合計数が60以上の者に「日医生涯教育認定証」を発行	【基本研修】日医生涯教育認定証の取得(認定期間内のもの) 【応用研修】規定の座学研修を10単位以上取得(原則1時間/1単位) 【実地研修】規定の活動を2つ以上実施(1つの活動につき5単位で10単位以上取得)3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より証書の発行(有効期間3年)
診療報酬との関係	かかりつけ医認知症対応力向上研修受講は地域包括診療料・加算の研修要件の届出に活用可能。	地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医は認知症療養指導料3等の算定要件。	地域包括診療料・加算の施設基準における「慢性疾患の指導に関わる適切な研修」として求める20時間の講習のうち、「29.認知能の障害」のカリキュラムを含む必要がある。	応用研修の受講は地域包括診療料・加算の研修要件の届出に活用可能。
研修終了者数	72,229人(令和3年度累計実績)	12,370人(令和3年度累計実績)	—	修了者数:延べ12,578名 応用研修会の受講者数:延べ58,437名(令和4年度まで)

※ア)かかりつけ医等の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、ほかの認知症サポート医との連携体制の構築

イ)各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力

ウ)都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師

(8) 在宅薬剤管理指導に係る指摘事項

(11月29日 中央社会保険医療協議会 総会)

【ターミナルケアに係る薬剤管理について】

- 終末期に訪問回数が多いケースがあることは理解したが、その多い訪問回数がどういった必要性に基づいているのか、資料では読み取ることができない。ターミナルケアの対応は、薬剤師が中心となっているわけではないため、多職種への対応との関連性も含めて、説明が必要。
- 調剤管理料の時間外加算が設定されている中で、指導料にも加算を評価するのはなぜか。重複評価になるような印象も受けるため、まずは評価の必要性について整理が必要。

【在宅移行期の薬剤管理について】

- この論点(在宅移行期の業務)で示されているような業務は、退院時共同指導料あるいは初回の在宅患者訪問薬剤管理指導料に含まれていると思うが、なぜ別途評価するのか、その根拠を明確にしておく必要があるのではないか。また、他の職種と連携するため、薬局薬剤師だけが評価されるようであるなら違和感がある。

【特別養護老人ホーム及び短期入所の利用者に対する薬剤管理について】

- 短期入所中において、薬学管理が適切に継続できない課題があるようだが、今回の資料では、具体的な内容が明らかではない。また、普段から在宅で薬剤管理指導を行っている薬剤師が入所を見越して対応することも考えられ、何が課題なのかももう少し整理する必要がある。
- 「特別養護老人ホームに入所している患者を訪問した場合に算定できる服薬管理指導料3について、多くは月1～2回であるが、一部の患者では月10回以上算定されている」と示されているが、どのような背景で頻回に施設に行く必要があるのか、明確にする必要がある

在宅がん患者へのターミナルケア(薬剤師の訪問回数)

- 在宅がん患者のターミナルケアでは、看取りに近づくとも1週間あたりの訪問回数が増える傾向にあった。
- 特に看取り直前の14日前からは訪問回数が週に4回以上訪問しているケースが多くあった。

■ ターミナルケアにおいて薬剤師が行う薬学的管理の例



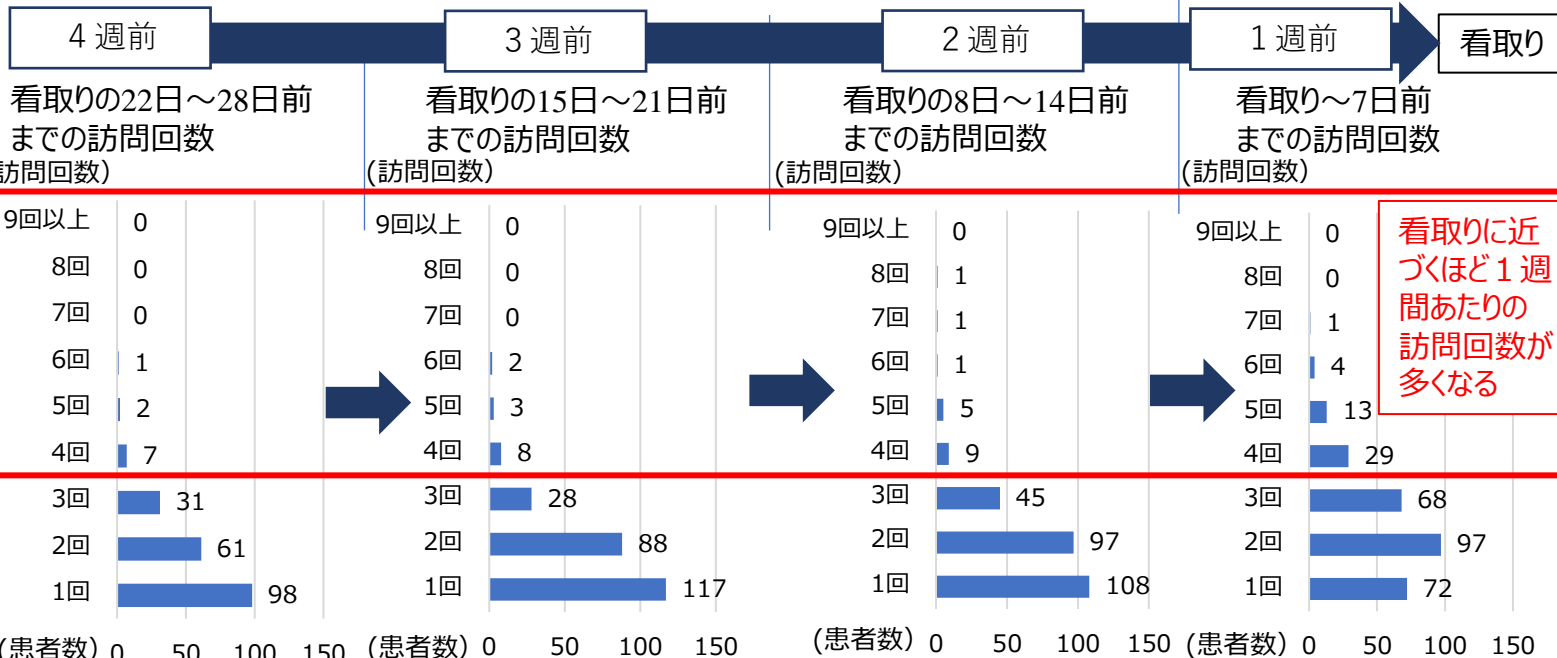
- 薬が飲みにくい訴えがある場合の対応
 - ・錠剤から散剤(水薬)・貼付剤への変更
 - ・内服する薬の数を減らせるか検討
 - ・飲むタイミングを極力少なくする(朝だけにするなど)等



- 看取り直前の対応
 - ・内服困難となり注射薬での管理が必要となる
 - ・状態により薬剤の使用量を増加させるため緊急の訪問頻度が増加することがある

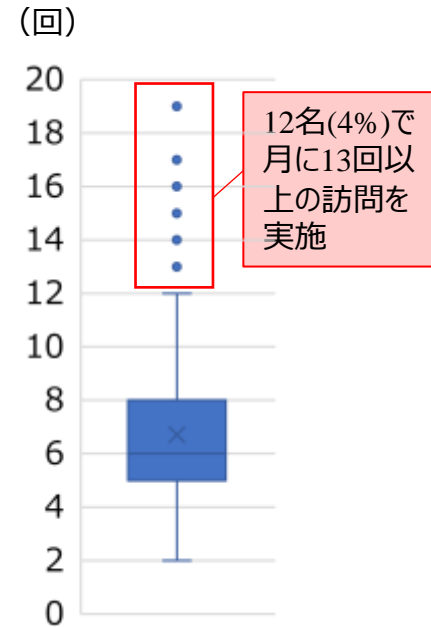
■ 看取り4週前の期間における在宅がん患者への1週間毎の薬剤師の訪問回数 (55薬局、訪問患者299名)

(看取り日から遡って最長4週間分(28日前から)のすべての訪問を集計しており、4週未満の症例も含まれる。)



看取りに近づくほど1週間あたりの訪問回数が多くなる

■ 月あたりの薬剤師の訪問回数 (訪問患者299名)



出典: 1) 終末期在宅における訪問薬剤師の業務量調査、一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会(J-HOP)、2023年をもとに保険局医療課作成

※在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導で居宅(施設・自宅)における看取りに関わった症例を年間12例以上有する薬局への調査

訪問回数上限を超えた在宅がん患者に対する薬剤管理の状況

- 月内の訪問回数上限を超えた在宅がん患者(12例)のほぼ全ての薬剤師の訪問(173回/174回)は、医師の指示に基づくものであり、注射剤の麻薬が処方されている場合が多く、同時に無菌調製も実施されていた。
- 薬剤師の訪問に当たって、看護師との訪問時間を調整している場合が多く見られた。

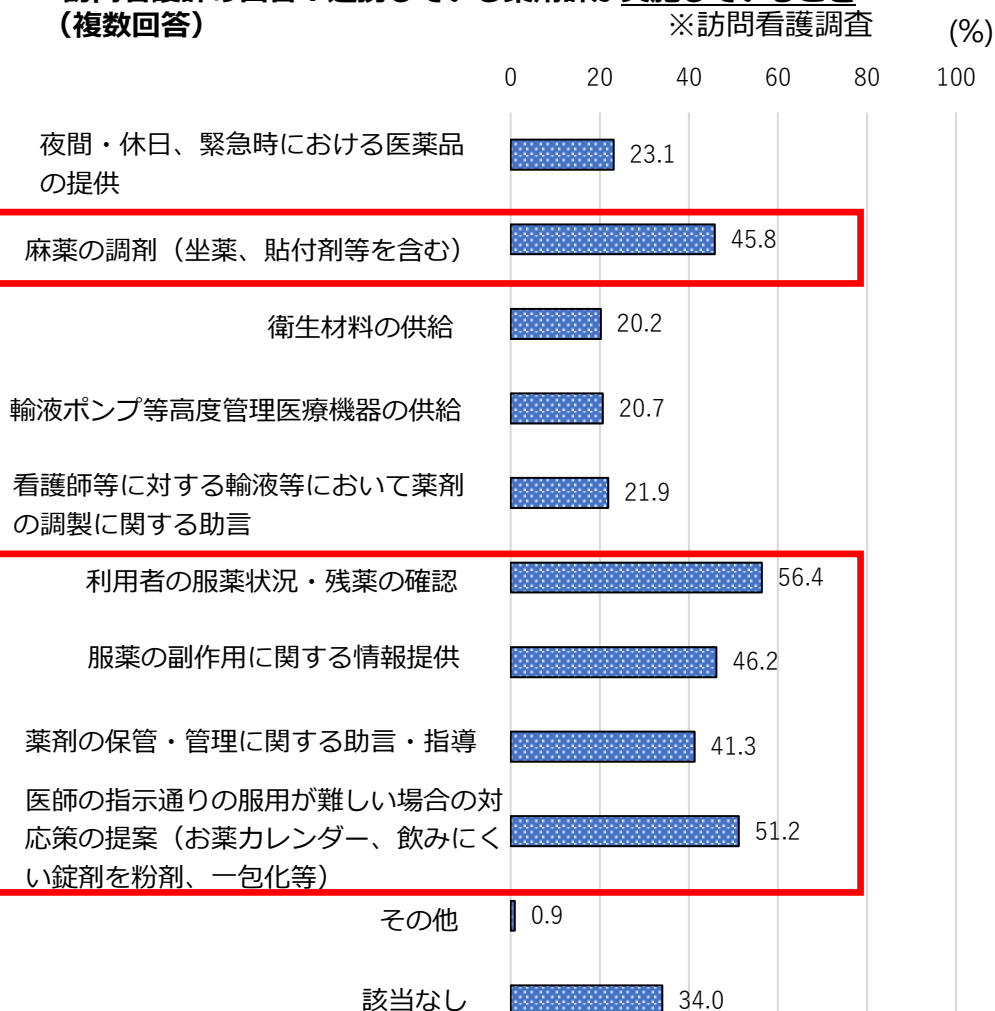
■ 訪問回数の上限を超えて訪問薬剤管理を実施した12名の患者の内容分析

	訪問回数	(訪問回数に占める割合)				
		医師の指示あり	処方箋発行あり	麻薬注射の処方あり	無菌調製あり	看護師との訪問調整あり
患者No1	13	92%	92%	77%	77%	77%
患者No2	13	100%	92%	85%	85%	77%
患者No3	13	100%	100%	100%	100%	100%
患者No4	14	100%	100%	43%	43%	43%
患者No5	17	100%	100%	88%	88%	76%
患者No6	14	100%	100%	93%	86%	100%
患者No7	13	100%	100%	92%	92%	92%
患者No8	16	100%	100%	69%	69%	75%
患者No9	16	100%	100%	94%	94%	94%
患者No10	13	100%	100%	54%	54%	46%
患者No11	13	100%	100%	62%	62%	8%
患者No12	19	100%	95%	53%	53%	74%

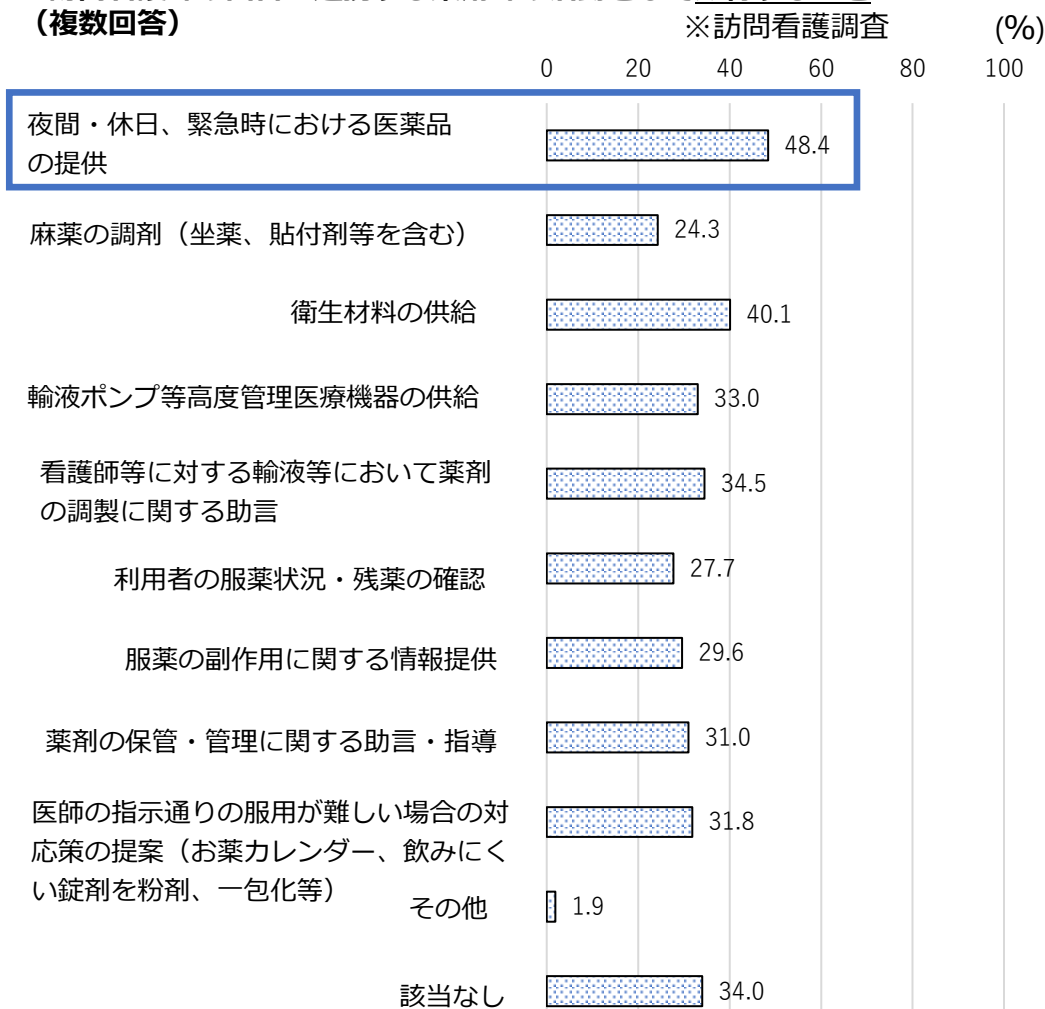
薬剤師と訪問看護師の連携状況

- 看護師と連携している薬剤師は、「服薬状況・残薬の確認」、「麻薬の調剤」等を多く実施している。
- 訪問を担う看護師が特に連携する薬剤師の活動として期待することとして、「夜間・休日、緊急時における医薬品の提供」が多く挙げられていた。

■ 訪問看護師の回答：連携している薬剤師が実施していること (複数回答)

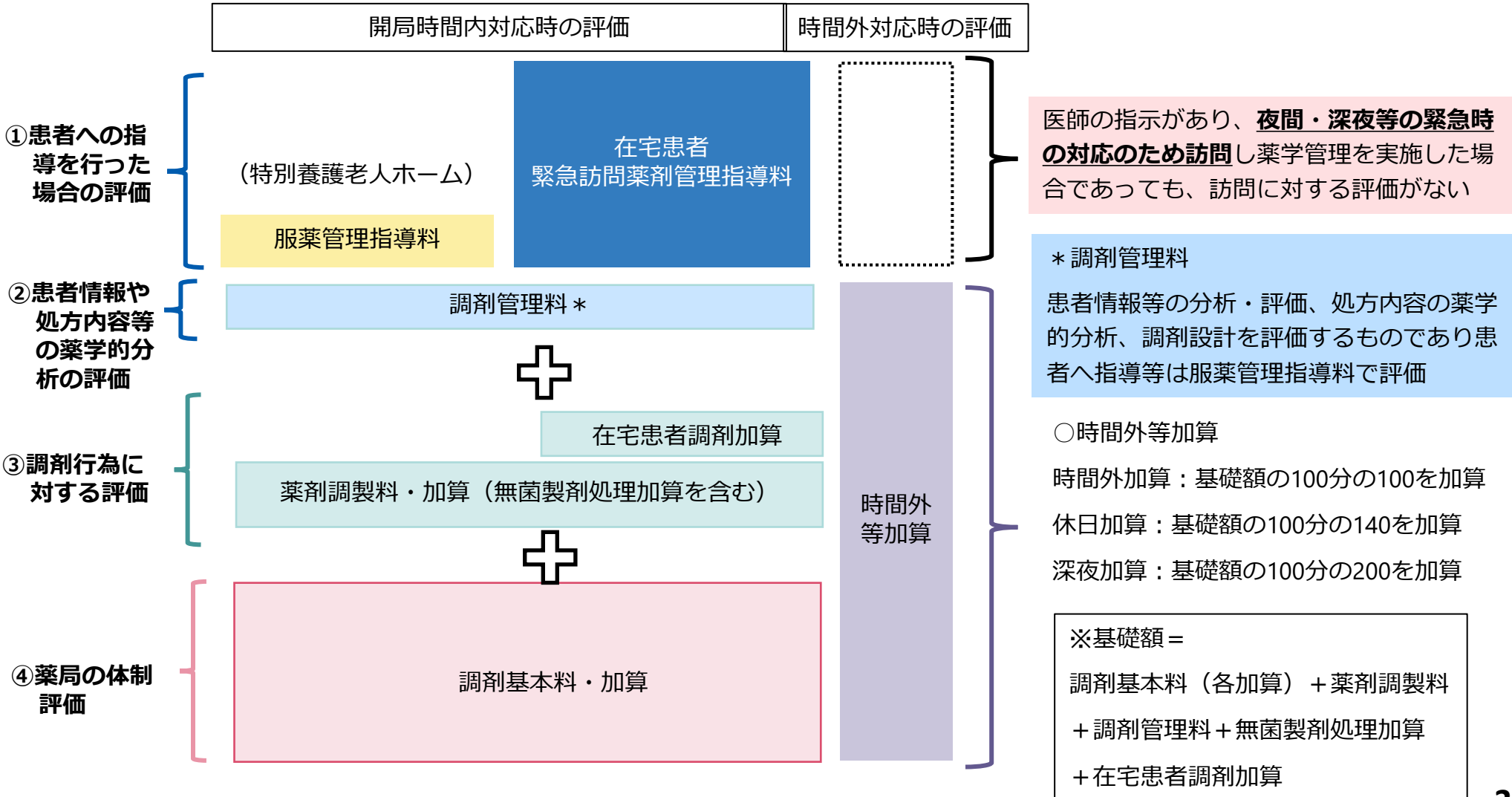


■ 訪問看護師の回答：連携する薬剤師の活動として期待すること (複数回答)



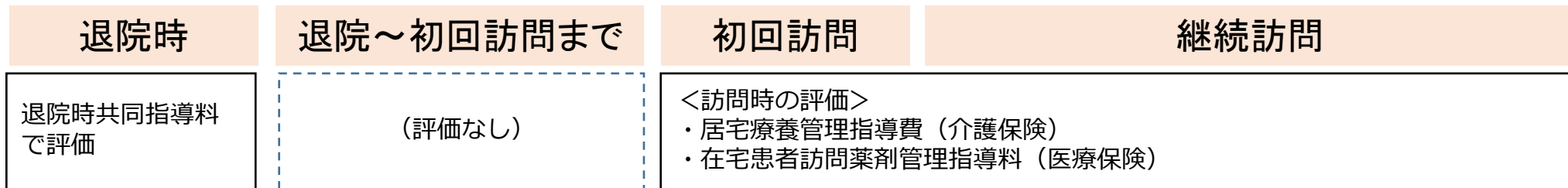
調剤報酬における時間外の在宅業務に対する評価（イメージ）

○ 薬剤師の夜間・休日の業務に対する評価については、夜間・休日に調剤業務を行ったことを評価する加算はあるが（来局患者に対応した場合と同様の評価）、緊急時に訪問して薬学的管理を実施したことに対する評価はない。



患者の在宅移行時における薬剤師の関わりと評価（イメージ）

- 在宅移行時には、特に退院時から初回訪問までの間又は初回訪問時に、患者が入院している医療機関とも連携しつつ、在宅に関わる医師、看護師、介護関係者等の多職種と連携して、残薬整理、服薬管理方法の検討、医師と処方内容の調整など在宅における薬物療法に係る業務を行うことになる。
- 医師、看護師の業務については評価があるが、薬剤師の業務に関する評価がない。



- <課題>
- 退院時カンファレンス以降／退院後の初回訪問前までの体調変化等により、使用薬剤が当初の処方から変更すると、医師等の関係者と調整が必要な場合がある
 - 初回訪問までに、自宅での薬剤管理状況や生活リズムが入院中と自宅では異なるため、薬剤の調整が必要な場合がある（服用薬剤が多い場合等）
 - その他、初回訪問前に在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー等との情報共有・連携が必要になる場合がある

- <課題>
- 初めて訪問する際に、服用薬剤が多い場合、自宅にある過去の残薬等の整理、及び今後の服薬継続のための管理方法の確立、ケアマネジャー等との相談等が必要になる

医師 在宅時医学総合管理料
在宅移行早期加算
在宅への円滑な移行や、在宅医療を支える医療機関間の連携に対する評価

看護師 退院支援指導加算
退院日当日の療養上の退院支援指導の評価

薬剤師 (評価なし)

在宅移行時における薬剤師業務の例

○ 薬剤師による在宅訪問では、訪問前の段階又は初回訪問時において、①残薬の確認・整理、②家族・本人からの服薬状況や日常生活(居住環境・家族関係)等の聴取、③服薬管理方法の検討・医師と処方内容の調整、④多職種との情報共有や相談等を実施するため、十分な時間をかけて対応する必要がある。

■末期がん患者の在宅移行時の薬剤師の対応例 ※居宅療養管理指導の初回訪問前に実施。初回訪問時にこのような業務を実施する場合もある。

退院日当日 患者宅へ訪問(介護サービス利用契約前)

①残薬の確認・服用薬の整理

退院時処方薬のほかに服用薬の残薬が自宅に大量にあることを確認

訪問看護師、ヘルパーが服薬状況を確認できるようにお薬カレンダーで服用薬を管理

退院時処方



自宅にあった残薬



退院時処方と残薬を整理しカレンダー管理



②家族・本人からの服薬状況や日常生活状況等の聴取



(薬剤師がケアマネに同行)

ケアマネジャーとの連携

- ・ 介護をする家族の状況の把握
- ・ 服薬状況や嚥下状況等の患者の状態把握
- ・ 訪問薬剤管理指導に向けての患者との契約

初回訪問に向けた多職種との協議

③服薬管理方法の検討・医師と処方内容の調整



患者宅への訪問内容等を踏まえた薬剤の調整

医師との連携

④多職種との情報共有や相談を実施



薬の管理方法を訪問看護師と相談

看護師との連携

初回訪問日

高齢者施設等の各施設類型における薬剤管理

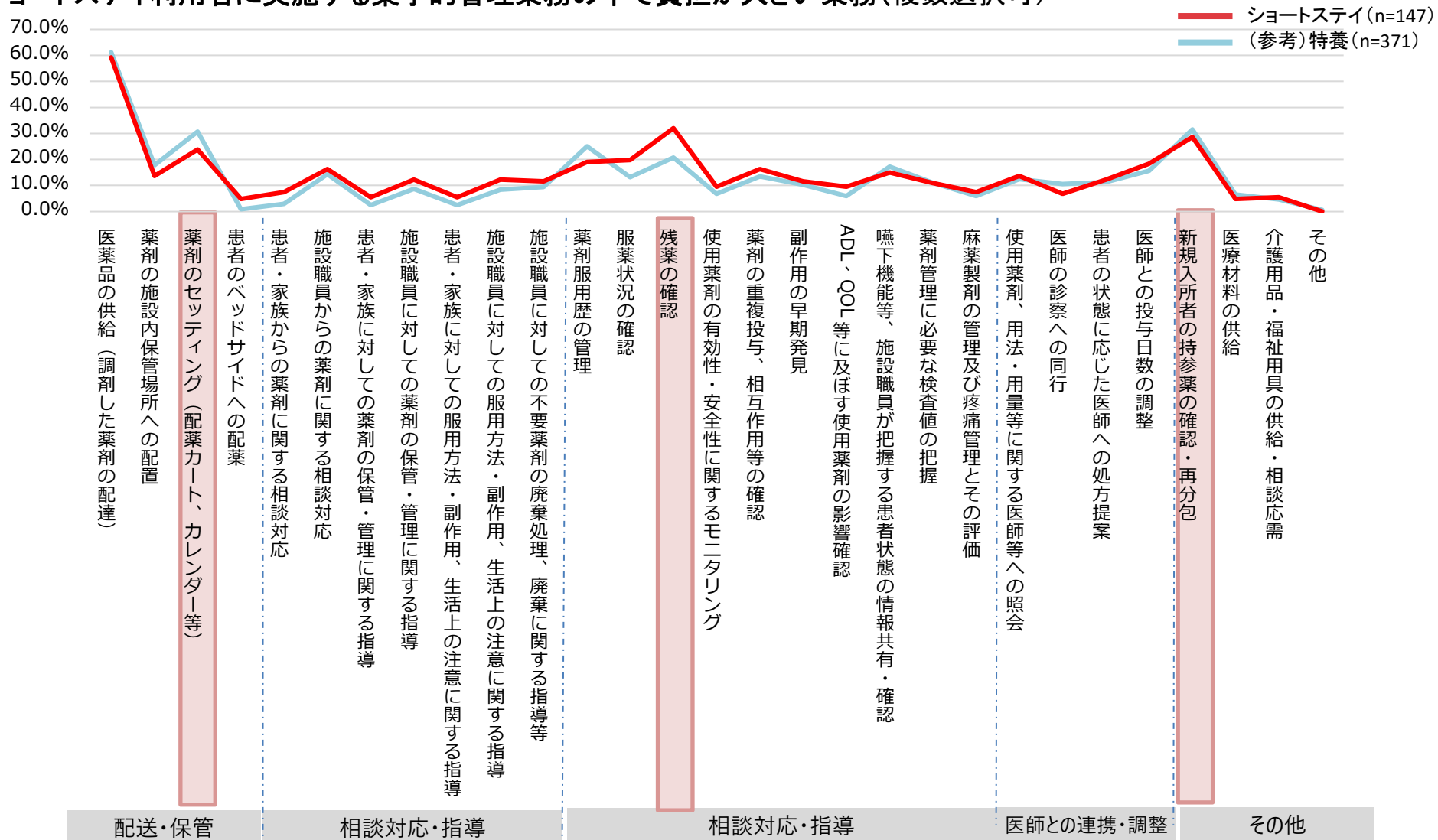
- 高齢者施設等においては、施設類型によって医師・薬剤師の配置や入所者の状況等が異なることから、それぞれの施設類型に応じた薬剤管理の対応が必要であり、以下のような課題も有する。

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

短期入所（ショートステイ）利用者への薬学的管理業務

○ ショートステイ利用者を実施している薬学的管理の中で負担が大きい業務としては、高齢者施設における薬学的管理業務と同様に「残薬の確認」、「新規入所者の持参薬確認・再分包」等に関する業務が多かった。

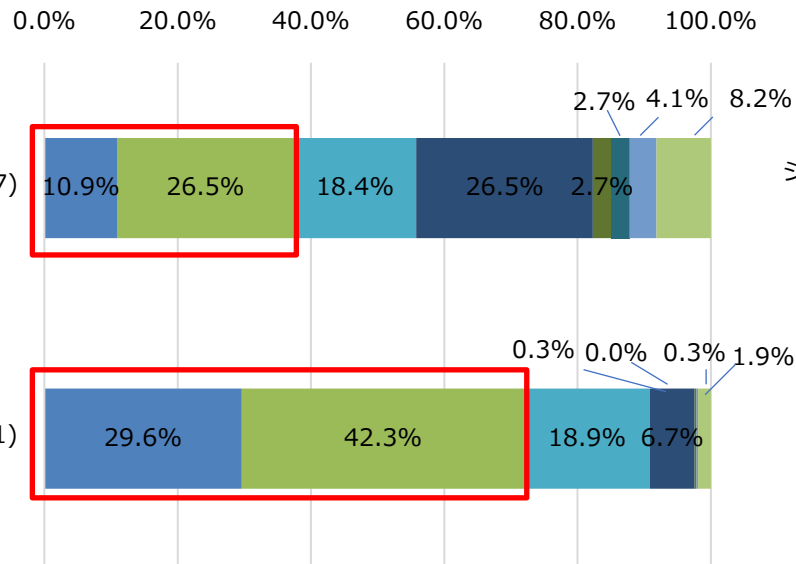
■ ショートステイ利用者を実施する薬学的管理業務の中で負担が大きい業務(複数選択可)



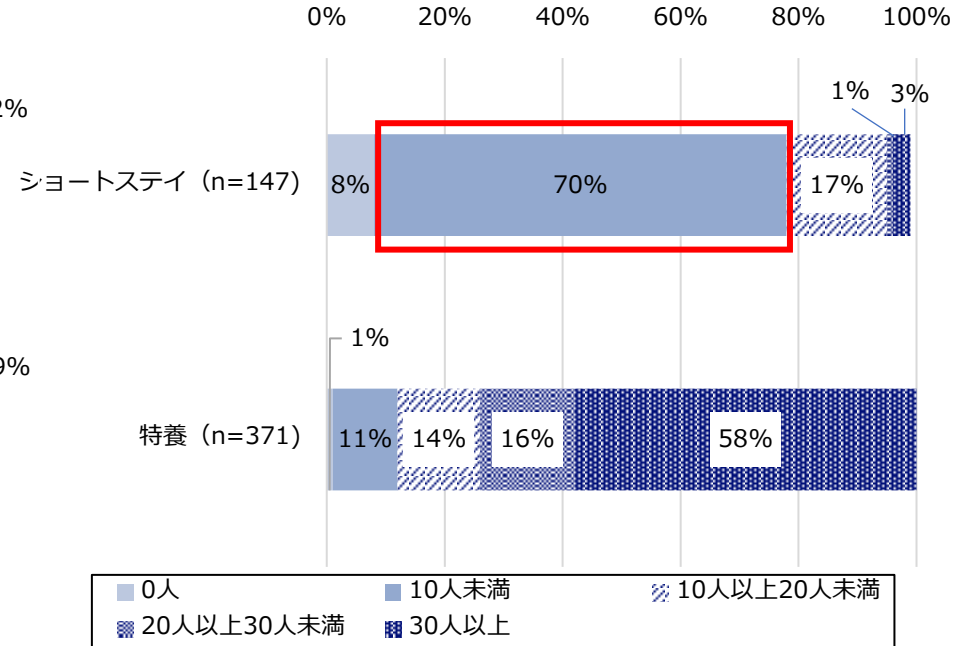
薬局におけるショートステイへの訪問実態

- ショートステイへの訪問薬剤管理指導は特別養護老人ホームへの訪問に比べ週に1回以上の割合が少なく、1回の訪問あたりに対応する利用者数は10人未満が70%であった。
- 訪問に伴う評価は明確になっていない。

■ 連携する施設への訪問頻度
(ショートステイ:n=147, 特養:n=371)



■ 特養への1回の訪問あたりに対応する利用者数
(ショートステイ:n=147, 特養:n=371)

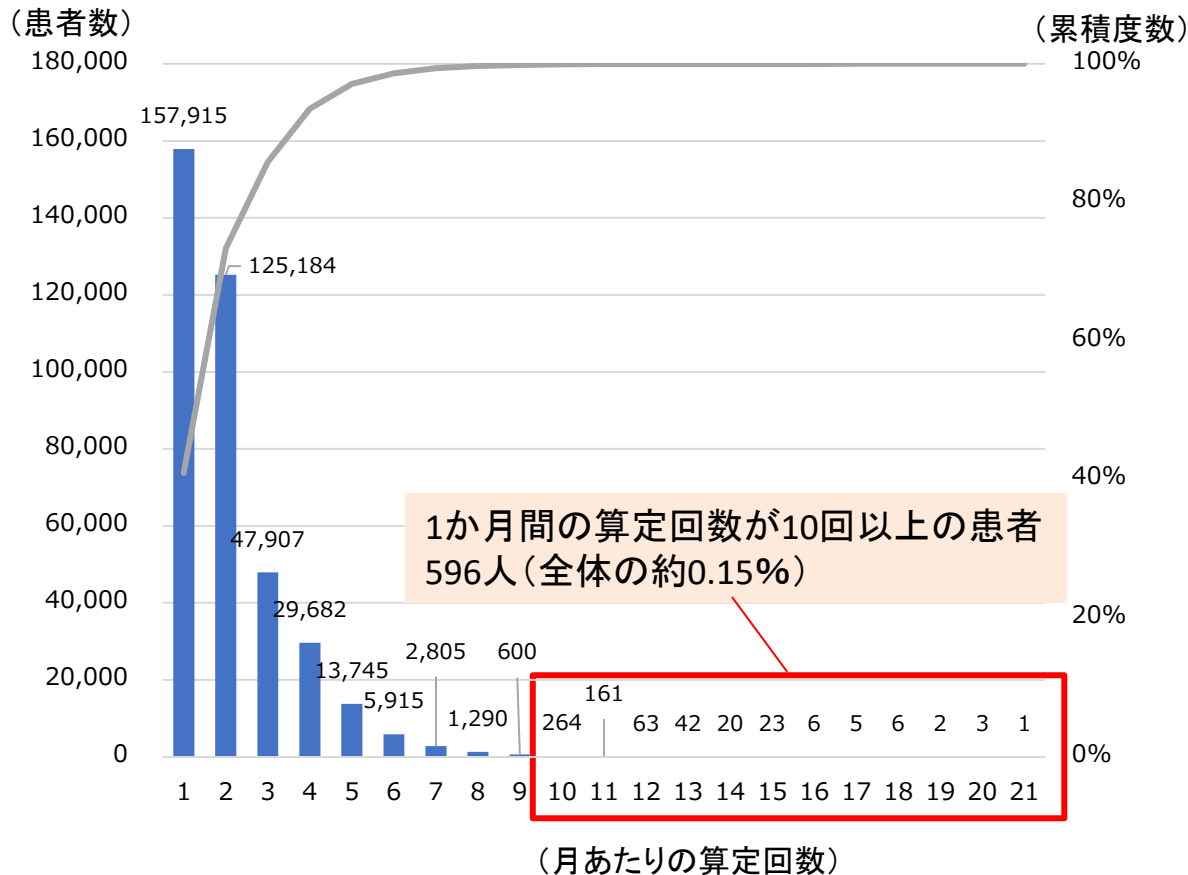


- 1.週2回以上
- 2.週1回程度
- 3.月2回以上月4回未満
- 4.月1回以上月2回未満
- 5.年6回(2か月に1回)以上月1回未満
- 6.年2回(半年に1回)以上年6回未満
- 7.年1回以上年2回未満
- 8.年1回未満

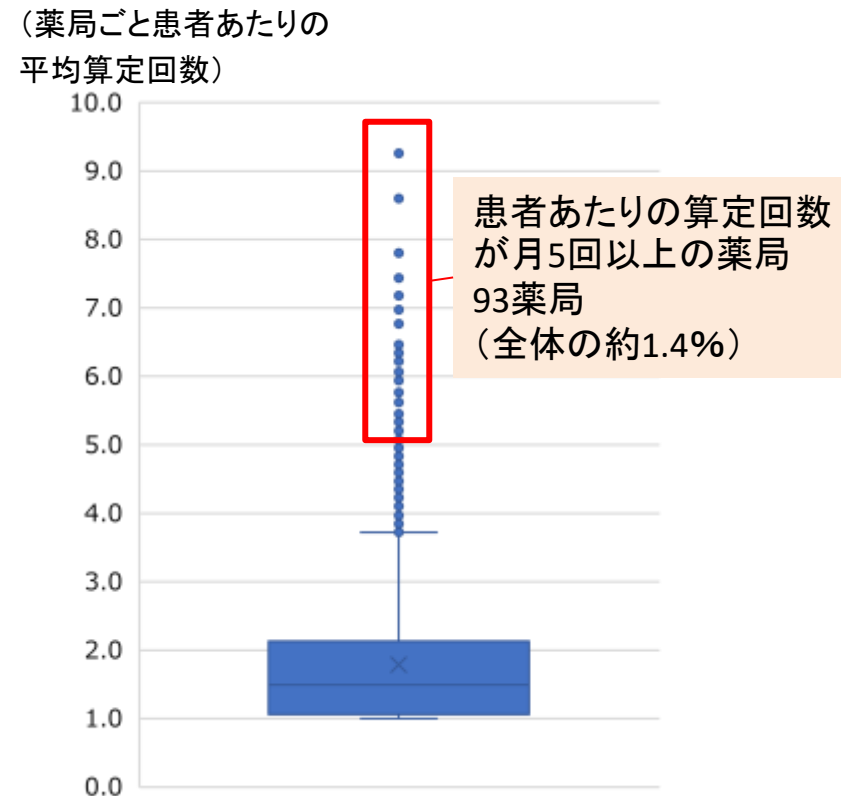
- 0人
- 10人未満
- 10人以上20人未満
- 20人以上30人未満
- 30人以上

- 特別養護老人ホームに入所している患者を訪問した場合に算定できる服薬管理指導料3について、多くは月1~2回であるが、一部の患者では月10回以上算定されている。
- 服薬管理指導料3の患者あたり算定回数の平均値を薬局ごとに計算したところ、大半の薬局は月1~2回であるが、一部の薬局では月5回を超えている。

■服薬管理指導料3の月あたりの算定回数別の患者数
(n=385,639)



■服薬管理指導料3の薬局ごとの患者あたりの平均算定回数(n=6,440)



特別養護老人ホームにおける複数回訪問の事例

○ 週に1回以上特別養護老人ホームを訪問し服薬管理指導料3を算定している患者は、以下の様な処方実態がある。

■ 特養訪問に係る服薬管理指導料3を複数回算定する薬局の請求の例
(※全て同じ医師による処方)

処方月日	調剤年月日	処方内容	用法	調剤数量
Y月A日	X月B日	ボノプラザン錠10錠 1錠	1日1回朝食後	7
X月B+5日	X月B+7日	エドキサバン錠15mg 1錠	1日1回朝食後	7
X月B+12日	X月B+14日	フロセミド錠10mg 1錠	1日1回朝食後	7
X月B+19日	X月B+21日	レバミピド錠100mg 3錠	1日3回毎食後	7
X月B+26日	X月B+28日			7
X月B+1日	X月B+1日	ロキソプロフェンテープ10mg 56枚	1日1回貼付	1
X月B+15日	X月B+15日	ベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸錠 1錠	1日1回夕食後	28
X月B+29日	X月B+29日			28

薬局の算定項目	月あたりの算定回数	月あたりの請求点数
調剤基本料1 (42点)	8回	936点
地域支援体制加算2 (47点)	8回	
後発医薬品調剤体制加算2 (28点)	8回	
薬剤調製料 (内服薬24点)	-	408点
薬剤調製料 (内服薬10点)	-	10点
調剤管理料 (内服薬7日分以下4点)	-	64点
調剤管理料 (内服薬15日分以上28日分以下50点)	-	100点
服薬管理指導料3 (45点)	8回	410点
特定薬剤管理指導加算1 (10点)	5回	
外来服薬支援料2 (34点)	5回	170点

(9) 情報通信機器を用いた診療に係る指摘事項

(12月15日 中央社会保険医療協議会 総会)

【情報通信機器を用いた診療による疾病管理について】

- 精神療法のオンライン診療の全般的な評価を検討するに際しては、精神疾患の種類によらず適切な診療の質が担保できるのかどうか、提示された資料以外のエビデンスを示すべき。

精神疾患に対するオンライン診療の有効性

○ 精神疾患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。

○ 成人の心的外傷後ストレス障害、気分障害、不安障害の患者を対象としたメタ解析(20研究の7414症例が解析対象)において、有効性と患者満足度についてオンライン診療と対面診療は同等であるとの結果が示されている。

Shaker AA, et al. JMIR Ment Health. 2023 Jul 5;10:e44790.

○ 軽度うつ病の成人(107名)を対象としたオンライン診療と対面診療の有効性を比較したランダム化比較試験において、両群においてうつ症状が改善したが、オンライン診療群の方が有意な改善を認めた。精神的健康状態、治療への満足度、治療関係、治療アドヒアランス、服薬遵守に関して群間に有意差は見られなかった。治療中断率は対面診療群の方が有意に高かった。

Hungerbuehler I, et al. JMIR Ment Health. 2016 Aug 3;3(3):e36.

○ 不安障害に対するオンライン診療と対面診療の有効性を比較したメタ解析において、オンライン診療は対面診療と比較して、不安症状、強迫性症状、うつ症状などのアウトカムは同等であった。

Krzyzaniak N, et al. J Telemed Telecare. 2021 Dec 3;1357633X211053738.

○ PTSDの女性126名を対象としたオンライン診療と対面診療の有効性を比較したRCT(非劣性試験)において、PTSDの症状の改善は両群において改善を認めるも、群間に有意差を認めなかった

Morland LA, et al. Depress Anxiety. 2015 Nov;32(11):811-20.

○ 精神科クリニックを受診している外来患者495人を対象としたオンライン診療と対面診療の有効性を比較したRCTにおいて、アウトカムと患者満足度は両群で同等であった。

Fortney JC, et al. JAMA Psychiatry. 2021 Nov 1;78(11):1189-1199.

日本における有効性の検証結果

- うつ病、不安症、強迫症の患者199人に対して、治療時に対面診療とオンライン診療を併用した群（併用群）と対面診療のみを実施した群（対面診療群）の間で、24週後の健康関連QOL指標（SF-36MCS）を比較した非劣性試験において、併用群は対面診療群に劣らない結果であったことが報告されている。
- 患者満足度や疾患の重症度等の副次的な評価項目について、両群の間に有意な差は認められなかったとされている。

主要評価項目	週	オンライン診療併用	対面診療	平均差 (95%CI)	P値
		平均 (SD)	平均 (SD)		
SF-36MCS得点 (FAS)	24	48.50 (9.57) (N=96)	46.68 (10.58) (N=86)	1.82 (-1.12 to 4.77)	<.0001
SF-36MCS (PPS)	24	48.50 (9.57) (N=96)	46.60 (10.62) (N=85)	1.90 (-1.06 to 4.86)	<.0001

副次評価項目	週	オンライン診療併用	対面診療	平均差 (95%CI)	P値
		平均 (SD)	平均 (SD)		
WAI	12	71.7 (2.8) (N=98)	68.1 (2.9) (N=87)	3.6 (-0.1 to 7.4)	0.06
	24	71.6 (2.8) (N=96)	69.5 (2.9) (N=85)	2.1 (-1.9 to 6.0)	0.31
CSQ (患者満足度)	12	26.9 (0.9) (N=98)	26.2 (0.9) (N=87)	0.7 (-0.5 to 2.0)	0.24
	24	27.3 (0.9) (N=96)	26.5 (1.0) (N=85)	0.8 (-0.6 to 2.1)	0.25
EQ-5D (QOL)	0	0.811 (0.029) (N=98)	0.823 (0.030) (N=89)	-0.011 (-0.052 to 0.029)	0.58
	12	0.807 (0.030) (N=98)	0.822 (0.031) (N=88)	-0.014 (-0.062 to 0.033)	0.55
	24	0.828 (0.029) (N=96)	0.829 (0.030) (N=86)	-0.001 (-0.0045 to 0.043)	0.97
HAMD-17 (抑うつ障害群のみ)	24	7.9 (1.6) (N=48)	5.9 (1.7) (N=39)	2.0 (-1.0 to 5.0)	0.18
HAMA (不安症のみ)	24	8.7 (1.8) (N=29)	9.0 (1.9) (N=30)	-0.3 (-2.8 to 2.2)	0.81
YBOCS (強迫症のみ)	24	12.9 (1.8) (N=18)	14.0 (2.1) (N=16)	-1.1 (-5.7 to 3.5)	0.62

WAI：治療者と被治療者の関係性の質を評価する尺度、HAMD-17：うつ病の評価尺度、HAMA：不安症の評価尺度、YBOCS：強迫症の評価尺度

※次の患者は除外 (1) 緊急の希死念慮、不安、焦燥などのために、通常の治療に加えて、病院での予定外又は緊急の治療が必要となる患者
(2) 精神状態が悪化した場合に緊急の受診を自分で管理することが困難であった患者（病院が遠方にあった等）

(10) 栄養管理体制に係る指摘事項

(12月15日 中央社会保険医療協議会 総会)

【栄養管理体制について】

○ GLIM基準の活用を進めるのであれば、現在の普及状況についてもデータを示してほしい。

- ESPEN(欧州臨床代謝学会)、A.S.P.E.N(アメリカ静脈経腸栄養学会)、PENSA(アジア静脈経腸栄養学会)、FELANPE(南米栄養治療・臨床栄養代謝学会)による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良(低栄養)の定義が策定された。 ※ Global Leadership Initiative on Malnutrition
- 表現型(体重変化、BMI、筋肉量)と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール(NRS-2002,MNA-SF等)を使用

診断のためのアセスメント(GLIM基準)

● 表現型

- 体重減少
6か月以内で5% 6か月以上で10%
- 低BMI

<20kg/m ² 70歳未満	アジア	<18.5kg/m ² 70歳未満
<22kg/m ² 70歳以上		<20kg/m ² 70歳以上
- 筋肉量減少

● 病因(※)

- 食事摂取量減少 / 吸収障害
- 疾病負荷 / 炎症

診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

重症度診断

<重症度判定>

重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の 低栄養	5~10%: 過去6か月以内 10~20%: 過去6か月以上	<20: 70歳未満 <22: 70歳以上 アジア <18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上	軽度-中等度の 減少
ステージ2 重度の 低栄養	>10%: 過去6か月以内 >20%: 過去6か月以上	<18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

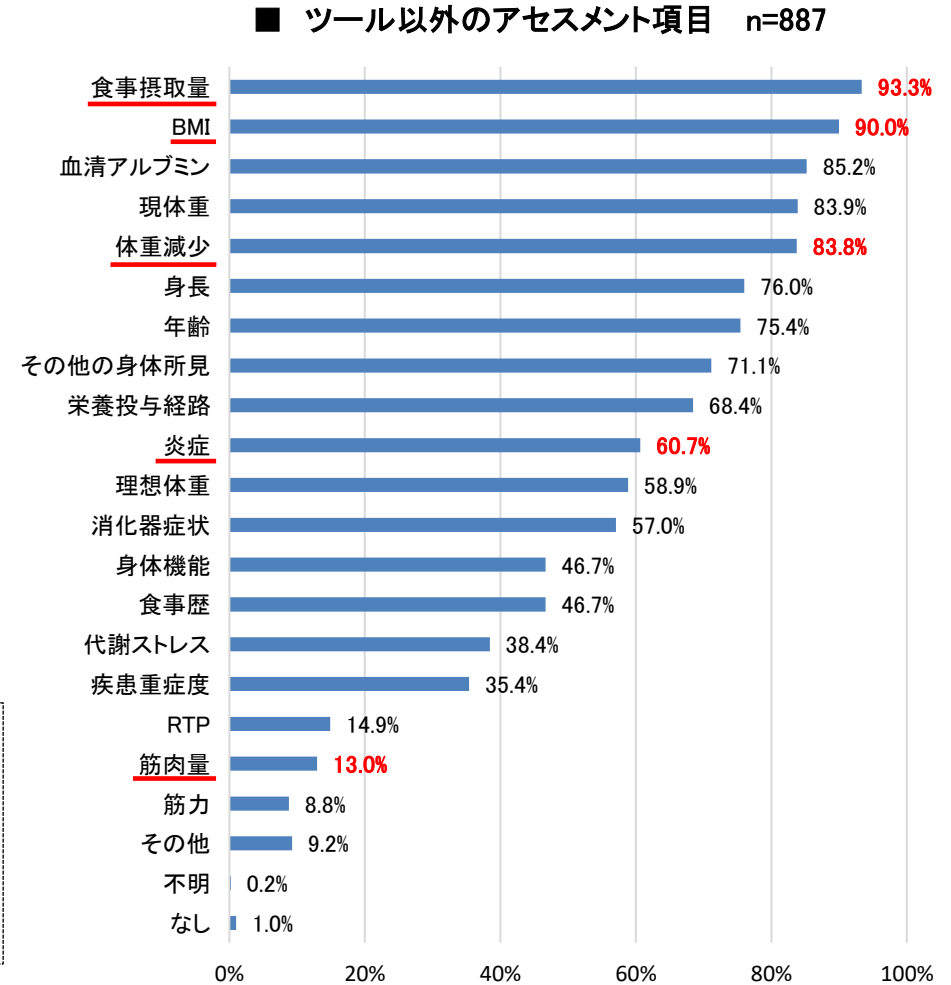
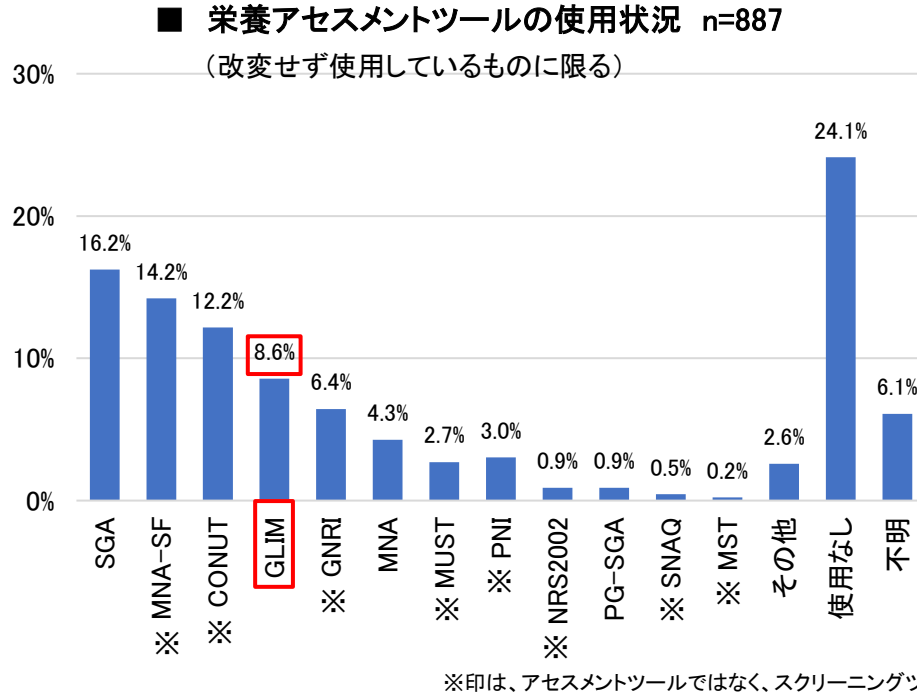
注)臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

(※) 病因に基づく診断分類

慢性疾患で炎症を伴う低栄養
急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養
炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養
炎症はなく飢餓による低栄養(社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因)
消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害

GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) 基準の活用状況

- 栄養アセスメントツールについて、GLIM基準を使用している割合は 8.6%で、使用なしの割合が 24.1%と最も高かった。
- GLIM基準のアセスメント項目である食事摂取量、BMI、体重減少、炎症は多くの医療機関で使用されていた一方で、筋肉量は13.0%だった。



< GLIM基準におけるアセスメント項目 >



表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つ該当した場合に低栄養と判定