

「平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（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28年1月14日(木)～平成28年1月22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

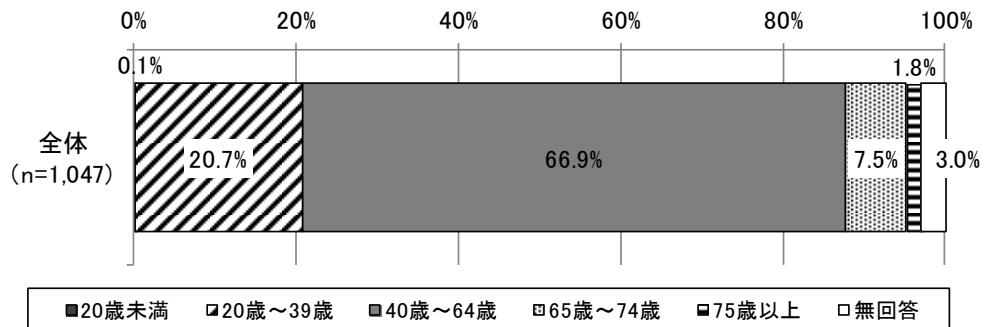
2. 寄せられた意見

(1) 意見件数

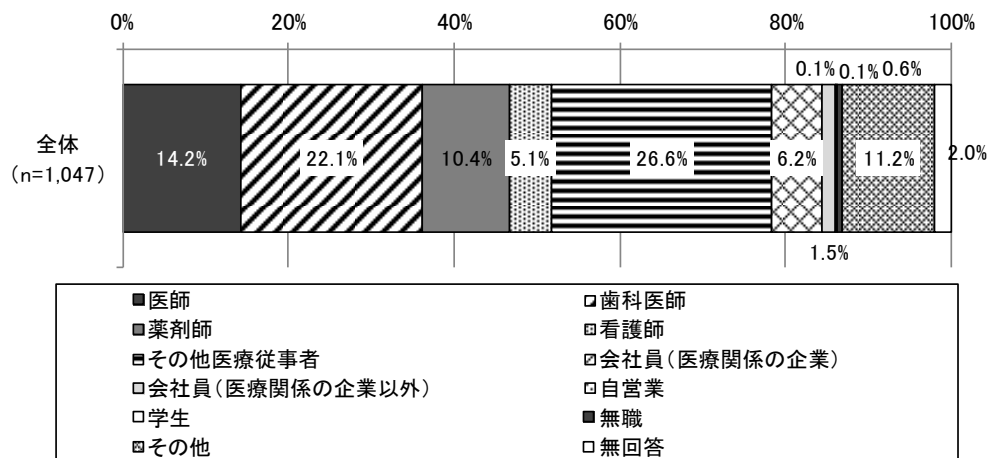
電子メール	郵送	合計
908件	139件	1,047件

(2) 意見者の属性 (n=1,047)

① 年齢



② 職業



(3) 項目別の意見延べ件数 (1,995 件)

1) 「4つの視点Ⅰ」地域包括ケアシステムの地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

項目番号	内 容	件数
1-1	医療機能に応じた入院医療の評価について	143 件
1-2	チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について	224 件
1-3	地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について	266 件
1-4	質の高い在宅医療・訪問看護の確保について	154 件
1-5	医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について	108 件

2) 「4つの視点Ⅱ」患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

項目番号	内 容	件数
2-1	かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価について	47 件
2-2	情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進について	29 件
2-3	質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について	57 件
2-4	明細書無料発行の推進について	60 件

3) 「4つの視点Ⅲ」重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

項目番号	内 容	件数
3-1	緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について	19 件
3-2	「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について	31 件
3-3	地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について	23 件
3-4	難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について	3 件
3-5	小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について	107 件
3-6	口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進について	201 件
3-7	かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化について	41 件
3-8	医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について	99 件
3-9	DPCに基づく急性期医療の適切な評価について	41 件

4) 「4つの視点Ⅳ」効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

項目番号	内 容	件数
4-1	後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討	69件
4-2	退院支援等の取組による在宅復帰の推進	7件
4-3	残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など 医薬品の適正使用の推進	38件
4-4	患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し	33件
4-5	重症化予防の取組の推進	17件
4-6	医薬品、医療機器、検査等の適正な評価	154件

5) その他の意見

24件

(4) 平成28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. 「4つの視点Ⅰ」地域包括ケアシステムの地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1-1. 医療機能に応じた入院医療の評価について（143件）

意見の内容	件数
<p>○一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「重症度、医療・看護必要度」の見直しが議論されているが、重症者の割合に関しては、急激な変更を行うのではなく、段階的な引上げをお願いしたい。また、引上げを行う場合には、経過措置を設けるなど、激変緩和措置をお願いしたい（同旨29件）。 ・ 現在の看護必要度を15%から25%へ引き上げる議論がされているが、現在の見直し案では、特定機能病院においてもクリアできないとの意見が多数聞かれ、この場合、適切な基準とは言い難い（同旨18件）。 ・ 特定機能病院は他の医療機関で手術ができない合併症を持つ患者を引き受けたり、高難度な手術目的で引き受けることが多いので、特定機能病院の機能・役割を考慮した評価項目、評価基準又は評価票の定義・留意点について、特別な措置・評価をお願いしたい（同旨18件）。 ・ 救命救急センターがある病院又は特定集中治療室管理料等の特定入院料を算定している医療機関においては、一般病棟の看護必要度の割合が低くなる。救命救急センターを開設している医療機関や特定入院料を算定している医療機関については、看護必要度の割合を低減するか、特定入院料を算定している患者については、一般病棟の患者に加えて割合を算出するように検討願いたい（同旨8件）。 ・ 新規追加されたM項目の適用範囲が全身麻酔に限定されており、地域の第三次救急医療を担う大学病院では、全身麻酔以外でも緊急性の高い循環器系や脳神経外科系の重症患者を多く受け入れており、適用範囲の見直しをお願いしたい。 ・ 濃厚な観察やケアが必要という点を考慮すれば、M項目には、外科手術だけでなく、血管内治療や消化管透視下手術などの内科領域の治療を受けた患者も含まれるべきと考える。 <p style="text-align: right;">など</p>	77件
<p>○一般病棟入院基本料について7対1から10対1に転換する際の、病棟群単位での届出について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟ごとの機能特性を考慮した人員配置ができ人的資源の有効活用ができるよう、一般病棟入院基本料の届出は、7対1から10対1へ転換する際の激変緩和措置のみの扱いではなく、基本的に病棟単位群での届出に変更すること要望する（同旨7件）。 ・ 現行の病院ごとの平均在院日数制度を維持して欲しい。支払い側委員は病棟群別の平均在院日数を求めているが、これは重症病棟への傾斜配置が出来ないので実行すべきではない。 <p style="text-align: right;">など</p>	9件
<p>○自宅等に退院した患者の割合に関する基準の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「自宅等退院患者割合」を入院基本料の要件から削除し、病棟機能の分化、位置付けは加算等のインセンティブによって機能を促進すること。自宅等退院患者割合によって診療報酬の評価を分けることは、「評価」の目的から患者の選別へと歪められ、入院できない患者が出かねない（同旨9件）。 ・ 効率的な医療を考えるならば、7対1病床に自宅退院できる状態まで入院させるのではなく、一定の状態まで回復したならば早急に後方病床に退院（転床）させ、後方病床から自宅退院を目指すべきと考える（同旨3件）。 	23件

<ul style="list-style-type: none"> 在宅復帰率の分子を緩和すべき（有床診療所、老人保健施設、10対1・13対1病床など）（同旨6件）。 在宅復帰率の要件強化などの「退院促進」強化は、医療の必要性が高い（治癒していない）患者をいきなり在宅に戻すことに繋がりがねず、在宅の地盤ができていない現場の混乱を招くため反対（同旨3件）。 7対1入院基本料の急激な要件見直しは、地域における急性期医療に悪影響を及ぼす可能性があり、適切に対応すべきである。 <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○特定集中治療室等用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 重篤な循環器疾患を取り扱うCCUにおいては、心電図モニター、輸液ポンプ、シリンジポンプは一律に1点で評価するのではなく、疾患や使用目的に基づき、他の機器等と同様、2点扱いにすべき部分があると考えられる。医療看護必要度のA項目、B項目いずれにおいても、心疾患における厳重な監視（血行動態、不整脈や虚血）が十分評価されておらず不適切であり、この点を十分考慮願いたい。 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」のB項目について、早期離床のためリハビリテーションなどを積極的に進めた場合に評価が低くなってしまうことがある。B項目を満たすために早期離床を推進しないケースも出てくる可能性があり、集中治療の集学的に治療を行い短期間に社会復帰に繋げるという本来の趣旨に反することとなってしまう恐れがある。 A項目、B項目の評価項目は現行維持としていただくよう要望する。本項目については前回の診療報酬改定で評価項目の詳細・評価の手引き等が変更・追加されたばかりであり、再度変更となると評価者（医師・看護師）の混乱を招きかねない。 特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、母体・胎児集中治療室管理料の算定期間を延長していただき、現状に応じた評価をしていただきたい。 <p style="text-align: right;">など</p>	11件
<p>○短期滞在手術等基本料3の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 短期滞在手術等基本料3において、K633ヘルニア手術 5鼠径ヘルニア及びK634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）の3歳未満の乳幼児は、対象外又は乳幼児加算を要望する。出来高の3歳未満の場合は、手術及び麻酔に乳幼児加算があり、現状では短期滞在手術等基本料3では病院持ち出しになっている（同旨23件）。 短期滞在手術等基本料の対象を拡大しないこと（同旨6件）。 短期滞在手術等基本料3を平均在院日数の計算対象とすること（同旨4件）。 	30件
<p>○総合入院体制加算の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 人工心肺を用いた手術 40件/年以上とあるが、昨今は人工心肺を使用せずに手術することも多く、時代に合っていない基準であると感じているため、廃止又は見直しをお願いしたい（同旨2件）。 総合入院体制加算1の化学療法件数の要件は従来どおりレジメン単位ではなく実際の実施件数とすることが実態に即していると考ええる。 総合入院体制加算1の施設基準のひとつに「24時間精神疾患患者を受け入れる体制を確保し、精神病床を有していること」という要件があるが、精神科スーパー救急と棲み分けて、精神疾患患者の身体合併症を24時間受け入れる体制を整えていれば精神病床を有していなくても対象とすることを検討していただきたい。 <p style="text-align: right;">など</p>	6件
<p>○地域包括ケア病棟入院料の包括範囲等の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料について、リハビリテーション、手術の費用は包括範囲から除外すべきである。出来高算定が基本であり、必要な患者に必要な量の医療を提供できるようにすべきである（同旨10件）。 手術料や麻酔料などを出来高払いとする場合は、少なくとも入院料（包括部分の点数）を据え置いた上で、出来高払いとすること。地域包括ケア病棟入院料の要件や 	15件

<p>役割から見て、現行の報酬は低すぎる。評価を引き上げるべきである。急性期の役割評価は、現行報酬にプラスアルファで評価すべきである（同旨 4 件）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅・介護施設における急変患者の緊急搬送先は二次救急病院となるが、送る側、受け入れる側、双方に連絡や手続き上のストレスがあり、かなり時間がかかる現状がある。地域包括ケアシステムでは、肺炎・胃腸炎・骨折等の軽症急性疾患の緊急受入れを地域包括ケア病棟が担うことが必要であり、その際の点数設定を提案する（同旨 2 件）。 ・ 地域包括ケア病棟入院料の施設基準が厳しいと思われるので、施設基準の緩和を図るべきである（同旨 2 件） <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○療養病棟入院基本料 2 の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病棟入院基本料 2 の要件に、「医療区分 2・3 の割合」を新設しないこと。要件を満たすために現在入院している患者を入院させることができなくなる。医療区分 1 でも入院を要する状態は少なくなく、また、介護病床や在宅での療養が確保できないまま退院を強いられることは社会的問題となる（同旨 4 件）。 ・ 療養病棟入院基本料 1、2 とも現行点数を引き上げ、必要な入院医療を確保できるようにすべきである（同旨 3 件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	7 件
<p>○療養病棟入院基本料の酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目に関する見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 酸素吸入療法の継続が必要な患者は誤嚥をくり返すなど全身状態が不良で基礎疾患の重い方が多いため、退院を急ぐあまり安易な酸素吸入の中止や安全性の確保できない在宅酸素療法への移行とならないよう考慮をお願いしたい（同旨 2 件）。 ・ 医療区分を廃止し、それぞれの診療行為を出来高で請求できるようにすること。患者の状態には多様性がある。必要な医療を提供するためには、出来高に戻すべきである。「医療区分」に明確な根拠はないので廃止すべきである。 ・ 医療区分の抜本的な見直し、さらにはそれに代わる定量的基準の導入の検討を前提に、今回の改定では医療区分については現状のままとするのが妥当であろう。何らかの改定を行うとしても、附帯意見において、医療区分制度の存続も含めた抜本的な見直しを平成 30 年度改定まで実施する旨、明記していただきたい。 <p style="text-align: right;">など</p>	5 件
<p>○療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅復帰機能強化加算の要件を複雑にせず、療養病棟入院基本料 2 にも加算を認めること（同旨 2 件）。 ・ 療養病棟に対して在宅復帰機能強化が謳われているが、自宅に帰りたくても帰ることができない事情を抱えた患者を医療機関が受け入れざるを得ない場合もある。社会的に許容される仕組みが不十分なまま、一方的に医療機関に責任を押し付けることがあってはならない。 <p style="text-align: right;">など</p>	6 件
<p>○障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 意識障害を有する脳卒中患者等を入院対象から除外せず、報酬を引き下げないこと。これが実施されれば、意識障害を有する脳卒中患者の多くが必要な入院医療を継続できず行き場を失いかねない。入院対象からの除外や報酬引下げを行わないこと（同旨 3 件）。 ・ 障害者病棟の患者要件から「脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者」を外さないこと。 ・ 障害者病棟入院基本料が療養病棟入院基本料より点数が低い為、包括化された場合現行の障害者病棟入院基本料の点数では病院がかなりの収入低下が見込まれるので、入院基本料の増額の検討をお願いしたい。 	5 件

<p>○入院中の他医療機関受診時の減算に関する見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院中の他医療機関受診に係る減額制度は、廃止すべきである。診療科の少ない医療機関に限って減算率の緩和が検討されているが、医療連携を進めながら治療を行う観点からもこうしたペナルティーは廃止すべきである（同旨 20 件）。 他医療機関における投薬、注射等の算定制限そのものを廃止すべきである（同旨 7 件）。 保険医療機関間で、合議による精算をさせないこと（同旨 2 件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	24 件
<p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の実情に配慮し、地域加算を引き上げること。なお、加算の根拠を明示すること（同旨 2 件）。 医療資源の少ない地域に細かな配慮を行うこと。地方で医療提供体制を整備することは個々の医療機関の努力では限界がある。 医療資源の少ない地域に配慮した評価は、当面の施策としてやむなしであるが、こうした地域の拡大を阻止し、特定地域を減少させていく手立てを診療報酬とは別に講じること。 エボラ出血熱等一類感染症患者対策は重要であり、診療報酬においても評価をすべきである。検査や注射について出来高払いにするとともに、感染症法の入院措置中であれば算定できるよう見直すことに賛成である。なお一類感染症患者入院医療管理料そのものについて更に評価を行うべきである（同旨 2 件）。 結核については、入院及び治療期間は個人の病状や経過によって異なる。標準的な入院期間の患者の早期退院を促すような評価見直しを行わないこと。 小児入院医療管理料の算定できる病棟において、小児の白血病等は入院期間も長く無菌室での化学療法を行っている。無菌室については維持も大変であり包括項目からの除外を要望する（同旨 24 件）。 有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を引き上げること（同旨 6 件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	54 件

1-2. チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について（224 件）

意見の内容	件数
<p>○医師事務作業補助体制加算の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 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可能とし、医師の負担軽減を図るとともに、実際にかかっているコストの適正なる評価を要望する（同旨 129 件）。 精神病棟・療養病棟にも拡大すべき（同旨 4 件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	137 件
<p>○看護職員の夜勤体制に関する見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 月平均夜勤時間の要件の緩和については反対。夜勤回数が増えることで看護職員の負担が負荷され、職員の健康障害やワークライフバランスの推進が阻害される。本来、目指すべき方向性と逆行する提案である。看護職員の月平均夜勤時間 72 時間要件は堅持していくことが必要であり、看護職員の負担増強につながるような緩和や計算方法の見直しは行うべきではないと考える（同旨 31 件）。 看護職員の平均夜勤 72 時間ルールの変更に慎重に検討すること。安全な医療の提供のためには、看護職員における夜勤労働時間を平均で 72 時間以内とする現行要件を守るべきである。72 時間ルール緩和要求の背景には看護師不足があり、看護師養成に対する国の責任と負担を強化すること（同旨 6 件）。 	44 件

	など	
<p>○看護職員及び看護補助者の夜間配置等に関する見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護要員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を評価すべきである。看護要員の夜間の勤務負担軽減は重要であり、入院基本料等の種別に関わりなく、要件を満たせば算定できるようにすべきである（同旨4件）。 急性期の医療現場では、病棟の看護業務が昼夜ともに増加している。看護職員の負担軽減につながる夜勤配置の充実や看護補助者との業務分担に関する事項については賛成。 夜間の急性期看護補助体制加算に「みなし看護補助者」を設けてほしい。入院患者の重症化に伴い一般病床では夜勤看護職員（看護師1含む）2以上とされているが、現実的には3～4名配置となっている。負担軽減を主として考える場合、看護補助者として限定するのではなく看護要員と拡大してほしい。 「25：1急性期看護補助体制加算」及び「夜間25：1急性期看護補助体制加算」の現行の点数では人件費とのバランスが十分ではないと思う。 	など	9件
<p>○看護補助業務における看護補助者の事務的業務の実施について</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護職員の負担軽減と医療安全の両方が確保できることを前提に進めること（同旨5件）。 看護職員がより専門性を発揮するためには、看護補助者のスキルは重要。しかし無期雇用化を避ける雇用側の問題から、看護補助者のモチベーションは不安定な状況であり、社会保障を担保し、看護補助者のスキルを評価するなどの検討を要望する。 看護師が、本来業務であるベットサイドでのケアに集中するためには、看護業務の効率化を図る必要があります。その1つとして、看護業務へ事務作業員の導入による負担軽減を検討していただきたい。 		7件
<p>○診療報酬上の常勤の取扱い等について</p> <ul style="list-style-type: none"> 産前・産後及び育児休暇等による短時間勤務中の職員や当該職員と同等以上の業務時間である非常勤職員等についても常勤職員と同等の扱いとする等、勤務形態の多様化及び社会情勢の変化にも柔軟に対応できるような未来を見据えた仕組みを考えてほしい（同旨2件）。 常勤・非常勤、専従・専任等の解釈が曖昧であり、これらについても統一的な取扱いができるよう明確化を要望する。 産前・産後休業、育児・介護休業、短時間勤務等に関する取扱いを明確化するに当たっては、一時的な変動と位置付け、看護要員の数の計算から除外すること。 診療報酬上の常勤の取扱いの緩和は必要だが、これらの措置が非正規雇用を増加させる結果にならないようにすること。常勤配置要件の緩和は、一定必要だが、非正規雇用を増やす危険性も少なくない。医療現場において特に医療職種は常勤が望ましい。 	など	9件
<p>○手術・処置の時間外等加算の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 本加算の施設基準は医師の負担軽減の一環を有しているが、要件が厳しすぎるため届出ができない病院が殆どである。医師不足の現状を鑑み、少なくとも診療科を多数有する大規模病院においては、予定手術前日の当直免除要件については病院全体ではなく、各診療科単位にしていきたい（同旨10件）。 予定手術においては、Kコード（歯科の場合、Jコード）が該当すると考えているが、例えば抜歯手術のように恒常的に施行しているものもあり、予定手術前日の当直免除要件を満たすことができず、届出できない状況がある。予定手術にあてはまる手術項目の見直しをお願いする（同旨3件）。 	など	16件
○周術期口腔機能管理を推進するための見直し等について		23件

<ul style="list-style-type: none"> ・ 周術期における口腔機能の管理は、悪性腫瘍のみならず、多くの疾患において予後の良否を大きく左右することが知られているが、現在の周術期口腔管理加算は「悪性腫瘍手術等」という記述を加えることで、診療報酬審査の現場では、悪性腫瘍患者のみに適用する事を求めるような運用がなされる場合が多くある。「悪性腫瘍等」などの限定的記述を周術期口腔管理加算から削除することを希望する（同旨 13 件）。 ・ 医科の医療機関から歯科の医療機関へ周術期口腔機能管理を依頼する際の情報提供料に加算等を設け、周術期口腔機能管理を推進する上で医科歯科の連携がより図れるようにしてはどうか（同旨 4 件）。 ・ 医科歯科連携は地域完結型医療及び地域包括ケアの普及、質の向上の観点から、周術期における医科と歯科の連携を推進するよう評価を拡充する方向を具体化していただきたい。具体的には「特別の関係」という除外がこれまで妨げになっていたため、この制限をなくしていただきたい（同旨 2 件）。 ・ かかりつけ歯科医の観点からも、歯科を標榜している病院に係る歯科訪問診療料の算定を認めるべきである（同旨 2 件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○医科と歯科の連携による栄養サポートの推進等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 院内及び院外の歯科医師が栄養サポートチームに加わった場合、歯科医療機関側にも診療報酬上の評価をしてほしい（同旨 3 件）。 ・ 歯科医師が栄養サポートチームの一員として診療を実施した場合を評価することは是非進めていただきたい。しかし、サポートチームに参画するためには会議等への参加も行うため、会議参加等を行った場合も評価すべきである（同旨 2 件）。 ・ 摂食機能療法、経口摂取回復促進などのリハビリテーションの推進目的より栄養サポートチームに歯科医が参加し、診察することに対して高く評価してほしい（同旨 2 件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	10 件
<p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料・画像診断管理加算等の要件を緩め、院外からの支援を持って代えることを推奨するとともに、その加算については従前と同様の水準で取り扱うことを希望する（同旨 2 件）。 ・ 身体症状のみならず、精神症状（BPSD）で入院した患者に対して、薬剤師が関わりをもつことで、患者や家族のみならず、関連施設にとっても有益である。そして医師をはじめとして他職種にとって、業務負担が軽減となる（同旨 2 件）。 ・ 当院は、入院中の患者の 9 割をがん、神経難病、重症心身障害児で占めており、NST、摂食嚥下チームにおいて管理栄養士が担う業務は非常に大きい。管理栄養士の人員配置は決して考慮してもらえない現状がある（同旨 2 件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	30 件

1-3. 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について（266 件）

意見の内容	件数
<p>○主治医機能の評価・小児科のかかりつけ医機能の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ （対象疾患の拡大について）評価する。定期的かつ継続的な管理の間隔については、自己管理に困難を来している患者がいることから、主治医の判断で適正に行えるようにすべきである。 ・ いわゆる内科疾患に限られ幅広い診療科を対象としていない。患者にとってかかりつけ医は疾患ごとに複数いる観点から、複数の医師・診療科でも算定できるよう算定対象を大幅に拡大すべき。 ・ 地域包括診療料・地域包括診療加算ともに算定要件のハードルが高い。地域包括ケ 	26 件

<p>アシステムの構築強化には算定要件の緩和が必要であり、一般診療所が在宅医療に積極的に参加できる仕組みとすべき（同旨 4 件）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括診療料や地域包括診療加算は、「かかりつけ医」の名の下、診療所を事実上のゲートキーパーとするものであり、患者のフリーアクセスを制限している。24 時間対応や服薬管理等、患者にとっても医師にとっても負担が大きく、全面的に廃止すること（同旨 4 件）。 ・ かかりつけ医を充実させるには、開業医の健全な経営が必要。そのために、基本診療料の引上げは不可欠（同旨 12 件）。 ・ 小児科のかかりつけ医機能を更に推進する観点から、継続的に受診する患者の同意の下、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価する（同旨 2 件） <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○かかりつけ歯科医の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ほとんどの患者がかかりつけ歯科医をすでにもっていることに鑑み、かかりつけ歯科医機能をもった診療所とそれ以外の診療所とを無理に差別化するような施設基準を設けないこと（同旨 55 件）。 ・ エナメル質初期う蝕に対する評価はあってもいいと思うが、臨床上問題になるのは根面う蝕で、通常訪問診療が必要な患者（介護サービス受給者等）は、歯肉退縮によりう蝕はエナメル質から始まらずセメント質から始めるケースも多い。そのようなケースに対応した場合の評価もしてほしい（同旨 2 件）。 ・ SPT 期間中の患者を対象にするのであれば、評価を下げないでほしい。また、重症化を予防する観点から、初期の歯周疾患の初期治療終了患者についても SPT を認めるべきである。 ・ 摂食機能訓練の対象者を広げて欲しい（同旨 2 件） <p style="text-align: right;">など</p>	71 件
<p>○かかりつけ薬剤師・薬局の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 通院している患者は症状が悪化するとクリニックから紹介状を介して病院に入院し、退院後に在宅医療となる場合など紹介先にはその旨連絡が行くようだが、薬局の場合は入院先の医療機関とつきあいのある薬局に回されるようだ。今後連携を重視していくならば、かかりつけ薬局・薬剤師にも患者情報の伝達義務化やその後のケアに引き続き関われる体制作りを希望する。 ・ 医療機関が偏在している現状で都市部と横並びに「かかりつけ薬局」・「かかりつけ薬剤師」を無理に導入すれば地域医療の崩壊を招き、患者の不利益になる。患者の服薬状況を一元的・継続的に管理するのは ICT を活用すればよいのではないか。 ・ 開局時間や時間外の対応について、「夜間・休日加算」の算定のみで評価することのないようにしてほしい。夜間や時間外対応を行いながらも、算定していない薬局は多数ある。 <p style="text-align: right;">など</p>	15 件
<p>○特定集中治療室等における多職種連携の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高度急性期治療を担う治療室における薬剤師の配置への評価について新設が提案されているが、緊急性が高くかつ法令で適切な管理が求められる医薬品（麻薬、向精神薬、筋弛緩薬など）を多く取り扱う手術室を「特定集中治療室等」に含めてほしい。 ・ 「特定集中治療室等の高度急性期医療を担う治療室に「特定行為」に係る指定研修を修了した看護師を配置した場合を評価する」を追記してほしい。 ・ 「ICU など」に含まれる高度医療として高気圧酸素治療があるが、この実施には臨床工学技士が不可欠である。 <p style="text-align: right;">など</p>	5 件
<p>○管理栄養士が行う栄養食事指導の評価の見直しについて</p>	135 件

<ul style="list-style-type: none"> 対象疾患ががん、摂食・嚥下機能低下、低栄養に拡大することで、在宅での重症化予防や QOL の維持に繋がるため良いと考える（同旨 93 件）。 低栄養対象疾患に COPD や摂食障害も加えてほしい（同旨 72 件）。 低栄養の指導は臨床数値ではなく、医師が必要と認めたら、実施可能としていただきたい。検査数値には半減期があり、すぐに結果として現れない場合もあり、前回指導しておけばと思うケースもある（同旨 71 件）。 指導時間の評価見直しは初回指導と 2 回目以降の指導で評価してほしい（同旨 60 件）。 指導回数の制限を緩和してほしい（同旨 6 件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○周術期口腔機能管理推進のための医療機関相互の連携等の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアを推進するためにも、色々な事業所、職種が全員で支えるケアをすすめるためにも、「特別な関係」の規定をなくすことを切望する（同旨 3 件）。 特別な関係の条件を緩和させると、その施設内で利用する利用者の一部もしくは全部が自分のかかりつけ医を受診する機会を失う可能性があると考ええる。 患者への周術期口腔機能管理をより推進するために、周術期口腔管理料（Ⅲ）の管理計画書の提供期間について実態に即した要件の見直しを求める。 診療情報提供料、周術期口腔機能管理料等の文書が必要なものは、自院からの文書を患者に渡すことは必要だが、特に周計においては患者の緊急手術等もあり、迅速な文書の交換が必要な場合があり、その点をもう少し考慮していただきたい。 病院や患者の求めがあれば、周術期口腔機能管理以外でも歯科を標榜している病院での歯科訪問診療料の算定ができるように、柔軟に対応していただきたい。 <p style="text-align: right;">など</p>	8 件
<p>○退院支援促進に関する評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> 「退院支援の更なる推進」において、退院支援に積極的に取り組む医療機関を評価することは評価するが、一方で、引き続き入院療養が必要な患者を早急に退院させざるを得なくなるような様々な指標（在宅復帰率等）が存在することは問題である（同旨 2 件）。 退院後、自宅・施設入所を考えている場合、病棟看護師ではなく退院を支援する専門の職員が常設していることでよりスムーズな退院調整ができると思う。 病棟への退院支援職員の配置とあるが、配置する職員は資格職に限定しない方向で考えていただきたい。 必要な関係書類も減らし、事務作業を簡素化し、他医療機関等との間での連絡調整や、患者・家族への介入にこそ時間を割けるよう、事務作業を見直すべきである。 <p style="text-align: right;">など</p>	11 件
<p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養のために薬剤管理が重要であり、退院時の薬薬連携のために退院時の入院医療機関の薬剤部からの退院時指導と共同して受け入れ薬局薬剤師との共同指導を徹底するようお願いしたい。 （医療機関・施設等の連携にあたり、）書類の作成に労力を割かれ、合同カンファレンスや臨機の同行に支障が出ることにでもなれば、地域包括ケアシステムの肝心の中身の質が向上しないことになる。できるかぎり、煩雑な書類の作成を減らし、要点記録に絞るなど、また様々な連携事業所へ送る書類は、伝達する情報の中身が同一である場合（例えば診療情報提供に係る書類）には、同一フォーマットとするなどの対策で、合理化することが必要と考える。 地域包括ケア推進のための取組強化。 <p style="text-align: right;">など</p>	12 件

1-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について（154件）

意見の内容	件数
<p>○在宅医療の評価の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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である（同旨17件）。 ・ 在宅時医学総合管理料等について、同一建物での診療人数による評価の細分化を中止すべき（同旨11件）。 ・ 訪問診療を行う際に、前回改定で患者の同意書が必要とされたが、これ以上の文書等の増加は、医師の負担増だけでなく医療現場に非常な混乱をもたらすことになる。文書は必要最低限のものに絞っていただきたい（同旨3件）。 ・ 長期にわたって医学管理の必要が高い疾病・処置等の中に、進行した認知症（BPSDを伴う認知症を含む）等を追加してほしい（同旨2件）。 ・ 在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学管理料について、月1回の訪問診療による評価の新設が提起されているが、これについては患者の訪問診療の必要頻度に応じた評価ということで支持したい（同旨2件）。 ・ 質の高い在宅医療を確保するためには、主治医の専門以外の診療科（泌尿器科、眼科、耳鼻科、皮膚科、精神科等）の協力によるチーム医療が必須である。複数の診療科での訪問診療を評価してほしい（同旨12件）。 ・ 現在、医療と介護の給付調整により、特別養護老人ホーム等の施設入所者には厳しい算定制限が設けられているが、在宅患者であろうと施設入所者であろうと、医療の必要度が高い患者が存在する。したがって、施設入所者に一律に算定制限を設けるのは不合理であり、一定の緩和をすべきと考える（同旨6件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	52件
<p>○小児在宅医療に積極的に取り組んでいる医療機関の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児科等、看取りが想定されにくい医療機関の場合は、「重症児に対する医学管理の実績」だけで基準を満たすようにしてほしい。 	1件
<p>○外来応需体制を有しない在宅医療を専門に実施する診療所の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来診療を行わず在宅診療を専門に実施する診療所を認めることと、かかりつけ医・かかりつけ歯科医機能の強化とに矛盾を感じる。 ・ 在宅医療を専門に実施する医療機関に対し、安全性、終末期までの在宅医療の継続等、質が担保されるような施設基準が必要（同旨・類似4件）。 ・ 外来診療をしない訪問診療に特化した診療所を認めると、医療分野以外の業種の参入をあおり、医療の質の低下につながることを危惧する。外来患者が来院できなくなり訪問診療に移行することが訪問診療の理想ではないか。 <p style="text-align: right;">など</p>	13件
<p>○休日の往診及び十分な看取りの実績を有する医療機関に関する評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 休日の訪問診療を評価すべき。 ・ 在宅療養支援診療所等の施設基準について、看取り等の実績評価要件を廃止すること。診療所は1人医師がほとんどを占めていて、緊急往診や休日の往診、看取りなどの実績は、患者の数や状態により大きく左右される（同旨6件）。 ・ 地域での在宅医療に取り組む医療機関を増やすには、在宅療養支援診療所の届出の有無に関わらず在宅医療に関するルールを統一すべき。在宅療養支援診療所以外の医療機関に対する「往診の翌日に行った在宅患者訪問診療料の算定を認めない」などの不要な制限を無くすことを求める。さらに、往診料に休日加算を設け、患者が身近な医療機関から在宅医療を受けやすくする仕組みを作ることが肝要。 <p style="text-align: right;">など</p>	9件
<p>○在宅自己注射の適正な評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自己注射の指導、効果判定、副作用等に関する管理は、注射の回数に関わらず必要 	15件

<p>なため、回数による点数設定は廃止し、指導管理料は同等に評価すべき（同旨・類似 4 件）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 注射指導回数に応じた評価の差を縮小するにあたっては、全てにおいて点数を引き下げないこと（同旨 2 件）。 ・ 複数の医療機関で、同一患者の異なる疾患に対して指導管理を行った場合の評価の新設については賛成（同旨 8 件）。 ・ 「（導入前の）入院又は週 2 回以上の外来・在宅での指導」要件を廃止し、医師の判断で自己注射を開始できることを明確にすべき（同旨 7 件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○在宅呼吸両方の円滑な継続と適正な評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保険医療材料の適正な算定が認められることは重要であり評価する（同旨 2 件）。 ・ 在宅人工呼吸療法指導管理料で算定される NPPV について、医師の判断に基づき患者が受診しない月においてもレンタル料の算定を可能にする等の検討を要望する。また、同じ在宅人工呼吸療法指導管理料でも、TPPV と NPPV では指導管理の状況や提供物品に差があるため、見直しを要望する。 ・ 患者が外来受診しない月があった場合、現行でも在宅療養指導材料加算を次の受診時に未受診月の分を合わせて算定可能であり、現行のままで十分である。このような改定は業者救済であり、医療機関は通院中断となった場合に未収金となる可能性がある。患者・保険者への指導等も必要である。 <p style="text-align: right;">など</p>	6 件
<p>○効果的・効率的で質の高い訪問看護の提供体制確保について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 機能強化型管理療養費の要件において、既存の分類に当てはまらない重症児も含めてほしい。また、看取り件数又は重症児の件数を機能強化型訪問看護管理療養費の要件設定としてほしい。 ・ 看護師等が医師の診療日以外に行った検体採取、使用した特定保険医療材料及び薬剤に関する診療報酬上の取扱いについては、別途算定できるように明確化を望む。その場合、居宅施設（特別養護老人ホーム等）の看護職員でも同様の取扱いが望ましい。 ・ 看護師等が医師の診療日以外に使用した薬剤の取扱いとはどのような物を指すのか不明瞭。在宅対応については在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導において薬剤師で対応可能である。薬剤においては、医師の診察後に投薬すべきであり、配置薬のごとく使用分を後から処方または指示することにつながらないよう十分な配慮が必要（同旨 2 件）。 ・ 病院・診療所と訪問看護ステーションの組合せに制限を設けるべきでない。緊急時に複数機関からの訪問看護が可能な制度を担保すべきであり、むしろ、複数の訪問看護ステーションによる制限もなくすことが望ましい。 <p style="text-align: right;">など</p>	15 件
<p>○歯科における効率的で質の高い在宅医療の提供体制の確保について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準は、歯科訪問診療料 1 の算定割合を 8 割から大幅に引き上げるなど要件の緩和を行うこと（同旨 3 件）。 ・ 歯科訪問診療の 20 分要件を廃止すること。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、時間要件は廃止すべきである（同旨・類似 59 件）。 ・ 歯科訪問診療料と初・再診料との併算定ができるようにすること（同旨 47 件）。 ・ 患家での複数人に対する診療と施設での複数人に対する診療は、全く意味合いが違う。同居する同一世帯の複数患者に対して診療をした場合、同一建物居住者以外の取扱いにすべきである。また、同一建物の概念の中から、一般市民が居住するマンションやアパートを除外すること。 ・ 「特別の関係」の縛りを廃止することで、医科歯科連携が推進され、口腔状態の改 	88 件

<p>善、ひいては、患者の全身状態の改善にもつながる（同旨 2 件）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「特別の関係」にある施設等の訪問診療が可能となると、フリーアクセスが阻害され不公平な制度になってしまうため、慎重に検討すべき。 ・ 同一建物で同一日に複数患者に診療した場合、1 名時の 1/3 以下に設定されている。これ以上の引下げは診療側の訪問診療への取組を損ないかねない（同旨・類似 9 件）。 ・ 訪問診療は時間や人数で評価されるべきではない。患者の全身疾患、介護度、認知度、処置内容等を勘案して評価すべきである。 ・ 歯科訪問診療料を算定した患者に、訪問診療に基づき行った全ての処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴を 50/100 加算の対象とすること（同旨 2 件）。 ・ 歯科医師が栄養サポートチームの一員として診療した場合の評価に賛同する。サポートチーム等に加わり評価を行うことや、会議等への参加、文書等での情報提供による参加も認めるべきである。 <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○在宅薬剤管理指導業務推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料について人数制限を撤廃し、訪問時の内容で何がしの制限を加えるべき。 ・ 在宅薬剤管理指導業務の推進のため、薬剤師が医師の処方変更ありきで疑義照会するおそれがある。医師の処方権を侵害することがないように、十分な配慮が求められる。 ・ 医療連携・多職種連携が成り立っている在宅業務の場合、医師が処方を出す前の段階で在宅薬剤師が患者の状態により処方内容をアセスメントし処方提案がされている事がある。処方後の疑義照会を評価するだけでなく、事前の処方提案にも評価をすべきである。 <p style="text-align: right;">など</p>	5 件

1-5. 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について（108 件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介状なしで大病院に受診した際の新たな定額負担は設けないこと（同旨 50 件）。 ・ 医療機関に説明責任を負わせるのではなく、国が国民に知らせる手段を早期に講ずるべき（同旨 2 件）。 ・ 外来医療の機能分化は窓口負担の増額によって行うのではなく、地域での啓蒙・教育活動を通じ、患者・国民の理解と納得を得て行うべきである（同旨 5 件）。 ・ 患者の負担増は、患者から必要な医療を受ける機会を奪う。医療機関へのフリーアクセスは国民皆保険制度の根幹であり、この理念は排除すべきでない（同旨・類似 6 件）。 ・ 地方の特定機能病院では紹介状を持たずに受診する初診患者が未だ多い。患者に定額の徴収を求めることで、特定機能病院が本来の役割に集中できる環境が整備されると思われる。 ・ 医療過疎地域などは対象から除外すべき。 ・ 医療機関として最低価格より高く設定した場合は患者への説明が難しくなる。厚生労働省側で具体的に 500 床以上の病院機能（特定機能病院、がん拠点病院など）を評価したそれぞれの金額を提示してもらいたい。 ・ 都市部と地方の所得格差等が問題化する中、定額を最低金額とすること、また、医科・歯科で異なる設定とすることについては評価できる。地方の実情を考慮の上で金額を設定すべき。 ・ 時間外における救急事業（地域輪番制）等へ来院する患者の定額負担を一律に免除としないほしい。定額請求の適否、診療時とは異なる金額設定などの裁量を医療機関に与えるべき。救急事業対象患者を一律負担免除とすると、時間外に患者が集中して、二次医療機関の機能に影響を及ぼすことになる。また、逆に一律に高額負担とすると、市民の救急受診先が減少するため、地域の事情に応じた金額を医療機関の判断で設定すべきである。

- ・ 外来患者抑制、待ち時間の緩和において術後等の定期的な検査結果について、電話等での診断指示・治療上の意見を検査日に加算する項目の新設を要望する（同旨 19 件）。

など

2. 「4つの視点Ⅱ」患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

2-1. かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価について（47件）

意見の内容	件数
<p>○かかりつけ医の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括診療料・地域包括診療加算ともに算定要件のハードルが高い。地域包括ケアシステムの構築強化には算定要件の緩和が必要（同旨 2 件）。 ・ 地域包括診療料、地域包括診療加算を算定する医療機関（内科）のみをかかりつけ医とするのではなく、単科（皮膚科、眼科）でも対応できるような検討が必要。 ・ 異なる医療機関で複数科を受診している患者について、かかりつけ医が総合的に一元的に医療の管理することは現実的には困難。 <p>など</p>	11 件
<p>○かかりつけ歯科医の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設基準を多く設け、大半の歯科医師がかかりつけ歯科医機能を発揮できなくなることは反対。生涯を通じた切れ目のない口腔マネジメントのためには、かかりつけ歯科医機能を持つ歯科医師が多くいることが重要であるため、多くの歯科医師が関われるよう制度設計を行ってほしい（同旨 5 件）。 ・ 歯周病安定期治療やフッ化物塗布処置に対する適応症の拡大は歓迎だが、これらの処置は日常的な診療行為であり特別な施設基準は不要。 ・ 指導内容等の伝達は個々人に必要かつ適切に行うこと等を優先し、必要以上の文書提供等には配慮してほしい（同旨 2 件）。 <p>など</p>	22 件
<p>○かかりつけ薬剤師・薬局の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 薬局と薬剤師を同時に評価する形にしてもらいたい。管理薬剤師が頻繁に変わる薬局はかかりつけとして評価できない（同旨 3 件）。 ・ かかりつけ薬剤師・薬局の評価を行うこと自体は賛成だが、評価を行うことで、患者が「かかりつけ薬剤師・薬局」で利用すると料金が高くなるという印象を持つことが危惧される。 <p>など</p>	9 件

2-2. 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進について（29 件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療情報提供書等について、電子的に送受する際に電子的な署名を求めることは好ましくない。紙媒体の場合、印鑑登録されている印鑑での押印が求められていないのに対し、電子媒体の場合、認証局に登録が必要となる電子署名が求められるのは整合性が取れていない（同旨 3 件）。 ・ 診療情報提供書の電子化について、安全性を確保した上でとされているが、どのような基準を設定するのか、患者情報の運用になるため慎重に検討してほしい。 ・ お薬手帳は紙よりアプリ（電子版）の方が今後の普及も進むと思われ、同じ診療報酬をつけるというのはよいと考える。 ・ お薬手帳が電子版になった場合、全薬局のみならず全医療機関、救急医療、災害時においても実

効するものかどうかの検証が必要。

- ・ 10 対 1 入院基本料についてはデータ提出に関する基準を設けるべきではない。10 対 1 病床は比較的小規模の地方の病院も少なくなく、患者に直接的な利益もない（同旨 5 件）。
- ・ 診療情報提供書等の電子署名の推進、画像情報などの共有化、お薬手帳の電子版の容認など電子化の推進が提案されているが、電子カルテなどの互換性がなく、病診連携においても各医療機関でのやりとりが共通ではないため、現状では困難。これが可能な特定の医療機関への誘導になることを危惧する。

など

2-3. 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について（57件）

意見の内容

- ・ 回復期リハビリテーション病棟においてアウトカムの評価を算定基準に含めることは、患者の選択につながりかねないので賛成できない。状態の悪い患者はリハビリを受けられない可能性が出てくる（同旨 7 件）。
- ・ リハビリテーションは全ての患者に同様に提供したとしても、患者の病状、モチベーションの在り方によって、結果も当然変わり得る。アウトカムに関わらず、提供したリハビリテーションに係る人件費等の費用について確保されるべき。加算方式とするほうが改善のインセンティブが働く（同旨 2 件）。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟の専従の常勤医師が、入院外の診療にも一定程度従事できるよう、施設基準を見直すことは賛成である（同旨 4 件）。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算における施設基準見直しについて、常勤医が少なく、一般病棟、回復期リハビリテーション病棟のケアミックスの場合、専従要件の緩和（他入院料を算定する病棟で一部業務化）を要望する。
- ・ ADL 維持向上等体制加算について、細かな基準が非常に多く、医療の不確実性があるにも関わらずアウトカム評価が求められており、診療報酬も低く抑えられ普及していない。アウトカム評価を求めず、必要な量のリハビリを必要に応じて提供できるような診療報酬設定が必要である。
- ・ 現状では急性期病院でリハビリテーション専門職は人員不足の状態である。量を確保する必要があるので、常勤のリハビリテーション専門職の人数要件などが加えられるとよい。
- ・ 疾患別リハの起算日について現行通りとすること。
- ・ 慢性疾患であっても状態の変化によって、症状変化に応じた早期からの集中したリハアプローチが必要となることがある。現行の脳血管疾患等リハビリテーション料では、急性増悪を「1 週間以内に FIM 得点又は BI が 10 以上低下するような状態などに該当する場合をいう」と設定しているが、同様に慢性疾患の急性増悪対し、早期より十分対処できるよう必要に応じたアプローチは評価してほしい。
- ・ 疾患別リハビリテーションについて急性期病院は、診断名が疑い状態でリハビリを開始しなければいけない状況がある。疑い状態でも適応となるように条件を緩和して欲しい。
- ・ 廃用症候群のリハビリテーション料を新設することには賛成だが、点数の引き上げと請求に必要な文書記載の簡素化が必要（同旨・類似 5 件）。
- ・ 要介護被保険者等に対する維持期リハビリテーションの移行については反対。維持期を含めてリハビリテーションは医療行為であり、医療保険から給付すべき（同旨・類似 6 件）。
- ・ 心大血管疾患リハの施設基準の緩和に賛成。実施施設が増えることは患者の利益につながる（同旨 2 件）。
- ・ 医療機関外でのリハビリテーションが算定できることには賛成である。さらに、在宅復帰後の生活に即した訓練を行うため、入院時や退院前、居宅にてアセスメントや助言を行いやすい制度にしてほしい。
- ・ 施設基準に応じて疾患別リハビリテーション料の評価を見直すことについては賛成。現在Ⅰ～Ⅲに分かれているが、現状Ⅱ、Ⅲの点数が極めて低いので、人員基準や施設基準を満たすため

に必要な費用を考慮した点数に引き上げるべき（同旨・類似2件）。

- ・リンパ浮腫は医師の指示による治療が必須であり、対応できる医療職の技術水準を保証することが必要。ただし、基準が厳しすぎると対応できる医療職数が減るので適切な基準を提案すべき。
- ・リンパ浮腫の患者に対する複合的治療に係る項目の新設等を追加について、リンパドレナージ等が含まれるとより多くの患者が施術可能となり、患者のQOL向上が図られる。
- ・嚥下機能障害があっても摂食機能療法の算定が認められない事例が多発していた。摂食機能療法の対象疾患拡大は是非お願いしたい（同旨3件）。

など

2-4. 明細書無料発行の推進について（60件）

意見の内容

- ・明細書は患者の求めがあった場合にのみ発行すれば良い取扱いにすること（同旨42件）。
- ・明細書発行体制等加算は、体制を評価する加算ではなく、発行した都度算定する出来高算定の点数とすべき。
- ・療養担当規則では、領収証の交付にあたって「その費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付」することが求められているのであって、窓口負担が発生しない患者にまで明細書の発行は不要である（同旨3件）。
- ・交付の対象を広げることは資源及びコストの面からも非合理的である。さらに、医療機関の労力が増えることを危惧する（同旨3件）。

など

3. 「4つの視点Ⅲ」重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

3-1. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について（19件）

意見の内容

- ・外来治療を受けるがん患者のサポート体制として、外来から在宅への連携を外来などで行った場合にも評価するなど、多様な連携に対して加点してほしい。
- ・緩和ケア病棟入院料届出施設も専門的な緩和ケアを提供できる緩和ケア外来が機能している。緩和ケア診療加算届出施設と同様に、外来緩和ケア管理料を算定できるよう施設基準の改定を要望する。
- ・退院時に関わる包括除外項目が少なく、退院に向けて積極的な取組を行うという機能が弱い。外来や在宅への円滑な移行も支援する役割を強化するためには、退院時に係る包括除外項目を追加して算定可能にすることを要望する。
- ・緩和ケア病棟と在宅緩和ケアとの連携が密接になれば緊急入院率が増加する傾向が見られることから、緩和ケア病棟を有する施設が在宅緩和ケアを支援する病棟として役割を果たすために「緩和ケア病棟緊急入院加算」の創設を要望する。
- ・（緩和ケアに係る研修に対し、）大規模病院はすぐには届出できず、辞退が相次ぐものと想定される。全医師の研修受講を要件とするのであれば、「がん診療に関わる」の詳細な定義を示すとともに、現行で届出している医療機関への経過措置を検討すべき。
- ・外来化学療法は薬剤費の占める割合が高いため、治療に携わる人件費を考慮すると採算が取れず、外来よりも入院で行った方が採算性が高いという逆転現象が起きている。外来化学療法加算の評価見直しを要望する。
- ・治療による食思低下は低栄養を招きやすく在宅への移行が困難な状況にある。継続的に栄養指導が実施可能となるようにすべき（同旨3件）。

など

3-2. 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について（31件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤師による適切な薬物療法支援は、認知症患者が適切な医療を受けられることにつながる。多職種チームの一員として薬剤師が関与することは必要（同旨 22 件）。 ・ 特定機能病院は最新の認知症医療を提供する設備や認知症専門医やコメディカルが充実している。認知症早期発見と治療並びに医療と介護の連携強化が図りやすい環境であり、これら関係職種間の調整を図るために認知症看護に長けた専従看護師の配置について加算を要望する。 ・ 認知症療養指導料は、認知症疾患医療センターで診断され、他の保険医療機関へ紹介された患者のみ算定可能だが、患者家族への指導等、一定の指導管理を行っている現状から、かかりつけ医などでも算定できるよう要件緩和を望む。 <p style="text-align: right;">など</p>

3-3. 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について（23件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科病院のデイケアは重度慢性患者にとって重要である。利用日数に制限をかけることは精神科リハビリ、地域定着、就労支援にまで支障をきたすと考える（同旨 7 件）。 ・ 精神科デイケアの長期・頻回利用者をより自立した生活への移行を促すには、デイケアスタッフとは別に、外来患者の支援を専門とする精神保健福祉士等の充実が求められる。 ・ 精神科救急・合併症入院料の施設基準について、措置入院、緊急措置入院、応急入院に係る新規入院患者の受入件数要件の廃止又は見直し。他の要件を満たして診療体制を整えているにも関わらず、外部環境により算定できないのは納得しがたい（同旨 3 件）。 ・ 精神科救急・合併症入院料の施設基準について、新規入院患者の 4 割以上が入院日から 3 月以内に退院・在宅移行とあるが、在宅移行に精神科単科の医療機関への転院も含めてほしい（同旨 2 件）。 ・ 多剤投与に対する減額規定や算定制限については、患者によって病態は異なるため、診療報酬で制限すべきではない。現行の取扱いを撤回と適切な評価を望む（同旨 4 件）。 ・ リエゾンチーム加算について、チームを構成する看護師、精神医療の経験を有する精神保健福祉士等をより柔軟に確保できるよう、評価を充実及び専従要件の緩和等の見直しが必要（同旨 3 件）。 ・ 児童・思春期の発達障害圏の患者は、入院治療となる割合は低いが、一人当たりの診療時間が成人患者に比べ約 2 倍を要することが多い。入院医療体制によらない精神療法の評価を要望する。 ・ 一定の知識と経験を有する看護師が、認知療法・認知行動療法の一部を実施する形式の療法の評価については、厚生労働省研修事業として行われている認知行動療法研修の受講対象職種である精神保健福祉士等についても評価対象とすべき。 <p style="text-align: right;">など</p>

3-4. 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について（3件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 新たな指定難病とされた抗糸球体基底膜腎炎の治療において、血漿交換療法は有効性が認められ、諸外国では標準的な治療として認知され、日本の診療ガイドラインでも治療法の主体とされている。血漿交換療法を標準的治療として保険収載を希望する。 ・ 現在保険収載されている遺伝学的検査では、承認された体外診断用薬品がなく検査法のみが指定されている。分析的妥当性が評価された検査薬を用いることが、正しい検査結果を得るためには必要である。関係学会による指針に加え、検査薬に関しては製造販売承認申請に求められるレベルの技術的評価を実施すべきである。また、従来の遺伝学的検査についても、検査法の

みでなく技術的評価を行った検査薬を用いるよう改定すべきである。

- ・ 指定難病の多くは神経疾患であり、神経内科における神経学的診察が、その確定診断のためには必須である。従って、神経内科における難病の診察に換算が考慮されるべきである。

3-5. 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について (107 件)

意見の内容	件数
<p>○新生児特定集中治療室・小児特定集中治療室の算定上限引き上げについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新生児の重症患者や合併症を有する患者に施術した際、症状安定に至るまでに NICU、ICU 等の特定入院料算定治療室を行き来することが多いが、特定入院料を算定できる 2 以上の治療室に入院させた場合の算定ルールだと、個々の治療室での治療に対する評価が得られていない。算定期間通算ルールの適正な見直しを要望する (同旨 20 件)。 ・ 新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料に規定する疾患に、先天性心疾患の追加を要望する (同旨 33 件)。 ・ 患者の状態・症状に応じた算定期間の見直し (延長) を要望する (同旨 40 件)。 ・ 新生児特定集中治療室・小児特定集中治療室の他に、救命救急入院、特定集中治療室についても同様に算定日数を越えて集中的な治療を必要とする患者は多い。 など 	72 件
<p>○精神疾患合併妊娠・分娩の管理の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ハイリスク妊娠管理加算の対象に、精神疾患患者の追加を要望する (同旨 2 件)。 ・ 精神疾患を伴った場合に限らず、高齢妊婦の分娩に至るまでの全体的な評価の底上げが必要 (同旨 4 件)。 など 	6 件
<p>○救急患者の受入体制の充実について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間休日の時間帯の基準緩和、時間外の時間帯の評価をお願いしたい (同旨 2 件)。 ・ 地域連携夜間休日診療料について診療所に対する評価が必要。医師不足、病院勤務の過重な勤務状況を緩和するために、診療所の参加に対する評価が望まれる。 など 	5 件
<p>○救急医療管理加算 1 の評価の充実について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 脳梗塞、脳出血等、脳血管障害は、発症後の経過時間が命の危険、後遺症の程度等に関わる疾患であるため、脳血管障害に対して救急医療管理加算 1 と同等の請求としてほしい。 ・ 救急入院患者への診療応需体制を確保するため、救急医療管理加算 1 を増点すべき。 ・ 救急医療管理加算 1 の対象項目拡充の検討が必要 (同旨 3 件)。 ・ 救急医療管理加算の算定要件が曖昧なため、基準の明確化を要望する (同旨 2 件)。 など 	6 件
<p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児入院医療管理料に包括されている無菌治療室管理加算、リハビリテーション料、退院時在宅指導管理料を包括から除外してほしい。 ・ 小児では悪性腫瘍など化学療法を実施する場合、規定された疾患以外でも、無菌室管理下での治療が必要なことがある。無菌治療室管理加算の算定要件について緩和を望む。 ・ 小児入院医療管理料の算定年齢が 15 歳未満であり、中学 3 年生の途中で算定が変わってしまうことは不合理である。義務教育期間の満了までにしてほしい。また、小児慢性特定疾患の場合は、15 歳以降も小児病棟に入院加療することが多いため、現行の 15 歳未満から 20 歳に達する日としてほしい。 ・ 現在、高気圧酸素治療の点数は救急的疾患に対しては第 1 種にて 5,000 点、第 2 	25 件

種にて6,000点となっているが、救急的疾患にて1週間以上経過した場合もしくは、非救急的疾患では1回200点であり、相当な赤字である。高気圧酸素治療における救急的適応期間の延長と診療報酬の増点を望む（同旨8件）。	など
--	----

3-6. 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進について（201件）

意見の内容	件数
<p>○歯科外来環境体制加算の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療時の偶発症などへの緊急対応及び感染症対策などの取組を行う体制について、より安心・安全な環境整備を保持するためにも、必要なコストに見合う評価をしていただきたい（同旨6件）。 歯科衛生士が果たす役割が非常に重要なことは十分に認識しているが、慢性的に不足している状況を考えると歯科衛生士の配置という項目が大きな障害となり当該加算を算定できないことで、患者に対してより安心・安全な歯科医療を提供することが困難となっている。 施設基準取得の障害となっている歯科用吸引装置に関して是正を求めたい。 <p>など</p>	15件
<p>○全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療充実のための見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 全身疾患を有する患者の歯科治療において、必要に応じて行うバイタルサインのモニタリングを評価するとのことで、大変好ましい（同旨4件）。 処置によってモニタリングの必要性が違うが、軽度侵襲の処置であっても患者の状態によっては歯科医師の裁量で決定することも可能としてほしい。 歯科では、疼痛性ショック及び緊張による脳貧血様発作などが偶発症としては多いと思われるので、偶発症発症時のモニタリングの評価についても評価の対象となることを望む。 局所抗菌剤のみでなく内服等での全身的な抗菌剤の使用も効果的であるため評価の対象とすべき（同旨2件）。 糖尿病患者に限らず、心疾患等、易感染状態にある患者に対する治療においても評価してほしい。 <p>など</p>	11件
<p>○口腔疾患の重症化予防と歯の喪失リスクの低減の観点からの見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> フッ化物歯面塗布は歯質強化によるう蝕発生予防に主たる目的があり、う蝕発生前に実施されることで大きな効果が得られる。この観点から言えば、フッ化物歯面塗布は、唾液検査や細菌検査等でう蝕発生リスクが高いと判断される歯牙にまで対象を拡大すべきである（同旨2件）。 対象をエナメル質初期う蝕のみとせず、歯根面露出した病的な状態の歯も対象にすべきである。 SPTの適応症を緩和すること（同旨50件）。 継続管理の処置間隔は様々な要因によって決まるため、実態に応じて月に1回算定可能とすべき（同旨7件）。 歯周基本治療の成功なくしてSPTへの移行もない。歯周基本治療に係る技術料を引上げ、包括した項目を独立して算定できるようにすること（同旨47件）。 <p>など</p>	74件
<p>○各ライフステージの口腔機能の変化に着目した見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 咀嚼機能検査等を実施は、咀嚼機能を客観的に評価し、現状を正確に把握する上で、また歯科治療による機能回復の状態を知る上で極めて重要。 口腔内装置に係る調整及び指導等の評価は当然行われるべきであり、ホッツ床のほ 	5件

<p>か床副子も対象とすること。</p> <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○マイクロスコープ及び歯科用3次元エックス線断層撮影を用いた根管治療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科用3次元エックス線断層撮影を必要に応じて併用する有用性は大きいがあるが、3次元ではない従来のレントゲンを併用した歯内療法全般についてもマイクロスコープ使用に伴う診療報酬評価を求めたい（同旨2件）。 ・ マイクロスコープ等を用いない場合の4根管、槌状根の根管治療の評価を加えること（同旨5件）。 ・ マイクロスコープやCTを用いる治療は保険診療ではない。 <p style="text-align: right;">など</p>	15件
<p>○歯科疾患管理料を含む医学管理等の文書提供等の要件について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者への文書提供は、患者の求めや歯科医師の判断に応じて実施するよう見直すこと（同旨58件）。 ・ 情報提供した場合は情報提供料として加算評価すべき（同旨58件）。 ・ 電子カルテ入力に伴い提供文書を作成できるレセコンも多く存在する。患者の自筆署名を算定要件とすることは廃止すべき（同旨2件） ・ 患者へ提供する文書は、その文書と同等の説明を行うのであれば、文書提供は必要なしとすること。 <p style="text-align: right;">など</p>	80件
<p>○難抜歯の評価見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現状では術毎に部位や状態が異なる抜歯手術について評価が一律であるが、難抜歯についての評価を見直すことは必要な事項である。 ・ 抜歯に関するリスクへの対応、処置時間、処置後のケアやバイタルの確認などを含めると、部位による難易度より患者管理の難易度が上がっているため、抜歯技術全体の評価を上げるべき（同旨2件）。 ・ 難抜歯とは歯根肥大、骨の癒着、歯根湾曲等に対して骨の開削、歯根分離術を行った場合に限り算定する要件であり、抜歯部位とは関係ない。部位に応じた評価とすべきでない（同旨2件） <p style="text-align: right;">など</p>	8件
<p>○補綴時診断料、並行測定検査等に関する評価見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 補綴時診断料については、同一初診1回限り算定を、1装置につき算定とすべき（同旨17件） ・ 平行測定については歯冠形成の加算である方が実態に即していると考えられる。 <p style="text-align: right;">など</p>	21件
<p>○有床義歯内面的合法と有床義歯修理の評価との整合性について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 有床義歯内面適合法と有床義歯修理では概念が異なる。即時義歯製作後の比較的早期の床裏装は有床義歯修理により算定するとあるので、このケースに関しては検討すべき余地はあるが、全ケースに当てはめるべきものではない。 ・ 義歯新製から6ヶ月以内に実施する有床義歯内面適合法について、有床義歯修理の評価と整合性を図るのであれば、義歯を作製した当該医療機関においてのみに限定すべきである（同旨2件）。 ・ 有床義歯の新製から6か月もの期間、実施した義歯修理が所定点数の50/100に減額されることのほうが不合理である（同旨2件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	11件
<p>○特定保険医療材料の見直しと評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科用アマルガムは、歯冠修復材料としては他のレジン充填等で代替可能だが、顎骨内等での歯根端切除後の根尖閉鎖や髓腔穿孔等の閉鎖においてはCR充填ではその用をなさない。現状で歯牙の保存を考えたとき、症例に応じて保険診療に残すべき。 	13件

<ul style="list-style-type: none"> 金属アレルギーなどの患者にも使用できる、メタルフリーの歯科材料の開発と普及を図ること（同旨2件）。 新規技術の保険収載にあたっては不採算での導入にならないよう、評価基準を明確にして適正な点数設定で実施すること。 CAD/CAM冠の対象歯を前歯、大臼歯にも適用拡大することを望む（同旨5件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 初診料、再診料等の基礎的技術料の引上げ（同旨76件） 歯科技工士にも適正な報酬が配分できるよう、補綴関連の点数を引上げが望ましい（同旨53件）。 クラウン・ブリッジ維持管理料は歯科医師の判断で装置ごとに算定できるようにすること（同旨59件） 	132件

3-7. かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化について（41件）

意見の内容	
<ul style="list-style-type: none"> 患者が初回来局時点数より2回目以降の来局時の点数を低くするとあるが、2回目の定義が不明瞭と思われるため明確にすべき（同旨5件）。 2回目以降の来局時の点数を低くする方向性については患者のメリットとなるので賛同する。その上で、保険者側が被保険者に対し、点数設定等を周知徹底すべき。 2回目以降の管理指導料を低くする案は、かかりつけ薬局になったら薬局の収入が低くなる点に問題がある。患者に対する同一薬局への誘導案としては良いが、薬局の減収にならない方法で実施すべきである（同旨2件）。 在宅薬剤管理指導業務において疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価するとあるが、薬剤数、薬剤量が減量された時だけに限定するべきではない。適切な薬剤への変更、使用方法の変更提案も対象とすべき（同旨3件）。 重複投薬・相互作用防止加算は、処方内容に変更がなかったとしても薬剤師として薬学管理を行った行動としての評価はして欲しい（同旨2件）。 一包化加算の見直しについては、従来通り、日数に応じて加算を増やすのが妥当（同旨2件）。 一包化の機械化が進んでいることは事実だが、薬局規模を考えた時に全薬局に導入できていない訳ではない。また、一包化にも難易度の差があり、患者に応じてオリジナルな一包化を行っていることもある。一包化調剤に関しても手間に見あただけの評価が必要（同旨8件）。 分包機の購入維持費や分包紙やインクリボンなどの消耗品コストを考慮すべき（同旨2件）。 手帳の有無で患者負担が変わることは理解できない（同旨2件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	

3-8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について（99件）

意見の内容	
<ul style="list-style-type: none"> DPCの包括点数ではカバーしきれない医療材料について病院の持ち出しとなる場合が多くある。分岐あるいは出来高算定が可能となるよう要望する（同旨2件）。 高額輸入材料のうち保険償還価格を上回る希望小売価格が設定され、保険請求額よりも購入額が上回る、いわゆる逆ザヤになっている医療機器がある。公定価格である保険償還価格改定と連動して、市場実勢価格が下がる制度となるように求める。 体外診断用医薬品を保険医療材料専門部会及び保険医療材料専門部会にて議論することに賛同するが、通常、医薬品とセットで薬事承認を進めていくことが多いので、了承後には、医薬品の薬価収載日と体外診断用医薬品の保険適用日を同日にしてほしい。 	

- ・ 国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けている施設にあって行われる検体検査の評価を行うとあるが、「検体検査」、「技術能力の認定」の定義を明確化する必要がある。
- ・ 3 テスラ以上の MRI についての臨床的価値の評価は妥当だが、中低磁場の永久磁石を使用したオープン MRI は静音性、安全性、診断価値の拡大等多くのメリットがあり十分評価に値すると考える（同旨 46 件）。
- ・ 同種造血幹細胞移植後の慢性骨髄性白血病の再発、骨髄異形成症候群の再発及び EB ウイルス感染による B 細胞性リンパ球増殖疾患に対し、造血幹細胞提供者のリンパ球採取に係るドナーの費用について病院負担となっているが、造血幹細胞移植同様保険適用を要望する（同旨 23 件）。
- ・ 胃瘻増設後の経口摂取回復率 35%というのは、本人・家族の希望もあり難しい。
- ・ 臨床検査や手術等の医療技術について、「新規技術の保険導入」は必要だが、「既存技術の診療報酬上の評価の見直し」は慎重に行うこと。保険医療機関の大半を占める診療所や一般病院の多くが実際に行っている医療が、診療報酬で適切に評価されるようにすること。
- ・ 産科手術・眼科手術など、前回改定で引き下げられた手術点数について、再評価を行った上で点数を引き上げるべき（同旨 2 件）。

3-9. DPC に基づく急性期医療の適切な評価について（41 件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 診断群分類は同じであっても病状により医療資源の投入量に差異が生じることは少なくない。医療機関毎の重症患者への対応等を加味することは、提供した医療資源を適切に評価する上で必要な事項である。 ・ 機能評価係数 I・II について、診療内容に直接関係のないもの、後発医薬品指数等国の政策誘導によるものは、機能評価係数になじまない。調整係数が今後さらに置き換えられる中、診療に本当に必要な内容で指数化すべき。 ・ DPC 導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）に関しては、大変な時間・労力を駆使するために大幅な簡素化を願う（同旨 2 件）。 ・ DPC 導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）において、EF ファイルに重症度、医療・看護必要度のスコアを記録する提案がされているが、本来 EF ファイルは医事会計データであるため改修が大がかりとなり、コスト負担も増す。記録は別ファイルにするなどの配慮をすべき。 ・ DIC に対する注射薬剤：リコモジュリンを使用した場合、130100（播種性血管内凝固症候群）のコーディング、定義副傷病名で評価又は出来高での算定を要望する（同旨 23 件）。 ・ 小児入院医療管理料算定施設である小児専門病院では、小児入院医療管理料に、処置料、検査料、画像診断料などの高額な医療資源が投入される項目が包括されている。そのため、高度な診療内容であっても包括範囲出来高点数が低くなり、包括範囲出来高点数から算出される診療密度、救急医療指数、重症度指数は、こども病院では実態よりも非常に低く評価されている可能性が高い（同旨 8 件）。 ・ 出来高算定にふさわしい診療行為で、包括診療に包含されているものについては、出来高算定できる仕組みに改めること。出来高診療範囲の縮小と包括診療範囲の拡大は、複数疾患を抱えた高齢者などの診療では、バリエーションの要素が多く、患者の個別性に応えた診療を行おうとすると、病院の持ち出し部分が増えることにつながる。 ・ DPC 病院における機能評価係数の底上げ、見直しを行うこと。DPC 病院の中でも圧倒的に多い医療機関Ⅲ群は、地域医療に対する貢献度も高く、機能評価係数の分配を手厚くする。また、I 群からⅢ群のすべてにわたり、機能評価係数の底上げを行うこと。 ・ 7 日以内の DPC 再入院について、基準となる MDC 分類を 2014 年度改定以前の基準に戻すこと。主要診断群が前回入院と一致していても一連の疾患とは限らない。具体的には継続入院の基準である MDC2 ケタを MDC6 ケタに戻すこと。 ・ 複数疾患を抱えた高齢者は、DPC で設定された入院期間Ⅱ超えになる可能性が高く、「看護必要

度加算」の新設など、高齢などの要因も考慮した制度にすること。

- ・ 同一傷病名の再入院も、再入院した日を入院の起算日とすること。DPCでは、「7日以内に再入院（再転棟を含む）した場合には、前回入院と一連の入院」として扱われる。一般病棟では入院期間90日越えの要件に係ることとなり、DPCでは入院初期の診療が逡減制に引っかかり、病院の持ち出しとなったり、初期診療を手控えることになる。

4. 「4つの視点Ⅳ」効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

4-1. 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討（69件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 後発医薬品調剤体制加算の計算式について変更不可の場合使用率計算の分母から外すべき（同旨14件）。・ 外用薬等明らかに品質が違う場合は後発医薬品促進の対象から外すべき（同旨5件）。・ 適応症の違いによりジェネリック医薬品に変更できない場合は使用率計算の分母から外すべき。・ 新薬も含めて薬価ベースでの後発品使用率を算出すべき（同旨2件）。・ 後発医薬品の切り替え率目標に集中度を乗じるなど、集中度毎の切り替え目標設定することを提案する。・ 現行の後発医薬品調剤体制加算1を算定している薬局（55%以上）と、もっと低い数量シェアの薬局に同じペナルティーを科すのは乱暴。後発医薬品調剤体制加算には減算をしない範囲が必要。・ DPC対象病院における後発医薬品係数の評価上限を見直すことについて評価上限の安易な見直しは病院の負担に繋がりがかねない。特に、大学病院では治験や臨床研究といった先進医療への貢献の面からも長期収載品を使用せざるを得ないため保険請求できない。DPC対象病院として一概に取り扱うのではなく、各病院の状況を鑑み、特例を設ける等の措置を講じてほしい。・ 銘柄を指定する理由の妥当性について判断基準を明確にしてほしい（同旨3件）。・ 先発医薬品変更不可の場合も理由を記載すべき（同旨2件）。・ 後発医薬品の銘柄指定をすることは、使用促進という観点からいけば何ら逆行するものではない医師が臨床経験に基づいて判断した処方尊重されるべき（同旨4件）。・ 長期収載品は薬価をジェネリックと同じにする（同旨2件）。・ 後発医薬品の出た先発医薬品の薬価を大幅に引き下げることが最も効果的である。・ 長期収載品であっても効果が十分にあり安全で扱いやすい薬の薬価はあまり落とさず、他の薬や治療で代替でき、安全でない、効果の弱い薬の薬価を下げるべき。・ 長期収載品の特例的な引下げはイノベーションの不適切な評価につながり抜本的見直しをすべきだが、現行制度を維持するにあたっては、一律引下げではなく、後発品に置換しにくい製品群を勘案した詳細な制度設計とすべき。・ 患者が希望しない場合差額分を患者が負担する（同旨7件）。・ 原則、すべてジェネリックという考え方にすべき（同旨3件）。・ オーソライズドジェネリックを推進すべき（同旨4件）。
など

4-2. 退院支援等の取組による在宅復帰の推進（7件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 退院支援・調整に係るケースは増え、退院調整看護師として専門的知識や能力を求められることが多くなっているが、数年の看護実績だけで配置できる現行の退院調整加算だと退院支援・調整の質は上がらない。専門的な研修を修了した看護師の専従と、さらに、医療ニーズや経済不安など看護師と社会福祉士の両者が係るケースが多いため、社会福祉士の専従を要件とすべき。

- ・ 在宅・施設・病院等にて連携のためのカンファレンスが実施されているが、病院・施設・医師・看護師の都合にて開催され、歯科医師・歯科衛生士が参画するのは非常に困難な状態にある。この状況・状態を打破するため、歯科医師・歯科衛生士が意見書等にて参画が行えることを望む。
- ・ 看護だけでは支援できない患者が急増しているため、MSW の仕事の重要性を理解し、その適正配置に対する評価を希望する。
- ・ 低栄養・摂食嚥下機能低下のある患者は、早期退院の目途がづらい。診療報酬上で指導対象疾患が増えることで入院から退院までの支援の充実につながる。
- ・ 病棟へ退院支援職員の配置を行うなど、積極的な退院支援を実施している医療機関に対する評価の新設は、各病院の状況等に前向きな変化が期待されるので賛同する。
- ・ 入院後十分な病状の改善を図り、回復期病棟、在宅医療・介護を含め、医療・介護機関との連携確保と療養継続ができるような取組に対して十分に評価すべき。
- ・ 一般病棟で治療目的に入院した高齢者のシームレスな退院支援には、基礎疾患や認知機能を十分に踏まえたコーディネーターが必要。家族・社会背景のアセスメントと関係職種間の調整を図るために、認知症看護に長けた専従看護師の退院調整について加算を要望する。

4-3. 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進（38件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 持参残薬を確認して薬剤数量を変更する際、電話で問い合わせるのに時間と手間がかかるため、患者も消極的になってしまいがち。医師側から事後報告でよいと言われることも多い。推進するためには事後報告のみで良いことにしてほしい（同旨6件）。 ・ 薬剤師だけでなく医師が行った場合にも評価すべきである（同旨2件）。 ・ 残薬調整した場合は持参薬管理料のようなものがほしい。 ・ 患者が持参した際の調整に関しては、日数や剤数の減少による調剤料の減額を行わないこと（薬局のインセンティブにならない）。その際の薬局の加算については過度に高額にならないこと（高額になれば、薬が減っても患者負担金が減らない可能性がある）。 ・ 「リフィル処方せん」制度にした上での薬剤の最大投与日数は14日とした方が残薬は減る。 ・ 分割調剤は総投薬日数が変わるわけではないので、医師の指示を必須とすることなく行えるよう希望する。 ・ 医療機関や薬局での行動だけでは限界がある。保険者の調査の強化をお願いしたい（同旨2件）。 ・ 重複投与対策として、内服のみならず外用薬すべてにおいて、レセプトで重複があった場合に支払いを医療機関・薬局両方から減額してはどうか。 ・ お薬手帳を電子化して保健所にデータとして保管すれば重複が防げる。 ・ 禁忌症例などによる処方の削除・変更、腎機能障害などによる用量調節（減量）においても評価してもらいたい（同旨3件）。 ・ 投薬だけに頼らない患者への丁寧な食事や運動療法等の説明により病状の安定や回復を目指す診療に報酬を厚くする。 ・ 7剤以上の処方又は向精神薬や抗精神病薬等の多剤処方の院外処方せんの場合においては、処方発行元の医療機関又は保険薬局に対して、院内処方と同様に、薬剤料を10%又は20%減算に値する制度設計が必要ではないか。
など

4-4. 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し（33件）

意見の内容
<p>○特例対象範囲の拡大について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 規模の大小によって薬局の質を問うのではなく、基準調剤の加算の区分を増やし、薬局の質を点数に反映させるべきである（同旨4件）。

- ・ 急性期病院の近隣薬局で応需する処方箋は、今回の改定でいう高度薬学管理機能を持つ薬局が対応する抗がん剤や抗 HIV 薬、さらに抗肝炎薬、無菌製剤など特殊な知識を有する必要があるものが集中する。このような機能があるにもかかわらず一律で大型門前薬局という概念の下、基本的な評価がまとめられることに違和感がある。
- ・ 町に小さな診療所が一つしかないとは必然的に集中率は高くなる。例えば“200 床以上の病床数を持つ病院の処方箋を受け付けた場合は大型門前薬局とみなす”などといった指標を導入してほしい。
- ・ 調剤基本料の特例を残すのであれば、特例対象薬局であっても受付医療機関数が多ければ地域医療に貢献していると認め、評価を見直す。
- ・ 処方箋枚数や集中率のみで判断するのではなく、地域の中でかかりつけ薬局としての業務を一定以上行っているのであれば、その点を評価してほしい。例えば、在宅業務を年 120 件以上行っている、備蓄医薬品数が 3000 種類以上、24 時間対応が可能な体制を有する、一般用医薬品を販売している、地域住民のために定期的に健康相談を行っているなど。
- ・ かかりつけ薬局を推進するためには、患者負担金はどの薬局でも同額としなければ患者はより安価な門前薬局の方に行く。保険者からの金額の割合を変えて欲しい。
- ・ 門前薬局の要件に医療モール等で門前に複数の医療機関がある薬局も含めてほしい。
- ・ 診療報酬、調剤報酬は全国一律であるべき。規模で判断するのは間違っている。
- ・ B005 退院時共同加算の「基本」算定要件に「保険薬局の薬剤師」の記載追加、かつ調剤報酬（15 の 4）保険薬局を本体に改訂を要望。現在の制度では調剤報酬側では保険薬剤師が医療機関に赴き退院時共同指導に参加することにより 600 点加算できると書いてあるものの、医科報酬の要件が「在宅担当医又は訪問看護師」が本体かつ、「3 者」要件のため、現実的には要介護者の患者の利用に限られている。しかし、現状では薬剤の管理さえ行えれば在宅療養が可能な患者もおり、一様ではない。
- ・ 病院薬剤師から地域薬剤師への連携加算の算定を要望する。

など

4-5. 重症化予防の取組の推進（17 件）

意見の内容

- ・ 透析は医療費増加の一因であるため、進行した糖尿病性腎症への対応だけでなく、早期からの発見・治療を推進するための施策を進めるべき。具体的には、かかりつけ医での検査・確定診断の促進、早期の専門医と連携した治療など。
- ・ （ニコチン依存症）若年層を治療することに賛成する。彼らの命を救うと共に将来の医療費減につながる。喫煙指数=200 の撤廃を求める（同旨 3 件）。
- ・ （ニコチン依存症）喫煙に基づく疾病の医療費は 7.7%に上るというデータもあることから算定要件を緩和し、禁煙を希望する喫煙者は原則保険給付とすべき。
- ・ （ニコチン依存症）対象拡大は良いことであるが、一方で、自己中断して複数医療機関にかかる患者への対応についても検討すべき。
- ・ 個人の嗜好による側面が強い喫煙に関して国民の保険料財源を充当することにつきコンセンサスが得られていない。ニコチン依存症管理料に健康保険を適用することは喫煙を病気として扱うことになるが、その考え方を合理的と判断することは困難であり、保険を適用することは依然として疑問。
- ・ 生活習慣病などは定着した習慣を急に変えることは難しい。義務教育の小中学校で食生活・運動についての教育を受けるのが望ましい。
- ・ 低栄養の問題は、臨床数値に表れる以前より始まっており、患者の疾患で低栄養になることが、前もってわかる可能性もある為、医師の判断で栄養食事指導が行えると低栄養重症化予防に貢献できる。

など

4-6. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（154件）

意見の内容	件数
<p>○実勢価格等を踏まえた適正な評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実勢価格をベースにした適正評価は、「モノ」である医薬品や医療機器においては可能だが、「モノ」でない検査では過度の価格競争が検査の質に影響することが危惧される。検査の実勢価格には、登録衛生検査所が受託する検査の価格が反映されるが、検査実施料は診療報酬点数表で決まっている。実勢価格を踏まえた適正な評価を行っても、実勢価格と診療報酬点数表による価格（公定価格）という2つの価格構造が残る。このような評価方法の結果、検査の質に影響が出て、安全で有効な医療の実践が脅かされることになれば本末転倒。 ・ 在宅医療を促進し、かかりつけ医機能を充実させるためにも、在宅で使用する医療材料（胃瘻交換キット、栄養管セット等）の適正な評価が必要（同旨2件）。 ・ 医薬品（レブラミドカプセル5mg）及び医療機器（血管造影用圧センサー付ガイドワイヤー）について出来高での算定を要望。現行では経営が圧迫される。 ・ 医療技術とは無関係に発生する「モノ代」について、原則、手技料とは別に評価すること。少なくとも、医療機関の持ち出しとならないような点数設定とすべき。 ・ 我が国の医薬品及び米国製心臓ペースメーカー等の医療機器は、欧州等の先進国と比較しても高価であると言われている。これを是正することで、診療報酬財源を確保すべき ・ 整形外科材料について、保険償還価格を上回るメーカーの希望小売価格が設定される医療機器が増加し、市場実勢価格の高止まりや値上げが発生しており、医療機関が保険請求できる額よりも購入額が上回る医療機器もある。実勢価格を踏まえた保険償還価格が設定されることを望む。 ・ 歯科の投薬における適応範囲を広げるため、類似の薬理作用が認められるものは給付できるようにすること。 ・ 検査等について、診療所から外部の検査会社に委託した場合に、赤字となるような点数設定にはしないでもらいたい。 <p style="text-align: right;">など</p>	15件
<p>○一度に多量に処方される湿布薬について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 湿布薬の処方については、限度を設けるべき。 ・ 医薬品の適正な評価として湿布薬が検討されているが、そもそもOTC化した薬剤に保険給付する必要はないのではないかと。 ・ 医師が必要性を判断し処方を行っているものであり、一律的な制限を行うべきではない。医師の裁量権・処方権の点からも不適切（同旨6件）。 ・ 一定枚数を超えた湿布薬を処方した場合、調剤料、調剤技術基本料及び薬剤料の査定は薬局ではなく処方箋発行元の医療機関に保険査定を行うべき（同旨2件）。 ・ 医師の業務煩雑化により多量処方は減ると思われるが、その分患者の頻回受診につながり、結果的に医療費は増大する。多量投与を規制するのではなく、診察期間も考慮して、適正量を処方する方向性とすべき。 ・ 一定枚数以上投与する場合の理由の適否を判断するのはどこか。審査機関及び保険者のどこにしても評価が一定にならない（同旨2件）。 ・ 一度に一定枚数以上投薬する場合については、例えば周辺に整形外科が少なく、複数月に一回しか通院できない患者も認めるべき。地域性に配慮できるよう最大限の解釈を設けるべきである。 <p style="text-align: right;">など</p>	26件
<p>○経腸栄養用製品について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病態に合わせた特殊な栄養剤等は高額であり赤字となる場合がある。配慮が必要（同旨66件） ・ 入院中の医薬品扱い栄養剤と食品扱い栄養剤の価格を調整するのであれば、在宅の 	110件

<p>場合、医薬品扱い品は医療費で使用でき、食品扱いは自費となる。在宅医療の患者のことも考慮すべき（同旨 60 件）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食品である経腸栄養剤でも高額であったり、種類の豊富な栄養剤を複数使用で栄養管理を行ったりと赤字になることが多い（同旨 4 件）。 ・ 食品である経腸栄養用製品のみを使用する場合であっても、患者の病態や病状から製品選択、投与方法の検討を行い、個人に合った食事を提供している。経口食同様の評価をすべき。 ・ 経腸栄養剤が食品扱いのものであれば自費扱いになることも仕方がない。病状、治療方針などを加味した上で患者に選択を委ねることは必要。 ・ 食品の経腸栄養製品の中には医薬品より高価であるが機能の優れている製品もある。食事療養費では賄えないので加算の維持を望む（同旨 7 件）。 <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人工腎臓の評価については、医療の質の向上・費用対効果の観点から、適正な見直しの下処置回数の増加が必要。 ・ 検査が包括されている管理料等について、検査項目の追加等には医学的根拠を踏まえ、その是非を検討すべきである。 ・ 他の病院で最近行った採血結果や人間ドッグ等で検査・査定している項目が重複しているにも関わらず実施する病院が多い。重複して行う検査の根拠をレセプトにのせる義務をつけてはどうか。 ・ 現行では、悪性腫瘍特異物質治療管理料は検査 2 項目までの包括となっているが、高度医療の提供の場において複合的な病態確認が必要とされる場合が多いことから、検査項目追加等の見直しは必要。点数の評価も希望する。 <p style="text-align: right;">など</p>	7 件

中央社会保険医療協議会総会(公聴会)の概要

平成28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28年1月22日(金)13時00分～15時00分

2. 開催日時

埼玉県さいたま市 浦和ロイヤルパインズホテル「ロイヤルプリンセス」

3. 参加者

約470名(うち、意見発表者10名)

(※参考：平成26年度 約320名、平成24年度 約460名)

4. 意見発表の主な内容

意見発表者①(健康保険組合)

- 地域の健康保険組合の立場から意見を述べる。現在、経済情勢は回復基調にあると言われているが、埼玉県のような地方には余り浸透しておらず、国民生活もなかなか回復の実感がないというのが実情。
- 健保組合は加入員の健康増進を図り、ひいては企業の生産性を向上させることが1つの使命であるが、例えば自分の健保組合では健康保険料収入の95%が医療費と納付金であり、残りの5%で経費を払ったり保険者機能を発揮すべき保健事業を実施しているが、思い切った施策ができない。全国1,400の健保組合の平成26年度の決算見込みは7年ぶりの黒字であるが、これは料率を上げたことによるものである。保険料率の引上げについては、事業主や被保険者に多大な負担をいただいております、その証拠に8年前の一人当たりの保険料額の年額からで約9万5,000円上がっているが、同水準だけ給与の手取りが増えているわけではない。この間には60もの健保組合が解散している。27年度の予算では1,400億円ぐらいの赤字が見込まれている。埼玉県にも29の健保組合があるが、8割に当たる23組合が赤字予算であり、ここ3年で15組合が料率を引き上げている。
- こうしたことを踏まえ、医療費を抑えないと国民皆保険制度の崩壊にもつながりかねないという危惧を持っており、今回の改定においてもそれを要望していたが、診療報酬本体はプラスになった。今後、骨太の方針でも示されているとおり、医療費の適正化や医療提供体制の改革を踏まえ、具体的な点数設定等の議論が進められていくと考えているが、議論に当たっては、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、重点的に評価すべき項目及び適正化すべき項目をしっかりと区分、見きわめて対応いただきたい。
- 入院医療について、今後、さらに進む超高齢化社会にふさわしい医療提供体制を構築し、なるべく早期に住みなれた地域に帰っていただくため、病床機能の分化、連携の強化が重要。現在7対1

入院基本料の算定病床が35万床を超えるが、重症度、医療・看護必要度の評価指標の見直しなど、真に患者の状態にあった評価を行っていただきたい。

- 調剤報酬について、昨年一部の調剤薬局においてお薬手帳の未記載問題等があった。医薬分業により患者負担額が増えているにもかかわらずこのようなことが行われると、業務やサービスができていないのではないかと感じる。今後、保険薬局、薬剤師の方々には、患者のための薬局ビジョンで示されている3つの機能、服薬情報の一元的かつ継続的な管理、24時間対応、在宅対応、医療機関との連携等をしっかりと発揮していただきたい。いわゆるかかりつけ薬剤師として行うべき機能を発揮することで、残薬の管理や長期投薬の解消が進むのではないかと期待している。

意見発表者②（医師（診療所院長））

- 当院では、精神科、認知症を含めた一般外来、在宅医療を中心に診療している。在宅医療の患者については医師3人で患者90名を管理している。また、埼玉県医師会では、副会長として地域医療構想や地域包括ケアシステムの推進を担当している。
- 地域包括ケアシステムを担う診療所に対する診療報酬上の配慮についての意見を述べる。いわゆる2025年問題に関連し、埼玉県では75歳以上の高齢者が118万人と、2010年と比較して倍増する見込みであり、認知症患者への対策を含め急増する医療需要にどのように対応していくかが喫緊の課題となっている。また、埼玉県では地域医療構想に関する議論が進められており、在宅医療を担う医療機関の確保や、老健施設等の整備を進めるべきとの意見が出されている。地域によっては療養病床が不足するところもあり、さらには在宅医療を担う医療機関の負担が今より2倍程度になるとの試算も出されている。
- このため地域包括ケアシステムを構築していく必要があるが、かかりつけ医や在宅医療を担う診療所の医師をいかに確保していくかが課題となっているにもかかわらず、これまでの中医協の議論を見ると、在宅医療を含め診療所の医師に対する評価は不十分である。特に診療所の再診料については平成22年度診療報酬改定で引き下げられたままであり、地域包括診療料や地域包括診療加算についても、届出医療機関の数を見ると施設基準や点数設定、その概念について医療機関の理解が得られているとは言えないのではないかと。
- こうしたことから、かかりつけ医のあり方についてさらに議論を深めていただくとともに、初診料、再診料や在宅医療の点数をより充実させていただき、多くの診療所の医師が高いモチベーションを維持しながら地域包括ケアシステムに参加することが可能な環境整備をお願いしたい。
- 在宅医療に関し、在宅患者訪問診療料や在宅療養指導管理料において1患者1医療機関とするなどの通知上の制約があり、様々な疾患を要する高齢者が今後さらに増加することを考慮すると、主治医以外の専門の診療科の協力についても評価をする必要がある。さらに、認知症患者に対応する診療所の評価も考えていただく必要がある。診療所で認知症患者の診療を行った際、診療時間が長くなることや家族への指導など、一定以上の管理が必要であることを踏まえると、管理料や指導料による点数上の配慮が必要である。
- 埼玉県では、地域医療介護総合確保基金に基づき今年度から在宅医療提供体制充実支援事業が行政と医師会との協力の下で開始されているが、医療機関の原資は診療報酬である。在宅医療を担う診療所が安定して経営ができるような点数設定をお願いしたい。

意見発表者③（労働組合）

- 保険料を支払う被保険者、患者の立場、また、医療機関で働く労働者の立場から、自分たちが求める医療、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る。

- 誰もが安心して公平に医療を受けるための基盤である公的医療保険の持続可能性の確保が重要であるということを強調したい。被用者保険は国民医療費の財源の約4割を占める最大の拠出者であり、支え手である。毎年1兆円近く医療費が増加を続けている中で、保険料の負担感は決して無視できるものでない。そのため、長期入院や多剤・重複投薬の是正等を通じ、医療の効率化、適正化を図るとともに、改定に当たっては、患者、被保険者の納得を得られる医療の提供という観点を重視していただきたい。
- 埼玉県は全国の中でも特に今後の高齢化が急速に進むと言われているが、人口10万人当たりの医療機関数、病床数、医師、看護師の人数は全国でも特に少ないと言われている。このような中、急性期の入院から回復期、リハビリ、療養、そして在宅医療まで切れ目なく医療を受けられるようにするためには、急性期病床が担う機能をなるべく明確にし、急性期後の受け皿病床、在宅医療の充実を通じて病床や医療機関の機能の分化と連携を推進することが必要である。このような効率的な医療提供体制の構築を通じて、医療資源の地域偏在を解消していくよう要望する。
- 患者にとって安心・安全で納得できる医療提供を一層進めるため、医療の質やADLの向上、医療の透明化を推進していただきたい。医療や医療費の内容を患者自身が知ることは、患者の納得と安心につながり、患者と医師のより強固な信頼関係を構築することにつながる。そのためにも診療明細書の発行については期限を切って例外なく義務化し、全ての医療機関で無料発行されるよう、さらなる拡大促進を図ることを要望する。
- 医療従事者の立場から、看護職など医療従事者の負担軽減を推進していただきたい。中医協で大きな争点となっている入院基本料の施設基準における看護職の夜勤72時間要件の見直しについては、逆に長時間夜勤が助長されることのないよう、平均時間の現行の計算方法を堅持していただきたい。これは実際に働いている現場からの声である。むしろ、地域包括ケア病棟入院料の施設基準においても要件化することや、看護職の夜勤専従者が行う夜勤時間を上限144時間とする制限の復活が必要ではないか。一昨年の国会では過労死等の防止対策推進法が全会一致で可決成立し、それに基づき、昨年7月24日には過労死等の防止のための対策に関する大綱が閣議決定された。この中でも、医療業で労災補償、自殺が多いことにも言及がされている。実際に看護職として働く人の声に耳を傾けることが、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である。

意見発表者④（医師（病院院長））

- 埼玉県公的病院協議会の会長、日病協の診療報酬実務者会議の委員長、埼玉県社会保険協会の会長を務めている。埼玉県は人口730万、通勤通学を含めて1日100万人が首都圏へ出ており、埼玉都民と言われる県である。また、人口10万単位で医師数、看護師数、病床数ワーストワンの県である。当院は424床、7対1の急性期病院であり、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター、災害拠点病院の指定を受けている。また、DPC対象病院であり、脊椎の全身麻酔における手術件数は全国トップ5に入り、整形外科が有名である。紹介率90%、逆紹介70%以上の地域完結型の医療を行っている。
- 病院を代表して28年度改定における意見を述べる。本体0.49%プラスということについて、プラス分はどこに配分されるのか明確にわからない。
- 7対1病床削減に関し、重症度、医療・看護必要度について、現在15%の基準を、AかつB、A3、M項目等の新基準で25%とすると言われている。日病協の診療報酬実務者会議の7対1病院でシミュレーションしたところ、11病院で20.8%から30.1%になるということで、25%未満が5病院、25%以上が6病院となり、40%以上が基準に合わないという結果になった。全身麻酔の手術件数の多い外科系病院には有利であるが、内科系の総合病院は病院経営が困難であり、医療崩壊につながるの

ではないか。激変緩和あるいは基準の見直し等をお願いしたい。意見としては、A項目の追加された救急搬送入院、1ないし2日ということをも3～4日に伸ばしていただきたい。また、M項目については、内科系全身麻酔以外に、腰椎麻酔、硬膜外麻酔、PCI、アブレーション等も困難な手術であり、消化器系でいえば内視鏡的、例えばESD、ESTといったものも入れていただきたい。シミュレーションでは月変動が非常に大きいので、1か月に限らず、直近3か月の平均といったことを考慮していただきたい。

- 在宅復帰率については現在75%が基準であるが、上げることはやぶさかではない。当院は96%以上である。他方、計算式を変えようとする動きがあるが、回復期リハ、慢性期病棟、サ高住、老健、特養等が在宅に当たるものであると考えており、式の変更は拙速ではないか。
- 平均在院日数については今まで中医協の中では議論されていない。DPC対象病院では既に平均在院日数は短くなっており、病院によっては地域特性があることからこれ以上短縮することは限界である。
- 急性期、救急医療管理加算の評価については、地域包括ケアシステムの推進のためにも地域の救急体制の維持は重要であり、夜間、休日、救急搬送、医学管理料の増額、救急医学管理加算のさらなる評価をしていただきたい。

意見発表者④（患者）

- 難病難治性疾患の立場から、難病を初めとする個々の疾患に応じた患者本位の医療を実現するための方向性に関して意見を述べる。
- 難病の患者が今般医療で置かれている状況について簡潔に述べる。本邦の難病に関する施策は、1972年に策定された難病対策要綱以来社会保障制度としての根拠法を持たず、厚生科学研究事業と医療費助成事業を軸として2014年末まで運用されてきた。2015年1月1日より、難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）が施行され、社会保障制度の一環として初めて難病対策が位置づけられた。難病法の施行に伴い、難病の患者が生涯にわたって社会で尊厳のある生活を送っていくために、総合的な施策の整備が急務となっている。
- 難病患者の身近な医療供給体制の整備について、新制度の下、難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針が2015年9月15日に告示された。難病の患者に対する医療を提供する体制の確保に関する事項として、早期に適切な診断ができる体制の構築と診断後により身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制の確保が定められている。個別の難病に対する医療体制には大きな地域間格差が存在する。身近では適切な診断治療を受けられず、医療機関の受診のために遠距離を移動せざるを得ない患者も数多くいる。また、難病の診断と治療には多くの医療機関や診療科がかかわるため、連携の強化も求められる。特に、今般は医療依存度が高くても在宅療養を行う患者が増加している。小児期、成人期や疾患の種別を問わず、数多くの難病の特性に応じた療養を地域で実施できるよう、在宅医療、訪問看護の体制の整備を要望する。
- 子供の難病、小児慢性特定疾患について、小児慢性特定疾患の治療研究事業では特定の困難な疾患にかかる児童の健全育成を目的として医療費の自己負担分を補助する制度があり、現在、11疾患群の514疾患が対象とされているが、本人が20歳を超えると成人の指定難病の対象外となってしまう患者がなお多く存在している。小児難病の子供から大人への移行期にかかる諸問題は、トランジションと呼ばれているが、医療費の助成制度のみならず医療供給体制にも支障が生じている。小児科で受けていた治療を成人の医療機関で同様に受けることができず、成人後も長期にわたって小児科を受診し続けるというような状況もある。
- 難病の患者が安心して医療を受けられるよう、医療従事者の負担軽減とともに、難病医療に対し

て積極的な評価を図るよう要望する。旧制度では診断のために必要な遺伝学的検査等について評価が行われてこなかった。難病の治療、研究に従事する医師や医療機関は、日ごろの診療に加え、臨床調査個人票の入力等の事務的負担や広域から集中して訪れる難病患者の対応等、過剰な業務に追われている。また、難病の患者には公費負担医療の対象者も多くいるが、診療報酬明細書は患者にとってみずから必要な複雑な医療を知る重要な手段であり、生涯にわたる療養生活には不可欠なものである。診療報酬明細書無料発行の推進は公費負担医療についても垣根なく図っていただきたい。

- 「難病は一定の割合で発症することが必然であり、国民の誰もが発症する可能性があり、患者及びその家族を社会が包含し支援していくべきである」という難病法の基本認識は必ずしもまだ一般に浸透しているわけではない。今後、医療を通じ法の理念の実現を図れることを要望したい。

意見発表者⑥（歯科医師）

- 超高齢社会の到来により、歯科においても外来で元気な患者を診るだけでなく、全身疾患を抱えた患者の診療や寝た切りとなっている患者への訪問歯科診療等、さまざまな対応が求められている。こうした中で、口腔機能の維持・向上により国民の健康寿命の延伸とQOLの確保を目指すことが歯科医療の役目である。診療報酬改定においては、医療連携や在宅歯科医療を推進するとともに、継続した歯科医学的管理により、健康を維持する歯科医療を評価していくべきである。診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理、現時点の骨子において記載されていることが実現すれば、国民にとって状況は改善されると考えている。しかしながら、歯科医療に対する長年の無理解と関心の不足により多くの障害がその行く手を阻んでいる。地元の歯科医師会の会長として、また、現場の歯科医師として意見を述べさせていただく。
- 医療というものは絶対に非営利であり、公共性と人間性の上に成り立つものと考えている。その上で、患者との対話は医療にとって非常に重要である。今までも医療保険において指導料、加算等、医療行為としての算定項目が作られてきた。しかしながら、患者の思いや気持ちを伺い、最適の医療を行う部分の配慮が足りないと考えている。弁護士相談料のようなものを担保するのが再診料の役割ではないか。この中には物の部分と人の部分が含まれている。
- 日本医師会が中心となって、三師会、四病協、財務省、厚労省とともに医療機関等の控除対象外消費税問題の解消を目的に消費税問題に関する検討会が開催されている。前年の税制改正大綱において医療の社会保険診療の課税化に当たっては個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当分を見える化することが必要ということの財務省からの指摘もあり、各点数項目における課税費用割合が求められるかどうかのパイロット調査を行っているが、この中で、調査の結果、歯科の再診料について課税費用、非課税費用を含めた総費用が保険点数の2倍となった。そのほかにも、ピックアップされた10項目ほどの歯科の標準的な点数項目において、保険点数に対する費用の割合は58%から205%という間に入っていた。
- このようなことも含め、適正な医療費が設定されていないため、歯科は損益差額を圧縮し、できるだけの歯科医療を提供してきた。その結果、1981年と比較し、現在消費者物価指数が127%、賃金指数は136%であるのに対し、昨年の医療経済実態調査の結果では医科の個人診療所の損益差額は138%、歯科の個人診療所は67%となっている。金額では1981年には医科と歯科はほぼ同額であった。このように歯科は、35年の長きにわたり、国民の健康寿命の延伸とQOLの確保に対する貢献について極めて低い評価しか受けていない。特に、最近は安全・安心な診療を行うためにもより一層のコストが必要とされている。これまでのような低評価ではとても対応できない。
- 社会保障に位置づけられた歯科医療の充実には、患者とのコミュニケーションが非常に重要である。そうした中、特に再診料の引上げが不可欠と考えている。

意見発表者⑦（中小企業団体）

- アベノミクスにより経済が大分上向いたというような話もあるが、小規模事業所に対してはほとんどその光が訪れていないというのが現状。例えば大企業が3%、5%経営がよくなったというときには、中小企業が3%、5%の請負単価の削減や納入資材のカットという形で上昇分を抛出しているという構造がある。県内に50人の情報連絡員を配置し、毎月の経営状況について聞いているが、基本的には全く改善されていない、あるいはほとんど横ばいというような報告を受けている。これから春闘等があるが、既に政府からの賃上げ圧力が高まっており、また社会保険料も増加しており、ほとんどの企業が経営の危機にあるという感じである。しかしながら、埼玉県内の雇用者の7割を我々小規模事業者が担っているのだから、何とか元気づけながらやっていきたいと考えている。
- 中医協について、医療費の増加に対し軽減策等について御議論いただいていることに深く感謝する。今後とも効率的かつ効果的な医療が継続されることを切望する。
- ジェネリック医薬品の積極的な利用促進について、中医協でも議論がかなり進んでおり、改善の提案等は見ている。利用者としても利用促進に努めていくが、さらに価格の引下げやジェネリック医薬品の現場での説明により患者が利用できる取組が重要である。そのためには現場の医師や調剤師に対する利用拡大に対するインセンティブといったものも拡大されることが必要ではないか。中医協の所掌分野ではないと思うが、ジェネリック医薬品の使用状況が都道府県によって大きな開きがある。協会けんぽでは、1位は沖縄の73.3%、最下位は徳島の49.9%であり、非常に大きな差が生まれている。これが全体として協会けんぽの保険料の負担率に跳ね返ってくる。使用状況の高い県に対するインセンティブや、低い県に対するペナルティーがあってもいいのではないか。
- 健康診断については、雇用者が従業員に対して健康診断をすることが義務づけられているが、健康診断の結果が悪い人と一生懸命努力している人の医療費が同じでいいのか。例えば、健康診断結果が悪く、その結果何らかの疾患が起きて病院に行って診療を受ける方に対する診療報酬は高くてもいいのではないか。あるいは、たまにしか病院に行かない人の診療報酬は安くてもいいのではないか。中医協の議論ではないかとは思いますが、このようなことも考えている。

意見発表者⑧（薬剤師）

- 埼玉県内で薬局をやっており、埼玉県薬剤師会副会長ということで意見を述べさせていただく。
- 現状では、薬局の業務として処方監査、医薬品の適正使用に係る服薬指導、情報提供、疑義照会など、薬剤服用歴を活用し、患者とのコミュニケーションを図り、適切な薬学管理に取り組んでいる。今回の改定ではかかりつけ薬剤師、薬局の機能を発揮した服薬情報の一元管理をこれまで以上に推進することが求められている。現場の薬剤師としては、日常業務においてかかりつけ薬剤師として患者から選択されるように積極的に取り組むことはもちろん、多くの国民、患者にも、かかりつけ薬剤師、薬局について理解いただくことが必要と考えている。これについて、薬局ももちろん努力をするが、環境整備もお願いしたい。また、地域包括ケアシステムの一員としての役割を發揮するためにも、かかりつけ薬剤師、薬局による服薬情報の一元管理の推進、薬物療法における医療安全の一層の確保が不可欠であり、この点について適切な評価をお願いするとともに、制度の周知についてお願いしたい。
- 埼玉県薬剤師会では、昨年と一昨年、在宅の患者ではない、薬局の店頭では自分で服薬管理して飲んでいるという方を含めた患者の居宅を訪問し、薬の飲み残しの状況について調査を行った。多くの患者宅に飲み残しの薬があり、薬剤師が関与することで、飲み残しの原因を追究したり服薬の重要性を説明することでアドヒアランスが向上し、医師に情報提供することで、飲み残しの薬を有

効に活用するということが図れるということ調査した。この点についても今後点数評価等を含め適切な評価をお願いしたい。

- 後発医薬品の使用促進について、薬剤師による患者への情報提供や説明が後発医薬品に変更するきっかけになっているということが中医協の資料でも示されている。政府の使用目標値が大幅に引き上げられたことを受け、薬剤師もこれまで以上に一層の努力をしていきたい。しかしながら、現場としては備蓄医薬品の増加に伴う負担も大変であり、また、患者一人一人と向き合っているいろいろと説明をするが、これがうまくいかないと高い目標というのはクリアできない。後発医薬品のさらなる使用促進に向け、国民に対する啓発、後発品の品質や安定供給に関する懸念について環境整備をお願いしたい。
- 先日発表された改定の骨子では、調剤基本料の特例の対応として、処方箋受付回数及び調剤割合に基づく特定範囲の拡大、規模の大きい薬局グループにおける特定の医療機関に係る処方箋の調剤割合が極めて高い大型門前薬局の見直しが提示された。これについては、対象はあくまで規模の大きい薬局グループ、いわゆる大型のチェーン薬局であるべきである。ただし、中には地域の中でかかりつけ薬局として機能している薬局もあり、かかりつけ薬局またはかかりつけ薬剤師として一定の業務を行っている場合には特例からは外されるべきではないか。患者本位の医薬分業の観点から必要な措置ではないか。かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている要件の設定に当たっては、地域に密着した薬剤師、薬局の業務を適切に評価するように仕組みづくりをお願いしたい。
- 現在、薬剤師はICUやNICU、救急救命センター、手術室等の高度急性期医療を担う現場において配置が進んでいる。これにより、医師や他の医療職種との連携を図りながら、入院患者に投薬される薬剤の相互作用、投薬状況の確認、医師への処方提供などを行っている。こうした取組は医師を始め他の職種の負担軽減や医薬品の安全使用に大きく寄与すると考えており、ICU等での薬剤師の病棟業務をさらに推進し、評価を十分に行っていただきたい。

意見発表者⑨（行政）

- 川口市国民健康保険課に所属しており、医療保険者の立場として、また、市として健康増進事業に携わる者としての立場から意見を述べさせていただきたい。
- 効率化、適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点について、糖尿病などの生活習慣病重症化予防事業は人工透析などの医療費抑制に大きく寄与するものとして保険者として注力している。実際川口市の国保では毎年100人程度が人工透析に新たに移行していることもあり、国保財政上に大きな影響を及ぼしている。これまで早期に医療機関を受診することが望ましい方や治療中断者の方に受診を勧奨するなどの事業を実施していたが、今年度より埼玉県が市町村国保の共同事業として強化する中で事業を開始した。レセプトのデータから市内医療機関に糖尿病で通院している方を抽出し、かかりつけ医が生活改善に専門職の協力が必要と判断される方を選定し、現在川口では80名がその方にあわせたプログラムで面談や電話、手紙での生活指導を受けている。対象者の指導にはかかりつけ医と実際に指導する保健師、看護師との情報共有が核であると認識している。そのため、継続的な協力体制づくりが重要であり、連携に関しての整備に力を入れていただきたい。
- 後発医薬品の利用促進のため、市国保では生活習慣病で服薬中の方で後発医薬品に切りかえると月に300円以上の差額が生じる方に対し個別の案内をしており、着実に利用率は向上している。今後、後発医薬品利用促進のほか、重複投薬、過剰投薬、服薬管理などの課題に対応するため、医師、薬剤師との継続的な協力体制、連携が重要であり、保険者としても積極的な情報共有を図ることを検討していきたい。
- 地域包括ケアシステムの推進について、介護保険制度が立ち上がった際の趣旨と照らし合わせ整

理すると、改めて医療、介護の継続的なサービスの提供が重要であると感じる。川口市は医療機関、介護事業所などが充実してきている地域と認識しており、地域包括ケアシステムの構築についても着実に進んでいる。本市の17の地域包括支援センターで多職種による地域ケア会議を実施しており、その充実を図っている状況である。国保の保険者としては、現在、これまで蓄積されたレセプトデータや特定健診の結果データを活用し保健事業につなげる手立てに力を入れており、それらのデータを地域包括ケアシステムの構築においても活躍する方法がないかが検討課題と考えている。

- 患者が安心して納得してその地域で医療、介護のサービスが途切れることなく受けられるように、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局など、体制構築のための評価を強化していただくことを希望する。先に述べた重症化予防や後発医薬品の利用促進にもつながるが、在宅療養の指導や管理、服薬管理にも寄与するものとして、多職種の連携の取組を推進することにも強く賛成する。
- 川口市では自殺対策にも力を入れており、関係部署間での情報共有と課題の解決を目指し連絡会議を設置している。会議の中では自殺企図者について繰り返しが多いことが問題として挙げられている。自殺の要因の上位には健康問題が占めているが、自殺を図ってしまった後に治療を受けた患者が退院後も地域と連携して、医療側からの支援、指導を行っていることに対する評価を整備していただければと考えている。

意見発表者⑩（看護師（訪問看護ステーション管理者））

- 訪問看護ステーションを運営する看護管理者として意見を述べる。1994年に開設して以降、川口市を拠点として地域の在宅医療、訪問看護を20年以上支えてきた。がん末期、小児疾患、精神疾患、認知症、難病等の広い範囲の対象者への訪問を11人のスタッフで24時間365日の体制で取り組んでいる。最近では高齢者の独居や高齢者夫婦の老老介護、夫婦ともが認知症という認認介護など、高齢化に伴って在宅での介護環境は大きく変化してきたと実感している。現状のスタッフの人員体制でもかなり忙しく、どのように夜間の緊急時に対応するか、いつも課題に感じている。訪問看護の提供体制が盤石なものになるよう、報酬制度において全体的に評価の充実をお願いしたい。
- 在宅看取りの推進について、私どものステーションは機能強化型ステーションとして、がんの末期や複数の病気をあわせ持つという難しいケースも率先して引き受け、在宅での看取りを行ってきた。機能強化型ステーションには在宅看取りや医療依存度が高い利用者の方への24時間対応などの役割が求められているが、在宅看取りは年によって看取り件数の変動が生じる。ほかの基準を全て満たし、かつ、緊急時スタッフ体制や備品や車の確保など準備態勢を保っているにもかかわらず、看取り件数が要件を満たさないために今年度は機能強化型をとれず、届出の変更を余儀なくされた。今回、在宅がん、医療総合診療料の算定を含める提案が示しており、大変ありがたく思っているが、今後一層の在宅看取りを推進するために、看取りの変動があるという事情を踏まえ、看取り件数要件に一定の変動幅を認めることを検討いただきたい。
- 在宅での看取りには、本人や家族がどのような治療や末期の迎え方などの方針を望むか、十分に納得されて意思決定することが安心した療養生活を送れることにつながる。先日も利用者や家族から、契約時にがんの進行、それに伴う身体的苦痛や生活の変化、その時々はどう対応したらいいのかといった質問があった。利用者や家族が病気について具体的、詳細に知っていることはほとんどない。説明しつつ、人生の最終段階においてどのような選択肢を望むのか、意思決定の支援ができるのは多くの場合訪問看護師である。利用者、家族が納得できる在宅看取りを進めるために、人生の最終段階における意思決定の支援に対する評価のあり方についても検討いただきたい。
- 小児への訪問看護について、骨子では重症児童の小児訪問看護に取り組む機能強化型ステーション

ンへの評価が提案されており賛成である。小児への支援は、発達段階に応じて医療保険サービスのほか、障害者総合支援法、児童福祉法に基づく障害福祉サービスや市町村の子ども・子育て支援制度など、多方面との調整が必要になるが、小児の場合は介護保険のケアマネージャーのような調整を行う職種はない。これらの調整業務を訪問看護ステーションが担っているという現状に即し、小児の訪問看護が整備されるよう評価を充実していただきたい。

- 認知症を持つ高齢者に対する支援について、2025年、2035年の社会を見据えると、認知症を持つ高齢者が急増する。私どものステーションでは1994年より市の委託事業で認知症相談所を開設している。そのため重度の認知症の方の訪問看護の依頼も多く、積極的に受け入れて効果を上げている。最近では重度の認知症でがんの末期や、大腸がんでストーマの造設といった身体疾病を持ち、なおかつ治療による処置を必要とする認知症高齢者も増えている。このような方々でも地域で在宅療養を継続できるよう、訪問看護の体制を整える必要があると感じている。このたびの改定では、医療機関に入院中の認知症ケアに関して評価が充実する方向が示されているが、退院後の訪問看護の取組については評価がない。これでは退院した途端に認知症対応が手薄くなってしまう可能性がある。認知症は本来介護保険制度の枠組みになるかもしれないが、今後身体疾病と認知症をあわせ持つ人が急増していくことに対して、地域全体で認知症ケア体制をどのように整備していくか、診療報酬ではどのように対応していくのか、検討していただきたい。

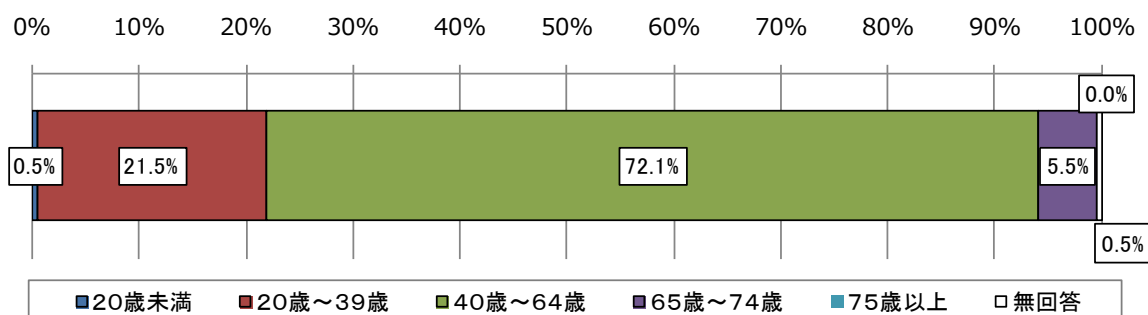
5. アンケート結果

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。

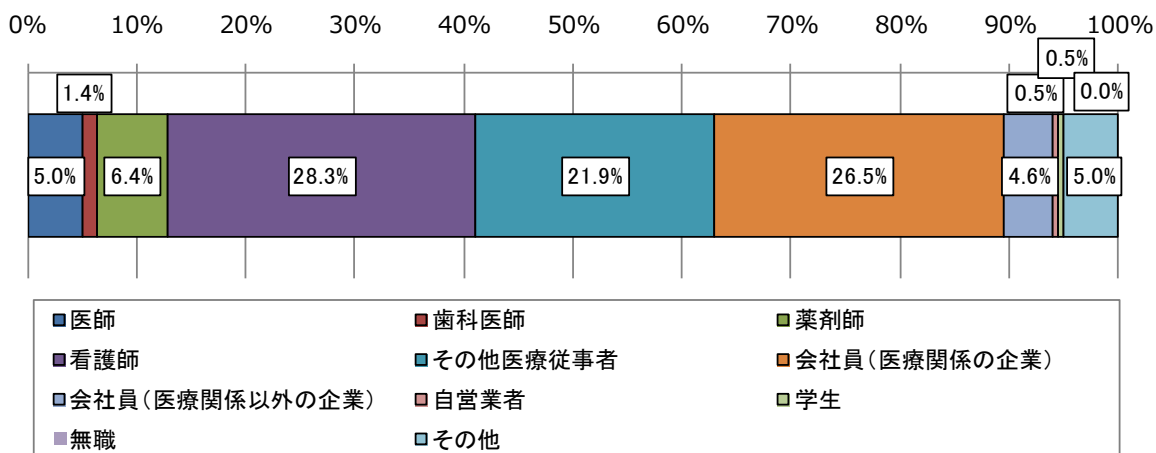
(1) 回答者数

219人

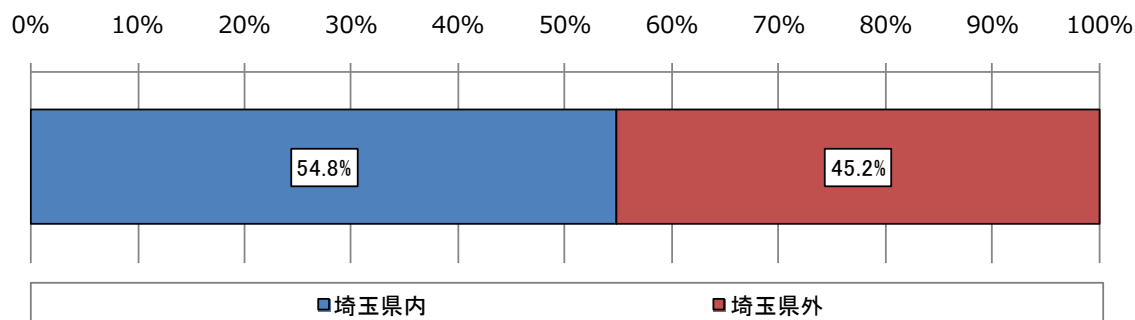
(2) 年齢層 (n=219)



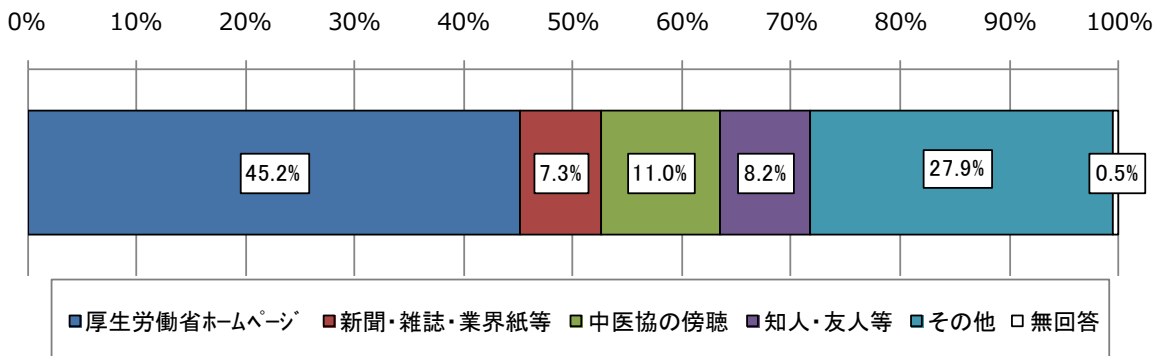
(3) 職業 (n=219)



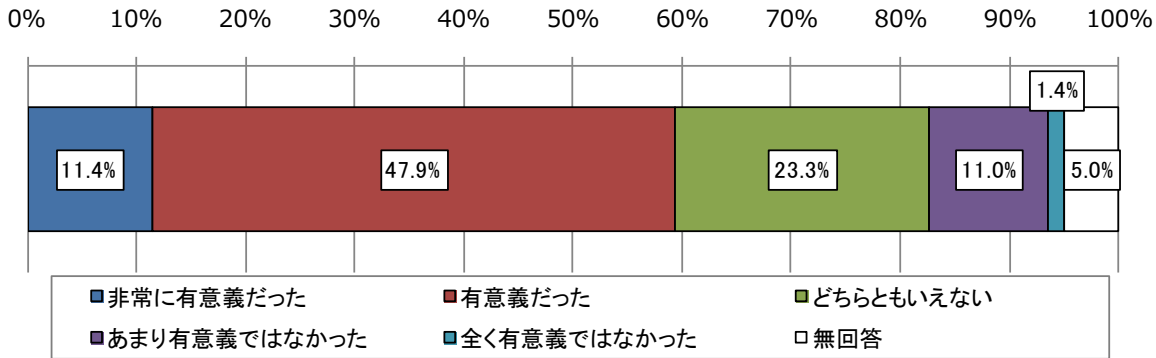
(4) 住所又は勤務先 (n=219)



(5) 公聴会を知ったきっかけ (n=219)



(6) 公聴会は有意義だったか (n=219)



(7) 平成 28 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. 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1-1. 医療機能に応じた入院医療の評価について(8件)

- 一般病棟の重症度、医療・看護必要度の重症者の割合に関する基準の見直しが適切に行われないと医療施設は急激な方向転換を強いられ、医療体制が崩壊してしまう。
- 7:1の病院で患者が十分治療できるようにベッドの削減を止めて、病院からの追い出しがないようにしてほしい。
- 今改定においては7:1の評価に重きを置いて議論が進められているが、2025年の医療提供体制を視野に入れた時、今改定が実現された時の急性期(高度急性期以外)医療はどうやって提供されるのかわからない。地域包括ケア病棟の目的について今後どうするのかをもっと明確に打ち出すべき。現実の患者をみていると、改定がマイナスとして方向付けをされると医療は現実を支えられない。改定率は経済動向とは切り離して考えるべき。国民皆保険の維持は、これまでの「平等」思想を離れて、米国のような保険払い方式との併用の道を検討するべき。
- 重症度、医療・必要度の割合。現在は基準を満たす割合が15%であるが、一気に上げるのではなく、段階的に見直してほしい。治療が低いケアが高い患者の行き場のない現状から患者への影響が大きすぎる。
- アウトカム評価は重要と思いますが、同一医療機関に急性期病床と回復期リハ病床の両方を持つ病院と回復期リハのみしかない専門病院とは評価を分けるべきではないでしょうか。同一医療機関内に急性期病床があればより重症度が高い状態でリハビリ病棟への転棟が可能です(重症な状態でリハビリ病棟に入院させられればアウトカム評価は上がります。そればかりか重症度・医療・看護必要度も取りやすい)。患者様も病棟は変わる(階が変更)が、同一医療機関内に急性期病床があり、急性期を担当していた医師がすぐ対応してくれる安心感から転棟することに納得しますが、回復期リハしかない病院への転院は、病院の管理下から一度外れ、一定の距離を移動し他院へ入院することとなり、安心することができず転院を納得してくれません。結果として、回復期リハ病棟しか持たない病院への転院は状態が少し改善した後となり(転院時点の評価が不利)、アウトカム評価の改善が低くなる上、重症度・医療・看護必要度も該当項目がなくなります(必要度について、一般病棟用を回復期リハに使用すべきなのではないでしょうか)。

- 7対1入院基本料については、病院として急性期機能をしっかり発揮しているところが算定できるようにし、機能に見合った負担となるように同基本料の要件を見直していただきたい。
- 医療機能の分化の明確化は必要と思いますが、地域性があり、市民の方々にも理解されやすい広報活動の必要性を感じます。看護必要度の25%はあり得ない数値であり、一般急性期病院、特に私立のHPは閉鎖に持ち込まれます。
- 平均在院日数の短縮は限界ではないか。患者の追い出しをこれ以上無理に進めることはできない。

1-2. チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について(2件)

- 「看護職員の夜勤従事者を確保する観点」の人数確保が先立ち、計算方法の見直しが労働条件悪化を招く本末転倒な改正とならないことが重要です。
- 看護補助加算の見直し全般。

1-3. 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について(4件)

- 医療施設においては記載のものだけではなく、多くの多職種連携が行われており、それらの評価もしていただきたい。例えば、救急、外来でのがん治療など。
- 口からの栄養摂取と、歯科診療に重点が置かれていることから、口腔機能の低下を防ぎ、QOL向上に関わり、在宅患者、その家族への『調理指導』についても歯科、栄養指導をつなぐ1つとして位置づけ、評価の対象として頂きたいです。病気で身体が十分に動けない患者にとっては、特に「食事の充実」はQOLの向上に深く関わっていると思います。
- 再診料upは必須です。
- 自らの経験上、歯科が全身の健康に関係していると知りました。歯医者のみで完結するのではなく、医師等との連携、また、在宅における歯医者の活躍が現実的に進むような取組をして頂きたい。

1-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について(4件)

- 在宅医療の点数→あまり複雑にしないでほしい。
- 終末期医療について。多職種を交えて意思を確認し合っているといった事項を義務化する(病院での孤独死を減らすため)。
- 在宅看取りを要件に入れないと評価ができないのはわかるが、「亡くなるのを待っているようで嫌だ」ということをDr、Nsに言われる。訪問診療の会計が1回の時と2回以上の時で点数が違いすぎて患者さんにわかりにくい。
- 訪問看護に対する評価をしていただきたい。人員不足対策についての取組もぜひお願いしたい。

1-5. 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について(0件)

2. 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

2-1. かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価について(1件)

- かかりつけ医・薬剤師・歯科医の機能・役割について、全国で同等の範囲で連携が図られ、患者・国民が判別できるよう周知すべきではないか。

2-2. 情報通信技術 (ICT) を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進について (2件)

○電子化されたお薬手帳が紙ベースと同じ評価は？患者ごとのADL・QOLを上げるためのアドバイスを現時点で紙ベースと同じでできるとは考えられない。

○地域包括ケアシステムの構築(実現)を促進するために連携運用の行為に対して手当の充実(医療と介護連携できていますか?)

2-3. 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について (4件)

○発表者にリハビリからの視点が語られていませんでした。かなり大きなインパクトのある内容だと思うのですが、応募の中にはなかったのでしょうか？評価の方法や具体的な数値の算出方法、「6単位」の妥当性について知りたいと考えております。

○①回リハアウトカム評価にて「一定の水準に達しない～」についての根拠を、3～6単位提供と6単位超の比較で示しているが、医療機関の水準を問うのではなく、患者の体力・能力について考え、6単位で頭打ちと考えるのであれば1単位当たりの点数を上げるべきでは・・・？②回リハ病棟の亜急性期化(※A項目など)は致し方ないが、回リハ単体の病院経営が成り立たなくなる(再発、急変対応が困難)。民間病院の健全経営は必要ないのだろうか・・・？

○ICU、SCU等への人員配置や早期の離床と効果などへの配慮や方向性が示されるとありがたい。

○回復期が1日何単位もの個別リハを行うことに本当は効果があるのか？患者の多くは「リハビリを行っている自分」に安心しているだけではないのか？障害が改善されない、生活再建の目途が立たない患者の多くは老健に来る。しかし、老健は1日1単位しか(3か月以内)算定できず、回復期も同じようなものを求められても困る。

2-4. 明細書無料発行の推進について (0件)

3. 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

3-1. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について (2件)

○がん医療においては積極的治療期からの緩和ケアが叫ばれていますが、実際の現場では、入院期間の短縮に伴う患者とのコミュニケーション・関係性の希薄化、マンパワー不足などのため、Ns各自が自己の時間を犠牲にして実施している現状です。そこに対する評価として、がん患者指導料加算算定要件の幅を広げていただきたい。外来や病棟で実際行っている意思決定支援やスピリチュアルへの加算について検討をお願いします。もっと看護職側の意見交換がこの場でされることを望みます(看護協会で委員として参加されているのであればその観点で質問してほしかったです)。

○化学療法を入院で行う方が外来で行うよりも収益性が高いと多くの医師から聞いています。このため、外来移行できる患者さんを敢えて入院させるケースもあると聞いています。外来への移行を推進することが、今後やはり重要であるという、医療費削減の方向付けのためにもぜひ評価にて誘導いただきたいと思えます。

3-2. 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について (3件)

○認知症患者については高齢者が多く、様々な疾患を抱えており、多種の薬を服用していることが想定される。また、周辺症状(BPSD)に対する薬物療法も行われるため、多職種チームに薬剤師は必要である。

○認知症患者の服薬指導、服薬支援等に対する薬剤師の役割は非常に大きい。認知症チームに薬剤師が参加して活躍できる体制を構築していただきたい。

○現場で日々感じること。現状で認知症高齢者に対する入院中の報酬において重点的な対応が求められるとされており、期待いたしております。安全を守り治療を受けていただき回復していただく過程において、現場での職員は日々頑張っています。認知症にプラスして統合失調症などの精神疾患を持ち、消化器の手術や肺炎などの疾患を発症し入院を必要とされる患者様の入院中の安全を確保する面での看護力はとても大変であり、しっかりと評価していただければと考えるところであります。精神疾患があることで入院相談があった際、断られてしまうケースも正直ある。受入対応での報酬評価をお願いします。

3-3. 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について(2件)

○当院では精神科疾患を持ち自殺企図などで多発骨折後回復期リハビリテーション病棟に入院させる方が42床中約半数いらっしゃいますが、かなり遠方(多摩地域・千葉など)からの入院依頼も多く、地域(在宅)復帰に向けて支援していますが、家族関係の困難性を抱える方も多く、かなり細やかな支援が求められ実施して頑張っています。できるだけ地域で支援できる環境整備と適正な評価をお願いしたいです。

○地域移行を推進する観点からはデイケアの適正化は逆行するのではないかと。反対。

3-4. 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について(0件)

3-5. 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について(1件)

○重症児の在宅医療の充実のためには短期入所サービスの充実は必須である。医療型障害児入所施設においても超重症児等医療度の高い短期入所利用児が増加している。小児入院管理料と障害者等入院基本料算定施設との間に報酬上の大きな乖離が生じないよう、障害者等入院基本等算定施設においても重症児の重症度に応じた手厚い評価をお願いしたい。

3-6. 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進について(2件)

○①歯科疾患管理料の評価に当たっては、管理と文書提供は分けて評価いただきたい。そもそも歯科の疾病は治療すればいいわけではなく患者に疾病の原因となる生活習慣やセルフケアの問題に気づいてもらい、その改善に向けた意欲を持ってもらうことが必要だ。また、患者は丁寧な説明を望んでおり、これを評価して歯管はきちんと評価されるべきだ。そのうえで、歯科医師が必要と考えれば、文書提供するが、そこは管理料と別に評価されるのが適切な評価だ。②マイクロスコープとCTを用いた根管治療について。中医協で示されたマイクロスコープなどを用いた4根管などの治療の評価をしたと思うが、これらの治療はマイクロスコープかCTを用いないとできないわけではない。4根管等の治療とマイクロスコープなどを用いたことへの評価は分けて行うべきだ。

○①国民の健康、既に疾患を抱え生活する人々にとって歯科診療は重要であると考えます。患者を支えより良い生活を送れるようサポートする医療者としても必要であり、かかりつけ医という考えは大きいと思います。②在宅への移行の中での支援も今後多くの検討をしてほしいと思います(介護となるかもしれませんが)。

3-7. かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化について(3件)

○考え方は理解できるが、A薬局、B薬局ともに今のように門前に続けてかかっている場合も結局新患のみ高いだけということになりかねないので効果ある方法を検討してほしい。

○かかりつけ薬剤師も、医師の制度と同じように紹介制などを導入して町の薬剤師が対応できない場合は

大学病院等の周囲の薬剤師に紹介してプライオリティをつけたらよいのでは？全ての薬局が同じものを目標にしなくてもよいと思います。

- お薬手帳の有無で調剤点数が異なることで普段は薬を服用していない患者への無理やり配布しようとする感があります。受け取らないと感じの悪い薬局もあります。手帳の有無ではなく、服薬指導に対してのみ点数算定をすべきではないか（患者に服薬指導を受けた印にサインをさせれば手帳の配布をした代わりになる）。

3-8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について(5件)

- 遺伝子検査について。次世代シーケンサー等を用いた場合の評価について。
- 衛生検査所との連携とはおそらくテレパソを推測させるが、画像による標本写真も含まれるのか？また、複数の常勤医師による鏡検とあるが、日本で2,000弱の病理医で、病院に2名以上の病理医の確保が非常に困難。
- CT、MRI、PETの共同利用を高めることは大変評価できることです。画像診断をしっかりとすることで必要のない手術等の無駄な医療費が削減できます。特にPETによる認知症、アルツハイマー病、心疾患の診断は精度の高いものですので、評価していただき保険適用等をお願いいたします。
- 無菌製剤処理料1の閉鎖式器具を用いる場合(150点)の対象薬剤を腫瘍用薬を幅広く含めていただきたい。
- 病理学的検査から病理診断に移行する際にコマーシャルラボの中抜きをなくす必要があると考えます。2018年以降に病理診断科からの診療報酬直接請求を実現(検討)のために2016年資料からもご考慮いただきたいと思います。

3-9. DPCに基づく急性期医療の適切な評価について(0件)

4. 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

4-1. 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討(6件)

- 新規後発医薬品について、注射薬が先発品の100分の50を乗じた額となりましたが、前回のかい離率(注射薬)だけではなく、過去のデータも合わせて判断していくべき。既収載品でも判断すべき。
- GEについてはもっと安くし、新薬については手厚くすることで研究促進、海外のようになると考えられる。C肝治療薬を狙い打ちした制度は不要である。
- 先発医薬品について後発医薬品に変更不可とする場合にも処方せんにその理由を記載することとしてほしい。また、「患者の意向」で変更できないケースとして小児や特定疾患等、負担金がゼロの場合、後発品への変更のメリットを説明しにくい。
- GE促進 環境整備が不可欠。変更不可処方対応。
- 後発品使用促進において目標達成には点数だけでなく、後発品の安定供給、品質、Drの後発品への意識改革、国の後発品の、国民への啓発が最も必要なのではないか。
- 調剤基本料、体制加算等政策誘導的報酬を国民が負担するのは納得できない。

4-2. 退院支援等の取組による在宅復帰の推進(1件)

- 退院支援職員については専従でなければならないのか。職種に決まりはあるのか。加算がとれるのか。

4-3. 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進(2件)

○残薬確認について、過去2回の改定で触れられているが、もっと踏み込んだ施策が必要だと考えます。熱心に取り組んでいる薬局・薬剤師に対する評価をもっとよいたと思います。

○本日、ご意見をされた薬局代表の方が裁量権を拡大してほしいとの表現がありました。次回改定では残薬に伴う回数調整がスムーズに行われるよう議論されていますが、その先には剤形変更や規格変更、一包化などについても同様のスキームで行われるよう検討することが必要ではないでしょうか。

4-4. 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し(2件)

○大規模チェーンは効率化等を図って企業として利益を出している。企業努力を評価していないのは不思議と思われる。

○調剤報酬一包化加算に関して機械の導入によって効率化されたことを根拠とした算定点数減については薬局の(一包化の)実情を正しく反映したものでなく、見直し、ご一考願います。

4-5. 重症化予防の取組の推進(0件)

4-6. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価(4件)

○①「食品である経腸栄養用製品のみ」とありますが、その製品とその他の製品の区分はどのようなものでしょう。例えば、牛乳を経管投与した場合は適用されるのでしょうか。また「～のみ」とあることから混ぜ物をしたり(例えばココア粉末)した場合は除外されるのでしょうか。提案として投与エネルギーの〇〇%を超えて経管投与した場合等にはいかがでしょうか。②介護保険との均衡を図る観点からも次回同時改定時に持ち越してはいかがでしょうか。③本日のご意見にありました「健康診断結果による医療保険費負担を変える」という件について賛成です。健康維持を進める上で効率的であると考えます。また、公平な負担という観点からも日々の健康管理にインセンティブがあるべきです。

○食品の経腸栄養製品には、糖尿病また腎臓病等の患者さんの病態に配慮したものがあり、通常の成分に加えて付加価値の高い原材料を加えることが多く、それゆえ、価格コストが上昇している。この上昇分を特別食加算で賄うことがあるため、特別食加算の見直しには反対する。

○消費税を含んでいる薬価ですが、税別での価格とし外税にしてほしい。

○入院時食事療養費の削減は決して関係学会や患者に対していい方向にはいかないと思います。これからますます重要になる栄養療法に水をかけることとなります。むしろ、それ以外のあまり必要でない部分での医療費削減が重要だと思います。

5. その他(17件)

○発表者でした。もう少し時間が欲しい！！

○①患者にとっては、院内処方の方がベターである。わざわざ別の場所へ移動する必要がない。かかりつけ薬剤師(薬局ではない)推進であれば院内の看護師、医師とも連携がやりやすく、薬剤師の裁量権も広がる。②後発品促進の大きなインセンティブには、後発品発売(薬価収載)された、先発医薬品を保険非適用にする。そうすれば後発品を皆使用することになる。③医療費総額負担抑制には、1人当たりに適用される保険者からの負担額の上限を設定し、不必要な医療は自由診療(例えば75歳以上の弁置換やバイパス(CABG)は自由診療とする)にすればよい。この会場にいる人全員、医療現場スタッフは医療費財源が厳しいことは知っている。大胆に、抜本的に行わないと将来に向けた制度持続は困難である。

○救急医療管理加算について算定条件の拡大。算定条件の明確化を希望します。例として、条件の中の

- 手術を必要とする場合がありますが、現状、緊急手術を施行している場合でも、重篤患者及び準ずる患者として認められない場合があります。特に整形外科(骨折観血的手術)に多くみられます。全体的には通知の明確化をご検討願います。
- 公的(病院経営)、急性期医療、7:1、救急医療、高度急性期、混合診療についてももう少し詳しく話してほしいかった。
 - ①地域包括ケアシステムの促進策が不十分と考える。②多職種連携の具体的な評価が見えていない。
 - 良い学びができました。ただ貴重な時間をさいての聴講のほずであるが、声が不明瞭だったり、解りづらい点や、室温が高く、良い環境としないのは残念です。もったいなく思います。
 - 薬局評価に大規模チェーン、大型門前の特例評価について、患者へのサービスが評価されるべき。規模に関わるべきではない。
 - 現場から様々な意見が出たが、今回の診療報酬改定に採用されたかどうかを知るの文言から？意見者へのリターンが大事だと思う。
 - 特例再算定について 今回対象となった品目について、ハーボニーやソバルティ等は費用対効果評価を行うと「良い」との結果が出ると聞いていますが、それなのに今回引き下げるのは、現在費用対効果評価専門委員会で議論していることと逆行していると感じます。また、アバステンは当局から開発要請を受けて適応拡大した結果、売上が伸びたと聞いていますが、それで引下げとは減茶苦茶です。いずれも安倍政権が言っている「イノベーションの促進」に逆行していると思います。
 - 7:1と10:1の点数の差を少なくすれば10:1への移行が進むのでは。
 - 質疑がセレモニー的な印象を受けた。
 - 回数が1回では公聴会として意見がないのでは！各地方(全県)にて開かれるべきと感じます。
 - 7対1要件の医療・看護必要度・新しい評価基準での25%は高すぎる！！
 - もう1時間ほど時間を設けて全項目についての意見交換をしてほしい。例えばリハビリ関すること等。DPCなども病院における認知症Ptに関する事等も今後検討してほしい。
 - 時間を限ってもよいが、発言者と委員のdiscussionがあってもよいのではないか。
 - 7:1重症度・医療・看護必要度について 評価内容を見直しされる現状の中、%の値が高くなる可能性が高いが現場での評価される内容が忙しさと見合わない。現場スタッフは医師も看護師も疲弊している。評価と現状について考えていかないとスタッフの減少につながっていく。
 - 病理は約50%が外注され病理学的検査結果を臨床医が判断している現状があります。この場合は病理医が患者から見えず、責任が不明確になっております。保険医療機関間の連携による病理診断について、標本受取側医療機関が診療報酬請求できるように検討をお願いいたします。病理医技術料評価が病理医に届かない事態を回避するため、臨床検査技師等に関する法律にある病理学的検査から病理医業務を分離する等が必要と考えます。