

「令和4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

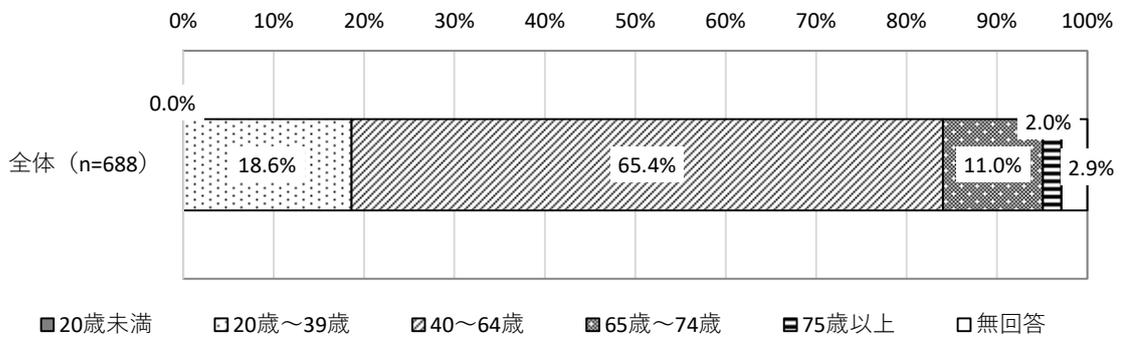
- (1) 意見募集期間 : 令和4年1月14日(金)～令和4年1月21日(金)
- (2) 告知方法 : 厚生労働省ホームページ
- (3) 意見提出方法 : 電子メール

2. 寄せられた意見

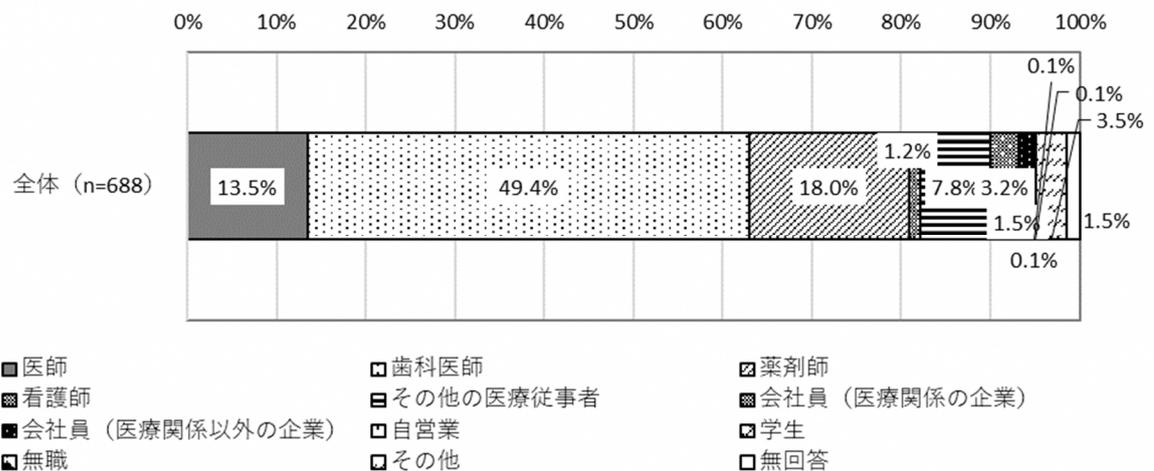
(1) 意見提出件数 688件

(2) 意見者の属性 (n=688)

① 年齢



② 職業



(3) 項目別の総意見件数 (3,282 件)

I 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

項目番号	内 容	件数
I-1	当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応	45 件
I-2	医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組	16 件
I-3	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	39 件
I-4	外来医療の機能分化等	31 件
I-5	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価	187 件
I-6	質の高い在宅医療・訪問看護の確保	86 件
I-7	地域包括ケアシステムの推進のための取組	182 件

II 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

項目番号	内 容	件数
II-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確保	2 件
II-2	令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げに係る必要な対応について検討	16 件
II-3	医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進	6 件
II-4	各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進	16 件
II-5	業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価	23 件

III 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
III-1	患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等	78 件
III-2	医療における ICT の利活用・デジタル化への対応	74 件
III-3	アウトカムにも着目した評価の推進	16 件
III-4-1	子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価	10 件
III-4-2	質の高いがん医療の評価	7 件
III-4-3	認知症の者に対する適切な医療の評価	1 件
III-4-4	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	38 件
III-4-5	難病患者に対する適切な医療の評価	3 件
III-4-6	小児医療、周産期医療、救急医療の充実	6 件
III-5	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	2,136 件
III-6	薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価	70 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	45 件
IV-2	費用対効果評価制度の活用	2 件
IV-3	市場実勢価格を踏まえた適正な評価等	28 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）	1 件
IV-5	外来医療の機能分化等（再掲）	1 件
IV-6	重症化予防の取組の推進	7 件
IV-7	医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進	43 件
IV-8	効率性等に応じた薬局の評価の推進	67 件

・その他の意見

2 件

(4) 「令和4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 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

I-1 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応（45件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 新型コロナウイルスに関連する診療報酬上の加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 廃止された「感染症対策実施加算」を再開し、廃止予定の「乳幼児感染予防策加算」を継続してほしい。（同旨2件） ・ オミクロン株対応で負担を強いられる中、診療報酬改定において十分な配慮”特例措置”をお願いしたい。 ・ 外来・入院医療機関双方の医療従事者の努力に見合った形での評価をしてほしい。（同旨3件） ・ 十分な院内感染対策を出来るだけの点数を付けてほしい。 ・ 新型コロナ感染への対応は地域の実情を考慮してほしい。 ・ 診療所や病院が地域医療で担っている役割を正當に評価し初・再診料や入院料等、基本診療料そのものを引き上げるべき。 ・ 地域医療の一端を担う中、新型コロナウイルスの影響を受けて従業員維持の資金不足に直面している。従来の出来高払いの報酬体系に疑念が生じている。 ・ 新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れる医療機関でも経営を安定的に行えるよう、またスタッフに対しての処遇を確保するためにも、特例的評価の継続・充実が不可欠。 ・ 新型コロナウイルス感染症への対応する、急性期医療を担う保険医療機関が正しく補助金を受け取れる法整備が必要と考える。 ・ 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」における、結核病棟の取り扱いを整理してほしい。 ・ 発熱患者と陽性患者のみコロナ加算を算定可能とし、それ以外の患者の診療報酬を全体的に下げるべき。 	16件
<p>○ 歯科における新型コロナウイルス感染症対策について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科診療所においても感染防止に係る対策が必要であり、初診料及び再診料へのコロナ感染対策加算等の新設を希望する。（同旨7件） ・ 歯科では従来からスタンダードプリコーションに基づいた感染対策が実施されており、今後も医療従事者、患者の双方が安心して歯科診療所での診療を実施できるよう診療料の評価を見直してほしい。（同旨7件） ・ 歯初診の施設基準の4年毎の研修の受講について、歯科診療所でクラスターは発生しておらず、受講の義務化は不要と考える。 ・ スタッフが濃厚接触者となった場合は歯科衛生士がいない状態での診療を強いられるため、ブラッシング指導を行っても衛生士実地指導を算定できない。歯科医師による実地指導を新たに算定項目として取り入れることはできないか。 ・ 歯科においても感染予防の評価を細目に分けて実施するべき。 ・ 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応として、補綴処置の際における印象採得の方法として、「光学印象」の保険適応を要請する。 ・ 刺激の少ない医薬部外品の歯科口腔薬を医科でも処方できるようにしてほしい。 	21件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 早くワクチン接種ができる環境を整えてほしい。また、予約を取る際に混乱が生じないようにしていただきたい。 ・ 新型コロナウイルス PCR 検査及び抗原定性検査について実態に見合った点数で設定しなおすように要望する。（同旨3件） ・ ワクチン接種と同じように PCR、抗原検査等の検査場所を増やす、ネット等で簡単に予約ができ希望者が順次受けられる体制を希望する。 ・ コロナ患者対応時の処方がエビデンスに基づくものとなるよう、診療報酬で評価をしてほしい。 	8件

・薬局の医療従事者の濃厚接触の見解はどのようになっているか。	
--------------------------------	--

I-2 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組 (16件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 診療報酬全体について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全体の底上げをするために初診料、再診料を引き上げてほしい。(同旨5件) ・新興感染症も視野に入れ感染防止対策に関する評価を恒久化するとともに、感染対策のコストと外来・入院医療機関双方の医療従事者の努力に見合った形で評価することを要望する。(同旨3件) ・これまでの新型コロナウイルスに関する診療報酬上の特例措置も終了し、今後は診療報酬そのもので評価されるべき。 ・限られた医療費総枠での配分の問題だけでなく医療、介護、教育、保育などエッセンシャルワーカーへの予算を増やすべき。 	12件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ歯科医による継続的な管理は国民の健康維持には不可欠であるため、従来よりもか強診の施設が算定できる項目の充実、増点をしていただきたい。 ・外来診療時に加え、薬局における感染防止対策に係る体制についても評価してほしい。 ・感染対策の諸々の加算について、医療機関の機能的評価と経営評価の分離を行うべき。 ・結核病床のような専門的医療機関の拡充と病床毎、フロアごとの入院基本料の拡充と看護手当を図り、アウトカムに基づいた補助金交付等を実施頂きたい。また、病床数の一時的増加を例外的に認めるなどの特定処置を検討頂きたい。 	4件

I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 (39件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「心電図モニターの管理」を一律除外するのではなく、疾患(DPC)や治療内容、入院日数によって評価対象とするのが、より適切なのではないか。また、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」が精緻化されてからの方がよいのではないか。(同旨1件) ・新型コロナウイルス感染拡大の下での見直しは行うべきではない。(同旨5件) ・重症度、医療・看護必要度ではなく看護配置による評価を重視してほしい。 ・重症度、医療必要度、看護必要度は独立した概念であり、1つの指標として入院料の評価を行うことに無理があるのではないか。 	10件
<p>○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各地域に偏りなく手術ができるような、施設基準の設定を配慮いただきたい。また、急性期の入院料の点数設定で下位の入院料を算定していても、救急医療で役割分担が可能となるよう、配慮いただきたい。 ・医療従事者等の確保の難しさは、「へき地等に勤務するには、この報酬では足りない」ということであり、専従・専任要件の緩和では解決されない。 ・医療資源の少ない地域への配慮は必要だが、加算および入院料について、経営状態による傾斜配分を行い、その理由を開示すべき。 	3件
<p>○ 地域包括ケア病棟について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟も地域によりその役割が異なるため3つの役割で画一的に入院料に差を付けることはふさわしくない。(同旨1件) ・地域包括ケア病棟入院料の要件及び評価の在り方の見直しにあたっては、1回の期間中に地域包括ケア病棟入院料を算定した後、他の入院料を算定した場合でも、再度当該入院料の算定を認めるよう見直しを求める。 ・本年の改定においては地域のコロナ対応に係る医療提供体制を崩壊させないためにも、ポストアキュート機能の評価の引下げは見送るべき。 	4件

<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「早期栄養介入管理加算」の対象となる治療室及び評価の在り方を見直すについて、早期からの経腸栄養での管理については、管理栄養士が関わり栄養管理を行っていくことが必要。(同旨1件) ・救命救急入院料1、3について、必要度の最低基準の導入には反対する。 ・救命救急入院料1、3について、特定集中治療室から患者を受け入れるハイケアユニットの重症度評価もバリエーションをつけてほしい。 ・心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の見直しを要望する。 ・中心静脈栄養を実施している状態について、一定期間経過後、医療区分2に下げる議論がなされているが、医療区分3を継続すべきである。 ・DPC準備病院から、何年もDPC病院への移行を見送っている保険医療機関について、準備病院で居られる期間の設定を行うべきではないか。 ・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。 ・療養病棟の経過措置病棟の廃止について、経過措置は継続すべき。 ・短期滞在手術等基本料の議論に関して、日帰りに対応可能な手術等の外来移行を促進するため、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を拡大し、現状より評価を手厚くしてはどうか。 ・短期滞在手術等基本料の見直しについて、DPC包括評価の対象外に戻す、若しくは単独の除外基準を設け様式1や様式3から対象入院患者を容易に検索出来る仕組みを構築すべき。 ・入院時重症患者対応メディエーターについて、研修修了者が少なく評価開始に向け、対象研修の実施を増やすなどの配慮してほしい。(同旨2件) ・入院時重症患者対応メディエーターについて、急性・重症患者看護専門看護師も加算要件として欲しい。 ・特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制について、学会認証看護師の配置を新たに認めるとともに、COVID19パンデミックによる集中治療領域で働ける看護師の育成を常時行っている施設への評価をしてほしい。 ・早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている治療室における算定上限日数に係る評価の在り方を見直すについては、病棟における患者状態悪化を早期に介入するRapid Response Systemを評価できる仕組みを提示してほしい。 ・入院中の患者の他医療機関受診の取扱いを見直してほしい。 ・地域医療構想に反対する。(同旨1件) ・平時から、感染症拡大の経験も踏まえゆとりある人員体制を組めるように措置して頂きたい。 ・認知症のある入院患者に対する評価をあげて頂きたい。 	22件
--	-----

I-4 外来医療の機能分化等 (31件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 紹介状なしで受診した患者等の定額負担について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一律に病床数のみで対象病院を規定することは反対。(同旨1件) ・紹介状なしで受診した患者等の定額徴収は患者の意向に反しており、反対である。(同旨4件) ・患者に本来の保険診療における負担割合以上を負担させることになる。(同旨5件) ・負担能力の十分ある者の立場から見ると、お金さえ出せば大病院に外来受診することが容認されてしまうこととなり、機能分化という目的のものにも合致しない。(同旨1件) ・開業医の少ない山間僻地における中核病院も対象になるため、患者負担が増え受診抑制につながり、重症化を招くため反対。 ・患者の受診の機会を奪い、病院の経営に深刻な影響を与える受診時定額負担の増額及び保険給付額から控除する仕組みについては反対する。 ・自病院の近くにサテライトクリニックを作り、紹介／逆紹介率を高めることは制度の趣旨に基づいていない。 	18件

<ul style="list-style-type: none"> ○ 外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家において共同して必要な指導を行った場合の新たな評価について <ul style="list-style-type: none"> ・共同指導した場合は外来担当医師と在宅担当医師の双方にそれぞれに点数を評価するように要望する。自院以外の多職種と連携して指導する場合は別途加算を設けてほしい。 ・従来からある退院時共同指導料についても、問題点を省みながら新たな枠組み作りをしてほしい。 	2件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療情報提供料について <ul style="list-style-type: none"> ・評価対象を「紹介受診重点医療機関」等に限定せず、情報提供・共有を行う全ての医療機関へ拡大してほしい。 ・遠い転居で受診する医療機関を定めようがない時にも医療機関を特定しないと診療情報提供料の算定要件を満たさないとするのは、実情に合わない。 ・一般診療所で3回目の歯周病検査を終了した上で、診療内容及び検査結果等を情報提供して、他院に歯周外科手術のみを依頼することが難しいケースがあるので、疑義解釈等でも構わないが、実態に即した改定をお願いしたい。 	3件
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・外来機能の分化について、かかりつけ医機能の強化や地域包括ケアシステムの構築と一体的に推進される必要があり、地域包括診療加算・地域包括診療料、小児かかりつけ診療料の要件見直しや点数の引き上げが検討されるべき。 ・看取りについて、自宅看取りの現場に数多くある一般診療所において、24時間往診体制をとること・連絡を受けることなどは非現実的であり、早期に見直しを求める。 ・多々ある施設基準においての設定項目中で歯科衛生士の配置については、歯科医師で代務可能であると考えられる。現在、歯科衛生士の確保が困難な状態にあるため、歯科医師が歯科衛生士の業務の一部を代行することにより、施設基準を満たすものとするべきである。 ・口腔機能の維持向上を目指すため、地域住民に関わる機会を歯科診療以外にも幅広く持たせるべき。 ・かかりつけ歯科医の機能の評価について、診療の実態に即して算定できるように改めるべき。(同旨2件) ・健診から二次精査で医療機関を受診した際、結果連絡票の記載が必要であり、診療情報提供書として算定できるようにお願いしたい。 	8件

I-5 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価 (187件)

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括診療料等について <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括診療料の365日24時間対応の要求は問題である。 ・今後、予防接種に関する相談は病院側だけでなく、薬局の機能としても備えてもよいのではないかと。薬局における相談機能も評価対象の行為としてはどうか。 ・再診料の「外来管理加算」と地域包括診療料等や特定疾患療養管理料等の併算定を不可とする意見は受け入れられない。 ・「特定疾患療養管理料」を算定のためにさらなる事務手続きの増加を求められると、このコロナ禍でたださえ業務多忙な中で医療関係者の労働環境の悪化に繋がり兼ねず、支払い側の考えは受け入れられない。 ・地域包括診療料等(地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、小児かかりつけ診療料)については廃止し、服薬管理・時間外の相談対応・予防接種に係る相談などの個別評価を実施した上で、患者に対して地域の開業医が慢性疾患等の管理に手厚くあたれるよう基本診療料の底上げにあててもらいたい。 ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価については、抜本的な見直しが必要であり、「初期う蝕管理」「SPT」、「医科歯科連携」「多職種連携」などをそれぞれ切り離して個別評価を充実させるとともに、基本診療料の底上げが必須である。 ・わざわざかかりつけ医にゲートキーパーをさせなくても、無駄な医療費を使うことなく、賢明なかかり方をされている。 	7件

主な意見の内容	件数
<p>○ 小児かかりつけ診療料について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「小児かかりつけ診療料」は「小児科外来診療料」にはいくつかの条件が加わって算定されることとなる。多くの小児科医がその算定条件をクリアしているが、時間外対応加算1又は2のハードルがまだ高い。 ・小児かかりつけ診療料は単に高い点数をとっているだけで患者側メリットがほぼない状態である。かかりつけ診療料を算定しているところに受診する患者側メリットを今後つくるべきであるとする。 	2件
<p>○ 耳鼻咽喉科処置について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍の影響により、耳鼻咽喉科は減収が大きかったこと、元々の処置点数の設定が低いことから、処置点数は小児に限らず引き上げが必要である。(同旨1件) ・耳鼻咽喉科処置点数の包括化が議論されているが、耳鼻咽喉科関連処置を併施するかどうかは病態により異なる。まずは現在ある個々の処置点数を引き上げ、医師の技術料として個々の医療行為が正当に評価されることを望む。 ・耳処置(25点)、鼻処置(14点)といった外来管理加算(52点)より低い処置料について、処置を行う方が処置を行わない場合より点数が低くなるという矛盾を速やかに解決すべき。 ・耳鼻咽喉科でも生活習慣病や慢性疾患の管理指導をおこなっており同等の評価が受けられるよう改善を望む。耳鼻咽喉科検査、処置を行うと再診料が低くなり減収になる点は耳鼻咽喉科専門性に対する評価が低いと考えられ評価の改善を望む。 	5件
<p>○ 機能強化加算の要件について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すべての診療所や病院が地域医療で担っている役割を正当に評価し、初・再診料そのものを引き上げるべき。(同旨2件) ・そもそも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、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。診療報酬上で評価するのであれば、全ての医療機関が算定できるよう、基本診療料の引き上げによって行うべきである。 ・機能強化加算の算定要件について、患者への説明や同意(署名)要件等を全患者に説明する等是非現実的であるとともに、発熱診療等を担っている医療機関もあることから、これ以上の要件の追加には反対する。 ・地域医療におけるかかりつけ医機能を担う医療機関の体制について、診療を行うに当たらないような指導をしている予防的処置に対する評価を行っていただきたい。 ・より効果的な「かかりつけ医」機能を医療機関、患者間で意識づけるためには「同意書」による合意などが求められる。 	7件
<p>○ 継続診療加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「外来で診ていた患者が通院困難となった場合には在宅医療で最期まで診察する」という方針については大いに賛同するが、訪問看護ステーションや急性期に対応できる入院医療機関の充実こそが近道だと考えている。また、往診料の引き上げ等が求められているのではないかと。 ・在宅療養支援診療所以外の医療機関に対する「往診の翌日に行った在宅患者訪問診療料の算定を認めない」などの不要な制限を無くすことを求める。 	2件
<p>○ かかりつけ歯科医の機能の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・SPT(歯周病安定期治療)やCe(エナメル質初期う蝕)に対する処置など全ての歯科医療機関で給付可能な項目を、施設基準によって差別化しないこと。(同旨138件) ・重症化予防に係る初期う蝕治療や歯周病安定期治療(SPT)などは、か強診とは切り離して個別に評価すべきと考える。か強診は、医科歯科連携、医療機関間連携、多職種連携の構築を重視した施設基準要件とするべきである。 <p>歯周病治療関連、歯科訪問診療関連の実績要件について、より多くの医療機関が参加可能な内容になるよう配慮すべきだ。さらに、退院時共同指導料、退院前在宅療養指導料、在宅患者連携指導料等、社会医療診療行為別調査でほとんど算定実績のない項目については見直しが必要。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・か強診の枠組みそのものを廃止し、診療報酬上の評価は基本診療料の引き上げにより行うべきである。 ・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の観点より「か強診」の施設基準の緩和を要請する。 	153件

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・小児歯科治療における非協力児への対応時において、従前どおり十分な感染対策を施していてもやはり感染のリスクを感じざるを得ない状況は少なからずあるように思う。手厚い対応を求めたい。 ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準には歯科訪問診療、もしくは歯科訪問診療の依頼の実績が含まれている。訪問歯科診療を行っていない地域に連携する機会は多々あるため、施設基準から訪問歯科診療の実績を外していただきたい。（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中で、3つ以上に該当する項目があるが、「自治体を実施する歯科保健に係る事業に協力していること」については「自治体など」と要件を緩和し、保育園などでの口腔衛生教育活動なども明確に含めるようにした方がよい。 ・医科保険医療機関から歯科医院へ検査や診断の依頼があり、その結果を情Ⅲで返信する場合、紹介元が「かかりつけ医機能」を有するかの判断が難しい。施設基準があるため、一覧表の作成を考えて頂きたい。 ・在宅の場で歯科医師が栄養管理や機能訓練を担う場面は数多い。しかしながら、栄養士や言語聴覚士への指示ができず、速やかな連携ができない。そのため、歯科医師が栄養や機能訓練の業務を担うことも現場では多い。何らかの形で連携をすることで、二重の指示や業務がへりより高度なケアを提供できる。 ・施設基準を満たせる歯科医院とそうでない歯科医院とでは算定出来る項目や点数に大きな差が生じ、二極化が進んでいる。医療機関が二極化されていくことは利用する患者が不利益を被ることを意味する。施設基準の乱発を廃止することを望む。 	
<p>○ かかりつけ薬剤師と連携して実施する服薬指導等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ薬剤師・薬局が、24時間対応として、夜間・休日等に電話対応した場合について、新たな評価とされたい。かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が対応した場合についても、かかりつけ薬剤師と同等の評価とされたい。 ・かかりつけ薬剤師指導料の評価見直しについて、あらかじめ代理を決めておくような個人に紐づく要件ではなく、薬局全体でのかかりつけ機能の発揮として施設基準としてはどうか。そのための連携方法として、薬局全体で当該患者における対応上の留意点、生活背景といった個別性の高い情報の項目を要件化するのはいかがでしょうか。 ・かかりつけ薬剤師が不在時における対応について評価をすることで「かかりつけ薬局」としての評価へと切り替えていくことが考えられるが、「かかりつけ薬局指導料」という形にし、患者に同意を求めることが求められる。 ・病院と薬局が連携をとり、次回受診日をあらかじめ把握できれば同一の薬剤師で対応が可能となる。その連携を強化するための情報共有に対して一定の評価を病院に付随すればさらなる連携強化が図れるのではないか。 ・かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に、あらかじめ患者が選定した薬剤師がかかりつけ薬剤師と連携して実施する服薬指導等について新たな評価を行うに賛成である。 ・かかりつけ薬剤師としての要件が現実的ではない。 ・かかりつけ薬剤師になるための主な要件は、件数ありきで同じ薬剤師が対応するのみの算定を積み上げるだけ、また、定期的な地域活動の参画も無意味ではないか。この算定自体の存続を再検討が必要ではないか。 	7件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・繰り返しその病院や薬局を利用している事実がすでにかかりつけとしての機能を有しているということであり、同一の患者が同一の医療機関を繰り返し利用しているその利用回数に応じて自動的に診療報酬が加算されるそのような制度の方が日々診療を行っている医療者への負担が少なくまた評価をして貰えるモチベーションになるのではないか。 ・かかりつけ機能の利用が進むまでの間、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師を決めた患者は金銭的に優遇される仕組みにしてはどうか。 ・現状、返信は情Ⅲであるが「かかりつけ医機能」を有していない医療機関には、診療報酬点数なしでの返信となるため、可能にして頂きたい。（同旨1件） 	4件

I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保（86件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 地域支援事業等への参加を在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件に追加することについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児や、若年の末期がんや重症者への在宅医療が縮小する要因となりうる状況と思われる。重症者の診療数などこれら診療所でも在宅療養支援診療所として残れる要件をご検討いただきたい。 ・患者の半数以上が小児であれば、医師会・小児科医会などの在宅医療委員会への参加や、医療福祉連携を目的として構築されつつある電子連絡帳ネットワークへの参加でも認める、などとして頂きたい。 ・要件追加に当たっては、当然、評価の引き上げを伴うこと。また、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料について、同一月に単一建物で管理する患者の人数で差別的に評価が下がる点数設定を廃止し、何人管理していても1人のみ医学管理した場合の点数を算定できるようにすること。 ・在宅療養支援診療所は24時間365日の対応が求められている。地域支援事業への参加する事を追加されても対応する時間はない。 	4件
<p>○ 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「人生の最終段階における適切な意思決定支援に関する指針」の施設基準化は時期尚早。加算等で評価すべきである。（同旨5件） 	6件
<p>○ 機能強化型在宅療養支援病院の要件について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神患者主の訪問看護ステーションとしては要件が厳しい。特に1、2はターミナル、15歳未満の超重症児及び準超重症児は一般科の内容であり、精神科訪問看護ステーションでは施設基準が満たすことができないため、緩和を要望する。 	1件
<p>○ 通院患者のスムーズな在宅医療への移行の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来を担当する医師が患者まで出向くことはハードルが高く現実的でないように思える。在宅医療を担当する医療機関側の医師・看護師・MSWなどが患者へ出向き、本格的に診療を開始する前に医療処置内容等や介護用品の有無等について事前に聞き取りを行うケースは多く、在宅医療機関側としては評価していただけるのであれば嬉しく思う。外来を担当する医師の参加については改めてご検討いただきたい。 	1件
<p>○ 小児在宅医療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所、在宅療養実績加算の要件にも重症児、超重症児など重症者の診療の実績が評価の対象となるようご検討をお願いしたい。 	1件
<p>○ 機能強化型訪問看護ステーションの更なる役割の強化について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能強化型ステーションの看護師6割以上の基準は撤廃すべきである。看護師を募集しても集まらない現実があり、そのために理学療法士等による訪問看護を増やすこともできず、ニーズがあっても応えられない状態となっている。 	1件
<p>○ 理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士等の訪問看護では看護師と理学療法士等が連携して訪問することで、早期の回復を図ることが可能となっている。算定要件の厳格化は、逆に連携を阻害するものであり不要である。 ・医療的ニーズの高い訪問看護の一環として実施するリハビリテーションの定義が不明であり、訪問リハビリテーションとの違いを明確に位置づけする必要がある。 	2件
<p>○ 質の高い在宅歯科医療の提供について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問口腔リハビリテーションの対象患者拡大に賛同する。（同旨1件） ・歯科訪問診療料の20分未満の評価を見直すと言われていたが、20分要件そのものを撤廃すべきである。歯科医師は患者の体力や気力を考慮し、短い時間で正確な治療をすることに力を注いでおり、その努力を適正に評価すべきである。（同旨18件） ・②についてリハビリテーションの範疇に含まれるとは言い難い処置を含めて包括される項目が多い。歯清などは同時算定できるようにすべきである。 ・②口腔機能の発達不全などで継続的な指導管理が必要な患者に対し、年齢による給付打ち切りが起こらないよう対象年齢の拡大や算定要件の多様化を進めるべきである。 ・③について、歯援診の評価は、コロナ禍での診療体制を考慮し、「過去1年間の診療実績」は当面の間は満たしているものとする。また、歯援診を安定して継続できるように、必 	38件

主な意見の内容	件数
<p>須要件の項目を絞り、選択要件の項目を増やすとともに選択すべき要件の数を削減すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・③について歯科衛生士の人員配置などは、地域や個々の医院における差異が大きく一律の算定要件とするのにはそぐわない。柔軟な対応を求める。(同旨1件) ・歯科医療機関が在宅歯科医療に取り組みやすくなり、患者にとっても有益である見直しには賛同する。 ・在宅医療推進のためにも「同一建物」「単一建物」の考え方を、診療現場の実態に即したものに直すべき。そもそも、移動時間や準備時間は含まれないはず。全ての患者で同一の評価を行うようにすべきである。時間要件は不要と考える。在宅推進は、自宅・マンションに限らずに訪問診療1の算定に対して算定可能にすべき。 ・患者口腔粘膜処置について、通知文から「経管栄養等を必要とする」を削除することを要求する。経管栄養と経口摂取を一時的に併用する場合もある。 ・歯援診と歯診では、「歯科疾患在宅療養管理料(歯在管)」「歯科訪問診療補助加算(訪補助)」「在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料(訪問口腔リハ)」等において評価に差がつけられている。同じ指導管理等を行っても評価が異なる「一物二価(多価)」となるのは不合理である。 ・歯援診と関連付けられた指導管理等の点数を歯援診から切り離すことを求める。その上で、歯援診の場合には、別途「一物二価(多価)」とならない評価体系とすることを求める。そして、在宅歯科医療を推進するのであれば、要件を緩和するなど多くの診療所が参入できるよう工夫が必要と考える。 ・歯診を廃止し、届出の負担を解消することで、在宅歯科医療の推進を図ることができると考える。 ・在宅療養支援歯科診療所について、地域における歯科訪問診療の受け皿となる特に在宅療養支援歯科診療所2は、要件の厳格化はすべきでない。(同旨4件) ・歯科訪問診療について、特に介護施設等への訪問診療の妨げになるような点数の引き下げは望ましくない。 	
<p>○ 在宅医療における医科歯科連携を推進する観点について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象となる疾患は、現状を考えると不足であり、対象疾患の拡大を求める。 ・歯科医療機関連携加算1の対象医療機関に制限が多く算定が困難になっている。在宅連携においても、歯援診や在宅病に限定せず幅広く紹介等連携ができるようにすべきである。 ・医科歯科連携を推進する観点から、診療情報連携共有料算定にあたっての照会方法については、文書だけでなく、メール・FAX等の照会方法を認めることを求める。医科歯科双方で算定できるようにし、文書以外の照会方法も認めるべき。 ・対象患者を限定することなく、医科医療機関歯科医療機関にかかわらず医療機関間での文書のやり取りは、その都度毎に診療情報共有連携料を算定できるように適用拡大すべきである。 	4件
<p>○ 在宅患者に対する薬学的管理指導の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・算定要件のなか6日空けるという算定要件は撤廃していただきたい。また、現在在宅協力薬局が基幹薬局に代わり訪問指導した場合は、在宅協力薬局が算定することとしていただきたい。 ・無菌製剤加算：例えば1枚の処方の中に、麻薬のポンプの充填と数日分の中心静脈栄養の充填の記載があった場合、どちらかの日数のみしか算定できない。高度な技術、手間がかかる割に評価されているとは言えない。シリンジポンプ加算、在宅自己注射加算などは医科のみの評価で薬科には評価がない。対人業務：薬剤師は居宅療養管理指導のみしか評価されないのか。医師や現場のスタッフと協力して行う処方設計は重複相互作用防止加算としても評価されず、実際の現場と診療報酬が乖離していると思われる。 ・在宅業務に関しては臨機応変な対応が必要で、通知で示されている点数では対応できない業務も多く、現状に即した報酬体系の検討が必要と思われる。 ・継続的に患者訪問し、医師等へ情報提供を行う必要性があれば、在宅療養患者の対象として認められても良いのではないかと。 ・患者の都合または治療方法の変更等による場合に限り、月内に異なる薬局による訪問薬剤管理指導の算定を認めていただきたい。 ・無菌調剤における高カロリー輸液や、麻薬をポンプに詰めての配薬に対応している中で、医師から患者の応需可否の依頼が入るが、その基準が、「薬局の方でポンプレタルが可能か 	6件

主な意見の内容	件数
どうか」という部分が焦点になっている。薬局におけるポンプ貸し出し(機材提供)について、評価を検討いただきたい。	
○ 入院患者に対する退院時共同指導における関係機関間の連携について ・退院時共同指導の薬局薬剤師の参加要件について、情報通信機器を利用した参加が常時可能とするよう要件の設定をお願いしたい。 ・病院薬剤師と薬局薬剤師の連携をもって、退院時共同指導料として評価するよう要件を見直されたい。	2件
○ その他 ・医療機関ではPSWの単独訪問が可能だが、訪問看護ステーションでは単独訪問が対象外となっているため緩和を要望する。(同旨6件) ・今後も需要が見込める在宅・訪看への支援案と作って欲しい。在宅徴収のアップや新たにクリニック・訪看ステーションを設立する際には補助金・支援金を手厚くしてほしい。 ・質の高い在宅医療の提供を推進するにあたっては、医科も含め訪問診療とデイケアサービスとのあり方に今まで以上に考慮して頂きたい。 ・質の高い訪問歯科衛生の構築には、要介護者の口腔衛生管理・誤嚥性肺炎防止には基本診療料・特掲診療料にみとめられる特別対応加算加算のような障害の程度に合わせた加算の算定が必要である。 ・超高齢化社会を迎えるにあたって、在宅患者訪問口腔リハビリテーションの需要は増加していくと考えられる。今のうちから対応できる歯科医師の養成が必要だが進んでいる気しない。政策的な誘導が必要だと思う。 ・質の高い在宅医療を確保するためには、レセプトをチェックしpolypharmacy率等が高い医療機関の診療報酬の評価を下げるような工夫も必要なのではないか。 ・訪問診療をする際に、歯科衛生士のみで訪問診療に行った際に訪問口腔衛生指導料のみしか算定できないのは矛盾である。歯科衛生士の患者診察という観点から新規項目を設置いただくことを要望する。(同旨6件) ・在宅歯科医療を推進するために医科の訪問医からの紹介を評価するのはよいが、ケアマネジャーや訪看ステーション等からの紹介も評価してほしい。	20件

I-7 地域包括ケアシステムの推進のための取組(182件)

主な意見の内容	件数
○ 周術期における適切な栄養管理について ・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。(同旨3件)	4件
○ 入院医療における栄養管理に係る適切な評価について ・多職種による栄養サポートチームが介入することで、患者のQOL向上、合併症予防を図り、入院期間の短縮に繋がるため、地域包括ケア病棟も対象に含まれると良い。(同旨1件)	2件
○ 患者の病態・状態に応じた栄養管理について ・病床単位が約40床となっている施設が多く、病床単位当たり1名の管理栄養士の病棟配置が機能面・効率化の面でも推奨でき、地域包括ケアシステムの推進に寄与できると考える。 ・患者一人ひとりに適切な栄養改善が求められており、管理栄養士の病棟への充実度が患者満足度や医療の質の向上が図られるため、業務内容に見合った管理栄養士による栄養管理体制が望まれる。 ・管理栄養士が病棟で行う栄養管理業務は近年増加しており、適宜変化する患者の病態に応じて適切な栄養評価及び栄養管理は重要である。病棟における管理栄養士配置体制を推進する意義は大きい。	3件
○ 入院患者に対する褥瘡対策について ・褥瘡管理においては多職種連携と栄養アセスメント・栄養計画の実施・モニタリング・再評価を繰り返していくことが重要であり、それらを実施できる職種は管理栄養士であることから、管理栄養士の業務を明確化し実施内容に加えることが重要であると考え。 ・当院では医師・看護師・理学療法士・管理栄養士・薬剤師が回診を行っている。各職種が専門性を生かして継続的に介入することで治癒を目指しており、実施内容の明確化に賛成であ	3件

<p>る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡管理は多職種介入及び管理が重要であり、管理栄養士が行う栄養管理（栄養アセスメント・栄養管理計画立案・栄養介入・モニタリング・評価及びアウトカム）が果たす役割は大きい。そのため、褥瘡対策における管理栄養士業務を明確化することで、各施設における業務及びアウトカムの統一性が図れると考える。 	
<p>○ 術後患者に対する質の高い疼痛管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・術後疼痛管理チームによる疼痛管理について、新たな評価に関しては、全領域の周術期患者を対象とできる急性重症患者看護専門看護師やクリティカルケア認定看護師などでチームを組み、対応することで加算対象としていただきたい。 ・術後疼痛管理チームは米国の Acute Pain Service（急性疼痛管理チーム；以下、APS と標記）を参考にしていると思われる。構成メンバーは様々であるが、中でも看護師メンバーについて「日本看護協会認定 急性・重症患者看護専門看護師」を含めることを提案したい。 ・術後疼痛管理は本来、患者の痛みを取り除くというあたりまえにやらなければならない医療である。加算でも良いが、多職種チームを置いて介入していなければ「減算にする」という方法をとっても良いかもしれない。 	3 件
<p>○ 在宅医療における医科歯科連携の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不合理な施設基準要件を撤廃すること。特に、歯管の総合医療管理加算の施設基準を撤廃し、医管については歯科衛生士の配置要件を抜本的に見直すこと。（同旨 124 件） ・歯科医療機関の地域偏在の常態化に鑑み、歯科保険医療機関が行う往診・訪問診療については、いわゆる「16km 制限」の例外としていただきたい。 ・歯科訪問診療に特化した歯科診療所が施設に対し営業を行い、我々一般歯科診療所への訪問診療依頼が少ない。病院や施設側、ケアマネージャーがかかりつけ歯科医に連絡を取ること加算が算定できるような形にすれば、こういった現状を変えられるのではないか。 ・診療情報提供料Ⅲにおいて、歯科から医科へ必要に応じて返書を行う場合に紹介元が施設基準をみだしているかがわからず、算定において厚生局に届け出ている医院の施設基準を一から探す必要があり、もっと簡便にわかるようにして頂きたい。 	128 件
<p>○ 総合医療管理加算等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設基準の要件と、医科歯科連携化の総合的な医学管理を行う評価の内容とが不整合である。施設基準としての取り扱いを廃止すべきである。 ・対象疾患を患者・国民のため、HIV 感染症だけでなくエビデンスに基づいて広く認めるべきである。（同旨 4 件） ・医科からの情報提供を基に実施する総合医療管理加算に施設基準は不要である。また、歯科治療時医療管理料（医管）も医科の類似「検査」と同様に、施設基準をなくすべきである。特に、歯科疾患管理料の総合医療管理加算は医科の主治医と連携して医学管理する歯科医師の技術料という性格から、歯科衛生士の人員基準は不要であり、二重の意味で施設基準から外すべきである。（同旨 1 件） ・歯科治療時医療管理料については、対象となる処置等が、クラウン・ブリッジ維持管理期間中の再製作により算定ができない項目の場合、及び対象となっていない歯冠修復物の試適、装着において、浸麻を使用した場合は算定を認める取扱いとすること。 ・総合医療管理加算は医師と歯科医師間の情報共有による医学管理であり、歯科衛生士の配置は不要である。 ・HIV 感染症等の患者を総合医療管理加算の対象疾患とすることは、一見良いことに思えるが、患者の立場を考えると、病名を申告することで負担金が増えることに抵抗を感じるかもしれない。 ・総合医療管理加算等の対象疾患に HIV 感染症等を加えるという考え方と思われるが、歯科治療を行うに当たって他にも総合的医療管理が必要な疾患はあり、診療情報提供により医療連携を行った上で管理が必要な対象疾患（大動脈瘤解離等）を増やすべきである。 	12 件
<p>○ 入院患者に対する退院時共同指導における関係機関間の連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チェーンドラッグストアの薬剤師が率先して多職種連携の場に出ることにより、地域貢献がより推進されると考える。 	1 件
<p>○ リフィル処方箋の仕組みについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リフィル処方を導入することには反対である。そもそも医師は、個々の患者の病態により、投薬は症状の予見できる範囲内としている。医師は毎月の診察、検査等によりし、患者の病態や服薬管理が良好と判断した場合は、投薬内容が変わらないことがある。これがリフィル 	1 件

<p>処方置き換わるとすれば、医師の管理が不十分になることは明らかであり、大きな問題である。結果として、患者の状態悪化を招く可能性が高い。</p>	
<p>○ リフィル処方箋により処方を行った場合の処方箋料の要件について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リフィル処方箋の導入には反対。医師の診察を省略して処方箋を反復活用することは、医師が症状の変化に適した処方ができなくなることにつながる。(同旨 18 件) ・今後の医療費削減・患者負担低減に繋がるため期待しているが、どこまで対象者や対象疾病を広げられるか。例えば費用対効果が高いであろう生活習慣病は確実に対象になりうるが、合併症を伴う場合への扱いは難しいと思われる。 ・症状が安定している患者に関するリフィル処方箋の調剤は、患者のかかりつけ薬剤師が実施することが望ましい。リフィル処方箋であっても、調剤基本料、調剤料、薬学管理料について各々の要件を満たす業務が求められることから、リフィル処方箋でない通常の処方箋受付時と同等の評価とされたい。 ・リフィル処方箋が進められると思われるが、その場合はより広域の医療機関からの処方箋応需に対応する必要があるが今以上に発生すると考えられる。先発医薬品の調剤に関しても、類似した剤形等への変更調剤を認めることでより柔軟な処方箋調剤を行うことができる。 	22 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネージャーや施設職員の方等との患者様の情報共有、治療計画・評価する場の評価がないため、多職種連携が行える項目を双方から模索していただきたい。(同旨 1 件) ・現在歯科医療機関から医科医療機関等の職種への情報提供に対する評価が全くされていない。地域包括ケア推進のためにも歯科(双方)からの情報提供(診療情報連携共有料等)に対する評価(算定要件拡大)をお願いしたい。 	3 件

II 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

II-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確保（2件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に勤務する医師の不足は地域間格差が激しく、深刻な医師不足に陥っている地域もある。お産ができない、夜間・休日の小児救急の体制も弱い地域が広がっており、将来的に医師は過剰になるという国の見方は地域の実感からは大きくずれている。 ・地方において救急搬送受入の中心を担っている中小病院においては、医師数が少なく救急を担当する勤務医は多忙であり、働き方改革に逆行している状態である。救急医療管理加算を増点するなどがなければ勤務医を増員できず、労働基準局からの夜間の宿直許可も承認されず、2年後には地方の救急医療は崩壊すると予想される。 	2件

II-2 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げに係る必要な対応について検討（16件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 看護職の収入の引き上げについて <ul style="list-style-type: none"> ・処遇改善の対象看護師はコロナ対応や等の限られた部分にとどまっているが、すべての看護職員を対象にすべき。（同旨1件） ・診療報酬に組み込まれる形ではなく、賃金改善を行うため必要な費用を補助する明朗な方法を希望する。診療報酬で対応するというのであれば、看護処遇改善加算を明確化し、看護処遇改善の算定合計額≒看護職員への支給合計額となるよう設定してほしい。 ・看護職員の処遇改善、人件費等を担保するためには、入院基本料を大幅に引き上げることで対応すべき。加算点数として設定すると、その対応の有無により医療機関の分断が進んでしまう。 ・診療所が今後の新興・再興感染症にも耐えられるように「診療所（外来）看護師配置加算」のような加算点数の新設を希望する。 ・看護現場の看護師の収入と医療機関収入とをリンクさせるためには、入退院時の手続きを実施（完遂）した個別ナースヘフィーを設定する、あるいは、外来看護について（医師の訪問診療時の補助含む）外来看護料を創設し適切なフィーを設定することが簡便かつ有効と考える。同時に経営者側が適切に仕組みを運用することを担保するため、匿名報告者制度を作り給与事情のモニタリングを行うことも有効と考える。 	6件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 看護職以外の収入の引き上げについて <ul style="list-style-type: none"> ・タスク・シフティングの結果、事務職の負担は増加するばかりであるが、事務職の賃金は一向に上がる見込みがない。すべての医療従事者がチーム医療として地域医療を支えている事を考えると、他のコメディカルも含めた全ての医療従事者の抜本的な賃上げに繋がるよう、配慮してほしい。（同旨1件） ・介護医療院で勤務する介護職員、一般・療養病棟で勤務する看護補助者という名称だけで、業務は同じ介護の業務をしているのに賃上げの対象になる者とならない者がおり、どちらも支援できる仕組みを希望する。 	3件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急医療管理加算について <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の対応する医療機関であるかといった項目は加算の要件として考慮されるよう検討してほしい。 ・救急医療管理加算について、対象となる実際的人数は、予算上の対象人数58万1250名とどの程度誤差があるのか明らかにしてほしい。 ・「1年間における救急搬送件数が200件以上」の基準があることで、救急搬送は受け入れていないが、急性期の医療機関と連携して地域医療に貢献している回復期や慢性期の医療機関等、基準に届かない病院が多くなってしまふ。（同旨1件） 	4件
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・実際として過酷な環境で労働している職員は一握りであるため、広く医療従事者の収入を増加させるのではなく、収入引き上げによる高度急性期医療機関への人材集約を検討してほしい。 ・医科歯科調剤の技術料分配率「1:1.1:0.3」が、今回の改定では実質「1:0.63:0.17」と 	3件

歪曲されているのではないか。 ・現状の低い診療報酬のままでは、働き方改革どころか現状を維持するだけでも精一杯である。	
---	--

Ⅱ－３ 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進（６件）

主な意見の内容	件数
○ コメディカル職の働き方について ・歯科衛生士の高度プロフェッショナル制度が必要である。能力が高い歯科衛生士には労働基準法範囲で働くのではなく、自身の能力に合わせ判断を行い患者の健康管理を行うような働き方も用意すべきである。 ・急性期病院ではコメディカル・パラメディカルも病院や患者のために相当な業務量を担当しており、様々な職種の労働環境改善に言及してほしい。	2件
○ 手術及び処置に係る時間外加算について ・現在、手術及び処置に係る時間外加算１の要件では、ごく一部の大病院でしか届出できない。勤務医の負担軽減を推進するためにも、中小病院でも届出・算定できるようにすべきである	1件
○ 夜間看護体制加算について ・2021年12月8日の中医協の総会時の議論において、「11時間以上の勤務間隔の確保」を夜間看護体制加算の必須項目にするといった意見が出されたと聞いているが、必須項目にすると3交代制の病院や人員配置が少ない中小の病院は加算対象から外れてしまうので、必須項目にすることはやめてほしい。	1件
○ その他 ・急性期病院には、どうしても36協定の範囲内では業務が収まらない職場もあることを認識してほしい。そのような現場で電子カルテのログイン・ログアウト時間を以て勤務時間とするのは難しいと感じる。 ・医師の働き方改革、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療も医療従事者不足を改善しなければ根本的に意味がない。まずは診療報酬以前に医療従事者の不足改善を行うべきではないか。	2件

Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進（16件）

主な意見の内容	件数
○ 医師事務作業補助体制加算について ・医師事務作業補助者の業務内容は施設基準で規定されているが、より明確にしてほしい。そのなかで、クリニカルパスに係る業務について医師事務作業補助者はどの範囲で従事してよいのかを明記してほしい。 ・医師事務作業補助体制加算の施設基準が緊急入院患者数や全身麻酔による手術年間件数など厳しい要件となっており、見直しを要すると考える。 ・医師事務作業補助者の業務範囲を看護師の事務補助にも拡大するほうが、無駄なく活動できると考える。 ・医療事務作業補助者（非薬剤師）による一包化行為も容認してほしい。	4件
○ 看護師の特定行為研修について ・現在特定行為研修修了者として病院内で活動しているが普段の看護業務にプラスアルファされる部分に関しての人員の増加や配置基準の変更がない。そのため実際のタスクシフトが円滑に行われていない。 ・修了者の扱いも資格制度とはいわないまでもほぼ新たな資格として認識している関係者が多数であり国・関係機関からの説明が不足している。診療報酬の改定に合わせて特定行為研修修了者の扱いや加算案件がはっきりしなければ病院・組織として動くのは難しいと思われる。 ・栄養サポートチーム加算等の要件である看護師の40時間研修と特定行為研修を比較すると後	6件

<p>者の方が難易度は高く、同列で扱われることに違和感がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養サポートチーム加算において、特定行為看護師を加えたチームであれば、医師を要件のメンバーから外した3名構成（特定行為看護師、研修済み薬剤師、研修済み管理栄養士）にし、主治医と相談しながら、必要な栄養改善案等を提案する形のほうが運用しやすい。 ・専門的な教育を受け、専門的な知識を提供することが可能な看護師：専門看護師・認定看護師による教育プログラムについて評価を検討してほしい。 ・特定看護師の輩出、その活動でも栄養面で役割発揮できることは、医療の質の向上にもつながり、医師の労務時間の改善の一助になることが期待される。よって、栄養サポートチーム加算の要件に、特定行為研修が含まれることは非常に良いことだと思う。 	
<p>○ 周術期における薬学的管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・例えば抗血栓薬の術前休止などはかかりつけ薬局との連携で行った場合（一包化から当該薬剤を抜くなど）の評価も検討してほしい。 ・術前に休薬が必要な薬剤について、薬局が医療機関に提言した場合も新たな評価としてほしい。 ・保険薬局の薬剤師でも周術期の薬物療法と評価してはどうか。例として抗凝固薬やサプリメントの指導ができるのではないかな。 	3件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師も医師の監督下でワクチン接種等ができるようにすべき。 ・医療の質の高度化に伴い必要な病院の歯科医師、小児病棟薬剤師、コメディカルを雇うための費用を考慮に入れてもらいたい。（同旨1件） 	3件

Ⅱ－５ 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価 (23 件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 施設基準の届出、レセプト請求に係る事務について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 国保、基金からの増減点、過誤調整（二次審査、保険者による再審査）について、情報提供の形態（紙ではなくデータ<csv ファイル等>を希望）や、その情報の見やすさについて改善を求める。（同旨 11 件） ・ 「算定ルールの複雑化」は、医療機関の負担増となり予期しない過誤請求・萎縮請求の元凶となるため簡素化を行うべき。（同旨 1 件） ・ 従来どおり、紙面での届出について医療機関の選択を妨げないでほしい。 ・ コンピュータによる審査を正確に行うために、一定の摘要欄記載が必要なことは分かるが、歯科における「暫間固定」において、固定方法、○回目、歯周外科の予定の有無の 3 つの記載は不必要ではないかと考える。 ・ 感染症拡大を防止するため各種届出などを郵送するようにしているが、郵送料負担や期日前に前倒して作業が必要等の負担があるため、すべての施設基準についてオンラインでの提出が出来るようにしてほしい。 ・ 基準を定めないと著しく医療提供に支障をきたすものに限って施設基準の届出を求めるなど、届出医療の制度全般の見直しにも着手してほしい。 ・ 診療報酬明細書摘要欄のコメントに共通のレセプト電算処理システム用コードを用いる機会が増えたが、歴週で一部明確なルールが定まっていないことで、返戻に繋がったケースがある。歴週や 1 週間単位で算定要件を満たす診療報酬の場合、当月第 1 週目と最終週の算定時に、どのように実施日のコードを入力すべきか指針を定めてほしい。 	9 件
<p>○ カンファレンスの実施等の要件見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療で継続管理中の患者に対して新型コロナウイルス感染症に対応する施設内に立ち入れない場合の特例措置も検討すべき。 ・ 機能強化型、連携型の在宅療養支援診療所の施設基準に定められた月一回の連携体制におけるカンファレンスについても、ビデオ通話等の ICT を活用したカンファレンスを認めてほしい。（同旨 1 件） 	3 件
<p>○ 記録の簡素化について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科は医科よりも診察時間は長くなり、準備や片付け等の業務も多い。1 日での処置本数による加算等の評価、また業務の効率化・合理化の面からも、煩雑な算定要件である診療録、提供文書等への記載等についてのさらなる簡略化を進めてほしい。 ・ 処置後にカルテ記載をして文書提供できるまでの患者の待ち時間発生等で苦情になることもあるので、文書提供の要件緩和・記録の簡素化を求める。（同旨 1 件） 	3 件
<p>○ 行政からの情報発信・情報公開について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地方厚生局が厚労省に照会した結果等について、可能な限り疑義解釈で公表することを求める。 ・ 地方厚生局によって、施設基準の細かい情報（入院加算等の区分など）も公開されている／公開されていないといった違いがある。統一して幅広く公開することを求める。 ・ 「答申」では、診療報酬点数表が公表されるが、点数の変更箇所について Excel ファイルでも提供してほしい。多くの医療機関が自施設で PDF ファイルから変更前後の比較行を作成しており手間がかかっている。 	3 件
<p>○ オンライン診療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ オンライン診療で行える医療の範囲は限定的であり、現在のような営利企業を優遇する方策で行うのは患者の不利益を誘発すると思われる。 ・ 薬剤の添付文書に照らしても矛盾や齟齬が生じると思われるため、初診からオンラインで診察する場合には、処方不可とする等の制限を検討すべき。 	2 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ キャッシュレス決済は、業務効率化および現金授受に伴う感染症リスクの削減に寄与すると考えるので、こちらも加算点数の創設等を検討してほしい。 ・ 歯科用口腔内スキャナーを使用することで、患者の負担軽減、スタッフの労働時間の短縮、労働環境の改善を図る事が可能となるため、歯科用口腔内スキャナーの導入推進を検討してほしい。 	3 件

・多職種連携について、医師等への情報提供も「文書で行った場合」に限らず、SNSにおけるタイムリーな連絡により文書に取って代わる形式を認めてほしい。	
---	--

Ⅲ 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

Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等（78件）

主な意見の内容	件数
○ 画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する取組について ・取り組みに対する評価だけでなく、実際に防止できているか数値目標を厳しく設定したうえで評価をするよう要望する。	1件
○ 療養・就労両立支援指導料の見直しについて ・療養・就労両立支援指導料は、算定が非常に難しい。職場への情報提供等は、「診断書」等、健康保険外で足りているのでは。	1件
○ 手術等の医療技術の見直しについて ・精神療法の保険点数が実態に即していない。 ・手術や保険医療材料の算定に係る評価充実を要望。（同旨2件）	4件
○ 歯科口腔疾患の重症化予防について ・歯周病の安定期治療及び重症化予防治療の評価充実をお願いしたい（同旨21件） ・欠損補綴治療も対象にして欲しい（同旨4件） ・長期管理を行ううえで、算定回数の制限を無くして欲しい。（同旨4件） ・口腔機能低下が見られる患者等へのう蝕及び処置等の評価の充実。（同旨12件） ・歯周病安定期治療は施設基準の有無にかかわらず、患者の重症度等により評価すべき。（同旨5件） ・新設された歯周病重症化予防治療では、包括される項目が多すぎるため、必要とされる処置等は別で算定できるよう検討していただきたい。（同旨7件）	59件
○ 医薬品等の安定供給について ・ジェネリックが手配できず先発で対応した事もあり改善してほしい。（同旨3件） ・調剤基本料、または地域支援体制加算等について、医療過疎地においても持続的な薬局経営ができる報酬体系の設定、枠組みの設定を検討してほしい。 ・供給不安定の一因として、日本の原薬受け入れ基準が厳しすぎると思う。 ・厚生労働省は供給不安への対応、可能なら在庫融通もとのことであるが、実際は会計上の問題もあり私立でも公立でも関連病院間でさえ医薬品のやりとりはほぼ無理。	7件
○ その他 ・各診療科で診療情報提供料および診療情報連携共有料が算定可能となるよう要望する。（同旨4件） ・ホスピスケアが誰にでも受けられるように、施設を作る場合の補助金制度や高額になった場合の減免制度を設けてほしい。	6件

Ⅲ－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応（74件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 情報通信機器を用いた場合の初診について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科診療においては、オンラインの初診には反対。 ・オンライン初診の恒久化には賛同できない。あくまで対面診療の補完に留めるべき。（同旨10件） ・かかりつけ医以外でもあらかじめ診療録や診療情報提供書、健康診断結果等で医師が状態を把握できる場合に初診からのオンライン診療を可能とする方向で進んでいるが、この“状態把握”が果たして対面による初診と同水準の質を確保できるのか疑問。 	13件
<p>○ 情報通信機器を用いた場合の再診について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話による投薬については、コロナ禍に伴う時限的・特例的措置であり、平時の診療に適用するのは適当でない。 ・電話再診を続けなくてはかかりつけ医がコロナ診療の一端を担うことは困難になる。 	2件
<p>○ 情報通信機器を用いた場合の医学管理等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・様々な事業者より、患者が自らの症状を記録し共有するツールが提供されているが、これらのツールによりオンラインにて日常的に症状を管理する場合も、遠隔モニタリングの一つとして診療報酬の対象にならないか。 ・口腔内の光学的なデジタルスキャンを認めてほしい。（同旨3件） ・オンライン診療の価値と可能性を正当に評価すべき。 ・対面診療が足りている場所ではオンライン診療の点数は低く、対面診療が足りていない地域ではオンライン診療に加算をつけるべき。 ・患者情報等についてメール等による情報共有を可としてほしい。（同旨2件） ・オンライン診療は情報セキュリティについての議論が不十分。 ・ICT活用においてトラブルが起きた時の責任範囲などルール作りが必要。 	12件
<p>○ 情報通信機器を活用した質の高い在宅歯科医療の提供について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問口腔衛生指導の評価のみではなく、同様に居宅療養管理指導費（歯科衛生士）に関しても評価が必要。（同旨9件） ・ICT活用は重要だと思うが、現場に行って実際に行う訪問衛生指導の点数を引き下げるのはやめてほしい。（同旨1件） ・患者宅の状況がある程度把握する・家族とコミュニケーション取る意味でも、在宅歯科診療のICT活用を進めてほしい。 ・情報通信機器を活用するのは重要だが、ネットワークツールの整備をすべき。（同旨2件） ・情報通信機器を用いた訪問歯科衛生指導については、実用性の検証が不十分。（同旨2件） ・歯科衛生士を介してだけでなく、患者自身のタイミングで相談に応じるべき 	20件
<p>○ 情報通信機器を用いた服薬指導等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全く記録のない電子お薬手帳持参時に「手帳持参あり」と算定していいのか。 ・オンライン接続されていないカルテからも容易に閲覧できるならよいが、現状できないためお薬手帳の電子化は困る。 ・薬価収載され運用を開始する際の負担をよく考えICTを活用してほしい。 ・「薬局内の定められた場所」からのオンライン服薬指導を算定すべき。 	4件
<p>○ 情報通信機器等を用いた栄養食事指導について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報通信機器を活用した栄養食事指導を初回時から行えるようにしていくべき。 ・オンライン食事指導の点数化を希望。 	2件
<p>○ データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲拡大について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・算定回数の少ない中小病院にとっては病床規模に応じた点数の増点が必要。（同旨1件） ・診療所では物理的に対応不可能であり、要件化には反対。 	3件
<p>○ 適切な診療記録の管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適切な診療記録の管理を推進する観点から、「診療記録管理者」の部分「診療情報管理士」と明記すべき。（同旨1件） ・別の加算の形（診療情報セキュリティー対策加算）が必要。 ・システム更新費用を回収できるような加算あるいは点数設定を希望。 	5件

・システム担当を配置すると加算できるような体系を希望。	
○ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療におけるデータに基づく評価について ・患者による評価指標を加えるべき。 ・診療内容のデータが審査に利用されることのないようお願いする。	2件
○ オンライン資格確認システムの活用について ・マイナンバーカードと保険証との紐付けに係る設備を設置した医療機関に管理加算点数等のインセンティブを付けてほしい。(同旨3件) ・システム導入の有無に関して、「診断及び治療等の質の向上」は関係しておらず、その点を診療報酬で評価するのは問題。(同旨1件) ・施設基準への導入、もしくは減算等により厳罰にしないで普及は進まない。	7件
○ その他 ・レセプトオンライン請求、顔認証システムの費用については診療報酬に全く反映されていない。(同旨3件)	4件

Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進 (16件)

主な意見の内容	件数
○ 摂食嚥下支援加算の見直しについて ・チームへの管理栄養士の参画が重要。	1件
○ 標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合における疾患別リハビリテーション料の要件について ・日数を超えて算定する場合の組み合わせがわかりづらいため、一覧表等を整理してほしい。 ・算定日数上限超えについて、改善しなくても医療においてリハを続けないと悪化するケースが少なからずあり、ある程度のリハビリは認めるべき。(同旨1件) ・リハビリ日数は訓練終了の目安として残すものの、算定日数上限については撤廃し、必要なリハビリテーションは制限せずに、全て医療保険で患者に提供できるよう制度を改めるべき。(同旨6件)	10件
○ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について ・ある程度期間をあげずに同様の検査があり、直近での検査が不必要な症状がない場合などは、そのデータを使用して医師が判断した際の評価の点数の導入。(同旨1件)	2件
○ その他 ・現在の医療費はアウトカムに関係なく使われている部分が非常に大きい。(同旨2件)	3件

Ⅲ-4-1 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価 (10件)

主な意見の内容	件数
○ 保険適用の適否について ・少子化対策は、若者の不安定雇用や低賃金労働の解消、保育所の拡充や保育・教育の負担軽減など生まれた子どもを育てられる環境を整えていくという根本的な問題を改善することが求められている。不妊治療が保険適用となったことで少子化の問題が解決するわけではない。 ・健康保険は疾病や傷害等に備えて制度化されており、不妊を保険に含めるのか否かは十分な検討が必要。 ・現在の不妊治療の成功率や安全性を考慮すれば、ただ保険適用の範囲を広げればいいというわけでもなく、現時点での保険適用はあまりに拙速であると言わざるを得ない。当面は現行の不妊治療助成制度を継続し、今次改定での不妊治療の保険適用は見送るべきである。	3件
○ 適切な制度設計 (標準治療、治療施設) について ・標準治療を定めることにより、不妊治療を行っている医師の技術選択が狭くなり、結果的に患者の妊娠成功が減少する可能性がある。そのような結果にならないための適切な評価及び制度設計を構築することを要望する。	3件

<ul style="list-style-type: none"> ・程度の低い施設まで保険診療の恩恵を受けることがないようにしてほしい。 ・採卵時の卵巣刺激方法については、学会等の方針に基づき治療知見による、いわゆる適用外使用が行われることもあるが、四角四面に保険適用として使用できなくなる事態が起こらないよう十分配慮いただきたい。 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・保険診療と自由診療の範囲及び取扱いを明確化するべきである。 ・子どもを望むカップルが経済的負担を理由に不妊治療をあきらめることがないような、保険診療（保険外併用含め）における評価、保険適用によって当事者の負担増とならない制度設計とすること。また保険適用対象外となった患者が経済的負担を理由に不妊治療を断念することのない公的助成制度の継続・拡充が必要である。（同旨1件） ・不妊治療等の実効性の担保には、産科領域の保険診療と、正常分娩との間のシームレスな行き来が必要。今一度、正常分娩の公費化（保険診療化）を検討いただきたい。 	4件

Ⅲ－４－２ 質の高いがん医療の評価（7件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 専門的な知識を有する管理栄養士による質の高い栄養食事指導について <ul style="list-style-type: none"> ・実地修練課程を経た者が、過半数を超えるまでは保留すべき。 ・外来化学療法を施行している患者にあつては、副作用による有害事象が治療にも影響し、体重変化や栄養摂取状況、味覚障害、消化器症状、口内炎などの栄養アセスメントを定期的に行うことで、低栄養予防が可能であるため、専門的な知識を有した管理栄養士による栄養食事指導は重要である。（同旨2件） ・がん患者において、レジメン及び各種病態に応じた栄養管理は専門的な知識を有する管理栄養士の存在意義は大きい。患者の期待に応えることが可能である「専門的知識を有する管理栄養士」への評価は重要である。 	4件
<ul style="list-style-type: none"> ○ がん患者指導管理料(ハ)について <ul style="list-style-type: none"> ・がん患者指導管理料(ハ)について、質の高いがん医療を行うには経営面のメリットがないとなかなか病院幹部が人的リソースを割くことに納得しないので、少しでも点数を上乗せしてほしい。 	1件
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・質の高い放射線内用療法の提供について、内用療法だけでなく患者に適した外部照射療法が適切に提供できるための要件および評価の見直しを追加することが必要。 ・特定薬剤管理指導加算2に加えて、抗悪性腫瘍剤の内服薬を服用している患者に対して、レジメン等を確認し、薬学的管理及び指導した場合についても評価されたい。 	2件

Ⅲ－４－３ 認知症の者に対する適切な医療の評価（１件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科における評価について <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科の外来にも認知症の患者は来院し、予約忘れや予約時間違い、治療方針についての繰り返し説明が必要。歯科においても、認知症患者に対する評価をお願いしたい。 	1件

Ⅲ－４－４ 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（38件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 通院・在宅精神療法における児童思春期精神科専門管理加算算定の困難さと20歳未満加算算定期間の延長について <ul style="list-style-type: none"> ・ 児童青年期の患者は診療時間がかかり多職種や地域での連携なども必要。また成長に伴い様々な課題が出てくるために、長期間継続して診療が行われている現状もある。「通院在宅精神療法の20歳未満加算」の算定期限の延長が必要であると考え。 (同旨11件) ・ 近年児童思春期精神科の医療需要は急激に増加している一方でその専門性を確保できている医療機関の少なさから数少ない地域基幹医療機関に患者が集中している。地域の基幹病院のみではその対応は困難と言わざるを得ない一方で、地域の数少ない基幹病院以外の医療機関では児童思春期精神科専門管理加算は算定できていない。(同旨1件) ・ 子どもたちを守る地域の医療機関のためにも、現在の通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算について、要件及び評価の見直しと、20歳未満加算の算定期限の延長の検討を求める。(同旨2件) ・ 児童思春期医療について「効果がある医療を十分提供しても医療機関がつぶれない」ために児童思春期専門管理加算要件についての検討を望む。(同旨2件) ・ 患者にとってファーストコンタクトであり、発達障害を抱えながらも社会生活を送る患者が利用することの多い診療所の機能を改善することも精神科医療に必要なことである。 ・ 常勤2人という基準は難しい診療所が多い。常勤1人＋非常勤で1人換算を希望する。 ・ 児童思春期精神科専門管理加算についての見直し、診療が2年以上長く継続する実態に鑑み、20歳未満加算および小児特定疾患カウンセリング料の算定年限の延長を喫緊の課題として取り上げていただきたい。 ・ 児童・思春期精神科専門管理加算では、「診療所では50%以上が16歳未満でないといけない」という制約のために、年齢における患者人数の制限が必要である。発達障害支援では保護者支援も重要な役割の1つであるが、この要件のために親子別の医療機関への受診が必要となる等、医療機関にとっても利用する患者にとってもデメリットとなっている。 ・ 通院・在宅精神療法が全体が50%以上という規定は、地域における児童精神科医療を停滞させる。通院在宅の比率より、16歳未満の初診が半数以上ということが児童精神科の専門性を証明するのではないか。 ・ 公認心理士、精神保健福祉士等の多職種でのフォローと教育や福祉とのカンファレンスを評価してほしい。 	26件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科救急入院料算定病床を精神病床全体の2割以下とする制限について <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科救急入院料病棟60床では現状の体制は到底賄えきれない。万が一、現行どおりの改定(病床制限60床)が行われた場合には他の入院料に転換しなければならないが、それには改修工事が必要。24時間365日対応できる精神科救急医療ができる人員を雇用できなくなる。病院の存続も危機的状況となり、地域精神科救急医療の存続も危うくなると言っても過言ではない。 ・ 精神科の病床数削減を躊躇させ、精神科医療の慢性化を助長させるものであることが懸念される。一律の病床数制限でなく患者個別の暴力行為や自傷行為の有無など精神科救急病棟での治療の必要性に照準を置いた基準を策定していただきたい。 	2件

<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養・就労両立支援指導料の見直しについて、公認心理師を加えるべき。精神保健指定医による通院・在宅精神療法の、公認心理師と協働して行われた場合、保険点数上で評価を行うべき。医師が、公認心理師と協働して認知療法・認知行動療法を行った場合、保険点数に加算を行うべきである。あるいは、うつ病・不安症などの外来指導において「認知行動外来指導」等を創設するべき。 ・小児特定疾患カウンセリング料も2年以上診療が継続している。特に発達障害の診療にあたっては就学前から児童・思春期まで小児科において外来診療を継続している実態から、小児特定疾患カウンセリングにおいても要件及び評価を見直していただきたい。（同旨1件） ・（1）について、具体的な実施方法等を実際に算定している病院等から聞き取りし、点数本に掲載されていると有難い。 ・（5）について「多職種による包括的支援マネジメントに基づく相談・支援等」とあるが、多職種があつまるケース会議などの出席も診療報酬上算定出来る仕組みが必要である。看護師、精神保健福祉士の参加も算定の対象とすべき。 ・（6）について本人に会えない「ひきこもり」患者等であっても、診療報酬上算定できるような仕組みが必要である。 ・精神科在宅患者支援管理料の対象患者に、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を追加することに賛成する。併せて、「ひきこもり」の長期化や高齢化が社会問題化している。2021年3月末に廃止された精神科在宅患者支援管理料1のハを復活し、算定できるようにすることを望む。また2020年改定で規定された、初回算定日より2年を限度とするとの要件を見直すことを求める。 ・（8）に対し精神保健指定医も他の精神科医も診ている患者はほぼ同じ、病状、深刻度合い、改善度合いもほぼ同等。同等でありながら報酬の差を付け、恒常化させるのは両者の分断に繋がり、地域精神医療の連携を損なう可能性をはらむ。 ・精神科救急医療について公的病院に対しては、厚くする必要があるが、民間病院は急性期は最小限にして、慢性入院患者の退院に力を注ぐべき。 ・精神科救急病棟入院料の施設基準に医療保護である割合、3か月以内の自宅等への移行率等が定められているが、任意入院であっても希死念慮のある患者や家庭環境により自宅退院が容易でない患者が多く見られる。必要な患者に必要な医療を提供することを阻害することがなきようご配慮いただきたい。 	10件
--	-----

Ⅲ－４－５ 難病患者に対する適切な医療の評価（3件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 難病患者に対する適切な歯科医療の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険適応のブリッジ設計では、支台歯の抵抗、ポンティックの疲労、補足疲労を考慮して咬合力の負担を算出しているため、金属アレルギー患者のみに適応させて頂きたい。 	1件
<p>○ 難病又はてんかんに係る専門的な外来医療を提供する医療機関が、患者の紹介を受けた医療機関に対し当該患者の診療情報を提供した場合の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療情報の提供に係る評価の前進には賛同するが、評価対象を「難病又はてんかんに係る専門的な外来医療を提供する医療機関」等に限定せず、情報提供・共有を行う全ての医療機関へ拡大するよう求める。 	1件
<p>○ 難病患者に対する適切な医療の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・難病法の施行に伴い、難病外来指導管理料の対象疾患が順次拡大されている中で、保険医は難病患者の医学管理に当たり高度かつ幅広い知識を求められている。現行の点数では難病に係る指導管理の評価としては低すぎるため、引き上げるべきである。 	1件

Ⅲ－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実（６件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 小児入院医療管理料に包括されている無菌室治療管理加算は出来高評価について <ul style="list-style-type: none"> ・小児入院医療管理料に包括されている無菌室治療管理加算は出来高評価とすることに賛成だが、その分小児入院医療管理料を引き下げべきという意見には反対。 	1件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 通常の調剤に比べて手間がかかることへの評価について <ul style="list-style-type: none"> ・病状等に合わせて量の調整が必要であったり、粉碎や脱カプセル、長期処方による配合変化を考慮すると、計量混合はできない。それぞれを分包し、家族の負担軽減を考慮するとさらに一回分ずつにまとめるなど長時間の作業が生じる。 	1件
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・①小児科専門医（日本小児科学会、日本専門医機構認定）取得者の待遇改善（診療報酬点数の上乗せ）、②輸液・迅速検査の包括外請求可能となる制度③小児科専門医のみ対応可能な周産期医療から継続する乳児早期（月齢6未満）児に対する診療報酬の上乗せをお願いしたい ・小児特定集中治療室管理料の要件及び算定上限日数見直しについて、ありがたく思うが、以下の様に現状に合わせた施設基準とするべき。 <ul style="list-style-type: none"> ①当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に C004 救急搬送診療料を算定したものに限り）が直近1年間に 50 名以上 → 30 名以上 ②そのうち、当該治療室に入室後 24 時間以内に人工呼吸を実施した患者が 30 名以上 → 20 名以上 ・小児科外来診療料の点数を大幅に引き上げることを要望する。また、診療情報提供料や高額な「検査、処置、投薬、注射」の費用は、別途算定できるようにすることを望む。 ・在宅で療養する 6 歳未満の小児患者については、出来高算定を認めてほしい。 	4件

Ⅲ－５ 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（2,136件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・院内感染防止対策を行う上で必要な金額を初再診料に反映させて欲しい。（同旨 8件） ・院内感染防止対策に対する評価を復活・充実すべき。（同旨 155件） ・初再診料を医科と同一にすべき。（同旨 5件） ・初再診料を引き上げ、歯初診注1の施設基準は廃止すべき。（同旨 153件） ・初診料の施設基準の変更は理解できるが、医療機関が対応できるように経過措置を十分設けて欲しい。（同旨 1件） ・毎年の研修義務化としたうえで、歯科初診料の大幅な点数アップをして欲しい。（同旨 1件） ・歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件の見直しについて、要件を増やさないで欲しい。（同旨 2件） ・施設基準の研修について e-learning を認めて欲しい。 	333件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科口腔疾患の重症化予防について <ul style="list-style-type: none"> ・SPT（歯周病安定期治療）やCe（エナメル質初期う蝕）に対する処置など全ての歯科医療機関で給付可能な項目を、施設基準によって差別化すべきではない。（同旨 131件） ・歯周病安定期や重症化予防治療に包括した項目を独立して算定できるようにし、歯周基本治療の点数を引き上げて欲しい。（同旨 124件） ・歯周病安定期治療および重症化予防治療について、混乱がないようにして欲しい。（同旨 2件） ・歯周病重症化予防治療については、混合歯列期における評価を見直すべき。（同旨 2件） ・P重防、SPTに関して、開始時期、算定期間の要件緩和や内容の見直し、更なる評価をして欲しい。（同旨 12件） ・現在の一口腔におけるう蝕治療完了後から管理を行う取り扱いを改め、初診時にう蝕を有している場合は、その時点からC管理を行うことを可能とすべき。 ・う蝕多発傾向者の判定基準の更なる要件緩和を要望する。（同旨 1件） ・フッ化物洗口指導及びフッ化物歯面塗布処置について、対象患者拡大をして欲しい。（同旨 2件） ・重症化予防の観点からすると未病の段階で管理料が算定できず、口腔機能が低下してから管理するのでは意味が無い。健康なうちから定期的に管理指導が必要。 	283件
<ul style="list-style-type: none"> ○ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進について <ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能管理料および小児口腔機能管理料について、点数を引き上げ、診断や管理に必要なものを包括するのではなく、検査・技術等にも適切な評価をすべき。（同旨 121件） ・小児口腔機能管理料から口腔機能管理料へと切れ目のない口腔機能管理ができるよう要望する。（同旨 2件） ・口腔機能管理料について、対象年齢、算定回数等要件の見直しをして欲しい。（同旨 7件） ・口腔機能低下についての評価とリハビリテーションに対し、診療報酬により更に評価を行うべきである。（同旨 2件） ・口腔機能低下症に係る検査項目について、十分な検査が評価されるよう見直しを要望する。（同旨 2件） ・口腔機能低下症の必須有検査（咀嚼機能検査・咬合圧検査）について、代替法での検査でも必須検査として認めて欲しい。 ・口腔機能発達不全症の評価としても舌圧検査、咀嚼能力検査、咬合力検査が必要。検査を歯科点数表に記載していただきたい。 ・口腔機能低下症の啓発活動が必要。 ・小児期よりの機能的な原因による不正咬合の治療、指導に関して保険診療の拡充と口腔機能管理加算の引き上げをして欲しい。 ・小児口腔機能管理料については、歯科領域のみでの対応では不十分である。捕食開始時から介入した方が、効果は期待できる。職域を超えた、特に産科領域の方との連携が重要。（同旨 1件） 	145件

<p>○ 歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科診療特別対応連携加算について、患者の年齢等の実態や地域における連携状況を踏まえて、見直しを行うことに賛同する。（同旨 1 件） ・ 歯特連の評価の見直しに際しては、紹介外来患者の減少を考慮し、「歯科診療特別対応加算等を算定した患者が月平均 10 人以上」の要件を緩和すること。 ・ 情Ⅲに関しては密なる連携を可能とするためにはかかりつけ機能の有無は撤廃すべき。 ・ 情共の算定は、保険医療機関ごとではなく、診療科ごとにすべき。 ・ 診療情報連携共有料の要件緩和をすべき。（同旨 1 件） 	7 件
<p>○ 歯科固有の技術について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ メタルコア加算の廃止は中止しファイバーコアにも加算を新設して欲しい。（同旨 133 件） ・ メタルコア加算の廃止に反対。（同旨 11 件） ・ 歯周基本治療処置の廃止は中止し、基本診療料に包括されているラバーダムや歯肉息肉除去手術など再評価して欲しい。（同旨 130 件） ・ 歯周基本治療処置の廃止は反対。（同旨 7 件） ・ 歯周基本治療処置については、単なる廃止ではなく、それに見合った点数の引き上げをして欲しい。（同旨 4 件） ・ 金パラにかかる点数は基準改定・随時改定ともに実勢価格をもとに改定して欲しい。（同旨 154 件） ・ 歯科用貴金属について、「逆ザヤ」が発生することが無い仕組みとなるよう、制度を抜本的に見直して欲しい。（同旨 21 件） ・ 歯科技工士にも適正な報酬が配分できるよう、補綴関連の点数を大幅に引き上げて欲しい。（同旨 144 件） ・ 処置手術、補綴治療に係る麻酔について、実態どおり算定できるようにして欲しい。（同旨 136 件） ・ 補管を廃止すること。少なくとも補管は歯科医師の判断で装置ごとに算定できるようにして欲しい。（同旨 142 件） 	1,005 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 同一初診期間中 1 回のみ算定などを見直し、実態に則した評価として欲しい。（同旨 133 件） ・ 不合理な施設基準要件を撤廃して欲しい。特に、歯管の総合医療管理加算の施設基準を撤廃し、医管については歯科衛生士の配置要件を抜本的に見直して欲しい。（同旨 123 件） ・ 歯科での禁煙治療を保険適用して欲しい。（同旨 49 件） ・ 診療報酬の引き上げをすべき。（同旨 9 件） ・ 文書提供の要件緩和や、要件となる記載内容を簡略化する等、業務の効率化に向けて適切に実施できるようにお願いしたい。（同旨 2 件） ・ 3 D スキャンを用いた印象採得を算定可能にしてほしい。（同旨 1 件） ・ 歯科医師、歯科技工士など関係する医療従事者も納得のできる保険点数にしていただき、国民の健康に資する歯科技工物が世に広まるようにして欲しい。（同旨 1 件） ・ 唾液検査を保険で認めて欲しい。（同旨 1 件） ・ 小児・学童の歯列矯正を公的医療保険へ拡大導入すべき。 ・ 必要に応じてデイサービス等の施設への歯科訪問診療を認めて欲しい。 	363 件

Ⅲ－６ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価（70件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 地域支援体制加算について要件及び評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤師の経験年数や薬局の所属年数がかかりつけ機能の質の高さに比例しないため、薬剤師歴(5年)、薬剤師の所属年数(1年)の条件を変更するべき。(同旨1件) ・ 地域連携薬局や専門医療機関連携薬局、健康サポート薬局などさまざまな薬局の形ができている中で、地域支援体制加算との区別は必要になってくるかと思う。(同旨1件) 	4件
<p>○ 薬剤調製や取り揃え監査業務の評価の新設について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 調剤料の内服薬については現状の処方日数で区切る評価ではなく、処方剤数での区分にしてはどうか。 ・ 取り揃え監査業務は当然ながら調剤料に含まれる業務である。 ・ 監査業務の評価においても、一包化や散剤調剤などの監査に時間を要するものの評価を検討していただきたい。(同旨1件) 	5件
<p>○ 処方内容の薬学的分析、調剤設計等と、薬歴の管理等に係る業務の評価の新設について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「処方の分析」ではなく、「処方の妥当性評価」ではないか。 ・ 「処方内容の薬学的分析」はもともと薬剤服用歴管理指導料で評価されている内容と考えるべきではないか。 ・ 調剤料として評価されていた評価の新設について、医師へ疑義紹介を実施した場合の評価を検討していただきたい。 ・ 今後どのような点数が新設されるのかはわかりませんが、薬生総発0402第1号にあるように、薬剤師でなくてもできる業務については点数を縮小し、患者として納得のできる医療費になっていただきたい。 	5件
<p>○ 薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務の評価の新設について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定薬剤管理指導加算について、算定要件に対する点数としての評価が少ない。 	1件
<p>○ 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は2回目以降の利用であって処方内容が変更された場合における当該患者に対する薬学的管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 6種類とした根拠は何か？ ・ 必ずしも6種類以上ではない場合も含めて評価してほしい。(同旨1件) ・ 下記のケースは加算の不適切算定を防止する観点からも除外すべき。 ケース：A病院で4種類、B診療所で3種類をそれぞれC薬局、D薬局で受付 	4件
<p>○ かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に、あらかじめ患者が選定した薬剤師がかかりつけ薬剤師と連携して実施する服薬指導等についての評価の新設について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ薬剤師指導料を廃止し、かかりつけ薬局として体制・実績を評価する。今の基準に、副作用報告件数、健康や栄養についての相談体制の評価を追加する。(同旨1件) ・ かかりつけ薬剤師の意義である『患者の薬物治療を一元管理することによる処方薬の適正化』の観点より、患者へ対するディスインセンティブとなる報酬体系ではなく、包括的に評価し重複投与防止や減薬といった職能発揮によって結果的に経費率の下がる報酬体系とすべき。 	3件
<p>○ 調剤後薬剤管理指導加算の評価の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 調剤後薬剤管理指導加算を算定できる対象薬局は現在、「地域支援体制加算」だけであるが、全薬局が算定できるように改定を求める。また、対象患者は糖尿病患者であるため、処方薬のインスリン製剤またはスルフォニル尿素系製剤に限らず、糖尿病の適応が処方薬にある全ての患者を対象とするべき。 ・ インスリン等の糖尿病治療薬の適正使用について、評価対象を地域支援体制加算を算定する薬局に限定することなく、また電話またはオンラインツールを用いたフォローアップのみならず、処方せん受付日以外の日程において薬局内で実施する個別カウンセリングまたは患者同士で支えあうきっかけづくりを目的として薬剤師または管理栄養士がおこなう集団型の糖尿病教室（お薬教室、栄養・運動指導等）についても療養の給付が可能とし、相応の評価をすべき。 	2件

<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院予定の患者に対して、医療機関からの求めに応じて、薬局において持参薬の整理を行うとともに、当該患者の服用薬等に関する情報を一元的に把握し、その結果を医療機関に文書により提供した場合についての評価の新設について <ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の整理について、持参する薬そのものの整理を示すのか、服用しているすべての薬の情報の整理の場合も認めることとするのか、それによって実効性も大きく変わるものと考える。 ・入院予定患者の服用薬整理について、複数科受診している場合などは薬剤の確認や再分包など相応の業務が生じると思われる。従来の残薬整理にかかる外来服薬支援料と同等の業務が想定されるため、外来服薬支援料と同等の評価をお願いしたい。 ・患者からの求めによる持参薬整理等でも、医療機関の業務負荷、リスク低減につながる事が期待できるため、要件に患者からの求めも追加してはどうか。 ・病院業務として持参薬の内容確認、服薬確認、医師への継続・中止確認（手術・検査時の中止薬の有無）、電子カルテへの持参薬入力など入院時に常時に行っていて持参薬にかなりの時間を要しており、病院での持参薬業務の評価をして欲しい。（同旨1件） ・入院予定の患者に対しての医療機関への情報提供については、「医療機関からの求め」以外に「患者または患者家族からの要望」や「当該薬局薬剤師の判断に応じて」といった要件があっても良い。 	6件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 多種類の薬剤が投与されている患者又は直接被包から取り出して服用することが困難な患者に対して、治療上の必要性が認められる場合に、医師の了解を得た上で、内服薬の一包化を行い、必要な服薬指導を行った場合の評価の新設について <ul style="list-style-type: none"> ・医科点数表にも、分包機を設置して医師又は薬剤師が内服薬を一包化した場合の技術料を新設し、点数設定は調剤報酬の一包化加算と同点数とすること。調剤薬局のない地域等では必要不可欠だが評価がないのはおかしい。（同旨1件） ・医師の了解なしで、一包化できるようにしてほしい。（同旨1件） ・一包化については、必要な服薬指導に加えて、その後のフォローアップとして一包化したことの効果についての処方医へのフィードバックも要件に加えてはどうか。 ・ある程度の条件（3剤以上など）はあってもよいが、適切な理由があり、服用状況を確認して、コンプライアンス改善につながっているのであれば、認めてもよいと考える。 ・一包化加算については、43日分を上限として評価されているが、長期処方が増え90日処方の一包化に対しても更なる評価とされたい。 ・本人の状態・特性のみでなく管理状況など周囲状態の情報を得て一包化の必要性を考慮する必要があり、要件の拡大と、地域連携の面から通常の一包化加算と別に評価がされることを求める。 	8件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 服用薬剤調整支援料2の評価の見直しについて <ul style="list-style-type: none"> ・薬は、患者の病態に合わせて処方されるものであり、増減も含めて医師の治療上の判断と責任で処方されるものであるため、目標値（2種類以上）を設定し、薬剤師に対する「成功報酬」のような加算で減薬を誘導することは、医師と薬剤師の間の信頼関係を損なう。 ・書面での医師への情報提供が現在必要となっているが、それとは別に薬剤師が医師の往診に同行し、口頭で処方提案を行い、服用薬剤数を減らすことができた場合の評価を検討いただきたい。 	2件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 小児入院医療管理料を算定する病棟における病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方の見直しについて <ul style="list-style-type: none"> ・基本方針に病棟薬剤師業務の評価とされているが、項目があまりにも少ない。 	1件
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・「対物中心から対人中心へ」という表現に関しては、様々な解釈を生むと思う。「Patient Centerd Care」に寄与する薬剤師の職能を示す、新たな表現があって良いと思う。 ・昨今の風潮を診ていると、対物業務を軽視しているような薬剤師もいるが、あまり対人業務を強調するあまり誤ったメッセージを送らないようにしてほしい。 ・超高齢化社会を迎え、医療費の取捨選択を行わなくてはならない時代に、夜間救急外来があり救急車が走っている国で24時間対応の調剤やお薬相談は過剰サービスである。 ・地域支援体制加算とかかりつけ薬剤師指導料では24時間の相談対応など重複している要素が多分にみられる。 ・かかりつけ薬剤師の要件の一つである地域活動について、地域の特別養護老人ホームなどの施設の従業員（介護に当たられている方や看護師、理学療法士、生活相談員の方々）に対し 	30件

て、薬剤師が講師として、薬に関する勉強会を行った場合を含めていただきたい。

- ・かかりつけ機能の推進のためには、患者のかかりつけ薬剤師利用による自己負担増加は解消する必要があると考える。
- ・薬局は対人業務を強化し、選ばれる薬局となれば、立地に頼らず応需処方箋の増加が期待できる。結果として、基本料や薬学管理料の影響を回避すべく、かかりつけ機能を強化するよう、動機付けが期待できる。
- ・かかりつけ薬剤師指導料についても、長らく届出のみのなっており実算定していない算定薬局もいることが考えられる。要件に算定実績を含むべきである。
- ・できるだけ変更幅の少ない改正内容にさせていただくとともに、もっと早くから議論いただき、システム改修の時間を確保いただきたい。
- ・すべての薬局に対して一律の基本調剤料とし、面対している薬局に対して、補助金という形で手当すべきである。
- ・患者の容態変化や検査等のために、医師の指示に基づき、調剤済みの一包化された薬剤の一部が服薬中止となり、当該薬剤以外の薬剤で再度一包化した場合について、新たに評価されたい。また、当該患者が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者等であり、前記のとおり再度一包化した場合についても、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料として評価されたい。
- ・院外処方箋の需要が少ない時間帯や曜日にも開院してくれる薬局に対しての評価を行ってほしいと思う。
- ・院内処方の分包数が多くなっているため、その評価をいただきたい。
- ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師をもっと進めていく上で、門前の点数は下げても、患者負担は自宅近くの薬局でもらった方が安くなるような仕組みを考えるべき。
- ・疑義照会により、処方箋に記載された薬剤の全てが削除となった場合についても、薬剤師の対人業務として、新たに評価されたい。
- ・本来、医療機関が交付すべき検査薬等について、院外処方箋により薬局が受け付けた場合においても、通常の処方箋受付時と同様に、調剤基本料、調剤料、薬学管理料、薬剤料として評価されたい。
- ・病棟薬剤師業務の評価として、使用ガイド付き院内医薬品リスト(フォーミュラリ)の作成について、入院時の診療報酬で評価すべき。
- ・国民(患者)の利益を最優先に考えた調剤報酬にさせていただきたい。
- ・医者に聞かれたことと同じことを聞かれ患者にも不評な院外薬局の保険点数を下げ、医療機関に手厚くすべきである。
- ・処方箋枚数に依存しない大中小規模薬局毎に対応した対人業務での点数設定をお願いしたい。
- ・内服薬外用剤については剤数日数にかかわらず、患者さんの理解のためにも一律の点数とすることを希望する。
- ・対物業務から対人業務への転換を推進する上で、地域支援体制加算、調剤料、薬剤服用歴管理指導料の見直しに賛成。
- ・「調剤料」の中に対物業務と対人業務に対する評価が混在していることで、患者にとっても点数の説明が分かりにくいと感じることがあったが、今回の改訂により、対物業務と対人業務が切り離されることで、薬剤師が行う調剤に対して患者への理解がより一層進むと感じている。(同旨1件)
- ・急性期病院では入院患者70人に対して薬剤師配置基準1ではとてもではないが個々を詳しくチェックしてもらえず、職能を一定水準でまんべんなく提供することができない。せめて1.5人としていただきたい。
- ・回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期リハ病棟)での病棟薬剤業務を適正に評価、点数化してほしい。
- ・対物から対人ということで調剤料が減らされ、代わりに患者さんとの対話で加算の流れができつつあるが、この流れでは個人経営とチェーン薬局との差がどんどん開いていってしまう。
- ・慢性疾患などで継続処方が続いている患者において、服薬指導が必要でないと考えられる患者においては薬剤師の管理下における薬剤師以外の職員の投薬を認めなくてはならない。その指導料をなくすことで医療費の抑制につながる。
- ・薬剤服用歴管理指導料を算定しない場合は、基本料、調剤料、後発品体制加算、地域支援体制加算などを大幅に減算する方が良い。

・小児科同様の子供処方と比較的多い耳鼻科処方箋については薬剤師配置数の特例からは除外すべき。	
--	--

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（45件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品の更なる使用促進について ・後発医薬品の供給量に不足が生じているため、やむを得ず先発医薬品に変更せざるを得ない状況もある中で、①「後発医薬品の調剤割合が低い薬局に対する減算」や、②「後発医薬品の使用割合が高い医療機関に重点を置いた評価」を検討できる環境にはない。 	1件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品調剤体制加算の要件及び評価の見直しについて ・保険薬局では概ね後発医薬品の使用を促進しているが、変更不可の処方や昨今の後発品の供給問題、一部の患者による先発品希望、などによってこれ以上の進展は現場感覚から厳しいと言わざるを得ない。（同旨11件） ・定期的に、市場の医薬品流通状況を除外措置対応に反映させて頂きたい。（同旨2件） ・先発医薬品で変更不可で処方している医療機関側の大幅な減算は検討していないのか。先発医薬品を中心に使用している医療機関の門前は後発医薬品の活用を患者に促しても変更不可医薬品では対応できない。（同旨5件） ・後発医薬品の供給不足に伴い、2022年3月31日まで指定医薬品の除外措置が取られているが、後発医薬品が安定供給されるまでは同措置を継続していただきたい。 ・後発医薬品を入手するのが困難な診療所もある為、調剤割合が低い薬局に対する減算ではなく、調剤割合が高い薬局への加算比率を高める改訂にすべきである。 ・本来、減算とは医療保険制度を遵守していないことに対するペナルティと解釈されるため、後発医薬品の調剤割合が低いことのみをもって、減算とすべきではない。 ・引き続き、後発医薬品を推奨するのであれば、供給不足により信用を失墜した後発医薬品のイメージを引き上げる政策を打ち出していただきたい。 	26件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬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 ・後発医薬品使用体制加算の施設基準は複雑でわかりづらい。 ・後発品医薬品についてはメーカー側の問題から供給制限が続いており、現状から脱するには期間を要すると認識されるため、医療現場の実態を無視した要件見直しには反対する。（同旨3件） ・後発医薬品の使用促進にあたっては、後発品使用割合が低い医療機関に対し減算規定を設ける等、医師の裁量権・処方権の侵害に繋がる方向性とならないよう求める。 ・一部の極端に高い薬価を改め、一般薬品の安全性と安定供給に資する薬価に設定するよう国が責任を持つことを求める。 ・後発医薬品をはじめとする医薬品の供給不安定が続くなかにおいて、後発医薬品使用体制加算等の要件緩和を求める。 	11件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入する場合についての評価の新設について ・国産のバイオシミラーが少なすぎる。安全保障的な観点からも製作としてもっと国産バイオシミラーに力を入れてほしい。 	1件
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 ・汎用されており薬価も十分に下がっている後発品についてはこれ以上薬価を引き下げない方がよい。 ・普通錠と口腔内崩壊錠の違いがあっても、一般名処方加算2が算定できるようにしていただきたい。 ・一般名処方の処方せんに対して、アレルギーや効果不十分などの妥当な理由なく、先発品を希望する患者には、一定の自己負担をお願いするような仕組みを導入を検討しても良いのではないか。 ・現状では後発医薬品への新たな切り替えは困難である。「すべての都道府県でジェネリック医薬品の割合を80%以上とする」といった目標についても、その妥当性について再検討し見 	6件

<p>直す必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が、後発医薬品を使わない一番大きな理由は、後発医薬品が信用できないということである。 ・ 薬剤の認可の時点では止むを得ないにせよ、少なくとも市販された後は、実際の製造ラインの中から無作為に製剤を抽出し、認可の際に出された申請書どおりに薬剤が作られているかどうか、チェックすべきである。また「先発品と同等の効果」と謳われていても、実際に効くのかどうかは、信頼に足る症例数に基づいた臨床試験を義務づける必要がある。 	
--	--

IV-2 費用対効果評価制度の活用（2件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・ 「企業との関連が一定の基準内である場合には、公的分析班として公的分析に関わることができる」と利益相反規定を緩和することは、分析結果の信頼性に関わるものでありやめるべきである。 ・ 医師の薬剤選択権に幅があり過ぎ、実態のエビデンスに基づかなく、個人の（ほとんどが思い込み）による薬剤の選択が、薬剤料の過大になっている。 	2件

IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等（28件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 「令和4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4年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づく対応について ・ 新薬開発の難易度が高まるなか、市販後のエビデンス等によって明らかになる有用性や、継続的な開発によって明らかになる価値もあることから、企業による継続的な開発投資が行われるよう、より一層のイノベーションの成果が適切に評価される環境整備が必要である。 ・ 新薬のイノベーション評価は、税制・補助金（予算）などでも対応可能である。高薬価の継続により患者アクセスを阻害する新薬創出等加算は廃止すべきである。 ・ 原価算定方式における製造原価の開示度の加算係数の引下げについて、薬価算定の透明性確保の重要性は理解している。一方で、透明性確保のトレードオフとしてイノベーションの評価を低下させることは、製薬企業の日本における新薬開発投資意欲を低下させ、結果として日本国民の新薬へのアクセスが低下するといった悪影響につながることを懸念する。 ・ 原価計算方式では、製品価格の申請コストの内訳・根拠が半分程度も開示されない以上について、今回の補正加算を加味しないとする措置は当然である。 ・ 過度な薬剤費抑制策は、日本の医薬品市場としての魅力の低下や、日本の医薬品産業の世界における競争力の低下をまねき、結果として日本国民の革新的新薬やワクチンなど高水準な医療へのアクセス低下という不利益に繋がりがかねない。 ・ 診療報酬改定年度の合間に行う中間年の薬価改定については中止すべきである。頻繁な薬価改定の実施により、後発品や長期収載品など値下がり幅の大きい品目が集中的に引き下げられ、医薬品の安定供給に更に支障を来しかねない一方、新薬の薬価が高止まりする傾向が更に強まる事態が危惧される。 ・ メーカーが強気の新薬に関しては値引きが消費税分しかなく逆ザヤではないがゼロに限りなく近く、使用条件が色々付随する高額な新薬の管理コストなどを考えると赤字である。価格設定において過剰な値引きは不要だが、卸や使用する病院のことも考えた価格設定や卸値になるようにしてほしい。 	7件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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評価の見直しについて ・ 新型コロナウイルス感染症におけるPCR検査の点数の大幅な引き下げは、当該感染症の収束が見通せない状況の中で、検査体制の拡充に逆行する対応であり実施するべきではない。（同旨2件） 	3件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 材料加算として評価されている材料等に関する実勢価格等を踏まえた適正な評価について ・ 歯科治療において金属の詰め物、被せものは金、パラジウムが含まれており、それぞれ市場価格が異常とあってよいほど高騰している。にもかかわらず保険点数がそれに見合ったものとなっていないため、治療を行えば行うほど赤字となる。（同旨12件） ・ 購入した歯科材料が必要となる診療項目には消費税分を付加した点数配分が必要と考える。 ・ 保険医療材料の価格設定については、当該技術、機器、材料の保険点数を適正評価し、購入価格と保険給付基準の「逆ざや」をなくすこと、また物価等による価格変動を確実に反映す 	15件

ることとし、保険償還価格が購入価格を下回ることがないようにすることを求める。	
○ リアルワールドデータの解析結果を踏まえた医療技術の評価・再評価の在り方の見直しについて ・データによるエビデンスの蓄積には賛同するが、あまりに厳格な運用は医師の負担を過剰にし、働き方改革に逆行するものであり、バランスには留意いただきたい。	1件
○ その他 ・諸外国と比較しても著しく低い歯科診療報酬が何十年と渡り維持されている。外国の歯科医療関係者から見ると日本の歯科医療の低評価にあきれ返るはずだ。 ・妊婦健診にかかる費用に関し、最低でも、異常がない場合は補助券のみで賄えるようにしなければ、少子化は進む一方であり、高齢出産を促すことに繋がりがかねないと考える。関連して、骨盤ベルトが医療費控除の対象になっているのであれば、授乳用ブラジャーや母乳パッドと言った品目についても医療費控除の対象としていただきたい。	2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）

（I-3を参照）

IV-5 外来医療の機能分化等（再掲）

（I-4を参照）

IV-6 重症化予防の取組の推進（7件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防の取組の推進における項目として、造血細胞移植等により免疫機能が消失した患者に対するワクチン再接種を医療として評価することが必要。 ・口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のためには個々の実態に即した処置及び期間・回数が必要不可欠であり、それらに対する柔軟な算定が可能となるようご検討いただきたい。 ・歯科における重症化予防はSPT、P重防、エナメル質初期う蝕管理加算等、外来診療に重きを置いた項目が多いのが現状である。多種多様化している在宅患者に対し、歯科訪問診療における実態に即した新たな重症化予防の項目新設や既存の項目の要件緩和等、再度ご検討いただきたい。 ・フレイル、サルコペニアなどの早期発見のための薬局でのチェックに関する点数化があるとよい。（同旨1件） ・骨粗鬆症の二次予防対象を大腿骨近位部骨折患者以外に椎体骨折患者も加えるのはどうか。 ・必要な治療を実施した場合だけでなく、取組み（骨粗鬆症リエゾンサービスチーム）を評価（検査、フォローアップ、教育・啓発なども含む）したほうがいいのではないか。また、そのチーム構成を医師・薬剤師・看護師・理学療法士 MSWを必須条件とし、カンファレンスの実施など要件を明確にするのはどうか。 	7件

IV-7 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進（43件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 処方箋等に理由を記載することなく処方ができる湿布薬の枚数の上限の見直しについて ・湿布薬の処方枚数上限はその製品の用法・容量に即して検討されるべきと考える。加えて、現在70枚とされている湿布薬の処方枚数の上限を更に見直す（削減する）ことは、患者の頻回の来院をよりもたらすとともに、患者の身体的・経済的負担も増すこととなり、決して医療費の削減には繋がらないと思う。（同旨20件） ・70枚制限をして医療費削減の効果が出ているのであれば継続をした方が良いと思う。 	22件
<ul style="list-style-type: none"> ○ リフィル処方箋の仕組みについて ・リフィル処方箋による処方については、患者の健康状態悪化を見逃すことが懸念されるので、反対である。（同旨5件） ・症状が安定している患者が症状悪化してしまった場合は薬剤師に責任が問われるか。（同旨 	16件

<p>1件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リフィル処方箋の活用にあたっては、よりきめ細かな患者情報の把握が必要と考える。リフィル処方箋の利用に際し、疾患管理手帳（紙媒体、電子媒体を問わず）の使用を条件として定める、或いは、お薬手帳のように使用の有無により点数に差をつけてはどうか。 ・リフィル処方箋を実効性のある制度とするためには、2回目以降にリフィルが可能であるか否かの判断について、医療機関とのプロトコルからの逸脱の有無および医療機関での検査実施により一定期間を経過した時点において薬局においてもPOCTを活用した一定のバイタルデータの確認が必要とすべきではないか。 ・リフィル処方箋について、具体的な運用形態が見えづらい。 ・現在も90日分等の長期投与をされる医師もいる中で、この制度の導入によりどれだけのリフィルが発行されるのか疑問がある。 ・病院との連携が不可欠なため、やり取り手段や内容、計画など記録を残して実施した時と、患者様の経過を確認した時にそれぞれ加点がつくような算定が出来ると良い。 ・近隣の複数のクリニックを受診しているが数回に1回は診察無しで受付で処方箋をもらって再診料と診察料を取られている。医療費、時間の無駄であり、コロナ感染リスクにもさらされている。 ・リフィルは不必要な医師の診察回数を減らし、限りある資源の見直しの1つの方策であり、適正な費用対効果の施策と思われる。 ・リフィル処方箋を普及させるためには、合理的でわかりやすい仕組みが必須と思われる。医師、薬剤師また患者にとってわかりやすい仕組みの構築をお願いしたい。 	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定入院料（回復期リハビリテーション病棟入院料）における高額薬剤等の包括除外。 ・医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働における医療機関側（病棟薬剤師等）の評価も検討いただきたい。 ・適切な理由をきちんと病院、薬局が記録を残したとしても、湿布薬だけでなく、ビタミン剤（漫然投与）、うがい薬の上限も設定して欲しい。 	5件

IV-8 効率性等に応じた薬局の評価の推進（67件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多店舗展開する薬局の対する低評価が疑問。多店舗展開やチェーン薬局企業なども個人薬局等と同等の地域社会の貢献、患者様健康サポートを有している薬局もあるため、一概にはすべてのチェーン薬局の点数を下げる方針はいかがなものかを感じる。薬局機能・かかりつけを有している薬局個別毎に点数での評価することがいいのではないか。（同旨29件） ・医薬分業、特に面分業、地域のかかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師を推進しているはずなのに、損益率など効率性を評価指標に入れるのはいかがなものかと思う。（同旨19件） ・国民にとっては、同じ薬局にもかかわらず、基本料金が異なるのはおかしいと感じる。全薬局が一律の基本料で良いのではないか。 ・調剤基本料の集中率の計算から特別養護老人ホームの処方箋を除外すべきである。集中率を下げるための過度な競争を生んでいる。 ・医療ビル等に対する月間4000枚要件を引き下げるべきである。基本料が経営の効率性を評価する報酬であれば、医療ビル等への要件変更も考えるべき項目である。 	55件
<p>○ 特別調剤基本料の評価の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・構造上敷地内にあるものは敷地内薬局として一本化するべきである ・医療機関と薬局の両方を院内処方と同様の取り扱いにする。 ・病院である医療機関の敷地内に薬局を有する薬局チェーン等について、敷地内薬局の開設に際して高額な賃料や付帯設備の建築等を請け負うといった状態は、療養の給付が患者への医療提供体制へ適切に還元されていると言える状況ではない。 ・特別調剤基本料を算定する保険薬局は保険医療機関内の薬局と同一の施設と考えられ、調剤報酬においても保険医療機関内の薬局と同一な点数算定（診療報酬の調剤料と同一の点数算定）を行う事が当然と考える。 ・点数引き下げは患者から見ると自己負担分の軽減となり、インセンティブになりかねないおそれがある。 	9件

<ul style="list-style-type: none"> ・ あきらかに敷地外（隣接もせず、敷地が離れていて、特に優遇もされていない）の薬局であっても、たまたま何らかの形で医師と不動産取引関係があれば「敷地内薬局」の制度が適用されてしまっている。 ・ 外形的にあきらかに敷地内の薬局であるにもかかわらず、不動産取引関係に抜け道をつくり敷地内薬局制度の適用を逃れている事例がかなりある。 ・ 敷地内薬局については曖昧な判断が出来ないように、病院に限り敷地内にある薬局は全て特別調剤基本料とすべきである。 	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 敷地内薬局を診療側、支払側ともに敵視しているが、そもそも患者利便性を無視した議論であり、司法も合理性のない規制と判断したことを脇において、薬剤師の既得権益を守ろうとしているように見える。 ・ 対物から対人業務の転換にあたり調剤基本料よりも対人業務、施設基準へのウエイトをあげるにより薬局の機能分化を進めるべきである。 ・ 医療機関へは診察室のプライバシー配慮を求める一方、調剤薬局では対策が講じられていません。そのため、調剤薬局における、プライバシー保護の確保を望む。 	3件

○ その他（2件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・ コロナ禍で一層疲弊した医療現場を改善させるためには、基礎的技術料を中心とした診療報酬全体でのプラス改定が不可欠であることを政府は認識し、必要な財源を投入すべき。 ・ 診療報酬改定について、改定内容の十分な周知徹底のための期間を設けるべき。パブリックコメントの意見募集期間を1カ月の期間を設け、意見を改定の審議に反映させるべき。 	2件