

2. ご意見について

(1-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 1 - 1

◆内 容 : 地域連携による救急患者の受入れの推進 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(1-2) 上記項目に対するご意見

(1)－① 救命救急入院料

充実度評価の高い救命救急センターの評価を引き上げることは当然であるが、いずれのセンターも厳しい運営が行われ、そこで働くスタッフは疲弊している。したがって、全ての救命救急センターの評価を引き上げる「底上げ」をした上で、充実度評価の高い救命救急センターの評価を引き上げるべきである。

また、救命救急センターについては診療報酬だけでなく、①充実度評価基準を満たさない救急センターに対する援助を行い、補助金減額制度を廃止する、②医師確保対策、看護師確保対策をさらに強める、③一次救急、二次救急体制確保のため、国が必要な予算措置を講じることが必要である。

(1)－② 広範囲熱傷特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料
評価する。

(1)－③ 救急医療管理加算、入院時医学管理加算

救急医療管理加算の評価の引き上げは当然である。入院時医学管理加算の施設基準に「病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること」との要件が入っているが、これは保険制度の根幹を崩すものであり、要件から外すべきである。また、その他の要件を緩和した入院時医学管理加算2を新設すべきである。

(1)－④ 救急医療機関における早期の転院支援の評価
評価する。

(2) 開業医等との連携で多数の救急患者を受け入れる体制の評価
こうした評価も必要であるが、小児地域連携についても要件が厳しく算定できる医療機関がすくなく、小児医療体制の改善には不十分であった。

こうしたことから、連携体制評価を行うだけでなく、初診料・再診料への搬送救急患者加算(救急用の自動車等により搬送されてきた患者への診療を行った場合)を設けるべきである。

(つづき)

(2-1) ご意見を提出される点

(※ 7~8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 1 - 2

◆内容: 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価及び新生児等の救急搬送について担う医師の活動の評価

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(2-2) 上記項目に対するご意見

(1)-① ハイリスク分娩管理加算及びイリスク妊娠管理加算評価する。ただし、ハイリスク分娩管理加算及びハイリスク妊娠管理加算の施設基準における「民間保険加入要件」は、治療を適切に提供できるか否かを判断する基準でないことから、施設基準から外すべきである。

(1)-② 妊産婦緊急搬送入院加算の引き上げ評価する。

(2)-① NICUの評価評価する。

(2)-② 救急搬送診療料の乳幼児加算の引き上げ、新生児加算の新設評価する。

(3)-① 小児入院医療管理料の再編成
現行の小児入院医療管理料の評価を手厚くすることがまず重要である。
また、小児入院医療管理料(A307)を算定する患者は、「平均在院日数の計算対象としない患者」とすべきである。
小児入院医療管理料を算定できる医療機関を拡大するため、小児科を主たる標榜科とする有床診においても、小児入院医療管理料の算定を可能にすべきである。その場合、小規模の病床であることを考慮し、看護師比率及び看護職員による複数夜勤体制は、努力規定にすべきである。また、特別入院基本料を算定する病院においても届出できるようにすべきである。

(3)-② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料評価する。

(3)-④ 乳幼児加算の引き上げ
初・再診料等の乳幼児加算を大幅に引き上げるべきである。
また、乳幼児育児栄養指導料の算定対象を6歳未満児まで拡大。6歳

未満の乳幼児に対するフィルム代の1.1倍算定を胸部単純、腹部単純以外にも拡大。皮内、皮下及び筋肉内注射についても乳幼児加算を新設。現在乳幼児加算として評価されていない処置料についても乳幼児加算を新設すべきである。

(つづき)

(3-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 1 - 3

◆内容: 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(3-2) 上記項目に対するご意見

(1)-① NICUに対する退院調整加算の新設
NICUの点数引き上げを優先すべきであり、現状での退院調整加算の新設は、必要な入院患者の追い出しにつながることから、反対である。

(1)-② GCUの評価と新生児入院医療管理加算の廃止
GCUなど、NICUの後方病床を評価・整備することは重要であるが、現在新生児入院医療管理加算を算定している病棟については、すべて新設されるGCUの評価区分を算定できるようにすべきである。

(1)-③ 超重症児(者)入院診療加算
評価する。
なお、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算は、老人患者の場合も一般患者と同様に、一般病棟入院基本料等への加算も認めるべきである。

(1)-④ NICUから障害者病棟等に転棟した場合の加算
評価する。

(2)-① 有床診療所の加算の新設
受け入れ加算や複数医師加算などは当会としても要望している内容であり、評価する。ただし、有床診療所の報酬は著しく低い。地域医療を支えられるよう、通常の有床診療所の入院料を思い切って引き上げ、底上げを行うべきである。また、在宅療養中の患者の後方病床の役割を担う診療所後期高齢者医療管理料を廃止せず、一般患者にも拡大すること。

(2)-② 療養病床における受け入れ加算の新設
当会としても要望している内容であり、評価する。

(つづき)

(4-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 1 - 4

◆内 容 : 手術の適正評価 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(4-2) 上記項目に対するご意見

① 手術料の評価

手術料の全体の評価については評価するが、手術に使用する材料は別途保険請求できるようにし、使用する薬剤は、15円以下であっても算定を認めるべきである。

また、手術を行うにあたって必要な医療安全管理の費用を保障する「手術時医療安全管理加算」を新設すべきである。さらに年間実施件数の届出及び院内掲示を届出の要件とする手術の届出を廃止すべきである。

③ 新規技術の保険導入

新規技術の保険導入に当たっては、不採算での導入であってはならない。評価基準を明確にして適正な点数評価で実施すべきである。

(つづき)

(5-1) ご意見を提出される点

(※ 7~8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 2 - 1

◆内 容 : 入院医療の充実を図る観点からの評価 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(5-2) 上記項目に対するご意見

(1)-① 一般病棟入院基本料の入院早期の加算の引き上げ
今必要なことは、全入院期間を通じての入院基本料の引き上げである。入院早期の加算の引き上げを行う代わりに一定期間経過後の入院基本料の引き下げを行ってはならない。

(1)-② 7:1、10:1病棟での月平均夜勤時間72時間超の点数の新設
看護師不足の状況下では看護師比率や月平均夜勤時間数、複数夜勤体制の緩和を行うことが必要だが、新点数を設定すれば制度が固定化され、看護労働看護師不足の早急な解決を図ることにならない。このため、看護師不足の解消を図りつつ、解消が図られるまで、すべての病棟について看護師比率や月平均夜勤時間数、複数夜勤体制の緩和を図るべきである。

(1)-④ 15:1入院基本料の適正化
15:1入院基本料病院は、急性期から亜急性期、慢性期にかけて幅広い入院医療を行い、急性期病床と慢性期病床の安全弁としての役割も果たす等、地域医療に果たしている役割は大きい。この報酬を引き下げるとは15:1入院基本料病院の機能を低下させることとなる。さらに、90日超後期高齢者特定入院基本料を一般患者にも拡大すれば、立ち行かなくなってしまう、地域の入院医療に大きな影響を与える。15:1入院基本料の引き下げを絶対におこなうべきではない。

(1)-⑤ 後期高齢者特定入院基本料の一般患者への拡大
後期高齢者特定入院基本料は、長妻厚労大臣自身が10月23日のTBS番組で患者の“追い出し”につながる懸念があるとして見直す考えを示すとともに、11月2日の国会答弁でも、「例えば入院を長くすると診療報酬が下がって病院から出されるようなそういう制度もございましたけれども、そういうものについても来年度から中医協と相談して廃止していく方針をもっています」と明言している。

後期高齢者特定入院基本料は様々な除外規定を設けているが、除外規定では必要な入院医療を継続することができず、老人の追い出しにつながっている。これを一般患者に拡大することは必要な医療の提供をさらに阻害することになる。一般患者への拡大をやめ、後期高齢者特定入院基本料そのものを廃止すべきである。

さらに、180日超入院患者の保険給付外しについても、入院の必要性ではなく入院日数によって保険給付の一部が外され患者負担にされるのは、正当性がない。入院が必要な患者が退院を余儀なくされる事態が発生しており、これについても廃止すべきである。

(2)-① 7:1、10:1入院基本料への看護補助加算の新設
7:1入院基本料や10:1入院基本料においても看護補助業務は増加しており、重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合を要件に問わず、看護補助加算を新設すべきである。

(2)-② 栄養管理や呼吸器装着患者の離脱に向けた他職種対応の評価
多職種チームによる取り組みについては評価する。
ただし、後期高齢者退院時栄養・食事指導料については廃止するのではなく、一般患者を含めて算定できるようにすべきである。

(つづき)

(6-1) ご意見を提出される点

(※ 7~8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 2 - 2

◆内容: 医師の業務そのものを減少させる取組に対する 評価 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(6-2) 上記項目に対するご意見

(1)-① 勤務医の負担軽減につながる体制

医師だけでなく、看護職員をはじめとした医療関係職種や事務職員等の業務を診療報酬上きちんと評価することは当然である。しかし、病院勤務医負担の最大の問題は、OECD諸国に比べて非常に少ない医師数である。これを解決することをまず前提にすべきであり、医師及び医療従事者の負担軽減を進めることは必要だが、医療事故等につながらないようにするよう留意する必要がある。

その意味でも、医療安全管理に係る費用について外来でも入院でも手術室でも評価すべきである。なお、医療安全管理研修を無料で実施するなど、医療機関の負担の強化によらない安全管理対策の推進を公的に進めるべきである。

(1)-② 軽症患者による救急病院受診に関する患者負担化

11月27日の基本問題小委員会では、①複数の家族が説明を求めた場合、②患者の都合で時間外に病状説明した場合、③軽症患者が個人的な事情で時間外に救急病院を受診した場合は、選定療養の対象にしてはどうかとの提起がされた。

しかし、勝村委員からも「低所得者などが仕事をないがしろにできない」との反論があったが、何を患者の都合と判断するのか困難であり、これらを患者の都合とするのは乱暴である。患者の都合によるこうした受診をさけるには、労働・社会環境の改善や、患者・国民・企業への協力をお願いなどに力を注ぐべきであり、選定療養の拡大等を行うべきではない。

(2) 医師事務作業補助体制加算の引き上げ、緩和

評価する。医療事務作業補助体制加算の算定対象を全ての救急医療機関に拡大するとともに、要件を病床対医師事務作業補助者比のみとし、医師事務作業者の人件費を保障できる報酬に引き上げるべきである。

(つづき)

(7-1) ご意見を提出される点

(※ 7~8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 2 - 3

◆内容 : 地域の医療機関の連携に対する評価 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(7-2) 上記項目に対するご意見

(1)-① 退院調整加算

退院にあたり、次の療養を担当する医療機関を含めて連絡調整にかかる費用を保障することは必要であるが、実際には、入院患者の追い出しを医療機関にさせるために利用されてきた。必要な入院医療が確保できるようにすべきであり、15:1入院基本料の引き下げや90日超の報酬引き下げを行うべきではない。

(1)-② 後期高齢者退院調整加算

退院にあたり、次の療養を担当する医療機関を含めて連絡調整にかかる費用を保障することは必要であるが、実際には、入院患者の追い出しを医療機関にさせるために利用されてきた。必要な入院医療が確保できるようにすべきであり、15:1入院基本料の引き下げや90日超の報酬引き下げを行うべきではない。

(2)-① 手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価

有床診療所の入院点数の底上げが必要であり、それを実施した上で手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設すべきである。

(2)-② 受け入れ加算、複数医師加算(項目番号「1-3」の(2)-①と同じ)

受け入れ加算や複数医師加算などは当会としても要望している内容であり、評価する。ただし、有床診療所の報酬は著しく低い。地域医療を支えられるよう、通常の有床診療所の入院料を思い切って引き上げ、底上げを行うべきである。また、在宅療養中の患者の後方病床の役割を担う診療所後期高齢者医療管理料を廃止せず、一般患者にも拡大すること。

(2)-③ 超重症児等加算の新設(項目番号「1-3」の(1)-③と同じ)評価する。

なお、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算は、老人患者の場合も一般患者と同様に、一般病棟入院基本料等への加算も認めるべきである。

(つづき)

(8-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 2 - 4

◆内容 : 医療・介護関係職種の連携に対する評価 _____ について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(8-2) 上記項目に対するご意見

① 地域連携診療計画

連携及び情報提供の評価は必要であるが、要件に地域連携診療計画や連携先施設の種別等を細かく規定せず、患者が退院後に通院又は利用する医療、介護、福祉等の施設・事業所への連絡と調整について評価すべきである。

② 介護サービスとの情報共有

評価する。介護サービスの必要性等についての相談や指導、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価は必要である。

(つづき)

(9-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 3 - 1

◆内容 : がん医療の推進 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(9-2) 上記項目に対するご意見

(1)がん診療連携拠点病院を中心とした地域の診療所等との連携評価
評価する。

(2)の①外来化学療法加算
評価する。

(2)の②放射線治療病室
評価する。

(2)の③がん診断告知における評価
評価する。

(3)がん患者に対するリハビリテーション
評価する。

(つづき)

(10-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 3 - 2

◆内容 : 認知症医療の推進 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(10-2) 上記項目に対するご意見

認知症については、まず、「脳卒中の後遺症患者」及び「認知症患者」の入院制限を撤廃することが必要である。
また、認知症そのものの治療を評価することは当然必要だが、同時に、認知症患者の身体的疾患の治療に対する評価も一方で必要であり、
①初・再診料への認知症患者加算の新設、②訪問看護の「末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者」に「認知症その他特に頻回の訪問看護を要する患者」を加える、③認知症患者在宅療養指導管理料の新設(復活)、④入院基本料等加算への高度認知症患者加算の新設等を行うべきである。

(つづき)

(11-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 3 - 3

◆内容 : 感染症対策の推進 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(11-2) 上記項目に対するご意見

(1) インフルエンザの大流行による療養病床利用の場合の出来高払いの特例
評価する。

(2) 陰圧管理環境整備

陰圧管理環境整備に対する評価は評価するが、環境整備ができるよう診療報酬以外の部分での援助を行う必要がある。

結核医療について、感染症法における退院基準はあくまでも参考基準であり、平均在院日数要件の短縮等を行うべきではない。

(つづき)

(12-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 3 - 4

◆内容 : 肝炎対策の推進 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(12-2) 上記項目に対するご意見

評価する。

(つづき)

(13-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 3 - 5

◆内容 : 質の高い精神科入院医療等の推進 _____ について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(13-2) 上記項目に対するご意見

(2) 精神科慢性期入院医療の評価
評価する。

(3) 専門的入院医療の評価
評価する。

(4) 地域における精神医療の評価
認知行動療法についての評価の新設を行うべきである。
早期の地域移行の評価は、患者切捨てを医療機関に負わせることになり、患者にとっても問題がある。このような評価ではなく、入院期間に関係なく地域移行に対する評価を行うべきである。

(つづき)

(14-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 3 - 7

◆内容 : 手術以外の医療技術の適正評価 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(14-2) 上記項目に対するご意見

安全性や有効性が確認された新医療技術を速やかに保険に導入し、
保険の適用範囲を拡大すべきである。

(つづき)

(15-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 3 - 8

◆内容 : イノベーションの適切な評価 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(15-2) 上記項目に対するご意見

「Ⅰ 既収載医薬品の薬価改定」のうち「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」について

① 先発医薬品(後発医薬品がない)の市場占有(2007年)は、数量ベースで21.8%だが、金額ベースでは49.0%を占めている。国民医療費に占める薬剤比率も30%近くの高水準を維持している。欧米の10～10数%と比較して突出して高い水準である。国民医療費を圧迫している新薬の高薬価構造を抜本是正すべきである。

② 今回の薬価制度の見直しは、薬価引き下げ分と同額を加算するやり方であり、実質的に日本製薬団体連合会が提案してきた「薬価特例維持」と同一である。このような「加算」を導入する合理的根拠は認められないので、導入はやめるべきである。

「Ⅱ 新規収載医薬品の薬価算定」について

① 高薬価の温床となっていた「改良型新薬」の薬価について、原価計算方式で算定し、類似薬効比較方式による算定薬価を上限とする、との算定ルール見直しに賛成する。

② 原価計算方式に変更したとしても問題は残る。厚生労働省の「薬価算定組織」と製薬企業によって薬価算定案が作成される過程がすべて非公開とされている。薬価算定の透明性を担保するルール作成と、その検証システムを導入すべきである。

(つづき)

(16-1) ご意見を提出される点

(※ 7~8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 4 - 1

◆内容 : 医療の透明化に対する評価 _____ について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(16-2) 上記項目に対するご意見

① 明細書の発行について

医療機関は、「医療」の内容について患者さんに説明する義務があるが、政府が決めた複雑で説明が困難な「医療費」の内容・仕組みを説明する義務はない。また、医療機関が「個別の費用ごとに区分して記載」した領収証を患者に渡すことによって、その患者さんが自分の治療を理解し、患者さんと医師との信頼関係が深まることにはなりえない。

こうしたことから、計算の基礎となった項目ごとに記載した領収明細書の交付を義務付けることには反対であり、現在義務化されている「個別の費用ごとに区分して記載した領収証」の交付義務についても撤回すべきである。

② 電子化加算について

2010年までの時限措置として導入されたものである。保険請求に関する費用等、治療を実施する上で発生する間接的な維持・管理の費用を全ての医療機関に保障した上で、電子化加算を廃止すべきである。

(つづき)

(17-1) ご意見を提出される点

(※ 7~8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 4 - 2

◆内容: 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする事 について
に対する評価

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(17-2) 上記項目に対するご意見

(1)-① 再診料

統一のために診療所の再診料の引き下げや、処置や検査を初・再診料に包括すれば地域医療は崩壊してしまう。病院の再診料を引き上げて診療所と同じ点数とすること。

(1)-② 外来管理加算

2008年改定で導入された外来管理加算の時間要件と診療録記載要件は、開業医と中小病院の医師の負担を増大させるとともに、待ち時間や診療時間の不必要な増大を生み出すなど患者にも影響を与え、経営にも大打撃となっている。

昨年総選挙にあたって民主党医療政策詳細版に「外来管理に時間要件はなじまないことをふまえ、診療所負担の軽減を図るために撤廃する」と明記されたことは、こうした診療の現場の実態を真摯に受け止めた結果である。

そもそも外来管理加算は、処置等を実施することがないため外科系医療機関に比べて診療報酬上の評価が低かった内科系医療機関の再診料を補填する目的でつくられた「内科再診料」がもとである。その後、名称が「外来管理加算」に変更され、診療報酬抑制政策のもとで、実際には再診料と外来管理加算がなければ、第一線医療を担う開業医や中小病院の経営を支えることはできない状況におかれている。

今の状況下で外来管理加算を廃止又は減額すれば、診療所の負担は軽減するどころか、中小病院を含めて大変な負担増となってしまう。外来管理加算への時間要件や診療録への記載などを無条件で撤廃し、改定前の要件に戻すべきである。

なお、外来管理加算の時間要件導入による影響について、社会医療診療行為別調査の数値を比較すると、年換算で平成19年が3,305億円であるのに対して平成20年は2,047億円と約1,200億円のマイナスとなっている。

厚労省は外来管理加算の時間要件導入による影響をデジタル加算とあわせて約200億円と推計して改定を実施しており、厚労省の推計値と社会医療診療行為別調査結果との間には年間で1,000億円近い差がある。

こうしたことから次回改定にあたって 外来管理加算の時間要件廃止に

したことが次回改定に際して、日本医師会が推計した200億円で計算すべきである。

また、厚生労働省の計算誤りによる過剰削減分(年間約1000億円)は、予定している改定率に加えて外来の引き上げ財源に充てるべきであり、これを病院の再診料・外来診療料引き上げ財源に充てれば、診療所の再診料を引き下げる必要は全くない。

(3)-① 在宅患者訪問診療料

在宅患者訪問診療料2は、居住系訪問看護(430点)や訪問栄養2(450点)より高い点数とした上で施設等に居住する患者への訪問診療等を行った場合の評価とし、マンションや高専賃などの集合住宅については、在宅患者訪問診療料1を算定するように要件を変更すべきである。

(3)-② 訪問看護・指導料等

施設等に居住する患者への訪問看護・指導料等についても、マンションや高専賃などの集合住宅については、在宅患者訪問診療料1を算定するように要件を変更すべきである。

(4)-① 特定集中治療室管理料

施設基準における重症者割合は「概ね9割以上」であり、重症者割合を「9割以上」と定めている診療報酬の加算要件とは異なるものである。当該加算を廃止することによって得られるのは簡素化ではなく、特定集中治療室管理料の届出医療機関数の削減である。ただでさえ厳しい運営を強いられている特定集中治療室管理料届出医療機関をさらに追い詰めるような改定を行うべきではない。

(4)-② 入院患者の他科受診

DPC算定病棟を含めて、入院医療機関において入院患者のすべての疾患の検査や治療を行うことは不可能である。入院中の患者であっても当該入院医療機関にない診療科や当該入院医療機関では実施できない検査や治療のために他院を受診し、投薬を含めた治療を受けることが患者にとっては必要である。

しかし、1月20日の中医協総会に出された整理案では、DPC算定病棟入院患者の取り扱いは若干改善されるものの、DPC算定病棟入院患者が他院で専門的な検査や治療を行うには不十分である。また、特定入院料算定病棟入院中の患者の他院受診の取扱いは現行と同様とされているが、これも不十分である。

患者の治療を確保するために、DPCを含めて特定入院料等算定病棟入院中の患者が当該入院医療機関にない診療科や当該入院医療機関では実施できない検査や治療のために他院を受診し、投薬を含めた当該診療にかかる費用を他院において保険請求できるようにすべきである。

また、出来高病棟入院患者の他医療機関受診については原則転医又は対診としながらも特に制限する規定は設けられていないが、1月20日の中医協総会に、出来高病棟入院患者が他院を受診する場合は、入院医療機関が入院基本料を30%控除した点数を算定し、他院では医学管理、在宅等を除いた部分を保険請求するとの案が追加で示された。

に。
これが実施されれば、出来高病棟入院患者は専門外の必要な治療ができなくなってしまいかねない。出来高病棟入院患者の他医療機関受診については、これまでどおり制限を設けるべきではない。

(つづき)

(18-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 4 - 3

◆内容 : 医療安全対策の推進 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(18-2) 上記項目に対するご意見

このような手厚い対策について評価することも必要であるが、全ての医療機関で医療安全管理を進めることが重要である。
そのためには、医療法で定める医療安全管理を実施するために必要な費用の保障を明示的に行うべきであり、①入院環境料で医療法で定める医療安全管理を実施するために必要な費用や療養環境の費用(待合室の確保や院内感染防止のための諸費用等)を保障する、②医療法で定める医療安全管理を実施するために必要な外来療養環境の費用(待合室の確保や院内感染防止のための諸費用等)を保障する「外来医療安全管理加算」を新設する、③処置を行うにあたって必要な医療安全管理の費用を保障する「処置時医療安全管理加算」を新設する、④手術を行うにあたって必要な医療安全管理の費用を保障する「手術時医療安全管理加算」を新設することなどが必要である。

(つづき)

(19-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 4 - 4

◆内容 : 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮 について
した医療の実現に対する評価

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(19-2) 上記項目に対するご意見

(2)在宅血液透析、難治性皮膚疾患に関する指導管理料
評価する。

(3)訪問看護について
評価する。なお、在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定の可否に関わらず、医師が診療に基づき看護職員に在宅での注射を指示した場合の注射手技料及び注射に用いた薬剤料の算定については認めるべきである。またこのような注射が必要な患者の場合には、介護保険の訪問看護から医療保険での訪問看護に切り替え算定できるようにすべきである。

(つづき)

(20-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの
項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 4 - 5

◆内 容 : 疾病の重症化予防 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(20-2) 上記項目に対するご意見

(1)リンパ浮腫指導管理料
評価する。

(つづき)

(21-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 5 - 1

◆内容 : 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(21-2) 上記項目に対するご意見

(2) 10対1入院基本料における重症度・看護必要度継続測定加算
10:1入院基本料算定病棟において重症度・看護必要度が必要とは考
えられないことから、当該加算は新設すべきではない。

(4)-① 医療療養病床の人員、報酬

医療療養病床において入院患者の重症化がおこる理由は、一般病床
で必要な入院医療を提供できないよう平均在院日数や算定要件を必要
以上に強化しているためであり、これを改善することがまず必要であ
る。

医師数が一般病床の3分の1しかいない医療療養病床においてこれ以
上重症患者が増加することは医療安全の観点から困難である。

また、医療経済実態調査の結果等を踏まえて適正化を行うのであれ
ば、医療区分1の報酬を大幅に引き上げ、少なくとも入院させれば赤字
になるという構造を是正すべきである。

(4)-② 医療療養病床における受け入れ加算(項目「1-3」の(2)-②
と同じ)

当会としても要望している内容であり、評価する。

(4)-③ 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合
の経過措置
評価する。

(つづき)

(22-1) ご意見を提出される点

(※ 7~8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 5 - 2

◆内容 : 回復期リハビリテーション等の推進 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(22-2) 上記項目に対するご意見

(1)-①脳血管疾患等リハビリテーション、(1)-②運動器リハビリテーション
評価する。これらと同時にリハビリテーション料の算定制限を廃止し、個々の患者の必要性に応じてリハビリ医療ができるようにするべきである。

(1)-③心大血管疾患リハビリテーション料
心大血管疾患リハビリテーション料は、心筋梗塞治療や再発予防の重要な要素であり、多くの医療機関で提供できるよう下記の通り施設基準を緩和すべきである。
① 常勤理学療法士及び常勤看護師の専従要件を緩和し、専任とする
② 心大血管リハビリテーション実施時間以外の時間は、専従する理学療法士が他のリハビリに従事できるようにする
③ 医師のほかに、理学療法士又は看護師合わせて2名以上の場合に、「医師の直接監視下で臨床検査技師もリハを担当できる」ようにする
④ 機能訓練室については、専用施設要件を緩和し、「スペースとして確保できればよい」とする
⑤ 施設基準(I)の医師要件について、「循環器又は心臓血管外科の医師が常時勤務」とあるのは「循環器又は心臓血管外科の医師が実際に当該リハビリテーションを実施している時間について、常時勤務」とすること。

(1)-⑤ 維持期リハビリテーション
「介護サービスにかかわる情報を提供する」ことを維持期リハビリの要件に追加すべきではない。
そもそも維持期を含めてリハビリは、医師が指示するOT・PT・ST等の専門職種による医療行為であり、患者の病態に応じて医療保険から給付されるべきである。また、介護保険のリハビリは、原則として区分支給限度額の枠内で、ケアプランに基づき実施するものであり、必要性があっても、実施できない場合が少なくない。介護保険にリハビリをもっていくことは、患者に必要な医療を提供するという健康保険法の現物給

付原則に反するものである。必要なリハビリは医療保険で給付することとし、リハビリの算定日数上限は撤廃すべきである。

(2)-① 回復期リハビリテーションの成功報酬
成果方式は、「評価」の目的を歪め、患者の選別につながりかねない。回復期リハビリテーションに導入した成功報酬は廃止し、疾患別リハビリテーションの算定対象患者のすべてを回復期リハビリテーションの算定患者とすべきである。

(2)-② 回復期リハビリテーションの土日のリハビリ提供への評価
評価する。

(2)-③ 亜急性期入院医療管理料病床
急性期を脱して慢性期に移行する患者を入院させる病床の評価を行うべきであり、そのためには、亜急性期入院医療管理料病床の要件は現行のままとした上で、一般病床に占める当該病床数割合を5割まで拡大すること。また、人員等の諸条件を満たした場合は療養病床も認めるべきである。

(3)-① がんに対するリハビリ(項目「3-1」の(3)と同じ)
評価する。

(3)-② 難病患者リハビリテーション料、精神科デイ・ケア、重度認知症患者デイ・ケア
難病患者リハビリテーション料、精神科デイ・ケア、重度認知症患者デイ・ケア等への食事提供の包括には反対する。

(つづき)

(23-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 5 - 3

◆内容 : 在宅医療の推進 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(23-2) 上記項目に対するご意見

(1) 在宅移行早期加算、在宅療養指導管理料、在宅療養支援病院在宅療養指導管理料の算定については評価する。また、「在宅療養支援診療所」の施設基準から「在宅看取り数を年1回報告する」との要件を廃止すべきである。さらに、4km以内に診療所があっても「在宅療養支援診療所」がない場合は、在宅療養支援病院の届出を認めるべきである。

なお、患者が安心して在宅医療を受けることができるようにするためには、「保険医療機関は、同一の患者について、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料、居住系施設入居者訪問看護・指導料、在宅患者訪問リハビリテーション料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料のうち、いずれか一つを算定した日においては、他のものを算定できない」、「一つの保険医療機関が訪問診療料等のいずれか1つを算定した日については、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関は訪問診療料等を算定できない」、「保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションが、当該保険医療機関の医師から訪問看護指示書の交付を受けた患者について、訪問看護療養費を算定した日においては、当該保険医療機関は訪問診療料等を算定できない」とする取り扱いを廃止すべきである。

(2) ターミナルケア加算等

症状増悪の緊急時等に対応するためには、往診料を引き上げるとともに、診療従事中緊急往診や夜間、深夜加算など、在宅療養支援診療所でない医療機関の往診料への各種加算を引き上げるべきである。

(3) 在宅血液透析等(項目「4-4」の(2)及び項目「1-3」の(1)-③と同じ)

在宅血液透析、難治性皮膚疾患に関する指導管理料は評価する。超重症児(者)入院診療加算についても評価する。なお、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算は、老人患者の場合も一般患者と同様に、一般病棟入院基本料等への加算も認めるべきである。

(つづき)

(24-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 5 - 4

◆内容 : 訪問看護の推進 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(24-2) 上記項目に対するご意見

(1) 患者のニーズに応じた訪問看護の推進

患者のニーズに応じた訪問看護を推進するのであれば、頻回訪問の限度日数を撤廃し、また、難病等複数回訪問加算を病名に関わらずすべての患者に適用すべきである。

(2) 乳幼児加算

評価する。

(4) 複数名訪問看護(項目「4-4」の(3)再掲)

評価する。なお、在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定の可否に関わらず、医師が診療に基づき看護職員に在宅での注射を指示した場合の注射手技料及び注射に用いた薬剤料の算定については認めるべきである。またこのような注射が必要な患者の場合には、介護保険の訪問看護から医療保険での訪問看護に切り替え算定できるようにすべきである。

(つづき)

(25-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 5 - 6

◆内 容 : 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(25-2) 上記項目に対するご意見

② 介護サービスとの情報共有(項目「2-4」の②と同じ)
評価する。介護サービスの必要性等についての相談や指導、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価は必要である。

(つづき)

(26-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 6 - 1

◆内容 : 後発医薬品の使用促進 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(26-2) 上記項目に対するご意見

(2) 薬局で処方医に確認することなく後発医薬品への変更
後発医薬品は、①主成分についても粗悪品の報告例があるなど一律ではなく、基剤やコーティング剤などの生物活性は無視できない、②医薬品認定試験の仕組みが先発と異なる、③適応病名(適応症)が異なる場合がある、④医薬品情報が質・量とも少ない、⑤剤型に違いがあるなど、様々な問題がある。

厚生労働省の「先発品と後発品は同等だ」との説明は誤りである。医師は、処方にあたっては、剤型を含めて効能・効果を考慮して処方している。医師の処方に基づかない後発品への変更は、患者に大きな影響を与えるおそれがある。

こうしたことから、処方せんを2006年の改定前の様式に戻すとともに、後発医薬品の銘柄指定の処方せんを受け付けた薬剤師が、処方医に疑義照会せず別銘柄の処方を行えるようにすることは絶対に行うべきでない。

後発医薬品の普及が進まない最大の問題は、薬剤に対する信頼度であり、医療機関からの問い合わせに応える体制が非常に弱いメーカー等が存在する事実がある。薬は、副反応を及ぼす可能性があり、こうした不安を払拭できる体制づくりこそ、患者にも医療機関にもメーカーにとっても必要な対策である。

(3) 後発医薬品の使用促進に関する入院基本料の加算

入院基本料の加算要件に後発医薬品の採用品目数の割合を入れるべきではない。なお、薬剤部門が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えることにつき加算評価すべきである。

(4) 療養担当規則の変更

療養担当規則の変更は、患者の病態等を勘案した上で最適な処方を行おうとする医師の裁量権を奪うものであり、絶対に認められない。

(つづき)

(27-1) ご意見を提出される点

(※ 7~8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 6 - 2

◆内 容 : 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

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(27-2) 上記項目に対するご意見

検査や処置、手術、在宅などにおける医薬品、医療材料の多くが、他の点数に包括されたり患者や医療機関の負担にされている。
医療材料費・薬剤費については、他の点数に包括したり、患者や医療機関の負担にせず、特定保険医療材料等として算定できるようにすべきである。また、購入価格が材料価格や薬価を上回らないよう、措置すべきである。

(つづき)

(28-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 6 - 3

◆内容 : 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

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(28-2) 上記項目に対するご意見

(1) 画像診断

デジタル映像化処理加算を15点から60点に引き上げ、電子画像管理加算との併算定を認めるべきである。電子映像化処理加算を算定した場合も、フィルムの費用を算定できるようにすべきである。

(2) 検査、処置、手術の適正化

検査や処置、手術においては、医薬品、医療材料の多くが他の点数に包括されたり患者や医療機関の負担にされている。
医療材料費・薬剤費については、他の点数に包括したり、患者や医療機関の負担にせず、特定保険医療材料等として算定できるようにすべきである。また、購入価格が材料価格や薬価を上回らないよう、措置すべきである。

(つづき)

(29-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 7 - 1

◆内容 : 後期高齢者医療の診療報酬 について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

(29-2) 上記項目に対するご意見

高齢者を差別し、必要な医療を制限してきた点数の一つが後期高齢者特定入院基本料である。一般への拡大は言語道断であり、きっぱりと廃止すべきである。

(つづき)

(30-1) ご意見を提出される点

(※ 7～8ページの項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号:	—
◆内容 :	その他 _____ について
※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)	

(30-2) 上記項目に対するご意見

(1) 改定率について 医療崩壊を阻止するためには、大幅な診療報酬引き上げが必要であり、あらためて診療報酬の大幅引き上げを要望する。
(2) 改定告示・通知について 診療報酬改定の告示は2月に出されるが、通知は3月にならないと出されないという事態が続いており、改定内容が十分に周知されないまま、4月改定が実施されている。 これは、何よりも患者にとって不利益であり、医療の現場に大混乱をもたらすものである。 こうしたことにならないよう、少なくとも改定実施の1カ月以上前には、関連通知が出されるよう、特段の対応を要望する。 また、新たな施設基準の届出にあたっては、十分な周知と経過措置を行うよう求める。
(3) 意見募集方法について 寄せられた意見に対する考え方を整理し、公表すべきである。 また、今後の募集にあたっては、多くの意見を反映させるため、意見募集期間を1カ月以上設け、FAXでの意見提出を認めるべきである。なお、今回の意見提出用様式(エクセル)は、データ量が一定文字を超えると後半部分が表示されない。このようなことのないように対応をお願いします。