

中央社会保険医療協議会 総会（第 419 回） 議事次第

令和元年7月17日(水) 9:30~

於 TKPガーデンシティプレミアム田町4階

議 題

- 介護・障害福祉サービス等と医療との連携の在り方について
- 診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応について
- 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の施行に向けた対応について
- 選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果（速報）について

# 中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時: 令和元年7月17日(水) 9:30~  
会場: TKPガーデンシティPREMIUM田町 ホール4B・4C(4階)

速記	秋山	中村	関	荒井	田辺会長	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官	
	松本							吉森	
	今村							幸野	
	猪口							平川	
	島							間宮	
林							宮近		
有澤							松浦		
田村							横地	吉川	
医療指導 監査室長	歯科医療 管理官	保険医療 企画調査 室長	医療技術 評価推進 室長	医療課長	薬剤管理 官	総務課長	医療介護 連携携政策 課長	調査課長	調査課 数理企画 官
厚生労働省									
厚生労働省									
関係者席									
関係者席									
関係者席・日比谷クラブ									
日比谷クラブ									
一般傍聴席									
一般傍聴席・厚生労働記者会									

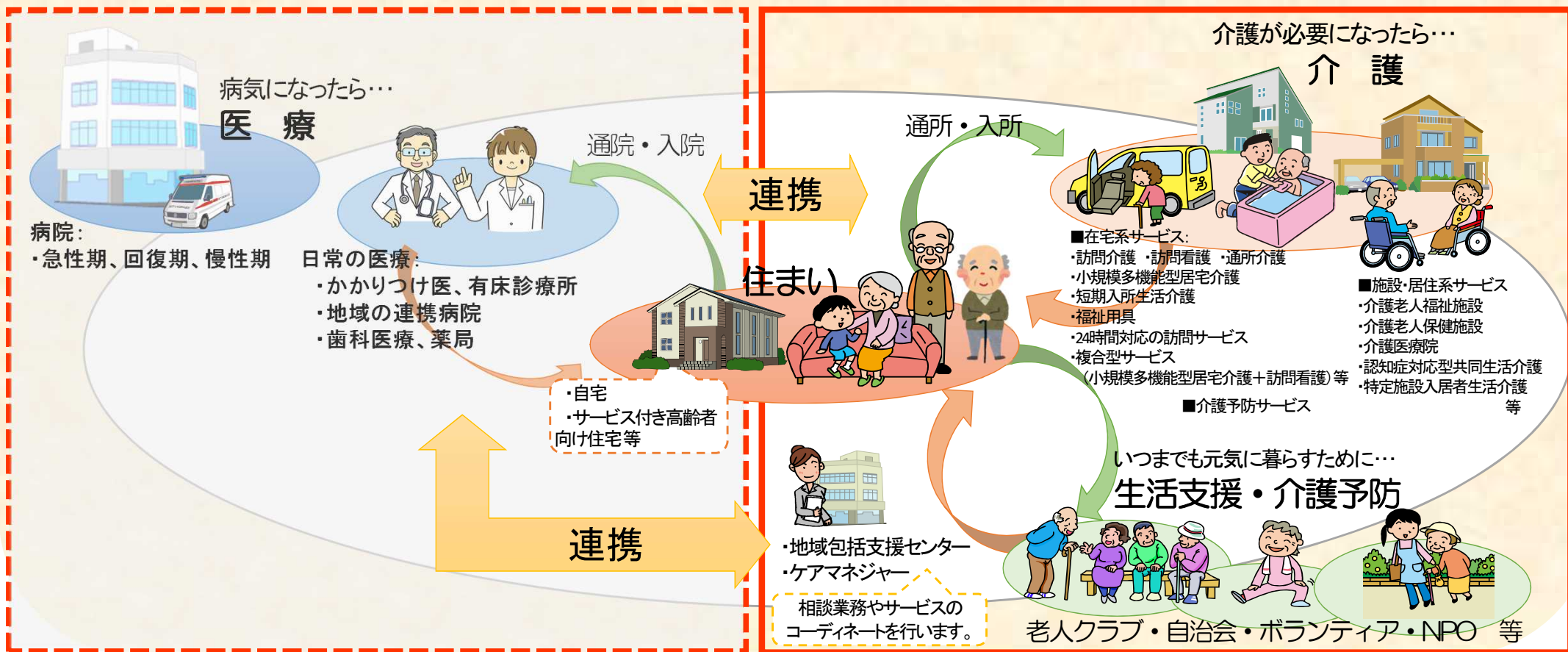
# 介護・障害福祉サービス等と医療との 連携の在り方について

# 介護・障害福祉サービス等と医療との連携の在り方について (地域包括ケアシステムにおける医療の役割)

## 地域包括ケアシステムの姿

地域づくり・まちづくりにおける医療の在り方 (7/10)

本日のテーマ (7/17)



※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護サービスとの連携について
  - 地域包括ケアシステムの推進について
  - 訪問看護の利用状況等について
- 精神疾患に係る施策・サービス等との連携について
  - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
  - 様々な依存症対策への対応について
- 障害児・者に係る施策・サービス等との連携について
  - 障害児・者に係る施策・サービス等の概要について
  - 発達障害児・者への対応について
  - その他

# 地域包括ケアシステムの推進について

- 地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて高齢者が、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生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう
- 平成30年度診療報酬改定において、医療と介護の連携を推進する観点から、介護報酬改定における対応を踏まえ、以下の対応等を実施
  - ・ 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化
  - ・ リハビリテーションにおける医療介護連携の推進
  - ・ 介護医療院・有床診地域包括ケアモデルへの対応
  - ・ 国民の希望に応じた看取りの推進
- 平成30年度介護報酬改定において、地域包括ケアシステムの構築を推進し、中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備するための対応等を実施

## (社会保障制度改革国民会議報告書抜粋)

### II 医療・介護分野の改革

#### 2 医療・介護サービスの提供体制改革

##### (4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステム(抜粋)

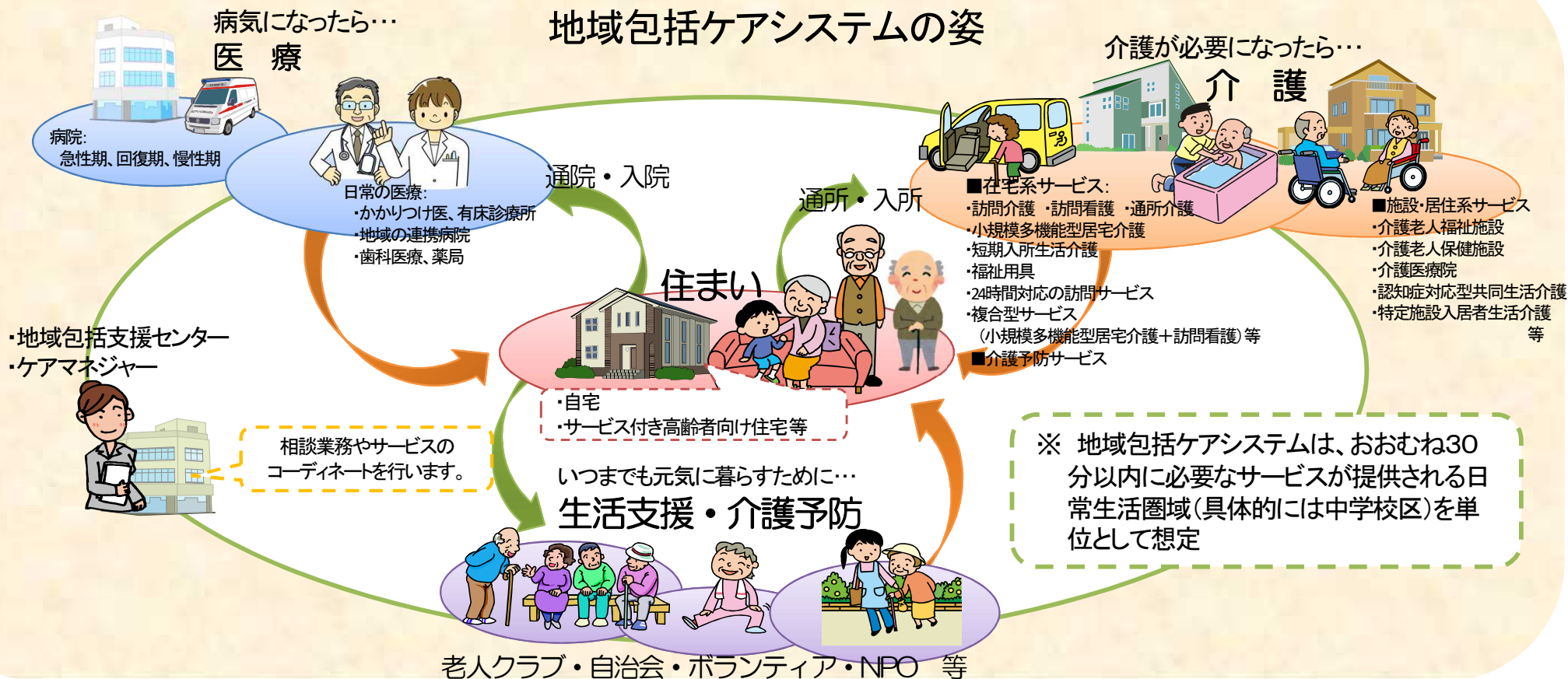
■ 今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことをも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

■ この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

# 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

## 地域包括ケアシステムの姿





## 医療と介護の連携の推進

### 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



### 介護医療院・有床診地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援

### リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和



### 国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実

## 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

### 診療報酬改定における対応

- 訪問診療を提供する主治医から患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員への情報提供を推進（在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件に追加）

### 介護報酬改定における対応

- 著しい状態変化を伴う末期のがん患者については、主治の医師等の助言を得ることにより、ケアマネジメントプロセスの簡素化を可能にするとともに、主治の医師等に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進

### 診療報酬改定における対応（通知抜粋）

#### ○在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件（抜粋）

悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。

### 介護報酬改定における対応（居宅介護支援）

#### ○ケアマネジメントプロセスの簡素化

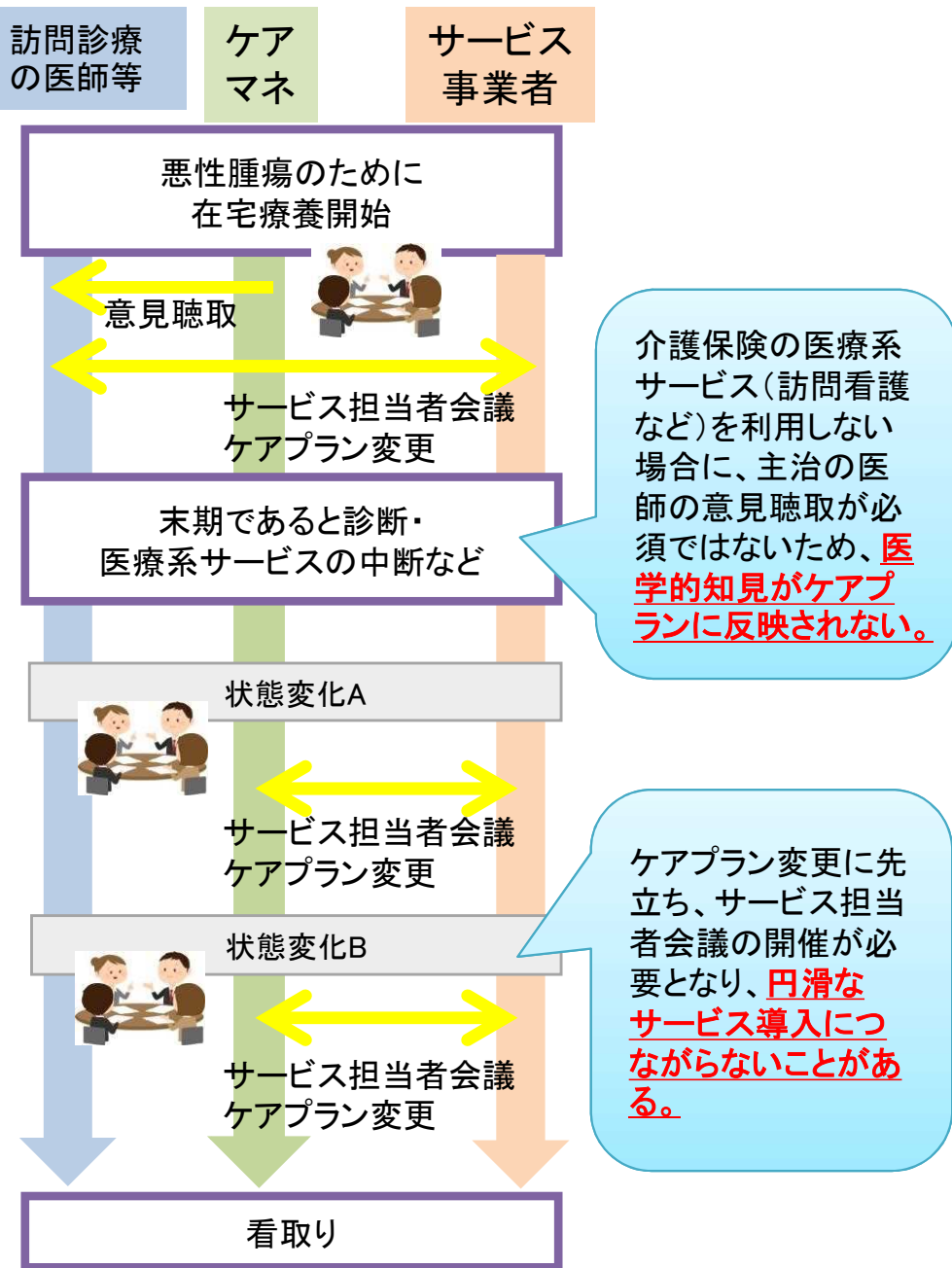
著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

#### ○頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

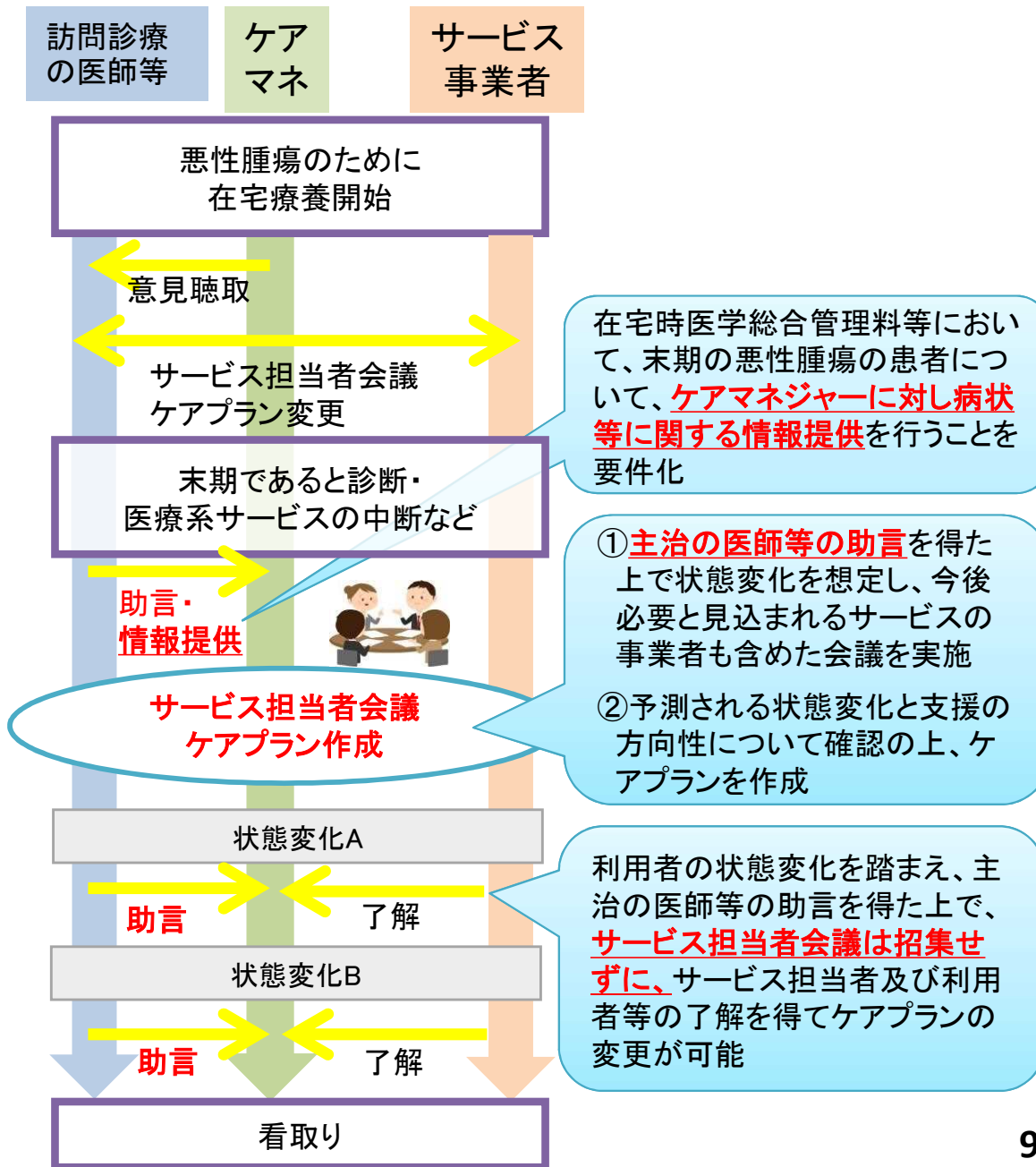
末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

# 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化(イメージ)

## 改定前



## 改定後(以下の取扱いも可能となる。)



## 維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

### 維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 要介護・要支援被保険者※に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。  
(平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等※に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする)  
※入院中の患者以外の患者に限る。

### 医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- 新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設
- 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

(新) リハビリテーション計画提供料1 275点

(新) 電子化連携加算 5点

[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

### 診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

# リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進②

## リハビリテーション総合計画評価料の見直し

- 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者等、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書について、新たに簡略化した様式を使用可能とし、その場合の評価を新設する。

### 現行

#### 【リハビリテーション総合計画評価料】

300点

#### [対象患者]

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料、認知症患者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)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者



### 改定後

#### 【リハビリテーション総合計画評価料】

リハビリテーション総合計画評価料1 300点

#### [対象患者]

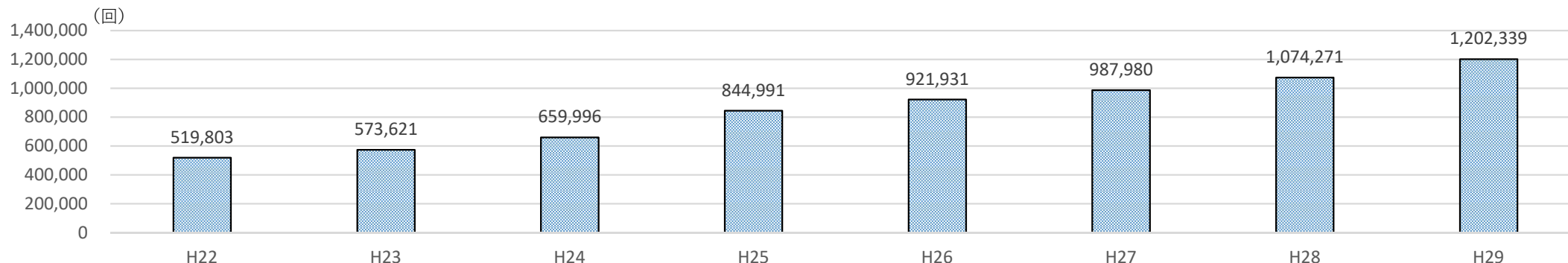
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者 並びに脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者以外の患者

(新) リハビリテーション総合計画評価料2 240点

#### [対象患者]

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者

○ リハビリテーション総合計画評価料の算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

## 介護医療院の創設への対応

- 介護療養型医療施設(介護療養病床)の転換先として介護医療院が創設されるに当たり、診療報酬における取扱いについて、介護医療院の特性を踏まえた、以下のような対応を行う。
1. 介護医療院は、医療提供が内包されている施設であるため、その内容に応じて給付調整を行う。具体的には、診療内容については介護療養型医療施設、体制の基準については介護老人保健施設に係る給付調整と同様に扱う。
  2. 在宅復帰・在宅移行に係る評価において、介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、居住系介護施設等を含め「退院先」として扱う。
  3. 介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、入院料において、在宅からの受入れに対する評価について、介護医療院を「自宅」と同様の取扱いとする。
  4. 介護医療院は、医療を提供する機能を有することから、医療に係る情報提供や共同指導について、介護老人保健施設と同様の取扱いとする。  
 [対応する報酬] 診療情報提供料(I)、退院時共同指導加算(訪問看護管理療養費)
  5. 病院の機能分化の観点から、介護医療院等の介護保険施設を有する医療機関については、総合入院体制加算の評価対象から除外する。

### 介護報酬改定における対応

(医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設)

- 介護医療院については、介護療養病床(療養機能強化型)相当のサービスを提供するⅠ型と、老人保健施設相当以上のサービスを提供するⅡ型の2つの類型が創設される。
- 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換について、各種の転換支援・促進策が設けられる。



# 慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

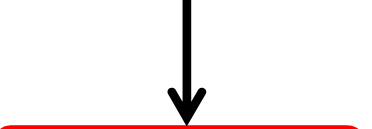
**介護医療院**

**既存サービスの  
の組合せ**

**医療機関  
(医療療養病床  
20対1)**

**医療機能を内包した施設系サービス**  
〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等  
ができるよう、2つのパターンを提示。〕

**医療を外から提供する、  
居住スペースと医療機関の併設**  
〔医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。  
● 残りスペースを居住スペースに。〕



**新(案1-1)**

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。

- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

**新(案1-1)**

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者。

- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

**新(案1-2)**

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定**した者。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

**新(案2)**

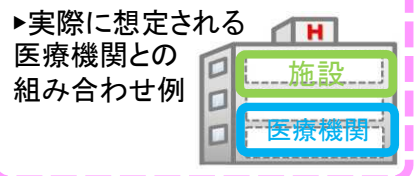
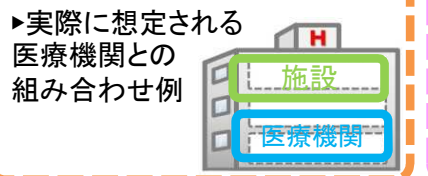
- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定**した者。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

**既存サービス  
の組合せ**

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定**した者。

- 医療は外部の病院・診療所から提供
- 多様な介護ニーズに対応



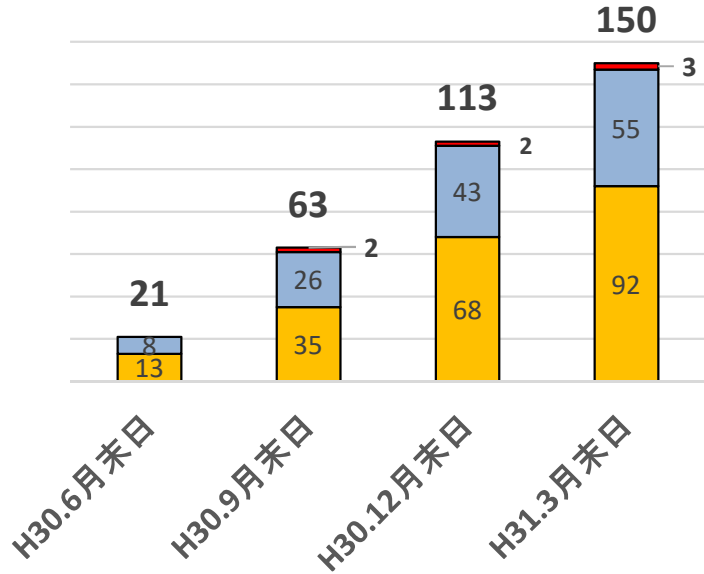
(注) 新案1-1、1-2及び2において、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

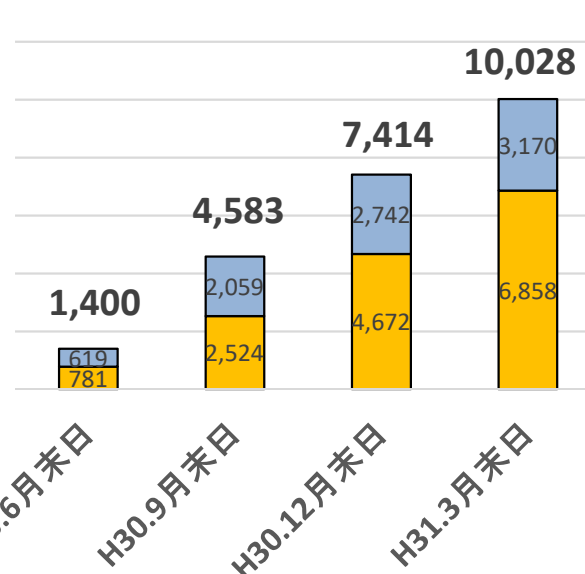
# 介護医療院の開設状況

○平成31年3月末日時点での介護医療院開設数は、150施設・10,028療養床であった。

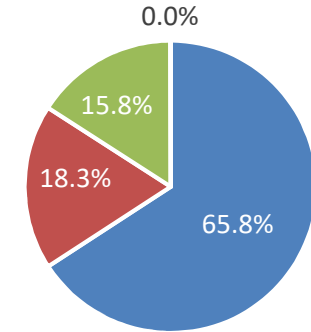
施設数の推移



療養床数の推移



転換元の病床割合  
(平成31年3月末日時点)

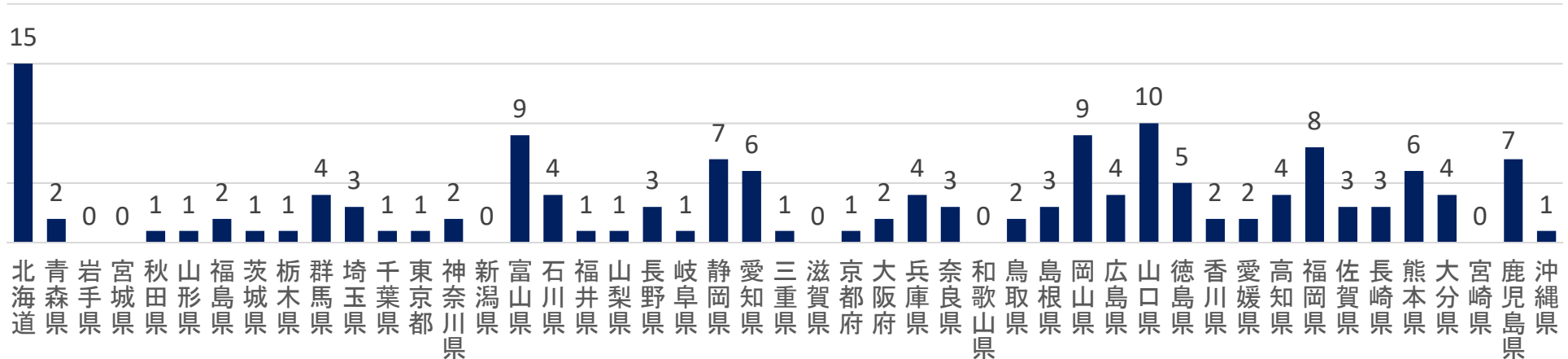


- I型みの施設
- II型みの施設
- I型II型混合の施設

- I型療養床
- II型療養床

- 介護療養病床
- 介護療養型老人保健施設
- 医療療養病床
- 療養病床以外の病床

H31.3月末日時点での都道府県別の施設数



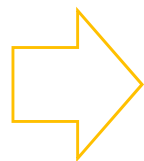


## 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援(一部再掲)

- 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

### 現行(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



### 改定後(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。

- ① 介護サービスを提供していること。
- ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1 192点(1日につき)

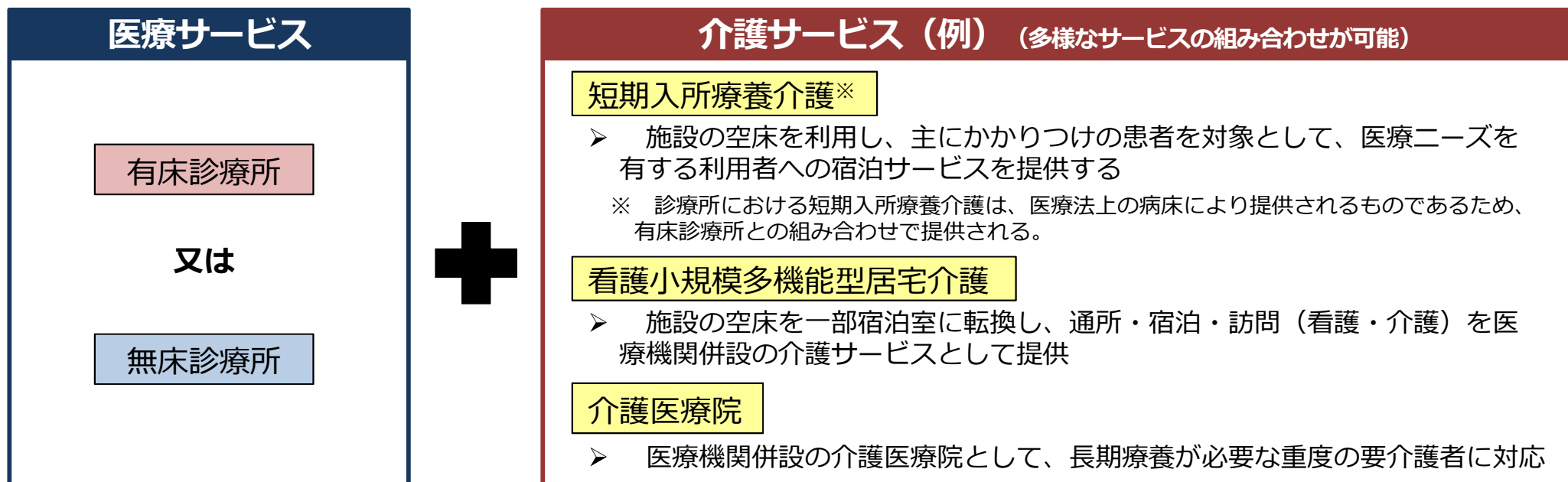
(新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。  
(2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

- 介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。  
(2) 介護サービスを提供している。
- 介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。  
(2) 介護サービスを提供している。

<参考> 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)の具体例



# 国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関連する報酬において、「[人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン](#)」等を踏まえた対応を要件とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する。

## 診療報酬改定における対応（在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬）

### 現行

【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】	
機能強化型在支診・在支病(病床あり)	6,000点
機能強化型在支診・在支病(病床なし)	5,000点
在支診・在支病	4,000点
その他の医療機関	3,000点
【訪問看護ターミナルケア療養費】	20,000円



「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等への対応を共通の要件とする。

### 改定後

【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】	
(有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分)	
機能強化型在支診・在支病(病床あり)	6,500点
機能強化型在支診・在支病(病床なし)	5,500点
在支診・在支病	4,500点
その他の医療機関	3,500点
【訪問看護ターミナルケア療養費】※	
訪問看護ターミナルケア療養費1	25,000円
(新) 訪問看護ターミナルケア療養費2	10,000円

#### [算定要件]

ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

※ 在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

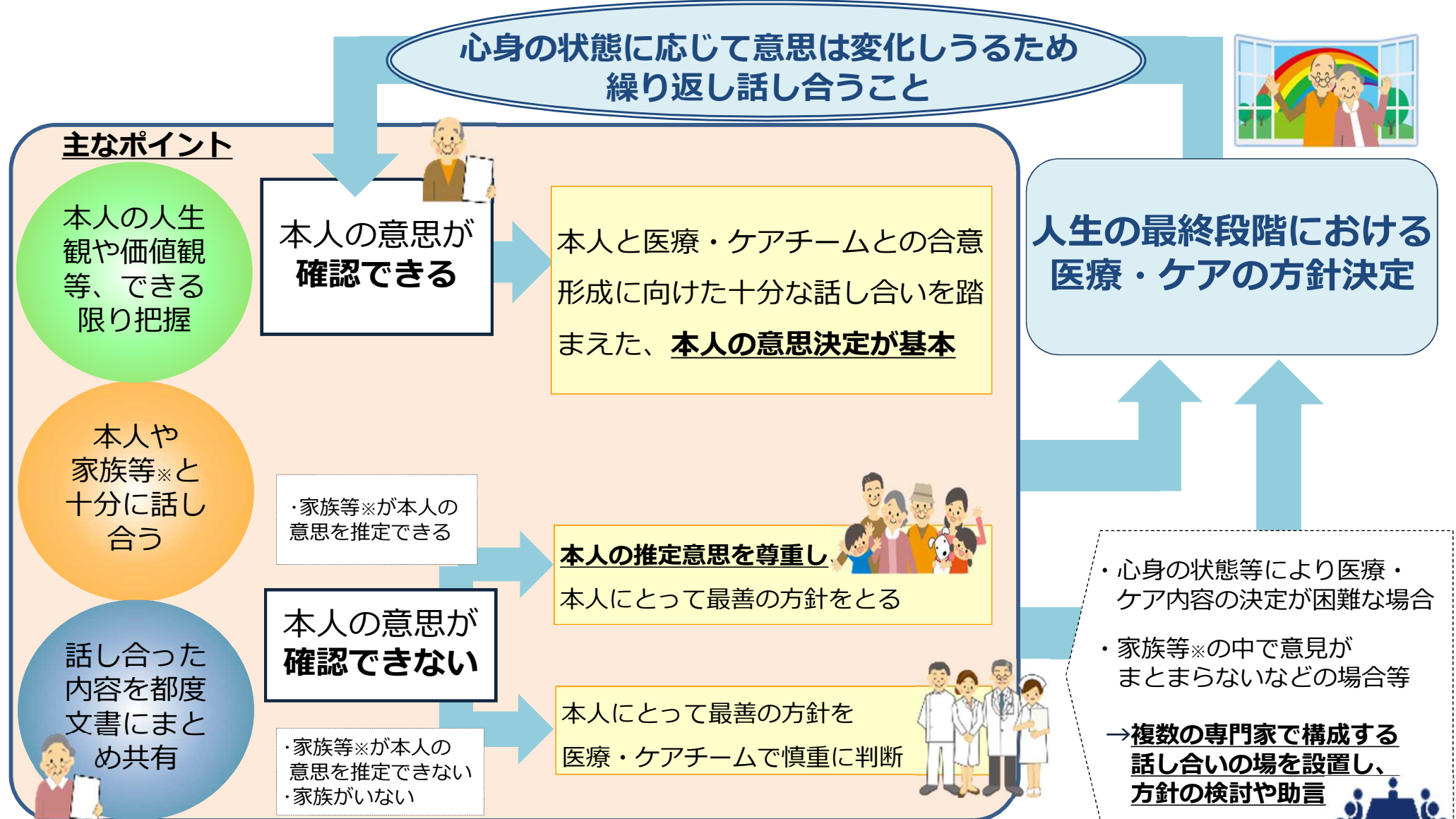
## 介護報酬改定における対応

(訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護)

- ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。
  - ・ 「[人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン](#)」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応すること。
  - ・ ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

# 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



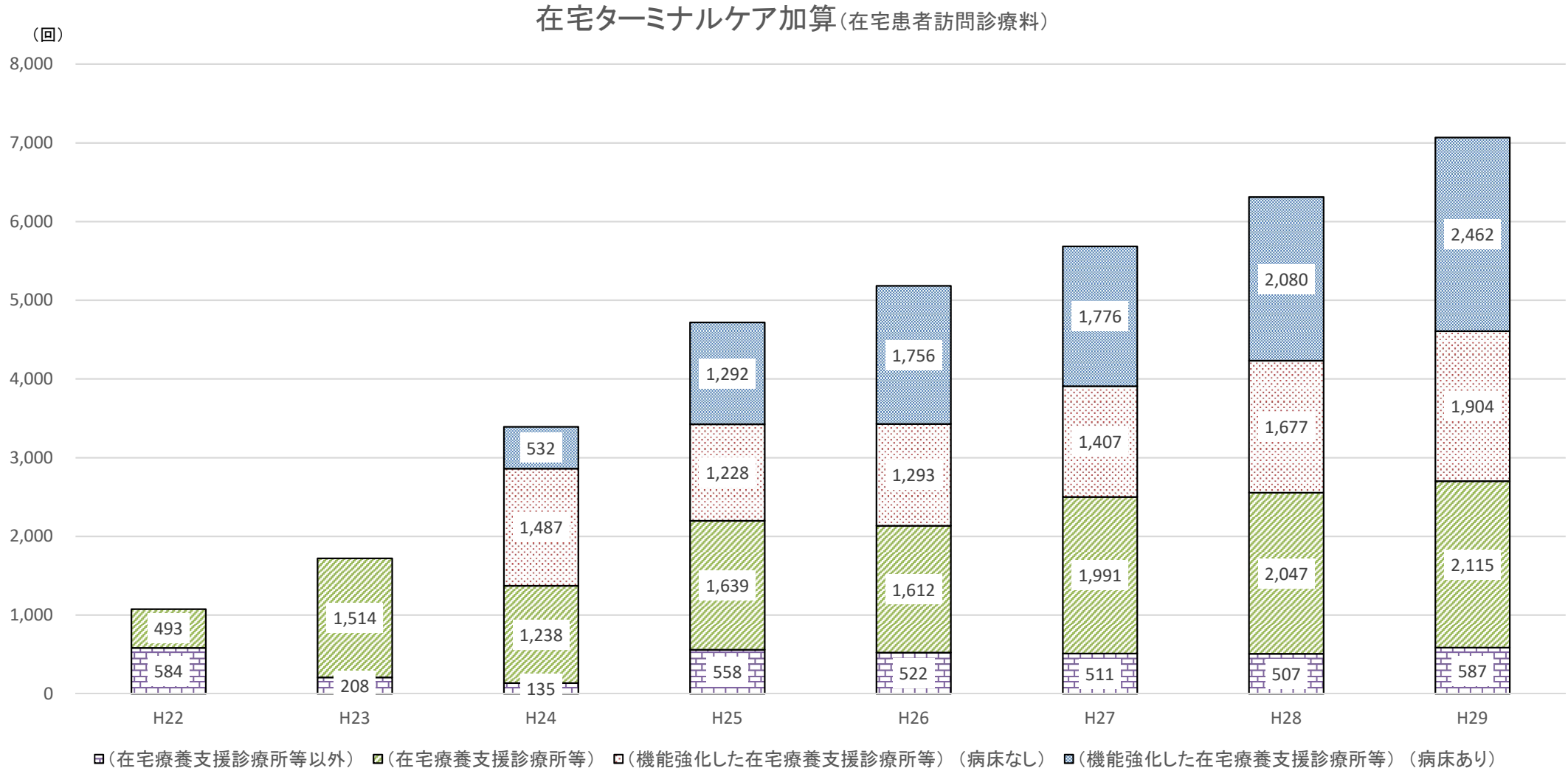
※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



# 在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)

○ 在宅ターミナルケア加算の算定回数は、増加傾向であり、特に、機能強化型在支診等における算定件数が増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

## 質の高い在宅医療の確保

### 在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療(**裾野の拡大**)が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

### 在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

#### 複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

#### 2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

#### 患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

#### 在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月1回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

#### 末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算(緊急往診加算)の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

#### ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

## 多様な在宅医療のニーズへの対応①

### 複数の医療機関が行う訪問診療の評価

- ▶ 在宅で療養する患者が複数の疾病等を有している等の現状を踏まえ、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を提供可能となるよう、在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

#### 在宅患者訪問診療料 I

#### (新) 2 他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合

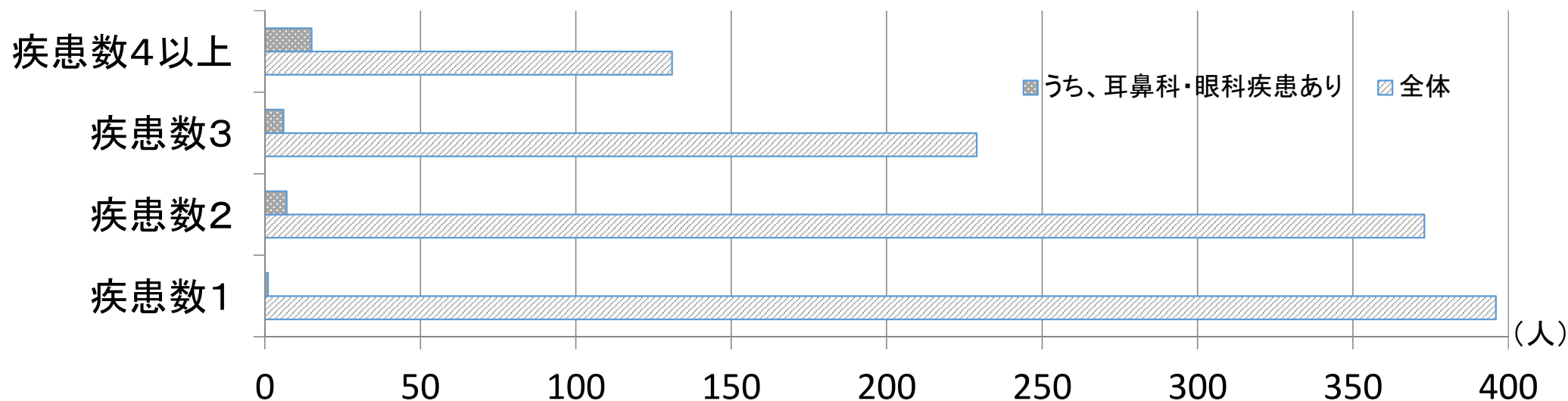
同一建物居住者以外	830点
同一建物居住者	178点



[算定要件]

在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り(神経難病等の患者を除く)月1回を限度として算定する。

### 訪問診療を行っている患者の疾患数



(出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

## 多様な在宅医療のニーズへの対応②

### 併設する介護施設等への訪問診療の整理

- 在宅患者訪問診療料について、併設する介護施設等への訪問診療の場合、訪問と外来の中間的な診療形態となることを踏まえ、併設する介護施設等の入居者への訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

併設する介護施設等の入居者の場合 144点(1日につき)

### 患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価①

- 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、一定の状態にある患者について、加算を新設する。

(新) 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料  
包括的支援加算 150点(月1回)

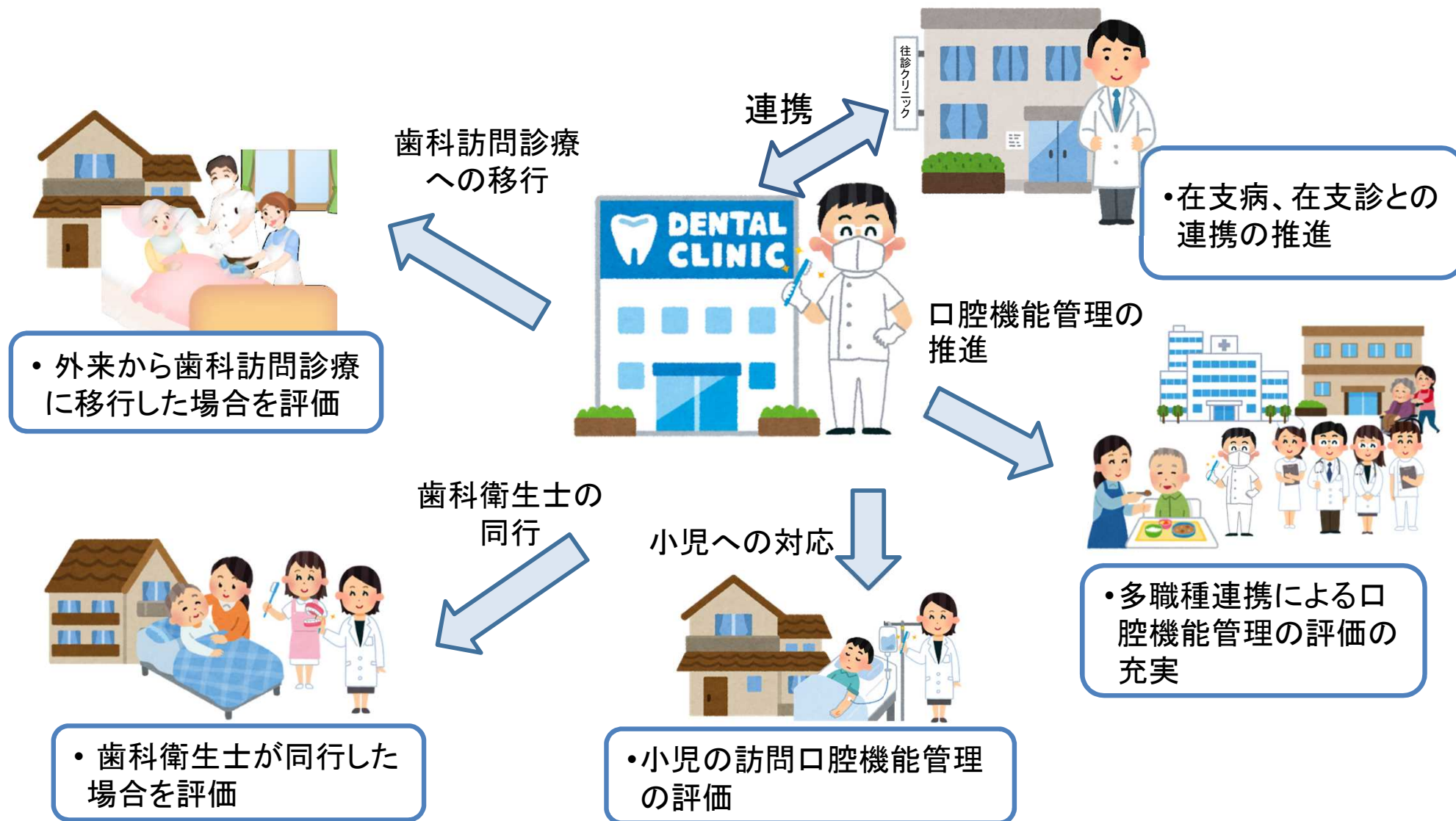
[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

## 在宅歯科医療の推進(主な改定内容)

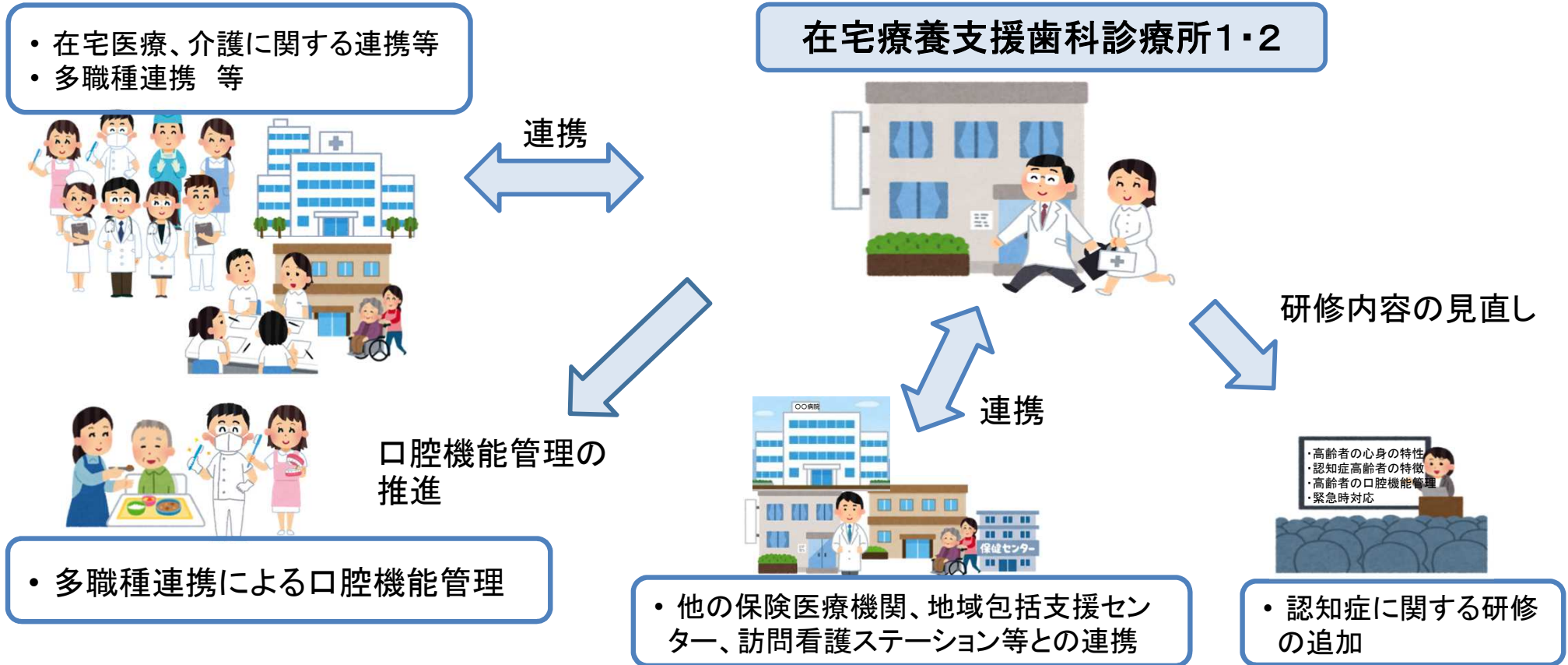
○ 在宅歯科医療を推進する観点から、歯科訪問診療料の見直しを行うとともに、口腔機能管理をさらに推進する。





## 在宅療養支援歯科診療所の見直し(主な内容)

- 在宅療養支援歯科診療所の施設基準の要件として地域包括ケアシステムでの活動実績等を追加。



### 【参考】在宅療養支援歯科診療所の施設基準(抜粋)

- ・当該診療所において、過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が5回以上であること。
- ・当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年1回以上出席していること。
- ・過去1年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力をを行っていること。

# (参考)地域包括ケアシステムの構築における予算的対応

団塊の世代が75歳以上となり医療・介護等の需要の急増が予想される2025(平成37)年を目途に、医療や介護が必要な状態になっても、できるだけ住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築に向けて取組を進める。

## I 介護サービスの充実と人材確保

※金額は令和元年度所要額(公費)

### (1) 地域医療介護総合確保基金(介護分) 824億円

○ 医療介護総合確保推進法に基づき、各都道府県に設置した地域医療介護総合確保基金(介護分)を活用し、介護施設等の整備を進めるほか、介護人材の確保に向けて必要な事業を支援する。

#### ① 介護施設等の整備に関する事業

地域密着型特別養護老人ホーム等の地域密着型サービス施設の整備に必要な経費や、介護施設(広域型を含む)の開設準備等に必要な経費、特養多床室のプライバシー保護のための改修など介護サービスの改善を図るための改修等に必要な経費の助成を行う。(701億円)

#### ② 介護従事者の確保に関する事業

多様な人材の参入促進、資質の向上、労働環境・処遇の改善の観点から、介護従事者の確保対策を推進する。(124億円)

※基金の負担割合  
国2/3 都道府県1/3

### (2) 平成27年度介護報酬改定における消費税財源の活用分 (介護職員の処遇改善等) 1,196億円

○ 平成27年度介護報酬改定による介護職員の処遇改善等を引き続き行う。

- ・1人あたり月額1万2千円相当の処遇改善  
(893億円<改定率換算で+1.65%>)
- ・中重度の要介護者や認知症高齢者等の介護サービスの充実  
(303億円<改定率換算で+0.56%>)

## II 市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実 534億円

○ 全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

### 在宅医療・介護連携

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

### 認知症施策

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応、社会参加活動の体制整備、認知症カフェの設置や認知症の本人が集う取組を推進

### 地域ケア会議

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

### 生活支援の充実・強化

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、地域における生活支援の担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

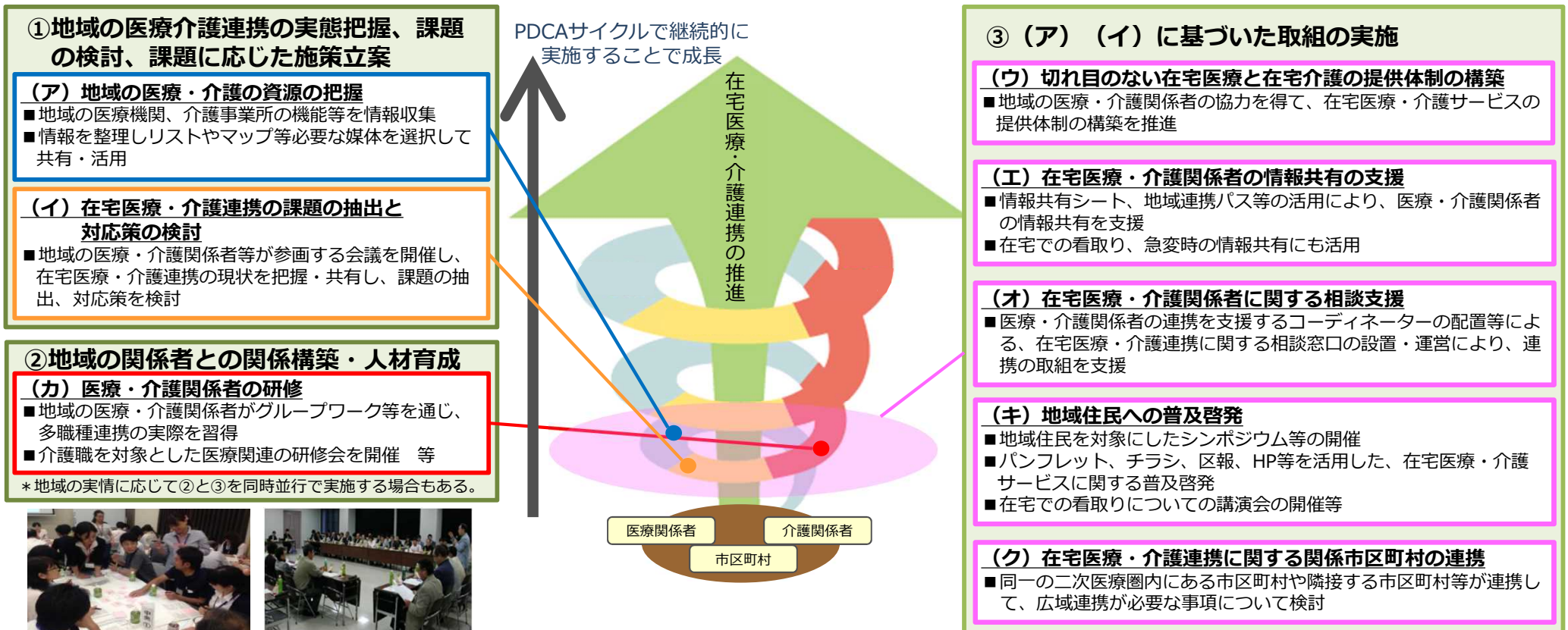
※1 上記の地域支援事業の負担割合は、国38.5%、都道府県19.25%、市町村19.25%、1号保険料23%(公費割合は77%)。

※2 併せて、介護予防・日常生活支援総合事業を推進する。

# 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

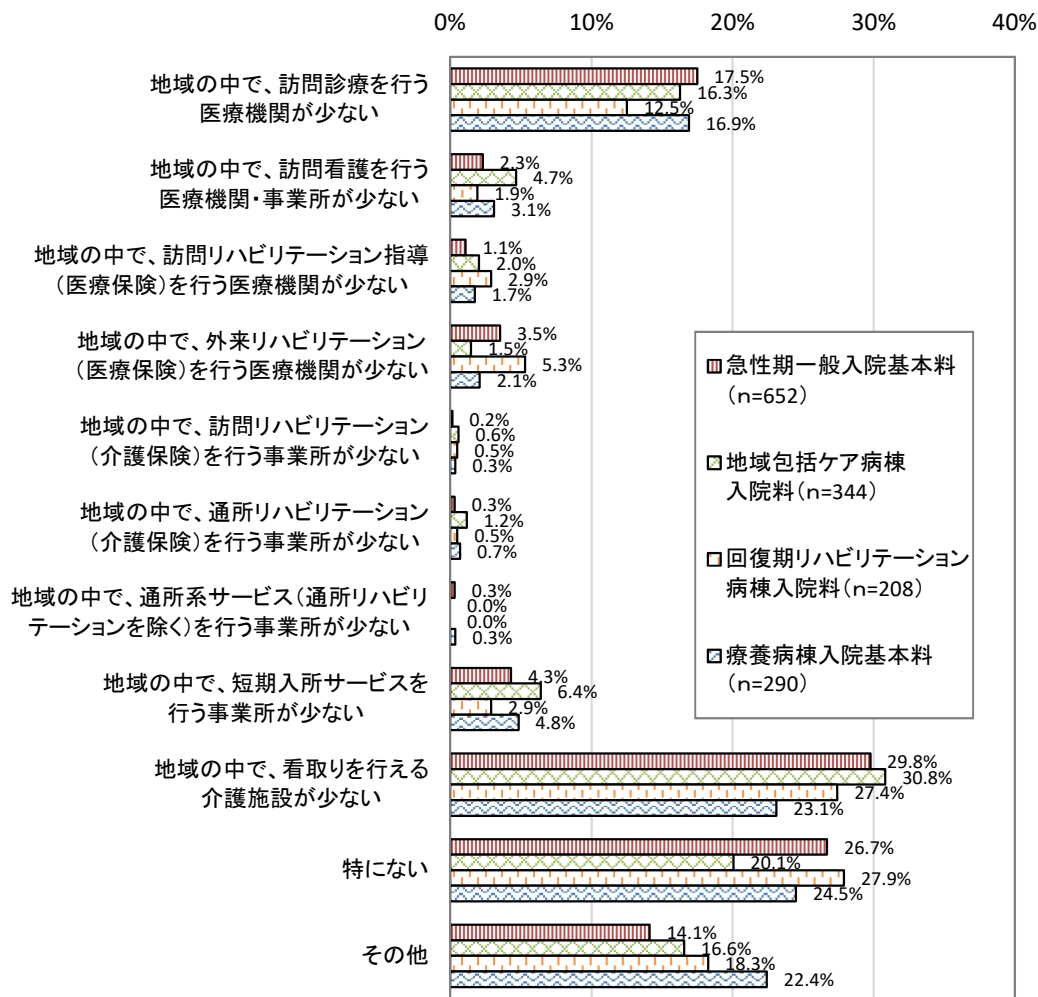
## 事業項目と事業の進め方のイメージ



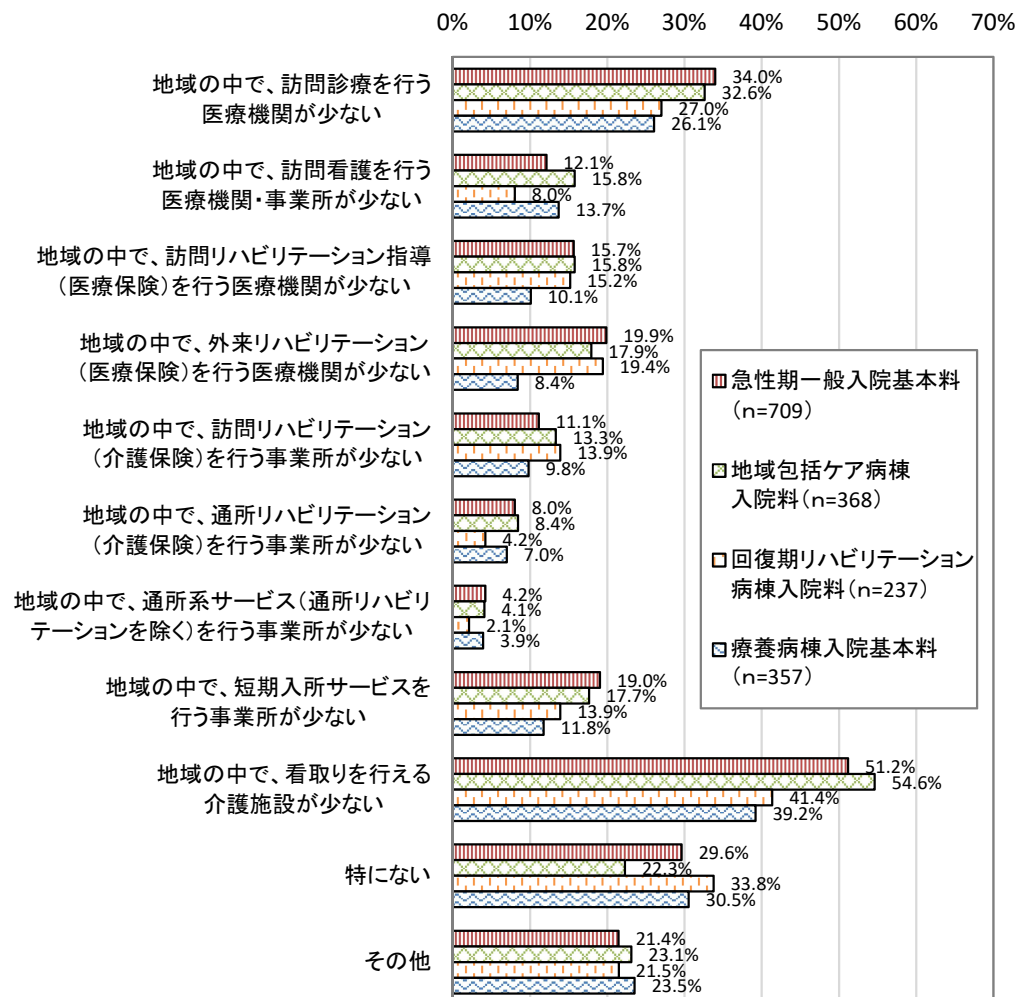
\* 図の出自：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

○ 「退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項」の他に、施設において、患者の退院を困難にしている事項をみると、全体として、「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」が多かった。

### 退院を困難にしている事項 (最も該当するもの)



### 退院を困難にしている事項 (複数回答)



# 平成30年度介護報酬改定の概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

## I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

### 【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

## II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

### 【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

## III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

### 【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

## IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

### 【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

# I 地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

## ① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応

- ・ ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。
- ・ ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。
- ・ 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- ・ 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

## ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

- ・ 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- ・ 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。
- ・ リハに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハ計画書の様式を互換性を持ったものにする。

## ③ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

- ・ 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- ・ 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

## ④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- ・ ケアマネ事業所の管理者要件を見直し、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。(一定の経過措置期間を設ける)
- ・ 利用者は複数の事業所の紹介を求めることができる旨説明することを、ケアマネ事業所の義務とし、これに違反した場合は報酬を減額する。

## ⑤ 認知症の人への対応の強化

- ・ 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- ・ どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス(ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等)にも創設する。

## ⑥ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

- ・ 障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。28

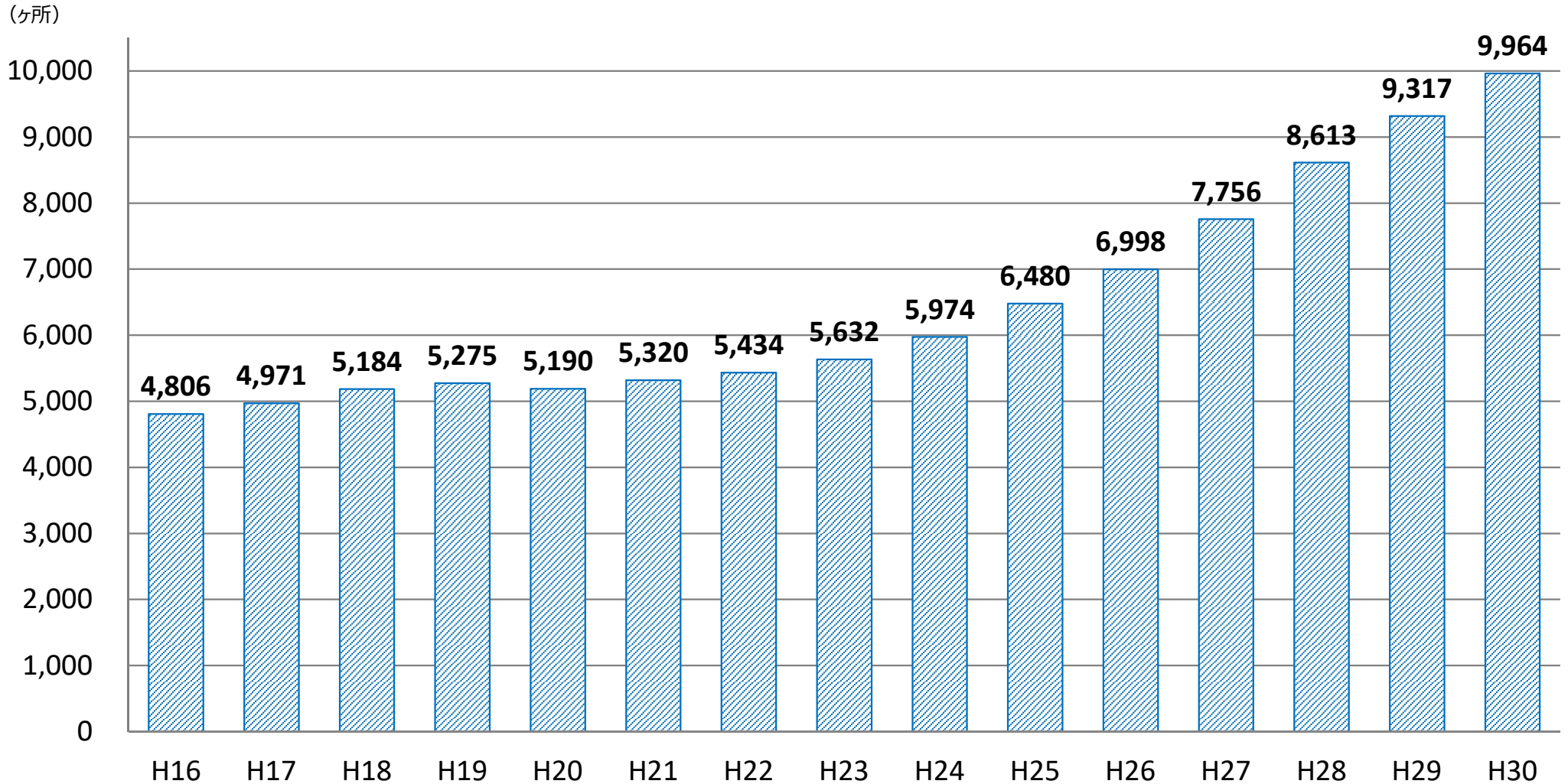
# 訪問看護の利用状況等について

- 訪問看護ステーションの数は徐々に増加しており、規模別に見ると、看護職員数の多いステーションが増加傾向
- 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数のうち、理学療法士等が占める割合が増加
- 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険とも増加傾向であり、特に医療保険の利用者数が増加
- 医療保険における訪問看護ステーションの利用者のうち、要介護被保険者等の割合は横ばいであるが、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者の割合は増加傾向
- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、次いで「神経系の疾患」が多い
- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、最も多いのは統合失調症等
- 訪問看護を受ける小児の利用者数は増加傾向であり、15歳未満人口当たりの利用者数で見ても、増加傾向

# 訪問看護ステーション数の年次推移

中医協 総-4参考2  
31.4.10(改)

○ 訪問看護ステーションの数は徐々に増えており、特に平成24年以降の伸びが大きい。



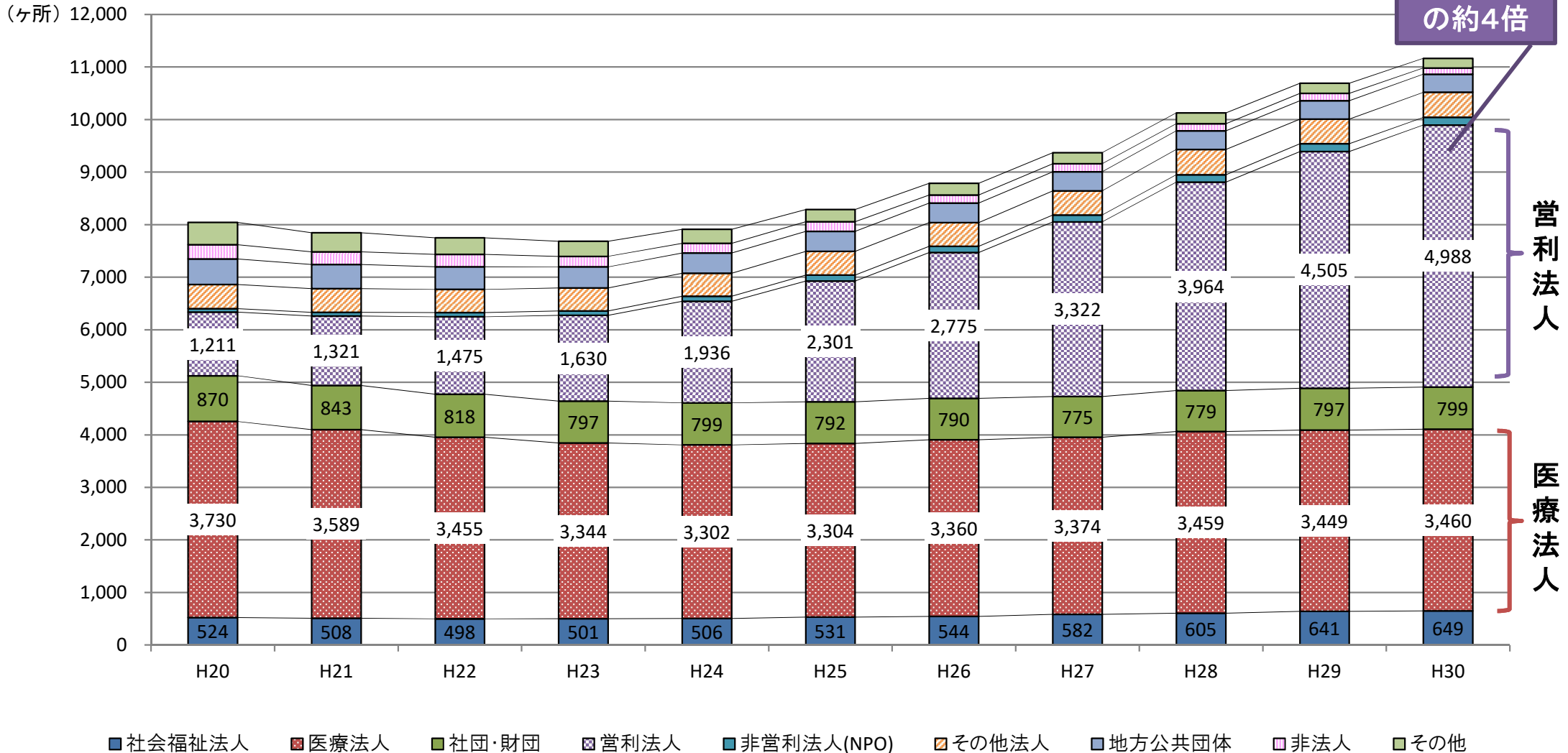
【出典】「医療費の動向調査」の概算医療費データベース(各年5月審査分) ※医療保険のみ



# 法人種別訪問看護ステーションの推移

○ 法人種別では、医療法人と営利法人が多く、営利法人の事業所の増加が著しい。

■ 法人種別訪問看護ステーション数の推移



【出典】介護給付費(等)実態調査(各年4月審査分) ※訪問看護費の請求事業所数

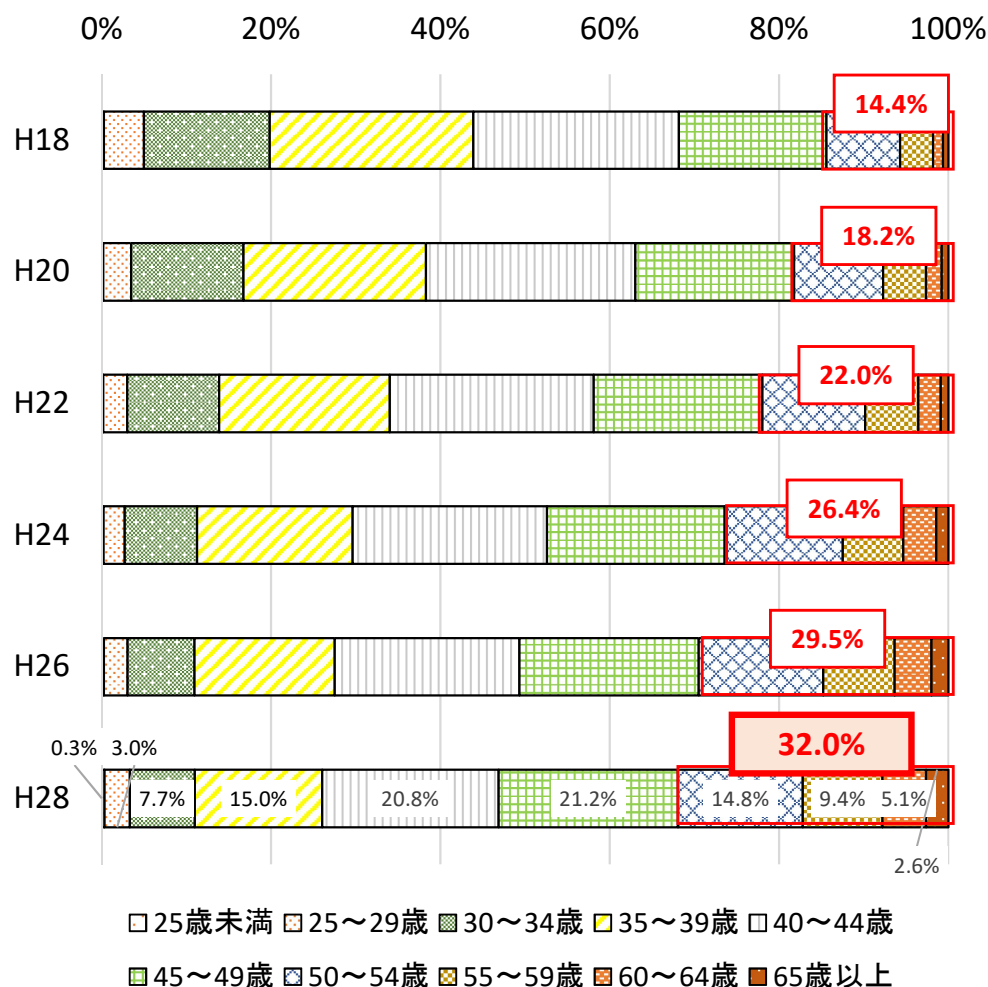
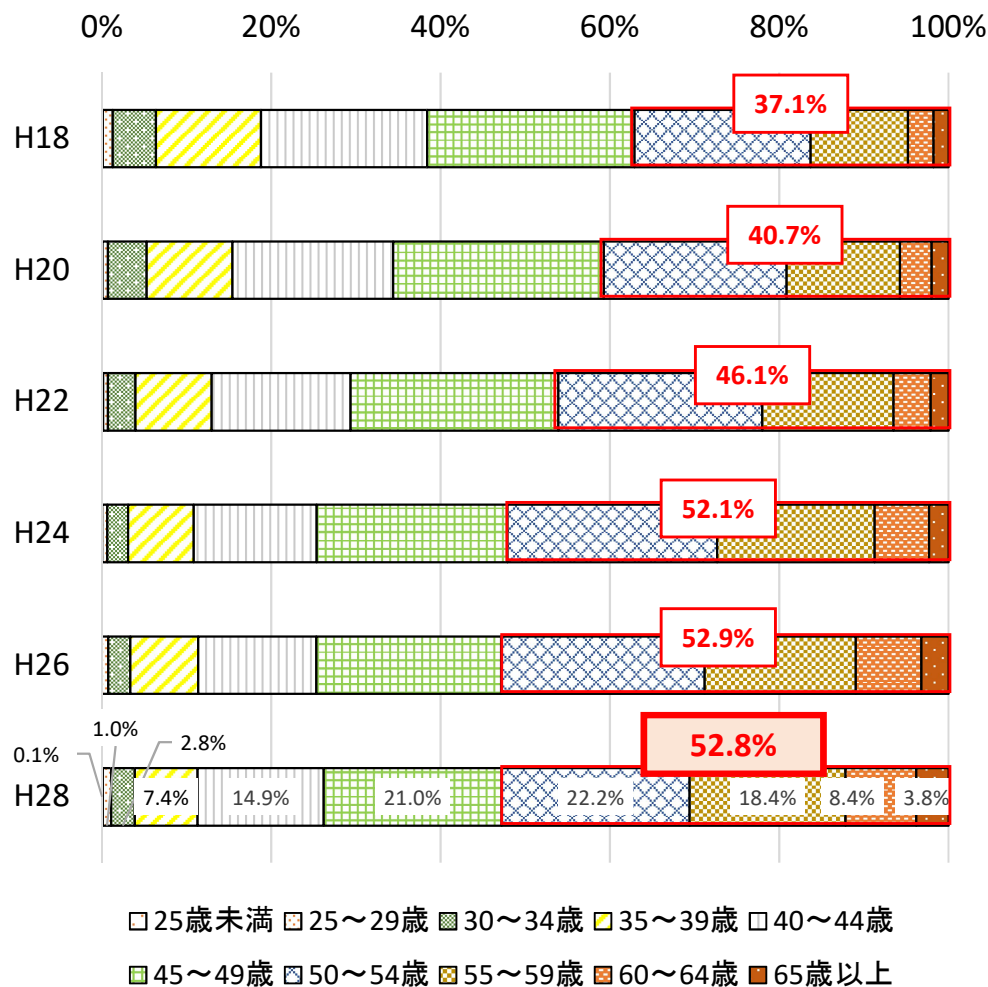
# 訪問看護ステーションにおける看護師の年齢階級別割合

○ 訪問看護ステーションにおける看護師は、管理者では5割以上、従事者では3割以上が50歳代以上である。特に従事者では50歳代以上の割合が増加傾向である。

## ■ 訪問看護ステーションにおける看護師数(実人員)の年齢階級別割合

＜管理者＞

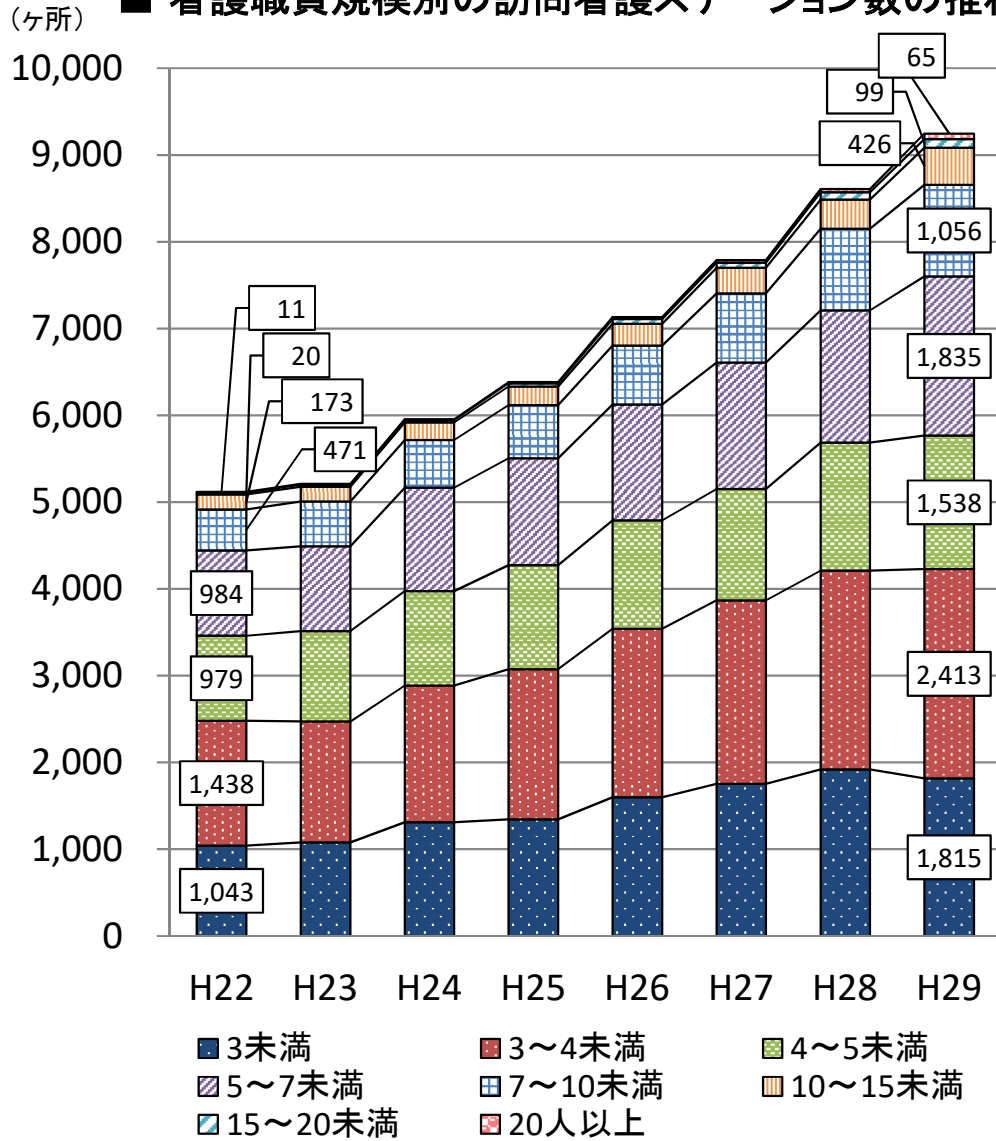
＜従事者＞



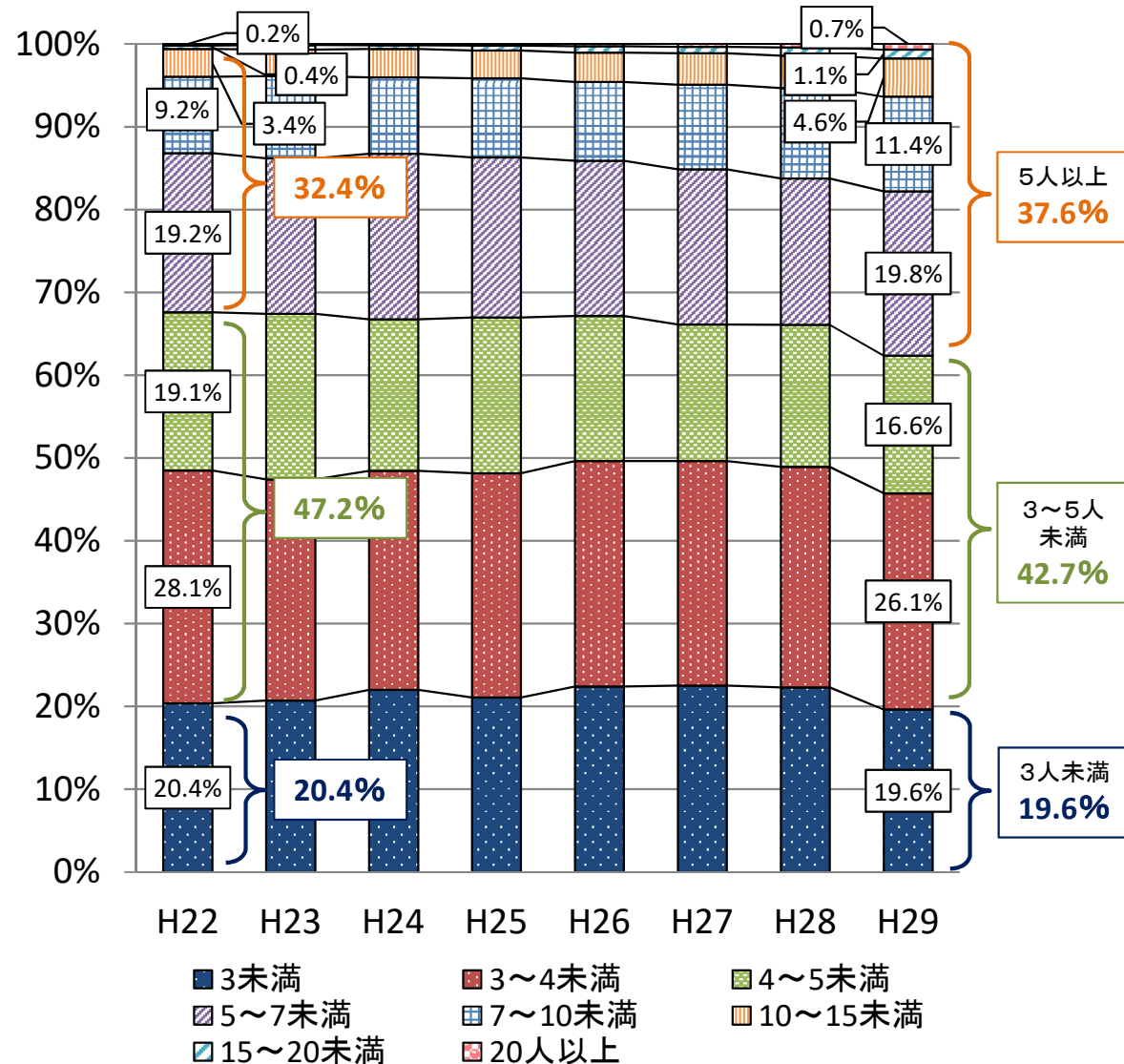
# 訪問看護ステーション数の看護職員規模別の推移

○ 看護職員規模(常勤換算)別の訪問看護ステーション数は、5人未満が約62%、5人以上が約38%であり、看護職員数の多いステーションが増加傾向にある。

## ■ 看護職員規模別の訪問看護ステーション数の推移



## ■ 看護職員規模別の訪問看護ステーション数(割合)の推移



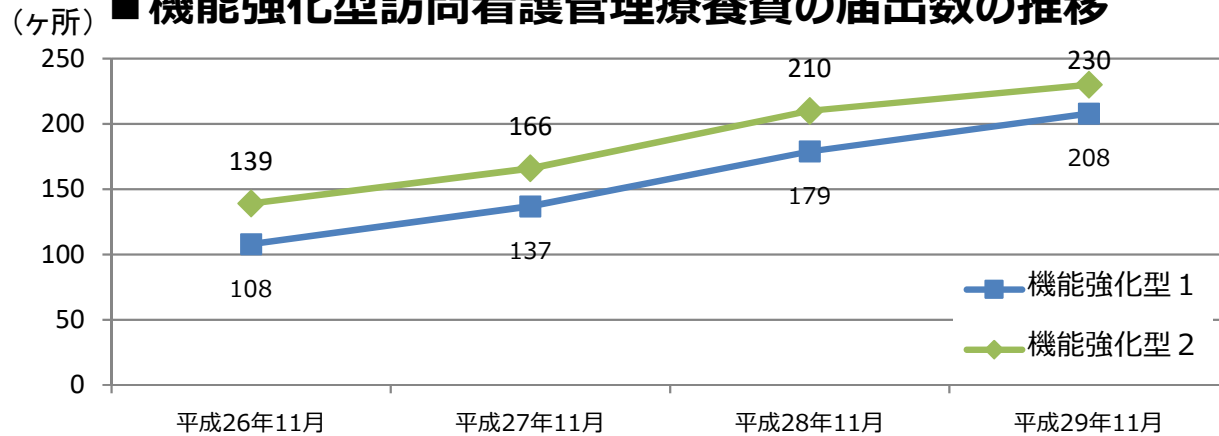
※いずれも、看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)数を常勤換算して区分。

# 機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

中 医 協 総 - 5  
2 9 . 1 1 . 1 5

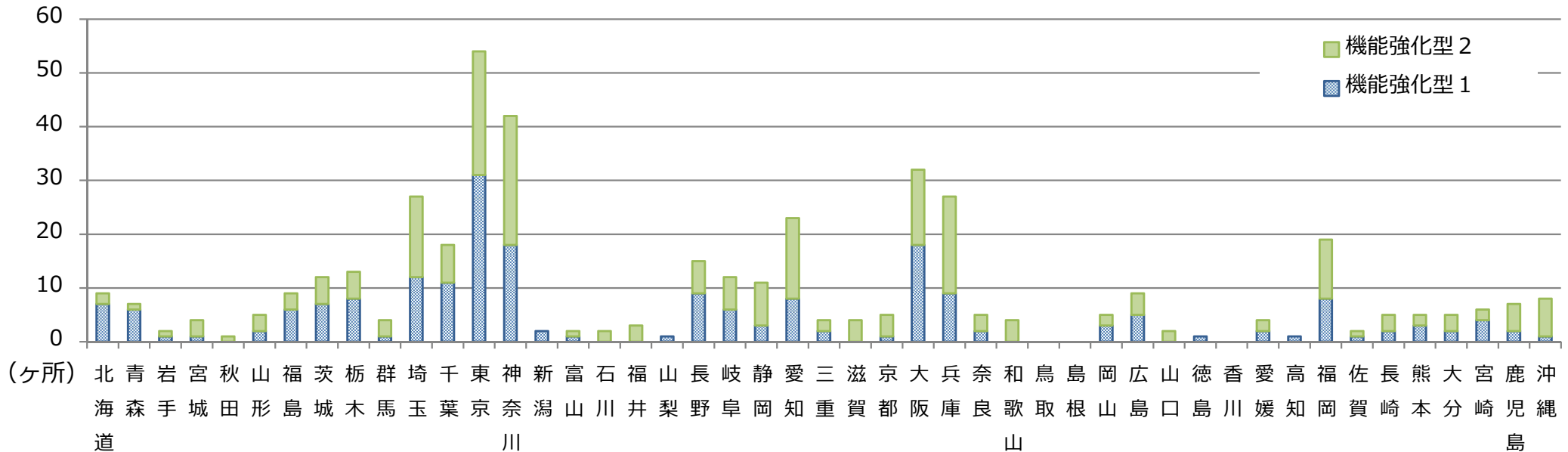
- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成29年11月時点で機能強化型1が208事業所、機能強化型2が230事業所であり、機能強化型1に比べ機能強化型2の届出数が多い。
- 大都市部で届出が多い傾向があり、届出がない県は3県ある。

## ■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型 訪問看護管理療養費 1	機能強化型 訪問看護管理療養費 2	計
208	230	438

## ■ 都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数



出典：保険局医療課調べ（平成29年11月1日時点）

## 質の高い訪問看護の確保⑤

### 地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価

- 地域の訪問看護に関わる人材育成等の一定の役割を担う訪問看護ステーションについての評価を新設する。

### (新) 機能強化型訪問看護管理療養費3 8,400円(月の初日の訪問の場合)



[施設基準]

- ア 常勤の看護職員が4人以上
- イ 24時間対応体制加算の届出及び休日・祝日の対応
  - ※ 同一敷地内に同一開設者の医療機関がある場合、営業時間外の利用者・家族からの電話等による相談について、医療機関の看護師が行うことができる。
- ウ 重症患者(難病等、精神疾患、医療機器の使用)の受け入れ、又は複数の訪問看護ステーションと共同して訪問看護を提供する利用者が一定数以上

- エ 地域の医療機関の看護職員の当該訪問看護ステーションでの一定期間の勤務実績
- オ 地域の医療機関・訪問看護ステーションを対象とした研修の実績
- カ 地域の訪問看護ステーションや住民等に対する訪問看護に関する情報提供や相談の実施
- キ エの医療機関以外の医療機関との退院時共同の実績
- ク 同一敷地内に医療機関がある場合、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上



### 福祉サービス事業との連携推進

- 地域で生活する障害児・者の支援を促進するため、福祉サービス事業所を併設する等の機能強化型訪問看護ステーションの要件を見直す。

#### 現行

#### 【機能強化型訪問看護管理療養費1】

[施設基準]

- 居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること。



#### 改定後

#### 【機能強化型訪問看護管理療養費1】

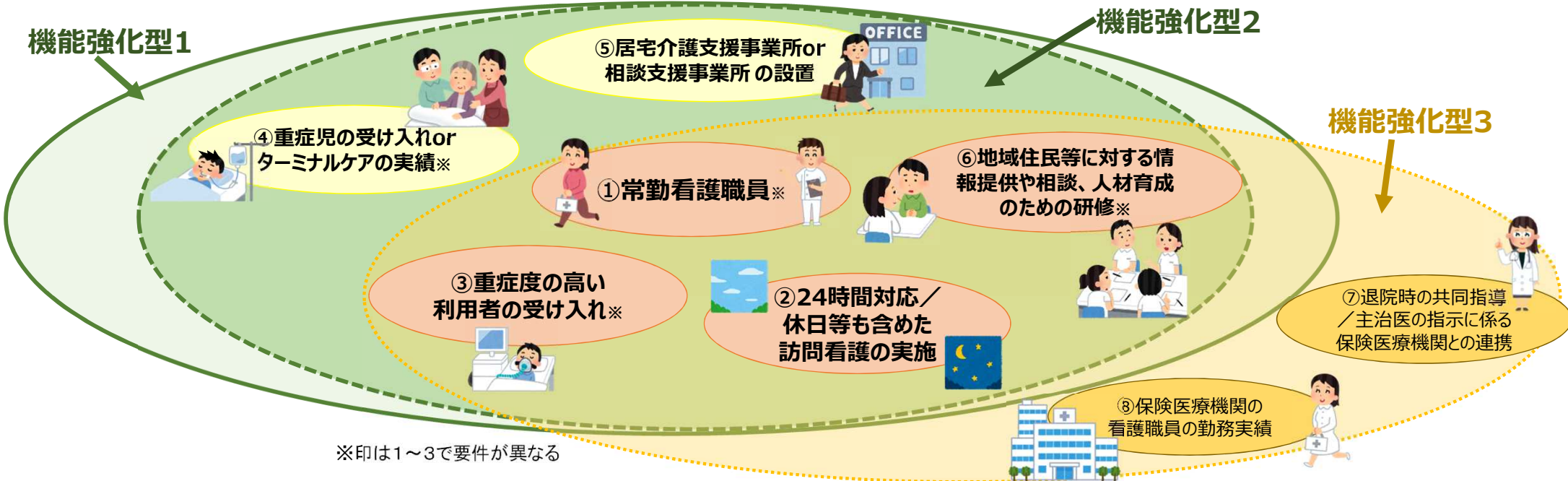
※ 機能強化型訪問看護管理療養費2も同様

[施設基準]

- 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること。ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、療養通所介護事業所、児童発達支援を行う事業所、放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち1名まで当該訪問看護ステーションの常勤職員の数に含めてよい。

# 質の高い訪問看護の確保⑥

## (参考)機能強化型訪問看護ステーションの評価



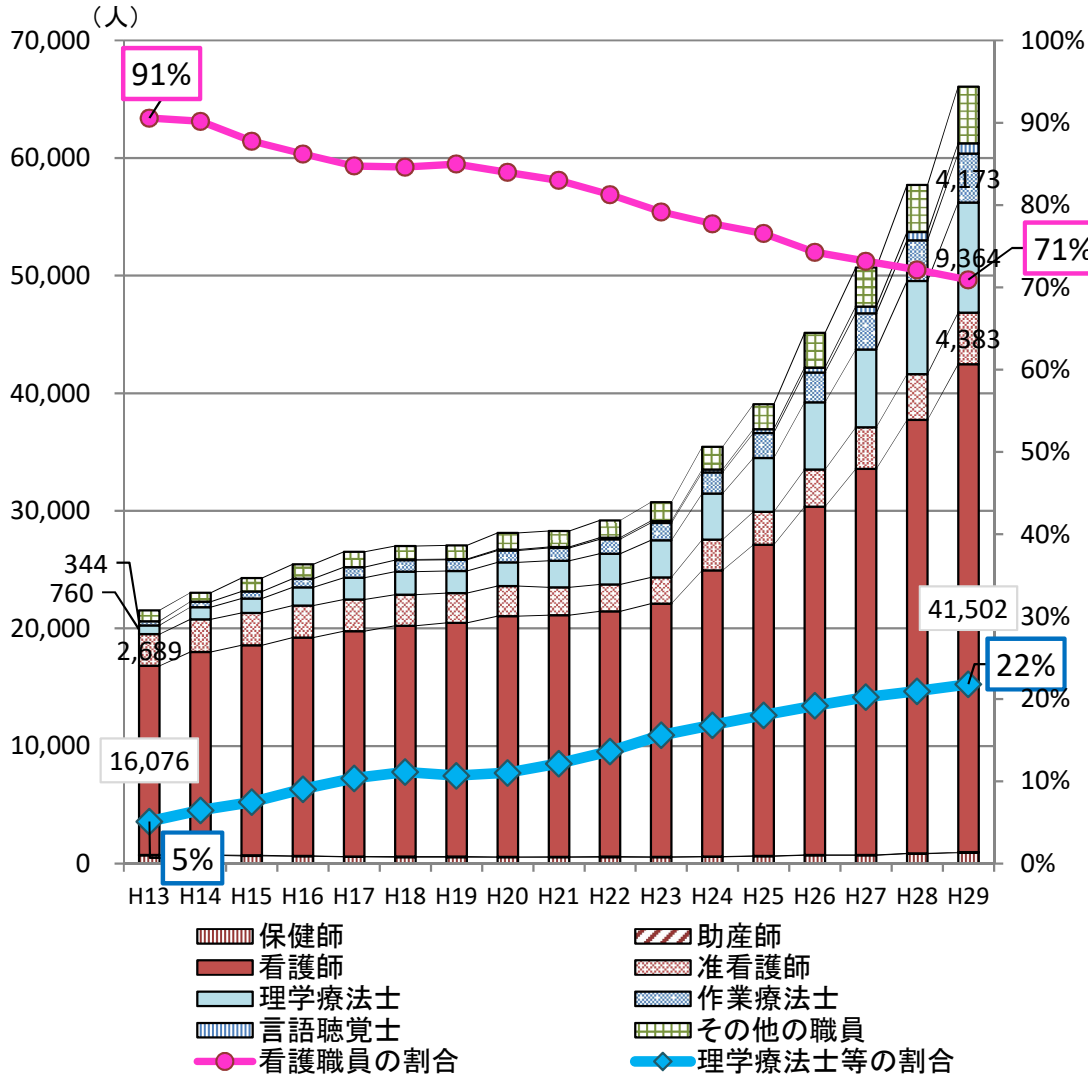
要件	機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
① 常勤看護職員の数	7人以上	5人以上	4人以上
② 24時間対応体制加算の届出を行っている/休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施	24時間対応体制加算の届出を行っている/休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
③ 重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上/月	別表第7に該当する利用者数 7人以上/月	別表7、別表8に該当する利用者、精神科重症患者or 複数の訪看STが共同している利用者が10人以上/月
④ ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 <sup>注)</sup> (いずれかを満たすこと) ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件/年 ②15件/年、4人 ③6人	①15件年 ②10件/年、3人 ③5人	
⑤ 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置(計画作成が必要な利用者の1割程度の計画を作成)	居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置(計画作成が必要な利用者の1割程度の計画を作成)		
⑥ 情報提供・相談・人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施 (望ましい)	医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上/年、地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績	
⑦	⑧の医療機関以外との退院時共同指導の実績 and 併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上		
⑧	医療機関の看護職員の訪問看護STでの勤務実績		

注)ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。

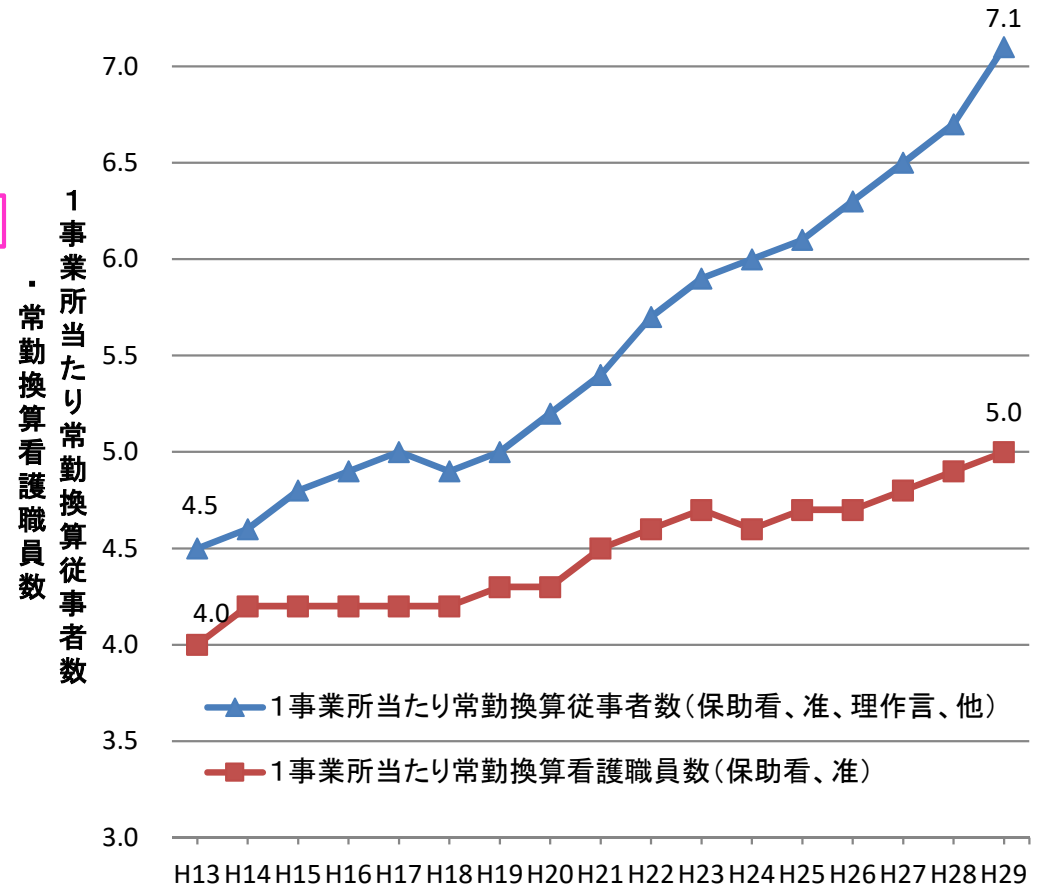
# 訪問看護ステーションにおける理学療法士等の状況①

○ 訪問看護ステーションの従事者数のうち、理学療法士等が占める割合が増加している。

■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移(常勤換算)



■ 訪問看護ステーションの1事業所当たり従事者数(常勤換算)

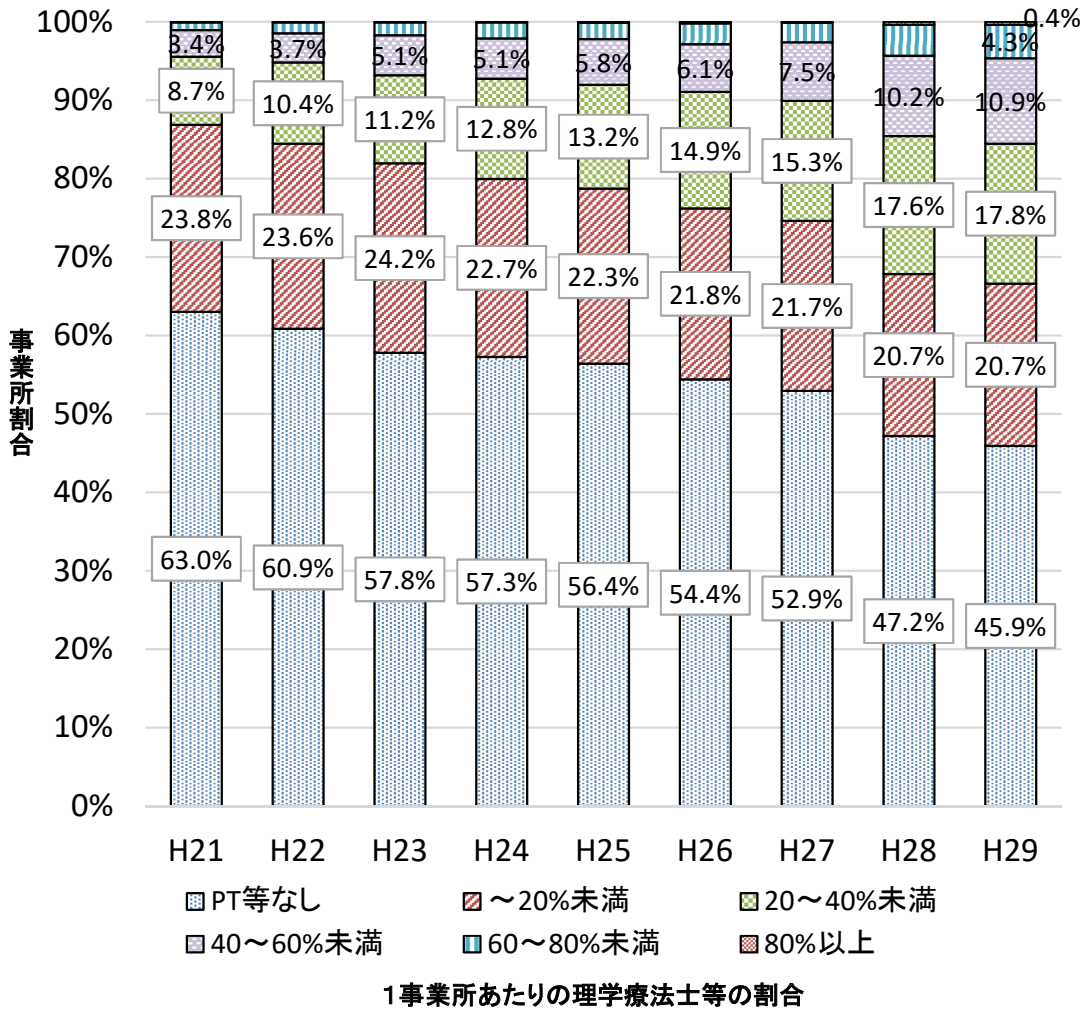


※ 理学療法士等: 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

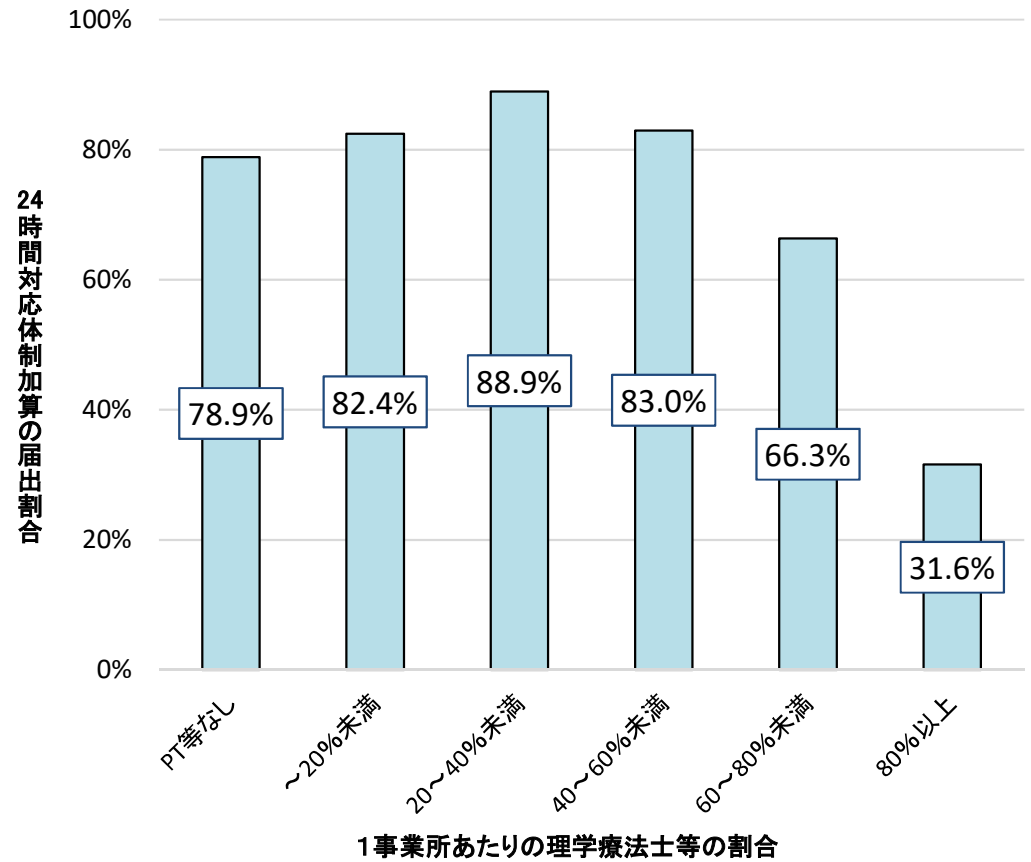
# 訪問看護ステーションにおける理学療法士等の状況②

- 理学療法士等の割合が多い訪問看護ステーションが増加している。
- 理学療法士等の割合が多い訪問看護ステーションでは、24時間対応体制加算の届出割合が少ない。

■ 理学療法士等の割合階級別\*の事業所割合



■ 理学療法士等の割合階級別\*の24時間対応体制加算の届出割合 (平成29年)



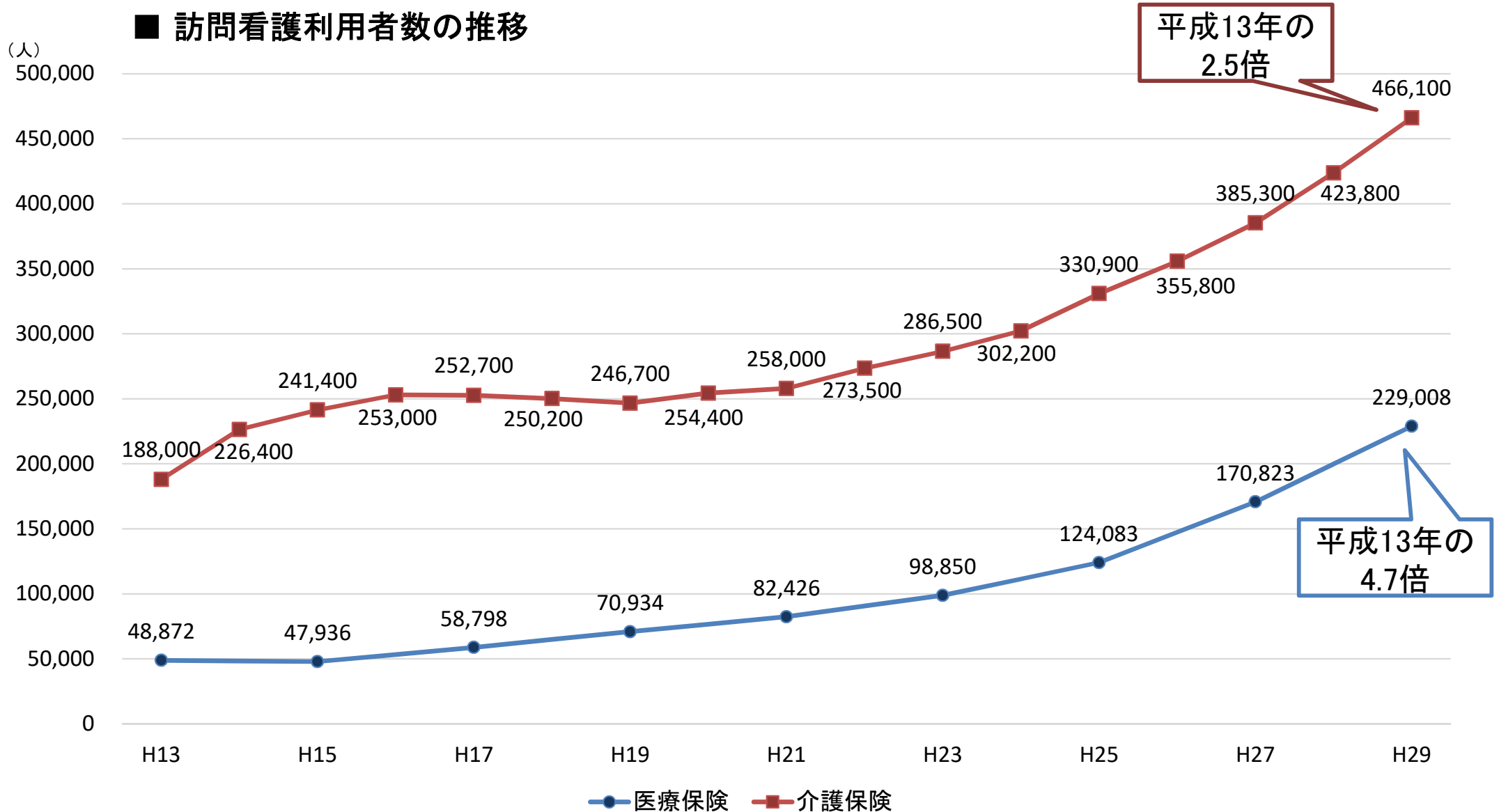
\* 理学療法士等: 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

※理学療法士等の割合階級は、常勤換算理学療法士等従事者数を常勤換算看護職員+理学療法士等従事者数で除し、小数点第2位を四捨五入して求めた。



# 訪問看護利用者数の推移

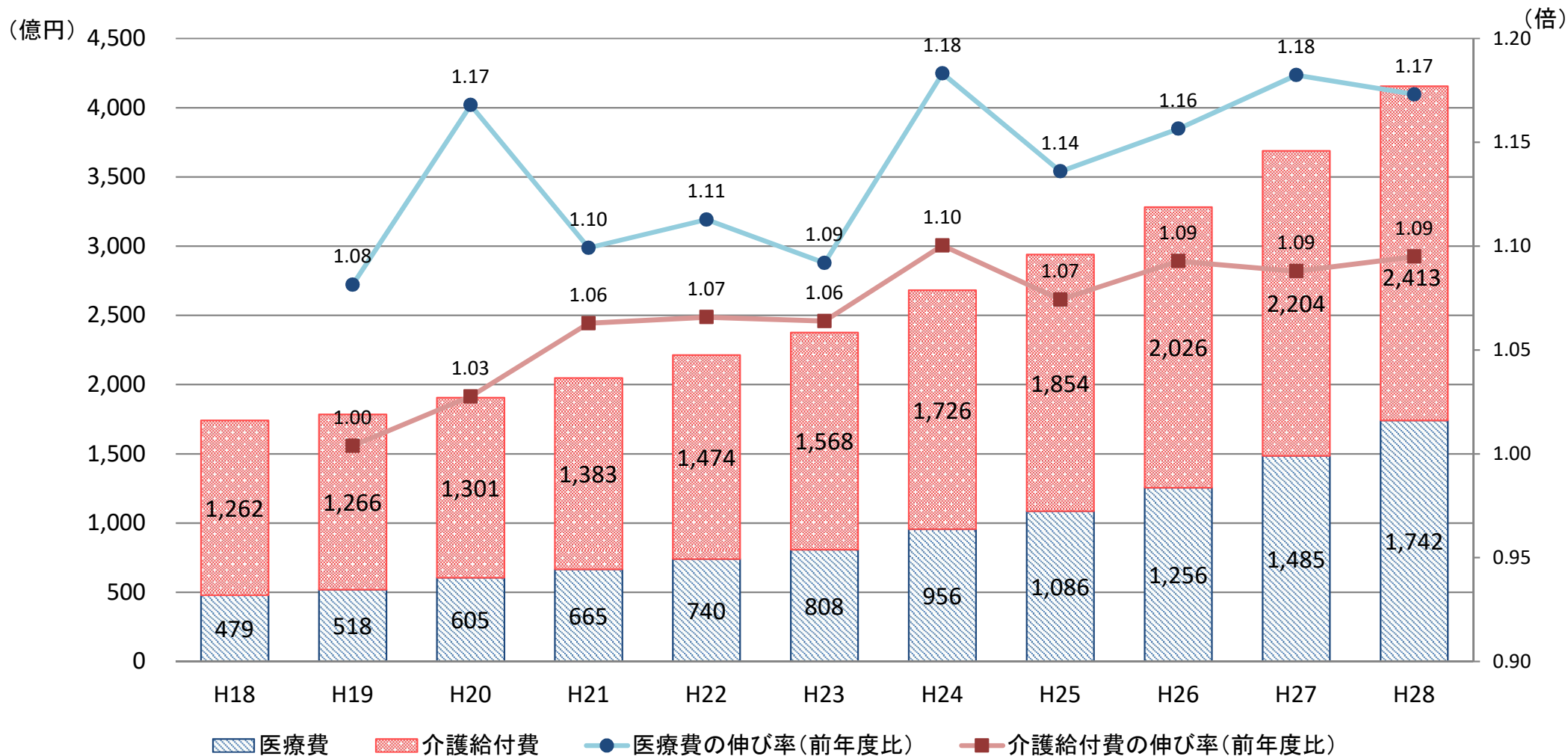
○ 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加しており、特に医療保険の利用者数が伸びている。



# 訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移

○ 訪問看護ステーション利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加しており、医療費の伸び率が大きい。

## ■ 訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移



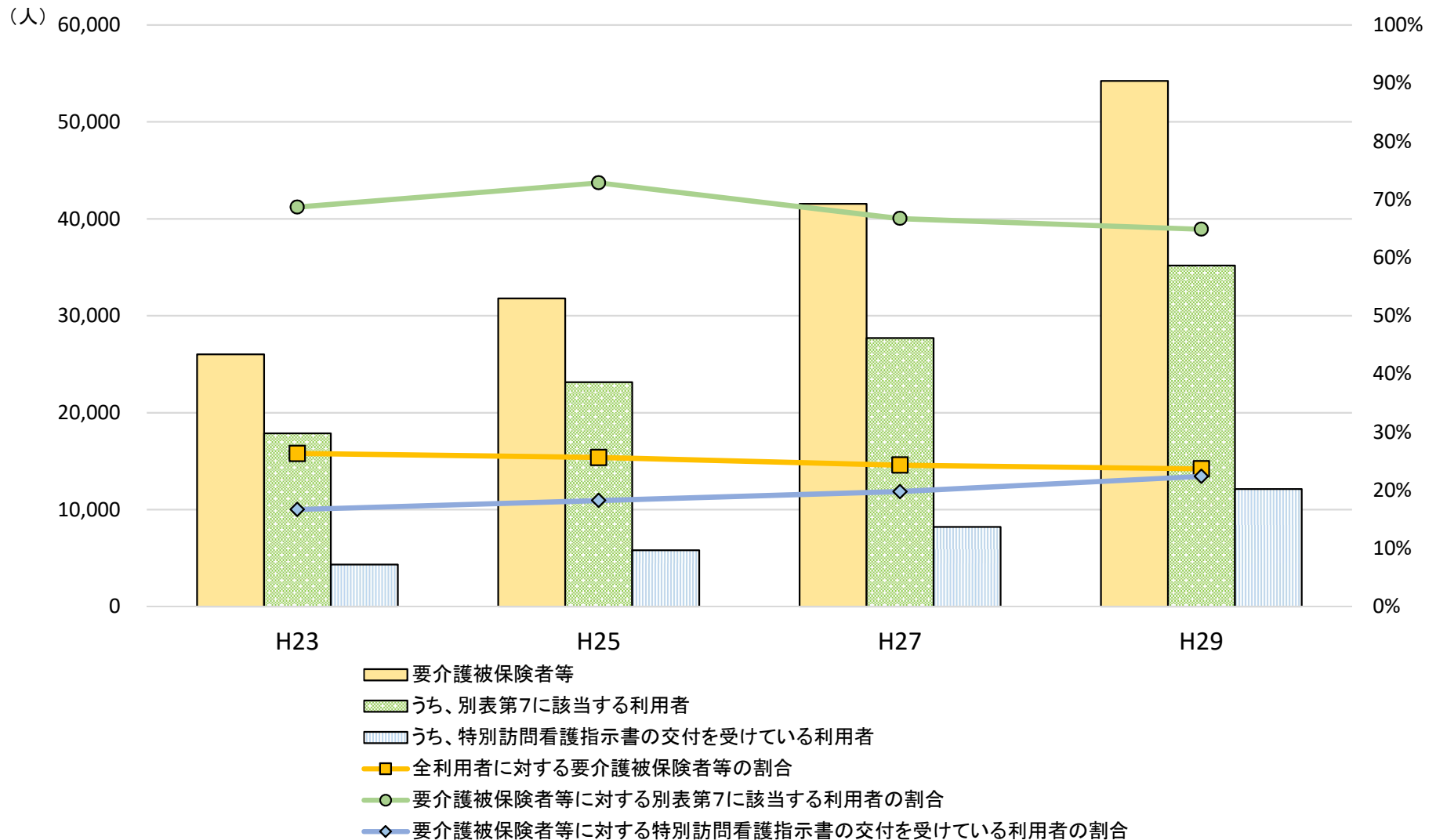
※ 医療費…健康保険、後期高齢者医療制度、公費負担医療、自費  
介護給付費…訪問看護費・介護予防訪問看護費

【出典】国民医療費の概況(平成18~28年度)、介護給付費実態調査(平成18~28年度)

# 訪問看護利用者における要介護被保険者等の状況

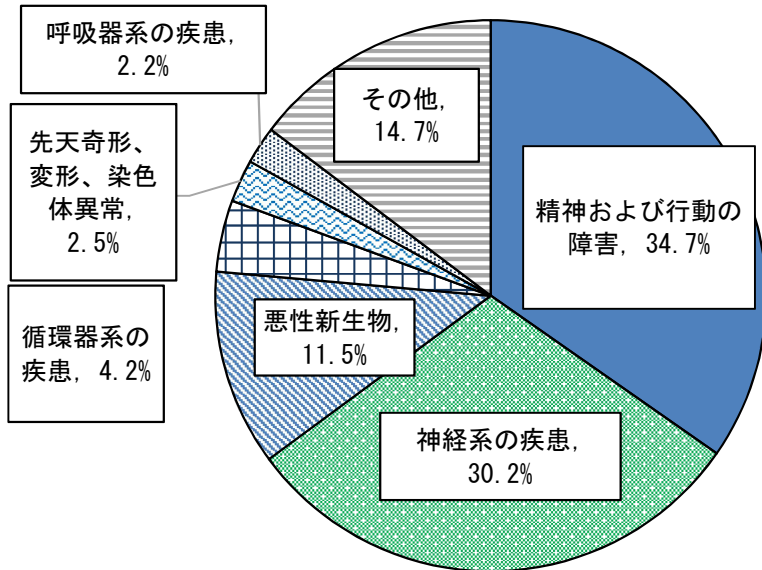
- 医療保険における訪問看護ステーションの利用者のうち、要介護被保険者等の割合は横ばい。
- そのうち、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者の割合は増加傾向。

■ 訪問看護ステーションの利用者における、要介護被保険者等、別表第7該当者、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者数及び割合の推移

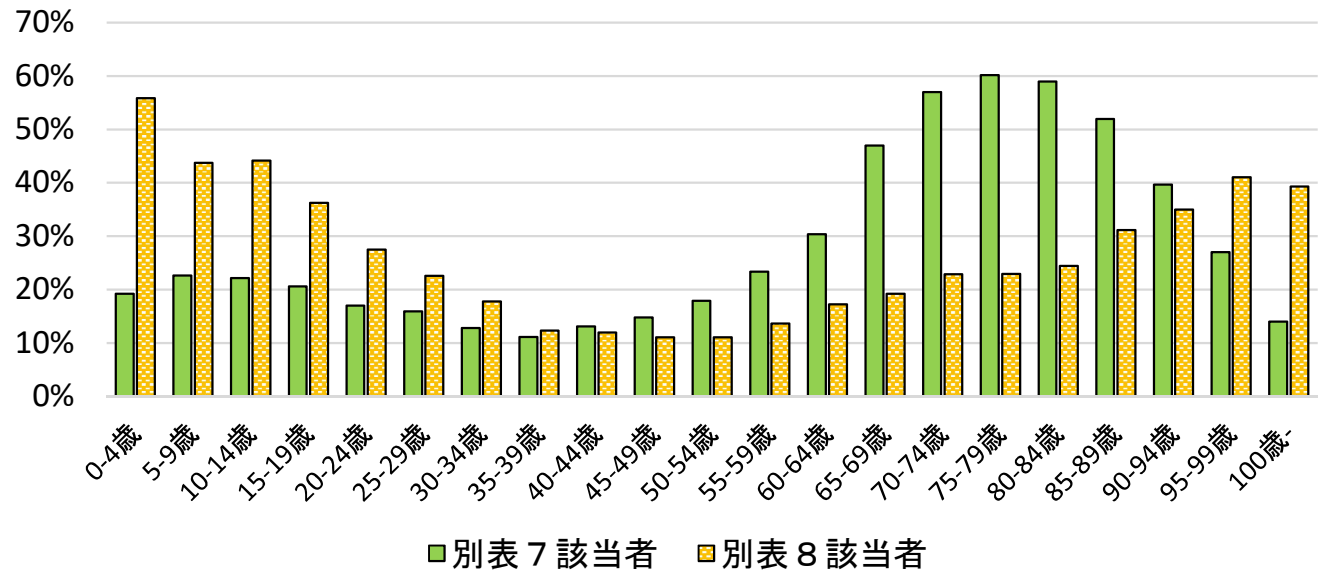


- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」と「神経系の疾患」がそれぞれ3割以上を占め、次いで「悪性新生物」が約1割である。
- 訪問看護利用者における別表7の該当者は70～80歳代、別表8の該当者は小児と高齢者において割合が高い。

## ■ 訪問看護利用者の主傷病



## ■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



### <別表第7>

末期の悪性腫瘍  
多発性硬化症  
重症筋無力症  
スモン  
筋萎縮性側索硬化症  
脊髄小脳変性症  
ハンチントン病  
進行性筋ジストロフィー症  
パーキンソン病関連疾患  
多系統萎縮症

プリオン病  
亜急性硬化性全脳炎  
ライゾーム病  
副腎白質ジストロフィー  
脊髄性筋萎縮症  
球脊髄性筋萎縮症  
慢性炎症性脱髄性多発神経炎  
後天性免疫不全症候群  
頸髄損傷  
人工呼吸器を使用している状態

※要介護被保険者等にかかわらず医療保険での訪問看護が可能。算定日数制限なし。

### <別表第8>

- 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 以下のいずれかを受けている状態にある者  
在宅自己腹膜灌流指導管理  
在宅血液透析指導管理  
在宅酸素療法指導管理  
在宅中心静脈栄養法指導管理  
在宅成分栄養経管栄養法指導管理  
在宅自己導尿指導管理

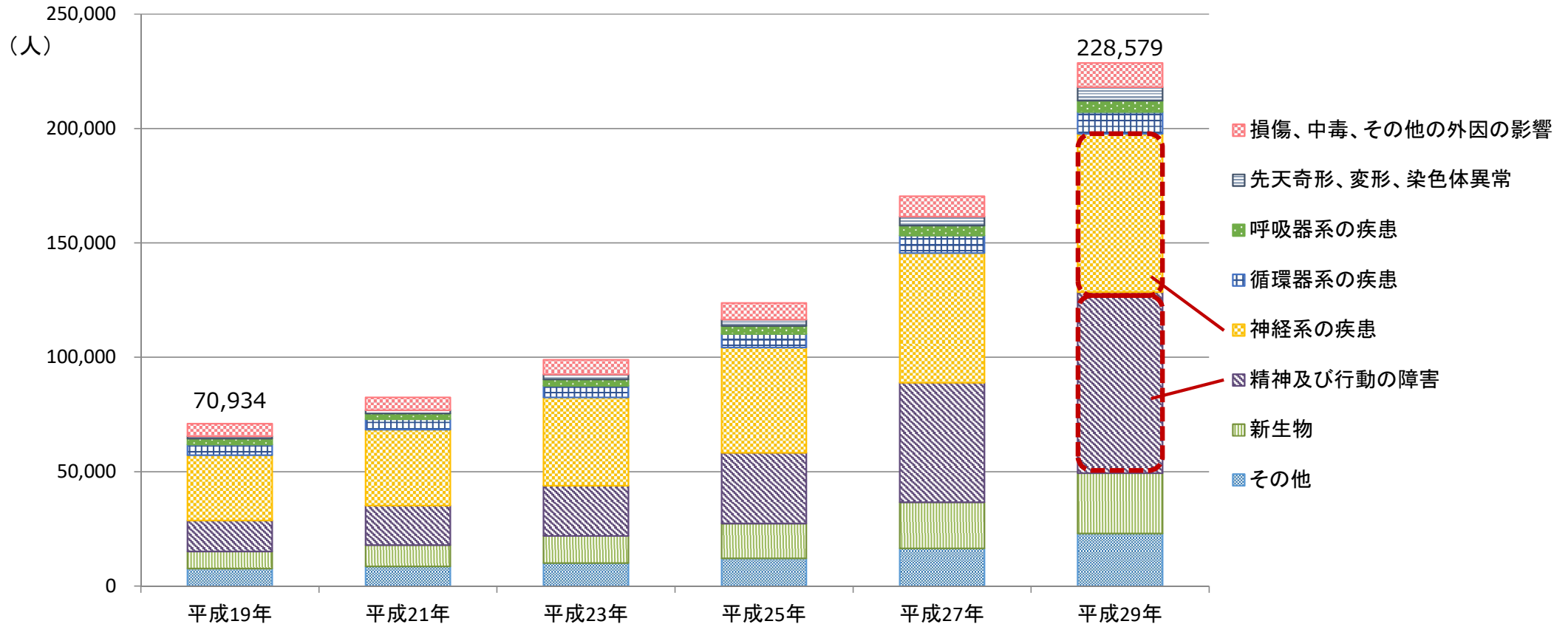
- 在宅人工呼吸指導管理  
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理  
在宅自己疼痛管理指導管理  
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
  - 真皮を超える褥瘡の状態にある者
  - 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

※算定日数制限なし。

# 訪問看護ステーション利用者の主傷病

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、次いで「神経系の疾患」である。
- 利用者の増加率(対平成19年比)をみると、「精神及び行動の障害」「先天性奇形、変形、染色体異常」の者が高い。

■ 傷病分類\*(主傷病)別利用者数の推移



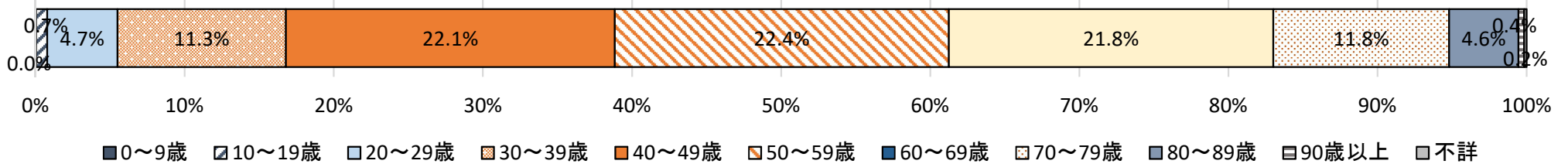
■ H29/H19年比

新生物	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	先天性奇形、変形、染色体異常	損傷、中毒、その他の外因の影響
3.52	<b>5.86</b>	2.42	2.05	1.96	<b>5.44</b>	1.93

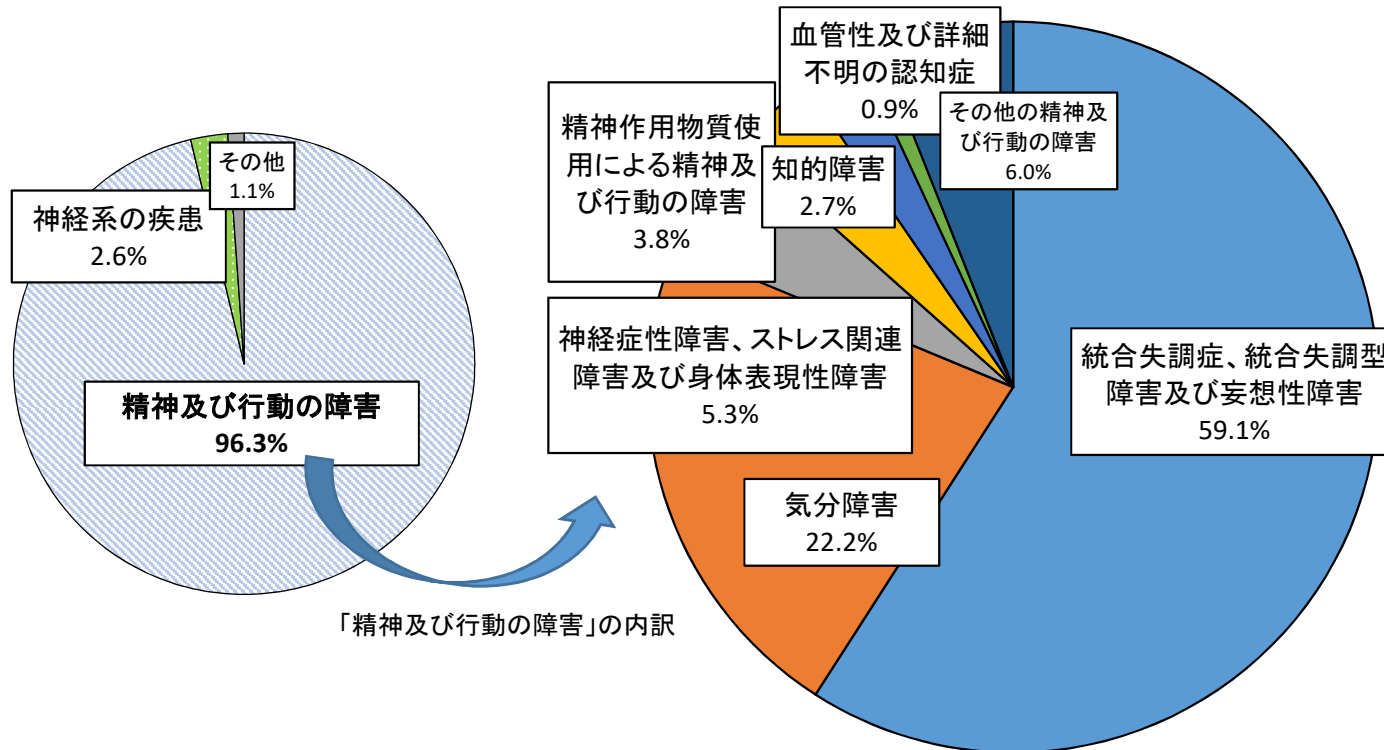
# 精神科訪問看護の利用者の状況

- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者のうち、30～50歳代の利用者が半数以上を占めている。
- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病うち、最も多いのは統合失調症等である。

## ■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の年齢階級別内訳 (n=25,238)



## ■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病別内訳 (n=25,238)



### 精神科訪問看護基本療養費

〔対象者〕

精神障害を有する者又はその家族等

〔主治医〕

保険医療機関の保険医であって精神科を担当するもの

〔訪問看護の実施者〕

以下のいずれかに該当する保健師等

- ・精神科を標榜する保険医療機関における精神病棟又は精神科外来の勤務経験1年以上

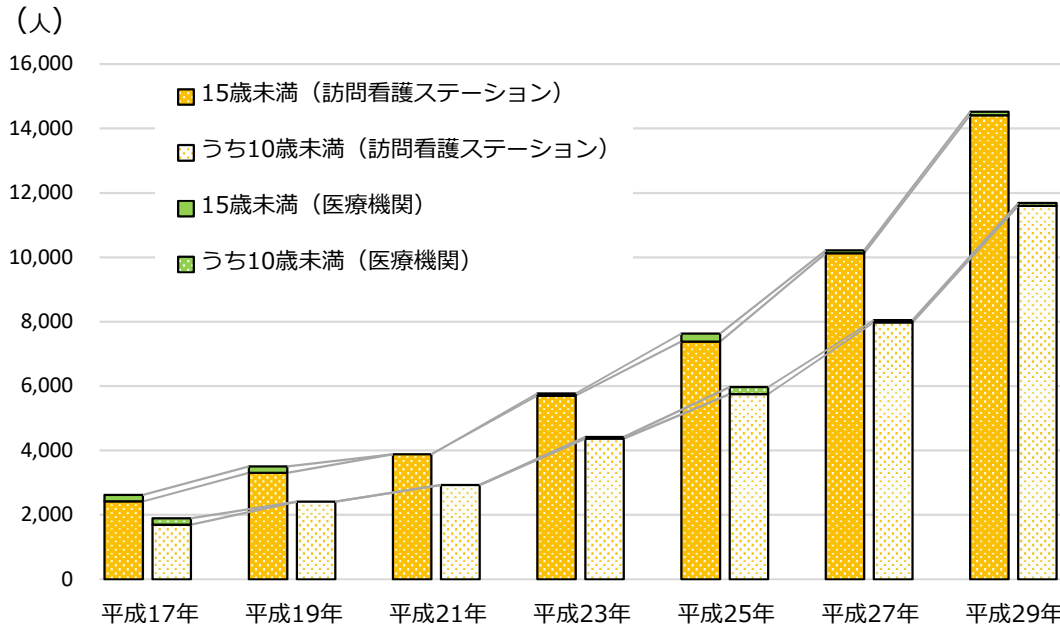
- ・精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験1年以上

- ・精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健の業務経験1年以上

- ・精神科訪問看護に関する20時間以上の研修修了者

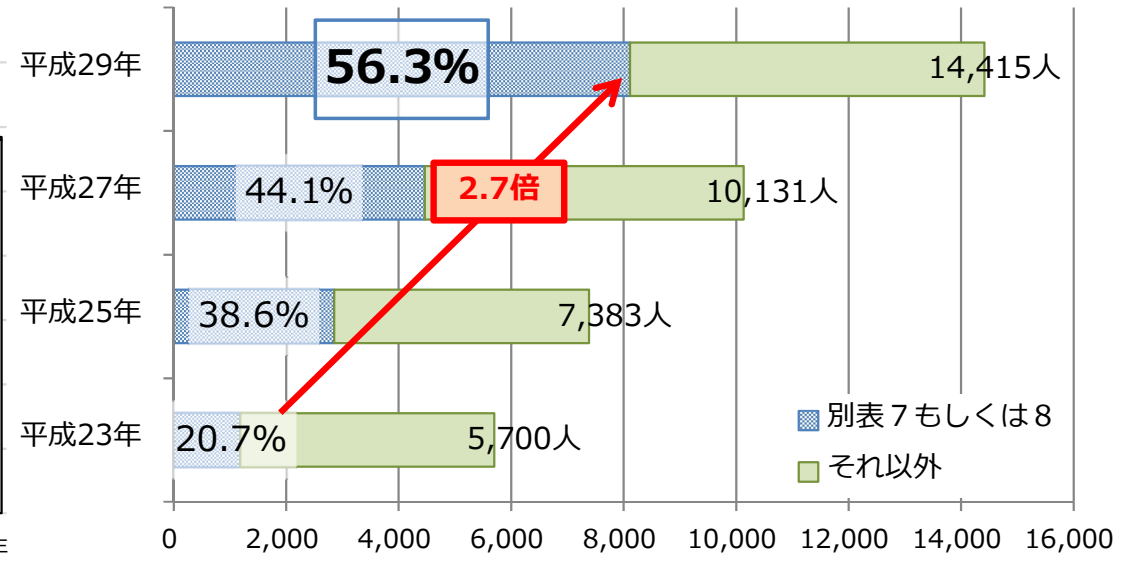
- 訪問看護を受ける小児(15歳未満)の利用者数は増加しており、近年増加傾向が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア(基準告示第2の1)に該当する者の割合は、平成23年に比べて平成29年は約2.7倍である。

## ■小児の訪問看護利用者数の推移



【出典】保険局医療課調べ(各年6月審査分より推計)  
社会医療診療行為別統計(調査)(各年6月審査分)

## ■小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第2の1に該当する者<sup>※1,2</sup>の割合(訪問看護ステーションのみ)



【出典】保険局医療課調べ(各年6月審査分より推計)(人)

### ※1：別表第7

末期の悪性腫瘍  
多発性硬化症  
重症筋無力症  
スモン  
筋萎縮性側索硬化症  
脊髄小脳変性症  
ハンチントン病  
進行性筋ジストロフィー症  
パーキンソン病関連疾患  
多系統萎縮症

プリオン病  
亜急性硬化性全脳炎  
ライソゾーム病  
副腎白質ジストロフィー  
脊髄性筋萎縮症  
球脊髄性筋萎縮症  
慢性炎症性脱髄性多発神経炎  
後天性免疫不全症候群  
頸髄損傷  
人工呼吸器を使用している状態

### ※2：別表第8

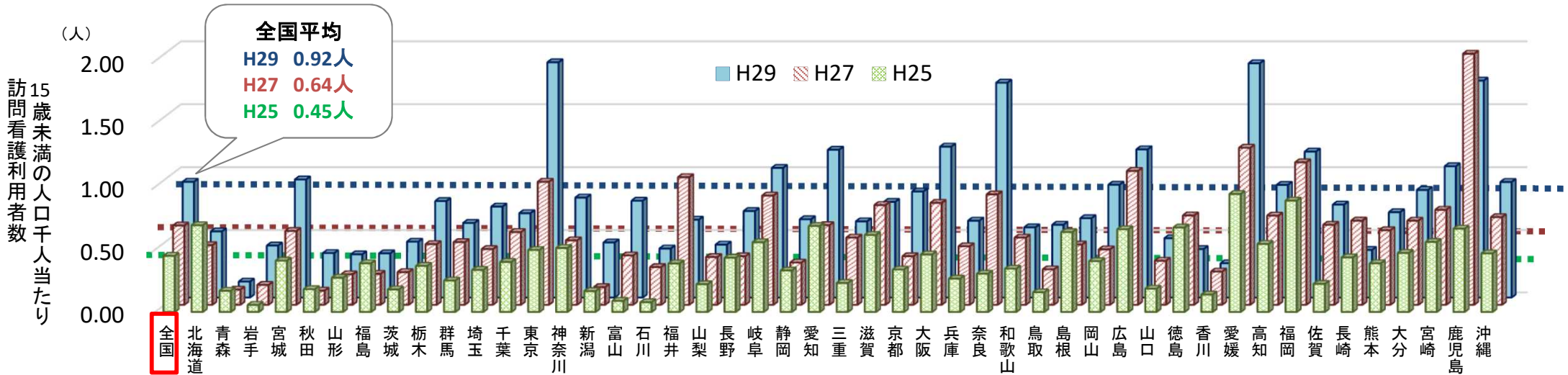
- 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 以下のいずれかを受けている状態にある者
  - 在宅自己腹膜灌流指導管理
  - 在宅血液透析指導管理
  - 在宅酸素療法指導管理
  - 在宅中心静脈栄養法指導管理
  - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
  - 在宅自己導尿指導管理

- 在宅人工呼吸指導管理
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- 在宅自己疼痛管理指導管理
- 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

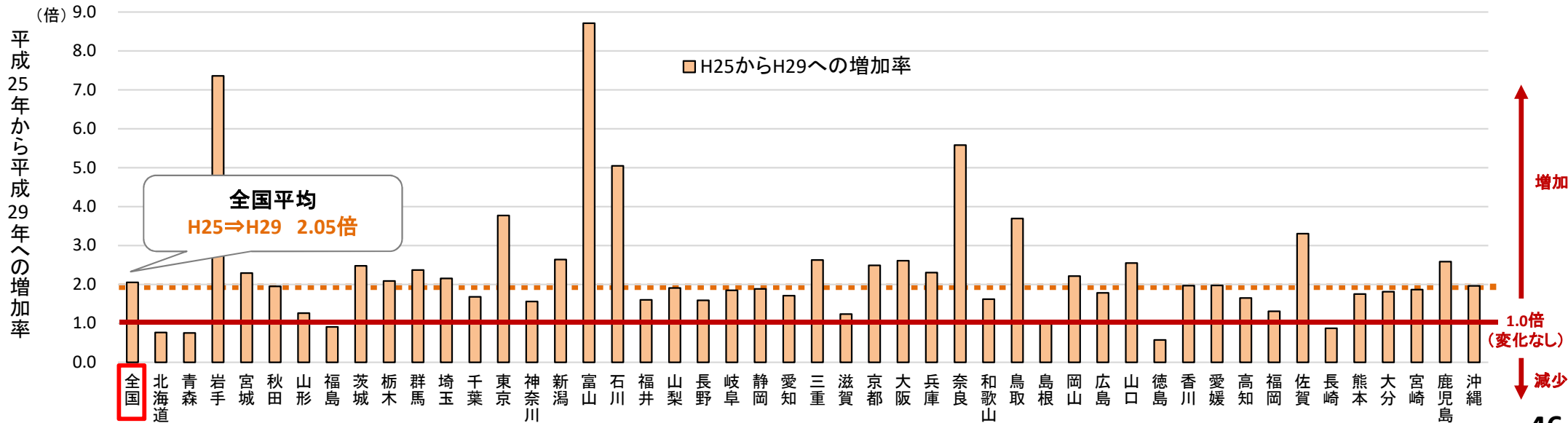
# 都道府県別の15歳未満の訪問看護利用者数

○ 15歳未満人口千人当たりの15歳未満訪問看護利用者数は増加している。

## ■ 15歳未満の人口千人当たり訪問看護利用者数（医療保険のみ）



## ■ 15歳未満の人口千人当たり訪問看護利用者数のH25からH29への増加率（医療保険のみ）



【出典】人口推計(総務省)、保険局医療課調べ(各年6月審査分より推計)



# 質の高い訪問看護の確保①

## 訪問看護の課題と改定内容

### 訪問看護の提供体制

- ▶ 利用者が地域で安心して在宅で療養するために、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や人材確保等の訪問看護の提供体制を確保する取組が必要

### 利用者のニーズへの対応

- ▶ 小児、精神疾患を有する者等、多様化する訪問看護の利用者のニーズへの、よりきめ細やかな対応が必要

### 関係機関との連携

- ▶ 利用者の療養生活の場が変わっても、切れ目なく支援が受けられるよう関係機関との連携の推進が必要



地域支援機能を有する  
訪問看護ステーションの評価【⑤】

24時間対応体制の見直し【⑧】

小児への対応【⑪】

学校への情報提供の評価【③】

複数の実施主体による  
訪問看護の連携強化【⑦】

精神障害を有する者への支援  
【⑩】

自治体への情報提供の見直し  
【③】

訪問看護指示に係る医師  
との連携【⑬】

入院・入所時の連携の強化  
【②】

理学療法士等の訪問看護の適正化【⑧】

退院時の医療機関等との  
連携の推進【②】

複数名による訪問看護の見直し【⑨】

介護職員等との連携の推進  
【④】

過疎地域等の訪問看護の見直し【⑫】

ターミナルケアの評価の見直し



# 訪問看護情報提供療養費の算定要件及び算定状況

○ 訪問看護情報提供療養費のうち、市町村等への情報提供に係る療養費を算定したステーションが最も多い。

	訪問看護情報提供療養費1	訪問看護情報提供療養費2	訪問看護情報提供療養費3
金額	1,500円(月1回)	1,500円(月1回)	1,500円(月1回)
情報提供先	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村</li> <li>・都道府県</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小学校 ・中学校</li> <li>・義務教育学校</li> <li>・中等教育学校(前期課程)</li> <li>・特別支援学校(小学部、中学部)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険医療機関</li> <li>・介護老人保健施設</li> <li>・介護医療院</li> </ul>
算定対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・別表第7該当者</li> <li>・別表第8該当者</li> <li>・精神障害を有する者、その家族等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・15歳未満の超重症児、準超重症児</li> <li>・15歳未満の別表第7該当者</li> <li>・15歳未満の別表第8該当者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険医療機関等に入院・入所する利用者</li> </ul>
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村等からの求めに応じて提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学校の求めに応じて提供</li> <li>・入学又は転学時等の当該学校に初めて在籍する月に必要な情報を提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の診療を行っている保険医療機関が入院・入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたり、指定訪問看護に係る情報を主治医に提供</li> </ul>
算定状況※ (H30年9月分)	算定したステーション：52.7% 平均人数：18.6人 中央値：13人 (最小：1人、最大：74人)	算定したステーション：3.5% 平均人数：10.7人 中央値：6人 (最小：1人、最大：80人)	算定したステーション：11.9% 平均人数：2.3人 中央値：1人 (最小：1人、最大：26人)

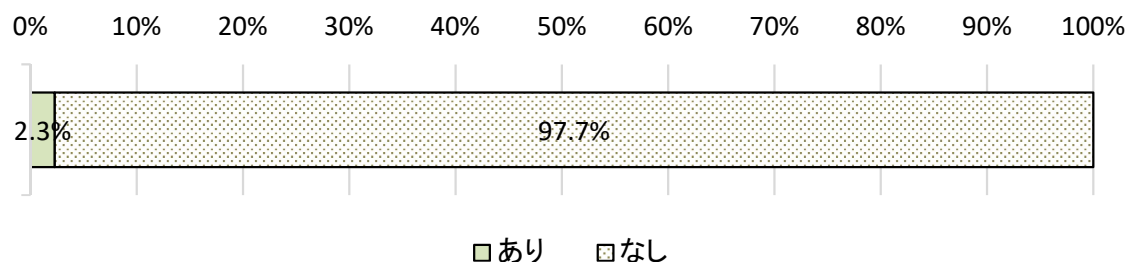
※ 出典：平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」(訪問看護調査票・事業所票)

※ 各療養費を算定した利用者がある訪問看護ステーションの割合、算定した利用者があるステーションにおける算定利用者数の平均人数、中央値、最小人数、最大人数を記載

# 学校への情報提供による効果の認識

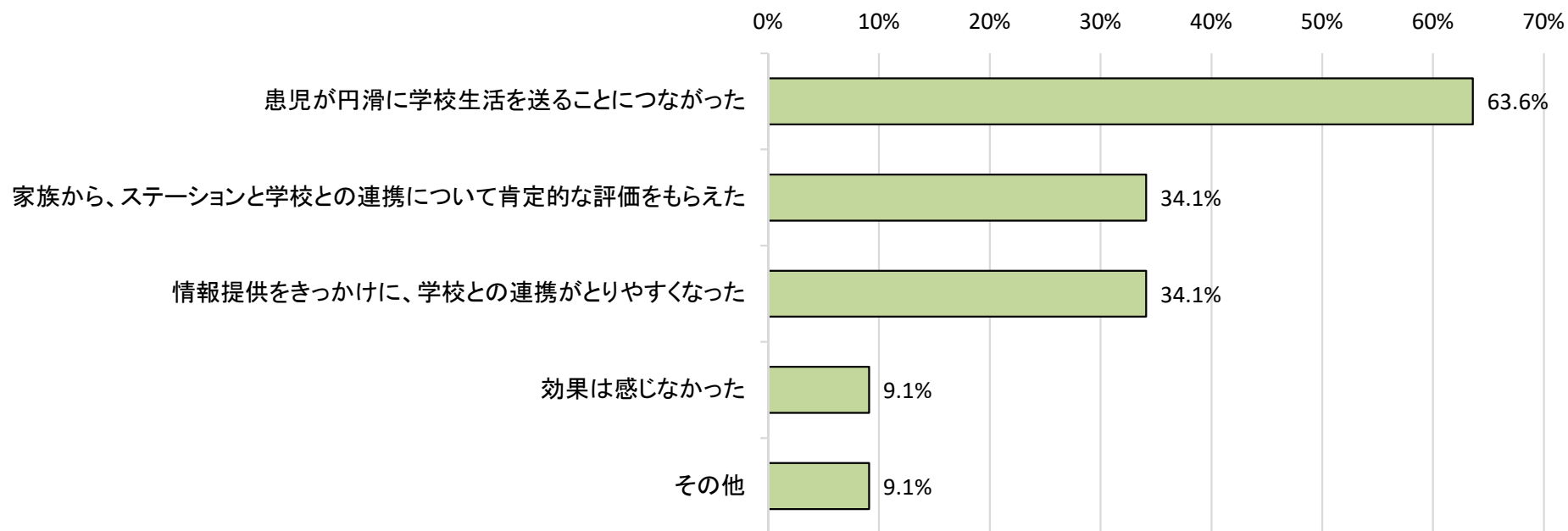
○ 訪問看護情報提供療養費2を算定した利用者がある訪問看護ステーションのうち約6割が、その効果について「患児が円滑に学校生活を送ることにつながった」と感じている。

## ■ 訪問看護情報提供療養費2を算定した利用者の有無 (n=1,901)



## ■ 学校への情報提供に係る効果の認識 (n=44)

(訪問看護情報提供療養費2を算定した利用者があると回答した訪問看護ステーションのみ、複数回答)



# 地域包括ケアシステムの構築に向けた 介護サービスとの連携について

## 【論点】

- 地域包括ケアシステムの構築をさらに推進する観点から、医療と介護の連携に係る評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定における対応等を踏まえ、どのように考えるか。
- 在宅医療及び訪問看護に係る評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定における対応等を踏まえ、どのように考えるか。

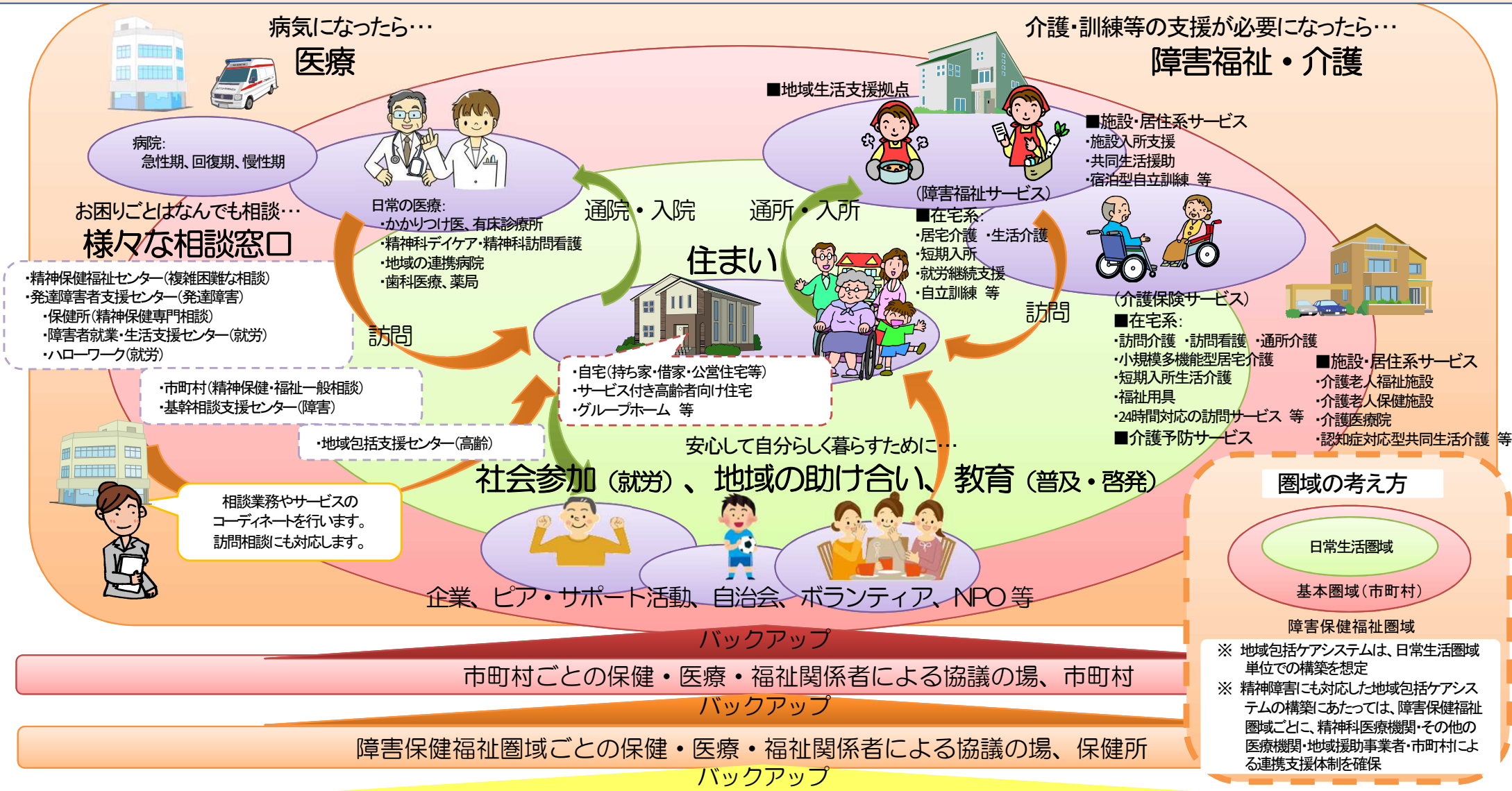
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護サービスとの連携について
  - 地域包括ケアシステムの推進について
  - 訪問看護の利用状況等について
- 精神疾患に係る施策・サービス等との連携について
  - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
  - 様々な依存症対策への対応について
- 障害児・者に係る施策・サービス等との連携について
  - 障害児・者に係る施策・サービス等の概要について
  - 発達障害児・者への対応について
  - その他

# 精神障害にも対応した 地域包括ケアシステムの構築について

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築が必要
- 平成30年度診療報酬改定において、地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療を評価する観点から、以下の対応等を実施
  - ・ 専門的な精神医療の評価
  - ・ 措置入院患者や重症患者に対する医療の充実
  - ・ 長期入院患者の地域移行の推進

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

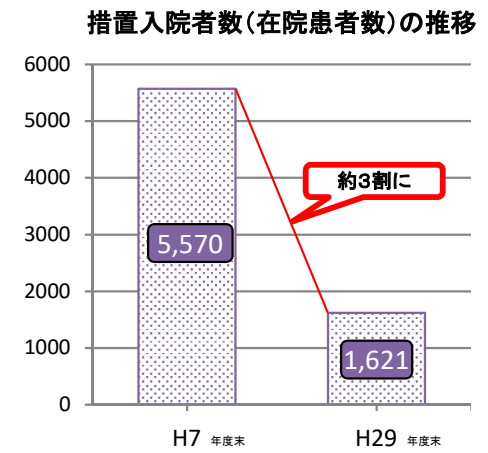
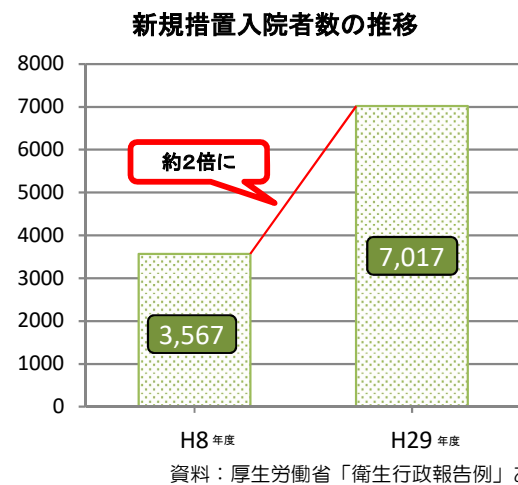
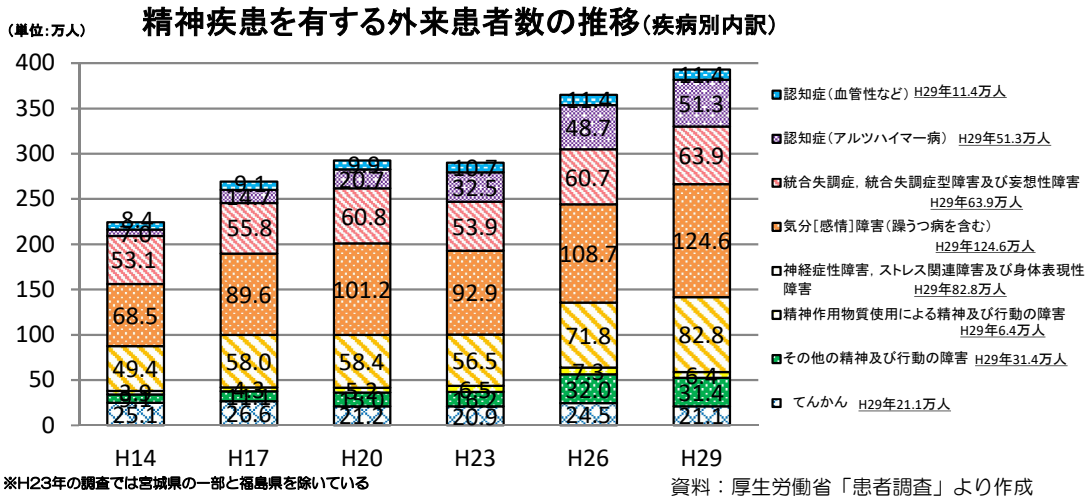
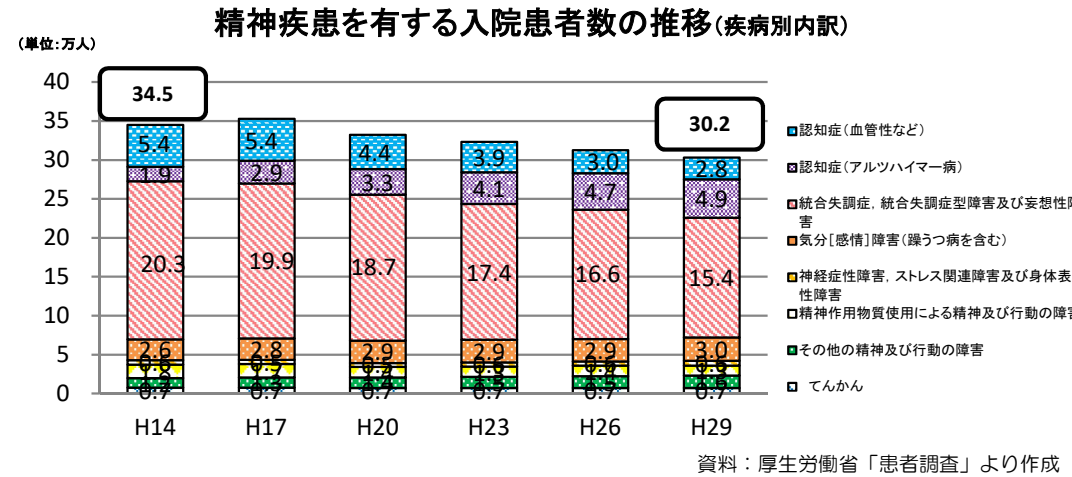
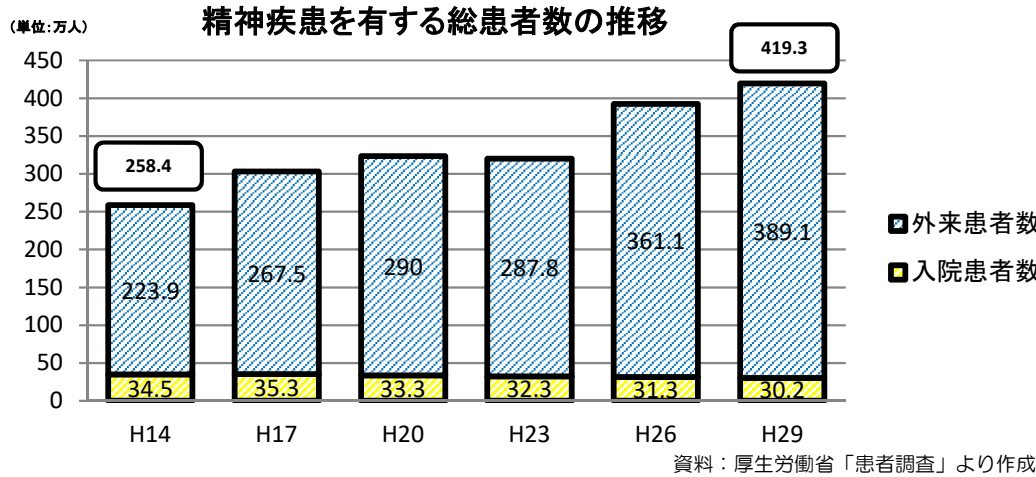
- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



# 精神科医療の現状について

## 1. 患者数、病床数、平均在院日数等

- 精神疾患を有する総患者数は約419.3万人【入院:約30.2万人(※)、外来:約389.1万人】  
 ※ うち精神病床における入院患者数は約27.8万人
- 精神病床の入院患者数は過去15年間で減少傾向(約34.5万人→30.2万人【△約4万3千人】)  
 一方、外来患者数は増加傾向。(認知症や気分障害(うつ病など)が特に増加)
- 精神疾患を有する入院患者数は、15年前と比べおおよそ9割に減少しているが、疾病別に見ると、認知症が15年前と比べ約2.6倍に増加している。



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

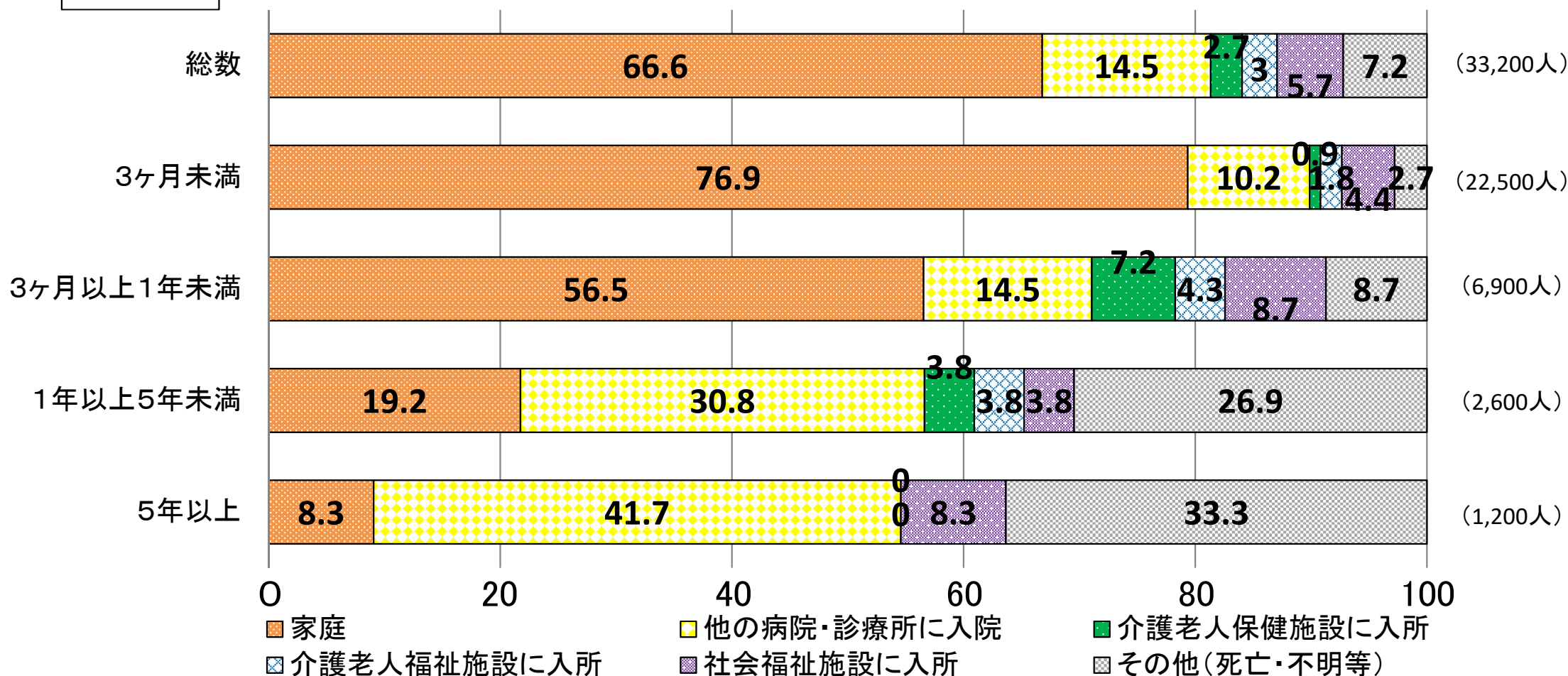


## 平成29年 精神病床退院患者の退院後の行き先

- 精神病床からの退院患者の退院後行き先としては、総数としては「家庭」が最も多く、次いで「他の病院・診療所入院」となっている。
- しかしながら、入院期間別にみると、「3ヶ月未満」及び「3ヶ月以上1年未満」入院していた方は退院先として「家庭」が半数以上を占める一方、「1年以上5年未満」及び「5年以上」入院していた方は退院先として「他の病院・診療所入院」が最も高い割合を占めている。

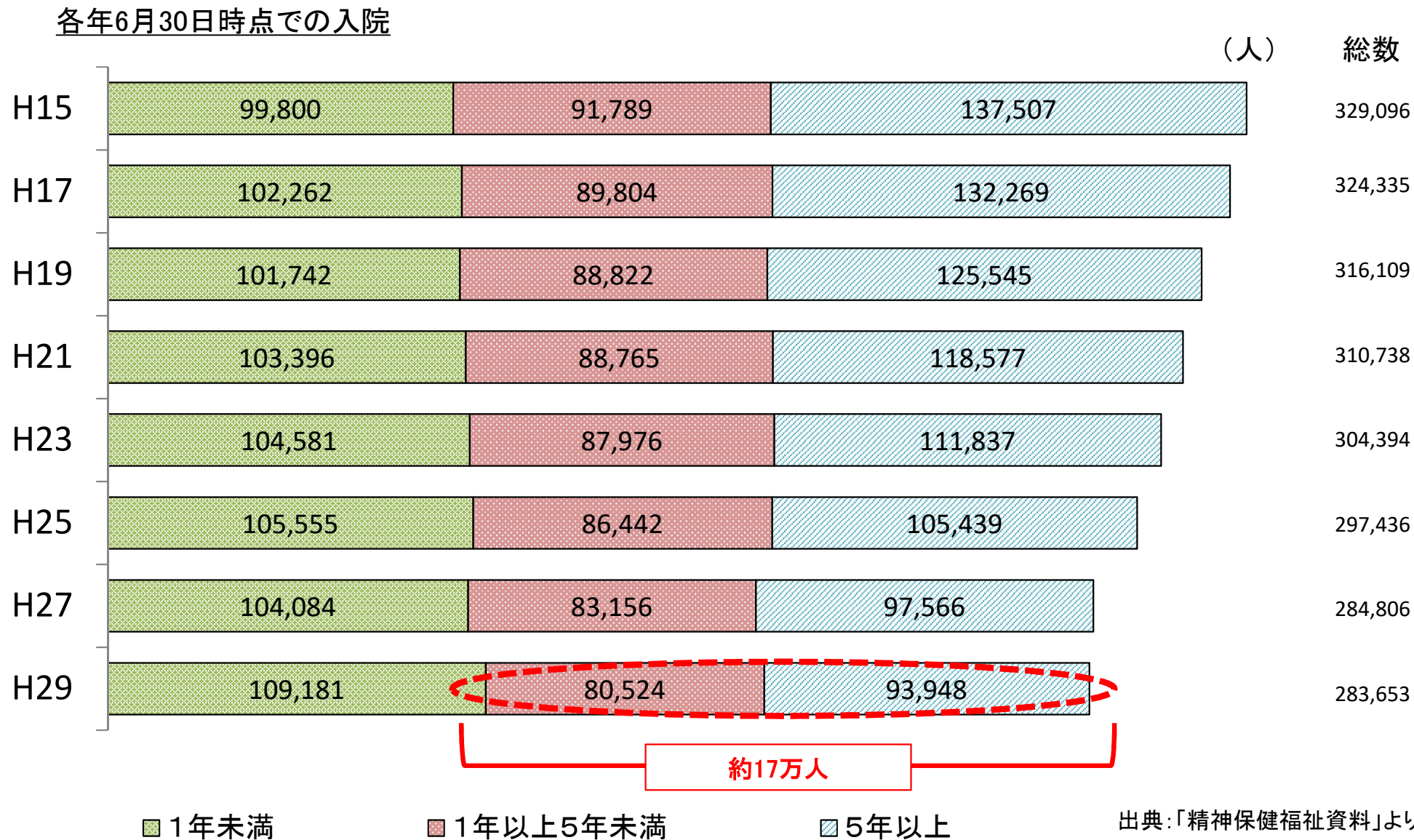
入院期間

(単位: %)



# なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か①

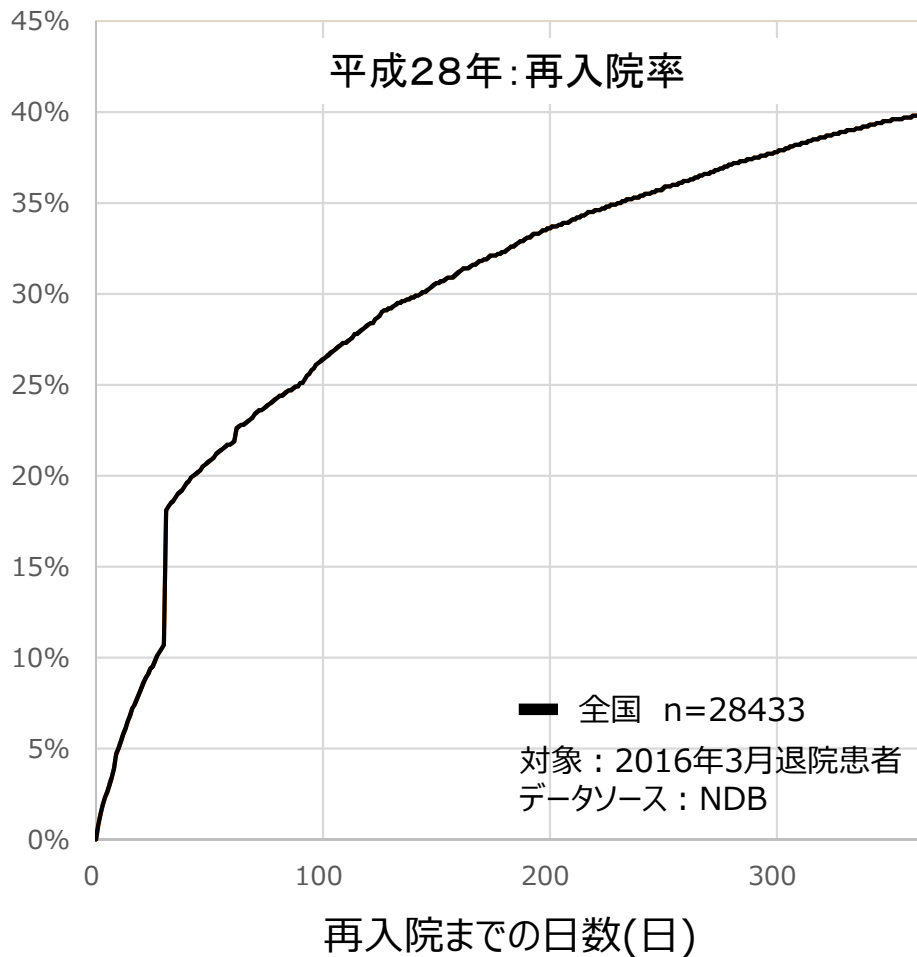
○ 精神病床における入院患者の在院期間は、1年以上が約17万人、うち5年以上が約9万人である。



# なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か②

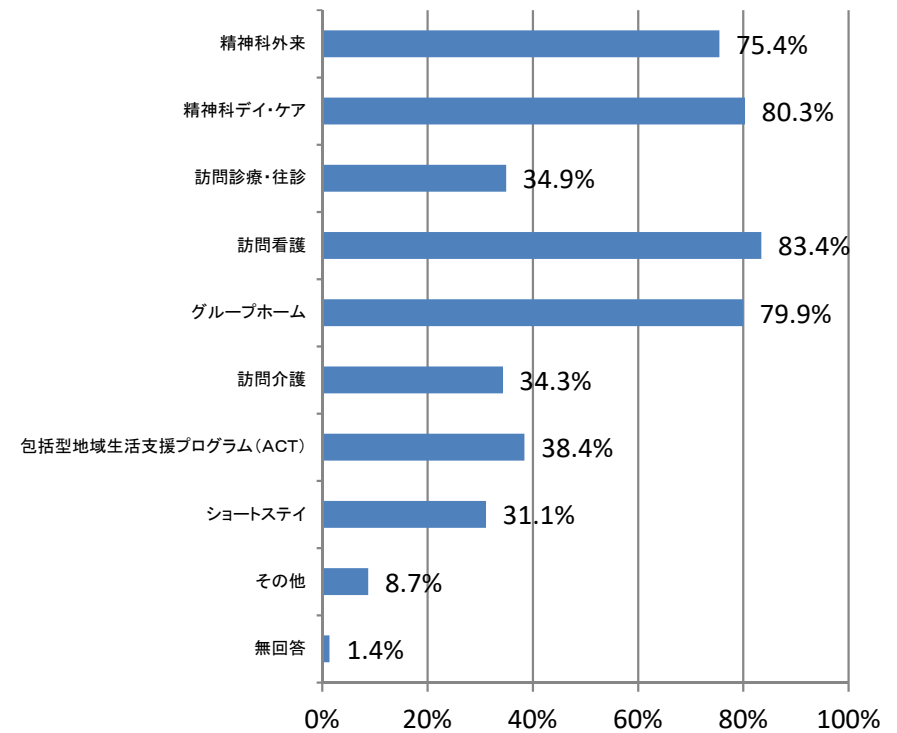
- 精神病床からの退院者の約4割が1年以内に再入院している。
- 精神障害者の多くが必要な地域サービスを十分利用できていない。

## 精神病床からの退院者の再入院率

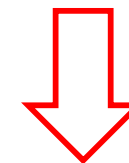


出典：平成29年新精神保健福祉資料(全国)

精神療養病棟の入院患者が、地域へ移行する上で重要となる事業・サービス等  
(精神療養病棟入院料算定病棟、複数回答、n=289)



出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査



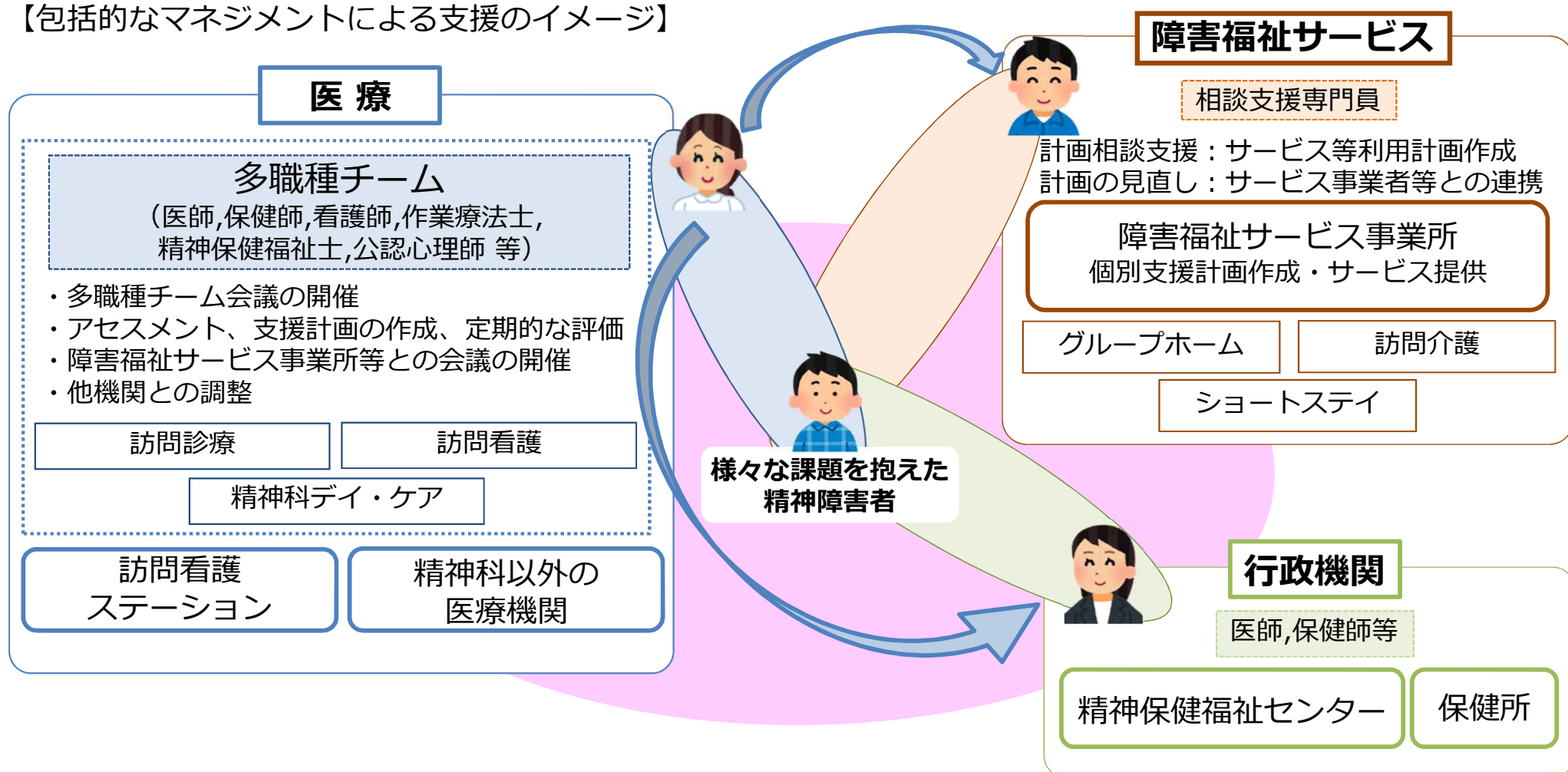
基盤整備が重要

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた基盤整備の取組例

- 精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた基盤整備が重要である。
- 地域生活を維持するためには、精神障害者が抱える様々な課題に応じたサービス（※）の調整（包括的なマネジメントによる支援）が必要である。

※ 外来診療、精神科デイ・ケア、訪問看護、障害福祉サービス等

## 【包括的なマネジメントによる支援のイメージ】



# 第5期障害福祉計画に係る国の基本指針について

## 1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」を策定。第5期計画期間はH30～32年度

## 2. 基本指針の主なポイント

- ・地域における生活の維持及び継続の推進
- ・就労定着に向けた支援
- ・地域共生社会の実現に向けた取組
- ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- ・発達障害者支援の一層の充実

## 3. 成果目標(計画期間が終了するH32年度末の目標)

### ① 施設入所者の地域生活への移行

- ・地域移行者数:H28年度末施設入所者の9%以上
- ・施設入所者数:H28年度末の2%以上削減
- ※ 高齢化・重症化を背景とした目標設定

### ② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】

- ・保健・医療・福祉関係者による協議の場(各圏域、各市町村)の設置
- ・精神病床の1年以上入院患者数:14.6万人～15.7万人に  
(H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減)
- ・退院率:入院後3ヵ月 69%、入院後6ヵ月84%、入院後1年90%  
(H27年時点の上位10%の都道府県の水準)

### ③ 地域生活支援拠点等の整備

- ・各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備

### ④ 福祉施設から一般就労への移行

- ・一般就労への移行者数: H28年度の1.5倍
- ・就労移行支援事業利用者:H28年度の2割増
- ・移行率3割以上の就労移行支援事業所:5割以上
- ※ 実績を踏まえた目標設定
- ・就労定着支援1年後の就労定着率:80%以上(新)

### ⑤ 障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】

- ・児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・医療的ケア児支援の協議の場(各都道府県、各圏域、各市町村)の設置(H30年度末まで)

## 4. その他の見直し

- ・障害者虐待の防止、養護者に対する支援
- ・難病患者への一層の周知
- ・障害を理由とする差別の解消の推進
- ・意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等

# 地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン(概要)

## I 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨

- 各自治体が、その体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的に退院後支援を進められるよう、現行法下で実施可能な、自治体を中心とした退院後支援の具体的な手順を整理。
- 精神障害者が退院後にどこの地域で生活することになっても医療、福祉、介護、就労支援などの包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることを目的として実施(法第47条の相談支援業務の一環)

## II 退院後支援に関する計画の作成

### 1 支援対象者、本人・家族その他の支援者の参画

- 作成主体の自治体が、自治体を中心となって退院後支援を行う必要があると認めた者のうち、同意が得られた者。  
※ 措置入院者のうち退院後支援を実施する必要性が特に高い者から支援対象とすることも可。医療保護入院者等に作成することも可。  
※ 同意が得られない場合や計画作成への意向の確認が困難な場合は、計画は作成しない。
- 本人と家族その他の支援者が支援内容を協議する会議(以下「会議」という。)への参加など計画作成に参画できるように十分働きかけ。

### 2 計画作成の時期

- 原則、入院中に作成。ただし、入院期間が短い場合等は退院後速やかに作成。
- 措置入院の場合、措置症状が消退しているにもかかわらず、本人が計画に基づく支援に同意しないことや、計画作成に時間を要していることを理由に措置入院を延長することは法律上認められない。

### 3 計画の内容

#### ◆ 計画の記載事項(主要事項)

- ・ 退院後の生活に関する本人の希望 ・ 家族その他の支援者の意見
- ・ 退院後支援の担当機関、本人のニーズ・課題、支援内容、連絡先
- ・ 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針 ・ 計画に基づく支援を行う期間 等

#### ◆ 計画に基づく支援期間

- 本人が希望する地域生活に円滑に移行できるための期間として、地域への退院後半年以内を基本として設定。
- 延長は原則1回(本人同意が必要)。1年以内には本人が希望する地域生活への移行を図ることができるよう努力。

### 4 会議の開催

#### ◆ 参加者

- ① 会議には、本人と家族その他の支援者の参加が原則。

※例外的に参加しない場合も、事前又は事後に、これらの者の意向を確認する機会を設けるなどの対応を行う。

- ② 本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として参加させることを希望する場合は、これらの者を参加させる。

## II 退院後支援に関する計画の作成(続き)

### ③ 支援関係者(=支援対象者の退院後の医療等の支援の関係者)

- ・ 作成主体の自治体 ・ 帰住先の市町村(保健所設置自治体を除く)
- ・ 入院先病院 ・ 通院先医療機関 ・ 措置入院前の通院先医療機関 ・ 訪問看護ステーション
- ・ 地域援助事業者その他の障害福祉サービス、介護サービス事業者 ・ NPOなどの支援者、民生委員 等

※ 防犯の観点からの警察の参加は認められず、原則警察は参加しない。例外的に支援を目的に参加を検討する場合も、本人が拒否した場合は参加は不可。

### ◆ 開催方法、開催場所

- 電話やインターネット回線等を活用して協議を行うことも可。本人の入院中は原則として入院先病院内で開催。

### ◆ 会議の事務に関して知り得た情報の管理

- 設置主体は、会議の事務に関して知り得た情報の適正な取扱いについて支援関係者にあらかじめ説明し、各支援関係者から当該取扱いを遵守する旨の同意を文書で得る。

## 5 入院先病院の役割(自治体に協力し、以下の対応を行うことが望ましい。)

- ①退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任(措置入院先病院)
- ②退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施
- ③計画に関する意見等の提出
- ④会議への参加 等

## III 退院後支援に関する計画に基づく退院後支援の実施

### 1 帰住先保健所設置自治体の役割、各支援関係者の役割等

- 帰住先保健所設置自治体は、計画に基づく相談支援を行うとともに、支援全体の調整主体としての役割を担う。

### 2 計画の見直し

- 自治体は、本人・家族等が希望した場合や、本人の病状や生活環境の変化等に応じて支援内容等を見直す必要がある場合には、速やかに計画の見直しを検討。

### 3 支援対象者が居住地を移した場合の対応

- 自治体は、支援期間中に本人が居住地を移したことを把握した場合には、本人の同意を得た上で、移転先自治体に計画内容等を通知。移転先自治体は、速やかに、本人の同意を得た上で計画を作成。

### 4 計画に基づく支援の終了及び延長

- 支援期間が満了する場合は原則支援を終了。支援終了後も、必要に応じて法第47条に基づく一般的な相談支援を実施。
- 例外的に延長する際は、会議を開催し、本人・家族等に丁寧に説明の上、本人の同意を得る。

### 5 本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回した場合の対応

- 計画の交付後に、本人から支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合は、必要に応じて計画内容を見直す等、本人の意向を踏まえた計画となるよう対応。
- こうした対応を行っても計画に基づく支援に同意が得られない場合は、計画に基づく支援を終了。

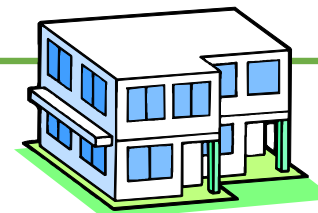
# 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

## 専門的な精神医療の評価

- 向精神薬処方 of 適正化
- 認知療法・認知行動療法の充実



- 発達障害に対する診療の充実



## 措置入院患者や重症患者に対する医療の充実

措置入院中

- 精神科措置入院退院支援加算の新設

重症患者への対応

- 精神科救急入院料の算定要件の見直し
- 精神科救急入院料等の病棟における夜間の看護配置の評価を新設
- 入院精神療法の評価の充実
- 精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価



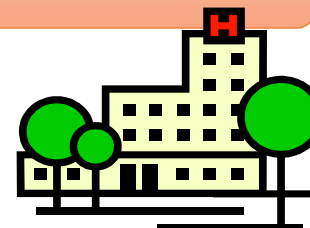
退院後

- 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

退院後

- 精神疾患患者に対する訪問支援(アウトリーチ)の充実

## 長期入院患者の地域移行の推進



長期入院中

- 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外
- 精神療養病棟入院料等における在宅移行に係る要件の見直し

退院後



## 措置入院患者への精神医療の評価

### 精神科措置入院退院支援加算の新設

➤ 措置入院患者に対して、自治体と連携した退院支援を実施した場合の評価を新設する。

#### (新) 精神科措置入院退院支援加算 600点(退院時)

##### [算定要件]

措置入院者(緊急措置入院者及び措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者を含む。以下同じ。)に対して、入院中から、自治体と連携して退院に向けた支援を実施するため、以下の体制をとっていること。

- (1) 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、措置入院者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任すること。
- (2) 自治体が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、多職種で協働して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。
- (3) 退院後支援に関する計画を作成する自治体に協力し、当該患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を当該自治体へ提出すること。

# 地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価①

## 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

- 自治体の作成する退院後の支援計画に基づいて、措置入院を経て退院した患者に行う通院・在宅精神療法の区分を新設する。
- 通院・在宅精神療法における精神保健指定医に係る評価を廃止し、初診時に 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合の評価を新設する。

### 現行

#### 【通院・在宅精神療法】

##### 1 通院精神療法

- イ 初診の日において地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が 30分以上行った場合 600点
- ロ イ以外の場合
  - (1) 30分以上の場合 400点
  - (2) 30分未満の場合 330点



### 改定後

#### 【通院・在宅精神療法】

##### 1 通院精神療法

- イ 自治体で作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、当該計画において療養を提供することとされている医療機関の精神科医が行った場合 660点
- ロ 初診の日において 60分以上行った場合 540点
- ハ イ又はロ以外の場合
  - (1) 30分以上の場合 400点
  - (2) 30分未満の場合 330点

(※) 在宅精神療法についても同様に見直し

- 措置入院を経て退院した患者に対し、看護師等が通院精神療法と併せて患者の療養生活等に対する総合的な支援を行った場合の加算を新設する。

### 通院精神療法

#### (新) 措置入院後継続支援加算 275点(3月に1回)

##### [算定要件]

- (1) 医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、月に1回以上の頻度で、服薬や社会参加等の状況を踏まえて療養上の指導を行っていること。
- (2) 患者の同意を得た上で、退院後の支援に係る全体調整を行う自治体に対し、患者の診療状況等について情報提供を行っていること。

## 地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価②

### 精神疾患患者に対する訪問支援の充実①

- 精神科重症患者早期集中支援管理料を廃止し、精神疾患患者に訪問支援を実施する場合に算定可能な「精神科在宅患者支援管理料」を新設し、患者の状態に応じ、評価を充実させる。

#### 現行

##### 【精神科重症患者早期集中支援管理料】

	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)	1,800点	1,350点
管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)	1,480点	1,110点

##### [対象患者]

以下の全てに該当する患者であること。

- ア 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む。)
- イ 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
- ウ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態の状態、退院時におけるGAF尺度が40以下の者



#### 改定後

##### 【精神科在宅患者支援管理料】

	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
<b>管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)</b>		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	<u>3,000点</u>	<u>2,520点</u>
ロ 重症患者等	<u>2,500点</u>	<u>1,875点</u>
ハ 重症患者等以外	<u>2,030点</u>	<u>1,248点</u>
<b>管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)</b>		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	<u>2,467点</u>	<u>1,850点</u>
ロ 重症患者等	<u>2,056点</u>	<u>1,542点</u>

##### [対象患者]

精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者であること。(精神症状により単独での通院が困難な者を含む。)さらに、イを算定する場合には次の全て、ロを算定する場合には次のいずれかに該当する患者であること。

- (1) 1年以上入院して退院した者、入退院を繰り返す者 **又は自治体が作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者**
- (2) 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態の状態、退院時 **又は算定時**におけるGAF尺度が40以下の者

## 地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価③

### 精神疾患患者に対する訪問支援の充実②

- 精神科在宅患者支援管理料において、継続的に訪問支援を実施した場合にも算定可能な区分を設けるとともに、専従従事者の配置要件を不要とする見直しを行う。
- 重症患者以外の患者に対する訪問支援を実施する場合には、24時間の連絡体制や24時間の往診体制に係る施設基準を緩和する。

#### 現行

##### 【精神科重症患者早期集中支援管理料】

###### [算定要件]

以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。

- (1) 精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。いずれか1名以上を専従とする。
- (2) 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うこと。
- (3) 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

###### [施設基準(抜粋)] 以下を満たしていること。

- ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
- イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。

#### 改定後

##### 【精神科在宅患者支援管理料】

###### [算定要件]

- (1) 「イ」については、以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。
  - ア 算定する患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。
  - イ 月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及びは精神科訪問看護・指導を行うこと。
  - ウ 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。
- (2) 「ロ」については、(1)のAに加え、以下の全てを実施した場合に、患者1人当たり月1回に限り算定する。
  - ア 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と月2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導を行うこと。
  - イ 上記チームが月1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。
- (3) 「ハ」については月に1回以上訪問診療を実施した場合に算定する。

###### [施設基準(抜粋)] 「イ」または「ロ」を算定する場合には、以下を満たしていること。

- ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
- イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。

# 障害福祉サービスの相談支援専門員との連携

## 医療と障害福祉との連携の推進

- 医療・介護・福祉事業者間での切れ目ない連携を推進する観点から、入退院支援や退院時の指導等における要件に障害福祉サービスの相談支援専門員との連携を追加する。

### 現行

#### 【介護支援連携指導料】〔算定要件〕

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算(居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。)は、別に算定できない。

#### 【退院時共同指導料2 注3】〔算定要件〕

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

#### 【診療情報提供料(Ⅰ)】〔算定要件〕

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る 保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

※ 在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定要件、退院支援加算1の施設基準についても、同様

### 改定後

#### 【介護支援等連携指導料】〔算定要件〕

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算(介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。)は、別に算定できない。

#### 【退院時共同指導料2 注3】〔算定要件〕

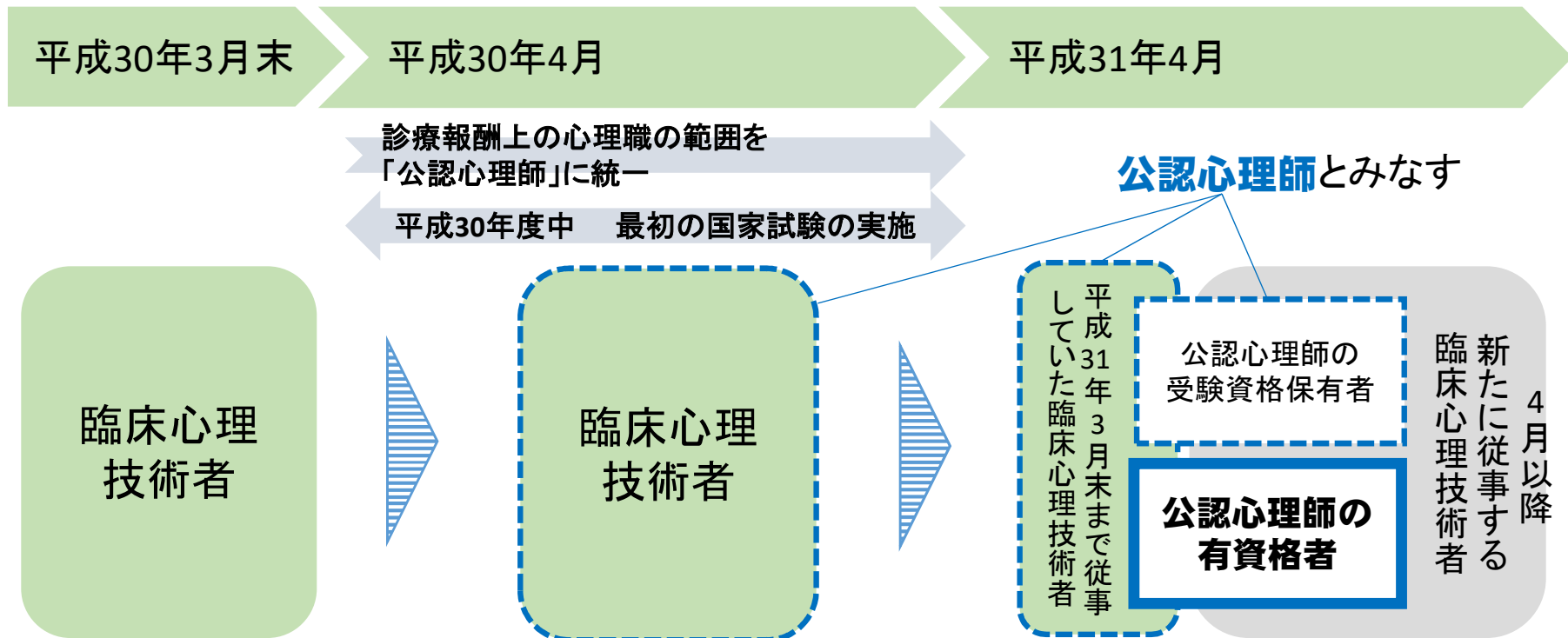
注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

#### 【診療情報提供料(Ⅰ)】〔算定要件〕

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

## 公認心理師の評価

- 公認心理師に関する国家試験が開始されることを踏まえ、診療報酬上評価する心理職については、経過措置を設けた上で、「公認心理師」に統一する。
- 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。
- 平成31年度以降、当面の間、以下のいずれかに該当する者を公認心理師とみなす。
  - (1) 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
  - (2) 平成31年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



# 公認心理師の概要

## 1. 公認心理師制度創設の背景（公認心理師法案の提出理由）

近時の国民が抱える心の健康の問題等をめぐる状況に鑑み、心理に関する支援を要する者等の心理に関する相談、援助等の業務に従事する者の資質の向上及びその業務の適正を図るため、公認心理師の資格を定める必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

※ 平成27年9月成立・公布（議員立法）、平成29年9月全面施行

## 2. 公認心理師とは

公認心理師登録簿への登録を受け、公認心理師の名称を用いて、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう。【名称独占】

- ① 心理に関する支援を要する者の心理状態の観察、その結果の分析
- ② 心理に関する支援を要する者に対する、その心理に関する相談及び助言、指導その他の援助
- ③ 心理に関する支援を要する者の関係者に対する相談及び助言、指導その他の援助
- ④ 心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供

## 3. 公認心理師試験・登録

公認心理師試験：平成30年に第1回公認心理師試験を実施（毎年1回以上実施）

第2回試験は、令和元年8月4日（日）実施、令和元年9月13日（金）合格発表  
合格後、公認心理師登録簿に登録されることで公認心理師となる。

資格登録者数：24,056人（平成31年3月末現在）

※ 試験事務・登録事務については、指定試験機関及び指定登録機関である「一般財団法人日本心理研修センター」が行う。

## 参考：公認心理師の活躍が想定される分野と公認心理師が位置付けられている主なもの等

保健医療分野：病院（診療報酬（施設基準）、がん診療連携拠点病院・小児がん拠点病院の要件に記載）など

福祉分野：児童相談所（児童相談所に設置する児童心理司の要件の一つとして記載）など

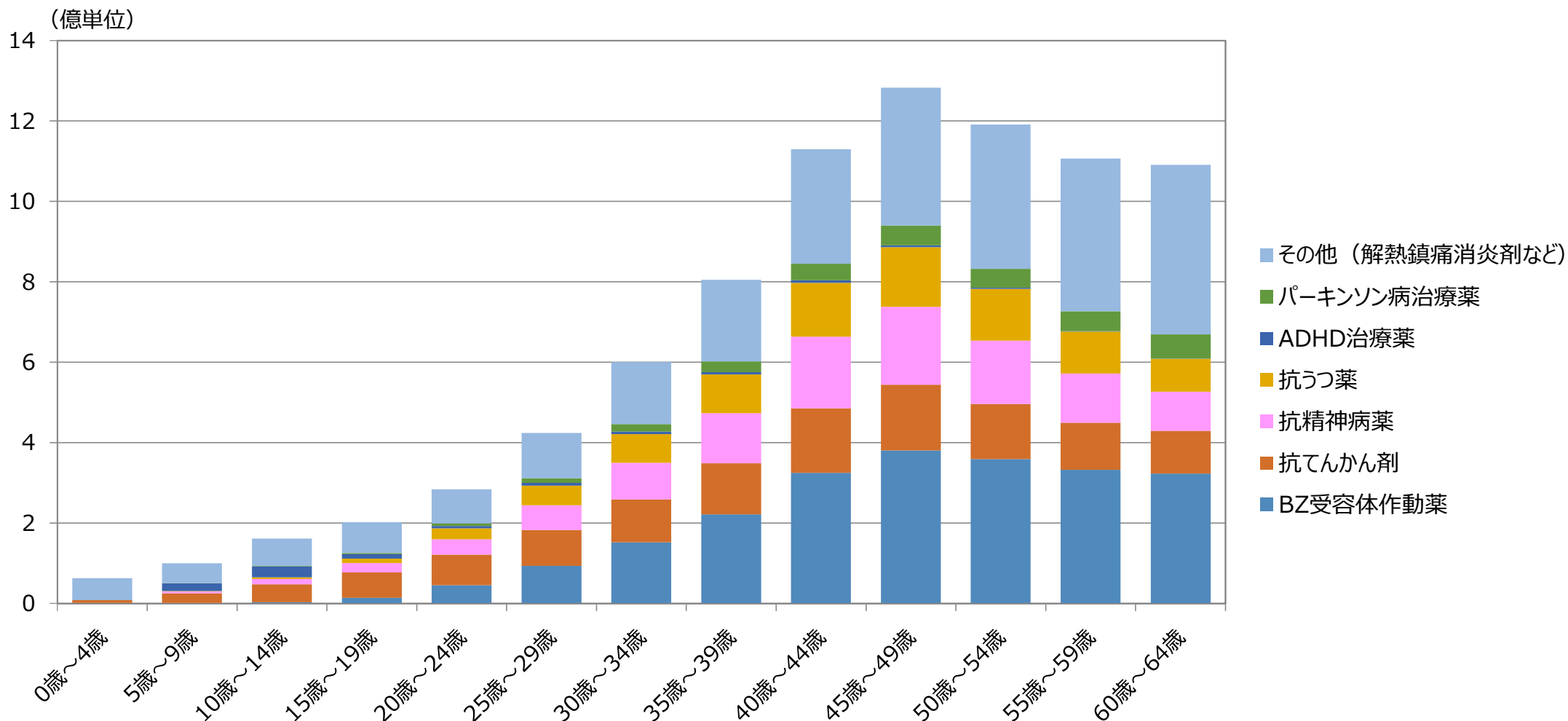
教育分野：学校（スクールカウンセラーの要件の一つとして記載）など

司法・犯罪分野：裁判所、刑務所、少年鑑別所、犯罪被害者支援 など

産業・労働分野：各事業所（事業者が行うストレスチェックの実施者の要件の一つとして記載）など

# 年齢階級別の中枢神経系用薬の使用量（数量ベース）

○ 中枢神経系用薬の使用量（数量ベース）は、小児ではADHD治療薬、抗てんかん剤の割合が大きく、成人期以降ではベンゾジアゼピン受容体作動薬、抗精神病薬、抗うつ薬の割合が大きくなっている。



※ 年齢階級別に、薬効大分類11中枢神経系用薬に含まれる医薬品の種類ごとにその数量を示したものである。（2017年度調剤分）

※ 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

※ 65歳以上のデータは省略している。

出典：調剤医療費の動向（保険局調査課特別集計）



# 年齢階級別の使用数量が多い中枢神経系用薬（数量ベース）

- 小児期では、抗てんかん剤であるバルプロ酸ナトリウム（先発品名：デパケン）やADHD治療薬である、アトモキセチン塩酸塩（先発品名：ストラテラ）、メチルフェニデート塩酸塩（先発品名：コンサータ）の使用量が多い。
  - 一方、成人においては、20～30歳代では抗てんかん剤であるバルプロ酸ナトリウムの使用量が多く、40～60歳代ではベンゾジアゼピン受容体作動薬であるエチゾラム（先発品名：デパス）の使用量が多い。
- ※その他の区分を除く。

No	0歳～4歳	5歳～9歳	10歳～14歳	15歳～19歳	20歳～24歳	25歳～29歳	30歳～34歳	35歳～39歳	40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳
1	アセトアミノフェン (カロナール)	アセトアミノフェン (カロナール)	アセトアミノフェン (カロナール)	アセトアミノフェン (カロナール)	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 (ロキソニン)	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 (ロキソニン)	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 (ロキソニン)	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 (ロキソニン)	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 (ロキソニン)	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 (ロキソニン)
2	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)	アトモキセチン塩酸塩 (ストラテラ)	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 (ロキソニン)	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 (ロキソニン)	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 (ロキソニン)	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)	エチゾラム (デパス)	エチゾラム (デパス)	エチゾラム (デパス)	エチゾラム (デパス)
3	トリクロホスナトリウム (トリクロール)	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)	アトモキセチン塩酸塩 (ストラテラ)	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 (ロキソニン)	アセトアミノフェン (カロナール)	アセトアミノフェン (カロナール)	アセトアミノフェン (カロナール)	エチゾラム (デパス)	エチゾラム (デパス)	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)	プレガバリン (リリカ)	プレガバリン (リリカ)
4	ヒドロキシジンパモ酸塩 (アタラックス)	ラモトリギン (ラミクタール)	メチルフェニデート塩酸塩 (コンサータ)	レベチラセタム (イーケブラ)	レベチラセタム (イーケブラ)	エチゾラム (デパス)	エチゾラム (デパス)	アセトアミノフェン (カロナール)	アセトアミノフェン (カロナール)	アルプラゾラム (ソラナックス)	プレガバリン (リリカ)	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)	アセトアミノフェン (カロナール)
5	フェノバルビタール (フェノバル)	メチルフェニデート塩酸塩 (コンサータ)	レベチラセタム (イーケブラ)	非ピリン系感冒剤 (ペレックス)	非ピリン系感冒剤 (ペレックス)	アリピプラゾール (エビリファイ)	アリピプラゾール (エビリファイ)	アルプラゾラム (ソラナックス)	アルプラゾラム (ソラナックス)	アセトアミノフェン (カロナール)	アルプラゾラム (ソラナックス)	アセトアミノフェン (カロナール)	バルプロ酸ナトリウム (デパケン)

■ ADHD治療薬 ■ 抗てんかん剤 ■ 抗うつ剤 ■ 抗精神病薬 ■ BZ受容体作動薬 ■ その他（解熱鎮痛消炎剤など）

※ 薬効大分類11中枢神経系用薬に含まれる医薬品を一般名毎（成分毎）に数量の大きな順に並べたものである。（2017年度調剤分）

※ 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

出典：調剤医療費の動向（保険局調査課特別集計）

# 様々な依存症対策への対応について

- 依存症対策については、保険医療分野から就労、生活支援分野まで広範な支援策が求められること等から、取組を総合的かつ計画的に推進することを目的として、依存症対策推進本部を設置

## 【アルコール依存症について】

- アルコール健康障害対策推進基本計画において、取り組むべき重点課題として、以下の事項が示されている
  - ・ 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防
  - ・ アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

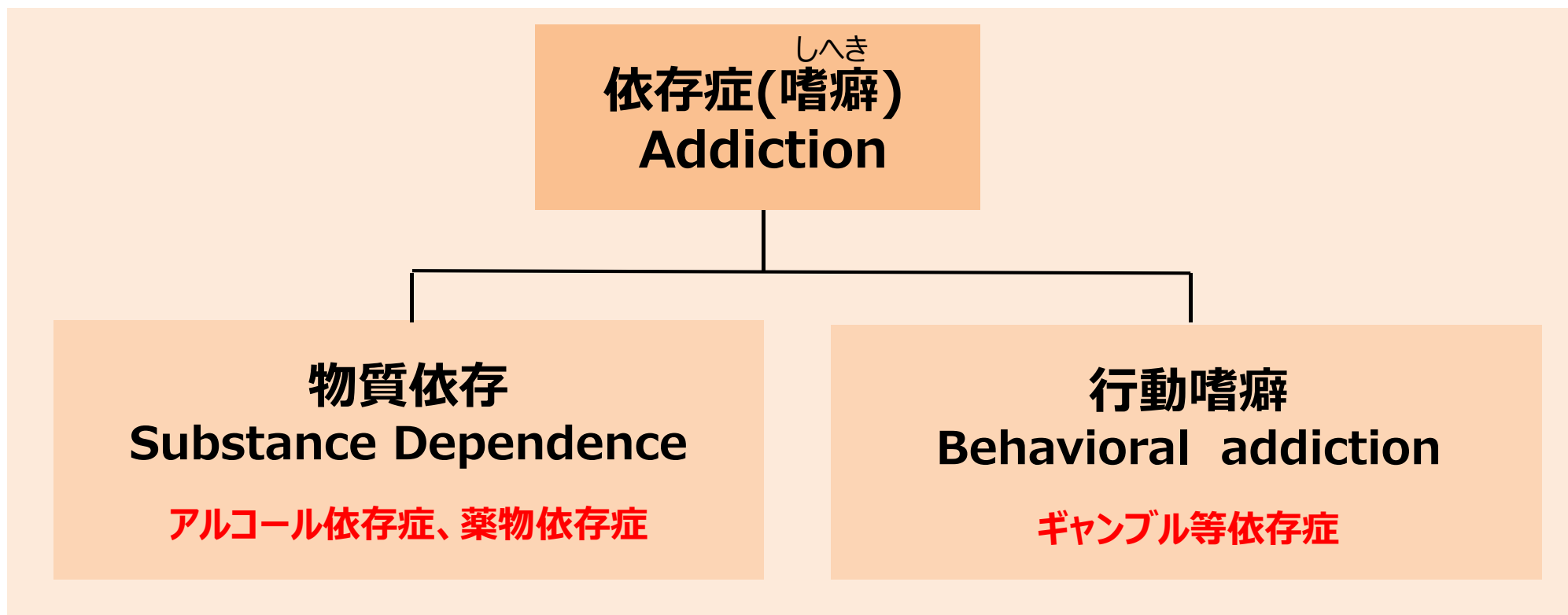
## 【ギャンブル等依存症について】

- ギャンブル等依存症対策推進基本計画において、取り組むべき具体的施策として、以下の事項等が示されている
  - ・ ギャンブル等依存症の標準的な治療プログラムの確立に向けたエビデンスの構築等、治療プログラムの全国的な普及

## 【薬物依存症について】

- 薬物依存症の患者に対する専門的な治療を評価する観点から、平成28年度診療報酬改定において、標準化された方法で実施する集団療法の評価として、依存症集団療法を新設

# 依存症の分類



- 一般的に「嗜癖」という言葉は馴染みがなく、「依存症」が用いられている。
- 依存症の特徴
  - ・特定の物質や行動、関係性に心を奪われ、のめりこみ、制御できなくなる。
  - ・「やめたくても、やめられない」習慣に陥る。
  - ・依存行動に起因する健康・社会・家族問題が生じていても制御できない。
  - ・依存症の中でも物質依存は、離脱（禁断症状）の症状が比較的生じやすい。

# 厚生労働省における依存症対策の推進体制について

## 依存症対策推進本部 (平成28年12月設置) (厚生労働大臣伺い定め)

【設置目的】依存症対策については、保健医療分野から就労、生活支援分野まで広範な支援策が求められ、対象者も幅広い年齢層にわたり、部局横断的な対応が必要であることから、取組を総合的かつ計画的に推進することを目的とし、設置。

大臣  
【本部長】

副大臣  
政務官  
【本部長代理】

事務次官  
厚生労働審議官  
医務技監  
【副本部長】

官房、医政、健康、医薬、基準、  
安定、子ども、社会、障害、老健、  
保険、政策統括官等の関係部局長  
【本部員】

本部に事務局を設置。  
事務局長は、社会・援護局障害保健福祉部長。  
庶務は障害保健福祉部精神・障害保健課依存症対策推進室。  
ただし、アルコール健康障害対策チームについては、障害保健福祉部企画課。

### 依存症対策本部に対策チームを設置

#### アルコール健康障害対策チーム

【座長：大臣官房審議官(健康、生活衛生、アルコール健康障害担当)、関係部局：健康 他】

- アルコール健康障害対策基本法(平成26年6月1日施行)に基づき、アルコール健康障害対策推進基本計画が策定(平成28年5月31日閣議決定)  
⇒ アルコール健康障害対策推進基本計画の推進が必要

#### 薬物依存症対策チーム

(座長：障害保健福祉部長、関係部局：医薬 他)

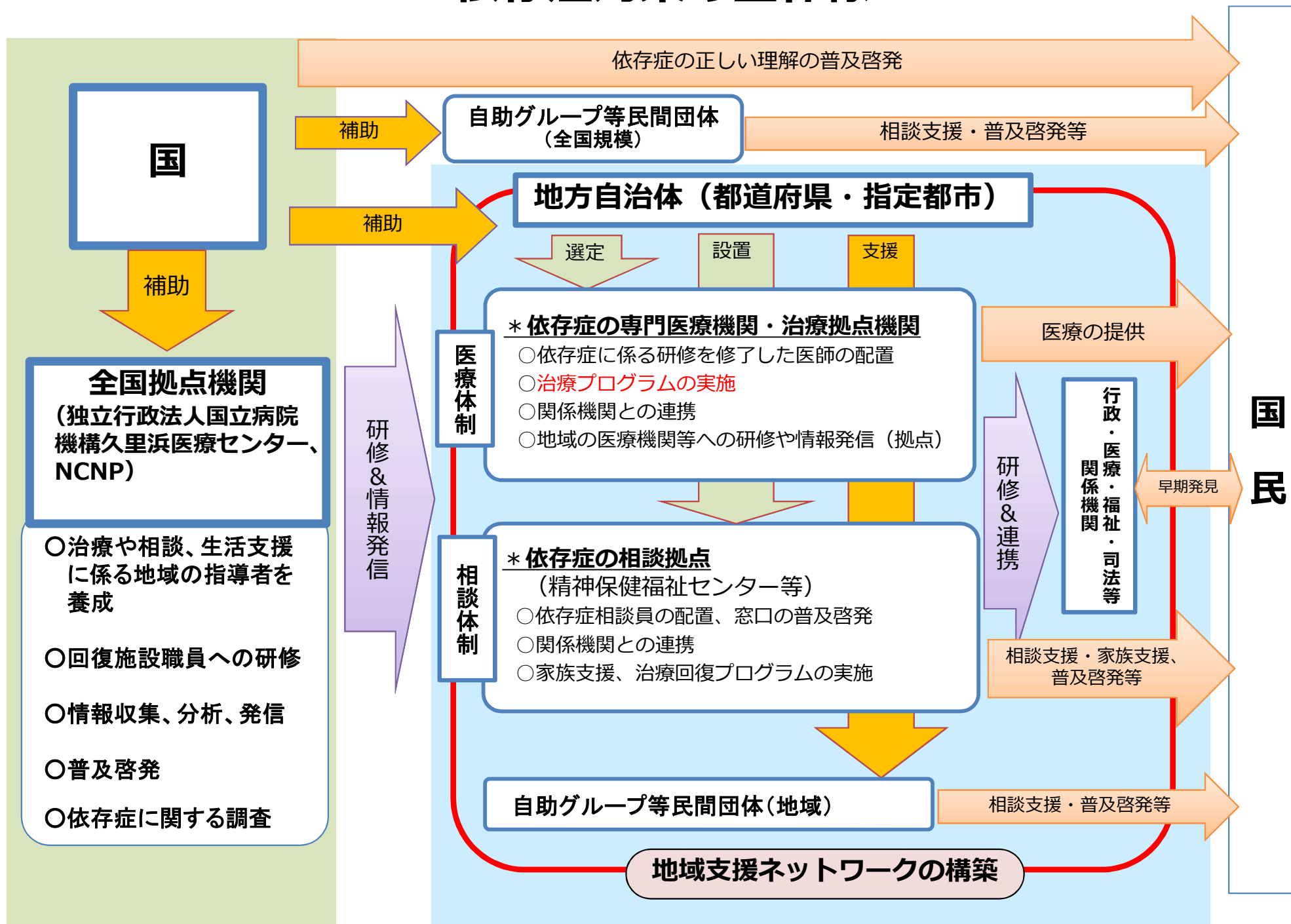
- 刑の一部の執行猶予制度の導入(平成28年6月1日)により、薬物依存のある保護観察対象者の増加が見込まれる。  
⇒ 保護観察終了後も支援等を受けられる体制の整備が必要
- 再犯の防止等の推進に関する法律の施行(平成28年12月14日)及び再犯防止推進計画が策定(平成29年12月15日閣議決定)  
⇒ 薬物依存症者の再犯防止対策(相談・治療体制の構築等)が必要

#### ギャンブル等依存症対策チーム

(座長：障害保健福祉部長、関係部局：社会、子ども 他)

- IR推進法の附帯決議及び、「ギャンブル等依存症対策の強化について(平成29年8月29日関係閣僚会議決定)」により、ギャンブル等依存症対策の強化が求められている。
- 「ギャンブル等依存症対策基本法案」の成立(平成30年7月13日公布)により、内閣官房長官を本部長とする対策推進本部に関係者会議が設置され、「ギャンブル等依存症対策推進基本計画」が策定(平成31年4月19日閣議決定)

# 依存症対策の全体像



## 近年の依存症患者数の推移

		平成26年度	平成27年度	平成28年度
アルコール 依存症	外来患者数	92,054	94,217	95,579
	(入院患者数)	(25,548)	(25,654)	(25,606)
薬物依存症	外来患者数	6,636	6,321	6,458
	(入院患者数)	(1,689)	(1,437)	(1,431)
ギャンブル 等依存症	外来患者数	<b>2,019</b>	<b>2,652</b>	<b>2,929</b>
	(入院患者数)	(205)	(243)	(261)

※外来：1回以上、精神科を受診した者の数

※入院：依存症を理由に精神病床に入院している者の数

※1年間に外来受診と精神病床入院の両方に該当した同一患者は、上記の外来と入院の両方の数に計上

※出典：精神保健福祉資料：<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>

都道府県ごとのデータも把握可能。

# 依存症の推計値と患者数

## ○依存症の推計値

- ギャンブル等依存が疑われる者の推計値(過去1年間):約70万人  
(生涯経験):約320万人

国立研究開発法人日本医療研究開発機構 障害者対策総合研究開発事業「ギャンブル障害の疫学調査、  
生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究 2016～2018年度」より

- アルコール依存症の推計値 (時点経験): 約57万人  
(生涯経験): 約107万人

厚生労働科学研究「WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究 2013～2015年度」より

## ○平成28年度 依存症の受診患者数 (NDB)

- ギャンブル等依存症の患者数

外来 2,929人 入院 261人

- 薬物依存症の患者数

外来 6,458人 入院 1,431人

- アルコール依存症の患者数

外来 95,579人 入院 25,606人

※入院は依存症を理由に精神病床に入院している患者数。外来は1回以上精神科を受診した患者数。  
「精神保健福祉資料」より

# アルコール健康障害対策推進基本計画の概要

## 基本理念

- 発生・進行・再発の各段階での防止対策／当事者やその家族が日常生活及び社会生活を円滑に営むための支援
- アルコール健康障害に関連して生ずる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に関する施策との有機的な連携への配慮

## 基本的な方向性

- 正しい知識の普及及び不適切な飲酒を防止する社会づくり
- 誰もが相談できる相談場所と、必要な支援につなげる相談支援体制づくり
- 医療における質の向上と連携の促進
- アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくり

## 基本計画で取り組むべき重点課題

(計画対象期間：平成28年度から平成32年度まで)

- 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防

- (1)特に配慮を要する者に対する教育・啓発  
※未成年者、妊産婦、若い世代
- (2)アルコール依存症に関する正しい知識・理解の啓発

- アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

- (1)アルコール健康障害への早期介入
- (2)地域における相談拠点の明確化
- (3)アルコール健康障害を有している者とその家族を、相談、治療、回復支援につなぐための連携体制の推進
- (4)アルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の整備

## 基本的施策

- ①教育の振興等
- ②不適切な飲酒の誘引の防止
- ③健康診断及び保健指導
- ④アルコール健康障害に係る医療の充実等
- ⑤アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等

- ⑥相談支援等
- ⑦社会復帰の支援
- ⑧民間団体の活動に対する支援
- ⑨人材の確保等
- ⑩調査研究の推進等

## その他推進体制等

関連施策との有機的な連携

都道府県における都道府県推進計画の策定

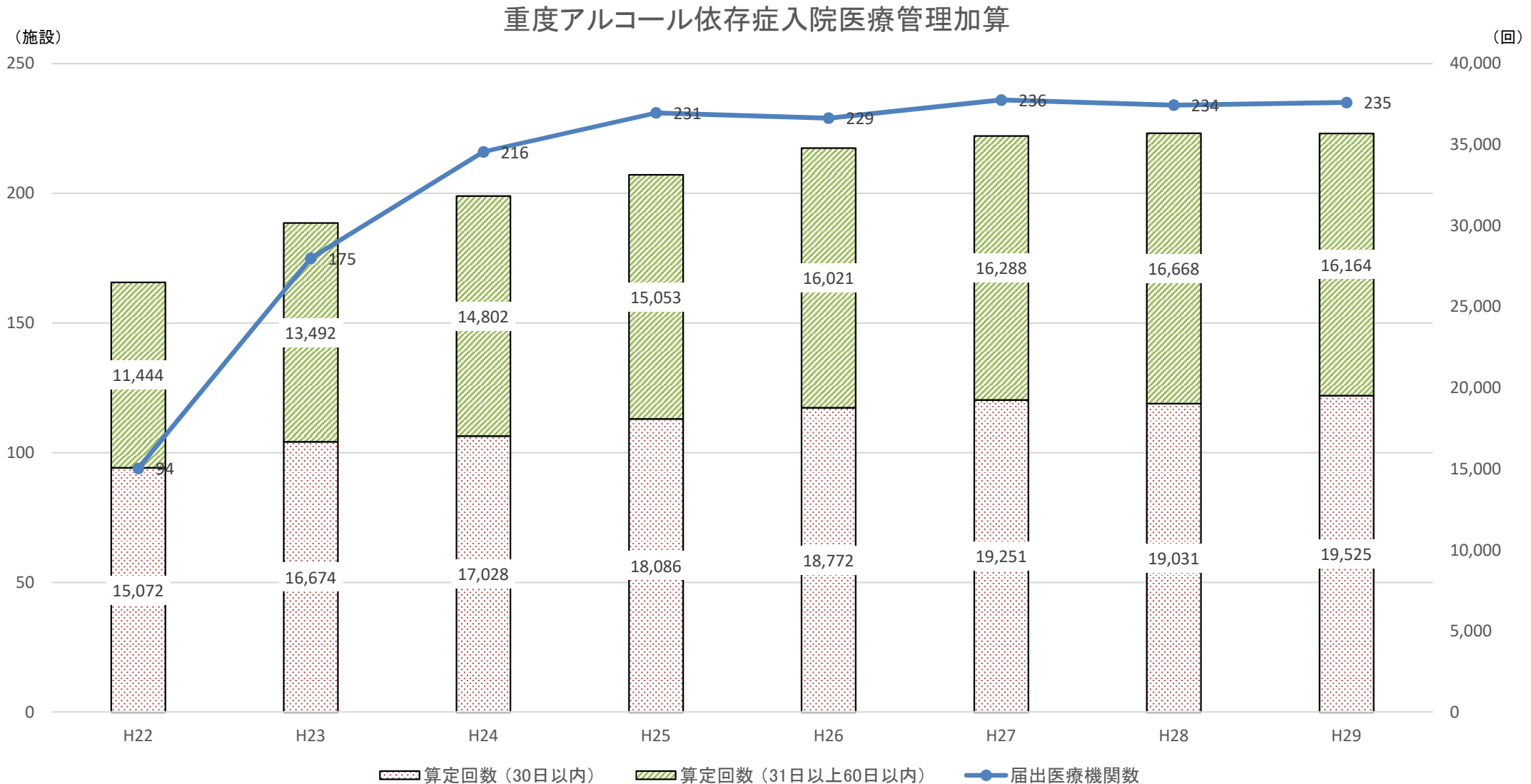
基本計画策定後3年以内に、厚生労働省に移管

実態把握とともに次期に向け数値目標の設定について検討 **78**



# 重度アルコール依存症入院医療管理加算

○ 重度アルコール依存症入院医療管理加算の届出医療機関数及び算定回数は、近年横ばい傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）  
 保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

# ギャンブル等依存症対策基本法概要

## 1 目的

ギャンブル等依存症は、

- ①本人・家族の日常生活・社会生活に支障を生じさせるものであり、
- ②多重債務・貧困・虐待・自殺・犯罪等の重大な社会問題を生じさせているギャンブル等依存症対策を総合的かつ計画的に推進し、

→ もって①国民の健全な生活の確保を図るとともに、②国民が安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与

## 2 定義

**ギャンブル等依存症**……ギャンブル等（法律の定めるところにより行われる公営競技、ばちこ屋に係る遊技その他の射幸行為）にのめり込むことにより日常生活又は社会生活に支障が生じている状態

## 3 基本理念

- ① ギャンブル等依存症の発症・進行・再発の各段階に応じた防止・回復のための対策を適切に講ずるとともに、本人・家族が日常生活・社会生活を円滑に営むことができるように支援
- ② 多重債務・貧困・虐待・自殺・犯罪等の問題に関する施策との有機的な連携を図られるよう、必要な配慮

## 4 アルコール・薬物等に対する依存に関する施策との有機的な連携への配慮

アルコール・薬物等に対する依存に関する施策との有機的な連携を図られるよう、必要な配慮

## 5 責務

国・地方公共団体・関係事業者・国民・ギャンブル等依存症対策に関連する業務に従事する者の責務を規定

## 6 ギャンブル等依存症問題啓発週間

国民の間に広くギャンブル等依存症問題に関する関心と理解を深めるため、ギャンブル等依存症問題啓発週間（5月14日～20日）を設定

\*ギャンブル等依存症問題：ギャンブル等依存症及びこれに関連して生ずる多重債務・貧困・虐待・自殺・犯罪等の問題

## 7 法制上の措置等

政府にギャンブル等依存症対策を実施するため必要な法制上・財政上の措置等の措置を講ずる義務

## 8 ギャンブル等依存症対策推進基本計画等

- ① **ギャンブル等依存症対策推進基本計画**：政府に策定義務（少なくとも3年ごとに見直しを検討）
- ② **都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画**：都道府県に策定の努力義務（少なくとも3年ごとに見直しを検討）  
\*②については、医療計画・都道府県健康増進計画・都道府県アルコール健康障害対策推進計画等との調和が必要

## 9 基本的施策

- ① 教育の振興等
- ② ギャンブル等依存症の予防等に資する事業の実施
- ③ **医療提供体制の整備**
- ④ 相談支援等
- ⑤ 社会復帰の支援
- ⑥ 民間団体の活動に対する支援
- ⑦ 連携協力体制の整備
- ⑧ 人材の確保等
- ⑨ 調査研究の推進等
- ⑩ 実態調査（3年ごと）

## 10 ギャンブル等依存症対策推進本部

内閣に、内閣官房長官を本部長とする**ギャンブル等依存症対策推進本部**を設置  
所掌事務：①基本計画の案の作成・実施の推進、②基本計画に基づく施策の総合調整・実施状況の評価等

## 11 ギャンブル等依存症対策推進関係者会議

本部に、**ギャンブル等依存症対策推進関係者会議**を設置  
委員：ギャンブル等依存症である者等・その家族を代表する者・関係事業者・有識者のうちから内閣総理大臣が任命（20人以内）  
所掌事務：本部による①基本計画の案の作成、②施策の実施状況の評価結果の取りまとめの際に、意見を述べる

※ 施行期日：公布の日から起算して3月を超えない範囲内（平成30年10月5日施行）

※ 検討：① 本部については、施行後5年を目途として総合的に検討

② ①のほか、本法の規定全般については、施行後3年を目途として検討

# ギャンブル等依存症対策推進基本計画【概要】(第二章 取り組むべき具体的施策は、厚生労働省関係部分を抜粋)

## 第一章 ギャンブル等依存症対策の基本的考え方等

I ギャンブル等依存症問題の現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>国内の「ギャンブル等依存が疑われる者」の割合：成人の0.8%（平成29年度日本医療研究開発機構（AMED）調査結果）</li> </ul>			
II ギャンブル等依存症対策の基本理念等	<ul style="list-style-type: none"> <li>発症、進行及び再発の各段階に応じた適切な措置と関係者の円滑な日常生活及び社会生活への支援</li> <li>多重債務、貧困、虐待、自殺、犯罪等の関連問題に関する施策との有機的な連携への配慮</li> <li>アルコール、薬物等依存に関する施策との有機的な連携への配慮</li> </ul>			
III ギャンブル等依存症対策推進基本計画の基本的事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>推進体制：ギャンブル等依存症対策推進本部（本部長：内閣官房長官） 対象期間：平成31年度～平成33年度（3年間）</li> <li>基本的な考え方                     <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>PDCAサイクルによる 計画的な不断の取組の推進</td> <td>多機関の連携・協力による 総合的な取組の推進</td> <td>重層的かつ多段階的な 取組の推進</td> </tr> </table> </li> </ul>	PDCAサイクルによる 計画的な不断の取組の推進	多機関の連携・協力による 総合的な取組の推進	重層的かつ多段階的な 取組の推進
PDCAサイクルによる 計画的な不断の取組の推進	多機関の連携・協力による 総合的な取組の推進	重層的かつ多段階的な 取組の推進		
IV ギャンブル等依存症対策の推進に向けた施策について	<ul style="list-style-type: none"> <li>ギャンブル等依存症問題啓発週間（5月14日～20日）における積極的な広報活動の実施</li> <li>政府においては、全都道府県が速やかに推進計画を策定するよう促進</li> </ul>			

## 第二章 取り組むべき具体的施策（主なもの）【厚生労働省関係部分を抜粋】

I 関係事業者の取組：基本法第15条関係	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>広告宣伝の在り方</td> <td>アクセス制限・施設内の取組</td> <td>相談・治療につなげる取組</td> <td>依存症対策の体制整備</td> <td>※関係事業者等が実施</td> </tr> </table>	広告宣伝の在り方	アクセス制限・施設内の取組	相談・治療につなげる取組	依存症対策の体制整備	※関係事業者等が実施			
広告宣伝の在り方	アクセス制限・施設内の取組	相談・治療につなげる取組	依存症対策の体制整備	※関係事業者等が実施					
II 相談・治療・回復支援：基本法第16～19条関係	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>相談支援</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>全都道府県・政令指定都市への相談拠点の早期整備（平成32年度目途）</li> <li>ギャンブル等依存症である者等の家族に対する支援の強化</li> <li>婦人相談所相談員、母子・父子自立支援員、児童相談所職員、障害福祉サービス従事者・発達障害者支援センター職員等における支援（平成31年度～）</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>治療支援</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>全都道府県・政令指定都市への治療拠点の早期整備（平成32年度目途）</li> <li>専門的な医療の確立に向けた研究の推進、適切な診療報酬の在り方の検討（平成31年度～）</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>民間団体支援</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>自助グループをはじめとする民間団体が行うミーティング等の活動支援に係る施策の改善・活用促進（平成31年度～）</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>社会復帰支援</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>ギャンブル等依存症問題を有する生活困窮者の支援（平成31年度～）</li> </ul> </td> </tr> </table>	相談支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>全都道府県・政令指定都市への相談拠点の早期整備（平成32年度目途）</li> <li>ギャンブル等依存症である者等の家族に対する支援の強化</li> <li>婦人相談所相談員、母子・父子自立支援員、児童相談所職員、障害福祉サービス従事者・発達障害者支援センター職員等における支援（平成31年度～）</li> </ul>	治療支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>全都道府県・政令指定都市への治療拠点の早期整備（平成32年度目途）</li> <li>専門的な医療の確立に向けた研究の推進、適切な診療報酬の在り方の検討（平成31年度～）</li> </ul>	民間団体支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>自助グループをはじめとする民間団体が行うミーティング等の活動支援に係る施策の改善・活用促進（平成31年度～）</li> </ul>	社会復帰支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>ギャンブル等依存症問題を有する生活困窮者の支援（平成31年度～）</li> </ul>
相談支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>全都道府県・政令指定都市への相談拠点の早期整備（平成32年度目途）</li> <li>ギャンブル等依存症である者等の家族に対する支援の強化</li> <li>婦人相談所相談員、母子・父子自立支援員、児童相談所職員、障害福祉サービス従事者・発達障害者支援センター職員等における支援（平成31年度～）</li> </ul>								
治療支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>全都道府県・政令指定都市への治療拠点の早期整備（平成32年度目途）</li> <li>専門的な医療の確立に向けた研究の推進、適切な診療報酬の在り方の検討（平成31年度～）</li> </ul>								
民間団体支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>自助グループをはじめとする民間団体が行うミーティング等の活動支援に係る施策の改善・活用促進（平成31年度～）</li> </ul>								
社会復帰支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>ギャンブル等依存症問題を有する生活困窮者の支援（平成31年度～）</li> </ul>								
III 予防教育・普及啓発：基本法第14条関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>シンポジウム、普及啓発イベント等を通じ、依存症の正しい知識や相談窓口等を積極的かつ継続的に普及啓発（平成31年度～）</li> <li>産業保健総合支援センターを通じた職場における普及啓発の推進（平成31年度～）</li> </ul>								
IV 依存症対策の基盤整備：基本法第20・21条関係	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>連携協力体制の構築</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>各地域における包括的な連携協力体制の構築 （専門医療機関その他の医療機関、精神保健福祉センター、保健所、財務局等・地公体多重債務相談担当課、消費生活センター、日本司法支援センター、司法書士会等、矯正施設、保護観察所、市区町村、教育委員会、生活困窮者自立相談支援事業実施機関、地域自殺対策推進センター、児童相談所、産業保健総合支援センター、福祉事務所、発達障害者支援センター、警察、健康保険関係団体、自助グループ・民間団体、関係事業者等が参画）（平成31年度～）</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>人材の確保</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師臨床研修の見直し等</li> <li>保健師、助産師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、作業療法士の継続的な養成</li> </ul> </td> </tr> </table>	連携協力体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>各地域における包括的な連携協力体制の構築 （専門医療機関その他の医療機関、精神保健福祉センター、保健所、財務局等・地公体多重債務相談担当課、消費生活センター、日本司法支援センター、司法書士会等、矯正施設、保護観察所、市区町村、教育委員会、生活困窮者自立相談支援事業実施機関、地域自殺対策推進センター、児童相談所、産業保健総合支援センター、福祉事務所、発達障害者支援センター、警察、健康保険関係団体、自助グループ・民間団体、関係事業者等が参画）（平成31年度～）</li> </ul>	人材の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師臨床研修の見直し等</li> <li>保健師、助産師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、作業療法士の継続的な養成</li> </ul>				
連携協力体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>各地域における包括的な連携協力体制の構築 （専門医療機関その他の医療機関、精神保健福祉センター、保健所、財務局等・地公体多重債務相談担当課、消費生活センター、日本司法支援センター、司法書士会等、矯正施設、保護観察所、市区町村、教育委員会、生活困窮者自立相談支援事業実施機関、地域自殺対策推進センター、児童相談所、産業保健総合支援センター、福祉事務所、発達障害者支援センター、警察、健康保険関係団体、自助グループ・民間団体、関係事業者等が参画）（平成31年度～）</li> </ul>								
人材の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師臨床研修の見直し等</li> <li>保健師、助産師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、作業療法士の継続的な養成</li> </ul>								
V 調査研究：基本法第22条関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>ギャンブル等依存症の標準的な治療プログラムの確立に向けたエビデンスの構築等、治療プログラムの全国的な普及（平成31年度～）</li> </ul>								
VI 実態調査：基本法第23条関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>多重債務、貧困、虐待、自殺、犯罪等のギャンブル等依存症問題の実態把握（平成32年度）</li> <li>ギャンブル等依存症が児童虐待に及ぼす影響の調査（平成31年度～）</li> </ul>								
VII 多重債務問題等への取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>※主に金融庁、警察庁が実施</li> </ul>								

## 再犯防止推進計画(薬物依存症関連抜粋)

### 概要

- 「再犯の防止等の推進に関する法律」(平成28年法律第104号)第7条第1項の規定に基づき平成29年12月に策定。
- 同法同条第6項において、「少なくとも5年ごとに、再犯防止推進計画に検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更しなくてはならない」と規定されていることから、計画期間は、平成30年度から34年度末までの5年間とされている。

薬物依存症関連の主な施策	関係省庁
海外の事例を参考にしつつ、薬物事犯者の再犯防止に効果的な方策を検討。	法務省、厚生労働省
薬物依存症治療の専門医療機関の充実と一般の医療機関における薬物依存症者に対する適切な対応を促進。	厚生労働省
依存症相談員を配置するなど、保健行政機関における薬物依存症に関する相談支援窓口の充実。	厚生労働省
就労と住居の一体的支援活動を行う民間団体の活動の援助など、自助グループを含めた民間団体の活動支援の充実。	厚生労働省
一般国民への講習会の開催等を通じ、薬物依存症者やその親族等の意識・知識の向上を図る。	厚生労働省
薬物依存症者の治療・支援等を行う関係機関の職員等による連絡協議会等を開催し、地域における課題の共有と対応方法の検討など、連携強化を図る。	警察庁、法務省、厚生労働省
薬物依存症治療の診療報酬上の評価の在り方について検討。	厚生労働省
薬物依存症に関する知見を有する、「医師、看護師等の医療関係者」、「精神保健福祉士及び社会福祉士」、「公認心理師」、「地域において生活支援を担う者」の育成。	厚生労働省

## 質の高い精神医療の評価⑧

### 薬物依存症に対する集団療法の評価

➤ 薬物依存症の患者に対し、標準化された方法で実施する集団療法の評価を新設する。

#### (新) 依存症集団療法 340点(1回につき)

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師・精神保健福祉士等で構成される2人以上の従事者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する医師、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))が実施した場合に、6月以内に限り、週1回を限度として算定する。

参考

**SMARPP** (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)  
せりがやメタンフェタミン再乱用防止プログラム

### ○薬物依存症に対する、標準化された集団認知行動療法プログラム

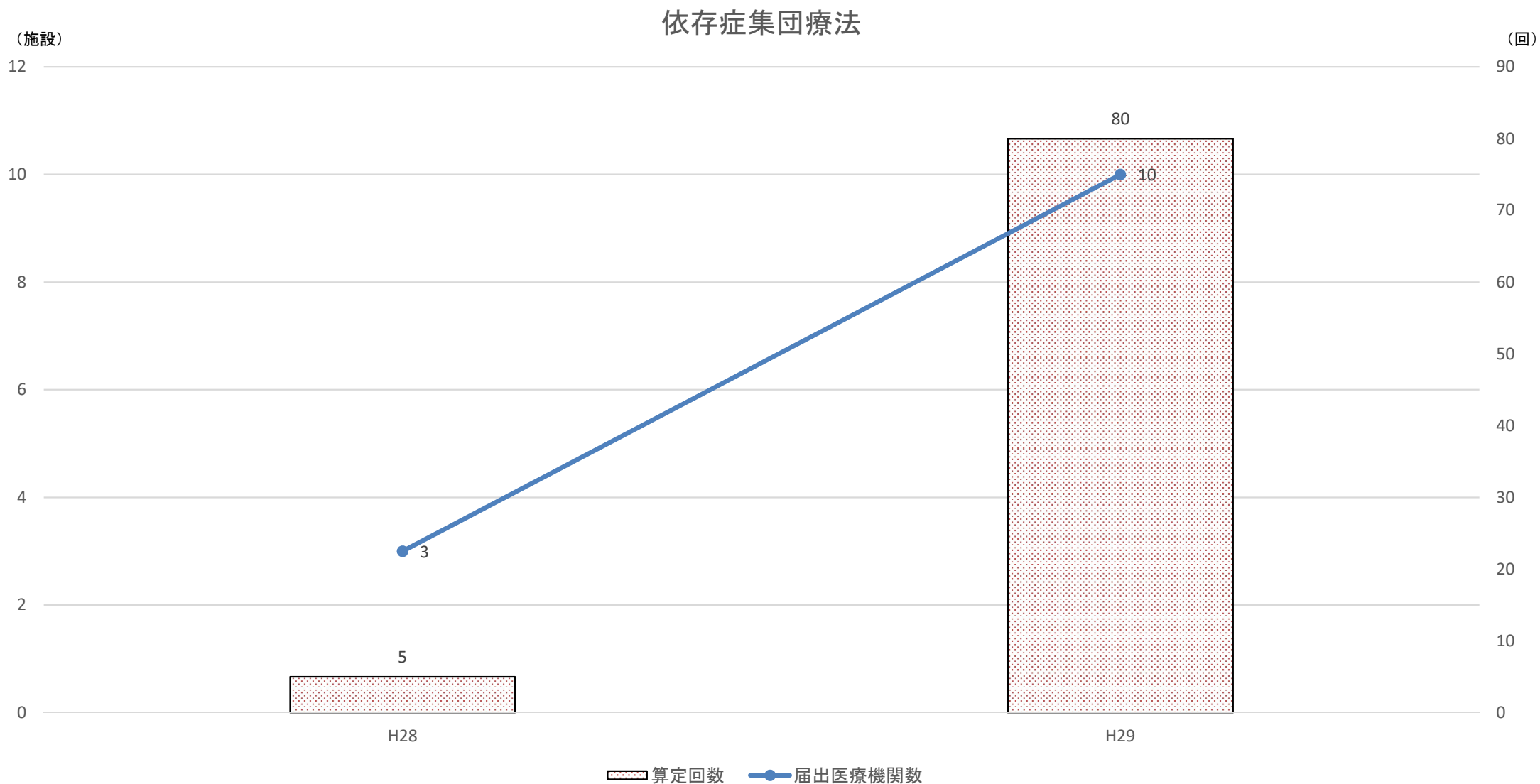
- \* 認知行動療法とは、物事の受け取り方や考え方のバランスをとり、ストレス等にうまく対応できるようにする精神療法。
- \* せりがや病院(現神奈川県立医療センター)にて開発され、平成18年より運用されている。

(方法)

- ・あらかじめ定められたワークブックや他の参加者との意見交換を通じ、薬物等に対する誤った知識や考えを改めたり、薬物等の使用に替わるストレス克服等の手段を見つけることを支援する。
- ・10-20人の集団に対し、1回90分程度のプログラムを週1回行う。(1クール16回又は24回)

# 依存症集団療法

○ 依存症集団療法の届出医療機関数及び算定回数は、増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）  
保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

# 精神疾患に係る施策・サービス等との連携について

## 【論点】

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築する観点から、地域移行・地域生活支援を含む精神医療に係る評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定における対応等を踏まえ、どのように考えるか。
- 依存症対策について、それぞれの施策やエビデンスの構築等の進捗状況等を踏まえ、専門的な治療等に係る評価の在り方について、どのように考えるか。

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護サービスとの連携について
  - 地域包括ケアシステムの推進について
  - 訪問看護の利用状況等について
- 精神疾患に係る施策・サービス等との連携について
  - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
  - 様々な依存症対策への対応について
- 障害児・者に係る施策・サービス等との連携について
  - 障害児・者に係る施策・サービス等の概要について
  - 発達障害児・者への対応について
  - その他



# 障害児・者に係る施策・サービス等との連携について

## 【障害児・者に係る施策・サービス等の概要について】

- 地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、障害者総合支援法等に基づき、給付や支援等を実施

## 【発達障害児・者への対応について】

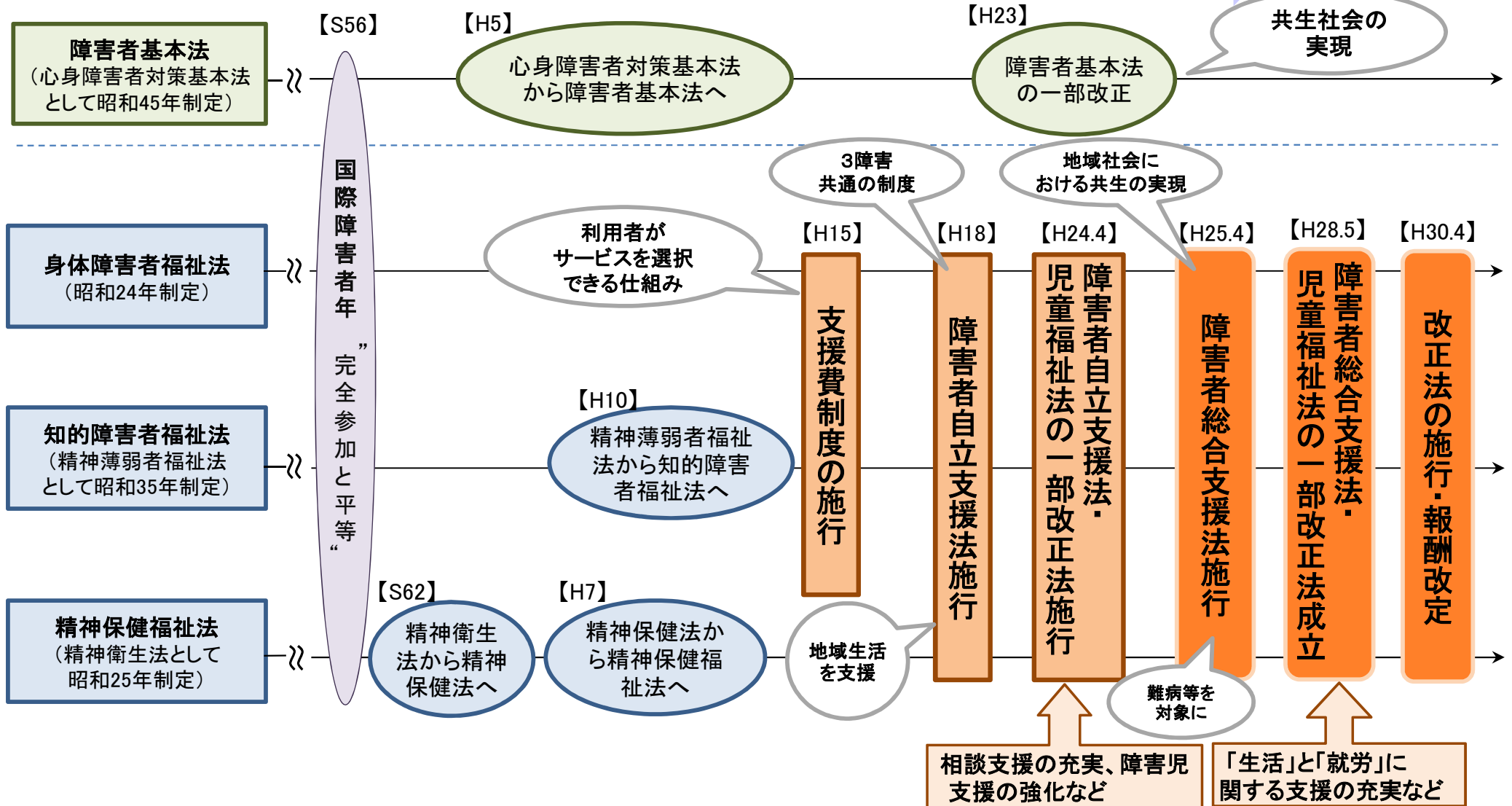
- 発達障害児・者に対して、各ライフステージに対応する一貫した支援を行うため、関係機関によるネットワーク構築や家族支援体制の整備を進めるとともに、初診待機解消に向けた事業等を実施し、対策を推進
- 平成30年度診療報酬改定において、発達障害等、児童思春期の精神疾患の診療の機会を確保する観点から、以下の対応等を実施
  - ・ 小児特定疾患カウンセリング料の算定要件の緩和
  - ・ 青年期の自閉症スペクトラムの患者等に実施される専門的な精神科ショート・ケアに係る評価の新設

## 【その他】

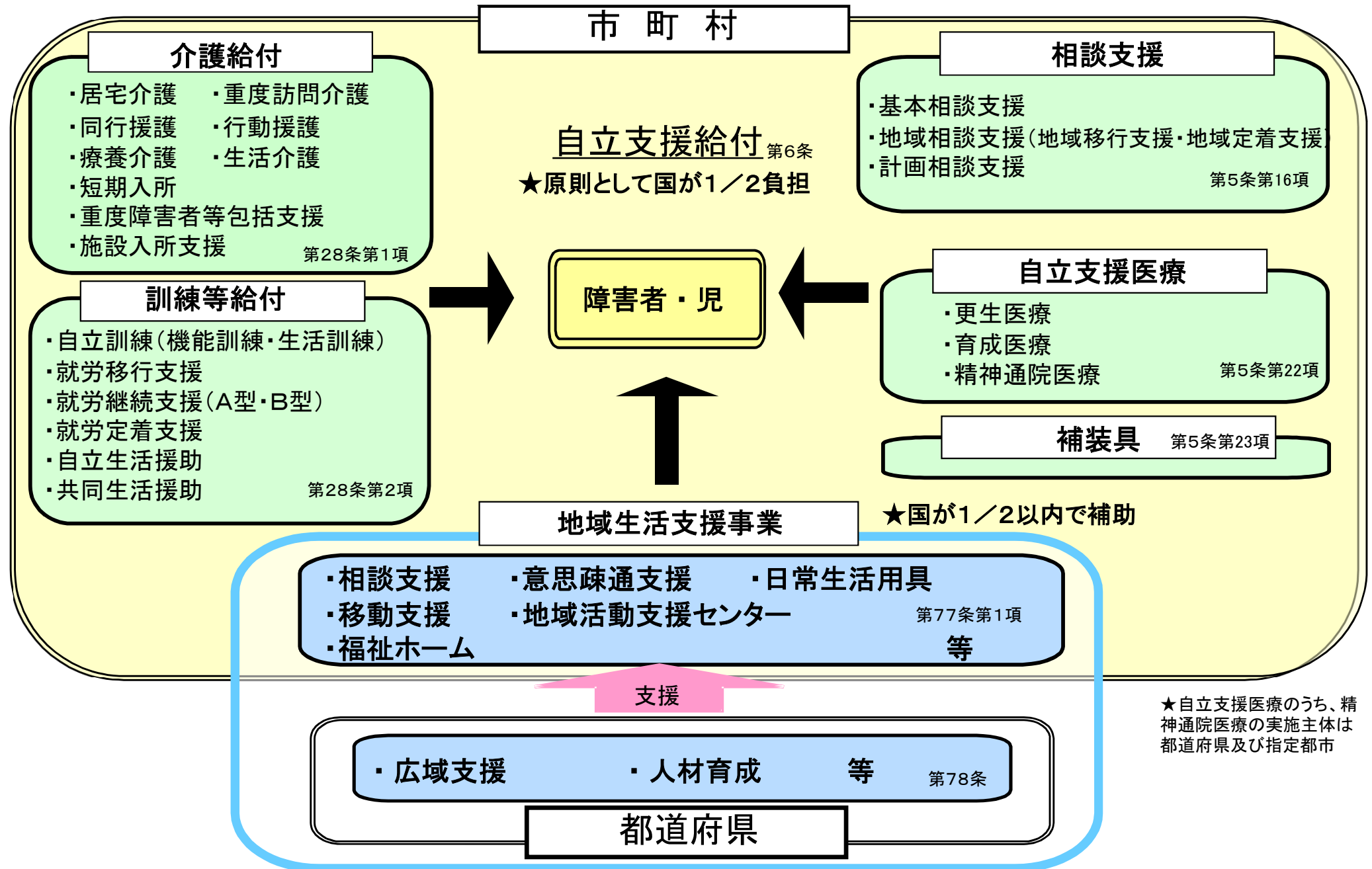
- 「児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正する法律」が公布されたところ（令和元年6月19日成立、6月26日公布）
- 平成30年度診療報酬改定において、入退院支援加算の対象として、小児における退院困難な場合を加える等の対応を実施

# 障害保健福祉施策の歴史

「ノーマライゼーション」理念の浸透



# 障害者総合支援法の給付・事業



# 障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）

サービス内容			利用者数	施設・事業所数	
訪問系	介護給付	居宅介護 <b>者</b> <b>児</b>	自宅、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	180,369	20,049
		重度訪問介護 <b>者</b>	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者であって常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援、入院時の支援等を総合的に行う	11,253	7,474
		同行援護 <b>者</b> <b>児</b>	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人が外出する時、必要な情報提供や介護を行う	25,880	5,906
		行動援護 <b>者</b> <b>児</b>	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う	11,362	1,723
		重度障害者等包括支援 <b>者</b> <b>児</b>	介護の必要性がとて高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行う	36	10
日中活動系	介護給付	短期入所 <b>者</b> <b>児</b>	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	57,051	4,864
		療養介護 <b>者</b>	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行う	20,602	252
		生活介護 <b>者</b>	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する	282,503	10,505
施設系		施設入所支援 <b>者</b>	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	128,585	2,580
居住支援系	訓練等給付	自立生活援助 <b>者</b>	一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行う	580	138
		共同生活援助 <b>者</b>	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排せつ、食事の介護、日常生活上の援助を行う	122,673	8,343
訓練系・就労系	訓練等給付	自立訓練（機能訓練） <b>者</b>	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能の維持、向上のために必要な訓練を行う	2,394	187
		自立訓練（生活訓練） <b>者</b>	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の維持、向上のために必要な支援、訓練を行う	12,233	1,170
		就労移行支援 <b>者</b>	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う	33,560	3,287
		就労継続支援（A型） <b>者</b>	一般企業等での就労が困難な人に、雇用して就労の機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う	70,015	3,826
		就労継続支援（B型） <b>者</b>	一般企業等での就労が困難な人に、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う	255,574	12,423
		就労定着支援 <b>者</b>	一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う	7,263	902

(注) 1.表中の「**者**」は「障害者」、「**児**」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、平成 31 年 3 月サービス提供分（国保連データ）

# 障害福祉サービス等の体系（障害児支援、相談支援に係る給付）

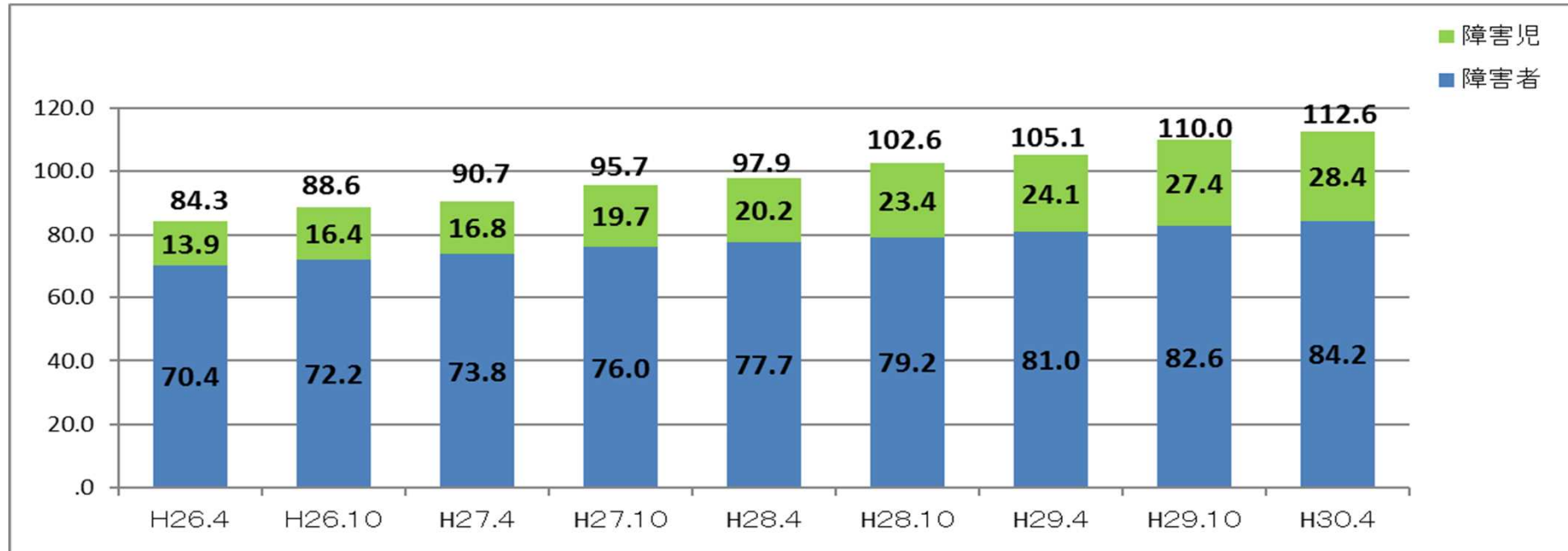
		サービス内容	利用者数	施設・事業所数
障害児通所系	障害児支援に係る給付	<b>児童発達支援</b> <span style="color: purple;">児</span> 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行う	116,679	6,615
		<b>医療型児童発達支援</b> <span style="color: purple;">児</span> 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、 集団生活への適応訓練などの支援及び治療を行う	2,342	96
		<b>放課後等デイサービス</b> <span style="color: purple;">児</span> 授業の終了後又は休校日に、児童発達支援センター等の施設に通わせ、生活能力向上のための必要な訓練、社会との交流促進などの支援を行う	207,739	13,268
訪問系	障害児支援に係る給付	<b>居宅訪問型児童発達支援</b> <span style="color: purple;">児</span> 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児の居宅を訪問して発達支援を行う	65	34
		<b>保育所等訪問支援</b> <span style="color: purple;">児</span> 保育所、乳児院・児童養護施設等を訪問し、障害児に対して、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行う	4,589	664
入所系	障害児支援に係る給付	<b>福祉型障害児入所施設</b> <span style="color: purple;">児</span> 施設に入所している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行う	1,613	185
		<b>医療型障害児入所施設</b> <span style="color: purple;">児</span> 施設に入所又は指定医療機関に入院している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに治療を行う	2,051	192
相談支援系	相談支援に係る給付	<b>計画相談支援</b> <span style="color: red;">者</span> <span style="color: purple;">児</span> 【サービス利用支援】 <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成</li> <li>支給決定後、事業者等と連絡調整等を行い、サービス等利用計画を作成</li> </ul> 【継続利用支援】 <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス等の利用状況等の検証（モニタリング）</li> <li>事業所等と連絡調整、必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨</li> </ul>	178,744	8,334
		<b>障害児相談支援</b> <span style="color: purple;">児</span> 【障害児利用援助】 <ul style="list-style-type: none"> <li>障害児通所支援の申請に係る給付決定の前に利用計画案を作成</li> <li>給付決定後、事業者等と連絡調整等を行うとともに利用計画を作成</li> </ul> 【継続障害児支援利用援助】	61,408	4,716
		<b>地域移行支援</b> <span style="color: red;">者</span> 住居の確保等、地域での生活に移行するための活動に関する相談、各障害福祉サービス事業所への同行支援等を行う	729	403
		<b>地域定着支援</b> <span style="color: red;">者</span> 常時、連絡体制を確保し障害の特性に起因して生じた緊急事態等における相談、障害福祉サービス事業所等と連絡調整など、緊急時の各種支援を行う	3,215	538

※ 障害児支援は、個別に利用の可否を判断（支援区分を認定する仕組みとなっていない）※ 相談支援は、支援区分によらず利用の可否を判断（支援区分を利用要件としていない）

（注） 1.表中の「者」は「障害者」、「児」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、平成 31年 3月サービス提供分（国保連データ）

## 障害福祉サービスと障害児サービスの利用者数推移(6ヶ月毎の利用者数推移)

(単位:万人)



○平成29年4月→平成30年4月の伸び率(年率)..... 7.2%

(30年4月の利用者数)

このうち	身体障害者の伸び率.....	1.5%	身体障害者.....	21.7万人
	知的障害者の伸び率.....	3.1%	知的障害者.....	39.4万人
	精神障害者の伸び率.....	8.6%	精神障害者.....	21.3万人
	障害児の伸び率.....	16.8%	難病等対象者...	0.3万人 (2,727人)
			障害児.....	29.9万人 (※)
			(※障害福祉サービスを利用する障害児を含む)	

# 自立支援医療制度の概要

## 根拠法及び概要

根拠法：障害者総合支援法

概要：障害者(児)が自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な心身の障害の状態を軽減するための医療(保険診療に限る。)について、当該医療費の自己負担額を軽減するための公費負担医療制度

※ 所得に応じ1月あたりの自己負担上限額を設定(月額総医療費の1割がこれに満たない場合は1割)

※ 保険優先のため、通常、医療保険の自己負担分(3割)と上記の自己負担上限額の差額分を自立支援医療費により支給

実施主体：【更生医療・育成医療】市町村 【精神通院医療】都道府県・指定都市

負担割合：【更生医療・育成医療】国 1/2, 都道府県1/4, 市町村1/4 【精神通院医療】国1/2, 都道府県・指定都市1/2

支給決定件数：【更生医療】262,049件 【育成医療】26,012件 【精神通院医療】2,019,377件 ※平成29年度

## 対象者

更生医療：身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者で、その障害の状態を軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できる者(18歳以上)

育成医療：児童福祉法第4条第2項に規定する障害児のうち、障害に係る医療を行わないときは将来において身体障害者福祉法別表に掲げる障害と同程度の障害を残すと認められ、手術等により確実な治療の効果が期待できる者(18歳未満)

精神通院医療：精神保健福祉法第5条に規定する精神疾患(てんかんを含む。)を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する者

## 対象となる医療の例

(更生医療・育成医療)

肢体不自由・・・関節拘縮 → 人工関節置換術

視覚障害・・・白内障 → 水晶体摘出術

聴覚障害・・・高度難聴 → 人工内耳埋込術

内臓障害・・・心臓機能障害 → ペースメーカー埋込手術

腎臓機能障害 → 腎移植、人工透析

肝臓機能障害 → 肝移植

<先天性内臓障害> 鎖肛 → 人工肛門の造設 ※ 育成医療のみ

(精神通院医療)

精神科専門療法

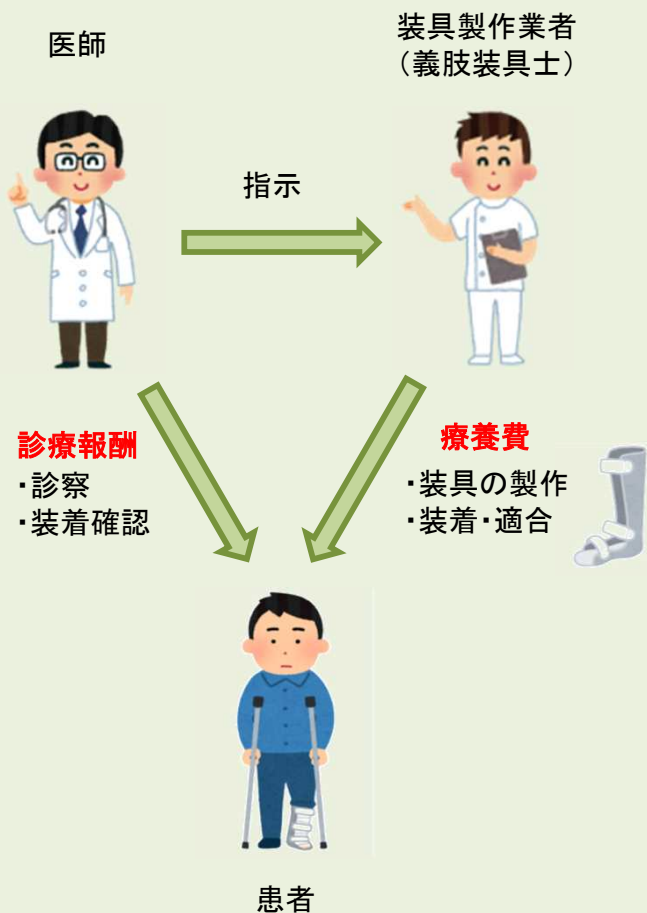
訪問看護

# 医療機関以外の事業者との連携について①

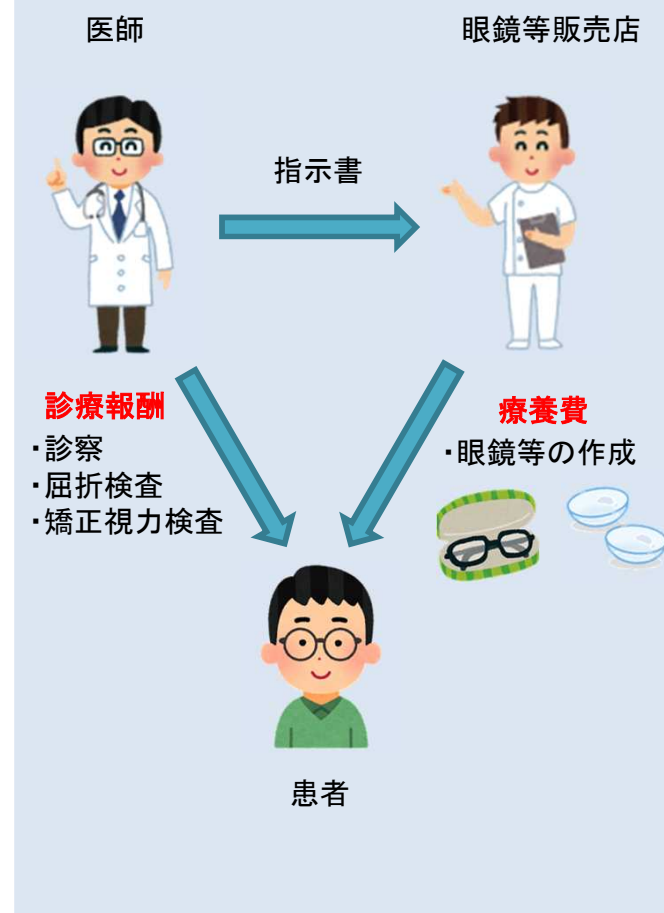
- 医師が疾病又は負傷の治療上、又は日常生活や職業上必要であると認めて患者に装具を装着させる場合、医師の指示や処方をもとに、医療機関以外の事業者と連携して、患者に装具を提供している。

疾病又は負傷の治療遂行上必要なもの

<義肢装具の場合>

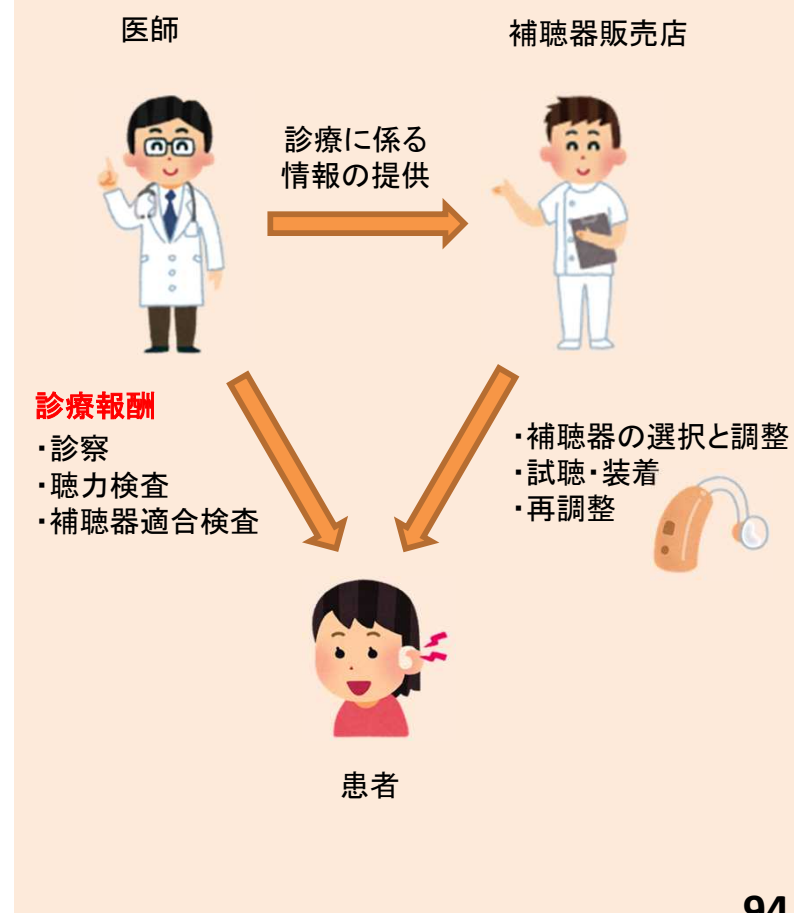


<小児弱視等の治療用眼鏡等の場合>



日常生活や職業上の必要性によるもの

<補聴器の場合>





## 医療機関以外の事業者との連携について②

### <義肢装具の製作過程>



#### <診察・指示>

- 医師の診察で疾病又は負傷の治療上、装具が必要であると認めた場合、医師の指示により義肢装具士が装具を製作する。

#### <採寸・採型／装着>

- 医療機関で行われる採寸・採型、装着等については、診療報酬点数(処置料)として評価。  
(診療報酬点数の例 J129-3 義肢装具採寸法 200点 J129-4 治療用装具採型法 700点)

#### <採寸・採型／製作／装着／適合>

- 実際の製作過程では、義肢装具士が装具の製作、適合のみならず、医師の指示のもとに採寸・採型、装着等にも関与している。
- 装具の価格には、義肢装具士の採寸・採型に係る技術料が含まれている(医師の技術料は含まれていない)。

#### <確認>

- 装具製作後、医師は装具の装着(適合)を確認する。

# 地域生活支援事業等について

平成30年度予算額  
493億円



令和元年度予算額  
495億円

## 概要

障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、**地域の特性や利用者の状況に応じ、実施主体である市町村等が柔軟な形態により事業を計画的に実施。**

## 令和元年度予算額

**地域生活支援事業費等補助金 495億円** (平成30年度予算額) (493億円)  
○地域生活支援事業 441億円 (451億円)    ○地域生活支援促進事業 54億円 (42億円)

## 事業内容

- **地域生活支援事業** (障害者総合支援法第77条・第77条の2・第78条)
  - (1) 事業の実施主体である市町村等が、地域の特性や利用者の状況に応じて柔軟に実施することにより、効果的・効率的な事業実施が可能である事業
    - [地域の特性] 地理的条件や社会資源の状況
    - [柔軟な形態] ① 委託契約・広域連合等の活用 ② 突発的なニーズに臨機応変に対応可能 ③ 個別給付では対応できない複数の利用者に対応可能
  - (2) 地方分権の観点から、地方が自主的に取り組む事業 (事業の実施内容は地方が決定)
  - (3) 生活ニーズに応じて個別給付と組み合わせて利用することも可能。
    - ・ 補助率 ※**統合補助金**
    - 市町村事業：国 1 / 2 以内・都道府県 1 / 4 以内で補助、都道府県事業：国 1 / 2 以内で補助**
- **地域生活支援促進事業** (平成29年度に創設)
  - 発達障害者支援、障害者虐待防止対策、障害者就労支援、障害者の芸術文化活動の促進等、国として促進すべき事業について、特別枠に位置づけ、5割又は定額の補助を確保し、質の高い事業実施を図る。
  - ・ 補助率 国 1 / 2 又は定額 (10 / 10相当)

# 代表的な発達障害

- 言葉の発達の遅れ
- コミュニケーションの障害
- 対人関係・社会性の障害
- パターン化した行動、こだわり

知的な遅れを伴うこともある

自閉症

広汎性発達障害 (PDD)

アスペルガー症候群

注意欠陥多動性障害 AD/HD

- 不注意(集中できない)
- 多動・多弁(じっとしてられない)
- 衝動的に行動する(考えるよりも先に動く)

学習障害 LD

- 「読む」、「書く」、「計算する」等の能力が、全体的な知的発達に比べて極端に苦手

- 基本的に、言葉の発達の遅れはない
- コミュニケーションの障害
- 対人関係・社会性の障害
- パターン化した行動、興味・関心のかたより
- 不器用(言語発達に比べて)

※このほか、トゥレット症候群や吃音(症)なども発達障害に含まれる。

(参考) 発達障害に関連して使われることのある用語

- ・強度行動障害: 激しい自傷や他害などがあり、特別な支援が必要な状態。
- ・高機能: 知的な遅れを伴わないこと。
- ・自閉症スペクトラム障害(ASD): 広汎性発達障害(PDD)とほぼ同義。
- ・発達凸凹(でこぼこ): 発達の状態や能力に差異はあるが社会的不適応を示していないケースについて、「障害」や「発達障害」という言葉を使わず、表現するもの。

# 発達障害者支援法の全体像

## I これまでの主な経緯

昭和55年 知的障害児施設の種類として新たに医療型自閉症児施設及び福祉型自閉症児施設を位置づけ  
平成5年 強度行動障害者特別処遇事業の創設(実施主体:都道府県等)  
平成14年 自閉症・発達障害者支援センター運営事業の開始(広汎性発達障害者を対象とした地域支援の拠点の整備の推進)  
平成16年12月 超党派の議員立法により発達障害者支援法が成立 → 平成17年4月 施行  
平成22年12月 発達障害が障害者に含まれるものであることを障害者自立支援法、児童福祉法において明確化  
平成28年5月 超党派の議員立法により「発達障害者支援法の一部を改正する法律」が成立

## II 主な趣旨

- 発達障害者に対する障害の定義と発達障害への理解の促進
- 発達生活全般にわたる支援の促進
- 発達障害者支援を担当する部局相互の緊密な連携の確保、関係機関との協力体制の整備 等

## III 概要

定義：発達障害＝自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などの脳機能の障害で、通常低年齢で発現する障害

### 就学前（乳幼児期）

- 乳幼児健診等による早期発見
- 早期の発達支援

### 就学中（学童期等）

- 就学时健康診断における発見
- 適切な教育的支援・支援体制の整備
- 放課後児童健全育成事業の利用
- 専門的発達支援

### 就学後（青壮年期）

- 発達障害者の特性に応じた適切な就労の機会の確保
- 地域での生活支援
- 発達障害者の権利擁護

【都道府県】 発達障害者支援センター(相談支援・情報提供・研修等)、専門的な医療機関の確保 等

【国】 専門的知識を有する人材確保(研修等)、調査研究 等

# 発達障害者の人数等

## I 患者調査

診断やカウンセリング等を受けるために医療機関を受診した発達障害者数

平成14年度:3.5万人

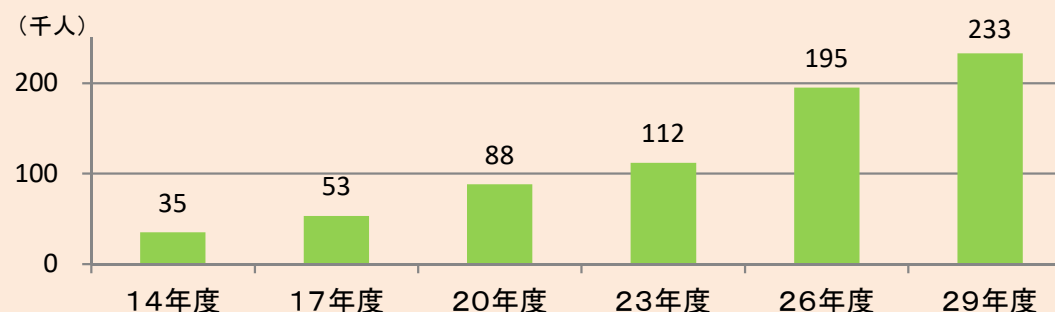
平成17年度:5.3万人

平成20年度:8.8万人

平成23年度:11.2万人

平成26年度:19.5万人

平成29年度:23.3万人



## II 平成27年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査(平成29年度調査)

児童発達支援、放課後等デイサービス、障害児入所施設の発達障害児の利用割合

児童発達支援:46.6%

放課後等デイサービス:42.1%

(参考) 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査(平成24年度文部科学省調査)

小・中学校の通常の学級において、学習面又は行動面において著しい困難を示す児童生徒の割合

平成24年度:6.5%(推定値)

※担任教員が記入し、特別支援教育コーディネーター又は教頭による確認を経て提出した回答に基づくもので、発達障害の専門家チームによる診断や、医師による診断によるものではない。従って、本調査の結果は、発達障害のある児童生徒の割合を示すものではなく、発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒の割合を示すことに留意。

# 発達障害者支援体制整備

乳幼児期から成人期における各ライフステージに対応する一貫した支援を行うため、関係機関等によるネットワークを構築するとともに、ペアレント・メンター・ペアレントトレーニング・ソーシャルスキルトレーニングの導入による家族支援体制の整備や、発達障害特有のアセスメントツールの導入を促進するための研修会を実施する。

また、市町村・事業所等支援、医療機関との連携や困難ケースへの対応を行うための「発達障害者地域支援マネジャー」を配置し、地域の中核である発達障害者支援センターの地域支援機能の強化を図る。

## 都道府県・指定都市

### 相談、コンサルテーションの実施

- 発達障害者支援センター
  - ・発達障害者及びその家族からの相談に応じ、適切な指導又は助言を行う。(直接支援)
  - ・関係機関との連携強化や各種研修の実施により、発達障害者に対する地域における総合的な支援体制の整備を推進(間接支援)
- 発達障害者地域支援マネジャー
  - ・市町村・事業所等支援、医療機関との連携及び困難ケースへの対応等により地域支援の機能強化を推進
  - ※原則として、発達障害者支援センターに配置

## 発達障害者支援地域協議会

- 1) 自治体内の支援ニーズや支援体制の現状等を把握。市町村又は障害福祉圏域ごとの支援体制の整備の状況や発達障害者支援センターの活動状況について検証
- 2) センターの拡充やマネジャーの配置、その役割の見直し等を検討
- 3) 家族支援やアセスメントツールの普及を計画  
※年2～3回程度開催

連携



### 研修会等の実施

- 家族支援のための人材育成(家族の対応力向上)
  - ・ペアレントトレーニング
  - ・ペアレントプログラム(当事者による助言)
  - ・ペアレントメンター 等
- 当事者の適応力向上のための人材育成
  - ・ソーシャルスキルトレーニング 等
- アセスメントツールの導入促進
  - ・M-CHAT、PARS-TR 等



派遣・サポート

連携

展開・普及

## 市町村

- 1) 住民にわかりやすい窓口の設置や連絡先の周知
- 2) 関係部署との連携体制の構築(例: 個別支援ファイルの活用・普及)



- 3) 早期発見、早期支援等(ペアレントトレーニング、ペアレントプログラム、ペアレントメンター、ソーシャルスキルトレーニング)の推進
  - ・人材確保/人材養成
  - ・専門的な機関との連携
  - ・保健センター等でアセスメントツールを活用



# 発達障害の早期発見に関する市町村及び都道府県の体制整備について

## ■発達障害者支援法 第5条

1 市町村は、母子保健法(昭和40年法律第141号)第12条及び第13条に規定する健康診査を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならない。

5 都道府県は、市町村の求めに応じ、児童の発達障害の早期発見に関する技術的事項についての指導、助言その他の市町村に対する必要な技術的援助を行うものものとする。



## ■障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業

### ・市町村事業(任意)「巡回支援専門員整備」

発達障害者支援に関するアセスメント手法についての知識と技術を持った専門員が、保育所等の子どもやその親が集まる施設・場に巡回支援を実施し、障害が“気になる”段階から支援を行うための体制の整備を図る。

### ・都道府県事業(任意)「発達障害者支援体制整備」

①発達障害地域支援マネジャーは、アセスメントツールの導入など市町村の支援体制の整備に必要な相談、助言等を行う。

②発達障害の支援の尺度となるアセスメントツールの導入を促進するための研修を実施する。

## 先進的なアセスメントツールの例

### M-CHAT(1歳6か月健診で使用可能)

Modified - Checklist for Autism in Toddlers

(乳幼児期自閉症チェックリスト修正版)

- ・対象:16~30か月の幼児
- ・方法:養育者が質問紙に記入する
- ・目的:社会性の発達状況の確認、自閉症スペクトラムの可能性について把握する
- ・研修:発達障害早期総合支援研修(国立精神・神経医療研究センターにおいて実施)

### PARS-TR(3歳児健診以降で使用可能)

Parent-interview ASD Rating Scales - Text Revision

(親面接式自閉スペクトラム症評価尺度テキスト改訂版)

- ・対象:3歳以上の児者
- ・方法:専門家が養育者へのインタビューを行う
- ・目的:幼児期から成人期まで、自閉症スペクトラムの行動特徴の有無を継続的に把握する
- ・研修:発達障害者支援者研修会(国立障害者リハビリテーションセンターにおいて実施)

# かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業は、発達障害における早期発見・早期支援の重要性に鑑み、最初に相談を受け、又は診療することの多い小児科医などのかかりつけ医等の医療従事者に対して、発達障害に関する国の研修内容を踏まえた対応力向上研修を実施し、どの地域においても一定水準の発達障害の診療、対応を可能とし、早期発見・早期支援の推進を図る。

国

## 国立精神・神経医療研究センター

【指導者養成研修】(国の研修)

- ・発達障害地域包括支援研修: 早期支援
- ・発達障害地域包括支援研修: 精神保健・精神医療
- ・発達障害支援医学研修



指導者養成研修

都道府県・政令市

【本事業の補助対象】

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修

地方

- ・専門的な診療
- ・症状が落ち着いた場合  
かかりつけ医の紹介

専門医等がいる病院

専門医等の医療従事者



連携

発達障害児者と家族



- ・初診の対応
- ・重篤な症状の場合  
専門機関の紹介

地域の医療機関、診療所

かかりつけ医等の医療従事者



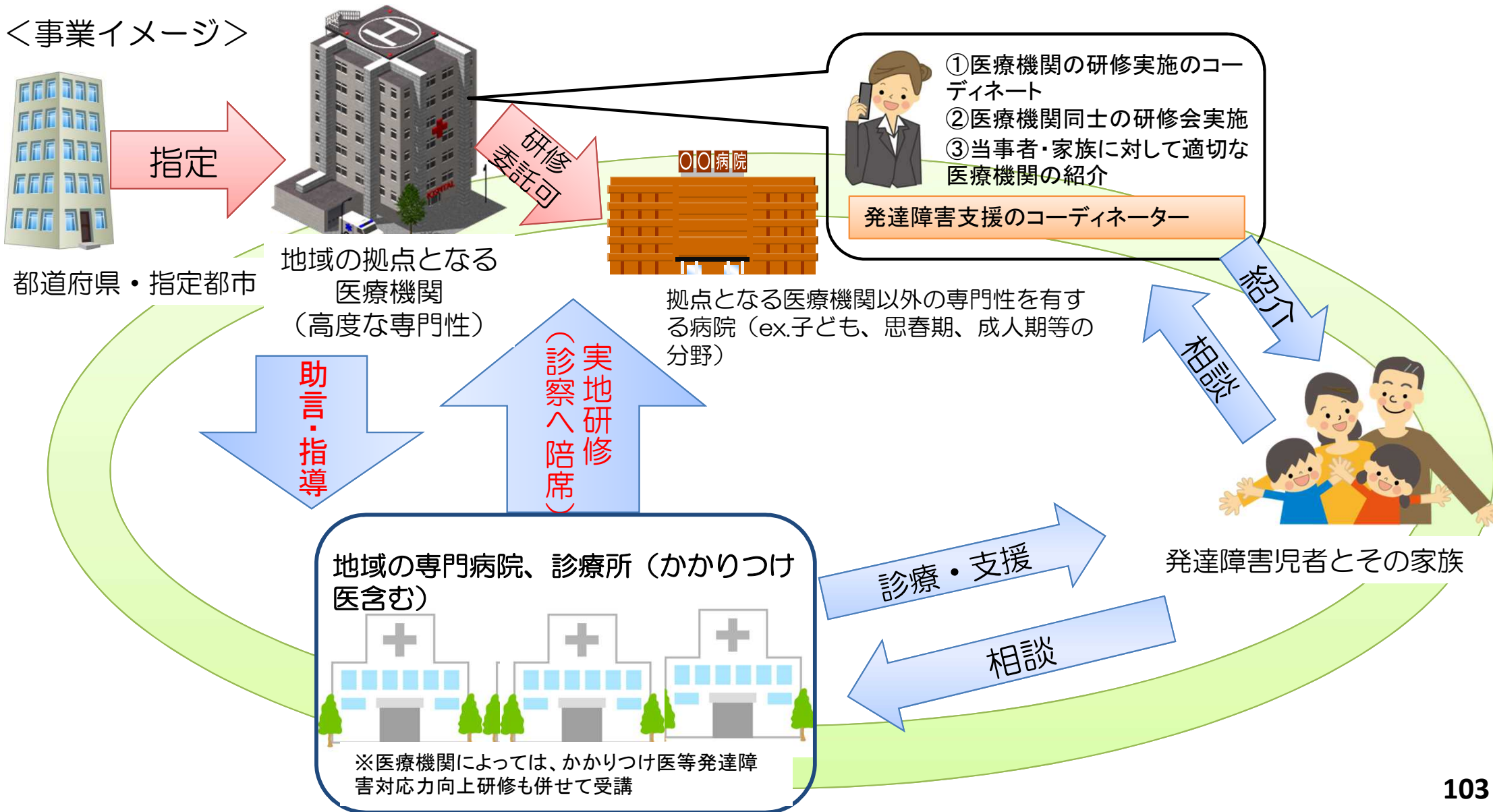


# 発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業

平成29年1月に総務省から「発達障害者支援に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」がなされたが、発達障害の専門的医療機関が少ないという指摘があり、専門的医療機関の確保が急務となっている。

これを踏まえ、平成30年度予算において発達障害の診療・支援ができる医師の養成を行うための実地研修等を実施し、専門的医療機関の確保を図る。

## <事業イメージ>



# 発達障害専門医療機関初診待機解消事業（新規）

平成29年1月の総務省「発達障害者支援に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」によると、発達障害の診断にかかる初診待機が長期化しているとの指摘があった。これに対し、平成30年度予算で地域の医師が発達障害の診療・支援を行うための「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」を新設した。平成31年予算では、初診待機解消を更に加速させるため、診断に至るまでの過程を見直し、その効果測定を行う事業を実施する。

現在



医療機関において  
①患者のアセスメント  
②患者の診断  
③保護者への  
カウンセリング  
を実施。

時間がかかるため、  
待機が長期化！

待機  
解消  
事業



相談  
申込



医療機関内でアセスメント、カウンセリングを実施する職員または地域の関係機関から聞き取りを行うケースワーカーを増やすことにより、待機の解消を図る。

地域の実情により選択可能



①患者のアセスメント  
②保護者へのカウンセリングを実施。

①患者の診断のみ実施

実施内容を医療機関に予め伝達



医療機関での対応時間が短くなり待機短縮！

## 小児医療の充実②

### 発達障害に対する診療の充実

- ▶ 発達障害等、児童思春期の精神疾患の診療の機会を確保する観点から、心療内科の医療機関において小児特定疾患カウンセリング料を算定可能とする等の要件の緩和を行う。

#### 現行

##### 【小児特定疾患カウンセリング料】

##### [主な算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、療養上必要なカウンセリングを行うこと。

##### [対象患者]

15歳未満の心理的発達の障害等の患者

#### 改定後

##### 【小児特定疾患カウンセリング料】

##### [主な算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科 **又は心療内科** を標榜する保険医療機関において、小児科 **又は心療内科** を担当する医師が、療養上必要なカウンセリングを行うこと。

##### [対象患者]

**18**歳未満の心理的発達の障害等の患者

- ▶ 青年期の自閉症スペクトラムの患者等に対し、一定期間、計画的に実施される専門的な精神科ショート・ケアについて、評価を新設する。

#### 精神科ショート・ケア

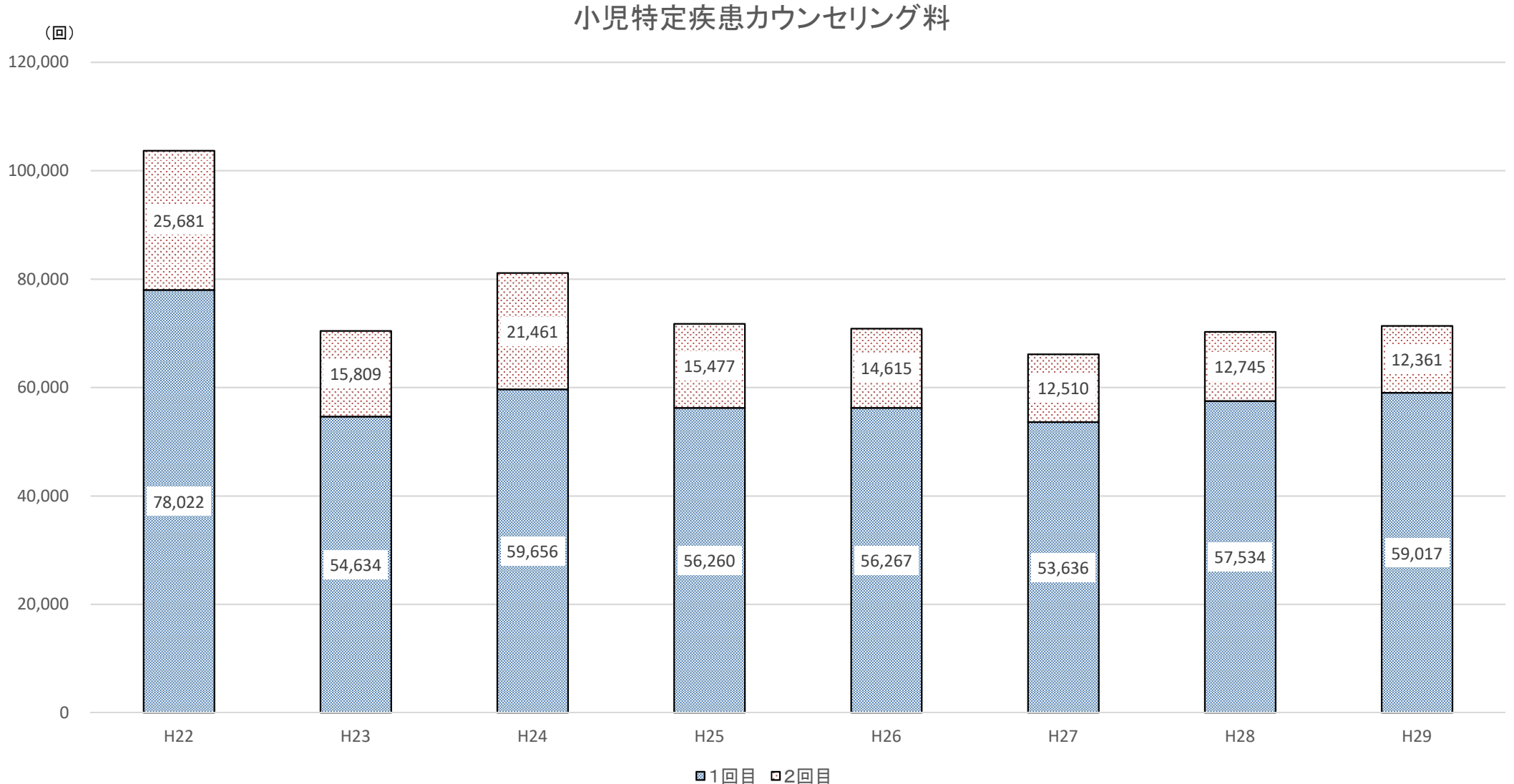
**(新) 疾患別等専門プログラム加算 200点**

##### [算定要件]

青年期の患者に対し、当該患者と類似の症状を有する複数の患者とともに、目的、目標、スケジュール、実施内容等を定めた治療計画に基づき、精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始から起算して5月以内に限り、週に1回を限度として算定(精神科医が必要と認めた場合、治療開始から2年以内に限り、さらに週1回かつ計20回を限度として算定可能)

# 小児特定疾患カウンセリング料

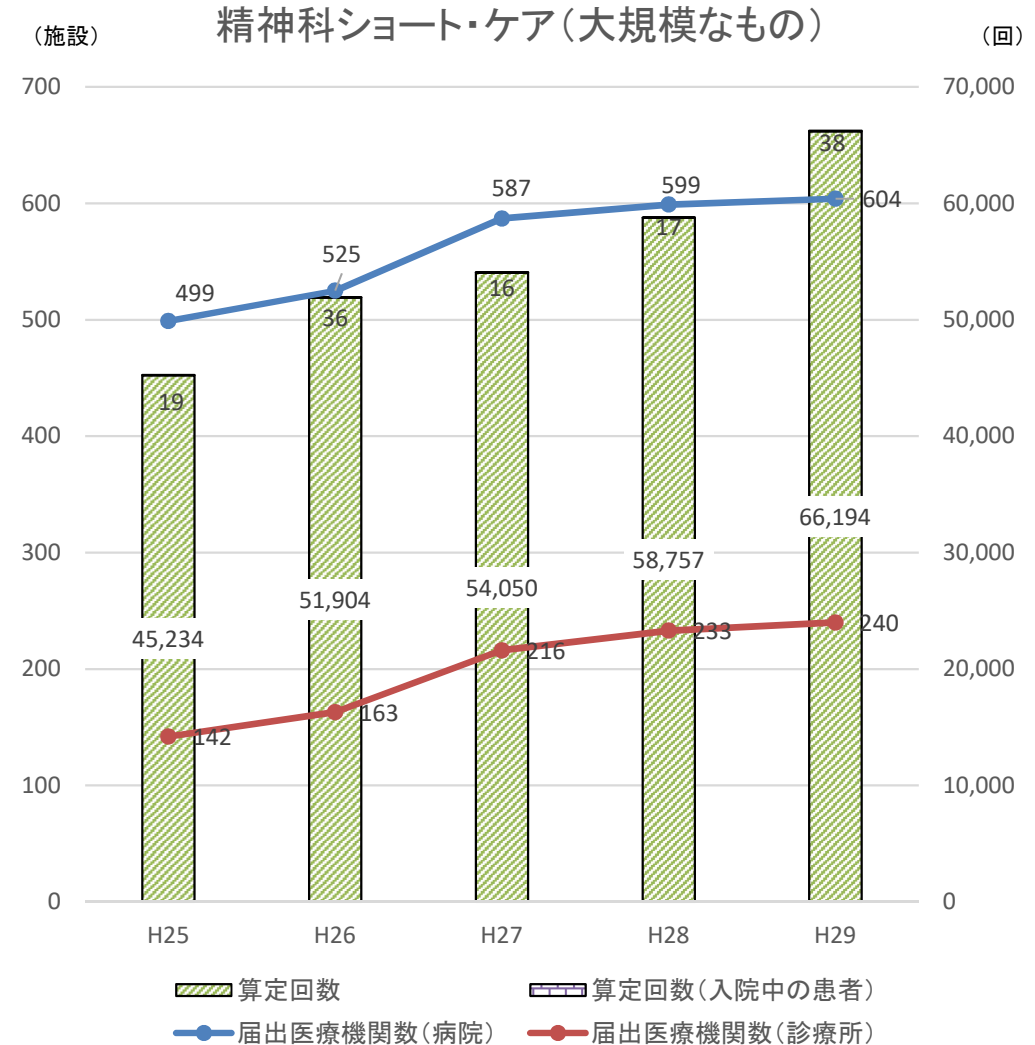
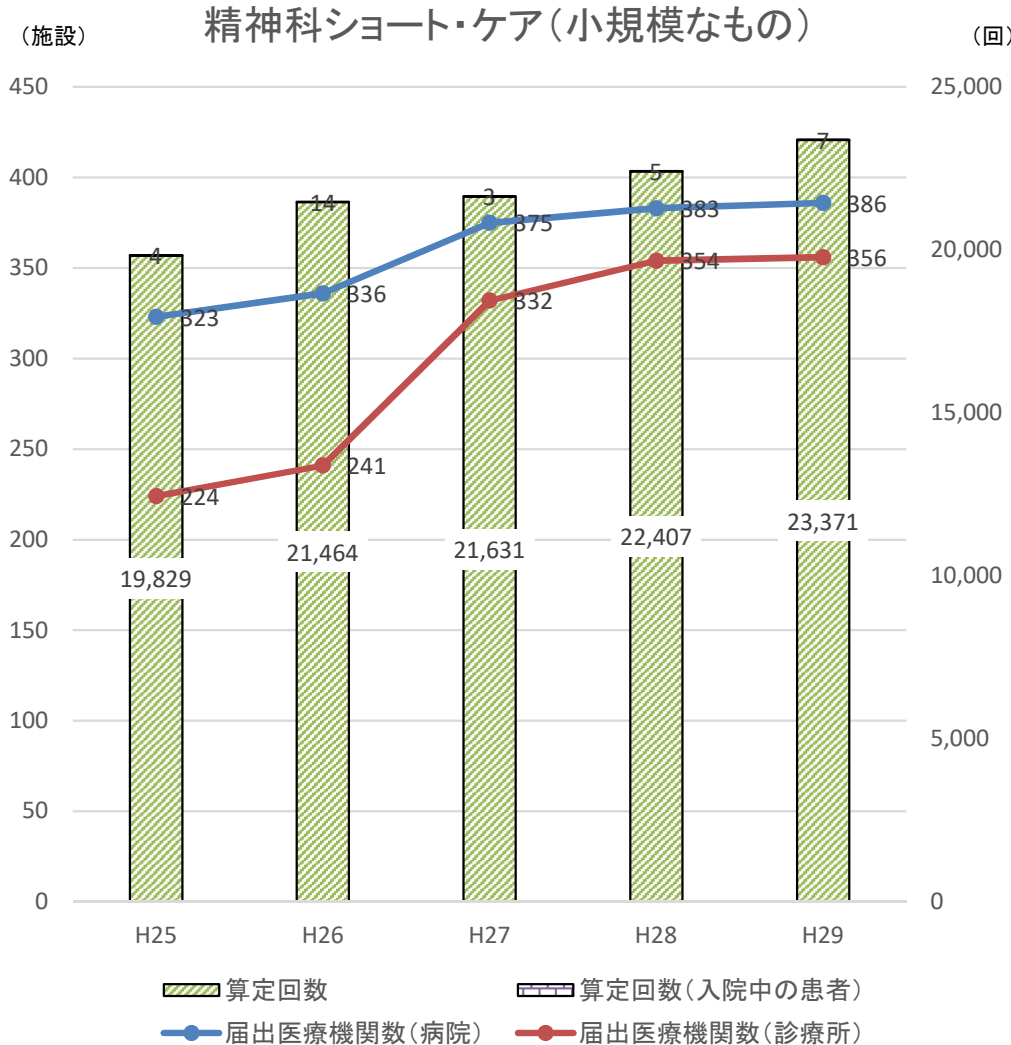
○ 小児特定疾患カウンセリング料の算定回数は、近年横ばい傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

# 精神科ショート・ケア

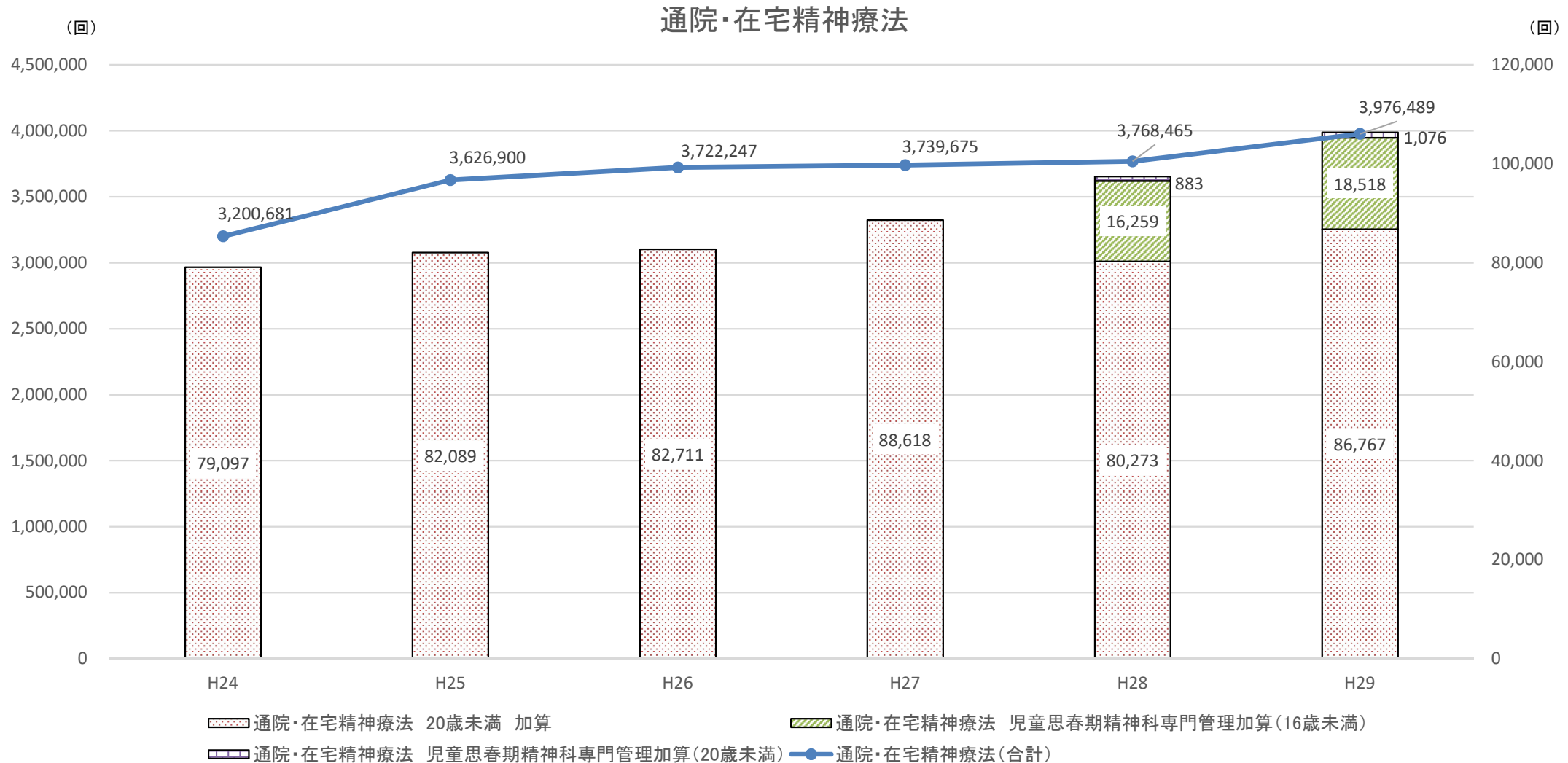
○ 精神科ショート・ケアの届出医療機関数及び算定回数について、近年、ほぼ横ばい傾向であるが、大規模なものについては、算定回数が増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）  
 保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

# 通院・在宅精神療法（児童思春期精神科専門管理加算等）

○ 通院・在宅精神療法の「20歳未満加算」及び「児童思春期精神科専門管理加算（16歳未満、20歳未満）」の算定回数合計は、徐々に増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

# 児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正する法律(令和元年法律第46号)の概要

(令和元年6月19日成立・6月26日公布)

## 改正の趣旨

児童虐待防止対策の強化を図るため、児童の権利擁護、児童相談所の体制強化及び関係機関間の連携強化等の所要の措置を講ずる。

## 改正の概要

※下線部は衆議院による修正部分

### 1. 児童の権利擁護【①の一部は児童虐待の防止等に関する法律、それ以外は児童福祉法】

- ① 親権者は、児童のしつけに際して体罰を加えてはならないこととする。児童福祉施設の長等についても同様とする。
- ② 都道府県（児童相談所）の業務として、児童の安全確保を明文化する。
- ③ 児童福祉審議会において児童に意見聴取する場合においては、その児童の状況・環境等に配慮するものとする。

### 2. 児童相談所の体制強化及び関係機関間の連携強化等

#### (1) 児童相談所の体制強化等【①・⑥・⑦は児童虐待の防止等に関する法律、それ以外は児童福祉法】

- ① 都道府県は、一時保護等の介入的対応を行う職員と保護者支援を行う職員を分ける等の措置を講ずるものとする。
- ② 都道府県は、児童相談所が措置決定その他の法律関連業務について、常時弁護士による助言・指導の下で適切かつ円滑に行うため、弁護士の配置又はこれに準ずる措置を行うものとするとともに、児童相談所に医師及び保健師を配置する。
- ③ 都道府県は、児童相談所の行う業務の質の評価を行うことにより、その業務の質の向上に努めるものとする。
- ④ 児童福祉司の数は、人口、児童虐待相談対応件数等を総合的に勘案して政令で定める基準を標準として都道府県が定めるものとする。
- ⑤ 児童福祉司及びスーパーバイザーの任用要件の見直し、児童心理司の配置基準の法定化により、職員の資質の向上を図る。
- ⑥ 児童虐待を行った保護者について指導措置を行う場合は、児童虐待の再発を防止するため、医学的又は心理学的知見に基づく指導を行うよう努めるものとする。
- ⑦ 都道府県知事が施設入所等の措置を解除しようとするときの勘案要素として、児童の家庭環境を明文化する。

#### (2) 児童相談所の設置促進【①は児童福祉法、②・③は改正法附則】

- ① 児童相談所の管轄区域は、人口その他の社会的条件について政令で定める基準を参酌して都道府県が定めるものとする。
- ② 政府は、施行後5年間を目途に、中核市及び特別区が児童相談所を設置できるよう、施設整備、人材確保・育成の支援等の措置を講ずるものとする。  
その支援を講ずるに当たっては、関係地方公共団体その他の関係団体との連携を図るものとする。
- ③ 政府は、施行後5年間を目途に、支援等の実施状況、児童相談所の設置状況及び児童虐待を巡る状況等を勘案し、施設整備、人材確保・育成の支援の在り方について検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。

### (3) 関係機関間の連携強化

【①は児童福祉法、②～④・⑤の前段は児童虐待の防止等に関する法律、⑤の後段は配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律】

- ① 要保護児童対策地域協議会から情報提供等の求めがあった関係機関等は、これに応ずるよう努めなければならないものとする。
- ② 国及び地方公共団体は、関係地方公共団体相互間並びに市町村、児童相談所、福祉事務所、配偶者暴力相談支援センター、学校及び医療機関の間の連携強化のための体制の整備に努めなければならないものとする。
- ③ 児童虐待を受けた児童が住所等に移転する場合に、移転前の住所等を管轄する児童相談所長は移転先の児童相談所長に速やかに情報提供を行うとともに、情報提供を受けた児童相談所長は要保護児童対策地域協議会が速やかに情報交換を行うことができるための措置等を講ずるものとする。
- ④ 学校、教育委員会、児童福祉施設等の職員は、正当な理由なく、その職務上知り得た児童に関する秘密を漏らしてはならないこととする。
- ⑤ DV対策との連携強化のため、婦人相談所及び配偶者暴力相談支援センターの職員については、児童虐待の早期発見に努めることとし、児童相談所はDV被害者の保護のために、配偶者暴力相談支援センターと連携協力するよう努めるものとする。

### 3. 検討規定その他所要の規定の整備

- ① 児童福祉司の数の基準については、児童福祉司の数に対する児童虐待相談対応件数が過重なものとならないよう、必要な見直しが行われるものとする。
- ② 児童相談所職員の処遇改善、一時保護所等の量的拡充・一時保護の質的向上に係る方策等に対する国の支援等の在り方について、速やかに検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ③ 民法上の懲戒権の在り方について、施行後2年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ④ 一時保護その他の措置に係る手続の在り方について、施行後1年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ⑤ 児童の意見表明権を保障する仕組みとして、児童の意見を聴く機会の確保、児童が自ら意見を述べる機会の確保、その機会に児童を支援する仕組みの構築、児童の権利を擁護する仕組みの構築その他の児童の権利擁護の在り方について、施行後2年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ⑥ 児童福祉の専門知識・技術を必要とする支援を行う者の資格の在り方その他資質の向上策について、施行後1年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ⑦ 児童虐待の防止等に関する施策の在り方について、施行後5年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ⑧ 通報の対象となるDVの形態及び保護命令の申立をすることができるDV被害者の範囲の拡大、DV加害者の地域社会における更生のための指導等の在り方について、公布後3年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ⑨ その他所要の規定の整備を行う。

#### 施行期日

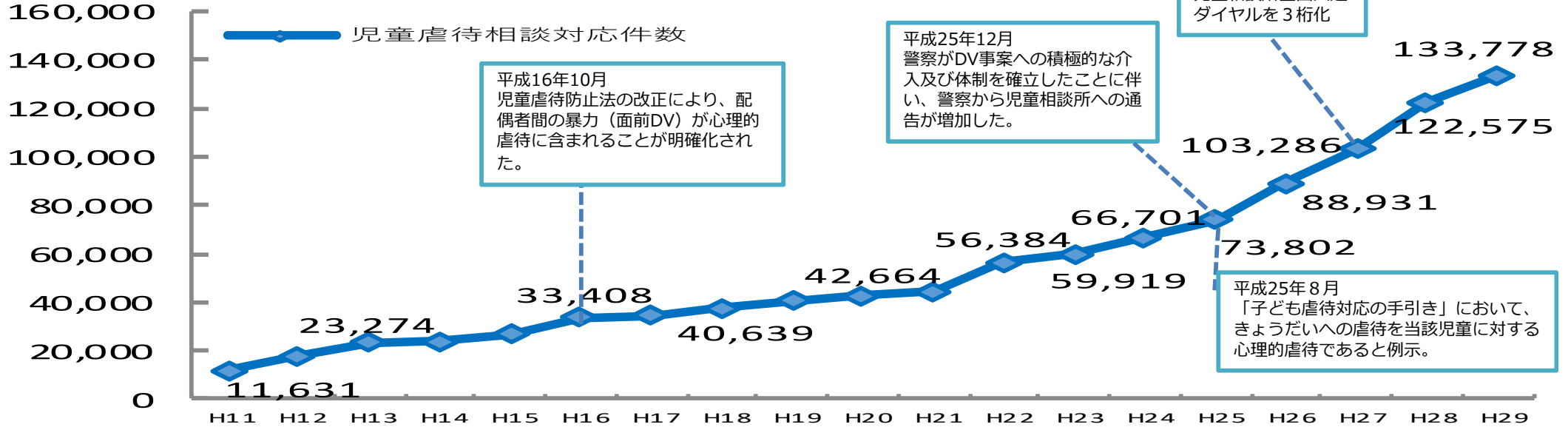
令和2年4月1日(3②及び⑧については公布日、2(1)②及び⑤の一部については令和4年4月1日、2(2)①は令和5年4月1日。)



# 児童虐待相談の対応件数推移及び虐待相談の内容・相談経路

- 平成29年度における児童相談所の児童虐待相談対応件数は、133,778件。平成11年度に比べて約11.5倍。
- 心理的虐待の割合が最も多く（54.0%）、次いで身体的虐待の割合が多い（24.8%）。
- 相談経路は、警察等（49%）、近隣知人（13%）、家族（7%）、学校等（7%）からの通告が多くなっている。

## 児童虐待相談対応件数の推移



### ○ 虐待相談の内容別割合

	身体的虐待	ネグレクト	性的虐待	心理的虐待	総数
平成29年度	33,223 (24.8%) (+1,298)	26,821 (20.0%) (+979)	1,537 (1.1%) (-85)	72,197 (54.0%) (+9,011)	133,778 (100.0%) (+11,203)

### ○ 虐待相談の相談経路

	家族	親戚	近隣知人	児童本人	福祉事務所	児童委員	保健所	医療機関	児童福祉施設	警察等	学校等	その他	総数
29年度	9,664 (7%) (+126)	2,171 (2%) (+174)	16,982 (13%) (-446)	1,118 (1%) (+10)	7,626 (6%) (-47)	218 (0%) (-17)	168 (0%) (-35)	3,199 (2%) (+90)	2,046 (2%) (+274)	66,055 (49%) (+11,243)	9,281 (7%) (+431)	15,250 (11%) (-600)	133,778 (100%) (+11,203)

### 3 児童虐待発生時の迅速・的確な対応

#### (1) 児童相談所の体制強化

- 法** ① 介入的な対応等を的確に行うことができるようにするための体制整備
- ・一時保護等の介入的対応を行う職員と支援を行う職員を分ける等の児童相談所における機能分化を行う。
- ② 児童相談所において常時弁護士による指導又は助言の下で対応するための体制整備
- 法** ② 児童相談所が措置決定その他の法律関連業務について、常時弁護士による助言・指導の下で適切かつ円滑に行うため、
- ・弁護士の配置又はこれに準ずる措置を行うものとする。
  - ・関係団体の協力も得た採用活動、研修の充実、必要な支援等の拡充。
- ③ 児童相談所における医師・保健師の配置の義務化
- 法** ③ 児童相談所における医師・保健師の配置の義務化。
- ・関係団体の協力も得た採用活動、研修の充実、必要な支援等の拡充。
- 法** ④ 第三者評価など児童相談所の業務に関する評価の実施
- ⑤ 新プランに基づく児童福祉司の2000人増等に向けた支援の拡充
- ・新プランに基づく人材確保が進むよう、採用活動に関する支援等の実施。
  - ・専門性確保のため、児童相談所OBの活用や人事ローテーションへの配慮の要請。
- ⑥ 児童福祉司等への処遇改善
- ・手当などによる児童福祉司等の処遇改善を図る。

### 3 児童虐待発生時の迅速・的確な対応

#### (6) DV対応と児童虐待対応との連携強化等

- 法 ① DV対応と児童虐待対応との連携強化
- ② 婦人相談所・一時保護所の体制強化

#### (7) 関係機関間の連携強化等

- 法 ① 学校・福祉施設等の職員に関する守秘義務の法定化
- ② 児童相談所・市町村における情報共有の推進  
・全都道府県で、児童相談所と市町村の情報共有システムを推進。全国的な情報共有に向けた検討を進める。
- ③ 保護者支援プログラムの推進  
・専門医療機関、民間団体と連携した実施、重大事例の検証を踏まえた活用方法の検討。
- ④ 児童相談所と警察の連携強化
- ⑤ 児童相談所・市町村、学校・教育委員会と警察との連携強化  
・児童虐待に係る情報の管理、関係機関と連携した対応について周知徹底。

### 4 社会的養育の充実・強化

- ① 里親の開拓及び里親養育への支援の拡充  
・里親の負担軽減（一時的に子どもを預かるサービスの利用促進）や手当の充実等。
- ② 特別養子縁組制度等の利用促進  
・特別養子縁組の成立要件を緩和する（養子となる者の年齢の上限を引き上げる）等の見直しを行う。
- ③ 児童養護施設等の小規模かつ地域分散化の推進
- ④ 自立に向けた支援の強化  
・18歳到達後の者を含め、児童養護施設を退所した子ども等に対し、住まいの確保や進学・就職を支援する措置の拡充を図る。**113**

# 入退院支援の推進

## 入退院支援の一層の推進

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

### 現行

【退院支援加算】〔算定要件〕 退院困難な要因  
ア～ウ（略）

エ、オ（略）

カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと

キ～ケ（略）

### 改定後

【入退院支援加算】〔算定要件〕 退院困難な要因  
ア～ウ（略）

エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること  
オ 生活困窮者であること

カ、キ（略）

ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと

ケ～サ（略）

- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

### 現行

【退院支援加算1】〔施設基準〕

過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。

①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数

②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数

### 改定後

【入退院支援加算1】〔施設基準〕

過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数(小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。)の合計回数が、①、②及び③の合計を上回ること。

①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数

②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数

③「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(小児入院医療管理料を算定する病床に限る)に0.05を乗じた数

**(新) 小児加算 200点(退院時1回)**

- 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。 114

## B001・4 小児特定疾患カウンセリング料

イ 月の1回目 500点

ロ 月の2回目 400点

- 乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。
- 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。
  - ア 気分障害の患者
  - イ 神経症性障害の患者
  - ウ ストレス関連障害の患者
  - エ 身体表現性障害(小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。)の患者
  - オ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群(摂食障害を含む。)の患者
  - カ 心理的発達の障害(自閉症を含む。)の患者
  - キ 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(多動性障害を含む。)の患者
- 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者を含むものである。

## B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点

- 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。

# 児童虐待防止対策の主なこれまでの取り組み

## 【施策の方向性】

### 児童虐待の発生予防・早期発見

妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援等を通じて、妊娠や子育ての不安、孤立等に対応し、児童虐待のリスクを早期に発見・遡減する。

### 児童虐待発生時の迅速・的確な対応

児童の安全を確保するための初期対応等が迅速・的確に行われるよう、児童相談所や市町村の体制や権限の強化等を行う。

### 被虐待児童への自立支援

被虐待児童の家庭への復帰支援を強化するとともに、個々の児童の状況に応じた支援を実施し、将来の自立に結びつける。



## 【主な取組・対応】

児童虐待防止対策については、H28年及びH29年改正、緊急総合対策、児童虐待防止対策体制総合強化プラン（新プラン）等により累次の総合的な対策を講じてきた。

### ○子育て世代包括支援センターの全国展開

- ・市町村への子育て世代包括支援センター設置促進（2020年度までに全市町村で設置）〔761市町村・1436カ所（H30.4現在）〕

### ○乳幼児健診未受診者、未就園児等の緊急把握の実施

### ○相談窓口等の周知・啓発の推進

- ・全国共通ダイヤル（189）の無料化

等

### ○児童相談所の体制強化等新プランによる体制強化

- ・児童福祉司の約2000人増などの大幅増員
- ・児童福祉司に加え、児童心理司、保健師など専門職の増員

### ○中核市・特別区における児童相談所の設置促進

- ・現在は都道府県・政令指定都市は児童相談所必置
- ・中核市・特別区は任意設置
- ・中核市・特別区に対する児童相談所の設置支援

### ○市町村における相談体制の強化

- ・市区町村子ども家庭総合支援拠点（市町村における虐待相談の拠点）の設置促進（新プランに基づき、2022年度末までに全市町村で設置）

等

### ○家庭への復帰支援

- ・一時保護等の措置解除時の保護者等への相談支援

### ○家庭養育の推進

- ・里親委託の推進（里親を育成・支援する機関への補助の拡大）
- ・児童養護施設等の小規模かつ地域分散化などの推進（職員配置の拡充）

### ○自立支援

- ・施設等の高校生の進学のための支援の充実（補習費の引上げ）
- ・児童養護施設を退所した後の生活支援のための貸付事業の実施

等

# 最近の児童虐待防止対策の経緯

参考

2016年  
5月成立

## H28児童福祉法等の一部改正(2017.4施行等)

全ての児童が健全に育成されるよう、発生予防から自立支援まで一連の対策の強化等を図るため、児童福祉法の理念の明確化(子どもが権利の主体であること、家庭養育優先等)・母子健康包括支援センターの全国展開・市町村及び児童相談所の体制強化・里親委託の推進等の所要の措置を講ずる。

2017年  
6月成立

## H29児童福祉法及び児童虐待防止法の一部改正(2018.4施行)

虐待を受けている児童等の保護を図るため、里親委託・施設入所の措置の承認の申立てがあった場合に家庭裁判所が都道府県に対して保護者指導を勧告することができることとする等、児童等の保護についての司法関与を強化する等の措置を講ずる。

2018年  
7月20日

## 児童虐待防止対策の強化に向けた緊急総合対策(関係閣僚会議決定)

増加する児童虐待に対応し、子どもの命が失われることがないよう、国・自治体・関係機関が一体となって、対策に取り組む。緊急的に講ずる対策と合わせ、必要な児童虐待防止対策に対する課題に取り組む。

2018.3 目黒区で5歳女児の死亡事案が発生

2018年  
12月18日

## 児童虐待防止対策体制総合強化プラン(新プラン)(関係府省庁連絡会議決定)

緊急総合対策に基づき、児童相談所及び市町村の体制と専門性の強化を図るため、専門職の大幅な増員等について、2019年度から2022年度までを対象とした計画を策定。

2019.1 千葉県野田市で10歳女児の死亡事案が発生

2019年  
2月8日

## 緊急総合対策の更なる徹底・強化について(関係閣僚会議決定)

児童相談所及び学校における子どもの緊急安全確認の実施、要保護児童等の情報の取扱い・関係機関の連携に関する新ルールの設定及び児童相談所等の抜本的な体制強化を図る。

2019年  
3月19日

## 児童虐待防止対策の抜本的強化について(関係閣僚会議決定)

昨今の児童虐待相談件数の急増、昨年目黒区の事案、今年野田市の事案等を踏まえ、児童虐待防止対策の抜本的強化を図る。児童虐待を防止するための児童福祉法等の改正法案を提出するとともに、2020年度予算に向け、さらにその具体化を図る。

2019年  
6月19日  
成立

## R1児童福祉法等の一部改正(2020.4施行等)

児童虐待防止対策の強化を図るため、児童の権利擁護(体罰の禁止の法定化等)、児童相談所の体制強化、児童相談所の設置促進、関係機関間の連携強化など、所要の措置を講ずる。

2019.6 北海道札幌市で2歳女児の死亡事案が発生

# 障害児・者に係る施策・サービス等との連携について

## 【論点】

- 地域で生活する障害児・者が、それぞれの有する疾患や障害等の状態等に応じて、必要な支援を早期に受けられる体制を整備する観点から、専門的治療や入退院支援、関係機関との連携等に係る評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定における対応等を踏まえ、どのように考えるか。



# 診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び 診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応 について

1. 診療報酬に係る事務の効率化・合理化
2. 診療報酬に係る情報の利活用

# 診療報酬に係る事務の効率化・合理化についての課題

診療報酬に係る事務の効率化・合理化に当たっては、主に以下のような課題がある。

- 施設基準の届出項目や手続き等が、保険医療機関の負担となっている。重複項目の省略等、更に効率化・合理化する余地がある。
- 告示や通知等の記載に曖昧な部分や合理的でない部分があり、算定可否の判断に苦慮する場合がある。
- 診療報酬明細書（レセプト）には、摘要欄にフリーテキスト形式で記載するものがあり、医療従事者の負担軽減の観点から合理化する余地がある。

# 施設基準等の届出

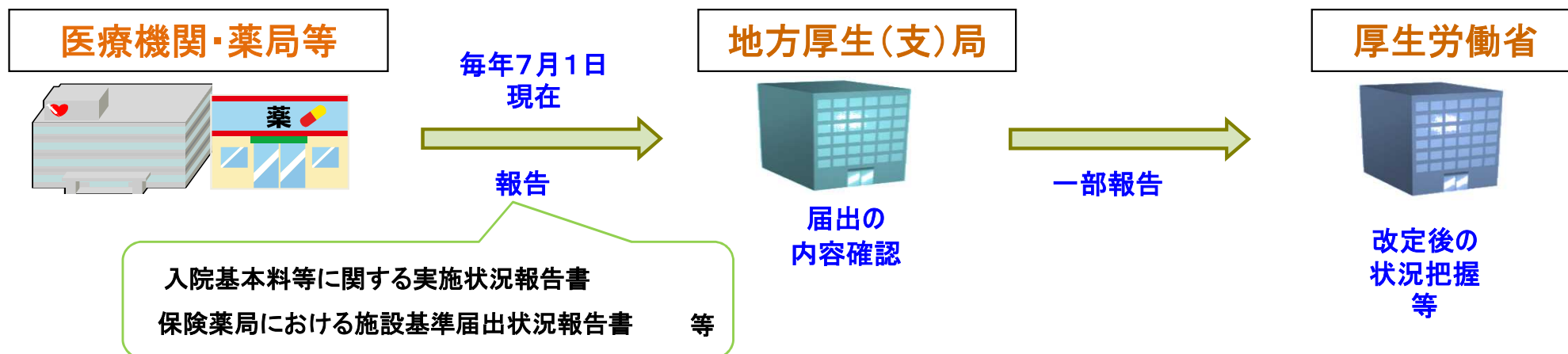
## 施設基準等の届出

- 保険医療機関等が算定にあたり、基本診療料あるいは特掲診療料の施設基準等に係る届出を所定の様式を用いて行う。
- 届出後、届出の内容と異なった事情が生じた場合は、保険医療機関等は遅滞なく変更の届出等を行う。



## 定例報告

保険医療機関等における施設基準等の届出の実態を把握するため、毎年7月1日時点の状況等を地方厚生(支)局へ保険医療機関等より報告を求めているもの。



# 地方厚生(支)局への届出様式の項目重複例

地方厚生(支)局へ届出を行う様式について、例えば、以下のように届出項目が重複している様式がある。

様式11の3  
〔在宅療養支援診療所  
在宅療養支援病院〕に係る報告書(新規・7月報告)  
※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	( )ヶ月
2. 合計診療患者数	( )名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ( )名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ( )名
ア. うち自宅での死亡者数	① ( )名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ( )名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ( )名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ( )名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ( )名
超重症児又は準超重症児の患者数 (15歳未満であって、3日以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定したものに限る。)	( )名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	【再掲】うち緊急の往診		(2)訪問診療	(3)訪問看護(緊急を含む)
	(1)往診			
①+②+③ ( )回	① ( )回	( )回	② ( )回	③ ( )回

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	( )名
② 往診又は訪問診療を実施した患者数	( )名
③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合(②/①)	( )%

IV～V(略)

様式11の4  
在宅支援連携体制に係る報告書(新規・7月報告)  
※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	( )ヶ月
2. 合計診療患者数	( )名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ( )名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ( )名
ア. うち自宅での死亡者数	① ( )名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ( )名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ( )名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ( )名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ( )名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	(1)往診	【再掲】うち緊急の往診	(2)訪問診療	(3)訪問看護(緊急を含む)
	①+②+③ ( )回	① ( )回	( )回	② ( )回

III. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	( )名
2. 連携する保険医療機関数	( )医療機関
3. 直近1年間のカンファレンスの開催状況	( )回

【記入上の注意】

- 当該届出は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績について報告するものである。
- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅療養を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。

## 事務の効率化・合理化や情報利活用の推進①

### 施設基準等の届出等の簡素化・合理化

- 医療機関の業務の効率化の観点から、施設基準等の届出において、様式の廃止や提出する資料数の低減、届出する機会を減らす等の合理化を行う。

入院料等	届出等	対応
基本診療料・特掲診療料 訪問看護療養費	施設基準等に係る届出	副本の提出、副本のコピーの添付を廃止。
急性期一般入院基本料の入院料	急性期一般入院料2～6の 変更の届出	平成30年10月1日以降において、急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であれば、急性期一般入院料2～6の届出において、様式10のみの届出を可能とする。
急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料、等	重症度、医療・看護必要度の実績の届出	年間の実績を求める様式10の3を削除し、様式10のみの届出を可能とする。
回復期リハビリテーション病棟入院料	リハビリテーション実績指数等の報告	年4回の報告を、年1回(7月)の報告のみとする。
総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、等	医療従事者等の負担の軽減並びに処遇の改善に関する届出	負担軽減等に係る内容を求めている評価について、配置等に係る評価に集約し、他の評価における届出を廃止。 届出の変更にあたり、直近の年1回(7月)の報告から変更がない場合、届出時の様式の添付を省略可能とする。
高度難聴指導管理料	施設基準の届出	届出を廃止し、施設基準を満たす保険医療機関は算定可能とする。

# 施設基準に係る届出の一部簡素化について

➤ 保険医療機関における事務負担軽減等の観点から、施設基準の届出手続きの一部簡素化を行う。

## 施設基準を満たしていれば届出を不要とするもの

- |               |                |   |
|---------------|----------------|---|
| ○夜間・早朝等加算     | ○強度行動障害入院医療加算  | ○経皮的冠動脈形成術  |
| ○明細書発行体制等加算   | ○がん診療連携拠点病院加算  | ○経皮的冠動脈ステント留置術  |
| ○臨床研修病院入院診療加算 | ○小児科外来診療料      | ○医科点数表第2章第10部手術の<br>通則5及び6(歯科点数表第2章<br>第9部の通則4を含む。)に掲げる<br>手術 |
| ○救急医療管理加算     | ○夜間休日救急搬送医学管理料 |   |
| ○妊産婦緊急搬送入院加算  | ○がん治療連携管理料     |   |
| ○重症皮膚潰瘍管理加算   | ○認知症専門診断管理料    |   |

## 別の項目を届け出れば、別途届出は不要とするもの

- ( )内は届出が必要な別の項目の例  
※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数
- |   |   |                                  |   |
|---|---|----------------------------------|---|
| ○外来リハビリテーション診療料<br>(心大血管疾患リハビリテーション料 等) | ○植込型除細動器移行期加算<br>(両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器移植術<br>及び両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器交換<br>術 等) | ○経皮的大動脈遮断術<br>(救命救急入院料 等)        | ○認知症地域包括診療加算(※)<br>(地域包括診療加算)                 |
| ○一酸化窒素吸入療法<br>(新生児特定集中治療室管理料 等)         | ○植込型心電図検査<br>(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等)                                       | ○ダメージコントロール<br>手術<br>(救命救急入院料 等) | ○認知症地域包括診療料(※)<br>(地域包括診療料)                   |
| ○造血器腫瘍遺伝子検査<br>(検体検査管理加算)               | ○植込型心電図記録計移植術及び<br>植込型心電図記録計摘出術<br>(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等)                 |                                  | ○廃用症候群<br>リハビリテーション料(※)<br>(脳血管疾患等リハビリテーション料) |
| ○大腸CT撮影加算<br>(CT撮影 64列以上の場合 等)          |   |                                  |   |

## 施設基準に係る届出を統一するもの(いずれかを届け出ればすべて算定可能)

※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

- 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎部分切除術
- 腹腔鏡下小切開腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

- 持続血糖測定器加算
- 皮下連続式グルコース測定

- 時間内歩行試験
- シャトルウォーキングテスト(※)

- センチネルリンパ節生検(併用)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算1

- 検査・画像情報提供加算(※)
- 電子的診療情報評価料(※)

- センチネルリンパ節生検(単独)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算2

- 人工臓器検査
- 人工臓器療法(※)

# 診療報酬の算定方法の明確化

- 告示や通知等の記載が曖昧な算定要件があり、算定可否の判断に苦慮する場合がある。

## 例1

併算定を不可とする規定に不可とする期間が（同一日・同一週・同一月）が明記されていないものがある。

## 例2

複数の手術を同時に行った場合、手術野ごとに所定点数を算定することができる旨が明記されているものと、されていないものがある。



# 临床上実施されていない技術や評価項目への対応について

- これまでの診療報酬改定においても、既に別の医療技術に置き換わり、临床上実施されていない技術や評価項目については、医療技術評価分科会での検討や材料の改訂に併せて、削除を行い、診療報酬点数表の簡素化が行われている。
- 過去、直近三回の診療報酬改定における主な削除項目は、以下のとおり。

## 評価項目の削除

### ○平成26年度診療報酬改定

D007 3 遊離脂肪酸	K502-2 縦隔切開術(肋骨切断によるもの、傍胸骨又は傍脊柱によるもの)	K623 静脈形成術、吻合術(指の静脈)
D007 4 前立腺酸ホスファターゼ(PAP)		M032(歯科)ブリッジ修理

### ○平成28年度診療報酬改定

D006-2 全血凝固時間	K351 上顎洞血瘤腫手術	K604 植込型補助人工心臓(拍動流型)
D006-31 フィブリノペプチド	K721-2 内視鏡的大腸ポリープ切除術	C115 内視鏡的大腸ポリープ切除術
D007-1 膠質反応(ZTT, TTT)	K743-3 脱肛根治手術	K743-3 在宅植込型補助人工心臓(拍動流型)指導管理料
D301 気管支鏡検査、気管支カメラ		

### ○平成30年度診療報酬改定

K043-2 骨関節結核瘻孔摘出術	K667-3 腹腔鏡下食道噴門部縫縮術
K043-3 骨髓炎手術(骨結核手術を含む。)	K781-2 ピンハンマー式尿路結石破碎術
K052-2 多発性軟骨性外骨腫摘出術	
K052-3 多発性骨腫摘出術	
K084 1 四肢切断術 肩甲帯	

#### 経過措置のあるもの(平成32年3月31日まで)

D006 2 トロンボテスト
D006-3 2 mRNA定量(1以外のもの)
D007 9 ムコ蛋白
D007 24 膵分泌性トリプシンインヒビタ(PSTI)
D009 6 前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)

# 医科点数表の解釈の明確化①

## 創傷処理に関する明確化

- 創傷処理及び小児創傷処理(6歳未満)における「筋肉、臓器に達するもの」とは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理(筋膜縫合、骨膜縫合等)を行うものを指すことを明確にする。

## 在宅人工呼吸指導管理料に関する明確化

- 慢性心不全等に合併する中枢性の睡眠時無呼吸症候群(SAS)に対して、従来の陽圧換気装置よりも効果的とされるASV(Adaptive Servo Ventilation)を用いてSASの治療を行った場合であっても、在宅人工呼吸指導管理料を算定できないことを明確にする。

## 電子画像管理加算に関する明確化

- 電子画像管理加算の対象はデジタル撮影した画像であり、アナログ撮影した画像をデジタル映像化処理して管理・保存した場合は算定できないことを明確にする。

## 画像診断管理加算に関する明確化

- 画像診断管理加算及び遠隔画像診断における画像診断管理加算の算定について、画像の読影等を行う外部の機関を利用した場合は、評価の対象とならないことを明確にする。

## 医科点数表の解釈の明確化②

### 室内面積等の算出に関する明確化

- 施設基準に規定された室内面積や廊下幅の算出にあたっては、壁芯ではなく内法により行うことを明確にする。

### 往診料における夜間の定義に関する明確化

- 往診料の夜間の定義について、「12時間を標準として各都道府県で統一的取り扱いをすること」とされている現行の規定を改め、初再診料の夜間の定義と同様に「午後6時から午前8時までの間」と明確にする。

### 生活習慣病管理料に関する明確化

- 生活習慣病管理料について、院内で薬剤を処方する必要がない患者や他の医療機関において既に薬剤が処方されている患者について算定する区分を明確にする。

### 在宅自己腹膜灌流指導管理料に関する明確化

- 在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者について、他の医療機関において人工腎臓等を行った場合には、人工腎臓等の所定点数は算定できないことを明確にする。

# 診療報酬明細書の合理化について

- レセプトについては、診療行為名称や点数、算定回数などの基本的事項の記載を必須としているが、基本的事項の他に、摘要欄にフリーテキスト形式での記載する項目があり、請求の都度、記入しなければならないこととされている。
- 平成30年度診療報酬改定においては、留意事項通知等で算定可能な場合が明示されているものについて、該当するものを選択して記載することとするなどの見直しを行ったが、更に合理化する余地があるのではないか。

## 例1

処置・手術・検査の一部について、前回実施日等を記載することとされているが、フリーテキスト形式による記載により、入力ミスや入力漏れが生じている。また、どの診療行為の前回実施日なのか判別困難な場合がある。

## 例2

画像診断については撮影部位を記載することとされているが、フリーテキスト形式による記載により、入力ミスや入力漏れが生じていることに加え、記入者により様々な表現が用いられている。

# 平成30年度診療報酬改定における記載事項の選択式化の例 1

「在宅自己腹膜灌流指導管理料」については、2回以上算定する場合、回数及び必要と認めた理由をフリーテキスト形式で記載していたが、平成30年度診療報酬改定において、必要と認めた理由の記載については、ア～オの中から該当するものを選択して記載することとした。

◆ 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成30年3月5日保医発第1号 保険局医療課長通知）抄

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

(1) 「注1」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

- ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの
- イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
- ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの
- エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
- オ その他医師が特に必要と認めるもの

## 改正前

1月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に回数及び必要と認めた理由を記載（中略）すること。

## 改正後

1月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に回数及び必要と認めた理由として次のア～オを選択すること。

- ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの
- イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
- ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの
- エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
- オ その他医師が特に必要と認めるもの

# 平成30年度診療報酬改定における記載事項の選択式化の例 2

「K 6 6 4 胃瘻造設術」については、実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術又は腹腔鏡下胃瘻造設術のいずれに該当するかをフリーテキスト形式で記載していたが、平成30年度診療報酬改定において、術式がいずれに該当するかを選択して記載することとした。

◆ 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成30年3月5日保医発第1号 保険局医療課長通知）抄 K 6 6 4 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）

- (2) 経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥離することにより、最大径が2 cm 以上の早期癌又は最大径が5 mm から1 cmまでの神経内分泌腫瘍に対して、病変を含む範囲を一括で切除した場合に算定する。ただし、線維化を伴う早期癌については、最大径が2 cm 未満のものに対して実施した場合でも算定できる。

## 改正前

実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術の別を「摘要」欄に記載すること。

## 改正後

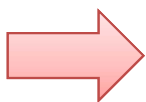
実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術又は腹腔鏡下胃瘻造設術の中から該当するものを選択して記載すること。

- ・ 開腹による胃瘻造設術
- ・ 経皮的内視鏡下胃瘻造設術
- ・ 腹腔鏡下胃瘻造設術

1. 診療報酬に係る事務の効率化・合理化
2. 診療報酬に係る情報の利活用

# レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）概要

日本全国のレセプトデータ・特定健診等データを収集し、データベース化



現在、約10年分を格納

## 制度の根拠

高齢者の医療の確保に関する法律

第16条：全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、データを収集することを明記（平成18年医療制度改革）

⑨第16条の2ほか：幅広い主体による利活用を進め、学術研究、研究開発の発展等につなげていくため、研究者等へのデータ提供に関する規定を整備（令和元年健保法等改正《令和2年10月施行》）

※研究者等に対するデータ提供は現在ガイドラインに基づいて実施

## 保有主体

厚生労働大臣 （注）外部事業者に維持管理を委託

## 収載データ

- ・レセプトデータ 約153億件 [平成21年4月～平成30年3月診療分] ※平成31年3月時点
- ・特定健診・保健指導データ 約2.6億件 [平成20年度～平成29年度実施分]

（注1）レセプトデータについては、電子化されたデータのみを収載

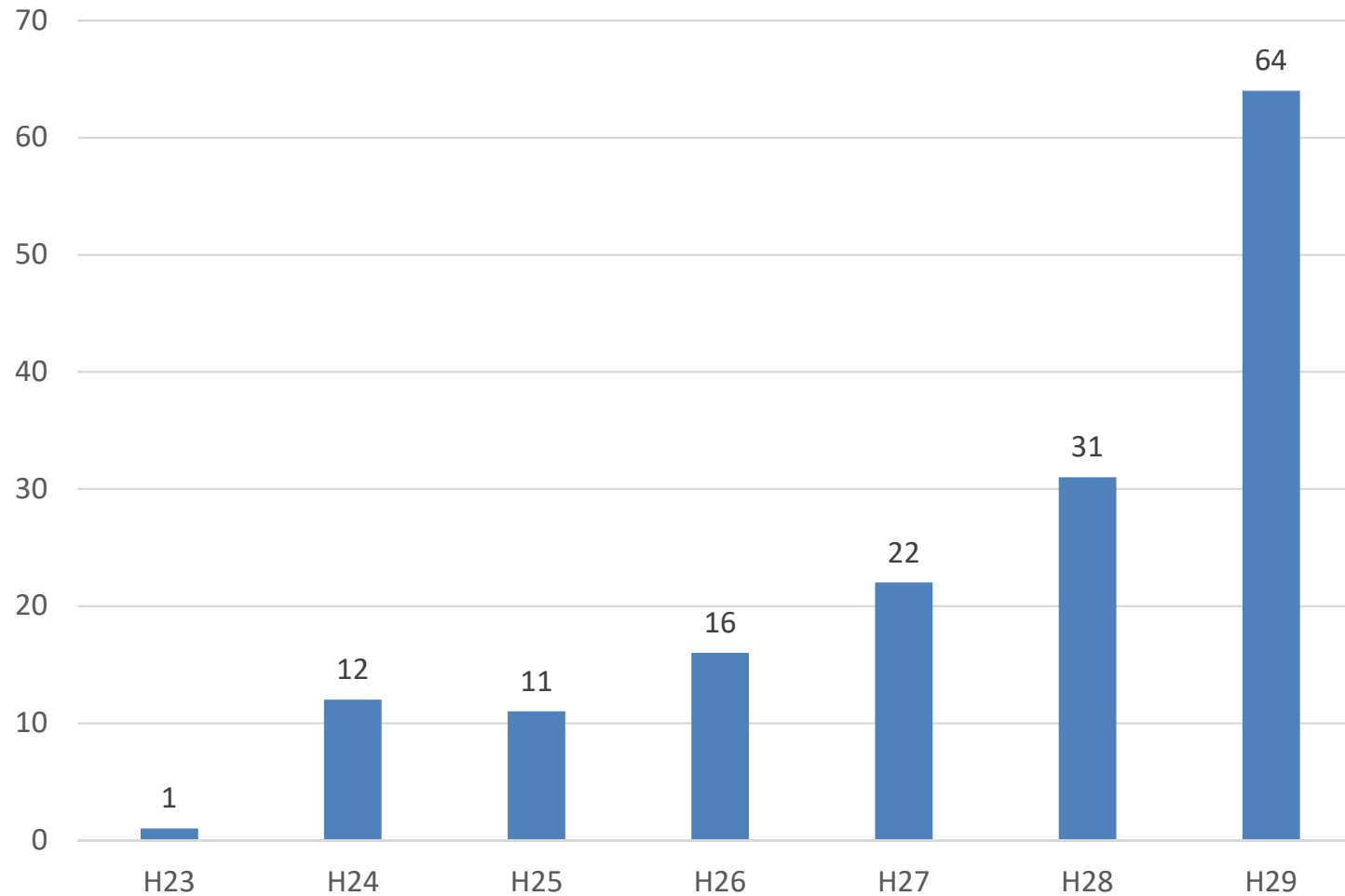
（注2）特定健診等データについては、全データを収載

（注3）個人を特定できる情報については、「ハッシュ関数」を用い、匿名化



# NDBデータの第三者提供の件数

平成29年までで、延べ157件のデータ提供を行っている。



# NDBデータの利用例(1)

九州大学 鴨打 正浩 教授

## 急性期脳卒中診療におけるt-PA療法の普及および地域格差に関する研究

### 研究の背景・目的

- 2009年にt-PA治療が出現し、脳梗塞患者の機能・生命予後は大きく改善されるようになった。しかしながら、t-PAの経静脈的投与は脳梗塞発症後4.5時間以内に行なう必要があり、依然としてt-PA治療を受けられない脳梗塞患者の数は多い。
- 我が国において、健康寿命を延伸し、健康格差を縮小するためにも、t-PA治療の均霑化が求められている。
- 本研究の目的は、我が国におけるt-PA投与の実態について、経時的推移、地域的差異の面から明らかにすることである。

### 研究の方法

(抽出条件・解析法等)

- 脳卒中病名を有するレセプトデータ（2010年度～2015年度：特別抽出）の中から、t-PA治療が行われた患者を抽出した。
- 性・年齢調整人口10万人当たりのt-PA投与患者率を年度別、都道府県別に算出し、経時的・地域的差異について解析した。
- 経時的变化は、固定効果モデルによるパネルデータ分析を行い検討した。地域的差異については、都道府県別のt-PA投与率を比較し、ジニ係数を用いて都道府県間の格差を検討した。

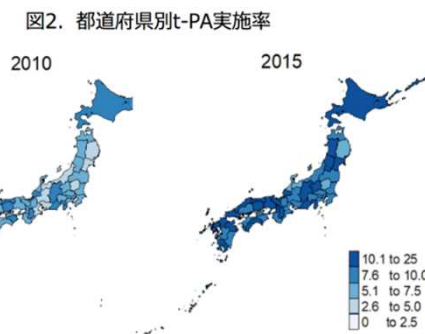
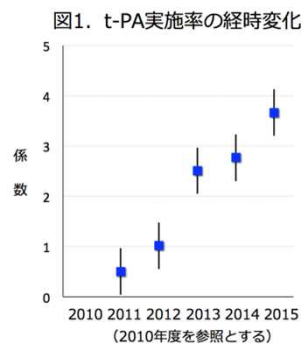
### 結果の概要

(代表的な図表等)

(結果のまとめ)

- t-PA投与率は年々増加しているが、2012年度（対2010年度係数：1.02）から2013年度（2.51）にかけて急激に上昇した。

- t-PA投与率は、各都道府県で増加しているが、都道府県間で大きな差異を認めた。
- 年度別ジニ係数には明らかな改善が見られなかった。



- NDBを活用することで、我が国におけるt-PA投与の実態が可視化された。
- t-PA投与数（性・年齢調整人口10万人当たり）は、2010年度（6.54）から2015年度（10.21）にかけて増加していた。2012年の適応拡大（発症3時間以内から4.5時間以内へ）により一層の増加が見られた。
- 都道府県別のt-PA投与率も年々上昇していたが、都道府県間で投与率には大きな格差がみられた。
- t-PA治療を均霑化するためには、t-PA投与を阻害する要因を同定し、修正可能な因子については改善していくことが重要と考えられる。

# NDBデータの利用例（2）

## ポイント

### 健康スコアリングレポートの概要

- 各健保組合の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、**全健保組合平均や業態平均と比較したデータ**が見える化。
- 2018年度から、**厚労省・経産省・日本健康会議の三者が連携し**、NDBデータから保険者単位のレポートを作成の上、**全健保組合及び国家公務員共済組合に対して通知**。（健保組合：約1,400組合、国家公務員共済組合：20組合）

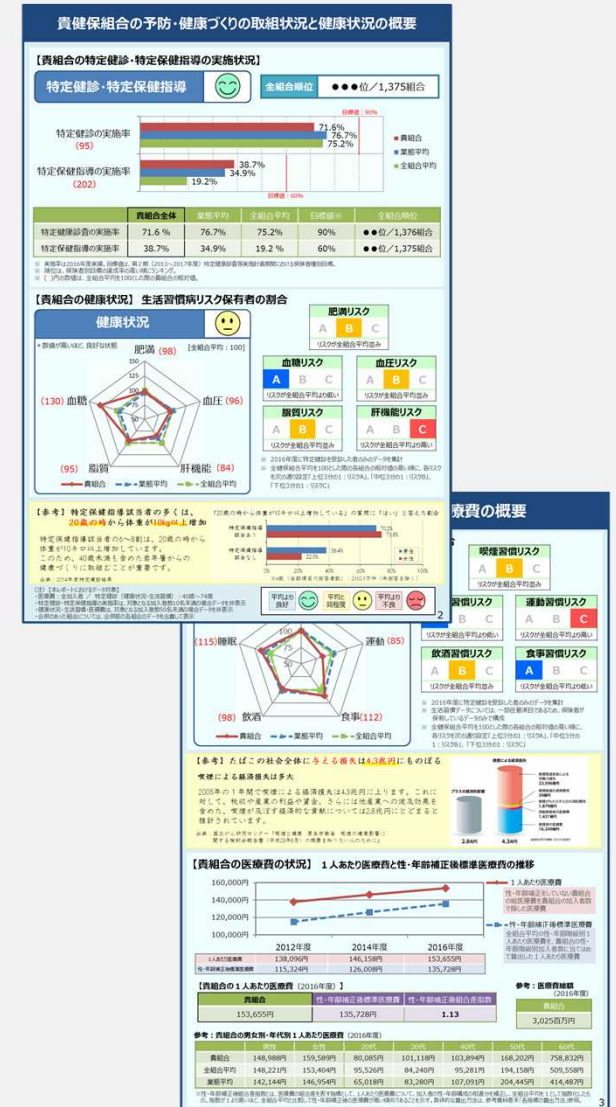
### 健康スコアリングレポートの活用方法

- 経営者に対し、保険者が自らのデータヘルス分析と併せて、スコアリングレポートの説明を行い、従業員等の健康状況について現状認識を持ってもらうことを想定。
- その上で、企業と保険者が問題意識を共有し、**経営者のトップダウンによるコラボヘルス※の取組の活性化**を図る。
- レポートと併せて、企業・保険者の担当者向けに、経営者への説明のポイント等、レポートの見方や活用方法等を示した実践的な「**活用ガイドライン**」を送付。

※コラボヘルス：企業と保険者が連携し、一体となって予防・健康づくりに取り組むこと

※NDBデータ：レセプト（診療報酬明細書）及び特定健診等のデータ

### 【スコアリングレポートのイメージ】



# 診療報酬明細書(レセプト)の主な情報

○ 診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府県番号: 東京都 医療機関コード: 1社・国 3後期 1単独 2本外 3高外  
 診療科: 2公費 4退職 3.3併 4六外 6家外 7高外7  
 平成29年 4月分

保険者番号: 1098  
 番号: 7( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名: 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生  
 特記事項: 保険医療機関の所在地及び名称

傷病名: (1) 大腸癌の疑い(主)  
 (2) 大腸ポリープ  
 (3) 腹部膨満  
 以下 省略

診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療単位数	診療点数	公費負担率	診療日数	診療費
1	初診	時間外・休日・深夜	1回	282点	282点		2	
2	再診	時間外・休日・深夜	1回	73点	73点			
3	医学管理							
4	往診	時間外・休日・深夜・緊急	回					
5	在宅医療	在宅患者訪問診療	回					
6	内服薬	薬剤	回					
7	処置	薬剤	回					
8	手術	薬剤	回					
9	検査	薬剤	1回	9,720点	9,720点			
10	画像診断	薬剤	回	261点	261点			
11	その他	処方せん	回					

11 \* 初診 282 × 1  
 12 \* 外来診療料 73 × 1  
 60 \* 大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡) 1,550 × 1  
 ガスコンドロップ内用液2% 5ml  
 モビレップ配合内用剤 1袋  
 センシド錠12mg「サワイ」 2錠  
 モサプリドクエン酸塩錠5mg「EE」 4錠  
 ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用) 30g 261 × 1  
 \* カプセル型内視鏡(大腸用) 1個 8,170 × 1  
 81700円/個

<症状詳記>  
 腹腔内炎症による癒着があると考えられ、大腸内視鏡検査は実施困難と判断し、大腸カプセル内視鏡を実施した。

請求点数	決定点数	一部負担金額	円
10,336		減額割(円)免除・支払猶予	円
請求点数	決定点数	高額療養費	円
		公費負担点数	点
		公費負担点数	点

診療月分

保険者番号、記号・番号、公費負担者番号 等

患者の氏名、性別、生年月日 等

保険医療機関の所在地、名称、開設者氏名

診療実日数

傷病名、診療開始日、転帰(治ゆ、死亡、中止)

診療行為名、点数、回数

・初、再診料、入院料等(入院レセプト)、  
 医学管理等、在宅医療、検査、画像診断、投薬、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、病理診断

算定要件に合致しているか否かを確認するため、記載要領等で記載すると定められている事項  
 ・「算定した理由」、「症状詳記」、「前回算定日」等

等

請求点数

- 平成30年度診療報酬改定の附帯意見において、郵便番号の追加を検討することとされている。
- 郵便番号を含め、データ利活用の観点から、以下の項目が一定の有用性があると考えられる。

◆平成30年度診療報酬改定について 答申附帯意見（平成30年2月7日中央社会保険医療協議会）抄  
（データの利活用）

11 診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。

## （参考）平成30年度診療報酬改定での議論

### 郵便番号（患者住所情報）について

#### ① 必要性

- ・ 地域医療構想、医療費適正化計画等において、都道府県間・医療圏間の患者の流出入をどのように取り扱うかは大きな課題であり、地域単位の評価を地域の関係者で行うに当たっては、策定段階で見込んだ流出入と実際の患者の流れとの差をできるだけ正確に把握することが必要。
- ・ 郵便番号（患者住所情報）をレセプトに記載すれば、患者の流出入が月次ベースで把握可能となり、地域医療構想、医療費適正化計画等を地域の関係者で評価するに当たり、実際の患者の流れに即した評価を可能とする、有用なデータとなることが想定される。

#### ② 平成30年度改定における具体的な対応

- ・ 保険医療機関等において、レセプトへ郵便番号（患者住所情報）を記載するためには、保険者による住所情報の把握と被保険者証への記載が必要。
- ・ また、平成32年度に向けて検討されている被保険者番号の個人単位化等との関係もあわせて整理することが適当。
- ・ このため、平成32年度改定に向けて検討することが適当。

## 有用と考えられる情報の例

- 郵便番号
  - ・地域単位での医療提供体制や医療の地域差に係る分析・評価等のため、郵便番号の入力が有用と考えられる。
- 受診経路等（救急の有無等）
  - ・データ分析に当たり、来院時の状況（救急車等による搬送、救急外来の受診又は通常受診等）や紹介元（病院又は一般診療所等）に関する情報は有用と考えられる。
- 医師に関する情報
  - ・データ分析に当たり、診療に当たった医師の専門性等や紹介元の医師に関する情報は有用との指摘がある。診療を行った医師の専門医の取得状況等の情報が有用と考えられる。
- 患者の身体等の状況に関する情報
  - ・患者のアレルギー歴や要介護度等の身体等の状況に関する情報は有用と考えられる。
- 身長・体重や検査値等
  - ・一部の薬剤の投与量に係る身長・体重や、糖尿病のHbA1cの値等の生活習慣病の診療等において特に重要な検査値の項目等は有用と考えられる。

## その他既存項目について

### ○ 主傷病名

- ・レセプトには主傷病名を原則1つ記載することとしているが、記載がされていない場合や、複数記載されている場合があり、データ分析の課題となっている。

### ○ レセプト単位での転帰

- ・現在、病名に関して転帰の記載がなされているが、入力状況は様々であり、特に、死亡について正確に入力されていない可能性がある。病名ごとではなく、レセプト毎に死亡等の転帰を補足できるようにすることは、有用と考えられる。

### ○ 入院期間に関する情報

- ・データ分析に当たり、同月内に異なる傷病による入退院が発生した場合において、各傷病の入院期間を正確に把握できるようにすることは、有用と考えられる。

### ○ 診療科名

- ・レセプトに診療科名を入力することとされているが、入力していない場合や、入力するコードの選択が難しい（神経科、神経内科等）場合があり、入力方法の統一が有用と考えられる。

## 事務の効率化・合理化や情報利活用の推進③

### 診療情報の利活用の推進のための見直し

- 診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、診療報酬明細書等の請求時の対応の変更等を行う。



#### ① 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項の選択式化

診療報酬明細書(レセプト)に算定理由等を記載するもののうち、留意事項通知等で選択肢が示されているものについては、フリーテキストで記載するのではなく、選択式とする。

#### ② 診療報酬明細書の患者氏名表記のカタカナ併記

電子レセプト等について、カタカナ併記の協力を求めることとし、医療と介護のデータの連携を可能とする。

#### ③ 診療報酬明細書の精神疾患の傷病名の記載の方法見直し

精神疾患の傷病名について、原則として、ICD-10に規定する精神疾患の傷病名を用いることとする。

#### ④ DPCデータの術式の記載の追加

DPCデータに、手術分類(Kコード)に加えて、外科学会社会保険委員会連合が提供する基幹コード(STEM7)も記載することとする。



医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の  
一部を改正する法律の施行に向けた対応について

1. 法改正について

- 令和元年5月22日に医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（以下「健保法等改正法」という。）が公布された。
- 健保法等改正法の施行に伴い、以下の事項について対応が必要となる。

2. オンライン資格確認の導入に伴う対応

(1) 背景

- ・健保法等改正法において、保険医療機関等で療養の給付等を受ける場合の被保険者の資格情報の確認について、オンラインによる資格確認を導入することとされた（公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日施行）。
- ・オンライン資格確認の導入のため、世帯単位で定められている被保険者番号に2桁（枝番）を追加し、個人単位にすることとしている。これにより、保険者を異動しても資格情報の履歴管理が可能となる。

(2) 対応方針（案）

- ・被保険者番号の個人単位化等に伴い、レセプト様式についても所要の改正を行うこととする。

3. NDB、介護DB、DPCデータベースの連結解析等に伴う対応

(1) 背景

- ・健保法等改正法において、DPCデータベースについては、NDB及び介護DBの情報と連結して利用又は提供することができることとされた。（2022年4月施行）
- ・NDB及び介護DBの情報は、医療・介護のレセプトに記載されるカナ氏名、性別及び生年月日を基に、匿名のままで同一人の情報であることを確認できる共通IDを用いて連結することとしている。DPCデータの連結に当たっても同様の共通IDが必要となる。

(2) 対応方針（案）

- ・個々の医療機関において、特段新たな対応を求めるものではないが、令和2年4月1日からのデータにおいては、DPC調査事務局の配布するツール等によって、カナ氏名、生年月日及び性別の3情報から共通IDを生成することが必

要。

- ・なお、DPC データを提出する際には、カナ氏名、生年月日及び性別の3情報は削除される仕組みとする。

# 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の施行に向けた対応について

## 参考資料

# 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

## 改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

## 改正の概要

- 1. オンライン資格確認の導入【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）、船員保険法】**
  - ・ オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止（告知要求制限）する。
- 2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】**
- 3. NDB、介護DB等の連結解析等【高確法、介護保険法、健康保険法】**
  - ・ 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う。（DPCデータベースについても同様の規定を整備。）
- 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等【高確法、国民健康保険法、介護保険法】**
  - ・ 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。
- 5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】**
  - (1) 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。
  - (2) 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。
- 6. 審査支払機関の機能の強化【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】**
  - (1) 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。
  - (2) 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。
  - (3) 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。
- 7. その他**
  - ・ 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消するため、所要の規定を整備する。【国民健康保険法】

## 施行期日

平成32年4月1日（ただし、1については公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日、2は平成31年10月1日、3並びに6(2)及び(3)は平成32年10月1日（一部の規定は平成34年4月1日）、5(2)及び7は公布日、6(1)は平成33年4月1日）

## 個人単位の2桁番号付きの保険証様式（イメージ）

- 新規発行の保険証について、個人を識別する2桁の番号を追加する。

本人(被保険者)	2020年〇月〇日交付
△△△△保険組合	
被保険者証	記号 1234 番号 1234567 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">01</span>
氏名	番号 花子
生年月日	平成元年3月31日生 性別 女
資格取得年月日	平成25年4月1日
発行機関所在地	東京都千代田区〇〇〇
保険者番号	88888888
名称	△△△△保険組合 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>

→ 現行の保険証の記載内容に  
2桁の番号を新たに追加

※後期高齢者医療制度は個人単位なので、  
保険証は変更しない

- 発行済の保険証は、2桁番号がなくても使用できることとし、回収・再発行を不要とする。

※ 医療機関・薬局では、患者が2桁番号がない保険証を提示した場合、2桁番号なしでレセプト請求できる。レセコン改修が間に合わなかった場合も、改修までの間、2桁番号なしで請求できることとする。（当分の間）

### <個人単位の2桁番号の付番、レセプト請求のスケジュール：イメージ>

2020年秋頃～	保険者で個人単位の2桁番号を付番、資格確認システムに登録
2021年3月頃～	マイナンバーカードによるオンライン資格確認の開始
4月頃～	新規発行の保険証に2桁の番号を追加（全保険者）
5月頃～	保険証によるオンライン資格確認の開始
10月頃～	2桁の番号を付してレセプト請求を開始（9月診療分、10月請求分～）

国が保有する医療・介護分野のビッグデータについて、安全性の確保に配慮しつつ、幅広い主体による利活用を進め、学術研究、研究開発の発展等につなげていくため、研究者等へのデータ提供、データの連結解析に関する規定を整備。

《対象のデータベース》NDB、介護DB、DPCデータベース（いずれもレセプト等から収集した匿名のデータベース）

## 1. NDBと介護DB【高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法】

NDB : National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan  
(レセプト情報・特定健診等情報データベース)  
介護DB : 介護保険総合データベース

### (1) 両データベースの情報の提供（第三者提供）、連結解析

- ・相当の公益性を有する研究等を行う自治体・研究者・民間事業者等の幅広い主体に対して両データベースの情報を提供することができることを法律上明確化する。

※相当の公益性を有する研究等の例：国や自治体による施策の企画・立案のための調査、民間事業者による医療分野の研究開発のための分析等（詳細については関係者の議論を踏まえて決定）  
特定の商品又は役務の広告、宣伝のための利用等は対象外

※提供する情報は、特定個人を識別できないものであることを法律上明記。その他、具体的な提供手続等については別途検討。

- ・NDBと介護DBの情報を連結して利用又は提供することができることとする。
- ・情報の提供に際しては、現行と同様に、申請内容の適否を審議会でも個別に審査する。

### (2) 情報の適切な利用の確保

- ・情報の提供を受けた者に対し、安全管理等の義務を課すとともに、特定の個人を識別する目的で他の情報との照合を行うことを禁止する。
- ・情報の提供を受けた者の義務違反等に対し厚生労働大臣は検査・是正命令等を行うこととする。また、義務違反に対しては罰則を科すこととする。

### (3) 手数料、事務委託

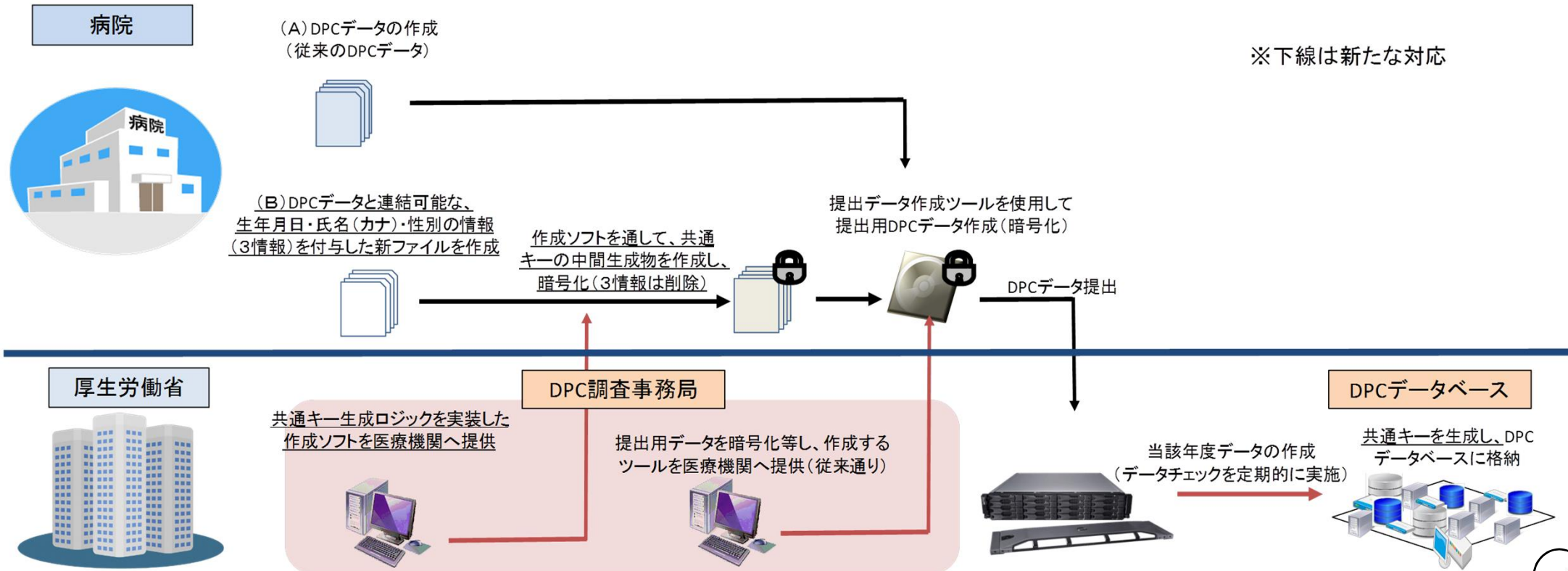
- ・情報の提供を受ける者から実費相当の手数料を徴収する。ただし、国民保健の向上のため重要な研究等には手数料を減免できることとする。  
※具体的な手数料の額、減額の基準については別途検討。
- ・NDB関連事務の委託規定に、情報の提供と連結解析の事務も追加する。（介護DB関連事務も同様）

## 2. DPCデータベース【健康保険法】

- ・NDBや介護DBと同様に、情報の収集、利用及び情報の提供の根拠規定等を創設するとともに、NDBや介護DBの情報と連結して利用又は提供することができることとする規定を整備。

# 健保法等改正法を踏まえたDPCデータ作成フロー(イメージ)

- 病院は、これまでと同様のDPCデータの他、生年月日、性別、氏名(カナ)の3情報を含むファイルを作成。
- DPC調査事務局は、上記ファイルから3情報を元にした共通キーの中間生成物を作成するためのソフトを病院に配布。  
(共通キーの完成は、DPCデータベースで行う)
- 病院は上記のソフトを用いて、共通キーが含まれたファイル(Kファイル(仮))を作成。その際、Kファイルに含まれる3情報は削除する。
- 病院はKファイルを含め作成したDPCデータを、DPC調査事務局の配布する提出データ作成ツールを使用し、提出用データを作成。
- DPC調査事務局は、提出されたDPCデータのデータチェックを行い、データベースに格納するためのデータを作成。
- DPCデータにおいて共通キーを生成し、連結可能なDPCデータを作成し、DPCデータベースに格納する。



## 選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果（速報）について

- 「「日本再興戦略」改訂 2014」（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定）を踏まえ、平成 30 年度診療報酬改定の際と同様に、関係学会・医療関係団体・国民から、選定療養に追加すべきものに関する提案・現行の選定療養の類型の見直しに関する意見の募集を行った。

### 【意見募集期間】

厚生労働省ホームページ：平成 31 年 3 月 11 日～4 月 10 日

関係学会・関係団体：平成 31 年 3 月 11 日～令和元年 5 月 10 日

### 【寄せられた意見】

合計：152 件

新たな選定療養の追加に係る提案：105 件

医科：24 件

歯科：50 件

全般及びその他：31 件

既存の選定療養の見直しに係る提案：44 件

療養の給付と直接関係ないサービス等に関する意見：3 件

- 今後は、事務局において、さらに整理・検討を進め、必要に応じて中医協において議論することとする。

### 【選定療養について】

健康保険法第 63 条第 2 項第 5 号において「被保険者の選定に係る特別の病室の提供その他の厚生労働大臣が定める療養（以下「選定療養」という。）」と規定されており、現在、厚生労働省告示において、以下の 10 類型が定められている。

- ・ 特別の療養環境（差額ベッド）
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 180 日超の入院
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 小児う蝕の指導管理



## 1. 新たな選定療養の追加に係る提案・意見

## &lt;全般&gt;

提案・意見内容	理由
総論的意見	新規の選定療養については、国民皆保険制度の維持のためにも慎重に検討する必要がある。選定療養の制度設計を含めた位置付け・活用方法について、引き続き中医協等での議論が必要。
廃止	国は可能な限り保険制度を充実させ、安全性、有効性が確立した医療技術や薬、材料を、それぞれの適正な評価をもって速やかに保険収載すべきであり、この様な制度が保険制度内に存在することに反対である。
保険外負担の拡大に反対	家族に病児がおり、既に様々なことを負担しているため、なんとかこれ以上の負担はさけてほしい。
取扱いの明確化及び周知	選定療養の実績を増やすためには、取扱いの明確化及び患者への周知が必要と考える。

## &lt;医科&gt;

提案・意見内容	理由
患者や患者家族への時間外の病状説明	患者や患者家族の都合（要望）による時間外・休日に医師からの病状説明について、患者側の意識改革と医師の負担軽減のため、時間外に実施される病状説明に対しては実費徴収を可能とすべき。
執刀医の選択	執刀医を選択したいという患者は多いため、患者のニーズに応えるために、経験や症例数等の基準を満たす執刀医の届出と情報公開、手術記録（紙媒体、DVD等）の患者への交付等を条件に、執刀医の選択に選定療養を導入すべき。
アattend料	様々な患者のニーズに応えるために、院内の調整から受診当日のattendまでスタッフを用意して対応することがある。患者が特別な対応を望むケースにおいては、attend料として選定療養の導入を行ってもよいと考える。
医師が必要と判断しない患者・家族の希望による入院	医師が必要と判断しない（医学的に必要と判断されない）、患者・家族の希望による入院が少なくないため。
規定回数を超えるリンパ浮腫指導管理料	診療報酬上の規定回数を超える指導を希望される患者に対して選定療養として認めるべき。
湿布薬の処方制限の撤廃	湿布薬の処方制限があり、必要な場合は詳記対応となるが、希望する場合には、患者の希望枚数を選定療養として処方することを可能とすべき。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

院内処方	医薬分業の観点から多くの医療機関では院外処方が採用されているが、認定薬剤師等の専門知識を有する薬剤師が在籍する医療機関においては、院内で薬を受け取ることが出来る利便性に加えて、これらの薬剤師による、質の高い説明や指導を受けることが出来るため、患者が選択した場合は費用徴収できるとすべき。
紹介状なしの受診時定額負担の対象病院が交付した処方箋を当該病院敷地内薬局にて調剤する場合の一定額の負担	敷地内の保険薬局で調剤を受ける理由は、もっぱら特殊な立地による利便性によるものであり、国が推進している「かかりつけ薬局・薬剤師」による継続的かつ一元的な薬学管理に逆行するものであるため。
抗インフルエンザ薬の予防投与	インフルエンザの流行期に於いて、入院中の患者にインフルエンザが発生した場合、同室入院患者の治療中の疾病・負傷に対する影響を考慮し抗インフルエンザ薬を予防投与する際や、個々入院患者の希望によって抗インフルエンザ薬を予防投与する際の費用については、実施徴収を可能とすべき。
患者の希望による検査の実施	健康診断とは別に、患者の希望にて検査を実施しているケースが一定程度、存在するため。
悪性腫瘍疑い患者へのPET-CT	悪性腫瘍の確定診断が得られていなくても、PET-CTを希望する患者は多いため。
放射線治療における直腸ガスの排出手技料	直腸ガスを排出することは高精度放射線治療においては必須の要件となり、安全管理上、必要な研修を受けた職員が常駐しているにも関わらず、手技料が算定できていないため。
放射線治療における超音波装置を使用した蓄尿量の計測	毎日の放射線治療前に超音波装置を使用して蓄尿量を計測しているにも関わらず、手技料が算定できていないため。
就労支援目的で実施する早朝（診療時間外）の放射線治療	現在はスタッフの勤務時間をシフトさせて対応しているが、加算料金が設定されれば人的なサービスの充実に資すると考えられ、就労支援をよりバックアップできるようになるため。
放射線治療で照射野に用いる皮膚マーカ―（シールタイプ）	シールタイプの皮膚マーカ―は皮膚の（発赤、かゆみなど）がほとんど認められず、比較的長期間脱落がなく有用であるが、コストが高く、別料金で徴収したいため。
有効性安全性が確認されている薬事未承認PET検査 ・メチオニンPETを用いた脳腫瘍診断 ・NaF-PETを用いた骨転移診断 ・コリンPETを用いた前立腺癌転移診断	これらのPET検査は歴史が長く、安全性有効性が確認されているが、これらを製造する薬剤合成装置が、汎用合成装置であるために、薬事承認を得られる可能性が無い。現在臨床研究として施行している施設が多いが、臨床的な価値も高く、患者への利益も大きいため。
高次脳機能障害者を対象としたセラピストの教習所での自動車運転評価・指導	一定の需要があるが、現行制度では算定が出来ず、持ち出しが発生してしまうため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

脳卒中患者等の下肢装具(再)作製のりハビリ評価・指導	一定の需要があるが、現行制度では算定が出来ず、持ち出しが発生してしまうため。
老視矯正眼内レンズを用いた水晶体再建術	老視矯正眼内を用いた白内障手術では、保険給付されている技術(単焦点レンズ)と一体不可分でありながら、老視矯正という保険給付の対象となっていない機能を含むため。通常の眼内レンズを用いた水晶体再建術後においては、矯正眼鏡が必要となるが、老視矯正眼内レンズを用いることにより、その必要がなくなるため。
認定施設における再治療予防に対するカテーテル治療費	心血管カテーテル治療(PCI)は検査・治療時間が多少長くかかること、スタッフの十分な配置が必要なことから経費を要するため、必ずしも全施設が行っていないが、患者予後、医療費の観点から、これら施設の治療を推し進めるために選定療養費を設定することは重要と考えるため。
施設基準に満たない間の検査・手術	施設基準の届出要件に件数・症例数が設けられている項目について、件数・症例数を満たすまでの間を選定療養費として認めていただきたい。
入院中の患者の禁煙治療及び歯科疾患(歯周病など)の禁煙治療への保険適用	改正健康増進法の施行等により禁煙希望者が増えていく方向であり、制限をなくし喫煙率12%以下への低減に向け、禁煙治療側の制度変更をすべき。

#### < 歯科 >

提案・意見内容	理由
唾液検査	サリバテスト等の唾液検査を行い、う蝕のリスク解析を行うことにより、う蝕の重症化予防効果が高まると考えられるため。
ノンクラスプデンチャー	審美目的。
金属アレルギー患者へのノンクラスプデンチャー	義歯の使用が必要な金属アレルギー患者に非常に有益であると思われるため。
ジルコニアによるクラウンやインレーの作製	歯科用ジルコニアは経年劣化の影響はほとんどなく、再治療に伴う医療費の支出を抑えられる。金属床総義歯と同様に、CAD/CAM 冠との差額の費用を支払うことで対応可能であるため。また、インレーについては形成の困難さから新規の算定点数が必要であるため。
歯科金属アレルギー患者への前歯部に対するオールセラミック冠による歯冠修復	オールセラミック冠は、強度的にも審美的にも優れ、歯科金属アレルギー患者にも対応可能であるため。
歯科金属アレルギー患者への CAD/CAM を用いたセラミックブリッジによる欠損補	CAD/CAM を用いたジルコニア等によるセラミックブリッジは強度に優れ、複数歯欠損症例にも対応し得るため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

綴	
金属アレルギー患者に係るメタルフリーの補綴物使用	金属アレルギー患者について、CAD/CAM 冠を全顎に対応し補綴物維持管理料を外して再製可能な状態にすべき。
メタル（金属）レスブラケット	矯正歯科の保険診療で用いられるダイレクトボンド用ブラケットには様々な種類があり、材料価格も一定でないため、選定療養に適しており、また、金属アレルギーの患者に有用であるため。
口腔機能管理加算の対象患者に対する歯科インプラント治療	保険診療にて継続管理を希望する患者が増加しつつあり、特に臼歯部遊離端欠損症例に適用することで、臼歯部からの咬合崩壊を防ぐことができる場合があるため。
インプラントと保険でのブリッジとの併用	インプラントを用いた場合の保険併用を認めていただければ患者の負担はもとより、歯を保存することによる医療費の削減につながると考えられるため。
インプラント	インプラントは既に一般的な治療となっているため。
単独植立のインプラント	残存歯を守るためにもインプラントの単独植立は有効であり、その後のメンテナンスの重要性を考慮すると、選定療養とすることで保険診療での歯周組織への対応が可能となり、インプラントおよび残存歯の長期予後に資するため。
小臼歯のレジン前装金属冠	患者からの審美的要求も増加する中、機械的強度も合わせて必要とされる補綴処置には、小臼歯における単冠でのレジン前装金属冠が必要であるため。
根管治療時の MTA 等の使用	MTA については、現時点では日本未承認材料（薬事未承認ではない）であるが、世界的には認証されていて効果が認められている材料であり、MTA が使えればより良い治療が望めるため。 国内外で優れたエビデンスがあり、また、現在使用可能な根管封鎖材として最も優れており、歯の寿命を延ばすことが可能であるため。
MTA セメント	直接歯髄保護処置、逆根管充填、穿孔の修理、根管充填剤等として、現状の適用外使用に対して、歯科用薬剤または医療用医薬品として保険適用とすべき。
スポーツ用のマウスガード（マウスピース）	スポーツを実施する際には、歯科医師により適切に設計された各個人に適合した、適切なマウスガードを装着させることが、外傷の効果的な予防のために必要と考えるため。 成長期では頻繁に作りかえていく必要があり、口腔内装置として保険収載すればよいが、難しいのであれば選定療養での新規採用を望む。
小児期におけるマウスピース矯正	早期に行えば短期間で正常咬合に戻すことができるため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

小児口腔機能管理加算の対象患者に対する矯正歯科治療	保険診療にて継続管理を希望する患者が増加しつつあるため。
臼歯部 Tec	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 臼歯部根管治療中の歯質の保護、咬合の保持、隣在歯との空隙維持の為に臨床において作成しているため。</li> <li>・ 生活歯歯冠形成と同日に TeC を装着できると患者の苦痛を減らせるため。</li> </ul>
睡眠時無呼吸症候群を疑う医科受診のない患者に対する治療	医科で睡眠時無呼吸症候群の診断を受けているが、軽症～中等度のため歯科への情報提供がない患者は潜在的に多い。軽症な睡眠時無呼吸症候群患者に対し治療をより簡易に行えるようにするため。
マグネットデンチャー	鉤歯の負担を軽減することで残存歯の継続管理が行いやすくなる場合もあるため。
メタルボンドセラミッククラウン	レジン前装冠に比べ、セラミックボンド（メタル）の方が耐変色性に優れており、ほとんどの医療機関で実施されているため。
歯冠部分に歯科用レジン等により行う支台築造	歯冠崩壊進行した歯の根管治療に際して、根管内への感染を防ぐ目的により、歯冠部分に歯科用レジン等により行う支台築造は導入が望ましいため。
歯冠崩壊歯に於ける隔壁、並びにラバーダム防湿	歯の寿命を延ばすために、歯冠が崩壊している歯に対するラバーダム防湿には隔壁が必須であるため。
床義歯における抗菌コーティング（ナノ銀コーティング等）の床義歯加工処理 義歯製作時及び3か月ごとの表面処理	ナノ銀などを用いて義歯床のコーティングを行うことにより、義歯床が温床となる口腔カンジダ症及び誤嚥性肺炎の発生率を低下させられるため。
歯科医師による実地指導	歯科衛生士の雇用が困難な歯科医院に対する救済処置は必要と思われるため。
プラークコントロールサポート	歯周病の改善はセルフケアによるところが大きいため。
高齢者のう蝕の指導管理	高齢者のう蝕は、唾液の減少や運動機能低下によるブラッシング不良や認知症等により、う蝕罹患率は高いと考えられ重症化させ欠損させないためにも指導管理は必要であるため。
オーラルフレイルの指導相談	口腔機能低下症以前のオーラルフレイルの状態と判った場合、口腔機能を更に低下させないため、健康寿命を長引かせるためにも指導相談を行うのは有用であり医療費の削減にもつながるため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

う蝕・歯周病のリスク検査	<p>歯科疾患の重症化予防を前提としたこれからの管理型歯科医療においては、予防的視点に立った未発症の段階での先制的介入を判断する検査(疾病の発症リスクの低減を図る検査)が必要となる。</p> <p>例えば、う蝕については唾液緩衝能や関連細菌の検査(CRT バッファー・バクテリア/Ivoclar Vivadent 社またはデントカルロ/株式会社オーラルケア)などが有効であり、歯周病については歯周ポケット内の関連細菌の嫌気環境をみる検査(バナペリオ/白水貿易株式会社)に加え、その発症因子の一つでもある咬合性外性の原因となっている睡眠時ブラキシズムの検査(ブラックスチェッカー/株式会社ロッキーマウンテンモリタ)等が有用である。これらの検査を組み合わせ客観的かつ総合的にそれぞれの疾患の発症リスクを診断していくことで、個々の患者に対するオーダーメイドの予防法の提案や未発症の段階での早期介入などにより、ケア中心の管理型の歯科医療を構築していくことが可能となるため。</p>
ホワイトニング	日本人の審美意識が向上し口腔内もより美しくなりたいという人は増えてきており、それに附随してう蝕や慢性歯周炎の発見につながるため。
ウォーキングブリーチ	患者の審美的、精神的面での貢献度は高いため、再度の保険収載を望む。以前の保険点数では採算が合わないので選定療養での復活を期待する。
紛失による6か月以内の義歯製作	紛失等の場合、本人の10割負担で作製することとなっており、自己負担が大きくなりすぎるため。また、自費の義歯が入ると義歯の管理に関してはその後も自費扱いとなり、トータルの管理が難しくなるため。
歯科用顕微鏡を用いた精密な歯科診療	患者がより良い治療を自分で選びやすくするため。
専用洗浄剤を用いた義歯の着色・沈着物除去	義歯の着色除去は患者 QOL の向上につながり、また、沈着物の除去は、義歯管理を容易にし、義歯性口内炎の発症を低減するため。
保険対象外の歯科矯正における基本診療料と医学管理	保険対象外の歯科矯正について、基本診療料と医学管理の対象に拡充していくべき。
自費診療による歯冠修復及び欠損補綴における基本診療料及び医学管理料並びに支台築造	自費診療による歯冠修復及び欠損補綴について、基本診療料及び医学管理料並びに支台築造との併用を認めていただきたい。
診療情報提供料(Ⅰ)に於ける専門医加算の導入	歯内療法に専門医に診療情報を提供することにより「専門医」を認識させ必要かつ適切な医療を遂行することができるため。
歯内療法専門医における診療加算の導入	歯内療法に専門医資格を有する者は、歯内療法に対する知識も技術も優れており、治療成績が良く再治療が少ないことを評価するため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

## &lt;その他&gt;

提案・意見内容	理由
セカンド・オピニオン	セカンド・オピニオンを推進しているにも係わらず、紹介先の保険医療機関においては全て保険外での対応となっている。 インフォームドコンセントは医療において非常に重要であり、セカンド・オピニオンを推進していくという点からも「セカンド・オピニオン」及び「診療情報提供料（Ⅱ）に対する返書」について新規導入すべき。
セカンド・オピニオン	事前にセカンドオピニオンである旨伝えられておらず、診療情報提供料Ⅱによる資料等のない患者に対し、セカンドオピニオンを実施する場合の費用徴収を可能とすべき。
日本語が話せない患者に対する医師による母国語での対応費用	医師が日本語を話せない患者に対して、患者の母国語で対応した場合には、通訳料相当の請求を可能とすべき。
治療前後の画像、動画の情報提供	画像とは別に治療前中後等の口腔内外の状態を患者に示した場合、患者の歯科疾患に対する理解度が向上する場合が多いため。
未予約患者に対する加算料金	未予約患者の来院により、予約制に基づく診療の流れが妨げられ、診療担当者並びに予約患者に悪影響を及ぼすため。
特別な療養環境の提供以外の病室でのベッドの位置選択	特別な療養環境の提供（室料差額）にかかる徴収を行わない病室において、課金によりベッド位置の選択について料金徴収を可能とすべき。
食事の内容、提供時間の選択	治療上の制限の範囲内で他の入院患者とは異なる食事内容や食事の提供時間（20時～21時など）を希望する患者に別料金を徴収可能とすべき。
待ち時間ファストパス・チケット	予約診療ではなく通常外来に通院中した場合、その時点でファストパス・チケットを購入した患者について順位を早めて優先診療する場合の料金徴収を可能とすべき。
特別会費の徴収によるプレミアム患者（ゴールド会員）	毎月一定額を徴収し、一般患者と差別化したハイグレードなサービスを提供するプレミアム患者（ゴールド会員）を設定できることを可能とすべき。 ゴールド会員のメリットは、人間ドック等の自費分の割引、病院送迎等の特典や各種健康相談を提供することができる等。
患者の送迎サービス	インフラが発達していない地域なので通院の交通手段がない等、高齢社会では様々な理由で診療を受けることができない人は増加していくと思われるため。
時間外等に事前に連絡をしないで直接来	輪番制度の維持、医療従事者（医師、看護師等）の負担軽減のため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

院した場合	
大病院の同日複数診療科受診に対する特別料金の設定および徴収義務化	日常の定期的な診察はかかりつけ医が行い、大病院は高度専門医療が必要な疾患に限り一時的に利用するという本来の医療提供体制を推進できると考えるため。
車椅子介助浴・全身介助浴の実施に係る費用	要介護高齢者の増加により、人的資源や設備への投資が必要でありながら、診療報酬による補填が無いため。
予約制におけるデポジット制	予約制の場合、キャンセルされた際のキャンセルチャージの請求を可能とすべき。
再生医療 PRP（多血小板血漿）療法	骨、粘膜、皮膚に対して組織の活性化、創面の止血作用、治癒促進を目的とし使用する再生医療 PRP（多血小板血漿）療法についてエビデンスは出ているものの方法などに関してメーカー間において様々な見解がある為、保険導入し採血から患者に対して使用するまでを一元化することが困難と考えるため。
オンライン服薬指導に係る諸経費	オンライン服薬指導を行うにあたって、「通信状態確認等のための患者宅への交通費、使用する機器のレンタル費用、使用するアプリ等のシステム利用料」等療養の給付とは直接は関係のない労務負担が新たに発生しており、これらは、保険点数内には含まれないと思われる項目のため。
調剤後の継続フォローに係る費用	今後、患者にとってより効果的、効率的な調剤後の継続フォローを実施するための ICT を活用したサービスが出てきた際の「アプリ等のシステム利用料」や「使用機器のレンタル費用」等の経費を請求する必要があるため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。



## 2. 既存の選定療養の類型の見直しに係る提案・意見

## ○特別の療養環境

提案・意見内容	理由
完全個室の歯科診療室を「特別の療養環境」に追加	歯科外来診療で、パーテーション等ではなく完全個室で清潔空間を患者に提供可能な歯科診療室で提供される歯科医療は選定療養の対象とすべき。
患者の部屋希望に合うまでの入院日延期	至急の必要性がなければ患者の部屋希望に合うまで入院日を延ばすことを認めるべき。
歯科外来医療に係る特別の療養環境の要件見直し	歯科外来医療における療養環境の整備のため、現在一連の診療に要する時間が概ね1時間を超える場合とされている時間要件を30分から45分程度に緩和するとともに、静穏な環境についての要件についても、ヘッドホンの利用等により静穏な環境が確保される場合には徴収を可能とすべき。
特別な入院環境	一般患者とは異なり、患者の希望する入院環境を提供した場合（例えば、ビジネスマンの場合、パソコンやプリンタ、Mail 環境を病室に用意する。又は高額所得者の場合、家具やテレビ等を用意する等）の費用の徴収を可能とすべき。
特別な療養環境の提供に係る徴収額の変動制	患者がグレードの高い特別な療養環境の提供を希望する場合または繁忙期等より患者と病院とで徴収額の設定を出来るようにすべき。
特別療養環境室以外の病室の病床が満床である場合等の料金徴収の取扱いについての周知等	一般の病室が空いていない場合や医療上の必要性等で差額のある部屋へ入院した場合等に差額室料を徴収できないことを、医療機関に対して周知すべき。また、実態の調査し適正な指導を行うこと。

## ○時間外診療

提案・意見内容	理由
患者や患者家族への時間外の病状説明の追加	診療時間外（夜間・休日）での患者や患者家族への病状説明が散見される。医師等は超過勤務等でこれに対応しており、それに対する経費として応分の負担について明記すべき。
医師の時間外労働時間規制の地域医療確保暫定特例水準（年間1860時間）の対象となる医療機関での時間外診療における定額徴収の義務化	限られたマンパワーで地域医療を確保しながら労働時間を短縮するためには、より強力で1次救急医療機関等との機能分化を進め、緊急性の高い重症患者の診療に集中する必要があるため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

## ○大病院の初診

提案・意見内容	理由
病床数以外の基準の追加	一般病床 200 床未満でも大学病院並みの高度医療を提供している医療機関は数多く存在するため、病床数以外にも他の指標（緊急入院数、全身麻酔件数、救急車搬入件数、標榜診療科、医師数、保有医療機器等）を設定し、紹介なし初診の特別料金の徴収を認めるべき。
医師の時間外労働時間規制の地域医療確保暫定特例水準（年間 1860 時間）の対象となる医療機関における初診時選定療養費の最低金額の値上げ	限られたマンパワーで地域医療を確保しながら労働時間を短縮するためには、より強力に外来の機能分化を進め、高度専門医療を必要とする患者の診療に集中する必要があるため。
救急車利用の有無を問わず、入院に至らなかった場合の追加	現行制度でも救急車による来院患者も選定療養費の対象としうるが、現実には救急車にて来院した患者は対象としていない病院が多く、選定療養費を支払いたくないため軽症でも救急車を利用する患者が少なからずいるため。

## ○大病院の再診

提案・意見内容	理由
大病院の再診時の徴収対象の明確化	現行の基準では、同じような病状でも病院間・医師間により徴収する場合としない場合があり、患者の理解が得られにくいいため。
一定規模以上の病院の受診患者は一律選定療養費を徴収するよう見直し	現行の再診に関する選定療養費では複数科を継続的に受診していない患者に限られ、家庭医で十分な病状の患者が少なからず大病院の複数科に受診している。このような患者は再診の選定療養費をとれないため、大病院の受診抑制にあまりつながっていないため。

## ○制限回数を超える医療行為

提案・意見内容	理由
廃止	選定療養は「療養時のアメニティの向上に資するもの」の範囲に限定すべき。
検査の追加	混合診療の解禁を広め受益者負担を拡大し公平性を担保するため、検査も月に一定数以上は自費とするべき。
咬合調整の追加	歯周炎に対する歯の削合、歯ぎしりに対する歯の削合などは、1回で終了することは少なく、必要性があれば複数回行うことがあるため。
ニコチン依存症管理料の算定要件の見直し	改正健康増進法の施行等により禁煙希望者が増えていく方向であり、制限をなくし喫煙率 12%以下への低減に向け、禁煙治療側の制度変更をすべき。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

## ○歯科の金合金等

提案・意見内容	理由
廃止	現在では、この項目の算定実績は極めて低いと考えられること。
材料の追加	陶材焼付金属冠、CAD/CAM（ジルコニアを追加）冠等を使用した補綴物を選定療養の対象とすべき。
歯科鑄造用金銀パラジウム合金の告示価格と実勢価格との差額の追加	歯科鑄造用金銀パラジウム合金については6か月毎に価格の随時改定が行われているが、現状では告示価格と実勢価格が大きくかけ離れてしまっており、適正な市場価格に合致することができるような仕組みに変えるか、差額の選定療養としての取扱いを検討すべき。

## ○金属床総義歯

提案・意見内容	理由
廃止	混合診療という誤解や混乱を避けるため。
残根上義歯の適応拡大	超高齢化社会を迎え、やむを得ず残根状態とするケースも増加してくると考えられるため。
部分床義歯の追加	患者ニーズを踏まえ、まずはある程度形態の把握が比較的容易となる9歯以上又は12歯以上で導入すべき。
取扱いの明確化	取扱いが明確でない点もあるため、見直しが必要。

## ○小児う蝕の指導管理

提案・意見内容	理由
廃止	「う蝕多発傾向者の判定基準」は廃止し、1歯でもう蝕に罹患している患者へのフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞は医療保険で給付すべき。
フッ素洗口液（ミラノール）の保険導入	う蝕に罹患しそう又はしている患者の継続管理を行う上で、ミラノールは費用対効果の優れたフッ素洗口剤であると思われるため、含嗽剤、洗口剤（外用）として保険収載すべき。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

## 3. 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについての意見

提案・意見内容	理由
薬剤の容器代	「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」(平成30年3月20日保医発0320第2号)の2(3)イに「薬剤の容器代(ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする)」と記載があるが、ただし書きの意図が不明である。
調剤した医薬品の持参料	「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」(平成30年3月20日保医発0320第2号)の2(5)アに「保険薬局における患者への調剤した医薬品の持参料」と記載があるが、配送業者による郵送費用も該当するのか。オンライン服薬指導が広がった場合、調剤した医薬品を患者へ郵送するケースが増えてくることが想定されるため、解釈を明確化して頂きたい。
大臼歯のFMCへの前装加工	「療養の給付と直接関係ないサービス」として取り扱ってほしい。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

## 寄せられたご提案・ご意見

(募集期間：平成31年3月11日(月)～令和元年5月10日(金))

### 1. 選定療養として新規導入すべき事例に関する提案

(現行の10類型以外で新たに選定療養に導入すべき事例の提案)

<全般>

1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

選定療養は廃止すべきである。

【理由】

国民皆保険制度は日本国民であれば、いつでも、どこでも、だれもが安心して医療を受けられることを保障したものであり、国が保障すべき国民の医療水準を体現したものである。

国は可能な限り保険制度を充実させ、安全性、有効性が確立した医療技術や薬、材料を、それぞれの適正な評価をもって速やかに保険収載すべきである。

選定療養は、将来にわたって保険収載すべきではないと判断された技術等である。患者にとっても、保険診療の自己負担以外の負担が生じる。根本的にはこの様な制度が保険制度内に存在することに反対である。

安全性、有効性が確立した医療技術や薬、材料であれば、将来条件が整った段階で、適正な評価で保険収載するべきであり、安全性・有効性が確立していないのであれば、保険制度に関与させることは望ましくない。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：無職

【具体的内容】

いま以上に負担が増えることがないように、保険外負担の拡大はしないでください。

【理由】

病児が家族にいて、兄弟姉妹を預けるための費用、家族が滞在や面会するために、すでに様々なことを負担してがんばっています。病気だからといって何もかもを助けてほしいとは考えていませんので、なんとかこれ以上の負担はさけてほしいです。

3 個人 年齢：20～39歳 職業：会社員(医療関係の企業)

【具体的内容】

これ以上の保険適用外負担の拡大は行わないでください。

4 個人 年齢：20～39歳 職業：無職

【具体的内容】

これ以上の保険適用外負担は課さないでほしいです。

5 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業）

【具体的内容】

これ以上の保険適用外負担の拡大は行わないでください。

6 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業）

【具体的内容】

これ以上の保険適用外負担の拡大は行わないでください。

7 個人

【具体的内容】

これ以上の保険適用外負担の拡大は行わないでください。

8 個人 年齢：40～64歳 職業：無職

【具体的内容】

これ以上の保険適用外負担の拡大はすべきではないと考える。

9 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

現行の取り扱いの明確化と周知

【理由】

実績を増やすためには、患者への周知が必要と考える。日歯が国民に向け内容の説明と周知に努めていただきたい。（当該意見者より同様の意見が合計3件）

10 個人 年齢：65～74歳 職業：無職

【具体的内容】

高すぎる国民健康保険料は、低収入の家計には大きすぎる負担です。健康保険証1枚で必要な医療を受けられることが切実な願いです。

【理由】

救われるべき制度があっても、それが使えない状況を改善すべきです。

11 団体

【具体的内容】

選定療養への総論的意見

【理由】

新規の選定療養については、国民皆保険制度の維持のためにも慎重に検討する必要があります。そのため、国民が適切な保険医療を享受できるよう、選定療養の制度設計を含めた位置付け・活用方法について、引き続き中医協等で議論をしていくことが必要だと考えます。

<医科>

1 個人 年齢：40～64歳 職業：自治体病院事務

【具体的内容】

時間外病状説明

【理由】

患者や患者家族の都合（要望）により、時間外・休日に医師からの病状説明を実施せざるを得ない状況があるが、これからの医師の働き方改革を進めるうえで、患者側の意識改革と医師の負担軽減のため、時間外に実施される病状説明に対しては実費徴収を可能とする。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

放射線治療における直腸ガスの排出手技料

【理由】

骨盤領域における放射線治療においては、直腸ガスの存在が、腫瘍位置のずれ、線量計算の偏差につながる。カテーテルを挿入して、直腸ガスを排出することは、高精度放射線治療においては必須の要件となり、安全管理上、必要な研修を受けた職員が常駐しているにも関わらず、手技料が算定できていない現状である。

3 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

放射線治療における超音波装置を使用した蓄尿量の計測

【理由】

骨盤領域における放射線治療においては、晩期有害事象の軽減を目的として、患者に事前飲水していただき、膀胱内に尿を溜めている。治療計画時と同じ尿量であることは、晩期有害事象の軽減、腫瘍位置のずれ、線量計算の偏差の低減の観点から必須である。毎日の放射線治療前に超音波装置を使用して、蓄尿量を計測しているにも関わらず、手技料が算定できていない現状である。

4 個人 年齢：65～74歳 職業：医師

【具体的内容】

就労支援目的で実施する早朝（診療時間外）の放射線治療

【理由】

現在はスタッフの勤務時間をシフトさせて対応しているが、特別なサービスであり、加算料金が設定されれば人的なサービスの充実に資すると考えられ、就労支援をよりバックアップできるようにするため。

**5 個人 年齢：65～74歳 職業：医師**

**【具体的内容】**

放射線治療で照射野に用いる皮膚マーカー（シールタイプ）

**【理由】**

シールタイプの皮膚マーカーは皮膚の（発赤、かゆみなど）がほとんど認められず、比較的長期間脱落がなく有用であるが、コストが高く、別料金で徴収したいため。

**6 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業）**

**【具体的内容】**

院内処方に選定療養を導入する。

**【理由】**

現在、医科の院外処方比率は約75%となっており、大半の医療機関において院外処方を採用している。一方、院内処方の場合、認定薬剤師等の専門知識を有する薬剤師が在籍する医療機関において、院内で薬を受け取ることが出来る利便性に加えて、これらの薬剤師による、質の高い説明や指導を受けることが出来るなど、患者にとってのメリットは大きい。これらのメリットを享受したい患者については、院内処方を選定療養の対象とすることで、特別料金を徴収してもよいと考える。

**7 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業）**

**【具体的内容】**

執刀医の選択に選定療養を導入する。

**【理由】**

現在、医科の院外処方比率は約75%となっており、大半の医療機関において院外処方を採用している。一方、院内処方の場合、認定薬剤師等の専門知識を有する薬剤師が在籍する医療機関において、院内で薬を受け取ることが出来る利便性に加えて、これらの薬剤師による、質の高い説明や指導を受けることが出来るなど、患者にとってのメリットは大きい。これらのメリットを享受したい患者については、院内処方を選定療養の対象とすることで、特別料金を徴収してもよいと考える。

**8 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業）**

**【具体的内容】**

特別対応を希望する患者へのアテンド料として選定療養を導入する。

**【理由】**



有名人、著名人、政財界の要人等からの、人目を避けて受診したい、待ち時間なく受診したい、〇〇先生に診て欲しい、といったニーズは多い。それらに応えるために、患者サービスとして、院内の調整から受診当日のアテンドまでスタッフを用意して対応することがある。患者が特別な対応を望むケースにおいては、アテンド料として選定療養の導入を行ってもよいと考える。

9 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業）

【具体的内容】

悪性腫瘍疑い患者へのPET-CTに選定療養を導入する。

【理由】

悪性腫瘍の確定診断が得られていなくても、悪性腫瘍が疑われると、PET-CTを希望する患者は多い。このような患者については、腫瘍マーカーでも制限回数超えの実施が認められているように、選定療養としてPET-CTを実施してもよいと考える。

10 個人 年齢：40～64歳 職業：薬剤師

【具体的内容】

患者が、紹介状なしで受診をした場合に選定療養費が発生する医療機関（現在、特定機能病院および400床以上の地域医療支援病院）が交付した処方箋を、当該医療機関の敷地内に立地する保険薬局\*に持参して調剤を受ける場合、患者は選定療養費として一定の負担をする仕組みを設けることを要望する。本件に係る当該選定療養費は、領収した保険薬局を通じ国庫に納める仕組みも併せて要望する。

ただし、患者の心身の状況や服薬の緊急性から、当該敷地内薬局を利用する相当な理由がある場合および患者が複数医療機関の処方せんの調剤を当該敷地内薬局で一元的にうけている場合は、選定療養費対象としない。

\*医療機関および医療機関が所属する組織等が有する敷地を直接および第三者を介した間接的な賃貸借取引により保険薬局の敷地として開設している場合。

【理由】

平成30年診療報酬改定において、特定機能病院および400床以上の地域医療支援病院において、紹介状なしで受診をした場合には、患者が規定された選定療養費を支払う仕組みが義務化されている。

特定機能病院および400床以上の地域医療支援病院の敷地内に開局する保険薬局は、もっぱらその特別な立地条件により、当該医療機関から発行される処方箋を調剤することを目途として開局するものである。また、当該医療機関を受診し処方箋を交付された患者が、敷地内の保険薬局で調剤を受ける理由は、もっぱら特殊な立地による利便性によるものであり、国が推進している「かかりつけ薬局・薬剤師」による継続的かつ一元的な薬学管理に逆行するものである。

11 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

老視矯正眼内レンズを用いた水晶体再建術を選定療養にすることを提案する。

【理由】

老視矯正眼内レンズとは、老視矯正のための眼鏡使用を減じることができる眼内レンズのことをいう。老視矯正眼内レンズを用いた白内障手術では、保険給付されている技術(単焦点レンズ)と一体不可分でありながら、老視矯正という保険給付の対象となっていない機能を含むため。なお、諸外国(米、独、仏、豪など)でも、公的保険と患者負担をくみあわせた仕組み(日本の選定療養に類似)を採用している

12 個人 年齢：65～74歳 職業：その他

【具体的内容】

入院中の患者の禁煙治療の保険適用を制度化する、また併せて歯科疾患(歯周病など)の禁煙治療の診療報酬を認めるべき。

【理由】

改正健康増進法の施行やローカルの受動喫煙条例の屋内原則禁煙で、禁煙希望者が増えていく方向なので、制限をなくし、喫煙率の12%以下への低減に向け、禁煙治療側の制度変更をお願いしたい。

13 学会

【具体的内容】

老視矯正眼内レンズを用いた水晶体再建術

(老視矯正眼内レンズを用いた水晶体再建術施行に際して生ずる費用の内、<K282 1. 眼内レンズを挿入する場合 ロ. その他の場合 12, 100点>を超える部分)

【理由】

通常的眼内レンズを用いた水晶体再建術術後において、遠見時及び近見時に十分な視力を得るためには、両者又はどちらか一方の矯正眼鏡が必要となる。また、それらの眼鏡は3-5年に一度の作り替えが必要となる。

老視矯正眼内レンズを用いることにより、それらの眼鏡の必要がなくなるため、「将来に費用負担が生じる眼鏡代金を、水晶体再建術施行時に負担する」と考えると、老視矯正眼内レンズを用いた水晶体再建術の費用を選定療養として別途負担することは理にかなっていると考える。

14 学会

【具体的内容】

認定施設における再治療予防に対するカテーテル治療費

【理由】

虚血評価に基づき心血管カテーテル治療（PCI）を行うことは、不要なステント留置を減らし、患者予後の改善とともに医療費削減効果があることが知られている。また、血管内イメージングに基づく手技は、急性期のスムーズな手技を可能としているばかりでなく、再狭窄削減効果も得られる。これら最先端の知識をもとに行われる OCI は、検査・治療時間が多少長くかかること、スタッフの十分な配置が必要なことから経費を要するため、必ずしも全施設が行なっていない。しかし、患者予後、医療費の観点からこれら施設の治療を推し進めるために選定療養費を設定することは重要と考える。

#### 15 団体

##### 【具体的内容】

医師が必要と判断しない（医学的に必要と判断されない）、患者・家族の希望による入院

##### 【理由】

要望のとおり。

#### 16 団体

##### 【具体的内容】

リンパ浮腫指導管理料の外来指導時の2回目以降

##### 【理由】

入院中に指導し（入院中1回算定）、退院した日の属する月又はその翌月に入院中に指導した患者のみ1回算定可能となっている。2回目以降の指導を希望される患者に対して選定療養として認めて頂きたい。

#### 17 団体

##### 【具体的内容】

湿布薬の処方制限の撤廃

##### 【理由】

湿布薬の処方制限があり、必要な場合は詳記対応となるが、希望する場合には、患者の希望枚数を選定療養として処方しても良いのではないかと。このことにより、ムダな通院（保険医療費の抑制）につながるのではないかと。

#### 18 団体

##### 【具体的内容】

保険診療を行っている際、患者の希望による検査の実施

##### 【理由】

健康診断とは別に、患者の希望にて検査を実施しているケースが一定程度、存在する。例レントゲンで診断された後、患者が不安だからとCTを希望するケース。

## 19 団体

### 【具体的内容】

有効性安全性が確認されている薬事未承認 PET 検査

- ・メチオニン PET を用いた脳腫瘍診断
- ・NaF-PET を用いた骨転移診断
- ・コリン PET を用いた前立腺癌転移診断

### 【理由】

これらの PET 検査は歴史が長く、安全性有効性が確認されているが、これらを製造する薬剤合成装置が、汎用合成装置であるために、薬事承認を得られる可能性が無い。現在臨床研究として施行している施設が多いが、臨床的な価値も高く、患者への利益も大きいため、選定療養としての導入をお願いしたい。

## 20 団体

### 【具体的内容】

(外来) 高次脳機能障害者を対象としたセラピストの教習所での自動車運転評価・指導。

### 【理由】

一定の需要があるが、現行制度では算定が出来ず、持ち出しが発生してしまう為。

## 21 団体

### 【具体的内容】

(外来) 脳卒中患者等の下肢装具（再）作製時のリハビリ評価・指導。

### 【理由】

一定の需要があるが、現行制度では算定が出来ず、持ち出しが発生してしまう為。

## 22 団体

### 【具体的内容】

施設基準に満たない間の検査・手術

### 【理由】

施設基準の届出要件に件数・症例数が設けられている項目があるが、こういった施設基準は新規届出の際、症例を満たす必要がある。その際に該当する手技が算定できないので、件数・症例数を満たすまでの間を選定療養費として認めていただきたい。

例) K668-2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

→手術通則 4 事務連絡 近い術式で出すと、材料が合わない。

## 23 団体

### 【具体的内容】

患者や患者家族の都合に伴う時間外や休日における医師からの病状説明

**【理由】**

医師からの入院中の患者家族への病状説明（緊急時を除く）を患者家族の都合で時間外や休日に実施することがあり、長時間労働につながっている。患者家族が安易に時間外や休日を選択することを抑止することで、医師の勤務時間短縮（働き方改革）の一助となる。そのため、患者家族の都合で時間外や休日に病状説明（緊急時を除く）を実施する際の費用を選定療養とすることを要望する。

**24 団体**

**【具体的内容】**

抗インフルエンザ薬の予防投与

**【理由】**

インフルエンザの流行期に於いて、入院中の患者にインフルエンザが発生した場合、同室入院患者の治療中の疾病・負傷に対する影響を考慮し抗インフルエンザ薬を予防投与する際や、個々入院患者の希望によって抗インフルエンザ薬を予防投与する際の費用については、選定療養とすることを要望する。

< 歯科 >

**1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師**

**【具体的内容】**

金属アレルギー患者への、歯科用金属で作製したクラスプやバーを用いない熱可塑性樹脂を用いたノンメタルクラスプのパーシャルデンチャー

**【理由】**

保険診療において金属アレルギーにより、金属が使用できない患者の場合、歯冠修復においては歯CADやHJC、ファイバーポスト等に対応できるが、欠損補綴の義歯については保険診療でカバーされておらず、ノンメタルクラスプパーシャルデンチャーを選定療養に導入することは、義歯の使用が必要な金属アレルギー患者に非常に有益であると思われる。

**2 個人 年齢：20～39歳 職業：歯科医師**

**【具体的内容】**

サリバテスト等の唾液検査の導入

**【理由】**

サリバテスト等の唾液検査を行い、唾液量、唾液緩衝能、う蝕原性細菌量等をもとに、う蝕のリスク解析を行うことにより、エナメル質初期う蝕を有する患者やう蝕多発傾向者個々に対するオーダーメイドの予防、指導を提案することが可能となり、う蝕の重症化予防効果が高まると考えられるため。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

小臼歯のレジン前装金属冠

【理由】

現在、小臼歯のレジン前装金属冠はブリッジの支台歯の場合においてのみ、保険適用が認められている。小臼歯単独の歯冠部の補綴処置を行う場合には、パラ等の金属冠又は硬質レジンジャケット冠やCAD/CAM冠等の非金属冠を使用することになる。この場合の金属冠はレジンによる前装は認められていない。

患者からの審美的要求も増加する中、機械的強度も合わせて必要とされる補綴処置には、小臼歯における単冠でのレジン前装金属冠が必要である。

4 個人 年齢：20～39歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

臼歯部 TeC

【理由】

臼歯部生活歯に対して生PZ後の症状緩和に対して、同日に保険診療で行える診療行為では、不十分である。生PZと同日にTeCを装着できると患者の苦痛を減らせると考えるが、現状の保険制度では混合診療となってしまうため。

5 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

MTAセメント

【理由】

直接歯髄保護処置、逆根管充填、穿孔の修理、根管充填剤等として、現状の適用外使用に対して、歯科用薬剤または医療用医薬品として保険適用としてもらいたい。自費のMTAセメントを使えば、それ以降は混合診療になり、保険診療で治療や検査をする事が出来ないため。

6 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯科医師による実地指導

【理由】

歯科衛生士の雇用が困難な歯科医院に対する救済処置は必要と思われるため。

7 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

マウスガード

【理由】

スポーツ界ではコンタクトスポーツを中心に試合出場時のマウスガード装着義務化が進んでいる。特定のスポーツ協会ではマウスガードの有効性は周知の事実である。成長期では頻繁に作りかえていく必要がある。口腔内装置として保険収載すればよいが、難しいのであれば選定療養での新規採用を望む。幼児から高齢者まで安全にスポーツを楽しむために、今後ますますマウスガードは認知、普及していくと思われるため。患者負担軽減のため。

8 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

睡眠時無呼吸症候群を疑うが医科受診のない患者に対する OSAS 治療

【理由】

医科で睡眠時無呼吸症候群の診断を受けているが、軽症～中等度のため歯科への情報提供がない患者は潜在的に多い。軽症な睡眠時無呼吸症候群患者に対し OSAS 治療をより簡易に行えるようにするため。

9 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

ウォーキングブリーチ

【理由】

保険収載から外れて久しいが、失活前歯の変色を歯質保存的に改善できることを含め、患者の審美的、精神的面での貢献度は高い。再度の保険収載を望む。以前の保険点数では採算が合わないので選定療養での復活を期待するため。

10 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

マグネットデンチャー

【理由】

マグネットデンチャーの有用性は周知の事実である。鉤歯の負担を軽減することで残存歯の継続管理が行いやすくなる場合もあるため。

11 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

小機能の対象患者に対する矯正歯科治療

【理由】

保険診療にて継続管理を希望する患者が増加しつつあるため。

12 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

口機能の対象患者に対する歯科インプラント治療

**【理由】**

保険診療にて継続管理を希望する患者が増加しつつあるため。特に臼歯部遊離端欠損症例に適用することで、臼歯部からの咬合崩壊を防ぐことができる場合があるため。

13 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

現行での金属床に加えて、欠損補綴にインプラントを用いた場合、同部の保険ブリッジでの欠損補綴をした場合と保険併用を認める。

**【理由】**

欠損補綴で多く行うブリッジは支台歯への負担を考慮する必要があり、負担過重から近隣歯を喪失することもしばしばみられる。一方、インプラントは近隣歯を切削することなく欠損補綴を行うことができることから需要が多い。歯の保存の観点からもインプラントの応用が有益であり、インプラントを用いた場合、保険併用を認めていただければ患者の負担はもとより、歯を保存することによる医療費の削減につながると考えられる。

14 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

スポーツマウスガード

**【理由】**

国民の健康増進のためには、幼少の頃から高齢に到るまで適度なスポーツを日常生活の中で、継続的に楽しむことは極めて有益であると考え。一方、スポーツを実施する中で、コンタクトスポーツ以外でも転倒等による頭頸部の外傷により、その後の健康な生活を営む上での支障をきたす可能性がある。そこで、スポーツを実施する際には、歯科医師により適切に設計された各個人に適合した、適切なマウスガードを装着させることが、外傷の効果的な予防のために必要と考える。

15 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

ノンクラスプデンチャーの追加

**【理由】**

審美目的。1～2歯欠損（少数歯欠損）補綴であれば床材料を選択すれば保険材料であっても技術的に可と思われるため。

16 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

スポーツ用のマウスピース（口腔内装置）に関する料金



**【理由】**

スポーツ時の外傷に対する予防的な効果を期待したマウスピース（口腔内装置）の有効性について認められてきている。しかし、現状では医療機関で製作された装置ではない効果のもの疑わしいものも多くみられる。選定療養に導入することで適切な製作をされた装置の浸透を図るべきであると考え。

17 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

6か月以内の義歯製作（紛失）

**【理由】**

現行制度では6か月以内の義歯作製を大きく4つの例（1歯数の変化、2遠隔地への転居、3認知症、4その他）を除いて保険請求を認めていない。そのため4つの事由に分類されない紛失等の場合、本人の10割負担で作製することとなっている。義歯がなく噛めない人前に出られないということになり、義歯はすぐ必要で自己負担が大きくなりすぎると、医療機関においても歯周病をはじめ管理型の療養が多くなっている中、自費の義歯が入ると義歯の管理に関してはその後も自費扱いとなり、トータルの管理が難しくなる。そこで、紛失した場合の義歯作製を選定療養に追加し、義歯の人工歯、クラスプ、バー等や印象から義歯管理料までは保険請求を認め、超える部分を自己負担で補う形を提案する。

18 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

プラークコントロールサポート

（患者自身が歯周病の現状を把握して、歯周病の病態、改善法を理解してセルフケアの技術勘所を向上させSBI（-）の状態が全体の10%を切るまでサポートに対する費用）

**【理由】**

長年にわたる日歯の取り組みが実を結び、国民の歯周病の全身へのかかわり、また周術期、介護状態の患者に対する口腔ケアの重要性は認知されるようになった。しかし、残念なたら、歯周病の罹患率等のデータはあまりよくなっていないのが現状である。これからは、確実に結果を出さなければ歯科会の未来はないと考える。その一つの取り組みとしてこの案を提案したい。歯科衛生実地指導だけでSBI（-）の状態が全体の10%を切るようにもっていくのは困難と考えている。TBIは患者さんの能力でも差がありまた、歯列の状態等難易度が上がる要素が多い。

また、選定療養にすることで患者さんに選んでもらえるところがいいと考える。歯周病の改善はセルフケアによるところが大きいからだ。

19 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

スポーツ用のマウスガード

**【理由】**

スポーツの際にマウスガードを装着することはかなり普及してきております。しかし、簡便な自作タイプのマウスガードでは成長期においては顎の成長を妨げたり、顎の偏位をもたらしたりするリスクがあります。成長期における健全な発育を促進するために正しく作製されたマウスガードを装着すべきと考える為。

20 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

インプラント

**【理由】**

インプラントは高度な技術、知識等を要するが、学生のうちから教育されるようになり、既に一般的な治療となった。また、近年歯周病の分類において国際的な流れとして天然歯のみではなく、インプラントも含めた歯周疾患ととらえる傾向にある。インプラント周囲炎は歯周病の一部とするのであれば、保険での管理も必要となる。また、一般的な治療となったインプラントを保険外併用療養費とすることで、届出が必要なことから費用面において患者とトラブルになるのを未然に防ぐことも考えられる。インプラントの導入については、装着後の対応を念頭に導入を提言するものである。

21 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

小児の咬合誘導

**【理由】**

平成 30 年度改定において口腔機能発達不全症に対して歯科疾患管理料での管理が認められた。しかし、機能訓練のみでは改善されず、咬合誘導が必要であることも多い。機能訓練と咬合誘導は車の両輪といっても過言ではない。歯列不正は学校健診においても指摘項目にありながら、実際に歯科医院に行くと保険外の治療となり何のための指摘か考えさせられることもある。発達をより正常に導くことは、将来の医療費の抑制にもつながるものと思われる。

22 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

メタルボンドセラミッククラウン

**【理由】**

レジン前装冠に比べ、セラミックボンド（メタル）の方が耐変色性に優れており、ほとんどの医療機関で実施されているため

23 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

歯冠崩壊進行した歯の根管治療に際して、根管内への感染を防ぐ目的により、歯冠部分に歯科用レジン等により行う築造

**【理由】**

抜髄処置や感染根管処置において、根管を唾液などにより感染させないように治療を進めることは、一番大事なことといわれています。歯冠部分がう蝕などにより崩壊した歯では、ラバーダムを付けることが困難になり防湿・感染予防が難しくなります。上記状態の歯には、歯の欠損部分をレジンなどにより補い、防湿・感染予防が可能な環境を作り、治療を進めることが必要です。上記理由により、歯冠崩壊進行した歯の根管治療に際して、根管内への感染を防ぐ目的により、歯冠部分に歯科用レジン等により行う築造は導入が望ましいと考えます。

24 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

歯科のジルコニアセラミック冠

**【理由】**

脱金属歯冠修復からも選定療養に含むべき。

25 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

根管治療時のMTA等の使用について

**【理由】**

MTAについては、現時点では日本未承認材料であるが、世界的には認証されていて効果が認められている材料である。この材料を使用するときは、根管治療が自費と成って仕舞う。現時点の根管治療は、算定要件を満たしていればCTとマイクロスコープの算定も出来るものである。ここに選定療養として、MTAが使えればより良い治療が望める。

26 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

単独植立のインプラント

**【理由】**

インプラントに関しては、広範囲顎骨支持型装置のみ保険適用となっている。広く一般的に行われている単独植立インプラントは、10～15年の残存率は90%を超えており、平成26年の厚労省の委託研究においても遊離端欠損部での補綴処置として義歯によるものに比べ咬合力、患者のQOLともに高いとの報告がある。残存歯を守るためにもインプラントの単独植立は有効であり、その後のメンテナンスの重要性を考慮すると、選定療養とすることで保険診療での歯周組織への対応が可能となり、インプラントおよび残存歯の長期予後

に資する。

27 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

ジルコニアによるクラウンやインレーの作製

【理由】

CADCAM 冠の保険適用により、金属価格高騰による医療費への影響緩和や金属アレルギーへの対応など多くの利点があるが、強度や表面性状などの面で問題もある。硬質レジンという性質上経年劣化による再治療は避けられない。歯科用ジルコニアは、近年改良が重ねられ、耐久性や審美性が向上している。経年劣化の影響はほとんどなく、再治療に伴う医療費の支出を抑えられる。金属床総義歯と同様に、CADCAM 冠との差額の費用を支払うことで、対応可能と考える。またインレーについては形成の困難さから新規の算定点数が必要である。

28 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

臼歯部の Tec

【理由】

臼歯部根管治療中の歯質の保護、咬合の保持、隣在歯との空隙維持の為に臨床において作成しているため。

29 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

高齢者のう蝕の指導管理

【理由】

8020運動30周年で50%が達成され、平成27年国民健康・栄養調査では、70歳以上の約40%が残存歯数20本以上のデータもあり、高齢者の残存歯数は増加してきている事は既に広く知られている事であります。

高齢者のう蝕は、通常う蝕以外に歯肉退縮による根面う蝕があり、唾液の減少や運動機能低下によるブラッシング不良や認知症等により、う蝕罹患率は高いと考えられ重症化させ欠損させないためにも指導管理は必要であると考えます。

30 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

オーラルフレイルの指導相談

【理由】

口腔機能低下症の診断検査で口腔機能低下症以前のオーラルフレイルの状態と判った場合、口腔機能を更に低下させないため、健康寿命を長引かせるためにも指導相談を行うのは有用

であり医療費の削減にもつながると考えます。

31 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

スポーツマウスガード

【理由】

現在、コンタクトスポーツ等で頭部に衝撃を受ける競技では、スポーツマウスガードの使用が推奨されており、使用することで、歯の破折・顎等の骨折・脳震盪等の被害を少なくすることが可能となるが、本器具の製作は予防的なものであり、現在保険導入されていない。しかしながら、本器具の使用により大きな外傷を防ぐことから、2020オリンピック開催地としてはぜひとも導入していただきたい。

32 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

小児期における、マウスピース矯正

【理由】

3歳頃の幼児期における反対咬合は、習慣性の下顎前方位咬合によるものが少なくない。この治療に対して有効なマウスピースによる治療がある。時期を逃してしまうと本格矯正に移行する場合も多い。また、早期に行えば短期間で正常咬合に戻すことができるため有効であると考え。これらよりぜひ導入をご検討いただきたい。

33 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯科金属アレルギー患者において、前歯部に対するオールセラミック冠による歯冠修復

【理由】

歯科金属アレルギー患者において、前歯部の全部被覆冠としての非金属歯冠修復は、現状では、硬質レジンジャケット冠のみの対応となっている。しかし、硬質レジンジャケット冠は、材質的にやや脆弱であり、歯ぎしりの強い患者や、咬合力の強い患者、切端咬合の患者等には不向きと考える。また審美的にも、必ずしも満足できるものとは言えない。オールセラミック冠は、強度的にも審美的にも優れ、前述の患者にも対応可能である。よって、歯科金属アレルギー患者の前歯部歯冠修復に対し、オールセラミック冠が選定療養として導入されることを提案したい。

34 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯科金属アレルギー患者において、CAD/CAMを用いたセラミックブリッジによる欠損補綴

【理由】

非金属による欠損補綴について、高強度硬質レジンプリッジが対応できるが、適応症例が限られている。また局部義歯は金属鉤を用いるため、歯科金属アレルギー患者には適応できない。すなわち同患者において、複数歯欠損や、1歯欠損であっても部位によっては、現状全く対応できない。CAD/CAMを用いたジルコニア等によるセラミックブリッジは強度に優れ、複数歯欠損症例にも対応し得る。よって、歯科金属アレルギー患者の欠損補綴に対し、セラミックブリッジが選定療養として導入されることを提案したい。

35 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

ホワイトニング

【理由】

日本人の審美意識が向上し、口腔内もより美しくなりたいという人は増えてきていると思われる。受診の動機としてホワイトニングは若年層に興味を持ってもらいやすく、それに付随してCやPの治療にもつながり、患者の掘り起こしになるのではないかと考える。

36 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

MTA

【理由】

MTAは直接覆髄や根管充填、歯根端切除時の逆根管充填、パーフォレーションへの対応等、利用法が数々ある。今まで予後が悪かった歯の長期的な保存に有用であると考えられる。

37 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

唾液検査

【理由】

初期う蝕に対する処置が保険導入されたが、唾液の緩衝能力はう蝕の発生、進行に深く係るため、これを把握し管理することで更に治癒又は重症化予防に資することができる。

38 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

金属アレルギー患者に係るメタルフリーの補綴物

【理由】

現在金属アレルギーを持つ患者治療において高額な補綴物を実費で行われているのが現状である。これは早急に対応策を考える必要がある。現在のCAD/CAM冠を全顎に対応し補綴物維持管理料を外して再製可能な状態にして頂きたい。

39 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯科金属アレルギー患者における、ノンクラスプ義歯による欠損補綴

【理由】

局部床義歯による欠損補綴に際し、歯科金属アレルギー患者においては、残存歯に金属鉤を製作することができず、欠損補綴が不可能な場合がある。ノンクラスプ義歯が認められれば、歯科金属アレルギー患者に対する欠損補綴の適応範囲が拡大できると考える。

40 個人 年齢：20～39歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

患者が歯科用顕微鏡を用いた精密な歯科診療を希望した場合に、特別の療養環境として保険適用部分に歯科用顕微鏡使用分を上乗せする。

【理由】

歯科用顕微鏡は歯科におけるほぼ全ての治療に使うことができ、精密な歯科診療を行うことで、患者により良い医療を提供できる。しかし現状は機器の導入で数百万の費用が掛かり、保険算定できるのはごく一部の治療に限られるが、歯科用顕微鏡をすべて自費治療とすると、患者の負担が高額になってしまうことから、患者のためになるならと真面目な先生ほどサービスで使用しているケースが見受けられる。すべて自費治療ではなく、患者がより良い治療を自分で選びやすくするために選定療法への導入を検討しては如何か。

41 学会

【具体的内容】

メタル（金属）レスブラケット

【理由】

矯正歯科治療は、第13部歯科矯正の項に示された通り、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常、3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常（埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。）又は別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養に限り保険診療が認められています。

一方、矯正歯科の保険診療で用いられる特定保険医療材料は<告示>材料価格基準（歯科矯正）において定められており、004ダイレクトボンド用ブラケットの材料価格は294円/1個と記載されています。<特定保険医療材料の定義；（004ダイレクトボンド用ブラケット）薬事法上承認又は認証上、類別が「機械器具（58）整形用機械器具」であって、一般名称が「歯科矯正用アタッチメント」又は「歯科矯正用材料キット」であること。>しかし、294円/1個はメタル（金属）ブラケットの平均価格と推察され、日常的に用いられるメタル（金属）

レスブラケットとは材料価格基準がかけ離れています。具体例を示すと、ジルコニアセラミックブラケット（約1,700円/1個）、アルミナセラミックブラケット（約1,500円/1個）、コンポジットブラケット（約1,000円/1個）などが挙げられます（※一般社団法人日本歯科商工協会 調査）。つまり、矯正歯科の保険診療で用いられるダイレクトボンド用ブラケットには様々な種類があり、材料価格も一定でないため、選定療養に適していると考えられます。

以上より、004ダイレクトボンド用ブラケットを選定療養としての新規導入に提案します。なお、メタル（金属）レスブラケットは金属アレルギーの患者に有用であることも申し添えます。

#### 42 学会

##### 【具体的内容】

MTAセメントの根管治療適応の導入

##### 【理由】

- ・諸外国でも、日本でも基礎研究、臨床研究共に優れたエビデンスがある。
- ・現在使用可能な根管封鎖材として最も優れているので治療成績が良い。
- ・したがって歯の寿命を延ばすことが可能である。
- ・専門医にとっては、必須の材料である。

#### 43 学会

##### 【具体的内容】

歯冠崩壊歯に於ける隔壁、並びにラバーダム防湿の導入

##### 【理由】

- ・ラバーダム防湿は根管治療にとって必須であり専門医は確実にやっている。
- ・歯の寿命を延ばすために、歯冠が崩壊している歯に対するラバーダム防湿には隔壁が必須である。

#### 44 学会

##### 【具体的内容】

診療情報提供料（I）に於ける専門医加算の導入

##### 【理由】

- ・歯内療法を専門医に診療情報を提供することにより“専門医”を認識させ必要かつ適切な医療を遂行することができる。
- ・一般医と区別するための専門医情報提供加算である。

#### 45 学会

##### 【具体的内容】



## 歯内療法専門医における診療加算の導入

### 【理由】

- ・歯内療法の専門医資格を有する者は、歯内療法に対する知識も技術も優れているため治療成績が良く再治療が少ない。
- ・資格を持たない者との差は大きい。そのための診療加算である。

## 46 学会

### 【具体的内容】

う蝕・歯周病のリスク検査

### 【理由】

う蝕・歯周病の発症リスク診断のための検査において

① CRT バッファー・バクテリア (Ivoclar Vivadent 社) またはデントカルロ (株式会社オーラルケア) ② バナペリオ (白水貿易株式会社) ③ ブラックスチェッカー (株式会社ロッキーマウンテンモリタ) 等を用いることにより、う蝕・歯周病に対する未発症の段階での先制的介入ができる診療環境を整備する。その際に発生する検査料金部分(自費)について、選定療養として新規導入すべきであると考え提案する。

平成 28 年度診療報酬改定により、歯科疾患の重症化予防を目的とした「かかりつけ歯科医機能の評価」が新規導入された。それに伴い、社会的ニーズは着実に予防医療へとシフトしている。平成 30 年度改定においてもその方向性はより明確化され、そうした疾患への発症リスクに対する患者・国民の関心はさらに高まりつつある。しかし現行の保険制度下における検査は極めて限定的なものであり、疾病の病態を検査する以上のものではない。特に、歯科の二大疾患であるう蝕・歯周病についての検査は、エックス線撮影やプローブ等を使用し、病態検査のみに留まっているのが現状である。それらの疾病に対して、これまでの歯科は治療を念頭においての診療が中心であったが、歯科疾患の重症化予防を前提としたこれからの管理型歯科医療においては、予防的視点に立った未発症の段階での先制的介入を判断する検査(疾病の発症リスクの低減を図る検査)が必要となる。例えば、う蝕については唾液緩衝能や関連細菌の検査(CRT バッファー・バクテリア/Ivoclar Vivadent 社またはデントカルロ/株式会社オーラルケア) などが有効であり、歯周病については歯周ポケット内の関連細菌の嫌気環境をみる検査(バナペリオ/白水貿易株式会社)に加え、その発症因子の一つでもある咬合性外性の原因となっている睡眠時ブラキシズムの検査(ブラックスチェッカー/株式会社ロッキーマウンテンモリタ)等が有用である。これらの検査を組み合わせ客観的かつ総合的にそれぞれの疾患の発症リスクを診断していくことで、個々の患者に対するオーダーメイドの予防法の提案や未発症の段階での早期介入などにより、ケア中心の管理型の歯科医療を構築していくことが可能となる。これらの検査は操作性や検査結果の判定が容易であることから、その普及性の面についても充分担保されていると思われるが、本検査に必要な医療機器・体外診断薬・材料等のインシヤルコストやランニングコスト(合計 4,374 円/1 回)に対する費用については、全額患者負担(自費)において賄わなければならないのが現状であ

る。現行の保険制度下では予防給付は認められていないが、それらの疾病が発症し重症化することによる過剰な医療費の抑制が見込まれることを考えれば、健康な生活を維持するアメニティー医療の一環として、選定療養の中にこうした検査を新規導入する意義は大きい。従来 of 病態を診る検査や治療評価のための検査については、新技術による検査も加え、これまで通り保険診療の中での取り扱いを継続しながらも、疾病予防に関わる検査については混合診療を避けるためにもそれらを選定療養として明確に区分すべきと考え、ここにそのご提案をさせて頂きたくことにした。

#### 47 学会

##### 【具体的内容】

歯冠修復及び欠損補綴における自費診療分の療養に対する基本診療料及び医学管理

##### 【理由】

歯冠修復及び欠損補綴については、自費診療分の療養について基本診療料及び医学管理の対象から除外されることについて、従来から矛盾を感じております。これらは自費のシーラントとフッ素と同様に基本診療料、医学管理等との併用を認めていただきたい。さらに支台築造も自費診療から分離し、選定療養の対象にして欲しい。

#### 48 学会

##### 【具体的内容】

保険対象外の歯科矯正における基本診療料と医学管理

##### 【理由】

保険対象外の歯科矯正についても、口腔機能発達不全症が保険導入されたことを契機に、基本診療料と医学管理の対象に拡充していくべきだと考えます。これにより、矯正専門医が高点数化し、高点数による個別指導に選定されることの常態化が副次的に緩和できるものと期待します。

#### 49 学会

##### 【具体的内容】

床義歯における抗菌コーティング（ナノ銀コーティング等）の床義歯加工処理義歯製作時および3か月ごとの表面処理

##### 【理由】

床義歯は使用に伴いレジン多孔質で細菌、真菌がバイオフィルムを構築する。義歯が口腔カンジダおよび誤嚥性肺炎の原因となる細菌のサーバーになりうる。銀イオンの抗菌効果については知られているが効果が持続することが重要である。ナノ銀などを用いて義歯床のコーティングを行うことにより、義歯床が温床となる口腔カンジダ症および誤嚥性肺炎の発生率を低下させられる。

ナノ銀製剤で表面処理を行うと抗菌効果が持続するとともに、義歯洗浄時間が短くなり介護施設での介護者の負担軽減につながる。鹿児島大学歯学部の上川の報告では同一患者で義歯床にナノ銀処理と非ナノ銀処理のチップを口蓋後縁に埋入し7日間義歯を装着した際の菌数の比較では処理群の口腔カンジダ数が190～1026に対して処理群では4未満であった (n=5)。ナノ銀処理を行うのにピカッシュ®では専用装置が必要で新製義歯に要する時間は1分30秒である。導入の利点は1) 被介護者の感染症発症率低下2) 介護者の負担軽減(義歯洗浄の時間短縮)が期待できる。

導入により、1) 被介護者の感染症発症率低下2) 介護者の負担軽減(義歯洗浄の時間短縮)3) 施設内の感染症患者の軽減4) 本制度を行うことにより、義歯適合患者においても、3か月ごとに歯科医院を受診することになり、高齢者の口腔疾患の早期発見および口腔機能低下についても定期的な精査が可能となる。

## 50 学会

### 【具体的内容】

専用洗浄剤を用いた義歯の着色・沈着物除去

### 【理由】

長期間わたる義歯の使用により、着色や歯石様沈着物が付着する。

着色の除去は患者 QOL の向上につながり、沈着物の除去は、義歯管理を容易にし、義歯性口内炎の発症を低減する。

現状では、歯科医院のサービスとして行われているが、専用洗浄剤(着色用および歯石除去用)の費用が1回あたり200円程度必要であり、手間もかかる。

費用と手間が掛かり、毎回行うわけでも無い「専用洗浄剤を用いた義歯の着色・沈着物除去」が再診料や歯リハに包含されていると説明するのは無理がある。

かといって、医療技術提案として導入するには、その実施の証拠の記録なしには、治療の質の担保が困難である。その効果が患者にも明白であるので、きちんと患者に説明した上で請求する選定療養に導入するのが、処置の質の担保に適切と考えられる。

なお、本処置に関する指針は、日本老年歯科医学会により作成されている。

「診療室における義歯洗浄と歯科衛生士による義歯管理指導の指針 2013 年度版」

[http://www.gerodontology.jp/publishing/file/guideline/guideline\\_2013.pdf](http://www.gerodontology.jp/publishing/file/guideline/guideline_2013.pdf)

<その他>

1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

### 【具体的内容】

骨、粘膜、皮膚に対して組織の活性化、創面の止血作用、治癒促進を目的とし使用する再生医療 PRP (多血小板血漿) 療法についてエビデンスは出ているものの方法などに関してメーカー間において様々な見解がある為、保険導入し採血から患者に対して使用するまでを一元化することが困難と考える為。

**【理由】**

人工骨など単体で結果を得るものに対してPRP療法の場合、高濃度の血小板を採るうえで遠心分離機においてはダブルスピン、シングルスピン、また採決時の針の太さ、血液の血球抽出や投与間隔、投与回数において医療機関によってばらつきなどがあり統一することが困難と考える為。

**2 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師**

**【具体的内容】**

セカンド・オピニオン

**【理由】**

保険診療にて認められている診療情報提供料（Ⅱ）について点数表の解釈には、「診療を担う医師以外の医師による助言（セカンド・オピニオン）を推進するものとして、」と記載があります。しかし、セカンド・オピニオンを推進しているにも関わらず、紹介先の保険医療機関においては全て保険外での対応となっています。

インフォームドコンセントは医療において非常に重要であり、セカンド・オピニオンを推進していくという点からも「セカンド・オピニオン」及び「診療情報提供料（Ⅱ）に対する返書」について新規導入すべきと考えます。

**3 個人 年齢：20～39歳 職業：歯科医師**

**【具体的内容】**

セカンドオピニオン

**【理由】**

当保険医療機関への受診が初めてである患者に対して、初診として保険診療を開始し、口腔内の検査や画像診断を行った後、治療方針等の説明時に、前医でのファーストオピニオン等に対して、セカンドオピニオンを求められることが歯科では多々ある。この場合、情Ⅱによる資料等なしでセカンドオピニオンについても長時間にわたり同時に説明を行わなければ患者は納得しない。歯科診療所では、自費扱いであるセカンドオピニオンを事前に伝えられることは稀であり、現状セカンドオピニオンとしての費用を頂くのは混合診療となるため。

**4 個人 年齢：40～64歳 職業：医師**

**【具体的内容】**

「日本語が話せない」患者に対し、患者の母国語で対応した場合（外来、病棟とも）

**【理由】**

私は英語と中国語を理解しますので、ロコミなどで英語や中国語「しか話せない」患者が来院します。日本語でのやりとりに比べて時間もかかりますし、何より私の技能は長年の継続的学習の結果として獲得されたものです。このようなケースも「特殊な療養環境」として、それなりの料金（通訳料相当）を請求してもよいと思います。

同様に、医師が「手話」を用いて診療をする場合にも、「日本語が話せない」患者に特別の能力で対応するわけですから、それなりの料金を請求して良いと思います。

5 個人 年齢：40～64歳 職業：医師

【具体的内容】

治療前後の画像、動画の情報提供

【理由】

画像とは別に、治療前中後等の口腔内外の状態を患者に示した場合、患者の歯科疾患に対する理解度が向上する場合が多いため。各種歯科疾患の継続管理はカルテ記載のみでは困難であり、画像または動画での記録が必要と思われるため。

6 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

予約なしで受診する患者に対しての加算料金の徴収

【理由】

現況大多数の歯科診療所においては予約診療制を導入している。その中で未予約の患者が来院し診療を行わなければならない場合がある。

それによって予約制に基づく診療の流れが妨げられ、診療担当者並びに他の予約している患者に悪影響を及ぼすことが多い。このような事態を減らすために予約していない患者が受診する際には別途加算料金の徴収を行う必要があると考える。

7 個人 年齢：40～64歳 職業：薬剤師

【具体的内容】

オンライン服薬指導に係る諸経費について

「通信状態確認等のための患者宅への交通費、使用する機器のレンタル費用、使用するアプリ等のシステム利用料」等の経費や、「システムの接続準備、映像・音声の確認、患者への使用方法説明」等の労務費

【理由】

オンライン服薬指導を行うにあたって、「通信状態確認等のための患者宅への交通費、使用する機器のレンタル費用、使用するアプリ等のシステム利用料」等の経費や、「システムの接続準備や、映像・音声の確認、患者への使用方法説明」等の療養の給付とは直接は関係のない労務負担が新たに発生しており、これらは、保険点数内には含まれないと思われる項目のため。

8 個人 個人 年齢：40～64歳 職業：薬剤師

【具体的内容】

調剤後の継続フォローに係る費用について

患者にとってより効果的、効率的に実施するために提供する ICT サービスの「アプリ等のシステム利用料」や「使用機器のレンタル費用」等の経費

**【理由】**

今後、患者にとってより効果的、効率的な調剤後の継続フォローを実施するための ICT を活用したサービスが出てきた際に、「アプリ等のシステム利用料」や「使用機器のレンタル費用」等の経費を保険点数内、もしくは選定療養として患者に請求できる可能性があるのか伺いたい。

**9 個人**

**【具体的内容】**

オンライン服薬指導に関して

- ① 患者にタブレット端末を貸与する場合の賃貸料、通信費、修繕費。
- ② 薬の郵送もしくは宅配した場合の配送費。
- ③ テレビ電話システムを使用する際、そのシステム運営を行う管理業者への料金。

**【理由】**

同事業は、現在は特区内でのみ行われているが、今後、全国的に展開する事になると想定すると、薬局側の負担は大きなものになると予想されるためです。

**10 個人 年齢：40～64 歳 職業：その他医療従事者**

**【具体的内容】**

特別な療養環境の提供以外の病室において、病室内のベッドの位置を選択できる。

**【理由】**

特別な療養環境の提供（室料差額）にかかる徴収を行わない病室において、病室内でも廊下側や窓側などベッドがその部屋の中の位置が異なることがある。この場合にベッド位置の選択について金額徴収を可能とする。

この場合、課金にてベッドの位置を選ぶことが出来るようにする。

**11 個人 年齢：40～64 歳 職業：その他医療従事者**

**【具体的内容】**

食事の内容、提供時間を選択できる。

**【理由】**

治療上の制限の範囲内で、腕利きのフランス料理のシェフや和食料理人、すし職人など、他の入院患者とは異なる食事内容や食事の時間時間（20 時～21 時など）を希望する患者に別料金を徴収する。

**12 個人 年齢：40～64 歳 職業：その他医療従事者**

**【具体的内容】**

待ち時間ファストパス・チケットの販売。

**【理由】**

予約診療ではなく通常外来に通院中した場合、その時点でファストパス・チケットを購入した患者について順位を早めて優先診療する。

13 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

**【具体的内容】**

特別会費を徴収しハイグレードなサービスを提供するプレミアム患者（ゴールド会員）。

**【理由】**

毎月一定額を徴収し、一般患者と差別化したハイグレードなサービスを提供するプレミアム患者（ゴールド会員）を設定できる。ゴールド会員のメリットは、人間ドック等の自費分の割引、病院送迎などの特典や、各種健康相談を提供することができる。

14 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

患者の送迎サービス

**【理由】**

歯科治療は外来と訪問でなりたっているが、そこからこぼれている人も多いと思う。自家用車の免許を返上した、インフラが発達していない地域なので通院の交通手段がない、家族に送ってもらうのは気が引ける、タクシー費用がない等、高齢社会では様々な理由で歯科治療を受けることができない人は増加していくと思われる。

15 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

**【具体的内容】**

休日、夜間帯、時間外受診に対して事前に連絡をしないで直接来院した場合

**【理由】**

- ・管内で制定している輪番制度の崩壊の恐れがある為
- ・医療従事者（医師、看護師等）の負担軽減の為

16 個人 年齢：20～39歳 職業：歯科医師

**【具体的内容】**

大病院の同日複数診療科受診に対する特別料金の設定および徴収義務化

**【理由】**

現行制度では同一医療機関で同日に複数診療科を受診すると初診料や再診料・外来診療料は2科目は半額、3科目以降は算定できない。このため自己負担が軽くなることから、一度大病院を受診すると、それまでかかりつけ医で診られていた他の疾患もまとめて大病院で診て欲しいと希望する患者が多く、外来機能分化の妨げや勤務医の過重労働の原因となっている。

大病院の同日複数診療科受診に対する特別料金の徴収を義務化することにより、日常の定期的な診察はかかりつけ医が行い、大病院は高度専門医療が必要な疾患に限り一時的に利用するという本来の医療提供体制を推進できると考えるため。

#### 17 学会

##### 【具体的内容】

予約制におけるデポジット制

##### 【理由】

予約制の場合、キャンセルされた際のキャンセルチャージの請求を認めていただきたいです。海外の診療所ではデポジット制等で実施されています。

#### 18 団体

##### 【具体的内容】

車椅子介助浴・全身介助浴の実施に係る費用

##### 【理由】

要介護高齢者の増加により、人的資源や設備への投資が必要でありながら、診療報酬による補填が無いため。

## 2. 現行の選定療養の見直しに関する意見

### ○ 特別の療養環境

#### 1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

##### 【具体的内容】

新たに、完全個室の歯科診療室には「特別の療養環境」を適用させる。

##### 【理由】

歯科外来診療で、パーテーション等ではなく完全個室で清潔空間を患者に提供可能な歯科診療室で提供される歯科医療は選定療養の対象とすべき。パーテーション等で仕切っただけの歯科診療室は完全個室の診療空間と比べ不潔である。完全個室の診療空間を提供できる歯科医院には新たな施設基準を設けてもよいのではないかと。歯科医療に真摯に取り組む診療所には増点に繋がるよう十分配慮していただきたい。

#### 2 個人

##### 【具体的内容】

特別の療養環境(至急の必要性がなければ患者の部屋希望に合うまで入院日を延ばしても良いという注記を追加すべき。現状はないため入院ありきで部屋代は病院持ち出しとなる傾向が当然かの風潮がある。)

##### 【理由】



混合診療の解禁を広め受益者負担を拡大し公平性を担保する。

3 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

入院中の患者に対する特別な入院環境をサポートする。

【理由】

一般患者とは異なり、入院中に患者の希望する入院環境を提供する。例えば、ビジネスマンの場合、パソコンやプリンタ、Mail 環境を病室に用意する。または、高額所得者の場合、家具やテレビなどを用意する。

4 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

特別な療養環境の提供（室料差額）の徴収額は固定ではなく変動制にする。

【理由】

特別な療養環境の提供（室料差額）にかかる徴収額は各厚生局へ届出することで、誰にでも曜日等も関わらず一律同額を聴取しているところであるが、患者がグレードの高い特別な療養環境の提供を希望する場合または繁忙期等より患者と病院とで徴収額の設定を出来るようにする。

5 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業以外）

【具体的内容】

これ以上保険外負担の拡大は行わないでください。

【理由】

一般の病室が空いていない場合や、医療上の必要性で差額のある部屋へ入院した場合には、差額室料を徴収できない事を、医療機関に対して繰り返し周知してください。また、実態を調査して適正な指導を行ってください。

6 個人 年齢：20～39歳 職業：会社員（医療関係の企業以外）

【具体的内容】

これ以上保険外負担の拡大は行わないでください。

【理由】

一般の病室が空いていない場合や、医療上の必要性で差額のある部屋に入院した場合には差額室料を徴収できないことを、医療機関へ繰り返し周知してください。また、実態を調査して適正な指導を行うようにしてください

7 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的な内容】

一般の病室が空いていない場合や、医療上の必要性で差額のある部屋へ入院した場合には差額室料を徴収できないことを、医療機関に対してくり返し周知をしてください。

**【理由】**

現状では差額の部屋しか空いていない時には、患者の意向にかかわらず差額代を払って入院せざるを得ないのが現状です。

**8 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業以外）**

**【具体的な内容】**

一般の病室が空いていない場合や、医療上の必要性で差額のある部屋へ入院した場合には、差額室料を徴収できないことを、医療機関に対して繰り返し周知をしてください。また、実態調査して適正な指導を行うようにしてください。

**【理由】**

医療機関によっては、差額の部屋しか空いていないにも関わらず、差額代を払って入院せざるを得ないことがあります。それは、国の指導が医療機関に行き届いていないためにおこっていることなのではないでしょうか。

**9 個人 年齢：20～39歳 職業：無職**

**【具体的内容】**

一般病棟が空いていない場合や、院内感染した場合や感染症の疑いのある場合に隔離するために差額部屋へ入院した場合には、差額室料を徴収できないことを、医療機関に徹底周知をして頂きますようお願い致します。

また、現状を調査確認していただきたいと思います。きちんと国の方針を理解し、徴収を行っている病院もあります。この患者の弱みを利用する医療機関が無くなることを願っています。

患者は、差額ベッドしか空いていないと言われれば、そこに入らざる得ないのです。

**10 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業以外）**

**【具体的内容】**

一般の病室が空いていない場合や、医療上の必要性で差額のある部屋へ入院した場合には差額室料を徴収できないことを、医療機関に対してくり返し周知をしてください。また、実態を調査して適正な指導を行うようにしてください。

**【理由】**

国が示している決まりでは、患者の同意なく差額ベッド代の徴収をしてはいけないこと、治療上必要とされる場合の差額の徴収や、差額以外のベッドが空いていないための差額ベッド代の徴収は行ってはいけないことになっています。しかし、現状では差額の部屋しか空いていない時には、患者の意向にかかわらず差額代を払って入院せざるを得ないのが現状です。

11 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業以外）

【具体的内容】

一般の病室が空いていない場合や、医療上の必要性で差額のある部屋へ入院した場合には差額室料を徴収できないことを、医療機関に対して繰り返し周知をしてください。また、実態を調査して適正な指導を行うようにしてください。

【理由】

国が示している決まりでは、患者の同意なく差額ベッド代の徴収をしてはいけないこと、治療上必要とされる場合の差額の徴収や、差額以外のベッドが空いていないための差額ベッド代の徴収は行ってはいけないことになっています。しかし、現状では差額の部屋しか空いていない時には、患者の意向にかかわらずに差額代を払って入院せざるを得ないのが現状です。

12 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

一般の病室が空いていない場合や、医療上の必要性で差額のある部屋へ入院した場合には差額室料を徴収できないことを、医療機関に対して繰り返し周知をしてください。また、実態を調査して適正な指導を行うようにしてください。

【理由】

国が示している決まりでは、患者の同意なく差額ベッド代の徴収をしてはいけないこと、治療上必要とされる場合の差額の徴収や、差額以外のベッドが空いていないための差額ベッド代の徴収は行ってはいけないことになっています。しかし、現状では差額の部屋しか空いていない時には、患者の意向にかかわらずに差額代を払って入院せざるを得ないのが現状です。

13 個人 年齢：20～39歳 職業：その他

【具体的内容】

一般の病室が空いていない場合や、医療上の必要性で差額のある部屋へ入院した場合には差額室料を徴収できないことを、医療機関に対して繰り返し周知をしてください。また、実態を調査して適正な指導を行うようにしてください。

【理由】

慢性的な難病を抱え収入を満足に得られない生活を送っている中、救急治療が必要な場合でも高齢化に伴い、一般病棟が満床ぎみで差額のある部屋を勧められることが増えてきました。医療上の必要性で差額のある部屋へ入院した場合であっても差額のある部屋の料金を取るところがあります。差額のある部屋は病院が選ぶのではなく患者が選ぶサービスのはずです。実態を調査して適正な指導を行うようにしてください。

14 個人 年齢：20歳未満 職業：その他

【具体的内容】

知的障害者などが病院に入院する際に、病院側から個室対応を求められることが一般的となっているが、その際も、患者・家族の意思と選択により特別の療養環境を望んだこととされ、差額ベッド料が発生している。個室を選ばざるを得ない理由は、大声を出す、動き回る、など障害ゆえに発生する事象が原因となっており、障害者とその家族にとっては多大な費用負担を覚悟しなければならない事態となっている。

障害があるがゆえに、特別の療養環境を選択せざるを得ない場合については、それに伴い発生する特別な費用負担については、適切な軽減措置が講じられる必要がある。

15 個人 年齢：40～64歳 職業：無職

【具体的内容】

差額以外のベッドが空いていない、と言われて差額ベッド代金を払うことを承諾する書類にサインしないと入院が認められないことがある。

【理由】

現行の取り扱いの明確化を切に望みます。行政の方は「一般病室が空いていない場合、医療上必要がある場合は差額徴収できない」と仰いますが、入院手続きのとき、一般病棟が空いてなくて個室になると、差額室料承諾の書類サインを求められます。その都度、こちらからお話しして免除をお願いしています（たまたまその病院がそうなのかもしれませんが…）。徴収できない、しないことを国から明確に周知してほしいです。

16 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

特別の療養環境（差額の部屋以外の選択ができるように、病室の基準を見直していただきたい。自立支援医療、小児慢性特定疾病、難病の医療費助成といった公費の医療費助成を受けて治療を受けている患者に対しては、一定の配慮を行うようにしていただきたい。）

【理由】

先天性心疾患患（児）者が治療できる専門医療機関が限られている。入院治療を受けるにあたっては、差額の部屋以外に病室がないことを理由に、患者・保護者の選択の余地もないまま、差額ベッド代の支払いを余儀なくされることが多い。重症疾患の患者ほど入院の日数や回数は多い。小児期の手術は生後間もなくから3歳といった親の収入が少ない時期に行われることが多いため、経済的な負担は大きい。また、成人期になって再手術を受けるケースも多いが、就労がままならない患者本人は収入が少ないために、やはり負担は大きい。生涯にわたり医療が必要な患者には、安心して治療が受けられるよう、一定の配慮が必要と考えます。

17 個人 年齢：40～64歳 職業：無職

**【具体的内容】**

特別の療養環境（差額の部屋以外の選択ができるように、病室の基準を見直していただきたい。自立支援医療、小児慢性特定疾病、難病の医療費助成といった公費の医療費助成を受けて治療を受けている患者に対しては、一定の配慮を行うようにしていただきたい。）

**【理由】**

一般病床が満床の場合や医療上の必要で差額部屋に入院した場合、差額ベッド代を徴収しないことになっていると思います。医療機関に対して、すすんで差額部屋を希望するのでない限り差額ベッド代を徴収できない旨、再度周知をお願いいたします。

患者や患者家族が、この部屋しか空いていないからという説明を受け、すがる思いで承諾書にサインをして差額ベッド代を払ったという話を聞きます。大きな病気であればあるほど不安も大きく、また医療機関も限られるために選択の余地はほとんどありません。

我が家にも病気の子供がいます。健常の方のように安価で手厚い民間の保険に入れるわけではありません。将来の収入が多いとも思えません。いずれ成長して自分で医療機関にかかる時、手遅れになる前に安心して病院にかかれるようになって欲しいと願っています。

18 個人 年齢：40～64歳 職業：無職

**【具体的内容】**

一般の病室が満室の場合、医療上の必要性で差額のある部屋へ入院した場合には差額室料を徴収できないことを各医療機関に対してくり返し周知いただきたい。また、実態を調査し、適正な指導を行うようにしてほしい。

**【理由】**

病院によって対応が違うため、困惑している事例を耳にするため。

19 個人 年齢：65～74歳 職業：無職

**【具体的内容】**

これ以上の保険外負担の拡大は行わないでください

**【理由】**

一般の病室が空いていない場合や、医療上の必要性で差額のある部屋へ入院した場合には差額室料を徴収できないことを、医療機関に対して繰り返し周知してください。また、実態を調査して適正な指導を行うようにしてください。

20 学会

**【具体的内容】**

外来医療に係る特別の療養環境の提供に関する料金について、30分以上の個室での診療を対象とし、静寂な環境条件について、歯科の切削器具（タービン等）による歯科診療実施の場合、一定の条件整備（ヘッドホン等の利用）により、患者からの徴収が可能となるよう、取り扱いを明確化する。

### 【理由】

外来医療に係る特別の療養環境については、現状では、透析患者等を対象とした1時間以上の療養を要する場合に、個室で静寂な環境下で、医療提供がされた場合に、特別の料金を徴収できることとなっているが、最近、歯科診療の現場では、患者の療養環境の整備の一環として、個室環境での診療を提供することができる歯科診療所も見受けられるのが実状であるが、1時間以上の診療に限定されるとともに、静寂な環境を求めていることから、歯科医療機関における個室診療の環境が整備されていても、対象として含まれないと医療関係者が解釈するケースが多く見受けられることから、歯科医療機関での選定療養の利用は、限定されている。

このため、外来医療における療養環境の整備が適切に図られる上では、時間規制を30分から45分程度に緩和するとともに、歯科用切削器具を用いても、医療機関の工夫（ヘッドホンの利用等）により静寂環境が確保される場合に、患者からの徴収が可能な旨を明確化すれば、患者ニーズにマッチしている場合、利用が促進される可能性が考えられる。

### ○ 時間外診療

1 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

### 【理由】

「保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察に関する料金」に「(患者及び家族等への説明を含む)」を追記される事を望みます。診療時間外(夜間・休日)での説明が散見される。医師等は超過勤務等でこれに対応している。それに対する経費として応分の負担について明記すべきである。

2 個人 年齢：20～39歳 職業：医師

### 【具体的内容】

時間外診療(医師の時間外労働時間規制の地域医療確保暫定特例水準(年間1860時間以下)の対象となる医療機関における時間外選定療養費の最低金額の設定(5000円?10000円程度)および徴収の義務化。)

### 【理由】

限られたマンパワーで地域医療を確保しながら労働時間を短縮するためには、より強力で1次救急医療機関等との機能分化を進め、緊急性の高い重症患者の診療に集中する必要があるため。

### ○ 大病院の初診

1 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員(医療関係の企業)

### 【具体的内容】

紹介なし初診について、一般病床200床以上という病床数だけを基準にするのではなく、他の指標を設ける。

### 【理由】

一般病床 200 床未満でも大学病院並みの高度医療を提供している医療機関は数多く存在する。一方で 200 床以上であっても必ずしも高度医療を提供しているとは限らない。この制度は医療機能の分化が目的であるが、病床数だけを基準にすることは矛盾が生じていると思われる。したがって、病床数以外にも他の指標を設定し、紹介なし初診の特別料金の徴収を認めてはどうか。指標として、緊急入院数、全身麻酔件数、救急車搬入件数、標榜診療科、医師数、保有医療機器などが考えられる。

## 2 個人 年齢：20～39 歳 職業：医師

### 【具体的内容】

大病院の初診（医師の時間外労働時間規制の地域医療確保暫定特例水準（年間 1860 時間以下）の対象となる医療機関における初診時選定療養費の最低金額の値上げ（10000?30000 円程度）。

### 【理由】

限られたマンパワーで地域医療を確保しながら労働時間を短縮するためには、より強力に外来の機能分化を進め、高度専門医療を必要とする患者の診療に集中する必要があるため。

## 3 学会

### 【具体的内容】

時間外診療（救急車利用の有無を問わず、入院に至らなかった症例は全例選定療養費を徴収するように明確化すべきである。

### 【理由】

時間外診療について現行制度でも救急車による来院患者も選定療養の対象としうるが、現実には救急車にて来院した患者は対象としていない病院が多い。

このため選定療養費を支払いたくないため軽症でも救急車を利用する患者が少なからずいる。甚だしきは選定療養費を要求されたがために、病院の前から救急車を呼び他院を受診しようとするものまでいる。このような状況は逼迫した救急体制を更に悪化させる。

### ○ 大病院の再診

## 1 個人 年齢：20～39 歳 職業：医師

### 【具体的内容】

大病院の再診（「定期処方のみで1年以上通院している場合」や「がんの手術後、再発や追加治療なく5年以上経過した場合」など客観的な徴収基準を明示し、医師が個別に判断しなくても事務的に徴収できる様にする。）

### 【理由】

現行の「他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、患者が当該病院を受診した場合」という基準では、同じような病状でも病院間・医師間により徴

収める場合としない場合があり、患者の理解が得られにくい。

## 2 学会

### 【具体的内容】

大病院の再診（文書紹介などの条件や受診科の数にかかわらず一定規模以上の病院を受診する患者は一律選定療養費を徴収するように制度を改めるべきである。難病などは難病医療券がある場合は免除などの特例で対応すればよいように思う。

また、生活保護者についても一般患者と金額は異なってもよいので、何がしかの自己負担を求めべきである。）

### 【理由】

現行の再診に関する選定療養費では複数科を継続的に受診していない患者に限られる。しかし、軽症で大病院を利用する患者には1度に複数の科を受診できる利便性のために通院しているものも少なくない。このため、家庭医で十分な病状の患者が少なからず大病院の複数科を受診している。このような患者は再診の選定療養費をとれないため大病院の受診抑制にあまりつながっていないため。

生活保護者で医療費負担がないため病状に不釣り合いな受診回数を重ねるものがあるため。

## ○ 制限回数を超える医療行為

### 1 個人 年齢：40～64歳

#### 【具体的内容】

制限回数を超える医療行為（検査も月に一定数以上は自費とする）

#### 【理由】

混合診療の解禁を広め受益者負担を拡大し公平性を担保する。

### 2 個人 年齢：65～74歳 職業：医師

#### 【具体的内容】

選定療養から除外すべき。

#### 【理由】

選定療養の類型の一つに「制限回数を超える医療行為」が認められており、①「腫瘍マーカー（AFP、CEA、PSA、CA19-9）」、②「疾患別リハビリテーション」、③「精神科ショート・ケア」「精神科デイ・ケア」「精神科ナイト・ケア」「精神科デイ・ナイト・ケア」について、制限回数を超えて実施した場合、その費用を患者から自費徴収できるとされている。①には患者の不安を軽減する必要がある場合に限り、②には患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合に限り、③には患者家族の負担を軽減する必要がある場合に限り、実施されるという要件がある。

しかし、診療報酬点数表で設けられているこれらの回数制限は、健康保険法の「療養の給付」の範囲として認められている医療行為ではあるが、保険者への診療報酬の請求は認めない、



という制限である。本来、必要な医療はすべて保険給付とし、個々の患者の状態において「医療上必要か、否か」で判断すべきである。

もし、「医療上の必要性がほとんどない」と判断される医療行為であるなら、保険給付と併用を認めるべきではない。

2016年、厚労省は「治療中の疾病または負傷と直接関係しない検査」として、保険導入の要望が強いノロウイルス検査を選定療養に導入することを中医協に提案した経緯がある。

今後も「療養の給付」の範囲として認められている項目や保険導入の要望の強い項目が、「制限回数を超える医療行為」「治療中の疾病または負傷と直接関係しない検査」として、選定療養の検討対象に加えられることになれば、「療養の給付」の範囲は次第に縮小し、必要な医療は「療養の給付」として現物給付する、という現在の健康保険法の理念は空洞化してしまう。

選定療養は「療養時のアメニティの向上に資するもの」の範囲に限定すべきで、医療行為そのものを対象とすることには断固反対である。

### 3 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

#### 【理由】

歯科治療に処置に、咬合調整がありますが、咬合調整のそれぞれの項目ごとに同一初診以内に1回のみと制限があります。しかし、歯周炎に対する歯の削合、歯ぎしりに対する歯の削合などは、1回で終了することは少なく、必要性があれば、複数回行うことがあります。咬合調整は、一連の治療を行う上で重要な処置となり、知識や技術も必要です。上記理由により、咬合調整を「⑩回数制限を超える医療行為」に明確に入れることが望ましいと考えます。

### 4 個人 年齢：65～74歳 職業：その他

#### 【具体的内容】

制限回数を超える医療行為（禁煙治療の保険診療が12週、5回まで、年1度までと定められているが、この制限をなくすべき。）

#### 【理由】

改正健康増進法の施行やローカルの受動喫煙条例の屋内原則禁煙で、禁煙希望者が増えていく方向なので、制限をなくし、喫煙率の12%以下への低減に向け、禁煙治療側の制度変更をお願いしたい。

#### ○ 歯科の金合金等

### 1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

#### 【具体的内容】

材料の追加

#### 【理由】

陶材焼付金属冠、CAD/CAM（ジルコニアを追加）冠等を使用した補綴物を選定療養の対象と

すべき。歯科用金属（金パラ）は価格が高騰しているし値段も不安定である。CAD/CAM 冠、ジルコニア、レジン冠へ移行すべき。今後より一層のメタルフリーを加速させていただきたい。

**2 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師**

**【具体的内容】**

廃止

**【理由】**

現在では、この項目の算定実績は極めて低いと考えられること。また、前歯部金属歯冠修復に対して、敢えて金属材料の高価な金合金、白金加金を使用する必要性、及び材質の特性上の利点が認められると考えられないこと。さらに、臼歯部においても金属色を忌避する患者の要望が高い現在の風潮の中、前歯部に金属色の露出の可能性のある修復方法を選択する必要性がないと考える。

**3 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師**

**【理由】**

歯科鑄造用金銀パラジウム合金については6か月毎に価格の随時改定が行われているが、現状では告示価格と実勢価格が大きくかけ離れてしまっている。

このことは、使用金属量を抑えるための歯冠形成など医療崩壊にも繋がりがねない。また、歯科技工士の問題にも直結してくる。

国民が安心、安全な医療を受けるためにも、「実際の使用金属量」及び「実勢価格」から算出した材料料の差に関する料金を選定療養として見直すべきと考える。

**4 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師**

**【具体的内容】**

廃止

**【理由】**

現在行われている審美部位の修復として適切なものと考えにくい。

和歌山県でほとんど実績がなくなっている。

**5 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師**

**【具体的内容】**

歯科鑄造用 12%金銀パラジウム合金の導入

**【理由】**

現在は、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給に関する料金についてのみ選定療養として認められているが、現在保険診療で使用されている歯科用貴金属価格の改定では±5%が改定の基準となっているが、歯科鑄造用 12%金銀パラジウム合金の価格

は、市場に敏感に変動しているため、実情とあっていない。そもそも、市場価格の変動のある材料を保険にて使用すべきでないと考える。これらのことより、今後もいわゆるキンパラを保険にて使用し続けるのであれば、適正な市場価格に合致することができるような仕組みに変えていただくか、選定療養として考慮していただきたい。

#### 6 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

##### 【具体的内容】

前歯部に限定されている金属歯冠修復物に使用する金合金又は白金合金に限定されているが、全顎にし、12%金銀パラジウム合金も追加していただきたい。何かを廃止しなければ新しい物が入れないなら金属床総義歯の廃止。総義歯だけに限定される意味も分からないが、保険外診療で説明しているにも関わらず説明が困難。

##### 【理由】

現在の金属改定は直近6ヶ月の年二回の見直ししか無く。本来であればせめて毎月の金属の価格変動に合わせた見直しが必要であると考え。重ねて厚生労働省が定める計算方法を現状にあうようにしていただきたい。

#### 7 団体

##### 【具体的内容】

廃止の検討

##### 【理由】

保険外併用療養費に係る実績報告の様式変更により、正確な実態把握が可能になったと考えられることから、実績報告の結果に基づき、当該療養を継続するか否か検討願いたい。

#### ○ 金属床総義歯

#### 1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

##### 【具体的内容】

残根上の義歯は認めてほしい

##### 【理由】

現在、日本は超高齢化社会となり、病気をかかえる高齢者が増えている。さまざまな理由で抜歯ができず、やむを得ず残根状態とするケースも増加してくると考えられる。適応範囲の拡大を期待する。

#### 2 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

##### 【具体的内容】

金属床総義歯の請求において、保険点数表には当初は金属床総義歯の点数表がなく10年以上経過した現在においても熱可塑性床義歯と熱可塑性樹脂人工歯の点数を寿尿している。しかし、材質は金属床であるならば、金属床総義歯の点数として掲載するのが正しい表記の仕

方であり、変更することによる利益相反はないと考える。

#### 【理由】

保険と保険外の金属床総義歯では、もともと材質や値段が違うのが相当である。保険治療費と特別な費用を患者から別に徴収することは混合診療と疑われぬよう、その都度患者に丁寧に説明すればするほど言い訳していると捉えかねない。

選定療養という不可思議な枠を作ることにより、将来も全面的に保険導入されるという見込みがないものについては混合診療という誤解や混乱を避ける意味からも、保険治療の枠からは切り離すべきと考える。よって、保険外併用療養費制度の金属床総義歯の廃止を望む。

### 3 学会

#### 【具体的内容】

総義歯のみが対象となっているが、部分床義歯に拡大を図る

#### 【理由】

患者ニーズを踏まえれば、歯科の自費診療部分について、医療保険との併用が可能な部分については、現場が混乱しないように配慮しながら、導入を図っていくことが、より良いサービスを提供していくとともに、医療保険制度の円滑な運営を図る上で必要とされる。

ところで、現行の金属床総義歯は、中医協歯科問題小委での意見等を踏まえ、平成6年10月に導入され、すでに20年以上たち、現場での混乱も無く、今日に至っているが、患者さんへの歯科医療サービスについて、将来的に保健導入を行わないサービスと位置づけられていることから、アメニティーの部分を上昇していく上では、金属床の局部（部分床）義歯への導入も必要となる。ただし、床形態が複雑化し、医療機関での料金設定等で統制がとれない可能性が危惧されることから、局部義歯でもある程度形態の把握が比較的容易となる9歯以上または12歯以上で、とりあえず導入するのであれば、現場対応も容易と考える。もちろん標準化がある程度可能であれば、1歯以上の導入が望ましいが、大きな制度改革となりえる場合には、ステージを踏んでの対応でもよいように思われる。

なお、各国立大学では、附属病院で自費等の診療についての料金規則を定めており、年に1回以上の見直しが行われ、東京医科歯科大学歯学部附属病院の規則では、本提案に関連する床義歯の部分について、

金属床（コバルトクロム床、チタン床、白金加金床、特殊義歯）で片顎、両顎

クラスプ加算（1個につき）

アタッチメント類の追加料金（設計料こみ）

等の設定がされている。また、関連の補綴技術についても金額設定がされており、これらの規則をある程度準拠するとともに、対象とならない自費診療の区分を明確化すれば、現場での混乱は大きくはないと思料される。

### 4 学会

#### 【具体的内容】

取り扱いの明確化

【理由】

金属床による総義歯の提供に関する取扱いは難解で運用しづらい現在取扱いが明確でない点もあるため、見直しが必要と思います。

○ 小児う蝕の指導管理

1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

う蝕予防、フッ素洗口液（ミラノール）の保険導入

【理由】

う蝕予防に対するフッ素洗口の有用性は周知の事実である。歯の萌出初期、う蝕活動性が高い時期、歯肉退縮し歯根部象牙質が露出し根面う蝕の好発時期等、幅広い世代を比較的簡単にう蝕進行の危機から救うことができると思われる。プラークコントロールよりもう蝕予防効果が高いのでは、とされるデータもある。う蝕に罹患しそうまたはしている患者の継続管理を行う上で、ミラノールは費用対効果の優れたフッ素洗口剤であると思われる。C選療とは別に、含嗽剤、洗口剤（外用）として保険収載し、点数を貼り付けていただきたい。

2 個人 年齢：65～74歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

選定療養から除外すべき。

【理由】

本制度の対象となる指導管理は、う蝕多発傾向を有しないものの「継続的な管理を要するものに対するフッ化物局所応用又は小窩裂溝填塞による指導管理」が対象となっているが、「継続的な管理」が必要であるならば、すべて医療保険で給付すべきである。

また年齢、乳歯・永久歯別、う蝕の多寡により患者を選別する「う蝕多発傾向者の判定基準」により、う蝕歯1本、年齢1歳の差異で保険給付か否かを左右するうえに、う蝕が比較的少ない患者への保険給付を一部制限する取扱いは不合理である。

「う蝕多発傾向者の判定基準」は廃止し、1歯でもう蝕に罹患している患者へのフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞は医療保険で給付すべきである。

3. 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについての意見

1 個人 年齢：20～39歳 職業：薬剤師

【具体的内容】

薬剤の容器代

【理由】

「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の文書に、「2 療養の給付と直接関係ないサービス等—（3）診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されてい

る費用—イ 薬剤の容器代（ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする）」と記載がある。ただし書きの意図をご教示いただきたい。

薬剤の交付時に、軟膏や水剤で使用される容器代（軟膏壺や水剤ボトル）に関しても、患者から徴収し、その後、返却された際に徴収した容器代を返金しているが、衛生上の理由から、一度患者から回収した薬剤の容器（軟膏壺や水剤ボトル）を再利用している医療機関は少ないと考えられ、実質、無償での対応となっているケースが多いと思われる。

## 2 個人 年齢：20～39歳 職業：薬剤師

### 【具体的内容】

調剤した医薬品の持参料について

### 【理由】

「同文書の2—（5）その他—ア 保険薬局における患者への調剤した医薬品の持参料」と記載があるが、配送業者による郵送費用も該当するのをご教示いただきたい。

オンライン服薬指導が広がった場合、調剤した医薬品を患者へ郵送するケースが増えてくることが想定されるため、解釈を明確化しておきたい。

## 3 学会

### 【具体的内容】

大白歯のFMCへの前装加工

### 【理由】

大白歯のFMCへの前装加工は、「療養の給付と直接関係ないサービス」として取り扱えないものでしょうか。

## 選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集について

### 1. 背景

- 選定療養については、「「日本再興戦略」改訂2014」（平成26年6月24日閣議決定）において、「学会等を通じ、定期的に選定療養として導入すべき事例を把握する仕組みを年度内に構築する。」こととされている。
- このため、平成27年1月28日の中医協総会において、選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見を定期的に医療関係者、国民から募集し、寄せられた提案・意見を基に、中医協において議論することについて、御了承いただいた。
- これを受け、関係学会、医療関係団体及び国民から提案・意見を募集し、中医協総会における議論を踏まえ、関係告示・通知の改正を行っているところ。

### 2. 対応方針

- 選定療養として導入すべき事例等に関する意見募集について、これまでと同様に実施することとする。
- 具体的には、これまでと同様、外科系学会社会保険委員会連合、内科系学会社会保険連合及び日本歯科医学会等に依頼し、関係学会からの提案・意見を報告いただくとともに、医療関係団体からの提案・意見を募集し、あわせて、厚生労働省のホームページを通じて、幅広く国民からの提案・意見を募集することとする。
- 学会等から寄せられた提案・意見を基に、必要に応じて中医協において議論することとする。なお、これまでと同様、選定療養の追加提案については、選定療養として追加するか検討を要するもののほかに、療養の給付とは直接関係のないサービス等に当たるもの（実費徴収が可能であると整理するもの）等の整理も行うこととする。

### 3. 今後のスケジュール

- 平成31年3月 提案募集開始（1～2ヶ月程度）
- 平成31年7月以降 提案の結果を踏まえ、中医協において議論

以上

# 保険外併用療養費制度について

平成18年の法改正により創設  
(特定療養費制度から範囲拡大)

中医協 総-4参考3  
元 . 7 . 1 7

## ○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
  - ② 患者申出療養
  - ③ 選定療養
- ① ② } 保険導入のための評価を行うもの
- ③ → 保険導入を前提としないもの

### 保険外併用療養費の仕組み [評価療養の場合]



↑  
保険外併用療養費として  
医療保険で給付

↑  
患者から料金徴収可  
(自由料金)

※ 保険外併用療養費においては、患者から  
料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を  
明確に定めている。

## ○ 評価療養

- ・ 先進医療
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、  
再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用  
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用  
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

## ○ 患者申出療養

## ○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為