

中央社会保険医療協議会 総会（第 428 回） 議事次第

令和元年10月25日(金) 10:00～
於 TKP ガーデンシティプレミアム田町 大ホール（4階）

議 題

○個別事項（その6）について

○選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果への対応について

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時: 令和元年10月25日(金) 10:00~
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	松原	田辺会長	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官	
中医協関係者	松本									吉森	中医協関係者
	今村									幸野	
	城守									平川	
	猪口									間宮	
	島									宮近	
	林										
	有澤										
							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 連携政策課長	調査課長	労働基準 局安全衛生部 労働衛生課長	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

個別事項（その6）

（治療と仕事の両立支援、救急/小児・周産期、
業務の効率化・合理化）

個別事項（その6）

1. 治療と仕事の両立支援について

2. 救急医療、小児・周産期医療について

- 救急医療について
- 小児・周産期医療について

3. 業務の効率化・合理化

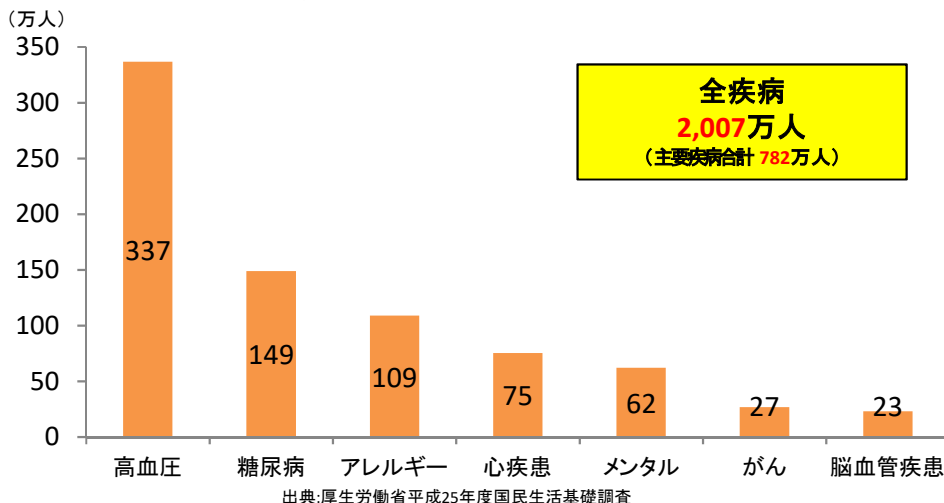
- 書類作成・研修要件の合理化
- 医療機関と薬局の連携による業務の効率化
- 診療報酬明細書の記載及び地方厚生（支）局への届出に当たっての業務の効率化

1. 治療と仕事の両立支援について

現状

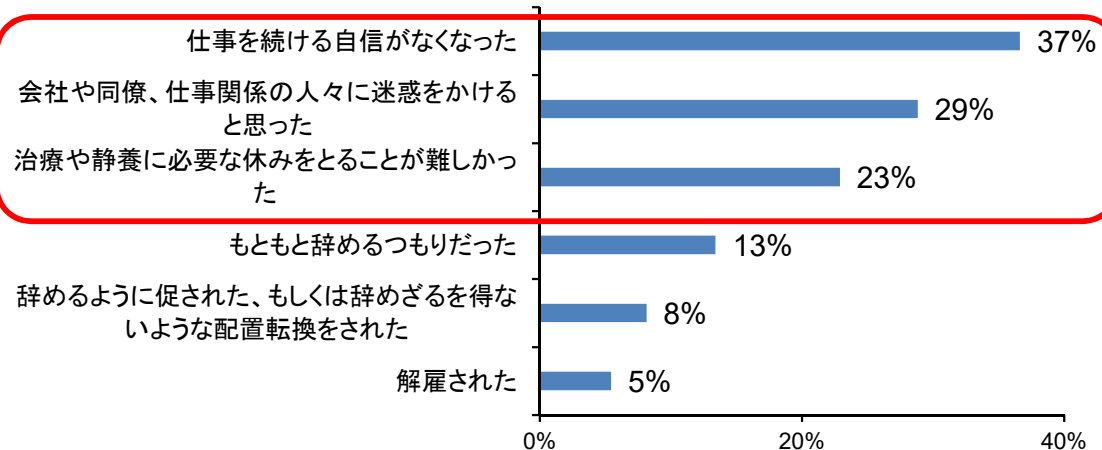
日本の労働人口の**約3人に1人**が
何らかの疾病を抱えながら働いている

◆罹患しながら働く人数(主な疾病)



治療を続けながら働くための
制度や社内の理解が不十分

◆がん患者の離職理由



課題

治療と仕事が両立可能な環境が必要
⇒現実には困難な状況に直面している方々も多い

- 治療と仕事の両立に向けては、主治医や会社と連携したコーディネーターによる支援が重要。

病気を抱える労働者の就業希望: 92.5%(2013年度)

がん罹患後に離職した主な理由:

- ①仕事を続ける自信の喪失、②職場に迷惑をかけることへの抵抗感(2013年)

- 患者にとって身近な相談先が不足している。

例えば、がん診療連携拠点病院で、就労専門家の配置やハローワークとの連携による相談支援体制が整備されているのは38%(399か所中150か所)のみ(2016年)

- 治療と仕事の両立に向けた柔軟な休暇制度・勤務制度の整備が進んでいない。

病気休暇制度のある企業割合:22.4%(常用雇用者30人以上民営企業)(2012年)

病気休業からの復帰支援プログラムのある企業割合:11.5%(常用雇用者50人以上民営企業)(2012年)

働き方改革実行計画に基づく今後の対応

1 会社の意識改革と受入れ体制の整備

- 治療と仕事の両立を含む社員の健康保持増進に対する**経営トップ、管理職等の意識改革**
- 柔軟な休暇制度・勤務制度等**両立を可能とする社内制度**の整備促進
- 治療と仕事の両立等の観点からの**傷病手当金の支給要件**等の検討

2 トライアングル型支援などの推進

- 主治医、会社・産業医、両立支援コーディネーターによる**トライアングル型サポート体制**の構築
- 患者ごとに作成する**「治療と仕事両立プラン」**の具体的内容の検討・普及
- トライアングル型サポート体制のハブとなる**両立支援コーディネーター**の育成・配置
- 会社向け**「疾患別サポートマニュアル」**、医療機関向け**「企業連携マニュアル」**の策定・普及
- 医療面だけでなく、就労・両立支援まで拡大した**不妊治療への支援**



治療と仕事の両立が普通にできる社会を目指す

治療と仕事の両立支援ガイドライン

「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を作成し、普及促進を行っている。（平成28年2月公表、平成31年3月改訂）

本ガイドラインは、事業場において、治療が必要な疾病を抱える労働者が、業務によって疾病を増悪させることがないよう、治療と仕事の両立のために必要となる就業上の措置や治療に対する配慮が適切に行われるようにするため、両立支援を行うための環境整備、個別の両立支援の進め方など、具体的な取組方法等をまとめたもの。

ガイドラインの構成

- ◇ 治療と仕事の両立支援を巡る状況
- ◇ 両立支援の位置づけと意義
- ◇ 両立支援を行うに当たっての留意事項
- ◇ 両立支援を行うための環境整備
- ◇ 両立支援の進め方

（参考資料）様式例集、支援制度・機関、疾患別留意事項（がん、脳卒中、肝疾患、難病）、企業・医療機関連携マニュアル（解説編、事例編：がん、脳卒中、肝疾患）※平成31年3月時点

両立支援の対象者

- ◇ 雇用形態を問わず、全ての労働者

両立支援の対象疾患

- ◇ 反復継続して治療が必要な全ての疾患
（例：がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、難病 等）

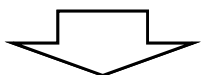
ガイドラインの対象読者

- ◇ 事業者、人事労務担当者、産業保健スタッフ（産業医、保健師、看護師等）**労働者**（その家族）、**医療機関関係者**（医師、看護師、MSW）

治療と仕事の両立支援の進め方

個別の両立支援の進め方

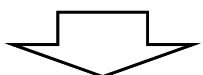
両立支援を必要とする労働者からの申出



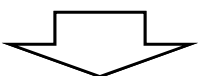
両立支援のための情報のやりとり

※ 以下、ガイドラインの様式例を活用できる

- ① 労働者から、主治医に対して、業務内容等を記載した書面を提供



- ② 主治医から、就業継続の可否や就業上の措置、治療への配慮等について意見書を作成

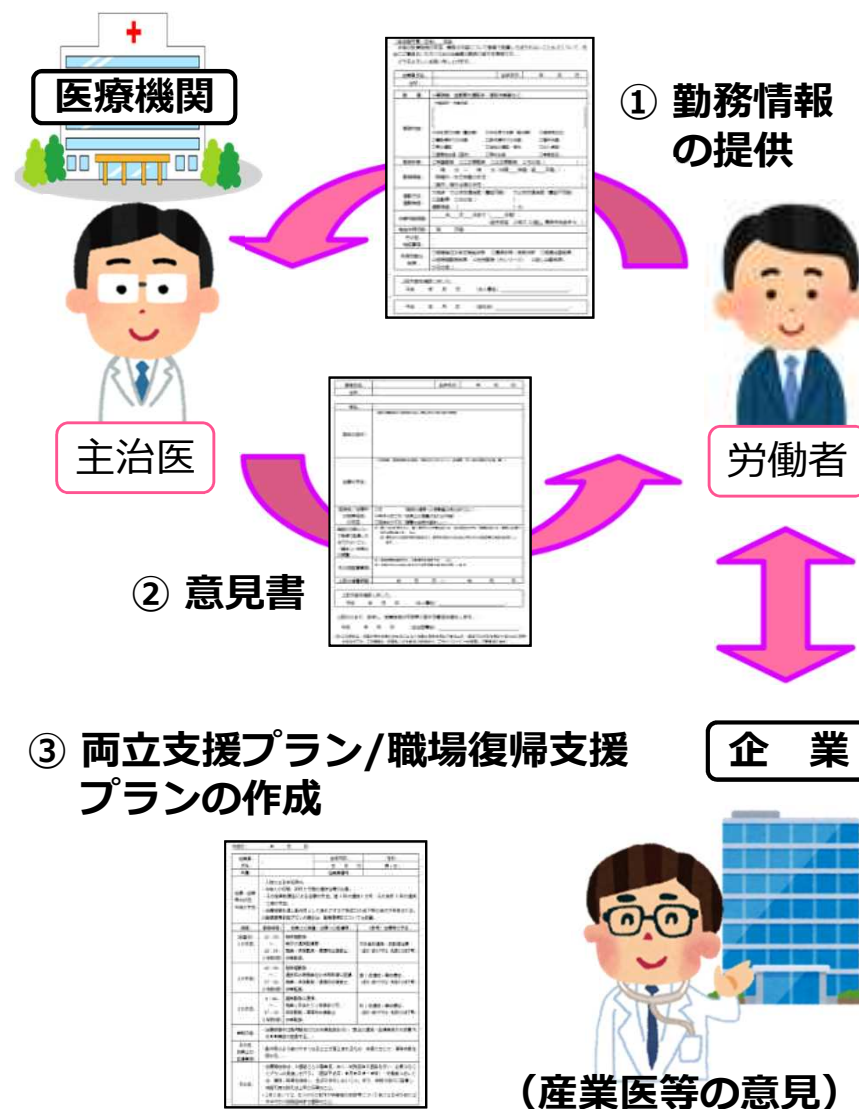


- ③ 職場における両立支援の検討と実施

事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、労働者本人と十分に話合った上で、就業継続の可否、具体的な措置（作業転換等）や配慮（通院時間の確保等）の内容を決定・実施

※ 「両立支援プラン」の作成が望ましい

※ 両立支援の検討は、労働者からの申出から始まる



がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

- がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。
- 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価を設ける。

(新) 療養・就労両立支援指導料 1,000点
相談体制充実加算 500点



[算定要件]

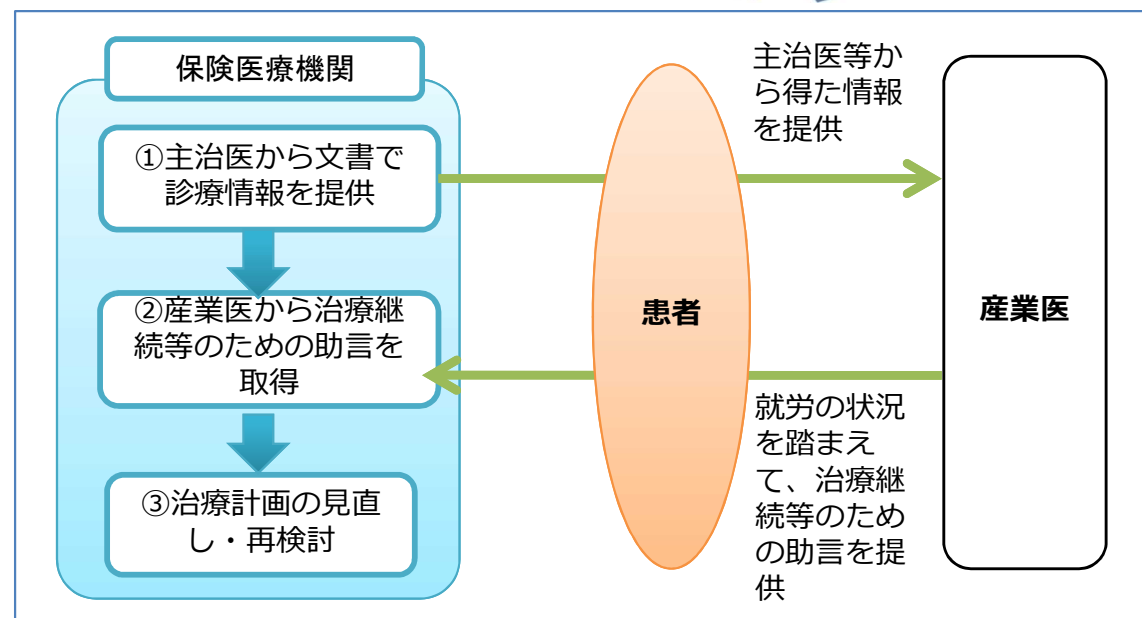
就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。

- (1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
- (2) 医師又は医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
- (3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
- (4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

患者サポート体制充実加算に規定する窓口と兼用可

[相談体制充実加算の施設基準]

- (1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
- (2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。



[両立支援の流れ(イメージ)]

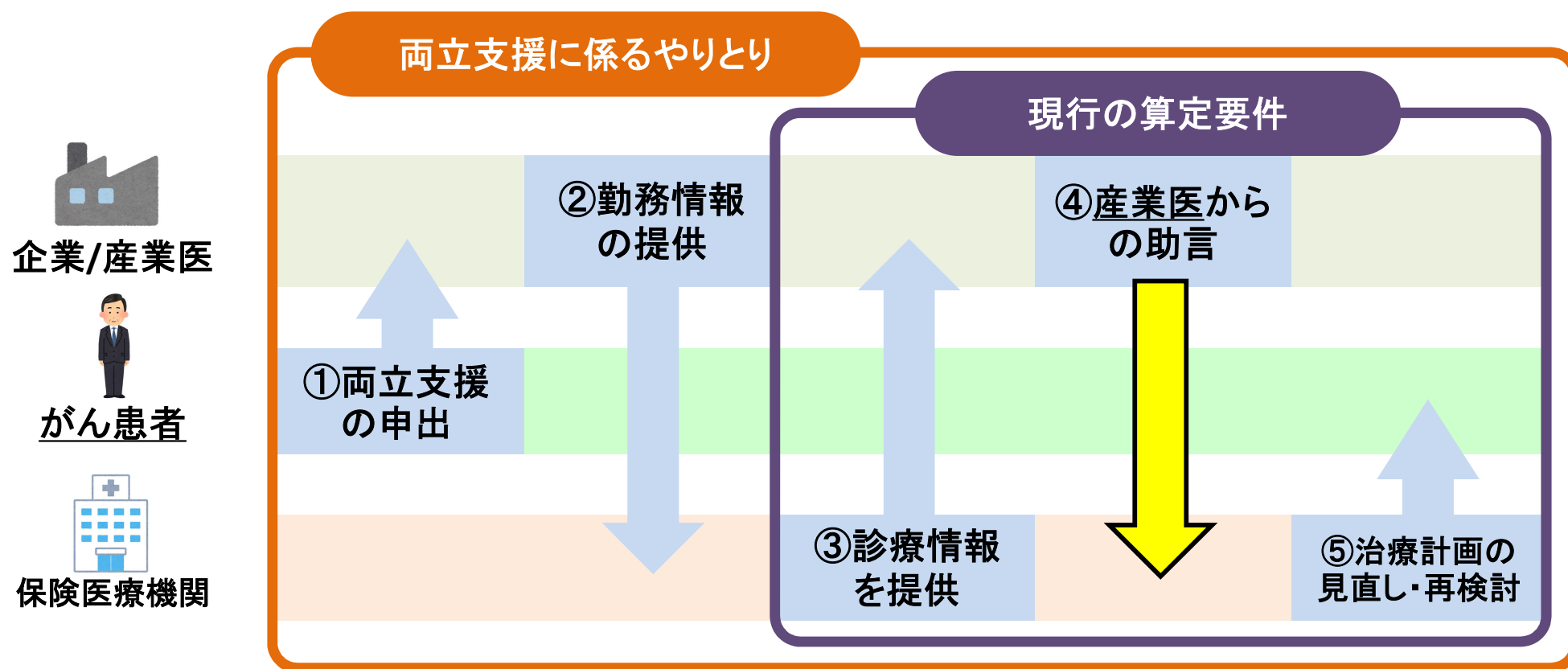
届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
療養・就労両立支援指導料	(届出不要)	10
相談体制充実加算	(病院) 482 (診療所) 85	5

(出典)
届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)
算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

療養・就労両立支援指導料の現状と課題

- 主治医は、診療情報を提供した後、産業医からの助言を踏まえ、治療計画の見直し・再検討を行うまで、療養・就労両立支援指導料を算定することができない。
- また、対象患者は、現行では、産業医が選任されている事業場に勤務しているがん患者に限定されている。



産業医の選任義務（安衛則第13条第1項）

	1～49人	50～999人	1000～3000人	3001人以上
産業医の選任義務の別	選任義務なし (医師等による健康管理等の努力義務)	産業医 (嘱託可※)	産業医 (専属)	2人以上の産業医 (専属)

※ただし、有害業務に500人以上の労働者を従事させる事業場においては、専属の産業医の選任が必要。

※産業医は、日本医師会等が実施する産業医養成研修を修了、産業医科大学を卒業又は労働衛生コンサルタント試験（保健衛生）に合格した医師から選任しなければならない。

産業医の職務（安衛則第14条第1項）

次の事項で、医学に関する専門的知識を必要とするもの

- ① 健康診断・その結果に基づく措置
- ② 長時間労働者に対する面接指導・その結果に基づく措置
- ③ ストレスチェック、高ストレス者への面接指導・その結果に基づく措置
- ④ 作業環境の維持管理
- ⑤ 作業管理
- ⑥ 上記以外の労働者の健康管理
- ⑦ 健康教育、健康相談、労働者の健康の保持増進措置
- ⑧ 衛生教育
- ⑨ 労働者の健康障害の原因の調査、再発防止

●：具体的措置を、産業医以外の他の医師に委ねることができるもの

産業医の権能

- ◇ 事業者、総括安全衛生管理者への勧告
(安衛法第13条第3項、安衛則第14条第3項)
 - ◇ 衛生委員会における労働者の健康障害防止対策等の調査審議
(安衛法第18条)
 - ◇ 衛生管理者への指導、助言
(安衛則第14条第3項)
 - ◇ 労働者の健康障害防止のための職場巡視及び現場における緊急的措置の実施
(安衛則第15条)
- 《平成29年6月施行》
- ◇ 長時間労働者等に関する情報の把握
(安衛則第51条の2、第52条の2等)

【近年の産業医制度の見直し】

- ・ 病院の院長等が、自身の病院の産業医を務めることを禁止した(安衛則改正・平成28年3月公布、平成29年4月施行)
- ・ 産業医が、健診の有所見者や長時間労働者に関する情報を事業者から取得できるようにした(安衛則改正・平成29年3月公布・6月施行)
- ・ 産業医の養成研修の科目に、**「病気の治療と仕事の両立支援」**を加えた(大臣告示改正・平成29年3月公示・10月適用)

● 産業医等の選任状況

- ・ 産業医の選任義務がある事業場は、約16.4万事業場（労働者は約2,470万人）で、産業医の選任率は87.0%
- ・ 労働者1,000人以上の規模の事業場では選任率が高く（99.8%）、労働者500人未満の事業場では選任率が低い（86.5%）
- ・ 産業医の選任義務がない事業場における労働者の健康管理を行う医師の選任率は、概ね30～40%（平成22年労働安全衛生基本調査、平成23年労働災害防止対策等重点調査報告、平成26年経済センサス）

● 産業医の養成研修・講習を修了した医師の数

- ・ 現在、産業医の養成研修・講習を修了した医師は約9万人（実働は推計約3万人※）
※（公社）日本医師会産業保健委員会答申（平成28年3月）からの推計
- ・ なお、平成27年度に新たに産業医の資格を取得した医師数は3,498人（厚生労働省調べ）

治療と仕事の両立に係る診療報酬上の対象患者の範囲（案）

- 診療報酬において、治療と仕事の両立のための取組に対し評価を行う場合、対象疾患については、主治医等によるきめ細やかな調整が不可欠な疾患として、以下の全てを満たすことを原則としてはどうか。


＜基本的な考え方＞

- ①治療の継続が生命予後に大きな影響を及ぼすこと
- ②治療の継続のために、就労上、一定の配慮が必要であること
- ③就労の継続のために、治療上、一定の配慮が必要であること
- ④職業病や作業関連疾患（※）でないこと

＜その他考慮すべき要素の例＞

- ・治療の内容や病状によって、ADLや状態に変化が生じうること
- ・日中の通院治療を一定期間継続する必要があること
- ・一度の通院に係る所要時間が長いこと

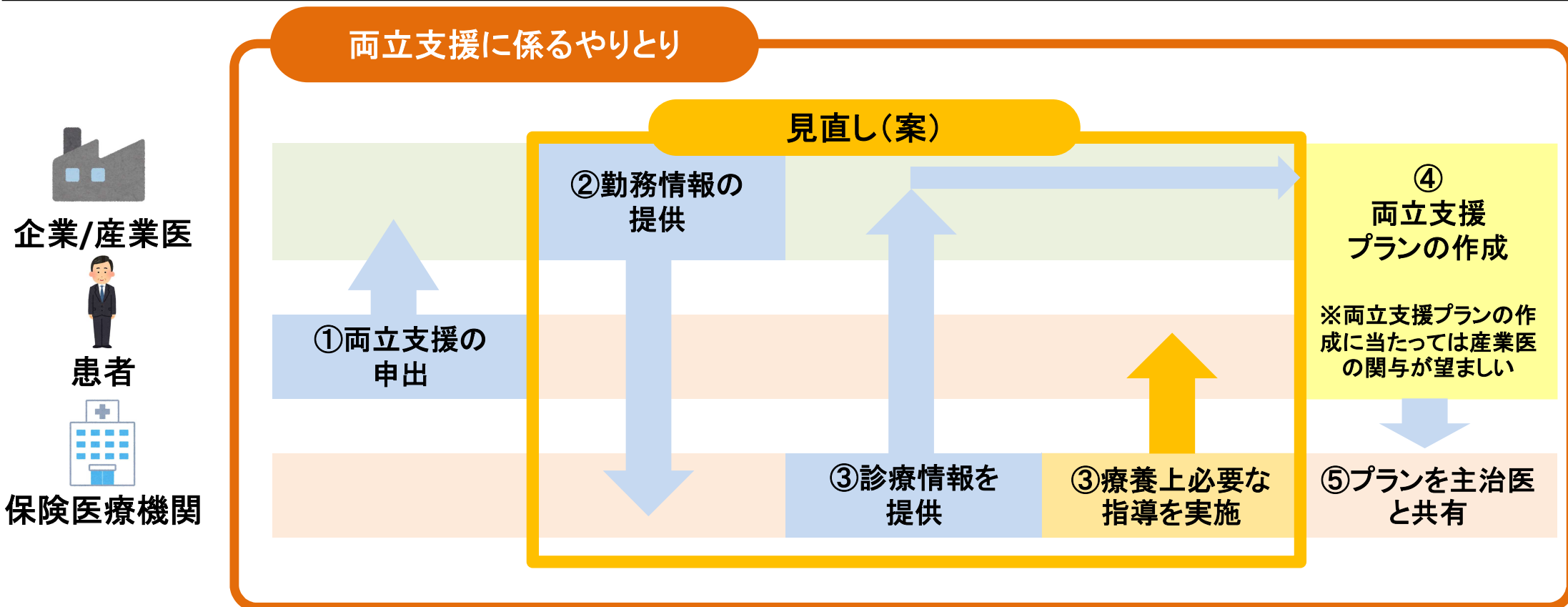
（※）作業関連疾患：一般住民にも広く存在する疾患ではあるが、作業条件や作業環境の状態によって、発症率が高まったり、悪化したりする疾患



これらの要件を満たす疾患として、当面の間、がん患者を優先して評価することとしてはどうか。

療養・就労両立支援指導料の見直し(案)①

- 両立支援に係るやりとりのうち、企業からの勤務情報の提供に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対し診療情報を提供した場合を評価してはどうか。
- なお、主治医からの診療情報の提供に当たっては、患者本人に文書を交付する場合と患者本人の同意を得た上で患者とともに来院した産業医等に診療情報を提供をする場合が考えられる。



②主治医への勤務情報提供の内容

(勤務情報、相談事項等)

職務内容、勤務形態、勤務時間、通勤方法・時間、休業可能期間、有給休暇日数、利用可能な勤務制度、その他特記事項(仕事を行うために最低限必要な要件、避けるべき作業や困りごとの相談)など

③主治医による指導・情報提供の内容

(両立支援に必要な情報)

現在の症状、治療の状況、通院後または通院治療中の就業継続の可否、望ましい就業上の措置、その他配慮が必要な事項、措置や配慮が必要な理由・必要な期間の目安など

療養・就労両立支援指導料の見直し(案)②

- 産業医が選任されていない事業場においても、労働者の健康に係る業務を担当する者が選任されている場合があり、治療と仕事の両立支援に関与する産業医以外の者が診療情報の提供先となり得る。

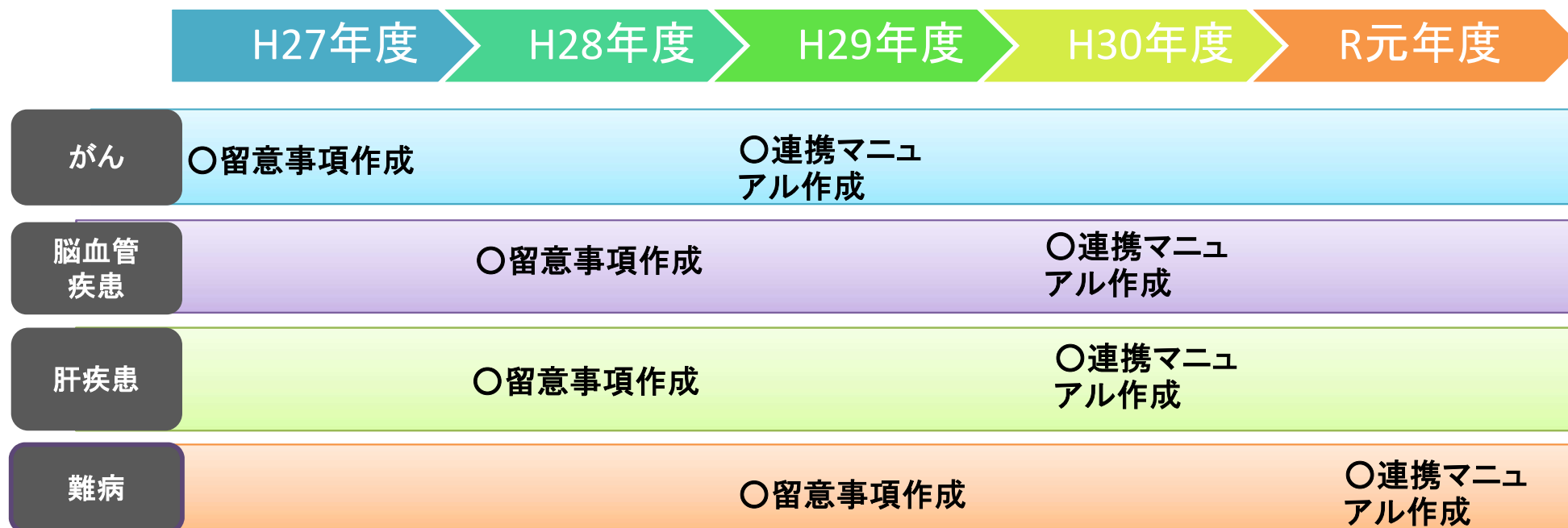
労働安全衛生法に位置づけられている労働者の健康に係る業務を担当する者

職種	選任すべき事業場/主な業務内容
産業医 (労働安全衛生法第13条)	常時50人以上の労働者を使用する事業場
	健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置 等
保健師 (労働安全衛生法第13条の2)	選任に特段の定めはない
	労働者の健康管理、保健指導 等
総括安全衛生管理者 (労働安全衛生法第10条)	常時100人～1000人以上の労働者を使用する事業場 (業種により選任すべき事業場の規模が異なる)
	以下の業務を統括管理すること <ul style="list-style-type: none"> ・ 労働者の危険または健康障害を防止するための措置に関すること ・ 健康診断の実施その他健康の保持増進のための措置に関すること 等
衛生管理者 (労働安全衛生法第12条)	常時50人以上の労働者を使用する事業場
	総括安全衛生管理者の統括管理する業務のうち衛生に係る技術的事項を管理すること
安全衛生推進者 (衛生推進者) (労働安全衛生法第12条の2)	常時10人以上50人未満の労働者を使用する事業場 (衛生推進者は安全衛生推進者を選任する必要がない事業場において選任する)
	総括安全衛生管理者の統括管理する以下の業務を担当すること <ul style="list-style-type: none"> ・ 労働者の危険または健康障害を防止するための措置に関すること ・ 健康診断の実施その他健康の保持増進のための措置に関すること 等

療養・就労両立支援指導料の見直し(案)③

- がん、脳卒中、肝疾患及び難病については、治療と仕事の両立支援にあたり、特に留意すべき事項(治療や症状に応じた配慮事項等)が示されている。
- また、がん、脳卒中及び肝疾患については、企業と医療機関が情報のやりとりを行うための様式の記載例(企業・医療機関連携マニュアル)が示されており、難病についても令和元年度中に連携マニュアルが作成される予定である。

両立支援ガイドライン 疾患別留意事項等作成(イメージ)



治療と仕事の両立支援に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 日本の労働人口のうち、約3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いている。
- 厚生労働省では、事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインを作成し、普及促進を行っている。
- 平成30年度診療報酬改定で新設した療養・就労両立支援指導料の算定回数は月10回であった。
- 主治医は、診療情報を提供した後、産業医からの助言を踏まえ、治療計画の見直し・再検討を行うまで、療養・就労両立支援指導料を算定することができない。
- また、療養・就労両立支援指導料の対象患者が、産業医が選任されている事業場に勤務しているがん患者に限定されている。
- 両立支援に係るやりとりのうち、企業からの勤務情報の提供に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対し診療情報を提供した場合が評価の対象となり得る。
- 産業医が選任されていない事業場においても、労働者の健康に係る業務を担当する者が選任されている場合があり、治療と仕事の両立支援に関与する産業医以外の者が診療情報の提供先となり得る。
- がん、脳卒中、肝疾患及び難病については、治療と仕事の両立支援にあたり、特に留意すべき事項（治療や症状に応じた配慮事項等）が示されている。
- また、がん、脳卒中及び肝疾患については、企業と医療機関が情報のやりとりを行うための様式の記載例（企業・医療機関連携マニュアル）が示されており、難病についても令和元年度中に企業・医療機関連携マニュアルが作成される予定である。

【論点】

- 療養・就労両立支援指導料について、治療と仕事の両立支援を推進する観点から、現行の算定要件や算定状況を踏まえ、評価の在り方や対象疾患の見直しを検討してはどうか。

2. 救急医療、小児・周産期医療について

- 救急医療について
 - － 救急医療管理加算
 - － 救急搬送看護体制加算
- 小児・周産期医療について

救急医療管理加算の概要

A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

- 1 救急医療管理加算1 900点
- 2 救急医療管理加算2 300点

【算定要件】(抜粋)

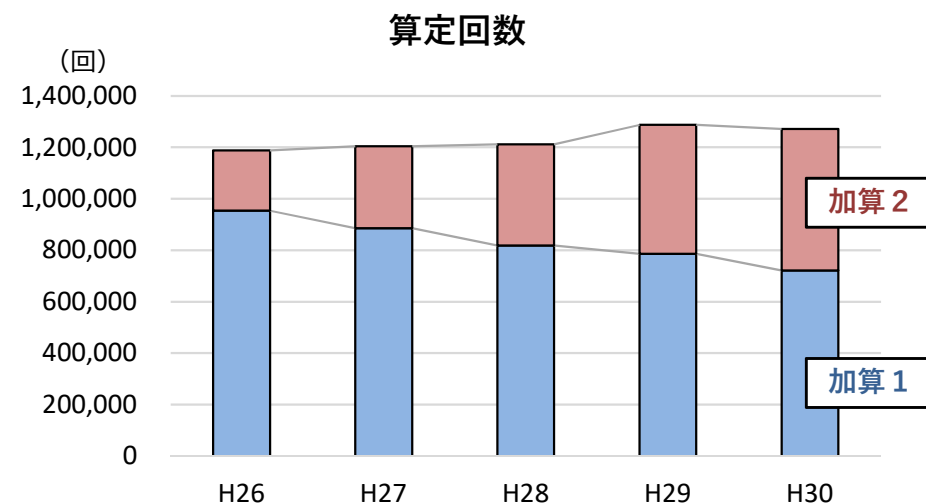
- (1) (略)
- (2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態であっても算定できる。
- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態であっても算定できる。
- (4) 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒
オ ショック

カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA 療法を必要とする状態

【施設基準】(抜粋) ※届出不要

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
 - ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
 - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等あらかじめ周知していること。



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）

(参考)救急医療等の推進について(平成26年度診療報酬改定)

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

平成26年度改定前

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態



平成26年度改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう

<救急医療管理加算1>

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

<救急医療管理加算2>

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

- ※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。
- ※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

(参考)小児医療・周産期医療・救急医療の充実(平成28年度診療報酬改定)

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行う。

平成28年度改定前

救急医療管理加算1 800点
 救急医療管理加算2 400点 (1日につき、7日まで)

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷，破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

【救急医療管理加算2の対象患者】

アからケまでに準じる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者



平成28年度改定後

救急医療管理加算1 **900点**
 救急医療管理加算2 **300点** (1日につき、7日まで)

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷，破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、**緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法**を必要とする状態

【救急医療管理加算2の対象患者】

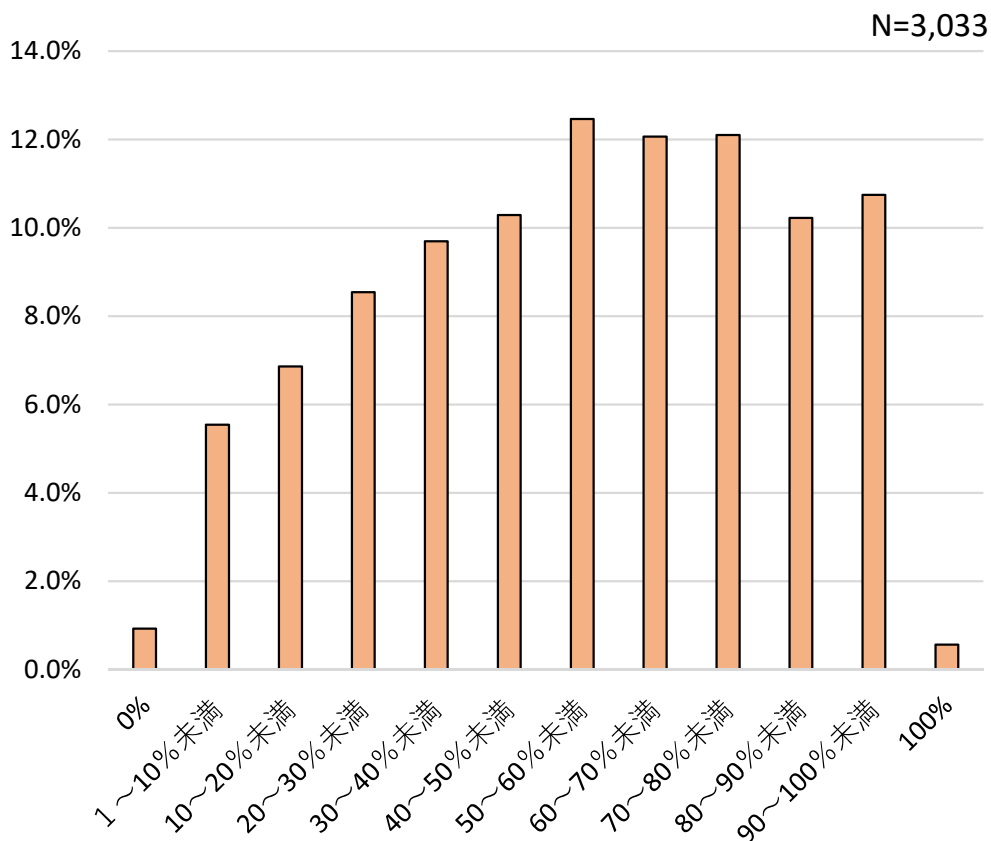
アからケまでに準じる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

救急医療管理加算の算定状況

- 救急搬送から入院した患者のうち、救急医療管理加算を算定する患者割合をみると、50～60%未満の施設が最も多かったが、分布にばらつきがみられた。
- 救急医療管理加算を算定する患者のうち、加算2を算定する患者が占める割合をみると、20～30%未満の施設が最も多かったが、分布にばらつきがみられた。

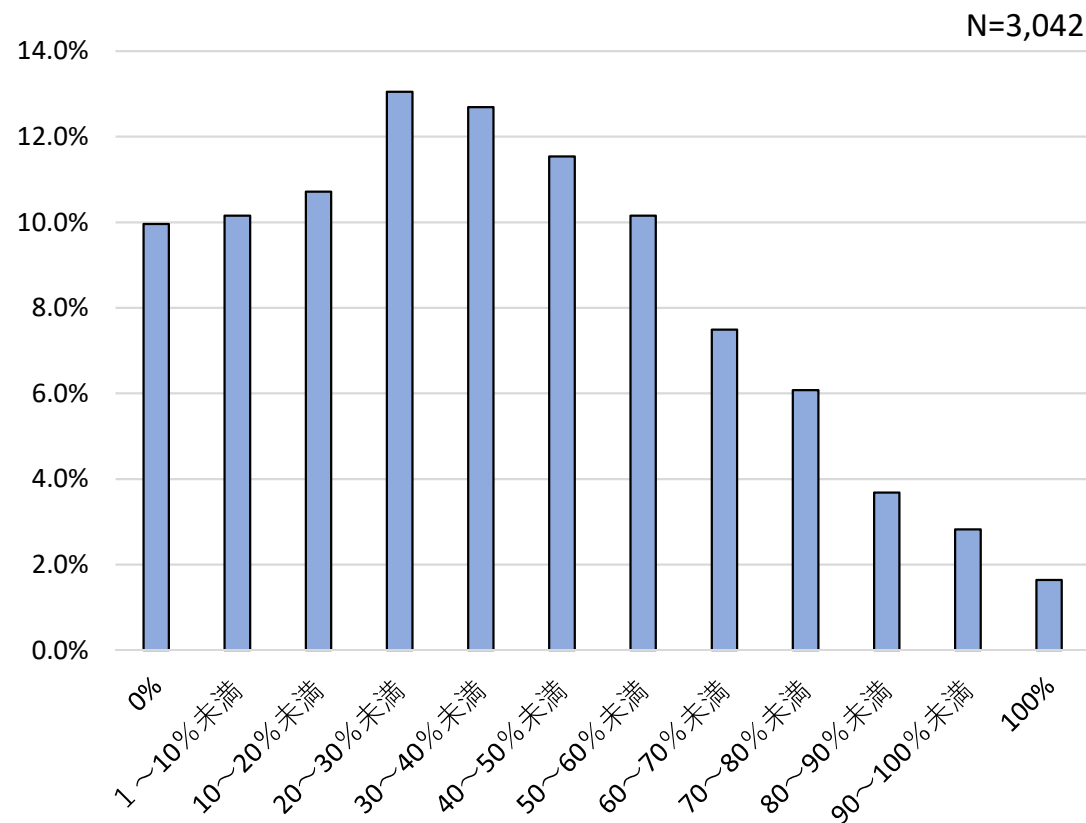
救急搬送入院のうち

救急医療管理加算を算定する患者割合



救急医療管理加算を算定する患者のうち

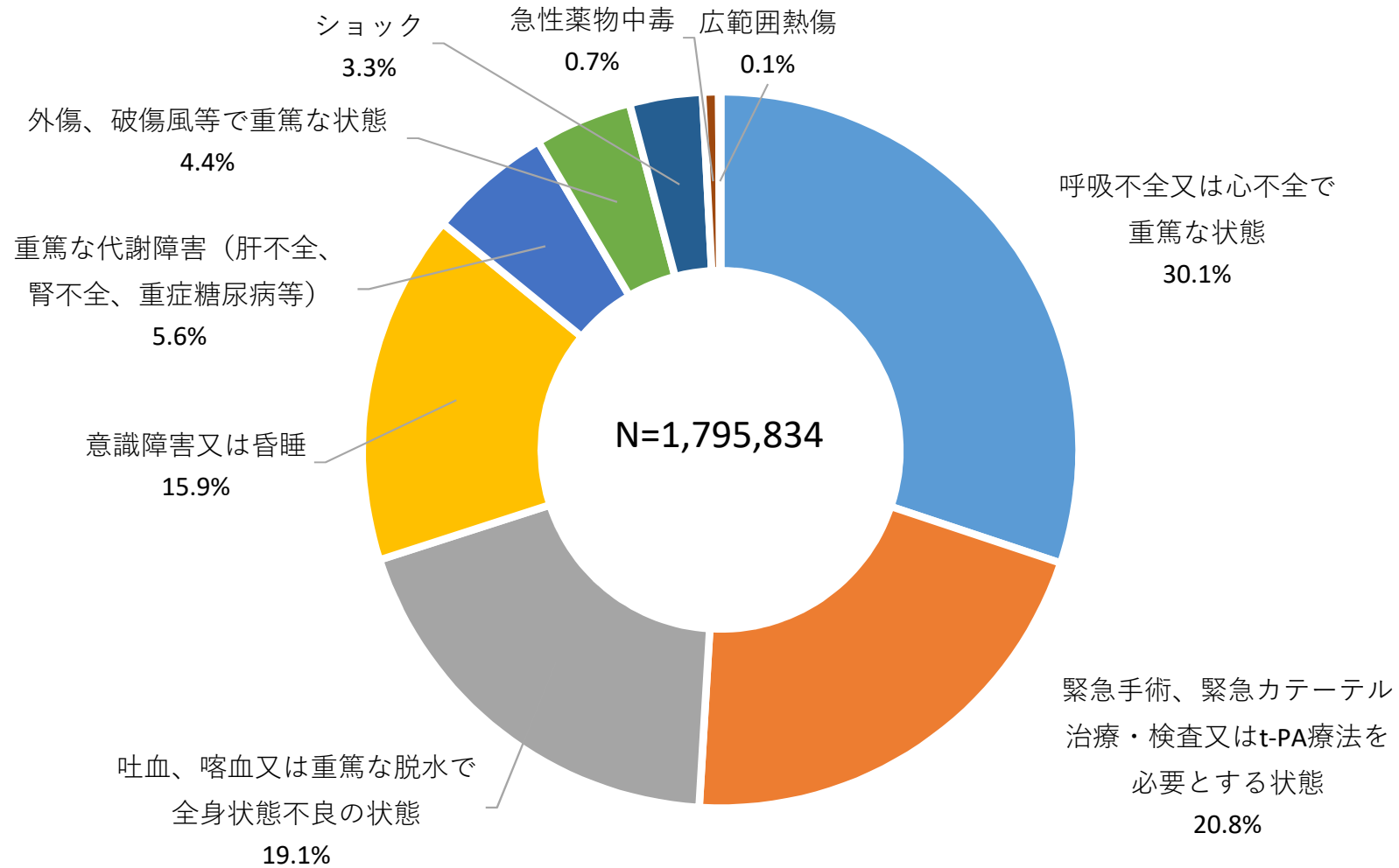
加算2が占める割合



加算1の内訳

○ 救急医療管理加算1の対象患者の状態の内訳をみると、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」が最も多く、約3割であった。

救急医療管理加算1の内訳



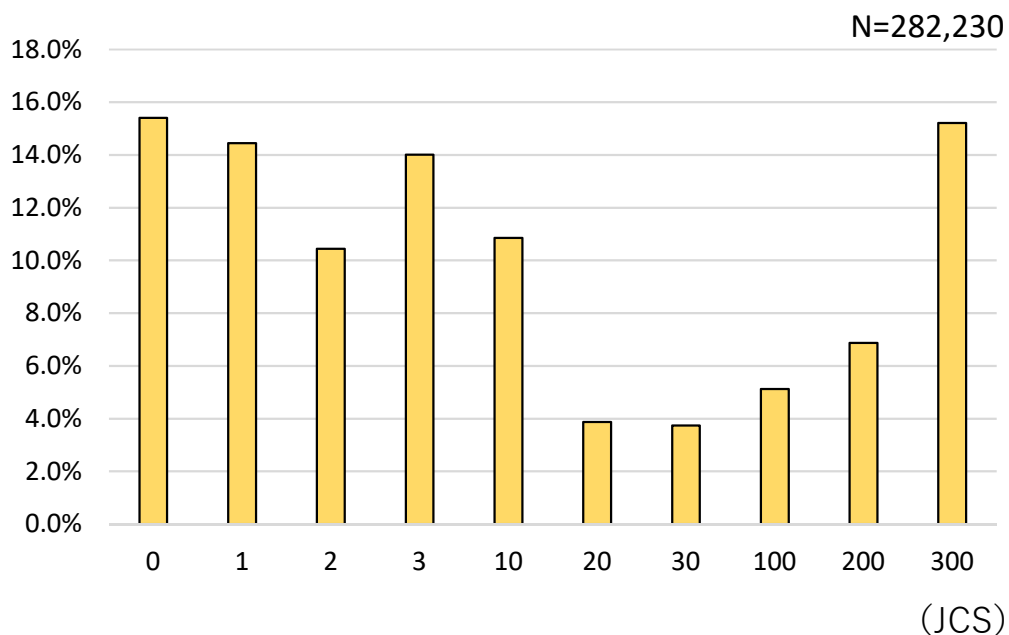
「意識障害又は昏睡」の患者について

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「イ 意識障害又は昏睡」の患者の入院時のJCSをみると、JCS0が16%弱であった。
- 加算算定患者のうちJCS0の患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

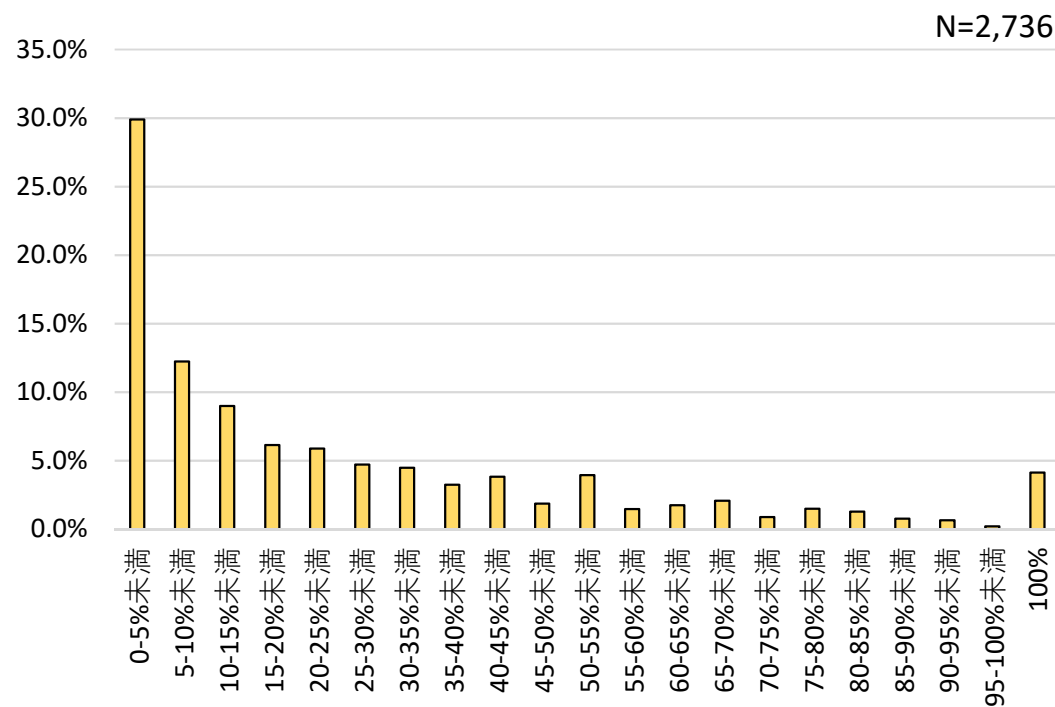
(参考) JCS:Japan Coma Scale

I. 覚醒している	II. 刺激に応じて一時的に覚醒する	III. 刺激しても覚醒しない
0 意識清明	10 普通の呼びかけで開眼する	100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする
1 見当識は保たれているが意識清明ではない	20 大声で呼びかけたり、強く揺するなど開眼する	200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
2 見当識障害がある	30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する	300 痛み刺激に対し全く反応しない
3 自分の名前・生年月日が言えない		

救急医療管理加算1算定患者のうち
「意識障害又は昏睡」の患者のJCS



「意識障害又は昏睡」の患者のうち
JCS 0の患者が占める割合



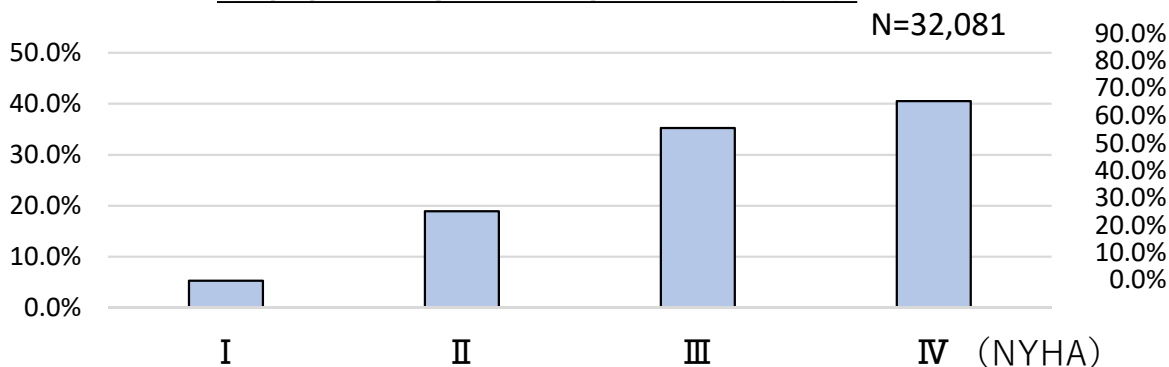
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者について

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で、傷病名が心不全の患者の入院時のNYHA心機能分類をみると、レベル I が1割弱であった。
- 加算算定患者のうちレベル I の患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

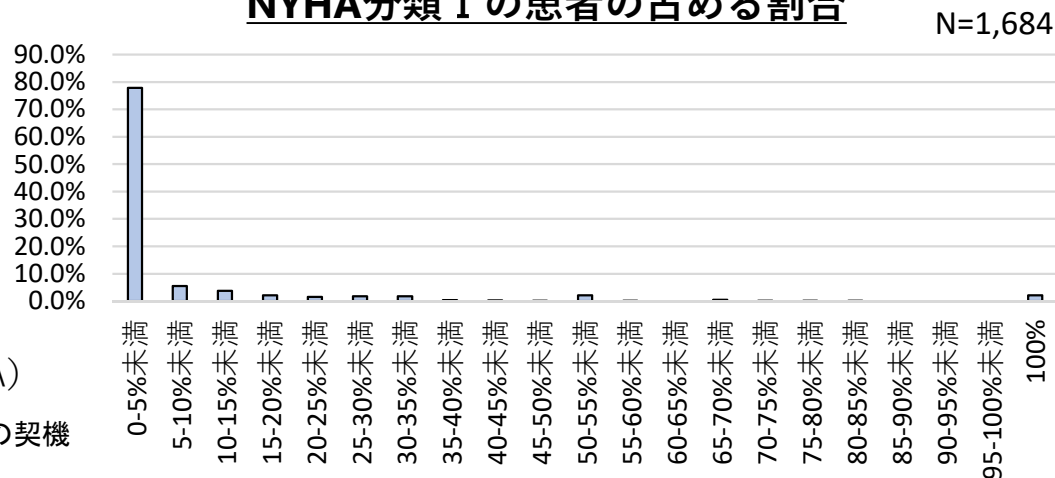
(参考) NYHA心機能分類

I	身体活動に制限のない心疾患患者(心疾患を有するがそのために身体活動が制限されることのない患者。通常身体活動では疲労、動悸、呼吸困難あるいは強心症状はきたさない。)	III	身体活動に高度の制限のある心疾患患者。軽い日常生活でも愁訴を訴える。(心疾患を有し、そのために身体活動が高度に制限される患者。安静時は無症状であるが、通常以下の身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。)
II	身体活動に軽度の制限のある心疾患患者。普通の生活可能だが疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状あり。(心疾患を有し、そのために身体活動が軽度から中等度制限される患者。安静時は無症状である。通常身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。)	IV	身体活動を制限し安静にしていても心不全症状・狭心症状が生じ、わずかな身体活動でも訴えが増強する。(心疾患を有し、そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者。安静時においても心不全あるいは狭心症状を示すことがある。少しの身体活動でも愁訴が増加する。)

救急医療管理加算1算定患者のうち
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で
傷病名が心不全の患者のNYHA分類



「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で
傷病名が心不全の患者のうち
NYHA分類 I の患者の占める割合



※傷病名は、主傷病、医療資源を最も投入した傷病、入院の契機となった傷病のいずれかに心不全が該当した場合を集計

「広範囲熱傷」の患者について

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「キ 広範囲熱傷」の患者の入院時のBurn Indexをみると、0-5未満が約35%であった。
- 加算算定患者のうちBurn Indexが0-5未満の患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、100%の施設も約2割あった。

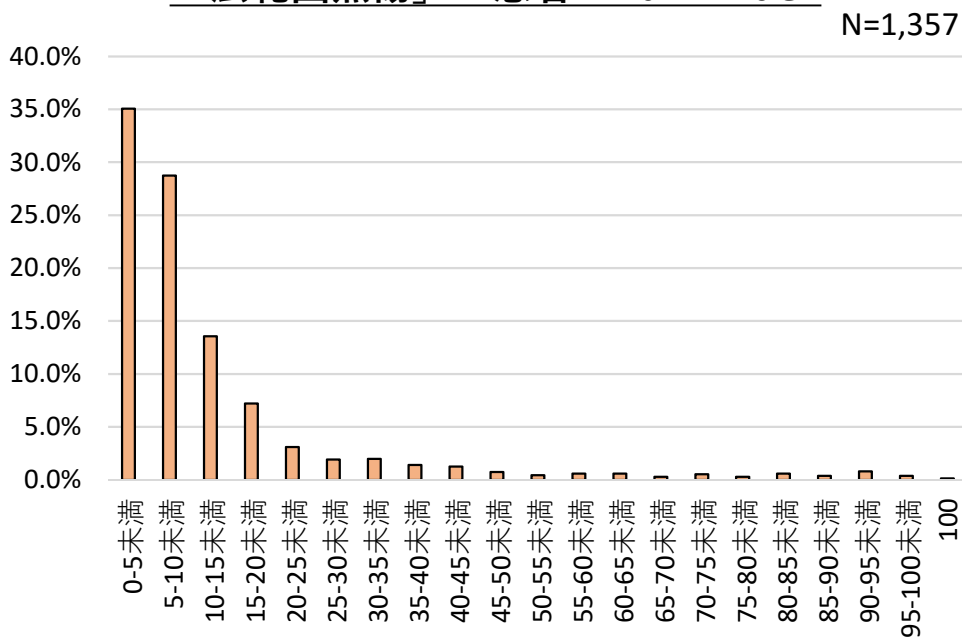
(参考) Burn Index

$$= \text{Ⅲ度熱傷面積(\%)} + \text{Ⅱ度熱傷面積(\%)} \times 1/2$$

※Burn Index 10～15以上が重症とされる

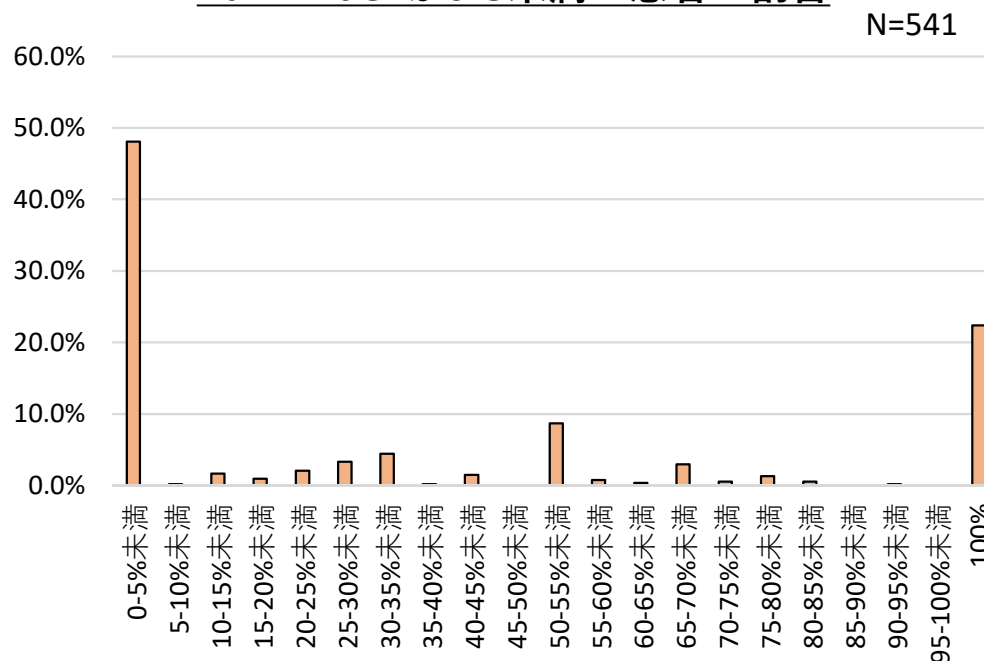
I度熱傷	表皮の熱傷
Ⅱ度熱傷	真皮まで達する熱傷
Ⅲ度熱傷	全層熱傷

救急医療管理加算1算定患者のうち
「広範囲熱傷」の患者のBurn Index



(Burn Index)

「広範囲熱傷」の患者のうち
Burn Indexが0-5未満の患者の割合



救急医療体制体系図

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（291カ所）
（うち、高度救命救急センター（42カ所））

○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

平成30年7月1日現在

ドクターヘリ（53カ所）

平成30年9月24日現在

入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制病院（421地区、2,851カ所）

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

共同利用型病院（22カ所）

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

平成30年4月1日現在

初期救急医療

在宅当番医制（625地区）

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

休日夜間急患センター（575カ所）

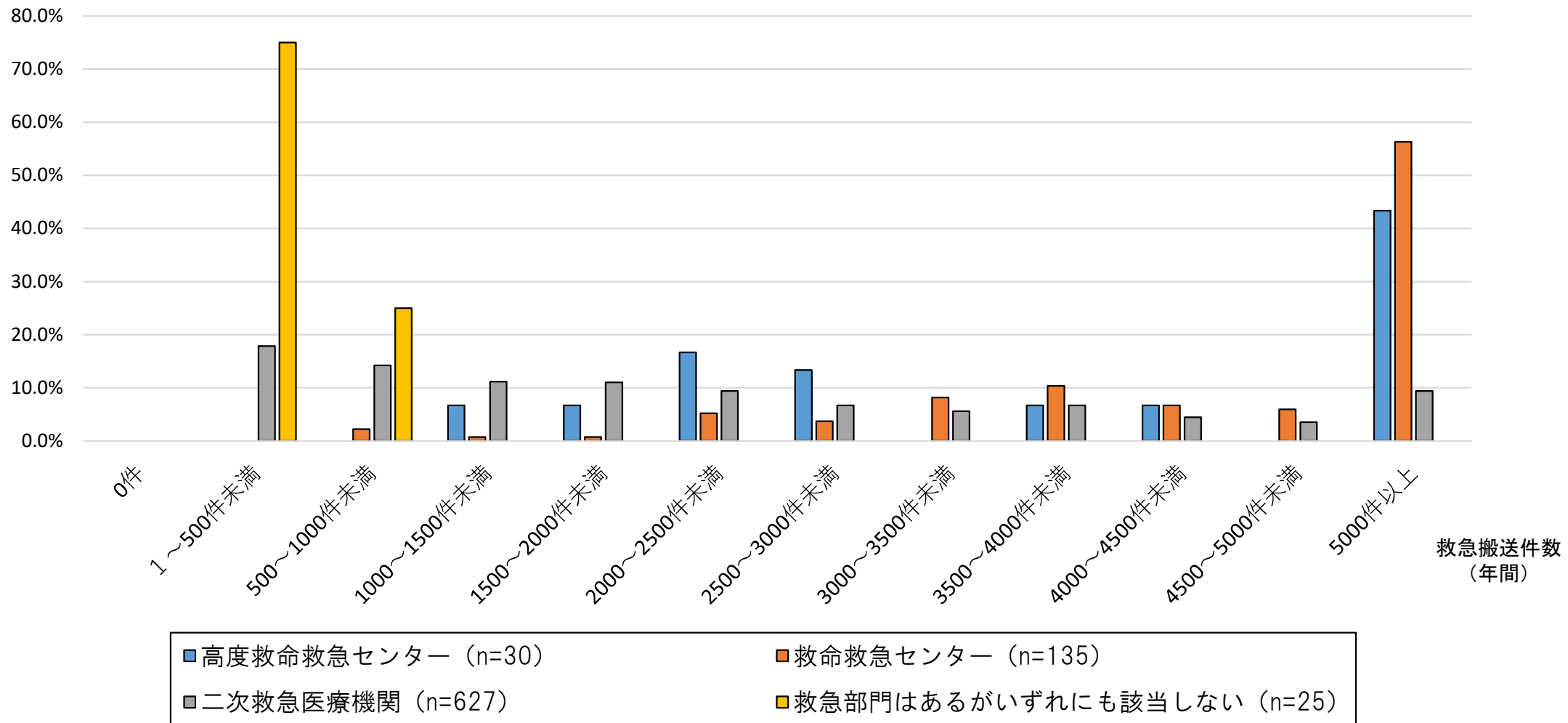
○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

平成30年4月1日現在

救急医療体制と救急搬送件数

○ 救急医療提供体制別に、年間の救急搬送件数をみると、高度救命救急センターや救命救急センターは年間5000件以上が最も多かったが、二次救急医療機関は分布がばらついていて、救急部門はあるがいずれにも該当しない医療機関は、500件未満が最も多かった。

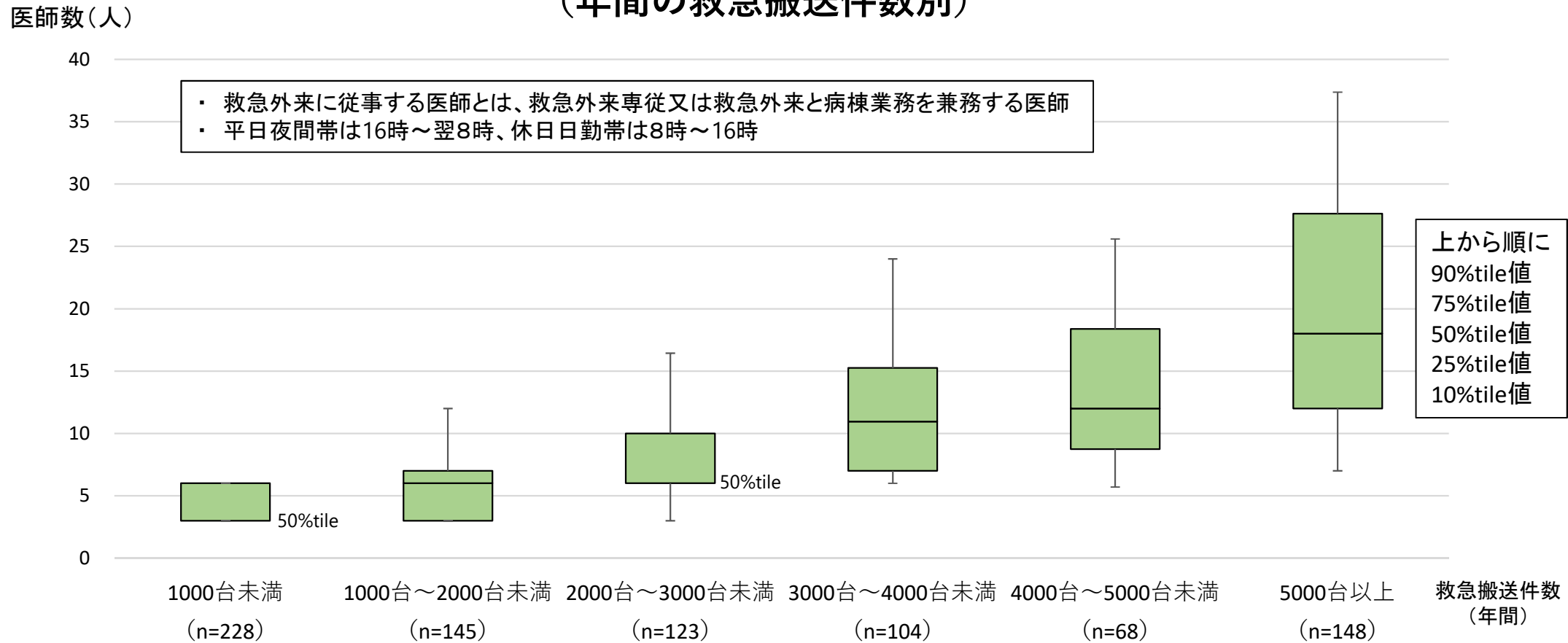
救急医療体制別の年間救急搬送件数



救急外来に従事する医師数と救急搬送件数

○ 年間の救急搬送件数別に、平日夜間帯及び休日日勤帯に救急外来に従事する医師数の合計をみると、救急搬送件数が多いほど医師数が多い傾向にあったが、搬送件数が多いにも関わらず医師数が少ない施設もあった。

平日夜間帯及び休日日勤帯に救急外来に従事する医師数の合計 (年間の救急搬送件数別)



2. 救急医療、小児・周産期医療について

- 救急医療について
 - － 救急医療管理加算
 - － 救急搬送看護体制加算
- 小児・周産期医療について

夜間休日救急搬送医学管理料及び救急搬送看護体制加算の概要

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料（初診料を算定する初診の日に限り算定） 600点

精神科疾患患者等受入加算 400点

救急搬送看護体制加算 200点 ←H30改定で新設

【算定要件】(抜粋)

(1) 夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関(都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。)又は都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外(土曜日以外の日(休日を除く。))にあつては、夜間に限る。)、休日、救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。))をいう。)及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であつて初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定する。

なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同様である。

(2)、(3) 略

【夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準】

(1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であつて、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)

イ 救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)に基づき認定された救急病院又は救急診療所
ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。

(2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほか重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

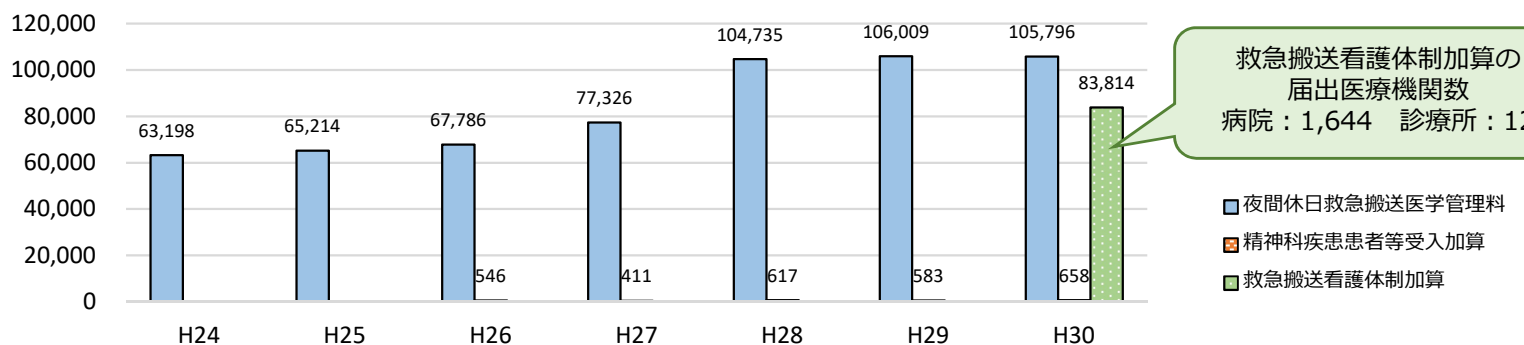
(3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

【救急搬送看護体制加算の施設基準】

(1) 救急用の自動車(消防法(昭和23年法律第186号)及び消防法施行令(昭和36年政令第37号)に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法(昭和35年法律第105号)及び道路交通法施行令(昭和35年政令第270号)に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。))をいう。)又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法(平成19年法律第103号)第2条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上であること。

(2) 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が配置されていること。当該専任の看護師は、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。

届出医療機関数及び算定回数



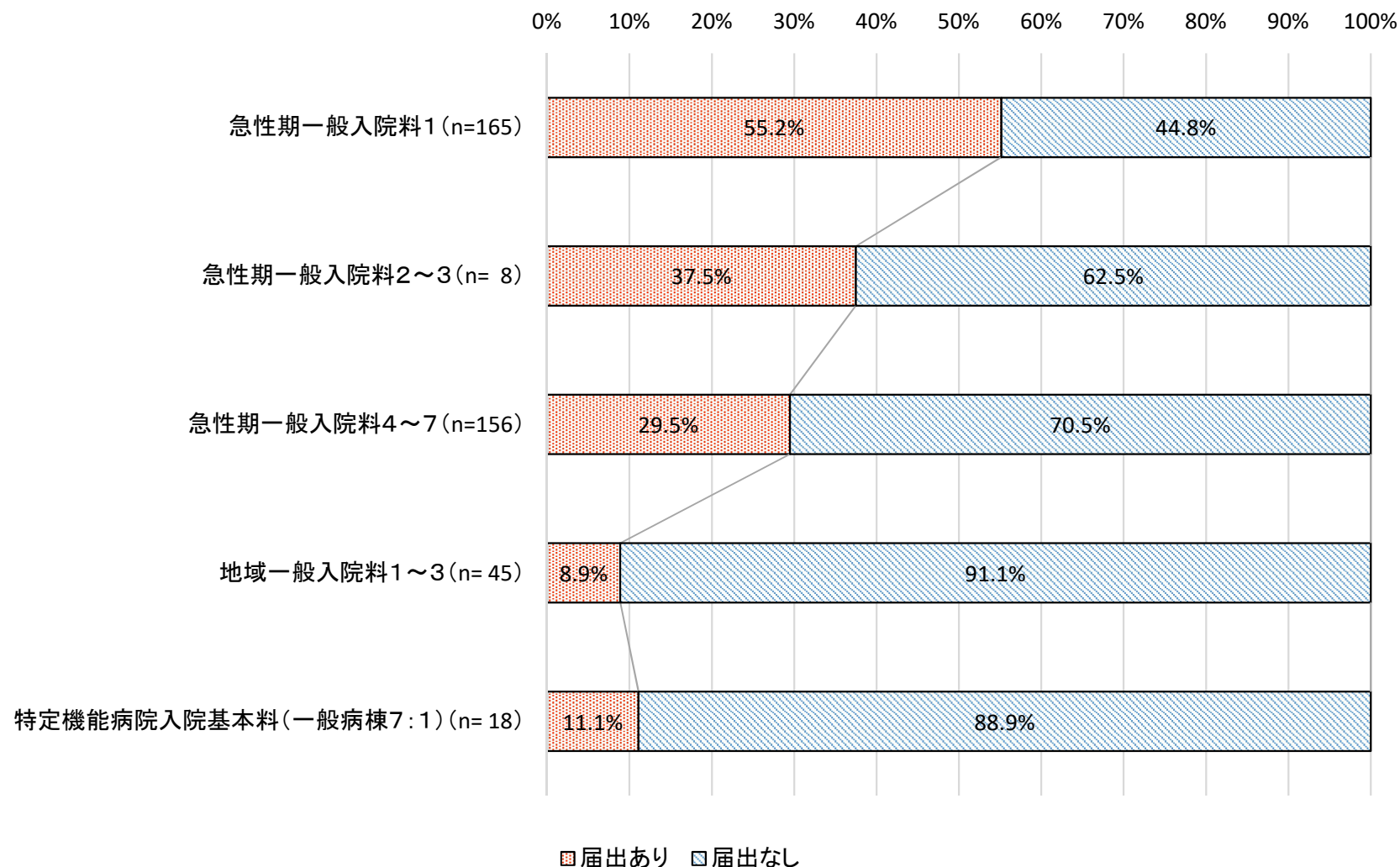
救急搬送看護体制加算の届出医療機関数
病院：1,644 診療所：12

(出典)
届出医療機関数：保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)
算定回数：社会医療診療行為別統計(調査)(各年6月審査分)

救急搬送看護体制加算の届出状況

○ 救急搬送看護体制加算の届出状況をみると、急性期一般入院料1では5割以上が届出を行っていた。

■ 救急搬送看護体制加算の届出状況(入院基本料別)

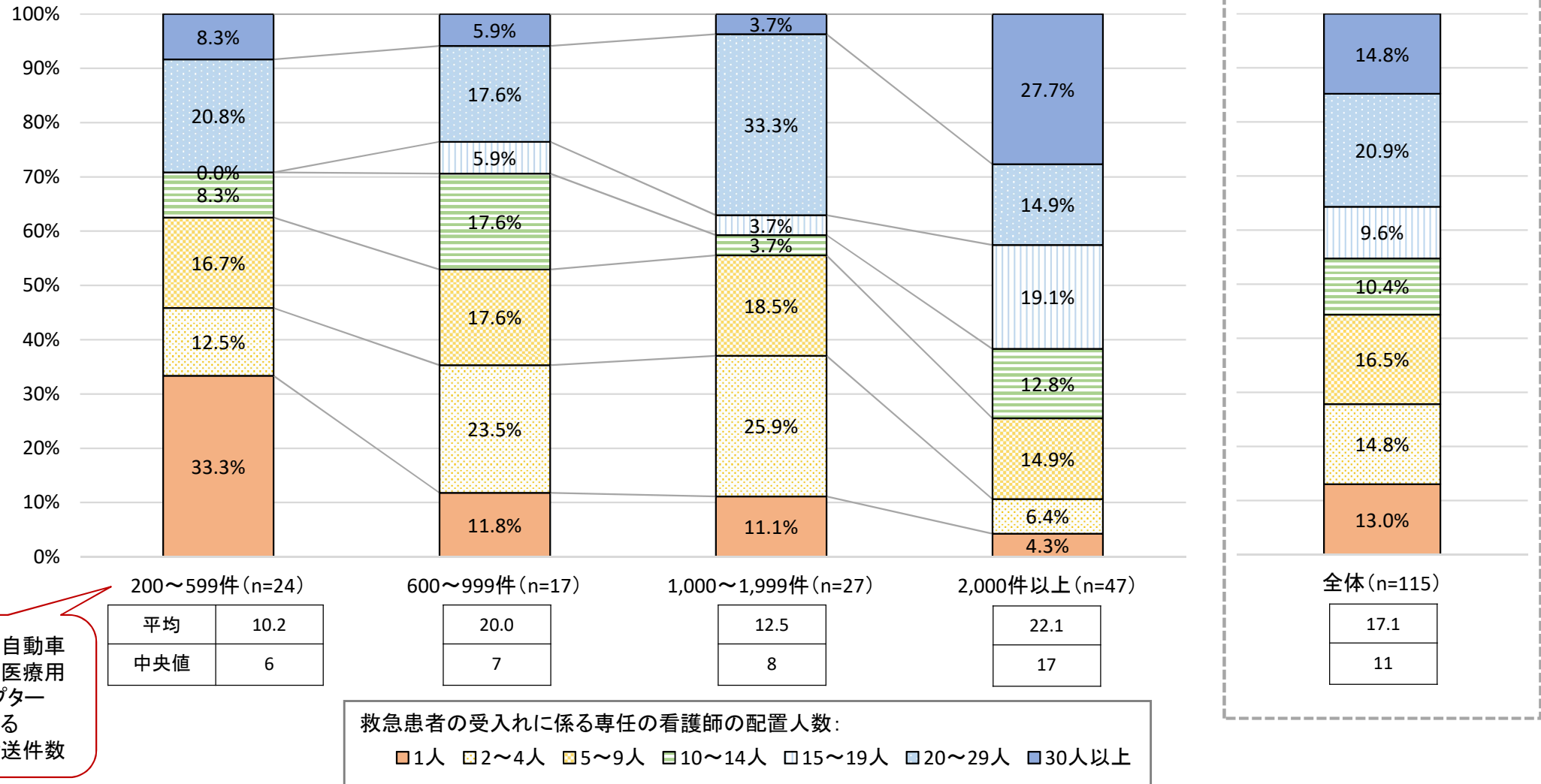


※無回答を除く

救急搬送件数と看護師数との関係 ①

○ 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる年間の搬送件数が多いほど、救急患者の受入れへの対応に係る専任の看護師の配置人数が多い傾向にある。

■ 年間の救急搬送件数別の救急患者の受入れに係る専任の看護師の配置人数



救急用の自動車
又は救急医療用
ヘリコプター
による
年間の搬送件数

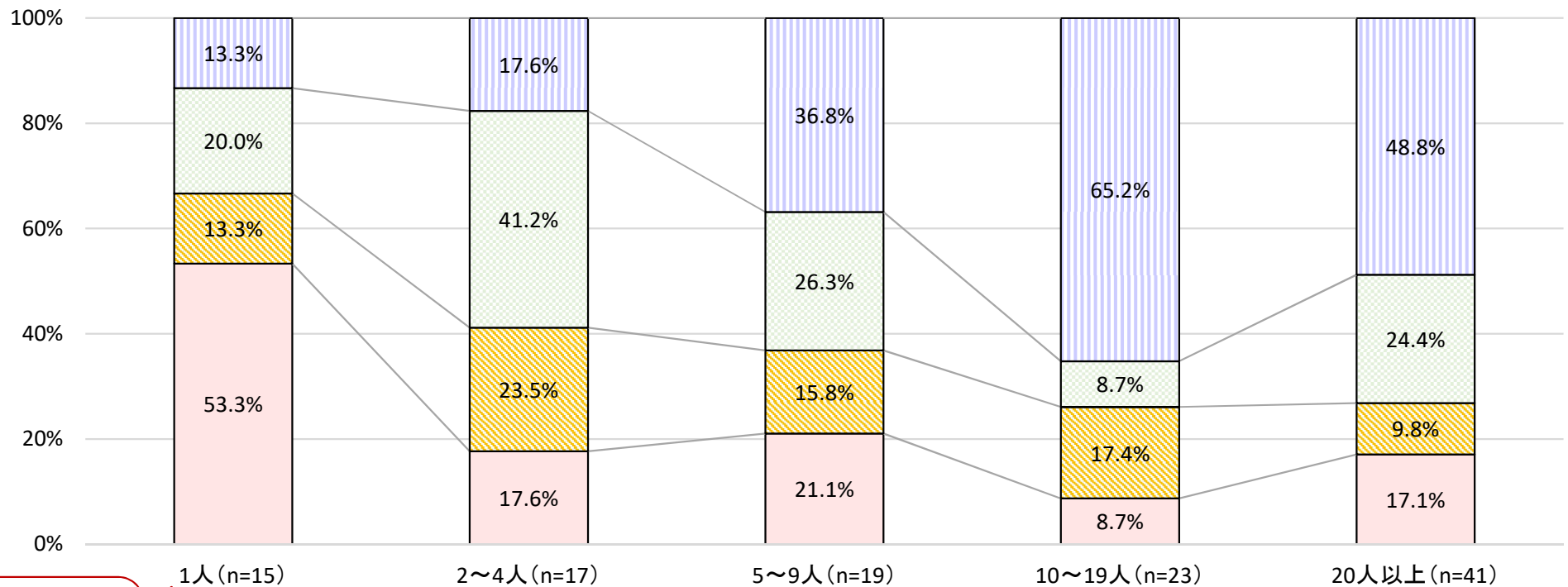
※救急搬送看護体制加算を届出ている施設のみ、無回答を除く

【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(令和元年度調査)「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)(速報値)

救急搬送件数と看護師数との関係 ②

○ 救急患者の受入れに係る専任の看護師の配置人数が多いほど、年間の搬送件数が多い傾向にあるが、専任の看護師が1名であっても年間2,000件以上の搬送を受入れている施設があった。

■ 救急患者の受入れに係る専任の看護師の配置人数別の 年間の救急搬送件数別



救急患者の
受入れに係る
専任の看護師の
配置人数

救急用の自動車又は救急医療ヘリコプターによる年間の搬送件数:

□ 200～599件 ■ 600～999件 □ 1,000～1,999件 □ 2,000件以上

※救急搬送看護体制加算を届出ている施設のみ、無回答を除く

【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(令和元年度調査)「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)(速報値)

救急医療に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

（救急医療管理加算）

- 救急医療管理加算の算定回数は近年ほぼ横ばいであり、加算2の割合が増加傾向にある。
- 救急搬送から入院した患者のうち、救急医療管理加算を算定する患者割合をみると、50%～60%未満の施設が最も多かったが、分布にばらつきがみられた。また、加算を算定する患者のうち、加算2を算定する患者が占める割合をみると、20～30%未満の施設が最も多かったが、分布にばらつきがみられた。
- 救急医療管理加算1を算定する患者のうち、「意識障害又は昏睡」「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」「広範囲熱傷」の患者について、それぞれ指標を用いて重症度をみると、指標上は重症度が必ずしも高くない症例が一定程度あった。
- 救急医療提供体制別に、年間の救急搬送件数をみると、高度救命救急センターや救命救急センターは年間5000台以上が最も多かったが、二次救急医療機関は分布がばらついていて、救急部門はあるがいずれにも該当しない医療機関は、500件未満が最も多かった。
- 年間の救急搬送件数別に、平日夜間帯及び休日日勤帯に救急外来に従事する医師数の合計をみると、救急搬送件数が多いほど医師数が多い傾向にあったが、搬送件数が多いにも関わらず医師数が少ない施設もあった。

（救急搬送看護体制加算）

- 夜間休日救急搬送医学管理料における救急搬送看護体制加算の届出状況については、急性期一般入院料1では5割以上が届出を行っていた。
- 救急搬送件数が多いほど、専任の看護師の配置人数が多い傾向にあるが、専任の看護師が1名であっても年間2,000件以上の搬送を受入れている施設があった。

【論点】

- 救急医療管理加算は、緊急に入院が必要な重篤な患者に対する医療を評価する項目であるが、現行の加算1の対象患者の状態にばらつきがあることや、加算2の算定が増加傾向にあることを踏まえ、対象患者の要件についてどのように考えるか。
- 救急医療体制について、救急搬送件数と従事する医師数の関係等も踏まえ、救急搬送の件数や重症度に応じた適切な体制を確実に整備する観点から、どのような対応が考えられるか。
- 救急医療体制の充実とともに、救急部門におけるタスク・シフト／タスク・シェアリングの観点から、専任の看護師配置の実態を踏まえ、現行の施設基準についてどのように考えるか。

2. 救急医療、小児・周産期医療について

- 救急医療について
- 小児・周産期医療について

周産期医療の体制

総合周産期母子医療センター

- リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
 - 周産期医療システムの中核としての地域の周産期医療施設との連携
 - 周産期医療情報センター
- 109箇所

※総合周産期母子医療センター
原則として3次医療圏に1か所整備

母体・新生児搬送

地域周産期母子医療センター

- 周産期に係る比較的高度な医療行為
 - 24時間体制での周産期救急医療
- 300箇所

母体・新生児搬送
オープンシステム等による連携

※地域周産期母子医療センター
総合周産期母子医療センター1か所に対し
数か所整備

療養・療育支援

- 周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制の提供
- 在宅で療養・療育している児の家族に対する支援

■ ■ 療育センター

主に低リスク分娩を扱う医療機関（一般病院、診療所、助産所）

- 正常分娩を含めた低リスク妊娠、分娩および正常新生児への対応
(助産所は正常な経過の妊娠、分娩および新生児のみ対応)
- 妊婦健診を含めた分娩前後の診療
- 他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応

平成31年4月1日現在

分娩のリスク

時間の流れ

周産期母子医療センター

総合周産期母子医療センター 109箇所

母体及び新生児に対するきわめて高度な医療を提供

目標：

- 合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること
- 周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図ること



整備内容

○施設数

- 総合周産期母子医療センターは、原則として三次医療圏に1カ所整備するものとする

○設備

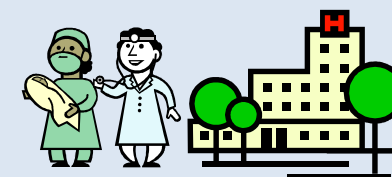
- MFICU（母体・胎児集中治療室）
- NICU（新生児集中治療室）
- GCU（新生児回復期集中治療室）
- ドクターカー等

地域周産期母子医療センター 300箇所

周産期に係る比較的高度な医療を提供

目標：

- 周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
- 24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること



整備内容：

○施設数

- 地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センター1箇所に対して数カ所の割合で整備するものとする

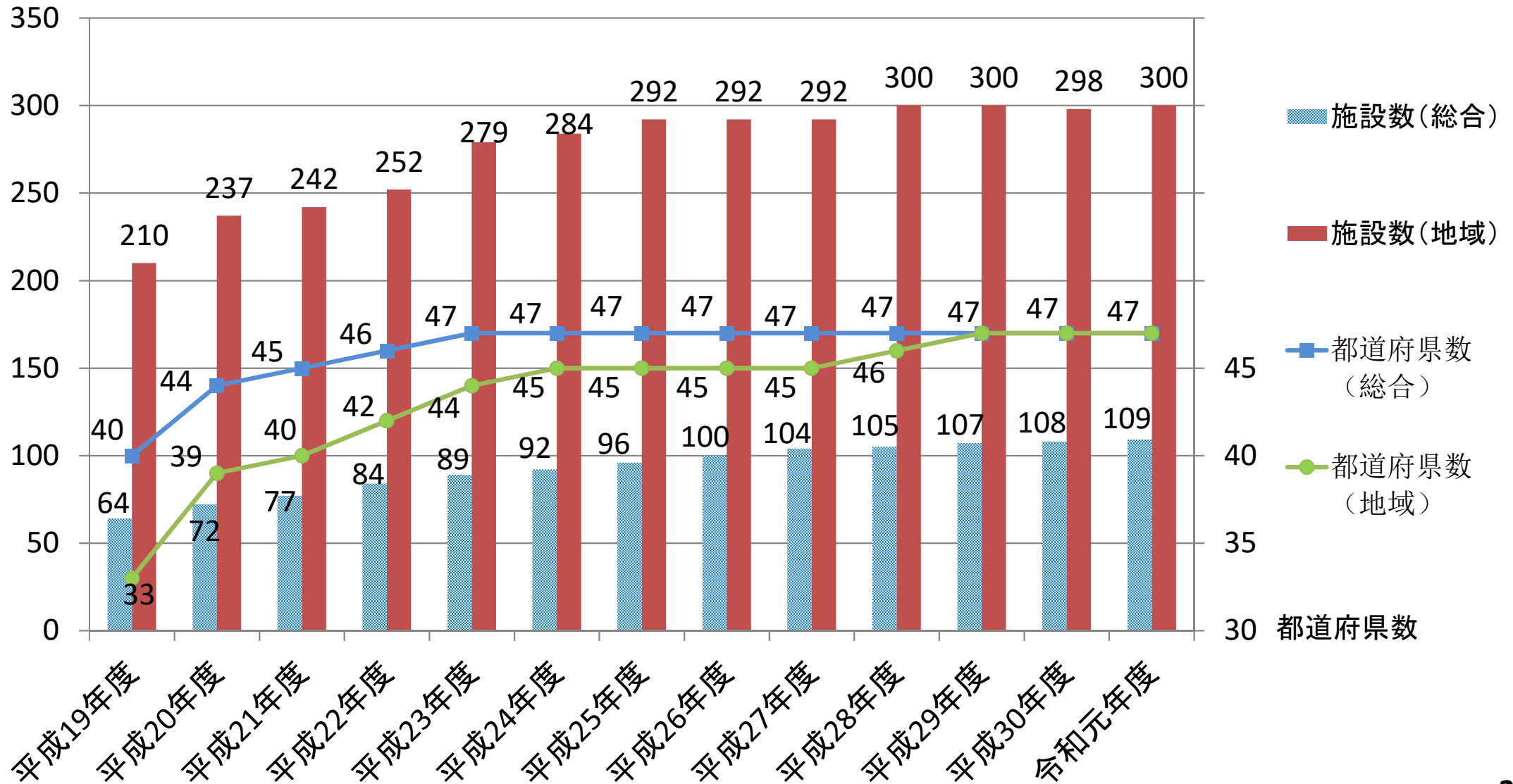
○設備

- 分娩監視装置等、産科医療に必要な設備
- 新生児用人口換気装置等を備えた新生児病室

総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの推移

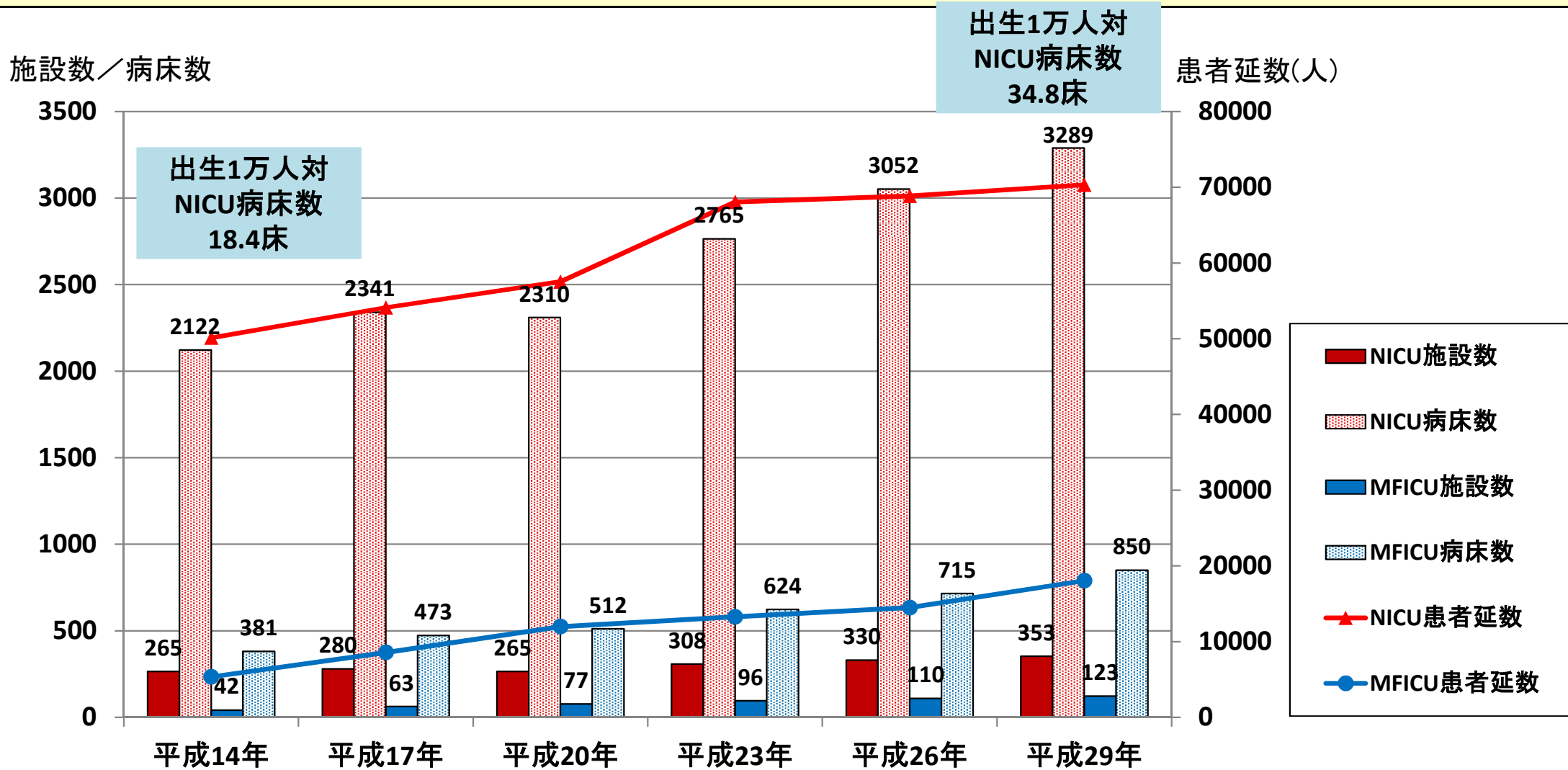
○ 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの施設数と所在都道府県数はいずれも増加しており、平成29年度までに全都道府県に配置されている。

施設数



NICU(新生児集中治療室)・MFICU(母体・胎児集中治療室)の病床数と患者延数の推移

○ NICU及びMFICUの病床数・患者延数は増加してきたが、近年、NICUの患者数は横ばい傾向である。
 (NICUについては、出生1万人対25～30床を目標として整備を進めてきた。)



出典:厚生労働省「医療施設(静態・動態)調査」
 ※ 患者延数は9月中の患者数

NICU(新生児集中治療室)の整備について

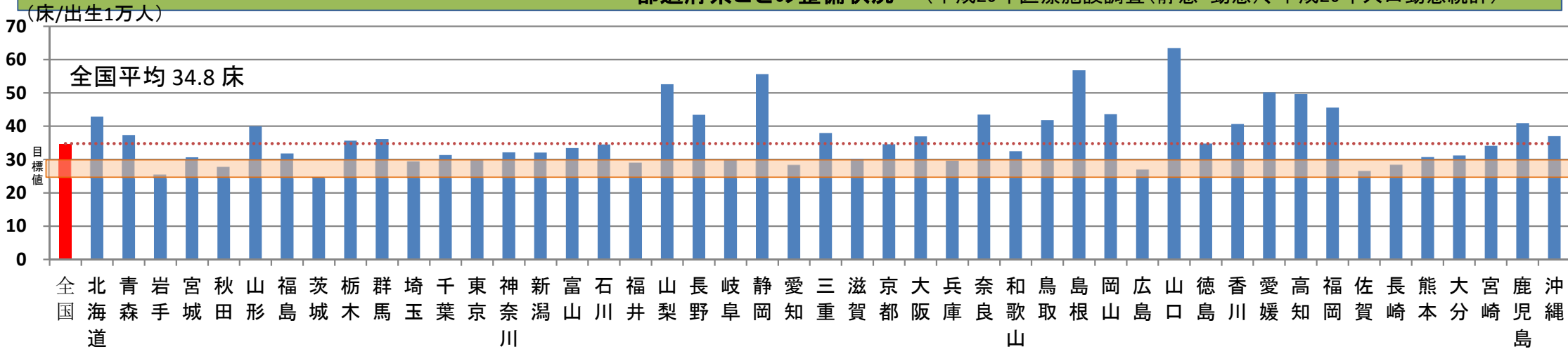
NICU病床の必要数推計

- 平成6年 出生千当たり2床と推計
厚生省心身障害研究「ハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究」(分担研究者 多田裕)
- 平成17年 ハイリスク新生児の増加、新生児死亡率の改善等を踏まえ、出生千当たり3床と再推計
厚生労働省子ども家庭総合研究「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価と、フォローアップ・介入による改善・向上に関する研究(研究代表者 藤村正哲)

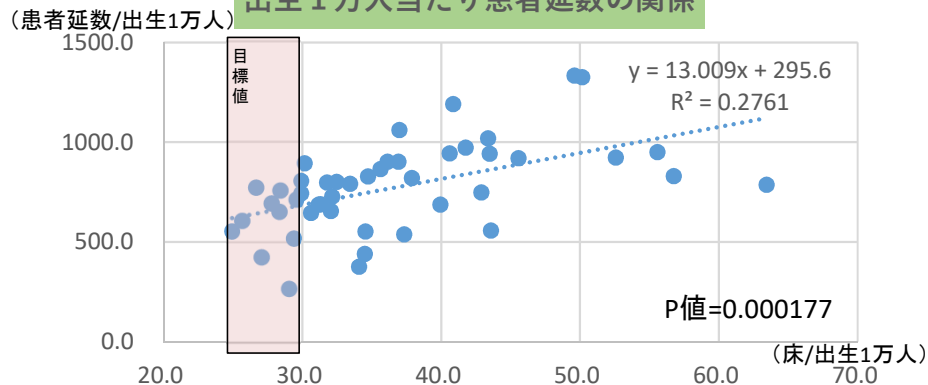
NICU病床の整備目標

- 平成22年 「子ども・子育てビジョン」(閣議決定)
➢平成26年度までに**全国平均**で出生1万人当たり25~30床整備
- 平成26年 全国平均30.4床(6県が出生1万人当たり25床未満)
- 平成27年 「少子化社会対策大綱」(閣議決定)
➢平成31年度までに**全都道府県**で出生1万人当たり25~30床整備
- 平成29年 **全都道府県において目標を達成**。(全国平均34.8床)
目標を大きく上回る都道府県もある。

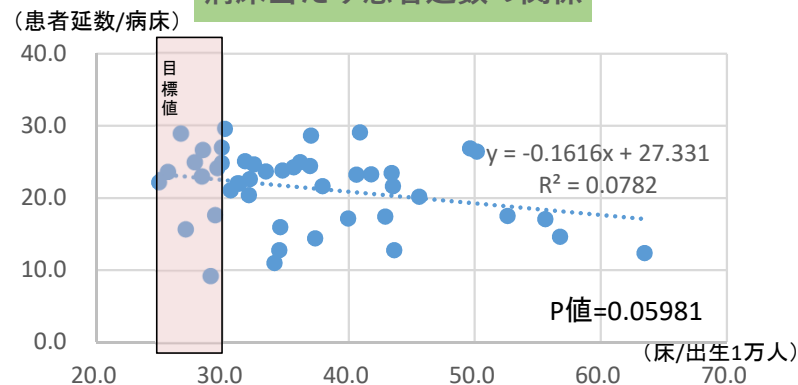
都道府県ごとの整備状況 (平成29年医療施設調査(静態・動態)、平成29年人口動態統計)



出生1万人当たり病床数と出生1万人当たり患者延数の関係



出生1万人当たり病床数と病床当たり患者延数の関係



出生1万人当たり病床数が多いほど、病床利用が低値となる傾向にある。ただし、実績等を踏まえた分析が必要である。

出典: 医療施設調査(静態・動態) 人口動態統計
*熊本県を除く
*患者延数は9月中の患者数

精査中

○ 都道府県の人口規模によってNICU病床規模ごとの施設数は様々であり、病床規模ごとの実績も様々である。

(参考) 周産期母子医療センターのNICU病床数の整備基準

【総合】 9床以上(12床以上とすることが望ましい)

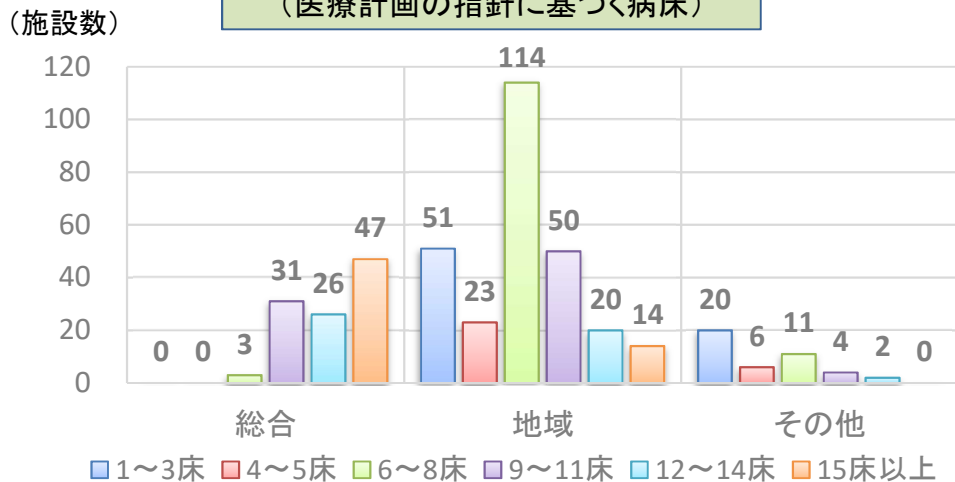
*三次医療圏の人口が概ね100万人以下の地域に設置されている場合は、当分の間、6床以上で差し支えない。

*患者受入実績やカバーする医療圏の人口等に応じ、医療の質を確保するために適切な病床数とする。

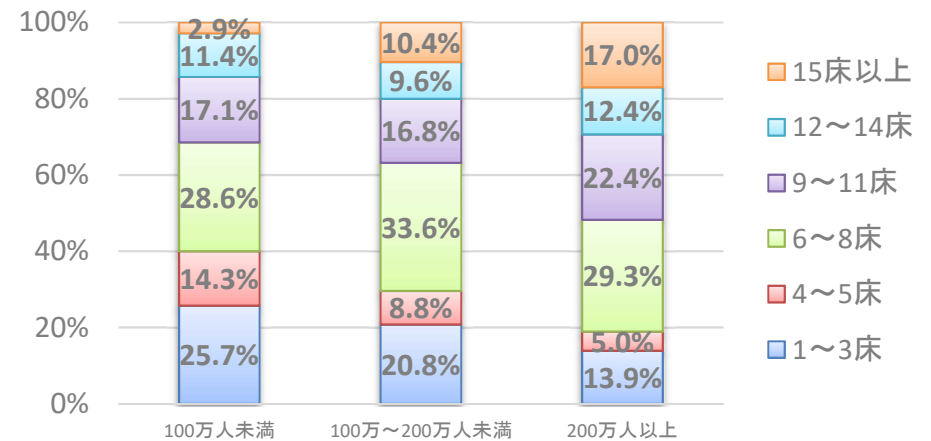
【地域】 「NICUを設けることが望ましい」としているが、病床数の基準はない。

(周産期医療の体制構築に係る指針より一部引用)

NICU病床規模別の施設数
(医療計画の指針に基づく病床)



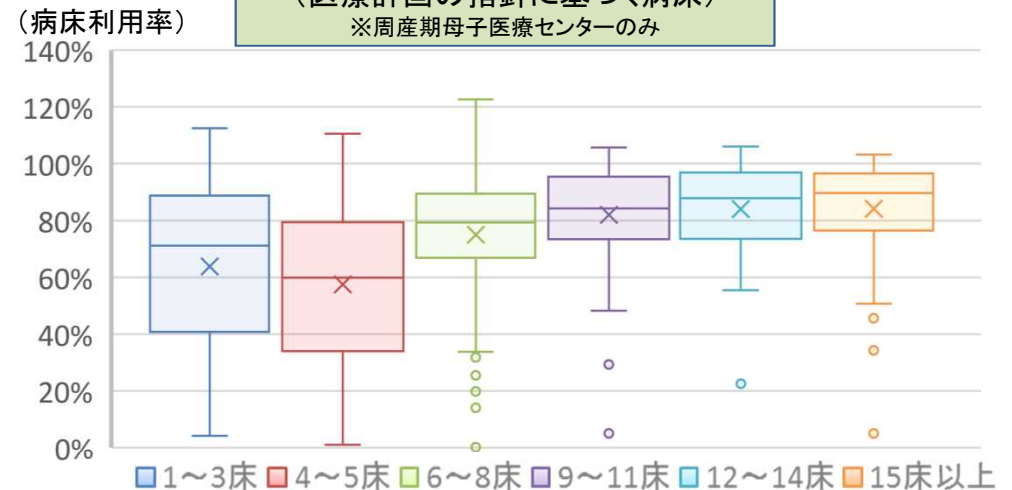
都道府県人口規模別のNICU病床規模別施設数の割合
(医療計画の指針に基づく病床)



NICU病床規模別の入院児数
(医療計画の指針に基づく病床)
※周産期母子医療センターのみ



NICU病床規模別の病床利用率
(医療計画の指針に基づく病床)
※周産期母子医療センターのみ



新生児特定集中治療室に関する診療報酬の施設基準

- 新生児特定集中治療室については、A302とA303において診療報酬上の評価を行っている。
- A302新生児特定集中治療室管理料1とA303 総合周産期特定集中治療室管理料2は同じ点数であるが、求めている要件が異なっている。

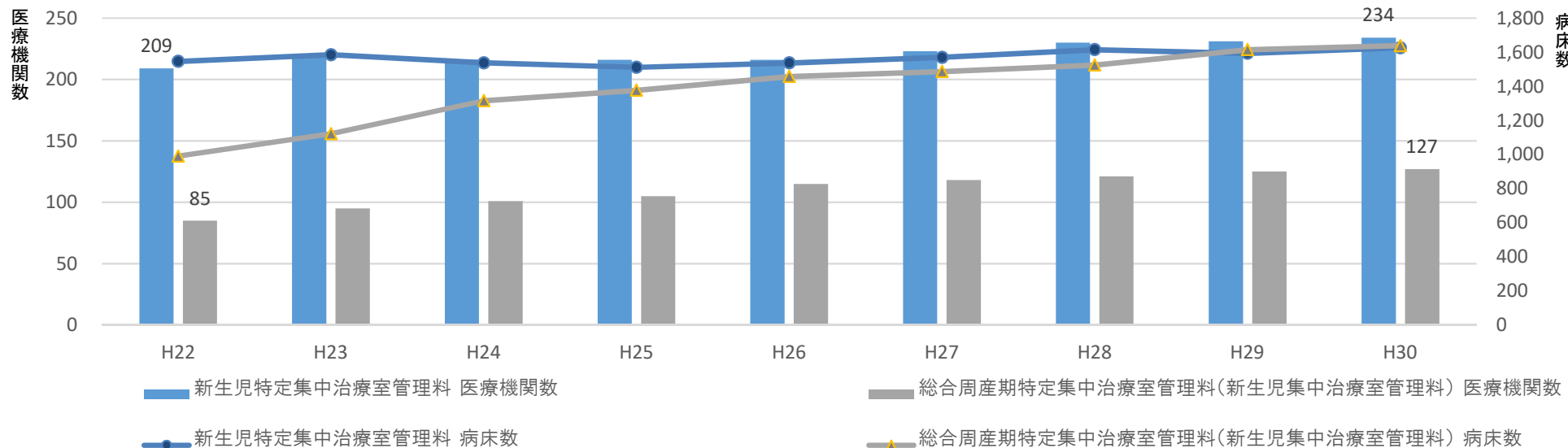
	A303 総合周産期特定集中治療室管理料2 10,539点(1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料1 10,539点(1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料2 8,434点(1日につき)
施設要件	総合周産期母子医療センター 又は地域周産期母子医療センター	—	—
医師の配置	○専任の医師が常時、治療室内に勤務		○専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ○緊急時は別の医師が速やかに診療に参加
看護師の配置	○助産師又は看護師の数は常時3対1以上		
構造設備等	○1床あたり7平方メートル以上 ○原則バイオクリーンルーム ○救急蘇生装置等の装置及び器具を常備、 ○自家発電装置を有し、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能		
医師の当直	○ 当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室・中間室・回復室からなる病棟以外での当直勤務を併せて行わない。		—
看護師の夜勤	○ 当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わない。		
その他	○ 出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数:直近1年間で4件以上 ○ 開胸手術、開頭手術、又は開腹手術:年間6件以上実施		○出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数:直近1年間で30件以上
	○ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること		

新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数等の推移

平成31年4月10日
中医協総会資料(改)

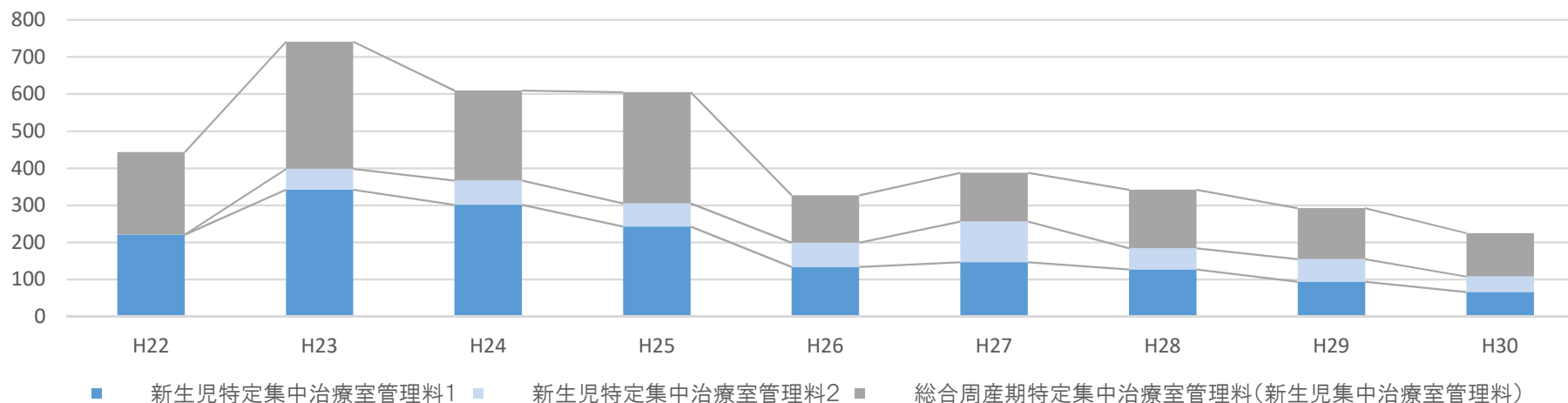
新生児集中治療室管理料の届出医療機関数及び病床数はほぼ横ばいだが、算定者数は減少傾向。

■新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数及び病床数



■新生児特定集中治療室管理料等の算定者数

※算定者数とは実施件数(明細書の枚数)を示す。

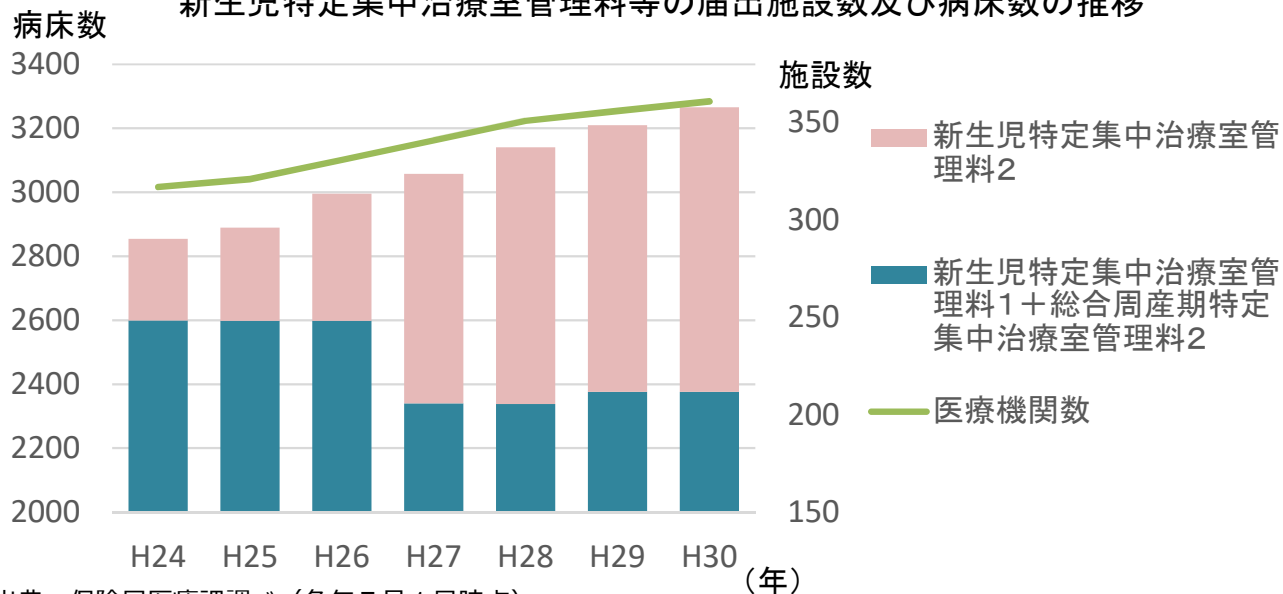


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
 ※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査
 保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

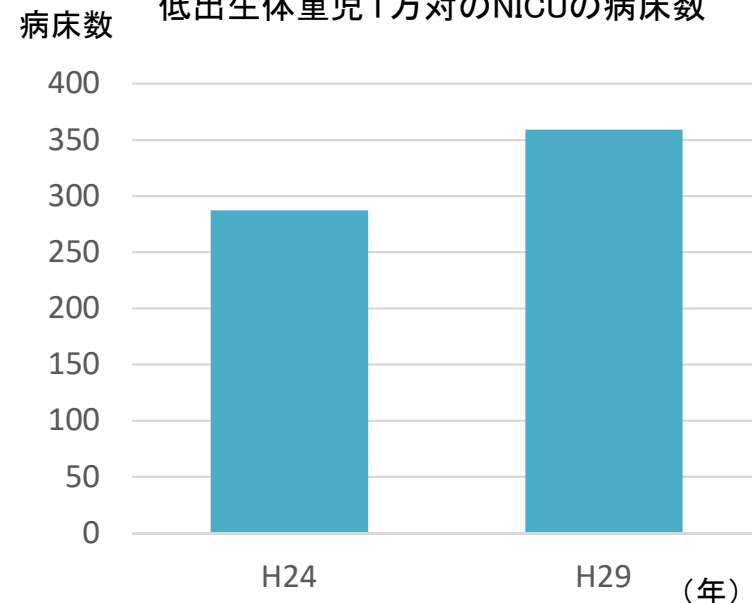
新生児集中治療室(NICU)等の病床数等の推移

- 新生児集中治療室(NICU)については、届出施設及び病床数はいずれも増加傾向。
- 内訳としては、新生児特定集中治療室管理料2を算定する病床の割合が増加傾向。
- 新生児特定集中治療室管理料2は6～8床が最も多く、総合周産期特定集中治療室管理料は15床以上の施設が最も多かった。

新生児特定集中治療室管理料等の届出施設数及び病床数の推移



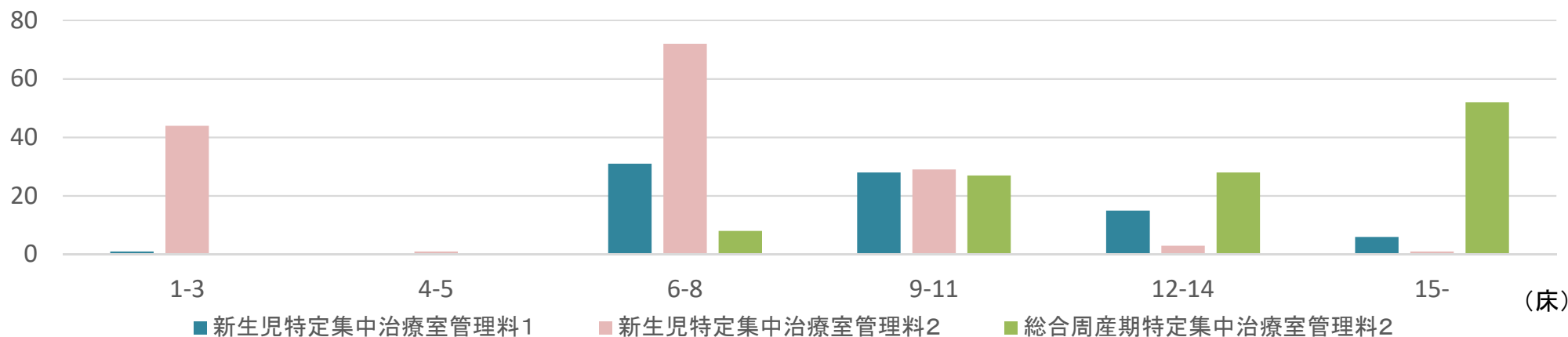
低出生体重児1万対のNICUの病床数



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

(施設数)

1施設当たりの新生児特定集中治療室管理料等を算定する病床の分布

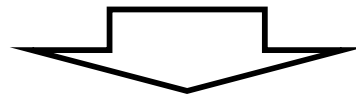


医療課調べ(平成30年10月1日時点)

小児・周産期医療に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 周産期医療の体制について、総合周産期母子医療センターを原則として3次医療圏に1か所、地域周産期母子医療センターを総合周産期母子医療センター1か所に対して数か所の割合で整備しており、いずれも平成29年度までに全都道府県に配置されている。
- 新生児集中治療室については、出生1万人当たり25～30床を目標に整備をしており、平成29年に全ての都道府県において目標を達成した。
- 新生児特定集中治療室については、新生児特定集中室管理料と総合周産期特定集中治療室管理料において評価を行っている。新生児特定集中室管理料1と総合周産期特定集中治療室管理料2は同じ点数であるが、求めている要件が異なっている。
- 新生児特定集中治療室管理料等の届出施設及び病床数は増加傾向であり、内訳としては、新生児特定集中治療室管理料2の病床数が増加傾向である。また、新生児特定集中治療室管理料等の算定者数は減少傾向である。
- 新生児特定集中治療室管理料2を届出している医療機関について、6～8床の届出が最も多く、総合周産期特定集中治療室管理料2を届出している医療機関については、15床以上の届出が最も多かった



【論点】

- 新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料2について、いずれも新生児特定集中治療室に対する評価であることを踏まえ、評価の在り方について検討してはどうか。

3. 業務の効率化・合理化

勤務環境改善に資する取組として診療報酬での評価が考えられる事項

(前回議論)

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進

(今回議論)

- 届出・報告の簡素化、人員配置の合理化の推進、書類作成・研修要件の合理化

(次回以降議論)

- タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3. 業務の効率化・合理化

- 書類作成・研修要件の合理化
- 医療機関と薬局の連携による業務の効率化
- 診療報酬明細書の記載及び地方厚生（支）局への届出に当たっての業務の効率化

診療報酬の算定にあたり作成を求めている書類

- 緩和ケア実施計画書 (A226-2緩和ケア診療加算)
- 児童・思春期精神医療入院診療計画書 (A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料)
- 栄養治療実施計画 (A233-2栄養サポートチーム加算)
- 入退院支援加算 (A246入退院支援加算)

等

様式を定めているものに加え、診療録への記載を求めている事項も多数存在する。

診療報酬の算定にあたり求めている研修

- 緩和ケアに関する研修(医師) (A226-2緩和ケア診療加算)
- 認知療法・認知行動療法に関する研修(医師) (I003-2認知行動療法)
- 所定の研修を修了したもの等が行う院内研修(急性期一般入院基本料 他)

等

診療報酬の算定にあたり開催を求めている会議

- 症状緩和に係るカンファレンス (A226-2緩和ケア診療加算)
- 精神症状の評価や診療方針の決定等に係るカンファレンス及び回診 (A230-4精神科リエゾンチーム加算)
- 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診 (A233-2栄養サポートチーム加算)
- 認知症患者のケアに係るチームによるカンファレンス (A247認知症ケア加算)

等

診療報酬の算定に当たり記載を求めている事項の簡素化

現状と課題

- 診療報酬の算定に当たって、計画書を診療録に添付することを要件にしている項目と、計画書に基づき行った指導の内容を診療録に記載する項目がある。
- 診療報酬の算定に当たって、医師が他職種への指示事項を診療録に記載し、他職種が実際に行った指導の内容について記録を作成することを求めている項目がある。

(例)A233-2 栄養サポートチーム加算

- 栄養サポートチーム加算の算定に当たっては、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとしている。
- ただし、栄養サポートチーム加算(特定地域)の算定に当たっては、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士の全てが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること、とされている。

(例)B001・13 在宅療養指導料

- 在宅療養指導料の算定に当たっては、医師が、診療録に保健師、助産師又は看護師への指示事項を記載するとともに、保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記することが求められている。

論点

- 当該事例も含め、医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、医師等に求めている診療録等の記載について、簡素化を行う方向で検討を進めてはどうか。

院内研修について①

現状と課題①

- 例えば、感染防止対策加算及び抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている医療機関については、感染制御チームによる年2回程度の院内感染対策に関する研修を行うとともに、抗菌薬適正使用支援チームによる年2回程度の抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を実施する必要がある。

(例) A234-2 感染防止対策加算1及び2 施設基準 抜粋

- 感染制御チームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。

(例) A234-2 感染防止対策加算 注3 抗菌薬適正使用支援加算 施設基準 抜粋

- 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。
 - ・ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。

院内研修について②

現状と課題②

- 例えば、看護補助加算等の施設基準において、年に1回以上の受講が要件とされている院内研修について、内容が大きく変化しないと考えられる研修内容についても、毎年の受講が求められているものがある。

(例)

急性期看護補助体制加算、看護補助加算等における看護補助者の院内研修の施設基準

当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。

- ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
- イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
- ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
- エ 日常生活にかかわる業務
- オ 守秘義務、個人情報の保護
- カ 看護補助業務における医療安全と感染防止等

⇒例えばアについては、1年毎に受講が必要なほど内容が変わるようなものではないのではないか。

様式 18 の 3

(届出様式)

夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注13）
看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注9）
急性期看護補助体制加算
看護職員夜間配置加算
看護補助加算
看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注4）

に係る届出書添付書類

4 看護補助者に対する研修

看護補助業務に必要な基礎的な知識・技術を
習得するための院内研修の実施状況

実施日： 月 日
(複数日ある場合は複数日)

研修の主な内容等

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

論点

- 当該事例も含め、医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、施設基準で求める院内研修の内容等について、質の担保を考慮したうえで、簡素化する方向で検討を進めてはどうか。

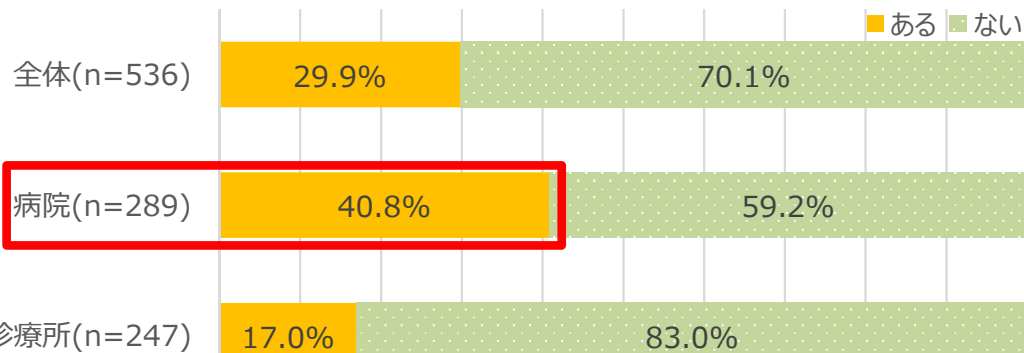
3. 業務の効率化・合理化

- 書類作成・研修要件の合理化
- 医療機関と薬局の連携による業務の効率化
- 診療報酬明細書の記載及び地方厚生（支）局への届出に当たっての業務の効率化

- 医療機関において、薬局からの疑義照会について負担に感じているものがある。
- 医療機関と薬局間での「事前の取決め」により、問い合わせを簡素化している医療機関がある。

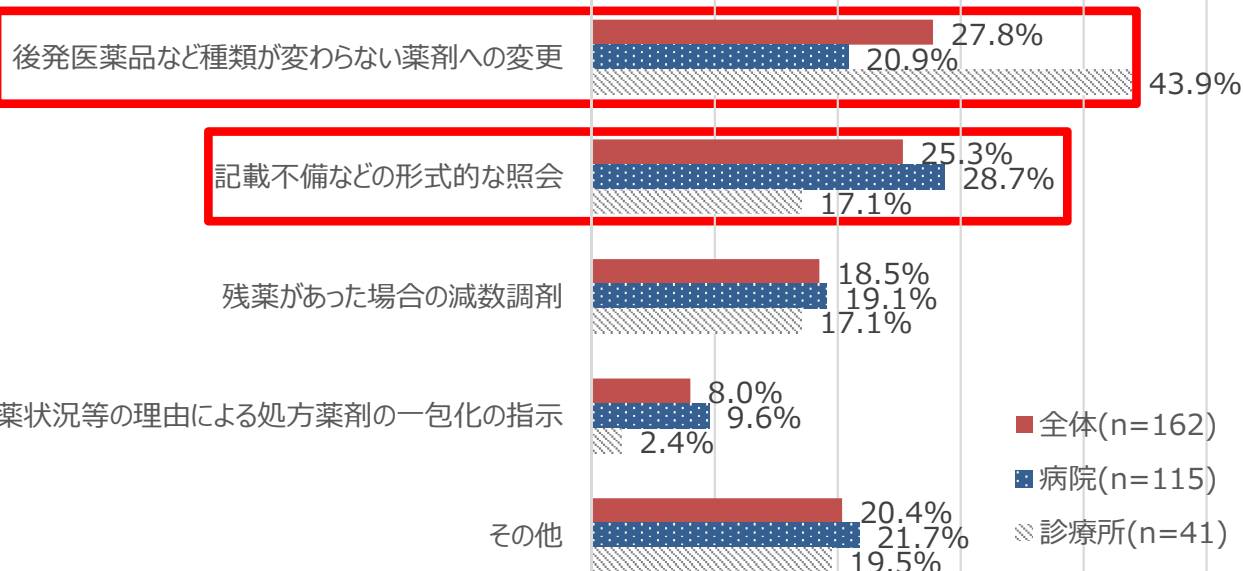
■ 保険薬局からの疑義照会について、負担に感じているものはあるか¹⁾

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



具体的内容

0% 10% 20% 30% 40% 50%



事前の取決めにより、処方医への事前確認を不要としている項目 (例)²⁾

1. 成分が同一の銘柄変更
2. 内服薬の剤形変更 (例: OD錠⇔普通錠⇔散)
3. 内服薬の規格変更 (例: 5mg2錠→10mg1錠)
4. 半割・粉碎・混合
5. 医療上の必要性が認められる一包化
6. 軟膏・クリーム剤の規格変更 (例: 5g2本⇔10g1本)

※ 調剤後、医療機関への報告を求める場合もある。

合意受諾書

一般社団法人川崎市薬剤師会(以下、甲という)は別紙「川崎市院外処方疑義照会プロトコール別添1」に定める医療機関と処方箋に係る薬剤師法第23条2項の取り扱いについて合意した。それに伴い、貴薬局(以下乙という)は甲の開催する研修会を受講し十分理解した上で運用を開始するものとする。また、本プロトコールは薬局・薬局開設者および保険薬剤師の責任において運用するものとする。

記

- 1 別紙「川崎市院外処方疑義照会プロトコール」のこの合意内容であることを了承する。
- 2 本プロトコールの改定情報は甲よりホームページ・電子メール等を通じて配信する。乙は最新情報の収集を怠らぬものとする。
- 3 本プロトコールの効果等についての情報収集に乙は協力し、甲へ情報無償提供を了承する。
- 4 乙は本プロトコールの運用中止や、乙連絡先変更があった場合は、甲事務局に速やかに連絡する。
- 5 本プロトコールの不明点は処方箋発行元に連絡する。尚その回答はその医療機関の回答であり、他の医療機関には別途確認をするものとする。
- 6 乙が不正・不誠実等行為を行い、合意先医療機関又は甲がそれを認めた場合、甲は乙に対し本合意受諾書を解除出来るものとする。
- 7 乙が甲会員薬局資格を失った場合、本合意受諾書も失効するものとする。
- 8 本プロトコール内容の変更をはじめ、甲が必要と思われる措置が発生した場合は、乙は甲の指示に従うものとする。
- 9 乙が本プロトコール運用において発生した調剤上・経済上・その他諸問題一切は、乙の責任と了承した上で運用する。

以上

平成 年 月 日
名称(甲) : 一般社団法人 川崎市薬剤師会
住所 : 川崎市川崎区富士見 1-1-1
代表者役職氏名 : 会長 嶋 元

(乙)
会員薬局住所 : 〒
電話・FAX : TEL FAX
開設者名 :
会員薬局名 :
情報連絡電子メール:
(pdf等の添付ファイル受信が出来、業務として常時使用可能なメールアドレスを記載ください。ゼロとオーの混同等判るように入力してください)

出典: 1) 医療機関の薬剤師における業務実態調査 (平成29年度医療課委託調査)
2) 川崎市薬剤師会ホームページより医療課が作成

薬局からの問合せへの対応の効率化（京都大学医学部附属病院の事例）

- 京都大学医学部附属病院では、問合せの効率化に係る薬局との取決めを2013年10月より開始。
- 2014年9月時点では13%、2015年3月時点では21%の処方変更が取決めに基づく事後報告であった。また、問合せがあったものの取決めの範囲内であったものが約15%あった。

問合せ簡素化の取決めの内容等

※2016年3月改定（第3版）

（1）取決めの具体的な内容

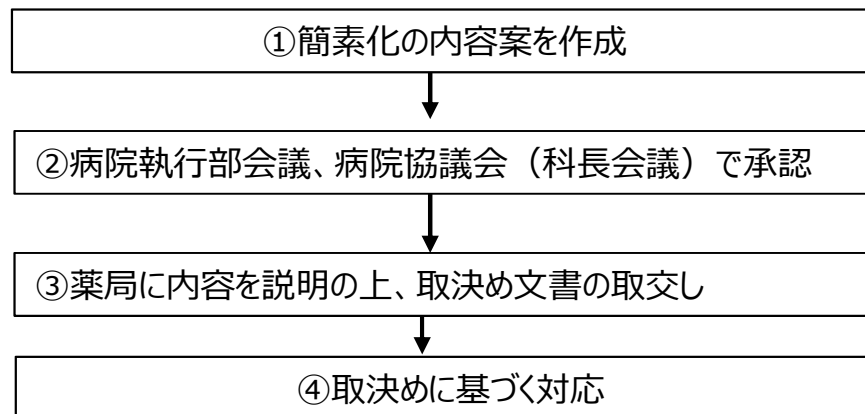
- ①成分名が同一の銘柄変更
- ②剤形の変更
- ③別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- ④患者の同意を得て行う半割、粉碎あるいは混合
- ⑤患者の同意を得て行う一包化
- ⑥湿布薬や軟膏での取決め範囲内での規格変更
- ⑦一般名処方における類似剤形内での変更
- ⑧取決め範囲内での日数短縮
- ⑨その他取決め事項

（2）取決めに基づく対応

- 上記（1）の内容の範囲であれば、薬局が調剤後に、処方箋に変更内容を記載した上で、その内容を京大病院薬剤部宛てにFAXで送付
- 京大病院薬剤部においては、送付されたFAXの内容に基づき、処方オーダー記録を修正

※令和元年9月末時点で40薬局と取決め文書を取り交わしている。

京大病院での対応の簡素化の運用



簡素化による効果

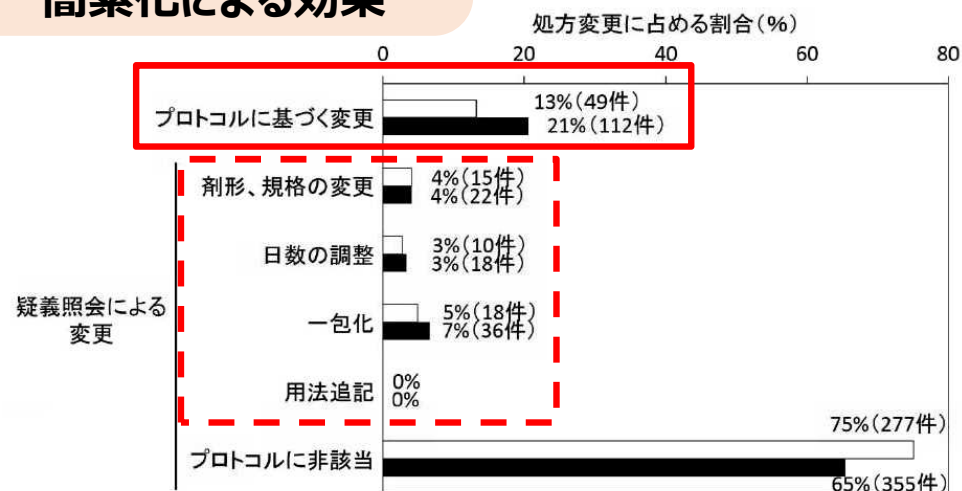


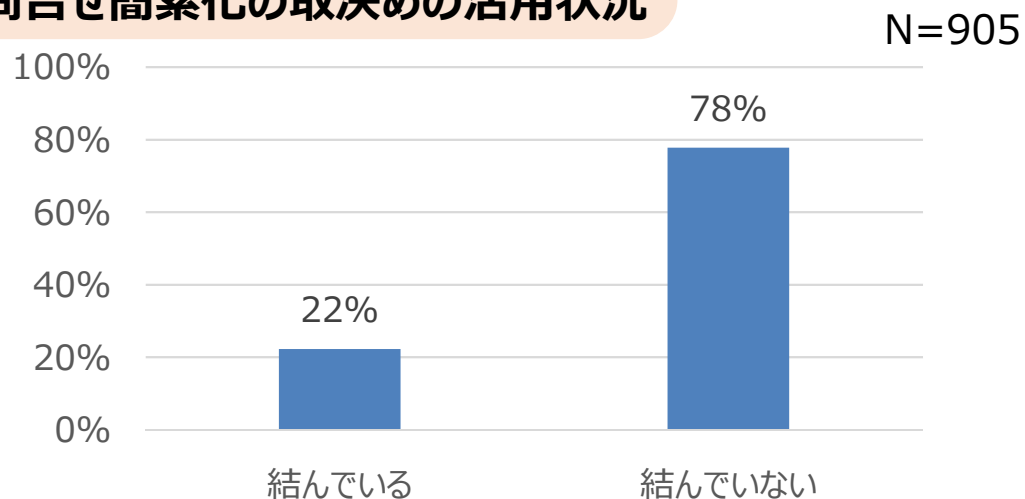
図4 2014年9月（改定前）と2015年3月（改定後）におけるプロトコルに該当する内容が処方変更にも占める割合

□ 2014年9月 ■ 2015年3月

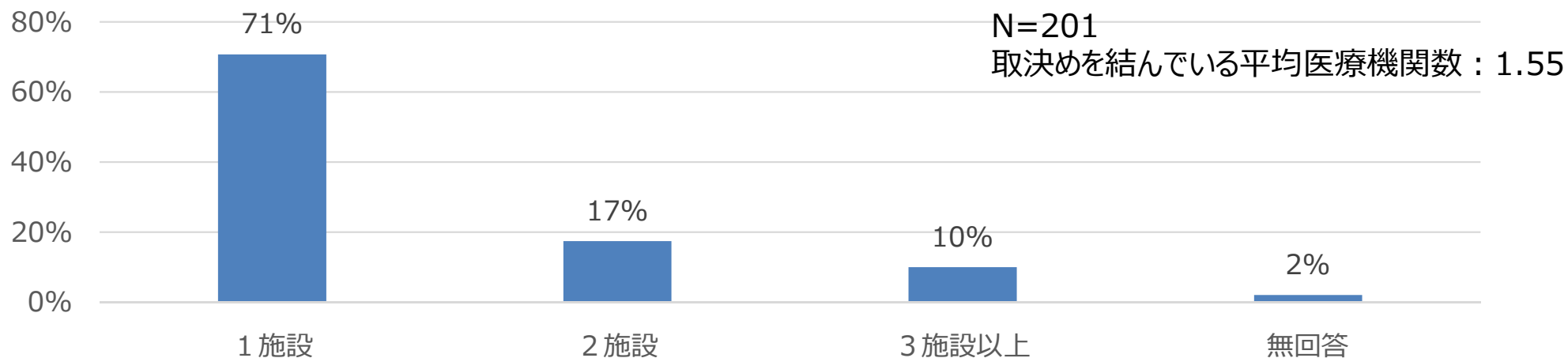
薬局での問合せ簡素化の取決めの活用状況

- 問合せの簡素化に関して、医療機関と文書による取決めに結んでいる薬局は全体の約20%であった。
- 薬局ごとの取決めに結んでいる医療機関数は、平均で約1.6施設であった。

(1) 問合せ簡素化の取決めの活用状況



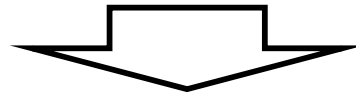
(2) 問合せ簡素化の取決めに結んでいる医療機関数



医療機関と薬局の連携による業務の効率化に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 医療機関と薬局間での事前の取決めにより、問合せを簡素化している医療機関がある。京都大学医学部附属病院の事例では、処方箋の変更がされたもののうち、約1/3が取決めに基づき簡素化が可能と推定された。



【論点】

- 医療機関における医師等の医療従事者の負担軽減や患者の待ち時間の短縮等の観点から、薬局から医療機関への問合せの簡素化の取組を推進することについてどう考えるか。

3. 業務の効率化・合理化

- 書類作成・研修要件の合理化
- 医療機関と薬局の連携による業務の効率化
- 診療報酬明細書の記載及び地方厚生（支）局への届出に当たっての業務の効率化

レセプト摘要欄の記載事項の選択式化

現状・課題

- 例えば、画像診断は「撮影部位を記載すること。」とされており、レセプト摘要欄に手入力で撮影部位を記載しているが、レセプト摘要欄への手入力は記載ミスの原因となっている。
- また、入力された撮影部位のレセプト表示も分かりにくく、入力後の確認が難しい。

〔入力画面イメージ〕

コメント
撮影部位きょうぶ

手入力記載

〔レセプト表示イメージ〕

70	撮影部位頭部 MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満の機器） 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料） 画像診断管理加算1（コンピューター断層診断）	1,450 X 1 70 X 1
	撮影部位胸部 CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器） 2回目以降減算（CT、MRI） 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	840 X 1

令和2年度診療報酬改定での対応案

- 医療従事者の負担軽減や業務効率化の観点から、レセプト摘要欄に手入力で記載を求めていた事項のうち、撮影部位等について選択式記載としてはどうか。
- また、レセプトに表示される際に、どの診療行為に対するコメントか分かるような記載（所要のコードを設定）としてはどうか。

〔入力画面イメージ〕

CT撮影（撮影部位）		
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> ..

該当部位選択

〔レセプト表示イメージ〕

70	MRI撮影（撮影部位）：頭部 MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満の機器） 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料） 画像診断管理加算1（コンピューター断層診断）	1,450 X 1 70 X 1
	CT撮影（撮影部位）：胸部 CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器） 2回目以降減算（CT、MRI） 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	840 X 1

歯科診療報酬明細書様式の見直し

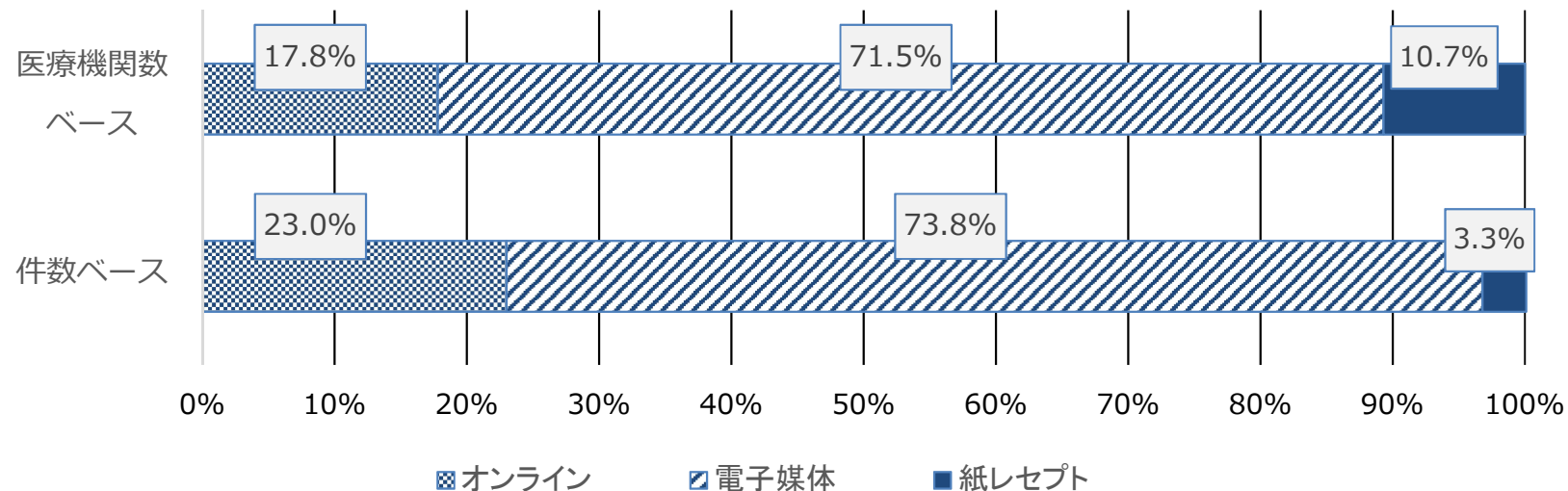
歯科診療報酬明細書について

- 歯科診療報酬明細書には、紙媒体による手書き請求の利便性の観点から、あらかじめ診療行為名称等が記載されている。（次頁）
一方、当該様式には日付や部位等の情報欄が無いことから、これらの情報の摘要欄への記載を求めており、医療従事者の負担になっているとの指摘もある。

令和2年度診療報酬改定での対応案

- 医療従事者の負担軽減や効率的な事務の推進のため、歯科診療報酬明細書を、算定日順に整理した様式に見直し、摘要欄への記載を簡素化できるようにしてはどうか。
- 医療現場への影響を鑑み、改修等に対して経過措置を設けてはどうか。
- 紙媒体による手書き請求に限定して、当面の間、従前の様式でも差し支えないこととしてはどうか。

歯科診療報酬の請求方法



(出典)R1.6社会保険支払基金HP

【参考】 歯科診療報酬明細書（様式第三）（抜粋）

初診	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	特	特専	特運	特地	外来環
再診	×	時間外 ×	休日 ×	深夜 ×	乳 ×	乳・時間外 ×	乳・休日 ×	乳・深夜 ×	特 ×			再外来環 ×
管理・リハ	歯管 +	+ + + + +		義管		実地指	P画像 × ×				その他	
投薬・注射	内屯外注			調 × ×		処方 × + ×	情 × + ×		処 × + ×		注 × ×	
X線検査	全額	枚	色調 ×	P混検 ×		P部検 ×			精 ×		その他	
	標	×	S培 ×	顎運動 ×				基本 ×	精密 ×		その他	
	パ	×	EMR ×	×	×	×		査 ×	査 ×			
処置・手術	う蝕	×	保護処置 ×	×	×	充填 × ×		知覚過敏 × ×		咬調 × ×		
	抜	×	感根 ×	根 ×	根 ×	加圧 ×	生切 ×		×	F局		
	髓	×	処 ×	貼 ×	充 ×	充 × + ×		除去 ×		T.cond ×		
	S C	×	+ × × + ×		SRP 前 ×	小 ×	大 ×		前 ×	小 ×	大 ×	
術	PCur 前	×	小 ×	大 ×	前 ×	小 ×	大 ×	SPT(I)	SPT(II)	P処 ×	P基処	
	抜歯 乳	×	前 × + ×		臼 × + ×		埋 × + ×		切開 ×		×	
その他												
麻酔	伝麻 ×		浸麻 ×		その他							
歯冠形成	補診	×	×	維持管理	×	×	×					
	(生単)	前C ×		(失単)	前C × + ×			印象 ×				
	金硬	×		金硬	×	+ ×		+	×	T.C ×	咬合 ×	×
	乳	×		乳	×			+	×	管理 ×	×	×
(生フ)	前接 ×	+ ×	(失フ)	前 × + ×			+	×		試適 ×	×	
金	×	+ ×	金	×	+ ×		+	×		×	×	
修	支台築造	メタル 前小 ×		大 ×		その他 前小 ×	大 ×		修形 ×		充形 × + ×	
復及び	金 乳前小銀	×	×	×	×	×	×	硬ジ × ×		充填 ×	材 × ×	
	前小パ	×	×	×	×	×	×	乳 × ×		1 ×	I × ×	
	大パ	×	×	×	×	×	×	仮着 × ×		充填 ×	材 × ×	
	大銀	×	×	×	×	×	×	装着 × + ×		2 ×	充 × ×	
欠損	パ前 ×	銀前 ×		パ大 ×	C 小 ×			装着 × ×		リテイナー ×	×	
	前パ小 ×	銀小 ×		鑄造 前小 ×	A 大 ×			材料 × ×		Br装着 ×	×	
	パ大 ×	銀大 ×		銀 ×	パ 1 ×			コ ×		屈曲 不特 ×	保 ×	
綴	1~4歯	×	床 ×	鑄 双大 ×	双大 ×	線 14 双 ×	不 双 ×	レスタレン ×			×	×
	有 5~8歯	×	床 ×	鑄 双小 ×	双小 ×	鉤 K レストア ×	特 レストア ×	間接 ×			人 × ×	
	9~11歯	×	適 ×	造 14 腕大 ×	腕大 ×	腕大 ×	双 ×	床 × + × + ×			工 × ×	
	歯 12~14歯	×	合 ×	鉤 腕犬小 ×	腕犬小 ×	腕犬小 ×	コ 腕 ×	床 × + × + ×			修 × ×	
	綴義歯	×	合 ×	鉤 腕前 ×	腕前 ×	腕前 ×	腕前 ×	床 × + × + ×			理 × ×	
その他												

地方厚生（支）局への届出の簡素化（1）

現状・課題

- 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おり、届出の省略や手続きの簡素化など、さらに効率化・合理化する余地がある。

現行

様式〇
××××管理料1に勤務する従事者

	職種	氏名	勤務
1	医師	〇〇太郎	常勤
2	医師	〇〇二郎	常勤
3	医師	〇〇××	常勤
4	医師	〇〇△△	常勤
5	医師	〇〇□□	常勤
	⋮		

例：一部の施設基準については、届出時に従事者の氏名や経歴の提出を求める場合がある

様式〇
××××管理料1に勤務する従事者の名簿[ICU]

	職種	氏名	勤務の態様	勤務時間	備考
1	看護師	〇〇花子	常勤・専任	38.75	5年
2	看護師	〇〇◇◇	常勤・専任	38.75	
3	看護師	〇〇××	常勤・専任	38.75	
4	看護師	〇〇△△	常勤・専任	38.75	
5	看護師	〇〇□□	常勤・専任	38.75	

経歴書

〇〇花子
H12.5 看護師免許取得
H12.4～H16.3
◇◇大学附属病院 ICU・CCU
H16.4～現在
■医学部附属病院 ICU

認定証

〇〇花子 殿
☆☆の認定資格を与える。
20〇〇年〇月〇日
〇〇 〇〇

(名簿・添付書類省略)

簡素化後

提出不要

令和2年度診療報酬改定での対応案

- 医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、届出に係る様式の簡素化や添付資料の低減等の取組をさらに進めることとしてはどうか。

地方厚生（支）局への届出の簡素化（2）

現状・課題

- 例えば、健康保険法に定める訪問看護事業所については、「その他の職員」が変更となった場合には都度変更の届出を行うことが定められおり、届出に係る事業所の負担が大きい。（※介護保険上は同様の規定はなし。）

○健康保険法（抄）

（変更の届出等）

第九十三条 指定訪問看護事業者は、当該指定に係る訪問看護事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は当該指定訪問看護の事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

○健康保険法施行規則（抄）

（指定訪問看護事業者に係る指定の申請）

第七十四条 法第八十八条第一項の指定を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書及び書類を当該申請に係る訪問看護事業を行う事業所の所在地を管轄する地方厚生局長等に提出しなければならない。

- 一 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名及び住所
- 二 訪問看護ステーションとなる事業所の名称及び所在地
- 三 当該指定に係る訪問看護事業の開始の予定年月日
- 四 申請者の定款、寄附行為又は条例等
- 五 申請者が、現に他の訪問看護ステーション、病院、診療所又は介護老人保健施設の開設者であるときは、その概要
- 六 申請者が、同時に他の訪問看護ステーション、病院、診療所又は介護老人保健施設を開設しようとするときは、その概要
- 七 訪問看護ステーションとなる事業所の平面図並びに設備及び備品等の概要
- 八 指定訪問看護を受ける者の予定数
- 九 訪問看護ステーションとなる事業所の管理者**その他の職員の氏名及び経歴**（看護師等については、免許証の写しを添付すること。）並びに管理者の住所
- 十 運営規程
- 十一 職員の勤務の体制及び勤務形態
- 十二 事業計画
- 十三 保健、医療又は福祉サービスの提供主体との連携の内容
- 十四 指定訪問看護の事業に係る資産の状況
- 十五 その他厚生労働大臣が必要と認める事項

（変更の届出）

第七十七条 法第九十三条の厚生労働省令で定める事項は、第七十四条第一項第一号、第四号、第五号、**第九号**及び第十号に掲げる事項とする。

（参考様式）

訪問看護事業変更届	
指定訪問看護事業者	名称
	所在地
訪問看護ステーション	名称
	所在地
変更の事由	
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションの名称・所在地の変更 (変更前)	
<input type="checkbox"/> 開設者（法人等）の名称・所在地の変更	
<input type="checkbox"/> 法人等の代表者の氏名・住所の変更	
<input type="checkbox"/> 法人等の定款・寄附行為・条例の変更	
<input type="checkbox"/> 法人等が他に開設している介護老人保健施設等の名称・所在地・施設内容の変更、廃止 (変更後)	
<input type="checkbox"/> 管理者の変更（交替）、氏名・住所の変更	
<input checked="" type="checkbox"/> その他の職員の採用（転入）・退職（転出）・死亡	
<input type="checkbox"/> その他の職員の氏名の変更	
<input type="checkbox"/> 運営規程の変更	
変更の年月日	年月日

上記のとおり変更の届け出をします。

年月日

ステーションコード：

指定訪問看護事業者の

名称・所在地

〒

代表者の氏名

電話番号

殿

（注）次の変更事由の場合は、それぞれに掲げる書類を添付すること。

1 開設者（法人等）の名称・所在地の変更、代表者の氏名・住所の変更または定款・寄附行為・条例の変更の場合は、変更後の定款・寄附行為・条例の写

2 開設者（法人等）が他に開設している介護老人保健施設等の名称・所在地・施設内容の変更の場合は、変更後の介護老人保健施設等の概要表

3 管理者・その他の職員を採用した場合は、その者の看護師等の免許証の写し

4 運営規程の変更の場合は、変更後の運営規程

この変更届は、変更の事由が生じたときから10日以内に提出すること。

◆令和元年8月7日 社会保障審議会 介護保険部会 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会（第1回）〈議事録より抜粋〉

「訪問看護ステーションにおいても、こちらの届出は厚生局になりますけれども、管理者以外の1人が変更しても届け出るような、そういったものがまだ残っておりますので、いろいろ広い視野で洗っていただいで検討いただければありがたいと思います。」

令和2年度診療報酬改定での対応案

- 当該事例も含め、事業所の負担軽減及び業務効率化の観点から、変更届出の内容等について検討を進めてはどうか。

選定療養に導入すべき事例等に関する 提案・意見募集の結果への対応等について

1 選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果への対応について

○ 7月17日の中医協総会において、選定療養に追加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、報告を行い、今後、必要に応じて中医協で議論することとした。

○ 寄せられた意見について、以下の対応方針としてはどうか。

（1） 既存の選定療養の対象範囲を見直すもの

○ 「患者や患者家族への時間外の病状説明」を選定療養の類型である「時間外診療」に加えることについては、

- ・ 選定療養として位置付けた場合、医師等の時間外の病状説明に係る業務が減少し、医師等の負担軽減に資する可能性がある。一方、設定金額によっては、時間外の病状説明が増加し、かえって医師等の労働時間が増えてしまうおそれ等があること

- ・ 現在、各医療機関において、チーム医療の推進やタスクシフティング等医療従事者の働き方改革に資する様々な取組が進められており、「勤務時間内での病状説明」についても各医療機関で導入が進められているところであること

- ・ また、国民（患者）に対しても、各医療機関での取組への理解を含めた医療のかかり方について、周知・啓発が進められているところであること

等の理由から、これらの取組の進捗状況や医療機関及び患者の意識の変化等を見極めつつ、慎重に検討する必要があるため、まずは医療機関における対応や患者の意識に関する実態等を把握した上で、改めて次回以降に検討することとしてはどうか。

(2) 療養の給付と直接関係ないサービス等に追加するもの

- 患者の求めに応じ、保険薬局が調剤した医薬品を患家に配送する場合に係る費用について、療養の給付と直接関係ないサービス等として費用徴収が可能であることを明記してはどうか。

なお、この場合、当該保険薬局の保険薬剤師は、必ず患者の医薬品受領の確認を行うものとする。

- なお、今回寄せられた意見のうち、上記のもの以外のものは、
 - ・ 医療技術評価分科会（医技評）に同様の提案があるなど、療養の給付との関係を整理すべきもの
 - ・ 療養の給付として既に保険適用の対象となっているもの
 - ・ 保険適用の対象となっているものと組み合わせる必要がなく、自由診療として行うべきもの
 - ・ 選定療養や療養の給付と直接関係ないサービス等として、既に患者から費用を徴収することが認められているもの等の理由で対応しないこととしてはどうか。

2 先進医療会議からの提案への対応について

- 令和元年7月4日の先進医療会議において、保険適用された医薬品同士を比較し診療ガイドラインの改善につなげるなど、診療の最適化に資する臨床研究を推進するため、「既に保険適用になっている医療技術等の再評価を行うことを目的とした臨床研究であって、一部に保険適用外の検査等を含むもの」について、先進医療として取り扱うことについて議論したが、保険導入を目指すという先進医療の制度趣旨に馴染まないことから、既存の保険外併用療養費を前提とすれば、選定療養の枠組みの中で取り扱うことが妥当ではないかとの意見があった。

- 上記の先進医療会議からの意見について、以下の対応方針としてはどうか。

- 「既に保険適用となっている医療技術等の再評価を目的とする臨床研究」に伴う「制限回数を超える検査等」を選定療養の類型である「制限回数を超える

医療行為」に加えることについては、

- ・ 「既に保険適用となっている医療技術等の再評価」が本来の趣旨であり、保険導入を前提としない選定療養の趣旨とは大きく異なること
- ・ 選定療養は患者の自由な選択と同意によるものであるが、本件は、通常、その回数や実施時期等について、臨床研究計画で規定されており、必ずしも患者の自由な選択と同意によるものではないこと

等の理由から、選定療養の枠組みでは対応することは適切ではないのではないか。むしろ、本件について、趣旨を鑑みれば、法改正を含め保険導入のための評価を行う評価療養を見直すことによる対応を検討することとしてはどうか。

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

<全般>

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、このよう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。

<医科>

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。
アテンド料	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。
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。

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。

脳卒中患者等の下肢装具（再）作製時のリハビリ評価・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なっていないが、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綴	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。

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。 成長期では頻り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。
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"> ・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。 ・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。
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。

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。

<その他>

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院した場合	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。

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。

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、より強力に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

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。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。

○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。

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家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家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。

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について（平成 18 年 3 月 13 日保医発第 0313003 号）（抄）（最終改正：平成 30 年 3 月 5 日）

第 3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第 2、第 2 の 2 及び第 3 並びに医薬品等告示関係）

14 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（以下単に「時間外診察」という。）に関する事項

- (1) 本制度は、国民の生活時間帯の多様化や時間外診察に係るニーズの動向を踏まえて創設されたものであり、したがって、本制度の対象となるのは、緊急の受診の必要性はないが患者が自由な選択に基づき、自己の都合により時間外診察を希望した場合に限られ、緊急やむを得ない事情による時間外の受診については従前通り診療報酬点数表上の時間外加算の対象となり、患者からの費用徴収は認められないものであること。
- (2) 時間外診察に係る特別の料金の徴収については、当該時間外診察が保険医療機関において対面で行われるものでなければ認められないものであること。
- (3) 本制度に基づき時間外診察に係る費用徴収を行おうとする保険医療機関は、時間外診察に係る費用徴収についての掲示をあらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく示しておかなければならないこと。
- (4) 社会通念上時間外とされない時間帯（例えば平日の午後 4 時）であっても、当該保険医療機関の標榜診療時間帯以外であれば、診療報酬上の時間外加算とは異なり、本制度に基づく時間外診察に係る費用徴収は認められるものであること。
- (5) 患者からの徴収額については、診療報酬点数表における時間外加算の所定点数相当額を標準とすること。
- (6) 患者からの徴収額及び標榜診療時間帯を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式 4 により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

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 17 年 9 月 1 日 保医発第 0901002 号）

（最終改正：平成 30 年 3 月 20 日）

保険医療機関等において保険診療を行うに当たり、治療（看護）とは直接関連のない「サービス」又は「物」について、患者側からその費用を徴収することについては、その適切な運用を期するため、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」（平成 4 年 4 月 8 日老健第 79 号）、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」（平成 14 年厚生労働省告示第 99 号）、「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等』及び「選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 14 年 3 月 18 日保医発第 0318001 号）及び「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」（平成 12 年 1 月 10 日保医発第 186 号）において、その取扱いを示してきたところであるが、今般、下記のとおり、その取扱いを明確化することとしたので、その徹底につき、御配慮願いたい。

あわせて、入院中の患者など既に治療が開始されている患者からの費用徴収については、保険医療機関等に十分な配慮を求めるよう、その徹底につき、御配慮願いたい。

なお、「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」（平成 12 年 1 月 10 日保医発第 186 号）は、平成 17 年 8 月 31 日限り廃止する。

記

1 費用徴収する場合の手続について

療養の給付と直接関係ないサービス等については、社会保険医療とは別に提供されるものであることから、もとより、その提供及び提供に係る費用の徴収については、関係法令を遵守した上で、保険医療機関等と患者の同意に基づき行われるものであるが、保険医療機関等は、その提供及び提供に係る費用の徴収に当たっては、患者の選択に資するよう次の事項に留意すること。

- (1) 保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく揭示しておくこと。なお、揭示の方法については、「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 13 日保医発第 0313003 号）第 1 の 2 (5) に示す揭示例によること。
- (2) 患者からの費用徴収が必要となる場合には、患者に対し、徴収に係るサービスの内容や料金等について明確かつ懇切に説明し、同意を確認の上徴収すること。この同意の確認は、徴収に係るサービスの内容及び料金を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うもの

であること。ただし、この同意書による確認は、費用徴収の必要が生じるごとに逐次行う必要はなく、入院に係る説明等の際に具体的な内容及び料金を明示した同意書により包括的に確認する方法で差し支えないこと。なお、このような場合でも、以後別途費用徴収する事項が生じたときは、その都度、同意書により確認すること。

また、徴収する費用については、社会的にみて妥当適切なものとする。

- (3) 患者から費用徴収した場合は、他の費用と区別した内容のわかる領収証を発行すること。
- (4) なお、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」及び「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」に示したとおり、「お世話料」「施設管理料」「雑費」等の曖昧な名目での費用徴収は認められないので、改めて留意されたいこと。

2 療養の給付と直接関係ないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

(1) 日常生活上のサービスに係る費用

- ア おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T字帯代
- イ 病衣貸与代（手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く。）
- ウ テレビ代
- エ 理髪代
- オ クリーニング代
- カ ゲーム機、パソコン（インターネットの利用等）の貸出し
- キ MD、CD、DVD各プレイヤー等の貸出し及びそのソフトの貸出し
- ク 患者図書館の利用料 等

(2) 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

- ア 証明書代
 - (例) 産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書、生命保険等に必要な診断書等の作成代 等
- イ 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料）
- ウ 外国人患者が自国の保険請求等に必要診断書等の翻訳料 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

- ア 在宅医療に係る交通費
- 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。） 等

(4) 医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用

- ア インフルエンザ等の予防接種、感染症の予防に適応を持つ医薬品の投与
- イ 美容形成（しみとり等）
- ウ 禁煙補助剤の処方（ニコチン依存症管理料の算定対象となるニコチン依存症（以下「ニコチン依存症」という。）以外の疾病について保険診療により治療中の患者に対し、スクリーニングテストを実施し、ニコチン依存症と診断されなかった場合であって、禁煙補助剤を処方する場合に限る。）

エ 治療中の疾病又は負傷に対する医療行為とは別に実施する検診（治療の実施上必要と判断し検査等を行う場合を除く。） 等

(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

イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料

ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送代

エ 院内併設プールで行うマタニティスイミングに係る費用

オ 患者都合による検査のキャンセルに伴い使用することのできなくなった当該検査に使用する薬剤等の費用（現に生じた物品等に係る損害の範囲内に限る。なお、検査の予約等に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）

カ 院内託児所・託児サービス等の利用料

キ 手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等

ク 有床義歯等の名入れ（刻印・プレートの挿入等） 等

3 療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないもの

療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないものとしては、具体的には次に掲げるものが挙げられること。

(1) 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

ア 入院環境等に係るもの

（例）シーツ代、冷暖房代、電気代（ヘッドホンステレオ等を使用した際の充電に係るもの等）、清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ・電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、医療相談、血液検査など検査結果の印刷費用代 等

イ 材料に係るもの

（例）衛生材料代（ガーゼ代、絆創膏代等）、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代（縫合糸代等）、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代 等

ウ サービスに係るもの

（例）手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、車椅子用座布団等の消毒洗浄費用、インターネット等より取得した診療情報の提供、食事時のとろみ剤やフレーバーの費用 等

(2) 診療報酬の算定上、回数制限のある検査等を規定回数以上に行った場合の費用（費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。）

(3) 新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

ア 薬事法上の承認前の医薬品・医療機器（治験に係るものを除く。）

イ 適応外使用の医薬品（評価療養を除く。）

ウ 保険適用となっていない治療方法（先進医療を除く。） 等

4 その他

上記1から3までに掲げる事項のほか、費用徴収する場合の具体的取扱いについては、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」及び「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」を参考にされたい。

なお、上記に関連するものとして、入院時や松葉杖等の貸与の際に事前に患者から預託される金銭（いわゆる「預り金」）については、その取扱いが明確になっていなかったところであるが、将来的に発生することが予想される債権を適正に管理する観点から、保険医療機関が患者から「預り金」を求める場合にあっては、当該保険医療機関は、患者側への十分な情報提供、同意の確認や内容、金額、精算方法等の明示などの適正な手続を確保すること。

臨床研究の円滑な推進に向けた取組について（案）

1. 経緯

- 先進医療においては、未だ保険診療の対象に至らない新しい医療技術等を対象として、保険診療と保険外診療との併用を認め、将来的な保険導入のための評価が行われている。
- 2018年4月に臨床研究法が施行されたことを受け、先進医療Bとして申請される技術の多くが認定臨床研究審査委員会（以下「CRB」という。）で審査されることとなったが、CRBと先進医療技術審査部会の審査項目が重複しているとの指摘がある。両制度の整合性を図りつつ、先進医療Bに係る審査を迅速化・効率化していくことが求められている。
- 他方、質の高い保険診療のためには、既に保険適用となっている医療技術等の再評価も重要であり、保険適用された医薬品同士を比較し診療ガイドラインの改善につなげるなど、診療の最適化に資する臨床研究を推進する取組が求められている。ただし、このような臨床研究は現在の仕組みではいわゆる混合診療となってしまう場合も多いという課題がある。
- これを受け、第74回先進医療会議において、以下の論点について議論が行われたところ。

論点1 CRBで承認された先進医療Bの審査過程の迅速化・効率化を進めるにあたり、申請医療機関が特定機能病院又は国立高度専門医療研究センターであり、かつ、臨床研究中核病院に設置されたCRB（※）の承認を受けた臨床研究を対象として、先進医療会議及び先進医療技術審査部会を合同開催（以下「迅速化案」という。）とすることとしてはどうか。

※大学病院の場合は、当該大学に設置されたCRBも含む。

論点2 質の高い保険診療のために、既に保険適用となっている医療技術等の再評価を行うことを目的とした臨床研究であり、一部に保険適用外の検査等を含むものであって、臨床研究法における非特定臨床研究としてCRBで承認されたものについては、患者の安全性が一定程度確保されているということを踏まえ、どのように取り扱うのが適当か。

- また、上記論点1については、第86回先進医療技術審査部会においても議論がなされたところ。

2. 論点1に係る先進医療会議及び先進医療技術審査部会での意見等

- ① 両会議では、特定機能病院又は国立高度専門医療研究センターから申請された臨床研究のうち、まずは臨床研究中核病院に設置された CRB の承認を受けたものを迅速化案の対象とすることについて了承されたが、他の CRB への対象拡大の要件及び CRB の審査の質の評価法について、引き続き検討することとされた。
- ② 臨床研究中核病院に設置された CRB の質を確認するためのより適切な立入調査の在り方について検討するとともに、臨床研究中核病院に設置された CRB に限らず、全ての CRB の質を底上げするための取組についても検討すべきではないか。
- ③ 合同会議で「先進医療技術審査部会で継続審議」となった場合には、通常よりも審査期間が長期化することも多いため、合同会議対象の技術であっても、必要に応じて、通常審査へ差し戻しできるようにしてはどうか。
- ④ 今回の迅速化案によって、実際にどれだけ迅速化されたか検証するべきではないか。
- ⑤ 先進医療 A または B への振り分けについても運用の見直しを行い、審査期間の短縮を図ってはどうか。

3. 上記2への対応（案）

- ① 迅速化案を適用する CRB の対象拡大の要件について（別紙資料 P2）
 - ・ CRB での審査を経て先進医療会議等において審査された臨床研究については、先進医療会議等からの指摘事項があった場合、その後の CRB での再審査において、当該指摘事項が CRB にフィードバックされることになる。これを先進医療の審査実績として位置づけ、本実績が一定の基準に達した CRB については、当該 CRB からの申請に基づき、迅速化案の対象とすることについて先進医療会議で了承することとしてはどうか。
 - ・ また、迅速化案の当面の対象となる臨床研究中核病院に設けられた CRB についても、運用開始2年後を目処に先進医療の審査実績を確認し、当該実績が一定の基準に達していない場合や、臨床研究中核病院の立入調査に係る指摘事項に対応出来ていない状況が続く等の場合については、対象からの除外について先進医療会議にて検討することとしてはどうか。

② CRB の質の担保について（別添資料 P3）

- ・ CRB の質については、臨床研究中核病院に対して国が年 1 回の立入調査を実施している他、予算事業で CRB の審査能力向上促進にむけた取組を行っているところ。

③ 迅速化案の対象技術の通常審査への差し戻しについて（別添資料 P4）

- ・ 審査期間短縮の観点から、合同会議の対象技術であっても、事前評価担当者が「先進医療技術審査部会で継続審議」となる可能性が高いと判断し、合同会議座長の下承が得られた場合には、通常審査の対象とすることとしてはどうか。

④ 迅速化案の効果検証について

- ・ 運用開始 2 年後を目処に、迅速化案の実績を先進医療会議及び先進医療技術審査部会に報告することとし、必要に応じて、迅速化案の見直しを行うこととしてはどうか。

⑤ 振り分けの運用見直しについて（別添資料 P4、6）

- ・ 迅速化案の対象技術のみならず、すべての先進医療の振り分けについては、随時、持ち回り開催で審議を行うこととしてはどうか。ただし、その取りまとめにおいて構成員全員の意見が一致しない場合は、構成員を招集した本会議で検討を行うこととしてはどうか。

4. 論点 2 に係る先進医療会議での意見等

- ① 「既に保険適用となっている医療技術等の再評価を行うことを目的とした臨床研究であり、一部に保険適用外の検査等を含むもの」について、具体的にどういった臨床研究を対象とするか等について整理は必要だが、保険診療の質を高めるための取組として検討をすすめるべき。
- ② ただし、仮に先進医療として取り扱うこととした場合は、かえって手続きが煩雑となり、こうした臨床研究の推進につながらない可能性がある。
- ③ また、保険導入を目指すという先進医療の制度趣旨に馴染まないため、既存の保険外併用療養費制度のなかでは、選定療養の枠組みのなかで取り扱うことが妥当ではないか。