

「平成24年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」
に関するご意見の募集の結果について

1. 意見の募集方法

意見募集期間 : 平成24年1月18日（水）～平成24年1月25日（水）
告知方法 : 厚生労働省ホームページ
意見提出方法 : 電子メール、郵送

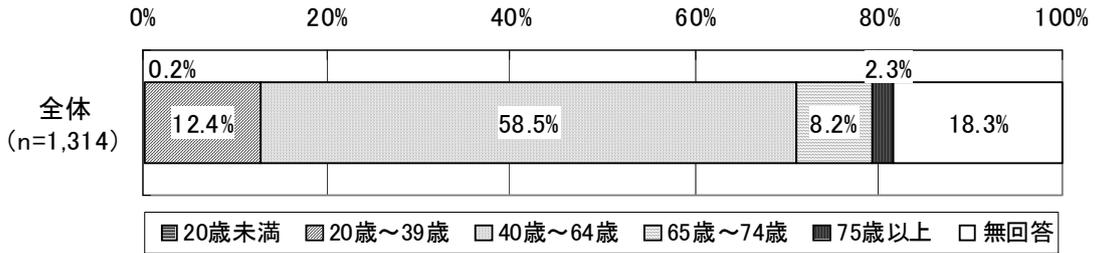
2. 寄せられた意見の総数

(1) 受付数

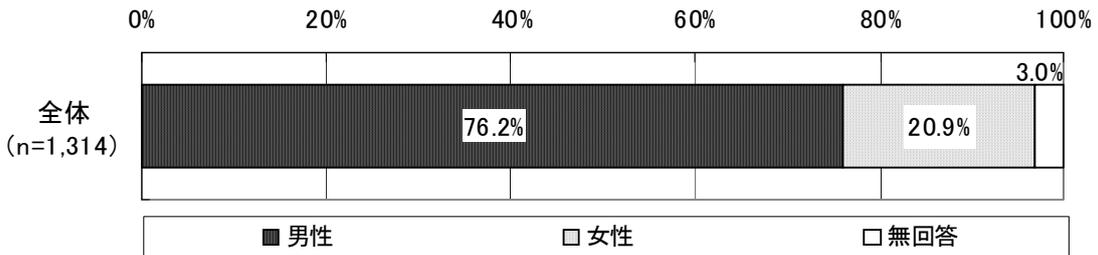
| 電子メール | 郵 送 | 合 計 |
|-------|------|--------|
| 943件 | 371件 | 1,314件 |

(2) 意見者の属性

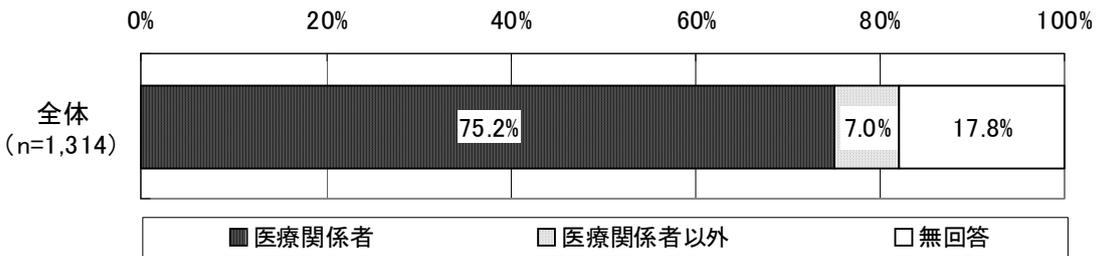
① 年齢



② 性別



③ 職業



(3) 延べ意見総数の項目別件数 (2, 291件)

「重点課題1」 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

| 項目番号 | 内 容 | 件数 |
|------|--------------------------|------|
| 1-1 | 救急・周産期医療の推進について | 47件 |
| 1-2 | 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について | 95件 |
| 1-3 | 救急外来や外来診療の機能分化の推進について | 510件 |
| 1-4 | 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について | 112件 |

「重点課題2」 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

| 項目番号 | 内 容 | 件数 |
|------|-----------------------------------|-----|
| 2-1 | 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について | 70件 |
| 2-2 | 看取りに至るまでの医療の充実について | 20件 |
| 2-3 | 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進について | 22件 |
| 2-4 | 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について | 70件 |
| 2-5 | 訪問看護の充実について | 28件 |
| 2-6 | 医療・介護の円滑な連携について | 34件 |

「4つの視点I」 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

| 項目番号 | 内 容 | 件数 |
|------|----------------------|------|
| I-1 | がん医療の充実について | 60件 |
| I-2 | 生活習慣病対策の推進について | 85件 |
| I-3 | 精神疾患に対する医療の充実について | 40件 |
| I-4 | 認知症対策の推進について | 22件 |
| I-5 | 感染症対策の推進について | 42件 |
| I-6 | リハビリテーションの充実について | 77件 |
| I-7 | 生活の質に配慮した歯科医療の推進について | 182件 |
| I-8 | 医療技術の適正な評価について | 120件 |
| I-9 | イノベーションの適切な評価について | 9件 |

「4つの視点II」 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

| 項目番号 | 内 容 | 件数 |
|------|------------------------------|------|
| II-1 | 医療安全対策等の推進について | 83件 |
| II-2 | 患者に対する相談支援体制の充実等について | 102件 |
| II-3 | 診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化について | 102件 |

「4つの視点Ⅲ」 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

| 項目番号 | 内 容 | 件数 |
|------|------------------------|-----|
| Ⅲ－１ | 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について | 74件 |
| Ⅲ－２ | 慢性期入院医療の適切な評価について | 60件 |
| Ⅲ－３ | 医療の提供が困難な地域に配慮した評価について | 6件 |
| Ⅲ－４ | 診療所の機能に着目した評価について | 37件 |
| Ⅲ－５ | 医療機関間の連携に着目した評価について | 24件 |
| Ⅲ－６ | 調剤報酬について | 20件 |

「4つの視点Ⅳ」 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

| 項目番号 | 内 容 | 件数 |
|------|----------------------------------|-----|
| Ⅳ－１ | 後発医薬品の使用促進について | 56件 |
| Ⅳ－２ | 平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組について | 9件 |
| Ⅳ－３ | 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について | 29件 |
| Ⅳ－４ | 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について | 26件 |

○その他の意見

18件

「平成24年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」について
寄せられた主な意見について

標記について、平成24年1月18日（水）から平成24年1月25日（水）までホームページを通じてご意見を募集したところ、1,314件（延べ意見総数2,291件）のご意見があり、お寄せいただいた主なご意見について以下のとおりとりまとめた。

とりまとめの都合上、いただいたご意見のうち同内容のものは適宜集約するとともに、意見募集の対象となる案件についての件数の多いご意見のみをとりまとめた。

「重点課題1」 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-1 救急・周産期医療の推進について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 「救命救急センターの機能強化」や「周産期医療の機能強化」の推進について明記されている点は評価。特に、医療機関の設備投資、維持管理費、医療従事者の人件費を適切に評価すること、救命救急や周産期医療といった「不採算医療」を引き受ける医療機関が健全な経営ができるよう適切な診療報酬を設定すること、に配慮すべき。・ 三次救急医療機関の負担が増大し本来の機能が果たせなくなっている。救急医療再生には、二次救急医療機関の充実が必要であり、そのためには例えば救急医療管理加算（現行800点）をさらに充実すべき。・ 身体合併症を有する精神疾患患者の救急受け入れや一般病床における精神疾患合併症患者への対応に対する評価を引き上げるべき。・ ドクターカー等による救急搬送診療料の評価については、診療時間を評価するのではなく、処置等の診療行為の有無による評価について検討すべき。・ 救命救急センターや小児救急医療を行う基幹病院に対する配慮をお願いしたい。特に小児救急医療は医師・看護師不足に加え、現在でも採算に見合わないということで、公的医療機関を中心に経営を見直す動きが目立っている。・ 救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について早期の転院支援を一層強化するため、諸々の評価を行うとされているが、転院調整（在宅への退院も含む）には相応の時間と労力を要する。加算等の評価を行うにあたり、ソーシャルワークを生業とする社会福祉士を救急医療の現場に配置することによるインセンティブの導入が必要であると考え。 など |

1-2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について

| 意見の内容 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 特定機能病院においても、各種書類の作成や電子カルテへの入力作業などの事務作業の量は以前に比べ格段に増加し、医師の本来なすべき診療業務を圧迫している。特定機能病院では医師事務作業補助体制加算の算定が認められていないが、特定機能病院においても、医師事務作業補助体制加算の算定を可能とすべき。・ 最も医師不足に陥っている中小の病院では、専任の医師事務作業補助者を何人も置くと、人件費の方が収入を大幅に上回る。医師事務作業補助者の業務範囲を拡大して、中小の病院でも複数の医師事務作業補助者が置けるようにすべき。・ 医師事務作業補助体制加算について、100対1、75対1を廃止したり、引き下げたりしないようにすべき。 |

- ・ 看護補助者のより手厚い配置や夜間の配置について評価すべき。医師と看護師との業務分担を進めるためには看護補助者の配置は有効であり、配置数や配置条件についてきめ細かな評価を希望する。 など

1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について

| 意見の内容 |
|---|
| <p>○救急外来における評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 二次救急医療機関における深夜、土休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療についての評価のため、医学管理料を新設することに期待。救急を断る事例減少に効果が期待できる。ただ、対象患者を「深夜・土曜・休日の救急搬送患者」ではなく、「時間外・休日の救急搬送患者」として準夜帯の患者も含めること、点数は2000点とすることを要望。 <p>○再診料について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 再診料については、前回、診療所が2点引き下げられ、診療所・病院の再診料が統一されたが、診療所、中小病院の外来機能が病院勤務医の負担軽減に貢献していることを踏まえ、再診料は71点に戻すべき（同旨・類似30件）。 ・ 再診料を診療所、病院ともに74点にすべき（同旨・類似236件）。 <p>○同一医療機関における同一日の複数診療科受診について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 同一医療機関において同一日に複数科を受診した場合の2科目の再診料（200床以上の医療機関においては外来診療料）の評価については、実際に2科目として診療した医師のドクターフィーが正当に評価されていないものと考えられるので認めるべき。できれば、3科目以降の再診料（外来診療料）、初診料についても認めるべき。 <p>○入院患者の他医療機関受診について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院患者の他医療機関受診の規制は、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用等他医療機関の医師の専門的な技術料を不当に削減（減額）するとともに入院患者への専門的な医療を制限するものであり、入院料の減額や外来の算定制限を廃止すべき。 <p>○地域医療貢献加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師は、学校保健、産業保健、予防接種、休日急患センターへの出務、在宅当番等十分に地域医療に貢献しているので、何をもちて地域医療貢献なのかが分からない。加算の名称を変えるべき。また、医療機関によっては、24時間に対応できないが、診療終了後、準夜帯までは対応できるという医療機関も多数あると思われるので、24時間対応と準夜帯に分けて評価すべき。 ・ 地域医療貢献加算は、施設基準では標榜時間外全般について応需する体制を求めており、一般開業医が届出を行うには負担の重い要件となっている。診療所の医師が地域医療に果たす役割は様々で、自らの年齢や体力、診療所の規模・人員体制等に応じ、可能な限りで夜間・休日診療に尽力し地域医療を支えてきたのが現状。24時間対応でしか「地域医療貢献」と評価されないことは、これまでの開業医の努力を無視することになる。 <p>○明細書の無料発行について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「明細書の無料発行について更なる促進を図る」とされているが、必要としない患者が非常に多く、医療機関によっては8割以上の患者が「不要」と回答している。無用の印刷物を渡すことは、地球環境悪化をも助長するものであり、明細書は希望する患者に渡すことに変更すべきである（同旨・類似39件）。 ・ 明細書の無料発行を確実に促進していくには、発行義務の対象外となっている医療機関に対して毎年状況確認を行い、かつ猶予期間に期限を設けることが必要である。また、患者からの申し出がなくても例外なく全患者に発行すべきである。 <p>○病院及び診療所における外来機能の分化について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介・逆紹介のさらなる評価などで外来医療における病院と診療所の機能分化を進めるべき。 |

大病院に紹介状を持たず受診する患者について、療養の給付の範囲を縮小し保険外併用療養費の活用を促すのは、医療に所得の多寡という観点を持ち込むことであり反対。プライマリケアの担い手は地域医療を支える診療所であるべきということについて、患者に周知していく取組自体は否定するものではないが、それは診療報酬の改定により行われるべきものではない。など

1-4 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

| 意見の内容 |
|---|
| <p>○一般病棟における精神科医療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病棟に入院する患者に対して精神科医師、専門性の高い看護師等が多職種で連携、とあるが、精神科に関わるその他の医療職種の関与も重要。作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士などそれぞれの専門性を生かした評価が重要。 <p>○栄養サポートチーム加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養サポートチーム加算については、一般病棟や療養病棟だけでなく、障害者施設を含むその他の入院料算定の場合でも算定を認めるべきである（同旨・類似16件）。 ・ 実質的に栄養サポートチーム加算に相当する指導管理を実施しているものの、専従要件があるため、人件費との兼ね合いから届出ができない。「専従」ではなく「専任」とする要件緩和が必要（同旨・類似10件）。 <p>○臓器移植後、造血幹細胞移植後のチーム医療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 造血幹細胞移植後の外来における医学管理・外来での緩和ケアの重要性は理解できるが、現場では食事の悩みに対する相談などが非常に多い。そのため、これらのチームには管理栄養士を加えるべき。 <p>○外来における緩和ケア診療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和ケア診療については、入院・外来とも絶対数が不足している傾向にあり、適切な評価を行って医療体制の充実を図るべき。 <p>○歯科医師等によるチーム医療や医科医療機関との連携推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科医師の包括的な口腔機能の管理について、対象を頭頸部領域のがん患者等の周術期と限定しているが、患者のQOL向上のために歯科医師による口腔機能管理のニーズは非常に多く、対象疾患を限定すべきではない。 ・ 連携強化のため、歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料が多く、多くの歯科医療機関で実践できるよう、施設基準を緩和すべき。 <p>○勤務医等の負担軽減に資する薬剤師業務の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟薬剤師の業務を評価する診療報酬の新設は大いに評価。勤務医の負担軽減のみならず、医療安全が推進されることなどメリットは計り知れない。 ・ 病棟における薬剤師の業務については、現状では、施設ごとに異なっており統一性は見受けられないが、その業務は診療サイドから高い評価と信頼を寄せられている。各施設における業務内容と水準の把握に努め、単に員数あるいは時間から点数を設定することなく、実態に即した点数を設定することを望む。 <p style="text-align: right;">など</p> |

「重点課題 2」 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進 及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 在宅療養を担う診療所においては、在宅療養支援診療所の算定要件があまりにも厳しいために、在宅療養支援診療所の申請をしていない医療機関は多い。しかしそのような診療所でも、行っている医療行為は在宅療養支援診療所にひけをとらない。在宅療養支援診療所算定要件の緩和と、医師同士の連携による24時間体制の在宅療養に対するの評価を行うべき。・ 現在でも進んでいない在宅医療を促進させようとするのであれば、強化された在支診・在支病のみでなく、支援診療所・病院の点数は一律に引き上げるべきである。・ 在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関で、支援診療所・病院ほど頻度は高くないが在宅での患者を看取っている。従って、在宅療養支援診療所・病院の届出をしていなくても、死亡前の患者については24時間体制で管理と看取りをしており、支援診療所・病院と同程度の点数が算定できるように改善すべき。・ がん患者の在宅医療においては医療的ケアの必要度が高く、緩和ケアの専門性の高い病院看護師が訪問看護ステーションの看護師と連携をとりアウトリーチ活動を行うことは有用であり、診療報酬上の評価が必要。・ 訪問診療料は、診察料や訪問の手間等を評価した点数であり、同一建物居住者であるかどうかに関わらず評価すべき。 <p style="text-align: right;">など</p> |

2-2 看取りに至るまでの医療の充実について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 「訪問診療及び訪問看護における在宅ターミナルケア加算等」について、在支診・在支病の届出を行っていない医療機関であっても、終末期は24時間対応や連日の訪問を行っているため、診療報酬上も適切に評価すべき。・ 在宅患者の死亡の場合は、最後が往診というケースがほとんどである。また、終末期には初診から往診のみで看取るケースもあるため、在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算ではなくターミナルケア料として独立した評価とすべき。・ 在宅患者訪問点滴注射を行う患者に対し、急性増悪等により、特別訪問看護指示書で訪問看護を依頼するケースがある。特別訪問看護指示書期間は14日間（2週間）となっているが、在宅における点滴注射を毎日行う場合、到底2週間の期間では足りない。月2回算定できる厚生労働大臣が定める者の基準の中に入れてほしい。・ 看取りに至るまでの医療の充実のためには、患者自身のみではなく患者を支える家族の精神的負担の緩和が必要であり、精神科医を含めた緩和ケアチームでのサポートを評価すべき。・ 特別養護老人ホーム（特養）における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診、在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合についても評価すべき。 <p style="text-align: right;">など</p> |

2-3 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療の必要性の高い要介護被保険者については、保険給付に上限があるなど制限の多い介護保険ではなく医療保険により訪問看護が実施されるべき。退院直後の2週間の訪問看護を医療保険で提供できるようにするという提案は評価するが、さらにこの取扱いを「2週間」に限定するのではなく、主治医が医療依存度が高いと判断した期間についてはすべて医療保険による訪問看護を認めるようにすべき。 ・ 認知症にかかる早期退院や長期入院の適正化、精神療養病床における認知症の入院医療の適正化に資する報酬体系とすべきである。 ・ 急性期病棟における退院調整と慢性期病棟における退院調整とは、内容が異なる。急性期病棟加療後早期に在宅復帰できる患者はADL良好の場合が多い。これに対し、慢性期病棟において在宅復帰を目指す場合は、ADL低下のためなんらかの介護保険サービスを利用しながらの在宅生活になる場合が多い。従って、後者のほうが多職種協働の労力を必要とするので、高く評価すべき。 <p style="text-align: right;">など</p> |

2-4 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について

| 意見の内容 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 「常時寝たきりの状態」の表現を見直すべき。歯科医師が必要性を認めたすべての患者に対し訪問診療が認められるような表現に改めるべき。医科の訪問診療料と同様に「通院が困難なもの」という要件以上に対象者を制約するような要件を設けないようにすべき。 ・ 現行の歯科訪問診療料においては、20分以上という時間要件を満たさなければ訪問診療料を算定できないが、診療にかかる時間は患者個々の病態によって決まるものであり、この算定要件を見直すべき。 ・ 歯科訪問診療料においては、「患家の求めに応じた往診」と「計画的に行われる訪問診療」を一つの「歯科訪問診療料」で評価しているが、これについては医科と同様に、「往診料」と「訪問診療料」をそれぞれ別評価とし、往診料の場合には基本診療料を算定できるようにすべき。 ・ 同一建物居住者への訪問診療に対する低評価は、「同一のサービスには同一の価格を」という原則から外れている。「同一建物居住者」であるか否かによる区分を廃止し、同一建物居住者以外の場合の点数で一本化すべき。 ・ 薬局と患家の距離の見直しについて評価する。また、薬局間で連携して在宅業務を実施する場合においては、訪問薬剤管理指導を実施している薬局以外の薬局（協力薬局）であっても、疼痛緩和等のため緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の算定を認めるべき。 ・ 薬学的管理指導計画書を作成していない場合においても、医師の指示に基づき、患家を訪問して薬学的管理及び指導をして、報告書を提出することにより在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定することを認めるべき。 <p style="text-align: right;">など</p> |

2-5 訪問看護の充実について

| 意見の内容 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院直後の2週間限りの特別訪問看護指示書に基づく訪問看護については、スムーズな在宅移行と在宅療養環境整備が重要で、回数(頻回週4回以上)要件は設けないようにすべき。 ・ 診療報酬の改定の度に訪問看護の充実に向けて新設される報酬があるが、医療機関と訪問看護ステーションが「特別の関係」のために請求できないものが多い。今回の改定で予定されている外泊時の訪問看護の評価においても「特別の関係」により請求できないということは |

なくすべき。

- ・ 在宅療養支援診療所と連携している訪問看護ステーションの体制を評価し、診療所と連携する訪問看護ステーションによる緊急時訪問を強化すべき。
- ・ 訪問看護は小規模な事業所が多く、24時間対応はかなり負担が大きい。訪問看護職員の確保が推進できるような診療報酬とするとともに、24時間体制の事業所に対する評価を引き上げるべき。24時間体制を加算として評価すると患者の負担が増えるので、施設基準に追加すべき。など

2-6 医療・介護の円滑な連携について

意見の内容

- ・ 訪問看護やリハビリテーションは医療行為そのものであり、医療保険で給付すべき。
- ・ 慢性期の患者で、特に医療依存度が高いわけではないが、数回の吸引や胃瘻からの経管栄養が必要なために介護施設に入所できず、しかし、医療区分に該当しないため、療養病棟にも入院できないという方の居場所がなくなっている。地域連携に入ってくる相談でもそういったケースの方が多いので、療養病棟入院対象の見直し、若しくは在宅・介護施設の受け入れ態勢の見直しが必要。
- ・ 在宅患者訪問点滴注射管理指導を実施した場合は、点滴薬剤を医療保険で保障し、医師の診断に基づいた柔軟な運用を可能としてください。
- ・ 特別養護老人ホーム、短期入所生活介護事業所、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・養護老人ホーム・サービス付き高齢者住宅（特定施設の場合）、グループホーム等の入所・入居者については、要介護・要支援者であっても、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料が算定できるようにすべき。など

「4つの視点Ⅰ」充実が求められる分野を適切に評価していく視点

I-1 がん医療の充実について

| 意見の内容 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> リンパ浮腫指導管理について、医師、看護師、理学療法士以外に、リンパ浮腫治療に関する専門知識と技術を有する医療者(作業療法士、あん摩マッサージ指圧師)が、各々の国家資格業務範疇に基づき連携し、リンパ浮腫を発症する可能性のある患者に個別の指導をした場合に評価すべき。 リンパ浮腫治療のための弾性着衣に係る療養費の支給対象疾患を見直すべき。対象疾患以外でも、リンパ浮腫の発症はあり、医師がリンパ浮腫と診断したにもかかわらず対象疾患でないがゆえに適用されないのは問題である。原発性リンパ浮腫患者もがん術後の場合と同様の症状があるにもかかわらず適用されないのは問題。 緩和ケア診療加算については、精神心理的ケアを行える専門職をチームの必須メンバーに入れ、活動時間を確保することへの評価が必要。 緩和医療における非オピオイド系鎮痛剤(コデインリン酸塩等)の投与日数が14日から30日に延長される案になっているが、日本におけるがん患者へのオピオイド系鎮痛薬の使用は、欧米に比べ非常に少ない現状に鑑み、残薬管理の徹底をした上で処方日数も30日にすることに賛成。 |
| など |

I-2 生活習慣病対策の推進について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防の視点に立ってチーム医療を評価すべき。特に外来での管理栄養士の糖尿病への食事指導介入は早期に頻回に行うことで、糖尿病腎症の予防につながる。すべての患者に対し管理栄養士が関わりを持てるような、すなわち外来配置が可能となる点数評価をお願いしたい。 増加の著しい糖尿病性腎症による「透析導入の防止」には医師、看護師、管理栄養士からなるチームによる集約的治療が重要。まず専門的知識を有する医師による正しい病気の診断、管理栄養士による蛋白制限などの「食事管理」、看護師による「療養指導」が重要。 腎症患者の生活様式に配慮した療養指導に対応するには、看護師においても専門看護師、認定看護師など専門的な知識や経験を有することが重要。 透析導入を防ぐためにも食事管理は重要であり、管理栄養士の果たす役割は大きく連携は欠かせない。 全面禁煙を実施していない病院もある。病院には、小児、呼吸器疾患などの患者さんが来院する。受動喫煙による健康への悪影響に配慮するためにも、全面喫煙を原則にするような見直しが必要。 |
| など |

I-3 精神疾患に対する医療の充実について

| 意見の内容 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 精神科急性期入院医療の評価について、早期の退院を推進するために精神科作業療法が効率的に実施できるように診療報酬を見直し、評価すべきである。精神科作業療法は実施時間が2時間を標準としており、入院患者の病態によっては時間が長すぎるため算定できない。 精神療養病棟入院料の重症者加算の対象ではないが高齢化や重症者の容態改善後に身体的なリハビリテーションが必要な患者が増えている。このような状態の患者に対する指導を評価すべき。その際には、リハビリテーションの専門家である作業療法士や研修を受けた職種が実施した場合のみ評価すべき。 |

- ・ 通院・在宅精神療法の回数制限を廃止し、1以外の場合の口. 30分未満の場合を20点引き上げて元に戻すべきである。急性増悪の場合には点数表どおりの回数（週1回等）では治療が進まない。主治医が必要と認めた場合には算定できるようにすること。
- ・ 向精神薬の多剤・多量投与の適正化は、自殺予防などのゲートキーパーとして薬剤師が取り組んでいる業務の一つである。日常の業務の中で、薬剤師による処方せんを受け付けた際の監査や調剤時の患者からの情報収集、患者への服薬指導等に基づく医師への疑義照会、さらに患者からの相談などに基づく医師との協議など、薬剤師が関与して実施できることも多い。適正化後の服薬指導も含めて、薬剤師と連携することが大切。

など

I-4 認知症対策の推進について

意見の内容

- ・ 認知行動療法が精神疾患に対する治療、予防に対して効果があることは実証されている。認知行動療法は時間や日数を必要とする療法であるにも関わらず、個別にしか認知行動療法が評価されておらず、時間や労力のわりに評価が低い。そのため、集団認知行動療法も評価すべき。
- ・ 認知症は初期であればあるほど抗認知症薬の効果も大きく、長くよい認知能力を維持することができ、将来のBPSDの出現率もこの時期から環境を整え、対応を工夫することにより確実に減らすことができる。初期の評価を高めるべき。
- ・ 認知症治療病棟入院料については、平成22年度改定において、算定日数が90日から60日に変更され、91日以降の点数は維持された。実態調査でも明らかのように、精神科病院の経営は悪化していることから、61日以降の点数は下げべきではない。
- ・ 療養病床の入院基本料において、医療区分1～3に対しそれぞれADL区分が設けられているが、認知症患者に関しては一切考慮されていない。しかし、認知症患者は本来の治療のほかに看護スタッフに多くの時間と労力の負荷がかかり、基準どおりのスタッフ数では対処できないため、療養病床の認知症患者に対し何らかの評価を行うべき。

など

I-5 感染症対策の推進について

意見の内容

- ・ 内視鏡の院内感染のニュースが時々流れている。内視鏡で病気を治すために病院に行くのに別の病気になってしまうということはあってはならない。内視鏡を消毒してから使用することは当たり前のことだが、内視鏡医療の質を上げるためには内視鏡消毒ということにも目を向けることが重要。
- ・ 従来から院内感染に係わる医療安全対策を講じられてきたが、今回診療報酬上でも評価するとの方向性は非常に重要な点と評価する。病院経営の観点からは、院内感染予防といった収益に繋がらないコストは削減される傾向にあり、今回の診療報酬改定で、内視鏡消毒のような院内感染対策を推進し、病院における不要な感染を撲滅すべき。
- ・ 院内感染の防止は、医療機関にとって重要な責務であり、(現時点の骨子)において、「感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める」とされた点は評価。

など

I-6 リハビリテーションの充実について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 回復期リハビリテーション病棟に対する「質の評価」の試行を継続し、さらにリハビリテーションの質の向上を図るべき。 ・ 状態改善や在宅復帰率等を算定要件とすることに反対。適切な医療を行ったら必ず結果が伴うというものではない。状態改善等の評価を診療報酬の算定要件とすると入院患者の選別などを招きかねないし、人員配置への評価を柱にした診療報酬体系にすべき。 ・ 早期リハビリテーションの評価について、リハビリテーションは開始時期が重要。脳梗塞、術後など疾患別に早期対応の評価をすべき。 ・ 外来リハビリテーションは医師の診察を毎回受けて実施するように指導されているため、リハビリテーション時間の調整に大変苦慮している。包括的な指示の下にリハビリテーションを提供する方法が望ましいので評価。 ・ 包括的な指示の下にリハビリテーションを提供している場合においても、他の疾患の発生や患者の状態変化に応じて診察が必要となる場合があり、そのあたりの整理が必要。 ・ 入院中頻回に行っていたリハビリテーションが、在宅で回数が減ることによってADLが低下することがよく見られる。ADL機能の維持や、できているADLの継続的な確認の観点からも、一時的に集中的な訪問リハビリテーションの実施がされることは望ましい。 ・ 疾患別リハビリテーションの算定日数制限を撤廃するべき。 ・ 要介護等認定者であっても、個別リハビリテーションは一貫して医療保険から給付する制度に改善するべきである。そのため、示された改定方針は撤回すべき。 子宮がん、乳がん術後の後遺症リンパ浮腫に悩み不安を抱えている。がんの拠点病院（県立病院等）でリンパ浮腫治療を受けられるような、リハビリステーションセンターを設置すべき。 など |

I-7 生活の質に配慮した歯科医療の推進について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本診療料は全ての診療行為の基礎となるものであり、医療の安全確保や質の向上のためにも初・再診料を大幅に引き上げるべき（同旨・類似61件）。 ・ 在宅診療を担う医療機関を励ますには、基本技術料を抜本的に引き上げるべき。25年間据え置かれている57項目の技術料を引き上げるべき。 ・ 歯周基本治療の成功なくして、症状の安定はなく、SPTへの移行もない。歯周基本治療に係る技術料を引き上げ、SPTの適応性も拡げるべき。 ・ SPT後の長期中断によって症状安定が認められない場合、歯周基本治療からの再開（初診）を認めるべき。文書による情報提供は患者の求めに応じて実施するよう見直すべき。情報提供した場合は情報提供料を評価するなど、医学管理のあり方を見直すべき。 など |

I-8 医療技術の適正な評価について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療の促進を掲げ、かつ、がん医療の推進を掲げているが、がん患者は終末期前に、リンパ浮腫で難儀している。リンパ浮腫発症・改善・予防のため、リンパドレナージ療法を保険適用すべき。（同旨・類似22件） ・ 医療技術の最も基本となる、初・再診料について、歯科・医科の格差のさらなる是正をすべき。そのために歯科基本診療料を引上げるべき（同旨・類似33件）。 ・ 先進医療技術のうち、安全性が確かめられるものについては保険導入を行うべき。 ・ 手術料の評価については、外保連試案の評価を参考に点数を設定するとされているが、さら |

なる点数の引上げを実施すべき。特に整形外科領域については、点数設定が低くされており、実態に応じた引上げを実施すべき。

- ・ 救急や小児の重点項目が列挙されているが、外科手術難度中程度以下は、原価割れをしている状況であり、より高い評価をすべき。
- ・ 内科系の高度検査や植え込み型の医療機器の調整などの評価は積極的にやるべき。

など

I-9 イノベーションの適切な評価について

意見の内容

- ・ 新薬創出・適応外薬解消等促進加算については、新薬開発を行わず加算のみを受けることがないようにドラッグラグ等の解消につながる仕組みとするよう改善し、試行を継続すべき。
- ・ 特定保険医療材料以外の医療材料は注射手技料、処置料等に含まれるが、材料は値上がりし、注射手技料、処置料等の点数が引き上げにならず逆ザヤになっている。医療材料、技術料の評価を正当に行い、点数の引き上げを行うべき。
- ・ 条件付請求になっている製品で、いわゆる逆ザヤが発生しているケースが多く、製品機能と市場実勢価格調査とのバランスで保険償還価格を設定すべき。過去にも、「中心静脈用カテーテル」で「抹消留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付」がイノベーションの評価を受けた事例もあったので、そのような機能区分を設定いただけると逆ザヤ問題の解決となる。

など

「4つの視点Ⅱ」 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

Ⅱ－1 医療安全対策等の推進について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機器の保守管理について、CT及びMRI等の高い機能を有する医療機器の性能を最大限に引き出し、診療に有用な画像提供を行うためには、これらの機器の取り扱いを熟知している者の配置が必須。これらを現場において取り組んでいるのは、専門知識を有する診療放射線技師であることが大多数。そこで、管理体制として、施設要件に日本放射線医学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会等が認定している認定資格を持った診療放射線技師が配置されていることを明記すべき。 ・ 医療機器については日々進歩し高機能を有するものが多く存在し、なお、安全性について言えばCTやMRIだけでなく、体内に入れる内視鏡やX線発生装置なども医療機関として患者に安全性を提供するものとして必要最低限の保守管理を有する機器として必要。医療安全対策の範囲を拡充すべき。 ・ 歯科医療機関が医療安全対策を確実にできるよう、歯科外来診療環境体制加算については評価を引き上げ、施設基準の緩和を行うべき。 ・ 初診だけでなく、再診における歯科外来診療環境体制加算も評価すべき。 ・ 医療安全には人件費を含む多額の費用がかかっており、診療報酬でさらに配慮すべき。 <p style="text-align: right;">など</p> |

Ⅱ－2 患者に対する相談支援体制の充実等について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者に対する相談支援体制の充実を図るため、医療相談員を配置している。しかし、業務内容が多く、相談内容も多種多様化していることから、より専門的知識を有する職員を育成するため、医療メディエーション養成研修を開催し院内トラブルに対応できる体制の強化を図っている。その取組が診療報酬で評価されることは、病院としての取組意識も高まり、体制も強化されることとなり、患者の不安解消となるだけでなく、医療者の負担軽減につながるものと思慮される（同旨・類似35件）。 ・ 患者に対する相談支援体制の充実においては、患者相談の草分け的存在である医療ソーシャルワーカー（MSW）を積極的に設置している医療機関を評価することが重要。 ・ 入院早期からの退院支援における退院計画、多職種協働、地域連携診療計画等の評価と合わせて、退院調整看護師と社会福祉士等による患者説明を評価すべき。 ・ 前回改定時に原則義務化された明細書の無料発行について、さらなる促進策を講じないこと。明細書は患者の求めがあった場合にのみ発行すればよい（同旨・類似14件）。 <p style="text-align: right;">など</p> |

Ⅱ－3 診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化について

| 意見の内容 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養管理実施加算については、入院基本料に包括されることにより形骸化されるおそれがある。栄養管理計画書は入院患者の病態や栄養状態の把握には欠かせないものと思われる。適正な栄養管理計画を実施するために、管理栄養士の病棟での適正配置を望む（同旨・類似意見54件）。 ・ 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の入院料で包括とするのであれば、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算に携わるスタッフの維持を考慮し、入院基本料を一定評価し、増点すべき。 ・ 「栄養管理実施加算」、「褥瘡患者管理加算」は人手も手間もかかる項目であり、単なる整理 |

という理由で、医療費削減策の一環として加算を包括化することには反対。

- ・ 難解と思われる歯科用語や臨床上行われていない行為については、歯科診療報酬点数表の用語の平易化や簡素化を図るよりも、算定項目を整理しつつ、用語ではなく明細書に記載する方法や表現について検討する必要。

など

「4つの視点Ⅲ」 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

Ⅲ－1 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 施設基準の強化による急性期病院の細分化、病床削減を強引に進めるべきではない。一般病棟の7対1、10対1入院基本料の施設基準における看護必要度や平均在院日数要件の強化により、病院の振り分けが行われようとしている。画一的な適用は地域の救急、急性期医療を損なう恐れが高い。 「金曜入院」、「月曜退院」の是正の提案や、「退院日の入院料の適正化」の提案について、治療上の必要から入退院日を決めているケース等の検討なしに、安易に実施すべきではない。 入院曜日、退院曜日や退院日の時間に応じて、入院基本料を適正化（減額）することは、入院基本料は病院全体の体制を評価した点数設定であると考えられることから、適切ではない。また、これが実現されると、例えば、この点数設定（入院基本料が安くなること）を理由に午前退院を希望する等、医療機関側の診療に支障を来す可能性も危惧される。 何時に退院するかは、患者の意向や医療の必要性等を踏まえた医師の判断によるべき。また、半日とはいえ、入院基本料の要件である、ベッドの提供、医師、看護師、看護補助者等の配置、旧4減算の遵守は実際になされており、これを削減する根拠はない。 「DPC導入の影響評価に係る調査」については、当初と比べると医療機関の業務量が大幅に増加したことに疑いの余地はない。業務量が増えた分については相応のインセンティブを医療機関に与え、体制の整備等に予算を配分できるように配慮すべき。 |
| など |

Ⅲ－2 慢性期入院医療の適切な評価について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟に90日を超えて入院している患者について、入院を継続している理由は、患者の病態や地域での医療、介護の整備状況などさまざまな要因がある。見直しするとされている再編はやめ、必要な入院医療が提供できるようにすべき。 一般病棟入院基本料（13対1、15対1）算定の病棟に限りとはなっているが、「特定除外制度」を見直している。この見直しが行われると、現在一般病棟に入院中の透析患者がそこから追い出され、行き場がなくなると予想されるので、反対。 入院患者が専門治療を受ける場合や標榜していない科目を受診する場合は入院基本料の減額をすべきではない。特定入院料等算定病棟の投薬については受診日のみ処方が可能であるが、患者さんは1日分しかもらえないし、待ち時間が長いのもらって来ないのが実情。投薬なしの受診ならば減額を50%以下にすべき。現状の70%減額は厳しすぎる。 療養環境加算Ⅲ、Ⅳは、主に病床や病棟床面積の広さ、廊下幅の長さから規定されている。これらの基準が変わることは、それぞれの施設にとって即、死活問題となる。施設は、このような制度の変更にスムーズに対応できない。療養環境加算の廃止には反対。 |
| など |

Ⅲ－3 医療の提供が困難な地域に配慮した評価について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 特に看護要件の緩和については、機能分化を進めることが困難な地域や離島に限定せず、広く中小病院を対象に緩和すべき。離島ではなくても地方にあっては、医療提供が困難な状況にあると言える。 「自己完結型の医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医 |

療圏及び離島にある病院等」については、2次医療圏ごとの地域指定ではなく、地域の実情に鑑みて医療機関ごとの個別指定とすべき。

- ・ 田舎の地方都市での人材確保には限界がある。都会では助かる命が、医療が崩壊しつつある地方都市では、離島でなくても見捨てられている。地域医療を守るため、是非、文言に記されているとおり、看護要件の緩和、入院料等の柔軟な運用、専従要件の緩和等、特に小規模な病院についての配慮をすべき。

など

Ⅲ－４ 診療所の機能に着目した評価について

意見の内容

- ・ 有床診療所の入院基本料は病院の入院料と比較しても著しく低い評価となっている。入院料本体を引き上げ、さらに緩和ケア等への評価を行うべき。
- ・ 有床診療所の入院基本料を引き上げること。基本料は細分化せず看護職員の配置、看護師比率、看護補助配置、複数夜勤体制を加算等で評価するべき。

など

Ⅲ－５ 医療機関間の連携に着目した評価について

意見の内容

- ・ 現在、転院時の退院処方算定不可・他医療機関受診時のDPC算定における病院間の合議等、転院や医療機関連携に支障が発生しうる要件が存在する。転院促進のためのインセンティブ設定、転院の推進における要件緩和を検討すべき。
- ・ 障害児・者においては重度の歯科疾患を有することも多く、一般の歯科診療所では病院歯科や専門の歯科医療機関に依頼することも多い。しかし、現状では紹介先の病院等の評価はあるが、逆紹介で診療所に戻った場合の評価がない。患者・家族にとって日常的に管理してくれる身近な診療所の存在は重要であり、紹介・逆紹介等の連携がなされている場合には双方への評価が必要。
- ・ 精神科救急・合併症入院料の算定要件が厳しすぎ、実態と合っていない。精神科患者が身体疾患を合併した場合、医療・看護は身体疾患のみの患者に比べ、困難であり、人手も要する。総合病院の精神科に合併症を発症したために入院してくる患者は、精神科単科の病院から紹介されてくる場合が大半を占めているのが現状であるが、精神科救急・合併症入院料は精神科に入院していた患者は算定できない。精神科救急全般の評価を考えるべき。

など

Ⅲ－６ 調剤報酬について

意見の内容

- ・ 基準調剤加算の施設基準については、算定要件である備蓄医薬品数は実態等を踏まえた品目数とするべき。また、特定の医療機関の開業時間等に応じた開局時間を設定している薬局は算定要件を満たさないこととするよう見直しを行うことについてガイドラインを示すべき。
- ・ 病院薬剤師の技術フィーと薬局薬剤師の技術フィーを、薬剤師に対する技術フィーとして調剤点数表に一本化し、技術フィーの格差を是正すべき。
- ・ 薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を包括的な評価とする場合には、お薬手帳を持参しなかった患者においても、シール等を交付し、次回来局時に当該シールがお薬手帳へ貼付されていることを確認することにより算定できるようにすべき。
- ・ 長期処方されている場合でも、薬局においては調剤が可能な日数を30日分制限とし、薬局において服薬状況を確認し残薬に応じた投薬日数を調整できるようにすべき。
- ・ 特定薬剤管理指導加算の算定要件について、対象となる医薬品が複数処方されている場合にお

いて、すべての医薬品ではなく、指導が必要な医薬品について薬学的な管理及び指導を行った場合に算定できるようにすべき。

- ・ 自家製剤加算および計量混合調剤加算における特別の乳幼児用製剤の算定要件は理解しにくいため廃止し、乳幼児の薬剤服用歴管理指導料への加算の点数とすべき。

など

「4つの視点Ⅳ」 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

Ⅳ－1 後発医薬品の使用促進について

| 意見の内容 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 現在、後発医薬品の使用推進を妨げているのは、処方せんのブランド名記載によるもの。これを、一般名処方を推進し、さらには、薬剤学を正規に学んだ薬剤師にその剤形を任せるという形にすることが有効。・ 一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、「当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。」とあるが、医療費増加の懸念がある。・ 後発医薬品の一般名処方の推進など、安全性確保の上からも問題がある後発医薬品処方への強引な誘導策は撤回するべき。後発医薬品が先発医薬品と同じ成分であっても、効能・効果が異なる場合があることや、有効性と安全性が先発医薬品と全く同等であることの保証がないことなどの問題がある。・ 一般名処方の推進のためには、システムの維持管理等の対応に関して、診療報酬上の評価も行うべき。・ 後発品の使用促進を進める前に、先発品の特許切れの時点で大幅に薬価（後発品並み）を下げるべき。これで製品の質と量が確保でき、かつ医療費の中の薬剤費が低下し、医療費全体の低下も図れる。・ 後発薬使用促進を受けて採用率20または30%に向けて評価し軽重をつけるとのことであるが、採用率のハードルが高いので高い評価とすべき。 |
| など |

Ⅳ－2 平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組について

| 意見の内容 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 退院日は入院患者の退院後の療養生活に対する指導や退院処方及び次回の外来通院日の決定等、入院患者や病棟における医療従事者にとって非常に重要な1日である。退院日は時間ではなく質や量で判断すべき。・ 透析患者を受け入れることができる医療療養病床は非常に少なく、受け皿の整備が不十分な状態で、透析患者の特定除外が廃止された場合、長期入院中の多くの透析患者は行き場を失う。特定除外制度問題の本質は、理由の不明な特定除外患者が多数を占めていることにあるため、特定除外を厳格に運用すれば十分である。 |
| など |

Ⅳ－3 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適性評価について

| 意見の内容 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 歯科の金属について、特に12%金パラジウムの実勢価格がメーカーによって価格に大きな変動がある。零細な個人の歯科診療所へその差額・赤字の負担を負わすのは酷であり、適正な点数に是正すべき。・ 検体検査の実施料を評価する指標としては、医療機関における実施コストも併せて調査し反映すべき。 |
| など |

IV-4 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について

| 意見の内容 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 「人工腎臓に関する点数の見直し」については、透析治療の質を担保する観点から、引き下げるべきではない。透析治療の現場では医師をはじめスタッフは疲労が重なり、バーンアウトや後継者不足が深刻化している。・ 地域医療を支えるのに必要な医療技術は多数ある。相対的に治療効果が低くなったという理由で評価を下げられては、地域医療に支障を与えかねない。 <p style="text-align: right;">など</p> |