

「平成22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）」
に対するご意見の募集の結果について

1. 意見の募集方法

意見募集期間 : 平成22年1月15日（金）～平成22年1月22日（金）

告知方法 : 厚生労働省ホームページ

意見提出方法 : 電子メール、郵送

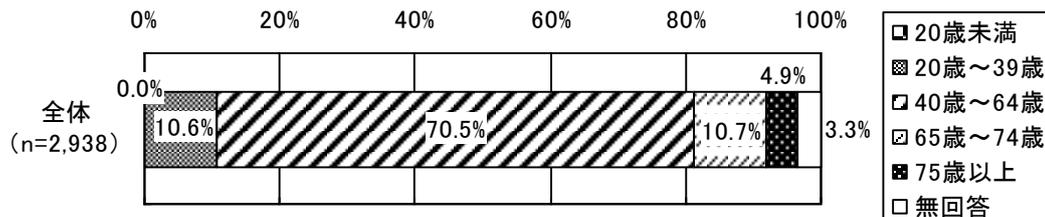
2. 寄せられた意見の総数

(1) 受付数

電子メール	郵送	合計
1,974件	964件	2,938件

(2) 意見者の属性

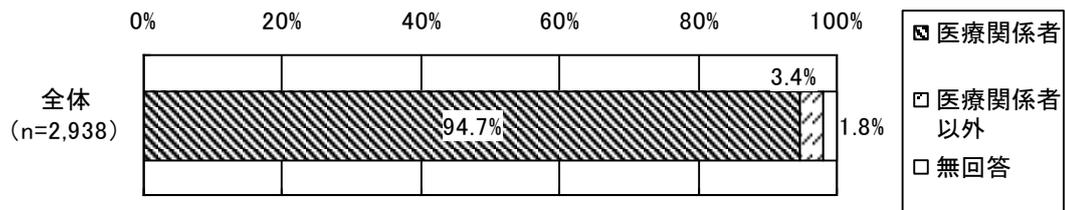
① 年齢



② 性別



③ 職業



(3) 延べ意見総数の項目別件数 (4, 623件)

重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建について

項目番号	内 容	件数
1-1	地域連携による救急患者の受入れの推進について	96件
1-2	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を担う医師の活動の評価について	174件
1-3	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	63件
1-4	手術の適正評価について	46件

重点課題2 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）について

項目番号	内 容	件数
2-1	入院医療の充実を図る観点からの評価について	389件
2-2	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	147件
2-3	地域の医療機関の連携に対する評価について	58件
2-4	医療・介護関係職種との連携に対する評価について	40件

I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点について

項目番号	内 容	件数
I-1	がん医療の推進について	82件
I-2	認知症医療の推進について	32件
I-3	感染症対策の推進について	47件
I-4	肝炎対策の推進について	10件
I-5	質の高い精神科入院医療等の推進について	87件
I-6	歯科医療の充実について	1,037件
I-7	手術以外の医療技術の適正評価について	52件
I-8	イノベーションの適切な評価について	8件

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

項目番号	内 容	件数
Ⅱ-1	医療の透明化に対する評価について	91 件
Ⅱ-1-①	明細書の発行が義務付けられる医療機関の対象を拡大することについて賛成の意見	10 件
Ⅱ-1-①	明細書の発行が義務付けられる医療機関の対象を拡大することについて反対の意見	34 件
Ⅱ-2	診療報酬を患者等にわかりやすいものとするに対する評価について	905 件
Ⅱ-2-(1)-①	再診料について	
1)	診療所の再診料の引下げを行うべきではないとする意見	523 件
2)	(1)再掲) 病院の再診料の引上げを行うべきであるとする意見	175 件
3)	診療所の再診料の引下げを行うべきであるとする意見	12 件
4)	(1) 3)再掲) 再診料を統一すべきとする意見	150 件
5)	再診料を統一すべきではないとする意見	14 件
6)	医科と歯科の格差を是正すべきであるとする意見	68 件
Ⅱ-2-(1)-①	外来管理加算について	
1)	5分要件は必要であるとする意見	2 件
2)	5分要件は廃止すべきとする意見	273 件
3)	新たな要件を設ける必要があるとする意見	7 件
Ⅱ-3	医療安全対策の推進について	81 件
Ⅱ-4	患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価について	35 件
Ⅱ-5	疾病の重症化予防について	42 件

Ⅲ 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点について

項目番号	内 容	件数
Ⅲ-1	質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について	272 件
Ⅲ-2	回復期リハビリテーション等の推進について	87 件
Ⅲ-3	在宅医療の推進について	43 件
Ⅲ-4	訪問看護の推進について	16 件
Ⅲ-5	在宅歯科医療の推進について	96 件
Ⅲ-6	介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について	13 件
Ⅲ-7	調剤報酬について	66 件

IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点について

項目番号	内 容	件数
IV-1	後発医薬品の使用促進について	178 件
IV-2	市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適性評価について	85 件
IV-3	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	106 件

V 後期高齢者医療の診療報酬について

項目番号	内 容	件数
V-1	後期高齢者医療の診療報酬について	41 件

○その他の意見

98 件

「平成 22 年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」について
寄せられた主な意見について

標記について、平成 22 年 1 月 15 日（金）から平成 22 年 1 月 22 日（金）までホームページを通じてご意見を募集したところ、2,938 件（延べ意見総数 4,623 件）のご意見があり、お寄せいただいた主なご意見について以下のとおり取りまとめた。

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

重点課題 1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建について

1-1 地域連携による救急患者の受入れの推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域における医療提供体制の維持・再建にあたっては、全国いずれの地域においても救急医療体制が確保されていることは必須の条件である。救急体制の確保には、地域の医療計画の見直し、医師の研修体制の見直し、医師・看護師等の労働環境の改善など政策面の措置や財政措置に加え、診療報酬上の重点的評価を行うことが必要である。そのため、地域において救急搬送を積極的に受け入れている医療機関や、救急医療機関と連携して、転院先として患者を受け入れる医療機関について評価を行うべきである。 ・ 緊急度の高い患者を優先的に治療する体制については、判断をする者、優先度が低いと判断された患者に対する取扱いなど、地域の医療機関との連携による体制の整備を図ることが必要と考える。 ・ 中小病院では、勤務医が激減し、救急医療を担えなくなっている。中小病院の救急対応力を高める必要がある。 ・ 救急医療については不採算部分が多く、救急患者の受入増と比例して不採算額は増加していくのが実態である。現行の包括評価方式では、その治療に要した経費に見合うだけの収益が得られていない。救急患者の受入初日および 2 日目について、出来高方式により算定できるようにして欲しい。 ・ 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。 ・ 救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算の評価引き上げに賛成である。特に救急搬送された乳幼児では、入院当初は重症ではなくても医師・看護師の手厚い治療が必要であり、多くの手間がかかる。 ・ 救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算の引き上げにあたって、現在算定している病院がすべて算定できるよう新たな施設基準を設けるべきではない。 ・ 救急医療機関緊急入院患者の早期退院支援については、新たな職員の配置による評価でなく、「退院調整加算」または「退院時共同指導料」等の適用拡大での検討を要望する。 ・ 救急告示医療機関ではない一般の有床診療所でも地域の救急患者の受け入れに一定の役割を果たしているが、それに対応する評価がなく、有床診の入院基本料自体の評価があまりに低い。 など

1-2 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を担う医師の活動の評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児入院医療管理料の施設基準の緩和について、小児医療の更なる充実を図るために小児入院医療管理料を増設することには賛成である。

- ・ 現行の小児入院医療管理料の施設基準は、常勤医の所定労働時間が週 24 時間程度勤務している複数の小児科医を組み合わせることで、常勤医換算することを認めているが、勤務時間の要件をさらに緩和すべきである。1 週間に 20 時間勤務する短時間正社員としての医師についてもその対象となるよう緩和すべきである。
- ・ 大学病院では、重症・難症の患者が多く、NICU および MFICU の在院日数の長期化が進んでいる。NICU および MFICU は常時満床で稼働しているが、特定集中治療室管理料の算定不可患者が増加して不採算となっている実態がある。特定集中治療室管理料の増額や算定可能期間の延長をすべきである。
- ・ NICU の評価をさらに充実するとの考え方に賛成する。現状では少ない病院勤務小児科医の中でも、新生児医療を専門とする医師は更に少ない。新生児科医師の処遇改善のためにも、新生児集中治療室管理料の評価引き上げと要件緩和を望む。
- ・ NICU 担当医師が小児科当直を兼務する場合の評価新設に反対する。診療報酬上の NICU 勤務要件の緩和ではなく、規模の大きな NICU の評価・集約化を進め、診療報酬の面からも新生児救急の拠点病院づくりを誘導すべきである。
- ・ 救急搬送診療料の乳幼児加算の評価引き上げと新生児加算の新設に賛成である。
- ・ 救急搬送診療料における「ハイリスク妊産婦加算」の新設を要望する。
- ・ ハイリスク分娩加算・妊娠加算の対象疾患に、胎児奇形（異常）・精神疾患や本態性高血圧も追加をしていただきたい。など

1-3 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

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 「新生児回復室（GCU）について新たな評価区分を新設する」点は、NICU の後方病床としての GCU 運用にとって重要なことと考える。重症の新生児・乳児を管理する場としては評価が低すぎることから、新たな評価基準の算定が望ましい。 ・ 療養病床における受け入れ加算の新設を評価する。 ・ 急性期後を見据えた後方病床・在宅療養の機能を強化するのであれば、在宅療養などの在宅生活支援のための施設への継続などの評価だけではなく、在宅生活を支援するための専門職種の人員配置や多職種間の連携機能の評価が必要だ。 ・ 急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床の確保は極めて重要であり、地域医療を支える有床診療所や療養病床、介護施設等における患者の受け入れを評価することは有益であると考えます。 ・ 地域医療を支えるような施設では、医師、看護職だけではなく、作業療法士や理学療法士といった職種の通所系・訪問系のサービスが必要不可欠であることを評価する必要がある。など

1-4 手術の適正評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 手術料全体の評価を引き上げることに賛成である。 ・ 外科医療技術は世界有数であるが、その技術料評価は非常に低い。現在の手術料には材料費を含まれるものも多く、技術料としての評価が非常に低いものである。適正評価を望む。 ・ 手術料については、手技料とモノ代の双方を適切に評価するため、手技料の引き上げだけでなく、手術に使用する保険医療材料、衛生材料、外皮用殺菌剤、15 円以下の薬剤の算定を認めること。 ・ 現状では予定の手術と緊急の手術が同一評価であるが、緊急手術ではそのための物や人の調整が必要であり、緊急手術に対する評価が必要である。 ・ 歯科における抜歯・小手術の点数が低い。感染予防を整えて行うことには見合わない。など

重点課題 2 病院勤務医の負担軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

2-1 入院医療の充実を図る観点からの評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> 小児入院医療管理料の施設基準における勤務医数は、常勤換算できる非常勤医師の勤務時間がおよそ24時間以上とされている。育児等で常勤勤務が困難な時期の女性医師の活用により、小児入院医療の充実を図るためには、12時間程度に緩和することが必要だ。 抗がん剤無菌調製やレジメン管理、持参薬の管理などの業務に加え、緩和ケア、NST、感染、褥瘡などのチーム医療における病院薬剤師の業務は重要であり、不可欠である。薬剤師を病棟に配置することに対する評価を強く要望する。 7対1および10対1入院基本料について、月平均夜勤時間の要件を72時間以内とする要件だけを満たせない場合の評価を新設することは、夜勤時間制度の形骸化につながる懸念される。 15：1入院基本料病院が地域医療に果たしている役割は大きい。15：1入院基本料の引き下げは絶対に行うべきではない。15：1入院基本料病院の機能を低下させることにつながり、今でさえ深刻な地域の入院医療提供体制に大きな影響を与えることは必至である。 後期高齢者特定入院基本料は、その対象を一般患者へ拡大するのではなく、そのものを廃止すること。 急性期の入院医療を評価することは賛成である。 診療報酬で栄養管理チームへの評価は賛成である。多職種チームに栄養管理の重要性から管理栄養士を明確に位置付けることが必要である。 など

2-2 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

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> 選定療養の拡大は、所得の多寡による医療差別に直接つながるものであり、反対である。2次救急病院へ患者が集まるよう行政側が国民に対して周知することや、2次救急医療機関の医師配置が充実するような施策が必要である。 特別な料金の徴収は、勤務医の負担軽減が目的であるため、救命救急センターのみならず、二次救急病院にも拡大すべきである。コンビニ受診は二次救急病院においても救命救急センターに劣らず多い。 勤務医の過重労働は極限に達しており、診療報酬が抑制されている状態では医師の増員も困難である。負担軽減体制の要件を緩和し、広く多くの病院・勤務医の負担軽減が図られるよう配慮すべきである。 特定機能病院における医師事務作業補助体制加算算定を認めていただきたい。医師事務作業補助体制加算は、要件を病床対医師事務作業補助者比のみとし、作業内容を大幅に緩和すべき。当該作業者の人件費が算出できる診療報酬改定を強く要望する。 など

2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> 有床診療所の後方病床機能等に対する評価は賛成である。 地域のケアミックスなどの中小病院も後方機能病床として現在重要な役割を果たしているため、これらも評価されるべきである。 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。 退院調整加算の改正に伴い、従来の社会福祉士、退院調整にかかわる看護師によるものにつけ加えて、他職種でも行えるようにしてほしい。 地域における病診連携がスムーズにいくことにより、病院医師の負担が軽減される。診療所のふり分け機能や受け皿機能を適切に評価すべきである。 など

2-4 医療・介護関係職種との連携に対する評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院退院後の通院医療・通所リハビリ等を行う医療機関・介護サービス事業所との連携に対する評価を行うべきである。 ・ 入院中からの医療機関とケアマネージャーが共同で相談や指導を行うことに対する評価を行うべきである。 ・ 地域医療診療計画において、連携病院を退院した後の通院医療・通所リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等も含めた連携と情報提供が行われている場合の評価であるが、連携病院（退院させる方）だけではなく、受け入れる側の評価も当然なされるべきである。 ・ 医療・介護の連携に関して、退院後の患者の医療を担う医療・介護関係職種として「薬局」を加えていただきたい。 ・ 褥瘡評価は、栄養状態の把握や栄養管理が重要なため、複数名の訪問メンバーに管理栄養士を明記いただきたい。 ・ 退院時栄養サマリーを新設・評価していただきたい。退院時に病院においての栄養管理情報、食事情報を後方施設に伝えることで、スムーズな栄養連携が期待でき、また、栄養の確保及び食事療法などの継続により身体状態の安定により医療費の削減が期待できる。 など

I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

I-1 医療・介護関係職種との連携に対する評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 悪性腫瘍の診断や治療効果判定、経過観察における検査では、高度な技術により高額な検査コストがかかるのに対し診療報酬が不十分なものがある。 ・ がんのリンパ浮腫指導管理料は、看護師・理学療法士に限られているが、作業療法士も十分通用すると考える。 ・ がん性疼痛緩和指導管理料において、算定要件である疼痛程度、効果判定など治療計画について手間がかかる労力を点数に反映させてほしい。 ・ 患者ががんの診断を受け告知された際、病棟薬剤師の役割は大変重要と考える。薬剤師の病棟への人員配置数の増数を強く要望する。 ・ がんの疾患特性に配慮したリハビリテーション料の新設において、リンパ浮腫や化学療法実施およびその間の安静による体力低下に対する評価を実施してほしい。 ・ がんの疾患特性に配慮したリハビリテーション料算定にあたっては、多職種が関われるようにしてほしい。 ・ がん医療の推進が掲げられているが、多くの緩和ケア病棟は満床である。受け皿となる緩和ケアの病床の増加を希望する。病院にしか認められていない緩和ケアの入院料を、有床診療所でも選択できるような診療報酬の設定を望む。 ・ 緩和ケアにおける患者の食の要望は強く、緩和ケアチームに管理栄養士を明確に位置付けることが必要である。 ・ がん医療の放射線治療の充実において、放射線治療の中でも密封小線源治療は全く採算性が取れない。このままでは日本では頭頸部癌の組織内照射や子宮頸癌の腔内照射などの標準治療が不可能となる。また、小線源治療を行う放射線治療医の育成も困難となる。 ・ 老人施設に入所している患者もがん治療を行うことができるのは賛成である。質を担保するためには、施設基準・人員等算定要件の検討が必要だ。 など

I-2 認知症医療の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症に係る入院医療を重点的に評価することに賛成である。 ・ 認知症の作業療法が神経内科を標榜した病院でのリハビリテーション(作業療法)でも算定が出来るようにしてほしい。 ・ 認知症医療では、まず、「脳卒中の後遺症患者」および「認知症患者」の入院制限を撤廃することが必要である。 ・ 認知症にはアリセプト投与の例もあるが、リハビリが評価されていない。認知症におけるリハビリによって点数を算定できるようにしてほしい。 ・ 認知症患者の診療は時間がかかり、介護者への指導や他の介護関係者との連携にも時間がかかる。特定疾患指導管理料の加算が必要だ。 ・ 認知症病棟をはじめ精神科病棟における認知症患者に対する個別の作業療法の評価の新設を望む。 など

I-3 感染症対策の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症対策の推進には臨床検査が必須であるが、微生物学的検査は、コストが実施料を大きく上回る現状がある。検査の質を担保するには、コストと同等の点数が必要である。 ・ 感染制御は病院の患者および職員を感染症の拡大から防止するために必須である。ある程度のレベルを満たす感染制御業務への保険上の優遇措置は、感染制御業務を遂行する上で必須であり、手厚く保障をしていただきたい。 ・ 充実すべき感染症対策に HIV 感染症が入っていないことは極めて問題がある。 など

I-4 肝炎対策の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 肝炎のインターフェロン治療についての取組みについての評価の新設を評価する。 ・ 肝炎等の感染者への歯科治療では、診療施設および診療器具への滅菌・感染予防に対してさらなる注意を持って対応しているが、現状の保険診療においてはその評価がなされていない。 ・ 歯科医療では観血的処置が比較的多いが、肝炎感染症対策における各医院の感染予防対策にはばらつきがある。適正な感染予防には初診・再診料に加算点数を設けるべきと思われる。 など

I-5 質の高い精神科入院医療等の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ アルコール依存症への認識が低い治療への導入が遅れ、その治療効率は低いのが現状である。診療報酬上の支払いが認められることを望む。高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たに評価を行うことを希望する。 ・ 精神科病棟において、15対1を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症度に関する基準を導入することは賛成である。 ・ 精神科地域移行実施加算について、現状の5年を超える長期入院患者が直近1年間で5%以上減じた実績のある医療機関を見直し、パーセンテージに左右されず、5年を超える長期入院患者を退院させた場合全てにおいて評価してほしい。 ・ 精神科における摂食障害の患者の食事は、栄養状態にも配慮した個別性が高く、長期にサポートする必要がある。特別食および栄養食事指導が必要であり、その対象疾患とする必要がある。 ・ 外来管理加算と同様に通院精神療法にも5分ルールが設定された。通院精神療法も外来管理加算と同じように廃止を要望する。

- ・ 大規模精神科デイ・ケアの施設基準における専門職の配置数の増員、専門職を多く配置しているデイ・ケアへの評価の新設を望む。
- ・ 総合病院の精神科の評価は、特に入院の看護に対する評価は一般病棟と同等にしてほしい。
- ・ 精神身体合併症加算関連の身体合併症には、四肢運動機能に対するものは含まれていない。しかし、精神疾患症例に対する個別・身体リハビリテーションは、無動無言や鎮静やうつによる廃用症候群に対して有効であると同時に、移動能力・家庭でのADL動作訓練など、退院に向けての有力な支援となるため行なっている。精神疾患に対する作業療法（集団的なもの）とは別のものである。 など

I-6 歯科医療の充実について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本診療料は、すべての診療行為の基礎となるものである。医療の安全確保や質の向上のためにも初・再診料を大幅に引き上げること。 ・ 患者への紙による情報提供に反対である。歯科では口腔内を鏡等で見てもらいながら説明することが多く、口頭で説明したものを文章化することにより簡略化せざるを得ず、患者と歯科医師の信頼関係を損なうものである。 ・ 重度の障害者は一般開業歯科医では対応できないことが多い。その場合、体制が整っている病院歯科に紹介し、適切な処置を施すべきであり、この点を評価すべきである。 ・ 歯科治療が困難な障害者を受け入れている病院歯科等の機能について、必要な評価を行う場合、病院歯科の基準要件の緩和が必要である。 ・ 歯科技工士も歯科医療機関と同様に疲弊していることは確かであるため、歯科技工士への取組を評価することは賛成である。 ・ 補綴物維持管理料について、定着を理由に点数の引き下げを行うのではなく、成功報酬として2年間の補綴物の再作製を認めない施設基準は廃止し、補綴にかかる技術料を評価する財源として活用していただきたい。 ・ 根管治療の技術料を評価し、根管貼薬の際の点数引き上げをしていただきたい。 ・ 在宅歯科医療の充実が基本方針に示されたことは評価すべきことである。実際の運用に当たっては、医科および各施設から歯科へのアプローチや連携を取りやすい環境を整えるべきである。 ・ 総義歯・部分床義歯の製作と調整の正当な評価を求める。 など

I-7 手術以外の医療技術の適正評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 抗凝固療法中の患者のコントロールに従来用いられてきたトロンボテスト（TT）の診療報酬が、世界的に抗凝固療法患者のコントロール検査と認識されているプロトロンビン時間（PT-INR）の診療報酬より高値である。学問的価値の高い医療技術の普及が遅れているため、PTとTTを逆転させるか、PTを大幅に増点し、TTを減点させるべきである。 ・ 全般的に医療技術の評価は低すぎる。特に外来管理加算より低いもの（例えば、残尿測定検査：50点、干渉低周波による膀胱等刺激法：45点、導尿：40点等）は直ちに引き上げてほしい。 ・ 手術や先進医療ばかりではなく、処置料の見直しをお願いする。 ・ 歯科関連処置点数の全般の見直しが必要。根管処置の点数が抜髄・感染根管処置に比較してあまりにも低すぎる。 ・ 手術室は、麻酔薬、筋弛緩薬や麻薬など特殊な管理を必要とする薬剤を頻繁に使用する部署でありながら、人員配置の問題から薬剤師の職能を十分発揮できていない状況である。手術室での薬剤師による薬品管理に診療報酬の加算を要望する。 ・ 小児の生理機能検査では時に沈静や特殊なテクニックを必要とされ、時間的にも成人の数倍から十数倍の時間を必要としている。小児生理検査への大幅な加算をお願いしたい。 など

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

II-1 医療の透明化に対する評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> 既に決められた期限までに電子化した医療機関は期限後の算定は出来ないことになっているが、継続して算定できるようにすべきである。助成 196 億円は余りにも小額であり、一部の医療機関にしかチャンスがなく、早期に電子化した医療機関との不平等が生じている。 処方せんに医療機関コードを記載させることは事務が煩雑となる。 厚生局のホームページ等で、誰でも簡単に医療機関コードが確認できるような対応をお願いしたい。 処方せんへの医療機関コード、都道府県番号の記載に反対である。これらの記載は、調剤レセプトと医科レセプト等の突合のためであり、医療費抑制に活用されることを危惧する。 <p style="text-align: right;">など</p>

II-1-① 明細書の発行が義務付けられる医療機関の対象を拡大することについて

賛成 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 明細書発行を義務づける医療機関が増えることは、患者にとってとても喜ばしいことである。発行により、医療機関側としては説明義務が発生することが考えられるが、算定漏れや過剰請求が少なくなり、返戻等の減少にもつながると思う。 明細書の発行は、全ての医療機関の当然の義務である。明細書を発行しない医療機関をなくすためには、発行に伴う診療報酬を大幅に引き上げ、その財源は、明細書を発行しない医療機関の診療報酬を引き下げる方策で賄うべきである。 患者が自ら受けた医療の内容を知ることが当然の権利である。患者は医療費の一部を窓口負担していることからしても、個別の診療報酬単価まで確認できる「明細書」を発行することは医療機関の義務である。したがって、医療の内容がレセプト並みにわかる明細書の発行は、患者本人が希望すれば、全ての医療機関において無償で発行することを義務付けるべきである。 明細書の発行は医療の透明化にとって大きな役割をもつと考えるが、システム変更などにあたっては、補助金などで助成をすべきである。 <p style="text-align: right;">など</p>	10件

反対 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 明細書の発行には、それなりに医療機関にレセコン等の設備投資を強いる点を考慮し、零細な診療所への義務化は慎重にすべき。 明細書発行義務の拡大は、医療機関に多大な負担を強いるものである。レセプト開示の制度もあり、義務化の必要はないと考える。 医療機関は医療内容を患者に説明する義務はあるが、複雑で説明困難な診療報酬の内容・仕組みを患者に説明する義務はない。これは保険者、国に説明責任がある。 明細書発行により、より細かな技術料や材料料の費用が表現されるかもしれないが、それは点数の貼り付けられた項目・行為の羅列に過ぎず、医療行為を継ぎ目なく明確に説明するものではない。患者の誤解を生むことはあっても決して透明化に貢献するものではないと考える。 <p style="text-align: right;">など</p>	34件

II-2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとするに対する評価について

意見の内容	
<ul style="list-style-type: none"> 患者への安全、安心で良質な歯科医療を提供するために患者への文書による情報提供等の事務的作業をもっと簡潔・簡便にし、治療に専念できるよう要望する。 診療報酬を患者等にわかりやすいものとするためには、まず毎日の診療内容とそれに対する診療報酬の評価（算定項目）とを患者側から見て理解しやすい診療報酬体系を構築することが不可欠であると考え。単に難解な歯科用語を見直すだけでは、明細書を受け取った患者側にかえって不信感を与えるだけであり、信頼関係を害する恐れがあるものと思われる。 在宅患者訪問診療料については、整合性を保つための報酬の見直しという名のもとに引き下げられることのないよう希望する。これからの在宅医療の推進を担う在宅療養支援診療所などに対する報酬は、決して高いものではない。マンションなどの集合住宅に居住しているものは明らかに別世帯であるにもかかわらず、移動の手間だけを勘案したとさえ感じられる報酬の見直しは到底賛同できるものではない。在宅患者訪問診療料 2 は、施設がお膳立てをした環境であることや同一患家の場合の取り扱いは従来通り当然のことと思われるが、集合住宅に、そうした論理を持ち込むことには反対である。 入院患者が当該入院医療機関で行えない診療のために他医療機関を受診した場合、他医療機関で行った診療行為はその医療機関において保険請求できるようにするべきである。少なくとも、現行の取扱いに変更すべきではない。 「現場の状況を確認した上で、分かりやすい体系に整理する」とあるが、単に“分かりやすい”だけではなく、現場の状況に即した内容に整理されるとともに、診療内容を正しく評価した体系とすることが望まれる。 	など

II-2 (1) ①再診料について

1) 診療所の再診料の引下げを行うべきではない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 病院と診療所の統一のために診療所の再診料の引下げを行えば、地域医療は崩壊する。病院の再診料を引き上げて、診療所の再診料を病院と同じ点数とすべき。 献身的な経営努力で医療機関を維持・存続しているが、存続が困難になるので再診料は引き下げべきではない。 再診料をはじめとした基本的技術料は、スタッフの人件費や施設整備費などを包括したもので医療提供の原資である。病院と統一化するために診療所の再診料を引き下げるとは反対である。 診療所の再診料を下げることは断固反対。 	5 2 3 件

2) (上記 1) の再掲) 病院の再診料の引上げを行うべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 今回の改定では、病院の再診料引上げ幅をある程度厚くして診療所の再診料に近づけること、そして次回以降、より高い水準で統一することをあらためて提案する。 再診料の統一は、わかりやすいという観点から賛成。診療所の再診料が高いのではなく、病院の再診料が低く抑えられたという過去の経緯から、今回は何をあいても病院の再診料を診療所並みに引き上げるべきである。 再診料は、病院の点数を診療所の点数まで引き上げて統一してほしい。公立病院等で補助金なしでは経営が成り立たないところがほとんどという現状を打破するためにも、診療報酬の底上げが必要である。 	1 7 5 件

3) 診療所の再診料の引下げを行うべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 産科・小児科・救急等の医療提供体制の不備や病院勤務医の疲弊などの状況を鑑みれば、診療所の再診料を引き下げることにより財源を捻出し、これらの重点課題に振り向けるべきである。 再診料は、遍く適用される「基本料金」のようなものであり、診察料のベースとなる再診料は低く抑えて(病院に合わせて)統一し、それに追加される点数の財源により多くを振り向けるべき。患者にとっても「基本料金」は安い方が望ましい。 など 	12件

4) (上記1)と3)の再掲) 再診料を統一すべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 患者の立場からは、同一の医療サービスであるのに、病院と診療所との間で再診料が異なるのは納得できない。 診療・技術料である初診料・再診料・外来診療料は、診療報酬の基本中の基本であるから、国民にとってわかりやすさが特に求められるものであり、統一されることが望ましい。 病院と診療所の外来再診料に差があるのは、診療所は初診に特化し、病院は入院が必要な患者の診療を行うという機能分担が目的だと聞いているが、再診という行為には差がないことから、外来再診料の統一は行うべきと考える。 など 	150件

5) 再診料を統一すべきではない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 再診料について患者にわかりやすくするという理由だけで病院と診療所の点数を合わせる考え方に合理性はない。前回改定でも病院と診療所の機能分化の視点から見直すとされたはずである。「外来は診療所、入院は病院」という考え方について議論を深めるべき。 病院の再診は必要な患者に限るべきで、診療所等に逆紹介すべきである。病院再診が必要な状態については、診察にもより時間と手間がかかると考えられるので、その場合は病院の再診料を診療所より引き上げるべきである。患者にとっても、病院に再診しなければならない状況だから再診料が高いというのは、わかりやすいと思う。 病院においては、より高度の検査などを含めたアプローチを中心に行うのに対し、プライマリケア中心である診療所においては、より詳細かつ綿密な問題や診療行為を要する。病院と診療所では労働対価としての診療報酬が異なるのは当然であり、患者にわかりやすくするとの名目で実体を反映しない改定を行うのは不当である。 診療所の再診料・外来管理加算は、医師や看護師、他の医療スタッフの技術料を評価したものであり、増額するのは当然である。病院は入院管理を重視すべきであり、病院の再診料と診療所の再診料を比べるべきではない。 など 	14件

6) 医科と歯科の格差を是正すべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 患者にわかりやすくするために、医科と歯科において同じ病名に対する同じ処置で評価の違うものは統一すべきである。特に患者の混乱を招いている初・再診料については医科と歯科を同等に評価すべきである。 病院と診療所において同一サービスに同一価格がわかりやすいという観点から行けば、歯科においては歯科診療所の初再診料をまずは病院歯科と同等にすべきである。今後は医科との格差も解決すべき課題と考える。 など 	68件

II-2 (1) ②外来管理加算について

1) 5分要件は必要である。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 再診料71点+外来管理加算57点(合計1280円)に見合う、患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等を評価している外来管理加算とのことであれば、最低でも5分以上の時間は必要と思う。5分以上の説明の担保として、患者の署名を要件とすることが必要と考える。 診療報酬は原価を保証すべきものであるが、診療報酬は公共料金であることから、過剰な利益を保証するものではない。したがって、「何もしない場合の加算ではあり得ない」。何らかの費用を補償する「外来管理加算」である必要がある。5分ルールはいい規定だと思ったがそれに代わる規定が必要である。 	2件

2) 5分要件は廃止すべきである。

反対意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 平成20年度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。外来管理加算の時間要件や診療録記載要件等を無条件で撤廃し、改定前の要件に戻すべきである。 外来管理加算の「5分」の時間要件を撤廃させて加算自体は存続すべき。 時間要件の導入により現場では医師の負担が増大するとともに待ち時間も増えている。しっかりとした診療を行うためには、ある程度の時間が必要だが、5分で一律に区切るやり方は納得できない。 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」に変更された。診療報酬抑制政策の下で、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。 <p style="text-align: right;">など</p>	273件

3) 新たな要件を設ける必要がある。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 簡単な症状の確認などのみの場合には算定できないとすることにすればよい。 外来管理加算については懇切丁寧な診察・説明等を担保する5分要件の代替措置となる新たな要件を設定し、点数を引き下げるべきではない。 外来管理加算の「5分ルール」は、患者への医療提供の充実に資する合理的な要件に置き換えるべきである。 患者相談窓口を置いていること、相談窓口で看護職員または社会福祉士を配置していること、コミュニケーションに関する研修を年1回実施していること等を要件としたほうがよいのではないか。 所定点数に見合った医学管理を定め、患者がカルテに医学管理を行ったことを了承するサインをもらう、あるいは医師が管理内容を患者へ書面で提出するといったことが考えられる。 <p style="text-align: right;">など</p>	7件

II-3 医療安全対策の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療の提供において、安全対策が重要であることは言うまでもない。保険医療機関が外来、入院のいずれにおいても十分に安全対策を行えるよう、基本診療料を引き上げるべき。 ・ 病院における医療安全対策の重要項目である感染対策において、感染制御専門薬剤師等の認定を受けた病院薬剤師は、その専門的な知識を駆使して感染制御チームにおいて重要な役割を担っている。また抗生剤の適正使用の指導・管理等にも積極的に関与しており、次期診療報酬改定において、医療安全対策の推進のため、感染制御に精通した薬剤師の人員配置（チーム医療）による評価を強く要望する。 ・ 歯科は医科に比べ初診再診料が低い。安心・安全な医療を提供するためにも、歯科の初診料の見直しが必要である。 ・ 社会保険の理念から、国民皆保険の下、社会保険医療を受けようとするすべての国民に医科・歯科の区別なく等しく医療安全対策を講じるべきとの観点から、その評価は、新たな評価の新設ではなく初診料に加味すべきである。 ・ 治療に際して、消毒・衛生面などにおける諸費用が高騰しており、使い捨ての器具などに対する評価がされていない。 など

II-4 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護について評価する。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。 ・ 障害者へきめ細かく、また、頻繁に指導管理を行うため障害者の口腔衛生指導料の新設とともに、機械的歯面清掃についても評価する。また、歯科治療が困難な障害者を受け入れる病院歯科に対する評価として、障害者加算を新設する。 ・ 在宅血液透析や在宅腹膜透析を行う際の人工腎臓の算定を可能にする前に、その内容について国民に説明すべきである。これを可能にしてしまうといろいろな人工なものが算定できるようになると考えられる（医療費増大の一要因となりうる）ので、討議が必要である。 など

II-5 疾病の重症化予防について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病の重症化予防には、臨床検査を迅速に実施し、その結果に基づいた適切な医療が必要である。外来迅速検体検査は、患者の病態の早期診断および重症化の回避、患者の再診回数の削減を推進する意味で大きな意義がある。 ・ 医療機関における栄養指導回数は入院、外来2回までと制限があるが、糖尿病などの生活習慣改善には半年以上にわたる継続した行動修正が必要である。改善、悪化を繰り返し重症化していくため生活習慣改善における栄養指導回数を撤廃することにより重症化予防が可能と考える。 ・ 障害者歯科医療の充実について、障害者へきめ細かく、頻繁に指導管理を行うため障害者の口腔衛生指導料の新設とともに、機械的歯面清掃についても評価すること。また、歯科治療が困難な障害者を受け入れる病院歯科に対する評価として、障害者加算を新設することを要望する。 ・ リンパ節郭清の範囲が大きい乳がん、子宮がん等の手術後に発症する四肢のリンパ浮腫について、より質の高い指導につなげるため、入院中に加えて外来において再度指導を行った場合のリンパ浮腫指導管理料の算定を可能にする。 など

Ⅲ 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

Ⅲ-1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 病院薬剤師は職能を最大限に駆使して日々の業務に取り組んでいるが、特に、医療の安全と質の向上に貢献するべく病棟業務の充実を図っている。しかし、病棟において質の高い業務を実施するために十分な薬剤師数が確保されているとはいえない。チーム医療への参画や恒常的な病棟業務を通じて、さらに医療の安全と質の向上に貢献するために、次期診療報酬改定において、薬剤師の病棟への人員配置（チーム医療）による評価を強く要望する。・ 療養病棟入院基本料の医療区分の廃止と報酬、特に医療区分1の報酬を早急に引き上げるべき。また診療内容等のデータのレセプト記載を不要とし、高額な薬剤・材料や検査等を出来高で算定可とすることが必要。・ 臨床検査は医療の根幹を成すものであり、検査が適切に実施されることは質の高い医療を提供する上で必須である。機能評価係数により十分な重みで評価されることを希望する。・ より充実した体制として、検査技師数や臨床検査専門医や管理医が臨床検査の管理や専門的な見地からのコメント付与などにより強く関わっていることを評価していただきたい。特定機能病院等の大規模病院においてはまさに高度な医療の提供が求められており、検査の質を評価する観点から、検体管理加算により充実した体制の評価を新設することは極めて妥当なことである。・ 麻酔管理料の算定については、直接麻酔科標榜医が麻酔等を実施しなければ算定できない。そのため麻酔科標榜医が監督等しているにもかかわらず、管理料が算定できない。特に臨床研修病院においては、麻酔科標榜医の業務に対するモチベーション向上の妨げになっているように思う。今回の「複数の麻酔科標榜医の監督下において安全な麻酔管理を行う場合の評価を麻酔管理料に新設する」については是非お願いしたい。その時に「複数」のしぼりが必要なのかどうかご検討をお願いしたい。・ 10対1入院基本料への重症度・看護必要度に係る評価を要件とする加算については、臨床業務に直結しない事務作業を増やさないようにすべき。診療報酬に格差を設けるために、患者の臨床上、本来であれば不要な評価や業務をこれ以上盛り込むべきではない。他の項目についても、患者の臨床上本来であれば不要であるのに、強いている事務作業（療養病床の医療区分など）はやめるべきである。 など

Ⅲ-2 回復期リハビリテーション等の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 「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るべきである。・ 「療養上必要な食事を提供した場合も包括して評価を行うの」であれば、それに見合う点数の増加が必要となる。食事を提供して、原材料原価を割るような点数は、反対である。・ 運動器リハビリテーションについて、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設するとあるが、その区分の中において、現在の同リハビリテーション（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、（Ⅱ）の所定点数が算定できている「運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに定期的に適切な研修を終了しているマッサージ師等の従事者が訓練等を実施した場合には、現行の（Ⅱ）に準じて算定できるものとしていただきたい。・ 脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ）及び（Ⅱ）の評価を引き上げるとともに、廃用症候群に対

するリハビリテーションについて、その疾患特性に応じた評価を行う。 など

Ⅲ-3 在宅医療の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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一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。 ・ 在宅医療を本格的に推進する上で、保険薬局薬剤師の機能を最大限活用することは不可欠であるとする。そのため以下について提案する。①無菌製剤処理加算の正当な評価②麻薬の薬局間小分けの緩和③終末期の在宅移行等に限り病院からの特殊薬剤の小分けの超法規的措置④保険薬局で使用できる注射薬の拡大⑤地域在宅拠点薬局となる条件を備え実行している薬局の患者負担を増やさない評価。 ・ ターミナルケア加算等については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。 など

Ⅲ-4 訪問看護の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 6歳未満の乳幼児への訪問看護については、少なくとも義務教育を受ける児への訪問看護について、算定回数制限を撤廃すること。少なくとも「全ての特定疾患治療研究事業の対象疾患及び難治性疾患克服研究事業」の対象患者について、算定制限を撤廃すること。居宅に限らず、保育園、小・中学校も訪問看護を行う場所として認めること。 ・ 退院支援と退院日の訪問看護報酬の算定要件を緩和して欲しい。 など

Ⅲ-5 在宅歯科医療の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅歯科医療を医科と同じく往診と訪問診療とし、往診に初診料・再診料を復活させること。 ・ 「常時寝たきり患者」以外でも、条件を緩和して、より多くの患者からの在宅歯科診療の要請に応えられるようにする必要があると思う。そのためには歯科訪問診療料に加えて、歯科往診料を復活することが必要である。 ・ 在宅で訪問診療を2人以上行っても訪問診療料は1人のみの算定であるがこれを撤廃し2人目からも算定できるようにすべきである。また、社会施設等の訪問診療において2人以上行った場合2人目からの訪問診療料は1人に対する診療時間が30分を超えなければ算定できないがこれを撤廃すべきである。 ・ 医科では認められている介護保険と医療保険の併用が、歯科においては認められていない。 など

Ⅲ-6 介護関係者を含めた他職種間の連携の評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 地域医療診療計画において、連携病院を退院した後の通院医療・通所リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等も含めた連携と情報提供が行われている場合の評価であるが、連携病院（退院させる方）だけではなく、受け入れる側の評価も当然なされるべきである。・ 多職種連携は、患者を中心とした連携ができていのかどうかで評価すべきである。・ 急性期から口腔ケアや摂食嚥下リハに歯科が介入できれば、慢性期になってからのADLの低下を防げるケースは多い。慢性疾患の在宅医療の中心は、生活を支えること＝食の確保である。・ 介護老人保健施設には薬剤師の設置義務がないため、調剤業務が最優先され、サービス担当者会議や臨床活動が出られない状況にある。他職種との連携が取れない。そのため必要な服薬されるべき薬剤が、看護師の進言で減量されたり、薬による副作用がでていても長期に気付かれなかったりしている。 など

Ⅲ-7 調剤報酬について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 後発医薬品調剤体制加算の算定の元となる後発薬算定率を計算する場合において、漢方（生薬・エキス剤）、後発医薬品が存在しない薬剤は分母から除外して計算するようにお願いしたい。・ 現在調剤技術料について、院外処方優遇されているが、院内の調剤についても同等の評価を要望する。入院患者に対する調剤はより患者個人に合った調剤を行っており、また処方せん上の疑義照会については単に処方せんだけでなく、患者の状態、検査値等を検討したうえで行うことが多く、その評価が現在まったくなされていない。・ ハイリスク薬に限らず十分な説明・確認はすでに行っているはずですから、もし「これまでも行ってきた」ハイリスク薬指導に対して何らかの評価をするのであれば、評価加算ではなく、調剤基本料や管理指導料に、わずかでも組み入れるのが王道ではないか。・ ハイリスク薬（抗がん剤、免疫抑制剤）の指導が服薬指導であり、もっと評価してほしい。服薬指導2のハイリスク薬への区分けの必要性があると思う・ 湯薬の調剤料については、散薬の多い小児の調剤においては、4種類以上の医薬品を2種類以上ずつ使用目的ごとに計量混合した場合、同一剤であれば、計量混合は算定できない。同じように手間がかかることを適正に評価してほしい。 など

Ⅳ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

Ⅳ-1 後発医薬品の使用促進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 診療報酬上においては、後発医薬品調剤体制加算について、調剤率（数量ベース）に応じた段階的な評価を導入するなど、算定要件の見直しを図るべきである。また、患者が後発医薬品を選択しやすくするため、療養担当規則に医師による後発品に関する説明、情報提供等の取組みを規定することや、当面、薬局・薬剤師における後発品に関する説明義務の徹底とともに、剤形・規格の異なる調剤など変更調剤が進むよう見直すべきである。・ 後発医薬品の使用割合を求める際の対象医薬品から生薬、漢方エキス剤、さらには後発品の存在しない医薬品を外すことを要請する。・ 後発品使用促進対策として、後発品の使用割合で点数加算をする予定のようですが、処方医が「変更不可」として、発行した場合には、どうすることもできません。したがって、使用割合の算出には、「変更不可」の処方せんを除いて計算するべき。・ 一般名処方とする

- ・ 後発医薬品の使用については医師の裁量に委ねるべきである。
- ・ 療養担当規則の変更は、患者の病態などを勘案した上で最適な処方を行おうとする医師の処方権、自由裁量権利を奪うものであり、絶対に認められない
- ・ 後発医薬品への品質、安全性、効果、効能に対して疑問がある。安全性、信頼性を高めて欲しい。
- ・ 後発医薬品が販売されている先発医薬品の価格を下げる。 など

IV-2 市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適性評価について

意見の内容	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 臨床検査の実施料について市場実勢価格を踏まえて評価するとあるが、市場実勢価格として衛生検査所の受託価格を参考にすることは適切でない。衛生検査所の受託価格を参考に診療報酬を決めると、病院検査室は不採算になり、病院の医療を圧迫する。病院検査室の検査コストを反映した診療報酬を希望する。 ・ 歯科用勤務の価格変動に対する見直し期間（6ヶ月）が長いため、金属価格と保険点数との隔たりが大きく、短期間の見直しが必要。 ・ 漢方薬、うがい薬、湿布薬の保険給付の継続を希望する。 ・ 医療材料の価格の適正化を望む。 など 	

IV-3 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について

意見の内容	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査、処置、手術等の適正化（引き下げ）を行わず、外来管理加算より低い処置点数は、外来管理加算並に引き上げること。また医療機器、材料は別途、特定保険医療材料や加算点数として評価すること。 ・ 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、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、患者の負担、医療機関の持ち出しにせず、特定保険医療材料等として算定できるようにすべき。 ・ 外来管理加算より低い処置点数は、外来管理加算並に引き上げを求める。 ・ 新しい技術への置き換えを診療報酬で誘導しないこと。 ・ 新しい技術を積極的に取り扱うことへの評価。 など 	

V 後期高齢者医療の診療報酬について

V-1 後期高齢者医療の診療報酬について

意見の内容	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者医療制度は早期廃止すべき。 ・ 高齢者の心身の特性に配慮して設定した各診療報酬項目の趣旨、目的等を踏まえ、患者特性や必要性、全年齢適用拡大の是非、介護保険との整合などを十分に精査した上で、要件緩和、名称変更、廃止等を慎重に検討すべき。 ・ 地域や他職種との連携が重要。 など 	

○その他の意見

意見の内容	
<ul style="list-style-type: none">・ 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。・ 改定の実施にあたっては、医療機関に対して改定内容が十分に周知するよう、十分な周知期間を設けるべきである。・ 意見募集について、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、期間は1か月以上設けること。・ 開業医と勤務医との労働時間に差があるような見解が言われているが、診療所の診察時間以外に、往診、休日夜間診療所への出務、在宅患者の容態によって待機する時間、保健センターでの予防注射、健診への出務、学校医・産業医の出務、がん検診などでの研究会などの義務付けられた出務など、計り知れない労働時間を行っていることへの配慮が無いと地域医療は崩壊する。・ 診療科間の平準化を図る観点からの見直しは反対。	など