

「平成20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）」
に対する御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20年1月18日（金）～平成20年1月25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

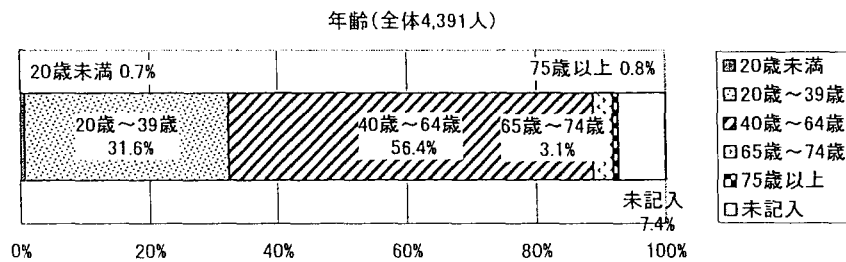
2. 寄せられた意見の総数

(1) 受付数

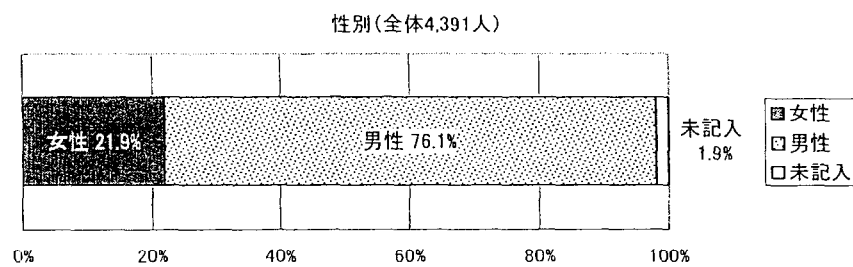
電子メール	郵送	合計
3,981件	410件	4,391件

(2) 意見者の属性

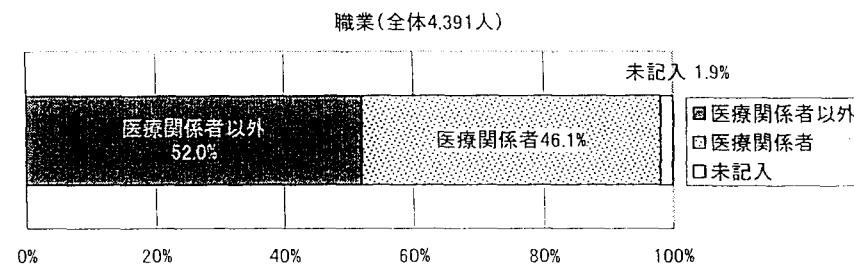
① 年齢



② 性別



③ 職業



(3) 意見の概要 (延べ意見総数 8,135件)

緊急課題－1 産科・小児科への重点評価について (延べ意見数 176件)

- | | | |
|-----|---|-----|
| (1) | 産婦人科や小児科に対する診療報酬上の優遇が必要である | 28件 |
| (2) | 障害児(者)リハビリテーションの対象となる医療機関の拡大と評価の引き上げに賛同する | 15件 |

緊急課題－2 診療所・病院の役割分担等について (延べ意見数 519件)

- | | | |
|-----|------------------------------------|------|
| (1) | 診療所の再診料を引き下げること賛成する | 21件 |
| | 診療所の再診料を引き下げること反対する | 273件 |
| (2) | 診療所における夜間診療等の加算対象時間及び評価については再考を要する | 62件 |

緊急課題－3 病院勤務医の事務負担の軽減について (延べ意見数 80件)

- | | | |
|-----|-------------------------------------|-----|
| (1) | 事務作業を補助する職員の配置について評価することの趣旨について賛成する | 26件 |
|-----|-------------------------------------|-----|

緊急課題－4 救急医療対策について (延べ意見数 59件)

- | | | |
|-----|-----------------------------------|----|
| (1) | 救急患者に対する極早期の急性期医療について重点的な評価が必要である | 7件 |
|-----|-----------------------------------|----|

I 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点

I－1 医療の内容の情報提供について (延べ意見数 61件)

- | | | |
|-----|--------------------------------|-----|
| (1) | 患者の求めに応じて、明細書の発行を義務付けることについて賛成 | 9件 |
| | 患者の求めに応じて、明細書の発行を義務付けることについて反対 | 26件 |

I－2 分かりやすい診療報酬体系等について (延べ意見数 345件)

- | | | |
|-----|------------------------------|------|
| (1) | 外来管理加算に5分以上という時間の目安を設けること賛成 | 3件 |
| | 外来管理加算に5分以上という時間の目安を設けることに反対 | 198件 |

I－3 生活を重視した医療について (延べ意見数 147件)

- | | | |
|-----|---|-----|
| (1) | 外来医療における迅速検査と院内検査の評価の引き上げ、検査判断料の引き下げを推進すべきである | 50件 |
|-----|---|-----|

I－4 保険薬局の機能強化について (延べ意見数 121件)

- | | | |
|-----|-----------------|-----|
| (1) | 調剤基本料は一本化すべきである | 97件 |
|-----|-----------------|-----|

II 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

II－1 質が高い効率的な入院医療の推進について (延べ意見数 133件)

- | | | |
|-----|--|-----|
| (1) | 「特殊疾患療養病棟入院料」「障害者施設等入院基本料」について、脳卒中・脳梗塞等後遺症を対象から除外すべきではない | 28件 |
|-----|--|-----|

II－2 質の評価手法の検討について (延べ意見数 65件)

- | | | |
|-----|---|-----|
| (1) | 療養病棟入院基本料の適正化による引き下げは容認できない | 30件 |
| (2) | 回復期リハビリテーション病棟の要件に、質の評価・居宅等への復帰率等を導入すべきではない | 13件 |

II-3	医療ニーズに着目した評価について (延べ意見数 89件)	
(1)	7対1入院基本料の見直しについて賛成	13件
	7対1入院基本料の見直しについて反対	20件
II-4	在宅医療の推進について (延べ意見数 60件)	
II-5	精神障害者の療養生活支援について (延べ意見数 231件)	
(1)	精神科外来における精神療法の評価に、診療時間(長時間)の目安を設けるべきではない	127件
II-6	歯科医療の充実について (延べ意見数 235件)	
(1)	歯科診療報酬体系の簡素化(包括的評価など)については再考すべきである	51件
(2)	指導管理体系の見直しは再考すべきである	31件
II-7	調剤報酬の見直しについて (延べ意見数 268件)	
(1)	薬剤服用歴管理料と服薬指導加算の統合については再考すべきである	79件
(2)	一包化の算定について評価の見直しを希望する	25件
III	我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点	
III-1	がん医療の推進について (延べ意見数 64件)	
(1)	リンパ浮腫について、発症抑制を目的とした指導のみならず、発症後の評価などについても検討していただきたい	25件
III-2	脳卒中対策について (延べ意見数 19件)	
(1)	地域連携診療計画の評価(脳卒中に係る評価、退院基準、転院基準、退院時日常生活機能評価など)を希望する	6件
III-3	自殺対策・子供の心の対策について (延べ意見数 35件)	
III-4	医療安全の推進と新しい技術等の評価について (延べ意見数 3944件)	
(1)	画像のデジタル化処理を推進する目的で設けられた加算存続に賛成	1987件
	画像のデジタル化処理を推進する目的で設けられた加算存続に反対	2件
	コンピューターでの画像管理の対象を拡大するとともに、適切な画像管理体制に係る評価の引き上げることに賛成する	9件
(2)	コンピューターでの画像管理の対象を拡大するとともに、適切な画像管理体制に係る評価の引き上げることに反対する	1748件
III-5	イノベーション等の評価について (延べ意見数 3件)	
III-6	オンライン化・IT化の促進について (延べ意見数 122件)	
(1)	義務化されていない医療機関がオンライン請求を行った場合の電子化加算については再考すべきである	20件

IV 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- IV-1 新しい技術への置換えについて (延べ意見数 69件)
- (1) 患者でも施行できるとする処置の基本診療料への包括は行うべきでない 30件
 - (2) 心臓超音波検査におけるドプラ法を廃止すべきでない 25件
- IV-2 後発医薬品の使用促進等について (延べ意見数 338件)
- (1) 後発医薬品の使用促進のため、後発医薬品の備蓄と調剤に必要な体制の確保などに対する十分な評価をしていただきたい 139件
 - (2) 後発医薬品は品質などに不安がある 69件
- IV-3 市場実勢価格の反映について (延べ意見数 149件)
- (1) 「市場実勢価格」の調査方法・評価への反映方法について情報を開示すべき 91件
- IV-4 医療ニーズに着目した評価について (延べ意見数 11件)
- IV-5 その他効率化や適正化すべき項目について (延べ意見数 73件)

V 後期高齢者医療制度における診療報酬について

- V-1 入院医療について (延べ意見数 99件)
- (1) 退院の際に、管理栄養士が患者又は家族等に退院後の栄養・食事指導及び情報提供を行った場合の評価は行うべきである 24件
 - (2) 充実した体制を備えて退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合の評価は行うべきである 19件
- V-2 在宅医療について (延べ意見数 127件)
- (1) 訪問看護基本療養費などの引き上げを希望する 18件
 - (2) 後期高齢者の継続的な口腔管理の評価は行うべきである 13件
- V-3 外来医療について (延べ意見数 466件)
- (1) 「高齢者担当医 (仮称)」は要件とすべきでない 103件
 - (2) 医学管理等、検査、画像診断、処置 (高額なものを除く) の包括的な評価は行うべきでない 56件
 - (3) 患者の主病と認められる慢性疾患の治療を行う1医療機関のみにおいて算定することについては要件とすべきでない 90件
- V-4 終末期医療について (延べ意見数 27件)

「平成20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20年1月18日（金）から平成20年1月25日（金）までホームページを通じて御意見を募集したところ、4,391件の御意見があり、お寄せいただいた主な御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、いただいた御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御意見のみを取りまとめた。

緊急課題－1 産科・小児科への重点評価について

(1) 産婦人科や小児科に対する診療報酬上の優遇が必要である。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 産科医はいつ呼び出されるか分からないという大変な一面を持ち合わせているため、診療報酬を上げることを検討していただきたい。 産婦人科や小児科の診療点数を大幅に増額することはもちろん、国公立病院の全てで24時間体制の診療をするようにすればかなりの効果がある。 崩壊している産科・新生児救急医療を食い止めるため、診療報酬上の手当てを早急に希望します。 産科・産婦人科・小児科を志す医師が増えるように誘導するためには、日常診療における評価をさらに検討する必要があるのではないか。 	28件

(2) 障害児（者）リハビリテーションの対象となる医療機関の拡大と評価の引き上げに賛同する。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 言語障害を有する発達障害児に対しては、コミュニケーション療法に限定せず発達全般を促進させることを目的とした集団リハビリテーション療法が必要であり作業療法士の配置が必要であると考えます。 これまでは、重症児や障害児を治療する医療者への理解がなく評価が低すぎた。 障害児（者）リハビリテーション料の届出は、人員基準と施設基準を満たしていれば、どの医療機関でも届出ができるようにすること。算定対象も、肢体不自由児施設等の入所・通所者に限らないこと。 	15件

緊急課題－2 診療所・病院の役割分担等について

(1) 診療所の再診料を引き下げることについて。

賛成 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 診療所の再診料引き下げは断行すべき。地方の病院の状態は危機的な状態にある。実態調査により、診療所経営には少なくとも余裕があると結果が出ている。 財源がないのなら診療所にも協力していただきたい。尚、引き下げた分については、病院の再診料の財源にするのではなく、救急医療を提供する病院に配分していただきたい。具体的には、病院の時間外・深夜加算等を手厚くしてほしい。 病院と診療所に機能的な差が認められない以上、再診料も同一であるべきで、診療所の再診料を引き下げるべき。 普段の診療において、実際に診察を要するのは月1～2回程度。あとは経過を見ながら病状維持・改善目的のための定期的な注射、処置、リハなどを行っている場合が実情だろう。再診料は月2回までとして、3回目以降は再診料の算定は行わず、他の外来管理料・処置料などでの算定が妥当ではないか。 	21件

反対 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 診療所の再診料引き下げは経営に直接響くものであり、影響が大きいと考える。病院の再診料引き上げにとどめるべきである。 初診料・再診料は医師の技術料の基本である。病院と診療所の再診料の点数格差については、今までの頻回の診療報酬引き下げで病院・診療所とも経営は厳しい中、もし同額をめざすというならば病院の再診料を診療所の水準に引き上げるのが妥当である。 診療所における再診料は地域のかかりつけ医として慢性疾患患者等を継続的且つ包括的に評価し診療を行うための無形の技術料と考えられる。この点からも、診療所における再診料に関しては引き上げる事が妥当と考える。 後期高齢者の再診料や一般患者に対する診療所の再診料の引き下げが検討されているが、再診料は下げるべきではない。むしろ、初診料・再診料を基礎的技術料として評価し、引き上げるべきである。 これ以上の診療報酬引き下げは、地域医療の崩壊をさらに加速させるものであり認められない。特に、診療所は地域医療における最後の砦であるため、再診料の引き下げを行うことは反対である。 	273件

(2) 診療所における夜間診療等の加算対象時間及び評価については再考を要する。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・週 30 時間以上開業していることを要件に診療所における夜間診療を評価することについて、実際に夜間診療や地域医療活動に熱心に取り組んでいる診療所が 30 時間の縛りのために評価されない事態になる。実態にも配慮し、要件を見直していただきたい。 ・診療所の診療時間を長くすることで救急病院の勤務医の負担軽減になるとは考えられない。 ・現在、診療所は病院と連携し、夜間診療・休日診療を地域で行っているが、この制度は、現在の体制を破壊するものであり、地域連携が維持できなくなる。反対。 ・夜間・休日診療を行うためには労務管理上、職員の増員が必須であり、人件費、光熱費等の必要経費を賄うだけでも相当な額が必要になると思われ、十分な加算額がなければ経営の悪化要因にしかならない。 など 	62件

緊急課題－3 病院勤務医の事務負担の軽減について

(1) 事務作業を補助する職員の配置について評価することの趣旨について賛成する。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・診断書作成等の病院勤務医の事務作業について、補助職員配置への評価はもとより IT 化の促進、標準化による患者の視点に立った作成時間、不備の解消を希望する。 ・勤務医の事務負担軽減のため、事務作業をする職員配置で救急医療などの担う機能及び配置された当該職員数とあるが、地域の急性期医療を担う病院に限らず小児科・産科に関しても換算していただきたい。 ・基本的には賛成である。しかし、これを行う人員についての診療報酬点数を検討して頂きたい。 ・趣旨には賛成だが、これには医療の質の保証が極めて重要と思われる。 など 	26件

緊急課題－4 救急医療対策について

(1) 救急患者に対する極早期の急性期医療について重点的な評価が必要である。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・救急患者に対する極早期の急性期医療をさらに重点的に評価することに賛同する。 ・極早期の急性期医療の評価は当然であるが、そのために極早期以降の診療報酬を引き下げないこと。 ・重点的な評価に賛成。また、慢性疾患患者や高齢患者・小児患者・妊婦等の患者には、かかりつけ医は重要となるため、かかりつけ医となる医療機関には急性期医療への参加が必然となるような制度の構築を望む。 など 	7件

I 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

I-1 医療の内容の情報提供について

(1) 患者の求めに応じて、明細書の発行を義務付けることについて。

賛成 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・明細書の発行の義務化に伴う実費徴収については、ぜひ認めていただきたい。また、将来的にも報酬の対象とするよう検討いただきたい。 ・明細書の発行義務付けるのは良いが、説明を聞いても理解できない点が多々ある。患者にわかりやすい、きちんと金額の根拠を示し説明できる診療報酬にすべき。 ・レセプト並みに個別の診療報酬単価まで確認出来る「明細書」の発行についても、患者がその一部を窓口負担している以上、当然、その内容を確認する権利があり、患者が発行を求めた場合には、当該医療機関は、原則、無償・無条件に「明細書」を発行すべきである。 	9件

反対 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関は、「医療」の内容について患者に説明する義務があるが、複雑で説明が困難な「医療費」の内容・仕組みを患者に説明する義務はない。 ・保険者・医療担当者・患者の3者間の契約関係において、医療費（診療報酬体系）の内容の説明義務は保険者に存するのであり、医療機関に説明義務はない。 ・明細書は決して「患者から見て分かり易い」ものではなく、むしろ、患者に基金や保険者同等の知識・判断能力を求めるものであり、形式的なものに無駄な経費と労力をかけることになる。 ・患者アンケートによっても「明細の分かる領収書」を患者が望んでいるとは思えない。医療機関としては、「医療」の内容について患者に説明することは必要であっても、複雑な「医療費」の内容・仕組みについてまで患者に説明する義務は負わない。 	26件

I-2 分かりやすい診療報酬体系等について

(1) 外来管理加算に5分以上という時間の目安を設けることについて。

賛成 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・5分以上という時間は、ある程度受診患者数を抑制 [60分/5分×診療時間] できて、乱診乱療を避ける適正診療のために好ましい気もする。 ・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。 ・処置等を実施しない時のほうが、患者負担が多いというのはおかしい。そもそも、再診料とは医師の診察料で、加算である外来管理加算はそれ以上の管理料や見識料とするのなら、指標は絶対必要。時間での評価や、文書による説明などわかりやすい形で評価すべき。その指標が難しいなら、再診料に統合すべき。 	3件

反対 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・外来管理加算の本来の目的から言えば管理ができていようかが問題であり、時間によって区分する理由はない。 ・時間の要件を設定することにより、標榜時間内に見られる患者数のコントロールにつながるのではないか。 ・医師の診察行為を時間で評価することは、医療現場の実態からかけ離れている。外来管理加算は、患者への計画的な医学管理に対する評価であり、時間の長短で判断できるものではない。 ・時間の概念を導入すること自体に問題があり、「5分」という基準にも何ら合理的な理由はない。 	198件

I-3 生活を重視した医療について

(1) 外来医療における迅速検査と院内検査の評価の引き上げ、検査判断料の引き下げを推進すべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・外来医療での迅速検査が定着すれば、患者さんにとって早期の治療につながることや、再来院のために仕事等を休む必要もなくなるなど患者さんや職場（企業、学校など）にも利点は大きいと考えるので、ぜひ、外来医療での迅速検査、院内検査の評価をあげ、検査判断料を引き下げを推進して頂きたい。 ・院内検査の保険点数を上げて、判断料を下げることを強く要望する。患者さんが早期治療を受けられるメリットがあり、患者さんの再来院の必要がなくなる。 ・外来迅速検査及び院内検査についての高い評価をすることに賛成。外来検査の迅速化は、診断までの時間短縮、重症化回避、受診回数減少を促し、患者さんの視点からも要望されるもの。 	50件

I-4 保険薬局の機能強化について

(1) 調剤基本料は一本化すべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・患者がわかりやすい診療報酬体制を目指す為、現状では処方箋の取扱い枚数や処方箋の集中度によって異なる調剤基本料は1本化すべきと考える。患者側から見た場合、同じ保険薬局で料金体系が違うことの合理性が見当たらない。 ・調剤基本料は集中度と応需枚数で区別され、患者には当然のこと医療従事者にもわかり難いもので、説明も理解を得るのに困難。「分かりやすい診療報酬体系」を目指すのなら、今回の改定で調剤基本料をひとつに統一することを希望する。 	97件

II 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

II-1 質が高い効率的な入院医療の推進について

(1) 「特殊疾患療養病棟入院料」「障害者施設等入院基本料」について、脳卒中・脳梗塞等後遺症を対象から除外すべきではない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・脳梗塞等に伴う障害が、筋ジストロフィー等に比して、医療ニーズが低いという根拠は乏しい。病名による区別ではなく、重症度や要医療度によって判断すべき。脳梗塞等に伴う障害は対象から除外しないこと。 ・脳梗塞等の患者が、筋ジストロフィー等の患者よりも、退院の見込みがあるともいえない。 ・脳卒中後遺症患者を一律に除外することは「重度の肢体不自由児（者）」を狭義に解釈するものであり賛成できかねる。 ・疾患名だけで制限することは適当ではない。本来の趣旨に照らし合わせると、少なくとも発症時40歳未満の脳卒中及び認知症患者は対象として残した方がよい。 	28件

II-2 質の評価手法の検討について

(1) 療養病棟入院基本料の適正化による引き下げは容認できない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟入院基本料は医療区分1の入院料が低すぎる。包括されている処置に伴う材料に、「胃瘻チューブ」など高額なものがある。療養病棟入院基本料を適正化するのであれば、包括範囲についても是正すべき。 ・療養病棟入院基本料について、適正な引き上げを要求する。特に医療区分1・ADL区分3については、調査結果を踏まえ、重点的な引き上げを求める。 ・大幅な病床削減が予定されている療養病棟について、介護保険の諸施設との低位平準化を求める入院基本料の適正化（すなわち削減）は容認できない。区分の評価方法は廃止すべき。 ・療養病床における医療区分1の患者の診療報酬を引き上げること。また、褥瘡発生割合やADLの低下などを継続的に測定・評価し、記録を義務付けることは、看護業務を過重にするだけであり、これを要件付けないこと。医療区分の評価項目の見直しや、認知機能障害加算の廃止を行わず、認知機能障害のあるすべての患者に算定できるようにすること。 ・療養病棟に対する診療報酬引き下げによる、退院誘導には反対する。 	30件

(2) 回復期リハビリテーション病棟の要件に、質の評価・居宅等への復帰率等を導入すべきではない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションに成果報酬の考え方を導入することに反対する。 ・重症の患者は、家族が在宅での介護が困難ということで、老人保健施設等を選ばれることが多く、居宅等への復帰が困難な状況であるのが現場の実情である。居宅等への復帰率を高くするのであれば重症患者の受入れを拒む施設が出てくるのではないかと。 ・回復期リハビリテーション入院料に対する成果方式の導入を検討は、患者の選別につながりかねない。また、障害別、療養別で、評価方法は様々であり、改善度合いを不公平なく評価することは極めて困難である。特に、言語聴覚療法が主たるリハビリとして入院している患者にとっては、その改善が評価されにくいなど、評価方法も定まっていなまま、試行的に導入することは許されない。成果方式の導入を行わず、リハビリテーション日数制限を撤廃すること。 ・本来の患者の療養や訓練に不要な評価を報酬とすることは筋違いである。 など 	13件

II-3 医療ニーズに着目した評価について

(1) 7対1入院基本料の見直しについて。

賛成 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・看護師不足を解消できる可能性を求めて、評価を高めることを求める。 ・7対1入院基本料の現行基準は、単に看護師の数がいればよいという「量」による評価のみであり、病床機能が考慮されていないため、今日の看護師不足の混乱を招く結果となった。そのような状況において、新たに「看護必要度」を基準に組み込むことは、病床機能を適切に反映するものであり、医療の現場に即したものと評価できる。 ・医療ニーズに着目した評価を導入することは大変好ましいことと考える。 ・7対1でも患者の安全を守るのに決して十分とは言えないが、限りある看護資源を効率的に配分する視点から、「一般病棟用の看護必要度」が導入されることには、賛成。看護管理の数値化につながる客観指標として期待する。医師要件も、急性期病院ならば、当然配置されるべき妥当な基準と認識している。 など 	13件

13

反対 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・「7対1入院基本料」を病棟単位で算定できるようにし、新たな条件をつけないこと。 ・看護師不足の原因となった「7対1入院基本料」については、患者の状態像にあわせた病棟ごとの算定を可能にすべきである。 ・看護師確保も困難な現状で、更に算定基準を高くすることは、業務を煩雑にし、本来の看護も困難になると思われる。 ・「7対1入院基本料」も「看護必要度」も競争を煽り、医療機関の序列化を助長する。本来、医療・看護の質については、競争原理によって格差を生じるのではなく、全国どこでも一定のレベルを確保したいものである。 など 	20件

II-5 精神障害者の療養生活支援について

(1) 精神科外来における精神療法の評価に、診療時間（長時間）の目安を設けるべきではない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・時間が短くても、その患者様にとっては内容のある治療である場合が多いのではないかと。時間が長いからといって一概に内容のある治療とも限らない。精神療法を時間によって評価することには無理がある。 ・診療時間が長時間にわたる場合には評価を引き上げるという案が導入されれば、長時間の診察が必要であるにもかかわらず、経済的問題のために適切な治療を受けることが出来ない患者を増やしていくということも危惧される。 ・「患者の状態に応じて」ではなく、「精神科診療の特性」により、一回一回の診療時間に大きな差が見られるのであり、急性期は長時間、慢性期は短時間などとパターン化できるものでは断じてない。 ・臨床心理士の実施する臨床心理面接は、1回50分といったような時間構造を大切にしているが、精神科医は多くの場合、臨機応変に患者の状態に合わせた治療行為を実施しており、それは時間軸による評価にはなじまない行為であると認識している。 など 	127件

14

II-6 歯科医療の充実について

(1) 歯科診療報酬体系の簡素化(包括的評価など)については再考すべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 日本の歯科の技術料が先進国と比較して、著しく低い。点数を引き上げるように見直すのが当然である。点数は低いが頻度の高い処置は、必要が行われているものであり、本来は、それらの点数をもっと高く評価すべき。基本診療料に包括し、実質的に評価をゼロにするような暴挙を行ってはならない。 ラバーダム防湿法等の処置・手術に係わる技術の基本診療料への包括には反対する。これまでも多くの技術が基本診療料に包括されたが、包括された技術は基本診療料に積算されず、包括は実質点数の引き下げとなっている。 歯科は手技が多く、個別にかかる費用を積算した出来高払い方式で評価することが患者から見ても分かりやすい診療報酬体系である。 実施率がきわめて低い技術については、同様の目的を有する類似の技術を統合する等評価の在り方を見直しとして、手法の全く違う検査技術を統合することは、学問的裏づけのない経済的側面のみでの考えであり反対する。 など 	51件

(2) 指導管理体制の見直しは再考すべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 治療に際しては、口腔単位での治療計画の立案は当然のことであるが、その後の継続管理については、個々の症例によって全く異なることから、一律に口腔単位での総合的・継続的指導管理体制を導入することは、臨床の実態とは大きく乖離した机上の論理にも等しい。口腔を一単位とした指導管理料への統合をやめ、それぞれの疾病ごとに行なわれている指導管理にも柔軟に対処できるよう個別に評価すべきである。歯周疾患指導管理料及び歯科口腔衛生指導料の廃止に反対する。 指導管理体制の一元化、再構築、治療を一體的に評価する等、すべてにおいて反対する。 管理料を担保にその後の診療に対して算定不可とすることは医師の診療方針を消極的にし、結果として患者に対しては不利益となることが多い。管理料を理由に、診療内容を制限する手法は間違っている。 など 	31件

II-7 調剤報酬の見直しについて

(1) 薬剤服用歴管理料と服薬指導加算の統合については再考すべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 薬剤服用歴管理料と服薬指導加算を統合することは、調剤薬局に大きな影響を与えてしまい、適正に算定している薬局にとっては、大きなダメージとなる。適正に算定している薬局と適正に算定することに対して不十分な薬局が、同じ扱いになるような改定にならないよう、見直しをお願いする。 現在、高齢化に伴う多剤併用のリスクの増大や後発品の推進等に伴い、薬局・薬剤師に必要な知識や労力は増大の一方であるにもかかわらず、薬剤服用の管理にかかわる点数や服薬指導にかかわる点数の評価が従来どおりであることに疑問を感じる。今後の薬剤師の資質向上のためにも、もう少し適正な評価をするべきなのではないか。 管理料(薬歴料)と服薬指導加算を一本化し点数を減じるとは納得がいかない。薬剤師として当然薬歴を取り、指導することが一本化することはある意味当然であるが、指導をするに必要な研鑽と勉強の時間を調剤以外の時間を多く割いており、薬学的指導で結果的に薬剤の適用使用に薬剤師が貢献するのであればそれ相応のフィーをつけるべきである。当該点数の評価の再考を希望するものである。 など 	79件

(2) 一包化の算定について評価の見直しを希望する。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 一包化調剤に要する手間と時間、分包紙代などを考えた場合、一包化調剤に関する調剤料をさらに充実させていただきたい。 一包化薬についてはかなりの手間がかかっており、また患者個々に対してコンプライアンスを重視した一包化が必要となるケースもあるので、算定要件の見直しを要望する。 現状服用時点が全て同一の場合や吸湿性などの関係で一包化出来ない場合、錠剤と散薬を別包にした場合など算定できないとされているが、一定の要件を満たした場合算定できるように要望する。 など 	25件

Ⅲ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

Ⅲ-1 がん医療の推進について

(1) リンパ浮腫について、発症抑制を目的とした指導のみならず、発症後の評価などについても検討していただきたい。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> リンパ・ドレナージの指導は入院患者のみならず外来通院患者に対しても実施されるものであるため、入院・外来を問わず評価対象としていただきたい。 発症抑制を目的とした指導に対する診療報酬を含め、現時点で悩まれている患者に対する治療全般についても、報酬の対象として組み込んでいただきたい。 「患者自らが行うリンパ・ドレナージについて指導を行った」場合の評価についても、指導の以前に治療は不可欠であり、バンテージ等の購入代金など患者負担は大きく、その加算も検討していただきたい。また、リンパ浮腫の発症はまだ未解明な部分もあるため、「広範囲なリンパ節廓清後」に発症した患者に限定することなく、医師の判断に委ねるなど幅広い検討をお願いする。 予防的かかわりだけでなく治療技術である「複合的理学療法」そのものの診療報酬点数化を実現していただきたい。 	25件

Ⅲ-2 脳卒中対策について

(1) 地域連携診療計画の評価（脳卒中に係る評価、退院基準、転院基準、退院時日常生活機能評価など）を希望する。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中医療は、地域における医療機能分担と連携により行われなければならない疾患であるので、これを地域連携診療計画に加えることに賛成する。 脳卒中については、その疾病の特性から、医療連携のみならず、後遺症を持ちながらも生活の質を維持しながら生きていくこと、あるいは再発防止に留意しながら生きていくことを中心に考えることが肝要である。そのため、要件として、急性期病院（作成病院）あるいは回復期病院・維持期診療所（連携病院・診療所）から地域（在宅、施設等）に戻る際、維持期の介護予防に関わる「地域包括支援センター」や再発予防に関わる「市町村（保健師）」をメンバーとした退院前のカンファレンスを行うこと、退院後の状況について維持期関係者からフィードバックを受け、それを評価とすることを加筆していただきたい。 	6件

Ⅲ-4 医療安全の推進と新しい技術等の評価について

(1) 画像のデジタル化処理を推進する目的で設けられた加算の存続について。

賛成 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 加算の存続意見に賛成。中小病院・診療所では未だに画像のデジタル化は進んでいない。こうした状況で加算を廃止することは中小病院、診療所の経営を圧迫し、画像デジタル化処理の医療機器導入・普及を阻害する。 地方では、まだまだ医療器具の先進化が進んでいない。廃止すれば、都市部と地方の格差をますます拡大する方向に働く。特に医療は、格差をなくす方向に進んで欲しい。 	1987件

反対 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 現場への行政介入を最小限に留めることはIT化促進より重要である。明らかな欠点が無い限り、アナログからデジタルへの変化を強制すべきでない。 	2件

(2) コンピューターでの画像管理の対象を拡大するとともに、適切な画像管理体制に係る評価の引き上げることについて。

賛成 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 高齢化や生活習慣病など、医療費は今後増えていく一方である。より正確な診断が第一段階で出来るなら画像診断は歓迎すべきことである。評価されないと画像の管理はおろそかになる。 診断に供されることにより、薬事法上の医療機器での適切な画像管理体制であることが必要と考える。安全が確保された画像管理体制であれば、対象拡大と引き上げには賛成する。 	9件

反対 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> 画像管理というのは医療機関に課せられた責任であり、そのコスト評価を引き上げて患者に負担を掛けるのは反対。 画像のデジタル化を推進することにより、1件あたりの画像管理コストはむしろ低減できるのではないか。 フィルムの場合も画像管理することは当たり前。民間企業の場合はIT化によりコストダウンしている。人件費や保管場所の削減などの結果として経費削減になることに対し、患者の負担を増やすのは間違っている。 	1748件

Ⅲ-6 オンライン化・IT化の促進について

(1) 義務化されていない医療機関がオンライン請求を行った場合の電子化加算については再考すべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・全体の整備の遅れを考慮することなく強引であり、オンライン請求を行った場合に限りという算定要件も認められない。 ・電子化することで医療機関の業務の効率化につながるものであり、それによる加算があること自体に疑問がある。 ・オンライン請求の義務化には、新たにコンピューターを導入することや、オンライン請求用の新たな回線をひく必要があること等、かなりの費用負担が生じる。 	20件

Ⅳ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

Ⅳ-1 新しい技術への置換えについて

(1) 患者でも施行できるとする処置の基本診療料への包括は行うべきでない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・包括が検討されている処置の全てについて、医師でなければならない場合がある。処置を基本診療料へ包括せず、全ての処置点数を外来管理加算よりも高くすること。 ・包括化する処置項目として①軽度の熱傷処置、②軟膏処置、③点眼、洗眼、片眼帯、④点耳、簡単な耳垢栓除去、⑤鼻洗浄、⑥湿布処置—が議論で争がっている。③点眼、⑥湿布処置、は患者あるいは家人が行い得る処置かもしれない。しかし、①の熱傷処置に関してはいくら程度が軽症であっても初期の適切な創傷処置がなされないと、小児の場合は重度の瘢痕を残すこともある。②の軟膏処置は感染性が伴うものや短時間に悪化する症状の場合には患者自身で処置することは困難である。さらには、④の点耳、耳垢栓除去、⑤の鼻洗浄等は高度な技術を要するものであり、患者自ら、あるいは家人が行うには無理があり、事故につながる可能性が大きい。 ・必ずしも医師などの医療従事者の高度な技術を必要としない処置、とあるが、そのような処置は存在しない。 ・いかなる処置についてもそれに要する人件費・諸経費・時間を考えるとコスト無しに行えることはあり得ない。小さな処置は無料で実施せよという発想は経済的にも不合理であり、診療所にとって大きな負担となる。 など 	30件

(2) 心臓超音波検査におけるドブラ法を廃止すべきでない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・心臓超音波検査には、①断層・Mモード法と②ドブラ法の大きくわければ二つの方法があるが、両者は根本的に異なった方法であり、①は主として形態を見る検査で、②は主として血流を診る検査である。①のみの場合と②を加えて行った場合には検査時間が異なること、記録に要する技術レベルと判読に必要な知識レベルが異なること、から②の部分の評価がまったくゼロになるという改定は正当な医療にたいしての評価がなされないという非常に不合理な改定である。 ・心臓超音波ドブラ法は、生理的かつ安全に血行動態の血流診断を行うことのできる唯一の検査法であり、心臓超音波ドブラ法なくして心臓超音波検査は成立しない。他の領域のドブラ法と差別化し、独立した検査法としてむしろ高い検査料を設定して欲しい。 	25件

IV-2 後発医薬品の使用促進等について

(1) 後発医薬品の使用促進のため、後発医薬品の備蓄と調剤に必要な体制の確保などに対する十分な評価をしていただきたい。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用促進については患者様の負担の軽減はもちろんのこと、国の財政のためにも進めていくべき。 ・後発医薬品の使用促進については、調剤薬局の社会的責任として行わなければならないことであり、積極的に取組みを図っているところではあるが、後発医薬品の備蓄等、薬局にとっては大きな負担となると考えられる。備蓄がない薬局が多い中、真剣に取り組みを行っていることに対する評価をご検討いただきたい。 ・備蓄薬品を用意する為には、在庫金額の増大とスペースの確保など多くの問題を抱えている。後発促進は、薬局に取って負担になることを理解して頂き、何らかの措置を取って頂けるようお願いする。 	139件

(2) 後発医薬品は品質などに不安がある。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品普及が進まない最大の理由は、ジェネリック医薬品の品質、流通、情報提供の問題にある。 ・品質および安定供給に問題があることは以前より知られていることである。財政的視点のみから安全性を軽視し、後発品を推進することは国民の健康を預かる行政として不適切である。むしろ先発品の薬価を下げるのがのぞましい。 ・後発品医薬品の効果について著しく疑問を持っている。先発品では起こらなかった副作用が、後発品で起こってしまった経験がある。 	69件

IV-3 市場実勢価格の反映について

(1) 「市場実勢価格」の調査方法・評価への反映方法について情報を開示すべき。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・検査について実勢価格等を踏まえた適正な評価を行うとあるが、市場実勢価格の調査方法や調査結果の公表を希望する。 ・医薬品・医療材料・検査等の市場実勢価格とはどのような医療機関を対象にどのような結果であったか(調査総数や回答数・回答機関種・回答地域等)を公表いただきたい。経営体に偏りがあったり、地域が偏っていたりすると実勢価格が、ごく一部の機関の価格で反映され、過疎地や辺境地の医療機関の実態が反映されにくいと考える。 	91件

V 後期高齢者医療制度における診療報酬について

V-1 入院医療について

(1) 退院の際に、管理栄養士が患者又は家族等に退院後の栄養・食事指導及び情報提供を行った場合の評価は行うべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者栄養の改善は疾病対策上極めて重要で今回の提案は評価すべきと考える。ただ、後期高齢者の段階ですでに病態や栄養状態がかなり固定されており、より早期に高頻度に指導を行なう必要がある。したがって、糖尿病では前期高齢者に拡大して栄養食事指導を行なう(月2回まで)方が効果的であると考え提案する。 ・超高齢化社会を迎え、患者ごとに調整・配慮された栄養管理(食事提供)を実施している状況を鑑み、医師が必要と認める患者(特に緊急性の高い後期高齢者)に対する栄養管理・栄養指導の診療報酬上の加算算定条件(疾患病名)を緩和頂き、問題を抱える全ての患者への栄養指導に加算算定を認め頂くことを提案する。 ・生活習慣病やリハビリテーション等の罹患率、重症化予防に「基本は食と運動」と言いつつ、施策になると「食」が抜けている。病院で医師が必要と指示する栄養指導については全て「栄養食事指導加算」の対象として頂きたい。 	24件

(2) 充実した体制を備えて退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合の評価は行うべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者に対して、入院時から退院後の生活を念頭においた医療を行い、入院中の早期に総合的評価を行い、退院支援計画を作成し、退院調整を行うことは、患者のQOLを高めためにもまた救急病院が新たな入院患者を受け入れるためのベッドを確保するためにも重要である。 ・退院後の支援体制のための退院支援計画や退院調整は、どの年代の患者にとってもとても必要なことであり、「後期高齢者以外についても評価」をお願いしたい。 ・内容に関しては基本的に賛成するが、現状の地方や過疎地および遠隔地医療の状況を考慮すると、そのような地域で在宅医療を推進し退院を促しても支援体制を整えるための人材も設備も不足し、支援医療施設までの移動時間がネックとなり実際には在宅で十分な支援が受けられない地域が生じると思われる。 	19件

V-2 在宅医療について

(1) 訪問看護基本療養費などの引き上げを希望する。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・24時間緊急訪問対応しているが緊急訪問加算料が低く、訪問看護基本療養費も安価なため、人件費にかかってしまい訪問看護は赤字経営である。訪問看護基本療養費の引き上げを希望する。 ・在宅患者訪問看護・指導料についても同様に引き上げること。24時間訪問対応について、必要がある場合は、特別訪問看護指示書による場合も含め、1日に複数の医療機関、訪問看護ステーションの訪問看護により実施する場合を認めること。 ・訪問看護基本療養費全て（4日以降もあわせて）引き上げていただきたい。 など 	18件

(2) 後期高齢者の継続的な口腔管理の評価は行うべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・歯科受診のフリーアクセスを保障するとともに、後期高齢者の歯や口腔の維持が健康や療養に果たす役割を発揮し、きめ細かい治療と指導管理が行える評価にすべきである。 ・現在、訪問診療を行っている歯科医の悩みは口腔ケアの請求である。口腔管理の評価を期待する。 など 	13件

V-3 外来医療について

(1) 「高齢者担当医（仮称）」は要件とすべきでない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者に対してその特性を考慮しながら医療を行うことは、診療に当たるすべての医師が努力すべきことであって、主治医制が必須ではない。主治医制度を創設し、診療報酬に反映させるという案には反対する。 ・行政主導の主治医制は、フリーアクセスの阻害になる。 ・担当医の研修についても実施内容や方法は明らかになっておらず、コンセンサスも得られていない状況においては時期尚早である。 	103件

23

(2) 医学管理等、検査、画像診断、処置（高額なものを除く）の包括的な評価は行うべきでない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・包括点数の導入に反対。情報開示、医療の透明性に逆行し、経済的な裏づけが希薄になるので、必要な医療が受けられなくなる恐れが出てくる。 ・検査包括に反対。検査包括により必要な検査が出来なくなり、疾病の見落としや治療の遅延など悪影響が懸念される。自動分析器では測定できない高精度な検査まで包括されてしまう。 ・医学管理・検査などの包括的な評価は、地域医療の第一線における診療内容の低下を招きかない。 ・慢性疾患といえども定期的な検査、画像診断等が必要であり、その施設を持っていない医療機関では継続的診療は出来なくなる。ひいては病院志向が強くなり、外来患者の病院集中、病院勤務医の過重労働を引き起こし、病院勤務医の負担軽減という緊急課題に矛盾するのではないかと。 など 	56件
その他) ・後期高齢者医療外来検査包括については、高額な（500点以上）項目は、包括外としていただきたい。	34件

(3) 患者の主病と認められる慢性疾患の治療を行う1医療機関のみにおいて算定することについては要件とすべきでない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・患者の主病と認められる慢性疾患は一つと限らないため、継続的な管理を行う医療機関を1医療機関に限定することは困難である。 ・他の医療機関が行う必要な治療が制限されてしまう。 ・後期高齢者の医療は1医療機関だけでなく、計画診療に参加したすべての医療機関が算定すべきである。 ・一医療機関にのみ認めるというは、安全、安心で質の高い医療とは程遠いと言わざるを得ず到底納得できるものではない。 など 	90件

第121回中央社会保険医療協議会総会（公聴会）の概要

平成20年度診療報酬改定に当たり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の生の声を聞く機会を設定することを目的として公聴会を開催したところである。

1 開催日時

平成20年1月25日（金）13時00分～15時10分

2 開催場所

前橋市市民文化会館 小ホール

3 傍聴者

約300名（うち、意見発表者10名）

4 意見発表者の主な内容

- 診療報酬改定率の根拠及び勤務医の優遇策について明確に示して欲しい。また、特殊疾患入院料の見直しに当たって脳卒中の後遺症及び認知症の患者が算定から外れることについて見直して欲しい。（男性・医師）
- 患者さんから高い評価の得られる骨太の指導管理体系になること、より質の高い歯科医療の提供及び歯科診療上の経営の安定につながる改定を希望する。（男性・歯科医師）
- 地域の患者さんから信頼される薬局をつくることに積極的に関わる薬局薬剤師を高く評価する報酬体系が提案されることに期待する。（男性・薬剤師）
- 7対1の看護必要度の導入には、看護の現場はかつて無い過酷な勤務になっていること、患者の命と安全を守る上で有益なのか疑問であること等から反対である。（女性・看護師）
- 脳卒中の治療成績向上について、今後の診療報酬改定において現実に即した結果、治療成績に基づいた評価で促進する仕組みの導入を願う。（男性・医師）
- 再診料の格差是正、明細書付きの領収書を無料で発行することの義務化、診療報酬体系の簡素合理化、処方せん様式の変更等の実施状況の検証を要望する。（男性・健康保険組合）
- 基本的な基盤を確保しながら良い医療を実践した人が報われる、未来に対して明るくなる医療を診療報酬などで枠組みを作っていく、個別に対応するのではなく総合的に対応することが重要である。（男性・患者団体）
- 今後、国民が安心して暮らしていくために極めて重要な事であることから、種類だけでなく商品名が記載されたレセプトなみに、個別の診療報酬単価まで確認できる明細書を無料で発行することを法的に義務付けていただきたい。（女性・患者団体）
- 地域医療を支えるために医師を確保することが最重要事項である。（男性・病院事務員）
- 地域の医療機関の経営を安定させ、安心して受診できる体制を作ることが勤務医対策にもつながることから、地域医療機関の大切な原資である再診料は引き下げべきではない。（男性・医師）