

「平成26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

- (1) 意見募集期間:平成26年1月16日(木)～平成26年1月24日(金)
- (2) 告知方法:厚生労働省ホームページ
- (3) 意見提出方法:電子メール、郵送

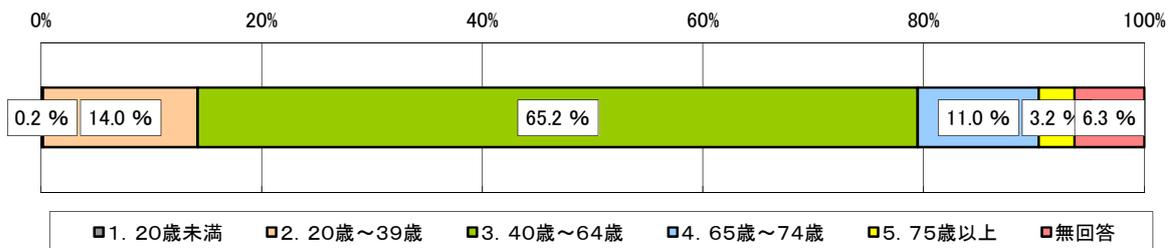
2. 寄せられた意見

(1) 意見件数

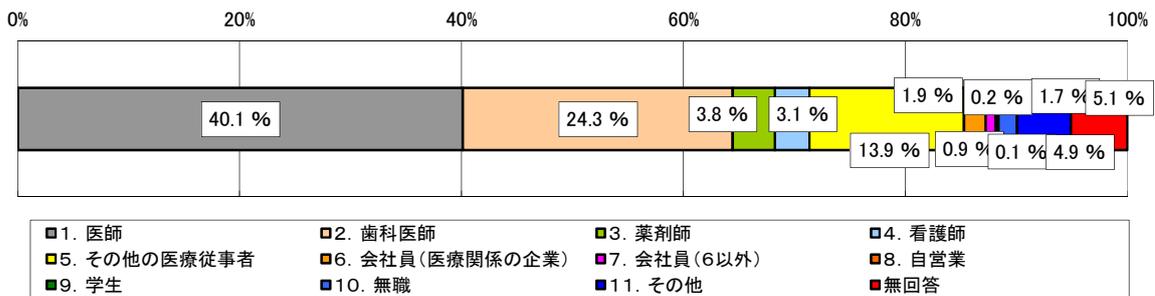
電子メール	郵送	合計
770 件	257 件	1,027 件

(2) 意見者の属性 (n=1,027)

① 年齢



② 職業 (n=1,027)



(3) 項目別の意見延べ件数 (1,992件)

1. 「重点課題1」 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

項目番号	内容	件数
1-1	入院医療について	216 件
1-2	外来医療の機能分化・連携の推進について	79 件
1-3	在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について	221 件
1-4	医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について	69 件

2. 「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
2-1	緩和ケアを含むがん医療の推進について	10 件
2-2	精神疾患に対する医療の推進について	437 件
2-3	認知症への対策の推進について	11 件
2-4	救急医療、小児医療、周産期医療の推進について	29 件
2-5	リハビリテーションの推進について	54 件
2-6	歯科医療の推進について	319 件
2-7	的確な投薬管理・指導の推進について	49 件
2-8	手術等の医療技術の適切な評価	34 件
2-9	医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について	9 件
2-10	DPC に基づく急性期医療の適切な評価について	21 件

3. 「4つの視点Ⅱ」 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

項目番号	内 容	件 数
3-1	患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進について	46 件
3-2	診療報酬点数表の平易化・簡素化	16 件
3-3	入院中の ADL(日常生活動作)低下の予防と褥瘡対策について	2 件

4. 「4つの視点Ⅲ」 医療従事者の負担を軽減する視点

項目番号	内 容	件 数
4-1	救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取組の評価について	81 件
4-2	チーム医療の推進について	13 件

5. 「4つの視点Ⅳ」 効率化余地がある分野を適正化する視点

項目番号	内 容	件 数
5-1	後発医薬品の使用促進策について	34 件
5-2	長期収載品の薬価の特例的な引下げについて	6 件
5-3	平均在院日数の減少等について	2 件
5-4	医薬品、医療機器、検査等の適正な評価	63 件
5-5	大規模薬局の調剤報酬の適正化等	11 件

6. 消費税率8%への引上げに伴う対応

項目番号	内 容	件 数
6-1	消費税率8%への引上げに伴う対応	136 件

7. その他の意見

24件

(4) 平成26年度診療報酬改定についての主な意見（同じ内容の意見は適宜集約して記載）

1. 「重点課題1」 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1-1. 入院医療について(216件)

主な内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・7対1、10対1病棟での特定除外制度の見直しは、長期療養患者を病院から追い出さざるを得ないことになりかねず、反対。</li> <li>・7対1、10対1病棟でも、医療上の必要性から一定長期間の入院が必要な患者がおり、特定除外制度が廃止されると、必要な医療の提供が継続できなくなるのが懸念される。</li> <li>・7対1、10対1病棟の特定除外制度の見直しは、退院を強制されることにより、行き場を失う患者も出てくるので、見直しは行わないこと。</li> <li>・7対1、10対1の特定除外制度を廃止してしまうと、高齢者の転院先が少ない現状では、高齢者の救急受入に弊害があるので、反対。</li> <li>・特定除外制度の廃止でなく、特定除外制度の要件や特定除外患者の内容をまずは検討対象とすべき。</li> </ul>	同旨 16件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定除外制度の見直しはやむを得ないが、激変緩和のため、1年以上の経過措置を設けること。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・90日を超えて入院する患者の場合に特定入院基本料に振り替えられ減算される仕組みがあるが、廃止を要望する。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・13対1、15対1病院において、平成24年度改定で廃止された特定除外制度の取扱いを復活すべき。</li> </ul>	同旨3件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・重症度・看護必要度について、急性期病棟でさらに事務的負担の増す方向で評価項目の見直しは行うべきでない。</li> <li>・重症度・看護必要度の見直しで、7対1が取れず、ランクを下げると、看護サービスが低下するので、評価項目は見なさないでほしい。</li> <li>・単科の急性期病院では、看護必要度が手術当日くらいしか対象とならず、10対1の維持も厳しいので、10対1の基準を緩和してほしい。</li> <li>・重症度・看護必要度の名称変更は、混乱するので、行わないこと。</li> </ul>	同旨6件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門性に特化した診療科で超急性期医療を提供している中小病院と、大病院とで、重症度・看護必要度、平均在院日数等の評価基準を同じにせず、機能と実績を正當に評価すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病床の機能分化に伴い、入院患者の評価方法を見直すことになるが、医療従事者が患者等に対して評価基準、評価結果を説明する仕組みを構築すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・7対1入院基本料の平成24年度改定の経過措置を延長すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・検査以外の短期入院は病院の努力の面もあり、計算算定から除外しないこと。</li> <li>・診療報酬は出来高払いを基本とすべきで、また、短期滞在手術基本料は治療の標準化を強制することとなるので、短期滞在手術基本料を拡大すべきでない。また、平均在院日数の計算から除外すべきではない。</li> <li>・短期滞在手術基本料は、出来高算定か選択できるようにすべきで、その担保なく、対象を拡大すべきでない。平均在院日数の対象から除外すべきでない。</li> </ul>	同旨9件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・7対1入院基本料について、患者の早期退院を促す「自宅等に退院した患者の割合に関する基準」の新設は反対。</li> <li>・在宅療養が整備されていない現状では、自宅等に退院した患者の割合を要件</li> </ul>	同旨8件

<ul style="list-style-type: none"> <li>に入れるべきではない。</li> <li>重症患者を抱える特定機能病院等が7対1が維持できなくならないよう、特定機能病院の現状を考慮した基準を設定すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>7対1入院基本料について、「自宅等に退院した患者の割合に関する基準」の新設に賛成。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>7対1入院基本料を、将来的に強制的にDPC病棟にしないこと。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>医療供給体制を規定する機能分化は、医療機関の希望や患者の要求・動向を詳細に調査して、緩やかに行うべきで、今回の改定で行うのは時期尚早。今回の改定で実施すべきは、入院点数の底上げである。</li> <li>7対1入院基本料の病床を大幅に削減する方針になっているが、地域で異なる医療・看護の必要性から柔軟に考えるべきで、見直しに反対。</li> <li>現場の看護師は疲弊しており、7対1の基準を厳しくするのではなく、必要なところには5対1等を検討する必要がある。</li> <li>7対1、10対1入院基本料の最初から削減ありきの議論には疑問。十分な予算と人材を確保し、7対1、10対1＝急性期ではなく、医療のスタンダードとして捉えられるようにしていくべき。</li> <li>今回の改定は、消費税補填分を除けば大きなマイナス改定で、病床機能の制限・コントロールする動きは、医療費を削減する方策としてしか捉えられず、行うべきでない。</li> <li>総医療費を拡大し、医療従事者を増員することにより、医療の質を向上することが第一で、機能分化の名の下に、7対1病床の削減はすべきでない。</li> <li>7対1看護基準のハードルを上げ、格下げを誘導する方向だが、10対1の看護基準でも、医療的・経営的に成り立つ診療報酬とするのが先。</li> </ul>	同旨11件
<ul style="list-style-type: none"> <li>ICUの重症度の評価基準の見直しについて、現場に混乱を招くので行うべきではない。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>ハイケアユニットの重症度の評価基準の見直しについて、現場に混乱を招くので行うべきではない。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>国立大学病院等では、ICU、NICU、GCUで、他の病院が対応困難な高難度な医療を提供しており、患者の状態・症状に応じた算定期間の延長を要望する。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>7対1病棟の絞り込みの受け皿として設定されており、亜急性期入院医療管理料の要件変更は行うべきでない。特に、在宅療養支援病院、二次救急病院又は救急告示病院等の要件化は行わないこと。</li> </ul>	同旨2件
<ul style="list-style-type: none"> <li>亜急性期の重症度・看護必要度の基準は、7対1での重症度・看護必要度の基準とは異なる設定とすること。</li> </ul>	同旨2件
<ul style="list-style-type: none"> <li>亜急性期入院医療管理料について、今までどおり病室単位でも届出できるようにして、また、6.4㎡の基準は、全面増改築以外、経過措置により基準から外すことにして、亜急性期病床の届出が増加するようにすべき。</li> <li>亜急性期病床について、腎不全で造血剤の注射が必要な患者、がんで麻薬を使用する患者等、患者の多様性に配慮すべきであり、病棟毎の算定は反対。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>亜急性期入院医療管理料の施設基準に、診療内容のデータ提出等の要件を設定することは、コストがかかり、経営が圧迫されるので、反対。設定する場合は、経過措置、点数引上げなど、病院経営への配慮が必要。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>亜急性期入院医療管理料について、評価をより充実させるとともに、施設基準等の制限を緩和すること。</li> <li>亜急性期入院医療管理料について、回復期リハビリ病棟入院料との区分を含め</li> </ul>	同旨1件

て算定要件を明確化し、1日当たり50点を増額すること。	
・亜急性期入院医療管理料について、高齢者が増え早期退院・転院が困難であり、60日の限度、包括範囲を見直してほしい。	
・医療資源の乏しい地域の評価について、対象医療圏を拡大すべき。	
・医療資源の乏しい地域の評価について、医療機関ごとの個別指定とすること。	
・有床診療所の地域で果たしている役割を評価し、入院基本料等の引き上げを行うべき。	同旨16件
・有床診療所は、単機能であっても、良質な医療を提供しており、入院基本料を引き上げるべき。	
・有床診療所について、医師配置加算、看護配置加算等を引き上げること。	同旨1件
・有床診療所について、時間外対応の評価を引き上げるべき。	
・有床診療所の管理栄養士の確保は困難であり、配置義務付けを見直し、人件費に見合う報酬の加算とすること。義務付けをやめることを理由に、入院基本料を引き下げないこと。	同旨31件
・中小病院についても、管理栄養士の配置の義務付けを見直すこと。実態を調べ、適切な対応をすること。	
・医療資源の乏しい地域や眼科等の小規模の単科病院では、経過措置を延長し、栄養士の配置でもよいこととすべき。	
・病院・診療所とも、管理栄養士の配置が要件となっている栄養管理の算定対象を拡大するとともに、点数を引き上げること。	
・管理栄養士を派遣した医療機関、施設の評価を新設してほしい。	同旨9件
・栄養管理を行う管理栄養士は「当該医療機関に勤務する管理栄養士」と明記してほしい。	
・褥瘡患者管理加算について、褥瘡対策の必要性・重要度は入院施設によって異なり、入院基本料に包括化を見直すよう要望する。	同旨2件
・療養病棟への在宅復帰率等の加算の新設に賛成。	
・療養病棟への在宅復帰率等の加算の新設は、患者の追い出しにつながるため反対。	
・血液透析が可能な療養病棟は不足しており、療養病棟での透析の評価を新設することに賛成。	
・療養病床は一般病床より配置医師数が少ないので、透析患者を療養病床で受け入れられるとは考えられない。	
・療養病棟等の超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算の算定対象患者の拡大に賛成。	同旨2件
・超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算について、療養病棟等における算定対象患者の拡大は賛成だが、一般病棟における算定日数の見直しを行うべきでない。	
・療養病棟入院基本料は低く抑えられすぎており、全体的に引き上げるべき。	
・15対1入院基本料は、地方の地域医療の崩壊を防ぐため、引き上げるべき。	
・入院基本料等加算の専従規定について、要件を緩和するとともに、人件費がカバーできる点数とし、専任等の職員配置も積極的に点数化すること。	同旨2件
・医療安全対策加算、感染防止対策加算について、専従や専任の看護師や薬剤師の配置が必要となっているが、中小病院は配置が困難なため、要件の変更を希望する。	

<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中の患者の他の医療機関受診・対診について、入院料の減額、合議による精算などの取扱いを改めること。</li> <li>・療養病棟や精神療養病棟に入院する患者について、専門的な外来受診を条件付きでも認めるべき。</li> </ul>	同旨 17 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・子育て等で短時間就労を余儀なくされる女性医師について、週 32 時間以上勤務する場合は、診療報酬の施設基準で「常勤」として取り扱うこと。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者施設等入院基本料の超重症児入院診療料加算について、廃止されると、当院の運営が厳しくなるので、今後も変更しないほしい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定入院料を算定している患者について、薬剤管理指導料、傷病手当金意見書交付料、入院栄養食事指導料、栄養サポートチーム加算、病棟薬剤業務実施加算、在宅療養指導管理料の算定を見直してほしい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・国立大学附属病院は、地域の基幹病院(最後の砦)として多くの重症患者を受け入れており、重症病床数制限(10%以内)を緩和してほしい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・手術後医学管理料について、回復期リハ病棟入院料等を算定した場合も算定できるようにしてほしい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハ病棟入院料の患者について、特定薬剤治療管理料は出来高算定とすべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・転院患者の退院時処方について、保険請求が認められるようにすべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定入院料等の包括病棟でも、高額薬剤は出来高算定を認めるべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事療養費では、治療に及ぼす効果等に着目した評価体系を構築すること。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院医療では、高度急性期にのみに偏重した配分はやめるべき。中小病院の急性期医療をより評価すべき。</li> </ul>	同旨 1 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院のある病院では、ボーナス時に借金をする。健全な経営ができるよう、点数を引き上げること。</li> <li>・入院基本料は、医療機関を支える最も重要な報酬である。入院基本料の引上げを要望する。</li> <li>・200 床以上の病院から外来を手放させたいのであれば、入院基本料等入院料を引き上げるべき。</li> </ul>	同旨 5 件

1-2. 外来医療の機能分化・連携の推進について(79件)

主な内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医機能は、初再診料等の基本診療料の引上げ、診療情報提供料等の評価拡大で評価すべき。「総合診療医」と同一の機能をもつものに限定すべきでなく、包括化、人頭払い、フリーアクセスの制限は認められない。</li> <li>・主治医機能の評価は、出来高算定を基本とし、他科診療所へのアクセスを妨げてはならない。</li> <li>・複数の慢性疾患をもった患者に対して一人の医師に主治医機能を持たせることは、医師の負担が大きい、複数の医療機関の情報を集約するのが困難、どれが主病で誰が主要な管理者になるか決められない、主治医選択を患者に任せると医師—患者の信頼関係を傷つける、医院の患者囲い込みを誘発、不合理な診療所選別が起りかねない等の問題。</li> <li>・後期高齢者診療料のような点数は、復活すべきでない。</li> <li>・診療報酬は原則出来高払いとすべき。</li> </ul>	同旨 20 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医機能は、内科医にとって非常に高度な技術、過重な頭脳労働であり、評価すべき。</li> </ul>	

・主治医機能の評価は賛成だが、患者の服薬する全ての薬を管理することになるので、内服薬7剤処方の特減は撤廃すべき。	
・主治医の名目の下、専門医療機関での医学管理料や在宅療養指導管理料の算定に規制がかからないようにしてほしい。	
・紹介率・逆紹介率の低い大病院について、点数の引下げ、保険外併用療養費の利用を行わないこと。 ・紹介率・逆紹介率の低い大病院が、保険外併用療養費の活用を行い、混合診療の全面解禁につながらないようにすべき。	同旨3件
・機能分化が望ましいことに異論はないが、紹介率・逆紹介率等で評価することは、医療の質の観点から疑問。質の高い医療を低コストで行うには、患者をある程度限られた医療機関に集約させて、医療従事者の経験値を高めることが望ましい。	
・紹介患者加算を復活してほしい。紹介率・逆紹介率の高い病院の加算を新設してほしい。	同旨1件
・消費税への対応分を除いて、初診料、再診料を上げてほしい。 ・初診料の夜間加算、休日加算、深夜加算(小児科特例を含む)を引き上げること。診療時間内の緊急診察加算を設けること。 ・薬を処方しない場合は、再診料を上げてほしい。	同旨5件
・再診料の外来管理加算について、算定要件を「内科的治療のみを行った場合」に変更し、同点数より低い検査や処置等は同点数以上とすること。	同旨1件
・初再診料について、急性疾患診察治療料と慢性疾患診察治療料としてほしい。	
・外来管理加算、24時間対応加算等は、再診料に一本化すべき。	同旨1件
・外来診療料を廃止し、再診料に一本化すること。	
・病院の再診料を診療科毎に算定可とすること。	同旨3件
・大病院の外来は患者負担が低く、利便性が高くなっているが、大病院の外来機能も評価してほしい。	同旨3件
・病院の機能分化により専門外来が推進されると、専門外は診療しないという診療拒否が横行することを懸念。	同旨1件
・7種類以上の薬剤処方について、薬剤料等の減額は見直すべき。 ・7種類以上の内服薬の薬剤料の減額について、がん患者は化学療法の副作用もあり、多剤となる傾向があり、がん患者を対象から除外するか、抗がん剤及び鎮痛剤等を対象から除外してほしい。	同旨16件
・外来迅速検査について、臨床検査技士が医師を支援することも評価し、要件を緩和して増額すること。	
・脳波の診断料等、評価が低い検査料を引き上げてほしい。	
・特定疾患療養管理料について、慢性糸球体腎炎、慢性腎不全等の腎疾患を対象としてほしい。	
・主病という概念により、別の医療機関で診療を実施した場合に診療報酬が請求できない場合があり、主病という概念をなくしてほしい。	
・二次医療機関は、救急医療と入院医療に専念させて、外来は完全紹介制にすべき。外来、入院、救急も診ては、現場の医師の体と気持ちを保つはずがない。 ・二次、三次医療機関では、従事者の負担軽減を図るため、外来患者を完全予約制にすべき。	同旨1件
・200床以上の病院に、6か月ごとの診療経過の評価・判定を義務付け、診療所への逆紹介を推進する仕組みを創設すべき。	

・現在のフリーアクセス制度では、機能分化は難しい。病院を受診する患者に、保険者からの指導が必要。
・ICTを用いた外来受診を伴わない在宅管理料、医療機関の処方期間の延長、ICTを用いた処方更新を推進すべき。

1-3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について(221件)

主な内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養支援診療所でない医療機関の訪問診療も評価すること。</li> <li>・在宅療養支援歯科診療所に該当しない歯科診療所の在宅医療も評価すべき。</li> <li>・在支診でない診療所の準夜・深夜帯の看取りを含めた往診を評価すべき。</li> <li>・在支診以外の医療機関の往診翌日の訪問診療料を算定できるようにすべき。</li> <li>・在支診・病以外の医療機関の緊急往診加算等を評価すること。</li> </ul>	同旨 15 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療を担う病院・診療所等の量的確保を図るとともに、他病院・診療所との連携強化や緊急時対応を行う医療機関の評価を拡大すること。</li> <li>・在宅歯科診療の一層の評価の充実を望む。在宅を中心に訪問歯科診療を実施する歯科診療所について、基準を定めて評価すべき。医科医療機関と連携した在宅歯科医療の推進が必要。</li> </ul>	同旨 10 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・機能強化型在支診について、連携要件の見直しはもう少し待つべき。</li> <li>・在宅医療を担う医療機関の裾野を広げる必要がある、在支診の施設基準の強化はやめてください。</li> </ul>	同旨 9 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科衛生士がいなくても、在宅歯科医療を行うことは可能であり、在宅療養支援歯科診療所の施設基準を緩和してほしい。</li> </ul>	同旨 1 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養支援診療所の看護師の点滴、処置を点数化してほしい。</li> <li>・在宅療養支援診療所等に重点的に点数配分してほしい。</li> <li>・全ての在支診の評価は統一すべき。</li> <li>・大病院でも訪問診療を行える柔軟性が必要。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅患者が迅速かつ効率的に入院療養が実施できるよう、在宅との連携を病院の診療報酬でも評価すべき。</li> <li>・在宅患者の急変時の対応について、二次救急指定病院の評価が必要。</li> </ul>	同旨 4 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・営利を目的とした大々的かつ企業的に行う在宅歯科医療機関に対する監視や規制を行うなどにより、一般歯科診療所の活動の場の確保と適切な評価をすべき。</li> <li>・施設と提携している訪問診療屋等の方針により、かかりつけ歯科医が訪問できないことがよくあるが、訪問診療屋と地域に密着した歯科診療所を峻別して評価すべき。</li> <li>・同一建物の訪問診療を行うことが多い医療機関の評価を下げるべき。</li> </ul>	同旨 3 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅の高得点にひかれて在宅専門診療所を開設する者がいるが、楽な在宅医療だけを担当していることが多い。</li> <li>・在宅医療がかかりつけ医と連続性がない場合、質が高くない場合が多く、かかりつけ医外し可能な制度設計を改めるべき。</li> </ul>	同旨 2 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療に特化した医療機関の認可を検討すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・同一建物内や特定施設の在医総診、訪問診療料について、引き上げるべきだが、在宅医療を担う医療機関が減らないよう、せめて引下げはしないでほしい。</li> <li>・同一建物の訪問診療であっても、別個の患家であれば別個の取扱にすべき。</li> <li>・同一建物の訪問看護指導料は、点数の引き上げを求める。</li> </ul>	同旨 34 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・世帯が異なる場合は同一建物の定義は妥当性を欠く。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療料の要件の厳格化について、悪質業者の取り締まりに対して、善良な医療機関の診療要件を用いるのは筋違いで、現場調査こそ行うべき。</li> <li>・多くの医療機関は患者のために努力して在宅医療を提供しており、訪問診療料の要件の厳格化はしないでほしい。</li> <li>・歯科訪問診療において、点数の引下げや制限をつけるのではなく、常識では考えられない患者数の請求を行う医療機関にこそ実態調査や指導による適正化を行うべき。</li> </ul>	同旨8件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者紹介について、医療機関だけでなく、医療経営コンサルタント、サ高住、介護施設、薬局も取り締まるべき。</li> </ul>	同旨4件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者紹介について、全て禁止するのではなく、一定のルールや制限を設け、商業ベースとしないこと。</li> <li>・患者紹介ビジネスが一律に禁止されると、受診率の低下を招くおそれ。</li> </ul>	同旨2件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・同一患者への診療科の異なる複数医療機関による訪問診療、在医総診も評価すること。</li> <li>・在宅医療を行う医療機関の不足等を補うため、「主治医/副主治医」制度を検討すべき。</li> <li>・在宅療養指導管理料について、主治医が変わる場合等があり、高齢者や重症患者等でも、2以上の医療機関が算定できるようにすべき。</li> </ul>	同旨12件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器を装着している小児の在宅療養指導管理料を複数医療機関で算定できるよう見直すことについて、気管切開、在宅酸素療法、胃瘻造設、経管栄養等もあれば、同様の扱いとしてほしい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的に訪問診療している児については、小児科外来診療料から除外することが必要。</li> <li>・在宅医療は小児科外来診療料の除外項目とすべき。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・遠隔地への往診・訪問診療は16kmに限定しないようにすべき。</li> </ul>	同旨3件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療について、患者1人につき週3回を限度とする規定は撤廃するか、回数を増やすべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・月1回の訪問診療と月2回の訪問診療での診療報酬の差が大きすぎるので、差を常識的な範囲に縮小すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護被保険者等の患者も医療保険の在宅患者訪問看護・指導料が算定できるようにすべき。</li> <li>・看取り期には一定の条件の下、3か月程度医療保険の訪問看護が使えるよう、医療保険と介護保険の併給制度の見直しをすべき。</li> <li>・点滴注射が必要な患者は訪問回数に関わらず、医療保険で訪問看護が実施できるようにすること。</li> </ul>	同旨6件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護の週3日の算定要件を廃止すること。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問時に看護師が行った皮下・筋肉内注射、静脈内注射の手技料と薬剤料の算定を認めること。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科訪問診療料について、訪問時間が20分未満と20分以上で評価が異なることのないようにすべき。</li> <li>・20分の時間要件について、心疾患、脳梗塞、認知症等の患者に時間的ストレスを与えず、20分未満で診療を終わらせることが適切で、時間要件は撤廃すべき。</li> </ul>	同旨23件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科訪問診療は、処置全般に対する技術の評価(加算)を適切に行うべき。</li> <li>・在宅歯科医療について、行動障害の患者の開口保持等の目的で、歯科医師に</li> </ul>	同旨5件

加えて歯科衛生士等が治療に参画した場合は、訪問診療料の算定によらず、加算を正当に評価すべき。	
・認知症高齢者の訪問歯科診療は、別途適切な評価が必要。	
・患者・家族の求めに応じて行われる往診料を歯科でも位置付けてほしい。	同旨2件
・同日に複数回同じ患者に訪問した場合も、その都度歯科訪問診療料を算定できるようにすべき。	
・患者の自宅で複数の患者に歯科訪問診療を行った場合と、施設で複数の患者に歯科訪問診療を行った場合は、別の評価にすべき。	
・ショートステイやデイケアの際に、訪問歯科診療を行うことを認めるべき。	
・歯科衛生士が担当する指導管理料も引き上げるべき。	
・在宅拠点としての保険薬局の機能強化と活用は在宅医療の推進のために不可欠であり、無菌調剤処理加算、麻薬の薬局間小分け、特殊薬剤の小分け、薬局で使用できる注射薬の拡大、地域在宅拠点薬局の評価等が必要。	
・基準調剤加算の条件の処方せん集中率を更に厳しく変更するなどして、個人経営の町の相談薬局がより一層活性化するようにすべき。	
・24時間対応等人員や設備を確定すると、大手調剤チェーンしか対応できない。都会と田舎の環境の違いを勘案して加算条件を考えるべき。	
・居住系施設の患者に対する在宅患者訪問薬剤管理指導料を適正化すべき。	
・在宅医療で使用する医療機器について、独立して算定できるようにすること。	
・在宅療養に必要な衛生材料について、衛生材料の実費請求、適切な材料費の枠を作るべき。	同旨4件
・必要な衛生材料は特定保険医療材料として適切な評価を行うべき。	
・在宅自己注射指導管理料について、頻回の指導の加算を新設すべき。一定期間経過後の評価の引下げは止めるべき。入院や外来等で医師が十分な教育を行った場合を評価すべき。複数の疾病に対して異なる薬剤の自己注射が必要な場合は、複数の指導管理料を算定できるようにすべき。	同旨12件
・複数の医療機関で在宅自己注射指導管理料を算定できるようにすべき。	
・インスリン用ペン型注入器を保険薬局で支給できる特定保険医療材料に加えるべき。	
・人工腎臓の処置回数を16回まで認めて、在宅血液透析に繋げるよう要望する。	同旨1件
・在宅の多職種による褥瘡対策チームについて、管理栄養士をメンバーに入れるべき。	同旨11件
・褥瘡対策チームの評価は、結果を出しているところへの適正な支払をすべき。	
・在宅患者の負担増にならないよう、一部負担金割合の引下げ、負担限度額の引下げ等を検討すること。	
・質の高い在宅医療の推進のため、ICTを活用、整備し、地域の医療機関が患者情報を共有する仕組みが必要。	同旨1件
・在宅医療が発展・普及する以前の査定を改善すべき。	
・質の高い家庭医を育て、維持するため、試験を課すべき。	

1-4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について(69件)

主な内容	
・周術期の口腔機能管理に関して、歯科を標榜している医科医療機関からも歯科診療所への情報提供を評価すべき。口腔機能管理後の歯科医師による手術料も評価すべき。	同旨16件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・周術期の口腔機能管理について、歯科のカルテ記載、文書提供等の見直しが必要。</li> <li>・周術期の口腔機能管理では、歯科からも発信できる評価とすべき。</li> <li>・周術期口腔機能管理の対象患者を全身麻酔を必要とする手術等に拡大すべき。算定回数制限を緩和すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・周術期だけでなく、放射線治療や化学療法での口腔機能管理も評価すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常的な口腔機能管理を充実すべき。医科と歯科の連携に係る改定内容を医科歯科双方の点数表に分かりやすく表記すること。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ主治医と歯科医師の連携、ケアマネと歯科医師の連携が強化できる評価が必要。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・維持期リハビリテーションは経過措置という取扱いをやめて、医療保険から給付すべき。要介護等認定者への給付制限をなくすべき。</li> </ul>	同旨 23 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・維持期リハビリテーションの評価について、経過措置の延長はよいが、適正化には反対。</li> </ul>	同旨 1 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅患者について、訪問看護ステーション、訪問診療医、居宅介護支援事業者等で合同カンファレンスを行った場合に共同指導を評価してほしい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携に当たって行われる診療情報の提供を適切に評価すること。入院期間中や特養に対しても算定できるようにすること。</li> <li>・診療情報提供書について、照会時の算定を認めるべき。</li> </ul>	同旨 2 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所への情報提供料について、介護保険の居宅療養管理指導と併算定できるようにしてほしい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携に係る加算項目について、特別の関係による算定制限を廃止すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護施設入所者の外部医療機関による診療制限を緩和すること。</li> <li>・特養入所中の患者が急変する度に急性期病院に丸投げされ、急性期病院がパンクしないよう、特養での診療行為に対する診療報酬を引き上げるべき。</li> <li>・老健の診療内容に制限をかけるべきでない。</li> <li>・施設への看護師に対する点滴注射管理指導料を新設すべき。</li> </ul>	同旨 10 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療情報提供料について、地方自治体機関への情報提供を算定可とし、増額すること。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整業務を担う職種として、社会福祉士の配置を入院基本料の中で評価するか、社会福祉士の病棟配置を行った場合の加算を設けるよう要望する。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・腹膜透析 (CAPD) について、研修を受けたヘルパーや介護スタッフに CAPD 支援を容認し、介護施設で長期に CAPD 患者を受け入れたときのインセンティブを設定すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・電子カルテにより患者の情報共有を行っているところは診療報酬で加算が取れるようにしてほしい。</li> </ul>	同旨 1 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療連携について、点数化、インセンティブの設定を検討すること。</li> </ul>	

## 2. 「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

### 2-1. 緩和ケアを含むがん医療の推進について(10件)

主な内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来化学療法加算について、看護師配置や抗がん剤暴露防止のための機材の購入など、コスト高になるものが多いため現状に応じた加算とすべき。</li> </ul>

・緩和ケア医療において、精神科医を有効活用すべき。	
・がん性疼痛緩和指導演理料について、医師が看護師・薬剤師等と連携して疼痛評価を行う場合により高い点数設定とすべき。	
・在宅悪性腫瘍患者指導演理料について、末期がん患者の自己調整可能な精密持続ポンプを保険適用で使用できるようにすべき。	
・ニコチン依存症管理料について、入院患者も保険適用とする、1年以内の再治療にも保険適用とする、受診回数・期間の制限を撤廃するなど、禁煙希望者を強力にサポートすること。	同旨5件
・歯科医師の禁煙支援を評価すること。	

2-2. 精神疾患に対する医療の推進について(437件)

主な内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・向精神薬を多剤処方した場合の通院在宅精神療法の適正化について、多剤処方となるケースは、治療に難渋するケースが多く、精神療法にも通常以上の働きかけを要するため、減算には反対。</li> <li>・単剤化を勧めてもどうしても応じない患者が多剤使用となっている。多剤処方をしている患者の診察時間は普通よりも長くかかっており、通院在宅精神療法の点数を減算するのは逆である。</li> <li>・難治性の患者は多剤処方では何とか安定している実態があり、向精神薬の多剤処方による通院在宅精神療法の減算は、現実の医療現場を無視しており、断固反対。</li> <li>・精神科医が患者の病状に合わせて薬剤を処方しているが、向精神薬の多剤処方の通院在宅精神療法の減算は医学的な根拠がない。</li> <li>・各薬剤の薬効、相互作用、患者特性、用量等を考慮せず、薬剤数のみで規制する本案には医学的根拠はなく、適切な向精神薬の投薬の推進にならない。</li> <li>・精神科医の裁量を根拠乏しく制限すれば、患者が治療を受けられる医療機関が限定され、患者が集中する医療機関は対応困難となる。</li> <li>・精神科専門療法を請求できない精神科以外の科で処方させる場合は減算にならないことは制度上矛盾する。</li> <li>・精神療法と薬剤の処方本来別々の医療行為で、向精神薬が多剤処方されているからといって、精神療法の質・量に影響することはない。同じ時間・内容の精神療法を行っているのに、薬の数で精神療法の値段が変わるのは不合理。</li> <li>・多剤処方の適正化は、処方せん料、処方料、調剤料等、処方に関する点数で調整できないか。または、薬代の自己負担率を上げる、一定額を自己負担額に上乘せするなど。</li> <li>・向精神薬の減量には、症状の増悪や退薬症状に留意した厳重な医学的管理と長期間にわたる減薬プログラムに基づいた治療計画が必要で、少なくとも2年間の経過措置を設けるべき。</li> <li>・多剤併用を一元的に減点する対応は非科学的・非現実的である。多剤併用が弊害をもたらすこともあるが、一元的に減額すると、本当に必要かつ適切で多剤併用となった患者や医療機関が追い込まれるだけ。</li> <li>・精神安定薬の多剤処方を避け、原則1～2剤として、効果がなければ増量、1剤ずつ入れ替える。粉薬の多剤処方を制限する。処方原則2週間とする。多剤処方や1か月以上の長期処方はてんかん、精神病、統合失調症、双極型感情障害の一部に限定的に認める。</li> </ul>	同旨 354 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・向精神薬の多剤処方適正化について、進めるべき。就業を中心とした社会復帰を促進する治療の在り方、投与すべき薬の適正量の検証が重要であり、精神疾患患者をスムーズに再発せずに社会復帰を実現する医療体制を構築すべき。</li> <li>・向精神薬を多剤処方した場合の適正化について、災害時の医療支援を想定し、平時から多剤併用処方の適正化に努めることは、精神医療従事者の責務。薬剤の種類は、商品ベースでなく、有効成分ベースで計算すべき。</li> <li>・適切な向精神薬の投薬の推進について、抗精神病薬、抗うつ薬・気分安定薬、抗不安薬・睡眠導入剤のそれぞれで併用されているかを評価の対象とすべきであるが、可能な限り多剤併用を整理し、処方をシンプルにすることは精神科ユーザーのためになる。</li> </ul>	同旨2件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬物中心の治療構造を変えるため、認知行動療法が可能なように医療心理士を点数化、境界パーソナリティや統合失調症の社会適応を図るために家族相談や訪問看護ができれば、クリニックにおいてソーシャルワーカーの点数化等を認めること。</li> <li>・薬物療法以外の治療の報酬アップ、治療行為を認める臨床心理士の点数化、クリニックにおけるソーシャルワーカーの点数化を認める。</li> </ul>	同旨2件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院のデイケアで重度の障害者が維持されている例もあり、精神科デイケアを1年以上利用している患者の評価は見直すべきではない。</li> </ul>	同旨15件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院から在宅への移行を推進しており、デイケアの点数削減はすべきでない。</li> <li>・精神科デイケアは、地域活動支援センターと業務が重複しており、長期利用は見直すべき。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科デイケア、重度認知症デイケア等の食事提供加算を復活すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間体制の多職種チームによる在宅医療の評価は、推進すべき。</li> <li>・アウトリーチ支援事業を行ってきたが、早期の段階で本人にアクセスできるシステムとして効果的であった。人的資源を濃厚に投入する必要がある、診療報酬での妥当な評価、誘導が必要。</li> </ul>	同旨12件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間体制の多職種チームの訪問活動は、在宅医療を提供しているスタッフが24時間しっかり対応するという縛りが必要。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療に努力している精神科診療所や訪問看護ステーションの多職種チームによる在宅支援も評価してほしい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行支援チームの職種に管理栄養士を必要な職種としてほしい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・通院・在宅精神療法について、1時間以上になる場合の加算や新点数を設けてほしい。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・通院・在宅精神療法について、診療時間5分超の時間要件を撤廃すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行、地域定着に必要なのは、調子が悪くなる前に対処することで、短時間でも頻繁にコンタクトをとることが重要。在宅・通院精神療法の長時間診療の評価の新設は不必要。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神療養病棟入院料及び精神病棟入院基本料において、精神保健福祉士を配置した場合の評価の新設はあるべき姿である。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科専門療法料、精神科入院基本料、入院基本料加算、精神科救急入院料等を増額するとともに、算定要件を緩和すること。精神科以外の病棟、外来での精神科医師による診療行為について算定を拡大すること。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神病床について、人員配置基準・診療報酬を全ての期間を通じて一般病床と同等に引き上げるべき。その上で、精神保健福祉士や作業療法士、臨床心理</li> </ul>	

士等の必要な専門職の配置を行うべき。	
・精神科救急入院料について、24 時間 365 日、精神保健指定医を配置し、どのような患者もまずは断らずに受け入れることを徹底している病院を評価すべき。	
・精神科救急入院料について、医療保護入院の患者も算定対象としてほしい。	
・精神科救急入院料と急性期治療病棟入院料の評価の格差が大きすぎる。	
・精神科急性期治療病棟入院料について、身体合併症の治療部分は別に算定できるようにしてほしい。	
・旧総合病院の精神科の廃止が続いているが、精神病棟入院基本料について、医師体制による加算又は旧総合病院としての加算をしてほしい。	
・精神療養病棟について、病棟毎に常勤の指定医を配置する必要はない。病棟に貼り付けにして、外来診療ができないのは不合理。	同旨1件
・精神療養病棟の入院患者は高齢化し、身体合併症の発症が急性期病棟より頻発しており、精神療養病棟で身体合併症管理加算を算定できるようにすべき。	
・精神疾患の身体合併症の治療は7日以上かかっており、看護及び治療の対応は一般科に比べて手間暇がかかり、実態の評価をすべき。	
・精神科病床の身体合併症治療について、同一病名でも再罹患した場合の評価を行えるようにしてほしい。	同旨8件
・継続外来支援指導料について、抗不安薬や睡眠導入剤の多剤併用のペナルティの適応される薬剤に矛盾を感じる。	同旨1件
・精神科隔離室管理料の算定の7日の日数制限を撤廃すべき。	
・入院精神療法について、週1回又は2回の回数制限をなくし、入院期間に関わりなく、同一の点数が算定できるように見直すべき。	
・退院促進を進めるため、入院中のケア会議に診療所側が出席した場合に何らかの評価をしてほしい。	
・NSTは褥瘡対策に有効であり、精神科病院に当該加算を設けてほしい。	
・精神科退院前訪問指導料について、准看護師でも算定対象としてほしい。	
・入院精神療法 I について、入院日から3か月の期限をなくしてほしい。	
・認知症治療病棟以外の精神病床において、同一病名でも再発症した場合の評価を行えるようにしてほしい。	
・精神科作業療法について、実施時間と取扱人数を見直すべき。	
・精神科作業療法について、作業療法士1人当たり算定患者数を 25 人から下げるべき。	同旨1件
・セルフコントロールの視点が医療には重要であるが、依然として進んでいない。	
・一般診療科において、初診患者の精神疾患の診断、精神科での診療を希望しない場合の治療をする評価を設けてほしい。	
・入院基本料の低い精神科では 72 時間の計算方法をシンプルにして、何らかの緩和措置が必要。	同旨1件

2-3. 認知症への対策の推進について(11件)

主な内容	
・重度認知症加算は、減算は止めて、3～6か月の機関で加算を考えるべき。	
・認知症患者への在宅歯科訪問診療の適切な評価を要望する。	同旨4件
・認知症への歯科アプローチを評価すべき。	
・認知症があり、入院が必要な患者には、適切な医療と看護のため加算を新設すべき。	

・認知症の早期把握・対応、予防強化のため、本人や家族の相談を受け、診断を行う機関を評価すべき。
・認知症の外来でも多職種連携で本人と家族をバックアップしており、評価すべき。また、若年性認知症への対策を検討すべき。
・認知症患者の救急搬送受入れ促進のための加算設定が必要。
・認知症判断テスト(HDS-RやMMSE)について技術料として評価すべき。
・小児科以外の開業医は、介護認定審査員を2期4年は務めるべきで、診療報酬の付加点数を設定すべき。

#### 2-4. 救急医療、小児医療、周産期医療の推進について(29件)

主な内容	
・救急医療管理加算について、厳格化すべきではない。 ・救急医療管理加算の見直しによって、二次救急医療機関にマイナスにならないようにすべき。 ・救急医療管理加算について、入院時に重症患者の状態であれば、該当期間に重症の状態ではなくなっても算定できるという内容は現行のままとすべき。 ・救急医療管理加算について、「重篤ではない」として査定されるケースが多いが、生命に別状がないケースでも入院加算が必要な患者は多く、現行の要件を維持したまま、より明確にしてほしい。	同旨5件
・時間外・夜間・休日の入院、平日日中の救急搬送からの入院を評価してほしい。	同旨1件
・診療結果で重病でない場合も、時間外加算、休日加算、深夜加算を算定できるようにすべき。	
・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評価をすべき。	
・1次救急医療機関で救急車を受け入れた場合の救急加算を設けるべき。	
・地域ではどこかの医療機関に各診療科の専門医がいる体制を作るべき。	
・急性薬毒物患者の評価について、一般の救命救急センターでも評価すべき。	同旨1件
・小児入院医療管理料について、平均在院日数を延長し、無菌治療室管理加算を包括項目から除外すること。	同旨5件
・小児科外来診療料を算定している医療機関が小児在宅医療を行う場合、出来高で算定できるようにするとともに、レセプト平均点での集団指導・個別指導から除外すること。 ・小児科外来診療料の包括から、気管支喘息の症状が落ち着いている場合の2週間や4週間の処方、インフルエンザと診断した場合のタミフル等を除外してほしい。 ・外来診療料から、溶連菌迅速検査定性、インフルエンザウイルス抗原定性等の検査、タミフル、オゼックス等の高額な薬は除外してほしい。	同旨1件
・小児科外来診療料について、点数引き上げと対象年齢拡大をしてほしい。	
・小児科外来診療料について、時間外対応加算も算定できるようにしてほしい。	
・小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、小児科外来診療料、小児療養環境特別加算、小児入院医療管理料について、増額するとともに、要件を緩和すること。	
・産科、産婦人科の超音波検査は、審査基準を緩和すること。	
・1000g未満の新生児は、取り扱える医療機関限られており、新生児特定集中治療室管理料とは別個にした方がよい。	
・NICUからの転院を受け入れる医療機関について、200床以上、診療所、複数の	

医療機関の場合があるが、関係する全ての医療機関に診療報酬がつくようにすべき。
・レスパイト入院に対する評価を検討すべき。

2-5. リハビリテーションの推進について(54件)

主な内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハ病棟の重症度・看護必要度を見直し、ハードルを上げると、機能が十分に発揮されなくなるので、慎重な対応が必要。</li> <li>・重症度・看護必要度の見直しには反対。</li> <li>・回復期リハ病棟の評価は、リハ必要度、患者のADL等で行うべき。</li> </ul>	同旨4件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハ病棟の重症度・看護必要度の見直しについて、経過措置を設けてほしい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハ病棟入院料について、退院患者の在宅復帰率を要件としないこと。</li> <li>・回復期リハ病棟について、専従医師・専従社会福祉士の配置加算、患家等訪問の加算は賛成。</li> <li>・1名のソーシャルワーカーが担当する患者数は25名が妥当。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハ病棟について、専従医師の配置加算について、専従だと院内で融通がきかないので、病棟のみの貼り付けにならないよう配慮が必要。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハ病棟について、休日リハビリ提供体制加算の包括化には反対。</li> </ul>	同旨5件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハ病棟入院料について、合併症の治療を併せて行う必要のある患者に対して、1日当たり50点を増額すること。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期病棟では、疾患別のリハビリテーション料について、早期リハビリを進めるため、疾患別でない専任医要件に改める必要。また、急性期病棟では、生活機能の回復に限らず、その予防にもリハビリを行ってよいこととすべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリによる早期退院の促進や急性期病床の平均在院日数の短縮は、医療難民を生み出すので反対。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハ病棟の療法士が訪問リハを行うことが、患者に負担感がなく、支援内容も適切に行えるため、回復期リハ病棟入院料の療法士の専従基準を「病棟の入院患者に関する業務を80%以上行う者」とする必要。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定集中治療室管理料を算定している場合にリハビリテーション料の算定が認められない取扱いを改めてほしい。</li> <li>・緩和ケア病棟でのリハを出来高で算定できるようにすべき。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーションの算定日数上限を撤廃すべき。また、事務作業を簡素化し、主治医の判断で継続可能な制度とすべき。</li> </ul>	同旨6件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患別リハビリテーションの算定可能単位数の逓減制は採用しないこと。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・上限日数のない障害者リハビリテーション料について、成人期の点数を引き上げること。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・廃用症候群に対するリハビリテーションは、厳格に適応疾患を決めるか、運動器リハビリテーションの範疇で算定すべき。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・廃用症候群の評価を厳しくせず、疾患別リハビリテーション体系の抜本的見直しを行うべき。</li> <li>・廃用症候群のリハビリの対象拡大と評価引き上げが必要。</li> <li>・廃用症候群のリハビリの対象患者の明確化は難しいと考える。</li> </ul>	同旨2件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期病棟のリハビリテーションスタッフの配置の評価は、条件を付けずに幅広く評価すべき。</li> </ul>	同旨1件

・急性期病棟のリハビリテーションスタッフの配置の評価は必要ない。	
・初期加算、早期加算を外来でも引き続き算定できるようにする際、地域連携診療計画管理料を算定するケースに限らず、全てのケースで算定可能とすべき。 ・外来患者の初期加算の開始日は、外来リハ開始日とすべき。 ・外来リハについて、医師の診察に基づく月毎の管理料の設定と処方せんによる実施を認めるべき。	同旨2件
・外来リハの受入体制は入院病棟リハとの格差がありすぎ、リハビリの外来への早期移行は困難。	
・外来リハについて、高額医療となることが多く、適応・OT・PTなどの基準を強化すべき。	
・運動器リハⅠと脳血管疾患等リハⅡは同じ点数で評価すべき。外来で運動器リハⅠが算定できるようにすべき。 ・運動器リハと脳血管リハの評価は統一すべき。	同旨1件
・リハビリテーション総合計画評価料について、本人が認知症で家族がいない場合等、条件付きで本人・家族の同意サインなしで算定することを認めてほしい。	
・摂食機能療法について、肺炎等による摂食・嚥下機能の低下を来す高齢者も対象とすべき。	
・理学療法士を雇用しやすい環境(点数)を設定してほしい。	
・リハビリの査定が厳しいが、1日単位数の上限まで保険請求を認めてほしい。	同旨2件

2-6. 歯科医療の推進について(319件)

主な内容	
・これまで低く抑えられてきた歯科固有の技術の点数を引き上げるべき。	同旨 20 件
・歯科も医科と同じ初・再診料にしてほしい。	同旨 14 件
・診療報酬の大幅引上げが必要。	同旨4件
・小規模の歯科医院の切り捨て、二分化にならないようすべき。	
・歯科医療機関は、数の増加及び歯科疾患の減少により、経営が困難となり、差別化を図るために過度の設備投資を行っている。このことが、不要な診療を招き、歯科医療費の増大や良質な医療の妨げになっているので、設備基準の緩和や診療連携の一層の促進を図り、誰もが良質な医療をどこでも受けられる体制を構築していただきたい。	同旨3件
・歯科診療特別対応連携加算について、患者の割合での施設基準はそぐわない。施設基準の緩和等を図ってほしい。	同旨5件
・患者や家族に対するアドバイスなど、著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図るべき。	同旨1件
・外傷による欠損症例に対する小児義歯の適用は大いに評価。 ・歯列不正を早期に予防することにより、医療費の増加を防ぐことにもつながる。	同旨8件
・小児の乳切歯、乳犬歯、第二小臼歯の喪失症例に対する保険装置についても検討すべき。 ・欠損症例について、外傷だけに限定すべきではない。	同旨 13 件
・小児保険装置の歯科医による設計の自由が必要。小児義歯は成長等を考慮すると、成人より期間の短い新製、修理等の評価が認められるべき。	同旨1件
・小児の口腔機能の獲得・成長を促すため、口腔習癖や摂食・咀嚼訓練、食育などの指導管理を適切に評価すること。	同旨2件
・成人期における舌接触補助床等の訓練を評価すべき。	同旨1件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・摂食・嚥下障害患者に対するリハビリテーションにおいて、舌接触補助床(PAP)はすでに導入されているが、軟口蓋挙上型鼻咽腔部補綴装置(PLP)は、有用性が広く認知されつつあり、製作、調整の要請が増加傾向にあるが、いまだ歯科診療報酬の項目として明確な位置づけがされていない。脳血管障害等の術後患者に対してPLPの適用を明確に位置づけることが喫緊の課題である。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・義歯調整管理料の回数制限を廃止すべき。</li> </ul>	同旨 11 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・義歯管理料について、一口腔単位という規定が臨床の場の実態と乖離している面もあるため、1装置単位の算定にするなど、実態に即した評価になるよう検討が必要。</li> </ul>	同旨 6 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・有床義歯は「新たに有床義歯を作製する場合は、原則として前回有床義歯を作製してより6ヵ月を経過した以後とする」となっているが、他院で作製した有床義歯の作製時期の確認が困難であることから、有床義歯新製の取扱いの見直しを要望する。</li> </ul>	同旨 2 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔内の床下粘膜調整処置を行った場合に、異なる疾患である別部位の義歯管理料が算定できなくなる取扱いを見直すべき。</li> </ul>	同旨 2 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・義歯補強線の算定復活をお願いしたい。</li> </ul>	同旨 2 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・義歯作成直後に再製作が必要になる場合があり、義歯新製後半年以内の新製禁止を廃止すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の義歯紛失について新製できるよう、柔軟な対応ができる仕組みを作ってほしい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医学管理等の文書提供を簡素化又は廃止してほしい。</li> </ul>	同旨 42 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・明細書は患者の求めがあった場合のみ発行すればよいこととすべき。</li> </ul>	同旨 4 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯周病安定期治療の一口腔単位から歯数単位への改定は実態にそぐわない。臨床にあった改定をすべき。</li> <li>・一口腔単位から歯数単位の見直しは診療報酬点数表の平易化・簡素化に逆行する。</li> </ul>	同旨 11 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・少数歯に対する評価を下げるべきではない。</li> <li>・歯数が少ないほど歯周病が重度であり、歯数の多少により歯周病安定期治療に要する時間の差は少ない。</li> </ul>	同旨 6 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・中等度以下の歯周病患者にも認めること。</li> </ul>	同旨 5 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯数単位に見直す場合は、同時に算定間隔の短縮も考慮すべき。(例:3月に1回→少数歯は月1回に限り算定)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・幼年期からの歯周病予防が治療に至ることを防ぎ、医療費の削減につながる。歯周病予防の適切な評価をすべき。</li> </ul>	同旨 1 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅等で療養を行っている者に限らず、自立度が低下しているものの通院可能な者に対してもフッ化物歯面塗布の評価を認めるべき。</li> <li>・成人へのフッ化物塗布を認めてほしい。</li> </ul>	同旨 8 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科疾患管理料の留意事項に「歯の欠損症のみを有する患者を除く」とあるが、歯の欠損症のみを有する患者も継続した管理が必要である場合があり、不適切。</li> </ul>	同旨 1 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・根管治療に回数制限を加えることは反対。</li> </ul>	同旨 19 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・難易度の高い根管治療に対して適切な評価をすべき。</li> <li>・少なくとも臼歯複数根管は単根管の点数に根管数を乗じて得た点数以上の設定にすること。</li> <li>・根管治療は部位による評価を行うべきである。</li> </ul>	同旨 16 件

・根管数が増えると時間と労力が増加するにも関わらず、3根管と4根管の評価が同じとなっており、4根管の歯牙に対する抜随及び感染根管治療の評価をしてほしい。	同旨1件
・複数歯の加圧根管充填を異なる日に行った場合にX線撮影を算定要件にすることは、放射線被ばくの観点からも適切ではない。	同旨1件
・根管治療について、同一初診内で1回のみ算定だが、長期にわたる治療を想定した内容に変更してほしい。	
・金銀パラジウム合金の相場による価格変動が大きく逆ざやを生じることが多々ある。6か月ごとの点数見直しは現状を反映しているとはいいがたく、負担が大きい。代替可能な材料(ファイバー等)の速やかな導入を求める。	同旨4件
・クラウン・ブリッジ維持管理料は歯科医師の判断で、維持管理し、少なくとも装置ごとに算定できるようにすること。	同旨4件
・2年間という根拠のない管理期間は設けるべきではなく、クラウン・ブリッジ維持管理料を廃止すべき。 ・自院の責任でない破損についてのクラウン・ブリッジ維持管理は納得できない。 ・クラウン・ブリッジ維持管理料は過剰な咬合力による歯牙破損や外傷など、不可抗力による脱落破損の場合は除外してほしい。	同旨6件
・特に高齢者における口腔機能の低下が、生活の質の低下に大きな影響を及ぼすことも含め、生涯に亘る口腔機能の維持・向上に向けて、口腔機能管理の充実へ向けた評価を行うこと。	同旨3件
・訪問診療料の「20分以上」の縛りを撤廃すべき。	同旨7件
・大規模営利目的の訪問診療屋は療担規則で規制すべきであり、施設への訪問歯科診療の評価をこれ以上上げるべきではない。	同旨3件
・医科から歯科への情報提供の評価について、在宅歯科診療を推進するため、紹介元を医科の在支診・病からの情報提供に限定せず、全ての医科医療機関とし、また、紹介先を支援診の診療所だけでなく、全ての歯科診療所としてほしい。 ・歯科から医科への情報提供も評価してほしい。	同旨13件
・周術期口腔機能管理の推進と病診連携の更なる推進。特に歯科の併設のない病院における評価の充実をしてほしい。 ・歯科の判断で周術期の管理を始めることが出来るようにしてほしい。 ・歯科医院の患者のほとんどが何らかの基礎疾患を有しており、歯科治療を行う上で、医科との連携が欠かせない。全身疾患への対応における歯科の範囲を広げるとともに、医科歯科連携を積極的に進めるべき。	同旨4件
・感染症患者に対応した場合の加算として、感染症対策加算を新設すべき。	同旨2件
・メタルボンド、金属床、矯正、インプラントなど既に一般化された技術の保険適用範囲の拡大が必要。	同旨3件
・レセプト摘要欄に治療行為の日付を記載させることは個人情報保護の観点から中止すること。	同旨3件
・包括払いを出来高払いに改善してほしい。(例:インレー形成時の除去の算定不可、歯肉息肉除去)	同旨2件
・歯の保存技術の再評価を行うべき。	同旨1件
・シーラントの年齢制限の緩和。	
・連結冠等の切断面を研磨して残すことに対する評価をすべき。	
・充形・修形時の浸麻料を加算してほしい。	
・歯科医師が高齢者の栄養評価と栄養指導にあたることのできるよう評価項目を	

設けるべき。
・歯科医師によるがんの唾液検査を評価すべき。
・諸外国の歯科診療報酬並みの大幅な改善をすべき。
・著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を算定した場合に齟齬が生じないようにしてほしい。

2-7. 的確な投薬管理・指導の推進について(49件)

主な内容	
・お薬手帳の有無を算定要件とすると、手帳を拒否する患者が増えるので、やめるべき。	
・お薬手帳を必要としない患者に対して薬剤服用歴管理指導料の評価を引き下げると、平成 24 年度改定前に戻ってしまう。患者も混乱する。	同旨 11 件
・お薬手帳のデータ電子化などを進めるべき。	
・薬剤服薬歴管理指導料について、初診時に限り算定可として、2回目からは処方内容に変更がある場合や患者が希望する場合に限り算定できるとすべき。	同旨 2 件
・薬剤服薬歴管理指導料について、患者の同意を前提とすべき。	
・大病院の慢性疾患に対する長期処方、何か月に及ぶものもあり、医療とは言えず、長期処方の期間に上限を設定すべき。	同旨 4 件
・療養病床や精神病棟において、病棟薬剤業務実施加算の4週間の制限を撤廃し、全ての病棟や患者を対象とすべき。	同旨 19 件
・薬剤管理指導業務について、意識がない患者や認知症等で理解力のない患者も対象とすべき。	
・入院中と入院外で調剤技術基本料を 42 点に合わせてほしい。	同旨 2 件
・多剤投与の相互作用(併用注意・禁忌)に対する管理料・加算を新設してほしい。	
・残薬のチェックを保険薬局の一つの仕事として義務付けるべき。	
・薬の処方について、5捨6入はやめるべき。	
・医療材料や衛生材料のみでも調剤基本料を算定できるようにすべき。	
・分割調剤の導入を行うべき。	

2-8. 手術等の医療技術の適切な評価(34件)

主な内容	
・胃瘻からの離脱のための摂食機能療法の評価では、管理栄養士の存在が必要と明記すべき。	同旨 11 件
・休日・時間外・深夜加算の対象に、心臓カテーテル検査も拡大してほしい。	
・内視鏡検査の休日・時間外・深夜加算とは別に、内視鏡検査の基本点数を引き上げてほしい。	
・同一手術野における複数手術の併算定を認めるべき。	同旨 1 件
・外来管理加算は手術・処置を行った際に算定できず、外来管理加算を廃止し、再診料に組み込むべき。	
・鼓膜切開術にレーザー加算、鼓膜開窓術の新設を要望する。	
・ナビゲーション手術、低侵襲手術等を一層高く評価すべき。	
・水晶体再建術の点数削減は行うべきでない。	
・歯髄温存療法等、なるべく歯髄を残して抜髄を避けようとする処置の点数が低いので、引き上げるべき。	

・感染根管治療等の処置は、労作時間に対して算定点数が低いので、引き上げるべき。義歯調整算定回数制限を見直すべき。	
・コンピュータ技術を用いたセラミック修復 CAD/CAM 技術の歯科医療現場への導入を検討すべき。 ・CAD/CAMシステムの対象を大臼歯まで広げるべき。	同旨1件
・高気圧酸素治療について、救急的疾患で1週間以上経過した場合等の点数を引き上げるべき。	同旨6件
・移植医療について、迅速な治療体制の構築、専門的で高度な判断に対する評価を検討すべき。	
・難易度や専門性等の指標を示しにくい内科疾患に関する指導・管理等を適切に評価すること。	
・優先的に保険導入すべきとされた医療技術は、積極的に保険導入を行うこと。	

2-9. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について(9件)

主な内容	
・平成 28 年度改定において、対象範囲を狭めることなく、新薬創出・適応外薬解消等促進加算を制度化すべき。	
・類似薬がない新薬の評価方法を、原価計算方式以外の例えばHTAで評価する等、新たな評価方法を検討すること。	
・選定療養は速やかに保険適用すべき。	
・ヘリコバクターピロリ抗体検査について、慢性胃炎等の胃・十二指腸疾患の病名を加えるべき。	
・検査、処置、手術等で使用する医療材料は特定保険医療材料として、また、使用する薬剤は薬剤料として算定できるようにすること。	
・留置カテーテル設置時に使用する薬剤料について、手技料に含めず算定できるようにすること。	
・呼吸器リハと同日に行った酸素吸入及び酸素の費用について、包括とせず、算定できるようにすること。	
・新生児血液検査について、UBアナライザーを用いてTBとUBをEIAによって分離定量できる方法をルーチンの検査法にすべき。	
・腫瘍マーカーについて、第一選択肢としてできるようにすること。	

2-10. DPCに基づく急性期医療の適切な評価について(21件)

主な内容	
・7日以内の入院も一連となると、心カテ目的で入院し一度退院してPCIを行うケースなどで、治療法に影響がでることもあり、請求方法の変更を要望する。	同旨1件
・機能評価係数Ⅱへの後発医薬品指数の導入について、どのような医薬品を用いるかは意思が決定すべきであり、反対である。	
・大学病院本院から指導医療官を派遣した場合に指数を一定程度加算することが検討されているが、本省への派遣者も同等の評価をすべき。	
・DPCの機能評価係数Ⅱに指導医療官の派遣とあるが、保険診療の趣旨から外れている。何らかの補助金とするべき。	同旨1件
・臨床研修病院入院診料加算について、臨床研修プログラムの有無、研修医受入れ診療科毎の指導体制等を考慮し、加算点数を決定すべき。	

・DPCの様式1は、改定毎に項目が変わり、医療機関の負担が増す。適正な項目数、提出期限を検討すべき。
・DPCの様式調査は、診療報酬とは別の形で手当てすること。
・標準病名マスター作業班のDPC検索ソフトウェアを更新すること。
・DPCの係数配分が急性期医療に過剰配分されており、見直しを図る必要。
・DPCは出来高部分と包括部分が混在し、出来高部分の割合が減少していない。医療機関を通じて適正な情報発信がなされることを施設基準で定め、診療報酬点数に反映すること。
・死亡率、手術件数、合併症発生率、診療計画、人員配置等の指標を設定し、診療報酬算定に盛り込むこと。
・患者満足度への取組の点数化を検討すべき。
・DPCは出来高の請求可能分が多すぎるので、再考すべき。
・新鮮凍結血漿は点数が大きいにも関わらず包括対象となっており、出来高算定項目とすべき。
・同一病院内の非DPC病床からの再DPC転棟を規制すべき。
・部位不明・詳細不明コードの使用割合が20%以上の場合に機能評価係数Ⅱが0.05減点となるが、部位不明・詳細不明に該当する割合の高い病名もあるので、対象病名の見直しをしてほしい。
・一部の急性期病院を中心としたIR—DRG試行調査を検討すべき。
・複雑性係数とカバー率係数について、大学病院は、12症例の条件を撤廃するか、Ⅰ群の病院の基礎係数を上げてほしい。
・地域医療係数におけるⅠ群病院の定量評価指数について、大学病院は三次医療圏以外の患者割合が高いので、配慮すべき。
・術後合併・感染を副傷病名として反映させる等、副傷病分岐の充実による診断群分類の改善を検討すべき。

### 3. 「4つの視点Ⅱ」患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

#### 3-1. 患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進について(46件)

主な内容	
・再診時歯科外来診療環境体制加算について、引き上げるべき。初診も高い評価とすべき。	同旨 15件
・初診時の点数の引下げとならないようにすべき。	
・再診時歯科外来診療環境体制加算や在宅療養支援歯科診療所など、施設基準による差別はやめること。	同旨 2件
・再診時歯科外来診療環境体制加算について、歯科衛生士の配置の要件を撤廃すべき。	
・医療安全対策は、すべての医療機関が行えるよう基本診療料を引き上げること。	
・口腔機能の低下した高齢者の誤嚥・誤飲の危険性が増加しており、ラバーダム防湿等を評価すること。	
・歯科の情報提供文書の患者への提供は、文書作成の労力と時間が多く、画一的でない情報提供文書の在り方を検討すべき。	同旨 4件
・歯科疾患管理料の算定要件から、患者の自署、文書提供をなくすこと。	
・明細書無料発行は、医療機関に負担を求めるのは不適當。	同旨 9件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・明細書無料発行の促進には反対。</li> <li>・明細書は希望する患者にのみ発行することとすべき。</li> <li>・明細書は患者とのトラブルを引き起こすので廃止すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・明細書の患者への無料発行を義務化すべき。</li> <li>・明細書の無料発行について、400床未満の病院、診療所でも平成28年度に義務化すべき。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療録管理体制加算の引上げを要望する。</li> <li>・国のデータ収集に保険財源を使うのは筋違い。</li> <li>・情報処理資格を有する者を配置する場合に一定の評価を行うこと。</li> <li>・患者の栄養指導について、関連する全ての点数を引き上げること。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者サポート体制充実加算、医療安全対策加算等については、病院規模に応じた配置人員を規定すべき。</li> <li>・医療安全対策加算、感染防止対策加算は、広く医療機関が算定できる要件とすべき。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病名について、標準病名マスターの整備に併せて、標準病名の表記を改善するとともに、DPCコーディングの質の向上を図ること。診療行為について、診療報酬点数表の表記は改善すること。常用医学用語に換え、分かりやすい説明を加えること。診療報酬点数表の表記を根本的に見直し、算定ルールを分かりやすくすること。領収書・明細書の表記を分かりやすいものにかえ、全ての患者に明細書を無料交付すること。診療記録がまとめられたものを患者に交付し、各医療機関で診療情報を共有化すること。患者自己負担が高額になっており、改善すること。</li> <li>・診療報酬点数がどのようなコストから構成され、適正かをレセプトデータを開示して、国民・医療者に説明すべき。</li> </ul>	

### 3-2. 診療報酬点数表の平易化・簡素化(16件)

主な内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬点数表の平易化・簡素化と、頻繁な変更を抑えるよう要望する。</li> <li>・診療報酬点数表を分かりやすくすべき。</li> <li>・診療報酬改定のたびに、膨大な算定要件・施設基準要件の確認に忙殺される。</li> <li>・専門用語を言い換えても患者には理解できない。無意味な言い換えは現場に混乱を来す。</li> </ul>	同旨5件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設基準の届出をオンライン化すべき。</li> <li>・時間外対応加算の名称を変更すべき。</li> </ul>	同旨1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定疾患療養管理料、生活習慣病療養指導料、在宅療養料は週単位とすべき。</li> <li>・内服の算定要件を「内服の1調剤」＝「1剤」という解釈にすべき。</li> <li>・夜勤時間72時間の計算方法などが現場の混乱、業務の煩雑化につながっており、単純に22時～6時のまでの時間数を積算してほしい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬改定の実施まで最低3か月の周知期間が必要。施設基準の届出に際しても、十分な周知と経過措置を設けるべき。</li> <li>・義歯の調整に毎回金額が変わると思われないよう、義管B、Cの区別を統一してほしい。</li> </ul>	同旨1件

3-3. 入院中のADL(日常生活動作)低下の予防と褥瘡対策について(2件)

主な内容	
・療養病棟・病床における「医療区分及びADL区分に係る評価」を医療の現状に沿って見直すこと。	
・褥瘡の発生状況等の報告について、病院・有床診療所の負担を増加させるものはやめるべき。	

4. 「4つの視点Ⅲ」 医療従事者の負担を軽減する視点

4-1. 救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取組の評価について(81件)

主な内容	
・看護師の離職防止、2025年の看護師確保の観点から、看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間制限の72時間を64時間に引き下げること。 ・夜勤を行う看護職員一人の月平均夜勤時間を72時間以内とすべき。 ・特定集中治療室、ハイケアユニットにも看護職員月平均夜勤時間の制限を設けるべき。急性期の特定入院料について、看護職員の夜勤時間の制限がされておらず、見直すこと。	同旨 10件
・看護職員の1人当たり年間総労働時間が1720時間以内とする人員体制が整備されている場合は1日当たり50点の加算をすること。 ・夜勤専従者の勤務時間上限144時間を再度設定すべき。	
・72時間ルールが満たせない病棟の評価について、経営者の看護職の夜勤負担の認識をゆるめ、夜勤回数を増やし、負担が重くなるので反対。	同旨1件
・夜勤者勤務時間72時間以内の制限については、やりくりするのは非常に厳しく、緩和すべき。 ・精神科などの15対1の看護基準では、平均夜勤時間72時間をクリアすることは困難であり、何らかの緩和措置が必要。	同旨5件
・72時間ルールで多額の自主返還が発生しており、ペナルティとして苛烈すぎる。72時間要件を満たさない場合の緩和措置について、賛成。	同旨2件
・72時間夜勤ルールに精神科についての記述が見当たりません。精神科と一般科を分け隔てない形で考慮してほしい。	同旨2件
・夜間における看護補助者の評価の充実だけでなく、夜間の看護職員の配置の評価の充実を要望する。	同旨3件
・7対1以上の手厚い看護職の配置の評価を要望する。	
・二次救急以上の医療機関でのコメディカル職員の24時間体制を評価すべき。	同旨3件
・二次救急後に専門的治療を行う医療機関の受入れを促進するよう見直すべき。	
・医師事務作業補助者の勤務場所等の制限は、現場を縛るので反対。	同旨1件
・特定機能病院において、医師事務作業補助体制加算の算定を可能とし、増額すること。	同旨 27件
・精神科病床において、医師事務作業補助体制加算の算定を可能とすること。	
・医師事務作業補助体制加算の対象となる医師について、経験年数や臨床研修病院等の条件を設けるべき。	
・医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算の緊急入院患者数の要件が病床数に関わらない人数の設定となっており、病床数に対する割合に変更すべき。	
・外来クラーク・病棟クラークの配置に対する評価をすべき。	

・医療技術者のモチベーションを上げ、検査業務の重要性を患者に知らせるため、医療技術職の業務を診療報酬として評価すること。	
・医師や看護職員の必要人員数算定にあたって、勤務医や看護職員の負担軽減及び処遇改善に対する体制の措置を基に再計算して、診療報酬上の配置計画を見直すこと。	同旨2件
・地方の勤務医の過重労働は増すばかり。日本全国に均等に医師が配置できるような仕組みを構築すべき。	
・医師は時間外労働、宿直など、労基法違反が日常的。看護師は夜勤が月3分の1。診療報酬でこの点を改善すべき。	
・開業医の負担軽減の対応もすべき。	同旨1件
・診療所も含め、文書の作成など事務処理を伴う算定要件を大幅に減らすこと。	
・交代勤務が医師にはなく、加算等を付けても医師不足では対処のしようがない。	
・入院基本料加算、医学管理料等の要件の患者指導等について、他の医療職種に拡大すること。	
・保険請求事務について、要記載事項を減らす等、レセプト記載要領を見直すこと。	
・麻酔料等について、増額するとともに、算定要件を緩和すること。	

#### 4-2. チーム医療の推進について(13件)

主な内容	
・病棟薬剤業務実施加算について病棟毎に算定できるようにすること。	
・病棟薬剤業務実施加算では病棟毎の20時間でなく傾斜配置を認めるべき。	
・精神科急性期チーム医療への薬剤師の明記を実施すべき。	同旨3件
・外来リハビリテーション料はカンファレンス、診療録記載等の要件を見直すこと。	
・外傷全身CTは救命救急入院料届出の要件を撤廃すること。	
・CT撮影における3D等による画像再構成処理に加算を設けること。	
・内服薬の一包化加算を医科歯科にも設けること。	
・早期退院促進のため、退院時共同指導料の算定基準に含まれていない病院薬剤師も評価すべき。	
・DMATを保持している病院について、災害・地域への実績・貢献度、設備の充実度等により、病院個々の評価をしてほしい。	
・増粘剤等の治療用特殊食品等を使った食事の提供は入院時食事療養費に加算すること。	

### 5. 「4つの視点Ⅳ」 効率化余地がある分野を適正化する視点

#### 5-1. 後発医薬品の使用促進策について(34件)

主な内容	
・後発品の使用促進を進めるのであれば、信頼度の高い後発品が提供されるよう行政指導すべき。	
・後発品の安全性の追求が必要。後発品の有効性と安全性について先発品と同等の基礎及び臨床試験をするべき。	同旨9件
・後発品が安心して使用できるものか定期的なチェックを厚労省は行うべき。	
・投与すべき薬剤の選定は処方医が医学的判断により行うものであり、効能・効果や用法・用量が統一されることが先決。	

・一般名処方加算について、院内処方・外来の注射薬も評価対象とすべき。	
・一般名処方をしながら、後発変更不可の意思表示をする医師が結構おり、医師の理解をえる必要。	同旨1件
・一般名処方の場合は、患者に後発品について懇切丁寧に説明することを明確化すること。	
・一般名処方の場合は、患者に後発品について懇切丁寧に説明することは、通知で明文化するのは乱暴。	
・最初から後発医薬品で処方することを徹底し、一般名処方加算を廃止すること。	
・後発医薬品の薬価を全て同一薬価にすること。後発薬が新規収載されたら、先発薬は後発薬の10%以上低く薬価を変更すること。調剤薬局は、一番安価な後発薬とし、先発薬との差額を請求できること。	
・後発品は1先発品あたり3品目に限り、価格を統一すること。	
・後発品は1価格帯とすること。新規後発品は先発品の3掛けとすること。	同旨1件
・療養担当規則の後発品の使用努力義務を廃止すること。	同旨1件
・後発品への変更不可欄に署名のない処方せんについて、調剤薬局が処方医に確認することなく、後発品への変更調剤が可能な取扱を廃止すべき。	
・後発品処方への強引な誘導は撤回すべき。	同旨1件
・調剤報酬の後発医薬品調剤体制加算は、減算評価にすべき。	同旨1件
・調剤薬局の後発品加算をもっと減らすべき。	
・後発医薬品調剤体制加算について、上限を設けないようにすべき。	
・後発医薬品調剤体制加算は後発品がないものは除外すべき。	
・調剤割合に極端な偏りがある保険薬局は加算の対象外とするとあるが、漢方薬の数量換算を公正な評価とすべき。	
・後発品のある先発品の数量に規格違い・剤型違いしかないものを含めることは、医療現場の混乱を招くのでやめるべき。	
・後発医薬品体制加算のDPC対象患者の算定を認めるべき。	
・特定の医療機関の集中率が50%以上の場合は、調剤基本料24点、基準調剤加算算定不可とすべき。	
・後発品がでたら、先発品の商品名を使用可能とすること。	

5-2. 長期収載品の薬価の特例的な引下げについて(6件)

主な内容	
・後発品への置き換えが進まない場合の特例的な引下げは、企業経営の予見性の観点から、引下げ幅を固定すべき。	
・後発品メーカーが1社しかない場合は、置き換えが60%にスムーズにいくとは思えない。その場合の緩和措置が必要。	
・既存の先発品の特許が切れたら、後発品なみの薬価に低価格改定を行うべき。	同旨2件
・後発品の使用促進より、先発品の価格を引き下げる方が医療費削減に役立つ。	
・薬剤等によっては逆ザヤになるものがあり、適正な価格と言いがたい。品質管理上不良在庫となるものも多数あり、原価率が30%を超えるような評価は異常。	
・薬価引下げで生ずる財源は診療報酬の財源として包摂されるべき。	

5-3. 平均在院日数の減少等(2件)

主な内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院の在院日数の短縮や病態にあった適切な医療施設等への整理が図られている。自治体の保健・医療・福祉行政の施策が大きい。自治体には医療のデータがなく、レセプトデータに住所地を加え、自治体ごとの医療実態が把握できるようにすべき。</li> <li>・後方支援病院の受け入れにも重症度に応じた加算ができるようにすべき。</li> </ul>	

5-4. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価(63件)

主な内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・うがい薬だけの処方への保険適用除外は、他の医薬品や医療行為の保険外に広がる懸念があり、反対。</li> <li>・うがい薬、湿布、ビタミン薬、風邪薬を保険から外すことには反対。重症化を招くことで保険財政へ影響。今後、風邪や捻挫等が保険適用外となれば、若者を中心にますます保険料を納めなくなる。</li> <li>・治療に必要な予防投与は保険請求が認められないため、項目にあがることがおかしい。</li> <li>・うがい薬だけの処方の見直しは、歯周基本治療や各種の観血的処置が多く、うがい薬のみの処方是一般的にあり得る。医師の裁量権の侵害であり、反対。</li> <li>・うがい薬だけの処方は償還率を引き下げるなどの検討をすべき。</li> <li>・風邪薬や湿布剤は全額自己負担としてもよい。</li> <li>・金銀パラジウム合金の材料価格高騰に対応しない告示価格改定を見直すこと。また、告示価格改定のルールを公開すること。</li> <li>・衛生検査所検査料金について、経営主体別の検体検査実施施設を選抜調査して、実際の市場価格を提示し、是正を図るべき。</li> <li>・検体検査の評価は、登録衛生検査所の実勢価格と医療機関の実勢価格の調査を行い、適正評価の根拠に加えるべき。</li> <li>・消費税増税を控え、検体検査部門は試薬費の増大が予想され、適正な係数設定をすべき。</li> <li>・高価な薬剤を継続的に使い続けなければならない場合、患者負担や医療経済的に大きな問題。高い薬価を引き下げるべき。</li> <li>・10歳未満の小児の処方せんは基本点数を上乗せするか、分包する薬剤は分包料の点数を付けるべき。</li> <li>・診療所における高額検査の検査料を引き下げるべき。</li> <li>・心臓カテーテル検査など、高額な材料を使用する検査において、材料費を包括しないで算定できるよう要望する。</li> <li>・処置や検査点数の引き下げ、初再診料への包括拡大に反対。</li> <li>・もの代は、診療報酬上、原則、手技料とは別に評価すること。医療機関の持ち出しとならないような点数設定とすること。</li> <li>・乳幼児加算を引き上げ、注射料・処置料に乳幼児加算を新設すること。</li> <li>・経口摂取不可の患者に、経腸栄養剤を保険適用すること。</li> <li>・根拠のない医薬品の用量・用法の規定を早急に改めること。</li> <li>・ザイディスク・フィルム剤・チュアブル剤は錠剤の分類でありながら、極めて液剤に近い薬剤が多数開発されているが、液剤に分類すべき。</li> <li>・骨折なく突指等の場合の処置項目と処置に使う材料の適切な評価を行うべき。</li> </ul>	<p>同旨 39 件</p> <p>同旨 2 件</p> <p>同旨 1 件</p> <p>同旨 1 件</p>

・抜髄、感染根管治療といった歯内療法治療について、使用薬剤、細菌培養検査の実態と原価に即した点数化を行うこと。
・医薬品、医療機器開発に当たっては、医療費以外の財源も考えられ、マンパワーこそ最大限評価すべき。
・薬価、医療材料の設定は市場価格調査を基に行っている由であるが、中小の医療機関では設定価格よりも上回って納入している事例が少なくなく、不合理な支出の改善を要望する。

#### 5-5. 大規模薬局の調剤報酬の適正化等(11件)

主な内容	
・大規模薬局の適正化は、大規模薬局を定義する蓋然性がない、どの時点のどの基準を未妥結とみなして減算対象とするのか基準が不透明等の問題がある。	同旨2件
・大規模に限らず、調剤薬局全体への評価として、薬局機能の充実、流通改善への寄与・不寄与、医薬品の価格決定のメカニズムを確立すべき。	
・調剤報酬の点数に差を作れば、患者は安い薬局に行き、門前への誘導になる。	
・24時間調剤が可能な保険薬局を除外する必要はない。	
・薬局の規模にかかわらず、調剤料の見直しも行うべき。	
・上場企業、その関連会社が経営する薬局の評価を見直すべき。	
・調剤ポイントを提供して実質的に値引きを行っている保険薬局の評価の適正化も検討すべき。	
・月4000回を超える調剤薬局への支払いを1割カットすべき。	
・調剤薬局の24時間調剤体制を評価するのであれば、病医院の24時間体制も評価すべき。	
・妥結率の計算では、取引量の多い卸は未妥結、取引量が少ない卸のみ妥結して妥結率を引き上げるといった抜け道がないよう適切な評価軸とすべき。	
・妥結率が低い製薬会社にペナルティとした方が薬価の値下げ圧力が増す。	

#### 6. 消費税8%への引上げに伴う対応(136件)

主な内容		
・消費税対応について、初再診料及び訪問診療料で評価すべき。	同旨42件	
・初診料、再診料の十分な増点をすべき。		
・診療所や中小病院の医療を評価するため、初再診料に消費税対応分を上乗せして引き上げるべき。		
・入院料は消費税対応分を上乗せして引き上げるべき。入院等に上乗せ財源を多くすべき。		
・医科は初診料12点、再診料3点の引上げを確実に行うべき。歯科は初診料16点、再診料3点を上乗せすべき。		
・小児科外来診療料についても消費税増税相当分の増点を行うべき。		
・歯科は、再診料へ上乗せする比率を上げるべき。訪問診療料も上乗せすべき。		同旨9件
・歯科は、初診料10点、再診料5点を上乗せすべき。		
・歯科は、歯冠修復及び欠損補綴の装着に関する項目も上乗せすべき。		同旨1件
・小児科外来診療料、外来リハビリ診療料、外来放射線照射診療料、開放型病院共同指導料、退院時共同指導料、在宅患者訪問診療料等も上乗せすべき。		同旨2件
・入院時食事療養費でも対応すべき。		
・消費税の損税を国民に明確に分かるよう、通常改定分と別にすべき。		

・今の初再診料の引上げ案では、十分な補填となっていない。	同旨2件
・初再診料を引き上げた上で、消費税の影響が大きな項目に補填すべき。	同旨1件
・医療経済実態調査の結果を踏まえ、基本診療料・調剤基本料への上乗せを中心としつつ、個別項目への上乗せを組み合わせ対応することを基本とすることとなっており、基本診療料にほとんどを配分すべきではない。	同旨2件
・消費税分科会の中間整理に沿った案1にすべき。	
・診療所は、外来管理加算や医学管理加算で十分な配分がされており、消費税負担が少ないこともあり、できる限り配分を抑えるべき。	同旨1件
・一律に初再診料を引き上げるのではなく、国民が真に必要としている赤字部門の病院等により多く配分すべき。大幅な黒字の診療所への配分は不要。	
・明細書に消費税対応分が薬価等の上乗せされていると表示すると、患者からの苦情につながる。	同旨3件
・医療機関向けポスターを作成して配布してほしい。	同旨5件
・医療機関の増収でなく、消費税分であることを国民に十分説明すべき。	
・3%の消費増税を賄える額で診療報酬を上げたなど詐欺に近い。	
・今回の改定率は、実質的に△1.26%であり、消費税転嫁対策特別措置法に違反した、いわば国による医療機関への買ったたきである。	
・通常改定分でみると、ネットで△1.26%のマイナス改定であり、消費税増税充填分を薬価引下げ分で充当するのはいかがか。	同旨15件
・6年ぶりの実質マイナス改定を行うことは容認できない。消費税の税率引上げへの対応を完全に行い、さらにプラス改定を行うべき。	
・今回は消費税の半分、診療報酬1.5%アップを切望する。	
・消費税への対応分を含めて総枠を引き上げるべき。	
・十分に検証を行い、引上げ分が適正に手当てされていない場合は、再改定を行うべき。	
・改定前に既に存在する損税も含めた対応をすべき。	
・医療経済実態調査の結果により、医科+0.71%、調剤+0.18%、歯科+0.87%という改定率となっているが、これは実態に反して低いので、歯科をより高い改定率とすべき。	
・1点10円から1点10.2円にするなどの対応も検討すべき。	同旨1件
・医療機関が消費税分を負担するかわりに診療報酬で補うことは、消費税ができたときからの約束であり、これなしに医療機関のキャッシュフローは回らない。	同旨3件
・消費税への対応は、診療報酬の対応では無理がくるので、抜本的に税制を変えよう議論が必要。	
・消費税10%引上げ時には税制の根本的解決を要求する。ゼロ税率となるか、非課税還付返還方式にするか、いずれかで解決すべき。	同旨19件
・消費税は還付方式がよいという声大きい。	
・損税分について、年ごとに申告して、所得税で調整すべき。	
・10%への引き上げ分の対応も行うべき。	
・保険診療に係る仕入・薬剤を含め、全て公平に無税とすべき。	同旨3件
・薬価や特定保険医療材料価格に補填されているかのごとき記載は不当。	
・院内処方を行っているが、院外処方に比べ逆ざやになり、公平な対応をすべき。	同旨1件
・損税解消のため外税方式にしてほしい。	
・消費税率引き上げに反対。	

7. その他(24件)

主な内容	
・パブコメの募集期間が短く、広く国民に知らせていない。	同旨4件
・全体改定率が実質マイナスでは、医療の充実は困難。	同旨4件
・診療報酬の実質マイナス改定に断固抗議。	
・薬価引下げ財源を技術料で補填すべき。	同旨1件
・診療報酬は時間当たり単科一覧を示すべき。	
・保険外併用療養の拡大を行うべきでない。	同旨1件
・慢性的な通院の自己負担に対する補助制度を作してほしい。	
・支払基金のコンピュータによる審査内容のアルゴリズムを公開すべき。	
・リンパ浮腫治療の弾性着衣の療養費の支給対象患者を拡大すべき。	
・産婦及び新生児の離乳食の材料のCS測定は必要。	
・今後の医療費の増大を考えると、消費税3%引上げでは足りない。いかに入院費を抑えて、外来医療へ転換するか、その際に医療の質が落ちることに耐える国民的なコンセンサスが必要。	
・患者負担を最大2割としてほしい。	同旨1件
・生活保護受給者は償還払いにすべき。	
・医療費の自己負担など福祉に使うお金には色を付けるべき。	

## 中央社会保険医療協議会総会(公聴会)の概要

平成26年度診療報酬改定に当たり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の声を聴く機会を設定することを目的として公聴会を開催した。

### 1. 開催日時

平成26年1月24日(金)13時00分～15時00分

### 2. 開催場所

宮城県仙台市 東京エレクトロンホール宮城(宮城県民会館) 大ホール

### 3. 参加者

約320名(うち、意見発表者10名)

(※参考:平成24年度 約460名、平成22年度 約200名)

### 4. 意見発表の主な内容

#### 意見発表者①(男性・企業経営者)

- 報道等では景気回復が叫ばれているが、中小企業の経営、従業員の生活は依然として厳しい。一方、医療、年金、介護等の社会保険の負担は急増しており、中小企業の経営は先行きの見通せない不安感の中で、圧迫されている。
- 診療報酬について、政府はプラス改定という判断をしたが、被保険者が納得できるような方策を講じて、医療費を抑えていただきたい。効率化の余地がある分野を適正化する視点から、意見を申し上げる。
- 病院の機能・役割の分担について、財源に限りがあり、効率的かつ効果的な配分が重要。我が国は最も手厚い看護配置の病院が多すぎると言えるかと思う。高度急性期から急性期、慢性期における病床のアンバランスを是正しながら、地域ごとに、病床数のコントロールが必要である。受け皿病床、いわゆる亜急性期の病床が急減し、逆に急性期病床が増加している現状では、看護師不足など、高コスト体質の要因にもなっている。加えて、患者の状態に応じた看護マンパワーの適正配置を実現してほしい。
- 一般病床における長期入院の是正による入院期間の短縮、社会的入院の解消、外来受診の適正化、ジェネリック医薬品の利用促進等が重要。
- 特に後発医薬品のある先発医薬品、すなわちブランド薬品について、なかなかジェネリック医薬品の利用促進が進んでいないため、ブランド薬品の薬価の引下げなども考慮いただきたい。
- 外来医療について、機能分化・連携の考え方は非常に重要。何かあったときに、主治医が専門医療機関と連携しながら、入院から在宅までの切れ目ない医療ができるような包括ケアシステムを実現していただきたい。
- 医療費を抑える方策を講じ、保険料負担者が納得できるような効率的かつ効果的な体制を構築していただきたい。

#### 意見発表者②(男性・医師(有床診療所院長))

- 当院は、東日本大震災で大規模半壊の被災を受けた有床診療所である。被災時は入院患者もおり、同時に、被災された近隣の約30名の避難者を診療所建物内に受け入れた。
- 被災1週間後に、仮復旧ながら、外来診療を当院のスタッフ、被災した調剤薬局のスタッフとともに再開した。全壊状態であったにもかかわらず、入院を継続し、被災後1週間で外来、在宅診療を再開できたのは、当院が有床診療所であったからこそできたことと感じている。

- それには、以下の3つの理由が挙げられる。1点目には、平時より院内に医薬品、カテーテル、注射、注射針等の医療材料、処置器具、水、食料、毛布、シーツ等の生活必需品が在庫してあったこと。2点目は、被災しながら上層階の空き病室を診察室に一時転用し、外来診療機能の再開を果たしたこと。被災直後から、被災地での災害拠点診療所の役割を果たした。診療再開後は、有床診ならではの設備、スペースを利用しながら、出身医局のボランティアドクターも加わり、外来、在宅、入院診療を行い、院内外の災害復旧も、診療を途絶えることなく進めることができた。加えて、有床診として24時間当直対応体制をとっているため、被災地にも臨機応変に対応できたので、被災地の中で、患者、被災者に対し、希望をともし灯台のような役割を担うことができた。
- 被災地は、毎日が救急対応であり、診療所としては重装備の有床診であったからこそ、早期の診療再開と医療の継続提供ができた。有床診療所の体制に更なる評価をいただき、今後も地域医療の維持、災害に強い有床診療所として更なる災害対応能力の向上にも努めたい。

#### 意見発表者③(男性・労働組合)

- 患者、被保険者の立場から、私たちが求める医療とそれを実現するための診療報酬改定の方向性に関して、意見を述べたい。住み慣れた住まいで必要な医療と介護を切れ目なく受けられ、尊厳をもって暮らせる社会であってほしいと、誰もが思うはず。私たちが求めるのは、2025年の地域包括ケアシステムの構築に向けた改革を着実に進めること。診療報酬改定について、4点意見を述べたい。
- 地域包括ケアシステムの構築を具体的に進めていくためには、医療機関の機能分化と、病院と診療所、医療と介護の連携強化が重要。一方、被保険者、患者にとって、保険料負担の増加も無視できない。特に、中小企業では、賃金が伸び悩む中、保険料を支払うことへの納得性を確保することが不可欠。また、より質の高い安心と信頼の医療を望んでおり、入院したらADLが低下した、褥瘡ができたなどということがないよう、一層、質の高い医療を充実していただくよう要望する。
- 2025年に向けて、約205万人の看護職員の確保が必要と推定。現在、看護職員の月平均夜勤時間の論点として、13対1、15対1、その他の入院基本料に、7対1、10対1と同じ特別入院基本料の創設が提起されている。看護職員の定着を図ろうとする流れに逆行するものであり、反対する。当面は72時間を維持し、将来的に月8回、64時間にすべき。看護職員の定着を進め、医療安全や質の高い医療を確保するためにも重要。
- 患者の視点から、医療の透明化を一層進めるため、全ての病院、診療所で例外なく明細書を無料発行するよう、期限を明確にして推進すべき。医療や医療費の内容を患者自身が知ることは、患者と医師の信頼関係を構築する上でのベースとなる。信頼関係がより強固になることは、より質の高い医療について医師、患者がともに考えるきっかけになる。昨年、不正請求事案が度々報道されたが、患者自身が明細書で医療の中身を確認することの必要性を再認識させるもの。ぜひとも、期限を区切って病院、診療所に例外なく義務化すべき。
- 消費税8%の引上げに伴う対応は、「医療機関等における消費税負担に関する分科会」の「議論の中間整理」に沿って行うべき。中医協総会に提起された初・再診料への3%を超える上乗せには反対。

#### 意見発表者④(女性・看護師)

- 訪問看護の大規模化を進めるため、機能強化型訪問看護ステーションを診療報酬改定で評価するよう意見を述べる。
- 急性期病院の在院日数が短くなり、重症度の高い方、医療機器の必要な方も短期間で退院して在宅に戻る。在宅での看取りを希望する方も増えている。複数の病気を合わせ持って、薬の調整や、様々なサービスの組み合わせが必要な難しいケースも多い。こうした利用者の変化に対応するため、今後の訪問看護ステーションに求められる役割は、24時間365日の対応、看取りのケア、重症度が高い方の受入れであると思う。
- 24時間対応や看取り、重症度の高い利用者への対応をしっかり担えるステーションを機能強化型として評価することにより、ステーションの大規模化を進めていただきたい。大規模なステーションがあれ

ば、これらのサービスを看護師の過重労働に頼らず、安定して提供できるだけでなく、地域の訪問看護体制の底上げにつながる効果も得られる。

- これから必要とされる訪問看護師の数を考えれば、即戦力の人材だけに頼ってはい間に合わない。訪問看護をやってみたいという未経験者を自分たちで育てる体制が必要。小規模なステーションでは、自前で教育、研修を行う余裕がないのが実情。大規模ステーションが、自分の職員の研修だけでなく、他の小規模ステーションで採用された看護師も集めて研修する体制ができれば、地域全体の訪問看護の量を増やし、サービスの質を高めていくことにもつながる。
- 在宅医療は、患者に関わる多職種の情報共有と相互理解があってこそ、円滑に進めることができる。地域の医療職や介護職、ケアマネージャーとともに、研修会を定期的で開催し、知識や情報の共有、日々の連携により効果をもたらす。大規模なステーションであれば、地域への情報発信、地域住民への相談対応等を通じて、在宅療養がしやすい地域づくりの一翼を担うことができる。

#### 意見発表者⑤(男性・健康保険組合)

- 健保組合は医療保険財政の安定的な運営を図る努力をしているが、経済成長を上回る医療費の伸び、高齢者医療制度への支援金、納付金の増大等により、健保組合全体で巨額な赤字を計上。一方、医療経済実態調査によると、医療機関の経営は安定しており、改定率が若干とはいえプラスになったことは大変残念。
- 具体的な点数設定等の議論の際には、限りある財源を効率的かつ効果的に配分することを主眼に、社会保障・税一体改革に基づき、高度急性期から急性期、亜急性期、慢性期に至る病床の役割を明確化した上で、機能分化の推進に重点に置いた評価を行うべき。これによって、長期入院の是正や社会的入院の解消も一定程度図られる。さらに、主治医機能の強化による外来受診の合理化、効率化など、国民、患者に納得と理解が得られるような医療提供体制を整備するようお願いする。
- 7対1入院基本料の病床を、2025年に向け半分程度に削減する方針が示されている。7対1入院基本料の病床を削減し、超高齢社会にふさわしい医療提供体制を構築するため、重症度・看護必要度の評価指標の見直しや特定除外制度の廃止等を行うとともに、その受け皿となる亜急性期病床の整備を図るべき。
- 主治医機能の評価について、中小病院及び診療所の外来は、高齢者を中心に複数の慢性疾患を持つ患者に対し、全人的かつ継続的に診ることを評価すべき。認知症に加え、複数の生活習慣病を抱えている患者に対して一医療機関が算定することを前提に、服薬管理や後発医薬品の積極的な使用、24時間の対応、在宅医療への関与、重複検査の防止等を要件に、指導料や処方せん料等を包括化した評価体系とすべき。
- 消費税率引上げに伴う対応について、改定の基本方針でも、基本診療料への上乗せによる対応を中心としつつ、個別項目への上乗せを組み合わせる形で対応することを基本とすると明記。保険者としても、この方針に即して対応すべきと考える。診療側は、基本診療料に消費税引上げ分の財源を全額投入することが医療機関にとっては公平な仕組みであるとの意見だが、国民、患者の立場からは、受けた医療行為に見合った消費税を負担するのが公平な仕組み。全額を基本診療料に配分すると、基本診療料は消費税引上げ率以上に引き上げられ、国民から理解が得られない。個別項目にも一定程度配分することを重ねて要望する。

#### 意見発表者⑥(男性・医師(民間病院院長))

- 昨年末に改定率が出されたが、消費税対応分を除くとマイナス1.26%の改定。非常に厳しい財源の中での改定になるが、質の高い地域医療が継続して提供できるよう配慮をお願いしたい。
- 平成26年度改定においては、重点課題として、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等が挙げられている。機能分化については、医療法で検討されている病床機能報告制度との関係が不明瞭に思われる。できる限り医療法と診療報酬との整合性を図った上で進めていただきたい。
- 7対1入院基本料の病院について、特定除外制度の見直しや短期滞在手術を平均在院日数の計算か

ら外すなど、急性期病床を減らす方策が書かれている。今後の高齢化社会を見据え、病床の機能分化を進めていくことには賛成だが、診療報酬による行き過ぎた誘導は避けるべき。平成26年度には各医療機関がそれぞれの地域の実情をよく考えて、今後の自院の病床機能について都道府県に届出を行う制度が始まるので、医療機関の自主的な取組を見守って、診療報酬でサポートするよう、点数設定を考えてほしい。

- 亜急性期についても機能分化の観点から充実するとされているが、在宅患者の急性増悪の受入れを亜急性期病棟で行うのであれば、急性期に対応できる人員配置が必要であり、急性期と同等の評価を行う必要。リハビリテーションも、現在と同様に亜急性期病棟の中で行える必要がある。
- 主治医機能に関しては、地域の民間病院や診療所が地域住民の主治医機能を果たしていくことが必要。現在、国が進めている地域包括ケアシステムにおいても、医療・介護連携における中心的な役割を果たすのは地域の民間病院、診療所。地域の医療・介護を支える医療機関の評価を、診療報酬でもお願いしたい。
- 在宅医療については、在宅療養支援病院・診療所については、増やしていく必要。連携による機能強化型の在宅療養支援病院・診療所に実績基準を新設するとされているが、基準を厳しくするのではなく、各地域で在宅医療を担う医療機関を増やしていくことが必要であり、在宅医療において、連携の中心となるのは病院、診療所。その点を考慮した診療報酬での評価をお願いしたい。
- 救急医療について、今後、高齢者の救急搬送は増える。受け皿となる二次救急医療機関に対する評価を行っていただきたい。中医協では、救急医療管理加算の算定要件を厳しくする提案が行われているが、二次救急医療機関への影響が非常に大きい項目で、慎重な対応、検討をお願いしたい。

#### 意見発表者⑦(男性・患者)

- 診療明細書の全患者への無料発行の徹底について、多くの薬害において、被害者は自分に投与された薬剤名、血液製剤名が分からないため証明ができず、大変苦しい思いをしてきた。診療報酬明細書の全患者への無料発行が決まってから、4年経った。4月から400床以上の病院では完全実施となるが、その他の医療機関でも完全実施を急いでいただきたい。当初は一定の猶予期間が必要だったと思うが、これ以上の猶予はほとんど意味がない。医療機関が発行に向けたシステム変更に着手しやすいように、猶予の終了時期を示していただきたい。
- 4年前以前と同じように、希望患者にだけ発行すればいいと勘違いしている診療所もまだある。また、公費負担で自己負担がない場合も、厚労省は診療明細書の発行を促す通知等を出しているが、その結果は検証されていない。患者本位の運用がなされているかどうか確認し、適切に対処する必要。
- 国には、情報公開や教育を通じて、国民の医療リテラシー、医療情報を十分に活用する力を向上させる責任がある。厚労省は中医協改革の際に患者の視点の重視をうたい、医療安全の観点から患者と情報共有の大切さを周知した。医療明細書発行の完全実施は、その第一歩だと思うので重ねてお願いしたい。
- 現在、国は経済の成長戦略として、医療のイノベーションなど新薬の開発や普及等に力を注いでいるように見える。医療イノベーションの成果が国民の健康増進につながっていくことは歓迎すべきだが、保険診療によって過剰に経済成長を押し進めようとする中で、高度経済成長時代に公害問題、薬害問題が引き起こされたように、再び薬害が起こってしまうのではないかと非常に心配している。難病で本当に薬を必要としている患者にとって、価値のある医薬品、医療機器のイノベーションこそ高く評価すべき。過剰な産業振興のために保険医療が使われることのないよう、配慮した上で、費用対効果指標の検討を進めるなど議論を深めていただきたい。

#### 意見発表者⑧(男性・歯科医師)

- 個人開業の多い歯科業界では、経営努力も限界で、医院経営は厳しい。基本診療料である初・再診療が歯科だけ低く評価されていることは遺憾であり、治療時間が長く、一日の患者数が少ない歯科では、スタッフの給与の元手となる初・再診料が低いと、安心・安全で質の高い医療が提供できない。日

常的な充填処置、根の治療等も点数が低く、治療の時間や労力に対してこんなに安いのかとびっくりする患者もいる。

- 歯科治療へのニーズも変わっており、前回改定で口腔機能管理が保険に導入されたことは画期的だが、周術期に限定されており、手術関係より、外来の高齢者や在宅歯科医療で、機能低下への対応が求められる。
- 在宅歯科医療については、必要は分かっているが制限があって積極的に取り組めない状況。個人開業医が診療時間中に在宅に赴けば、不在中に来院した患者が困るし、往復の時間をかけて訪問診療をしても採算が合う評価ではない。20分以上でないと訪問診療の算定を認めない扱いは改善していただきたい。通院できない高齢者の居宅で処置や手術を行い、翌日に傷の消毒を行う場合、20分もかからず終わることもある。地道に患者の居宅で行う診療と、企業的に一度に大勢の患者を診る場合と、切り分けて評価すべき。時間制限は医科での訪問診療にはなく、改善してほしい。
- 歯科疾患管理料では、初診から2か月以内に1度請求しないとその後の請求ができない。管理中に患者の入院等があって4か月以上の請求が中断すると、その後の管理ができない。クラウンブリッジ維持管理料においては、歯科医師に責任のないケース、滑って転んでかぶせた冠が壊れた場合でも、一定期間新しく作り直す費用を医療機関が負担する。患者に渡す文書について、高齢者や障害者でも本人に内容を記載してもらった部分があり、スタッフが聞き取って記入することは問題とされている。文書提供の頻度も治療時間に影響している。根の治療では、根に充当した直後にエックス線を撮影しないと、同じ充填の評価が低くなり、後日、隣の歯の治療後に1回の撮影で被曝量を少なくすることも認められない。
- 高齢化も含め、患者のニーズは多様化している。歯科医療も、虫歯治療や歯周病治療、入れ歯治療から、口腔機能の維持管理へと大きな移行期を迎えている。患者の様々なニーズに応えるべく、保険というルールの中で、最善の医療を提供するのが保険臨床医。現状をよく把握せずに机上の決めごとで臨床の多様性を規制することのないよう、点数の増点、算定要件の見直し、簡素化を要望する。

#### 意見発表者⑨(男性・行政)

- 急性期病院では臓器別の専門医をそろえ、設備やスタッフも充実した治療中心の病院、急性期を終えた患者を受け入れ、在宅復帰までの中間的病院、機能回復のリハビリ中心の病院など、役割をそれぞれ担って、患者が在宅まで切れ目のない医療と介護が受けられるような機能分化と連携は大賛成。そのためには、患者情報の共有が必要不可欠で、ICTの活用は非常に有用だと思う。重複する検査、医薬品の解消も図られ、医療費削減も非常に期待される。医療機関の機能分化・連携は、ICT導入とセットでなければ推進は図れないと思うが、ICTの導入には、費用と維持管理費がかさむため、何かしらの助成制度、補助制度の創設を考えてほしい。
- 地方では医療資源が不足しているが、地域での包括的な医療、介護サービスの提供には幅広い知識や経験が必要。包括的なサービスのコーディネーター役は、総合医の役割だと思う。総合医の普及により、かかりつけ医の役割も果たせ、地域包括ケアシステムの推進や充実にも大きく関わって貰う。社会保障費の医療介護の経費節減には、生活習慣病の予防や介護予防の効果は大きい。総合医に予防活動も含めた包括的な医療介護を担っていただき、急性期のような出来高払いの診療報酬ではなく、包括した診療報酬にしていくことが医療費の抑制に結びつく。地域包括ケアシステムを実践し、実績のある医師や医療機関などをぜひ高く評価していただきたい。

#### 意見発表者⑩(男性・薬剤師)

- お薬手帳について、骨子案の中で「必ずしも必要としない患者」という言葉に違和感。3年前の異常な事態の中で、薬剤に関する情報がないことの不利益、情報があることのありがたみを身にしみて知っており、手帳への理解と所持率は徐々に大きくなっている。現在、電子化も試みられており、使いやすい形を模索しながら更なる定着化を、薬剤師のみならず医療従事者が願っている。重複投与、過去に有効でなかった薬剤を知ることで、無用な投薬を避けることができ、これも手帳が持つ大きな役割の一

- つ。もうしばらくの間、定着化の仕事を薬剤師の業務の一つとして評価するよう希望する。
- チーム医療の推進について、骨子案で、無菌製剤処理加算の評価対象に医療用麻薬を加えることは、がん患者の在宅療養推進により影響をもたらす。一方で、近年、医療用麻薬の品目数が増えており、供給元である医療機関、保険薬局の在庫負担が増大。全国の麻薬を扱う保険薬局の過去3年間の麻薬の廃棄金額は20億円超、デッドストックは70億円。需要に対して供給がスムーズに追いついていないことを懸念。
  - 薬剤師の病棟業務について、療養病棟、精神病棟における病棟業務の必要性は一般病棟と差がないように思う。療養病棟、精神病棟における病棟薬剤師業務実施加算について、入院後4週間以降の評価もお願いしたい。
  - がん以外でも、外来で治療する糖尿病の患者、喘息患者、ワルファリンを使う方、HIV感染症患者、妊婦、授乳婦などに対して、薬剤師が服薬状況、副作用の発現のチェックを行い、その評価を医師に伝えている。これらの取組も、医師を初めとする多職種負担軽減に資する業務の一つであり、チーム医療の重要な要素なので、今後の検討をお願いする。
  - 後発医薬品の使用促進について、一般名処方を含めた後発医薬品の使用促進への意識は高まっている。処方箋を応需する側としては、後発医薬品の特定銘柄を指定しない一般名処方の更なる推進を検討するようお願いする。

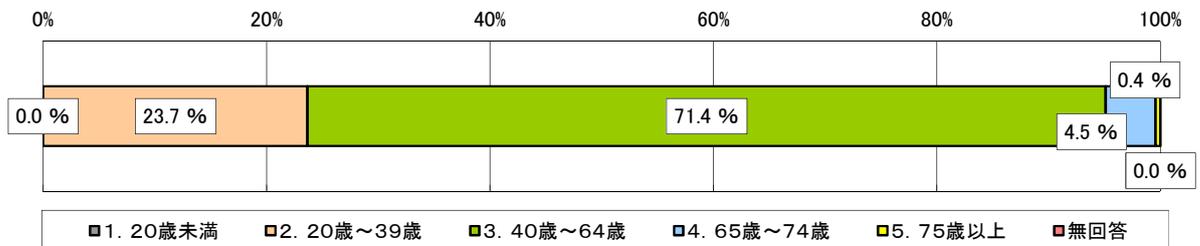
## 5. アンケート結果

公聴会において、参加者にアンケートを実施したところ、結果は以下のとおりであった。

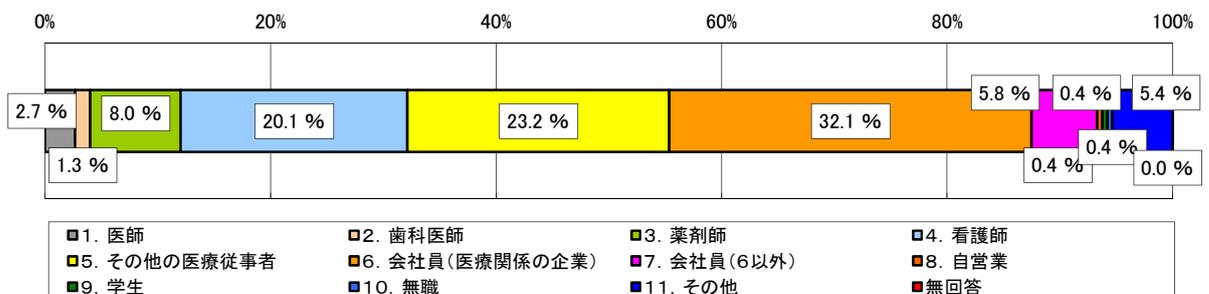
### (1) 回答者数

224人

### (2) 年齢層 (n=224)



### (3) 職業 (n=224)



(4) 住所又は勤務先

宮城県内	宮城県外
149 件	75 件

(5) 公聴会を知ったきっかけ

厚生労働省 ホームページ	新聞・雑誌・ 業界紙等	中医協の 傍聴	知人・友人等	その他	合計
99 人	16 人	28 人	35 人	46 人	224 人
44.2 %	7.1 %	12.5 %	15.6 %	20.5 %	100.0 %

(6) 公聴会は有意義だったか

非常に 有意義	有意義	どちらとも いえない	あまり有意義 でない	全く有意義 でない	無回答	合計
29 人	128 人	39 人	11 人	1 人	16 人	224 人
12.9 %	57.1 %	17.4 %	4.9 %	0.4 %	7.1 %	100.0 %

(7) 平成26年度診療報酬改定についての意見（アンケートに記入のあった意見について個人情報等を除いて基本的に全て記載）

1. 「重点課題1」 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1-1. 入院医療について(18件)

- 急性期病床を減らすことはごもつともだと思います。しかし、社会的背景(少子化、核家族化)を踏まえ、患者の受け皿をしっかりと考えてほしい、大病院ばかり守る改定は勘弁してもらいたい。
- 「A(意見発表者氏名)」氏が指摘されたとおり、7対1病床、10対1病床数は多すぎる。将来の人口構造に即した体制にするには、今回の改定で7対1を見直す必要がある。特に特定除外は明確に「廃止」として、廃止に向けた具体的な詰めをしてもらいたい。
- 地域保健医療計画に沿った医療資源を地域のニーズに合わせて提供することが大切であると考える。地域の実情に配慮した評価はぜひすすめていただきたいと思います。
- 機能分化の推進を望む。
- 機能・役割の明確化は地域性を含めて慎重な対応をお願いしたい。
- 急な変化は経営、運用面で現場、患者とも大混乱が考えられる。激変緩和が望ましい。
- 急性期病床の基準に平均在院日数の短縮の他に病床稼働率も基準上に設けた方が良いでしょう。
- 急性期医療を担う医療機関に充実した評価をしてほしい(一定の実績を高く設定して)
- 7:1を制限するのであれば高度急性期と病棟単位で4:1を認めてはどうか。
- 評価基準だけでなく、看護師の配置基準の見直しをしてほしい。より診療密度の高いICUでは2対1以上の配置(1.5対1or1対1)が必要。←30年以上前から変わっていない。
- 重症度医療・看護必要度の見直しに際して10:1病棟で勤務していますが、患者の高齢化を充分考慮してほしい。
- 亜急性期入院医療管理料について、分かりやすい診療報酬体系としてほしい。
- 亜急性期病棟を有する病院に救急医療機能を持たせるのは考え方としては良いと思うが、医師・看護師・コメディカルの人員と諸設備の対応が果たして可能かどうか疑問。
- 7:1の急性期を担う病院は亜急性の病棟を持てるのか。総合入院体制加算の全要件を満たすと亜急性は持てない方向のようだが、7:1は問題ないのか。
- 地域の実情に合わせた総合診療している病院の評価200床程度でも急性期医療と亜急性期な

どの機能を持ち合わせている。病床もしくは病棟単位での病床機能を位置づけする。

- 病床の機能分化→地域の診療所を含め検討すべき。
- 現在、実際の現場から聞く実情として、医療療養病棟1において、特に患者の重症度が上がっており、実質的には20:1(法定基準では現場はドンドン疲弊するというのを聞いています)。医療療養に関しては、18:1や15:1(一般病床)と同じような看護基準を制定すべきではないでしょうか。
- 基本診療料に被災地加算(福島県加算)を設けて福島県の被災者をみる医療機関を評価してほしい。→人材不足解消のため。

#### 1-2. 外来医療の機能分化・連携の推進について(4件)

- 主治医機能の評価は包括評価を基本に、1医療機関のみが算定できるようにすべき。「主治医」は患者にとって1人であることが望ましいあり方だといえる。
- 地域包括ケア推進の中からも「主治医機能」「総合診療医」などの体制について、より明確にあるべき姿を提示してもらいたい。
- 主治医機能の評価に対して医師による患者の抱え込みにはないような体制作りが望ましい。専門的治療が必要な場合は積極的な連携を。
- 外来医療において、医科の診察の前や後に、病院薬剤料も服薬状況・副作用の確認、薬物治療の内容説明など様々な外来薬剤業務を実施している。地域医療連携の一環として、病棟と同様に外来での病院薬剤師の関与を評価して頂きたい。

#### 1-3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について(11件)

- 在宅医療に資源をもっと投入すべきではないでしょうか。都会ならず側HP、GPはあります。もっと地域に目を向けて下さい。支払いを減少させるだけが支払い側の意見ではありません。
- 在宅医療や地域の受け皿がまだまだであり、ケアこみの質もひどく病院にまかせっぱなし状態である。在宅療養ができるしくみづくりが大切。
- 在宅ケアは患者が各自宅に分散され効率性の検討が必要だと思います。また家族の負担がかなり増加する。医療側の立場だけでなく、国民に対して金額以外の家族のケアという実質の負担が増える事をしっかり説明しないとうまく移行できないと考えます。
- 24時間対応、重度者やターミナルケア対応ができる訪問看護ステーションを評価すべき。県内ではステーションの数は増えているが、小規模で脆弱な体制のところが多く、職員がバーンアウトしてしまうのではと危惧している。人材確保の原資となるような報酬をつけて、体制の整ったステーションが地域でより多くの利用者に対応できるように支援すべき。
- 訪問看護ステーションの機能拡大が図れるようお願いします。
- 機能強化型訪問看護ステーションをこの報酬改定で評価することが今後の長高齢化時代の在宅を支えていけることにつながる。
- 訪問看護ステーションの評価を充実してほしい。
- 在宅死亡の増加のために訪問看護への点数増加をはかり、経営安定させてはかがか。
- 不適切に患者紹介を経済的誘引する保険医療機関業者を早急に厳しく対応するものとしてほしい。
- 同一建物において同一日に複数患者に対して在宅薬剤管理指導業務については適正化を厳密に行ってほしい。
- 訪問関連業者の取締まる法整備をしてほしい

#### 1-4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について(5件)

- 地域において病院の連携担当者、地域の診療所、在宅医療機関、介護保険者等が相互の連携を充実、促進するために定期的に会合を開催することについて、診療報酬上の評価の対象としてはどうでしょうか。

- 急性期病院から在宅に移行した場合、在宅への訪問の加算を検討してほしい。
- 急性期病院などから転院を迫られた場合に、転院先を患者自らが探さないといけないのはおかしい。転院を迫る際には、転院先の確保を、診療報酬で義務づけてほしい。
- 機能分化や在宅への移行については、各分野からの不安が多と感じました。徐々に導入が進められると思いますが、事後の検証を確実に実施してほしいと思います。
- 先日、入院中の患者がふだん受診している診療所に受診したということで入院料の減算の連絡が国保連合会からあった。患者は外出していないが、家族や(入所施設スタッフ)が定期的に処方を受けている薬をもらいに行ったらしい。(病院に知らせず)これは、診療所側で今、他の病院で入院していることを診察で聞きとれていないことであり、問題にならないか？ルールを検討を。

## 2. 「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

### 2-2. 精神疾患に対する医療の推進について(3件)

- 精神医療にとって、精神保健指定医、精神保健福祉士など人員の関わりは重要なところであります。チーム医療、退院促進を進める上では、この辺の人員配置の評価をお願いします。
- 当院は精神科の単科病院であります。精神科病院の入院患者においては身体合併症の患者が多くおり、その治療をする上でも、他科との連携が必要です。特定入院料算定患者の身体合併症の治療を精神科病院での治療は難しく、他科受診の減算の廃止、身体合併症加算の算定日を長くとれるようお願いします。
- 向精神薬を多剤処方した時、通院・在宅精神療法を適正化するとの事は、科学的データに基づき何十回も議論している中協そのものを否定する事に繋がるのではないか。根拠に基づかない事はすべきではない。

### 2-3. 認知症への対策の推進について(2件)

- 「B(テレビ報道)」で認知症予防の研究がすすんでいて運動+認知を鍛える(計算、しりとりなど)が有効とあった。予防活動が促進できる診療報酬が必要。
- 早期回復のためには早期発見が重要です。医療機関の充実とともに核医学検査、CT等の画像診断による早期発見による早めの対応治療が必要と思います。これらの診療報酬上の手当の充実をお願いします。

### 2-4. 救急医療、小児医療、周産期医療の推進について(3件)

- 医療関係の仕事をしていませんが、公定価格というものに興味もあり、中央社会保険医療協議会の資料を見ています。前回もそうでしたが、今回も救急が課題としてあげられていますが、医療従事者の方々の大変さを思いますと救急のほか、休日、時間外、深夜の業務については、引きつづき評価の充実をされるべきと思います。
- 救急医療管理加算の算定基準であるが、問題になっている「その他」以外の項目で二次救急の評価ができるのかを考えていただきたい。そもそも、夜間など時間外に救急対応している中小病院への評価は十分なのだろうか考えていただきたい。「ア」~「ケ」で救急対応の疾病を全ての診療科網羅しているのか？救命センターに配分される点数と比べると少ないと考える。
- 退院調整を進めていくなら、施設基準を緩和すべき。

### 2-5. リハビリテーションの推進について(1件)

- 回復期病棟から退院し、外来のリハビリテーションに移行する際に、毎日9単位のかかわりが突然なくなり、また患者教育も充分に行うインセンティブがなく患者も外来を「してもらいリハビリ」と思って来院される。早期外来リハの充実と共に回復期退院前の自主トレーニングの指導や自宅訪問などへのリハ職の活用について積極的に行うべきである。

#### 2-6. 歯科医療の推進について(3件)

- 文書提供について、貴省が求めるのは正しい治療と丁寧な説明であって、文書をもらうことまで求めてはいない。文書提供した方がよい場合はあるが、それは治療を行う歯科医師が判断すべきであって、一律に提供することは理解できない。必要でない場合も、診療時間を削って文書提供している。文書提供は医学的に必要と歯科医師が判断した場合は提供すべき。
- 訪問歯科診療について、医科には無い業務のみの20分ルールを見直してほしい。初再診料について医科との格差を無くしてほしい。文書提供等の事務負担を軽減してほしい。
- 知人に歯科医がいる。治療が丁寧で、子どもやお年寄りにも親切で評判がよい。しかし、経営が大変厳しいそうだ。診療報酬が長年低く抑えられているためらしい。まじめに診療されているので気の毒でしかたない。何とかしてあげてほしい。

#### 2-7. 的確な投薬管理・指導の推進について(4件)

- お薬手帳はすべての患者さんに持ってほしいので、われわれ薬剤師も努力している。ぜひその行為を評価してほしい。また、入院時、退院時の情報も必ず記載してほしい。→入院時の情報がない=チーム医療事業連携として
- 「手帳を断れば医療費が安くすむ」ということが出ないような評価の仕方をよろしくお願いします。
- お薬手帳について、医科の診療報酬と調剤報酬を揃えるためには、13014退院時薬剤情報算定指導料も同様に見直す必要がある。
- 訪問実績有無の部分での評価について、推進を意図とするのであれば、現状のものにもう一つの加算ランクをつけることとしていかないと本当に現場で、これから開始しようとならない。現状のままの要件に加えただけでは逆に進まないと感じます。

#### 2-9. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について(2件)

- 未承認薬検討会議より未承認薬の開発要請あるいは公募を行っているが、開発を行った医薬品に適切な評価がされ適切な薬価が収載されるような仕組みを望みます。特に外国では承認されて長時間経っている古い成分については安定供給が可能になるようご配慮いただきたい。
- イノベーションについて評価されることは賛成であるが、今まで該当品目がほとんどないことを考えると、今後どのように運用されるか疑問である。積極的な評価をお願いします。

#### 2-10. DPCに基づく急性期医療の適切な評価について(5件)

- データを活用して他の病院や地域との比較ができるようになってきているのはよいことで、たくさんのが病院でもわかるようになってきた。ただし、複雑すぎになってきているのではないか。国もそうだが、作成側も大変であり、負担軽減や評価をもっとしてほしい。
- 機能評価係数Ⅱの配分される係数が増えてゆくのはよいと思う。しかしながら、基礎係数の配分、特にⅠ群の評価は適当か？同じコードなのに標準化できるはずのものについてコード化されているはずなのに、包括部分の点数によって判断されるのは、Ⅰ群病院は標準化が進んでいるのか疑問である。
- 大学の本院の先生方が中心に考えているので致し方ないが、ケアミックスが悪という感じがある。数年ごと「ケアミックス」と「一般」のみの比較をして、大差なしということがわかって、「ケアミックス」の話になると分科会長の対応が変化するのがわかる。それぞれ事情があって「一般急性期のみ」「ケアミックス」「慢性期」などがあり、それぞれに良さがあることを理解してほしい。患者アンケートをすると上位に入る要望が「転院したくない」であり、「地域、地元で治療したい」ということも考えて。
- 入院料に対しての経過措置が1年では短いと考えます。DPCデータなどの情報をより詳しく生かしてほしい(出来高情報など)。

○ここの所のDPC/PDPSは、支払基金のための審査のためのシステムになりそう。

### 3. 「4つの視点Ⅱ」 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

#### 3-1. 患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進について(1件)

○明細書発行を次回診療報酬改定(平成28年)前までに全ての医療機関で発行するようにしてほしい。意見陳述者の発表を聞いて特に感じました。

### 4. 「4つの視点Ⅲ」 医療従事者の負担を軽減する視点

#### 4-1. 救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取組の評価について(1件)

○精神系患者への対応について、現状では医療従事者へのリスクが大きいことから、十分な現場の検証と現状の理解を求めます。

#### 4-2. チーム医療の推進について(8件)

○療養病床、精神病床に入院する患者が容体の安定期に入るまでには、最低でも3ヶ月の期間を要すると考えられています。療養病床・精神病床における病棟薬剤師業務実施加算は12週までは算定できるようにお願いしたいと思います。

○療養・精神病棟での病棟薬剤業務に4週以降も継続することが患者の視点からも重要である。現場の実情としても、少なくとも12週以上求められる。

○病棟薬剤師は必要な業務であるが病棟の機能によっては人員の配置は可能だが業務自体がない病棟もある。(分娩を担っている病棟)病院単位ではなく病棟単位での届出が望まれる。

○看護師の夜勤時間を72時間以下とするのは結構ですが、現在、夜勤免除を申請する者も多く、職場では人員不足のうえ、夜勤をくむことが大変です。看護師の夜勤手当を充実していただき、夜勤を行いたい看護師がふえるようにしていただきたいと思います。

○72hの枠をはずすことは、夜勤負担軽減と逆行するので反対。

○看護補助者を手厚くする評価を検討しているが、看護補助者は看護職員の代替にならないのではないか。

○夜間看護加算は急性期看護補助加算25:1をとれるところはほとんどないので25:1ははずした方がよい。

○時間外・休日の救急医療体制について、放射線や臨床検査技師の当日直・オンコール体制について適切な評価を行う必要があるのではないか。

### 5. 「4つの視点Ⅳ」 効率化余地がある分野を適正化する視点

#### 5-1. 後発医薬品の使用促進策について(4件)

○後発医薬品の銘柄指定はせず、一般名処方をするのが後発品の促進につながるのだから処方書き方についてもふれてほしい。

○後発医薬品促進に当たり処方医側で後発への切替NO!が多ければ進まない事になるが、処方医側へのペナルティーなり促進策を策定していただきたい。

○診療報酬もさることながら患者にとっては薬代が高価なので負担が大変だ。高齢年金生活者にとって病気もできない。

○院外処方箋発行及び調剤薬局の拡大は、医療費の増大の一因になっているのでは。(処方箋料等及び後発品使用が進まない等)

#### 5-2. 長期収載品の薬価の特例的な引下げについて(1件)

○特例的な引下げの引下げ幅において、経営上の予見性も含め、幅を拡大せずに固定されることを望みます。

#### 5-4. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価(1件)

○病理診断について、「保険医療機関間の連携を利用した病理診断」の施設要件の緩和を希望します。すなわち「衛生検査所」で作製された「標本」の診断も、保険医療機関間連携が通用できるようにしていただきたい。衛生検査所での病理「検査」には診断料が算定されず、委託元医療機関で「病理判断料」が請求できる、「診断料」が算定できないことから、検査所で行われている報告は、「助言」ととどまるという考え方を病理学会ではしている。責任ある医療機関内での「病理診断」を国民に提供できるように、医療機関での病理診断を促進するためにも、衛生検査所で作製した病理標本についても、医療機関で診断した際、病理診断料が算定できるという保険医療機関の連携による病理診断の施設要件の緩和(委託側医療機関が標本作製を自施設で行うのではなく衛生検査所に委託した症例でも利用可)を希望します。

#### 5-5. 大規模薬局の調剤報酬の適正化等(2件)

○大規模薬局の経営オペレーションで適正な収益が確保できるのであればすべての薬局に対し大規模への改定を適用する事で医療費全体が減少するのでは？医薬品卸業界の例の様に統廃合が進むことで業界のレベル自体も高くなるのでは？

○大規模薬局の評価見直しとあるが、卸+メーカー+調剤全体の問題とすべき(「中小を救う」のであればそれは退化)。経営努力をきちんとしている先は大小、門前問わず評価すべき。(薬価差は薬剤マージンと、物流ボリュームフィーを分けてはどうか)

#### 6. 消費税率8%への引上げに伴う対応(9件)

○消費税率引き上げに伴う診療報酬上の対応については、骨子に明記されているとおり、患者が受けた医療サービスに対し公平に消費税を負担する観点から、基本診療料と個別項目に適切に配分すべきである。

○消費税率upに対する対応については、影響の程度に応じて適切に配分されるよう十分に配慮して欲しい。

○大病院や公立にしか利用できない補助金や算定できない項目が付くのではなく初・再や入院基本料に配分いただくことはありがたい。

○基本診療料、調剤基本料だけへの上乘せは医療費総額を大きくすることになり保険料引き上げという二重負担につながりかねない為見直しを願いたい。

○消費税は窓口負担とし、徴税したらどうか。

○消費税分のアップを診療報酬に上乘せするやり方を是正してほしい。患者さんや医療機関にとってもいいことではないため。

○消費税との同時改定のため改定率の解釈が難しい。904億等基金の柔軟な使い方プラス分の割り振り(初診料、再診料について)にかかっている。

○消費税の増税は社会福祉が目的であったと認識していたので、今回の実質マイナス改定に納得がいきません。ここで使用されなかった財源が何に使用されたのかを明確にするか、プラス改定に変更すべきではないかと思えます。

○医療財源が大幅に減ったことは消費税を社会保険に使うといった内閣に反するものと思う。

#### 7. その他(6件)

○要点説明ほしかった。

○平成26年度改定、あと2ヶ月後なのにまだ検討中なのか。前時代的、遅い、改定内容を受けてITシステムの改修が必要。IT側の視点も必要なのではないか。期間的な余裕がない。

- 中医協の代表区分において、医師、薬剤師と同様に看護師側からも委員に選出されるといいです。専門委員との違いが分かりませんでした。
- 当直医師を探すことが大変である。提示条件に「当直なし」という医師が多いが、それでも雇うしかない。
- 中医協ではないが、「C(会社名)」をはじめとする看護師や医師の紹介手数料が負担である。勤務数ヶ月で他院を会社から紹介され退職され、新しいスタッフの紹介料という悪循環である。何とかならないものか。(同一者は1度や〇年に1度とするなど。)
- 「保険診療」について医師の理解がない。特に「様式1」など何やらせるんだ！ということが多い。