

平成29年12月13日

中央社会保険医療協議会
会長 田 辺 国 昭 殿

中央社会保険医療協議会

1号側（支払側）委員

吉 森 俊 和

幸 野 庄 司

平 川 則 男

間 宮 清

宮 近 清 文

松 浦 満 晴

榊 原 純 夫

平成30年度診療報酬改定に関する1号側（支払側）の基本的考え方

- わが国の国民医療費は、高齢化の進展に伴い急激に増加し続け、27年度には42兆円を超えた。また、団塊の世代が75歳以上となる37年度(2025年)にあつては、約61兆円(27年6月19日 厚生労働省保険局総務課資料「医療保険制度改革について」)に達するとの推計もあるなど、今後さらなる増加は避けられない状況にある。
- 国内経済は、緩やかな回復基調にあるものの、デフレ脱却・経済再生を達成するほどの力強い成長には至っていない。このような状況のなかで、医療費を含めた社会保障費の増大は、保険料負担の増加を通じて、企業と個人の経済活動の足枷ともなり、結果として経済成長が大きく鈍化することが懸念される。
- 医療保険者の財政は、今後とも医療費の伸びや高齢者医療制度に対する拠出金のさらなる増大により一層深刻な状況に陥ることが見込まれる。被用者保険では、これまで度重なる保険料率の引き上げ等により財政危機を凌いできたが、負担は限界にきている。また、国民健康保険においても、改革は進められているものの、依然として厳しい財政状況が続いている。

- このような背景から、政府はいわゆる「骨太方針 2017」において、「人口・高齢化の要因を上回る医療費の伸びが大きいことや、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療費の増加に伴う医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえつつ、診療報酬改定の在り方について検討する」こととしている。
- 一方、先日公表された医療経済実態調査結果では、全体として経営状況にやや悪化の傾向は見られるものの、過去 5 年間を見ても国公立病院以外は概ね堅調である。また長年の間、賃金・物価水準が上昇しないデフレの下で、診療報酬本体は概ねプラス改定が行われてきたため、両者のギャップは大きな状況にある。今後とも高齢化により医療費は増加が見込まれるのに対し、医療保険制度を支える現役世代の生産年齢人口は減少するため、国民負担は増大し、結果として国民皆保険制度崩壊にも繋がりがねない。したがって、国民負担抑制のための方策を早急に講じなくては 37 年度(2025 年)以降を乗り切れるとは到底思えない。
- このため、国民負担の抑制といった観点を踏まえ、30 年度改定において診療報酬はマイナス改定とすべきである。併せて、薬価・特定保険医療材料改定及び薬価制度の抜本改革等による引下げ分は診療報酬本体に充当せず、確実に国民に還元する必要がある。
- 介護報酬との同時改定となる 30 年度改定にあたっては、医療と介護の連携、効率化を主眼に地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化を推進するための施策を講ずるべきである。また、前回改定において取組んだ急性期をはじめとする患者の状態像に応じた適切な評価をさらに推進するほか、患者本位の医薬分業に向けた調剤報酬の適正化や「骨太方針 2017」で示された目標を踏まえた後発医薬品の使用促進など、全体として医療費の適正化・効率化を図っていくことを基本方針とすべきである。薬価制度に関しては、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」の方向性に沿い、医薬品等に関する費用対効果評価の導入も含め、医療保険財政の影響に配慮した抜本的な見直しを講ずるべきである。
- なお、患者の視点に立った報酬体系を目指し、限られた財源を効率的かつ効果的に配分する必要があることから、個別項目については、今後の審議の進捗状況も踏まえ、改めて意見を提示することとしたい。

平成29年12月13日

平成30年度診療報酬改定に対する二号(診療側)委員の意見

中央社会保険医療協議会

二号委員

松本純一

今村聡

松本吉郎

猪口雄二

島弘志

遠藤秀樹

安部好弘

診療報酬は、医療機関等にとって経営の原資であることはもとより、国民に安心・安全で納得できる医療を提供するためには医療機関等の経営が健全であることが重要である。その上で、最適な医療を提供するために医療の進歩に伴う設備投資の他、患者ニーズの多様化に対応した多職種に従事者増等のコストを賄っている。

診療報酬改定は2年毎に改定されることから、その間の物価・賃金の動向や医療の高度化を反映するものであり、いわば地域医療を確保していくための経費であると言える。

医療機関等は国民生活のセーフティネット機能を果たしていることから、医療現場ではその社会的使命感によって、国民が求める質の高い医療に応えている。

診療報酬を増やすと、国庫負担増、国民負担増に直結するという考え方ではなく、国が国民にどのようなレベルの医療を提供するのかという国民との約束や責任・使命を果たすための費用であると、本来、考えるべきである。

以下に述べる背景から、

平成30年度の医療と介護の同時改定にあたり、改革を継続し、世界に誇るべき国民皆保険を持続可能なものとするためにも、今回、薬価改定財源は診療報酬本体に充て、診療報酬改定はプラス改定とするべきである。

◇ 人生100年時代に必要な医療のあり方

かつて人類が経験したことのない長寿社会において、多くの方々の共通の願いは、住み慣れたまちで、安心して、自分らしく年齢を重ねながら、人生を謳歌していくことである。そのため、地域医療構想で明日の医療を描き、持続可能な医療提供体制を構築していくとともに、地域包括ケアシステムにより、いつまでも質の高い生活を人生の最期までおくれるようにする。そのいずれにおいても、かかりつけ医を中心に多職種が連携して、国民1人1人の人生の生と死に寄り添い続けていくことが、人生100年時代に必要な医療のあり方である。

国民が住み慣れた地域において、質の高い医療・介護を受けられるよう、かかりつけ医を中心とした地域における必要な医療を確保すべきである。

◇ 医療機関等は総じて経営悪化となった

今回の医療経済実態調査の結果等から、医療機関等は総じて経営悪化となったことが示された。過去2回の診療報酬改定で薬価改定財源を診療報酬本体の改定財源に充当せずネットでマイナス改定になったこと、自然増が過度に抑制されていることなどが、経営悪化に繋がったと見られる。

また、医療の質の確保、患者ニーズの多様化に応えるため、様々な職種の従事者が増え、給与費率は上昇している。

◇ 社会保障と経済は相互作用の関係にある

近年、わが国では「骨太の方針」などの政策に基づき、経済の発展と財政の健全化の両立を図ろうとする中で、国民医療費の伸びを抑えようとする圧力が続いている。しかしながら、本来、政府の目的とは、国民に安全と安心を保障しながら、国民生活を豊かにすることであり、経済発展と財政健全化はいずれもその手段に過ぎない。すなわち、社会保障を充実するための政策を大胆に展開することで、将来に対する国民の負担を和らげ、国民のさらなる経済活動を助長し、ひいては経済発展による豊かさを国民に還元していく中で、税収増による財政健全化への道筋を立てる。これこそが、本来の政府の目的に適った考え方ではないか。

現在の消費低迷は将来の社会保障不安も主因であるが、安心して社会保障が受けられる環境となれば、消費も増え、経済が活性化し、税収も増え、結果的に財政再建につながる。

◇ 医療は経済成長を促し地方創生への貢献につながる

アベノミクスによる賃金上昇の方向性と整合性を取るべき

医療機関の費用に占める人件費の割合は2000年度から2012年度にかけて約1割減少している。しかし、医療機関には全国で300万人以上が従事しており、その数も2002年から2014年にかけて約2割増加している。診療報酬の技術料には医師、看護師など医療従事者300万人以上の人件費だけでなく、医業経営の原資を司る設備関係費・ランニングコストや、医療機器・機材費等も含まれている。

医療分野は他の産業よりも雇用誘発効果が大きく、医療に財源投入すれば、特に医療従事者の比率が高い地方では経済活性化により、経済成長を促し、地方創生への多大な貢献につながる。

安倍総理大臣は10月に開催された経済財政諮問会議で、来春の労使交渉における3%の賃上げを要請された。日本では医療・介護に就業者全体の11.9%が就業しており、政府が経済界に賃金アップを要求している中で、医療に携わる人間だけが景気回復の恩恵から取り残される状況になっている。医療従事者のみがアベノミクスから取り残されることのないよう所得向上につながるよう適切な手当が必要である。

◇ ICT活用等、医療の高度化は政府の成長戦略として別財源を

4月に開催された未来投資会議で、安倍総理大臣から「病気になった時、重症化を防ぎ回復を早めるため、かかりつけ医による継続的な経過観察が大切であり、対面診療とオンラインでの遠隔診療を組み合わせれば、これを無理なく効果的に受けられるようになる。こうした新しい医療を次の診療報酬改定でしっかり評価いたします」との発言があった。

ICT活用等、医療の高度化は政府の成長戦略として別財源を充て、イノベーションを促進すべきである。これにより、医療分野に留まらず、日本が得意とするものづくりや情報技術産業などを波及的に発展させて内需拡大するとともに、アジア諸国等への輸出も見込まれ、さらなる経済成長へと繋がる。

アベノミクスをさらに加速させるためには、医療従事者への手当が必要であり、ICT活用等、医療の高度化は政府の成長戦略として別財源を充てイノベーションを促進すべきである。

◇ 薬価改定財源は診療報酬本体に充当すべき

医薬品費は制度発足時に十分な技術評価ができなかった不足分に相当する潜在的技術料も含まれている。平成24年度は薬価改定財源が診療報酬本体に活用されネットプラス改定となった。しかし、平成26年度は薬価改定財源が消費税対応に活用され、診療報酬本体に活用されなかった。平成28年度は平成26年度を前例としたために、薬価改定財源が診療報酬本体に活用されることはなかったが、今回の改定ではそのようなことがあってはならない。

なお、現在、処方せんベースでの医薬分業率は70%を超えているが、入院時の投薬等、金額ベースでは病院が高く、薬価引き下げに伴う経営への影響は病院が大きくなる。地域医療を支える医療機関は経営努力によって得られた薬価差を含めて運営しており、薬価改定財源は診療報酬本体に充当すべきである。

◇ 国民医療費の実績値は推計値を3兆円下回っている

平成28年度医療費の伸びがマイナスに転じた。C型肝炎治療薬の薬価引き下げや治療薬を必要とする患者さんに行き渡った結果等と考えられる。今後、C型肝炎の減少による肝硬変・肝不全の減少が見込まれ、これは正にイノベーションの成果であるとともに、国民の幸福の原点は健康であり、病に苦しむ人を何としても助けたいという医療人の願いが実現された結果と言える。

このような技術革新、健康寿命の延伸や日本健康会議での取組などにより、国民医療費は過去の推計値を約3兆円下回っている。今後も医療側から過不足のない医療提供ができるよう努力していく。

◇ 社会保障の充実によって国民不安を解消する提案

被用者保険の保険料率を協会けんぽの水準に合わせると、約1兆円の財源が出る。特に、国家公務員共済組合の保険料率は現在8.3%であるが、これを地方公務員の9.94%に合わせることも考えるべきである。

企業の内部留保を給与に還元することなどを通じて、社会保障が充実し、需要の創出・雇用拡大や地方創生、経済成長に繋がり、さらに賃金を上昇させるといった経済の好循環を生み出し、国民不安も解消していくと考える。

合わせて、たばこ税を増税して社会保障財源とすることや、さらには高所得者や現役所得並みの高齢者からもう少し負担をいただく応能負担を徹底するなどの改革も進めていく必要がある。

改定に当たっての基本認識

- ▶ 人生100年時代を見据えた社会の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）
- ▶ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

改定の基本的視点と具体的方向性

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- ・ 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
- ・ かかりつけ医の機能の評価
- ・ かかりつけ歯科医の機能の評価
- ・ かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 国民の希望に応じた看取りの推進

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

【具体的方向性の例】

- ・ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
- ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
- ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ イノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ・ ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入、データの収集・利活用の推進
- ・ アウトカムに着目した評価の推進

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

【具体的方向性の例】

- ・ チーム医療等の推進等(業務の共同化、移管等)の勤務環境の改善
- ・ 業務の効率化・合理化
- ・ ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入（再掲）
- ・ 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化（再掲）

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・ 薬価制度の抜本改革の推進
- ・ 後発医薬品の使用促進
- ・ 医薬品の適正使用の推進
- ・ 費用対効果の評価
- ・ 効率性等に応じた薬局の評価の推進
- ・ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）

平成３０年度診療報酬改定の基本方針

平成２９年１２月１１日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

１．改定に当たっての基本認識

（人生 100 年時代を見据えた社会の実現）

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、超高齢社会が到来している。100 歳以上人口も 6 万人を超えており、こうした状況を踏まえて、人生 100 年時代を見据えた社会の実現が求められている。
- 今後、2025 年にはいわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となり、2040 年にはいわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上の高齢者となる等、人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現することが必要である。そのためにも、国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現するとともに、世界に冠たる国民皆保険の持続可能性を確保しながら、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが必要である。
- あわせて、我が国の医療制度は、人口減少の中での地域医療の確保、少子化への対応といった様々な課題に直面しており、さらには、災害時の対応や自殺対策など、個々の政策課題への対応も求められている。こうした多面的な課題にも総合的に対応する必要がある。

（どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築））

- 地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築し、今後の医療ニーズや技術革新を踏まえた、国民一人一人の状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが重要である。
- 特に、平成 30 年度の改定は、6 年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となる 2025 年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定となるため、医療・介護両制度にとって重要な

節目となる。今回の改定では、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが重要である。

(制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進)

- 今後、人口減少・少子高齢化が進む中で、制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、消費税率の引上げにより得られた財源も活用しつつ、国民皆保険を支える国民各層の給付・負担の両面にわたる制度の理解を深めることが不可欠である。そのためにも、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」や「未来投資戦略 2017」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。
- また、今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等も踏まえ、制度を支える医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要である。
- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【重点課題】

(基本的視点)

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要である。

(具体的方向性の例)

- 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

- ・ 医療機関間の連携（病病連携・病診連携・診診連携）、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導や、介護、障害保健福祉、母子保健、児童福祉等との連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、地域の関係者間の多職種連携の取組等を推進。
 - ・ 患者が救急時の対応を含めて安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。
 - ・ 介護施設入所者等に対する適切な医療提供や口腔管理、医療・介護間の切れ目のない継続的なりハビリテーションの提供など、適切な役割分担に基づく医療・介護サービスの提供を推進。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医の機能の評価。
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能の評価。
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務に係る評価や、いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価を適正化。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、情報通信技術（ICT）の有効活用や、かかりつけ医と専門医療機関等との連携、医療機関と保険者、地方公共団体等との連携等を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。

- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 多様化しながら増大する在宅医療ニーズに対応できるよう、地域の状況、患者の状態、医療内容、住まい・住まい方等に応じた、効果的・効率的で質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療及び訪問薬剤管理等を評価。
- 国民の希望に応じた看取りの推進
 - ・ 住み慣れた自宅や介護施設など、国民が望む場所において看取りを行うことができるよう、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及を含め、患者本人の意思を尊重したサービスの提供のための取組を推進。

(2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

(基本的視点)

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにし、また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野を時々の診療報酬改定において適切に評価していくことが重要である。

(具体的方向性の例)

- 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - ・ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入、データの収集・利

活用の推進

- ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を進めるとともに、データを収集・利活用し、実態やエビデンスに基づく評価を推進。

○ アウトカムに着目した評価の推進

- ・ 質の高いリハビリテーションの評価をはじめとして、アウトカムに着目した評価を推進。

(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(基本的視点)

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要である。

(具体的方向性の例)

- チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善
 - ・ 専門職の柔軟な配置や、業務の共同化・移管等を含む多職種によるチーム医療の推進等、勤務環境を改善。
- 業務の効率化・合理化
 - ・ 保険医療機関や審査支払機関の業務を効率化・合理化し、負担を軽減する観点から、診療報酬に関する届出・報告等を簡略化。
- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を推進。（再掲）
- 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導、医療・介護連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、医療・介護関係者間の多職種連携の取組等を推進。（再掲）

- ・ 患者が安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。(再掲)

○ 外来医療の機能分化

- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

(基本的視点)

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要である。

(具体的方向性の例)

○ 薬価制度の抜本改革の推進

- ・ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」を踏まえ、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現できるよう、薬価制度の抜本改革を推進。

○ 後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品の使用について、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」で掲げられた新たな目標(平成 32 年 9 月までに後発医薬品の使用割合を 80% とし、できる限り早期に達成)を実現するための取組を推進。

○ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。(再掲)

○ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)
- ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、ICTの有効活用等を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、

疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。(再掲)

- 費用対効果の評価
 - ・ 試行的導入の対象となっている医薬品・医療機器について、試行的な費用対効果評価の結果を踏まえた価格を設定するとともに、費用対効果評価の本格導入に向けた取組を推進。
- 医薬品の適正使用の推進
 - ・ 医師・薬剤師の協力による取組を進め、長期投薬等による残薬、不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減を推進。
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
 - ・ 服薬情報の一元的・継続的な把握等の本来的役割が期待される中、薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性も踏まえ、いわゆる駅前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化を推進。
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、相対的に治療効果が低くなった技術については置き換えが進むよう、適正な評価について検討。

3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年と、今後急速に高齢化が進展することに伴う、医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少に対し、将来にわたって対応可能な医療提供体制と持続可能な医療保険制度を構築していくことが求められており、診療報酬をはじめとして総合的に取組を実施していくことが不可欠である。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、基盤整備の状況を踏まえつつ、質の高い在宅医療・訪問看護の普及やICTの活用による医療連携や医薬連携等について、引き続き検討が求められる。
- 患者が安心・納得できる医療を受けられるようにするためには、診療報酬

制度を分かりやすくするとともに、受けた医療を分かりやすくする明細書無料発行等の取組を進めることが求められる。また、それと同時に、国民全体の医療制度に対する理解を促していくことも重要であり、普及啓発も含め、国民に対する丁寧な説明が求められる。

- 予防・健康づくりやセルフケア等の推進が図られるよう、医療関係者、保険者、地方公共団体、企業など関係主体が一体となって国民に必要な支援を行うとともに、国はこうした取組に向けた環境整備を行うことが期待される。

個別事項
(その7:その他の論点)
【続き】

平成29年12月13日

個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

5-(1)リハビリ専門職の常勤要件の取扱い

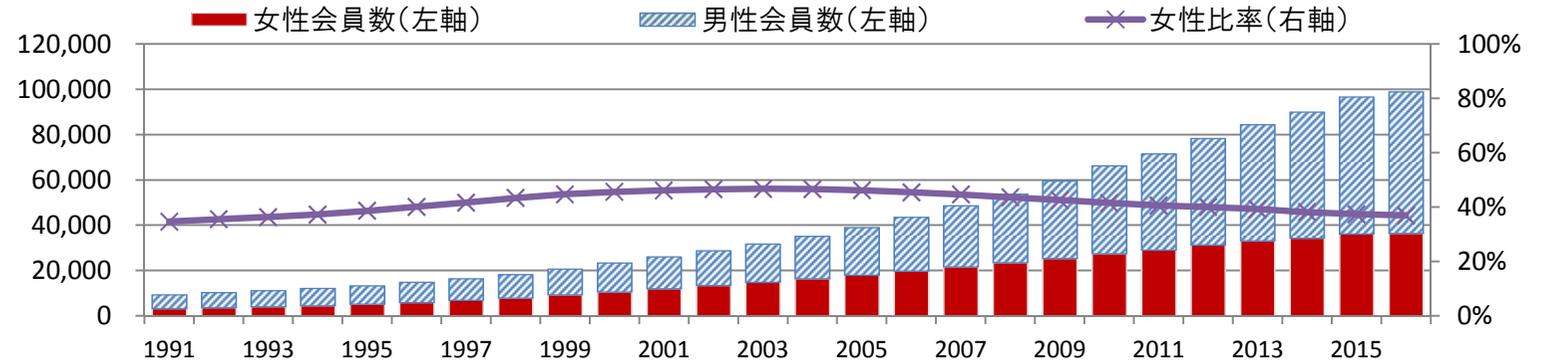
【課題】

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の女性割合は、それぞれ約4割、約6割、約8割である。
- リハビリテーションに関する診療報酬項目には、リハビリ専門職の専従・常勤配置等が施設基準の要件となっているものがある。
- 育児・介護休業法において、3歳に達するまでの子を養育する労働者について、短時間勤務の措置(1日原則6時間)が義務づけられている。

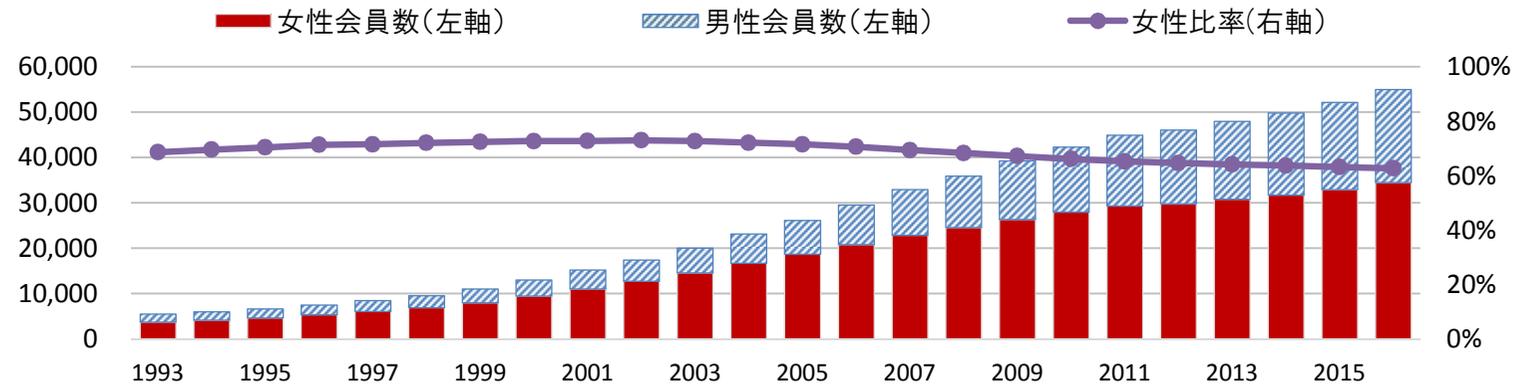
リハビリ専門職の女性割合

○ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の女性割合は、それぞれ約4割、約6割、約8割。

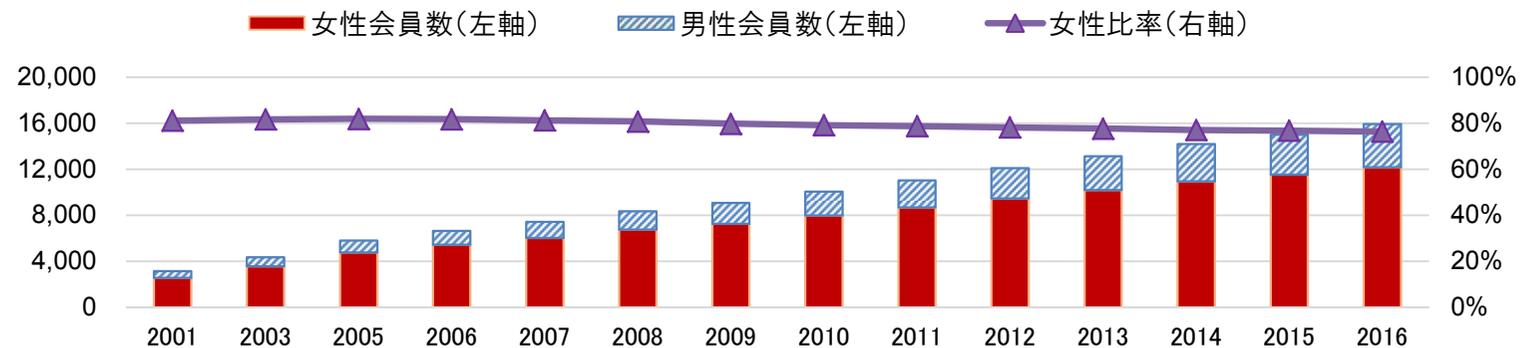
■ 男女別の理学療法士数推移¹⁾



■ 男女別の作業療法士数推移²⁾



■ 男女別の言語聴覚士数推移³⁾



出典 1) 理学療法白書2016 2) 作業療法白書2015及び日本作業療法士協会提供資料 3) 日本言語聴覚士協会提供資料

リハビリ専門職の専従・常勤配置等が要件となっている主な診療報酬項目①

○ リハビリテーションに関する診療報酬項目には、リハビリ専門職の専従*・常勤配置等が施設基準の要件となっているものがある。

項目名	リハビリ職の配置に関する施設基準	点数
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	入院料1:当該病棟に専従のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上の常勤配置を行う 入院料2、3:当該病棟に専従のPT2名以上及びOT1名以上の常勤配置を行う	1日につき 1,657～2,025点
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤PT、専従の常勤OT又は専従の常勤STが1名以上配置されている	1日につき 2,058～2,558点
H000 心大血管疾患リハビリテーション料	I:心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤PT及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤PT若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上が勤務していること。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。ただし、いずれの場合であっても、2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えない II:心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従のPT又は看護師のいずれか1名以上が勤務している。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい	1単位 125～205点
H001 脳血管疾患等リハビリテーション料	I:ア 専従の常勤PTが5名以上勤務している イ 専従の常勤OTが3名以上勤務している ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤STが1名以上勤務している エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務する 言語聴覚療法のみを実施する場合は、専従の常勤STが1名以上勤務している II:ア 専従の常勤PTが1名以上勤務している イ 専従の常勤OTが1名以上勤務している ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤STが1名以上勤務している エ アからウまでの専従の従事者が合わせて4名以上勤務している III:専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上が勤務している	1単位 100～245点
H001-2 廃用症候群リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)を届け出ている	1単位 77～180点

*専従:他の業務との兼務が原則不可 ※理学療法士をPT、作業療法士をOT、言語聴覚士をSTと記載

リハビリ専門職の専従・常勤配置等が要件となっている主な診療報酬項目②

項目名	リハビリ職の配置に関する施設基準	点数
H002 運動器リハビリテーション料	I：専従の常勤PT又は専従の常勤OTが合わせて4名以上勤務している II：次のアからウまでのいずれかを満たしている ア 専従の常勤PTが2名以上勤務している イ 専従の常勤OTが2名以上勤務している ウ 専従の常勤PT及び専従の常勤OTが合わせて2名以上勤務している III：専従の常勤PT又は常勤OTがいずれか1名以上勤務している	1単位 85～185点
H003 呼吸器リハビリテーション料	I：呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤PT1名を含む常勤PT又は常勤OTが合わせて2名以上勤務している II：専従の常勤PT又は常勤OTが1名以上勤務している	1単位 85～175点
H004 摂食機能療法 経口摂取回復促進加算	当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の常勤STが1名以上勤務している	1単位 20～185点
H006 難病患者リハビリテーション料	専従する2名以上の従事者（PT又はOTが1名以上であり、かつ、看護師が1名以上）が勤務している	1単位 640点
H007 障害児（者）リハビリテーション料	ア又はイのいずれかに該当している。 ア 専従の常勤PT若しくは常勤OTが合わせて2名以上勤務している イ 専従の常勤PT又は常勤OTのいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上が合わせて2名以上が勤務している	1単位 155～225点
H007-2 がん患者リハビリテーション料	当該保険医療機関内にがん患者リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STが2名以上配置されていること	1単位 205点
H007-3 認知症患者リハビリテーション料	専従の常勤PT、上記OT又は上記STが1名以上勤務している	1単位 240点
H007-4 リンパ浮腫複合的治療料	当該保険医療機関に、専任の常勤看護師、常勤PT又は常勤OT1名以上が勤務している	1単位 100～200点
H008 集団コミュニケーション療法料	専従する常勤STが1名以上勤務する	1単位 50点

*専従：他の業務との兼務が原則不可 ※理学療法士をPT、作業療法士をOT、言語聴覚士をSTと記載

5－(2) 専従要件の取扱い

【課題】

- 診療報酬項目においては、医療従事者が専従（他の業務との兼務が原則不可）であることを要件としているものがあるが、
 - ① チームのうちいずれか1人が専従であれば可としているもの
 - ② 担当する患者数が一定程度以下の場合は専任でも可とするもの
 - ③ リハビリについて、当該業務を実施していない時間帯については、関連する他の業務に従事することを可能とするものなど、さまざまな緩和措置が存在している。
- 現行の診療報酬においても、専従要件の緩和措置が可能と考えられる項目が存在する。

専従要件の考え方の整理 (1) 現行の運用の例

- 診療報酬項目においては、医療従事者が専従（他の業務との兼務が原則不可）であることを要件としているもののうち、
 - ① 担当する患者数が一定程度以下の場合は専任でも可とするもの
 - ② チームの構成員が、業務内容が類似する他の診療報酬であれば、兼任を可としているもの
 - ③ 当該業務を実施していない時間帯については、当該業務と関連する他の業務に従事することを可能とするもの
 など、さまざまな運用が存在する。

緩和措置	現行の診療報酬項目の例	
	項目名	職員の配置に関する施設基準等(概要)
①	A230-4 精神科リエゾンチーム加算	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1週間当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。 ・ 以下の3名以上から構成される精神医療に係る専門的知識を有した多職種からなるチームが設置されている。 <ul style="list-style-type: none"> ア 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師 イ 精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師 ウ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のうち、いずれか1人。ただし、当該精神科リエゾンチームが診察する患者数が週に15人以内である場合は、精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のうち、いずれか1人で差し支えない。この場合であっても、週16時間以上精神科リエゾンチームの診療に従事する必要があること。

専従要件の考え方の整理 (2) 現行の運用の例

緩和措置	現行の診療報酬項目の例	
	項目名	職員の配置に関する施設基準等(概要)
②	A226-2 緩和ケア 診療加算	<p>当該医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが設置されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 <p><u>また、緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料にかかる緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。</u></p>
③	H004 摂食機能療法 経口摂取 回復促進加算1	<p>当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。当該専従の言語聴覚士は、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、<u>摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。</u></p>

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件の緩和

- 医療資源の少ない地域（特定地域）においては、入院基本料の算定、人員配置、専従要件、夜勤の要件が緩和の対象となっている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主要要件緩和等	緩和の対象
A100 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A108 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A226-2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A233-2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A246 退院支援加算2*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上※ ¹ 、看護職員の最小必要数の4割以上※ ² が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※ ¹ 特定地域以外では、13対1以上 ※ ² 特定地域以外では、7割以上	人員配置
A317 特定一般病棟入院料	・一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） ・看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 ・看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
B001 24 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置

* 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

医療従事者の多様な働き方の論点(案)

【論点(案)】

○ リハビリ専門職の常勤要件の取扱い

- ・ リハビリ専門職は女性の割合が多いことや、医師の指示の下で専門性の高い医療を提供していることを踏まえ、リハビリ専門職の専従・常勤配置等が要件となっている項目については、週一定時間の勤務を行っている複数の非常勤従事者の組み合わせにより、常勤配置されているものとみなしてはどうか。

○ 専従要件の取扱い

- ・ 医療従事者の専従要件については、より効率的な医療提供を可能とする観点から、
 - ・ 業務内容の類似性や対象患者数に応じた弾力的な現行の運用や、
 - ・ 医療資源の少ない地域において適用されている緩和措置等を参考に、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるよう必要な見直しを検討してはどうか。
また、検討にあたっては、対象患者数が一定程度以下の場合や、当該業務を実施していない時間帯の取扱い等の視点で検討してはどうか。

参考資料(医療従事者の多様な働き方)

育児休業

- 子が1歳(保育所に入所できないなど、一定の場合は、最長2歳)に達するまでの育児休業の権利を保障
- 父母ともに育児休業を取得する場合は、子が1歳2か月に達するまでの間の1年間【パパ・ママ育休プラス】
- 父親が出産後8週間以内に育児休業を取得した場合、再度の育児休業の取得が可能

介護休業

- 対象家族1人につき、通算93日の範囲内で合計3回まで、介護休業の権利を保障

※ 有期契約労働者は、下記の要件を満たせば取得可能(介護も同趣旨)

- ① 同一の事業主に引き続き1年以上雇用
- ② 子が1歳6か月になる前日までに労働契約(更新される場合には更新後の契約)の期間が満了することが明らかでないこと

子の看護休暇

- 小学校就学前の子を養育する場合に年5日(2人以上であれば年10日)を限度として取得できる(1日又は半日単位)

介護休暇

- 介護等をする場合に年5日(対象家族が2人以上であれば年10日)を限度として取得できる(1日又は半日単位)

所定外労働・時間外労働・深夜業の制限

- 3歳に達するまでの子を養育し、又は介護を行う労働者が請求した場合、所定外労働を制限
- 小学校就学前までの子を養育し、又は介護を行う労働者が請求した場合、月24時間、年150時間を超える時間外労働を制限
- 小学校就学前までの子を養育し、又は介護を行う労働者が請求した場合、深夜業(午後10時から午前5時まで)を制限

短時間勤務の措置等

- 3歳に達するまでの子を養育する労働者について、**短時間勤務の措置(1日原則6時間)**を義務づけ
- 介護を行う労働者について、3年の間で2回以上利用できる次のいずれかの措置を義務づけ
 - ①短時間勤務制度 ②フレックスタイム制 ③始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ ④介護費用の援助措置

不利益取扱いの禁止等

- 事業主が、育児休業等を取得したこと等を理由として解雇その他の不利益取扱いをすることを禁止
- 事業主に、上司・同僚等からの育児休業等に関するハラスメントの防止措置を講じることを義務付け

実効性の確保

- 苦情処理・紛争解決援助、調停
- 勧告に従わない事業所名の公表

A307 小児入院医療管理料(1日につき)

小児入院医療管理料1 4,584点、小児入院医療管理料2 4,076点、小児入院医療管理料3 3,670点
 小児入院医療管理料4 3,060点、小児入院医療管理料5 2,145点

入院中の15歳未満の患者(児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者)を対象に算定する。

<医師の配置に関する施設基準>

管理料1	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が二十名以上配置されていること。
管理料2	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が九名以上配置されていること。
管理料3	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が五名以上配置されていること。
管理料4	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が三名以上配置されていること。
管理料5	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が一名以上配置されていること。

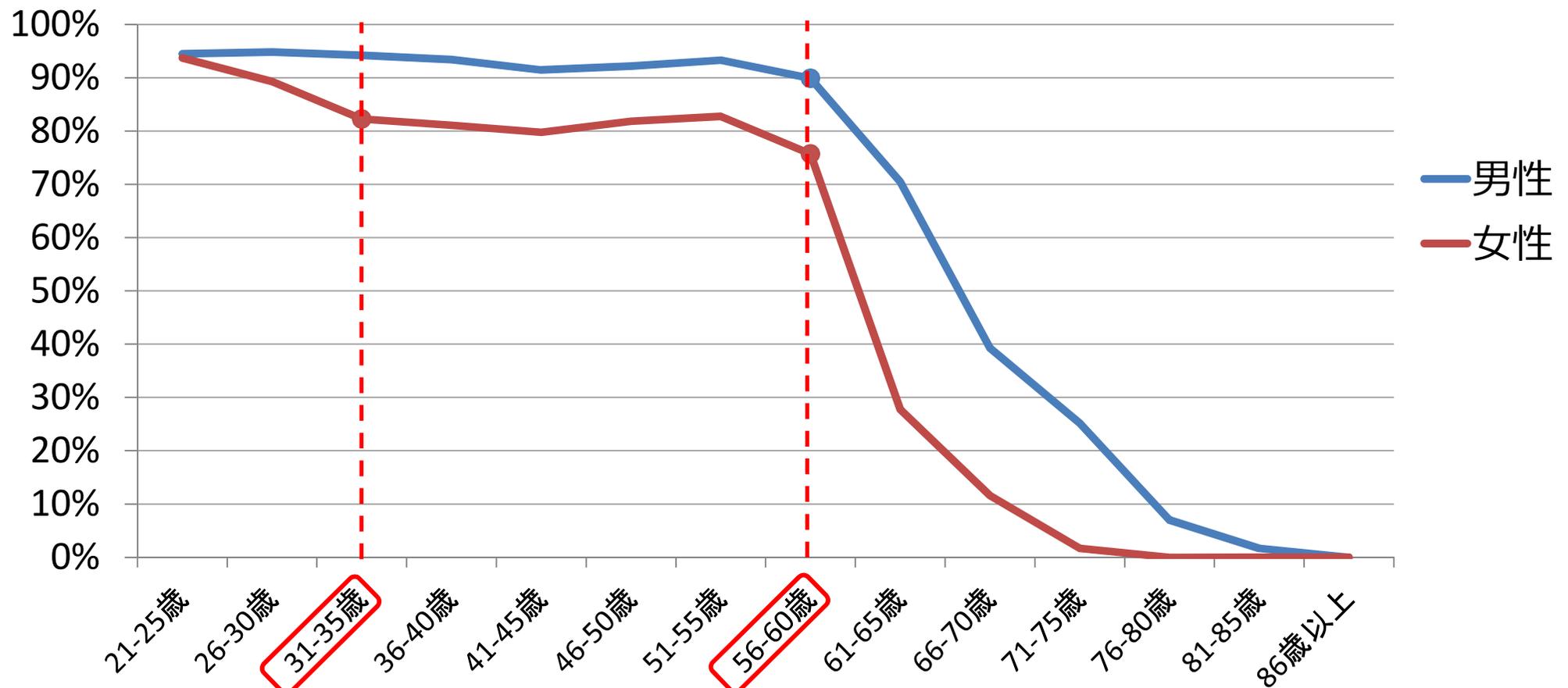
- 小児入院医療管理料において、小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。
- 小児入院医療管理料において、少なくとも所定労働時間が週24時間程度の勤務を行っている複数の小児科又は小児外科の医師を組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師と同じ時間医師を配置する場合には、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなす。ただし、小児入院医療管理料1を算定する病棟において、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなすことができるのは、10名までに限る。

※ 小児入院医療管理料における常勤要件の見直しについて

平成18年度診療報酬改定において、小児医療の提供体制の確保を図る観点から、子育てしながら働くことができる環境の整備を進めるため、小児科の医師の常勤要件について、複数の小児科の医師が共同して常勤の場合と同等の時間を勤務できている場合には、常勤として取り扱うこととされた。

理学療法士会員における性別・年代別の就業率※

60歳までの就業率は、男性は約90%、女性は約80%であった。また、女性では31歳以上から就業率が約80%となるが、それ以降は横ばいである。



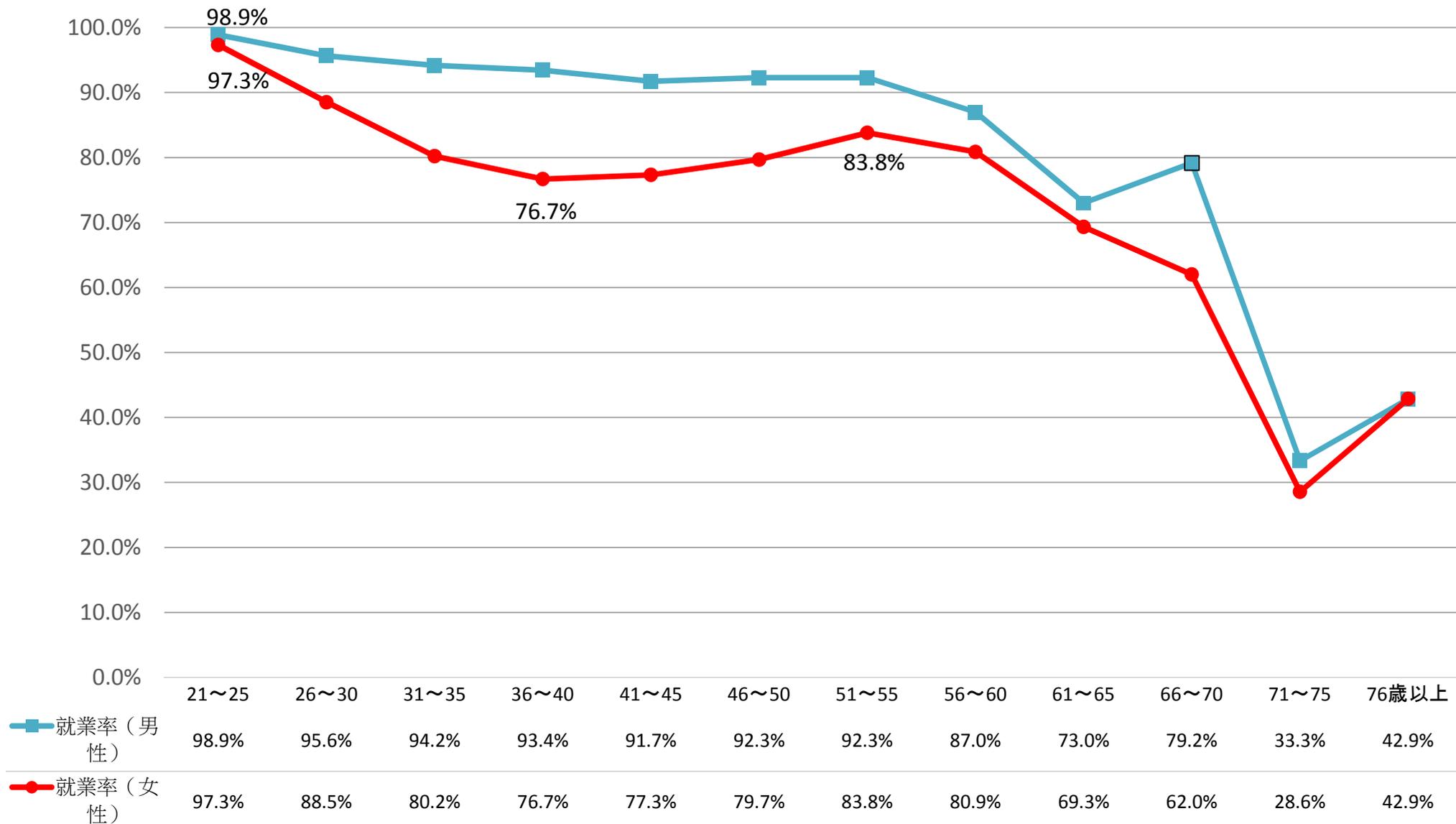
※就業率の計算方法

分子：総会員数から休会者と自宅会員数を引いた数（自宅会員を非就業者とした）

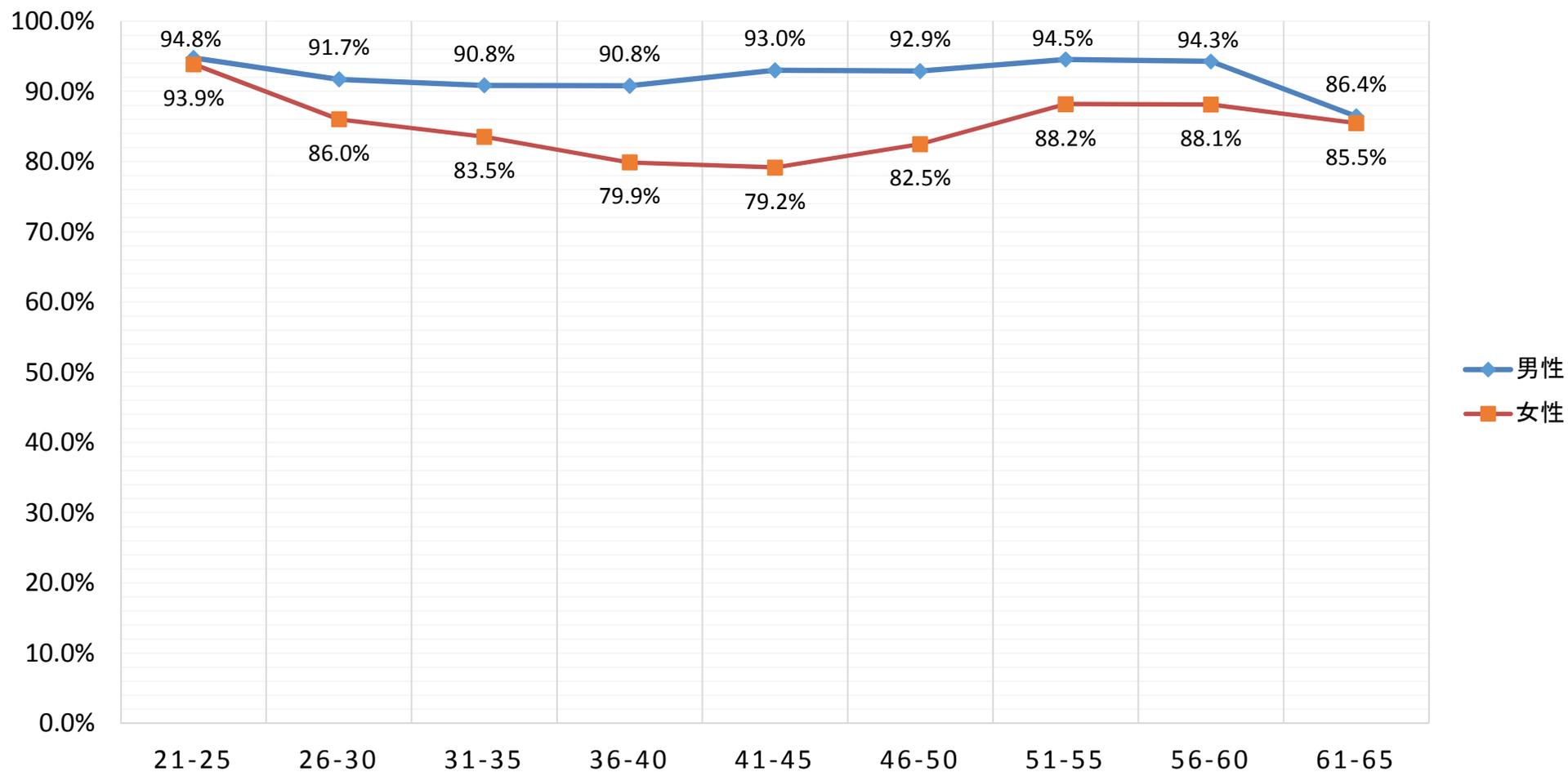
分母：総会員数から休会者を引いた数

H24.4～H28.1年の日本理学療法士協会会員情報から作成

日本作業療法士協会員性別・年齢別就業状況(2014年度)



日本言語聴覚士協会員性別・年齢別就業状況



個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

6. 公認心理師

【課題】

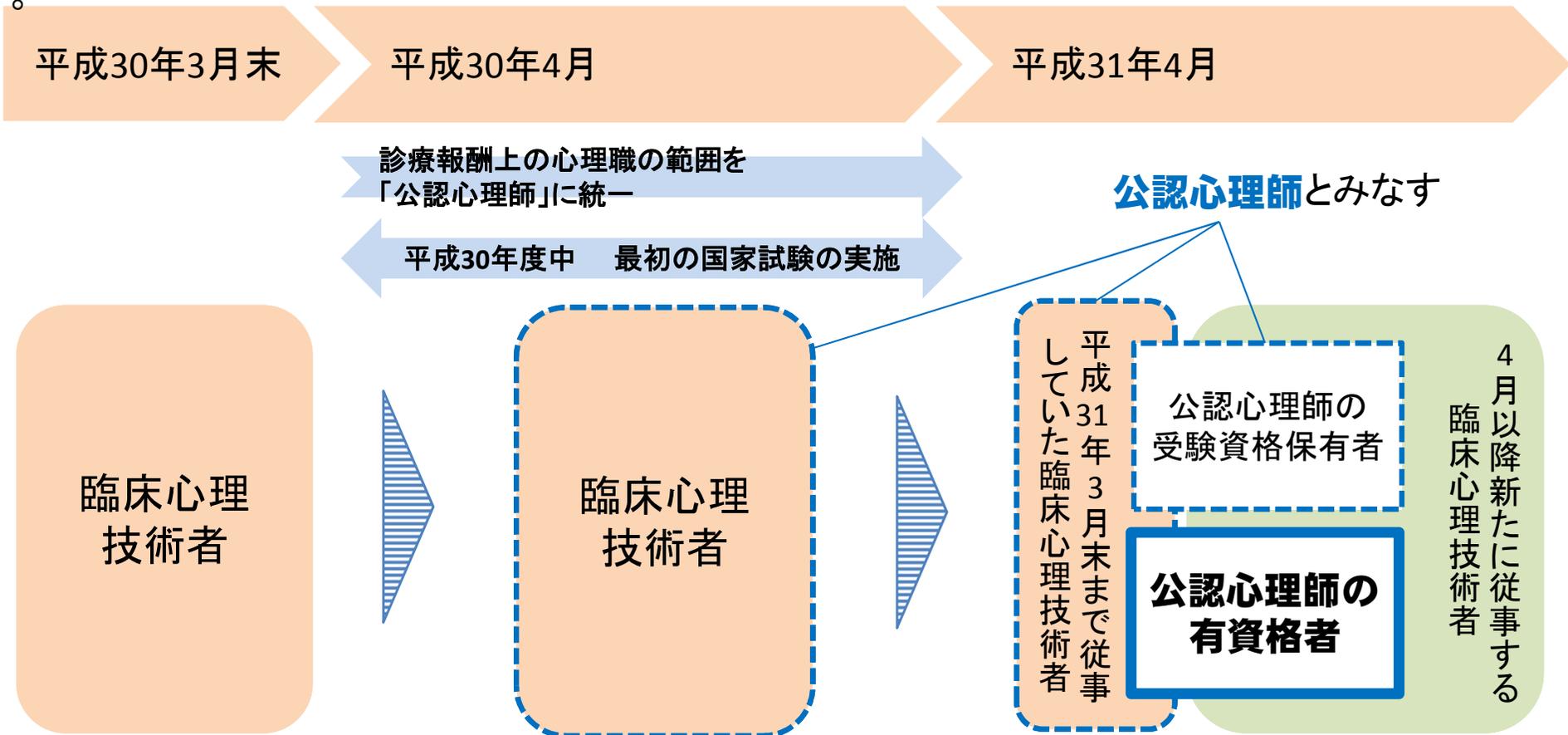
- 診療報酬では、心理学に関する専門職として、心理に関する専門課程を修了した者等を「臨床心理技術者」として、評価している。
- 今般、公認心理師法が施行され、平成30年9月に最初の国家試験が実施される予定。

臨床心理技術者に関連する主な診療報酬上の評価

	主な施設基準	届出医療機関数(H27.7)
<u>精神科リエゾンチーム加算</u> (週1回) 300点	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に以下から構成される精神科リエゾンチームが設置されている ア 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科医師 イ 精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤看護師 ウ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のうち、いずれか1人 	71医療機関
<u>摂食障害入院医療管理加算</u> ～30日 200点 31日～ 100点	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、管理栄養士及び臨床心理技術者がそれぞれ1名以上 	94医療機関
<u>児童・思春期精神科入院医療管理料</u> 2,957点	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤医師2名以上(うち、精神保健指定医1名以上) ・病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の臨床心理技術者がそれぞれ1名以上 	32医療機関 1,102床
<u>通院・在宅精神療法 児童・思春期精神科専門管理加算</u> 16歳未満 500点 20歳未満 1,200点	<ul style="list-style-type: none"> ・20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上 	(H28新設)

平成30年度以降の診療報酬上の公認心理師の取扱い（案）

- 平成30年4月以降、原則として、診療報酬上の心理職の範囲を公認心理師としてはどうか。
- 公認心理師が一定程度養成されるまでの当面の間、以下の取扱いとしてはどうか。
 - ・ 最初の国家試験が行われる平成30年度については、従来の臨床心理技術者に該当する者を、公認心理師とみなす。
 - ・ 最初の国家試験の実施後は、平成31年3月末まで保険医療機関で従事していた臨床心理技術者と、4月以降新たに臨床心理技術者として従事する者のうち公認心理師の受験資格を有する者を、公認心理師とみなす。



公認心理師の資格取得方法について

公認心理師資格（登録）

公認心理師試験

A

B

C

D

E

F

G

大学院において省令で定める科目を履修

省令で定める期間の実務経験

第1号及び第2号と同等以上の知識及び技能を有すると認定された者

施行前に大学院において省令で定める科目を履修（又は履修中）

施行後に大学院において省令で定める科目を履修

省令で定める期間の実務経験

講習の受講

4年制大学において省令で定める科目を履修

4年制大学において省令で定める科目を履修

施行前に、4年制大学において省令で定める科目を履修（又は履修中）

実務経験5年

第7条第1号※

第7条第2号※

第7条第3号

経過措置（附則第2条第1項第1号及び第2号）

経過措置※（附則第2条第1項第3号及び第4号）

経過措置※（附則第2条第2項）

注)下線部は省令委任事項。

※該当条文に基づく受験資格取得者に「準ずるもの」を省令で定めることとされている。

公認心理師に係る評価の論点(案)

【論点(案)】

- 平成30年度に、公認心理師に係る国家試験が開始されることを踏まえ、平成30年度以降、診療報酬上の心理職の評価を公認心理師に統一することとしてはどうか。
- 公認心理師が一定程度養成されるまでの間、従来の臨床心理技術者等についても、公認心理師とみなすこととしてはどうか。

個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

8. 明細書の無料発行

【課題】

- 平成20年度以降、累次の診療報酬改定において、明細書の無料発行を進めて来ており、病院においては、明細書の無料発行が義務づけられている。
- 診療所・薬局においては、正当な理由がある場合は、明細書は無料で発行する必要はない。正当な理由があるとして届出を行っている施設は減少傾向にある。
- 電子レセプトの普及状況を見ると、総計で約93%が電子レセプトに対応している。
- 検証調査の結果、全ての施設において、明細書を受け取って良かったこととして、「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」、「医療費の内訳がわかりやすくなった」が上位にあげられていた。一方、歯科診療所・保険薬局においては、明細書を受け取った人の30%が「特にない」と回答していた。
- 検証調査の結果、全ての施設において、明細書発行を希望しない理由として、「明細書をもらっても内容がよく分からないため」、「領収証の内容で十分なため」が上位にあげられていた。また、明細書発行を希望しない人の概ね20%が「個人情報であり廃棄方法が不安であるため」と回答していた。

明細書の無料発行の経緯①

【平成20年度診療報酬改定時】

(療担則)

- 厚生労働大臣の定める保険医療機関^(※1)は、患者から求められたときは、明細書を交付しなければならない取扱いとする。

【平成22年度診療報酬改定時】

(療担則)

- 厚生労働大臣の定める保険医療機関^(※1)は、患者の求めにかかわらず、明細書を交付しなければならない取扱いとする。また、明細書を交付する際は、正当な理由^(※2)がある場合を除き、無償で行わなければならない旨明記。
- なお、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由^(※2)がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りることとする。

(薬担則)

- 厚生労働大臣の定める保険薬局^(※1)は、患者の求めにかかわらず、明細書を交付しなければならない取扱いとする。また、明細書を交付する際は、正当な理由^(※2)がある場合を除き、無償で行わなければならない旨明記。
- なお、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由^(※2)がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りることとする。

(※1) 電子レセプト請求を行っている施設

(※2) 正当な理由: ①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合、②自動入金機の改修が必要な場合

明細書の無料発行の経緯②

【平成24年度診療報酬改定時】

(療担則)【平成26年4月1日施行】

- 病床数が400床以上の保険医療機関においては、正当な理由の有無にかかわらず、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとする。
- 病床数が400床未満の保険医療機関において、正当な理由^(※2)がある場合は、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りることとし、有償で行うことができることとする。

(薬担則)【平成26年4月1日施行】

- 厚生労働大臣の定める保険薬局^(※1)において、正当な理由^(※2)がある場合は、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りることとし、有償で行うことができることとする。

【平成26年度診療報酬改定時】

(療担則)

- 病院においては、正当な理由の有無にかかわらず、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとする。【平成28年4月1日施行】

【平成28年度診療報酬改定時】

(療担則・薬担則)

- 厚生労働大臣の定める保険医療機関及び保険薬局^(※1)においては、公費負担医療により自己負担のない患者に対して、患者から求めがあったときは、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとする。
- 正当な理由^(※2)がある場合は、平成30年3月31日までの間(診療所については当分の間)、明細書を交付することを要さず、有償で行うことができることとする。

(※1) 電子レセプト請求を行っている施設

(※2) 正当な理由: ①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合、②自動入金機の改修が必要な場合 **28**

(参考) 明細書の無料発行の現状

自己負担の有無	自己負担ありの患者	自己負担なしの患者
病院 【電子レセプト請求を行っているものに限る】	無料発行義務あり	患者から求めがあれば 無料発行義務あり (平成29年度末までの間、正当な理由※2がある場合は、 交付することを要さず、有償で行うことができる。)
診療所 (歯科診療所を含む。) 【電子レセプト請求を行っているものに限る】	無料発行義務あり (当分の間、正当な理由※2がある場合は、 患者から求められたときに交付することで足り、 有償で行うことができる。)	患者から求めがあれば 無料発行義務あり (当分の間、正当な理由※2がある場合は、 交付することを要さず、有償で行うことができる。)
保険薬局 【電子レセプト請求を行っているものに限る】	無料発行義務あり (当分の間、正当な理由※2がある場合は、 患者から求められたときに交付することで足り、 有償で行うことができる。)	患者から求めがあれば 無料発行義務あり (平成29年度末までの間、正当な理由※2がある場合は、 交付することを要さず、有償で行うことができる。)
電子レセプト請求を行っていない病院、診療所(歯科診療所を含む。)、保険薬局※1	特に規定なし	
訪問看護ST	患者から求めがあれば 発行に努める	

※1 : ①手書きレセプト請求を行っている保険医療機関・保険薬局、②常勤の医師、歯科医師、薬剤師が高齢の診療所・保険薬局 等

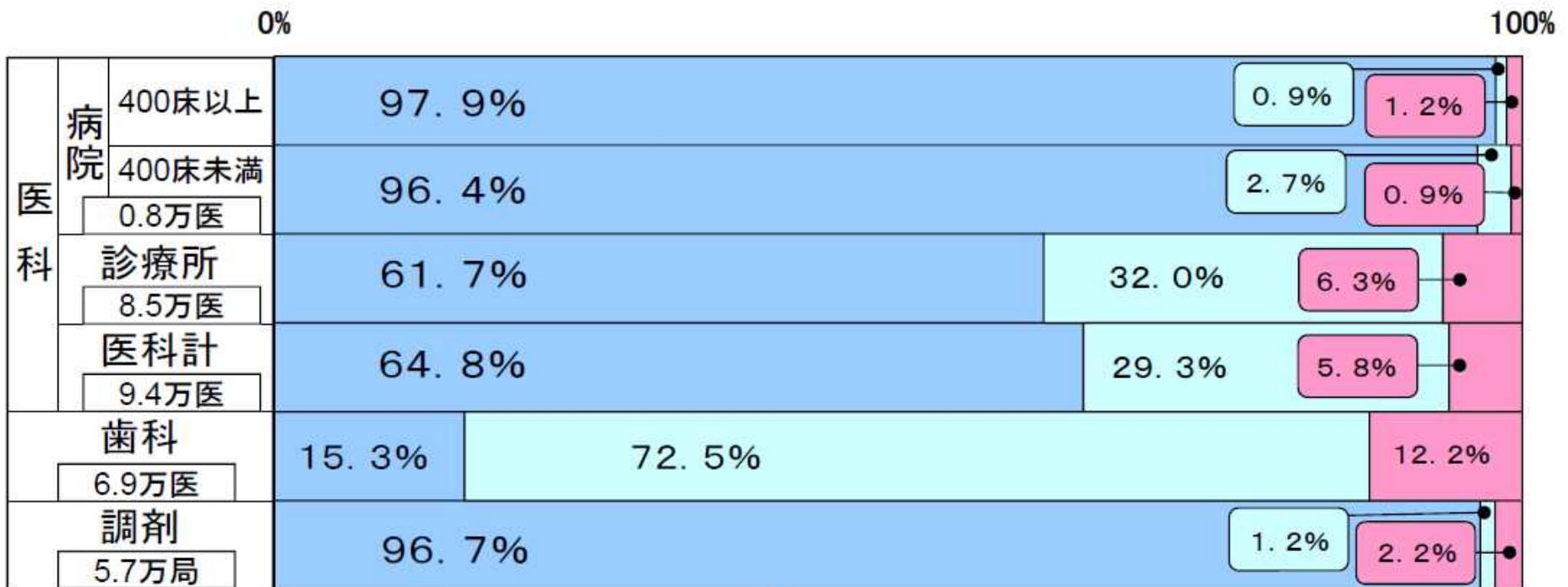
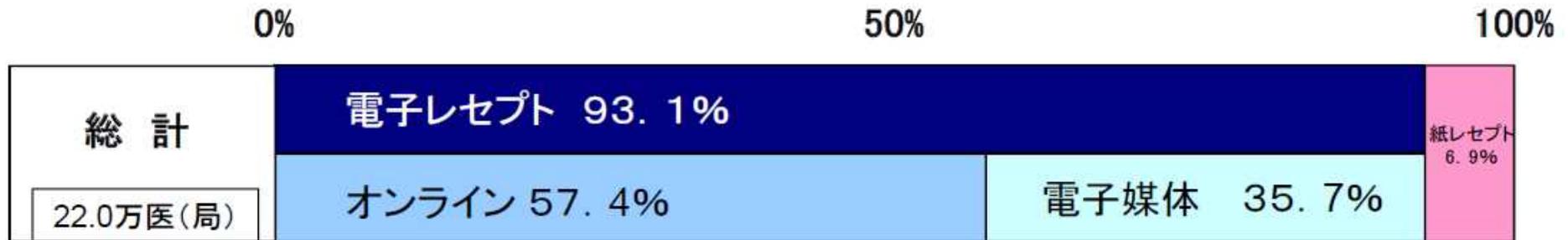
※2 : 正当な理由は、①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合又は②自動入金機の改修が必要な場合。
 この場合、自己負担ありの患者については、交付は患者から求められたときでよく、有償でもよい。自己負担なしの患者については、交付することを要さず、交付する場合有償でもよい。

現時点において明細書無料発行義務のない施設等

自己負担ありの患者	自己負担なしの患者
<p>電子レセプト請求免除(未対応)の施設</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ レセコンを使用しておらず紙レセプト請求の保険医療機関、保険薬局 <ul style="list-style-type: none"> ※電子レセプト請求を行える体制を整備する努力義務規定あり ○ 常勤の医師、歯科医師、薬剤師が以下の時点で65歳以上であった診療所、保険薬局 <ul style="list-style-type: none"> ・医科診療所：平成22年7月1日(レセコン使用の場合)、平成23年4月1日(紙レセプトの場合) ・歯科診療所：平成23年4月1日 ・保険薬局：平成21年4月1日(レセコン使用の場合)、平成23年4月1日(紙レセプトの場合) <p style="text-align: right;">等</p>	
<p>「正当な理由」がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保険薬局（当分の間） ○診療所(歯科診療所含む。)（当分の間） <p>【正当な理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合 ・ 自動入金機の改修が必要な場合 	<p>「正当な理由」がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院、保険薬局（平成29年度末まで） ○診療所(歯科診療所含む。)（当分の間） <p>【正当な理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自己負担のない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合 ・ 自動入金機の改修が必要な場合

電子レセプトの普及状況

請求状況(医療機関数・薬局数ベース)【平成29年7月診療分】

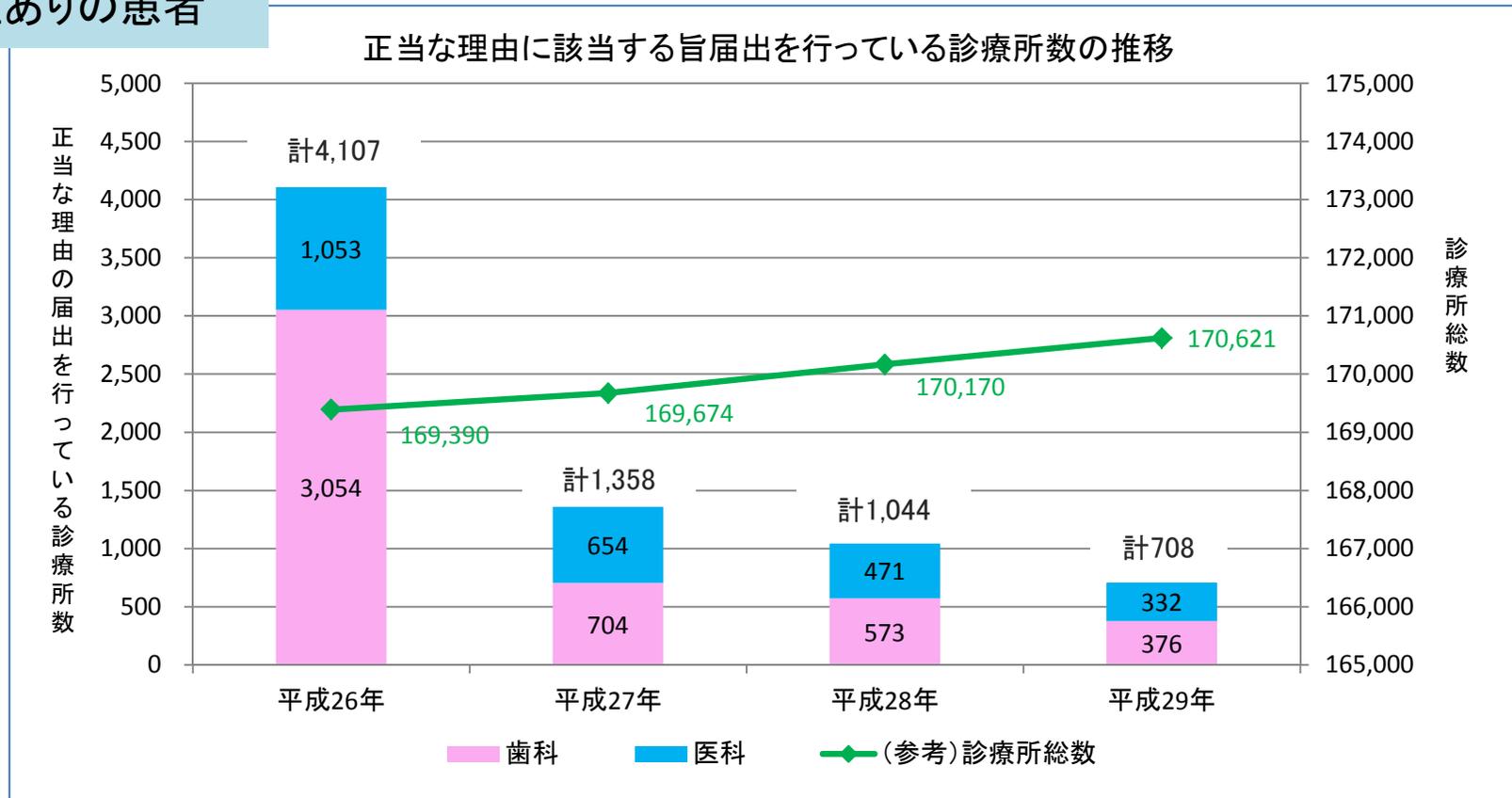


※各項目ごとに割合等を算出しているため、合計が不一致となる場合がある。

出典: 社会保険診療報酬支払基金ホームページより

「正当な理由」に該当し明細書無料発行義務がない施設の状況

自己負担ありの患者



自己負担なしの患者

正当な理由に該当する旨届出を行っている施設数【平成29年時点数】

病院	保険薬局	診療所
7	0	12

出典: 保険局医療課調べ(毎年7月1日現在の届出状況報告及び医療施設動態調査より)

※「自己負担ありの患者」及び「自己負担なしの患者」の平成29年の数値については、届出状況の報告書において、「明細書を無料で交付していない患者」が「全ての患者」又は「公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者」のいずれに該当するかの記載がなかった施設の数(医科99、歯科114、計213)を算入していない。

(参考)領収証と明細書(医科)

○ 領収証は、全ての保険医療機関・保険薬局・訪問看護ステーションにおいて、無料で発行が義務づけられている。

領 収 証

患者番号	氏 名	請求期間 (入院の場合)					
	様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			平成 年 月 日				
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
保 険	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
保 険	病理診断	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			
保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他					
	(内訳)	(内訳)					
保 険		保 険 (食事・生活)	保険外負担				
合 計		円	円	円			
負担額		円	円	円			
領収額							
合 計							

診療明細書(記載例)

入院	保険	患者番号	氏名	〇〇 〇〇 様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科						
部	項目名	点数	回数			
医学管理	*薬剤管理指導料(救命救急入院料等算定患者)	430	1			
注射	*点滴注射	276	1			
	サークルス注0.1% 0.1%100mL1瓶					
	生理食塩液500mL 1瓶					
	*点滴注射料	95	1			
処置	*無菌製剤処理料2	40	1			
	*救命のための気管内挿管	500	1			
	*カウンターショック(その他)	3500	1			
検査	*人工呼吸(5時間超) 360分	819	1			
	*非開胸的心マッサージ 60分	290	1			
	*微生物学的検査判断料	150	1			
リハビリ	*検体検査管理加算(2)	100	1			
	*HCV核酸定量	450	1			
	*心大血管疾患リハビリテーション料(1) 早期リハビリテーション加算 初期加算	280	12			
入院料	*一般病棟入院10対1入院基本料	1782	7			
	一般病棟入院期間加算(14日以内)					
	*医師事務作業補助体制加算1(50対1)	270	1			
	*救命救急入院料1(3日以内)	9869	3			
	*救命救急入院料1(4日以上7日以内)	8929	2			

診療明細書(記載例)

入院外	保険	患者番号	氏名	〇〇 〇〇 様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科						
部	項目名	点数	回数			
基本料	*外来診療料	73	1			
在宅	*在宅自己注射指導管理料(月28回以上)	810	1			
	*血糖自己測定器加算(月100回以上)(1型糖尿病の患者に限る)	1320	1			
処方	*処方せん料(その他)	68	1			
検査	*生化学的検査(1)判断料	144	1			
	*血液学的検査判断料	125	1			
	*B-V	20	1			
	*検体検査管理加算(1)	40	1			
	*血中微生物	40	1			
	*生化学的検査(1)(10項目以上)	117	1			
	ALP					
LAP						
γ-GTP						
CK						
ChE						
Amy						
TP						
Alb						
BIL/総						
BIL/直						
画像診断	*胸部単純撮影(デジタル撮影) 画像記録用フィルム(半切) 1枚	173	1			

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇〇〇

領収印

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

(参考)領収証と明細書(歯科・調剤・訪問看護)

歯科

領収証

患者番号	氏名	請求期間 (入院の場合)					
	様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
		平成 年 月 日					
保険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注射	リハビリテーション	処置	手術	麻酔	放射線治療	歯冠修復及び欠損補綴
	点	点	点	点	点	点	点
	歯科矯正	病理診断	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			
保険外負担	評価療養・選定療養	その他		保険	保険 (食事・生活)	保険外負担	
	(内訳)	(内訳)		円	円	円	
				円	円	円	
領収額合計						円	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇〇〇

領収印

診療明細書(記載例)

患者番号	氏名	〇〇〇様	受診日	YYYY/MM/DD
部	項目名	点数	回数	
基本料	歯科初診料	234	1	
医学管理	歯科疾患管理料	110	1	
	薬剤情報提供料	10	1	
検査	歯周基本検査20歯~	200	1	
画像診断	歯科パノラマ断層撮影(デジタル)	307	1	
	電子画像管理加算	95	1	
投薬	処方料	42	1	
	調剤料(内)	9	1	
	〇〇錠 × mg 1日3回分×3日分	55	1	
処置	機械的歯面清掃処置	60	1	
手術	拔牙(臼歯)	260	1	
歯冠修復・欠損補綴	充填	126	1	
	充填(単)	102	1	
	充填用材料I(複合レジン系・単)	11	1	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

訪問看護

領収証

領収書No.	患者番号	氏名	請求期間	
		様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
発行日	負担割合	本・家	区分	
平成 年 月 日				
保険適用負担	保険負担分項目	単価	数量	金額
	(内訳)			
備考				

提供日	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

保険外負担	保険	保険外負担
(内訳)		
明細合計額	円	円
課税対象額		円
領収額合計		円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇 訪問看護ステーション 〇〇〇〇

領収印

調剤

領収証

患者番号	氏名	請求期間			
	様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
領収証No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	
	平成 年 月 日				
保険	調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保険医療材料料	
	点	点	点	点	
保険外負担	評価療養・選定療養	その他		保険	保険外負担
	(内訳)	(内訳)		円	円
				円	円
領収額合計				円	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇薬局 〇〇〇〇

領収印

調剤明細書(記載例)

患者番号	氏名	〇〇〇様	調剤日	YYYY/MM/DD
区分	項目名	点数	備考	
調剤技術	調剤基本料	41		
	基準調剤加算1	12		
	後発医薬品調剤体制加算1	18		
調剤料	内服薬(28日分)	81		
	内服薬(14日分)	63		
	屯服薬	21		
薬学管理	薬剤服用歴管理指導料	41		
	特定薬剤管理指導加算	4		
薬剤料	A錠 1日2錠×28日分	60	後発医薬品	
	B錠 1日1錠×14日分	60		
	C錠 1回1錠×5回分	35		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

患者調査の結果②-1

<明細書を受け取って良かったこと(病院の患者)> (報告書p99、100)

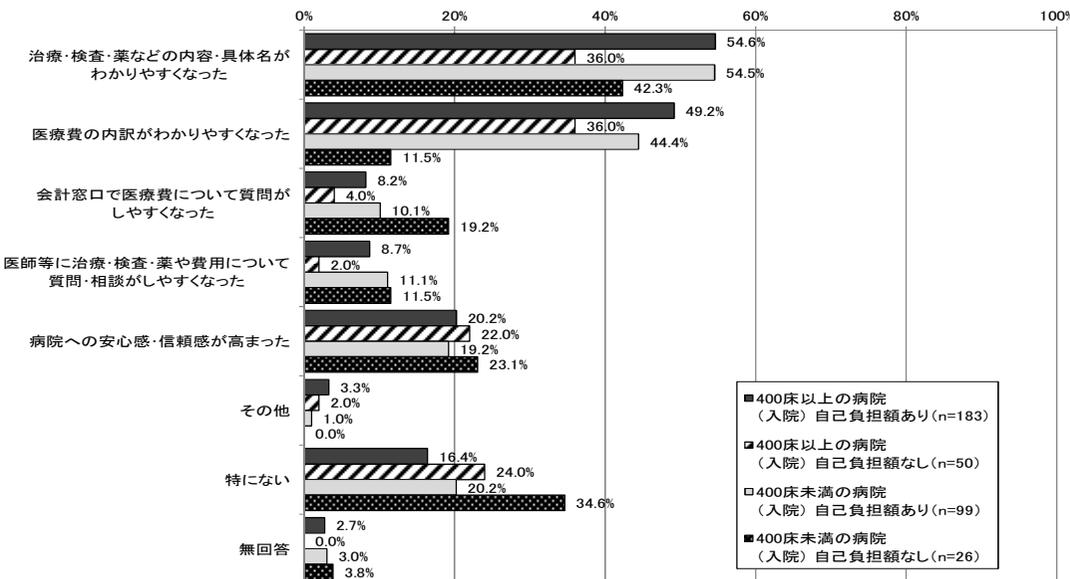
病院入院患者について、明細書を受け取って良かったことをみると、自己負担額ありの患者については、400床以上の病院、400床未満の病院いずれも「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」が最も多く、次いで「医療費の内訳がわかりやすくなった」であった。

自己負担額なしの患者については、400床以上の病院では「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」と「医療費の内訳がわかりやすくなった」が最も多かった。400床未満の病院では「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」が最も多かった。また、400床未満の病院の自己負担額なしの患者では、「会計窓口で医療費について質問がしやすくなった」が19.2%であった。

病院外来患者については、自己負担額ありの患者は、400床以上の病院では「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」と「医療費の内訳がわかりやすくなった」が最も多かった。400床未満の病院では「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」が最も多く、次いで「医療費の内訳がわかりやすくなった」であった。

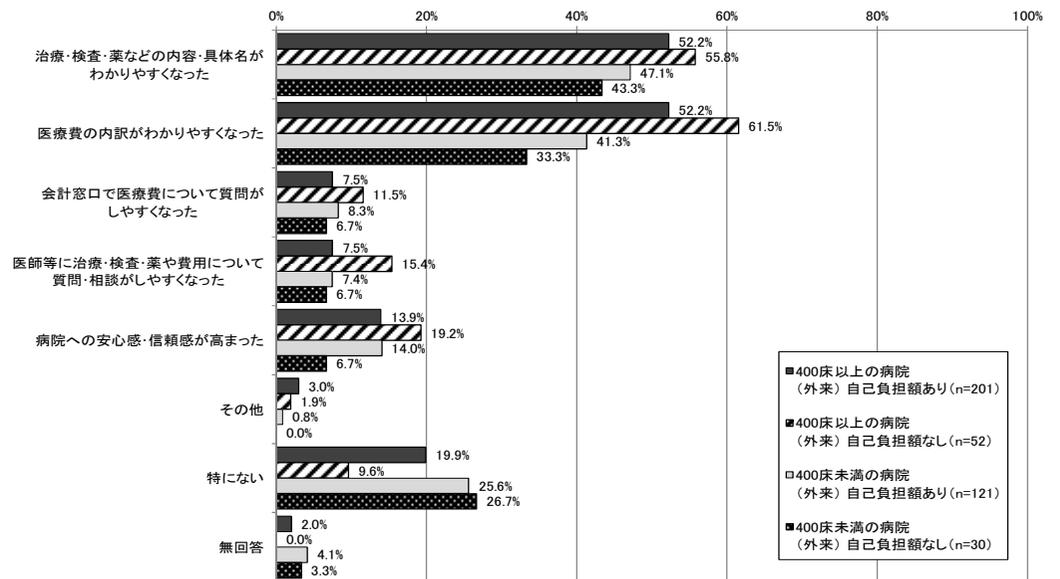
自己負担額なしの患者については、400床以上の病院では「医療費の内訳がわかりやすくなった」が最も多く、次いで「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」であった。400床未満の病院では「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」が最も多く、次いで「医療費の内訳がわかりやすくなった」であった。

図表 156 明細書を受け取って良かったこと(病院(入院)患者)
(明細書を受け取った人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「保険金請求のため」、「家族や主治医に行った治療内容を見せることができる」等が挙げられた。

図表 157 明細書を受け取って良かったこと(病院(外来)患者)
(明細書を受け取った人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「保険金請求のため」、「他の病院と比較できた」等が挙げられた。

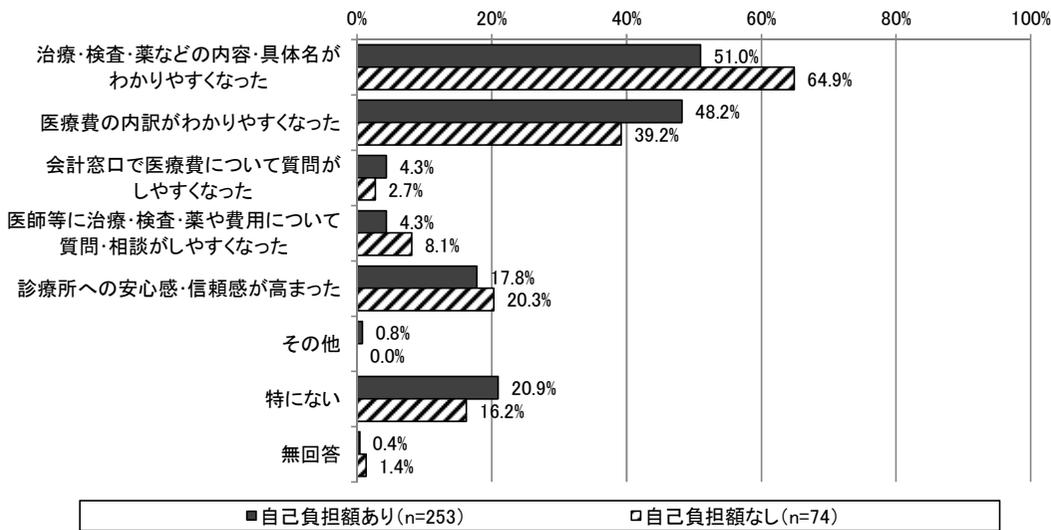
患者調査の結果②-2

＜明細書を受け取って良かったこと(一般診療所及び歯科診療所の患者)＞(報告書p101、102)

一般診療所の患者について、明細書を受け取って良かったことをみると、自己負担額ありの患者、自己負担なしの患者のいずれも「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」が最も多く、次いで「医療費の内訳がわかりやすくなった」であった。

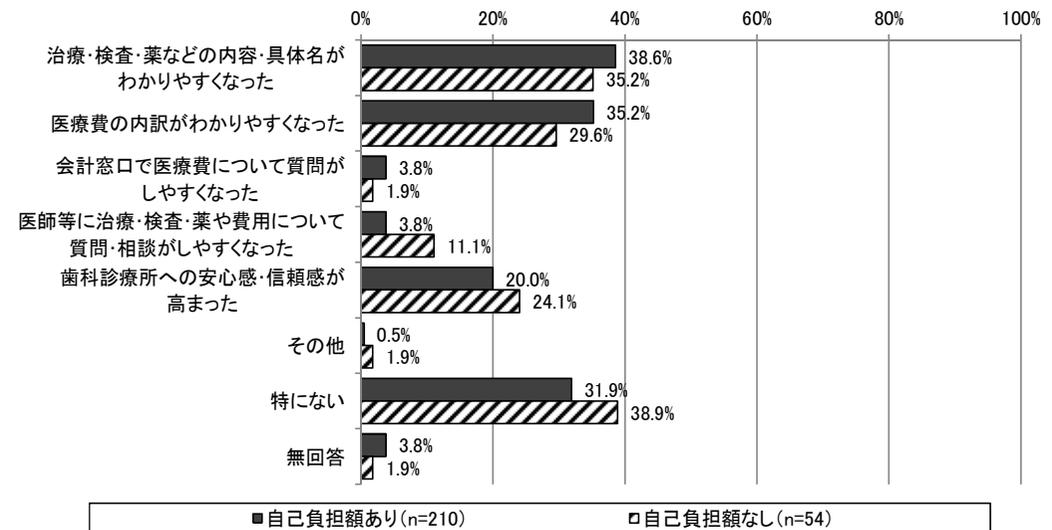
歯科診療所の患者について、明細書を受け取って良かったことをみると、自己負担額ありの患者では「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」が最も多く、次いで「医療費の内訳がわかりやすくなった」であった。

図表 158 明細書を受け取って良かったこと(一般診療所の患者)(明細書を受け取った人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「他の病院等を受診する際に検査内容を提示できる」等が挙げられた。

図表 159 明細書を受け取って良かったこと(歯科診療所の患者)(明細書を受け取った人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「処置内容について記録しやすい」等が挙げられた。

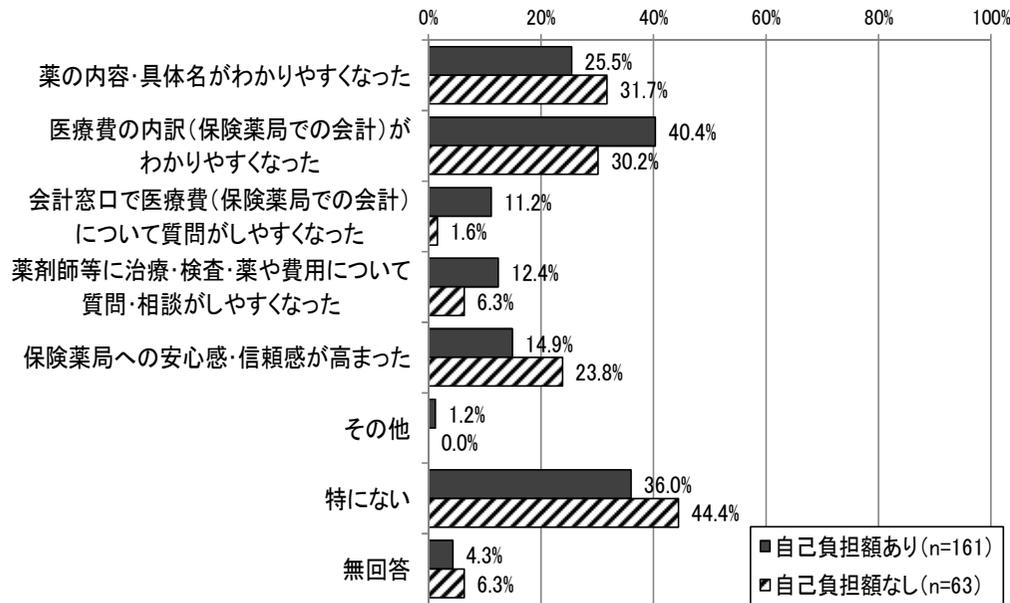
患者調査の結果②-3

＜明細書を受け取って良かったこと(保険薬局の患者及び訪問看護ステーションの利用者)＞
(報告書p103、104)

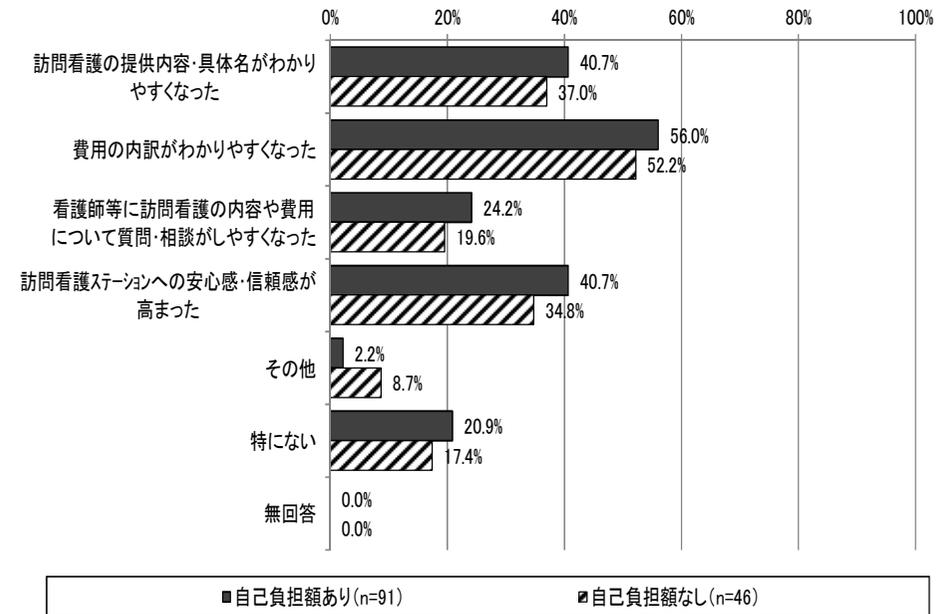
保険薬局の患者について、明細書を受け取って良かったことをみると、自己負担額ありの患者では「医療費の内訳(保険薬局での会計)がわかりやすくなった」が最も多かった。

訪問看護ステーションの利用者について、明細書を受け取って良かったことをみると、自己負担額ありの患者、自己負担額なしの患者いずれも「費用の内訳がわかりやすくなった」が最も多かった。

図表 160 明細書を受け取って良かったこと(保険薬局の患者)(明細書を受け取った人、複数回答)



図表 161 明細書を受け取って良かったこと(訪問看護ステーションの利用者)(明細書を受け取った人、複数回答)



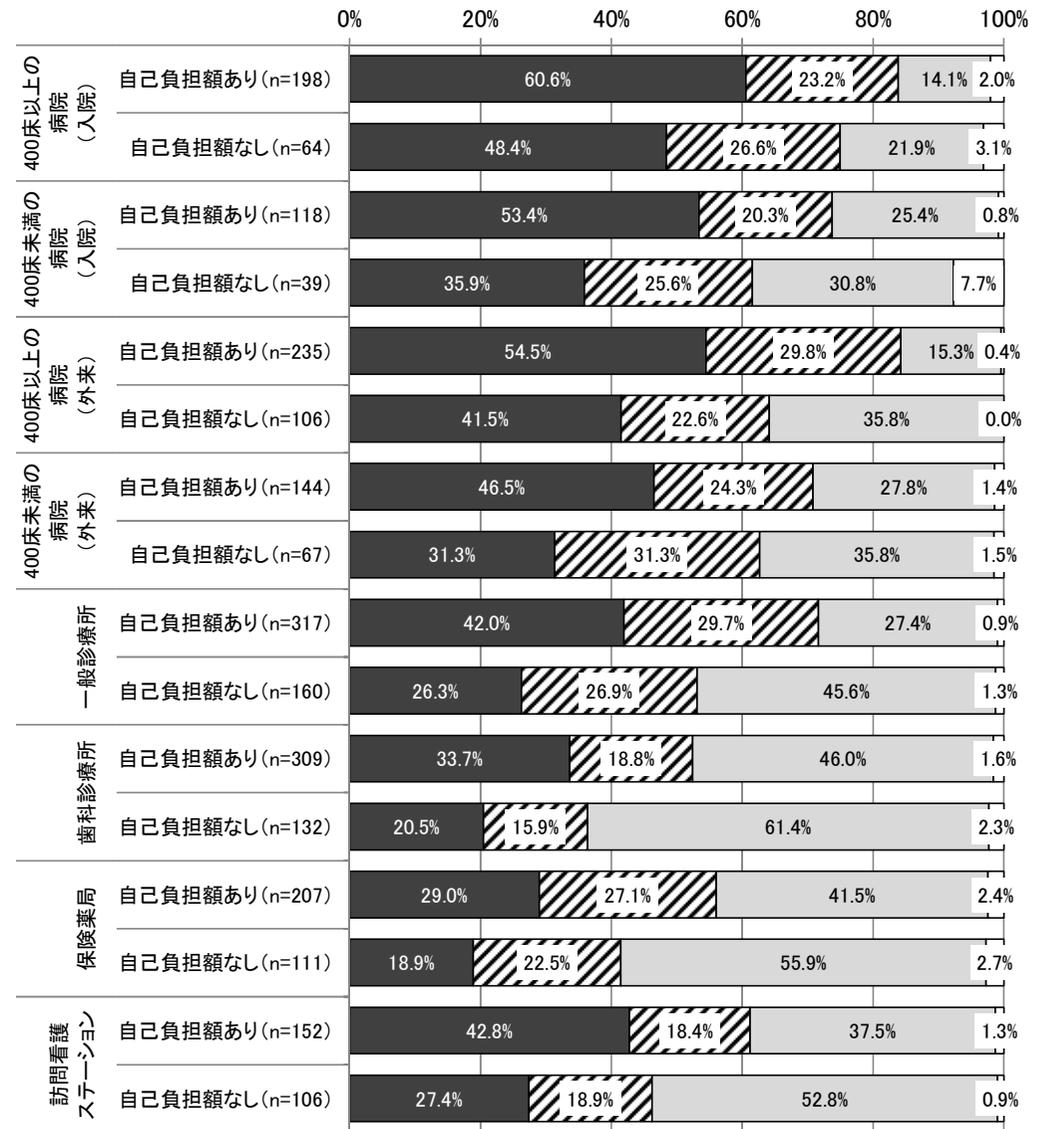
(注)「その他」の内容として、「内容・日数が同じの場合に比較して確認できる」が挙げられた。

患者調査の結果③

＜明細書発行に関する今後の希望＞（報告書p105）

明細書発行に関する今後の希望についてみると、自己負担額ありの患者・利用者では、400床以上の病院（入院）、400床未満の病院（入院）、400床以上の病院（外来）、400床未満の病院（外来）、一般診療所、訪問看護ステーションでは「会計の都度、明細書の発行を希望する」が最も多かった。歯科診療所、保険薬局では「希望しない」が最も多かった。

図表 162 明細書発行に関する今後の希望



■ 会計の都度、明細書の発行を希望する 1)
 ▨ 治療内容変更時など、場合により明細書の発行を希望する
 □ 希望しない
 □ 無回答

(注)1) 訪問看護ステーションでは「訪問看護の内容に変更があった時など、場合により発行を希望する」。

患者調査の結果④-1

<明細書発行を希望しない理由(病院の患者)>(報告書p106、108)

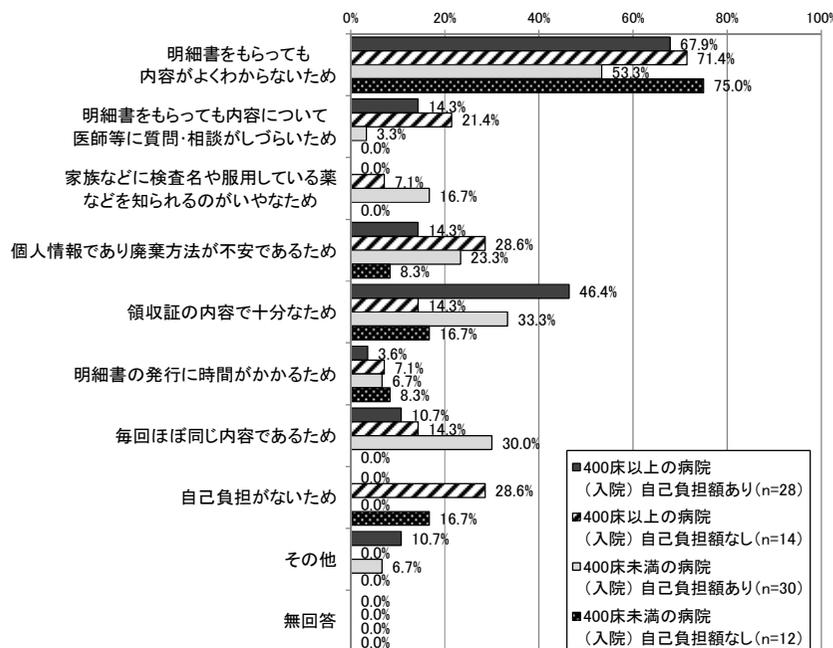
病院入院患者で、明細書発行を希望しない人に、明細書発行を希望しない理由を尋ねたところ、自己負担額ありの患者については、400床以上の病院、400床未満の病院いずれも「明細書をもらっても内容がよくわからないため」がそれぞれ67.9%、53.3%で最も多かった。

自己負担額なしの患者についても、400床以上の病院、400床未満の病院いずれも「明細書をもらっても内容がよくわからないため」がそれぞれ71.4%、75.0%で最も多かった。

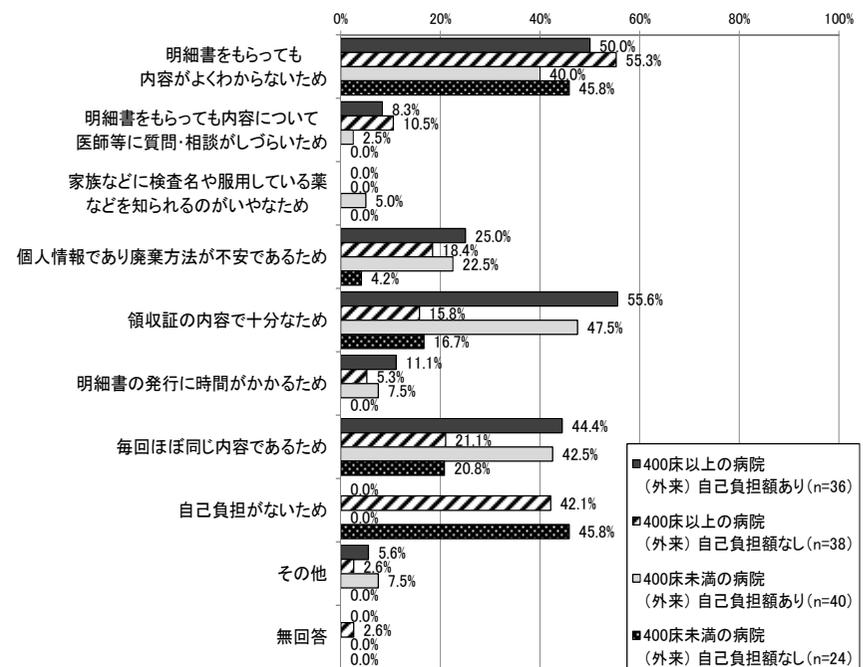
病院外来患者で、明細書発行を希望しない人に、明細書発行を希望しない理由を尋ねたところ、自己負担額ありの患者については、400床以上の病院、400床未満の病院いずれも「領収証の内容で十分であるため」がそれぞれ55.6%、47.5%で最も多かった。

自己負担額なしの患者については、400床以上の病院では「明細書をもらっても内容がよくわからないため」が55.3%で最も多く、400床未満の病院では「明細書をもらっても内容がよくわからないため」と「自己負担がないため」がそれぞれ45.8%で最も多かった。

図表 163 明細書発行を希望しない理由(病院(入院)患者)(明細書発行を希望しない人、複数回答)



図表 165 明細書発行を希望しない理由(病院(外来)患者)(明細書発行を希望しない人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「特に必要と感じない」、「用紙の無駄」、「書類が多過ぎる」等が挙げられた。
39 「紙の無駄」、「どう見るか等わからない」等が挙げられた。

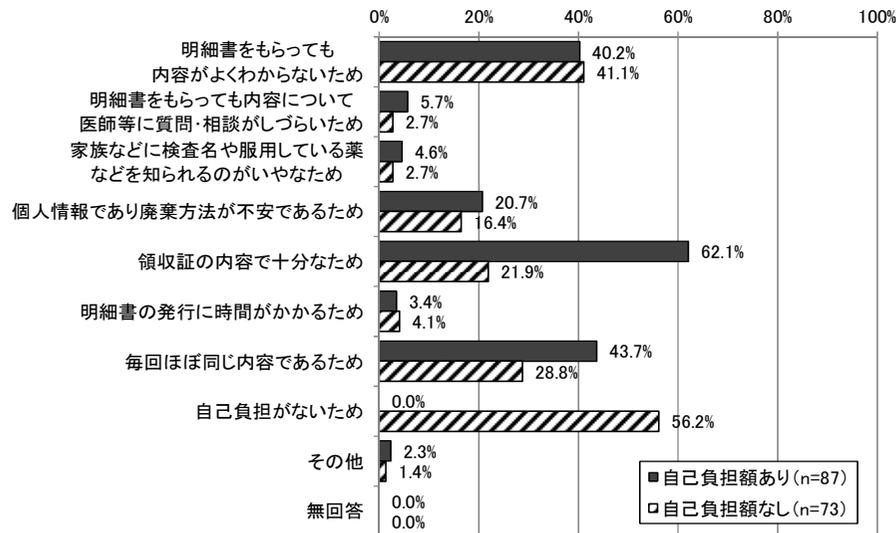
患者調査の結果④-2

＜明細書発行を希望しない理由(一般診療所及び歯科診療所の患者)＞(報告書p110、111)

一般診療所の患者で、明細書発行を希望しない人に明細書発行を希望しない理由を尋ねたところ、自己負担額ありの患者では「領収証の内容で十分であるため」が62.1%で最も多かった。また、自己負担額なしの患者では「自己負担がないため」が56.2%で最も多かった。

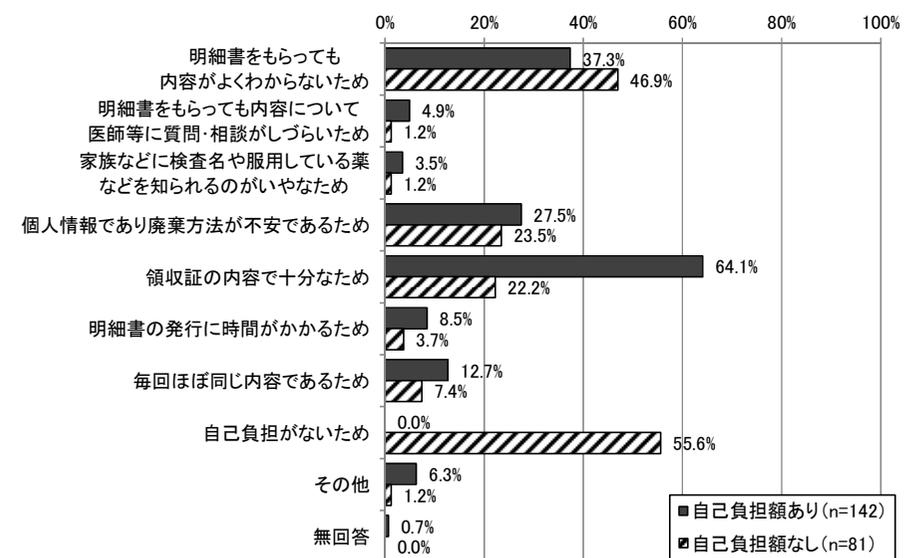
歯科診療所の患者で、明細書発行を希望しない人に明細書発行を希望しない理由を尋ねたところ、自己負担額ありの患者では「領収証の内容で十分であるため」が64.1%で最も多かった。また、自己負担額なしの患者では「自己負担がないため」が55.6%で最も多かった。

図表 167 明細書発行を希望しない理由(一般診療所の患者)(明細書発行を希望しない人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「年にまとめて明細書を受領している」等が挙げられた。

図表 169 明細書発行を希望しない理由(歯科診療所の患者)(明細書発行を希望しない人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「治療の内容を丁寧に説明してもらっている」、「特に見ない」等が挙げられた。

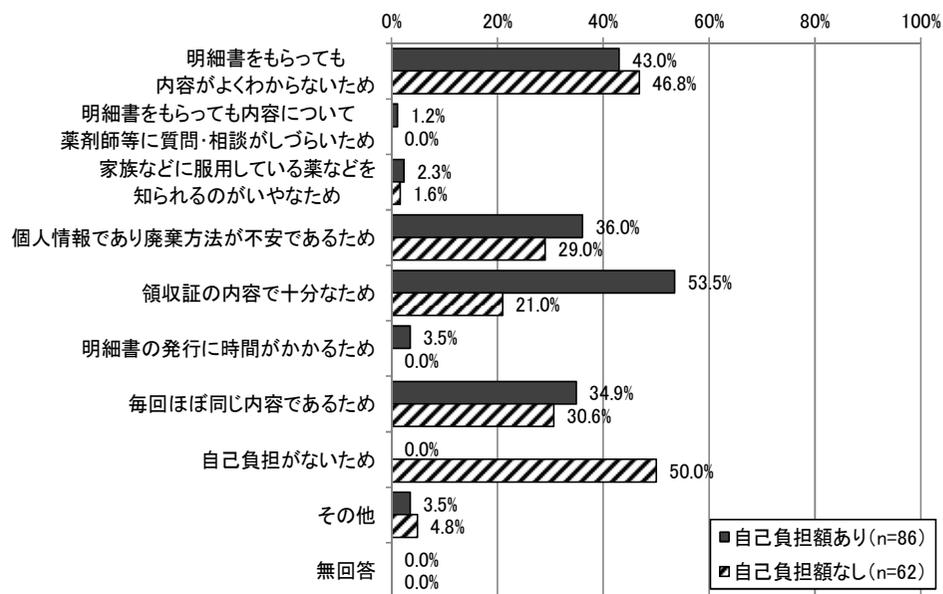
患者調査の結果④-3

＜明細書発行を希望しない理由(保険薬局の患者及び訪問看護ステーションの利用者)＞
(報告書p112、113)

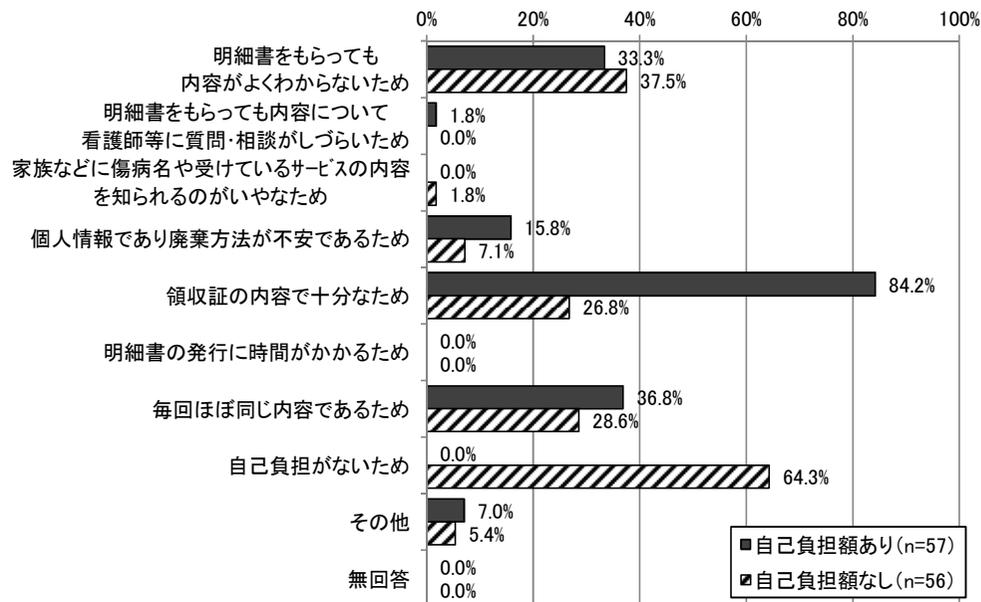
保険薬局の患者で、明細書発行を希望しない人に明細書発行を希望しない理由を尋ねたところ、自己負担額ありの患者では「領収証の内容で十分であるため」が53.5%で最も多かった。また、自己負担額なしの患者では「自己負担がないため」が50.0%で最も多かった。

訪問看護ステーションの利用者で、明細書発行を希望しない人に明細書発行を希望しない理由を尋ねたところ、自己負担額ありの利用者では「領収証の内容で十分であるため」が84.2%で最も多かった。また、自己負担額なしの利用者では「自己負担がないため」が64.3%で最も多かった。

図表 171 明細書発行を希望しない理由(保険薬局の患者)
(明細書発行を希望しない人、複数回答)



図表 173 明細書発行を希望しない理由(訪問看護ステーションの利用者)
(明細書発行を希望しない人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「明細書をもらう必要がない」、「老眼のためもらっても見られない」等が挙げられた。

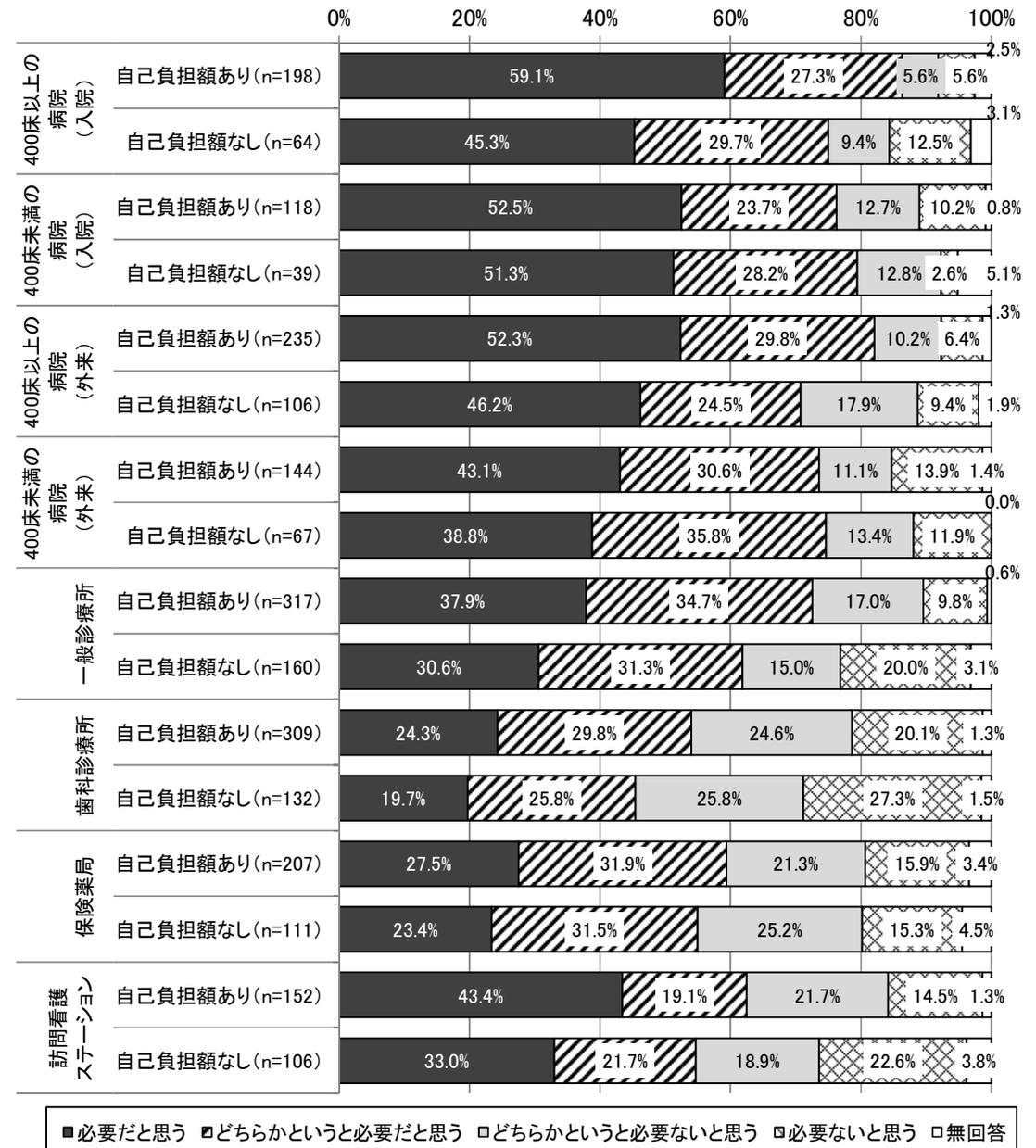
患者調査の結果⑤

＜明細書が無料発行される制度の必要性＞（報告書p114）

明細書が無料発行される制度の必要性をみると、自己負担額ありの患者・利用者では、いずれの施設・事業所でも「必要だと思う」と「どちらかという必要だと思う」を合わせた割合が5割を超えていた。

自己負担額なしの患者・利用者も、歯科診療所以外の施設では「必要だと思う」と「どちらかという必要だと思う」を合わせた割合が5割を超えていた。

図表 175 明細書が無料発行される制度の必要性

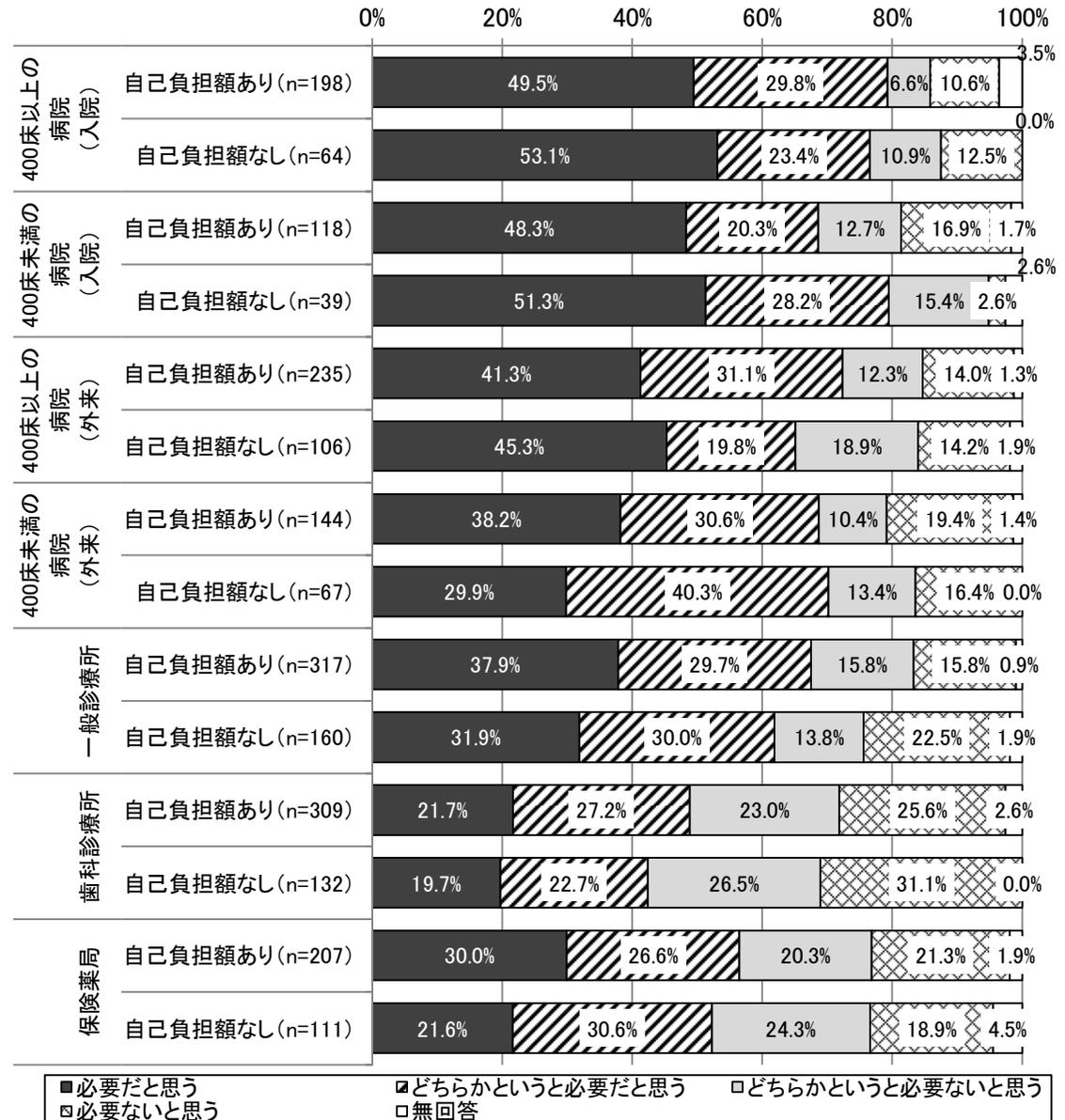


患者調査の結果⑥

＜自己負担額がない患者に対して明細書が無料発行される制度の必要性＞（報告書p115）

自己負担額がない患者に対して明細書が無料発行される制度の必要性をみると、歯科診療所以外の施設では、自己負担額ありの患者、自己負担額なしの患者のいずれも「必要だと思う」と「どちらかという必要だと思う」を合わせた割合が5割を超えていた。

図表 176 自己負担額がない患者に対して明細書が無料発行される制度の必要性(病院(入院)・病院(外来)・一般診療所・歯科診療所・保険薬局の患者)



(注) 訪問看護ステーションの利用者には本設問は尋ねていない。

明細書の無料発行に関する論点(案)

【論点(案)】

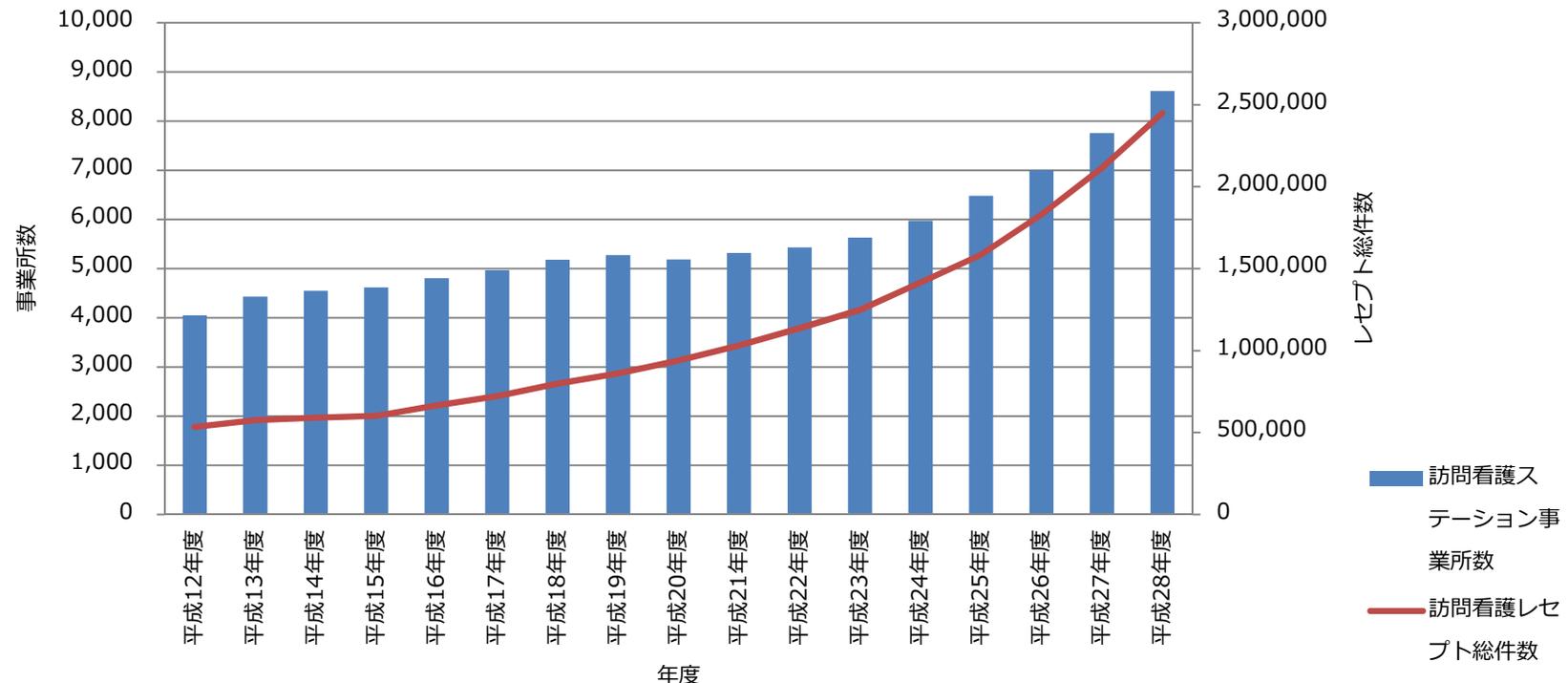
- 現在、領収証と明細書はそれぞれ別の様式を定めており、それぞれ発行することとなっているが、検証調査の結果、明細書を受け取ってよかったこととしては、「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」、「医療費の内訳がわかりやすくなった」といった回答が多かった一方、明細書を希望しない理由としては、「領収証の内容で十分なため」、「個人情報であり廃棄方法が不安であるため」といった回答が多かったことについて、どう考えるか。
- 領収証と明細書が果たすべき機能やそれらの発行業務の実態、そして現行レセプト様式の見直しが平成32年度に予定されていることを踏まえ、今後の明細書発行にかかる対応についてどう考えるか。

参考資料(明細書の無料発行)



医療保険における訪問看護療養費にかかるレセプト請求の現状

訪問看護ステーション事業所数（レセプト総件数）推移



出典) 厚生労働省平成12~27年度「医療費の動向調査」(年度版) 最近の医療費の動向〔概算医療費データベース〕制度別医療機関種類別 医療費
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken03/03.html>

- 訪問看護ステーションの事業所数は、平成12年度に4,049事業所に対し、平成28年度には8,613事業所まで増加（約2倍）している。また、訪問看護レセプトの総件数は、平成12年度に535,110件に対し、平成28年度には2,448,372件まで増加（約4倍）している。

※ 1施設当たりの請求件数について2倍強の伸び率（平成12年度：132件と平成28年度：284件）

- 介護保険における訪問看護費は主に電子請求されている一方で、医療保険における訪問看護療養費の請求については、「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」に基づき、厚生労働大臣の定める様式（紙）で行われている。

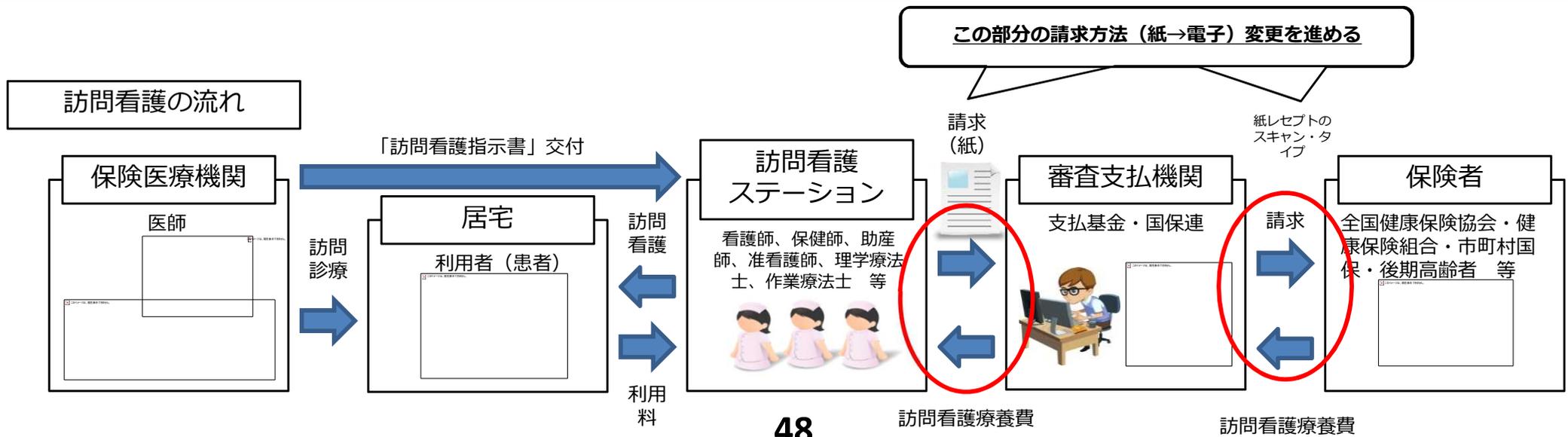
訪問看護レセプトの電子化（案）

基本的な考え方

- 我が国における高齢化の進展に伴い、訪問看護の事業所数・レセプト件数はこの数年で大幅に増加しており、訪問看護ステーションにおけるレセプト請求事務や審査支払機関等におけるレセプト処理事務の効率化が必要。
- 地域医療や在宅医療の実態を把握していく上でも、今まで悉皆データがなかった医療保険分野における訪問看護においてレセプトが電子化され、介護と合わせた訪問看護全体の分析が可能になることは重要。

当面の方針案

- 今後、平成29年度の調査研究事業の中で開催予定の仕様調整会議（日本看護協会、全国訪問看護事業協会、日本訪問看護財団、日本医師会、医療保険者、審査支払機関、JAHIS等で構成）を開催し、関係者参加のもと、訪問看護療養費のレセプト電子請求のためのマスター、記録条件仕様等の作成を行う。
- 訪問看護療養費のレセプト電子請求の開始時期や実施方法等については、上記調査研究事業等での検討を踏まえ、関係者と協議の上決定する。



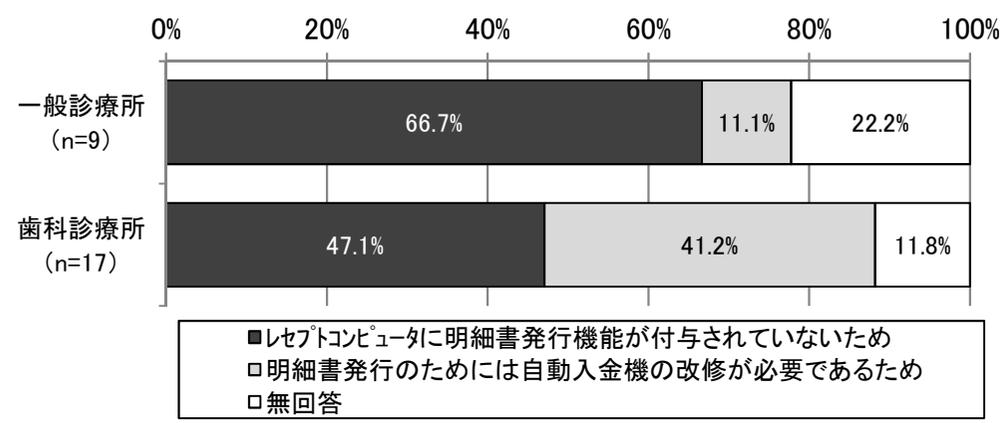
施設調査の結果② (一般診療所・歯科診療所)

＜自己負担額のある患者への明細書発行について「正当な理由」を届出し、全患者への明細書無料発行を行っていない施設の状況(診療所)＞(報告書p25)

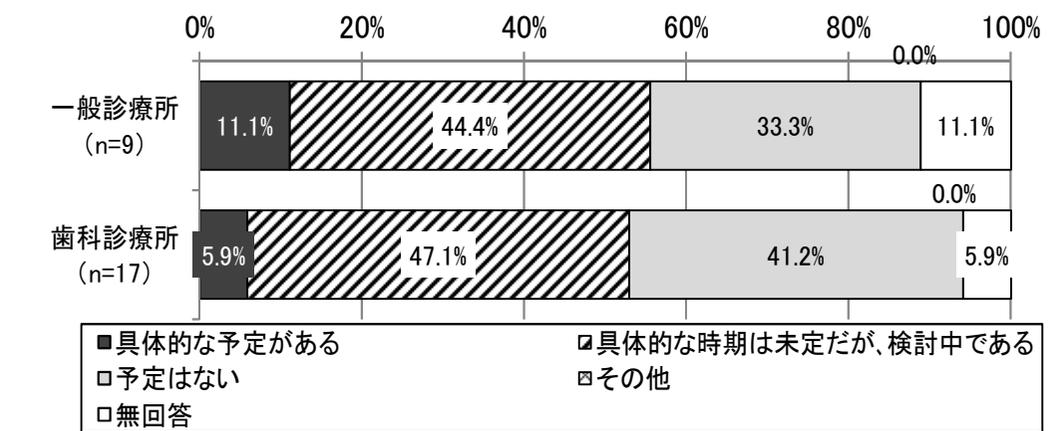
自己負担額のある患者への明細書発行について「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ無料又は有料で明細書を発行している診療所に、該当する「正当な理由」を尋ねたところ、一般診療所では「レセプトコンピュータに明細書発行機能が付与されていないため」が66.7%、「明細書発行のためには自動入金機の改修が必要であるため」が11.1%であった。歯科診療所では「レセプトコンピュータに明細書発行機能が付与されていないため」が47.1%、「明細書発行のためには自動入金機の改修が必要であるため」が41.2%であった。

自己負担額のある全患者への明細書無料発行体制の整備予定を尋ねたところ、一般診療所、歯科診療所のいずれも「具体的な時期は未定だが、検討中である」がそれぞれ44.4%、47.1%で最も多く、次いで「予定はない」(それぞれ33.3%、41.2%)であった。

図表 41 自己負担額のある患者への明細書発行について、自施設が該当する「正当な理由」(「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ無料又は有料で明細書を発行している診療所)



図表 42 自己負担額のある全患者への明細書無料発行体制の整備予定(「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ無料又は有料で明細書を発行している診療所)



49 (注) 具体的な予定があるとし発行予定時期を回答した診療所は、一般診療所では「平成29年7月頃」(1施設)、歯科診療所では「平成30年1月頃」(1施設)であった。

施設調査の結果④ (病院・一般診療所・歯科診療所・保険薬局)

＜自己負担額のない患者への明細書発行について「正当な理由」を届出している施設の状況＞
(報告書p45、46)

「正当な理由」の届出をし、自己負担額のない患者に対して明細書の発行を行っていない施設に、明細書を発行していない理由を尋ねたところ、一般診療所と歯科診療所では「明細書の発行を希望する患者がいないため」がそれぞれ60.0%、38.5%で最も多かった。
また、自己負担額のない患者に対する明細書無料発行体制の整備予定を尋ねたところ、一般診療所と歯科診療所では「予定はない」がそれぞれ63.6%、42.9%で最も多かった。

図表 72 自己負担額のない患者に対して明細書の発行をしていない理由(複数回答)
(「正当な理由」の届出をし、明細書の発行を行っていない施設)

(単位:上段「件」、下段「%」)

	処方がない場合、患者は受付・会計窓口に寄らずに帰宅するため 1)	明細書の発行に負担を感じるため	明細書の発行を希望する患者がいないため	その他	無回答
病院(400床以上) (n=1)	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0
病院(400床未満) (n=2)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 50.0	1 50.0
一般診療所 (n=10)	1 10.0	0 0.0	6 60.0	0 0.0	4 40.0
歯科診療所 (n=13)	1 7.7	3 23.1	5 38.5	1 7.7	6 46.2
保険薬局 (n=2)	- -	0 0.0	2 100.0	0 0.0	0 0.0

図表 73 自己負担額のない患者に対する明細書無料発行体制の整備予定
(「正当な理由」の届出をしている施設)

(単位:上段「件」、下段「%」)

	具体的な予定がある	具体的な時期は未定だが、検討中である	予定はない	その他	無回答
病院(400床以上) (n=1)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0
病院(400床未満) (n=2)	0 0.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0	1 50.0
一般診療所 (n=11)	0 0.0	1 9.1	7 63.6	0 0.0	3 27.3
歯科診療所 (n=14)	0 0.0	5 35.7	6 42.9	0 0.0	3 21.4
保険薬局 (n=2)	0 0.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0	0 0.0

(注)1) 保険薬局では本選択肢は設定していない。
・「その他」として、病院では「自己負担額のない患者は領収証の発行がないため」、**50** 歯科診療所では「レセコンがないため」が挙げられた。

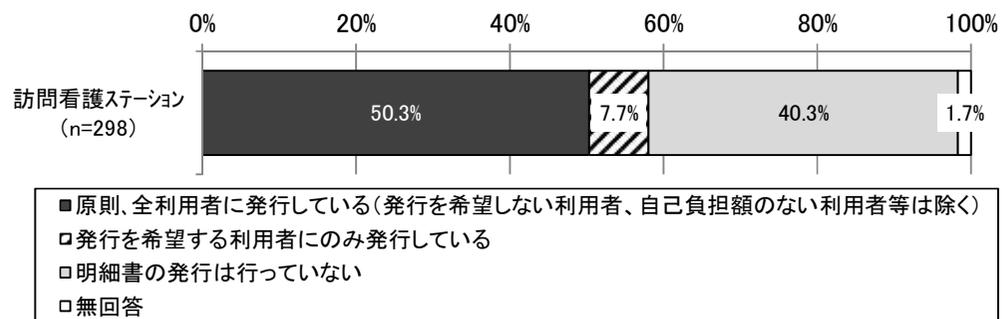
施設調査の結果⑦ (訪問看護ステーション)

<明細書の発行状況> (報告書p71)

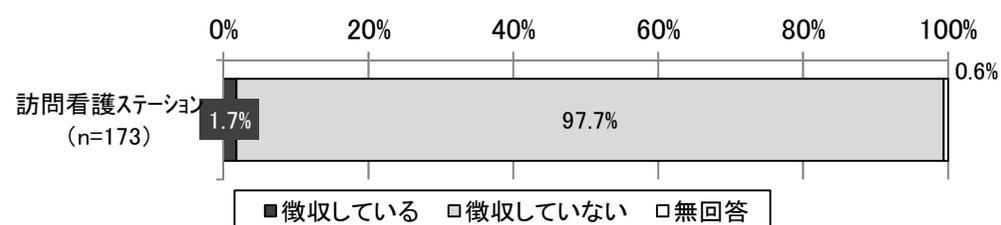
訪問看護ステーションにおける明細書の発行状況をみると、「原則、全利用者に発行している(発行を希望しない利用者、自己負担額のない利用者等は除く)」が50.3%で最も多く、次いで「明細書の発行は行っていない」が40.3%であった。

また、明細書発行にかかる費用徴収の有無をみると、「徴収している」は1.7%であった。

図表 113 明細書の発行状況



図表 114 明細書発行にかかる費用徴収の有無



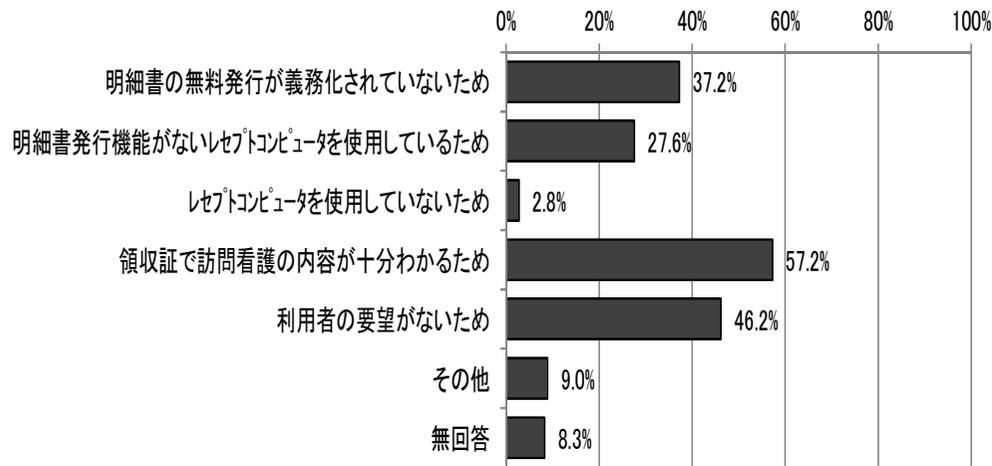
施設調査の結果⑨(訪問看護ステーション)

＜全利用者に明細書の無料発行を行っていない事業所の状況＞(報告書p81、82)

全利用者に明細書の無料発行を行っていない理由をみると、「領収証で訪問看護の内容が十分わかるため」が57.2%で最も多く、次いで「利用者の要望がないため」が46.2%であった。

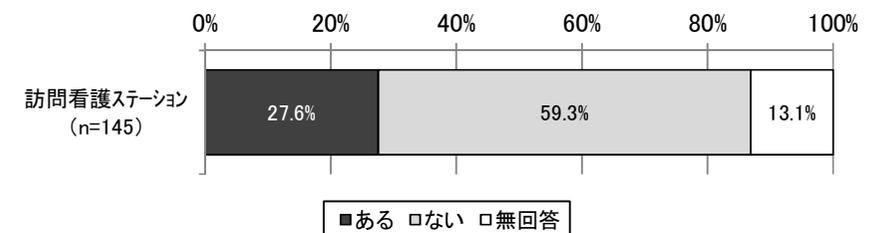
全利用者への明細書を無料発行する場合に困ることの有無をみると、「ある」が27.6%、「ない」が59.3%であった。

図表 135 全利用者に明細書の無料発行を行っていない理由
(全利用者に明細書の無料発行を行っていない事業所、複数回答、n=145)



(注)「その他」の内容として、「定額(月1回の訪問)のため」、「請求のない利用者の明細書は発行できない」、「事務量削減」、「領収証兼明細書として発行」、「紙が多くて管理できない利用者が多く、困らせることになる」等が挙げられた。

図表 137 全利用者に明細書を無料発行する場合に困ることの有無
(全利用者に明細書の無料発行を行っていない事業所)



図表 138 全利用者に明細書を無料発行する場合に困ることの内容(自由記述式)
(全利用者に明細書を無料発行する場合に困る事業所)

- ・ システムが明細書発行に非対応であり、プリンターも別途購入等が必要となる。
- ・ システムの更新で対応可能かがわからない。
- ・ ランニングコストがかかる。請求書と領収証に同じ内容が載っているため、利用者に「いらぬ」と言われる可能性の方が高い。
- ・ 請求書と領収証に明細があり、手間や用紙代が負担に感じる。利用者には複数の事業所から様々な書類が送付されており、管理できていないのが現実。 / 等

個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

9. 歯科診療報酬点数表の「特定薬剤」等の算定方法

【課題】

- 歯科診療報酬点数表の第8部処置及び第9部手術では、歯科治療中に使用する薬剤の一部を「特定薬剤」として規定している。
- 「特定薬剤」料の算定方法は、1回の処置又は手術に使用した薬価が40円を超える場合に、「薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数」によるとなっている。さらに、薬価が40円以下である場合は算定できない取扱いである。
- また、第10部麻酔の薬剤料についても「特定薬剤」と同様の算定方法となっており、一般的な薬剤料(医科診療報酬点数表の第11部麻酔の薬剤料を含む。)の算定方法とは異なっている。
- 「特定薬剤」は、歯科診療報酬点数表が定められた昭和30年代から規定されていたが、「購入価格を10円除した点数」で算定できる取扱いであった。
- その当時、1回の治療で複数の薬剤を使用することも多かったことから、事務手続きの簡略化等の観点で、昭和47年に「使用した薬価の合計から40円を控除する」算定方法になった。
- しかし、現在「特定薬剤」の中で最も使用されているものは、昭和47年には使用されていなかったものであり当時とは状況が異なってきている。

- 歯科診療報酬点数表の第8部処置及び第9部手術では、歯科治療中に使用する薬剤の一部を「特定薬剤」として規定している。

歯科診療報酬点数表の「特定薬剤」とは

- 歯科診療報酬点数表の第8部処置及び第9部手術には、通常の「薬剤料」とは別に、それぞれ第3節及び第5節に「特定薬剤料」があり以下のとおり「特定薬剤」が規定されている。

(第8部処置) 第3節特定薬剤

「特掲診療料の施設基準等」の第十一の「三」に規定する薬剤

- ・使用薬剤の薬価(薬価基準)別表第4部歯科用薬剤外用薬(1)に掲げる薬剤
- ・別表第十一の「一」に掲げる薬剤(口腔用ケナログ、歯科用(口腔用)アフタゾロン、テラコートリル軟膏、デルゾン口腔用)

(第9部手術) 第5節特定薬剤

「特掲診療料の施設基準等」の第十二の「四」に規定する薬剤

- ・使用薬剤の薬価(薬価基準)別表第4部歯科用薬剤外用薬(1)に掲げる薬剤
- ・別表第十一の「二」に掲げる薬剤(口腔用ケナログ、歯科用(口腔用)アフタゾロン、テラコートリル軟膏、デルゾン口腔用、生理食塩水)

使用薬剤の薬価（薬価基準）別表第4部歯科用薬剤外用薬（1）に掲げる薬剤

品名	規格単位	薬価（円）	薬効分類名
オキシテトラコーン歯科用挿入剤5mg	5mg1個	16.9	歯科用抗生物質製剤（挿入剤）
コーパロン歯科用表面麻酔液6%	1枚	12.8	歯科用局所表面麻酔剤
サージカルパック口腔用	散財（液剤を含む） 1g	65.4	歯科用繃帯剤
歯科用TDゼット液	1 mL	293.8	口腔内局所止血剤
歯科用TDゼット・ゼリー	1g	304.6	口腔内局所止血剤
ジンジカインゲル20%	1g	66.7	歯科用局所表面麻酔剤
テトラサイクリン塩酸塩パスタ3%「昭和」	30mg1g	228.7	歯科用抗生物質製剤
テトラサイクリン・プレステロン歯科用軟膏	1 g	233.3	歯科用抗生物質製剤
ネオザロカインパスタ	1g	115.7	歯科用局所表面麻酔剤
ハリケインゲル歯科用20%	1g	66.7	歯科用局所表面麻酔剤
ビーゾカイン歯科用ゼリー20%	1g	66.7	歯科用局所表面麻酔剤
ヒノポロン口腔用軟膏	1g	127.7	歯周疾患治療剤
プロネスパスタアロマ	1g	88.3	歯科用局所表面麻酔剤
ペリオクリン歯科用軟膏	10mg0.5g1シリンジ	607.3	歯科用抗生物質製剤（歯周炎治療薬）
ペリオフィール歯科用軟膏	10mg0.5g1シリンジ	399.5	歯科用抗生物質製剤（歯周炎治療薬）

歯科診療報酬における「特定薬剤」の算定方法

- 「特定薬剤」の薬剤料(特定薬剤料)は、1回の治療に使用する薬価の合計から40円を控除する取扱いであり、歯科診療報酬点数表の一般的な薬剤とは異なる算定方法になっている。

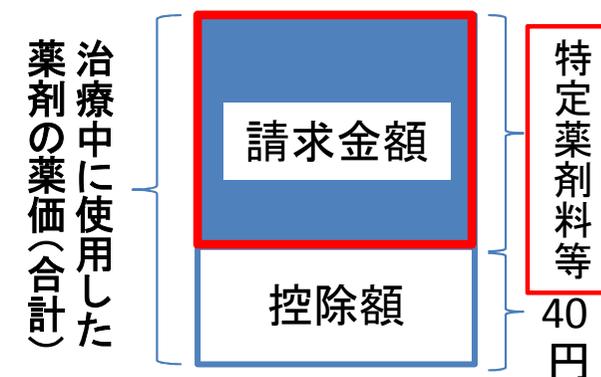
「特定薬剤」の算定方法

「特定薬剤」の薬剤料の算定方法は以下のとおり。

- 薬価が40円を超える場合は、**薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数**につき1点未満の端数を切り上げて得た点数
- 1回の治療に使用する薬価の合計が40円を超える場合、薬価の合計から40円を控除した金額を請求する。

※120点以上の処置/手術又は特に規定する処置/手術に「特定薬剤」を使用した場合は技術料に含まれ、別に算定できない。

＜特定薬剤の算定イメージ＞



一般的な薬剤料の算定方法

一般的な薬剤の請求ルールは以下のとおり(医科診療報酬点数表も同様)。

- 薬価が15円を超える場合は、**薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数**につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

(参考) 特定薬剤の算定例

○薬価が40円以下である場合： 算定できない

【例：パスタ】

製品名		ヒノポロン口腔用軟膏		テラ・コートリル軟膏	
薬価		1g 172.70 (円)		1g 32.40 (円)	
点数		薬価から計算した点数(点)	請求点数(点)	薬価から計算した点数(点)	請求点数(点)
	1歯	0.5	0	0.1	0
	1/3顎	1.2	0	0.3	0
	2/3顎	2.3	0	0.6	0
	1顎	3.5	0	1.0	0

○薬価が40円を超える場合： 薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数

【例：歯科用軟膏】

製品名		ペリオクリン歯科用軟膏		ペリオフィール歯科用軟膏2%	
薬価		10mg0.5g 1シリンジ 607.30(円)		10mg0.5g 1シリンジ 399.50 (円)	
点数	薬価を10円で除した 点数 (点)	請求点数(点)	薬価を10円で除した 点数 (点)	請求点数(点)	
		60.7	57	40.0	36

- 第10部麻酔の薬剤については、「特定薬剤」と同様の算定方法になっており、一般的な薬剤料(医科診療報酬点数表「第11部麻酔」も含む。)と算定方法が異なっている。

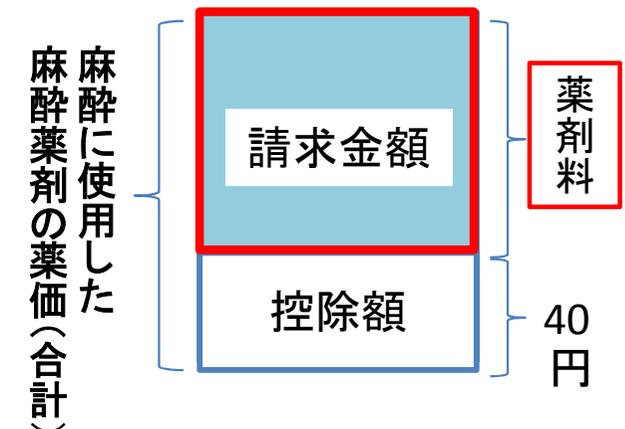
第10部麻酔第2節薬剤料の算定方法

第10部麻酔の薬剤料の算定方法は、「特定薬剤」と同様であり、以下のとおり。

- 薬価が40円を超える場合は、**薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数**につき1点未満の端数を切り上げて得た点数
- 1回の麻酔に麻酔薬剤を2種以上使用する場合であっても、薬価の合計が40円を超える場合、合計から40円を控除した金額を請求する。

※第9部手術、所定点数が120点以上の処置、特に規定する処置、区分番号M001に掲げる歯冠形成は、浸潤麻酔が含まれ別に算定できない。

<第10部麻酔の算定イメージ>



第10部麻酔で使用される麻酔薬剤の例

【K000伝達麻酔、K001浸潤麻酔に使用される薬剤の例】

品名	規格単位	薬価 (円)	薬効分類名
(歯科用薬剤 注射薬)			
エピリシド配合注歯科用カートリッジ1.8mL	1.8mL1管	60.90	局所麻酔剤
オーラ注歯科用カートリッジ1.0mL	1mL1 管	59.60	歯科用局所麻酔剤
オーラ注歯科用カートリッジ1.8mL	1.8mL1管	58.00	歯科用局所麻酔剤
キシレステシンA注射液 (カートリッジ)	1.8mL1管	60.90	局所麻酔剤
歯科用キシロカインカートリッジ	1.8mL1管	78.20	局所麻酔剤
歯科用シタネスト-オクタプレシンカートリッジ	1.8mL1管	68.80	局所麻酔剤
スキャンドネストカートリッジ	3%1.8mL1管	92.00	歯科用局所麻酔剤
(注射薬)			
キシロカイン注射液「1%」エピレナミン (1:100,000) 含有 1%10mL	1%10mLバイアル	106	局所麻酔剤
キシロカイン注射液1%	1%10mLバイアル	111	局所麻酔剤

【K003静脈内鎮静法に使用する薬剤の例】

品名	規格単位	薬価 (円)	薬効分類名
ミダゾラム注10mg 「サンド」	10mg2mL1管	69.00	催眠鎮静剤
ホリゾン注射液10mg	10mg1管	93.00	マイナートランキライザー

「特定薬剤」が設けられた経緯

○ 当時の状況

- ✓ 歯科診療報酬点数表が定められた昭和30年代から、「処置」の部で使用する薬剤は、「特定薬剤」として規定され、「購入価格を10円で除して得た点数」で算定する取扱いであった。
- ✓ 当時の「特定薬剤」には、現在の特定薬剤に含まれている歯科用抗生物質製剤、歯科用局所表面麻酔剤、歯科用繃帯剤の他に、根管処置に使用する薬剤やセメント等も含まれていた。

※根管処置に使用する薬剤については、現在は「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」の中で規定され、薬価は設定されていない。

○ 現在の算定方法が設けられた経緯

(以下、「歯科界への提言」稲葉利正著 昭和63年歯科医療研究会発行より引用)

- 当初の保険における処置の点数は現在と比較すると非常に低く、その低い点数のなかに処置に使用する薬も含まれるとするには無理があった。
- 当時1回の使用の価格が10円を超えるものを算定できるようにした結果、種類が増加した。
- また、同時に2種類以上を使用するケースも増え、請求事務が煩雑化した。
- 処置の点数が見直されてきたため、事務請求の簡素化を考慮した。

→昭和47年に薬剤の価格から40円を控除した額を請求するルールに変更

<抗生剤歯科用円錐(コーン)>

塩酸テトラサイクリン
 オキシテトラサイクリン
 クロラムフェニコール
 オキサトロン
 マイシリン
 ロイコマイシンS
 トロンボコーンL
 テトラサイクリンノボビオシン
 トロンビン
 フラジオマイシン・セルデント「クーゲル」
 セルデント「コンク」

<歯科用局所表面麻酔剤等>

サホライドカルボカイトスプレー
 コーパロン
 ネオザロカインパスタ
 ホモカイン
 歯科用キシロカインスプレー
 プロネスパスタ
 キシロカイン軟膏
 トピケイル液
 トピケイル軟膏
 歯科用5%キシレステジン軟膏
 ヘモデントコード

<根管治療薬、歯周炎治療薬等>

歯科用クロラムフェニコール
 歯科用複方ロイコマイシン液
 歯科用ユージノールセメント
 ノブダイン
 カルビタール
 エヌ・ツー・メヂカル
 エヌ・ツー
 キャナルス
 クレオドンパスタ
 ペリオドン
 メトコール
 歯科用モルホニン
 ネオクリナー「セキネ」
 ヒポクロリットソリューション10%「日薬」
 歯科用サージカルパック
 セロパック
 ヒノポロン

<歯科用抗生物質製剤等>

歯科用オキシテトラサイクリンパスタ
 歯科用テトラサイクリンパスタ
 歯科用クロラムフェニコールパスタ
 歯科用ペニシリンパスタ
 エルエフゾロンパスタ
 歯科用フラジオマイシン貼付剤
 ロイコセルシート
 プレステロン歯科用軟膏
 ゼヒドリン軟膏
 テトラコーチゾン軟膏
 テトラサイクリンプレステロン軟膏
 テラ・コートリル軟膏
 トリアムシノロンアセトナイド軟膏
 歯科用(口腔用)アフタゾロン

全53種類

- ・青字→現在も「特定薬剤」に含まれているもの
- ・赤字→根管治療薬等
 現在は技術料に包括され算定できない取扱い
 (販売されていないものも含む)

「特定薬剤」の算定状況

- 「特定薬剤」のなかで最も算定回数が多いのは、ペリオフィール歯科用軟膏2%であり、先発品であるペリオクリン歯科用軟膏とあわせて、歯周病の治療時に用いる歯科用抗生物質製剤が約7割を占めている。
- ペリオフィール歯科用軟膏2%は平成19年、ペリオクリン歯科用軟膏は平成2年にそれぞれ薬価収載され、1回の治療で1シリンジを使い切るものであり、少量の薬剤を複数使用することが多かった「特定薬剤」に対して算定方法が変更された昭和47年当時には想定されていなかった使用方法である。

＜特定薬剤の算定回数＞

特定薬剤名	算定回数	割合
ペリオフィール歯科用軟膏2%	186,572	43.5%
ペリオクリン歯科用軟膏	95,116	22.2%
アフタゾロン口腔用軟膏	49,720	11.6%
ヒノポロン口腔用軟膏	35,192	8.2%
ケナログ口腔用軟膏	26,782	6.2%
テトラサイクリン・プレステロン 歯科用軟膏	13,844	3.2%
生理食塩液	9,962	2.3%
デルゾン口腔用軟膏	2,336	0.5%
ハリケインゲル歯科用20%	1,948	0.5%
テラ・コートリル軟膏	1,356	0.3%
コーパロン歯科用表面麻酔液	1,188	0.3%

特定薬剤名	算定回数	割合
ジンジカインゲル20%	1,135	0.3%
プロネスパスタアロマ	754	0.2%
ビーゾカイン歯科用ゼリー20%	636	0.1%
サージカルパック口腔用	644	0.2%
テトラサイクリン塩酸塩パスタ3%	658	0.2%
ネオザロカインパスタ	362	0.1%
ハリケインリキッド歯科用20%	216	0.1%
オキシテトラコロン歯科用挿入剤	95	0.0%
アクリノール	36	0.0%
歯科用TDゼット液	*	-
歯科用TDゼット・ゼリー	-	-
合計（歯科用TDゼットを除く）	428,552	

歯科診療報酬点数表の「特定薬剤」等の算定方法に関する論点(案)

【論点(案)】

- 歯科診療報酬点数表に規定される「特定薬剤」及び第10部麻酔の薬剤の算定方法について、一般的な薬剤料と同じ算定方法となるよう、見直すことにはどうか。

個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取扱い

10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

【課題】

- 14日処方制限について、副作用の早期発見など、安全性確保のために必要な診察頻度等に留意しつつ、処方日数のあり方や、処方日数制限の対象品目など、具体的な見直しの選択肢について検討する必要がある。

規制改革実施計画（平成29年6月9日閣議決定）

II 分野別実施事項

4. 医療・介護・保育分野

(2) 個別実施事項

⑥ 新医薬品の14日間処方日数制限の見直し

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管府省
26	新医薬品の14日間処方日数制限の見直し	新医薬品の処方日数制限について、現行の14日間よりも長い日数制限とすることを含めた具体的な見直し案の選択肢を検討し、結論を得る。その際、患者の利便性に加えて、副作用の早期発見など、安全性確保に留意する。	平成29年度検討・結論	厚生労働省

規制改革WGでの指摘（抜粋）

平成28年4月1日 健康・医療WG

- 実際の中医協の議論では、例えば14日が適切なのか、例えば28日でも変わらず安全性が担保されるのではないかと、そういった議論が必要だったのではないかと。
- 安全性が確認されるのであれば、処方制限を外し、働きながら病気と闘っている方が新しいお薬を十分使えるような環境を作るべきではないかと。

平成29年4月17日 医療・介護・保育WG

- 無制限に投与すればいいわけではないが、14日間という期間は短すぎるのではないかと。
- 最近、多くの新薬が出ている中で、2週間に1度という頻度では医療機関に行けない患者が大勢いる。14日という期間に合理性がないのではないかと。
- 原則30日として、特殊なものに関して更に厳しくするというやり方もあるのではないかと。

平成29年11月6日 医療・介護・保育WG

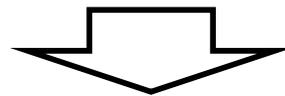
- 安全性に疑念があるもの、例えば新しいメカニズムの医薬品が出たというケースであれば、それは14日でもやむを得ない。あるいは治験において、必ずしも安心できないようなデータがあれば、議論の上で14日というのもあり得る。一方で、同じメカニズムの薬が既にあり、5番目に上市されたような医薬品は14日でなくても良いのではないかと。

中央社会保険医療協議会総会に提示した課題と論点

「平成27年11月6日中央社会保険医療協議会総会 個別事項(その4 薬剤使用の適正化等について)」

【課題】

- 近年、経年的にみて、投薬期間(処方日数)が長くなる傾向がみられる。また、大規模な病院ほど、慢性疾患の薬剤に関する投薬期間(処方日数)が長い傾向がある。
- 高齢者の外来受診頻度は若年者よりも高く、高齢化は医療需要を増やす方向に作用する一方、近年では、特に高齢者の外来受療率や外来受診頻度が低下する傾向にある。
- 医師が、長期処方をしている理由としては、「病状の安定」「患者からの要望」「患者の通院負担の軽減」が多くなっている。一方、「患者が薬をなくしてしまい、次回予約よりも前に再診に来たことがある」や「服薬を忘れて中断したため病状が改善しなかったことがある」などの指摘がある。
- 多くの患者が残薬の経験があるが、その発生状況について、処方日数の違いによる差は大きくない。また、処方日数制限については、新薬に関して安全性確保の観点から設けられている制度であるが、疾患によっては投薬のための通院が負担になる場合もあるとの指摘がある。



【論点】

- 近年、処方日数が徐々に増加し、より長期の処方が増加する傾向にあり、何らかの制限を設けるべきとの意見もあるが、処方日数に関する現状やルールについてどう考えるか。
- また、新医薬品の処方日数制限について、対応できる医療機関が限られている場合に負担が大きいと指摘されているが、これらの対応についてどう考えるか。

中央社会保険医療協議会総会で出た主な意見の概要

「平成27年11月6日中央社会保険医療協議会総会 個別事項(その4 薬剤使用の適正化等について)」

○診療側委員

- ・治験が終わって、大量に使うと、思ってもみない副作用が1年以内には出ることがある。腎機能障害が出たり、肝機能障害が出たり、それは定期的に見ていかないといけないので、原則として、14日処方制限は守るべき。
- ・新医薬品の日数制限は、厳正に守るべき。

○支払側委員

- ・患者にとって安全かどうかが重要なので、制限を付けることには賛成。個別の医薬品で安全性が担保されるのであれば、その医薬品を例外として取り扱う措置は、検討してもよいのではないか。
- ・患者の負担や個別的な理由等の観点から検討していくことは間違いであり、あくまで安全性という観点から議論していくべきで、基本は厳守していくことが妥当。

※ 平成27年12月25日 平成28年度診療報酬改定に関する1号側(支払側)意見(抜粋)
新薬の処方日数制限(14日まで)については、安全性確保の観点から厳守すべきである。

- 平成13年度までは、内服薬・外用薬の一般的な投与期間は14日を限度とされており、特定の疾患・医薬品に限り、原則30日分の長期投与が可能とされていたところ。
- しかしながら、慢性疾患の増加等に伴い、投薬治療が長期に及ぶものが増加し、長期投与の対象とする医薬品を拡充する必要性が関係学会等から多数寄せられていたことから、平成14年度診療報酬改定の際に、原則として疾患名又は医薬品名を限定した投与日数の制限を行わないこととされた。
- ただし、実地医療の場で初めて使用される段階の新医薬品については、処方医による一定の診察頻度を確保し、患者の観察を十分に行う必要があるという観点から、引き続き、原則として投与日数を14日とすることとされた。
- なお、新医薬品であっても、処方日数制限を行うことが不合理と考えられる場合には、個別に中央社会保険医療協議会の了承を得た上で、以下のような例外的な取扱いとしている。
 - ・ 同様の効能・効果、用法・用量の既収載品の組合せと考えられる新医療用配合剤など、有効成分にかかる効能・効果、用法・用量について、実質的に、既収載品によって1年以上の臨床使用経験があると認められる新医薬品については、新医薬品に係る処方日数制限を設けない
 - ・ 疾患の特性や、含有量が14日分を超える製剤のみが存在しているといった製剤上の特性から、1回の投薬期間が14日を超えることに合理性があり、かつ、投与初期から14日を超える投薬における安全性が確認されている新医薬品については、薬価基準収載の翌月から1年間は、処方日数制限を、製剤の用法・用量から得られる最少日数に応じた日数とする。

新医薬品の処方日数制限の取扱いに係る論点(案)

【論点(案)】

- 新医薬品の14日間処方日数制限の対応について、例えば、以下のような選択肢が考えられるが、それぞれの選択肢についてどう考えるか。
- 1) 処方日数制限について、現状の14日から21日、28日、30日等に延長。
 - 2) 個別の患者の事情を勘案し、患者の状況に応じて処方日数を延長。
 - 3) 処方日数制限を行わないとしている現在の取扱い(実質的に、既収載品によって1年以上の臨床使用経験があると認められる新医薬品等)に、次の場合を追加。
 - ・ 既収載品の有効成分(ラセミ体)を光学分割した場合
 - ・ 既収載品の有効成分の代謝物や代謝前の成分の場合
 - ・ 既収載品と同一成分・同一投与経路であり、同様の効能・効果であるが、用法・用量が既収載品と著しく異なる配合剤の場合
 - 4) 現行の取扱いを維持。

投与期間の限度

対象となる医薬品

14日

- 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第二条第一号に規定する麻薬(30日を限度とされているものを除く。)
- 麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬(30日又は90日を限度とされているものを除く。)
- 新医薬品**(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和三十五年法律第百四十五号)第十四条の四第一項第一号に規定する新医薬品をいう。)であって、使用薬剤の薬価(薬価基準)への掲載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年(厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間)を経過していないもの(抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除く。)

30日

- 内服薬**
アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、プロチゾラム、ブロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、ロフラゼプ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、メペンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤
- 外用薬**
フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬
- 注射薬**
フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬

90日

- ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤