

在宅歯科医療について (医療介護の連携 - その4)

1. 要介護高齢者等に対する歯科診療報酬及び介護報酬における対応

(要介護高齢者等に対する歯科的介入の効果)

要介護高齢者に対する口腔衛生指導等により、誤嚥性肺炎の発症率が減少するとの報告や、訪問歯科診療を受けていない要介護高齢者は、歯科を受診した者に比べて、義歯を継続して使用している者の割合が大きく低下するなどの報告がなされている。

(在宅歯科医療に係る歯科診療報酬上の評価)

こうした効果にも着目しつつ、在宅歯科医療については、これまでも診療報酬上、歯科衛生士による口腔衛生指導の評価、在宅療養患者に対する処置、手術、有床義歯修理の加算、在宅療養を担う歯科医師や医師等による情報共有等の促進の評価及び在宅歯科診療を担う歯科診療所の後方支援機能としての病院の入院歯科医療の評価等により対応しているところである。

とくに、平成20年度及び平成22年度歯科診療報酬改定においては、「在宅療養支援歯科診療所」の機能の評価(在宅療養支援歯科診療所の創設)、訪問歯科診療の評価体系の簡素化、歯科疾患在宅療養管理料の新設等、在宅歯科医療を適切に評価しつつ、その推進を図るための対応を行ったところである。

(口腔関連サービスに係る介護報酬上の評価)

介護報酬における口腔関連の居宅サービスについては、これまでも、歯科医師が居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な歯科医学的管理に基づいた利用者若しくはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導及び助言等を行った場合を居宅療養管理指導費として評価してきたところである。

また、口腔関連の施設サービスについては、平成21年度介護報酬改定において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合であって、こうした助言及び指導に基づいて入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている場合の評価として口腔機能維持管理加算(30単位/月)を新設したところである。

(在宅歯科医療の基盤整備を図るための取組)

高齢者・寝たきり者等に対する在宅歯科医療、口腔ケア等を推進する歯科医師、歯科衛生士の養成講習会(歯の健康力推進歯科医師等養成講習会)や、歯科疾患の予防管理、高齢者や在宅療養者への診療、食育支援等に対応できる歯科衛生士を養成する施設の教員に対して講習を行っているところである。

また、前述の歯の健康力推進歯科医師等養成講習会を修了した歯科医師が常勤する医療機関の在宅歯科医療に必要な機器等に関する歯科医療機関への補助制度を実施している。

2. 現状と課題

要介護高齢者の約74%で何らかの歯科治療が必要であるにもかかわらず、実際に歯科治療を受診した者は約27%に過ぎない状況にある。

患者やその家族からみた場合、在宅歯科医療に対する満足度は高いものの、在宅歯科医療を実施する機関等に関する情報入手先がいわゆる口コミによるところが大きいなど、十分な情報提供がなされておらず、患者から訪問歯科診療の要請を受けた歯科医療機関の割合がわずかに3%に過ぎない等、訪問歯科診療をはじめとした医療・介護における歯科関連サービスの認知度が低い状況にある。

訪問歯科診療については、施設を訪問して実施している歯科診療所は増加しているものの平成20年時点で約10%、居宅を訪問している歯科診療所は増加していない状況にあり、平成20年時点で約12%となっている。また、歯科を標榜していない病院の約3割において、歯科的管理が実施されていない状況にある。

在宅医療を実施している主治医のうち、約46%が歯科との連携を必要とすると回答した結果がある。また、別の結果では、在宅歯科医療を実施している歯科医師のうち、約60%が高齢者等の主治医との連携が取れていると回答し、約21%が介護保険関係職種との連携が取れていると回答している。このような状況から、在宅歯科医療に関わる歯科医師と全身疾患等を有する患者の主治医や介護職との連携をさらに促進する必要があるとの指摘もなされている。

3. 論点

地域における在宅歯科医療に係る医科と歯科の連携及び医療と介護の連携をより推進するためには、どのような方策が考えられるか。

例えば、歯科を標榜していない病院の入院患者（周術期の患者を含む。）であって、歯科保険医療機関への通院が困難な患者に対する口腔管理等をより充実させるためにどのような方策が考えられるか。

より質の高い在宅歯科医療を推進する観点から、地域における在宅療養を歯科医療面から支援する役割を担う在宅療養支援歯科診療所のさらなる役割として何が求められるか。

在宅療養支援歯科診療所以外の歯科保険医療機関による在宅歯科医療の裾野を広げ、居宅及び施設等における在宅歯科医療をより充実させるためには、どのような方策が考えられるか。また、こうした歯科保険医療機関による在宅療養患者に対する口腔管理等の在り方について、どのように考えられるか。

在宅歯科医療について (医療介護の連携-その4)

訪問診療用ポータブルユニット



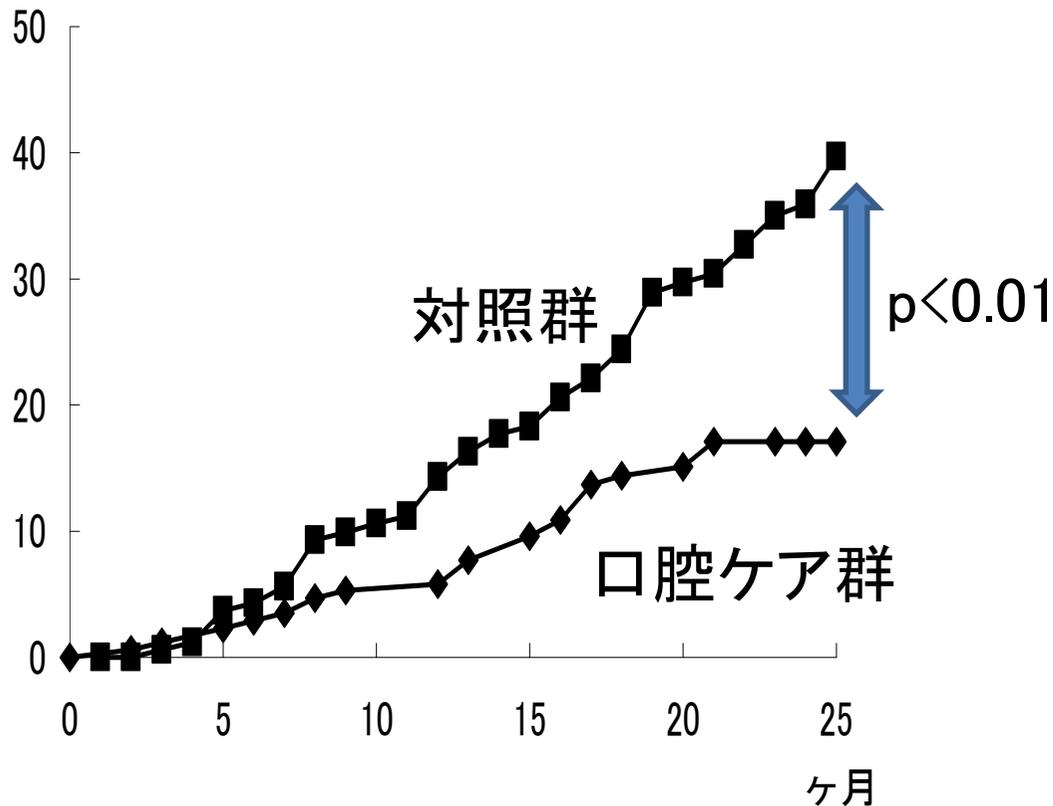
必要人員を確保した上で、ソファーに移動して
もらっての診療



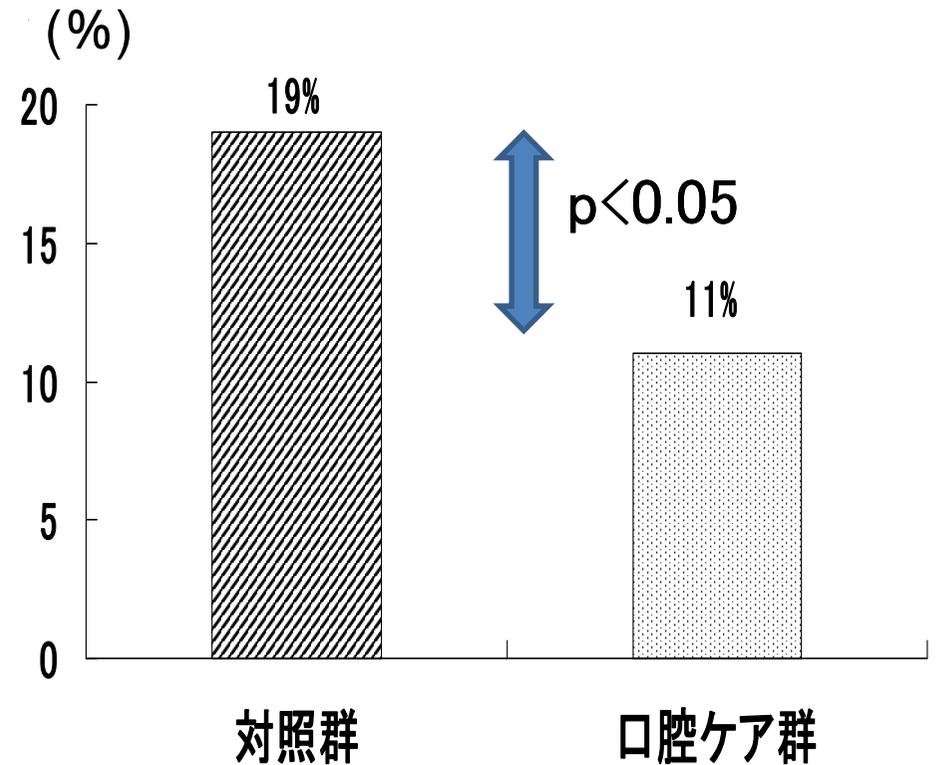
内科主治医が立ち会っての訪問歯科診療

要介護者に対する口腔ケアの効果

対照群に比べて口腔ケア群では
期間中の発熱発生率が低い



対照群に比べて口腔ケア群では
2年間の肺炎発症率が低い

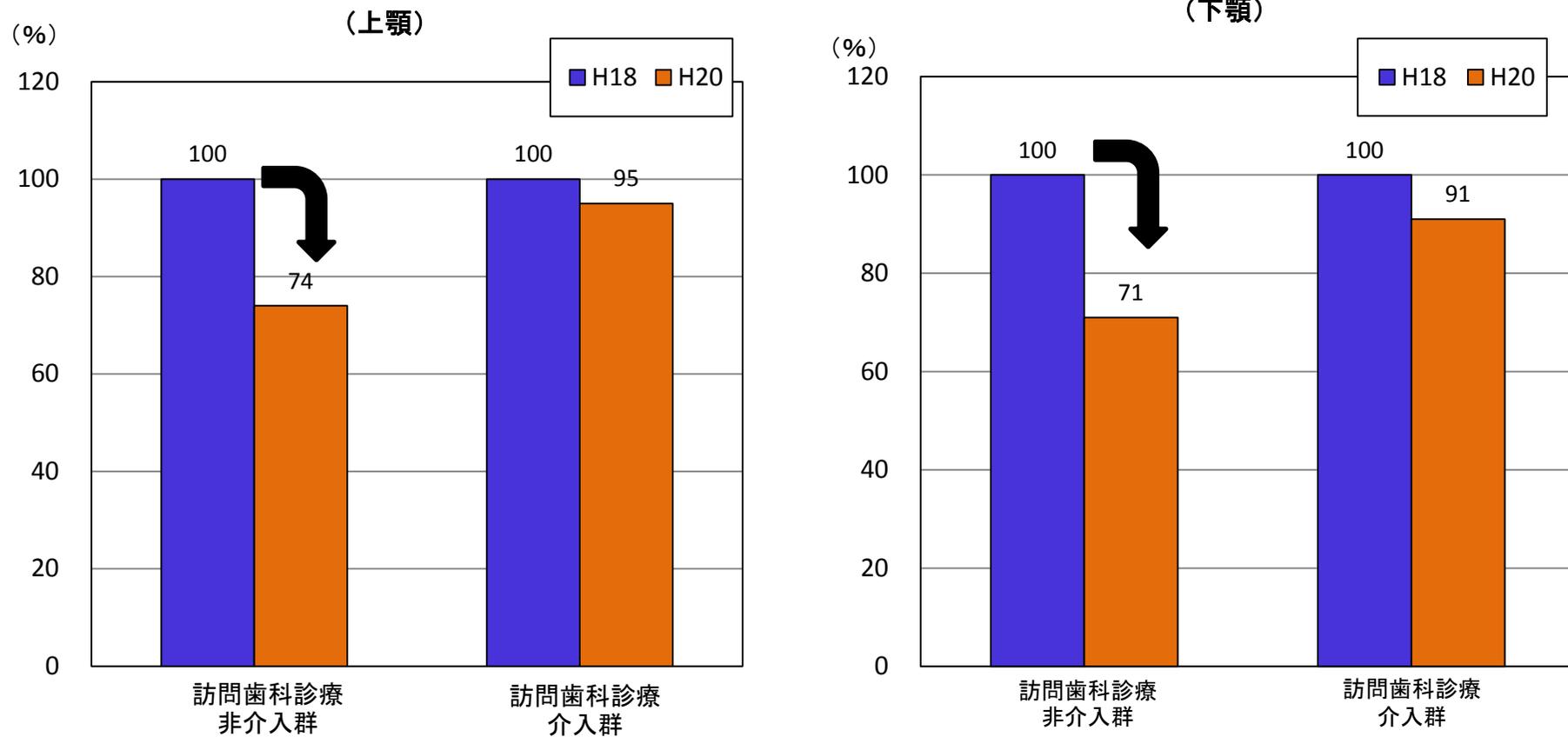


要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究：
米山武義、吉田光由他 日歯医学会誌2001

Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H: *Lancet* 354(9177), 515, 1999.

介護老人福祉施設における訪問歯科診療の効果

義歯を使用しているものの割合



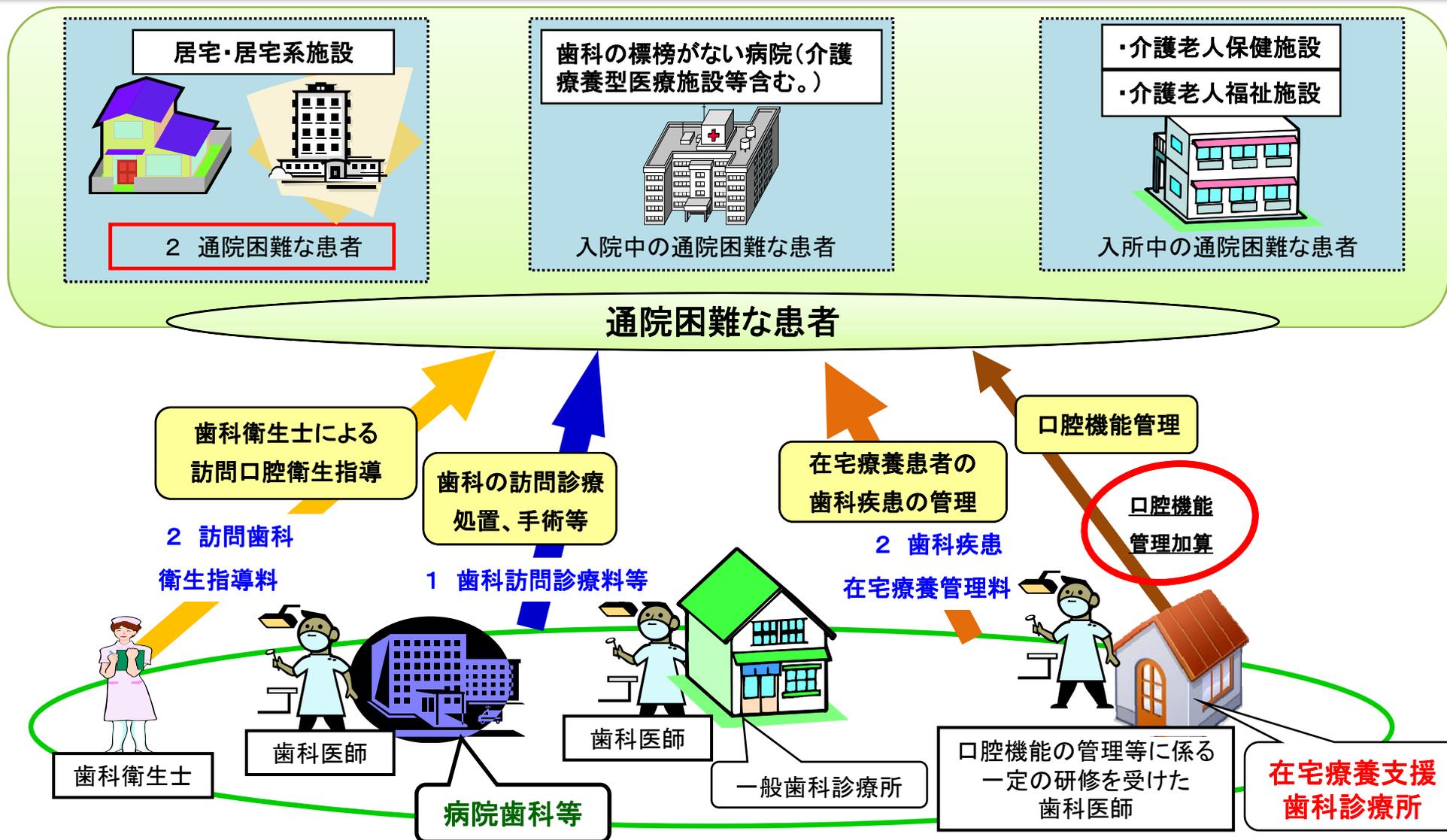
歯科が非介入施設においては、義歯の使用を中止した者が多く、介入施設においては、義歯の使用を継続した者が多い。

(菊谷 武ら、日本歯科医師会雑誌,2009)

医療・介護保険における口腔関連介護サービスの提供

	診療報酬 (通院による歯科治療が困難な患者が対象)	介護報酬	
		要支援1・2 (予防給付)	要介護1～5 (介護給付)
施設	<ul style="list-style-type: none"> ○歯科訪問診療料 (診療日ごと) 歯科訪問診療1 : 830点 歯科訪問診療2 : 380点 ○訪問歯科衛生指導料 (月4回まで) 複雑なもの : 360点 簡単なもの : 120点 ○歯科疾患在宅療養管理料 (月1回) 在宅療養支援歯科診療所の場合 : 140点 それ以外の場合 : 130点 歯科疾患の状態等を踏まえた管理を評価 ・ 口腔機能管理加算 (月1回) : 50点 口腔機能評価結果を踏まえた管理を評価 ○その他特掲診療料 (義歯管理) 		<ul style="list-style-type: none"> ○口腔機能維持管理加算 (30単位 / 月) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、<u>介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を行っている場合であって、入所の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている場合を評価</u>
居宅			<ul style="list-style-type: none"> ○居宅療養管理指導費 歯科医師の場合 : 500単位 / 回 (月2回を限度) ・在宅時医学総合管理料を算定した場合は、290単位 ・指定居宅介護支援事業者に対する情報提供を行わなかった場合は、100単位を減算 ①歯科医師が居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な歯科医学的管理に基づき、指定居宅介護支援事業者その他の事業者に対する居宅サービス計画の策定に必要な情報提供 ②並びに利用者若しくはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言等を行った場合を評価 歯科衛生士の場合 : 350単位 / 回 (月4回を限度) ・居住系施設入所者等に対して行う場合は300単位 ①訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が当該利用者の居宅を訪問し、実地指導を行った場合を評価
病院			

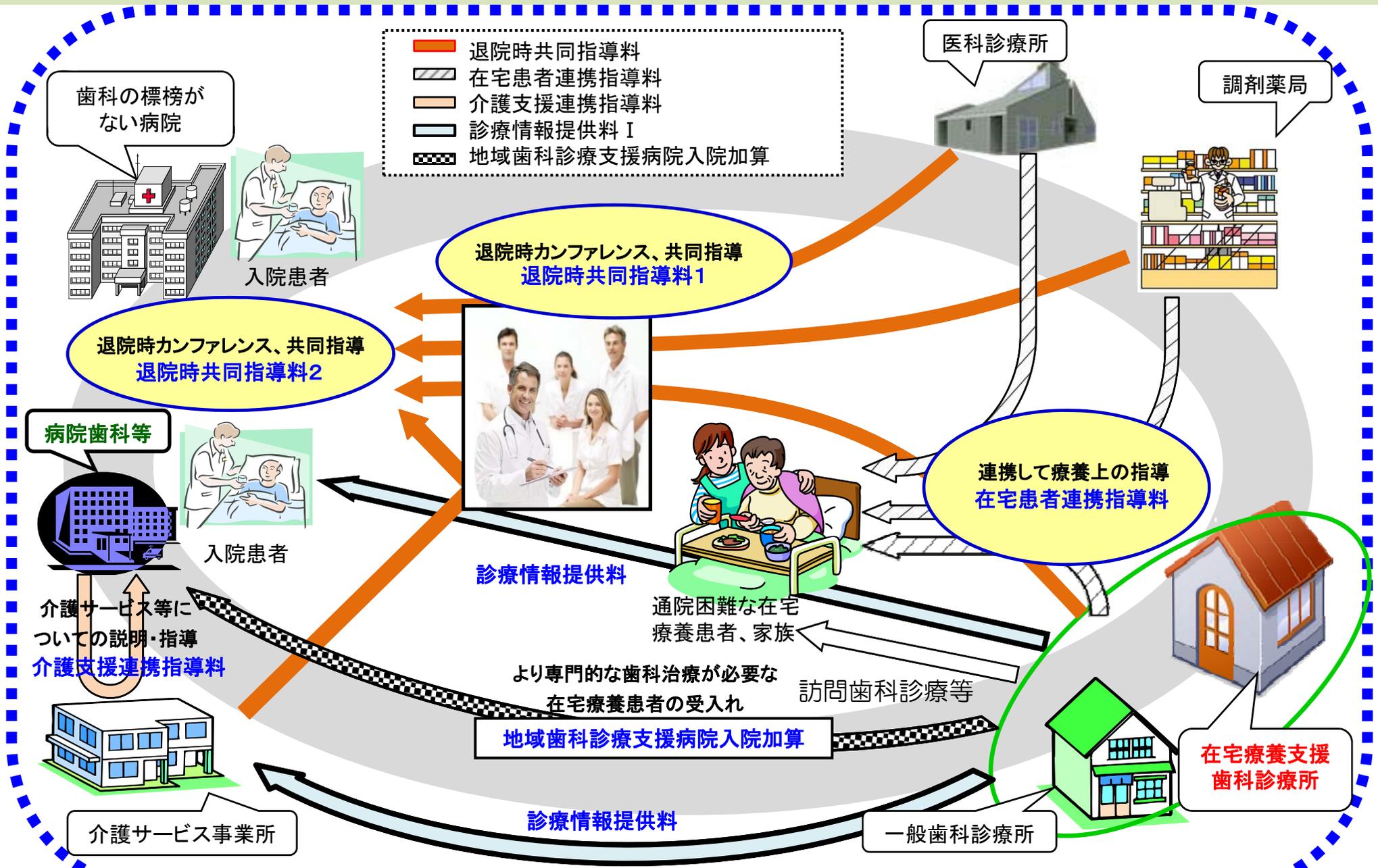
在宅歯科医療に係る診療報酬上の主な対応例



1: 歯科訪問診療料を算定した場合の一部の処置料、手術料、有床義歯修理の加算等も含む。

2: 居宅・居宅系施設の通院困難な患者について、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合は、算定できない。

在宅歯科医療における医療機関間の連携等に係る診療報酬上の主な対応例



診療報酬改定における在宅歯科医療の推進 (平成20年度以降の診療報酬改定において対応した主な項目)

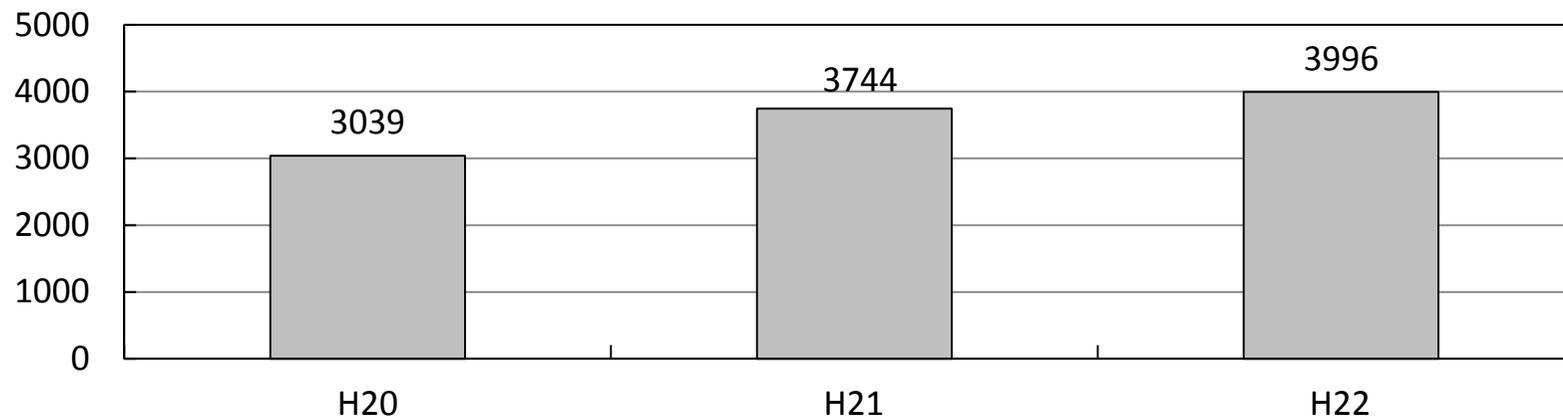
1. 在宅療養支援歯科診療所の新設(平成20年度歯科診療報酬改定)

在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所を「在宅療養支援歯科診療所」と位置付け、その機能の評価を新設。

[施設基準]

- 1 歯科訪問診療料を算定している実績があること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応等に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

(施設) 在宅療養支援歯科診療所に係る施設基準の届出医療機関数の推移



年度	歯科診療所数	施設
H20	68,067	施設
H21	68,161	施設
H22	68,327	施設

(施設基準に係る届出報告及び医療施設調査(各年6月末現在))

2. 歯科訪問診療の評価体系の見直し（平成22年度診療報酬改定）

歯科訪問診療の実情も踏まえ、より分かりやすい体系とするため、歯科訪問診療料に係る評価体系の見直しを行う。

	1人の患者を診療した場合	複数の患者を診療した場合
20分以上	歯科訪問診療1（830点）	歯科訪問診療2（380点）
20分未満	初診料又は再診料	初診料又は再診料

訪問先（自宅、社会福祉施設、介護施設等）の種類にかかわらず、訪問診療時間及び同一建物における診療患者数で整理したところ。

3. 在宅歯科医療における歯科疾患の管理等の評価の新設（平成22年度歯科診療報酬改定）

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理を行うために、**歯科疾患在宅療養管理料**を新設。

医科の担当医から歯科治療を行うに当たり、全身状態の把握、管理等が必要であるとして紹介を受けた在宅療養患者に対して、呼吸心拍監視等による管理を行った場合の評価として、**在宅患者歯科治療総合医療管理料**を新設。

①【歯科疾患在宅療養管理料】(月1回)

在宅療養支援歯科診療所の場合：140点
 (口腔機能加算 50点)
 その他の場合：130点

②【在宅患者歯科治療総合医療管理料】(月1回) 140点 (施設基準)

- ・ 次のいずれかに該当すること
 - ア 常勤歯科医師が2名以上配置されているか、
 - イ 常勤歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師が1名以上配置されていること
- ・ パルスオキシメーター、酸素（人工呼吸、酸素吸入用）、救急蘇生セットを有していること
- ・ 病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること

【歯科疾患在宅療養管理料の加算】
 とくに、口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえた管理を行う場合を重点的に評価

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

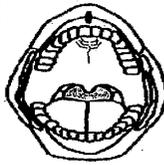
平成 年 月 日

患者氏名 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

【全身の状態】

1	基礎疾患	1. なし 2. あり (疾患名: <input type="text"/>)
2	服薬	1. なし 2. あり (薬剤名: <input type="text"/>)
3	肺炎の既往	1. なし 2. あり 3. 繰り返りあり
4	低栄養リスク (体重の変化等)	1. なし 2. あり 3. 不明
5	食事形態	1. 普通食 2. 介護食 3. 非経口

【口腔内の状態】

1	口腔衛生の状況	1. 良好 2. 不良 3. 著しく不良	特記事項があれば記載 
2	口腔乾燥	1. なし 2. 軽度 3. 重度	
3	う蝕 (むし歯)	1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり	
4	歯周疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり	
5	口腔軟組織疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり	
6	義歯 (入れ歯) の使用状況	上顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし 下顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし	
7	臼歯部での咬合 (義歯での咬合を含む)	1. あり (片側・両側) 2. なし 義歯製作 (修理等) の必要性 □なし □あり	

【口腔機能管理】 (口腔機能加算に係る管理計画)

1	口腔機能	舌機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
1	口腔機能	顎・口唇機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		軟口蓋機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
2	構音機能	バの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
		タの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
2	構音機能	カの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
		キの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
3	咀嚼運動	1. 下顎の回転運動を伴う咀嚼が可能 2. 下顎および舌の上下運動 3. 下顎の上下運動のみ 4. ほとんど下顎の動きがない	
4	食形態	1. 常食 2. 軟菜食 3. 刻み食 4. とりみ付き刻み食 5. ミキサー食 6. 流動食 7.ゼリー 8. その他	
5	口腔ケアに対するリスク	経管栄養チューブ	1. ない 2. ある→胃ろう 3. 経鼻 4. その他
		座位保持	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		頭部可動性	1. 十分 2. 不十分 3. 不可
		閉口保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能
		口腔内での水分の保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ
5	口腔ケアに対するリスク	口腔内での水分の保持	4. 飲んでもしまう 5. 口から出る
		含嗽 (フクブクうがい)	1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでもしまう 5. 口から出る

【管理方針等】

歯科診療報酬における在宅歯科医療関連のその他の評価

在宅歯科医療の推進を図るため、「在宅療養支援歯科診療所」の機能の評価(在宅療養支援歯科診療所の創設)、訪問歯科診療の評価体系の簡素化、歯科疾患在宅療養管理料の創設のほか、在宅歯科医療における歯科衛生士による口腔衛生指導の評価、在宅療養患者に対する処置、手術、有床義歯修理の加算、在宅療養を担う歯科医師や医師等による情報共有等の促進の評価及び在宅歯科診療を担う歯科診療所の後方支援機能としての病院の入院歯科医療の評価等を行っているところ。

1. 訪問歯科衛生指導料(月4回まで)

歯科医師の指示に基づき、居宅や施設等を訪問して療養上必要な口腔衛生指導等を行った場合を評価している。

1 複雑なもの 360点

(1人の患者に対して歯科衛生士等1対1で20分以上実施するもの)

2 簡単なもの 120点

1回の指導における患者の人数は10人以下を標準とし、1回の指導時間が40分を超えるもの又は1人の患者に対して1対1であって20分に満たないもの

2. 在宅療養患者に対する歯科診療における処置、手術、有床義歯修理の評価

歯科訪問診療料を算定すべき患者に対して、抜髄、感染根管処置、抜歯手術(乳歯、臼歯、前歯)、口腔内消炎手術(歯肉膿瘍等)、有床義歯修理を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

3. 地域歯科診療支援病院入院加算 300点(入院初日)

地域歯科診療支援病院において、別の保険医療機関で歯科訪問診療を実施している患者に対して、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合を入院基本料の加算として評価している。

4. 在宅歯科医療歯科診療が行えるよう必要な機器の常時携行の評価

歯科訪問診療を行う際には、在宅等において療養を行っている患者の口腔内の状態等に応じて必要かつ適切な歯科診療が行えるよう必要な機器等を常時携行している実態を踏まえ、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として評価している。

【在宅患者等急性歯科疾患対応加算】

(1日につき)

イ	1回目	232点
ロ	2回目以降	90点

[算定要件]

歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合に加算。

5. 在宅患者連携指導料(医科点数表に算定項目あり) 900点(月1回)

歯科医師が、歯科訪問診療を行っている患者の利用する医療サービス及び福祉サービス等の情報について、在宅療養を担う医師、訪問看護ステーションの看護師及び保険調剤薬局の薬剤師等と共有し、その情報に基づいて共同で療養上必要な指導を行うことの評価をしている。

6. 退院時共同指導料(医科点数表に算定項目あり)

【退院時共同指導料1】(入院中2回)

退院後の在宅医療を担う保険医療機関と連携する歯科診療所の歯科医師又は歯科衛生士が参加して行う共同指導を評価している。

- | | |
|------------------|------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所の場合 | 600点 |
| 2 1以外の場合 | 300点 |

【退院時共同指導料2】 300点(入院中1回、別に厚生労働大臣が定める疾患の場合は、2回)

入院中の保険医療機関の保険医である歯科医師、看護師、歯科衛生士等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養を担う保険医療機関の医師、看護師等と共同して行うことを評価している。

7. 在宅患者緊急時カンファレンス料（医科点数表に算定項目あり） 200点（月2回）

歯科訪問診療を実施している歯科医師が患者の病状の急変に伴い、関係する医療従事者と共同で在宅等に赴いてカンファレンスを行い、療養上必要な指導を共同で行うことの評価をしている。

8. 介護支援連携指導料（医科点数表に算定項目あり） 300点（入院中2回）

入院中の患者に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合を評価している。

在宅歯科医療推進の施策

介護報酬における口腔関連サービスの評価の例

1. 居宅サービス

【居宅療養管理指導費】

歯科医師の場合：500単位／回（月2回を限度）

- ・在宅時医学総合管理料を算定した場合は、290単位
- ・指定居宅介護支援事業者に対する情報提供を行わなかった場合は、100単位を減算

- ①歯科医師が居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な歯科医学的管理に基づき、指定居宅介護支援事業者その他の事業者に対する居宅サービス計画の策定に必要な情報提供
- ②並びに利用者若しくはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言等を行った場合を評価

歯科衛生士の場合：350単位／回（月4回を限度）

- ・居住系施設入所者等に対して行う場合は300単位

- ①訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が当該利用者の居宅を訪問し、実地指導を行った場合を評価

2. 施設サービス

【口腔機能維持管理加算】（平成21年度介護報酬改定において新設）：30単位／月

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合であって、当該施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている場合を評価。

在宅歯科医療推進の施策

在宅歯科医療推進に係る基盤整備事業（厚生労働省医政局）

①在宅歯科医療を推進する歯科医師、歯科衛生士の養成講習会（平成20年度～）

（歯の健康力推進歯科医師等養成講習会）

高齢者・寝たきり者等に対する在宅歯科医療、口腔ケア等を推進する歯科医師、歯科衛生士の養成講習会。

②在宅歯科医療機器に関する歯科医療機関への補助制度（平成20年度～）

（在宅歯科診療設備整備事業）

上記①の講習会を修了した歯科医師が常勤する医療機関の在宅歯科医療に必要な機器等に関する、初度設備整備事業。

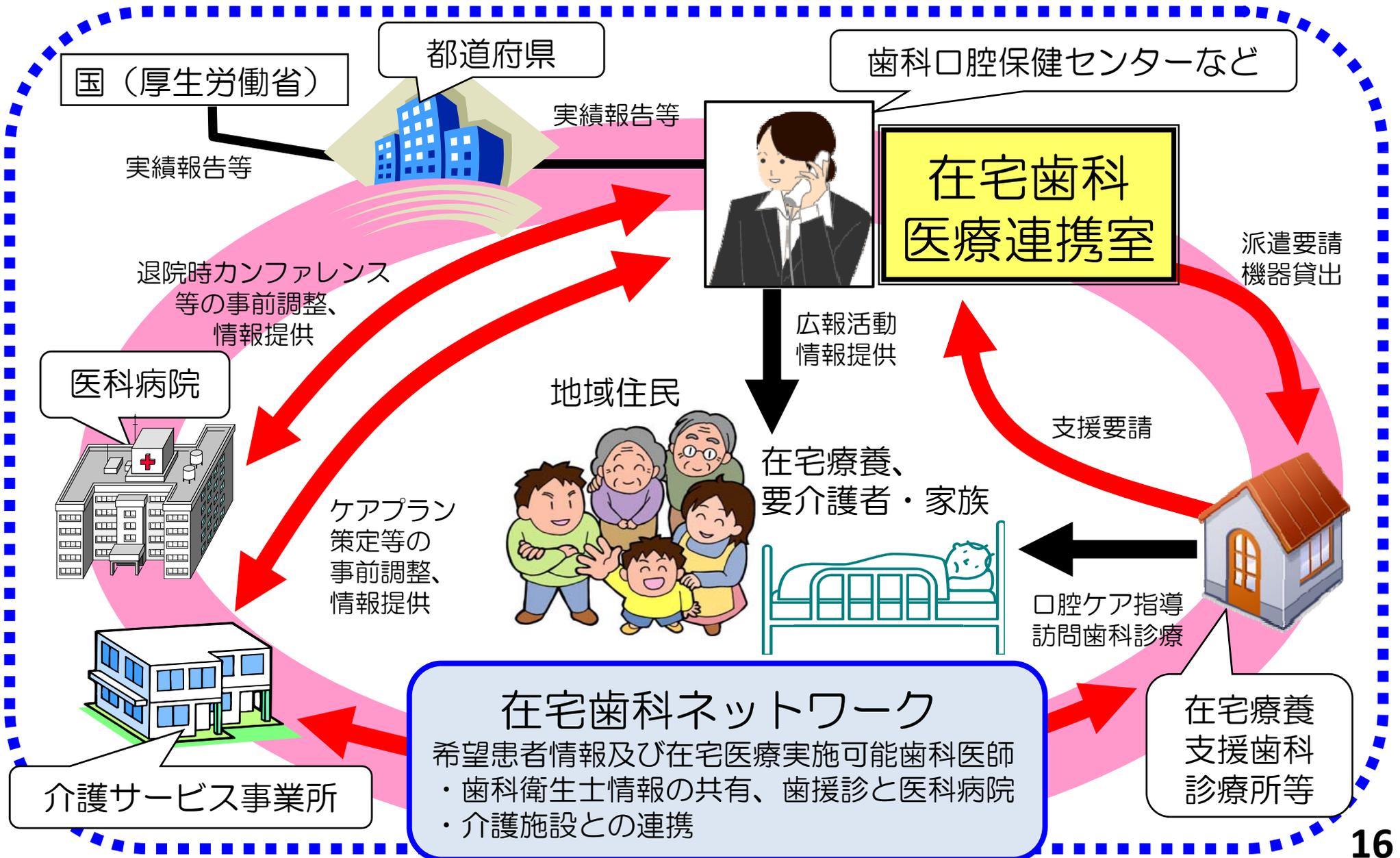
③在宅歯科医療連携室整備事業（平成22年度～）

医科・介護等との連携窓口、在宅歯科医療希望者の窓口、在宅歯科医療や口腔ケア指導者等の実施歯科診療所等の紹介、在宅歯科医療に関する広報、在宅歯科医療機器の貸出しなどを行う在宅歯科医療連携室を整備する事業。

④予防・在宅歯科医療等対応教員養成講習会（平成22年度～）

歯科疾患の予防管理、高齢者や在宅療養者への診療、食育支援等に対応できる歯科衛生士を養成するため、歯科衛生士養成施設の教員に対して講習を行う。

在宅歯科医療連携室整備事業(平成22年度～)



要介護者における医療・介護サービスでの口腔ケアの利用状況

質問	回答者率	
かかりつけ歯科医院を持っているか	ある	61.4
	ない	38.6
訪問歯科診療制度	利用したことがある	7.0
	制度は知っているが医院を知らない	32.4
	全く知らない	59.2
介護保険サービスでの口腔ケア指導	利用したことがある	1.2
	あることは知っている	18.8
	全く知らない	79.8
介護支援専門員による 口腔ケア提案状況	提案がありサービスを受け入れた	5.0
	提案はあったが断った	11.6
	全くなかったので相談した	0.4
	全くなかった	82.0
最も必要な情報は何か	相談窓口や治療に関する情報	37.6
	介護サービス提供者からの指導・助言	24.0
	提供される援助に関する情報	33.0

訪問歯科診療などの歯科関連サービスの認知度は低い。

出典：熊本県内介護支援専門員49名を調査員とし、要介護者とその介護者（家族）500名を対象に聞き取り調査（日本公衛誌：Vol.53、2006）

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

歯科治療が必要であるにもかかわらず、歯科治療を受診した者が少ない

- 要介護者368名(男性:139名・女性:229名 平均年齢81.0±8.1)に対する調査
- 無歯顎者(歯が1本もない者):39.1% 平均現在歯数:7.1本
- 日常生活自立度が低下するほど、現在歯数は減少傾向にある。
- 要介護度が高くなるほど、重度う蝕が多くなる傾向にある。
- 義歯装着者は全体の77.2%で、その内、調整あるいは修理が必要なものが20.1%、新しい義歯を作製する必要のあるものは38.0%
- また、要介護度が高くなるほど、歯科治療の必要性も高くなる傾向であった。
- 歯科治療の必要性については、74.2%のものが「何らかの歯科治療が必要」であり、その内容としては、補綴治療(義歯等の作製)、齲蝕治療、歯周治療の順であった。
- 実際に歯科治療を受診した者は26.9%

在宅歯科医療を実施した歯科医療機関の割合は、18.2%(H17医療施設調査)

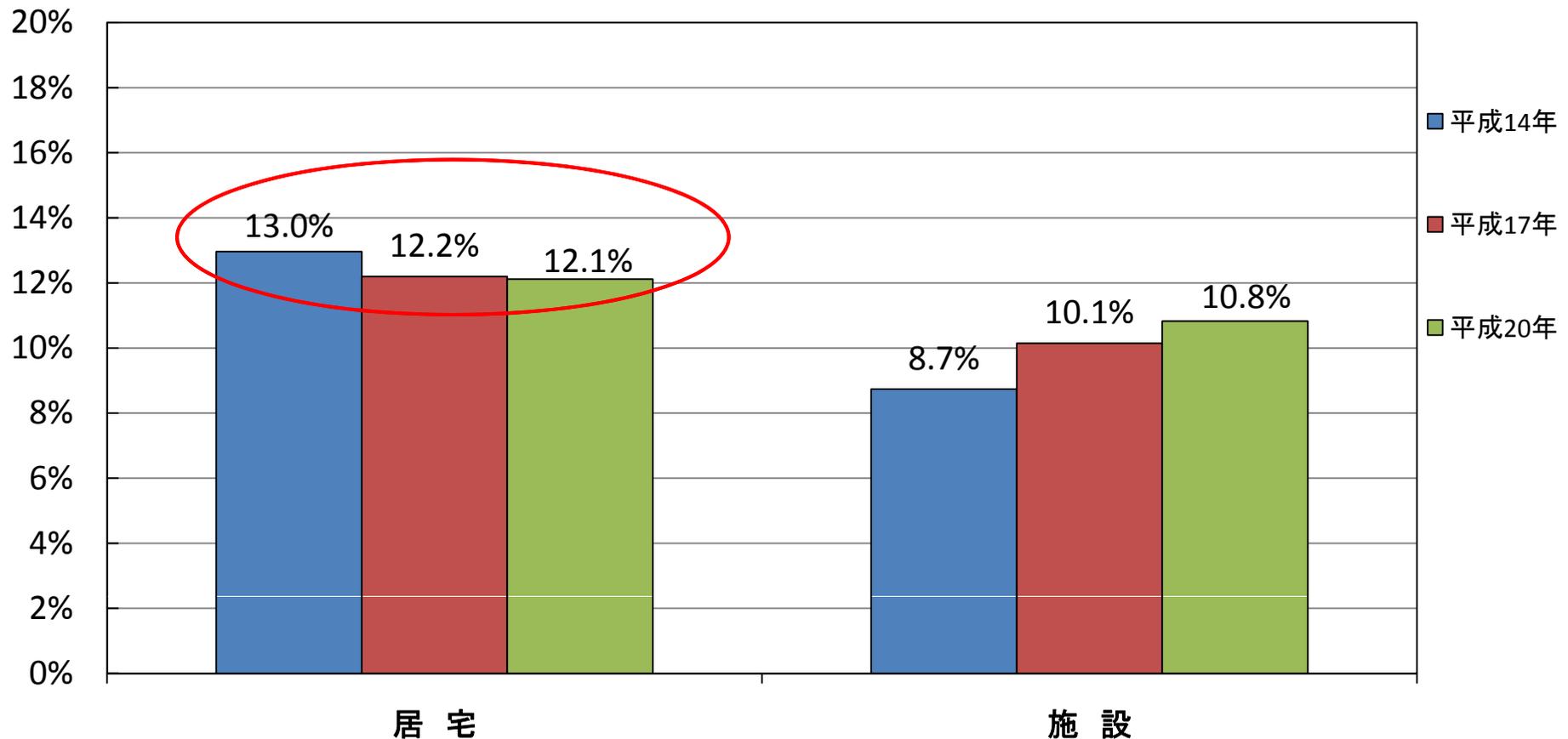


歯科医療の必要性と実際の受診には、おおきな隔たりがある。

出典:情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究(平成14・15年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)。研究代表者:河野正司 新潟大学教授)

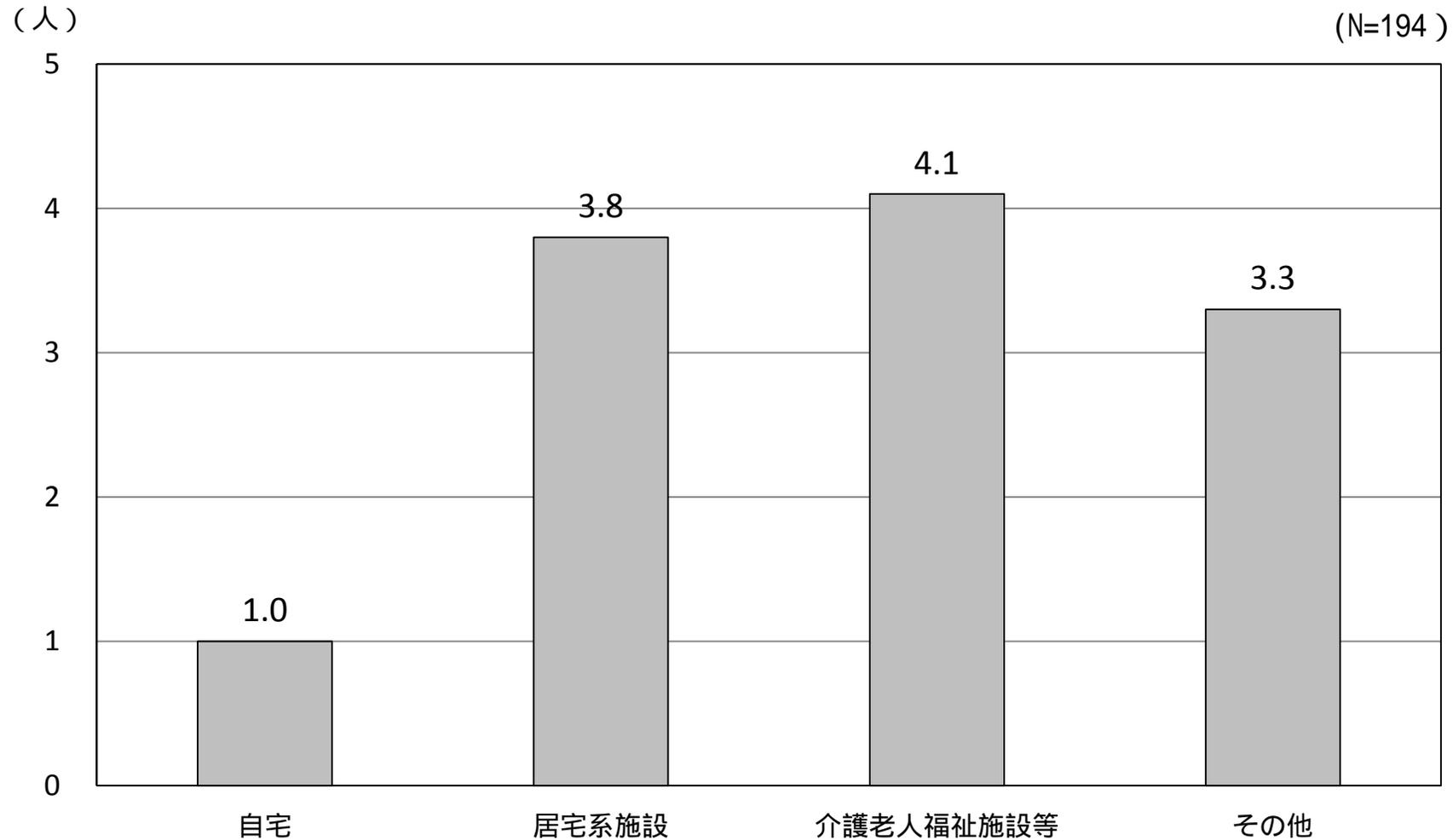
訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合

訪問先別の訪問歯科診療を実施歯科診療所数のうち、施設を訪問して実施している歯科診療所は増加しているが、居宅を訪問している歯科診療所は増加していない。



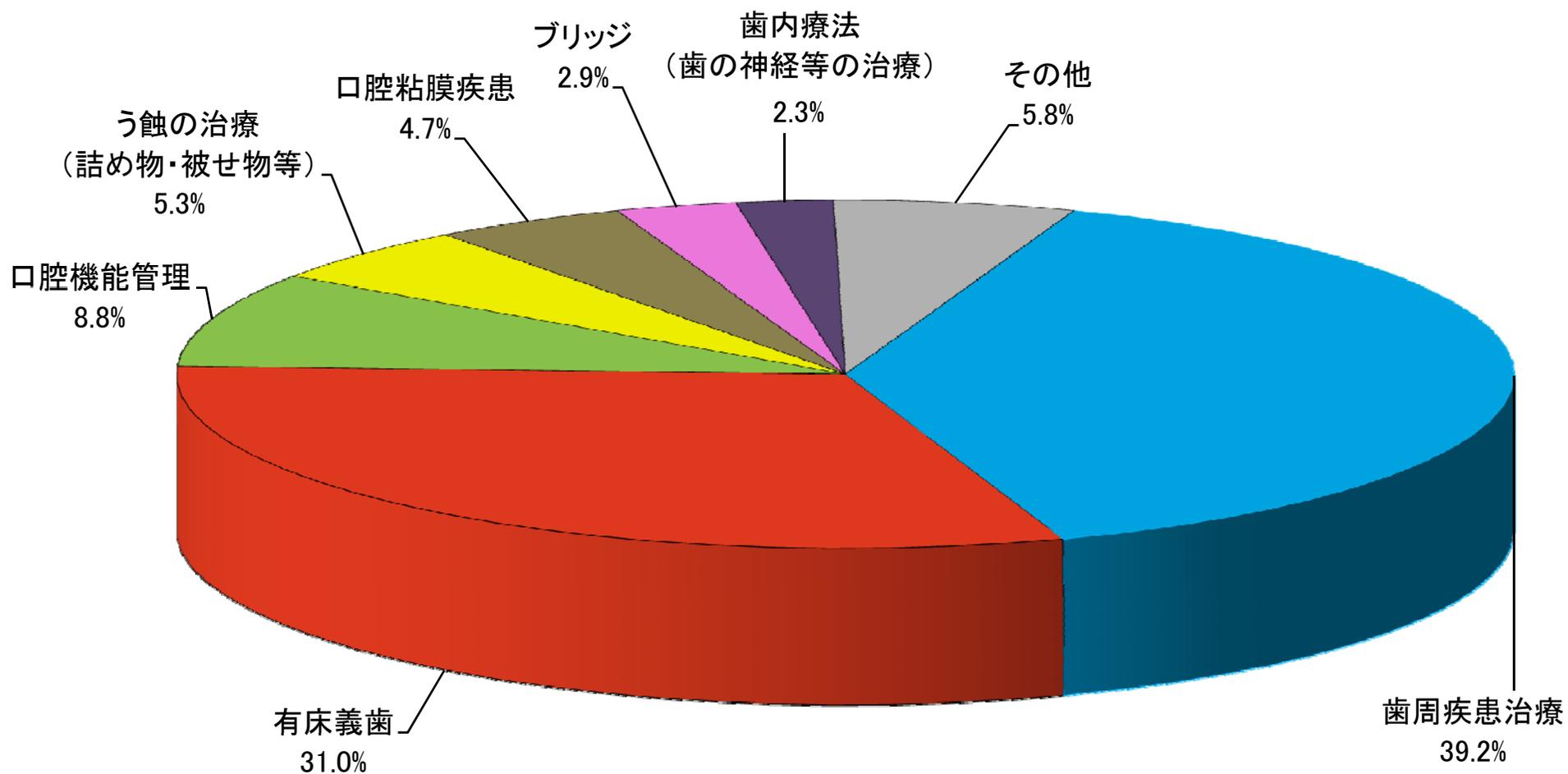
(医療施設調査)

1回当たりの訪問歯科診療(医療保険)の患者数



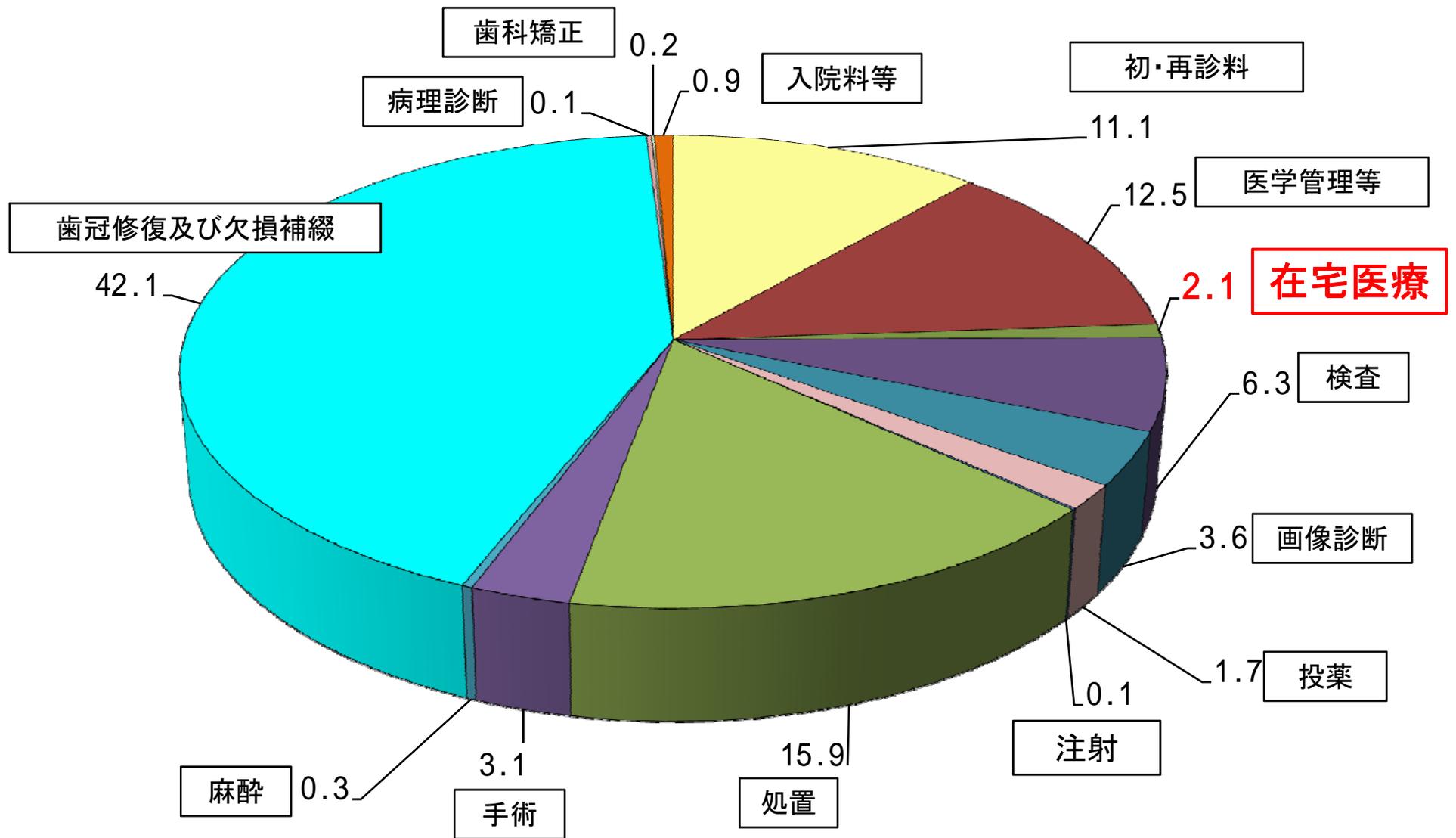
(平成21年度医療課調べ)

訪問歯科診療(医療保険)における1施設当たりの治療内容別の患者割合



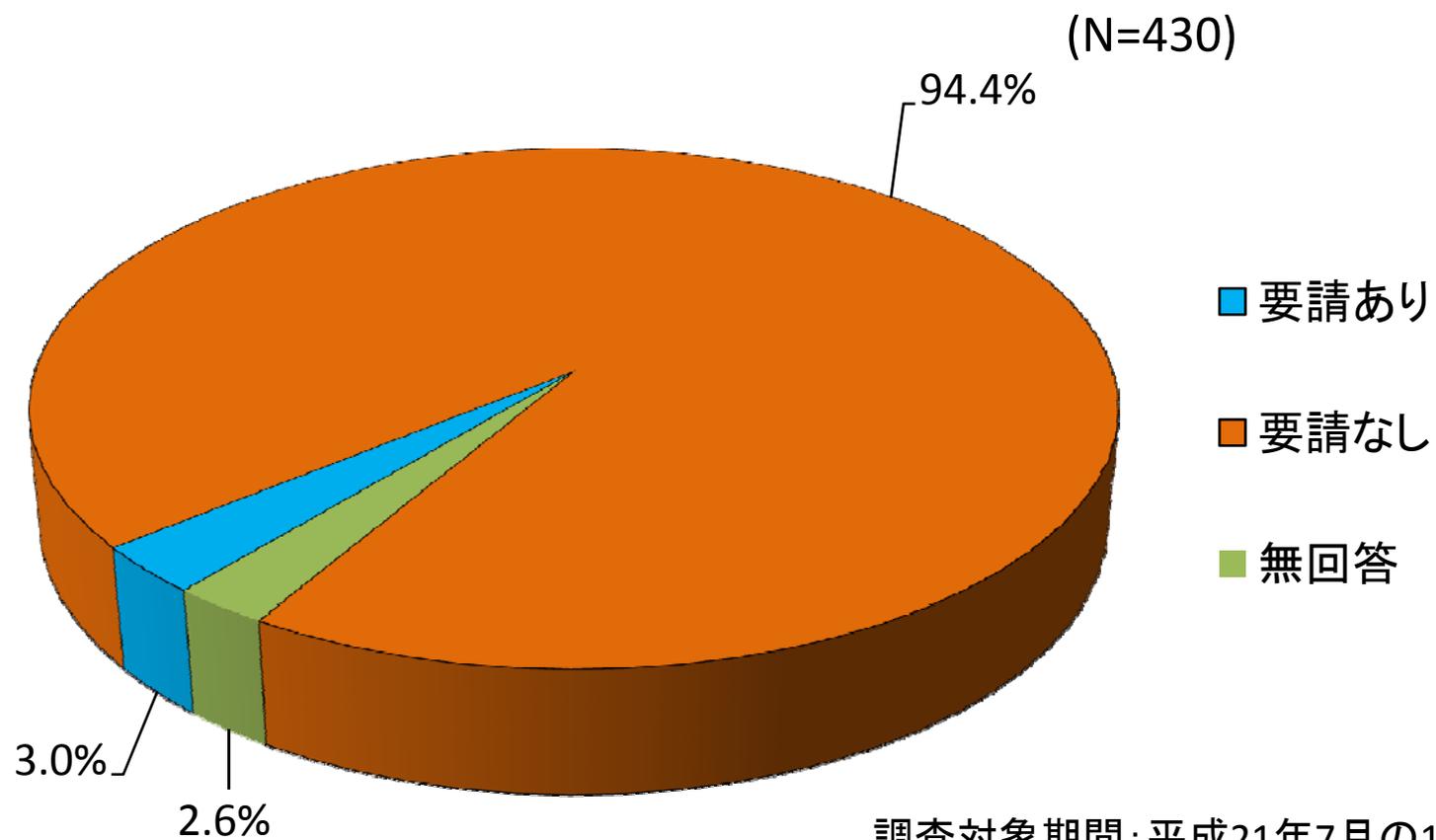
(平成21年度医療課調べ)

歯科診療総点数に占める診療行為別内訳



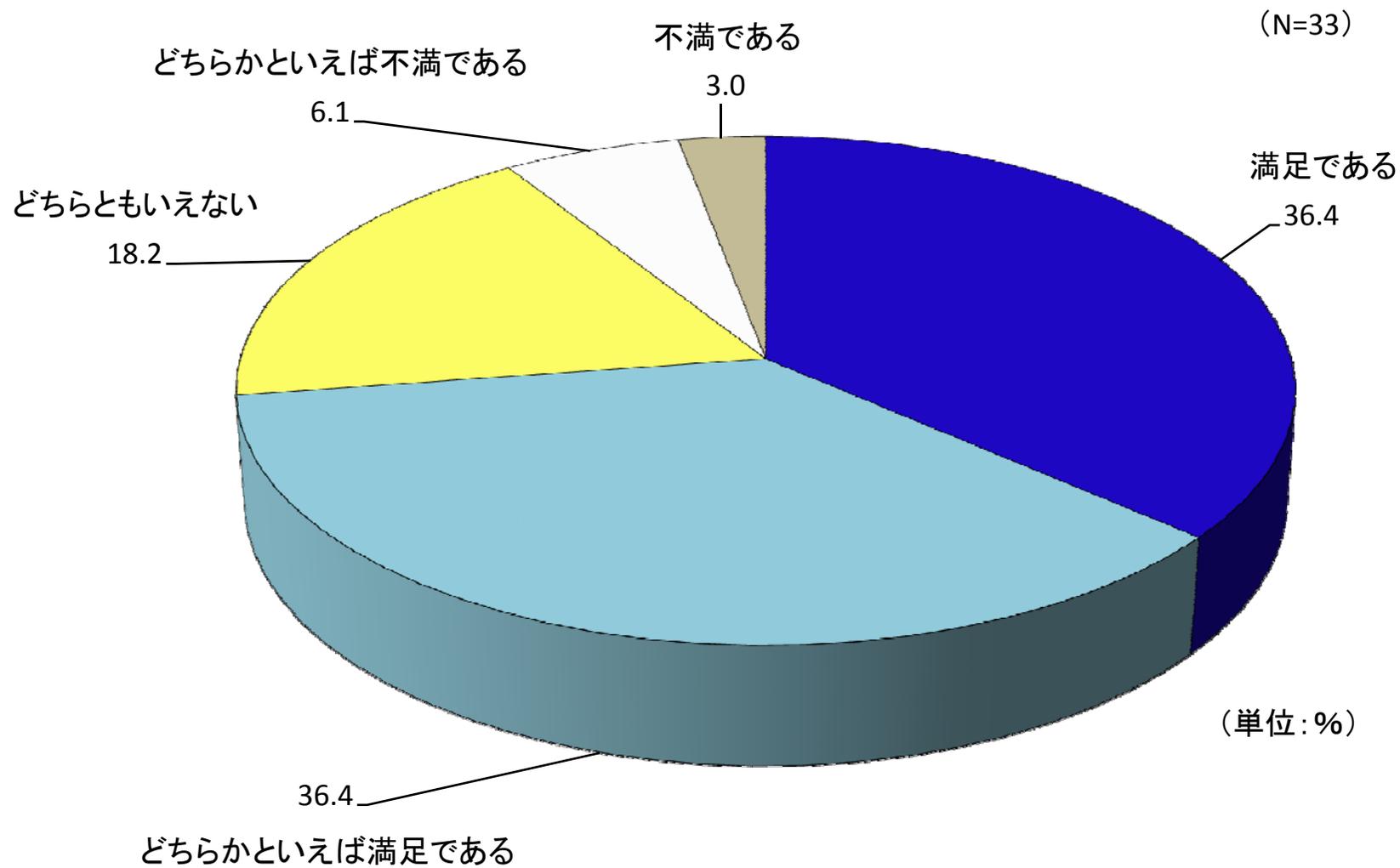
(平成21年社会医療診療行為別調査)

患者から訪問歯科診療の要請を受けた歯科医療機関の割合



調査対象期間:平成21年7月の1ヶ月間
(平成21年医療課調べ)

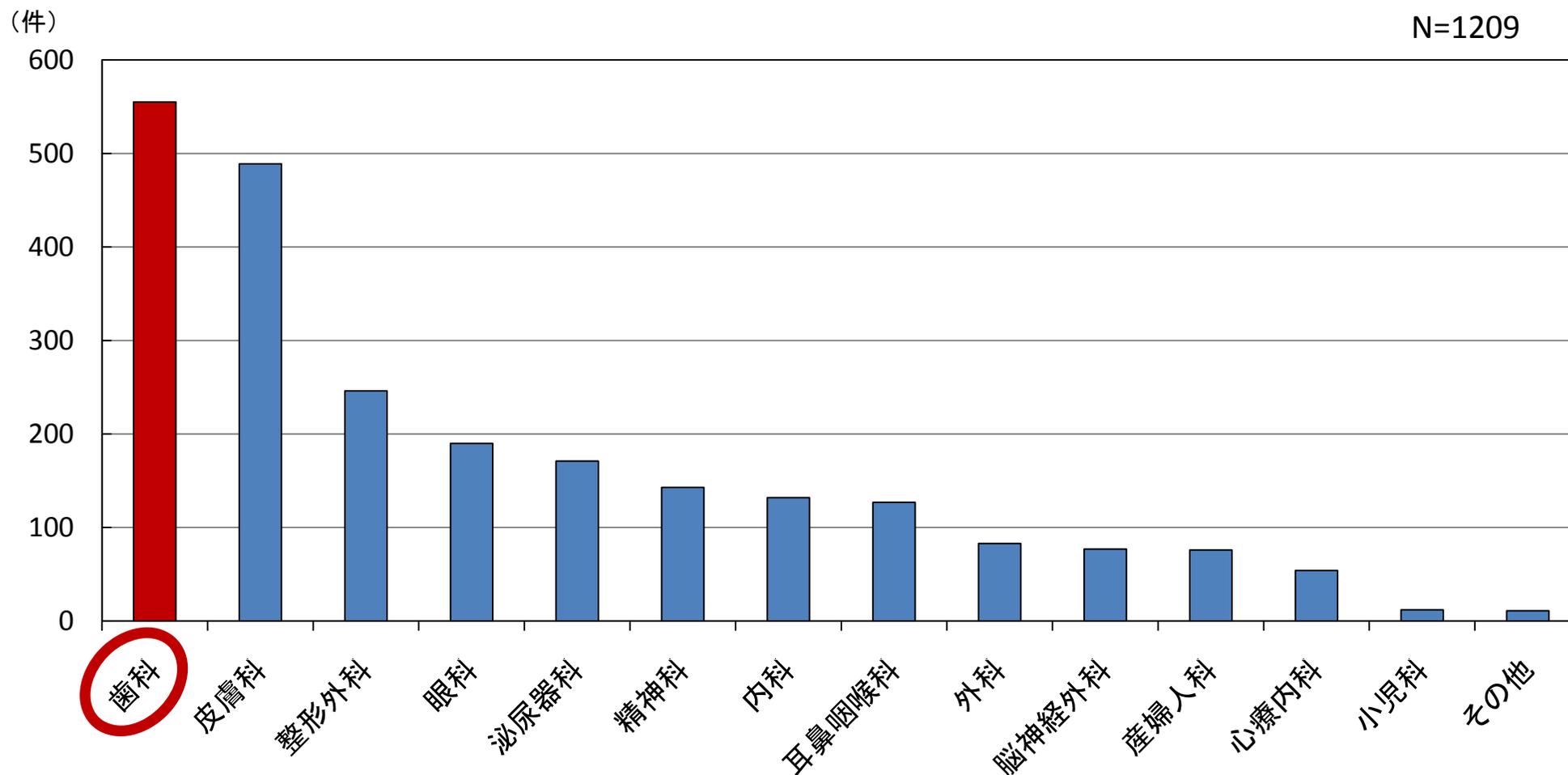
訪問歯科診療(医療保険)に対する患者またはその家族の満足度



(平成21年度医療課調べ)

在宅医療の主治医(医師)が必要とする診療科

在宅医療の主治医(医師)が連携を必要とした診療科は「歯科」が多い。



「東京の在宅医療の現在 ~ 東京都在宅医療実態調査」

在宅歯科医療における歯科医師と医療職・介護職の連携状況

在宅歯科医療の実施状況別にみた医療職との連携の状況

在宅に限らず、高齢 や基礎疾患のある 患者の主治医との 連携	全 体 (n=3,274)	未実施 (n=2,056)	実 施 (n=1,218)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				～9人 (n=1,031)	10～49人 (n=125)	50人以上 (n=62)
連携している	1,822 (55.7%)	1,087 (52.9%)	735 (60.3%)	603 (58.5%)	90 (72.0%)	42 (67.7%)
あまり取れてない	775 (23.1%)	440 (21.4%)	335 (27.5%)	290 (28.1%)	27 (21.6%)	18 (29.0%)
連携していない	677 (20.7%)	529 (25.7%)	148 (12.2%)	138 (13.4%)	8 (6.4%)	2 (3.2%)

在宅歯科医療の実施状況別にみた介護職との連携の状況

介護保険を利用し ている患者の、ケア マネジャー等介護 保険関連職種との 連携	全 体 (n = 2,983)	未実施 (n = 1,821)	実 施 (n = 1,162)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				～9人 (n = 977)	10～49人 (n = 126)	50人以上 (n = 59)
連携している	385 (12.9%)	142 (7.8%)	243 (20.9%)	171 (17.5%)	47 (37.3%)	25 (42.4%)
あまり取れてない	623 (20.9%)	265 (14.6%)	358 (30.8%)	293 (30.0%)	46 (36.5%)	19 (32.2%)
連携していない	1,975 (66.2%)	1,414 (77.6%)	561 (48.3%)	513 (52.5%)	33 (26.2%)	15 (25.4%)

高齢者等の主治医との連携が取れていると回答した在宅歯科医療を実施している歯科医師は約60%、介護保険関係職種との連携が取れていると回答した歯科医師は約21%となっている。

出典：東京都内における在宅歯科医療に関する基礎調査。東京都歯科医師会会員へのアンケート調査より。（老年歯学：23(4)、417-423、2009）

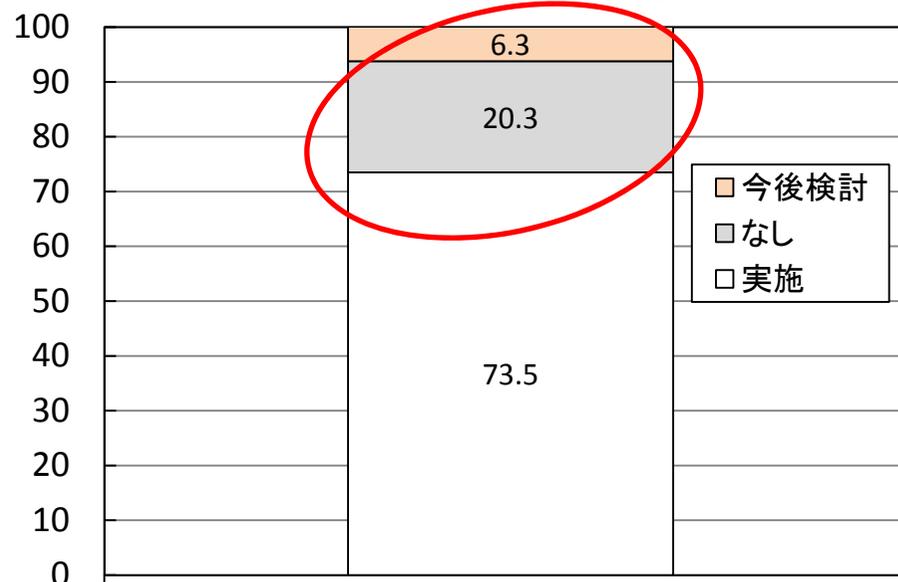
入院患者に対する歯科的管理の実施状況

歯科を標榜していない病院の約3割は、歯科的管理を実施していない状況となっている。

歯科を標榜していない病院に入院する通院困難な患者に対する口腔管理は、診療報酬において評価（歯科疾患在宅療養歯科疾患管理料及び口腔機能管理加算）

チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（平成23年1月28日）
 における向井委員提出資料（一部改編）
 （病院でのチーム医療における歯科の係わりに関する調査
 - 日本歯科総合研究機構）

歯科標榜のない病院における口腔ケアを含めた歯科的管理の実施状況（N-1,969）



（参考）周術期の口腔ケア

- 最近、高齢者等の全身疾患等を有する患者に対する口腔ケアのみならず、周術期の患者に対する口腔ケアの重要性も指摘されているところであり、様々な取組がみられる（例：昭和大学病院の取組、国立がん研究センターと日本歯科医師会によるがん患者歯科医療連携事業等）。
- 平成22年度歯科診療報酬改定において、別に厚生労働大臣が定める特定の手術を行った入院患者に対し、術後感染症及び術後肺炎等の発現のおそれがある場合であって、当該患者が入院している病院の歯科衛生士が術後口腔清掃を行った場合を評価。

第5回チーム医療推進方策検討ワーキンググループ資料(抜粋)

5. 医科・歯科の連携

- 急性期・救急医療、回復期・慢性期医療、在宅医療の場面において、医科と歯科の連携は不可欠である。しかし、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院は少なく、歯科医療関係職種は歯科診療所に多く配置されていることから、歯科医療関係職種を交えたチーム医療を推進していくためには、病院内の連携に限らず、地域における病診連携、診診連携を含めた病院内・外における医科と歯科の連携を推進していくことが必要である。
- 口腔ケアは歯科の口腔管理の基本であり、誤嚥性肺炎予防等の予防に寄与し、医療・介護の現場で歯科医師・歯科衛生士をチームの一員とすることにより、高齢患者において特に重要な合併症の予防が期待される。
- 歯科医師等の歯科関係職種をチーム医療の一員とし、口腔内管理の徹底を図ることで、誤嚥性肺炎や窒息事故等の発生を防止し、その後の医療を円滑に行うことに貢献するとともに、摂食・嚥下障害、低栄養状態、口臭等に対する専門的な医療対応を行うことが可能となり、入院患者のQOL向上に寄与することができる。
- 医科・歯科連携を行うことで、入院患者のQOL向上や早期回復等に寄与するだけでなく、退院後も在宅、施設等の生活する場における地域連携パスに繋ぎ、口腔の医療面からの地域医療に貢献することが可能となる。
- 病院における医科・歯科連携は、歯科を標榜していない病院が多いことから、病診連携も含め、歯科医師が、あるいは、歯科医師と歯科衛生士がともに参画することが必要であり、そのための施策の整備が望まれる。

例) 医科歯科連携におけるチーム医療(長崎リハビリテーション病院)の取組

歯科診療オープンシステムを活用して非常勤歯科医師と歯科衛生士を活用した医科・歯科連携を行っている。

例) 医科歯科連携におけるチーム医療(昭和大学病院)の取組

チーム医療の実践、チーム医療教育、地域医療連携を3本柱とした口腔ケアセンターを設置している。歯科のある病院においては、歯科を通してチーム医療に参加し、歯科のない病院においては、病棟へチームが直接に参加して医科・歯科連携を行っている。

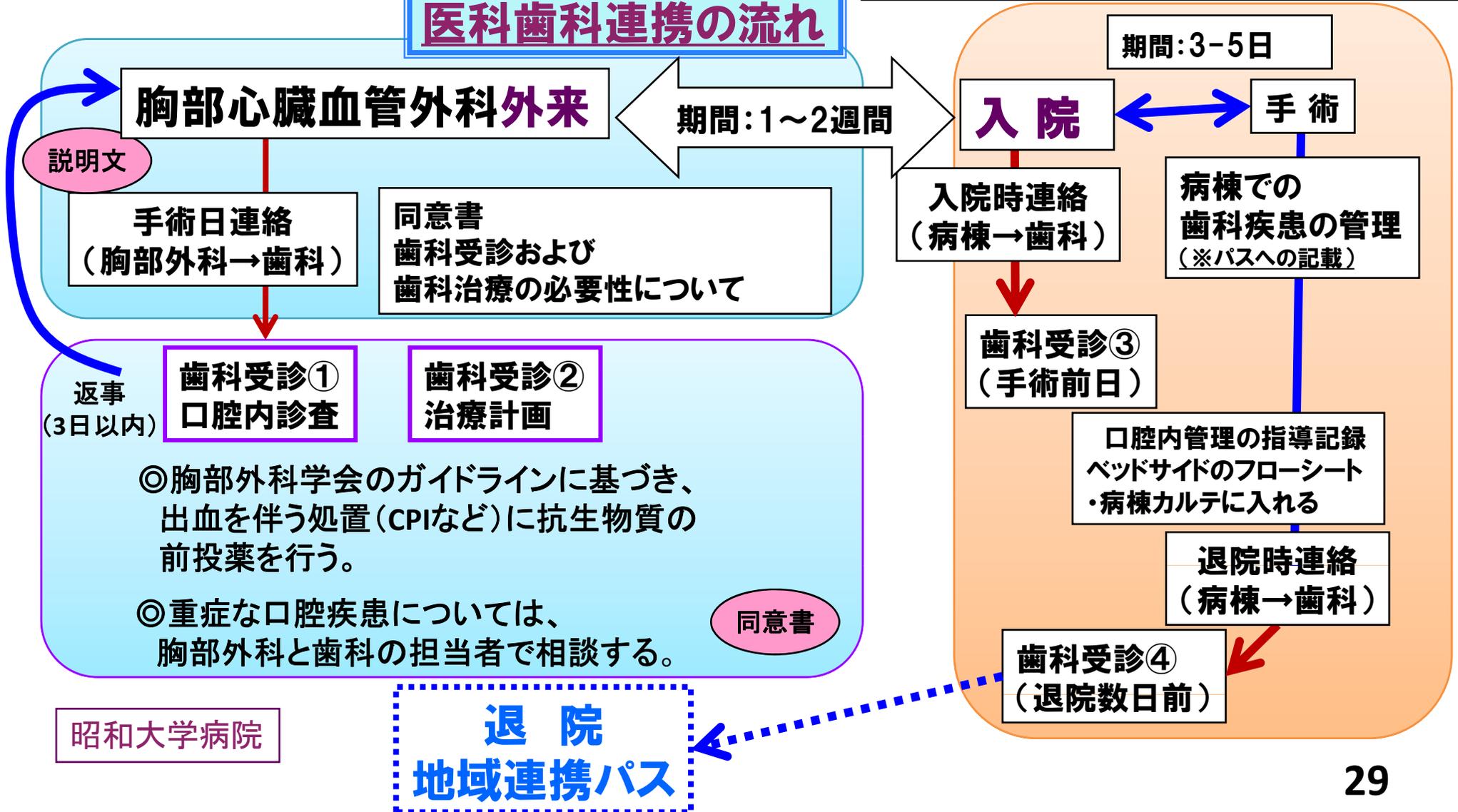
周術期の口腔ケアに関する取組みの例

(昭和大学病院におけるチーム医療)

急性期(周術期)チーム医療

チーム医療推進方策検討ワーキンググループ
(平成22年12月9日)における向井委員提出資料より

医科歯科連携の流れ



周術期の口腔ケアに関する取組みの例②

(国立がん研究センターと日本歯科医師会の連携事業)

【事業概要】

がん治療における口腔ケアや歯科治療は、より質の高いがん治療を提供するための重要な支持療法であるとの考えの下、がん治療における口腔内合併症の発症率の低下等を目的とした、がん治療中核施設と歯科医療機関との連携事業を国立がん研究センターと日本歯科医師会が共同で平成22年9月より講習会を実施し、平成23年1月31日より国立がん研究センターから歯科医院への紹介事業を実施するもの。

【具体的内容】

(1) 対象患者

国立がん研究センターにおいて、全身麻酔下での手術を受ける患者(年間約4,000名)のうち、東京都、埼玉県、神奈川県、千葉県、山梨県に居住する患者

(2) 連携講習会の開催

がん患者の歯科治療に関する講習会(対象: 歯科医師)を平成22年9月～12月に開催し、現在、連携拡大のための追加講習会を随時実施している。

(3) がん患者の入院前の受講歯科医への紹介

がん治療前に連携講習会を受講した歯科医への紹介(口腔ケア、歯石除去、ブラッシング指導、処置等)をするもの。

(4) 今後の事業展開

平成23年度を目途に北海道・東北、関東、東京、東海・信越、近畿・北陸、中国・四国、九州の各地域で、1つ以上の都道府県がん拠点病院と地域歯科医療機関の連携事業を開始する。また、連携ないようについては、術前の口腔ケアに限らず、化学療法時の口腔ケアや在宅療養中、あるいは終末期患者にも広げていく予定。さらに平成25年度から全国規模の実施に取り組み、平成26年度を目途に全国のがん診療連携拠点病院(375施設)と地域連携歯科医療機関の連携事業を開始する。

医療介護の連携について (在宅における薬剤師業務)

1. 現状と課題

在宅患者における薬剤に関連する問題として、薬剤の保管状況、薬剤の飲み忘れ・飲み残し、服用薬剤の理解不足などが指摘されており、これら問題の改善のためにも薬剤師関与の必要性は高い。

在宅における薬剤師業務としては、医師からの処方せんや指示に基づくチーム医療・介護の一環として、患者宅への医薬品等の供給、医療用麻薬を含む服薬・保管状況の確認・指導、服薬支援等の薬学的管理指導がある。

在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届出ている薬局は多い一方で、実際に在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している薬局は1割に満たず、少ない。また、薬局薬剤師による退院時共同指導についても、調剤報酬上は評価されているものの、ほとんど実施されていない。

在宅緩和医療のために必要となる医療用麻薬については、不良在庫となる場合が多く、その取扱いについては薬局にとっても負担が大きいものとなっている。

(薬局の規模と在宅薬剤師業務の実施体制)

約7割の保険薬局は、常勤換算での薬剤師数が3人未満と規模が小さく、在宅患者訪問薬剤管理指導等の在宅薬剤師業務は、他の調剤業務の空いた時間に行うか、閉局して行っているところが多い。

(一部の高齢者向け住宅・施設の入所者における薬剤関連の問題について)

一部の高齢者向け住宅・施設の入所者のうち約2割の入所者に、服用薬への理解不足、薬の飲み忘れ、嚥下能力に適さない剤形など、薬剤関連の問題があるとの指摘がある。

一方で、一部の高齢者向け住宅・施設の入所者に対する訪問薬剤管理指導は、医療保険・介護保険上、評価されない。

(医療保険・介護保険算定上の取扱い)

薬局薬剤師については、医療保険及び介護保険のいずれにおいても、医師等の指示に基づき、薬学的管理指導計画を作成し、これに基づいて薬学的管理指導を行った場合にのみ、算定が可能となっている。

実際には、医師からの指示がなされる前に薬剤師が訪問し残薬などの状況把握を行ったり、介護支援専門員などから在宅における薬剤管理指導に係る相談・情報提供がなされることもあるところ。

2. 論点

薬局規模の現状等を踏まえ、薬剤師の人数が少ない薬局における在宅薬剤師業務を進める上で、医療保険において、どのような対応が考えられるか。

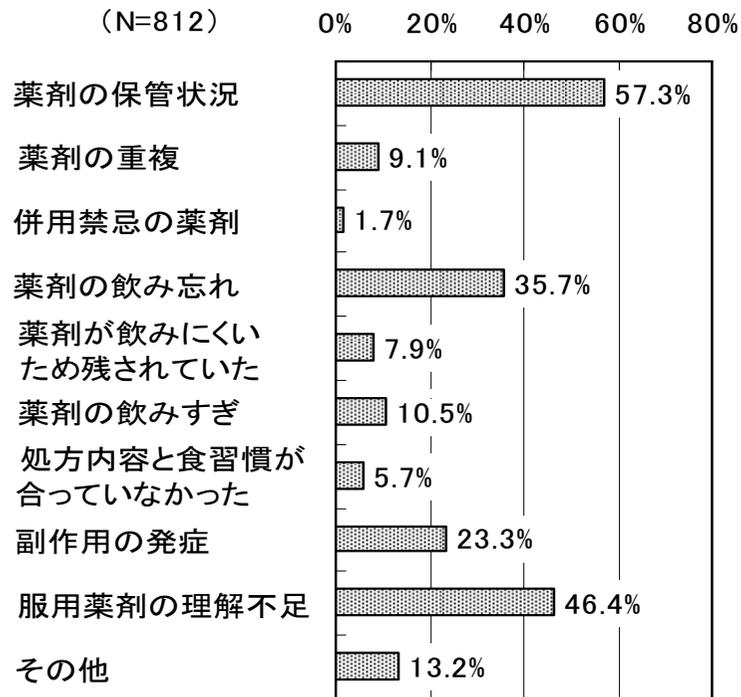
一部の高齢者向け住宅・施設の入所者に対する薬剤管理指導のあり方についてどう考えるか。

介護支援専門員からの相談・情報提供などにより、医師からの指示を受ける前に薬剤師が訪問し状況把握を行い、薬剤管理指導のきっかけとなる場合もあるが、指示前の訪問の診療報酬上の評価についてどう考えるか。

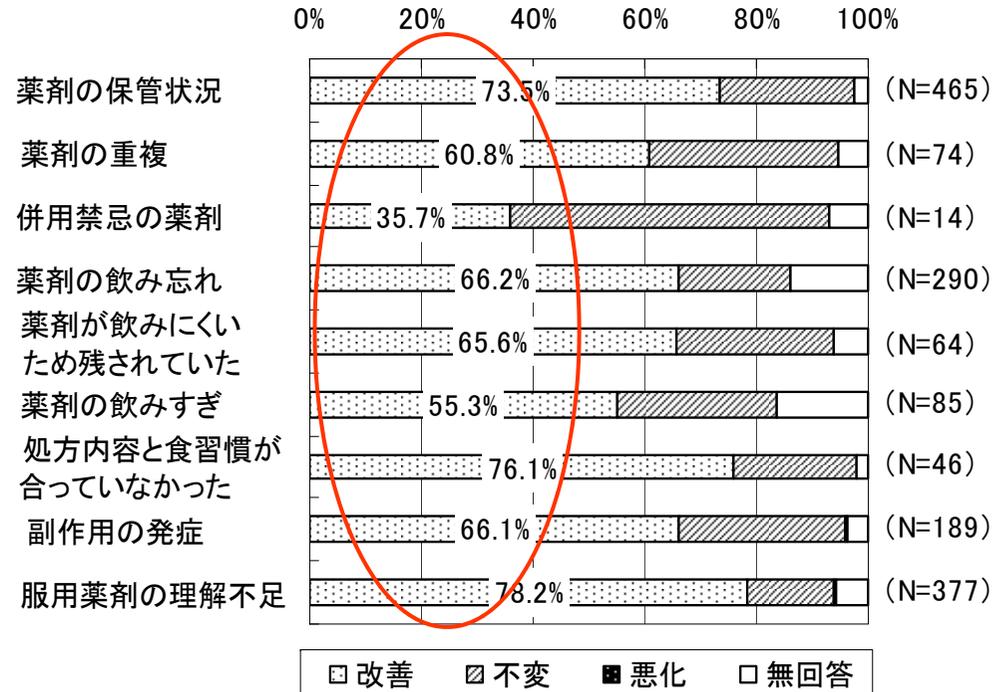
在宅医療における薬剤師業務について

在宅医療への薬剤師の関与とその意義

在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の開始時に
発見された薬剤管理上の問題点



在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の取り組みの効果



(参考)

潜在的な飲み忘れ等の年間薬剤費の粗推計
=約500億円

在宅患者訪問薬剤管理指導等により改善される
飲み残し薬剤費の粗推計
=約400億円

出典)平成19年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」

残薬の確認と整理の実例

長野県薬剤師会 事例



患者Aさん(女性)

複数科を受診。多剤服用。訪問介護員は入っているが、薬は自己管理にて整理がつかない状態。

A病院(心療内科) 処方薬 7種類

B診療所(内科) 処方薬 4種類

在宅訪問時に驚くほどの飲み残しが出てくることは多い。
残薬整理は訪問初期段階の最重要課題。



【対応】

処方医に疑義照会を行い、A病院とB診療所から交付された処方せんの薬を合わせて一包化し整理。
これにより服用状況も改善。

個々の患者の能力に応じた薬の管理方法の実例



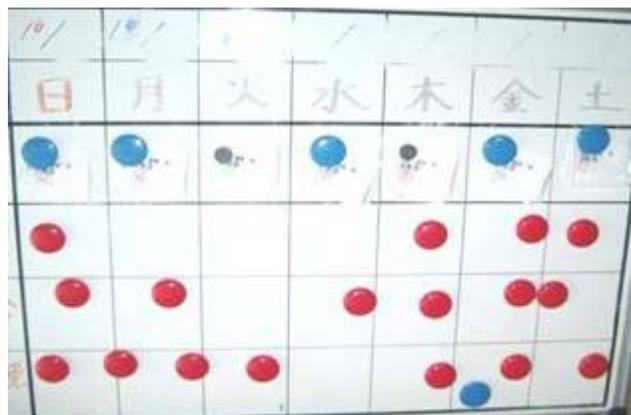
一包化

ポイント

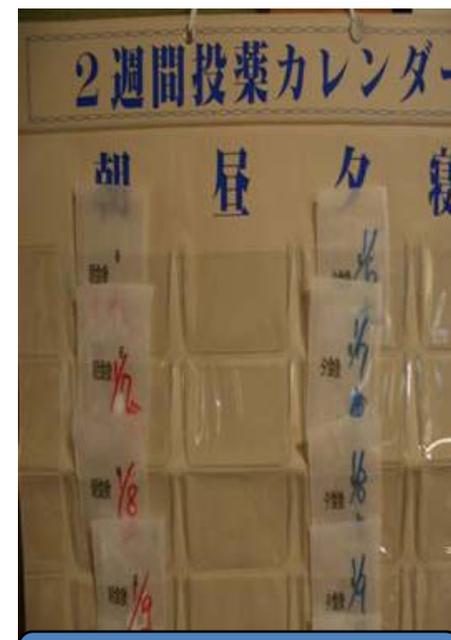
患者の残存能力を考慮すること。
過剰な服薬支援は能力を落とす
場合もある。



ティッシュ箱に仕切りを
入れて手製のピルケー
ス作成



ホワイトボードと磁石

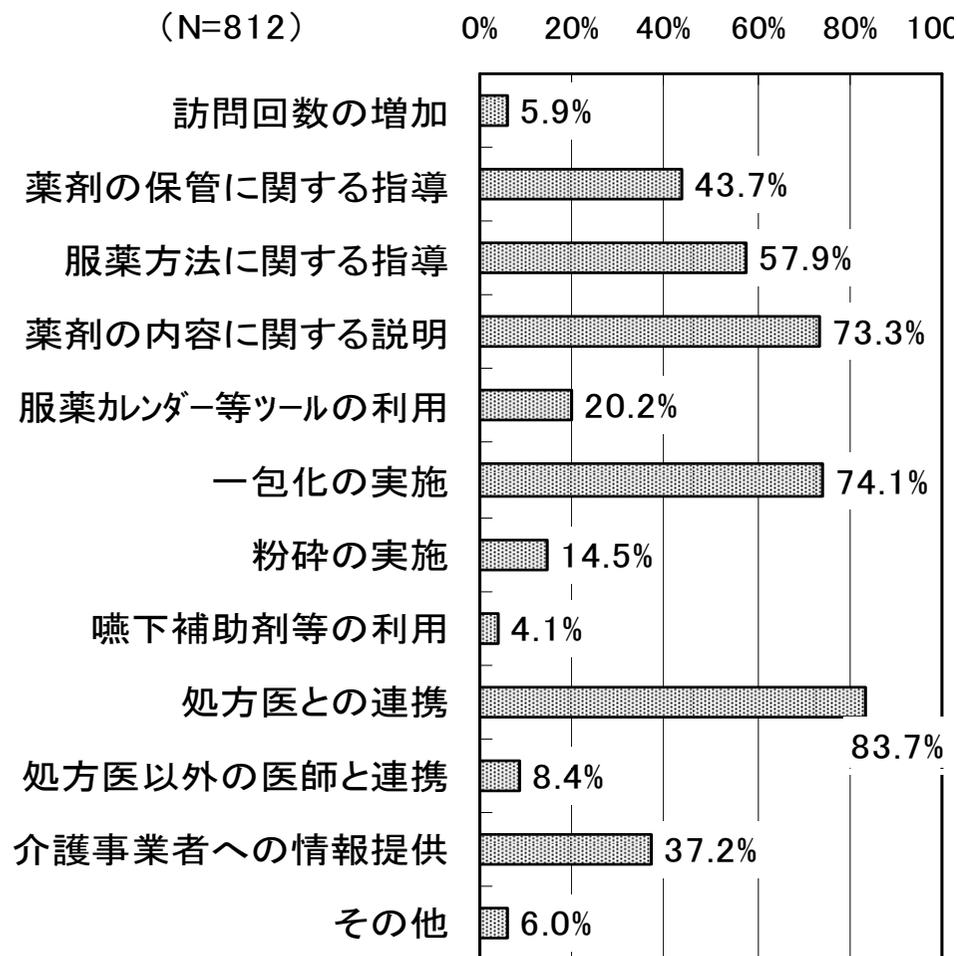


投薬カレンダー

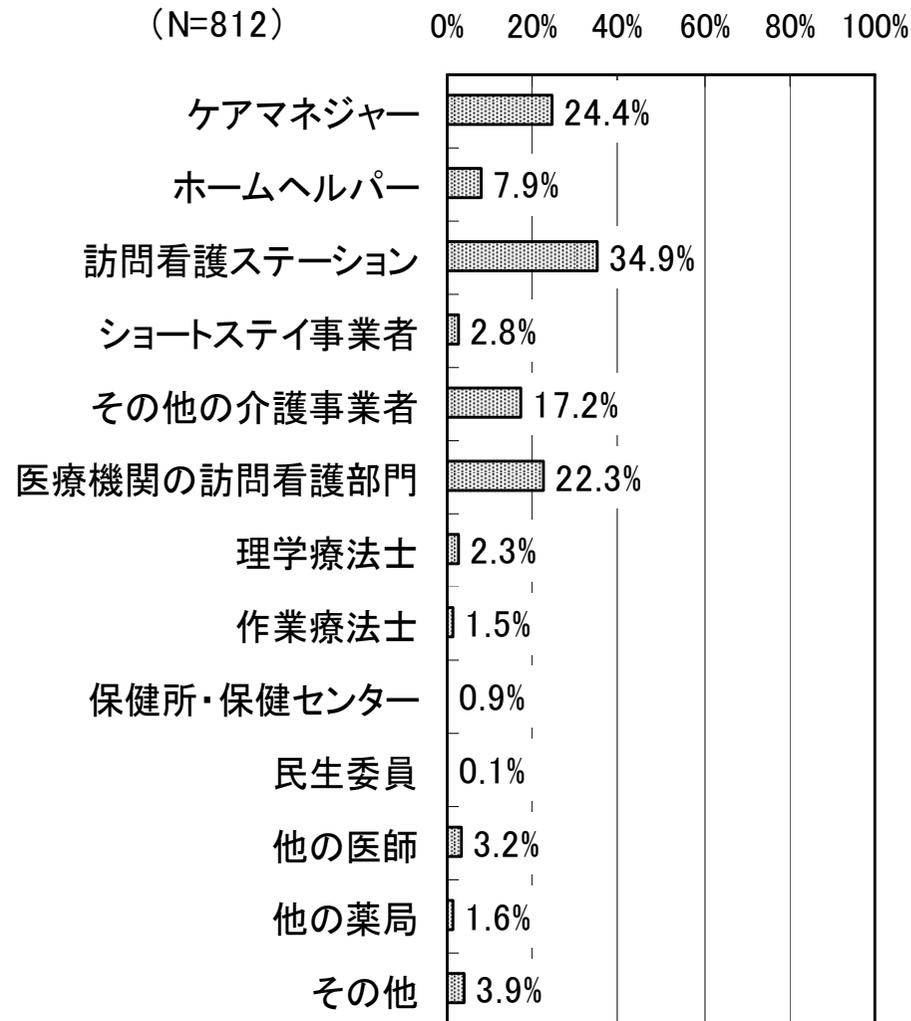
出典) 日本薬剤師会 在宅服薬支援マニュアルより抜粋

在宅における薬剤管理指導等の内容

在宅患者訪問薬剤管理指導 及び居宅療養管理指導の重点的取り組み事項



処方医以外の連携先



出典)平成19年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と
薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」

医療保険と介護保険の制度上の比較

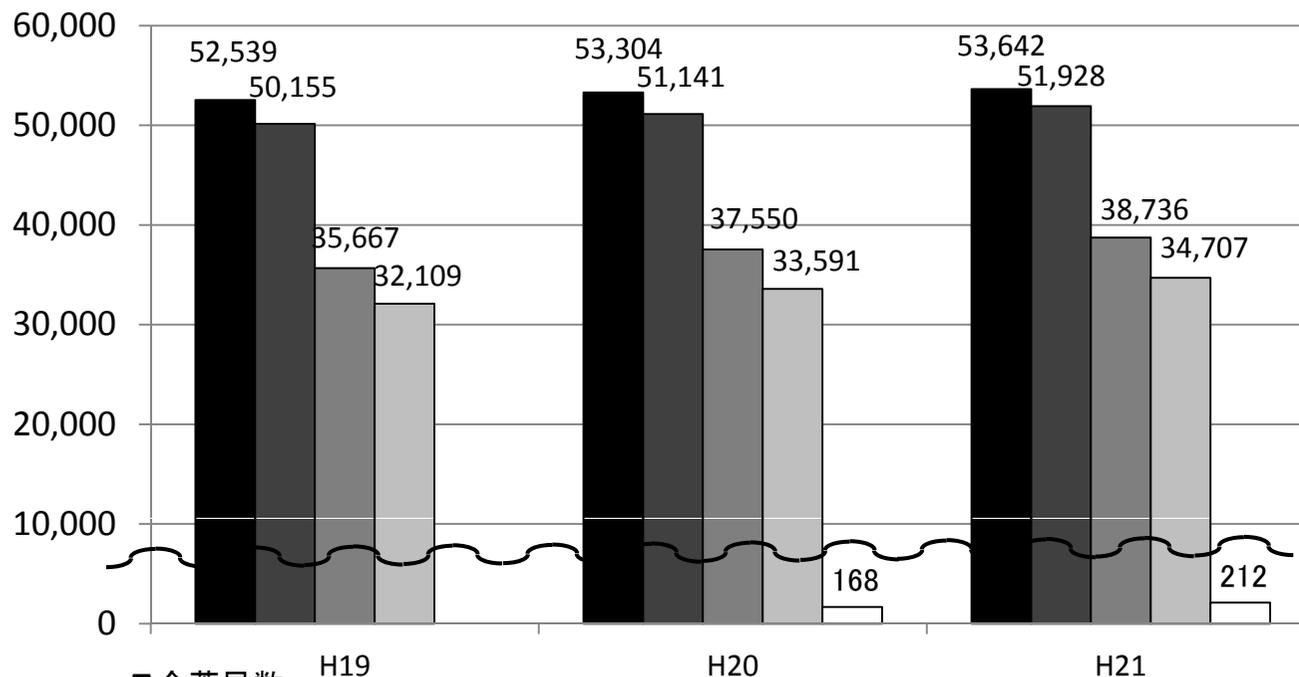
居宅療養管理指導費(介護保険)及び
在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療保険)【平成22年4月現在】

	【介護保険】 居宅療養管理指導費		【医療保険】 在宅患者訪問薬剤管理指導料	
	月4回まで		月4回まで	
薬局の薬剤師	在宅の利用者に対して行う場合	500単位	同一建物居住者以外の場合	500点
	居住系施設入居者等に対して行う場合	350単位	同一建物居住者の場合	350点
麻薬管理指導 加算等	100単位		100点	
事業者 (保険薬局) の指定	みなし指定 (介護保険法第71条)		申請が必要 (健康保険法第65条)	
算定する際の 届出	事前に必要(審査支払機関へ)		事前に必要(地方厚生局へ)	
患者の 同意・承諾	必要		必要	
患者負担	1割		1～3割	
基本要件等	①算定する日の間隔は6日以上あけること(②のケースを除く。) ②がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者:1週に2回かつ1月に8回を限度			

在宅医療における薬局の役割と現状

「安心と希望の医療確保ビジョン」(H20年6月)

薬局については、**夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応などを確実に実施**するため、地域における**医薬品などの供給体制**や、**医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実に**取り組む。



- 全薬局数
- 保険薬局数
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数
- 麻薬小売業免許取得薬局数
- 無菌製剤処理料届出薬局数

出典)・ 全薬局数 : 厚生労働省「衛生行政報告例結果」
・ 保険薬局数並びに在宅患者訪問薬剤管理指導料及び無菌製剤処理料に係る届出薬局数 : 保険局医療課調べ
・ 麻薬小売免許取得薬局数 : 厚生労働省「麻薬・覚せい剤行政の概要」

在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料^(注)を算定した薬局の全保険薬局に対する割合は低く、1割に満たない。

(注)医療保険に係るものであって、介護保険に係る居宅療養管理指導費を除く。

- 在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している薬局であっても、算定回数が少ないところが多い。

在宅患者訪問薬剤管理指導料の 1薬局あたりの算定回数 (平成21年度)(※1)	算定している 薬局数(※1)	保険薬局に対する 割合(%) (※2)
1～10回未満	1,054	2.0
10～50回未満	1,767	3.4
50～100回未満	559	1.1
100～500回未満	551	1.1
500回～1000回未満	81	0.2
1000回以上	39	0.1
合 計	4,051	7.8

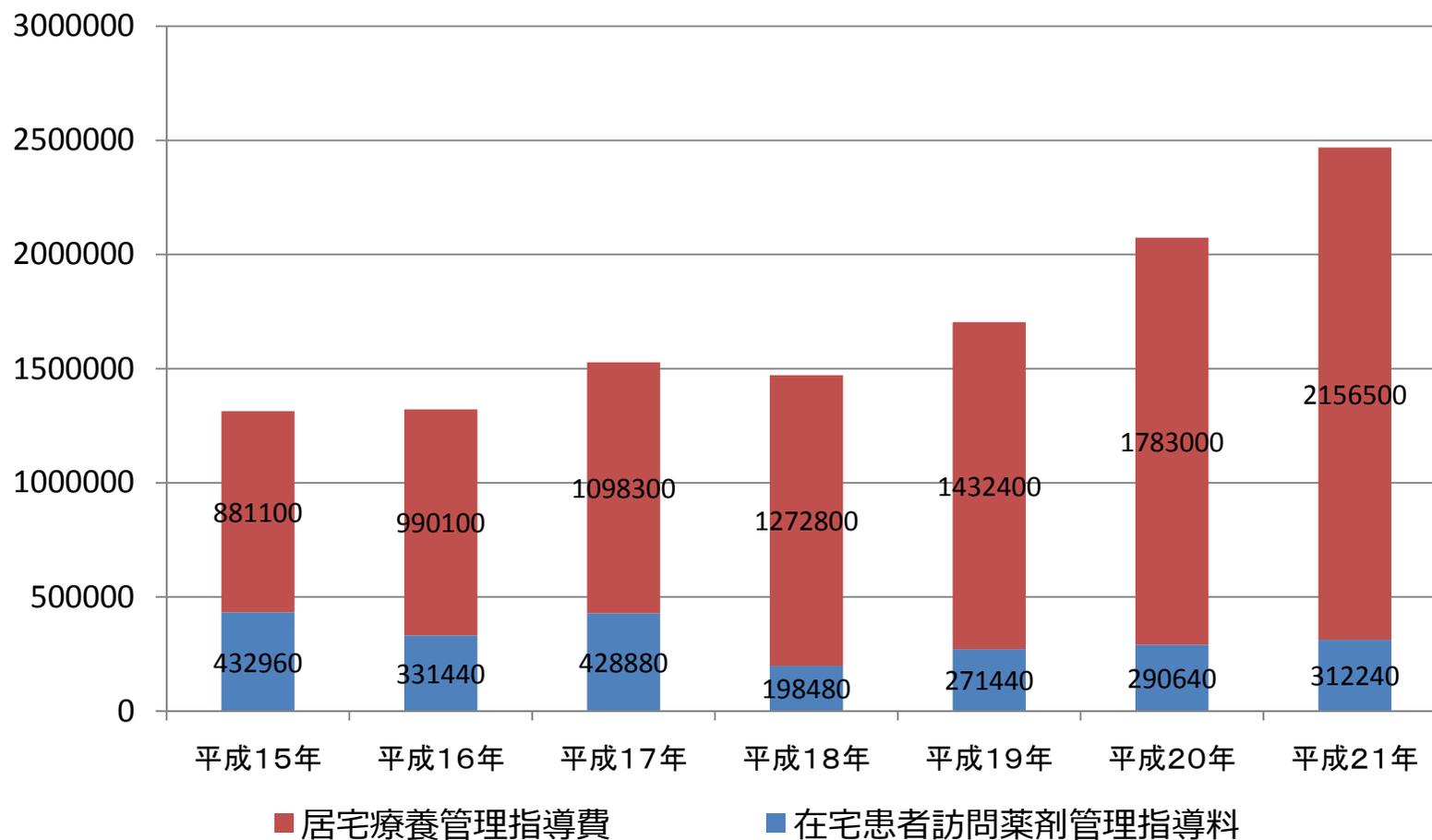
出典)算定回数 : 厚生労働省保険局調査課調べ
保険薬局数 : 厚生労働省保険局医療課調べ

1)レセプト電算処理システムにより処理された明細書を
集計対象とした。なお、本表の算定回数には在宅患者
緊急訪問薬剤管理指導料に係るものは含まれない。

2)保険薬局数 : 51,928

医療・介護別の薬剤管理指導の実施状況

- 介護保険における居宅療養管理指導に係る算定回数は伸びている一方、医療保険における在宅患者訪問薬剤管理指導の算定回数は伸びていない。

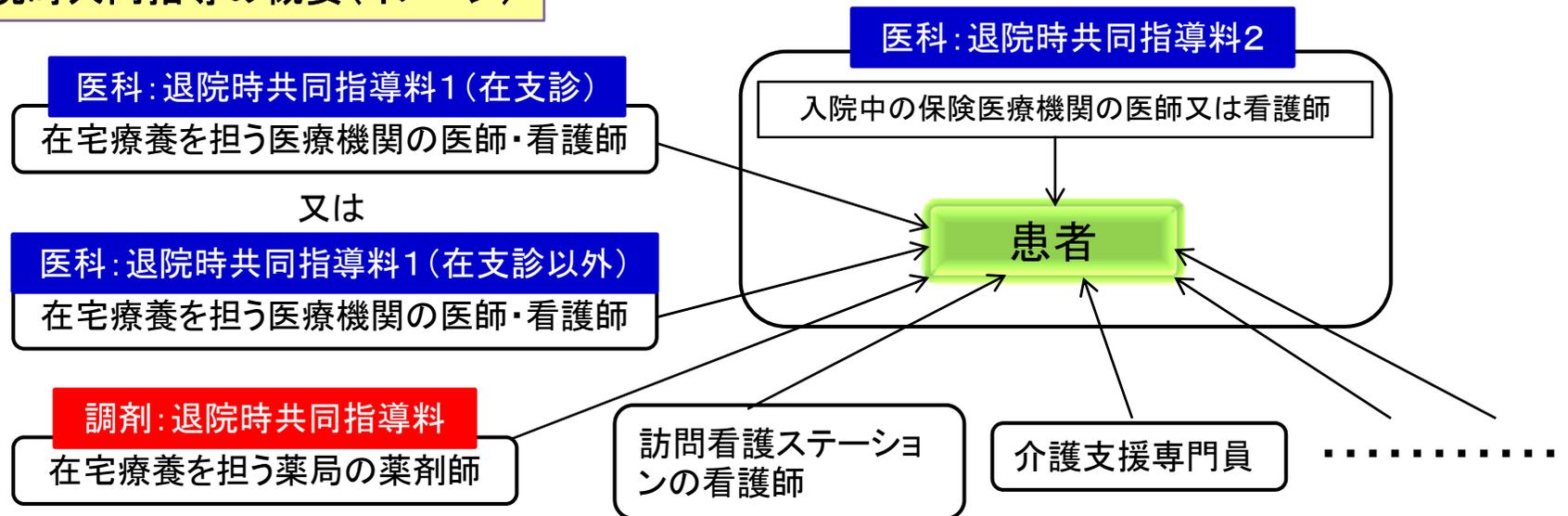


出典) 日本薬剤師会調べ

退院時共同指導の実施状況

- 調剤報酬においても、退院時共同指導は評価されているものの、**ほとんど実施(算定)されていない。**

退院時共同指導の概要(イメージ)



保険薬局における退院時共同指導料の算定状況

出典)平成21年社会医療診療行為別調査

項目名	点数	算定回数
退院時共同指導料	600	0

入院中の患者に対する共同指導の実施薬局数 : **5薬局**(調査数500件、うち回答のあった350薬局中)

出典)平成19年度老人保健事業推進費等補助金

「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」 10

薬局における医療用麻薬の取扱い状況

○ 医療用麻薬は、デッドストック(不良在庫)となる場合が多く、その取扱いについては薬局にとって負担が大きい。

医療用麻薬に係る施設数

麻薬小売業者免許を有している施設 76.7% (n = 795)

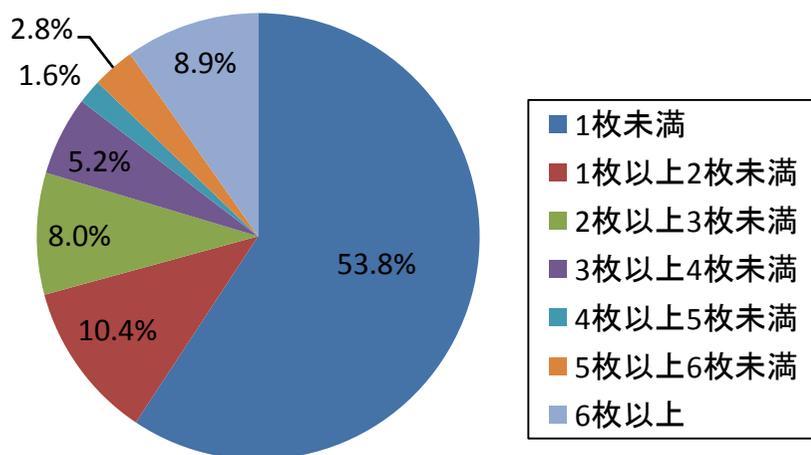
麻薬の在庫を有している施設 61.5% (n = 637)

医療用麻薬の調剤状況

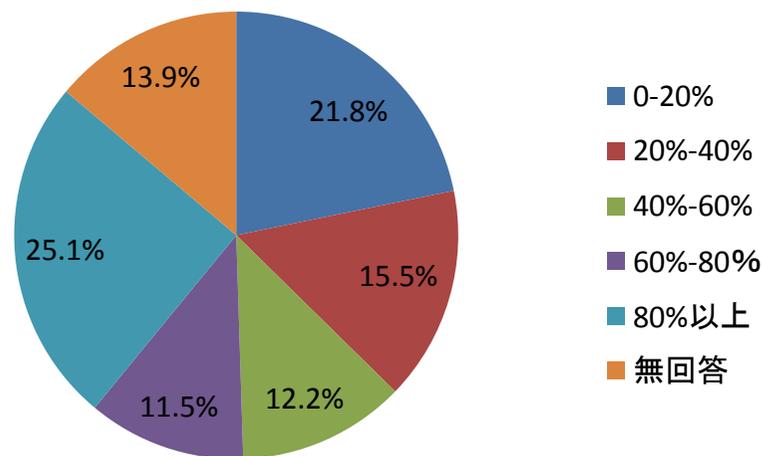
経口麻薬製剤の調剤 53.6% (n = 555)

注射麻薬製剤の調剤 0.6% (n = 6)

月平均麻薬処方処方せん枚数



全体の仕入れ量に対するデッドストックの割合



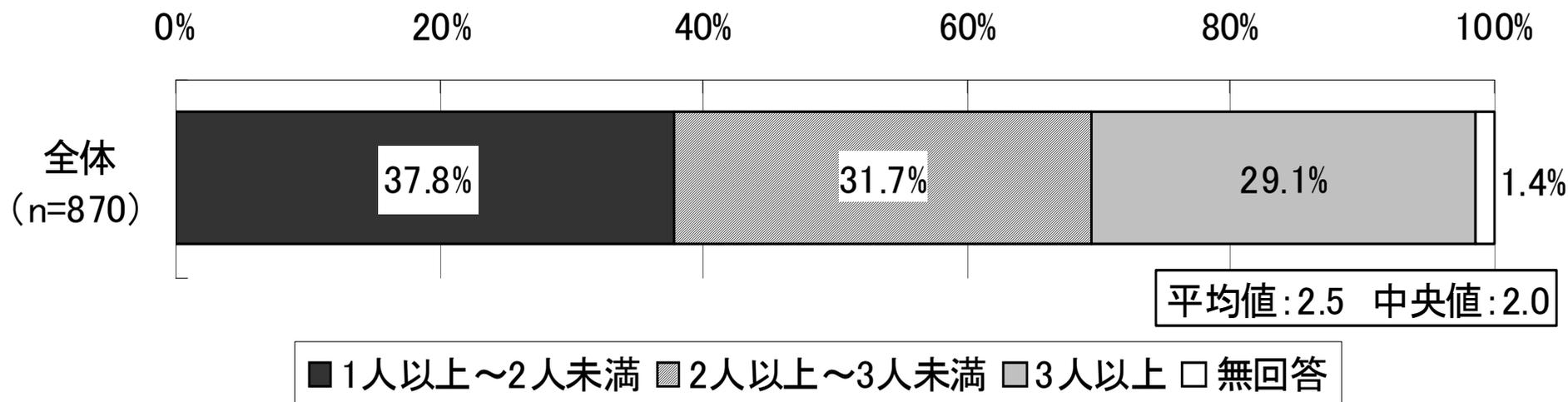
在宅医療における薬剤業務の課題

- ◆ 薬剤師による在宅訪問業務についての医療福祉関係者への周知・理解不足
 - 特に、在宅訪問業務を応需可能な薬局の情報不足（届出情報と実際の対応可否に乖離）
- ◆ 在宅訪問業務に対応できる薬局・薬剤師の不足（経験不足、薬局規模、経営上の効率）
- ◆ 一部の高齢者向け住宅・施設の入所者に対する薬剤管理
- ◆ 麻薬の供給、無菌調剤が必要な製剤の供給
- ◆ 医療・衛生材料の供給

等

勤務薬剤師の人数別の薬局数割合（常勤換算後）

○ 約7割の保険薬局は、常勤換算での薬剤師数が3人未満であり、**規模が小さい**。



出典)平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成22年度調査)
後発医薬品の使用状況調査 結果概要(速報)(案)

在宅患者訪問薬剤管理指導等の実施体制

- 薬剤師が1人しか在籍していない保険薬局は、在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施する際、閉局せざるを得ない。
- 薬剤師が2人以上在籍している保険薬局であっても、他業務の空いた時間帯に在宅患者訪問薬剤管理指導等を随時実施している場合が多い。

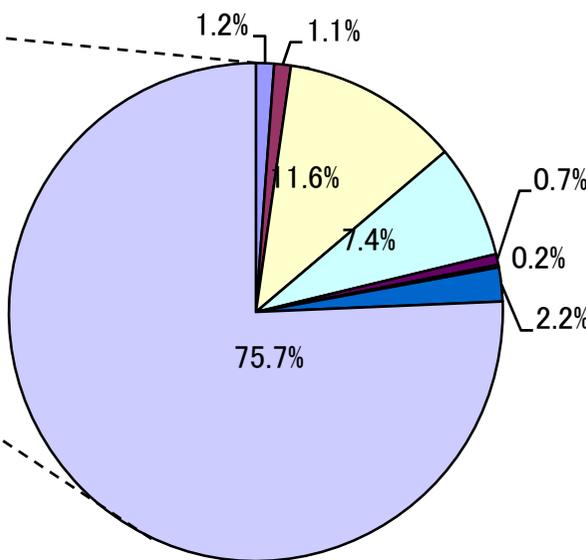
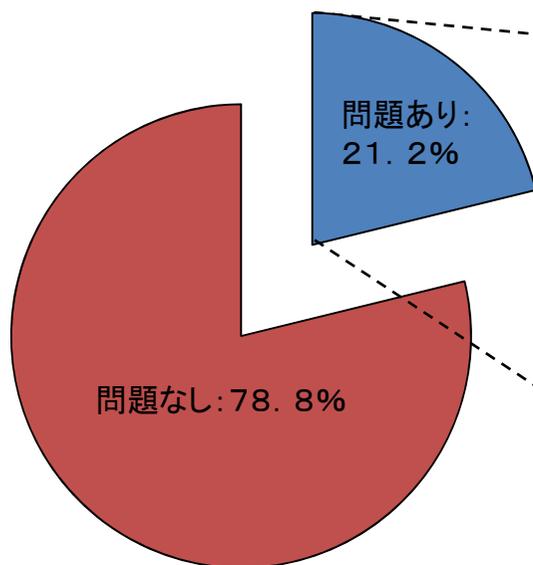
実施体制	件数	割合
薬剤師である職員が1人のみであるため、在宅患者訪問薬剤管理指導等を実施する際は <u>定期的に閉局</u> する	16	5.4%
薬剤師である職員が1人のみであるため、在宅患者訪問薬剤管理指導等を実施する際は <u>不定期に閉局</u> する	23	7.8%
複数の薬剤師がシフトを組んで担当しており、各薬剤師が患者の受持ち制をとっている	66	22.4%
複数の薬剤師がシフトを組んで担当しているが、患者の受持ち制はとっていない	31	10.5%
複数の薬剤師が <u>他業務の空いた時間帯に随時実施</u> し、各薬剤師が患者の受持ち制をとっている	55	18.7%
複数の薬剤師が <u>他業務の空いた時間帯に随時実施</u> しているが、患者の受持ち制はとっていない	43	14.6%
在宅患者訪問薬剤管理指導等を専任とする薬剤師を置いている	45	15.3%
無回答	15	5.1%
合 計	294	100.0%

出典)平成19年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」

高齢者向け住宅・施設の入所者における 薬剤関連の問題

施設側からみて、薬学上問題があるとされた入所者の割合

問題の内訳(N=2,286)



- 複数の医療機関から同じ薬が重複して処方されていた
- 相互作用のおそれのある薬の投与があった
- 習慣的に薬の飲み忘れをしていた
- 本人の嚥下能力に薬の形状が適していなかった
- 習慣的に薬を飲みすぎていた
- 処方内容と患者の食習慣が合っていなかった
- 薬による副作用の発症があった
- 服用している薬への理解が不足していた

【誤薬のリスク】※施設側の意見

- ・眠前薬、点眼薬は介護職の人に与薬してもらっている(誤薬のリスク)。
- ・実際に服薬を介助する介助員の知識が足りないと思われること。介護員の質の問題。
- ・現場(介護職)が内服に関しての知識が乏しいため、内服介助の際の危機感(誤薬、飲み忘れ、副作用など)がうすい。介護職も利用者一人ひとりの内服に興味を持っていただく必要がある。
- ・長期入所の人朝の薬は赤、昼の薬は青、夕の薬は黒、就前は緑でわかりやすくしているが、短期入所の人薬局ごとに赤を夕にしていたり、黒を朝にしたりしていて、かえって間違いやすい。
- ・管理については服薬まで全て看護師が行えないため、配薬ミスがどうしても起こってしまっている。

出典)平成21年度老人保健事業推進費等補助金「地域薬局による在宅服薬支援(在宅医療・居宅療養)における薬物治療の向上及び効率化のための調査研究」

高齢者向け住宅・施設における薬剤管理指導①

○ 一部の高齢者向けの住宅・施設の入所者に対する訪問薬剤管理指導は、
診療・介護報酬上評価されない。

施設の種類	①介護老人保健施設	②特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム (ケアハウス)
根拠法	介護保険法 第8条	老人福祉法 第20条の5 (介護保険法第8条)	老人福祉法 第20条の4	老人福祉法 第20条の6
配置基準	医師○ 薬剤師○	医師○ 薬剤師×	医師○ 薬剤師×	医師× 薬剤師×
在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険)	×	× ¹ (○) ²	× ¹	○ ^{3,4} 要介護者等＝ 介護保険適用
居宅療養管理指導費 (介護保険)	×	×	○	その他＝ 医療保険適用

【※1】特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて(H18.3.31 保医発第0331002号(H22.3.30 保医発第0330第2改正))

【 2】末期の悪性腫瘍の患者には、医療保険で在宅患者訪問薬剤管理指導料等の訪問薬剤管理指導が算定可能

【※3】軽費老人ホームA型(入所者が50名以上)の場合は医師の配置が必要となるため在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。

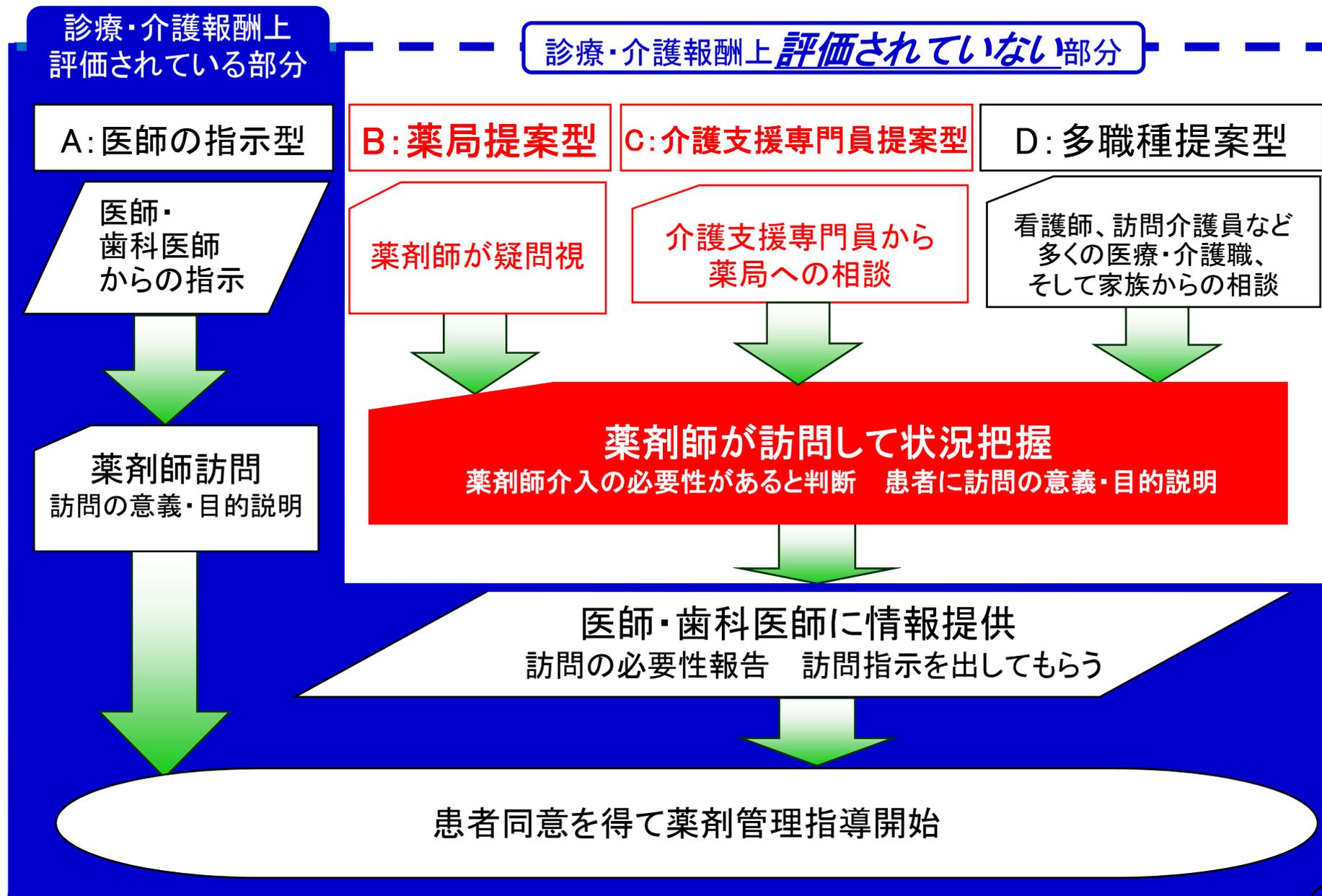
【※4】④⑤⑥⑦いずれの施設においても、居宅療養管理指導費とともに、医療保険における「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(及び麻薬管理指導加算)」、「在宅患者緊急時等共同指導料(及び麻薬管理指導加算)」は算定可能

高齢者向け住宅・施設における薬剤管理指導②

施設の種類	⑤有料老人ホーム	⑥適合高齢者専用賃貸住宅	⑦認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
根拠法	老人福祉法第29条	高齢者の居住の安定確保に関する法律第4条	老人福祉法第5条の2 介護保険法第8条
配置基準	医師× 薬剤師×	医師× 薬剤師×	医師× 薬剤師×
在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療保険)	○ 要介護者等＝介護保険適用 ⁴	○ 要介護者等＝介護保険適用 ⁴	× ⁴ (要介護者等を対象としているため、介護保険適用)
居宅療養管理指導費(介護保険)	その他＝医療保険適用	その他＝医療保険適用	○

【※4】④⑤⑥⑦いずれの施設においても、居宅療養管理指導費とともに、医療保険における「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(及び麻薬管理指導加算)」、「在宅患者緊急時等共同指導料(及び麻薬管理指導加算)」は算定可能

薬剤管理指導の実施に至るパターン(イメージ)



平成24年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価・再評価 に係る評価方法等について（案）

概要

これまでの診療報酬改定では、新規医療技術の評価及び既存技術の再評価にあたり、学会等から提出された技術評価希望書を参考に、中央社会保険医療協議会調査専門組織の医療技術評価分科会において検討を進め、中央社会保険医療協議会総会へ報告を行ってきた。

平成24年度改定においても、学会等から新たな医療技術や再評価すべき既存技術について、有効性・安全性等を踏まえた技術評価希望書の提出を求め、それらを参考に、医療技術評価分科会において評価・検討を進めてはどうか。

その際、平成24年度改定では、評価の可視化、学会等からの提案期間を確保する観点から、提案技術の概要の公表及びそれに伴う様式の一部変更、提案書の配布から締め切りまでの期間の延長を行うこととしてはどうか。

【評価の方法】

関係学会提案

↓ 参考；前回改定時は726件

医療技術評価分科会

【会議の事前作業】

・外部有識者の意見を踏まえ専門的観点から当該技術に関する評価（案）を作成する。



【会議】

・医療技術評価分科会において、技術の概要と評価（案）を示し、分野横断的な幅広い観点から評価を実施する。



中医協へ報告

【具体的内容】

1．評価の対象技術

医療技術評価分科会における評価対象技術は、原則、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第13部（病理診断）又は歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第14部（病理診断）に該当する技術として評価されている又はされることが適当な医療技術とする。

2．技術評価要望書の提出

新たな医療技術や再評価が必要と考えられる医療技術について、有効性、安全性、技術的成熟度、倫理性・社会的妥当性普及性、既存の技術と比較した効率性等に関して、根拠を含め記載した評価希望書の提出を学会等（*）に求める。

* 学会等とは、日本医学会分科会、内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合又は日本歯科医学会分科会（認定分科会含む）の何れかに属する学会、日本薬学会、並びに看護系学会等社会保険連合とする。

3．実施スケジュール

学会等における評価要望書の作成、医療技術評価分科会での評価等に十分な時間を確保する観点から、下記のスケジュールで実施することとしてはどうか。

平成 23 年 3 月上旬	提案書配布
6 月下旬	提出締め切り、重複・薬事法などの確認
7～9 月	専門的観点を踏まえ、評価（案）を作成
10 月以降	評価（案）をもとに医療技術評価分科会で評価 評価結果を中央社会保険医療協議会総会に報告

平成 23 年 2 月 16 日

**行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」の「中間取りまとめ」
(ライフイノベーション WG 関連部分) に対する意見書**

中央社会保険医療協議会

二 号 側 委 員

安 達 秀 樹

嘉 山 孝 正

鈴 木 邦 彦

西 澤 寛 俊

邊 見 公 雄

渡 辺 三 雄

三 浦 洋 嗣

さる 1 月 26 日に開催された行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」において「中間取りまとめ」が了承され、同分科会ライフイノベーション WG が提案している 38 項目に及ぶ規制・制度改革事項が取り上げられているが、この中には重大な問題を抱えた事項が数多く含まれている。このような議論が安易な形で行われていることに強く抗議し、ここに下記の通り意見を表明する。

記

1 . 今回提案されている 38 項目に含まれている「医療保険におけるリハビリの日数制限の見直し」、「調剤基本料の一元化」、「医薬品・医療機器におけるイノベーションの適切な評価の実施」といった事項は、社会保険医療協議会法（昭和 25 年法律第 47 条）に基づいて設置されている中央社会保険医療協議会において議論すべき事項である。行政刷新会議に対しては、「診療報酬改定で対応可能な事業の廃止」を結論として出した事業仕分けに関して、中央社会保険医療協議会としてさる 1 月 21 日開催の総会において意見をまとめたところであるが、にもかかわらず規制・制度改革においても同様にこうした形で一方的な議論が行われていることは極めて遺憾である。

2 . 「医療保険におけるリハビリの日数制限の見直し」に関しては、中央社会保険医療協議会において利用者の実態などに関するさまざまなエビデンスに基づいて、診療報酬上の適正な評価のあり方について議論しているところである。もちろんリハビリの提供を必要とする利用者に対して適切な形で行われる体制を確保することは必要であり、そのためにさまざまな見直しを積み重ねてきたところであるが、中央社会保険医療協議会で議

論してきた各種データについての評価・分析もないままに、短絡的に「次期診療報酬改定で日数制限を撤廃することを検討する」という提案を行うことは無責任である。これでは平成 18 年改定でリハビリの日数制限により改善すべき患者が多数見捨てられるというリハビリ団体やリハビリ患者の要求により、期間途中で再改定された歴史を学習していない。しかも、リハビリが医療保険と介護保険の両制度にまたがって提供されている中で、医療保険と介護保険においてどのように役割分担をするのか、さらには日数制限を撤廃した後に質が高く効果的なリハビリを提供するための仕組みをどのように作るのかなどについての具体的な検討もないままに、結論として「日数制限の撤廃」だけを求めるといえるのでは、提案の体さえなしていない。

3. 「調剤基本料の一元化」として「次期診療報酬改定で調剤基本料を 24 点に一元化することを検討する」と提案しているが、そもそも調剤基本料は 40 点を基本とし、受付処方箋数が多く、特定医療機関からの処方箋の集中率が高い一部の薬局だけを例外的に低くして 24 点に設定しているものである。それも 24 点を算定している薬局は 1%程度しか存在しておらず、残りの 99%の薬局を「例外」の方に合わせて 40 点から 24 点に引き下げるといふ提案にはまったく合理的な根拠がない。万が一このような見直しを行った場合には、多くの薬局の経営が悪化し、国民に不利益をもたらすことが憂慮される。

4. 本意見書においては中央社会保険医療協議会の審議事項に特化して問題点を指摘したが、これら以外にも、ライフイノベーション WG の提案には重大な問題が数多く含まれている。今後、厚生労働省との協議や 3 月 6~7 日に予定されている「規制仕分け」を経て閣議決定すると伝えられているが、上記の点を踏まえて、慎重な議論が行われ、一方的な結論を出すことのないよう求めるものである。

以上

平成23年1月26日

規制・制度改革に関する分科会（第6回） 資料（抄）

中医協 参考資料

23. 2. 16

資料1

規制・制度改革に関する分科会 中間とりまとめ（案）

平成23年1月26日
規制・制度改革に関する分科会

【ライフイノベーションWG ⑧】

<p>規制・制度改革事項</p>	<p>医療保険におけるリハビリの日数制限の見直し</p>
<p>規制・制度改革の概要（案）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療保険におけるリハビリについては、治療の継続により状態の改善が期待できる場合の他、悪化を防止し、機能を維持することが必要で、かつ期待できると医師が判断した場合も日数制限なく受けられることが必要であるため、次期診療報酬改定で日数制限を撤廃することを検討する。＜平成 23 年度検討、結論＞
<p>所管省庁</p>	<p>厚生労働省</p>
<p>当該規制・制度改革事項に対する分科会・WGの基本的考え方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成 18 年度の診療報酬改定の背景の一つは、高齢者リハビリテーション研究会の中間報告書における「長期にわたって効果が明らかでないリハ医療が行われている場合がある」「リハとケアとが混同して提供されているものがある」との指摘であったことは事実である。 ○ 限られた医療資源の効果的活用という観点に立てば、効果が明らかでないリハビリ医療に医療費をかけるべきでないという点は理解できる。 ○ しかし、症状の改善・回復は個人差があり、一律に日数で区切ることはできるものではない。 ○ 日数制限導入後、わずか 1 年で一部制限の緩和がなされ、平成 20 年の診療報酬改定では改善が見込まれると医師が判断した場合は制限が外れたが、機能維持のためのリハビリは制限されたままである。 ○ リハビリの有効性は、医師及び医療機関の判断に委ねるべきであり、機能維持も含めて、リハビリの効果があると医師が判断した場合は、制限日数を設けるべきではない。 ○ そもそも、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」第 20 条 6 号では、「リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。」とされており、必要性のないリハビリは保険医療として認められないことはすでに当該規定で担保されている。 ○ リハビリ日数制限の撤廃により、機能回復、自立した生活の実現、あるいは、社会への参画を断念せざるを得な

	い事例を減らしていくべきである。
--	------------------

【ライフイノベーションWG ⑨】

<p>規制・制度改革事項</p>	<p>調剤基本料の一元化</p>
<p>規制・制度改革の概要（案）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険薬局の調剤基本料は原則 40 点であるのに対して受付回数 4,000 回超・特定医療機関からの集中度 70%超の薬局は 24 点となっているが、患者にとってその質的な差は認められないため、次期診療報酬改定で調剤基本料を 24 点に一元化することを検討する。 <p><平成 23 年度検討、結論></p>
<p>所管省庁</p>	<p>厚生労働省</p>
<p>当該規制・制度改革事項に対する分科会・WGの基本的考え方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 保険薬局の調剤基本料は原則 40 点であるが、受付回数 4,000 回超・特定医療機関からの集中度 70%超の薬局は 24 点となっている。しかし、その質的な差は認められない。むしろ、疑義紹介率および調剤ミス発見率、さらには時間に関する患者満足度などはいわゆる「門前薬局」の方が高いとの調査結果がある。 ○ であれば、平成 22 年度の診療報酬改定で病院と診療所の再診料が統一されたように、調剤基本料も統一し、一律 240 円にすべきである。

【ライフイノベーションWG ⑩】

規制・制度改革事項	医薬品・医療機器におけるイノベーションの適切な評価の実施
規制・制度改革の概要（案）	<p>① 検査試薬・システムにおいて、現行、精度に差があるにもかかわらず、保険点数に差がない場合、次期診療報酬改定でより細分化した点数設定を行う。 <平成 23 年度検討、結論></p> <p>② 医療機器において、現行の C 申請（新機能・新技術申請）に加え、希望すれば、同一区分内で、その製品特有の区分を設定できるようにするなど、従来品より優れた効果をもたらす医療機器については、機能区分価格によらない価格を設定できる制度を導入する。 <平成 23 年度措置></p> <p>③ 内外価格差の「再算定制度」を廃止し、2年に一度の診療報酬改定は市場価格の参照に基づく改定方式に統一する。<平成 23 年度措置></p>
所管省庁	厚生労働省
当該規制・制度改革事項に対する分科会・WGの基本的考え方	<p>○ 医薬品のうち、検査試薬や検査システムについては、製品性能（感度、特異性等）において最適の検査薬の選択、使用がなされるべきである。</p> <p>○ 現在承認されている検査試薬・システムは、製品基本性能や新・旧世代（臨床有用性及び製品先端技術レベルの点）で大きく差異があるものが混在しており、中には、価格（保険点数）に差がないものもある（例：甲状腺刺激ホルモン、アルブミン、C反応性蛋白等）。</p> <p>○ 同じ実施料であれば、本来は試薬性能に優劣があってはならないため、基本性能に応じた価格設定をすべきである。また、新しい技術と比較して感度が著しく劣る試薬・システムは保険収載から外すことも検討すべきである。</p> <p>○ 医療機器は、機能区分毎に価格が設定されているため、改良改善がなされた医療機器であっても、現行の製品と同じ機能であると判断された場合、改良改善前の製品と同一の区分、同一の価格となる。</p> <p>○ さらに、平成 14 年 4 月に導入された「再算定制度」は、すでに 5 回適用され、当初内外価格差の代表的な例とし</p>

	<p>て挙げられていた製品の価格も大幅に下がった。すなわちこの制度は 1990 年代に指摘されていた内外価格差の縮小という所期の目的を果たしたと考えられる。また新規医療機器の償還価格算定に当たり、外国平均価格が償還価格の上限決定に反映されており、1990 年代のような価格差が今後発生することはない。</p> <ul style="list-style-type: none">○ 「機能区分制度」との組み合わせにより、医療機器企業は、2 年に一度の診療報酬改定による自社製品の償還価格低下率を全く予測不可能となっている。○ これらの結果、医療機器企業においては、改善・改良、新製品開発及び製品導入の意欲が減退し、海外への研究開発シフト、製品上市におけるジャパンバッシング、日本未導入の製品の増加、及び日本からの製品撤退、その結果のひとつとして医療機器の安定供給問題が生じる原因となっている。○ したがって、従来品より優れた効果をもたらす医療機器については、機能区分価格によらない価格を設定できる制度を導入するとともに、内外価格差の「再算定制度」は廃止すべきである。
--	---