

「令和2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2年1月15日(水)～令和2年1月22日(水)
- (2) 告知方法 : 厚生労働省ホームページ
- (3) 意見提出方法 : 電子メール、郵送

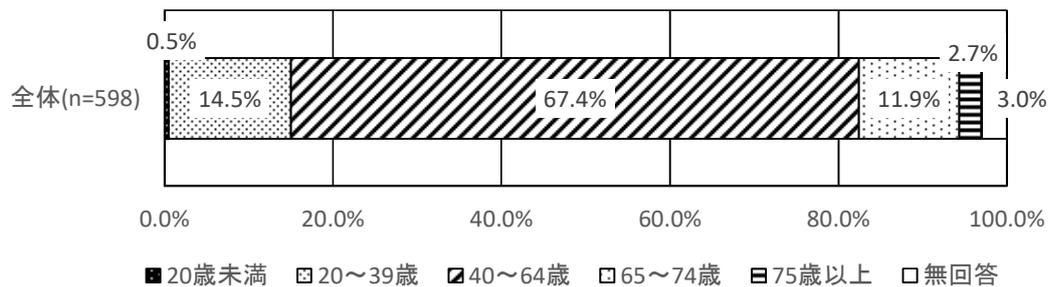
2. 寄せられた意見

(1) 意見件数

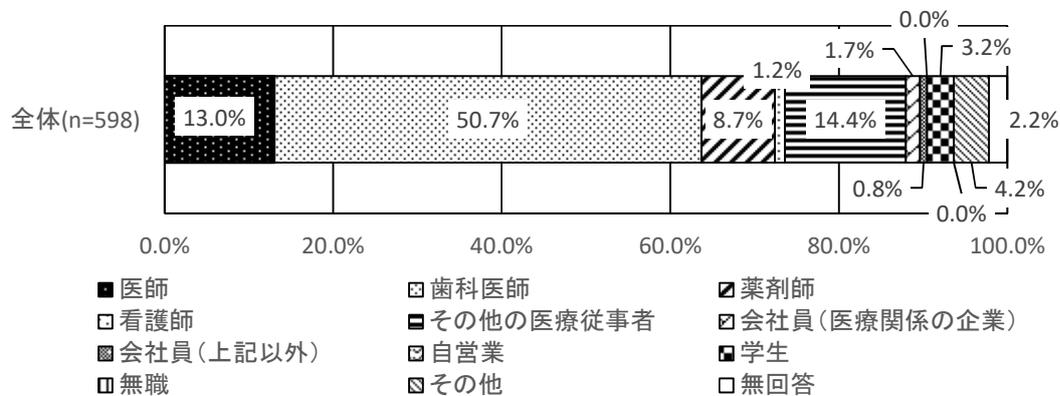
電子メール	郵送	合計
415 件	183 件	598 件

(2) 意見者の属性 (n=598)

① 年齢



② 職業



(3) 項目別の意見延べ件数 (1,770 件)

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

項目番号	内 容	件数
I-1	地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価	13 件
I-2	医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価	39 件
I-3	タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進	49 件
I-4	業務の効率化に資するICTの利活用の推進	32 件

II 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

項目番号	内 容	件数
II-1	かかりつけ機能の評価	53 件
II-2	患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進	116 件
II-3	地域との連携を含む多職種連携の取組の強化	74 件
II-4	重症化予防の取組の推進	46 件
II-5	治療と仕事の両立に資する取組の推進	1 件
II-6	アウトカムにも着目した評価の推進	34 件
II-7-1	緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価	8 件
II-7-2	認知症患者に対する適切な医療の評価	7 件
II-7-3	地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価	48 件
II-7-4	難病患者に対する適切な医療の評価	1 件
II-7-5	小児医療、周産期医療、救急医療の充実	45 件
II-7-6	感染症対策、薬剤耐性対策の推進	212 件
II-7-7	患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価	7 件
II-8	医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入	8 件
II-9	口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進	343 件
II-10	薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価	48 件
II-11	医療におけるICTの利活用	22 件

Ⅲ 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

項目番号	内 容	件数
Ⅲ－１	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価（再掲）を含む）	74 件
Ⅲ－２	外来医療の機能分化	14 件
Ⅲ－３	質の高い在宅医療・訪問看護の確保	65 件
Ⅲ－４	地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価	76 件
Ⅲ－５	医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進	4 件

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

項目番号	内 容	件数
Ⅳ－１	後発医薬品やバイオ後続品の使用促進	41 件
Ⅳ－２	費用対効果評価制度の活用	4 件
Ⅳ－３	市場実勢価格を踏まえた適正な評価等	246 件
Ⅳ－４	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）	－ 件
Ⅳ－５	外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）	－ 件
Ⅳ－６	医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進	6 件
Ⅳ－７	医薬品、医療機器、検査等の適正な評価	18 件

・その他の意見

16 件

（４）「令和２年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」についての主な意見（適宜集約して記載）

Ⅰ 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

Ⅰ－１ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価について（１３件）

意見の内容	件数
<p>○ 地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について新たな評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急体制充実加算は、救命救急センターの評価基準に基づく評価に応じたものとされているが、対人口評価の項目は、人口密度なども加味し、公平に評価すべき。また、医療偏在が著しい地域においては、他の医療圏からの応需体制などについても評価されるべき。ドクターヘリ事業にかかる不採算部分についても、評価されるべき。（同旨２件） ・国民はどこに住んでいても等しく医療が受けられなければならない。そのためにも医師確保対策が何よりも優先されるべき。 ・救急の受入れ実績には地域差があり、必ずしも施設基準の要件で定められた実績を満たせる 	5 件

ことにはならないため、診療報酬ではなく補助金を活用して補填すべき。	
<p>○ 救急搬送看護体制加算の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身近な中小規模の病院が救急を担えることで大病院やそこに働く医師等医療スタッフの負担を軽減することができることから、中小規模の病院に対する救急医療の評価が必要。前回改定でできた夜間看護体制特定日減算の対象を、施設、日数とも拡大する必要がある。 ・「救急搬送看護体制加算」の算定要件である2項目について、下記の通り変更すべき。 <ul style="list-style-type: none"> ①「救急車の搬送患者が年間200件以上」の件数を、200件から引き上げる。または件数ではなく、救急車受応率（例：受応率95%以上）に変更。 ②「重症救急患者の受け入れに対応する専任の看護師を配置する」の「専任の看護師」を、日本看護協会の認定看護師教育課程を修了した「救急認定看護師」、「小児救急看護認定看護師」、更には日本NP教育大学院協議会が認めるNP教育課程を修了した「診療看護師」に代表されるような高度な研修を修了した看護師、の3種類の高度実践看護師に変更。 ・夜間看護要員の複数配置は必要だが、救急外来等で病棟から一時的に看護職員がやむを得ず外来に赴くことについては柔軟に取り扱うように要望する。 	3件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内トリアージ実施料の算定基準の「救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師」を、日本NP教育大学院協議会が認めるNP教育課程を修了した「診療看護師」に代表されるような高度な研修を修了した看護師に変更すべき。 	5件

I-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価（39件）

意見の内容	件数
<p>○ 医師等の医療従事者の常勤配置に係る要件及び専従要件の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師をはじめ、あらゆる職種の常勤、専従等の施設基準要件を緩和することに賛成する。より平易に解釈できるよう、常勤、専従等の施設基準要件の整理を求める。（同旨1件） ・育児時間等による短時間労働勤務では、施設基準要件を満たすことができないため、救済するための要件緩和を望む。 ・施設基準において、「専従」要件の定義を緩和し、診療報酬点数表や施設基準において「専任」又は「専従」の規定のない業務については、合わせて行えるようにしてほしい。 	4件
<p>○ 病棟薬剤業務実施加算の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師が中小病院で働かなくなっている。業務ができる薬剤師がギリギリの状態なので根本的な見直しが必要なのではないか。 ・病院薬剤師に対する評価（点数）が低い。薬局薬剤師の報酬の一部を病院薬剤師の報酬へ移動させていただけないか。 ・看護師特定行為における薬学分野（インスリンの投与量の調整等）を廃止し、病棟における薬剤総合評価調整加算を全て病棟薬剤師に委ねることを希望する。 ・病院における常勤薬剤師の配置の適正化を希望する。回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟の薬剤師配置加算を希望する。 ・地域包括ケア病棟では服薬管理に関する事項や退院への道筋調整、退院後フォローに関する薬剤師のニーズが高く、薬剤師がその任を積極的に担うことにより、病院勤務医等がそれぞれの専門性の高い業務に集中できる。（同旨1件） ・薬剤師の配置義務のある医療機関であっても薬剤師がいない時に、無資格者に調剤を行わせていた事件もあることから、院内薬剤師業務の評価について十分検討する方がよいと考える。（同旨1件） ・現在薬剤管理指導は算定対象の病棟となっていないが、このような病棟にこそ薬剤管理指導をしっかりと行う必要がある。 ・病棟薬剤師の配置要件において、NICUなどの特定入院料を算定する病棟においては、算定対 	11件

<p>象期間を超える患児（者）が1人でも発生した場合には、病棟薬剤師を常時配置することになっているが、配置基準を緩和することはできないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者が入院した時、病院薬剤師が薬局薬剤師に連絡して、患者の服薬管理情報を入手した場合、情報を提供した場合、病院と薬局を評価する。 	
<p>○ 重症度、医療・看護必要度のB項目の評価方法の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症度、医療・看護必要度については、より臨床・現場の実態に即した評価を求めるとともに、重症度評価自体が業務の妨げにならないよう、医療・看護業務に沿った内容とし、現場の負担を取り除く必要がある。 ・施設間のカルテ開示の仕組みを進め、B項目の記録を充実させ、かつ退院サマリの記録簡素化を進めることができれば、負担軽減になると思う。 	2件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間看護体制加算等の見直しについて、月平均による夜間常時配置としてほしい。 ・入退院支援加算の人員配置の施設基準(特に入退院支援加算1)が厳しい。 ・医師等の働き方改革を推進していくには、財政的な裏付けを国が責任をもって確保していくことが重要。(同旨8件) ・医師、患者のコミュニケーションをとるためには主治医制がよいが、長時間労働改善のネックとなっている。 ・働き方について、歯科関係職種も対象として欲しい。特に歯科技工士の長時間労働が問題である。(同旨4件) ・診療報酬明細書において、暫間固定における摘要欄への記載が煩雑である。 ・薬局においてもひとり薬剤師であれば地域支援体制加算の条件で働くことは負担が多い。(同旨1件) ・薬剤師の対物業務の簡略化の観点から、一包化の可否、同一有効成分の医薬品への変更調剤、生物学的製剤先発品からバイオ後発品への変更調剤について、疑義照会不要とすべき。 	22件

I-3 タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進 (49件)

意見の内容	件数
<p>○ 医師事務作業補助体制加算の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師事務作業補助体制加算の施設基準要件から、緊急入院数の除外を希望する。 ・診療所勤務医の負担の軽減および処遇の改善を図るための医師事務作業の補助体制の新設を要望。 ・外来における医師事務作業補助者の役割が大きいことから、無床診療所における人員配置を評価することを求める。(同旨2件) ・療養病床における地域包括ケア病棟入院料／入院医療管理料、回復期リハビリテーション入院料を算定している場合にも医師事務作業補助者体制加算が算定できるようにする必要がある。 ・全体の業務量軽減として、施設基準要件の緩和や、各種文書、帳票類の作成等、診療報酬点数表上求められている事務的業務を軽減すべき。(同旨2件) ・看護補助者の業務要件および配置人数要件を緩和するとともに、病棟における事務職員(病棟クラーク)の評価もお願いしたい。 ・医師事務作業補助者の教育にもっと支援・充実させてほしい。また診療報酬上も「常勤」配置ができるまで報酬を上げてほしい。 	11件

<p>○ 看護補助者の配置に係る評価等の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「主として事務的業務を行う看護補助者」については、全員を看護補助者に算入することを希望する。 ・看護師の配置人数により逓減するなど、看護補助者の配置基準の緩和してほしい。 ・賃金増加を踏まえた診療報酬に改善してほしい。 ・急性期看護補助体制加算は、一般病棟における看護補助者配置のみを評価し、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット病棟などへの看護補助者配置は全く評価していない。これらの病棟への看護補助者配置は、一般病棟よりも高い評価が必要。 	4 件
<p>○ 栄養サポートチーム加算の対象となる病棟の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種との介入が患者支援の向上につながるものとして期待する。(同旨 18 件) ・栄養サポートは重要であるが、B001・10 入院栄養食事指導料との併算定ができず、要件に比べて点数が低すぎる。 ・その他の特定入院料病床 (ICU・HCU や回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟等) においても、NST の介入や入院外である複数の保険医療機関間での NST 同士の連携についても評価を行うべき。(同旨 2 件) ・かかりつけ医・診療所が老年期の低栄養・フレイルに着目することができる診療報酬体系、地域一体型 NST による病院内外での栄養管理の一元化などの将来を見通した新たな体制の構築を希望する。 	2 4 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「タスク・シェアリング/タスク・シフティングチーム (仮)」を設置した病院に対して、診療報酬の加算を付けてはどうか。 ・看護師による各種委員会やその他活動について、病棟勤務時間への計上の緩和をお願いしたい。 ・各病棟 (救急外来、手術室などを含む) への「大学院で特定行為研修を修了した者」の配置加算がつけば、医師のタスク・シェアリング、タスク・シフティングにつながる。 ・事務職員も入院に係る説明等を行っており、医師、看護師等の負担軽減に繋がっているため、入院前の事務職員に対する評価をお願いしたい。(同旨 1 件) 	1 0 件

I-4 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進 (32 件)

意見の内容	件数
<p>○ 診療報酬の算定に当たり求めている会議及び記載事項の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レセプトの記載からカルテの記載について、さらなる簡素化を求める。 ・ICT 利用の便利さもその結果を紙で保存することを求められることが多く、結局時短につながらない。 	2 件
<p>○ 情報通信機器を用いたカンファレンス等の要件の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所の施設基準について、(2)の機能強化型の「在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置」の「カ」のうち「当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施すること」について、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション (ビデオ通話) が可能な機器を用いて行った場合」も可能としてほしい。(同旨 2 件) ・患者と直接は関係ない医師、栄養士、PT、OT との情報共有、連携の仕方についても評価する方向で検討してほしい。 	4 件

<p>○ 情報通信機器を活用した栄養食事指導の取組の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報通信機器(電話・メール等)を活用した栄養食事指導を行えるようにしていくべきである。(同旨 11件) ・漫然と遠隔診療が継続されることがないように、また遠隔診療に特化/集中した営利目的に偏る医療機関が出ることがないように、算定要件や継続回数には一定の制限を設けるべきである。 ・情報通信機器を利用した栄養指導の継続に賛成である。 	14件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療のIT化を進めるにあたり、医療機関に経済的な理由で躊躇することがない政策・診療報酬改定作業を今後も進めてほしい。(同旨 1件) ・フレイル対策は、確かな診断と評価能力を持つ医療とコメディカルが協働すべき分野である。医療機関と行政や、リハビリテーションスタッフ間の情報交換が必要である。医療機関へ日々の運動の自動記録、食事指導を含め電子的連絡帳のようなICTシステムが包括されていけば良いだろう。(同旨 5件) ・感染対策・医療安全・チーム医療等で職員教育が要件となっている場合、Eラーニングの活用について明言してほしい。 ・個人情報の保護の観点もしっかりと考えて推進していただきたい。 	12件

II 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

II-1 かかりつけ機能の評価 (53件)

意見の内容	件数
<p>○ 地域包括診療加算について要件の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能強化加算など、かかりつけ機能を趣旨とした加算点数の廃止を求める。地域の開業医はすでに「かかりつけ医」としての役割を果たしており、全ての医療機関が算定できるよう、基本診療料の引上げによって行うべきである。(同旨 4件) ・機材の導入や訪問歯科の実施を行っている医療機関を優遇するだけでなく、外来で治療をしっかり行っている医療機関も評価すべきではないか。 ・地域包括診療加算算定要件と施設基準の緩和を希望する。 	7件
<p>○ 小児かかりつけ診療料の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児かかりつけ診療料の施設基準における時間外対応加算の項目を削除するか、#8000への対応などへの代替案を追加し、より多くの小児科専門診療所が算定できるようにしてほしい。(同旨 1件) 	3件
<p>○ かかりつけ医が重複投薬に関する他の医療機関との連絡・調整等を行う取組の新評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の重複投薬の確認は、負担が大きいため、医師の管理のもと医療機関で確認することで要件を満たすようお願いしたい。 ・重複投薬があるかないかのデータは、保険者側が把握している。医療機関に保険者より通知していただける事を望む。 ・薬剤師が従来から重複投薬相互作用等防止加算としての評価も得て同様の業務を実施していることを踏まえた上で評価いただきたい。 ・「医師の依頼で重複投薬の確認」ということについて、現実的でないので反対する。本来は医師が診療時に確認すべきことではないか。 ・残薬を確認して調整する行為は調剤薬局のみならず医療機関においても、調整の是非の判断 	9件

<p>も含め、多くの時間と手間を要する。こうしたプロセスに対する評価が医療機関に存在しないのは不合理である。医療機関と調剤薬局が互いに緊密に連携をして残薬調整を実施した場合の評価を新設すべきである。(同旨2件)</p>	
<p>○ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 同一月に同一薬局で調剤を受ける時は二回目以降の調剤基本料を減額もしくは削減してはどうか。(同旨2件) ・ かかりつけ薬局・薬剤師とは患者が自らの意思で都度選ばれるものであり、選ぶことによる利益は患者に帰属すべきだと考える。(同旨1件) ・ かかりつけ薬剤師が訪問指導で外出している場合に限り、別のかかりつけ条件を満たした薬剤師が指導しても「かかりつけ指導料」を算定できるようにしてはどうか。(同旨1件) ・ 要件の一つとして健康サポート研修終了薬剤師という要件を入れるべきである。 ・ 生涯学習達成度試験に合格した薬剤師を認定薬剤師に認定すればよいのではないか。 ・ 現在は薬剤師の質も上がっているのに、どの薬局でも飲み合わせを聞く環境にあるなど、かかりつけ薬剤師指導料を払ってまで受ける特別なサービスではないのではないか。 ・ 薬局による一元管理のためにも院内調剤先に対して診療報酬上の減算を行い、分業率100%を目指すことも重要。 ・ かかりつけ薬剤師指導料を薬剤服用歴管理指導料より低い点数に設定すれば、かかりつけ薬剤師を持つ患者が増えるのではないか。 ・ 現在のかかりつけ薬剤師指導料はほぼ全ての患者と契約ができ、収入を上げるためにこの算定がノルマとなっている薬局があってもおかしくない。 ・ 患者がかかりつけ薬剤師の薬局に3カ月以上の来局がない場合は自然消滅するものとする(再度きたときも新しい契約を結びなおす。)ことなどにより、かかりつけ薬剤師の解約と見直しが行われるようにしてほしいと思う。 ・ かかりつけ薬剤師がメインになっており、薬剤師個人に向けられる視線が強くなっているのにも関わらず、評価するのは薬局の機能で、個人に目を向けながら、評価は店舗というのは評価対象が誤っているように思う。 ・ リフィル処方箋の推進により、かかりつけ薬剤師を推進することも期待できる。 	18件
<p>○ 薬剤服用歴管理指導料等の見直しについて</p> <p>≪6月以内に同じ薬局を利用した場合の薬剤服用歴管理指導料について、再度の来局期間や対象となる薬局等の要件を見直す。≫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者が同じ薬局を繰り返し利用するよう、保険者にも協力を求めてはどうか。 ・ 薬剤服用歴管理指導料は、調剤基本料1以外の薬局も調剤基本料1の薬局と同じ扱いにすべき。 ・ 複数の薬局を利用する方が、自己負担が増えるという仕組みにはできないのか。 ・ 患者が同じ薬局を繰り返し利用するための施策として、薬剤服用歴管理指導料Aの期間短縮、かかりつけ薬局を手帳に記載の2点が挙げられているが、実効性に乏しいのではないか。 ・ お薬手帳に負担金の軽減という患者様にとって明確でわかりやすいメリットを提示できるようになった事は現場として非常に助かっている。 <p>≪調剤基本料について、異なる医療機関からの複数の処方箋をまとめて1つの薬局に提出した場合の評価を見直す。≫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者様に複数医療機関の処方せんをひとつの薬局で管理してもらった金銭的なメリットができ、かかりつけ薬局推進の力になると考える。 ・ まとめる事で、係る手間が軽減されるわけではないため、独立した処方箋として扱うべきと考える。 ・ 異なる医療機関からの複数の処方箋は、まとめて一つの薬局に提出したとしても、各々の処方内容の確認が全てひとまとめて実施出来るわけではない。 ・ 複数医療機関の処方箋を同日に薬局で受け付けると調剤基本料を1回分とすることについて、同日ではなく、30日以内に複数医療機関の処方箋を受け付けた場合、2回目以降、薬剤 	11件

<p>服用歴管理指導料またはかかりつけ薬剤師指導料が減額になる案を提案する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同一薬局に複数の医療機関の処方箋を同日に持ち込んだ場合、調剤基本料の算定は1回のみとすることにより、同じ薬局を繰り返し利用することを推進が図られるものとする。 <p>≪薬剤服用歴管理指導料について、患者が普段利用する薬局の名称等を手帳に記載するよう患者に促す観点から要件を見直す。≫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お薬手帳への普段利用する薬局名を記載するだけでは同じ薬局を繰り返し利用することの推進につながるとは言い難いのではないか。 	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どの医療機関を受診しても、患者に対して適切な対処ができるような診療情報の共有の努力（作業）を評価するため、基本診療料の引上げがされていけば良い。（同旨1件） ・かかりつけ歯科医の重要性、多職種とのICTを利用した連携強化をさらに充実することが必要と考える。 ・薬剤師が近所に定住し、長いこと地域に根ざした薬局の薬剤師は、その地域の医療機関についてもそれなりに詳しくなっている。薬局には地域のよろず健康相談所のような役割があり、「町の医療コンシェルジュ」とでも言うべき役割を果たしている。 	5件

Ⅱ-2 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進（116件）

意見の内容	件数
<p>○ 機能強化加算の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医機能や機能強化加算の意味などは、国がきちんと周知するべきである。（同旨3件） ・医療機関を選別して加算で評価するのではなく、初・再診料そのものを引き上げるべき。（同旨3件） ・初診料の機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件の見直しは止め、これ以上事務的負担を課すことのないようにすること。 ・患者のフリーアクセスや出来高払い制の否定に繋がる機能強化加算は廃止するべきである。 ・機能強化加算は再診時でも算定可能にするべきである。 	11件
<p>○ 紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・250点を下回ることがない点数設定とすること。B010-2 診療情報連携共有料の対象を医科医療機関にも拡大すること。（同旨2件） ・紹介元となる医療機関を「機能強化加算」における「かかりつけ医機能を有する医療機関」と同じ定義を用いることには反対である。 ・情報共有の新たな評価における「紹介元医療機関」は、「当該患者について日常的な療養管理を行っている医療機関」と広く定義することを求める。 ・紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関への情報提供は、紹介元医療機関が機能強化加算の施設基準を届けていない場合でも評価するべきである。 ・医科からの情報提供依頼に対して歯科の診療情報を提供した場合、依頼側、提供側双方について評価を行うこと。 ・病状の変化が大きな患者であれば、短期間に詳細な診療情報の提供を複数回要することもあるため、診療情報提供の1ヶ月あたりの算定回数の緩和も必要。 ・医療機関の間での情報提供を行う際に患者に費用を負担させるとするのは、現在国によって推奨されている、患者を診療所などの小さな医療機関で診てから重篤な患者のみ大病院へ入院させるという方式と相性が悪いのではないか。 	9件

<p>○ 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医から医療的ケアが必要な児童・生徒に関する診療情報を受けることにより、当該児童・生徒に関する学校職員からの相談に応じたり、アドバイスを行ったりすることに役立つと考える。 	1 件
<p>○ 公費負担医療に係る診療所における明細書発行に係る要件の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・明細書は患者の求めがあった場合のみ発行すればよい取扱いにする。(同旨 8 7 件) ・公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)について、診療所における明細書発行の義務化の猶予措置の廃止に反対。(同旨 3 件) ・診療所における明細書発行に係る要件の変更について、これ以上事務的負担を課すことのないようにすること。(同旨 1 件) ・歯科診療については 1 か月 1 回や 1 初診 1 回など回数制限のある治療項目が多々存在するため、これら明細と不一致の箇所が誤解を招き説明に手間がかかることなど懸念している。 	9 5 件

II-3 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化(74件)

意見の内容	件数
<p>○ 外来化学療法加算等の評価の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来で化学療法を施行している患者には、栄養アセスメントを定期的に行うことによって、栄養状態の低下に早期に気づき防ぐことができる。外来においても管理栄養士による栄養管理は重要。(同旨 1 2 件) ・短期入院の繰り返しで同一保険医療機関において外来化学療法を行う患者に対しては、入院時の NST に専従/専任管理栄養士による栄養食事指導が効率的であり、専従/専任業務の一環として認めてほしい。 ・がんに対する専門知識を有する「がん病態専門管理栄養士等」による栄養管理が非常に有用であり、外来化学療法チームへの職種明記ならびに外来化学療法室への配置がタイムラグのない患者対応に繋がる。 	1 6 件
<p>○ 精神病棟における退院時の多職種・他機関による共同指導等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士が共同指導に必ず関与する仕組みとして頂きたい。 	1 件
<p>○ 摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・摂食・嚥下障害を有している患者は、摂食・嚥下機能に応じた食形態の食事を使用し訓練を進めることでかなりの改善がみられる。当該チームへの管理栄養士の参画は重要。(同旨 2 1 件) ・多職種チームには要件を満たす NST が兼務しても算定可能であることを希望する。加算要件の見直しだけでなく、介護施設や在宅を含む医療機関間の診療情報、特に栄養管理に関する情報の連携・共有を包括的に推進・評価することが重要。 	2 3 件
<p>○ 多職種連携に関する評価の必要性等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域・多職種連携や情報提供の重要性を今回の改定で取り上げて頂いてとても光栄。 ・フレイル対策は、確かな診断と評価能力を持つ医療とコメディカルが協働すべき分野。治療介入については医療機関と行政や、リハビリテーションスタッフ間の情報交換が必要。日々の運動の自動記録、食事指導を含め電子的連絡帳のような ICT システムがあると良い。(同旨 2 件) 	4 件

<p>○ 緩和ケア診療加算における個別栄養食事管理加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケア診療加算の対象患者と個別栄養食事管理加算の対象患者を同じにするべきである。(同旨8件) ・我が国におけるがん患者人口の増加の現状と、その国民の最期の全身管理ならびに安らかな食環境支援の目的から、評価されることが望ましいと考える。(同旨2件) ・現行、緩和ケア診療加算は算定できる施設に限られているが、個別対応が必要と医師が判断した患者全てを対象として頂きたい。 ・特別な栄養管理をし、多職種チームによる介入、その後の検討・対応・実施は、どの病棟でも評価されるべき。 ・個別栄養食事管理加算の対象となる疾患を見直すことについては評価できるが、チーム医療を評価する他の診療報酬点数との整合性も併せて検討すべき。 ・再入院予防対策における栄養管理継続のための多職種連携の強化が必要。 ・管理栄養士の雇用形態等の要件の見直しを頂きたい。 ・薬剤師との連携だけでなく、専門管理栄養士のがん栄養指導に評価をつけてほしい。 	18件
<p>○ 周術期等口腔機能管理、周術期等専門的口腔衛生処置について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)で管理中の場合でも、歯科疾患管理料、機械的歯面清掃処置等が算定できるようにして欲しい。(同旨3件) ・緊急等の場合には、事後での周術期等口腔機能管理計画策定料の算定を認めて欲しい。(同旨2件) ・周術期等専門的口腔衛生処置の算定要件を緩和して欲しい。(同旨2件) ・周術期口腔機能管理に対する新たな評価を導入して欲しい。 ・周術期口腔機能管理における診療情報連携共有料の算定要件を緩和して欲しい。 	11件

Ⅱ-4 重症化予防の取組の推進(46件)

意見の内容	件数
<p>○ 生活習慣病管理料に係る要件の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医科から歯科への紹介があった場合、歯科疾患管理料に加算を設定して欲しい。 ・生活習慣病管理料について、歯科等の他の診療科の受診状況の把握することは重要である。 ・例えば、糖尿病を主病とする患者の眼科受診勧奨や歯科等の他科での定期的な受診状況の把握を行うことを管理料の要件とした場合、当然、眼科や歯科等での診療状況について情報提供を求められた場合に評価してほしい。 ・生活習慣病管理料は高い。患者負担がふえるため、算定できない。 	4件
<p>○ 歯科疾患管理料に係る見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回の歯科疾患管理料の2ヶ月要件を緩和して欲しい。(同旨6件) ・歯科疾患管理料の見直しについては患者側の理由で中断されることがあることも考慮してほしい。(同旨5件) ・歯科疾患管理料は、口腔衛生指導料等の固有の評価に戻すべき。(同旨1件) ・歯科疾患管理料の評価充実をお願いしたい。 ・歯科疾患管理料等を算定していなくても、機械的歯面清掃やフッ化物歯面塗布処置、歯周病安定期治療などを算定できるようにして欲しい。 ・欠損補綴治療も対象にして欲しい。 ・長期管理を行ううえで、同一初診内での算定回数の制限を無くして欲しい。(同旨2件) ・歯科矯正治療の要件を拡大して欲しい。(同旨2件) 	23件

<p>○ 歯周病安定期治療に係る見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たな歯周病治療の管理について拙速導入は避けるべき。(同旨2件) ・歯周病安定期治療への移行ができるようにして欲しい。(同旨1件) ・歯周病を有する患者に対する新たな評価の導入にあたっては、診療現場が混乱しないよう取扱い等の周知徹底して欲しい。(同旨1件) ・歯周病治療は残存歯に合わせて点数を設定すべき。 ・歯周病を有する患者に対する治療については、診療実態のとおり算定回数の制限なく長期的な管理を行いたい。 ・歯科疾患管理料を算定していない場合の軽度歯周病への評価をお願いしたい。 	10件
<p>○ 禁煙を求めている施設基準に係る要件の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要件緩和とならないよう、「敷地内禁煙」がより広まり、皆が受動喫煙の危害を被ることにならないような施設基準を基本方針とするようお願いする。 	1件
<p>○ 各診療領域等における診療報酬の見直しの必要性について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・眼科の角膜内皮検査の保険点数が手術の前後に限定される点に関して、内皮検査の手術以外での点数化を認めて頂きたい。 ・学会等の認定に対する診療報酬でのインセンティブを設けて欲しい。 ・保険の範囲内で行えるスケーリング、ルートプレーニングは制限があるため、その制限を緩和していく必要があるのでは。 ・健康診断実施後、当日に1回目の受診ができるなどの、算定ルールの変更をお願いする。 ・初診時は色々な診査、診断のもとに指導や説明を行わなければならない、再診時よりも時間がかかる。評価の見直しを期待する。 ・糖尿病を含む生活習慣病の食事療養は重症化予防に必須の治療であり、食費、特に特別食に係る加算をアップして頂きたい。 	8件

II-5 治療と仕事の両立に資する取組の推進

意見の内容	件数
<p>○ 療養・就労両立支援指導料の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、通院・在宅精神療法にある条件の為に、発達障害児の受入れ困難が起きているため、以下のように提案する。 ①I0021：通院・在宅精神療法（注2）⇒診療時間に関わらず算定可能とする。 ②I0021：通院・在宅精神療法（注3）（注4）⇒再初診の場合でも算定可能とする。 ③I0021：通院；在宅精神療法（注4）⇒児童思春期精神科専門管理加算の施設基準のうち、50%以上が16歳未満であるという条件を、初診診療の50%以上へ変更とする。 	1件

II-6 アウトカムにも着目した評価の推進（34件）

意見の内容	件数
<p>○ 回復期リハビリテーション病棟における実績要件について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションが必要である患者の栄養管理は非常に重要であり、管理栄養士が病棟配置されるよう要件を見直すべきと考える。(同旨13件) ・リハビリテーション実績指数の引き上げに反対。リハビリテーション実績指数は実績を上げようとする、①入院期間の短縮が必要となり、無理な早期退院を誘発する。また、②入院患者の選別、特に顕著な改善結果が出にくい老人患者の排除の心配も指摘されている。(同旨3件) 	18件

<p>○ データ提出加算に係る要件の見直しおよびアウトカム評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データ提出加算は患者の治療に直接関係がない。個々の患者に対する治療行為を評価した診療報酬で対応すべきではないため、データ提出加算を入院料の要件とするべきでない。(同旨9件) ・アウトカム評価には反対。医療は不確実であり、予期せぬ病態の変化があることから、個々の患者により対応が異なることも多い。また施設基準要件とすることで、患者の選別につながらないとは言えない。(同旨3件) ・世界で評価されるデータは標準化すべきで、また評価させるためにも確実に提出すべき。診療報酬改定で政策誘導し、日本の医療のアウトカムを世界の標準レベルまで上げてほしい。 	16件
--	-----

II-7-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・遺伝子パネル検査について、現行においては病院負担が発生せざるを得ない場合があることに鑑み、算定要件等の見直しをお願いしたい。 ・患者の意向として看取るまでの入院を希望する患者、家族も想定されるため、在宅復帰の要件を厳格化すべきではない。(同旨1件) ・地域により格差が生じないような要件に変更してほしい。 ・外来化学療法加算等の要件に、医療機関は患者のかかりつけ薬局に対してレジメン等(検査値なども含む)の情報提供を行うことを加えてほしい。 ・老人保健施設におけるがん診療の促進について、①医師、看護職員の体制強化が必要になること、②副作用に対応するための投薬や、疼痛をやわらげる投薬なども必要になることを考慮するよう要請する。 ・加算算定の為に不必要な薬剤と混合し、結果、時間投与量が増え、患者身体への負担を増大させる事は医療従事者として適当な判断と思えない。 ・オクトレオチドは、仮に無菌調剤において他の注射液と混合しても、投与経路の違いにより無菌調剤加算が算定できないケースがある。 	8件

II-7-2 認知症患者に対する適切な医療の評価

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・歯科診療における認知症患者の治療した場合の評価を適切に行って欲しい。(同旨4件) ・特定疾患療養管理料の対象疾患に認知症を加えること。(同旨1件) 	7件

II-7-3 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価(48件)

意見の内容	件数
<p>○ 病床数の上限を超えて病床を有する場合の精神科救急入院料に関する経過措置の期間を定めることについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科救急入院料の上限については、平成30年改定時に施設基準の「ただし書き」を認めながら、2年後に経過措置の期間を定めるのは、あまりにも乱暴な対応である。(同旨7件) ・精神科救急入院料の施設基準の個室割合5割以上という建物構造上の要件満たすためには、多額な工事費を調達しなければならない。病棟工事中は入院患者の受け入れもできないため、赤字資金の準備も必要となる。(同旨4件) ・精神科においては、夜間や休日に受診が必要な患者が必要な時に受診できないことが問題であり、これは精神科救急入院料病棟をもつ病院が担っていくべき。 ・経過措置の期間終了後、既存の精神科救急入院料病棟が算定できなくなると、病院経営が成 	43件

<p>り立たなくなり、地域で生活する患者が困る。不適切な精神科救急医療を行っている病院があるならば、調査や個別指導などで正していただきたい。(同旨4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経過措置の期間を超えた時、病棟への内科医配置の廃止が予想される。深刻な内臓疾患を持つ精神障害者が増加しており、内科医による内臓疾患の早期治療が、精神疾患による入院患者の早期退院に寄与している。(同旨1件) ・内科医の配置ができなくなると、精神科医師の負担が増加して、精神科医師の退職にもつながる可能性がある。精神科救急入院料と同程度の入院料が新設されるのであれば、致命的な問題は起こらない。(同旨1件) ・救急病棟は、各専門職が手厚く配置されている。精神科一般病床に移行した場合、各専門職の配置基準が少なくなる。救急病棟で受け入れる患者を精神科一般病床で受け入れることになれば、看護の質も低下してしまう。救急病棟の開設にあたっては、多額の投資を行っており、病院経営においても多大な損失となる。(同旨9件) ・精神科救急病棟として運用が出来なくなった場合、認知症の患者を早く地域に戻すことが難しくなり、認知症患者の精神状態が悪くなった場合の受け入れ場所が少なくなることも予想される。(同旨1件) ・精神科以外の一般科は地域医療構想において各圏域の医療圏に急性期や慢性期その他の必要病床数が算定され議論されているが、精神科においてこのような作業や議論がまだなされぬ中で精神科救急病床の削減を語ることは疑問に思う。 ・これまで複数単位の精神科救急病棟（現在の設置基準を超える）の許認可を受けている病院は地域では精神科救急の基幹病院となっている場合もあり、経過措置にて最終的には病棟単位を現行の基準の範囲におさめるという措置が行われた場合、地域によっては精神科救急医療の崩壊が危惧される。(同旨1件) 	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士の配置要件があるなど在宅時医学総合管理料より同管理料「ハ」の算定要件は既に厳格化されている。これ以上要件を厳しくすることは、精神疾患患者の在宅移行や社会参加支援を妨げることに繋がりがかねない。(同旨2件) ・精神科急性期治療病棟1の精神科急性期医師配置加算算定に係る退院率においては、3か月以内の再入院はカウント出来ないの、カウント出来るようになる事を望む。 ・クロザピン又はm-ECT治療目的にて、他の医療機関の精神科病棟に入院中の患者を精神科急性期治療病棟で受け入れた場合に、当該入院料の算定対象とすべき。 	5件

Ⅱ-7-4 難病患者に対する適切な医療の評価

意見の内容	件数
<p>○ 難病患者に対する診断のための検査に関する要件の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・D006-4 遺伝学的検査の施設基準において、当該検査の一部を委託する場合にしか施設基準の届出が認められていないが、現在、パネル検査等では、この施設基準を準用せずとも算定が可能とされていることを考慮し、遺伝学的検査の施設基準要件の緩和をお願いしたい。 	1件

Ⅱ-7-5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実（45件）

意見の内容	件数
<p>○ 小児の診療料・調剤料について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児科外来診療料については、対象年齢を「小児かかりつけ診療料」と同等に引き上げると共に、「一日につき」の規定を改め、同日再診の場合でも別途算定を認めることを求める。 ・乳幼児製剤加算は6歳未満に限らず、0歳未満（例えば、中学生未満など）の調剤であれば算定できる「小児製剤調剤加算（仮）」のようなものに変更して点数を上げていただきたい。 ・小児科の対象年齢からはずれた加齢児について、内科領域への担当科への移行が大変に困難。障害をもった子達の移行は特に大変であり、多くの子たちが療育施設へ紹介されてい 	3件

<p>る。しかし、療育施設にはそれに対応できる専門家がいないわけでもなく、十分な対応ができない。市中病院などの内科領域の医師が積極的に障害者の医療にかかわることを推進できるような診療報酬を検討いただきたい。</p>	
<p>○ 小児抗菌薬適正使用支援加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児抗菌薬適正使用支援加算の算定対象を、全年齢に引き上げるべきである。 ・インフルエンザを疑って検査をし、陰性であってもすべての細菌感染を否定する根拠にはならない。インフルエンザを疑った場合には小児抗菌薬適性使用加算を算定できないという論拠に正当性はない。よってこの注4にかかる例外規定は廃止をお願いしたい。 	2件
<p>○ 妊婦加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妊婦本人に負担をさせるのではなく、市区町村や県、国などが負担をするのが望ましいのではないか。(同旨8件) ・歯科医療機関からの産婦人科主治医に対する情報提供等についても、評価してほしい。(同旨8件) ・どの要件が妊婦加算の対象になるのか厳密に審査し、妊婦へ周知を図ってほしい。(同旨2件) ・2019年1月からの妊婦加算の凍結は、プロセスに非常に問題がある。妊婦加算の取扱いをめぐっては、中医協において十分に審議の上、行われるべきである。(同旨1件) ・妊婦が医療機関を利用する際、妊婦加算を利用するかを任意制にすべきでないか。 ・妊産婦の診療に積極的な医療機関として都道府県の登録した医療機関や産科・産婦人科以外の診療科の医師に対して研修を実施し、受講した医師、又は妊婦の診療について相談窓口を設置している医療機関に対しては妊婦加算を算定可能とするべきである。 ・子供を出産するまでの間、妊婦加算として医療費を多く支出した分、出産後の医療費の一定期間を限定的に安くする等の何らかのインセンティブを設ければ多くの人に受け入れてもらえるのではないか。 ・女性をターゲットとしたアプリや、妊婦の方がよく使う妊娠の週数を記録してくれるアプリと共同してこのような情報を妊婦や妊娠をしたいと考えている女性に伝えていくというものが良い。 ・国だけ、医療機関だけではなくて双方がきちんと啓発をしていってほしい。 	29件
<p>○ 救急医療管理加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急医療管理加算についてはDPCの係数にも大きく影響することから、病院の経営に大きな影響を与えている。早急に明確な算定の基準を設定し、全国で均等化すべきである。(同旨2件) ・救急医療は救急受入れが多い病院のみで成り立っているわけではなく、件数のみで評価するのは大いに問題がある。多くの1次・2次救急搬送を受け入れているのは中小病院で、それらの経営状況は逼迫しており、地域の救急医療を維持するためにも、救急加算の配分を十分に配慮していただきたい。(同旨1件) ・急性期一般入院料にかかる重症度、医療・看護必要度において救急入院の評価で救急医療管理加算を算定していることを評価することとしているが、現状の査定状況から次期改定での厳しい基準を設けられることで、中医協で行われたシミュレーションより低い値となることが予測される。 ・救急外来への看護師配置については、大規模病院のみの評価でなく中小規模の病院であっても対応可能な要件とすることで、大病院の負担を軽減できるようにすべき。 ・医療従事者の負担軽減の観点から診療報酬明細書への記載等については、出来る限り最小限に留めるなど柔軟な対応を要望する。 	8件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・卵巣機能不全や更年期障害など、婦人科の慢性疾患を特定疾患療養管理料の対象とすること。 ・妊婦に限定せず訴訟リスク等の高い患者を診察する際に医療機関に対する負担が大きいとい 	3件

う点は、何らかの形で解決されるべきである。	
-----------------------	--

II-7-6 感染症対策、薬剤耐性対策の推進（212件）

意見の内容	件数
<p>○ 抗菌薬の適正使用について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ AMR 対策は国際的な問題となり、漫然と抗生物質を出し続けるいわゆる do 処方減る方向であるようだが、未だにエンピリック処方に終始するケースや、抗生剤の効果なき長期投与が見受けられる。こうした効果なき抗生物質の不適切使用について、レセプト審査を厳にし、個別指導に励んでいただきたい。 	1件
<p>○ 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 院内感染防止対策に係る施設基準を廃止して欲しい。（同旨1件） ・ 初再診料を医科と同じ点数にして欲しい。（同旨116件） ・ 院内感染防止対策の評価を充実させて欲しい。（同旨80件） ・ 院内感染防止対策は、基本診療料とは別に評価して欲しい。（同旨1件） ・ 診療所の職員研修は、管理者の責任のもと適切に実施すべきである。（同旨3件） ・ 研修が必要な職員を明確化して欲しい。 	207件
<p>○ 中心静脈カテーテル等の適切な管理の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 対象病棟での NST 等による栄養投与経路としての中心静脈カテーテル感染管理や適正な栄養投与経路の選択を評価・推進すべきであり、併せて中心静脈カテーテルを投与経路として選択した急性期医療機関と慢性期医療機関の NST の連携等についても評価すべきである。 ・ 当該手技料の要件には、栄養サポートチーム（NST）加算の算定実績もしくは同加算の教育・研修要件を盛り込むとともに、急性期医療機関と慢性期医療機関の各 NST の連携等についても併せて評価すべきと考える。 	2件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の制度では、術後の入院中における口腔管理料（300点）は月に2回までしか算定できないが、高齢者や経口摂取開始が遅れる症例などでは、消化器癌術後の口腔管理の算定回数（入院中）を最大5回/月まで算定可能にさせていただくことを要望する。 ・ 輸血の遡及調査における日本赤十字社からの情報提供に基づく受血者の輸血後感染症検査については、診療報酬明細書に遡及調査の対象である旨を明記させることで検査の必要性を確認する必要があると考える。 	2件

II-7-7 患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・ 昨年3月の介護認定者に対する維持期リハビリテーションの打ち切りによって、医療における現場の実態は、厳しい状態である。問題の解決は、医療保険での維持期、生活期リハビリテーション点数の復活以外にない。このことをぜひ明記していただきたい。（同旨4件） ・ 整形外科の運動器リハビリテーションの日数制限を撤廃していただきたい。 ・ 誤嚥性肺炎の患者が多いため、言語聴覚療法の実施を呼吸器リハビリでも算定できるようにするか、脳血管リハの算定項目に嚥下障害を追加していただきたい。 ・ 摂食機能療法で嚥下機能検査ができない病院もあるため、言語聴覚士が評価した場合は嚥下機能検査がなくても摂食機能療法の実施を算定できるようにしていただきたい。言語聴覚療法の施設基準として、専用の機能訓練室内に聴力検査機器の設置が挙げられているが、使う機会がないため、院内にあればよいのではないかと考える。 	7件

<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリの目標設定等支援・管理料について、そもそも目標を決めてリハビリテーション（総合）実施計画書を作成しており、単位を取るに値しない項目であるため廃止すべきである。 	
--	--

Ⅱ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入（８件）

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・ロボット支援下内視鏡手術の保険適用拡大には賛成である。また、既存技術との優越性が示された手技については、点数の引上げを要望する。 ・ここ数年、女性だけではなく、男性の美容に対する意識が高まっている。そのため、多くの美容エステが美顔器や脱毛器を使って施術を行なっているが、肌の火傷などのトラブルが絶えない。より医療機器を正確に評価するとより良くなると思う。 ・浸麻は時間が掛かり、リスクが高い割には評価が低すぎる。現行では浸麻を行っても算定できないケースが多々ある。浸麻を行えばその都度算定できるように希望する。 	８件

Ⅱ－９ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進（３４３件）

意見の内容	件数
<p>○ 歯周病安定期治療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯周病安定期治療（Ⅰ）（SPT（Ⅰ））の算定要件を緩和して欲しい。（同旨３件） ・歯周病安定期治療における施設基準による算定項目の限定を無くして欲しい。（同旨１件） 	６件
<p>○ ライフステージに応じた口腔機能管理（小児口腔機能管理等）について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児口腔機能管理加算、口腔機能管理加算の評価の充実。（同旨２件）。 ・小児口腔機能管理加算、口腔機能管理加算の歯科疾患管理料との別日算定。 ・小児口腔機能管理加算に施設基準を設定して欲しい。 ・口腔機能管理加算について、検査料、診断料、処置料を新設して欲しい。（同旨１件）。 ・小児口腔機能管理加算、口腔機能管理加算と歯科疾患管理料の文書提供加算に関する評価の見直し。 ・小児口腔機能管理加算、口腔機能管理加算の年齢要件の見直し。 ・口腔機能低下症では、７項目のどの機能低下でも３つ以上該当する場合には管理料を算定させるべき。（同旨１件） ・口腔機能低下症について、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の加算を設定して欲しい。（同旨１件） ・口腔機能低下が見られる患者へのう蝕及び処置等の評価の充実（同旨８件） ・歯科疾患管理料の加算項目は、歯科疾患在宅療養管理料算定時にも算定可としては如何か。 ・口腔機能の評価のための舌圧検査等の評価を充実して欲しい。（同旨１件） 	２５件
<p>○ 麻酔・全身管理に関する評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科診療に使用した麻酔薬の薬剤料を算定できるようにして欲しい。（同旨１９件） ・静脈内鎮静法の評価を充実して欲しい。 ・歯科麻酔における管理を評価して欲しい。 	２２件

<p>○ 歯科固有の技術の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・根管治療の評価を充実して欲しい。(同旨 1 件) ・CAD/CAM 冠の対象を拡大して欲しい。(同旨 120 件)。 ・義歯修理や床裏装の評価を充実して欲しい。 ・口腔内蛍光観察装置を活用した場合の治療について評価して欲しい。 ・痂皮の除去について、衛生士も算定できるようにして欲しい。(同旨 1 件) ・広範囲顎骨支持型補綴の矯正治療終了者に対する適応を拡大して欲しい。 	128 件
<p>○ 歯科診療報酬等の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医科医療機関や介護施設において、特定の歯科医療機関と契約を締結していることが他の歯科医療機関の訪問診療の弊害になっている。 ・通所施設での歯科訪問診療を評価して欲しい。 ・特定保険医療材料以外の材料を算定出来るようにして欲しい。 ・歯科標榜病院への歯科訪問診療を評価して欲しい。 ・歯科口腔リハビリテーション料の算定要件の緩和と評価の充実。 ・電氣的歯髄診断テストを評価して欲しい。 ・訪問歯科診療に関する届出を簡素化して欲しい。 ・外来での専門的な治療を評価して欲しい。(同旨 1 件) ・歯科での多職種連携を推進するために ICT の評価対象を拡大して欲しい。 ・再生不良性貧血の免疫抑制療法での医科歯科連携に評価をして欲しい。 ・手術時の抗生剤の術前投与を必要に応じて認めて欲しい。(同旨 1 件) ・歯科でのニコチン依存症管理料を導入して欲しい。 ・歯科医師の指示のもと管理栄養士が行う指導を評価して欲しい。 ・歯科衛生士による機能訓練の実施を評価して欲しい。 ・診療情報連携共有料の算定要件を緩和して欲しい。(同旨 3 件) ・唾液検査を保険収載して欲しい。 ・「フッ化物歯面塗布処置(F 局)」について、エナメル質初期う蝕管理加算の算定を認めて欲しい。(同旨 5 件) ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の要件を緩和して欲しい。(同旨 2 件) ・歯科外来診療環境体制加算の歯科医療専門職の配置要件を見直して欲しい。(同旨 9 件) ・P 処(糖)等の際、医科からの文書要件を無くして欲しい。 ・診断や評価に医療機器を必要とする歯科治療について、他の保険医療機関との連携を前提とした上で提供できるようにして欲しい。(同旨 4 件) ・脳血管障害等に起因する摂食・嚥下障害患者に対する軟口蓋挙上型鼻咽腔部補綴装置 (PLP) を評価して欲しい。 ・CAD/CAM 冠について、直接法での製作を評価して欲しい。 ・義歯についても金属アレルギー患者への保険材料を導入して欲しい。 ・残根上義歯の製作を算定できるようにして欲しい。 ・歯科における新技術、特に既存の金属に代わる材料等に大いに期待している。(同旨 4 件) ・ジルコニアブリッジを保険収載して欲しい (同旨 15 件) ・歯冠修復・欠損補綴の技術料を充実して欲しい。(同旨 66 件) ・クラウン・ブリッジ維持管理料の算定を症例毎に変更できる等、要件を見直して欲しい。(同旨 22 件) ・歯科技工料を直接請求できるようにして欲しい。 ・7 : 3 告示を見直して欲しい。 	162 件

Ⅱ－１０ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価（４８件）

意見の内容	件数
<p>○ 地域医療に貢献する薬局の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間対応のため昼の休憩、業務終了後も患者対応しなければならないため、この状況は働き方改革に逆行している。 ・ かかりつけ薬剤師指導料の点数を上げるのではなく、地域支援体制加算の要件に組み込めば、やみくもにかかりつけ薬剤師指導料を算定することがなくなると思われる。(同旨５件) ・ 現在の地域支援体制加算に基づき薬局は専門医療連携薬局・地域連携薬局(都道府県知事認定制)、健康サポート薬局(届出制)、かかりつけ薬局に今後分類されるため、それぞれに対応した地域支援体制加算を創設して頂きたい。 ・ 現行の要件には、麻薬指導管理加算の算定回数が入っているが、要件を緩和してはどうか？また、外来服薬支援料も要件を緩和してはどうか。 ・ 地域支援体制加算を算定していない薬局でも、時間外や定休日に電話相談に対応することができることを評価してはどうか。 ・ 薬局の地域支援体制加算の要件に研修認定薬剤師の有無だけでなく研修等を終了した薬剤師の有無も条件に入れ、そのかわり加算は今までよりも多くする。 	11件
<p>○ 薬局の対人業務への評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 薬局の対人業務への評価について、⑤気管支喘息⑥簡易懸濁法⑦糖尿病の３点があげられているが、心不全を加えてほしい。心不全は、急性増悪による入院の頻度を減らすために、継続した薬剤師の介入が必要だと考えている。(同旨２件) ・ 薬局における対人業務の推進の取組において「医師の指示により」「医師の求めに応じ」などの文言は削除し、薬局・薬剤師の責任において主体的に取り組めるようにすべき。 ・ 薬剤服用歴管理指導料に継続薬学管理加算を設定、もしくは別に継続薬学管理指導料を新たに設けるのはいかがか。 ・ 対物業務から対人業務への転換をより推進するために、「処方箋を自薬局で必ず調剤する」という薬局業務の根本を見直してはどうか。 ・ 他薬局での調剤を認める、もしくは、処方箋調剤請求における指導部分と調剤部分の分割請求を認めてはどうか？ 	7件
<p>○ 調剤基本料の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 集中率について、今回も規制が議論されている医療モールなどでイタチごっこが続くと予測されるので「処方箋応需医療機関数」を指標としてはどうか？また、集中率を使用する際も以下の条件を追加してはどうか？「①隣接医療機関(半径100m以内にある場合など)は合算して集中率を計算してはどうか？」「②施設(サービス付き高齢者住宅、老健施設、特別養護老人ホームなど)を一括して薬剤管理を請け負うことで意図的に集中率を下げる事が可能なので、除外してはどうか？」(同旨１件) ・ 敷地内薬局の調剤基本料が低く設定されているが、全ての門前薬局も同じ基本料に設定すべき。いわゆる門前薬局は例外なく11点にすべき。また、敷地内薬局の開設を容認している病院・クリニックは、処方箋料は処方料(院内処方)と同じ額にすべき。 ・ 医療資源の乏しい地域に指定されない地域であっても近隣医療機関が1件しか存在せず必然的に集中率が高くなるケースが存在するのでそういったところが不利にならないよう適切に評価をしていただきたい。(同旨6件) ・ 同一敷地内薬局への適正化は賛成だが、敷地内薬局を有する医療機関への処方箋料の適正化も行うべきだと思う。 ・ 処方箋の有効期限4日の延長について 処方箋の有効期限が短いめかかりつけ薬剤師の薬局利用が困難となり門前薬局を選択するケースがある。 ・ 近年、大規模病院がその敷地内に薬局を誘致し、世間相場よりも非常識に高額な賃料または売却益を得て医業外収入の一助とする例が散見される。敷地内薬局に対しては断固として反 	16件

<p>対する。また、すでに医療機関の敷地内に薬局を誘致している場合においても、医療機関側には何ら減算措置はなく、薬局に対しては調剤基本料の低減というペナルティが課せられており、決して許容できない。(同旨1件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調剤基本料>大型駅前薬局の評価適正化>【4,000枚/月集中度70%】の評価に関して、特に2000枚/月集中度85%とのハードルに差がある、というのは適当ではないと考えている。 ・医薬品の備蓄の効率性について、受付割合が著しく高いからと言って一律に基本料を調整するのは公平では無いと考える。公平性を出す指標として、取り扱い薬剤品目ではなく年間での薬剤使用品目数を指標として加えていただくことはできないか。 	
<p>○ 内服調剤料のあり方について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の内服調剤料の評価があまりにも大きいのではないか。その結果、処方日数の多い大型病院の門前では単価の高い処方箋が多く得られるため、病院前に薬局ストリートを形成する結果となった。 ・ピッキングを薬剤師以外が行うことでの作業効率化は大きいと感じている。 ・内服調剤料は少なくとも7日分35点を上限にしなくてはならないと考えている。反面、薬剤服用歴管理指導料の評価の低さはあまりにも酷いと感じている。物から人へと舵を取っている事は理解しているが、あまりにも歪なこの調剤料と指導料の配分については早々に改善していただきたい。(同旨7件) ・小児の調剤料(粉薬、シロップ)に関して、PTP包装の錠剤を調剤するのとは時間も、労力も、神経も、コスト(分包紙等)も大きな差がある。 ・14日分以内の処方について日数倍数制で調剤料が増えることに対し問題だと感じている。特に大型基幹病院を中心に長期処方の流れが進みましたが、長期処方の調剤料について大きな見直しが行われなかったために大病院前に薬局ストリートが形成されたと考える。 ・内服調剤料については14日分63点を上限とし15日以上調剤料については撤廃しなくてはならないと考える。調剤料削減分を指導料に回すのであれば、1日4点で固定し56点を上限としていただきたい。(同旨1件) 	14件

Ⅱ-11 医療におけるICTの利活用(22件)

意見の内容	件数
<p>○ 情報通信機器を用いて行う診療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オンライン診療への評価につき、2018年度改定の結果検証調査は意識の調査であって、エビデンスではない。緊急対応等の医療安全、患者の個人情報の流出の恐れ、オンライン診療に対する客観的なデータは少なく、有効性や安全性等が十分確保されるかは疑念が残っており、いまだ医学的エビデンスに基づく十分な審議がなされていない。現場では、画面を通じたやり取りだけでは不十分だとの声が寄せられており、要件を見直して広げることに反対である。(同旨5件) ・情報通信機器を用いて行う診療の要件緩和の議論の前に、離島やへき地に居住している本当に遠隔診療を必要としている患者にとって、安全で有効な遠隔診療はどうあるべきかという視点を出発点にして、拙速な要件緩和、対象拡大を目指すのではなく、遠隔診療のあり方を根本的に再検討いただきたい。 	7件
<p>○ ニコチン依存症管理料について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療の評価を新設するべきでない。情報通信機器の画像では患者が本当に禁煙しているかどうかはわからない。呼気検査の数値の把握も困難である。確実に禁煙させるためには対面診療が不可欠である。(同旨2件) 	3件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・フレイル対策は、確かな診断と評価能力を持つ医療とコメディカルが協働するべき分野である。医療機関と行政等リハビリテーションスタッフ間の情報交換が必要である。電子的連絡帳のようなシステムが包括されていれば尚良いだろう。そのような活動が自律的に行われる 	12件

<p>よう、連携実績に対して、診療報酬による評価を求めたい。(同旨 2 件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医科においてお薬手帳の確認もしくは患者へのお薬手帳提示の要請が義務化・明文化されていない。また、その殆どが紙ベースでの手帳運用であって電子お薬手帳はほぼ使用されていない。ほとんどの電子お薬手帳がスマートフォンでの運用となっていることを踏まえ、薬局・医療機関はメールアドレスを二次元バーコードによって患者様に提供し、患者様がお薬手帳データを薬局・医療機関にメール送信できるシステムを推進し必須化することを提案する。 ・ ICT の活用からファックスや電子メールによる情報提供も認められるべきである。PC、タブレット端末、インターネット回線、電子認証といった維持管理料が必要であることを踏まえて、点数の貼り付けを行うべきである。 ・ 現状の電子カルテシステムではベンダーに対し相当額の開発費を支払う必要があり、ICT の活用を躊躇せざるを得ない。 ・ 診療情報連携共有料の 3 か月に 1 回の制限を廃止し、患者の病態変化に応じた随時の ICT 等を利用した速やかな情報共有・連携推進を進める必要がある。 ・ 高齢者は総合病院の複数科を受診していることが多いため、保険医療機関ごとである診療情報連携共有料(情共)の算定を総合病院などでは診療科ごとに認めては如何か。 ・ 入院後であっても、入院先の医療機関から求められて診療情報提供書を交付した場合にも診療情報提供料を算定できるようにしてほしい。(同旨 1 件) ・ 病院内でメールのやり取りができれば、郵送の手間も省けるし、何度も紙に印刷しなくてすむ。 ・ 当該患者の受診先としての「救急医療機関」の定義を広くして、急を要する患者の病態に応じた医療機関への受診を指示した場合であれば診療情報提供料の算定を認めることを求める。 	
---	--

Ⅲ 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価(再掲)を含む)(74件)

意見の内容	件数
<p>○ 地域医療における医療機関間の機能分化連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 公立病院と民間病院の機能分化・連携の観点から地域において民間病院が地域包括ケア病棟を運営できるのに、公立病院が財政を立て直すために地域包括ケア病棟の届出を出すのは機能分化・連携に反するのではないか。民間病院が出来ない分野をするのが公立病院の役割であり、同じ分野で民間病院と競合しないように要件を見直して頂きたい。(同旨 3 件) 	4 件
<p>○ 入院医療の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 加算点数ではなく、入院基本料を大幅に引き上げることで対応すべきである。前回改定で細分化された入院料を簡素化することや、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料における実績要件の拡大を推し進めないことが必要である。夜間看護体制特定日減算については廃止するか、少なくとも要件の緩和を図る必要がある。夜間救急への対応については、診療報酬ではなく医療提供体制の中で検証すべきである。(同旨 2 件) 	3 件
<p>○ 重症度、医療・看護必要度の B14・15 の基準の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II (以下、看護必要度) のシミュレーション結果において、仮に「重症患者割合の基準値」を現行通り(急性期一般1・看護必要度 I では 30%以上)とした場合には、下位 4 分の 1 の病院では急性期一般 1 の施設基準を満たせなくなる結果となっている。また、支払い側からの意見で、看護必要度 I は 35%以上、看護必要度 II は、34%以上という意見もあるが、70%以上の病院が基準を満たせない結果となる。 	20 件

<ul style="list-style-type: none"> ・医師の働き方改革も含め考えると、地方で地域医療を支える中核病院への経営的な負担は増加し、結果的に地域の医療を崩壊させる可能性があると考え。 ・「重症患者割合の基準値」に関してはこれ以上の引上げは本改定では行わないことが望ましいと考える。(同旨17件) 	
<p>○ 特定機能病院における回復期リハビリテーション入院料等の特定入院料等に係る取扱いの見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院における回復期リハビリテーション入院料等の特定入院料等に係る取扱いの見直しにあたっては、一律に取得できる／出来ないという極論ではなく、地域の医療提供体制に影響を与えることがないよう、慎重かつ丁寧な議論をお願いしたい。(同旨17件) 	18件
<p>○ 特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について新たな評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室では、医師、看護師、薬剤師に加え、管理栄養士が関わり栄養管理を行っていくことが必要である。更に、認定のない入院に対しても早期に経腸栄養が開始できる体制の評価がなされるようになるとよい。(同旨16件) 	17件
<p>○ DPC 病院について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア入院医療管理料（病床単位での取得）と同様に DPC 期間Ⅱまでは DPC 点数とすることは慎重に対応する必要があるのではないかと考える。代案として、地域に自院以外に地域包括ケア病棟等の回復期病棟がある DPC 病院（離島やへき地等を救済）では、地域包括ケア病棟の施設基準等で自院の地域包括ケア病棟へ転棟できる患者の割合を設定したり、7:1 入院基本料の自宅退院率に自院の地域包括ケア病棟への転棟は分子に算入できない等の制限をかける方が、安易な DPC から地域包括ケア病棟への転棟に制限がかかるのではないかと考える。(同旨1件) ・地域包括ケアシステム推進のため、DPC 病院に7日以内に代わる新たな再入院ペナルティを導入すべきではないか。 	3件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携の実態に即した評価をしていただき、在宅療養後方支援病院の施設基準における、許可病床数の制限の撤廃若しくは緩和を要望する。 ・施設基準の1つである A207 診療録管理体制加算の見直しを要望する。具体的には診療記録管理者を「診療情報管理士」の記載に変更する。診療情報管理体制加算2の体制を入院料算定の必須条件とし、体制が整っていない場合は減算とする。 ・心不全の緩和ケアについて、病院、有床診だけに限らず無床診にも算定可能とされるべきである。 ・回復期リハビリテーション病棟の管理栄養士配置について、1病棟に1人ではなく、40名に1人などの患者数に対する配置を設けて頂きたい。・患者の実情に合った新たな SPT の新設が望まれる。また、現行の SPT の算定要件を大きく変更することなく、SPT I の算定期間の短縮の要件緩和等を望む。 ・他の医療機関等と連携した栄養食事指導について、診療所が他の医療機関等と連携した場合の取扱いについて、栄養ケア・ステーション等をもっと活用するべきであり、賛成である。 ・地域包括ケア病棟（病室）においては薬剤師がその任を積極的に担うことにより、医師をはじめとした各職種の負担軽減にもつながると考える。その効果の評価として、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料より薬剤情報管理指導料・退院時薬剤情報管理指導料の除外を提案する。 	9件

Ⅲ－２ 外来医療の機能分化（１４件）

意見の内容	件数
<p>○ 紹介状なし受診時の定額負担について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 受診時定額負担は患者の受診抑制につながる可能性があるため、これ以上の患者負担を認めることはできないので、定額負担の拡大に反対する。患者負担を拡大することで機能分化を図るのではなく、地域の実情を踏まえ、各地で自主的に有効な医療資源活用ができるよう柔軟な施策へ方向転換するべきである。（同旨８件） ・ 「選定療養」の拡大に反対する立場から、大病院の紹介状なし受診時の定額負担について、対象医療機関の範囲を広げることに反対する。「定額負担」等の「選定療養の義務化」を廃止することを求める。（同旨３件） ・ 大病院に紹介状無しの定額負担に関し、医療過疎地のように近隣に医療機関が存在しない場合における特例を設ける必要がある。 	<p>１４件</p>

Ⅲ－３ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保（６５件）

意見の内容	件数
<p>○ 複数の医療機関が連携して行う訪問診療に係る要件の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 依頼先の医療機関における在宅患者訪問診療料が月１回に制限されているが、質の高い在宅医療確保には、回数制限の緩和も必要。（同旨５件） ・ 同一建物居住者や単一建物診療患者の取扱いなど一物多価の規定の即時撤廃、在宅医療の推進を阻む在宅療養支援診療所等における看取りや緊急往診の実績要件の廃止を求める。また、次の要件の評価を求めたい。 <ul style="list-style-type: none"> ① 在宅ターミナルケア加算の要件である２回以上の往診又は訪問診療の回数に、連携医療機関による訪問回数をカウントできるようにすること ② 主治医が看取りについて患者又は家族への説明と同意を行ったが、結果的に連携医療機関が看取った場合、連携医療機関で看取り加算を算定できるようにすること ・ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）「２」については廃止し、複数医療機関４から訪問診療が必要となる場合は、各々の医療機関で算定できる取扱いとすること。 ・ 日頃から地域医療に対して取り組み、常に技術と知識の更新を行っている医療機関同士でないと情報共有はできないと考える。 	<p>９件</p>
<p>○ 在宅医療に係る医療行為の評価等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医科特掲診療料の第２部在宅医療の第２節第１款在宅療養指導管理料の通則３に書かれたカッコ書き内の組み合わせ以外の指導管理料について、異なる医療機関が異なる指導管理を行った場合はそれぞれ算定できるようにすること。在宅自己注射指導管理料について改善を行うこと。（同旨１件） ・ 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法の算定にあたり、負担が非常に大きくなっている。スカイブルー法などは在宅でも簡単に、患者にも負担をかけずに交換後の安全が確認できる方法であり、算定を認めるべき。在宅ターミナル加算における酸素療法加算は点数の引き上げが必要。在宅酸素療法における酸素濃縮装置加算相当の加算を認めて頂きたい。 	<p>５件</p>
<p>○ 訪問看護ステーションに係る診療報酬の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 理学療法士等による訪問看護は、訪問リハビリテーション指導管理料では代替できないケースもあるといった実情を踏まえ、悪影響がでないよう慎重な対応をお願いしたい。（同旨１件） ・ 機能強化型訪問看護管理療養費の実績要件について、ターミナルケア件数の要件：７日以内の入院先を在宅療養支援診療所・病院以外でも可とする。 ・ 医療的ケアが必要な児童等について、学校等への情報提供は必要時に提供できるようにすること。 	<p>４件</p>

<p>○ 精神科訪問看護に係る見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科訪問看護ステーションの利用者には機械的なG A Fだけで支援ニーズの判定とならないようお願いしたい。 ・複数名精神科訪問看護の要件について、ケースによっては精神保健福祉士の方がふさわしいこともあり、柔軟な運用にかえて頂きたい。 	2件
<p>○ (看護) 小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス利用中の訪問診療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在末期の悪性腫瘍の患者のみが30日ルールから除外されているが、30日ルールの撤廃か、少なくとも別表7の患者については除外要件に追加するよう強く求める。(同旨3件) 	4件
<p>○ 訪問薬剤管理指導に係る見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急変等の判断は薬剤師ではできず、まず医師が緊急に患家を訪問した上で診断するもの。提案されているような新たな評価は現実的でなく、当該点数については廃止を含めて検討すべき。 ・薬剤師による訪問薬剤管理指導は単なる「医師の求め」ではなく、あくまで「担当医の診断に基づいて」行うことを原則とすべき。 ・算定要件を「在宅で療養している患者であって、薬で困っているものに対して」などに要件を緩和しては。 ・月曜日が5日ある月に、毎週月曜日の訪問で5回の算定は問題と考え、何ゆえに月4回と限定されているのか不明。患者や医療機関の依頼の元、患者宅を訪問し、適切な対応を行っていることから、4回以上の算定を可能にして頂きたい。 	4件
<p>○ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件に係る見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅での褥瘡管理が今後さらに効率よく行われるために管理栄養士の雇用形態等の要件の見直しが必要と考える。(同旨9件) ・褥瘡の有無により、介護者ならびに当事者にかかる負担は増大する。栄養状態の改善による治療効果が示されている事から、適切な管理栄養士の介入が望ましいと考える。(同旨1件) ・地域一体型の栄養サポートチーム (NST) あるいは在宅診療における在宅 NST としてチーム医療の導入が望ましいのでは。(同旨1件) ・保護者などの搬送によって小児歯科や障害者歯科の専門医にかかる場合など、外来での専門的な評価との整合性も必要である。(同旨1件) 	16件
<p>○ 歯科訪問診療等の評価、算定要件について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時間要件による評価を撤廃して欲しい。 ・歯科診療報酬において往診を評価して欲しい。 ・16キロメートルを無くして欲しい。 ・歯科訪問診療料注13の未届医療機関では初再診料を算定することとなり、訪問診療3で20分未満の場合よりも高評価となる場合があるため、見直して欲しい。 ・歯科訪問診療料1と歯科訪問診療料2の点数差が大きいため見直して欲しい。 ・訪問歯科衛生実地指導料の算定方法をもっとわかりやすくしてほしい。 ・在宅歯科医療推進加算の施設基準について、訪問診療1の割合ではなく訪問診療人数や回数にして欲しい。 ・医療依存度に合わせた評価を導入して欲しい。 ・在宅療養支援歯科診療所の衛生士要件を緩和して欲しい。 ・在宅患者連携指導料の算定要件を見直してほしい。(同旨2件) 	11件
<p>○ 特定行為研修を修了した看護師の配置について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大学院で特定行為研修を修了した看護師が訪問看護(診療)することを診療報酬加算として導入する提案をしたい。 ・介護老人福祉施設などへ大学院で特定行為研修修了した看護師の配置に加算を追加すること 	3件

<p>を提案したい。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の質の維持や向上を図る一案として、訪問看護ステーションの管理者に大学院で特定行為研修修了した看護師を配置することを提案したい。 	
<p>○ 在宅医療への薬局・薬剤師の関与について</p> <ul style="list-style-type: none"> 質の高い在宅医療を確保する為には在宅訪問を行う薬局の絶対数増加が必要。薬局の場合も施設基準を設けて早朝・夜間・深夜の場合の調剤料に差をつけてはどうか。(同旨1件) 処方箋集中率を下げ、効率のよい在宅処方箋を集めるために老人ホームに営業をかける薬局が多くある。処方箋が患者主体で薬局を選ぶべきものであるはずが、施設利用者の意向が一切反映されていない。 施設調剤による処方箋は集中率の計算から除外しなくては、リベートによって処方箋が買える悪しき習慣を蔓延らせることになると思う。 	4件
<p>○ 在宅医療全般に関する指摘について</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を阻害する様々な算定制限の撤廃に向けて積極的に取り組んで頂きたい。 「給付調整」の廃止を求めたい。少なくとも、特養等施設入所者に対する医療の算定制限を止め、医療行為を正しく評価すべき。 訪問診療は回数制限があるため意図的に往診として1日に数回往診をし、これを請求する医療機関がある。診療報酬上の記載をお願いしたい。 	3件

Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価（76件）

意見の内容	件数
<p>○ 入院前からの十分な支援による適切な入院後の管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院前から退院を見据えた栄養管理は重要であり、また、これを入院後にもつなげ、継続的な栄養管理を行っていくことが必要であることから、栄養状態の評価について、必須項目として評価すべきである。(同旨14件) 	15件
<p>○ 有床診療所入院基本料の加算に係る見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護職員の配置の実態を踏まえ、有床診療所の入院基本料の注の加算の点数を引き上げること。救急・在宅等支援病床初期加算は、政策促進の一環として大きく引き上げるべき。(同旨1件) 有床診療所入院基本料1～3の要件で、1項目該当すれば要件を満たす対象を、「過去1年間に介護保険におけるいずれかのサービスを提供した実績があること又は介護医療院もしくは介護支援事業者であること」とすること。少なくとも、介護保険による訪問リハ、訪問看護を対象に加えること。看護補助配置加算の点数区分について、現在は看護補助者が2名以上と1名の配置により点数が「1」と「2」に区分されているが、点数区分を再編し、より多くの補助者を配置している場合にとれる上位区分を新設すべき。 診療所療養病床療養環境加算は、入院環境加算として加算評価とすること。 有床診療所入院基本料1～6で定める看護職員配置の最小必要数を超える看護職員を、有床診療所看護補助配置加算の計算対象にすること。・有床診療所一般病床初期加算の施設基準の(2)、医師配置加算の(1)のイについて、「全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔の患者数が年間30件以上」とされているが、一定量の麻酔薬を使用する局所麻酔により手術を実施した場合又は局所麻酔により比較的困難な手術を実施した場合の要件として計上できるようにすること。 住み慣れた地域で認知症患者の入院医療に対応し在宅への復帰を図るために有床診療所認知症ケア加算の新設を要望。 有床診療所認知症ケア加算をA-247認知症ケア加算に倣って新設し、有床診療所における更なる認知症対応への促進と質の向上を目指していける体制が必要である。 看取りの評価について有床診療所を評価していただきたく、現在入院後30日以内に看取った 	10件

場合に 1000 点（在宅療養支援診療所では 2000 点）を 60 日以内に看取った場合に 2000 点（在宅療養支援診療所では 4000 点）に引き上げていただくことを要望する。	
<p>○ 入院中の栄養管理等に関する情報提供に係る評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院医療機関において行っていた栄養管理について、次の施設の管理栄養士等に対して情報提供を行うことで、よりスムーズに患者の栄養状態について伝達できることは評価すべきである。（同旨 23 件） ・1 回の点数が栄養サポートチーム加算よりも高い入院栄養食事指導料についてのみ、入院栄養管理等に関する情報提供を評価するのであれば、栄養サポートチーム加算との不合理が生じる。 ・回復期リハビリテーション病棟では、栄養状態の改善が在宅復帰率や在院日数の短縮に関与するため、入院料 1 だけでなく、2~6 も順次、管理栄養士の配置を推進して頂きたい。 ・必要項目を整えた書式と共に栄養管理に必要な情報、共有すべき項目を様式として提示したうえで連携しやすい環境を整えて頂きたい。 ・精神疾患患者にとっての生活習慣改善は困難を極めるため退院後の栄養指導が必要だが、実践する人員確保が課題。訪問栄養指導の要件見直しや診療報酬の増額等、人員配置が出来る体制への調整が望ましい。 	28 件
<p>○ 診療所が他の医療機関等と連携して行う栄養食事指導の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療所を受診している患者の多くは、栄養食事指導を必要としているため、栄養ケア・ステーション等を活用した取組は非常に重要である。（同旨 12 件） ・在宅患者等に摂食嚥下指導を実施している歯科医療機関も増えてきたことから、歯科医療機関から医療機関への連携に対しても評価して頂きたい。 	14 件
<p>○ 周術期等口腔機能管理に係る見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科医療機関連携加算の評価対象を、放射線治療等にも拡大すべき。 ・周術期等口腔機能管理計画策定料の医科医療機関からの文書に関する要件の緩和（同旨 3 件） ・保険医療のフリーアクセスを侵害するため導入に反対である。（同旨 2 件） ・医科医療機関と歯科医療機関との文書のやり取り毎に診療情報共有連携料を算定できるように適用拡大を強く求める。 	9 件

Ⅲ－5 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進（4 件）

意見の内容	件数
<p>○ 手術を行う医療機関から歯科医療機関へ予約を行い、患者の紹介を行った場合について、周術期等口腔機能管理における評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者が治療を受ける医療機関を自由に選べるという、保険医療のフリーアクセスを侵害することになるのではないかと考える。周術期口腔機能管理の算定要件として「予約」まで含んだ文言を組み入れることには反対である。 ・在宅歯科医療における連携を強化・推進するために、在宅患者連携指導料の算定要件を見直してほしい。 ・歯科のない総合病院等と一般歯科医療機関の連携による周術期口腔機能管理に新たな評価を行うことを強く求める。 ・医科医療機関と歯科医療機関との文書のやり取り毎に診療情報共有連携料を算定できるように適用拡大を強く求める。 	4 件

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

IV-1 「後発医薬品やバイオ後続品の使用促進について

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・後発品の使用割合の算出に関しジェネリックのある先発品からの除外ルールを拡大していただきたい。同一剤型、同一濃度ではないジェネリックしかない場合は、ジェネリックのない先発医薬品にしていただきたい。(同旨1件) ・後発医薬品使用体制加算の計算に関しては、「変更不可」がある薬品に関しては算定率の計算から除外してもらうよう、切に願う。(同旨3件) ・後発医薬品の使用が進んでいない先として診療所があげられる。さらなる使用促進のために、置き換え率のよろしくない先は、減額措置を講じていただきたい。 ・診療所での使用割合が低いことを理由に、後発医薬品使用体制加算等の要件及び評価の見直しが示されているが、当該加算の施設基準のハードルが高いこと、後発医薬品の在庫を抱えることが困難など、様々な要因があることを考慮すべきである。 ・加算のために、一般名で処方するが、裏で薬局に「先発品で調剤するように」と指示をだしてくる医師がまだいるのも実情である。最終的に処方した医師にしかるべき指導が入るなり、何らかの評価の見直しを検討に組み込んで頂きたい。(同旨2件) ・患者希望により先発品を調剤した場合、その医薬品は次回の処方以後は先発品を銘柄処方したと同じ扱いにすべき。 ・先発医薬品を変更不可にした場合、ジェネリックに変更してはいけない理由を備考欄に記載することとしてはどうか。 ・後発医薬品の推進自体は否定しないが、後発医薬品の銘柄を指定し変更不可として処方する場合に理由記載を求めるのはいかがなものか。 ・一般名処方加算をさらに評価するのであれば、反対に後発医薬品への変更を不可とする処方箋については処方箋料等を減額すべき。(同旨4件) ・先発品を希望した患者からは一定額を徴収すべき。(同旨2件) ・生活保護以外にも公費負担で負担がゼロの患者さんがいる。この方たちもジェネリック変更に対して強い抵抗を示しているので、生活保護と同じ扱いにならないものか。(同旨1件) ・公費があり、後発に変更しても金額が変わらない(負担なし、上限額に達するなど)場合に先発を希望されるケースが多い。先発品を3品目以上、調剤する場合は1回につき患者さんが1万円を上限にジェネリックに変更しなかった分の差額を負担するとしてはいかがか。 ・保険適用の範囲を後発医薬品やバイオ後続品の薬価までとして、それ以上の差額(先発医薬品と後発医薬品の差額)については患者の自己負担としてはどうか。(同旨3件) ・調剤薬局は後発医薬品変更へ努力しているが、この話に時間がかかりすぎて、薬学的な指導がおろそかになっては本末転倒である。議論されていたはずの地域フォーミュラリーに関する記載がみられないが、これを進めない方向性であるならば、先発品を使うケースはすべて差額を実費にして支払っていただきたい。 ・現在薬価収載されているバイオ後続品のうち、在宅自己注射剤よりも外来化学療法で使用される薬剤の方が品目数および金額ともに大きいにも関わらず、外来化学療法が評価対象となっていない。在宅自己注射剤だけにすると経済性の観点から医療費適正化効果が限定的になってしまうと考える。今回の評価対象を外来化学療法で使用される薬剤にも広げることにについて検討していただきたい。 ・入院中の院内調剤であるとか、診療所の院内処方の場合、後発医薬品と先発医薬品の選択権が患者に与えられておらず、医療機関側から渡されるのは何故なのか。選択権を調剤薬局に求めておりながら、処方元医療機関には求めておらず、薬局のみに負担を強いている。(同旨1件) ・院内処方の場合は医療機関への加算があるが、院外処方でも加算はできないか。 ・一種類の先発医薬品に対し複数の後発医薬品が発売され、在庫数が増える傾向があり、適正な薬局業務の遂行には引き続きの評価を期待する。 	41件

IV-2 費用対効果評価制度の活用

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・費用対効果評価は、あくまで新薬の高薬価を是正する一手段として用い、保険償還の可否の判断には用いるべきでないとする。 ・新薬収載においてドラッグラグが拡大しないよう、慎重な活用方法を維持するよう求める。 ・企業分析の科学的妥当性について検証する公的分析に際しては、分析の担当・プロセスに際して利益相反が生じないよう徹底することを求める。 ・「費用対効果評価専門組織」で議論された内容や資料については、個人のプライバシーに関する事項や特許関連の事項を除き、全て開示の対象とし、ホームページ等で公表することが必要である。 	4件

IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・歯科材料である金銀パラジウム合金について市場実勢価格を踏まえた適正な評価に近づけて頂きたい。(同旨233件) ・基準材料価格改定は非公開調査となっており、透明性確保の観点で問題がある。告示価格の決定ルールを公開すべきである。 ・開示度に応じた補正加算率の仕組みは廃止し、総原価の内訳情報などは無条件に公開の中医協に開示されるべきである。 新薬創出等加算は本来廃止すべきだが、少なくとも比較薬の革新性などを評価して新薬創出等加算を付与している以上、新薬創出等加算の対象外となる新薬については、比較薬の当該加算分は引き剥がして薬価算定されるべきである。 ・薬価改定については毎年改定が決定しているが、従前通り診療報酬の一環として、2年に1回とすることを主張する。高薬価を是正する方針には賛同する。 ・医療用漢方製剤・生薬製剤を基礎的医薬品の対象とすることを求める。 ・薬価基準に、一定のR幅に加え、定率の保管損耗料を新設することを求める。 ・手術における自動縫合器、凝固切開機器が実際の納入価より少ない償還価格しか認められていない。適正な償還価格が望ましい。 ・なかには施策誘導のために常識よりも高い点数が設定されている場合があり、その場合、医療行為に見合う患者負担ではなく、割高感がある。差額を支払い者側から補助金という形でいただくようにするのはどうか。 ・新薬創出・適応外薬等促進加算制度の見直しについて、本制度は革新的な新薬の創出を加速させることを目的としていることから、今回の限定的な見直しに留まることなく、革新的医薬品の開発に取り組む企業・製品が正當に評価されるよう引き続き検討が必要である。 ・イノベーションの評価(効能追加による革新性・有用性の評価)について、我が国の評価の枠組みはその殆どが上市時に偏っていることから、効能追加といったその後の開発に対して正しく評価される仕組みを整備すべきである。 ・再算定の見直しにおいて効能追加等がなされた製品が対象となったことについて、効能追加に対する開発の阻害とならないよう見直しの影響を注視する必要がある。再算定制度は保険財政に対する影響を理由として特定製剤を意図して後追いで設計される経緯から、制度全体が極めて複雑となっており、今一度抜本的な見直しをすべきである。 ・基礎的医薬品について、対象範囲の拡大は引き続きの検討事項となったが、安定供給の観点で踏まえ、対象となっていない品目について拡大に向けた要件の見直しをすべきである。 	246件

IV-4 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)

(III-1を参照)

IV-5 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）

（Ⅱ-4及びⅢ-2を参照）

IV-6 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関での外来時における調剤料等の評価は調剤報酬点数ではなく診療報酬点数の中で考える事が必要。（同旨1件） ・外来時の院内処方における調剤料は、調剤薬局との差はあまりにも大きすぎる。評価を引き上げる方向での見直しを求める。 ・ビタミン剤や湿布、漢方薬など第2類第3類OTCとして同一成分の医薬品がある医薬品だけの処方箋については登録販売者による服薬指導を許可し、薬剤服用歴管理指導料についても相応に引き下げてはいかかか。 ・検査値を記入した処方せんを発行した場合に加算、検査値・お薬手帳とともに処方せんを提出した患者には管理料を安く、検査値・お薬手帳のデータから必要な情報を提供した場合の薬局の加算をあげるようにする。 ・持参薬の管理に対する評価をもっとしてほしい（入院、外来ともに）。 	6件

IV-7 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（18件）

意見の内容	件数
<p>○ ポジトロン断層撮影を受けるため他医療機関受診</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院患者の他医療機関受診にかかる減算規定はもとより、他医療機関における投薬、注射等の算定制限は廃止すべきである。同時に、医療機関間の「合議による精算」の規定は廃止するよう求める。 ・入院患者の他医療機関受診に対する入院料減算規定をもっと大胆に見直すべき。 	3件
<p>○ 超音波検査について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・胸腹部の断層撮影法の要件変更にあたって、点数を引き下げないこと。 ・断層撮影法のパルスドブラ法加算の評価の見直しにあたっては、点数を引き下げないこと。 ・在宅患者に行う超音波検査について現行の点数から引き下げないことを求める。 	3件
<p>○ 義肢装具を患者に提供する際の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「医師」が自ら実施していなければ算定できないという主張は法の規定に反すると考えられる。「採型ギプス」は採型することを指示したことにより「義肢装具士」という有資格者が採型する「技術料」で有るはずである。（同旨2件） ・1度の処置行為（採型・採寸）に対し、医療機関、装具作製業者の2者が患者に費用請求していることは不適切であり、実態に沿った形（処置実施者）のどちらかの1者のみが請求できることを確認している。採型・採寸行為は1回しか行われぬものであり、医師による指示・確認・管理・補佐・場所の提供等、採型・採寸行為に直接関係ない項目には、別途医学管理料の算定項目を設け、採型・採寸行為そのものを医師が実施した場合にのみ算定できるように明文化すべきである。（同旨1件） ・処置料としての医療機関に保管された治療材料と、医師の主張する治療用装具の定義が曖昧なことから、そのことについても診療報酬の算定要件に追記していただきたい。 ・治療用装具に増加している「既製品」の統一した市場単価がないことが問題。厚労省が認める既製品リストに統一価格を明示すべき。（同旨1件） ・実態として、医療機関と装具作製業者間において連携はない。装具作製業者の請求書に記載のある部品について、医師の処方があったか否かを確認しても、任せている等で、回答が得 	11件

<p>られない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養費とレセプトをデジタルに管理するべき。レセプトにはない病名で装具を作成しているケースがある。 ・安全確保の面からも装具業者について、柔道整復師と同様に『保険取扱い装具士』として登録制とする制度を作っていただきたい。 	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昨今、画像診断の見過ごしにより多くの医療被害者が出ている。見過ごし事例では、画像診断はほぼ、放射線科医が実施しているが、高いレセプト点数に見合った適正な運用がなされていないように思う。放射線科医の人数など画像診断機器設置における施設基準がないために、放射線科医の人数が、全く病院の要求を満たしていないケースが多い。高い診療報酬に見合った画像診断機器設置の施設基準の構築を切望する。 	1件