

中央社会保険医療協議会 総会（第 553 回） 議事次第

令和 5 年 8 月 30 日（水）薬価専門部会終了後～

議 題

○ODPC 対象病院の退出に係る報告について

○令和 6 年度診療報酬改定に向けたこれまでの議論について

D P C対象病院の退出に係る報告について

- D P C制度において、診療報酬改定以外の時期に特別の理由により緊急にD P C制度から退出する場合は、中医協総会の委任を受けた「D P C合併・退出等審査会」で退出の可否を審査・決定することとしている。
- 今般、岐阜県厚生農業協同組合連合会岐阜・西濃医療センター西美濃厚生病院から、以下の理由により制度からの退出に係る申請書が提出されたことから、令和5年8月23日に「D P C合併・退出等審査会」を開催し、退出の可否について審査を行い、D P C制度からの同病院の退出について可とする旨を決定したため、同病院は、令和5年12月1日付でD P C制度から退出することとなった。

医療機関名	退出理由
岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐阜・西濃医療センター 西美濃厚生病院	少子高齢化・人口減少による患者数の減少や医師確保の困難等の理由から、地域医療構想の趣旨に沿った病床再編を行い回復期・慢性期医療を担うため。

- このほか、今後のD P C制度からの退出に係る取扱いについて、「特別の理由により緊急に退出する必要がある場合」のうち、病床機能の転換を理由に退出する事例については、これまでの審査内容・結果を踏まえ、効率的な審査を行う観点から、厚生労働省保険局医療課（事務局）において審査及び決定することと整理された。
- なお、以下のような退出事例については、D P C 合併・退出等審査会において引き続き、審査・決定を行うこととするとされた。
 - ・ 予期せぬ事由により、D P C 制度への継続参加が困難となった場合
 - ・ その他、事務局において審査及び決定することが困難と考えられる場合

令和4年3月25日保医発第0325第4号
「DPC制度への参加等の手続きについて」（抜粋）

第1 4 DPC制度からの退出について

（略）

（2）退出の手続き

①、② （略）

③ 特別な理由により緊急に退出する必要がある場合

特別な理由により、①及び②の手続によらず緊急にDPC制度から退出する必要がある病院（特定機能病院を除く。）は、別紙10「DPC制度からの退出に係る申請書（特別な理由がある場合）」を地方厚生（支）局医療課長を經由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

当該申請書が提出された場合は、退出の可否について厚生労働省保険局医療課において審査及び決定することとし、必要に応じて中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとする。退出が認められた場合には、認められた月の4か月後の初日にDPC制度から退出するものとする（退出が認められた月の翌々月の初日以降新たに入院する患者から医科点数表により算定を行うものとする。）。

なお、審査後の決定内容は当該病院に通知するものとし、通知した決定に不服がある病院は、1回に限り別紙11に定める「不服意見書」を厚生労働省保険局医療課長に提出することができるものとする。この場合、提出された不服意見書を踏まえ、中央社会保険医療協議会において再度審査を行い、退出の可否を決定するものとする。

また、当該審査の内容については必要に応じ、厚生労働省保険局医療課より中央社会保険医療協議会に報告を行うものとする。

（特別な理由の例）

○ DPC調査に適切に参加できなくなった場合

④ （略）

（3）（略）

（4）退出した病院のDPC調査への参加について

①～③ （略）

④ 特別な理由により緊急に退出する必要がある場合

特別な理由により緊急に退出した病院は、厚生労働省保険局医療課において定める期間について、DPC調査に適切に参加しなければならないものとする。

D P C 合併・退出等審査会運営要綱

(所掌事務)

第1条 D P C 合併・退出等審査会（以下「審査会」という。）は、D P C 制度に参加する医療機関の、合併、分割以降のD P C 制度への継続参加の申請及び特別の理由により緊急に退出する必要がある場合に、中央社会保険医療協議会総会の委任を受け、D P C 制度への継続参加の申請及び退出の可否について、審査・決定を行う。

(組織)

第2条 審査会は、次に掲げる委員7名をもって組織する。

- 一 社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）第三条第1項第一号に掲げる委員のうち2名
 - 二 社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）第三条第1項第二号に掲げる委員のうち2名
 - 三 社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）第三条第1項第三号に掲げる委員のうち3名
- 2 委員長は前項第三号に掲げる委員の中から互選により選出する。
 - 3 委員長は審査会を総理し、審査会を代表する。
 - 4 委員長に事故があるときは、予め委員長が指名する委員が、その職務を代行する。

(定足数)

第3条 審査会は、第2条第一項各号に掲げる委員各1名以上を含む委員の2分の1以上の出席がなければ会議を開き、意見の確認を行うことができない。ただし、第5条に規定する意見書の提出があった委員は出席したものとみなす。

(審査の議決)

第4条 審査会の議事は、委員の過半数で決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

(欠席委員の意見提出)

第5条 委員は、やむを得ない理由により出席できない場合は、当該議題について、予め意見書を提出することができる。

(開催)

第6条 審査会は、必要に応じて開催するものとする。

(審議の公開)

第7条 審査会は非公開とする。

(審査結果の通知、不服意見書)

第8条 審査結果は、申請のあった医療機関に通知するものとする。

2 当該医療機関は、審査会の審査結果に不服がある場合は、1回に限り不服意見書を提出することができる。

(再審査)

第9条 不服意見書が提出された場合は、再審査を行うこととし、審査結果を当該医療機関に通知するものとする。

(報告)

第10条 委員長は、審査結果を中央社会保険医療協議会総会に報告することとする。

(庶務)

第11条 審査会の庶務は保険局医療課において処理する。

(補足)

第12条 この要綱に定めるもののほか、審査会の議事運営に必要な事項は委員長が定める。

附 則

この要綱は平成23年12月16日から施行する。

附 則 (所掌事務、定足数の変更)

この要綱は平成26年1月1日から施行する。

附 則 (名称の変更)

この要綱は平成28年7月27日から施行する。

令和6年度診療報酬改定に向けた議論の概要

- 中央社会保険医療協議会総会において、令和5年4月より、令和6年度診療報酬改定の論点等に関して、議論を行った。
- その内容及び意見について、以下のとおり整理する。
- 今後、以下に整理した内容を踏まえ、小委員会や専門部会の議論も進め、令和6年度診療報酬に向けてさらに議論を行っていく。

1. 議論の経過

日 程	議 題
令和5年4月26日	○ 医療DX（その1）
5月17日	○ 医療計画
6月14日	○ 働き方改革の推進について
6月21日	○ 外来（その1）
7月5日	○ 入院（その1）
7月12日	○ 在宅（その1）
	○ 歯科（その1）
7月26日	○ 感染症（その1）
	○ 調剤（その1）
8月2日	○ 個別事項（小児周産期）
	○ 医療DX（その2）

2. 議論の内容及び意見の整理について

1) 医療DXについて

【現状と課題】

- 医療DXに関しては、「医療DXの推進に関する工程表」（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）がとりまとめられたところ。
- 工程表においては、全国医療情報プラットフォームに関し、2024年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス（仮称）を構築し、共有する情報を拡大。併せて、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応することとされている。
- 2024年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減、2026年度には、共通算定モジュールを本格的に提供し、共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化することとされている。
- 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関しては、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討とされているところ。

（診療報酬改定DXに対応するための施行の後ろ倒しについて）

- これまで診療報酬改定に伴い、答申や告示から施行、初回請求までの期間が短く、医療機関・薬局等及びベンダの業務が逼迫し、大きな負担がかかっている。
- 今後は、施行の時期を後ろ倒しし、共通算定モジュールを導入することで、負担の平準化や業務の効率化を図る必要がある。

【論点】

- 全国医療情報プラットフォームの構築や電子カルテ情報の標準化において、情報の共有にあたっての標準規格化された3文書（診療情報提供書および退院サマリー、健診結果報告書）、およびそれに含まれる6情報を普及促進し、医療の質向上のために活用していくことについてどのように考えるか。
- 診療報酬改定DXにおいて、共通算定モジュール導入と、診療報酬改定の施行時期後ろ倒しは、各医療機関やベンダ等における対応に係る負担軽減を目指して検討されているところ、財政影響や改定結果の検証期間等の総合的な観点からどのように考えるか。
- 診療報酬改定DXの推進に向け、医療機関・薬局等やベンダの集中的な業務負担を平準化するため、令和6年度診療報酬改定より施行時期を6月1日施行とすることとしてはどうか。
- また、薬価改定の施行に関しては例年通り4月1日に改定とすることとしてはどうか。
- 電子処方箋について、医療機関や薬局・患者間での処方/調剤の情報共有やAPI連携によるマイナポータルからの情報連携を含め、薬剤情報の有効活用を通じて

質の高い医療を提供するために、どのように対応していくべきか。

- サイバーセキュリティ対策について、これまで診療録管理体制加算などで、セキュリティ安全管理体制にかかる要件を設定するなどの対応を行ってきたが、サイバー攻撃などに対してどのように対応すべきか。
- 今後の人口減少社会の中で医療従事者の勤務環境改善を進めるにあたり、医療DXによる取り組みを診療報酬の中で評価することについてどのように考えるか。

【主な意見】

(医療情報プラットフォームについて)

- 中小規模ベンダでも取り組みやすく、かつ国民にとってもメリットが感じられる仕組みの構築をお願いしたい。
- プラットフォームの整備により、質の高い医療の推進につながるので、推進していくべき。
- 電子カルテが導入されていないような医療機関への、電子カルテの普及に係る支援を検討すること。
- 多くの医師・医療機関が関わらなければ、メリットが最大化されないので、医療機関の連携のハブになりうるかかりつけ医は、情報の入力・登録をぜひお願いしたい。
- 医療機関側の負担が大きくなり、医療提供に支障をきたさないように、時間をかけて拡大していくこと。
- 通常の診療業務におけるサポートなど、医療現場の負担軽減に資するような支援機能が重要。

(診療報酬改定施行時期後ろ倒しについて)

- 診療報酬改定の施行時期後ろ倒しの期間に関しては、医療現場にどのような影響があるのか、ベンダや医療機関の作業の短期集中を、どの程度の期間延長すれば必要な効果が得られるのか、財政にどのような影響があるのか、あるいは、改定の結果検証にマイナス面の影響をできるだけ生じさせない長さにするなど考慮して、総合的に検討する必要がある。
- 従来からの改定年の4月から新しいルールに変わるといったイメージが強いため、医療機関・薬局に具体的にどのようなメリットがあるのか、ひいては患者にどのように還元されるのかを明確化し、丁寧かつ早期に周知していただきたい。
- 改定の施行時期の後ろ倒しは、財政影響や改定結果の検証期間はもちろん、薬価改定や、それらに関する調査の時期や期間等にも影響する。改定の在り方などを含め、慎重に検討していくべき。共通算定モジュールの導入、基本マスタの充足化、各種様式の電子化等は、負担軽減につながるが、4月改定を前提としていたサイクルが変わることなどで、現場が混乱しないよう丁寧な説明や配慮が必要。
- 医療機関・薬局やベンダだけでなく、保険者も診療報酬改定に合わせて基幹業務システムの改修対応や予算編成対応等の通常業務に影響するため、丁寧な議論をお願いしたい。

- 薬価改定について、医療現場において、改定後半年程度の価格交渉期間が必要であり、毎年薬価調査を実施し、翌年度に薬価改定を行うサイクルを前提とすれば、4月に施行しなければ、薬価制度の根幹を揺るがすことになりかねない。また、薬価収載のタイミングは数か月に1回あり、4月改定を動かせば、全体のバランスも崩れる懸念がある。薬価のシステム改修は、4月施行でも十分対応が可能である。
- 費用面も含め、医療機関・薬局の負担軽減につながるものとするべき。

(電子処方箋について)

- 質の高い医療を提供していくうえで、大変重要。
- まだまだ実装されているとは言えず、更なる普及のために、積極的な広報活動を含めた国の推進策が必要。
- 国において、導入の加速化をお願いしたい。
- 費用負担のほかに、院内処方とのリンク等も含めた、更なる活用に向けての課題の共有と解決に向けて、所管部局が検討を進めること。

(サイバーセキュリティについて)

- 現行のガイドラインでは対応が難しい部分もあるので、中小の医療機関等にも適したガイドラインの策定を。
- 外部ネットワークと接続されないクローズされたネットワークでの運用等の対策が重要ではないか。
- 診療報酬以外の対応を含めて、政府全体で議論してほしい。

(医療DXによる医療従事者の勤務環境改善について)

- 業務の効率化、生産性の向上につながるという視点を持って検討してほしい。
- 取組を診療報酬だけで評価するのではなく、他の財源による支援の在り方も含めて議論すること。
- 医療機関へのインセンティブをつけることだけに偏らず、患者負担にも配慮し医療従事者の勤務環境の改善、あるいは効率的な医療提供体制を整備していく必要がある。

2) 医療計画について

【現状と課題】

(救急医療について)

- 第8次医療計画においては、増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化し、初期救急医療機関は、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者への夜間及び休日における外来診療を担い、第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担い、第三次救急医療機関は重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本としつつ、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担うこととなった。
- 救急搬送のうち高齢者が占める割合が62.3%に達しており、軽症、中等症の患者の患者、疾病分類別で「症状・兆候診断名不明確」や「その他」に分類される患者が特に増加している。(小児や成人は軽症、中等症の救急搬送件数は減少傾向。)
- 第三次救急医療機関及び第二次救急医療機関においては、救急搬送の受入件数について医療機関間の偏りが大きい。
- 特に軽症あるいは中等症の単身や要介護高齢者が第三次救急医療機関に入院し、退院調整が滞るなどの「出口問題」の存在及び入院した高齢者のADL低下の懸念などが指摘されている。
- これまで診療報酬では、救急医療管理加算や地域医療体制確保加算等により救急搬送の受入を評価し、また令和4年度診療報酬改定では、地域包括ケア病棟を有する医療機関において救急医療の体制を要件化する等の対応を行っている。

(災害医療について)

- DMATは、大地震等の災害時に地域において必要な医療提供体制を支援し傷病者の生命を守ることを目的とした、専門的な研修・訓練を受けた医療チームであり、現在約2,000チームが登録されている。新型コロナウイルス対応を踏まえて、令和4年2月には、活動要領を改正し、新興感染症等のまん延時における対応も活動内容に追加された。
- 災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う災害拠点病院として、64の基幹災害拠点病院及び701の地域災害拠点病院が指定されている。(令和4年4月時点)
- 災害拠点病院について、診療報酬においては、補助金との関係も踏まえつつ、DPCの機能評価係数Ⅱで評価されている。

(へき地医療について)

- 医療計画においては、へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行うとともに、へき地医療拠点病院の主要3事業(へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣)の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について地域

の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示す等へき地の医療の確保に向けた取り組みを進めることとされている。また、医師少数区域などにおける医師確保の取り組みについても医療計画の項目として含まれている。

- 令和4年度の診療報酬改定では、これまでのオンライン診療料が、初診及び再診における情報通信機器を用いた診療として位置づけられた。へき地のオンライン診療は、D to P with Nの様式が有効とされており、D to P with Nの“N”として訪問看護が提供されたときは、医師のオンライン診療と訪問看護の診療報酬項目・療養費をそれぞれ算定可能となっている。

(周産期医療について)

- 医療計画においては、基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進めるとともに、NICUや専門医などの機能や人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築することとされている。また、集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討することとされている。
- 社会的ハイリスク妊産婦やメンタルヘルス介入を必要とする妊産婦を含めたハイリスク妊産婦の増加への対応の必要性が指摘されている。診療報酬ではこれまで、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算やハイリスク妊産婦連携指導料に加え、複数の診療科等による総合的な入院医療体制について総合入院体制加算により評価を行っている。

(小児医療について)

- 少子化とともに小児医療の集約化が進む中、医療計画においては、小児を標榜する診療所による地域の医療・保健・福祉等との橋渡しの機能を推進するとともに、集約化された地域においてオンライン診療も活用し医療へのアクセスを確保することとされている。また、医療的ケア児が増加する中、対応する医療機関は訪問看護ステーション等との連携や緊急入院・レスパイト受入等の体制を整備することとされている。
- 診療報酬ではこれまで、小児入院医療管理料等により小児救急医療の体制を評価するとともに、診療情報提供料等による医療的ケア児への対応における関係機関との連携に対する評価等を行っている。

【論点】

(救急医療について)

- 増加する高齢者の救急搬送等も踏まえ、適切な急性期入院医療の提供及び機能分化の観点から、転院搬送を含め、救急医療に係る評価の在り方についてどのように考えるか。

(災害医療について)

- 地域において災害時に必要な医療提供に一定程度役割を果たす医療機関に係る評価の在り方について、どのように考えるか。

(へき地医療について)

- 今後も地方において人口減少が見込まれる中、へき地における遠隔医療及びオンライン診療の推進について、どのように考えるか。

(周産期医療について)

- 周産期医療について医療機関・機能の集約化・重点化を進める観点や、ハイリスク妊産婦及び精神医療が必要な妊産婦への対応等の観点から、周産期医療や精神科を含めた総合的な診療体制に係る評価の在り方についてどのように考えるか。

(小児医療について)

- 少子化が進行する中、医療的ケア児を含む小児患者に対して救急やレスパイトも含めた必要な医療を確保できるようにする観点から、小児医療に係る評価の在り方についてどのように考えるか。

【主な意見】

(救急医療について)

- 三次救急医療機関が増加したこともあり、本来、二次救急医療機関で対応すべき患者も三次医療機関で対応されていることが課題ではないか。
- 救急医療における機能分化のためには、各地域の二次医療機関、三次医療機関がそれぞれの役割を果たすことが重要ではないか。
- 救急搬送される高齢患者については、誤嚥性肺炎や尿路感染症が迅速に治療され結果的に早期に回復する場合でも、発症の段階では重篤な疾患との判別が困難な場合があるため、不必要に救急搬送されている場合が多いわけではないことに留意すべきではないか。
- 高齢者救急においては、重篤度の判断が困難な場合もあり、高齢者ということだけで地域包括ケア病棟で救急搬送を受け入れるものとすべきではないのではないか。
- 救急搬送で三次救急医療機関に搬送され、結果的に三次救急医療機関以外でも対応可能な病態の患者であった場合には、迅速に下り搬送を行うことが重要ではないか。

(災害医療について)

- これまでの診療報酬と補助金との関係に関する考え方を踏まえつつ、DPCの機能評価係数Ⅱによる評価を継続していくべきではないか。

(へき地医療について)

- 質の高いオンライン診療や情報通信機器を活用した医療従事者間の連携が重要であり、令和4年度改定で拡大されたオンライン診療や、D to P with Nによる診療の活用状況を注視していくべきではないか。

(周産期医療について)

- 前回改定において急性期充実体制加算が新設されたことにより、総合入院体制加算の届出を行う医療機関が減少しており、これが地域の周産期医療に今後どのような影響を与えるのか注視すべきではないか。
- 妊産婦のメンタルヘルスに対するケアの質向上の観点から、妊娠中や退院前からの保健所、精神医療機関、訪問看護等の施設・サービスとの情報共有及び連携を促進する仕組みについて検討が必要ではないか。

(小児医療について)

- 小児入院医療管理料における保育士の配置の評価や重症児を受け入れる体制の評価等、小児医療の在り方に着目した評価は今後も継続すべきではないか。
- 地域医療を担う中小病院が算定している小児入院医療管理料3から5について、地域の小児医療の機能分化と連携を進めていくためにも評価について検討が必要ではないか。
- 少子化が進む中で小児入院医療管理料を算定する病棟に成人患者が入院することもあるが、小児の患者に対して、成長発達段階に合わせた医療及び看護の提供ができるように、小児の区域特定などの対応が必要ではないか。
- 医療型短期入所サービスを利用する医療的ケア児について、医療機関が患者を受け入れやすくするための対応が必要ではないか。

(その他)

- 人口構造の変化を踏まえれば、2025年に向けた地域医療構想の取組は引き続き推進すべきではないか。
- 医療計画に掲げられる目標の達成や地域医療構想の推進においては、補助金との役割分担に留意しつつ、不足している部分については引き続き診療報酬による対応を検討すべきではないか。

3) 外来について

【現状と課題】

(かかりつけ医機能・医療機関連携)

- 主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、平成 26 年度診療報酬改定において地域包括診療料・加算を、平成 28 年度改定において認知症地域包括診療料・加算を新設し、評価を行っている。
- また、小児のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、小児かかりつけ診療料を平成 28 年度改定において新設し、評価を行っている。
- さらに、平成 30 年度改定においては、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、機能強化加算を新設した。
- 令和 4 年度診療報酬改定においては、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加した。機能強化加算について、かかりつけ医機能を有する医療機関および医師の実績要件をそれぞれ追加した。さらに、診療情報提供料(Ⅲ)から連携強化診療情報提供料に名称を変更し、対象患者に、紹介重点医療機関からの患者等を追加した。
- 医療DXとして、全国医療情報プラットフォームの構築や電子カルテ情報の標準化において、情報の共有にあたっての標準規格化された3文書(診療情報提供書および退院サマリー、健診結果報告書)、およびそれに含まれる6情報を普及促進し、医療の質向上のために活用されていくこととされている。
- 令和 6 年度の同時報酬改定に向けた意見交換会において、外来医療に関し、主治医と介護支援専門員等との連携、認知症患者への対応、人生の最終段階における医療・介護についての意思決定支援をより早期から行うこと等についてご意見をいただいたところ。
- 令和 5 年の医療法改正では、かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映することとされている。

(生活習慣病対策)

- 生活習慣病患者の生活習慣に関する総合的な治療管理のため、平成 14 年度改定において、生活習慣病管理料が新設された。平成 30 年度、令和 2 年度診療報酬改定においては、生活習慣病の算定要件について、生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、関係学会のガイドラインを踏まえ、算定要件を見直した。令和 4 年度診療報酬改定においては、投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し評価を見直すとともに、総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化した。

(外来機能の分化の推進)

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、紹介率や逆紹介率が低い場合の初診料等の減算や、紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入を、診療報酬改定において実施してきている。
- 令和4年度診療報酬改定においては、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲に紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）を追加し、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直した。

(オンライン診療)

- オンライン診療に係る診療報酬上の評価については平成30年度改定において新設し、令和2年度改定では、実態等を踏まえた見直しを実施した。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いを実施し、オンライン診療による初診を可能とする等の対応を行ったところ。
- 令和4年1月の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、令和4年度診療報酬改定においては、情報通信機器を用いた場合の初診料の新設を行い、算定できる医学管理料を拡充するとともに、算定要件の緩和等を見直しを行った。

【論点】

- 中長期的に地域の医療提供体制が人口減少や高齢化等に直面する中、令和5年の医療法改正を踏まえたかかりつけ医機能の強化等や外来機能の明確化・連携を推進し、患者にとって安心・安全で質の高い外来医療の提供を実現するための、診療報酬の在り方について、今後の医療DXの推進も踏まえ、どのように考えるか。
- 生活習慣病対策、外来機能の分化を推進していく観点から、効果的・効率的な医療を提供するための、診療報酬の在り方についてどのように考えるか。
- 前回改定を踏まえ、今後のオンライン診療の適切な評価についてどのように考えるか。

【主な意見】

(かかりつけ医機能・医療機関連携)

- 安心・安全で質の高い医療提供は医療DXの最大の目的であり期待される効果と考える。医療DXは始まったところであり、普及には一定程度の時間がかかる。かかりつけ医機能の在り方の1つとして、複数の医療機関との緊密な連携が示されている。将来的には全国医療情報プラットフォームが構築されることで実現するが、実現までの間は現在利用可能な地域医療情報連携ネットワークや紙の文書も含めた、現状の医療提供体制を生かしながら評価の在り方を検討していくべき。
- かかりつけ医機能の整備強化の議論については、その結果、患者の一人一人が医療の質が向上したと確信を持てることが重要。普段の健康状態や服薬情報を把握した上での適切な初期診療、普段の健康相談、夜間休日対応、専門医療機

関・介護サービス・障害福祉サービス等との連携が可能であると安心した診療を受けることができる。どの診療機関でも同じ対応ができること、どこにかかれればこのような対応が可能なのか、判断できる実績を含めた情報を患者が把握できるような状況にすべき。

- 令和6年度改定に向けて、医療法とも整合する形の体系的な見直しを行うべき。
- 医療と介護（医師と介護支援専門員）との連携を、かかりつけ医に関する評価の要件とすることも考えられる。
- 医療法改正により、患者が希望する場合、かかりつけ医機能として提供する医療内容の書面交付が令和7年4月から施行となる。生活習慣病管理料の療養計画書と内容・役割が重なってくることも考えられる。医療DXを推進する中で、より効率的な情報共有の方法について整理することが必要。特定疾患療養管理料についても計画書の作成について議論すべきではないか。
- 連携はかかりつけ医機能の重要な要素であるため、輪番制を含めて、時間外の対応を進めるべき。
- かかりつけ薬剤師・薬局は、かかりつけ医と密に連携しながら、調剤、服薬指導、及び地域への医薬品の供給をしっかりと担っていくことが重要。

（生活習慣病対策）

- 医科歯科連携による治療効果の改善がエビデンスとしても示されて、こうした連携を深めていくべき。
- 生活習慣病の管理をどういった形で評価していくのか、特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料の対象となっている患者像を分析し、議論を深めていく必要がある。「計画的な管理」を評価している地域包括診療加算と特定疾患療養管理料が併算定できることも踏まえ、単純に加算を新設するといった発想ではなく、既存のかかりつけ医機能の評価について体系的に整理すべき。

（外来機能の分化の推進）

- 外来医療の需要が2040年に向けて減っていくが、基幹病院に最初から受診してしまう患者がまだ多い。紹介受診重点医療機関を広げていくことが重要で、診療所についても特徴を出し、連携体制を構築していくことが重要。
- 拠点病院の外来診療のボリューム、また働き方改革の観点では夜間・休日の外来のボリュームを把握すべき。

（オンライン診療）

- オンライン診療については質と安全性の確保、患者のプライバシー等がしっかりなされているかが重要。
- 不適切なオンライン診療を防ぐため、令和5年3月にオンライン診療の適切な実施に関する指針が一部改定されたところ。安全性、必要性、有効性の視点から、学会のガイドライン等を踏まえて、適切な診療を実施しなければならないことや、ホームページや院内掲示等において、指針を遵守した上で実施している旨を公表することなどが追加されたため、これらが遵守されているのかも評価する際の重要な視点となる。

- オンライン診療は対面診療と比べ、メリット・デメリット両方があることを踏まえ、適切にオンライン診療の活用を推進していくべき。医療資源にも保険財政にも限りがあることを踏まえ、上手な医療のかかり方も意識して、患者が適切にオンライン診療を利用できることが重要であり、算定回数や医療機関等における取組状況についての動向を注視していくべき。
- オンライン診療は診療を受ける場の選択肢を広げるものであるが、対面を希望する患者には対面診療を提供できる体制が重要。
- 遠隔連携診療料は算定実績が極めて乏しいので、課題を明らかにしたうえで改めて議論する必要がある。

4) 入院について

【現状と課題】

(急性期入院医療)

- 入院医療の評価は、個々の患者の状態に応じた適切な医療資源が投入されるよう、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。
- 令和4年度診療報酬改定においては、急性期及び高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、重症度、医療・看護必要度について見直しを行ったところ、看護配置7対1の病床数は増加傾向にある。また、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価として急性期充実体制加算を新設している。
- 高齢者人口や高齢者の救急搬送の増加とともに、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合も増加傾向にある中、急性期一般病棟は集中的な急性期医療を必要とする患者への対応に重点化すべき等、2025年を期限とした地域医療構想に向けた取り組みとともに、さらなる機能分化の必要性が指摘されている。

(回復期入院医療)

- 地域包括ケア病棟入院料は、「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」、「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」、「③在宅復帰支援」の3つの役割を担うこととされており、平成26年度改定において設定された。令和4年度診療報酬改定においては、在宅医療の提供や在宅患者等の受入に対する評価の観点から、在宅医療に係る実績要件の水準引き上げ、一般病床において届け出ている場合に救急告示病院等であることの要件化等を行っている。現状、救急搬送の受入件数は100件以下の医療機関が多い。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料は、リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、平成12年に新設された。質の高いリハビリテーション医療を充実する観点から、アウトカム評価に基づく入院料の評価を導入し、水準の引き上げを講じてきており、令和4年度診療報酬改定においても重症患者割合の見直し等を行っている。

(慢性期入院医療)

- 療養病棟入院基本料の経過措置（注11）を届け出ている病棟については、届出医療機関数・病床数ともに減少している。令和4年度改定においては、療養病棟入院基本料2の75/100の点数に切り下げを行った。なお、療養病床等についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日までである。
- 療養病棟入院基本料の医療区分については累次の改定で見直しが見直しが実施されており、令和4年度改定では中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合の評価の見直しを

実施した。

- 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者が対象」、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者が対象」とされている。令和4年度改定において、重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。

(入院医療における他の取組)

- DPC対象病院数は令和4年4月1日時点で1,764病院となり、経年的に増加傾向である一方、急性期病床規模の小さいDPC対象病院も増加している。DPC／PDPsにおける評価については、医療機関の機能や役割に応じた医療機関別係数を設定するとともに、入院初期を重点評価するため在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定している。
- 日帰り及び4泊5日までの入院による手術等を行うための管理等について、包括的な評価を行う短期滞在手術等基本料が設定されており、実態等に合わせ、対象手術等や評価の見直しを実施してきている。
- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価するため、入退院支援加算を設定しており、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では8割以上が届出を行っている。
- 緩和ケア病棟入院料は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者に対する入院医療及び緩和ケア並びに外来や在宅への円滑な移行支援の評価として、令和2年度に設定された。令和4年度においては、患者の状態に応じた入院医療の提供を更に推進する観点から、疼痛の評価等を実施した場合の評価として、緩和ケア疼痛評価加算が新設されている。

【論点】

- 急性期入院医療について、高齢者の救急搬送件数の増加等を踏まえ、急性期病棟と地域包括ケア病棟に求める役割・機能について及びこれらの機能分化を促進し、個々の患者の状態に応じた適切な医療資源が投入される効率的かつ質の高い入院医療の提供を推進するための評価のあり方についてどのように考えるか。
- 回復期入院医療について、在宅患者等に対する救急医療を含め、地域包括ケア病棟に求められる役割やその評価のあり方及び回復期リハビリテーション病棟における質の高いリハビリテーションを推進するための評価のあり方についてどのように考えるか。
- 慢性期入院医療について、療養病床に係る医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置が終了すること等を踏まえ、長期にわたり療養が必要な

【主な意見】

（総論・急性期/高度急性期入院医療）

- 高齢者の救急搬送件数の増加への対応としては、二次救急に対する評価とともに、三次救急からの下り搬送を評価すべき。
- 急性期充実体制加算の新設により総合入院体制加算の届出を行う医療機関が減少しており、急性期充実体制加算の届出を行う医療機関に求められる役割について検討すべき。
- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- 全ての団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて、病床の機能分化・連携を進める観点から地域医療構想が推進されてきており、高齢化が進む中で、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合は増加傾向にあり、急性期医療が高度かつ集中的な医療を必要とする患者への対応に重点化されるよう、機能分化による効率的な医療をさらに評価すべき。
- 急性期一般については、平均在院日数が伸びるとともに病床利用率が低下しており、新型コロナの影響も勘案すべきであるものの、病床数が過剰になっていないか、背景を分析すべき。
- 急性期一般入院料においても65歳以上の患者が相当数を占めており、また、要介護の患者やADLの低い患者がそれなりに入っている一方で、リハビリ専門職は回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に多く配置されているため、救急医療機関からの必要な下り搬送を推進するとともに、急性期の高齢者を早期のリハビリが可能な地域包括ケア病棟等で受け止めることが望ましい。
- 高齢者等の救急搬送を効率的に受け止めるためには、医療機関同士、医療機関と高齢者施設等の連携とともに、救急隊のトリアージによる適切な搬送先の選択が重要。
- 看護業務の負荷軽減の観点からも、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入すべき。
- ハイケアユニットについて、届出医療機関の数が増加しており、どのような状態の患者にどのような医療が提供されているのか等を分析した上で、必要度の在り方について検討すべき。

（回復期入院医療）

- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。（再掲）

- 地域包括ケア病棟における救急医療の対応状況にはばらつきがあり、施設の背景等を踏まえて分析を進める必要がある。
- 回復期リハビリテーション病棟においては、重症度の高い患者の受け入れの促進とともに、入退棟時のFIMの改善のみならず、退院後に在宅医療を受ける場合や施設に入所する場合において、ADLが維持されるような取組が重要。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの第三者評価の義務化も視野に入れつつ、実績に基づく評価を更に推進すべき。

(慢性期入院医療)

- 医療法上の経過措置の期限を考えると、療養病棟入院料における2026年3月までの経過措置は終了させる必要があるが、患者や臨床現場に混乱を来たすことのないような形とすべき。

(その他)

- 短期滞在手術等基本料については、累次の改定において対象を拡大しており、今後も実態に基づく見直しが重要。
- 短期滞在手術等基本料1について、外来で実施できる手術を入院で実施しているということがないよう、必要な対応を検討すべき。

5) 在宅について

①総論

【現状と課題】

(在宅医療を取りまく状況について)

- いわゆる団塊の世代が2025年には75歳以上になり、死亡数は2040年まで増加が見込まれ、今後日本は高齢多死社会を迎えるため、在宅医療の需要は引き続き増加する傾向にある。
- 令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査によると、「病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき」、最期を迎えたい場所やそれまでの医療・ケアを受けたい場所を自宅としている一般国民が一定数認められる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患が増加傾向であり、死亡の場所については、自宅や介護施設等が増加する中、特に悪性腫瘍を死因とする患者の自宅での死亡が増加している。
- 訪問診療の利用者については、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることを見込まれており、多くの二次医療圏で2040年以降に利用者数のピークを迎えることを見込まれる。

(地域包括ケアシステムにおける在宅医療について)

- 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。
- 第8次医療計画において、今後増加が見込まれる訪問診療・訪問看護の需要に対し、都道府県においては、国から提供を受けた、在宅医療提供体制の現状を把握するためのデータ等を踏まえ、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進める必要があるとされている。
- 診療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携に基づく水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みを構築している地域がある。
- 今後高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえ、情報通信機器等の活用等も含めた、質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制を進める必要があるとされている。
- 在宅医療・介護連携推進事業については、平成27年度から開始され、令和2年度の介護保険法改正における見直しで、PDCAを踏まえた事業展開の推進を図ってきているが、在宅医療の提供体制に求められる医療機能の4つの場面を意識した取組については「急変時の対応」が最も進んでいない状況にある。
- 障害者や難病患者等が地域や職場で生きがい・役割を持ち、医療、福祉、雇用等の各分野の支援を受けながら、その人らしく安心して暮らすことができる体制の構築を目指しており、施設や病院からの地域移行、その人らしい居宅生活に向

けた支援の充実等を推進している。

【論点】

- 今後、在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、疾患や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるように地域包括ケアシステムを推進する観点から、在宅医療の提供体制について、どのように考えるか。
- その中で、在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を充実させるためには、どのような方策が考えられるか。
- 本人・家族の希望に沿った医療・ケアの促進について、どのように考えるか。

【主な意見】

(在宅医療を取りまく状況について)

- 在宅医療の需要は2040年に向けさらに増大することが予想されており、患者が状態や疾患に応じて希望される場所で看取りがなされるよう、診療報酬上も適切な対応を検討していく必要がある。

(地域包括ケアシステムにおける在宅医療について)

- 緊急往診の提供体制の充実が必要だが、地域連携の下で計画的な訪問診療が行われることを基本としつつ、検討していく必要がある。
- 地域でICTを有効に活用して情報連携を充実させることは今後の需要増加に対応するにあたり不可欠である。
- 在宅医療の24時間体制については、訪問診療と訪問看護をセットで考え、どのように維持していくかを考える必要がある。
- 在宅医療提供体制は医師が一人で24時間365日の対応をするのではなく、近隣の診療所や中小病院との連携の下に構築する必要があり、在宅療養移行加算の様な連携の仕組みを普及していくのが喫緊の課題である。
- 地域包括ケアシステムを推進するために、在宅医療においては、平時の水平連携と有事の垂直連携の構築やPDCAサイクルに沿った取り組みを継続していくことが重要である。
- 地域包括ケアシステムにおいて在宅医療提供体制をシステム化するにあたっては、医師が一人で24時間365日対応するのではなく、近隣の診療所や在支病等の中小病院との連携の下構築することが必要である。
- 患者が安心して在宅医療を受けるためには連携の強化や情報共有に加えて、医療の質も確保していく必要がある。

②訪問診療・往診等について

【現状と課題】

(在宅医療における診療報酬上の取扱いについて)

- 在宅患者訪問診療料の算定回数は一貫して増加傾向である一方、訪問診療の頻度は近年減少傾向である。また、往診料の算定回数は近年特に増加している一方、地域によって算定回数の増減にばらつきが見られ、人口あたりで最大3.5倍の差が生じている。
- 往診料について、全体の算定回数は横ばいであるが、夜間・深夜往診加算及び休日往診加算の算定回数は近年大きく増加しており、地域によって算定回数のばらつきを認める。
- 小児に対する在宅医療では、訪問診療料の算定回数は増加しており、訪問診療一回あたりの診療報酬が増加している。往診料の算定については、主に都市部において顕著に増加している。
- 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、情報通信機器を組み合わせた在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定回数は令和4年度になって増加しているが、算定回数は在医総管・施設総管全体の算定回数の0.05%程である。
- 看取りについて、都道府県毎の看取り加算・在宅ターミナルケア加算の算定回数については、地域毎にばらつきを認めるが、平成27年度以降、全体的に増加している。
- 緩和ケアについて、在宅がん医療総合診療料は算定回数・件数ともに増加傾向であるが、地域毎に算定回数の差を認める。在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等の算定回数については近年横ばいで推移している。
- 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2について、算定回数は増加傾向であり、依頼した対象病名としては皮膚疾患（28.6%）、診療科としては皮膚科（32.1%）が最も多い。
- 在宅療養移行加算について、算定していない理由としては「24時間の往診体制の確保ができない」が最も多かった。
- 訪問リハビリテーションについて、医療保険による在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数は近年横ばいであるが、訪問リハビリテーションの請求事業所は年々増加している。
- 外来在宅共同指導料について、算定していない理由としては外来在宅共同指導料1については「該当患者の紹介がなかった」が、外来在宅共同指導料2については、「当該点数について知らなかった」が最も多かった。

【論点】

- 質の高い訪問診療・往診等を十分な量提供する観点から、訪問診療・往診等に係る診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

【主な意見】

- かかりつけ医が外来に加えて在宅に尽力している医療機関と在宅医療を専門としているような医療機関では効率性が異なることに留意する必要がある。
- 在宅医療の提供体制の地域差については、都市部での規模の大きいクリニック

と地方での点在するクリニックでは事情が異なることに留意しなければならない。地方においては医療機関同士で補完しあう形でかかりつけ医機能を推進していく必要がある。

- 良質で切れ目のない医療提供体制を構築する観点からも、在宅医療の提供の地域差について、要因の把握を行う必要があるのではないか。
- 往診加算の算定回数が増加傾向であることについて、新型コロナウイルス感染症に関する特例の廃止後の動向を注意深く見ていく必要がある。
- 人生の最終段階における医療・ケアについては指針の策定のみならず、意思決定支援が進んだのかどうかといった実効性も含めて、詳しく見ていく必要がある。
- 看取りは死の瞬間までを支えるターミナルケアの充実が重要であり、がんや非がんに関わらず、緩和医療を提供することが必要である。

③訪問看護について

【現状と課題】

(訪問看護を取りまく状況について)

- 訪問看護の利用者については、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上になることが見込まれている。また、既にピークを迎えている地域もあり、地域差はあるものの、多くの二次医療圏(198の医療圏)においては2040年以降にピークを迎えることが見込まれている。
- 訪問看護における介護保険と医療保険の対象者は、年齢、疾病、状態で区分されており、その状態等に応じて介護保険又は医療保険のいずれかから訪問看護を提供している。原則として、介護保険の給付は医療保険の給付に優先する。
- 医療保険の訪問看護の利用者数の伸びが顕著である。また、在宅医療の中で訪問看護に求められる役割の1つであるターミナルケアの利用者数は近年増加傾向にあり、特に令和3年度は顕著に増加している。
- 訪問看護ステーションの数は増加傾向であり、看護職員が常勤換算で5人以上の訪問看護ステーションが増加している。また、機能強化型訪問看護管理療養費の届出も増加傾向にある。
- 訪問看護に係る医療費及び介護給付費ともに増加しており、医療費の伸び率が大きい。

(訪問看護の実施状況等)

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、統合失調症等の利用者が約半数を占めている。また、訪問看護の利用者のうち、精神科訪問看護基本療養費を算定する者の割合が訪問看護基本療養費を算定する者に比して増加している。
- 24時間対応について、24時間対応体制加算は約9割の訪問看護ステーションが届け出ている。24時間対応に係る課題等として、看護職員の精神的・身体的負担が大きいことや夜間・休日対応できる看護職員が限られているため負担が偏

ること等が挙げられている。

- 同一建物居住者に対する訪問看護、複数名による訪問看護や複数回訪問看護の算定回数・算定割合が増加している。また、夜間・早朝、深夜における訪問看護や緊急訪問看護も同様に増加している。
- 退院日当日の訪問看護は増加しており、別表第8に掲げる者に対する訪問看護が増加傾向にある。

【論点】

- 質の高い訪問看護や、更なる高齢化等を見据えた24時間対応に応えられる訪問看護の提供体制の構築を推進する観点から、訪問看護に係る診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

【主な意見】

- 訪問看護ステーションが利用者の医療ニーズへの対応や看取り等の支援を行うためには、オンコール対応や緊急訪問など、24時間対応体制を確保する必要があるが、看護職員の精神的・身体的負担が非常に大きくなっていることを踏まえ、看護職員が働く環境の整備、事業所の体制整備や事業所間の連携等の推進を検討していく必要がある。
- 訪問看護ステーションの規模について、効率性の観点からも、大規模化を引き続き推進する方向で検討を進めるべき。
- 精神科訪問看護について、適切なケアが提供されているのかも踏まえ、どのような状態の患者に対して、どのようなサービスが提供されているのか、実態を丁寧に見ていく必要がある。
- 精神科訪問看護では、身体疾患を合併した利用者への対応に加え、疾患や障害を持つ利用者の家族等や社会的な課題への対応が求められることがあるなど、複雑困難な対応をしている場合もあることから、必要な方策や評価の在り方を検討すべき。

④在宅歯科医療について

【現状と課題】

(在宅歯科医療を取り巻く状況)

- 医療サービスを実施する歯科診療所の割合は増加しており、令和2年では22.8%である。
- 歯科訪問診療の訪問先としては、自宅が最も多く、次いで居住系高齢者施設、介護保険施設となっている。
- 歯科訪問診療を受ける患者の多くは高齢者であり、85～89歳で最も多く実施されている。
- また、脳血管障害や認知症などの疾患を有する者が多く、歯科訪問診療を受けたきっかけとしては、「自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼」が最も多い。
(歯科訪問診療の実施状況等)

- 在宅歯科医療を推進する観点から、歯科訪問診療料の評価や在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直しなどを行っている。
- 歯科訪問診療料の算定回数は、令和2年に減少したものの増加傾向にあり、歯科訪問診療2が最も多く算定されている。
- 在宅療養支援歯科診療所の施設数は、令和元年まで増加していたが令和2年に減少し、以降はほぼ横ばいで推移。
- 「在宅療養支援歯科診療所1, 2」の届出を行っていない理由としては、無回答を除くと、「過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を4回以上算定していないため」が最も多い。
- 訪問歯科衛生指導料の算定回数は、令和2年を除き近年ほぼ横ばいとなっている。年齢階級別でみると、訪問歯科衛生指導料1～3のいずれも85～89歳で最も多く実施されている。
- 歯科疾患在宅療養管理料の算定回数は令和2年で減少しているが、経年的には増加傾向にあり、内訳をみると在宅療養支援歯科診療所1による算定回数が増加傾向にある。
- 歯科訪問診療料を算定した患者における、口腔機能の評価に基づく継続的な歯科疾患の管理について評価の充実を行ってきており、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数は増加傾向にある。
- 栄養サポートチーム等と連携した場合の評価である栄養サポートチーム等連携加算の算定は増加しているものの、連携は一部にとどまる。
- 小児に対する歯科訪問診療は、全体としては少ないが、算定回数は増加している。
- 歯科訪問診療の実施にあたり、医科医療機関（病院、診療所）や保険薬局、介護保険施設等との連携が求められるが、関連する診療報酬項目の算定は少なく連携は一部にとどまる。

【論点】

- 年齢や疾患等の患者の状態や口腔の状態、療養する場所等に応じた在宅歯科医療を推進する観点から、歯科訪問診療に係る歯科診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

【主な意見】

- 歯科訪問診療はニーズがあるものの、実施している歯科医療機関は全体の約2割程度にとどまっているため、各地域における在宅歯科医療の提供体制の構築をさらに推進する必要がある。
- 病院歯科による歯科訪問診療の実施状況は地域差が大きい。病院歯科と歯科診療所の連携は非常に重要であることから、病院と歯科診療所のそれぞれの機能に応じた評価について検討すべき。
- 在宅療養支援歯科診療所について、さらに機能分化・連携が進むよう、機能に応

じて適切な評価を検討すべき。

- 訪問歯科衛生指導について、施設等で実施される日常の口腔衛生管理と、医療として実施される訪問歯科衛生指導では役割が異なるため、要介護者等の口腔健康管理がさらに推進されるよう検討すべき。
- 人生の最終段階においては、口腔乾燥などから生じる疼痛・不快感などで頻回の介入が必要になるケースもあることから、適切な介入が可能となるよう検討すべき。
- 小児への歯科訪問診療について、医療的ケア児の増加などに伴い今後さらにニーズが増すと考えられることから、推進する必要がある。
- 歯科訪問診療は歯科医療機関により提供されるため、関係者間の情報連携は非常に重要であるが、連携が進んでいない現状があることから、その理由や課題について分析するべき。また、栄養サポートチームについては、実施状況が一部にとどまることから、連携して実施できる体制を構築していく必要がある。
- 歯科訪問診療を実施していない理由として「依頼がない」という回答が上位にある一方で、介護保険施設では歯科の受診経験なしが約30%となっている。歯科訪問診療が推進されるよう、ニーズのマッチングを進めるべき。

⑤在宅患者訪問薬剤管理指導について

【現状と課題】

(在宅薬剤管理における取組等について)

- 医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定回数、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びており、全体として薬剤師による在宅患者への薬学的管理は進んでいる。
- 医師、看護師、ケアマネジャー等の様々な職種への情報提供などの連携が実施されており、更なる連携の推進が期待されている。
- 高齢者施設等においては、訪問薬剤管理指導等の算定ができない施設が存在するが、薬剤師の訪問による薬学的管理により重複投薬等の改善に加え、施設職員の業務改善にもつながっており、更なる推進が期待されている。
- 緩和ケアにおいては、麻薬を含めた円滑な医薬品の提供体制の整備が求められているが、特に医療用麻薬には複数の種類、剤形、規格が存在しており、多様なニーズに対応するためにはこれらを常時取り揃えておく必要がある。
- 在宅患者の夜間休日対応が可能な体制を整えている薬局は65.4%あり、人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導を実施している薬局では90%を超えている。特に、人生の最終段階の利用者・患者に関しては、24時間・365日対応や開局中の緊急訪問体制が重要とされている。
- 令和4年改定で新たに評価された在宅中心静脈栄養法加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算に関しては、介護保険を利用する患者においてもこれらの薬学的管理が行われている。

【論点】

- 患者の服薬状況等の情報を共有しながら、最適な薬学的管理やそれに基づく指導

の実施を推進していく観点から、訪問薬剤管理指導の提供体制や多職種との連携に係る調剤報酬上の評価について、どのように考えるか。

【主な意見】

- 多職種連携の推進のため、どのような役割が果たされているか実態を丁寧にみていくことが必要。連携を進めるためには医師の訪問に同行した場合などについて、評価を含めて検討すべき。
- 高齢者施設等への訪問対応については、各施設類型における課題について、それぞれの施設の特性を踏まえた形で適切な評価を検討すべき。
- 医療用麻薬や医療材料について、備蓄・管理や廃棄ロスも含めて大きな負担となっており、適切な評価を検討すべき。
- 終末期の患者における現状の緊急訪問の評価だけでなく、頻回な訪問や時間外対応に関しての評価について検討すべき。
- 夜間休日の対応については、周辺の薬局と連携して対応することも含め、地域で分かるようにしていくことが必要。
- 在宅中心静脈栄養法加算と在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、介護保険を利用する患者においても薬学的管理はされており、現状では医療保険側でしか評価がないため、評価の在り方について検討すべき。

⑥訪問栄養食事指導について

【現状と課題】

- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が求められている。
- 在宅療養高齢者において、栄養障害及び摂食・嚥下障害が認められる者は一定数存在し、要介護度が高いほど、その割合も高い。
- 訪問栄養食事指導（医療保険・介護保険）の算定回数は増加しているが、約1万回／月程度であり、他職種が行う在宅医療等に係る報酬と比べると少ない。
- 在宅患者訪問栄養食事指導料を算定していない理由としては、病院では「算定対象となる患者はいるが、自院の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うための体制が整っていない」、診療所では「算定対象となる患者はいるが、自院に管理栄養士がいない」や「算定対象となる患者（特別食の提供や栄養管理の必要性が認められる患者）がいない」が多い。

【論点】

- 在宅療養患者の状態に応じ、必要な訪問栄養食事指導を提供する観点から、訪問栄養食事指導に係る診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

【主な意見】

- リハビリテーション・栄養・口腔が連携した取組は重要だが、在宅では特に不足

している。口腔や栄養のスクリーニングをしてニーズを把握し、近隣の医療機関や老健等とも連携して貴重な人材が地域で活躍できる仕組みの検討が必要である。

- 診療所が栄養ケア・ステーションと連携して訪問栄養食事指導を行うためには、医師の指示箋や契約のハードルを下げる工夫が求められる。
- 限られた人材を有効活用して訪問栄養食事指導を実施するためには、ICTなどを活用しながら、より効率的な体制を検討すべきではないか。

6) 感染症について

【現状と課題】

(新興感染症発生・まん延時における医療について)

- 新型コロナウイルス感染症への対応の中で生じた課題を踏まえ、新興感染症等の感染拡大時には、一般病床の活用等の点で広く一般の医療提供体制に大きな影響が生じうること、また、機動的に対策を講じられるよう、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要があることから、医療計画の記載事項に「新興感染症発生・まん延時の医療」が追加された。
- また、令和4年12月に成立した感染症法等の改正により、平時にあらかじめ都道府県と医療機関等がその機能・役割に応じた協定を締結し、新興感染症発生・まん延時にはその協定に基づいて医療を提供する仕組み等が法定化され、第8次医療計画においては、こうした協定締結を進めるとともに、感染症対応を行う人材の育成を行い、対応力を強化することとされている。
- 診療報酬においては、感染対策向上加算の施設基準に、新興感染症の発生時の対応が含まれており、新型コロナウイルス感染症の対応における重点医療機関・協力医療機関等の枠組みと連動していたが、次の新興感染症の発生に備えるための第8次医療計画における協定の枠組みと現行の施設基準とは一致していない。また、新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて他の医療機関等の支援を行うことを前提として、特定集中治療室における重症患者対応に係る体制を評価した加算を令和4年度改定で新設しているが、届出を行っている特定集中治療室の割合は限定的となっている。

(新興感染症以外の感染症に対する医療について)

- 新型コロナウイルス感染症への対応においては、入院医療、外来医療、在宅医療等において、適切な感染予防等の観点から診療報酬上の特例として評価がなされている部分があり、こうした特例については、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行い、その上で、令和6年度診療報酬改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行うこととされている。特に、高齢者施設における感染症対策の観点からも、医療機関に配置された感染症の専門人材が高齢者施設等に行う助言・支援の重要性が指摘されている。
- また、薬剤耐性対策アクションプランにおいては、微生物の薬剤耐性率や抗菌薬使用量等について目標が定められており、診療報酬においても入院医療における抗菌薬適正使用チームや、外来での抗菌薬適正使用に関する指導に対する評価を設けているが、目標値の達成には至っていない。

【論点】

- 新興感染症発生・まん延時における医療を行う体制を機動的に構築する観点から、第8次医療計画等に定められた協定の締結を行う医療機関・薬局・訪問看護事業所における感染対策について、どのように考えるか。
- 新型コロナウイルス感染症を含めた、新興感染症以外の感染症に対する医療につ

いて、感染対策に必要な人員確保、個人防護、個室管理、他施設と連携等の観点から、恒常的な感染症対応としてどのように考えるか。

- 薬剤耐性対策について、我が国における現状等を踏まえ、適正な抗菌薬の使用を推進するための評価についてどのように考えるか。

【主な意見】

(新興感染症発生・まん延時における医療について)

- 協定締結医療機関のみならず、多くの医療機関による適切な感染対策を下支えしつつ、出現した新興感染症の状況によって、更なる緊急的な措置を講じるようにすべき。
- 感染対策向上加算における新興感染症に関する施設基準は、第8次医療計画における協定の枠組みと整合性が取れるように見直しを検討すべき。
- 新興感染症への対応については、前回改定で感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、及び重症患者対応体制強化加算の新設並びに ECMO の評価拡充が行われており、平時の感染症医療や、新興感染症の発生時の対応はこれら既存の項目により評価すべき。
- 感染対策向上加算の届出を行っている医療機関においては、入院患者の受入等、感染症対応に関する役割を確実に果たすようにすべき。
- 新興感染症の発生時・まん延時にも緊急的な歯科治療が必要な場合があることから、このような場合に歯科医療を提供するために必要な評価について検討すべき。
- 平時からの感染症の治療薬の備蓄や感染対策の体制整備とともに、実際に新興感染症が発生した場合においては、協定締結薬局には夜間・休日等の時間外の対応や必要な薬の患者への迅速な供給が求められるため、そのような薬局の体制や機能に対する評価が必要。

(新興感染症以外の感染症に対する医療について)

- 感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の届出を行っている医療機関をはじめ、感染症医療において医療機関等における連携をさらに強化していく方策についても検討すべき。
- 歯科診療においても、適切な感染防止対策は重要であり、診療報酬上の評価が必要。
- 薬局における感染対策についても、何かしらの評価や配慮が必要。
- 医療機関による高齢者施設に対する迅速な医療支援や感染対策の助言、実地指導とともに、高齢者施設における退院患者の円滑な受入れに対する支援が重要であり、介護報酬の改定とあわせて、連携を推進すべき。
- 医療機関と高齢者施設の連携については、平時からの連携に加えて、施設入所者の急変等の場合には可能な限り施設内で対応できるように、連携する医療機関が往診やオンライン診療によって外部から効率的に必要な医療を提供できることが必要。
- 感染対策向上加算を届け出していない医療機関における感染対策についても、より進むよう支援をすべき。

(薬剤耐性対策について)

- 患者への丁寧な説明や院外感染対策サーベイランス事業（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）へ参加しやすくすることなどにより、抗菌薬使用状況の可視化をすることで、適正な抗菌薬の使用の推進につながるものであり、医療機関の院内感染対策や抗菌薬適正使用の取組に対するより一層の評価が必要。
- 日本における Access 抗菌薬の割合は、他国と比較すると極めて低く、特に診療所で抗菌薬の使用量が多いため、実際の抗菌薬の使用状況などの成果を見ていくべき。
- サーベイランス強化加算について、参加自体を評価するのではなく、院内や地域での感染発生状況をモニタリングした結果、耐性菌がどれだけ減ったのかという実績を評価すべき。

7) 歯科について

【現状と課題】

(歯科医療提供体制 (かかりつけ歯科医機能・病院における歯科の機能等))

- ライフステージに応じた継続的な口腔の管理や医療安全の取組、連携に係る取組に積極的に取り組む歯科医療機関として、平成 28 年度診療報酬改定においてかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を新設し、以降施設基準の見直し等が行われおり、施設基準の届出医療機関数は年々増加している。
- 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疾患の重症化予防や歯科訪問診療に関する実績要件等が必須とされており、小児の歯科治療に関する要件は設定されていない。
- 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出医療機関数は増加している。
- 入院患者に対して、急性期、回復期及び慢性期のそれぞれに応じた歯科医療が提供されることが求められる。

(医科歯科連携をはじめとした多職種連携、介護との連携)

- がん等の周術期等における口腔機能管理を評価した周術期等口腔機能管理は、平成 24 年度診療報酬改定において新設されて以降、対象患者の見直し等が行われてきた。
- 医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で情報共有することにより、診療情報連携共有料において評価しているが算定状況は低調である。
- 介護保険施設等と協力歯科医療機関の連携内容は歯科訪問診療が多いが、一方で施設が実施してもらいたい内容は研修会や摂食嚥下に関する内容が多い。かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所では、「施設職員への口腔に関する技術的助言や研修等の実施」をしている割合が大きい。

(院内感染防止対策)

- 平成 30 年度以降、院内感染防止対策を推進する観点から、歯科初診料及び歯科再診料に係る評価の見直しが行われてきた。
- 歯科初・再診料の院内感染防止対策に係る加算の施設基準の届出医療機関数は令和 4 年時点で 65, 295 施設である。
- 歯科の外来診療の特性を踏まえ、歯科外来診療の環境の整備を図る取組を評価した歯科外来診療環境体制加算の施設基準の届出医療機関数は令和 4 年時点で 33, 593 施設である。

(歯科疾患の重症化予防・ライフコースに応じた口腔機能の管理、歯科固有の技術)

- 歯科疾患の重症化予防を推進する観点から、令和 4 年度診療報酬改定においては、フッ化物歯面塗布処置の対象患者を見直すとともに、歯周病の管理については歯周病安定期治療を更に推進するため、従来の歯周病安定期治療 (I) と歯周病安定期治療 (II) を整理・統合した。
- 小児及び高齢者に対する口腔機能管理については、令和 4 年度診療報酬改定に

において対象患者の見直しを行ったが、算定状況は低調である。

- 歯科衛生士による実地指導を評価した歯科衛生実地指導料は、平成8年に新設されて以降、平成22年の障害者に対する実地指導の評価新設を除き、大きな見直しは行われていない。
- 歯科固有の技術について、これまでの診療報酬改定において、口腔疾患の重症化予防や口腔機能低下、生活の質に配慮した歯科医療を推進する観点から新規技術の導入を行っている。
- 歯科用貴金属以外の歯冠修復材料について保険適用が進んでおり、歯冠修復の算定回数について小臼歯は令和4年にCAD/CAM冠が全部金属冠を上回ったが、大臼歯の歯冠修復に占めるCAD/CAM冠の割合は約16%である。

(障害者・有病者・認知症の人への歯科医療)

- 歯科診療を行う上で特別な対応を必要とする患者に対しては、診療内容に関する評価と連携に関する評価が行われており、令和4年度診療報酬改定においては、歯科診療特別対応連携加算の施設基準の見直しが行われた。
- 障害児の摂食や口腔ケアにはリスクを伴うことから、個々の状態に応じた配慮が必要である。摂食嚥下障害を有する障害児について、当該患者が通学する学校等に対し、歯科医療機関から口腔内の状態や摂食嚥下等について学校生活を送るにあたり必要な情報の提供を行うケースがある。
- 認知症が重度になると口腔清掃が自立困難になる者の割合が大きくなる一方で、口腔ケアの介助を拒否する者の割合も大きくなる。また、認知症患者に対して歯科治療ができない場合、近くの病院歯科等に紹介する歯科医療機関の割合が大きい。

(電話や情報通信機器を用いた歯科診療)

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、電話や情報通信機器を用いた歯科診療については臨時的・特例的取扱いを実施し、初診を含めて実施を可能とする等の対応を行っている。
- 令和4年度診療報酬改定において、歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導の実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察した患者に対して、歯科訪問診療を実施し当該観察の内容を診療に活用した場合の評価を新設した。

【論点】

- かかりつけ歯科医に求められる機能や病院における歯科医療など、歯科医療機関の機能・役割に応じた評価について、どのように考えるか。
- 医科歯科連携やリハビリテーション・栄養・口腔の連携、介護との連携など、関係者との連携をさらに推進する観点から、診療報酬のあり方についてどのように考えるか。
- 歯科外来診療における院内感染防止対策や患者にとってより安全で安心できる外来診療の環境の整備の評価について、どのように考えるか。
- 口腔疾患の重症化予防や年齢に応じた口腔機能管理をさらに推進するため、歯科

衛生士による実地指導の評価も含め、診療報酬のあり方について、どのように考えるか。また、障害者等の歯科診療を行う上で配慮を要する患者に対する評価について、どのように考えるか。

- 新型コロナウイルス感染症の拡大時の臨時的な取扱いにおける実施状況等を踏まえ、電話や情報通信機器を用いた歯科診療の評価について、どのように考えるか。
- 生活の質に配慮した歯科医療の提供等を推進する観点から、歯科固有の技術の評価について、どのように考えるか。

【主な意見】

(かかりつけ歯科医や病院における歯科医療等、歯科医療機関の機能・役割について)

- ライフコースに応じた歯科疾患の重症化予防や地域包括ケアシステムにおける連携などが重要であり、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所にはこれらの役割が求められている。一方で、患者にとっては、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所とそれ以外の歯科診療所の違いが分かりにくいという指摘もあり、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所がどのような役割を担うべきか考える必要がある。
- 歯科医療機関の機能分化や連携を適切にすすめ、地域の状況に応じた歯科医療提供体制を構築するためにも、在宅歯科医療、医療安全や院内感染対策等、関連する施設基準を整理・検討すべき。
- 回復期病院や慢性期病院において、口腔と栄養の管理が一体的に行われることは、誤嚥性肺炎や低栄養の予防の観点から重要であり、地域の歯科診療所との連携も含め、リハ・口腔・栄養の一体的な取組を進めるべき。
- 歯科訪問診療を実施している患者に対して侵襲性の高い治療や専門性の高い歯科治療が必要となった場合、病院における歯科での全身管理下での治療が必要になることもある。病院歯科が、地域の歯科診療所の後方支援として歯科訪問診療や入院での歯科治療の受け入れ等、地域の状況に応じた役割を果たすことを推進するため、病院における歯科の機能についても適切に評価すべき。

(医科歯科連携をはじめとした連携について)

- がん患者等への周術期等口腔機能管理は増加してきたが、周術期だけではなく、脳血管疾患等により入院が長期になる患者の口腔・栄養管理も重要。
- 医科との連携や介護との連携が進んでいない要因を丁寧に分析した上で、連携を進めるために必要な見直しを行うべき。
- 糖尿病における医科歯科連携や各種薬剤の副作用等に関する医歯薬連携も更に進めるべき。薬により口腔に影響があるものもあり、歯科治療を行う際に注意を要する医薬品などの情報連携は非常に有効である。歯薬連携の在り方について、現場での連携が進むよう検討すべき。

(安心して安全な歯科医療について)

- 各種施設基準において、医療安全と感染対策に係る要件が位置づけられており、これらの感染対策を今後も継続することは重要。

- 医療安全と感染対策は歯科医療機関にとって当然のことであり、その上で、より充実した体制をどのように評価するのか、患者にも分かるように整理が必要。
- 新興感染症の流行時であっても継続した歯科医療提供体制を維持する観点から、歯科外来環境体制加算については、新興感染症に対する感染対策における考え方との整理も必要ではないか。

(重症化予防や口腔機能管理、障害児者等の歯科診療について)

- 歯を喪失する一番の原因である歯周病やう蝕は、適切な管理を行うことで重症化予防が可能である。歯周病重症化予防治療や歯周病安定期治療について、より効果的な管理を推進するため、更なる整理・見直しをすべき。
- 歯科衛生士による歯科衛生実地指導は重症化予防の観点から非常に重要である。近年は、ブラッシング方法の指導等だけでなく口腔機能や生活習慣などの観点からも歯科保健指導が行われており、実態に応じた評価を検討すべき。
- 口腔機能の管理については、口腔機能管理の中で行われる口腔機能獲得や口腔機能向上のための訓練に対する評価について検討すべき。
- 小児を含めた障害児者や認知症の方への歯科医療も非常に重要であるが、治療には患者の状態に応じた配慮や時間、通常より多い人員体制を要することが多く、実態を踏まえた評価を検討すべき。
- 医療的ケア児等について、摂食嚥下等に関し学校等への情報連携をするケースがあることから、歯科医療機関と学校等との情報連携についても検討すべき。

(電話や情報通信機器を用いた歯科診療について)

- 対面診療が基本ではあるが、新興感染症の感染拡大により外出が制限される状況下などでは、歯周病などの急性症状に対し、情報通信機器を用いて症状・状態を確認した上で必要に応じて投薬等を行うことは有効であり、情報通信機器を活用した歯科診療の評価も検討すべき。その他、口腔機能や摂食機能の評価、顎顔面領域の慢性疼痛の管理等、情報通信機器が活用できるものもあるのではないか。
- 口腔内の状態をどのように適切に把握するかも含め、効率的な口腔状態の確認や指導管理等、歯科領域における情報通信機器の活用について検討をすべきでないか。

(生活の質に配慮した歯科医療について)

- 糖尿病や喫煙などの生活習慣は、歯周病など口腔疾患へ大きな影響を与えることが知られているので、これらに関する管理も重要である。
- 貴金属以外の材料の保険適用は進んで来ているが、適用部位が限られている等の現状もあることから、市場価格に左右されない貴金属以外の材料の活用を積極的に検討すべき。

8) 調剤について

【現状と課題】

(全体)

- 薬局における薬剤師の業務については、「患者のための薬局ビジョン」や改正薬機法に基づき、地域包括ケアシステムのもとで、医療機関等との連携、在宅医療への対応等も含む、かかりつけ薬剤師・薬局を推進するための取組が進みつつあるものの、地域において薬剤師が専門性を発揮して役割を果たすためには、引き続き、対物中心の業務から、患者・住民との関わりの度合いの高い対人業務へとシフトすることにより、薬物療法や健康維持・増進の支援に一層関わり、患者・住民を支えていくことが求められる。
- また、薬局は地域における医薬品の供給拠点としての役割を果たすべきであり、セルフケア・セルフメディケーションの取組など処方箋を持たなくても住民がアクセスできるような業務を行うことが求められている。

(調剤医療費)

- 調剤医療費のうち、技術料は約 2.0 兆円であり、令和 4 年度に調剤報酬の評価体系の見直しを行い、調剤料の一部が薬学管理料に再編されたため、これまでの直接の比較はできないが、見直し後は薬学管理料の割合が約 5 割となっている。
- 見直しにより薬学管理料において新設された「調剤管理料」について、算定回数や総額は、調剤日数の区分が大きくなるほど多くなっており、29 日分以上の区分が最も多い。
- 調剤管理加算は、75 歳以上での算定回数が最も多く、全体としては初めて処方箋を持参した場合と 2 回目以降に処方箋を持参した場合の算定割合は同等であった。

(服薬指導・かかりつけ薬剤師)

- 服薬指導管理料の算定状況では 7 割以上が 3 月以内に再度来局した患者であった。継続的服薬指導は、新しく薬剤を追加した際に多く実施されており、電話で実施する割合が多かった。指導を受けた患者は薬物治療の不安が解消されたり、意識が高まった人が多い。
- 継続的服薬指導を含め、個別の疾患領域においては地域において多職種との連携により、医療機関と薬局等との連携を充実させて患者を支えていく取組もある。また、患者への情報活用ツールとして医薬品リスク管理計画（RMP）に基づく詳細な説明資材を用いる場合もある。
- かかりつけ薬剤師指導料等の届出割合は増加傾向であり、患者年齢別にみると 10 歳未満、75 歳以上で算定回数が増えている。かかりつけ薬剤師のいる患者は 34%であり、薬の継続的な把握や丁寧な説明、薬の飲み合わせなどのチェック等が良かったとの意見であった。
- 服薬指導の概要は調剤録に記載することになっているが、調剤報酬上の薬剤服用歴等への記載を求める事項が多岐にわたっており、薬剤服用歴等への記載だけで残業する薬剤師は全体の約 3 割弱存在する。

(重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応)

- 薬剤師により処方箋の疑義照会を行っているのは全体の2.6%であり、そのうち薬学的な疑義照会は8割を超えている。
- 残薬の解消に係る取組に係る評価の算定回数は増加傾向である。一包化に伴う服薬支援は全体の1/4で実施されており、75歳以上では半数以上となっている。
(医療機関と薬局の連携等)
- 薬局が医療機関へ情報提供する割合は増加しており、医療機関に送付する服薬情報等提供料2の算定が令和3年度以降に特に増加している。情報共有を円滑に行うため、地域で統一様式を定めて取り組んでいる事例もある。一方で、医療機関が求める情報と薬局が提供する情報に差がある。
- 入院患者の退院時の薬局の関わりについては、退院時共同指導料の算定は少ないものの増加傾向にあり、令和4年度の調剤報酬改定により参加要件が見直されたことにより関与し始めたケースが認められ、算定薬局の4割でビデオ通話を用いて参加している。
(薬局の体制に関する評価)
- これまでの大型門前薬局の見直しのほか、令和4年度改定では大規模グループ薬局の店舗数に応じた基本料の見直しを行った結果、新設された調剤基本料3ハの薬局は15%を超えており、調剤基本料1の薬局は約85%から約70%まで低下した。
- 地域支援体制加算は38.2%の薬局で算定されており、新設された地域支援体制加算2(調剤基本料1の薬局で高い要件を満たす必要がある加算)は調剤基本料1を算定する薬局の21.5%が算定している。地域支援体制加算の算定薬局は、算定していない薬局と比較して医療用医薬品の備蓄品目が多い。
- 連携強化加算の届出割合は24.2%であり、加算を算定している薬局の方が、より多くの施設で新型コロナウイルス感染症に係る対応が実施されていた。
- 敷地内薬局は、処方箋受付回数が多いものの、地域支援体制加算の届出割合は低かった。医療機関側からは連携していると認識されていない薬局も半数以上存在している。
- 後発医薬品の調剤体制加算は、令和4年度改定で算定要件が引き上げられたが、届出数はほぼ変わらず全体の約7割であった。薬局での後発医薬品の使用割合は82.1%であった。

【論点】

- 薬局・薬剤師が、対物中心の業務から、患者・住民との関わりの度合いの高い対人業務へとシフトすることにより、薬物療法や健康維持・増進の支援に一層関わり、患者・住民を支えていくことが重要であることを踏まえ、診療報酬のあり方について、どのように考えるか。
- かかりつけ薬剤師・薬局の取組の促進、多剤・重複投薬への取組、在宅の対応など、薬剤師が他職種と連携しつつ専門性を発揮して質の高い薬物療法を提供するために必要な対応に係る評価について、どのように考えるか。

- 薬局は立地に依存するのではなく、患者・住民のニーズに対応する機能を果たしつつ、地域における医薬品の供給拠点としての役割を発揮するため、周囲の薬局との連携も含め、薬局の体制に係る評価についてどのように考えるか。

【主な意見】

（全体）

- 次回改定は介護報酬との同時改定でもあり、薬局の体制の充実やかかりつけ機能の強化、それらを通じた質の高い薬学的管理の提供、医療・介護の関係者や関係施設等との連携などが今以上に進むような方策が必要。
- 前回改定で調剤報酬の体系を大きく変えたことから、新しい体系を踏まえた分析と評価を次期改定に向けて十分に行う必要がある。薬学的管理がより充実する対応が重要。
- 薬局については、地域に根差しているのか、地域において 24 時間対応を含めた連携体制が図れているのかという点を評価していくべき。

（服薬指導・かかりつけ薬剤師）

- 「患者のための薬局ビジョン」において、全ての薬局をかかりつけ薬局とされた 2025 年を目前に控えていることを十分意識して、かかりつけ薬剤師を中心に、薬局の機能をより一層高めることが重要。
- 薬剤服用歴等の記録やかかりつけ薬剤師の在り方について合理的な業務が行えるよう、薬剤師の働き方を意識した整理も必要。
- かかりつけ薬剤師の休日・夜間対応については、かかりつけ医と同様に極めて重要な機能であり、要件の緩和はあり得ない。
- 薬剤服用歴の記録は非常に重要な業務であるが、これに多くの時間がかかっていることについては業務の効率化等で対処すべき。
- 医療的ケア児を含む小児特定疾患や認知症の患者への対応について適切な取組が進むよう検討すべき。

（重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応）

- 高齢化が進展する中、重複投薬・多剤投与や残薬解消の取組について、ICT 化による情報共有を含め、現場の取組がさらに推進するような検討が必要。電子処方箋の導入など見据えて在り方を見直す余地があるのではないか。
- 調剤管理加算については、その効果についてしっかり検証する必要がある。

（医療機関と薬局の連携等）

- 医療機関と薬局の連携は、点と点ではなく面での連携に広がるようにすべき。
- セキュリティに十分配慮しながら、ICT の活用を引き続き進める必要がある。
- 医療機関と薬局の連携においては、薬局が提供する情報と医療機関が希望する情報に差があることや薬局が取り扱う医薬品等の把握が医療機関側では困難との意見があるため、服薬情報の提供や無菌製剤処理等に対応可能な薬局の把握

など、医療機関のニーズを適切に把握した連携をしていく必要がある。

(薬局の体制に関する評価)

- 調剤基本料については、都市部と地方では医療機関の数も異なるので、処方箋枚数と集中率だけではなく、地域の医療資源の状況も踏まえた対応が必要。
- 地域支援体制加算については、地域医療に貢献している薬局を評価する観点から、体制や機能が充実している薬局を評価すべき。
- 1つの薬局の対応で完結することは限界があり、地域の薬局と連携した体制を整備し、それを地域の関係者や行政が把握できるような取組も必要である。
- 敷地内薬局は、薬局開設者の姿勢として、適切な医薬分業と地域包括ケアシステムの構築を進めていく中で国の目指す姿に逆行している。効率的に大量の処方箋が取り扱われているが、医療機関との連携が必ずしも図られていないため、実態をより詳細に把握し、特別調剤基本料以外の部分についても更なる見直しを検討すべき。

9) 個別事項について

①働き方改革の推進について

【現状と課題】

(働き方改革に係るこれまでの経緯)

- 働き方改革推進の中で、2024年4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される。診療従事勤務医には年960時間の上限規制が適用されるが、地域量確保暫定特例水準（B水準）及び集中的技能向上水準（C水準）の医療機関においては、特例的に年1,860時間の上限規制が適用される。
- 令和3年改正医療法において、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置の整備等が定められ、2024年4月1日に向け段階的に施行されている。
- 年1,860時間の特例的な時間外労働時間の上限も、将来的には縮減方向であり、特に地域医療確保暫定特例水準（B水準）は2035年度末の終了が目標とされている。
- また、勤務医への意識調査において、一定の医師が勤務状況の改善の必要性を指摘している。
- 2024年4月以降も、働き方改革に向けた継続的な取り組みが求められる。

(医療従事者の働き方改革に係る取組への評価について)

- 令和2年度改定において、地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供を評価した地域医療体制確保加算が新設され、令和4年度改定においては施設基準の見直しが行われている。
- 地域医療体制確保加算を算定している医療機関において、時間外労働の時間が月155時間（年1,860時間相当）以上の医師はごくわずかであるものの、時間外労働時間が月80時間（年960時間相当）以上の医師の割合は、2020年から2022年にかけて増加している。
- 平成30年度改定において、病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理した。
- 特定集中治療室管理料等の施設基準においては、一定の医師の治療室内での常時勤務等を求めている一方、評価の内容に応じて、専従要件を緩和し緩和ケア診療加算においてチームのいずれか1人が専従であれば良いこととする等、多様な勤務形態を推進する診療報酬上の取組が行われている。

(タスクシェア・タスクシフトに対する評価について)

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価するため、平成20年度改定において、医師事務作業補助体制加算が新設され、その

後順次評価の拡大・充実が図られてきた。

- また、医師の働き方改革を推進する観点から、特定行為研修修了者である看護師の配置及び活用の評価についても充実が図られてきた。

(医療従事者の負担軽減等に対する評価について)

- 医療従事者の負担軽減等に対する評価として、例えば、看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、平成 22 年度改定から、看護補助者の配置や夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。

【論点】

- 2024 年 4 月から医師についての時間外労働の上限規制が適用され、働き方改革に向けた継続的な取り組みが求められる中、これまでの医師をはじめとした医療従事者の働き方改革の取組や、これまでの診療報酬上の対応を踏まえ、働き方改革の推進に対する診療報酬の評価の在り方について、どのように考えるか。

【主な意見】

(働き方改革に係るこれまでの経緯)

- 地域医療の継続性や医療の安全性と質の向上が損なわれないようにする必要。医師の働き方改革を通じて勤務医の健康を確保することは、医師個人だけでなく安心、安全な医療提供体制を確保するためにも重要。
- これまで診療報酬や地域医療介護総合確保基金による支援が行われているが、医療従事者の働き方改革は一朝一夕にできるものではなく、さらなる強力な支援が必須。
- 医療従事者が減少しているが、医療機関は公定価格で運営されており、人材確保のためには財源が必要。
- 外来も入院も機能分化や連携を推進することが、勤務医の負担軽減に寄与する。
- 働き方改革の中で、現場では宿日直許可の取得が進められているが、宿日直許可を取得できないような医師にも宿日直が許可されるようなことが常態化してしまえば、医師の働き方改革に逆行してしまうのではないかと。宿日直許可と治療室の医師の配置について整理すべきではないか。

(医師の働き方改革に係る取組への評価)

- 地域医療体制確保加算と地域医療介護総合確保基金のすみ分けを考えるべきではないか。
- 地域医療体制確保加算を算定している医療機関で、時間外労働時間が長い医師の割合が高くなっているが、医師の労働時間短縮の取り組みが進む施設基準であるべきではないか。
- タイムカード、ICカードによる労働時間の把握を推進すべきではないか。
- 常勤の医師等が要件になっている施設基準について、もう少し柔軟な働き方を認めてはどうか。

(タスクシェア・タスクシフトに対する評価)

- 慢性期病床や在宅医療等においても、特定行為研修修了者が活躍する場があるのではないか。
- 医師の働き方改革では薬剤師の活用が有効と考えられるが、薬局の薬剤師と医療機関の薬剤師の給与格差が大きいと医療機関での確保が難しいため、診療報酬上の手当が必要ではないか。
- 薬剤総合調整加算については、ポリファーマシー対策の推進から見直す必要があるのではないか。
- 看護補助者の確保においては、教育体制の整備や、業務、役割の明確化が必要ではないか。
- 介護福祉士の資格を持つ看護補助者は減っており、診療報酬において処遇の改善を考慮する必要があるのではないか。
- 介護福祉士は介護の領域で活躍する重要な人材であり、診療報酬で配置を評価することには慎重であるべきではないか。

(医療従事者の負担軽減等に対する評価)

- 看護記録に関して、A I や I C T の活用によって業務が効率化されるのではないか。
- 介護におけるロボット等の活用事例が紹介されているが、介護においても全体的に検証事例も少なく、まだまだエビデンスの構築に至っていないのが現実ではないか。医療の現場でロボット等を活用することは、現時点においては時期尚早であり、エビデンスの構築が必要ではないか。

②小児周産期について

【現状と課題】

（小児医療の現状等について）

- 日本における出生数・出生率は減少傾向であり、15歳未満人口も近年減少傾向である。
- 15歳未満の外来患者数の減少は大きくないが、入院患者数は年々減少傾向である。
- 昭和50年から平成25年までの約40年で、出生数は減少しているが、極低出生体重児(1000g～1499g)、超低出生体重児(1000g未満)の割合が増加傾向であり、近年は横ばい傾向である。

（小児外来医療について）

- 初再診料・外来診療料における6歳未満の小児の算定回数と比較して、小児科外来診療料は70%程度まで上昇している。小児かかりつけ診療料も上昇しているが、10%程度にとどまっている。
- 小児に係るかかりつけ医機能を推進する観点から、小児かかりつけ診療料による評価が行われている。令和4年度改定においては、小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、時間外対応に係る体制を考慮した評価体系に見直しを行った。
- 平成27年以降の15歳未満の患者に対する往診料の算定回数については、令和元年までは増加傾向であったが、令和2年に減少し、令和3年に大きく上昇し、令和4年にはさらに上昇した。

（小児急性期医療体制について）

- 小児入院医療管理料の届出医療機関数と病床数はともにほぼ横ばいで推移している。
- 令和4年度改定において、一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行った。
- 小児入院医療管理料の病棟は、急性期一般入院料1に比べ、1病棟あたりの病床数が少ない。
- 小児入院医療管理料を届け出る病棟のうち約5割は保育士を、約3割は看護補助者を配置している。

（小児高度急性期医療体制について）

- 医療の高度化に伴い、低出生体重児、早期算の児の死亡率は低下している。
- 新生児特定集中治療室管理料に関しては、令和4年度改定において、慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数の見直しを行った。
- 小児特定集中治療室管理料に関しては、令和4年度改定において、施設基準の実績要件を見直すとともに、手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児につ

いて、算定上限日数の見直しを行った。

- 令和4年度改定において、臓器移植を行った患者を対象に、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の算定日数制限の見直しを行った。

- 小児において、臓器移植を実施する患者が増加傾向にある。

(医療的ケア児について)

- 医療的ケア児は増加傾向である。
- 障害福祉サービスにおける医療型短期入所サービス利用中の者に対し、特定の処置を診療報酬で算定可能としている。
- 医療計画においては、医療的ケア児が増加する中、対応する医療機関は訪問看護ステーション等との連携や緊急入院・レスパイト受入等の体制を整備することとされている。

(小児の緩和ケア医療について)

- 小児の緩和ケア医療については、緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算における小児加算、小児がん拠点病院加算により評価を行っている。緩和ケア病棟に入院した20歳未満の者は、極めて少なかった。

(周産期医療について)

- 医療計画においては、基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進めるとともに、NICUや専門医などの機能や人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築することとされている。また、集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討することとされている。
- 社会的ハイリスク妊産婦やメンタルヘルス介入を必要とする妊産婦を含めたハイリスク妊産婦の増加への対応の必要性が指摘されている。診療報酬ではこれまで、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算やハイリスク妊産婦連携指導料に加え、複数の診療科等による総合的な入院医療体制について総合入院体制加算により評価を行っている。

【論点】

(小児医療について)

- 少子化の進展とともに、医療の高度化が進むなか、小児医療の現状を踏まえた上で、外来、入院、高度急性期医療、医療的ケア児、緩和ケアに係る診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

(周産期医療について)

- 医療機関・機能の集約化が進められるとともに、ハイリスク妊産婦が増加するなか、良質な周産期医療の提供体制を維持するため、周産期医療に係る診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

【主な意見】

（小児外来医療等について）

- かかりつけ医機能については、小児医療のベースとなる重要な論点。24時間対応はかかりつけ医機能の極めて重要な要素であり、これ以上の要件緩和はすべきではない。
- 時間外対応加算3の届出医療機関数が少ないが、複数の診療所が連携して、輪番で対応することは広げるべき。
- 15歳未満の小児に対する往診が増加している。コロナにおける実態など、複合的な要素があるものとするが、往診料の留意事項通知にある「保険医療機関に対して電話等で直接往診を求め、医師が必要性を認めた場合」を遵守し、地域に密着した医師が、通常の在宅診療の一部として対応することが基本ではないか。
- 新型コロナウイルス感染症の流行下で往診が一定の役割を果たしたことは、事実と考えるが、コロナが5類になったことも踏まえ、上手な医療のかかり方を意識して、適切に往診サービスが利用されるよう、今後の動向を注視すべき。

（小児急性期医療体制について）

- 小児入院医療管理料を届け出る病棟では、保育士や看護補助者を一定数配置しているが、医療的ケア児や、NICUからステップダウンしてくる児等の、昨今の増加を踏まえれば、様々な需要を受け止めきれているのかについて検討が必要ではないか。
- 小児病棟では、現状、看護補助者の配置に対する評価がなく、配置が進んでいない状況にある。看護職員が小児患者への看護に集中でき、親子とも、より安心して過ごせる入院環境が整備できるよう、看護補助者配置への評価が重要。
- 小児入院患者が減少する中、小児病棟を単独で維持することが難しくなっている。「成育医療等基本方針」でも記載されたように、小児の心身発達への配慮や、小児患者・家族が安心して療養できる環境確保の観点から、成人との混合病棟の中における小児病床の区域特定が必要。

（小児高度急性期医療体制について）

- NICUにおいては、超低出生体重児の割合や高度な処置の実施が増加しており、高水準な医学的管理を安全に行うためには、特定集中治療室や小児特定集中治療室と同等の手厚い配置が必要。
- NICUには、新生児集中ケア認定看護師などの専門性の高い看護師や小児患者の在宅移行支援に関する研修を受講した看護師が配置されることが望ましい。

（医療的ケア児について）

- 同時改定では障害福祉サービスと医療機関との連携や情報提供を促していくことが重要。
- 医療的ケア児については、レスパイトケアが課題の1つ。障害福祉の「医療型短期入所サービス」の役割も重要であり、同時改定のタイミングで、家族の不安をどのように解消するかを含めて、障害福祉サービスでの対応を検討すべき。

- 医薬品提供も重要な視点であり、地域の連携体制の中に薬局も入り、医療機関と退院時に事前に錠剤情報等の共有を行うことが不可欠である。

(小児の緩和ケア医療について)

- 入院・外来・在宅が一体となって「地域で支える」というコンセプトは、成人の場合と同じであると考えている。
- 小児にも緩和ケアは必要であり、どのような病棟で、どのように対応すべきなのか、実態の分かるデータをもとに議論を進めていくべき。
- 小児の緩和ケアは、家族や兄弟姉妹との関係の中で、その子どもらしく、穏やかな最後の時を迎えられるよう支援することが重要であり、提供体制の充実が必要と考える。

(周産期医療について)

- ハイリスク妊産婦の増加が示されており、このハイリスクの要因について、詳しく調べていく必要があり、現行のハイリスク妊娠管理加算等で評価されていない対象患者があれば、追加も検討していくべき。
- 医療計画に沿った体制整備は重要だが、令和8年度改定で正常分娩の保険適用が論点になることが予想されるため、その全体像が明らかになった段階で周産期医療全体の評価のあり方を検討すべきであり、令和6年度は、周産期医療の評価について、慎重に判断すべき。
- ハイリスク妊産婦が増加しており、メンタルヘルスケアの重要性など、妊娠中から産後まで切れ目なく支え続けることが重要。出産直後の自身の精神的・身体的変化に加えて、育児も始まることから、こうしたハイリスク妊産婦の退院に向けては、退院前から地域の関係者と情報を共有し、退院直後から必要な支援を適切に提供する体制の強化が求められる。
- 訪問看護事業所では、医療機関や保健所等と連携しながら、ハイリスク妊産婦への支援を実施している。その際、入院中から入院医療機関との間で情報共有や方針共有をしておくことが、円滑なケア提供につながっている。ハイリスク妊産婦に対する医療機関と訪問看護の連携強化に向けた評価が重要。

その他の了解された事項

令和6年度診療報酬改定施行時期の後ろ倒しについて

- 医療DXを推進するにあたり、診療報酬改定時に、医療機関等やベンダが、短期間で集中して個別にシステム改修やマスタメンテナンス等の作業に対応することで、人的、金銭的に非常に大きな間接コストが生じているとの指摘があったところ。令和5年6月に閣議決定された「医療DXの推進に関する工程表」においても、診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関して、実施年度及び施行時期について、中医協の議論を踏まえて検討するとされていた。
- 中医協総会においては、令和5年4月および8月に議論を行い、令和6年度診療報酬改定より、薬価改定については令和6年4月1日に施行し、薬価改定以外の改定事項については、令和6年6月1日に施行することを事務局が提案し、了解された。