

「令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」に関する  
ご意見の募集の結果について

1. 意見の募集方法

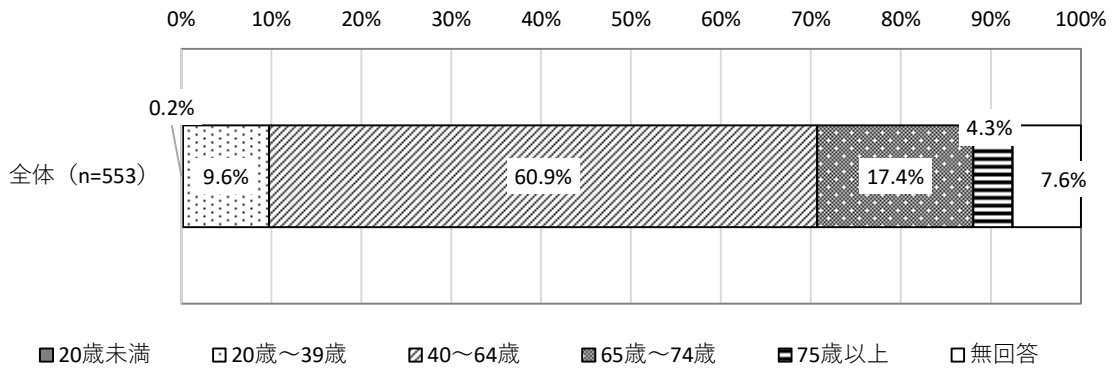
- (1) 意見募集期間 : 令和6年1月12日(金)～令和6年1月19日(金)
- (2) 告知方法 : 厚生労働省ホームページ
- (3) 意見提出方法 : 電子メール

2. 寄せられた意見

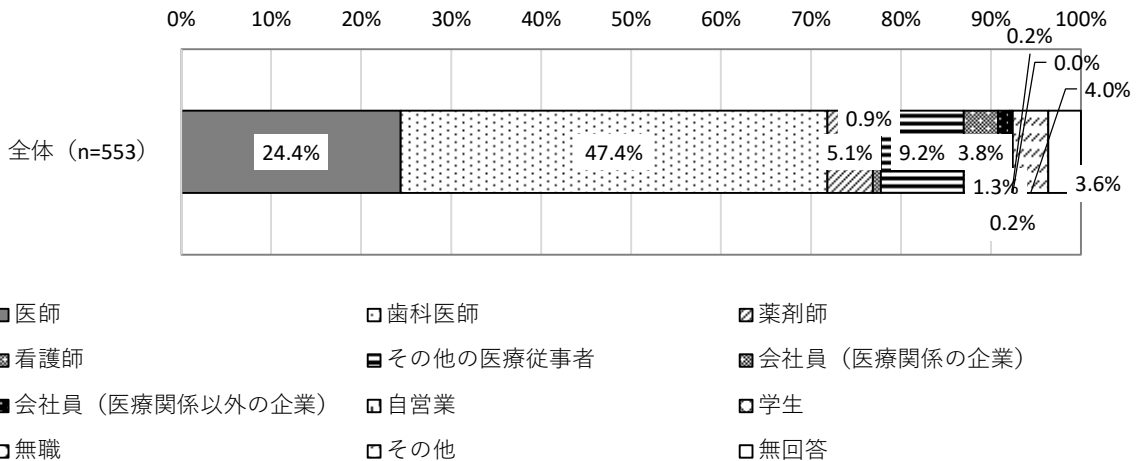
(1) 意見提出件数 553件

(2) 意見者の属性 (n=553)

① 年齢



② 職業



(3) 項目別の総意見件数 (2,084 件)

I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進 (365 件)

項目番号	内 容	件数
I-1	医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組	278 件
I-2	各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進	18 件
I-3	業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価	39 件
I-4	地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保	7 件
I-5	多様な働き方を踏まえた評価の拡充	14 件
I-6	医療人材及び医療資源の偏在への対応	9 件

II ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進 (726 件)

項目番号	内 容	件数
II-1	医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進	208 件
II-2	生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組	29 件
II-3	リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進	48 件
II-4	患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価	35 件
II-5	外来医療の機能分化・強化等	33 件
II-6	新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組	42 件
II-7	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価	124 件
II-8	質の高い在宅医療・訪問看護の確保	207 件

III 安心・安全で質の高い医療の推進 (847 件)

項目番号	内 容	件数
III-1	食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応	35 件
III-2	患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価	133 件
III-3	アウトカムにも着目した評価の推進	19 件
III-4-1	高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進	12 件
III-4-2	小児医療、周産期医療の充実	14 件
III-4-3	質の高いがん医療及び緩和ケアの評価	6 件
III-4-4	認知症の者に対する適切な医療の評価	20 件
III-4-5	地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価	85 件
III-4-6	難病患者に対する適切な医療の評価	3 件
III-5	生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進	15 件
III-6	口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進	420 件
III-7	薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価	17 件
III-8	薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進	38 件

項目番号	内 容	件数
Ⅲ－９	医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等	30 件

#### Ⅳ 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上（133 件）

項目番号	内 容	件数
Ⅳ－１	後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等	110 件
Ⅳ－２	費用対効果評価制度の活用	4 件
Ⅳ－３	市場実勢価格を踏まえた適正な評価	13 件
Ⅳ－４	医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）	－
Ⅳ－５	患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）	－
Ⅳ－６	外来医療の機能分化・強化等（再掲）	－
Ⅳ－７	生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）	－
Ⅳ－８	医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進	6 件
Ⅳ－９	薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）	一件

・その他の意見

13 件

(4) 「令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」についての主な意見（適宜集約して記載）

I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組（278件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 人材確保や賃上げについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・物価高のなか、従業員の給与増額は、大幅な診察料アップがないとできない。（同旨6件）</li> <li>・今年は他の職業で5%以上の賃上げを目指すと言われていたにもかかわらず、医療従事者が2.5%というのは不足している。（同旨1件）</li> <li>・今の保険点数では、物価高騰・賃金上昇に追いつけず、人材確保の困難、新たな設備投資が困難になる。</li> <li>・人件費、歯科材料費、その他経費も高騰。医療費の総枠を引き上げる必要がある。</li> <li>・政府が物価上昇率を上回る賃上げへと旗を振っているのに対し、医療関係者の賃上げ目標は低く、加えて感染症対策等のコスト増があるため、明確な根拠に基づく大幅な点数引き上げを行うべき。</li> <li>・歯科の人材確保に向けてはこれからの歯科衛生士学校への入学者増や現在働いている方々の利殖防止、離職者の復職促進が必要であり、それらのために職員の時給アップに向けた点数アップが必須。</li> <li>・賃上げが40歳未満、業種や業態の制約を講じた限定的なものでは、地域医療そのものが衰えていく懸念がある。</li> <li>・震災等の非常時に向け、普段から医療・介護のマンパワーが必要であるため、診療報酬、介護報酬の引き上げ、初診料、再診料の大幅引き上げが必要。</li> <li>・公立病院などは人事院勧告をもとに給与決定がなされるため、勧告と診療報酬改定に伴う賃上げの関係の整理が必要で、確実にベースアップが図られるような仕組みの構築と対応を求める。</li> <li>・何が何でも医療費を切り下げようと昨年までの医療機関収入が多かったなどと言う訳のわからないデータを見せて根拠とするなど容認できるものではない。</li> <li>・診療報酬の見直しも必要だとは思いますが、人材確保や賃上げに対する助成金や補助等のバックアップを求める。</li> <li>・同じ診療報酬で工面するなら個人の処遇改善ではなく、医療従事者の質の向上に投資すべきである。</li> <li>・初診、再診料の引き上げでは病院勤務者ではなく、開業医に恩恵の比重が大きくなると考える。現状、最初に診察受けるのはクリニックであるためである。処遇改善に向けては診療報酬と別にする方法も考えるべき。</li> <li>・診療所の報酬をプラス改定するくらいなら、採算割れしている基礎的医薬品や病院で多くの診療をこなしている医師、低賃金のコメディカル・パラメディカルに振り分けるべきである。</li> </ul>	21件
<p>○ 基本診療料・技術料・入院料等の改定について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同じ歯科業界でも、歯科医院ごとに、歯周病の多い医院や補綴の多い医院と様々であるが、どの医院でも同じようにアップさせるには、初再診料の増が必要。（同旨1件）</li> <li>・5類になったとはいえ、COVID-19への対応は発熱外来だけでなく、すべての医療機関で引き続き負担が大きいことから、加算だけでなく基本診療料の引き上げによる評価を求める。（同旨2件）</li> <li>・職員の賃上げを実施するにあたってはA500看護職員処遇改善評価料のような細分化された、非常に分かりにくい方法は用いないでほしい。</li> <li>・賃上げを全ての医療機関・全ての医療職種で行えるよう基本診療料の大幅な引き上げは必要で、その場合も加算扱いではなく、基本診療料自体の引き上げとすべき。細かな施設基準や実績報告を求められても対応が困難であるため、一律で初・再診料を引き上げるべき。</li> <li>・診料、訪問診療料等に加算することが議論されているが、加算点数は8分類もあり、医療機関によって基本診療料が異なることは、患者にとって理解ができず、医療機関にとっても複雑である。</li> </ul>	28件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療の内容が同一なのに、医療機関によって価格が変わるのは「一物二価」であり、公平でない。患者からのクレームを受ける可能性もある。（同旨1件）</li> <li>・歯科医療機器や材料価格の高騰及び水道光熱費の上昇、歯科医療従事者の人材不足、賃金上昇等への対応により初診料、再診料だけで厳しければ評価料として独立した形を作っていたきたい。</li> <li>・円高及び物価高騰に見合った賃金の引上げこそが、医療現場の人手不足解消や労働環境の改善には不可欠であるため、基本診療料の大幅な引き上げと、各種材料等の価格高騰に見合った技術料・材料料の引き上げが必要。（同旨1件）</li> <li>・入院基本料を引き上げることが必要。</li> <li>・40歳未満の勤務医師や事務職員等の賃上げは、医療機関の人材確保とモチベーションの向上に必要な措置で、入院基本料等の評価を見直すことが医療機関の経営状況の改善と医療サービスの質の向上に寄与する。</li> <li>・人生の最終段階における適切な意思決定支援に係る指針の作成については、入院基本料等に要件化するのではなく、必要な患者に対し加算する方式とすることが必要。また40歳未満はもとより、40歳以上の医療従事者・事務職員等の賃上げのためにも、大幅な引き上げを求める。加えて看護職員処遇改善評価料のような、複雑な基準や評価ではなく、簡素な基準点数とすることが必要。</li> <li>・「人生の最終段階における適切な意思決定の支援」が必要なことであるが、他の加算（初期加算等）の要件にすべきではないと感じる。</li> <li>・地域医療を支える医療機関の評価を適切に行うために、基本的な診療料である初診料、再診料、入院基本料を引き上げるべき。</li> <li>・現在、諸外国に比べ技術料の評価が低く設定されているが、このままでは安心した外科治療を国民が享受できなくなってしまうため、診療報酬の中での技術料の見直しが必要。</li> <li>・基本診療料とりわけ初再診料、特定疾患療養管理料、外来管理加算はどれも引き下げ余地はなくこれらの据置きや引き下げはありえない。</li> <li>・事務職員にとって医療業界はブラックなイメージが定着しており、診療時間や診療日を削る事態になっている診療所も出てきている。これは発熱外来を行っている診療所だけでなくすべての医療機関に起こることであるため賃上げだけでなく安全で十分な医療体制構築が必要であり、そのためには初診、再診料の引き上げを強く希望する。</li> <li>・諸物価高騰の中で、人材確保のために賃上げが不可欠で、そのためには精神科診療所で唯一の技術料である精神科通院療法点数の大幅引き上げが必要。</li> <li>・発熱外来ではない施設には補助はなく、感染対策費用は持ち出しとなっている。このため診療報酬の本体部分である、初再診料や特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算の減算見直しは、内視鏡診療の質に関わる重大な問題である。</li> <li>・公定価格の中で日々診療を行っている我々にとって、物価高騰と賃上げに幅広く対応するためには初再診料を上げることが最善である。</li> <li>・特掲診療料の減算は、発熱外来を行っている地域医療のスタッフの賃金アップを阻害するため、絶対に行ってはならない。</li> <li>・スタッフらへのしかるべき賃上げを積極的に行なってゆくためにも、精神科としての生命線である通院精神療法について、このままの点数を維持してほしい。（同旨1件）</li> <li>・今回の改定率では医療従事者の労働に見合った対価が得られているとは考えられない。この状態が続けば他の職業を選択する医療職離れが強く懸念されるため、基本診療料（初・再診料、外来診療料）の引き上げを要望する。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 幅広い職種、チームを対象とした賃上げの仕組みについて</li> <li>・チーム医療やコディンタルスタッフの手厚い配置やチーム医療への取組を通じた個別医療機関の努力を各種加算で評価してほしい。（同旨1件）</li> <li>・今回の診療報酬による賃上げが確実に全職種に実施される仕組みを求める。（同旨2件）</li> <li>・歯科衛生士が、専門家として相応しい給与で雇用されるのはもちろんのこと、無資格の歯科助手に関しては、スーパーやコンビニ、飲食店で働く人よりも若干高めの条件で優秀な人材を確保したいため、考慮された仕組みを求める。</li> <li>・看護師の処遇改善について、全看護職への対応と広げてほしい。</li> <li>・歯科衛生士、歯科技工士も、処遇改善の対象として欲しい。（同旨2件）</li> <li>・急性期病院における薬剤師を始めメディカルの当直体制も評価していただきたい。薬剤師は中毒患者の薬物情報や抗菌薬選択、代替薬提案、妊婦授乳婦への投与可否、腎機能に合わせた投与量調節など、普段とは違い自分の専門外も診療しなければならない当直医師をサポート</li> </ul>	21件

<p>ートしている。これらはコメディカルが当直当日も昼間の通常勤務もこなしつつ、そのまま当直に入り、明けの翌日まで勤務している中、僅かな当直手当で勤務しており病院薬剤師不足の一端となっている。専門知識を持った人間一人を長い時間拘束しておいてこれはない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科衛生士や、歯科助手、受付その他レセプト担当者や滅菌担当者等の歯科医院に関わる者の処遇改善も対象に必ず含めていただきたい。前回改定では同様の内容で、看護の処遇改善のための特例的な対応に+0.20%ついたが、医科へのみの配分となっており大変不公平を感じた。</li> <li>・ 電子カルテ情報共有サービスの運用を担うIT人材についても体制の整備を求める観点から、入院基本料等の評価の見直しにあたっては、「IT人材の確保及び賃上げ」についても言及することとしてはどうか。</li> <li>・ 賃上げの対象については、看護職員処遇改善評価料のように施設基準で対象機関の限定や一部職種を除外することなく、すべての医療現場で働く職員の賃上げが継続的に実現できるように求めます。(同旨1件)</li> <li>・ 診療放射線技師は既に他の医療従事者と比べ厚遇されていることから除外すべき。</li> <li>・ 使用人兼務役員を含む役員を対象として省くことを明示するなど、元々議論の対象であった賃金が低い職種に診療報酬の増分が当たるような仕組みが必要。</li> <li>・ 今回の診療報酬改訂では、病床機能区分に関わらず賃上げできるような取り組みを求めたい。</li> <li>・ 地域包括ケアの推進、在宅ケアの強化も含めすべての看護職への賃上げの改善を求める。</li> <li>・ 特にリハビリ職種は他の医療職と比べ賃金が低く世間の水準から離れているので、民間企業と同程度のベースアップができる改定を求める。(同旨1件)</li> </ul>	
<p>○ 賃上げに向けた実績報告など賃上げを担保する仕組みについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 賃上げの加算を複数設定し、その区分から選択する旨の議論が行われているが、医療機関の統制につながるような仕組みの導入はやめてほしい。実績を報告させる事は医療機関の事務負担を増加させるだけである。(同旨1件)</li> <li>・ 賃上げ報告書や実績報告についても、複雑な書面作成とならないよう配慮することが必須である。</li> <li>・ 職員の賃上げのための診療報酬の引き上げの際、実績報告の提出などを医療機関に課さないことを求める。実績報告のための事務作業によって医療従事者の負担が増せば本末転倒であり、要件を課すべきではない。(同旨1件)</li> <li>・ どのように賃上げするかは、各施設の人材確保に係る戦略であり、柔軟な対応が施設側でできるようにすべき。賃上げをしない施設には益々人材確保が困難となるわけで、実際の賃上げに用いられるかどうかを疑う余地はない。医療機関側を信頼すべきで、賃上げをするために複雑な事務手続きを課すことは、更なる業務量増加や、余計な人件費を要することとなり、今回の賃上げのための点数引き上げの趣旨から逸脱するのですべきではない。</li> <li>・ 賃金上昇に対応には不公平なく皆が享受できる形での評価を要望する。施設基準等によりハードルを上げる事は避けて頂きたい。</li> <li>・ 厚生局のような第三者からの厳しい目がないと、確実な賃上げは実現しないのではないかと思います。</li> <li>・ 賃金の上乗せ用にと用途を限定してでも医療機関の増収が可能になるようにすべき。</li> <li>・ 賃上げの財源について私立の医療機関では経営陣がそのまま受け取るだけ、と言う事態にならないか懸念がある。明確な賃上げの証拠を提出させる義務など付帯すべきかと思う。(同旨1件)</li> <li>・ 歯科医院は無条件に技工所側の料金アップに対応するが、技工所内の実態がわかりにくく、本当に従業技工士の賃上げがなされているかしっかり検証してほしい。(同旨1件)</li> <li>・ 改定率増分による賃上げが確実に医療従事者に渡っているのか確実な検証と公開をお願いします。</li> <li>・ 具体的な賃上げの「見える化」を進め、かつ実質賃金増とするために、ペア2.5%以上の労使協定書を提出や賃金支給実態及び年休取得状況等の労務管理状況報告書を提出する等の要件を定めることが必要と考える。</li> <li>・ 実績報告について、人事院勧告に準拠してベースアップ等を実施している公的な医療機関の場合、人事院勧告対応ベースアップ分を当該賃上げ実績に計上できるように要望したい。</li> <li>・ 賃上げについては、医療機関経営主体の裁量に任せるべき、利益の用途についてまで介入するのは過剰介入である。(同旨4件)</li> <li>・ 初再診療もしくはすべての医療機関で算定可能な加算等での対応が望ましい。(同旨2件)</li> </ul>	26件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケア労働者の賃上げ・処遇改善は、診療報酬とは切り離し別建てで議論を求めます。</li> <li>・国が特定の職種に一律に手当ですることで事業所の裁量が阻まれ、採用や人事にゆがみをもたらすのではないかと。労使間での交渉において給与を定めるべきである。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人材紹介事業の利用について <ul style="list-style-type: none"> <li>・賃上げ促成の最大要因の一つは人材紹介会社による紹介料の高さである。医療従事者の転職リテラシーの乏しさも原因としてあるものの、現状は公費が人材紹介業に流れ、そちらの事業会社の成長率が高いというのは、抜本の見直しが必要と考える。</li> <li>・紹介業者の手数料等については取り締まるか、行政がマッチングシステムを開発して経済的な医療・介護業界の雇用基盤を整備して頂きたい。</li> <li>・民間の紹介サービスに対して何らかの規制が必要、現状の職業紹介ビジネスは色々なところにひずみが出ています。</li> <li>・賃上げをして安定した人材確保と教育を行いたいが、実際は1募集あたり年収の25%程度の募集費用負担が発生し、医療業界以外への資金が流出している。</li> </ul> </li> </ul>	4件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 調剤報酬の見直しについて <ul style="list-style-type: none"> <li>・いわゆる敷地内薬局などの大規模病院に合わせた業務を行っている薬局は地域の状況に合わせて業務を行っているとは思えないが、その差別化はされるのか。(同旨1件)</li> <li>・薬局においても『標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること』という観点があり、薬局における体制に係る調剤基本料等の評価調剤基本料等の評価について、更なる評価を要望する。</li> <li>・認定薬剤師が投薬した場合や生涯学習達成度試験合格者が投薬した場合には、調剤基本料などに少しだけ加算してもらいたい。</li> <li>・特定の薬剤師が認定資格を持っているからとその領域の仕事をすべて押し付けられ仕事量が増えサービス残業をせざるを得ない状況がある。日病薬および医療薬学会などの資格については有資格者ががん・感染の実務上携わることによって診療報酬上加算をつけるなど評価していただきたい。</li> <li>・診療所/病院での調剤料と、調剤薬局で算定される調剤料との差はあまりにも大きく、それが病院薬剤師と調剤薬局薬剤師の年収の差となって表れている。</li> <li>・調剤薬局の薬剤師の仕事の評価が低い(調剤報酬は簡単・短期的なものは安く、複雑化・処方の長期化があるものほど高額にするのが業務の実態に沿はずである)こと、在宅訪問(特に個人宅)は採算が取れないこと、医薬品価格は小売業として薄利であること、この3点で賃上げできない状況にある。早急に改善させ、賃金を上げるインセンティブを調剤報酬に持たせるべき。</li> <li>・病院で患者が入院時持ってくる持参薬をチェックしていると、ポリファーマシーが発生している。残念ながらごくわずかな心あるかかりつけ医、かかりつけ薬局以外は全く機能せず薬剤費をもたない状況がずっと続いている。</li> <li>・人材確保や賃上げのために、医薬品の保険負担分を少なくし、その分を賃上げ部分とする(患者負担は多くなる)ことが有効ではないか。</li> </ul> </li> </ul>	9件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 歯科の初診、再診料、技術料等の見直しについて <ul style="list-style-type: none"> <li>・初再診料、歯冠修復及び欠損補綴の製作に係る項目の増点をお願いしたい。(同旨2件)</li> <li>・すべての歯科医療機関が平坦に算定できる初診再診料アップもしくは加算として対応頂きたいのと、歯冠修復及び欠損補綴物が金属から現在、CAD/CAM対応が増えてきているが、接着、破折等鑑みると補綴物維持管理料について見直し頂きたい。</li> <li>・歯科初診料注1の施設基準は、稼働している医療機関のほぼ100%が届出をしておき廃止すべき。</li> <li>・チェアサイドの技術料(形成、印象採得、咬合採得、試適、装着などの歯科医師の技術料)の低評価など、歯科技工料の支払いの原資となる診療報酬そのものが低すぎることで歯科技工士の低廉な工賃、待遇につながっている。歯科診療報酬の大幅な引き上げが必要である。(同旨1件)</li> <li>・歯科初診料、歯科再診料を医科と同等とすることが必要。なお、初診料に関しては、歯科医師が1日に取扱い可能な患者は医科に比べ大幅に少ないことを考慮すべき。(同旨7件)</li> <li>・初診、再診料の大幅アップと窓口負担軽減の対応、助成をしてほしい。施設基準を満たすための設備投資ができないことを考慮してほしい。</li> <li>・施設基準の有無とは無関係に診療報酬を増点することにより、標準的な感染予防策の物的・動的コストを下支えしてもらいたい。</li> </ul> </li> </ul>	157件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・物価上昇に見合った早急な賃上げと補綴物製作関連の診療報酬の評価が必要であると考え</li> <li>る。</li> <li>・初再診料に課されている施設基準はただちに廃止すべきである。また、人件費の上昇に見合った引き上げがなされてこなかった現状に鑑みて、初・再診料は大幅に引き上げるべきである。</li> <li>・材料の変動に影響されないくらい技術料にしっかりと診療報酬を付けることで、技術向上へのモチベーション・落ち着いた診療を行うことができ、医療の質の向上へつながると考える。</li> <li>・「歯科技工所で従事する者の賃上げを実施」となれば、技工士加算では、歯科技工所に従事するものは恩恵を受けることは出来ないの、歯冠修復及び欠損補綴の技術料をアップするしかない。</li> <li>・賃上げ対応とは別に、歯科技工士の収入（＝歯科技工料）を抜本的に引き上げるための対応が求められている。診療コストに基づく基礎的技術料の見直し、特に、歯冠形成、印象・咬合採得、試適、装着といった、補綴における歯科医師の技術料（チェアサイドの技術料）の見直しも必要であり、「歯保連試算」や「タイムスタディー」などに示される水準の点数へと大幅に引き上げることが必要。</li> <li>・保険点数大幅引き上げありきの点数改定でないと日本の歯科医療が大きく衰退してしまう。</li> <li>・初診・再診料を大幅に引き上げ、歯初診注1の施設基準は廃止し、歯科技工所に適正配分できるように、補綴関連の点数を大幅に引き上げることが必要。（同旨117件）</li> <li>・感染防止対策は細心の注意とディスプレイ製品の使用や、滅菌消毒を必要とするが、実際の経費が保険点数に反映されているとは思えない。正しく評価していただきたい。</li> <li>・歯科はたとえ実際の施術がなくとも一人1セット滅菌した器具を用意し、交叉感染のないよう感染防止に努めている。なぜ医科より初再診料が低く設定されているのか理解に苦しむ。</li> <li>・「歯科技工所で従事する者の賃上げ」を目的とした診療報酬の改定が行われたとしても、それをもって歯科技工所で従事する者の賃上げに直結するかは疑問が残る。確実に歯科技工所に原資が渡るような仕組みを、診療報酬改定と同時に作るべきである。</li> <li>・歯科において人材確保や賃上げに係る診療報酬の配分を初再診料への増点という形を図ることが、最も公平で、分配効果の流動性の高いと考える。（同旨5件）</li> <li>・歯科技工士の減少は国民の安全安心な医療体制の崩壊を招く深刻な問題である。歯科技工士の収益を確保するためにも小臼歯2歯分の算定を認めてほしい。</li> <li>・賃上げ計画の届出と報告は仕組みの簡素化をして小規模の多い歯科診療所も提出しやすい仕組みになることを希望。</li> <li>・国民に安心・安全の歯科医療を安定的に提供していくうえでは、マスクやグローブ、消毒用エタノールなどの医療資材に対する評価をさらに初再診料に含めることが必要。</li> <li>・歯科助手(0.61%で対応する仮定)の分は、皆が平たく算定できる初・再診料に入れていただきたいし、歯科衛生士や歯科技工士に関しても、平易に算定できる項目での対応を希望。</li> <li>・医療従事者の賃上げが他の産業に追いついておらず、かつ求人倍率も高止まりしている状況において、歯科医療関係職種にも応分の対応が急務である。（同旨1件）</li> <li>・40歳未満の歯科勤務医については、勤務先を変える場合が多くあることから、歯科医療機関では継続勤務での賃上げモデルを想定したベースアップを担保できないことが推測される。また、事務職員、歯科技工所等で従事する者は複数施設の勤務も考えられる。歯科診療所における賃上げに当たっては、事務負担を考慮し初再診料の一律引き上げで対応していただきたい。</li> </ul>	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の給与を上げるためには、2ヶ月、3ヶ月の長期処方患者に向けてのそれなりの加算が必要と考える。</li> <li>・今後の人材確保のためにも職業を幅広く知ってもらえるよう啓発活動を展開したり、外国人労働者の受け入れを積極的に行うなどの改革が必要。</li> <li>・政府が賃金アップを推進するのであれば年収103万の壁は撤廃してもらわないと、人で不足で困っている歯科医院では12月に働く人がなくなることになる。何とか良い方法を見つけてほしい。（同旨1件）</li> <li>・時間外給与の支払いが発生した場合、支払いの原資がなく医療従事者へのベースアップへの足かせとなることも考えられるため、時間外加算について標榜時間外に受診する患者について診療応需態勢の解除前でも算定できる様に要件の緩和を行ってほしい。（同旨1件）</li> <li>・診療報酬は医療の質を担保するものなので、マイナス改定とは医療の質を引き下げるとい</li> </ul>	12件



<p>ことではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人材不足に関しては、准看護師にならい准歯科衛生士などの資格を新設し、業務を限定することで、現在3年就学しなければならない衛生学院を短期化し就労者の絶対数を増やすなどの方法もあるのではないかと。当然、衛生士の業務内容拡大を前提としている。（同旨1件）</li> <li>・身体抑制を防ぐための整備は重要であるが、アウトカムを重視した場合に、認知症患者等の受け入れ拒否につながらないような施策を十分にとることが必要である。</li> <li>・終末期医療の環境整備は、医療機関と患者、家族の理解と同意を得た上で対処すべきものであり、国が上から押し付けるものではない。</li> <li>・今後も診療報酬改定時の経済情勢や賃金推移を踏まえ、人材確保のためにも適切な賃金となるよう、ぜひ恒常的な検討を希望する。</li> </ul>	
--	--

I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進（18件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 医師事務作業補助体制加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設基準から年間の救急入院患者等の要件を除き、有床診療所も含めたすべての入院医療機関で医師事務作業補助体制加算を算定できるようにすること。</li> <li>・中小病院では算定困難なため、緊急入院患者数の実績要件は廃止すべき。（同旨1件）</li> <li>・質の確保のためには診療情報管理士の知識が必要なので、要件化するとよいと考える。</li> <li>・医師事務作業補助者の業務範囲より具体的に明示してほしい。</li> <li>・医師事務作業補助体制加算要件を無床診療所でも算定できるように範囲を拡大してほしい。</li> </ul>	6件
<p>○ 薬剤総合評価調整加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ポリファーマシー対策の推進に資すると考える。</li> <li>・合理化によってコスト削減になったとしても対策の推進も兼ねているため、評価の引き上げを求める。</li> </ul>	2件
<p>○ 地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務の新たな評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修体制が大学病院とごく一部の医療機関に限られるため評価を充実すべきだ。一方で保険薬局に多くの薬剤師が流れている現状があるため、実効性担保できるよう工夫が必要。</li> </ul>	1件
<p>○ 外来腫瘍化学療法診療料について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・無床診療所でも化学療法を実施している医療機関があるなか、現行の施設基準に定められる、「専任の医師、看護師、薬剤師等の院内での常時配置」や「診療料算定患者からの電話等による緊急相談等への24時間対応可能な連絡体制の整備など」については施設基準の届出の妨げになっている。病院と連携して要件を満たすように、緩和するように求める。</li> <li>・外来腫瘍化学療法診療料については通院治療室において薬剤師が常駐または対応することを外来腫瘍化学療法診療料から切り離して加点で評価する（薬剤師の診察前外来だけではなく）／がん関係の資格を持つ薬剤師の配置・対応を加点で評価する／外来腫瘍化学療法診療料とがん患者指導管理料ハを併算定可能にする（入院での薬剤管理指導とも1週間開けず併算定可にする）／がん患者指導管理料ハの回数制限撤廃と点数アップをする／連携充実加算を月4回までに点数アップをする／日本薬剤師会、日本医療薬学会、日本臨床腫瘍薬学会のがん関連資格を持つ薬剤師が算定した場合は点数を加点する、など検討してほしい。</li> </ul>	2件
<p>○ リハビリテーション実施計画書について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師がリハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付するケースは現場では少なく、理学療法士等のリハビリ専門職が行う場合が多い。また医師が内容を記入、確認するケースも少なく、医師から全面的に委任されることが多いことから医師からタスクシフティングすべき。（同旨2件）</li> <li>・リハビリテーション実施計画書について、総合実施計画書の場合、多職種で作成を求めている書類であり、リハビリ職種以外の職種（看護師、MSW、栄養士など）も含めた説明しても良いよう明記をお願いしたい。</li> </ul>	4件

<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「薬だけ」が欲しい患者も多いため、リフィルできる薬剤、疾患等、拡大し、患者に制度を周知すべき。</li> <li>・薬剤師による予防接種を推進すべき。また、いわゆる 0402 通知では軽量調剤を認めていないが、調剤機器の普及により薬剤師の監督下・監査があれば何ら問題ない行為であるため薬剤師監督下における薬剤師以外の者による調剤行為を認めてほしい。（しかし個人医院などにおける、薬剤師不在下での非薬剤師による調剤行為は認められるものではない）</li> <li>・医師の指示のもと、酸素ボンベのデマンドバルブの同調性の確認や、それに合わせた呼吸法指導も理学療法士が実施しているにもかかわらず、酸素ボンベの取り扱いを原則、医師・看護師に制限しているのは矛盾している。</li> </ul>	3件
--	----

I-3 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価（39件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ICTの活用には当たっては、具体的なICTの標準仕様の明確化と、導入に伴うコスト試算を踏まえ、評価を見直すべき。</li> </ul>	1件
<p>○ 施設基準の届出・レセプト請求に係る事務等の見直し、施設基準の届出の電子化について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これらの事務作業は、医療従事者の時間や労力を消費し、医療サービスの提供に支障をきたす可能性があります。ICTの利活用は、医療機関等における業務の効率化や医療従事者の事務負担軽減に寄与するとともに、医療情報の正確性や迅速性を向上させる効果が期待できる。</li> <li>・全ての医療機関が対応できる訳ではないため、オンライン請求やオンライン資格確認のような「電子化しか認めない」といった義務化には反対である。（同旨3件）</li> <li>・近年は診療報酬や施設基準が複雑化している。またレセプト請求事務においても、レセプトにもカルテ並みの記載が求められている。労働環境を改善するために、施設基準、カルテ記載要件及びレセプトの簡略化を検討するべき。（同旨3件）</li> <li>・レセプト請求において、算定日情報で分かる情報、例えば前月・同月に往診料がある場合の訪問診療の日、同月に訪問診療がある場合の往診日、在医総管、施医総管算定時の往診・訪問診療日の重複入力等は廃止してほしい。（同旨2件）</li> <li>・直近でもシステムにつながりにくい混乱があった。すべてに於いて電子化を義務付けず、医療機関の個別的特性に合った多様な請求・届出手段の確保が寧ろ現場の事務負担を軽減すると考える。（同旨2件）</li> <li>・地方厚生局に内部のQ&amp;Aとして示しているものについて、疑義解釈のハードルを下げ、より広く公表していただきたい。それにより、多くの医療機関のより適正な保険診療につながる。</li> <li>・保険請求後の査定（減点や復活）について、1次査定、2次査定についてわかりやすいデータ形式での情報提供を強く要望する。</li> <li>・歯科はまず手を動かさなくてはならず診療中に同時にパソコン入力できない。つまり診療が終わってから診療室に戻りパソコン入力するのである。この時間は診療時間には反映されない。文書ばかりを増やすことには反対である。</li> <li>・アプリだけ用意されても、保険点数上でのメリットが無ければ、モチベーションは出ない。</li> <li>・「施設基準」の必要性について再検討し、外来環やか強診の大幅見直し簡素化、或いはほとんどが届出済みの歯初診や補管の廃止など思い切って判断してほしい。</li> </ul>	20件
<p>○ システムの導入、メンテナンスに係る評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初期費用やメンテナンス費用に多額の費用がかかるため、その分の診療報酬上の評価を求める。（同旨2件）</li> <li>・これらの機器の導入時だけでなく、保守、機器のバージョンアップ、セキュリティー対応等に対する評価を希望。（同旨1件）</li> </ul>	5件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・消化機能を改善するいわゆる健胃薬の薬局での分包は後の掃除が大変で、長時間労働の原因となり、点数も付かないため、分包品が欲しい。</li> <li>・患者から聞き取りをしてから薬をそろえるか、薬をそろえてから聞き取りをした方が速いか、どちらが早いかは受付時の状態で変わる。効率よく早くできるように、調剤の順番を</li> </ul>	13件

<p>る程度選択できるようにしてはどうか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・キャッシュレス決済は、業務の効率化、患者のニーズの高まり、現金授受に伴う感染予防、計算ミスの防止につながるため、メリットが多いと考える。現状は手数料を医院で負担している状態なので、キャッシュレス決済における加算点数を検討してほしい。（同旨1件）</li> <li>・マイナンバーカードと保険証の一体化で便利になると言うが取りに来させると言うのがそもそも不便。</li> <li>・歯科の様な単科の診療所では電子カルテ導入に対するメリットを感じにくい。地域連携や今後の情報共有には電子カルテ導入は必須のものであるので、ベンダーも医療機関も双方が安定的に運営できる形を検討してほしい。</li> <li>・選択式コードの無い摘要記載については、歯科においても40弱程存在するが、今回の改定で留意事項通知に入れ込む等して、記載要領の別表Iに掲載するようにお願いしたい。</li> <li>・訪問看護STへのオンライン資格確認等の強制的な導入は強引と感じる。多く手続きや準備にもある程度のIT知識が必要で、訪問看護STは小規模事業所が多く、医療保険分の請求も半分以上のため導入費用を回収できるのか。</li> <li>・現状、歯科においては保険医療機関等電子申請・届出等システムはCAD/CAM冠のみの対応となっているため、全ての施設基準をオンラインで対応できるように早急に改修してほしい。</li> <li>・資格職の確保が困難である。経営困難となり倒産や廃業がおこれば、本当に必要な医療が地域に提供できない。</li> <li>・診療の効率化のためにも文書提供の廃止、もしくは簡略化を検討していただきたい。（同旨2件）</li> </ul>	
--	--

I-4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保（7件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 地域医療体制確保加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者数実績を求めており、中小病院では算定困難なため、緊急入院患者数の実績要件は廃止すべき。</li> <li>・全ての医療機関における働き方改革を目的とするならば、「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数年間で2,000件以上」の要件を外すべき。</li> <li>・加算の効果や影響はまだ十分に検証されていないので、見直しは法施行後の状況を踏まえて、適切なタイミングで行うべき。</li> <li>・歯科に関しても地域医療の確保という点に関しては、都市部と地方の医療体制の差が今以上に顕在化すると考えられる。社会も高齢社会ですが、歯科医師も高齢社会であり、今後リタイアしていく先生方が多い。地方の住民の方がいる歯科医療の確保についても検討してほしい。</li> </ul>	4件
<p>○ 処置及び手術に係る休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本届出に係る要件を医療機関単位ではなく、診療科単位での届出が可能となるよう検討してほしい。</li> <li>・連携B水準に該当する医師が、本院での業務を優先するために、派遣先での業務に制限が加わってくることは十分に予想され、混乱が生じることを前提として準備をしておかなければ、救急搬送困難事例が多数・長期にわたり発生する。</li> <li>・保険点数において夜間加算や時間外加算などの算定可能な範囲を広げることにより労働時間に見合った賃金の確保につながり、地域医療の確保が図れるのではないか。</li> </ul>	3件

I-5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充（14件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 看護補助体制充実加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護業務の効率化や負担軽減につながると考えます。しかし、その際には、看護補助者の資格や能力、業務範囲なども明確にする必要がある。</li> <li>・看護補助者の採用促進や正規雇用など雇用の安定化につながるよう看護補助者に関連する診療報酬上の更なる評価を求めます。（同旨2件）</li> </ul>	4件

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染対策向上加算等について <ul style="list-style-type: none"> <li>・助言を行う者の資格や能力、助言の内容や方法なども明確にする必要がある。</li> <li>・感染対策向上加算で行う業務範囲が広がるため、元々少ない評価という前提も踏まえて大幅な引き上げを求める。</li> <li>・感染制御チーム（ICT）の専従要件は「医師または看護師」であるが、実情としては研修を終了した看護師（ICN）が専従のことが多い現状がある。</li> </ul> </li> </ul>	3件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問看護での看護業務負担軽減の取組を考慮した24時間対応体制加算の評価体系について <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護業務の負担軽減のための取組の内容や効果、評価方法なども明確にする必要がある。</li> <li>・担い手の負担軽減・不要な救急搬送を健全に減らすためにも、訪問診療同様に、コールセンターでの一次受けが制度的にNGとならないよう規制緩和を強く求める。</li> </ul> </li> </ul>	2件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 特定集中治療室管理料について <ul style="list-style-type: none"> <li>・人員配置を評価することは質向上に資するが、医師の専門性や経験、チーム医療の実施状況なども考慮する必要がある。また、重症患者の定義や評価基準、評価方法なども明確にすることが重要。</li> </ul> </li> </ul>	1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ICTの活用の目的や方法、効果や課題なども明確にする必要がある。</li> </ul> </li> </ul>	1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の育児休業・介護休業の取得の促進のために、専従要件の緩和をお願いしたい。同等の業務を行える者がいる場合には、専従者の代理を立てることや、専従者が週の一部の時間帯であれば代理がいる場合には、別の業務を行えるようにしてほしい。（同旨1件）</li> <li>・専従、専任、医師の経験年数（研修医時代含んでよいのか否か）等について、診療報酬上の定義を明確化してほしい。</li> <li>・栄養士として特養で学んだことをもっと多くの国民に還元したいが、正職員だと協力させていただきにくい。栄養ケアステーションを通じて、より多くの国民を健康に導く仕事を栄養士にさせることを要件とした加算を設ける等、検討してほしい。</li> </ul> </li> </ul>	3件

#### I-6 医療人材及び医療資源の偏在への対応（9件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 時間外対応加算について <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者からの電話再診はサービスの多様化とは異なるものである。</li> </ul> </li> </ul>	1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 超急性期脳卒中加算等について <ul style="list-style-type: none"> <li>・平時からの対面での連携を基本としつつ緊急時にはオンラインも活用して専門医と非専門医の連携推進をしている。連携の基本が超急性期脳卒中加算算定病院での一刻も早い治療にあり、これに対する評価充実を求める。</li> <li>・脳梗塞で緊急で患者が搬送された場合、救急医、放射線科医、脳神経内科医、脳神経外科医と複数の医師が治療適応の判断と家族への説明など、刻一刻と変化する病状において対応する必要がある。加えて手技そのものは高度化しており、最低でも医師2名が必要な手術もある。病気の特異性から地方病院においても医療人材を確保し、地域住民に貢献する必要がある。そのため本手技の保険点数の増点、および医療体制確保にかかわる加算が必要。</li> <li>・脳卒中患者を受け入れた際に「t-PA」実施とならなかった場合でも現場での当直体制等の負担は大きく、未実施時の体制評価を検討してほしい。</li> </ul> </li> </ul>	3件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 歯科医療資源について <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科技工士の人数が減少している昨今において歯科技工士の人材確保が困難である。そのため歯科技工士が配置されていなくても院内技工所でCAD/CAM冠を製作することができ、歯科医院内で治療が完結することを求めたい。</li> <li>・歯科医療機器が一般的に高額すぎる。低額化を推奨するべきと考える。</li> </ul> </li> </ul>	2件

主な意見の内容	件数
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 効率性係数の計算について、病院ごとの患者数を用いる計算では延べ患者数の比率の比較になってしまい、在院日数短縮の相対評価にならないと考える。</li> <li>・ 精神科外来は、医療スタッフの人手が足りない。たくさんの患者を少数の医師が捌くために、1人あたりの診察時間を短くせざるを得ない。今の診療報酬で長く診察していたら、普通は経営が成り立たない。</li> <li>・ 脳死判定、臓器提供について評価を行っていただきたい。</li> </ul>	<p>3件</p>

## Ⅱ ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

### Ⅱ－1 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（208 件）

主な意見の内容	件数
<p>○医療 DX 全体について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・デジタル化によるリスクを負いながら診療を行うことに反対する。</li> <li>・サイバーセキュリティ対策をはじめとする導入費用や運用面の負担（人材の育成・採用等を含む）に対する評価または補助金の活用を希望する。（同旨 10 件）</li> <li>・医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの運用のためには、セキュリティ対策の最新の知識や技術を有する人材が必要であり、その責任者に対しては情報処理技術者等の資格を要件にする等、名ばかりではない本腰を据えた対策とすることを希望する。</li> <li>・医療 DX に対応できない診療所の廃業を生まないよう配慮を行うべき。（同旨 102 件）</li> <li>・我が国におけるデジタル化の遅れの原因を検証せずに推進することに反対する。（同旨 1 件）</li> <li>・診療報酬で医療機関や患者への医療 DX を進めるだけでなく、システムの安全・安心を国として書面等を用いて十分な説明・広報を行うべきである。（同旨 1 件）</li> <li>・一部の国民や医療者の「切り捨て」との批判を恐れて、全ケースを救済する制度設計を行うのではなく、将来世代への負担増からの脱却等、本来の目的を達成するための政策であることを希望する。</li> <li>・医療 DX の推進は必要であると考えるが、その推進を診療報酬で行うことはあまりにも政策誘導的であり反対する。</li> </ul>	122 件
<p>○オンライン資格確認システムとマイナ保険証の導入について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・従来の保険証を廃止し、マイナンバー保険証への移行義務化は時期尚早であり導入を遅らせることを希望する。（同旨 3 件）</li> <li>・現状でも患者情報の把握は可能であり、情報漏洩等のトラブルにより利用を控える患者もいるため、従来の保険証の廃止に反対する。（同旨 4 件）</li> <li>・オンライン資格システムの導入によりトラブルが多発している中、利用を躊躇する患者に対し自己負担を求め、窓口での対応負担が生じている中、利用の判断は患者要因であるにもかかわらず医療機関に利用実績を求め、診療報酬でその導入を義務化することに反対する。（同旨 7 件）</li> <li>・オンライン資格システムが発展段階の現状では、その有用性が十分に活用できない中、従来のお薬手帳等との併用や患者への説明、トラブル対応等の対応が必要であり、医療機関に対しての評価を求める。（同旨 6 件）</li> <li>・オンライン資格システム等の推進は診療現場で直接役立つものではなく、購入や更新の負担も大きいため補助金で行うことを希望する。（同旨 2 件）</li> <li>・オンライン資格システムの利用は有用であり評価できるが、一部確認できない情報があることやデータ反映まで時間を要する等の課題があり、利便性の向上を希望する。（同旨 2 件）</li> <li>・オンライン資格確認システムに関するポータルサイトへの十分な説明の掲載を希望する。</li> </ul>	31 件
<p>○情報通信機器を用いた診療について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対面での診療を基本とした上で、対面診療を補完するものとしての評価に賛同する。（同旨 7 件）</li> <li>・対面での診療と同様、情報通信機器を用いた診療を評価することを希望する。（同旨 2 件）</li> <li>・情報通信機器を用いた診療について、（歯科診療や精神科等）対象を広げる評価ことを希望する。（同旨 10 件）</li> <li>・遠隔画像診断の施設要件を緩和しその活用を推進することを希望する。</li> <li>・医療だけではなく、在宅から介護まで緊急時も医療情報等を確認できるシステムの構築を希望する。（同旨 2 件）</li> <li>・マイナンバーカードの利用で、患者の同意があれば情報を閲覧することが可能となるため、カルテへの薬剤情報等の転記の義務等を求めないことを希望する。</li> <li>・加算要件として求められるカンファレンスの実施について、オンラインでの実施でも算定可能と明記することを希望する。</li> <li>・加算要件として求められている、診療情報提供書のやり取りや書面での検査結果の提供等を電磁的方法による方法でも算定可能と明記することを希望する。（同旨 3 件）</li> </ul>	35 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療料の ICT 加算で用いる通信機器について、スマートフォンの活用を可能とすることを希望する。</li> <li>・医科・歯科点数表の解釈」の電子化を希望する。</li> <li>・医療材料、診療材料の明細書への記載方法について、JAN コードの活用等管理しやすい方法の活用を希望する。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○電子処方箋の推進について <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の処方箋記載の不備を防ぐようなシステム設計を希望する。(同旨 1 件)</li> </ul> </li> </ul>	2 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○書面の原則ウェブサイト掲示について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ウェブサイトを用意していない医療機関もある中での義務化は医療機関への新たな負担を増やすことになり、院内掲示による情報提供も可能であり、書面掲示のウェブサイト掲載義務化に反対する。(同旨 6 件)</li> <li>・ウェブサイトへの掲示に賛成する。</li> <li>・院内の掲示についてデジタルサイネージを用いた掲示も認めることを希望する。</li> </ul> </li> </ul>	9 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設基準等の届け出の電子化について <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院診療計画書について、診療報酬上での様式でも押印不要とし、氏名の記載も印字でよいことを明記することを希望する。</li> <li>・既出の届け出についても電子的に登録・更新できることを希望する。(同旨 1 件)</li> </ul> </li> </ul>	3 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科疾患在宅療養管理料とは別にミールラウンドそのものを評価することを希望する。</li> <li>・訪問歯科診療料の通信画像情報活用加算の算定において、歯科医師の訪問先においても算定ができるよう要件の変更を希望する。</li> <li>・継続的な口腔機能管理のため、オーダーメイドのアプリの処方による生活習慣病対策の評価を希望する。</li> <li>・小児特定疾患カウンセリング料について、カウンセリングが 2 年以上必要なケースもあり、算定期限を緩和すべきである。</li> <li>・PCI の適応判断に用いる FFRCT の施設基準に心臓外科医の配置があることから多くの医療機関での活用が進んでいないため、要件の緩和を希望する。</li> <li>・医師少数地域の脳卒中センターの運営において、院外から MRI や CT の画像を閲覧し迅速な対応ができる環境を整えており、ICT を活用した医療提供体制への評価を希望する。</li> </ul> </li> </ul>	6 件

## II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組 (29 件)

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高齢患者の適切な入院医療の推進について <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟の入院患者の要件を厳格化することは患者へのデメリットが大きく反対する。(同旨 2 件)</li> <li>・地域包括ケア病棟での高齢者の救急受け入れ態勢を多くの病院が持つべきであり、診療報酬での評価に賛成する。(同旨 1 件)</li> <li>・地域包括ケア病棟を活用した高齢患者の救急受け入れには限界があり、病態に応じて適切な病棟で対応するべきである。(同旨 1 件)</li> </ul> </li> </ul>	7 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括ケア病棟の要件変更について <ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーションを包括対象から外し、減算規定を廃止すること等十分なりハビリテーションを行える評価を希望する。(同旨 1 件)</li> <li>・医学管理の項目は包括から外すことを希望する。</li> </ul> </li> </ul>	3 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療と介護を必要とする患者の施設療養について <ul style="list-style-type: none"> <li>・現存する介護療養型医療施設への配慮なく廃止することに反対する。(同旨 1 件)</li> <li>・対応困難な医療行為を医療保険で算定可能とする方針に賛成する。(同旨 1 件)</li> <li>・医療保険と介護保険の給付調整に反対する。</li> </ul> </li> </ul>	5 件

<p>○ 在宅医療について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心不全患者の密な訪問を可能にする制度への変更と、ケアマネージャーの知識に依存せずに適切な緩和ケアがなされるような国からの働きかけを希望する。</li> <li>・在宅への栄養・食事に関する情報提供の評価を希望する。</li> </ul>	2件
<p>○ 他事業所との連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・連携に関して十分な評価を希望する。また算定対象や要件を個別詳細に設定するのではなく診療情報の提供によって算定可能にすることを希望する。</li> <li>・地域包括ケア病棟入院料2の施設基準の要件を、退院時共同指導料の加算が入院料に含まれ算定できない場合、同等の実績があれば算定回数として認めることを希望する。</li> <li>・在宅復帰率の計算に老健との連携を含めることを希望する。</li> <li>・リハビリテーション計画書の電子化や、LIFEとの連携を考慮した項目の設定、電磁的方法による提供、オンラインでのカンファレンスの開催などを可能とすることを希望する。</li> <li>・多職種との連携、情報共有によってリハビリテーションの質は向上するため、退院時共同指導料2の要件について、人的要件を厳格化することを希望する。</li> <li>・連携強化のため、介護支援専門員は書面による情報提供だけではなく、入院先の担当者との面談を要件化することを希望する。</li> <li>・地方は急性期病院が多様な患者に対応しており、医療機能による役割分担は都心でなければ難しいと考える。(同旨1件)</li> </ul>	8件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・米国BPCIのように、急性期から回復期の入院、再入院、外来、在宅医療等を含めたエピソード単位支払制度の導入を希望する。</li> <li>・すべての入院診療に一律に指針の作成を要件とするのではなく、人生の最終段階に関わる診療のみとすることを希望する。</li> <li>・働き方改革による勤務医の引き上げによって、開業医の負担が増していることへの対応を行うべき。</li> <li>・「障害福祉サービス」の定義が不明確であるので明確に定義することを希望する。</li> </ul>	4件

## II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進 (48件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 連携の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・連携には、連携の手段や連携先に関する知識、情報共有のためシステムのセキュリティ管理など体制構築に労力が必要であることから診療報酬での評価を希望する。(同旨1件)</li> </ul>	2件
<p>○ リハビリテーション料の算定について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入力項目が多く煩雑で負担な中で、実施者の入力も求められることに反対する。(同旨1件)</li> <li>・リハビリテーション料の算定において、人員配置の要件緩和を希望する。(同旨3件)</li> <li>・多職種連携による質の高い医療提供のため、各職種別の配置要件の設定を希望する。</li> <li>・土日祝日を含むリハビリテーションの管理の評価を希望する。(同旨3件)</li> <li>・医療区分の高い患者へのリハビリテーションの評価を希望する。</li> </ul>	12件
<p>○ 口腔管理の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・土日祝日の管理を含む口腔管理の評価を希望する。(同旨3件)</li> <li>・歯科を標榜しない病院へ地域の歯科医師が口腔管理を実施する場合の評価を希望する。(同旨2件)</li> <li>・病棟のベッドサイドにおける周術期以外の口腔管理の評価を希望する。(同旨3件)</li> <li>・歯科訪問診療において、診療計画に基づく口腔健康管理を実施するにあたり、歯科医師と管理栄養士の連携の評価を希望する。(同旨1件)</li> <li>・急性症状を有する患者への情報通信機器を用いた歯科診療のケースの具体的な例示を求める。</li> <li>・周術期等口腔管理の算定において、現規定の算定期間では1カ月程度の差が生じる可能性があるため、手術の行った日から算定とする方が良いと考える。</li> </ul>	15件



<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 栄養管理の評価について <ul style="list-style-type: none"> <li>・土日祝日を含む栄養管理の評価について相応の評価を希望する。(同旨 2件)</li> <li>・管理栄養士の配置基準を緩和することを希望する。</li> <li>・退院当日に家族が迎えに来ないこともあり、栄養指導が後日になることもある中で、栄養指導と栄養情報提供書作成が同日でなければ算定できない要件の緩和を求める。</li> </ul> </li> </ul>	5件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 療養病棟について <ul style="list-style-type: none"> <li>・IVHの日数制限や一律の経腸栄養管理の制限、リハビリテーションの制限につながる要件の設定について慎重な対応を求める。(同旨 3件)</li> <li>・IVHを実施している患者の管理体制について、エコーの利用も認めることを希望する。</li> <li>・腸瘻を造設して栄養管理を行う患者についても、胃瘻と同様の評価を希望する。</li> <li>・療養病床から患者の転院等フォローが必要であることから混乱がないよう一定期間を設け、要件を複雑化しない等の配慮を求める。(同旨 5件)</li> </ul> </li> </ul>	12件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 回復期リハビリテーション病棟について <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症患者割合の引き上げにより、患者の受け入れに支障が生じており再検討を希望する。</li> </ul> </li> </ul>	1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・オンラインの情報共有にはタイムラグがあるため、お薬手帳の活用の継続を希望する。</li> </ul> </li> </ul>	1件

#### Ⅱ-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価 (35件)

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 重症度、医療・看護必要度の見直しについて <ul style="list-style-type: none"> <li>・継続入院が必要な患者の無理な退院につながる恐れがあることから、B項目の削除やA項目の日数短縮など基準の厳格化に反対する。(同旨 10件)</li> <li>・高齢者の急性疾患に対し、必要人員及び報酬を下げることは医療提供の制限になる可能性があり反対する。(同旨 1件)</li> <li>・回復期リハビリテーション病棟の重症患者割合の引き下げを希望する。</li> <li>・回復期リハビリテーション病棟の要件の見直しにより質の高い医療の提供が求められるため、栄養サポートチーム加算の算定を可能にすることを希望する。</li> <li>・回復期リハビリテーション病棟へ特別な関係からの入院も含む算定が可能であることの明確化を希望する。</li> <li>・救命救急料には最低基準を設けないことを希望する。</li> <li>・手術の有無に重点が置かれているが、術後すぐに動ける患者もいる中で7対1の看護を必要とする基準として妥当か疑問である。</li> <li>・地域包括ケア病棟は急性期と同じ基準での判断ではなく、独自の基準を求めるべきである。</li> <li>・HCUの対象患者はICUより広げるべきであり、全身麻酔後の患者も含めるべきである。</li> </ul> </li> </ul>	20件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院基本料の見直しについて <ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性腎臓病患者の入院に係る障害者施設等入院基本料の見直しに反対する。(同旨 1件)</li> <li>・有床診療所の入院基本料の引き上げを希望する。(同旨 2件)</li> <li>・療養病床の入院基本料の引き上げを希望する。</li> <li>・障害者施設等入院基本料の該当患者割合について「対象を直近1ヶ月間の1日平均入院患者数」にするのが適当ではないかと考える。</li> </ul> </li> </ul>	7件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 平均在院日数の見直しについて <ul style="list-style-type: none"> <li>・医学的必要性を考慮し可能である範囲にとどめるべきであり、早期退院を強要するものではないことを希望する。(同旨 1件)</li> </ul> </li> </ul>	2件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 短期滞在手術基本料について <ul style="list-style-type: none"> <li>・手術当日まで保険請求が確定せず修正作業が生じるケースが多く、手術日以前に行った検査については包括対象から外すことを希望する。</li> <li>・短期滞在患者の対象拡大には反対する。</li> </ul> </li> </ul>	2件

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療機能の評価について <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定機能病院の機能として急性期医療を担うことを前提としているのであれば、急性期充実体制加算の算定を希望する。</li> <li>・急性期充実体制加算と総合入院体制加算の要件厳格化に反対する。</li> <li>・医療機関別評価係数の医師派遣機能の評価について、二次医療圏ごとの評価となるが、医療圏に複数医師少数地域がある場合、その対象から外れることとなるため、医師少数地域の考え方の見直しを希望する。</li> <li>・サブアキュート機能の充実が求められる中、療養病床から地域包括ケア病棟への転換病棟の制限を緩和するべきではないか。</li> </ul> </li> </ul>	4件
---	----

## II-5 外来医療の機能分化・強化等 (33件)

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 特定疾患管理料の算定について <ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧等の生活習慣病を算定対象から外すことに反対である。(同旨12件)</li> <li>・診療所と病院の点数差の解消とその算定に必要な指導内容の電子カルテへの記載内容の厳格な算定を希望します。</li> </ul> </li> </ul>	14件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ リフィル処方について <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の判断で処方内容を決定し経過観察の必要性を踏まえながら、処方権が阻害されない配慮を求める。(同旨8件)</li> <li>・同じ処方を数年継続している開業医はリフィル処方で済むはずであり、診療報酬上の評価を下げるべき。</li> </ul> </li> </ul>	10件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人医院等薬剤師の配置がない医療機関における院内処方厳格に評価すべきではないか。</li> <li>・かかりつけ医としての機能を評価する報酬改定にすることを期待する。(同旨6件)</li> <li>・歯科医機能強化型診療所を、歯科同士の連携を含む評価にすることを求める。</li> </ul> </li> </ul>	9件

## II-6 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組 (42件)

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 歯科外来診療環境体制加算について <ul style="list-style-type: none"> <li>・加算の見直しには、名称の変更や対象患者の拡大とともに十分な経過措置の設定や継続した医療提供を行うため十分な評価を求める。(同旨13件)</li> <li>・必要な場合の新興感染症に対するスクリーニング検査の歯科医院での請求を認めるべきであるとする。</li> <li>・見直しには反対である。</li> <li>・施設基準の整理や算定項目の追加により複雑な制度設計を是正することを求める。(同旨1件)</li> <li>・人員不足を反映し、歯科衛生士の人員要件を廃止した基準から、より高度な対策の評価まで対応状況に応じて複数段階の評価を設定することで感染対策レベルの向上を促せるのではないか。</li> <li>・算定要件から歯科衛生士の配置を撤廃することを求める。</li> </ul> </li> </ul>	20件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染対策向上加算について <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染対策を行うにあたり十分な評価を求める。(同旨10件)</li> <li>・複雑な施設基準や複数の届け出が必要なことから前回改定では医療機関が混乱したため、要件を整理し算定できるようにすべき。</li> <li>・感染制御チームの専従と抗菌薬適正使用支援チームの専従をはじめ、要件を変更するのであれば別の専従を立てるべきである。</li> <li>・抗菌薬の適正使用を推進するためにも、算定の条件に使用する抗菌薬を条件とするべきではないか。</li> </ul> </li> </ul>	14件

<p>○ 調剤報酬について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・調剤報酬においては「連携強化加算」での評価になるものと思われるが、改定においては実際の調剤実態を踏まえて評価してほしい。具体的にはラゲブリオ、ゾコーバ、パキロビッド等の新型コロナ感染症治療薬の調剤実績をみて連携強化加算の算定可否を決めるようにするべき。</li> </ul>	1件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」では平時の出来高払い、新型コロナウイルス等緊急時には前年度実績に基づく支払いが明記され、有事対応できる診療報酬体系と評価できるが3カ月の限定期間では不十分である。</li> <li>・個々の医療機関の取り組みだけではなく、地域として(保健と医療の連携を含み)医療提供体制を面で機能させる必要があると考える。(同旨2件)</li> <li>・ウイルス検査の年齢制限を撤廃することで迅速な対応や投薬の削減、再来の削減につながる。</li> <li>・「感染対策強化型診療所」の備える要件「外来環」に加えて神奈川県での様式を参照し、施設基準の要件としてふさわしい部分を取り入れ適切な評価につなげてほしい。(同旨1件)</li> </ul>	7件

## II-7 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価 (124件)

主な意見の内容	件数
<p>○ かかりつけ機能に対する評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・すべての診療所や病院が地域医療で担っている役割を正當に評価し、初・再診料そのものを引き上げるべき。(同旨1件)</li> </ul>	2件
<p>○ かかりつけ歯科医の機能に対する評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・CeやSPTなど、どの医療機関でも給付できる処置は等しく評価するべき。(同旨90件)</li> <li>・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準から訪問歯科診療の実績を外すなど、施設基準の見直しが必要。(同旨2件)</li> <li>・小児や高齢者に対する歯科医師による指導管理のニーズが高まっている。歯科においてオンライン診療を含む口腔機能管理料の評価して頂きたい。</li> <li>・小児口腔機能管理料について、地域によっては小児の患者が極端に少なく実績を満たすことが困難であると思慮される所もある。実績を積むことが困難な場合であっても、受け入れ態勢があれば要件を満たせるといった見直しにするべき。(同旨1件)</li> <li>・小児口腔機能管理料の新たな評価について、口腔機能不全チェックリスト中の所定の3項目以上に異常を認めないと算定できない取り扱いを改め、2項目でも専門的指導が必要であることから、算定を認めること。また月1回の算定制限を改め、必要に応じ月2回以上の算定を認めること。</li> <li>・地域における連携体制を確保し、途切れない口腔管理による歯科疾患の重症化予防の観点から口腔機能管理料の新たな評価をして頂きたい。</li> <li>・国民の継続的な歯科医療管理に対し重要な施設基準の名称・要件を、診療報酬改定の度に変更することは、歯科医療の継続管理に支障を来す。(同旨1件)</li> <li>・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の名称は患者・国民視点での名称にすべき。</li> <li>・歯科訪問診療の実態を踏まえ、歯科訪問診療1の20分未満の場合等の歯科訪問診療料の評価を見直すべき。</li> <li>・歯科疾患の継続治療をしていく上で、部位病名に対してそれぞれ6ヶ月に1回の算定にしていただきたい。</li> <li>・加圧根管充填後のレントゲン確認で加圧の根管数が減る場合があるが、加圧根充をした実態は変わらないため、実態通りの算定ができるようにすべき。</li> <li>・歯周外科手術で麻酔料が算定できるが手技料は算定できない。手技料も算定できるようにすべき。</li> </ul>	106件
<p>○ かかりつけ薬剤師の機能に対する評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「調剤後薬剤管理指導加算」の算定要件について、地域支援体制加算を届けている保険薬局に限定するのではなく、どの保険薬局においても算定できるようにすべき。患者に対して、実施する服薬フォローアップについては、地域支援体制加算の算定の有無にかかわらず</li> </ul>	14件

<p>実施するものであり、実績に応じて評価すべき。(同旨2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の薬物治療を一元管理する手段は薬局単位で行われるものであり「かかりつけ薬剤師指導料」をノルマとして掲げるような本末転倒となる行為を抑制すべき。また、かかりつけ薬局を指定して利用する患者へのインセンティブを設けるべき。(同旨3件)</li> <li>・調剤後のフォローアップについて、薬剤師が行うべき当たり前の業務として定着する必要がある。調剤後のフォローアップは調剤報酬点数にするべきではないと考える。</li> <li>・費用を支払う患者が存在する「地域支援体制加算」の範囲は縮小し、「かかりつけ薬剤師包括管理料」を推進していくべきではないか。</li> <li>・かかりつけ薬剤師の条件として、週に20-31時間勤務しているパートの薬剤師でもかかりつけになれるようにはならないか。</li> <li>・かかりつけ薬剤師指導料について、1年以上その薬局・薬剤師が対応していない場合は自動解約できるようなことも必要と考える。</li> <li>・がん患者に対する特定薬剤管理指導加算2 100点(月1回まで)が実際の業務量に対して評価が低い。特定薬剤管理指導加算2に関して内服も評価して頂きたい。</li> <li>・第8次医療計画に基づく地域連携として、5疾病6事業に関連する薬剤師による薬学管理について、評価を見直されたい。</li> <li>・薬局は本来、個別にその果たしている機能に基づき診療報酬上評価されるべきであり、開設者の属性とりわけ規模により評価に差を設けるべきではない。</li> </ul>	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・キャンセルに伴う再診料相当額を保険外併用療養費として徴収することを認めていただきたい。</li> <li>・かかりつけ医、薬剤師の評価を厳密にする必要がある。支払い者側にも薬剤師など医療従事者から匿名で通報できるような仕組みが欲しい。</li> </ul>	2件

## II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保(207件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 訪問診療等について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療料は20分未満の減算を廃止し、訪衛指は20分未満も評価すべき。(同旨87件)</li> <li>・往診や訪問診療の内容やタイミング、頻度は、患者・患者からの依頼と医師の医学的判断・患者同意に基づくものであり、算定回数等の一面的な尺度で往診料や在宅患者訪問診療料等の点数設定を行うことには反対。(同旨13件)</li> <li>・他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が往診を行った場合について新たな評価を行うことについて、在宅療養支援診療所等は自院の患者対応で忙殺されていることもあり、この新たな評価は要件や義務化せずに上乘せ評価をするべき。</li> <li>・訪問診療2の増点が必要。同一建物で2名の患者を診察した場合、処置によっては1名の場合よりも保険点数が低くなる場合がある。</li> <li>・夜間・休日等の24時間対応における往診の役割・意義について、医療機関間の連携の促進や必要な医師等の確保も含めた医療提供体制の確保の観点、救急医療に関わる社会的コストの観点からも適切に評価され、往診が更に活用されることにより、医療提供体制の強化が促進されることが最も重要であると考え。</li> </ul>	105件
<p>○ 緊急の往診に係る評価の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・往診に関する評価が見直されることでこのようなサービスを利用できなくなった場合、地域医療ではさらなる補助金の導入等が求められるところとなり、医療費がむしろ拡大に向かう可能性がある。</li> <li>・質が高いとは言えない往診サービスの安易な保険適応を制限すべき。(同旨1件)</li> </ul>	3件
<p>○ 訪問診療の算定回数等に応じた在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・頻回の訪問診療を必要としている患者に対して適切かつ真摯に在宅医療を提供する医療機関への評価に悪影響が及ばないよう配慮を求める。(同旨1件)</li> <li>・頻回訪問加については上限を設けるなど、厳格な対応をお願いしたい。</li> </ul>	3件

<p>○ ターミナルケア加算の要件について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルケア加算の要件の見直しについては、患者の容態により在宅医療へ移行後往診のみで看取りとなるケースもあることから、より早期からの看取り支援を評価するためにも、「在宅ターミナルケア料」として独立した点数とし、算定要件を「死亡日を含め死亡日前15日以内に往診又は訪問診療を2回以上行っている」とするとともに、「在宅で死亡した患者」には「往診又は訪問診療の後、48時間以内に在宅以外で死亡した場合」を含めることを求める。</li> </ul>	1件
<p>○ 外来在宅共同指導料について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現行の「外来在宅共同指導料」は、外来において患者さんに対して継続的に診療を行っている医療機関と在宅療養を担う医療機関が「特別の関係」にある場合は算定できない。患者の状態に応じた適切な在宅医療を進めるためには、特別な関係であっても、また同一医療機関内であっても評価されるべき。</li> </ul>	1件
<p>○ 歯科訪問診療等について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・20分未満であっても減算なしで診療報酬を請求できるようにすべき。(同旨21件)</li> <li>・地域にある一般の歯科診療所が対応することが難しい症例があるため、病院歯科と歯科診療所との連携に対する評価をしてほしい。</li> <li>・病院内に歯科がなかったとしてもSTと連携して改善している事例もある。STと歯科医院の連携に関しても評価をしてほしい。</li> <li>・歯科医師が歯科訪問診療を行う際に、歯科衛生士でなくても良いという場合もある。また、義歯の修理や調整など、歯科技工士が同行をした方が診療がスムーズに行える場合もある。</li> <li>・歯在管の算定において、「歯科医師が行う場合の居宅療養管理指導費を算定している場合は歯在管を算定したものとみなすことができる」と記載があるが、この場合において、歯在管への加算点数(文書提供加算、在宅総合医療管理加算、栄養サポートチーム等連携加算1又は2)は算定ができない取り扱いとなっている。算定したものとみなすのであれば、歯在管への加算も算定できるように居宅療養管理指導費を算定している場合への新たな加算項目等を新設するべきと考える。(医療保険と介護給付調整を矛盾のないようにしてほしい)</li> <li>・訪問診療において質の高いチーム医療を目指すのであれば多職種共同の指導等をもっと頻回に行うべきである。</li> <li>・歯科訪問診療の後方支援を行う病院や地域の歯科診療所と連携して口腔機能評価等を含む歯科訪問診療を行う病院について、新たな評価を行うことは賛同できる。</li> </ul>	28件
<p>○ 訪問歯科衛生指導について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・終末期の悪性腫瘍患者の口腔管理等、難易度による評価、また、歯科衛生士が数名で訪問する場合の評価、医科との連携に関する評価をお願いしたい。(同旨7件)</li> <li>・時間規定(20分超)や文書提供を算定要件としないしてほしい。(同旨3件)</li> <li>・人数に関係なく患者の状況に応じた評価をお願いしたい。</li> <li>・訪問歯科衛生指導料について、歯科衛生士複数名だけでなく、歯科助手に対しても評価をしてほしい。(同旨3件)</li> <li>・訪問歯科診療をしてから2か月以内の縛りは非効率であり、病状が安定している場合は介護保険と同じく3か月間とすべきである。</li> <li>・訪問歯科衛生指導料に関する要件の見直しについて、介護保険(居宅療養管理指導費)との給付調整により実質化しないシーンがないよう留意が必要である。(同旨1件)</li> <li>・訪問歯科衛生指導料の評価について、引き上げであれば賛同する。</li> </ul>	21件
<p>○ 医療的ケア児等をはじめとした小児に対する歯科訪問診療について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療的ケア児等の状態は様々であることから、一律の加算ではなく、段階的なものが望ましいと考える。(同旨1件)</li> <li>・医療的ケア児に関しては日常的に管理が必要になってくる。別途の管理に関する評価を検討してほしい。(同旨1件)</li> <li>・小児に対する歯科訪問診療を推進するのであれば、要件の緩和と評価をお願いしたい。</li> <li>・訪問診療の範囲を看護師が配置されている学校や通所施設も含めることも検討していただきたい。</li> <li>・歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算について医療的ケア児童を対象に追加すべき。</li> <li>・歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算の名称及び要件について、小児のみなら</li> </ul>	9件

<p>ず、特別な対応が必要な患者は、その対象を制限することのないようにすべき。(同旨1件)</p>	
<p>○ 栄養サポートチーム等連携体制加算の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科疾患在宅療養管理料または在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に対する栄養サポートチーム連携加算は歯科医師のみが実施できるが、これを独立評価とし、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施した場合も認めることで多職種連携がより進むと考えられる。(同旨1件)</li> <li>・ 歯科のない病院、介護施設等での栄養管理において歯科専門職の重要性からNSTの連携について評価していただきたい。(同旨2件)</li> <li>・ NSTについては、現在歯在管の加算、しかも月1回の80点=800円に過ぎない。この加算点以外に対面・オンラインにかかわらず相応の時間と専門的知識を駆使しての観察行為に対する評価もしていただきたい。(同旨1件)</li> <li>・ 在宅で療養している患者に対しても管理栄養士や医師などとチームを組んで患者に対して栄養サポートを行う場合があり、評価してほしい。</li> </ul>	8件
<p>○ 訪問栄養食事指導について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 管理栄養士の単独での訪問のみを想定せず、病院からの訪問看護や、訪問看護ステーションからの訪問看護に同行することを評価する加算も整備された方が実効性は高い。</li> </ul>	1件
<p>○ 入所者への対応について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ショートステイ利用者に対する、薬学管理料を新設してほしい。(同旨1件)</li> <li>・ 特別養護老人ホームも他の介護施設同様に医療保険が適応可能とするべき。</li> <li>・ 介護保険施設の入所者への往診について新たな評価が検討されているが、医療と介護の給付調整の仕組みがなし崩しになり、請求に於いて医療機関と介護業者の間でのトラブルが予想される。</li> <li>・ 施設に入所している入所者のみならず通所している介護施設においても同様に、利用者の病状が急変した場合に関係医療機関からの往診についても同様の評価を行うべき。</li> <li>・ 無駄な do 処方や polypharmacy であれば保険診療上の評価を下げるべき。</li> </ul>	6件
<p>○ 訪問看護について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在外来で認められている TF-CBT を看護師が行うことで取れている算定を、訪問看護でも看護師もしくは心理師が行うことでも算定が取れるようにしていく必要がある。(同旨1件)</li> <li>・ 訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式について、指示書の記載事項は複雑にせず、指示内容が明確であればよい。</li> <li>・ 理学療法及び作業療法を行いつつ住環境調整、必要な動作指導や家族等への介護指導の実施を評価してほしい。(同旨1件)</li> <li>・ 緊急時の訪問体制について、業務委託契約を2つのステーション間で締結すればオンコール体制を共有出来る仕組みについて検討いただきたい。</li> </ul>	6件
<p>○ ICTの活用について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ACP策定の目的は人生の最終段階を希望通りに過ごすためである。患者・家族によっては当然、心情的に受け入れることができない場合があるため、一律の要件化を避けること。(同旨1件)</li> <li>・ ICTを用いて記録した診療情報等を活用する場合、認められた公的なネットは高い割に性能が低く、むしろMCS等の無料ネットの方が使いやすく、対策が必要。</li> <li>・ 関係職種がICTを用いて記録した診療情報等を活用することについては賛同するが、それ以上の利活用の拡大につながる場合には反対する。(同旨1件)</li> <li>・ 在宅での医療計画作成や訪衛指についてICTの活用に評価して頂きたい。(同旨1件)</li> <li>・ ICTを活用した結果、当日に歯科訪問診療を実施した場合の評価もお願いしたい。</li> </ul>	8件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅療養移行加算が算定できるとされている支援診療所等を届出していない医療機関にまで「24時間対応」を求めるのではなく、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の「支援診以外の場合」の点数を引き上げた方が、地域における在宅提供体制の確保につながると考える。</li> <li>・ 歯科医療機関間の情報共有を推進するためにも、診療情報連携共有料の要件の見直しをすること。</li> </ul>	7件

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・在宅医療は、それぞれの点数算定が患者の状態・居住場所によって区分され、施設基準や算定制限も細かく設けられているなど、改定の度に複雑さを増している。簡素化が必要。</li><li>・在宅医療や介護保険施設など、感染症に対する対応がまるでなっていない。質の高いに感染症対応がきちんとできることを含めるべき。</li><li>・調剤薬局が薬を配達する際には居宅療養管理指導料を（565点～341点）を算定している。施設に薬を持って行く場合は施設職員が薬の管理をしているので、調剤薬局は薬を配達するだけになっている。単なる配達で5650円～3410円は通常の配達料金から逸脱した高額であり、施設に配達する場合の点数の引き下げを望む。（同旨1件）</li><li>・訪問看護ステーションの開設基準が容易過ぎ、小規模事業者の参入が減らない一方、年々休廃止も増えている状況。在宅医療/療養を支えるインフラ・公器が不安定となることを助長しており、大規模化を求める政策との矛盾を生じさせているため、開設基準の再考を願う。</li></ul> |  |
|--|--|

### Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

#### Ⅲ-1 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応（35件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 入院時食事療養費について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者負担となる標準負担額の引き上げではなく、国費による入院時食事療養費のさらなる引き上げを求める。（同旨12件）</li> <li>・30円の値上げでは不十分であり、継続的な議論が必要。（同旨9件）</li> <li>・医療費が払えない方の医療控えがない対応を検討してほしいと思います。</li> <li>・光熱水費や物価の高騰は、公定価格である診療報酬を主な収入源とする医療機関にとって大きな負担であり、経営を圧迫している。</li> <li>・請求方法等の手続きの簡便化へのご配慮を願いたい。</li> <li>・補足的に投与した高カロリー食については、別途、特別に算定を認めてはどうか。</li> </ul>	27件
<p>○ 不採算品算定について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開業医・薬局へ診療報酬プラスするくらいなら不採算品算定だけでなくジェネリック医薬品全般に補填するべき。</li> <li>・保険薬局において特定保険医療材料を交付する際に不採算とされない制度設計が必要。</li> </ul>	2件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・MRI撮影料の診療報酬に、電気代上昇分の転嫁をすることについて検討いただきたい。</li> <li>・ディスプレイ製品、医療材料費も値上がりをしており、手術料に見合う増点が必要。</li> <li>・医科と同等の初診料、再診料の引き上げを検討していただきたい。（同旨2件）</li> <li>・安心・安全で質の高い医療の推進の具体例において、食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応とあるが、具体的ではない。</li> </ul>	6件

#### Ⅲ-2 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価（133件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診察前だけでなく診察後に情報提供、処方提案等した場合も評価してほしい。</li> </ul>	1件
<p>○ 手術等の医療技術について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・デジタル機器を用いた歯科補綴物の製作等を含めた技術の応用や ICT を活用した新たな技術、唾液検査等の効果的な検査の導入は喫緊の課題として検討して頂きたい。</li> <li>・見直しの方向に賛成。</li> <li>・加圧根管充填時の手術用顕微鏡加算、Ni-Ti ローターファイル加算について、現状では歯科用3次元エックス線断層撮影を行う必要があるが、手術用顕微鏡を使用した根管治療を行うにあたり、必ずしも歯科用3次元エックス線断層撮影は必要ないと考えられる。患者の費用負担、放射線被曝を鑑み、手術用顕微鏡加算における歯科用3次元エックス線断層撮影の条件を除外することを検討いただきたい。（同旨3件）</li> <li>・外来放射線治療診療料の算定要件の見直し（医師の要件（放射線治療経験5年以上）の緩和を求める。</li> <li>・患者が納得いくような治療を当然行うべきであり、例えば、P重防、SPT（かかりつけ歯科医以外）は、3か月に1回の算定であり、毎月来院されている患者は、毎回同じ処置であるのに、窓口負担が月ごとに異なる。よって説明に苦慮することがある。</li> <li>・近年超高齢化により、歯科外科手術において高リスクの患者が増えているが、手術料はほとんど変化がない。歯科の手術の再評価をお願いしたい。</li> <li>・経皮的内視鏡下胃瘻造設術を実施する際に予め胃壁と腹壁を固定する胃壁腹壁固定法を実施した場合には、加算点数を付けるべき。</li> <li>・根管治療をする際、残髄や感染根管においても患者が疼痛を訴えた場合、麻酔が必要な場合が多々あるため、実態に応じて浸潤麻酔の算定ができるようにご検討いただきたい。</li> <li>・根管貼薬処置について、歯科治療の根幹となるべき処置の点数が、実態とかけ離れている。一番丁寧に行うべき根管貼薬処置の点数がここまで低い点数であることが、結果的に雑な根</li> </ul>	13件



<p>管治療を行わせる原因であり、歯牙保存不可→抜歯→欠損補綴という負の連鎖を生み出している要因と考えられる。根管治療全体の点数の引き上げを期待する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>日々更新される医療技術、材料、機器については適切に迅速に保険収載を行い、それに見合った評価がされるべき。</li> </ul>	
<p>○ 明細書の無料発行について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>現在、明細書無料発行の義務の免除規定に該当する診療所に対し、発行が可能な体制かどうかを丁寧に聴取し、強制的に免除規定を廃止することのないよう求める。(同旨4件)</li> <li>明細書は患者の求めに応じた発行とし、義務化しないこと。(同旨98件)</li> </ul>	104件
<p>○ 歯科外来診療環境体制加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>コロナを経て、歯科外来診療環境体制加算(外来環)の施設基準を届出ている医療機関と、そうでない医療機関との間で、院内感染、医療連携について特段の差があったという報告はない。外来環を届出していない歯科診療所も、外来環の施設基準の目指すところは実現できている。外来環の施設基準を廃止して相当の点数を全て歯科医療機関が算定できるようにするか、または、外来環の設備投資を要する要件を廃止するかの措置を望む。</li> <li>見直しの方向に賛成。</li> <li>ラバーダム防湿は、基本診療料に含まれ算定できないが、治療中の誤嚥防止や、感染対策上、重要な処置と考えられるので、独立して算定できるようにしてはどうか。(同旨1件)</li> <li>感染対策を行う上で必要なすべての材料等が値上がりしている状況から、適正な評価をお願いしたい。(同旨1件)</li> <li>観血的処置が多い歯科治療の特性から再診の都度算定できる外来環の算定単位を医科点数表の「外来感染対策向上加算」のように月単位に変更するための要件変更であれば賛同できない。新興感染症に罹患し、歯科治療が必要な患者への配慮として新たな評価を設けることには賛同できる。</li> </ul>	7件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ガイドライン遵守率や治療成績など、医療の質向上活動と実績(成果)を診療報酬で報いてほしい。</li> <li>現行の休日加算 深夜加算等は、昭和49年頃と同じ点数のまま50年が経過している。増点すべき。</li> <li>自宅看取りの現場に数多くある一般診療所において、24時間往診体制をとること・連絡を受けることなどは非現実的であり、早期に見直しを求める。</li> <li>実質マイナス改定に反対。医療費の総枠を引き上げるべき。(同旨1件)</li> <li>大学病院本院群やDPC特定病院群などは術式別に死亡率が高い内容は幹部がその状況を把握することを強制化すべき。</li> <li>通院精神療法の減点は、経営(高騰する人件費などの固定・変動費)の維持を考慮すると質の担保を非常に困難にする。</li> <li>保険診療の初再診料について、医科歯科が同じでないのはおかしい。</li> </ul>	8件

### Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進(19件)

主な意見の内容	件数
<p>○ アウトカム評価の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>アウトカム評価は、回復の見込みが高い患者の選別に繋がりがねず、診療報酬は出来高払いを原則として評価すべき。</li> </ul>	1件
<p>○ データ提出加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>データ提出加算の届出は、特に小規模の病院には大きな負担である。(同旨1件)</li> <li>データ提出加算を算定するにはシステムの導入・構築、管理が必要であり、人件費の確保も必要である。要件化するのであれば、コストに見合う報酬の設定が必要。(同旨3件)</li> </ul>	6件
<p>○ 回復期リハビリテーション病棟の要件・評価の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションによる状態回復は個人差が大きいことから、アウトカム評価を回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の要件とするのは不適切である。</li> <li>在棟日数の差を考慮すれば、加算算定をしている医療機関の方がFIM改善効果があるとのデータも提示されている。安易な体制強化加算2の廃止議論は慎むべきである。</li> <li>特にリハ職種と看護師の評価で評価点数に差が出るが多く、FIM評価を複数名で行い評価点数の精度を上げて行く必要がある。FIMの評価を行う上で、研修会の参加要件を求めること</li> </ul>	5件

を検討すべき。(同旨2件)	
<p>○ 運動器リハビリテーション料について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ADLの向上がないということは、結果がでていないのではなく、上手く維持させることができていると評価すべき。</li> <li>・個々の患者の状況やFIMの変化の分析も必要であり、一律に平均で切ることには反対。(同旨2件)</li> </ul>	4件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中核病院や介護事業所とのやり取りはいまだにFAXが多く、日本の紙文化を象徴している。「評価の推進」に、環境的負荷、社会的負荷の軽減を考慮した項目を入れてほしい。</li> <li>・米国では社会的責任(GSR)病院指標と関連づけるトレンドがある。日本でも診療報酬等で関連づけるなど検討できないか。</li> <li>・EPT(電気歯髄検査)、の点数を設定していただきたい。外傷時の歯髄の状態の判断や、根管治療において、歯髄壊死しているかどうかの確認がとても重要なため、レントゲン画像では判断がつかないのでとても重要と考えられるため。</li> </ul>	3件

### Ⅲ-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進(12件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 高齢者の救急医療について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者で分類せず、病状にて適切に対応できる急性期病床の使い方が良いのではないか。</li> <li>・急性期医療にふさわしい患者増の受け入れを目的とした提案という意味で認識しているが、高齢者の差別的な扱いとならないかを危惧する。自院内に目的に沿う病棟があれば良いが、無いならすぐに転送する事に対し、病態の関係で問題がないと言い切れるのか疑問である。</li> <li>・地域包括ケア病棟への転棟イコール悪とされているが、地域包括ケア病棟の役割として、急性期後の退院調整の役割として利用することは悪いことではない。(同旨1件)</li> <li>・救急医療の中核を担っている病院(市立病院)に敷地内薬局があるため、急性期充実体制加算が算定できない。そのため大幅な収入減となり、結局、救急医療体制を維持するのが困難である。見直しを検討していただきたい。(同旨1件)</li> <li>・高齢者が多い地域では、全ての救急病院が分担、協力して内科系高齢者救急(誤嚥性肺炎、尿路感染症、心不全等)を診療しており、地域医療構想が目指す「病院単位」での機能分化は困難。各病院が「病棟単位」で機能分化できるよう「一般病棟入院基本料の病棟群単位の届出」と「400床以上の病院の地域包括ケア病棟の新規(および追加)届出」を可能としていただきたい。</li> <li>・高齢者の救急疾患は65歳以下と同様超重症から軽症まで幅広く含まれており、重症が少ないわけではない。下り搬送先と同様搬送元にも高齢者の医療、ケアの充実が必要。また、上り搬送についても充実させる必要がある。</li> </ul>	8件
<p>○ 看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師等の中に病院雇用の救急救命士を含めていただきたい。</li> </ul>	1件
<p>○ 救急医療管理加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1と2の基準を明確にしていきたい。また、救急医療管理加算1の分類にない重篤な状態も存在することから、1の項目でも「その他重篤な状態」を評価していただきたい。</li> </ul>	1件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院栄養管理体制加算は特定機能病院に限られているが、急性期一般病棟にも対象を拡大するよう要件緩和を求めたい。管理栄養士が病棟に配置されている方が、入院後、患者を訪問するまでの日数が短く、入院期間体重減少及び体重減少率の抑制につながったという報告から、管理栄養士の病棟配置を推進する必要がある。</li> <li>・主治医とACPを決めていたのにも関わらず、救急搬送先で不本意な延命をされてしまった例がある。ACPの作成を20歳~何度となく行う制度と、どこでも共有できるシステムを構築してはどうか。</li> </ul>	2件

### Ⅲ－４－２ 小児医療、周産期医療の充実（14件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料等について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・小児の外来診療は小児科外来診療料または小児かかりつけ診療料で包括されている。もし検査を行う場合には医療機関の費用負担が生じている。感染症に対する備えを十分に行うという観点からは、感染症の検査をこの制限で行うことは限界である。（同旨2件）</li> <li>・小児科外来診療料について、諸物価高騰及び人件費引き上げを鑑み、大幅に引き上げていただきたい。</li> </ul> </li> </ul>	4件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・長期的なフォローアップが必要であり、継続的で安定した診療を提供するためにも、小児特定疾患カウンセリングの要件としての「2年」の撤廃を求める。（同旨4件）</li> </ul> </li> </ul>	5件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1病棟を維持できない小児科病棟について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟の大規模改修以外には同一フロア内での弾力的な運用しか方法がないため、是非お願いしたい。</li> </ul> </li> </ul>	1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保育士や看護補助者の配置について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中であっても子どもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ付き添う場合に家族等に過度な負担がかからない医療機関の体制を確保する観点から当事者（付き添い家族）支援団体として強く要望する。</li> </ul> </li> </ul>	1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他           <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染対策も含めた対応を考えたときに、通常の小児の有熱外来や予防接種に十分な対応をすることを考えると、通常に行われている以上の人員が必要になる。（同旨1件）</li> <li>・小児調剤への評価が低すぎる。増点等のほか、公費で負担金が発生しない小児患者には先発品との差額全額を自己負担にすべきである。</li> </ul> </li> </ul>	3件

### Ⅲ－４－３ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価（6件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>・無菌製剤処理料の点数を増やすべき。また、膀胱注入用薬剤、エンドキサンパルスなどの調製も算定を認めるべき。</li> <li>・医療用麻薬の残数についてはきちんと毎回確認するよう算定要件に含めるべき。</li> <li>・IMRTの適応（「限局性固形悪性腫瘍に限る」の解釈）の明確化を検討すべき。</li> <li>・乳癌と前立腺癌に対する寡分割照射は確立されており、世界的な標準治療となっているが、その適応が減収となる診療報酬体系では導入の足かせとなっている。寡分割照射法の加算の増点について検討すべき。</li> <li>・主にごがん医療を行う大学病院、急性期病院がDPC対象病院であり、がんの治療方針を決定する病理標本作成が必要不可欠であるにもかかわらず、包括点数に含まれ評価されていない。質の高いがん医療を提供するためにも、DPC制度における病理に関する個別評価を検討いただきたい。</li> <li>・質の高いがん医療を提供すべき病院・薬局が、何ら臨床的エビデンスが確立していない検査を行うべきではない。</li> </ul>	6件

### Ⅲ－４－４ 認知症の者に対する適切な医療の評価（20件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 身体的拘束を最小化する取組について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的拘束を最小化するためには十分なケアの体制やさまざまな機器の使用等が必要であり、それら費用を賄えるような点数評価が必要。</li> </ul> </li> </ul>	1件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ かかりつけ歯科医と医師を始めとした情報共有・連携による歯科医療の推進について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者に認知症患者を追加すべき。（同旨5件）</li> <li>・治療行為の意味や必要性を理解されていない状況で治療行為を行うことは不可能。歯科においては多くのケースで処置を行うことが必須であり我々はかなりの苦勞を伴いながらそれを行う。そのような歯科治療の特異性を十分に考慮した評価を切に要望する。（同旨5件）</li> </ul> </li> </ul>	15件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症については一般的な治療よりも治療が困難なケースも多々あり、その部分を評価していただけるのはありがたい。一方で、歯科診療特別対応加算の「ニ」での評価が妥当であるケースもあり、この部分で臨床の現場で混乱が生じないように配慮を望む。</li> <li>・歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者は留意事項通知で個別に明示する方式であるため、診療の幅を狭めている側面がある。柔軟に対応できる体系に改めるべきである。その際、歯科疾患管理料総合医療管理加算は独立評価とし、歯管の算定日以外でも算定できるように再編すべき。(同旨1件)</li> </ul>	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定疾患療養管理料および生活習慣病管理料などと同様に一般の診療所でも認知症が管理しやすい環境に導くことが必要。</li> <li>・カリエスの進行を防ぐため、歯を磨けない在宅の患者へのサホライド塗布を毎月できるようにしていただきたい。</li> <li>・高度認知症等に対する手術は全身麻酔が必要なことが多々ある。麻酔科医が常勤している大学病院など高度医療機関など限られた医療施設での手術が必要になることから、術後の認知症患者ケアやリハビリテーションについて手厚い評価を求める。</li> <li>・認知症の新薬に対し国民の期待が高まっているが、適応症(重症度)や経済的負担から多くの患者から治療対象となれない不安が高まると予想される。対策が必要ではないか。</li> </ul>	4件

### Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価(85件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の向けての地域移行・地域定着に向けた重点的な支援は精神科病院においてではなく地域の診療所において推進することがより有益である。</li> <li>・新たな精神病棟の評価の新設は急務であり、病棟多職種を算定要件とすることに加え、クロザピン、LAIといった既存の有効な手段について積極的に評価が必要である。</li> </ul>	2件
<p>○ 地域移行機能強化病棟入院料について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行機能強化病棟入院料の算定については、病棟削減の際には病棟運営のコストが倍増することを踏まえ、要件の緩和を含む見直し、延長等に賛成である。</li> </ul>	1件
<p>○ 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・療養生活継続支援加算の対象患者は、大胆に拡充すべきと考える。生活のしにくさや支援期間に応じて、加算や算定患者数等を工夫することが支援の適正化の観点からは重要である。慢性長期患者へのクロザピンの使用もあわせ評価すること、薬物療法については、眠剤として使用する場合のベンゾジアゼピンの長期使用の制限について議論が中断したままになっていることや多剤大量についての評価の検討が必要である。</li> <li>・地域の資源と連携するためにMHSWとの連携は必須であり、在宅精神療法の加算である療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算、療養生活環境整備支援加算の適切な評価をすべき。</li> <li>・生活療養加算の長期での算定を可能にして欲しい。</li> </ul>	3件
<p>○ 通院・在宅精神療法について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療を行う上で精神科診療のトレーニングをうけてきたことが評価されることが望ましい。また、精神療法について、単に時間の長短のみでの評価するのではなく、その内容が、より評価されることが望ましい。</li> <li>・通院・在宅精神療法の点数の引き下げには反対である。(同旨5件)</li> <li>・通院精神療法の点数を引き上げるべきである。</li> <li>・通院精神療法を引き下げるべきではない。(同旨9件)</li> <li>・精神療法の評価について、現状のさほど細分化されていない時間区分の中で症例ごと・状況ごとに応じて現場で時間を調整する方が、本質的かつ合理的である。(同旨4件)</li> <li>・5分以上の精神療法を減額するとなると、診察できる患者数がさらに減って地域医療が崩壊することを危惧している。</li> <li>・通院精神療法が減額に反対である。また、専門医ではなくても児童精神の診察に積極的になれるような診療報酬改定をすべき。</li> <li>・再診患者を抱えながら、初診患者を多数受け入れるのは困難である。初診時の通院精神療法</li> </ul>	40件

<p>の診察時間設定に30分未満も追加してはどうか。通院精神療法（30分未満）では、診察できる人数が限られてしまうため、診察時間の設定の延長は避けるべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外来精神医療の質を診察時間と結びつけているが、診療時間は、患者や病状によって決まるものであり、画一的にどれだけの時間をかけなければ治療の質が上がらないというものではない。</li> <li>・精神療法の時間設定の細かい段階設定に賛成。専門医が短時間で多数診ることも重要で精神保健指定医等の診察は時間に関わらず加算し、精神療法の点数の引き下げや時間に応じた加算にしてはどうか。</li> <li>・30分超の通院精神療法の評価の見直し、訪問看護指示書の様式の見直し、児童思春期の治療の適正な評価が必要である。</li> <li>・精神保健指定医や精神科専門医が通院精神療法を取れるようにすべきであり、内科医等他科の医者は算定不可能にするべき。</li> <li>・短時間の精神療法の評価の引き下げをすべきではない。</li> <li>・専門医の通院精神療法の評価を上げることが望ましい。</li> <li>・精神科診療所において医師が30分以上の認知行動療法を行うことは現実的ではない。</li> <li>・短時間の精神療法の点数を引き下げるべきではない。（同旨4件）</li> <li>・通院精神療法の減額を検討するのであれば非精神科専門医指定医の行った行為に対して減額すべき。</li> <li>・診療時間に応じた評価のメリハリをつけるというのにも限度がある。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について</li> <li>・児童思春期の多職種評価の新設について賛成である。（同旨1件）</li> <li>・多職種連携して患者の外来診療はすでに多くの施設で行っているため、診療報酬として新たな評価をお願いしたい。</li> <li>・地域包括ケアを推進するためには、MHSWとの協働した外来医療の拡充が不可欠であり、算定要件、点数設定をすべき。（同旨1件）</li> <li>・児童思春期に対する加算について賛成であるが、児童思春期診療以外の精神科外来全般について、同伴者が同席した場合の加算を検討して欲しい。</li> </ul>	6件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 公認心理師が必要な支援を行った場合について</li> <li>・公認心理師の評価については、心的外傷関係のみならず、多面的に充実すべき（同旨1件）</li> <li>・早期介入の拡充に賛成。一般の精神科医が公認心理師を含む多職種連携で良質な医療を子どもに提供できる要件にすべき。早期介入の視点からより広い年齢へ拡充も検討すべき。多職種の人材確保等ができる適正な点数設定をすべき。</li> <li>・心的外傷関連での公認心理士の支援の点数化に賛成。要件として医師と心理士が一定の研修を受けるなど教育の普及も重要。有能な公認心理士の人材確保等も考慮した点数設定にすべき。</li> <li>・公認心理士が行う認知行動療法は公的保険で担保されていない。心的外傷に伴う危機的状況に公認心理士が認知行動療法を行った場合のみでは不十分である。</li> <li>・公認心理師が訪問して支援を行う事にも点数をつけて欲しい。</li> </ul>	6件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他</li> <li>・精神科受診しているにも関わらず、他の内科から睡眠剤が出ている場合もありうる。精神科の医師が主導的に薬を整理するための方策が必要ではないか。</li> <li>・ピア活動や多剤身体拘束ゼロに向けた取り組みの検討が必要である。</li> <li>・障害支援区分医師意見書、障害年金申請、特別障害児等手当診断書など主治医としての対応も診療報酬において評価すべき。</li> <li>・在宅時医学総合管理料と精神科在宅患者支援管理料の併算定を認めるべき。</li> <li>・ショートケアの疾患別等専門プログラムの加算の対象を、うつ病、不安症、強迫症、ADHD、不眠などにも広げて欲しい。</li> <li>・精神科の医療機関は、地域に信頼されている医療機関ほど、多くの再診患者が訪れ、新たに新患を受けることができない。新患率が高いことを評価する点数制度にすることは、患者に選ばれない医療機関を優遇することになるのではないか。また、地域包括ケアシステムへの参画について、時間外診療、在宅医療、精神科救急医療への協力といった内容は、少人数の医師で運営している多くの精神科診療所には難しい内容ではないか。（同旨4件）</li> <li>・精神科診療所の公的役割や救急への貢献を高く評価すべき。</li> </ul>	27件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科医療に係る診療報酬を下げるべきではない。(同旨1件)</li> <li>・外来精神科医療への資源の投入が必要である。(同旨1件)</li> <li>・心理検査の診療報酬を引き上げて欲しい。</li> <li>・入院・外来とも精神科医療に係る診療報酬を引き上げるべきである。</li> <li>・精神科医療費について、外来精神科医療に医療費をシフトすべき。(同旨3件)</li> <li>・診療報酬改定で、「精神保健福祉士」になっているところを、「社会福祉士もしくは精神保健福祉士」に変え、精神医療領域にとってより専門性が高い部分の業務を、「社会福祉士および精神保健福祉士の両資格取得者」とする。加えて、一般科の病院で「社会福祉士」となっているところもを、「社会福祉士もしくは精神保健福祉士」に変え、専門性の高い部分の業務を認定医療福祉士にするなどの検討をして欲しい。</li> <li>・時間外診療・在宅医療・政策医療・精神科救急医療への協力での精神療法の加点について、「政策医療への協力」の範囲に、指定医診察の業務に限らず自治体への協力業務を広く対象として欲しい。(同旨4件)</li> </ul>	
---	--

### Ⅲ－４－６ 難病患者に対する適切な医療の評価（3件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>・パーキンソン病患者のリハビリテーションの算定要件の見直し、加算の検討をすべき。</li> <li>・歯科診療特別対応加算の要件の緩和および適用範囲の拡大をすべき。</li> <li>・難病外来指導管理料、難病患者等入院診療加算の算定要件の見直しをすべき。</li> </ul>	3件

### Ⅲ－５ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（15件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 生活習慣病管理料、特定疾患療養管理料について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧や脂質異常症など多くの該当患者のいる疾患を特定疾患療養管理料から外し、計画書の作成など算定要件の厳しい生活習慣病管理料に移行させることに反対である。</li> <li>・高血圧や糖尿病、高脂血症をはじめ、生活習慣に関する疾病は、来院の都度、患者の生活習慣や食事内容、自宅血圧の評価や、HbA1cや腎機能、non HDL-Cなどの採血結果を評価し、治療方針を決めるために必要な管理料である。減算することなく、また、算定要件も現状からの変更や改悪のないようにすべき。</li> <li>・歯周疾患管理は糖尿病重症化予防、発症予防にも寄与している。歯科疾患と内科疾患をシームレスに意識することの重要性を診療報酬の中でも示して欲しい。</li> <li>・特定疾患管理料は現状維持で十分であり、内服薬が正しく継続して出来る事が重要である。リフィル処方箋は患者の飲み忘れや過剰内服等のコンプライアンス低下を招く要因となる可能性があり、多用する事に反対である。</li> <li>・生活習慣病の増加等に対する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防には、生活習慣を徹底的に見直すことと、どうすれば予防できるかの重点的な教育が必要である。また、生活習慣病・慢性疾患に対して再生医療等の最先端の医療の活用を考慮に入れるべき。</li> <li>・「特定疾患療養管理料」月2回をやめ、「特定疾患療養管理料」月1回と「特定疾患増悪時対応加算（仮称）（算定時算定理由コメント要）」月1回とし、算定要件を厳しくした方が良いのではないか。</li> </ul>	6件
<p>○ 特定疾患処方管理加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・処方期間は、医師が診察で患者の状態等を見極めながら医学的に判断するものであり、リフィル処方や長期処方への診療報酬による誘導に反対である。</li> </ul>	1件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・P処（糖）の算定要件について、マイナ保険証情報、服薬状況、糖尿病連携手帳等で情報が確認できれば算定可としてはどうか。</li> <li>・同一初診中1回のみ算定制限などを見直し、補管の廃止、金パラの迅速な改定、処置・手術・補綴治療時の麻酔薬剤料の算定要件、歯周基本治療の点数を引き上げ及びSPT、P重防の算定要件の簡素化、小機能や口機能の評価の引き上げ等を行うべき。</li> <li>・C101在宅自己注射指導管理料の導入初期加算の算定要件について、別表9の処方内容に変更があった場合、更に1回、算定出来るが、一般名の違うGLP-1受容体作動薬同士、インスリ</li> </ul>	8件

<p>ン製剤同士の変更があった場合、算定不可の但書が無いにも関わらず査定されており、別表9の一般名処方内容が変更になった場合と表記を改めて頂きたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・漢方薬は歯科においては、現在では11種類が保険適応となっているが、漢方薬の保険適応範囲の見直しを行うべき。</li> <li>・金属アレルギー患者に対する非金属材料での補綴が適用拡大はしてきているものの、義歯や前歯部のブリッジに関しては適用外となっている。前歯部のブリッジに高強度硬質レジンブリッジおよび義歯の保持装置としてはチタンを認めていただきたい。</li> <li>・心内膜炎などの既往のない患者において、水平埋伏智歯の抜歯時等における抗生剤の術前投与を行う場合の診療報酬上の位置づけを明確にして欲しい。</li> <li>・医療DXを通してPHRの実装が始まっている。患者の希望を基本として、地域医療、薬局、介護、行政とのPHRを介する診療情報の交換に経済的な裏付けが必要である。</li> <li>・歯周病患者に対するSPTの算定について、歯周外科等をおこなっていても口腔内の状況によっては1ヶ月もしくは2ヶ月おきに管理する必要があるため、実態通り算定できるよう期間の制限を無くして欲しい。SPTで管理中にSRPが必要な部位が出てくるため、SRPは別で算定できるようSPTの内容から外すよう枠組みの変更をすべき。</li> </ul>	
--	--

### Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進（420件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 周術期等口腔機能管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・周術期等口腔機能管理料の対象患者の追加、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)及び周術期等専門的口腔衛生処置の要件の見直しをすべき。</li> <li>・周術期等口腔機能管理料の算定要件を緩和して欲しい。</li> <li>・歯科疾患に基づく手術に対する、周術期口腔機能管理料の適応拡大に賛同する。</li> <li>・周術期口腔機能管理料の対象疾患の見直し、算定要件の緩和、点数の引上げ等を行うべき。(同旨7件)</li> <li>・周術期等専門的口腔衛生処置2および口腔粘膜保護材の算定要件の見直しをして欲しい。</li> <li>・外来診療で長期にわたり管理してきた患者が周術期で在宅ケアになった場合に点数が減少しないようにして欲しい。</li> </ul>	13件
<p>○ 回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期口腔機能管理を踏まえ、既存の医学管理料の評価体系の整理をすべき。</li> <li>・回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する歯科医師、歯科衛生士による口腔機能管理、口腔衛生管理の評価をして欲しい。</li> </ul>	2件
<p>○ 診療情報連携共有料について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医科歯科連携の強化のためにも、診療情報連携共有料の要件の緩和、名称変更を行うべき。(同旨13件)</li> <li>・診療情報連携共有料の調剤薬局との連携を評価することに賛同する。</li> <li>・糖尿病手帳で持って、医科歯科連携をしている場合も点数算定ができるようにして欲しい。</li> </ul>	16件
<p>○ 口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・小児口腔機能管理料、口腔機能管理料の訓練に対する評価、口腔内装置などリハビリテーションに新たな項目を新設すべき。</li> <li>・口腔機能発達不全に関して、機能訓練だけではなく、機能訓練装置も保険収載して欲しい。</li> <li>・口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料に関する指導訓練に係る評価を歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術料として新設するのであれば賛同する。</li> <li>・口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料に関する指導訓練に係る評価は、歯科衛生実地指導料とは別途評価をすべき。</li> <li>・口腔機能管理料、小児口腔機能管理料の要件の緩和、点数の引き上げを行うべき。(同旨11件)</li> <li>・口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料に関する指導訓練を評価して欲しい。</li> </ul>	17件
<p>○ 口腔機能の評価に関する検査について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・咀嚼能力検査、咬合圧検査の算定間隔、算定要件の緩和をすべき。</li> <li>・口腔機能管理において舌圧検査、咀嚼機能検査、咬合機能検査以外のムーカス等の他の検査</li> </ul>	6件

<p>の評価をして欲しい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔細菌定量検査について、周術期患者、高齢者や「口腔機能低下症」の患者についても、対象を拡大すべき。</li> <li>・口腔細菌定量検査の要件を緩和すべき。</li> <li>・口腔機能低下に対する検査を適切に評価して欲しい。</li> <li>・咀嚼能力検査、咬合圧検査の検査期間を緩和して欲しい。</li> </ul>	
<p>○ 歯科疾患管理料総合医療管理加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症等患者は、医科との連携による口腔衛生管理が重要であり、更なる評価をして欲しい。</li> <li>・歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者の見直しについて、柔軟に対応すべき。また、歯科疾患管理料総合医療管理加算は独立評価とし、歯管の算定日以外でも算定できるようにすべき。</li> <li>・歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者の見直しについて、施設からの診療情報においても加算が算定できるよう要件を見直すべき。</li> </ul>	3件
<p>○ 診療情報提供料（I）について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療情報提供料（I）の情報提供先を学校関係者に加え、他の情報提供先も認めて欲しい。（同旨2件）</li> <li>・診療情報提供料（I）の情報提供先の拡大に賛同する。</li> </ul>	4件
<p>○ 初診時歯科診療導入加算及び歯科診療特別対応加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初診時歯科診療導入加算及び歯科診療特別対応加算の要件緩和をするべき。</li> <li>・歯科診療特別対応加算の適用の拡大を行うべき。</li> <li>・歯科診療特別対応加算の名称を適切なものにして欲しい。</li> <li>・歯科診療特別対応加算の引上げ、算定要件の緩和をして欲しい。（同旨1件）</li> </ul>	5件
<p>○ う蝕の重症化予防について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・フッ化物歯面塗布処置について、う蝕多発傾向者に、歯科訪問診療を行う医療的ケア児等を追加し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者とエナメル質初期う蝕に罹患している患者に、歯科特定疾患療養管理料を算定している患者を追加するべき。</li> <li>・エナメル質初期う蝕管理加算とフッ化物歯面塗布処置等の評価で、か強診とそれ以外で差をつけるべきではない。（同旨4件）</li> <li>・初期の根面う蝕については、別途指導管理の評価を設けるべきである。</li> <li>・フッ素塗布についても同一処置同一点数にして欲しい。</li> <li>・エナメル質初期う蝕管理加算は医学管理であり、フッ化物歯面塗布処置は処置である。同じフッ化物塗布において3ヶ月に1回の処置を見直して欲しい。</li> <li>・初診時にう蝕を有している場合は、その時点から管理を行うことを可能とするべき。（同旨1件）</li> <li>・初期の根面う蝕に対する非切削に対する指導管理について65歳以上の年齢制限を撤廃して欲しい。</li> <li>・エナメル質初期う蝕管理加算（初期う蝕）歯管の加算項目から処置へ変更をして欲しい。</li> <li>・エナメル質初期う蝕管理加算（初期う蝕）を算定した場合、同一初診内はフッ化物歯面塗布処置（F局）の初期の根面う蝕に罹患している患者の場合の算定制限を緩和して欲しい。</li> <li>・初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対するフッ化物歯面塗布処置について、年齢制限の緩和をして欲しい。</li> </ul>	15件
<p>○ 歯周病の重症化予防について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病患者のSPTの見直しについて、同一医療機関内においては同一処置同一点数が望ましい。</li> <li>・糖尿病患者に対する歯周病安定期治療（SPT）、歯周病重症化予防（P重防）の算定要件の緩和をして欲しい。</li> <li>・糖尿病患者の歯周安定期治療をより評価して欲しい。</li> <li>・歯周病安定期治療（SPT）、歯周病重症化予防（P重防）の算定要件の緩和、簡素化をして欲しい。（同旨15件）</li> <li>・歯周病検査について、2回目以降も初回と同様の点数として欲しい。</li> <li>・歯周病安定期治療（SPT）の重要性に関する調査を行うべき。</li> </ul>	26件



<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病患者の歯周病治療をより効率的に行うために、手術等以外においても、専門的口腔清掃処置を算定できるようにして欲しい。</li> <li>・糖尿病だけでなく、アルツハイマー型認知症等の歯周病関連疾病を有する患者への新たな評価をして欲しい。</li> <li>・歯周病のレントゲン診査について、2回目以降も初回と同様の点数として欲しい。</li> <li>・歯周検査について、2回目以降も初回と同様の点数として欲しい。</li> <li>・SPTでの歯周病検査について、妥当と考える期間を示して欲しい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 歯科衛生士による実地指導について <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科衛生士による指導の見直しについて、文書の提供は歯管と同様として欲しい。</li> <li>・歯科衛生実地指導料の引き上げが不可欠である。</li> <li>・歯科衛生実地指導料の評価の引き上げや要件の緩和をすべき。(同旨14件)</li> <li>・歯科衛生士が口腔機能に関する指導を行った場合の新たな評価をすることに賛同する。(同旨2件)</li> <li>・歯科衛生士による口腔機能に関する指導を実施した場合の評価をして欲しい。</li> <li>・介護施設での口腔機能管理において、歯科衛生士を歯科医療機関から派遣する評価を検討すべき。</li> </ul> </li> </ul>	22件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 情報通信機器を用いた歯科診療について <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報通信機器を用いた歯科診療に賛同するが、無原則な拡大にすべきではない。</li> <li>・口腔がんの経過観察等について、近隣の歯科医療機関の歯科医師との連携強化に賛同する。ただし、へき地等に限定せず、より実効性のある連携評価にすべき。</li> <li>・口腔がんの経過観察等の新たな評価に関して、口腔がんの診断を求めた場合も評価の対象として欲しい。また、エックス線の画像も対象とすべき。</li> </ul> </li> </ul>	3件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 歯科固有の技術について <ul style="list-style-type: none"> <li>・クラウン・ブリッジ維持管理料の要件を緩和すべき。(同旨1件)</li> <li>・クラウン・ブリッジ維持管理料はもはや不要であり、他の診療への評価を行ってほしい。</li> <li>・クラウン・ブリッジ維持管理料を廃止すべき。(同旨13件)</li> <li>・学校歯科健診で不正咬合を指摘された場合の検査・診断の保険請求を可能にすることに賛同する。他院を紹介する場合の診療情報提供書も保険請求可能として欲しい。</li> <li>・処置・手術・補綴治療時の麻酔薬剤料の算定を可能にすること。(同旨27件)</li> <li>・クラウン・ブリッジ維持管理料の対象となる歯冠補綴物、要件、期間の見直しを行うこと。(同旨11件)</li> <li>・CAD/CAM冠等の適用範囲のさらなる拡大、要件の見直し等を行うべき。(同旨16件)</li> <li>・歯科固有の技術料の引き上げを行うべき。(同旨3件)</li> <li>・口腔バイオフィルム感染症の管理と歯周疾患の管理を並行して行えるにすべき。</li> <li>・非経口摂取患者口腔粘膜処置の算定要件を緩和し、周術期等専門的口腔衛生処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置、歯周病治療との併算定を可能とすべき。</li> <li>・歯冠補綴物の製作に係る技術料の大幅な引き上げが必要。(同旨1件)</li> <li>・剥離上皮が出来ている患者に対しても非経口処を算定できるようにして欲しい。</li> <li>・非経口摂取患者口腔粘膜処置の要件緩和をして欲しい。(同旨1件)</li> <li>・歯冠修復に関する点数の引き上げを行うこと。</li> <li>・学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断された患者に対する検査・診断等を保険で認めることに賛同する。(同旨5件)</li> <li>・ICTによる色調採得は機器の性能がまちまちのため大変困難なものであると考える。</li> <li>・歯内療法を抜本的に引き上げるべき。</li> <li>・歯科補綴の評価を引き上げて欲しい。</li> <li>・歯科医師と歯科技工士が色調見本を見比べ確認する以外トラブルを避けることが出来ないと思われる。</li> <li>・4/5冠を認めて欲しい。(同旨1件)</li> <li>・テンポラリークラウンの算定要件の緩和をして欲しい。(同旨3件)</li> <li>・咀嚼能力検査・咬合圧検査・舌圧検査について算定要件を緩和して欲しい。咬合圧検査の評価を引き上げて欲しい。</li> </ul> </li> </ul>	143件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯冠補綴時色調採得検査の算定要件を緩和して欲しい。</li> <li>・ 根管数から、実態に応じたファイバーポストが使用できるよう算定要件を緩和して欲しい。</li> <li>・ 複雑な根管や病巣等により根管治療の期間が長期になる場合の加算等を新設して欲しい。</li> <li>・ 歯髄保護処置は1歯につき1回限りの算定であるが、実態に応じた算定を認めて欲しい。</li> <li>・ 義歯の調整料を点数化し、2回目以降も算定可能にして欲しい。</li> <li>・ 麻酔の薬剤料は、全ての治療に対して算定可能にして欲しい。</li> <li>・ 咬合調整について、実態に応じて適切な評価をすべき。</li> <li>・ 歯科技工士の臨床への関わりの推進を評価して欲しい。(同旨1件)</li> <li>・ ICTの活用を含め歯科医師と歯科技工士が連携して色調採得等を行った場合の評価に賛同する。</li> <li>・ 唇顎口蓋裂等においては歯科矯正管理料と歯科特定疾患療養管理料が算定できるため、歯科疾患に罹患している場合は機械的歯面清掃が算定できるが、顎変形症においては歯科特定疾患療養管理料が算定できないため、同じ処置を行っているにもかかわらず機械的歯面清掃の算定が出来ないことを見直して欲しい。</li> <li>・ 歯科矯正治療の保険適用の可否を判断するために必要な検査・診断を行う医療機関について、特別な施設基準を設けなくて欲しい。</li> <li>・ 歯科矯正治療の保険適用範囲の拡大を推進していくべき。</li> <li>・ 複数の支台装置を用いた場合、主たるもの以外も算定できるべき。</li> <li>・ 機械的歯面清掃加算の算定要件を緩和して欲しい。</li> <li>・ 歯周基本治療、SPT、P重防、術口衛、在口衛、歯清と、非経口摂取患者口腔粘膜処置(非経口処)の同時処置、同月算定を認めて欲しい。</li> <li>・ 口腔バイオフィーム感染症と判断するための口腔細菌定量検査の要件の緩和をして欲しい。</li> <li>・ 歯の外傷の暫間固定の治療後、経過を観るための点数を認めて欲しい。</li> <li>・ 加圧根管充填処置に必須とされている歯科エックス線撮影の見直しをして欲しい。</li> <li>・ 口腔内装置治療の適応拡大に賛同する。また、点数を引き上げるべき。</li> <li>・ 舌接触補助床の適応拡大には賛同する。ただし、口腔機能低下症の機能訓練に対する評価や義歯に対する歯リハと舌接触補助床の歯リハの体系を簡素化すべき。</li> <li>・ 無歯顎患者に対する処置や粘膜面の口腔バイオフィームの除去に対して点数上の評価をすることに賛同する。</li> <li>・ 歯科口腔外科領域の処置について歯科点数表で評価することに賛同する。手術と処置の関係は、歯科治療の特性に応じて通則を見直すことが必要である。</li> <li>・ 色調採得を臼歯部、義歯にも適応すべき。</li> <li>・ 長期管理加算に関しては歯科疾患管理料のみならず、歯科特定疾患療養管理料等を含めて更なる評価をして欲しい。</li> <li>・ 口腔バイオフィーム感染症の検査処置の要件を緩和して欲しい。</li> <li>・ 歯科医師と歯科技工士の連携推進のため、ICTを含め連携して色調採得等を行なった場合の評価をして欲しい。</li> <li>・ Ni-Ti ローターファイルを用いた治療の要件を緩和すべき。(同旨1件)</li> <li>・ 義歯の調整について、実態に応じて適切な評価をすべき。(同旨3件)</li> <li>・ 前装MCの適用拡大をして欲しい。</li> <li>・ 咬傷防止装置の調整・修理は頻回に必要であり、実態に応じて算定できるようにすべき。</li> <li>・ 舌接触補助床について、口腔機能低下症の患者を対象患者に追加すべき。</li> <li>・ チタン冠の適用を拡大して欲しい。(同旨1件)</li> <li>・ 歯管の加算であるF洗、初期う蝕、長期管理について、歯在管にも認めて欲しい。</li> </ul>	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常診療に関する保険点数を引き下げないで欲しい。</li> <li>・ 歯科疾患管理料等を算定要件とする処置の算定要件の見直し、他の管理料との併算定制限の見直しをすべき。(同旨2件)</li> <li>・ 地域歯科診療支援病院歯科初診料について要件の見直しに賛同する。</li> <li>・ 医学管理料と処置の関連を簡素化すべき。</li> <li>・ か強診とそれ以外の医療機関とで差をつけるべきではない。</li> <li>・ 歯科矯正治療と口腔機能発達不全症を併発している場合など、混合診療とならないよう診療</li> </ul>	145件

<p>行為の整理をすべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療技術面だけでなく、医療提供体制の維持・継続の観点も加味し、新規技術の導入の適否を判断すべき。また、導入は期中も含めて対応すべき。</li> <li>・歯科補綴材料を保険給付外にすべきではない。</li> <li>・小児の定義を、明確な年齢として示すべき。</li> <li>・「歯列不正」「不正咬合」で一般の歯科医療機関に来院した患者のう蝕や歯周病治療を評価して欲しい。</li> <li>・口腔疾患の重症化予防について終了の定義を明らかにして欲しい。</li> <li>・暫間固定の算定期間の緩和をして欲しい。</li> <li>・かかりつけ医の基準は往診ありとなしなどの段階を作るべき。</li> <li>・同一初診中1回のみ算定制限などを見直し、実態に則した評価とするべき。</li> <li>・金パラにかかる随時改定は実勢価格をもとに迅速に改定すべき。</li> <li>・特別な関係にある施設への歯科訪問診療の評価をすべき。</li> <li>・初再診料の加算、内容の見直しをすべき。(同旨1件)</li> <li>・同一初診中1回のみ算定制限などを見直し、補管の廃止、金パラの迅速な改定、処置・手術・補綴治療時の麻酔薬剤料の算定を可能にすること、歯周基本治療の点数を引き上げ及びSPTP重防の算定要件の簡素化、小機能や口機能の評価の引き上げ等を行うべき。(同旨114件)</li> <li>・初再診料の引き上げを行うべき。(同旨3件)</li> <li>・ノンクラスデンチャーを保険適用して欲しい。</li> <li>・歯科領域での漢方薬の拡大を行って欲しい。</li> <li>・訪問歯科衛生実地指導料の評価の引き上げや要件の緩和をすべき。(同旨1件)</li> <li>・市区町村によって妊産婦の歯科健診の実施に差があるので統一して欲しい。</li> <li>・医科歯科連携推進に関して、NSTでの歯科参画に対する評価をして欲しい。</li> </ul>	
---	--

### Ⅲ－7 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価(17件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 薬局の地域におけるかかりつけ機能について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「地域支援体制加算」の算定項目に在宅医療への実績が増やされていく傾向があるが増やさないか外すべき。地域の診療所、クリニックでの在宅患者は増えておらず、その患者も提携薬局に移行する。</li> <li>・在宅医療強化の方向性における「薬剤師」の介入とその業務量を評価する「在宅管理料」のようなものが必要。</li> <li>・未だにかかりつけ薬局(面分業)としての薬局が運営できていないところは、大きく減額する等の対応が必要ではないか。</li> <li>・薬局の地域におけるかかりつけ機能を評価するには実際に調剤をしている医療機関件数を指標とすべき。</li> </ul>	4件
<p>○ 病棟薬剤業務について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハビリテーション病棟での病棟薬剤業務を適正に評価、点数化してほしい。薬剤師が関与していないため、回復期リハ病棟での薬歴、服用薬剤数は不透明となっていることがある。</li> <li>・持参薬のチェックには相当の時間を要するため、別途評価が必要。(同旨1件)</li> <li>・病棟薬剤師業務の評価のひとつとして、使用ガイド付き院内医薬品リスト(フォーミュラリ)の作成について、病棟薬剤業務実施加算等で入院時の診療報酬で評価すべき。</li> </ul>	4件
<p>○ 患者の処方状況に応じた服薬指導の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬管理指導料と調剤管理料は算定要件が重複している。調剤管理料を廃し服薬管理指導料に移行していくべきではないか。</li> <li>・服薬管理指導料の算定要件である薬歴の記載内容が定型文にならないよう、改定で見直しが必要ではないか。</li> </ul>	2件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・処方箋ありきではなく、薬剤師が食事指導・運動指導等をフォローし、一定の結果がでた場合</li> </ul>	7件

<p>には一定の評価をしてはどうか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・調剤薬局と院内処方とで薬剤調製料等の差が大きい。（同旨1件）</li> <li>・新設および追加の要件について算定実績が伸びておらず、現場への課題が議論されているが、要件の公表のみならず、その具体的行動指針・行動例を示すことで、算定の増加すなわち期待する医療貢献の効果につながるのではないか。</li> <li>・地域包括ケアシステム構築のための地域連携、在宅医療の推進に向け、次の事項について現状に即した適切な評価が必要。（連携強化加算の要件の継続及び加算額の引上げ、認知症患者に対する服薬指導の適切な評価の導入（加算）、処方箋応需に左右される麻薬管理指導実績の地域支援体制加算要件からの削除、無菌調剤室設置の適正な評価、高度な薬学管理が必要なりフィル処方箋応需に対する適正な評価）</li> <li>・薬価のさらなる引き下げは処方の選択肢を狭め、結果的に患者の不利益を被るのではないか。</li> <li>・薬局は本来、個別にその果たしている機能に基づき診療報酬上評価されるべきであり、開設者の属性とりわけ規模により評価に差を設けるべきではない。</li> </ul>	
---	--

### Ⅲ－８ 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（38件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 調剤基本料について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「ボランティアチェーンに加入した場合は大規模チェーンと同じ調剤基本料の評価にすること」が妥当と考える。</li> <li>・集中率によって基本料を下げる仕組みを継続するのであれば「聖域なき改革」により対人業務への財源確保を望む。</li> <li>・処方箋集中率の考え方について、単一医療機関と1：1の関係であれば特定の医療機関から応需するケースが多いため、医薬品の備蓄品目数も少なく（調剤その3P8参照）在庫管理の面で効率化出来るが、医療機関が近隣に複数ある場合でも、診療科が異なり、医薬品の備蓄品目数が増えて、在庫管理のコストがかかることから、近隣の複数の医療機関の受付回数を合算して（集中率をまとめて）調剤基本料の区分分けの考えに反映することは反対します。（同旨1件）</li> <li>・特別調剤基本料の適応する期間が病院の敷地内薬局と診療所の敷地内薬局では大きく異なっている</li> <li>・薬剤師の「病院-調剤薬局間」の偏在について、調剤薬局に対する報酬が高すぎるのが主因であることは間違いない。</li> </ul>	6件
<p>○ 地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2024年の調剤報酬改定で地域支援体制加算のお盆と年末年始の開局についての解釈にばらつきが出ないように、また個別指導で指摘しやすいように明確に義務付ける文言を入れるべきかと考える。</li> <li>・現行の地域支援体制加算は調剤基本料と紐づけされており、実施した機能に対する評価、という点において、実施した機能（要件）と点数が比例されていない。国策である在宅調剤をさらに推進していくためには、調剤基本料と切り分け、地域支援体制加算の要件を満たした数に比例した点数体制にすることにより、各項目の実施件数が増加し、在宅医療の推進に寄与するのではないかと考える。</li> <li>・現状では、国が目指す医療の姿に逆行した敷地内薬局であっても保険指定がなされ、敷地内薬局及び当該薬局と連携する保険医療機関がともに採算が取れる診療報酬であること自体の評価を見直されたい。</li> <li>・今回の改定でも大型チェーン薬局の基準及び点数が厳しい改定になるのではないかと懸念する。地域におけるかかりつけ機能に応じた薬局の評価の観点の中に企業規模は関係ないのではないか。</li> <li>・集中率が高い（例：70%以上など）一定以上ある薬局には、地域支援体制加算が算定できない仕組みづくりが必要（へき地の薬局は除く）。</li> <li>・地域支援体制加算について、時間外の対応も要件に明記すべきではないのか。</li> <li>・服薬指導をせず、服薬管理指導料を算定しない調剤薬局は薬を渡すだけなので、対人業務が出来ていない。今後、調剤薬局には対人業務が求められています。服薬管理指導料を算定していない場合は薬剤料だけの請求で良い。</li> <li>・流通不足になっている医薬品の供給を早急に改善してほしい。必要な医薬品を手配するため</li> </ul>	9件

の、対物業務が増えすぎている現状。（同旨 1 件）	
<p>○ 同一敷地内薬局への対応について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「いわゆる同一敷地内薬局」の意味する薬局に一般的に医療モールと呼ばれている薬局に対して、特別調剤基本料を算定していない場合には、評価の見直しの対象外にすべきである。</li> <li>・同一敷地内薬局は、いわゆる面薬局と比べて効率性が高いとは言えない。</li> <li>・特別調剤基本料を算定する薬局を有するというだけで開設者（グループ）の薬局全体の調剤基本料を下げるというのは暴論であり、大学病院や公立病院、公的医療機関など収益事業として薬局に不動産を賃貸できるなどの特別な医療法人に限定して議論すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・比較的大きい病院の敷地内にあり、処方可能な医薬品種類を多く持ち利便性の高い敷地内薬局を排除しようとする方向は、少し立ち止まって根本から見直しを考えたほうが良い。</li> <li>・病院との同一敷地内薬局をもつグループ薬局全体への減算を適用する案について検討の必要はあると考える。地域に根差した薬局を推進していく観点からこれらのような対策は必要と感じる。（同旨 3 件）</li> <li>・敷地内薬局だけでなく、個人医院の院内処方も見直すべきではないか。</li> <li>・敷地内薬局を誘致した医療機関への対応が必要ではないか。</li> <li>・敷地内薬局をもつ同一グループ薬局の基本料等の一律引き下げ案について反対する。（同旨 6 件）</li> <li>・敷地内薬局を中心に大手調剤チェーンは出荷調整品目でも中小チェーンよりも多くの在庫を確保することができる。出荷調整は後発医薬品で多く生じていることから、大手調剤チェーンと中小チェーンでは後発医薬品調剤体制加算の算定難易度が異なる。点数や要件で調整すべきではないか。</li> <li>・敷地内薬局を有する法人の税務調査を毎年行い、一括値引きやリベートが確認された時点で基本料をさらに削減するなど薬価差益をより一層縮小させるべき</li> <li>・薬局が医薬品の供給拠点としての役割を果たすためには、医薬品卸の協力が必要不可欠であり、特に昨今の度重なる出荷調整とその供給について、現場 MS の貢献度は計り知れないものである。しかし、主たる医薬品卸の医療用医薬品の供給に係る利益率は各社の決算状況を見るにあまりにも低い。</li> <li>・立地や集中度に応じて調剤基本料を一律に減点することに反対する。特に、法人内の薬局の集中度が高いことや、特定の立地に開局することのみを理由に基本料を減点することは、評価上の合理性がないものと考えられ、併せて反対する。</li> </ul>	22 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療経済実態調査の対象店舗が無作為抽出中でなく、専門医療機関連携薬局全数が調査対象となっていたにも関わらず、集計分析においては補正されずに調査報告が作成され、そのデータをもとに議論されたことは恣意性を強く感じざるを得ない。</li> </ul>	1 件

### Ⅲ－9 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等（30 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 医薬品、医療機器等の安定供給の確保について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高薬価維持制度である「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」を撤廃することが必要。</li> <li>・汎用の後発医薬品について、メーカーが安定的に供給できるようにしてほしい。</li> <li>・後発品メーカーの不正による業務停止がきっかけとなって、先発品を含めて多くの医薬品が品薄になるなど医薬品の供給が不安定となっている。そもそも、薬価の引き下げすぎによりメーカーによる品質不正や製造終了等を招いているのではないか。</li> <li>・小ロットで購入する医療機関の購入価格が赤字にならないように配慮してほしい。</li> <li>・不適切なプロモーションをした製薬企業に対してはその製薬企業が発売した医薬品すべての薬価をマイナスするなどしないと健全化しないと感じる。</li> <li>・昨今の医薬品の供給状況は、悪化の一途を辿るばかり。</li> <li>・製薬会社が従業員一人当たり利益を 1 億も出している中、健康保険を収めている国民が咳止めすら手にすることができない現状は早急に正していただきたい。</li> <li>・不安定供給の原因となったメーカーの不祥事は、医療費抑制策を目的とした国の施策によっ</li> </ul>	12 件

<p>て引き起こされた。評価体系の見直しによって解決されるものではなく、抜本的に後発医薬品使用促進施策を見直す必要がある。（同旨2件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・メーカーも安心して医薬品を提供できるような価格設定を望む。</li> <li>・処方したいのに、品薄状態で必要な薬が処方出来ないという事態が続いている。薬価の抜本的な見直しなどを含めて、この異様な状況を一刻も早く改善して頂きたい。</li> </ul>	
<p>○ 長期収載品への選定療養の仕組みについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・導入されれば、患者は実質4割負担を超える額を窓口で支払うこととなる。患者負担は「3割」を限度とする健保法の附則を蔑ろにするだけでなく、この手法での今後の更なる選定療養化（スイッチ OTC 化された医療用医薬品等）も危惧される。長期収載品の選定療養化には強く反対する。</li> <li>・準先発品を長期収載品と見なして選定療養の対象とするべきではない。</li> <li>・長期収載品への選定療養の仕組みの導入は止めてほしい。特に外来で院内調剤を行っている医療機関へは絶対に導入しないでほしい。</li> <li>・長期収載品の保険給付範囲を縮小し、選定療養として患者負担を増やすことによってその財源を確保しようとすることに反対である。</li> <li>・イノベーション推進の財源を長期収載品の患者負担増によって捻出することは問題である。（同旨1件）</li> <li>・導入されたとしても、医師が必要と判断した上で、長期収載品を処方した場合選定療養の対象外とすべきだ。また、後発品の供給が不安定な場合（出荷停止、出荷調整など）も、選定療養の対象外とすべきだ。（同旨1件）</li> <li>・大病院の紹介状なし受診時の定額負担なども含め、「選定療養」の範囲のこれ以上の拡大に反対し、むしろ「定額負担」等の「選定療養の義務化」を廃止することを求める。</li> <li>・長期収載薬品の保険給付外しを推進するならば、その場合、今まで保険給付された多くの薬を、スイッチ OTC 薬剤として薬局で購入することにもつながりかねない。</li> <li>・患者が経済的理由から処方内容に同意できない事態が起こることは安心・安全な医療を脅かすものであり許されない。即時撤廃すべき。（同旨1件）</li> <li>・必ずしも先発医薬品と後発医薬品は全く同じではなく、患者によっても効果が異なるため、医師が患者の状態や効果を把握、確認しながら処方しているのが現状。後発医薬品の供給不足の現状からみても患者負担を増やして後発医薬品に誘導するやり方は最悪だと感じる。</li> <li>・高額な薬剤においては、選定負担率4分の1としても、患者支払額が高額になるケースもあり、また選定療養負担は高額療養費制度の対象外であるため、選定負担部分に上限を設けるべき。</li> <li>・イノベーションを適切に評価し、創薬力強化に繋げること自体は必要と考える一方で毎年薬価改定に伴う薬価引き下げは、指摘されている通り限界に達している。</li> <li>・正当な理由なく長期収載品を選択する患者に対する後発医薬品との差額自己負担については、差額の25%では生ぬるいと思う。最低50%は自己負担とすべき。</li> <li>・小規模診療所における院内処方においては薬剤師が介入しておらず医者が処方権の乱用ともいうべき状態になっているので、小規模診療所における院内処方において、長期収載品の使用は例外なく選定療養にすべき。</li> </ul>	17件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医薬品卸が災害時の緊急車両・給油が認められないなど扱いが散々なのはどうか。卸もなり手がおらず医薬品供給拠点のものが崩壊の危機に瀕している。</li> </ul>	1件

#### IV 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

##### IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等 (110件)

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療DX、医薬品の安定供給等に資する取組の推進について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・「後発医薬品への変更不可」の記載が多い（例えば50%以上）医療機関の初診料や再診料等は、大幅に減額すべき。</li> <li>・さらなる使用促進のために、置き換え率の低い診療所は、薬局と同様に減額措置を講じていただきたい。</li> <li>・スイッチOTC化を促進してほしい。（同旨1件）</li> <li>・一部後発品メーカーによる後発医薬品（ニフェジピンGR20）の供給停止の余波で困っている。</li> <li>・基礎的医薬品と局方品を速やかに後発品へと変更できるようにしてほしい。</li> <li>・後発医薬品が入手できない。</li> <li>・後発医薬品の使用を促進する観点からも、普通錠と口腔内崩壊錠の違いがあっても、一般名処方加算2が算定できるようにしていただきたい。</li> <li>・後発医薬品の使用促進とありますが、先発品に比べて効果が弱い、且つ薬剤によっては、安定的に供給できていない。</li> <li>・後発医薬品の薬価をもう少し上げ、不正をしなくても利益が出るような薬価まで上げるべき。</li> <li>・先発変更不可の場合にも理由を記載させることを義務化するべき。</li> </ul> </li> </ul>	11件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 長期収載品について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・賛成する。（同旨1件）</li> <li>・医薬品の選択は医師の医学的判断に基づくものであり、選定療養という本来の趣旨とは異なる制度を用いて後発医薬品処方へ強引に誘導することは、到底認められない。</li> <li>・一般用医薬品で代替可能な、長期収載品は薬価削除すべき。</li> <li>・供給状況が改善されるまで長期収載品の保険給付の見直しは延期していただくことを強く要望する。（同旨3件）</li> <li>・先発医薬品と後発医薬品の差額はないようにしてほしい。</li> <li>・先発医薬品と後発医薬品の差額を患者に負担させない。（同旨87件）</li> </ul> </li> </ul>	97件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他           <ul style="list-style-type: none"> <li>・病理診断の補助のための「免疫染色」や「遺伝子検査」は、「体外診断用医薬品の範囲に含まれておらず、「使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない」の根拠は「第13部病理診断」においては該当しないと考えられる。</li> <li>・薬価で、金額が先発品より高い後発品を廃止し、先発品の薬価以下にしてはどうか。</li> </ul> </li> </ul>	2件

##### IV-2 費用対効果評価制度の活用 (4件)

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>・そもそも費用対効果があまりない、あるいは既存のものと同等と思われる新薬を承認したり薬価を高めにつけないでほしい。</li> <li>・最近、高額な薬剤が次々と保険適応になっている。一部の薬剤では費用対効果の検討が必要と思われる。</li> <li>・歯科の技術に対しての過小評価。</li> <li>・気候変動による健康への悪影響を考慮した、持続可能な医療システムの構築に向けた検討が必要。（デスフルランは温室効果が他の麻酔薬に比べて極めて高いことから、可能な限り代替薬を使う等）</li> </ul>	4件

##### IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等 (13件)

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度保険医療材料制度</li> </ul>	6件

<p>改革の骨子」に基づいた対応について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬価改定が毎年行われるようになってから、ジェネリック薬品、長期収載薬品の価格が下がりすぎて、製造してもメーカーが赤字になるような薬品が増えており、欠品が続いている。</li> <li>・調剤薬局は薬の説明で診療報酬をもらうのが本来の姿だが、調剤薬局同士で協力して問屋に圧力をかけて値下げ交渉をし、薬価差益で稼いでいる調剤薬局組合がある。</li> <li>・TeCは現在ラボへの外注料金が1000円から2000円となっているが保険点数では34点ではない。</li> <li>・歯科の方が医科と比較して滅菌消毒や材料に係る費用が高い。なぜ初再診料が医科より低いのか。</li> <li>・金銀パラジウム合金の価格は高騰しており、市場価格も安定していない。市場が安定する材料の保険導入を検討していただきたい。（同旨1件）</li> </ul>	
<p>○ 効率的な検査、処置及び麻酔の実施について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「効率的な」検査、処置が、所謂「丸め算定」につながらないよう配慮が必要である。「効率性」より現場の「労働実態に見合う」評価が必要。</li> <li>・手術以外の120点以上の処置に対する浸潤麻酔の点数算定を認めるべき。</li> <li>・笑気および酸素の購入価格が継続的に値上げされているが、保険点数においても実勢価格をもとに見直すようお願いしたい。</li> <li>・「体外照射料」は有用であるものの、放射線治療装置費用、保守費用に係るコストが現行の診療報酬体系で考慮されていない。</li> </ul>	4件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「市場実勢価格を踏まえた適正な評価」とあるが、何をもちて適正に評価されているのかが分からない。</li> <li>・オンライン請求について、毎月のメンテナンス料やそれにかかる光熱費、破損した場合は修繕費、電子証明書の負担は医療機関である。</li> <li>・購入に10%消費税を支払い、医療費収入には0%。やっていけない。</li> </ul>	3件

#### IV-4 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）

（II-1を参照）

#### IV-5 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）

（II-4を参照）

#### IV-6 外来医療の機能分化・強化等（再掲）

（II-5を参照）

#### IV-7 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）

（III-5を参照）



IV-8 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進（6件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開業医の処方を見ていると不適切な処方みかける。医科レセプトの審査に薬剤師も加えてはどうか。</li> <li>・ せっかく polypharmacy を解消して退院させてもまた以前の処方を安易に do する医療機関がある。このように機能していないかかりつけ医・薬局については保険診療上の評価で対応できないか。</li> <li>・ 歯科の観点でも医科も含めて服薬のコントロールを適切に行っていくことが、患者の QOL の向上にも繋がっていくと考える。歯科と保険薬局の情報連携における新たな体系を検討してほしい。</li> <li>・ OD 患者を多くだしている polypharmacy 精神科があるが、何らペナルティを受けていない。不適切な医療行為を行う病院・診療所などを厚生局や支払基金に通報できる制度が必要。</li> <li>・ 投薬時における薬剤の容器に関する規定を見直すのであれば、処方せんの有効期限も7日に延長してほしい。</li> <li>・ 院内処方では最近はお年寄りに分包することが多くなり、時間も人手もかかる。院内処方でもいくらか点数の加算があればと思う。</li> </ul>	6件

IV-9 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

（Ⅲ-8を参照）

○ その他（13件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現状は、薬局店舗対地方厚生局の届出の仕組みになっているが、チェーン薬局については、本部から厚生局へ届け出が可能な仕組みがあればよい。</li> <li>・ 一定の期間を設け、パブコメで寄せられた意見を改定の審議に反映させるべき。</li> <li>・ 診療報酬をめぐる報道のなかで「開業医はもうけすぎ」と書かれてあったのには、大変残念な気持ちになった。</li> <li>・ 民間は現状では新たな投資をすることは困難であり、今後公的医療資源への追加的な莫大な国費投入を懸念する。</li> <li>・ 雇用均等による本来想定される年間報酬は1200万円、人手不足による労働時間延長が行われた期間は令和元年12月から令和5年4月、当該期間における事業所での労働による収入源は300万円。</li> <li>・ これ以上現役世代に負担を求めるのは無理かと思う。少なくとも歯科のような混合診療をやはり導入せざるを得ないのではないか。</li> <li>・ 小児科の開業医であるが、診療所については、医療経済実態調査で経営が好調であるというのは本当か。</li> <li>・ 制度の簡素化、簡略化が最重要。</li> <li>・ 事務職員の確実な賃上げを推し進めるために、報告様式を作成するなどの賃上げが見える仕組み作り、委託・派遣職員においても同様に、賃上げの透明化を図る仕組み作りが必要ではないか。</li> <li>・ 全体の改定率は実質0.12%の引き下げであり、6回連続のマイナス改定であることに抗議する。</li> <li>・ 点数のシミュレーションについて詳細を開示して欲しい。</li> <li>・ 短冊の段階で、医科・歯科・調剤・訪問看護どの分野を対象とした改定なのか明確にしたい。</li> <li>・ 医療介護の改定情報を別々に発信するのではなく、病院・診療所・薬局・訪問看護STとその施設体系ごとにとりまとめて発信することはできないのか。</li> </ul>	13件