



福岡県医発第 652 号 (地)

平成 25 年 6 月 1 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

平成 24・25 年度「社会保険診療報酬検討委員会」

答申書（諮問①）の送付について

この度、日本医師会より、標記委員会の答申が参りましたので、ご参考までにお送りいたします。

これは、平成 24・25 年度の社会保険診療報酬検討委員会での諮問事項「①平成 24 年度診療報酬改定の評価」及び「②現在の診療報酬における問題点とその対応」のうち、諮問事項①について、平成 25 年 4 月に社会保険診療報酬検討委員会から日本医師会に対し提出された答申書であります。

なお、日本医師会社会保険診療報酬検討委員会においては、引き続き諮問事項②につきまして検討がなされておりますことを申し添えます。

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 24・25 年度
社会保険診療報酬検討委員会
答 申

諮問①：平成 24 年度診療報酬改定の評価

平成 25 年 4 月
日本医師会
社会保険診療報酬検討委員会

平成25年4月19日

日本医師会長
横 倉 義 武 殿

社会保険診療報酬検討委員会
委員長 安 達 秀 樹

答 申

本委員会は、平成24年8月29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24年度診療報酬改定の評価」および「②現在の診療報酬における問題点とその対応」のうち、「①平成24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	安達秀樹	委員	須藤英仁
副委員長	井原裕宣	委員	寺澤正壽
副委員長	藤野圭司	委員	橋口兼久
小委員長	高井康之	委員	橋本洋一
委員	相澤孝夫	委員	蓮沼剛
委員	飯星元博	委員	藤岡治
委員	井田正博	委員	松本純一
委員	猪口雄二	委員	宮崎良春
委員	大平政樹	委員	宮崎亮一郎
委員	菅野隆	委員	矢口均
委員	木下成三	委員	安田正
委員	木村泰三	委員	山岸直矢
委員	佐藤和宏	委員	横山純好
委員	新藤健		

目 次

1. 総 論	1
2. 各 論（重要と思われる項目）	3
(1) 基本診療料（外来）	3
① 初診料	
② 再診料	
③ 外来管理加算	
④ 時間外対応加算	
⑤ 同一日2科目受診の再診料、外来診療料	
(2) 基本診療料（入院）	6
① 入院基本料	
② 栄養管理体制、褥瘡対策体制	
③ 入院中の患者の他医療機関受診	
④ 医師事務作業補助体制加算・急性期看護補助体制加算	
⑤ 救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算	
⑥ 特定入院料	
(3) 医学管理	9
① 特定疾患療養管理料	
② 糖尿病透析予防指導管理料	
③ 夜間休日救急搬送医学管理料	
④ 外来リハビリテーション診療料	
⑤ 認知症専門診断管理料、認知症療養指導料	
(4) 在宅医療	11
① 全体	
② 機能強化型在宅療養支援診療所	
③ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算	
(5) 検査、画像診断	12
① 検査	
② 画像診断	
(6) 投薬	13
① 一般名処方、処方せん料、後発医薬品推進	
② 多剤投与の場合の処方料・薬剤料・処方せん料の減算	
(7) リハビリテーション	14
① 維持期リハビリテーション	
② 早期リハビリテーション加算・初期加算	

（８）精神科専門療法	1 5
（９）処置、手術	1 6
３．まとめ	1 8

別紙

諮問①：平成２４年度診療報酬改定の評価《項目別一覧表》

1. 総 論

平成24年4月の診療報酬改定は、民主党政権下では2回目の改定であり、介護報酬との同時改定として注目された。我が国は前年に発生した東日本大震災による津波被害や福島原発事故といった未曾有の災害に見舞われたが、従来どおり診療報酬改定は行われた。災害復興により、非常に厳しい財政状況であったが、全体改定率がわずかとはいえプラス

(0.004%)であったことについては一応の評価ができる。ただ、長期収載医薬品引き下げ分を考慮すると実質的にはマイナスである。平成22年度の改定では、入院・入院外の財源配分が政治的に決定されたが、今回の改定では、事前に入院・外来の枠が決められなかったことは評価したい。しかし今回も、財源が主として救急、小児、外科等の医療の再建、勤務医の負担軽減など急性期病院における入院医療へ重点的に配分され、中小病院や診療所にとっては引き続き厳しい改定であったと言わざるを得ない。地域医療の再生と底上げのためには、医療費の総枠拡大が必要であると考えます。

改定の内訳をみると、引き上げ分の4,700億円は、平成24年度改定医科重点3項目(病院勤務医負担軽減に1,200億円、在宅医療推進に1,500億円、がん・認知症対策等医学の進歩に2,000億円)に限られ、病院には主に急性期医療、高度医療を担わせ、その実現のため病院勤務医負担軽減策を講じ、診療所には在宅医療の推進を担わせる、という政策的意図を具体化したものと思われる。重点項目を優先させることは認めるが、地域医療を維持するためには、大病院だけでなく、回復期や慢性期を担う中小病院、単科病院、診療所など切れ目のない体制が必要であり、それぞれに適正に医療費が配分されなければならない。

また、入院・入院外の内訳をみると、入院外に1,400億円が配分され、前回に比べるとやや多いが、初・再診料は据え置かれたままである。在宅医療の推進として、在宅療養支援診療所に「機能強化型」が新設されたが、在宅診療専門の診療所の乱立が懸念される。地域に根差し在宅医療を支えている「かかりつけ医」をもっと評価するものでなければならない。前回改定では入院医療に重点的に配分されたが、その恩恵は特に大学病院や400床以上の急性期大規模病院に限られており、地域医療を支える中小病院における窮状を救うものではなかった。今回もこの傾向は依然として続いており、診療所や中小病院にとっては、厳しい時代が続くこととなった。

厚生労働省は、今回の改定を「社会保障・税一体改革」の実現に向けた第一歩と位置付け、そこに示されている「2025年のあるべき医療・介護の姿」へ邁進させようとしている。しかし、そこに示された高度急性期

から一般急性期、亜急性期、長期療養等の入院医療、及び慢性期から在宅にいたる医療・介護提供体制や機能分化の方向性が地域の実情に合っているか疑問で、医療現場との意識の乖離が散見された。そのためにも、あるべき姿が将来の医療提供体制として適正なものであるか、医療関係者と国民を加えて議論すべきである。

医療・介護の同時改定となったことは、いわゆる「2025年問題」解決の第一歩としても注目された。「看取り」と関連した介護保険適用3施設への医療保険の拡大と難解な「医療保険と介護保険の給付調整」などの環境整備が期待された。しかし、介護療養病床や介護老人福祉施設では一部改善がみられたものの、現今の実態に即した施策が十分であるとは言いがたい。今後、6年ごとの同時改定で超高齢社会に適合した医療と介護の両保険がバランスのとれた制度となるよう更なる改革が必要である。

なお、従来から指摘されている診療報酬の不合理的な点数や算定ルールは、今回も解消されず、施設基準や算定要件はますます複雑になり、医療現場に混乱をもたらしている。院外処方（薬局調剤）と院内調剤の格差も指摘されている。改定に伴って発出される通知には不明瞭な点も多く、今回の入院基本料の包括化のように発出直後に医療現場で混乱を招いたものもある。事前に厚労省と医師会はともに十分協議していただきたい。

前回まで本委員会で様々な重点要望項目を提言してきたが、それがどの程度、実現されたか、されなかったかも、今回しっかり検証していきたい。

2. 各 論（重要と思われる項目）

（１）基本診療料（外来）

① 初診料

初診料については、今回の診療報酬改定では特に点数の変更はなかったが、紹介率が40%未満かつ逆紹介率30%未満の特定機能病院および地域医療支援病院（一般病床500床以上）に限り、紹介状なしの場合は200点に減額という算定要件が追加された。また、外来診療料においても、他医療機関へ文書による紹介を行う旨の申し出を行ったにもかかわらず当該病院を受診した場合の再診は52点に減額される扱いとなった。特定機能病院等における初・再診料等に選定療養の導入を含む見直しを行ったことは、外来の機能分化を進める点から、方向性は評価することができる。しかしながら、国立大学附属病院長会議と日本私立医科大学協会によると、国立・私立大病院で減額に該当する病院はなく、地域医療支援病院でも極めて少ないとみられており、実効性はないと考えられる。

この取り扱いは、病院側が初診料減額を避けて病診連携を推進するためのものであるが、患者にとっては自己負担が少なく医療を受けられる場合もあり、むしろ、診療所を受診するより大病院を受診する方が、経済的メリットが大きいと判断される可能性がある。現状では、依然として大病院や特定機能病院に患者が集まり、勤務医の労働環境は改善していない。病院が本来の入院機能を充実できるように、入院における点数を評価し、外来業務を軽減しても経営が成り立つような診療報酬体系にする必要がある。そのためには、今以上に病診連携を進め、外来患者はまず診療所等を受診し、医学的に必要性のある場合のみ、急性期病院へ紹介する仕組みを構築すべきである。そのことにより急性期病院の一般外来を小さくさせ、急性期病院の勤務医が、専門的かつ高度医療に注力できるような体制を構築することができ、必要な医療を効率的に提供できると考える。外来医療の機能分化のためには、200床以上の病院の外来の患者負担の在り方も選定療養以外の方策が必要と考える。

初診料に限らず、再診料も含め基本診療料がどう在るべきか今後の議論が重要であるが、少なくとも診療所の基本診療料は、より機敏に必要な医療を的確に提供していくためには、包括化されることは絶対に避けねばならない。

② 再診料

再診料に限らず基本診療料は、最も基本的かつ重要な技術料として評価されるべきものである。現在の初診料、再診料は積算基準が不明であり、技術料として著しく低く設定されている。

平成22年度の改定で、病院勤務医の負担軽減を名目にした病院への財源配分のため、診療所の再診料は根拠なく71点から69点に引き下げられた。その是正が今回改定の最重点要望項目であったが、据え置かれたまま是正されなかったことは誠に遺憾である。

再診料は、地域医療を支える診療所にとって根幹にかかわる部分で、病院に比し、無床診療所では総医療費に占める初・再診料等の基本診療料の割合が高い。再診料により診療所は外来機能を維持していくことができる。外来機能は継続的診療の質を担保する上で重要で、とりわけ、同一かかりつけ医が継続する診療の中で患者の僅かな変化を短時間で見つけ出すことにより、疾病の早期発見、早期治療へとつなげることを可能にしている。また、高齢社会の下、日常診療においても同時多発的に生じる高齢者の種々の疾患に遅滞なく対応する必要がある。超高齢時代に対応して、かかりつけ医による「同一医師による継続的診療行為」を評価するためには、再診料の引き上げが必須である。ただ高齢者は複数の医学的問題を有することが一般的で、一診療科や一医師では対応困難な事例も少なくなく、1人の高齢者が1医療機関に限るような制度の導入は、チーム医療を阻害し、絶対に許すべきでない。かつて導入された、後期高齢者診療料や後期高齢者終末期相談支援料の失敗を繰り返してはならない。更に、「総合診療医」を制度化して、診療所の外来診療報酬の包括化に利用し、将来の人頭割につながるようなことがないように注視していく必要がある。

地域医療における外来診療報酬の「幹」は初診料と再診料から成る基本診療料で、付随するいくつかの加算はその「枝」と位置付けるべきである。しかしここ数年の改定では、幹が細る一方で、枝は夜間・早朝等加算、明細書発行体制等加算、時間外対応加算と項目が増し、診療報酬体系をますます複雑なものにしている。投薬の長期処方化により再診回数も減少傾向にある中、各種加算点数の設定ではなく、再診料本体の引き上げにより診療報酬の底上げを行うべきである。

夜間・早朝等加算は、再診料が引き上げられなかった際、病院勤務医の負担軽減を目的に、診療所の夜間等における診療を評価するものとして、平成20年度改定で設定された加算である。しかし、当該加算の届出医療機関では、診療時間内であっても午後6時以降に受診した患者の一部負担金が高くなるため、午後6時以降の夜間診療を標準的に行っている医療機関が多い地域では、負担の違いについて、患者への説明に時間を要することがある。また、実際に病院勤務医の負担軽減になっているかも検証する必要がある。

③ 外来管理加算

以前より問題となっているが、外来管理加算に満たない医療行為の点数

があり、処置や検査を実施した場合よりも患者負担が増えるなど、患者にとって理解しにくい。処置や検査時における外来管理加算の算定不可ルールは不合理である。外来管理加算は、長期にわたり総合的に患者の医学管理をしていることの評価であり、丁寧な問診等の算定要件や検査、処置時の算定不可ルールは撤廃すべきである。

④ 時間外対応加算

平成22年度改定で登場した地域医療貢献加算に対しては多くの問題点が指摘されていた。それらを踏まえて平成24年度の改定では「時間外対応加算」という名称になったほか、その取り扱いについて見直しが行われたが、本加算に対しての現場の評価は分かれている。

現場で不評を買っていた「地域医療貢献加算」という不明瞭な名称が変更され、体制に応じた3区分が設定されるなど算定要件が明確化・緩和された。特に対象患者が再診に限ることや時間外対応加算2の対応すべき時間帯が明確化され算定しやすくなったことに対しては評価できるという意見もあり、地域医療活性化のための加算として今後更なる発展が期待できる側面を持っていると言える。

ただし、本加算が本来の目的（救急・急性期病院の負担軽減、軽症患者の受診抑制）に寄与しているか疑問であり、多くの医療機関が参加できるよう、区分の再編成や高点数化等を含めて更に検討する必要がある。時間外対応加算1は、24時間対応等の医療機関の負担を考えれば特に点数が低いと考える。

また、本加算の施設基準が曖昧であることや算定できる医療機関（診療科）が限定的であること等の理由から、算定要件に難のある加算をもって再診料引き下げの補填をさせるのではなく、前回理由なく引き下げられた再診料本体を引き上げるべきであるとする意見は非常に多い。

更に、「名称が患者にとって非常に分かりにくく、医療機関窓口でのクレームの原因となっている」、「依然として現状に即しているとは言えず、今後届け出を行う診療所が急増するとは考えにくい」、「小児科の時間外対応が各地に小児科救急センターが設置されている現状を考えると、個々の診療所が対応するというのは時代の流れに逆行している」、「時間外対応は当然だという論理を患者サイドが持ち、コンビニ受診（電話相談）を助長しかねない」等の問題点が指摘されている。

このように、それぞれに意見は分かれているが、いずれにしても、名称、算定要件、付加点数、加算でなく再診料本体の引き上げを、という点を含めて今後更に本点数の在り方を検討する必要がある。

⑤ 同一日2科目受診の再診料、外来診療料

点数は十分ではないが、2科目に限り再診料や外来診療料が算定できることになったことは、一定規模の病院にとっては評価すべき点である。

(2) 基本診療料（入院）

① 入院基本料

入院基本料は以前より定義付けが存在せず、その区分は平均在院日数と看護職員配置により決定される。そして、厚労省から提出された、「社会保障・税一体改革」に盛り込まれている2025年を見据えた医療・介護提供体制においても、これらの意味合いは強く存在する。

平成24年度診療報酬改定は、将来の提供体制における7対1入院病棟の縮減などの具現化に向けたものと捉えられる。また、その他の例として、一般病棟入院基本料（13対1、15対1）における特定除外制度の見直しが挙げられるが、地方における中小病院にとって極めて重大な問題である。また、平成22年度改定で減算された15対1入院基本料は、今回も据え置かれた。以上のことなどにより、地域における急性期の後方支援機能が崩壊することが危惧されるため、早急な見直しが必要である。

更には、チーム医療の重要性が認められている現在、平均在院日数と看護職員配置により機能分化が行われることは非論理的である。行われている医療や地域で求められている医療を分析して、エビデンスのある入院基本料が構築されるべきである。

そのほか、有床診療所の入院基本料が極めて低く評価されていることが以前から指摘されている。実態に即した点数を検討する必要がある。

② 栄養管理体制、褥瘡対策体制

[栄養管理体制]

栄養管理実施加算は中医協資料において示された届出医療機関が97.9%との根拠をもとに入院基本料に包括された。ほとんどの医療機関で包括可能との中医協での判断であったが、ふたを開けてみると小規模病院では届出が少なく、更に有床診療所においてはほとんど届出されず、実態と大きくかけ離れた判断であったことが明らかとなった。小規模病院、有床診療所及び診療科（小児科、眼科、耳鼻科、産婦人科）の実態を十分に考慮することなく、一律に栄養管理実施加算を入院基本料の算定要件に包括したことは不合理であり、早急に当該基準の見直しが必要である。2年間の経過措置が設けられているが、管理栄養士の絶対数、医療施設への就業率等を考慮すると、有床診療所で当該基準を満たすことは不可能である。元の加算に戻すか、あるいは地域医療の実態を詳細に把握し例外的な

規定を設けるなど、地域特性に配慮した形とすることが望まれる。

〔褥瘡対策体制〕

褥瘡患者管理加算も中医協資料において示された届出医療機関が90%との根拠をもとに入院基本料に包括された。しかし、小規模病院では届出が少なく、更に有床診療所においてはほとんど届出されず、実態と大きくかけ離れた判断であったことが明らかとなった。小規模病院、有床診療所及び診療科（小児科、眼科、耳鼻科、産婦人科）の実態を十分に考慮することなく、一律に褥瘡患者管理加算を入院基本料の算定要件に包括したことは不合理であり、早急に当該基準の見直しが必要である。元の加算に戻すか、あるいは小規模病院、有床診療所では選択制にするなど現場に即した柔軟な対応が望まれる。

入院基本料への新たな事項の包括化に関しては医療機関への影響が大きく、特に小規模病院、有床診療所に配慮した事前の十分な検討・配慮が必要である。

③ 入院中の患者の他医療機関受診

透析または共同利用を進めている機器による検査（PET等）のみを目的とした入院中の患者の他医療機関受診など、限定された入院基本料の場合のみ今回一部緩和されたが、まだ条件は厳しく、抜本的改善にはほど遠い。複合的な疾患を有する高齢患者が増加し医療機関の連携がますます必要となる中、連携により入院基本料が減算となる考え方は医療の機能分化と連携促進に逆行するものであって、本来の患者の医療ニーズに対し抑制圧力となっており、根本的に見直されるべきである。

療養担当規則第16条には「疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医させ、又は他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない」とある。保険医に認められた当然の業務に対してペナルティを設けることは療養担当規則の趣旨に反するものであり、少なくとも平成22年度改定前の内容に戻すべきである。かかりつけ医機能を兼ね備えている小規模病院や有床診療所では設備・マンパワーとも大病院とは比較にならず、患者の専門医志向が強い中、良心的な医療を行う上での専門医への紹介は当然の帰結であり、このことに減算を行うことは不合理極まりなく、ひいては医療事故の誘因にもなりかねない。特定入院料等における70%の減算についても数字の根拠はなく、過大なペナルティとなっているので見直されるべきである。加えて、前回・今回と示された合議による精算の規定は曖昧で、現場での混乱を招くので撤回するべきである。

④ 医師事務作業補助体制加算・急性期看護補助体制加算

〔医師事務作業補助体制加算〕

医師事務作業補助体制加算は30対1、40対1が新設され、50対1が年間の緊急患者数100名以上でも算定可能と要件が緩和されるなど、今回の改定でよりきめ細かく評価され、病院勤務医の負担を軽減する体制の推進が図られたことは、中小病院への配慮も感じられ評価できる。しかしながら、どの基準においても事務補助者一人分の人件費にも満たない点数であり、人件費に見合う診療報酬に引き上げる必要がある。

また、急性期のみならず亜急性期や慢性期病棟でも事務作業の煩雑さは医師の業務を阻害しており、更なる条件緩和と充実を求めていく必要がある。

〔急性期看護補助体制加算〕

急性期看護補助体制加算には今回改定で25対1が新設されたが、この加算が医師と看護職員の役割分担を推進しているか、また医療の質の向上、看護職員の定着、これらを含め病院経営に寄与しているか検証が必要である。今回の加算でみなし看護補助者（看護師）の割合で点数に20点差がついたこと、夜間急性期看護補助体制加算ではみなし看護補助者では算定ができないとしたことは、看護師の適正配置につながり評価する。地域の急性期医療を支えるためにも地方に多い100床以下の一般病床では年間200例以上の緊急入院実績はハードルが高く、今後更なる施設基準の緩和が必要である。

⑤ 救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算

平成24年度改定により、それまでの「紹介加算、受入加算ともに高次の救急医療機関への入院から5日以内に受入医療機関に転院させた場合」が、「7日以内に受入医療機関に転院させた場合」と日数要件が緩和された。また、点数もそれぞれ500点から1,000点、1,000点から2,000点へと引き上げられた。届出も緩和され、同一医療機関において紹介加算、受入加算の算定が可能となった。以上の点から救急搬送受け入れを担う地域の救急医療機関が、地域連携機能を十分に発揮する中で、状態が落ち着いた患者について早期の転院支援を強化する意味では、意義のある項目であるといえる。

一方で、事前に両医療機関の間で「転院体制についてあらかじめ協議を行ない連携を取っていること」が要件とされ、あらかじめ合意が得られ、施設基準の届出が行なわれていなければ、転院調整を行なっても算定に結びつかない。また、実際に7日以内に転院となる可能性が少なく、算定要件の緩和をもう一段進めないと、地域連携強化を推進する目的を達することは難しいといわざるを得ない。

⑥ 特定入院料

特定入院料は、超急性期から慢性期まで極めて多数の分類が存在する。また、それぞれに施設基準が設けられており、その内容は複雑この上ない。事務的煩雑さは、算定過誤を生じることが多く、特定入院料のグループ化、算定要件の簡素化が必要である。

また今回、亜急性期入院医療管理料の要件が変更され厳しくなった。地域における医療連携や、医療・介護連携にとって、この報酬体系は重要な存在である。今回の改定の影響で算定を中止する中小病院の増加が危惧される。超高齢社会において、特に都市部における高齢者の増加において、全人的対応を可能とする亜急性期入院医療管理料の再評価が求められる。

(3) 医学管理

① 特定疾患療養管理料

対象疾患の拡大、算定要件の見直し、月1回の算定時における450点への点数引き上げ等が要望されていたが、今回も全て未対応であった。要望の根拠にはそれぞれ理由があるにもかかわらず、長年にわたって認められていないという現実を直視し、今後の対応について再考を要する項目であると認識する必要がある。対象疾患の拡大については、本管理料の成り立ち、歴史的経緯、皮膚科・耳鼻咽喉科において既に項目設定がなされていること等を総合的に考慮し、医学管理の部全体のバランスに配慮した新たな提案をすることが望まれる。告示・通知事項の改正・変更を求めるに当たっては、その必要性について説得力のあるデータを十分に用意した上で、基本診療料等に影響が及ばぬように慎重に交渉に臨むべきである。

② 糖尿病透析予防指導管理料

平成24年度改定により、外来糖尿病患者に対し糖尿病透析予防指導管理料がチーム医療として新設された。専任の医師の他、糖尿病治療を行なう診療チームによる患者への指導は、多職種の連携、より質の高い医療(チーム医療)を推進する意味では評価できる内容である。施設基準の要件の中で、「糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行なわれていること」とあるが、糖尿病教室の定義が明記されておらず、具体的な内容を盛り込む必要がある。

③ 夜間休日救急搬送医学管理料

二次救急医療機関における救急外来受け入れに配慮した点数であり、評価できる。平日の時間外への評価や更なる増点も望まれる。

④ 外来リハビリテーション診療料

外来において多数のリハビリ患者を毎度再診しなければならない労力と、そのための医師・看護師等の人員確保の困難性、また無診察診療による指導をなくす、といった観点からみれば外来リハビリテーション診療料の新設は評価される。

しかし、「基本診療料なくして特掲診療料なし」という診療報酬算定の大前提が無視されていること、また「再診料とは何か」という根本的問題が議論されることなく安易に包括点数が新設されたことは拙速すぎる感がある。改定後の疑義解釈資料では「外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数の間で、リハビリテーションを実施した日に処置等を行った場合」は「初診料、再診料、外来診療料以外の費用については、算定可能である」としているが、「外来リハビリテーション診療料は、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察を評価するものである。」と規定されており、リハビリ以外の処置や注射、X線検査などを再診料なく行うことは明らかにおかしい。

「外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること」とされているが、毎日これらを実施することはほぼ不可能である。

⑤ 認知症専門診断管理料、認知症療養指導料

平成24年6月18日に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームから示された「今後の認知症施策の方向性について」や平成24年9月に示された、いわゆる「オレンジプラン」においても、認知症ケアの中心はかかりつけ医である。このような観点から、かかりつけ医と認知症疾患医療センターとの病診連携という点が診療報酬で評価されたことの意義は大きい。しかし、かかりつけ医を持たず、地域包括支援センターやケアマネジャーから直接認知症疾患医療センターに依頼されるケースや、既に認知症の診断がついて投薬が行われているケース、または入院中に認知症の疑いがあり他科受診、対診するような場合等については、今回の算定要件では全く算定できない。

また、認知症専門診断管理料は、「認知症の疑いのある患者」に対し認知症の鑑別診断を行った場合には算定可能であるが、かかりつけ医が「認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症疾患医療センター等での鑑別診断の必要を認め、認知症疾患医療センター等に対して患者の紹介を行った場合」には、算定できる規定がない。一方、かかりつけ医にお

いても認知症疾患医療センターが認知症専門診断管理料を算定した患者以外（前述の後段の患者）は、算定不可であるなど、極めて不備のある病診連携の規定となっている。

更に、認知症療養指導料については、特定疾患療養管理料との併算定はできない。かかりつけ医が従来から診療している疾患に加え、認知症も診ていかなければならないにもかかわらず、片方のみの算定となることは道理に合わない。そもそも特定疾患療養管理料を月2回算定すれば450点であるが、認知症療養指導料350点では評価は逆に下がってしまう。このようなことでは、かかりつけ医が認知症への対応を回避してしまいかねない。この上、6月に限り月1回という期間限定の条項については、認知症の臨床経過から考えて、不適切であり撤廃すべきである。また、認知症疾患医療センターについては、設置が十分ではなく、かかりつけ医の認知症療養指導料の算定は難しい。さらに、基幹型と地域型の機能が明確に定義されているため、それぞれの機能によって評価を分けるべきである。

（４）在宅医療

① 全体

今回の診療報酬改定では、機能強化型在宅療養支援診療所（強化型在支診）・病院が新たに設定された。これは2025年を見据えた医療再編の一環であり、病院から在宅への明確な流れを意味する。在宅医療の整備と資源の投入という点は評価に値するが、その一方で強化型在支診に偏った資源の投入は在宅医療の実態を反映しているものとは言い難い。在宅看取りの3分の1は在宅療養支援診療所（在支診）以外の診療所が担っているという調査もあり、地域に根差す診療所の再評価こそが喫緊の課題である。更に在宅医療の多様化に伴い、内科以外の眼科、耳鼻科、泌尿器科などのいわゆる副科の係わりが増す中、その正当な評価無くして真の在宅医療は成立しない。住民の命と尊厳を守るためには、そこに暮らす住民の地域特性に応じたきめ細かな診療報酬の在り方こそが問われねばならない。

② 機能強化型在宅療養支援診療所

在宅医療の充実という流れと、その中で在支診とそれ以外の診療所の格差是正が実施されたことは評価できる。しかしながら、強化型在支診に偏った資源配分は、在宅医療を歪め、利益至上主義の在宅専門医療機関を生む下地ともなっている。また、強化型在支診の施設基準は、地域特性を無視したものであり、地方ではその要件を満たすことは極めて困難である。現実には地域医療の多くを担っている強化型在支診以外の診療所を正しく評価し、その力を最大限に発揮できるような方向への転換と適切な点数配

分を求めたい。

③ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算

在宅における終末期医療が看取りとそこに至るプロセスに分けられ、点数算定がそれぞれ個別に評価されたことは多とする。また、すべての医療機関に看取り加算が設定されたこと、ターミナルケア加算の算定要件が緩和されたこと（往診または訪問診療を行った後24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含める）は現場の実態を反映したものであり合理的といえる。ただし、ターミナルケア加算を算定するために必要なターミナルケアの期間がいまだ2週間という限定付きであること、看取り加算の要件が緩和されたとはいえ、死亡前24時間以内と極めて短く設定されていることは一層の改善が必要である。また、強化型在宅診療のみに傾斜した点数配分は再検討を要する。

（５）検査、画像診断

① 検査

検体検査料・生体検査料ともに項目が新設されたこと、一部ではあるが増点がみられたことは評価できる。特にD400血液採取の増点は、関連する診療科が多く、医師・医療スタッフの技術料が評価された点で意味がある。しかし、不合理と思われる減点、診療現場の実態に即していない点数設定・算定方法・施設基準があることなどについては問題がある。検査料全体としては諸外国に比して低い点数設定であり、検査機器や検査薬品にかかる費用とは区別して、医師の技術料を正當に評価することが必要である。

② 画像診断

〔ポジトロン撮影の適応拡大〕

従来のでんかんもしくは虚血性心疾患における心不全または早期胃がんを除く悪性腫瘍に加えて、心サルコイドーシスが適用疾患に追加されたことは評価できる。また、悪性リンパ腫の治療効果判定目的の検査が転移再発診断に該当するものと適応拡大されたことも評価できる。

〔核医学診断料の増点〕

PETおよびその複合機について「核医学診断料」が375点から450点に増点されたことは、ドクターフィーへの重点配分として評価できる。その他の核医学検査（シンチグラフィーやSPECT）の診断料は5点減点されたが、機能的重点配分となった。

〔フィルムレス、デジタル化〕

撮影機器のデジタル化によるフィルムレス運用は、資源の有効活用や患者データの保管性の理由で推進されるべきであるが、撮影装置の更新費用のみならずデータサーバや診断装置、CD作成装置の設置の費用と維持費が必要となる。今改定においても、X線撮影のデジタル化が十分に普及していない現状で、診療所への配慮が見られない。電子画像管理加算などの増点が必要である。更に、平成23年度社会医療診療行為別調査での普及率実態による判断も必要である。

〔コンピューター断層撮影（CT撮影）および磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の撮影料〕

CTの撮影料は従来の機能別3段階から、新たに「64列以上CT装置」の項目が新設され（4区分）、「64列以上」については50点の増点となったことは評価できる。またMRI撮影料についても従来の機能別2段階から、新たに「3テスラ以上MRI装置」の項目が新設され70点の増点となったことも現行の医療水準に適合した傾斜配分であり評価できる。

「3テスラ以上MRI装置」については、施設基準が設けられ機器への重点配分ではなく診療体制に重点の配分になったことも評価できる。

一方、低列数CT装置および低磁場装置の一部で若干の減点となったが、高額医療機器の新しい撮像技術、画像処理の高度化、被曝の低減技術、1回の検査における撮像範囲の広範囲化、それに伴う導入酵素、維持費用、人件費などを考慮すると機能別点数の差別化、一部機種への減額はやむを得ない。ただし、現行のCT撮影料の最小点数である600点は基本点数として維持されるべきである。また、画像診断等的高額医療機器全体を通して、その運用費用、維持費用、更新費用を保障するにはまだ十分な点数ではない。

（6）投薬

① 一般名処方、処方せん料、後発医薬品推進

〔後発医薬品の推進〕

後発医薬品の使用促進には後発品の信頼性の確保が前提となるが、品質、製品のバラツキ、安全性、情報提供、安定供給等の問題があり、先発品と同等の薬理作用があることを証明するデータが乏しい現状では、信頼性が十分確保されているとはいえない。早急に厚生労働省やPMDA等が後発医薬品についての科学的見解を作成し、医療関係者や国民に説明を行う必要があると思われる。また、現在中医協で議論されているが、長期収載品の薬価を後発品と同程度にすることにより、差額通知などの無駄な経費は無くなり、医療安全上も有益であると思われる。

〔一般名処方〕

一般名処方では薬剤選択の責任が曖昧な部分があり、現場の混乱を招いており評価できない。後発品を処方され薬害が発生した場合、薬剤選択の責任所在が曖昧であり、医師の責任のリスクと処方権侵害の危惧もある。また、一般名処方を行っても実際に後発品が患者に渡されたかは不明であり、後発品の使用促進につながるのかは疑問である。更に、処方された薬剤が適応かの確認も後日となり、煩雑さから処方ミスを招くなど医療安全上にも問題がある。

一方、院内処方では後発品を処方しても加算が無いのは不自然であり、院外・院内を問わず後発品が処方された時に加算されるような制度の方が後発品の使用促進につながると思われる。

後発医薬品については安全性、有効性についての検証を今後も継続していくことが必要であり、一般名処方がある程度普及した段階で加算が廃止されないよう注視していく必要もあると考える。

② 多剤投与の場合の処方料・薬剤料・処方せん料の減算

いまだに7種類以上の薬剤処方について、総薬剤料の100分の90の減額と処方料・処方せん料の減額算定がとられていることは不合理である。

以前、薬価差益目的に多剤傾向になることを防ぐために設けられた制限と思われるが、現在は薬価差もなく、医療機関にとって多剤投与によるメリットは何もなくペナルティのみが残された形となっている。

かかりつけ医機能を受け持っている医療機関では、複合的な疾患を有する高齢患者が増加し、合併症の多い患者に対し症状に適応した多剤処方が必須となっている。このような現状で多剤投与が罰則のように扱われるのは不合理であり、多剤投与により処方料・薬剤料や処方せん料が減算される制度は廃止されるべきである。特に、院内処方の医療機関では院外処方に比べ、処方に係る技術料が安価に抑えられているにもかかわらず、多剤投与による減算が厳しく決められており改善が求められる。

(7) リハビリテーション

① 維持期リハビリテーション

介護保険のリハビリへ移行後も医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間が1月間から2月間に延長されたことは評価できる。

しかし、脳血管疾患等リハビリテーション料および運動器リハビリテーション料については、標準的算定日数を超えてリハビリを実施する患者が要介護被保険者である場合減算となり、更に算定自体が原則として平成26年3月31日までとされたことは問題である。要介護被保険者の維持

期リハビリを一律に医療保険から介護保険に移行させるという考えが妥当か、また、質、量ともに医療から介護への円滑な移行が可能かどうかの検証が必要である。

リハビリにおける介護優先制度（介護保険で通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等を行っている者は医療保険でのリハビリができない）は患者が通所リハ（デイケア）を利用していることを申告せず、把握できないことも多く、返還の対象になりやすい。同様に、標準的算定日数を超えてリハビリを実施する患者が要介護被保険者である場合、減算となるが、この場合も医療保険でのリハビリを実施中に患者が介護保険を他の医療機関から申請した場合など、把握できないケースも多い。

また、通所介護（デイサービス）利用の場合は医療保険でのリハビリが可能であるが、患者はデイサービスとデイケアの区別が分からず、医療側が確認せざるを得ない。返還責任は全て医療側にあり、大きなストレスとなっている。一物二価となる減算制は廃止すべきであるし、医療と介護のリハビリではスタッフ数、施設充実度ともまだ大きな差があるため、一律に介護優先とせず、医師の裁量で医療と介護のリハビリの併用を認めるべきである。

脳血管リハと運動器リハの点数格差の是正がなされず、むしろ差が広がった。施設基準、人員配置が同じ場合は同一点数にすべきである（脳血管2と運動器1）。

② 早期リハビリテーション加算・初期加算

早期リハビリテーション加算について治療開始から14日以内の点数が高く設定されたことは評価できる。しかし、15日以上30日以内の点数引き下げは根拠に乏しく納得できない。

また、早期リハ加算は入院患者に限られているが、平均在院日数短縮のためにも外来でも認めるべきである。

（8）精神科専門療法

精神科訪問看護・指導料という精神科専門療法の基準が、訪問看護ステーションの基準に併合される形で改定された結果、精神保健福祉士2名による複数名訪問が認められない、あるいは30分未満の訪問では複数名加算が算定できないなど、従来算定可能であった診療行為が新たな制約を受けることになった。

精神科の専門性への評価と実施上の利便性が不当に失われたことに関して、基準の見直しを検討すべきである。

(9) 処置、手術

[処置]

平成24年度改定で変更のあった処置の項目は5項目で、持続的難治性下痢便ドレナージ、稗粒腫摘除が新設された反面、人工腎臓、皮膚科光線療法が引き下げられた。

診療報酬の処置467項目のうち、外保連試案の試算額の10分の1以下の行為が111件、5分の1以下は232件とほぼ半数がこの数字の中に入る。外保連試案には請求不能な注射器、ガーゼ、包帯、手袋、ガウンや滅菌シートなどの一般的なものから、近年では「この処置にはこの材料が必須」とされるものまで含まれており、材料費だけで処置料を上回ることもしばしばある。特に消炎鎮痛等処置(35点)は、比較的高額な医療機器を使うため、この乖離は著しい。少なくとも外来管理加算以上の点数がないと、支払う患者側にとっても納得がいかないケースが生じることになる。医師の技術評価はもちろんのこと、医療機器、材料費を勘案した点数が望まれる。

創傷処置は外科系の医療行為としては必然性のある基本的行為であるが、眼科・耳鼻科等の専門職行為については、いまだに極端に低額となっているのが理解に苦しむ。

基本的な処置が長年にわたって評価が上がらない一方、新規のものがそれなりに評価されていると考えられ、全体的に見ると従来の処置行為は低評価のように思われる。

[手術]

平成24年度の診療報酬改定における手術診療報酬の平均増点率は、15.38%であった。これは平成22年度改定の平均増点率11.71%を上回る。また、平成22年度に診療報酬引き上げの対象となった手術が、主として、大学病院やセンター病院で行われる難度の高い手術であったのに対し、平成24年度の改定では、腸管癒着剥離、胆嚢摘出、大腸がん手術など、市中病院で広く行われる手術にも及んだ。この2回の改定で手術診療報酬は27%超の引き上げとなり、手術数の多い病院では、経営状況に大きな改善を得たはずである。また、激減していた外科学会新規入会会員数が、ここ数年回復してきたが、手術診療報酬引き上げもその一因として働いたと思われる。全体として満足すべき改定であったと評価する。

新設項目では、内視鏡下手術の幅広い承認と、複数手術の診療報酬についての改定が行われた。すなわち、「従来法手術ですでに保険収載されており、外科系学会社会保険委員会連合(以下外保連)手術試案第8版で難度C、Dとされている内視鏡下手術」は一括承認され、新たに36の内視鏡下手術が保険適用された。内視鏡下手術の保険承認の一般的規則を作ったもので、内視鏡下手術の保険適応に伴う混乱がこれにより解消された。

複数手術では、形成外科手術の6つの複数手術において、副手術は別手術として100%の診療報酬が認められ、また、新たに10の複数手術において副手術に50%の診療報酬が認められた。この結果、これまでと合わせ、約200の複数手術で副手術の診療報酬が認められることになった。しかし、まだ承認されるべき複数手術は多い。

また、前立腺がんに対し、内視鏡下手術支援ロボットであるダビンチの使用が認められた(54, 200点加算)。ロボット手術の保険導入は、今後の外科の未来を拓くものとして画期的である。

しかし、まだ問題点は多い。最大の問題点は、現在の手術診療報酬は、技術料と手術材料費の合算であり、そのうちいくらが材料費に相当するのか全く分からないことである。外保連手術報酬試案では、それぞれの手術について、必要な人件費と材料費が分けて記載された。人件費は、{(手術に必要な医師の技術度) × (医師人数) × (手術時間)} + {(看護師とMEの人数) × (手術時間)} から算出され、材料費は、保険償還できるものとできないものに分けて記載された。これらは、多数の病院に問い合わせ得た結果であり、現状をよく反映したものである。外保連試案の材料費をみると、平成24年度の手術報酬引き上げの後ですら、請求できない材料費が実際の手術報酬を上回る手術が255術式(9.2%)あり、50%以上を占める手術が446術式(17%)あった。実際の手術報酬が外保連試案と大きく異なるものについては(特に材料費のため人件費が著しく圧迫されているものについては)、早急な手術報酬改定を求めたい。

複数手術の副手術の手術報酬の承認は、改定ごとに複数手術の具体例が提示され、そのいくつかが認められてきたわけであるが、「同一手術創であっても異なる手術を併施した場合は、副手術にも50%の手術報酬を与える」という一般的規則を設け、複数手術を一括承認することを要望したい。

外科医の技術や労働が正当に評価される手術報酬を作ることが、外科崩壊を防ぐ最良の手立てである。根拠に基づいた手術報酬を実現すべきである。

3. まとめ

平成24年度診療報酬改定は、「社会保障・税一体改革」により描かれた2025年の将来像に向けた改革の第一歩と位置付けられ、高度急性期医療への医療資源の集中投入と在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築等、医療提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けた改定であるとされた。

本改定によって、臨床研修病院、地域医療支援病院等の大規模病院では、特に入院部分を中心に医業収益が大きく伸びており、薬価の引き下げ等を考慮しても大幅な増収になった。一方、中小病院や診療所の医業収益は大変厳しい経営状況にある。今後急速に少子高齢化が進行するが、今回の診療報酬改定の方向性と医療機関現場の実態との間に乖離がないか十分に検討する必要がある。日本の医療はイギリスのようにG P（General Practitioner）と急性期の大病院だけで成り立っているわけではない。中小病院や診療所の存在が日本の医療体制の非常に優れた点である。日本の診療所医師は、そのほとんどが病院で勤務医を経験し、高度な専門的医療技術を保持して開業にいたっている。諸外国の診療所に比べ重装備と言われるが、高度な医療機器を備えていることにより、病院の外来診療部門に劣らない専門的医療提供が可能となっている。高額なCTやMRI等による画像診断が必要な場合も、病院の地域医療室を活用することにより、必ずしも病院外来部門に負担をかけることなく、必要な検査は円滑に実施されている。つまり、入院を必要としない多くの患者は、ごく一部の高度専門的医療が必要な患者を除き、診療所だけで十分な医療を受けることができる。日本の診療所の医師は単にゲートキーパーの役割を果たしているだけではないのである。診療所や中小病院を十分に活用することが急性期病院等大病院の勤務医の負担軽減にもつながることから、医療の土台を支える中小病院や診療所に対して、診療報酬をもっと手厚くすべきである。今後の診療報酬改定において基本診療料を筆頭に、技術料、判断料が正當に評価されるべきであり、また、中小病院や診療所における医師会員の不断の努力と犠牲によって地域医療や公衆衛生事業活動が支えられているという事実を踏まえねばならない。

入院医療再編の将来像は、高度急性期から、一般急性期、亜急性期、長期療養等が示されているが、地域医療の実態に即しているか今後十分検討する必要がある。高度急性期にのみ集中的に財源を投入し、救急から慢性期医療を広範囲に担う中小病院への配慮が欠けることがないようにしなければならない。地域によりさまざまな在り方がある有床診療所にもその実情に十分配慮する必要がある。また、入院基本料全般については、看護体制と在院日数にのみに依拠した決め方は再考すべきである。最新の医療

材料が高額化する中、包括化されている医療材料費によって技術料、施設使用料、人件費が入院医療費の中で圧迫されることがないように十分調査していく必要がある。

在宅医療の推進は最も力点が置かれているが、それが万能ではないことも知るべきである。寝たきりの高齢者に在宅医療を提供できる体制を整備することはもちろん重要であるが、住宅事情、女性の社会進出、家族形態の変化により、在宅での療養が容易ではない事例も少なくない。基本的に在宅医療はかかりつけ医によって担われるべきものである。機能強化型在宅診療にのみ集中的に財源を配分する方法は必ずしも地域に根差さず、在宅専門医療機関の増加はモラルハザードも懸念され、かかりつけ医による在宅医療に逆行するものである。在宅診療でない医療機関も在宅診療を支えていることに相応の評価を与えるべきである。また、在宅医療にはチーム医療が必要であることは論を待たないが、異なる診療科の連携が極めて重要である。しかるに、1人の患者に対して1つの医療機関に限る訪問診療料の在り方は早急に見直す必要がある。

今回の改定は、2025年の医療・介護のあるべき姿に向けた診療報酬と介護報酬の同時改定であった。改善された点もあったが、介護施設での医療保険による医療提供の制限や維持期リハビリの介護保険優先等、医療保険と介護保険の給付調整に疑問点も少なくなく、国民が安心できる医療と介護の連携が構築されるよう更なる議論と改善が望まれる。

以前より指摘されてきた不合理な点数や算定ルールの是正は、今回の改定においても一向になされることはなかった。また、地方厚生局等への施設基準の届出がいたずらに増えたが、施設基準が厳しすぎ届出率が著しく低調な項目も少なくなく、十分な検証が必要である。時間外対応加算や一般名処方加算を含め、加算項目の新設は基本点数の据え置きを伴う場合が多く、加算項目の新設よりむしろ基本点数の引き上げで対応すべきである。診療報酬は、改定のたびに複雑になってきているが、厚生労働省が発出する通知・通達・疑義解釈等は、医療機関がもっと理解しやすい表現に改め、あまり遅くない時期に医療機関に通知すべきである。

昨年、社会保障制度改革推進法が成立したが、本法では、これまでの医療制度改革では必ず明記された「国民皆保険制度の堅持」という言葉が消えて、「医療保険制度に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持する」という表現に変更されている。この「原則として」の意味を裏返せば「例外があってもよい」とも受け取れ、「全ての国民がいつでも、どこでも、だれでも良い医療を受けることができる」という社会保障の基本理念を崩壊させる危険性を孕んでいる。また、具体的方針の中では「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること」とうたわれている。本法の成立で財政的事情により給付範囲を「適正化」すなわち「削減・縮小」

していくことを可能にしたことになる。平成25年3月に安倍首相は、TPP交渉参加を決断したが、交渉の過程で我が国の薬価制度の見直し要求等により、米国製薬企業等の新薬や医療機器・材料の価額が高額なまとなり、診療報酬を圧迫することがないように注視していかなければならない。国民皆保険制度堅持が大前提であるが、TPPにより今後国民皆保険制度が形骸化に導かれる危険性が懸念される。日本医師会は国民とともに、皆保険制度が揺るがされないことがないように政府・与党に提言していかなければならない。

諮問事項①：平成24年度診療報酬改定の評価

《項目別一覧表》

1.総論.....	1
2.基本診療料 初再診料・外来診療料.....	11
3.基本診療料 入院料.....	19
4.医学管理等.....	31
5.在宅医療.....	37
6.検査.....	44
7.画像診断.....	48
8.投薬.....	49
9.注射.....	51
10.リハビリテーション.....	52
11.精神科専門療法.....	54
12.処置.....	57
13.手術.....	58
14.放射線治療.....	63
15.病理診断.....	63
16.その他.....	64

1.総論

全体	■[現場に即している] ○今回の改定では、「複数診療科受診での再診料が認められた」、「酸素加算等が2カ月で2回算定可能となった」、「一般病床、療養病床の両方を有する有床診療所が患者に応じて柔軟な病床運営が可能になった」、「在宅ターミナルケア加算から看取り加算が分離され、看取り加算はすべての医療機関で算定可能となった」など、現場に即した診療報酬対応がなされたことは評価できる。次回改定を含め今後も、現場に即した対応をお願いしたい。 ■[実情に合っていない] ○入院疾患を急性期、亜急性期、回復期と分け、その流れに沿った医療体制を作ることが効率的な医療体制になると厚生労働省は考えているが果たしてそうだろうか。その考えは大都市には当てはまるかもしれないが、地方では一病院で急性期から回復期まで一元的な対応をする方が現実的な場合が多く、患者もたらいまわしにされずに済む。この点では各地域の実情に合った体制とそれに見合った診療報酬体系をお願いしたい。 ■[検証が必要] ○全般的に見て、メッセージ性のある分かりやすい改定であった。しかし、医療機関がこれらの「機能分化」へのメッセージにどこまで対応できるのか、またこれらのメッセージが実際に有効に機能するかどうか、今後の検証が極めて重要となる。 ■[医療費引き上げを] ○医療崩壊を食い止め、必要な医療を提供する為に、医学・医療技術の進歩を公的医療保険制度の中に組み込むとともに、必要な診療報酬の引き上げを図ることが最優先課題である。そのため国庫負担を大幅に拡大し患者負担の軽減が必要である。地域の第一線医療を担う役割は重要であり、外来診療機能を高めるためにも医療費総額を引き上げ、診療報酬を引き上げるべきである。 ■[総合的な診療報酬体系設計を] ○救急医療に関する各種管理料や加算の増点、見直しが行われていることは評価するが、部分的な改定だけでは根本的な問題解決にならないことは明かである。地域や診療科における医師の偏在に対する考慮、病院・診療所の一層の連携など総合的な観点での点数設定が必要と思われる。
----	---

	■[その他の問題がある] ○入院基本料の簡素化と称した実質的な▲1点、精神科訪問看護・指導料など、点数引き下げ要因が多く、算定要件ばかりが増える不合理が目立つ。 ○かかりつけ医的な点数に対しては、十分な点数がある。一方医師偏在、病院機能分化が進んでいない現在、臓器別専門開業医の役割は大きく、専門的処置などに対する評価(点数)は低い。
改定率	■[評価する] ○景気停滞に加えて東日本大震災が発生し、非常に厳しい財政状況のもとでの全体改定率が+0.004%とわずかではあるが、プラスとなったことは評価できる。その下での医科本体の改定率+1.55%(入院+2.07%、外来+1.01%)はほぼ妥当であろうと思える。診療所にとっては相変わらず厳しいが、今回は仕方ないとも思う。前回改定と違い、入院、外来の枠があらかじめ決められていなかったことも評価できる。 ■[一応の評価はする] ○厳しい財政状況の中で少なくともマイナス改定にはならなかった。ただ進歩する医療技術に対応するだけの診療報酬となったかという、多くの疑問が残る。国民皆保険の基本精神である公平な負担と平等な医療受給体制維持のために、医療関係者はその対応に苦慮する日々である。 ○0.004%のプラス改定は未曾有の大災害による財政の厳しさから考えると評価はできるが、現実的にはやはり0.004%はプラス改定ではなく誤差にしかすぎない。内容を見ていくとマイナス改定である。 ○2回連続で全体でプラスの改定率となったことは評価できるが、前回、エビデンスなく引下げられた診療所の再診料の回復は果たせず、地域医療の再生、底上げにつながったとは言えない。全体的に大病院に厚く、地域医療を支える診療所や中小病院には厳しい改定であった。診療報酬の財源の総枠を拡大すべきである。 ○今回の診療報酬改定は「消費税」という政治的背景があったとはいえ、全体改定率はプラス0.004%となったことは一応評価される。しかし、その改定財源は「薬価引き下げ」分が充当される毎回の構図であり、この手法は既に限界に達している。次回の2014年度は「消費税」の増税と重複する改定であり、抜本的な財源確保を期待したい。

	■[注視する] ○今回の改定では全体の改定率がプラスになったとされているが、現時点では実際にプラス改定として現場に反映されているのか詳細が不明であり、今後注視していく必要がある。 ○現在の経済状況下では、改定は不十分と言えど、やむを得ない部分も多い。ただ、「医療経済実態調査」は実態を表していない(十分な抽出件数でない)。病院勤務医の負担軽減はまだ充分ではない。 ■[問題がある] ○本体の改定率は、+1.379%(約 5,500 億円)、医科本体としては+1.55%(約 4,700 億円)であった。入院外来の枠づけなく、社会保障・税一体改革成案の確実な実現に向けた最初の第一歩「2025 年のあるべき医療・介護の姿」を念頭に置いた取組とのことであるが、今後 6 回以上の改定を経ての目標とするならば、また入院施設の再構築も考えるならば、今回、地域医療の再生を図る観点で、日本医師会の要望事項(不合理項目)が顧みられなかったことや、急性期大病院への後先を考えない大配分は、疑問の残る改定であった。 ○財務大臣・厚生労働大臣合意により配分が 3 つの重点項目に決められたことは問題である。切れ目のない医療提供体制の再建のためには医療提供体制全体の底上げこそが求められる。 ○良質な医療提供には医療機関の安定的な経営が重要である。したがって今回の改定では十分とは言い難い。医療の技術料をはじめ、医療に必要な経費を適正に評価し点数に反映するべきである。
改定のスケジュール等	○2 年毎の診療報酬改定は、2 月の中医協答申、3 月の告示と 4 月の官報収載で新たな体系となるが、厚労省からの留意事項、施設基準や頻回の疑義解釈が発出されるまで、その全体像を把握することは極めて困難である。約 6 ヶ月を経過して初めてようやく関係者に周知される。改定項目に違和感がなくなった頃再び改定論議が興り、改定作業は年中行事化しているといえる。英知を集めて協議されているにもかかわらず、1 回限りで消え去る「アドバルーン的項目」もあり、腰の据わった改定とその後の確かな検証と評価を充実させるには 3 年毎の改定とすべきである。 ○機器の性能に応じた点数は評価できるが、改定の期間が早すぎて設備投資が混乱する。 ○平成 22 年度改定の「入院中患者の他医療機関受診」や平成 24 年度改定の「入院基本料等加算の入院基本料への包括化」など事前に診療側の検討が不十分なまま決定され、官報が発出されてから医療現場で大きな混乱を来すような今回の事態は避けなければならない。今後このようなことが発生しないよう改定前における十二分の診療側の体制整備が求められる。

医療経済実態調査	■[6月単月調査は正確性に欠ける] ○診療報酬改定の前年 6 月における単月の医療経済実態調査は、診療科別の特性による季節変動の影響があり、診療科間を単純に比較するには問題が多い。 そのため前回の調査より、改定年前後の年度の比較を行うようになり、従来より客観的なデータが得られるようになった。しかし、提言型仕分けでは、従来通りの 6 月単月調査結果を用い、一方的な解釈を恣意的に行って一部の診療科の減点を行った。眼科は年間を通じて 6 月が最も多忙な時期で収入が多く、大きな影響を被った。医療経済実態調査のデータはもっと科学的に妥当性のある公正な方法で利用すべきである。
「社会保障・税一体改革」について議論が必要	○今回の改定はどこに主題があるのか。それは、法定化された「社会保障・税の一体改革」に盛り込まれている、「2025 年を見据えた医療・介護提供体制」を具現化するための「手始め改定」と言え、政治誘導の色彩が強いものである。その趣旨により具体化された報酬としては、 ・ DPC対象病院のⅠ～Ⅲ群の設定による大学病院、地域中核病院の差別化 ・ 7 対 1 看護基準の要件を変更による絞り込み計画 ・ 救急搬送患者地域連携加算、退院調整加算、退院共同指導等の報酬を上げ、医療連携を強化 ・ 13 対 1、15 対 1 の 90 日超除外規定患者に対する医療療養病床の報酬導入等による一般病棟における長期入院患者の締め出し ・ 亜急性期入院医療管理料の再編、回復期リハ病棟入院料 1 の新設等による亜急性期・回復期の整理 ・ 医療資源の少ない地域における、看護基準、運用等の緩和 等である。 また、医療計画の一つの柱になった「在宅療養」については、機能強化した在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の設定等、多くの項目で点数が上がった。 このような現象を見ると、厚労省は極めて計画的に「医療・介護提供体制」の再編（在宅療養強化を含む）を進めていることがわかる。今回の平成 24 年度診療報酬改定を論議するには、個々の点数を評価する前に、この「2025 年のあるべき医療・介護の姿」が将来の医療提供体制として、果たして適正なものなのか、医療現場との解離がないか、見直しを要求すべきことはないか、という視点で論議する必要がある。以前より指摘されている不合理な点数や算定ルールのは是正は一向になされることなく、具体的な改定内容を見ても、医療現場を知らない官僚が机上で財源と照らし合わせながら作成したものではないのか、との疑念を拭えない。

基本診療料	■[問題がある] ○個別の点数項目に関する評価については、既に日本医師会より結果が公表されている「2012 年度診療報酬改定についての調査」において主な項目がとりまとめられており、その中で日本医師会が示している見解に概ね同意する。特に医師の技術料である「再診料」については、合理的な理由がなく数字あわせによって引き下げられた前回の点数に戻らなかったことは遺憾であり、次回の改定に期待したい。 ○基本診療料については、医師の基本評価となる初診料、再診料等の診察料が据え置かれたが、手術などの技術料は評価されつつある中で大きな矛盾を感じる。その点については、長期投与の増加、薬価差益のない現状等を踏まえた改革が必要である。
消費税	■[問題がある] ○医療機関は、医薬品・医療材料・設備に消費税を負担しているが、現在の制度では消費税分が手当てされていない(損税)。損税は、消費税 5%の現在でも約 8,000 億円と推定されるが、今後税率が 8%、10%となってもこのままでよいのか。厳しい医療福祉改革が行われている現在、「損税」を解消しなければ危機的な状況になることが予想される。ゼロ税率を含む軽減税率の採用を願いたい。
プロセスやアウトカムの評価基準にすべき	○専従要件など人員配置だけでなく、実質的に提供している内容による評価はできないものか。同じ内容は提供はできていても施設基準によっては算定できないものもある。 ○今回の診療報酬改定は、看護基準の見直しにみられたように、単なる人員体制を評価するストラクチャーから、看護や医療内容を評価するプロセスやアウトカムへ評価基準がシフトしている箇所が見られ、その点は高く評価したい。しかし、個々の点数については、いまだにストラクチャーのみに頼った点数が存在する。これらの点については、実際の臨床現場で検証し、次回改定までにその指標の妥当性について十分に検討して欲しい。 ○感染防止対策加算の施設基準や外来緩和ケア管理料等に専任、専従の医療専門職の配置が求められている。これらは以前から問題視されているように、大規模病院でしか対応できず、多くの仕事を分担しながらも、医療の質の維持に努力している中小の民間病院には不利である。ストラクチャーではなく、医療のプロセスやアウトカムを基に評価すべきである。 ○病棟薬剤業務実施加算、外来緩和ケア管理料などチーム医療を推進させる改定であったことは評価できるが、医療情報分野など治療には直接関わらない部門の評価が必要と考える。

複雑・不明 確・算定しづ らい	■[問題がある] ○施設基準や算定要件はより一層複雑となり、医療機関における事務負担は増加しその改善は見られない。さらに不明瞭な通知内容も多く、改定後長期にわたる疑義解釈が出し続けられているのも前回及び今回の改定の特徴である。これらは次期改定にはぜひ改めていただきたい点である。 ○記載の表現が現代的ではなく、非常に分かりにくいものが多い。また、どうにでも解釈できるような表現は、見直していただきたい。監査等で、県や厚生局の解釈で査定内容が異なる原因になる。誰が読んでも同じ解釈ができるような表現をお願いしたい。 ○改定のたびに診療報酬体系の複雑化が繰り返されている。厚生労働省が発出する通知・通達・疑義解釈等は、実地医家がもっと理解しやすい表現に改めるべきである。 ○診療報酬改定毎に、医学管理等、在宅医療の項目で届出制が多くなっている印象がある。更に算定にあたって研修を義務付けているものも多い。新たな点数の新設は評価できるが算定困難なものも多い。 ○施設基準(管理料届出含む)の届出が必要な項目が300を数えている。診療報酬はできるだけ簡素化を希望する。医療機関や保険者の要望に逆行してどんどん複雑になっており、次回からは簡素化を図って欲しい。
中小病院・診療所への評価を	■[問題がある] ○病診連携の促進では、診療所のゲートキーパーとしての役割を評価することが重要である。在宅医療を担う評価はされつつあると考えるが、疾患の早期発見・患者への啓発・適格な紹介機能の充実に対する評価がされて然るべきである。 ○大病院には手厚く、地域医療を守る小規模病院や診療所にとっては厳しい内容である。地方は医師や看護師(准看護師を含む)の確保が困難であり、地域医療を維持することが難しい。特に今後、少子高齢化が進み、より一層、人材確保が困難になることが推測される。都会と地方(田舎)で施設基準の要件を考慮するなど、地方事情に即した診療報酬体系が必要である。また、「地域一般病床」についても議論を進めていただきたい。

	○以前の政権で社会保障費の年 2,200 億円の削減が行なわれ、新臨床研修制度の実施などとあいまって、地域医療崩壊が現実のものとなっていた。しかし、民主党政権になってそれまでのマイナス改定からプラス改定になり是正の方向にはなっているが、平成 22 年度実質 +0.03%、平成 24 年度 +0.004%と改定幅はきわめて低く、これでは医療崩壊の危機を克服する政策を行なうことが困難である。平成 24 年度の改定財源も薬価価格等の引き下げにより捻出したもので、財政中立路線を継続し、救急医療と高度医療などに重点をおいた改定といえる。確かにこれらの医療は国民の目に分かりやすく、又評価もしやすいため、これにまず取り組むことに異論はなく今後とも充実させる方向を継続してゆくべきと考える。 一方、医療はこれだけではなく、地道な一般日常診療も重要であり、普通の国民は一生のうち一、二度入院医療や手術を経験し、それを治して社会に復帰するというのが現状である。これらの患者の治療は救急医療や高度医療を行なう大病院だけでなく、中小病院や有床診療所も役割を担っていることも改めて国民へ情報発信を望むところである。 是非、単科病院も含めて中小病院における役割も再評価していただき、次の改定につなげていただきたい。
医療と介護・在宅移行	■[問題がある] ○2025 年の医療・介護のあるべき姿を念頭に置いた介護報酬との同時改定であったが、いくつかの部門では改善されたものの、「医療保険と介護保険の給付調整」の確かな構築には更なる議論と施策が必要である。 ○今回の改定は医療・介護の同時改定となったが、医療費よりも介護費の伸びが大きくなっている昨今、医療と介護の有機的連携のためにも在宅医療と介護保険の棲み分けや両者のバランスも今後検討されなければならない。 ○患者の実態を省みず早期退院、在宅への移行を促す点数設定は問題である。 ○DPC制度の導入等、急性期病院に対して平均在院日数の短縮が求められている。例えば 10 対 1 入院基本料の場合、平均在院日数は 21 日以内、7 対 1 入院基本料の場合は 18 日以内であり、これを更に短縮する方向と聞いている。早く入院患者を病院から退院させる方向性は理解出来るが、その行く先が問題である。国では、「医療と介護の機能分化と円滑な連携、在宅医療の充実」を目指しているが、現在では、行き場もなく、急性期病院も患者も困り果てているのが現状である。
勤務医の負担軽減	■[問題がある] ○2 回連続で「救急・小児・産科・外科」に係る病院勤務医負担軽減が重点項目となっているが、開業医からみて現場ではあまり効果が上がっていないと思われる。どれだけ負担軽減になっているかの検証が必要である。
禁煙対策	■[評価する] ○禁煙の推進・啓発にもつながり、評価できる。

外科	○検査や処置の診療報酬については、手術に比べると低いまま据え置かれ、学会の点数設定は考慮されなかった。
眼科	○眼科手術については外保連の手術試案第 8 版の技術度 C 群および D 群の一部で 30%のアップ、E 群は 50%のアップとなったことは評価できる。しかし、引き上げられた技術 37 項目の中には、H22 年度社会医療行為別調査の調査月(6 月)に一度も実施されていない項目が 20 項目ある。実際には殆ど行われない手術の点数を上げ名目上のみアップし、広く行われている白内障手術などは機器や医療材料の高額化により医師の技術料が実質的に減少している。 ○今回の診療報酬改定で診療所の基本的な収入を削って病院収入増に充当したが、病院はその増収分を負担返済、内部留保あるいは設備投資にまわし、勤務医の待遇改善にはほとんど寄与しなかった。今回の改定で引き下げられた 5 項目のうち、3 項目は眼科学的検査の「静的量的視野検査」、「調節検査」と「角膜形状解析」であった。 ○医科全体ではわずかながらプラス改定とのことだが、眼科検査では小児眼科などの検査でのアップ分が 2 億 6,000 万円程度あるものの、引き下げられた 3 項目で 7 億 2,000 万円のダウンであり実質はかなりのマイナス改定となっている。 ○国民医療費によると、眼及び付属器の疾患の医療費(眼科医療費)は平成 16 年度に 9,844 億円であったものの、平成 22 年度には 9,571 億円と－2.8%減少している。この間一般診療医療費は 24 兆 3,672 億円から 27 兆 2,228 億円へと+11.7%増加している。 そのため眼科医療費の一般診療医療費に対する割合は 4.06%から 3.52%へ低下した。 眼科は平成 18 年度のコンタクトレンズ検査料導入、平成 20 年度の眼処置の大幅な制限、平成 22 年度の主要な眼科学的検査の減点、さらに今回の平成 24 年度の検査の減点が続いている。これらの継続する大幅な減点によって眼科医療の評価は不十分なものになっている。 ○眼科医会が会員を対象に 228 定点の眼科診療所で行っている平成 24 年 4～7 月のレセプト調査(回答率 80%以上)では平成 23 年の同期間との比較で総点数－1.2%、総件数+0.71%、1 件あたり点数－1.89%となり、平成 24 年度改定において、平成 22 年度改定に引き続き理不尽に行われた眼科検査点数の引き下げの影響が明確に表れた。(眼科レセプト定点調査) ○国民医療費によると白内障の医療費は平成 16 年度 3,190 億円から平成 22 年度 2,586 億円へと 6 年間に 19%も減少している。 この間白内障手術件数に大きな変化はなく、医療費の減少は通院手術へのシフト、入院期間の短縮や外来通院回数の減少など眼科が身を切って合理化を行ってきたためである。 一部検査点数の減点の影響も含まれているが、眼科医自身が行ってきた合理化に対する評価が全くされていない。

	○平成 24 年度の眼科診療報酬の改定率は、+0.16%の増加であった。これは、医科全体の改定率+1.55%の 1/10 であり非常に低いものである。平成 22 年度改定で、眼科領域の検査料が大きく削減され、年額 65～70 億円のマイナスとなったが、これに追い討ちをかけるように、今回も眼科診療の基本となる検査料が合理的説明もなく減額された。眼科診療報酬は医療費削減のターゲットとして削減され続けていると思われ、近年の眼科医師数の減少を引き起こす要因になっている。これにより既に病院眼科の活動に深刻な影響が表れている。
精神科	○救急医療機関から後方病床への転入院を後押する項目、A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算、A238-7 精神科救急搬送患者地域連携紹介(受入)加算が注目されたが、受入先の後方病棟種別の過度な限定、あるいは紹介元の精神科救急医療機関の在宅移行率の基準が足枷となるなど、算定要件に不合理を認め、実効性に乏しい。病病連携を強く推進するためには、こうした不合理の改善が必要である。入院中の患者の他医療機関受診時の入院点数の控除に関しても同様に、地域医療連携を阻害する不合理として是正すべきである。 ○一般科の半額以下の診療報酬で厳しい病棟運営を強いられている精神科病院に対し、人員配置基準や算定要件の厳しい感染防止対策加算や病棟薬剤業務実施加算など、一般科と同等な医療水準を求める項目も多く、民間精神科病院の脆弱な医療経済的基盤は放置したままで手厚い人員配置や質の向上だけを求める地に足のつかない改定である。 ○平成 25 年度より精神疾患が地域医療計画に組み込まれることへの備えとしては、地域精神医療の充実においても医療連携の推進に向けても十分な診療報酬上の担保が必要であったが、日精協が 4 月～6 月分レセプトの前年度比較の形で行った改定影響度調査の結果からも、総じて従来の精神科医療費抑制策から脱却できていないのは明らかである。 ○精神科医の技術料である認知療法・認知行動療法や慢性期病棟の入院料が、救急への協力とリンクして決定されるのは全く奇異かつ不可解である。しかし精神保健指定医や精神科医療機関の救急に対する公的・社会的使命を求め、社会的資源と認知されたことは評価できる。 ○精神科救急搬送患者地域連携紹介加算と同受入加算は、精神科救急病院から後方病院への転院に関して設定され、精神科医療機関どうしの連携を促進するものである。今回の改定では、それ以外に精神科と他科の連携について、認知症療養指導料、地域連携認知症集中治療加算、地域連携認知症支援加算の3つが新設された。これらは認知症治療を、精神科病院とかかりつけ医あるいは療養病床が連携して行うことを評価するもので、地域医療計画の地域連携にかかわるものとして注目される。

	○精神疾患の救急医療を評価する救命救急入院料 3,000 点の要件緩和、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算と同受入加算の点数引き上げ、医師事務作業補助体制加算に精神科病棟入院が追加されるなど、精神疾患の急性期医療についての配慮は評価する。
産婦人科	○産科や手術等に関しては改善が認められたが、婦人科の評価は依然低いままである。
耳鼻咽喉科	○各種実態調査からみると依然として耳鼻咽喉科の収支差額は大きいとは言えない。したがって開業医にとって、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考えられない。それにもかかわらず、前回改定で引き下げられた聴力検査や内視鏡検査の点数は据え置かれ、さらに今回チンパノメトリー等も点数引き下げとなった。これらは耳鼻咽喉科の専門性が高く主要な検査であり、各検査の点数引き下げが続いていることは誠に遺憾である。
放射線科	○放射線科領域では、CTやMRIでの機器の性能に応じた診療報酬となり、高性能の新しい機器での検査に対して評価されるようになったことは、大きな病院には良い反面、中小の施設では不利となった。このように、画像診断においても、一定の総枠の範囲内での調整にとどまっている。画像診断の役割は、年々重要となっていることを考えると、画像診断全体として増額の方方向になって欲しい。前述のごとく総枠の中での調整のみで、個々の点数についての評価は難しいと言わざるを得ない。
日医の重点 要望項目の 検証	○2012 年度改定に向けた日医の重点要望項目がどのように反映されたか、概要だけでも検証した結果を並行的に知りたい。

2.基本診療料 初再診料・外来診療料

全体	■[引き上げるべき] ○初診料・再診料などの基本診療料は、医師が診療する際に最も基本的な診療技術料であるが、視診は簡単な検査として基本診療料に含まれている。各種検体検査や生体検査など目に見える検査による診断も重要であるが、皮膚科の診断は皮膚科医の“目”による視診が最大の武器であるにもかかわらず、基本診療料でしか評価されていない。前回改定で再診料が引き下げられたことは、この基本技術料の引き下げと考えられ、特に皮膚科専門医の診療能力を軽視するものである。視診で診断がつけられない為に検査等をする事で点数が高くなるという事実は患者にも負担が多くなり矛盾が生じる。培われた専門家の“目”を評価する事でこの様な矛盾をなくす事ができると考える。 ○前回引き下げられた再診料は据え置かれたが、医師の技術料の適切な評価のため、診療所の初・再診料を引上げるべきである。病・診の外来機能は異なるので同点数でなくても良い。 ○再診料は今回の改定でも据え置かれた。日本耳鼻咽喉科学会保険医療委員会が毎年行っている耳鼻咽喉科保険医療実態調査で、外来診療の保険収入に占める診察料の比率が明らかになっている。その結果を見ると耳鼻咽喉科外来診療における初診・再診料の割合は高く、年を経るごとに各医療機関のダメージは増してきているといえる。 ○基本診療料は医師の技術料であり、医療機関の経営の基礎であるにもかかわらず審議されず、2年前に下げられたままである。 ○初診料 270 点、再診料 69 点は元々低すぎる。特に再診料は最低でも以前と同点数となるよう 2 点アップすべきである。 ■[費用対効果・内訳等] ○医療技術評価における費用対効果が審議されていない。 ○基本診療料の中に何が含まれているのかの議論は、今後必要である。限られた財源のなかで、基本診療料と特掲診療料の点数配分のバランスについても検討が必要である。 ■[加算ではなく本体の引き上げを] ○関西では、夜診を午後 7 時や 8 時まで実施している診療所が多く、診療時間内で、患者負担が異なることに違和感を感じる患者もあり、むしろ再診料を引き上げるべきである。
----	--

	○医師の技術料である初・再診料は「加算」ではなく「本体」として引き上げられるべきであり、それこそが地域医療の崩壊を食い止めるべく地域で尽力する医師への正当な評価である。 ○東日本大震災が起き、日本医師会が2012年度の同時改定見送りを要求するなか、社会保障・税一体改革に描かれている2025年の将来像に向けての改定であった。医療機関の機能の明確化と連携の強化、医療機関と在宅・介護施設の連携強化に重点がおかれ、前回改定で引き下げられた再診料の復活ができず、地域医療改善の活力となっていない。加算ではなく基本診療料で対応すべきである。 ○夜間、休日のコンビニ受診が多いために、在宅医および救急外来を行なっている医療機関が疲弊している実態について、時間外の自己負担を増額するなどして抑制させる対策が必要ではないか。 ○初診料・再診料などの基本診療料の引き下げは、全科に対して平等に引き下げているように見えるが、各科における総医療費に占める基本診療料の割合が異なるため、結果として偏った引き下げになる。診療所(入院外)の医療費に占める基本診療料の割合は、全科の総計が22%に対し皮膚科は43%を占めている。
A000 初診料	○診療所や中小病院の初診料が据え置かれたことは問題である。 ○紹介率の低い特定機能病院、地域医療支援病院の紹介状なしの初診料及び外来診療料が、平成25年度より引き下げられることは、外来の機能分化を推進する上で評価したいが、特定療養費を含めた患者負担によっては、逆効果になる可能性もある。つまり、患者の自己負担が大病院のほうが少ないとなるとますます特定機能病院等的大病院に患者が集中し勤務医の負担が増加する結果になる。大病院の外来を縮小させて、病院と診療所の機能分化を推進させる有効な施策を講じる必要がある。当然、その場合、病院が外来を縮小させても経営上支障のない仕組みが必要である。

A001
再診料

■[総論]

○前回改定における再診料引き下げは、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った。一方今次改定では、前回のように入院と外来の財源の区分けは事前に行われず、中医協で医療費配分の議論が行われたこと、つまり中医協の機能が十分に果たされたことは一定の評価はできる。しかし診療所は、時間外対応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ことは紛れもない事実であり、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。さらに今次改定における中医協・診療側委員の最大の要求項目だった「再診料引き上げ」は議論すらされなかったことは遺憾である。

○チーム医療、連携医療については評価されたにもかかわらず、人材確保もままならない地域でかかりつけ医として総合的に患者を診る医師に対して評価されなかったことは遺憾である。

■[引き上げるべき]

○あれだけ再診料 71 点への回復に努力していたにもかかわらず、時間外対応加算 1(5 点)、2(3 点)、3(1 点)の 3 区分で対応されている。

○1 人当たりの診療報酬が少なく、人数で収入をあげねばならない皮膚科では再診料の削減は死活問題である。よって、再診料がもとの 71 点に復活することを切望する。

○一般診療所でも 30 日、60 日の長期処方が増え受診回数も減少し、1 回の診療密度が増し、診療の負担は増加している。再診料はもっと適切に評価されるべきである。

○再診料が総収入に占める割合は、病院と無床診療所では格段に違いがある。病院では平均 1.8%、一般の無床診療所では 13.1%とされている。再診料のアップを是非お願いしたい。

○診療所の主たる財源である再診料が前回引き下げられたことで、地域医療を支えるこれら医療機関の経営は厳しい状況下に置かれている。地域医療の崩壊を食い止めるためには、再診料を以前の水準に戻す、或いはそれ以上に引き上げる必要がある。

○地域医療のかかりつけ医機能を果たしている多くの診療所の再診料が引き下げられたままであり、再診料の回復がなされなかったことは非常に遺憾である。

	○平成 22 年度改定で再診料は 71 点から 69 点に減点された。平成 24 年度改定でも復点はされなかった。眼科は平均点数が全科の平均に比べて低く、そのため初再診料の医療費に占める割合が高い。科別データのある平成 22 年度社会医療診療行為別調査では全科平均 7.9%に比べて、眼科は 15.2%となっている。そのため再診料引下げの影響は眼科にとっては全科平均の約 1.9 倍と大きい。 ○最近、信頼関係とともに緊張関係も高まりつつあり、そして広く地域医療を守る再診料の評価に対し、引き上げを強く望みたい。 ■[加算ではなく本体の引き上げを] ○最大の経営原資たる再診料は前回改定で理由なく引き下げられ、今回も据え置かれた。次回改定時に再度検証するとのことであるが、加算を以てプラスマイナスゼロとするのではなく、あくまで再診料を元に戻すべきである。地域医療の多くを支えているのは機能強化型ではなく、一般の診療所である。 ○高齢化の進行の下で、かかりつけ医による継続的医学管理の重要性は増しており、その評価は、各種の加算点数ではなく、再診料の引き上げによって評価すべきである。
A001 再診料 時間外対応 加算(改)	■[加算ではなく本体の引き上げを] ○施設基準が曖昧であり加算申請を行わなくとも、時間外に対応している医療機関は数多く存在しており、再診料本体を適正に見直すべきとの意見もある。 ○時間外対応加算などの加算では算定できる医療機関が限られており、算定したくても算定できない医療機関が多い。このような加算方式ではなく再診料本体のアップを実施しなければ、一般の診療所は益々経営難に陥り、地域の医療崩壊が診療所開業医にまで進んでいく。 ○時間外対応加算 2 は、前回の「地域医療貢献加算」を名称変更しただけであり、電話対応加算ではないはず。準夜帯と言えども 100%対応することは困難で、時間外対応はケースバイケースとならざるを得ず、点数で縛るようなものではない。算定要件に難のある加算を以て、再診料引下げの補填をさせるのではなく、前回理由なく引き下げられた再診料を元に戻すべきである。 ○時間外対応加算では、多くの時間内に来院している患者に負担を求めている。時間外に来院する患者にのみ負担させるべきである。このため、時間外対応加算は廃止し、初診、再診の時間外加算、休日加算、深夜加算を増点すべきである。 ■[評価する] ○時間外対応加算の算定要件が明確化されたことは評価できる。 ○時間外対応加算2の要件が緩和され算定しやすくなったことは評価する。

■[評価するもさらなる検討を]

○地域医療貢献加算という不明瞭な項目が名称変更され、要件の整備された3区分への設定は高く評価される。ただし、算定する医療機関は西高東低の地域差や診療科も偏っており、届出件数は大略30%前後に過ぎない。この項目が本来の目的である救急・急性期病院の負担軽減や軽症患者の受診抑制にどれほど寄与しているか甚だ疑問である。再診料の補完的な意味あいではなく、区分の再編成、高点数化や実数報告等を含めて多くの医療機関が参加できる項目になるよう期待したい。

○分かり易い名称に変更されたことはよいと思われるが、加算1をとる施設が少ないこと、またその負担を考慮すれば、加算1は10点でもよいのではと思われる。

■[名称の問題・患者に説明しにくい]

○地域医療の活性化のための本加算は評価できる。ただし、領収書の『時間外対応加算』という文言を見た患者から「時間内に受診したのに、時間外対応加算はおかしい」という問い合わせを多く頂く。加算の趣旨をいちいち説明する必要があるような名称に変更をお願いしたい。

○名称変更され、内容に即した名称となったが、そのため、時間内に受診した患者が明細書に「時間外」と記載されて不審に思い、窓口での説明に時間を要した例も少なからず報告されている。必要な患者だけで加算の対象にしてもよい。

○「時間外対応施設加算」へ変更してはどうかとの意見もある。

■[その他問題がある]

○「時間外対応加算」について、大阪小児科医会の会員で診療所開設医師24名を対象に調査を行ったところ、17件(70.8%)は届け出をする予定はなかった。小児科の時間外対応が問題となって各地に小児科救急センターが設置されている現状を考えると、個々の診療所が対応するというのは時代の流れに逆行しているともいえる。今後この届け出が増加することはあまり考えられない。

○時間外対応加算については、名称・概念が変わってわかりやすくなったが、依然として現状に即しているとは言えず、今後届出を行う診療所が急増するとは考えにくい。

	○評価できない。理由として 1) 日本小児科医会の調査では時間外対応加算1(5点)が5.8%、同2(3点)が9.3%。同3(1点)が1.2%と日本医師会の調査における平均より大きく下回っている。 小児の時間外診療については、ほとんどの地域で「時間外応急診療対応施設」または在宅輪番で対応している。そして診療所小児科医の多くは「時間外応急診療対応施設」に出務するか在宅輪番を受け持っており、かなりの時間外労務を強いられている。そのような状態で自院での時間外対応との両立は困難である。 2) 「時間外対応加算」を算定すると患者に「加算をとっているのだからいつでも時間外対応は当然だ」という論理を与え、初診再診を問わず問い合わせがあり、コンビニ受診を助長しかねない。また不備を突かれてトラブルになりかねない。 3) 時間外に来ない(あるいは、あえて避けている)患者さんにまで加算が付き医療保険点数が増加するのは理屈に合わないし、おかしい。 4) 小児科での時間外対応は、実質的には3歳未満が多い。小児科外来診療料を採用している場合、再診料に「時間外対応加算」を付加できない。 等があげられる。(以上日本小児科医会社保委員会調査より) ○時間外対応加算1は24時間対応の評価としてはあまりにも低く、医師の労働環境を顧みない設定である。 ○届け出ている医療機関は「時間外対応加算2」を算定しているところが多いと思われるが、この対応では本来の目的であるところの「時間外の病院救急の受診患者を減らす」ことにはつながらないのではないか。この加算については再考が必要である。 ○時間外対応加算が3つに分かれており、医療機関でも患者の対応、説明に苦慮する場合があります、簡素化が望まれる。
A001 再診料 同一日2科目 の再診(改)	■[評価する] ○同一日の2科目以降の再診料算定は評価する。 ■[評価するもさらなる検討を] ○同一日に別の診療科を受診した場合に、2科目に限って、再診料、外来診療料が算定できることになった点は、異なる診療科における医師の技術料を評価する点で意義がある。点数は再診料、外来診療料ともに34点で、十分とは言えないが、一歩前進ととらえたい。

	■[さらなる検討を] ○多岐にわたる専門医を有する大学病院において、複数科を受診する患者への診察料確保の点では、一部評価されたが、地方、遠方からの患者にあっては、同一日の受診を希望される者も少なくない。2科目だけでなく、3科目以降の受診や乳幼児加算等の加算の評価も必要である。 ○患者の意志により受診した場合に算定可となっているが、医師の院内紹介でも、その必要とされる患者においては算定可能とすべきではないか。 ○34点という数値は、2科目初診料の点数設定と同じであり、“2科目は半分のみの評価、3科目以降は全く評価されない”ということとなる。診察を行った事実があるにもかかわらず、医療技術料を認めないというのは大変理不尽である。また、複数科受診は診療所より病院の方が安くなることは今次改定以降も変わらないことから、患者が病院に集中する現状も変化はなく、厚労省が推進する病院と診療所の機能分担に矛盾する。受診したすべての診療科で所定の外来診療料・再診料が算定できるようにするべきである。 ○次回改定において、外来管理加算や時間外加算が算定できないなど縛りが多いことへの対応や3科目以降の算定も可とするように求める。
A001 再診料 外来管理加算	■[外来管理加算に満たない医療行為の点数があり問題] ○特定疾患療養管理料を算定した場合は、消炎鎮痛処置等を行っても外来管理加算を算定できるように改めるべきである。 ○個別に点数化されている眼科的検査や処置を実施した場合よりも、それらを実施しないで外来管理加算を算定した方が高い評価となる場合があり、矛盾のある状況が続いている。受診した患者にとっても、検査や処置などを受けるよりも受けない方が自己負担額が高くなり分かりづらい。問題は、外来管理加算よりも点数の低い検査、処置があることであり、患者、医療機関双方にとって分かり易い診療報酬体系とする為に、その点数是正を求める。 ○外来管理加算は、長期間にわたり患者の医学管理をしていることの評価であるべきであり、算定のための要件や検査、処置時の算定不可ルールは不要である。

■[その他の問題がある]

○前回改定で外来管理加算の時間要件(5分)は撤廃されたものの、「本人を直接診察しないで看護に当たっている家族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。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時間をかけて具体的なアドバイス等を行って投薬した場合でも、外来管理加算は算定できない」等の要件が設定されており、これでは経済的な観点から家族が投薬を求めて来院するケースも増えることが予想され、計画的医学管理が十分に行えない危険性もある。患者に対する医師の責任は変わらないにもかかわらず、無診察診療を誘導するような仕組みは是正すべきである。一方で外来管理加算は「懇切丁寧な診察」という技術料を評価したものであるならば、患者本人に懇切丁寧な診察を行い、さらに処置を行った場合には、両方を同時算定できると考えられるが、現状では処置料しか算定できない。

○投薬外来こそわずかな情報を元に処方継続期間、在宅での指導、次期診察の指導など多岐にわたる判断が必要とされるものである。在宅医療の必要性が高まっている今日、増々重要な医療行為となっている。本加算は計画的な医学管理を評価したものであり、医師が家族のように看護等に当たっている者に対し、診察結果に基づいて懇切丁寧に病状説明や療養指導をして医学管理を行っている場合は投薬のみでも本加算を算定できるようにすべきである。

3.基本診療料 入院料

全体	■[方向性は評価する] ○医療資源の少ない地域に配慮した点数が新設されたことは評価できる。一般病棟入院基本料について、病棟単位での届出が認められたことや亜急性期入院医療管理料の看護配置基準を緩和(13 対 1→15 対 1)して新点数が設定されたこと、専従要件を緩和した評価の新設(栄養サポートチーム加算等)等々の方向性は評価できる。 ■[問題がある] ○以前からの懸案事項だが、施設基準の細則が更に増え、且つハードルが高くなっている。地方の、特に、中小病院の存続が懸念される。上記に加え、施設基準に関する解釈が非常に曖昧で分かりにくく、各医療機関で統一されているルールとは思えない。 ○今回の改定では、きわめて限定的な見直しで終わり不十分である。入院中の他医療機関受診に係る減算(30%、70%)を含め早急に全面的な見直しが必要である。 ○入院基本料について、看護配置を中心とした現行の体系を改めるとともに、看護師不足の現状を踏まえ看護師の定義を正看護師及び准看護師とするなど弾力的に運用できるようにすべきである。 ○診療報酬の施設基準に挙げられている、委員会・会議の時間は、勤務時間を含めることを考慮いただきたい。特に、褥瘡対策や栄養管理等に係る会議は、入院患者のために行っているものであり、勤務時間を含めるべきである。 ■[注視する] ○平成 24 年 7 月 1 日から看護必要度の評価が導入されたが、亜急性期、回復期の病棟が将来 10 対 1 に向かうのか注視する必要がある。
一般病棟入院基本料(13 対 1、15 対 1)等における特定除外制度の見直し(改)	■[やむを得ない] ○13 対 1、15 対 1 の特定除外患者には厳しい要件となったが、やむを得ない処置と考える。 ■[問題がある] ○早急な改善策の無い厳しい医師不足、看護師不足の現状を考えるならば、不足状態が少々改善されるまで、「特定除外の見直し」を見直すべきである。

	○13 対 1、15 対 1 入院基本料においても従前と同様に「特定患者から除外される患者」については平均在院日数の算定対象から除外すべきである。地方都市では 13 対 1、15 対 1 入院基本料算定病院しかない場合があり、療養病床化すれば救急医療の体制が崩壊しかねない。 ○複数病棟を持つ病院には良いように見えるが、小病院には死活問題である。2 年前には、医療経済実態調査を「基にして」、15 対 1 病院の入院基本料が減額された。これら一連の動きは、地域密着型入院機能保持施設を軽視する動きと解釈する。 ○90 日超入院患者の特定除外制度が廃止されたことは問題である。制度変更によるマイナス分を、新設された加算点数(救急・在宅等支援病床初期加算)で取り戻せるかどうかの検証が必要である。
看護師の夜勤 72 時間ルール(改)	■[問題がある] ○施設基準において、介護制度の普及により看護職員数の基準を満たすことが困難なものがあり、特に夜勤72時間規定に苦慮している。今次改定で、月 144 時間の文言が削除されるとともに、短時間正職員については、夜勤 16 時間看護師も対象に含まれたことは評価するが、不十分なものである。現在の看護師不足の中で、特に中小病院や地方の病院にとっては依然厳しく、配置要件の見直しや夜勤 72 時間ルールの緩和が是非とも必要である。
7 対 1 入院基本料の要件見直し(改)	■[評価する] ○7 対 1 入院基本料の算定要件を厳格化する方向性自体は、7 対 1 病床が本来のニーズ以上に増えすぎ、特に看護職員の就労の不均衡を生み出しているため、減少させるのが改定の主眼である。これまでの人員体制(ストラクチャー)のみを評価する点数を見直し、看護のプロセスを適正に評価すべく基準が厳格化された。平均在院日数の要件の引き上げ、看護必要度基準の要件の厳格化が行われたことを評価する。 ただし、在院日数を短縮し、重症度の高い患者の割合の基準を引き上げることで、どのような影響があるかについて検証し、本来受けるべき治療が受けられないという事態があってはならない。受け皿として亜急性期病床などを想定しているものと考えるが、特に病床機能については、改定によりすぐに大きく変えられるものではなく、慎重な調査と検討が必要である。 ■[問題がある] ○看護必要度基準が 1 割から 1 割 5 分に引き上げられたが、急性期病院の密集する医療圏においては病院側の体制のみでは看護必要度基準を満たすことが困難ではないか。また、結核病棟入院基本料においても必要度基準を満たすことが求められたが、結核患者は、排菌中は行政からの命令入院であり、看護必要度を求めるのは現実的ではないのではないか。

栄養管理体制(改)	■[問題がある] ○褥瘡患者管理加算及び栄養管理実施加算が廃止され、入院基本料及び特定入院料算定要件となり、実質的に▲1点となった。 栄養管理実施加算(12点/日)の包括化は、中医協総会第211回(H23.12.7)において、社会医療診療行為別調査より引用した算定回数と保険局医療課調べより引用した算定可能回数から平成22年が88.4%、保険局医療課調べより引用した全病院数に対する届出病院数の割合97.9%から、十分普及していると判断され、これを廃止し、入院基本料および特定入院料に含め、一律11点を加えたものである。管理栄養士の確保状況には、病床規模や地域格差が大きいにもかかわらず、これを考慮した資料の提示が一切なされず、さらに有床診療所の実態を示す資料は同じく一切示されず、多くの有床診療所が管理栄養士の配置をしていない現状を考慮することなく決定された。栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、管理栄養士の配置に関して平成26年3月31日まで経過措置が設けられたが、栄養管理手順の作成、特別な栄養管理の必要性がある患者についての栄養管理計画の作成等、届出医療機関と同等の負担を求められている。届出を行っている医療機関については、管理栄養士欠員時の新規採用までの猶予期間は3ヶ月しかないため、管理栄養士不在を理由に入院基本料及び特定入院料が算定できなくなれば医療機関の存続に関わる問題となる。日本精神科病院協会も加わって四病院団体協議会で行った緊急影響調査の結果、3ヶ月以内に補充困難と回答した病院32.7%、6ヶ月かかっても補充困難と回答した病院19.4%であった。特に小規模病院や有床診療所の閉院から地域医療の根幹が崩壊する恐れがあり、管理栄養士の配置要件を含めた当該基準の抜本的な見直しを要望する。 ○栄養管理実施加算が包括されたが管理栄養士の配置は困難である。小規模病院、有床診療所、また診療科(特に眼科、耳鼻科)によっては、必要性が認められず、要件を満たすことはほとんど不可能である。 ○入院基本料の算定にあたり管理栄養士の配置が追加された(経過措置2年間)。しかし、特に有床診療所の入院患者は単科的であり、管理栄養士を配置して特別な食事提供の必要性のない診療科もあり非現実的である。更に有床診療所が管理栄養士(非常勤を含む)を確保することは、管理栄養士の絶対数(約16万人)、医療関係施設への就業率及び都市部と地方部の分布率等も影響し、一律に要件を満たすことは難しく、このままでは無床化を迫られる。次期改定で元の加算点数に戻すことは必須であるが、それまでの間についても、有床診療所は困難な求人活動を強いられるため、直ちに算定要件を変更するか、元の加算に戻す必要がある。 ○わが国の出産の半数が有床診療所で行われている現状を考えると、保険診療で行われている産科疾患に対して十分な管理栄養士の人的確保が行われているのか甚だ疑問である。
------------------	--

- 日医調査(2012 年度「診療報酬改定についての調査結果」)では、有床診療所の約5割は管理栄養士の配置の目処が立っていない。特に小児科では 100%、眼科では 93.8%となっている。また、管理栄養士が確保できても経営上厳しくなり、実質的に病床を閉鎖せざるを得ないケースもできると予想されている。有床診療所は人口10万人当たり、全国では 8.3 施設であるが、地域によってはそれ以上のところもあり、管理栄養士の配置がない場合、入院基本料が算定できないことは大きな問題である。有床診療所には様々な形態があり、一般病院とは異なり、地域や診療科により有効に機能している有床診療所もあり、見直しを強く求める。
- 管理栄養士の養成校の減少、都市部と山間部での偏在や人件費の面から経過措置終了時まで栄養管理体制を達成することができないのではないかと危惧する意見が多い。従来の栄養管理実施加算に戻すか、施設基準である栄養管理手順や栄養管理計画を簡素化して条件緩和するか、あるいは管理栄養士を栄養士で代替える等の施策が必要である。
- 従来は管理栄養士が配置されていれば加算されていたが、今回の改定で加算がなくなったのみでなく、極端な減算がなされた。即ち、管理栄養士がいなくなった場合は、当該月を含め3カ月過ぎれば特別入院基本料のみ算定すると決められた。管理栄養士がいなくなり3カ月以内に補充出来ない場合に給食費が減算されるのなら理解も得られようが、入院基本料の大幅な減算は直ちに改める必要がある。
- 「入院時食事療養」は、外注によっても提供できる点等、有床診療所、産婦人科施設など地区医師会より問題視する声が多い。免許職の雇用流動性の高い医療業界において、管理栄養士がいなければ事実上入院診療が不可能になる制度は、3ヶ月という猶予期間も現状に即さず、あまりにペナルティが大きく、早急に改めるべきである。
- 「入院時食事療養及び入院時生活療養に関する告示・通知」は以前のまま(Ⅰ)と(Ⅱ)があり、入院時の食事提供は出来るようになっており、矛盾している。平成 26 年4月には管理栄養士のいない(Ⅰ)の医療機関及び、栄養士さえもない(Ⅱ)の医療機関は病棟を閉鎖しなければならないことになる。有床診療所においては非常勤の管理栄養士でさえも雇い入れが困難であることが多く、地域医療の崩壊を招きかねない大きな問題である。入院基本料における栄養管理体制の要件の緩和を求める。
- 現在猶予期間ではあるがこれも1年余りしか残されていない現状であり、来年からは各医療機関が対策に奔走することが危惧されるため今後この要件が継続するの可否が見通しについて早急な対策及び経過報告を求める。
- 例えば、「包括での届出」或いは「個別での加算」の2者選択とするなど包括を選択しない医療機関が元に戻せる方法を早急に検討すべきである。
- 産婦人科は有床診療所が多いものの、近年、多くの施設が流産手術等の1日入院を行っているため、管理栄養士の確保は困難であり、必要もない。

褥瘡対策 (改)	■[評価する] ○褥瘡患者管理加算の包括化については、看護師要件を緩和するなど改善点もあり、基本的には評価できる。 ■[問題がある] ○入院基本料の引き上げは、11 点に留まり、実質は 1 点の減額となる点には、疑問を感じる。 ○各入院施設により褥瘡対策の要件の必要性は大きく異なり、また施設の規模によっては多大な影響を受けることになる。結果的に非効率な運営を強いられる効率化という観点に全く逆行する施策である。したがって従来の加算による対応に戻すことを強く要望する。 ○産婦人科は褥瘡対策に係る内容についても発生することがほとんどないと考えられるため、次回の改定でこの要件通りとなると、多くの診療所が入院基本料を算定できなくなる。
有床診療所 (改)(新)	■[緩和ケア・看取り加算・一般病床と療養病床の相互算定について、評価する] ○有床診療所における緩和ケアの推進、ターミナルケアの推進について、また有床診療所の柔軟な病床運用(一般病床と療養病床の相互算定)等の方向性については、有床診療所の地域医療における有効活用という点で評価ができる。 ■[有床診療所の入院料について問題がある] ○地域に密着した医療・入院・後方病床といった、小回りのきく病床をうたいながら、ホテルコストよりも安い入院費と、管理栄養士など多くを義務付けられ、(現在 23%しか配置されていない)。このままでは廃止しかないのではないかと。もっと真剣に審議して欲しい。 ○それぞれ 11 点増点されたことはわずかに評価できる。短期入院がほとんどの眼科診療所では、入院期間 14 日以内の 511 点(看護職員 1~3 人)、または 691 点(看護職員 4~6 人)の算定になると思われるが、平成 22 年度診療報酬改定までの入院期間 7 日以内の 640 点(看護職員 1 人以上~5 人未満)、810 点(看護職員 5 人以上)に比べると、まだ大幅に低い。7 日以内の短期入院がほとんどを占める眼科の有床診療所を存続させるためには、さらなる増点が必要と思われる。 ○社会的に貴重な医療資源である有床診療所の入院料は極めて低く設定されており早急な措置が必要である。地方における有床診療所の機能は多岐にわたっており一元的な点数で評価することは現状に合っておらず診療所の持つ機能別に入院基本料を適正に見直し全体を底上げすべきである。せめて病院の一番下のランクの 8 割程度の基本料が必要と思われる。 ○地域医療を支え、かかりつけ医機能を有する有床診療所の入院基本料の適正評価がなされていない。このままでは有床診療所の数は減少の一途をたどり、地域医療崩壊に拍車をかけるものであり、誠に遺憾である。中医協の中で有床診療所入院基本料の問題を是非、取り上げて頂きたい。

金曜入院・月曜退院、午前退院(新)	■[問題がある] ○入退院日は純粋に医学的要因で決まるものではなく、入院医療提供の必要性和患者・家族の希望等の社会的要因も考慮されてしかるべきである。特に救急患者については計算から除外する必要がある。 ○休日でも退院できるサービスの提供が求められる。 ○入院基本料の簡素化と逆行するものであり、特に午前中の退院に対するペナルティは、入退院に関わる医師、看護師の業務負担を軽視しているもので、制度のあり方として疑問である。 ○高齢者では午前の退院を希望するケースが強いため、今まで通りの取り扱いとし、減算を撤回して欲しい。
入院中の患者の他医療機関受診(改)	■[問題がある] ○高齢者が入院した場合、多くの他科疾患を合併している例があり、専門的治療の必要性がある場合、その都度入院基本料が減算されれば、元々低い入院基本料がなお低くなり、経営に大きな影響をきたしている。 ○透析、PET等の一部検査については緩和されたが、特定入院料対象病棟入院中の投薬等、必要な医療が提供されないまま課題が残っている(薬局での在庫管理、使用薬剤の医療機関持ち出し等、特殊な薬剤は他の患者に使用できない)。 ○他医療機関受診の制限は多少緩和されたが、まだ条件が厳しい。患者の高齢化もあり精神科等の単科病院への社会的入院も多く、これらの患者は合併症が多いため他科受診が必要になり、基本診療料の減算を適用されると厳しい。したがって、他科受診への抑制圧力は残ったままであり、入院患者への専門的な医療は依然として制限されている。 ○未だに入院料の減額は残った状態であり、実質上、緩和と言えるものではない。少なくとも受診対象医療機関の拡大が必要と思われる。 ○透析又は共同利用が進められている検査等での入院控除点数の減額について、そもそもこの控除は「入院中の患者が他医療機関を受診している間は、当該患者に係る医学管理等を行っていない」(平成22年6月29日内閣参質174第114号答弁書より)という不適切な解釈から始まっている。精神科入院患者の身体合併症においては、転医や対診が困難であるため、専門的な診療が必要な場合は、他科受診せざるを得ない状況である。よって、この不合理な控除が減額に留まり是正されていない本改定は、問題の積み残しと考える。今後も仮に、入院料の控除が続くのであれば、癌、骨折、脳卒中、眼科疾患等、専門的な他科診療における控除減額の対象疾患の拡大を求める。

	○入院患者の他医療機関への受診については、前回新設されて以降、少なからず現場に支障をきたしている。点数減算の根拠も不明であり、この点も含め今回の改定で修正がなされると思っていたが、ほぼ無きに等しかった。このままなし崩しに成ることを危惧する。 ○専門的な医療が必要で受診することとなるが、入院先の入院基本料の減算、外来医療機関での外来算定制限の問題があり、十分な医療行為の提供にはどちらの医療機関の負担も大きく改善すべきである。 ○医療機関の合議により診療報酬の分配が可能になったが、専門的治療として認められる範囲が実態に即しておらず、地域連携の促進に障害をきたしていると考えられ、合議による精算の規定も撤回するべきである。 ○入院中の他科受診の制限は緩和されたが、本来は出来高払いとすべきである。 ○フリーアクセスを阻害する内容であり、平成 22 年度改定前の状態に戻すべきである。 ○出来高払病床でも入院基本料を 30%減算するというルールが継続されている。例えば癌が見つかり、その進展度をみるために画像診断を依頼しても、これに相当する。以前、厚労省は「すべての病院で高価な医療機器は揃えなくてもよい。」「病院完結型」ではなく「地域完結型」を目指そう」と言っていたが、その話と整合性がとれる体系にすべきである。 ○DPC入院中患者の他医療機関受診については、保険請求できないのは不条理である。DPC病院にとっては煩雑な手続きを強いられ、上、正当な理由がなく患者自己負担分をDPC病院が支払う場合もある等、保険診療上全く理解できないものであり、早急に廃止していただきたい。 ○他院でもらっていた薬を入院中に患者の家族が取りに行くケースも後を絶たず、これに関しても検討が必要である。
精神科の入院料	○精神科救急入院料、精神科急性期治療病床入院料、精神科救急・合併症入院料には、3 カ月以内に新規入院患者の内、それぞれ 6 割、4 割、4 割を退院させて在宅へ移行させなければならない在宅移行率の基準があるが、精神科救急搬送患者地域連携紹介・受入加算での転院はこの数に含まれない。今後、病病連携を進めていくためにも、また、急性期の医療従事者の負担軽減も含め、この加算を算定する患者について在宅移行率に含めるべきである。
チーム医療	○栄養サポートチーム加算のように専従職員を中心としたチーム医療に対する評価がされたが、中小病院では専従職員をあてることが出来ず、同等のサービスを提供しても点数上の評価が無いことは問題である。

A100 一般病棟入院基本料 救急・在宅等支援病床初期加算(新)	○救急医療の地域連携を促進するものとして高く評価する。
A207-2 医師事務作業補助体制加算(改)	■[評価する] ○入退院の業務量は著しく増加し、職員を増員することでそれに対応しているが、医師や看護師不足の現状では、焼け石に水の状態である。病院医療の現場は、職員の高い職業意識で支えられているといっても過言ではない。そのような医師や看護師の業務量を軽減する目的で、他の職種による作業の補助体制が 30 対 1、40 対 1 の新設や 50 対 1 の要件の緩和など今回はより細かく評価された。中小の病院に対する配慮が感じられ、高く評価したい。 ■[さらなる検討を] ○日精協会員病院で精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料 1 は 16,420 床(H24.4 日精協名簿より)あり、その稼働率は平均約 88%、入院後 30 日以内の患者の割合は平均約 42%であるので、この 3 種類の病棟に月間約 6,100 名、年間約 73,000 名の患者が新たに入院すると推測できる。この人数に 15 対 1 から 100 対 1 のそれぞれの報酬単価を掛けて総報酬額を求め、この額を 15 対 1 から 100 対 1 の基準に必要な事務補助者数で割ると、どの基準においても事務補助者 1 名当たりの加算報酬は年間 50 万円～60 万円となる。 この報酬額では、事務補助者一人分の人件費には到底満たないため、事務補助者の人件費に見合う額に診療報酬を引き上げるべきである。
A207-3 急性期看護補助体制加算(改)	■[評価する] ○夜間配置は高く評価できる。 ○看護師の確保に苦渋する中小病院では、看護補助者を採用し看護師の負担を軽減するよう努力している。しかし一方、余剰の看護師を抱えた大学病院等の大規模病院では、看護師をみなし看護補助者として勤務させているとのことである。今回、このような歪な勤務状況を改善する目的で、みなし看護補助者では要件を満たさないとの項目が新設されたことを評価したい。看護師不足の折、余剰人員として抱える看護師が、より適正に配置されるきっかけとなることを期待したい。

	■[問題がある] ○急性期看護補助体制加算は看護職員の処遇改善を目的としているが、この処遇改善が医療の質の向上、看護職員の定着、これらを含めて病院経営にプラスになっているかどうかについては十分な検証が必要である。単に看護職員の負担軽減のみを目的とするようなものであるならば大いに問題がある。 ○急性期看護補助体制加算は地域の急性期医療を支える趣旨のものであるが、地方では 100 床以下の一般病床を持つ病院が救急医療を担当しており、年間 200 例以上の緊急入院実績はハードルが高い。
A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算(改) A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算(改) A238-6 精神科救急搬送患者地域連携照会加算(新)	■[評価する] ○救急搬送患者地域連携加算(紹介・受入)の点数引き上げ、及び救急搬送患者地域連携紹介加算の要件緩和(入院後 5 日→7 日)は評価できる。地域連携、自院の地域での位置づけができる精神科でも同様の評価が新設されたこと、また、救急搬送患者地域連携紹介加算と救急搬送患者地域連携紹介加算を同一医療機関で届出できるようになったことは評価できる。 ○急性期病院と後方病院の役割分担には良い加算であると思われる。 ■[問題がある] ○地域連携を考えると、急性期病院といっても、より高次の病院(大学病院や救命救急センター)からの受入も必要である。これまでのいずれかしか算定できなかった加算が、同一の医療機関で、どちらも算定できるようになった点を評価したい。しかし、急性期病院から救命救急センターへの紹介の場合には、紹介加算は算定できない。救命救急センターに患者が集中しない仕組みを作ることにより視点が集中しているが、それぞれの病院の機能分化を図り地域連携をより活性化するためには、救命救急センターへの紹介加算も考慮されるべきではないか。
A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算(新)	○今回の改定で救急搬送患者地域連携受入加算の対象に精神病床が加えられたが、それは精神病棟入院基本料算定病床のみに限られている。元来この加算は、高次の救急医療機関に緊急入院した患者の身体症状が他の医療機関でも対応可能な場合に、速やかに転院を図ることを目的としている。しかし、精神病床へ転院を図る場合は、自殺企図、自傷行為などで高次の救急医療機関に緊急入院した患者において、身体症状は重篤でないが精神症状が重篤であると判断された場合に行われるものである。重篤な精神症状をもつ患者を受け入れる精神病床は精神病棟入院基本料算定病床に限られるものではないため、加算の対象を全ての精神病床とすべきである。

A244 病棟薬剤業務実施加算 (新)	■[問題がある] ○病棟薬剤業務実施加算においては医師・看護師の負担軽減だけでなく薬剤師の専門性が評価されたが、施設基準が厳しい(1 週あたり 20 時間)。 ○大病院と中小病院では業務量に差があるので、一律に“1 病棟 20 時間以上”という規定では、現場の状況に合わないものにいるのではないか。 ○病棟薬剤業務実施加算は、さらに評価を高めるべきであり、病院薬剤師のスキルアップを期待したいが、就労について問題が生じないかについて特に検証する必要がある。
A301 特定集中治療室管理料 (改)	○小児集中医療の特殊性・困難性に配慮した小児加算の増点数改正は評価できるが、小児集中医療では重篤な患者が長期間にわたりICUでの治療を余儀なくされるケースもあるため、その実態に応じた適切な評価とするためには、加算期間の延長が必要である。
A301-4 小児特定集中治療室管理料(新)	■[問題がある] ○小児集中医療では重篤な患者が長期間にわたりICUでの治療を余儀なくされるケースもあるため、その実態に応じた適切な評価とするためには、算定期間の延長が必要である。 ○PICUでの治療を評価したものであるが、算定基準がかなり厳しく、算定できる医療機関は限られてくる。
A307 小児入院医療管理料 (改)	■[評価する] ○包括範囲から放射線治療を除いたことについて、小児悪性腫瘍における有効な治療手段である放射線治療を評価したものであり、今回の改正は評価できる。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 (改)	■[問題がある] ○早期の在宅復帰を目指すため新たな回復期リハビリテーション病棟入院料 1 が新設されたが、全国で 140 施設(6 月)の届出がある。早期の在宅復帰を目指してはいるが、施設基準の問題や重症患者を多く受け入れると復帰が遅れ復帰率が下がるという現実的な課題が残る。 ○より高いレベルでのリハビリの成果に対して、評価がなされるようになったことは歓迎されるが、看護必要度を用いての評価は、回復期の患者に対して合致しない部分もある為、改善の必要性を感じる。 ○3段階に分かれたが、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定する基準が非常に厳しい。果たして機能するのか今後検証の必要がある。
A308-2 亜急性期入院医療管理料 (改)	■[問題がある] ○亜急性期入院医療管理料の見直し、特に亜急性期入院医療管理料 1 の設置については、回復期リハビリテーションと差別化するという意味で評価する。ただ、亜急性期入院医療管理料の点数が下がったのは、評価できない。 ○急性期病棟を削減する受け皿として機能するかどうかについては、実態を踏まえた十分な検証が必要であり、実態を踏まえて更なる要件の緩和も考慮すべきである。 ○点数の低下、包括範囲の拡大、上限日数の短縮等と非常に厳しい改定内容となった。本来の在宅復帰準備病床としての日数が足りない。
A310 緩和ケア病棟入院料(改)	■[評価する] ○在宅医療を推進するため、早期の入院料を高く設定したことは評価できる。 ■[増額理由を明確に] ○緩和ケア病棟でこの 2 年間で 1 日当たり約 1 万円の費用の増加があったとは考えられない。政策誘導的な増額ならば、増額理由を明確にするべきと思われる。
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料 (新)	■[問題がある] ○同様の医療を行う小児科病棟との診療報酬の格差が是正されたことは評価できるが、8 割以上の入院が 20 歳未満であることが要求され、算定要件に該当しない患者の入院については特別入院基本料となるなど基準が厳しすぎる。一方で、入院期間について制限が無いため、児童の長期収容を促進しかねず、今後の精神医療の方向性と整合性が取れていない。

A312 精神療養病 棟入院料 (改)	■[問題がある] ○今回の重症者加算においても、慢性期の統合失調症の重症度を判定する評価尺度としての的確とは言えないGAFが用いられたことは理解に苦しむ。また、重症者加算 1 の算定要件として精神科救急医療体制への協力が必要となり、精神療養病棟が担う慢性期の重症遷延化した患者の加療に加えて、さらに急性期の重症患者を受け入れる事で、スタッフの労力や治療構造に新たな負荷や問題が生じる可能性が高い。また、この負担に対する評価としては加算点数は低すぎる。 ○長期入院患者の退院に対する労力に加点された事は評価できるが、慢性化した長期入院患者を退院させる事は、患者の状態に加えて、家族関係の調整や住居の確保など、多職種で多くの時間を要する事となり、所要労働時間から考えると評価が低い。
A314 認知症治療 病棟入院料 (改)(新)	■[問題がある] ○今回、入院 30 日以内の点数が上がったことは評価出来る。しかし、入院 61 日以上の間期の点数が下がったことは不合理である。入院期間が長期化する認知症患者ほど治療抵抗性で看護ケアにも時間と労力がかかる。このような治療抵抗性の患者を出来るだけ早期に退院させるためにも更なる評価の検討が必要である。 ○退院調整加算の見直しについては評価できる。しかし、人員の配置を考えればこの点数では人件費を賄えるものではなく、更なる評価の検討が必要である。 ○認知症夜間対応加算が新設されたことは評価できるが、入院 30 日以内しか算定できないのは不合理である。31 日以上入院期間を要する治療抵抗性の認知症患者には、夜間の徘徊や介護への抵抗等の問題行動が多く、十分な夜間対応が必要である。また、この低い加算点数では、夜勤看護要員 3 人体制に必要な人件費を考慮すると医療機関の持ち出しとなり、負担が大きい。 ○認知症治療病棟の入院料は、60 日以内が引き上げられ、61 日以上が引き下げとなった。また、夜間看護体制についての加算が新設された。認知症のBPSD(行動障害・精神症状)の短期集中的治療を推進するのは評価できるが、在宅復帰や施設入所には時間が必要であり、減算には問題が多いと考えられる。

4.医学管理等

B000 特定疾患療 養管理料	■[範囲拡大を] ○白内障手術で日帰り入院という、数時間経過観察するだけで入院扱いされているために、その後1ヶ月間特定疾患療養管理料を算定することができなくなる。同様に外傷等で入院した場合も、1週間以内の入院の場合など、特定疾患以外での入院の場合は例外規定を設けて、特定疾患療養管理料を算定できるようにして欲しい。 ○認知症患者が増加し地域のかかりつけ医が積極的に治療管理にあたっているが、かかりつけ医の機能を評価するため特定疾患に加えていただきたい。また、子宮内膜症も管理が必要な疾患であり特定疾患に加えていただきたい。 ○耳鼻咽喉科や皮膚科のように眼科にも緑内障や糖尿病性網膜症等に対する眼科特定疾患指導管理料の新設が必要である。 ○失明等、重大な視覚障害を生じる可能性がある眼科的慢性疾患の診療の評価について。緑内障、糖尿病網膜症、加齢黄斑変性症などでは、視覚障害が進行するとその回復は非常に困難であり、やがて身体障害者となって将来の労働力の損失と介護費用の増加という社会的コストの代償が大きくなる。このような疾患の診療には専門性の高い知識と技術と共に患者への指導力が必要であるが、これらに対する指導管理の診療報酬上の評価がなされていない。 ○前立腺肥大症を泌尿器科専門医が継続して治療した場合、「特定疾病療養管理料」が取れるようにしていただきたい。 ○長期処方管理加算とあわせて、関節リウマチ、痛風、慢性腎炎、腎不全等も対象疾患に加えるべきである。 ■[月1回の算定等としてはどうか] ○長期処方化が進められている現在、月2回分の特定疾患療養管理料を一度に請求できる特定疾患療養管理料2を新設してはどうか。 ○慢性疾患で長期投薬に伴い月1回の受診が多いため、月2回225点から月1回450点への変更が望ましい。 ○疾患が偏っている。月2回のみの算定根拠が不明であり、毎回とるか全廃が望ましい。 ■[患者に説明しにくい] ○診療所、100床未満の病院、200床未満の病院でそれぞれ点数が異なっている(200床以上の病院は算定不可)。同じ医療を受けても、医療機関が異なれば大きく自己負担が変わり、患者側に説明しにくい。
--------------------------------	--

B001 24 外来緩和ケア 管理料(新)	■[評価する] ○外来における緩和ケア診療を評価した外来緩和ケア管理料 300 点の新設は評価できる。 ■[問題がある] ○算定条件が厳しすぎるため、実際に算定できる診療所はごく一部のみとなるので基準の見直しが必要である。 ○算定要件に“専従の緩和ケアチームによる診療”とあるが、中小病院だと専従という要件は難しい。中小病院でも緩和ケアが必要は患者がいるため、要件の見直しが必要ではないか。
B001 27 糖尿病透析 予防指導管 理料(新)	■[評価する] ○チーム医療を行っている病院にとって、医療側の意欲向上になり、患者の腎機能不全の進行予防につながれば、有益な点数加算と考える。 ■[問題がある] ○糖尿病透析予防指導管理料にてチームで行う糖尿病教室等が評価された。しかし、糖尿病透析予防指導管理料を算定するためには患者一人一人に対して、多職種担当者によるそれぞれの指導を同一日に実施する必要がある、多くの患者に対する指導の実施・算定は困難と思われる。 ○看護師、保健師、管理栄養士の資格の要件が厳しい。糖尿病教室を定期的に実施することも困難であり、糖尿病専門医療機関も算定が難しいと思われるので基準の見直しを検討して頂きたい。 ○必要性は理解できるが、算定要件のハードルが高い。糖尿病による透析導入は4割程度で、腎炎等の腎臓内科の評価が今後望まれる。 ○加速度的に増加すると思われる糖尿病患者に対応するには、更なる施設基準の緩和を行い、多くの医療機関で算定可能になることが望ましい。
B001-2-2 地域連携小 児夜間・休日 診療料(改)	■[評価する] ○1、2 ともの 50 点の増点は評価できる。ただし個々の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。

B001-2-4 地域連携夜 間・休日診療 料(改)	■[評価するもさらなる検討を] ○二次救急医療機関における救急外来の現状に配慮した点数であり、率直に評価したいが、200 点は十分でなく、夜間・休日に限定されていることも残念である。
B001-2-5 院内トリアー ジ実施料(新)	■[評価する] ○二次救急医療機関における救急外来の現状に配慮した点数であり、率直に評価したい。 ○前回改定で地域連携小児夜間・休日診療料に付加された院内トリアージ加算 30 点が独立して 100 点となったものであるが、救急の場においてトリアージは重要であり評価できる。
B001-2-6 夜間休日救 急搬送医学 管理料(新)	■[評価する] ○二次救急医療機関における救急外来の現状に配慮した点数であり、率直に評価したい。 ■[評価するもさらなる検討を] ○救急現場の現状を反映した外来管理料新設として評価したいが、現場の実感としてはもう少し算定額が増加してもよいのではないか。 ○夜間休日の救急診療に対して点数がついた事は評価できるが、土日休日と深夜しか算定できない。平日の時間外も算定対象にしてほしい。
B001-2-7 外来リハビリ テーション診 療料(新)	■[評価する] ○無診療医療による指導や誤った再診料の算定を無くすためにも評価する。 ■[問題がある] ○包括的にリハビリが可能となったが、包括化の一層の拡大を注視する必要がある。 ○外来リハビリテーションにおける不適切な包括システムの導入提示であり問題である。 ○外来リハビリテーション診療料は点数が低すぎるため、再診料をその都度算定する場合に比べてかなりの点数減となる。加えて、算定ごとに医師はリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い、リハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載するという要件があり、再診料をその都度算定する場合と比べて、明らかなメリットがあるとは思えず、算定する医療機関は少ないと思われる。そもそも、再診料の定義がなされないままに、このような点数設定がされたことが疑問である。 ○外来リハビリテーション診療料は無診察リハなので廃止するべきである。

	○外来リハビリテーション診療料が新設されたが、診療所ではほとんど算定されてない。無診察リハビリ防止の意味もあったと聞いているが、複雑で算定しにくい内容である。見直しが必要である。 ○外来リハビリテーション診療料の設定は問題である。この点数ではコスト割れであり、リハの質を落とす可能性がある。外来の処置等については、出来高払いを死守すべきと考える。 ○基本診療料において、ドクターフィーとホスピタルフィーの区別があいまいの中で、医師の管理下における治療行為を行う日の基本診療料について、再診料を基準に包括化してしまうのは時期尚早と考える。
B001-2-8 外来放射線 照射診療料 (新)	■[注視する] ○放射線治療医、診療放射線技師、看護師のチーム医療が評価された。ただ、無診治療が増えていかないか注意が必要である。
B001-7 リンパ浮腫指 導管理料 (改)	■[問題がある] ○“手術月か、その前月又は翌月のみ算定可”となっているが、実際の現場では対象月以外でも、必要があり指導している例が多く見られる。指導することにより状態も改善しているにもかかわらず、点数として評価さないのは問題である。
B005-6 がん治療連 携計画策定 料1(改)	■[問題がある] ○退院後一定期間外来を必要とする場合もあるので退院時だけでなく、退院後起算して30日以内に算定可能期間が延長されたのは評価できる。しかし、患者側の事情等で30日以内の受診が不可能であった場合、がん治療連携計画策定料だけでなく、がん治療連携指導料も算定できなくなるというリスクがあり、地域連携拡大の妨げの一因となっているので検討が必要である。

B005-6-2 がん治療連 携指導料 B005-6-3 がん治療連 携管理料 (新)	■【評価する】 ○【改定前】当該指導料の算定基準は『がん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、(中略)計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月 1 回に限り算定する』とあるが、このたび長野県国保連合会より、計画策定病院において、届出申請前の退院で「がん治療連携計画策定料」を算定できなかった患者についても、その後、届出をして受理され、実際に計画書に基づいた治療が行われているのであれば、退院時に計画策定病院で「がん治療連携計画策定料」を算定していなくても、「がん治療連携指導料」を算定してもよいとの見解が示された。このような見解と点数表で提示されている算定条件との矛盾が見られることから、算定基準の明確化を求める。 【改定内容】がん治療連携計画策定料 1 について、従来は計画策定病院において入院中に診療計画を策定するなどの要件を満たした場合、退院時のみ算定が可能であったが、退院後 30 日以内に要件を満たした場合についても算定が可能となり、要件が一部緩和された。また、届出様式について、計画策定病院が連携医療機関の届出も併せて行えることとなり、届出手続きが簡素化された。 ■【評価するもさらなる検討を】 ○がん治療に対する対策、病診連携等に対する点数配分は評価できる。ただし、連携促進は進んでいるところと進んでいないところがある。今後の連携を期待する。
B005-7 認知症専門 診断管理料 (改)	■【評価する】 ○認知症疾患医療センターを増やす方向として、神経内科、脳神経外科などの専門診療科における認知症の早期発見と診断、病診連携によるその後の管理等について点数配分したものであり、評価できる。 ■【評価するもさらなる検討を】 ○かかりつけ医と認知症疾患医療センターの連携を評価したものであり、医療連携という点では重要な視点であり、評価できる。しかし、かかりつけ医がいないケースが多く、このようなケースほど多くの時間を要し、その後にかかりつけ医が決定しても、本制度には適応されない。受診した後からでも、かかりつけ医が決定した場合は算定できる仕組みが必要である。 ■【問題がある】 ○認知症疾患医療センターは基幹型と地域型の2つが定義されている。この2つは、全く役割が異なるため、同じ評価であることは納得ができない。個別の報酬項目が必要であると思われる。 ○がん治療連携、認知症診療連携の第1歩としては評価できるが、がんに関しては計画策定病院との連携のみで指導料(300点)が算定可能、他の病院との連携では算定不可となっている。同様に認知症でも二次医療圏毎に東京都が選定したとされるわずか10病院の東京都認知症疾患医療センターとの連携でしか指導料(350点)算定可能になっていない。実際の日常診療を考慮すると、通院の不便さ、他にも専門性の高い病院・診療所が多々あるなど、まだまだ公平性の観点からも問題が多いと思われる。

B005-7-2 認知症療養 指導料(新)	■[評価する] ○認知症疾患医療センターを増やす方向として、神経内科、脳神経外科などの専門診療科における認知症の早期発見と診断、病診連携によるその後の管理等について点数配分したものであり、評価できる。 ■[問題がある] ○「認知症疾患医療センター」で認知症と診断された患者に「療養計画」に基づいた治療に対し、当該月を含め6月に限り月1回という期間限定の算定方法には異論が多い。特定疾患療養管理料との併算定はできないことから期間限定の条項を撤廃すべきである。 ○地域の医療機関が認知症専門診断管理料1を算定した患者に対して認知症疾患医療センターに係る診療情報を文書により提供した場合に算定可能となるが、認知症疾患医療センターの設置が十分でなく算定が難しい。
--------------------------------------	--

5.在宅医療

全体	○今回の改定の重要な課題であり、機能強化型在宅療養支援診療所という制度が設けられた。どのように推移するか判断するには時間が必要である。和歌山県では 974 診療所の中で、37 診療所 (3.8%) が届出を出している。やはり都市部に偏りがちである。75 歳以上で、人口 10 万人当たり 25.5 診療所となっている。従来型は 121 診療所 (12.4%) であり、都市部で多い傾向である。今後連携し機能強化型を増やす努力も必要であるが、一方で住民側からの視点での検討も必要である。また、89 病院の中、在宅療養支援病院は、強化型 (連携) が 6 病院 (6.7%)、従来型 3 病院 (3.4%) である。日医調査にあるように、過去 1 年間の緊急往診回数、在宅看取り総件数は在宅療養支援診療所以外でも約 30% あり、在宅医療の評価の仕方、地域性などについてさらに検討されるべきである。 ○都道府県の第 6 次地域保健医療計画には 5 疾病 5 事業の他、在宅医療が加えられ、厚労省医政局事案として「在宅医療圏」の設定、「地域包括ケア」や「在宅医療連携拠点事業」など介護保険絡みで進行しており、医療保険との制度や報酬面の整合性もさらに議論する必要がある。 ○在宅医療の促進充実のため重点的に財源が配分され、機能強化型の在宅療養支援診療所・病院の設定を含め関連項目が整備されたことは評価できる施策といえる。24 時間対応を充実させるため緊急時・夜間往診料、在宅時医学総合管理料や在宅がん医療総合診療料の点数が引上げられ、2025 年の社会保障改革を見据えた第 1 歩となった。しかし、現実には在宅医療に対する都市部と山間・郡部との間には、在宅医療を担う医師、訪問看護師や訪問看護ステーション等の在宅医療資源に大きな格差がある。都市部で展開されている在宅医療には「モラル・ハザード」の一面も垣間見られることや医療費適正化とは背反する場合もあり、決して「在宅至上主義」はバラ色の施策ではない。真に在宅医療のあるべき姿や方向性をしかと整備されるべきである。 ○今回の改定で在宅医療を提供する診療所が、①強化型在宅療養支援診療所、②従来型在宅療養支援診療所、③在宅療養支援診療所以外の 3 類型となった。同じ診療・看取りを受けても類型により格差が出て、患者負担が増大する。自己負担増大に伴う在宅医療を控える危惧もある。
----	--

○在宅医療の拡充・発展には、在宅療養支援診療所(及び機能強化型)への診療報酬上の加算での誘導ではなく、往診・訪問診療料等の本体部分の引き上げの方が在宅医療全般の拡充・発展に格段に寄与するものと考えられる。

1. 在宅診療をしている医療機関での在支診(及び強化型)への移行を考慮している医療機関は 27/365(7.4%)であった(三重県での在宅アンケートより)。
2. 新設の機能強化型在支診は全国で 2,694 診療所(全診療所の 3.1%)(6/1 現在)。
3. 看取りまでを行う実績のある在支診は約半数弱(47%)にすぎない(2010 年)。

また、在宅での看取りについても、在支診以外の診療所の約2割が行っており、在宅看取り総件数(日本医師会データ)の 32.5%を担っている。

4. 在宅療養支援診療所の届出件数 12,487 件(H22.7)のうち 608 件の医療機関は在支診の加算を算定せず(4.9%)。(17.5%:三重県での在宅アンケートでは全国統計より高値)

○在宅医療、介護を推し進めようとしているのは理解できるが、諸条件が厳しく、例えば、在宅医療の中心となるべく進めている地域の診療所では、2006 年に 24 時間体制(医師又は看護師)で、待機を条件に制度化されたが、2010 年までに届出された医療機関は、全診療所の 15%にも満たしていないのが現状である。点数が高い低いの問題ではなく、現状に合うよう諸条件を緩和し、支援し易い条件に早く変更しなければ、行き所のない老人、医療支援を受けられない老人が増えてしまうことになる。

○国は、なりふり構わぬ在宅誘導を行っているが、現場では一見ほぼ同じような在宅医療の内容でも、一般診療所等の間で請求点数に大きな差が付けられ、一物二価の状態に陥っている。在宅専門の診療所が増える中で在宅医療請求の難解さは、地域の要請に応じて外来診療の傍ら在宅医療に対応しているかかりつけ医にとって負担となっているのではないか。また、医療費の総枠が限られている中で一部の医療機関のみに関わる点数があまりにも突出すれば、他の診療点数に悪影響が出てくる可能性もあり、全体の医療費のバランスも考える必要があるのではないか。

○在宅医療に特化した診療所の進出が目立つが、従来の 1 人体制の診療所でも長年の主治医として在宅での看取りが出来るような手当てや施策が必要である。

○これまで眼疾患で通院していた患者が外来通院不能になった時に、切れ目のない眼科医療を実践するためにはかかりつけ眼科医として往診・在宅医療を行うことが必要である。在宅患者となっても眼科疾患を持ちながら長寿を全うするので、長く眼科在宅医療を継続する必要がある。一般眼科診療所として無理のない範囲で在宅医療に取り組める方法を現在模索しているが、内科等の主要な科を補助する意味で「副科」としての診療が制度として余り考えられていない。

	○高齢者に対して、医療と介護から別々に診療やサービスが行われているが、重複する部分も多い。また、一部には要介護者の囲い込みもみられ、要介護者がかえって不幸な結果になっていることもある。「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療の充実」のためには、医療と介護スタッフ間での定期的カンファレンスや、要介護者に対する定期的な医療機関による受診システムの構築など、“支える医療”が主体的役割を果たすべきである。
在支診・在支病(改)	■[施設基準の問題がある] ○機能強化型在宅療養支援診療所は有床診療所、中小病院対策として評価できるが、現実的に施設基準自体が地域の現状にそぐわず、地方都市では困難である。 ○在宅医療の強化は評価したいが、診療報酬は、強化型在支診に増点が集中し、それ以外の在支診や在支診以外の診療所は置き去りにされている。日医のアンケート結果でも明らかなように、看取りも緊急時の往診も、強化型在支診とそれ以外の在支診と在支診ではない診療所で、それぞれ三分の一ずつ実施されている。かかりつけ医は、外来診療が基本で、脳血管障害等で通院困難になった自院の患者を診療時間外に訪問診療するのが本来のあるべき姿である。長年の経過を熟知し信頼関係も築けているかかりつけ医が、患者にとって最も適した主治医である。強化型在支診に集中的に増点することは、在宅に特化した営利目的の地域に根ざさない在宅専門医療機関の増加をもたらす。都市部では、介護ビジネスとも結びついた営利目的の在宅専門の医療機関のチェーン店化が助長される危険もある。家族のつながりが薄い認知症患者で、一部介護関係者やケアマネージャによる囲い込みにより、かかりつけ医から引きはがし必要な医療が受けられない事例も報告されている。在宅医療の真の充実のためには、在支診でない一般のかかりつけ医の訪問診療料および往診料の引き上げが必要である。 ○「機能強化型」を届出しているも、患者によって強化型と従来型と区別して算定できるか？と厚生局に照会したところ、「施設基準の届出のため、機能強化型の算定しかできない」と回答があった。 複数の医療機関が連携して施設基準を満たす場合、患者の個人情報事前に他の連携医療機関にカンファレンスを通じて共有する必要がある。患者が同意した場合は良いが、同意しない場合、強化型の施設基準を届けたことによって、訪問診療などが出来なくなる可能性がある。 今回の改定の重点課題2に「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実」①在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進、②看取りに至るまでの医療の充実、③在宅歯科・在宅薬剤管理の充実、④訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携、とある。施設基準の届出とはいえ、患者によって強化型・従来型と区別できなくなると、重点課題2の①②は達成不可能と考える。 ○診療所にて常勤医師3人以上等の基準を満たすことは難しい。

	○連携型を目指す支診や 200 床以下の病院が近隣にないと連携が出来ず、算定ができない。 ○強化型の連携型の場合に月に 1 回の対面によるカンファレンスは困難であり基準を軽減するべきである。 ○機能強化型支援診で連携型を選択した場合「連絡先の一元化」とあるが曖昧で解釈の混乱を招いている。24 時間 365 日連絡可能の必須条件が満たされれば、あえて一元化する必要はないと考える。 ○高齢化のピーク時、40 万人の見取り場所が必要になる。 《改定内容》 (1)緊急時・夜間の往診料の引き上げ (2)在宅時医学管理料の引き上げ (3)特定施設入居時等医学総合管理料の引き上げ (4)急変時に在宅患者を受け入れた場合に対する評価 (5)在宅ターミナルケア加算の評価の見直し (6)在宅がん医療総合診療料の引き上げ 多大な上げ幅を縮小させ、施設基準を緩和して、多くの医療機関で算定されれば望ましい。 ■[在支診とそれ以外の診療所間の点数格差の問題がある] ○在宅医療推進で関連診療報酬は概ね増点であるが、自己負担の少ない在宅医療のしくみも考慮する必要がある。 ○在宅時医学総合管理料について、施設基準として機能強化型支援診の基準を満たしていても、一般型支援診としての対応で十分可能な患者もある。患者の状態に応じて機能強化型、一般型の対応と管理料の算定が可能な運用を望む。 ■[在支診とそれ以外の診療所間の点数格差が是正されたことは評価する] ○在支診とそれ以外の場合の点数格差が是正されたことは評価できる。
C000 往診料(改)	■[問題がある] ○往診料の緊急往診加算について、今回、従来型在宅療養支援診療所(支援診)と連携する非支援診の医療機関が、支援診の医師の指示により緊急往診を行っても、加算については支援診の点数が算定できない取扱となっている。在宅医療に係っているのは非支援診も同様であり、その評価引き下げは不当であり、従来型支援診と連携する非支援診の保険医療機関の、連携による加算点数は従来通りとすべきである。

C001 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算と看取り加算 (改)	■[評価する] ○プロセスと看取りに細分化され、算定しやすくなったこと、また、看取り加算が全ての医療機関で算定可能となったことは評価できる。ときに家族の希望により看取り直前に入院治療を受けた場合の算定方法として合理的である。 ○死亡日の往診または訪問診療料が、算定に必要な回数にカウントできるなど要件が緩和されたことは評価できる。 ■[評価するもさらなる検討を] ○看取り加算が創設されたことは、支援診療以外の医療機関でも在宅における看取りが評価されたと言える。一方で、強化型以外の支援診療についてはその配分が減少しており、今後、ターミナルケア加算、看取り加算の算定要件については論議が必要と思われる。 ○看取り加算が改善されたことは歓迎できる。なお、ターミナル加算の15日間のしばりの日数を増やせないか検討して欲しい。 ■[問題がある] ○24 時間以内であれば在宅以外での死亡も看取りの対象となっているが、強化型の看取り数のカウントからも看取りの期間を拡大して頂きたい。
C001 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者(改)	■[評価する] ○同一建物居住者において特定施設等入居者が 400 点と引き上げられ、一般との格差が減少したのは実態から見ても評価できる(特定施設という条件付きで、さらに、点数的には不十分であるが、方向性は評価)。
C001 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算 (改)	■[評価する] ○乳幼児加算の増点(200 点→400 点)については、乳幼児在宅医療への理解の現れで、評価できる。
C005 在宅患者訪問看護・指導料(改)	■[問題がある] ○今回の改定で訪問回数の制限を受けない患者の範囲が拡大されたが、介護報酬上の訪問看護療養費の算定を除外される患者(要介護者であっても医療保険の訪問看護を算定する)の範囲との乖離が起こっている。医療保険で頻回の訪問看護が認められても要介護者の訪問看護については、訪問看護療養費の算定を除外されないと、介護保険優先の為、頻回の訪問看護は事実上不可となる。医療保険と介護保険の整合性をつける必要がある。

C005 在宅患者訪問看護・指導料 在宅移行管理加算 (改)	■[評価する] ○在宅移行管理加算における「1月以内の期間に4日以上訪問看護・指導を行うこと」とする算定要件が削除されて算定しやすくなったことは評価できる。
C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(改)	■[評価する] ○【改定前】在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診察のあった日から1カ月以内に行われた場合に算定することとなっているが、生活期の在宅療養者には、必ずしも1カ月に一度の訪問診療を必要としない患者も多く存在する。内服薬処方等も長期処方が可能となっており、訪問リハビリ継続のためだけに訪問診療を月に一度実施することは不要な医療費が増えるだけでなく、患家の経済的負担も大きい。訪問看護ステーションから実施する訪問リハビリの指示有効期間は6カ月(最長)であることから、算定基準(期間)の延長を求める。 【改定内容】介護保険における訪問リハビリテーションについて、医師の診療のあった日から3月以内に実施した場合へと要件が緩和された。 ○【現行:患者一人につき、6単位(退院の日から起算して3カ月以内の患者が週12単位)】 【改定前】退院直後からの3カ月に限り最大で週12単位請求できるが、それ以降または訪問リハを実施する病院・診療所以外の入院医療機関を退院した患者には、週6単位しか請求できない。入院期間中には日9単位の手厚いリハビリテーションが提供されているのに対し、退院後の訪問リハ提供機会は格段に減少する。これでは、在宅で身体機能を維持することは難しく退院直後から廃用症状が出現してもおかしくない。また、PT・OT・STの役割が明確に異なることも鑑みて必要な訪問が必要回数実施されることが必要と考えるため、患者一人の請求単位数上限の緩和または撤廃を求める。 【改定内容】急性増悪等でバーゼル指数又はFIMが5点以上悪化した患者については、6月に1回に限り、その診療の日から14日までの間、1日4単位を限度に算定できるよう一部要件が緩和された。
C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料 (新)	■[評価する] ○従来から本項算定の必要性を訴えており、今回算定できるようになったことは非常に評価できる。

C107-2 在宅持続陽 圧呼吸療法 指導管理料 （記載要領 改）	■[問題がある] ○診察時の AHI（無呼吸低呼吸指数）の管理は、診療録にも記載し毎月管理しているが、今回の改定に伴い、レセプトにも毎月の評価を記載することになり、記入漏れの時はレセプトの返戻があった。煩雑であるので記載内容を検討していただきたい。
C114 在宅難治性 皮膚疾患処 置指導管理 料（改）	■[問題がある] ○500 点より 1000 点に改定され、魚鱗癬様紅皮症も認められたが、重症の天疱瘡、褥瘡についても考慮願いたい（マンパワーと時間、技術要する例が多い）。
C150 血糖自己測 定器加算 （改）	■[問題がある] ○インスリン自己注射指導加算、血糖自己測定加算については1回の受診で長期間のインスリンや血糖測定チップを持って帰る患者がいる。インスリン注射や血糖自己測定をしている患者は月1回以上の受診を義務付ける必要がある。
在宅療養指 導管理材料 加算（改）	■[2 月に 2 回算定できるようになったことについて評価する] ○在宅酸素療法、在宅持続陽圧呼吸療法等に関する材料加算について2ヶ月に2回算定可能となったことは評価できる。

6.検査

全般	■[評価する] ○検体検査料について、新設項目ができ、微生物学的検査関係等の多くの項目に増点があったことは評価できる。また、平衡機能検査において新設項目が設定されたことは、内容に一部不備を感じるものの、めまいの加療との関係も含め、ある程度評価できるものとする。 ○呼吸循環機能検査等について、既存生体検査の評価を見直し点数増としたこと及び新設については評価できる。 ○細菌培養同定検査、ノロウイルス抗原定性(150点、新設)、細菌薬剤感受性検査、血液採取 静脈:13点→16点(50億円の財源)、酸素濃縮加算(要件緩和2月に2回限り、所定点数に加算) 時間内歩行試験、ヘッドアップティルト試験、心臓ペースメーカー指導管理料、脳波検査判断料等、少数ながら、評価された点があったのはよいと思われる。 ■[問題がある] ○諸外国に比べて低い点数のまま据え置かれている。診察、検査、処置、手術における医師の技術料を評価すべきである。高い検査費用の検査は検査機器代金や薬品代が高いことを反映しており、判断料が十分に評価されていると思えない。検査機器代や薬品代は医療費と区別して検討すべきである。 ○検体検査実施料について、汎用される検体検査料の多くが減点された。末梢血液像検査について、従前の18点より、鏡検法(25点)と自動機械法(15点)に2分類された。実質3点下がり、評価できない。 ○前回改定に引き続き、医療機器の価格低下等の理由により、新たに耳鼻咽喉科学的検査2項目が減点された(他に同様の理由で眼科学的検査3項目、皮膚科処置1項目も減点されている)。また前回減点された耳鼻咽喉科学的検査2項目の点数の復活はなく、据え置きとなっている。過去の点数改定をみても外来で施行可能な検査項目は減点の対象にされやすいが、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。 ○今回眼科では検査頻度の高い「調節検査」「静的量的視野検査」「角膜形状解析」が恣意的でいわれなき理由により引き下げられた。復点が求められる。
D012 21 RSウイルス抗原 定性(改)	■[問題がある] ○外来での検査で点数が算定できるようになったが、1歳未満の乳児のみであり感染症のサーベイランス事業の中にある疾患で、必要な検査であり、幼児から乳児への感染を防ぐ上で年齢の撤廃が望まれる。

D012 21 ノロウイルス抗原 定性(新)	■[評価するもさらなる検討を] ○今回新設された事は評価するが、感染拡大を防止する為にも年齢制限等の拡大が必要である。 ■[評価する] ○算定可能となったことは評価できる。
D237 終夜睡眠ポリグラ フィー(改)	■[評価する] ○「2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」が新設され、検査に選択の幅ができた。
D247 他覚的聴力検査 又は行動観察に よる聴力検査 (改)	■[問題がある] ○「1 鼓膜音響インピーダンス検査」、「2 チンパノメトリー」が減点されたことは、関連疾患の診断や治療に重要な検査に対する評価として納得できない。将来的には医療・検査の質の低下に繋がりがねず、危惧を覚える。
D250 3 平衡機能検査 頭位及び頭位変 換眼振検査(新)	■[問題がある] ○頭位及び頭位変換眼振検査(イ. 赤外線CCDカメラ等による場合)について、「浮遊耳石置換法」に言及された点は評価できるが、「当該検査料に含まれる」形での収載では浮遊耳石置換法の手技自体が正当に評価されていないので問題である。本来めまいの治療法である「浮遊耳石置換法」は検査項目とは性格が異なり、処置等の別項目で新設、算定されるべきものとする。 ○「イ 赤外線CCDカメラ等による場合」が新設されたことは、めまいの診断の向上に役立つものとして評価できる。しかし項目新設に伴い検査が二つに分けられ、「ロ その他の場合」が従来の点数より減点された。減点となった対象検査は従来から多用されており、新設項目の適切な運用を考える時、減点は妥当ではなかったと考える。
D256 眼底カメラ撮影 (新)	■[評価する] ○眼底カメラ撮影(3. 自発蛍光撮影法の場合)、(広角眼底撮影加算)は、新設項目として評価に値する。

D260 2 静的量的視野検査(改)、 D262 調節検査(改)、 D265-2 角膜形状解析検査(改)	■[問題がある] ○平成 22 年度改定時の理不尽な減点分の復点が平成 24 年度改定時に認められなかった。「医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化」という名目で、平成 22 年度と平成 24 年度の 2 回の改定で、連続して眼科の基本診療に必須の「屈折検査」、「矯正視力検査」、「角膜曲率半径計測」、「精密眼圧検査」、「静的量的視野検査」、「調節検査」、「角膜形状解析」の眼科では最も頻度の高い基本的な 7 項目において 3～10 点の検査点数の引き下げが行われた。これらの検査に必要な機器の価格は、引き下げられた物は無く、一部機種においては付加機能の充実などにより 3 から 10%程度上昇していた。検査時間も変化は無く、これらの検査項目の診療報酬引き下げは不合理であり、プライマリーケアを担う診療所は勿論、病院の眼科外来の収入にも深刻な影響を与えている。この様な理不尽な引き下げが行われたにもかかわらず、その明確な根拠と、合理的な説明がなされなかった。
D270-2 ロービジョン検査 判断料(新)	■[評価するもさらなる検討を] ○視覚障害者の診療は、視機能の把握からはじまり、残存視機能を活用するための補装具選定とそれを用いたりハビリテーション、社会復帰のための訓練施設への橋渡し、各種福祉サービス情報の提供、心理的ケアなど多岐にわたる。眼科医療現場において、相当な時間を必要とするこれらの診療内容に対する診療報酬上の評価がなされたことにより、今後眼科医療機関でロービジョンケアが普及すると思われ、視覚障害に至った患者が医療と並行して視機能に応じた必要な訓練や福祉サポートを受けるチャンスが増え、社会復帰の道が早期に開かれることになる。本点数の導入は視覚障害の社会的コストを減少するという側面からも評価できる。また、これを検査の評価と判断という位置づけに設定されたことも合理的であり、評価したい。 しかし、厚生労働省が指定した研修を修了しても、医療機関に常勤で勤務していなければ算定の施設基準を満たさないため、ロービジョン検査判断料が算定できる眼科医療機関は少ない。今後、視覚障害者の社会復帰のためにも、施設基準の見直しを検討していただきたい。
D272 眼視機能精密検査、立体視検査 (三杆法又はステレオテスト法による)、網膜対応検査 (残像法又はバゴリニ線條試験による)	■[評価する] ○増点されたことは評価する。今後も眼科分野の適正な技術評価を期待したい。

D282-2 行動観察による 視力検査(新)	■[評価する] ○小児の視機能の評価には、十分な時間と専門的技術が必要である。乳幼児視力測定(テラーカード等によるもの)は、新設項目として評価に値する。
D282-3 コンタクトレンズ 検査料(改)	■[評価する] ○コンタクトレンズ検査料2を算定する医療機関のうち、診療の割合が75%を超える医療機関では、病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、速やかにより専門的な医療機関に転医させるよう努めることとなった。この仕組みは指導監査では威力を発揮する可能性はあるが、不適正なコンタクトレンズ診療所を適正化するには効果が限定される。短期間に診療所の開設者を替えて頻回に初診料を算定するなど、制度の隙間をくぐるような請求を取り締まる方策が必要である。 一方で、不祥事への対応として行われた新たな制限は75%を超える医療機関に限られ、多くの善良な眼科医にはほとんど影響が及ばなかったという意味で評価できる。
D400 血液採取(改)	■[評価する] ○静脈採取が増点(13点→16点)されたことは、医師の技術料が評価されたこととして評価できる。
D415 経気管肺生検方 (新) CT 透視下 気管支鏡検査加 算(新)	■[評価する] 気管支鏡とCT透視を組み合わせ、肺腫瘍の検体を採取した際に算定されるCT透視下気管支鏡検査加算が新設され評価できる。

7.画像診断

E101-2 ポジトロン断層撮影(PET)(改)	○従来の「てんかん」、「虚血性心疾患における心不全」、「早期胃癌を除く悪性腫瘍」に加え、「心サルコイドーシス」が適用疾患に追加された。また、悪性リンパ腫の治療効果判定目的の検査が、転移再発診断に該当するものと適応拡大された。
E102 核医学診断(改)	■[評価する] ○従来の核医学診断料について、PET およびその複合機については 375 点から 450 点に増点され、ドクターフィーへの重点配分として評価できる。そのほかの核医学検査の診断料は 5 点減点されたが、機能的重点配分となった。
E200 コンピューター断層撮影(CT 撮影)(改)	■[評価する] ○コンピューター断層撮影料(CT 撮影)の機能区分と増点について評価できる。従来の機能別 3 段階から、新たに 64 列以上装置の項目が設けられ、50 点の増点となった。低列数装置の一部で減点になったが、現行の医療技術水準に適合した傾斜配分となった(ただし高額医療機器のメンテナンス、更新にはまだ十分な点数ではない)。64 列以上装置についても施設基準(画像診断管理加算 2 など)が定められ、機器への配分ではなく、診療体制に重点をおいた配分になった。
E200 コンピューター断層撮影(CT 撮影) 大腸 CT 加算(新)	■[評価する] ○高性能機器を用いて撮影が行われた場合の冠動脈 CT 撮影加算、心臓 MRI 撮影加算、外傷全身 CT 撮影加算は、据え置きであったが、下部消化管を CT で撮影し三次元画像処理を行った場合に算定する大腸 CT 撮影加算が新設された。 ■[問題がある] ○評価できない。大腸 CT 加算 600 点の新設されたが、メーカー主導(メドラッド社、エーザイの子会社であるエーディア社)で関係学会には何の打診もなく、メーカーの販売する炭酸ガス注入装置に対してつけられた点数で、手技料、診断料は含まれていない。さらに 600 点がついてからメーカーは消耗品であるチューブの大幅値上げを行った。
E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI 撮影)	■[評価する] ○評価できる。従来の機能別 2 段階から、新たに 3 テスラ以上装置の項目が設けられ、70 点の増点となった。低磁場装置の一部で減点になったが、現行の医療技術水準に適合した傾斜配分となった(ただし高額医療機器のメンテナンス、更新にはまだ十分な点数ではない)。3 テスラ以上装置についても施設基準(画像診断管理加算 2 など)が定められ、機器への配分ではなく、診療体制に重点をおいた配分になった。 ■[やむを得ない] ○これら新たな撮影法の登場や画像処理機能の違い、それを実現する高性能機器の導入コスト、メンテナンスコストを考えると機器による点数の差別化はやむを得ないと思われる。

8.投薬

F200 薬剤料	■[多剤投与時減算の問題がある] ○現在、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合は、医療機関にペナルティが課せられており、特に院内処方に対するペナルティは厳しすぎる。総合内科、かかりつけ医等、今後、一般診療所でいろいろな疾患に対応していくことを考えると、処方する薬剤数が増えることは避けられない。それを診療所側で負担することはおかしい。7種類以上であっても、院内処方の投薬の仕入れ費用は当然保証されるべきである。今回の改定では是正されなかったが、次期改定での見直しを要望する。
F400 処方せん料 後発医薬品の推進・一般名処方	■[後発医薬品の信頼性に問題がある] ○後発医薬品の使用促進には後発医薬品の信頼性の確保が前提となるが、現状では信頼性が十分確保されているとは言い難い。 ○処方せん様式の変更、一般名処方加算の新設と国は後発医薬品の使用促進に努力しているが、先発品と後発品との差異、後発品の有効性・安全性・信頼性には違和感がある。 ○一般名処方をしていると、実際に処方された薬の情報が医療機関側に入りにくく、家族への説明において薬の名前が出しにくい事があり、後発品の効果にも疑問が払拭されたわけではない。 ○後発医薬品の使用促進は、品質、製品のばらつき、安全性、情報提供、安全供給等の問題が解決してから言うべきである。後発医薬品が先発品と同じであるのは主成分だけであり、製剤が異なるのは広く知られている事実である。先発品には適応があっても後発品には適応がないものや、主成分のみ同じであれば、他の添加薬物や吸収・排泄等に違いがあるということを患者に周知していない等、種々の問題点を解決せずに後発医薬品を推進するという姿勢は納得できるものではない。後発医薬品メーカーの信頼度にもばらつきがある。 ○後発品が先発品同等の薬理効果があることを証明するデータが乏しく、有効性が先発品と完全に同等ではないまま容認されている点にも問題があると考える。 ■[責任の所在に問題がある] ○後発品を処方され薬害が発生した場合、医師の責任のリスクと医師の処方権侵害の危惧がある。 ○すべての後発医薬品をひとくりにした一般名処方加算には問題があり、現場の混乱と薬剤選択によるトラブルが発生した際の責任所在のあいまいさを助長する結果となった。医療現場では、注意深い薬剤選択を行うことが常識であり、一般名処方加算は注意深い選択を行わない場合の加算であるから、非常に不合理な加算である。

■[煩雑であったり、医療安全上問題がある]

○一般名処方については商品名との併記でないと、処方ミスの原因ともなり得る。チーム医療が推進される中、とりわけ複数医師あるいはメディカルスタッフが関わる場合に医療安全上深刻な危惧が生ずる。

○後発品のある先発品の薬価を、後発品と同程度にすれば、上記のような無駄な手間や差額通知等の無駄な経費をなくすることができる。また、医療安全上有益なことと思われる。

○一般名処方を行っても、後発品が存在しない医薬品や、全ての後発品の薬価が同額か高いものしか存在しない医薬品を処方した場合には、一般名処方加算が算定できないなど、煩雑すぎるので廃止すべきである。

○一般名処方加算(2点)が新設されたが、薬剤の一般名を覚えている医師は少ない。医療機関、薬局ともに手間だけが増え、薬の間違いを誘発しかねず、単純に処方せん料を引き上げるべきである。

○一般名処方は煩雑なうえミスを犯しやすい。廃止して後発品処方加算とすべきである。医師が一般名処方を行っても、実際に後発品が患者に渡されたかは不明である。処方された薬が適応があるかどうかの確認が後日となる。また、一般名処方マスターが不完全なままでの開始は問題である。調剤薬局での投薬に混乱が見られる。

■[院内投与で評価されていない問題がある]

○日医調査では、院外処方の70%が算定しているが、院内投与ではジェネリック医薬品処方に対する評価がなく、不自然さを感じる。また、経験のない薬剤が処方されることへの不安と問題があった場合の責任の所在が不明確である。

■[その他の問題がある]

○一般名処方加算の対象となる一般名マスターの公表が遅すぎる(4月実施⇒7月最終公表)。

○結局ジェネリック医薬品が出されない場合もあるので、ジェネリック医薬品の使用促進につながるのか疑問である。むしろ実際にジェネリック医薬品が処方された処方せんに対して加算されるような制度にする方が使用促進につながるのではないか。

○先発医薬品と後発医薬品の適応病名の食い違いによる突合点検の際の診療報酬の減点の可能性がある。後発品への変更によって「適応外」となった医科レセプトと調剤レセプトとを突合点検する際に、その責任が医療機関にあるのか保険薬局にあるのか正確な判断が求められる。医科レセプトから一律に減点されることがあれば問題である。

	○後発医薬品は数量的に増えれば良いということではなく、安全性・有効性についての検証が今後も継続して必要と考える。従って一般名処方がある程度普及した場合に、従来の多くの加算が普及とともに消えたように、加算がなくなることをしないよう配慮する必要がある。 ○処方箋内の変更不可欄にチェックがなければジェネリックに変更できるため、一般名で出すのと変わりがない。一般名処方時のみ加算できる2点はジェネリックに変更可の処方を出す時に算定できる様にするべきである。 ○コンピュータにおける一般名への自動変換システムが整備されたことにより、一般名での処方は従来に比べ容易になった。しかし他医療機関での一般名処方内容の照会には依然時間と労力が必要である。
--	---

9.注射

ビタミン剤の 投与(改)	○全てのビタミン製剤について「単なる栄養補給の目的」での投与は算定不可となったが、何故ビタミン剤だけなのか、栄養補給と欠乏症に対する投与はどう違うのか、その根拠が希薄と言わざるを得ない。
外来化学療法 加算(改)	○重篤な感染症を起こす可能性があることや緊急処置を直ちに実施できる体制が必要であるなどの要件を満たす薬剤を使用する場合について、抗悪性腫瘍剤にホルモン効果を持つ薬剤を含むなど、その実態を踏まえ評価区分が見直されたことは評価できる。
小児の点滴・ 採血時の加 算	○加算は評価するが、特殊な技術や人員の確保を必要とする手技でさらなる増点が必要と考えられる。
G020 無菌製剤処 理料(改)	○【改定前】混注業務など安全性の高さを求められる業務の評価を求める。 安全性を求められる管理業務について(混注、危険性の高い薬品管理等)の評価や新たな医薬品管理点数の整備を求める。 【改定内容】無菌製剤処理料 1 の「イ 閉鎖式接続器具を使用した場合」が「(1) 揮発性の高い薬剤の場合」と「(2) (1)以外の場合」に区別され、(1)の場合が 100 点から 150 点へ増点となり、評価が行われた。

10.リハビリテーション

全般	■[問題がある] ○要介護被保険者に対する維持期リハビリテーションの点数が引き下げられ、算定自体が平成 26 年 3 月 31 日までとされたことは問題である。維持期リハビリテーションは、医師の指示する PT・OT・ST の専門職による医療行為であるため、当然、医療保険から給付されるべきものであり、介護保険に移行すれば区分限度額の上限により、必要なリハビリテーションが制限を受ける。今回の改定は現場の混乱を招き患者の理解も得られにくい。算定日数の上限は廃止すべきである。 ○リハビリでは医療を優先すべきである。 ○要介護被保険者に対するリハビリテーション料の見直しについては、医療でリハビリを受けられる期間が2ヶ月になったことは評価する。介護サービスにおけるリハビリテーションについては、ニーズに応えられる供給体制にあるかどうかを含め今後の検証が必要である。また、介護保険リハビリテーションに理学療法士、作業療法士を誘導する点数をつけたところは問題である。医療保険において日数制限等で十分なリハビリが出来なくなっており、必要な医療ができなくなっている。慢性疾患に対するリハビリテーションが介護保険へ移行する流れができており、「リハビリテーションは整形外科医が診るもの」、という基本的なスタンスが崩れてしまう虞はある。 ○介護保険該当者の維持期リハビリテーションを医療保険から外すという危険な考え方には賛成できない。たとえ維持期リハビリテーションであっても、その医療的要素は大きい。現状での介護事業所の受け入れ状況も考え、現状に即した対応を今後も求める。 ○維持期の脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料について、要介護被保険者等に対する、これらのリハビリの算定は原則として平成 26 年3月 31 日までとされた。しかし、この取り扱いには、介護施設の充実などの条件が付いており、その整備が整わなかった場合は変更されない。2年間で移行できるとは思えないが、リハビリを行わなければ状態が維持できないということならば、医療的には効果があるということであり、介護認定を受けているという理由だけで、介護保険へ移行させるという視点が妥当かどうか、またその中で医療的なリハビリが必要なものがどれくらいあるのか、などを検証する必要がある。 ○標準的算定日数超えで、当該患者が要介護被保険者等である場合には、介護保険が優先され医療保険ではリハビリテーションが算定できないとされているが、介護保険でのリハビリテーションのハード面、ソフト面での準備が整っていない現状では時期尚早と考える。さらに現在該当患者に対し、猶予期間として回数制限の下2ヶ月間は算定が認められているが、その点数が一割減に通減されている理由が理解できない。 ○150日超リハと介護リハは併用すべきではないのか(2ヵ月間は併用:医療は減算)。
----	--

早期リハビリテーション加算、初期加算（改）	■[評価する] ○手術後等より14日間に限定して初期加算が新たに算定できることとなったが、早期退院、早期社会復帰を見越した点数の配分を評価したい。 ■[評価するもさらなる検討を] ○早期リハの重要性は評価できるが、外来リハも同様であるため、入院に限るという文言は不合理である。 ■[問題がある] ○起算日より14日以内のリハビリテーションについての評価であるが、転院等での環境の変化等を考慮に入れた算定日数もしくは算定条件が望ましい。 ○初期加算が新設されたが、早期リハビリテーション加算は脳血管・運動器の区別なく一律の引き下げとなり実態に即していない。
H002 運動器リハビリテーション料	■[問題がある] ○症状の安定している患者には、診察は必ずしも毎日必要ではないのではないか。リハビリのスタッフからの報告があれば良いのではないかと。時間をかけてじっくり診察をする必要のある患者さんと必ずしもそうでない患者さんと区別をある程度する必要がある。

11.精神科専門療法

全体	■[注視する] ○今回の改定は、精神科救急医療、医療機関連携、訪問看護などに重点が置かれている。とくに注目されるのは、通院・在宅精神療法、精神療養病棟の重症者加算、認知行動療法の算定要件に、精神科医あるいは精神科医療機関が精神科救急医療体制に参画していることが条件となったことである。 ■[問題がある] ○平成 25 年度からの医療計画に精神疾患が組み込まれ、新たに 5 疾病 5 事業となることが決定している。それに向け、今回の改定では精神科医療費の総枠拡大が期待された。しかし、多くの改定項目があった割には、入院基本料等の根幹部分には変更がなく、精神科の低医療費政策そのものは何ら変わっていない。入院患者を外来、在宅で診るようにするなら、受け入れ側の制度設計等をしっかり進めていかなければ、対応が困難である。
I002 通院・在宅精神療法(改)	■[対象疾患について問題がある] ○対象精神疾患に認知症、てんかん、知的障害が追加されたが、平成 24 年 8 月 9 日発出の疑義解釈(その 8)で以前に戻った。認知症、知的障害など患者本人からの意志が伝えられないことが多々あり、診察時間を要する医師への対価が不十分と思われる。 ■[1 の要件について問題がある] ○初診の日に地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医又はこれに準ずる者が通院・在宅精神療法を行った場合 700 点／日に増点されたが、その協力の要件が分かりづらい。 ○「地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が行った場合 700 点」とあるが、その要件(11)に、ア)「…公務員としての業務について、…診察業務等を年 1 回以上行うこと」とある。これは地方自治体当局が依頼したり、指名したりする行政の恣意的な判断などによって、要件を満たす人とそうでない人が決まる側面がある。このような医師本人の意向と離れたところで決まる不公平な要件を診療報酬の点数にすることは、不適切である。 また、イ)「地域の精神科救急医療体制への確保への協力等…合計して年 6 回以上行うこと」とあるが、都道府県の体制整備状況によって参加できない地域があり得るため、個々の医療機関の努力だけではどうにもならない側面があり、これを算定基準に含めることは不適切である。

	○初診時の精神保健指定医による通院・在宅精神療法を 700 点に引き上げたことは評価できる。しかし、算定要件にある指定医および医療機関の精神科救急医療体制の確保への協力については、いかにも木に竹を接ぐような要件である。また、医療機関や指定医側に協力の意思があっても、都道府県知事からの協力要請が少ないなど地域の状況によっては要件を満たせない可能性があるため、要件の見直しが必要と思われる。 ○通院・在宅精神療法について、初診料を算定する日に精神保健指定医等で救急医療に参加しているものが700点算定できるが、地域によっては厳しい条件のためほとんどの医療機関は要件を満たすことができず、独自に行っても低い点数(30分以上400点・30分未満330点)となるのはおかしい。 ■[1以外が引き下げられた問題がある] ○要件を満たせない場合は400点に減額となっていることは、面接に労力を要する精神科の初診に対する不当な評価であり、従来通り500点の算定ができるようにすべきである。
I002、I002-2 通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援・指導料 特定薬剤副作用 評価加算(改)	■[問題がある] ○30分以上の通院・在宅精神療法または精神科継続外来支援・指導料においてのみ算定できることになっており、現実的にはほとんど請求ができない。抗精神病薬を服用するすべての通院患者において評価の機会を増やし、さらに入院、外来を問わず対象とすべきである。
I003-2 認知療法・認知行動療法(改)	■[問題がある] ○認知療法・認知行動療法を含む精神科専門療法はそもそも救急医療とは全く関係が無い。精神科救急への精神保健指定医の参画を促すことが目的であれば、他の方法を取るべきである。
I008-2～I010-2 精神科デイ・ケア等(改)	■[問題がある] ○入院中の患者で退院を予定している患者へのデイケアが算定可能となったが、僅か入院中に1回だけ、50/100の算定である。入院治療を要する重度の精神障害者にとって、退院後の地域生活を支える基盤を構築するのに1回の試験通所では不十分であり、退院前2週間は毎日算定が可能なように適切な期間・回数設定を要望する。

I012 精神科訪問看護・指導料	■[問題がある] ○日本精神科病院協会が要望していた、准看護師単独の指導料が新設されたことは評価できる。しかし、 ① 指導料Ⅲの新設により、同一建物に居住している複数の患者に対して訪問看護を行った場合は指導料Ⅰの 575 点ではなく、指導料Ⅲの 445 点(30 分以上)を算定することとなったこと ② 実施時間 30 分未満、30 分以上の区分が新たに設けられたこと ③ 複数名訪問看護加算の算定要件が厳格化されたこと ④ 保健師又は看護師が准看護師と共に精神科訪問看護・指導を行う場合の評価が従前の 450 点から 380 点に引き下げられたこと ⑤ 従来行われてきた精神保健福祉士同士の複数名訪問が認められなくなったこと 等、マイナス要素が非常に多い。これは、精神科訪問看護・指導料の基準を従前の介護保険主体の訪問看護ステーションの体系に合わせたためである。医療・介護保険の同時改定の思惑が先行して、精神科患者を看護する上での対応の仕方や退院後に長く社会で生活するための援助を行う上で必要な精神科看護の「専門性」への評価が失われ、画一的に報酬点数の設定がなされたことに他ならず、再検討を求める。 ○訪問看護については、精神科訪問看護の充実がうたわれ、介護保険主体の訪問看護ステーションと精神科医療機関の精神科訪問看護との機能統一が図られた。しかし訪問時間や訪問者の職種、訪問先によって非常に複雑な請求区分が設定されており、内容によっては減算となった部分もある。「入院中心から地域ケアへ」という精神科医療の流れにおいて、訪問看護を主体としたアウトリーチは重要な手法であるが、今回の改定がそれに資するものであるかは疑問である。
I015 重症認知症患者 デイ・ケア料(改)	■[問題がある] ○日本精神科病院協会の要望は、重度認知症患者デイ・ケアの引き上げ、重度認知症患者デイ・ナイト・ケアの新設を要望したが、夜間ケア加算の新設(100 点)にとどまった。 ① 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 1,000 点に減額されたこと ② 平成 22 年の診療報酬改定で食事提供加算(48 点)が廃止されて本体報酬に包括化されたこと これらの経緯を考え合わせれば、さらに専従者を定員 25 人の場合は 1 名、定員 50 人の場合は 2 名配置し、2 時間長くケアを行うことに対して 100 点の加算ではあまりにも低い評価である。 ○最初に算定した日から起算して 1 年以内の期間に限り夜間ケア加算を算定できるとなっており、家族要因等でその後も「夜間の精神状態及び行動異常が著しい」状態が再燃すること多い中、加算に期限を設けることは不合理である。夜間ケア加算の点数引き上げと加算期間設定の廃止を切望する。 ○OBPSDの入院に頼らない治療方法として重度認知症患者デイ・ケアがあり、普及のインセンティブになるような改定が期待されたが、わずかな夜間ケア加算の新設に留まった。

12.処置

J054 3 皮膚科光線 療法 中波紫 外線療法 (改)	■[問題がある] ○中波紫外線療法の 10 点引き下げは、「医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化」の名目のもと、昨年 11 月の『提言型政策仕分け』の席で、皮膚科は“もうけ過ぎの科”と名指しされたことに対する“見せしめ”的引き下げ項目となってしまった。『提言型政策仕分け』の席で提出された財務当局からの医療費に関する資料(実調関連)はこれまで同様 6 月単月調査の結果であり、6 月は皮膚科の収入が極端に多い季節であることを考慮すれば“もうけ過ぎの科”のレッテルは張られないはずである。本療法は比較的頻度の高い皮膚科処置の一つであり、今次改定における理由の分からない 10 点減点は大変遺憾である。
J057-4 稗粒腫摘除 (新)	■[評価する] ○本処置は、小尖刃刀などで皮膚を小切開し、内容物を圧出する処置である。稗粒腫は顔面、特に眼囲に多発し、処理には細心の注意が必要となる。皮膚科ではよく行われる処置であるが該当する処置項目がないため、「稗粒腫摘除」の新設を要望していたので評価したい。
J038 人工腎臓 (改)	■[問題がある] ○透析は、過去 10 年間で 10%以上の引き下げがあっており透析医療の質の確保が困難になってきているので見直しを求める。

13.手術

全般	■[増点、要件緩和等について評価する] ○一部の手術料(難易度 C、D で最大 30%、難易度Eで 50%)が引き上げられ、医師の技術料が見直されたことは評価できる。 ○「従来法手術ですでに保険収載されており、外保連手術試案 8 版で難度 C,D とされている内視鏡下手術」の 36 術式が新たに保険収載された。また、先進医療から、腹腔鏡下直腸脱手術と腓体尾部切除が保険適用となった。しかし、外保連試案未収載のため保険未収載とされた内視鏡下手術がまだいくつか存在する。 ○形成外科手術の 6 つの複数手術で、従手術は別手術であるとして、100%の手術点数が認められた。また、新たに 10 の複数手術で、従手術の手術点数の 50%を加算できることとなり、これまでと合わせ約 200 の複数手術で従手術の加算が認められることになった。 ○新規に 7 種類の神経ブロックが保険収載されたことは評価できる。 ○今回の改定で手術関係の点数が増点となったことは、病院関係の勤務医に対する配慮として評価できる。 ○外保連試案を参考に技術区分 D および E の手術を中心に増点となった項目が多く、その点については評価できる。 ○新設手術項目や手術機器加算、モニタリング加算の新設・見直しもあり、その点でも外科系関連点数への評価が進んだと考える。 ○腹腔鏡下肝切除と内視鏡下脊椎手術の施設基準が緩和され、市中病院で広く施行可能な手術となった。 ○放射線診断技術の治療的応用として、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術、血管塞栓術、四肢の血管拡張術・血栓除去術、胃瘻造設術、経皮経肝胆管ステント挿入術、肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法、肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法等多くの手技において、増点がなされたことは評価できる。 ○経皮的椎体形成術、経皮的シャント拡張術・血栓除去術、下大静脈フィルター除去術等が新設された。医療技術の進歩の促進と導入に重点配分された結果と思われる。
----	---

■[高度な手術のみ増点されている問題がある]

○手術点数がエビデンスに基づき引き上げられたことは評価できる。ただし、難易度の高いものに限られ、一般外科の手術料は据え置かれている。疲弊する外科医のモチベーションを上げるためには、これらの評価も必要である。訴訟リスク等は、必ずしも難易度と関連しない。

○内科的医療技術をどう評価するのか、今後の検討が必要である。

○件数の多い手術(胃切除(悪性)、胃全摘(悪性)、直腸低位前方切除、虫垂切除、痔核手術等)が据え置きになったことは問題である。次回での引き上げを望む。

■[手術材料費の問題がある]

○水晶体再建術、多焦点眼内レンズ手術(先進医療)について、先進医療としての保険収載と水晶体再建術の評価見直しは今回維持されたが、各種手術用材の価格上昇に即していない。

○外保連手術試案の難度 C,D の手術を中心に手術点数がアップされ、手術点数は全体の平均で 15.38% のアップとなった。このことは大いに評価できるが、まだ手術材料費に及ばない点数の手術が存在する。

■[その他問題がある]

○2 年前の改正で大幅に増点された消化器外科系の高難度手術などは、大抵どこの施設でも行い得ることになっている。経験が不十分な外科医が手術を行うことによる医療事故も時折起きており、経営上の立場からの安易な手術施行は厳しく指導されねばならない。技術認定医取得の有無など手術スタッフの人的資源も評価に加えた診療報酬点数の設定など、基準をもっと厳しくすることが、高度な外科手術に対する社会的信頼に応えるためにも必要である。

○保存療法に対する評価が低い

○外保連試案の技術度 C および D の両群の一部が 30%、E 群は 50% の増点が図られた。眼科手術では恣意的に手術実施回数の少ないものが増点の対象に選ばれ、増点された技術 37 項目の中には 2010 年度社会医療診療行為別調査の調査月の 6 月に 1 回も施行されていない項目が 20 項目も含まれている。

他科と同様に眼科においても手術による侵襲の軽減化のために学会を挙げて技術の革新に取り組んでおり、その成果として眼科手術の多くで時間の短縮が可能になっている。技術が進歩すればそれに伴い手術時間が短縮されることは必然であるにもかかわらず、手術時間の短縮化が点数削減の理由になる事は非常に不合理である。技術の進歩を正しく評価していただきたい。

○頭蓋内手術のプラス改定は評価するが、脊椎・脊髄手術のプラス改定がなかったので、次回に期待したい。

K000 創傷処理(改)	■[足底部が「露出部」になったことを評価する] ○平成 20 年度改定で、頭部は「露出部」と認められたが、足底部も皮膚の緊張度が高く、縫合の難しさは手掌とまったく変わらない。手術における難易度から考えれば、足底部も「露出部」の範囲に含めるべきである。したがって、通知部分の「露出部」の解釈において「足底部を除く」の文言を削除することを要望していたので評価したい。
K202 1 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの(新)	■[評価する] ○本手術点数の新設は評価できる。この手術を必要とする患者は多く、この手術は今後増々普及するものと思われる。
K268-4 緑内障手術	■[問題がある] ○緑内障手術 4 緑内障治療用インプラント挿入術が保険導入されたが、手術に用いる緑内障用インプラントが包括化されており、価格の異なる種々のインプラントを用いても同一手術点数となっており、「技術」と「もの」が分離されないための不合理が存在する。
K282 白内障手術	■[問題がある] ○眼科手術の中で手術総額の約 60%を占める白内障手術は技術度 D である。多くの技術度 E や D の手術が 50%~30%増点される中で一番多く手術されている白内障手術は同じ技術度 D であるにもかかわらず、点数が据置かれたことは評価できない。 ○未施術の白内障患者に比べ、白内障手術後の患者の転倒リスクは 0.62 倍で、白内障手術によって転倒リスクは 40%程度減少する。また、111 万余例の調査で、白内障手術を受けた患者では大腿骨頸部骨折リスクが 16%低く、さらに重度白内障ではそのリスクが 23%低下することが示されている。 複数の研究によって視覚障害がある場合のうつ相対リスクは視覚障害がない場合に比べ 3.5 倍高いとされており、白内障手術によって QOL を損なうリスクの減少が得られている。 このように白内障手術の社会的貢献は高いが、現在の白内障手術の手術点数はその効果を十分評価している点数とはなっていない。 ○白内障手術は近年、診療報酬点数が横ばいで、最新機器や医療材料などの高額化により医師の技術料が実質的に減少している。水晶体再建術の手術材料費は日本病院会の調査では 59%であったが、最近の日本眼科学会と日本眼科医会が行った眼科の病院調査では平均 85%となっている。白内障手術は技術料はもちろん、包括されている材料費についても公正な評価をされていない。

	○白内障手術の診療報酬上の評価が低く、中小規模の病院の眼科の収益性が低下している。 白内障手術はこれらの病院の主要な手術である。 最近の調査では中小規模の病院の 1 割が白内障手術を中止している現状が明らかになった。眼科の入院医療を中止あるいは外来診療を閉鎖した病院が、08 年からの 3 年間で全国 129 病院に達している。それにより、手術を受けるために今までより遠方に行かなければならなくなった住民の不利益は大きい。 現在の白内障手術の点数では病院の眼科診療が経営上困難となる場合が多いと考えられる。
K331-3 下甲介粘膜レーザー焼灼術(両側)(新)	■[評価する] ○外来手術として広く行われており、開業医も影響を受ける点数項目が新設され、評価できる。 ■[問題がある] ○アルゴンプラズマ凝固装置等、他の機器による焼灼術は対象外であり、今後、項目名の変更等によって算定対象となることを望む。
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術(新)	■[問題がある] ○新設されたが、3 ヶ月に 1 回の縛りは臨床現場に即してない。
K898 帝王切開 1 緊急帝王切開(改)	■[問題がある] ○緊急帝王切開は休日又は深夜に行われる事が多く、医師、助産師、看護師、にかかるコストも膨大なため、深夜休日加算を加味しても現行の点数では低すぎるので増点して欲しい。 ○今回の改定で選択的帝王切開と同点数になった。緊急帝王切開は人的確保が徐々に難しい状況になっているので、更なる点数の増点を要望する。
K909 流産手術 1 妊娠 11 週までの場合(改)	■[問題がある] ○他の手術が軒並みアップしたのにも関わらず、この手術のみ点数が上昇していない。かつ、各種処置を必要とするにもかかわらず、制約が設けられているのは不自然な点数設定である。 ○今回の改定で K909-2 子宮内容除去術(不全流産)が 1,910 点から 2,000 点に増点となったが、K909 流産手術(妊娠 11 週まで)の場合は 1,910 点に据え置かれた。臨床的にはより難易度の高い流産手術の方が低点数という逆ザヤが生じている。もともと不当に低い評価に加え、今回の改定でさらなる矛盾が生じているので改善してほしい。

K930 脊髄誘発電位測定等加算(改)	■[評価する] ○術中の神経モニタリングが認められる手術の範囲が拡大され、より安全な手術を行うことができるようになったことを評価する。
K934-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算(新)	■[評価する] ○手術に要する消耗機器(器材)の購入費が新設項目として考慮され、評価できる。 ■[問題がある] ○まだ算定対象が限られており、今後、同様の使用目的器材へ対象範囲が拡大されることを望む。
K939-4 内視鏡手術用支援機器加算(新)	■[問題がある] ○内視鏡手術支援ロボットであるダビンチを、前立腺がん手術に用いた場合、54.2 万円の加算が認められた。しかし、ダビンチの購入と運用に必要な費用は、54.2 万円をはるかに上回るのは問題である。

14.放射線治療

通則 小児放射線治療加算	■[評価する] ○小児の放射線治療には特別配慮が必要であり本加算の新設は評価できる。
M001 体外照射	■[評価する] ○一日に複数部位を照射する場合の、2回目の体外照射治療料が増点されたことは評価できる。

15.病理診断

病理診断 通則 注 5	■[問題がある] ○乳房手術に対し、両側乳房を病理検査した場合でも、片側の時と請求が同じになるのは不合理ではないか。検査も、治療もそれぞれに行っている。それぞれに対して算定するのが妥当と考える。
N004 細胞診 液状化検体細胞診加算(新)	■[問題がある] ○新設の細胞診 液状化検体細胞診加算は、検体採取と同時にを行った場合でも算定できるように適応の改定が望まれる。 ○産婦人科では、HPV 検査と細胞診の同時併用検診を行うことで、その後の細胞診の検査間隔を延ばすことが可能であるとしてきたが、今回の改定では、細胞診が頻回に行えない部位が対象となった。運用の拡大を希望する。 ○「液状化検体細胞診加算は、採取と同時に作製された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本を作製し、診断を行った場合に限り算定できる。」と規定されており、現状では子宮頸部(腔部)細胞診ではほとんど算定はできない。しかし近年では子宮頸部(腔部)細胞診の精度の向上と安定性の見地から液状検体による検査が国際的には推奨されているので、本加算の算定要件の見直しおよび緩和をお願いしたい。

16.その他

DPC	■[問題がある] ○大学病院としてDPC機能評価係数Ⅱで一定の評価(救急医療係数や地域医療指数に基づく係数など)はなされているが、がん診療連携拠点病院以外の他の拠点病院としての役割も果たしており、エイズ診療拠点病院、肝疾患連携拠点病院なども評価が必要である。 ○一部の診断群分類をDRGに近い請求点数とし、入院期間の短縮を促したことは評価できるが、レジメンによって請求点数が大きく異なる現状があり、さらなる検討を促したい。 ○DPC/PDPSの支払方式は、制度そのものが理解しにくく、中医協での議論も少ないまま改定された。もっとわかりやすいDPC/PDPSに代えて欲しい。 ○調整係数など、病院の機能や役割を評価しているとはいえないものもある。基礎係数・暫定調整係数の早期解消が必要である。機能・役割とは無関係な因子で、報酬の格差が大きく、2018年では遅いためもっと早く解消すべきである。 ○DPC入院当日に行なった入院に伴って行う通常の検査(感染を含む生化学検査、心電図やレントゲン検査など)や緊急入院時のCT検査などが出来高請求ができなくてDPCに包括されている。この取り扱いを以下の理由で廃止していただきたい。 ①この取り扱いでは、予定入院患者さんの場合は入院前に改めて再診し検査を受けるケースが増える。 ②また緊急入院の場合は、出来高に比較して同じ診療内容であっても診療報酬が少ないケースが増える。 上記①の場合は患者に余分な受診をしてもらうことになり、上記②の場合は救急医療機関にとっては不利な取り扱いである。
DPC(小児科)	■[問題がある] ○小児入院医療では、小児肺炎のDPC診断群分類が15歳で分岐され、15歳未満で入院期間Ⅰが5日→3日、Ⅰ点数が2,652点→2,195点、入院期間Ⅱが9日→6日、Ⅱ点数が1,873点→1,623点と大幅に減額になった。 ○主病名が急性肺炎、気管支炎、細気管支炎で、DPC病名をそのまま表記すると30%近く減額になる。小児入院管理料で技術料・人件費分は充当されているとの背景があるものの、肺炎入院が多い地域のDPC病院小児科では減収につながる改定となった。

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（改）	■〔問題がある〕 ○子宮脱をはじめとする性器下垂は、高齢者医療の中核をなす。特に高齢者で手術不可能例に関しては、リングペッサリーが必要不可欠であり、現状の非観血的整復術では、医療機関側に多大な負担がかかる。 ○創傷被覆材について、皮膚潰瘍や褥瘡は3週間で治ることはほとんどないため、3週程度は撤廃すべきである。 ○特定保険医療材料の価格の引き上げについて、価格が実勢価格に合っていない、逆ざやになる場合がある。適正な調査をして頂き価格に反映してほしい。
------------------------------------	--