

4. 個別事項（その20）について

説明**これまでのご指摘に対する回答について**中医協 総-4
5.12.22**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

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。それでは、続きまして「個別事項（その20）について」を議題といたします。事務局より資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。それでは、個別事項（その20）ということで、これまでのご指摘に対する回答について、中医協資料「総-4」を用いまして、ご説明をさせていただきたいと思っております。

これまで、さまざまな議題につきまして総会等におきまして、ご議論をいただいでございました。

ご議論の中におきましては、私ども用意した資料に関しまして、あるいは不十分である、あるいは、こういった分析ができないかといったご指摘をいただいたところでございます。

そういったご指摘に対しまして、資料を用いまして、今回、一定のものをご回答させていただこうというふうに思いまして、また今後の議論の参考、あるいは資するものとして、お考えいただければというふうに思っております。

(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。

2

それでは、1つ目でございます。

(1) 総合入院体制加算に係る指摘事項でございます。

スライド2をご覧ください。

こちらに入院(その2)というのがございまして、11月8日の総会で、こちらは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。

こういったご指摘でございました。

総合入院体制加算の概要			
中医協 総-3 5.11.15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場合も良い。) 外來を縮小する体制を有すること。(右記) <ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟に除命薬を投与の届出をしており、実費を徴収している ・ 救急診療体制1の注5の計算を算定する病棟に患者が、当該病棟であり通知の必要のない患者及び訪問外来等に当該病棟の医療の必要がないと判断された患者が、前記1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。 ・ 総合診療科に医師が常勤している。 次のいずれにも該当する。 <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。 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	<p>(共通要件) 全身麻酔による手術件数が年間800件以上</p> <p>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 ◯ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 工 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</p>		
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2000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	<p>(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</p> <p>精神患者の入院受入体制がある</p> <p>以下のいずれも満たす 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</p> <p>以下のいずれかを満たす 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</p>		
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：3割3分以上 必要度Ⅱ：3割以上	必要度Ⅰ：3割以上 必要度Ⅱ：2割7分以上
下線太字は令和4年改定事項			

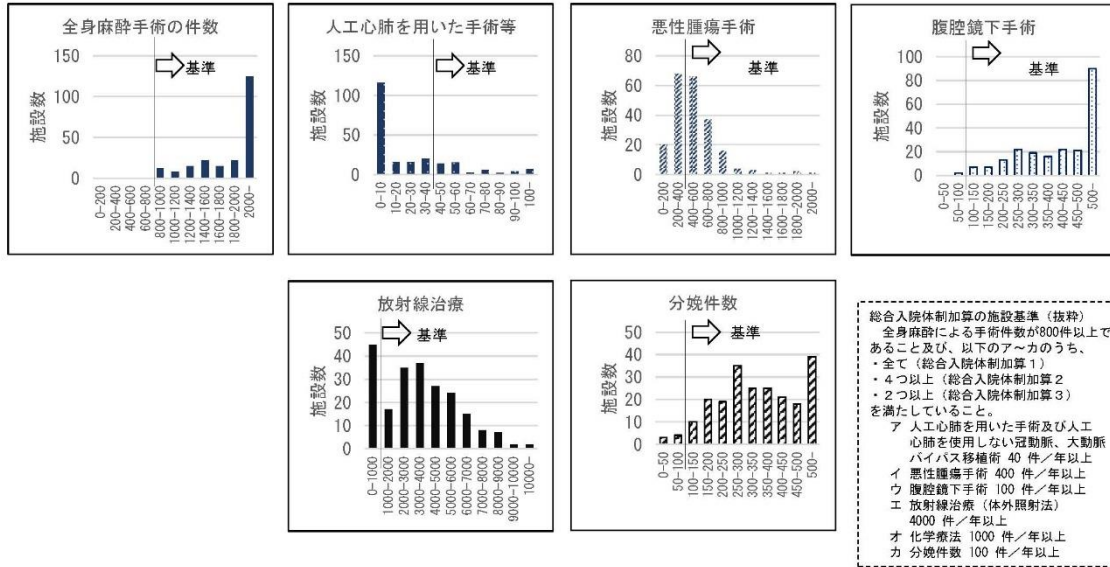
3

3 ページには、総合入院体制加算の概要がございます。

1・2・3 というふうに分かれていること。

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。



出典：NDBデータ(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、令和4年4月～令和5年3月) 令和4年度病床機能報告(分娩件数、各病棟の実績を合計して計算、*は5を代入)

4

そして、4ページでございますが、

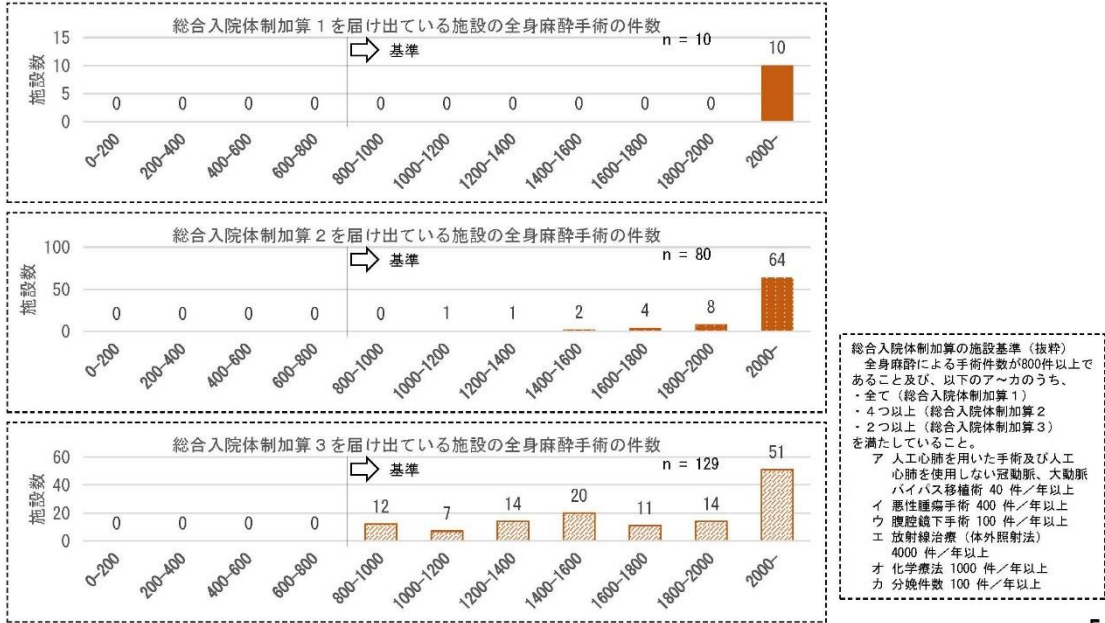
総合入院体制加算を算定している医療機関の診療実績をお示ししてございます。

それぞれ、全身麻酔の手術件数ですとか分娩件数、こういった基準がございますけれども、

多くの施設で基準を満たしているというところでございます。

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。



5 ページには、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でございます。

こちら、総合入院体制加算は先ほど1・2・3があると申し上げましたが、

1・2に関しましては、基準と比較いたしまして高い実績を示してございます。

こうした実態を踏まえまして、総合入院体制加算の実績要件および評価のあり方について、ご議論いただきたいと考えてお示ししているものでございます。

(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。

6

それでは、2つ目。働き方改革に係る指摘事項でございます。

こちら、主なご意見といたしまして、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。

というご意見をいただいております。

勤務環境に特に配慮を要する領域への対応

中医協 総-5
5. 6. 14

- 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関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 循環器系、腫瘍治療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、予定手術前日に於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) 在宅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) テ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千歳等を支給しており、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)



出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日)

7

7 ページにお進めください。

こちらは手術・処置の時間外加算 1 の概要でございます。

こちら、ご覧いただければわかりますとおり、この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いたしまして、手術・処置の休日・時間外・深夜加算の要件等の見直しを実施したところでございます。

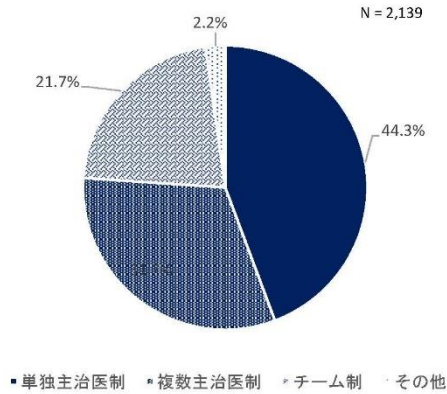
ということで、この四角の中にごございます休日加算 1 ですか、こういったことを設けまして、

その下にさまざま、負担軽減や処遇の改善に関する体制として「次の体制を整備していること」などをお示ししているところでございます。

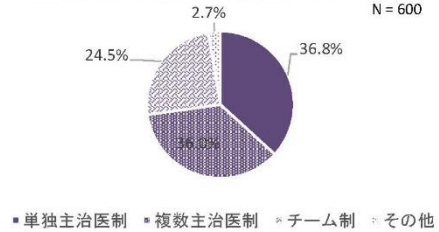
所属する診療科の主治医制

○ 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



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(医師票、A表)

8

8 ページ目でございます。これは所属する診療科の主治医制の導入状況についてでございます。

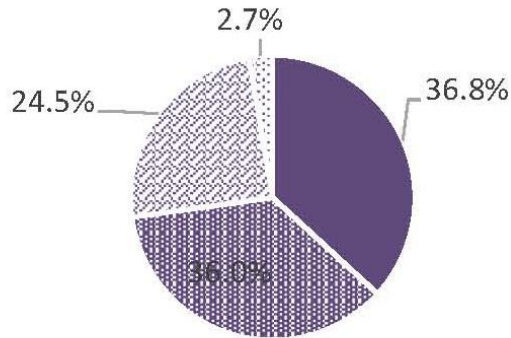
これは医師への調査をもとにデータを示しているものでございますけれども、こちらは入院外来分科会における調査でございますけれども、

こちらは所属する診療科の主治医制であります、

こちら、「単独主治医制」であるということが全体では 44.3%というのは左側の円グラフにあるところでございます。

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

N = 600



■ 単独主治医制 ■ 複数主治医制 ※ チーム制 ※ その他

一方で、右側に小さい円グラフがございますが、手術・処置の時間外加算1を算定する医療機関における所属する診療科の主治医制ということでございますけれども、

こちらは「単独主治医制」であるというところが36.8%ということで、先ほどの44.3と比べると低くなっているということがございます。

こういった「チーム制」をとっているところが21.7%から24.5%と、やや多いというふうなことがお示しできてるかというふうに思います。

(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。

9

それでは次、3番目。一般不妊治療の施設基準に係る指摘事項ということでございます。こちら、指摘事項を9ページ目に書かせていただいているところでございますけれども、

今の基準でございます「一般不妊治療管理料」につきましては、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少ないということでございます。

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ございまして、その届出がなければ「人工授精」も保険診療で実施できないということでございます。

この要件は、患者さん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。というふうなご意見がございました。

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。

10

その後、10 ページでございます。

関連学会の日本産科婦人科学会から意見を聴取したところでございます。

その中では、こちら、上にごございますとおりでございまして、

「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」ということをごございまして、

「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、ご提案がございました。

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。

11

そこで、11 ページ目でございます。

ここは具体的な「論点」というふうに、お示しをしております。

当該保険医療機関におきまして、

「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。

ということで、この場でご提案をさせていただきたいと思っております。

(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。

12

次、4番目でございます。

病院における歯科の機能にかかる評価への指摘事項でございます。

12ページ目に指摘事項、具体でございますが、

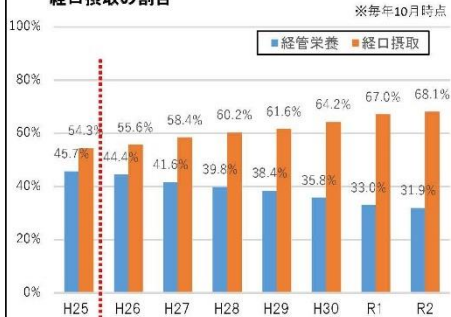
回復期医療、慢性期医療を担う病院の歯科機能を強化するにあたり、慢性期療養病床入院患者に対する歯科治療の必要性などについてエビデンスを示すべき。

こういったご指摘ございました。

慢性期病棟における歯科との連携

- 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、療養病床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



・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:医療法人栄寿会陵北病院 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:医療法人栄寿会陵北病院坂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

	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	78.2	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	88.6	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	81.3	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)

13

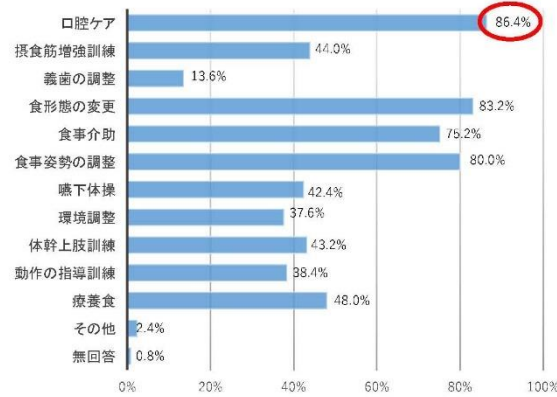
13 ページには、慢性期病棟を主とする病院におきまして接触嚥下障害への対応や、多職種連携による経口維持計画等に歯科医師や歯科衛生士が関わることで、経口摂取患者の割合が増加したということ。

また、看護師が病棟に勤務してほしいと考える職種については、療養病床では歯科衛生士が約8割と、介護福祉に次いで多いということをお示ししてございます。

慢性期療養病棟入院患者の歯科治療の必要性

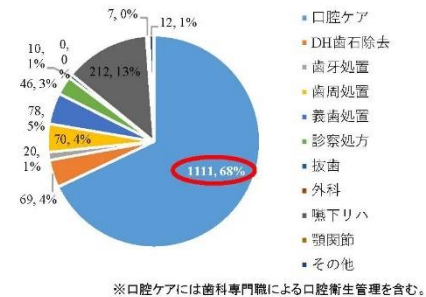
○ 医療療養病棟に入院する患者を対象とした調査において、摂食嚥下機能が改善した患者に対して実施した内容としては「口腔ケア」が最も多いということや、慢性期療養病棟に入院する患者の歯科治療のニーズとしても「口腔ケア」が最も多いということが報告されている。

■ 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



出典：平成31年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
「長期療養を目的とした施設におけるリハビリテーションの在り方等に関する調査研究事業」

■ 慢性期療養病棟に入院する患者の歯科治療のニーズ



● 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

出典：令和3年度日本歯科医学会プロジェクト研究 結果より
浜松市リハビリテーション病院大野友久先生提供資料

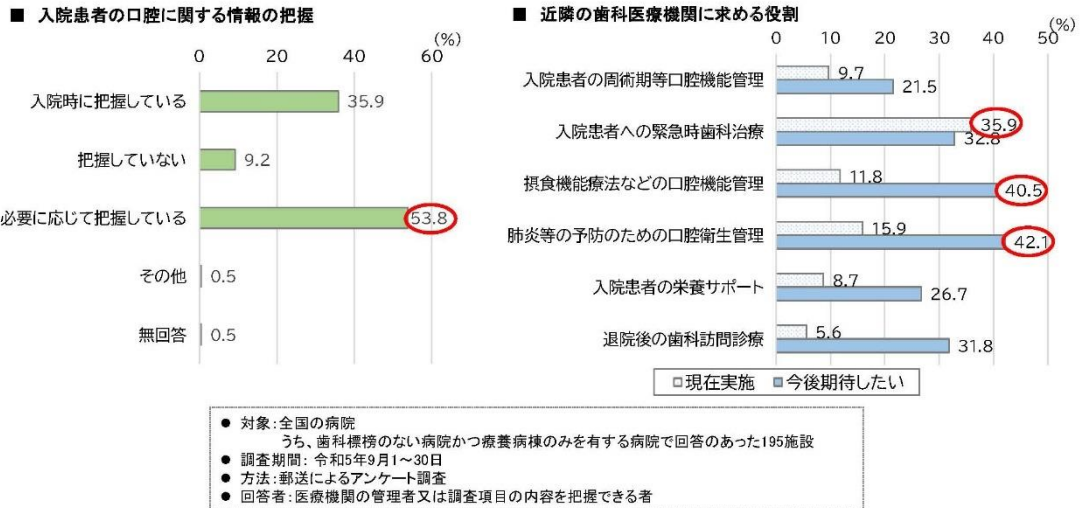
14 ページ。

こちらは医療療養病棟に入院する患者さんで、摂食嚥下機能が改善した患者さんに対して実施した内容。

そして、慢性期療養病棟に入院する患者さんの歯科治療のニーズとして、「口腔ケア」が最も多いということをお示ししてございます。

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。



出典: 令和5年度「病院における医科・歯科連携に関する調査」(速報版) (公社)日本歯科医師会・日本歯科総合研究機構

15

15 ページは療養病棟における入院患者の口腔に関する情報についてでございますけれども、

「必要に応じて把握している」が最も多いということございまして、

また、近隣の歯科医療機関に求める内容といたしまして、口腔衛生管理や口腔機能管理が多いということをお示ししてございます。

(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。

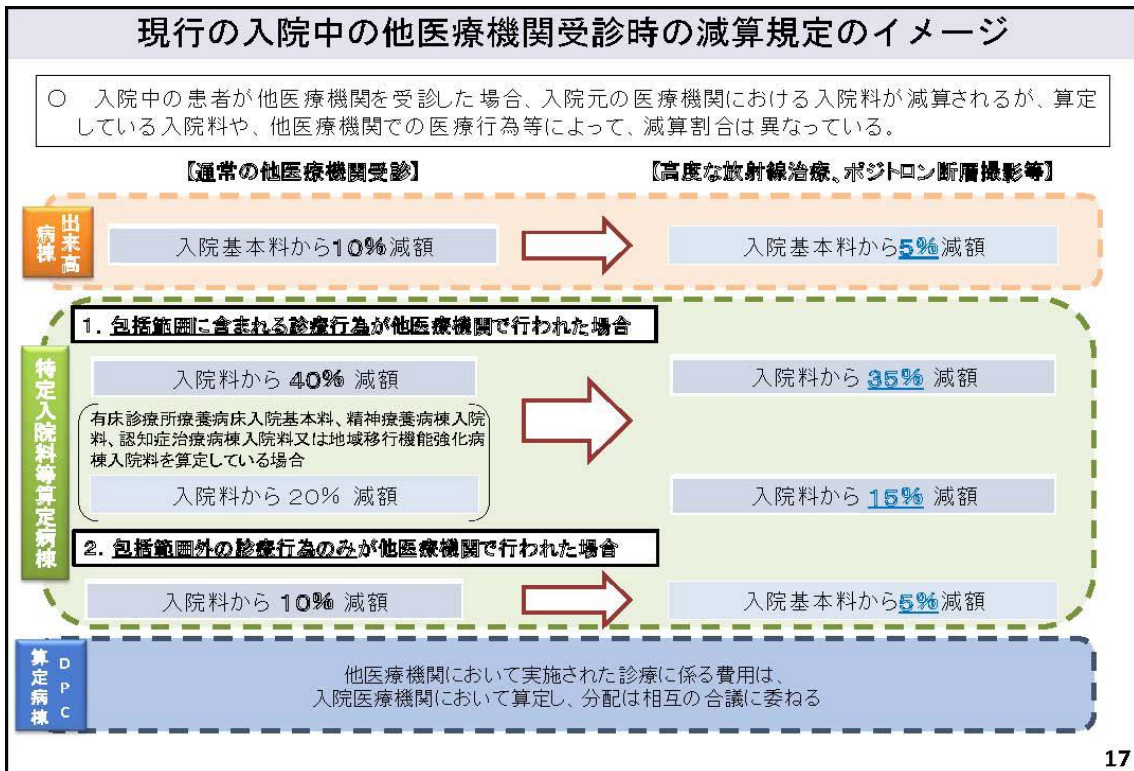
16

それは5つ目でございます。

緩和ケアに係る指摘事項ということでございます。

16 ページに、その具体ですけれども、入院中の患者につきまし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の評価を整理を示すべきということございまして、17 ページ、18 ページ目に、その全体像を示しているところでございます。



17 ページでございますけれども、

算定している入院料の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については減算割合が高いということでございます。

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 <small>(診療情報提供料のみ算定可能)</small>			
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 <small>(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)</small>			
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

18

18 ページはその具体でございます。

(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が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。

19

次、6つ目でございます。

DPC/PDPSに係る指摘事項でございます。

19ページでございますとおり、11月24日の中医協総会におきまして、新たな点数設定方式について導入の必要性について、

より具体的・客観的なデータを示すべきとのご指摘をいただきました。

入院・外来分科会のとりにまとめにおける指摘事項

中医協 総 - 2
5 . 1 1 . 2 4

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、との指摘があった。

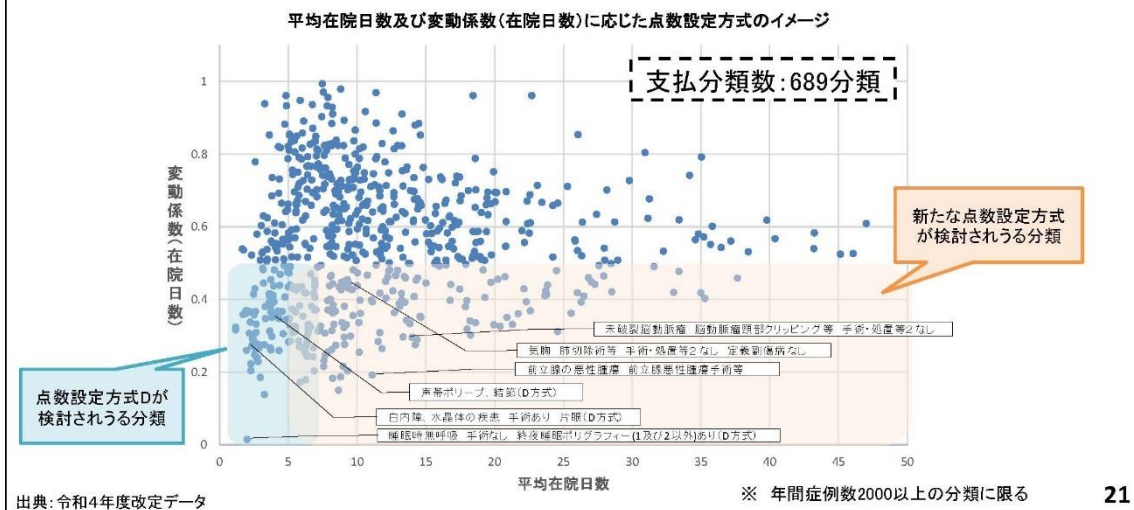
20

20 ページには、分科会における指摘事項の再掲をしております。

標準的な経過が想定されるような分類において早期に退院させた場合の評価について検討が必要ではないかといった指摘があったところ。

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。



21 ページ。

ここでは、こういった分類において検討されうるのかということで、

横軸に平均在院日数、縦軸に在院日数の変動係数をとった分類ごとの散布図をお示ししてございます。

このうち左下の水色のボックスでございますけれども、ここは主にD方式の適用が想定される一方、

今回の検討におきましては、その右側ですね、右下のオレンジ色のボックスで示されるような在院日数が一定以上で、やはり、ばらつきが少ないような分類が念頭に置かれるということでございます。

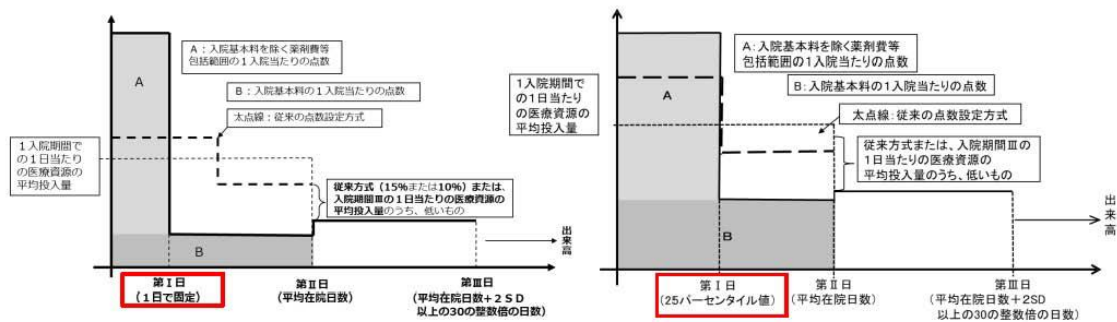
新たな点数設定方式のあり方について

中医協 総-2
5.11.24

- 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。

【点数設定方式D】 ※令和4年度改定時(153分類)

【新たな点数設定方式のイメージ】



22

22 ページ、23 ページ。

こちらは資料の再掲でございます、新たな点数設定方式のイメージと、

新たな点数設定方式の対象選定に係る観点について

 中医協 総 - 2
 5 . 1 1 . 2 4

- 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

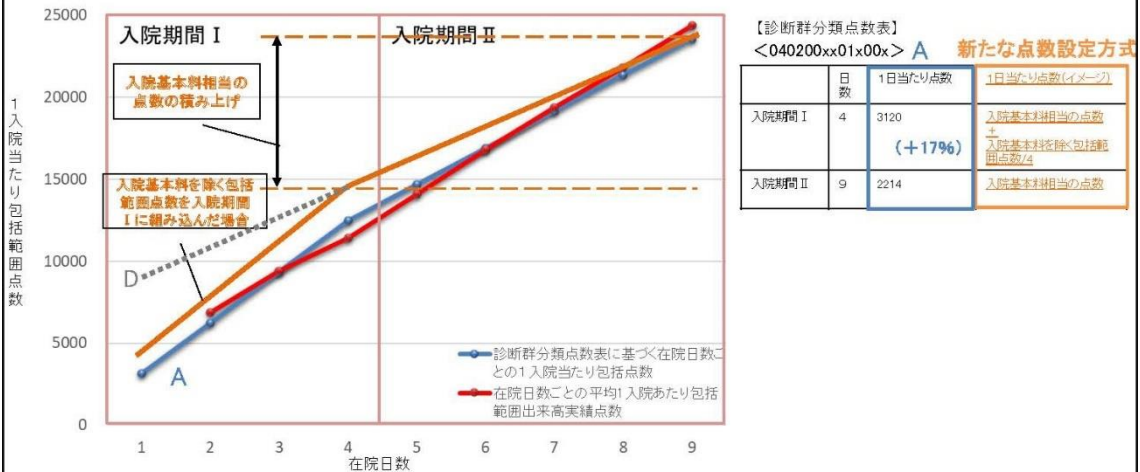
23

対象選定において想定される具体的な条件をお示ししてございます。

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入院当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



出典: 令和4年度改定データ

24

24 ページ。

こちら、具体的な点数設定のイメージということで、

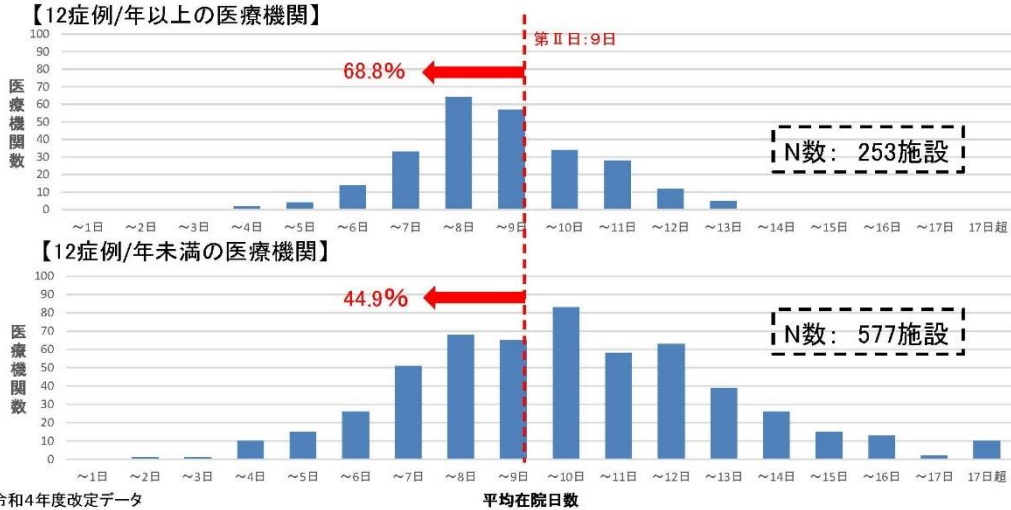
既存のA方式やD方式との比較で、新たな点数設定のあり方についてオレンジ色の折れ線グラフでお示ししてございます。

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)



25

25 ページ、こちらにお示ししている分類を具体例にとりてごさいますけれども、

症例数の多い施設におきましては、平均在院日数が入院期間Ⅱ、いわゆる平均在院日数の以内である割合が高いというところで、

相対的に、こうした施設への評価につながりうるのではないかというふうに想定しております。

(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。

26

7つ目でございます。

認知症に係る指摘事項ということでございます。

26 ページに、「かかりつけ医による認知症対応について」ということで、

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を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。

ということございました。

かかりつけ医認知症対応力向上研修

意見交換 資料-2参考1
R 5 . 4 . 1 9

【研修の対象・目的】

※平成18年度～開始

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



27

27 ページ目から 29 ページ目が資料の再掲でございますけれども、

日本医師会生涯教育制度について

中医協 総-4
5. 1. 1. 29

- 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・研修を効果的に進め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する適切な研修」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 骨節痛
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(原発性・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 嘔吐	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・発達障害
17 急性中毒	44 心臓停止	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・るい腫	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 便通異常(下痢・便秘)	83 相補・代替医療(漢方医療を含む)
	55 紅門・会陰部痛	0 最新のトピックス・その他
	56 熱傷	

出典：日本医師会生涯教育on-line (<https://www.med.or.jp/cme/index.html>)

28

日医かかりつけ医機能研修制度

中医協 総-4
5. 1. 1. 29

- 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、開催する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに都府県医師会が主催する研修等の受講。
規定の単位数を10単位以上取得

実地研修

・社会的な保護・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。
規定の活動も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)

- 「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」
- 「生活期リハビリの実践」、「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」
- 「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」
- 「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・耳鼻科の症例」
- 「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」
- 「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〜」

出典：日医かかりつけ医機能研修制度(<https://www.med.or.jp/doctor/kakari/>)

29

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	診療料を問わず、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着当と認めた医師 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。診療料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)

※アのかかりつけ医等の認知症研修等に関する相談は7月の1st～2nd以降となるほか、ほかの認知症サポート医との連携体制の構築
イは地域包括診療料・加算の研修センターとの連携を目的とした研修
ウは都道府県・指定都市医師会が主催した、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力向上を目的とした研修の企画立案及び開催

30

30 ページ目に認知症に係る医師に対する研修といたしまして、

- ・ 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

について比較を試みた資料がございます。

（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れば違和感がある。

【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

31

それでは、8番目。在宅薬剤管理指導に係る指摘事項でございます。

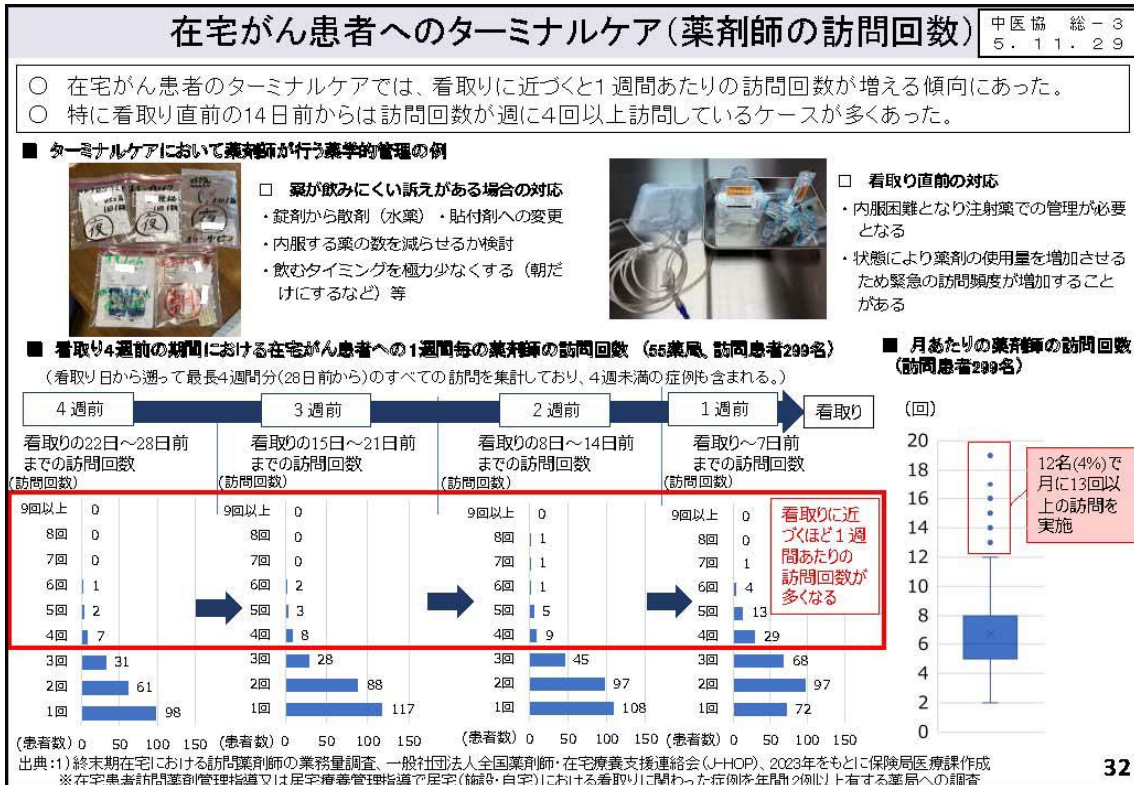
31 ページに指摘事項をまとめてございます。

ターミナルケアに係る薬剤管理に関しまして、訪問回数が多くなるケースもあるが、その必要性や多職種への対応との関連性も含めて説明が必要。指導料にも時間外への加算を評価する必要性の整理が必要とのご指摘。

在宅移行期の薬剤管理については、移行期の業務について別途評価する根拠について明確にすべきとのご指摘。

特別養護老人ホームおよび短期入所の利用者における薬剤管理について、短期入所中における薬剤師の薬剤管理の何が課題なのか整理すべき。

特別養護老人ホームに高頻度に訪問する理由を明確にすべきとのご指摘がございました。



32 ページでございます。

こちらはターミナル期の訪問回数を示した資料の再掲をしております、

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。

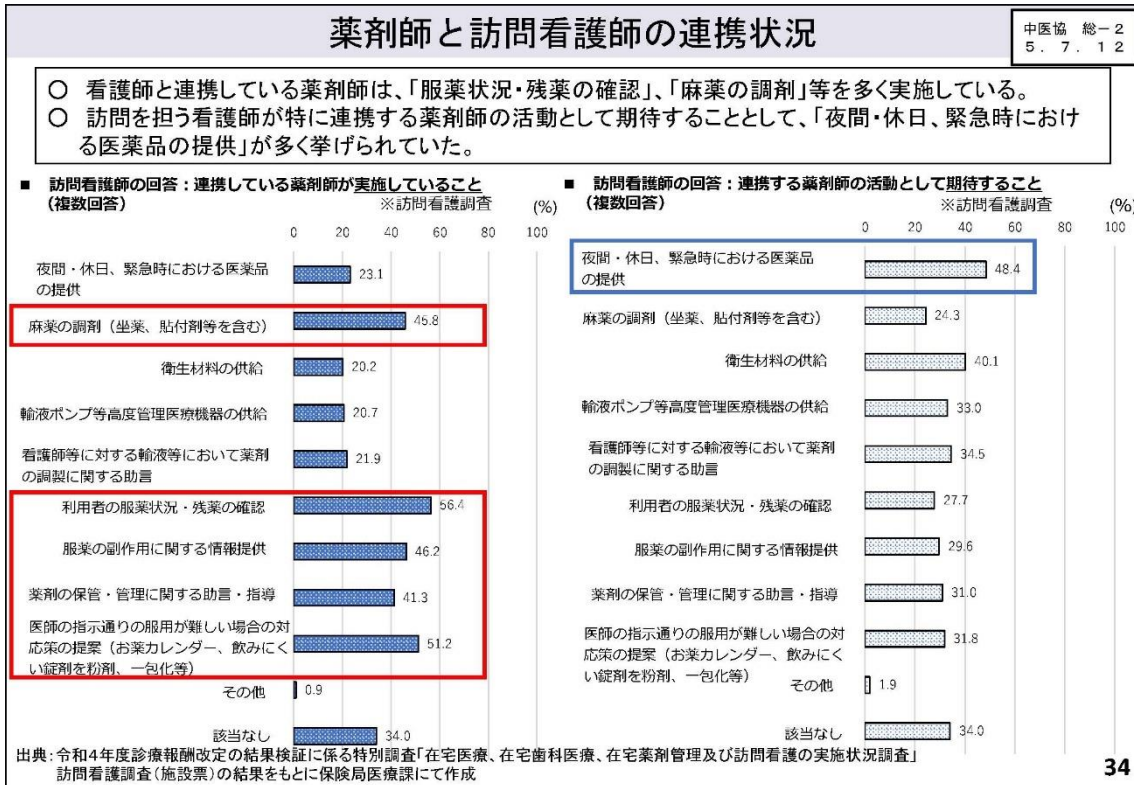
■ 訪問回数の上限を超えて訪問薬剤管理を実施した12名の患者の内容分析

	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%

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在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

33

33 ページ目でございます。

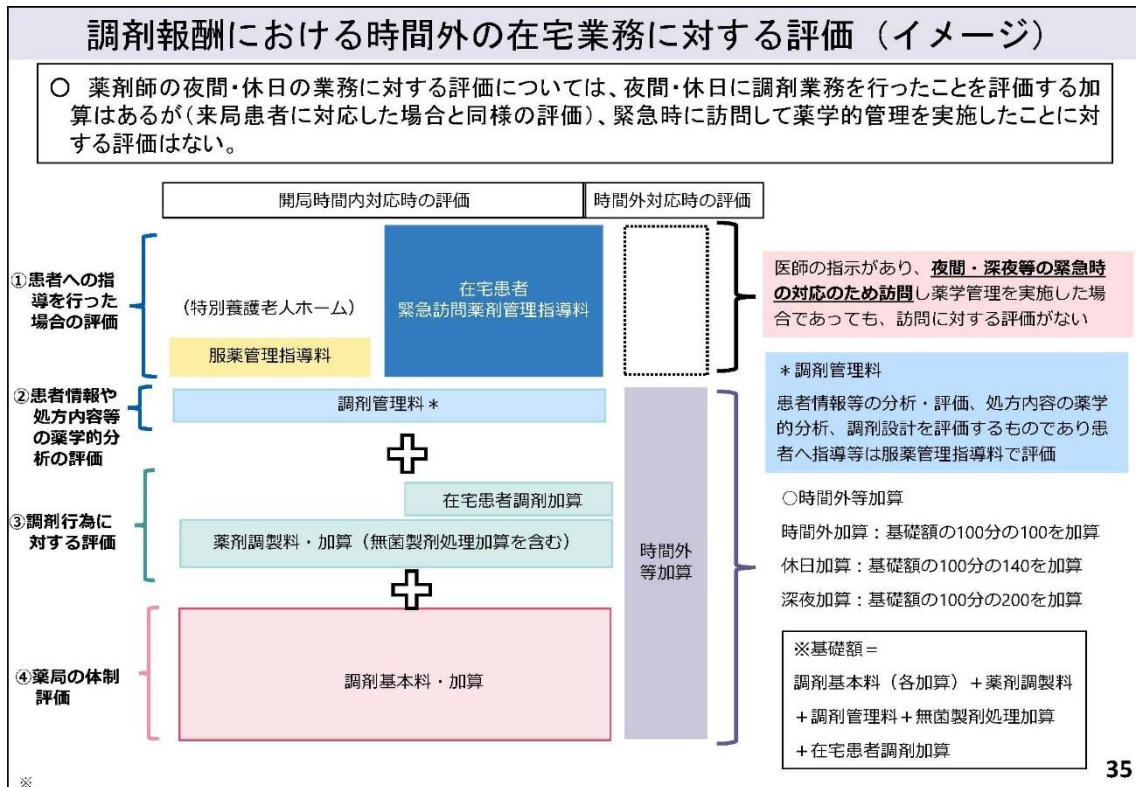


こちら、34 ページ目にかけてでございますけれども、

ターミナル期における上限を超えた薬剤師の訪問についてでございます。

そこは、上の 33 ページに、上の四角囲みでございますけれども、

その全てにおいて医師の指示に基づくものであり、また訪問看護師等の多職種と連携をとりながら業務が実施されているということをお示ししてございます。



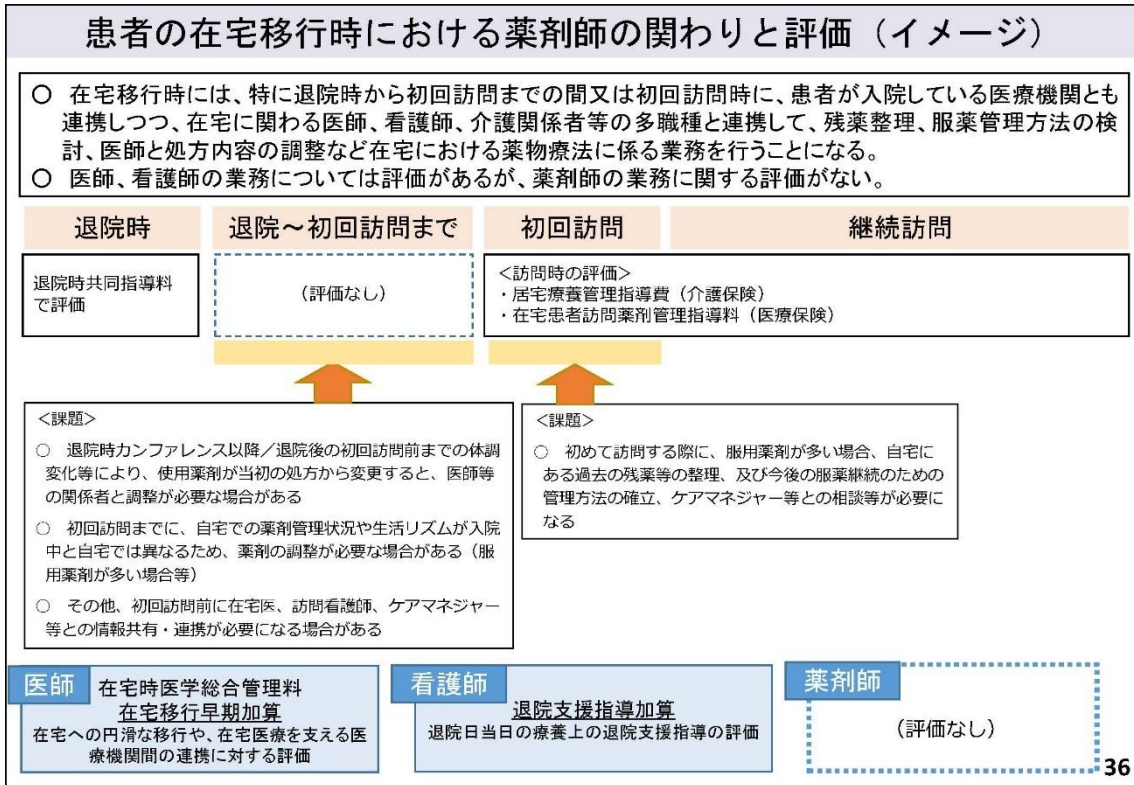
35 ページ。

こちら夜間・休日における調剤に係る行為につきまして、時間外等の加算において評価されているところがございますけれども、

一方で、夜間・休日に医師の指示による訪問薬剤管理指導でありましても、それに対する評価はないということをお示ししてございます。

35 ページで申し上げますと、ちょうど真ん中から右側、上の所でございます、破線の四角で囲っている所でございます。

ここに関する評価がないということをお示ししてございます。

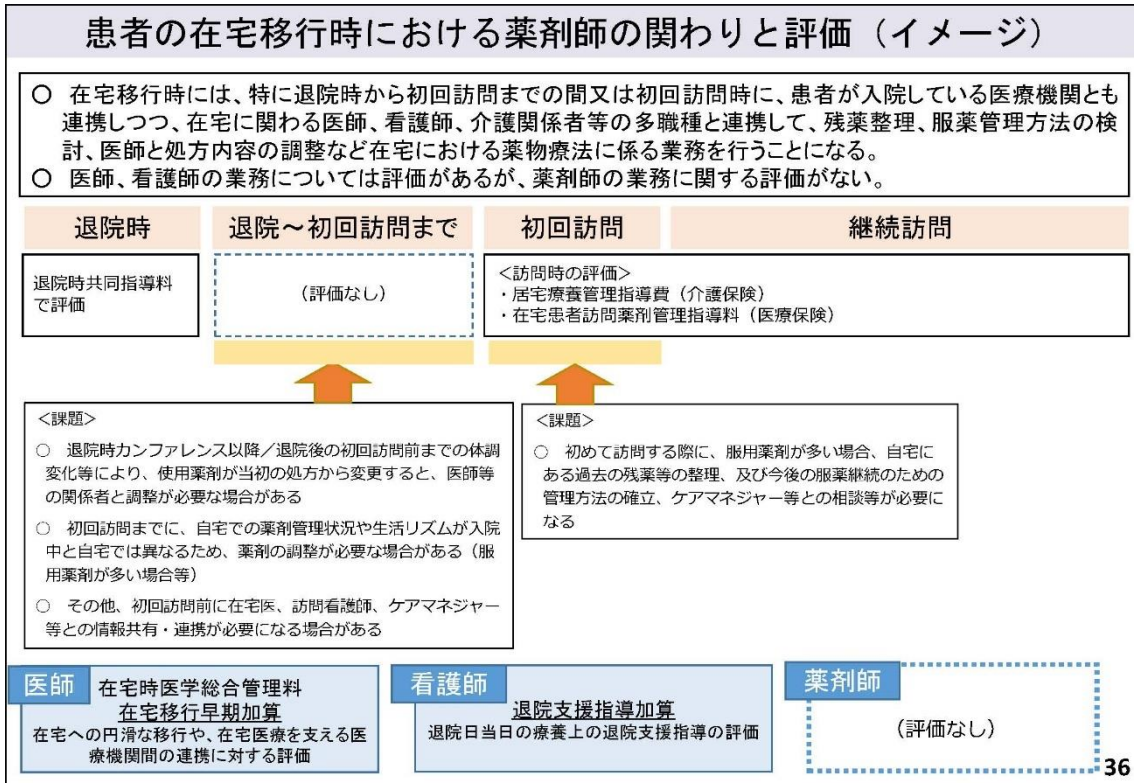


36 ページ。

在宅移行期につきましては、医師・訪問看護師では移行期の評価がありますが、薬剤師の評価がないこと。

在宅移行時における薬剤師業務の例		中医協 総-3 5.11.29 一部改変
<p>○ 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。</p>		
<p>■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。</p>		
<p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;">退院日当日 患者宅へ訪問（介護サービス利用契約前）</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>①残薬の確認・服用薬の整理</p> <p>退院時処方箋の薬剤のほかに服用薬の残薬が自宅に大量にあることを確認</p>  <p>自宅にあった残薬</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>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</p> <p>退院時処方箋と残薬を整理しカレンダー管理</p>  </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(薬剤師がケアマネに同行)</p> <p style="text-align: center; background-color: #ffe0b0;">ケアマネジャーとの連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;">初回訪問に向けた多職種との協議</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>②家族・本人からの服薬状況や日常生活状況等の聴取</p>  </div> <div style="width: 45%;"> <p>③服薬管理方法の検討・医師と処方内容の調整</p>  <p>患者宅への訪問内容等を踏まえた薬剤の調整</p> <p style="text-align: center; background-color: #ffe0b0;">医師との連携</p> </div> </div> <p>④多職種との情報共有や相談を実施</p>  <p>薬の管理方法を訪問看護師と相談</p> <p style="text-align: center; background-color: #ffe0b0;">看護師との連携</p>	

また、37 ページにおきましては、在宅移行期の薬剤師の業務内容をお示ししてございます。



ここの 36 ページ目、左側の上に「退院時」「退院～初回訪問まで」「初回訪問」「継続訪問」とありますが、

そこに関しまして「評価なし」というところで破線で示させていただいているところがございます。

高齢者施設等の各施設類型における薬剤管理

中医協 総-2
5. 7. 12
一部 改 変

○ 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	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	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	

※ 短期入所療養介護は、病院・診療所・介護医療院・老健施設が実施することができ、人員配置基準は、原則施設ごとの基準による。

38

38 から 40 ページ。

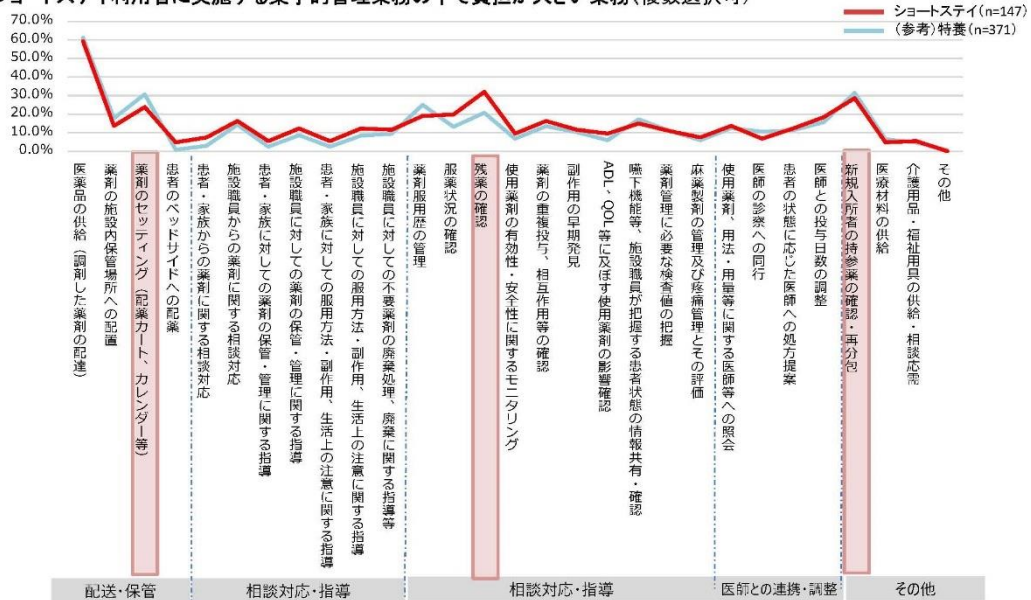
短期入所中の利用者における薬剤管理についてでございます。

薬学管理の内容としましては、特養と同様の業務内容であり、短期入所中の利用者への訪問に伴う評価が明確になっていないため、関連する資料をお示ししてございます。

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へ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へ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）



出典：令和5年度老人保健健康増進等事業「薬局薬剤師による介護事業所との連携等に関する調査研究事業」薬局票（速報値）を基に保険局医療課で作成

39

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。

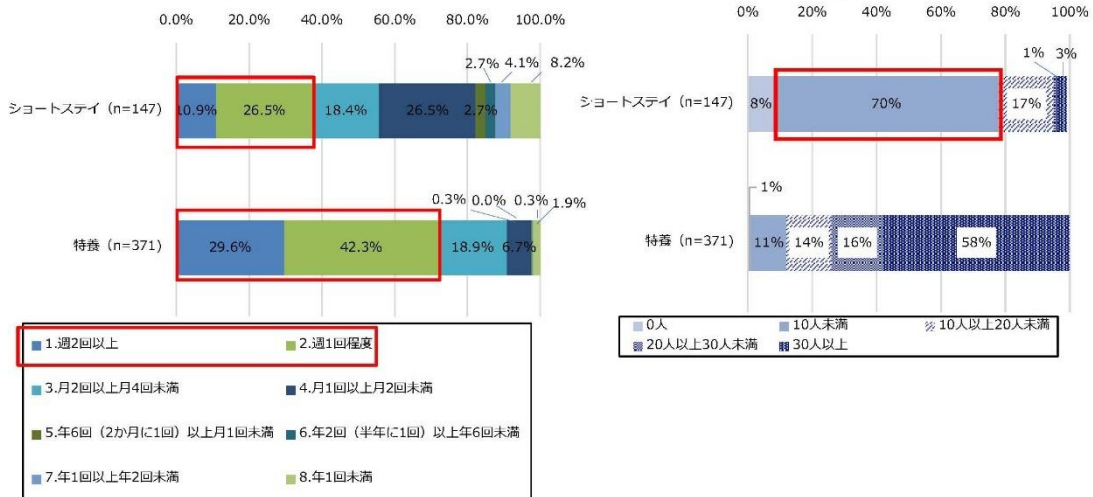
○ 訪問に伴う評価は明確になっていない。

■ 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)



出典：令和5年度老人保健健康増進等事業「薬局薬剤師による介護事業所との連携等に関する調査研究事業」薬局票（速報値）を基に保険局医療課で作成

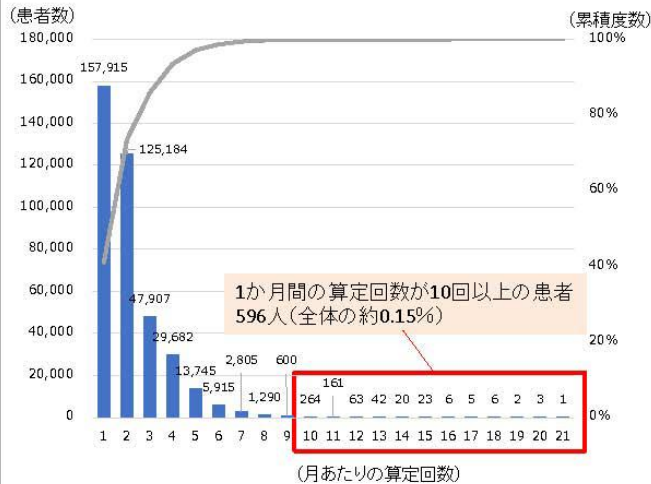
40

特別養護老人ホームを訪問した場合の算定状況(服薬管理指導料3)

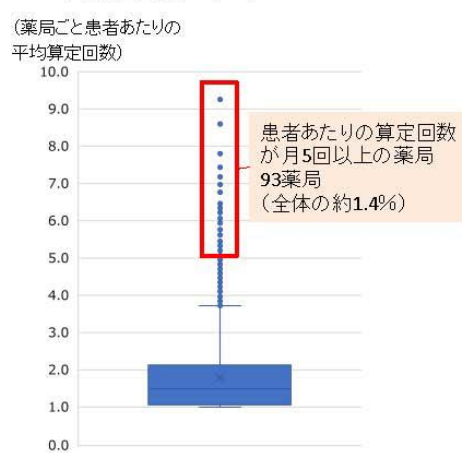
中医協 総-3
5.11.29

- 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)



出典: NDBデータ(令和4年6月審査分)

41

41 ページ、42 ページ。

こちらは特別養護老人ホームについての訪問頻度について、その状況を分析し、お示ししてございます。

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算定請求の例
(※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	エドキサパン錠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	
地域支援体制加算2 (47点)	8回	936点
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	
特定薬剤管理指導加算1 (10点)	5回	410点
外来服薬支援料2 (34点)	5回	170点

42

(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。

43

それでは、9番目でございます。

情報通信機器を用いた診療に係る指摘事項でございます。

43ページ。これは12月15日の総会でございます。

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。

というふうにご指摘いただきました。

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.

44

こちら、44 ページでございますが、

精神疾患に対するオンライン診療の有効性についてのメタ解析やランダム化比較試験についてのエビデンスを新たにお示しするものでございます。

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		P値
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均差 (95%CI)	平均差 (95%CI)	
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		P値
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均差 (95%CI)	平均差 (95%CI)	
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：治療者と非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（病院が遠方であった等）

出典：Taishiro Kishimoto, et al. Live two-way video versus face-to-face treatment for depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorder: A 24-week randomized controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2023 Dec 15. doi: 10.1111/pcn.13618. Online ahead of print.

45

また、45 ページ目は前回の総会後に新たに公表されたエビデンスということでございます。

うつ病、不安症、強迫症の患者 199 人に対しまして、治療時に対面診療とオンライン診療を併用した群と対面診療のみを実施した群との間で有効性等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ということでございます。

(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。

46

最後の項目。栄養管理体制に係る指摘事項でございます。

46 ページには、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すべきということございました。

低栄養の世界的診断基準 GLIM基準

診調組 入-3
5. 9. 6

○ 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

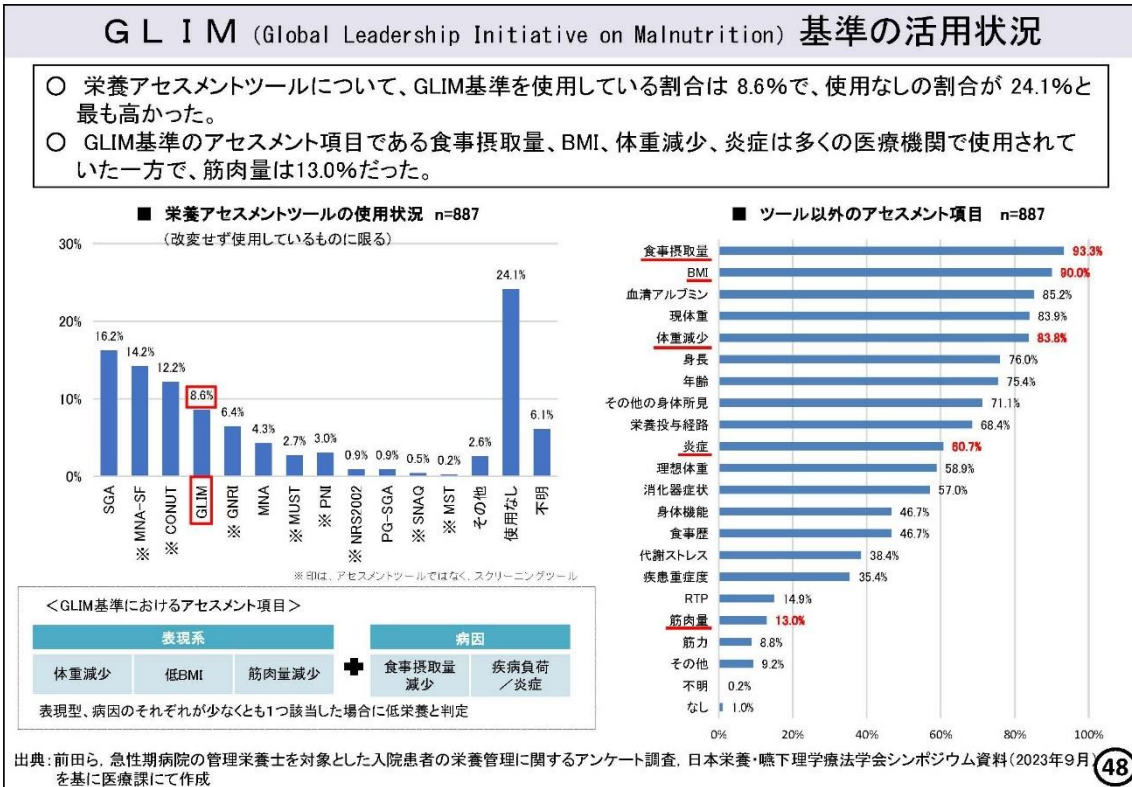
注)臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

(※) 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

出典: 外科と代謝・栄養2022年56巻4号p.107-112及びClinical Nutrition 38 (2019) 1e9 を基に医療課にて作成

47

47 ページがGLIM基準の概要。再掲でございます。

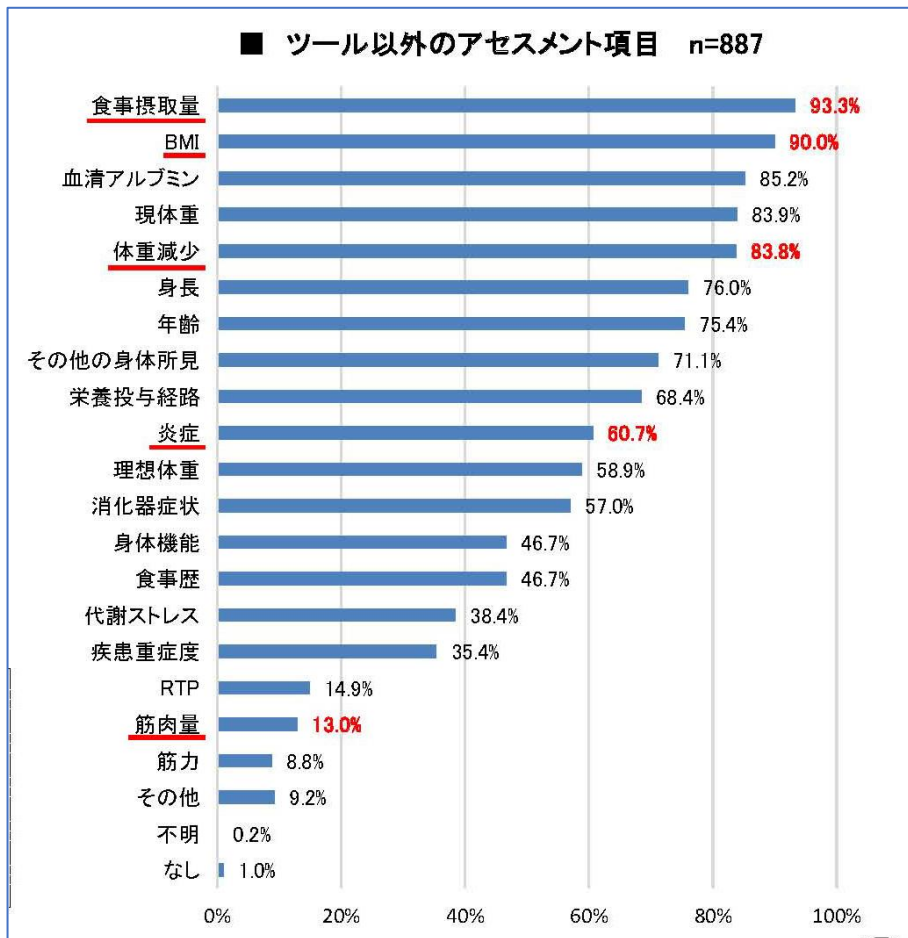


48 ページ目に活用状況をお示ししてございます。

栄養アセスメントツールとしまして、GLIM基準を使用している割合は 8.6%であったということでございます。

左下にGLIM基準におけるアセスメント項目がございます。

体重減少、そして低BMI、筋肉量減少、それに加えてまして病因といたしまして食事摂取量減少、疾病負荷／炎症などがございます。



右側に現在、どのようなアセスメント項目が現場でこういったアセスメントがなされているかということを示してございまして、

GLIM基準で左下にあるような項目のうち、例えば食事摂取量ですとか、BMI、体重減少、炎症、筋肉量の中におきまして、その上4つに関しましてはですね、これぐらいの割合がアセスメントされているということでございますが、

筋肉量に関しましてはアセスメントされている割合が低いということをお示したものでございます。事務局からの説明は以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。

質 疑

これまでのご指摘に対する回答について

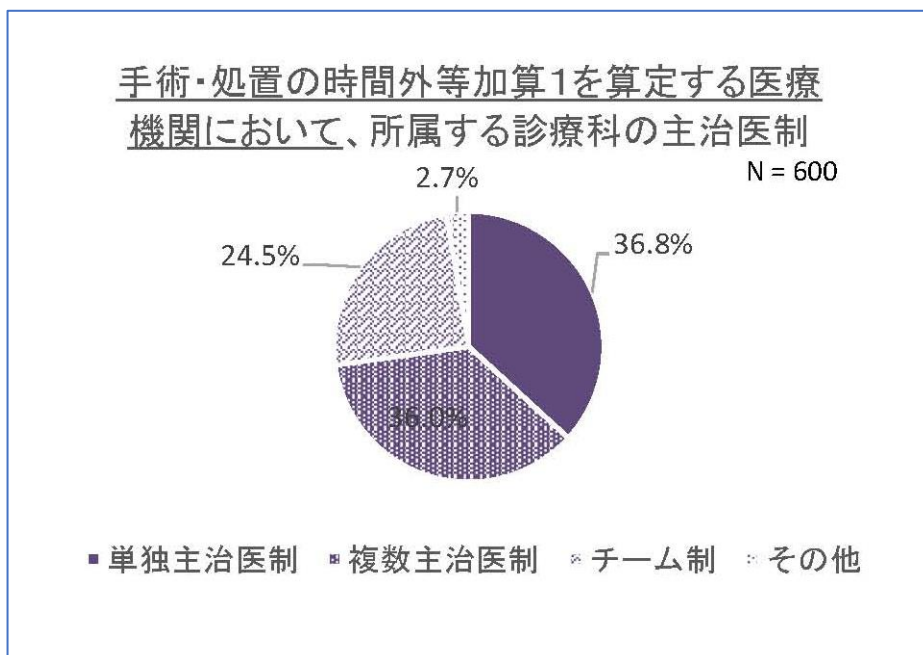
○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

これは今まで委員の方々からいただいたご指摘に対して事務局が回答してくださったものですが、これについて、ご質問等はございますでしょうか。長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

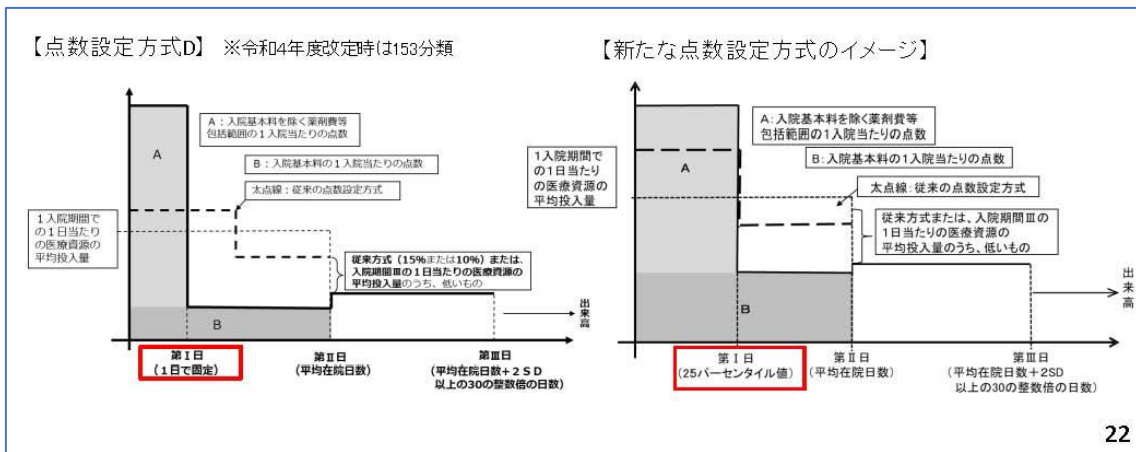
はい。いくつか質問とコメントをいたします。

まず、(2) 働き方改革に係る指摘事項で、8 ページの「所属する診療科の主治医制」のスライドの右下の円グラフを見ますと、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、36.8%が「単独主治医制」となっていますが、この割合には加算を算定する診療科が含まれているのでしょうか。質問です。



次に、(6) DPC/PDPSに係る指摘事項に関してです。

入院初期を重点的に評価する点数設定方式としては、既にB方式とD方式がありますが、それ以外に、なぜ新たな点数設定方式をつくる必要性があるのか、やはり回答されていないと感じているのが正直なところです。



早期退院させることが可能となった場合などを評価したいという意図があることはわかりますが、それも現行のD方式で対応が可能であると思います。

支払い方式を細分化することで技術班の作業量も増えると思いますし、うまく当てはまる診療群分類がどの程度あり、技術的に十分な視点で選定できるのか。今後のニーズもわからない状況では、やはり新たな点数設定方式をつくるメリットが感じられていないと考えております。

最後に、(10) 栄養管理体制に係る指摘事項の45ページ。精神疾患に対する日本における有効性の検証結果の研究結果として、対面診療群に劣らない結果であったということですが、留意すべき点が3つあります。

1つは対象疾患が、うつ病、不安症、強迫症の3つであったこと。2つ目が、オンライン単独ではなく、オンライン診療と対面診療の併用群であったこと。3つ目が、除外された患者がいたことです。

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		P値
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均差 (95%CI)	
SF-36MCS得点 (FAS)	24	48.50 (9.57) (N=96)	46.68 (10.58) (N=86)	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)	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		P値
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均差 (95%CI)	
WAI	12	71.7 (2.8) (N=98)	68.1 (2.9) (N=87)	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)	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)	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)	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)	0.823 (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)	0.822 (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)	0.829 (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)	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)	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)	14.0 (2.1) (N=16)	-1.1 (-5.7 to 3.5)	0.62

WAI : 治療者と非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（病院が遠方であった等）

出典: Taishiro Kishimoto, et al. Live two-way video versus face-to-face treatment for depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorder: A 24-week randomized controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2023 Dec 15. doi: 10.1111/pcn.13618. Online ahead of print.

45

45 ページの下から 4 行目、米印。「次の患者は除外」として、

- (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（病院が遠方であった等）。

このあたりは十分留意する必要があるというふうに考えております。

私からは以上です。

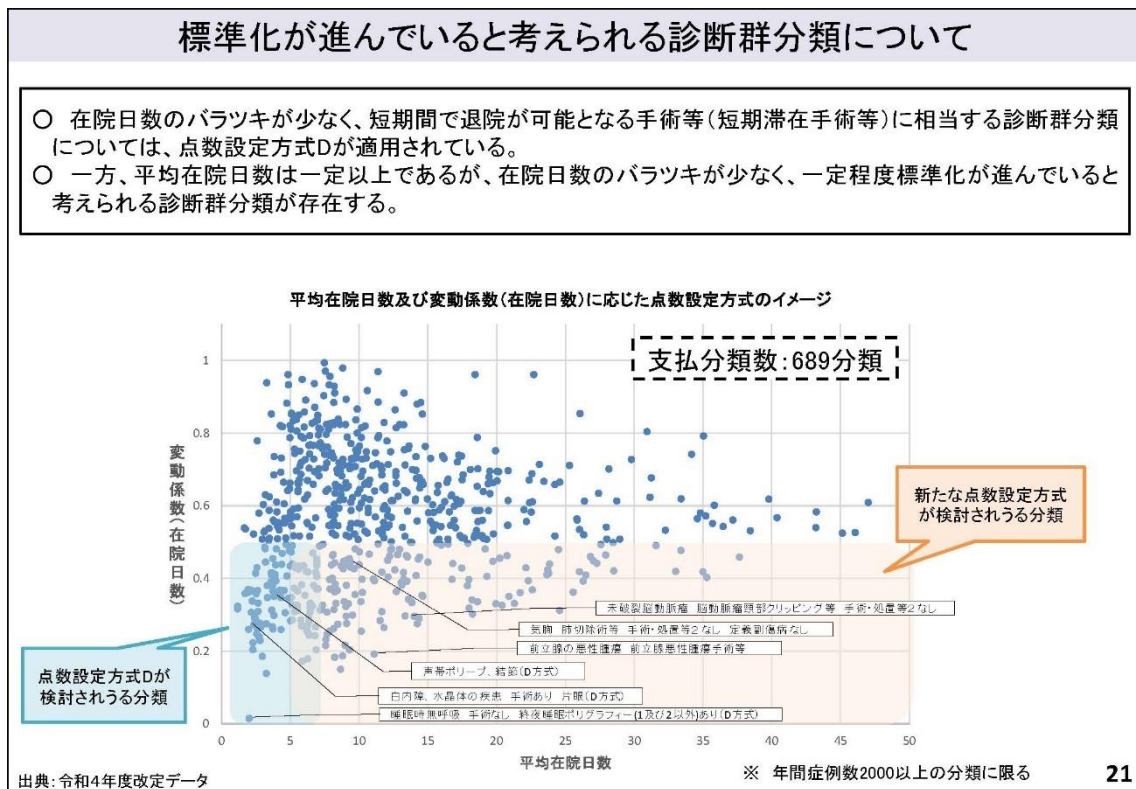
○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ただいま、長島委員からいくつか質問をいただきましたけれども、事務局、対応していただけますでしょうか。お願いします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい。ご質問ありがとうございました。1つ目のご質問。8ページの右下のこの円グラフに係るご質問でございました。

こちらは時間外加算を算定している、そういうところにおきまして、この診療科が当該算定してるところが含まれているかどうかということでございますけれども、これは診療科によらない、この施設全体のものでございまして、内科系や外科系なども入っているところも全体というふうにご理解いただければというふうに思います。



2つ目のご指摘で、点数設定方式、新たなものに関するDPCに関するご指摘でございました。先ほど、21ページのチャートを用いまして、こちらは点数設定方式Dが設定されるものと、それから、今回、新たにご提案しているもので、こういったものが該当しているのかというふうにご想定することを示しました。

新たな点数設定方式のあり方について

中医協 総-2
5.11.24

○ 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。

【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】

22

22 ページには点数設定方式Dの模式図と、それから新たな点数設定方式のイメージをお示ししてございます。点数設定方式Dに関しましては、これは1日を大体固定して、要はローマ数字の I 日目を設定してございます。

これよりは長い在院日数の診断群分類があろうかというところで、今回、新しく設定してございますけれども、今いただいたご指摘を踏まえまして、より適切な診断群分類になるのかも引き続き、私どもとしては検討させていただきたいというふうに承知をいたしました。

それから、最後の精神科のエビデンスでございますけれども、こちらは疾患によりましては、こちら、44 ページでございますけれども、再下段にありますように、疾患に限らないといった結果もあるところでございますが、これはエビデンス、どのように読むかということもございます。

いずれにせよ、指摘いただいた点も踏まえまして、私どもとしては安全かつ有効に行われるような、何か手が打てないかということも含めて検討していきたいというふうに考えております。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

よろしいでしょうか。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。ほかはいかがでしょうか。はい、それでは森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。資料に関していくつかコメントさせていただきま
す。

（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。

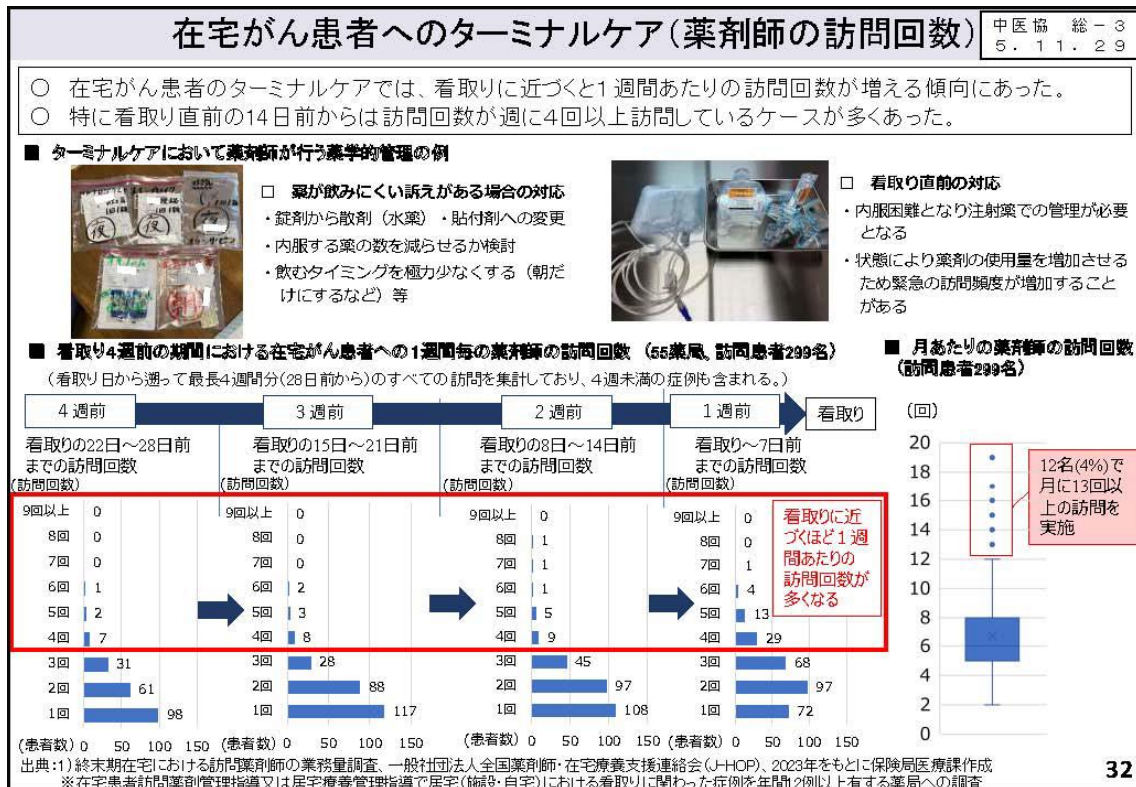
【特別養護老人ホーム及び短期入所の利用者に対する薬剤管理について】

- 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

31

まず 31 ページ目以降に示されているターミナルケアに関してですが、終末期には原疾患の進行、二次的な身体状態の変化などにより不可逆的な身体機能の低下が見られ、この時期には患者の身体状態は刻一刻と変化していくため、変化する状態に応じ、医師もその対応が必要であり、そのための薬物治療を追加し、適切に実施するためには、薬剤師による訪問は必要であり、その結果として訪問回数が増えることはあります。

32 ページ目にあるように、看取り直前には痛みが増すことが多く、痛みのコントロールのため、薬剤の使用量の増加、レスキューの追加、増量などにより患者の手元の医療用麻薬が枯渇するため、その緊急対応により訪問の頻度が増加いたします。



そうしたことは、33 ページ、34 ページにあるように、医師の指示や処方により、看護師とも連携して対応しており、看護師からも薬剤師に対して麻薬や緊急時対応について記載されています。

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%

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

33

薬剤師と訪問看護師の連携状況

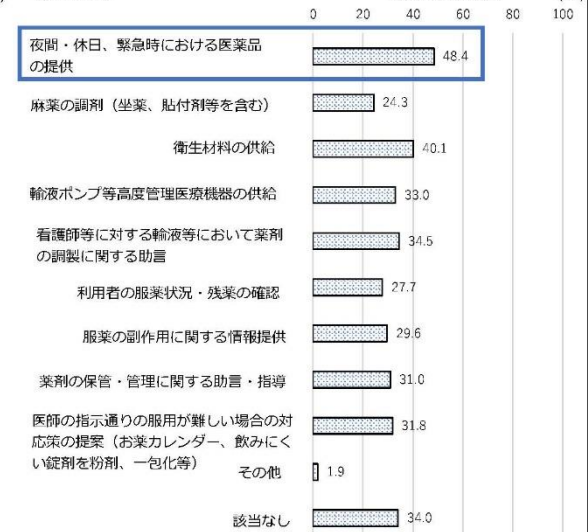
中医協 総-2
5. 7. 12

- 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)



出典: 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」訪問看護調査(施設票)の結果をもとに保険局医療課にて作成

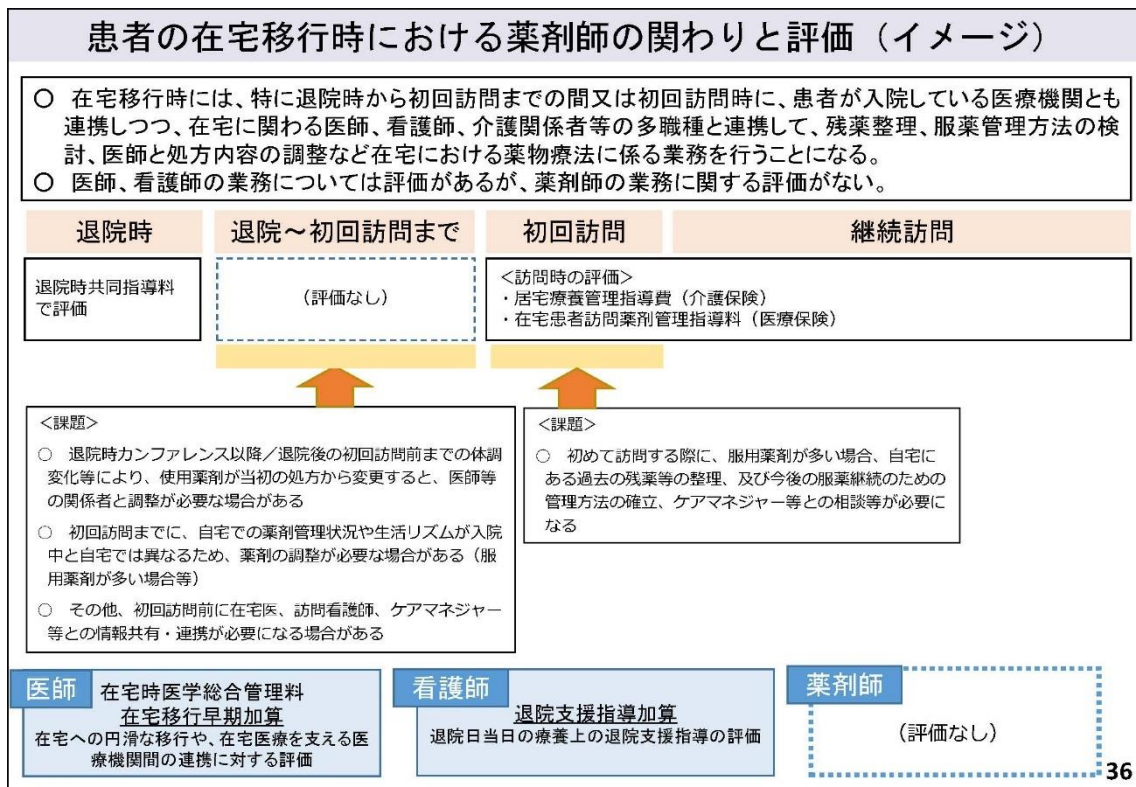
34

このように、終末期には緊急対応、頻回対応するケースが多くあり、休日・夜間にかかわらず、医師を中心とした在宅でのチーム医療により対応していますが、現在の調剤報酬体系では、時間外の薬局での調剤に関する評価はありますが、患者を訪問しての薬学管理に関する評価はありません。

終末期、特に末期の悪性腫瘍における患者さんの苦痛は想像を絶するもので、この苦痛を少しでも緩和できるよう、薬剤師は医師や看護師と連携して対応しておりますが、コントロールの難しい薬が投与されていることもあり、実際に訪問して、患者さんの状況に合わせた対応をすることは非常に重要な業務であると、現場の対応の中でも大変重く感じているところです。

医師の処方箋や指示がある以上、迅速に対応することは必須です。時間外でも、このような訪問対応を行っている薬局の負担は大きく、これに関する評価は必要と考えます。

次に、36 ページ目以降の在宅移行期の薬剤管理についてですが、



入院中は基本的に医療関係者がいる中で医療が行われていますが、退院後は医療関係者がいない在宅などでの医療が行われることとなりますが、療養環境や看護状況、生活リズムなどから薬剤管理がうまくいかず、新たな支援や薬剤の調整、変更が必要になるケースはよくあります。

また、変更までは至らなくても、自宅での服薬や生活状況、残薬の情報を医師の初回訪問までに報告することで、スムーズな在宅移行に資する調整なども行われています。

また、既に在宅医療を受けている患者さんが訪問指導を開始する際には、服薬状況等に問題がある方も多くあり、訪問指導を始める前に自宅を訪問し、服薬状況、療養の環境、介護・看護状況、残薬や他の医療機関の服用薬、常備薬等を確認し、医師やケアマネ等に服用薬剤や投与方法、処方内容等についての相談を行っています。

これらの取組は在宅医療対応における重要な取組ですが、36 ページや 37 ページにあるように、現在、薬剤師に関しては、ほかの職種と違って、そうした業務を行っても評価がありません。この取組が進むよう、評価をお願いできればと思います。

次に、ショートステイと特別療養老人ホームについてです。ショートステイを利用する患者さんは年々、増加しておりますが、施設入所と異なり、ショートステイの受け入れはさまざまな状態の患者さんが短期で入れ替わりながらされています。

そのため、ショートステイを受け入れる施設職員にとっては、普段からよく知っている患者さんではない上、さまざまな医療機関から処方され、さまざまな薬局で調剤された薬剤を持って入所するケースが多々あります。

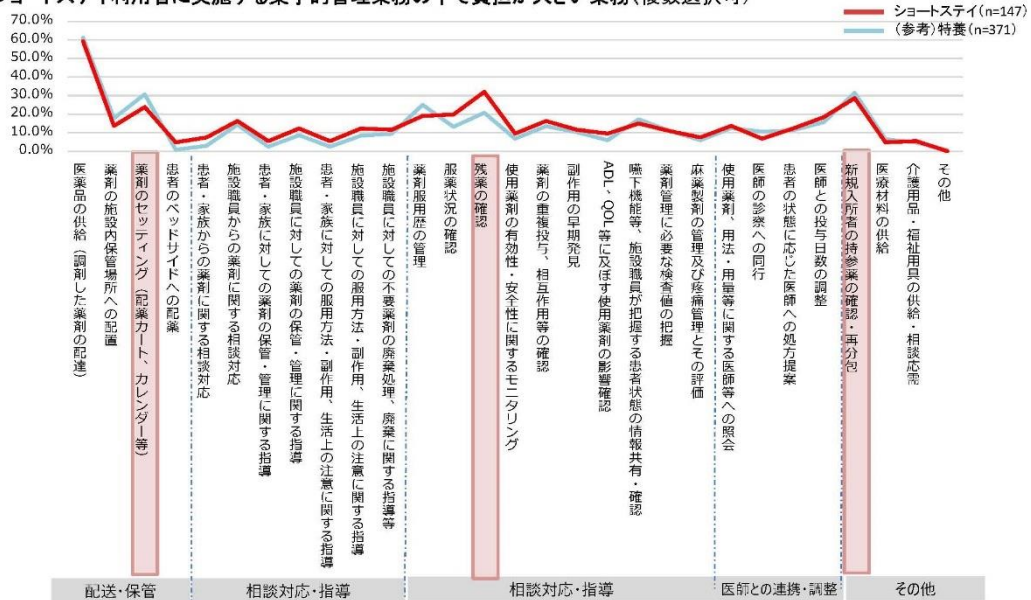
施設職員は扱ったことがない薬や、また薬局ごとに調剤方法や薬袋への記載方法が異なるため、さまざまな調剤方法の薬を扱うこととなります。

39 ページ目にあるように、ショートステイにおいても安全・安心に医薬品を使用するためには高齢者施設における薬剤管理と同様な対応が必要となります。

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）



出典：令和5年度老人保健健康増進等事業「薬局薬剤師による介護事業所との連携等に関する調査研究事業」薬局票（速報値）を基に保険局医療課で作成

39

ショートステイ利用時にもシームレスで安全な薬物療法が継続できるよう、薬局とショートステイの連携に関する評価をお願いできればと思います。これは新たな評価というより、現在もできることを明確化することで積極的な対応が可能となるものです。

最後に、特養への訪問ですが、一般的には2週間に1回程度の訪問で、体調の変化があった際に追加的に訪問するのが一般的です。

しかし、中には41ページ目で、一部の薬局では処方箋に基づいてはいるものの、頻回な算定が実施されていることが示されています。

特養という施設の患者に対する薬学管理のあり方として、そのような頻回の訪問を評価すべきものなのか、一度、検討してみる必要があると考えますし、さらに、その中でも不適切と思われるものについては指導などで対応していくべきものと考えます。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい、池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございます。私は1点だけ。12ページの「病院における歯科の機能にかかる評価への指摘事項」というところの内容ですけれども。

（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。

もちろん慢性期、特に慢性期病棟における歯科の連携ということを強調されていて、そこに歯科衛生士が非常に有効で、要望も多いということは、もうお示しいただいた資料のとおりだと思います。

ただ一方で、この歯科衛生士がなかなか、その採用ができない。今、非常に人材が不足している状況で、特に常勤で慢性期病棟に入っていただけの歯科衛生士が少ない中で、比較的、今、少し余裕があるというか、入りやすいのが言語聴覚士の方々が入って、そこの代わり、口腔ケアについては言語聴覚士が代わりでしっかりやっていて、歯科医の指導のもとにやっている慢性期病棟も多いということで、

ここの13ページを見ていただいても、確かに一番多いのは歯科衛生士ですけど、その次に、その下のほうに言語聴覚士に対する要望も76.1%、71.6%と、医療も介護も多い状況になっています。

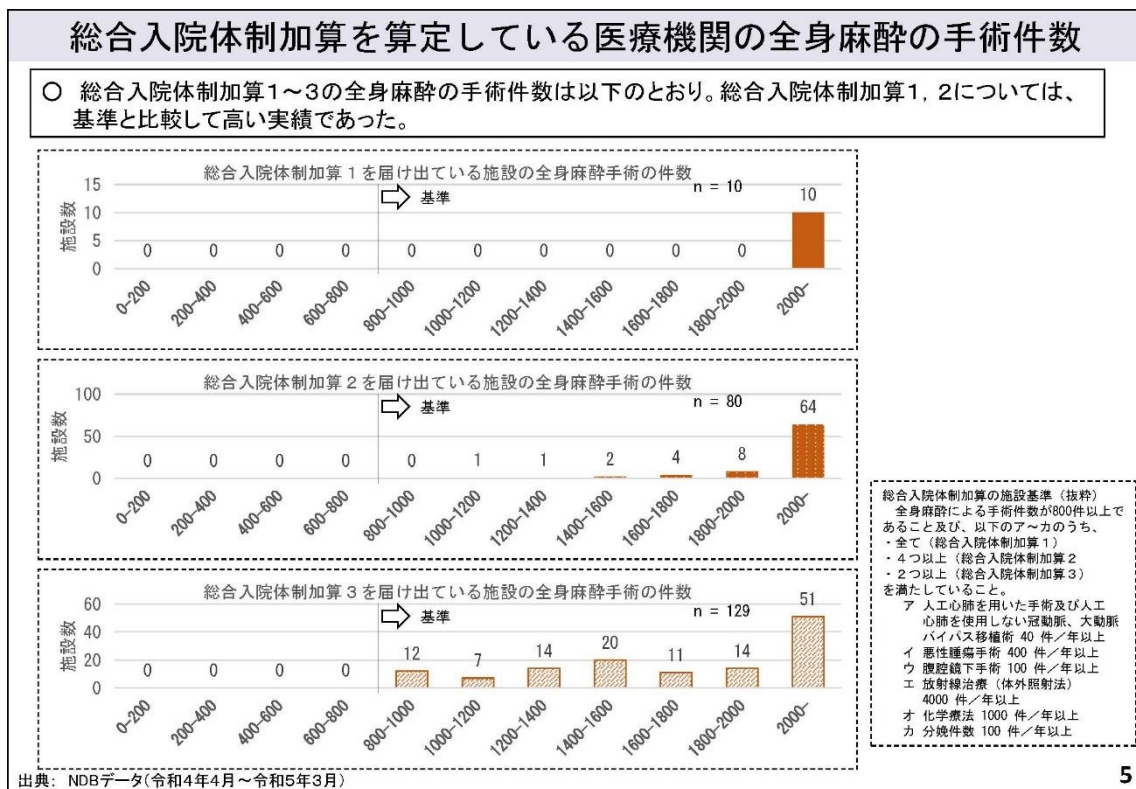
言語聴覚士の口腔ケアに対する働きっていうのも非常に現状は有効であるということを一応、コメント、追加でコメントさせていただきます。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。よろしいでしょうか。はい。それでは眞田委員、お願いいたします。

○眞田享委員（経団連社会保障委員会医療・介護改革部会長代理）

ありがとうございます。私から1点、総合入院体制加算について意見を申し述べさせていただきます。



スライドの5ページに、総合入院体制加算1・2については、全身麻酔の手術件数は「基準と比較して高い実績であった」ということが示されております。

これを踏まえれば、現在、加算1から3で共通となっております加算の実績要件である、全身麻酔による手術件数が年800件以上と、これについては加算1と2の基準を引き上げてよいのではないかというふうに考えます。

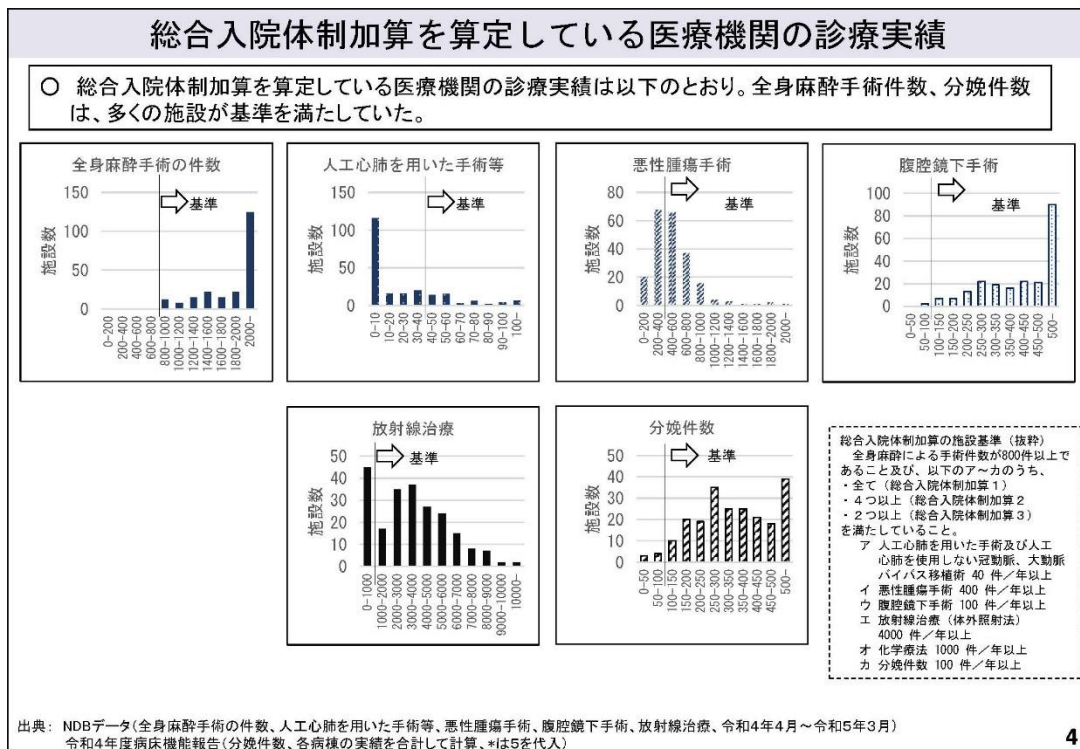
ただし、もう既に基準を十分に満たしているという現状を踏まえれば、患者負担の観点から点数を引き上げる必要はないというふうに考えております。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい。続きまして、松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。まず最初に総合入院体制加算につきましてございますが、今、眞田委員からご意見がございましたけども、基本的に賛成するものでございます。



資料の4ページをしてみると、全身麻酔手術、腹腔鏡下手術、分娩件数はほとんどの施設が実績要件を満たしておりますので、実態に合わせた基準の引き上げが可能だというふうに考えております。

ただ、2ページでご指摘の評価の引き上げにつきましては、そもそも手術等が増加したということは各技術の出来高評価で収益が増えているというふうに考えられます。

(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。

体制の評価を引き上げるのであれば、少なくとも人員配置、設備を含めまして、体制がどのように充実されているのかを示していただきたいというふうに思います。

(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。

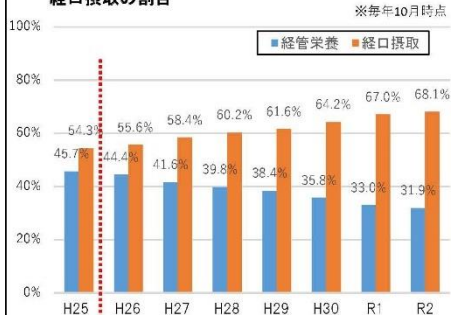
続きまして、12ページ以降の慢性期病棟における歯科との連携についてでございますが、これは私からの指摘への回答でございましたので、どうも準備ありがとうございました。

歯科と連携するニーズがあることは十分に理解はいたしました。ただ、お願いした趣旨がですね、回復期のような効果のエビデンスがあるのかということについてですが、

慢性期病棟における歯科との連携

- 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、療養病床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



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 栄寿会 陸北病院 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 栄寿会 陸北病院 坂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

	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	78.2	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	88.6	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	81.3	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)

13

13 ページの左側に一部、ご紹介もありますけども、栄養管理のチーム医療につきましては医科の点数にも評価がございます。歯科単独で評価ということであると、エビデンスがやや弱いという印象を持ちましたので、さらなるデータの準備をお願いしたいと思います。

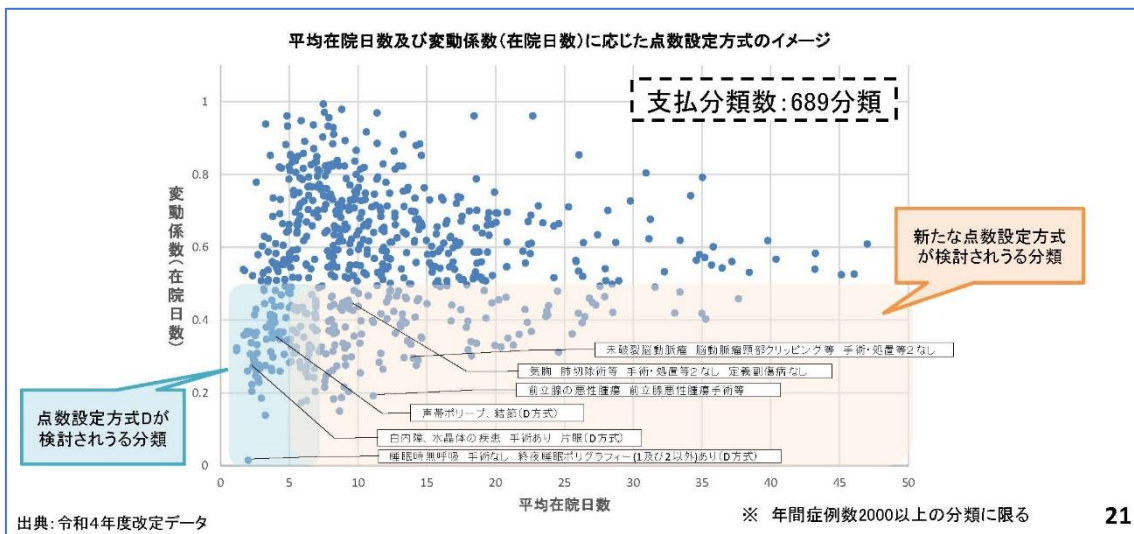
(6) DPC/PDPSに係る指摘事項

(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が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。

続きまして、19 ページからのDPC/PDPSについてでございますが、在院日数の延伸につながらないような評価の検討は極めて重要だというふうに考えております。



21 ページに示されている在院日数のばらつきや診断群分類の特性を考慮した上で、さらなる包括評価を進めていく方向性には改めて賛同をするものでございます。

(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。

続きまして、26 ページからの認知症に係る医師の研修について。これについてもわかりやすく整理していただきまして、ありがとうございました。各研修で実施されている内容に一定の差があることがわかりました。

かかりつけ医が身につけるべき項目を明確にした上で、地域包括診療料の要件に位置付けるなど、今後さらに増加する認知症患者への対応力の向上につなげていくことが重要だと改めて主張いたします。

ここで事務局に1点、質問でございますが、こういうふうに30 ページに示されているとおり、研修の内容等を整理していただいたわけですが、

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。

今後、どれか1つに絞っていくということになるのか、どれか1つ受けていければいいという方向で進めていかれるのか。もし現段階で方向性が決まっておりましたら、ご教示いただければというふうに思います。

(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ななら違和感がある。

【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

31

続きまして、31 ページからの在宅薬剤管理指導でございますが、先ほど森委員からも、ご説明ありましたが、実態についてはよくわかりました。どのような対応がありうるかは、今後、議論させていただきたいというふうに思います。

(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。

続きまして、43 ページからのオンライン診療による精神療法についてでございますが、これについても追加のエビデンスを整理いただきまして、ありがとうございます。多くのエビデンスがあることは承知いたしました。

承知いたしましたので、適切に活用されれば効果が期待できるということについても理解をした次第でございます。

ただ、以前も主張しておりますが、向精神薬などについては適切な処方を徹底するための対策が必要であるということでございます。事務局におかれましては、安全を担保するための具体案もぜひ示していただきたいというふうに思います。

また、オンラインによる精神療法は、計画に基づいて実施している対面療法の一部をオンライン診療に切り替えることを前提として、精神保健指定医に限定する等、極めて慎重に対応することで安全性と有効性を前提として効率化にもつなげていくことが重要だというふうに考えております。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ただいま、松本委員から、認知症に係る医師に対する研修のあり方について、ご質問がございました、事務局、いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。ご質問ありがとうございます。まずは 30 ページにお示しております認知症に係る医師に対する研修でございます。

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つ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 認知症の障害 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】規定の産学研修を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1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 認知症の障害」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)

※アからイまでの研修の認知症診療等に関する研修「アドバイザー」後となるほか、ほかの認知症サポート医の養成体制構築
イ) 各地域医師会、地域包括支援センターの連携体制への協力
ロ) 産学連携・産学連携研修会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力向上を目的とした研修の企画立案及び実施
30

私ども、事務局としましては、どれか1つに、あるいは複数に、というよりは、私ども、これ、左側に、失礼しました。

研修の内容の項目が重要だというふうに思っております。どのような項目が必要とするかということ、こういうふうに比較をしまして整理させていただきましたので、それを示すことで、今後、整理して、お示しをさせていただきたいというふうに思っております。

それから、最後のオンライン診療による精神療法に関するご指摘でございますけれども、これについては事務局からコメントさせていただきますが、現行の対面診療におきましても向精神薬の多剤投与につきましては制限があるところでございます。

こういった一定の制限がありますことも踏まえまして、オンラインで実施する場合についても一定の要件を設ける。これは当然のことというふうに思っております、そのような方向で、どのようなことが適切かというのは、今後また検討してまいりたいと思っております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

松本委員、よろしいでしょうか。

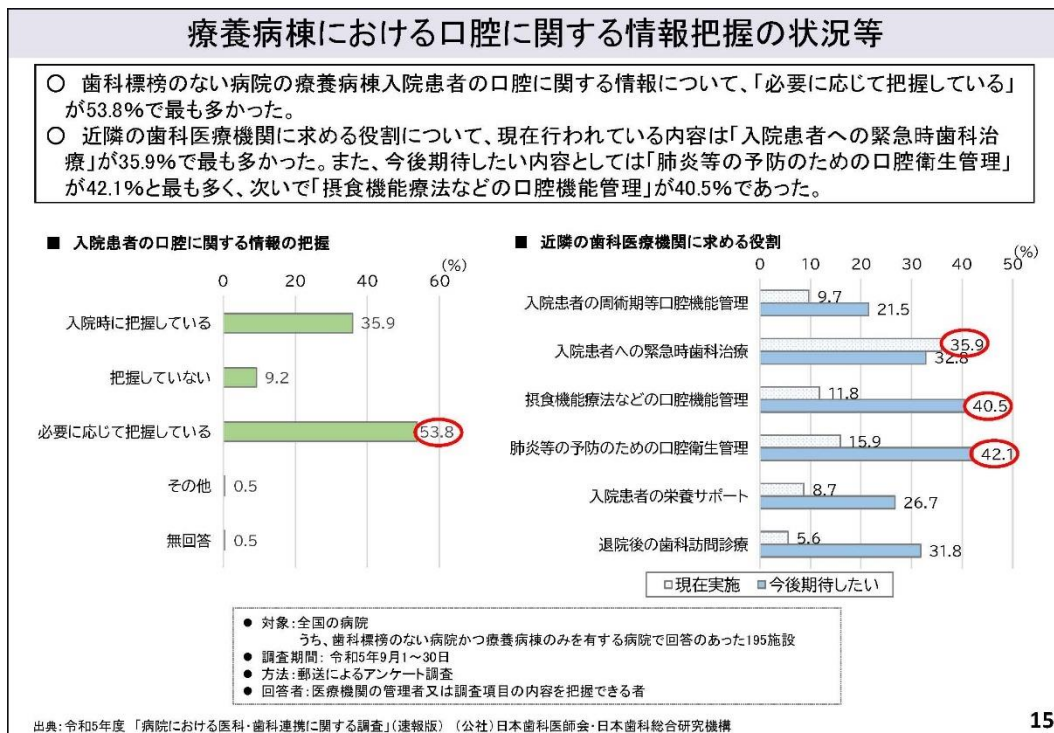
○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございました。はい。それでは林委員、お願いいたします。

○林正純委員（日本歯科医師会常務理事）

はい、ありがとうございます。今、松本委員からもございましたけれども、回復期に加えまして慢性期病棟における口腔、健康管理等のエビデンスというのは、さらに示していただきたいと思っておりますが、

慢性期におきましても、先ほど池端委員からもございましたけれども、一定のニーズというものがございます。これに関しまして、病棟に関わる歯科衛生士の人材不足というものがございますが、われわれも、このニーズに関して近隣の歯科医療機関に求められる役割というものが非常に重要だと感じております。



われわれのほうからも提出させていただいております 15 ページの資料にもございますけれども、肺炎等の予防のための口腔衛生管理とか、それから摂食機能療法などの口腔機能管理、入院患者への緊急歯科治療というものは近隣の歯科医医療機関にしっかりと求められている役割でございますので、今後ともご活用いただきたいと思っております。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい、長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。（1）総合入院体制加算に関しまして、先ほど支払側委員から「実績を踏まえて、要件を引き上げるべき」とのご意見がございました。

しかし、この総合入院体制加算という名称が示すとおり、これは総合性を評価するという趣旨であるという視点に立てば、要件間のバランスなども、まさに全体として見ながら設定していくべきでありまして、安易に要件を引き上げればよいというのは、先ほど申した本加算の趣旨に合わないというふうに考えます。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、太田委員、お願いいたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

ありがとうございます。私も総合入院体制加算の先ほどの支払側の委員の先生方からの実績要件の引き上げに関して、に関する意見です。

総合入院体制加算を取っている病院ってのはさまざま、1・2・3 ございますが、これらの要件、見ていただくとわかりますけど、全て絶対数で規定されてございます。

病床数が非常に大きな病院というのはこれ、対応がしやすいわけですがけれども、例えば、地方部で地域の中核になっている病院などは、やはり病床数もそんなに多くない中で、先ほど長島委員がおっしゃられたように総合的に急性期の医療を提供しているという病院もこの加算を算定してございます。

次の「総—5」の論点でも私、お話をさせていただきますが、現在の地域の医療を担っている急性期の病院の状況というのは今、非常に厳しい状況がございまして。

そういう意味で、安易に算定要件を変更するという事は、あまり今の時期には適切ではないというふうに思いますので、この引き上げに関しては私も反対いたします。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはよろしいですか。はい、江澤委員、お願いいたします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。2点だけ、簡単に申し上げます。

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	診療料を問わず、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。診療料や主たる診療の場は問わない。

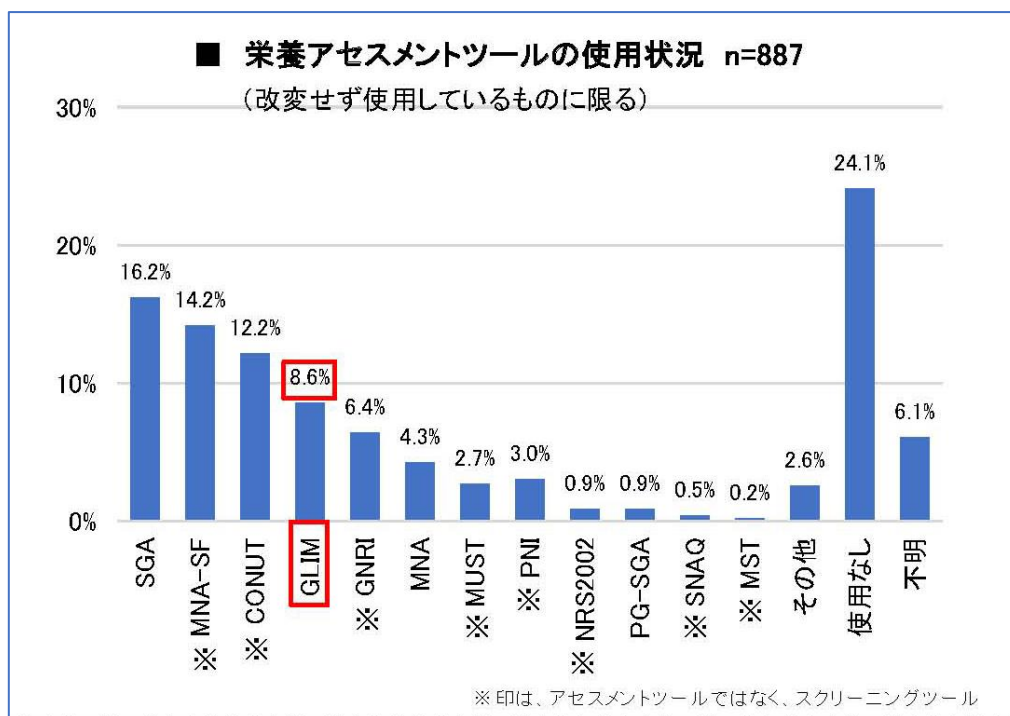
30ページの認知症に関わる医師に対する研修ですがけれども、それぞれ平成17年、18年、あるいは生涯教育制度はかなり古くから、われわれ日本医師会として取り組んでいるものでございますし、かかりつけ医機能研修制度も、もう平成28年から着実に取り組んでいるところでございます。

この研修というのは、それぞれに、先ほど事務局からの説明がありましたが、内容はそれぞれの研修の目的に照らし合わせて行っているものでございます。

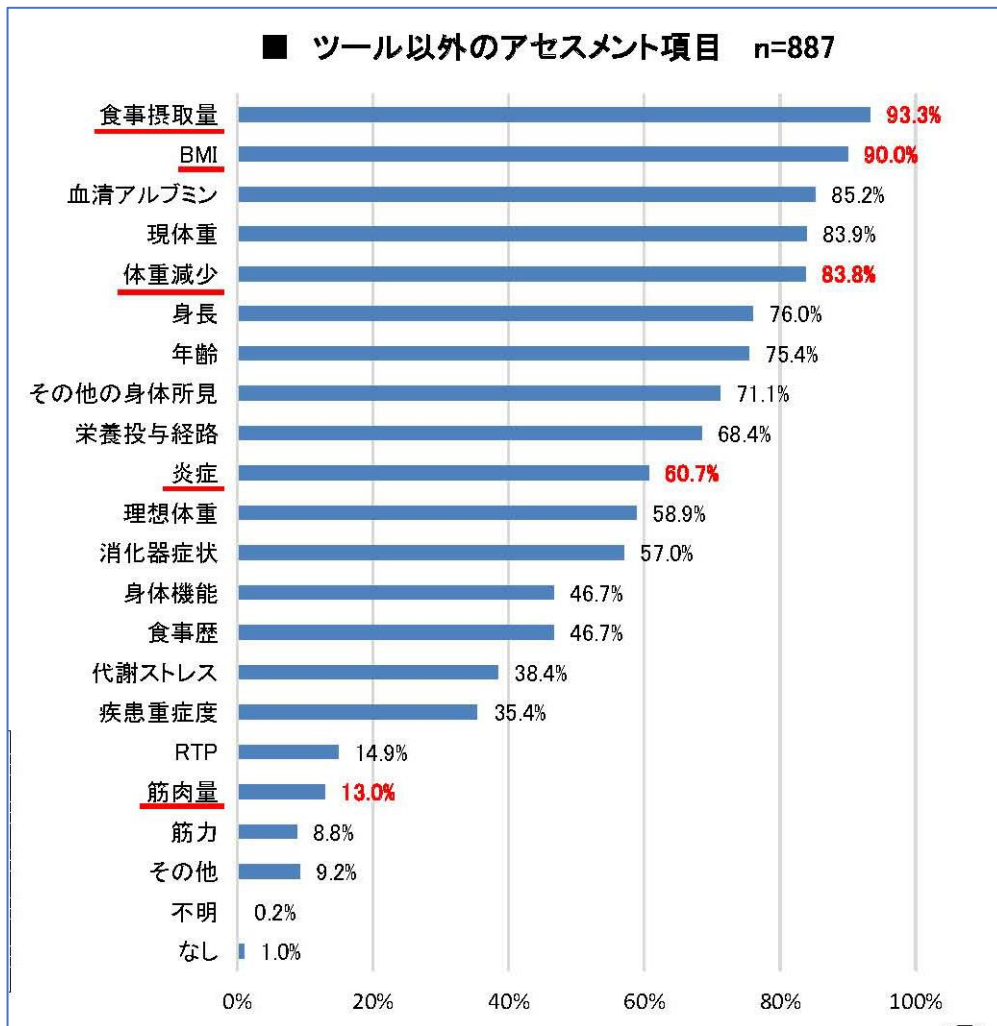
そういった中で、これまでに相当多くの医師が延べ参加していただいておりますけれども、前回のとき申しましたように、これから認知症の方がますます増えてくる中で、もう一般的なコモンディジーズという形になっておりますから、かかりつけ医のみならず、幅広く日本の医師がこういったものを研修して研鑽をしていただきたいという期待を込めて、いつもプログラムを企画・立案しています。

そういった中で、かかりつけ医というのは、やっぱり患者さんが選ぶものであって、より患者さんに選んでいただくための、自己研鑽するための研修というふうに位置づけているので、そういった意味で、ご理解いただければと思います。

最後、もう1点は栄養管理体制に係る指摘事項で、GLIM基準を示していただきまして、活用状況を示していただきまして、ありがとうございます。



ここによりますと、使用状況が8.6%、GLIM基準のですね、使用状況が8.6%ということで、まだまだ現場には広く普及していないのが実態でございますし、



ツール以外のアセスメント項目でも血清アルブミンがまだまだ多く、当然、活用されていると。これはもう現場の実態にそぐわないものでございます。

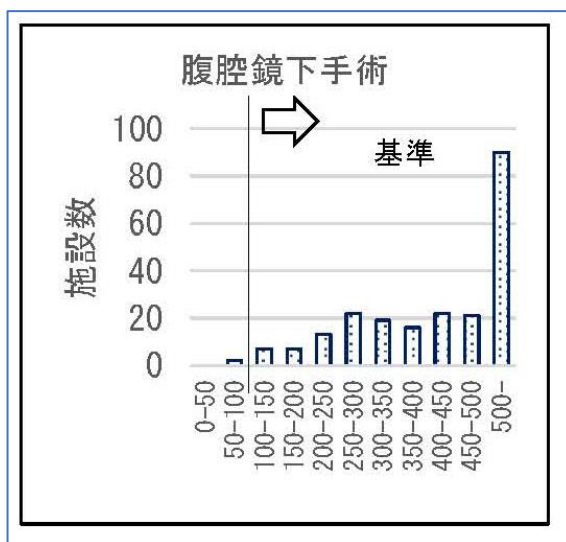
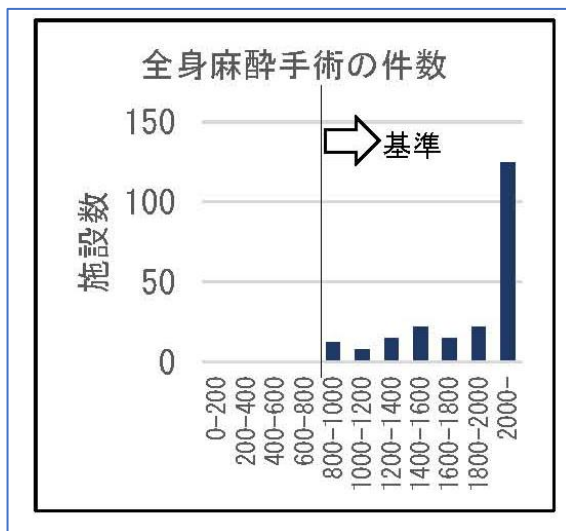
したがいまして、今後、こういったものの、GLIM基準の普及に関しましては、より丁寧な、懇切丁寧な説明に伴う研修というものをしっかりと構築していただきたいと思っております。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。はい、松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。総合入院体制加算につきまして、ご意見をいただきましたけども、まずは4ページを見てみますと、まずこれは出典がNDBデータということで、地方・都会を問わず、全国的なデータであるということ。



それと、全身麻酔手術件数あるいは腹腔鏡下手術を見ますと、一番右側のバーが突出して大きいということは、実態からすると、もうかなり厳しくしてもいけるんじゃないかというふうに理解するのが通常ではないかと思います。

長島さん、長島委員もありましたけども、「総合性を」ということであれば、当然これは共通の施設基準のところですね、複数の診療科を持つということは明確に書かれておりますので、もともとそれが評価するという大前提ではありますので、そういうことを踏まえた上で、この診療実績を見る限りでは、

総合入院体制加算の概要			
			中医協 総-3 5.11.15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る。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場合も良い。) 外来を縮小する体制を有すること。(右記) 次のいずれにも該当する。 <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。 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。 (共通要件) 全身麻酔による手術件数が年800件以上 		
実績要件	<ul style="list-style-type: none"> ア 人工心臓を用いた手術及び人工心臓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

まあ、分娩件数については若干プラスが見えておりますけども、麻酔手術と腹腔鏡下手術については十分、基準の引き上げが可能ではないかというふうに考える次第でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい、長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。まず平均というのはさまざまなトリックとか、留意すべき点があるっていうのは皆さまよくご存知のところなので、また、そういうことで安易に単純に考えてはいけないということと、やはり、先ほど申しましたけれども、全体のバランス、要件化のバランスというのもしっかり見ていくという必要がある。

あるいは、さまざまな地域の状況、事情というのも考えるべきということで、単にここだけを見て安易に引き上げをするというのは地域医療提供に大きな影響があるということで反対いたします。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。はい、太田委員、お願いいたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

ありがとうございます。今、松本委員のほうから、この分布の4ページを見ての話だと思います。今、総合入院体制加算に関しては、1・2・3がございます。

特に、1と2に関しては、かなり高度な医療を提供しているというような病院が含まれておりまして、なおかつ、それは病床数が非常に多いという病院が多くある中で、たぶん、この一番右に偏っているというところは、そういうような病院群が多いんだと思いますけども、

総合入院体制加算の3に関しましては、先ほど、お話をさせていただきましたように、さまざま、地域で、その中核として医療を担っているという病院がたくさん含まれてございます。

私自身、安易な引き上げに関しては反対いたしますが、もし仮に引き上げを検討しなければいけないとしても、それに関しては、または3だけですか、3または2だけというような形で限定すべきであるというふうに思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

失礼、すいません、逆でした。1だけとか1・2ですね。すいません、反対で発言しました。失礼いたしました。訂正いたします。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。承りました。ほか、いかがでしょうか。よろしいですか。はい。はい。ちょっと待ってください。

今、永瀬委員からお手が挙がってんですけど、1号側、2号側は、追加のコメント、ご意見、ご質問ございますでしょうか。はい、それでは、永瀬委員、お願いします。ほか、よろしいですね。はい。それでは、特に、ほかにはご質問等ないようですので、本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては、今、本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。

○永瀬伸子委員（お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授）

すいません、個別事項（その20）の中で、質問よろしいでしょうか。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

個別事項、この案件でしたら結構ですけど、はい。

○永瀬伸子委員（お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授）

質問があるんですけども。不妊治療のところでございます。何ページだったでしょうか。

（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。

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。

はい。地域によっては、その年間 20 件以上ということにすると、一般不妊治療管理料も取れないということで、日本婦人科学会（ママ）の意見に基づき、それでは、「年間」を取って、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ふうに変えるということでございます、という提案ですけれども、

質問なのですが、もちろん、近く、とてもその若い方が減っていて、その不妊治療、なかなか近くで受けられないというマイナスと、だから近くに受けられるようになるというプラスとですね、それから、あまり不妊治療をして、最近はしていないような医院かどうか、その辺が患者にとってですね、どの程度、そういう情報がわかるのかということなんですけれども、

不妊治療に関しては、情報の不足というのを患者団体がかなり言ってまして、それから出てきたいろんな資料からもですね、患者へのアンケートを見ると、情報がわからないというのが大変多かったというのがございます。

もちろん、こういう、あまり、その不妊治療してないけれども、近くにあるから行きやすいのでいい、というプラス面はもちろんあると思うんですけれども、そうこうしてるうちに、今、日本で行われてる不妊治療の最多数は 40 歳ですね。多いのが 37 歳から 43 歳までです。そういう方たちが近くにあるから行ってみようと言っていて、あまり習熟してない方の、お医者様のところですね、不妊治療を続けているといううちに年齢がたっていくってことも十分あると考えられるんですね。

不妊治療の当事者は情報を見たいと思って探しているというのは、患者団体からはずいぶん聞いてます。ですけれども、私も探してもそう簡単には見つからない、あるいは商業的な情報と、そうじゃないものの差があまりよくわからないということで、患者に対して、どういう医者なのかという情報は一般的に不妊治療にかかわらず、患者にはわかりにくいものですが、

特にこの不妊治療という、かなり微妙なこの問題について保険適用されたところですし、非常にこの、20例以上、特に制限なく、過去から例えば、ずーっと通算してくると20例かもしれないという、そういうことを、ここで認めるということは患者にとってどういうことなのか、患者に対して、どういう情報提供がされるのかについて教えてください。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。ただいまのご質問について、事務局からご回答ありますでしょうか。

○厚労省保険局医療課医療技術評価推進室・木下栄作室長

事務局でございます。今、ご指摘いただきましたこの不妊治療に関する、その患者への情報提供という課題につきましては、R4年の診療報酬の改定の際にも非常にご指摘をいただいて、引き続きの課題というふうに認識しているところでございます。

それにつきましては、一義的には、こども家庭庁におきまして、その情報提供のあり方という検討をいただいているというところでございます。

その項目でありますとか、提供する範囲等々につきましても今、研究班を中心に検討いただいているという状況ではございますし、

また、そのこども家庭庁におきまして、そういった要件が固まり次第、診療報酬のほうでの情報提供のあり方の連携ということにつきましては、引き続き取り組んでいきたいというふうに思っております。

また今、ご指摘いただきました、いわゆるどういう実績があるのか、また、その実績と治療結果、成果等々につきましては、非常にまだ、そういった患者さんの選択になる一方で、

医療機関側からの患者さんの選択にもなるというご指摘もいただいているところでございますので、十分な慎重な検討が必要かというふうに認識してるところでございます。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。よろしいですか。

○永瀬伸子委員（お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授）

はい。つまり、あまり、はっきり決まってないけれども、こういう形で、過去の通算からの 20 例で患者のためになるという、そういう、つまり情報提供については、はっきりまだ決まてはいないけれども、過去からの通算、ずーっとの 20 例で、これが患者の不妊治療に資するという、そういうふうなご意見というふうに思っております。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療課医療技術評価推進室・木下栄作室長

事務局でございます。今回、ご提案させていただいている内容につきましては、10 ページでございますように、その過去の通算という観点で言いますと、おっしゃるとおりで、

実施する医師がこれまで 20 例経験しているという要件で、専門学会のほうで十分であるというご提案いただいたものを受けまして、事務局として整理させていただいているものでございます。

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。

10

○永瀬伸子委員（お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授）

専門学会のほうで十分だというのは専門的知見に基づくものかもしれませんが、患者のほうは、情報が不足しているということは強く言われておりまして、これは既に中医協の前回のときにも何度も取り上げられたものですけれども、その点についてはどうなのでしょう。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療課医療技術評価推進室・木下栄作室長

事務局でございます。ちょっと、繰り返しのお答えになり、大変恐縮ではございますが、こども家庭庁と連携しながら、今、そのどういう情報を提供していくのかということにつきましては、引き続き研究班、関係学会との調整をさせていただいているところでございます。

その中で、いろんな課題があるということも指摘いただいておりますので、そこは整理した上で、整理が整い次第、診療報酬における情報提供のあり方ということも連動させていきたいというふうに考えております。

○永瀬伸子委員（お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授）

はい。ということは、今回、もともとは年間 20 例が必要だっというふうに学会のほうで言ったのが、その後、実施上に、累積 20 例でもいいのではないかとということになって、

つまり、何で実施、年間、何例、実施しているのかとか、その成功率なども含めて提供することは、いろいろ複雑な問題もあるけれども、患者にとってわかりやすい形で提供するというふうに考えてやられるということによろしいのでしょうか。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、お願いします。

○厚労省保険局医療課医療技術評価推進室・木下栄作室長

事務局でございます。その実施にあたっての要件というものと、患者さんへの情報提供というものをここでまだセットでご説明しているものではございませんで、あくまで今回は患者さんのアクセスという観点から見た場合に、現行の要件でアクセスに支障が生じているという学会のご意見、さらには加えまして、学会として、その医師の技術として 20 例の経験があればよいということをもちまして、アクセスの観点から、その要件の緩和というものをあわせて行いたいというご提案になっております。

情報提供ということに関しましては、今こちらでお示ししている内容が含まれておりませんが、先般、ご議論いただいた際にはその観点につきましても、今後、検討が必要だということで、引き続き、こども家庭庁と連携しながら取り組んでいきたいというふうに考えております。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、よろしいですか？

（永瀬委員がマイクを持ったが）

すいません、ちょっと、ご発言の途中なんですけど、ちょっと、今のやり取りは診療報酬のあり方そのものに関わる問題ですので、

ちょっと、公益委員とのやり取りっていうのは、この場にふさわしくないのではないかと思いますので、

とりあえずここで、引き取っていただければと思いますので、よろしく願いいたします。

ということで、次の議題に移りたいと思うんですけれども、よろしいでしょうか。