

医療機器の保険適用について（平成30年4月収載予定）

区分C2（新機能・新技術）

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均 価格との比	頁数
①	発汗計 SKN-2000M	株式会社西澤電機 計器製作所	特定保険医療材料ではなく、既存技術料（留意事項の変更）で評価する。		なし	なし	3

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 発汗計 SKN-2000M
 保険適用希望企業 株式会社 西澤電機計器製作所

販売名	決定区分	主な使用目的
発汗計 SKN-2000M	C2（留意事項の変更）	本装置は、人体の皮膚表面に発汗量検出プローブを装着することにより発汗量を連続、簡便かつ定量的に測定できる装置である。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
発汗計 SKN-2000M	特定保険医療材料としては設定せず、 既存技術料（留意事項の変更）にて評価する。		

関連技術料

D239-4 全身温熱発汗試験 600点

留意事項案（下線部を追加）

（1）本検査は、多系統萎縮症、パーキンソン病、ポリニューロパチー、特発性無汗症、ホルネル症候群及びロス症候群等の患者に対し、ヨウ素デンプン反応又は換気カプセル法を利用して患者の全身の発汗の有無及び発汗部位を確認した場合に、診断時に1回、治療効果判定時に1回に限り算定できる。

○推定適用患者数

132人／年

[参考]

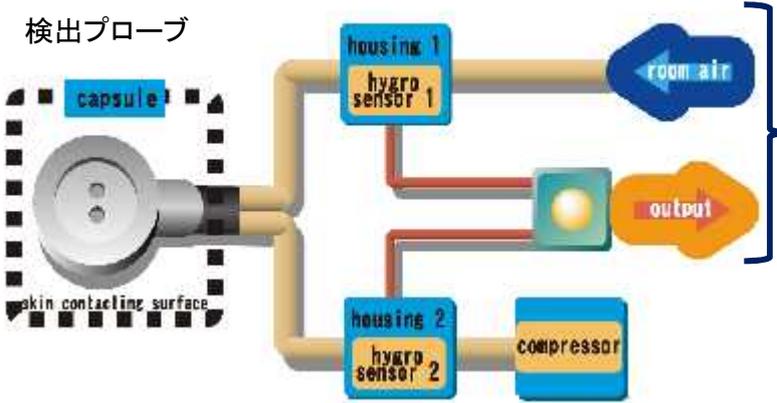
○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分
発汗計 SKN-2000M	特定保険医療材料としては設定せず、 既存技術料の留意事項の変更を希望する。	

○ 諸外国におけるリストプライス

販売名	アメリカ 合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラ リア	外国平均 価格
発汗計 SKN-2000M	販売実績なし					—

製品概要

1 販売名	発汗計 SKN-2000M
2 希望業者	株式会社 西澤電機計器製作所
3 使用目的	本装置は、人体の皮膚表面に発汗量検出プローブを装着することにより発汗量を連続、簡便かつ定量的に測定できる装置である。
4 構造・原理	<p>【ヨウ素デンプン法(既存技術)】 全身にヨードセロハン用紙を巻きつけ、全身を加熱する。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>加温前</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>加温後</p>  <p>健常者</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>加温前</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>加温後</p>  <p>多系統萎縮症患者 (腹部の発汗低下)</p> </div> </div> <p>【既存技術の問題点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤塗布や裸体の写真撮影が必要 ・定量性に乏しい ・症例間の重症度比較が困難 <div style="text-align: center; margin: 20px 0;">  </div> <p>【換気カプセル法(本装置)】</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 1; padding-left: 20px;"> <p>皮膚通過前後の 空気中の湿度差から 発汗量を測定</p> </div> </div> <p>【既存技術からの改良点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・写真撮影不要 ・定量的で、再現性のある評価が可能 ・症例間の比較が可能 <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">企業提出資料をもとに作成</p>

臨床検査の保険適用について(平成30年1月収載予定)

		測定項目	測定方法	参考点数	頁数
①	E3 (改良項目)	EGFR 遺伝子検査(血漿)	リアルタイム PCR 法	D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査 2,100 点	3
②	E3 (新項目)	サイトメガロウイルス 核酸検出(尿)	等温核酸増幅法	D023 微生物核酸同定・定量検査 12 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出 850 点	7

体外診断用医薬品に係る保険適用決定区分及び保険点数（案）

販売名 コバス EGFR 変異検出キット v2.0
 保険適用希望企業 ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
コバス EGFR 変異検出キット v2.0	E 3（改良項目）	1. 癌組織又は血漿 [*] から抽出したゲノムDNA中のEGFR遺伝子変異の検出（ゲフィチニブ、エルロチニブ酢酸塩及びアファチニブマレイン酢酸の非小細胞肺癌患者への適応を判定するための補助に用いる） 2. 癌組織又は血漿から抽出したゲノムDNA中のEGFR遺伝子変異（T790M）の検出（オシメルチニブメシル酸塩の非小細胞肺癌患者への適応を判定するための補助に用いる）

※ 今回、新たに薬事承認を得たところは下線部のとおり。

○ 測定項目概要及び保険点数

測定項目	測定方法	保険点数	準用保険点数
EGFR 遺伝子検査（血漿）	リアルタイム PCR 法	2,100点	D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査

留意事項案（既存の留意事項の変更点は下線部のとおり）

1. 本検査は、血漿を用いてリアルタイム PCR 法で測定した場合に算定できる。
2. 本検査は、肺癌の詳細な診断及び治療法を選択する場合、又は肺癌の再発や増悪により、EGFR 遺伝子変異の 2 次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する場合に、患者 1 人につきそれぞれの場合で 1 回に限り算定できる。ただし、本検査の実施は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、D004-2 悪性腫瘍組織検査 1 悪性腫瘍遺伝子検査 イ EGFR 遺伝子検査（リアルタイム PCR 法）又はロ EGFR 遺伝子検査（リアルタイム PCR 法以外）を行うことが困難な場合に限る。本検査の実施にあたっては、関連学会が定める実施指針を遵守すること。
3. 本検査を実施した場合には、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
4. 本検査と、肺癌の組織を検体とした D004-2 悪性腫瘍組織検査 1 悪性腫瘍遺伝子検査 イ EGFR 遺伝子検査（リアルタイム PCR 法）又はロ EGFR 遺伝子検査（リアルタイム PCR 法以外）を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

○ 推定適用患者数 3,500人/年

[参考]

○ 企業の希望保険点数

販売名	保険点数	準用保険点数
コバス EGFR 変異検出キット v2.0	2,500点	D004-2 悪性腫瘍組織検査 イ EGFR 遺伝子検査 (リアルタイム PCR 法) 2,500 点

保険適用希望のあった体外診断用医薬品の概要

【区 分】 E3（改良項目）

【測定項目】 EGFR遺伝子検査（血漿）

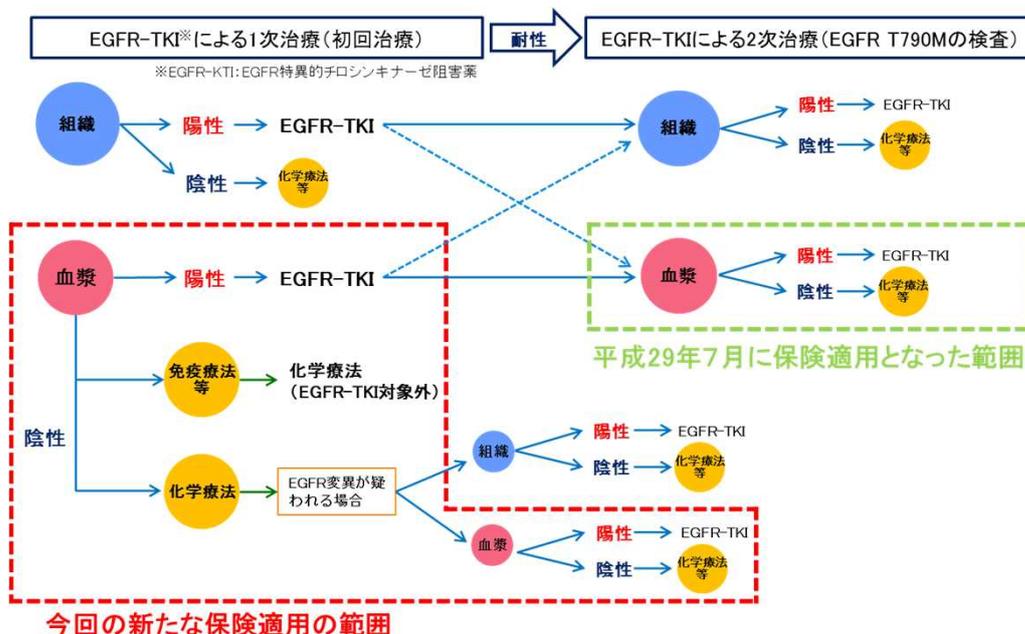
【測定方法】 リアルタイムPCR法

【測定目的】 血漿中のEGFR遺伝子変異の検出

【主な対象】 非小細胞肺癌の患者のうち、医学的な理由により、肺がんの組織を検体とした検査を行うことが困難な患者

【有用性】 肺がん患者のうち、初回治療でEGFR特異的チロシンキナーゼ阻害薬を検討する際に、これまで医学的な理由により組織検体を採取できずEGFR遺伝子変異検査できなかったものが、血漿中のEGFR遺伝子変異を検出することが可能となった。

【肺がん治療におけるEGFR遺伝子検査（血漿）の主な流れについて】 出典：企業資料（一部改変）



【EGFR検査工程の概要について】 出典：企業資料（一部改変）

○ 同様の試薬を用いて、血漿検体や組織検体のEGFR遺伝子変異を検出するが、核酸抽出を行うまでの検査工程は双方で異なる。

EGFR遺伝子検査工程の概要						
検査工程	検体採取	検体前処理	核酸抽出	PCR		レポート
組織検体を用いた検査	組織採取	FFPE検体作製/ブロックの選択/薄切/標本作製等	FFPE専用キット	PCR準備	PCR	レポート
					組織専用ソフトウェア	
血漿検体を用いた検査（今回の申請）	血液採取	血漿分離	血漿専用キット		血漿専用ソフトウェア	

体外診断用医薬品に係る保険適用決定区分及び保険点数（案）

販売名 ジェネリス CMV
 保険適用希望企業 株式会社シノテスト

販売名	決定区分	主な使用目的
ジェネリス CMV	E3（新項目）	尿中のサイトメガロウイルスDNAの検出 （先天性サイトメガロウイルス感染の診断の補助）

○ 測定項目概要及び保険点数

測定項目	測定方法	保険点数	準用保険点数
サイトメガロウイルス核酸検出 （尿）	等温核酸増幅法	850点	D023 微生物核酸同定・定量検査 12 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出

留意事項案

1. 本検査は、先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、等温核酸増幅法により測定した場合に、1回に限り算定できる。
2. 先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、本検査とD012 感染症免疫学的検査の「11」ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり）若しくは「39」グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり）におけるサイトメガロウイルスを対象とした検査又は「40」サイトメガロウイルス抗体を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

○ 推定適用患者数 約7,500人/年

[参考]

○ 企業の希望保険点数

販売名	希望保険点数	準用保険点数
ジェネリス CMV	1,200点	D006-3 Major BCR-ABL1 「2」 mRNA 定量（1以外のもの）

保険適用希望のあった体外診断用医薬品の概要

- 【区 分】** E3（新項目）
- 【測定項目】** サイトメガロウイルス核酸検出（尿）
- 【測定方法】** 等温核酸増幅法
- 【測定目的】** 尿中サイトメガロウイルスの核酸検出
- 【主な対象】** 先天性サイトメガロウイルス感染が疑われる生後3週間以内の新生児
- 【有用性】** 先天性サイトメガロウイルス感染の診断には、これまでサイトメガロウイルス抗体等が補助的に用いられていたが、感度が低いことが課題であった。本品は尿中サイトメガロウイルスの核酸を直接検出する等により、先天性サイトメガロウイルス感染の適切な診断を早期に行うことが可能となる。

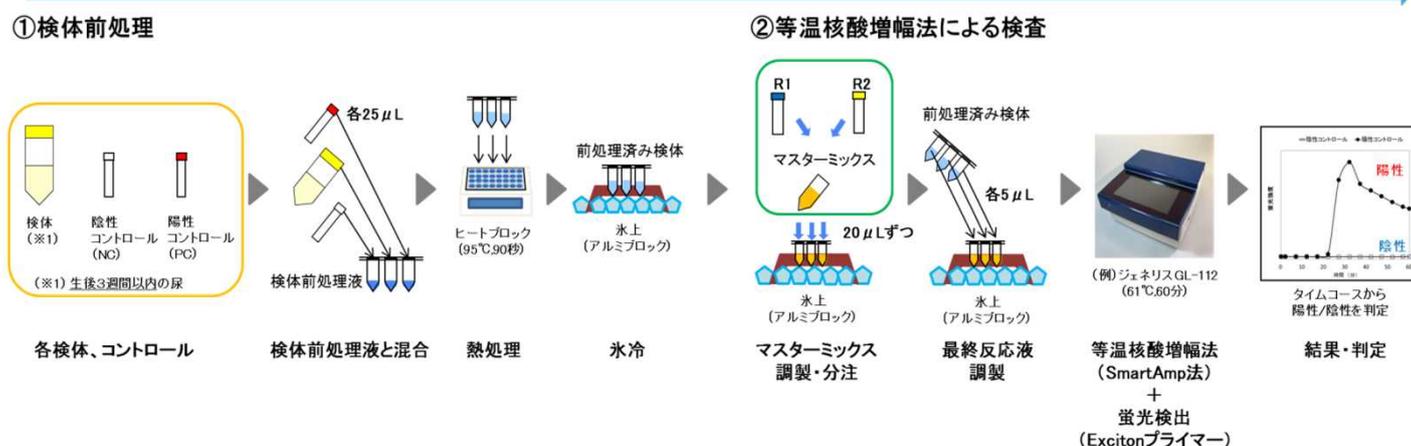
【先天性サイトメガロウイルス感染について】 出典：企業資料（一部改変）

- 我が国では、年間3,000人を超える新生児がサイトメガロウイルスに先天性感染しており、そのうち約3割に聴覚障害、視力障害、精神遅滞等の神経学的後遺症をきたすなど、重要な健康問題が生じるとされている。また、出生時に神経学的症状が無くても、後に発達障害や難聴等が明らかとなる場合もあり、長期にフォローアップする必要がある。
- 先天性サイトメガロウイルス感染を適切に診断し、抗ウイルス薬や運動リハビリ（立位訓練など）、補聴器装着などによる治療介入及び療育的介入を早期から行うことができる。

【本品の検査工程について】 出典：企業資料（一部改変）

- 本検査は操作が簡便であるため、医療機関内での実施が可能である。
- 検体前処理から判定まで2時間以内で終了し、検査結果が得られる。

サイトメガロウイルス核酸検出の検査工程



平成 29 年 12 月 22 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）の意見

- 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、27 年度には 42 兆円を超えた。さらに、37 年度（2025 年）には団塊の世代が全て 75 歳以上となり、今後一層の増加が避けられない状況にある。このような中、患者中心の医療を実現しつつ国民皆保険制度を維持していくためには、患者の視点に立った診療報酬体系を目指し、限られた財源を効率的かつ効果的に配分することが不可欠である。
- 国内経済がデフレ脱却・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中で、医療保険者の財政は一層深刻な状況に陥ることが見込まれており、保険料の負担は限界に達している。一方、医療機関の経営状況は全体としてやや悪化の傾向は見られるものの、国公立病院以外は概ね堅調に推移している。
- 今後とも高齢化による医療費の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である生産年齢人口は減少するため、国民皆保険制度の崩壊にも繋がりがねず、国民負担抑制のための方策を早急に講じる必要がある。このため、支払側は 12 月 13 日の総会で、「30 年度診療報酬はマイナス改定にすべきであり、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き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」と主張したところである。
- 介護報酬との同時改定となる 30 年度診療報酬改定にあたっては、医療と介護の連携、効率化を主眼とした地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化のほか、前回改定で取り組んだ急性期入院医療を初めとする患者の状態像に応じた適切な評価や、調剤報酬の適正化、後発医薬品の使用促進など、医療費の適正化・効率化を図っていくことを基本とすべきである。

- なお、改定の具体的項目に関する支払側の考え方や意見は以下のとおりである。

1. 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進等

(1) 入院基本料のあり方について

<基本的な考え方について>

- 入院医療は、個々の患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、より効率的・効果的で質の高い医療が提供されることが望ましいことから、医療機能に応じた適切な患者像の受け入れに資する評価体系とすることが求められる。
- 一般病棟入院基本料は、主に看護配置等の要件での段階的な評価体系とされているが、診療報酬は実際の診療行為（保険医療サービス）に対する対価であることを踏まえると、国民目線からも、入院患者の状態や診療密度に基づく医療機能に応じた評価を導入すべきである。
- このような視点において、現行の一般病棟入院基本料（7対1、10対1）等の施設基準に導入されている「重症度、医療・看護必要度」については、報酬算定のための評価手法、事務手続きの面から必ずしも適切な運用となっていないのではないかと指摘もあることを踏まえ、今後は、より合理的で客観性・公平性が担保された評価手法のあり方について検討を進めていくべきである。
- この検討にあたっては、一部の病棟で既に提出が要件化されている、診療報酬請求情報（以下、「DPC データ」）において、診療報酬で考慮すべき患者像を適切に把握可能か等の視点から、分析を十分慎重に進める一方、30年度診療報酬改定においても、現行の「重症度、医療・看護必要度」の測定手法として、可能な限りにおいて当該 DPC データの積極的な活用を図るべきである。

<入院基本料の評価体系について>

- 将来の医療ニーズの変化に対応する医療の提供体制確保を推進する観点から、弾力的で円滑な選択・変更が可能となるよう、入院医療の評価については、「看護職員配置等に応じた評価」（基本部分）と「診療実績に応じた段階的な評価」（実績部分）との組み合わせによる新たな評価体系を導入すべきである。

(2) 入院医療における機能分化・強化、連携に関して

- ① 高度急性期の入院医療について、救命救急入院料1及び3、脳卒中ハイケアユニット管理料については、「重症度、医療・看護必要度」の測定を要件化すべきである。
 - ・ 特定集中治療室においては、アウトカム評価に資する項目として、DPC データの中に入室時の患者の生理学的スコアの記載を求めるべきである。
 - ・ また、特定集中治療室においては、手術直後等の重症患者に対する入室早期からの離床の取り組みを推進すべきである。
- ② 急性期の医療機能については、現行の一般病棟7対1と10対1を基本とした形の評価体系とし、実績評価部分での段階的な評価による「最も高い評価部分」については、現行の7対1相当の要件を適用すべきである。
 - ・ 「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合については、医療機関ごとの現行の該当患者割合の平均値や、評価項目の見直しの影響等を踏まえ、「最も高い評価部分」については、

「真に急性期の患者を診る病棟」に相応しい基準値（30%以上）にまで引き上げるべきである。

- ・ 「中間的な評価部分」については、今後の7対1の医療ニーズ等を踏まえ、新たな評価体系の入院基本料の届出時点で10対1相当の医療機関については、「中間的な評価部分」への選択変更を不可とし、併せて当該評価部分に係る「重症度、医療・看護必要度」については、DPCデータを用いて判定することを要件化すべきである。
 - ・ 「重症度、医療・看護必要度」の評価項目については、急性期の入院医療が真に必要な患者をより適切に評価できるよう見直すべきである。
 - ・ DPC データを活用して「重症度、医療・看護必要度」を測定することとした際の基準値については、定義の変更・判定基準の追加における基準値の変動、機能の明確化などを総合的に勘案し、適切な基準値を設定すべきである。
 - ・ なお、現行で「重症度、医療・看護必要度」の基準値が経過措置として23%となっている200床未満の医療機関については、新たな評価体系への再編・統合を進める必要がある。
- ③ 地域包括ケア病棟については、自宅等からの受け入れ患者と、それ以外からの受け入れ患者とで提供する医療内容等が異なっていることから、急性期後の入院患者と在宅からの入院患者での診療実績等を踏まえ、地域性に配慮しつつ、財政中立を前提にこれらの評価を区別すべきである。
- ④ 慢性期入院医療に関して、医療療養病床について現行の療養病棟入院基本料1、2は、慢性期の医療機能を評価する体系として、「医療療養」としての役割を明確に示す形で一本化を図るべきである。
- ・ 療養病棟入院基本料2に関する医療法施行規則における療養病床看護配置に係る経過措置、及びこの施設基準を一部満たさない医療機関が、所定点数の95/100を算定する経過措置の延長については、いずれも2年間で廃止すべきである。なお、所定点数に係る経過措置における減算幅については、病棟の転換等に向けた意思決定を促す観点から拡大すべきである。
 - ・ また、一本化された新たな入院基本料における医療区分2、3の患者割合の基準値については、現行の療養病棟入院基本料1の要件である80%とすべきである。
 - ・ 医療区分については、特に当該項目のみで該当となっている患者の多い項目について、見直しを図るべきである。
 - ・ 在宅復帰機能強化加算については、在宅等退院の割合に関する実績を踏まえ、基準を引き上げるべきである。
 - ・ 療養病床における褥瘡対策が推進されるよう、褥瘡評価実施加算の要件にはアウトカム評価の要件を組み入れるべきである。
 - ・ 障害者施設等入院基本料については、患者の状態に応じた評価を推進する観点を踏まえ、医療区分等の患者の状態を踏まえた評価を行うべきである。
- ⑤ 有床診療所入院基本料については、主に専門医療を担う施設と地域医療を担う施設とで、それぞれの役割に応じた評価体系とすべきである。
- ・ 地域医療を担う施設については、地域における医療・介護のニーズや人材確保を含む医療提供実態等も踏まえ、入院医療と介護サービスとを組み合わせるモデルへの転換

を推進すべきである。

(3) 入院医療における個別課題

- ① 医療の質の向上に資するデータ利活用の観点から、現行でデータ提出が要件化されていない病棟のうち、▽200床未満の10対1入院基本料、▽回復期リハビリテーション病棟入院料1、2、▽200床以上の回復期リハビリテーション病棟入院料3、▽200床以上の療養病棟入院基本料1-を算定する医療機関については、DPCデータの提出を要件化すべきである。
 - ・ また、上記以外の病棟についても、長めの準備期間を設けることや、提出データ項目の合理化を図ること等により、積極的なデータ提出を推進していくべきである。
 - ・ DPC対象病院における提出データの質に関する指標の見直しを踏まえ、未コード化傷病名の割合が特に高い医療機関については、データ提出加算の評価を見直すべきである。
- ② 在宅復帰率については、自院の他病棟への転棟患者は評価対象（分子）に含まない取り扱いとする等により、指標自体の意義の明確化を図るとともに、自宅等への退院患者と、他の医療機関への退院患者とを区別した内容で報告を求めるべきである。
 - ・ また地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰率については、現行の施設基準を上回る医療機関が大勢を占めることを踏まえ、基準値を引き上げるべきである。
- ③ 二次救急医療機関において、夜間における救急搬送患者の受入体制は強化する必要があるが、医療安全や療養環境維持の観点において、病棟の看護体制の十分な確保は必要である。
- ④ 退院支援加算については、退院支援部門の設置や職員の配置といったストラクチャーや、退院困難な患者の早期抽出といったプロセスの他、在院日数の短縮といったアウトカムについても算定要件に加えるべきである。

(4) 外来医療について

医科の外来医療の医療費のうち、生活習慣病に関連する主な疾患の医療費は約3割（約4兆円）を占める中、生活習慣病患者のさらなる増加が見込まれることを踏まえ、今後はより質の高い医学管理や重症化予防に向けた取り組みを一層推進すべきである。併せて、中小病院、診療所における主治医機能の強化による受診行動・服薬数の適正化、さらには紹介状なしの大病院受診時に係る定額負担の強化により、外来医療の機能分化や病・診連携をさらに推進すべきである。

- ① 生活習慣病の重症化予防に向けては、療養計画を策定して患者の行動変容を促すとともに、医師と保険者、行政等が連携し、患者を医師の継続的な医学管理の下に置くことにより、重症化予防からの脱落を防止する取り組みを推進すべきである。
 - ・ 生活習慣病等の医学管理料については、医師が患者の特定健診の受診の有無を確認する等、保険者との連携を要件化するとともに、医療機関における一定の成果を測るアウトカム評価を導入すべきである。
 - ・ 降圧剤の選択に関しては、各医療機関がフォーミュラリーを定めた上で、費用対効果を踏まえた医薬品の選択が可能となるような仕組みに見直すべきである。

- ・ 生活習慣病を対象とする医薬品については、原則として一般名処方とするような取り組みが求められる。
- ② 医療用保湿剤については、その使用実態等を踏まえ、適正使用に向けた措置を講ずるべきである。
- ③ 後発医薬品の使用促進に向け、後発医薬品使用体制加算、後発医薬品調剤体制加算については、後発医薬品の数量シェア目標（32年9月までに80%）に対応した算定要件に見直すとともに、処方せんについては後発医薬品への変更不可欄を削除した上で変更不可の理由を記載する様式へに見直すべきである。
- ④ 医師の指示に基づく分割調剤については、浸透していない状況を踏まえ、効率的に分割調剤を実施できるような処方せん様式に見直すことが必要である。
- ⑤ 医師への報告を前提とした薬剤師による残薬調整については、医師が処方せんのチェック欄で残薬を確認した上で薬剤師が調整し、医師に事後報告する仕組みとすべきである。

(5) 在宅医療について

在宅医療は、多様化する患者の医療ニーズへの対応に向け、必要な患者に対して質の高い医療が提供されるような制度設計が必要である。また今後、多死社会を迎えるにあたり、人生の最終段階において患者本人が望む医療が行われた上で、住み慣れた自宅や介護施設など、本人が望む場所での看取りを進めていく観点から医療・介護が効率的かつ円滑に提供されるよう、関係機関が密接に連携して対応する取り組みを推進すべきである。

- ① 在宅時医学総合管理料の算定基準となる「重症患者」以外の患者像については、現行よりもきめ細かな基準を設定し、また軽度な患者については在宅患者訪問診療料も包括化すべきである。
- ② 併設する有料老人ホーム等の入居者を訪問診療する場合については、外来診療と訪問診療の中間的な取り扱いとなることを踏まえた医学管理に係る評価を新たに設けるべきである。
- ③ 患者や家族の希望に応じた看取りを推進する観点から、診療報酬上に「人生の最終段階の医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及を要件として位置づけるべきである。
- ④ 複数医療機関による訪問診療については、主治医と異なる診療科の医師が訪問した場合のみ連携を認めることとし、患者・家族の同意取得、患者1人当たりに対する算定回数の上限定、主治医との情報連携の確実な実施を算定要件とすべきである。
- ⑤ 歯科訪問診療3については、患者に対する質の確保を担保した上で、同一建物に居住する患者数や診療に要した時間等を踏まえ、評価の細分化を図るとともに報酬水準の見直しを行うべきである。
- ⑥ 訪問看護の提供体制については、限られた保険財源の中で、診療報酬上の評価と介護報酬上の評価の整合性を図り、患者にとって必要となるサービスの重点化と適正化について検討する必要がある。
- ⑦ 複数名訪問看護加算については、医師の指示書に訪問頻度や報告内容を明記することを要件化するとともに、1回ごとに算定できる看護補助者との同行による複数名訪問看護加算を包括化とするよう見直すべきである。

- ⑧ 病院併設の訪問看護ステーションについては、在宅への移行や訪問看護職員の人材確保、訪問看護の提供体制を拡充する観点から、その機能や特性の一層の強化が求められる。

(6) 横断的事項について

- ① 外来医療のニーズの変化や多様性も踏まえ、より質の高い適切な外来医療が提供できるよう、遠隔診療や遠隔モニタリング等については、画像転送による診断や在宅における療養指導・助言に加え、慢性疾患の重症化予防や健康指導・管理といった多様なサービス提供モデルにおいて実用化に向けた取り組みを推進すべきである。
- ・ オンライン診察についてはガイドラインを策定し、具体的に行う診療内容等についてある程度明確化を図るとともに、主治医が行うことを基本とすべきである。
 - ・ オンライン診察については診察の実態を踏まえ、現行の電話等再診と区別した報酬体系とし、診察時間や頻度に様々な提供ケースが想定されることを踏まえ、算定の上限を月1回までとし、定額化すべきである。
 - ・ オンラインによる計画的な診療を行う際の処方せん料についても、処方せん原本の郵送等に係る現行の取り扱いと同様とすべきである。
- ② 地域包括診療料・加算について、在宅医療の提供や24時間対応に係る要件を別とする際は、現行の点数設定を適正化する方向で見直すべきである。
- ③ 紹介状なしの大病院受診時の定額負担に関しては、外来の機能分化の推進に向け、実効性を考慮し対象医療機関の範囲を原則200床以上の医療機関に拡大することについて検討すべきである。ただし、地域によっては医療資源に格差があることや患者の受診行動に悪影響を及ぼす恐れがあることから、その要件は柔軟に設定すべきである。
- ・ 一方で国民に対し、受診時定額負担の制度上の意義について理解を得るとともに、受療行動の変容を促すための取り組みが求められる。
- ④ 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減については、負担軽減策に有効とされる医師事務作業補助体制加算等がさらに効果的になるよう要件を見直す一方、医療従事者の常勤要件の緩和については、医療の質・安全の確保を前提に、人員配置・労務管理も含めた対応が求められる。
- ⑤ 医療資源の少ない地域における病床数を要件とした診療報酬については、医療提供体制における地域差が生じないように一定の配慮を行うべきである。
- ⑥ 患者の住所地の郵便番号を記載するレセプト様式の見直しについては、保険者が地域における患者の受診行動を把握し分析事業で活用する上で有意義な見直しである。今後関連する被保険者番号の個人単位化や、マイナンバー制度の活用を含めて検討を進めていく必要がある。

2. 個別課題について

(1) 調剤報酬について

- ① かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料については、まずは高齢者などの服薬情報の一元的・継続的な管理が必要な対象患者に限定した上で進めるべきである。また、かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料に係る同意書については様式を統一し、▽かかりつけ薬剤師が

必要な理由・メリット▽かかりつけ薬剤師の業務▽指導料や自己負担額ーを明示する等、患者がかかりつけ薬剤師を理解した上で同意する仕組みへと見直すことが求められる。

- ② 薬剤服用歴管理指導料については、患者がお薬手帳を通常の薬局に持参した場合、持参しない場合に比べ低い点数が算定されるが、いわゆる門前薬局等の調剤基本料の特例対象薬局の場合、お薬手帳を持参した場合でも高い点数が算定される問題があり、患者の負担を軽減する観点から点数設計を見直す必要がある。併せて、薬剤服用歴管理指導料については、服薬指導により重複投薬や不適切な多剤投薬を減らすことが重要であり、服薬指導の必要性に対応した点数設計が求められる。
- ③ 基準調剤加算については、医療機関と薬局が連名で副作用報告をデータで提出することを要件に追加すべきである。
- ④ 内服薬の調剤料及び一包化加算については、院外調剤業務の機械化や技術進歩を踏まえ、投与日数や剤数に応じて業務コストが増加することを前提とした仕組みを抜本的に見直し、適正化する必要がある。
- ⑤ いわゆる門前薬局、大型チェーン薬局の調剤基本料については、収益状況や医薬品の備蓄等の効率性を踏まえ、処方せん集中率と受付回数による特例対象の要件を拡大し、さらなる適正化を図る必要がある。
 - ・ 同一敷地内薬局は大型チェーン薬局を上回る適正化対策を講じる必要がある。
 - ・ 医療資源の乏しい地域で役割を果たしている薬局の評価のあり方について検討することが求められる。
 - ・ また、薬局の機能に応じた評価の一貫として、特例対象を除外するための施設基準は廃止することが求められる。

(2) リハビリテーションについて

- ① 回復期リハビリテーション病棟のリハビリについては、実績指数の高さにより一定の効果が認められたアウトカム評価を一層推進するため、実績指数の引き上げが求められる。また、実績指数を回復期リハビリテーション病棟入院料やリハビリテーション充実加算の算定要件に追加することを検討すべきである。
- ② 維持期・生活期のリハビリテーションについては、医療と介護の同時改定の機会を契機に、医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの施設基準や計画書の統一化等の対応を図った上で、介護保険への移行を進めていく必要がある。

(3) 精神医療について

- ① 向精神薬の取り扱いについては、依存性リスクの高いベンゾジアゼピン系の精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料および薬剤料に対して、1回の処方における抗不安薬と睡眠薬の種類数を制限すべきである。合わせて、精神科を標榜していない医療機関における抗不安薬や睡眠薬の長期処方に対する診療報酬上の取り扱いを見直す必要がある。
- ② 精神病棟に入院する必要がない患者が在宅復帰できない状況の改善に向け、障害福祉サービスと連携して適切に対応することが求められる。

(4) がん、感染症等について

- ① がん対策については、国家戦略として推進されていることを踏まえ、国家予算による対応と診療報酬による対応の棲み分けを整理する必要がある。
- ② がん患者に対する緩和ケアについては、地域包括ケアシステムの構築に向け、緩和ケア病棟と在宅医療等との切れ目の無い連携が求められる。

(5) 救急・小児・周産期等について

- ① 救命救急入院料の充実段階評価に係る加算については、ストラクチャーを中心とした評価から客観的・定量的なプロセス評価に転換したうえで、財政中立の観点から診療報酬の設定を見直すべきである。ただし、現場の混乱を招き医療安全を損なうことのないよう、慎重に検討する必要がある。
- ② 妊婦の外来管理に対する評価は、診療科による区分や対象となる疾患の範囲について検討する必要がある。
- ③ 精神疾患を有する妊婦に対する評価については、精神科の医師の要件や妊婦への具体的な配慮等に対する評価を明確化すべきである。

(6) 技術的事項について

- ① 性同一性障害患者に対する性別適合手術については、保険給付の対象とすることとし、対象となる患者や実施する医療機関を施設基準等で明確化した上で、適切な包括点数を設定することが求められる。
- ② 組織移植については、組織バンクより安定的で質が高い供給体制を確保することが必要であり、患者と医療機関と組織バンクの在り方を整理した上で診療報酬上の評価を検討する必要がある。
- ③ 高度な放射線治療を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合の入院基本料については、現行の減算措置を維持すべきである。

(7) 歯科診療報酬について

- ① かかりつけ歯科医について、患者はおのずと特定の歯科診療所を受診することが一般的であり、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は、診療行為について診療報酬上で一般診療所との差別化を図るのではなく、医療機関との連携等、地域包括ケアシステム構築の推進に向けた機能に着目して評価を行うべきである。
- ② 歯科疾患の継続的な管理を評価する歯科疾患管理料については、継続的な管理を行った場合に限定して算定できるよう現行の算定要件を見直すべきである。また、継続的な管理については、長期的な重症化予防に対するアウトカム評価の導入が求められる。
- ③ 歯科外来診療における院内感染について、本来患者の安全・安心を第一の視点に防止対策を講じることは、歯科医療機関の当然の業務である。仮に診療報酬によって対応するのであれば、少なくとも給付の拡大に結びつかない形で、現行の点数設定を見直すべきである。

(8) 腎代替療法について

- ① 透析医療に係る診療報酬上の評価については、透析医療の実態に応じた評価に見直すべきであり、長時間の透析については、合併症のある患者に対し、より質の高い治療となることを踏まえ、人工腎臓に係る6時間以上の慢性維持透析を評価する一方、6時間未満の透析の評価については適正化を図るべきである。
- ・ また、透析医療については、透析実施患者数によって効率性が異なっている実態を踏まえ、透析機器1台あたり患者数等に応じ、診療報酬上の評価を適正化する必要がある。

(9) 医療従事者の多様な働き方について

- ① 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リハビリ専門職が常勤配置されているものとみなす取り扱いについては、これまでの医療提供の質の確保を前提として要件を明確にすべきである。また、医療従事者の専従要件についても、専従がADL改善等の要素となっていることを踏まえ、限定的な取り扱いとすることが求められる。

(10) 明細書の無料発行について

- ① 明細書については、患者が受けた具体的な診療行為や医療費の詳細な内訳を理解・納得するための貴重な情報源であることに加え、安全な医療や健康リテラシーの向上、医療機関の請求内容の精査にも資する必要なツールであり、患者の視点に立った医療の実現に向けて、明細書無料発行の完全実施を実現すべきである。なお、明細書のあり方については、▽領収証との役割分担▽レセプト様式の見直し▽レセプトの完全電子化―等への対応を踏まえつつ検討していくことが求められる。

(11) 新医薬品の処方日数制限の取り扱いについて

- ① 新規医薬品における14日間の処方日数制限については、患者の安全性を確保する観点から原則として厳守すべきである。

(12) 医療機関と薬局の情報共有・連携について

- ① 医療機関からかかりつけ薬剤師に検査値等を情報提供する場合の評価については、▽患者の同意▽かかりつけ医とかかりつけ薬剤師間の情報連携▽提供する情報や医療機関の窓口担当者の明確化▽情報連携を進めるための様式の統一―を前提とした算定要件とすべきである。

(13) 外来における相談・連携について

- ① 外来患者への相談支援に対する診療報酬上の評価については、これまでの相談支援の実績が損なわれないように配慮しつつ、治療の一環として真に必要な相談内容を明確化した上で、慎重に算定要件・施設基準の検討を進めることが求められる。

(14) たばこ対策について

- ① ニコチン依存症管理料については、28年度の診療報酬改定で対象患者を拡大する見直しを行ったが、29年度調査によると、禁煙継続の割合は21年度から後退していることが明らか

かになっている。対象患者を拡大したにも関わらず、7割を超える患者が禁煙に成功していないという実態を踏まえ、ニコチン依存症管理料の算定要件や施設基準を見直す必要がある。

(15) 薬価・保険医療材料価格の見直しについて

薬価と保険医療材料価格については、薬価制度の抜本改革、保険医療材料制度改革の内容を踏まえ、着実に見直しを進めていくべきである。

(16) 費用対効果評価の試行的導入について

- ① 試行的導入時に企業分析の結果と再分析の結果が大きく異なっている品目のうち、アプレイザルの過程まで到達した品目については、両分析のうち価格変動のより少なくなる方の結果を採用して、平成30年4月の価格調整を行うべきである。
 - ・ 併せて両分析については、平成30年4月の価格調整以降も、引き続きより妥当性の高い分析のあり方を検討するため検証を行い、当該検証（分析）から得られた評価結果に基づき最終的な価格調整を行うこととすべきである。
- ② 費用対効果評価専門組織における倫理的・社会的考慮要素への該当性を含めたアプレイザルについては、該当する品目の要件をより明確化した上で実施して、価格調整を行う前段階において中医協に報告することとし、中医協での意見を踏まえた上で、薬価・保険医療材料専門組織で最終的な価格決定を行う仕組みとすべきである。

平成29年12月22日

**国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための
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

〔医科〕**I 基本的考え方**

わが国は、世界に類を見ない少子高齢社会に直面している。今後、国民が生涯にわたり健やかでいきいきと活躍し続ける人生100年時代を見据えた社会を実現していくためには、国民皆保険を堅持しつつ、持続可能な社会保障制度の確立が不可欠であり、そのため地域包括ケアシステムの構築や医療提供体制の再構築等の改革が継続されている。

社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）がとりまとめた『平成30年度診療報酬改定の基本方針』では「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」が引き続き重点課題として位置づけられた。国民が住み慣れた地域において質の高い医療・介護を受けるため、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護提供体制が確保されるよう、介護・福祉サービスなどとともに医療の充実が不可欠とできない。平成30年度診療報酬改定では引き続き、地域における医療資源を有効活用しながら、継続して改革を進めるために必要財源を配分すべきである。

我々は、地域医療を守る使命感と倫理観に基づき、将来にわたりわが国の医療制度を維持・発展させるため、平成30年度診療報酬改定に当たっては、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

なお、これまで中医協で検討してきた項目については、あくまでも財源次第での議論であり、改定率を踏まえ、メリハリを付けたり、優先順位を決め、実施しないものが出てくることは当然である。

1. 診療報酬体系の見直し

○医療機関の創意工夫による運営を可能とする告示、通知等を含めた抜本的な見直し、簡素化

2. あるべき医療提供体制コスト等（医業の再生産費用を含む）の適切な反映

○「もの」と「技術」の分離の促進（ものから人へ）

○医学・医療の進歩への速やかな対応

○無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視

- 出来高払いを原則として、包括払いとの適切な組み合わせの検討
- 3. 大病院、中小病院、診療所が各々に果たすべき機能に対する適切な評価と、地域の医療提供システムの運営の円滑化
 - 急性期医療から回復期・慢性期に至るまで良好に運営できる診療報酬体系の整備と十分な評価
 - 救急医療、二次救急医療等の不採算医療・政策医療を引き受けてきた医療機関が健全に運営できる診療報酬の設定
 - 地域の診療所や中小病院のかかりつけ医が地域包括ケアシステムにおいて担う中核的機能を踏まえた手厚い評価
- 4. 認知症対策に係る充実評価
- 5. 医療従事者の働き方の実状を踏まえた診療報酬上の対応
 - 医療従事者の負担軽減策の更なる推進（複数非常勤従事者の常勤換算 等）
 - 専従要件である所定労働時間や配置場所の大幅な基準緩和
- 6. 医療と介護の同時改定を踏まえた対応
- 7. 施設基準の簡素化と要件緩和
- 8. 小児・周産期医療の充実
- 9. 不合理な診療報酬項目の見直し
- 10. その他必要事項の手当

II 具体的検討事項

以上の基本方針を前提として、特に検討すべき具体的な事項について、以下に列挙する。

1. 初・再診料

- (1) 初・再診料、外来診療料の適切な評価（引き上げ）

医師の技術料の最も基本部分であるとともに、経営原資となるものである。高齢者の増加に伴い診療時間が長くなっている。医療機関の健全な経営のために医師の技術を適正に評価し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数に引き上げること

- (2) 再診料の見直し

地域包括ケアシステムの要である診療所・中小病院の再診料の水準を平成 22 年度改定前の水準に戻すこと（再診料の平成 26 年度改定における引き上げは消費税率引き上げに伴う補填目的であり、平成 22 年度引き下げ分の措置ではない）

- (3) 同一医療機関における同一日複数科受診の評価

同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、全ての診療科について、初・再診料の区別なく、また逡減することなく算定できるようにすること

- (4) かかりつけ医機能の更なる評価

超高齢社会を乗り切るための最重要課題である地域包括ケアシステムの確立に向け、診療報酬上のかかりつけ医機能をより充実させる必要がある。具体的には、地域包括診療加算・地域包括診療料、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料における要件を見直すとともに、点数を引き上げること

等

2. 入院基本料

(1) 入院基本料の適切な評価

看護職員配置数により格差がつく評価体系を改め、医療機関の設備投資・維持管理費用について明確に評価するとともに、多職種協働によるチーム医療の推進を踏まえ、看護師だけでなく多種の医療従事者の人件費についても適切に評価すること

(2) 看護職員 1 人当たり月平均夜勤 72 時間ルールの変更

現場では、夜勤のみを望む看護職員や家庭環境により夜勤が困難な看護職員など、働き方が多様化した職場環境を考慮し、計算方法の緩和が必要

(3) 入院中の患者の他医療機関受診の取扱いのさらなる見直し

精神疾患を含め多疾患を有する高齢者の増加や、専門医療が高度化している現在、他医療機関受診時の出来高入院料の減算や特定入院料等の減算は懲罰的な診療報酬規則であり、国民の受療する権利を阻害している

また、他医療機関での保険請求が不可能なことで、手続きが非常に煩雑になるとともに、特定入院料等算定医療機関では保険請求すらできず全額持ち出しとなっているため、他医療機関での保険請求を可能とすること

(4) 重症度、医療・看護必要度

① 評価体系の導入に伴う配慮

現行の経過措置として定められている 200 床未満の 7 対 1 病棟における 23%要件について、入院医療の新たな評価体系の導入に当たっては、緩和措置の対象となっている医療機関に適切に配慮したものとすること

② 評価指標の検討

診療報酬請求区分（DPCデータ）を使った該当患者割合の分布や相関などを中長期的に引き続き詳細に検証し、重症度、医療・看護必要度については、多職種配置を基本とした新たな評価指標の創設に向けて検討を行うこと

(5) 7 対 1 入院基本料等の在宅復帰率の名称等の見直し

評価内容をよりの確に反映する観点から、名称を変更するとともに、評価対象等の見直しを行う

(6) 入院基本料の病棟群単位での届出制度

前回改定で限定的に導入されたが、入院医療の新たな評価体系の導入に当たり、病棟群単位での届出を行っている医療機関が医療提供に支障を来さぬよう、現行の届出制度との整合性に配慮すること

(7) 医療療養病床の経過措置延長

介護療養病床の新類型（介護医療院）への移行期間に合わせ、医療療養病床（25 対 1）についても看護職員配置 25 対 1 以下、医療区分 2・3 の患者割合 5 割以下、等について今後 6 年間の経過措置を設けること

(8) 地域包括ケアシステムに欠かせない有床診療所の評価

複数医師の配置や夜間の医師、看護師配置が可能となるような入院料の引き上げ配置加算、地域の実情に合わせた有床診療所の評価

3 床程度で給食や看護職員などの規制を緩和した小規模入院病床やレスパイト支援等で一時的に処置や投薬を行える病床の創設

(9) 精神疾患特性を踏まえた在宅移行の在り方

精神疾患はその個別性の故に一律の期限を定めた入院や安易な退院促進は馴染まないため、診療報酬上の配慮が必要である。また、長期在院者の多くは高齢者であり、認知症や合併症に対する評価はもちろんのこと、受け皿としての介護保険での施設や地域生活介護における精神科医療の必要性は明らかであり、医療・福祉・介護各分野における精神保健福祉法上での切れ目のない一連の体制整備の評価が必要 等

3. 入院基本料等加算、特定入院料

(1) 現場の柔軟性を損なわない形での勤務医負担軽減策の実施

(2) 医師事務作業補助体制加算の算定病棟拡大

医師の事務作業が多いのは全医療機関の問題であり、全病床種別での算定を可能とすること。また、除外業務となっている「診療報酬の請求事務」については、除外業務から削除することが望ましい

(3) 医療の安全管理・院内感染症対策等に対する評価充実

実際にかかっている経費を保証する点数設定(手術時の医療安全管理に対する評価を含む)を行うこと

(4) 急性期看護補助体制加算の見直し

現場の実情にあわせて、急性期看護補助体制加算を入院全期間において算定できるようにすること

また、慢性期の病棟においても、高齢者・認知症等の患者を受け入れ、現実として看護補助者を配置しており、何らかの評価が必要である

(5) 病棟薬剤業務実施加算の要件等の見直し

薬剤業務は病床数や診療科により、薬剤の使用頻度や量に差があるため、時間要件を全病棟で個別に満たすのではなく、対象病棟全ての合算で満たせばよいものとするとともに、対象病棟を拡大する

(6) 特定入院料に係る算定上限日数等の要件緩和

適正な診療を行う上で算定上限日数を超えて管理を要する症例が多くある

特定集中治療室の場合は、患者の病態に応じた日数の延長、新生児特定集中治療室及び新生児治療回復室などの2つ以上の特定入院料算定治療室に入室した場合の算定期間の通算ルールを廃止

(7) 特定入院料における高額薬剤等の包括除外

患者の生命維持や治療に不可欠で代替困難な薬剤や放射線治療等の高額医療を特定入院料の包括から除外すること

(8) 地域包括ケア病棟入院料の算定要件及び包括範囲の見直し

手術、麻酔が包括から除外されたが、患者の生命維持や治療に不可欠でかつ代替困難な高額薬剤等についても包括から除外すべき

1日に2単位以上のリハビリテーションを行うこととされ、リハビリテーションの費用が包括されている。早期退院を促し、在宅復帰率を高めるためには、2単位を超えるリハビリテーションの出来高算定を認めること

(9) 地域包括ケア病棟における在宅等からの受入機能の評価

(10) 短期滞在手術等基本料 3

- 小児、認知症患者への全身麻酔時の適正な評価をすること
手術件数の少ない地方でも経営が成り立つ点数設定への変更
- (11) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟の現状と合わない算定要件の是正
様々な要件により、地域偏在の大きな要因となり、機能に応じた病院間の連携を阻んでいる、重装備が必要でない患者も多く入院しており、性急な退院促進を招き再入院のリスクを高めている 等

4. 基本診療料全般

- (1) 地域包括ケアシステムにおけるICTを利用した連携体制の評価
(2) チーム医療における多職種連携の評価
多職種連携による食事指導への積極的な関与は、患者の早期退院やQOL向上に効果を上げており医療の質向上に寄与するとともに医療従事者の負担軽減につながっている。高齢化、がん・精神疾患等の患者の増加に合わせた評価と施設基準の緩和をすること 等

5. 医学管理等

- (1) 小児科外来診療料の見直し
一部の加算等を除き包括の点数となっており、医師の技術料を十分評価した点数へ引き上げ、対象年齢拡大、高点数の検査や診療情報提供料を包括から除外すること
- (2) 特定疾患療養管理料の見直し
月1回450点を算定可能に
医療の進歩により、新しい疾患概念や治療法が増加したこと、超高齢社会による疾病構造の変化に適切に対応するために、対象疾患を見直す
- (3) 救急医療の評価の見直し
救急医療の24時間体制での提供には人的配置を含め多額のコストを費やしているにもかかわらず評価が不十分である。地域包括ケアシステムの推進のためにも、地域の救急体制の維持は重要であり、夜間休日救急搬送医学管理料の増額・要件緩和、救急医療管理加算のさらなる評価、院内トリアージ実施料の要件緩和をすること
- (4) 認知症診療の環境整備
認知症患者の診療は、単なる認知機能の評価にとどまらず、生活障害、行動・心理症状、家族の介護負担の評価等を包括的に行う必要がある。現在、認知症疾患医療センターで診断され、他の保険医療機関へ紹介された患者のみ認知症療養指導料の算定が可能であるため、認知症専門医やかかりつけ医でも算定可能とすること
- (5) 診療情報提供料（I）の見直し
少子高齢社会に対応した診療情報提供施設の見直し
中学生までの乳幼児・児童・学童に対する療養指導管理の要点を、行政・保健・福祉関連機関等へ情報提供した場合の算定を可能とする
その他、介護療養施設等への情報提供、職場「産業医」への社会復帰のための情報提供など、診療情報提供施設を拡大する 等

6. 在宅医療

- (1) 在宅医療における「1患者1医療機関」の見直し

在宅患者訪問診療料及び在宅療養指導管理料は、原則、1人の患者に対し1つの保険医療機関のみの算定となっている。高齢化の進展に伴い、多様で複雑な疾患をもつ患者が増加しており、在宅医療の充実のためには、主治医の専門以外の診療科の協力によるチーム医療が必須である

- (2) 在宅医療における同一建物居住者・単一建物診療患者の同一日診療の減算の緩和（引き上げ）

同一の特定施設内入居者であっても、在宅医療に費やされる手間や労力は一般居宅と何ら変わらず、時により大きな負担を求められる。入居する場所のみをもって点数設定するのではなく、個々の患者に対する医療の質・手間・技術を正當に評価すべきである

- (3) 在宅自己注射指導管理料の要件等の見直し

自己注射の対象疾患がますます増加している現状において、同一患者の異なる疾患に対して、各々の専門医療機関がそれぞれ異なる注射剤に対し、在宅自己注射指導管理を行った場合には、それぞれの算定を認めること

- (4) 医療的ケア児を必要とする子どもたちへの対策

すべての子どもたちが病気によらず公平に過ごせる環境を提供するため、保険医の指示の下、訪問看護師等が学校、幼稚園、保育園等の教育・保育の職員と連携することを評価すること

- (5) 在宅療養指導管理料における在宅療養指導管理材料加算について、実勢価格等を踏まえ適正化すること。併せて、医学管理等に係る技術を適切に評価すること 等

7. 検査・画像診断

- (1) 医師の技術料としての評価が低すぎる検査料の見直し

例えば、評価が低く原価割れのため標準的手順が省かれ、結果的に医療費を高騰させている生体検査（運動負荷、呼気ガス分析加算など）の再評価など

- (2) 画像診断管理加算は読影数や割合ではなく相応の常勤医の存在等の管理体制について設定すること

- (3) 遠隔画像診断の定義と内容の再分類、その効用を明確化し、画像診断管理と遠隔画像診断の有機的運用ができるよう改善を行うこと

- (4) コンピュータ断層診断の要件を見直し、他医療機関撮影のCT等の読影は初診・再診にかかわらず評価すること 等

8. 投薬

- (1) 7種類以上の内服薬処方時及び向精神薬多剤投与時の処方料、薬剤料、処方せん料の減算の撤廃

多数の疾患を抱える患者、特に高齢者をかかりつけ医が担当するためには多剤投与が必要となるケースは避けられない。多剤投与の方が投薬管理は複雑になり加算も検討すべきであり、減算される仕組みは不合理である

糖尿病だけでも4種類の薬剤が必要な場合が少なくない。高血圧症、高コレステロール血症などが合併すると7種類以上になるケースが多い

- (2) 処方日数の適正化

前回改定で30日を超える長期投薬について、取扱いの明確化が図られたが、さらなる

長期投薬を減らす取組みを導入、例えば、超長期処方（例えば 90 日以上）を行う場合には、必要理由の記載を義務付けるようにすること

(3) 院内処方、院内調剤の適正評価

同一の調剤技術料に対し、院内と調剤薬局の報酬の格差が大きいため、院内の評価を見直す、例えば、院内処方における一包化加算、後発医薬品に係る加算の新設、処方料、調剤料の引き上げ

(4) 後発医薬品使用に対する基盤整備

後発医薬品に対する医療提供側、患者側双方の不信感や情報不足を解消するための早急な基盤整備を行うこと、さらに患者や医師が安心して後発医薬品を使うためのチェックシステムを設置すること 等

9. 注射

内科系の中心的な治療である薬物療法における処方技術評価の改善を図るために、「注射」の項に「処方料」を新設すること 等

10. リハビリテーション

(1) 維持期リハビリテーションの継続

当面、平成 31 年 3 月 31 日まで延長されることには賛成するが、リハビリ難民が出ないことやリハビリの質の検証、必要な時には医療のリハビリに戻れるという問題が解消されなければいけない。

(2) リハビリテーションにおける算定要件の緩和と点数格差の是正

施設基準、人員配置等の要件が同じである脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅱ）と運動器リハビリテーション（Ⅰ）の点数格差の是正 等

11. 精神科専門療法

(1) 精神科専門療法の同一日算定

3 か月以内を急性期入院治療期間と位置づけて高密度の治療を短期集中的に行い退院促進する政策的方向性が打ち出されている一方、精神科専門療法に同一日／同一週併算定を妨げる要件が設定されているのは不合理である

入院精神療法ⅠとⅡの同一週併算定、抗精神病特定薬剤治療指導管理料と精神科デイ・ケア等の同一日算定等を可能とする

(2) 通院・在宅精神療法の評価

精神科専門の医療として、診療時間の長短にかかわらず、精神療法の適正な評価とすることまた、20 歳未満の加算について、発達障害、虐待、初期の精神疾患に対し、多職種で対応するがその評価が不足している 等

12. 処置・手術・麻酔

(1) 休日加算 1、時間外加算 1、深夜加算 1 の要件の見直し

前回改定で当直の要件の緩和等が行われたが、届出施設は少なく、外科医の勤務環境改善は進んでいるとはいえない、当直明け外科医が手術に参加するあり方の見直しが必要

(2) ディスポ製品の費用を考慮した点数設定

処置の実施において、感染予防等によりディスポ製品の使用が常識となっている現在において、長年低点数のまま据え置かれている処置項目については、技術料が含まれていないに等しい状況となっている（特に、外来管理加算よりも低点数の処置項目）

(3) 基本診療料に含まれる処置の見直し

処置の必要性は重症度などの医学的判断によるべきであり、処置範囲の大きさで決めるものではない

(4) 手術料の適正な評価（外保連試案の意義を含めた見直し）

短時間で終了する手術が簡単なものという評価は適切ではない。先端医療機器の導入や医師の研鑽の結果による効率化や手術時間の短縮は正しく評価されるべき

(5) 同一手術野で実施する複数手術の評価

行った手術の手技料は、それぞれ算定できるようにすること

(6) 自動縫合器・自動吻合器加算の適応拡大

等

13. 放射線治療

放射線治療計画の策定や放射線物質の適切な管理等に対して、放射線治療計画チーム加算を新設する

等

14. DPC

高度急性期病院の機能を評価すること

少子高齢化社会の中で子育て世代のセーフティネット機能として小児科診療が機能するような見直し

等

15. その他

(1) 医療を推進するためのコスト分析及びその反映

医療機関が受ける消費税の影響などの経営指標等について、国の施策としてより精緻かつ多面的なコスト分析を進め、反映すること

(2) 改定時における点数表の早期告示、周知期間の確保、行政によるきめ細かな周知

(3) 医療保険と介護保険の給付調整

特別養護老人ホーム等施設入所者に対する配置医師による健康管理や療養上の指導は介護報酬に含まれるとして施設から配置医師報酬として支払われていた。平成27年4月以降、原則要介護3以上となり、中心静脈栄養、在宅持続陽圧呼吸療法、在宅自己注射等の在宅医療をしていた患者が入所してきた場合、入所後、在宅療養指導管理料の算定ができなくなるおそれがあるため給付調整の見直しが必要である

(4) 電子カルテ規格の標準化

(5) その他必要事項

〔歯科〕

I 基本的考え方

歯科においては生活を支える医療として長年にわたる対応を重ねており、長期的視野に立った口腔健康管理の推進や国民の口腔に対する意識の向上も相まって、残存歯数は増加を続け、8020達成者は半数を超える状況である。また、口腔の健康は全身の健康に密接に関わるとの認識も広まっている。一方、超高齢社会にあっては要介護者や様々な疾患を抱える高齢者が増加したことで、生活の質の確保が課題となり、我々は歯科医療と口腔健康管理の充実による口腔機能の維持・向上を通じ、国民のQOLの改善と健康寿命の延伸を目指している。

厳しい財政状況のもとで平成30年度診療報酬改定は、目標達成には十分とは考えていない。医療経済実態調査の結果からも、小規模の診療所がほとんどの歯科医院の経営は低迷が続き、設備投資やスタッフの待遇改善もままならない状況であり、安全・安心で良質な歯科医療提供が困難となっている。しかしながら厳しい環境の中でも、国民の健康を支えるという歯科医療提供者の責務を果たすため、以下に示す事項を基本方針と定め、歯科診療報酬について所要の改定を求める。

- * 基本診療料の引き上げ
- * 歯科固有の技術に対する評価
- * 新規技術の導入と普及促進
- * 医療と介護の同時改定におけるシームレスな連携推進
- * 健康寿命の延伸のための口腔衛生管理・口腔機能管理の充実
- * かかりつけ歯科医機能の評価と医療連携・地域・多職種連携の推進
- * 在宅歯科医療の推進と在宅療養支援歯科診療所の充実
- * 不合理な留意事項通知等の見直し
- * その他必要事項

II 具体的検討事項

基本診療料の充実

歯科診療所の経営状態は依然として厳しい状況が続いている。安全・安心で良質な歯科医療提供のため、そのホスピタルフィーである初診料・再診料を引き上げること。

歯科疾患の管理の充実

診療内容や診療日数の如何に関わらず、長期的視野に立った管理は重要であり、そうした努力がう蝕を減少させ、8020達成者の著しい増加をもたらした。あらゆる歯科疾患において管理は必須であるが、歯科における主たる管理料は歯科疾患管理料であり、対象疾患の拡大を含む充実を求める。

歯科医療機関における感染対策への対応

安全・安心で良質な歯科医療提供のためには院内の感染防止対策は欠かせない。医療技術の向上や医療を取り巻く環境の変化とともに求められる水準も厳しくなっており、これらへの対応を評価すること。

歯科固有の技術に対する評価

「歯科診療行為のタイムスタディー調査」によれば、歯科医療における基本的技術料は未だ低評価のまま据え置かれており不採算となっている。良質な歯科医療の提供により健康寿命の延伸のため、タイムスタディー調査に基づいた適正な評価をすること。

新規技術の導入促進と適切な評価

歯科医療の進歩のため、新規技術を積極的に導入すると共に、その技術に見合った適切な評価をすること。

継続的な維持・管理の評価

ライフステージに応じた生涯にわたる口腔機能の維持・向上により健康寿命の延伸のため、「かかりつけ歯科医機能」を活かした歯科医療技術の評価をすること。

う蝕・歯周疾患のみならず、口腔機能低下に対応できる継続的維持管理を充実させること。

長期にわたる維持管理を推進するに当たって、阻害要因となりかねない規定を見直すこと。特に1初診1回の算定制限については見直しが必要である。

医療連携・地域連携の充実

歯科における地域医療連携の核になっている歯科併設の病院や歯科標榜のない病院と地域歯科医療連携室等との連携機能を評価すること。

また、医科歯科間の医療連携に欠かせない医療情報の共有を評価すること。

周術期口腔機能管理の更なる充実

手術後等における口腔衛生管理は肺炎等の感染予防に大きな効果がある。現在は対象疾患が限定されているが、有効な対象疾患・患者へ拡大すること。

全身疾患を抱える患者への対応

超高齢社会において、要介護状態や多様な疾患を抱えた事例が増加しており、これらに対応するための医療連携のもとでの歯科医療提供について評価すること。また、歯科診療におけるバイタルサインのモニタリングについては充実をさせること。

障害児（者）への対応

障害児（者）の生活に合わせ、歯科医療の提供には居宅、施設、外来等のシームレスな対応が求められ、病院併設歯科や障害児（者）医療施設等と歯科診療所の連携・管理、さらに歯科訪問診療の充実も求められる。

近年増加傾向にある重度障害の乳幼児の口腔（衛生・機能）管理について評価すること。

口腔機能低下に対する対応の評価

フレイル（オーラルフレイル）の概念も確立され、介護予防や脳血管疾患等による口腔機能低下に対応する必要がある、これらに対する医学的管理を含め歯科医療技術の評価すること。特に、歯の喪失による有床義歯装着に際しては舌圧測定、咀嚼機能検査、咬合圧検査等の口腔機能検査の充実や適応拡大を図り、口腔機能の維持・向上に係る歯科医療技術の評価すること。

なお、有床義歯の6ヶ月規制に関しては、既に導入時の目的は果たしており、現状では運用上の不都合が出ており、見直すこと。

口腔衛生管理の充実

近年歯科医療の充実による全身疾患の改善や感染予防またQOLの改善等につきエビデンスが示されている。特に口腔衛生管理として、歯科衛生実地指導、訪問歯科衛生指導、機械的歯面清掃処置等を充実させること。

また、障害児（者）や周産期への対応を評価すること。

在宅歯科医療の充実

歯科訪問診療は増加傾向にあるが、更なる充実のため、在宅療養支援歯科診療所の強化を計ること。また、質の高い在宅歯科医療提供のため、専門的歯科医療機関のあり方を検討し、地域における連携を強化すること。

在宅歯科医療の充実には入院時からの連携が欠かせないが、特に退院時の連携を強化すること。

在宅における口腔衛生管理は重要であり、訪問歯科衛生指導料は介護保険との給付調整も含め一体的な見直しをすること。

入院・入所時の栄養サポートチーム連携加算については、実態に合わせた見直しと評価をすること。

患者・家族の利便性や安全・安心な歯科医療提供のため、デイサービスにおける歯科訪問診療を検討すること。

留意事項通知等の整理

臨床現場の実情にそぐわない、過度な事務負担を求める不合理かつ詳細すぎる通知等を是正すること。

その他必要事項

〔調剤〕

<保険薬局における調剤報酬関係>

I 基本的考え方

平成 30 年度の診療報酬・介護報酬の同時改定にあたり、薬剤師・薬局は地域包括ケアシステムの一員として、患者本位の医薬分業の推進、積極的な医療・介護連携の推進により一層取り組んでいく必要がある。

かかりつけ薬剤師・薬局による国民への安全な薬物療法の提供や適正な医薬品供給等を確保するとともに、医師を中心とする多職種と連携を図り、「服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導」、「24 時間対応・在宅対応」、「医療機関等との連携」、「ポリファーマシーへの対応」に向けた取り組みをさらに推進することは喫緊の課題である。また、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」で掲げられた「平成 32 年 9 月までに後発医薬品の使用割合 80%」という目標を達成するためにも、薬剤師・薬局による更なるジェネリック医薬品の普及促進への取り組みと環境整備が肝要である。

こうした状況を踏まえ、以下の事項を基本とする取り組みを進めていくことを求める。

1. かかりつけ薬剤師・薬局機能の充実と拡大
2. 対人業務の評価の充実
3. 医療・介護連携、在宅薬剤管理指導業務の推進
4. 医薬品の適正使用、医療安全確保に向けた病診薬連携・薬学的管理・指導の充実
5. ジェネリック医薬品の普及促進

II 具体的検討事項

1. かかりつけ薬剤師・薬局による取り組みに対する評価
 - ・服薬情報の一元的・継続的な把握の更なる推進
 - ・かかりつけ医や医療機関等との情報共有の推進など、さらなる多職種連携の強化
2. 患者個々の薬歴等を踏まえた薬学的知見に基づく管理・指導の評価
 - ・残薬問題の改善、ポリファーマシーへの対応
 - ・服薬モニタリング
 - ・お薬手帳のさらなる推進と有効活用に向けての取り組み
 - ・薬物療法における医療安全の確保に資する薬学的関与の充実 等
3. 医療・介護連携、在宅医療における薬学的管理・指導の評価
4. ジェネリック医薬品の普及促進に向けた更なる環境整備
5. その他必要事項

<病院・診療所における薬剤師業務関係>

I 基本的考え方

超高齢社会に伴う医療提供体制の改革が進められ、医療機能は、急性期、回復期、慢性期と分化され、入院医療から在宅・外来医療へと多様化してきている。このような状況の中で、患者により良い医療を提供するためのチーム医療の実践や地域包括ケアシステム構築のための地域連携体制を構築し、急速に変化する医療環境に対応することが求められている。

また、薬学の目覚ましい進歩、医療の高度化・多様化に伴い、薬剤師はより一層の医療安全の確保と薬物療法の質の向上に努めなければならない。

こうした状況を踏まえ、病院・診療所における薬剤師がチーム医療・地域医療に貢献できる体制の確保が急務であり、以下に示す事項を基本方針として、その実現に向けた環境の整備を求める。

1. チーム医療・地域医療における薬剤師業務の充実
2. 病棟・外来における薬剤師業務の充実
3. 医療安全の向上及び薬物療法の最適化に向けた取り組みの推進

II 具体的検討事項

1. 地域包括ケアシステム構築のための地域連携に関する評価
2. 病棟における薬剤師業務の更なる推進
3. ポリファーマシーへの対応の推進
4. ジェネリック医薬品の更なる普及推進に向けた評価
5. 医薬品の安全管理に対する評価
6. その他必要事項

中医協公聴会の開催について（案）

1 目的

平成30年度診療報酬改定に当たり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の声を聴く機会を設定することを目的として公聴会を開催することとする。

2 会議名

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）

3 開催日時

平成30年1月19日（金） 13時00分～15時00分

4 開催場所

東京ベイ幕張ホール 2階
（千葉県千葉市美浜ひび野2-3）

5 出席者

- ・中医協委員（総会委員）、保険局長、審議官
- ・公募による意見発表希望者の中から公益委員が選定した意見発表者（10名程度）

6 議 事

- ・開会
- ・会長挨拶
- ・開催趣旨等説明
- ・平成30年度診療報酬改定に係る検討状況について（資料説明）
- ・意見発表者による意見発表
- ・会長総括・閉会

7 意見発表者の募集及び傍聴者

- ・厚生労働省ホームページ等により開催を告知し、意見発表者の募集及び傍聴の案内をする。
- ・傍聴は、当日先着順とする。（500名程度収容可能）

8 その他

- ・会議は公開とし、報道機関等による撮影は、意見発表者による意見発表開始前まで可とする。

平成29年12月21日
保険局医療課医療指導監査室
(担当・内線) 室長補佐 植松(3286)
室長補佐 早坂(3286)
(代表電話) 03(5253)1111
(直通電話) 03(3595)2578

報道関係者 各位

平成28年度における保険医療機関等の 指導・監査等の実施状況について(概況)

1 指導・監査等の実施件数

個別指導	4,523件	(対前年度比	120件増)
新規個別指導	6,173件	(対前年度比	322件減)
適時調査	3,363件	(対前年度比	801件増)
監査	74件	(対前年度比	16件減)

2 取消等の状況

保険医療機関等	27件	(対前年度比	10件減)
(内訳) 指定取消	: 17件	(対前年度比	2件増)
指定取消相当	: 10件	(対前年度比	12件減)
保険医等	21人	(対前年度比	5人減)
(内訳) 登録取消	: 19人	(対前年度比	3人減)
登録取消相当	: 2人	(対前年度比	2人減)

特徴等

- ・ 保険医療機関等の指定取消処分(指定取消相当を含む。)の原因(不正内容)を見ると、不正請求(架空請求、付増請求、振替請求、二重請求)がそのほとんどを占めている。
- ・ 指定取消処分(指定取消相当を含む。)に係る端緒としては、保険者、医療機関従事者等、医療費通知に基づく被保険者等からの通報が18件と取消(指定取消相当を含む。)件数の過半数を占めている。

3 返還金額

保険医療機関等から返還を求めた額は、約89億円(対前年度比約35億4千万円減)
(内訳)

- ・ 指導による返還分 : 約40億9千万円(対前年度比 約4億2千万円減)
- ・ 適時調査による返還分 : 約43億6千万円(対前年度比 約32億7千万円減)
- ・ 監査による返還分 : 約4億5千万円(対前年度比 約1億5千万円増)

<保険診療における指導・監査HP>

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/shidou_kansa.html

平成28年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況

1. 指導の実施状況

(1) 個別指導

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	1,601件	1,324件	1,598件	4,523件
保 険 医 等	4,986人	1,979人	2,326人	9,291人

(2) 新規個別指導

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	2,154件	1,599件	2,420件	6,173件
保 険 医 等	2,918人	1,613人	2,880人	7,411人

(3) 集団的個別指導

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	4,630件	4,920件	4,130件	13,680件

2. 適時調査の実施状況

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	3,356件	7件	0件	3,363件

3. 監査の実施状況

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	28件	39件	7件	74件
保 険 医 等	103人	120人	40人	263人

4. 保険医療機関等の指定取消等及び保険医等の登録取消等の状況

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計	
保険医療機関等	指 定 取 消	3件	13件	1件	17件
	指 定 取 消 相 当	5件	5件	0件	10件
	計	8件	18件	1件	27件
保 険 医 等	登 録 取 消	5人	13人	1人	19人
	登 録 取 消 相 当	1人	1人	0人	2人
	計	6人	14人	1人	21人

5. 保険医療機関等の指定取消等に係る端緒

- (1) 保険者等からの情報提供 18件（保険者、医療機関従事者等、医療費通知に基づく被保険者等）
- (2) その他 9件

6. 返還金額の状況

返還金額は、88億9535万円であった。

- ・ 指導による返還分 40億8898万円
- ・ 適時調査による返還分 43億5931万円
- ・ 監査による返還分 4億4705万円

7. 指導・監査等の実施状況等の年度推移

区分	保険医療機関等 (単位:件)					保険医等 (単位:人)						
	年度	24	25	26	27	28	年度	24	25	26	27	28
個別指導	医科	1,553	1,563	1,604	1,566	1,601	医師	5,074	8,166	7,797	4,287	4,986
	歯科	1,358	1,400	1,365	1,331	1,324	歯科医師	1,854	2,126	2,196	1,845	1,979
	薬局	1,391	1,437	1,497	1,506	1,598	薬剤師	2,245	1,905	2,073	2,143	2,326
	計	4,302	4,400	4,466	4,403	4,523	計	9,173	12,197	12,066	8,275	9,291
新規個別指導	医科	2,205	2,104	2,097	2,170	2,154	医師	2,939	2,475	2,355	2,666	2,918
	歯科	1,522	1,557	1,623	1,709	1,599	歯科医師	1,921	1,822	1,916	1,847	1,613
	薬局	2,376	2,509	2,798	2,616	2,420	薬剤師	3,588	3,383	3,538	3,430	2,880
	計	6,103	6,170	6,518	6,495	6,173	計	8,448	7,680	7,809	7,943	7,411
集個別指導	医科	4,565	4,499	4,170	4,305	4,630						
	歯科	5,085	5,003	5,058	5,002	4,920						
	薬局	3,702	3,967	3,851	3,928	4,130						
	計	13,352	13,469	13,079	13,235	13,680						
適時調査	医科	2,217	2,453	2,346	2,561	3,356						
	歯科	22	12	0	0	7						
	薬局	170	43	1	1	0						
	計	2,409	2,508	2,347	2,562	3,363						
監査	医科	53	37	35	37	28	医師	147	101	112	78	103
	歯科	35	47	45	45	39	歯科医師	78	98	148	81	120
	薬局	9	10	7	8	7	薬剤師	17	33	32	22	40
	計	97	94	87	90	74	計	242	232	292	181	263
取消 (取消相当含む)	医科	42	37	15	10	8	医師	12	9	8	7	6
	歯科	22	21	19	26	18	歯科医師	24	16	14	18	14
	薬局	8	1	7	1	1	薬剤師	6	1	8	1	1
	計	72	59	41	37	27	計	42	26	30	26	21

取消の端緒	年度	取消保険医療機関等数 (単位:件)				
		24	25	26	27	28
保険者等からの情報提供		38	30	25	20	18
その他		34	29	16	17	9
合計		72	59	41	37	27

年度	返 還 金 額 (単位:万円)				対前年度比増▲減
	指導によるもの	適時調査によるもの	監査によるもの	合計	
24	405,599	722,491	175,799	1,303,890	—
25	341,903	617,508	501,756	1,461,167	157,277
26	413,453	651,527	267,397	1,332,377	▲128,790
27	451,089	763,351	29,297	1,243,737	▲88,640
28	408,898	435,931	44,705	889,535	▲354,202

8. 保険医療機関等の指導・監査等の実施状況（都道府県別）

都道府県	個別指導				新規個別指導				集团的個別指導				適時調査				監査			
	医科	歯科	薬局	合計	医科	歯科	薬局	合計	医科	歯科	薬局	合計	医科	歯科	薬局	合計	医科	歯科	薬局	合計
01 北海道	64	30	36	130	43	44	31	118	180	238	179	597	234	1	0	235	1	1	0	2
02 青森	21	26	24	71	19	15	23	57	39	40	48	127	56	0	0	56	1	0	0	1
03 岩手	19	25	23	67	14	12	15	41	24	51	43	118	51	0	0	51	0	1	0	1
04 宮城	33	25	44	102	36	36	59	131	64	81	85	230	77	0	0	77	0	1	0	1
05 秋田	23	18	21	62	15	8	13	36	29	31	43	103	42	0	0	42	0	0	1	1
06 山形	24	21	22	67	15	10	27	52	38	36	41	115	48	0	0	48	1	1	0	2
07 福島	26	38	35	99	21	13	27	61	41	71	65	177	70	0	0	70	0	1	0	1
08 茨城	37	34	45	116	31	31	32	94	72	87	86	245	62	0	0	62	0	0	1	1
09 栃木	40	36	26	102	25	14	34	73	58	72	62	192	55	0	0	55	0	0	0	0
10 群馬	37	34	32	103	24	13	53	90	75	57	57	189	66	0	0	66	1	0	0	1
11 埼玉	86	83	80	249	119	113	137	369	162	215	195	572	86	0	0	86	0	0	0	0
12 千葉	64	73	70	207	96	79	119	294	167	250	168	585	100	0	0	100	0	3	0	3
13 東京	85	33	122	240	355	269	308	932	565	794	466	1,825	160	2	0	162	8	10	0	18
14 神奈川	69	63	106	238	190	143	256	589	315	278	257	850	89	0	0	89	1	1	0	2
15 新潟	26	19	43	88	24	23	53	100	73	95	77	245	66	0	0	66	0	2	0	2
16 山梨	17	16	14	47	13	9	17	39	20	34	31	85	32	0	0	32	0	0	0	0
17 長野	41	38	35	114	25	32	38	95	72	55	41	168	66	0	0	66	0	1	0	1
18 富山	19	17	16	52	12	10	24	46	22	37	32	91	59	0	0	59	0	0	0	0
19 石川	13	19	18	50	16	8	35	59	27	38	38	103	76	0	0	76	0	0	0	0
20 岐阜	14	38	14	66	23	30	37	90	74	59	73	206	51	1	0	52	3	0	3	6
21 静岡	38	34	47	119	53	41	74	168	113	141	131	385	60	0	0	60	0	1	0	1
22 愛知	56	64	103	223	128	81	122	331	227	293	229	749	84	0	0	84	0	1	0	1
23 三重	25	28	27	80	15	12	33	60	55	50	59	164	60	0	0	60	0	0	0	0
24 福井	13	12	11	36	7	3	9	19	27	19	20	66	38	0	0	38	0	0	0	0
25 滋賀	23	14	21	58	25	9	16	50	40	34	31	105	33	0	0	33	0	1	0	1
26 京都	18	19	36	73	52	23	46	121	129	104	44	277	75	0	0	75	0	0	0	0
27 大阪	45	44	26	115	210	130	155	495	539	433	295	1,267	131	1	0	132	2	4	0	6
28 兵庫	44	28	25	97	95	74	83	252	276	240	191	707	88	1	0	89	2	1	1	4
29 奈良	31	24	19	74	24	17	18	59	55	36	38	129	41	0	0	41	1	0	0	1
30 和歌山	25	19	17	61	13	11	15	39	49	44	27	120	43	0	0	43	0	0	0	0
31 鳥取	11	8	11	30	6	6	14	26	23	21	20	64	31	0	0	31	0	0	0	0
32 島根	18	11	12	41	11	6	18	35	24	22	24	70	32	0	0	32	0	0	0	0
33 岡山	40	8	29	77	27	19	47	93	49	0	58	107	71	1	0	72	1	0	0	1
34 広島	43	9	57	109	54	39	38	131	116	115	114	345	78	0	0	78	1	1	1	3
35 山口	44	26	31	101	21	10	17	48	36	55	61	152	75	0	0	75	1	0	0	1
36 徳島	19	18	16	53	9	7	15	31	38	31	31	100	57	0	0	57	0	2	0	2
37 香川	29	20	21	70	16	10	19	45	32	20	40	92	47	0	0	47	1	1	0	2
38 愛媛	38	29	23	90	13	14	26	53	65	43	42	150	72	0	0	72	0	0	0	0
39 高知	21	15	14	50	8	8	26	42	25	29	21	75	66	0	0	66	0	1	0	1
40 福岡	53	51	72	176	110	77	124	311	238	240	213	691	130	0	0	130	2	2	0	4
41 佐賀	20	17	19	56	18	11	14	43	38	34	40	112	74	0	0	74	0	0	0	0
42 長崎	48	31	28	107	18	11	17	46	65	56	56	177	77	0	0	77	1	0	0	1
43 熊本	20	12	8	40	16	18	32	66	69	64	63	196	50	0	0	50	0	0	0	0
44 大分	27	22	21	70	17	11	17	45	44	44	42	130	78	0	0	78	0	0	0	0
45 宮崎	31	19	22	72	22	7	29	58	37	32	44	113	76	0	0	76	0	0	0	0
46 鹿児島	30	34	35	99	19	17	27	63	58	68	67	193	85	0	0	85	0	1	0	1
47 沖縄	33	22	21	76	31	15	31	77	46	33	42	121	58	0	0	58	0	1	0	1
合計	1,601	1,324	1,598	4,523	2,154	1,599	2,420	6,173	4,630	4,920	4,130	13,680	3,356	7	0	3,363	28	39	7	74

9. 保険医療機関等取消等状況

都道府県名	保 険 医 療 機 関 等					保 険 医 等																															
	名 称	区分	指定取消年月日 () は取消相当	返還額	主な事故内容	氏 名	登録取消年月日 () は取消相当																														
1 北海道	時計台内科クリニック	医	H28. 8. 1	8,204千円	架空請求、付増請求、 その他の請求	吉田 隆雄	H28. 8. 1																														
2 北海道	北蓉歯科クリニック	歯	H28. 12. 26	2,168千円	架空請求、付増請求、 振替請求、二重請求、 その他の請求	田村 友彦	H28. 12. 26																														
3 岩 手	おがわ歯科	歯	H29. 3. 24	精査中	付増請求、振替請求、 その他の請求	小川 雅之	H29. 3. 24																														
4 山 形	かきざき歯科医院	歯	H28. 8. 10	精査中	付増請求、振替請求、 その他の請求	柿崎 勝幸	H28. 8. 10																														
5 福 島	小宅歯科医院 (H27. 9. 14廃止)	歯	(H28. 8. 5)	5,834千円	付増請求、振替請求、 その他の請求	小宅 憲一 (H27. 10. 15登録抹消)	(H28. 8. 5)																														
6 栃 木	ラパーク歯科 (H27. 3. 31廃止)	歯	(H28. 12. 23)	1,687千円	架空請求、付増請求、 振替請求	—	—																														
7 群 馬	松田歯科医院	歯	H28. 12. 23	精査中	付増請求、振替請求、 その他の請求	松田 光司	H28. 12. 23																														
8 東 京	石塚医院 (H26. 8. 31廃止)	医	(H28. 10. 21)	精査中	架空請求、付増請求	—	—																														
9 東 京	床鍋診療所(H27. 6. 30廃止)	医	(H29. 2. 17)	精査中	付増請求、振替請求、 二重請求、その他の請求	—	—																														
10 東 京	医療法人社団 IDC国際歯科クリニック (H25. 1. 31廃止)	歯	(H28. 6. 17)	2,485千円	架空請求、付増請求、 二重請求	小松 賢一	H28. 6. 17																														
11 東 京	医療法人社団 桜栄会 八王子歯科室	歯	H28. 6. 17	精査中	付増請求、振替請求、 その他の請求	—	—																														
12 東 京	内田歯科	歯	H29. 2. 17	精査中	振替請求、付増請求、 その他の請求	内田 成一	H29. 2. 17																														
13 愛 知	伊藤医院 (H28. 3. 31廃止)	医	(H28. 12. 15)	7,490千円	その他の請求	伊藤 啓志 (H28. 10. 10登録抹消)	(H28. 12. 15)																														
14 大 阪	大里内科 (H27. 3. 31廃止)	医	(H28. 6. 27)	3,636千円	架空請求、付増請求、 振替請求、二重請求、 その他の請求	大里 修一郎	H28. 6. 27																														
15 大 阪	医療法人八上外科・胃腸科	医	H28. 9. 19	精査中	付増請求、振替請求	八上 彪	H28. 9. 19																														
16 大 阪	医療法人開成会 ハンモトデンタルオフィス忠岡分院 (H28. 6. 30廃止)	歯	(H28. 7. 4)	1,611千円	付増請求、振替請求、 その他の請求	橋本 英敏	H28. 7. 4																														
17 大 阪	医療法人恵英会 江坂中央歯科室	歯	H28. 7. 4	44,771千円	架空請求、付増請求、 振替請求、その他の請求	松梨 英彦	H28. 7. 4																														
18 兵 庫	日山クリニック (H29. 3. 9廃止)	医	(H29. 3. 28)	22,102千円	その他の請求	日山 憲一	H29. 3. 28																														
19 兵 庫	医療法人社団終和会 三木デンタルクリニック (H25. 8. 26廃止)	歯	(H28. 8. 8)	精査中	その他の請求	—	—																														
20 兵 庫	医療法人社団終和会 明石デンタルクリニック	歯	H28. 8. 15	精査中	その他の請求	—	—																														
22 徳 島	大塚歯科医院	歯	H28. 9. 3	3,482千円	付増請求、振替請求、 二重請求、その他の請求	大塚 雄二	H28. 9. 3																														
21 香 川	おおいに歯科クリニック	歯	H28. 4. 1	精査中	付増請求、その他の請求	大西 浩司	H28. 4. 1																														
23 福 岡	勝田歯科医院	歯	H28. 7. 28	精査中	付増請求、振替請求、 架空請求、その他の請求	勝田 高史	H28. 7. 28																														
24 長 崎	田崎医院	医	H28. 5. 19	精査中	架空請求、付増請求	田崎 浩一	H28. 5. 19																														
25 大 分	豊島歯科医院	歯	H29. 3. 6	精査中	付増請求、振替請求、 二重請求、その他の請求	豊島 達也	H29. 3. 6																														
26 宮 崎	はまゆう薬局	薬	H28. 7. 28	精査中	その他の請求	廣瀬 彰	H28. 7. 28																														
27 鹿児島	まりふ歯科クリニック	歯	H28. 5. 19	829千円	振替請求、その他の請求	原園 俊郎	H28. 5. 19																														
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">○保険医療機関等</td> <td style="width: 10%;">指定取消</td> <td style="width: 10%;">指定取消相当</td> <td style="width: 25%;">○保険医等</td> <td style="width: 10%;">登録取消</td> <td style="width: 10%;">登録取消相当</td> </tr> <tr> <td>医 科</td> <td>3件</td> <td>5件</td> <td>医 師</td> <td>5人</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>歯 科</td> <td>13件</td> <td>5件</td> <td>歯 科 医 師</td> <td>13人</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>薬 局</td> <td>1件</td> <td>0件</td> <td>薬 剤 師</td> <td>1人</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>17件</td> <td>10件</td> <td>計</td> <td>19人</td> <td>2人</td> </tr> </table>								○保険医療機関等	指定取消	指定取消相当	○保険医等	登録取消	登録取消相当	医 科	3件	5件	医 師	5人	1人	歯 科	13件	5件	歯 科 医 師	13人	1人	薬 局	1件	0件	薬 剤 師	1人	0人	計	17件	10件	計	19人	2人
○保険医療機関等	指定取消	指定取消相当	○保険医等	登録取消	登録取消相当																																
医 科	3件	5件	医 師	5人	1人																																
歯 科	13件	5件	歯 科 医 師	13人	1人																																
薬 局	1件	0件	薬 剤 師	1人	0人																																
計	17件	10件	計	19人	2人																																

※ 返還額は、平成29年10月末現在のものである。

10. 保険医療機関等の取消等に係る主な事例

【医科】

保険医療機関等名	(北海道) 時計台内科クリニック 【平成 28 年 8 月 1 日 指定取消】
不正の区分	架空請求、付増請求、その他の請求 (返還金額 8,204 千円)
不正の内容等	<p>1. 監査に至った経緯 個別指導を実施したところ、診療録と診療報酬明細書に診療実日数、薬剤、検査等の不一致が多数見られた。開設者にこれらの説明を求めたところ、診療報酬を不正に請求していたことを認める旨の説明があり、不正な診療報酬の請求が疑われたことから個別指導を中止し、監査を実施した。</p> <p>2. 監査結果 ・実際には行っていない保険診療を行ったように装って、診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った保険診療に行っていない保険診療を付け増して、診療報酬を不正に請求していた。 ・保険診療と認められないものを、保険診療を行ったように装って、診療報酬を不正に請求していた。</p> <p>3. 処分等 平成 28 年 8 月 1 日 保険医療機関の指定取消、保険医の登録取消</p>

【歯科】

保険医療機関等名	(大阪府) 医療法人恵英会 江坂中央歯科 【平成 28 年 7 月 4 日 指定取消】
不正の区分	架空請求、付増請求、振替請求、その他の請求 (返還金額 44,771 千円)
不正の内容等	<p>1. 監査に至った経緯 個別指導を実施したところ、画像診断の診療報酬が請求されているにもかかわらず、エックス線フィルムがないことなど、診療報酬を不正に請求していたことを認めたが、具体的な不正の事実が確認できなかったことから個別指導を中断。再開した個別指導において、改めて診療報酬を不正に請求していたことを認めたため、個別指導を中止し、監査を実施した。</p> <p>2. 監査結果 ・実際には行っていない保険診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った保険診療に行っていない保険診療を付け増して、診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った保険診療を保険点数の高い別の診療に振り替えて、診療報酬を不正に請求していた。 ・保険診療と認められないものを、保険診療を行ったように装って、診療報酬を不正に請求していた。</p> <p>3. 処分等 平成 28 年 7 月 4 日 保険医療機関の指定取消、保険医の登録取消</p>

(用語解説)

I 全般的事項

1 保険医療機関等

保険医療機関及び保険薬局の総称。医療機関または薬局の申請に基づき、地方厚生(支)局長が指定する。指定を受けることにより、いわゆる保険診療(保険調剤を含む。以下同じ。)を提供できることとなる。

2 保険医等

保険医及び保険薬剤師の総称。医師、歯科医師または薬剤師の申請に基づき、地方厚生(支)局長が登録する。登録を受けることにより、いわゆる保険診療に従事できることとなる。

3 不正請求

診療報酬(調剤報酬を含む。以下同じ。)の請求のうち、詐欺や不法行為に当たるもの。架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求に区分される。

① 架空請求

実際に診療(調剤を含む。以下同じ。)を行っていない者につき診療をしたごとく請求すること。診療が継続している者であっても当該診療月に診療行為がないにもかかわらず請求を行った場合、当該診療月分については架空請求となる。

② 付増請求

診療行為の回数(日数)、数量、内容等を実際に行ったものより多く請求すること。

③ 振替請求

実際に行った診療内容を保険点数の高い他の診療内容に振り替えて請求すること。

④ 二重請求

自費診療を行って患者から費用を受領しているにもかかわらず、保険でも診療報酬を請求すること。

⑤ その他の請求

- a 医師数、看護師数等が医療法の標準数を満たしていないにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合
- b 入院患者数の平均が基準以上であるにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合
- c 施設基準の要件を満たしていないにもかかわらず、虚偽の届出を行った場合
- d 保険診療と認められないものを請求した場合(患者の依頼のない往診、健康診断、無診察投薬、自己診療等)等。

4 不当請求

診療報酬の請求のうち、算定要件を満たしていない等、その妥当性を欠くもの。

例:「指導の要点」を診療録(カルテ)に記載することを条件に算定が認められている診療報酬について、カルテに指導の要点を記載していない。

5 返還金額

個別指導、新規個別指導、適時調査または監査の結果、不正請求または不当請求が確認された場合に、同様の事故について保険医療機関等において自己点検のうえ地方厚生(支)局に提出した返還同意書に記載された金額。

本資料における返還金額は、指導に関するものであれば、平成28年度及び平成27年度以前に個別指導または新規個別指導を行ったもののうち、保険医療機関等が実施した自己点検結果について、平成28年度中に地方厚生(支)局において返還金関係書類を保険者に通知したもの。

II 指導関係

1 指導

保険医療機関等、保険医等に対して、保険診療・保険調剤の質的向上及び適正化を図ることを目的として、療養担当規則等に定められている診療方針、診療報酬・調剤報酬の請求方法、保険医療の事務取扱等について周知徹底する。(健康保険法第73条等)

実施対象や方法等により集団指導、集団的個別指導、個別指導に分類される。

2 個別指導

指導の一類型であり、地方厚生(支)局及び都道府県が指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて又は当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。なお、個別指導にはこのほか、厚生労働省が主体となって実施する(特定)共同指導がある。

なお、指導完了後、その内容に応じ、必要な措置(概ね妥当・経過観察・再指導・要監査)が採られる。

3 新規個別指導

個別指導のうち、新たに指定された保険医療機関等を対象として行われるもの。

4 集団的個別指導

指導の一類型であり、地方厚生(支)局及び都道府県が共同で指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。

III 適時調査関係

1 施設基準

一定の人員要件や設備要件を充足している場合に、地方厚生(支)局長へ所定の届出を行うことにより、診療報酬の算定において通常よりも高い点数が算定可能となるもの。具体的には、看護師の配置を手厚くすることにより算定が認められる入院基本料等、約400種類の施設基準がある。

2 適時調査

施設基準を届け出ている保険医療機関等について、地方厚生(支)局が当該保険医療機関等に直接赴いて、届け出られている施設基準の充足状況を確認するために行う調査。

IV 監査関係

1 監査

保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握するために行う(健康保険法第78条等)

なお、監査完了後、確認された事実に応じ、必要な措置(取消処分・戒告・注意)が採られる。本資料における監査件数(人数)は、平成28年度中に1回以上、監査を実施した保険医療機関等(保険医等)の件数(人数)を計上している。

2 取消

監査後に採られる行政上の措置の一つ。保険医療機関等の指定取消処分及び保険医等の登録取消処分のことであり、次のいずれかに該当する場合に取消処分の対象となる。

- ① 故意に不正又は不当な診療を行った場合
- ② 故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行った場合
- ③ 重大な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行った場合
- ④ 重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行った場合

取消処分を受けると、その旨が公表されるほか、原則として5年間、保険医療機関等の再指定及び保険医等の再登録を受けることができないこととなる。

3 取消相当

本来、取消処分(保険医療機関等の指定取消、保険医等の登録取消)を行うべき事案について、保険医療機関等が既に廃止され、又は保険医等が既にその登録を抹消している等のため、これら行政処分を行えない場合に行われる取扱いであり、取消処分の場合と同様、取消相当である旨が公表されるほか、原則として5年間、再指定(再登録)を受けることができないこととなる。

(参考) 厚生労働省ホームページ：保険診療における指導・監査

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/shidou_kansa.html

保険診療における指導・監査のホームページ

診療報酬請求に係るルールを理解を促進し、保険診療や保険調剤の質的向上や適正化の推進を図ることを目的に指導監査に関する情報を厚生労働省ホームページに掲載し、広く情報発信する取組を実施(平成29年3月15日開設)

<具体的な掲載内容>

○集団指導用資料

保険診療のしくみ、保険医療機関及び保険医療養担当規則、診療報酬点数表の解釈、保険医療機関等の指導・監査等についての説明

○特定共同指導・共同指導における指摘事項

特定共同指導・共同指導の指導結果から主な指摘事項をとりまとめたもの

<例>

- ・外来患者及び入院患者の日々の診療内容について、医師の診療録の記載が全くない。
- ・診療録に、治療計画の要点等の必要記載事項を記載していない。
- ・届出事項の変更が速やかに行われていない。

○関係法令等

健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保の法律等の関係条文及び指導大綱、監査要綱等

○保険医療機関等の指導・監査の実施状況(報道発表資料)の直近版

- ・指導・監査の実施状況、取消の状況等についての都道府県別件数及び年度推移
- ・返還金額の年度推移等

<保険診療における指導・監査HP>

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuuhoken/shidou_kansa.html