



福島医発第1743号(地)

平成23年10月25日

各医師会長 殿

福岡県医師会

会長 松田 峻一 良

(公印省略)

日本医師会の社会保険診療報酬検討委員会答申書及び
次期診療報酬改定に対する要望書の送付について

標記答申書及び要望書が日本医師会より送付して参りましたのでご参考までに一部お送りいたします。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

平成23年6月1日

日本医師会長
原 中 勝 征 殿

社会保険診療報酬検討委員会
委員長 太 田 照 男

答 申

本委員会は、平成22年9月15日に開催されました第1回委員会において、貴職より諮問のありました「①平成22年度診療報酬改定の評価」および「②平成24年度診療報酬・介護報酬同時改定にむけた課題と対策」のうち、「①平成22年度診療報酬改定の評価」につきまして、早急にとりまとめを行い貴職に報告すべきと判断し、集中的に審議を行い、今般、その結果を以下のとおりまとめましたのでここに答申いたします。

社会保険診療報酬検討委員会

委員長	太田 照 男	委員	木 下 成 三
副委員長	安 達 秀 樹	委員	小 松 英 昭 (~平成23年5月30日)
副委員長	井 原 裕 宣	委員	高 井 康 之
小委員長	魚 谷 浩 平	委員	高 橋 進
委員	相 澤 孝 夫	委員	竹 内 忍
委員	飯 星 元 博	委員	橋 本 洋 一 (平成23年4月26日~)
委員	井 田 正 博	委員	蓮 沼 剛 (平成23年5月31日~)
委員	出 月 康 夫	委員	藤 野 圭 司
委員	猪 口 雄 二	委員	藤 原 秀 俊 (~平成23年4月25日)
委員	内 田 實	委員	薬 袋 健
委員	大 野 尚 文	委員	宮 崎 良 春
委員	海江田 健	委員	宮 崎 亮一郎
委員	加 藤 正 彦	委員	村 上 秀 一
委員	菅 野 隆	委員	矢 口 均
委員	菊 岡 正 和	委員	横 山 純 好

目 次

1. 総論	1
2. 各論（重要と思われる項目）	
(1) 外来における基本診療料（初・再診料及び外来管理加算、 地域医療貢献加算）について	2
① 初診料	
② 再診料	
③ 外来管理加算	
④ 地域医療貢献加算	
(2) 入院中の患者の他医療機関受診について	4
(3) リハビリテーションについて	4
① 疾患別リハ点数の格差	
② 地域連携パスについて	
(4) 在宅医療について	5
(5) 手術料（モノと技術の分離）について	6
(6) DPCについて	7
3. まとめ	8

別紙

平成22・23年度社会保険診療報酬検討委員会 答申	10
諮問事項①：平成22年度診療報酬改定の評価《項目別一覧表》	

1. 総論

この国の方針が定まらない。日本はどのような医療制度を目指し、どのような社会システムでそれを支えようとしているのか。平成22年度診療報酬改定でも、その方向性は依然不透明なままである。平成21年8月の衆議院総選挙では、当時の与党も野党も「社会保障費の年2,200億円削減の撤廃」を訴え、グローバリズムという名の下で新自由主義路線を継続してきたこの国の方針が、ようやく転換期を迎えるかと期待された。しかしながら、財政主導の診療報酬改定は今回も継続され、平等かつ公平な国民皆保険制度を維持するために、国家が責任の一端を担おうとする気概は見られなかった。日本の医療・介護・福祉という社会保障のあるべき姿の構築に向けて、国としての明確な理念の提示と実現への具体的な行動を求めるものである。

厚生労働省は、今次改定を平成12年度以来のネットプラス改定（+0.19%、約700億円）と胸を張った。厳しい財政状況の中、10年ぶりのプラス改定を行ったことは評価できるが、改定幅はきわめて低く、自慢できる規模ではない。しかもその後の予算大臣折衝で、「別途、後発医薬品の置き換え効果の清算を行う」として、後発医薬品のある先発医薬品の薬価追加引き下げにより、600億円の医療費削減が行われた。医科・歯科・調剤の診療報酬本体については、700億円増の+0.19%が充てられたことには間違いないが、この600億円の追加引下げの結果、700億円の医療費増が実質100億円の純増（これを実質改定率とすれば+0.03%）となり、本来国庫負担として175億円（700億円の1/4）を負担すべきところが、25億円（100億円の1/4）にとどまるというきわめて消極的な政府の対応となった。当初の政権公約からすれば大きな後退であり、きわめて遺憾であるといわざるを得ない。

平成22年度の診療報酬本体の改定財源（+1.55%、約5,700億円）の大半（約5,000億円）は薬価・材料価格の引き下げにより捻出したものであり、このような財政中立路線の踏襲で、医療崩壊の危機を克服するための政策を継続することは不可能である。また、医科改定率は+1.74%（約4,800億円）とされたが、本来なら中医協で議論されるはずのその配分について、入院と外来の枠があらかじめ政治的に決定され、再診料などの重要な基本的事項の議論が十分に尽くされないまま、最終的に財政的理由のみによる数字合わせが行われ、診療所の再診料が引き下げられた。前回、平成20年度改定時の中医協答申書の附帯意見の冒頭には「初・再診料、外来管理加算、入院基本料等の基本診療料については、水準を含め、その在り方について検討を行い、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。」と書かれていたが、これが活かされなかったことは誠に遺憾である。

今回の改定では重点課題として、救急・産科・小児科・外科等の医療の再建と、病院勤務医の負担軽減を目的に、急性期医療を担う特に大病院を中心

とした入院医療に重点が置かれ、多くの財源が配されたことは評価するが、一方で中小病院や診療所からの極端なまでの財源の移譲や傾斜配分が行われたことも事実である。全体の底上げがないままの財政中立という手法は、医療現場の混乱と不信を招くばかりであり、今後は長期的展望に立ち、将来を見据えた診療報酬改定が行われるよう切に望むものである。

また、改定内容は中医協において議論されるものであるが、実際の運用に際して、厚生労働省による制度の成文化を経て、留意事項・施設基準・疑義解釈等によって主旨が変容されることがあり、当初の議論内容とはかけ離れたものとなった項目も見受けられた。さらに、2月答申・3月告示・4月実施というスケジュールも時間的余裕が全くなく、医療現場は毎回大混乱を強いられている。今回は特に介護保険との同時改定であり、現場の混乱を可能な限り回避するためにも、余裕のある改定作業工程の策定が求められる。

2. 各論（重要と思われる項目）

（1）外来における基本診療料（初・再診料及び外来管理加算、地域医療貢献加算）について

外来における基本診療料については、平成20年度改定の附帯意見の第1番目に「初・再診料、外来管理加算、入院基本料等の基本診療料については、水準を含め、その在り方について検討を行い、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。」とあるにもかかわらず、今回の改定においても、その在り方や適正な水準についての検討が充分に行われなかった。その結果、改定のプラス項目が決定された後の改定論議の最終段階になって、この項目が削減の対象とされた。これは財政中立の枠内での、財源の分配（付け回し）に利用されたものであり、今次改定が基本的に政府の財政中立路線で行われたことを象徴する事項である。この矛盾と限界を強く訴えたい。

① 初診料

平成18年度改定で診療所初診料が減点となった際に設定された「電子化加算」が今次改定で廃止となり、多くの診療所において事実上の初診料減点となった。政策誘導的な加算点数が安易に設定され廃止されることは、医療現場を翻弄するものであり好ましくない。

② 再診料

病院と診療所の点数が統一されたが、その方法は病院の再診料を引き上げるとともに、診療所再診料を引き下げるといったものであった。そもそも病院と診療所の外来診療の評価（初診料・再診料）に点数格差が存在して

いた背景には、それぞれの役割分担が求められていたことに対応する政策的な意図が込められていたものである。その在り方の議論が不十分なまま基本診療料を同一にすることは拙速である。支払側・患者側は「一物二価」と批判したが、これは決して「一物」ではない。引き続き根本的な議論・検討を深める必要がある。

また、この点数設定にあたり、診療側は病院再診料を現行の診療所再診料と同じ点数以上に引き上げることを条件に統一化に同意したものであったが、最終的に「財政的理由」により診療所再診料を2点引き下げたことは、財源の付け回し以外の何物でもない。

③ 外来管理加算

矛盾に満ちた「5分間ルール」は撤廃されたが、これは当然の措置であり評価するには値しない。むしろ、昭和42年の「内科加算」および「内科再診料」に始まり、平成4年に「内科再診料」が廃止されて「外来管理加算」となった経緯と理念を鑑みれば、平成20年度改定におけるこの加算の見直しは、当該加算の本来の意義を無視するものであった。今次改定でも5分間ルール以外の算定要件は残されたが、懇切丁寧な診察に対する加算という概念は曖昧であり、明確なものではない。さらに「薬のみの受診」（いわゆる「お薬受診」）の場合には算定できないと明文化されたが、当該加算は「計画的な医学管理」を評価したものであり、その結果責任は医師が担い続けていることに変わりはなく、算定可とすべき項目であり、むしろそのような場合、より高い点数であつても不思議ではない。

④ 地域医療貢献加算

準夜帯における電話対応体制を評価するものとして設定されたが、24時間365日の対応を強制するような文言で制度が規定されたことは、意図的に当初の理念が捻じ曲げられたと言わざるを得ない。このために、時間外対応を充分に行っている、万が一の罰則や保険指導等を恐れて、敢えて届出を出さない医療機関が続出し、当初厚生労働省が想定したとされる3割には到底及ばない、20数パーセントの届出率となっている（MEDIFAX 調べ）。設定方法の不備により、診療所が現場で実際に行っている時間外対応を、的確に評価できていない状況に陥っている。また、勤務医の負担軽減が本来の目的であるならば、勤務医対策のプラス財源の配分の中で論じられるべき課題であつたにもかかわらず、再診料の問題の場で再診料と抱き合わせで同時に提案され決定されたことは、理解できない審議の進め方である。理論的にはこの加算は、再診料の根拠のない引き下げとは次元の違う問題であると考えられる。

さらに、「地域医療貢献」という名称は、準夜帯の電話対応体制という

内容のみを表現するにはきわめて不適當であり、一般の人々に多大な誤解を与えているものである。

以上のように、地域医療貢献加算はきわめて多くの問題点・矛盾点を露呈しており、この加算点数の設定は会員間では全く評価されていない。

(2) 入院中の患者の他医療機関受診について

入院中の患者の他医療機関への受診の取り扱いは、従来、DPC以外の包括支払病棟では入院料の70%を減算するとされており、平成22年度改定においては、出来高支払病棟でも30%を減算するというルールが導入された。

しかし、現実にはこのような算定制限のため、多くの国民に受療制限が起きている。

この現行の入院中の患者の他医療機関への受診取り扱い規則は、国民の基本的な医療享受を規制しており、いま一度、包括的な検討が行われる必要がある。

(3) リハビリテーションについて

平成18年度改定では、リハビリテーション(リハ)点数の抜本的な改定が行われ、その後、平成20年度そして22年度と2回の改定が行われた。平成18年度改定後より指摘されてきた問題点は、今回の改定においても依然として残存している。

① 疾患別リハ点数の格差

リハ点数は、施設基準と人員配置の軽重により設定されているため、以前より脳血管疾患等リハと運動器リハでは点数に大きな格差がある。両者は疾患や病態が重なるものが多いが、理学療法士、作業療法士が同じリハを行っても、点数の差のため一物二価、あるいは一物三価となっている。今次改定で脳血管疾患等リハは、Ⅰ及びⅡの点数が10点ずつ引き上げられ、また新たに廃用症候群に対するリハが独立した点数区分となったこと、運動器リハでは施設基準が従来の2段階から3段階となり、運動器リハⅠは施設基準、人員配置基準が脳血管疾患等リハⅡと同様となった点は評価できる。

しかし、点数設定は脳血管疾患等リハⅡが200点に対し、運動器リハⅠは175点とその格差はより大きくなった。また、運動器リハⅠは「入院患者に限る」とされ、運動器リハⅠを届け出た施設でも外来リハの患者

に対しては、運動器リハⅡの点数で算定するという非常にわかりにくい点数設定となり、さらに従来の運動器リハⅠの施設は今次改定で運動器リハⅡとなり、点数は170点から165点と減点となった。運動器リハは外来でのリハが圧倒的に多く、今回大きな打撃となったと同時に脳血管疾患等リハとの格差がますます広がった。

② 地域連携パスについて

平成18年度改定において、医療機関の機能分化と急性期病院と回復期病院の切れ目のない連携を促進する目的で、脳卒中と大腿骨頸部骨折に対し地域連携パス（クリティカルパス）が導入された。しかし、その後の調査で急性期病院から回復期病院への移行はスムーズとなったが、回復期病院退院後の受け皿が難しく、多くが介護施設に流れる結果となった。

平成22年度改定ではこのことを踏まえ、地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）300点、地域連携計画退院時計画加算100点が新設され、急性期病院→回復期病院→診療所→急性期病院というパスのサイクルが完成したことは評価できる。しかし、①でも述べたごとく脳血管疾患等リハと運動器リハの点数格差のため、回復期病院としても脳卒中患者が優先される傾向も見られ、大腿骨頸部骨折の術後の回復期病院への移行が難しくなっている。

（4）在宅医療について

在宅患者訪問診療料について、高専賃等において過剰に算定されているケースが生じたことを是正するために、「同一建物」という概念が導入されたが、一般のマンションなどの全く別世帯の患者であっても同一建物として低点数で扱われることとされ、きわめて大きな矛盾を生んでいる。ある一定の意図があって設定されたことは理解するが、それが全体へ敷衍され適用されたことは問題である。

さらに、在宅患者訪問診療料の点数設定について、患者1人の場合の830点と同一建物の場合の200点との630点の点数格差は、いったい何を意味しているのか。単に、同一建物に複数の患者の診療に行くため、交通費は不要だというのであれば、患者の公平性に配慮した上で1人目は830点を算定できるようにすべきであるし、200点の点数設定に根拠がないと言わざるを得ない。

(5) 手術料（モノと技術の分離）について

長年、外保連（外科系学会社会保険委員会連合）は手術報酬における“技術”と“もの”の分離を求めてきたが、今回の診療報酬改定においてもこれはほとんど実現されていない。

今次改定では手術報酬について、難度の高い外保連試案の難度D及びE区分の手術点数が、それぞれ一律に30%、50%の引き上げとなった。手術をすれば病院が赤字となる不合理な安すぎる手術報酬に目を向け、これに重点的に予算を配分した今次改定については一定の評価を与えるものであるが、そもそも平成14年度改定で厚労省が何の根拠もない手術数による施設基準を一方的に設け、これによって手術報酬が30%と大幅に引き下げられたことを忘れてはならない。さすがにこの暴挙は、外保連が行った大規模調査の結果、次の改定では厚労省も取り下げざるを得なかったが、手術報酬が低い水準に抑えられてきたことに変わりはない。今次改定で引き上げが行われたのは、難度が高いD及びE区分の手術のみであり、最も多くの病院で実施されている一般的な難度A、B、C区分の手術については、依然として低いままに据え置かれている。

この結果、今次改定の恩恵を受けたのは、大学病院、特定機能病院、センター病院などの500床以上の大規模病院が主であり、地域医療を支えている中小規模の病院では依然として手術による赤字は解消されず、外科手術を中止する病院が後を絶たない。手術で病院が赤字になる原因は、手術報酬で材料や手術機器の減価償却費などと医師や看護師、臨床技術士などの医療技術者などの技術料、人件費などの経費がすべてマルメられていることに大きな原因がある。

医学の進歩、医療技術の革新によって多くの新しい手術機器や手術材料が使われるようになってきているが、これらは従来のものに比べ非常に高価である。患者の利益を考えれば医師がこれを使うことは医療倫理上からも当然である。しかし、良い材料、新しい機器を使えば使うほど、手術報酬の中にマルメられた医師などの技術料、人件費が減り、保険償還されない高額な手術材料の増加による病院の赤字も増えるのが現状である。

外科医の生命である手術技術の軽視は、最近の外科志望者の減少や外科医の士気低下と無縁ではない。今次改定によって、一部の手術報酬がこれまでになく大幅に増点されたことは評価されるが、“もの”と“技術”は依然としてマルメられており、手術報酬における“技術”と“もの”の分離は一向に進んでおらず、医師の技術の評価した改定とは言い難い。

そもそも医師などの医療技術者の技術をきちんと評価するためには、手術報酬でのマルメをやめ、手術材料や手術機器の減価償却費などは医師の技術料や人件費とは別個に出来高で算定すべきである。

今次改定では、中医協において外保連からのヒアリングが実施され、そ

の結果、手術報酬については外保連試案（第7版）を参考に改定が行われたが、学会という専門家集団が積み上げてきた詳細な根拠のあるデータが、初めて診療報酬の改定で取り上げられた意義は大きい。厚労省は医療における透明性、説明責任を強調しているが、診療報酬の算定について根拠が説明されたためしがなく、透明性も確保されているとは言い難い。その結果、根拠のない不合理な診療報酬が放置され、財政主導による政策誘導の手段に利用され、今日の地域医療の崩壊を招いているのである。少なくとも手術報酬において、根拠のあるデータを参照する前例が作られたことは、今次改定の最大の成果であろう。

今回の改定においては、“技術”と“もの”の分離が少しでも進むことを期待したい。

(6) DPCについて

DPCでは診断群分類別に平均在院日数が定められており、この平均在院日数を軸に3段階の1日包括点数が入院初期に高くなるように設定されている。今次改定では、個々の診断群分類の医療資源投入のタイミングが異なることから、①一般的な診断群分類、②入院初期の医療資源投入量が非常に大きい診断群分類、③入院初期の医療資源投入量が小さい診断群分類の3種類の設定方法が新たにとられた。

このためか、あるいは新たに参入した医療機関の影響なのか、これまでの設定に比べて平均在院日数が延びるとともに、1日当たりの包括点数が前回より減少した診断群分類が多い内容となっている。

今回の診療報酬改定率+0.19%は、従来の医療機関別係数（医療評価係数Ⅰ）の設定に反映させているため、医療評価係数Ⅰがしっかりととれていない医療機関では、包括部分での収入が減少することになる。また、点数区分が増設された医師事務作業補助体制加算や新設の急性期看護補助体制加算についても医療評価係数Ⅰで評価されることから、同じ診断群分類でも、病院の機能により包括部分の算定は大きく増減する。

今回の大きな改定の一つは、調整係数の段階的な廃止と新たな機能評価係数（機能評価係数Ⅱ）の設定が始まったことである。機能評価係数Ⅱは、①データ提出指数、②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率指数、⑤地域医療指数、⑥救急医療係数の6項目で評価され、病院毎に異なる係数が設定されたが、地域医療指数については十分な議論がなされないまま設定された。機能評価係数Ⅰではカバーできない部分を評価してきた調整係数（医療機関毎の診療特性等の違いによる影響を補正する）に代わる機能評価係数Ⅱであるからこそ、十分な議論を尽くしてほしいと願うものである。

また、今回包括範囲が見直され、従来は包括であった項目が出来高項目

や機能評価係数になったこと、診断群分類の分岐と診断群分類数の見直しが行われたことは概ね妥当であると思われるが、医療機関の収入には大きな影響を与えた。

3. まとめ

今回の改定は地域医療崩壊の流れを食い止めることと、病院勤務医の疲弊改善対策がどのようにとられるかが焦点であった。しかし、ほぼ財政中立のなかで大病院に重点配分され、病院から在宅への流れも進めようとする点数配分となった。

2009年11月11日から行政刷新会議ワーキンググループによる事業仕分けが行われたが、その中で、診療報酬の配分について「収入の高い診療科の報酬を見直す」とし、「開業医の報酬を勤務医と公平になるように見直す」ということ等が、根拠の不十分な資料を基に仕分けされ、医療関係者がまったく反論も出来ない状況であった。この際、皮膚科・眼科・整形外科が高収入の診療科としてやり玉に上げられ、開業医と病院勤務医との年収も約1.7倍の開きがあるとされたのである。さらに財務省の主計官は、デフレ傾向や公務員の人件費が1割ほど下がり、物価も2%以上下がる中、薬価を除いた診療報酬本体は0.4%しか下がっていない、仮に診療報酬を1%引き上げると約3,400億円の医療費が増加し、1,700億円の保険料負担増となるとし、全体の水準を見直したうえで必要な所にあてる財源を捻出すべきと述べ、暗に財政中立とする意見を述べている。これに対して厚生労働省は、診療報酬の概算要求額をプラス改定で要求したが、財務省ははなから診療報酬を上げることは考えていなかったかと思われる。今回の診療報酬改定率+0.19%（実質改定率+0.03%）では、とても10年間のマイナス改定を取り戻すにはほど遠く、さらに総医療費対GDP比をOECD加盟国平均まで引き上げるという政権公約にも違反する内容である。今回の改定は財源については財務省主導、配分については偏った政治主導で行われ、急性期病院対診療所の構図が一方的に押し付けられたと言わざるを得ない。

診療に要するコストはいつも問題となるが、医師の技術料だけではなく、キャピタルコスト（建物・設備に係る減価償却費等の投資的経費）や、オペレーティングコスト（人件費等の維持管理運営費）がどのように評価されているのかはまったく不明確なままである。

医療の高度化や医療安全の必要性の高まりによって、キャピタルコストやオペレーティングコストは増加するばかりであり、この問題をどのように評価するのか、これからの課題である。

別 紙

平成22・23年度社会保険診療報酬検討委員会

答 申

諮問事項①：平成22年度診療報酬改定の評価
《項目別一覧表》

平成23年6月

日 本 医 師 会

社会保険診療報酬検討委員会

0. 総論

点 数 項 目	具 体 的 内 容
プラス改定は評価できる	[評価できる] ○今回の診療報酬改定は、少額ながらもプラス改定になったことは評価したい。 ○10年ぶりに全体でプラスの改定率となったことは評価できる（ただし大部分が配分の見直しで、国庫負担増はたったの25億円）。 [有床診療所] ○今回の診療報酬改定において、有床診療所はその役割として専門性の高い医療と緊急時の医療（軽症や中等症への24時間の対応）、病院と在宅、病院と介護施設のつなぎを行う受け皿、在宅医療の後方支援となる病床、終末期医療を行う、へき地や離島における唯一の入院施設であることなどが評価され、入院基本料の区分が見直され底上げが図られたほか、医師配置加算、夜間看護配置加算の見直しや一般病床初期加算（100点、7日まで）や救急、在宅等支援療養病床初期加算（150点、14日まで）などの創設が認められた。 ○施設の無床化は相変わらず進行し、厚生労働省の医療施設動態施設調査（6月末の概数）によると4月から6月までの間に153施設減少しており、このままでは年間約600施設の無床化が見込まれることが予想される。無床化の最大の理由は人件費と人材確保の困難さであり、有床診療所の入院基本料などの更なる引き上げが望まれる。 ○有床診の多くは入院基本料1を算定しており、7人以上の看護職員がいるということは19床でも患者と看護職の比率は15対1以上になる。15対1の病院（看護師比率40%以上）や看護職数の規定のない病院の特別入院料と比べてみると有床診療所はかなり低く、14日以降では特別入院料より低くなっている。また介護施設と比べてみても小規模介護福祉施設（多床室）では日数に関係なく要介護1で1日8,038円であり、要介護5では10,720円であるので医療を行う施設の入院料が介護施設より評価が低いのはおかしい。 ○病院と有床診が単純に比較できないことは確かであるし病院と有床診の入院基本料にある程度の差があるのは当然であるがこの格差を有床診の入院基本料を上げることによって縮めてほしい。

評価に値しない

(プラス改定の実感はない)

〔プラス改定とはいえない〕

- 今回の改定も、一般内科医にはとても厳しいものである。5分ルールがなくなっても関係ない。
- 病院にとってはプラス改定となっているが、開業医、特に院内処方医院では、大きなマイナス改定である。
- 10年ぶりのプラス改定とはいいいながら、無床診療所ではプラスの診療報酬にはなっていない。
- 実質的にはプラス改定となっておらず、医療崩壊は止められない。
- プラス改定といっても小児科、産科、救急医療の現場医師に直接波及しているような実感はない。厳しい病院経営の中で吸収されているのである。
- 本体を1.55%（5,700億円）引き上げた一方、薬価と材料価格で1.36%（5,000億円）引き下げ、ネットで0.19%（700億円）のプラス改定となったが、厚労省は後発品のある先発品の価格を一律に引き下げる「長期収録品の追加引き下げ」で、薬価価格とは別に600億円を捻出した。これを勘案すると、医療ベースで100億円（改定率0.03%）のプラス改定にしかない。
- 診療所小児科（開業）にとって、評価すべきものは何もない。

〔大病院集中〕

- 大規模病院は前回改定で大きく改善されたが、まだ、不十分である。特に、内科系では、入院医療が赤運営となる領域があり、改善が必要である。
- 社会的に緊急課題とされた救急、産科、小児科や外科等の再建、特に急性期医療を担う大病院を中心とした入院医療に最重点がおかれ、中小病院や診療所等から極端なまでの医療財源の傾斜配分がなされた。
- 今期診療報酬改定により多くの医療機関にとって算定困難な施設基準要件が設けられ、施設基準や要件が算定可能な急性期大規模病院のみが診療報酬増額となり、その他の小規模病院や診療所では減額改定となった。医療費総枠の増がない中でこのような施策は日常医療を崩壊させ、ひいては先進的・非日常的、しかも重要な医療をも崩壊させることとなる。次期改定においては、診療所に対する手厚い手当が行われなければならない。
- 改定後の調査では、大病院で7%を超える増収となっており、その分中小病院、診療所へのしわ寄せが大きい。中医協での試算と大きく乖離しており、事務方の試算方法に疑問が残る。

〔財源の確保〕

- 昨今、医師の過重労働が社会問題となっているにもかかわらず、診療報酬の積算において、重症患者が多い急性期医療に従事する医師の業務負担軽減に必要とされる人件費および医療設備更新費等が適切に反映されていない。
- 「後発品のある先発品の追加引き下げ」が改定率の計算に含まれず、先発品の追加引き下げは、処方せん様式の変更等によるこれまでの後発医薬品の使用促進策による医療費削減とは異なり薬価そのものの引き下げであり、診療報酬改定財源とすべきである。
- 実質の引き上げ幅は0.03%（100億円）に過ぎず、先進諸国並みへの医療費の引き上げとは程遠い現状である。度重なるマイナス改定による医療機関の経営困難等の要因による地域医療の崩壊を阻止するためには、少なくとも全体で10%以上のプラス改定が必要であった。
- 7%以上の診療報酬引き上げが必要。
今回のプラス改定率0.19%分を差し引いても、過去連続5回引き下げで通算マイナス7.35%にもなり、医療崩壊を引き起こした。
- 基本的に日本の医療費は非常に少ない事を、議員さんのみでなく国民にも理解してもらいたい。また、日本の高度な医療を守るためには、50兆円は必要である。

〔前回の改定の検証〕

- 実質的には引き上げとはなっておらず、10年ぶりの引き上げ改定は虚構。また前回改定時、「外来管理加算の算定要件見直し」に伴う医療費削減見込み額は150～200億程度であるとの厚生労働省の説明にもかかわらず、結果的には年間で、約1,000億の医療費削減効果を生みだしており、この事実の検証や引き下げすぎた2年間分の医療費（診療報酬）補てんの議論は置き去りにされたままである。

〔改定率〕

- 医科・歯科引き上げ率の格差は問題である。

基本診療料の位置付け	[基本診療料の位置付け] ○今回の診療報酬改定で、診療所の報酬を削減したことは崩壊の危機にある地域医療を更に危うくしている。次期の改定にあたっては、基本診療料の意味するところ、位置付けについての裏付けとなる点数について十分な議論がなされることが必要であると考ええる。 ○基本診療料＝キャピタルコスト＋技術料とするならば、基本診療料（初診、再診）は、あまりにも安すぎる。						
小児科	[小児科] ○診療所の小児科も急患センターなどの出務や地域のニーズに応えるのに頑張っているが、他科に比べ点数が安すぎる。勤務医小児科の次は、診療所の小児科がなくなっていく可能性がある。 ○プラス率がまだまだ低い。小児医療に関していえば、入院医療はある程度プラスになっているが、診療所（外来）ではややマイナスとなっている（日本小児科医会調べ）。小児救急の再建、確立にはそれを支えている小児科診療所の安定が重要と考える。						
産婦人科	[日本産婦人科医会の満足度調査より（7月末から8月初旬実施）] ○総論 ＋1.55%（5,700億円）となったことは評価できるが、入院と外来に10倍の格差がついたことに対しては、婦人科外来診療に重点をおいている医療機関には非常に不満の残る評価の結果であった。 ○今回の基本方針で産婦人科医療に重点をおいたことは評価する。その結果、総合周産期センターや病院では、各種の項目に満足しているとの回答が得られたが、わが国の分娩の約半数を担っている有床診療所の評価は低い結果であった。 ○アンケートの総合評価 <table border="0"> <tr> <td>評価する（非常に評価、やや評価）</td> <td>42.0%</td> </tr> <tr> <td>不満（やや不満、非常に不満）</td> <td>35.9%</td> </tr> <tr> <td>どちらでもない</td> <td>19.4%</td> </tr> </table> 「診療施設別」にみると、総合周産期医療センター、200床以上の病院で分娩取扱い施設、200床未満で分娩取扱い施設、200床未満で分娩を取り扱わない施設、200床以上で分娩を取り扱わない施設	評価する（非常に評価、やや評価）	42.0%	不満（やや不満、非常に不満）	35.9%	どちらでもない	19.4%
評価する（非常に評価、やや評価）	42.0%						
不満（やや不満、非常に不満）	35.9%						
どちらでもない	19.4%						

設、診療所で分娩取扱い施設、診療所で分娩を取り扱わない施設の順に評価が低かった。

「評価する」意見としては、高度医療を提供する病院に厚く、一次医療の担い手である診療所には薄い。中小病院には恩恵が少ない。「不満」に関しては、開業医には厳しい。大学病院の収益のみ。再診料切り下げは大打撃。などの意見が見られた。これらは予算配分どおりの結果であり、一次医療の担い手である診療所に対する配慮が欠けていると言わざるを得ない。

○重点課題の1「ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価」に対する評価

評価する 46.1%

不満 25.2%

どちらでもない 25.9%

特に、総合周産期センターの評価は高く、算定基準により中小の病院ではあまり評価は高くなかった。基準の再考、適応疾患の拡大等が望まれている。

○重点項目の2に掲げられた「勤務医の負担軽減を図る旨の各項目に対する評価」に対する評価

評価する 33.8%

不満 32.1%

どちらでもない 28.5%

実際勤務している医師達の評価は約3割であり、むしろ不満が半数いるという結果であった。

勤務医達の不満の多くが、従事している医師には還元されていないというものであった。医療保険制度が医療機関に支払われ、各医療機関が医療従事者の給与を決定している。病院そのものの経営が困難な状況である現状を打破してからの目標と考える。

近年コンピュータの導入によるその操作をも医師・看護側に負担させ運用させている状況は少なく、これを導入している諸外国の多くが医療従事者に操作をまかせ、チェックするのが医師・看護師である例が多い。医療関連事務員の早急な増員を図り対応しないとじり貧の状況になるのは明白である。そのための予算配分としては貧弱である。

医療機関内の各種委員会の設置は重要な事項と考える。さらに、各種書類の増加等に対し、医療の本質である会話による信頼関係の構築を限られた時間内に行うには抜本的な改革が望まれる。

大病院優先の改定

(中小病院・診療所から大病院へ財源移譲)

[役割分担]

○大病院、救急、小児科、産科に重点配分され、中小病院・診療所はプラスの恩恵はあまり無く再診料引き下げなどマイナスとなった。病院勤務医負担軽減上、この傾斜を容認するも、病院への外来患者集中を是正し、病院—診療所間の役割分担を推進する考えが希薄であり是正を求める。

[財源移譲]

- 主として勤務医の待遇改善を目的とした改定であるが、全体の底上げではなく開業医からの財源移譲としたことは両者に余計な対立や不信感を招きかねない。
- 新たな財源によってではなく、再診料の引き下げに代表される診療所側の財源移譲によって、病院優先の改定が行われた。また、地域医療を担う中小規模の病院についても大変厳しい状況が続いている。
- 病院への点数増加は良いが、開業医への点数削減でカバーする方法はすでに限界と思われる。

[診療報酬での対応は無理]

- 全体的には大規模病院にはメリットがあるが、地域の基幹病院には医師不足などの問題があり、勤務医対策を診療報酬改定でのみ対応できないのではないかと懸念される。この方針を続けると診療所の負担がさらに大きくなる可能性がある。

財政中立の改定

(財源枠が決められた)

- 病院と診療所の改定額を10対1として、71点以上での再診料の病診統一と外来管理加算の5分要件の廃止を同時にはできなくした。これにより中医協の議論の枠が大幅に縮小した。
- 改定幅は0.19%と極めて低く、また入院と外来に従来にない改定枠をはめたことによって議論を制限し、再診料などの重要な基本的議論ができず、最終的には数字合わせに終わってしまった。
- 本来「中医協」の権限であった「医療費の配分」は予算編成過程で総枠が決定され、国民医療費全体を俯瞰する議論がないまま、小手先の改定となったことである。耐震構造の建築物と同様、一方へのみ大幅に力点を移動させることは、必ずや他方に歪みを生じ制度自体が破綻することは明白である。切れ目のない医療提供体制の構築、特に財政中立下の改定にあっては、「医療の流れ」を重視し、濃淡の差はあっても全体の底上げをすることが重要であり、今回の改定は決して容認されるものではない。
- 財政中立によるモグラたたきの手法の点数改定はやめるべきである。

財務省主導による改定	○財務省の目的達成のために何でもありの改定だった。 ○引き上げ率は0.03%（実質100億円）程度に留まるもので、相変わらず「まず財源ありき」の財務省主導の改定であった。民主党がマニフェストで示した内容とはかけ離れている。 ○外来のプラス財源は僅か400億円とされ、中医協の権限は軽視され、財務省主導で配分がおこなわれた。 ○社会保障費2,200億円の削減が廃止され、政策は選挙で変え得るものと実感していたときに、衆議院選挙で圧勝し国民の信任を受けた民主党の診療報酬増加に対する意見が除々に後退し、一省庁の意向をここまで反映した改定になったことへの不満と不安が増加した。 ○後発医薬品の置き換え効果の600億円が削減され、実質改定率+0.03%（100億円：国庫負担約25億円）という結果は財務省の思惑どおりの財政中立、実質0改定であり、民主党マニフェスト違反である。
政権交代による診療報酬改定への影響	○大幅なプラス改定を唱えて総選挙を制した民主党政権下で最初の診療報酬改定であったが、僅か0.19%という小幅な改定に止まったことは極めて遺憾である。 ○医療費削減の流れが変わったが、中医協委員構成のあり方、社保審の権限、現在の医療保険の評価などが大幅に変更され、診療報酬改定のプロセスが混乱した。
勤務医対開業医の構図や診療科間の格差による改定	○「事業仕分け」にみられるように、何ら根拠がないにもかかわらず、過重労働で疲弊した勤務医と裕福な開業医という対立軸の構成や皮膚科、眼科、耳鼻科等にみられた診療科間の不均衡な収支を是正する等と喧騒されたことである。 ○診療所と病院の対立を煽るような形であり、病院や一部の診療科に手厚く診療所には厳しい改定内容。 ○都合のいいデータを恣意的に解釈し診療所は高収入とぶち上げ再診料の下げと配分の見直しを、さらには診療科間の格差を事業仕分けの対象にして眼科、耳鼻科、皮膚科の技術料、処置料の一部を下げた。 ○事業仕分けで標的になった精神科、整形外科、眼科等の減算が大きい。事業仕分けの資料となった医業経済実態調査の不備が中医協で問題にされたにも係らず強引な政治主導の改定となった。

平成20年度の答申の附帯意見が生かされなかった	○平成20年度改定時の答申の附帯意見の冒頭に「初・再診料、外来管理加算、入院基本料等の基本診療料については、水準を含め、その在り方について検討を行い、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。」とされているにもかかわらず、それが生かされなかったことは遺憾である。
改定に対しての検証が必要	○プラス改定ではあったが、十分に評価できるものではない。また、救急などに手厚い改定で勤務医対策になっていると思われるが、これら进行评估するためには検証結果データがなければ、より詳しい評価は困難である。 ○医療はあくまで患者本位のために考えられるべきもの、敢えて順位付けをするなら、本来あるべき医療を実践する医療機関の活動のしやすさが2番目に位置付けられてしかるべき。現実はどうなっているのか検証が必要である。 ○勤務医の過重労働に対する負担軽減のために、診療報酬（医療費）の診療所から病院へのシフトであった。今後、実際に勤務医が過重労働から少しでも解放されたのか、厳重に検証する必要がある。もし軽減していないとなれば、強く方向修正を求める必要がある。 ○産科、小児科、救急担当病院で、点数が上がったと思いますが、実際に経営の安定につながっているのか、医師（勤務医）の負担軽減につながっているのか、大病院での検証をお願いしたいと思います。
各医師会・団体等の調査結果から	○今回の改定における眼科診療所の影響 再診料、各種眼科検査の減点は眼科診療所に大きな影響が出ている。すなわち、眼科医会独自の眼科診療所（228定点）の4～6月のレセプト調査結果では、総点数は▲5.21%、総件数が▲0.24%であり、1件当たりの点数は▲4.98%であった。更に厚生労働省が自然増としている+3%を考慮すると、実質上かなりのマイナスであることは明白である。 ○診療報酬本体部分は1.55%引き上げられたが、診療所における外来診療の中では引き上げを実感できないばかりではなく、減点になっている印象を受ける。耳鼻咽喉科学会として毎年10月に行っている実態調査の結果を待ち、評価したいと考えている。

医療経済実態調査について	○6月単月の実態を単に1.2倍しているのは問題点である。全月調査が少なくとも年間月別変動を補正したデータを用いるべきである。 ○第17回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告の概要からみると、耳鼻咽喉科の収支差額は多い方ではない。また経年的に数字を追っても、科として収支差額が大きい方ではない。したがって、開業医としての安定した医療供給体制を保つための環境が十分守られているとはいいがたい。
加算点数および制限の付いた点数設定について	○全科にわたってありとあらゆる加算点数があり、実に複雑な構造の診療報酬体系になっている。そのためだけではないであろうが、「医科点数表の解釈」いわゆる青本は改定ごとに1.5倍の厚さになり、いちいち説明をつけないと理解できなくなっている。これまでの傾向をみると、何かを減点する代わりにいくつかの加算を付ける、数年経過してほとんどの医療機関が算定していると、すでに意味を失ったと、そっと加算をはずす。算定している医療機関が少なかったとしても、これは本来必要ないものだと堂々とはずす。いつの間にか減点だけが残る。この繰り返しに我々は翻弄されている。 ○政治的に総医療費の額をまず決め、厚生労働省が、社会医療診療行為別調査報告の影響率を基本にそれぞれの点数の帳尻合わせを行うという手法での度重なる診療報酬改定により、加算点数設定や、通則・通達・備考・条件による制限が付いた点数設定が増えてきている。 ○基本診療料について、「～加算」なる項目は全廃すべきである。「～加算」なる項目について、要件や施設基準が複雑化しているため算定可能であるにもかかわらず、わざと算定しない医療機関がある。また、指導・監査時には、返還対象となりやすい項目となっている。「～加算」なる項目の創設は断固反対すべきで、すべて基本診療料として包括すべきである。基本診療料を再編成するとともに、基本診療料の留意事項は品性良く、医療を行うに当たっての考え方を述べるに止めるべきである。 ○20年度改定で設定された外来管理加算の時間要件も2年間という短期で改定され、混乱を招いただけに終わった感じは否めない。今回改定ではその代わりに診療所再診料が下がり、それを補填するような形で地域医療貢献加算が加わったが、同じような運命になると思われる。目先の帳尻合わせのような改訂は不信と混乱を招くだけであり、長期的な展望に立ち将来を見据えた納得の出来る点数設定を心がけるべきである。 ○再診の実質値下げを、明細書代などで相殺したことになるが、やはり脆に落ちない。

技術と物の分離

- 点数表の表現が、技術料、材料費、薬剤費と明確に分けられてなく手術料の中に消毒薬、ガーゼ、ディポ器具等が、また注射料には注射器、針代、点滴セットの費用や薬剤師・看護師の人件費も合算されている。また、同一手術野の手術料がまるめにされたりもしている。本来医師の診断料、手技料、判断料の部分と薬代、材料費、器具の費用の部分の区別をもっと明確に区切り、医師の技術料の部分の改正を中央社会保険医療協議会で議論し、材料費等の料金は厚生労働省がメーカー（業者）と交渉すべき問題ではないでしょうか。
- 現在の診療報酬は技術と物が混在した断片ごとの積み重ねであるため、診療報酬の全体像は見えなくなり、診療報酬は複雑化する一方である。医療費を技術と物にかかる費用に分け、さらに薬剤、人件費などの部門別の費用を明確にすることにより、診療報酬体系を再構築でき各部門の可視化が可能になるのではないか。今後の日本の医療の在り方にも通じると思われる。
- 高額な特定保険医療材料費が医療費増加の大きな要因となっている。これを国民に理解してもらうためにも、薬剤の取り扱いと同様に医科点数表から分離することを要望する。

施設基準等について

〔点数表の複雑化〕

- 18年度改定1,347頁、20年度改定1,656頁、今回22年度改定では1,888頁と毎回、簡素化が提唱されているが、今回も地域医療貢献加算等の加算が新設され、これらの届出、施設基準などの記載もあり、ますます複雑になっている。
- 改定を重ねるたびに書類提出等の事務的な拘束が増え、複雑な体系となっている。
- 今回も施設基準届出の煩雑さの問題は解決できないままであった。点数表の簡素化とともに解消していたきたい。特に、明細書発行体制等加算のような項目については、施設基準の届け出が必要の無い項目にしたい。
- 改定実施後、次々に疑義解釈（厚生労働省事務連絡）が出されるが、その適用を4月1日に遡及するような手法はやめていただきたい。疑義解釈を出さないと理解しがたい複雑怪奇な点数改定は、行政の仕事量を増やすだけであり、逆に医療機関の請求ミスを誘発するだけである。請求ミスは極端な場合、個別指導につながることになる。
- 「中医協」で各委員がそれぞれの立場に沿って診療報酬項目を議論、点数設定を行い、「官報」に収載されて成立する。しかし、実際の運用は厚労省から発出される留意事項、施設基準や疑義解釈等により、その

	主旨は変質し「中医協」で議論された内容と懸け離れた項目に直面することがある。新たに設定された項目はどのように運用され、どれだけ医療現場で活用されているかを検証して初めて診療報酬改定の評価は行われるべきであろう。
精神科医療	○今回の精神科関連の診療報酬改定項目は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の中間点として提出された「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書から抜粋されている。これは、あくまでも、中間点の報告書で有り、確定されたものでなかった。それにも拘らず、検討会で議論された課題をそのまま改定項目として挙げられたものである。課題のみの整理で有ったので、それらは、検証も深い議論もなされていない。このような内容を精神科医療の診療報酬の評価として項目にあげたことは、拙速に過ぎる。再考を求めたい。
改定時期（スケジュール）	○次年度予算の編成時期にならないと改定率を決定できないため仕方ないのであるが、そもそも、2月に改定内容答申、3月に改定告示、そして4月実施というのは時間的余裕の視点から甚だ無理なスケジュールであり、非現実的である。最低限、実施までに3カ月程度の猶予期間（周知期間）を持たせるべきである。

1. 基本診療料

点 数 項 目	具 体 的 内 容
A000 初診料 電子化加算（廃止）	[新たにIT化への評価が必要] ○IT化促進政策と矛盾するものである。国の方針もあり医療機関においては、オーダーリングシステム、電子カルテ、レセプトオンライン等IT化が進行しており、IT化への正当な評価が必要である。
A001 再診料	[診療所再診料の引き下げに反対] ○初・再診料などの「基本診療料」は、開業医（診療所）にとって必要不可欠なものであり、社会的評価でもある。技術料の意味合いが強いものであり、医師の診療そのものの価値を軽視した結果と考えられる。診療所再診料の引き下げには全く根拠がなく、納得できない。 ○中医協医療経済実態調査の結果から、開業医は勤務医（病院）に比べて収入が高ということで、開業医の点数を減らし、勤務医に割り当てるという姿勢に感じるが、開業医も疲弊している。 ○再診料の引き下げにより、診療所の経営はますます厳しくなっている。看護師などの医師以外の職員給与も捻出するなど、診療所の再診料には運営費を乗せてきた経緯があり、医院経営の根幹となっているものである。診療所の存続の危機が生じている。財源の辻褄合わせのために軽々に引き下げを決定したことは遺憾である。 ○診療所再診料の引き下げは、200床以下の病院の再診料を増点させるための安易な取引材料となった。 ○耳鼻咽喉科においては、外来診療の保険収入に占める初・再診料の割合は高く、これを下げられることのダメージは、他科に比較すると深刻な状況である。 ○診療所再診料の引下げ分の点数自体は、地域医療貢献加算、明細書発行体制等加算などによりカバーできるが、24時間対応、文書発行に伴う経費の増加など医療機関の負担は増大している。要件の設定に休日当番や急病センター診に参加していれば可能とすべき。 ○内科医にとって再診料は重要な技術評価の1つであり、他の検査料や薬剤料の点数引き下げとは本質的に意味が異なるものである。 ○中医協で議論する前に、外来と入院について、改定率だけでなくそれぞれの枠が決定されたことに起因していた面もあるように思う。中医協の議論の範囲を再定義し、このようなことが次回改定以降続くことが

ないようにすべき。

- 再診料の引き下げ分を加算点数（地域医療貢献加算、明細書発行体制等加算など）で減点のイメージを薄くするという方法は、加算の算定要件が曖昧で算定しにくい状況であれば、医療費ベースとしての基本診療料は明らかに減額となる。算定要件の解釈に問題のあるこれら加算点数で、引き下げ分を補填するという考え方に問題がある。

[基本診療料の在り方]

- 今回の再診料引き下げは、基本診療料の在り方の議論を行うことなく、再診料の病診統一の流れのなかで財源論に終始し、財政中立の観点から決定されたことは大変遺憾である。診療所は地域医療貢献加算など従来以上の負担増をしなければ医業経営が成り立たない状況に追い込まれている。地域医療を支える診療所の負担増が診療所医師の疲弊につながり、病院のみならず診療所までも地域医療を支え切れなくなる危険性もあり、基本診療料の在るべき姿を真剣に検証すべきである。
- 医療経済実態調査から「開業医と勤務医の報酬は公平ではない」と意図的に判断し、開業医は高収入と決めつけ、下げの根拠にした。個人開業医は経営のリスクを背負う事業主で勤務医と単純な比較はできない。従来より厚労省は再診料は診察料だけでなく医療機関での人件費や備品等設備資源となる点数と説明し機能の違いから病院と診療所で分けた歴史的経緯がある。次期改定では再診料には何が含まれるのか、積算方式でやればこの程度で納まることはなく、基本診療料を下げることの重大性を認識させるべきである。財源の辻褄併せのために軽々に引き下げを決定したことは遺憾である。
- 点数表全般的に加算点数が増加し、届出も必要になっていることから医療機関に意味のない負担がかかっているのを、基本診療料本来の点数を引き上げることでの対応が必要である。
- 再診料の位置づけについて議論することなく数字合わせに終わった。結果として、診療所は大きな打撃となり、診療所と病院の関係に亀裂を生じかねない。次回には再診料に含まれる物と技術をしっかりと整理したうえで中医協の場で議論してもらいたい。

[複数科受診（同日に各科ごとに算定可能とすべき）]

- 病院では各科ごとに算定可能とすべき。一診療科の再診料に包括されるのは理解し得ない。医師コストの原点である診察料は正当に評価すべきである。日を変えて診察日を設定しているのが現状であり、患者にと

っても不利益である。

○再診料の統一で患者の受診動向を変えたいということであれば、病院における複数科同日再診を算定できるようにすべきである。

〔病診統一の再診料（評価できる）〕

○再診料引き上げ(病院)を評価する。

〔病院・診療所の再診料格差〕

○基本診療料のこれまでの経緯と我国の医療体系から、病院と診療所の役割を考えたとき再診料が同一である必要はなく、むしろ診療所の再診料は大幅に加点されるべきである。

○患者の病院への過度の集中を緩和するためにも、診療所の再診料は病院より高く設定する。

〔日本産婦人科医会（満足度調査より）〕

○再診料の評価

評価する 9.8%

不満 58.6%

どちらでもない 35.2%

「評価する」の意見としては、病院側は診療所と病院の差はない方が良い。「不満」に関しては、診療所側意見として、合理的な理由が分からない。医療崩壊に繋がる。経営が困難になる。などの意見があった。今回のアンケート調査では、「評価する」9.8%は最も低い平均値であり、評価の高い順としては200床未満の病院、200床以上の病院、総合周産期医療センター、診療所の順となった。当然、診療所の評価は平均を大幅に下回る結果となった。特に看護職・事務職の確保が診療料に含まれる診療所においては、十分な給与を支払う手段を奪った形となり、経営規模の脆弱な状態を更に悪化させたことになる。特に、産婦人科医療は、他科と比較して診療時の看護要員の確保は絶対条件となる。その意味で、診察形態に応じた診療料の算定方式も考慮されるべきと考える。

A001

再診料

外来管理加算

[評価できる]

○外来管理加算の時間要件（5分）の撤廃に関してはある程度評価できる。

[5分要件の廃止]

○5分間ルールが無くなったが、加算に不可欠な要件に関しては、今まで通りで、通常の診療で、患者さんに説明していることなので、カルテに記載することには、抵抗がある。

○この加算の趣旨が「懇切丁寧な説明に対する評価」であれば、処置等の実施に関わらず算定可能とするべきであり、患者からの理解も得られない。

○5分間要件が撤廃される一方、「懇切丁寧な説明」は残り、簡単な症状聴取のみで薬を処方する「お薬受診」には算定できないとされた。算定回数の増加率を、厚生労働省は6%と見込んでいたが、日医の4～6月調査では、+4.2%であった。再診料に対する算定回数は、内科・小児科では7割あったが、診療科により差があった。眼科での外来管理加算は算定数が少なく、前年同期と比較し、▲3.8%（各科の中で下から2番目）、また、再診料算定回数に対する外来管理加算の比率は1.5%と各科中最下位で、眼科は他科とは異なり、収入源の重要な要素となっていない。したがって、本加算は眼科診療では算定することが少なく、眼科にとって5分要件の撤廃が必ずしも増収には繋がらなかった。

○根拠のない提案であったことが明らかとなった。当然の廃止と考える。

○5分を目安とする時間要件は廃止されたが内容は変わっていない。新たに「患者から投薬のみ要請され、簡単な症状確認等を行うのみで継続処方を行う場合は算定できない」が追加された。08年以前に戻すべき。

[外来管理加算より低い処置・検査への評価が必要]

○外来管理加算よりも点数の低い処置、検査が残っていること。これは依然として解決されないでいる課題（矛盾点）である。このような矛盾点を一日も早く解消し、すっきりとした診療報酬体制の構築が望まれる。

○内科再診中の患者が、けがをして処置をすると再診料69点、処置料45点。外来管理加算の場合は、再診料69点、外来管理加算が52点となる。内科再診中の患者さんに処置を多く行った方が医療費は低くなり、患者への説明が困難である。

○従来から指摘されていることであるが、耳鼻咽喉科領域に限らず、外科系においては外来管理加算より低い処置

が存在する。医療側からみて納得できないばかりではなく、患者側からみても処置をしないときの方が処置をしたときより負担が多いのは納得できないのではないか。明細書発行が義務となり、請求内容が明らかになった故、患者から説明を求められた時に事実を伝えるのみで真の納得が得られるだろうか。したがって外来管理加算については基本診察料（初診料、再診料）の意味付けも含めて根本的な解決を望みたい。

○間違った診断をすればどれだけ余計にかかるのか、しっかりした診断をすればどれだけですむのか、外来管理の重要性を示す事例を挙げていくことが必要。

[いわゆるお薬受診時の算定]

○お薬受診では算定できないため、月2回のうち1回はお薬受診という患者が増えてきた。

○計画的医学管理なので、結果責任を問われるのであれば「お薬受診」ではそのリスクは高まるのでむしろ算定すべきでは？

○小児科において、てんかんとか、心身症では患者本人はむしろ学校にいて、その保護者が来院して療養管理説明をすることが多い。むしろ本人がいないほうが話しやすい場合もある。そのような場合、本人は受診していなくても外来管理加算は算定できるようにすべきであると考える。

○やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合、また多忙等を理由に診療行為を行わず、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、外来管理加算は算定できない。これは無診療投薬を認めることとなり、医師法等の理念に反するばかりか、「お薬受診」を誘導する結果となることより、患者の家族から相談を受け説明をすることで投薬のみの場合でも算定できるように是正すべきである。この要件の他の医学管理料、特に特定疾患療養管理料への波及を警戒すべきである。

○次期改定では一番問題になりそうでまた理論的裏づけが難しい。物を使わない内科の先生にも診療報酬を払うべきという国民の納得が必要。

[再診料と外来管理加算を1つの点数にした方がよい]

○当該加算は、本来、患者の疾患を長期にわたり包括的に管理していることに対する評価である。種々の算定要件を撤廃するのは当然であるが、将来的には再診料に戻すべきである。

A001

再診料

地域医療貢献加算（新設）

〔廃止すべき（評価できない）〕

- 廃止し、再診料に戻すのが最も望ましい。
- 廃止し、初・再診料の両方にこの点数を組み込んだ点数設定とすべき。
- 廃止し、内科加算に変更すべき。
- すでに、診療所医師は診療時間外にも医師会活動、学校医、産業医、予防接種等を行い、さらに多くの地区医師会等で救急医療担当表を作成し、夜間・休日当番医の輪番制を敷き、地域の医師で協力して対応しているところであり、加算設定など今さらであり廃止すべきである。
- 概念はよいが、評価できない。名称、算定要件に不満があり、さらに3点という点数設定も納得できない。
- 次期改定においては、その存廃を含めて十分な議論が尽くされる必要がある。
- 地域医療に携わってきた医療機関に対し、差別的な発想を盛り込んでおり、将来的には患者から医療機関へのクレームや厚生局の保険指導へつながることも懸念される。
- この点数で再診料の不足を補うことはできない。
- ほとんどの小児科医が地域の急病センターやセンター病院に時間外診療外来担当として、定期的に出務している。また、自院においてもかなりの時間を時間外対応として割いている。本加算を申請すれば、拘束時間は増加し、すでに疲弊している小児科医はさらに疲弊し、今後急病センター等への出務は不可能となる。
- 日常診療を行っていることは、地域医療そのものであり、今さら地域医療貢献といわれても戸惑いを感じる。
- 診療所医師は、以前より適切な時間外対応や病診連携による患者さんの紹介など、医師の職責を持って地域医療に貢献しており、患者さんの信頼も得ているはずである。それをわずかな加算点数を設けて義務化するというのは、医師としての責任感や職業に対するプライドを損なうものである。
- 基本診療料についての十分な議論が必要である。点数表において、基本診療料における「～加算」はすべて廃止すべきである。

〔評価できる〕

- 夜間診療加算に次いで、地域医療貢献加算の新設は、従来より取り組んできたことが評価され、表示・告

知もできるようになり診療しやすくなった。

○再診料も地域医療貢献加算等を加えると、若干上がった。

〔算定要件が不明確、厳しい〕

○現状において、1年中標榜時間以外の対応を診療所が1カ所ですべて行うことは不可能。

○算定要件は容認できない。医師は24時間働く者にあらず。24時間緊張と疲弊をもたらし、過労（死）をもたらしかねない。

○算定要件が曖昧で、患者との間のトラブルの火種ともなりかねない。留意事項等複雑で、点数表の簡素化の観点でも逆行している。再診料から分離され、人的基準や設備的基準もなく、その定義さえはっきりした根拠がない。実績を問わないなど非常に曖昧な設定。

○「診療時間外において、患者からの電話による療養に関する意見を求められた場合に対応できる体制にあること」とあるが、診療所医師の精神的・肉体的負担増につながることも間違いでない。

○勤務医負担を軽減させたいのであれば、医師に24時間365日診療の義務を負わせることより先に、現在地域に存在する救急医療体制を充実させ、地域における有効な救急体制の構築こそ医師の疲弊を救う方策である。勤務医ばかりでなく、開業医も疲弊している現場を知らない加算である。勤務医の負担軽減効果には疑問である。

○24時間365日を示唆する内容は、診療所医師に過重な負担を強いるものであり、より地域医療に貢献している診療所ほど算定に消極的であり、問題である。

○算定医療機関をみると、科による差がかなり認められる。算定要件が厳しいため、地域による差の他、診療科によって算定のしやすさ、しにくさがあるようであり、様々な意味で不公平感の強い加算は問題がある。

○精神科、小児科では算定は非常に難しい。

○加算を算定しなければ、時間外の患者を診なくても良いという論法が成り立ちかねない。加算を算定しないという選択肢を設けることによって、かえって地域医療の崩壊を招くものである。

○3点と低い点数設定の割に、「常に電話に応じること」と要件が厳しい。それほどきついばかりではなく、電話でも良い、準夜帯だけでよいという話はあるが、現場では一度でも対応できなければ、明細書の内容が守られていないという問題となる。

○地域で24時間に渡り医療を支えてきた医療機関を評価することは必要。批判により、算定要件が緩和されたが、まだ導入当初の目的と異なっている。点数よりも、24時間ではなく準夜であるとするか、要件を厳しくして高点数とすべき。

[名称が問題]

○名称は患者に誤解を与えやすく、それを算定していない医療機関は地域医療に貢献していないかのように解される。

○以前より同じ地域の医療機関は協力し合って診療体制を整えてきており、地域医療に貢献していない医療機関はないと思われ、地域医療貢献加算という名称そのものに違和感がある。

○医療機関の矜持を踏みにじるようなネーミングは問題。

[点数設定の問題]

○24時間対応の救急医療や時間外医療を求めるのであれば、3点という低い点数設定では体制確保は無理である。点数設定は最低20点程度とし、必要な患者のみ加算の対象とすべき。

○医療の質を上げるという加算の目的から外れ、再診料の下げ分の補填のため設定。

[日本産婦人科医会（満足度調査より）]

○地域医療貢献加算の評価

評価する 34.1%

不満 23.6%

どちらでもない 35.4%

「評価する」の意見としては、産科診療所は算定容易。多少の穴埋めになるかも。

「不満」に関しては、負担のみが多くなる。開業医は365日、24時間体制です。労働力に見合った金額でないの意見があった。「診療区分別」にしてみると、分娩取扱い診療所の評価は高く、分娩取扱いのない診療所の評価は低い状態であった。産婦人科医療、特に産科医療は24時間体制であり、365日無休の医療である。このことは、医療機関の区分によるものでなく、一次医療の担い手である診療所においても同様な状況である。医療全般をみた地域貢献医療加算ばかりでなく、24時間体制を実施している医療

	機関には、光熱費・人員確保等のために、別の加算形態を考慮する必要がある。 [その他] ○施設基準の届出をしなければならない加算は、厚生労働省の権威誇示以外の何ものでもない。様々な加算点数があるが、加算点数の在り方の抜本的な見直しを要求したい。 ○日本医師会の発表では、地域医療貢献加算を届け出ている診療所は、4月時点で全体の27.2%となっている。(厚労省の見込みでは30%) 無償診療所では、脳神経外科が60%と最も高く、次いで外科が56.3%、整形外科31.1%、内科28.8%、眼科14.6%であり、眼科では少なかった。都道府県医師会によっては、「何かあった場合、責任問題になるため慎重に」という姿勢を崩していないところもある。この対応で開業医は混乱している。 ○地域急病センターやセンター病院の時間外応急診療に、診療所小児科医が出務していく体制は、小児科医の減少にも関わらず社会的ニーズが高く不可避となると思える。この体制を支えるには、出務医の自院での通常時間内診療報酬に対して、地域連携への貢献加算を付加することが必要である。 ○本来診療所が行っている24時間対応について、あえてしほりをつけて加算点数として3点を上乗せして再診料の引下げ分を補填したようにみせたのは、日医の失態である。
A001 再診料 明細書発行体制等加算 (新設)	[1点では低い] ○点数が低すぎる。1点では実費にしかならず、手間を考えると労力が増えた分だけ医療機関側にとってはマイナスである。電子化加算に置き換わるものといわれているが診療実日数が2日を下まわる現在、初診時算定ができなければ、明細書発行体制等加算は明らかに電子加算の減点を目指したものと言え容認できない。 [患者との信頼関係] ○外来管理加算や特定疾患療養管理料の対象疾患、医学管理等の中の指導料、管理料等、患者にとって理解困難な項目が多く、内容が理解できない患者と医師の信頼関係が壊れかねない。 ○明細書を発行することで患者への医療の透明化を計るのであれば、根拠に基づいた診療報酬にすべき。 ○レセプト電子請求の義務化に伴い初診料の電子化加算が廃止され、レセプト並みの詳細な明細書を無料で

発行し、その旨を院内に掲示する診療所が算定できるとされた。度重なる診療報酬改定により加算料や管理料などが大幅に増えて複雑になり、患者には非常に分かり難くなっている。かえって患者の医師に対する信頼感が薄れ、治療の妨げともなりかねない。

【不合理】

- 診療所では算定できるが、病院で算定できないのは不合理。
- 電子請求する医療機関が明細書の発行を義務化された中で、加算として算定する制度自体、疑問を感じる。当加算の理念からいえば加算ではなく初診料・再診料を増点すべきであろう。
- 診療内容を最も詳細に説明するのは初診時であるのに、なぜ初診時に算定できないか、まったく説明できない。

【日本産婦人科医会（満足度調査より）】

○明細書発行体制等加算の評価

評価する	19.1%
不満	49.7%
どちらでもない	29.6%

「評価する」の意見としては、受け取り側の必要性に疑問。「不満」に関しては、医療側の負担が大きい。質問も増え手間もかかる。などの意見があった。

診療区分別にみると、分娩取扱い診療所の評価は平均値に近く、分娩取扱いのない診療所の評価は平均よりも低い状態であった。

明細書発行は、診療内容の明確化という意味では有効な手段であるが、普段見慣れた一般の商品を購入した領収書（物に対する料金（+技術料等）+消費税）と異なり、検査料・採取料・判断料・処方料等の料金は、普段見慣れていない内容に対する説明を要することは明白であり、医療機関にかかる者も保険制度について知っている必要が生じる。その意味で、領収書を発行料・維持料・買い替え料なども含めた料金とその説明を行う人員の確保等の料金を考慮した設定にしては低すぎる。

明細書発行義務化

〔患者への説明が困難〕

- 明細書内容に関する説明を窓口で長時間かけてしなければならない場合や、患者の十分な理解を得ることが困難な場合などが危惧される。患者の混乱を招き医療機関に対しての不信感を増幅させる懸念がある。
- 明細書は診療報酬請求をするために作成するものであり、患者が理解できる診療報酬体系では無く窓口トラブルを引き起こしかねず、患者との信頼関係を損ねるものであり、更に重大なことは病名告知の問題、個人情報漏洩の危険性にもどう対応するかといった基本的な問題もある。
- 厚生労働省は「国民の目線でのわかりやすさ」を盾にとり、再診料を下げる一方で明細書発行体制等加算、地域医療貢献加算の加算点数を設定したが、現在の診療報酬体系そのものに説明のつかない部分が多く、発行の必要性は疑問である。

〔希望者のみの発行とすべき〕

- 患者が必要としているのかも疑問。希望する患者のみの発行とし、義務化は撤廃とすべき。義務化で医療現場は混乱しており、必要な情報はカルテ開示や領収書発行でなされており、診療のたびに毎回明細書を発行する必要性はほとんどない。特に、高齢者の患者では不要という方が多い。
- 明細書発行義務化には反対であり、明細書は希望する患者に発行することとすべきであることで一致した。義務化に反対する理由として
 - (1) 90%以上の患者が希望していない、中医協の委員の片寄りを是正すべきである。
 - (2) 時間内受診をした患者に、地域医療貢献加算請求で誤解を受ける等、患者が明細書を理解することは困難で、現場に混乱を来している。
 - (3) 個人情報漏洩が懸念される。

〔本来保険者・国の責任〕

- 医師にとっても分かり難い医科点数表を患者が理解するのは不可能に近い。説明責任は、医科点数表の簡素化を行わない厚労省にあるのではないか。
- 明細書の発行は本来保険者が行うべきもので、これを医療機関に義務的に発行させることは筋違いである。

〔医療機関の負担増〕

- 患者全員に明細書を発行し説明する煩わしさ、事務業務が混乱する。医療機関の経費と事務負担が増すばかり。
- 出す患者、出さない患者が混在し、事務の仕事が増えるとともに、紙の無駄遣いであると思う。本当に必要であったかどうか不明であり、紙の無駄遣いに終わっているという印象。

〔周辺問題未解決のままの実施〕

- 「非常に不合理な診療報酬体系」、「病名告知されていない患者への配慮の問題」、「審査基準の取り決めなどのため実施しても請求できない診療行為もある」などの問題を放置したままでの明細書発行の義務化は問題がある。
- 初診料か再診料かの選択を、医療側も迷うケースが多々あるにも拘わらず、明細書の発行が義務づけされたことは問題である。医者が治療を中断したと判断しても、患者と見解が一致していなければ中断したことにはならない。ここでも明細書発行体制等加算の弊害が見られる。
- 大半の患者が発行を望んでいないことが明白となった。しかも発行加算のため、明細書発行不要の患者からも加算を算定することとなり、精神疾患や病名告知等の問題ばかりでなく、トラブルの対応を医療機関に丸投げしていることも問題である。一部の中医協委員の主張により、医療機関に多大な影響を与える療養担当規則の改正が、十分な議論を尽くさないまま実施されることは手続き上の大問題である。義務化を撤廃すること。

入院料等

入院料（全般）

〔評価できる〕

- 基本的に加算、増点されており評価できる。
- 脳卒中地域連携、がん地域連携、地域がん登録、救急医療医、災害医療やへき地医療、周産期医療などの取り組みが評価され、急性期病院としての質の評価の方向性が明確になったことは評価できる。
- A100一般病棟入院基本料初期加算の増点、A207-3急性期看護補助体制加算の新設は評価できる。病棟における患者重症度や看護必要度を日々評価し、一般病棟の看護重症度・看護必要度に応じた看護師の重点配備の概念を導入したことも評価される。

〔算定要件が厳しい〕

- 退院調整に限りませんが、マンパワーが足りず苦悩している現場が多いなかで、専任・専従の縛りが厳しいのが現状であり、基準について検討いただきたいと考えます。
- 全般に引き上げとなった点数は多いものの、書類の提出やデータの提出など管理医療の色彩は一段と強くなっている。

〔大病院への傾斜配分〕

- DPC算定医療機関とそれ以外の病院との格差が大きすぎる。
- 救命救急入院料、ハイケアユニット入院医学管理料、特定集中治療室管理料、ハイリスク分娩管理加算、妊産婦緊急搬送入院加算、新生児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等の引き上げさらには救急搬送患者地域連携紹介加算、受入加算が新設されたが、大病院の一部しか算定できない。

入院料 （精神科）

〔総合病院精神科を重視の改定〕

- 全精神科病床の4%に過ぎない総合病院精神科を重視した内容であり、A103精神病棟入院基本料13対1入院基本料の新設やA230-3精神科身体合併症管理加算やA311-2精神科急性期治療病棟入院料の引き上げが行われたが、退院後の社会資源が未整備なまま、性急に退院促進と病床減を行うことは精神科医療の崩壊と精神障害者福祉の後退を招くことになる。

入院料 (小児科)	[評価できる] ○NICU評価、ハイリスク新生児受入れのための要件緩和と受入れ後方医療機関への評価が新設され、手厚くなっている。 ○NICU入院患者等の後方病床の充実として評価できる。 ○小児、妊産婦救急患者の受入医療機関に対する評価が行われた（A237ハイリスク分娩管理加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算の点数引き上げ、A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料の小児加算の新設、A302新生児特定集中治療室管理料2の新設および点数の引き上げ）。中核病院においては、今回の改定が新生児集中医療や救急医療を積極的に進めるインセンティブにもなり、これを契機に地域小児医療の重点化・集約化が進むかどうか注視される。 ○救急医療の後方病床確保について評価が行われた。（新生児特定集中治療室退院調整加算と新生児治療回復室入院医療管理料の新設、超重症児(者)入院診療加算の点数引き上げ） [診療費と人件費が見合わない] ○小児救急医療では初期と二次の区別をつけることが難しい。小児救急搬送患者の7割以上は外来処置のみであり、診療費は全く人件費に見合わない。
入院料 (救急医療)	[評価できる] ○A205救急医療管理加算が引き上げられたことは評価される。A300救命救急入院料における充実度評価Aの引き上げ、A237ハイリスク分娩管理加算の引き上げ、さらに、救急医療機関とその患者の引き受け手である有床診療所や療養病床との連携機能が評価された。 [二次救急の評価がされていない] ○新設されたA238-4救急搬送患者地域連携受入加算では、救急を最初に受けた二次救急は評価されていない。A101療養病棟入院基本料およびA109 有床診療所療養病床入院基本料に救急・在宅等支援療養病床初期加算が新設されたが、救急対応体制がなく人的に対応できない療養病床が評価されたことは理解できない。救急搬送受入加算等の二次救急への評価をすべきである。 ○救急医療に関する各種管理料や加算が増点されたことは評価するが、その部分だけ加算や管理料の点数を

	上げてても根本的な解決にならないことは明らかである。医療費全体の底上げがあつて初めて救急医療管理体制も充実するのであつて、部分的・局所的な対応では現存する諸問題は解決されるとは考えられない。
「入院中の患者の他医療機関受診及び対診」の取扱いについて	〔見直しまたは従来通り〕 ○一部は6月に変更されたが、さらに根本的に見直す必要がある。医療機関にとってペナルティー的な扱いである全内容を削除すべきである。 ○複数の疾患を持ち現在入院している医療機関で対応できない場合、医療の高度化を勘案すれば他医療機関を受診することは当然であり、緩和措置が必要である。 ○入院中の患者の他医療機関受診については実態に合わないケースがある。慢性疾病を持つ患者が単科の病院・診療所（整形外科、眼科等）に入院した場合、特に短期間入院した場合、慢性疾患の管理はさらに注意深く管理する必要があると思われるが、管理料をとれないのは不合理である。また、DPC病院入院中の患者が他医療機関を受診した場合、医療費を話し合いで他医療機関に支払われることになっている。この方法は保険診療になじまなく、他医療機関受診は他医療機関の診療を査定するのではなく、DPC病院の査定とした方が保険診療体制を守るのではないか。あるいは、入院中の他医療機関受診については、一度白紙に戻し、短期間入院の患者さんやDPC入院であっても他医療機関受診を必要とする患者もあることを含めた新たな考え方の改定を考えるべきではないか。 ○通知において「当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き」の「受診日の」を外すべきである。従来他医療機関からの保険請求が可能となっていた専門外の薬剤の処方を他医療機関でももらえなくなった。これは、医療機関連携による地域医療を否定し、一部大病院だけに医療提供を集約してしまい、中小病院や有床診療所の存続が困難になってしまう。医療実態とかけ離れた取扱いの変更であり、且つ、当然のことながら実態と合わないが為に解釈の変更が繰り返され、現場に大きな混乱を招来した。この取扱いは、中医協の場で十分に議論されたとも言えない。従前どおりの取扱いにするべきである。 ○入院中の患者の他医療機関受診時の入院基本料30%等減算については、これにより精神科等の病院を中心として入院させたくてもさせられない状況にあり、地域医療の崩壊を加速させかねないので、即刻廃止すべきと考える。 ○DPC病棟に入院中・出来高算定患者などの退院受診については、今回の改定で算定方法・合議などが定められま

したが、精神科病床に入院されている患者が、専門的治療の必要性があつて当院へ来院した場合に、外来リハは算定不可、指導料は算定不可など、互いの病院が負担する金額が発生するため、現場は混乱を招いているのが現状であり、改めて検討をしていただきたい。

○入院中の患者が他医療機関を受診し、専門的医療を受けるにあたっては、入院基本料の減算等の規制が設けられた。そのため、高齢者等、合併症を有する患者であっても、複数の医療機関でそれぞれの専門的医療を受けられない制度となったが、医療紛争の側面からすると「患者に直ちに専門的医療を受ける機会を与えなかった」として、医療側の有責事案の要因となる。このような問題解決のため、入院中の患者が他医療機関を受診ごとの規制を撤廃することはもとより、療養担当規則第16条については、昨今の医師偏在（特に地方）により対応の難しい「他の保険医の対診を求める」の文言を、「他の保険医の診療を求める」に変更する必要がある。

○入院中の患者が他医療機関を受診する際には、入院基本料の減算など種々の制限が課せられている。本来このような取扱いは、DPC算定病院を想定したものであるが、地方の小規模医療機関同士でそれぞれの専門性に基づいた「医療連携体制」は既に確立されている。このことは、医療側にも患者側にも十分浸透しており、この受診行動を規制する医療政策には断固反対すべきである。今回のような医療連携を阻害する診療報酬の算定要件は直ちに撤廃し、実態を勘案したものに改定すべきである。。

〔地域医療の連携を妨げる〕

○今回の改定で、入院中の他医療機関受診は、「入院医療機関で診療できない専門的な診療が必要となった場合等やむえない場合」に限られることとなった。また、紹介元の入院基本料の削減及び紹介先の診療所（処方薬の制限等）により、病診、診診連携を阻害し、1人の患者さんを、複数の医療機関が連携して支える地域医療を否定することにもなり、患者さんが自由に医療を受ける権利を侵害することにもなり、大変支障を来している。

○この規制強化は医療機関の混乱を招き、若干の見直しがされたが、基本的な考え方は変更されておらず、誤ったままといえます。入院医療機関によってはすべての疾患の治療を行うことは不可能です。他院受診が制限されれば専門的な治療が受けられなくなったり、病気の悪化も招きかねません。本来推進されている病診連携を阻むものといえるでしょう。この項目に関しては早急に撤廃すべきと考えます。

○包括点数でない入院基本料算定患者が他の医療機関を受診した場合、入院基本点数の30%を減額するこ

ととされ、専門性を勘案した病診連携が困難となった。

〔請求作業が煩雑〕

- 他医療機関からの受診の際に依頼書が必要となり、レセプト記載、添付などが必要となりますが、双方の医療機関で事務作業に混乱が生じております。
- 医療機関に入院中の患者の他の医療機関への受診については、それぞれの専門でのこともあり、今回のいろいろな制限、また事務作業の増加は受診抑制そのものであり、現場の事情を全く考慮していないと思われる。
- 他医療機関に入院中の患者が眼科受診をした際の眼科側の請求が煩雑になった。
- 他医療機関受診時、一般病棟入院基本料算定患者、診療報酬明細書記載に際して、他医療機関への明細書郵送費、確認行為に対しての加算が必要である。

〔不合理〕

- 現行ルールは、国民皆保険制度の原理である「現物給付」の概念（患者が受けた医療サービスを保険者が買い上げる）からしても矛盾しており、双方の医療機関が100%算定できるシステムにすべきである。（医療機関同士で合議・精算するという現行システムは筋が違うと考える。）
- 単科入院が主となる精神科や整形外科などでは併存疾患（内科疾患）についての他科受診は必須である。逆に内科疾患患者は、それらの単価病院へは入院できないという不都合を生じる。
- 出来高病棟の入院基本料30%控除は、根拠が不明。入院費そのものを否定するに等しい。
- 他医療機関からの受診で、投薬が出た場合の対応について出来高と特定入院料との疑義解釈が出されましたが、そもそも出来高と特定入院料を算定している場合に分けること自体に疑問を感じます。
- 外来医療機関で行われた投薬、注射は算定不可だが、（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた・・・）との部分の解釈が社保・国保に確認しても明確ではなく、算定に苦慮しております。
- 今回の改定で一般病院に入院中の患者が他医療機関を外来受診した際、入院医療機関では入院基本料が30%減額となった。他医療機関では投薬・注射などの費用が算定不可となった件については、投薬・注射費用は算定可能となったが、入院基本料の30%減額とリハビリの算定は認められていない。
- 専門性の高い耳鼻科、眼科、皮膚科、泌尿器科などの他医療機関を受診する場合は、特定入院料の点数7

	0%減算は行わない。 〔医療費抑制の設定〕 ○医療費抑制のために設定されたとしか思えない。 〔その他〕 ○入院先の医療機関が入院患者に診療情報提供書を持参させるのが原則であり、厚生労働省は、入院患者が勝手に他科受診をすることを外来医療機関側が知らないのはその医療機関に問題があると言っているが、患者が寝たきりでも家族が勝手に他科受診をし、薬をもらうことはあり得ることである。
入院基本料	
A100 一般病棟入院基本料	〔15対1入院基本料の引き下げ（地域医療にとっては厳しい）〕 ○20点引き下げられたが、僻地や中小病院はさらに厳しい経営状況となり地域医療の崩壊へ繋がる。 ○医療経済実態調査の結果（黒字）だけでなく、基本的に、急性期医療を担っている医療機関が少ないのではないかとの指摘もあるが、地方においては看護師不足のため急性期を担っていても15対1とならざるを得ないところもある。地方に対する配慮も必要なのではないか。 ○中小病院に多い15対1入院基本料算定病院が地域医療に果たす役割は大きく、これを従前の点数に戻すべき。 ○実態調査の結果の検証が必要である。通年調査へ。 〔一般病棟入院基本料における早期加算の引き上げ〕 ○一般病棟での入院早期の加算が428点から450点に引き上げられた。急性期入院医療の底上げにつながるものとして評価できる。 〔特定入院基本料の廃止〕 ○一般病床に90日を越えて入院する患者の取り扱いが変更され、従来の後期高齢者特定入院基本料が特定入院基本料に名称変更され、減額の取り扱いが全年齢に拡大されている。点数そのものを廃止すること。

〔一般病棟看護必要度評価加算〕

- 10対1入院基本料でも一般病棟看護度評価加算が算定できるようになったことは評価するが、15歳未満の小児患者や産科患者は評価の対象外となり、当該加算を算定できない。産科患者では妊娠悪阻や切迫流産は産科か婦人科か判断に苦慮する場合もあり、小児科・産科でも加算を認めるべきでは。
- 一般病棟看護必要度加算も10対1入院基本料算定の要件があり、急期看護補助体制加算も7対1、10対1で縛りがきつく、地域の中核病院や中小病院ではほとんどが算定できない。

〔7対1、10対1特別入院基本料の新設〕

- 3カ月に限り緩和措置が設けられたが労働環境の改善に繋がるものではない。
- 7対1特別、10対1特別入院基本料算定時も、入院基本料加算や特定入院料の算定を可とすること。看護配置やその他施設基準は遵守されており、入院医療サービスには問題がないはずであり、入院基本料等加算等の算定を認めるべき。
- 7対1、10対1特別入院基本料を、低い点数設定の特別入院料との激変緩和のため新設したが算定要件が厳しい。

A101
療養病棟入院基本料

〔療養病棟入院基本料2の引き下げ〕

- 療養病床の25対1はかなり引き下げられた。20対1（医療区分2・3が8割以上）に上げようとして重症者を受け入れると非常に手がかかるようになり、人件費が高騰して採算が取れなくなるケースもある。
- 中医協による療養病床のコスト調査でも医療区分1の場合大きな赤字となっており、今回の改定では医療区分2及び3の患者比率が80%以下で、看護職員25対1以上の場合は、軒並み更なる引き下げが行われた。療養病床の削減も現在政策上は凍結されているのに、これでは経営上の理由から病床削減が進行してしまう。

〔療養病棟における他科受診の影響〕

- 療養病床のある病院では専門外の薬剤を用意しなければならない。その患者さんが退院すると不良在庫に

	なる。療養病床では包括になるので相当高額な薬剤でも費用を病院が負担しなければならない。(出来高算定の一般病床では、その後の通知で、ほぼ改善されている。) また、薬代が高いので療養病床への入院の受入ができそうにない、ということが起こってきている。「お薬難民」が出てくる。 [救急・在宅等支援療養病床初期加算は評価が低い] ○療養病棟入院基本料に救急後や在宅患者の受入れを支援するため、救急・在宅等支援療養病床初期加算 150 点 (14 日以内、1 日につき) 新設されたが非常に低い評価である。 [評価できる] ○入院基本料 E 及び医療区分 3 が細分化されたことは評価できる。
A103 精神病棟入院基本料	[13 対 1 入院基本料の新設] ○精神・身体合併症への総合的な機能を有する精神病棟を評価するため、13 対 1 入院基本料が新設され、10 対 1 入院基本料と同様に入院患者の重症度に関する基準等が導入された。 全精神病床の 80% を占める民間の精神科病院の中にも精神・身体合併症への総合的な機能を有する精神病棟があるのにもかかわらず平均在院日数 80 日以内が設定されたために実質算定できず、結果、大学病院や総合病院のために新設された入院基本料となってしまった。
A108 有床診療所入院基本料	[入院基本料の引き上げ] ○有床診は病院の受け皿的な機能もあり、入院期間が長期化することもある。31 日以降の入院料の引き上げを望む。 ○今回ようやく有床診療所の点数が見直されましたが、入院基本料については、病院との格差は以前にも増して激しくなっており、「再診料のみが統一」されるという説得力のない変更は納得できない。有床診療所の地域における役割を考えれば、早急に入院基本料の改定・増額が必要である。 [入院基本料 7 日以内の減額] ○入院基本料の 7 日以内が減額されている。眼科、耳鼻咽喉科、肛門科等短期間入院の場合は引き下げにな

	っているので7日以内の点数を引き上げる必要がある。 ○有床診療所入院基本料が、眼科の短期入院を標的にしたかのように減額されたことが、眼科有床診療所の減少に拍車をかけるのではないかと危惧される。そこで、白内障手術のような急性期医療に対する配慮が望まれる。 [点数要件が厳しい] ○入院基本料3と療養病床Eの点数が低すぎる。人員配置基準が厳しく（一般病床と別々にカウントされる）人件費にかかりすぎ、経営を圧迫。 [日本産婦人科医会（満足度調査より）] ○有床診療所入院基本料の「運用・点数の改定についての評価」は、 <table border="0"> <tr> <td>評価する</td> <td>19.6%</td> </tr> <tr> <td>不満</td> <td>22.9%</td> </tr> <tr> <td>どちらでもない</td> <td>50.5%</td> </tr> </table> 調査対象医療機関である「有床診療所からみた評価」は、 <table border="0"> <tr> <td>評価する</td> <td>33.0%</td> </tr> <tr> <td>不満</td> <td>38.3%</td> </tr> <tr> <td>どちらでもない</td> <td>39.4%</td> </tr> </table> 比較的全体の評価より「評価する」は高い頻度であったが、その意見として、短期入院の産科診療所には有利。上げてもらって当然。などの意見があった。	評価する	19.6%	不満	22.9%	どちらでもない	50.5%	評価する	33.0%	不満	38.3%	どちらでもない	39.4%
評価する	19.6%												
不満	22.9%												
どちらでもない	50.5%												
評価する	33.0%												
不満	38.3%												
どちらでもない	39.4%												
A108 有床診療所入院基本料 有床診療所一般病床初期加算	[算定要件・施設基準が厳しい] ○有床診療所一般病床初期加算100点（7日以内、1日につき）が新設されたが算定要件、施設基準が厳しい。 [日本産婦人科医会（満足度調査より）] ○「有床診療所一般病床初期加算についての評価」は、												

	評価する 22.6% 不満 12.5% どちらでもない 56.7% 調査対象医療機関である「有床診療所からみた評価」は、 評価する 36.2% 不満 22.3% どちらでもない 39.4% せめて14日間にして欲しい。また、病院側の医師からも、有床診療所の点数が低すぎる。レベルは病院と同等を求められている。などの意見があった。
A108 有床診療所入院基本料 医師配置加算	[点数の見直し] ○従来は100点であったが、60点に減点され今回一部88点に回復した。有床診療の確立は2人医師制度にある。全有床診療を対象に88点を100点に戻してほしい。
入院基本料等加算	
A205 救急医療管理加算	[評価できる] ○民間の救急体制（輪番体制）をとっている病院を評価した加算である。今回の加点はプラスに考えている対象病院は多いと考える。夜間の救急体制の充実、断らない救急の体制確保には医師の確保が最大の問題であり、この救急加算を充実・発展させなければ救急輪番病院は、疲弊すると考える。 ○今回改正で点数が800点に引き上げられたことは評価します。 [条件緩和] ○2次救急医療機関を評価するのであれば、条件を緩和するとか、もっとわかりやすいQ&Aを示す必要がある。
A205-2 超急性期脳卒中加算	[施設基準が厳しい] ○t-P A体制の整備、脳梗塞に対応した積極的な体制を評価した加算である。しかし、10年の治療経験

	を有する脳外科医師・薬剤師・診療放射線技師・臨床放射線技師の体制を整備しなければならず、ハードルはかなり高いので施設基準を取得できる病院の数は限定される。
A207-2 医師事務作業補助体制加算	〔評価できる〕 ○病院勤務医の負担軽減に寄与するものとして大いに評価できる。今後も限られた病院のみでなく、より多くの病院が算定できるよう算定要件の緩和を望みたい。 ○それぞれ、疾患や病態の重要性に鑑み、意味のある加算や管理料かと考える。 ○医師事務作業補助体制加算の区分変更がなされ、全体に引き上げられたことは評価する。 〔算定要件・施設基準が厳しい〕 ○算定条件にマイナーな学会や研修会への長期間の出席修了が義務付けされている。内容が非常に重要なことであり、研修会や学会等のより身近な開催を望む。(A233-2 栄養サポートチーム加算(新設)、A234 医療安全対策加算1、2(2新設)、A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算、A236 褥創ハイリスク患者ケア加算、A242 呼吸ケアチーム加算(新設)も同様) ○医師の事務作業が複雑で煩わしいのは大病院の勤務医だけではないので、施設基準を見直すべきである。 ○全国の病院の届け出状況から考えても、足踏み状況であると考え。今一度、全国調査などをして内容について検討する必要があると考える。 ○医師事務作業補助体制加算の点数が引き上げられるとともに、より多くの補助者を配置した場合の15対1や20対1の加算が新設され、施設基準も緩和されたことは評価できる。ただし、中小規模病院においては入院初日のみの算定で全く人件費に見合わない。
A207-3 急性期看護補助体制加算 (新設)	〔算定要件が厳しい〕 ○7対1、10対1入院基本料に加算が新設されたが、要件が厳しく中小病院では届出が難しい。 ○急性期看護補助体制加算の新設は評価できるが、算定できる医療機関が意外に少ないと聞く。詳細については今後の調査を待たなければならないが、施設基準の緩和が必要なのではないか。

A230-2 精神科地域移行実施加算	[低い評価] ○10点の加算ということではあるが、ソーシャルワーカー、看護などの地域移行に係る労力に対してはあまりにも低い評価である。退院に伴う入院収入減のリスクのある病院からの地域移行実施に対して、このような恣意的な点数のつけ方は、努力している人達への配慮が足りない。正当な形の正当な診療報酬を要求する。
A230-3 精神科身体合併症管理加算	[評価できる] ○今まで2区分（包括病棟300点と出来高病棟200点）となっていた評価を1区分に統一し、350点に引き上げられた。区分統一と点数引き上げは評価できる。
A231 児童・思春期精神科入院医療管理加算	[評価できる] ○濃厚な治療を必要とする児童・思春期入院に対して、診療報酬を引き上げ正しく評価しようとしたことは評価できる。 [実態に即していない] ○治療室単位での算定を選択した場合においても、廊下、便所など生活に関わるスペースの全てについて、それ以外の部分（加算を算定しない「成人向け」部分）と共有できないことは、著しく合理性を欠くものと思われ、次回改定では学習室を除いては共有を認めるべきである。
A231-2 強度行動障害入院医療管理加算	[施設基準が厳しい] ○施設基準として、児童福祉法に規定する重症心身障害者施設や国立病院、また、以前から民間では開設困難とされる児童・思春期病棟のみと規定されている。この施設基準では民間病院での算定できない。このような患者はすべて算定要件にあるような医療施設で診ていく方針であれば、円滑な受け入れ体制を作り、これを義務化すべきである。

A231-3 重度アルコール依存症入院 医療管理加算（新設）	[評価できる] ○今まで、全く評価がない状態であったことから、これが新設されたことの意義は大きい。 [実態に即していない] ○アルコール依存症の治療は初期の栄養障害や肝障害など身体的ケアや離脱せん妄の治療に始まり、それが落ち着いたのち、断酒に係るプログラムが開始される。今回の加算は入院から2カ月間の断酒プログラムに対する評価であり、実態には則していない。本治療は初期・中期・長期と段階に合わせたケアが不可欠であり、この長期的な係わり（治療）に対する評価が必要である。また、入院初期の身体面での対応についての評価も加えるべきである。
A231-4 摂食障害入院医療管理加算 （新設）	[算定要件が厳しい] ○濃厚な治療を必要とする摂食障害の入院に対して診療報酬を引き上げ正しく評価しようとしたことは評価できる。しかし BMI15 未満というのは条件として狭すぎ、一部の患者に限定されてしまう。食行動に摂食障害特有のパターンを示す患者全般に対象を広げるべきである。その一方で専用の食堂を算定の条件として求めることを加えることが必要ではないと思われる。
A233-2 栄養サポートチーム加算 （新設）	[点数が低い] ○新設されたが点数が低く項目設定だけと考えられる。 [算定要件の見直しが必要] ○専従の職員が必要であり長期の研修も必須となっている。条件の緩和を求める。また、施設基準がクリアできれば療養病棟でも認めるべきでは。
A234 医療安全対策加算1 医療安全対策加算2	[評価できる] ○加算1は50点から85点へ増点、専従要件を専任へと緩和した。加算2を新設し医療安全に取り組む積極性を評価したい。

	[算定要件が厳しい] ○加算 1 の基準はさらに厳しくなり、加算 2 はと重要な基準にも関わらず、35点と低い評価である。
A235 褥創患者管理加算	[評価できる] ○褥瘡に対する重要性を認識させるためにも加算が継続されていることは意義があると評価される。 [点数が低い] ○多くのスタッフが関与している割には低点数（20点）なのが問題である。
A238 慢性期病棟等退院調整加算	[点数が低い] ○専従の看護師と専任の社会福祉士を評価した加算であるが急性期と慢性期の調整には多くの労力がかかり点数をより大幅に評価してもらいたい加算である。また、専従、専任どちらにしても人員の面で急性期・慢性期を兼務している実情がある。 [退院を促す] ○退院を促すためのもので、患者の追いだしにつながりかねない。
A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算（新設）	[算定要件が厳しい] ○算定基準のハードルが高く問題がある。救急患者を地域の連携により早期転院を支援する加算であることは十分に評価できるが、地域の救急医療連携の現状は十分ではなく、信頼関係をまず病院間が協議することが先行されなければ普及には時間がかかるように考える。 [退院を促す] ○退院を促すためのもので、患者の追いだしにつながりかねない。

A238-5 救急搬送患者地域連携受入 加算（新設）	〔退院を促す〕 ○退院を促すためのもので、患者の追いだしにつながりかねない。
A240 総合評価加算	〔基準があいまい〕 ○今回名称と対象患者は変更となったが、「基本的な日常生活能力・認知機能・意欲等について総合的な評価」と記載されている。しかし、評価方法が明記されておらずあいまいな内容となっており、患者に説明義務がある以上基準をはっきりさせるべきである。 〔対象拡大は評価する〕 ○在宅医療の重要性から後期高齢者以外にも総合評価加算が算定できるようになったのは評価するが、施設基準を届け出るための講習会が少なく、各県の取り組みでも隔たりがある。日医や県医師会主導の研修会を可とし、多職種で総合評価が行えるかなど算定要件の緩和を求める。
A242 呼吸ケアチーム加算（新設）	〔施設基準が厳しい〕 ○専従の職員が必要であり長期の研修も必須となっている。条件の緩和を求める。また、施設基準がクリアできれば療養病棟でも認めるべきでは。 〔点数が低い〕 ○新設されたが点数が低く項目設定だけと考えられる。
A243 後発医薬品使用体制加算	〔評価できる〕 ○後発医薬品の使用についてはじめて診療報酬上算定された点は評価したい。 〔算定は限られる〕 ○DPC対象病院は、算定対象から除外される点、30点と小規模な加算であることなどから普及は限定的と考える。

	[日本産婦人科医会（満足度調査より）] ○「後発品の処方への誘導についての評価」は、 評価する 20.3% 不満 40.3% どちらでもない 38.1% 医療費減少にはよいが、薬効には不安を感じるの否めない。経済面が優先され、安全性・開発意欲に疑問。誘導方法が強引。なによりも、産科領域では母児への安全性が第一に優先されるべき。との意見があった。
特定入院料	
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	[評価できる] ○特定集中管理料（患者と看護師の比率2対1）よりも水準を上げた簡易型の集中治療管理室（患者と看護師の比率4対1）ができたことは評価したい。 [看護師の確保が課題] ○管理料の算定を考えている病院は、10対1から7対1を目指している病院が多く看護師数の確保が課題である。
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	[評価できる] ○脳外科疾患の集中治療室の構築をめざしている医療機関にはふさわしい施設基準であると評価する。 [医師の確保が課題] ○専任の脳外科医師の確保が最大の課題である。

A303 総合周産期特定集中室治療室 管理料 2. 新生児集中室治療室管理料	[評価できる] ○1400点の増点は新生児医療の充実として評価できる。
A303-2 新生児治療回復室入院医療 管理料（新設）	[評価できる] ○本管理料の新設は新生児医療の充実として大いに評価できる。 [対象施設が限られる] ○A303とあわせてこれらを算定できる施設は一定規模以上であり、多くの中小小児科病床では算定できない。 [現場の課題] ○NICUを有していることが条件であるが、現実問題として、NICUを有していても慢性疾患患者が長期占有していることがしばしばみられる。このような現場の課題もある。
A307 小児入院医療管理料2 （新設）	[評価できる] ○本管理料（4,000点）の新設は評価できる。 ○特定機能病院においても小児入院医療管理料が算定可能となったことは画期的であり高く評価できる。 [施設基準が厳しい] ○施設基準は小児入院医療管理料1よりは緩いが結構ハードルは高い。地域小児科センター病院構想に近いものである。これを契機に地域小児医療の重点化・集約化が進むかどうか注目される。一方全国の病院小児科の殆どが小児科医数1～3名体制であること、またこれらの多くの病院小児科が閉鎖されている現状を考えれば小児入院医療管理料3、4の更なるアップが望まれる。 ○小児急性期医療に関して、A307小児入院医療管理料1と2の間に新小児入院医療管理料2が新設されたが、日本のほとんどの病院小児科が小児科医数1～3名体制である。

A308 回復期リハビリテーション病棟 入院料 休日リハビリテーション加算 (新設)	[評価できる] ○この加算が導入される以前より365日体制を実施していたリハビリテーション病院の努力が評価されたものとする。 ○受診者及び医療の質の面からもたいへん有意義で評価されたこと。 [人員的に困難] ○すでにリハビリスタッフのマンパワーがある病院でなければ加算の取得は困難であるとする。
A308 回復期リハビリテーション病棟 入院料 リハビリテーション充実 加算(新設)	[評価できる] ○患者にとってリハビリテーションをできるだけ集中的に実施したほうが効果的であることが評価されたと理解する。 [要件が厳しい] ○患者に1日あたり平均6単位実施することは努力が必要である。充実加算の算定要件はハードルが高く困難であるとする。
A308-2 亜急性期入院医療管理料 リハビリテーション提供 体制加算(新設)	[評価できる] ○在宅・慢性期の施設へ移行するまでの管理区分としての存在が認知されたと評価している。 ○亜急性期病棟におけるリハビリテーション提供体制加算が新設され、リハビリの後方医療機関として少し評価された。 [要件が不明確] ○各病院の特色があり1と2の管理料の区分がどちらを選択するかがわかりにくい。 [患者への十分な説明が必要] ○疾患上の治療期間の差で回復期リハビリテーション病棟に転棟できない患者の受け入れが評価された。しかし、急性期から亜急性期への部屋移動には診療報酬が異なるため十分に説明を尽くし、患者への亜急性

	医療への理解を得る必要がある。
A 3 1 1 精神科救急入院料	[評価できる] ○入院早期（30日以内）の評価が20点引き上げられ、医療観察法の入院処遇者を受け入れた場合に新規入院患者として算定することが可能となるとともに、措置入院等と同様に受け入れた月の入院患者数から除外して取り扱われるようになり、若干の施設基準の緩和がなされた。今後も救急機能の強化のために改定時の引き上げをお願いしたい。
A 3 1 1 精神科救急入院料 A 3 1 1-2 精神科急性期治療病棟入院料 A 3 1 1-3 精神科救急・合併症入院料 A 3 1 2 精神療養病棟入院料	[非定型抗精神病薬加算の見直し（質から数への評価の転換）] ○第22回平成21年8月6日「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において課題となった、非定型抗精神病薬の多剤投与が世界に比較して多いことが資料として出された。しかし、その検討会では、「薬物療法のあり方や精神疾患に関する研究開発の推進を含め、その他精神医療の質の向上の観点からは、必要となる取り組みについて更に検討を行うべきでないか。」と議論の整理がなされていた。つまり、多剤投与の検証もなされないまま、診療報酬の評価となっている。 特定入院料での非定型抗精神病薬はコスト割れが続いており、今回の加算にしても全く届かない。加算の方法も納得できるものではない。
A 3 1 2 精神療養病棟入院料	[精神科精神療養病棟入院料の引き下げと重症度評価の導入] ○今回点数が引き下げになったが、慢性期の統合失調症で病的体験が遷延したり、認知障害を伴い種々の介助や援助が必要な患者が主体である病棟が、なぜ引き下げになったのか理由が不明で理解出来ない。慢性であるからこそ、薬物治療では十分治療できない症状が残存し治療に手がかかっている。また、高齢化に伴い認知症を合併する例も増加しているため、さらに看護の重症度が増している現状から容認できるものではない。 また、今回、重症度尺度としてGAFスコアが導入されたが、慢性期の統合失調症の重症度を判定するには的確なものとは言えない。導入するならば慎重に検討を行った上で、必要となれば今後新たな尺度を開発する必要がある。

A314 認知症治療病棟入院料	〔認知症治療病棟入院料2（61日以上）の引き下げ〕 ○認知症治療病棟入院料1については、60日までがプラス改定とされたが、認知症治療病棟入院料2については60日以上の機関が引き下げになった。安易に急性期重視とすれば他の入所施設や介護サービスとの整合性に破綻をきたす恐れがある。
-------------------------------	--

2. 医学管理等

点 数 項 目	具 体 的 内 容
医学管理等（総論）	[いわゆるお薬受診の医学管理料への影響] ○今回の改正よりオンライン請求が原則義務化され、未受診投薬要請の回数と未受診投薬要請時の医学管理料算定回数がほぼ把握されるようになっている。今後の改正時における財源として、未受診投薬要請時の医学管理料が厚労省、支払側より狙われるのは時間の問題と考える。相次ぐマイナス改定により診療所の経営状態は非常に厳しいものとなっており、未受診投薬要請時の医学管理料が算定できないと廃院に追い込まれる診療所が増加し、地域医療の荒廃に拍車がかかるのではないかと危惧する。未受診投薬要請時の医学管理料算定に対する理論武装を今から準備しておく必要があると考える。
B001-2-4 地域連携小児夜間・休日診療料 院内トリージ加算 (新設)	[評価できる] ○1. 2 ともに50点の増点は評価できる。 ○注2の院内トリージ加算30点は一定の評価はできる。 ○地域連携小児夜間・休日診療料1、2とも50点増点され、院内トリージ加算30点の新設された。多数の救急外来受診者で混雑する小児初期救急医療に対するきめ細かい配慮と考えられる。 [出務医への評価が必要] ○当該施設においてこれが出務医に還元されるかどうかは不明。今後は出務している医師の自医療機関での点数をアップするようにすべき。 [問題点・議論がある] ○具体的運用については問題点・議論がある。 [日本産婦人科医会（満足度調査より）] ○「地域連携夜間・休日診療加算についての評価」は、 評価する 36.4%

	不満 16.8% どちらでもない 36.4% 調査対象医療機関である「有床診療所からの評価」をみると、 評価する 41.4% 不満 19.3% どちらでもない 36.2% となり、比較的全体の評価より「評価する」はやや高い頻度であったが、その意見として、むしろ当然のことが今まで評価されていなかった。また、病院側の医師の評価が高く、夜間に対する評価がなされた。などの意見があった。
B004 退院時共同指導料	[評価できる] ○在宅療養支援病院の施設基準の緩和は評価できる。 [在宅療養支援病院の点数が低い] ○退院時共同指導料1の診療報酬が、在宅療養支援診療所1,000点の評価に対して、在宅療養支援病院600点は評価が低すぎる。
B005-1-2 介護支援連携指導料 (新設)	[評価できる] ○在宅復帰後を見越した地域連携の評価として一応評価できる。 [実績の検証の必要がある] ○対象疾患の拡大や、平成24年の介護保険との同時改定に向けて実績の検証を急ぐ必要がある。
B005-2 地域連携診療計画管理料	[届出等の算定要件が多い] ○地域内における連携強化・地域内完結医療の推進を図る目的で見直しがなされたが、厚生局へ届け出を行なわないと算定が出来ない等、細かい事務手続きが不要に多く、算定の有無では無いが、あまり効果的でないと考ええる。

B005-3 地域連携診療計画退院時 指導料（Ⅰ）（新設）	[評価できる] ○地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）、地域連携診療計画退院計画加算在宅復帰後を見越した地域連携の評価として一応評価できる。 ○3段階目の医療機関への情報提供は評価できる。 [実績の検証の必要がある] ○対象疾患の拡大や、平成24年の介護保険との同時改定に向けて実績の検証を急ぐ必要がある。 [届出要件が煩雑] ○地域連携診療計画退院計画加算 外来医療を担う医療機関とあらかじめ届出が必要であり、患者ごとにそれぞれの医療機関と連携の届出を行うのは煩雑である。かつ、診療情報提供料（Ⅰ）のほうで250点と高点数であるため、本加算を算定する意義がない。
B005-3-2 地域連携診療計画退院時 指導料（Ⅱ）（新設）	[評価できる] ○急性期の医療を担う大学病院等の大病院とリハビリテーション等を行う中小の病院、そして、外来通院を受け入れる診療所・病院との連携を評価し、結果的に病院勤務医の負担軽減にもつながることになり、また、地域の医療機関の連携に推進に寄与することは評価できる。 ○在宅復帰後を見越した地域連携の評価として一応評価できる。 ○18年改定で脳卒中と大腿骨頸部骨折に対し、地域連携パス（クリティカルパス）が導入された。しかし、その後の調査で急性期病院から回復期病院への移行はスムーズとなったが、回復期病院退院後の受け皿が難しく、多くが介護施設に流れる結果となった。平成22年度改定ではこのことを踏まえ、地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）300点、地域連携計画退院時計画加算100点が新設された。これにより、急性期病院→回復期病院→診療所→急性期病院というパスのサイクルが完成したことは評価できる。ただし、急性期病院→自宅となった場合に算定できない。退院後の診療所との連携、リハビリテーションの継続などを考え、この場合も算定できるようにすべきである。

	[算定要件の改善が必要] ○急性期病院から直接自宅に退院してきた場合には算定することができない。急性期病院から、直接する通院する地域の病院、診療所あるいは在宅へ移る場合にも算定できるよう改善する必要がある。 [実績の検証の必要がある] ○対象疾患の拡大や、平成24年の介護保険との同時改定に向けて実績の検証を急ぐ必要がある。
B005-6 がん治療連携計画策定料 (新設)	[評価できる] ○評価できる。 [届出方法の簡素化が必要] ○施設基準の届出に関し、計画策定病院と連携医療機関が一对一で届出をそれぞれ行う必要があり、届出医療機関を増やすためには、届出方法の簡素化が必要である。
B005-6-2 がん治療連携指導料 (新設)	[評価できる] ○評価できる。 [算定要件について検討すべき] ○がん診療における拠点病院と地域の医療機関があらかじめ策定された地域連携計画に基づき連携を行うことについては評価できるが、がん治療は外来のみで行われることも多く、算定要件について検討すべきである。 [届出方法の簡素化が必要] ○施設基準の届出に関し、計画策定病院と連携医療機関が一对一で届出をそれぞれ行う必要があり、届出医療機関を増やすためには、届出方法の簡素化が必要である。

B005-7 認知症専門診断管理料（新設）	〔評価できる〕 ○認知症外来医療や肝炎治療を推進するため評価に値する。
B005-8 肝炎インターフェロン治療 計画料（新設）	〔生物的製剤治療〕 ○同じように病診連携が必要なものにリウマチにおける生物的製剤治療がある。 〔経験有する医師を持つ病院の加算〕 ○インターフェロン治療の普及に必要な加算であると考えるが、現状は経験有する医師の在籍する病院が関与する加算に留まっているように考える。
B009 診療情報提供料（I） 認知症専門医療機関連携加算 肝炎インターフェロン治療 連携加算（新設）	〔評価できる〕 ○認知症外来医療や肝炎治療を推進するため評価に値する。
B011-4 医療機器安全管理料2	〔評価できる〕 ○点数の引き上げ 放射線治療の質向上を目的に、放射線治療機器の保守管理、精度管理及び照射計画策定の体制などの安全管理を評価している。
B014～018 後期高齢者関連	〔評価する、廃止は当然である〕 ○後期高齢者診療料をはじめとする、後期高齢者関連の点数が廃止された。年齢によって受ける医療に格差が生じることは好ましいことではなく、廃止は評価できる。 ○今後の外来医療をゲートキーパーに委ねて包括化した内容は、廃止されて当然である。

3. 在宅

点 数 項 目	具 体 的 内 容
C000 往診料	[評価できる] ○往診料の引き上げは評価する。 ○乳幼児の加算を新設した。 [在宅療養指導管理料の通則の見直し] ○「在宅療養支援診療所から患者の紹介を受けた保険医療機関が、紹介元と異なる在宅療養指導管理を行った場合、紹介された月に限り、在宅療養指導管理料を算定できる」とされた。頻繁に見られることではないが、専門分化や医療機関の多様性が拡大する中、連携してプライマリーケアを支えてきた診療所間の医療連携を阻むものである。取り扱いを従前に戻すこと。 [往診料の評価が低い] ○在宅の重要性から、往診料が引き上げられたこと（650⇒720点）はある程度評価できるが、まだ評価が低い。さらに日本臨床皮膚科医会の調査では、介護老人保健施設や特別養護老人ホーム等の高齢者施設における皮膚疾患の有病率は、70%という高率であることが明らかになっていること、また、これら施設においては、疥癬の流行や褥瘡の処置等で、皮膚科医が往診を依頼され診療に出向く機会も著しく増加しており、一度に複数の患者の診察を依頼される場合が多いが、現行では往診料は一人しか算定できないため、患者の支払における不公平感は否めない。今次改定ではこの点の改善がなされていない。 ○今回点数アップした往診料(720点)を訪問診療料(830点)並みに引き上げていただきたい。
C001 在宅患者訪問診療料	[評価できる] ○居住系施設等訪問の場合が見直され、同一建物居住者に対する訪問診療と、それ以外に整理された。算定条件が明確になり評価できる。

	[同一建物居住者の場合は点数が低い（不合理な設定）] ○今回の改定で在宅患者訪問診療料が、「1 同一建物居住者以外の場合830点」と「2 同一建物居住者の場合200点」になり、同一建物居住者とみなされることになったマンション等居住者については世帯の異なる2人以上の訪問診療を行うと、1人の訪問診療を行った場合より点数が低くなるという矛盾が生じている。速やかに改定すべきである。 ○この点数には交通費だけでなく診療に関する費用も含まれていると思われるが、同一日に同一建物居住者4名を診ても800点しかならず、1名を診た830点より点数が下がってしまう不合理な設定となっている。 [乳幼児加算又は幼児加算] ○実際の医療現場に合った評価であり、良質の在宅医療を発展させるためには更なる充実が必要である。今後も、診々連携を含めた診療報酬上の支援を訴えていくことが重要である。
C002 在宅時医学総合管理料 (新設)	[支援診療所の施設基準の緩和と一般診療所管理料の是正が必要] ○在宅医療は支援診療所のみならず一般診療所によって受け継がれ、維持されてきており、支援診療所の厳しい施設基準をクリアできない郡部の診療所でもほぼ24時間態勢で診療に従事しており、件数こそ異なるがその内容に大きな相違はない。この両者間の管理料算定点数に大きな開きがあり、この是正のため支援診療所の施設基準の緩和と一般診療所管理料の是正が必要と思われる。 [患者への説明が難しい点数] ○包括的な点数設定である在宅時医学管理料は、施設基準等の条件が多く、算定要件も複雑であり、高額であることから患者の負担額も大きくなるので、患者から在宅時医学管理料の説明を求められた場合、患者の納得を得られる説明が難しい面もある。 [出来高による点数設定に見直しが必要] ○在宅診療に関して実際の診療行為に即した出来高による点数設定することで、算定に係る診療回数についての矛盾もなく患者の理解を得られると思われるので、包括的点数の設定の見直しが必要である。

C002-2 特定施設入居時等医学総合 管理料 在宅移行早期加算（新設）	〔評価できる〕 ○在宅への移行を円滑に進める目的であり評価できる。継続性のある加算とすべきである。
C004 救急搬送診療料 新生児加算（新設）又は 乳幼児加算	〔評価できる〕 ○加算の新設や点数の引き上げが行われたことは評価できる。
C005 在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算	〔更なる充実が必要〕 ○実際の医療現場に合った評価であり、良質の在宅医療を発展させるためには更なる充実が必要である。今後も、診々連携を含めた診療報酬上の支援を訴えていくことが重要である。
在宅療養指導管理料	〔包括されている患者負担分の見直しが必要〕 ○在宅療養指導管理料に含まれる自己注射、血糖測定や処置において、薬剤、検査試験紙や医療材料などは患者負担すべきである。「まるめ（包括）」を理由に患者より種々の要望（試験紙や衛生材料など）が多く困惑することがある。 〔文言の削除〕 ○在宅療養指導管理料「通則3」にある「紹介が行われた月に限り」という文言は削除されるべきである。
C100 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児加算（新設）	〔評価できる〕 ○加算の新設や点数の引き上げが行われたことは評価できる。

C114
在宅難治性皮膚疾患指導
管理料（新設）

[皮膚欠損用被覆材を特定保険材料]
 ○皮膚欠損用被覆材が在宅医療の特定保険医療材料に規定され、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料に用いる場合にみに限られ、実質使用しがたい状況となっている。規定をはずして広く在宅医療一般の特定保険医療材料とすべき。

4. 検査

点 数 項 目	具 体 的 内 容
検査（総論）	[評価できる] ○以前の「コンタクトレンズ処方のため」や「コンタクトレンズ装用者に対して」の文言が「コンタクトレンズの装用を目的」の文言に変わった。このことにより、一般眼科では、コンタクトレンズ装用患者の他疾患罹患時には出来高算定ができるようになったことは評価できる。 ○新たに下記の点数が新設されたことは評価できる。 網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図： 500 点） 光学的眼軸長測定：150 点 [評価できない（点数引き下げ）] ○生化学検査包括点数の引き下げ、眼科・耳鼻科の汎用検査の引き下げは評価できない。 ○診療所関係の技術料はことごとく減額されている。 ○検体検査料は据え置きが多い中、頻用するまるめ項目点数は5～6点引き下げられた。 ○屈折検査が74点から69点に、矯正視力検査が74点から69点に、眼圧検査が85点から82点に、角膜極率半径測検査が89点から84点に減らされました。これらの検査は、眼科の主検査で、主検査の点数を下げられると開業医にとっては苦しくなります。 ○耳鼻咽喉科学的検査としては標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査、標準語音聴力検査、ことばのききとりなどの減点が実施された。医療機器の価格低下や技術進歩をふまえた改定とのことであるが、これらの検査料には、機器の費用、設備費、人件費、医師の判断料などが含まれていると考えられる。他の費用は大きく変化しているとは考えられず、機器の価格低下のみで10%を超える大幅な引き下げを行ったというのであれば、価格変化の根拠を示してもらいたい。そもそも今回減点された諸検査は耳鼻咽喉科診療の、特に耳科学において中心的な検査であり、日常一般に行われる重要な検査である。外保連試案との整合性もあるが、この部分だけを取り出して大幅な減点をした今回の改定に対してマイナス評価を与えるしかない。

	[6月調査結果をもとにした点数設定は不合理（眼科）] ○視力検査や眼圧検査など最も頻度の高い検査が大幅な減点となった。眼科では最も患者数が多い6月の調査結果を基にした点数配分は不合理である。
検体検査実施料 外来迅速検体検査加算	[評価できる] ○点数が引き上げられたことは評価できる。 ○一項目10点への増点は評価できる。特に小児科では迅速に検査結果を必要とすることが多いので評価したい。
血液学検査 D005 血液形態・機能検査 9 自己溶血試験、血液粘稠度、ヘモグロビンA_{1c} (HbA_{1c})	[不合理な改定] ○月2回算定できないというのは、30日処方でも4週処方でも、月初めと月末の2回検査を要することがあるため、一律に算定不可とするのは不合理。
D007 血液化学検査	[引き下げ容認しがたい] ○検体検査判断料は据え置かれたまま、多項目包括項目の点数が引き下げられた。日常的に幅広く行われている一般的検査の点数引き下げは容認しがたい。
D013 肝炎ウイルス関連検査	[精密測定の名義削除] ○今回の改定で肝炎検査の精密測定の文言がなくなった。HBs抗原、HBs抗体の定性・半定量検査は正確性から意味が少なくなったと考えられ、全国でもスクリーニングで定性しか認めていない地域は少なくなっており、定性検査を保険適用する意味は乏しいと思われる。
D023-6 HPV核酸同定検査（新設）	[評価できる] ○HPV核酸同定検査が算定できるようになったのは評価する。

	[算定の縛りは撤廃すべき] ○細胞診でベセスタ分類が ASC-US と判定された患者に対してのみ算定となっており、細胞診と同時に実施した場合は算定できないがこの縛りは撤廃するべきでは。
D026 検体検査判断料 検体検査管理加算(IV)	[評価できる] ○評価できるが、急性期病院にあっては、各種検体検査の質の確保や迅速化は重要な課題であり、臨床検査技師 10 名以上を擁する体制として新設されたことは評価できる。 [病小規模に応じた技師数の設定は考慮すべき] ○病床規模に応じた技師数の設定など考慮すべき点がある。
生体検査料	[減点は評価できない] ○医療機器の価格低下や技術進歩をふまえたとの理由によって今回の改定で減点したのは検体検査約 40 項目、その他▽眼科学的検査 5 項目、▽耳鼻咽喉科学的検査 2 項目、▽内視鏡検査 2 項目、▽皮膚科処置 4 項目である。過去の点数改定をみても検査は減点のターゲットにされやすいが、診断や治療にとって必須のものであり、安易に減点することは医療・検査の質の低下に繋がりがねず容認できない。 [生体検査に関する外保連試案の活用] ○生体検査に関する外保連試案も一部活用されたよう（点数引き下げのために？）であるが、今後この流れは加速することが想定される。
D216-2 残尿測定検査 超音波検査によるもの （新設） 導尿によるもの （新設）	[評価できる] ○超音波によるものは 50 点→55 点になり、外来管理加算より低い処置や検査という矛盾が一つ解消されたことは評価する。 [点数が低い] ○導尿によるものは 45 点と低く、導尿の場合はカテーテル挿入に際し、困難な症例もある。低いのは問題

	である。
D 2 4 4 自覚的聴力検査 1 標準鈍音聴力検査	[引き下げは問題] ○標準純音聴力検査の引き下げは大きな問題である。
D 2 5 4 精密眼圧検査 D 2 6 1 屈折検査 D 2 6 3 矯正視力検査 D 2 6 5 角膜曲率半径計測	[理不尽な減点] ○眼科診療における重要な視力に関する検査（屈折検査・矯正視力検査・角膜曲率半径計測）および眼圧検査に、仕分け会議の理解不足による医療の適正化という名目による引き下げの白羽の矢が当たった。すなわち、「使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき」として行われた理不尽な眼科学的検査点数の減点は、当局が目をつけた検査項目のみのコスト調査であり、他の検査との比較のないまま病院のデータを用いて行われている。実際には、検査機器の価格を調査するとほとんどの価格が上昇している。 ○眼科がやり玉にあがって、厚生労働省の検査器具の価格が安くなったことが下記の減点につながったが、現実、機械価格は安くなっていなかった事が判明した。この減点是不合理極まりない。 ・屈折矯正にかかわる屈折検査、矯正視力検査、角膜屈曲率半径計測が改定により5点減点となった。 ・屈折検査・矯正視力検査が69点に、角膜局率半径計測が84点に、また精密眼圧測定は82点へ3点減点された。 [検査の点数復活ないしは増点数が切望される] ○機能の中でも視力は最重要なものである。眼にとって見えるか見えないかは、生きているか死んでいるかに匹敵する機能である。また、高齢化が進み緑内障による失明が増えてきて、眼圧検査の必要性が再確認されてきている。この様に国民の目の健康を守るために最も重要な検査が大幅な引き下げの対象とされたことは、患者のQOL・QOVの向上に悪影響を及ぼすものと考えられる。是非とも、これ等の最も重要な検査の点数復活ないしは増点数が切望される。

D 2 9 8 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口 部ファイバースコープ (部位を問わず一連につき) D 2 9 9 喉頭ファイバースコープ	○医療機器の価格低下や技術進歩をふまえた改定ということで、内視鏡検査 2 項目が減点の対象となったが、いずれも耳鼻咽喉科で行われる専門性の高い検査である。標準純音聴力検査などが減点されたことも考えると耳鼻咽喉科学的検査を標的に減点したと思われ、納得できない。内視鏡検査は現在記録装置が発達し電子化した画像をファイリングすることも広く行われているが、そのための機器の導入には相当の経費がかかる。内視鏡のみの価格ではなく周辺機器の価格も考慮に入れば減点はまったく納得できない。
D 2 9 8 - 2 内視鏡下嚥下機能検査 (新設)	[評価できる] ○長年耳鼻咽喉科の念願であった当項目が新設されたことを評価する。 [将来増点を希望する] ○手技導入部分では喉頭ファイバースコープと同様な操作であるが、色素剤の嚥下状態を観察記録するなど、従来の喉頭ファイバースコープよりはるかに複雑で時間が必要な検査が同じ点数設定であることは納得できない。近い将来増点を希望する。
D 4 0 0 血液採取 静脈	[微少の増点] ○2 点の増点は評価できるが、材料費等を考慮すると微少。6 歳未満への加算も、その手技の困難さおよび人手を要することを勘案すれば余りにも微少のままである。

5. 画像診断

点 数 項 目	具 体 的 内 容
画像診断（全般）	[デジタル化を促すような点数設定が妥当であった] ○デジタル映像化処理加算が廃止され、X線撮影料をデジタル撮影とアナログ撮影に区分しアナログ撮影料が引き下げられた。また、デジタル撮影の引き上げに対応し、フィルムレス化を評価した電子画像管理加算の点数は引き下げられた。フィルムレス化への誘導を目的とする政策的な点数設定であるが、多くの診療所はデジタル化されておらず、現段階では、デジタル化を促すような点数設定が妥当であった。
通則 4・5 画像診断管理加算 1・2 CT 撮影・MRI 撮影の施設基準 冠動脈CT 撮影・心臓MRI 撮影施設基準	[大病院が大半であることが問題] ○放射線科医師の読影結果に対する評価である。まず在籍している病院は大病院が大半である現状が問題。 [設備投資に見合う加算かどうか疑問] ○設備投資に見合う加算かどうかおおいに問題がある。上位機種 of 機器を保有し高度医療を提供している病院を評価。 [普及は限定的] ○特殊な撮影技術をもった放射線科医師の読影結果に対する評価であり、普及は限定的である。
E101-2 ポジトロン断層撮影(PET) E101-3 ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影(PET-CT)	[適用範囲の拡大] ○早期胃癌を除く全ての悪性腫瘍が対象となった点では適用が広がった。 [保険適用の判断が困難] ○病理診断による確定診断が困難な場合は、診療上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されることが要件となっており、実際には、悪性腫瘍が疑われて PET 検査が行われることが多く、保険適用の判断に困難を伴う例が多い。

CT及びMRIの2回目以降の撮影	[評価できる] ○一律650点から80/100に緩和されたのは評価できる [2回目以降の逓減] ○CT、MRIの同月2回目以降の逓減点数は、撮影機器に関係なく一律650点から所定点数の100分の80に相当する点数という現実的な逓減に改められた。
E200 コンピュータ断層撮影 (CT撮影) E202 磁気共鳴コンピュータ断層撮影 (MRI撮影)	[機器による区別化] ○CT、MRI撮影については、16列以上のマルチスライス型機器、1.5テスラ以上の機器など、高額医療機器の導入コスト、メンテナンスコスト、新たな撮影法の登場や画像処理機能の違いから、機器による点数の区別化が図られたが、やむを得ないものとする。 [マルチスライス型の機器が16列以上と以下に区別された] ○日常診療において十分な機能と思われる4列マルチスライス型の機器において減額となっているのは評価できない。

6. 投薬

点 数 項 目	具 体 的 内 容
後発医薬品の使用促進	[評価できない(調剤体制加算について)] ○保険薬局の調剤報酬において、ジェネリックを30%以上使うと調剤料が上がるという評価方法は良くない。 [薬局における変更調剤] ○薬局において、処方医に確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品と含量規格が異なる後発医薬品への調剤が認められたことは、医師の処方権(裁量権)の侵害にもつながりかねず、不都合が生じた場合の対応など問題がある。また、問題のある後発品も多く、薬害を招きかねない。指示した医師に責任が来るようであれば撤回する必要がある。 ○薬剤師が処方医に確認をとることもなく、患者の同意のみで変更するということは医師の意図する治療が困難となる。後発医薬品には、「薬効に信頼がもてない」「副作用など安全性の問題」など、後発薬品の品質、有効性に対する不安感が払拭されておらず、また適応疾患の違いによる減点の不安もある。後発医薬品処方への誘導策の見直しを求めたい。 [使用促進に不信感] ○安全性を担保する基礎データが現場で入手困難となっている。欧米などで使用されているジェネリック医薬品は、製品の添加物に至るまで先発医薬品と同じであるが、日本では主成分のみ同一であり、同等の医薬品ではない。品質、安全性、安定供給等の問題を検証してから使用促進を行うべきである。後発医薬品使用促進は、医療費抑制策のみ先行し、安全性、有効性、信頼性が後回しになっており会員医師には根強い不信感がある。後発医薬品の使用については、強制的に推進していくものではなく、慎重に行われるべきと考える。 ○後発品使用促進のため入院医療機関に後発品使用体制加算が新設された。さらにほとんど議論もなしに療養担当規則に、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応につとめなければならないと記載されてしまった。

【国の政策】

- 後発医薬品の使用に関しては、国の要請により各県で協議会等が設置され、対応について議論されてきた。
「良質なものが市場に流通すれば、使用割合は自然に増加するものであり、国は、国民、医療機関及び
薬局等が安心して使用できるよう施策を講じていく必要がある」との結論に至り、国に報告している。国
は各県に設置された協議会等からの報告内容を分析した上で、見解を示すべきである。
- 国は医療費削減を目的として、後発医薬品の使用を強制的に推し進める一方、高額な医薬品を次々に市場
に流通させたり、「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」を創設する等、薬剤全体の政策に一貫性がない。

7. 注射

点 数 項 目	具 体 的 内 容
通則 6 外来化学療法	○化学療法に対するハード面・ソフト面における努力を評価。専任の常勤薬剤師の養成が遅れている。
G005-2 緊急時ブラッドアクセス カテーテル挿入	○中心静脈カテーテル挿入に準じて算定可能となったことは評価できるが、療養病棟の場合は材料、薬剤料ともに算定できなくなった。
G016 硝子体内注射	○加齢黄斑変性の治療に抗 VEGF 製剤が出現し、医師の技術料に前房内注入に変わり『硝子体内注射』という評価が導入された。しかし実際は眼内炎を危惧し手術室で行っているところが多いとの状況を考慮すると、K278硝子体注入術という手術としての算定が適切である。

8. リハビリテーション

点 数 項 目	具 体 的 内 容
リハビリテーション（総論）	[日数制限と日数制限後の対応] ○制限日数を超えたものでも月13単位を限度に算定できるとした制度が、今回も継続されたことは評価できる。また「標準的算定日数を超えても引き続き所定点数を算定できる患者」については、対象患者の基準が厳しすぎることで、また算定するための書類記載が煩雑なことなどから、ほとんど利用されていない。現場医師の裁量権をもう少し広げるべきである。 [疾患別リハビリテーション料] ○今改定で脳血管疾患等リハではⅠ、Ⅱの点数が10点ずつ引き上げられ、また新たに廃用症候群に対するリハが独立した点数となったこと、運動器リハでは施設基準が従来の2段階が3段階となり、運動器リハⅠは施設基準、人員配置が脳血管リハⅡと同様となったことは評価できる。
H001 脳血管疾患等リハビリテーション料 廃用症候群の場合	[廃用症候群（区分の新設）] ○（Ⅰ）（Ⅱ）の点数の引き上げとともに、廃用症候群に対するリハビリテーションとして新たな区分が設定された。 ○廃用症候群のリハ適応は、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者」となっており、あまりにも範囲が狭く臨床の現状に合っていない。「肺炎等」とあるが「等」の範囲を拡大すべきである。 ○脳血管疾患等リハビリでは、長期にわたる廃用症候群の場合が考慮され低い点数で新設された。
H002 運動器リハビリテーション料	[評価できる] ○より充実した人員配置を評価した新たな区分が新設され評価できる。 [点数について] ○今回、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）において診療所では（Ⅱ）へ区分変更され、点数も170点から165点へ5点引き下げられた。リハ患者の多い整形外科診療所は1名につき5点の引き下げは多大な影響があり見直すべきである。

	○運動器リハビリテーションが下がったが、点数を脳血管リハの廃用症候群の場合と同様の点数を設定すれば、回復期リハへの移行が行いやすいと考える。 ○運動器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定していても外来患者は（Ⅱ）での算定となり、一物二価は見直しすべき。 ○脳血管リハⅡが２００点に対し、運動器リハⅠは１７５点と、その格差はより大きくなった。また、運動器リハⅠは「入院患者に限る」とされ、運動器リハⅠの施設でも外来リハの患者に対しては、運動器リハⅡの点数で算定という非常にわかりにくい点数設定となり、さらに従来の運動器リハⅠの施設は今改定で運動器リハⅡとなり、点数は１７０点から１６５点と減点となった。運動器リハは外来でのリハが圧倒的に多く、今回大きな打撃となったと同時に脳血管リハとの格差がますます広がった。
H007 障害児（者）リハビリテーション料	[加算は評価できる] ○診療報酬上配慮すべき加算は評価する。公的病院が中心となってネットワークづくりをしないと普及はしないと考える。
H007-2 がん患者リハビリテーション料（新設）	[加算は評価できる] ○機能低下を抑え、早期回復を図るため評価できる。 ○がん患者が質の高い療養生活を送れるようリハビリテーションが支援する加算である点は評価できるが、医師・リハビリスタッフの研修など準備コストが負担となっている。

9. 精神科専門療法

点 数 項 目	具 体 的 内 容
精神科専門療法（総論）	[点数の引き下げ] ○精神科治療が必要とされるこの時期に、点数が下がり、軽視されていくのは質の低下を招くことになると思う。
1002 通院・在宅精神療法	[評価できる] ○通院・在宅精神療法は、病院と診療所で異なる評価を見直し統一を図り、30分以上の点数を増点したことは評価する。 [評価できない] ○診療所の点数の引き下げ幅が大きく、影響に対する配慮に欠けていたと言える。 [5分要件] ○外来管理加算の5分ルールは廃止になったのに対し、精神科の通院・在宅精神療法の「5分ルール」は撤廃されていない。疑問と不満が残る改定であった。 [実態を反映していない] ○再診の30分以上の通院・在宅精神療法は40点引上げとなったが、実態に合わず、5分以上も含めて労力にくらべて評価が低すぎる。精神科の重要な治療方法(手段)である通院・在宅精神療法を、時間ではなく、実態を反映させた大幅な見直しが必要である。
1003-2 認知療法・認知行動療法 （新設）	[算定要件が厳しい] ○薬物療法以外の治療法として有用なものと考えられるが、一人の患者さんに費やす時間が長時間であり、医師のみがこれを行うだけでは、本来必要な治療対象者すべてに適応することは到底不可能である。パラメディカルをふくめたチームで認知療法・認知行動療法がおこなえるよう、制限の緩和が必要であると考ええる。

	○認知療法・認知行動療法の有用性に着目したものの、医師に外来治療において所要時間30分以上の治療を420点の診療報酬で実施させるとは、あまりに医療経営的配慮を欠いた改定である。今後、この治療の有用性が医療現場で実際に発揮されるためには、少なくとも点数をアップし、集団に対する適応を認めることが必要である。またこの治療法は精神科医で研修を受けることを必修とし、届出制とすべきであろう。
1009 精神科デイケア等の見直し	〔早期加算の新設、食事を包括〕 ○精神科デイケアは、デイサービスとは異なる医療プログラムである点が早期加算として評価されたことは前向きに受け止めるが、栄養管理能力の低下が大きなdisabilityである精神障害者にとって、食事加算を廃止されたことは極めて無配慮な改定であった。その経済的担保である食事加算を廃止しておきながら、「治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる」と明記されたことは、食事を治療の一環としてみなす観点を残していることになり、論理的自己矛盾と言わざるを得ない。食事加算の復活が求められる。

10. 処 置

点 数 項 目	具 体 的 内 容
J038 人工腎臓	[要件について] ○出血性合併症における出来高算定が2週間に限定されたが、半減期の短い抗凝固剤（フサン等）の使用を2週間で中止できることは少ない。 [評価できる] ○CAPDとHDを併用している場合、週1回のみ人工腎臓の手技が算定できることは評価できる。 [点数の引き下げ] ○今回も人工透析に関してはマイナス改定であった。過去10年間の改定で10%以上の引き下げが行われている。これ以上の引き下げは全国的な透析医療提供体制に致命的なダメージを与える。離島、へき地や都会の小規模透析施設では閉院や透析室の廃止が続発しており、医療崩壊は透析においても確実に進行している。 [透析液水質確保加算のさらなる評価] ○全てマイナス改定となり、新たに「透析液水質確保加算」（10点）が新設された。年々経営環境は苦しくなっており、医療安全・危機管理（感染症対策を含む）のためのコストの増加を吸収することが困難になりつつある。「透析液水質確保加算」42点（日本透析医会によるコスト計算）が必要である。 [区分の見直し] ○入院患者に於いては状態が悪くて入院を余儀なくされており、透析時の薬剤などの投与も必要となるが、人工腎臓に含まれ算定ができなくなった。入院患者の人工腎臓は従前か入院患者の評価をお願いしたい。

J055

いぼ焼灼法

J056

いぼ冷凍凝固法

[点数の引き下げ]

○皮膚科において尋常性疣贅は難治性であり、治療に工夫を要する疾患である。大型で多発した場合は、メス等で注意深く切除しながら「いぼ冷凍凝固法」を行っており、手間のかかる治療である。今回、これら処置の点数が引き下げられた。前回20点引き上げられた点数が、たった2年後で10点引き下げられたのは、液体窒素の材料費が下がったことによる適正化が理由とされているが、人件費や輸送コスト等を考えても実勢価格が下がったという理由は納得できない。政府が行った事業仕分けや、マスコミ等で「皮膚科・眼科・整形外科は高収入の診療科」と報道されたことに影響されたものと考えられ、皮膚科の医療現場を把握していない理不尽な点数削減である。

○皮膚科において患者数も多く治療に工夫を要するこれら処置の点数が引き下げられた。前回引き上げられた点数が、根拠もなくたった2年後に引き下げられたことは、政府が行った事業仕分けの場や、マスコミ等で「皮膚科・眼科・整形外科は高収入の診療科」と報道されたことにより、アゲインストの風が吹いた結果としか考えようがなく、全く信じられない改定である。

11. 手術

点 数 項 目	具 体 的 内 容
手術（全般）	[評価できる] ○救急、産科、小児科、外科の医療の再建のうち、手術の適正評価という項目がありますが、形成外科の領域でも動脈皮弁術など大幅に手術料が引き上げられたものがありました。技術に対する評価が上がったということは大変良いことである。それと小児に対する手術評価が引き上げられたことも良かった。 ○小児に対する手術評価の引き上げについて、小児を扱うことの多い耳鼻咽喉科としては対象年齢を6歳未満まで拡大したことは評価できる。 ○救急医療を中心とした外科系医師の待遇を少しでも改善するために手術点数が大幅に引き上げられたのは評価できる。しかし、整形外科領域において一部の脊椎、関節外科の手術点数引き上げに偏りがあり、高点数の疾患を治療するためにセンター化して手術適応があいまいになっている印象が拭えない。 [外保連試案を活用した手術料の引き上げ] ○「手術報酬に関する外保連試案（第7版）」が初めて活用され、外保連試案のD群、E群の点数の引き上げがあったこと、エビデンス（必要スタッフ数、材料費、間接経費、手術の難易度、所要時間など）に基づく点数設定がなされたことは評価に値する。 ○今回具体的には、5段階評価で最も難易度が高い手術グループは50%、その次に難しい手術グループは30%引き上げられた。今後もその活用度が増すことを期待したいが、各学会のエゴがこのシステムを壊しかねないので、客観的な指標が必要かもしれない。 ○結果として少しバランスを欠く点数設定もあるように思う。今後も外保連試案を適切に活用して、今回評価されなかった手術（A～E区分）も含め全体的に議論していただきたい。 [大病院に集中した評価] ○難易度の高い手術料は増額されたが、小病院で日常行われるような難易度のあまり高くない手術料がアップしていない。現実にはコスト割れしてしまうため、実施する施設が減っている。 ○K740直腸切除・切断術（低位前方切除術）とK719結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）な

	ど、前者と後者では手術の難易度に多少の差はあるとしても、どちらも大腸癌の手術であることに変わりはないが、手術内容と保険点数の間で不均衡が生じている。中小病院が広範囲に救急医療を担うためには、中小病院で行う一般的な救急手術の点数に関して手厚い配慮が必要である。 ○外科系医療の一層の充実のためには、手術全般に対する引き上げが必要である。大病院でしかできないようなMajor Surgeryの保険点数が引き上げられた一方で、救急手術の一部は変更なし、もしくはわずかな引き上げのみであった。 ○一般外科の手術料をもっと上げるべきである。また、材料費が高すぎるので、下げるべきである。 〔眼科関連〕 ○白内障の手術以外の手術料が 1.5 倍になったことは評価できるが、一番多く手術されている白内障が同じ難度の手術でも同じ点数で据え置きされたことは納得できない。 ○網膜冷凍手術は、殆ど、世界的に行われなくなった古い手術であるが、この手術の点数が上がっても利用するヒトは皆無である。 ○眼窩手術、網膜硝子体手術や角膜移植術などの外保連試案の難易度Eの手術は大幅アップしたが、難易度Dの手術に格下げされた白内障手術は今回も増点されなかった。白内障の手術料に包括される材料費比率は60～80%と異常に高率であることを考慮すると次期改定での増額が要望される。 ○開業医がほとんど行わない、硝子体手術の点数が非常に上がったが、開業医には全く影響がない。 〔ディスポ材料費の評価〕 ○術後感染の予防や手術法の進歩によるディスポーザブル器具の普及による経費の増加が問題であり、実質的には技術料の減点になっている。まず手術関係のディスポ製品を技術料とは別に算定できるようにすべきである。
K403-2 嚥下機能手術	〔評価できる〕 ○耳鼻咽喉科長年の要求であった嚥下機能手術が新設されたことは評価したい。

K800-3

膀胱水圧拡張術

〔評価できる〕

○先進医療であった手術術式が比較的早く保険収載になったことは評価する。

〔算定要件・届出要件〕

○今回保険収載となった手術術式は、施設基準のハードルが高く、使いづらいという意見が出ている。中医協で認められた後に実際の運用方法は通達という形で衆知されることが多いが、結果として算定できない形になる場合も多い。算定要件、届出要件に関し、一定のルールを作って欲しい。

12. 麻酔

点 数 項 目	具 体 的 内 容
L104 トルガーポイント注射	[レセプトへの実施日記載要件の廃止] ○麻酔の請求にあたっては麻酔実施日を記載することとなったが、レセプトへの記載は最小限度にするべきであり、これは今後予定されている診療内容の項目ごとに算定日を記載する取り扱いの先鞭と考えられる。算定日記載はレセプトの本来の使用目的と異なり、レセプト情報の第三者利用を促進するものであり、算定日の記載は医療機関に多大な負担をもたらすものであり、撤回すべき。

13. 放射線治療

点 数 項 目	具 体 的 内 容
放射線治療	[新しい照射技術や合併症の少ない治療法] ○M001 体外照射では、画像誘導放射線治療加算の新設や従来の放射線治療と比較して正常臓器への副作用が少ない治療法として認められている強度変調放射線治療も適用拡大が行われたことは評価できる。 M004 密封小線源治療では、高線量率イリジウム照射又は新型コバルト小線源治療装置を用いた腔内照射、組織内照射、放射線粒子照射が大幅に引き上げられたことは評価できる。 [評価できる] ○M000-2 放射線同位元素内用療法管理料において、甲状腺癌、甲状腺機能亢進症が大幅に引き上げられ、固形癌骨転移、B細胞性悪性リンパ腫の対象疾患の拡大も行われたことは評価できる。

14. 病理診断

点 数 項 目	具 体 的 内 容
N006 病理診断料	[算定の緩和] ○今回改定において病理診断料に新たに「2細胞診断料240点」が新設されたが、要件を満たしていても婦人科材料によるものはN007病理判断料150点で算定となっている。要件を満たせば婦人科材料でも細胞診断料で算定すべきと考える。

15. その他

点 数 項 目	具 体 的 内 容
機能評価係数について	〔評価基準を示すべき〕 ○DPCについて、病院にとって今後の問題として検討をしなければならない一番の項目は、やはり調整係数や機能係数であろう。この係数を上げるために、いろいろな算出指数の評価項目が提示される。しかし、実際の内容については詳細には分からないことが多いのが現状である。そのため病院はどうしてこの係数になるのか分からないままに受け入れているのが実情である。もっと簡略化して、ある機能をここまでにすると係数が幾つになるなど、透明性のある係数を根拠とした評価基準を示すべきと考える。病院は毎月のデータを厚生労働省に送り、病院が裸にされている。その割には、係数の決定内容が不透明で釈然としていない病院が多いと思う。係数評価もガラス張りにすることが必要とも考える。 〔調整係数の段階的廃止〕 ○調整係数の段階的廃止については、DPCに関連する情報を提出する病院が約1,600施設と大幅に増加し、また病床規模で見ると50万床を超えており、DPC制度の円滑導入という目的はある程度達成された。故に調整係数の段階的廃止については納得ができる。 〔地域医療指数〕 ○新たな機能評価係数(機能評価係数Ⅱ)に設定されている「データ提出指数」「効率性指数」「複雑性指数」「カバー率指数」「地域医療指数」「救急医療係数」のうち、「地域医療指数」については、行っているか否かを聞いているだけで、「質」については問われていない。また、「がん登録」については、地域により不公平な形で係数設定がされていることも確認されており、地域医療指数については検討する余地があるように考える。 〔要件が厳しい(機能評価係数Ⅰ)〕 ○機能評価係数Ⅰでは、急性期看護補助体制加算や検体検査管理加算等が組込まれ、マンパワーの充実度が評価される仕組みになっていることは評価ができるが、人員配置の専従・専任の縛りや研修の縛りが現状では厳しすぎるなど、現場への配慮も必要かと考える。

	【評価できる】 ○今回の改定では、機能評価係数Ⅱでは「効率性指数」、機能評価係数Ⅰでは「急性期看護補助加算」が機能評価の係数に組み込まれたことがポイントに挙げられる。効率性指数では、分母の自院在院日数が分子の全病院の平均よりも短ければ評価されるが、反対に長ければ係数は低くなってしまい、必要以上に評価が下がってしまう。また、急性期看護補助体制加算では、届出要件である一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1では15%以上、10対1は10%以上とされているが、もう少し条件を緩和してほしい。DPC導入の目的でもある、「標準的・効率的な医療による平均在院日数の短縮」を考えると、これらの項目を係数に組み込むことは評価に値する。
診断群分類点数表の設定方法について	○今回の改定では、診断群分類の分岐につき「①高額薬剤による分岐の追加」「②化学療法レジメによる分岐の追加」「③副傷病による分岐の精密化」が行われ、診断群分類の数も2451分類→2658分類(うち包括評価1572分類→1880分類)に増加した。これにより今まで以上に類似した診断群を形成することを可能にしており、今後のデータ活用の精度向上が期待できる。また包括点数設定も2種類→3種類になったことなどを含めても、診断群分類の精密化が図られたことが評価できる一方、今回の改定で肺炎等の診断群分類に年齢による区分がなされなかったことや、ADLからの評価による「寝たきり患者」への配慮がなかったことは非常に残念に思える。

次期診療報酬改定に対する要望書

平成23年8月

日本医師会

社会保険診療報酬検討委員会

平成23年8月3日

日本医師会長 原 中 勝 征 殿

次期診療報酬改定に対する要望

次期診療報酬改定に向けて、社会保険診療報酬検討委員会において、各ブロック代表、病院団体、各種専門医会・学会等の代表委員から提出された要望事項を精査し、緊急に改定すべき事項等について慎重に検討を重ねた結果、このほど別添のとおり診療報酬改定の要望事項をとりまとめましたので、ここに提出いたします。

社会保険診療報酬検討委員会

委員長 太 田 照 男

副委員長	安 達 秀 樹
委 員	相 澤 孝 夫
委 員	猪 口 雄 二
委 員	海江田 健
委 員	菊 岡 正 和
委 員	高 井 康 之
委 員	橋 本 洋 一
委 員	薬 袋 健
委 員	村 上 秀 一

副委員長	井 原 裕 宣
委 員	飯 星 元 博
委 員	内 田 實
委 員	加 藤 正 彦
委 員	木 下 成 三
委 員	高 橋 進
委 員	蓮 沼 剛
委 員	宮 崎 良 春
委 員	矢 口 均

小委員長	魚 谷 浩 平
委 員	井 田 正 博
委 員	大 野 尚 文
委 員	菅 野 隆
委 員	木 村 泰 三
委 員	竹 内 忍
委 員	藤 野 圭 司
委 員	宮 崎 亮 一 郎
委 員	横 山 純 好

(副委員長・小委員長以下、五十音順)

診療報酬改定要望事項

長年の新自由主義的政策により社会保障の理念は危機に晒され、その根幹を成すはずの医療が、疲弊を超えて崩壊といわれる状況に陥っている。次期診療報酬改定は、地域医療崩壊を食い止めるための改定にしなければならない。前回、平成22年度改定は「10年ぶりのプラス改定」と言われたが、改定率はきわめて低かったうえに、財源のほとんどが一部の大病院へ集中的に投入されたばかりでなく、診療所や一部病院からの財源移譲や傾斜配分も行われた。あるべき医療の実現のために、医療費全体の底上げが必要であるという我々の従来からの主張は、根本的に不変である。本来の病院救済は、同様に経営状態の悪化している診療所や中小病院からの財源移譲をせずに行われるべきであったという意味において、次期診療報酬改定はマイナスからの出発である。そのような点数配分の中で、さらに「施設基準」や「算定要件」という告示・通知による政策誘導が、医療現場に多くのひずみや矛盾を生み、混乱を生じさせていることも事実である。財政中立を目的とした医療費抑制政策のために、医療者や患者さんに過度の負担を強いることは許されない。

診療報酬の設定は、国民皆保険制度における医療のあり方を現実的に規定するものであり、国民全体の安心のためには、全体にバランスのとれた医療費の配分を行うことが必須である。我々の訴える数多くの矛盾の解消に向けて、次期診療報酬改定が未来への希望の道標となることを切に望む。

【最重点要望項目】

- 初診料、再診料の適切な評価（＊１）
- 同一医療機関における複数科受診時の診療科別の評価
- 外来管理加算、地域医療貢献加算の算定要件の根本的な見直し（＊２）
- 入院基本料の適切な評価と加算要件の緩和
- 入院中の患者の他医療機関受診時の要件の見直し
- 救急医療・二次医療・地域医療を担う地域中核病院や中小病院・有床診療所への配慮
- 特定疾患療養管理料の算定要件の見直しと対象疾患の拡大（＊３）
- ７種類以上の内服薬投与時の薬剤料、処方料、処方せん料逡減の廃止
- 基本診療料に包括された各種検査料・処置料の復活
- 「施設基準」要件の緩和と届出の簡素化
- 明細書発行義務化の廃止

（＊１）少なくとも診療所再診料は平成２２年度改定前の点数に戻すこと。

（＊２）設定理念の見直し、要件緩和、名称変更など。

（＊３）月１回４５０点の算定も可能にすること。

= 優先要望項目 =

- ▽ 小児科外来診療料の点数の引き上げと算定要件の見直し(対象年齢の拡大等)
- ▽ 「在宅療養支援診療所」と「その他の診療所」の在宅点数の格差是正
- ▽ 手術および処置において使用された特定保険医療材料は別途算定可能とし、診療報酬点数において「モノと技術の分離」を明確にすること
- ▽ 在宅患者訪問診療料の算定要件の見直し
- ▽ 在宅寝たきり患者処置指導管理料の内容を一般処置・排尿管理・栄養管理等に区分し、病診および診診連携による在宅医療の複数医療機関における併算定を可能にすること
- ▽ 外来管理加算の点数を下回る検査料・処置料の見直し
- ▽ ヘリコバクター・ピロリ感染の診断および治療に関する取扱いの見直し
- ▽ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)と脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の算定要件の同一化
- ▽ 液状処理細胞診の新設

【次期診療報酬改定に対する要望項目】

- ※ 要望項目の具体的内容の先頭に“◆”が付されている事項は、『重点要望項目』を示すものである。

1. 全体

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
総 論	[小規模病院・診療所の評価] ◆小規模病院並びに診療所の診療報酬を増額する。 [薬価と消費税] ◆消費税分を明確な形で薬価に上乗せすること。 [時間外加算の引き上げ] ○医師労働を的確に反映した時間外加算の引き上げ。 ・医師労働の評価。報酬点数の引き上げ。中小病院の役割に見合った時間外の加算を医師不足により、夜間・休日を問わず診療を行わなければならない現状である。また、当直翌日も通常勤務を行わなければならない医療機関も多い。 [病院加算（選定療養費）の義務付け] ○500床以上の病院、特定機能病院等で勤務医の負担を減らし機能に応じた医療を行うため、病院加算（全額自己負担）を義務化する。 ・紹介状なし：500点以上 ・紹介状あり：200点以上 [施設基準] ○施設基準の要件の緩和及び届出の簡素化。		

	【点数表】 ○点数表の簡素化と通知、通達の明確化。 【後発医薬品の使用促進の問題点】 ○後発医薬品の使用促進ということで、平成２２年度改定において、薬剤師が処方医の確認をとることなく患者の同意のみで処方せんに記載された当初の医薬品と含量規格の異なる、あるいは別剤形の後発品に変更できることになった。これは、薬剤師法第２３条第２項の「薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師または獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない」に抵触する可能性があり問題である。		
--	--	--	--

2. 基本診療料（初診料・再診料・外来診療料）

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
全 般	[点数設定の見直し] ○基本診療料については、小児および時間外を除いて「～加算」なる項目は廃止すべき。		
A 0 0 0 初診料 A 0 0 1 再診料 A 0 0 2 外来診療料	[同一日の複数科受診] ◆同一医療機関における複数科での診療を評価し、同一日複数科受診の場合、初診料、再診料、外来診療料等をそれぞれの診療科で全額算定できるようにすること。初診料・再診料は医師の技術料の最も基本部分であり、複数科のそれぞれの医師が診察を行っていることに変わりはない。 [点数の引き上げ] ◆外来における基本診療料のあり方を検討し、点数を引き上げること。特に診療所再診料については、平成22年度改定では引き下げの根拠も理由も明確にされておらず、少なくとも従来の点数以上に戻すこと。 ◆適切な評価・点数の引き上げ。 ・平成22年度改定で診療所の再診料が71点から69点へ引き下げられ、病院と統一されたことで、診療所の医業経営は更なる厳しい状況となった。再診料を元の71点に戻すべきである。 ・特に内科系にとって再診料は重要な技術料そのものであり、安易に引き下げがあってはならない。 [加算の新設] ○基本診療料（初診料・再診料）に対する妊婦管理加算を新設する。	(初) 135点 (再) 0点 (外) 0点	270点 69点 70点
		270点 69点	300点 71点

	・妊婦貧血、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病等の管理は、他科の医療とは一線を画す。母親本人だけでなく、胎児（出生する児）の予後にも大きく影響を及ぼすことから、妊婦に対して十分な指導・治療計画の認識が必要であり、かなりの時間を要する。		
A 0 0 0 初診料	[点数の引上げ] ◆医師の無形の技術であり、適正に評価されるべき。 ○平成16年度と同様の274点まで引き上げる。 ○地域医療貢献加算を廃止し初診料に組み込み、さらに点数を引き上げる。	270点 270点 270点	300点 274点 275点
A 0 0 1 再診料	[点数の引き上げ] ◆医師の無形の技術であり、適正に評価されるべき。平成22年度改定での再診料の減額は承認できない。 ◆点数の引き上げ。 ・現行の再診料69点＋1点（明細書発行体制等加算）＋52点（外来管理加算）＝122点を平成12年度と同様の126点となるよう設定する。 ◆外来管理加算は、本来、再診料に含まれるべき性質のものであり、診察した場合は、これまでの再診料に外来管理加算を加えた点数とし、薬だけの場合は、これまでの再診料のみの算定とする。 ・外来管理加算は、平成22年度改定で時間要件が廃止となったが、加算の要求する内容に変更はない。 ・薬の処方のみの場合には、外来管理加算の算定が不可であることは納得できるが、算定要件において、普段の診療で普通に会話している内容を改めてカルテに記載させることは不合理。 ○外来管理加算は再診料に含めるべきものであり、加算が残る場合でも、平成18年度の改定時に戻す。	69点	71点

	◆地域医療貢献加算は算定要件が複雑に設定されている。また、明細書発行体制等加算は、明細書発行不要との申し出があった患者からも一律に算定できる。これらの加算を廃止し再診料を引き上げるべき。 ○平成22年度改定で、病院と同一にするために診療所は－2点となった。しかし診療所においては、再診料の経営に及ぼす－2点はきわめて大きい。病院・診療所とも一物一価で3点引き上げる。初診料の電子化加算3点の廃止も極めて大きい。 ○地域医療貢献加算分(3点)については、算定要件を複雑に設定することなく、従来どおり本体点数に戻すこと。	(再) 69点 (地) 3点 (明) 1点 69点	75点 72点
A001 再診料 注6 外来管理加算	[算定要件の見直し] ◆算定要件を満たしていれば処置等を実施しても算定可能にする。 ○外来管理加算の算定要件の見直し。 ○本来、患者を長期かつ包括的に管理することに対する評価であり、種々の算定要件は撤廃すべきである。 [薬剤のみの受診の算定] ○薬のみの受診においても算定できるようにすること。 ・「内科加算」・「内科再診料」に始まった本加算の考え方に立ち戻り、懇切丁寧な診察に対する加算という曖昧な概念による算定要件を撤廃すること。 ・計画医療における医師の責任は変わらないため、いわゆる「お薬受診」でも算定できるよう、平成18年度以前に戻す。患者負担の減少により無診察診療を助長するし、法的にも問題がある。		
A001 再診料 注8 地域医療貢献加算	[廃止・算定要件の見直し] ◆廃止する。医師が24時間対応する流れをつくる加算と考えられ、医師の		

	負担増となる。 ○条件の設定について、休日当番や夜間急病、急患センター診療に参加していれば可とすべきである。 ○算定要件の見直しまたは廃止。 ・24時間対応を求めている当該加算は廃止すること。存続するのであれば、算定要件を根本的に修正し、名称も変更すること。 ○地域医療貢献加算の算定要件の拡大。 ○再診料本体の増額を行うべきである。 ・従来から同じ地域の医療機関は協力して診療連携体制を整えており、「地域医療貢献加算」は、名称はもとより、人的基準や設備基準もなく、その定義さえ明確な根拠もない。 ・実績も問われない等非常に曖昧な設定であるし、24時間365日の対応への流れを作るものであるなら、地域医療の荒廃・診療所医師の疲弊化を招くものであり廃止すべきである。		
A001 再診料 注9 明細書発行体制等加算	[算定要件の見直し] ◆病院でも算定を可能とする。 [点数の引き上げ] ○明細書発行体制等加算が低い。 [廃止・義務化の撤廃] ○希望する患者のみに発行とすべきである。義務化で医療現場は混乱しており、必要な情報はカルテ開示や領収証発行でなされており、診察のたび毎に発行する必要はない。特に、高齢者では不要であるとの意見が多い。 ○明細書発行体制等加算は廃止すべき。(義務化の撤回も合わせて。)	1点	2点

明細書発行義務	[義務化の廃止] ◆診療内容の告知の問題、発行義務の煩雑さ、経費増加のため希望者のみ発行とする。 ○療養担当規則の見直しを行い、明細書の発行は患者の希望に応じ、義務化は行うべきではない。 ・明細書は、診療報酬を請求するために作成するものであり、患者が受けた医療内容を示すものではなく、発行を義務付けることは、窓口でのトラブル（複雑な診療報酬算定を患者に理解を得ることは難しい）を引き起こしかねず、患者との信頼関係を損ねるものである。 ・さらに重大なことは病名告知の問題、個人情報漏洩の危険性にもどう対応するかといった基本的な問題もある。 ○明細書発行義務化の見直し。 [明細書発行料の設定] ◆明細書の発行に対して、別料金とする。		
新 設	[乳幼児地域連携救急外来加算の新設] ◆小児科・小児の外科を主たる標榜科とする保険医療機関において、下記の要件に当てはまる小児科・小児の外科を担当する医師が、6歳未満の乳幼児に対して診療を行ったとき1日1回に限り算定できる。小児科外来診療料と併せて算定することができる。 ・要件：一定の要件に当てはまる自己の診療所外での小児を対象とした救急事業および地域連携医療に、参加の実績があること。 [診療科の特性に応じた加算の新設] ○診療科に応じた加算の設定が考慮されるべき。 ・初診料・再診料の算出には、基本的医療施設の維持管理費等が含まれる		(1日1回) 30点

との論議がなされたが、診療科の特性までの配慮はない。

- ・産婦人科医療では看護師・助産師の介助が必要不可欠であると同時に、高額な診療機材の維持・補修、腔鏡等の消毒・補修、手袋の使用、経腔超音波検査時のプローブカバーなど、全てがこの料金の中に含まれており、内科一般の診察料を中心とした診察料では成り立たなくなる。
- ・また、脱衣には時間がかかり、診察時間は他科よりも多くの時間を要す。

[救急対応等に係る時間外加算等の新設]

○施設基準等にこだわらず、実質的に救急対応していることに対し、高い評価が与えられるべきであり、例えば「圏域で発生する救急車の大部分を受け入れている」あるいは「何%以上を受けている」ことを要件とした地方用の基準を設けるべき。

- ・地方には、標準医師数、看護基準を満たせないながらも実質的に圏域の救急に対応している・せざるを得ない、中核的施設（病院等）があり、これらの多くは、現在の診療報酬制度では低い収入となり、救急体制を敷くこと自体、赤字となっている施設が大部分である。
- ・地方では日常診療もさることながら、時間外・救急に対する住民の期待は高く、万が一、救急が崩壊することになると、その圏域の生活基盤は大きく崩れ、町村の存続にまで関わる事態となる。

○診療時間内の救急車受け入れ等により、予定診療（外来・入院）が時間外まで先延ばしとなった場合、2時間の時間外延長分、2,000点の新設を行う。

- ・診療時間内の救急車受け入れはまったく評価されていない。この場合、重症度を勘案して、予定診療を差し置いて対応するが、損益が発生しながら救急対応しているという実態が正しく評価されていない。

3. 基本診療料（入院料等）

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
入院基本料（全般）	[点数の引き上げ・要件の見直し] ◆入院基本料全体を早急に引き上げる。 ・ 中小病院では、長期にわたる医療費抑制政策や生活不安による受診抑制などにより、医療機関経営を直撃し、諸設備の更新ができない状況である。入院基本料は、病院医療の根幹にかかわるものである。 ◆入院基本料の点数・加算の引き上げと加算の要件の緩和。 医療安全対策加算、呼吸ケアチーム加算等の要件の緩和。 [72時間夜勤] ○看護師等の月平均夜勤時間数72時間要件の緩和。 [入院起算日] ○地域の中小病院の責任として、大病院の7対1入院基本料の平均在院日数からあふれた患者の受け皿にならざるを得ないときがある。超急性期を終えた患者が入院歴も診療行為の起算日もすべて持ち込んだ状態で転院してくる。このような機能分化は医師不足の地方では特に実態に合わない。		
入院中の患者の他医療機関への受診について	[減算と算定制限の見直し・撤廃] ◆入院中の患者の他医療機関への受診時要件の見直し。 ・ 現在の医師不足及び地方での医師の偏在状況に鑑み、療養担当規則第16条中の「患者が自己の専門外にわたるときは・・・他の保険医の対診を求める等」を「他の保険医の診療を求める等」に変更する。それに伴い、入院患者であっても、他医療機関での専門医療を受ける権利を		

	尊重し、現在のフリーアクセスを阻害する「入院中の患者の他医療機関受診制度」を見直す。 ・入院医療機関：出来高入院料を算定している患者が、他医療機関を受診した日の入院料「３０％減算」、特定入院料を算定している患者「７０％減算若しくは３０％減算」の撤廃。 ・他医療機関：算定の制限を撤廃。 ・他医療機関への受診制限は、入院患者の症状を悪化させるものであり、早急に制限を撤廃すべき。 ・算定制限は、地域医療の実態にそぐわないものであり、医療機関の連携をも阻害する。 ◆投薬日数の制限の撤廃。 ・特定入院料等を算定している病院・有床診療所において、他医療機関を受診した際の投薬は、当日１日のみ請求できることとなっている。 ・他医療機関における診療に要する費用のうち、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用が算定できるように改める。小規模医療機関同士、それぞれの専門性に基づいた「医療連携体制」を否定するものであり、現在の患者の受診行動にも著しく逆行する。 ○病診連携の促進が叫ばれる昨今、様々な制限を撤廃する。 ・有床診療所一般病床入院基本料算定患者の場合は、減額を行わず、他医療機関での保険請求規制等は削除する。 ・有床診療所療養病床入院基本料算定患者の場合は、他医療機関においても当該有床診療所で実施できないものは投薬を含めて算定可とする。		
A 1 0 0 一般病棟入院基本料	[1 5 対 1 入院基本料の点数の引き上げ] ○ 1 5 対 1 入院基本料を早急に従前の点数に戻す（点数を引き上げる）こと。 ・中小病院に多い 1 5 対 1 入院基本料算定病院が地域医療に果たす役割は大きい。	9 3 4 点	9 5 4 点

	・地方の急性期医療を担っている病院では、マンパワーが不足しており、そのため1.5対1を算定せざるを得ない地域が多い。平成22年度改定の引下げにより、地方の地域医療は崩壊するおそれがある。 [加算点数の新設] ○認知症患者の増加に伴い、認知症患者への看護体制に対し加算を新設。 ・重度の認知症患者一人につき、一般病棟入院基本料へ1日あたりでの看護加算を新設。		15点
A101 療養病棟入院基本料	[点数の引き上げ] ○療養病棟入院基本料を引き上げること。 ・中医協の療養病床のコスト調査でも医療区分1の場合大きな赤字となっており、平成22年度改定では医療区分2及び3の患者比率が80%以下で、看護職員2.5対1以上の場合は、軒並み更なる点数引き下げが行われた。 ・療養病床の削減も現在政策上は凍結され、改めて必要性が問われているが、現状では経営上の理由から病床削減が進行する。 ○療養病棟入院基本料1の医療区分1の点数の引き上げ。 [算定要件の見直し] ○入院基本料に含まれない薬剤、注射薬の拡大。抗生剤等も算定できるようにすべきである。 ・高齢者が多い療養病棟では、一般病棟から療養病棟に移った患者で治療継続が必要な患者がいても、包括医療のため、投薬量と定期検査（採血・血中濃度など）に一般病棟と比較し、回数・内容に制約が出てくる。そのために悪化していく可能性がある。 ○医療区分1の対象患者を明確に定義づけた上で、医療区分2、3を定義づ		

	けるべき。医療区分3、2を定義し、それ以外は医療区分1という定義の仕方が問題である。要介護認定4、5の患者は特別な疾患がない限り、医療区分1になってしまう。 ○医療区分2の対象患者の要件見直し。 ・「傷病等によりリハビリテーションが必要な状態」が30日間に制限されており、十分な治療効果をあげることが出来ない。特に高齢者では脳血管リハ（180日）や運動器リハ（150日）と同様となるように調整すべきである。 ・「4 脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態」は、発熱を伴う状態を削除すべきである。発熱がなくとも脱水状態になることがあり、特に高齢者ではその傾向が強い。		
A103 精神病棟入院基本料	[点数の引き上げ] ◆精神病棟入院基本料点数は、一般科と同等レベルの点数に引き上げる。 ・平成12年診療報酬改定以来、精神病棟の出来高入院料は、一般病棟入院基本料と比較して、低い設定となっている。一般科病棟と精神科病棟の格差は、精神科医療向上の阻害要因となっている。精神科医療の良質な組織的医療サービスの体制を正に評価することにより、多くの精神科病院で良質な医療が提供されると期待できる。		
A106 障害者施設等入院基本料	[対象患者の見直し] ○入院対象者から「脳卒中患者」除外の見直し。疾患名ではなく、症状、病態で入院対象患者を分けるべき。脳卒中患者でも寝たきり度ランクC以上は対象とすべきである。		

A 1 0 8 有床診療所入院基本料 A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料	[点数の引き上げ] ○大幅に引き上げる。 [一般病床初期加算、救急在宅等支援療養病床初期加算] ○算定期間を7日から14日へ拡大し、点数を引き上げる。 ・急性期を担う病院の後方支援としての有床診療所の評価を高める。 ○点数を引き上げ、すべての入院患者に入院後14日まで算定できるようにする。	100点 100点 150点	200点 150点 200点
A 1 0 8 有床診療所入院基本料 注4 医師配置加算 注5 看護配置加算・ 夜間看護配置加算	[点数の引き上げ] ◆点数を引き上げる。 注4 イ. 医師配置加算1 ロ. 医師配置加算2 注5 イ. 看護配置加算1 ロ. 看護配置加算2 ハ. 夜間看護配置加算1 ニ. 夜間看護配置加算2 ◆夜間看護配置加算2について、点数が低く夜勤手当を支給し、体制を維持するのは困難である。 [新設] ○看護補助加算を新設する。	88点 60点 25点 10点 80点 30点 30点	100点 80点 35点 20点 100点 50点 50点 (1日) 50点以上

A109 有床診療所療養病床入院基本料	[点数の引き上げ] ◆A. B. C. D. E. のそれぞれを各100点増点する。 1 入院基本料A (生活療養を受ける場合) 2 入院基本料B (生活療養を受ける場合) 3 入院基本料C (生活療養を受ける場合) 4 入院基本料D (生活療養を受ける場合) 5 入院基本料E (生活療養を受ける場合)	975点 961点 871点 857点 764点 750点 602点 588点 520点 506点	1075点 1061点 971点 957点 864点 850点 702点 688点 620点 606点
新 設	[新設] ○ケアミックス型有床診療所入院基本料の新設。 ・一般病床と療養病床などを併せ持つ、いわゆるケアミックス型有床診療所の看護単位を現行の機能別看護単位ではなく、合算した一つの看護単位とした入院基本料の新設。		
入院基本料等加算			
全 般	[有床診療所] ○有床診療所では、届出条件などが厳しく容易に取れないものがある。医療安全対策加算2や総合評価加算など、点数の割には研修時間の設定が多すぎるので、もっと算定しやすいようにすべき。		

A 2 0 5 救急医療管理加算・ 乳幼児救急医療管理加算	[算定要件の緩和] ○算定要件を緩和する。 ・第2部「通則5」に規定する起算日の取り扱いにより、救急患者として受け入れているにもかかわらず、点数の算定が制限されるため、この要件を緩和する。 [加算の新設] ○受け入れ時間帯（時間外・休日・深夜）によって、入院初日にさらに加算点数を設ける。		
A 2 0 5－2 超急性期脳卒中加算	[算定要件の見直し] ○人員配置基準を緩和する。 ・t－P A 静注療法は、これまでの脳梗塞の治療法に比べ、革命的な治療法であるが故に、合併症回避のための厳格な症例選択、投与後の頻回管理が必要である。 ・人員配置は、薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師の常時配置が要件となっている。中小規模の病院では、常時配置は困難であるのが現状であり、常時オンコール体制をとり、治療対象になりそうな患者の搬入要請を受けた際、直ちに関係職種に連絡を入れ、即応態勢を整えている。		
A 2 0 7－2 医師事務作業補助体制加算	[算定要件の見直し] ○配置数の要件は、一般病床数比ではなく、直近1年の平均入院患者数比または常勤医師数比とする。 ○現在でも、精神病棟においては、診断書などの文書作成補助、診療に関するデータ管理等の事務作業、救急医療情報システムへの入力等の行政上の業務等に従事させている。精神病棟においても、同加算の算定を可とする。		

A 2 3 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算	[算定要件を見直し新設] ○精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等がチームを組んで継続的に治療を行う病棟において加算を行うこととし、『児童・思春期精神科入院早期治療・早期退院促進管理料』とする。 ・既に児童・思春期精神科入院医療管理加算が定められてはいるが、これを算定できる病院はごく限られた特殊な病院である。 ・更に、算定病院には地域的な偏りがはなはだしく、児童・思春期精神科医療の充実に寄与するものになっていない。 ・労力を要する児童・思春期入院全ての20歳未満の入院患者に対して、一定期間に限り、入院料の加算を認めるべきである。		400点
A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算	[要件の見直し] ◆現行は7対1または10対1入院基本料でしか算定できないが、療養病棟や特定入院料等でも算定可能とするべき。		
特定入院料			
A 3 0 1 特定集中治療室管理料	[新設] ○小児特定集中治療室管理料の新設。 14日以内：30,000点 30日以内：15,000点		
A 3 0 7 小児入院医療管理料	[算定要件の見直し] ◆以下の項目を包括から除外するとともに、算定要件を緩和する。 ①心臓カテーテル検査法、血管造影、人工腎臓、血液成分除去療法、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、各種内視鏡検査、臓器穿刺・組織採取(D416)、内分泌負荷試験は、手術と同様に手技料及び材料費を外出しとする。		

	②A 221 重症者等療養環境特別加算、A 224 無菌治療室管理加算、A 205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の算定を可能とする。 ③B 008 薬剤管理指導料を算定可能とする。 ④入院中に在宅指導を行った場合は、在宅指導管理料の算定を可能とする。 小児の在宅指導には長時間を要し、年齢に応じた器材も必要である。 ⑤小児科を主たる標榜科とする有床診療所においても、施設基準を満たす場合は小児入院医療管理料の算定を可能とする。 [点数の引き上げ] ○小児入院医療管理料を増点する。 小児入院医療管理料 1 4,500点 5,400点 小児入院医療管理料 2 4,000点 4,500点 小児入院医療管理料 3 3,600点 4,000点 小児入院医療管理料 4 3,000点 3,600点 小児入院医療管理料 5 2,100点 3,000点 ○中小病院の小児入院医療管理料 3、4 を増点する。		
新 設	[精神科病棟感染制御管理料の新設] ○インフルエンザやノロウイルス、高齢化に伴い結核の集団感染等、院内蔓延を防止するための加算を新設。 ・精神科病院では施設構造上、閉鎖的環境が多いために飛沫・空気感染が蔓延しやすく、また、接触・交差感染の温床となるドア（施錠のための鍵）が数多く存在するなど特殊な環境にある。 ・また、入院患者が感染症に罹患した場合には精神状態や自己衛生管理の問題から感染対策への協力が得られにくいことがあり、他患や職員への感染暴露のリスクが高いなどの特徴がある。そのため、院内蔓延を防ぐためには、精神科の特性を考慮した感染制御法が求められる。		5 点

4. 医学管理料等

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
B000 特定疾患療養管理料	[点数の引き上げ] ◆月2回を限度に算定することになっているが、28日以上長期処方患者が大部分であり、月1回の療養指導管理の場合では450点を算定できるよう改正すること。 ○月2回の算定では、1回の点数を引き上げる。 [算定要件の見直し] ◆特定疾患療養管理料を算定している患者（DM、高血圧症など）が、他医療機関に入院中（白内障手術など）または退院後1月以内に、診療所において外来受診をした場合、診療所において管理料が算定できないのは不合理であり算定可とすべきである。（無床診療所の立場から） ◆対象疾患と異なる他領域の疾患で検査入院した患者については、退院後1ヶ月以内でも算定できるよう要件の緩和を行う。 [対象疾患の拡大] ◆特定疾患療養管理料の対象疾患の拡大及び算定要件の緩和。 ・高尿酸血症、慢性腎炎、腎不全等。 ◆対象疾患を拡大する。 ・①子宮内膜症、②排卵障害、月経異常（卵巢機能不全）、③更年期障害（閉経期および卵巢その他の閉経周辺期障害）は、他の疾患よりも時間をかけての説明が必要不可欠である。	225点 147点 87点 225点	(月1回) 450点 294点 174点 (月2回) 250点

	・上記①及び②は今後妊娠出産に対することも含めた管理・治療が必要になる疾患である。 ・③については、精神的な管理と共に、性差医療特に女性特有の癌や骨粗鬆症など予防医学的な部分も含めて管理していくことで、その後の医療費の縮小に大きく貢献する分野である。 ◆現在32の疾患が定められているが、古い疾患もあり、内容を再点検し慢性腎不全（CKD）、認知症、前立腺肥大症、膠原病、関節リウマチ、骨粗鬆症、痛風、逆流性食道炎、貧血、更年期障害、緑内障等の現状に則した疾患を加える。 ○対象疾患の見直しを行う。 ・（例）痛風、高尿酸血症、認知症、過敏性腸症候群、慢性腎不全、逆流性食道炎等など。 ○対象疾患の見直しを行う。 ・逆流性食道炎、過敏性腸症候群、痛風、貧血、慢性腎炎等を追加。 ○対象疾患を拡大する。 ・関節リウマチ、膠原病、痛風、慢性腎炎、ネフローゼ症候群、慢性腎不全、心臓弁膜症、卵巣機能不全、更年期障害、子宮内膜症、過活動膀胱、アトピー性皮膚炎、骨粗鬆症など。 ○対象疾患を拡大する。 ・成人の中途失明の原因として、正常眼圧緑内障が急激に増加している。40歳以上の20人に1人の割合で、この疾患による失明を抑えることは、QOLの向上に多大なる影響を与える。 ・このためには、正常眼圧緑内障の生涯にわたる管理が不可欠なものになる。正常眼圧緑内障を対象疾患として加える。	
--	---	--

B001 特定疾患治療管理料 4 小児特定疾患カウンセリング料	[算定要件の見直し] ○2年以内の制限を撤廃するとともに、対象年齢を20歳未満に拡大する。		
B001 特定疾患治療管理料 21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	[対象患者の拡大] ○子どもだけではなく、大人も算定できるようにする。		
B001 特定疾患治療管理料 [新設]	[学校伝染病管理指導料の新設(証明書料、登校・登園許可証料を含む)] [集団生活管理指導料の新設(証明書料、生活管理指導表作成料を含む)] ○それぞれ要件別に管理指導料を新設する。 ・伝染病に限らず、学校関係の文書や相談、技術指導等については、現在料金設定はされていない。しかし、病状の変化や、年度変わりごとに、学校側から面談や文書作成を求められている。 ・対象疾患は、心臓病、腎臓病、アレルギー疾患、神経・筋疾患等。		150点 150点
B001-2 小児科外来診療料	[点数の引き上げ] ◆点数を引き上げる。 初診(院内処方) 670点 (院外処方) 560点 再診(院内処方) 490点 (院外処方) 380点 ○院内処方の場合・院外処方の場合ともに、大幅(最低でも100点)な増点を行う。 ・必要な検査や点滴など、処置をすればするほど実収入は減少してくるた	670点 560点 490点 380点	760点 650点 530点 420点

	め、萎縮医療に繋がる可能性がある。例えば、乳幼児期に特に多いアレルギー検査では、非特異的 IgE 100 点、特異的 IgE 1 種 110 点で数種類検査しただけで赤字となる。 ・また、確定診断に必須の迅速抗原検査（A 群 β 溶連菌迅速試験 140 点、インフルエンザ抗原精密測定 150 点、アデノウイルス抗原精密測定 210 点など）も年々増加しており、小児期ではいくつかの検査を組み合わせる場合も多いため赤字となる。 [算定要件の見直し] ◆対象患者の年齢を 6 歳未満へ拡大するとともに、診療情報提供料（I）及び高点数検査、高額薬剤を包括から除外する。		
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	[点数の引上げと対象拡大] ○対象年齢を 3 歳未満から 6 歳未満に拡大するとともに点数を引き上げる。	130 点	225 点
B004 退院時共同指導料 1 B005 退院時共同指導料 2	[算定要件の見直し] ○退院時共同指導料の算定回数を 18 歳未満までは月 4 回までとする。		
B009 診療情報提供料（I）	[新たな評価の設定] ○紹介を受けた側から紹介元へ情報提供（返信）した場合の医療機関間の連携を評価する。現在、紹介患者に対する単なる返信あるいは病状の照会では算定できない。 ○診療情報の提供の対象に保健・福祉・教育機関を含めること。（証明書料、登園許可証、登校許可証、生活管理基準など） ・学校及び保育園での証明書、登園許可証及びアレルギーなどの食事指導		100 点

	及び心疾患、腎臓疾患などの生活管理基準表の製作、喘息指導箋等には専門的な知識と労力が必要であり、これは診療情報提供料として評価されるべきである。		
新 設	[新設] ◆泌尿器科特定疾患指導管理料の新設。 ・間質性膀胱炎、神経因性膀胱 ◆運動器不安定症指導料の新設。 ・高齢者の寝たきり予備軍の運動等の指導料を新設する。 ◆内耳機能障害治療計画評価料の新設。 ・対象疾患：迷路性めまい。 ・めまいを繰り返し、難治性となることも多く、計画的な治療管理を必要とする。 ◆社会復帰のための有効な指導、ロービジョン訓練の新設。 ・ロービジョン（健常者にくらべ視覚が低下しているが、視覚活用の可能性が残っている状態）により、日常生活及び社会生活に支障をきたしている者（児童を含む）に対し、社会参加を目指したカウンセリングや生活訓練（感覚・コミュニケーション・歩行・日常生活）、補装具の選定・助言などの指導管理などを行うことにより、日常生活の自立のみならず、社会的・経済的自立を達成できる。 ○骨盤底筋体操指導料の新設。		230点 (月2回) 225点 250点 300点 80点

	○骨盤臓器ペッサリー指導料（自己脱着）の新設。 ○術中の神経機能予防管理料の新設。 ・手術中に顔面神経、聴神経、反回神経などの神経モニタリングは安全な手術遂行のために必須となりつつあり、これに伴い、機器代、検査技師の関与、ディスプレイの電極の使用など、係る費用は益々増大しつつある。これらは麻酔に係る管理とは別個のもので、呼吸・血圧管理に伴う管理に含まれない。 ・しかし、DPCによって入院中の筋電図、脳幹反応検査などは包括化されてしまい、検査としても算定できず、安全のためにやればやるほど持ち出しとなる。これらのモニタリングを術中に行った場合の神経機能予防管理料を新設する。 ○急性感音難聴指導管理料の新設。 ○メニエール病、耳鳴等に対する指導管理料の新設。 ○補聴器装用指導管理料の新設。 ○中等度難聴者指導管理料の新設。 ・中等度難聴者は日常生活に不便を感じ補聴器装用の適応になる患者も多い。高度難聴者と同様に社会的な支援が必要であり、そのためには難聴患者の聴覚管理、生活指導など継続的かつ恒常的な生活指導が必要である。	900点 1 神経部位につき (DPC医療機関のみ) 400点 250点
--	--	---

5. 在宅医療

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
全 般	○在宅療養支援診療所とその他の診療所の在宅点数格差の是正。		
C000 往診料	[算定要件の見直し] ○現在、同一の患家や有料老人ホーム等で2人以上の患者を診療した場合は、2人目以降は往診料又は在宅患者訪問診療料は算定できない。往診料等が算定できるように是正すべきである。 [点数の引き上げ] ○緊急事態に対応する往診料（720点）が、在宅患者訪問診療料（820点）より低いのは不合理である。	720点	1000点
C001 在宅患者訪問診療料	[点数の引き上げ] ○「同一建物居住者の場合」（200点）の点数の引き上げ。 ○2人目以降の逡減は理解できるが、1人目は830点とすべき。 [算定要件の見直し] ○同一建物居住者とみなされるマンションの居住者については、同一日に同一建物居住者4名の訪問診療でも、1人の場合より低い点数となる矛盾があり、速やかに改定すべきである。 ○算定要件の見直しをする。	200点 200点	500点 830点

C002 在宅時医学総合管理料	[評価の見直し] ○在宅療養支援診療所・病院の在宅時医学管理料一人分（４，２００点）は、外来での初診患者１５人分（４，０５０点）より多い。過度の在宅への医療費シフトは是正すべきである。一般のかかりつけ医が往診、在宅へと患者を診ていくことへの評価が重要。		
C004 救急搬送診療料	[救急対応等に係る時間外加算等の新設] ○医師数が少ない状況では、相当の無理と損益が生じる。実際に勤務施設を空けた時間に応じた報酬がなされるべきであり、１時間につき１，０００点の新設。		
C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料	[算定要件の見直し] ○月２回に限られている算定回数を、１８歳未満までは月４回までとする。		
在宅療養指導管理料 通則２	[算定要件の見直し] ○C101～112 小児の在宅医療においては、複数の在宅療養指導管理料を算定可能な状態の者が多くを占め、必要な医療材料の提供を行うことができない。患者家族の負担を減らし、小児の在宅医療を行う医療機関を増やすため、２種類以上の在宅療養指導管理料を算定可能とする。		
C106 在宅自己導尿指導管理料	[名称の変更と区分の追加] ◆名称を「在宅排尿指導管理料」に変更するとともに、「その他」の区分を追加する。 ・在宅排尿指導管理料 イ. 在宅自己導尿指導管理料（新）ロ. その他 ・同時にC109 在宅寝たきり患者処置指導管理料の通知における、「在宅に	１，８００点 －	１，８００点 １，０５０点

	において自ら又はその家族等患者の看護に当たる者が実施する創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿路拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、介護牽引又は消炎鎮痛等処置をいう。」のうち、『留置カテーテル設置、膀胱洗浄および導尿』を削除する。		
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	〔算定要件の見直し〕 ○在宅寝たきり患者処置指導管理料を一般処置・泌尿器科処置・整形外科的処置・栄養処置の4つに区分し、病診および診診連携による在宅医療における併算定を可能にすること。		
C300 特定保険医療材料	〔算定要件の見直し〕 ○規定する特定保険医療材料の範囲を見直す。 ・現在、皮膚欠損用創傷被覆材は在宅患者に処方や支給ができない。 ・在宅医療の特殊性を考慮し、皮膚欠損用創傷被覆材を在宅の特定保険医療材料に規定し、患者に処方や支給できるように是正すべきである。		
新 設	〔新設〕 ○小児在宅時医学総合管理料の新設。 ○在宅療養重症児入院医療管理料の新設。 ・人工呼吸管理：6,000点 非人工呼吸管理：5,400点		

6. 検査

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
全 般	[点数の引き上げ] ◆外来管理加算点数以下の検査料の見直し。 ・ 外来管理加算の点数以下の検査の評価については、外来管理加算の点数以下の検査点数を労災保険のように外来管理加算の点数に読み替えて算定できるようにする。 ・ 外来管理加算点数以下の眼科学的検査は、①D259 精密視野検査（38点）、D266 光覚検査（42点）、D267 色覚検査2（38点）、D268 眼筋機能精密検査及び輻輳検査（38点）、D269 眼球突出度測定（38点）、D271 角膜知覚計検査（38点）、D272 両眼視機能精密検査、立体視検査（38点）、D273 細隙灯顕微鏡検査（前眼部）（48点）、D274 前房隅角検査（38点）、D276 網膜中心血管圧測定1（42点）、D277 ルイ涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査（38点）、D282 中心フリッカー試験（38点）、の12項目がある。 ○検査料と検体検査判断料の点数の引き上げ。		52点
D006 出血・凝固検査 2 プロトロンビン時間	[点数の引き上げ] ○ワルファリン使用時において、血中プロトロンビン時間で適正量を判定しているが、PT測定のみしか認められていないので、特定薬剤治療管理470点に準じて医学的判断を評価する。	18点	特定薬剤治療管理に準ずる 470点

D008 内分泌学的検査 13 I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)、酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP-5b) 14 βクロスラプス、低カルボキシ化オステオカルシン(ucOC)	[算定回数の見直し] ○骨代謝マーカー(I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)、酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP-5b)、βクロスラプス、低カルボキシ化オステオカルシン(ucOC)の測定の縛りを緩和する。 ・これら検査項目は、現在薬剤治療方針の選択、薬剤効果判定のみに算定が許されているが、骨粗鬆症ガイドライン2004「今後の課題」にもあるように、昨今報告されている副作用チェックへの対応を含む治療の有効なモニタリングのためにも利用されるべきと考え、3月に1回程度の頻度で経時的なチェックが可能となるようにする。		
D012 感染症免疫学的検査 9 ヘリコバクター・ピロリ抗体(定性、半定量)	[算定要件の見直し] ◆「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」を変更し、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に対し検査出来るようにする。また、感染診断で陽性の患者に対して、除菌治療を行うことが出来るようにする。 ○慢性萎縮性胃炎についてもピロリ菌除菌療法を保険収載する。 ・ピロリ菌の除菌について、現行は胃潰瘍、十二指腸潰瘍、ITP、胃MALTリンパ腫、内視鏡下切除を行なわれた早期胃がんの再発予防だが、胃癌の発生母地としての慢性萎縮性胃炎に対して、ピロリ菌除菌療法を行うと胃がん発生を抑制することが知られている。		
D012 感染症免疫学的検査 18 RSウイルス抗原	[算定対象の拡大] ○RSウイルス抗原の算定対象を拡大する。年齢制限なしで外来での適用を可能とする。	入院のみ 適応	年齢制限無く外来でも 適応とする

D 0 1 2 感染症免疫学的検査 2 5 グロブリンクラス別 ウイルス抗体価	[算定要件の見直し] ○ヒトパルボウイルスB 1 9の算定要件を見直す。 ・ 現在、感染の疑いのある紅斑の出現している妊婦にのみ検査が認められている。 ・ 成人が罹患した場合、症状が修飾され診断しにくい例が多く、重篤になる恐れもあるため、早期診断の必要性から16歳以上の成人に算定を認めるべきである。		
D 0 1 2 感染症免疫学的検査	[新設] ◆H I V検査を術前検査として認める。財政より人道的な面を優先する。		
D 2 4 2 尿水力学的検査	[区分の新設] ◆「5」として、新たに「直腸内圧検査」を加える。点数は、D233 直腸肛門機能検査に準じた点数設定とする。 1 膀胱内圧測定 2 尿道圧測定図 3 尿流測定 4 括約筋筋電図		1 項目 8 0 0 点 2 項目以上 1, 2 0 0 点
D 2 4 4 自覚的聴力検査 1 標準純音聴力検査、自記 オーディオメーターによる 聴力検査 2 標準語音聴力検査、こと ばのききとり検査	[点数の引き上げ] ○元の点数に戻すべき。 ・ 耳鼻咽喉科学的検査としては中心的な検査であり、日常一般に行われる重要な検査である。平成22年度改定において、医療機器の価格低下や技術進歩を踏まえたとのことで減点されたが、これらの検査料には、機器の費用、設備費、人件費、医師の判断料などが含まれていると考えられる。 ・ 他の費用は大きく変化しているとは考えられず、機器の価格低下のみで10%を超える大幅な引き下げを行ったのであれば、納得できない。	3 5 0 点	4 0 0 点

D 2 4 4 自覚的聴力検査 5 内耳機能検査	[点数の引き上げ] ○複数の検査から内耳性か後迷路性か判断しなければならず、診断には耳鼻咽喉科専門医以上の技量を必要とし、検査時間も30分以上1時間以内を必要とする。	400点	450点
D 2 4 7 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査 4 遊戯聴力検査	[点数の引き上げ] ○純音聴力検査が困難な年齢(4歳以下)の自覚的聴力検査は非常に難しく、高度な技術と慣れが必須で、検査時にも多くの時間を必要とする。乳幼児の難聴の早期発見のためにも増点が必要である。	450点	600点
D 2 5 6 眼底カメラ撮影 D 2 5 6-2 眼底三次元画像解析	[同時算定制限の撤廃] ○眼底三次元画像解析と眼底カメラの同時算定制限の撤廃。 ・診察時の眼底病態を眼底カメラでは表面図から把握し、眼底三次元画像解析では網膜断面図を見ることによって、病変の全体像を理解することができる。 ・すなわち、両者は全く異なる検査であり、病態は刻々と変化するために眼底カメラで写真撮影して記録に残し、必要な症例には眼底三次元画像解析を行い、得られた画像によって診断、経過観察、治療効果の判定などをする必要がある。 ・したがって、正しい診断のためには両者を同一日に検査する必要があるため、同時算定もまた認めるべきである。		
D 2 5 6 眼底カメラ撮影	[評価項目の追加] ○眼底デジタルカメラ撮影の評価。 ・従来のアナログ眼底カメラから、現在ではより高価格のデジタルカメラ撮影機器が普及しつつある。また、アナログ眼底カメラではフィルム代も算定されたが、デジタルカメラのプリント代は算定されていない。	56点	72点

	・眼底カメラの価格上昇分とデジタルプリント代を含めた点数設定。		
D 2 5 6 - 2 眼底三次元画像解析	[算定要件の見直し] ○回数制限の撤廃。(回数の見直し: 月 2 回) ・眼底三次元画像解析は、眼底の病態を詳細に描出する優れた検査法である。とりわけ、網膜硝子体疾患の術後の変化を知るには欠かせない検査法である。 ・すなわち、手術前後の検査は必須であり、現状でも全ての医療機関で行っている。したがって、術前・術後の検査として、月 2 回の算定を可能とする。		
D 2 6 1 屈折検査 D 2 6 3 矯正視力検査 D 2 6 4 精密眼圧測定 D 2 6 5 角膜曲率半径計測	[眼科検査の適正評価 (点数の復活)] ◆最も重要な検査の点数復活。 ・眼科診療における重要な視力に関する検査 (屈折検査・矯正視力検査・角膜曲率半径計測) 及び眼圧検査に、医療の適正化という名目により不合理な減点が行われた。 ・また、高齢化が進み緑内障による失明が増えてきて、眼圧検査の必要性が再確認されてきている。 ・この様に国民の目の健康を守るために最も重要な検査が大幅な引き下げの対象とされたことは、患者の Q O L ・ Q O V の向上に悪影響を及ぼすものである。	D 2 6 1 6 9 点 D 2 6 3 6 9 点 D 2 6 4 8 2 点 D 2 6 5 8 4 点	7 4 点 7 4 点 8 5 点 8 9 点
D 2 6 1 屈折検査 D 2 6 3 矯正視力検査	[加算点数の新設] ○眼鏡処方箋発行加算の新設。眼鏡処方にかかる時間と労力に見合う加算点数としての評価。 ・眼鏡処方においては、精確な屈折検査及び矯正視力検査とともに試験的装用を行ったうえで、最も適切な眼鏡屈折度数を決定するものである。		2 0 点

	・不適切な眼鏡処方眼精疲労の原因となるため、多くの時間と検査を費やして行っているのが現状である。		
D 2 8 2 - 4 ダーモスコピー	[算定要件の見直し] ◆現在、初回の診断日に限るという制限があり、2回目以降の検査の評価がない。初回の診断および経過観察の目的で行った場合に算定できるように是正する。		
D 3 2 1 コルポスコピー	[点数の引き上げ] ◆子宮頸部異形成や子宮頸癌の診断、癌の腔壁への浸潤程度など、子宮頸部の診断・治療に対する検査としては大変重要な方法である。これに伴い検査機器の開発も進み、ファイバースコープと同様なシステムを用いたもの、デジタル処理可能な機種、患者に病変を直接見せるモニタリング装置も備えた機種等が出てきている。また、HPV（ヒトパピローマウイルス）感染に対する検査も認められ、その後の精密検査に必須の項目として本検査があげられている。このような状況の中、本検査の点数の増点が図られておらず、全く変化していない。		
D 4 1 8 子宮腔部等からの検体採取	[点数の引き上げ] ○ベセスダシステムに移行し、液状処理検体での細胞診が導入された。ブラシや液状処理の経費が高くなったので、点数を引き上げるべき。	4 0 点	1 4 0 点
生体検査判断料	[適応拡大] ○①ノンストレステスト、②分娩監視装置について、適応拡大する。		

D600 特定保険医療材料	[新設] ○各種検査に用いるヒスキャス（卵管疎通検査用カテーテル）を特定保険医療材料として認める。 ・この器具は、卵管疎通性検査用に開発された用具である。現在、産婦人科領域では、超音波検査下にこの器具を用いて専用の検査液を注入し、腹腔内に流出してくる状態で卵管の疎通性を確認している。 ・それ以外に、子宮腔内へ生理食塩水を注入し、子宮内の病変（子宮内膜ポリープ、粘膜下筋腫など）をより鮮明に浮き出させることが可能な器具である。また、卵管造影検査と組み合わせることも可能である。		
新 設	[新設] ◆赤外線CCDを用いた眼振・異常眼球運動検査と記録を新設する。 ・従来の電気眼振図やフレンツェル眼鏡と比べて眼振検出率は約3倍である。診断率向上に大きく寄与し早期発見、早期治療に役立ち医療費の削減にも役立つ。 ○勃起機能検査の新設。 ○前眼部疾患の診断、治療計画に有用な検査である、前眼部三次元画像解析を新設する。 ・光の干渉現象、レーザーや赤外線を利用して、非侵襲かつ非接触で、角膜、隅角、虹彩などの病変および前眼部の光学的特性を三次元的かつ数値的に解析する検査法である。 ・極めて有効な検査法であり、緑内障の予防、角膜移植や緑内障術後の濾		300点 短時間 979点 夜間の場合 1,903点 500点

	過胞形成の評価など、その対象となる疾患や応用範囲は広い。疾患の早期発見、治療成績の向上につながり、視覚障害者を減少させることが期待できる。	
--	---	--

7. 画像診断

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
通則 4 画像診断管理加算	[点数の引き上げ] ◆コンピューター断層撮影診断、核医学診断における画像診断管理〔プロトコールの精緻化、被曝管理など〕複雑化、高度化に対して増点。		
電子画像管理加算	[点数の引き上げ] ○データ量の増加に対して、データ保管、配信機器、読影システムへの経費、PACSにかかる経費。		
E 0 0 1 写真診断 1 単純撮影 □ その他	[点数の引き上げ] ◆四肢レントゲン撮影診断料の再評価。 ・体幹と四肢のレントゲン撮影診断料が異なるのは適正ではない。	4 3 点	8 5 点
E 1 0 1 - 3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	[点数の引き上げ] ○ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を増点する。		
E 2 0 0 コンピューター断層撮影 (C T 撮影)	[区分の見直し] ◆C T 撮影料区分の見直しと 6 4 列マルチスライス装置の増点。(C T の性能別精緻化と高性能機種撮影料の増点。)		

E202 磁気共鳴コンピューター断層 撮影（MRI撮影）	[区分の見直し] ◆MR撮影料区分の見直しと3テスラ装置の増点。（MRの性能別精緻化と 高性能機種撮影料の増点。）		
E203 コンピューター断層診断	[算定要件の見直し] ○再診時、他医で撮影したMRI、CTの読影料の算定を可能とする。 ・現行では初診時にのみ算定可能であるが、再診時にも同様なことがあり 得る。		
新 設	[新設] ○電子画像精度管理料の新設。各種検査の電子化した画像を管理・保管する と共に診断や地域連携の情報提供などに資する。 ・過去の画像との比較 → 診断や経過観察に有用 ・インフォームドコンセントに有用 → 分かりやすい説明と納得 ・地域連携医療 → 紹介時の画像による情報提供 ・患者情報共有ネットワークの構築・遠隔診療に必須 ○N-13アンモニア-ポジトロン断層撮影の評価。 ・13NH3を人体に投与し、心筋血流分布をポジトロン断層撮影装置で 画像化する診断技術。 ・吸収補正された鮮明な血流分布像が得られ、各種心疾患の診断、病態評 価、治療効果判定。		60点

8. 投薬

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
療養担当規則	[処方日数制限] ○処方日数は原則として1ヵ月までとし、それ以上は必要理由の記載を義務づける。 ○長期投与の見直し。		
F100 処方料 F200 薬剤 F400 処方せん料	[点数の見直し] ◆処方料の点数を引き上げる。 ・院内処方料（42点）を院外処方せん料（68点）まで引き上げ、院外処方に誘導する点数の是正を図る。 ・財源は調剤薬局（院外処方）の調剤基本料の40点、院内処方の8点の不合理的を解消することから1,935億円余りが捻出可能。 ◆院外処方せんになると患者の負担金が上がるのは不条理なので処方料と処方せん料を同点数とする。 ○処方せん料を平成10年度と同様の81点まで引き上げる。 [多剤投与の逡減是正] ◆7種類以上の内服薬投与時の薬剤料、処方料、処方せん料の逡減制の廃止。 ・減額の理由が不明である。	処方料 42点 処方せん料 68点 処方せん料 68点	処方料 68点 42点 処方せん料 81点

F100 処方料 注5 特定疾患処方管理加算	[点数の引き上げ] ○長期処方を求める患者が増加しており、引き上げる。 ○長期投与における「注6」特定疾患処方管理加算（65点）に対し低すぎる。長期投与加算の2分の1程度まで引き上げる。 [算定要件の見直し] ○同一月に同時算定は不可だが、例えば、1回目に14日分の投薬を処方し、特定疾患処方管理加算（18点）を算定し、2回目に受診の際、30日分の投薬を処方した場合、長期投薬加算（65点）の算定は可能であるが、1回目に算定した特定疾患処方管理加算は取消さなければならない。そのため、1回目の会計処理、入力処理の変更に手間がかかる。加算する形に是正すべき。 ・65点を算定し、18点を削除するのではなく、差額分の47点を加算する等の対応とすべき。	18点 18点	25～28点 33点
---	---	-----------------------	--------------------------

9. リハビリテーション

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
全 般	[疾患別リハビリテーション日数制限] ○個々の患者のニーズに合った医療提供のため、日数による算定制限を廃止する。 ○維持期のリハビリテーション（1月13単位まで）の評価と見直し。		
H002 運動器リハビリテーション料	[算定要件の見直し] ◆運動器リハビリテーション料（Ⅰ）と脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の算定要件が同一化されたが、リハビリテーション料（点数）が異なることは一物二価となり、不合理である。 [運動器リハ起算日] ○運動器リハビリテーションの起算日の取扱いを変更する。 ・実際に運動器リハの施行開始した日を起算日とする。 [標準的算定日数] ○150日制限の延長ないしは撤廃をする。	175点	200点
新 設	[新設] ○リハ前物理療法加算の新設。 ・運動器リハでは、個別リハの前に物療を行う。 ○運動器疾患運動処方料の新設。 ・ホームエクササイズを指導した場合のリハ処方料として算定する。		35点 程度の加算 250点 (2回/月)

10. 精神科専門療法

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
I003-2 認知療法・認知行動療法	[算定要件の見直し] ○「当該療法に関する研修を受けるなど、当該療法に習熟した精神科等の医師によって行われた場合に算定できる」となっているが、極めて専門性が必要と思われるので、精神科を標榜する医療機関のみの算定とする。		
I012 精神科訪問看護・指導料	[算定要件の見直し] ○一定の条件を満たす准看護師であれば、精神科訪問看護は可能と考えられ、算定要件を緩和する。 ・看護及び社会復帰指導等を行う者は保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士であり、准看護師単独での指導等は評価されていない。 ・しかるに精神障害者の訪問看護を実施している訪問看護ステーションにおいては、准看護師単独での実施が認められており、算定条件が異なるのは不合理である。 ・精神障害者の地域生活を支える医療の充実のためには看護及び社会復帰指導等を行う者が増加する必要がある。精神科病院における看護師不足は深刻である。	精神科訪問 看護・指導料 (I) 575点	准看護師の 場合 505点
I015 重度認知症患者デイ・ケア料	[点数の引き上げ・区分の新設] ○当該療法の再評価による普及を図るため、重度認知症患者デイ・ケアの点数引き上げ及び重度認知症患者デイ・ナイト・ケアを新設する。 ・重度認知症患者デイ・ケア料は、昭和63年重度痴呆患者デイ・ケア料として新設されたが、平成18年の診療報酬改定で重度認知症患者デイ・ケア料(Ⅱ)6時間以上1,308点が重度認知症患者デイ・ケア料	デイ・ケア 1,040点 デイ・ ナイト・ケア	デイ・ケア 1,308点 デイ・ ナイト・ケア

	6時間以上1,000点に減額されている。 ・この際厚生労働省は、「同様のサービスが介護保険においても提供できることを踏まえ、一定の経過期間を設けた上で、廃止する方向で検討する」との方針を示した。 ・しかし、精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の在宅生活を維持するためには、医療としての当該治療が不可欠であり、非医療関係者によるデイサービス等の介護保険サービスでは代替できない。 ・さらに介護保険では利用限度額による制限があり、必要日数の利用が不可能で在宅が維持できない恐れがある。	—	1,758点
新 設	[新設] ◆多職種が評価会議を開いて積極的に退院促進の働きかけを行った場合の評価を新設する。 ・入院中の患者について、退院に向けての診療報酬上の点数が付いているのは精神科退院指導料と精神科退院前訪問指導料のみであった。特に5年以上の長期入院患者については、多職種が何度も評価会議等を開いて退院促進を働きかけ、また今後の環境整備、家族間調整などに莫大な時間を要するが、これについては診療報酬上の評価は全くされていない。 ・これを評価することで、精神科地域移行加算の評価を受けている病院において、5年以上の入院患者についての退院促進をさらに勧め、これにより国が進める退院移行が促進され、退院率が増加する。 ○精神科隔離管理加算の新設。 ・精神疾患の患者で幻覚・妄想により、判断力が低下した場合、自分の病気の質や程度を正確に推し量ることはできない。判断力が低下している状態で、「攻撃性」と密接に関連した場合不測の事態が起こり得る。 ・必ずしも、すべての患者が強い攻撃性を持つわけではないが、そのような		5,000点

	不測の事態に対して行動の制限で担保され、本来の治療機能が発揮できる。 ・ 行動制限は人権擁護の観点から精神保健福祉法に基づく行為であり、隔離という精神科的専門的技術によって、患者が強い攻撃性を示す状態において医療者が患者に接近して迅速かつ十分な治療や看護を施すことが可能になる。 ・ この技術は、保険収載の必要性があると考えられる。 ○精神科安全保護管理加算の新設。 ・ 行動制限は人権擁護の観点から精神保健福祉法に基づく手段であり、特に身体拘束は、精神運動興奮などによる患者の自傷他害行為等に対し、他に方法がなく、放置すれば患者の身体、生命が危険な場合に、精神保健指定医の判断で実施する精神科的専門技術である。これは介護現場における身体拘束とは全く異質のものである。 ・ また、長時間の臥床によりエコノミー症候群を起こす危険性があり、リスクを伴う治療法である。身体拘束を実施するには、精神保健福祉法に則り、安全管理及び治療面から頻繁な観察が必要であり、指定医ばかりでなく、看護面にも多くの手間、負担がかかる。 ・ 度重なる精神保健福祉法の改定によっても診療報酬上の評価はない。	
--	--	--

11. 処置

点数項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
全 般	[処置点数の不合理是正] ○外来管理加算（52点）を下回る処置点数の引き上げ。 ・腔洗浄、創傷処置、術後創傷処置等、処置点数が外来管理加算（52点）より低いのは不合理であり、是正すべきである。 ・現行では、技術、労力を費やして処置を行った場合よりも、再診のみで外来管理加算を算定した場合の方が高点数となっている。 ○家庭医の存在が取りざたされている昨今、疾病全般を診療の対象としている辺地の開業医にとって、“処置料が診察料に含まれている”として別途算定できないことを是正する。 ・例えば洗眼、外耳道、咽頭、小皮膚、小外傷、など労力と薬剤を使った医療行為に対して料金の加算が出来ない。これは診療意欲を衰退させる。 ・各種処置料が外来管理加算＝52点を上回る点数以上の設定とする。		
J000 創傷処置	[手技の適正評価] ◆外来管理加算との関係で、J000 創傷処置45点を実施した場合のほうが、低い点数になる不合理の是正。 ◆J000 創傷処置は医師の技術で行っているが、算定出来ない材料費などもあり見直しが必要である。100cm²未満の範囲であろうと、創部の医学的管理は必要である。診察を行った後、外来管理加算が算定できず、処置を行うと点数が下がるのは患者の理解が得られず不合理。手技を適正に評価すべきである。	45点 55点 85点 155点 270点	60点 70点 100点 170点 300点

J001-7 爪甲除去 (麻酔を要しないもの)	[算定要件の見直し・点数の引き上げ] ○現在、麻酔を要しない「爪甲白癬または爪床間に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去」などにしか算定できない。皮膚科外来診療・往診等で、高齢者の「爪切り」依頼が激増している。「爪切り」には十分な注意を払うとともに、時間的負担も大きい。「爪切り」においても算定できるように是正すべきであり、さらに増点の必要がある。	45点	100点
J053 皮膚科軟膏処置 (100cm²未満)	[点数の復活] ◆範囲の問題ではなく、医師の技術料として評価すべき技術であり、外来における出来高払いの原則を順守すべきである。同じ100cm²未満の創傷処置45点との整合性がない。 ○診察料に含まれるとされたが、技術料を正當に評価する観点から復活すべきである。 ・そもそも、診察料の中に含むという発想は日常茶飯事に行われている医療行為に対してのものと考えるが、婦人科外性器への軟膏・クリームの処置は、日常的に行われているものではなく、特定の疾患に対してのみであり、同一視するのは不合理である。		45点
J054 皮膚科光線療法 2 長波紫外線又は中波紫外線療法 3 中波紫外線療法	[適応疾患の追加] ○円形脱毛症、痒疹、皮膚掻痒症（腎不全に伴う）を適応疾患に追加する。		

J 0 5 6 いぼ冷凍凝固法	[点数の引き上げ] ○平成22年度改定において、「医療経済実態調査」の不適切なデータによる診療科間の医療費配分の見直しを理由に10点ずつ減点された。適正に評価されるべきである。	210点 (3箇所以下) 260点 (4箇所以上)	220点 270点
J 0 5 9 陰嚢水腫穿刺	[点数の引き上げ] ○点数を引き上げる。	80点	180点
J 0 6 9 前立腺液圧出法	[点数の引き上げ] ○点数を引き上げる。	50点	80点
J 0 7 0 - 2 干渉低周波による膀胱等刺激法	[点数の引き上げ] ○点数を引き上げる。	50点	150点
J 0 8 6 眼処置	[点数の復活] ○点眼及び洗眼は、医師が細心の注意を払って行う眼処置であり、患者の眼の「安全」を確保する見地からも眼処置料を復活する。		25点
J 1 1 3 耳垢栓塞除去（複雑なもの）	[算定要件の見直し] ○耳垢栓塞除去の同時片側×2を算定可能とする。	150点	100点×2
J 1 1 4 ネブライザー	[点数の引き上げ] ◆昭和51年から点数が据え置かれており、機器の価格、人件費、消耗品などの高騰を考慮すると、点数を引き上げるべきである。	12点	20点

J 1 1 9 消炎鎮痛等処置	[点数の引き上げ] ○消炎鎮痛等処置（特に手技、器具によるもの）の点数を、少なくとも外来管理加算と同等の点数に引き上げる。	3 5 点	5 2 点
J 4 0 0 特定保険医療材料	[算定要件の見直し] ○実際に使用されている保険医療材料については算定可能とし、診療報酬点数において「モノと技術の分離」を明確にすること。 [新設] ○ペッサリー（性器下垂・脱用）を特定保険医療材料として認める。 ・女性の性器下垂・脱に対しては、手術とペッサリーの2種類のみであり、様々な合併症を有する女性の場合、手術が難しいことが多くペッサリーに頼らざるを得ない。 ・この処置料にはペッサリーの料金が含まれておらず、不合理である。特に、今後の女性のQOLを考えた場合には、現存のペッサリーをさらに改良していく必要性があり、その開発意欲をなくすような料金の設定はあってはならない。		
新 設	[新設] ○耳鼻咽喉科処置に乳幼児加算を新設する。 ・処置に際して1～2名の介助者で身体保持を図ることが必要で、かつ乳幼児は局所の視野が狭く、顕微鏡下で処置を実施することも多い。 ○眼振検査施行下での浮遊耳石置換法の新設。 ・内耳性めまいでもっとも多い良性発作性頭位めまい症は、近年増加傾向にあり、その治療法として浮遊耳石置換法の有効率は8～9割と言われている。		9 0 0 点

12. 手術

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
通則14 複数手術に係る費用の特例	[算定要件の見直し] ○多椎間複合的脊椎手術における手術料 について、複合手術の場合には主たる手術料しか算定できないのは不合理である。 ○手術の技術向上に伴い、同一手術下による複数手術が実施されることが多々あるため、併行実施で算定可能な術式を拡大する。		
K059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）	[算定要件の見直し] ○人工骨の骨移植の場合であっても算定可能とする。人工骨を移植する場合には、母床の採型に手技を要するため。		
K800-3 膀胱水圧拡張術	[点数の引き上げ・施設基準の要件緩和] ○点数の引き上げを行うとともに、施設基準「麻酔科標榜医が配置されていること」を削除する。	5,500点	7,500点
産科・婦人科手術点数の改定・適応拡大	[点数の引き上げ] ○K861 子宮内膜搔爬術、K909 流産手術（12週未満）、K909-2 子宮内容除去術（不全流産）について、これらの手術は非直視下手術であり、医師の経験と感（医師の技術料の根幹）が最も評価されるべき手術方法であり、現行の手術時間、人員、医療機器等から導かれる点数ではなく、技術料そのものの評価点数として増点すべき。 [適応の拡大] ○動脈塞栓術の適応拡大。		

	・子宮動脈塞栓術は、子宮からの大量出血をきたす疾患に対して極めて有効な手段であり、実際救命した実績がある。 ・特に、前置胎盤、子宮頸管妊娠、産褥出血などに対しては報告があり、適応を拡大すべき。		
K950 特定保険医療材料	[算定要件の見直し] ○実際に使用されている保険医療材料については算定可能とし、診療報酬点数において「モノと技術の分離」を明確にすること。 [新設] ○特定保険医療材料に「マイクロデブリッター用各種ブレード」を設定。 ・病的粘膜除去と出血吸引を同時に行い、内視鏡下副鼻腔炎手術が安全に施行でき手術時間が短縮する。		14,510 円
新 設	[新設] ○インプラント周囲骨折に対する加算の新設。 ・人工関節や固定金属周辺の骨折手術には、特殊な手技が必要である。 ○分娩時大量出血止血術の新設。 ・分娩時の大量出血に要する対策は、輸血、ショック、DICへの対応、高次医療機関への緊急搬送も含めて、経験、技術、人手を要するものであり、高度の医療行為である。 ・現行の子宮双手圧迫術（1,890点）や子宮出血止血法（分娩時のもの）（520点）の点数では評価が低過ぎる。		

13. 麻酔

点数項目	具体的内容	参 考	
		現行点数	要望点数
全 般	[簡素化] ○全身麻酔の点数設定（開心術、腹臥位などの手術）が複雑であり、簡素化すべき。		
新 設	[新設] ◆四肢伝達麻酔（現在の上下肢伝達麻酔以遠）の点数の新設。 ・現在の上下肢伝達麻酔は、上肢では腕神経叢まで、下肢では坐骨神経・大腿神経両者の同時施行のみが適応となり、それ以遠では薬剤料のみ算定が許されている。一方、神経ブロックではより抹消の各種神経に対しても点数設定がある。 ・手技上は変わりが無いが、目的によって点数の差があるのは不合理であり、神経ブロックと同等の点数設定とすべき。		神経ブロック料と同等の点数設定

14. 放射線治療

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
MOOO-2 放射性同位元素内用療法管理料	[薬剤料の取扱い] ○放射性同位元素内用療法管理料に伴う薬剤料について、放射線治療に使用する線源としての薬剤であることを「節」等にて規定する。		
新 設	[新設] ○陽子線治療の評価。 ・水素原子核を超高速に加速制御して、従来の放射線にはない最適な線量分布を実現する新しいがん治療技術。 ○炭素線治療の評価。 ・炭素原子核を加速し、強い生物効果と最適な線量分布を実現する粒子線治療技術。 ○小児放射線治療の評価として、高エネルギー放射線治療の小児加算を新設する。		

15. 病理診断

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
新 設	[新設] ◆液状処理細胞診の新設。 ・子宮頸部細胞診は、ベセスダシステム（米国を中心として世界中で採用されたもの）に準拠する方法を、わが国でも導入されてきている。従来法では採取された細胞診材料をスライドガラスに直接塗抹して細胞診標本を作製してきたが、病変部の状態、採取器具、臨床医の採取技能によっては、細胞診標本の出来上がりに差があり、標本の出来映えによっては細胞診の結果が大きく左右される。 ・これに対して、液状処理細胞診は採取された細胞を特殊な溶液の入った容器に集め、病変部細胞を観察しやすいように薄く均一に塗抹させることができ、細胞診標本のでき上がりに差のない細胞標本を得ることができる。 ・従来、病理診断は、病理標本作製料と病理診断・判断料からなっており、病理標本作製料のうち、細胞診は婦人科材料等によるもの（150点）となっている。この点数の基準は採取器具が綿棒を使用したものであり、綿棒を改良したヘラ、細胞が均一化されるように工夫された採取器具など、採取器具に対する配慮がまったくない。 ・液状処理細胞診のような特殊な採取器具、液体、容器の使用に対する一律な点数の設定は、医療技術の開発意欲を削ぐものである。また、良質な医療の提供をしようとすることに反するものであり、その意味で、液状処理細胞診施行時の評価を新設する。		

16. その他

点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
		現行点数	要望点数
医療と介護の給付調整	[介護保険適用施設の医療保険の拡大] ○医療と介護の接点領域では不合理な要件設定が多く、環境整備が必要。特に、高齢者では両保険の適用を区別することは困難であり、現今の実態に即した対応策をとる必要がある。 ・例えば、介護老人保健施設や介護老人福祉施設における悪性腫瘍の治療、終末期医療や訪問診療等へ医療保険の適用を拡大し、超高齢社会に適合する施策を整備すべきである。 ○施設の配置医師の医療行為を診療報酬上評価する。 [介護老人保健施設・介護福祉施設の医療] ○介護施設入所者およびショートステイ中の患者に対して、必要な医療を行った場合の保険診療の算定を認めること。介護福祉施設における配置医師以外の医師の診療について、必要な医療については算定を認めること。 ○介護福祉施設での診療に対して、「配置医師以外の保険医は、みだりに診療を行ってはならない」の文書を削除する。(威圧的に抑制されている。) [介護療養病床等の存続] ○介護老人福祉施設等の受け入れ不可の施設が多いため、療養病床等を存続させる。		
地域格差の是正	○各地域区分における「地域差」を十分に調査・分析し、地域区分ごとの実態を把握して、全国一律の1点単価(現10円)の見直しを行うなどの抜本的な改正により、平成24年に同時改正される介護報酬との整合性も考		

	慮した地域格差の是正を図る。 ・診療報酬の地域加算は、医業経費における地域差に配慮し、人事院規則で定める地域及び当該地域に準ずる地域に所在する医療機関において、入院基本料等の加算として算定できるものとされているが、都市部においては、他の地域に比べ人件費、物価、地価及び家賃が高く、地域差を現在の地域加算で補えていないのが実状である。 ・特に、精神科病院は、就職を希望する看護師が少なく、また、7対1の看護配置の影響を受けるなど相対的な看護師不足と相まって、人件費率は66～67%と高い水準が続いており、今後も厳しい経営が予想される点について配慮すべき。		
全体的に偏った点数配分	○現在の小児科・産婦人科優遇体制は、小児科、産婦人科の収入を増加させるだけで、医師を増やすことにならない。各科均等に医療技術の評価を上げることにより、地域医療の崩壊を喰い止めることになる。		
社会的相互扶助に参画する診療施設への適切な評価	○社会相互扶助に参画する診療施設への適切な評価。 ・地方医療機関では医師数は少ないものの、もっとも苦慮しているのは時間外や救急に実際に対応する医師が少ないことである。これは、「相互扶助」に参加しない医療機関があることが大きな要因である。 ・そこで、地方医療を相互に支えあう（救急や時間外患者を受け入れる）医療機関を適切に評価する診療報酬とする。		