義肢装具の提供に係る診療報酬点数

○ 義肢装具の提供は、通常、①患部の診察、②採寸（製作に必要な寸法や角度の測定・記録）又は採型（ギプス包帯法による陰性モデル作成）、③義肢装具の製作（採型の場合には陽性モデル作成、プラスチック成形作成、適合検査）、④医師による装着確認（適合判定）、療養上の指導という工程でなされ、診療報酬においては、医療機関内で行われる①、②、④の工程を包括的に処置料として評価している。

（ギプス）

J129 治療装具の採型ギプス	
1 義肢装具採型法（1肢につき）	200点
2 義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき）	700点
3 体幹硬性装具採型法	700点
4 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき）	1050点
J129-2 練習用仮義足又は仮義手	
1 義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき））	700点
2 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき）	1050点

練習用仮義足又は仮義手の処方、採型、装着、調整等については、仮義足又は仮義手を支給する1回に限り算定する。

J129-3 義肢装具採寸法（1肢につき）	200点

（1） B001特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採寸を行った場合は、1年に1回に限り、所定点数を算定できる。ただし、過去1年以内にJ129-4 治療装具採型法を算定している場合は算定できない。
（2） 当該採寸とJ129-4 治療装具採型法を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

J129-4 治療装具採型法（1肢につき）	700点

（1） B001特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採型を行った場合は、1年に1回に限り、所定点数を算定できる。ただし、過去1年以内にJ129-3 義肢装具採寸法を算定している場合は算定できない。
（2） 当該採型とJ129-4 治療装具採型法を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

45

まず45ページなんですが、義肢装具の診療報酬上の扱いで、上の青い四角囲みにありますが、義肢装具の提供は、「①患部の診察」、「②採寸」、括弧書きとして「製作に必要な寸法や角度の測定・記録」または採型。括弧、「ギプス包帯法による陰性モデル作成」。

それから、④の「医師による装着確認」。

一番最後の行に、医療機関で行われる、今言いました「①、②、④の工程を包括的に処置料として評価している」と書いてありますが。

ということは、この①、②、④、どれかが欠けてもこれは評価できないっていうことでよろしいですね？

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課医療技術評価推進室・岡田就将室長

ここの、今のご質問でございますけれども、①、②、④の工程の個々の状況によって、それは異なるというふうに考えております。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では幸野委員、お願いいたします。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

いや……。
ですから、はっきりおっしゃっていただきたいんですけど、これ、医師に対する評価なので。
例えば、②の「採寸」を医師がやらなかった場合は、これ、②をやってないことになるので、評価できないっていうことでよろしいですよね？

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課医療技術評価推進室・岡田就将室長

それは「一律には言えない」というふうに思います。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

（お怒り気味の口調で）書いてあることと、ちょっと違うんじゃないですか？
これ、医師がこういうことをやった場合に包括的に評価するっていうようになってるんで、医師がやってない場合はこれ、評価できないということでよろしいですよね？

▼　けんか腰の口調。居眠りしている傍聴者がようやく起床。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課医療技術評価推進室・岡田就将室長

「医療機関内で行われる」という前提に立つと……。
立った判断っていうのがあり得るのかなあというふうに思っております。

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、お願いいたします。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

いや、だから、医療機関の中に義肢装具士が入ってきて、医師の指示の下に、義肢装具士がその陰性モデルとか……。

（義肢装具士が）採寸とか採型を行った場合は、これ、医師はやってないんで評価できないんですよね？

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課医療技術評価推進室・岡田就将室長

すみません。繰り返しになりますけども、「個々の状況」ごとに、その医師の関与っていうのがさまざまだというふうに認識をしております。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

いや……。

この文章をどう読んでも、医師がやってないのに付けるのはおかしいというふうに読めるんで、そこはちょっと、これ以上言ってもしょうがないんですけど、そういうふうに理解します。

それで、この治療用装具なんですけど、総論的に実態を言わせていただくと、療養費の中でも柔道整復療養費とかあん摩・はり・きゅうマッサージと同じように、これ、不正が頻発してるっていう状態です。

数年前にも、愛知県の１つの業者で１億円を超える不正が発覚して新聞等でも大きく報道されたんですが。

どんな事例かと言うと医師が指示したものと全く別のものを作って患者に渡して請求してるとか、既製品、インターネットとかで売ってるような物をオーダーメイドで作ったような形にして、数千円で済むようなものを数万円かかって請求しているというふうな事例が多く見受けられるということ。

これ、愛知県の例はもう氷山の一角で、今も保険者の調査によると、これ、野放し状態になってるというのが実態です。

もう１つの問題が、１人患者への装具の装着までの「一連の行為」を、医療機関と義肢装具業者が重複して算定してるっていうことです。

医療機関は「採型料」を算定し、業者は「作成料」を算定してると、そういったことが見受けられる

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

という大きな問題があるというとこで、これもう看過できないです。
　その要因はもちろん、この資料にも書いてあるとおり、医師の処置料の評価範囲が「明確でない」ということにあると考えてまして、今回、この制度設計を行うにあたっては、医師が採寸料・採型料を取るときの算定要件というのを明確に区別……、基準として設定すべきというふうに思います。
　そして、まず１点目……。

▼　事務局が不満そうな表情を浮かべたのか、傍聴席からは見えないが。

　あの……。
　私の言ってることに間違いがあれば指摘していただきたいんですけど。
　１点目として、確実に明確化することは、現在の採寸法とか採型法っていうのはオーダーメイドが前提になってるっていうことでよろしいですよね？

〇田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

　では、お願いいたします。

〇厚労省保険局保険医療企画調査室・樋口俊宏室長

　療養費の全体の話についてですね、言及いただきましたので、後ほど、その補足もさせていただければと思いますけれども。
　今のご質問につきましてはですね、既製品につきましても採型・採寸というのがございまして、従来からこれも、こういう取り扱いできておりますけれども。
　オーダーメイドではないレディメードのものについての価格については議論があるっていうことだと思うんですけれども、「採型・採寸」っていう意味ではですね、さまざまな調整の必要性に合わせてですね、やってきているっていうことであります。

〇田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

　では、お願いいたします。

〇幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

　既製品の装具は規格された区分から装具を選ぶだけであって、医師の「採寸・採型」の行為は全く行われてないんですけど、これがなぜ算定できるのかっていうことについては、どうお考えですか？

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、お願いいたします。

○厚労省保険局保険医療企画調査室・樋口俊宏室長

既製品装具につきましても、装具そのものの全体が最初から製品化されてて、何の措置もしないでですね、そのまま完全に適合するものかと言うと、必ずしもそうではないということがございますので……。

ベルトをどうやって付けるかとか、患者にどうやって装着するかとか、そういったことも含めてですね、完全に合ったものにするための調整っていうのが必要な面がございますので、そういう点について「採寸・採型」というのが行われていると……、いうところでございます。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

いや、あの、それは違うんじゃないかと思います。

まあ、今後の議論になるんですけど、そういったこともちょっと議論していきたいと思います。

あと２点目としては、先ほど言いましたように作成の過程において行われた行為というのは、例えば医師が少し関与して共同で実施した場合というのもあろうかと思いますけど。

この場合に、二重請求されてるっていうのが現状です。ですから、この、共同で装具を作製した場合でも医療機関もしくは義肢装具士のどちらかしか、からしか請求できないっていうことを明確に基準として設定していただきたいと思いますが、これについてはいかがですか。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課医療技術評価推進室・岡田就将室長

はい。その点につきましても、「中医協でのご議論」かなと事務局としては考えます。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

はい。重複請求が多いという実態がありますんで、ぜひこれはどちらかしか請求できないと。

その場合に、「療養の給付が優先される」ということを明確に基準として謳うべきだというふうに思います。

それから陰性モデル、陽性モデルを義肢装具士が作成してるっていうのは10割ということなんですが。

そういった場合には、作成した場所にかかわらず、先ほど言いました45ページの②（採寸・採型）で、

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

医師はやってないんで、この場合は医療機関は採寸法・採型法を算定できないということを明確に謳うべきだというふうに思います。

それから、この……。

そもそも論なんですけども、この採寸料・採型料っていうのは処置料として採寸・採型を行った場合の「手技」を評価したものというふうに理解してますので、義肢装具士に指示とか装着確認を行った場合というのは、これは採寸料・採型料は算定できないということも明確に算定基準に謳っていただきたいというふうに思います。

（参考） 医師の指示等に係る評価等

○ 医師の指示等に係る評価等については、例えば、医師が診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、訪問看護指示書を訪問看護ステーションに交付した場合に算定する「訪問看護指示料」等が設けられている。

C007 訪問看護指示料 300点 （概要）

- 訪問看護指示料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者に対する適切な在宅医療を提供するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、在宅で療養を行っている患者の診療を担う保険医（以下、主治医という。）が、診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、「別紙様式16」を参考に作成した訪問看護指示書に有効期限を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。
- 主治医は、交付した訪問看護指示書等の写しを**診療録**に添付する。
- 患者の主治医は、当該訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができる。なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーションからの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応する。

注３ 衛生材料等提供加算 80点

- 衛生材料等提供加算は、在宅医療において衛生材料等が必要な患者に対し、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護ステーションから提出された訪問看護計画書及び訪問看護報告書をもとに、療養上必要な量について判断の上、必要かつ十分な量の衛生材料等を患者に支給した場合に算定する。

B013 療養費同意書交付料 100点 （概要）

- 療養費同意書交付料は、原則として当該疾病に係る主治の医師が、診察に基づき、療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係る同意書又は診断書（以下「同意書」という。）を交付した場合に算定する。
- あん摩・マッサージ・指圧の施術に係る療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とされている。
- あん摩・マッサージ・指圧及びはり、きゅうについて、保険医療機関に入院中の患者の施術は、当該保険医療機関に往療した場合、患者が施術所に出向いてきた場合のいずれであっても療養費は支給されず、はり、きゅうについて、同一疾病に係る療養の給付と（診察、検査及び療養費同意書交付を除く。）との併用は認められていない。
- 初診の日から３月（変形徒手矯正術に係るものについては１月）を経過してさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。
- 医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際にのみ算定できる。この場合において、２度目の同意書等の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

48

それから、48 コマ目に「訪問看護指示料」がなぜか出されてるんですが、そもそもこの療養費っていうのは健康保険法 87 条によれば、支給決定は保険者の裁量判断に委ねられるもので、治療用装具の指示とか装着っていうのは本来、「意見書」として扱われるべきというふうに考えてます。

これを訪問看護指示料の「指示」とは同等に扱えない。どちらかといえば右側の「療養費同意書交付料」、この類いのものだというふうに考えますんで、それと同等に扱う、看護料と同等に扱うべきじゃない、というふうに思います。

それから、療担規則の６条では「保険医療機関は、患者から保険給付を受けるために必要な保険医療機関又は保険医の証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない」とされてまして。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

その但書として、はがき等に係る同意書についてはこの限りではないと規定されてて。

治療用装具の指示書も患者が療養費を受けるために保険者に申請書を出す時に添付するものでありますんで、これと同等のもの、いわゆる療養費同意書交付料と同等のものとして扱われるのが妥当だというふうに思います。

以上、意見なんですが。

この問題は、さらっと論点として掲げられてるんですけど非常に大きな問題で、今も不正が野放しにされてるっていう現状があります。

そういったことも踏まえて、今回の論点は非常にこう、漠然としてるんで、これ、今回の議論に終わらすんじゃなくて、どのような制度設計にしたいのかっていうふうなところが見えてきたら、もう一度ちょっと議論の場をつくっていただきたいというふうに思います。

それから、現時点でも医師が指示のみを行った場合の評価が明確でないことから、指示のみで採寸料・採型料を算定されている事例がもう野放し状態にされてるという現状があります。

今後どのような制度設計があるかは今後の中医協の議論になるんですけど、まずは今、この野放し状態になってるその状態を止めるために、何らかの通知で「医師の指示のみでは採寸料・採型料は取れないということを通知として出していただきたい。これは早急に通知として出していただきたいということを要望いたします。以上です。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では松本委員、お願いいたします。

○松本吉郎委員（日本医師会常任理事）

はい。幸野委員のお考えに対して、きちんと反論を述べさせていただきたいと思います。

まずですね、１点目は、「二重請求」とかですね、「重複請求」っていう言葉自体で決めつけておられますけども、これ、要するに二重請求でも重複請求でもありません。

現在の診療報酬の制度にのっとって算定をされているものだというふうに思います。

医療機関で行う採寸・採型とですね、義肢装具士が行う採寸・採型をですね、全く同じというふうに考えていらっしゃいますけども、それは別々の内容を評価したものであるとふうに思っております。

▼　手元の“台本”を見ながら話している。この議論になることは想定内だったのだろう。

例えば、先ほど猪口委員もおっしゃいましたけども、こういった肘とか肩がですね、ま、こういった角度で固定するのではなくて、少し、その調整を一緒に医師が確認をしながらそこに立ち会ってですね、行うとかですね。

▼　体を動かしながら説明。

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

それから、こことここの形は、ここで切ってほしいとか、もうちょっと伸ばすべきだとかですね、そういったことも立会いながら確認してやってるっていうのが現場の状況でございます。

従って、ただ簡単に口頭で指示だけ出してやってるわけではありません。

つまり、個々の論点はですね、請求方法の解釈や運用について疑義が生じている制度になっていたということが問題だと思いますので、幸野委員のおっしゃるような「現場で不適切な扱いがされているから是正する」という前提でですね、議論するのは正しくない！ というふうに思います。

▼ 本日、一番の盛り上がり。

あくまで医学的判断に基づいて、きちんと医師が立ち会い、また医師がきちんと指示を出し、最後にそれを確認して最後の決定に持っていくということを包括的に行っているってのが正しい解釈だというふうに考えております。

それからもう１つ。

ご指摘の療養費同意書交付料ですけども、幸野委員のおっしゃるように、患者が保険給付を受けるために保険医療機関や保険医に証明書や意見書交付を求めるものであり、医師の指示を評価しているのではありません

▼ 手元の“台本”を読んでいる。

一方、採型・採寸における医師の指示は患者の状態に関する医学的な判断に基づいて、それに適した補装具の作成を指示したものであって、まあ、おっしゃるような指摘は少し適切ではないと思います。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では猪口委員、お願いいたします。

○猪口雄二委員（全日本病院協会会長）

先ほどですね、義肢装具を医師の指示で作成する。

ここをですね、非常にあの、軽んじられたことを言われたので一言反論させていただきます。

われわれ整形外科とかリハビリテーションにとって義肢装具というのは極めて重要な部門であり、またそれを正確なものを作る。また作った以上ですね、医師がこれでＯＫ というふうにいくまでは何度でも作り直すこともあるわけです。

それで、それを作った際には２年、３年と患者さんはそれを使うわけですから、そんなにもいい加減な安い物で終わらしているわけでは何でもない。

また、われわれもそれをきちっとしたものを作るために多くの時間をかけて学習をして、その上で発注をしているので、出来合いのものを「これ、これを付けて」って、そんな簡単なことでやってるものではないというふうに……。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

非常に侮辱をされた言葉だと思って反論させていただきます。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では幸野委員、お願いいたします。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

すいません、それなら、こちらも言わせていただくんですが、愛知県で起きた事例っていうのは全く医師が指示したものと別の物を作ってる事例っていうのが多かったんですが、じゃあ、なぜ、こういうことが……。

これ、義肢装具士も認めてるんです。なんでこういうことが起こるんでしょうか？

○猪口雄二委員（全日本病院協会会長）

一部の医療機関で、そういうことがあったということについては非常にわれわれも遺憾に思っております。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では吉森委員、お願いいたします。

○吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）

はい。今おっしゃったとおりで、現場実態としてはですね、今、診療の先生たちがおっしゃってるように、きちんとこの趣旨にのっとって治療、装具をきちっと作成していただいてるっていうのは実態ではあるけれども、一方、今、こちらから申し上げているように不適切な実態もあることはあるんですよね。

なんでこんなことになってんのかっていうことを、その要因ですけれども、やっぱり、これは私の考えも入ってますけれども。

この義肢装具の評価の制度設計をした時代とですね、今っていうのは、昔は医療機関でほとんどやって、治療用装具業者さんっていうのは少なくって、そこで別途発注してっていうようなことだったのかも分かりませんけれども、時代は変わってきて、その辺の分担がしっかりできてきた。

しかし一方で、現場での採寸・採型の取り扱い実態が、評価が旧体系のまんまだというところで、いろいろ解釈に疑義が生じ、こういう実態、隙間を縫った、本当にあってはならないことが起きてんだろうというふうに思いますんで。

今回、この評価の見直しの論点っていうのが出てきたわけでございますんで、ここのところは診療側の先生がおっしゃってるように医療機関の役割っていうのは十分必要な行為であるし、それがないと患

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

者に対しての義肢装具はできないっていうのは出発点だと思いますんで。

そこんところと、装具業者の関わり方、役割を明確にきちんと評価体系の中でできるように、曖昧なところはやはり残さないような体系にすべきだというふうに思いますんで、次回そういうことでの議論を深めていくという方向性でお願いしたいというふうに思います。

▼　こんなに多くの論点があるのだから、義肢装具の問題はこのあたりでいいと思うのだが。

〇田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では松浦委員、お願いいたします。

〇松浦満晴委員（全日本海員組合組合長代行）

ありがとうございます。今ですね、ちょっと話が出た、先生方からお話しがあったように、適切にやられてる先生方がほとんどだと思います。

ただ、そうでない不適切なことをやってられた先生方もあったっていうことも事実なんで、じゃあ、そこでどうするのかっていうことになるんだろうと思いますけど。

今から議論してる中で、やはり、ちゃんと、何ですかね、医療から義肢装具を装着して作っていくっていうことは、これは一連の流れだと思いますんで、それはどうしてもやっぱり患者という立場でいる人間がその中で……、何て言うんですか、やっていただいたことの対価として払っていくものがどうしても出てきますから、それがダブって二重にっていうことがあってはいけないと思いますんで、その評価の仕方を曖昧にしないような形ではっきり分けていけるような評価の仕方をつくっていかなきゃいけないんだろうなというふうに思います。

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では城守委員、お願いいたします。

○城守国斗委員（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。もう議論はだいたい尽くされたかなあと思うんですけども。

私も整形外科がなんですが、現場としてですね、この療養費と、要するにこの治療料とのですね、その採寸・採型っていう、その意味ということだけに、要するにこれ、焦点が当たってると思うんですけども。

45 ページにあるように、基本的には幸野さんがおっしゃったように、いろいろなものがこれ入ってるというですね、制度そのものの、これ、不備と言いますか、まあ、誤解を招くような問題があるということがそもそもの問題なのであって、現場はですね、二重取りをしてるという感覚というのは全くないということは重ねてご理解をしていただきたいというふうに思います。

そういう意味も含めてですね、この問題は事務局も含めて、保険者の、そして、われわれ現場の医師も納得ができるような整理をね、しっかりとしていただきたいというふうに思います。以上です。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ありがとうございました。ほか、いかがでございましょう。では幸野委員、お願いいたします。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

はい、じゃあ、議論は今日はここまでにしておいていただきたいと思いますが、ぜひお願いしたいのは２件ございまして。

制度設計をどのようにするのかっていうのが全く見えませんので、それが見えた段階で再度議論するということをここでお約束いただきたいということと。もう１つは今、今現在もですね、この算定要件がすごい曖昧なんで、どういった場合に医師が採寸料・採型料を取れるか曖昧な基準のまま放置されてるんで、両方請求されてるっていうケースも続いてるっていうことなので。

４月の診療報酬改定まで待ってることもできないんで、いま時点で、どういった場合に医師が採寸料または採型料を取れるのか、ということをきっちりと、現時点で結構ですから。

「今後どのようにするか」という制度設計はこの中医協の議論でまたやるということでよろしいんで、今時点でどういう基準なのか、医療課としてお考えなのかっていうのをぜひ通知していただかないと、保険者も健保組合もすごい混乱している状態ですので、そこは早急に出していただきたいというふうに思います。この２点は強く要望いたします。

▼　診療側委員が一斉に挙手。反論の構えだが。

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では医療課長、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

１点目の、中医協にお示しするという点でございますけれども、当然ながら、どのような形でですね、新たに４月から点数の整理を行うのかというのは、先ほどありましたように実態に合わせた形として、そしてまた、いろんな形のですね、きちっとした役割をそれぞれ評価した形でつくるという形で再度提示をするということにさせていただきたいと、事務局の案として提示させていただきたいというふうに思っております。

２つ目の件でございますが、先ほど申し上げたとおり、「一律でその整理ができない」という状況ですということでお話をさせていただきましたので、今、現状で一律で何か通知……、「ここで線引きです」ということはできないという状況でございますので、２つ目については、なかなか困難であるという状況でございます。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では城守委員、お願いいたします。

○城守国斗委員（日本医師会常任理事）

今の課長のコメントに同意するわけですが。

この通知を出すということはですね、要件を変えるということですので、それはこの中医協の議論ですので。それを経ずにですね、そのまま事務局のほうから通知を出すということはあり得ないというふうに思います。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では幸野委員、お願いいたします。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

くどいようですが、45 ページに提示されてる……。

算定できる場合は、この①、②、④をやった場合というふうに書いてあるんで、そのとおり通知を出していただければいいんですが。

それとも、この文書が違うということですか？

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では医療課長、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

ここでお示ししているのは、そういう形で包括的に評価をしてるということをお示しをしております。
基本的に、おっしゃられているのは、まさにどういうケース……。
いわゆるその……、「包括的な評価」ということの中の、さらにどういうケースであれば、この点数の算定に当てはまるか、当てはまらないのかっていうことを細部で、いろんなケースにわたってお示しするということになるかと思いますが、それは一律ではないので、さらに言うと、今の現在までの、その算定の要件では、それをきっちりと線引きをしてお示しをすることが今の状態ではできないってことで、逆にこの中医協で、さらにご提示をさせていただいているというところでございます。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では幸野委員、お願いいたします。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

じゃあ、通知まで行かなくても、ＱＡ（＝疑義解釈の事務連絡）ぐらいは出していただけないでしょうか？

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では医療課長、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

同様でございます。
先ほどのと同じでございますして、同様に、お示しすることは難しい考えております。

▼　勝ち誇ったように苦笑する日本医師会の委員。最近の改定を象徴している場面である。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では松本委員、お願いいたします。

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

○松本吉郎委員（日本医師会常任理事）

はい。あの、まあ、課長のお考えで、それでよろしいかと思いますけども。

ＱＡとか通知というのは、現段階で出すべきではないというふうに重ねて発言いたしますが。

採寸に関してですね、ちょっとこう、考え方が、たぶん幸野さんのご理解と、まあ……、（苦笑しながら）われわれの理解とちょっと、だいぶ違うということは思っております。

採寸というのは、例えば装具士がやっているようなところの部分とですね、われわれが言っている、きちんとそこに立ち会っていいですね、「こことここ、こことここをちゃんとこんな角度でやって」、それをまた先ほど猪口守先生もおっしゃいましたけど、次回に来た時にそれを修正して、また測り直してやるとかですね、そういったことをいちいち確認しながら、そこに同席してやっていて。

例えば、次回に来た時に、ある場所がですね、非常に、お腹とかですね、腰とか当たって痛いとかですね、あった場合にはそれを切り直したり伸ばしたり、いろんなことを確認しながらやっていくということなので、そこのところをですね、採寸というような形で、あるいは採型という形で呼んでいますけども、その内容がちょっと、「関わり方が違う」という理解だとふうに考えております。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

よろしゅうございますでしょうか。では、次のパートに入ってよろしいでしょう……。

では、お願いいたします。

○厚労省保険局保険医療企画調査室・樋口俊宏室長

事務局から治療用装具療養費につきましてですね、ご指摘いただいてたことがございますので、補足させていただきます。

治療用装具療養費そのものの「制度」につきましては、社会保障審議会に専門委員会が置かれておりまして、幸野委員にご指摘いただいた事例もですね、そこで共有されまして平成 29 年にご議論いただいて、平成 30 年にいったん、手続きの明確化でありますとか、写真を添付していただくことによって確認するなどの取組をしてきたということがございます。

これにつきましては、引き続きですね、社会保障審議会で議論が続いてるということもございますので、それはそれとして、またお願いしたいと思っておりますので、補足ということで、ちょっと補足させていただきました。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では幸野委員、お願いいたします。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

〇幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

はい、そう言われるんであれば、その審議会を早期に開催していただけませんでしょうか。

本当に今、野放しのような状態になってるんで、これ、待ったなしの状態なんで、治療用装具に特化していただいても構わないんで、不正の対策ということで委員会を開催することを要望いたします。

〇田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ほかいかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

では、残りの半分のリハビリ、それから有床診、それから「その他」のこの３つに関しまして、ご意見等ございましたら、よろしくお願いします。

▼　ここで一般傍聴者が次々に退出。

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

【質疑後半】個別事項（その 11）について

リハビリテーションに係る現状及び課題

【現状及び課題】

- ○ 言語聴覚療法は、急性期脳卒中患者における失語症の改善のために有効であるとされている。
- ○ 呼吸器リハビリテーションを必要とする患者において、発声発語器官の機能低下によりコミュニケーションに問題を抱える患者や嚥下機能に低下を認める患者が多く存在している。
- ○ 現行のがん患者リハビリテーション料の対象患者は、がんの種別及び治療介入の有無等により規定されている。
- ○ 摂食機能療法の経口摂取回復促進加算は、対象者の拡大や施設基準の要件緩和等を行ってきたものの、算定回数は減少している。
- ○ 脳卒中患者のうち多職種で構成される嚥下チームが組織された後では、入院期間中のWBC及びCRPの基準値以上の患者、肺炎患者数が有意に少なく、嚥下チームが介入することにより、肺炎発症の減少に有意に関係しているという報告がある。

【論点】

- ○ 脳血管疾患等の患者に対する言語聴覚療法の必要性や、呼吸器リハビリテーションにおけるコミュニケーション療法の位置づけ等を踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る療法士の配置要件等を見直すこととしてはどうか。
- ○ がん患者リハビリテーション料について、直近のがんの罹患率や治療選択肢の多様化等の実態を踏まえ、対象となる患者の要件について見直すこととしてはどうか。
- ○ 摂食機能療法について、多職種チームによる介入を推進する観点から、現行の経口摂取回復促進加算の算定要件等を見直すこととしてはどうか。

72

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では松本委員、お願いいたします。

○松本吉郎委員（日本医師会常任理事）

72 ページ目の論点でございますけども　1 つ目の論点につきましては賛成いたします。

具体的には、62 ページ目の脳血管疾患等リハビリテーション料については施設基準にございます「言語聴覚療法のみを行う場合」の 2 にはですね、言語聴覚士の人員配置が求められておりませんので、言語聴覚士を配置した場合の評価を今後検討してはどうかと考えます。

65 ページ目の呼吸器リハビリテーションについても言語聴覚士の介入によって発生や嚥下障害の改善が認められているということですので、こちらも何らかの評価方法を検討してはどうかというふうに思います。

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

２つ目のがん患者リハビリテーションにつきましては、66 ページにあるとおり、現在は対象患者ががんの部位別にポジティブリスト化されており、これだとどうしてもリハビリの対象にならない患者さんが出てきてしまうと伺っております。

そこで、リハビリが必要な患者さんを広く救えるような評価体系、例えば手術や化学療法、放射線療法を実施したがん患者さんとするなどの評価体系に改めるべきだと考えます。

３つ目の論点も賛成でございまして、69 ページ目の経口摂取回復促進加算につきましては、対象者の拡大や設置基準の緩和要件等を行っているにもかかわらず算定回数が減少しておりますので、施設基準にある専従の常勤言語聴覚士の「専従」や「常勤」といったところをですね、緩和してはどうかというふうに考えます。

リハビリテーションに係る現状及び課題

【現状及び課題】

○ 疾患別リハビリテーション料の算定に当たっては、リハビリテーション実施計画を定めることが必要であるとされており、また作成した計画の内容を患者に対して説明し、診療録にその要点を記載することとされている。

○ また、必要に応じてリハビリテーション総合実施計画書や目標設定等支援・管理シートを作成することとされている。

○ リハビリテーションに係る書類については、その様式が多岐にわたること、内容が類似・重複する部分があること等から、書類作成業務の簡略化・効率化、患者への分かりやすい情報提供等の観点からは、現場での運用の実態等を踏まえた上で、記載項目及び様式等の整理につき、検討する必要がある。

【論点】

○ 疾患別リハビリテーションを実施する際の、リハビリテーション実施計画書の取扱いを明確化するとともに、計画書作成までの間の、医師の具体的な指示等に基づき提供される疾患別リハビリテーションの取扱いを整理することとしてはどうか。

○ リハビリテーション実施計画書とリハビリテーション総合実施計画書の様式等について、急性期から回復期、生活期・維持期までの一貫した管理を推進するとともに、書類作成に伴う現場の負担を軽減する観点から、様式の整理及び取扱いの明確化をすることとしてはどうか。

79

79 ページ目ですが、いずれの論点につきましても、書類作成に伴う現場の負担を軽減するという配慮を行うという点で賛成いたします。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved