

「平成 24 年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(案)」
を踏まえた、1月 13 日中医協でのご意見

重点課題1-2(2)

＜医師事務作業補助体制加算＞

1号	2号
	<p>医師事務作業補助体制加算をすべての病院で算定できるようにすべき。 (西澤委員)</p>

重点課題1-3(2)

＜再診料＞

1号	2号
<p>診療所の再診料について、医療経済実態調査によると診療所の収支は多少の改善がみられており、資源が限られている中で全体の底上げをするタイミングではなく、社会保障審議会の基本方針に従い、強化すべき部分にのみ傾斜配分をするべき。 (北村・白川委員)</p>	<p>診療所の再診料について、医療経済実態調査では診療所の収支はわずかに改善しているものの、調査に含まれない経費は多く、診療所の体力は確実に失われている。診療所は日本の医療を支えており、病院勤務医の負担軽減のそもそもの基本である。その体力をこれ以上奪うことは負担軽減の改定趣旨に反することから71点に戻すべき。 (安達・嘉山・鈴木委員)</p> <p>歯科は診療所が大半であり、個々の技術料評価とは別の観点から、安定した医療提供体制の基礎を支える基本診療料を引き上げるべき。 (堀委員)</p>

重点課題1-3(2)①

＜同一日2科目の再診料＞

1号	2号
<p>2科目の再診料については、高齢者の自己負担の増加や、限られた財源を社会保障審議会で示された重点項目に集中的に配分すべきであることから、実施するべきではない。 (小林・白川委員)</p>	<p>2科目の再診料については、別の日であれば算定可能なのに、同一日になると2科目の医師の技術が評価されないということが、現場の医師のプライドを傷つけ、モチベーションを著しく下げることになっている。 (安達・嘉山・西澤委員)</p>

<p>2科目の再診料については、疾病が関連しているかのチェックが難しく、また、診療科の分け方が医療機関ごとに異なっている等の問題がある。</p> <p>(白川委員)</p>	<p>限られた財源を重点項目に傾斜配分するのであれば、2科目の再診料こそ最も重要な部分である。</p> <p>(嘉山委員)</p> <p>2科目の再診料については、一定の要件を付した上でも認めるべき。</p> <p>(西澤委員)</p>
--	--

重点課題1-3(2)②

<入院中の他医療機関受診>

1号	2号
	<p>入院中の他医療機関受診については、対象を透析以外にも広げることも検討するべき。</p> <p>(鈴木・万代委員)</p>

重点課題1-3(2)③

<地域医療貢献加算>

1号	2号
<p>地域医療貢献加算の名称変更、要件の見直しを議論することに異論はないが、準夜帯のみであったり、電話対応の時間制限をしているところや 24 時間対応しているところなどの体制に応じて、評価を区分して検討すべき。</p> <p>(白川委員)</p> <p>今後、医療提供体制の中で休日・夜間等の対応が重要になっていくと考えられるので、まず診療所の果たすべき役割を議論したのちに、改めて地域医療貢献加算の再編成等を議論するべきであり、現時点で再編成や要件緩和を行うことは時期尚早。</p> <p>(北村委員)</p>	<p>地域医療貢献加算については実態にあわせて「電話対応加算」や「時間外対応加算」など名称を変更するべき。また、コンビニ受診の多い準夜帯だけ対応する場合や、時間を限って対応する場合についても 24 時間対応する場合と別に評価する等より多くの医療機関が算定できるようにするべき。</p> <p>(安達・鈴木委員)</p>

重点課題1-3(2)④

<明細書の無料発行>

1号	2号
明細書の無料発行については、確実に促進させるため期限を区切ること等を検討すべき。また、「正当な理由」についても見直しを行い、名称を「特別な理由」にすること等も検討すべき。 (花井(圭)委員)	

重点課題1-4②

<栄養サポートチーム加算>

1号	2号
栄養サポートチーム加算については、状態の安定している患者が多い療養病棟まで要件を緩和することは問題だ。 (白川委員)	

重点課題2-1(1)

<在宅療養支援診療所(在支診)・在宅療養支援病院(在支病)>

1号	2号
機能を強化した在支診・在支病の評価を行うことについては賛成だが、実績に基づいた評価を行うべき。 (北村委員)	在支診・在支病だけでなく、在宅医療を提供している一般診療所への評価も引き上げるべき。 (鈴木委員)

重点課題2-3⑤

<退院直後の訪問看護>

1号	2号
退院直後の訪問看護については、介護保険との棲み分けをどうするかを整理し、回数を制限すること等も検討すべき。 (白川委員)	

※ 退院直後の訪問看護については、2週間だけでなく4週間程度まで延長できるよう検討すべき。
(福井専門委員)

重点課題2-6(1)

<維持期のリハビリテーション>

1号	2号
	次回改定時に介護保険のリハビリテーションの充実が不十分であれば、医療保険の維持期リハビリテーションを継続すべき。 (西澤委員)

I-3

<精神医療>

1号	2号
	小児の精神医療について、医療連携、発達障害に関する地域の医療機関の評価等を検討すべき。 (万代委員) 精神科は医療経済実態調査において前回調査時から収益が減じていることに配慮すべき。 (鈴木・万代委員)

II-2(1)

<患者サポート体制>

1号	2号
患者等に対する相談窓口は医師が対応すべきと考えるが、専任という形であれば、院内トラブル、クレーム等に十分対応できるとは考えられず反対である。 (白川委員)	単なる相談窓口の設置ではなく、院内ADRなどの一定の研修を受けた医療専門職の配置を評価すべき。 (嘉山委員)

II-3(1)②

<療養病棟療養環境加算>

1号	2号
	療養病棟療養環境加算について、建て替えが必要な部分等、医療機関の負担が大きいところに配慮する必要がある。 (鈴木委員)

Ⅲ-1(1)①

<7対1一般病棟入院基本料>

1号	2号
	7対1一般病棟入院基本料については、現場を混乱させないよう経過措置を設ける等、配慮を行うべき。 (西澤委員)

Ⅲ-1(6)

<DPC>

1号	2号
	基礎係数、機能係数については実態に即した評価内容にするべき。 (万代委員)

Ⅲ-2(1)

<特定除外制度>

1号	2号
特定除外制度の今後の方向性については賛成だが、除外患者が多すぎる現在の仕組みは問題であり、特に除外項目については必ず記載するようにするべき。 (白川委員)	特定除外制度の廃止については、15対1一般病棟入院基本料算定病棟で、かつ特定除外対象患者が50%以上の病棟について、パターン①のみで開始すること等慎重な運用について検討するべき。 (鈴木委員)

Ⅲ-2(3)

<褥瘡の治療に係る評価>

1号	2号
褥瘡の治療に係る評価について、医療機関で発生した褥瘡の状況について調査を行って評価するべき。 (花井(圭)委員)	褥瘡は医療機関で十分なケアがなされていても発生してしまうものなので、実態に合わせて検討するべき。 (安達・嘉山委員)

Ⅲ-3

<医療の提供が困難な地域に配慮した評価>

1号	2号
医療資源が薄い地域に患者負担を増加させるべきではなく、内容については慎重に検討するべき。 (白川委員)	地域特性に配慮した評価は実施するべき。また、中医協で示された医療圏の他にも実情として同様の医療機関があった場合は対象とするべき。 (鈴木委員)

Ⅲ-4(2)

<診療所の機能に着目した評価>

1号	
有床診療所については、病床の有効活用を図るため、入院基本料の要件緩和を行う一方で、例えば在宅復帰率等に着目した要件設定とセットで考える必要がある。また、対象となる患者像についても一定の判断基準を示す必要がある。 (小林委員)	

Ⅳ-1(2)

<後発医薬品の使用促進>

1号	
保険薬局における後発医薬品の情報提供については、実施しているところだけを上乘せ評価するのではなく、原則として、後発医薬品を扱うすべての保険薬局で行われるように既存の薬学管理料の要件に追加する方向で見直すべき。 (小林委員)	基本的には推進すべきであるが、レセコンの問題などいくつかの検討課題にも留意すべき。 (三浦委員) 後発医薬品使用促進に関わる処方箋形式の変更については、現場の混乱を来さないよう、また医師の事務負担が大幅に増えないよう、記入書式について十分な工夫をいただきたい。 (万代委員)

全般

<入院基本料>

1号	2号
入院基本料については、全体の財源と社会保障審議会の基本方針を考えると、強化すべき部分にのみ傾斜配分をするべき。 (白川委員)	入院基本料のさらなる評価を行うべき。 (西澤委員)

その他

<看護職員の72時間要件>

1号	2号
	看護職員の72時間要件について、今後の議題とするべき。 (西澤委員)

※ 看護職員の72時間要件については、今後の議題とするべきではない。

(福井専門委員)