

個別事項

(その7:これまでの議論で求められた資料等について)

平成25年12月25日

これまでの議論で求められた資料の一覧

表題	指摘事項等
1. 特定集中治療室管理料	・論文やエビデンスの資料等について
2. 総合入院体制加算	・総合入院体制加算を算定している医療機関の都道府県別の分布について ・論点であげている基準を満たす医療機関の分布について
3. 糖尿病透析予防指導管理料	・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態について
4. 患者サポート体制充実加算	・患者サポート体制充実加算の効果等について
5. 訪問看護ステーションのサテライト設置	・サテライトを設置している訪問看護ステーションの経営主体のデータについて
6. 重症度、医療・看護必要度の見直し等	・特定集中治療室管理料における重症度のA項目とB項目を「かつ」にした場合の影響について ・「がん専門病院」の重症度、医療・看護必要度の基準の15%への引き上げについて
7. 早期リハビリテーション加算	・病院・診療所別の初期加算、早期加算の算定回数の推移について
8. 回復期リハビリテーション病棟入院料1	・「回復期リハビリテーション病棟入院料1」病棟のみの日常生活機能評価の改善状況（専従と専任別）について ・休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数の推移について
9. 精神科の訪問診療	・精神科の訪問診療の推進に関する評価について
10. 精神科身体合併症管理加算	・精神科身体合併症管理加算の算定日数の延長について
11. 妥結率	・妥結率の低い医療機関・薬局について
12. うがい薬	・行政刷新会議等における指摘事項について
13. 基準調剤加算	・基準調剤加算の見直しについて
14. 薬学管理指導料	・薬剤服用歴管理指導料の見直しについて

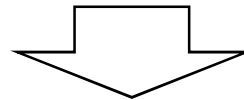
1. 特定集中治療室管理料

論文やエビデンスの資料等について

特定集中治療室管理料(ICU)に係る課題と今後の方向性

【課題】

- 特定集中治療室は急性期重症患者の集中治療を行うことを目的としている。
- 特定集中治療に精通した医師が治療方針に関与する等、医療資源の投入量がより高い診療体制にある特定集中治療室において、一般的な特定集中治療室で管理する場合よりも生命予後の改善及び在院日数の短縮がみられるとの報告もある。
- 特定集中治療室の病床面積について、日本集中治療医学会では1床あたり20m²以上を推奨しており、また、急性血液浄化療法の導入とトラブルは昼夜発生し、緊急性・重症度が高く迅速な判断とその対応が必要とされている事から、臨床工学技士の24時間勤務体制をとる事が望ましいと考えられる。

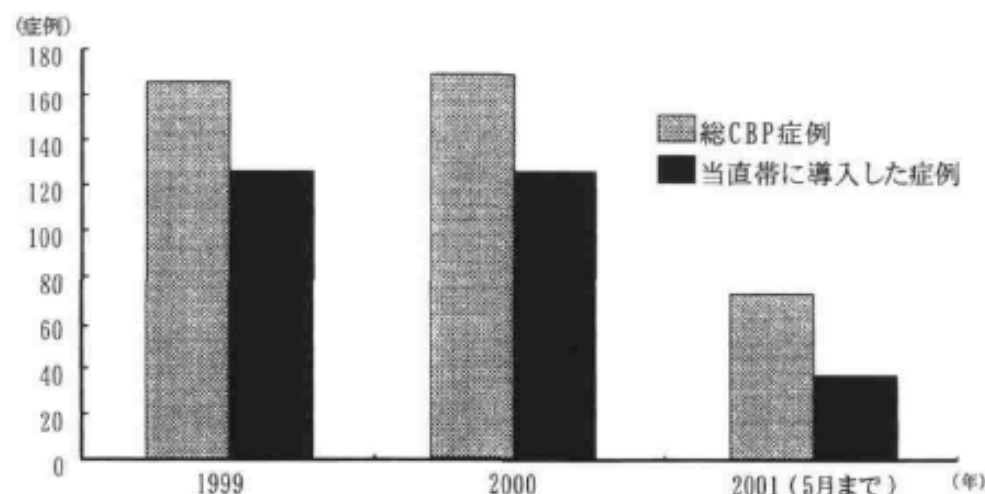


【論点】

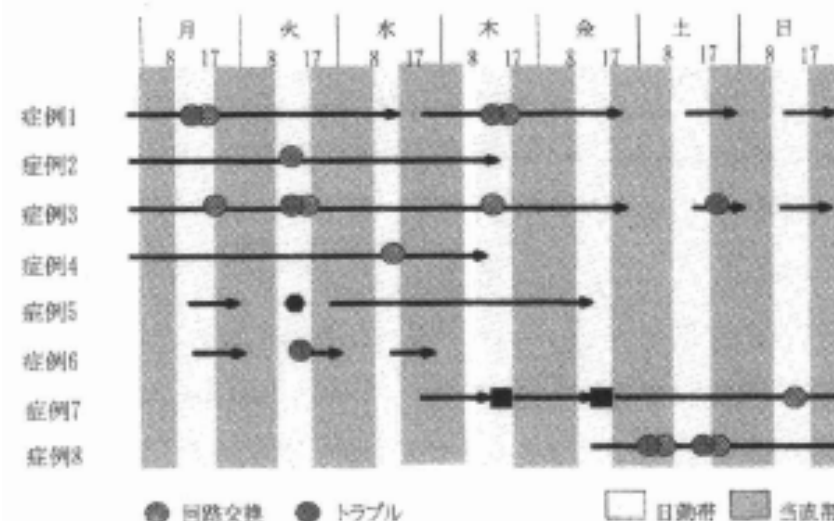
○特定集中治療室管理料(ICU)について、特定集中治療に精通した医師の複数配置、十分な病床面積の確保及び臨床工学技士の24時間勤務体制などにより、より診療密度の高い診療体制にある特定集中治療室に対し、充実した評価を行うことについて、どのように考えるか。

＜埼玉医科大学の報告（ベット数1,483床，心臓血管外科ICU 7床，循環器内科CCU 6床，透析室25床，第2透析室5床）＞
1999年1月から2001年5月までの2年5ヵ月間に当院臨床工学技士が施行した当直帯（17:00～8:00）における急性血液浄化を，「血液浄化法の種類」，「施行件数」，「施行時間（開始・終了）」，「施行場所及び施行中のトラブル」について分類検討。

1. 当直帯におけるCBP（持続的血液浄化療法）導入症例 2. 急性血液浄化1週間の経過（回路交換とトラブル）



施行した全症例数は405症例であり，その70%である285症例は当直帯にて導入していた。



トラブルが昼夜を問わず発生していた。

考 察

導入症例，トラブルともに昼夜問わず発生し，緊急性・重症度が高く迅速な判断とその対応が必要とされていることから，急性血液浄化を施行する施設において臨床工学技士は24時間勤務体制をとる事が望ましいと考える。

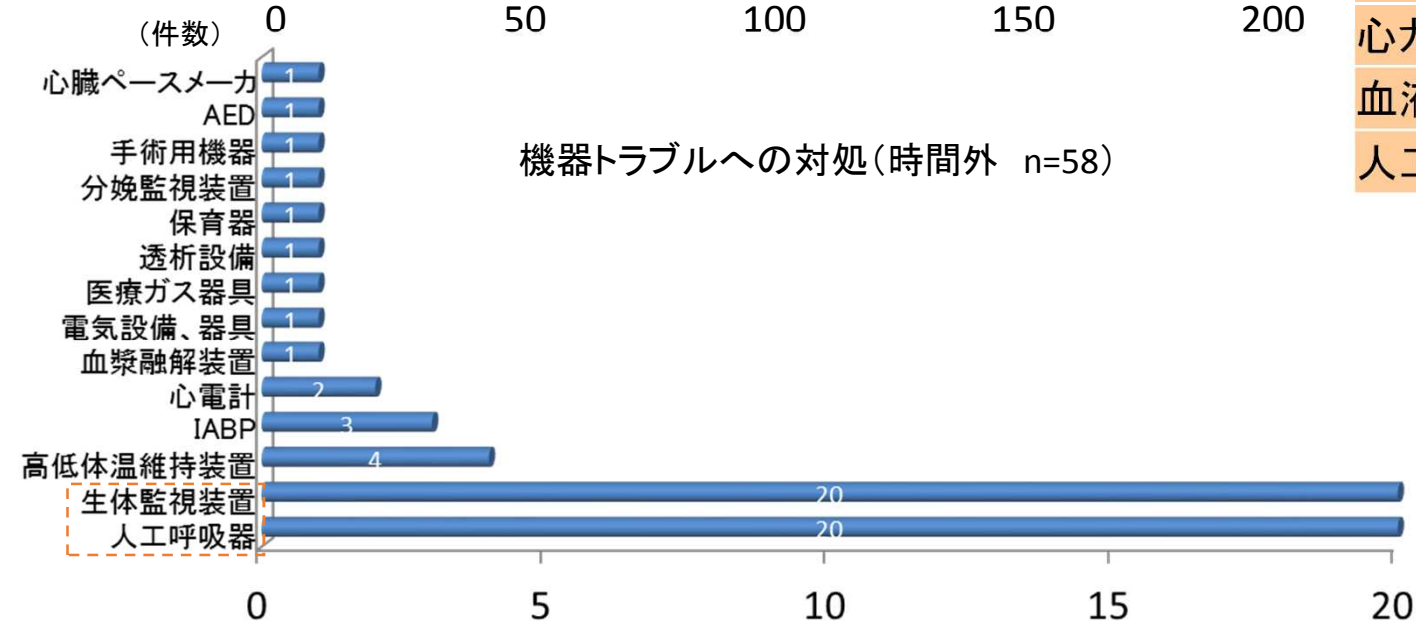
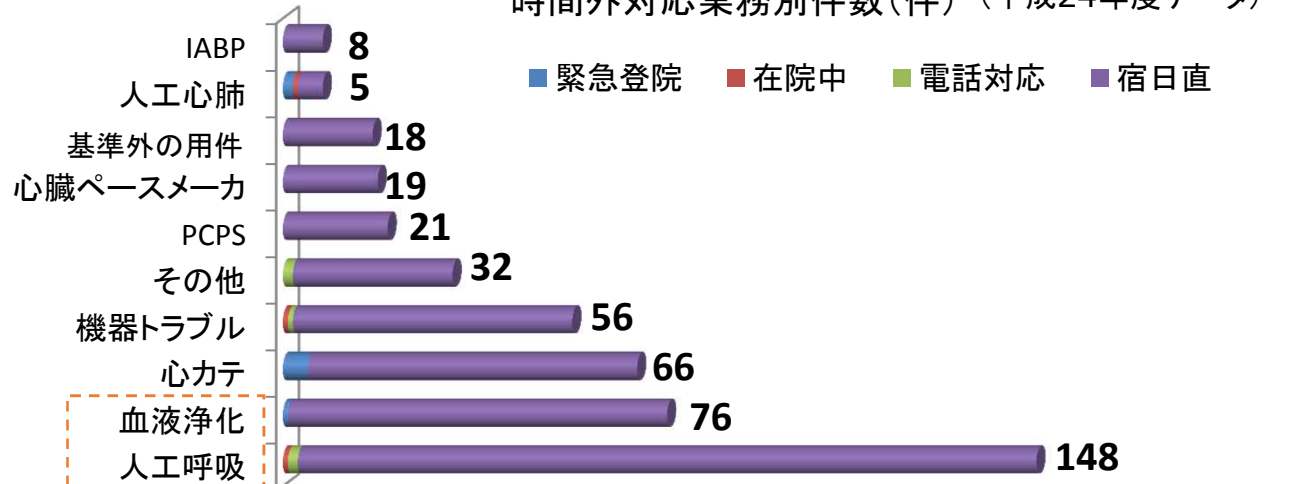
指摘事項：論文が1件しかないため，他の資料も示してほしい。（中川委員）

臨床工学技士の時間外対応業務について

<横浜市民病院の例>

(650床、臨床工学技士11名)

時間外対応業務別件数(件) (平成24年度データ)



時間外対応業務別 1件当たりの所要時間(分)

IABP	233.1
人工心肺	562.5
基準外の用件	9.0
心臓ペースメーカ	60.2
PCPS	698.1
その他	55.9
機器トラブル	16.3
心カテ	174.3
血液浄化	492.6
人工呼吸	38.0

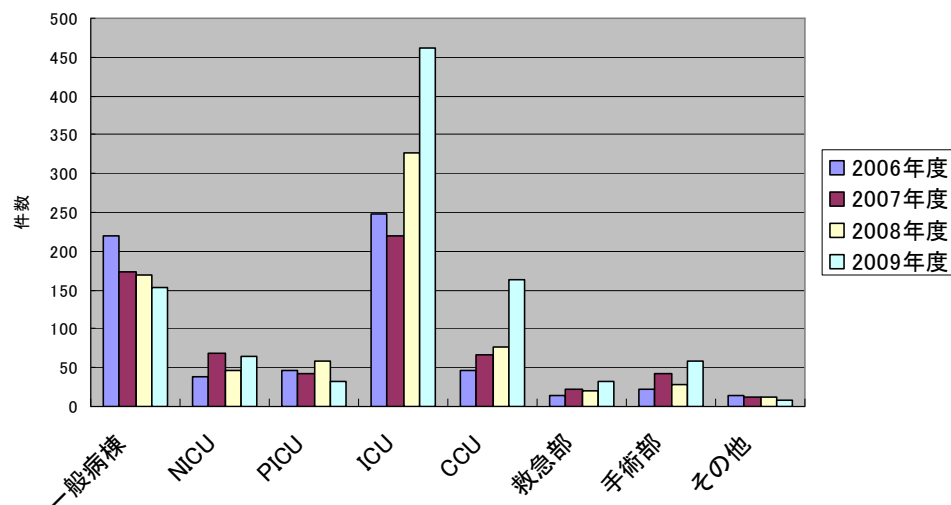
時間外対応は血液浄化や人工呼吸の管理が多く、生体監視装置と人工呼吸器のトラブルが多い。

出典:横浜市民病院 臨床工学業務運営委員会2013.7.8

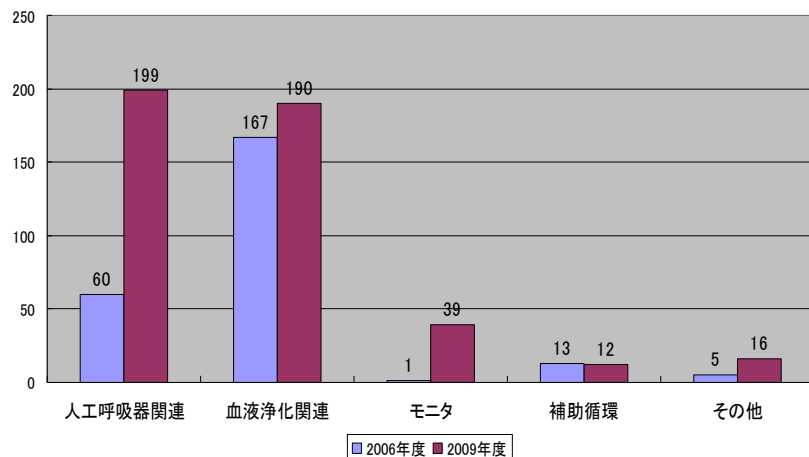
ICUにおける臨床工学技士の24時間常駐勤務の必要性について

<東京慈恵会医科大学附属病院の例> (1026床)

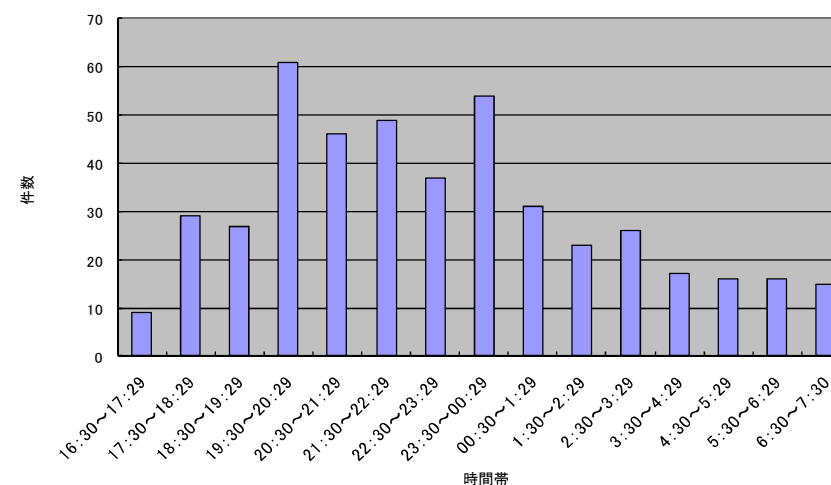
①2006年度から2009年度における宿直帯の年度別および部署別業務件数



②2006年度および2009年度の内容別ICU業務件数



③2009年度の時間別ICU業務件数



ICUにおける業務内容

- ・業務の93%が人工呼吸器や血液浄化関連の生命維持管理装置に関する業務であった。
- ・生命維持管理装置には24時間専門家による管理が必要。

考 察

業務量の増加・安全性の向上・他職種の負担軽減から考えて、当院のICUにおいても臨床工学技士が24時間常駐をすべきであると考えられる。

出典：東京慈恵会医科大学附属病院（臨床工学部、麻酔科集中治療部）ICUにおける臨床工学技士の24時間常駐についての検討

2. 総合入院体制加算

- 総合入院体制加算を算定している医療機関の都道府県別の分布について
- 論点であげている基準を満たす医療機関の分布について

急性期医療の評価について

中医協 総 - 3

25. 11. 13

総合入院体制加算（1日につき）120点

<14日まで>

届出数 248施設（H24年7月1日時点）

趣旨：十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等の評価

主な施設基準

1. 内科、精神科※、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科にかかる入院医療を提供している保険医療機関
2. 精神科医師が24時間対応できる体制（精神科を標榜していない場合）
3. 24時間の救急医療体制（第2次救急医療機関、救命救急センター、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター等）
4. 外来縮小体制（初診に係る選定療養の徴収、診療情報提供料の注7加算を算定する者及び転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数の割合が4割以上であること）
5. 病院勤務医の負担軽減及び処遇に対する体制
6. 全身麻酔による手術件数が年800件以上
7. 地域連携室の設置
8. 24時間の画像及び検査体制
9. 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制

（注）特定機能病院、専門病院は算定できない

※精神科については、標榜していなくても24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としない。

必ずしも要件とはなっていないものの、望ましいとされているもの。

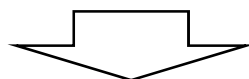
- ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件／年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件／年以上
- エ 放射線治療（体外照射法） 4000件／年以上
- オ 化学療法 4000件／年以上
- カ 分娩件数 100件／年以上

指摘事項：総合入院体制加算を算定している医療機関の都道府県別の分布を示してほしい。（鈴木委員）

急性期医療を担う医療機関の評価に係る課題と今後の方向性

【課題】

- 急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の自宅や後方病床等への退院支援などが重要であると考えられる。
- 一方で、総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制等の評価である総合入院体制加算を算定している医療機関の中でも、人工心肺を用いた手術等の実績に差がみられる。



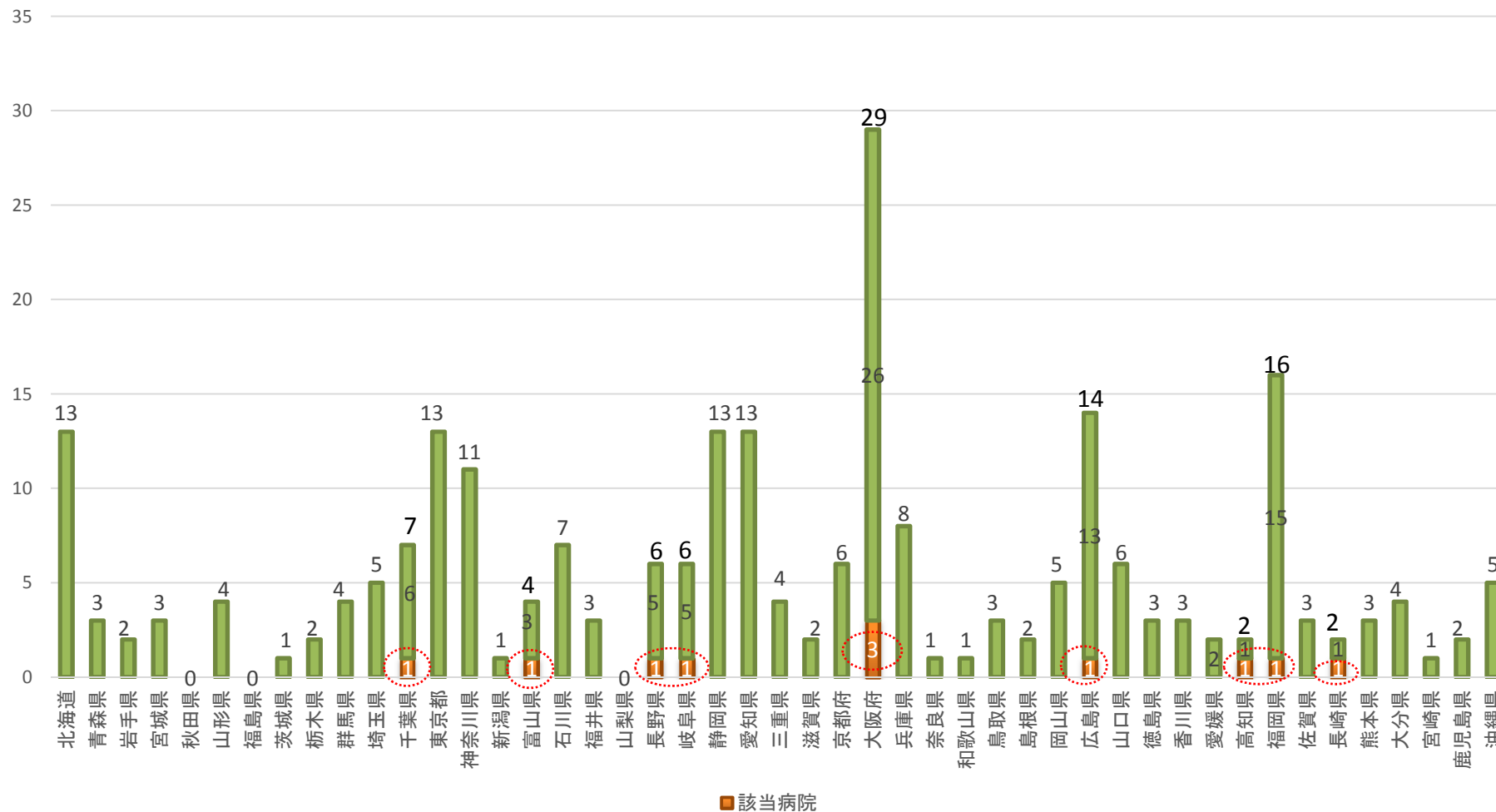
【論点】

- 総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価について、救命救急医療（第三次救急医療）として24時間体制の救急を行い、精神病棟等の幅広い診療科の病床を有するとともに、人工心肺を用いた手術や悪性腫瘍手術、腹腔鏡下手術、放射線治療、化学療法および分娩件数等に係る一定の実績を全て有する医療機関に対し、より充実した評価を行うことについて、どう考えるか。
- また、これらの一定の実績を有する医療機関については、急性期医療を担う医療機能をより充実させる観点から、亜急性期入院医療管理料及び療養病棟入院基本料等の届出は不可としてはどうか。

指摘事項：基準を満たす医療機関の分布を示してほしい。（万代委員）

総合入院体制加算の都道府県別届出数

届出数 248施設(H24年7月1日時点)



出典: 保険局医療課調べ

3. 糖尿病透析予防指導管理料

糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態について

答申書附帯意見(抜粋)

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(別添)

(急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。

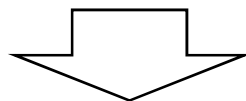
- ・薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)
- ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
- ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
- ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組

等

糖尿病透析予防指導管理料に関する課題と論点について

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、糖尿病透析予防指導管理の評価を行った。
- 糖尿病透析予防指導管理料について、当該管理料の算定患者のうち、「改善又は維持が認められた者の割合」の平均は、血圧が69.1%、HbA1cが66.0%、腎機能が60.5%であり、一定程度の効果があったと考えられる。



【論点】

○糖尿病透析予防指導管理料については、一定の効果がみられることから、引き続き評価を継続することとしてはどうか。

生活習慣病対策の推進(平成24年度改定)

糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[算定要件]

1. ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、**糖尿病性腎症第2期以上の患者**(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。
2. 透析予防診療チームが、「1」の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて実施した場合に算定する。

[施設基準]

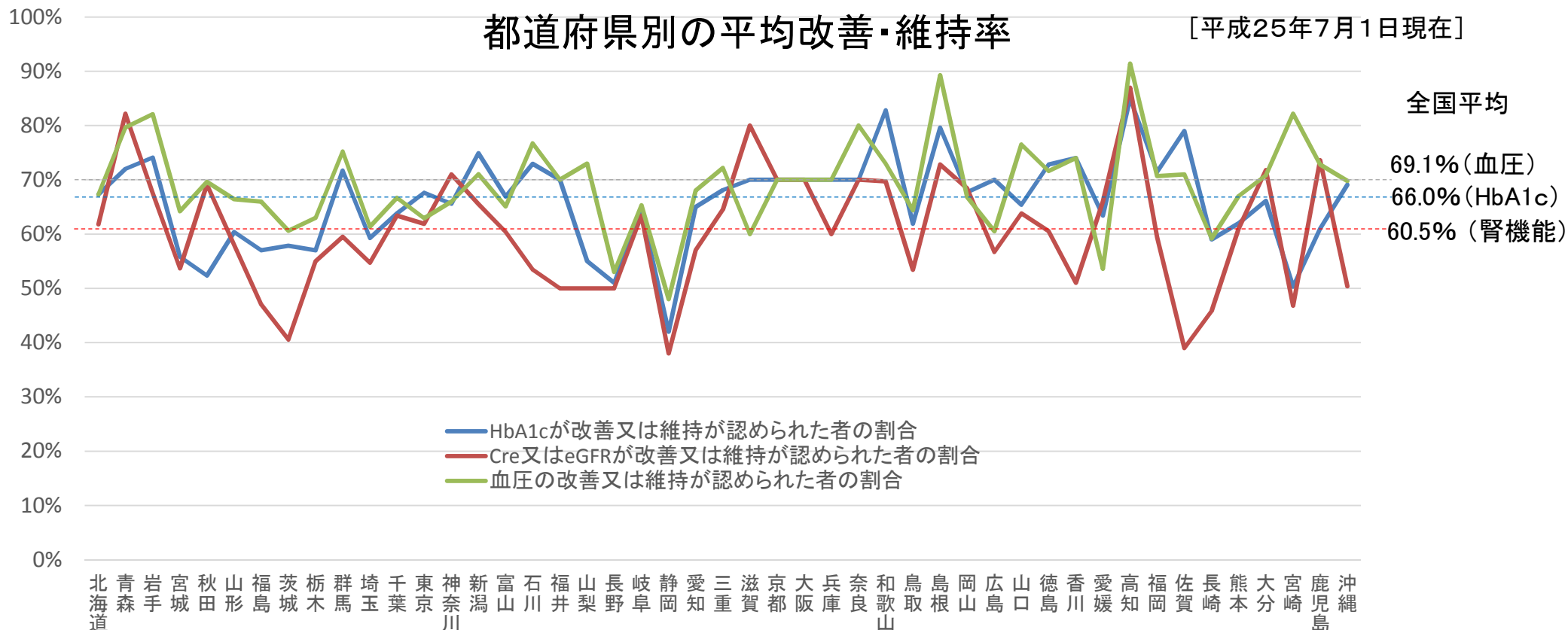
- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。
- ④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

糖尿病透析予防指導管理料を算定した医療機関における患者の改善状況

	1. 届出機関数	2. 報告機関数	3. 糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数	4. 3のうち6月末日までにHbA1cが改善又は維持された者	5. 3のうち6月末日までに血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者	6. 3のうち6月末日までに血圧が改善又は維持された者
全国計	1,423	1,369	38,198	25,279	23,618	26,024

都道府県別の平均改善・維持率

[平成25年7月1日現在]

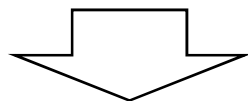


(注)「改善又は維持が認められた者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べている

糖尿病透析予防指導管理料の算定患者のうち、「改善又は維持が認められた者の割合」の平均は、血圧が69.1%、HbA1cが66.0%、腎機能が60.5%であった。

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、糖尿病透析予防指導管理の評価を行った。
- 糖尿病透析予防指導管理料について、当該管理料の算定患者のうち、「改善又は維持が認められた者の割合」の平均は、血圧が69.1%、HbA1cが66.0%、腎機能が60.5%であり、一定程度の効果があったと考えられる。

**【論点】**

○糖尿病透析予防指導管理料については、一定の効果がみられることから、引き続き評価を継続することとしてはどうか。

4. 患者サポート体制充実加算

患者サポート体制充実加算の効果等について

答申書附帯意見(抜粋)

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(別添)

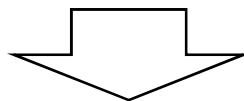
(患者の視点に配慮した医療の実現)

14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

患者サポート体制充実加算に関する課題と論点について

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、患者サポート体制の評価を行った。
- 患者サポート体制充実加算について、患者相談支援窓口では、「患者・家族からの相談への対応（98.7%）」「患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議（85.2%）」「担当医師から患者等への説明の際の同席（72.2%）」等、患者と医療従事者との対話を促進するための取組を積極的に行っていた。
- また、患者調査においても、患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安が「解決した」、「ある程度解決した」を合わせると外来・入院ともに約9割となった。さらに、患者相談窓口の職員の対応に対する満足度は、「とても満足している」、「満足している」を合わせると外来・入院ともに約9割となった。患者にとって、患者相談窓口は一定程度評価されていると考えられる。



【論点】

○患者サポート体制充実加算については、一定の効果がみられることから、引き続き評価を継続することとしてはどうか。

患者サポート体制の評価(平成24年度改定)

患者サポート体制の評価

- 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。

(新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)

※ がん診療連携拠点病院加算を算定している場合は算定できない。

[主な施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に患者又はその家族(以下「患者等」という)からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
- (2) (1)における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。
- (3) (1)における相談窓口配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。
(注)医療有資格者以外の者では、下記のすべてを満たす必要がある。
 - ・患者サポートに関する業務を1年以上経験
 - ・患者の相談を受けた件数が20件以上
 - ・患者サポートに関する院内外での活動
 - ・要件を満たす研修を終了していること。
- (4) 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のことをいう。
 - ア 患者支援体制確保のため、(1)における相談窓口と各部門とが十分に連携している。
 - イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置している。
 - ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、必要に応じて各部門の患者支援体制に係る担当者等が参加している。
 - エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させている。
 - オ (1)における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録している。また、医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録している。
 - カ 定期的に患者支援体制に関する取組みの見直しを行っている。
- (5) 当該保険医療機関内の見やすい場所に、(1)における相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、当該保険医療機関の入院患者について、入院時に文書等を用いて(1)における相談窓口について説明を行っていること。
- (6) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。

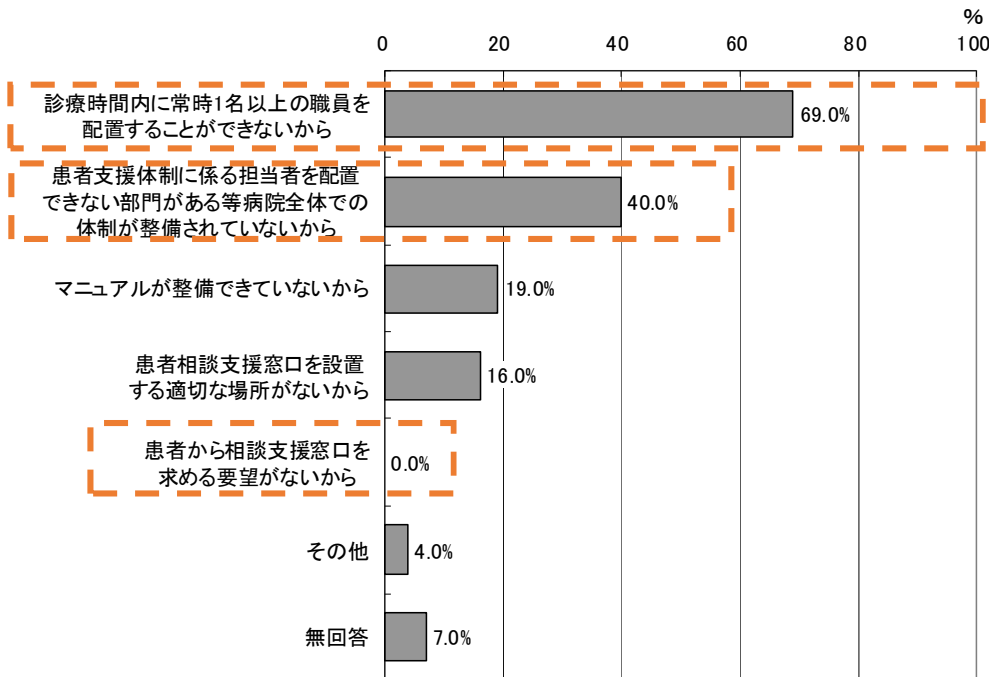
患者サポート体制充実加算の効果等①

■ 患者サポート体制充実加算の届出医療機関数 3,208 （平成24年7月1日時点）
算定回数 135,687回/月（平成24年6月審査分）

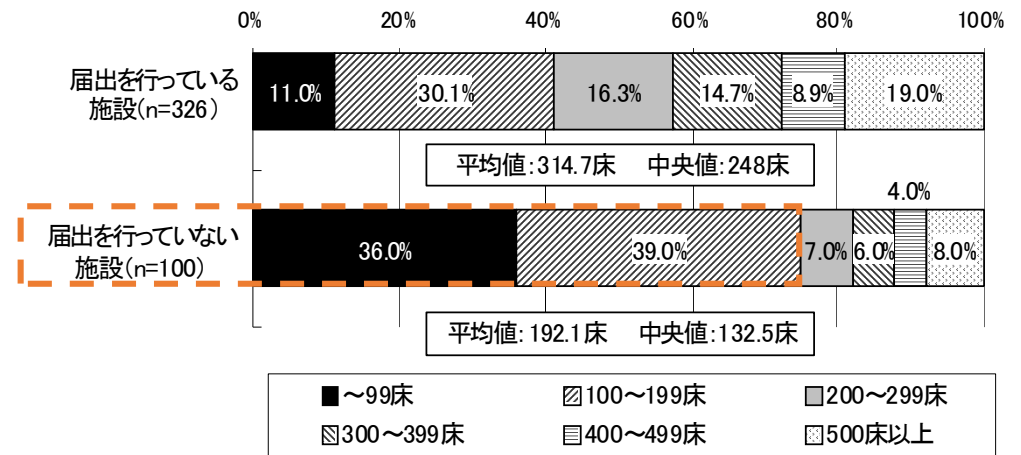
施設調査

調査対象：「感染防止対策加算」「患者サポート体制充実加算」のいずれかの施設基準の届出を行っている
保険医療機関の中から無作為抽出した1,500施設（病院） 回答数：429施設

図表 86 患者サポート体制充実加算の届出を行っていない理由
（患者サポート体制充実加算の届出を行っていない施設、複数回答、n=100）



（参考）病床規模（患者サポート体制充実加算の届出状況別）

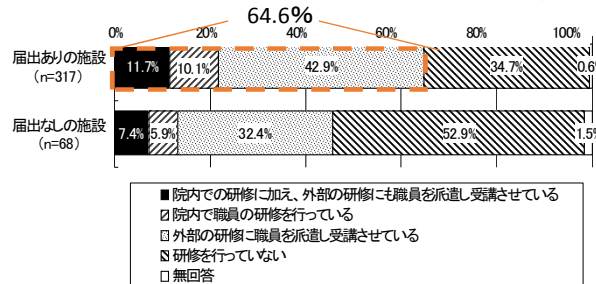


- ・患者サポート体制充実加算の届出を行っている病院は3,208施設であるが、届出を行っていない理由として、「診療時間内に常時1名以上の職員を配置することができないから」、「患者支援体制に係る担当者を配置できない部門がある等病院全体での体制が整備されていないから」が多く、また、特に200床未満の病院で届出を行っていない割合が高かった。
- ・一方、「患者から相談支援窓口を求める要望がないから」と回答した医療機関はみられなかった。

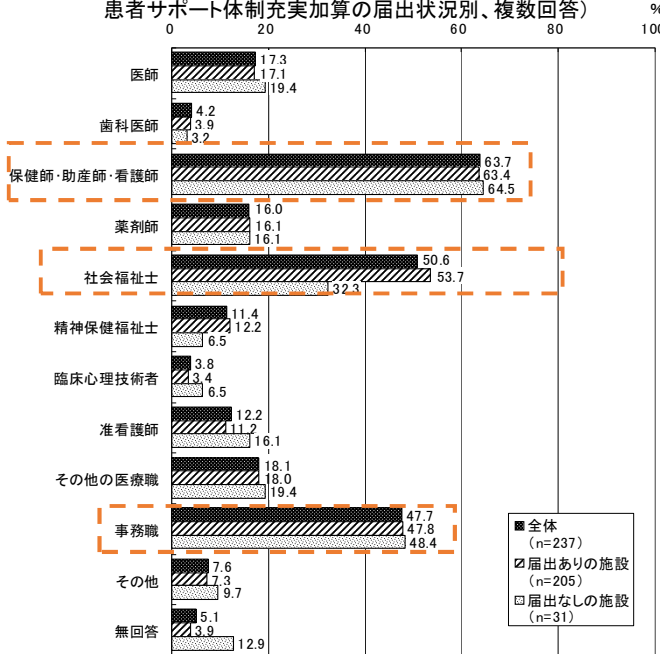
施設調査

患者サポート体制充実加算の効果等②

図表 96 医療対話仲介者に関する職員の研修の状況
(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

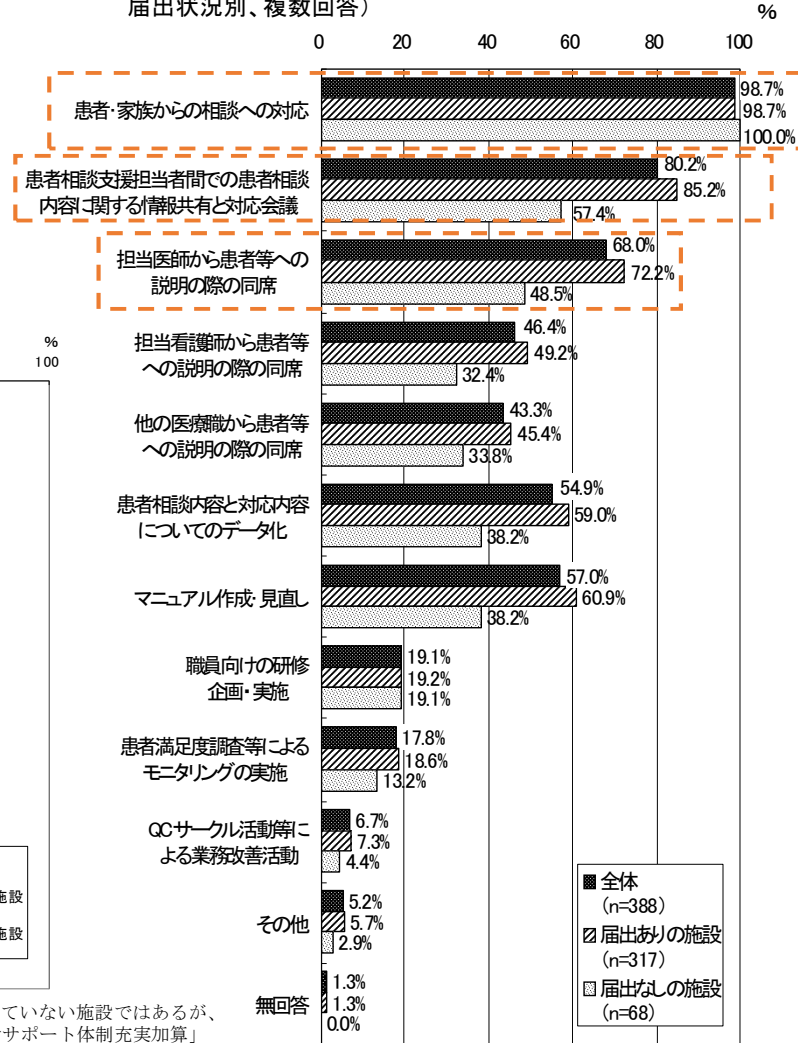


図表 98 医療対話仲介者に関する職員研修の参加者
(医療対話仲介者に関する研修を実施している施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別、複数回答)



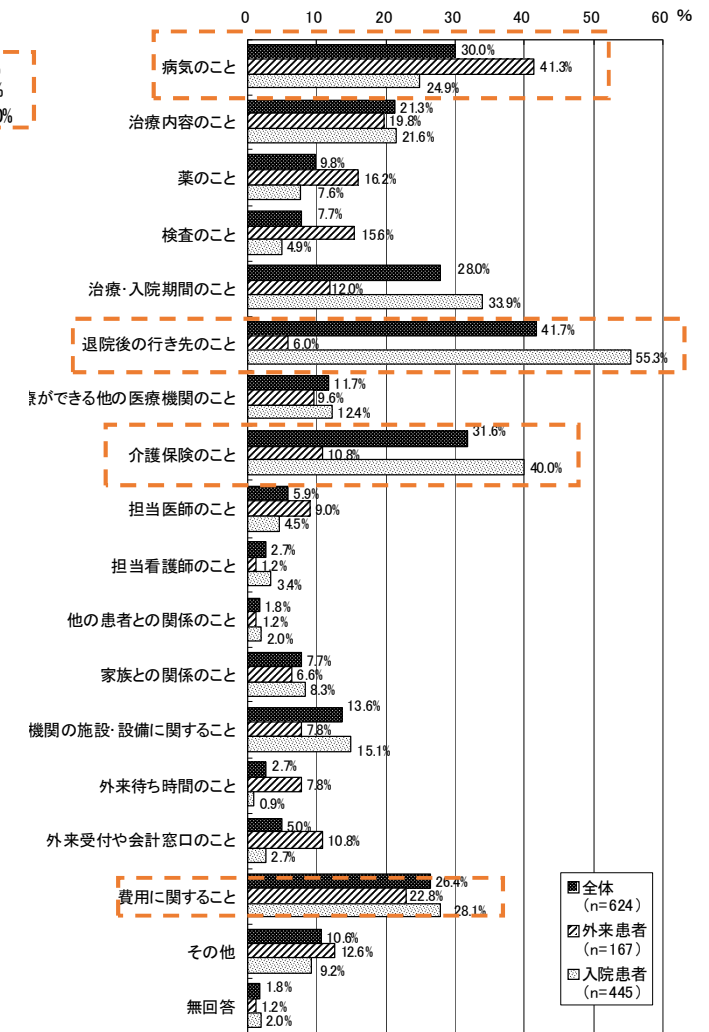
(注) 「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 99 患者相談支援窓口が行っている業務内容
(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別、複数回答)



患者調査

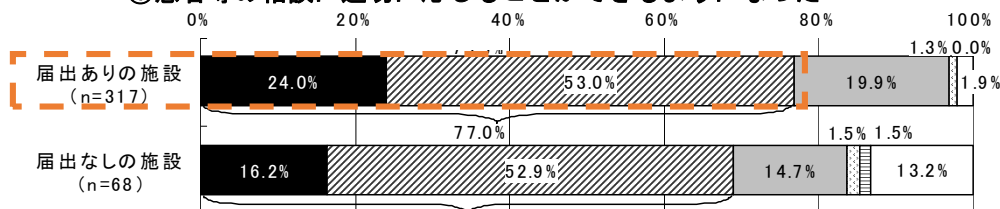
図表 127 患者相談窓口の利用内容
(外来・入院別、複数回答)



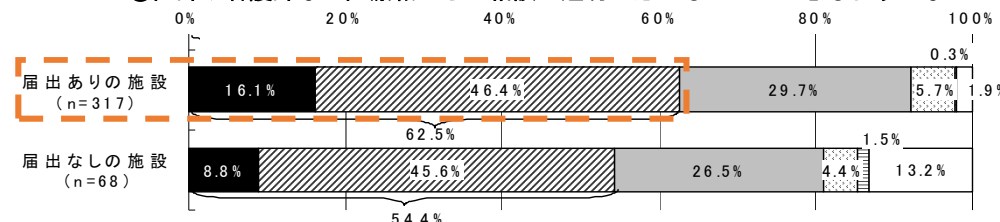
- ・患者相談支援窓口では、「患者・家族からの相談への対応(98.7%)」「患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議(85.2%)」「担当医師から患者等への説明の際の同席(72.2%)」等、患者と医療従事者との対話を促進するための取組を積極的に行っている。
- ・患者相談窓口の利用内容としては、外来患者は「病気のこと」「費用に関すること」などが多かったが、入院患者では、「退院後の行き先のこと」「介護保険のこと」などが多かった。

(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

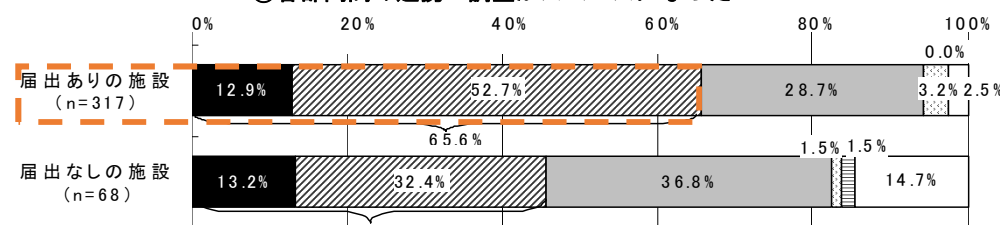
図表 102 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～①患者等の相談に適切に応じることができるようになった～



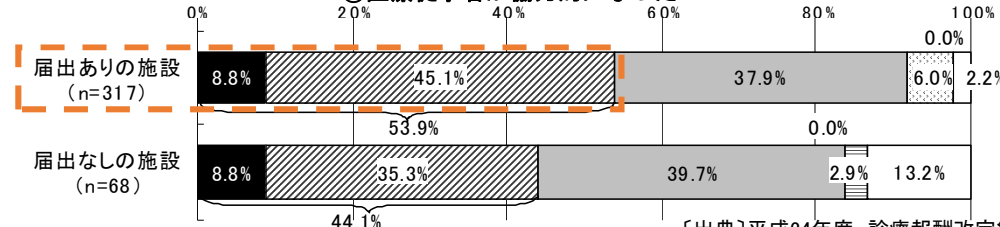
図表 103 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～②医師や看護師など医療職からの相談に適切に応じることができるようになった～



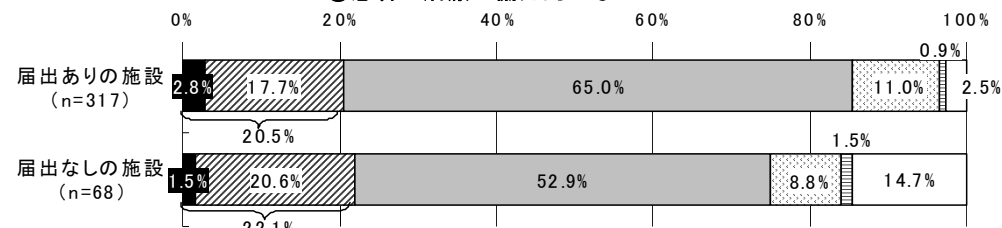
図表 104 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～③各部門間の連携・調整がスムーズになった～



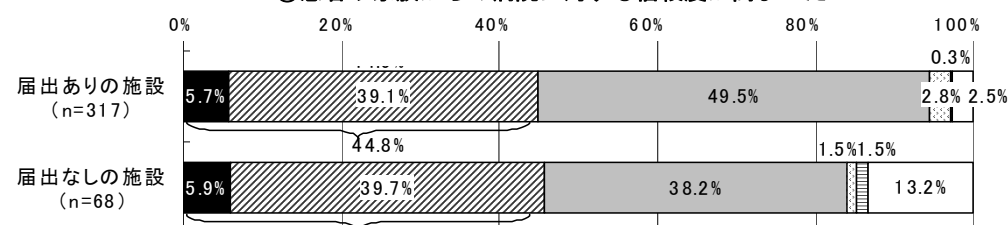
図表 105 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～④医療従事者が協力的になった～



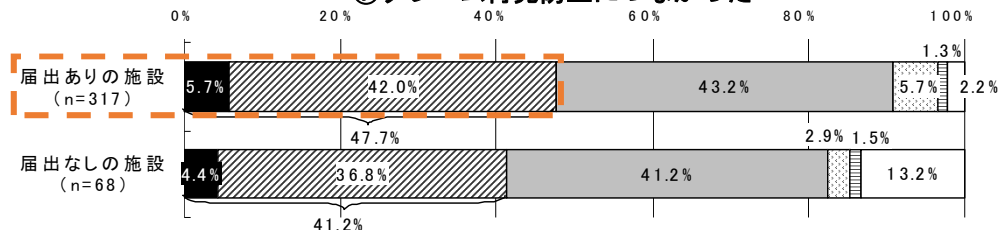
図表 106 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～⑤患者が治療に協力的になった～



図表 107 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～⑥患者や家族からの病院に対する信頼度が高まった～



図表 108 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～⑦クレーム再発防止につながった～



■ 大いにあてはまる ▨ ややあてはまる □ どちらともいえない
▤ あまりあてはまらない ▩ 全くあてはまらない □ 無回答

(注) 「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

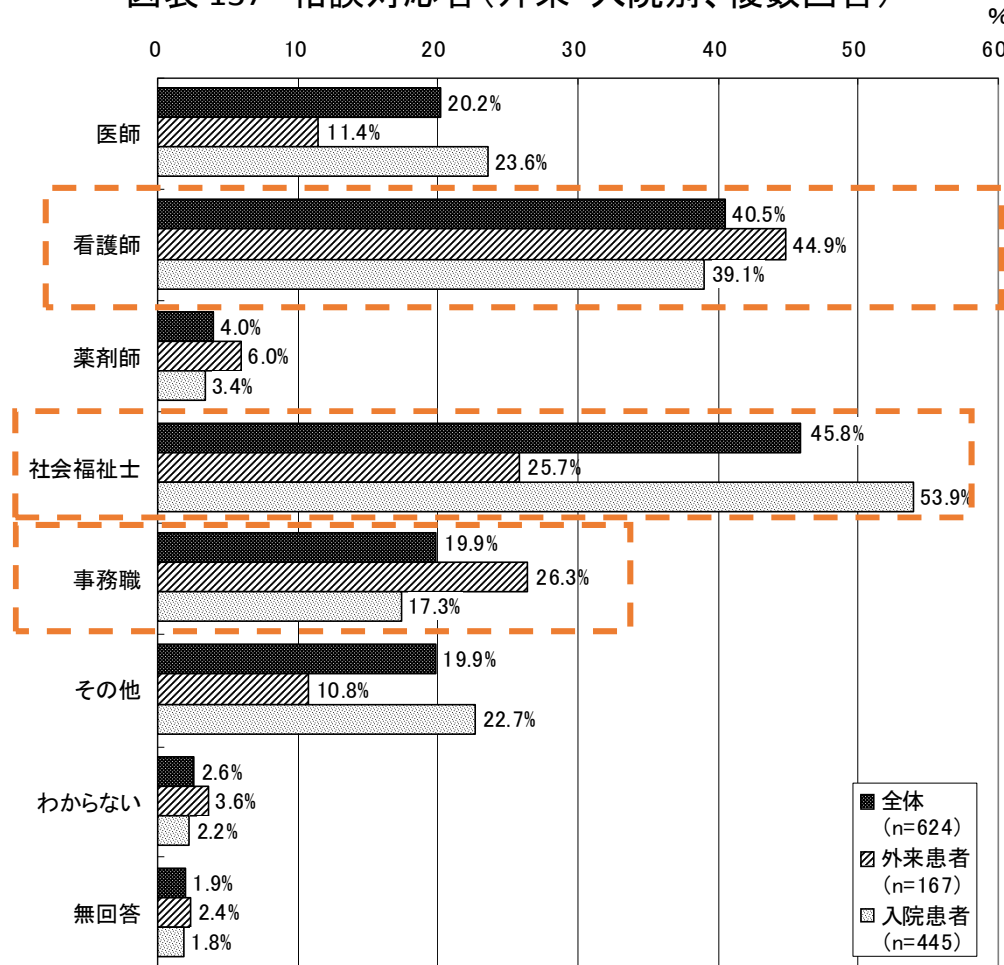
[出典] 平成24年度 診療報酬改定結果検証に係る調査(平成24年度調査)「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査報告書」

施設調査では、「患者等の相談に適切に応じることができるようになった」「医師や看護師など医療職からの相談に適切に応じることができるようになった」「各部門間の連携・調整がスムーズになった」「医療従事者が協力的になった」「クレーム再発防止につながった」について、届出ありの方が「大いにあてはまる」「ややあてはまる」と回答した施設が多くみられた。

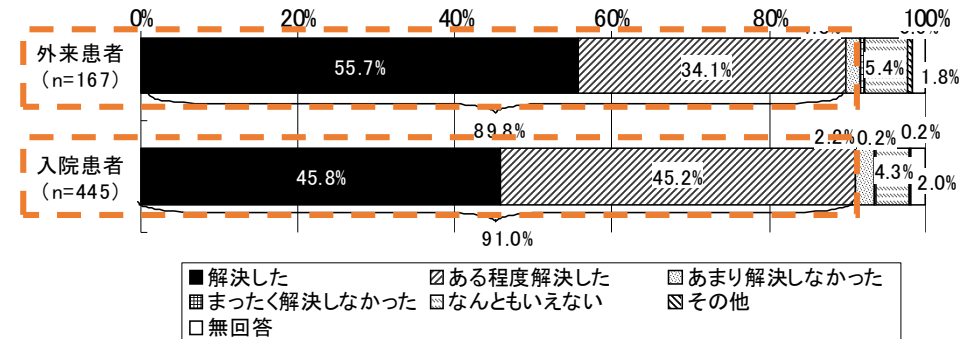
患者サポート体制充実加算の効果等④

患者調査

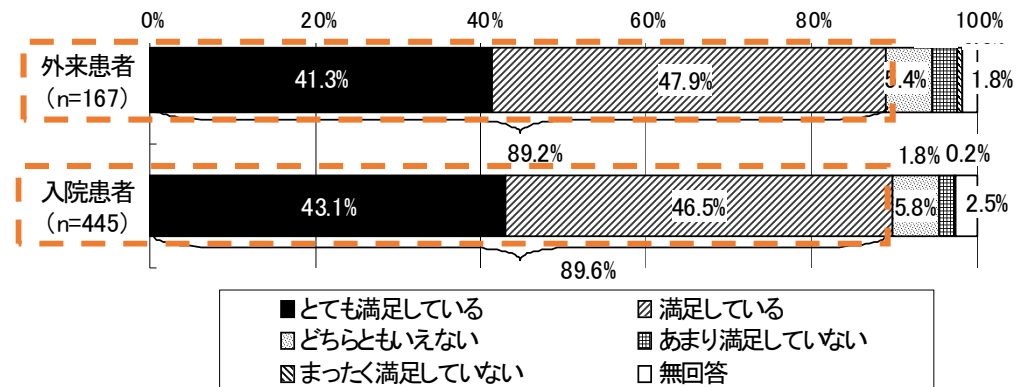
図表 137 相談対応者(外来・入院別、複数回答)



図表 140 患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解決したか(外来・入院別)



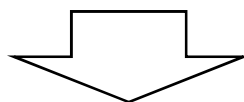
図表 143 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度(外来・入院別)



- ・相談対応者について、外来患者では、看護師、事務職が比較的多かったが、入院患者では特に社会福祉士が多かった。
- ・患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安が「解決した」、「ある程度解決した」を合わせると外来・入院ともに約9割となった。さらに、患者相談窓口の職員の対応に対する満足度は、「とても満足している」、「満足している」を合わせると外来・入院ともに約9割となった。患者にとって、患者相談窓口は一定程度評価されていると考えられる。

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、患者サポート体制の評価を行った。
- 患者サポート体制充実加算について、患者相談支援窓口では、「患者・家族からの相談への対応（98.7%）」「患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議（85.2%）」「担当医師から患者等への説明の際の同席（72.2%）」等、患者と医療従事者との対話を促進するための取組を積極的に行っていた。
- また、患者調査においても、患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安が「解決した」、「ある程度解決した」を合わせると外来・入院ともに約9割となった。さらに、患者相談窓口の職員の対応に対する満足度は、「とても満足している」、「満足している」を合わせると外来・入院ともに約9割となった。患者にとって、患者相談窓口は一定程度評価されていると考えられる。



【論点】

○患者サポート体制充実加算については、一定の効果がみられることから、引き続き評価を継続することとしてはどうか。

5. 訪問看護ステーションのサテライト設置

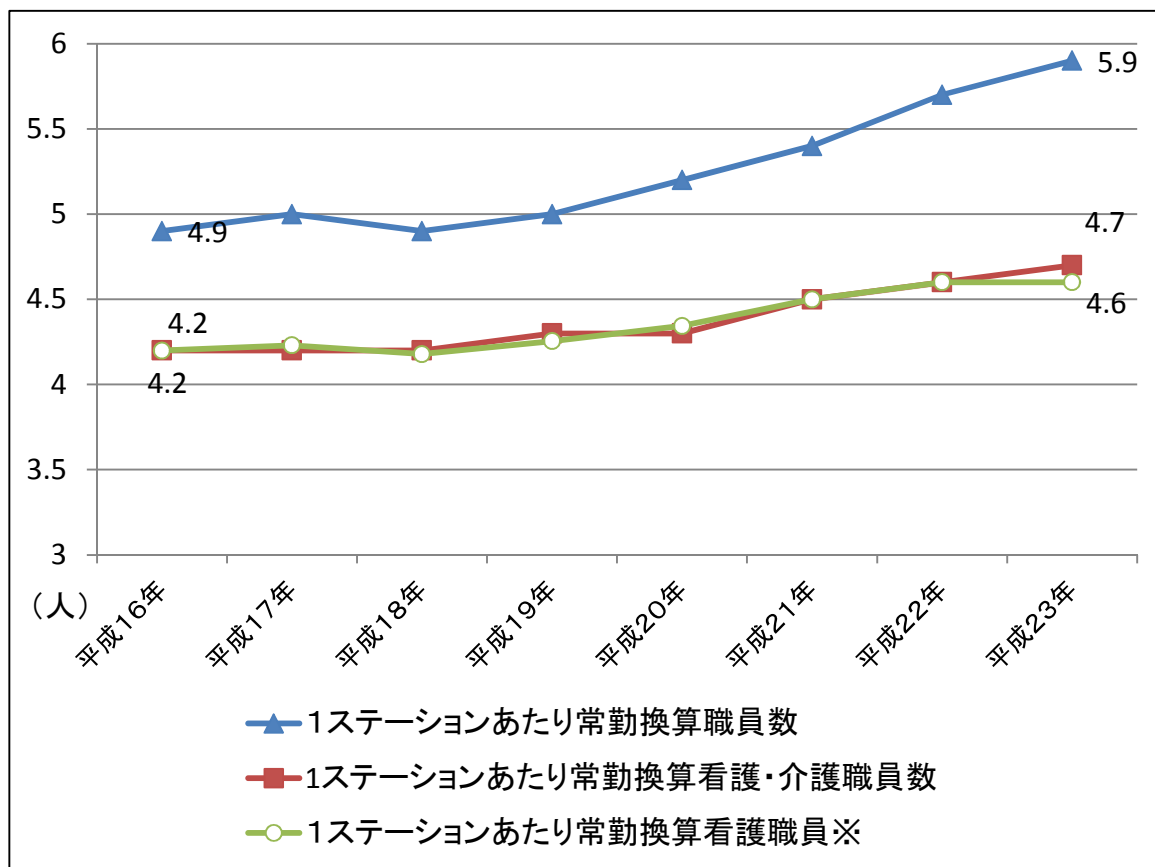
サテライトを設置している訪問看護ステーションの経営主体のデータについて

訪問看護ステーションの規模とサテライト数の推移

中医協 総 - 3
25. 10. 23

- 1ステーション当たりの常勤換算従事者数、常勤換算看護職員数は増加傾向にある。
- サテライト数は約200カ所程度で近年横ばいである。

【1ステーション当たりの職員数】



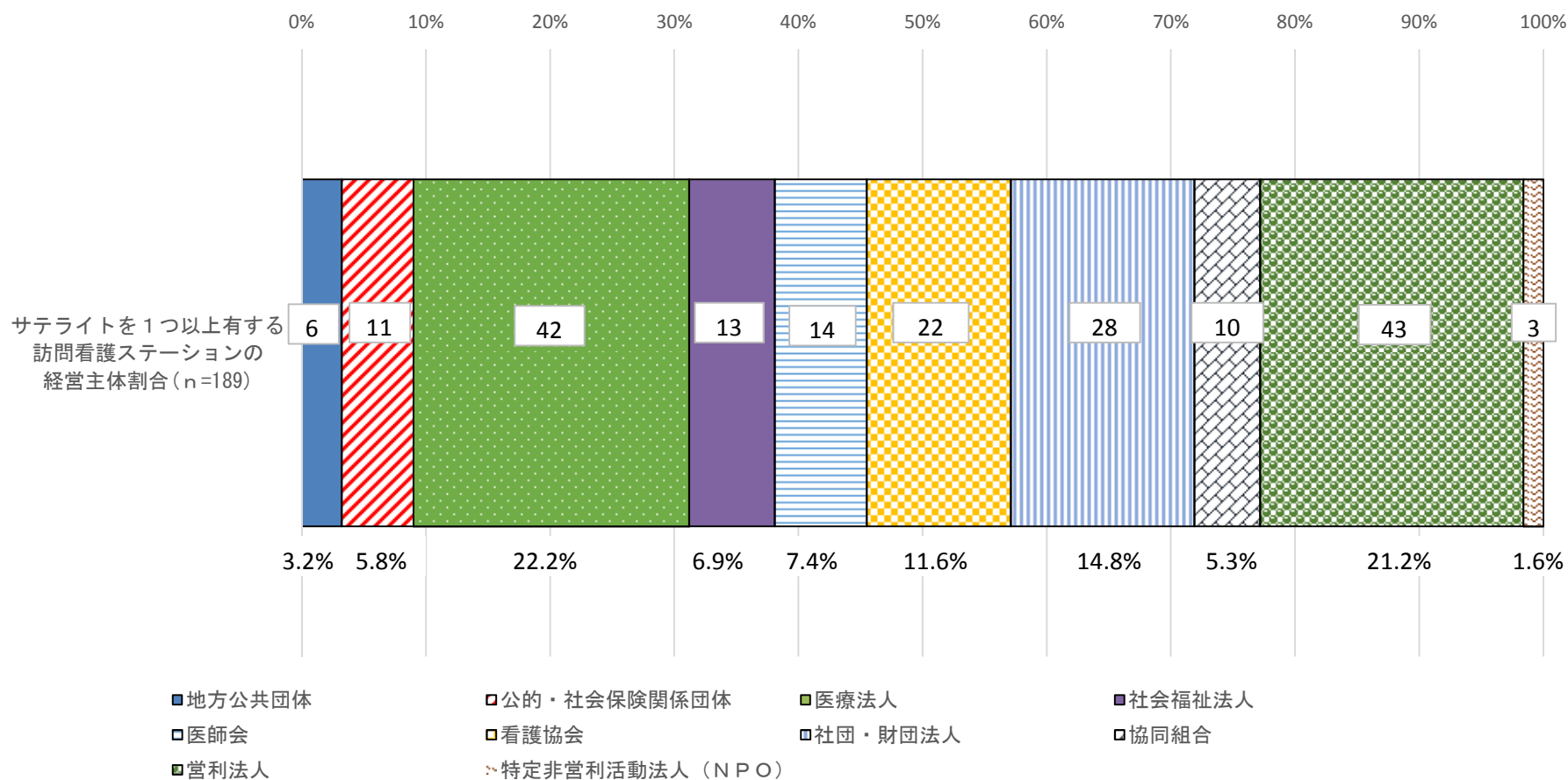
※看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師のことである。

出典：介護サービス施設・事業所調査

平成16年～平成20年の1事業所あたり常勤換算看護職員数は、介護サービス施設・事業所調査の結果より医療課にて算出

	サテライトのある訪問看護ステーション数	サテライト数
平成13年	159	212
平成14年	189	249
平成15年	203	249
平成16年	208	275
平成17年	201	253
平成18年	289	353
平成19年	176	227
平成20年	160	224
平成21年※	166	216
平成22年	187	238
平成23年	189	247

サテライトを一つ以上有する訪問看護ステーション数(経営主体別)



指摘事項: サテライトを設置している訪問看護ステーションの経営主体のデータを示してほしい。(鈴木委員)

6. 重症度、医療・看護必要度の見直し等

- ・ 特定集中治療室管理料における重症度のA項目とB項目を「かつ」にした場合の影響について
- ・ 「がん専門病院」の重症度、医療・看護必要度の基準の15%への引き上げについて

- 特定集中治療室管理料における重症度のA項目とB項目を「かつ」にした場合の影響について

現行の評価方法

重症度に係る評価票 【特定集中治療室管理用】

A モニタリング及び処置等			B 患者の状況等			
	0点	1点		0点	1点	2点
1 心電図モニター	なし	あり	10 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 輸液ポンプの使用	なし	あり	11 起き上がり	できる	できない	
3 動脈圧測定	なし	あり	12 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 シリンジポンプの使用	なし	あり	13 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり	14 口腔清潔	できる	できない	
6 人工呼吸器の装着	なし	あり				
7 輸血や血液製剤の使用	なし	あり				
8 肺動脈圧測定(スワングアンツカテーター)	なし	あり				
9 特殊な治療等(CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓、ICP測定)	なし	あり				

算定要件:A項目が3点以上、または、B項目が3点以上である患者9割以上

施設基準の届出後の取り扱い(重症度・看護必要度の該当患者割合について)

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出を行うものであること。(略)ただし次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

(5)算定要件中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動

特定集中治療室管理料の重症度の評価の見直し

中医協 総 - 1
2 5 . 1 2 . 1 1

評価項目: 現行の項目

評価方法: 現行の評価方法

見直し案の評価方法

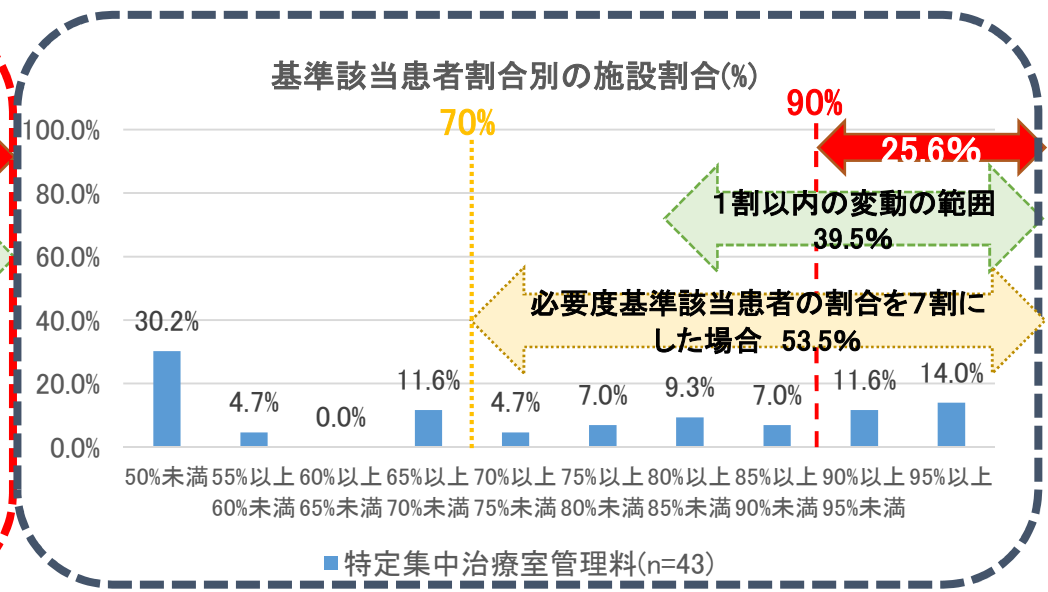
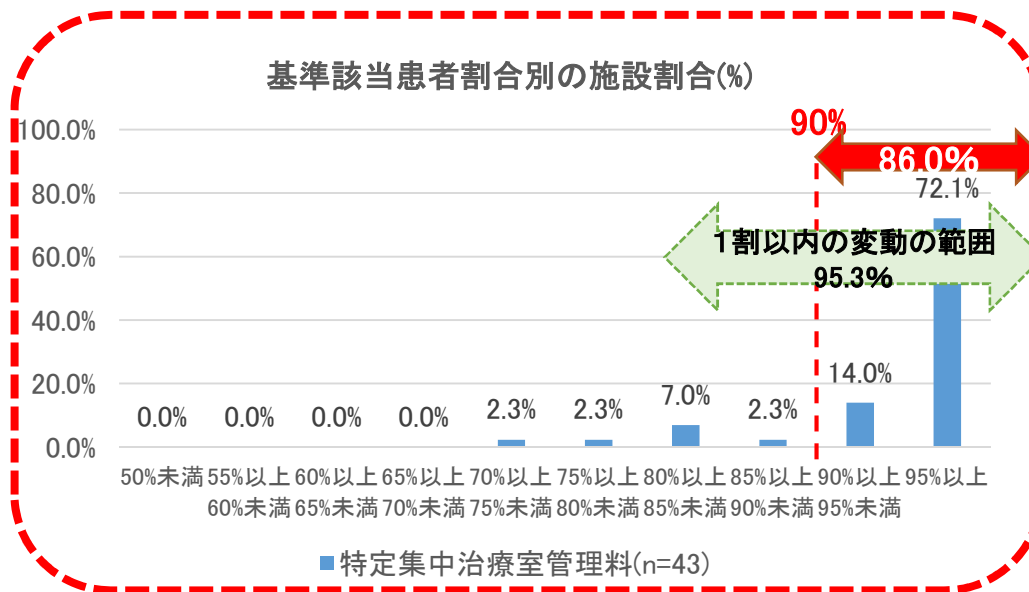
①A項目が3点以上、**または**、B項目が3点以上である患者 9割以上

②A項目が3点以上、**かつ**、B項目が3点以上である患者 9割以上



①A項目3点以上**または**B項目3点以上で評価した場合

②A項目3点以上**かつ**B項目3点以上で評価した場合



- 現行の評価項目で評価方法をA項目**または**B項目から、A項目**かつ**B項目に変更すると、基準該当患者割合が9割以上の医療機関の割合は、86.0%から25.6%となり、多くの医療機関が施設基準を満たせなくなる可能性がある。
- 例えば、現行の施設基準の基準該当患者割合9割以上から7割以上に基準を緩和した場合は、53.5%であった。

指摘事項: 特定集中治療室管理料の重症度について、B項目が多いというデータを示してほしい。(万代委員)

特定集中治療室管理料の重症度B項目の該当状況

	全体	A項目3点未満 (基準未満)	A項目3点以上 (基準以上)
全体	3,307 (100%)	979 (29.6%)	2,328 (70.4%)
B項目3点未満 (基準未満)	232 (7.0%)	156 (4.7%)	76 (<u>2.3%</u>)
<u>B項目3点以上</u> (基準以上)	3,075 (93.0%)	823 (<u>24.9%</u>)	2,252 (68.1%)

※調査期間2週間の43医療機関の3,307人について集計

出典：H25年度 一般病棟等の重症度・看護必要度等に関する調査（速報）

評価方法を「または」から「かつ」へ変更した場合、「B項目が基準未満でA項目が基準以上の2.3%」と「A項目が基準未満でB項目が基準以上の24.9%」が基準該当から外れることになる。

- ・「がん専門病院」の重症度、医療・看護必要度の基準の15%への引き上げについて

専門病院入院基本料(悪性腫瘍患者7割以上)の 「重症度、医療・看護必要度(仮称)」の見直しについて

7対1入院基本料の適正化等について

- 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しを行う。

7対1入院基本料

【現行】

平均在院日数

【改定後】

一般病棟入院基本料	19日以内		一般病棟入院基本料	18日以内
特定機能病院入院基本料	28日以内	→	特定機能病院入院基本料	26日以内
専門病院入院基本料	30日以内		専門病院入院基本料	28日以内

【現行】

看護必要度要件

【改定後】

一般病棟入院基本料	1割以上		一般病棟入院基本料※2	1割5分以上
特定機能病院入院基本料※1	評価のみ	→	特定機能病院入院基本料※3	1割5分以上
専門病院入院基本料	1割以上		専門病院入院基本料※4	1割5分以上

※1 一般病棟及び結核病棟に限る

※2 結核病棟は従前と同様の1割以上

※3 一般病棟に限る(結核病棟は測定・評価のみ)

※4 **悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合は従前と同様の1割以上**

○ 専門病院入院基本料(悪性腫瘍患者7割以上)については、重症度・看護必要度の基準を従前通りの1割以上のままとした。

見直しの方向性を踏まえた一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)(案)

※ 現行のB項目は変更しない

A モニタリング及び処置等	
1 創傷処置	創傷処置
	褥瘡処置
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみを除く)	
3 点滴ライン同時3本	
4 心電図モニター	
5 シリンジポンプの使用	
6 輸血や血液製剤の使用	
7 専門的な治療・処置	
①抗悪性腫瘍剤の使用	
②抗悪性腫瘍剤の内服	
③麻薬注射薬の使用	
④麻薬内服・貼付	
⑤放射線治療	
⑥免疫抑制剤の使用	
⑦昇圧剤(注射)の使用	
⑧抗不整脈剤の使用	
⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴	
⑩ドレナージの管理	

算定要件:A項目2点以上、かつ、B項目3点以上である患者 **1割5分以上**

専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)の 重症度、医療・看護必要度(仮称)の算定方法の見直し

悪性腫瘍患者の重症度、医療・看護必要度(仮称)の該当状況

現行の項目	全体	A項目 2点未満 (基準未満)	A項目 2点以上 (基準以上)		入院医療等分科 会の見直しの方 向性	全体	A項目 2点未満 (基準未満)	A項目 2点以上 (基準以上)
全体	6,081 (100%)	4,054 (66.7%)	2,027 (33.3%)		全体	6,081 (100%)	3,531 (58.1%)	2,550 (41.9%)
B項目 3点未満 (基準未満)	4,471 (73.5%)	3,322 (54.6%)	1,149 (18.9%)	▶▶▶	B項目 3点未満 (基準未満)	4,471 (73.5%)	2,872 (47.2%)	1,599 (26.3%)
B項目 3点以上 (基準以上)	1,610 (26.5%)	723(12.0%)	878(14.4%)		B項目 3点以上 (基準以上)	1,610 (26.5%)	659(10.8%)	951(15.6%)

※ 入院の契機となった傷病名が悪性腫瘍の患者について集計。調査期間2週間の57医療機関の6,081人。

※ 7対1入院基本料全体のA項目かつB項目基準以上の該当患者割合は、**15.8%**

出典: H24年度 入院医療等の調査より

専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上) の重症度、医療・看護必要度(仮称)の現状

※ 悪性腫瘍7割以上の専門病院入院基本料を算定し、H24、H25年
ともに看護必要度のデータ提供があった11の医療機関について集計

※ H25年データについては速報値

重症度、医療・看護必要度(仮称)の 平均(n=11)	H24年度	H25年度
	15.2%	16.1%

出典: H24、25年 保険局医療課調べ

悪性腫瘍患者の重症度、医療・看護必要度(仮称)について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)の見直しの方
向性を踏まえた項目に見直し、推計を行ったところ、基準該当患者割合は、現行の14.4%から15.6%へ増加した。また、悪性腫
瘍7割以上の専門病院の重症度、医療・看護必要度の基準に該当する患者の割合については、平成24年度から平成25年度に
かけて15.2%から16.1%に増加している。

入院患者の7割以上が悪性腫瘍患者である専門病院の7対1入院基本料の重症度、医療・看護必要度該当者割
合についても現行の10%から15%以上としてはどうか。

7. 早期リハビリテーション加算

病院・診療所別の初期加算、早期加算の算定回数
の推移について

リハビリテーションの充実

早期リハビリテーションの評価

- 発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、疾患別リハビリテーションの早期加算の評価体系を見直し、早期のリハビリテーションの充実を図る。

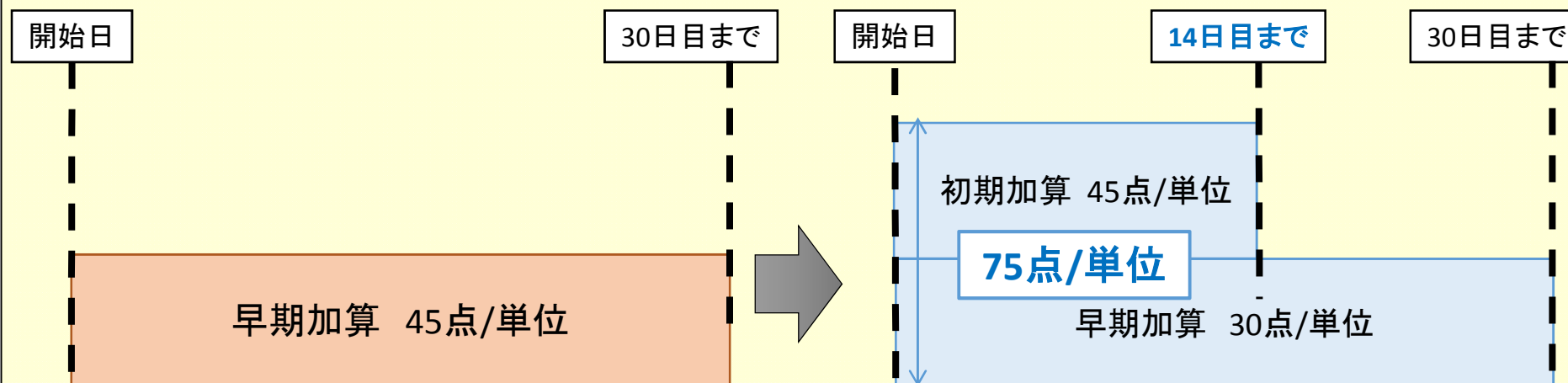
(新) リハビリテーション初期加算 45点 (14日目まで)

(改) 早期リハビリテーション加算 45点 → 30点 (30日目まで)

- リハビリテーション初期加算はリハビリテーション科の常勤医師が勤務している場合に算定できる。
- リハビリテーション初期加算と早期リハビリテーション加算は併算定可能。
- 算定は入院中の患者に限定。

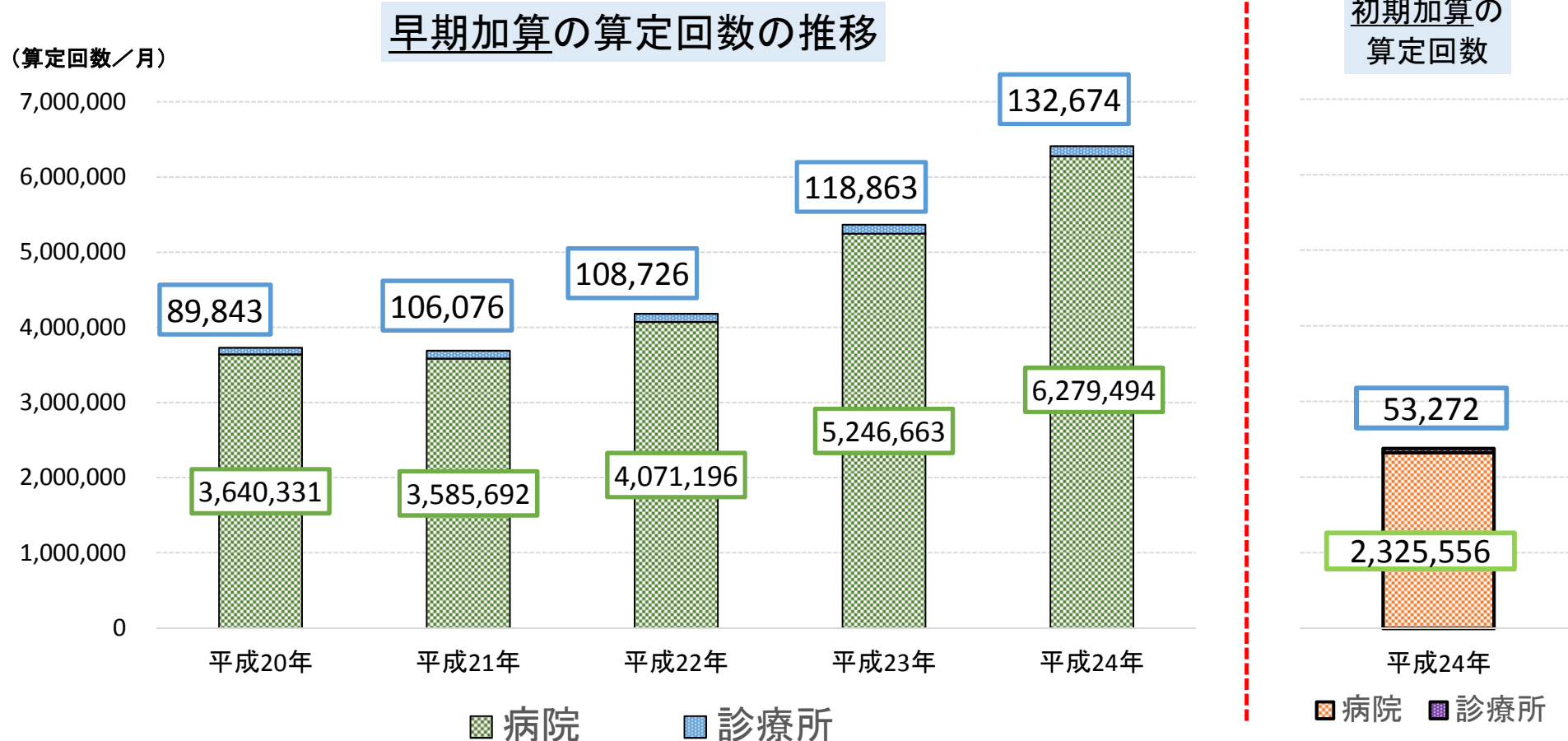
【現行】

【改定後】



疾患別リハビリテーションの初期加算・早期加算は、入院中の患者に限られる。

初期加算・早期加算の病院、診療所別の算定状況



指摘事項: 早期加算、初期加算について、病院・診療所別の内訳を教えてください。(石山委員)

8. 回復期リハビリテーション病棟入院料1

- 「回復期リハビリテーション病棟入院料1」病棟のみの日常生活機能評価の改善状況(専従と専任別)について
- 休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数の推移について

- 「回復期リハビリテーション病棟入院料1」病棟のみの日常生活機能評価の改善状況(専従と専任別)について

回復期リハビリテーション病棟入院料について

中 医 協 総 - 1
2 5 . 1 2 . 4

	回復期リハビリテーション 病棟入院料1	回復期リハビリテーション 病棟入院料2	回復期リハビリテーション 病棟入院料3
看護配置	13対1以上	15対1以上	15対1以上
看護補助者の 配置	30対1以上	30対1以上	30対1以上
その他の職種の 配置	専任医師1名以上、 専従理学療法士3名以上、 専従作業療法士2名以上、 専従言語聴覚士1名以上、 専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、 専従理学療法士2名以上、 専従作業療法士1名以上	専任医師1名以上、 専従理学療法士2名以上、 専従作業療法士1名以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が 1割5分以上	重症患者が2割以上	—
在宅復帰率	7割以上	6割以上	—
重症患者の退院時 日常生活機能評価	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上	—
その他	病棟単位で届出 (回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出 (回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出 (新規以外、回りハ1・2と併存不可)
点数	1,911点	1,761点	1,611点

※重症の患者：日常生活機能評価で10点以上の患者

回復期リハビリテーション病棟における専従医師の配置の効果

専従医師の配置の有無による退棟時の患者※の日常生活機能評価の改善点数(入棟時との比較)の分布

専従医師あり (30病棟・185人)

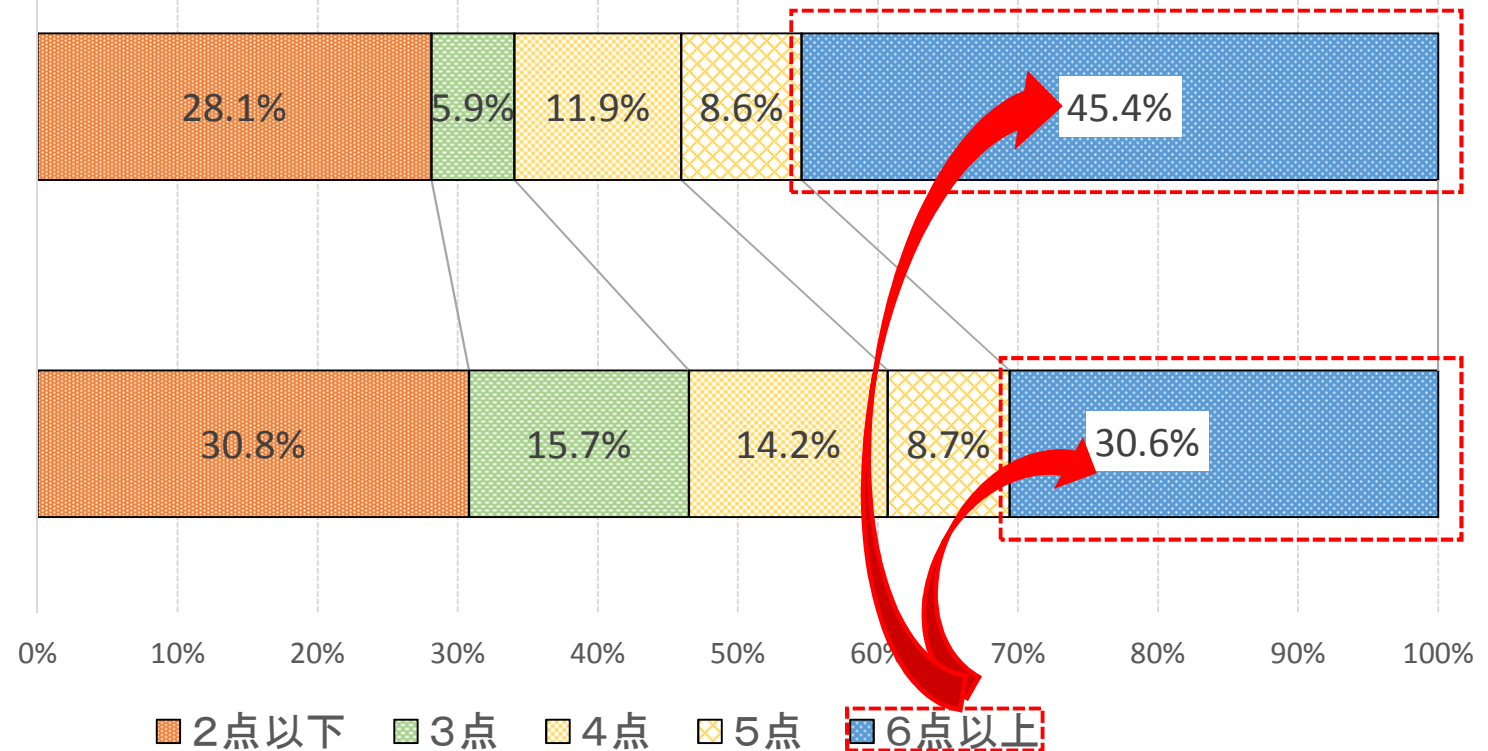
30病棟の内訳

入院料1: 15病棟、86人
入院料2: 11病棟、87人
入院料3: 4病棟、12人

専任医師のみ (95病棟・458人)

95病棟の内訳

入院料1: 32病棟、188人
入院料2: 50病棟、223人
入院料3: 13病棟、47人



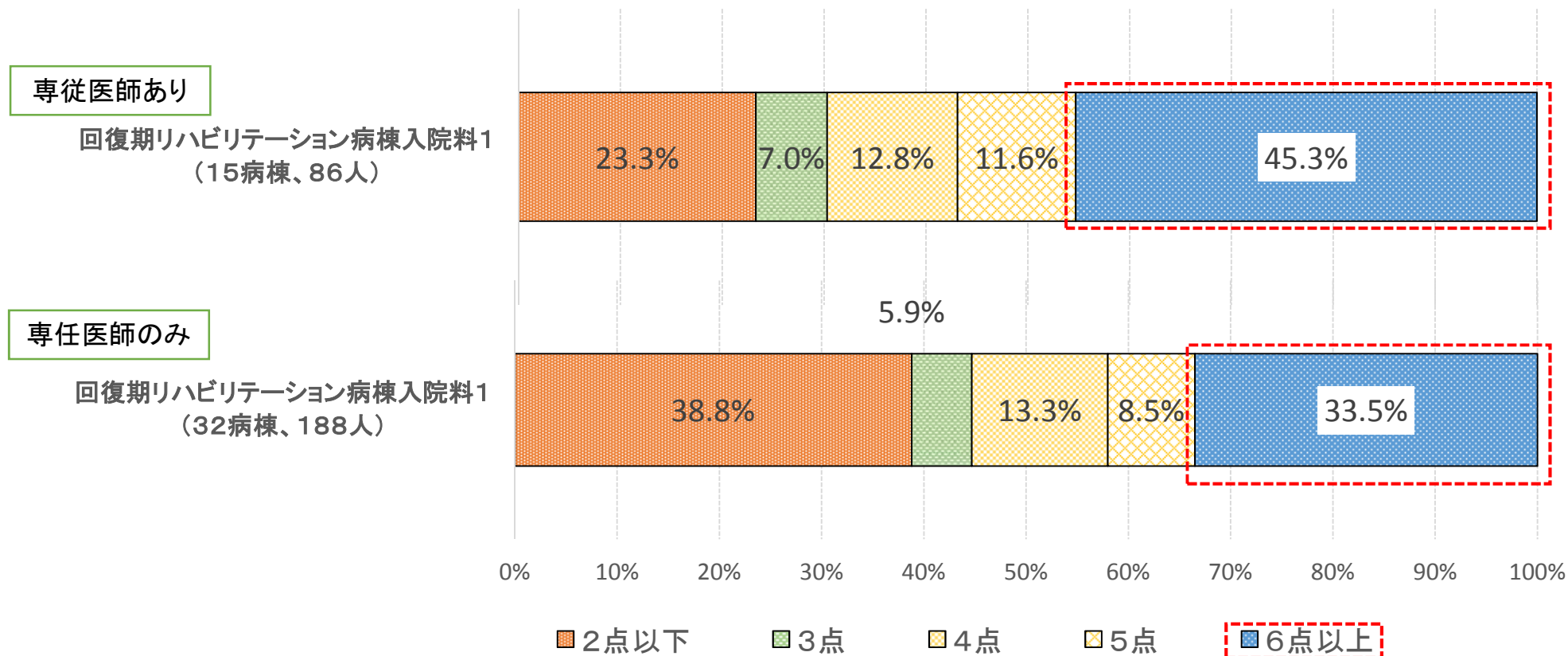
※入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者を対象

・回復期リハビリテーション病棟は専任医師の配置が要件となっているが、専従医師を配置している病棟は、専任医師を配置している病棟より、退棟時の患者の日常生活機能が改善されている。

出典: 平成25年検証調査より

回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟における 専従医師の配置の効果

医師(専従・専任)の配置の有無による退棟患者※の日常生活機能評価の改善点数(入棟時との比較)の分布



専従: 原則として当該病棟の業務のみに従事する者
専任: 当該病棟での業務とその他の部署等での業務を兼務している者。

※入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者を対象

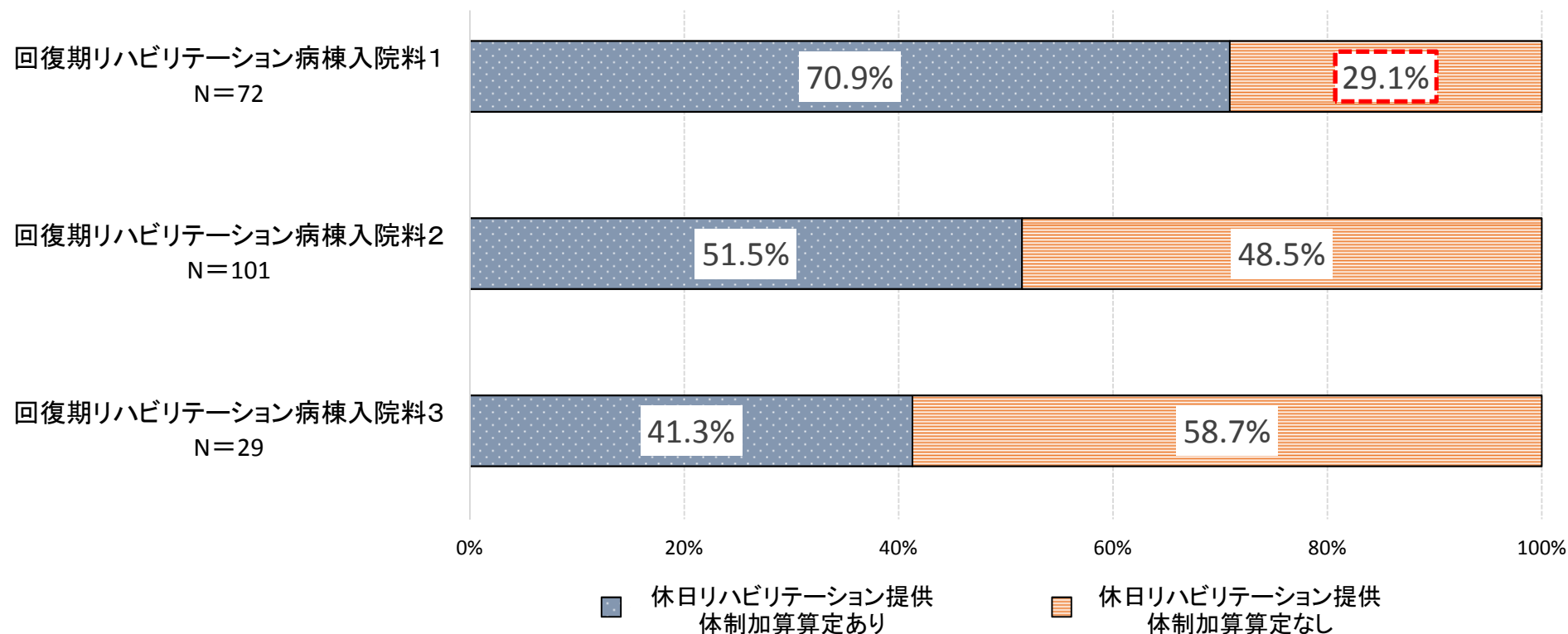
指摘事項: 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、退棟患者の日常生活機能評価の改善点数が、どういう内訳なのか、出していただきたい。(万代委員)

- 休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数の推移について

休日リハビリテーション提供体制加算の概要

	休日リハビリテーション提供体制加算の概要
評価 内容	・<u>入院当初から集中的なリハビリテーションを継続して受けられるよう</u>、休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供が可能な体制をとる保険医療機関を評価
施設 基準	①休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えている。 <u>(休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とする)</u> ②専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置。 ③看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮する。
点数	60点 <u>(患者一人一日につき)</u>

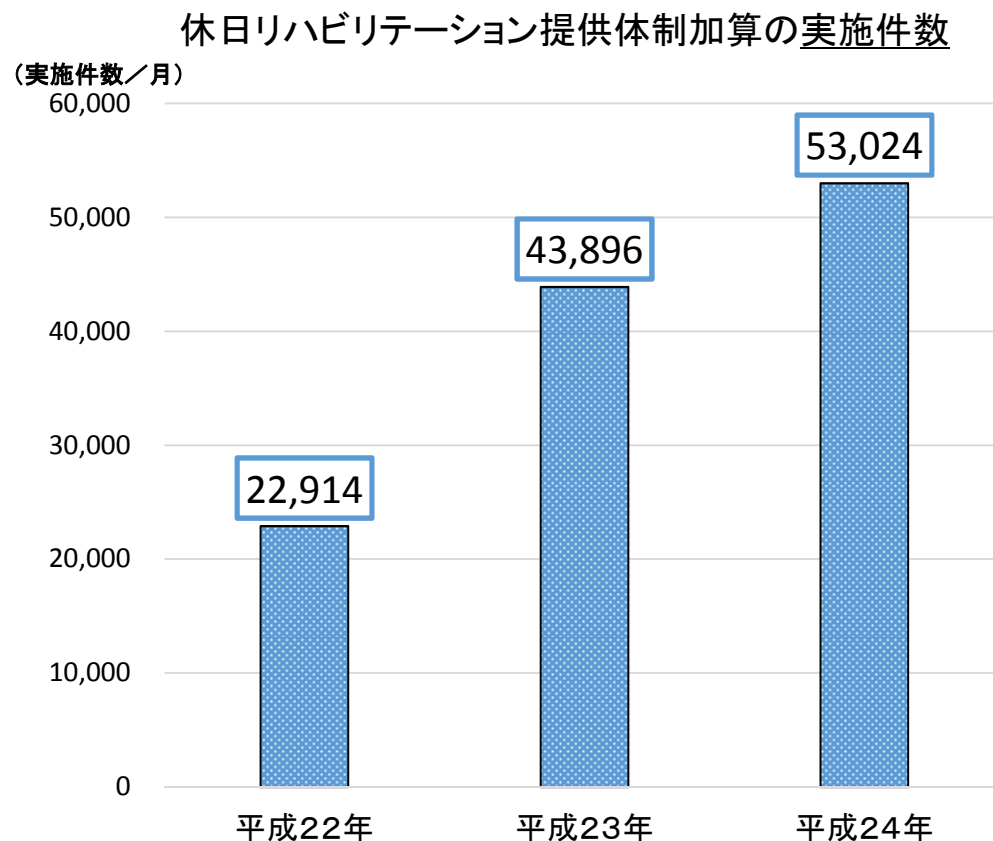
回復期リハビリテーション病棟の加算の算定状況(入院料区分別)



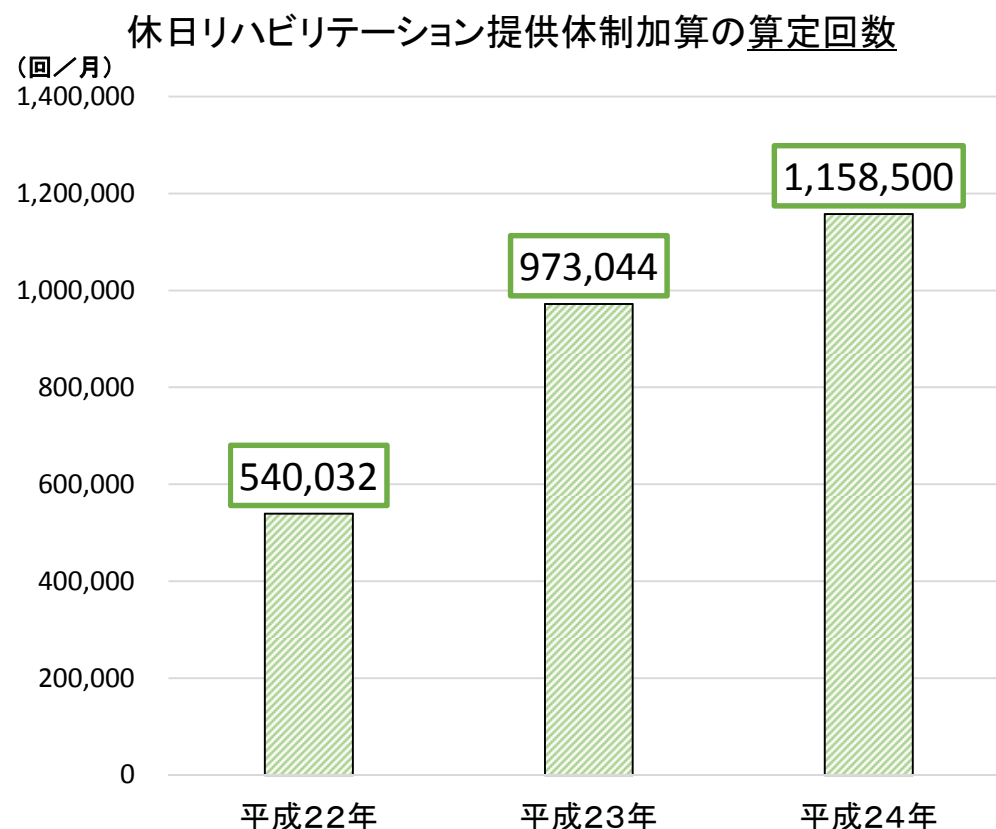
・回復期リハビリテーション病棟入院料1であっても、休日リハビリテーション提供体制加算を算定していない病棟が29.1%を占める。

出典:平成25年検証調査より

休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数の推移



実施件数: 診療行為が実施された明細書の数



出典: 社会医療診療行為別調査より

指摘事項: 休日リハビリテーション提供体制加算の年度別のデータが出れば、教えていただきたい。(万代委員)

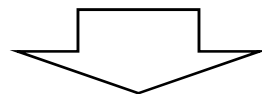
9. 精神科の訪問診療

精神科の訪問診療の推進に関する評価について

精神科の訪問診療に関する課題と論点について

【課題】

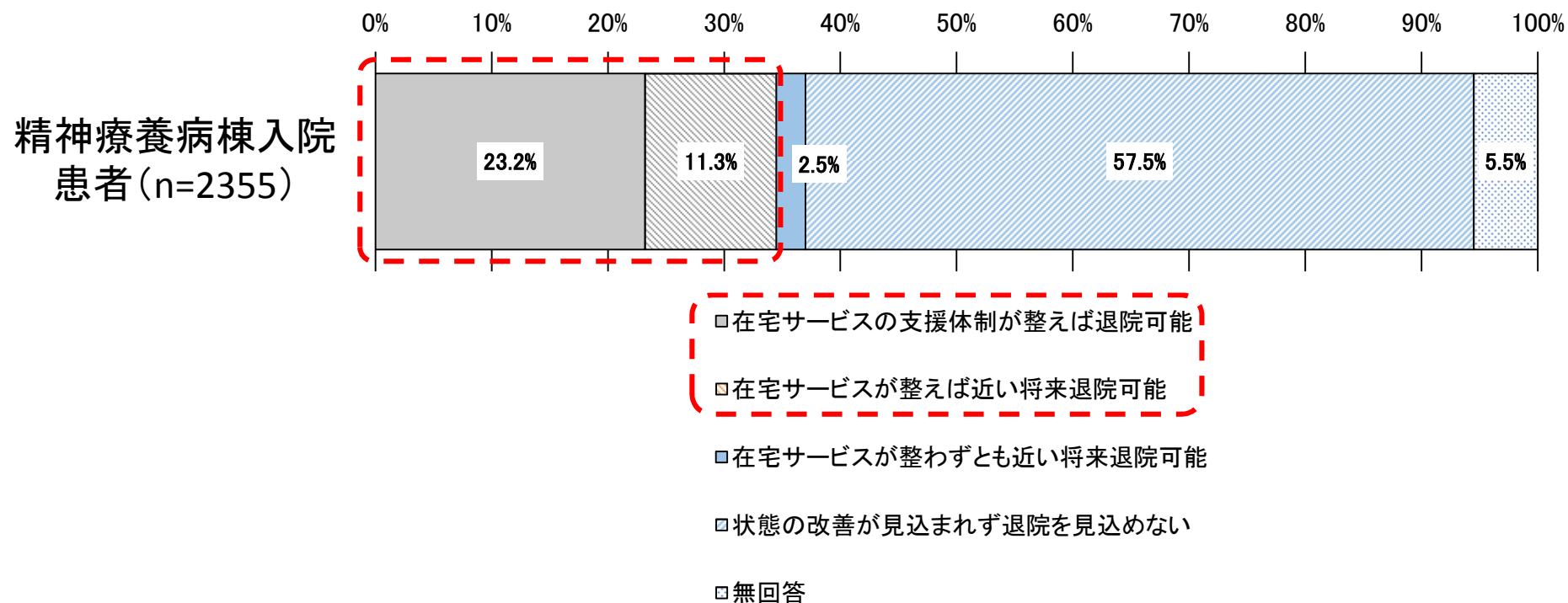
- ・ 精神療養病棟に入院する患者において、約3分の1が在宅支援体制が整えば退院可能であるが、訪問診療を受けている患者数は非常に少なく、精神科を標榜する在宅療養支援診療所・病院も少ない。
- ・ 在宅患者訪問診療料等については、1人の患者について1つの保険医療機関からのみ算定可能となっており、身体疾患にて在宅診療を受ける患者に対して精神科から訪問診療を行った場合は評価されない。
- ・ 精神科における訪問診療においては、1回あたり60分以上かかるものが36.6%を占める。
- ・ 通院・在宅精神療養は、通院診療時と在宅診療時で同じ評価となっており、30分を区切りとして2段階の評価となっているが、30分以上の場合、より長く時間がかかったとしても同じ評価となっている。



【論点】

○精神科における在宅医療を推進する観点から、在宅での診療時に長時間の精神療法を行った場合を評価することについて、どのように考えるか。

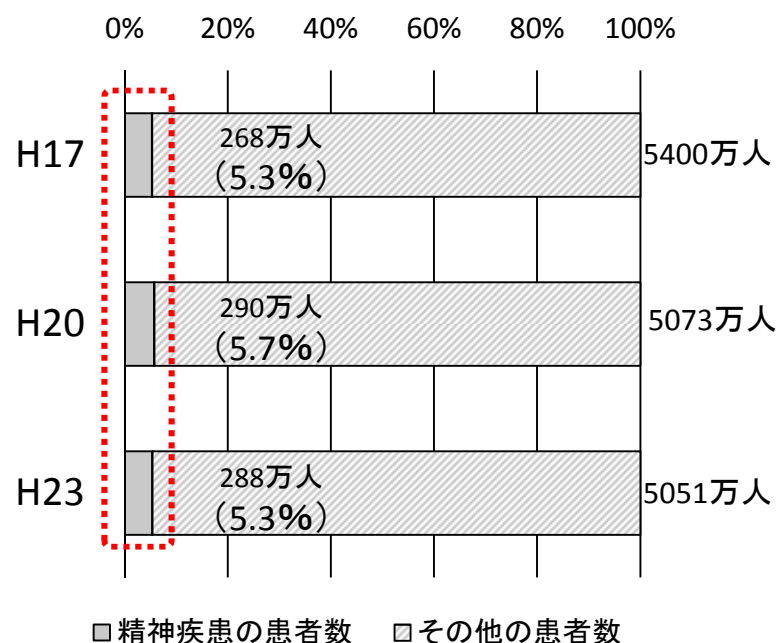
精神療養病棟に入院する患者の退院の見通し



精神療養病棟に入院する患者において、約1／3が在宅支援体制が整えば退院可能。

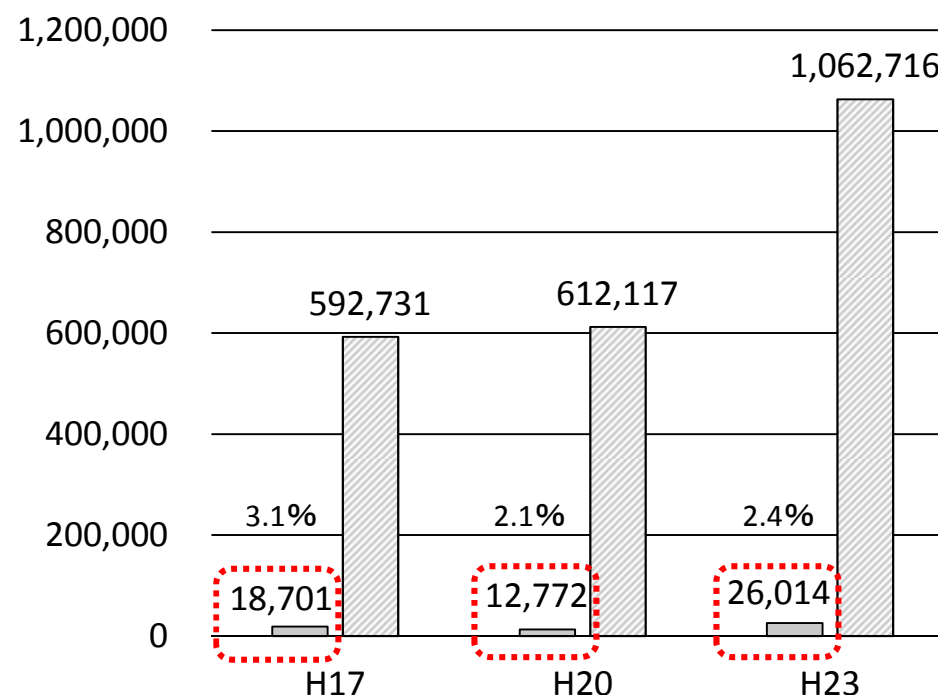
精神疾患の患者数と精神科の訪問診療

外来受診する精神疾患の患者数の割合



出典: 患者調査

精神科における訪問診療の回数



■ 精神科の訪問診療

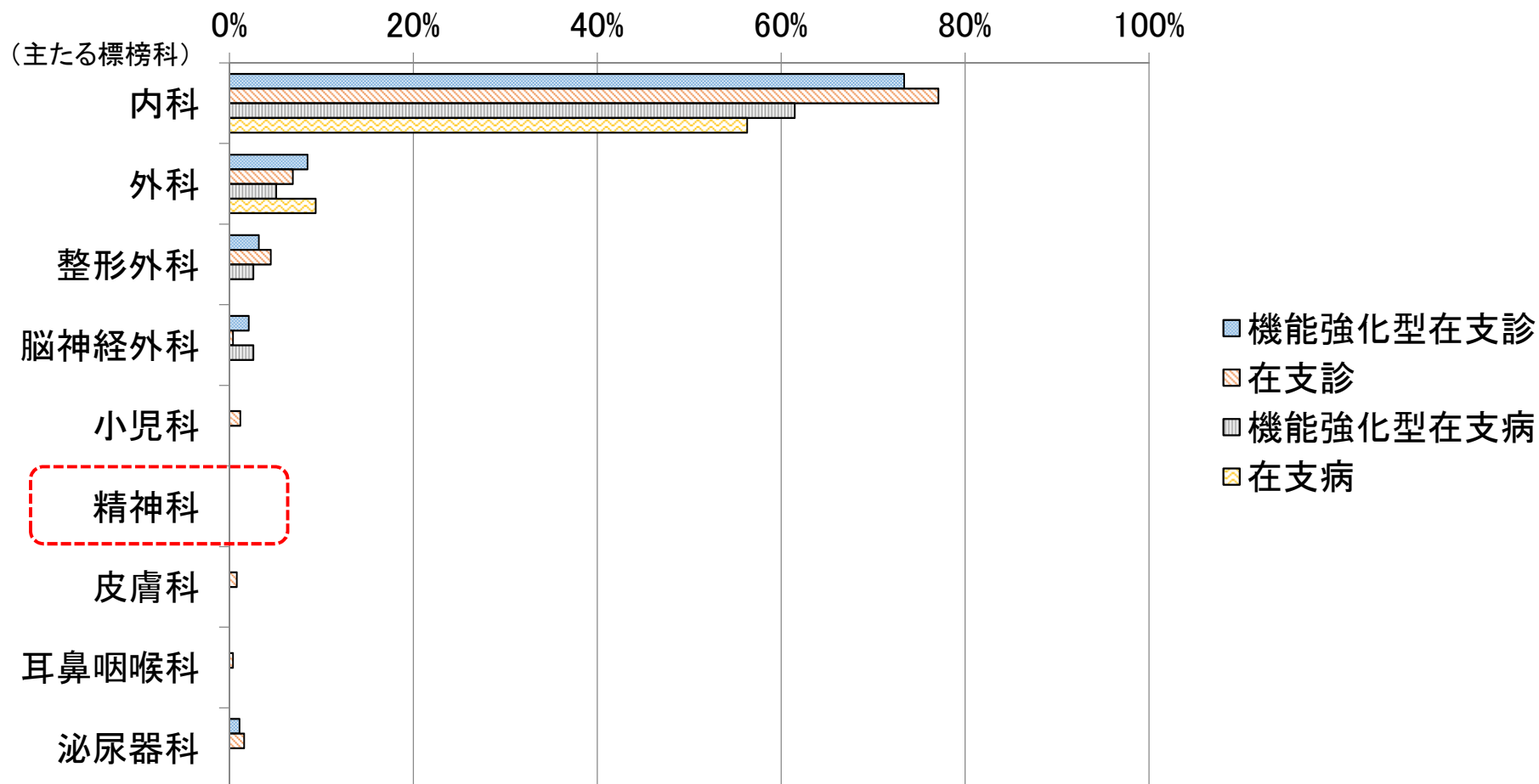
■ 訪問診療(在宅患者訪問診療料の算定回数)

出典: 在宅患者訪問診療料算定回数 社会医療診療行為別調査
精神科による訪問診療回数 精神・障害保健課調べ

・外来受診する精神疾患の患者数の割合に比して、精神科による訪問診療の回数は少ない。

在宅療養支援診療所・病院において精神科が占める割合

在宅療養支援診療所の中から無作為抽出した1,500施設、在宅療養支援病院500施設に対してアンケート調査
回答数410施設



検証調査において精神科を主たる標榜科とする施設は該当がなかった。

身体合併症をもつ精神疾患患者への訪問診療

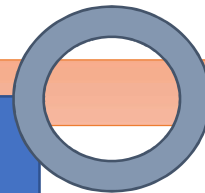
<精神科単独の場合>



精神科医療機関

精神疾患に対する
計画的な訪問診療

在宅患者訪問診療料
在宅時医学総合管理料
特定施設入居時等医学総合管理料



在宅療養を受ける
精神疾患患者



<身体科と精神科が共に訪問する場合>



身体科の医療機関

身体疾患に対する
計画的な訪問診療

在宅患者訪問診療料
在宅時医学総合管理料
特定施設入居時等医学総合管理料

削除

<自宅等>

身体合併症をもつ
精神疾患患者



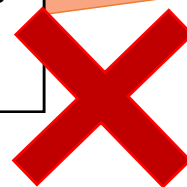
<精神科医療機関>



精神科医療機関

身体科で在宅患者訪問診療料等が
算定されていた場合には
精神科では算定不可

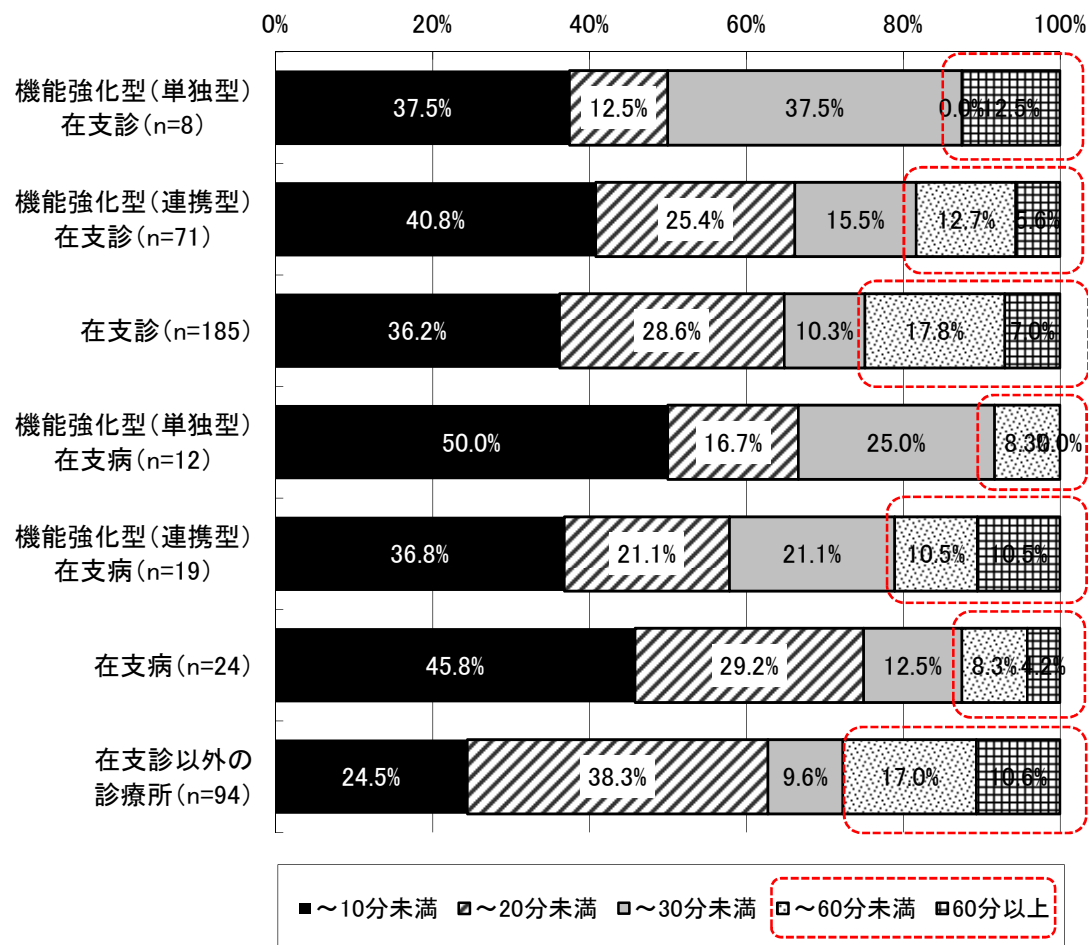
精神疾患に対する
計画的な訪問診療



在宅患者訪問診療料等は1人の患者に対して1つの保険医療機関からのみ算定となっており、
身体疾患にて在宅診療を受ける患者に、精神科から訪問診療を行った場合は評価されない。

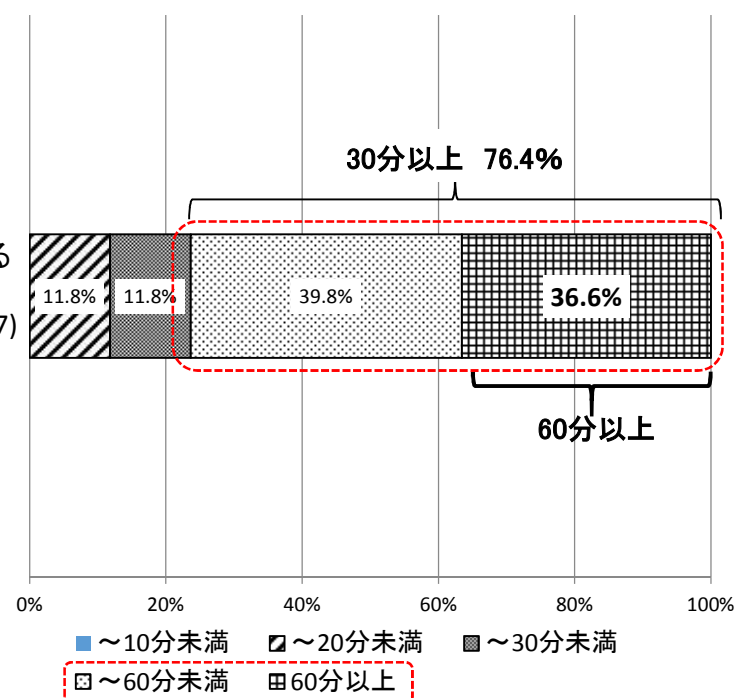
訪問診療における1件当たりの診療時間

一般の訪問診療



精神科による訪問診療 (n=7)

精神科の訪問診療



(注) 医師一人当たり診療時間/日(移動時間、カルテ記載時間は含まない。)を医師一人当たり訪問件数/日で割って算出

・精神科における訪問診療は1回あたりの診療時間が長くなり、30分以上かかる場合が76.4%、60分以上かかる場合が36.6%を占める。

通院・在宅精神療法

通院・在宅精神療法

- 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害、認知症、てんかん、知的障害又は心身症等のため社会生活を営むことが著しく困難もの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。

通院・在宅精神療法（1回につき）

1 初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合
700点

2 1以外の場合

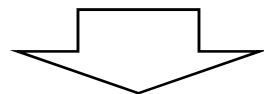
イ 30分以上の場合 400点

ロ 30分未満の場合 330点

通院・在宅精神療法は、通院時と在宅時で同じ評価となっている。また、30分未満・以上の2段階の評価となっているが、30分以上の場合、より長く時間がかかったとしても同じ評価となっている。

【課題】

- ・ 精神療養病棟に入院する患者において、約3分の1が在宅支援体制が整えば退院可能であるが、訪問診療を受けている患者数は非常に少なく、精神科を標榜する在宅療養支援診療所・病院も少ない。
- ・ 在宅患者訪問診療料等については、1人の患者について1つの保険医療機関からのみ算定可能となっており、身体疾患にて在宅診療を受ける患者に対して精神科から訪問診療を行った場合は評価されない。
- ・ 精神科における訪問診療においては、1回あたり60分以上かかるものが36.6%を占める。
- ・ 通院・在宅精神療法は、通院診療時と在宅診療時で同じ評価となっており、30分を区切りとして2段階の評価となっているが、30分以上の場合、より長く時間がかかったとしても同じ評価となっている。



【論点】

○精神科における在宅医療を推進する観点から、在宅での診療時に長時間の精神療法を行った場合を評価することについて、どのように考えるか。

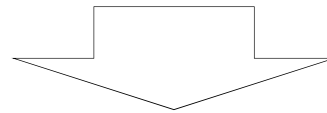
10. 精神科身体合併症管理加算

精神科身体合併症管理加算の算定日数の延長について

身体合併症への対応に関する課題と論点について

【課題】

- 精神病床に入院する身体合併症を併発した精神疾患患者に対しての治療の評価である精神科身体合併症管理加算は、治療開始日から7日間に限り算定可能となっている。
- 精神疾患のない患者と比較して、精神疾患患者は術後合併症を併発する頻度が高く、入院日数も長い。
- 精神科病床における身体合併症治療では、7日以上かかることが多い。



【論点】

○精神病床において身体合併症に適切に対応するため、精神科身体合併症管理加算の算定可能日数を●日とすることについて、どのように考えるか。

精神科身体合併症管理加算について

- 精神科以外の診療科の医療体制との連携がとられている病棟において、精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したもの

精神科身体合併症管理加算

450点(1日につき **7日まで**)

- ・同一月において同一疾患に対して1回に限り算定
- ・同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患について治療開始日から7日間に限り当該加算を算定することが可能(同一月内に当該加算を算定できる期間は14日間まで、複数の身体疾患を同時期に発症した場合はいずれか1つの疾患にかかる加算を算定)。

[施設基準]

- ・当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること
- ・精神障害者であって身体合併症を有する患者の治療が行われるよう、精神科以外の診療科の医療体制との連携がとられている病棟であること

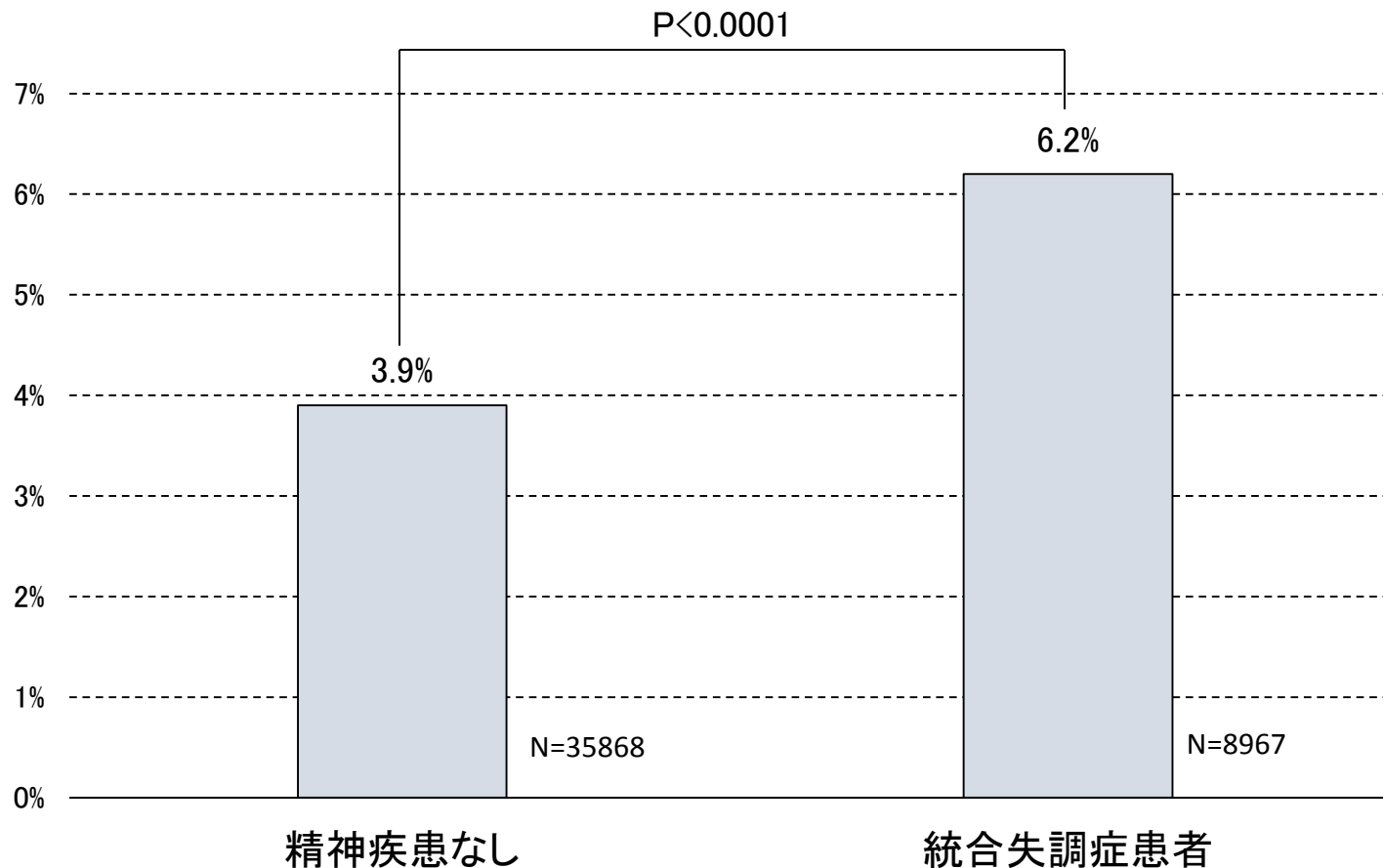
精神科身体合併症管理加算は7日まで算定可能となっている。

精神科身体合併症管理加算の対象患者

- ・呼吸器系疾患（肺炎、喘息、肺気腫）の患者
- ・心疾患（NYHAⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈）の患者
- ・手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者
- ・重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症）の患者
- ・重篤な栄養障害（BMI13未満の摂食障害）の患者
- ・意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）の患者
- ・全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期、敗血症）の患者
- ・急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者
- ・悪性症候群、横紋筋融解症の患者
- ・広範囲（半肢以上）熱傷の患者
- ・手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍の患者
- ・透析導入時の患者
- ・手術室での手術を必要とする状態の患者
- ・膠原病（専門医による管理を必要とする状態に限る。）の患者

統合失調症患者における術後合併症の頻度

2004～2007年に全身麻酔・硬膜外麻酔・脊椎麻酔により手術を受け1日以上入院となった8967名の統合失調症患者と、性別・年齢・術式・麻酔方法を一致させた精神疾患のない35868名とを比較(台湾)

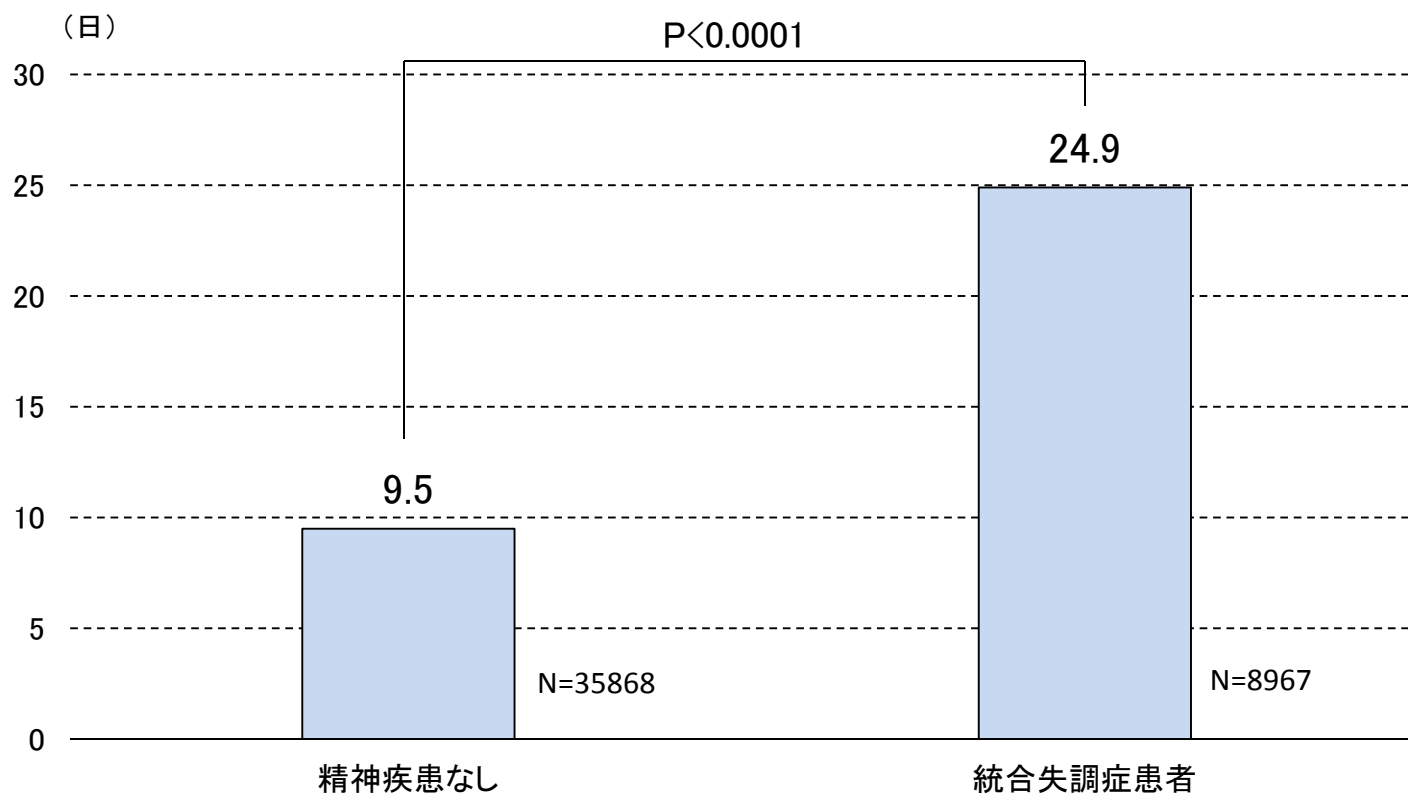


※ 術後合併症: 脳梗塞、術後出血、肺炎、敗血症、深部創感染、急性心筋梗塞、急性腎不全、肺塞栓症

統合失調症患者において、術後合併症を併発する頻度は高い。

手術を受けた統合失調症患者における入院日数

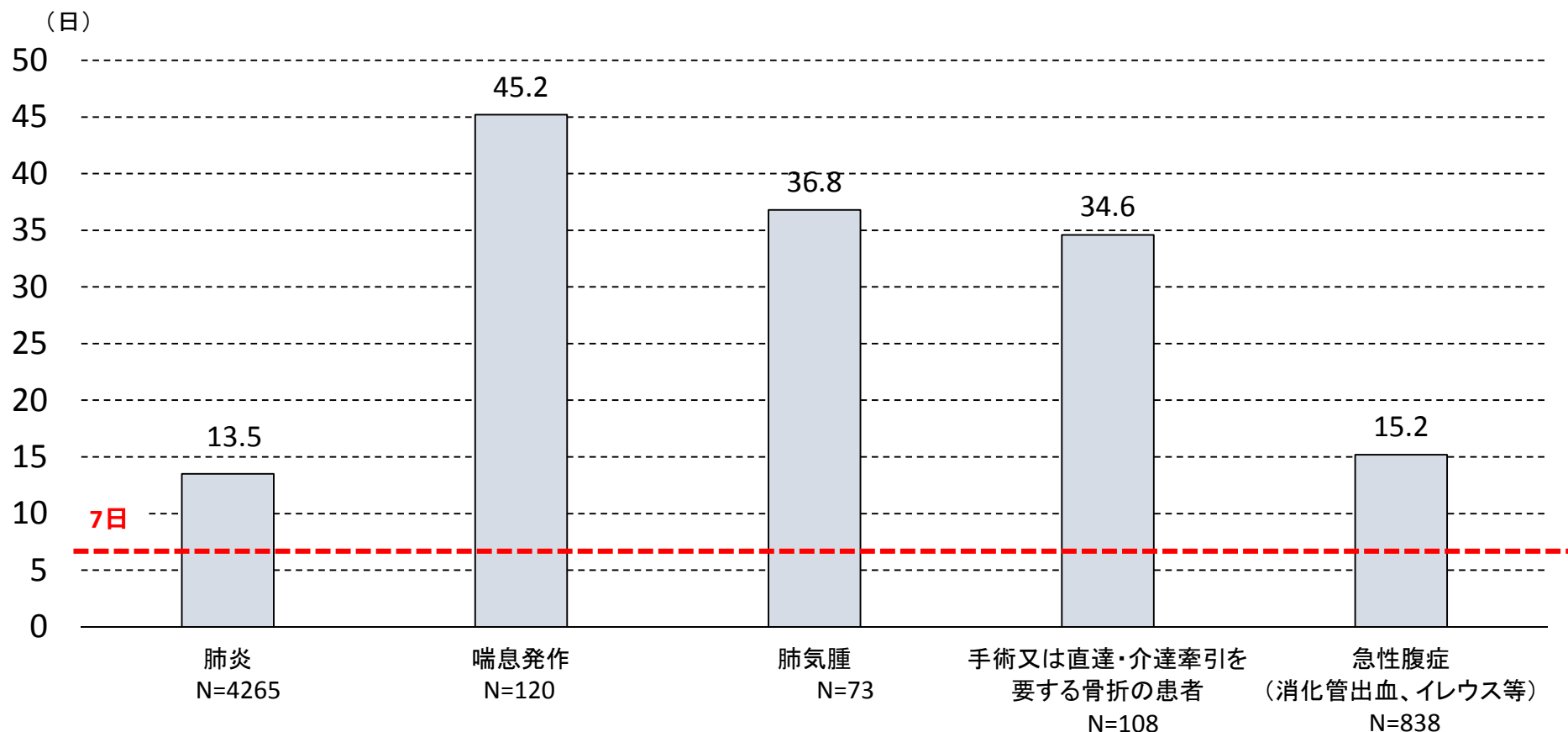
2004～2007年に全身麻酔・硬膜外麻酔・脊椎麻酔により手術を受け1日以上入院となった8967名の統合失調症患者と、性別・年齢・術式・麻酔方法を一致させた精神疾患のない35868名とを比較(台湾)



手術を受けた統合失調症患者において、入院日数は長い。

精神科病床における身体合併症の治療にかかる日数

日本精神科病院協会に加盟する病院(1208施設)のうち150施設(有効回答数92施設)に対して、平成24年4月から25年3月の1年間、「精神科身体合併症管理加算」を算定した患者の身体合併症に対する治療にかかった期間を調査。

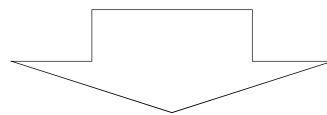


精神科病床における合併症治療では、7日以上の日数がかかることが多い。

身体合併症への対応に関する課題と論点について

【課題】

- ・ 精神病床に入院する身体合併症を併発した精神疾患患者に対しての治療の評価である精神科身体合併症管理加算は、治療開始日から7日間に限り算定可能となっている。
- ・ 精神疾患のない患者と比較して、精神疾患患者は術後合併症を併発する頻度が高く、入院日数も長い。
- ・ 精神科病床における身体合併症治療では、7日以上かかることが多い。



【論点】

○精神病床において身体合併症に適切に対応するため、精神科身体合併症管理加算の算定可能日数を●日とすることについて、どのように考えるか。

11. 妥結率

妥結率の低い医療機関・薬局について

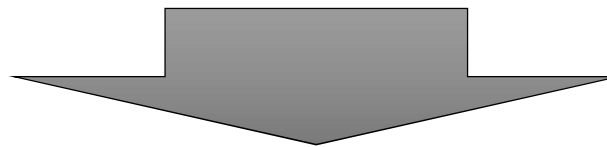
妥結率について

指摘事項:大規模調剤薬局チェーンの妥結率が低いのは、問題ではないか。(鈴木委員)

<問題意識>

以下のような問題点について、中医協及び医療保険部会において指摘されている。

- ◆ 医療費の適正化を図るため、薬価改定に先立って薬価調査を行っている。しかし、購入価格を抑制するために意図的に妥結を遅らせる、あるいは妥結しない保険薬局等が少なからず認められる。
- ◆ 未妥結のまま流通している医薬品量が増えると「市場実勢価格加重平均値一定幅方式」の薬価改定が適切なデータに基づいて実施できなくなる恐れがある。



<検討の方向性>

- ◆ 卸と医療機関・薬局との間の取引は当事者の問題であるものの、公的な薬価の改定の基礎資料となる流通価格を把握する目的で実施される薬価調査の障害となる「妥結率を著しく低下」させる行為を抑制するためにどのようなことができるのか検討するべきではないか。

価格妥結状況調査について

1. 経緯及び目的

平成18年度薬価制度改革の骨子(平成17年12月16日中央社会保険医療協議会了解)において、「長期にわたる取引価格の未妥結及び仮納入は、薬価調査の信頼性を確保する観点からも、不適切な取引であることから、その是正を図ることとする。」とされたため、薬価調査の一環として、医薬品に係る取引価格の未妥結及び仮納入の状況を把握することを目的として、平成18年度から定期的に実施。

2. 調査客体

一般社団法人 日本医薬品卸売業連合会会員構成員企業の卸売業者のうち、医療用医薬品卸売業を主たる事業としている卸売業者

3. 調査対象月

- ① 薬価改定1年目...6月、9月、12月、翌年3月
- ② 薬価改定2年目...6月、9月、12月

4. 調査内容

- ① 調査対象月に納入した全ての保険医療機関・保険薬局への医療用医薬品の販売総額及び妥結済み販売額(薬価基準ベース)
- ② 200床以上の病院と20以上の店舗を有する保険薬局との取引について、各施設(保険薬局にあってはチェーン(企業)単位)との取引の有無及び妥結の有無※

※ 上記3の各月に納入した医療用医薬品の8割以上(薬価基準ベース)が妥結済みの場合を妥結とする。

200床以上の病院の妥結率分布 (合計2,660施設)

(妥結卸
／取引卸)

80%以上

1784

(うち100%は1710)

80%未満

162

60%未満

92

40%未満

174

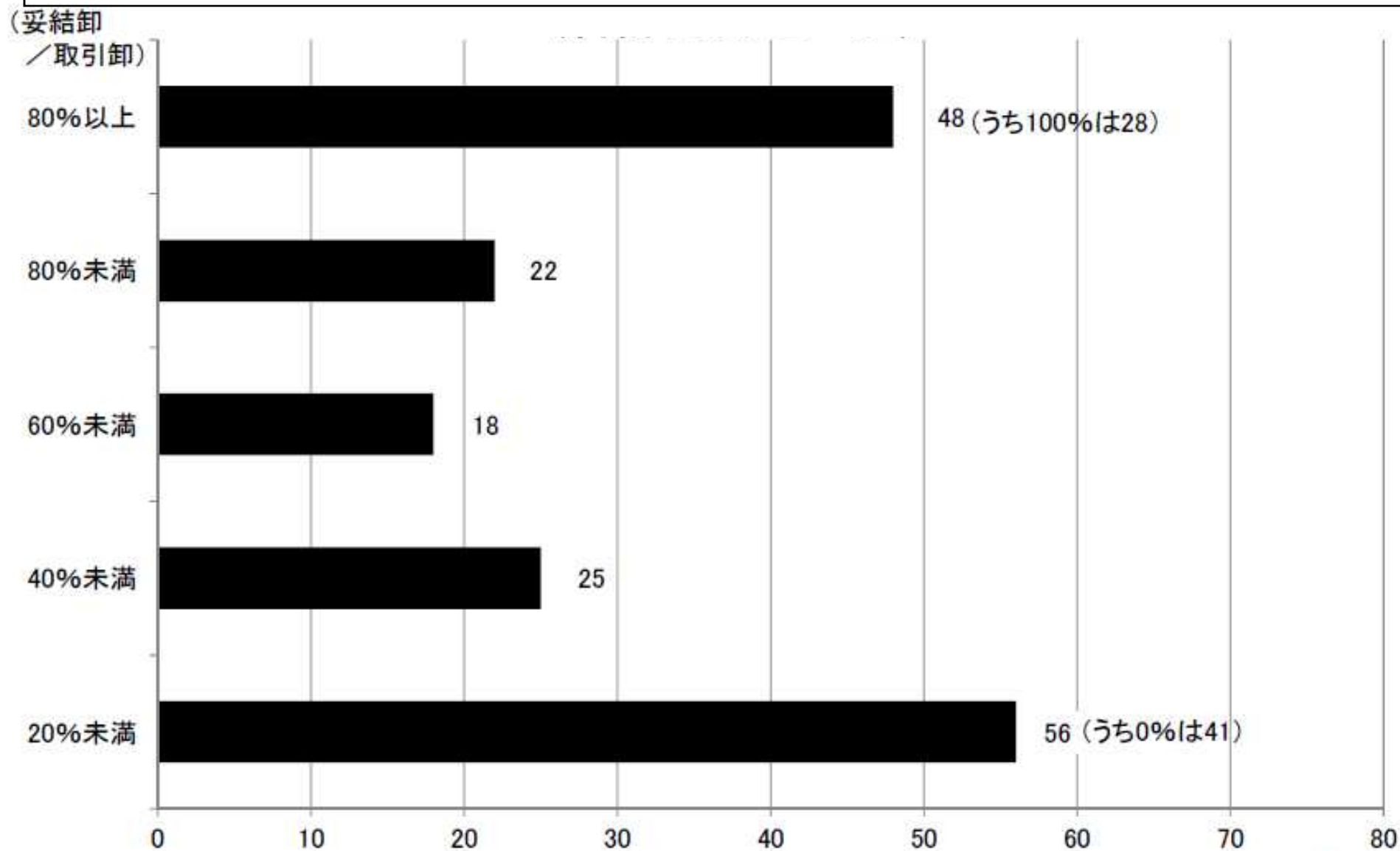
20%未満

448 (うち0%は426)

0 200 400 600 800 1000 1200 1400 1600 1800 2000

出典:平成25年医政局経済課調べ (施設数)

20店舗以上を有する調剤薬局の妥結率分布 (合計169チェーン)



出典:平成25年医政局経済課調べ (チェーン数)

価格妥結状況

区 分	妥結率(取引年月別)		増 減
	平成23年9月	平成25年9月	
病 院(総計)	57.9%	56.6%	▲1.3%
200床以上	51.1%	50.2%	▲0.9%
その他	82.7%	81.7%	▲1.0%
診 療 所	96.9%	96.1%	▲0.8%
(医療機関 計)	(71.7%)	(70.4%)	(▲1.3%)
チェーン薬局(20店舗以上)	62.8%	51.9%	▲10.9%
そ の 他 の 薬 局	90.8%	85.3%	▲5.5%
(保険薬局 計)	(84.1%)	(76.2%)	(▲7.9%)
総 合 計	78.1%	73.5%	▲4.6%

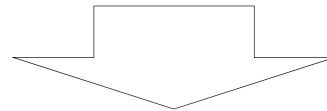
※ 調査客体：一般社団法人日本医薬品卸売業連合会会員構成員企業の卸売業者

(「価格妥結調査結果」：医政局経済課調べ)

妥結率の低い医療機関・保険薬局に関する課題と論点について

【課題】

- ・ 200床以上の病院と20店舗以上の薬局において、極端に妥結率の低いところが多い。このために、病院全体及び保険薬局全体の妥結率の平均値を大きく引き下げている。
- ・ 全体的に妥結率が低下している傾向がある中で、200床以上の病院は前回の薬価調査同様に低い妥結率だが、20店舗以上の保険薬局は前回に比べて今回の薬価調査で大幅に妥結率が低下している。



【論点】

- 一般社団法人日本医薬品卸売業連合会会員構成員企業の卸売業者を対象にした調査であり、妥結率の現状を厚生労働省として把握するための方法がないため、例えば、妥結率について地方厚生局に届出させることとしてはどうか。
- 著しく低い妥結率(●%)となっている場合には、例えば、診療報酬上の基本料の引下げなどの対応を検討してはどうか。対象は、200床以上の病院や同一法人の保険薬局の店舗数、処方せん枚数や特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合等に着目してはどうか。

12. うがい薬

行政刷新会議等における指摘事項について

行政刷新会議等における指摘事項について

指摘事項：市販品類似薬（OTC薬と同一の有効成分の医療用医薬品）について、健康保険の適用除外にする等を検討すべきである。

平成24年11月 行政刷新会議「新仕分け」

評価結果：市販品類似薬については、公的医療保険を持続可能なものにするためにも、自己負担率の引き上げや、真に保険給付の対象とすべきか否か等について毎年検証を行い必要な対応を行うべきである。（うがい薬を例示）

平成25年11月 行政改革推進会議「秋のレビュー」

とりまとめ：市販品と同一の有効成分の医療用医薬品に係る負担については、公的医療保険の対象外とする等により患者負担とする取組を進めていくべきではないか。（うがい薬を例示）



<検討の方向性>

➤ 単にうがい薬のみを処方する場合を保険の対象から除外してはどうか。

13. 基準調剤加算

基準調剤加算の見直しについて

基準調剤加算の見直しについて

指摘事項:調剤報酬の加算要件が緩すぎるのでは無いか。加算の要件等について示して欲しい。(安達委員)

基準調剤加算1

イ 基準調剤加算 1 10点

- (1) 保険調剤に係る医薬品として700品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (2) 保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。
- (3) 開局時間は、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できるよう、特定の保険医療機関からの処方せん応需にのみ対応したものでないこと。
- (4) 緊急時等の開局時間以外の時間における調剤に対応できる体制が整備されていること。 緊急時等の調剤に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は地域薬剤師会等の輪番制に参加するなど近隣の保険薬局により常時調剤ができる体制を整備していること、又は調剤を自ら行わない時間帯において、患者の同意を得て当該患者の調剤に必要な情報を他の保険薬局に提供すること等により、他の保険薬局の保険薬剤師が緊急連絡等に対して常時調剤することができる連携体制を整備していることをいうものである。
- (5) 時間外、休日、夜間における調剤応需が可能な近隣の保険薬局の所在地、名称、開局日、開局時間帯及び直接連絡が取れる連絡先電話番号等を記載した文書を、原則として初回の処方せん受付時に(記載事項に変更があった場合はその都度)、患者又はその家族等に交付するとともに、調剤した薬剤についての問合せ等への対応ができるように、自局についても同様の事項を記載した文書を交付すること。また、これら近隣の薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。

基準調剤加算1

イ 基準調剤加算 1 10点

- (6) 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示していること。
- (7) 調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品安全、医療保険等に関する外部の学術研修を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (8) 薬局内にコンピューターを設置し、医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。
- (9) 次に掲げる情報(当該保険薬局において処方された医薬品に係るものに限る。)を随時提供できる体制にあること。(ア 一般名、イ 剤形、ウ 規格、エ 内服薬にあつては製剤の特徴(普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等)、オ 医薬品緊急安全性情報、カ 医薬品・医療機器等安全性情報)

基準調剤加算2

ロ 基準調剤加算 2 30点

- (1) 保険調剤に係る医薬品として1000品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (2) 処方せんの受付回数が1月に600回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤のうち特定の保険医療機関に係る処方によるものの割合が7割以下であること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。
- (4) 基準調剤加算の算定要件(2)～(9)の基準を満たしていること。

(参考)在宅療養支援診療所の概要

在宅療養支援診療所とは

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ **24時間往診可能である**
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ **連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している**
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注2：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

○ 在宅療養支援診療所においては、24時間往診可能であることや、訪問看護ステーション等に対する情報提供等が要件とされている。

在宅療養を支援する薬局に向けた「基準調剤加算の見直し」

新たな基準調剤加算のイメージ

地域において在宅医療を支える在宅療養支援診療所（又は在宅療養支援病院）、訪問看護、ケアマネージャー等と連携を図りつつ、24時間調剤、在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導（以下「在宅業務」という。）等を提供する薬局

【主な施設基準】

- ① 特定の保険医療機関からの処方せん枚数が月〇回以下である。
- ② 麻薬小売業者の許可を受けている。
- ③ 十分な数の医薬品を備蓄している。
- ④ 在宅業務を行うにつき必要な体制（医療材料、衛生材料を供給できる体制、当該薬局において常時連絡できる体制等）が整備されている。
- ⑤ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、相当程度の在宅薬剤管理指導の実績を有している。
- ⑥ 在宅療養支援診療所（又は在宅療養支援病院）、訪問看護ステーションとの連携体制が整備されている。
- ⑦ ケアマネージャーとの連携体制が整備されている。
- ⑧ 24時間処方せんを応需できる体制を確保している等、かかりつけ薬局が満たすべき事項、の要件を満たしている。

＜検討の方向性＞

- 地域において在宅医療を支える在宅療養支援診療所（又は在宅療養支援病院）による在宅医療に貢献する薬局として、24時間調剤、在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導（以下「在宅業務」という。）等を提供する薬局を中心に評価するように見直していく。

14. 薬学管理指導料

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて①

薬剤服用歴管理指導料に係る前回改定の概要と今後の方向性

H22年度改定

<薬学管理料>

- ①薬剤服用歴管理指導料 30点
- ②薬剤情報提供料 15点

統合包括化

H24年度改定

<薬学管理料>

点数見直し

- ①薬剤服用歴管理指導料 41点

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用歴管理指導料要件	(1) 次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 ア 患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。 (イ) 当該薬剤の名称（一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、形状（色、剤形等）	(1) <u>患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳等により、薬剤服用歴及び服薬中の医薬品等について確認するとともに、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</u> ア 患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を<u>文書又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）</u>により情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。 (イ)～(へ) 同左

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて②

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用 歴管理指 導料要件	(ロ) 用法、用量、効能、効果 (ハ) 副作用及び相互作用 (ニ) 服用及び保管取扱い上の注意事項 (ホ) 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名 (ヘ) 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等 イ 患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等の情報を収集し、その要点を薬剤服用歴の記録に記載するとともに、これに基づき、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行うこと。	(イ)～(ヘ) 同左 イ 患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化、<u>残薬の状況</u>等の情報を収集し、その要点を薬剤服用歴の記録に記載するとともに、これに基づき、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行うこと。 <u>ウ 調剤を行った薬剤について、その投薬を受ける患者等に対して、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項を患者の手帳に経時的に記載すること。</u> <u>エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、また、患者又はその家族等から確認すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</u>

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて③

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用 歴管理指 導料要件	(2) 薬剤服用歴管理指導料は、同一患者について第1回目の処方せん受付時から算定できる。 (3) 薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録に、次の事項等を記載する。 ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記 号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡 先等の患者についての記録 イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏 名・処方日・処方内容等の処方についての 記録 ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等 の調剤についての記録 エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等 の患者についての情報の記録 オ 患者又はその家族等からの相談事項の要 点 カ 服薬状況 キ 患者の服薬中の体調の変化 ク 併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品及 びいわゆる健康食品を含む。）の情報	<u>オ 薬剤情報提供文書により、調剤した薬剤に対す る後発医薬品に関する情報について患者に提供す ること。</u> (2) 同左 (3) 薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤 服用歴の記録に、次の事項等を記載する。 ア～カ 同左 <u>キ 残薬の状況の確認</u> ク～セ 同左

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて④

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用 歴管理指 導料要件	ケ 合併症を含む既往歴に関する情報 コ 他科受診の有無 サ 副作用が疑われる症状の有無 シ 飲食物（現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等 ス 後発医薬品の使用に関する患者の意向 セ 服薬指導の要点 ソ 指導した保険薬剤師の氏名 (4) (3) のエからスまでの事項については、処方せんの受付後、薬を取りそろえる前に、患者等に確認するよう努めること。 (5) 薬剤服用歴の記録は、同一患者についてのすべての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう保存・管理する。 (6) 薬剤に関する情報提供は、<u>文書又はこれに準ずるものにより行うこととし、当該文書は、調剤を行ったすべての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤をやむを得ず複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。</u>	<u>ソ 手帳による情報提供の状況</u> タ～チ 同左 (4) (3) のエから<u>セ</u>までの事項については、処方せんの受付後、薬を取りそろえる前に、患者等に確認するよう努めること。 (5) 同左 (6) <u>薬剤情報提供文書により行う</u>薬剤に関する情報提供は、調剤を行ったすべての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤をやむを得ず複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて⑤

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用 歴管理指 導料要件	(7) 「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、ボイスレコーダー等への録音その他のものをいう。 (8) 効能、効果、副作用及び相互作用に関する記載は、患者等が理解しやすい表現によるものとする。また、提供する情報の内容については正確を期すこととし、文書において薬剤の効能・効果等について誤解を招く表現を用いることや、調剤した薬剤と無関係の事項を記載しないこと。 (9) 情報提供に当たって、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。 (10) 服薬指導は、処方せんの受付の都度、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化（特に重大な副作用が発現するおそれがある医薬品については、当該副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況）を確認し、新たに収集した患者の情報を踏まえた上で行うものであり、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直すこと。	(7) <u>薬剤情報提供文書における</u>「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、ボイスレコーダー等への録音その他のものをいう。 (8)～(10) 同左

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて⑥

	H22年度改定	H24年度改定
薬学服用 歴管理指 導料要件	また、確認した内容及び行った指導の要点を、 薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、副 作用に係る自覚症状の有無の確認に当たって は、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」 (厚生労働省)等を参考とすること。	(8)～(10) 同左 <u>(11) (1) のウの手帳への記載による情報提供は、 調剤を行ったすべての薬剤について行うこととする。 この場合において、「服用に際して注意すべき事項」とは、 重大な副作用又は有害事象等を防止するために特に患者が 服用時や日常生活上注意すべき事項、あるいは投薬された薬 剤により発生すると考えられる症状(相互作用を含む。)等を いい、投薬された薬剤や服用患者の病態に応じるものである。</u> <u>(12) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、 かつ次のアからウに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の 記録用の手帳をいう。 ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録 イ 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録</u>

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて⑦

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用 歴管理指 導料要件		<u>ウ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録</u> <u>手帳の当該欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。</u> <u>(13) 手帳に初めて記載する保険薬局の場合には、保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を記載すること。</u> <u>(14) 手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行う。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、できるだけ同一の手帳で管理できるよう、保険薬局は1冊にまとめるなどに努める</u>

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて⑧

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用 歴管理指 導料要件		<u>(15) 手帳を所有しているが処方せんの受付時に持参しなかった患者については、所有している手帳に貼付できるよう、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付することで差し支えない。なお、シール等を交付した患者が次回手帳を持参した場合には、当該シール等が貼付されていることを確認する。</u> <u>(16) (1)のエの残薬の状況の確認にあたり、患者又はその家族等から確認できなかった場合には、次回の来局時には確認できるよう指導し、その旨を薬剤服用歴の記録に記載する。</u> <u>(17) (1)のオの「後発医薬品に関する情報」とは、次に掲げる事項とし、薬剤情報提供文書により提供するとともに、必要な説明を行うこと。また、後発医薬品の情報に関しては、可能であれば一般的名称も併せて記載することが望ましい。なお、ここでいう後発医薬品とは、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（平成24年3月5日保医発0305第14号）の別紙1に掲げられたものに加え、別紙2に掲げられたものも含むものであること。</u>

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて⑨

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用 歴管理指 導料要件	(11) 薬剤服用歴の記録は、最終の記入の日から起算して3年間保存する。 (12) 区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方せんによって調剤を行った場合に限り算定でき、それ以外の場合には算定できない。	<u>ア 該当する後発医薬品の薬価基準への収載の有無</u> <u>イ 該当する後発医薬品のうち、自局において支給可能又は備蓄している後発医薬品の名称及びその価格（当該薬局において備蓄しておらず、かつ、支給もできない場合はその旨）</u> (18) ～(19)同左

<検討の方向性>

- ◆ 患者の状態を確認し、お薬手帳による情報提供が不要な患者に対しては、患者の意思を確認の上でお薬手帳を交付しない場合について、新たな薬剤服用歴管理指導料（低額）を設定してはどうか。
- ◆ お薬手帳の代わりに安易にシールの配布のみを行い、その後、お薬手帳にシールの貼付を確認していないとの苦情もあることに鑑み、シールでの代替を認めないこととしてはどうか。