

「平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（現時点の骨子）」  
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 : 平成30年1月12日(金)～平成30年1月19日(金)
- (2) 告知方法 : 厚生労働省ホームページ
- (3) 意見提出方法 : 電子メール、郵送

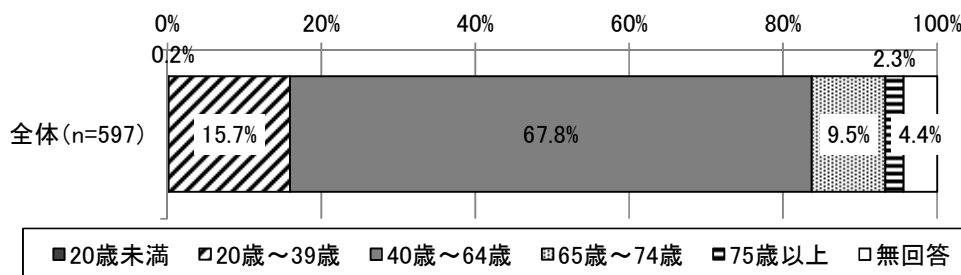
2. 寄せられた意見

(1) 意見件数

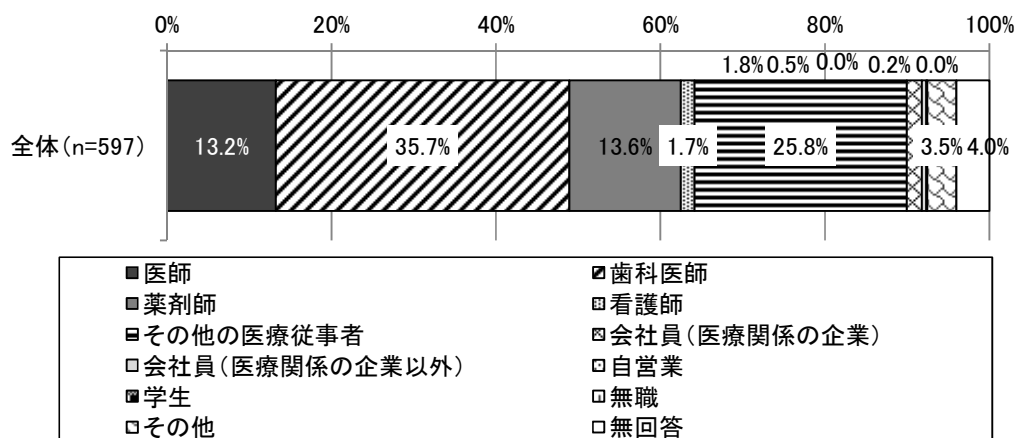
電子メール	郵送	合計
586件	11件	597件

(2) 意見者の属性 (n=597)

① 年齢



② 職業



(3) 項目別の意見延べ件数 (1,240 件)

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

項目番号	内 容	件数
I-1	地域包括ケアシステム構築のための取組の強化	67 件
I-2	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価	153 件
I-3	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	59 件
I-4	外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進	76 件
I-5	質の高い在宅医療・訪問看護の確保	134 件
I-6	国民の希望に応じた看取りの推進	20 件
I-7	リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進	20 件

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

項目番号	内 容	件数
II-1-1	緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価	8 件
II-1-2	認知症の者に対する適切な医療の評価	9 件
II-1-3	地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価	16 件
II-1-4	難病患者に対する適切な医療の評価	2 件
II-1-5	小児医療、周産期医療、救急医療の充実	14 件
II-1-6	感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進	9 件
II-1-7	口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進	191 件
II-1-8	薬剤師・薬局による対人業務の評価	36 件
II-2	医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションやICT等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入	33 件
II-3	データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進	5 件
II-4	明細書無料発行の推進	62 件

III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

項目番号	内 容	件数
III-1	チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善	42 件
III-2	業務の効率化・合理化	16 件
III-3	ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入	5 件
III-4	地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化	8 件
III-5	外来医療の機能分化	3 件

#### IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

項目番号	内 容	件数
IV-1	薬価制度の抜本改革の推進	8 件
IV-2	後発医薬品の使用促進	45 件
IV-3	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)	—
IV-4	外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)	—
IV-5	費用対効果の評価	3 件
IV-6	医薬品の適正使用の推進	26 件
IV-7	備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価の推進	20 件
IV-8	医薬品、医療機器、検査等の適正な評価	127 件

※「IV-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)」、「IV-4 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)」はそれぞれ I-3、I-4 として取りまとめた。

その他の意見

23 件

(4) 平成30年度診療報酬改定についての主な意見（同じ内容の意見は適宜集約して記載）

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化について（67件）

意見の内容	件数
<p>○入退院支援の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院支援は本来、入院時に始まるものであり、在宅療養患者の急性増悪による入院の際には様々な資源調整という点で入院時の支援も必要となる。こういった面から退院支援加算の名称変更は評価できる。</li> <li>退院支援加算2を算定する病棟に対しても地域連携診療計画加算を算定できるよう対象を拡大することは賛成である（同旨2件）。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	9件
<p>○在宅復帰に係る指標の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅復帰に係る指標については、要件化ではなく加算等によって評価すること（同旨3件）。</li> <li>自宅等への退院患者比率の目標設定が評価に使われる際、家庭の事情等により自宅に帰れない患者もいるため、後方支援病院への転院も分子に入れてはどうか。</li> <li>療養病棟はそもそも長期療養を前提とした病床であり、個々の患者の療養の必要性・個別性から、これ以上の要件強化はすべきでない。</li> <li>在宅復帰率の要件強化などの「退院促進」強化は、入院医療の必要性が高く在宅等では十分療養できない患者まで強制的に在宅に戻すことにつながりかねず、在宅の地盤ができていない現場の混乱を招くため反対。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	11件
<p>○情報提供・共同指導等の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>診療情報提供料(I)の歯科医療機関連携加算について、対象である在宅療養支援歯科診療所の届出状況を勘案すると、歯科訪問診療を実施する歯科医療機関の追加は、医科歯科医療機関間の有機的連携の強化をさらに推進するものと考ええる。</li> <li>かかりつけ歯科医とかかりつけ医との情報共有は、文書だけではなく他の通信手段（メール、FAX、電話）などに対しても柔軟な対応が必要（同旨2件）。</li> <li>「かかりつけ歯科医」と「かかりつけ医」の間で情報共有した場合の評価が、両者とも施設基準届出を必要とする医療機関であった場合、相手方医療機関の施設基準届出有無の確認も含め、時間と労力を要し、大変限定的な評価となってしまう。診療情報の医科歯科間共有は、患者への良質な歯科医療提供に重要であるため、全医科歯科医療機関間での情報共有について評価をお願いしたい（同旨4件）。</li> <li>退院時共同指導について、医師及び看護師以外の医療従事者として、歯科医師及び歯科衛生士と明記することを望む。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	28件
<p>○その他について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括ケアシステム推進と地域包括診療料の原則院内処方、この2つは根本的に相反するものである場合が多い。「院内処方が原則」を撤廃されたい。</li> <li>周術期口腔機能管理後手術加算の対象手術に造血幹細胞移植等を追加することは評価できるが、全身麻酔後の口腔管理は極めて重要であり、すべての全身麻酔下手術を対象とすべきである（同旨4件）。</li> <li>地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料について、在宅等からの患者の受入れに係る加算等の要件に、治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援体制の構築を追加することについては、患者・家族の意思決定が拙速に行われない</li> </ul>	24件

<p>よう、また強要されないよう要件化すべきではない。診療報酬として評価し求めるべきものではなく、医療従事者と患者・家族との信頼関係を構築する中で実施されるべきものである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院時の情報提供や共有の枠組みが介護や障害も含み多職種に広がったことで、退院支援で必要とする情報収集がより適切なタイミングで得られ、今後、診療報酬・介護報酬において適切に評価され、幅広く適用されることが重要になる。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	
---	--

I-2 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価について  
(153件)

意見の内容	件数
<p>○かかりつけ医機能の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医について、かかりつけ医機能の推進には、地域包括診療料・同加算の枠を超えた、診療所総体に係る入院外診療行為（外来・在宅）に対する評価とすべきである。かかりつけ医機能の延長である在宅診療や時間外対応は、地域包括診療料等の要件取得の有無は問わずに、実績に応じた評価体系・診療報酬とすべきである。</li> <li>・ 患者のフリーアクセスを制限し、医療費抑制を目的とした人頭払い制に繋がる危険性のある地域包括診療料等は廃止した上で、地域の第一線医療を担う保険医の診療技術に対する適正な評価として、初・再診料の引き上げを要求する。</li> <li>・ 「かかりつけ医」の処方院内処方原則としない。院内処方を原則とすることは、患者に薬の選択（例えば、先発品、後発品）の権利を奪う恐れがある（同旨3件）。</li> <li>・ 小児かかりつけ診療料を廃止し、小児科外来診療料で評価してほしい。小児かかりつけ診療料は、患者の「同意」を前提として1人の患者を原則1保険医療機関で診る取扱いとされており、患者のフリーアクセス制限を阻害しかねない。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	20件
<p>○かかりつけ歯科医機能の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ SPTやCeに対する処置は全ての歯科医療機関で給付可能なことから、か強診の診療所とそれ以外の診療所とを差別化するような施設基準は抜本的に見直すこと（同旨51件）。</li> <li>・ か強診の施設基準に、口腔疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績や地域連携に関する会議等への参加実績を必須要件として追加しないこと（同旨48件）。</li> <li>・ 患者情報の「照会」は「か強診」だけでなく全医療機関で算定できるようにし、診療情報提供料Iと同点数で評価すること（同旨47件）。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	97件
<p>○かかりつけ薬剤師の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同意取得の様式を整備するとあるが、これまで取得した同意書が無駄にならないよう、配慮してもらいたい。再度、同意書を取得しようとすることで、信頼関係を損ねることが懸念される。</li> <li>・ かかりつけ薬剤師指導の同意書を得る対象患者に要件がないのはおかしな話で、必要のない患者や、薬剤師の言いなりの患者に算定している例が多いと思われる。次回の改定では、高齢者のみの世帯・独居の高齢者・内科等による多剤併用・認知症患者等に絞るべきである。</li> <li>・ かかりつけ薬剤師が機能するためには、患家と薬局の距離が近いことが必要であると考えられる。</li> <li>・ 勤務年数にかかわらず、患者から信頼を得ている薬剤師はたくさんいる。また、パート薬剤師の場合、その患者さんが来局する時間帯には常時いるにもかかわらず、</li> </ul>	19件

<p>かかりつけ薬剤師にはなれない状況がある。勤務年数や勤務時間にかかわらず、かかりつけ薬剤師となれるようにしてほしい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>週 32 時間の要件は短縮する必要はない。32 時間以内の勤務は通常パートであり、1 日 24 時間・週 168 時間のうち、20%にしかないし、パートが帰宅後及び夜間・休日は他の薬剤師が対応する訳だから、かかりつけとは言い難いと思う。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○地域医療に貢献する薬局の評価等について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>根拠のない在庫品目数の下限引き上げには反対。現状維持か、撤廃を。</li> <li>副作用などの報告の体制について、薬局・薬剤師単独での報告ならば可能と思われるが、処方元の医師と共同する条件ではかなり制限がかかると想像される。単独での報告を可能とする、または実績ではなく体制が整っていることでの承認を希望する（同旨 2 件）。</li> <li>基準調剤加算の廃止による薬局経営への影響は甚大であり、経営が立ち行かなくなる恐れがあるので、基本的に反対。ただし、仮に新評価を設定する場合には、特に導入期には、極力無理のない柔軟な経過措置を強く希望する。また、その評価の要件については、薬局の自助努力で完結する新評価とすべきである（同旨 2 件）。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	19 件

### I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価について（59 件）

意見の内容	件数
<p>○入院基本料の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新たに設置する急性期一般入院料（仮称）の評価について、重症度等の割合見直しや、中間的評価の基本部分の配置基準が 10 対 1 とすることは、医療従事者の負担が増加し、患者の受ける医療サービスの低下を招く恐れがある（同旨 3 件）。</li> <li>実績部分の評価を過度に厳格化することで、入院対象患者については、より実績が評価されやすい患者を優先的に選別しかねない（同旨 3 件）。</li> <li>入院基本料の評価の抜本的な変更は、医療現場に混乱と疲弊をもたらし、医療従事者の労働環境や患者に対して重大な影響を及ぼしかねない。また、地域における病床確保の甚大な影響が考えられることから、今回改定で入院基本料の評価方法の抜本的な変更を拙速に行うべきではない（同旨 2 件）。</li> <li>中間的な評価についても現行方式と診療実績データの双方での判定に変更すべき（同旨 2 件）</li> <li>医療の安全確保のためには、十分な人員の確保と管理体制の強化が必要であり、そのためには診療報酬の評価が重要となる。現行の入院基本料は、人件費・設備費・施設費が保証されておらず、医学管理や看護にかかる評価も包括されている。それぞれ評価を区分して評価することも含め、入院基本料の大幅な引上げが必要である（同旨 2 件）。</li> <li>評価が煩雑すぎ、医療職に負担を強いる。簡素化すべき（同旨 2 件）。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	18 件
<p>○一般病棟入院基本料の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症度の引上げを検討しているようだが、機能分化の促進により病院は外来収入が減収となる中、下位基準に引き下げた場合、地方交付税から補填がある地方自治体病院（独法化法人を含む）以外の地域医療を担う公的病院にとっては、更に経営を圧迫し存続も危ぶまれることになるため、適切な判断基準の改定をお願いしたい（同旨 2 件）。</li> <li>「基準値」については、医療現場での無用な混乱を避けるため、今改定においては、現行方式による重症度、医療・看護必要度の判定の場合、現行の 25% を継続すべ</li> </ul>	17 件



<p>きだと考える（同旨2件）。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の見直しについて、前回改定されたばかりであり、短期間のうちに改定を繰り返すことは事務的にも負担である。</li> <li>重症度、医療・看護必要度は急性期の入院医療の評価のため、今後もより重要性が高まると考えられる。そのため各項目の定義については、より患者の尊厳を尊重した内容が求められる。今回、認知症またはせん妄状態の患者をより適切に評価できるように判定基準を見直すことはとても意義深いと考える。</li> <li>救命救急センターや特定集中治療室等の重症系治療室を有し、超急性期の重症者を受け入れる医療機関等では、一般病棟の重症患者割合が低くなる傾向がある。重症患者割合の一律の引上げに伴い、こうした医療機関において基準値をクリアするため、集中治療室や重症病棟での管理が必要な患者を、早期に一般病棟へ転棟させるようなインセンティブが働く懸念も生じる。重症患者を積極的に受け入れている医療機関における基準値の設定等について、段階的な低減等を検討願いたい。</li> <li>急性期入院医療を提供する上で、「認知症やせん妄状態の患者の身の回りのお世話なども行っている看護師の業務量の割合」が「高いと急性期」、「低いと急性期ではない」と判断することは困難であると考える。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○療養病棟入院基本料の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>経営状況等から20対1への看護師増員が困難な「25対1」病院が多数存在する。25：1病床を廃止すべきではない（同旨5件）。</li> <li>療養病床の入院患者については、介護病床や居住系施設などの社会資源の不足や在宅での療養体制の確保ができない状況下では、「医療区分」という指標のみで患者に退院を強いることは事実上不可能である。医療区分2・3の該当患者割合要件そのものを廃止ないしは要件緩和するなどして見直すべきである（同旨3件）。</li> <li>療養病棟入院基本料の病院「25：1看護+25：1看護補助（常時配置）」、診療所「6：1看護+6：1看護補助（常勤配置）」の人員配置を認め、コストを踏まえて診療報酬を引き上げること。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	9件
<p>○地域包括ケア病棟入院料の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟からの転棟評価については、地域の医療供給体制の特性を加味し、一律的な評価ではなく、地域の医療構造を加味した柔軟な評価体制の構築を希望する（同旨2件）。</li> <li>特別養護老人ホームへの入所については「在宅等に退院する患者」に含めるべき。</li> <li>病態により60日を超えて地域包括ケアにおける入院が必要な患者について、引き続き、地域包括ケア病棟入院料が算定できるようにすべき。</li> <li>地域包括ケア病棟は急性期から療養・在宅に移行するための役割を持つが、必ずしもリハビリテーションを必要としない患者もいることから、これらの提供を出来高払で評価することが必要である。</li> <li>地域包括ケア病棟について、2016年度診療報酬改定で、ICUやHCU等を持つ病院は地域包括ケア病棟を1病棟のみ持つことができるとされた。しかし、今後回復期機能がますます必要となる医療需要を見据えて、ICUやHCU等を持つ病院であっても地域包括ケア病棟を複数持てるように変更すればどうか。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	7件
<p>○有床診療所入院基本料の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「有床診療所入院基本料について、地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）での運用を支援するため、介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和するとともに、高齢患者の入院受入れに係る評価を新設する」とあり、評価したい（同旨2件）。</li> </ul>	3件

<ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括ケアシステムの構築のために、有床診療所を活用することは重要となっている。それには、まず、有床診療所の入院基本料が極めて低い報酬となっている現状を改め、病院の診療報酬に準拠して正当に引き上げることが急務。また、入院基本料の注の加算における医師配置加算、看護配置加算についても、人件費に見合う加算となるよう引き上げるべき（同旨2件）。</li> <li>有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件の緩和にあたっては、地域包括ケア要件もしくは平均在院日数60日以内を満たす有床診療所も加算の対象とすべき（同旨2件）。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「リハビリテーションの提供による日常生活動作の改善(実績指数)等に応じた評価を一層推進する」とあるが、ケアミックス型回復期リハビリテーション病棟と単独型回復期リハビリテーション病棟とを同一の基準で評価することは適切だと考える。</li> <li>リハビリテーションの提供によるFIM実績指数について、除外選定するタイミングが入院月となっているが、入院時の予想を反して大幅に改善するケースや、その逆のケースもあるので、退院月に除外選定するように変更していただきたい。</li> <li>回復期リハビリテーション病棟において、入院栄養食事指導料の算定が可能となるのはとても助かる。</li> <li>低栄養・嚥下に対する栄養指導の場合、認知状態等の条件により本人の同席を必須とせず家族・調理者のみへの指導でも指導料がとれるようにしてほしい。</li> <li>特別な栄養管理の必要性がある患者に対し栄養管理計画書を作成しているが、栄養管理が的確に実施されているかを確認するためにも、病棟担当管理栄養士制度を施設基準に掲げ、管理栄養士の人数を定めてほしい。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	13件
<p>○特定集中治療室管理料の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>専門の研修を受けた看護師の配置に関して、これからの医療の質を向上させるために有用な事案であると評価できる（同旨3件）。</li> <li>特定集中治療室管理料における入室時の生理学的スコアの測定要件について、「入室時」とは、手術対象患者の場合は術後かと思うが、その点、具体的要件や疑義解釈等でも明らかになると思うが、明確にしてほしい。</li> <li>すべての患者において入室時に測定する生理学的スコアの具体的内容については、予測死亡率を算出できるスコア（例：APACHE II, APACHE III, PIM2, PIM3など）や、臓器障害を評価するSOFAスコアについて検討する余地があると考える。</li> <li>多職種を構成する中の医師については、集中治療室専従医とすることを提案する。専ら集中治療室にて診療を行い、患者を十分に観察している専従医の存在が早期離床を円滑に進めるために重要と考える。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	6件
<p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>データ提出加算の算定を入院料の要件とすることについて、中小規模の病院も多く一律の要件化は疑問。本要件が満たせないことにより入院料種別の変更が生じ、病院経営や地域の医療供給体制に影響が出ないことを確認の上、慎重に対応すべきである（同旨4件）。</li> <li>入院医療機関で対応できない、より専門的な診療が必要な場合には、他の医療機関における診療を報酬上制約することなく（入院基本料も減算することなく）、双方の算定を認めるという方式に戻すことこそが、医療機関間の「連携」を担保することになる（同旨3件）。</li> <li>看護師と補助者により役割分担の中で 身体拘束が取り上げられているが、高度医</li> </ul>	23件



療の中では、難度の高い看護であることから看護師で行うことの方が適切だと考える（同旨2件）。  など	
---	--

#### I-4 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進について（76件）

意見の内容	件数
○紹介状なしの大病院受診について <ul style="list-style-type: none"> <li>紹介状なしで大病院に受診した際の新たな定額負担は設けないこと（同旨70件）。</li> <li>対象の拡大に反対（同旨9件）。</li> <li>大病院への紹介状なしの初診時の定額負担は、他院通院中の患者に限るべき。</li> <li>選択肢が乏しい地方では、大病院に行くことがペナルティ扱いでは困る。大都市圏と医療過疎の地域を同じ数値で決めないよう配慮してほしい。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	81件
○かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価について <ul style="list-style-type: none"> <li>現行の初・再診料は、医療機関の経営を安定させる十分な原資となっていない。初・再診料を引き上げるべき（同旨12件）。</li> <li>かかりつけ医機能に対する初診評価については、要件を設けるべきではない（同旨9件）。</li> <li>「かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する」とあるが、地域医療における患者のフリーアクセスを阻害するような点数設計はしないでほしい。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	12件
○重症化予防の取組の推進について <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病透析予防指導管理料の腎不全期患者指導加算の対象患者としてCKD患者に拡大することを要望する。</li> <li>腎領域の専門知識、経験を有する慢性腎臓病療養指導看護師、透析認定看護師、腎臓病療養指導士等を加え、糖尿病領域、腎領域の連携を強化することを要望する。</li> <li>糖尿病専門クリニックでは特定疾患療養管理料の算定が同時にできないので、これが緩和されるとよい。</li> <li>入院患者に対する新規の禁煙治療を保険対象とする。</li> <li>歯科（歯周病など）の禁煙指導に対する診療報酬を加算する。</li> <li>200床以上の病院も生活習慣病の重症化予防に関する取組を評価してほしい。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	5件

#### I-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について（134件）

意見の内容	件数
○質の高い訪問診療の確保について <ul style="list-style-type: none"> <li>複数の診療科の医師による訪問診療を認めるべきである（同旨6件）。</li> <li>訪問する医療機関においては、在宅患者訪問診療料は同じ点数を算定できるようにしてほしい（同旨4件）。</li> <li>「診療科が異なる場合」や「算定できる期間に制限を設ける」などの条件を設けることなく複数の医療機関において算定できるようにすべき。</li> <li>在宅時医学総合管理料は現在でさえ複雑になっている。さらに算定患者の状態による要件を追加し、点数を細分化・複雑化することには反対（同旨8件）。</li> <li>同様に療養を給付しているにもかかわらず、単一建物内の患者数の多寡で算定点数が異なることについては、患者にも理由を説明できず不合理である。在宅時医学総合管理料等で「単一建物診療患者」を廃止するよう要望する（同旨6件）。</li> </ul>	35件

<ul style="list-style-type: none"> <li>往診料について算定要件の明確化、夜間休日加算の取り扱いの適正化とあるが、本人や家族からの往診要請に対しての24時間応需は、結果的に軽症であっても、在宅療養における不安の解消、地域包括ケアシステムの要所にあたる。在宅医療導入直後や状態変化のときは、1日に複数回の訪問要請がある場合が少なくない。レセプトへの症状記載を要件に複数回算定を認めてほしい。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○質の高い訪問看護の確保について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護ステーションと医療機関の共同指導や連携に関して、特別の関係にある関係機関が連携する場合の取り扱いの見直しに賛同する。</li> <li>介護職員等の喀痰吸引等の訪問看護による支援に関しての評価新設に賛同する。</li> <li>訪問看護は重症の在宅患者やターミナルケアなどにおいて重要な役割を担っており今後もさらに重要となる。現行では医療保険より介護保険が優先されるため、介護保険の利用状況によっては訪問看護の利用がかなり制限を受ける場合があり、現状改善について検討願いたい。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	6件
<p>○質の高い訪問歯科診療の確保について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>歯科訪問診療料に加算する在宅患者等歯科疾患急性対応の点数を廃止しないこと（同旨45件）</li> <li>在宅療養支援歯科診療所等の評価見直しについてだが、関係各所との連携が重要であることを理解し様々な連携を構築しているところである。現場の状況を勘案し、幅広い連携方法について評価をすべきである。</li> <li>訪問歯科衛生指導料は1か月単位で患者を管理する「単一建物診療患者」の点数を導入せず、従来どおり患者単位で算定できるようにすること（同旨51件）。</li> <li>訪問歯科衛生指導は患者にとって必要な指導・管理を行うことが重要であり、「20分以上」という時間要件は不要である（同旨4件）。</li> <li>在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、施設内でのリハビリテーションでは「30分以上実施した場合」という算定要件はハードルが高い。居宅または施設で療養している患者の体力等を鑑み、効率的かつ利用しやすい算定要件への改定を求める。</li> <li>小児に対する歯科訪問診療は一般の歯科訪問診療とは異なり、特異性・困難性を有するため、小児に特化した口腔衛生指導・管理は、診療報酬上評価した点数を新設すべきである（同旨3件）。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	94件
<p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>住宅系や一般のマンション等で同一建物の判断を受けている場合、薬剤管理は家庭ごとのオーダーメイドであり、有料老人ホームのような効率性は求められない。一般患者と同様の評価と同等の取扱いを行なうべき。</li> <li>病院薬剤部の無菌調剤室の利用を可能にできないか。薬局の場合、毎日使うわけではないため、準備等に時間がかかり効率が悪い。</li> <li>医師の訪問診療に薬剤師が同行することで、ポリファーマシーに貢献できるため、医師との訪問を評価していただきたい（同旨2件）。</li> <li>在宅療養開始後しばらくの期間は、ポリファーマシーを解消するために複数の医師との連携や残薬の調整、多職種との連携など時間と手間がかかるため、手厚く評価してほしい。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	21件

I-6 国民の希望に応じた看取りの推進について（20件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ターミナルケアに係る評価に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等も含めた対応を要件化することに反対する。終末期医療のあり方は自己決定権を尊重して判断されるべきもので、現場の保険医療機関と患者の判断に委ねるべきである（同旨3件）。</li> <li>・ 看取りが入院医療機関で行われても、入院するまでに訪問診療を行っていた医療機関の実績とすることを支持する。このような例は多くあったが今まで評価されなかった。</li> <li>・ 要介護被保険者等の末期がん患者についてケアマネジャーと情報共有することは基本的に賛成だが、末期がん患者の在宅医療期間は数日～1か月未満という場合も少なくない。要介護認定はあっても、介護保険をほとんど利用せずに経過するケースは例外にしてほしい。</li> <li>・ 末期がん患者に対する在宅での酸素療法の評価の新設に賛同する。在宅がん医療総合診療料とは別に算定できること、在宅酸素療法指導管理料と同等の点数設定とすること、酸素ボンベ等の加算が算定できることも要望する（同旨2件）。</li> <li>・ 末期がんのみならず、例えば、誤嚥性肺炎を繰り返し、在宅看取りを希望する非がん患者の看取り期における急性呼吸不全に対しても、在宅酸素療法の適応にしていきたい。（同旨3件）。</li> <li>・ 特別養護老人ホーム等入所者に対して、外部の医療機関等がターミナルケアを含む訪問診療等を行った場合の診療報酬等の算定に賛同する。</li> <li>・ 特別養護老人ホーム入所者に対する医療として、ターミナルケアに係る診療報酬等の評価が盛り込まれたが、根本的な問題として「医療保険と介護保険の給付調整」による医療の算定制限がある。これを廃止し、特養等施設入所者に対する医療行為を正しく評価するべきである。</li> </ul>
など

I-7 リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進について（20件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 末梢神経損傷等の患者や回復期リハ病棟退棟3か月以内の患者等を算定日数上限の除外対象に追加することを歓迎する。ただし、必要なレセプト記載は簡素化をお願いしたい。</li> <li>・ 切れ目のない継続的なリハビリテーションの提供という観点からは、地域包括ケア病棟専従のリハビリテーション専門職についても同様に、一定の要件の下、外来や訪問でのリハビリテーションの提供を可能とした方が患者に不利益を与えず現場も効率的に回る。</li> <li>・ リハビリテーション実施計画書の様式見直しは二度手間を排し、省力化を図る上で必要（同旨2件）。</li> <li>・ 維持期を含めてリハビリテーションは、医師が指示するPT、OT、ST等の専門職種による医療行為である。患者の病態に応じたきめ細かな対応を担保する上でも、リハビリテーションは全て医療保険から給付されるよう制度を改めるべき（同旨13件）。</li> <li>・ 本来は維持期リハの給付制限のルールを廃止すべきだが、少なくとも経過措置は今後も継続することが望ましい。</li> <li>・ 維持期リハビリテーション料の減算規定を廃止してほしい（同旨5件）。</li> <li>・ 脳血管疾患等及び運動器リハを実施していれば、そのままの人員と設備で同時に疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを併用できるまで基準等を緩和してほしい。</li> </ul>
など

## Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

### Ⅱ－１－１ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について（８件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 緩和ケア診療加算に末期の心不全患者が対象に追加されるが、「末期の心不全」の定義（起因・NYHA等）を明確にしていきたい。また、専従のチーム構成員に「循環器に従事した経験を有する者等」が含まれる場合には要件を緩和していきたい。</li><li>・ 緩和ケアチームに食と栄養の専門である管理栄養士を必須としていただきたい。</li><li>・ 医療用麻薬の上限見直しは患者にとって良いことだが、適切な薬効評価や残薬確認を望む。</li><li>・ 麻薬の管理が厳しく施設間での融通や問屋への返品ができないため、少なくない量の麻薬が未使用で破棄となっている。現実に即して関連法規などの整備改正を望む（同旨２件）。</li><li>・ 「治療と職業生活」の両立支援は不可欠であり、実社会での活動の復帰により、治療効果や医療費削減が期待される。企業と医療機関の連携支援を受けることが実質的に困難な患者に、例えば社会保険労務士など、連携支援を可能とする国家資格を持つ専門家を両立支援コーディネーターとして活用してはどうか。社会的な要請もあるため診療報酬の指導管理料への追加を要望する。</li></ul> <p style="text-align: right;">など</p>

### Ⅱ－１－２ 認知症の者に対する適切な医療の評価について（９件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域包括ケア病棟のうち認知症等の患者割合が一定以上の評価に関しては賛同できる。</li><li>・ 認知症患者が夜間や休日に急性増悪した場合、現状では精神科救急病棟が主な受け入れ先となっている。本来は認知症周辺症状の急性増悪向きではないが、認知症治療病棟や認知症患者の受け入れ実績の多い精神一般病棟において時間外対応を評価する仕組みがなく、時間外の受け入れが不活発である。認知症患者の時間外外来や入院を一定数診ている医療機関に対して、何らかの診療報酬上の評価を行い、適切な受け入れ体制構築を促進すべき。</li><li>・ 現時点の骨子では、病棟での療養や治療、かかりつけ医との連携に対し評価されているが、一般外来でも対応に苦慮している認知症患者は多い。乳幼児加算や障害者加算のように認知症の患者にも加算を設け対応できるようお願いしたい。</li><li>・ かかりつけ医の認知症診療が普及するために、認知症単独で特定疾患療養管理料を算定できるよう改定をお願いしたい。</li><li>・ 認知症治療病棟で栄養サポートチームが活動をしていても現状は算定外である。また、入院栄養食事指導料の算定を回復期リハビリテーション病棟だけでなく精神科領域・認知症領域においても可能となるよう条件追加を望む。</li></ul> <p style="text-align: right;">など</p>

### Ⅱ－１－３ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について（１６件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 精神保健指定医による初診時の点数を減点した場合、診療所に従事する指定医の救急業務への協力が全く評価されないことになり疑問である（同旨２件）。</li><li>・ 措置入院を経て退院した患者に対する評価の充実に関しては賛成（同旨２件）。</li><li>・ 精神疾患患者の状態により、初診時以外にも長時間の対応はあるため、再診時も評価すべきである。</li><li>・ 精神科重症患者早期集中支援管理料については、小規模施設でも参入できるような施設基準の緩和が望ましい。また、算定患者の対象を拡大しなければ支援体制に見合った報酬にならない。訪問診療の頻度等は月１回でなく患者に応じた回数でも良いのではないか。</li><li>・ クロザピンについては他剤に比べて CPMS や患者面談などで調剤に時間がかかり人員が必要なこと</li></ul>

から、調剤加算を望む。

- ・ 公認心理師については医療現場が混乱しないように十分な経過措置期間を設け、慎重に進めることを要望する（同旨2件）。
- ・ 公認心理師が必要とされるところに配置されるよう診療報酬上評価すべきである。

など

#### Ⅱ－１－４ 難病患者に対する適切な医療の評価について（2件）

##### 意見の内容

- ・ 「強直性脊椎炎・乾癬性関節炎・反応性関節炎疑いにおけるHLA型クラスⅠ検査」は、教科書にも掲載されるほどの極めて初歩的な検査手技であり、本検査が認められないことは医療現場において混乱を招くばかりでなく、検査を必要とする患者にも不利益をもたらす。
- ・ 情報通信機器を活用した医学管理の評価について、2018年改定での評価の新設には反対。現時点で、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では▽緊急時対応等の医療安全管理▽情報通信機器の水準▽患者の個人情報保護▽オンライン診察に対する医学的エビデンスに基づく検討の不足—等の課題について、十分に審議されておらず、診療報酬改定にあわせて導入を急ぐべきではない。中医協では、医療費抑制やベンチャービジネスの拡大を目的とした政府の遠隔診療推進の方針に左右されることなく、医学的エビデンスに基づく慎重な議論を行うように強く要望する。

#### Ⅱ－１－５ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実について（14件）

##### 意見の内容

- ・ 小児入院医療管理料1を算定する医療機関においては、高度な小児医療を提供していることから、地域において小児2次救急の中核を担っている場合が多く、多くの2次救急患者を、小児入院医療管理料1を算定する一般病棟等で受け入れているケースが多い。小児入院医療管理料1を算定する病棟において、救急医療管理加算の算定を可能として頂きたい。
- ・ 小児入院医療管理料は、小児慢性特定疾病医療支援対象の場合、20歳未満についても算定できるが、小児慢性特定疾病医療支援対象以外についても、対象患者を拡大していただきたい（例えば「超重症児（者）・準超重症児（者）」の対象者にも拡大）。
- ・ 小児入院医療管理料を算定する患者は、「平均在院日数の計算対象としない患者」とすること。小児慢性特定疾患患者が入院する小児専門病院の場合、平均在院日数を60日以内とすることは困難。2006年4月改定以降、このような病院が小児入院医療管理料を算定できなくなっており、特別入院基本料の算定となって経営が酷く悪化している。
- ・ 現行の特定入院料の通則では、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、特定集中治療室管理料等の特定入院料の算定上限日数が通算され、複数回の手術を要するような重症者であればあるほど、算定上限を超え、一般病棟入院基本料しか算定できないケースが多い。診療の実態を踏まえ、これら集中治療系の特定入院料については通算の特例を設ける等の対応を検討願いたい。
- ・ 医学管理等において、運動器疾患を有する小児の患者について、小児科のかかりつけ医と整形外科の医師が連携して行う定期的な医学管理に対する評価を新設する。リハビリテーション科医師が関わっているケースも多く、診療科としての「リハビリテーション科」も併記していただきたい。

など

#### Ⅱ－１－６ 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進について（9件）

##### 意見の内容

- ・ 抗菌薬を医師が処方した場合であっても、それが適切に処方されているかの判断ができる薬剤師が関わらなければ、抗菌薬の不適切処方が消えないため、地域包括診療料の要件に「常勤薬剤師が2



名以上勤務し、その薬剤師が抗菌薬の適正使用に関与可能な医療機関に限る」を追加する。

- ・ 厚生労働省が「風邪には抗生物質は効きません」という国民への啓発を行い、現場を支援してほしい。診療所などの現場では「抗生物質を出してほしい」と申し出る患者と医療従事者の押し問答が繰り返されている。
- ・ 「地域包括診療料等」とあるが、地域包括診療料だけでなく通常の外来しかり、入院しかりどの場面でも重要。限定せず全体への施策を施行してほしい。調剤側は「薬剤服用歴管理指導料」と書かれているので、基本、全患者、全症例が対象となっている。感染症の診断を行う医科側が感染症全般ではない施策では不公平であり、対策が不十分で対策する意味がないと考える。
- ・ 抗菌薬は感染症専門医以外は基本使えないといった制限を設け、耐性菌の抑制にもっと力を入れるべき。
- ・ 医療法上の医療安全対策を実施している場合の加算を設け、実際にかかる経費が保障できるようにすること。A234 医療安全対策加算は2006年診療報酬改定で新設（50点／入院初日）され、2007年改定の第5次医療法においても医療安全管理体制が義務付けられ、ますます医療安全管理は重要なものとなった。ただし現場においては人件費や体制管理の維持は甚大であり、それが損失を防ぐものであるとはいえ、患者当たり50点は非常に少ないことから、さらに引き上げるべきである。  
など

## II-1-7 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進について（191件）

意見の内容	件数
<p>○歯科医療機関における院内感染防止対策について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初診・再診料と基礎的技術料を大幅に引き上げること。「院内感染防止対策」は別建てで評価し、新設する施設基準を届出しない医療機関に、初診・再診料を減算するペナルティーは設けないこと（同旨61件）。</li> <li>・ 院内感染防止対策に関する施設基準を届け出た医療機関の初診料・再診料の引上げを行うことは、国民へ安心・安全な歯科医療を提供する観点から、大変望ましいことと考える。しかし、院内感染防止対策には、新たな医療機器の購入等、システムの構築に大きな投資が必要となる可能性がある。増加する投資に十分見合う初診料・再診料の増点をお願いしたい。</li> <li>・ 初診料・再診料を減算することは反対である。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	124件
<p>○歯科外来診療環境体制加算の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科外来診療環境体制加算の施設基準の中で、歯科用吸引装置（口腔外バキューム）はエビデンスのない項目なので除外することを求める（同旨3件）。</li> <li>・ 歯科における感染対策の評価として外来環があるが、算定要件（施設基準）に対しての点数評価としては不十分と考えている。外来環の点数の見直しを行うことと、感染対策の充実においては別途に評価すべきと考える。</li> <li>・ 早い段階から感染対策について使命感を持って行ってきた外来環医療機関に対して、外来環の減算等の見直しは納得がいかないと考える。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	12件
<p>○ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点からの歯科疾患管理料のみなしについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 臨床の実態に即した内容で新設されるのであれば評価する。ただし、「か強診」との差を設ける場合は、賛同できない。</li> <li>・ 運用上、歯管への加算点数に制約されており、歯科特定疾患療養管理料や周術期口腔機能管理料との調整が必要になるほか、初診月とその翌月以内の算定が条件となるなどの諸問題が発生する。そのため、独立した項目にするなどの考慮が必要であ</li> </ul>	21件



<p>る。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医学管理における歯科疾患管理料のあり方だが、1回の診療で終了する場合の医学管理（指導管理）をどのように網羅するのか。歯科疾患管理料の基本的な考え方は従前の口腔衛生指導を包括したものと考えると、治療回数や病名によらず、指導管理を行った場合の患者説明への評価という位置付けが適切と考える。</li> <li>・ 「口腔機能の発達不全が認められる小児」だけでなく、前ステージ（口腔機能が著しく発達する乳幼児期）であるすべての乳幼児を加え、生活習慣の指導及び口腔育成を早期に行い、悪習慣から切り離し、摂食嚥下の正しい獲得、機能的な身体の成長発育に向かうことこそが、将来を見据えた口腔機能低下への対応と考える。</li> <li>・ 近年、診療室においても、口腔機能が低下している高齢者をみかけることが増えてきている。「口腔機能低下」とは、加齢により口腔内の「感覚」「咀嚼」「嚥下」「唾液分泌」等の機能が少しずつ低下してくるものであるが、これらに支障をきたし要介護になる前の段階で、早期に口腔機能低下を診療室で発見し、患者ごとの対策プログラムを実施できれば、患者の健康寿命の延伸を含め、色々な面で有意義であると考ええる。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療の充実させる観点からの見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）の対象疾患を主病とする患者に対して、歯科治療時における全身状態の変化等を把握し、総合的医療管理が必要となることから、歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）及び在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）の対象疾患を、歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）と同じとすべきである（同旨2件）。</li> <li>・ 歯科治療総合管理料（Ⅱ）（医管（Ⅱ））の対象患者の見直しだが、従来の医管（Ⅰ）の対象患者を包括し対象疾患の拡大が必要であり、全身疾患を有する患者に対する診療体制の構築を図ることは有用であると考え（同旨2件）。</li> <li>・ 医管算定可能な診療行為の再評価および拡大を要望したい。従来の医管は対象診療行為が限定されているが、本来はあらゆる歯科診療時に医療管理が必要と考えられるからである（同旨2件）。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	17件
<p>○歯科固有の技術の評価についての見直しについて</p> <p>&lt;①について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 口腔内写真検査は齲蝕、歯周疾患に限らず、粘膜疾患（扁平苔癬、白板症など）にも認めること。</li> <li>・ 口腔内写真検査はプラークコントロールの動機付けに有効であり、1回の検査につき5枚までとする制限を改め、12枚まで算定を認めること。</li> </ul> <p>&lt;②について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の高齢化に伴い、口腔衛生管理の自己管理が困難な方が増加している。このため、機械的歯面清掃処置等の算定要件を見直し、毎月でも算定できるようにすべきである（同旨7件）。</li> <li>・ 「歯周疾患に罹患している患者に対して」という要件に加えて「自己管理が困難な患者等」として、6歳未満の乳幼児や在宅医療が必要な高齢者や歯科診療が著しく困難なものに対してはう蝕の重症化予防の評価としてC管理中やC<sub>e</sub>、C病名等のう蝕傷病名のみにおいても算定できるように適用範囲を拡大して戴きたいと考える。</li> </ul> <p>&lt;③について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科技工士の技術と労働に対する評価新設は賛成であるが、有床義歯内面適合法の硬質材料を用いる場合についても評価すること。また新製から6ヶ月以内の有床義歯に対する床義歯内面適合法及び有床義歯を50/100に減額する取扱いは廃止す</li> </ul>	143件

<p>ること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>この加算によって目指すべき方向は、患者ニーズに応じて緊急性のある場合にも対応できる体制を整えることにあると思われるので、「医療機関内に配置されている歯科技工士を活用」といった制約を取り除き、「緊急性のある患者ニーズに対応した場合」の加算として評価されるべきと考える。</li> </ul> <p>&lt;④について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>補綴物は口腔機能の維持・向上に資するため、歯科技工士にも適正な報酬が配分できるように、長年にわたって低点数におさえられている補綴関連の診療報酬を大幅に引き上げること（同旨 55 件）。</li> <li>補管の算定は装置ごとに変更し、補管中の歯の破折等への修復処置の算定を認めること（同旨 52 件）。</li> <li>歯周基本治療の成功なくしてSPTへの移行もない。歯周基本治療に係る技術料を引き上げ、包括した項目を独立して算定できるようにすること（同旨 51 件）。</li> <li>口腔疾患の重症化予防の観点から、継続的、かつ長期的な口腔管理の重要性は、広く認識されているところである。長期的な経過に伴う口腔内の状況の変化に対する対応を行う上で、同一初診内での1回限りの算定制限はその対応に支障をきたすものであり、撤廃されるべきものとする。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者について、摂食嚥下機能障害だけでなく、音声・構音障害を有する患者を追加する。</li> <li>特定薬剤及び歯科用局所麻酔薬剤の算定にあたり、薬価から40円を控除して算定する取扱いの廃止に賛成する。また麻酔薬剤に関しては、所定点数が120点以上の処置や手術の際に行った浸潤麻酔の算定を認めること。麻酔手技料が算定できない場合でも、薬剤料については算定を認めること。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	18件

Ⅱ－１－８ 薬剤師・薬局による対人業務の評価について（36件）

意見の内容	件数
<p>○薬剤服用歴管理指導料における適切な手帳の活用実績要件について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>賛成であるが、院内処方診療所への手帳の活用を徹底してほしい（同旨 3 件）。</li> <li>2 回目以降の来院時の手帳の持参の有無により、薬剤服用歴管理指導料に差を設けたことは画期的であり一定の効果があつたと思われるので、適切な薬学的管理・指導等の観点から、持参の有無により更に指導料に差を設けるべきである。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	9件
<p>○重複投薬の防止等の薬学的管理の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>現在、疑義照会により処方せん自体が削除となった場合、重複投薬・相互作用等防止加算を算定できない。そのような場合の救済措置が必要ではないか（同旨 3 件）。</li> <li>重複防止加算について 残薬調整が併用薬の相互作用による処方変更なのかを区分別にすることで、薬剤師の仕事の可視化につながるのではないか。</li> <li>他科から同一成分の医薬品が処方されている場合、医師に問合せを行い了解のもと削除している。例えば、内科から処方の胃薬と整形外科から処方の同一成分の胃薬などがある。同一成分の重複に関しては、薬剤師の判断で削除し、医師には事後報告を行えるように薬剤師に任せてもらいたい。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	7件
<p>○対人業務に係る薬学管理料の充実について</p>	13件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対物業務から対人業務への構造的な転換とあるが、そもそも薬剤師は薬を通して患者を診るという業務構造をとってきた。したがって、内服薬調剤料は適正なものであり、評価の見直しの対象となるものではない。薬学的管理料は、高齢化等に伴う、疾病構造の複雑化から考えれば、調剤料の評価とは関係なく充実させることが重要である。</li> <li>・ 処方薬は差益がほぼ0に近く、ロスが生じるリスクを抱えている以上、何らかの形で利益が出るようにしなければ、だれも調剤薬局を運営しなくなってしまう。医師が差益がなくなったからと院内から院外処方に切り替え、その受け皿となり地域住民に薬を提供している薬局ですので、ある程度の評価はしていただきたい。もし下げるのならば、ロスが一切出ないように、海外と同じくパッケージ調剤の仕組みにすべきであり、そのほうが手数料、効率、安全性どれをとっても良いと考える。</li> <li>・ 錠剤やカプセルをPTPシートに入ったまま取り揃えることを「調剤」と位置づけ、高い内服調剤料をつけていることに対し、大きな疑問を感じている。とてもこの業務に薬剤師としての技能が活かされているとは考えられない。内服調剤料については外用薬調剤料水準にまで点数を下げ、代わりに資格を所有しない者のピックアップを認めるべきと考える。医師の管理下での無資格者の調剤を認めているのと同じように、薬剤師の管理下での無資格者の計数調剤を認めるべき。そして、そこから生じる大きな原資を対人業務の評価へと回していただきたい。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤総合評価調整管理料をとあるが、なぜこの管理料を算定する医療機関とだけ明記されているのか。多剤の問題は診療所の外来でも多数起こっているので限定する必要がないと考える。</li> <li>・ 服薬した後の減薬や適正化への評価をお願いしたい。この連携に当たって作成する情報提供書では大変な医療費削減に貢献する内容を書いているにもかかわらず、医師の紹介状の評価と比べ非常に評価が低く、見直しを強く望む（同旨2件）。</li> <li>・ 服薬情報等提供料の評価の見直しについて、「医療機関の求めに応じた」とあるが、医療機関の求めがなくても薬剤師が医師に報告すべきと考え、自主的に情報提供を行うことが多々ある。「医療機関の求めに応じた」の文言は、削除すべき。</li> <li>・ 現状よりも在宅医療に関する点数が引き下げられた場合、適正なサービスの維持は困難になる。十分な在宅医療のサービスを維持するためにも、対人業務の中でも特に在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導（介護保険）等在宅業務に関する点数の引下げが行われぬようお願いしたい（同旨2件）。</li> <li>・ 例えば、2ヵ所以上で調剤をしている患者にあっては、かかりつけ機能を発揮していない薬局で調剤した場合には、定額負担金として500円（案）を一部負担金に乗せして徴するということである。患者さん側から考えた時に、かかりつけ機能とはどのようなものかよく確認いただいた後に、全てを管理できる薬局を1軒選んでいただき、末永くお付き合いいただけるシステムとして意義ある物になっていくと考える。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	19件

Ⅱ-2 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションやICT等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入について（33件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新薬創出・適応外薬解消等促進加算は、革新性の低い品目も加算対象となっていた点が是正されることについては賛成だが、高薬価維持の制度となっているため廃止されるべき。新薬の価格設定についてはより透明化を図ることが必須であり、製造原価の内訳の開示度を高めるための取り組みは</li> </ul>

一定評価できる。

- ・ 原価計算方式におけるイノベーション評価の拡大は不要。製品総原価の内訳は、薬価算定のあり方とは関係なく無条件に公表するよう求める。
- ・ 毎年薬価調査、毎年薬価改定は医療現場の負担・混乱が予測される。2年に1回にすべき。
- ・ 基礎的医薬品の対象に生薬を追加する必要性は高い。漢方薬の原料である生薬は輸入価格高騰による原価割れや品質低下が問題となっており、厳密な薬価調査・材料価格調査を行い、必要に応じて適正な価格に引き上げるべき。
- ・ 新薬の薬価算定でアメリカの公的制度の価格リストを参照することは内外価格差の是正に寄与するため賛成。
- ・ 性同一性障害患者に対する性別適合手術の評価は、治療ガイドラインの第三段階に位置づけられる手術療法への評価として賛同する。性器への手術療法のみならず、乳房除去手術及び声帯手術と脱毛も加えることが望ましい。また、ガイドラインの第二段階にあるホルモン療法も診療報酬上の評価を求める。
- ・ 情報通信機器を活用した診療については、機器の水準や医学的エビデンスの検討などの有効性や安全性について十分な議論が行われたとは言えない。本改訂による評価の新設には反対（同旨12件）。
- ・ 情報通信機器を活用した診療を評価する。IGTを軸としたより良い医療の実践、専門医の遠隔地へのデリバリー、医療の均点化等、国民にとって利益をもたらす（同旨2件）。
- ・ オンライン診療の評価に反対するものではないが、監視を怠れば粗診・乱診・不正の温床にもなりかねないため、要件は極めて厳密に設定されるべきである。ガイドライン作成に考慮いただきたい。
- ・ 電話による再診は、患者や家族からの求めに応じて治療上適切な指示をした場合に算定できるものであり、電話連絡という情報が限定される環境で「療養の給付」を提供したことを評価するものである。電話再診の点数引き下げには反対（同旨11件）。
- ・ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、遠隔モニタリングは、患者にとっては見守られている安心感が得られ、医療者へは正確な情報をタイムリーに把握できるというメリットがあり、治療の質の向上が期待できる。
- ・ IGTを用いた死亡診断は医療提供者のコンセンサスが得られているとは言い難く、時間をかけて議論すべきである（同旨3件）。

など

### Ⅱ－3 データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進について（5件）

#### 意見の内容

- ・ 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰の機能改善が見られた場合のみ評価するのではなく、理学的機能の維持や認知機能低下の抑制等も考慮して、評価の尺度を検討する必要があるのではないか。
- ・ 診療報酬上にアウトカム評価が拡大してきているが、さらなる推進は容認できない。成果が出た結果の対価としての報酬体系は「療養の給付」の原則から逸脱するものである。
- ・ 医療とはアウトカムだけで評価できるものではなくプロセス評価が重要である。安易なアウトカム評価は重症患者の医療難民を生む可能性も危惧されるため、プロセス評価の更なる充実を求める。

など

### Ⅱ－4 明細書無料発行の推進について（62件）

#### 意見の内容

- ・ 明細書は患者の求めがあった場合にのみ発行すればよい取扱いにすること（同旨53件）。
- ・ 療養担当規則第5条にて規定された「費用の支払」を行う患者に対して明細書発行を推進することに異論はないが、一部負担金の支払い（「費用の支払」）のない患者に対する明細書の交付は無用である（同旨3件）。



- ・ 明細書にはセンシティブな医療情報が含まれ、取扱いが難しいことから、発行義務化は慎重に議論を進めるべき（同旨 2 件）。
- ・ 歯科では同じ処置でも 2 か月に 1 回しか算定できない場合や暫間固定のように 1 回算定したらしばらく算定できないなど、明細書について説明しにくいことが多々あるので是正できないか。

など

### Ⅲ 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

#### Ⅲ-1 チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善について (4 2 件)

##### 意見の内容

- ・ 過去にも総合入院体制加算等についての見直しがあったが環境改善に至っていない。要件の緩和を強く希望する。
- ・ 現行の施設基準の取扱いは非常に厳しすぎる。その理由にかかわらず、複数の非常勤者の組み合わせにより常勤者相当の勤務時間が確保できる場合は、常勤者と取り扱えるようにすべきである。常勤者であっても不在となる時間はあり、一時的あるいはやむを得ない理由がある場合は、週所定労働時間を満たさない場合であっても常勤と扱うべきである。
- ・ 常勤配置に係る要件緩和については、要件緩和で本来あるべき医療サービスの低下に繋がる恐れがある一方で、要件を厳格に適用することはサービスそのものの喪失につながる。そのため、一律に要件緩和を行うのではなく、地域が必要とする医療提供の確保や人員の確保の困難さなどを配慮して「例外的に認める」とする必要がある。
- ・ 常勤配置の要件緩和等ではなく、長時間労働解消のために医師の増員を可能にし、正当に賃金を支払えるよう診療報酬の引き上げを行うこと（同旨 2 件）。
- ・ 看護師の交替制勤務の改善を進めたいが人員不足のために歪みが出る。週 32 時間労働であれば正循環勤務が実施できるため、人員増加が可能となる診療報酬のアップが望まれる。
- ・ 放射線画像診断等に従事する医師の ICT を活用した働き方については、通信セキュリティや画像診断端末を厳密に定義することが重要であり、脳卒中ケアユニット入院医療管理料や画像診断管理加算の施設基準での定義が妥当である。また、院外にいる医師の待機の状態を考慮の上、施設基準を定義する必要がある。
- ・ ICT 推進のためにシステムを理解した職員が不可欠であり、これらの職員配置を評価した項目を設けてほしい。
- ・ 栄養サポートチーム加算の専従要件についても見直してほしい。月 50~100 件以下程度の介入であれば、業務量から判断すると専任でも十分対応可能である（同旨 18 件）。
- ・ 緩和ケア診療加算を算定する上では緩和ケアチームでの活動が必須である。「精神症状の緩和を担当する常勤医師」の要件は医師偏在がある中で必須要件とすることを見直していただきたい。
- ・ 医師事務作業補助者は専従者として業務が定められているが、業務内容を緩和してはどうか。
- ・ 病棟への管理栄養士配置を診療報酬として認めてほしい。個々の患者に適した食事提案や栄養指導による治療成績の向上に寄与でき、医師・看護師等の業務負担も軽減される（同旨 6 件）。
- ・ 働き方改革としてチーム医療の推進が挙げられているが、各種チーム医療に参画するには現在の管理栄養士数では栄養士にとって働き方改革にはならない。

など

#### Ⅲ-2 業務の効率化・合理化について (1 6 件)

##### 意見の内容

- ・ 診療録への記載項目や様式等を見直し事務作業を減らすことは、業務の効率化に役立つ（同旨 2

件)。

- ・ レセプトの添付資料の見直しや記載事項を選択肢とする等の対応は素晴らしいと思う。通知等はかなり古いものがあり、見直しを行って現場でも意識できるくらいに整理できれば、より質の高い医療を提供できる。レセプトが安全・安心な医療を提供する大きな力になる。
- ・ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に義務付けられている「別紙様式 14」は不要。算定理由の記載は選択肢としても不要である（同旨 2 件）。
- ・ 患者氏名のカタカナ併記は請求業務に必要でないため反対（同旨 4 件）。
- ・ 近年、保険証に患者氏名のフリガナが記載されていないものが多く見受けられる。各保険者にフリガナ記載を指導できないか。
- ・ DPC データの提出項目の見直しは、精神科も含めて実質的に全 DPC で評価が可能なように前向きに対応をすることが望ましい。
- ・ すでに診断が付いている傷病名については、そのまま使用できるようにしてほしい。また、診療報酬情報提供サービスの傷病名マスターの整備を行うこと。
- ・ DPC データの提出項目について、「CAN0020 がん患者/TMN」は UICC TNM を採択しているのに、「CAN0030 がん患者/Stage」は取扱い規約に基づく Stage 分類を採択している。UICC に統一するかがん登録の基準にあわせてほしい。

など

### Ⅲ－3 ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入について（5件）

#### 意見の内容

- ・ ICT 技術の利用に際してのシステム構築や管理に関する具体的な文言が見当たらなかったことに不安を覚えた。ICT 技術には相応の専門的な知識と技術が必須であり、特にセキュリティリスクについては最優先・最重要で考えねばならない。専門知識を有する医療有資格者により安全性の確立に寄与するような施設基準を設けることを検討してはどうか。
- ・ 対面診察、オンライン診察、電話等の診察方法に関わらず、再診料は統一した点数としてほしい。
- ・ ICT を活用した遠隔地医療の普及のために、既存の地域医療ネットで共有された検査データや画像データを医師が把握し、適切な医学的指導を患者本人等に行えた場合に、各種の医学管理料などを算定できるようにする。コメディカルが医師に対して患者の状態、例えば褥瘡などの画像を送って指示を仰いだ場合などにも何らかの評価が行われるとよい。

など

### Ⅲ－4 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化について（8件）

#### 意見の内容

- ・ 退院時共同指導について薬剤師の参加も評価対象にしてほしい。
- ・ 退院時共同指導の対象には社会福祉士を明記すべき。また、診療情報提供料の見直しにある「居宅介護支援事業所等に対する情報提供を行った場合」や入退院支援や退院時の指導における要件については、「地域包括支援センター」の社会福祉士等との連携を追加すべきである。
- ・ 各地域で多職種参加型による地域医療ネットが稼働しているが、診療報酬上の評価がないため、費用面から維持が困難になっていることが多い。そこで、患者の医学的情報を、医療機関が地域ネットを通じて多職種で共有した場合に、その都度、診療情報提供料が算定できるようにするとよい。医療と介護の連携のためには頻繁な情報交換が必要であるので、回数制限を月に 4 回までなどの上限を設けて緩和するとよい。財政的な制限がある場合は、初診料と再診料のように初回の点数とそれ以降の情報交換料に差をつけてもよい。

など



### Ⅲ－５ 外来医療の機能分化について（３件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・ そもそも「かかりつけ医」の意味や位置付けが明確でないため、診療報酬の概念にかかりつけ医という言葉は用いるべきではない。骨子では「よりの確で質の高い診療機能を評価する」とあるが、患者の要請に応じて必要であれば専門医に紹介するなどの努力は本来全ての医師が行うべきであり、診療情報提供料での評価があれば初診料で評価をするような内容ではない。かかりつけ医機能を有する医療機関のみ評価するのではなく、初・再診料そのものの点数を上げ、医療機関経営を安定させる十分な原資となるだけの点数設定とすべきである。</li><li>・ 大病院への患者の一極集中を抑制する意味で、初診・再診時の定額負担を求めることに異論はない。また今後新たに大病院の定額負担の徴収が義務化された場合、メディア等で国民に周知し現場の混乱を招かないように配慮してほしい。</li></ul>
など

## Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

### Ⅳ－１ 薬価制度の抜本改革の推進について（８件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 効能追加等による市場拡大への速やかな対応については、市場規模に関わらず対象疾患が拡大し売上が伸びるものは全て薬価引き下げの対象とするよう求める。</li><li>・ 毎年の薬価改定は負担が大きい。品目を限定し実施してほしい（同旨２件）。</li><li>・ 新薬の研究は日本の医療にとって重要だが、それを薬価に載せて高額な薬価を設定するのは疑問がある。医薬品の開発研究費と薬価は切り離して考えるべきではないか。</li><li>・ 高薬価を温存する仕組みである新薬創出等加算の見直しは微修正であり、抜本的改革に値する見直しを行うべき。</li><li>・ 新薬創出等加算の企業要件については、厳しい品目要件があるため、基本的には廃止していただきたいが、廃止できない場合であっても企業の取組むインセンティブにするには相対評価ではなく絶対評価にすべきと考える。</li><li>・ そもそも特許とは開発による新規性の価値を一定期間保護するものであり、改定毎に実勢価格に基づいて薬価を引き下げられる我が国の制度そのものが特許の趣旨から矛盾している。新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度は、新薬の特許期間中の薬価を特許切れ以降の薬価引き下げ分を“前借り”することで維持する制度であって、その範囲、企業要件、加算の程度を問わず、大幅な引き下げは新薬の特許をさらに棄損するものであり、イノベーションを著しく損ね、創薬人材の喪失、ひいては新たなドラッグ・ラグを招く結果となり、成長戦略とも逆行する。</li><li>・ 外国平均価格調整において、英独仏で参照する価格は薬局マージンや付加価値税等を含んだ価格リストである。参照する際には各国の薬局マージンを差し引いた金額にするよう求める。</li></ul>
など

### Ⅳ－２ 後発医薬品の使用促進について（４５件）

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 後発医薬品への変更不可である処方せんは不可となる理由を記載すべき（同旨４件）。</li><li>・ 後発医薬品変更不可の処方せんは減点としてはどうか（同旨２件）。</li><li>・ 変更不可欄を削除すべき（同旨４件）。</li><li>・ 後発医薬品の銘柄指定をした上で変更不可にすることは禁止にしてほしい（同旨２件）。</li><li>・ 処方せんで変更不可とされている医薬品については、薬局薬剤師の努力ではどうすることもできない。後発医薬品調剤体制加算の計算式の分母から除外していただきたい（同旨１２件）。</li></ul>

- ・ 外用薬は使用感が異なるため先発医薬品に戻すケースが散見される。後発医薬品の加算対象薬から外すべきと考える（同旨 4 件）。
- ・ 薬価が 1 円も変わらない先発品と後発品は患者への利益もないため後発品から除外してほしい。薬価差がない後発品を選ばない患者は多く、80%達成は困難な状況にある（同旨 2 件）。
- ・ 外用薬の剤形違いは医師への疑義照会が必要であり、該当する剤形が存在しない場合（例えばクリームがあるがローションがない）はその剤形は計算式の分母に入れないようにすべきではないか（同旨 2 件）。
- ・ 公費に係る患者は自己負担金が無いため先発医薬品を望むことが多く、薬局での対応には限界がある。（同旨 8 件）。
- ・ 集中率によって目標到達へのハードルの高さに差がある。後発医薬品調剤体制加算の後発医薬品使用割合を集中率に応じ変えることで不公平感は是正できる（同旨 2 件）。
- ・ 体制加算のパーセンテージはアップされると思うが、一般名処方も多く応需する薬局と、先発品の処方箋を多く応需する薬局では後発品を勧める場合において負担が違い過ぎるので、なんとかしてほしい。80%超えの 1 段階より 75%・85%の 2 段階を希望する。
- ・ 後発医薬品調剤体制加算については、目標の比率が上がってしまい諦める薬局も出てくる。現行の比率も残して、65%、75%、85%と目標を増やした方が良い。
- ・ 外来後発医薬品使用体制加算を算定する医療機関は、後発医薬品に対する製剤学的な情報収集体制が整備されていることを考えれば、後発医薬品変更不可の処方せんを発行する割合に一定の上限を設けてはどうか。
- ・ 一般名処方加算で後発品の使用が促進されたが、薬効分類の表記など、調剤薬局での取り違えを防ぐ対策も行ってほしい。
- ・ 医師の処方箋料を低くし一般名処方加算との格差をつけて、より後発医薬品推進を図るべきである（同旨 2 件）。
- ・ 特許切れ後、長期収載品を後発医薬品の薬価と同じにすればよい。
- ・ オーソライズドジェネリックの発売後 1 年以内に その先発医薬品は販売を終了するようにしてほしい。
- ・ 処方箋の記載は原則一般名とし、商品名で記載する場合は明確な理由を記載すること。また、変更不可にする場合は医学的、薬学的根拠を示すべきである（同旨 3 件）。

など

#### IV-5 費用対効果の評価について（3 件）

##### 意見の内容

- ・ 費用対効果評価専門組織で議論された内容や資料については、個人のプライバシーに関する事項や特許関連の事項を除き全て開示の対象とし、ホームページ等で公表するよう求める。不透明な議論の過程を背景にして、費用対効果評価が「良い」などとして薬価を引き上げる仕組みとして活用されていきかねない。
- ・ 効果を十分に吟味した薬価設定をお願いしたい。

など

#### IV-6 医薬品の適正使用の推進について（26 件）

##### 意見の内容

- ・ 向精神薬の多剤処方に対する減算規定や算定制限は撤回が望ましい。患者一人一人の病態は異なるため、診療報酬で制限すべきではない。多剤投与が必要な患者は現実存在しており、そうした患者にはより丁寧かつ慎重な対応が求められる（同旨 3 件）。
- ・ ベンゾジアゼピンについて限定しての減量を求めることは控えていただきたい。抗うつ薬や抗精神病薬や抗てんかん薬などでベンゾジアゼピン以外の薬物に副作用が強く、止む得ない場合などもあ

る。ベンゾジアゼピン減量を牽引してきたアメリカにおいても使用はされている。ベンゾジアゼピンを限定的に減らすために他剤の処方量が増加する場合があります配慮が必要。

- ・ ベンゾジアゼピン系薬剤に関してはアメリカでは処方できない州もあるようであり、もう少し規制を強化すべき。
- ・ 患者に対して処方・調剤された医薬品がベンゾジアゼピン系等だと情報提供してはどうか。
- ・ 入院中に大量の処方なされるため、精神科入院患者に対する薬剤削減策が行われないと精神科外来と院外薬局だけでは限界がある。また、精神科専門医以外が向精神薬を処方している現状も問題であり、特に在宅療養患者に対する向精神薬の規制も同時に必要である（同旨2件）。
- ・ 残薬管理は原則として薬局の判断のできるものとし、残薬を調整した場合はお薬手帳への記載や服薬情報提供書による事後報告としてほしい（同旨6件）。
- ・ 昨今、内服OD錠など発売になっているが、医師サイドではなかなか剤型にまで気が回らない。薬局にて普通錠かOD錠かを患者とのコミュニケーションの中で自由に選択できるようにお願いしたい。その際の疑義は事後連絡にて了承する方式とする。
- ・ 高額な薬剤であるC型肝炎、分子標的薬、抗HIV薬、各種抗がん剤等が保険薬局で用意されることが出ている。このような薬剤に対して、適正に供給されるように薬剤管理に対して管理料、また知識に対して高度薬学管理指導料の算定料のような技術料を考慮してほしい。
- ・ 高齢の患者は状態把握が必要であり比較的短期間の処方が良いと思われるが、一般状態が良い高血圧患者等を短期間で来院させるべきなのか。受診回数が多くなれば医療費は増加し、たとえ分割処方にしても診療報酬が医科から薬科に流れるだけである。

など

#### IV-7 備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価の推進について（20件）

##### 意見の内容

- ・ チェーン薬局のいわゆる大型門前薬局でなくても、田舎などの地域性によっては処方せん受付回数、集中率などの条件が該当する可能性がある。
- ・ 特例範囲の拡大については、中小の薬局が巻き添えにならないように十分配慮をしていただきたい。
- ・ 都市部も中山間地・離島等過疎地も関係なく判断されることのないよう厳にお願いしたい。
- ・ いわゆるチェーン薬局に対して基本料を低く設定するのは賛成する。店舗数が多ければ効率化が計りやすいのは他業種でも同様であり、店舗運営のやり方は小さな薬局を運営している立場から見て、いかがなものかと思わせるところもある。「月に〇万枚以上の処方せん応需のグループ薬局」は一律に「〇点」と決めた方がよい。
- ・ 調剤基本料の特例については、店舗数での括りとする都市部で大型門前を数店舗抱える薬局チェーンが有利となり、地方で店舗あたりの枚数が少ないながらも頑張っている薬局を多く有するグループが不利となる。薬局グループへの評価はグループ内での処方せん受付回数を要望する。
- ・ 患者にあった在庫管理をすること自体は適正な経済活動であって何ら問題はないと感じる。また、それをもって大型門前薬局が得をしているように論じるのは違和感がある。
- ・ いわゆる同一敷地内薬局の評価の適正化だが、敷地内薬局を誘致している医療機関も家賃収入等があるため評価を適正化すべきではないか。
- ・ 高い在庫回転率や、緊急性の高い薬品を不動在庫であっても抱えている薬局は評価してほしい。
- ・ 備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価として、応需した医療機関数と集中率を加味すべき。医療モール等の薬局は、集中率は下がるが応需する医療機関は少なく、かかりつけ機能および地域の薬局としての機能には疑問がある。また、単に立地が良く応需する医療機関が多い薬局の場合もあるので集中率も加味すべき。
- ・ 基準調剤加算は施設加算である。開局時間や備蓄数は、地域医療の拠点として貢献するものであり、その費用対効果を評価すべき。かかりつけ薬剤師・薬局の機能とは異なるものである。
- ・ 医療機関が同一敷地内薬局を誘致するのは自身の地域医療の拠点としての負担を軽減していると

考えられる。

など

#### IV-8 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について（127件）

意見の内容	件数
<p>○入院時食事療養費の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 入院時食事療養費（Ⅱ）だけでなく全体的に食事療養費が低く抑えられ、材料費の高騰、人件費の圧迫などで栄養管理の基本となる給食管理業務が適正に運営できない。早急に食事療養費の見直しが必要（同旨 98 件）。</li><li>・ 食事療養費の特別食加算にきざみ食やペースト食も認めてほしい。嚥下に配慮した食事は調理が煩雑であり、食品衛生面等にも配慮が要求されるため、一般食との差別化が必要である。</li><li>・ 流動食を経管栄養法により投与した場合の食事療養費を満額に戻してほしい。濃厚流動食を使用したいが、製品によっては経口食に用いる食品より高額な場合がある。</li></ul> <p>など</p>	101件
<p>○血行促進・皮膚保湿剤の使用に対する対応について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 医療用保湿剤の単剤処方や一度の大量処方が“美容目的”で行われていると断定できる客観的な根拠はない。保湿剤治療が必要な疾患を有する患者には、単剤であっても制限されるべきではない（同旨 15 件）。</li><li>・ 保湿剤について保険給付の対象外とすべき（同旨 2 件）。</li><li>・ 一回に処方できる数量を限定することが必要。</li></ul> <p>など</p>	20件
<p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 毎年の薬価調査・薬価改定には反対。実施する場合は医療機関の負担増とならないよう配慮が必要。</li><li>・ 特定医療材料は償還価格と実勢価格に乖離があるので是正してほしい（同旨 2 件）。</li><li>・ 検査の費用には材料費以外に、人件費、機器の減価償却費や管理費などが含まれているため、検査キットなどの価格に偏重した点数評価とするのではなく必要な検査の点数を引き上げるべき。</li><li>・ 経皮的冠動脈インターベンション についての機能的虚血の確認要件だが、その検査方法は何か。FFR 測定は侵襲性の高い検査のため、全ての待機的安定冠動脈疾患に対しての実施は困難であり、治療の妨げや治療開始の遅れへとつながるのではないか。</li></ul> <p>など</p>	14件