

# MMPG 診療報酬改定レポート

発行：MMPG（メディカル・マナジ・メト・プランニング・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発行者：（株）ユアーズブレーン 広島市中区国泰寺町 1-3-29 デルタビル 3 階 TEL 082-243-7331

## 平成 27 年 12 月 11 日 中医協 総会（第 319 回）

- ① 検査の国際標準化、「臨床研究中核病院の二重評価だ」と日医
- ② CTなどの高機能機器をさらに評価、「必要ない」と支払側
- ③ 在宅自己注射指導管理料の見直し、「非常に素晴らしい」と合意
- ④ 糖尿病性腎症患者への運動指導に「さらなる評価」
- ⑤ 胃瘻造設、「2年前に比べて70.9%ぐらい」と厚労省
- ⑥ 遠隔モニタリング、「最大12か月までで受診間隔を選択」
- ⑦ DPCデータ提出を10対1にも要件化、「拙速すぎる」と診療側
- ⑧ 診療情報提供書等の電子的な送受も「算定可能」へ
- ⑨ コンタクトレンズの院内交付、「不十分・不透明」と厚労省
- ⑩ 湿布薬、「1回の処方制限は70枚が妥当」と支払側
- ⑪ 勤務医等の負担軽減で6項目の論点を示すも、議論なく
- ⑫ 厚生労働大臣に向けた意見書の決定

### 【概要】

個別事項の審議が大詰めを迎えた。厚労省が示した個別事項の「その6：技術的事項等」は10項目で132ページ、「その7：勤務医等の負担軽減」は6項目49ページと、合わせて200ページ近い膨大な内容となったため発言のない項目も多数あった。「湿布薬の保険外し」に関連する議論に多くの時間を割いた。

### 【詳細】

#### ① 検査の国際標準化、「臨床研究中核病院の二重評価だ」と日医

血液や尿などを採取して身体の状態などを調べる検体検査の正確性をどのように確保していくか。厚労省は、国際標準化機構の国際規格に基づく技術能力の認定を受けている施設で実施される検体検査について、「さらに評価を行うこととしてはどうか」と提案し、支払側は賛成したが日本医師会（日医）の委員は反対した。

現在、検体検査に関する一定の施設基準を満たした医療機関で検体検査を実施した場合の評価として「検体検査管理加算」があり、同加算のⅠ～Ⅳすべてに共通の要件として、「外部の精度管理事業に参加していること」が求められている。

厚労省はこの日の総会で、「検体検査管理加算の施設基準として求めている外部精度管理については、内容による評価の区別は行っていない」と指摘し、臨床研究中核病院に求められている要件を挙げた。医政局長通知によると、「検査の正確性を確保するための設備を有する臨床検査施設」とは、「国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けていること等、その技術能力が国際的に認定されたと客観的に判断できる外部評価を受けた臨床検査室を意味するものである」とされている。

質疑で、日医の委員は「臨床研究中核病院の二重の評価だ」と批判。「一般財源による政策医療としての手当てをすべきで、あえて診療報酬でさらに評価するのは反対」と退けた。これに対し、日本臨床衛生検査技師会の専門委員は、国際規格に基づく技術能力の認定などについて「必ずしも臨床研究中核病院だけが取っているものではない」と理解を求めたが、日医委員は「臨床研究中核病院だから評価するとしか読めない。今回の改定で評価するのはまだ拙速だ」と引き下がらなかった。

厚労省の担当者は、国際標準化機構（ISO）認定の状況を示し、「117 医療機関から 15 拠点を除いた 102 医療機関の 23.4%が対応しており、検査の質の向上を図っている。臨床研究中核病院に限ったわけではない」と理解を求めた。支払側は「標準化されるのが一番いい」と賛成し、外部の精度管理をさらに広げていくよう要望した。厚労省はこの日、検査について4項目を挙げ、議論のあった（1）臨床検査の外部精度管理のほか、（2）指定難病の診断に用いる遺伝学的検査、（3）体外診断用医薬品の評価療養、（4）体外診断用医薬品の保険適用に関する中医協における取扱い——についても論点を示した。

（2）～（4）については議論がなかった。

## ② CTなどの高機能機器をさらに評価、「必要ない」と支払側

CTやMRIなど高機能の機器で撮影した場合の評価をどう考えるか。厚労省は、64列以上のマルチスライス型CTや3テスラ以上のMRIなどによる診断について「より評価をする」との意向を示した上で、施設共同利用での撮影を「新たに（中略）評価してはどうか」と提案した。また、ポジトロン断層撮影の施設共同利用率の要件について、「見直しを行ってはどうか」と提案した。

CT及びMRIについては、平成24年度と平成26年度改定により、高機能の機器により撮影された場合に評価を行うとともに施設基準を設け、機能の劣る機器により撮影された場合の評価を引き下げてきた。高機能な機器をさらに評価する方針について支払側は「今回、対応する必要はない」と反対。診療側は、「高機能のみ」を評価することに難色を示したものの、大筋で了承した。

質疑で、日医の委員は「『より評価』とあるが、今までの評価を下げることにつながるのか」と質問し、旧式の機器が低く評価されることを危惧した。厚労省の担当者は「高機能の所は評価していく一方で、機能が劣る所は若干点数を下げていくのが、これまでの（改定の）考え方」と回答。日医委員は「より高度な機器の導入につながると思うので、慎重に考えていかなければいけない」と述べ、「高機能のみ」の評価に難色を示した。

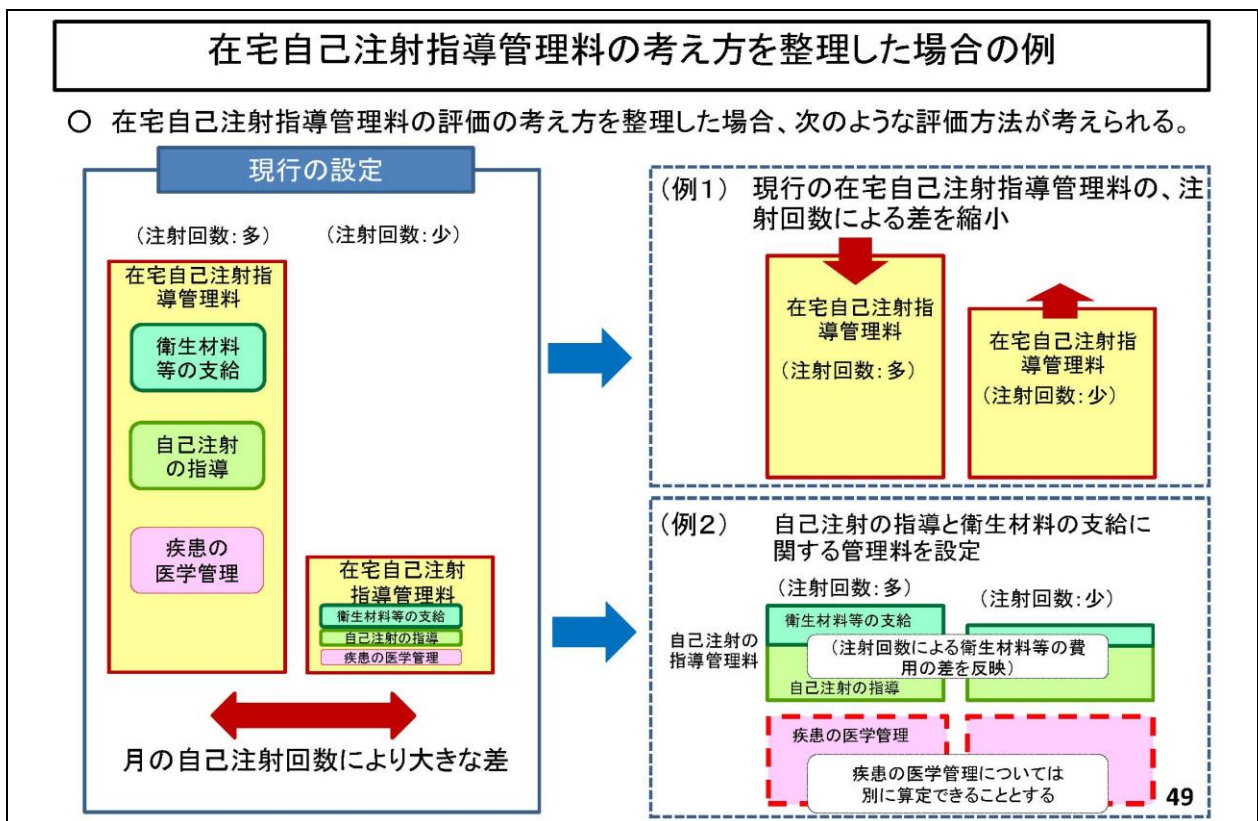
病院団体の委員もこれに賛同し、「3テスラが本当に適当かという場合があるので、この疾患では3テスラ以下も同じように評価するという色分けをしたほうが、より適切な運用になる」と補足した。厚労省の担当者は「高機能の所を評価していくと、そういう機器がまたたくさん増える」と懸念し、共同利用の必要性を指摘。高機能な機器を効率的に利用するために、「ある一定の要件というのは考えていかななくてはいけない」と述べた。

一方、今回の厚労省案に対し支払側委員は、「機器の機能が何か向上したのか。ただ点数を増点するということか」と質問。厚労省の担当者が「機能が何か上がったということは特にはない」と答えたところ、支払側委員は「もし機能に変更がないのであれば、前回改定で対応しているので、今回対応する必要はない」と反対した。

### ③ 在宅自己注射指導管理料の見直し、「非常に素晴らしい」と合意

在宅療養中の患者らに対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定できる「在宅自己注射指導管理料」の評価が自己注射の回数によって異なる状況をどのように見直していくか。

厚労省は、「在宅自己注射指導管理料の考え方を整理した場合の例」を2つ提案。▼注射回数に応じた評価の差を縮小する（例1）、または▼疾患の医学管理に関する部分を切り離した管理料を設定する（例2）——という2案を示した。支払側も診療側も「例2」の見直し案を支持した。



(12月11日の中医協総会資料「個別事項(その6)」P49)

現在、在宅自己注射指導管理料には「自己注射の指導」、「衛生材料等の支給」、「疾病の医学管理」などの評価が含まれている。

このうち、自己注射の回数により異なるのは「衛生材料等の支給」に関する費用のみであり、注射回数による評価の差が大きいとの指摘がある。このため厚労省は見直し案を提示。診療側は「非常に素晴らしい」と評価し、患者を代表する立場の委員も「非常にいい提案」と賛同した。

#### ④ 糖尿病性腎症患者への運動指導に「さらなる評価」

厚労省は、人工透析の原疾患として大きな割合を占めている「糖尿病性腎症」の重症化予防を重要な課題とし、近年の研究結果に着目。「慢性腎不全に対する運動介入について、腎機能の改善、透析導入までの期間の延長等の効果がある」と指摘した上で、「透析導入の予防を目的とした運動指導を行うことについて、さらなる評価を設けてはどうか」と提案した。診療側の発言はなかったが、支払側は「保険者との連携を要件として入れていただくことも検討してほしい」と要望した。

現在、糖尿病性腎症の患者に対し、重症化予防のために指導を行った場合には、診療報酬上の評価が設けられている（糖尿病透析予防指導管理料、月1回350点）。

支払側委員は同管理料の要件について、「運動指導を行うことがすでに評価されているので当然ではないか」と指摘したが反対意見は述べなかった。むしろ、広島県呉市国保の事例を紹介し、「呉市の医師会と連携して重症化予防を行って、かなり透析患者を予防したという成功事例がある」と重症化予防の推進には賛同。「横展開していくためにデータヘルス計画が大きな取り組み。医師が保険者と連携し、糖尿病予備軍の対策や重症化予防などを進めると、データヘルス計画がより効果的になる」と強調し、「保険者との連携」を要件に入れるよう求めた。

厚労省はこのほか、慢性維持透析患者の下肢末梢動脈疾患について「下肢の血流障害を適切に評価し、他の医療機関と連携して早期に治療を行うことを評価してはどうか」と提案した。これについて、支払側・診療側の発言はなかった。

#### ⑤ 胃瘻造設、「2年前に比べて70.9%ぐらい」と厚労省

不必要と思われる胃瘻をどのように判断するか。厚労省が示した「胃瘻についての論点」に対し、支払側委員は「胃瘻造設の見直しをしていく方向性は正しい」と賛成した上で、「前回改定によって胃瘻の造設がどれぐらい減ったのか」と質問した。厚労省の担当者は「改定前の平成25年5月分のデータでは、算定回数が5,813件だったが、改定後の平成27年5月分のデータでは4,219件と、2年前に比べて70.9%ぐらいになっている」と答えた。

前回改定では、約10万円の「胃瘻造設術」を約6万円まで引き下げ、「胃瘻造設時嚥下機能評価加算」を算定すれば2万5,000円を上積みできる仕組みに変更した。さらに、要件を満たさない場合には今年4月から80/100に減算する措置も導入した。

その結果、同加算の届出を行っている医療機関は全体の半数弱にとどまった。平成26年度の胃瘻造設件数が50件以上の医療機関でも、同加算の届出をしたのはわずか13%だ

った。前回改定によって、胃瘻に関する医療費を抑制する効果はあったが、改定後の調査では「経口摂取回復率の計算のために必要な情報収集が困難」、「100/100 算定のために術前に全例での嚥下検査が必要だが、検査を実施するまでもない患者がいる」などの回答が多かった。

また、嚥下機能の維持、向上に向けて医療機関はさまざまな取り組みを実施していることも分かった。

これを受け厚労省は、「施設における嚥下機能やその回復の見込みを適切に評価できる体制や、嚥下機能の維持・向上に対する取組みに関する視点を取り入れる」などの方針を示し、了承された。

### 胃瘻に関する論点

- 胃瘻造設の際に求められる嚥下機能の回復を評価する指標について、施設における嚥下機能やその回復の見込みを適切に評価できる体制や、嚥下機能の維持・向上に対する取組みに関する視点を取り入れることとしてはどうか。
- 術前の嚥下機能検査実施について、現在の施設要件で全例検査の除外対象とされている項目に、新たに筋萎縮性側索硬化症（ALS）、脳性麻痺などを追加することとしてはどうか。

(12月11日の中医協総会資料「個別事項（その6）」P80)

### ⑥ 遠隔モニタリング、「最大12か月までで受診間隔を選択」

遠隔モニタリングを活用して、対面診療の間隔を延長することができないか。

心臓ペースメーカーの電池の消耗や合併症発現の有無などのフォローアップを遠隔実施した場合について、厚労省は「対面診療の間隔を延長しても、同等の安全性が担保されることが複数の臨床研究の結果により示されている」と指摘し、「最大12か月までで受診間隔を選択し、その間の月数に応じて、次回来院時に遠隔モニタリングによる指導管理に対する評価を上乘せする」などの方針を示した。これについて、支払側・診療側の発言はなかった。

### ⑦ DPCデータ提出を10対1にも要件化、「拙速すぎる」と診療側

DPCデータを用いた分析をさらに進め、医療の標準化や透明化をどのように図っていくか。厚労省は「10対1入院基本料についても、データ提出加算の届出を要件化してはどうか」と提案したが、診療側は反対した。前回改定で、7対1入院基本料、地域包括ケア病棟入院料でデータ提出加算の届出が要件化されているが、今日の10対1を要件化することの提案に対し、厚労省は「急性期を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため」としている。

厚労省は、「DPCデータを用いた分析を行うことで、相当数の医療機関を対象として、包括化された範囲を含めた集計や異なる病棟間の横断的な集計等を行うことが可能となった」と評価している。データ提出届出病床数割合（26年11月時点）は7対1で96.5%だが、10対1は43.9%となっている。

質疑で、日医の委員は「現在、7対1の重症度、医療・看護必要度の議論を進めている

状況なので拙速すぎるのではないかと要件化に反対した。また、病院団体の委員は「データを集める方向性については全く反対するものではない」としながらも、「拙速に行わないでいただきたい」と強調。「段階的な導入など、十分な経過措置を設けることが必要」と要望した。

### ⑧ 診療情報提供書等の電子的な送受も「算定可能」へ

ICTを活用した医療情報の共有をさらに進めることはできないか。厚労省は、診療報酬算定のために作成される文章は、電子的に作成しても紙と同等に扱われることとされているが、一部の文書では、様式として、記名・押印が必要とされているなど、電子的に送受した際の取扱いが明確ではないことから、「診療情報提供書等の電子化に関する論点」を示し、現在、署名・捺印が求められている診療情報提供書、訪問看護指示書・訪問看護計画書・訪問看護報告書、服薬情報等提供文書について、「電子的に署名を行い、安全性を確保した上で電子的に送受した場合にも算定可能としてはどうか」と提案した。

また、診療情報提供書への検査結果・画像情報等の添付について、「電子的に送受・共有する場合についても評価することとしてはどうか」と提案した。これについて、支払側・診療側の発言はなかった。

### ⑨ コンタクトレンズの院内交付、「不十分・不透明」と厚労省

眼科クリニックなどが自院でコンタクトレンズを販売する場合に、「患者の自由な選択」を妨げていないか。

厚労省は「患者の自由な選択に資するための取組の内容は医療機関によって様々」と指摘。「当院以外の処方箋は発行しない」などの例を挙げ、「取組内容が不十分・不透明と考えられるものも一定程度見受けられた」と苦言を呈した上で、「院内交付の割合によって検査料の評価に差を設けてはどうか」と提案したが日医の委員は反対した。

平成26年6月に閣議決定された「規制改革実施計画」では、医療機関がコンタクトレンズなどの医療機器やサプリメントなどの食品を販売することは「当該販売が、患者のために、療養の向上を目的として行われるものである限り、以前から可能」とされた。しかし、コンタクトレンズなどを院内交付する場合には、他のコンタクトレンズ販売店でも購入できることを説明するなど、「患者の自由な選択を阻害しないことが重要」とされている。質疑で、日医の委員は「不十分、不透明な具体的事例を保険局でつかんでいるのか」と質問。厚労省の担当者は「診察した時に、自院での交付のためにしか処方箋を発行しないような例もあるので議論していただく必要がある」と回答した。

日医の委員は「十分な説明をしても院内交付を希望する患者さんもいる」と反論し、「院内交付の割合によって、一概に、即座に差を設けることには反対する」と了承しなかった。支払側の発言はなかった。

## ⑩ 湿布薬、「1回の処方制限は70枚が妥当」と支払側

医師の処方箋がなくても購入できる医薬品の範囲をどのように考えるか。

厚労省は適正化を検討すべき「具体的な薬剤」として湿布薬を取り上げ、一度に多量の湿布薬が処方されている例があることを指摘。「レセプトにおいて処方された湿布薬が何日分に相当するか記載することについてどのように考えるか」と意見を求めた。

支払側委員は「1回の処方制限は70枚が妥当」、「湿布薬は保険適用から除外すべき」などと主張、これに日医の委員が「公的保険給付範囲の縮小につながる」などと反対し、この日の総会で最も議論となった。

### 医薬品の適正給付に関する論点

- 医薬品の適正給付の在り方についてどのように考えるか。具体的な薬剤としては、一度に多量の湿布薬が処方されている例が一定程度あり、その状況が地域によって様々であることについて、残薬確認の観点も踏まえ、どのように考えるか。また、湿布薬は1日に用いる枚数が症状によって異なることから、レセプトにおいて処方された湿布薬が何日分に相当するか記載することについてどのように考えるか。
- 脂溶性ビタミン製剤の適正化については、単なる栄養補給の目的で使用されている量が増加しているとは考えにくいものの、改定後の状況を踏まえ、どのように考えるか。
- うがい薬の適正化については、改定後のデータが限られていることから、引き続き状況を注視していくこととしてはどうか。

(12月11日の中医協総会資料「個別事項(その6)」P129)

日医の委員は、「土地の気候や医療機関までの距離など患者によってかなり異なる。1回の湿布薬が多いのは豪雪地帯に多い」として、一律に規制することにも反対した。

これに対し、支払側委員は「1回の処方上限を定めるべき」とした上で、「1回の処方制限は70枚が妥当」との考えを示した。さらに委員は「70枚が何日分に該当するのかもきちんとレセプトに明記することを義務づけることが必要」としながらも、地域の実情などを考慮する必要があるとし、「1回に70枚を超える処方を行う場合は、その明確な理由をレセプトにきちんと記載するという要件を付けるべき」と主張した。

しかし、議論の焦点は厚労省が示した論点とは異なり、「湿布薬の保険外し」に関連する議論が中心となった。支払側委員が「湿布薬は保険適用から除外すべき」と繰り返し主張したため、社会保障審議会と中医協の権限範囲にも議論が及び、日医委員と論争する展開になった。

脂溶性ビタミン製剤の適正化についても、支払側が「食事から摂取できる場合は、単なるビタミン剤は算定不可としていただきたい」と発言し、対立した。

厚労省はこのほか、「入院中の経腸栄養用製品の使用に関する論点」として、入院時食事療養費の額について「実際のコスト等を把握した上で、適切な水準を設定する」との考えを示した。これについては、病院団体の委員が「実勢価格をちゃんと調べた上で、やみくもに下げないような形でお願いしたい」と求めただけで、議論はなかった。

### 入院中の経腸栄養用製品の使用に関する論点

- 医薬品である経腸栄養用製品との給付額の均衡を図る観点から、例えば食品である経腸栄養用製品のみを使用して栄養管理を行っている場合の入院時食事療養費等の額について、一定の見直しをしてはどうか。  
あわせて、特別食加算を算定できる取扱いについても見直すこととしてはどうか。
- また、今後食品である経腸栄養用製品の市場実勢価格を把握する仕組みを導入し、入院時食事療養費等の額について市場実勢価格に応じた設定とする仕組みとしてはどうか。
- 今後の課題として、入院時食事療養費の額について、実際のコスト等を把握した上で、適切な水準を設定することについてどう考えるか。

(12月11日の中医協総会資料「個別事項(その6)」P132)

### ⑪ 勤務医等の負担軽減で6項目の論点を示すも、議論なく

病院勤務医や看護師らの負担軽減をどのように進めていくか。

厚労省は「個別事項(その7)」として、「勤務医等の負担軽減」を取り上げ、医師事務作業補助者など6項目について論点を示しが、時間不足のため質疑は約15分で終了。大きな議論はなかった。

#### 個別事項(その7:勤務医等の負担軽減について)の項目

1. 医師事務作業補助者について
2. 夜間等における医師の負担軽減について
3. 手術・処置の時間外等加算1について
4. 看護職員の負担軽減について
5. 常勤配置の取扱いについて
6. その他(認知療法・認知行動療法について)

このうち、医師事務作業補助者について厚労省は、医師事務作業補助体制加算1の実施をより推進する方針を示した。

また、夜間等における医師の負担軽減については、脳卒中ケアユニットの施設基準を緩和する方針などを示している。

手術・処置における休日・時間外・深夜加算1については、予定手術の前日における当直等の日数の上限を緩和する考えを示した。

看護職員の負担軽減については、看護管理者が看護補助者の活用のための研修を受けるなど、業務分担に資する取組が進むよう促すことを提案した。

日本看護協会の専門委員は「院内での教育体制の整備や業務内容の見直しを行うに当たって看護管理者の意識が非常に重要なので、事務局提案に示された方向で取り組みをご検討いただきたい」と賛同した。



### 看護職員の負担軽減に関する論点

- 夜間の看護業務の負担軽減を促進するために、夜間急性期看護補助体制加算の評価を充実してはどうか。
- 看護職員が専門性の高い業務により集中することができるよう、看護補助業務のうち一定の部分までは、看護補助者が事務的業務を実施することができることを、明確にしてはどうか。
- 看護職員と看護補助者の業務分担を推進するために、例えば看護管理者が看護補助者の活用のための研修を受けるなど、業務分担に資する取組が進むよう促すこととしてはどうか。

(12月11日の中医協総会資料「個別事項(その7)」P35)

一方、入院基本料等一部の施設基準で示されている常勤配置の取扱いについて、厚労省は「産前産後休暇等や短時間勤務制度に関する規定は置かれていない」、「職員の常勤配置が必要な項目は多岐にわたっている」などの課題を示し、短時間勤務など柔軟な勤務形態の必要性を指摘。「複数の非常勤従事者が常勤換算方法により施設基準を満たすこと」を原則として認める考えを示した。

病院団体の委員は、「われわれがずっと要望してきたことで非常に良い方向だと思うので、ぜひ進めていただきたい」と歓迎したが、支払側は「あくまでも限定的な措置であるということを確認したい」とくぎを刺し、「『同等の資質』とはどういうことを想定しているのか」と質問した。

厚労省の担当者は「常勤の方にかかっていた、例えば『ある一定の研修を受ける』という要件があれば、当然、非常勤の方にも同じ要件がかかるということで『同等の資質を有する』という表現をしている」と答えた。

最後の項目である「認知療法・認知行動療法」については、看護師の役割を評価する方針を示した。

### ⑫厚生労働大臣に向けた意見書の決定

約2時間半にわたる「個別事項」の審議を終え、最後の議題である「平成28年度診療報酬改定への意見(公益委員案の提示)」に入ったが、大きな議論はなく約10分で終了し閉会となった。支払側はマイナス改定を、診療側はプラス改定を要望し意見は一致しないまま、双方の意見を併記する形でまとまった。

中医協として、厚生労働大臣に向け、「これまでの本協議会の議論を踏まえ、平成28年度予算編成に当たって診療報酬改定に係る改定率の設定に関し適切な対応を求める」とした。

**【今後の予定】**平成27年12月16日(水)