

## 「令和8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

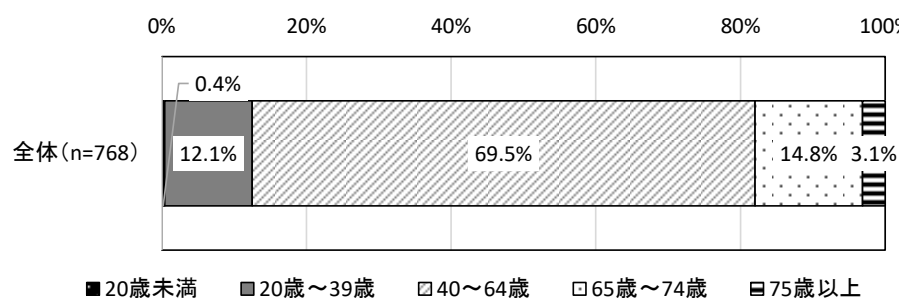
- (1) 意見募集期間：令和8年1月14日（水）～令和8年1月20日（火）
- (2) 告知方法：厚生労働省ホームページ
- (3) 意見提出方法：インターネットによる意見提出フォーム

### 2. 寄せられた意見

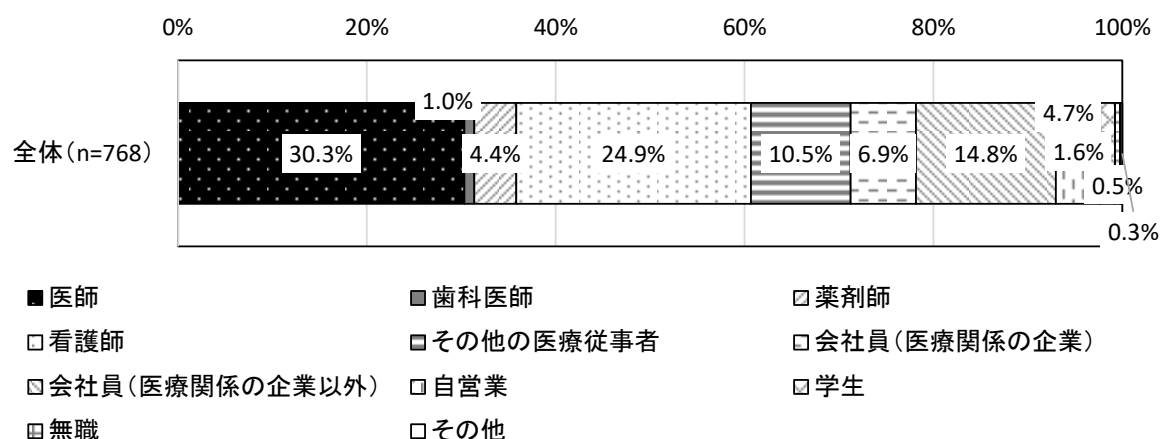
- (1) 意見提出件数 5808 件

- (2) 意見者の属性 (n=768)

#### ① 年齢



#### ② 職業



(3) 項目別の総意見件数 (5,806 件)

I 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応 (2,070 件)

項目 番号	内 容	件数
I-1	医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応	587 件
I-2-1	医療従事者の処遇改善	435 件
I-2-2	業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進	382 件
I-2-3	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	228 件
I-2-4	医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策	210 件
I-2-5	診療報酬上求める基準の柔軟化	228 件

II 2040 年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進 (1,475 件)

項目 番号	内 容	件数
II-1-1	患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備	193 件
II-1-2	人口の少ない地域の実情を踏まえた評価	140 件
II-2-1	在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価	98 件
II-2-2	円滑な入退院の実現	73 件
II-2-3	リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進	132 件
II-3	かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価	280 件
II-4-1	大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進	112 件
II-5-1	地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価	199 件
II-5-2	重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価	69 件
II-6	人口・医療資源の少ない地域への支援	99 件
II-7-1	業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進（再掲）	—
II-7-2	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（再掲）	—
II-8	医師の地域偏在対策の推進	80 件

III 安心・安全で質の高い医療の推進 (1,592 件)

項目 番号	内 容	件数
III-1	患者にとって安心・安全に医療を受けられる体制の評価	85 件
III-1-1	身体的拘束の最小化の推進	75 件
III-1-2	医療安全対策の推進	51 件
III-2	アウトカムにも着目した評価の推進	5 件
III-2-1	データを活用した診療実績による評価の推進	81 件
III-3	医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価	24 件
III-3-1	電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進	113 件
III-3-2	外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進	110 件
III-4	質の高いリハビリテーション	47 件
III-4-1	発症早期からのリハビリテーション介入の推進	14 件

項目 番号	内 容	件数
Ⅲ－４－２	土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実	51 件
Ⅲ－５－１	救急医療の充実	65 件
Ⅲ－５－２	小児・周産期医療の充実	55 件
Ⅲ－５－３	質の高いがん医療及び緩和ケアの評価	124 件
Ⅲ－５－４	質の高い精神医療の評価	60 件
Ⅲ－５－５	難病患者等に対する適切な医療の評価	28 件
Ⅲ－６	感染症対策や薬剤耐性対策の推進	66 件
Ⅲ－７	口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進	296 件
Ⅲ－８	地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化	166 件
Ⅲ－９	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	76 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（671 件）

項目 番号	内 容	件数
Ⅳ－１	後発医薬品・バイオ後続品の使用促進	156 件
Ⅳ－２	費用対効果評価制度の活用	49 件
Ⅳ－３－１	医薬品、医療機器、検査等に関する、市場実勢価格を踏まえた適正な評価／効率的かつ有効・安全な利用体制の確保	122 件
Ⅳ－４－１	重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応	116 件
Ⅳ－４－２	医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進	47 件
Ⅳ－４－３	医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進	138 件
Ⅳ－４－４	電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進（再掲）	－
Ⅳ－５	外来医療の機能分化と連携（再掲）	－
Ⅳ－６	医療ＤＸやＩＣＴ連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）	43 件

(4) 「令和8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

I 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

I-1 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応 (587 件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 賃金について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ とにかく他業種と同じくらいの賃金をもらえるような体系にしてほしい。(同旨 23 件)</li> <li>・ 人件費であれば人件費に適切に反映されるような評価の仕方を希望する。(同旨 6 件)</li> <li>・ ペア評価料により同一法人内、同一職種の賃金に差が生じており、ベースアップではなく、手当としての支給にとどまっている。また多くの医療機関で事業存続のためのボーナスカットがされている状況であり、ペアではなく、引き下げられた年間賞与の回復が先行されることになり、実際の賃上げはされない。(同旨 7 件)</li> <li>・ 診療報酬が公定価格である以上、物価・賃金上昇を自動的に反映できる仕組みが不可欠であり、少なくとも人件費や医療材料費等に対応した限定的な物価連動の制度化を検討すべき。(同旨 24 件)</li> <li>・ 医療材料費と人件費(最低賃金も)は著明に高騰しているにも関わらず、医療報酬はそれに見合う増加がないため、減収減益となっている。銀行ローンも貸し渋られ経営が困難となりつつある。(同旨 13 件)</li> <li>・ 医師はもちろん、新卒・既卒看護師含め人材確保が非常に困難。人材紹介会社に頼らざるを得ず、人件費も増えている。(同旨 20 件)</li> <li>・ 小規模の薬局においては、中～大規模薬局と比べて、人材確保、医療材料、医薬品購入などで、多くの経費を費やしている。特に人材確保については、処遇を厚くしなくてはならず、薬剤購入についても高い費用で購入し、納入の優先順位も低くなる傾向にある。つまり、経費がかかり、利益が薄いことを理解頂きたい。(同旨 6 件)</li> <li>・ 人件費が捻出できず、閉院・廃業が相次いでいる。(同旨 2 件)</li> <li>・ 精神科で配置基準以上の人員が必要。加算拡充が必要。(同旨 2 件)</li> <li>・ 医師の働き方改革は進むが、人員確保難と報酬据え置きで現場にしわ寄せがくる。</li> </ul>	112 件
<p>○ 初・再診料や入院基本料等について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本診療料は、全医療従事者が患者に必要な医療を不足なく提供するために必要かつ最も基本的な技術評価であり、医療機関・保険医療機関の経営を安定させる十分な原資となるだけの点数設定である必要がある。将来の医療提供体制を、物理・人的双方の面で確保する上でも、初・再診料や入院基本料等の基本診療料を大幅に引き上げるべきである。(同旨 32 件)</li> <li>・ 歯科初再診料を医科初再診料と同等にしてほしい。物価高や光熱費、人件費は医科も歯科も同等である。感染リスクなどを考慮しても患者に対応する準備や経費などを考慮しても医科より経費がかかっているように感じる。物価スライド制を導入し、毎年度、初再診料に反映して頂きたい。(同旨 22 件)</li> <li>・ 「物価高騰対策」は別評価ではなく、初診料、再診料、入院基本料など基本報酬の引き上げで行うべきである。前回改定で「賃上げ対応」として新設されたベースアップ評価料は煩雑な事務を要したため、診療所の届出が4割程度に留まり結果的に賃上げが困難となった。「物価高騰対策」も算定要件・施設基準などを設けた場合、算定が困難になる。すべての医療機関に評価が行きわたるよう、初診料、再診料、入院基本料など基本報酬の引き上げで行うべき。(同旨 22 件)</li> <li>・ 「物価対応分」は、「特別な項目を設定することにより対応」として、「令和8年度診療報酬改定時の見直しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には、令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う」とされているが、これによって経済・物価の動向により減算評価にもなり得る。そもそも低すぎる診療報酬の底上げが求められているのであり、物価上昇対応はもとより、すべての医療機関経営の改善に資するよう、基本診療料及び入院基本料の本体点数を引き上げて対応すべき。</li> <li>・ 病院だけでなく一般の診療所(特に整形外科などマイナー科)も手厚く傷病に対する管理料などの新設を求める。</li> <li>・ 在宅医療を主に行う診療所においては初・再診料の算定頻度は外来診療を主に行う診療所</li> </ul>	84 件

<p>と比較して相対的に低く、在宅患者訪問診療料においても同様の見直しを行うこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 黒字が多い診療所の初・再診料等の引き上げには反対。診療所の初・再診料等は引き下げるべき。（同旨 1 件）</li> </ul>	
<p>○ 物価高騰について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 物価高の中、低い公定価格で据え置かれるのは病院としてどうしようもできない。本当に深刻なので何とか物価に追いつくような診療報酬改定にしてほしい。（同旨 116 件）</li> <li>・ 歯科用貴金属材料の価格高騰への抜本的対応について昨今の歯科用貴金属材料の市場価格高騰に対し、公定価格（診療報酬・材料価格）の改定が追いつかず、長期間にわたり医療機関が持ち出し（逆ザヤ）となっている。物件費高騰への対応として、部分的な材料変更（脱・貴金属）だけでなく、市場価格の変動に柔軟かつ迅速に対応できる価格設定システムの構築など、医療機関の経営を圧迫しない根本的な解決策を講じることを強く要望する。（同旨 56 件）</li> <li>・ 物価対応分+0.76%でも、病院は 0.49%に対し、医科診療所は 0.1%と落差があり、赤字診療所は救われない。（同旨 32 件）</li> </ul>	207 件
<p>○ 入院時の食費及び光熱水費の基準額引き上げについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本来なら補助金などの個別対応でなく、人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等を全て含んで対応できる保険点数にすべき。（同旨 17 件）</li> <li>・ 公的病院の 9 割近くが赤字という状況。この 1 年を評価し医療機関等の経営状況に支障が生じた場合に調整するとのことだが、殆どの公的病院ですでに支障が生じているため、改定率について再検討が必要。（同旨 3 件）</li> <li>・ 建物の老朽化をはじめ医療機器その他への設備投資については、病院とは規模が違うだけで、医業を継続するにあたっては、食材費を除いて必要となる経費は同じ。医療機関の内部留保を問題視する意見もあるが、ある程度の留保も無いと何も身動きが取れない。</li> <li>・ 入院時の食費及び光熱水費の基準額をそれぞれ 40 円/食、60 円/日引き上げるとしているが、この程度の引き上げ額では赤字から脱することは困難であり、再考を求める。（同旨 13 件）</li> <li>・ 高齢の入院患者が増えていることから、必要なエネルギー摂取が難しく、栄養補助食品の追加等も委託給食会社との契約外で対応していることが多く、ほぼすべてが持ち出し。</li> <li>・ ONS の急激な適応制限は段階的にすべき。地域一体型 NST・多職種連携の整備と経過措置も必要。（同旨 8 件）</li> <li>・ 規模によって光熱費、人件費の負担も違う。小規模で 1 人薬剤師の薬局と複数の薬剤師、事務員の店舗とは固定費も違う。一律ではなくメリハリをつけた対応が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 診療報酬を一律に引き下げるのではなく、明らかに不適切と考えられる診療行為に対する指導・監査・是正をより強化することこそが、医療費適正化に資するのではないか。</li> <li>・ 全く不足している。特に消費税最終納税者としては医療品だけではなく、光熱費の維持が難しくなっている。その分が診療報酬に全く反映されていないと感じる。（同旨 2 件）</li> </ul>	53 件
<p>○ 薬局・医薬品等について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 土曜日、日曜日に勤務する薬剤師への待遇を更に充実したものになることを望む。（同旨 1 件）</li> <li>・ 薬を冷所保管するだけでも、かなりの電気代がかかる。地域体制加算 2 を算定出来る薬局は、それ相応の企業努力をしている。地域体制加算 2 が算定出来る薬局に、電気代支援をお願いしたい。（同旨 2 件）</li> <li>・ 単に損益結果のみを比較し、薬局や開業医の報酬抑制を進めることは、現場の努力や構造的違いを無視した議論であり、地域医療の担い手を疲弊させる恐れがある。（同旨 11 件）</li> </ul>	17 件
<p>○ 消費税について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ せめて消費税の徴収か還付、もしくはゼロ税率の導入が必要。（同旨 15 件）</li> <li>・ 薬剤費抑制をして薬価の差益はないが、仕入れに消費税がかかり、消費税の値上げと薬価抑制で逆ザヤが発生している。医薬品仕入れの消費税をなくしてほしい。</li> </ul>	17 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今回示された診療報酬 3.08%の改定では、全国の医療機関の経営を改善させるにはほど遠いです。少なくとも 10%以上の改定が必要。（同旨 30 件）</li> <li>・ 最低限、インフレ率に並行するように診療報酬を上げていただきたい。（同旨 1 件）</li> </ul>	97 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 材料費等が高騰している。（同旨 15 件）</li> <li>・ 施設の補修費や非常電源の更新など毎年では無いにしろ、高額な費用が必要なタイミングがある。今の経営状態ではその費用捻出も難しい。対応を考えて頂きたい。（同旨 10 件）</li> <li>・ 複雑な制度にならないようお願いしたい。（同旨 24 件）</li> <li>・ 診療報酬のアップを患者負担増には結び付けないでほしい。（同旨 6 件）</li> <li>・ パブコメ期間の延長、中医協での検討プロセスの透明化を求める。（同旨 4 件）</li> </ul>	
---	--

### I－2－1 医療従事者の処遇改善（435 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 医療従事者の処遇改善について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ベースアップ評価料ではなく、初再診料や技術料の引き上げで対応すべき。（同旨 94 件）</li> <li>・ ベースアップ加算等は、その事務作業の負担が大きい。（同旨 46 件）</li> <li>・ ベア評価料により同一法人内、同一職種の賃金に差が生じており、ベースアップではなく、手当としての支給にとどまっている。（同旨 24 件）</li> <li>・ 医療職の賃上げ率が他産業より低く、人材確保が困難なため 10%程度の抜本的賃上げ財源が必要。（同旨 94 件）</li> <li>・ 物価高のため処遇改善まで賄えない。（同旨 2 件）</li> <li>・ 初再診料等で賃上げ原資が配分されても小規模医療機関では補填できず、追加的な評価が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 医師・看護師不足で病院運営が困難になり収益も上がらないため、処遇悪化の悪循環が生じている。（同旨 2 件）</li> <li>・ 看護師の賃上げが進まず夜勤の負担も重いため、処遇改善と人員確保に直結する診療報酬改定が必要。（同旨 13 件）</li> <li>・ 夜間対応等の評価が低く、労働条件に見合う報酬がなければ誰も対応しなくなる。（同旨 3 件）</li> <li>・ 繁忙度の高い診療科と低い診療科で同じベースアップ評価は不公平。診療科等別の調整が必要。（同旨 23 件）</li> <li>・ 歯科衛生士・技工士の給与が低すぎるため、歯科医療の質維持のためにも診療報酬の充実を求める。（同旨 29 件）</li> <li>・ 病院薬剤師は給与が低く薬局へ流出しているため、基本給が上がる確実な処遇改善策が必要。（同旨 9 件）</li> <li>・ 病院運営を支える総務・システムなどの職種にも処遇改善を広げるべき。（同旨 32 件）</li> <li>・ 医療費未払いが経営を圧迫しており、一定回数で警察通報できるなど法律整備を求める。（同旨 3 件）</li> <li>・ 人材派遣会社の高額な手数料が経営を圧迫している。（同旨 3 件）</li> <li>・ 無断キャンセルへの対策を講じてほしい。</li> <li>・ 看護職員夜間配置は要件より加算額の大幅引き上げで実効性を確保すべき。（同旨 13 件）</li> <li>・ 人手不足で本来必要な丁寧なケアができず離職につながるため、賃金だけでなく業務負担軽減も不可欠。（同旨 11 件）</li> <li>・ 賃上げだけでなく、ICT や AI によるワークシェア推進で業務負担軽減が必要。（同旨 5 件）</li> <li>・ 患者・家族によるハラスメントへの行政啓発と対策強化が必要。（同旨 2 件）</li> <li>・ 賃上げの確認・指導の仕組みが必要。（同旨 5 件）</li> </ul>	435 件

### I－2－2 業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進（382 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 看護業務における ICT 機器等の活用について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ICT、AI、IoT 等の利活用の推進は理解するが、導入により、配置の緩和は反対であり、導入による看護職員の負担軽減が生じて、働き続けられる労働環境が実現することが、持続可能は医療提供となる。（同旨 3 件）</li> <li>・ 看護に限定せずに施設の診療報酬に反映していただきたい。（同旨 6 件）</li> <li>・ 入院時の持参薬の整理や合併症リスクの有無など可能な限り AI 等を活用すべき。</li> </ul>	13 件



・ 病棟で持ち運びできるタブレットのさらなる普及が必要。	
○ 医師事務に係る業務効率化・負担軽減等について ・ 医師事務作業補助体制加算の人員配置基準を柔軟化することに賛成。 ・ 勤続5年以上の医事課職員が研修期間なしで医師事務作業補助の一部対応することも認める方針にしていきたい。 ・ 医師事務作業体制加算の人員配置基準の柔軟化することでは、医師負担軽減の役にはならない。（同旨2件）	5件
○ 医療DXへの対応、業務簡素化について ・ 施設基準等の届出・報告の簡素化はぜひ進めてほしい。（同旨21件） ・ 複雑怪奇な算定ルールを整理・簡素化が必要。ICTを導入しても改修やチェック負担が増大している。（同旨4件） ・ マイナ保険証を国が義務化すること。普及を医療機関任せにせず、資格確認書のような例外は作らないでほしい。（同旨1件） ・ 小規模医療機関での導入・維持コストやセキュリティ対応が障壁のため、診療報酬上の評価や手続き簡素化をすべき。 ・ 電話前提で煩雑になりがち。電子カルテ情報共有等で簡素化し、国としても促進すべき。（同旨6件）	37件
○ 様式9について ・ 様式9作成のために看護業務が圧迫されている。不要な除算や過度な調査要求は廃止すべき。（同旨2件） ・ 感染対策研修のように義務化されている研修が様式9に計上できないのは不合理で、計上対象にすべき。	4件
○ その他について ・ 初期費用だけでなく、メンテナンス費用やセキュリティ対策にもコストがかかる。もっと財政的支援や評価・報酬がなければ、推進は無理だと感じる。（同旨240件） ・ 各病院が個別に高いセキュリティレベルを担保し、許可を得るには限界がある。国が責任をもって基盤を構築すべき。（同旨18件） ・ オンライン診療は適切に実施すべき。（同旨13件） ・ マイナンバーカードをもっとしっかり広めて欲しい。（同旨10件） ・ オンライン資格確認などDX初期段階のシステムトラブルが多く、むしろ業務負担が増えている。（同旨18件） ・ AIには情報漏洩や誤診（ハルシネーション）などのリスクがあり、責任の所在が不明確。（同旨15件） ・ 購入に補助を出しても使われていない機器が多くみられる。（同旨2件）	323件

### I-2-3 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（228件）

主な意見の内容	件数
○ 人材確保について ・ 人件費分の点数をつけると促進が進む。（同旨18件） ・ 特定行為看護師に手当をつけるという条件で特定行為看護師の配置に関する加算を考えるべき。（同旨6件） ・ タスクシェアリングできる人材を雇用したり、教育できる費用がない。米国の病院と日本の病院を比較すると、1床当たりの人員数が一桁違う。（同旨6件） ・ 歯科医院において金属高騰は死活問題。 ・ 臨床工学技士の関与については、制度上の評価や位置づけが必ずしも明確ではない。（同旨8件）	43件
○ タスク・シェアリング／タスク・シフティングについて ・ 責任だけ増えるタスクシフトには反対。（同旨10件） ・ タスク・シェアリング／タスク・シフティングおよびチーム医療の推進にあたっては、業務範囲と責任の明確化、教育・研修体制の整備、ならびに複数職種が連携する体制そのものを評価する診療報酬上の仕組みが不可欠。（同旨76件）	168件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在医師にしか認められていない権限をある程度看護師などの従事者に移譲出来る法的整備がなされれば、ある程度の効率化は見込めるのではないかと。（同旨 5 件）</li> <li>・ 医療過誤があった際のリスクを負うのはタスク・シフティングをされた看護師・コメディカルであるため丁寧に考える必要がある。（同旨 3 件）</li> <li>・ 医師自身も業務内容の見直しや効率化に主体的に取り組む姿勢が不可欠であり、単なる業務委任とならないよう、運用の在り方を慎重に検討する必要がある。（同旨 1 件）</li> <li>・ 歯科の場合、共通認識がまだまだ不足している現状でのチーム医療を推進するファウンデーションが全く不足している。（同旨 3 件）</li> <li>・ タスクシェア・タスクシフトは主に医師から看護師や薬剤師などへの移管をメインに話をされているが、移管された側は人員に限られる中で業務が増えるだけなので、看護師や薬剤師の人員確保（待遇改善）に向けた対応とセットで進めて欲しい。（同旨 24 件）</li> <li>・ 看護職以外が病棟業務を行う体制について、理学療法士等が食事ケア等のケア業務を行うことが想定されているが、このような体制は安易な人材不足対応として行われやすく、結果的に患者の ADL 回復や自立支援への対応が疎かになる危険性がある。（同旨 2 件）</li> <li>・ 歯科衛生士、歯科技工士の業務範囲を拡大してほしい。（同旨 14 件）</li> <li>・ 居宅、施設在宅で介護を受けている患者においては、安定している患者こそリフィル処方を導入することが必要ではないか。（同旨 12 件）</li> <li>・ 独居の高齢者の多い昨今、在宅で腹膜透析を行う場合、ヘルパーさんがバッグ交換を出来るように検討して頂きたいと思います。ヘルパーさんへの指導は基幹病院等が行い、一定レベルを満たす場合に許可するなど技術的な面を担保すれば可能ではないか。（同旨 4 件）</li> <li>・ 医療従事者の働き方改革も必要で、施設内でのチーム体制や、地域での施設間の連携も必要。時間外診療の充実とともに、急患診療所の混雑を防ぐために適正受診を促す仕組みも必要。（同旨 2 件）</li> </ul>	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 推進すべき。（同旨 7 件）</li> <li>・ 現場での対応は難しい。（同旨 3 件）</li> <li>・ 施策内容が現場実態を踏まえていない。（同旨 2 件）</li> <li>・ 様々な加算や生活習慣病の指導管理料などの書類作成による医療従事者のペーパーワークが重荷となっている。書類等の簡素化を進めるべき。（同旨 1 件）</li> </ul>	17 件

#### I-2-4 医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策（210 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 医師の働き方改革の推進、診療科偏在対策について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師数の抜本的増員が必要。（同旨 10 件）</li> <li>・ いわゆる直美・直リハ・直在などを選択されないよう、一定の制限を設けるよう早急に検討してほしい。（同旨 43 件）</li> <li>・ 地域医療体制確保加算は勤改センターから医師労働時間の短縮に関して助言を受けている事を必須とするべき。（同旨 36 件）</li> <li>・ 消化器外科、小児科、産婦人科を守らないと日本の医療は崩壊する。（同旨 34 件）</li> <li>・ 薬剤師の上限に比べ医師の負担が過大、完全予約制など見直しが必要。（同旨 10 件）</li> <li>・ 診療科偏在は医学教育とも関連している。国民も含めた議論が必要。（同旨 7 件）</li> <li>・ オンライン診療で偏在改善が可能ではないか。（同旨 5 件）</li> <li>・ 医療機関や集約化や医療連携推進法人の規制緩和が必要。（同旨 5 件）</li> <li>・ 診療報酬を上げて医師の報酬を増やさなければなければ、自由診療中心の美容や皮膚科に医師は流れていく。（同旨 3 件）</li> <li>・ 歯科の報酬が先進国比で低すぎる。（同旨 3 件）</li> <li>・ 診療科偏在対策は憲法違反である。（同旨 1 件）</li> <li>・ 医師偏在対策として、保険診療外の補助を県行政だけでなく保険者にまで負担を求めることに反対。（同旨 1 件）</li> <li>・ 女医の増加等により生涯第一線で勤務できる医師が減った。（同旨 1 件）</li> <li>・ 診療所でひたすら働き続けているのに、経営は不安定で将来を悲観している。（同旨 1 件）</li> </ul>	175 件



主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>診療科の偏在対策には勤務環境や処遇改善も必要だが、患者の医療リテラシーの向上や不当な医療訴訟リスクを回避できる制度など必要。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 休日加算、時間外加算、深夜加算の見直しについて <ul style="list-style-type: none"> <li>外科系処置の保険点数を上げる必要がある。（同旨 4 件）</li> <li>必要な緊急手術に対する適切な加算をお願いしたい。（同旨 2 件）</li> <li>手術の保険点数を上げ、外来診療の保険点数を下げることで外科医を目指す人が増える。</li> <li>地域の小児準日間診療は地域医療インフラとして不可欠である一方、従事医師の本務先とは異なる施設で行われるため現行の診療報酬体系では評価されにくい実態がある。地域医療への時間外従事を制度上どのように評価するか検討すべき。</li> <li>加算の見直しは賛成するが、それを国民負担に強いるのは間違いではないか。</li> <li>夜間休日の救急診療の対応について、選定療養費（生活保護者も例外なし）などで医療機関の収入を増やし対応する医療従事者の処遇改善が望ましい。</li> </ul> </li> </ul>	12 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>政策実行の責任体制を明確化し、第三者委員会による検証を行うべき。（同旨 2 件）</li> <li>自覚症状の聞き取り等は AI で代替可能ではないか。（同旨 1 件）</li> <li>自由診療が規制外なのは問題で、遵守・監査の強化を求める。（同旨 2 件）</li> <li>職業選択の自由を侵さない制度設計を求める。（同旨 2 件）</li> <li>チェーンクリニックや責任不明瞭な体制が見受けられる。かかりつけ医の理念に沿った制度を求める。</li> <li>薬剤師にも診療（調剤）拒否の権利を与え、カスハラから守る制度が必要。（同旨 1 件）</li> <li>リスクの大きい診療科では業務上過失の刑事責任を免除する等の措置が必要。</li> <li>かかりつけ医が講習等で腹膜透析関連の申請を行えるよう要件緩和を求める。</li> <li>患者減少により診療時間が自然に短縮している。（同旨 1 件）</li> <li>医療機関や医師に対して、看取りや介護を頑張るインセンティブを作るべき。（同旨 2 件）</li> <li>不要な対応や判断に追われることがないよう、OTC で代替できるような処方はやめるべき。</li> <li>取組を推進すべき。</li> </ul> </li> </ul>	23 件

#### I－２－５ 診療報酬上求める基準の柔軟化（228 件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 看護職員の配置基準について <ul style="list-style-type: none"> <li>人手不足や欠員の際の施設基準等を柔軟化して頂けるのは助かる。（同旨 4 件）</li> <li>国際比較の観点からも、看護配置緩和は医療の質低下や離職促進につながるため反対。（同旨 1 件）</li> <li>人材確保が困難な急性期病院が医療提供を維持できるよう一定期間の経過措置や段階的要件を設けるなど実態に即した柔軟化を求める。（同旨 4 件）</li> <li>看護必要度が複雑すぎる。簡素化すべき。</li> <li>全職種の給与改善も含め抜本改革が必要。（同旨 3 件）</li> </ul> </li> </ul>	17 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療安全、感染症対策、入院栄養管理について <ul style="list-style-type: none"> <li>専従者が 1 名しかいない医療機関で兼務が強いられ、感染対策の質が低下する懸念がある。専従者「数」による一定の線引きは必要であり、複数名の専従配置が確保された場合に限り、例外的に兼務を認めるべき。ただし人数のみで判断するのではなく、安全に感染対策を担保できる体制が維持されることを緩和の絶対条件とすべきである。（同旨 4 件）</li> <li>精神科の急性期医療では、入院基本料の最低ラインでは残業も非常に多くなり、医療安全の保証も難しい。（同旨 1 件）</li> <li>画一的な基準によって必要な医療が制限されることのないよう、慎重な検討が必要。特に低栄養は、早期に適切な介入を行うことで重症化や要介護化を防ぐことが可能な状態であり、診療報酬上の基準から除外されるべきではない。（同旨 2 件）</li> <li>感染対策向上加算 3 を算定中の施設において従事している臨床検査技師もしくは薬剤師も院内感染管理者として配置できないか。</li> </ul> </li> </ul>	13 件

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基準の柔軟化は、医療の質・安全を担保するため、代替要件（アウトカムやプロセス指標）を選択できる仕組みとしていただきたい。（同旨 1 件）</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 常勤職員の柔軟な配置について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 最低額引き上げと賃金を物価上昇に連動させる制度が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 常勤職員の定義が病院ごとに異なり不公平が生じているため国が統一基準を明示すべき。</li> <li>・ 常勤要件緩和には反対、むしろ配置の厳格化・人員増が必要。</li> <li>・ 時間外や急患センター勤務など負担の大きい業務への報酬を手厚くしてほしい。</li> </ul> </li> </ul>	5 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 摂食嚥下機能回復について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経口摂取可能でも短腸症候群等では経腸栄養が必要であり、要件見直し時に配慮すべき。</li> <li>・ 嚥下低下患者の特別食加算は材料費・人件費増で負担が大きくなり見直しを求める。</li> <li>・ 専任管理栄養士不在で経腸栄養管理加算が届出困難な病院が多く、加算点数引き上げを求める。</li> <li>・ 高齢者救急の受け皿として医療療養型転院を在宅復帰扱いにし急性期との連携円滑化を図るべき。</li> </ul> </li> </ul>	4 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 柔軟なリハビリテーション提供体制の構築について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神科でもリハ・ST・歯科口腔管理等に評価が必要で、総合的な医療提供が求められる。</li> <li>・ 地方診療所ではリハ等の人員基準が確保できず算定断念が多く、非常勤やタスクシェア前提の緩和が必要。</li> <li>・ 内科の管理料が高く整形外科やリハの点数が低すぎるため是正してほしい。</li> </ul> </li> </ul>	3 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 算定に当たって文書提供を義務付けるものが多数あり、書類作成に労力を奪われます。また、指導の場では詳細なカルテ記載を求められるが、もっと診療に力を注げるように要件を緩和していただきたい。（同旨 28 件）</li> <li>・ 厳しい環境の中で、機械的な人員基準を強制すべきではない。（同旨 39 件）</li> <li>・ 消費税すら取れない。せめて物価スライド制で診療報酬も上げるべき。（同旨 20 件）</li> <li>・ 中小薬局は集中度規制で基本料が減ると経営不能となるため、地域医療維持のため減算はやめるべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ OTC 類似薬の調剤料は減額もしくは廃止すべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ 歯科領域は技術や材料の進歩・現場ニーズに制度が追いついておらず、柔軟で実態に合った見直しが必要。（同旨 28 件）</li> <li>・ 現場の負担や実際の医療内容に見合った実質的な評価に改め、古い頻度制限や形式的な基準を見直すべき。（同旨 36 件）</li> <li>・ 人手不足の根本原因は絶対数不足と処遇の悪さであり基準軽減ではなく職種別の処遇改善・最低賃金制が必要。（同旨 5 件）</li> <li>・ 届出や基準違反が多いため条件順守の定期確認や違反時の処分明確化が不可欠。（同旨 5 件）</li> <li>・ 2 年に一度の診療報酬改定は廃止し根本的な制度見直しが必要。（同旨 8 件）</li> <li>・ 情報セキュリティの評価は入院だけでなく外来でも算定すべき。</li> <li>・ 高血圧治療補助アプリは初診算定不可で初回受診が無駄になり治療開始が遅れるため、医学管理料併算定不要とすべき。</li> </ul> </li> </ul>	186 件

## Ⅱ 2040 年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

### Ⅱ－１－１ 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備 (193 件)

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者ニーズへの対応について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域医療構想については、医科・歯科・介護の連携を前提とし、単一機能に固定しない柔軟な運用と、患者アウトカムを重視した検証を行うことで、切れ目のない医療提供体制を確保すべき。(同旨 4 件)</li> <li>・ マイナ保険証を使わない患者には相応の自己負担を求めるべき。(同旨 1 件)</li> <li>・ 双方向の患者ニーズ把握のため情報交換システム整備が必要。(同旨 3 件)</li> <li>・ 選定療養・自由診療化を患者ニーズに応じ導入すべき。</li> <li>・ 当事者の意見を直接反映する仕組みにすべき。</li> </ul> </li> </ul>	13 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域医療構想について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病床削減は地域住民の意見を踏まえ慎重に行うべき。</li> <li>・ 病床削減補助金ではなく医療体制充実のために使うべき。(同旨 1 件)</li> <li>・ 地域医療構想は現実的でなく地域で医療を受けられる体制が必要。(同旨 7 件)</li> <li>・ 医療機関の集約化で効率向上が必要と考える。</li> <li>・ 地域格差を踏まえ公平な仕組みにすべき。(同旨 10 件)</li> <li>・ 病院機能は分化されなければ医療は完結しない。(同旨 13 件)</li> </ul> </li> </ul>	37 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人材確保について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括ケアシステムの中核として、診療所医師がケアマネージャー、訪問看護、薬剤師等とリアルタイムで情報提供・連携出来る体制を評価すべき。(同旨 2 件)</li> <li>・ 患者は経験豊富な医師を選ぶため柔軟な価格体系や情報開示が必要。(同旨 2 件)</li> <li>・ 災害・感染症に備え余裕ある病床と人員確保が必要。地域の開業医や看護師の活用も十分考えられる。開業制限は逆効果。</li> <li>・ 医師会の「面で支える」方針が重要。(同旨 1 件)</li> <li>・ 病院間の医師確保調整は行政が担わないと難しい。(同旨 1 件)</li> </ul> </li> </ul>	11 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病診連携について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ マイナ保険証と連携した医療連携システムを構築してほしい。かかりつけ医院の情報から直接、簡単に連携をとれるシステムを構築して頂きたい。</li> <li>・ 地域全体を一体化する水平連携の司令塔として基幹病院の役割が必要。</li> <li>・ 歯科診療所の訪問先病院(医科)のカンファレンス参加を評価すべき。</li> <li>・ 病診連携を評価し診療所への加点を求める。</li> </ul> </li> </ul>	4 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高齢者への医療について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 急性期高齢者の診療リスクを評価すべき。(同旨 2 件)</li> <li>・ 患者のニーズは高齢化により複合化しており、専門分化が進むほど入院中の「主治医機能(総合的な全身管理と横断調整)」が重要になる。急性期病院内においても総合内科的に診る責任主体を明確化し、必要に応じて専門科と協働する体制が地域医療構想の中で位置づくよう求める。(同旨 1 件)</li> <li>・ これからは急性期ではなく、慢性期や高齢者医療に関するニーズが高まるため、その部分を手厚くすべき。(同旨 3 件)</li> <li>・ 制度が分かりにくく高齢者には理解しづらいため改善すべき。</li> <li>・ 高齢者の高額抗がん剤は自費にし、最低薬価のみ保険適用とすべき。</li> <li>・ 他科受診減算は廃止し高齢者の眼科受診は特例扱いすべき。</li> </ul> </li> </ul>	12 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括ケアや退院支援について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院後フォローや訪問支援の加算を増やすべき。(同旨 1 件)</li> <li>・ 地域包括医療病棟のリハ・栄養・口腔連携加算について、安易な緩和はせず、その基準を 2 段階にする等、現状の取り組みの質低下を招かないようにする必要がある。</li> </ul> </li> </ul>	18 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括病棟の基準緩和と B 項目削除反対を求める。</li> <li>・ 地域包括病棟基準が厳しく高齢者救急受入を阻害しているため緩和すべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ 病院の機能分化が進み、術後早期の患者や急性期を脱した患者の診療所への移行が加速している。術後のリハビリの継続、内科における複雑な併存疾患を持つ患者など、診療所に求められる役割と責務は増大している。病院から診療所へのスムーズな移行を促すため、紹介・逆紹介の事務負担や移行直後の手厚い診療・指導に対する評価を拡充すべき。</li> <li>・ 外来は開業医、入院・看取りは在宅医という機能分担が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 病棟から在宅への移行支援会議を簡便化すべき。</li> <li>・ 急性期医療に限らず、地域・在宅・ホスピスを含む継続的な医療提供体制が必要。（同旨 3 件）</li> <li>・ 地域に応じた救急・在宅医療体制の整備を求める。（同旨 1 件）</li> <li>・ インフル薬なども出来高算定とし在宅医療用材料も別算定を認めるべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅療養を行っている患者かどうかの評価も検討いただきたい。</li> <li>・ 内科系の重症度・必要度評価を改善し、救急受入等も加算対象とすべき。</li> <li>・ 内科重症患者への評価改善と急性期受け入れ体制の両立が必要。</li> <li>・ 救急車以外の緊急入院も必要度評価の対象にすべき。</li> <li>・ 必要度評価の頻繁な改定は現場負担が大きく安定した基準設定が必要。</li> </ul> </li> </ul>	5 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 口腔管理等について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科の地域医療参画を適切に評価し多職種連携を整備すべき。</li> <li>・ 歯科の「かかりつけ機能」を制度化し地域差を是正すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 地域包括医療病棟に入院する患者は、高齢者や嚥下機能低下、低栄養等のリスクを有する者が多く、口腔管理は誤嚥性肺炎予防、全身状態の維持、在宅復帰支援において極めて重要。地域包括病棟での口腔管理評価を新設・拡充すべき。（同旨 4 件）</li> <li>・ 歯科衛生士単独訪問を認め患者負担を軽減すべき。</li> <li>・ 地方では歯科衛生士・病院歯科が不足している。</li> <li>・ 介護施設での口腔管理義務化が周知されておらず、関係部局が協力し周知すべき。</li> <li>・ 高齢者の義歯ニーズは通院困難で在宅側に移っており歯科供給が追いついていない。</li> <li>・ 歯科でも禁煙治療を保険適用し医療費削減に寄与すべき。</li> <li>・ CAD/CAM 冠の適用を永久歯代行乳歯に拡大すべき。</li> <li>・ 削り出しチタン冠を保険収載し技工負担を軽減すべき。</li> </ul> </li> </ul>	15 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 回復期について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 回復期リハビリテーションにおける排泄自立支援の診療報酬評価を簡素化し改善すべき。</li> <li>・ 回復期で骨折治療薬を包括外にして早期処方を実現にすべき。</li> <li>・ 廃用症候群評価は病態差を踏まえ詳細分析が必要。</li> <li>・ 回復期リハ病棟の運用が実態と合わず基準緩和や転換支援が必要。（同旨 4 件）</li> </ul> </li> </ul>	8 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 各種評価について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 内科・総合診療の需要増に合わせ評価を高めるべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 同日複数手術の評価を現実的にし、効率化を妨げない仕組みにすべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 急性期での A 項目追加や B 項目評価復活など実態に合う必要度評価を求める。（同旨 2 件）</li> <li>・ 急性期充実体制加算の薬局賃貸禁止要件は不合理で地域医療を弱体化させるため撤回すべき。</li> <li>・ 急性期後の輸血など必要医療が包括で赤字化するため評価見直しが必要。</li> <li>・ 廃用症候群評価見直しは対象限定のため妥当である。</li> <li>・ 療養病棟で複合的処置や特殊病態の評価を見直し薬剤除外範囲も検討すべき。</li> <li>・ 療養病棟の区分割合引上げは実態に合わず慎重な分析が必要。（同旨 2 件）</li> <li>・ 包括外薬剤を増やし入院できない患者を減らすべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ 出来高下げによる短期滞在誘導に反対。（同旨 1 件）</li> <li>・ 看護補助加算の 30 日制限は不要で外すべき。</li> <li>・ 手術件数偏重は無理な手術誘発につながり、他の指標導入が必要。（同旨 2 件）</li> </ul> </li> </ul>	37 件



<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 透析の選択肢を患者に公平に説明し在宅透析体制を整備すべき。（同旨 4 件）</li> <li>・ 遠隔 ICU 支援加算は赤字で持続不能のため実態に合わせ増点すべき。</li> <li>・ ハイケアユニット要件の件数基準を厳しくしすぎず、地域急性期機能を確保すべき。</li> <li>・ 認知症・精神疾患患者を受け入れる病院の評価を見直すべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ 医療の質や熟練度を診療報酬に反映すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 病院機能の 4 類型化を先取りした評価は地域医療を損なうため避けるべき。</li> <li>・ 地域の拠点薬局の役割を評価すべき。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 簡素化・診療報酬全体について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 点数制度が複雑すぎるため分かりやすくすべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 地域で疾患構造が異なるため、診療報酬は一律でなく柔軟にすべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ 休日診療加算を診療所でも算定可能にすべき。</li> <li>・ 土日・夜間加算を実態に合わせて引き上げるべき。</li> <li>・ 現行よりマイナス方向の見直しには反対。（同旨 1 件）</li> <li>・ 都市部の物価高を反映し地域加算を引き上げるべき。</li> </ul> </li> </ul>	11 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要な人に必要な医療が適切に提供されるべき。（同旨 5 件）</li> <li>・ 地域医療体制整備は行政の資金投入で支えるべき。（同旨 4 件）</li> <li>・ 自治体の要望を反映した医療提供体制にすべき。</li> <li>・ 制度変更の繰り返しは効果がなく見直すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 電子処方箋を必須化し標準化を促進すべき。</li> <li>・ 病院は病気、診療所は病人を診るべきであり単科診療所の新規開業は制限すべき。</li> <li>・ クリニックより病院だけを優遇しても医療全体はよくなる。</li> <li>・ 理想は良いが実現には大きな困難がある。（同旨 1 件）</li> <li>・ 薬剤師の訪問支援を拡充し薬剤費削減につなげるべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 医療体制整備は必要だが医薬品不足により現場では実現困難な面が多い。</li> </ul> </li> </ul>	22 件

## Ⅱ－１－２ 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価（140 件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療資源の少ない地域について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療報酬による差別化ではなく、補助金・支援金等による支援が適当。（同旨 27 件）</li> <li>・ 資源の少ない地域への配慮に加え、都市部における小児人口急減に伴う医療機関の「機能分化・拠点集約」を適切に評価すべきである。2040 年の患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けられるよう、独立独歩のモデルを脱却し、法人が「面」で地域を支える集約化モデルへのインセンティブを確立しておく必要がある。（同旨 17 件）</li> <li>・ 離島などの過疎地域においては、絶対的な患者数が限られているため、手術件数やリハビリ実施件数と言った「実績」をベースにした施設基準では、医療機関の維持が困難。地域の唯一の整形外科として 24 時間 365 日の急患対応や地域住民の健康を担う継続性そのものをベースとなる基本診療や地域医療確保加算の拡充により評価して頂きたい。（同旨 10 件）</li> <li>・ 離島では、医薬品医療材料、医療機器、燃料、食料等々輸送コストが本土より高額であり、医療機器の修理、保守など旅費、出張費を請求されることが常態化しており経費を押し上げ、収入を圧迫しています。こうした「離島特有の物件費・人件費の高さ」を考慮し、離島加算の対象範囲の拡大や点数の大幅引き上げを強く要望。</li> <li>・ 過疎地や医療資源の少ない地域における「処方箋集中率」による評価の適正化および、地域の実情に応じた評価体系の構築を要望する。（同旨 12 件）</li> <li>・ 中小病院が職員を配置しても地域のニーズに答えられない。人材が分散して地域の医療資源の効率化が妨げられている。（同旨 4 件）</li> <li>・ 医科医療が十分に提供されていない地域等においても、医科巡回診療車等での巡回診療を充実すべき。</li> </ul> </li> </ul>	77 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人口の少ない地域に医療機関を配置しても、コストパフォーマンスが合わない。それよ</li> </ul> </li> </ul>	13 件



<ul style="list-style-type: none"> <li>り、広域での、紹介・運搬方法を充実させた方が、効率的だと考える。（同旨 1 件）</li> <li>・ 遠隔診療と NP 活用を組み合わせるべき。</li> <li>・ 人口の少ない地域での在宅診療は、医療者の移動時間等で余分なコストがかかっている。評価をいただきたい。（同旨 3 件）</li> <li>・ 患者数が少なくても、救急・入院・周術期等の最低限の急性期機能を 24 時間維持する必要がある、N 数が少ないこと予想されるため、赤字が助長されることも懸念される。出来高や件数中心ではなく、地域のセーフティネットとしての「体制維持（当直・救急受入・病床確保等）」を支える加算・包括的評価を拡充していただきたい。（同旨 3 件）</li> <li>・ かかりつけ医が腹膜透析申請できるよう制度緩和すべき。</li> <li>・ 在宅透析にかかる透析備品の配送には医療機関（またはメーカー側）が負担する費用が発生している。特に在宅透析が有効と思われる人口の少ない地域ではより配送に時間と配送費がかかると想定される。そのため、在宅（血液/腹膜）透析患者のニーズに合った配送が困難となる。在宅透析の支援・普及にはニーズに合わせた配送計画（月に数回に分けて配送）と配送費用に対する補助などが重要であると考えます。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 歯科医療について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科巡回診療は、移動時間・人件費、車両・設備維持費、少人数診療による収益性の低さといった構造的な不採算性を抱えているのが、継続できるよう十分な評価が必要。（同旨 15 件）</li> <li>・ 地方自治体等と連携しない場合の巡回診療についても検討してほしい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 歯科医療が十分に提供されていない地域などに対しては歯科巡回診療などより地域に根ざした歯科医療機関が必要。国・自治体が責任を持って診療所を配置することが必要。</li> <li>・ 歯科巡回診療車よりも診療所が訪問診療がしやすいようバックアップがあればいいと思う。（同旨 1 件）</li> <li>・ 「歯科巡回診療車」をいざ発災時にしっかりと運用するべく平時から整備（使用）すること、加えて人材の育成が求められ、また中山間地域や離島など歯科医療資源が乏しい、いわゆる無歯科医地区において良質な歯科医療を提供するためにも、日ごろから保険診療も含めた歯科医療提供体制が肝。現状その運用は災害時にほぼ限られ、保険診療を行う場合は都度手続きが発生しとても煩雑。この整備事業が奏功し、推進されるためには関連法の改正や規制緩和等が必須。（同旨 1 件）</li> <li>・ 診療報酬で対応するのではなく、別の財源を用いるべき。</li> </ul> </li> </ul>	24 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本的に賛成。</li> <li>・ 人口少ない地域は医療縮小は避けられないが配慮が必要。（同旨 6 件）</li> <li>・ 国民皆保険の「どこまで医療を担保するか」という本質的な議論が不足している。（同旨 1 件）</li> <li>・ 都会でも採算悪化が進んでおり、現制度では解決困難。（同旨 14 件）</li> <li>・ 病院や診療所は社会的インフラであることを踏まえ、経営の公営化が必要。</li> </ul> </li> </ul>	26 件

## Ⅱ－２－１ 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価（98 件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 後方支援機能・地域包括ケア病棟等への評価について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能は、緊急入院の「件数」だけでなく、24 時間対応や受入体制を維持していること自体を評価すべき。体制整備への基本評価と、実績に応じた加算を組み合わせた制度設計を求める。</li> <li>・ 高齢者救急の多くは短期在宅復帰が困難であり、医療療養病棟は医療処置継続や看取りまで担える重要な受け皿。75 歳以上の医療療養型への転院も「在宅復帰扱い」とすることで、高齢者救急と地域連携のミスマッチを減らすべき。</li> <li>・ 高齢化が進む地域では、急性期後の受け皿や在宅・施設からの緊急受入れニーズが高いにもかかわらず、許可病床数 400 床以上の病院は地域包括ケア病棟の新規届出ができない。病床数による一律制限を緩和し、地域ニーズに応じた特例・柔軟な要件設定を求める。</li> <li>・ 歯科についても、ケアマネジャーや訪問看護師との連携に対する加算、在宅での単独訪問時の点数をもっと引き上げるべき。</li> </ul> </li> </ul>	29 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>施設全体の感染管理や認知症対応に責任を持つ医療機関に点数を設定するなどすれば、医療機関の眼が施設内に届くことになり、営利一辺倒な施設運営に医療面でのサポートが期待できるのではないか。</li> <li>二次医療圏に1つくらいの規模ですすめていただきたい。</li> <li>もっと評価すべき。(同旨 22 件)</li> </ul>	
<p>○ 施設基準・算定要件・連携要件（カンファレンス等）の簡素化について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険施設や在宅医療機関との後方支援連携で、協力医療機関に求める情報共有を「カンファレンス開催頻度」だけで評価するのは妥当か疑問。ICT 等を活用した多様な連携手法や必要時の協議も評価対象とすべき。</li> <li>協力対象施設入所者入院加算の要件として月 1 回以上のカンファレンスが求められるが、施設側の事情でカンファレンス体制が整わない場合がある。施設側の事情により医療機関側の算定可否が左右される現行要件は妥当か疑問であり、見直しを要望。(同旨 2 件)</li> <li>施設基準は簡素化したものを希望。過度に複雑な基準は現場の負担となる。(同旨 2 件)</li> <li>介護保険施設の後方支援病院として毎年協定書の更新を求められているが、実務上そのような更新は不要。後方支援病院が自ら期限を設けない限り、毎年の協定締結を義務づける現行制度は廃止すべき。(同旨 2 件)</li> <li>地域包括ケア病棟に関する 2022 年度改定で設けられた各種減算規定（注 9～注 13）および 2024 年度改定の「40 日以内／40 日以上」の区分を廃止し、現場の実態と乖離した複雑な減算・区分を整理すべき。</li> <li>許可病床数 400 床以上の医療機関における「地域包括ケア病棟入院料」の新規届出制限を緩和し、地域の実情に応じた特例的な措置が必要。</li> <li>介護施設併設型の医療機関や地域特性によって算定可能な項目に差が生じる場合、後方支援機能そのものではなく、算定構造の違いによって評価に差が生じることにならないか。</li> <li>有料老人ホームやサ高住における訪問診療の点数が低すぎる。</li> <li>かかりつけ医連携薬剤調整加算でのサマリー記載については医師と常勤の薬剤師となっているが、老健施設で常勤の薬剤師を雇用している施設はごく少数であるため、非常勤薬剤師が作成した場合の点数設定を希望。</li> <li>「救急患者連携搬送料」の算定要件において、車両搬送以外の「連絡通路」等による移動を評価の対象に含めるべき。</li> </ul>	16 件
<p>○ 緊急受入の実効性・医療機器対応・人員体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅や施設からの緊急受入では、人工呼吸器等の医療機器に即応できる体制が後方支援の質を左右する。在宅用機器と院内機器の違いへの対応や、安全確認に関わる専門職の関与が必須だが、現行の評価は「受入可能性」に偏っているため、機器対応体制を含めた質の評価が必要。(同旨 1 件)</li> <li>在宅患者の異変時に後方支援医療機関へ連絡しても、救急受入先がなかなか決まらないことが多い。高齢者・認知症が多く、救急現場に人手が回らないことが背景にあり、辞職増加や処遇の問題も含め、医師・看護師を確保できるよう国として処遇改善と人員増を図るべき。(同旨 8 件)</li> <li>コロナ罹患など後方支援で入院を行いたい、有床診療所の病棟は 1 名体制で、感染媒介する可能性が高いため受け入れられない。</li> </ul>	12 件
<p>○ 在宅・施設側での取組・役割の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急入院の評価に加え、在宅・施設側で体力や栄養状態を維持し急激な悪化を防ぐ「予防的・支援的医療」も評価すべき。在宅や施設での状態維持が、結果として緊急受診・入院の回避につながる観点を後方支援評価に組み込むことを希望。</li> <li>在宅療養患者や施設入所者が急変せず生活が続けるには、栄養状態の維持が重要。栄養低下があると感染や転倒を契機に急速な悪化と緊急入院につながるため、緊急受入だけでなく、日常的な栄養・生活支援により「弱らせない医療」を実践している体制も評価してほしい。(同旨 1 件)</li> <li>在宅療養患者の緊急搬送が増える背景として、在宅医療側の状態評価や家族への説明（DNAR を含む意思決定支援）が不十分なまま急性期病院に搬送されるケースがある。後方支援の評価は、急性期受入だけでなく、在宅側での説明・意思決定支援・情報共有を標準化する仕組みとするべき。</li> <li>DNAR で侵襲的処置を望まない患者が搬送されても、実際に提供できる医療は在宅でも可能な範囲に留まることが多い。不必要な救急搬送を減らし、患者の意思に沿った療養を継続</li> </ul>	15 件

<p>できるよう、在宅・施設側で非侵襲的治療や症状緩和を行う体制（在宅緊急対応、訪問看護・薬局連携、24時間相談等）を整備・評価すべき。（同旨3件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種連携を評価すべき。（同旨4件）</li> <li>・基幹病院のみが、人工透析導入期加算が算定でき、腎臓専門医の診療所では、透析療法の説明を詳しくしても、何も算定がない。診療所レベルでの丁寧な説明に対する評価が必要。</li> <li>・地方において在宅看護を必要とする患者において必要。</li> </ul>	
<p>○ 不適切な利用等への対応について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・強化型在宅診療の施設基準を厳格化し、不適切算定を防ぐべき。（同旨1件）</li> <li>・「連携医療機関からの受け入れ要請であるにも関わらず“断る病院”が生じている。おり要件必須化や罰則が必要。（同旨2件）</li> <li>・在宅側が病院へ負担を丸投げする実態があり、在宅報酬引き下げを望む。（同旨3件）</li> <li>・1つの施設に、1つの医院1つの薬局が独占的に入っているところが多いのはおかしい。患者が決めるべき。</li> <li>・外国人専門介護施設をなくし他資源へ回すべき。</li> <li>・特定病院の独占で開業医が参加できず問題。</li> <li>・要介護入所は“社会的終末期”と啓発し不要な搬送を減らすべき。</li> </ul>	13件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスを増やす、などでは実際の業務負担が増え、診療日が減る可能性があります。抜本的な診療報酬の増加が最優先。</li> <li>・医療従事者における制度趣旨の理解不足が多く、周知と教育が必要。</li> <li>・特養・老健が優遇され過ぎで他は経営困難。</li> <li>・介護は自己負担を増やし営利参入実態に見合う制度にすべき。</li> <li>・歯科による後方支援受入は現実的でない。</li> <li>・都心部にフォーカスした改定は地域の流れを崩し、地域住民が安心して暮らせなくなるので、一律に決定することは避けるべき。</li> <li>・補聴器の訪問対応が少なくインセンティブ不足。</li> <li>・加算アップは患者負担増の恐れがあり代替支援も検討すべき。</li> <li>・収益性低い医療は公立病院が担い赤字は税で補填すべき。</li> <li>・効率化が安全・安心を損なうなら不要。</li> <li>・概ね良いと思う。（同旨2件）</li> </ul>	13件

## Ⅱ－２－２ 円滑な入退院の実現（73件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 入退院支援・連携体制の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期と設定される期間を過ぎても、依然集中的な治療を要する患者や退院できない患者が存在する。退院ありきで治療放棄のような手段を取る医療機関も存在するため、後方支援病院（「後方」でない場合すらある）が受けるメリットも確保されたい。（同旨8件）</li> <li>・入院治療適応がある患者さんを紹介しても断ろうとする中核病院がある。（同旨1件）</li> <li>・入退院支援加算は、業務のプロセスが画一的であり、人員配置が多数求められるため、負担が大きい。プロセスの見直し、役割固定制でなく、チーム制による対応など、負担軽減と実効性の両立ができる範囲での見直しが必要。（同旨4件）</li> <li>・退院後訪問指導料について、医療ニーズが高い患者や認知症患者が退院する際、患者家族の強い希望で病棟看護師や入退院支援看護師が退院した日に自宅訪問し在宅生活に向けてアドバイスや生活指導をするケースが多々ある。円滑な退院のため退院当日の訪問であっても算定可と要件変更していただきたい。（同旨1件）</li> <li>・入退院をする際には病院スタッフが多大な書類業務や受け入れ作業などを担う必要があり、入退院の回転数が上がるほど過酷な労働となってしまう現状がある。入退院に関わる書類を簡便化し、ICTを活用して負担軽減する方策が必要。（同旨1件）</li> <li>・DPCに加え、安定している場合は退院後1か月以内に逆紹介、在宅医が入る場合は退院前カンファレンスを行わない場合の減算などの対応によりすすめていくのがよい。（同旨4件）</li> <li>・地域資源の地域格差を、きちんととらえる必要性あり。経済面から、地域における民間事</li> </ul>	43件

<p>業者の撤退は、医療に限らず以前からの課題。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 転院・退院を円滑にするには、受け皿側が安心して受け取れるよう、急性期から地域包括・療養・在宅への移行に関する受入基準と責任分担（何ができる／できない、再搬送の条件）を地域で明確化することが重要である。特に DNAR 等で侵襲的治療を望まない患者では、状態が不安定な間の受入判断が難しく滞留しやすいため、地域として合意したルールのもとで早期移行が進むよう、連携体制を評価・後押ししていただきたい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 正当な理由でない入院、社会的入院を拒否する権限と法的安全性が欲しい。（同旨 2 件）</li> <li>・ 必要のない長期の入院患者が増えると新規の入院が入れない。医師には退院計画はしっかり行ってもらいたい。（同旨 2 件）</li> <li>・ 在宅復帰率は「居宅」と「施設」に分けて評価すべき。居宅は調整負荷が高く、同一指標だと施設退院が誘発されやすい。</li> <li>・ 精神科病院においても一般病院と同様の加算を導入いただきたい。</li> <li>・ 独居老人が増えており、交通アクセスを含め細かい配慮が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 認知症対応は施設・精神科病院への過度依存を避け、地域全体で支える仕組みが必要。多機関連携と在宅支援の強化が必要。</li> <li>・ 病診連携を密にし、スムーズな紹介・逆紹介を実践。日常的な情報共有の徹底が肝要。</li> <li>・ 退院時に必要薬の在庫が地域薬局に不足している。供給体制を面で整備し、地域全体でフォローできる仕組みが必要。</li> <li>・ 退院後の生活を具体化するため、紙より「短動画」での手順・注意点の周知を提案する。患者・家族の理解促進に有効。</li> <li>・ 円滑な入退院には平時の情報共有が必須。個人情報理由に主治医へ情報を出さない慣行の是正が必要である。</li> </ul>	
<p>○ 介護との連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護支援専門員との連携強化に賛成。特定施設・リハ病院へ誘導されがち。公平な調整に「地域目」を入れるべき。</li> <li>・ 入退室支援室の設置で相談窓口が明確化される。人員配置への手当が体制維持に有効。</li> <li>・ 退院時にも口腔機能アセスメントを実施し、ケアマネ等へ情報共有すれば在宅での機能低下が防げる。</li> <li>・ 在院日数短縮ありきでなく、患者状態・生活環境に応じた移行支援を評価すべき。</li> <li>・ 介護連携等指導料は入院前からの連携を評価すべき。豪雪等で対面が困難な地域では電話連携も点数化すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 入退院サマリー加算はあるが訪問看護に加算がなく不公平。訪看にも算定を求める。</li> <li>・ マイナンバーカード等の基盤は整備されつつも活用不足。現場で使いやすい形の ICT 運用を改善すべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ 退院後のフォロー側を評価すべき。訪問や調整の実費・時間を評価すべき。</li> <li>・ 救急・紹介時点から退院先を見据え、ADL・介護度・家族支援力・DNAR 等の入院前情報を標準化共有すべき。</li> <li>・ 基幹病院から「かかりつけ薬局」への積極的な声掛け・連携促進を要望する。</li> <li>・ 自宅療養へ移行時、歯科受診紹介の算定を創設してほしい。</li> <li>・ 退院時共同管理指導を多く算定する病院を積極的に評価すべき。</li> <li>・ 小児は退院情報が乏しく在宅移行が不安定。医療的ケア児コーディネーター連携の退院支援加算新設を希望する。</li> <li>・ 円滑退院には MSW・ケアマネの報酬改善が要。やりがいと生活の安定を両立させるべき。</li> <li>・ 優秀なケアマネが増えれば円滑化は進む。人材育成・定着に投資すべき。</li> <li>・ 特養など誰もが負担少なく使える介護施設と、個別性に応じた在宅医療・介護の体制・人員整備が必要。</li> </ul>	20 件
<p>○ 回復期リハビリテーション入院料等について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 回復期リハビリ病棟に高次脳機能障害患者への退院後支援対応を義務化することだが、地域事業に対する支援と同様、回復期リハを縮小する方針と整合性がないように思われる。適切な医療機関に引き継ぐことで良いように思う。</li> </ul>	1 件
<p>○ 感染対策について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護施設への感染対策助言を専従 1 名で担うのは現実的でなく、院内の質低下や安全リスクが懸念される。専従者数に応じた段階的要件・上乘せ評価や、専従 1 名施設には院外支</li> </ul>	3 件

<p>援を求めない線引きを要望する。院外拡大は院内体制整備が前提。（同旨 1 件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ パンデミック期、病院と「かかりつけ」診療所に負担が偏在している。負荷配分・補助の平準化策が必要。</li> </ul>	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設基準を簡素化すべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ 賛成する。</li> <li>・ 医療者が生存価値を裁定すべきではない。倫理的枠組みと社会的合意に基づく意思決定を求める。</li> </ul>	6 件

## Ⅱ－２－３ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進 (132 件)

主な意見の内容	件数
<p>○ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制の推進・評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 業務量の増加に見合った診療報酬設定など評価を充実すべき。（同旨 9 件）</li> <li>・ 人員要件や休日要件を緩和し、人員や休日体制も強化しているところについては、評価すべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ リハビリテーションに回数制限や発症後の期間限定の点数設定には無理がある。必要なリハビリに必要な期間でできるような制度設計が必要。（同旨 3 件）</li> <li>・ 地域包括ケア病棟においても、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とし、入院医療における多職種連携の取組を適切に評価する制度整備を行うよう要望する。（同旨 5 件）</li> <li>・ 回復期・包括期医療において、病院薬剤師が多職種と協働しながら薬物療法の見直し・最適化に関与する取組について、診療報酬上で適切に位置づけ、評価すべき。</li> <li>・ 歯科医師の指示のもとで管理栄養士による栄養指導、理学療法士・作業療法士等による生活機能支援（嚥下・呼吸・姿勢等）、歯科衛生士による口腔機能訓練を連動させた「包括的口腔・栄養・リハ連携」の保険算定枠を整備すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ リハビリの定義を見直すべき。腰痛・膝痛に電気をあてるのはリハビリ定義から外してはどうか。</li> <li>・ リハビリを謳える職種を明記して頂きたい。</li> <li>・ 65 歳以上のターゲットゾーンに加算などを考えても良いのではないか。</li> <li>・ 医療者・介護職・一般市民のいずれにおいても栄養管理の重要性をより広く共有するための取り組みが必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 入院医療だけで支えるのではなく、地域支援を行う事業者にも支える力をつけていただくための支援や教育等を含めた医療連携が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 各診療報酬について簡素化して分かりやすい内容にすべき。（同旨 1 件）</li> </ul>	36 件
<p>○ 摂食嚥下機能回復の取組・評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経腸栄養管理加算により、中心静脈栄養からの早期離脱を図り、入院中の感染や低栄養リスクを防ぐことには賛成だが、算定率がまだまだ低く、算定条件の栄養サポートチーム加算取得などがハードルとなっている。要件の緩和見直し等を求める。</li> <li>・ 誤嚥性肺炎の予防等に口腔管理が必要と認識しているが管理の際、医療従事者の手を噛むなど危ないことが多い。ICT や AI など使用された方がよい。</li> <li>・ 高齢者では急性期入院中の廃用や低栄養が退院困難・再入院につながるため、急性期病院における早期リハビリテーションと早期栄養介入（入院直後からの評価・開始）をより推進できる評価としていただきたい。</li> <li>・ 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組について、月一回の VF・VE の実施という要件のハードルが高い。双方ともに侵襲性の高い検査であり頻回の実施は難しく、また月末に検査を実施した場合、当月の算定が難しいケースが多々ある。</li> </ul>	4 件
<p>○ 入院患者の口腔状態への対応・医科歯科連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院患者が歯科診療を受けられるよう連携を行った場合について、新たな評価を行っていただきたい。依頼する保険医療機関側の評価を充実すべき。</li> <li>・ 歯科はかかりつけの歯科医がいる患者が多い。連携する歯科医療機関において、病院だけではなくかかりつけ歯科医との連携も十分に行われる仕組みとすべきである。入院患者の口腔管理を充実させる観点から、医科の保険医療機関からの依頼に基づき入院患者に対し</li> </ul>	11 件



<p>て歯科訪問診療を実施した場合の新たな評価については、様々な診療科（疾病）からの依頼に対応できるような柔軟な要件にして頂きたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院患者に実施している肺炎予防のための口腔衛生処置、口腔機能管理の点数を新設すべき。</li> <li>・ 医科からの依頼、情報提供がなければ、算定できない評価が多々あり介入に苦慮する。</li> <li>・ 栄養管理はNSTがあるが、口腔ケア管理に関しては管理できていないため必要。</li> <li>・ 口腔ケア・嚥下評価（歯科、ST、看護、栄養等の連携）を入院中だけでなく退院後（在宅・施設）へ確実に引き継ぐための評価・仕組み（情報提供や連携の標準化）を整備し、生活を支えるケアが継続するようにしていただきたい。</li> <li>・ 口腔機能について施設基準の届出の有無に関わらず、点数を大幅に引き上げるべき。</li> <li>・ 抗がん剤治療により口内炎が生じている患者さんに対する口腔管理は、患者さんの精神的な苦痛に配慮した指導をする必要があり、長い時間カウンセリングすることが多いので、がん患者に対する口腔管理に特段の加算を求めたい。</li> <li>・ 変性疾患のようなリハは外傷や脳卒中と異なり社会復帰できる可能性が低いく、点数に反映すべき。</li> <li>・ 歯科衛生士は施設・病院に常駐させ口腔の管理をするのが望ましい。</li> <li>・ 医科歯科連携を推進する上で、糖尿病治療における医科歯科連携を促進するための医科点数上の評価を設けること。</li> </ul>	
<p>○ 歯科訪問診療の充実について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医科歯科連携を推進するためには医科・歯科がお互いに連携したくなるような内容を盛り込んで頂きたい。（同旨 3 件）</li> <li>・ 医療者（医師や歯科医師等）が関与した場合の適正な診療報酬を提示すべき。</li> <li>・ 地域包括病棟において歯科訪問診療を実施した場合に、新たな診療報酬上の評価を設け、医科歯科連携による入院中の口腔管理を推進する制度整備を行うべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 施設基準等を簡素化すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 入院患者に対する歯科訪問診療料の新たな評価については、治療の困難さ、準備の煩雑さを考慮したもので、時間要件は不要と考える。（同旨 1 件）</li> <li>・ 有床義歯製作途中で入院した場合に装着や調整・修理などで患者の必要に応じて歯科訪問診療を可能にすべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 訪問診療においても、外来と同様 2 人の患者さんをかけ持ちしての診療を認めてほしい。</li> </ul>	14 件
<p>○ その他について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 評価を充実すべき。（同旨 14 件）</li> <li>・ いまの基準は厳しすぎる。（同旨 2 件）</li> <li>・ 人材確保、処遇改善が望ましい。（同旨 7 件）</li> <li>・ 経口栄養剤が保険適応外は見なおすべき。（同旨 7 件）</li> <li>・ 栄養に関する啓発や教育を継続的に行う仕組みの再構築が必要。（同旨 3 件）</li> <li>・ 機能維持、感染症予防、疾病予防のため、リハビリテーション、栄養管理、口腔ケアは重要。（同旨 9 件）</li> <li>・ 高齢者の口腔健康管理については歯科界の重要な仕事であり、健診データを利活用し、データを見える化することによって国民へデータヘルスの重要性を周知していただきたい。</li> <li>・ 入院中に十分なリハビリが行えなかった患者や、廃用症候群のリスクが高い高齢患者こそ、退院後の生活を見据えた専門的な指導が必要不可欠である。（同旨 8 件）</li> <li>・ 現在、義歯の調整は歯科口腔リハビリテーション科という名称で算定することになっているが、ふさわしい名称の技術料を算定できるようにしてほしい。</li> <li>・ 新製有床義歯管理料について、義歯の構造・形態により指導方法が異なることから、議論の整理にある「装置ごとの算定単位」への見直しが行われることに付随して、義歯完成後の疼痛等の対応として複数回の調整が必要となる場合、歯科口腔リハビリテーション料 1 の 1 か月の複数回の算定を可能とする等の要件を検討して頂きたい。</li> <li>・ 精神科病院においてもお願いしたい。</li> <li>・ 訪問看護ステーションからのリハビリで 3 か月に 1 回以上の訪問を看護師も行うようになっているが、全く看護師が訪問していないケースもある。</li> <li>・ 訪問歯科衛生指導料の点数が低く、外来をやっている方が売上が大きい。</li> <li>・ 医療費を増やすことになる。（同旨 1 件）</li> </ul>	67 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>一刻も早く、国際標準の DRG に切り替えてほしい。</li> <li>かかりつけ薬剤師の在籍年数を長くする議論がされているが、様々な店舗を経験する機会を薬剤師として損ねるため反対する。</li> </ul>	
---	--

## Ⅱ－３ かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価（280 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ かかりつけ医機能に係る体制整備の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ機能は必要。（同旨 5 件）</li> <li>具体的な内容が不明。（同旨 1 件）</li> <li>複雑な書類作成が必要ないようにしてほしい。（同旨 11 件）</li> <li>施設基準が高すぎる。ハードルを下げる必要がある。（同旨 6 件）</li> <li>外来管理加算は現行維持すべき。（同旨 8 件）</li> <li>小児分野では既に小児かかりつけ診療料として包括的に制度化されていることから、重複する評価を整理し、小児かかりつけ診療料との統合による簡素で分かりやすい制度設計とすべき。</li> <li>何をもち「かかりつけ」とするのか、受診者のフリーアクセス権との関係も含めて、再確認をお願いしたい。（同旨 15 件）</li> <li>「かかりつけ医機能」報告制度が始まる段階にあつて、それをいきなり加算要件で縛り「制度化」することは本末転倒。</li> <li>診療科や医療機関によらず、住民 1 人につき 1 人設定できるようにするのが良い。</li> <li>かかりつけ機能が患者にとってよりメリットのあるようにならないと広がらない。</li> <li>かかりつけを必要とするのであれば、患者から一部負担金を取るのではなく、国から費用を一部負担すれば良い。</li> <li>かかりつけ機能が十分に発揮されるためには、医師、歯科医師、薬剤師がそれぞれ単独で対応するのではなく、必要に応じて多職種と連携できる体制が重要。かかりつけ機能の評価においては、連携の実績や相談体制の有無なども適切に評価されることを期待。（同旨 21 件）</li> <li>必要であるが、行政の要求は厳しい。かかりつけ医は小規模であり、従事者は高齢者も多く、24 時間 365 日は対応できない。（同旨 4 件）</li> <li>総合診療医または家庭医と呼べる医者が少ない。（同旨 6 件）</li> <li>かかりつけ医機能を果たさない強化型の在支診が一定数います。評価から外すべき。（同旨 8 件）</li> <li>「かかりつけ医機能報告制度」で規定される「かかりつけ医」機能の内容を、機能強化加算など「かかりつけ医」機能を評価した各点数の施設基準等に追加することが提起されているが、医療法改正を先取りした改定は行うべきではない。（同旨 4 件）</li> <li>当院は精神科だが、他科受診に消極的または拒否している患者に対し、プライマリケアとしての内科薬などの処方することはしばしばある。他科受診が減ることで医療費は削減できていると考えるが、処方薬が 7 種類以上となると処方箋料が削減される。今後かかりつけ医機能を強化する方向性となると、種類数が増えることで処方箋料が削減されることは方向性と逆行するのではないか。</li> <li>P 重防と SPT は患者病態が異なるが、病態によっては移行をする事もあり、管理離脱や移行がスムーズに行く施策を検討頂きたい。</li> <li>プライマリケア医への評価：専門医紹介前の段階から適切な腎代替療法の SDM を行う「かかりつけ医」に対し、意思決定支援に関する診療報酬を新設すること。</li> </ul>	108 件
<p>○ 生活習慣病管理料や特定疾患療養管理料について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来管理加算廃止しないでほしい。生活習慣病管理料も最低限月 1 回のままで。生活習慣病管理料も対象疾患を減らさない、月 2 回の算定も減らさないでほしい。</li> <li>特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算の対象疾患として高血圧症、糖尿病、脂質異常症を復活させるべきである。除外とする合理的理由がない。（同旨 19 件）</li> <li>特定疾患管理料から主要 3 疾患が除外され、減収になった開業医は多い。今改定での生活習慣病管理加算の見直しがさらに拍車をかけるようなものになることは避けていただきたい。（同旨 4 件）</li> <li>療養計画書の様式を簡素化し、その交付頻度は患者の状態に応じ、医師の裁量で決められ</li> </ul>	65 件

<p>るようにすべき。(同旨 17 件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病管理料 (Ⅰ) (Ⅱ) と同月併算定不可とされている点数の範囲を見直し、外来管理加算や傷病手当金意見書交付料などを算定可能にすべき。(同旨 12 件)</li> <li>管理料を算定するにあたり、診療現場において十分な説明や指導がなされているかという、必ずしもそうではないケースもあるかもしれない。(同旨 1 件)</li> <li>骨粗鬆症/COPD・CKD/婦人科/全疾患に管理料をつけて欲しい。(同旨 3 件)</li> <li>「糖尿病」を生活習慣病と規定すること自体が、関係学会のいうトラウマを助長するもので、見直すべき。(同旨 1 件)</li> </ul>	
<p>○ 地域包括診療加算等について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括診療加算は患者にとって名称が理解できず、医療従事者にとっても説明しづらい。再診料に組み込むべき。</li> <li>地域包括診療料・加算について、診療の際、患者での残薬を確認した上で適切な服薬指導を行うことの要件化が挙げられているが、そもそもこの点数は継続的かつ全人的な医療の提供を評価したものであり、当然必要に応じて実施している。これ以上どう要件化するかわからないが、負担増とならないようにするべきである。(同旨 3 件)</li> <li>訪問診療や慢性疾患の安定期管理は比較的収益性が高い一方で、救急医療や難病管理は設備投資・人件費がかさみ、診療報酬上のインセンティブが乏しいため赤字化しやすい。「かかりつけ医」政策が、地域包括ケアや外来の効率化を重視する一方で、高度急性期や難病領域のコスト構造を十分に補填できていないことが背景にある。</li> <li>薬局が担う一次スクリーニング(検体検査)そのもの、または検査実施と結果説明・受診勧奨・紹介等を含めた一連の支援を、「対人業務」や「地域医療資源の有効活用」の観点から評価対象として位置づけることを検討いただきたい。</li> </ul>	7 件
<p>○ 時間外対応加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>休日・夜間等の体制を取る。イコール、誰かが業務として拘束されていることになりま。時間外対応加算の点数が大幅に上がらないと外部委託含めた費用が賄えない。(同旨 2 件)</li> <li>書類の作成や講習会の強要は負担が強い。</li> </ul>	4 件
<p>○ かかりつけ歯科医について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>口腔機能管理および小児口腔機能管理における病名確定検査機器等について、保険収載の拡充を図るよう要望する。(同旨 6 件)</li> <li>口腔機能管理料について、機器を用いずとも口腔機能低下症と診断されれば算定できるように要件緩和をし、口腔機能の改善、重症化予防が推進できるようにすること。</li> <li>口腔機能低下症の検査において、嚥下機能だけは問診式であり数値化されない検査であるため、客観的検査で結果が数値化され、バイアスがかからず一定の統一した評価ができる、且つ簡便で安全な検査を確立して欲しい。また、口腔機能発達不全症の検査項目に咬合圧検査を設けて欲しい。(同旨 3 件)</li> <li>口管強の歯科医院を厚遇すべき。口管強の資格を得るための投資はかなりの金額になる。また、歯科衛生士を多数、雇用する必要があるため人件費も高額になる。</li> <li>口管強の施設基準から医療技術と関係ない人員配置要件を外すとともに、エナメル質初期う蝕患者、根面う蝕患者に対する F 局、歯清の算定などでの差別的取り扱いをやめるべき。(同旨 11 件)</li> <li>全世代を通じた口腔管理が必要である。(同旨 3 件)</li> <li>口腔機能低下を来さないようにするには、成長期において口腔機能を高くすることが重要。筋機能訓練のみでは対応することが困難な場合も多く、歯列、咬合の改善も必要。リハビリのみではなく、歯列咬合の改善を目的とした咬合誘導の要素も含めた管理が必要。</li> <li>F 洗口に関して、う蝕多発傾向者だけでなく Ce、根 C も対象にして欲しい。F 局に関して、Ce と根 C で同じ薬剤を使用し効能は同じなのに点数と算定期間に差異があるのは疑問であるため根 C に関しても 100 点、口管強に関しては毎月の算定を認めて欲しい。</li> <li>小児口腔機能管理料に加えて無歯顎の新生児や幼児の継続管理ができる項目も必要。</li> <li>かかりつけ歯科医機能を診療報酬上で明確に評価し、定期管理・指導に要する時間と人員配置を支える加算の拡充すべき。(同旨 5 件)</li> <li>口腔機能低下症や口腔機能発達不全症における、計画書や管理書類等の簡略化された様式の作成を望む。</li> <li>かかりつけという認識は一部の患者さんにしかない。</li> </ul>	42 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開業医の多くは夜間や土日は応答できません。</li> <li>・ 患者負担に配慮が必要。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 歯周病治療について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療について、診療現場で混乱を招き、複雑な算定となっている歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療の移行などについても、簡素化のために二つの治療を一本化し、「歯周病治療（仮称）」として運用するなど改善すべき。（同旨 7 件）</li> <li>・ 歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療の評価について、現在歯周ポケットの深さと残存歯数により評価されているが、年齢や歯周炎を「ステージ」と「グレード」で評価する新しい基準も取り入れるなど、治療と評価が対応するような配慮が必要と思われる。</li> <li>・ 歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療は病態が異なるため、同一の評価をすることは困難。</li> <li>・ SPT および歯周病重症化予防（P 重防）の算定間隔については、現行制度において解釈上の混乱が生じている。SPT および P 重防について、いずれも 1 か月間隔で算定可能とするよう算定ルールの整理・明確化を行うとともに、口腔機能管理強化型の施設基準を満たさない病院歯科においても、SPT および P 重防を 1 か月間隔で算定可能とするよう制度上の配慮を要望する。（同旨 3 件）</li> <li>・ 改定前から SPT や P 重防を算定している患者における改定後の取り扱いを、疑義解釈等で明記していただきたい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 治療間隔の短縮は口管強の施設基準を届け出られる医療機関のみとされているが、短縮の必要性は患者の状態によって決められるべきである。施設基準と連動させることは不合理であるため、その要件は撤廃すべき。</li> </ul> </li> </ul>	17 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ かかりつけ薬剤師について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ薬剤師がそうでない薬剤師と比較して本当に機能するものなのか振り返って、機能しないのであれば報酬の見直しも必要。（同旨 3 件）</li> <li>・ かかりつけ薬剤師の要件と地域支援体制加算の要件で重複する項目が多数ある。整理が必要。</li> <li>・ 患者が理解せずに制度を利用している。周知が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 服薬フォローアップについては、対面に限定することなく、電話等を活用した継続的な関与も含めて、薬局薬剤師の重要な対人業務として明確に位置付け、その実施内容や実績に基づく適切な評価が行われることを要望する。（同旨 4 件）</li> <li>・ かかりつけ薬剤師機能に関して 薬剤師個人に対し 24 時間対応ではなく、薬局全体で一人の患者の支援を行う方向に進んでほしい。そもそも 24 時間の対応は必須ではない。</li> <li>・ かかりつけ薬剤師ではなく、かかりつけ薬局にすべき。地域に即した対応（皆がその人のことを把握している）がよりできるようになると考える。（同旨 3 件）</li> <li>・ かかりつけ機能の評価に当たっては、個人の努力に依存するのではなく、安定して機能を発揮できる仕組みづくりを重視すべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ かかりつけ薬剤師の在籍年数について協議されておりますが、多種多様な店舗経験の機会を損ないそして薬剤師の育成の影響の可能性があるため反対。（同旨 6 件）</li> <li>・ 病院薬剤師に人が集まらない。病院勤務 5 年以上等条件をつけて欲しい。</li> <li>・ かかりつけをとっている件数が自分の評価に繋がるからと、風邪で来客する自己負担のない小児ばかりかかりつけでとる薬剤師が多い。（同旨 4 件）</li> <li>・ 地域フォーミュラリーの推進が必要。（同旨 1 件）</li> </ul> </li> </ul>	36 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ（医師、歯科医師、薬剤師）を選択した場合、患者側に金銭的メリットがあるような仕組みとしてはどうか。</li> </ul> </li> </ul>	1 件

## Ⅱ－４－１ 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進（112 件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 大病院と地域医療機関・薬局との役割分担・逆紹介の在り方について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 取組を推進すべき。（同旨 22 件）</li> </ul> </li> </ul>	76 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・きちんと機能を果たしている診療所を評価すべき。(同旨 21 件)</li> <li>・逆紹介の推進に賛同する。急性期病院は高度急性期・救急・入院医療に資源を集中すべきであり、病状が安定した外来患者は地域のかかりつけ医へ円滑に移行できる仕組みが必要である。そのため、単に「逆紹介件数」を求めるのではなく、地域側で継続診療できることを前提に、紹介状の標準化や検査・処方の役割分担を明確化した上で、逆紹介が成立する評価としていただきたい。</li> <li>・専門医のインセンティブ上げて、クリニックで難病をみれるようにしてほしい。</li> <li>・大病院の外来にかかる選定療養費をもっと厳しくすべき。</li> <li>・紹介状代の点数上げてみてはどうか。</li> <li>・特定機能病院、3 次救急医療機関については、逆紹介率など開示を義務付けてはどうか。(同旨 1 件)</li> <li>・病院から地域のかかりつけ医へ逆紹介された患者については紹介後も診療の手間がかかったり、訪問診療が必要になる方が多い。連携加算など算定してほしい。</li> <li>・大学病院などに紹介後、術後にまた逆紹介していただくが、紹介状のやり取りだけ。ぜひ点数での評価をお願いしたい。</li> <li>・単に「逆紹介件数」を求めるのではなく、地域側で継続診療できることを前提に、紹介状の標準化や検査・処方の役割分担を明確化した上で、逆紹介が成立する評価としていただきたい。</li> <li>・逆紹介を行う場合、かかりつけを優先することが多いので、ここでもかかりつけ医受診のメリットを強調できるような方策を実践していただきたい。</li> <li>・大病院の外来患者の逆紹介を推進するにあたっては、患者の状態に応じた医療機関の役割分担を前提に、大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関の双方を適切に評価することが重要。逆紹介後の診療継続や情報連携の質を評価し、患者が安心して地域医療に移行できる仕組みを構築すべきである。(同旨 4 件)</li> <li>・外来医療の機能分化と連携を進めるには、医師が限られた外来時間で慢性疾患患者の生活背景や自己管理状況まで十分に聴取することが難しい現状を踏まえ、看護外来等の多職種介入を制度として位置づけ、評価することが有効。慢性疾患の管理には丁寧な聴取・教育・行動支援が必要であるため、認定看護師・専門看護師・診療看護師等が看護外来として継続介入できる体制を評価し、増悪予防・合併症予防につながる外来提供体制を後押ししていただきたい。</li> <li>・病院歯科から開業歯科へ紹介する時にも、何らかの加算点数があれば歯科－歯科連携もスムーズにはかどると思われる。</li> <li>・末期腎不全の腹膜透析導入について、非導入施設のかかりつけ医から導入施設への紹介も評価して欲しい。</li> <li>・口管強を評価するなら、この部分、医療連携での評価をしてほしい。現在のような一物二価は解消すべきである。医療器具の有無や算定頻度、一部の研修でなく、本来あるべき地域で果たしている歯科医療のあり方で評価すべきである。</li> <li>・患者の大病院志向が強く、上手に対応しないと難しい。(同旨 4 件)</li> <li>・取組は必要であるが受診側の行動の影響を受けるため慎重な判断が必要。</li> <li>・大学病院が、外来診療の数を減らしているので、そもそも診療所から大学病院に患者を紹介できる機会が減っている。そのしわ寄せが他の大病院に出ている。</li> <li>・特定機能病院等からの紹介を受けたくとも、すでに患者数が多く受け入れきれない。(同旨 2 件)</li> <li>・推進すべきだが、大病院は患者減で経営に影響がある。</li> <li>・家族にゆだねているケースがあり家族は困惑している。そのネットワークやフォローは必要。</li> </ul>	
<p>○ 情報共有・ICT プラットフォームについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・転院時は処方ミスが多い傾向にあります。それを防止するために電子処方箋などの活用を推進し、薬の規格間違い、用法間違い防止を推進してほしい。</li> <li>・オンラインでの文書やりとりができるよう、国主導でのセキュリティ対策がとられたシステム作成を期待する。</li> <li>・紹介や逆紹介のため診療情報提供書を作成したが、実際患者が紹介先へ受診したかどうかをシステムで確認するすべがない。電子カルテ情報共有サービスにそのような機能を実装してほしい。</li> <li>・紹介状については現時点では診療依頼でしか診療情報提供料の算定ができない。他職種と</li> </ul>	5 件



<p>の連携ではオンラインシステムの活用も必要だし、綿密な情報交換も必要であると考え る。こうした連携に対する評価も保険点数として勘案してもらいたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病レベルの病気だったら AI 問診で診断して自動で処方もできる仕組みも良いのではないか。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 施設基準・算定ルールの特典化について <ul style="list-style-type: none"> <li>施設基準は特典化したものを希望する。</li> <li>連携強化診療情報提供料の評価体系の見直しに賛成。対象患者を「かかりつけ医機能を有する医療機関」からの紹介患者等に限定する取扱いを改め、当該保険医療機関において診療継続中の患者について、別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て検査結果や投薬内容等を文書で情報提供を行った場合の評価としてほしい。</li> </ul> </li> </ul>	2 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「囲い込み」防止について <ul style="list-style-type: none"> <li>人口が減っている中、大病院も、外来強化や患者囲い込みに走っているのでは、逆紹介はほぼ皆無。（同旨 10 件）</li> <li>病院の方が安く高度医療で、逆紹介はナンセンスに見える。</li> <li>大病院でしか診られない患者がいる／外来減は入院減で収益悪化。</li> <li>既に逆紹介が強制的に感じられる／包括的に診る場が必要。（同旨 1 件）</li> <li>信頼できる開業医が少ないため病診連携が機能不全。</li> </ul> </li> </ul>	16 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>賛成。（同旨 1 件）</li> <li>生活習慣病管理料の説明・同意運用に矛盾、自己注射時は必須に。</li> <li>栄養指導と点数の不整合や本質と異なる運用を是正。</li> <li>大病院の長期処方連発への疑義。</li> <li>受け手が本当にかかりつけ医かは疑問。</li> <li>人員規模によって分化の成否が左右。</li> <li>現状に問題なし。（同旨 1 件）</li> <li>国民理解が不十分であり、現状困難。（同旨 1 件）</li> <li>検査の重複が無駄、特定機能は外来縮小を。</li> <li>医師不足が根本で、逆紹介だけでは解決しない。</li> </ul> </li> </ul>	13 件

## Ⅱ－５－１ 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価（199 件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療・在宅看取り等について <ul style="list-style-type: none"> <li>保険点数の引き上げを望む。（同旨 7 件）</li> <li>施設基準は特典化したものを希望。（同旨 5 件）</li> <li>実績と取り組みを正當に評価してほしい。（同旨 3 件）</li> <li>在宅医療を担える医師・スタッフがまだ少なく、その体制強化が必要。（同旨 13 件）</li> <li>在宅に限らず医師・薬剤師・ケア職など多職種が同時ににかかわることが重要。</li> <li>重症訪問診療・在宅看取りを担う医療機関・薬局は 24h 対応や急変時対応を含む体制整備を評価すべき。質と継続性を重視した制度が必要。（同旨 3 件）</li> <li>在宅緩和ケア加算の対象は悪性疾患に限らず、心不全・呼吸不全・腎不全などにも拡大すべき。</li> <li>在宅診療は従来より診ているかかりつけ医による診療が安心につながり重要。研修体制整備よりも、かかりつけ医を評価する仕組みが必要。（同旨 1 件）</li> <li>在支診・在支病の要件は地域特性に応じ柔軟にすべき。医師 1 人あたりの看取り数・緊急往診数などで評価すべき。（同旨 5 件）</li> <li>連携型強化在支診では、一時的に看取り件数が減っても柔軟に判断できる基準を求める。（同旨 1 件）</li> <li>一般開業医の在宅推進には複数医師の連携評価と、訪問診療料の要件緩和が必要。（同旨 3 件）</li> <li>24 時間体制の未整備医療機関の評価引下げは反対。連携で地域を守る必要がある。</li> </ul> </li> </ul>	89 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域によっては訪問診療が最適でない場合もあり、地域の実情に応じて後方支援医療機関が受入を担うべき。</li> <li>・ 重症患者は入院が中心となり、在宅看取りは広がりにくい面もある。</li> <li>・ 評価は純粋な自宅患者に限定し、集合住宅による過剰算定を防ぐべき。</li> <li>・ 個人宅と施設では薬剤管理の負荷に差が大きく、現状を踏まえた評価体系への見直しを求める。</li> <li>・ 有料老人ホーム併設の大規模医療機関でも訪問診療料 II を算定できるよう、要件緩和を求める。</li> <li>・ グループホームでは末期がん以外のケースで訪看特別指示 2 週間制限が障害となる。緩和が必要。</li> <li>・ 腹膜透析は独居高齢者には継続困難で第三者サポートが必須。看護や介護職による交換を認める制度設計を求める。</li> <li>・ 重症度による報酬差は必要だが、軽症患者の診療が成り立たなくなる評価引下げには反対する。（同旨 8 件）</li> <li>・ 生活機能低下を防ぐため、LST(理学療法士等)が医師と同時訪問する仕組みを評価するべき。</li> <li>・ 医療的ケア児では同週内の訪問薬剤管理が算定できず不便。制限緩和を望む。</li> <li>・ 医療的ケア児の在宅支援を高く評価し、歯科ともつなげる体制が必要。</li> <li>・ 介護保険認定まで訪問リハが中断され、3 か月の空白期間が生じる。医療→介護が切れ目なく受けられる制度に見直すべき。</li> <li>・ 褥瘡・胃瘻など材料費が医療機関負担となりがちで、加算に反映されていない点の是正を希望。</li> <li>・ 臨床工学技士が訪問同行し在宅の治療環境を整える取り組みを評価する新報酬を求める。</li> <li>・ 地方は移動効率が悪く、雪などで更に困難。地方の在宅医療を維持する政策が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 離島でなくても訪問困難な地域がある。訪看とオンラインでの看取り評価を導入すべき。</li> <li>・ 電子死亡診断書で遠隔診断を可能にすべき。</li> <li>・ BCP を診療報酬で強制すべきでなく、地域特性を踏まえた柔軟運用が必要。減算での強制は実効性を損なう。（同旨 1 件）</li> <li>・ 要介護度を指標にした評価引下げに反対。事務負担増で在宅医療推進を妨げる。（同旨 1 件）</li> <li>・ 在医総管のさらなる細分化には反対。包括的支援加算など既存枠の改善で対応すべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ 包括的支援加算の算定割合で本体減算する案は不合理。</li> <li>・ 在宅現場のコミュニケーションルールは国が一定の示唆を示すべき。</li> <li>・ 現行制度のままでよいと考える。</li> </ul>	
<p>○ 薬局における在宅医療提供体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療で薬局の役割は重要だが、往診医による薬局誘導で地域のかかりつけ薬局が外される事例がある。患者本位の薬局選択を保障すべき。</li> <li>・ 在宅医療では薬局への情報共有が極端に少ない。入院・退院情報も不透明で、プラットフォームで一元管理し共有すべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ 医師と薬剤師の同時訪問は有用だが、加算目的でノルマ化される懸念がある。一人薬剤師薬局では物理的に困難で、強制されない制度運用を望む。</li> <li>・ 医師と薬剤師の同時訪問は賛成。ICT を併用した連携にも加算がつく制度を望む。</li> <li>・ 同時訪問加算は医師側依存で薬局負担が大きくなるため、医科と調剤双方の加算が必要。（同旨 2 件）</li> <li>・ 重症在宅や在宅看取りを担う医療機関・薬局は費用負担が大きい。軽症訪問は適正化し、重症例を厚く評価すべき。（同旨 4 件）</li> <li>・ 重症在宅・看取りを担う薬局は設備・麻薬供給・24h 対応など負担が大きく、一律評価は不公平。追加コストを正当に評価する制度が必要。（同旨 7 件）</li> <li>・ 残薬整理や服薬指導を医師が行っても算定できないのは不合理。医科側の評価導入を求める。</li> <li>・ 未使用薬の再利用を認める柔軟な仕組みができれば残薬問題が解決しやすい。</li> </ul>	31 件

・ 地域の在宅看取りに積極的に対応する診療所を高く評価してほしい。（同旨 6 件）	
○ 栄養管理について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院後 1 か月は栄養管理とリハを一体的に実施し、新たな評価を設けるべき（医療・介護保険双方で）。（同旨 1 件）</li> <li>・ 在宅歯科栄養チーム指導料を居宅患者にも算定可能にし、現場に即した運用へ見直すべきとする。（同旨 2 件）</li> <li>・ 訪問栄養指導を地域クリニックでも行いやすくするため、事務手続き簡素化や栄養士確保への報酬整備を望む。</li> </ul>	6 件
○ 訪問診療・訪問看護について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 不適切な訪問診療・訪看の排除が必要。真面目に取り組む医療機関を厚く評価すべき。（同旨 11 件）</li> <li>・ 不適切訪問看護への対策は必要だが、安易な引下げには反対。地域実情を踏まえるべき。</li> <li>・ 同一施設で多数患者を診療する際、個々の時間でなく施設全体の所要時間で算定可能にしてほしい。現行運用は現実的でない。</li> <li>・ 同一建物の訪問診療で人数が増えるほど点数が下がる逆転現象は不合理。改善を求める。</li> </ul>	15 件
○ 在宅歯科医療の提供等について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科訪問診療 1 で予定外患者への急対応も 1 件目相当の労力がかかる。緊急対応を同等評価にすべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ 歯科訪問診療 4・5 の新基準は設備投資が必要で負担が大きい。十分な報酬増が必要。（同旨 12 件）</li> <li>・ 歯科訪問診療の往診・訪問区分、X 線携行加算、建物区分見直し、距離制限撤廃など実態に即した総合的見直しを求める。（同旨 12 件）</li> <li>・ 訪問歯科衛生指導の 20 分要件は実態に合わない。短時間でも必要性が高く、要件見直しを望む。（同旨 11 件）</li> <li>・ 訪問歯科衛生指導料の“単一建物”と“同一建物”の扱いが煩雑。かかりつけ歯科は特に見直すべき。（同旨 4 件）</li> <li>・ 歯科の看取りは医科以上に難しく、歯科側・医科側双方の意識改革と厚労省主導の支援が必要。</li> <li>・ 歯科衛生士の評価を配置基準ではなく診療補助など実際の業務内容で評価し、専門性の拡大を求める。（同旨 1 件）</li> <li>・ 在宅支援歯科病院は存在しない地域も多く、誘致・評価強化を進めてほしい。（同旨 1 件）</li> <li>・ ICT 加算で歯科衛生士が単独訪問→当日歯科医師が診療した場合、加算対象外。ICT の効果がむしろ不利にならないよう見直すべき。</li> <li>・ 移行加算は全訪問診療を対象にするべき。</li> <li>・ 口腔連携強化加算などで歯科医師側に算定がなくボランティア状態。負担に応じた評価が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 訪問診療の点数ばかり手厚くするのではなく、一般外来にも配分すべき。訪問専門歯科のみが儲かる状況は望ましくない。</li> <li>・ 歯科巡回診療の評価見直しについて、他の在宅支援の議論との整合性を求める。</li> </ul>	57 件
○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「積極的」ではなく「適正な」在宅看取りと表現すべき。実態に合わせた用語を求める。</li> </ul>	1 件

## Ⅱ－５－２ 重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価 （69 件）

主な意見の内容	件数
○ 診療報酬全体について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 営利事業者による不適切な訪問看護が制度を歪め廃業を招いた。地域事情を反映した公平な評価体系が必要。</li> <li>・ 整備が必要な領域であることから評価を引き上げ、施設基準は簡素化すべき。</li> <li>・ 報酬を引き上げるべき。（同旨 4 件）</li> <li>・ しっかり頑張っている訪看ステーションを評価、不適切な訪問看護ステーションは減算となる制度設計をおねがいしたい。（同旨 23 件）</li> </ul>	67 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心疾患に対しても特別訪問看護指示が月 2 回算定可能となることを望む。</li> <li>・ 地方において在宅看護を必要とする難病等の患者に対し、ご配慮をお願いしたい。</li> <li>・ ASO に代表されるような褥瘡とは異なる皮膚トラブルのある患者へのケアについては特別訪問看護指示が月 2 回算定可能のように変更することを望む。</li> <li>・ 適切な記録や指示書にすべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ 介護保険で行われている訪問看護について医師が指示書を作成するが、訪問看護の回数についてはケアマネに決定権がある。これを医師に移してはどうか。</li> <li>・ 訪問看護の評価においては、結果としての満足度だけでなく、ACP を含む支援体制や教育環境が整えられているかといったプロセス面も含めた評価が行われることを期待。</li> <li>・ 「看護の質」の考え方そのものを改めて、匿名性の高い顧客満足度調査等の結果による仕組みとして欲しい。</li> <li>・ 精神科訪問看護で内服確認とバイタルのみのケースがあり、手厚い訪問看護との格差の是正が必要。</li> <li>・ 純粋な自宅・個人宅に限って評価すべき。集合住宅で暴利をむさぼる巣窟を支援しないよう条件を厳格化すべき。</li> <li>・ 施設での訪問看護と、在宅（個人宅）での訪問看護はわけて評価すべき。</li> <li>・ 必要に応じて自宅以外で訪問看護を行った場合も評価して頂けるようになると良い。</li> <li>・ 在宅型ホスピスで過剰の訪問看護をしているところが散見される。</li> <li>・ 単に訪問人数や回数といった数値のみで一律に判断するのではなく、処置の複雑さや重症度を考慮した評価が必要。頻回な訪問が必要な重症者に対して、サービス供給が抑制されることのない制度設計を求める。</li> <li>・ 高齢者の慢性腎不全に対する腹膜透析では、訪問看護師のアシストがなければ腹膜透析を実施できない患者もいるため、頻回な訪問が必要な訪問看護の評価を要望。</li> <li>・ 訪問看護ステーションに公認心理師をおき、精神科の支援ニーズの高い利用者への訪問看護を導入してはどうか。（同旨 1 件）</li> <li>・ 看護だけでなく、薬剤師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士にもタスクを分配していく必要はないか。現場では人が足りない状況もある。（同旨 3 件）</li> <li>・ 退院時から在宅へ切れ目なく引き継ぐ仕組み（退院前カンファレンス、情報共有、緊急時の再受診ルール等）を評価していただきたい。</li> <li>・ 24 時間対応の訪問看護ステーションの存在は、在宅での看取りの責を負う在支診にとっても必須の条件であり、評価すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 重症患者は入院すべきと考える。（同旨 5 件）</li> <li>・ 腹膜透析（PD）患者（介護度 3 以上）を別表 7 に加え支援を拡充すべき。</li> <li>・ 緊急時の訪問した翌日の休みが保証できる支援が必要。</li> <li>・ スタッフの質向上に見合う評価が必要。（同旨 3 件）</li> </ul>	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療資源が乏しい地域の訪問看護の実情を見てほしい。</li> <li>・ 訪問看護が乱立している。</li> </ul>	2 件

## Ⅱ－6 人口・医療資源の少ない地域への支援（99 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 医療資源の少ない地域について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人口の少ない地域は診療報酬を手厚くして確保すべき。（同旨 10 件）</li> <li>・ 診療報酬による差別化ではなく、補助金・支援金等による支援が適当。（同旨 12 件）</li> <li>・ 過疎地域においては医療資源がどんどん減る（閉院・閉局）状況を打開できるだけの保証制度が必要ではないか。（同旨 3 件）</li> <li>・ 新たな評価を作る場合、簡素化するために既存のものをなくす等わかりやすくすべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ メリハリのついた対応を。特に人を雇用するのが最も難しいので、そこに対する対応が必要。（同旨 14 件）</li> <li>・ 医療は集約する必要がある。（同旨 5 件）</li> <li>・ オンライン診療を充実させて対応すべき。（同旨 1 件）</li> </ul>	75 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 免許返納や交通機関の縮小により、患者が医院にアクセスできない現状を無料送迎など医院努力で対応している、そういった地域の改善策や支援策の拡充をお願いしたい。（同旨 2 件）</li> <li>・ 警察や消防署と同じく、社会的インフラをして、個人ではなく、公的運営をすべき。（同旨 16 件）</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ドローン・AI・オンライン診療など新技術の活用と法整備が必要。（同旨 3 件）</li> <li>・ 夜間加算など柔軟な点数設定が必要で負担増もやむなし。</li> <li>・ 職員確保困難地域に加算などの支援が必要。</li> </ul> </li> </ul>	6 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療の提供体制の確保について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅診療において、人口が少ない地域では移動時間等のロスが大きく、赤字傾向である。逆に、移動時間がほぼない同一建物などには営利企業が入り、患者囲い込みがされている。是正をお願いしたい。</li> <li>・ 医師派遣の交通費・宿泊費などの支援制度が必要。</li> <li>・ 医師の休み確保や給与補助などサポート制度が必要。</li> </ul> </li> </ul>	3 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 歯科医療について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人口の少ない地域に歯科訪問診療や巡回制度の強化を求める。（同旨 2 件）</li> <li>・ 歯科訪問診療評価の強化と多職種連携支援が必要。</li> <li>・ 人口や医療資源の少ない地域では低栄養やフレイルといった問題が表面化しやすい一方で、早期に気づき支える体制を整えることが難しい現実がある。地域条件に応じた柔軟な制度設計が必要。</li> <li>・ ICT や遠隔支援で地域の負担を補う仕組みが必要。</li> <li>・ 都市開業を減算し地方開業を加算する仕組みが必要。</li> </ul> </li> </ul>	7 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ オンライン診療と薬局併設ブース活用のため規制緩和を求める。</li> <li>・ 病院・歯科の対策はあるが薬局支援が欠如している。</li> <li>・ 今さら制度化されても遅いと感じる。</li> <li>・ 効果があるとは思えない。（同旨 1 件）</li> <li>・ 国が地域を見捨てているように感じる。</li> <li>・ その地域に住むのは本人選択なので支援不要。</li> <li>・ 過疎地加算はよいが多い地域の減算には反対。</li> </ul> </li> </ul>	8 件

## Ⅱ－７－１ 業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進（再掲） （Ⅰ－２－２を参照）

## Ⅱ－７－２ 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（再掲） （Ⅰ－２－３を参照）

## Ⅱ－８ 医師の地域偏在対策の推進（80 件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師の地域偏在対策について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険点数に地域差付けてみてはどうか。（同旨 1 件）</li> <li>・ 医師の地域偏在対策にあたって、医療資源の少ない地域、人口の少ない地域について、住民・医療機関に責任はない。行政が対応すべき課題である。財源は公的医療保険（診療報酬）ではなく、補助金等で対処すべきである。（同旨 6 件）</li> <li>・ 以前は大学医局からの期間限定の派遣などがその役を担っていたと思うが、現在はそれが難しくなっているので、何らかのインセンティブが必要。（同旨 16 件）</li> <li>・ 患者のいないところには医師も必要ない、業務効率化の面からも難しい。</li> <li>・ 「僻地を支える立派な医師」のようにやりがいには限界がある。（同旨 3 件）</li> <li>・ 医師の地域偏在は医師不足の根本的解決がないと改まらない。（同旨 5 件）</li> </ul> </li> </ul>	76 件



<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の地域「偏在」対策を進めるにあたっては、減算等の脅迫的な対応ではなく、医師数全体の底上げや、地域医療に従事することが優位に選択されるような労働環境や研修体制等の整備、支援策の充実を通じて取り組むべきである。診療報酬において、「行政が求める医療を提供できない」とされた医療機関に対する、一律の評価見直しは行わないよう強く求める。（同旨 10 件）</li> <li>・ 改正医療法に基づき都道府県知事が行う要請に応じず、保険医療機関の指定が 3 年以内とされた医療機関については、機能強化型加算、地域包括診療加算の対象としない等、評価を見直すところがあるが、これは明らかに自由開業医制の制限であり、行うべきではないと考える。（同旨 9 件）</li> <li>・ 医師にも専門があるので、無理に不足している医療機能を提供させることは難しい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 医師の地域偏在対策は、単に「配置数」を増やす施策だけでなく、地域の急性期・在宅を維持するために、広域で医師機能を共有できる仕組みとして推進していただきたい。具体的には、応援医師の派遣や共同当直、専門医の巡回・オンライン診療／遠隔コンサルト、遠隔画像読影等を制度として位置づけ、過疎地でも救急・入院・在宅が破綻しない体制を整える必要がある。あわせて、参加する医師・医療機関が不利にならないよう、移動・待機・連携に要する時間も含めた評価を求める。（同旨 2 件）</li> <li>・ 開業を「総合診療科」を必須にしてほしい。</li> <li>・ 医学部生の頃からへき地などの医療への関りを持てるような機会づくりや、約束された期間限定での勤務、またリカレント教育を受けた中・高年医師の活用等、様々な工夫をもって対処するしかないのではないか。（同旨 3 件）</li> <li>・ 医師の地域的な偏在は人口減少の影響が強いが、診療科の偏在があるとすれば医学部の医学教育にも関連している。この問題に特化した国民会議を、医学教育関係者や地域現場の医師、医学生、病院研修医、さらには一般国民の代表者で構成して創設し、今後の総合診療医の確保や専門医制度での偏在が起きないよう取り組む必要がある。</li> <li>・ 自由開業制を段階的に廃止していく必要がある。（同旨 2 件）</li> <li>・ 地域貢献をしない医療機関（学校医をやらない、行政の行う休日診療所に出務しないなど）には、何らかの逆インセンティブを検討しても良いのではないかと。</li> <li>・ 医師だけでなく、看護師、薬剤師の偏在も喫緊の課題かと思う。（同旨 1 件）</li> <li>・ 医師の偏在については、地域差だけでなく、診療科別も検討してほしい。</li> </ul>	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多くの透析患者が葛藤の中で生きている。治療の開始から人生の最後の時まで、適切な情報提供が行われるような評価体制になる事を望む。</li> <li>・ 対策は今後も重要。（同旨 2 件）</li> </ul>	4 件

### Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

#### Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられる体制の評価（85 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 健康診断、検診及び予防接種等（健診等）の受診後に、健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 学校健診等で保険医療機関以外が健診した場合の取扱いを明確化してほしい。</li> <li>・ 健診後の受診時の初再診扱いの明確化が必要。（同旨 7 件）</li> <li>・ 公費健診・自費予防接種を同時実施する場合は算定扱いを分けるべき。</li> <li>・ 再診時の健康診断の取り扱いを明確化すべき。</li> <li>・ 初再診料の増額と外来管理加算の継続を求める。</li> </ul>	12 件
<p>○ 血液透析患者に対するより安心・安全で質の高い診療体制の確保について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人工腎臓点数の引下げは経営悪化を招くため引上げを望む。</li> <li>・ 腎代替療法選択支援には家族含め複数回の説明が必要で評価見直しが必要。（同旨 4 件）</li> <li>・ 患者に対するすべての治療説明ができる冊子の活用を導入期加算 1 及び 2 に盛り込むなどして情報提供すべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ CKD 段階でのかかりつけ医による SDM 実施とその評価を求める。（同旨 1 件）</li> <li>・ 血液透析を継続実施している患者であっても在宅医療である腹膜透析が必要になるシーンが増加している。その際の再療法選択を実施した場合にも腎代替療法指導管理料が算定可能とすべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 導入期加算 I に腎代替療法専門指導士配置を必須化し偏った HD 誘導を是正すべき。</li> <li>・ 療法選択外来の上限撤廃と PD 導入前指導への加算創設を求める。</li> <li>・ 保存期患者を導入期加算 3 算定施設へ紹介した場合に加算を付与すべき。</li> </ul>	17 件
<p>○ 腹膜透析の管理等について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 腹膜透析推進を強く求める。</li> <li>・ 血液透析のみでも導入期加算算定できる制度が PD 導入阻害要因であり要件見直しが必要。</li> <li>・ 腹膜透析の認知が医療者にも不足しており適切な施設点数引上げで選択肢保障を求める。</li> <li>・ 高齢化が進む本邦において、在宅医療である腹膜透析をさらに普及させるためには、長年にわたり患者を診療してきたかかりつけ医（非透析・非腎臓専門医）が、腹膜透析導入後も引き続き管理を担うことが重要。基幹病院との連携体制を前提として、在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定要件について見直しを行う必要があると考える。（同旨 7 件）</li> <li>・ 在宅自己腹膜灌流指導管理料の「頻回指導」を他医療機関でも算定可能にすべき。</li> <li>・ 腹膜透析患者をかかりつけ医と連携診療した場合、基幹病院にも加算を付与し逆紹介を促すべき。</li> <li>・ 腹膜透析を実施している医療機関が少なく、腹膜透析を選択したくてもできない地域があり、国民に地域による医療格差が生じている。（同旨 2 件）</li> <li>・ 腹膜透析の専門医がいない地域ではかかりつけ医と訪問看護と連携し、オンライン診療も活用した連携体制を構築することが有効。当該体制による適切な管理に対する評価が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 腹膜透析の遠隔モニタリングについて。現在安定した腹膜透析管理には必須な項目であり、十分な評価をしていただきたい。</li> <li>・ 在宅医療である腹膜透析を安全に遂行するには患者教育が最も重要である。きめ細かい指導にはマンパワーが必要であり、医師、看護師のみならず多職種の参入が重要。臨床工学技士による機器の取り扱いに関する患者指導に対して診療報酬の新設すべき。</li> <li>・ CAPD 認定指導看護師（腹膜透析学会認定）や透析・腎不全看護認定看護師（日本看護協会）を有する専門性の高い看護師が、患者指導や在宅支援、地域連携を行っているがこれら専門的な看護実践が診療報酬上十分に評価されているとはいいがたく、評価の新設を求める。（同旨 1 件）</li> <li>・ 独居や老々介護のケースでは訪問看護の介入などが必要になるが、制度が複雑で分かりにくく、患者が腹膜透析を選択する妨げとなっている。支援体制強化が必要。（同旨 3 件）</li> <li>・ 腹膜透析を希望する透析導入患者は多いと考えられるが、必要な療法に到達できない現状がある。腎代替療法に関する情報提供に積極的に取り組む医療機関を特に評価する仕組み（例：人工腎臓の導入期加算 2 の増点等）の導入を要望する。（同旨 4 件）</li> </ul>	48 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後は、入院中心の導入モデルから、在宅・地域完結型のアシスト PD モデルへと発想を転換し、制度面・運用面の整理と現場への周知を進めることが必要。訪問看護を活用したアシスト PD 体制の評価を求める。（同旨 7 件）</li> <li>・ 介護職が PD 介助を担えるよう制度整備し看護師管理評価の拡充を求める。（同旨 3 件）</li> <li>・ 終末期 PD（PD ラスト）や腎不全緩和ケアの診療報酬評価を新設すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 透析中に薬局が薬を届ける行為を診療報酬上認め負担軽減を図るべき。</li> <li>・ 認知症患者の HD 導入は安全面で困難な例が多い。</li> <li>・ 要介護 PD 患者には訪問看護が介護保険では賄えず別表 7 適用で医療保険対応にすべき。</li> </ul>	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 時間をかけた支援が十分評価されていないため見直しを求める。</li> <li>・ 電子処方箋普及のため病院の普及率を指標化し診療報酬評価に反映すべき。</li> <li>・ 身体障害手帳の名称が患者を傷つけるため見直しを検討すべき。</li> <li>・ 腹膜透析の診療体制充実に向けた実効的な検討会の設置を求める。</li> <li>・ 処方せんの 1 回量処方と 1 日量処方が統一されないまま長年放置されている。調剤過誤防止のため 1 回量処方が提案されたが、1 回量処方でも過誤防止効果があったのか調査結果を出すべき。その上で 1 回量処方（1 日量併記）を継続するなら、医師に周知徹底すべき。</li> <li>・ 今回、抗がん剤暴露対策として閉鎖式薬剤移転装置の議論を中医協内の個別案件として議論頂いているが、他にも医療従事者を守るための医療機器が多くある中で、それらが診療報酬において適切に評価されているとは言えない。（例：サージカルスモーク対策や術中の放射線被ばく量の低減に貢献する医療機器）医療体制の持続性確保の観点から、患者の安全だけでなく、医療従事者の安全について十分な評価を検討頂きたい。</li> <li>・ セキュリティ対策は重要である。保険診療におけるサイバーセキュリティ対策に要する費用が充分まかなえる評価を新設することが必要である。</li> <li>・ 患者にとって一番の状況は「医療が必要ない状態」であり、そのために質の高いケアが提供できるように努力すべきである。</li> </ul>	8 件

### Ⅲ－１－１ 身体的拘束の最小化の推進（75 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 身体的拘束の最小化に向けた取組について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 取組の重要性は理解するが、その背景にあるのは現場の慢性的な人手不足と業務負担の増大、省力化のための設備投資に振り向ける資金の不足である。実現には多職種によるきめ細かな対応や監視センサー等のシステム整備が不可欠であり、関係する加算の大幅な引き上げとともに、記録・報告事務の簡素化を強く求める。（同旨 15 件）</li> <li>・ 身体的拘束に該当するか否か、特にクリップセンサー等は該当しない取扱いとすること。また、拘束により入院料を引き下げないこと。</li> <li>・ 適切な身体的拘束への減算は廃止するべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ 身体的拘束は人権の問題であり、身体的拘束最小化の取り組みは、極めて重要である。入院料の施設基準にも明記され、医療機関は前向きに取り組んでいるが、「身体的拘束」の定義が施設基準上不明瞭である。より適切に取り組む、対応できるよう、定義を明確にしていきたい。（同旨 2 件）</li> <li>・ 医療安全のため拘束が必要な患者が居ることは事実である。拘束を一人で決定せず、チームで決定していく姿勢が必要である。（同旨 16 件）</li> <li>・ 現場では、低栄養や脱水、体力低下、せん妄などが重なることで、安全確保を目的とした対応が身体的拘束に近づいてしまうことがある。拘束の最小化を実現するためには、行為の抑制だけでなく、栄養管理を含む包括的なケアにより、拘束に至らない状態を支える取組が重要であると考えられる。（同旨 1 件）</li> <li>・ 看護の手が足りない。せめて急性期病棟は免除にしてほしい。</li> <li>・ 現状では多職種で身体的拘束の必要性についてカンファレンスをしていないのにしていたように記録がなされていたり（看護師のみ、あるいは話し合いをしていないのに他職種の名前が明記されている）、「身体的拘束以外に対応する方法がない」と身体的拘束以外の対策を行わず、長期間にわたり身体的拘束が続いている。</li> <li>・ 海外のように不穏の患者に対する話し相手をしてくれるボランティアの活用が望ましい。</li> <li>・ 外部の目を入れること、それらの「目」に権限を持たせること、「目」となる立場の方に報酬が必要。</li> </ul>	62 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 拘束しない場合の不利益を家族、国が責任を持ち、医療機関に責任を負わせなければ解決する。（同旨 1 件）</li> <li>・ 身体拘束に対する理解を教育によってもっと広めて欲しい。</li> <li>・ 身体的拘束を避けるために、経鼻胃管や食道ろうで経管栄養を行っている患者を受け入れてもらえない状況が生まれている。</li> <li>・ 身体的拘束最小化の基準について経過措置が切れてまだ 1 年しか経過していないのに身体的拘束を行った日の入院料の評価を見直すのは時期尚早かもしれないが、アウトカム評価の導入という観点で考えれば避けられないことかもしれない。</li> <li>・ 必要な取組である。（同旨 8 件）</li> <li>・ 薬物的拘束にもなんらかのルールが必要。（同旨 1 件）</li> </ul>	
<p>○ 認知症ケア加算について評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護施設の勤務者が減る中、暴力を奮う重度認知症患者がいるので、身体拘束をやめれば介護者に負担がかかり、介護崩壊する。（同旨 2 件）</li> <li>・ 現場の看護師にきくと、入院主病名に加えて認知症を併せ持つ患者が多く、尊厳を保ちながらケアと安全確保を管理するのが、非常に日々のストレスになっている。現場の努力に委ねず、もっと体制加算等を検討してほしい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 認知症や精神疾患等、より多くの配慮や工夫が必要となる患者を受け入れた場合の評価を新設すること。（同旨 1 件）</li> <li>・ 精神科医療においても認知症ケア加算を導入したほうがよい。</li> <li>・ 認知症患者が危険なことをしないようにするための身体拘束が出来ず、監視するための人手もないのであれば、フィジカル AI を活用するしかない。</li> </ul>	9 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現場の大変さをわかっていない人が机上の理論で作成することは避けてほしい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 在宅医療への移行を進めるか、家人の終日付き添いでしょうか。</li> <li>・ 司法関係者には精神病院の 2 年くらいの研修を義務付けてはどうか。</li> </ul>	4 件

### Ⅲ－１－２ 医療安全対策の推進（51 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 医療安全対策の推進全般について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 急性期では患者状態の変化が速く、医療安全は体制と運用で担保されるため、インシデント報告件数など形式的指標だけでなく、再発防止のプロセスが回ることを評価していただきたい。具体的には、カンファレンス・教育訓練・手順書整備、薬剤・検査・手術等の多職種連携、夜間休日を含む急変対応の標準化など、実効性ある安全活動に要する時間と人員が確保できるよう、現場負担の増大にならない形で診療報酬上も後押しする制度設計を求める。（同旨 12 件）</li> <li>・ 医療安全対策の推進にあたっては、マニュアル整備や研修実施といった形式的対応にとどまらず、現場で実効性を持って機能する体制整備を評価することが重要である。ICT 等の活用により人為的ミスを予防するとともに、医療従事者が安心して報告・改善に取り組める安全文化の醸成を支援すべきである。（同旨 6 件）</li> <li>・ 人員増につながる診療報酬引き上げが必要。（同旨 3 件）</li> <li>・ 記録物など施設基準は簡素化したものを希望する。（同旨 3 件）</li> <li>・ 感染予防対策や医療事故予防対策のための新しい技術の開発を推進するとともに、医療安全対策が充実している医療機関を診療報酬でも手厚く評価してほしい。</li> <li>・ 医療安全の対策で病院機能評価機構への報告など行なっているが、対策が十分でない療養病院などについて「機能評価」の医療安全部分だけでも、審査を義務付けてはどうか。</li> <li>・ 講習会等での対策を受講している。</li> <li>・ 患者やマスコミへの啓もうも必要。</li> <li>・ 推進すべき。（同旨 3 件）</li> </ul>	36 件
<p>○ 歯科について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染対策、救急対応（AED・酸素・救急薬剤等）、偶発症対応、薬剤・既往管理、医療事故防止のための研修・マニュアル整備等を実効性ある形で推進できるよう、歯科診療所における医療安全対策の評価（施設基準の整備と加算の拡充）を要望する。（同旨 1 件）</li> </ul>	6 件



<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医科との緊急連携体制や地域連携パスの整備、医療 DX による情報共有（服薬・既往・検査情報等）の推進も医療安全向上に資するため、併せて制度的支援を求める。</li> <li>・ 歯科では手間と費用もかかるので、基本診療料を引き上げるなどの対応をして欲しい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 日本医療機能評価機構による「歯科ヒヤリ・ハット事例収集」等により、常時注意喚起を行っているが、事例集の継続発行とその動画版があればより周知しやすいのではないかと考える。</li> </ul>	
○ 薬剤について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全ての電子カルテで、アラート機能を充実させてミスを減らすようにしてほしい。</li> <li>・ 一般名処方推奨されていることもあり、電子カルテを活用した処方箋では、すべて一般名処方にされているものをみかける。漢方製剤についても一般名で処方しているおのさえあるが、医療安全の観点からそれは馴染まないのではないかと考える。</li> <li>・ 薬剤師の活用が必要。薬歴の記録の抽出、電子処方箋のコメント機能活用が必要。</li> <li>・ MR 不足で医療安全情報の提供がおろそかになっている。</li> </ul>	4 件
○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 完全にはできない、やむを得ない部分もあり、民事訴訟レベルにとどめてほしい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 僻地に医師を増やすところから始めてはどうか。</li> <li>・ 現場にまかせるべき。</li> <li>・ 性急な医療 DX 推進により医療現場は著しく疲弊しており、本来果たすべき診療に支障を来している事態は、厚生労働行政からしても本末転倒である。</li> </ul>	5 件

### Ⅲ－２ アウトカムにも着目した評価の推進（5 件）

主な意見の内容	件数
○ リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者の基準について <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。また回復の見込みがある患者を優先し、そうではない患者を受け入れない等の選別につながる。回復期リハビリテーション病棟入院料についてはこれ以上のアウトカム評価は行わないこと。さらにアウトカム評価そのものを廃止すること。</li> <li>・ 回復期リハビリテーション病棟において、実績指数の算出方法及び除外対象患者の基準を見直すとあるが、これからの高齢者救急症例の急増に対して、回復期リハビリテーション病棟数を削減するようなドライブをかけるべきではない。</li> <li>・ 回復期リハビリテーション病棟入院料のアウトカム評価の見直しについては、実績指数の引き上げや除外対象患者の厳格化によって対象患者の受け入れ制限につながらないようにしていただきたい（すでに受け入れ制限が行われている）。</li> <li>・ 一面的なデータのみに基づいた「アウトカム評価」による診療報酬の見直しには反対。アウトカム評価は回復見込みの高い患者の選別につながる危険性があるばかりか、医療に対する「成果」を施設基準に持ち込むことは、療養の給付の原則からも逸脱する。</li> <li>・ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する病院では重症度が 50%と他の回復期よりも高いにも関わらず、人員配置は同様で、働く医療従事者は重症患者の対応で疲弊している。人員配置の要件の見直しを検討すべき</li> <li>・ 特定入院料の届出にあたって、施設基準を明確にすべき。</li> </ul>	5 件

#### Ⅲ－２－１ データを活用した診療実績による評価の推進（81 件）

主な意見の内容	件数
○ データに基づくアウトカム評価の推進について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ データ提出加算は提出できない病院は減算するようにしてはどうか。（同旨 2 件）</li> <li>・ 療養の給付と関係のないデータ提出加算を診療報酬に位置づけるのは反対。（同旨 3 件）</li> <li>・ 日常診療で手一杯であり、データ提出のハードルが非常に高いため、反対である。</li> <li>・ 施設基準要件や提出の手間を簡素化すべき。（同旨 10 件）</li> <li>・ レセプト等を活用してほしい。（同旨 4 件）</li> <li>・ 既存点数について、外来・在宅データ提出加算の届出を要件とすることはやめてほしい。</li> </ul>	58 件



<p>また、各年度 5 月～7 月の訪問診療の実施回数が 2,100 回を超える強化型の在宅療養支援診療所・支援病院に対する在宅データ提出加算の届出要件を廃止すべき。データの提出には、通常診療に支障をきたすほどの業務負担が生じており、対応しきれるものではない。また、そもそも患者の治療などに直接関係のないデータ提出を診療報酬として設定すべきではなく、データの収集・活用、といった国の施策のための事務作業への評価は補助金で対応すべき。（同旨 1 件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科の治療もアウトカムを明確にしていく必要があると思う。</li> <li>・歯科医療においても、データを活用した診療実績に基づく評価を推進することは医療の質向上と資源配分の適正化の観点から重要。現行では届出制の施設基準が中心で実際に地域の中核として機能している診療所（小児、障害者、口腔機能管理、在宅等）が十分に評価されにくい課題がある。レセプト等の客観的データから診療所の実績（対象患者の割合、継続管理の実施、医科歯科連携件数等）を抽出し、実績に応じて評価される施設基準（実績認定型施設）を新設し、認定された歯科医院に加算が付与される仕組みを要望する。</li> <li>・近年、医科歯科連携も進み、糖尿病と歯周病との関連性から始まって、いろいろな全身疾患と歯周病の関係が解明されてきている。そのため、歯科に関するデータと医科の検査データとの関連性を調べるのが推奨されると考える。</li> <li>・診療内容やさまざまな検査費が医療資源を投入していることに DPC ではなっているが、実際には外来で過剰な検査を行なっている医療機関が多い。1 症例あたりの診療費を見える化して、1 症例あたりの平均的な治療日数と医療費を病院の Web ページに開示させてはどうか。それに基づいて評価するべきではないか。</li> <li>・国民病ともいえる歯周病の予防のために必要なデータを収集し、活用できるようにしてほしい。</li> <li>・アウトカム評価を強引に推進することに反対する。（同旨 2 件）</li> <li>・海外の医療機関に比較して規模が小さく、データの集積が進まないように感じる。</li> <li>・このデータの真偽や正確さを誰か評価するかという問題がある。（同旨 2 件）</li> <li>・データを統計上ただしく運用できるようにすべき。（同旨 3 件）</li> <li>・アウトカム評価の基準の明確化と標準化が必要。（同旨 9 件）</li> <li>・地域の実情に応じた診療実績を評価していただきたい。（同旨 4 件）</li> </ul>	
<p>○ 外来医療におけるデータに基づく適切な評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外来医療において予防の観点から意見する。エネルギーの源となる食べ物の入り口となるのが口腔である。その口腔内の状況（歯の本数や噛む力、咬合高径など）が時系列的でどのように変化したかをデータでとらえ、将来的にどのような疾病を引き起こしたかまでみることができれば、後世に役立つ医療がさらに提供できる。また世界で冠たる長寿国日本の健康寿命延伸の取り組みが、国内のみならず世界でも役立てられる国力になり得る。</li> <li>・各後期高齢者歯科検診事業により、口腔のどの機能が健全であれば健康長寿に寄与できるのかが明確になりつつあるので、より重症化予防的な部分への評価を期待したい。</li> <li>・「かかりつけ医」機能を評価する診療報酬を設計するに当たっては各種データが必要であり、データ提出を推進すべきとの意見がある。しかし、特にスタッフの少ない診療所では、データ提出に係る実務が困難な場合もあるため、義務化は行わず、届出方式を維持すべきである。</li> <li>・試行データの提出及び施設基準の届出を簡素化するとともに、事務量に対して評価が低いいため、報酬の引き上げを行うこと。</li> </ul>	4 件
<p>○ 質の高い在宅持続陽圧呼吸療法の提供について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・CPAP 装置の短時間使用（4 時間未満）の有効性の乏しさが指摘され、4 時間以上の使用が担保されない場合には減算を求める意見が出されているが、花粉症、アレルギー等の鼻炎をもつ患者では、呼吸の苦しさから CPAP 装置を外してしまう事例などもあり、実際の装着時間を基準に減算規定を導入する見直しには反対する。</li> </ul>	1 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・大きな指針として活用するのはよいがすべてを当てはめて運用するのはどうかと思う。</li> <li>・患者さん個人の情報の漏洩、医療機関の更なる分断化を危惧している。（同旨 1 件）</li> <li>・現状データを活用して診療実績の評価するにはエビデンスが不十分。（同旨 1 件）</li> <li>・国内サーバーで管理することが絶対条件。（同旨 1 件）</li> <li>・経年的データは、専門家に分析してもらう必要がある。（同旨 1 件）</li> <li>・現在でも多種多様な電子カルテが存在している。それが統一できなくてデータ活用も何も</li> </ul>	18 件

<p>あったものではない。診療報酬以前にそこを何とかしていただきたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ AI やマイナ保険証を活用すべき。（同旨 4 件）</li> <li>・ 高齢の医師やパソコン等が苦手な医師への配慮が必要。</li> <li>・ 患者のニーズに任せるべき。</li> <li>・ 良いと思う</li> </ul>	
--	--

### Ⅲ－３ 医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（24 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 診療録管理体制加算、医療情報取得加算、医療 DX 推進体制整備加算の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療 DX 関連施策には、導入費用、維持管理費用がかかるうえ、国策で推進する以上、国からの費用負担が当然と考え、活用推進するためにはさらなる評価の必要。（同旨 12 件）</li> <li>・ 医療 DX 推進体制整備加算などの廃止の議論がされているが、廃止するのであれば基本診療料に上乘すべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ 医療 DX に関しては、マイナ保険証利用率での評価は、医療機関の努力では限界があり、地域差や診療内容による患者特性が多分に影響しており下限を撤廃すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 医療 DX 推進体制整備加算は、保険証利用率と電子処方箋発行体制につき加算される点数であるが、利用率の違いによって、療養の給付内容に差異はない。</li> <li>・ 医療 DX の進捗状況及び実態をしっかりと把握した上で、医療 DX 推進体制整備加算の施設基準の要件を変更すべき。電子処方箋や電子カルテ等の体制など、前回改定後に猶予期間が設けられた他、期中改定で施設基準が 2 本立てになるなど、電子処方箋などの医療 DX が希望的観測による拙速な対応により医療現場が混乱した。国の政策に不安を感じ医療 DX 推進体制整備加算など進むことに躊躇した医療機関もある。信頼し安全に取り組める政策だと実感できるよう実績を示したうえで、診療報酬改定を行っていただきたい。</li> <li>・ 電子処方箋の発行を推進するため、医科、歯科の医療 DX 推進体制整備加算は電子処方箋の発行を必須としてはどうか（医療 DX 推進体制整備加算 4～6 を廃止する）。</li> </ul>	22 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ マイナ保険証の様に強制にしないでほしい。高齢者は分からず、受付事務が手助けをしなければならず、手間が増える事をしないでほしい。</li> <li>・ マイナ保険証を持たない人への負のインセンティブを明らかにすべき。実際に持っていない、受付を通さないデメリットが見えるようにして、持っている「高額療養費の支払い」について楽になったことも仕組みとして動いていることをもっと PR してほしい。</li> </ul>	2 件

#### Ⅲ－３－１ 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進（113 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 向精神薬を処方する際の電子処方箋管理サービス等による重複投薬等チェックについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 向精神薬の重複投薬に活用するような旨だったが、マイナ保険証利用時の患者同意を強制にしてほしい。向精神薬の重複疑いがあり、過去に実際に重複して貰おうとしていた患者が同意しないので履歴を追えないことがある。</li> <li>・ 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進は積極的に進めるべき。とくに向精神薬を目的として頻回受診や多重受診を抑制する観点からも必要。</li> <li>・ オンライン診療の活用を進めるにあたっては、特に睡眠薬等の適正使用が求められる薬剤について、電子処方箋等を活用した重複投薬チェックや情報共有が併せて機能することが重要。利便性の向上と安全性の確保が両立する制度設計が必要。</li> <li>・ （１）は「情報通信機器を用いた診療」に限定する必要性はなく、すべての診療を対象とすべきと考える。（同旨 1 件）</li> <li>・ 抗精神病薬のみではなく、今は糖尿病治療薬なども、重複処方と転売が問題になっている。</li> <li>・ 向精神薬だけでなく全ての薬剤に対してチェックして欲しい。例えば病名に対して保険診療上何日分までですという定められた薬剤も学習して欲しい。</li> <li>・ ほとんどの薬局は事務が入力に使用するメーカーと薬剤師が使用する薬歴メーカーが異なり、薬剤師側で重複チェックができず普及が遅れている。</li> </ul>	8 件
<p>○ 電子処方箋システムを活用した質の高い処方について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 喫緊の課題で早々に推進すべき。無駄が多い。複数の医療機関にかかっている管理が困難</li> </ul>	105 件

<p>などの問題が日々起きている。（同旨 15 件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ チェック結果が過多だと現場の確認負担やアラート疲労が生じ得るため、重大リスクの優先表示、検査値（腎機能等）を踏まえた判定、電子カルテ／薬局システムとの連携による自動反映を前提に、医師・薬剤師が連携して処方見直しにつなげられる運用としていただきたい。導入・運用コストや業務負担が医療機関・薬局の持ち出しにならない評価も求める。（同旨 29 件）</li> <li>・ 医療用経口栄養剤（ONS）やサプリメント等は、必ずしも十分に把握・共有されていない場合があり、全体像を把握した安全管理が難しい場面もあります。電子処方箋の利活用に当たっては、薬剤だけでなく栄養摂取状況も含めた情報共有が進むことで、より実効性のある医療安全対策につながることを期待する。（同旨 1 件）</li> <li>・ 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用を推進するにあたっては、導入そのものを目的とするのではなく、チェック結果を医師・歯科医師・薬剤師が共有し、実際の処方判断に活かす運用を重視すべきである。とりわけ歯科処方を含めた情報共有を進めるとともに、確認・介入行為そのものを適切に評価し、医療安全の向上につながる制度設計が求められる。（同旨 2 件）</li> <li>・ 電子処方箋の普及により処方情報の共有は進みつつあるが、他院処方に対する医学的観点からのフィードバックや改善提案を行う仕組みは十分とは言えず、処方の質向上につながる活用の検討が望まれる。（同旨 2 件）</li> <li>・ 電子処方箋システムの規格統一を実施。UI の使いやすさへ投資してほしい。</li> <li>・ 医院からの処方箋の読み取りの整合性について、各レセコン会社で協力して読み取りミスが起きないようにしてほしい。</li> <li>・ 医療機関からの電子処方箋の発行率が低い。（同旨 8 件）</li> <li>・ 機能不全で時期尚早。（同旨 26 件）</li> <li>・ 今のマイナ保険証はオンラインで「データ」が取れるのは、1-2 か月前のデータである。</li> <li>・ 重複投薬等のチェックはお薬手帳で現在できている。</li> <li>・ 関連サービスの周知、活用方法の周知を幅広くして頂きたい。（同旨 2 件）</li> <li>・ まず、用法コードの拡大をすべき。</li> <li>・ 現状は電子処方箋のみに報告義務があるが、その他の処方箋の調剤結果についても報告義務とすべきである。（同旨 1 件）</li> <li>・ 電子処方箋を発行しない場合には、診療報酬の減額をするべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 従来の処方箋料の引き下げは絶対に認められない。むしろ、院内処方の場合の処方料、調剤料の引き上げを行うべきである。</li> <li>・ システム導入に関して、個人薬局とチェーン薬局で補助金等の差別をすべきではない。（同旨 1 件）</li> </ul>	
--	--

### Ⅲ－３－２ 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進（110 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ オンライン診療について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「オンライン診療」については、医療資源の脆弱な離島・へき地また新興感染症等の有事の際には有用である。しかし利便性を追求するあまり様々な弊害も現実であり、不適正な使用による医療の質と安全が脅かされる懸念は常にある。あくまでも対面診療を原則とし、補完する手段としてのみ使用すべき。（同旨 30 件）</li> <li>・ オンラインでは、触診や応答時の反応などわからない点が多い。見落とす病気が増えるため、医師や医療職の負担減のためであれば反対。</li> <li>・ オンライン診療は医者への責任が増える。</li> <li>・ オンライン診療が利便性のみで広がって、ビジネス的な部分だけが広がり質が落ちることを危惧している。対策すべき。（同旨 11 件）</li> <li>・ 自由診療においてもオンライン診療の広告基準を厳しくするべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ オンラインでできる疾患とできない疾患がある。オンライン診療の対象疾患等をきちんと決めるべき。（同旨 12 件）</li> <li>・ オンライン診療を専門とする医療機関が増加している中で、診療プロセスの共有を病院やかかりつけクリニック、オンラインクリニックとリアルタイムで共有させる活動への評価も重要。（同旨 1 件）</li> <li>・ セキュリティ対策に対する国による検討や評価が必要。（同旨 2 件）</li> </ul>	109 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 昨今 AI によるフェイク動画が発達してきており、画面内の動画だけ診療を行うことは危険であり、性善説で推進するといずれ大きな問題が発生する。（同旨 3 件）</li> <li>・ オンライン診療で向精神薬を処方する場合に、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを要件化すべきと考える。（同旨 1 件）</li> <li>・ 患者にとっても医療機関にとっても使いやすいような制度設計にすべき。</li> <li>・ 休日夜間にオンライン診療して（加算を算定）処方箋がでても、週明けしか調剤薬局が開いていない。</li> <li>・ 過疎化地域においては、オンライン診療を多用して、ドローンなどでの配送をしていかないと成り立っていかないと多くなってくると思われる。早急に検討していただきたい。（同旨 5 件）</li> <li>・ 低価値な在宅医療はオンライン診療におきかえていくべきである。D to P with N 型を育てることが特に重要であろう。（同旨 2 件）</li> <li>・ 在宅医療や高齢者医療において、オンライン診療は医師の負担軽減や継続的なフォローに有用。しかし食事量の変化や体力低下、栄養状態の悪化といった微細な変化は対面での観察や多職種からの情報があって初めて把握できる場合も少なくない。オンライン診療の推進に当たっては、訪問看護や薬剤師、栄養の専門職等との連携を前提とした運用が重要。</li> <li>・ 近隣に薬局が存在しない僻地等の診療所において、院内に「オンライン服薬指導ブース」を設置し、外部の薬局薬剤師による指導を受けられるよう、実施場所の規制緩和を強く要望する。（同旨 1 件）</li> <li>・ 薬局に隣接するスペースや建物、敷地であれば問題ないという理解でいいのか。</li> <li>・ 保険薬局、ドラッグストア内にオンライン診療受診施設は設置できないように、療養担当規則、薬担規則で強い制限をかけていただきたい。</li> <li>・ 薬局の場合、自宅に赴き残薬を確認しないのであれば在宅の意味がない。</li> <li>・ 外来通院できない患者に対してオンライン診療は非常に有用な手段。オンライン診療の前提条件としての 3 か月に 1 度の外来通院の枠をなくしてほしい。（同旨 3 件）</li> <li>・ 連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・支援病院の施設基準に課せられた月 1 回のカンファレンスについてテレビ電話、web meeting 等を活用する場合も認めていただきたい。</li> <li>・ 介護保険サービス利用中（在宅での訪問介護・訪問看護含む）のオンライン診療が可能となれば通所サービス利用中のオンライン診療も可能となるのか。もし可能となるのであれば介護保険の送りの送迎料金の減算についての扱いはどうなるのか。</li> <li>・ オンライン診療の点数を上げないとオンライン診療は進まない。（同旨 1 件）</li> <li>・ 必要と思う。（同旨 8 件）</li> <li>・ オンライン診療の具体的なノウハウが分かりにくいので具体的に説明していただきたい。</li> <li>・ AI 診断も積極的に利用すべき。法整備を進めてほしい。</li> <li>・ 海外在住医師の HPKI カードが発行できず、オンライン診療で電子処方箋を発行できない。</li> </ul>	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 遠隔の心臓リハビリが時期尚早との記載を拝見した。訪問リハが進んで無いのにとの意見だったが、条件を整えると遠隔心リハの方がより安全面に考慮できる可能性がある。心電図管理下で運動を行い、三次救急の病院が救急車が必要な場面を判断できるとリスク管理は可能ではないか。</li> </ul>	1 件

### Ⅲ－４ 質の高いリハビリテーションの実施（47 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ リハビリテーション全般について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 賛成する。（同旨 13 件）</li> <li>・ 退院後の受け入れ先が必要。</li> <li>・ 診療報酬で正に評価するとともに、提出様式を統合・簡素化し、現場の負担を最小限に抑えるべきである。（同旨 6 件）</li> <li>・ 脳血管疾患リハビリ 245 点と呼吸器疾患リハビリ 175 点との間に 70 点もの差がある。リスク管理や状態把握など脳血管と呼吸器で差はないと感じる。同一点数への改定を希望する。</li> <li>・ 心大血管疾患リハビリテーションについて、疾患の特性にあわせ、対象疾患を「慢性心不全」から「心不全」に改めていただきたい。</li> <li>・ 状態の異なる患者に施行する疾患別リハビリテーションにおいて、対象患者や上限単位</li> </ul>	35 件

<p>数、上限日数、訓練内容に応じた評価を一律で見直すことに反対する。（同旨 2 件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 質の高いリハビリテーションを推進するにあたって、急性期での質に対する評価だけでなく、慢性期・生活期での質に対する評価も求める。通所リハビリテーションの中でも個別リハを実施した際には医療保険での疾患別リハビリテーション料を算定できる等、慢性期・生活期においても質の高いリハビリテーションを実施した際にはなんらかの評価をしていただけることで、高齢者の在宅生活を継続的に支えることができる。</li> <li>・ 医学的見地から効果を評価すべき。</li> <li>・ パーキンソン病における繰り返すリハ入院は自費で良いのではないか。難病適応となり進行している症例に効果は低いと思われる。他疾患に点数を振り分けるべき。</li> <li>・ COPD・間質性肺炎などの呼吸器疾患では、退院後の安定期リハビリの方が機能改善や費用対効果に優れ、有効性もガイドラインで強く推奨されている。しかし日本では外来呼吸リハの提供施設が極端に少なく（患者の 1%未満）、赤字構造のため医療機関が導入しづらい状況にある。外来呼吸リハの普及には、他の疾患別リハと同等の診療報酬水準に引き上げ、実施しやすい制度設計とすることが不可欠である。</li> <li>・ 早期リハビリは非常に重要視されている。しかし疾患別リハビリテーションは 20 分以上 1 単位が基本になっており、短時間のリハビリが十分評価できていない。超急性期において、20 分に満たないリハビリ時間を 1 日当たりで合算して、単位数算定できるようにするだけでも、すぐに早期リハビリを評価できる。今次改定から可能としていただきたい。</li> <li>・ リハビリ加算、介護保険取得者にも医療で中長期（3～6 か月）理学療法できるようにしていただきたい。</li> <li>・ リハビリスタッフを増やす必要がある。</li> <li>・ リハビリテーションを行える職種を明らかにして頂きたい。</li> </ul>	
<p>○ 疾患別リハビリテーション料の上限単位数について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「質の高い」リハとは、リハ前と後の FIM 評価が上がっているかいらないかのことか。回復期リハ病棟だけ算定上限（1 日 6 単位）が低いのは不合理であり、病棟による上限の差は適切ではない。FIM だけを基準に上限設定を判断するのは不十分で、患者によっては 9 単位相当のリハが必要で生活の質向上に直結する場合もある。単位数上限の緩和見直しにあたっては、一律削減ではなく、患者に必要なリハを保障できるよう慎重な制度設計を求める。（同旨 3 件）</li> <li>・ 医療機関外における疾患別リハ料の算定において、その移動中の従事者の付き添いに関する要件を明確にしていきたい（自動車で移動する場合、患者と同乗している必要があるのか、別の自動車であっても速やかに対応が可能であれば良いのかなど）。</li> </ul>	5 件
<p>○ 運動期リハビリテーション料等に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「適切なリハビリテーション」とは何を指すのか。定義を明確にすべきである。</li> <li>・ 切断患者や複数骨折の患者の場合は 9 単位実施できる日数（60 日）を超えてもリハを必要とする患者が多い。ぜひ、対象患者の前向きな見直しをお願いする。</li> </ul>	2 件
<p>○ 訓練内容に応じた評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「より質の高いリハビリテーション」とはどういうものなのか、定義されないまま訓練内容の評価を行うのは問題である。質の高いリハビリテーションの定義は病期によって異なる。訓練内容に応じた評価に見直すのであれば、病期の違いを考慮する必要があるのではないか。</li> <li>・ まずは訓練内容の記録を毎日していることについて加算がつくなどができることと訓練内容の入力がより推進できるのではないか。その際に 5 分毎に実施した内容を記録するなど明記されると良い。</li> <li>・ 訓練内容の報告やレセプトへの記載要件等、医療機関の業務負担に繋がる改定は反対。リハビリテーション実施の職種によって点数に傾斜をつける見直しも反対。</li> <li>・ 小児リハビリテーションは、重症心身障害児や発達障害など、成人とは異なる専門性と長期的支援を要し、その介入は回復だけでなく発達支援や生活支援も重要である。訓練内容だけで評価すると、姿勢管理やコミュニケーション支援など“維持的”と見なされやすい介入が不当に低評価となり、必要な子どもほど不利益を受ける懸念がある。よって、小児リハの特性を踏まえ、機能維持・予防・発達支援なども正當に評価できる制度設計が必要である。</li> <li>・ 病室でのベッド上の訓練等を平易な療法と判断するには問題があり、疾病発症直後の急性状態では健康状態の管理などを要し、回復期より慎重な対応が求められます。従って、発</li> </ul>	5 件



症早期についてのベッド上で行われる療法については適正に評価されることが必要と思われます。	
--	--

#### Ⅲ－４－１ 発症早期からのリハビリテーション介入の推進（14 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 発症早期からのリハビリテーション介入について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ もっと診療報酬を手厚くするべき。発症早期に医療資源を制限することで、結果的には長期間に渡って医療・介護資源を浪費することになる。（同旨 5 件）</li> <li>・ 早期退院にもつながるので重要であるが、土日などの勤務が増えることから、人員を増やす必要があるため人件費が高騰してきている。</li> <li>・ リハビリを早めに介入してほしい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 発症早期からのリハビリテーション介入の推進に賛同する。急性期では早期離床・早期リハにより廃用を防ぎ、合併症（肺炎、せん妄、褥瘡等）を減らし、在院日数短縮と退院後の生活機能の維持に直結するためである。一方、休日や夕方以降の介入体制の確保、多職種連携（医師・看護・リハ・栄養等）の調整にはコストがかかるため、早期介入を標準化できるよう、体制整備と実施に係る負担（人員配置・連携時間）を含めた評価としていただきたい。（同旨 2 件）</li> <li>・ 発症早期からのリハビリテーション介入は、高齢者や重症患者において特に重要であると考えます。しかし、食事摂取量の低下や低栄養がある状態では、リハビリへの参加が難しく、期待される効果が得られないことも経験します。リハビリテーションの早期介入を実効性のあるものとするためには、栄養状態の評価と、ONS を含む適切な栄養支援を同時に進める体制が必要。</li> <li>・ 毎回リハビリを行う際には医師から指示をもらう仕組みだが、医師の直接指示がなくても入れるようになる仕組みを作ってはどうか。</li> </ul>	14 件

#### Ⅲ－４－２ 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実（51 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 望ましい。評価すべき。（同旨 5 件）</li> <li>・ 急性期、亜急性期には必須だと思う。</li> <li>・ 年末年始などもリハビリスタッフが出勤してくれている。（同旨 1 件）</li> <li>・ 土日も実施するのであれば報酬増額が必要である。（同旨 16 件）</li> <li>・ 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実に賛同する。急性期では週末にリハが止まることで離床が遅れ、廃用やせん妄、誤嚥等のリスクが増え、結果として在院日数延長や転院・退院調整の遅れにつながり得る。一方で週末体制の整備には、リハ職の確保に加え、看護師等との連携、休日手当等のコストが発生するため、単なる実施要件化ではなく、休日実施に伴う追加コストを十分にカバーする評価（加算等）としていただきたい。現実的には、看護師の人数が足りていないため、難しい現状にある。</li> <li>・ 土日祝日におけるリハビリテーションの中断は、身体機能の低下や回復の遅れにつながる可能性があり、できる限り連続性が保たれることが望ましいと考えます。ただし、実際には人手不足や勤務体制の制約があり、平日と同様のリハビリを実施することが困難な場合も少なくありません。そのため、土日祝日にはリハビリ専門職による介入に限らず、離床支援や栄養管理（ONS を含む）など、体力低下を防ぐための最低限の支援が継続される体制づくりが重要であると考えます。</li> <li>・ 休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供は重要課題であるが、平日と同様の明確な基準が必要である。</li> <li>・ 土日 80%以上の介入は基準が厳しすぎる。</li> <li>・ 精神科医療においても是非推進してほしい。</li> <li>・ 受け入れ先があるのであれば実施可能。</li> <li>・ 人材確保が難しい。（同旨 2 件）</li> <li>・ 働き方改革に逆行している。不要だと思う。（同旨 6 件）</li> <li>・ リハビリが必要となる場合は慢性的な改善しか望めない場合が多く、土日祝日などの点数</li> </ul>	51 件

付加をつけてまでするものではない。（同旨 3 件） ・ 医療従事者の疲弊や医療費の高騰を考慮すべき。（同旨 3 件） ・ オプションは自費にしたら良いと思う。	
---	--

### Ⅲ－５－１ 救急医療の充実（65 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 救急医療の充実について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 推進すべき。（同旨 4 件）</li> <li>・ 医療費の抑制も考え、全国的な考え方を整理・統一が望ましい。</li> <li>・ 夜間休日の医療活動の評価をより高くすることが必要。一方で、夜間休日ではない、例えば平日 9 時～16 時の救急受診について在宅医・施設・医療機関とで連携することを評価すれば、時間外の人的資源の必要量を改善できないか。</li> <li>・ 救急医療の充実に賛同する。急性期病院が救急を継続的に担うには、診療行為の評価だけでなく、24 時間の受入を支える当直・オンコール体制、看護体制、検査・放射線・薬剤等のバックアップ、病床確保といった「体制維持」に要するコストを十分に評価することが不可欠である。また、DNAR 等で侵襲的治療を望まない患者の搬送や、在宅・施設側の調整不足による搬送が増えると救急機能が圧迫されるため、地域での意思決定支援と受入基準の整理を進めつつ、急性期側が不利益を被らない評価としていただきたい。（同旨 3 件）</li> <li>・ 救急外来医療を 24 時間提供するための人員や設備、検査体制等に応じた新たな評価はぜひ行っていたきたい。（同旨 10 件）</li> <li>・ 救急は基本的には、診療報酬として処置料が収益になるが物価の高騰を考慮していない。医療機器が高騰、人件費も高騰している、一人にかかるコストが麻酔科のように時間ごとに加算されるシステムも必要。</li> <li>・ 救急で使う薬品の薬剤費は全く収益にならないかマイナスになる傾向にあるので改める必要があるのではないか。</li> <li>・ 外科専門医の配置、後送体制の確保等、緊急歯科医療体制の確保に対する評価を要望。</li> <li>・ 精神科疾患や認知症患者の救急医療の体制を整えられるような診療報酬の仕組みにしてほしい。</li> <li>・ 診療所レベルであっても、夜診や土日祝の営業は、一次救急的な業務がたぶんに混ざってくる。メリハリをつけて手厚く評価すべきである。（同旨 3 件）</li> <li>・ 救急医療、小児・周産期医療、がん・緩和ケア、精神医療などの重点分野は、いずれも高い専門性と手厚い人員配置を要し、不採算となりやすい構造にある。これら政策的意義の高い分野において、複雑な実績要件や報告義務を設定することは、かえって地域医療の崩壊を招きかねない。医療機関が安心して存続できるよう、複雑な実績判定を廃し、基本診療料を含む底上げによる「真水」の財源投入を強く要望する。</li> <li>・ 救急医療管理加算に係る状態に脳疾患の状態を追加してほしい。同一傷病で前医から転院してきた場合は救急医療管理加算が算定できないが、高次医療機関の場合は他院で入院中に急性増悪し緊急搬送されてくる場合が多い。状態によっては算定できるようにならないか。（同旨 1 件）</li> <li>・ 高齢者における救急医療の利用は増加傾向にあるが、その中には低栄養やフレイル、脱水といった予防可能な要因が重なった結果、急変に至るケースも多く見受けられる。救急医療の充実を図る上では、救急体制の整備と同時に、日常的な体力維持や栄養支援を通じた予防的アプローチが不可欠であると考えます。地域での栄養管理や生活支援を強化することが、結果として救急医療の負担軽減につながると考える。</li> <li>・ 救急受診した際も例外なくすべての患者に対して選定療養費が徴収できるようにすることで、不要不急の受診を減らし医療機関の負担を減らせるのではないか。（同旨 1 件）</li> <li>・ 本当に必要な救急搬送にすべき。有料化を図るべき。（同旨 8 件）</li> <li>・ 受け入れ件数並びに重症度に伴った加算を検討してほしい。（同旨 3 件）</li> <li>・ ドクターカーや新生児搬送専用車を自院で保有・運用している実態を踏まえ、自院搬送を行った場合の評価や、救急体制充実加算に準じた実績評価の導入を検討されたい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 救急車以外の救急医療の評価も強化することで、救急搬送以外の救急医療の道が開かれるのではないか。</li> <li>・ 医師を増やすためにはどうしたら良いか考えて欲しい。（同旨 3 件）</li> </ul>	59 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地方では夜間急病センターの開設が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 病院ごとではなく輪番制で消化器外科、脳神経外科、循環器内科のホットラインの整備を希望する。</li> </ul>	
○ 救急患者連携搬送料について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急患者連携搬送料は、今は搬送元の病院にだけ点数が付くこととなっているが、より下り搬送を促進するため、搬送先の病院についても点数が付くよう見直しをお願いしたい。</li> </ul>	1 件
○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ マイナ保険証を患者、家族の許可なく救急隊員が使用できるように法整備を進めてほしい。救急隊員が働きやすいよう、判断しやすいように法整備を進めるべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 救急医療が特に評価されるようになってきたことにより、「救急搬送を断らない医師」を紹介する業者が登場してきている。規制を検討してもよいのではないか。</li> <li>・ 緊急医療の必要性を診療なしに指導するのは無診投薬、無診療養指導とともに違反行為。法的責任の所在を明らかにしてからにすべき。</li> <li>・ 平時からの地域での災害訓練について診療報酬をつけることを要望する。</li> </ul>	5 件

### Ⅲ－５－２ 小児・周産期医療の充実（55 件）

主な意見の内容	件数
○ 全般について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小児・周産期医療の充実を推進すべき。（同旨 8 件）</li> <li>・ 医療費の抑制も考え、全国的な考え方を整理・統一が望ましい。</li> <li>・ 救急医療、小児・周産期医療、がん・緩和ケア、精神医療などの重点分野は、いずれも高い専門性と手厚い人員配置を要し、不採算となりやすい構造にある。これら政策的意義の高い分野において、複雑な実績要件や報告義務を設定することは、かえって地域医療の崩壊を招きかねない。医療機関が安心して存続できるよう、複雑な実績判定を廃し、基本診療料を含む底上げによる「真水」の財源投入を強く要望する。（同旨 6 件）</li> <li>・ 医師不足・地域の実情を踏まえ、GCU の単独運営容認と、重症児評価の弾力化を求める。</li> <li>・ MFICU や NICU に対し、母体搬送や帝王切開の実績要件を厳格に適用しようとする動きは、地方の周産期医療を崩壊させる危険性が高い。地域によっては、少子化の中で「実績件数」を稼ぐことは困難であっても、その施設が地域の周産期医療の最後の砦として機能している現実がある。「集約化」の名の下に地域の分娩機能を奪うような要件厳格化は撤回すべきである。また、小児科療養指導料についても、患児の成長に伴う継続的な管理の必要性を無視し、内科への移行を強制するような制限は行うべきではない。（同旨 5 件）</li> <li>・ 地域によっては、小児・周産期医療は余っています。地域ごとに少数個所に統合して、当直などの負担を図る方が良い。（同旨 1 件）</li> <li>・ 医療的ケア児や神経発達症の患者にかかる診療時間に対する評価を高くし、どの医療機関でも前向きに診療できるような診療報酬体系を望む。</li> </ul>	27 件
○ 成人移行期の小児について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小児科から成人への移行について、患者家族だけでなく成人診療科の医療従事者への広報・周知を図っていただきたい。</li> </ul>	1 件
○ 小児入院医療管理料等、小児科外来診療料について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小児科外来診療料の点数と比べて高い医学管理、検査、薬剤、処置、手術等を行う場合は、小児科外来診療料と合わせて算定、または、包括ではなく出来高算定できるようにすべきである。必要な医療行為を行ったために、持ち出し分が増えることのないようにしていただきたい。（同旨 4 件）</li> <li>・ 消費者物価指数の上昇を踏まえた増額が必要。</li> <li>・ 5 歳児健診で発達障害が疑われても、6 歳未満では小児特定疾患カウンセリング料が包括化され、診療所側は受け入れが困難になっている。このまま全国的に 5 歳児健診が進むと、受診先不足が生じ、小児科外来の受け皿が機能しなくなる可能性が高い。そのため、小児特定疾患カウンセリング料を小児科外来診療料／小児かかりつけ診療料の包括外として算定できるよう制度改正が必要。</li> <li>・ 医療費の負担がないため、風邪の来院に対しアレルギー検査がされていたり、採血、検査が必要以上にされているのではないかと疑問がある。（同旨 1 件）</li> <li>・ 在宅で療養する小児患者は在宅療養指導管理料の算定の有無に係わらず、訪問診療料など</li> </ul>	10 件



の出来高算定を認めるべき。	
○ 母子の心身の安定・安全に配慮した産科における管理や妊娠・産後を含む継続的なケアを行う体制について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 妊婦への栄養指導や聞き取り・情報提供機会の評価や、その体制を整えている医療機関への評価を診療報酬に反映いただきたい。</li> <li>・ 受精から出産後の 1000 日の栄養状態が、その後の成長や疾患リスクと密接にかかわることから、妊娠前～妊娠中、出産後まで、ハイリスク妊婦に限らず全妊婦に対する入院・外来栄養食事指導の新設を提案したい。</li> </ul>	2 件
○ 療養病棟入院基本料について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療区分 2 又は 3 に該当する疾患や状態、処置等の内容の見直しにあたっては、在宅や介護施設では対応が難しく、療養病棟での入院の必要性が高い患者が、医療区分 2 又は 3 に該当しないということで行き場がなくなることをないようにするという観点も含めて検討してほしい。</li> </ul>	1 件
○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 充実のためには抜本的な人員増が必要。(同旨 2 件)</li> <li>・ 現場の「現状」を十分に踏まえるべき。(同旨 1 件)</li> <li>・ 出産費用の保険請求について、倒産する医療機関が無いように点数設定をお願いしたい。(同旨 1 件)</li> <li>・ 多くの小児科病院では入院時に家族の付き添いがもとめられます。付き添いが不要となる環境設定を目指した診療報酬体系の提案をお願いしたい。</li> <li>・ ロボットや AI など積極的に取り入れてほしい。(同旨 1 件)</li> <li>・ 小児患者が高熱などの症状で診療と投薬施設の 2 箇所を受診するの負担を減らすために、薬剤師を雇って頑張って院内処方診療所の評価を上げるべき。</li> <li>・ ちょっとした風邪でも 500 円で往診対応するチェーン小児科は規制すべき。</li> <li>・ 平日日中は診療報酬を高めに 時間外は患者さんも 3 割負担などするようにすれば、平日日中にかなり解決するようになるかと思う。</li> <li>・ 保険点数を上げること、政治事件の免責が必須。</li> </ul>	14 件

### Ⅲ－５－３ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価（124 件）

主な意見の内容	件数
○ 全体について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急医療、小児・周産期医療、がん・緩和ケア、精神医療などの重点分野は、いずれも高い専門性と手厚い人員配置を要し、不採算となりやすい構造にある。これら政策的意義の高い分野において、複雑な実績要件や報告義務を設定することは、かえって地域医療の崩壊を招きかねない。医療機関が安心して存続できるよう、複雑な実績判定を廃し、基本診療料を含む底上げによる「真水」の財源投入を強く要望する。(同旨 1 件)</li> <li>・ 質の高いがん医療および緩和ケアの評価拡充に賛同する。がん医療の質は治療成績だけでなく、治療早期からの緩和ケア介入により、疼痛・症状緩和、意思決定支援（療養場所の希望、DNAR を含む）を行い、不要な救急搬送や入院を減らすことが重要である。そのため、緩和ケアチームの介入や多職種カンファレンス、在宅・薬局・訪問看護との連携、症状緩和薬（麻薬を含む）の適正使用といったチーム医療と地域連携に要する実務が適切に評価され、急性期病院でも持続可能に提供できる仕組みとしていただきたい。</li> <li>・ 熱心に取り組んでいる在宅診療所は高く評価すべきである。</li> <li>・ 医療費の抑制も考え、全国的な考え方を整理・統一が望ましい。</li> <li>・ 推進すべき。(同旨 1 件)</li> <li>・ 推進するためには人員増が必要。</li> </ul>	8 件
○ 外来腫瘍化学療法診療料等について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来化学療法で皮下注射を評価するなら在宅でも評価を可能にし、さらに腎不全などががん以外の患者にも痛みを和らげる緩和ケアが受けられるよう、誰もが公平に苦痛緩和を受けられる体制を整備すべきである。</li> <li>・ 薬物療法の投与方法で皮下注射を実施した場合についても評価は当然である。</li> </ul>	2 件
○ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ BRCA1/2 の病的バリエーション保有者には、発症前から定期検査や予防的手術が必要だが、未</li> </ul>	2 件

<p>発症者には保険適用がなく、経済的負担で適切な医療が受けられない事例が生じている。サーベイランスや予防手術を保険適用にして、発症前から平等に質の高いゲノム医療を受けられる体制整備が必要である。今後多遺伝子パネル検査の普及が進むことも踏まえ、病的バリエーション保有者全体を対象とした公平な遺伝医療の仕組みを構築すべきである。（同旨 1 件）</p>	
<p>○ がん患者指導管理料について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>がん治療に伴う外見変化への不安に専門的に対応できるよう、アピアランスケアに関するがん患者指導管理料の算定要件を明確化し、適切な支援を正しく評価する制度整備が必要である。</li> </ul>	1 件
<p>○ 末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケア病棟へ呼吸器疾患や腎不全患者を追加する前に、体制逼迫や受け入れ困難が生じるため、まずチーム加算などで段階的に導入し、非がん領域の専門性や体制整備を進めつつ関係学会と十分協議して慎重に進めるべきである。（同旨 4 件）</li> <li>腎不全患者の緩和ケア対象拡大は評価できるが、CKM へ安易に流れる懸念があるため、まず緩和的腹膜透析の利点を周知し移行支援を強化する体制整備・評価が必要である。（同旨 13 件）</li> <li>腎不全患者の緩和ケアについて HD、PD は積極的治療とみなされ治療をやめなければ緩和病棟に入ることができない。</li> <li>血液透析を回す限り報酬がつくため、医療者は透析を維持することばかりを考えがち。終末期の患者の苦痛や家族の意見が顧みられない。QOL を重視した緩和ケアに対応できる体制づくり、医師の研修を充実させてほしい。</li> <li>腎不全患者などががん患者以外の緩和ケア治療の拡大を希望。（同旨 16 件）</li> <li>慢性腎不全患者もがん患者と同様に痛み・不安など多面的な苦痛を抱えるため、緩和ケアを診療報酬上で明確に評価し、末期腎不全患者が緩和ケア病棟に入院できる体制を整備すべきである。（同旨 2 件）</li> <li>腎不全の緩和ケア（疼痛管理）への要望が強い一方で、その対応を質高く実施できる医師の数は限られている。不十分な知識で腎不全患者への疼痛管理が実施されないように、研修受講や緩和ケア専門医との協同による実施などの要件化が必要ではないか。</li> <li>末期腎不全の緩和ケアでは、腎不全に精通した医師・看護師をチームに含めることを算定要件とするなど専門性の確保が必要である。</li> <li>緩和ケア病棟がない施設でも、一定の研修等を条件に末期腎不全患者への緩和ケアに指導料や加算を認めるべきである。</li> <li>終末期の腎不全患者の定義が必要と考える。腎代替療法を取り入れた患者であるのか、そうではないのか。</li> <li>緩和ケアはもっと評価されるべき。</li> <li>外来早期から薬剤師が面談し疼痛管理や副作用評価を行う体制を評価し、緩和ケア外来で薬剤師の専門的役割を適切に評価する仕組みを整備すべき。</li> <li>緩和ケアに使用される医療機器は QOL 向上を目的とするため、アウトカム中心の現行基準では適切に評価されない。緩和ケア機器の特性を反映した評価項目への見直しが必要。</li> <li>緩和ケア認定看護師や多職種が必要。（同旨 2 件）</li> <li>がん・緩和ケアを重点分野とするなら、外来化学療法下で患者の苦痛や不安に寄り添う看護実践を適切に評価する仕組みが必要である。</li> <li>緩和ケアに歯科も関わるべき。</li> <li>緩和ケアの質向上のための義務研修会が必要。（同旨 1 件）</li> <li>『透析を止めた日』を読み、医療の役割は命を延ばすことと、苦しみを和らげることのバランスにあると再認識した。在宅で終活できる腹膜透析という選択肢もあった上で、それぞれの人生を全うできる世の中であって欲しい。（同旨 4 件）</li> <li>透析や腎移植などの腎代替療法を選択しない（または認知症や他疾患の影響から選択できない）ため死を迎える末期腎不全患者は今後も急速な増加が見込まれる。このような患者も包括した制度構築が必要。</li> <li>末期腎不全患者に使用可能な保険適応薬が少なく、適応拡大により質の高い緩和ケアを実施できるよう改善してほしい。</li> <li>緩和ケア病棟がない施設でも、一定の研修等を条件に末期腎不全患者への緩和ケアに指導料や加算を認めるべきである。</li> </ul>	62 件



<p>○ 在宅での緩和ケアについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心不全等の慢性疾患による終末期の方に対して包括ケア病棟への入院料を見直すのであれば、在宅でもそれに相当する加算を設定していただけないか。（同旨 1 件）</li> <li>・ 血液透析離脱後の患者が緩和ケア病棟に入らず在宅看取りも訪問看護の制限で十分な現状を改善するため、末期腎不全患者を別表 7 の対象に加えて医療保険で訪問看護を利用できる制度改正を求める。（同旨 2 件）</li> <li>・ 高齢・合併症で血液透析継続が困難となる患者に対し、腹膜透析への移行支援と在宅医療・訪問看護と連携した体制を制度的に評価して、治療中止以外の現実的な選択肢として PD 移行を提示できる仕組みを整備すべき。（同旨 7 件）</li> <li>・ 在宅で緩和ケアを必要とする末期腎不全患者が、訪問看護の制限や麻薬適応の狭さにより十分なケアを受けられない現状を改善するため、CKM 患者も含め医療保険で在宅緩和ケアを提供できる制度整備が求められる。</li> <li>・ 末期の呼吸器疾患・腎不全・心不全患者にも在宅で十分な緩和ケアを提供できるよう、在宅麻薬等注射指導管理料の活用による訪問看護指示の緩和や、腎不全でも使用可能な麻薬の在宅算定を認める制度整備を求める。（同旨 3 件）</li> <li>・ 在宅腫瘍治療電場療法に対し、現在機器自体の加算が無いため、機器加算の評価をつけてほしい。</li> <li>・ 在宅でのがん医療・緩和ケアに対する評価についても考慮して頂きたい。</li> </ul>	20 件
<p>○ 質の高いがん医療について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 質の高いがん医療の評価においては、ACP やいのちの教育の視点を含め、患者が納得して選択できる支援が行われているかどうかとも考慮されることを期待する。（同旨 2 件）</li> <li>・ がん診療も進歩し複雑化して、多職種がかかわることが多いので、癌治療中はさらなる加算があっても良い。</li> <li>・ がん患者はほかのがんのリスクが高まるので、包括的な診療を行う必要があり、医療連携で大きな病院を紹介することもある。評価体制をお願いする。</li> <li>・ 圧倒的に、腫瘍内科医や専門薬剤師が不足、外科手術への診療報酬体系も実費を賄えていません。質の高いがん医療のためには、質的な評価とそれに応じた新療法報酬と、外科手術診療報酬の国際標準への引き上げが必要。（同旨 2 件）</li> <li>・ 癌性腹膜炎によるイレウス症状の緩和を目的とした経管減圧に対しては、ストレスの大きい経鼻イレウス管ではなく、食道ろうを用いた管理にベネフィットがある方を示していただきたい。</li> <li>・ 抗がん剤など、医療費が高額で、治療中断のケースがある。特に薬代の値下げが必要。</li> <li>・ 抗がん剤治療により口内炎が生じている患者に対する口腔管理は、患者の精神的な苦痛に配慮した指導をする必要があり、長い時間カウンセリングすることが多いので、がん患者に対する口腔管理に特段の加算を求めたい。</li> <li>・ 入院中の化学療法患者に対する高尿酸血症対策薬ラスリテックに診療報酬上の評価をつけてほしい。</li> <li>・ 経口抗がん剤の副作用管理を担う薬局薬剤師のフォローアップ業務に対して、診療報酬上の評価を新設すべきである。</li> <li>・ 特定薬剤管理指導加算 2 の対象を注射薬だけでなく皮下注射薬・分子標的薬・内服抗がん剤にも拡大し、点数・算定頻度を引き上げてほしい。</li> </ul>	14 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ どのような評価基準にするか、学会だけではなく現場からの意見も吸い上げてほしい。（同旨 4 件）</li> <li>・ 質の高いがん医療を実現するためには、国民に 治療成績（症例数、治療死亡率、治療合併症率、生存率 など）を開示すべき。そのためには、医療広告ガイドラインの改定が必要。</li> <li>・ ロボットや AI など積極的に取り入れてほしい。法整備を進めてほしい。</li> <li>・ 現状困難だと思う。</li> <li>・ がん医療では高額な医療費がかかっており、医療費の増加の一因だと思う。保険で対応可能なところと可能でないところを線引きするべきではないか。（同旨 3 件）</li> <li>・ 高齢者に対する年齢制限を設けるべき。（同旨 2 件）</li> </ul>	15 件

### Ⅲ－５－４ 質の高い精神医療の評価（60件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 精神医療全般について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 質の高い精神医療の定義を明確化すべき。（同旨4件）</li> <li>・ 重症例以外では24時間対応が必ずしも質の高い医療につながらない。</li> <li>・ 精神保健指定医と同等キャリアの医師にも診療報酬の引き上げを求める。</li> <li>・ 経験の浅いバイト医師のみで運営するクリニックの診療の質が低く、誤診や不適切な診断書の乱発が生じているため、主治医制・指定医・専門医を評価すべき。（同旨4件）</li> <li>・ 精神科病院が看取りや治安維持医療に積極的に関与すべき。</li> <li>・ 精神疾患を認識せず受診しない事例が多く、医療保護入院等の体制維持が必要。</li> <li>・ 一般科から精神科への紹介が遅く、つながりやすい仕組みを検討すべき。</li> <li>・ 他院からのECT目的の転院で入院基本料が下がる問題があり、救急入院料等を算定できるよう見直すべき。</li> </ul>	16件
<p>○ 外来・在宅精神療法について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神療法の報酬アップが必要。30分以上かけても点数が低く、短時間診療が促進される。（同旨1件）</li> <li>・ 通院・在宅精神療法の点数が低く、専門医や指定医を高く評価する仕組みが必要。</li> <li>・ 通院・在宅精神療法は基準が曖昧であり、行為や対象を明確化すべき。</li> <li>・ 30分未満の精神療法一律減点は5分診療を加速させるため、10～15分基準の新設が必要。</li> <li>・ 初診の精神療法も30分未満を算定可能にすべき。</li> <li>・ 児童精神科は診療時間が長く患者数を多く診られず、現行の点数では採算が合わない。</li> <li>・ 時間のかかる診療には応じた報酬が必要。</li> <li>・ 薬物療法だけでなく傾聴への適切な対価が必要。</li> </ul>	9件
<p>○ 各種加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早期診療体制加算は要件が厳しく、満たした数で段階的に加算できる仕組みにすべき。</li> <li>・ 療養生活継続支援加算は業務負担が大きく期間も合わないため、要件緩和と時間・回数に応じた加算が必要。</li> <li>・ 児童思春期の専門管理加算等は要件が厳しく点数も労力に見合わない。</li> </ul>	3件
<p>○ 精神科リエゾンチーム等について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 急性期一般病院での精神科リエゾン、多職種連携の実務を診療報酬で評価すべき。</li> <li>・ 精神科救急で作業療法が限定的であり、個別OTや薬剤師評価などチーム医療を加算で評価すべき。</li> <li>・ 多職種連携が必要であり、職種間の賃金格差なく待遇保証すべき。</li> </ul>	3件
<p>○ 身体疾患、身体合併症への対応について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神疾患を持つがん患者の一般病院入院時に算定可能な診療点数を設けるべき。</li> <li>・ 精神科病床入院患者の慢性身体合併症への抗がん剤・麻薬を出来高算定可能にすべき。（同旨1件）</li> <li>・ 一般病床で身体合併症の継続管理が必要な患者への新たな評価が必要。</li> </ul>	4件
<p>○ 臨床心理師による支援について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ CBTや精神分析療法、トラウマケアなど専門的治療を診療報酬で適切に評価すべき。</li> <li>・ 精神保健福祉士・公認心理師の訪問支援の報酬化を強化すべき。（同旨3件）</li> </ul>	5件
<p>○ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに向けた対応について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院より外来・在宅の評価を高め、地域包括ケアの視点で報酬体系を見直すべき。（同旨2件）</li> <li>・ 地域移行のために入院中の教育・体力づくり等を複数回算定できる仕組みが必要。</li> <li>・ デイケアの人員配置は柔軟化が必要。</li> </ul>	5件
<p>○ 認知症患者への対応について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症の精神科救急ニーズが増えており、行動制限を避けた環境整備やケアを重視した評価が必要。</li> <li>・ 認知症患者の精神科医療は救急対応・高規格病床での短期入院へ転換する必要がある。</li> <li>・ 認知症在宅患者への在宅調剤は特別な配慮が必要で、評価の充実を求める。</li> </ul>	4件

・ 認知症増加により精神科医の負担が増えており軽減策が必要。	
○ 薬物療法について ・ 薬局で向精神薬・睡眠薬の重複チェックによる減薬を評価すべき。 ・ 向精神薬の弊害をさらに精査すべき。	2 件
○ その他 ・ 救急医療、小児・周産期医療、がん・緩和ケア、精神医療などの重点分野は、いずれも高い専門性と手厚い人員配置を要し、不採算となりやすい構造にある。これら政策的意義の高い分野において、複雑な実績要件や報告義務を設定することは、かえって地域医療の崩壊を招きかねない。医療機関が安心して存続できるよう、複雑な実績判定を廃し、基本診療料を含む底上げによる「真水」の財源投入を強く要望する。（同旨 1 件） ・ オンライン診療の拡大に反対。特に初診からのオンライン診療における精神療法は患者の病態把握が適切に行えるとは思えない。（同旨 1 件） ・ 精神科医療にロボットや AI を積極的に取り入れるべき。（同旨 2 件） ・ 現状困難だと思う。 ・ 良くわからない。	9 件

### Ⅲ－５－５ 難病患者等に対する適切な医療の評価（28 件）

主な意見の内容	件数
○ 診療報酬全般について ・ 歯科口腔外科領域における難治性疾患への医療のさらなる評価を希望する。現在の別表第四に記載の歯科特定疾患以外にも、難治性の疾患や、標準的な療法がなくお困りの患者や医療者は少なくない。 ・ 難病が疑われ診断確定までに集中的な精査を要する症例について、診療報酬上の加算等の拡充または DPC の評価・包括範囲の見直しにより、診断プロセスが不利にならない制度設計を求める。 ・ 難病指定ではないが、関節リウマチは診療と治療に専門性が問われる。検査設備投資や人件費もかかるのでインセンティブを設けるべき。 ・ 難病患者への口腔ケアはかなりのテクニックが要するので、それにふさわしい診療報酬の評価をして欲しい。 ・ 難病指定されている患者に対応しても管理料の発生しない報酬体系は改善すべき。 ・ 複雑な実績判定を廃し、基本診療料を含む底上げによる「真水」の財源投入を強く要望する。	6 件
○ 訪問診療・訪問看護・在宅療養に関する制度見直しについて ・ 在宅療養で医療保険で訪問看護する神経難病と他の難病で扱いが異なる。慢性的に症状がきつい人には医療保険での訪問看護を許可してほしい。（同旨 1 件） ・ 不適切な訪問診療・訪問看護が行われないように監視が必要。	3 件
○ 高額療養費制度・公費負担の在り方について ・ 上限額管理表の管理がしづらい。効率的になるよう、マイナ保険証に統合されるべき。 ・ 常識的な治療は補助金があってもよいが、高額医療は自己負担が必要。（同旨 1 件） ・ 医療費も高騰化しており、年齢などで公金を入れる割合を鑑みてもいいのではないか。 ・ 医療費の抑制も考え、全国的な考え方を整理・統一が望ましい。 ・ 難病と一言で片付けると軽度の症状から重度の症状まで様々であり、全て一律に無料化することは反対。 ・ 窓口負担の無償化など、難病に関わらず経済的な不安にならずに医療にかかれることが必要。（同旨 1 件） ・ 基本看取るべき、延命は自費。	9 件
○ 難病の周知・啓発や社会的支援について ・ 腎不全・透析患者の緩和ケアについて、就労との両立や通院・送迎負担を含め、医療提供体制として診療報酬上の評価を求める。 ・ 就業支援を要すると感じる。 ・ まだまだ周知、診断にいたっていない患者さんが多い。疾患教育、適切な医療機関の受診を推進していただきたい。	3 件

○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人手不足の解消するためロボットやAI など積極的に取り入れてほしい。</li> <li>・ 難病患者への口腔ケアのテクニックを習得する研修会を開催してほしい。</li> <li>・ 治らない難病も多々ある。適切などとは何かわかるようにしてほしい。</li> <li>・ 十分対応すべき。(同旨 1 件)</li> <li>・ 医科との連携</li> <li>・ 現状困難だと思う。</li> </ul>	7 件
--	-----

### Ⅲ－6 感染症対策や薬剤耐性対策の推進 (66 件)

主な意見の内容	件数
○ 診療報酬・加算の評価水準の見直し・簡素化について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来感染対策向上加算や発熱患者対応加算が月 1 回の算定では、感染対策に係る労力や経費に見合っていない。診察の都度、算定できるようにすべき。(同旨 1 件)</li> <li>・ 外来感染対策向上加算は届出が複雑で算定ハードルが高いにもかかわらず点数が低い。発熱患者等対応加算も、時間分離、空間分離に手間がかかる。増点を望む。(同旨 2 件)</li> <li>・ 外来感染対策向上加算について、病院でも算定できるようにしてほしい。</li> <li>・ 感染症対策および薬剤耐性対策の推進にあたっては、有事対応にとどまらず、平時からの体制整備や職員教育、抗菌薬の適正使用を支える取組を継続的に評価することが重要。</li> <li>・ 発熱患者等対応加算について、外来感染対策向上加算の加算ではなく単独の加算とし、点数を引き上げてほしい。</li> <li>・ 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算は、新型コロナ疑いやインフルエンザ疑いの患者を診療した場合も算定できるようにしてほしい。</li> <li>・ 連携強化加算、サーベイランス強化加算については手間の割に低廉。増額を望む。</li> <li>・ 感染対策向上加算を地域の感染対策部分と院内の感染対策部分それぞれ評価すべき。</li> <li>・ 健診からの移行再診料の場合、初診料と同様に医療 DX 加算に限らず、歯管、外安全、外感染、ベースアップの加算をつけて欲しい。</li> <li>・ 専任配置や会議・介入・監査に要する時間と人員、物品費 (PPE 等) を現場の持ち出しにしないよう、体制整備を診療報酬上も後押しする制度設計を求める。(同旨 1 件)</li> <li>・ 手指衛生の取組をアルコール消毒薬の使用本数など量的指標のみで評価ではなく、適切な手指衛生行動の実施を促す指標 (観察・監査、教育・フィードバック等) に改めるべき。(同旨 1 件)</li> </ul>	16 件
○ 抗菌薬適正使用・薬剤耐性 (AMR) 対策 (処方行動・指導・罰則等) について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ AST の専従要件は医師か薬剤師として、薬剤師は化学療法学会の抗菌化学療法認定薬剤師を必須としてはどうか。</li> <li>・ 全ての医療機関に義務付けるべき。</li> <li>・ いまだに漫然と抗生剤を使用するケースが見られる。特別な理由があれば但し書きをするなど処方に意識を持たせる必要があるのではないか。(同旨 5 件)</li> <li>・ 薬剤耐性に関しては一律化するのは難しい。</li> <li>・ 薬剤耐性の感染症対策ルールができて助かっている。</li> <li>・ 感染症対策や薬剤耐性対策に後ろ向きな医療機関に対して、ディスインセンティブの設定が必要ではないか。</li> <li>・ 抗菌薬が購入出来ないこと自体、大きな問題。</li> </ul>	12 件
○ 微生物検査・培養検査・検査室体制の評価・要件について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 微生物学的検査要件を厳しくするのであれば、今とは逆に、抗ウィルス等早期投薬の必要なものへの手遅れや重症化を来さない対応を考慮すべき。(同旨 2 件)</li> <li>・ 薬剤耐性対策を実効性あるものとするためには、適切なタイミングでの検体採取、質の高い培養検査、結果に基づく治療選択が正当に評価される仕組みが必要。(同旨 1 件)</li> <li>・ 不必要な検査抑制のため、検査適正化に関する指針の周知や、多職種による検査内容の検討体制の構築、ならびに適正な検査実施を促す評価の在り方についても検討すべき。</li> <li>・ 日曜日祝日も対応している微生物検査室に対する評価をいれてはどうか。</li> <li>・ 検体検査管理加算 (Ⅳ) の鏡検実施やブランチラボではない検査室である事は最低限の基準として、培養同定及び感受性検査が自施設で行われている事とすべき。また検査室があっ</li> </ul>	8 件



ても微生物検査を外注することがあるため評価には自施設の微生物検査の内何割以上を実施する事等の基準を設けるではどうか。加えて、精度管理の受検を義務付けるべき。研修や人材要件も検討すべき。	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染対策・診療体制（待合分離・個室隔離・面会制限等）とその評価について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個室隔離した場合、個室料金を貰えないため加算をつけて欲しい。</li> <li>・ マルチプレックス PCR 検査等の有用な診断ツールに対し、スクリーニング目的での実施を厳しく制限する提案は、早期診断・早期治療の妨げとなり、院内感染や地域での感染拡大リスクを高めるものである。また、抗菌薬適正使用体制加算において、地域性や患者構成（重症度）を無視して一律に Access 抗菌薬の使用比率等で評価にメリハリをつけることは、必要な患者への適切な抗菌薬投与を躊躇させ、患者の生命を危険に晒すことになりかねない。現場の臨床判断を尊重した制度設計とすべき。</li> <li>・ 病院だけでなく、薬局が感染症対策を目的とした待合分離などを設置していれば評価する仕組みがあってもよいのではないか。</li> <li>・ 面会制限等について科学的な根拠はあるのか。</li> </ul> </li> </ul>	4 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 制度設計・運用（データ活用・ディスインセンティブ・ルールの妥当性）について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ NDB（ナショナルデータベース）等を活用し、ガイドラインから著しく乖離した処方傾向を持つ医療機関を特定・可視化し、個別指導の重点対象とする、あるいは診療報酬上の減算対象とするなど、データに基づく適正化指導を徹底すべき。</li> <li>・ 感染症学会や環境感染症学会のガイドラインに疑義があり、これだけを重用するのやめていただきたい。</li> </ul> </li> </ul>	2 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ワクチン・特定薬剤（タミフル等）に関する評価・規制・調査について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ コロナワクチンの有効性、健康被害の実態を調査するべき。インフルエンザワクチン、老人の肺炎球菌ワクチンの有効性も調査し公表するべき。</li> <li>・ タミフル等市販化の話があるが、言語道断</li> <li>・ 濫用の元となり耐性ウィルスが増える懸念もありタミフルの OTC 化は反対。（同旨 1 件）</li> </ul> </li> </ul>	4 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人材・教育・啓発（国民・学校教育・医療者・専門医）について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 学校教育などで広く感染の知識を周知すべき。</li> <li>・ 過剰な副作用情報を広める医師については指導すべき。</li> <li>・ 感染症専門医の増加も必要。</li> </ul> </li> </ul>	3 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医薬品・医療資源（薬価・供給・国内開発・備蓄）の確保について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ IHEAT、GMIS の平時からの活用が必要。</li> <li>・ 日本での薬の開発をもっと国が援助すべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ 後発医薬品の見直しが必要。</li> <li>・ パンデミックが起きたときの、余剰を各医療施設が持てることが重要。</li> </ul> </li> </ul>	6 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ しっかり取り組むべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ 現場の負担が大きい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 費用を負担してほしい。</li> <li>・ 医療費の抑制も考え、全国的な考え方を整理・統一が望ましい。</li> <li>・ 歯科は先の感染症で感染者を出さなかった。</li> <li>・ 感染対策のために滅菌などをきちんと行っている診療所は公表しても良いのではないか。</li> <li>・ 感染対策に協力いただけない場合の法整備を進めてほしい。</li> <li>・ ワクチンの効果について過剰な広報が避けるべき。</li> </ul> </li> </ul>	11 件

### Ⅲ－７ 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進（296 件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 障害者の歯科治療について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者診療の歯科医学的管理を拡充し、継続管理の評価を新設すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 障害者歯科治療への紹介時にも評価を新設すべき。</li> <li>・ 障害者の歯科受診は負担が大きく、一般歯科でも算定可能な包括加算が必要。（同旨 1</li> </ul> </li> </ul>	6 件



件) ・ 障害者歯科治療の専門対応を早期に評価新設すべき。	
○ 金属材料の高騰やデジタル技術の普及状況等について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 金パラ告示価格が市場価格に追いつかず逆ザヤが拡大しており、抜本的な制度改善を求める。(同旨 51 件)</li> <li>・ CAD/CAM の咬合支持要件が複雑なので撤廃してほしい。(同旨 8 件)</li> <li>・ CAD/CAM 冠の補管(クラウンブリッジ維持管理料)を撤廃してほしい。(同旨 5 件)</li> <li>・ CAD/CAM 材料によるブリッジを部位にかかわらず保険算定できるようにすべき。(同旨 9 件)</li> <li>・ 光学印象の精度向上を踏まえ適応範囲を拡大してほしい。(同旨 6 件)</li> <li>・ PEEK 冠は大白歯インレー・ブリッジへも適応拡大すべき。(同旨 1 件)</li> <li>・ 3D プリント義歯はコスト面から準用点数では不十分で、適正な点数設定を望む。(同旨 1 件)</li> <li>・ CAD/CAM 補綴は咬耗や咬合異常リスクもあり、金属予算の拡充と装置投資を回収できる点数設計が必要。(同旨 2 件)</li> <li>・ CAD/CAM 冠・インレーの全適用条件を撤廃し医師裁量とするべき。(同旨 5 件)</li> </ul>	97 件
○ 歯科診療の実態を踏まえた対応について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科治療の麻酔薬剤料は包括せずすべての診療行為で算定可能にすべき。(同旨 12 件)</li> <li>・ SRP で浸潤麻酔を行っても麻酔算定ができず患者不信につながるため改善が必要。</li> </ul>	14 件
○ 口腔機能管理料等について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 口腔機能管理料は低すぎるため大幅引き上げが必要。(同旨 4 件)</li> <li>・ 口腔機能管理料は診断基準と算定要件の乖離が大きく、設備要件に依存しない設計へ見直すべき。(同旨 8 件)</li> <li>・ 口腔機能発達不全症の算定要件は厳しすぎるため緩和すべき。(同旨 6 件)</li> <li>・ 口腔機能発達不全・低下への多職種連携評価を整備すべき。(同旨 2 件)</li> <li>・ 口腔機能発達不全症から口腔機能低下症への年齢制限なくシームレスな移行を可能にしてほしい。</li> <li>・ 咀嚼能力・咬合圧・舌圧検査は同月併算定を認めるべき。(同旨 7 件)</li> <li>・ 口腔機能検査機器は高額でメーカーに偏った利益となっており、患者本位になっていない。(同旨 2 件)</li> <li>・ 口腔機能低下症の口腔乾燥検査(口腔水分計・サクソテスト)に診療報酬点数を新設してほしい。</li> <li>・ 小児への咬合圧検査を口腔機能発達不全症の診断に用いられるよう算定を認めるべき。</li> <li>・ 口腔機能精密検査のみを他院に依頼し、結果をもとに自院で管理する連携スキームを算定可能にすべき。</li> <li>・ 訪問診療での口腔機能訓練は 20 分未満でも評価し、居宅療養管理指導との併算定も認めるべき。</li> <li>・ 口腔機能関連データを経時的に扱える検査ツールとそのデジタル化が必要。</li> <li>・ 口腔疾患の重症化予防と口腔機能管理、歯科デジタル化を一体的に評価し、医科医療費抑制にもつなげるべき。(同旨 1 件)</li> <li>・ 0 歳からの口腔機能予防(抱き方・授乳など)の評価を強化し、真の予防に点数を付けるべき。</li> <li>・ フレイル予防に口腔機能管理は必須であり早期発見を評価すべき。</li> <li>・ 歯科衛生士実地指導料の口腔機能指導加算は煩雑なので改善を望む。(同旨 2 件)</li> <li>・ 歯科衛生士実地指導料の口腔機能指導加算は標準指導内容を明示すべき。</li> <li>・ 歯科衛生士人材不足が算定障壁になっており、歯科医師管理も含めた制度にすべき。(同旨 2 件)</li> <li>・ 歯科衛生士実地指導料は 15 分以上要件が実態に合わず、短時間指導も評価すべき。(同旨 1 件)</li> <li>・ 小児・障害者の摂食嚥下対応は時間がかかり採算が取れないため、評価引き上げが必要。</li> <li>・ 口腔と栄養を連動させた栄養指導・食支援を点数化し、重症化予防に結びつけるべき。(同旨 2 件)</li> </ul>	58 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 歯周病治療について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ SPT と P 重防は目的が異なるので個別の評価体系にすべき。（同旨 9 件）</li> <li>・ 歯周病の重症化予防のため細菌検査（顕微鏡）を評価すべき。</li> <li>・ 認知症患者の SPT は月 1 回では不十分で、月 2 回算定できるようにしてほしい。</li> <li>・ リグロス使用の歯周組織再生療法には再生療法加算などの評価を求める。</li> <li>・ 歯周治療用装置（床型）の調整料を新設すべき。</li> <li>・ 歯周外科前後の歯周精密検査は歯周基本検査でも算定可能にすべき。</li> <li>・ 歯周病ハイリスク患者加算は糖尿病以外の全身疾患にも対象拡大すべき。</li> </ul> </li> </ul>	16 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 新製義歯管理料について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新製義歯指導料は歯数区分では不適切で構造・難易度に沿う評価にすべき。（同旨 8 件）</li> <li>・ 新製義歯管理料の算定単位見直し（装置単位など）は重要である。（同旨 8 件）</li> <li>・ 患者への文書提供は必要に応じてよく、義歯の説明は口頭が中心で文書の効果が薄い。</li> </ul> </li> </ul>	19 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 歯科矯正について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科矯正治療は健康維持に重要であり保険適用すべき。</li> <li>・ ムーシールド・プレオルソなど既成装置の保険適用拡大を求める。</li> <li>・ 欠損歯数による矯正適用制限は国際比較でも不平等で撤廃すべき。</li> <li>・ 小児矯正治療を保険導入すべきであり、不採算点数にしてはならない。</li> <li>・ 学校健診を介さず保護者からの矯正相談でも「歯科矯正相談料」を算定できるようにすべき。</li> </ul> </li> </ul>	5 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医科歯科連携について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科技工士連携加算の設備条件（ICT 対応など）は柔軟にしてほしい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 院外技工士連携加算は技工士への還元方法が不明瞭で実態に合わない。</li> </ul> </li> </ul>	3 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 歯科医師と歯科技工士の連携について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科は紹介・返書文化が乏しいため、医科歯科連携を積極的に促進すべき。</li> <li>・ 周術期口腔管理中でもエナメル質初期う蝕管理料の算定を認めるべき。</li> <li>・ 医科入院中からの口腔ケア・嚥下評価を多職種で連携し、継続管理を評価すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 周術期口腔管理の計画に歯科疾患管理料を含む場合、歯管算定とみなす運用を求める。</li> </ul> </li> </ul>	5 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>・ 難治性根管等の長期治療では貼薬や根管充填時加算を新設すべき。</li> <li>・ 他院の CT 画像を用いた診断は初診日に限らず CT 診断料を算定できるようにすべき。</li> <li>・ Ni-Ti ファイル加算は全歯種で使えるようにし、根管治療全体の点数も実態に見合う水準にすべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 加圧根管充填後の確認撮影は全医院が保有しやすいパノラマ撮影も算定可能とすべき。</li> <li>・ 歯科固有技術（形成・根管治療）の点数を大幅に引き上げるべき。</li> <li>・ SAS 用口腔内装置の調整は月 1 回以上必要なことも多く、算定回数を増やすべき。</li> <li>・ 歯管・小児口腔管理・口腔管理の医学管理対象拡大が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ 大臼歯単冠への 5/4 冠の保険算定も認めるべきである。（同旨 2 件）</li> <li>・ 歯の暫間固定の際に人工歯を使用した場合は人工歯料の算定を認めるべき。</li> <li>・ 前歯だけでなく臼歯の Tec（暫間被覆冠）も算定可能にすべき。</li> <li>・ 術中の暫間固定は手術料に包括せず別算定を認めるべき。</li> <li>・ レジンコア・接着剤普及で除去が困難になっているため、除去料の増点が必要。</li> <li>・ 歯髄保護処置は 1 歯 1 回のルールでは臨床実態に合わず、再算定を認めてほしい。</li> <li>・ 臼歯部の生 PZ 後は TeC 仮封が必要で算定を認めるべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 先天性欠損歯は歯数に関係なく咀嚼機能回復が必要で、1 歯でも保険適用すべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ ST 中止は妥当であるとする。</li> <li>・ 歯科衛生実地指導料は増点と算定制限撤廃が必要。顎関節症など対象疾患も拡大すべき。</li> <li>・ 歯科でも漢方薬を処方できるようにしてほしい（上顎洞炎など症例あり）。</li> </ul> </li> </ul>	25 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他</li> </ul>	48 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本点数引上げで経営を安定させるべき。（同旨 9 件）</li> <li>・ 各種診療報酬の算定要件が複雑であり、簡素化が必要。（同旨 11 件）</li> <li>・ 機材・時間に対する評価が低く、十分な診療時間を確保できない。</li> <li>・ 歯科点数改定の根拠資料を作成・公開し、実態に即した透明な説明を行うべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 保険導入のハードルをできるだけ低くしてほしい。</li> <li>・ 医療 DX を推進すべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ デジタル化は負担が大きく、現場の実態に合わせ慎重に進めるべき。（同旨 9 件）</li> <li>・ 歯科衛生士の復職促進と業務効率化に伴う評価推進を望む。</li> <li>・ 歯科衛生士依存の評価体系は実効性が低く、歯科医師介入も含め柔軟な評価へ見直すべき。</li> <li>・ 高齢者では歯科受診率が低下するため、医科も含めた口腔機能低下の啓発が必要。</li> <li>・ 薬局でも歯科受診促進事業の取り組み実績を示すべき。</li> <li>・ 新病名の教育・研修充実が必要で診療報酬算定にも影響する。</li> <li>・ 歯科同士の連携（診療所⇄病院）にも情報提供料などの評価を新設すべき。</li> <li>・ 歯科を病院必須科にして、歯科医が自由診療（インプラント等）に偏らなくて済む制度にすべき。</li> <li>・ 現状の制度では改善困難とを感じる。</li> <li>・ 良いと思う。</li> </ul>	
---	--

### Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・ 薬剤師業務の対人業務の充実化（166 件）

主な意見の内容	件数
○ 地域支援体制加算について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域支援体制加算の 1200 品目要件は廃棄が多く供給不安とも矛盾するため廃止すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 地域支援体制加算は地域医療への貢献で評価すべきで、調剤基本料によって算定難易度が変わるのは不適切である。（同旨 22 件）</li> <li>・ 地域連携薬局・健康サポート薬局・専門薬局の認定が実効的評価に結びついておらず事務負担軽減と機能評価への組み込みが必要。</li> <li>・ OTC を扱わず処方箋依存の薬局を医薬品供給拠点と評価するのはおかしい。</li> <li>・ アクションリストへの協力度に応じた点数を配分し、協力しない・自社利益優先の薬局には減算などペナルティを課すべきである。</li> <li>・ 高齢者の多剤併用に対する服薬整理や再入院予防に直結するフォロー、多職種連携と夜間休日供給など薬局の対人・供給機能を適切に評価すべきである。</li> <li>・ 出荷規制が多い現状では小規模薬局が地域の医薬品供給拠点として十分に機能するのは難しい。（同旨 10 件）</li> </ul>	40 件
○ 調剤基本料、特別調剤基本料 A について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調剤基本料 3-ハで集中度 50%以下の薬局の在庫負担が大きく、集中度要件を「50%超 85%以下」に改めるべきである。（同旨 5 件）</li> <li>・ 調剤基本料 3 は店舗数減点が不合理で廃止・見直しを要望する。（同旨 6 件）</li> <li>・ 大手チェーンの調剤基本料 3 は個人薬局の基本料 1 より低すぎ不公平であり、過疎地を除き同じルール・同一点数にすべきである。（同旨 1 件）</li> <li>・ 集中度だけで基本料区分を決める現行制度は中小薬局に不公平で地域貢献実績に基づき評価すべき。（同旨 28 件）</li> <li>・ 集中度の高い薬局や医療モール型薬局がかかりつけ薬局ビジョンを阻害しており、調剤基本料を含めより厳格な見直しが必要である。</li> <li>・ 調剤基本料見直しでは高集中薬局を基本料 2 としつつ、医療資源の乏しい地域薬局には一定の配慮が必要。</li> <li>・ 医療機関と薬局の不動産関係のみで分業違反とみなす現行は不合理で独立性の再定義が必要。</li> <li>・ 供給不安と逆ザヤ増加の現状では長期処方ほど薬局負担が重く、投薬日数による調剤管理</li> </ul>	77 件

<p>料増加の見直しは中止すべきである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調剤報酬が増えない中で時間と労力のかかるフォローアップ拡大を求められるのは過重負担である。</li> <li>・ 現状の薬局は付加価値が乏しく調剤料が高いため院内調剤を優遇すべき。</li> <li>・ 禁忌薬処方のまま調剤し加算まで査定されるケースがあり、調剤薬局が機能しているか疑問がある。</li> <li>・ 大型商業施設内薬局を同一建物内と一律扱いするのではなく、医療機関・薬局以外テナント数や資本関係の有無を基準に除外条件を設けるべきである。（同旨 2 件）</li> <li>・ 同一建物除外規定を利用して特別調剤基本料から基本料 1 へ移行した隠れ敷地内薬局があり、定義の厳格化と遡及適用を求める。（同旨 6 件）</li> <li>・ 特別調剤基本料 A の遡及適用には反対である。（同旨 15 件）</li> </ul>	
<p>○ 重複投薬・相互作用等防止加算等について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ システム上の重複チェックがあっても薬局での意味づけと疑義照会は必要であり、それを理由に評価を下げるべきではない。</li> <li>・ 重複投薬防止や相互作用確認など本来の基本業務の過度な点数化が業務の形式化と書類負担増大を招いており見直すべきである。</li> </ul>	2 件
<p>○ かかりつけ薬剤師について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対人業務充実には医薬品の適正使用への貢献評価が必要。</li> <li>・ 長期収載品や OTC 類似薬の説明が増えるため、その対人業務を適切に評価してほしい。</li> <li>・ 対人業務を服薬指導だけと誤認する薬剤師もあり、その役割の根拠を明確化すべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ かかりつけ薬剤師普及には患者負担軽減と実施していない薬局への減算など双方のインセンティブが必要。</li> <li>・ かかりつけ薬剤師指導料の評価について、かかりつけ薬剤師業務は本来的に薬剤師が果たすべき機能であることや、従前のかかりつけ薬剤師指導の取組みによって患者の服用薬に関する理解の増進等に寄与していない実態等を踏まえ、適正化すべきと考える。（同旨 6 件）</li> <li>・ 調剤補助員が調剤を行っているのに日数に応じ対人業務点数が増えるのは不合理であり、対人業務は服薬指導加算で評価すべきである。</li> <li>・ 対人業務に注力できるよう、調剤補助員が行える調剤の範囲を拡大してほしい。</li> <li>・ 規制や要件の縛りが多すぎて薬局現場が働きにくくなっている。</li> <li>・ 薬剤師も不足しており十分な医療従事者がいるという前提は誤りである。（同旨 1 件）</li> </ul>	18 件
<p>○ 服用薬剤調整支援料等について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 服用薬剤調製支援料は残薬対策ではなく副作用回避や腎機能に応じた減量、ガイドライン準拠など薬物療法適正化全般を評価対象とすべき。</li> <li>・ 服用薬剤調製支援料は、用量の減少、服用時点の減少でも算定可能として欲しい。</li> <li>・ 調剤管理料の見直しについて、内服薬の処方日数別に区分された調剤管理料は、投与期間による患者情報の収集、薬学的分析、調剤設計、使用期間中の記録管理等、多岐にわたる業務を評価するものである。見直しに際しては、業務の実態を踏まえ適切に評価すべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ 処方日数等を薬局都合で医師に調整させる行為にはペナルティを課すべき。</li> </ul>	7 件
<p>○ 調剤報酬の簡素化について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調剤報酬の簡素化の観点から、服薬管理指導料における、お薬手帳の有無による区分は廃止し、「3 月以内に再度処方箋を持参」したかどうかのみで区分すべきと考える。</li> <li>・ 調剤報酬は国民に分かりやすく納得できる簡素な体制とすべき。</li> <li>・ 基本業務の細かな点数化は業務の形骸化につながるため評価方法を簡素化すべきである。</li> <li>・ 調剤報酬や薬歴・書類要件が複雑すぎ、本来の対人業務に集中できるよう算定項目と薬歴・介護契約類を簡素化すべきである。</li> </ul>	4 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ OD 錠と普通錠など軽微な剤型差による疑義照会是非効率であり、一定範囲で先発品も薬局判断による剤型変更を認めるべき。</li> <li>・ 薬局の数が多すぎるため数を減らし質を上げるべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 院外調剤は患者負担が増え医療費増大につながっており、院内処方との負担差を是正すべ</li> </ul>	18 件

<p>きである。（同旨 5 件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬局への診療報酬（点数）は全体として高すぎると感じる。</li> <li>・ 自動調剤ロボットや自動計数ロボットを導入して対人業務時間を確保する薬局の取り組みを診療報酬で評価してほしい。</li> <li>・ 自立支援医療の対応薬局を複数利用可能にして薬剤師不足地域でも受療しやすくすべき。</li> <li>・ 調剤薬局でも OTC を扱うことをもっと周知すべき。</li> <li>・ 現在の報酬は数字・実績だけが評価され中身が見えにくく、適正な評価とは言い難い。</li> <li>・ 地域の医薬品供給拠点としての機能評価の充実は現状では困難だと思う。</li> <li>・ 今後の見直しで実質がどこまで改善されるか不透明であり、現時点では評価しづらいと感じる。</li> <li>・ 特段の意見はないが、国への要求事項が多く大変だと感じる。</li> <li>・ 薬局機能に応じた適材適所の評価が必要だと感じる。</li> </ul>	
---	--

### Ⅲ－９ 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（76 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 医薬品の安定供給について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 物価・人件費上昇を反映できず実勢価格基準の薬価制度が限界であり制度再設計が必要。（同旨 11 件）</li> <li>・ ジェネリックが販売中止・再開未定となり不安定で、供給継続のルールを整備すべき。（同旨 4 件）</li> <li>・ 多くの医薬品が未だ安定供給できず困っている。（同旨 9 件）</li> <li>・ 民間が集めている供給不足情報を国がしっかり共有すべき。</li> <li>・ 抗生物質の入手困難が患者不利益となっており安定供給を求める。（同旨 2 件）</li> <li>・ 麻酔薬が不足することがあり、増産支援を求める。（同旨 2 件）</li> <li>・ 医薬品・医療材料は生命に直結するため安定供給を徹底してほしい。</li> <li>・ 原薬の海外依存は重大リスクであり、国内製造を促す薬価水準の見直しが必要。（同旨 3 件）</li> <li>・ イノベーション偏重で古い有効薬の薬価が下げられ供給が滞っている。（同旨 4 件）</li> <li>・ 高額薬の費用対効果評価を厳密化すべき。（同旨 6 件）</li> <li>・ 医療 DX を活用し地域内の在庫トレーサビリティを整備し、融通時にも報酬評価をすべき。（同旨 2 件）</li> </ul>	54 件
<p>○ 腹膜透析について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 腹膜透析を血液透析と同等の選択肢として安定継続できる報酬体系を望む。（同旨 1 件）</li> <li>・ 腹膜透析液の安定供給と自宅配送への特段の配慮が必要。（同旨 5 件）</li> </ul>	8 件
<p>○ 各診療報酬について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域支援体制加算や調剤管理料を実態に合わせて見直すべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ 薬価改定で薬価差が縮小し、在庫リスクや廃棄コストが評価されていない。</li> <li>・ かかりつけ薬剤師指導料は実効性が乏しく適正化すべき。服薬管理指導料の区分は簡素化すべき。</li> <li>・ デジタル歯科治療に必要な機器投資・通信環境整備を点数に反映すべき。</li> <li>・ リグロスを用いた歯周組織再生療法に加算を設けてほしい。</li> </ul>	7 件
<p>○ その他について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 選定療養制度は分かりにくく計算方法を簡素化すべき。</li> <li>・ 薬剤費を一律 3 割負担にすれば無駄な投薬が減ると考える。</li> <li>・ PMDA を FDA 並みに強化し相互承認体制を整備すべき。</li> <li>・ 重要な視点である。（同旨 2 件）</li> <li>・ 施設基準の必要性を疑問視している。</li> </ul>	7 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・バイオ後続品の使用促進（156 件）

意見の内容	件数
<p>○ 後発医薬品の更なる使用促進について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療費削減の観点から促進を進めるべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 後発品供給不安の中で医療機関の負担も増している中で、処方等に係る評価体系の見直しや評価引下げ等を行うべきではない。（同旨 9 件）</li> <li>・ 後発医薬品の使用促進の観点から、一般名処方加算、外来後発医薬品使用体制加算の減算、削除については不合理で行うべきではない。</li> <li>・ 後発品を中心とした医薬品供給不安が継続しており、加算による評価継続は必要不可欠である。（同旨 5 件）</li> <li>・ 急性期病院では供給不安や銘柄変更が生じると、代替薬選定・用量換算・オーダー変更・患者説明等の負担が増え、治療の遅延や医療安全上のリスクにつながり得るため、使用促進は安定供給の確保と一体で進めるべき。</li> <li>・ 後発医薬品への適正変更や疑義照会、服薬情報共有など薬局との連携に要する説明・調整負担を診療報酬上で評価し、電子処方箋等を活用した連携実績（重複投薬回避等）を評価指標に組み込むことで、医療安全と患者利便性を両立した医科・歯科・薬局連携の推進につながる制度設計を要望する。（同旨 1 件）</li> <li>・ 後発医薬品・バイオ後続品を使うことによる経済的なインセンティブを患者側も支払い（再診料以外に入院基本料など）で減免の形で受けられるようにしてみてもどうか。</li> <li>・ 後発医薬品が進まない理由の一つとして、学会のガイドラインに後発を推奨しないとしている場合もある。</li> <li>・ 後発医薬品の使用促進を目的とした後発医薬品調剤体制加算は一定の役割を終えた。そのため、当該加算に係る評価は、大幅に適正化すべき。（同旨 10 件）</li> <li>・ 後発医薬品の使用促進を強権的に行った結果を充分検証してほしい。（同旨 3 件）</li> <li>・ 後発医薬品の推進はやめてもらいたい。差額の徴収はもってのほか。</li> <li>・ 後発品の中でオーソライズドジェネリックが明確にわかるように区別し、そのみを処方できるような仕組みにしてほしい。</li> <li>・ 後発医薬品がシェアをとることで先発品メーカーの開発力技術力の低下を招いている。AG 薬で少しでも利益を捻出できるよう支援していただきたい。</li> <li>・ 同種同効薬が多く現場の混乱が大きい。処方箋の記載はすべて一般名でよい。</li> </ul>	43 件
<p>○ バイオ後続品使用体制加算について要件及び評価を見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ バイオシミラーについては 公立病院において 100%を義務付けるべき。</li> <li>・ バイオ後続品の促進については、同じ有効成分であっても濃度の異なるもの、デバイス形態が異なるものがあるため、疑義照会の必要性を踏まえて慎重な判断を希望する。</li> <li>・ 在宅自己注射指導管理料におけるバイオ後続品導入初期加算について、転院の場合も、通算して算定可能にしてほしい。</li> </ul>	3 件
<p>○ 医薬品の安定供給に資する体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今現在も医薬品の供給不安は続いており、出荷停止・調整品目はむしろ増加している。安定した供給網・製薬企業の経営が成り立つための薬価維持など、必要な医薬品を患者に使用しうる方策は喫緊の課題である。（同旨 28 件）</li> <li>・ まずは医薬品の供給体制の充実が先である。（同旨 12 件）</li> <li>・ 後発医薬品と安定供給後発医薬品の供給不安に伴う追加業務を点数で評価するのではなく、安定供給そのものを実現するために財源を使うべき。在宅移行時に必要な医薬品が、出荷調整を理由に新規薬局には供給されないといった事態は、患者本位の医療提供体制とは言えない。</li> <li>・ そもそも基本医薬品がない歯科領域で第一選択である「アモキシシリン」に関して基本は問屋は病院優先で歯科医院に売らない、また売ったとしても薬価の 150%と異常であるこれでは後発も先発もない状況である。</li> <li>・ 昨年は歯科麻酔薬の供給不足が長期化し、患者の治療計画に支障を来す事例も発生した。処方薬だけでなく、歯科診療に不可欠な歯科麻酔薬についても、安定供給を確保するための実効性ある対策が必要。</li> </ul>	46 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 僻地等では、薬の在庫状況等の確保が困難な状況が続いているため、摘要欄記載コードの選択肢を継続して、項目も増やしていただきたい。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ バイオ後続品の調剤体制、患者への説明について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品・バイオ後続品は、供給体制が脆弱すぎる。この点を評価（報酬の差をつける）する体制が望ましい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 日本はバイオに対する投資が遅れ、バイオ後続品は海外メーカーが強い状況。現状でバイオ後続品の使用を促進することはますます日本の国富が海外に流れることになる。</li> </ul> </li> </ul>	3 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 長期収載品の選定療養についてについて <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 長期収載品の選定療養については撤回を求める。医師・歯科医師は診断の結果、患者の状態や治療上の効果・効能の違いなどを判断し、処方する薬剤を選択するのであって、「医療上の必要性がない」あるいは「患者の希望」などとして選定療養とする方法が不適切である。（同旨 3 件）</li> <li>・ 保険診療においては、保険により患者に必要な十分な医療を提供するために、混合診療は原則として禁止されている。保険外併用療養費は、混合診療を限定的に解禁するものであり、その範囲・運用は必要最小限となることが求められる。保険診療で処方する薬剤費用の「一部」のみに対し患者負担を設けることは制度理念と整合していない。</li> <li>・ 患者負担を増やすのではなく、選定療養を見直すべき。（同旨 8 件）</li> <li>・ 後発医薬品に変えたくても変えられない実態がある。長期収載品の選定療養についても、この実態を踏まえた対応を願う。（同旨 3 件）</li> <li>・ 診療上説明が大変であり、実態を踏まえた評価が必要。（同旨 3 件）</li> <li>・ 生活保護・公費負担の方に後発品使用を原則必須とするべき。</li> <li>・ 長期収載品の選定療養について、将来的には後発品との価格差の 10 割を患者負担とすべく、引き続き見直しを進めるべき。（同旨 9 件）</li> <li>・ 安定供給はもとより、その安全性・安定性にはまだまだ問題も多い。</li> <li>・ 創薬イノベーションの推進するためには、薬価の下げすぎによる企業体力の低下の懸念がある。（同旨 2 件）</li> <li>・ 歯科医院は院内処方が多く在庫管理も困難な為、歯科で頻繁に使用する薬剤に関しては適用を見送っていただきたいです。</li> </ul> </li> </ul>	38 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 推進すべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ 現状でよい。</li> <li>・ 安かろう、悪かろうの政策は限界であり、安心安全が必須である。（同旨 9 件）</li> <li>・ 後発品のメーカー指定で処方を出してくるクリニックが多々ある。</li> <li>・ 市販で売ってる薬は医薬品として必要ない。</li> <li>・ サリベートが口腔乾燥症の症状があっても出すことができない点に関して放射線の照射を受けている、シェーグレン症候群の診断を受けていないと出せないなど制限がありますので、もうすこし簡易的に処方できると助かる。</li> <li>・ 精神疾患のある患者は、感覚過敏などの影響で、後発医薬品が使えないことが多々あることも理解しておいていただきたい。</li> <li>・ 要件緩和を希望する。</li> <li>・ 先発品希望の患者はほとんどが医学的に理由があるわけではなく、こだわりが強いだけ。</li> <li>・ 前回改定後、コードが変更になったために電子カルテ内の薬剤設定をすることになった。このために多大な労力が使われた。</li> <li>・ 薬剤費のみ年齢、負担割合に関係なく一律 3 割負担にしてコスト意識を高めれば社会保障費もへり、OTC 促進より安全性も担保されて優れている。</li> </ul> </li> </ul>	23 件

#### IV－2 費用対効果評価制度の活用（49 件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 費用対効果評価制度への意見について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ぜひ評価して choosing wisely を進めるべき。行ったことだけではなく、不要な検査をしないことへの評価もしていただきたい。（同旨 3 件）</li> </ul> </li> </ul>	37 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療に費用対効果の概念を持ち込むのは反対。（同旨 7 件）</li> <li>・ 現行制度では、臨床症状や病状の改善度合いの評価基準が明確ではなく、少しでも有効性があれば保険収載される仕組みを今後見直していく必要がある。（同旨 1 件）</li> <li>・ 費用対効果評価制度が単なる診療報酬単価の引き下げのツールとしてのみ利用され、治療の制限に繋がることを強く懸念する。質の高いエビデンスを大前提とした透明性の高い議論を求める。（同旨 2 件）</li> <li>・ 国としては、市場実勢価格のみに依存して薬価が不当に引き下げられ続けることのないよう、制度の在り方を見直す必要があると考えます。製薬産業の持続性と国民医療の将来を見据え、より適正かつバランスの取れた薬価評価制度への改善をすべき。</li> <li>・ 「費用増加」となる品目については、価格引き下げ幅を最大 15%よりも深掘りすることが必要である。（同旨 1 件）</li> <li>・ 「効果」の測定方式・内容については国民的議論が必要ではないか。（同旨 4 件）</li> <li>・ 費用対効果で考えるならば、システムを複雑にし続ける行政にも責任がある。もう少し単純にしてから費用対効果を検討して欲しい。</li> <li>・ ①介護費用の取り扱いについては、介護費用の評価結果が価格算定に及ぼす影響が大きくなる（事実上、介護費用対効果評価になりかねない）一方、推計は、データの不備・曖昧な定性性などから仮定に仮定を重ねる結果になりやすい。患者負担増となる薬価等の調整ではなく、補助金、税制などによる創薬支援が検討されるべきである。②費用対効果評価制度については、現在の薬価制度の補完的運用とすべきである。とりわけ、薬事承認から保険収載に至る迅速な運用（原則 60 日以内）を堅持するとともに、保険償還の判断の可否には使用せず、高額医薬品等の価格調整（原則、価格引き下げ）に留める運用とすべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ 費用対効果評価制度の活用自体には賛同するが、評価が「薬価・材料価格の抑制」だけに偏ると、臨床現場で真に価値のある医療（重症患者への適応、合併症予防、QOL 向上等）の導入が遅れる懸念がある。したがって、費用対効果は医療費だけでなく、再入院・合併症・介護負担の軽減なども含めた総合的な価値で評価し、急性期の患者背景や重症度を踏まえた適切な使用が継続できる制度設計としていただきたい。併せて、現場に過度なデータ提出や事務負担を求めず、既存データの活用を基本とする運用を求める。</li> <li>・ 英国はじめ先進国にならい、費用対効果評価制度を「精緻化」していくのであれば、専門人材と予算の抜本的投入、政策決定過程の透明化、評価・分析等に係る情報公開の徹底などが必要。（同旨 2 件）</li> <li>・ 急性期のリハビリ介入においても、基本的に改善を必須とするアウトカムを求めているかどうか。ただベッド上介入が全く無意味というわけではないため、そのような患者には 1 日の最大単位数を制限するような仕組みにしてはどうか。</li> <li>・ 高額医薬品についてはどんどん再評価して欲しい。</li> <li>・ 予防や進行抑制に診療報酬をつけるとなると基準が複雑になりかねない。そういった医療は公立病院が積極的にやり、赤字については公金で補填すべき。</li> </ul>	
<p>○ その他について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ DPC が制約が多く、非効率の第一原因です。DRG に改めるべき。</li> <li>・ マイナンバーカードの義務化等費用対効果ははっきりしない政策に大金を投入することはばかげている。</li> <li>・ 外人に保険を適応させないで欲しい。</li> <li>・ 開業医でできることは積極的に開業医に任せるべきである。開業医が受け皿になるように訪問診療や慢性疾患の安定期管理だけでなく、専門医を増やすべく方策が必要と考える。</li> <li>・ 疾病予防や疾患進行抑制などに尽力をつくしている医療機関は現行の制度ではあまり評価もされず、収益もあがらない。CKD 予防につとめ進行抑制に尽力するよりも、はやめに血液透析を開始したほうが病院にとって収益があがるような制度は問題が多い。</li> <li>・ 訴訟額に合わせた診療報酬が必要。</li> <li>・ 地域支援体制加算は全ての患者から費用を徴収するにもかかわらず、利益を得る患者に限られる。是正が必要である。</li> <li>・ 超高齢者に対する高額医療は自費にすべき。</li> <li>・ 費用対効果評価制度の活用し、認知症の抗体薬を保険診療から除外することを望む。</li> <li>・ 薬局の施設在宅も評価してほしい。今後在宅で見切れなくなった方は、施設にまとめられる。そのまとめた薬を作るのは薬局の仕事。せめて集中率にカウントさせてほしい。</li> <li>・ 薬剤、医療機器の導入は、費用対効果で保険適応とするかどうかを決めるべき。</li> </ul>	12 件

・ 歯周治療における歯周病の改善の状況を調査するなどして、保険診療の内容の見直しを随時行う。	
--	--

#### Ⅳ－３－１ 医薬品、医療機器、検査等に関する、市場実勢価格を踏まえた適正な評価／効率的かつ有効・安全な利用体制の確保（122 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和８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８年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づいた対応について</p> <p>&lt;薬価&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市場実勢価による適正化は当然だが、そもそも実勢価をゆがめる購買代行・価格交渉代行が横行し、明らかに立場の弱い医薬品卸が悪者にされている現状を認識するべき。流通改善ガイドラインについてもペナルティが無いため、医療機関や購買代行側は順守する意識が低い。非常に歪んだ制度になっていることを鑑みて、逆に卸に対して価格交渉権を認めず、薬価差自体を無くすのも一つの方策と考える。</li> <li>・ 薬価が「前回の薬価を上限とする改定」となっている以上、値上げが反映できない状態では、市場実勢価格は自由市場の適正価格からダンピングされている状況にあり、下方側に乖離しています。インフレでは成り立たない仕組みのため、そもそも市場実勢価格をベースとした考え方を変えるべき。（同旨 7 件）</li> <li>・ 医薬品、医療機器、検査等については、市場実勢価格との乖離を踏まえた適正な評価を行い、公定価格制度の整合性と医療提供の持続性を確保すべき。その際、価格是正は一律ではなく、変動の大きい領域に対しては機動的な改定や調査の精緻化を行うとともに、有効・安全な利用体制（適正使用、品質管理、保守点検、精度管理）を一体として整備し、医療の質を損なわずに効率化を進めるべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 安定供給確保に鑑みて、長期収載品の薬価引き下げの前倒しに係る激変緩和措置については、2026 年度薬価改定に限る経過措置にとどめず、以降の適用も柔軟に考慮すべきである。（同旨 2 件）</li> <li>・ 在庫している医薬品の値段が 4 月 1 日から急に値段が下がることに関しては緩和措置を講じていただきたい。</li> <li>・ 保険薬局が医薬品の安定供給を行うにあたって、医療ニーズに応じた医薬品在庫の確保が必要であるが、薬価と実勢仕入価格の差額を限りなくゼロに近づける薬価改定は、薬価改定に伴う、医薬品在庫評価額の目減りや期限切れ、破損による雑損分が考慮されていない。</li> <li>・ 今後の価格決定においては、廃棄医薬品の発生実態も踏まえた検証と制度上の配慮を求める。</li> <li>・ 市場実勢価格を踏まえた評価を行うのであれば、その前提として、安定供給を支えるために必要なコストとリスクを制度的に認識し、持続可能な医薬品供給体制を損なわない評価の在り方を再構築すべき。</li> <li>・ 薬剤・特定保険医療材料が逆ざやにならない価格設定にすべき。（同旨 4 件）</li> <li>・ 薬製造会社が撤退しない程度にすべき。（同旨 9 件）</li> <li>・ 小児医療では、医薬品や検査の選択肢が限られ、市場規模も小さいことから、市場実勢価格のみを基準とした評価や一律の効率化は、診療の質や安全性を損なうおそれがあり、小児特性を踏まえた慎重な制度設計が必要である。</li> <li>・ 医薬品の安定供給の観点から中間年改訂の廃止を含めた見直しを求める。（同旨 1 件）</li> <li>・ 診療報酬がない年の薬価改定について、改定を続けるのであれば、薬価の高止まりを引き起こしやすい「乖離率」ではなく、国民負担の軽減にも留意して「乖離金額」に着目して実施すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 再生産もままならない国内の製品に比して、異様な高額薬価輸入品の問題がそれとして提起されず、機械的に薬価収載され続けている。</li> <li>・ 公的医療保険制度は患者負担と公金・保険料で構成される以上、原価構成の開示度が低い新薬については、補正加算の減算に加えて、市場拡大再算定でもペナルティ（例えば、引き下げ率の拡大）を課すなど踏み込んだ対応を検討すべき。（同旨 3 件）</li> <li>・ バイオ医薬品は慢性疾患・重篤疾患などでの使用が多く、使用用途での後続品へ切り替えには大きな困難が伴う。高い薬剤費（患者負担）に鑑みて、品質保証されたバイオ A G に</li> </ul>	94 件



<p>については、これまで同様、算定薬価は後続品と同額とすべき。（同旨 1 件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医薬品卸が中小企業の薬局との価格交渉を拒み、大手と中小で大きな価格差をつけた結果、中小企業はボランタリーチェーンを利用することになった。多くのボランタリーチェーンは大手調剤チェーンが運営しており、本来は医薬品卸や中小薬局が受け取るはずだった利益を中抜きしている形になっている。価格交渉を代行するボランタリーチェーンを運営する大手調剤の評価を見直さない限り、医薬品卸や中小薬局は疲弊して医薬品供給が滞るようになる。（同旨 1 件）</li> <li>・ 薬は安ければよいというものではない。費用対効果もしっかり見て適正な評価をして欲しい。（同旨 2 件）</li> <li>・ 市場調査が本当になされているのか疑問がある。公表してわかるように見えるかすべき。</li> <li>・ そもそも、薬価制度（公定価）を廃止すればよい。（同旨 1 件）</li> <li>・ 医薬品においては毎年行う薬価改正は製薬会社にとっては大きな打撃を与えることとなり、創業のみならず現状の数量を確保するための設備投資さえできないことを踏まえ製薬会社にも何らかのインセンティブが必要と考える。</li> </ul> <p>&lt;歯科&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科用貴金属材料について、市場価格の急激な変動に対し、告示価格（材料価格）の改定が追いつかず、いわゆる「逆ザヤ」が常態化している。「市場実勢価格を踏まえた適正な評価」を行うためにも、現行の随時改定の仕組みを見直し、市場価格の変動を遅滞なく、かつ正確に反映できる価格決定システムへの抜本的な改革を求める。（同旨 13 件）</li> <li>・ 急激な市場環境の変化に対応するため、臨時的・特例的な価格調整の仕組みについても検討すべき。（同旨 3 件）</li> </ul> <p>&lt;医療材料&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関の購入時における材料価格の逆ザヤ解消対応について、同一機能区分内の全ての品目について逆ザヤが確実に解消されるように償還価格の水準を設定すべきである。（同旨 4 件）</li> <li>・ 医療材料に関して、実勢価格による価格調整の対象外とされた 1 社または 2 社がその機能区分におけるシェアの大半を占めるケースについて、企業側が価格コントロールをしやすい状況のため除外とされたが、それは事実であるのか検証頂きたい。実際にはその製品が 1 社独占であっても病院から他の製品の取引中止等を材料に価格交渉できないケースもあり、事実と必ずしも整合していないと考えられる。</li> <li>・ 免疫グロブリンなどの製造に必要な国内の献血による原料血漿の価格が不当に低いと感じる。現状は、採血すればするほど赤字が拡大。黒字を求まるわけではないが、コストの算定方法の見直しをすべき。</li> </ul> <p>&lt;その他&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価の方向性に賛同するが、急性期病院では医薬品・医療機器・検査の選定や切替えに伴い、標準化・教育・在庫管理・安全確認（用量換算、手順変更等）の実務が発生するため、価格調整のみが先行すると現場負担と医療安全リスクが高まる懸念がある。したがって、実勢価格の反映にあたっては、必要な医療資源が確実に確保できるよう安定供給と安全運用を前提とし、効率的かつ有効・安全な利用（標準化、適正使用、切替え支援）が進む仕組みが必要。</li> <li>・ 診療報酬が上がらない中、物価高騰により医療機器や検査費などが上昇を続けており、機器の入れ替えや検査をすればするほど赤字となる。（同旨 7 件）</li> <li>・ 医療材料、医療機器、保守など全て消費税がかかっているにも関わらず、診療報酬には消費税がかからない。消費税の取扱いについて抜本的な見直しを求める。（同旨 3 件）</li> <li>・ 優れた新薬は、原価計算方式（高い営業利益率を保障）で算定し、補正加算でも評価された上、（高額療養費を通じて）広く使用されることで利益は回収される。患者負担増につながる新薬創出等加算は屋上屋であり、即時廃止すべきである。（同旨 2 件）</li> </ul>	
<p>○ 医療機器について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機器の適正評価においては、購入価格の引下げのみならず、保守・点検体制の不備による稼働停止や事故対応等の間接的コストにも着目する必要がある。適切な運用体制が確保されない場合、結果として医療機関全体のコスト増や医療安全リスクの増大につながる可能性がある。このため、医療機器を効率的かつ安全に利用する体制を評価する視点を導入することは、医療費の適正化と医療安全の両立に資するものと考えられる。</li> <li>・ 中古医療機器の流通を認めていただきたいです。開業費用がうなぎのぼりの状況ですので、品質が担保された医療機器は中古市場があるべきだと思います。</li> </ul>	<p>3 件</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小児保険装置について、装着後の調整・修理に対する評価を新設すべきである。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外注検体検査の料金設定は検査会社との個別の契約によるもので、医療機関によりかなりばらつきがある。こうした現状を無視した一律の検査料引き下げの結果として、近年地域の医療機関が検査会社より一方的に契約を解除される事例も数多く報告されている。医療上不可欠な検査のための人件費や安全管理のコストも考慮されるべきであり、実態を無視した検査料引き下げは地域医療の質を低下させる。（同旨 6 件）</li> <li>・ 入院中の検査等について、望ましい標準的な項目や検査間隔も提示してもらえると医療費削減に貢献する。</li> <li>・ コロナ、インフルエンザの検査キットが販売できるならもっといろんなキットを薬局でも取り扱えるようにするべき。</li> </ul> </li> </ul>	9 件
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療報酬の財源を薬価から出すのは限界。外資が撤退を始めることに危機感がある。</li> <li>・ 外資での誘導に適切な判断をお願いしたい。</li> <li>・ 金属アレルギー診断時の前歯の HRB r の適用</li> <li>・ 大臼歯単冠における 4/5 冠の適用</li> <li>・ 接骨院から保険診療を外して欲しい。</li> <li>・ 保険診療について、安易な受診が多い適正利用となるよう、セルフメディケーションでの対応を促すよう、保険診療の制限をもっと制限すべき。</li> <li>・ 元々保険処方薬を OTC 類似薬と称して一部負担金に上乗せする方針が出ているが、これでは 3 割を超える一部負担金となり、健康保険法に抵触する。再考をお願いしたい。（同旨 3 件）</li> <li>・ 基幹病院と地域の医療機関、訪問看護、介護サービスが連携し、どこに住んでいても腹膜透析を安全に選べる体制を評価の対象に含めることが望ましい。</li> <li>・ 耳鼻科の処置点数は低く、苦勞して処置するよりも処置せずに外来管理加算を算定した方が多い場合が多い。そのため、薬に頼る診療が主流となっている。耳鼻科特定疾患管理料も初診料より低く、算定しづらい。</li> <li>・ 調剤報酬の評価を上げる・かかりつけ薬剤師・薬局評価・対人業務評価の強化・後発品調剤体制加算・地域連携薬局・服薬フォロー・在宅・多職種連携モノ（薬価）から、ヒト（技術・薬学）へ。</li> <li>・ 栄養剤の値段が高くなれば、特に在宅であれば、患者は市販で買って使うことはできなくなる。高齢者を支えるために栄養剤を保険適用から外すというのは現実的に難しい。</li> <li>・ 漢方薬は本来なら抗生剤がなければ治らないようなものも漢方薬で治ったり、慢性炎症等で手術が必要な場合も手術回避できたりと、現在の医療にも欠かせない。</li> <li>・ どこかで誰かが損をしないようにしてほしいです。</li> </ul> </li> </ul>	16 件

#### Ⅳ－４－１ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応（116 件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 薬剤総合評価調整加算の要件及び評価について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ポリファーマシー対策は「適正化」だけでなく、それを現場で再現・維持するための薬剤師による調整業務を含めて評価されるべき。</li> <li>・ ポリファーマシーについて、服用回数を減らす評価だけでなく、嚥下困難患者に対して簡易懸濁法を提案して服薬支援した場合も評価していただきたい。</li> <li>・ 介護施設、在宅の患者は非常に多くのお薬を服用している。薬剤師による確実なポリファーマシー対策をお願いしたい。（同旨 4 件）</li> <li>・ 薬薬連携に関する加算について、即時反応する必要がある場合が少なからずあるため、電話での連携も算定要件に含めてほしい。</li> <li>・ 在宅医療において、重症化したり施設入居などで在宅医療を担当する薬局に担当が変わる場合の情報提供や連携に関する加算も導入してほしい。</li> <li>・ 医療用経口栄養剤（ONS）についても、他の薬剤と同様に、患者の状態や摂取状況を踏まえた管理と見直しが必要。ONS を含めた処方全体を多職種で共有し、適切に調整できる体制を整えることが、残薬削減と医療の質向上の両立につながる。</li> </ul> </li> </ul>	33 件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ OTC 類似薬によるポリファーマシーを薬剤師判断での中止を可能にしてはどうか。</li> <li>・ 年齢を重ねていくにつれ、併存疾患は多くなる。それぞれの疾患のガイドラインを遵守したうえで、7 剤以上となるのは、致し方ない。7 剤以上処方の減算の撤廃を求める。</li> <li>・ ポリファーマシー対策を医療機関の実績に応じた評価にするのはやめるべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ ポリファーマシーの医科に対する評価、減算での意識づけが必要。</li> <li>・ ポリファーマシーについては現状の設計では限界がある。患者負担増にすることで医師の対応を促してはどうか。（同旨 2 件）</li> <li>・ 支払基金側が、不当な処方に関しては査定をしてほしい。</li> <li>・ 米国や英国と同等の他医療機関での診療実態を診療現場で確認できる仕組みが必要。国の責任と費用で行うべき。</li> <li>・ OTC も含めて薬剤情報は今後マイナ保険証などで継続的に管理されるべき。過去に飲んでいた薬、施された治療を正確に覚えている人はいない。（同旨 2 件）</li> <li>・ かかりつけ医、お薬手帳を有効に活用すべき。（同旨 2 件）</li> <li>・ マイナカードによる確認ができない患者の服薬状況を確認するためには労力が必要となる。マイナカードを利用しない患者からは点数を加算すべきである。（同旨 3 件）</li> <li>・ 医師により処方内容が変更された際に、その理由等がカルテに記載されていないケースが見受けられる。処方変更の根拠が明確でない場合、医療従事者間での情報共有が困難となり、医療安全や適切な服薬指導に支障を来す恐れがある。処方変更時には、その理由をカルテに適切に記載することを徹底し、医療の質と安全性を確保する体制整備を求める。（同旨 1 件）</li> <li>・ 薬局側から重複投薬の疑義照会を行うと「患者さんが納得してくれるのなら中止で良い」との返答もあり、減薬の責任を薬局に押し付けるようなことは無しにしていきたい。</li> </ul>	
<p>○ 情報通信機器を用いた診療における向精神薬の処方について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ オンライン診療に限らず向精神薬を処方する場合は電子処方箋サービスを利用して重複投与がないか必ず確認すべき。精神科の専門の医師でないと処方できないようにすべき。</li> <li>・ 向精神薬の重複処方チェックを情報通信機器を用いた場合に限っているが、いずれの患者に対してもチェックし診療にあたることは必要。資格確認書の利用でもチェック可能な体制を作る必要がある。</li> </ul>	2 件
<p>○ 情報通信機器を用いた医学管理において重複投薬等チェックを行う際に電子処方箋を発行する場合について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医学管理において重複投薬等チェックは重要である。電子処方箋を発行する場合に評価を行うとされているが、電子処方箋を利用しない場合でもチェック・指導可能なシステムの構築を望む。（同旨 2 件）</li> </ul>	3 件
<p>○ 保険薬局による残薬の確認及び処方内容の調整について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 処方箋様式を見直しても実効性が伴わなければ意味がない。残薬調整、リフィル指示の割合が一定以下の場合、初診料、再診料に減算規定を設ける等の対応が必要ではないか。</li> <li>・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応として、薬剤レビューの取り組みを医師と薬剤師が共同して実施すべきであり、それを医師、薬剤師ともに評価すべき。</li> <li>・ DPC で疾病に関わる持参薬を使えないが、残薬処理しても評価されない。薬局も残薬処理してくれない場合があり、大量に廃棄されるのが勿体ない。</li> <li>・ 外来で患者が持参した残薬を時間をかけて数えて処方しても医科では点数にならない。算定できるよう正当に報酬をつけていただきたい。（同旨 1 件）</li> <li>・ そもそも処方を出しすぎている医者に対するペナルティと、残薬や重複受診には患者自己負担増加が必要。（同旨 1 件）</li> <li>・ ジェネリックへの変更調剤のように、重複、残薬は薬剤師の権限で問い合わせなく、許可してほしい。（同旨 2 件）</li> <li>・ 薬剤師に全員とはいわないが残薬確認に自宅に訪問してほしい。</li> <li>・ 家族受診による処方ができないことを今一度徹底のうえオンライン診療を推進していただきたい。残薬を使って対応している薬局への評価も必要。</li> <li>・ 在宅医療や看取りの現場では、ポリファーマシーや残薬が問題となる一方で、医療用経口栄養剤（ONS）が患者の状態や家族の不安から、多めに処方される場面も見受けられる。しかし、食事量や体調が日々変化する患者に対して長期処方を行うことは、結果として残薬</li> </ul>	18 件

<p>や無駄を生む要因にもなり得る。ONS を含めた適正使用を進めるためには、短期間処方やお試し使用、定期的な見直しが行いやすい制度設計が必要。（同旨 1 件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 残薬は毎回確認しているが、患者自身が来れなくなった場合に薬をキープする傾向があり、ある程度は仕方ないことだと思う。</li> <li>・ 一度の受診で処方期間が長いほど残薬が増えることが多いのに、長期処方を推進しようとするのは筋が通らない。</li> <li>・ 長期処方管理できない高齢者はそれこそ無駄な薬を処方することになる。</li> <li>・ 医療のみの対応では不十分と考える。認知症や性格的なこだわりは民生委員などの活用も必要。</li> </ul>	
<p>○ 長期処方及びリフィル処方箋による処方を適切に推進することについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 長期処方およびリフィル処方箋の活用は、医学的妥当性に基づき慎重に行われるべきものであり、診療報酬削減の手段として進められるべきではない。分割調剤に伴う医学的管理、ポリファーマシー対策などの薬局との連携業務は、医療機関の事務作業を増大させる。治療効果や安全性を担保するため、十分な点数上の評価を行った上で事務負担を増加させない簡素なルール設計を求める。（同旨 14 件）</li> <li>・ リフィル処方は、薬剤師が患者の服薬状況、状態の変化、副作用の発現等を確認し調剤の可否を判断することになるもので、容認できない。薬剤師の役割や責任を超えた行為を一方的に課すことなどにより、医師の処方権の侵害にもつながり、無診察投薬を認めることとなる。また、多くの薬局では患者のプライバシーが守られる個室等の設備が整っていない点も問題である。そもそも、リフィル処方箋は中医協等での安全性の検証もなく、2021 年末の大臣折衝で突如導入され、医療費削減のために提案がされており、医療の質の向上の観点での導入ではなく、廃止すべきである。（同旨 4 件）</li> <li>・ リフィル処方箋が普及しない理由は、最低でも月に 1 度は診療を行わなければ、十分な健康管理を行うことができないからである。また、リフィル処方箋発行後の患者の健康管理の判断等を薬剤師が行うことは、明らかに医師法第 17 条に抵触しており、生活習慣病管理料等における要件の見直しではなく、リフィル処方の仕組みそのものの廃止を求める。（同旨 1 件）</li> <li>・ 長期処方及びリフィル処方箋を実質義務化することを目的とした医学管理料の要件変更と処方箋様式の見直しはやめるべきである。現在でも投薬日数は医師の裁量とされており、安定している患者に対し 30 日を超える処方では認められている。しかし日数制限がないからといっても、医師は安心・安全の観点から無制限な処方を行わない。これを医療費削減のために「いかに受診期間を間引くか」という観点のみで、長期処方・リフィル処方箋を義務化することは、医療の安心・安全を大きく脅かすことになる。（同旨 2 件）</li> <li>・ 長期処方及びリフィル処方箋を発行しない場合の評価の見直しにおいて、減算とならないよう求める。またここで言う医学管理は生活習慣病管理料や（認知症）地域包括診療料、再診料の（認知症）地域包括診療加算を想定していると思われるが、28 日以上長期処方又はリフィル処方箋の交付が可能なことを院内掲示にとどめて、これらの処方又は処方箋交付の実施を算定要件化しないこと。</li> <li>・ 長期処方の削減がオーバードーズの抑制や病状の変化を見逃さないために必要。</li> <li>・ 「リフィル処方箋のさらなる普及」という点が薬局側で議論されていたように感じるが、もともとは医科側の意識である。長期で同じ脂質異常症治療薬 1 剤のみの方にリフィルの存在を案内し、本人が CL に打診したところ「うちではやっていない」と断られた事例を経験した。このような現状で薬局側に推進を求めるのは無理があるのではないかと感じる。</li> <li>・ 現実的に飲みきれないほどの処方や、昼間しっかり寝ている患者への睡眠導入剤など処方のあり方をもっと厳しくしてほしい。薬剤を変更した際は副作用も考慮して 3 か月処方は禁止にして欲しい。副作用が出た場合すべて無駄になる。逆に安定している患者には長期処方を年齢も考え認めて欲しい。</li> <li>・ リフィル処方について、麻薬については 1 か月処方が妥当と考えるが、眠剤や精神安定剤などの 30 日制限の薬剤については、リフィル処方を解禁してほしい。リフィルにすれば、薬剤師が 1 か月毎に乱用の確認をすることが可能。長期処方にしたいのに、眠剤や安定剤を処方しているせいで毎月通院していただかないといけない患者がいる。</li> <li>・ リフィル処方箋が進まない理由として、医師は 30 日で 3 回リフィルするならば、最初から日処方する。いずれにしても医師の責任は変わらないし、そのほうが患者も利便性がある。</li> <li>・ リフィル処方箋を普及させたいのであれば、患者の症状が安定している患者に対して医師の判断で 90 日×3 回の計 270 日処方が可能であることを明確化した方がいいのではないかと感じる。</li> </ul>	43 件

<p>か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ リフィル処方を活用して、薬剤師による長期処方中の状況チェック、服薬チェックがもっとできるようになるとなお良い。</li> <li>・ 重複投薬・ポリファーマシー対策として、長期処方は利便性がある一方、定期的な検査（採血等）と処方見直しが伴わない漫然継続が起こると、腎機能低下時の用量調整不足など医療安全上のリスクが高まる。そのため、長期処方は「一定期間ごとの検査・評価に基づく見直し」を前提とし、腎機能等に応じた減量・中止や、データ改善時の整理が確実に行われるよう、かかりつけ医と薬局・薬剤師の対人業務（検査値確認、処方提案、減薬）を含む運用を評価・促進していただきたい。（同旨 5 件）</li> <li>・ 長期処方は 60 日が限界と考える。</li> <li>・ 長期処方はやめて 30 日程度の処方に制限すべき。</li> <li>・ 慢性的な処方については長期に渡ると評価がより低下するようにすべき。重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応として分割調剤、リフィル処方の積極的評価が必要。</li> <li>・ 診察せず、料金だけ徴収して処方箋が出る仕組みがあるなら長期処方をして、薬剤師に服薬、副作用確認をさせてほしい。</li> </ul>	
<p>○ その他について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ いずれも重要な見直しである。（同旨 3 件）</li> <li>・ まじめにやっている病院ほど患者から苦情をうける。国の方針を一般市民に浸透させるような動きがほしい。</li> <li>・ こうならないよう漢方をもっと評価すべき。</li> <li>・ 診療報酬を大幅にあげることが必要。（同旨 2 件）</li> <li>・ 患者調査も必要。</li> <li>・ 喫緊の課題です。それこそ AI を駆使すべき。</li> <li>・ 近隣の医療機関や薬局などで抱えている在庫を照会できるシステムが欲しい。</li> <li>・ 処方側の問題が大きい。</li> <li>・ 低価値・無価値医療に関しては患者の要望を優先せず、医療従事者のアセスメントを評価してほしい。</li> <li>・ 病棟薬剤業務実施加算の算定には、現状日々の病棟薬剤業務に関して内容や所要時間を日誌のように記録することが必要となっているが、これはなんとでも記録できてしまうこともあり、病棟薬剤業務を実施していた証拠に全くなっていない。そのため、現場ではこの業務日誌を記録することが不毛な業務であると感じており、実際業務圧迫の一因にもなっている。</li> <li>・ 服薬管理加算は、薬剤師の仕事である。</li> <li>・ 薬剤師に医師よりも強い権限を与えて、変な処方箋だしてきたら疑義なしで薬剤師の権限で修正できるようにすると、医師側も負担軽減になるのではないか。</li> </ul>	17 件

#### Ⅳ－４－２ 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進（47 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 薬剤総合評価調整加算の要件及び評価について（再掲）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ マイナカード利用促進に尽きるさらなる誘導を期待したい。</li> <li>・ 医師、歯科医師と薬剤師の間の情報提供をより簡易に行えるようにし、医薬品についての理解を深めるようにする。（同旨 3 件）</li> <li>・ 薬剤レビューの取り組みを医師と薬剤師が共同して実施すべきであり、それを医師、薬剤師ともに評価すべき。</li> <li>・ 転院時の処方記載ミスが多いので電子処方箋などを積極的に活用すべき。また電子処方箋の規格統一、UI の見やすさ向上へ国は積極的に投資をしてほしい。</li> </ul>	7 件
<p>○ 病棟薬剤業務実施加算における薬剤総合評価調整や退院時薬剤情報管理指導の実績に応じた評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ プロトコールに基づく薬物治療管理（PBPM）に対する評価を新設すべき。薬剤師による PBPM は医師の業務負担軽減と治療の質向上への寄与が学術的に証明されており、「医師の働き方改革」におけるタスク・シェアリングを代表する取り組みの一つ。医師の指示範囲内で、処方にかかる負担を薬学的知見から分担する高度な連携業務として、正当な対価を</li> </ul>	3 件

<p>設定すべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病棟薬剤業務実施加算の算定には、現状日々の病棟薬剤業務に関して内容や所要時間を日誌のように記録することが必要となっているが、これはなんとでも記録できてしまうこともあり、病棟薬剤業務を実施していた証拠に全くなっていない。そのため、現場ではこの業務日誌を記録することが不毛な業務であると感じており、実際業務圧迫の一因にもなっている。</li> <li>・ 現在薬剤管理指導料が週一回を限度に算定可能となっているが、現場では週一回の算定がノルマ化しており、多職種連携や処方最適化の業務が圧迫されている。入院患者に対する必要な服薬指導は病棟薬剤業務の要件に含めるべきではないか。現場のノルマが質につながるような診療報酬の形が良い。</li> </ul>	
<p>○ 在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師と薬剤師が同時訪問することについて（再掲）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅において、薬剤師の往診動向を実施することで、処方に対するアドバイス、ポリファーマシーにもつながることから、評価いただきたい。</li> <li>・ 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進は、ポリファーマシー対策や医療安全の観点から重要である。特に在宅医療や高齢者医療においては、患者の状態変化や服薬実態を医師のみで把握することが難しい場面も多く、薬剤師の関与が不可欠。医師と薬剤師が治療意図や患者の生活状況を共有しながら処方内容を調整できる体制の整備を期待する。（同旨 2 件）</li> <li>・ 医師と薬剤師の適切な連携による医薬品の安全かつ有効な使用促進に賛同する。特に長期処方や多剤併用では、薬局・薬剤師が検査値（腎機能等）や服薬状況、重複・相互作用、残薬を踏まえて処方提案・疑義照会を行い、医師が処方を見直す連携が医療安全に直結する。そのため、連携は形式的な照会に留めず、電子処方箋等を活用した情報共有の下で、薬剤師の対人業務（減薬提案、用量調整提案、服薬アドヒアランス支援）が実効的に機能するよう評価し、現場でのやり取りが過度な負担にならない運用（標準化・簡素化）としていただきたい。</li> <li>・ 一包化や剤型変更、ジェネリックの変更などは薬剤師に権限を持たせるべき。（同旨 4 件）</li> <li>・ 地域フォーミュラリーを推進すべき。</li> <li>・ 米国や英国と同等の他医療機関での診療実態を薬局現場で確認できる仕組みが必要。国の責任と費用で行うべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進として分割調剤、リフィル処方の積極的評価をすべき。</li> <li>・ 連携のできる調剤薬局とそうでないところがある。</li> </ul>	15 件
<p>○ その他について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療の質と安全を担保するために医療機関と薬局との連携は当然必要であるが、複雑な算定要件や記録・報告の義務付けは現場の事務作業を増大させ、「医薬品の効率的かつ安全で有効な使用」をむしろ阻害する。負担に見合った十分な点数上の評価を求める。（同旨 5 件）</li> <li>・ お薬手帳、かかりつけ医を有効に活用すべき。</li> <li>・ 処方内容についてしっかりと審査すべき。</li> <li>・ 連携に協力しない医療機関に対する減算すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 今の医薬分業は機能していない。（同旨 4 件）</li> <li>・ 現状のままで良い。（同旨 3 件）</li> <li>・ 「栄養剤の経口摂取」を必要としている療養者がおり、考慮すべき。（同旨 2 件）</li> </ul>	22 件

#### IV－4－3 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進（138 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の要件の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「栄養保持を目的とした医薬品（経腸栄養剤）」の経口摂取における保険給付除外に対し、強く反対、あるいは慎重な対応と十分な経過措置・除外規定の設置を求める。経管栄養から経口摂取への移行が進み（＝経管での使用量が減り）、経口補助として経腸栄養剤を使用する段階になると、保険適応外（査定対象）となるリスクが生じる。これは、患者の回復意欲を削ぐだけでなく、医療現場が「保険適応を維持するためにあえて経管栄養を</li> </ul>	85 件



<p>継続する」といった本末転倒な判断を招きかねず、医療の適正化および患者の QOL 向上に逆行する。また、「食品で代替可能」との理由で保険から外し、患者の自己負担（食品購入）とした場合、経済的な理由から購入を断念する患者が増加することが懸念される。医師の管理下で適切な栄養療法が行われない結果、低栄養状態が悪化し、感染症や合併症の併発、再入院、あるいは不必要な点滴管理への逆戻りを招けば、結果として医療費は増大する。薬剤による早期介入と維持こそが、重症化予防と医療費抑制に寄与するという視点を持つべき。（同旨 63 件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>短腸症候群を始めとする腸管不全の患者は消化吸収機能に障害があるため、中心静脈栄養や経管栄養から離脱して経口摂取に移行していても経腸栄養剤を長期的に必要とすること（生涯必要な場合も）がある。このため、この「適正化」が行われれば患者や家族（その多くは健常者に比べて就労に制約があるために収入が少ない）は高額な負担を追うことになり、耐えきれなくなった患者や家族から栄養状態を悪化させて経管栄養や中心静脈栄養に逆戻りすることになり、かえって医療費を増加させる。また、そうなれば患者や家族の QOL は低下し、健康保険料を納める労働力も低下し、患者が未成年の場合は経腸栄養剤の費用が多額であることが自立の際に大きな壁となって将来に希望を持ちにくくなり、勤労者として健康保険料を納めることが難しくなる。腸管不全の患者の中には「腹腔内や骨盤腔内のがん治療の後遺症」などであると考えられて「短腸症候群（短腸症を含む）」などと診断、告知されていない場合もあるため、病名で限定することも避けて現在の保険適用の継続を強くお願いしたい。</li> <li>「OTC 類似薬の保険給付の見直し」では、「こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等」に対して十分に配慮することが明記されている一方で、「食品類似薬の保険給付の見直し」では一切配慮の記載がない。同様の配慮が必要であるとともに、配慮については関連学会の意見を求めるべき。（同旨 3 件）</li> <li>クローンや潰瘍性大腸炎など、消化管栄養吸収に障害のある人は吸収しやすい組成の栄養剤（消化態栄養剤：エレンタール）は治療の一環となる経口栄養剤となるため、これが保険適応外となると患者にかかる負担が増大する。</li> <li>経腸栄養剤の中には、補助ではなく治療を目的としたものがあり、保険適用されるべきである。例えば、クローン病の方にエレンタール（成分栄養剤）、非代償性肝硬変（肝不全）の方にアミノレバン EN（肝不全用成分栄養剤）など。</li> <li>「適正化」を目的とする場合であっても、医薬品 ONS 等の給付を一律に縮小するのではなく、低栄養の評価・再評価、治療目標の設定、継続基準等を含む医学的妥当性に基づく処方要件を明確化する方向での検討が望まれる。患者の状態に応じた医療者の判断が、制度上も適切に担保される設計が重要。</li> <li>医薬品である経腸栄養剤は、特定の疾患管理を目的とした「治療の手段」であり、安易な市販食品への置き換えは、安全性と治療効果を損なう恐れがある。仮に食品を適用する場合であっても、医薬品に準じた一定のエビデンスと適切な審査ならびに製造・品質基準が必須です。単純な「OTC 類似薬」の議論と同列に扱うべきではない。</li> <li>令和 6 年度改定で回復期リハ病棟入院料等に GLIM 基準による栄養評価が位置づけられており、低栄養は医療として評価・介入すべき対象である。評価を医療として求めつつ治療手段を自己負担化するのには制度不整合である。漫然処方の適正化には賛成であり、一律除外ではなく、①GLIM 等による客観的診断、②嚥下障害・サルコペニア・フレイルを有するリハ実施患者、③カヘキシア等の代替困難例を給付対象として明文化し、期間・再評価で運用適正化する制度設計を要望する。</li> <li>「栄養保持を目的とした医薬品（経腸栄養剤）」の経口摂取における保険給付除外に対し、慎重な対応と十分な経過措置・除外規定の設置を求める。（同旨 7 件）</li> <li>胃瘻・経鼻等の経腸栄養についても、食事代を保険でまかなっている現状はおかしい。胃瘻・経鼻等の経腸栄養についても自費としていただきたい。</li> <li>特に治療上意味もない栄養保持が行われているのを見ることがあり、そのようなケースは自費で良いと思う。（同旨 1 件）</li> </ul>	
<p>○ 医薬品の処方について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医学的妥当性と経済性を踏まえた処方の推進に賛同する。推進にあたっては、単なる薬剤費の削減ではなく、定期的な検査・評価に基づく見直し（減量・中止を含む）や、重複投薬・相互作用・腎機能低下時の用量調整など医療安全を前提に、最適な薬物療法を実現することが重要である。そのため、医師と薬剤師の連携による処方最適化（ポリファーマシー是正、後発品の適切な活用、残薬調整等）が継続的に行えるよう、対人業務と情報共有</li> </ul>	26 件

<p>を後押しする評価としていただきたい。（同旨 7 件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ フォーマリリをもっと浸透させて、よほどのことがない限り薬価が安く効果が高い薬を使うべき。そうすれば、薬局も過剰な薬品を置かずすぐに患者に薬を渡すことが可能となる。（同旨 2 件）</li> <li>・ 医学的に必要な処方 は当然必要であるが、その判断は医師が担うべきであり、制度による制限はすべきではない。（同旨 1 件）</li> <li>・ 院内処方を推進すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 薬局での零売を認めるべき。医師のタスクシェアに繋がる。</li> <li>・ 薬剤師が、医学的妥当性が確認されたプロトコルや診療ガイドラインに基づき、一定の条件下で薬物療法を選択・提供することは、診断行為には該当せず、医師の処方権を侵害するものではない。医師と薬剤師の役割分担を明確にした上で、薬剤師が適切に関与できる制度的枠組みを検討することが重要。</li> <li>・ 1～2 社で独占・寡占する品目（同一機能区分）について、逆ザヤが確実に解消される制度的措置を導入すべきである。市場を独占・寡占するメーカーが言い値で医療機関に販売している中、不採算品再算定を申請してくるとは考えがたい。医療現場への逆ザヤ状況の詳細な実態調査を行いつつ、きめ細かい解消対応策を講じることが必要である。</li> <li>・ 高額医薬品をどこまで許容するのか基準がないがしろになっているまま、この議論を進めても意味がない。</li> <li>・ 抗がん剤などは年齢制限をつけてもよいのではないか。</li> <li>・ やたらと骨粗鬆症の投薬する傾向を感じる。</li> <li>・ 最近は OTC で類似薬が沢山出ているが、よく見かける、痛み止めのロキソニン は、常用していると、大腸の憩室出血する副作用があるが、ほとんどの人はきかけずに使っている。そのような薬を野放し状態になっているのが、恐ろしい事態に思う。OTC 類似薬を処方された患者の自己負担増に反対する。（同旨 2 件）</li> <li>・ お薬手帳やかかりつけ医を有効に活用すべき。</li> <li>・ OTC 類似医薬品で括るのではなく、医薬品として確実な効果がある物か否かで薬価削除を決めていただきたい。</li> </ul>	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 厚生労働省から独立した第三者機関で検討すべき。</li> <li>・ 医学的妥当性や経済性を踏まえた処方を推進するためには、他院処方に明らかな非合理性が疑われる場合でも現状では是正や共有が困難であり、処方の質向上を目的とした医師間の建設的なフィードバックの仕組みを制度として検討すべき。</li> <li>・ 支払い基金の対応に地域差があるのは問題である。（同旨 1 件）</li> <li>・ 経済性が優先されている。医学的な妥当性を優先すべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 「医学的妥当性」や「経済性」というもっともらしい言葉が単なる医療費引き下げのツールとして利用され、治療の制限と医療水準低下を招くことを懸念する。質の高いエビデンスを大前提とした透明性の高い議論を求める。</li> <li>・ 「経済性の視点」重要だと思う。ルールを決めるべき。（同旨 9 件）</li> <li>・ 腹膜透析において透析量の評価と腹膜平衡試験は適正透析の処方を判断するには必須な検査である。これらの検査に対して診療報酬の新設が必要。</li> <li>・ 状態の異なる患者に施行する疾患別リハビリテーションにおいて、対象患者や上限単位数、訓練内容に応じた評価を一律で見直すことに反対。（同旨 1 件）</li> <li>・ 診断病名と処方の関係性について、国が統計データを作成して公表してはどうか。また、降圧薬等は、検査値との相関関係の統計データも合わせて作成して公表してはどうか。</li> <li>・ 経済的な視点は大切であるが、国民全体での経済的負担を減らすようにすべき。患者だけに負担が押しつけられないようにすべき。（同旨 1 件）</li> <li>・ 術前の栄養療法も術後合併症を減少させるので、周術期の使用を検討して欲しい。</li> <li>・ 超高額医療は若者や生産年齢層に限るべき。</li> <li>・ 救急で、自己判断で受診して、入院不要であれば自己負担 5 割とすべき。（同旨 1 件）</li> </ul>	27 件

Ⅳ－４－４ 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進（再掲）  
（Ⅲ－３－１を参照）

Ⅳ－５ 外来医療の機能分化と連携（再掲）  
（Ⅱ－４－１を参照）

Ⅳ－６ 医療ＤＸやＩＣＴ連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）（43 件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 医療 DX 推進体制整備加算等について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者が任意に利用するマイナ保険証の医療機関での利用率を点数評価に関連づけることはやめるべきであり、オンライン資格確認に要するコスト増分を初再診料に反映すべき。（同旨 1 件）</li> <li>医療 DX を行うための費用（導入費、保守料、維持費）は、医療機関にとっては大きな負担。医療 DX 推進体制整備加算を初診だけでなく、再診においても算定できるように見直すべき。（同旨 1 件）</li> <li>医療 DX 関連施策の進捗状況を踏まえて、電子カルテ共有システムや電子処方箋導入には、かなりのコストを要し、導入後の維持管理費用も必要なうえ、オンライン資格確認についてもマイナ保険証の対応等、未だ完成形には程遠いことから、現行の算定水準をこれ以上下げることなく、今後必要かつ十分な財源を確保できる見直しを求める。（同旨 1 件）</li> <li>医療情報取得加算、医療 DX 推進体制整備加算は廃止し、基本診療料を大幅に引き上げることを求める。マイナ保険証によるオンライン資格確認をめぐるのは、医療現場でトラブルが後を絶たない。「健康保険証」が確実に必要であり、「健康保険証での資格確認を認める」旨の内容を療養担当規則に記載する（元に戻す）ことも求める。</li> <li>ある程度普及してきたので、減算して良い。</li> <li>医療 DX について、医科と歯科と薬局とで、設備投資等に大きな違いがないにもかかわらず、算定点数に差が生じていることは遺憾。</li> <li>例外規定をなくす。</li> </ul>	10 件
<p>○ 医療 DX 推進に向けた支援について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療 DX を持続的に推進するためには、導入初期だけでなく、システム更新やベンダー撤退時のセーフティネットも含めた制度設計や、医療機関の規模・経営体力に応じた支援の在り方について、改めて検討が必要。（同旨 7 件）</li> <li>基金や行政が DX 化対応できていないことで医療機関が都度の仕様変更に振り回されている。基金サーバーや行政の DX 化を完了してから医療機関に対応を求めるべき。</li> <li>医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制評価に賛同する。医療 DX は導入そのものが目的ではなく、重複入力の削減、入退院・転院時の情報共有、薬剤情報・検査値の連携などにより、医療安全と業務効率化を同時に実現することが重要である。そのため評価は「システム導入」の有無ではなく、電子カルテと地域連携（薬局を含む）が実際に機能し、現場の負担が減っていることを重視し、導入・保守・運用（教育、データ整備等）のコストが医療機関・薬局の持ち出しにならない形で後押ししていただきたい。（同旨 9 件）</li> <li>自費メインの診療所でも、スタッフが足りてない場合には補助金を出してほしい。</li> <li>医療 DX を積極的に進めていない医療機関において、経営陣が医療 DX や ICT 連携を推進する場合部門システムと電子カルテ等の HIS を連携するだけで医療 DX とならないよう、何らかの必須要件が必要なのではないか。</li> <li>在庫照会システムは開発できるか。</li> <li>システム導入に関して、個人薬局とチェーン薬局で補助金等の差別をすべきではない。</li> <li>医療 DX 自体はいいが、患者側にとって「利用しやすい形での提供」が望ましい。</li> <li>DX は必要ない。（同旨 2 件）</li> </ul>	27 件
<p>○ オンライン診療について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>訪問診療においてオンライン診療を活用する場合、タブレット端末の準備、アプリ導入、利用料、通信費用等のすべてを医療機関が負担している状況であり、オンライン診療の普及に向けた大きな障壁となっている。また、介護施設側においても、オンライン診療ツールの導入や設定が煩雑な場合には活用が進まないという現実的な課題があります。そのた</li> </ul>	1 件

め、医療機関単独の努力に依存するのではなく、介護施設等に対して制度としてオンライン診療ツールの整備を促す仕組みが必要であると考える。	
○ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現状困難だと思う。</li> <li>・ 政府指導の義務化ではなく、費用対効果が認められる優れた DX があれば推進される。</li> <li>・ 上流（医療機関）が進んでないが、下流では準備が整っている。</li> <li>・ 誰がどのように評価するかが定まっていない。</li> <li>・ なぜ柔道整復、鍼灸についての検討がないのか、疑心暗鬼になる。</li> </ul>	5 件