２０２４年度診療報酬・介護報酬改定に向けた

保団連要求

（第２次案）

＜目次＞

・2024 年診療報酬改定に向けた改善要望について（要求作成の問題意識）……2
・発行に当たって……8
・保険医の要望で実現した主な項目……9

・Ⅰ　診療報酬改定に対する基本姿勢……10
・Ⅱ－１　医科・歯科共通改善要求……17
・Ⅱ－２　2024 年診療報酬改定に向けた保団連医科改善要求……33
（１）外来・入院共通……33
（２）外来……35
（３）入院……81
・Ⅱ－３　2024 年診療報酬改定に向けた保団連歯科改善要求……101
・Ⅲ　介護報酬改定に向けた要求……121
・Ⅳ　医療政策に関する要求……127

2024年診療報酬改定に向けた改善要望について

■　2024年度診療報酬改定に向けた保団連要求冊子の活用の現状について

○　要求冊子については、例年非改定年度に編集、作成を実施してきたが印刷部数はこの間減少傾向にある。

※　2016年度版：35,000部　→　2022年度版：20,000部

○　この間、注文部数を大きく減らした協会にヒアリングを実施した際の理由は下記の通り。

・　以前は会員に配布していたが、記載内容が多すぎて会員の先生方に読まれているとは言い難いと役員より提起があり、役員、世話人の範囲に留めることとした。（6,500部→400部、-6,100部）

・　小協会のため発送業務も事務局の負担になっている事から、全会員配布を取りやめた。（600部→0部、-600部）

・　内容が多岐に渡り、活用方法が見いだせないとの意見が役員から出たため、会員配布を取りやめた。残念なことだが、特に医科会員は自分の診療科以外の項目については興味が薄い。（1,000部→50部、-950部）

○　2022年度版の発刊に当たっての組織討議では、冊子の掲載事項について下記のような書籍の掲載内容のスリム化（＝要望項目のみの記載とすべき）を求める意見も寄せられている。

・　現在の要求案の形式では、保険医の素朴な希望を拾いにくい。「ご意見を頂く項目の番号を必ず記載下さい」と求めているのは、各協会からの討議項目の内容が、要求案のどの項目に当てはまるか、保団連事務局のほうでも確認するのに苦労しているからではないか。

・　毎回指摘しているが、「医療保険制度の改善要求」は割愛すべき。ここに、いきなり7頁も割かれ、本題の「診療報酬改定に向けた改善要求」にたどり着くまでに至らないというのが正直な感想だ。

○　他方で、要求冊子について、社会保障制度全般の問題点を提起した上で、更に個別の診療報酬項目の不合理な点を1冊の中に纏めている点こそ当該冊子の価値であるとする意見もある。（埼玉、2022年度版4,000部使用）

＜参考＞　埼玉協会の要求冊子発送時の添書

…　本パンフレットは、診療報酬やその根本である**医療保険制度の改善を求める要求案とその問題点の解説**を掲載したものです。保団連では本パンフレットを、医療関係団体や中医協、衆・参の厚生労働委員会を中心とした国会議員に配布、要請行動をしていきます。　…

○　診療報酬制度の改善を要望するに当たっては、現場の医師の声をより多く拾い上げることが一層重要となる。そうした中では、上述の会員医療機関の問題意識の喚起は重要となる。

○　また、会員外の医療機関に対しても「会員」として組織化する事で、声を大きくしていく事も同様に重要となる。その点では、当該冊子は組織拡大の観点でも活用し易いように体裁、内容等の整理を実施していく事が必要となる。

■　2024 年度診療報酬改定に向けた保団連要求冊子の活用状況の概要

⑴　活用状況の概要

○　この診療報酬改善要求の協会での使用用途は主に下記の通り。

	制度要求 医科・歯科共通改善要求 →　「大きな枠組み」からの改善に向けた要求	医科改善要求 歯科改善要求 →　個別の詳細な要求
主旨	・　医療保険制度の改善（＝保団連の社会保障に対するスタンスの明示） ・　医科・歯科共通で長期的に改善を掲げる要求（基本診療料引き上げ、周知期間の確保など） →　保団連として正論を掲げる	・　個別の診療報酬項目の不合理な点の集約 →　現場の不合理を合理的に指摘する事で、次期診療報酬改定で改善を現実にすることを目的とする。
伝えるべき相手	・国会議員（国会行動） ・各種大手マスコミ（マスコミ懇談会）	・厚労省保険局医療課担当者（＝不合理是正、主に保団連が行う）
	・医療関係団体（懇談）	

	・中医協（資料送付、懇談要請） ・業界紙（じほう、医薬新報など） ・各保険医協会・医会会員（会員への問題喚起）

→　大きくは「制度要求」・「医科・歯科改善要求」は国会議員要請、マスコミ懇に、「医科改善要求」、「歯科改善要求」は厚労省保険局医療課への不合理是正の要請に活用されている。

⑵　活用状況を踏まえた現状の課題

○　「大きな枠組み」の改善に向けた要求項目を掲載すべき「制度要求」、「医科・歯科共通改善要求」に個別の要求（地域医療介護総合確保基金、費用対効果評価の対象に関する要求など）が掲載されている。

○　他方、個別の要求項目を掲載すべき「医科改善要求」、「歯科改善要求」に、医科・歯科全体に関わる「大きな枠組み」から改善を求めるべき要求（基本診療料の引き上げ、医科・歯科の報酬格差、アウトカム評価の廃止など）が掲載（重複掲載も含む）されている。

○　また、優先順位の高い項目、低い項目が同じ節に並列に掲載されており、冊子として特にどの項目の改善が重要であるかが見え辛い構成となっている。

○　結果として、それぞれの節において、「誰に」、「何を」、「どのような優先順位」で伝えるべきかが曖昧に　なっており、それが冊子の「活用のし辛さ」に繋がっている側面があるのではないかと推察される。

⑶　課題を踏まえた編集方針案

○　大きくは下記の方針を以て編集を行ってはどうか。

１．組織拡大の活用を意識する

２．「改善要求冊子を用いて」国会行動、マスコミ懇、不合理是正が出来るよう掲載内容等を整理する

３．先頭から最後まで読み進めやすい構成を意識する

○　具体的には、「保団連の基本方針としての制度要求」→「当該方針に基づいて抜本的に解決すべき医科・歯科共通重点項目」→「重点項目の抜本的解決に向け、少なくとも直近の改定で改善に向けて前進させるべき医科、歯科それぞれの項目」→「政策的観点からの要求」との形で、前から読み進めるに当たってストーリーが分かる作りにしてはどうか。

⑷　編集方針案を踏まえた各節の具体的な位置づけ

①　「制度要求」

○　保団連が診療報酬改善要望を行うに当たっての基本的なスタンスを記載する内容を掲載する。(医療費総枠拡大、患者負担軽減、その財源確保について)

○　必要に応じて、過去に図表等を入れていた時期の改善要求冊子を参考に強調すべき論点の説明には図表等を入れる。

②　「医科・歯科共通改善要求」

○　「医科・歯科改善『重点』要求」とした上で、「制度要求」に掲げた保団連の診療報酬改善要望の基本的スタンスに基づき、下記の観点で整理する。

・　マスコミ懇や国会議員要請の実施を念頭に長期・短期の別を問わず抜本的な解決を訴えるべき重点要求
・　組織拡大等で保険医の先生方に紹介した際に共感頂けそうな項目
・　情勢から鑑みて保団連として特に重点的に要望すべき項目

③　「医科改善要求」、「歯科改善要求」

○　②に掲げた各診療報酬上の課題の根本的な解決に向けて、次期改定で少なくとも改善に向けて前進させるべき具体的項目を掲載する。

○　必要に応じて、②に記載のある項目につき、再度項目を起こして記載する。

○　②に記載の項目との整合性については、厳密に検討しなくても良いのではないか(②は最終的に解決される際のあるべき姿、③は②に向けて今後数回の改定で改善を求める段階的な目標として住み分けをする)。

④　医療政策に関する要求項目（新設）

①、②に記載のある項目で、冊子に掲載させるべきと考えるが、それぞれの節に掲載することが適当か疑われる項目について、整理の上掲載する。

■　全体に関する事項

○　開業医宣言を裏表紙に掲載し、現在掲載されている感想・ご意見欄については奥付の前のページに移動することとしてはどうか。

○　必要に応じて、小見出しを挿入する（例：初・再診料や医学管理等など点数表の節毎の区分、「医療費の総枠拡大」、「患者負担軽減」、「医療費拡大の財源」等の一

定の論点のまとまりでの区分など)。

■　発刊に当たって

○　「制度要求」部分の「はじめに」の記載と内容が重複している点を踏まえ、「制度要求」の「はじめに」は削除し、発刊に当たっての部分の内容を一定充実させることで対応する。

○　保険医が声を上げ続けることにより、実際に要求が実現した項目がある点を踏まえ、どこかに「今回改定で保険医の要求が実現した項目」の一覧（＝要求冊子に掲載の項目で実現したもの）を掲載する。

→　医科は点数表改定のポイント、歯科は要点と解説に記載のある項目をそのままスライドして掲載する。

○　幅広く診療報酬上の問題点について、声を上げる当事者を増やすという観点から、組織拡大でも積極的に活用を呼び掛ける文言を、「発刊に当たって」の記載に追加する。

（表紙裏に掲載予定）

開業医宣言

―保団連の医療に対する基本姿勢―

【前 文】

わが国の開業医は、第一線医療の担い手として、長年にわたり地域住民の医療に貢献してきた。

いま日本人の平均寿命は大きく延びてきたが、一方、国民生活をとりまく経済、労働、環境などの急激な変化とその歪みは、成人病の増加はもとより、かつては見られなかった心身の疾患をも生み出し、子どもから老人に至るまですべての世代を通じて、健康に対する関心と不安が増大している。

こうした中で開業医師、歯科医師のあり方も問い直され、日常の診療に責任を持つことはもとより、疾病の予防から環境の改善などに至るまで、その専門的知識、技術による幅広い対応がつよく求められている。

同時に、近代民主主義の主権在民、人権尊重の思想は、医療における人間関係、医学の進歩と医療の倫理など新しい課題をも提起している。

これらの期待と要望に応えるためには、患者・住民の求めるところを深く理解し、常に新しい医学・医術を研鑽して、自らの医療活動を営み創造する開業医の姿勢と努力が不可欠である。

また、わが国は「経済大国」といわれながら、その力が国民には還元されず、逆に国民の努力により築き上げてきた社会保障が、軍事予算拡大やいわゆる「民活路線」の陰で、次々に後退させられている。さらに現在、地球的規模での環境破壊や核兵器の脅威など、人類の生存すら危ぶまれる状況も存在している。

私たちはこれらの現実に立ち向かいつつ、21世紀の医療を担う開業医像をめざして、次の通り宣言する。

【本 文】

1．全人的医療

私たちは個々の疾患を重視するのみならず、患者の心身の状態、家族、生活環境にも気を配り、全人的医療に努力する。

2．対話の重視

医療は患者と医師の信頼にもとづく共同の行為である。患者の立場を尊重した対話によって、患者自らが最良の選択を行えるよう、医師は患者に必要な情報や専門的知識、技術を提供する。

3．地域医療

私たちは住民の身近な存在として、日常診療に責任を持つと同時に、地域の保健、予防、リハビリテーション、福祉、環境、公害問題等についても積極的な役割を果たす。

4．医療機関等の連携

私たちは最も適切な医療を行うため、診療機能の交流等を通じ、他の医師・医療機関等との円滑な連携に努める。同時に他の医療・福祉従事者の役割を重視し、患者を中心とした緊密な協力関係を保つよう努力する。

5．診療の記録

診療の正確な記録は医師の重要な責務である。療養等に必要な情報の提供に日常的に努めるとともに、患者からの診療情報提供の求めに誠実に応ずる。診療情報の提供に際しては、医師の守秘義務を遵守し、患者の秘密と人権を守る。

6．生涯研修

私たちは患者、住民が最高の医学的成果を受けられるように、常に医学・医術および関連学術の自主的な研鑽に努め、第一線医療・医学の創造、実践、発展をめざす。

7．自浄努力

私たちは、患者や地域住民の信頼を失うような医療行為を厳に戒める。また常に、他の批判に耐える医療を心がけ、医療内容の自己および相互検討を行うよう努力する。

8．社会保障

医療を資本の利潤追求の市場に委ねてはならず、すべての国民が十分な医療・福祉を受けられるよう、社会保障を充実することは近代国家の責務である。私たちは国民とともに社会保障を守り、拡充するため努力する。

9．先端技術の監視

科学技術の急速な発展は人類に多くの恩恵をもたらす一方、その用い方如何によっては生態系の破壊なども懸念される。私たちは特に、人類や地球の未来に影響を与えかねない先端技術に対しては、その動向を監視し、発言する。

10．平和の希求

人命を守る医師はいかなる戦争をも容認できない。私たちは歴史の教訓に学び、憲法の理念を体して平和を脅かす動きに反対し、核戦争の防止と核兵器廃絶が現代に生きる医師の社会的責任であることを確認する。

1980年1月22日　保団連第24回定期総会採択
1990年1月28日　保団連第34回定期大会一部改正

全国保険医団体連合会

発行に当たって

全国保険医団体連合会は、全国の医師・歯科医師 10 万 7 千人で構成する保険医の団体です。患者、国民が安心して医療や介護を受けられ、医療経営が安定して行われることの実現を求めて活動しています。

2020 年以降の新型コロナウイルス感染症の拡大は、医療を行うに当たって基本的にかかる経費すらも賄えない医療現場の過酷な実態を顕在化させました。特に入院医療機関では、感染症治療病床の維持に伴う病床利用率の低下による減収等は深刻で、現時点でも病床利用率が 90%を超えないと経営維持が困難な状況です。政府による公費補填や診療報酬上の特例措置が実施されてはいるものの、医療従事者への人件費や感染防護に必要な資材確保に係る費用を賄う事は不可能です。結果として、社会保障としての医療提供体制の脆弱さに伴う「しわ寄せ」が個々の医療機関に自己責任として押し付けられています。

また、介護の現場でも自体は同様に深刻です。介護現場では長年の低介護報酬政策に基づく介護施設の慢性的な経営難、それに伴う介護従事者の低賃金や厳しい条件による離職者増に伴う人材不足の問題について改善される見込みが一向に立たない状況です。

このような事態を招いたのは、診療報酬ではこの 20 年間で累計 12%以上のマイナス改定、介護報酬に至っては制度発足当初よりも低い水準となるまでマイナス改定を実施した政府の低診療・低介護報酬政策に他なりません。それにも関わらず、政府は社会保障関係費について、「高齢化による増加分に相当する伸び」に収めるとして、引き続き患者・利用者負担の引き上げ、保険給付対象者の縮小を含めた制度改悪を進める方針です。

当該方針は、人材不足や病床・設備未整備などを浮き彫りにした新型コロナウイルスの教訓に学ばないばかりか、医療・介護へのアクセス悪化や地域社会の荒廃を進め、医療・介護現場を更に疲弊させる方針であり、即時転換すべきものです。診療報酬・介護報酬は医療機関の経営原資のみならず、社会保障として患者の受ける医療や介護の水準を決定づけるものです。「社会保障の充実」の観点からも引き上げは必要不可欠なものです。

保団連は、本冊子を通じて地域医療の最前線で従事される医師・歯科医師の皆様の切実な声を政府に届け、国民医療や介護水準の改善、診療報酬・介護報酬引き上げの実現に向け全力を尽くして参る所存です。2024 年改定は同時改定でもあり、皆様からの現場での切実な声を行政に届ける重要性は一層高まります。実際に、診療報酬改定毎に本冊子に掲載されている要求項目が実現しています。

それは、本冊子が単なる「医療従事者の願望の羅列」ではなく、第 1 に現場の医療従事者が切実に訴える不合理の声、第 2 に患者負担の軽減も含めた社会保障の在り方、第 3 に社会保障の充実に必要とされる財源確保等の具体的な制作立案の視点から提起したものであるからにほかなりません。先生方の切実な要求は確実に政府に届きます。

会員医療機関の皆様におかれましては是非本冊子をご一読下さい。そして、改善要求の実現に向けた声を、非会員の医師・歯科医師や医療関係者のみならず、広く国民の中に大きく高めるべく、本冊子発刊の主旨へのご理解とご協力を何卒お願い申し上げます。

2023 年 7 月

全国保険医団体連合会
診療報酬改善対策委員会
医科委員長　武田　浩一
歯科委員長　田辺　隆

保険医の要望で実現した主な項目

2022 年診療報酬改定では、保団連の診療報酬改善要求冊子や保団連・保険医協会・医会・歯科協会と連携した実態調査などに基づく要請活動により、下記の項目が実現しています。

＜医科＞

- 医学管理等で、アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料が新設された。
- 在宅医療で、間歇スキャン式持続血糖測定器による血糖自己測定器加算の対象患者が「インスリン製剤の自己注射を 1 日 1 回以上行っているもの」に緩和された。
- 在宅人工呼吸指導管理料の排痰補助装置加算が若干引き上げられた。
- 検査で関節液検査が新設された。
- 細菌顕微鏡検査の「1」の集菌塗抹法加算、「3 その他のもの」がそれぞれ 3 点引き上げられた。
- ダーモスコピーの対象疾患に円形脱毛症、日光角化症が追加された。
- 注射で、皮内、皮下及び筋肉内注射（2 点）、静脈注射及び乳幼児加算（2 点、3 点）、点滴注射もそれぞれ 1～2 点引き上げられた。
- 処置で、耳鼻咽喉科に乳幼児加算（60 点）が新設された。また汎用処置である耳処置、鼻処置、口腔、咽頭処置がそれぞれ 2 点引き上げとなった。
- 療養病棟入院料の「注 11」（25 対 1 病床）が存続した（ただし、点数は引下げ）。
- 有床診療所の初期加算（一般、療養とも）の算定日数が延びた（14 日→21 日）。一般病床の初期加算のうち自宅等からの入院の初期加算が区分けされ 150 点引き上げられた。療養病床の初期加算が 2 つに区分けされ、急性期の一般病棟からの転院患者の初期加算は 300 点、自宅等からの入院患者の初期加算は 350 点に引き上げられた。有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算 1・2 とも 5 点引き上げられた。
- 精神科急性期治療病棟入院料について、60 日迄の点数が引き上げられた（60 点超は引下げ）。

＜歯科＞

- 金銀パラジウム合金の随時改定が価格変動幅にかかわりなく 3 カ月おきに実施されることになり、「逆ザヤ」の解消に向け一歩前進した。
- 歯科衛生士の実施によって算定できる、歯清、術口衛 1・2、在口衛の点数が引き上げられた。
- SPT1・2 が統合され算定要件の一本化に踏み出した。
- 総合医療管理加算の施設基準が廃止され、全ての医療機関で算定可能となった。
- 処置，歯冠修復・欠損補綴などの複数項目で若干の点数引き上げがなされた。
- 前回に導入された非経口摂取患者口腔粘膜処置の点数が引き上げられた。
- 先天性疾患などに起因した歯科矯正の適応症が拡大され、永久歯萌出不全に起因した咬合異常に対する歯科矯正の適用基準も拡大された。

診療報酬改定に対する基本姿勢

＜全体に対する意見＞

2/22 神奈川

この間、歯科医療機関は従来の低診療報酬・コロナ禍に、材料費の上昇も加わり厳しい医院経営を強いられている。また、政府はインフレ率を超える賃上げの実現を求めている。それであれば、医療従事者への賃上げの原資としての診療報酬の引き上げは必要不可欠と考えます。

そこで、こうした状況を踏まえ、要求の冒頭の「診療報酬改定に対する基本姿勢」に文言に「『材料費の上昇や人件費も考慮した』診療報酬の抜本的な引き上げるべき」との旨の文言追加を要望します。

対応　趣旨を踏まえた文言を【医療費の総枠拡大】内の文章に追加する。

2/22 和歌山

患者窓口負担軽減の要求が弱い。項目を挙げるなら「Ⅰ診療報酬改定に対する基本姿勢」。診療報酬が上がれば患者の窓口負担は増えるのだから、負担割合を下げることも同時に強く要求すべき。

対応　診療報酬の引き上げとともに患者窓口負担の軽減を求めることは保団連の基本姿勢そのものである。総論として強調の意味も込めて、【はじめに】に趣旨を踏まえた文章を追加する。

2/24 山口

［Ⅰ－１］［Ⅰ－２］［Ⅰ－３］［Ⅰ－４］［Ⅰ－５］

これらの項目は掲載しなくてもよいのではないか。９頁からの「診療報酬改定に対する基本姿勢」で本項目を長文にわたり整理しており、それで十分伝わるはずである。ただし、「基本姿勢」については、もう少し読みやすくする工夫が必要と思われる（内容を端的にする、図示をふんだんに使う、小見出しを付ける、など）。

対応　全体の方向性として、掲載方法は要求内容を文章で一通り述べた後、要求項目を羅列する形で進めている。これまでの議論では、「要求項目があった方が使いやすい」との意見と「最後に要求項目を羅列すると内容が重複しているように感じる」との意見が出されており、引き続き議論して決定する。

2/24 富山

全体にわたる文言の修正指示

対応　反映を行った。

はじめに

「診療報酬改定に対する基本姿勢」は、医療保険制度の根本的な課題に対する改善要求であ~~り、~~る。保団連は診療報酬の抜本的な引き上げを求めるとともに、伴って増加する患者窓口負担の軽減とこれらの実現に必要な財源を提案している。したがって、「医療費の総枠拡大」、「患者負担の軽減」、「財源確保の提案」の３点から論述する。

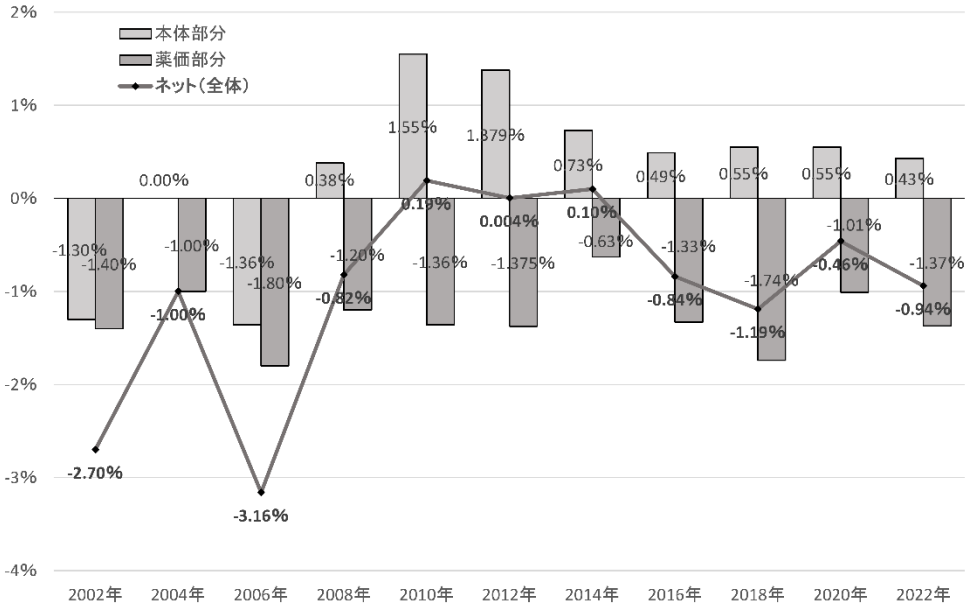
【医療費の総枠拡大】

医療費総枠拡大・診療報酬大幅引き上げが不可欠

新型コロナウイルス感染症の拡大は、日本の医療・社会保障の脆弱さを露呈させた。長年の医療費抑制政策や感染症病床の削減、保健所の統廃合は公衆衛生行政の足かせになり、受診の手控えが余力のない

医療機関経営に大きな打撃を与えた。~~医療機関経営は困難を強いられ、~~国民の健康と生活~~は~~が悪化の一途をたどる中、経済低迷と物価高騰が追い打ちをかけて~~いる。~~おり、医療機関においても材料費や人件費の負担が増加している。感染症に対応し、国民の生活困難を打開するために、新自由主義に基づく政策から転換~~し、~~すべきである。医療分野では、本来的には個別点数への加算対応ではなく、材料費の価格上昇や人件費も考慮した診療報酬の抜本的な引き上げ~~と患者負担の軽減~~が必要である。

診療報酬の改定率の推移（2002～2022 年）　厚生労働省資料より作成



2022 年度診療報酬改定では、診療報酬の大幅な引き上げとあわせ、感染防止対策への十分な評価や人員の確保・拡充、医療機関の事務負担軽減等が期待された。しかし、改定率は＋0.43％とされ、2020 年度改定の＋0.55％より低く抑えられただけでなく、政策改定分を除いて本体改定率は＋0.23％とされるなど極めて低い改定率にとどまった。直近の 20 年間を見ても、2002～08 年、2016～22 年と８度にわたってネット（全体）でのマイナス改定が行われてきた。医療機関の原資となる診療報酬を引き上げることにより、医療経営の安定、医療従事者の賃上げや医療の質と安全の確保がはかられ、国民が安心して医療を受けられる体制が整えられる。これまでの低医療費政策を転換するためには診療報酬の大幅な引き上げが不可欠である。

2/22 神奈川

「新型コロナウイルス感染症の拡大は、医療・社会保障の脆弱さを露呈させた。医療機関経営は困難を強いられ、国民の健康と生活は悪化の一途をたどる中、経済低迷と物価高騰が追い打ちをかけている。感染症に対応し、国民の生活困難を打開するために、新自由主義に基づく政策から転換し、医療分野では診療報酬の抜本的な引き上げと患者負担の軽減が必要である」の文言については、医療関係者以外の人にとってはやや分かりづらいように思われます。医療関係者以外の人（マスコミ担当者等）が見ても分かりやすい表現に変えてはどうかと考えます 。

対応　意見を踏まえて修文する。

3/5 医科社保・審査対策部会

要求項目に「加算、減算ではなく」（診療報酬を引き上げること）との文言を追加してほしい。

対応　要求項目としては、［Ⅱ-1-⑵］イにある「個々の診療行為を個別評価した出来高払いが原則であり、下記の取り扱いを止めること。」と内容が重複するため、文章内への文言追加とする。

【患者負担の軽減】

受診抑制引き起こす患者負担増はただちに撤回を

感染拡大の収束の見通しが立たない状況下で、政府・厚労省は窓口負担増を実施してきた。2022 年 10

月に、後期高齢者一定所得以上者の医療費の窓口負担が原則１割から２割に引き上げられたが、負担増の対象は約 370 万人とされ、重症化リスクの高い高齢者をさらに医療から遠ざけるものだ。ダブルケアへの影響など現役世代の負担増も懸念され、ただちに撤回すべきである。

また、特定機能病院および一般病床 200 床以上の地域医療支援病院を紹介状なしで受診した場合に徴収が義務付けられていた定額負担（初診時 5000 円、再診時 2500 円）について、一般病床 200 床以上を持つ紹介受診重点医療機関が対象に追加された。さらに、初診時 2000 円以上、再診時 500 円以上の定額負担を選定療養として強制的に追加徴収するとともに、保険給付の範囲からそれぞれ初診料 200 点、外来診療料 50 点を控除する仕組みを導入した。これは「７割給付を維持する」とした 2002 年改正健保法附則を実質的に反故にするとともに、フリーアクセス、現物給付等、国民皆保険制度の諸原則を変質させ、その土台を崩すものである。外来医療の機能分化を名目に選定療養の仕組みを用い、定額負担を一般的な外来受診に持ち込むことは窓口負担増にほかならず、混合診療の野放図な拡大にもつながりかねない。今回導入された仕組みは即時撤回するとともに、選定療養の範囲は段階的に縮小する必要がある。

さらなる医療費抑制政策は中止・凍結を

「骨太の方針 2022」は、「骨太の方針 2021」等で掲げた「改革工程表」を引き継ぎ、「医療保険における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方」、「薬剤自己負担の引上げ」、「医療・介護における『現役並み所得』の判断基準の見直し」等を検討するだけでなく、マイナンバー制度を基盤としたデジタル改革の推進を前面に打ち出した内容であり、多くの問題をはらんでいる。

政府の審議会では、コロナ禍に乗じて医療用医薬品の「スイッチ OTC」化等の議論が進められているが、セルフメディケーションの拡大解釈による疾患の自己管理は、適正な医療の否定につながるばかりではなく、必要な診察、検査の回避により、患者の健康に重大な悪影響を及ぼすことになりかねない。2022 年度改定では湿布薬の処方の適正化について議論され、70 枚の処方枚数制限を 35 枚に削減する提案は医療現場からの反対を受けて 63 枚まで認められることになった。これらの改定は、中医協の診療側委員が「給付範囲の縮小であり、国民皆保険を崩壊させる突破口、蟻の一穴になる」との強い反対意見を示している。将来的に「療養の給付」範囲の縮小につながるような改定は断固として容認できるものではなく、即時中止すべきである。

長年にわたる病床の削減や保健所、公立・公的病院の統廃合は、平時の医療にぎりぎりの状態を強いてきただけでなく、新興感染症の蔓延時など有事の対応力も弱体化させた。政府は現在も、医療提供体制を弱体化させる地域医療構想の推進を掲げ、公立・公的病院の再編・統合を求める病院のリストの修正も行っていない。すでに、７対１看護病床削減の流れの中、DPC 対象病院では、平均在院日数の短縮とともに治癒率が経年的に低下し、予期せぬ再入院（退院日より６週間以内）の比率が増えており、患者への負担のしわ寄せが危惧される。安全・安心の医療を実現するために、これまでの政策を中止・凍結し、人員・病床を拡充することこそが必要である。特に、「重症度、医療・看護必要度」評価を中心とした実績により「機能分化」という名のふるい分けを行うなど、病床削減のために診療報酬で誘導を行うべきではない。地域医療を担う中小病院は入院する患者を選別せざるをえないような状況に追い込まれている。

医療・介護・福祉制度の拡充・改善による負担軽減こそ

格差と貧困が広がり年金制度への不安がつのる中、コロナや物価高騰の影響等が加重し、国民はこれ以上の負担を許容することができない段階まできている。医療における患者の自己負担は窓口負担の無料化を目指しつつ、当面の目標として、お金の心配なく受診できるよう、窓口負担の軽減をはかる~~ことが~~

~~今こそ求められる~~べきである。

2022年９月に公表された厚労省の調査結果（2021年４月１日現在）によれば、すべての都道府県及び市区町村が子ども医療費の助成を実施している。市区町村の助成制度の対象年齢は、「中学卒業（それ以上対象も含む）まで」を対象とする自治体が入・通院とも95%を超え、東京都が2023年度から「18歳年度末まで」に引き上げる大きな動きもあった。同様の取り組みは妊産婦医療費助成制度でも見られる。安心して子どもを産み、育てられる環境づくりの実現に向けて、自治体間の格差が生じる方法でなく、国による医療費窓口負担無料制度の創設が求められている。他にも、高額療養費制度をはじめ、障がい者・難病、ひとり親家庭等の助成制度や災害における医療費負担免除制度など、改善・拡充が求められるものが多くある。いつでも、どこでも、誰でもが費用の心配なく、国の責任で必要なサービスを受けられるよう、患者・利用者の負担を大幅に軽減するべきである。

介護保険制度においては、「２割負担、３割負担の対象拡大」や「ケアプランの自己負担導入」など利用者に大幅な負担を強要するメニューが審議会で検討されている。これらが実施されれば医療の受診抑制は避けられない。そもそも介護保険制度は、発足時点から「低い国庫負担・企業負担」、「高い保険料と受給者負担」、「給付範囲の制限」、「低い介護従事者の処遇」、「自治体への責任の転嫁」という問題を抱えて出発しており、度重なる制度改悪によって社会保障制度としての機能を著しく低下させている。より良い介護を提供するためには、感染対策の一層の強化や介護従事者の抜本的な処遇改善のための国の役割強化が求められている。社会保障制度としての介護を国の責任で実現するために、利用者負担の拡大及びサービス削減は中止し、国庫負担を大幅に引き上げる道へと転換すべきである。

国民健康保険（国保）は、国民の約３割が加入する国民皆保険の根幹をなす医療保険制度である。しかし、加入世帯主の４割が年金生活者などの無職、３割が非正規労働者で、低所得者が多くを占め、世帯収入の１割（２割を超える場合もある）を超える高すぎる国保料（税）とそれに伴う滞納・差し押さえが大きな問題となっている。高すぎる国保料（税）の問題の根本には、この間の国庫負担の削減がある。国保には被用者保険にある事業主負担がなく、憲法25条の生存権の保障として国が責任をもって財政基盤を支えることが不可欠である。また、高すぎる保険料（税）を引き下げるために自治体が独自行っている一般会計からの繰り入れについて、国は解消を求めているが、本末転倒である。減らしてきた国庫負担をただちに引き上げるとともに、自治体が行う法定外繰入を引き続き認めること、加入者の人権を無視した滞納・差し押さえ処分を中止することが求められる。

2/24 山口

今回、要求案の第１章として「診療報酬改定に対する基本姿勢」の項目が立てられており、その中に「患者負担の軽減」について触れる項目が設けられている。診療報酬改善要求の中で患者負担増の問題についても触れるということであれば、歯科でのトピック（例えば、金パラ高騰に伴い、補綴治療の患者負担が顕著になっていることなど）についても触れてはどうか。

対応　「基本姿勢」への文言追加は行わず、歯科要求内に反映する形で整理する。

2/24 石川

- この項では、患者・利用者負担の大幅軽減を要求し、「国による医療費窓口負担無料制度」の創設を求めているが、なぜ、正面から患者負担そのものの廃止（自己負担ゼロ）を打ち出さないのか。
- 公的医療保険制度においては、税・保険料による負担の在り方と実際に医療を受けた時の負担とは峻別されねばならない。医療保険が療養の給付を保障する現物給付制度である以上、患者窓口負担が存在すること自体が問題であり、原則的な立ち位置として自己負担ゼロを正面から提起するべきである。

・　我々の診療報酬改善運動は、患者に必要十分な医療を提供するためにある。一方、患者定率負担の制度下ではいかなる診療報酬の引上げ（改善）も自己負担増につながる。「診療報酬上の評価の充実」か「診療報酬の充実の結果としての患者負担増」か、どちらが問題か。当然、後者の「患者負担増」である。診療報酬が上がったら自己負担が上がるという構造そのもの、すなわち、患者定率負担そのものの廃止を要求することは、我々の診療報酬改善運動の前提条件ともいえる。我々が一貫して診療報酬の引上げや充実を求めるのは、患者に必要十分な療養の給付を保障するためなのだということを、広く社会にアピールしていかなければならない。

・　昨年 12 月に答申された「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の改定においては、マイナ保険証を利用しない資格確認の場合の患者負担を引き上げるために、点数の引上げ、再診時の点数の新設が行われた。これは、療養の給付に対する評価としての診療報酬という意味からかけ離れた措置であり（厚労省は患者の医療情報取得において、マイナ保険証より現行の保険証のほうが手間がかかるという「ロジック」を無理やり作出したが)、診療報酬と患者負担の関係について原則的な提起をしておかないと、今後も国によるこのような暴挙を許すこととなる。

・　もちろん、運動に当たって、現実的・暫定的な要求を掲げる必要があることは承知しており、「患者負担ゼロ」がそう簡単に実現しないことも承知している。また、医療保険の患者負担軽減のために過渡的に「窓口負担に対する助成」という手法もあり得るであろう。しかし、患者自己負担という「制度の根本」については、原則的な立ち位置を明確化して要求を進めることは不可欠であると考える。

対応　趣旨を踏まえた文言を追加する。

2/24 富山

「医療供給体制を弱体化させる地域医療構想の推進を掲げ」について、「地域医療構想の進め方について（令和４年３月 24 日付け医政発 0324 第６号厚生労働省医政局長通知)」を踏まえてどう考えるか。

対応　コロナ後の病床再編などの医療提供体制について、今後の地域医療構想の動向を注視していくとともに必要な提言を行っていく。

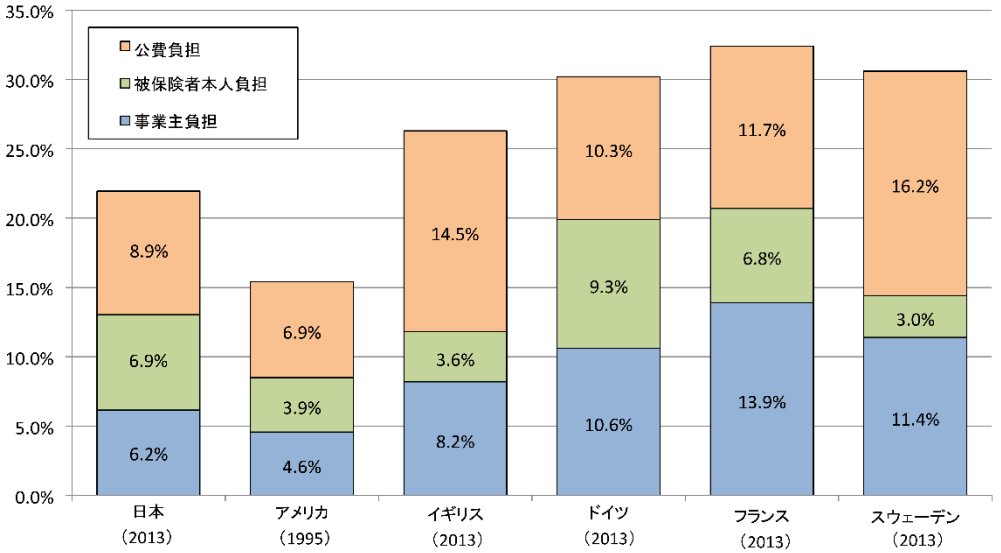
【財源確保の提案】

財源確保は税・社会保険料の応能負担で

低医療費政策を転換し、OECD 先進諸国並の医療費水準に引き上げ、かつ患者負担を大幅に引き下げるための財源は、国庫負担と大企業等の事業主負担を増やして確保することが最優先である。社会保障財源の対 GDP 比を国際比較すると、日本の公費負担と事業主負担が欧州先進諸国の負担に比べて相当

社会保障財源の対 GDP 比の国際比較

社会保障制度改革国民会議資料より作成



（資料）社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」（日本）、「社会保障費国際比較基礎データ」（アメリカ）、Eurostat "European Social Statistics"（イギリス、ドイツ、フランス、スウェーデン）

（注）厚生年金等における積立金の運用収入は時価ベースで評価していること等に留意する必要がある

低いことがわかる。被保険者本人負担割合がほぼ同値のフランスと比べると、公費負担で 2.8 ポイント、事業主負担で 7.7 ポイントの開きがある。日本でも公費・事業主負担を引き上げることで社会保障財源の拡充が可能であり、消費税率の引き上げや保険料率の見直しで被保険者本人に負担を求めることは筋違いである。法人税制・所得税制の累進性強化に加え、正規雇用と賃金を増加させつつ事業主負担割合を引き上げることにより、税・社会保険料における応能負担原則を徹底するべきである。

また、現行の被用者保険における保険料計算は一定の収入を上限（標準報酬の上限）とし、それより高収入であっても保険料が高くならない方式となっているが、応能負担原則に基づき、収入に応じて保険料も上昇する方式とするべきである。そのために標準報酬の上限引き上げが必要である。

以上の点から、次の要求の実現を強く求める。

［Ⅰ－１］　医療費総枠を拡大し、技術料を中心に診療報酬を大幅に引き上げること。

［Ⅰ－２］　実施した医療保険制度の改悪をただちに撤回すること。

①2022 年 10 月から実施された後期高齢者一定所得以上者の窓口負担を２割から１割に戻すこと

②紹介状なし病院受診時定額負担の対象病院を拡大しないこと。また仕組みの中に、保険給付の範囲から一定額を控除し、それと同額以上の追加定額負担を患者に求める仕組みを削除すること

［Ⅰ－３］　さらなる医療費抑制政策は中止・凍結すること。

①うがい薬の保険給付外しや湿布薬の処方枚数制限等、医学的に根拠の無い（説明不可能な）仕組み、将来的に「療養の給付」範囲の縮小につながるような改定は即時撤回すること

②平均在院日数削減や機能分化のための強引な病床再編はやめ、患者の治療が十分に保障されるよう必要な病床を確保すること。地域医療構想で示された必要病床数に誘導するような診療報酬改定は行わないこと

［Ⅰ－４］　医療・介護・福祉制度を拡充し、患者負担を大幅に軽減すること。

①患者自己負担は、窓口負担の無料化を目指しつつ当面の目標として、義務教育終了までの子どもと 75 歳以上の高齢者は無料、65 歳から 74 歳は１割、現役世代は２割とすること

②高額療養費制度を改善すること

・70 歳以上の患者負担限度額（高額療養費）について、制度改定（2017 年７月）前の水準に戻すこと

・70 歳以上高齢者に設けられている外来上限特例（低所得者Ⅰ、Ⅱに設定されている月 8,000 円上限）を、高齢者だけでなく一般にも設定し、負担限度額を引き下げること

・月をまたぐと合算できない問題を解消するため、少なくとも１カ月未満の入院について入院開始日から１カ月単位の起算とするなど、改善を図ること

③子ども医療費助成制度の創設について

・18 歳年度末までを対象とする国の医療費窓口負担無料制度（入院時の食事負担を含む）を早期に創設すること

・子ども医療費助成を現物給付した自治体への国民健康保険の国庫負担の減額措置（ペナルティ）を完全に廃止すること

④妊産婦の医療費無料化を、国の制度として実施すること

⑤公費負担医療制度の負担軽減や対象拡大など改善を行うこと

⑥介護保険に係る利用料の引き上げなど負担増をやめ、患者負担を大幅に軽減すること

⑦国民健康保険制度を改善すること

・国庫負担を増やして払える国保料（税）に引き下げること。一定以下所得者に対する保険料は免除すること。また国保資格証明書、短期保険証の発行をやめ、全ての国保加入者に正規の保険証を交付すること。人権を無視した徴収・滞納制裁は即時中止すること

・自治体が独自に行う国保会計への法定外繰入を引き続き認めること

［Ⅰ－５］　財源確保に向けて税・社会保険料における応能負担原則を徹底すること。

①消費税に頼らず、国庫負担と大企業等の社会的負担を増やして捻出すること

②被用者保険の一定以上所得者についての保険料は、応能負担の原則を徹底し、標準報酬上限額を引き上げること

Ⅱ－１　医科・歯科共通要求

【はじめに】

医科・歯科共通要求は、医科・歯科の双方に共通する課題であり、かつ各要求項目に記した形で抜本的な改善が図られるべき項目を掲載したものです。

重点改善要求

［Ⅱ-1-(1)］医師、歯科医師はじめ全ての医療従事者の技術への基本的評価としての基本診療料（初・再診料、外来診療料、入院基本料）について、速やかに下記の改善を行うこと。

①　医療機関･歯科医療機関経営を安定させる十分な原資となる水準にまで点数を引き上げること。

要求理由　厚生労働省が 2010 年 9 月 29 日の中医協総会に提出した資料では、初・再診料は「個別技術にて評価されないような基本的な診察や処置等」や「基本的な医療の提供に必要な人的・物的コスト」、入院基本料は「寝具等を含む療養環境の提供」、「看護師等の確保」、「医学的管理の確保等」を含むとされている。

しかしながら、昨今は上述の対応に加え、多種多様な専門性の高い情報提供や必要に応じた各医療機関・歯科保険医療機関・行政機関間の連絡調整、直近では更にそれらに加えて新型コロナウイルス感染症も含めた院内感染対策に関する対応など、医療機関や歯科医療機関は極めて高い水準の機能と責任、そのために要するコストを「最低限」のものとして求められているのが現状である。

~~そもそも基本診療料は、全ての医療従事者が患者に必要な医療を不足なく提供するために必要な最も基本的な技術評価であり、保険医療機関の経営を安定させる十分な原資となるだけの点数設定がされなければならない。~~

~~崩壊寸前の地域医療を立て直し、また各地の医療機関・歯科医療機関が誇りを持って地域医療を担当できるようにするため、国の責任で全ての医療従事者の基本的な技術等の維持に必要なコスト等に関する実態調査を行い、明確な根拠に基づいて大幅な点数引き上げを行うべきだ。~~

そして昨今、医療機関経営を巡る情勢は過去に例を見ない物価、光熱費高騰の最中にあり、更には 2025 年以降の生産年齢人口の急激な減少による医療従事者不足、またそれに伴う人件費の大幅高騰も大いに懸念される状況である。現状だけではなく将来の医療提供体制を、物的・人的双方の面で確保する上でも、初・再診料や入院基本料等の基本診療料の大幅な引き上げは必要不可欠である。

2/24　京都協会

基本診療料の大幅引き上げの理由として下記を追加できないか。

・物価高騰、光熱費高騰の中、岸田首相が経済界に対して、23 年度の賃上げを求めた。
・医療界においては、賃上げの原資は診療報酬であり、基本診療料である。
・2022 年 10 月に、「看護職員処遇改善評価料」が設けられたが、その対象医療機関や対象職種は限定されており、十分でない。
・つまり、スタッフの給与を引き上げたくてもその原資がない。
・中長期的な人材確保、医療従事者の生活を支える意味で、基本診療料の大幅引き上げを求める。

2/24　埼玉協会

現在、空前の物価高騰により、材料費・電気料・仕入費が増大しているため、改定では高騰分を点数にしっかりと反映させてほしい。生活費全般が上がっている現状、医科・歯科点数を引き下げたり、据えおいたりするのは不当である。

2/24　長野協会

今般の物価および電気料金の上昇により、医療機関経営にかかるコストが上昇している。物価上昇に見合う医療費総枠拡大、診療報酬改定を求める。

＜対応＞

➡　頂いたご意見を踏まえ、現行そして将来の医療提供体制を物的・人的の双方の面で確保する上で、基本診療料の引き上げが必要不可欠との観点でも要求案を整理する方向で検討いたします。

④②　医科歯科間の初・再診料の格差を解消すること。

要求理由　医科点数の各科に格差がないのは医師の診察における基本的技術を同等に見なして評価したものといえる。対して歯科の基本診療料が医科に対して長年にわたり低い点数に抑えられてきたことには理由がなく、大変不当である。直ちに格差を解消して医科と同額に引き上げるべきである。

2/24　埼玉協会

「歯科」も専門職であり、医科の「眼科」や「皮膚科」等の専門職と同じであるわけなので、「歯科」と「医科」の初・再診料の格差是正は必ず行わないといけない。明らかな差別である。

2/24　山口協会

この要求は、医科歯科一体である保団連として最重要課題であり、項目としては、現行①の次にあるほうがよい。

＜対応＞

➡　ご指摘を踏まえて引き続き掲載の方向で検討させて頂きます。場所についても②として繰り上げる方向で検討させて頂きます。

③　急激な社会情勢･経済情勢の変化が発生した場合には緊急改定を実施できるようにすること。

要求理由　この間、新型コロナウイルスの感染拡大というパンデミックの発生に伴い、医療機関に物的・人的両面で平常時よりも大きな負担が強いられる中、物価高騰、光熱費高騰が追い打ちをかけ、医療機関の経営はいつ危機的な状況に陥ってもおかしくない状況にある。こうした状況下でも医療機関は公定価格である診療報酬について、2年に1回の改定を待たなければならず不合理である。

今回の期中における社会情勢・経済情勢の大幅な変化を教訓に、例えば基本診療料に「別に厚生労働大臣が特に規定した場合（物価高騰・パンデミックなど）」の加算の新設など、こうした情勢に柔軟に対応できる評価を新設すべきである。

2/24　千葉協会

要求内容にまったく異論はない。しかし診療報酬改定は２年の１回だが、その間に現在のような物価高騰、光熱費高騰、またはパンデミックという事態が発生したコストは大幅に増大するが、医療機関は改定まで待たなければならないのは不合理である。

歯科の金パラは不十分とはいえ相場に連動したものになったが、基本診療料には情勢に連動した評価は存在しない。緊急期中改定は本来のあり方だが、情勢の大幅な変化にフレキシブルに対応できる評価を新設すべきである（例えば基本診療料に「別に厚生労働大臣が特に規定した場合（物価高騰・パンデミックなど）」の加算の新設など）

＜対応＞

➡　頂いたご意見を踏まえ、急激な社会情勢・経済情勢の変化が発生した場合の対応を求める要求項目を新設させる方向で検討させて頂きます。

②④　医科・歯科医療機関の継続した感染対策の支援のため、外来等感染症対策実施加算、入院感染症対策実施加算、乳幼児感染予防策加算を復活し、恒久化すること。

要求理由　新型コロナウイルス感染症及び今後の新興感染症対策も含めた感染防止対策は増々重要性が増している。しかし、2022 年改定で新たに組み替え、新設された入院、外来の感染対策向上加算は、算定要件や満たすべき施設基準が厳しすぎる。特に外来感染対策向上加算を算定しようとする診療所からは、連携先がそもそも少ない、無いなど、届出が困難だとの声が上がっている。ますます重要性が高まる感染防護対策実施が必要になることから、施設基準を緩和して、多くの医療機関が感染対策向上を図れるようにすべきである。なお、算定点数があまりに低すぎることから、併せて点数も引き上げるべきである。

2/24　山口協会

②の感染対策に係る加算については、2022 年度改定で、外来感染対策向上加算や感染対策向上加算として整理されており、復活や恒久化は困難と考えられる。そもそも感染対策はすべての病院、診療所において行われているもので、加算ではな

く基本診療料の引き上げにより評価するよう訴えるのはどうか（[Ⅱ－１－（１）]①の要求理由にその旨の記述がある）。その上で、少なくとも現行の外来感染対策向上加算の施設基準の要件緩和、歯科における感染防止対策を要件とした施設基準の廃止、を求めてはどうか。

2/24　鹿児島協会

サーベイランス強化加算及び連携強化加算を廃止し、外来感染対策向上加算の点数を 20 点以上に引き上げること。

2/24　埼玉協会

感染対策を行うにあたり、多大な苦労と費用をかけながら日常の診療を行っているわけで、感染対策加算の項目は復活させ恒久化する事は大賛成である。

＜対応＞

➡　頂いたご意見を踏まえると（点数引き上げ、施設基準緩和）、当該要求のような形になるのではないかとの観点から、当初通りの要求案とさせて頂ければと思います。

~~③~~⑤　2020 年に廃止された妊婦加算について下記を踏まえた上で復活させること。

ア　妊産婦加算として対象患者を拡大させること。

イ　歯科医療機関でも算定可能とすること。

~~ウ　復活に当たっては凍結された際に問題となった教訓を踏まえ、患者自己負担分は公費から支出すること。~~

要求理由　昨今、不妊治療も含めた妊産婦医療充実の必要性については政府も認めるところであり、一刻も早い対応が求められる。2020 年度改定で廃止された妊婦加算も、「妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点」で設定されたものであり、投薬、検査方法や麻酔を実施する際の麻酔薬の選択など妊娠の継続、出産前後の母子（胎児）への特別な配慮が求められる妊産婦への診療は診療報酬で当然評価されて然るものであり、またそれらの対応が求められるのは歯科医療機関でも同様である。子どもを産み、育てやすい環境整備が実現するためにも同加算の復活を求める。

~~また復活に当たっては、2019 年の凍結に至った際の根本的な問題となった 3 割負担という高額な窓口負担の問題であった点が極めて重要で、これは妊産婦に限った問題ではない。本来的には患者が負担すべき自己負担は、もっと低くあって然るべきだ。新型コロナウイルスにおける臨時的特例の院内トリアージ料等、既に保険診療の一部の費用について公費より充当する前例が既にある点も踏まえ、少なくとも「妊産婦加算」部分は国の負担とし、自己負担の上乗せを実質ゼロにする等の対応を実施する等、妊婦加算凍結の際の教訓を踏まえて実施することを併せて求める。~~

2/24　石川協会

・ ア、イについては賛成である。

・ なお、ウでその際の患者自己負担分について公費からの支出を要求しているが、（当面の暫定的な要求ということであれば理解できないわけではないが）そもそも、患者定率負担の制度下ではいかなる診療報酬の引上げ（評価の創設）も自己負担増につながる以上、妊産婦に対する加算に対してのみ公費支出をするという理屈には無理がある。国民皆保険下で患者に必要十分な医療を提供するための診療報酬については、その評価を上げれば患者自己負担が上がるという構造そのもの、すなわち、患者定率負担という制度そのものが問題なのであり（「はじめに」に対する意見で詳述）、妊婦加算の教訓ということをいうのであれば、患者定率負担制度の抜本的見直しこそ俎上に上げるべきである。

＜対応＞

➡ 「妊娠税」と揶揄され凍結→廃止に至った経緯の中で、自己負担割合の高さが強調された情勢から追記をしたものでしたが、現在は一定時間が経過した点もある点を踏まえて、そもそも医療保険制度において、あらゆる方面で自己負担の軽減を求める冒頭の統一的な方針で求めることとして、当該部分からは削除したいと考えます。

2/24　山口協会

③についても、加算ではなく、妊産婦に対する診療を評価する要求は考えられないか。例えば、現行では、連携強化診療情報提供料の中で、妊娠中の患者に対する情報提供を評価した要件もあるため、この点数を妊産婦に限定した評価として要求することなども一案である。

＜対応＞

➡ 原則論として初診料の大幅引き上げを求めつつ、加算評価等も含めたあらゆる方法により評価引き上げを求める要求項目とする形で整理させて頂ければと思います。

➡ 妊産婦への診療に関しては、情報提供に限らず投薬時をはじめとして日常診療のあらゆる点での医学的配慮が必要との観点（2019 年 6 月 15 日、全国保険医新聞での斉藤副会長と日本産婦人科医会谷川原真吾常務理事（当時）との対談）から、基本診療料の加算の妊婦加算として要求出来ればと考えておりますがいかがでしょうか。

~~④~~②　~~医科歯科間の初・再診料の格差を解消すること。~~

~~要求理由　医科点数の各科に格差がないのは医師の診察における基本的技術を同等に見なして評価したものといえる。対して歯科の基本診療料が医科に対して長年にわたり低い点数に抑えられてきたことには理由がなく、大変不当である。直ちに格差を解消して医科と同額に引き上げるべきである。~~

~~⑤　基本診療料の加算による評価や特掲診療料の基本診療料への包括化は、基本診療料の実質的な引き下げにつながるため、止めること。~~

要求理由　~~現在の基本診療料に付随している各種加算点数や他の特掲診療料を基本診療料に包括し、個別算定をできなくするような基本診療料の見直しは、診療報酬全体を引き下げ、医療経営の悪化に繋がるため、行うべきではない。~~

2/24　山口協会

⑤の加算評価を止めることを求める要求は、決して外せない基本原則である（項目の順番としても上位にあるべき）一方で、②③が加算要求となっており、整合性のないものとなっている。加算以外の要求に変更することを検討できないか。

＜対応＞

➡　⑤については、［Ⅱ-1-⑵］のイ、「診療報酬は出来高払いを原則とする」旨の要求として、原則論の要求として一本化して整理します。

［Ⅱ-1-⑵］診療報酬の在り方について下記の通り改善すること。

①　診療報酬各項目の点数設定に当たり、国の責任で全ての医療従事者の基本的な技術等の維持に必要なコスト等に関する実態調査を行ったうえ、持ち出しが発生している点数項目は、速やかに解消に向けて点数引き上げを行うこと。

要求理由　毎回の診療報酬改定における各点数の設定は、専ら「与えられた財源内での配分」との観点で行われている。それ故に診療報酬で定義された診療行為に要する費用との間に大きな乖離が発生している項目があり、特に初・再診料、入院基本料等の基本診療料や特定保険医療材料では実質的に多額の医療機関の持ち出しが発生するなど、その傾向が顕著に出ている。

そもそも診療報酬は、全ての医療機関が患者に必要な医療を不足なく提供するうえで保険医療機関の経営を安定させる十分な原資となるだけの点数設定がされるべきである。現状、複数の項目では実質的に医療機関による多額の持ち出しが発生している状況を踏まえ、国は責任を持って全ての医療従事者の基本的な技術等の維持に必要なコスト等に関する実態調査を行い、少なくとも持ち出しが発生している点数項目については、速やかに解消に向けて点数引き上げを行うべきである。

2/24　岐阜協会

「厚労省は点数設定に係る積算根拠を示すべき」との点を要求項目に加えるべき。

＜対応＞

➡　趣旨を踏まえ、①国の責任で全ての医療従事者の基本的な技術等の維持に必要なコスト等に関する実態調査を行い、②持ち出しが発生している事が報告されている点数は速やかに解消に向けた点数引き上げを求める要求として整理させて頂きます。

②　個々の診療行為を個別評価した出来高払いが原則であり、下記の取り扱いを止めること。

ア　包括払いによる評価

イ　特掲診療料の基本診療料への包括化

ウ　基本診療料の細分化した加算による評価

要求理由　~~国民の命と健康を守る上では、医師・歯科医師が患者個別の疾患の状態に応じて、必要な医療を、医師・歯科医師の職業的な良心に基づき実施する事を前提とした診療上の裁量権が最大限尊重された中で、不足なく提供可能であることが大前提となる。~~

出来高払いは、医療行為ごとに報酬が設定され、それに給付した薬剤費や材料費との積算で報酬総額が決定される仕組みである。療養に要した額を正確に反映しやすく、~~上述の前提を~~診療上の裁量権が最大限尊重された中で、必要な医療を不足なく提供できることを担保する上で必要不可欠である。

他方、~~昨今入院医療における~~DPC 病院の拡大、入院基本料等でのデータ提出加算の算定要件化、医科外来における外来・在宅データ提出加算~~の新設~~等に見られる、診療データの提出に基づく医療の標準化、将来的な包括点数化、そのための算定要件化を意図する改定が多く実施されている。また、従前より他の特掲診療料を基本診療料に包括する不合理も依然として改善されていない。

このような「包括点数化」、「基本診療料への包括化」、「基本診療料の細分化した加算による評価」は、その性質上、患者個別の疾患の状態に応じた対応を無視した評価とならざるを得ない。点数設定によっては必要な医療の患者への安定的な提供が困難になる恐れもあり、容認できない。

~~保団連は、個々の医療行為を正当に評価すべきとの観点から診療報酬の支払い方式について出来高払いを原則とすることを求める。~~

［Ⅱ-1-(3)］診療報酬改定に当たり、医療機関が改定内容の把握を円滑に実施できるよう点数表、施設基準の告示・通知から実施までの疑義解釈を含めた周知期間を社会的な常識に照らして~~必要な期間を保証すること~~少なくとも 6 カ月程度設けること。

要求理由　点数表は改定のたびに内容が増え、かつ複雑化を極める一方である。令和 4 年度診療報酬改定では医科・歯科合わせて A4 で 3,000 枚以上の点数表、施設基準の告示・通知が発出された。さらに昨今は、正式告示や通知だけでは正確な点数算定ができず、改定直前の 3 月末、場合によっては 4 月に入ってから 3 月末日の日付で大量の疑義解釈が出されるなど、運用として破綻しているのは誰の目にも明らかな状況である~~。~~り、~~この間の診療報酬改定では、医療機関、歯科医療機関への改定内容の周知が不十分なまま、4 月から新点数が実施され、膨大な疑義解釈で算定方法の取扱いや修正が示されることが頻発し、~~医療現場を混乱に陥れる事が常態化している。そもそも詳細な取扱いが不明のまま改定が実施される現在の状況は社会的にも極めて非常識~~だ。~~であり、即刻是正すべきである。

~~解釈の疑義を生じさせないような改定内容にするとともに、一般的な法律や通知~~

~~の施行等の社会的な常識から、少なくとも 6 カ月程度、疑義解釈を含めた周知期間を設けることが必要不可欠である。~~

2/24　山口協会

要求項目に「少なくとも６カ月程度」を追記し、要求理由を精査してはどうか。

2/24　埼玉協会

診療報酬改定について、周知期間を６カ月に拡大することを要求すべき。診療報酬改定、薬価改定を 3 月半ばに官報告示して半月後に施行とは、医療界を全く馬鹿にしている速さだ。他の業界で周知期間を設けないでそんな事をしたら、官僚の首が飛ぶ、信じられない短さだ。最低でも 3 か月、出来れば 6 か月後の施行にしなければ納得出来ない。

＜対応＞

➡　ご指摘の通り修正させて頂きます。

［Ⅱ-1-(4)］~~診療報酬項目に係る評価の在り方について、下記の改善を行うこと。~~

~~①　安全性、有効性が確立した医療技術・医療機器・医療材料については適正に評価して速やかに保険導入すること。~~

~~要求理由　安全性と有効性が確立した医療技術や医療機器、医療材料は速やかに保険導入し、多くの医療機関で速やかに活用できるようするのが筋である。~~

2/24　山口協会

具体性に乏しく要求する趣旨が不明確である。中医協で議論の上、保険導入されていると切り返されれば反論できない。この要求は削除を求める。

＜対応＞

➡　ご指摘の通り項目を削除させて頂きます。

②　保険医療材料の価格設定は、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。

要求理由　必要で十分な医療が受けられるようにするためにも、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」をなくすことは当然である。しかし現状では長期にわたって解決されない問題がある。

例えば医科では、在宅医療で使用される特定保険医療材料について、多くの診療所では小口購入のため大幅な赤字となっている。また衛生材料が、在宅療養指導管理料に含まれる扱いとなっており別途請求できないことから、保険医療機関の持ち出しが常態化し経営を圧迫している（蓄尿バック（ウロバック等）、処置等に用いるディスポーザブルカテーテル、チューブ類、消毒薬等）。さらに C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（週 3 日以上実施し、週 1 回算定）では、1 週間に複数回点滴を実施するため、留置針や点滴回路の費用だけで逆ザヤになってしまう。

歯科では金パラの告示価格と市場実勢価格の大きな乖離が生じ得る状況が依然

として改善されておらず、歯科医療提供の維持・確保を脅かしている。

診療報酬点数表の運用に関する要求

［Ⅱ-1-⑸］点数の算定ルールやその解釈については全て告示・通知に明記すること。告示・通知の法的性質を峻別し、告示にまったく規定のない項目について、通知のみにより算定要件を設けないこと。

要求理由　診療報酬点数表告示・通知に示していない算定ルールやその解釈を、疑義解釈の事務連絡や審査支払機関への口頭伝達で済ますような方法は現場に混乱をもたらす。点数の算定ルールやその解釈については全て告示・通知に明記した上で、保険医療機関に周知するべきである。また、診療報酬点数表は、公的医療保険の給付を受ける国民の健康保障に直結する問題であることから、「厚生労働大臣告示」の形式はとるものの、その「改正」には中央社会保険医療協議会への諮問・答申という厳格な手順を踏むことが求められている。一方で通知は行政庁の内部規範であり行政内部においてのみ効力を有するのが原則である。

したがって、通知は、告示で示された算定要件の解釈の基準を示す程度の規定にとどめられねばならず、少なくとも告示に全く規定のない算定制限を通知により創設することは許されない。

［Ⅱ-1-⑹］診療報酬算定の疑義解釈について、過去の疑義解釈の整理を行い、改定後も適用される疑義解釈を明示すること。

要求理由　診療報酬の算定要件については本来、疑義解釈で示されるような内容も含めて、改定時に出される留意事項通知において明確に規定すべきであるが、現に告示・通知で言及のない算定要件等が疑義解釈のみで規定されている点数項目が散見されている。告示に根拠のない算定制限を、課長通知、事務連絡で規定するべきではない。その上でこれまで運用されてきた疑義解釈について、現場では過去の疑義解釈の全てを網羅できないため、診療報酬請求を適正に行ってほしいのが目的であれば、DPC 制度の解釈の整理にならって、全ての解釈を整理し明示~~すべきである。そ~~の上~~で~~、告示・通知~~を整理~~に反映することを求める。~~また公開されていない内規が存在し、それを根拠に審査、個別指導、適時調査で指摘されることが多いため、公開するべきである。~~

2/24　石川協会

- 要求理由の最後の「また公開されていない内規が存在し、それを根拠に審査、個別指導、適時調査で指摘されることが多いため、公開するべきである」との要求は削除すべきである。
- 公開されていない内規が公開されることにより、内規による算定要件に実質的な拘束力を持たせてしまうことにつながる。本来、内規により算定要件を創設す

ることを許してはならず、もし必要な算定要件であれば、改めて中医協で議論のうえ、正式に告示・通知に反映させることを要求すべきである。

＜対応＞

➡　ご指摘の通り項目を修正させて頂きます。

［Ⅱ-1-(7)］保険医療機関及び保険医療養担当規則について、医療機関に義務を課す「改正」を実施する場合は、国会での審議も含めて徹底した論議を尽くして行うこと。

要求理由　保険医療機関及び保険医療養担当規則（「療養担当規則」）は、保険診療を行う上で重要な規範である。保険診療にとって重要な「療養担当規則」の改正を行う場合には、十分な時間をかけて関係者との意見調整、徹底した論議を尽くす事は当然のこととして、全ての保険医療機関に対して何らかの義務を課すような主旨の改正が実施される場合は、国会での審議も含めた議論を実施する必要がある。

算定要件全般に関する要求

［Ⅱ-1-(8)］医療従事者が診療に専念できるよう、医療機関の事務負担軽減に向けて下記の改善を行うこと。

①　診療報酬の請求上、不要な下記のレセプト記載要領上の取り扱いを廃止すること。

ア　摘要欄記載コード化による選択式記録

イ　70 歳以上の被保険者で、高額療養費の対象に該当しない場合の「特記事項」欄への記載。

ウ　記載要領通知に規定した標準病名での保険請求の取り扱い

要求理由　昨今、診療報酬の算定に当たり、必要なレセプト摘要欄記載についてフリーコメントによる入力からコードの中から選択する方法に仕様が改められた。当該コード化は事務負担の軽減、記載の合理化、効率化を理由として導入された。ただ、実態としては診療報酬の請求上、明らかに不要と思われるコード入力項目が多数存在するほか、制度運用の前提となる電子カルテメーカーがコード化に対応できていないのが現状である。

その結果として、皮肉にも審査・支払機関の「事務の合理化」のしわ寄せが医療機関に事務負担の大幅増という形で不当に押し付けられている状況となっている。一刻も早い医療機関の事務負担軽減を実現すべく、記載要領の摘要欄記載コード化による選択式記録の撤廃を求める。

また、コード化に伴う不合理以外にも標記に代表されるような診療報酬の請求上、明らかに不要である記載事項や保険請求上の取り扱いも散見されており、同様の理由で撤廃を求める。

②　診療報酬項目の主旨からして不要なカルテ記載を廃止すること。

要求理由　例えば医科・歯科の在宅患者訪問診療料の算定に当たっては、開始及び終

了時間、診療場所のカルテ記載が求められるが、算定要件上では時間要件はなく、また診療場所による点数の変動も無いため本来は必要のない項目となる。このようなカルテ記載についても極力簡素化し、記載義務を見直すべきである。

［Ⅱ-1-(9)］診療報酬算定要件の設定に当たっては明確な根拠を基に設定し、根拠が不明のまま算定制限を導入することはやめること。

要求理由　国民の命と健康を守る上では、各診療報酬項目が医師の裁量権の尊重の下で算定されることが必要不可欠である。

患者一人一人の病態は異なるものであり、本来的に診療報酬で一律に制限されるものではない。仮に規制をせざるを得ないとした場合でも、それは明確な根拠の下、徹底した議論の上、コンセンサスを得た上で、行われるべきである。

［Ⅱ-1-(10)］施設基準は人員、設備等の規定を設けなければ医療提供に支障をきたすものに限定すること。医療機能評価、選定療養の実施等を施設基準の要件としないこと。

要求理由　施設基準は、定めないと安全性や水準が保持できないなど医療提供に支障をきたす場合に限定すべきものである。しかし現状は、厳しい施設基準のため届出医療機関が限定され、地域間格差や医療機関格差を生じさせるなどの問題を引き起こしている。

個別論点に関する要求

＜同一建物居住者、単一建物診療患者~~、同一患家~~＞

［Ⅱ-1-(11)］在宅医療に係る医科・歯科診療報酬並びに介護報酬の算定に当たり使用する同一建物居住者、単一建物診療患者~~、同一患家~~の概念を廃止し、最も高い点数に一本化すること。

診療報酬や介護報酬の点数項目に、同一建物に居住する同日の（歯科）訪問診療患者などや同月の在宅時（施設入居時等）医学総合管理料、訪問歯科衛生指導料、医科・歯科の居宅療養管理指導費などの算定人数のみによって点数が変わる一物二価（歯科報恩診療料、在宅時（施設入居時等）医学総合管理料、訪問歯科衛生指導料、医科・歯科の居宅療養管理指導費に至っては一物三価）の評価体系を持ち込むことは、地域医療を守るために日々尽力している医師の評価を不当に落としむものであり容認できない。

更に、このような不合理な規定は、個々の患者に対して同様の療養を給付しているにも関わらず、同日に１人よりも複数人を診る方が診療報酬・介護報酬（患者の自己負担額）が低くなること等について、患者に対し合理的な説明ができない事態を招いている点や点数（単位数）表の体系が複雑化による請求に係る事務負担増を招いている点を政府は認識すべきである。

また、特に同一建物居住者の概念については、訪問診療における悪質ビジネスへの対

応との観点で導入された経緯もあるが、このような事例に対しては、国の責任で別途規制に向けた対策を講じるべきである。診療報酬により一律に対応すべきものではない。

こうした点を踏まえて、診療報酬や介護報酬に設定される同一建物居住者、単一建物診療患者~~、同一患家~~の概念は廃止し、それぞれの診療報酬・介護報酬項目で最も高い点数（単位数）に一本化すべきである。

2/24　京都協会

・「同一患家の概念」まで廃止すると、在医総管の特例等、診療報酬上では不利益になるのではないか。

＜対応＞

➡　ご指摘の通り、同一患家の廃止は医科・歯科共に逆に診療報酬上、不利になる側面もあることから、同一患家に関する記載は削除する方向で提起したいと考えます。

＜患者への文書提供＞

［Ⅱ-1-(12)］患者への文書提供について下記の改善を図ること

①　診療報酬算定要件ではなく、別に評価すること。

要求理由　医科、歯科問わず医学管理の診療報酬算定要件に、患者への文書による情報提供が義務付けられている。しかし文書作成や当該文書内容を患者に説明する事に時間を割かれる事で、診療活動に支障をきたしている現状もある。文書による情報提供を一律に算定要件に組み込むのではなく、主治医が必要と判断した場合には、文書による情報提供料として指導・管理料とは別に個別評価すべきである。

②　増加する一方の文書提供については簡素化を図ること。

要求理由　昨今、医科・歯科を問わず医学管理料等を中心に、算定の際に患者への同意書が要件とされている点数項目が散見される。患者への説明、署名等が医療機関にとって大きな手間となっている点を踏まえ、廃止すべきである。

［Ⅱ-1-(13)］診療情報提供料について~~下記の改善を行うこと。~~

①　医学的な必要性に基づき、文書で必要な情報提供を行った場合にその都度算定できる点数とすること。

~~②　紹介に係る評価は加算等で別に点数を設けること。~~

要求理由　診療情報提供料は、医療機関が患者の診療に当たり、主体的に他医療機関への紹介の必要性を認めた上で、「文書による情報提供」、「紹介医療機関の調整」、「患者の紹介」という役割を果たして初めて評価される。

上述のいずれかの役割を果たすだけでも一定の手間を要するにも関わらず、これらの全ての役割を果たさなければ提供料を算定出来ず、医療現場では「引っ越しなどで具体的な紹介先医療機関が決まっていない状況下で情報提供を行っても算定

が出来ない」、「月１回の算定のため、例えば同一月に同一医療機関の異なる診療科の医師が情報提供を実施した場合は算定できない」、「同一法人により運営される施設など『特別の関係にある保険医療機関等』の場合は算定できない」などの不合理を訴える声が多く寄せられている。

患者が過去の医療内容を踏まえた継続性のある質の高い医療を受ける上でも上記不合理の解消は急務であり、少なくとも診療情報提供料Ｉの算定に当たり、医学的な必要性に基づき、文書で必要な情報提供を行えば当該提供料を算定可と~~した上で、更に紹介を実施した場合は加算等で評価~~すべきである。

2/24　愛知協会

同一法人により運営される施設など、「特別の関係にある保険医療機関等」であっても診療情報提供料の算定を認めること。

＜対応＞

➡　ご指摘の主旨を踏まえて、要求理由に追記させて頂きます。

2/24　山口協会

診療情報提供料（Ｉ）は、「患者の受診行動を伴う」ことがあって文書提供を行った場合の評価である。それを区分して、紹介に係る評価を加算等で別に点数を設ける要求でよいのかは再考を要する。加算点数での評価は、財政調整の中で、基本診療料の引き上げを抑える、あるいは引き下げた分の補填とするなどの政策誘導を図るためのものである。つまり、文書提供のみでよいとするのであれば本体点数は引き下げる、その上で患者紹介加算という形の政策誘導が取られかねない。不合理なのは、紹介先医療機関が決まっていないなどの理由で算定ができないし、何より患者が困るということである。したがって、（紹介先が決まっていなくても）医学的必要性があって文書提供を行う場合は算定できるといった要件緩和を求めるほうがよい。

＜対応＞

➡　ご指摘の通り、医学的必要性があって文書提供を行う場合は算定できる主旨の要求とさせて頂きます。

［Ⅱ-1-⑭］　診療情報連携共有料について、下記の改善を行なうこと。

①　点数を診療情報提供料（Ｉ）と同水準まで引き上げること。

①②　医科・歯科医療機関間のみに限らず、医科医療機関同士、歯科医療機関同士の情報連携に当たり、文書で必要な情報提供を行った場合に算定可能とすること。

②③　３カ月に１回という算定制限を撤廃し、文書で必要な情報提供を行った場合にその都度算定可能とすること。

要求理由　診療情報連携共有料の算定は、医科・歯科医療機関間における診療情報の照会への文書返答の場合に限られるほか、算定回数も３月に１回など極めて限定された場面でしか算定できない。実際の診療情報の照会への文書返答については、医

科・歯科間に限らず医科医療機関同士、歯科医療機関同士でも極めて頻繁に実施されるが、現状では療養担当規則第二条の二（照会に対する返答への義務に係る規定）により、当該照会への返答について診療報酬上の評価が存在しない。そのため、診療上必要な文書返答を通じた情報共有について、医療機関が無償で実施する不合理な状況である。

また、医学的な必要性から診療情報のやり取りを実施するという点では、診療情報提供料（Ⅰ）と同様であるにも関わらず、同項目より評価が低く設定されている点も不合理である。

患者の過去の医療内容を踏まえた継続性のある医療を受けられるよう、医療機関からの情報提供を評価することは当然である。診療情報連携共有料について、診療情報提供料（Ⅰ）と同水準まで評価を引き上げたうえ、医科歯科、診療科及び回数を問わず、文書で必要な情報提供を行った場合にその都度算定できるよう改善すべきである。

2/24　愛知協会

医科医療機関からの照会に対して、歯科医療機関が回答を行った場合でも，診療情報連携共有料の算定を認めること。

＜対応＞

➡　要求①として整理させて頂ければと思います。

2/24　山口協会

本稿に掲げる診療情報連携共有料の要求が実現した場合、連携強化診療情報提供料は「かかりつけ医」という政策目的の点数でしかなくなるため、当該点数の廃止をあわせて求めてはどうか（あるいは、妊婦加算の項での一案として示した、妊産婦への診療に対する評価に限定した点数として要求する）。

＜対応＞

➡　趣旨を踏まえ、①国の責任で全ての医療従事者の基本的な技術等の維持に必要なコスト等に関する実態調査を行い、②持ち出しが発生している事が報告されている点数は速やかに解消に向けた点数引き上げを求める要求として整理させて頂きます。

3/2　診療報酬改善対策委員会

共有量そのものの評価も低すぎると感じる。情報提供に関する重要性は診療情報提供料と変わらないのであるから、同水準への引き上げを求めるべきではないか。

＜対応＞

➡　趣旨を踏まえ、評価を引き上げる主旨の記載を追記しました。

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算について＞

2/24　石川協会

○　医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、何らかの言及が必要と思われるがいかがか。

○ この点数については、一部が今年 12 月までの特例であること、また、点数の趣旨はともかくとして実態としてはオンライン資格確認体制整備のランニングコスト的位置付けがあることから、今回の保団連要求では触れずらい項目ではあると推察されるが、初診におけるマイナ保険証とそれ以外の場合の点数格差は来春以降も残ること、また、この点数には問診票の様式を算定要件に組み込むという重大な問題があることから、廃止要求も含めて（廃止のうえ、その財源を基本診療料の底上げに充てることを要求するなどを）検討すべきではないかと思われる。

○　患者自己負担を増やすために、マイナ保険証以外の点数を引き上げた問題については、そもそも論として「はじめに」に対する意見で述べたとおりである。

○　問診票の問題は、具体的には次の通りである。

・　「マイナンバーカードで資格確認をしたほうが、被保険者証による資格確認よりも点数が低くなる（患者負担が減る）」というロジックを「無理矢理に」作出するために、この点数の算定要件として、「初診時の問診票の標準的項目」を新たに定めた（標準的項目の中に、「処方されている薬」「特定健診の受診歴」を盛り込んだ上で、この情報についてはオンライン資格確認システムを通じて取得が可能となっている（いわば効率化されている）が、患者がマイナンバーカードを持参しない場合には問診票を使って患者から聞き取りをする「手間」が生じるので「２点」高くした）。

・ そもそも初診時における問診とは、患者に必要な医療を提供するために医師・歯科医師が患者の個別具体的な症状を確認しながら進めていく重要な行為であり、問診項目は、患者の症状に応じて医師・歯科医師の個別の判断に委ねられるべきものである。医師・歯科医師の「裁量」に属するこの問診項目を、診療報酬点数表の「様式」の中で明示し、加算点数の算定要件とするというのは「異常」な事態である。患者に必要な医療を提供するための重要な第一歩となる「問診票」を、政府は、オンライン資格確認システムの「効率性」を可視化させるための「道具」にしようとしているのであり、これを認めるわけにはいかない。

・　算定要件として示されている問診項目は、驚くべきことに医科も歯科もまったく同じ項目であり、「患者さんに必要な医療を提供するために初診時の問診はどうあるべきか」などという「高邁な」理念は微塵もないことについて（マイナ保険証の普及が導入目的なので当たり前のことであるが）、憤りすら覚える。

・　この問診票には「マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと」を記載しなければならないとし、その記載例として、「正確な情報を取得・活用するため、

マイナ保険証の利用にご協力を願います」の一文がある。これにより、算定要件を満たすためには、保険医療機関は、マイナンバーカードの被保険者証としての「利用」を患者に「推奨」しなければならないことになる。なにゆえに政府が進めるマイナンバー制度のお先棒を、医療機関が担がなければならないのか、大変重大な問題をはらんでいる。

2/24　岐阜協会

「マイナンバーカードでの受診の場合」と、「被保険証での受診の場合」で算定点数が異なるため、同一にすべきである。

＜対応＞

- **➡　現状、マイナンバーカードによる受診に当たっては、オンライン資格確認の機材導入に伴うランニングコスト（平均月 2 万円程度）が、当該点数等を含めてカバーされる原資が存在しないとの課題がある。廃止を求めた場合に、既に機材を導入した医療機関のランニングコストを何で賄うのかについて検討が必要。**
- **➡　また、当該冊子発刊時点（2023 年 7 月頃）では、オンライン資格確認は義務ではなく（経過措置期間中）、従って廃止を打ち出した場合、廃止要求がマイナンバーカードによる受診等について機材等の導入を実施した医療機関にどのように捉えられるかは注意が必要。**

  ※　2022 年 12 月部会でも、問題はオンライン資格確認の「義務化」であり、進んで機材等を導入した（加算の要件を満たした）医療機関は否定しないとの意見が出された。
- **➡　他方、当該加算の存続を前提に、現状の不合理の是正（加算の主旨が「患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報の活用を通じて質の高い診療を実施する体制の評価」であるならば、その評価の在り方は、患者情報の診療情報の取得の有無で評価されるべきであり、情報取得の媒体がマイナンバーカードであるか否かで評価に差がある事は明らかに不合理や、問診票にマイナンバーカードの被保険者証としての「利用」を患者に「推奨」することが求められるなどの不合理など）の是正を求めることそのものが、会内で一致した要求案となるかも不明。**
- **➡　率直に言えば、インセンティブにもならない水準の点数設定で、会内一致が難しい点数項目の要求案について、一定以上の時間と人的リソースの双方を費やすことに合理性はあるかも不明であり、触れないという選択肢もあると考えますがいかがでしょうか。**

Ⅱ － ２　2024 年診療報酬改定に向けた保団連医科改善要求

（１） 外来･入院共通

［Ⅱ-2 －（1)］医療従事者の働き方改革のために基本診療料を中心とした点数の底上げをすること。

2024 年 4 月には「医師の働き方改革」が開始される。医師等の労働環境の改善は、医療安全など患者へのより良い医療の提供のためにも不可欠である。しかし政府は医師の絶対的な不足を解決しないまま、不十分な診療報酬や財政措置の改善を放置し、さらには新型コロナに対する政府の施策が不十分なため、2024 年４月から全ての医療機関で要件を満たすことは困難である。

［Ⅱ-2 －（2)］入院患者の他医療機関受診の規制を直ちに撤回すること。

入院中の患者が他医療機関の外来を受診した日については、入院医療機関では入院基本料等の基本点数を 10～20%あるいは 40%減額する取扱いとされ、他医療機関では医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用等を算定できない取扱いとされている。これは、他医療機関の医師の専門的な技術料を不当に削減（減額）するとともに入院患者への専門的な医療を制限するものであり、以下の点を要求する。

①　入院料の減額は行わないこと。

要求理由　療養病棟など包括点数算定の場合であっても、「専門外」は存在する。「専門外」であるとの理由があれば、入院側がいずれの種別の入院料を算定していても、他医療機関受診を認め、入院料の減額を行わないこと。「専門外」の判断は主治医が責任を持って行うこととし、審査等の場面において疑義が生じた場合には、主治医の意見を必ず聴取した上で、医学的見地に基づき行われるものとすること。

②　外来側の算定制限を設けないこと。

要求理由　入院側がいずれの種別の入院料を算定していても（DPC 病棟入院中の患者であったとしても)、外来側医療機関は全額、自院で診療報酬が請求できるようにすること。

③　診療情報提供料の算定を双方に認めてさらなる連携を促すこと。

要求理由　算定可能な医療内容の重複を避ける上では、他医療機関受診に際して、むしろ診療情報提供書の発行を義務付けた上で、入院側・外来側双方でその算定を認めること。患者が入院中であるか否かは、当該診療情報提供書により確認する方法を継続させることが必要ではないか。

④　少なくとも規制の撤回が行われるまでの間、医療機関に非のない外来受診については、医療機関側に責任を負わせないこと。

要求理由　入院医療機関の許可なしに患者や家族が外来受診した場合（いわゆる「勝

手受診」）については、医療内容に重複があったとしても、その責は保険者が負うものとし、入院側・外来側いずれからも減点を行わず、医療機関側に責任を負わせない仕組みとすること。

⑤　保険診療の制度上に歪みのある「合議精算」の規定を廃止し、それぞれの医療機関で実施する行為を評価として認めること。

要求理由　合議精算の規定は他医療機関受診規制から始まったものではなく、これまでに検査紹介、在宅がん医療総合診療料における「ターミナルケア」、遠隔画像診断における「画像診断管理加算」など、様々な局面で、医療機関の連携促進や包括評価の点数から発生した現場との矛盾を解消する手段として無理やり行われている。厚生労働省としては患者単位で全身疾患の総合管理が可能かのように想定としているが、病床の機能分化などで医療連携はますます進んでいく。また、合議精算の規定が医療機関同士のトラブルを引き起こしている。そうであるにも関わらず、合議精算で点数表に辻褄を合わせようというのは不合理であり、個別の医療機関の行為を正当に評価すべきである。

そもそも「療養の給付に関する費用の支払い」は健康保険法第 76 条において保険者と保険医療機関との間の「契約事項」とされており、保険医療機関間で費用精算することは、健康保険法の趣旨（療養の給付を担当した保険医療機関が療養の給付に関する費用の請求を保険者に行う）からしても大いに問題である。入院患者が他医療機関を受診した際の費用について「合議によって精算する」という取扱いは 1996 年改定時にも突然示されたが、診療現場の猛反発により凍結・廃止となったものである。2012 年改定時も「入院患者の他医受診」に係る根本問題を解決しないまま、突然、しかも「事務連絡」レベルで導入されたことは問題であり、明確な法的根拠もなく、「合議による精算」の取り扱いが次々に拡大していくことになれば、現物給付の原則、ひいては保険診療の崩壊にもつながるゆゆしき事態である。

2/24 埼玉協会：理由に追加

「合議精算」を行うことになった場合、相手方の医療機関が合議に応じないために費用徴収が負担になっているとの相談が多く寄せられている。「合議精算の規定が医療機関同士のトラブルを引き起こしている」という内容を盛り込んでほしい。

＜対応＞

➡反映する。

⑥　患者の療養に係る方針策定に当たりカンファレンスが求められる点数について、算定回数の制限を撤廃すること。

要求理由　医学管理の退院時共同指導や、入院点数の入院時支援加算、入退院支援加算の地域連携診療計画加算などの点数は、アドバンス・ケア・プランニングの考えに基づき、患者の意向を踏まえた、多職種による場合も含めたカンファレンスを通じた治療方針の策定を評価する趣旨の点数である。

患者の意向を踏まえたカンファレンスについては、回数が複数回に及ぶことや一定の時間を要する事は日常であり、多職種によるものとなればより多くの時間と人

的リソースを割くことが必要となるにも関わらず、「入院中 1 回又は 2 回」、「退院時 1 回限り」との形で算定回数が制限されているのは不合理である。

アドバンス・ケア・プランニングの考えに沿った療養を担保するためにも、患者の療養に係る方針策定に当たりカンファレンスが求められる点数について、算定回数の制限撤廃を求める。

［Ⅱ-2 －（3)］診療報酬上における「アウトカム評価」を止めること。

要求理由　回復期リハビリテーション入院料を皮切りに、ニコチン依存症管理料、精神科デイ・ケア等、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算、療養病棟の褥瘡対策加算など、診療報酬上に「アウトカム評価」という成果主義の評価が拡大・強化されてきている。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り、上述のような成功報酬の導入は断じて認められない。

（２）外来

【初診料･再診料】

［Ⅱ-2-(4)］初･再診料への包括評価の拡大を行わず、適正に点数を引き上げること。

要求理由　初・再診料の算定に当たり、医療機関は厚生労働省が定義する患者への基本的な診察に必要な物的・人的コストの範疇を超え、24 時間対応や各関係機関との医療情報の連携など、まさに全人的な対応が求められる（➡Ⅱ-1-(1)、**P15**）。

こうした状況にも関わらず、初・再診料は長年にわたり引き下げと据え置きが繰り返され、求められる役割に対して評価が著しく低く据え置かれている現状は改善されておらず、一刻も早い改善が必要である。

［Ⅱ-2-(5)］基本診療料における乳幼児加算を引き上げること。

要求理由　小児科以外のどの診療科においても、乳幼児を診療する場合に要求される慎重さや人手・所要時間、保護者の不安及び不満の対応等の困難さは同じであるため、基本診療料における「乳幼児加算」を大幅に引き上げること。例えば小児科のみでは対応が難しい症例が各専門科に回ってくる事例があり、その場合対応に手間がかかるため、小児科に限らず評価を引き上げるべきである。

2/24 埼玉：追加要求

○基本診療料における乳幼児加算を引き上げること

【要求理由】例えば、アトピー性皮膚炎について小児科が診療した時と皮膚科が診療した時、小児科では小児科外来診療料により、同じ説明・処方をしたにも関わらず、酷い時は数百点の差が発生する。皮膚科の診療料と比べると到底乳幼児加算では埋められない差である。歯科の初・再診料の比にならないほどの一物二価の状況にないだろうか。

どの診療科で診ても乳幼児を診療する場合に要求される慎重さや人手・所要時間、保護者の不安及び不満の対応等の困難さは同じであるため、「乳幼児加算」の大幅な引き上げを要求したい。

＜対応＞

➡診療報酬改善対策委員会では、理由に挙げていただいた皮膚科の事例に違和感があるとの意見があり、引き続き 3/5 の医科社保部会で検討を行った。部会では小児科のみでは対

応が難しい症例が各専門科に回ってくる事例があり、その場合対応に手間がかかるため、皮膚科に限らず評価を引き上げるべきとの意見が出されたため、全体的に乳幼児加算を引き上げる要求として検討する。なお、適切な引き上げ点数等について、引き続き意見を求める。

＜参考＞

基本診療料における6歳未満の乳幼児加算

	時間内	時間外	休日	深夜	時間外特例
初診料	363点 (288＋**75**)	488点 (288＋**200**)	653点 (288＋**365**)	983点 (288＋**695**)	633点 (288＋**345**)
再診料	111点 (73＋**38**)	208点 (73＋**135**)	333点 (73＋**260**)	663点 (73＋**590**)	323点 (73＋**250**)
外来診療料	112点 (74＋**38**)	209点 (74＋**135**)	334点 (74＋**260**)	664点 (74＋**590**)	324点 (74＋**250**)

※一般病床200床未満の病院は算定できない。

小児科外来診療料

１．院外処方箋を交付する場合 イ　初診時（児外初）　599点 ロ　再診時（児外再）　406点	２．院外処方箋を交付しない場合 イ　初診時（児内初）　716点 ロ　再診時（児内再）　524点

［Ⅱ-2 －~~(5)~~ (6)］外来看護料を新設し、外来の看護職員の人件費を保障すること。

要求理由　在宅医療の広がりとも相まって、診療所における看護師の確保が困難となっており、地域医療の確保に重大な障害となりかねない状況となっている。これまで評価してこなかった外来における看護職員の技術と労働を診療報酬で保障するべきである。また昨今は、医師が異性の患者を診る際に看護師を同席させることが一般的になっており、人件費の補償も求められる。

［Ⅱ-2 －(7)］外来における医師事務作業補助体制加算を新設すること。

要求理由　入院医療ではA207-2医師事務作業補助体制加算により、かなり助けられている。一方開業保険医に膨大な事務作業が課せられている現状を踏まえ、外来における医師事務作業補助体制加算を新設すること。

2/24 京都

①外来看護料の新設を強く進めるべき。

②また、入院医療ではA207-2医師事務作業補助体制加算により、かなり助けられている。開業保険医に膨大な事務作業が課せられている現状を踏まえ、外来医師事務作業補助体制加算の新設を要望してはどうか。

＜対応＞

➡①引き続き要求する。

②要求を新設する。

（参考）A207-2 医師事務作業補助体制加算の通知

⑴　医師事務作業補助体制加算は、医師の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という）を配置している体制を評価するもの

である。

⑵　医師事務作業補助体制加算は、当該患者の入院初日に限り算定する。なお、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

⑶　医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や臨床研修の研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定する。

なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPC のコーディングに係る業務を含む）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としない。

⑷　医師事務作業補助者は、院内の医師の業務状況等を勘案して配置することとし、病棟における業務以外にも、外来における業務や、医師の指示の下であれば、例えば文書作成業務専門の部屋等における業務も行うことができる。

［Ⅱ-2 -~~(6)~~ (8)］初・再診料（情報通信機器を用いた場合）について

①　初診からのオンライン診療は廃止すること。

要求理由　保団連は、保険診療は対面診療が原則であり、「情報通信機器を用いた診療」が現時点で果たし得る役割は、「対面診療による診断の実施」、「患者との治療方針の確認・信頼関係の構築」に基づく「デジタル通信デバイスを用いたモニタリング」に限られ、対面診療に代わり得るものではないと考える。

情報通信機器を用いた診療は対面診療と比べ取得できる診療情報が大幅に限定される。疾患の見落とし・見誤りなど誤診の可能性や、重症化の見落としリスクが高まること等は明らかである。

安全性・信頼性の観点から、初診からの「情報通信機器を用いた診療」は到底認められる状況でないことは明らかである。

それにも関わらず、政府はデジタル化への集中投資として医療のマーケット化を画策する観点から、初診からの「情報通信機器を用いた診療」を推進しており、看過できない状況である。営利目的での推進は医療の否定に繋がることを認識する必要がある。

「情報通信機器を用いた診療」はあくまで対面診療の補完に留めるべきであり、本来、離島や僻地などへの患者にとって安全で有効な医療アクセスをどう維持すべきかとの視点を出発点に議論されるべきである。

保団連は、医療機関へのアクセスが制限される解決困難な場合を除き、初診からの「情報通信機器を用いた診療」は廃止を求める。

2/24 石川

・　そもそもオンライン診療料導入の背景には、「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」があることについて、中医協としてどう考えるのか、改めて議論が必要である。「初診からのオンライン診療は廃止すること」という要求

では、「では再診については今のオンライン診療を認めるのか」という保団連の姿勢が問われることになる。初診に限らず、離島やへき地に居住している本当に遠隔診療を必要としている患者にとって、安全で有効な遠隔診療はどうあるべきかという視点を出発点にして、遠隔診療のあり方の根本的な再検討を迫るべきである。

＜対応＞

➡中医協で議論する必要性についてはその通りである。

また対面診療を経た、患者との信頼関係に基づくモニタリングの範囲では「情報通信機器を用いた診療」の有用性について保団連は否定していない。あくまでも初診からの活用について反対姿勢を鮮明にする立場から要求しているため、ご理解いただきたい。なお再診については、あくまでも患者との治療方針の確認・信頼関係の構築に基づくものとの立場から、問題の追及は行っていきたい。

② ~~「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」における~~電話初診・再診による投薬を~~についても~~解禁しないこと。

要求理由　電話初診・再診による投薬についても、対面診療の補完に過ぎず、診療にとって代わるものではない。現在~~あくまで~~「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての時限的、特例的な取扱い」として運用されているが、臨時的な取扱いに~~するに~~留め、当該取扱いの終了後は恒久化せず、廃止する事を求める。

2/24 静岡

強く求める。

理由：毎月「いつもの薬を出してほしい」と電話再診でかかる患者がいるが、きちんと対面診療した上で投薬したい、自己負担金の請求のタイミングにも悩む。

＜対応＞

➡強く求めることについてはその通りにしたい。

2/24 富山

字句修正意見

② ~~「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」における~~電話初診・再診による投薬を~~についても~~解禁しないこと。

要求理由　電話初診・再診による投薬についても、対面診療の補完に過ぎず、診療にとって代わるものではない。現在~~あくまで~~「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての時限的、特例的な取扱い」として運用されているが、臨時的な取扱いに~~するに~~留め、当該取扱いの終了後は恒久化せず、廃止する事を求める。

＜対応＞

➡ご意見の通り字句修正したい。

【医学管理等】

［Ⅱ-2 - ~~(7)~~ (9)］特定疾患療養管理料（B000）について

① 特定疾患療養管理料（225 点･月 2 回まで）の算定方法を、月 1 回 450 点とすること。また初診時から算定を認めること。

要求理由　慢性疾患を抱える患者への長期投薬の増加に伴い、特に内科系医療機関では診療実日数が 2 日を下回ってきている状況の下で、現行の点数設定では月 1 回 225 点しか算定できないケースが増加している。これでは、慢性疾患を長期にわたり管理している医師の裁量権が適切に評価されているとは言い難い。月 1 回管理を行った場合に、450 点（現行の 2 回分の点数）を算定できるようにすべきである。

また初診時において特定疾患の病名が確定すれば指導を行うため、初診時に算定を認めるべきである。少なくとも再診が 1 月以内にあった場合は、その時点から算定可能とするべきである。

2/20 島根

2 か月または３か月処方の場合の特定疾患療養管理料を、従来より高い点数で新設することを求める。新型コロナの影響もあり受診間隔が長期化の傾向にあり、患者管理に対する医師の責任が増しているため。

＜対応＞

➡医科社保部会の議論では医師が管理できる範囲について 30 日程度とのコンセンサスとなっている。今後この傾向が続くかどうか不明だが、処方の長期化を前提とした要求は、リフィル処方を広げたい政府の思惑との関係も含め、現段階では今後の検討としたい。

② 特定疾患療養管理料の対象疾患については、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の指導を要するすべての慢性疾患に対象を拡大すること。

要求理由　日本における疾病構造が感染症中心から生活習慣病等の慢性疾患中心へと変化してきている状況下において、疾病の重症化を未然に防ぐ観点からも、療養上の指導を要する全ての慢性疾患を対象とすべきである。

2/24 静岡

②　特定疾患療養管理料の対象疾患については、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の指導を要するすべての慢性疾患に対象を拡大すること。

下線の部分を、「疾患として掲げらている疾患群に、高尿酸血症、骨粗しょう症、下痢性過敏性腸症候群、難治性逆流性食道炎、慢性便秘症を含めて」とすること。

理由；「すべての慢性疾患」とすることはあまりにも漠然としており、現実に日常診療で必要な病態であるにもかかわらず、現在適用とされない前記の疾病に焦点をあてて要求すべきです。

2/20 島根

「すべての慢性疾患」との表現を改め、具体的な病名を挙げた上で対象疾患への追加を求めるべきと考える。当協会としては「境界型糖尿病」「耐糖能異常」「逆流性食道炎」の追加を求める。「境界型糖尿病」「耐糖能異常」は糖尿病への進行を前段階で止めるために意義がある、また、「逆流性食道炎」については臨床面から消化器内科専門医の要望が多い。

＜対応＞

➡従前は要望のあった疾患を全て列記する取り扱いとしていたが、この間の議論で現状の要求にまとめたことから、このままとしたい。

2/24 奈良

現行の取扱いでは、各科にまたがる多様な疾患を併せ持つ患者について、複数の医療機関が算定することを妨げていないが、「かかりつけ医機能」の強化が議論されるなかで、同一の患者に対しては単一の医療機関でのみの算定とするような制限が導入されかねない。専門分化した状況のなか、一人の医師が一元管理することは困難である。このような不当な算定制限が導入されることのないよう求める。

＜対応＞

➡Ⅳ-4-⑥に記載の通り。今後の情勢を見て、必要に応じて検討したい。

③　許可病床数 100 床未満の病院「147 点」及び許可病床数 100 床以上 200 床未満の病院「87 点」を、診療所と同様に「225 点（月 1 回算定であれば 450 点）」に引き上げること。また、許可病床数 200 床以上の病院でも算定できるようにすること。

要求理由　地域医療を担う病院の外来機能を保障する観点から、200 床未満という制限を外した上で、病院の点数を診療所と同じ 225 点（月 1 回なら 450 点）まで引き上げるべきである。

［Ⅱ-2 －（10)］小児特定疾患カウンセリング料（B001・4）の２年を限度とする算定制限を廃止すること。

要求理由　当該点数は２年の算定制限があるが、発達障害など２年では完治しない。２年経過後は、算定できる医学管理の点数もなく、初再診料のみの算定となってしまう。時間をかけ、丁寧にカウンセリングを行っているにも関わらず、それが評価されないことは不合理であるため、２年間という算定制限を廃止するべきである。

［Ⅱ-2 －（11)］てんかん指導料（B001・6）（250 点）の点数を 500 点に引き上げるか、或いは、特定疾患療養管理料と同様に「月 1 回」の算定制限を撤廃して月 2 回算定できるようにすること。

要求理由　てんかん指導料は小児科・神経科等の専門医が患者又はその家族に対して専門的立場で立てた治療計画に基づき療養指導を行っているにもかかわらず難病外来指導料に比べても余りに低いため、評価を引き上げるべきである。

2/27 広島

新設要求

＜B001・4 小児特定疾患カウンセリング料＞

○小児特定疾患カウンセリング料の２年を限度とする算定制限を廃止すること。

→当該点数は２年の算定制限があるが、発達障害など２年では完治しない。２年経過後は、算定できる医学管理の点数もなく、初再診料のみの算定となってしまう。時間をかけ、丁寧にカウンセリングを行っているにも関わらず、それが評価されないことは不合理である

ため、２年間という算定制限を廃止するべきである。

＜対応＞

➡新設したい。

2/24 鹿児島

新設要求

てんかん指導料（B001・6）（250 点）の点数を 500 点に引き上げるか、或いは、特定疾患療養管理料と同様に「月 1 回」の算定制限を撤廃して月 2 回算定できるようにすること。

※3/2 に追加で次の要求理由をいただいた。

『てんかん指導料のの引き上げの必要な理由-てんかん指導料は小児科・神経科等の専門医が患者又はその家族に対して専門的立場で立てた治療計画に基づき療養指導を行っているにもかかわらず難病外来指導料に比べても余りに低いと感じています難病外来指導料引き上げを要求するなら少なくともそれと同程度の引き上げが必要と考え要求を提出しました。』

＜対応＞

➡新設したい。

［Ⅱ-2 -~~(8)~~ (12)］難病外来指導管理料（B001・7）（270 点）の点数を 450 点まで引き上げるか、或いは「月 1 回」の算定制限を撤廃して月 2 回（計 540 点）算定できるようにすること。

要求理由　難病法の施行に伴い、同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。また難病患者は慢性疾患、難病の複数疾患を持つ場合が多く、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。

2/20 島根

同一患者に対する特定疾患療養管理料と難病外来指導管理料の併算定を認めること。慢性疾患、難病の複数疾患を持つ患者の医学管理を行う医師の責任や専門性を正当に評価し、それぞれの管理料の算定を認めるべきである。

＜対応＞

➡どちらの要求も医師の責任や専門性の評価を求める点では一致しており、より分かりやすい現行の要求としたうえで、要求理由に趣旨を反映したい。

［Ⅱ-2 -~~(9)~~ (13)］皮膚科特定疾患指導管理料（B001・8）について

① アトピー性皮膚炎を皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）から（Ⅰ）へ移行させ、アトピー性皮膚炎における 16 歳以上の要件を撤廃すること。

要求理由　アトピー性皮膚炎は患者の精神的苦痛が強く、全身性の合併症が少ないとはいえ、長期に渡りきめ細やかな外来指導、生活指導が必要である。何より、メンタルクリニック並みのストレス管理を必要とされる患者が少なからず存在する。また、「16 歳以上」という括りに関する医学的根拠も不明であり、患者に説明困難であるため、乳幼児加算外の義務教育課程の世代にも対象拡大すべきである。

2/24 埼玉
アトピー性皮膚炎における要件対象の拡大の波線部分の記載について「…医学的根拠も不明であり、患者に説明困難であるため、乳幼児加算外の義務教育課程の世代」と記載を追加してはどうか。
＜対応＞
➡反映する。

② ざ瘡（にきび）を皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）の対象疾患とすること。

要求理由　ざ瘡（にきび）は、長期に渡り外観上精神的苦痛が大きく、患者は瘢痕に対する十分な治療を望むケースが多い。しかし、治療に要する労力に比して患者満足度の低い疾患であり、外来診療に時間をかける症例も多いため、対象疾患に加えるべきである。

［Ⅱ － 2 －（14)］高度難聴指導管理料（B001・14）について、年に複数回算定を認めること。

要求理由　高度難聴指導管理料の算定制限が生涯１回から年１回に緩和されたが、筆談などを必要とすることも少なくなく、診療に時間を要するため、さらに年に複数回算定できるようにするべきである。

2/22 京都
新設要求
B001 の 14 高度難聴指導管理料の算定制限が生涯１回から年１回に緩和されたが、筆談などを必要とすることも少なくなく、診療に時間を要するため、さらに算定頻度を認めてほしい。
＜対応＞
➡新設する。

［Ⅱ － 2 －~~(10)~~ (15)］喘息治療管理料 2（B001･16） の年齢制限を廃止すること。

要求理由　喘息治療管理料 2（B001･16） の対象患者は、6 歳未満又は 65 歳以上の喘息の患者に限定されているが、この年齢制限のため、十分に活用できない現状がある。

2/24 山口
要求理由は端的にできるのではないか。要求理由を記述する必要がない。
＜対応＞
➡理由を充実させる方向で対応したい。

［Ⅱ － 2 －~~(11)~~ (16)］乳腺炎重症化予防ケア･指導料（B001･29）について
左右の乳腺炎別に 1 回の分娩につき 4 回算定可能とするか、初回から数か月後の乳腺炎の発症の際には改めて 4 回算定できるようにすること。

要求理由　再発を繰り返したり、左右で異なった時期に発症することはよくあるため、

算定可能とするべきである。

［Ⅱ － 2 －~~(12)~~ (17)］婦人科特定疾患治療管理料（B001･30）について

① 毎月算定可能とすること

② 対象疾患に「更年期症候群」を追加すること

要求理由

① 生理周期を踏まえて毎月診療を行い、体調の変化を観察し状態を確認することで、綿密な治療計画に基づき療養上の指導を行っている場合でも 3 月に 1 回の算定となってしまうのは不合理である。また、ホルモン療法による副作用のため、毎月経過観察を要する患者もいるため、治療上必要があれば毎月の算定を認めるべきである。

② 器質性月経困難症の患者だけでなく、更年期症候群の患者についても、治療計画に基づく指導管理は重要なため、対象に追加すべきである。

［Ⅱ － 2 －(18)］アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料（B001･35）の点数を引き上げること

要求理由 乳幼児・小児に対しては舌下免疫療法でのシダキュア等の口腔内への投与や皮下免疫療法に伴う注射など、医師が時間・人員を割いて行う医療行為が求められるが、現状の点数では評価が低すぎるため引き上げるべきである。

2/24 埼玉

新設要求

○B001・35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料に乳幼児・小児加算を新設すること

【要求理由】アレルギー性鼻炎の免疫療法は小児科でよく行われている。乳幼児・小児に対しては舌下免疫療法でのシダキュア等の口腔内への投与や皮下免疫療法に伴う注射など、医師が時間・人員を割いて行う医療行為が求められる。前回改定で小児に対する耳鼻科処置の加算が新設されたのと同様に、乳幼児・小児に対する加算を新設して評価を引き上げるべきである。

＜対応＞

➡診療報酬改善対策委員会では、理由に挙げていただいた事例については、△医学管理の点数に乳幼児加算等が設定された例はない、△小児科であれば、小児科外来診療料を算定するのではないか、との疑義があり、3/5 の医科社保部会で意見を求めた。部会では小児科のみでは対応が難しい症例に対応するため評価が必要である旨の意見が出された。評価は加算ではなくてもよいとの話もあり、管理料そのものを引き上げる要求として新設する方向で対応したい。

［Ⅱ － 2 －~~(13)~~ (19)］小児科外来診療料（Ｂ001-2）について

① 小児科外来診療料の点数を大幅に引き上げること。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。

要求理由 2014 年改定において、パリビズマブ製剤（商品名：シナジス）を投与して

いる患者、及び他の保険医療機関で在宅療養指導管理料が算定されている患者について、それぞれ出来高算定が認められたことは当然である。しかし、依然として診療情報提供料や、その他の高額な検査、処置、投薬、注射の費用（例えばＨＢｓ抗原陽性妊婦から生まれた乳児に対する抗ＨＢｓ人免疫グロブリン注射、沈降Ｂ型肝炎ワクチン注射、ＨＢｓ抗原抗体検査及びＨＢｓ抗原陽性妊婦に対するＨＢｅ抗原検査など）は別途算定ができない取扱いであり、改善が必要である。また、診療情報提供については診診・病診連携の促進を図るものであり、別途算定を可能とすることで地域医療充実に資するものである。

また、小児科では様々な病態を有する 6 歳未満の幼い患者に対して診療を行うことも多いが、一連の診療行為においては、医師だけでなく看護職員等も含めて非常に慎重なケアが求められ、人手や時間を要するケースが多い。地域で小児患者の診療に尽力している保険医の診療技術に対する評価を、大幅に引き上げるべきである。

なお、保団連は原則出来高払いを堅持すべきとの方針を掲げているが、現行の診療報酬点数表の枠内では、当該要求に基づく改善も併せて実施すべきと考える。

② 在宅で療養する 6 歳未満の小児患者については、出来高算定を認めること。

要求理由　NICU から在宅への移行が政策的に実施される中、小児科外来診療料を算定している保険医療機関では、在宅で療養する難病等の状態にある小児に対して定期的な訪問が必要であっても、何らかの在宅療養指導管理料を算定していない場合、在宅患者訪問診療料・在宅時医学総合管理料の算定は認められず小児科外来診療料に包括されてしまうため、大変不合理である。在宅で療養する６歳未満の小児患者については、訪問診療を行う場合は在宅療養指導管理料の算定の有無に係らず、在宅時医学総合管理料、在宅患者訪問診療料、その他出来高算定を認めるべきである。

［Ⅱ － 2 －（20)］療養・就労両立支援指導料（B001-9）の対象疾患に「うつ病をはじめとした精神疾患」、「発達障害」を加えること。

要求理由　「うつ病をはじめとした精神疾患」、「発達障害」についても、就労と療養の両立に関する指導が必要であり、対象疾患に加えるべきである。

［Ⅱ － 2 －（21)］ニコチン依存症管理料（B001-3-2）の「１」と「２」を「１」に一本化すること。

要求理由　ニコチン依存症に対して行う指導管理内容が変わらないにもかかわらず、算定タイミングの区別という医療機関側の都合で点数を異にしているのは点数表上奇妙である。点数を一本化し、算定・請求上の混乱をなくすべきである。

2/22 京都

B001-9 療養・就労両立支援指導料の対象疾患に「うつ病をはじめとした精神疾患」を追加するよう要望してほしい。

＜対応＞

➡要求したい。なお委員会では発達障害も対象に加えるべきとの意見が出されたため、そ

れも加える形で検討したい。
2/24 埼玉 **新設要求** ○B001-3-2 ニコチン依存症管理料の「１」と「２」を一本化すること 【要求理由】ニコチン依存症に対して行う指導管理内容が変わらないにもかかわらず、算定タイミングの区別という医療機関側の都合で点数を異にしているのは点数表上奇妙である。会員からも「どちらを算定すればよいか」という相談が寄せられている。点数を一本化し、算定・請求上の混乱をなくすべきである。 **＜対応＞** **➡対応：2022 年 6 月 22 に公表された令和 3 年度社会医療診療行為別統計では、概ねの総数で１は 13000、２は 600 医療機関で、9 割程度を診療所が算定している。** **点数を一本化し、算定・請求上の混乱をなくすべきとのご指摘の通り、１に一本化して混乱を無くすことは有用と思われるため、新設したい。**

［Ⅱ －２－~~(14)~~ (22)］認知症療養指導料（B005－7－2）の３ について、 6 カ月の算定制限を外すこと。

要求理由　~~少子~~高齢化がますます進展する中、認知症患者が、日常的に診療を受ける医療機関の医師より、認知症に関する専門的な知見に基づいて継続的に療養管理を受けるための基盤整備が一層求められる。

上述のような医療機関の医師による認知症患者への継続的な療養管理への評価としては認知症療養管理料 3 が設定されているが、最長で 6 カ月間しか算定出来ず、実態に見合ったものとは言えないため、算定期間の制限を外すべきだ。

2/24 富山 上記字句修正意見 **＜対応＞** **➡反映する。**

［Ⅱ －２－~~(15)~~ (23)］臍ヘルニア圧迫指導管理料（B001- 8）について、B001－ 2 小児科外来診療料との併算定を認めること。

要求理由　臍ヘルニア圧迫指導管理料の対象となっている 1 歳未満を主に診療する小児科においては小児科外来診療料を算定するケースがほとんどであり、小児科外来診療料を算定している場合であっても当管理料の算定を認めるべきである。

［Ⅱ －２－~~(16)~~ (24)］退院時共同指導料（B004･B005）について

①在宅への退院を前提に退院時共同指導を行った場合は、死亡退院等の如何にかかわらず算定できるようにすること。

要求理由　退院後の在宅医療を予定していても、患者が亡くなってしまう場合もある。死亡退院の場合には算定できないので、病院に出向いて共同指導を行っても結果として算定できない場合があり、不合理である。

②患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できるとされているが、退院時共同指導料は入院中１回の算定となっていることから、別に算定できるようにすること。

~~［Ⅱ － 2 －(17)］退院後の在宅医療の提供に係る患者家族等からの相談に対する評価を新設すること。退院後の在宅を担当するにあたって、スムーズな在宅医療移行のためにも、退院前に家族等に療養に関する指導を行った場合の評価を設けること。また、この場合は入院中の他医療機関受診の対象としないこと。~~

要求理由　現状では、患者の退院前に、家族等から退院後の在宅医療提供に関する相談があった場合に、~~算定できる報酬が存在し~~併せて算定できない。患者が入院医療機関から退院する前に、家族等に対して療養上の指導及び相談対応を行った場合~~の評価を新設~~は併せて算定できるようにすべきである。

2/24 山口

退院時共同指導料では、患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合は算定できるが、それとは違う点数を求めるということか。相談体制に対する評価を求めるということであれば、保険診療にはなじまないため、削除すべきである。

＜対応＞

➡ご指摘のように退院時共同指導料は患者の家族等に対して指導を行った場合にも算定できるが、入院中１回の算定となっていることから、共同指導とは別に算定することが出来ない。分かりづらいため、文言を整理する方向で検討したい。

［Ⅱ － 2 －~~(18)~~ (25)］薬剤総合評価調整管理料（B008- 2）について、内服薬の減薬のみを評価するのではなく、薬剤の調整及び説明を行った場合を評価する点数に改めること。

要求理由　保険医療機関に対して減薬推進を訴える国の取組み自体を否定するものではないが、そもそも医師は患者に対して計画的な医学管理、必要な服薬管理等を行っており、こういった医師の診療に係る技術を評価しようとするのであれば、まず初・再診料や外来管理加算の引き上げを行うのが本筋である。減薬のみを取り上げて管理料を設定するような手法は、患者と真摯に向き合っている医師の診療行為自体を貶めるものである。評価するのであれば減薬のみではなく、薬剤の調整及び説明を行った場合と改めるべきである。

［Ⅱ － 2 －~~(19)~~ (26)］外来排尿自立指導料（B005- 9）について

①　入院中に A251 排尿自立支援加算を算定していた者が退院後別の医療機関でケアを実施する場合も対象とすること。

②　施設基準を緩和したうえで算定できるようにすること。

要求理由　現行の要件では、自院に入院中に A251 排尿自立支援加算を算定していた者が、当該医療機関の外来で引き続き排尿ケアを実施した場合のみ算定可能とされ、退院後別の医療機関がケアを実施する場合には算定できない。医療連携促進のため

にも、入院医療機関が作成した排尿ケア計画に沿って、退院後の治療を担う医療機関がフォローを行う場合も算定可能にすべきだ。また、現在の施設基準は排尿ケアチームの設置など、一般の診療所には厳しいものであり、併せて基準の緩和も必要だ。

［Ⅱ －２－~~(20)~~ (27)］中等度難聴の患者に対する指導管理を実施した場合の点数として、中等度難聴管理料を新設すること。

要求理由　中等度難聴患者に対しては補聴器の装用をはじめとした指導管理に時間がかかる。また、高度難聴に悪化させないためにも中等度難聴における指導管理を行うことは重要であり、点数を新設すべきである。

［Ⅱ －2－~~(21)~~ (28)］緑内障や黄斑変性に対する眼科の医学管理料を新設すること。

要求理由　眼科系の疾患は進行すると視力が戻らなくなり、失明のおそれもある。毎月の継続的な管理（服薬（点眼）管理・生活指導・食事指導など）が重要となるが、現時点ではこうした継続管理に対する評価は存在せず、緑内障や黄斑変性に対する眼科の医学管理料新設を求める。

［Ⅱ －２－~~(22)~~ (29)］生殖補助医療管理料について、連携して治療管理を行う点数を創設すること。

要求理由　同管理料について、現在は、主として診療を行う医療機関においてのみ算定できるとされている。しかし、例えば、働きながら治療を受ける患者が、胚凍結や胚移植は主治医が行い、それまでのホルモン療法などは職場近くの医療機関で受ける場合がある。この場合、他院では管理料が算定できないため、連携が進みにくくなってしまう。連携した際の点数を創設すべきだ。

［Ⅱ －２－(30)］診療情報提供料（Ⅰ）（B009）について、医療機関の主治医と学校医等が同一の場合や、小児科外来診療料の算定患者には算定できないなどの算定制限を緩和すること。

要求理由　2022 年度改定で、食物アレルギー患者（18 歳年度末まで）に対する「生活管理指導表」を学校医等へ交付した場合、診療情報提供料（Ⅰ）が算定できるようになったが、医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない、小児科外来診療料の算定患者には算定できない、など制限が多い。小児科医が少ない地域では、１人の小児科医で、近隣地域の学校医や園医を多数引き受けている現状がある。また学校にとって子どもの食物アレルギーを把握することは、子どもを守るために必要なことである。保険適用となったにもかかわらず、「生活管理指導表」を記載しても何も算定できないことは不合理である。

2/24 山口

診療情報提供料（Ⅰ）について【新設】

2022 年度改定で、食物アレルギー患者（18 歳年度末まで）に対する「生活管理指導表」

を学校医等へ交付した場合、診療情報提供料（Ⅰ）が算定できるようになったが、医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない、小児科外来診療料の算定患者には算定できない、など制限が多い。小児科医が少ない地域では、１人の小児科医で、近隣地域の学校医や園医を多数引き受けている現状がある。保険適用となったにもかかわらず、「生活管理指導表」を記載しても何も算定できないことは不合理で、要件緩和など改善を求める要求を検討していただきたい。

2/27 広島

〇学校医と主治医が同一であっても、診療情報提供料（Ⅰ）を算定できるようにすること。
→地域によっては、小児科医が少なく学校医と主治医が同じ場合もあるため、一概に算定できないとすることは不合理である。学校にとって子どもの食物アレルギーを把握することは、子どもを守るために必要なことであるため、学校医と主治医が同一であっても診療情報提供料（Ⅰ）を算定できるようにすべきである。

〇緊急入院等により、入院先へ情報提供を行った際に診療情報提供料（Ⅰ）を算定できるようにすること。
→緊急入院等により、入院先から患者の情報提供を求められることがある。今後の診療において必要な情報を患者の同意を得た上で提供した場合、診療情報提供料（Ⅰ）を算定できるようにすべきである。

＜対応＞

➡新設する方向で対応したい。

【在宅医療】

山口 2/24　項目の順番を入れ替えてはどうか。施設入所者の医療は後半に回し、41 頁の「Ⅱ-2-(28)」から要求したほうが読みやすいと思われる。
＜対応案＞反映し、第１事案でのⅡ-2-（23）～（27）を在宅分野の最後へ移動します。

~~［Ⅱ-2-（23）］特別養護老人ホーム等入所者の医療について、下記の改善を行うこと。~~

~~①医療保険での算定の範囲を拡大すること。少なくとも、(1) 特養入所者に対する医学管理等や施設入居時等医学総合管理料、在宅療養指導管理料に係る診療報酬は、算定できるようにすること、(2) 配置医師が、担当する施設の患者に対して実施する、必要な通院治療の診察料に対しては、緊急時や急性増悪時でなくても算定を認めること。~~

~~要求理由　1990 年代までの特別養護老人ホームは、疾病や障害、その他の理由により入所措置を必要とする高齢者が、配置医師による健康管理などを受けつつ生活を送ることを目的とした福祉施設であった。医療必要度の高い高齢者は、入院医療が提供されていた。~~

~~しかしながら、その後、政府が「入院から在宅」へのスローガンの下で進めた、早期退院を促す政策の中で、それまで入院医療を要していた患者さんが在宅や福祉施設に移されることになった。このため、特養入所者等に対する医療の必要度は高まっている。実際、特養入所者等の重症化が進み、容態の急変等が起こる中、24 時間 365 日の対応を求められる配置医師は、入院患者と同様の高度な対応が求められている。それにも関わらず、配置医師としての評価は以前のまま放置され、診療報酬面でも現行の給付調整では、診察料から指導管理、在宅時医学総合管理料、在宅療養指導管理料などの疾病に関する管理料の算定が原則認められない。その他、必要な通院治療においても、初・再診料、特定疾患療養管理料など通常の請求も認められないなど問題は多岐に渡り、早急な改善が必要である。世界に類を見ない超高齢社会（定義：総人口に占める 65 歳以上の割合が 21%以上）を迎えている我が国において、これ以上高齢者に対する療養の給付が制限されることの無いように、また医師が実施した医療行為が正当に評価されるように、実態に即した制度改善を図るべきである。~~

~~②特養入所者に対する医療保険の看取り加算と、介護保険の看取り介護加算の双方の算定を認めること。~~

~~要求理由　特別養護老人ホーム入所者に対する看取り加算については、特別養護老人ホームで介護保険の看取り介護加算（Ⅱ）が算定されている場合は算定できない。国は「看取り」期における対応を重視しているわけであるから、双方が評価されてしかるべきである。~~

~~③短期入所生活介護の利用者に対する在宅患者訪問診療料について、急性増悪で一時的に週 4 回以上の訪問診療が必要な患者については利用開始から 30 日を超えても算定できるようにすること。~~

~~要求理由　短期入所生活介護は本来 30 日以内の利用を想定したサービスではあるが、特養待機者が要介護 3～5 で 25.3 万人（うち約 6 割が在宅以外（＝入院又は施設入所等））、さらに特例入所の対象者（要介護 1 又は 2）で入所待機中が 2.2 万人（※2022 年 12 月厚労省発表）で、実態として短期入所生活介護を長期にわたって利用せざるを得ない患者がいる。急性増悪で一時的に週 4 回以上の訪問診療を行っている患者については、特に通常の健康管理とは別に訪問診療計画に基づく管理が必要となることから、30 日を超えても在宅患者訪問診療料等を算定できるようにすべきである。~~

~~［Ⅱ-2-（24）］介護老人保健施設入所者に係る診療料の施設入所者共同指導料について、診療所でも算定可能とすること。~~

~~要求理由　施設入所者共同指導料の現行の要件は、併設医療機関以外の病院で老健退所後の療養を担当する医師が老健施設の医師と共同して指導を行った場合に算定するとの形で算定可能な医療機関は病院に限られる。しかし、実態は老健退所後の患者は、病院に限らず、むしろ診療所の医師が療養を担当する場合が多く、診療所でも算定できるようすべきである。~~

~~［Ⅱ-2-（25）］小規模多機能型居宅介護又は複合型サービス（宿泊サービスに限る）を受けている患者について、以下の改善を行い、自宅と同様の取扱いとすること。~~

~~①サービス利用開始後 30 日に限って在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料及び在宅患者（同一建物居住者）訪問看護･指導料を算定できるとした取扱いを止めること。~~

~~②サービス利用開始前 30 日以内の訪問診療等の算定を必要とする取扱いを止めること。~~

~~要求理由~~

①小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスにおける宿泊サービスは、本来、介護をする家族等のレスパイトケア等を想定した一時預かりサービスではあるが、現実的には長期入所が必要であるにもかかわらず適切な施設に空きがない等の理由から、長期間にわたって当該宿泊サービスを利用せざるを得ない患者がいる。

②介護の受け皿不足等のため、当該宿泊サービスを長期間にわたって利用せざるを得ない患者であっても、自宅等で療養する患者と同じく、定期的な訪問診療や医学管理を必要としている。末期の悪性腫瘍の患者に限らず、訪問診療等の日数制限を設けるべきではない。

③2015 年の介護報酬改定において、小規模多機能型居宅介護費に「看取り連携体制加算」が新設されており、対象患者については、当然、保険医療機関からの訪問診療が必須となる。当該施設を看取りの場としても認めるのであれば、在宅患者訪問診療料の算定を利用開始から 30 日以内に制限するということは誠に不合理といえる。

④2020 年改定で、退院日から宿泊サービスを利用する場合については緩和されたが、宿泊サービス利用開始前 30 日以内の訪問診療料等の算定要件も廃止すべきである。小規模多機能型居宅介護の通いサービスや訪問サービスを利用しつつ外来受診していた患者が、新たに宿泊サービスも利用することになった。この場合、状態の悪化等で通院困難な状態であったとしても、宿泊サービス利用開始前 30 日以内に在宅患者訪問診療料等の算定がなく、当該宿泊サービス利用中に訪問診療料が算定できない事態が生じている。

［Ⅱ-2-（26）］医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が点滴又は処置を実施した場合の薬剤料、特定保険医療材料料、及び検体採取した場合の検体検査実施料の算定について、施設に配置されている看護師等も含まれることを明確化すること。

要求理由

①医科点数表の初・再診料、在宅医療及び検査の通則において、医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が点滴又は処置を実施した際の薬剤・特定保険医療材料及び検査のための検体採取を行った場合の検体検査実施料が算定できるとされている。

②通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」で規定されている配置医師のいる施設は、当該施設の看護師等が行った点滴又は処置等における薬剤料、特定保険医療材料、検体採取した場合の検体検査実施料が算定できるとされている。

③介護保険で医師又は看護師の配置が義務付けられている「特定施設」は、介護保険の訪問看護は行えず、医療保険の訪問看護も「医療保険と介護保険の給付調整」により制限を受けている。訪問看護が制限されている「特定施設」では、施設の看護師等による点滴や処置等が必要なケースがあるが、上記②の通知の対象ではないため、施設看護師等による点滴・処置等における薬剤料、特定保険医療材料料、検体検査実施料の取扱いが不明確である。

④2018 年度診療報酬改定で施設入居時等医学総合管理料に新設された包括的支援加算は、「介護保険の特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態」の者も算定対象者としており、施設看護師等による処置等が実施されることを前提としているはずである。特定施設の看護師等が注射又は処置を行った場合の薬剤料や特定保険医療材料料は、初・再診料、在宅医療の通則により算定できることを明確化すること。

［Ⅱ-2-（27）］介護老人保健施設入所者に対して投薬及び注射の費用を出来高で算定できるようにすること。

要求理由

①介護老人保健施設入所者については、別に厚生労働大臣が定める薬剤以外の投薬・注射に係る費用は算定できないとされているが、近年は抗悪性腫瘍剤等以外にも高額な薬剤が増えており、施設の薬剤費負担が過大となっている。施設が薬剤費の持ち出しを避けようとすれば、これらの薬剤が必要な患者は入所できないか、必要な薬剤の投与を受けられないことになり、患者の受療権が侵害され、重大な人権侵害になりかねない。例えば、眼科の医療機関が処方を指示した薬が老健では採用されず、専門診療科の医師の意図した薬剤とは違うものが使用されることが多々あり、患者が診療科ごとの専門的な治療が受けられなくなる恐れがある。

②病院から施設、在宅への流れの中で、急性期病院を退院後に直接在宅へ帰ることができず、老健等の施設を経て在宅へ移行する患者が増えている。急性期病院で使用していた高額な薬剤を投与されたまま、施設へ転院してくる患者の薬剤費負担が施設に重くのしかかっている。

［Ⅱ-2-（31）］第 2 部＜通則＞「第 1 節在宅患者診療･指導料」について、訪問診療又は往診と訪問看護･訪問リハビリの同一日の算定制限を廃止すること。

要求理由

①訪問看護は主治医の医学的判断に基づき、専門職を訪問させて必要な医療上のケアを行わせることを評価した点数項目である。訪問診療・往診と同時に行われるのでない限り、同一日であっても別途算定できるようにする必要がある。

②末期の悪性腫瘍や急性増悪等、患者の状態によって訪問診療あるいは往診の後で訪問看護を行うことが必要になるが、このような場合に訪問看護の費用が算定できないのであれば、重症患者への適切な在宅医療の提供が困難となり、患者に不利益をもたらす。

③訪問診療または往診を行う保険医療機関と訪問看護ステーションによる訪問看護の同一日算定が制限されているが、患者毎の病態に対応できない実態を無視した取扱いは改める必要がある。

［Ⅱ-2-（32）］在宅療養支援診療所等の施設基準等について、下記の改善を行うこと。

①在宅療養支援診療所･支援病院に係る「看取り」等の実績要件を廃止するとともに、在宅療養支援診療所以外の診療所の評価を大幅に引き上げること。

要求理由　患者・家族のニーズに応えて真摯に在宅医療に取り組む保険医は、支援診療所に実績要件が課される以前から、当然、必要に応じて患者の看取りを行ってきている。「患者の看取り数（死亡数）」を実績要件として施設基準を満たすことに対し、現場の多くの医師は指標として不適切という思いを抱いている。「看取り件数」については、全ての支援診療所等の要件から撤廃すべきである。また、このような実績要件を以って「強化型」等の在宅療養支援診療所を設定し、保険医療機関間の点数格差を生じさせるのではなく、今まで地域で必要な在宅医療を提供し、患者の看取りを行ってきた保険医療機関の評価こそ適正に引き上げるべきである。

②上記①の要求とあわせて、強化型（連携型）について連携保険医療機関毎に実績要件を課すことはやめ、2014 年改定前の取扱いに戻すこと。また、実績期間についても、年度単位でカウントする方法にあらためること。

要求理由　連携型における医療機関毎の実績要件の導入は、グループ内で看取り・緊急往診・病床確保等の各機能を分担して質の高い在宅医療を提供してきた現場の努力を無視し、またチームで在宅を担う人材を育ててきた努力も無駄にさせたものであり、これまでの国による在宅医療推進の方向性とも矛盾している。強化型支援診療所（単独型・連携型）の施設基準は 2014 年改定以前に戻すべきである。また、少なくとも病床を有する保険医療機関については「緊急時の病床確保」が連携内での主要な役割である点を十分に踏まえ、看取り及び医学管理 2 件・緊急往診 4 件の実績要件は外すべきである。実績期間についても毎月スライドして満たさなければならないカウント方法は非常に煩雑であり、現場に負担をかけている。例えば、年度単位でカウントする等の変更を行うべきである。

［Ⅱ-2-（33）］強化型（連携型）在宅療養支援診療所･支援病院の施設基準に定められた月 1 回の担当医師のカンファレンス、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議、病院又は介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議について、ビデオ通話を用いた場合を認めることを強く求める。

要求理由　退院時共同指導料において、今次改定にてビデオ通話での共同指導が可能となっていることからも、医療従事者間においてのカンファレンスは必ずしも対面でなくてはならないとは考えにくい。対面でのカンファレンスを規定している、2012 年 4 月 20 日事務連絡にある当該規定は削除するべきである。

広島 2/27　以下の内容を追加。

在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の施設基準に追加された「地域ケア会議」「在宅医療・介護に関するサービス担当者会議」「病院又は介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議」について、ビデオ通話を用いた場合を認めること。

→２０２２年度改定で、退院時共同指導料はビデオ通話での共同指導が可能となった。会議の開催形態は、新興感染症の拡大からも、必ずしも対面でなくてもよいものと考える。したがって、ビデオ通話を用いた場合でも会議に出席しているものとして認めるべきである。

＜対応案＞　ご意見を反映し、上記のように修正します。

［Ⅱ-2-（34）］往診料を引き上げること。

要求理由　高齢化の進行や、地域包括ケア充実を求める患者・国民の声に応える上で、在宅医療の往診需要も高まっている。また、新型コロナで~~も~~自宅療養を往診によって支援した経験~~は~~も重要~~であるだ~~。在宅医療充実のために往診料を大幅に引き上げるべきだ。~~高齢化が進行するにつれて在宅医療における往診需要が高まることが予測されることから、80 点以上引き上げるべきである。~~

山口 2/24　要求理由として、「新型コロナでも自宅療養を往診によって支援した経験は重要である」との記述は不要である。また、高齢化にとどまらず、国が地域包括ケアシステムを推進している現状から、往診料の引き上げは当然行われてしかるべきものであり、要求理由の記述は不要と考える。なお、80 点以上の根拠は不明確であるが、根拠があるのなら、単純に「往診料を 80 点以上引き上げること」の要求のみでよい。

＜対応案＞　要求理由を高齢化、地域包括ケアを主題として修正しつつ、コロナ禍での経験を教訓化することも重要であるため併記する。引き上げ幅は「80 点以上」ではなく、「大幅に」と変更します。

［Ⅱ-2-（35）］往診料の緊急往診加算、夜間･休日加算、深夜加算について、「従来型支援診と連携する保険医療機関の取扱い」を復活（新設）させること。

要求理由　往診料の緊急往診加算等については、2016 年改定で休日加算が新設されたことは評価している。しかし、2012 年改定時に、告示から「若しくはその連携保険医療機関」の文言が削除されたため、従来型の在宅療養支援診療所と連携する支援診以外の保険医療機関が支援診の医師の指示により緊急往診を行っても、緊急往診加算等について支援診の点数が算定できない取扱いは継続されたままとなっている。強化型ではないという理由で在宅医療に取り組んでいる保険医療機関の評価が引き下げられるのは不当であり、従前通り、従来型支援診と連携する支援診以外の保険医療機関も支援診の点数を算定可能にすべきである。

鹿児島 2/24　緊急往診加算の通知に具体的な病名として記載のある急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等を削除すること。

＜対応案＞　病名の記載を削るだけでは速やかに往診しなければならない場合の判断基準があいまいになるため、要求への反映は見送ることとします。

［Ⅱ-2-（36）］在宅患者訪問診療料（C001）について、下記の改善を行うこと。

①同じ診療内容であるにも関わらず、同一建物に居住する、訪問診療患者の人数のみによって点数が変わってしまう同一建物居住者の概念を廃止し、在宅患者訪問診療料は、全ての患者に対して一律 888 点の評価とすること。

要求理由　診療報酬の点数項目に、同じ診療内容であるにも関わらず、同一建物に居住する、訪問診療患者の人数のみによって点数が変わってしまう一物二価の評価体系を持ち込むことは、地域医療を守るために日々尽力している医師の評価を不当に落としめるだけでなく、同日に１人よりも複数人を診る方が、診療報酬（患者の自己負担額）が低くなること等について、患者に対し合理的な説明ができない点を国は認識せねばならない。在宅患者訪問診療料について「Ⅰ」と「Ⅱ」の区分および今次改定で新設された訪問診療料（Ⅰ）の「2」を廃止するとともに、複数医療機関から訪問診療が必要となる場合は、各々の医療機関で算定できる取扱いとすること。そのほか、例外規定等の複雑な算定要件も整理し、全ての患者に対して一律 888 点の算定とすべきである。一方で、訪問診療に係る悪質なビジネスについては、国の責任で別途規制に向けた対策を講じるべきである。

②訪問診療料（Ⅰ）の「2」について、「訪問診療を開始した日の属する月から起算して６月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く）を限度」、「月１回まで」とする制限を撤廃すること。

要求理由　複数医療機関からの訪問診療が必要となる場合は、当該患者の疾患等によって、月１回の訪問では疾病管理の質を保てないケースがある。例えば、泌尿器科との連携の際、「尿道カテーテルは２週間に１回の交換が必要。月１回だと敗血症のリスクが高くなり、危険」との指摘や、または、統合失調症や双極性感情障害など精神疾患の患者などで、月１回では病状把握ができないとの指摘が寄せられている。また、慢性疾患や難病等、6 カ月では治らない疾病の継続的な管理のために複数診療科の連携が求められるケースもある。患者の病態に応じて医療機関が柔軟に対応できるように、「訪問診療を開始した日の属する月から起算して 6 月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く）を限度」、「月１回まで」とする算定制限は撤廃すべきである。

③在宅療養支援診療所・病院以外の在宅患者訪問診療料について、往診翌日の算定を認めること。

要求理由　在宅療養支援診療所以外の場合は往診翌日の訪問診療は算定できない扱いとなっている

が、往診を行った翌日に訪問診療を要する事例がある。現在の取扱いは在宅医療の円滑な実施を困難にするものであり、在宅療養支援診療所・病院以外の保険医療機関についても改善すべきである。

④訪問診療を受ける前に通院していた保険医療機関からの訪問診療等については、16km 制限の例外として認めること。

要求理由　訪問診療等は、保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が 16km 以内とされており、現状では最寄りの医院が 16km を超える場合等の特別な事情がある場合のみ例外が認められている。しかし、患者が通っていた保険医療機関に病気や障害で通えなくなった時に、当該保険医療機関から患者宅に訪問することは、医療の継続性から必要なことである。~~かかりつけの医院が行う訪問診療等については例外規定として認めるべきである。~~

山口 2/24　④要求理由の後段　「かかりつけの医院が行う」との表現は、政策誘導に利用される恐れがあるため、削除すべきである。「医療の継続性から必要なことで、認めるべきである」との記述で止めることでどうか。
＜対応案＞　ご意見を反映します。

⑤訪問診療料の算定に当たり、「診療時間」と「診療場所」の診療録への記載義務を廃止すること。

要求理由　「診療時間」と「診療場所」は、そもそも診療録に記載すべき患者の医学的所見とは関係がない。こうした記載項目が、訪問診療を行う患者を多く抱える現場の医師にとって負担になっている点も踏まえ、患者の医学的所見と関係のない項目の診療録への記載義務は廃止するべきである。

⑥強化型支援診、強化型以外の支援診に限らず、地域で医療機関同士が連携している場合の要件として、以下の内容を認めること。

1）在宅ターミナルケア加算の要件である 2 回以上の往診又は訪問診療の回数に、連携医療機関による訪問回数をカウントできるようにすること。

2）主治医が看取りについて患者又は家族への説明と同意を行ったが、結果的に連携医療機関が看取った場合に、連携医療機関で看取り加算を算定できるようにすること。

要求理由　地域で医療機関が連携して在宅医療の体制を整えるにあたって、地方では、支援診（強化型含む）の届出を行えるほどのマンパワーがないのが実情である。支援診（強化型含む）に限らず、連携して対応にあたっている医療機関に対する要件を整えるべきである。

［Ⅱ-2-（37）］看取り加算について、下記の改善を行うこと。

①加算の評価を適正に引き上げること

要求理由　2012 年改定において、在宅ターミナルケア加算に含まれていた看取りの評価を分割し、在宅ターミナルケア加算と看取り加算に再編されたが、支援診・支援病において両加算を算定する場合に点数が引き下げられている。国として在宅における看取りを重視している以上、これらの加算を正当に評価するべきである。

②往診料の加算としても新設し、要件を療養上の不安等を解消するための説明を行い、同意を得ることに限ること。

要求理由　終末期の患者が自宅で最期を迎えるために退院する際は、看取りまで往診のみで対応するケースや、死亡の間際に患者が病院に救急搬送されるケースも少なくない。

事前に患者又は家族等に対し療養上の不安等を解消するための十分な説明を行っても、在宅患者訪問診療料の算定がないことや患家で看取らなかったことにより、加算（3,000 点）を算定できないのは不合理である。同意のみを要件とし、往診のみで対応した場合や、自宅以外で死亡した場合などでも算定できるようにするべきである。

島根 2/20　「死亡日に往診又は訪問診療を行い、患家で看取ること」の算定要件を削除すること。死亡の間際に病院に救急搬送され、病院で亡くなるケースが少なからずあるため。
＜対応案＞　②で要求済みと考えます。

［Ⅱ-2-（38）］在宅ターミナルケア加算について、下記の改善を行うこと。

①加算の評価を適正に引き上げること。

要求理由　2012 年改定において、在宅ターミナルケア加算に含まれていた看取りの評価を分割し、在宅ターミナルケア加算と看取り加算に再編されたが、支援診・支援病において両加算を算定する場合に点数が引き下げられている。国として在宅における看取りを重視している以上、これらの加算を正当に評価するべきである。

②往診料の加算としても新設し、往診のみで対応している事例でも算定できるようにすること。

要求理由　2022 年の診療報酬改定に向けた中医協議論では、厚労省が「医師が訪問診療の計画のために往診のみを行っている期間があり、計画を立てた初回の訪問診療までに看取りに至った場合」や、「月 1 回の訪問診療を行っている患者の訪問診療の予定日前に状態の急変があり、往診を行ったがそのまま看取りとなった場合」に算定できない事例不合理を指摘している。

~~同加算の算定に当たっては、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応が前提となっており、~~結果として患家での 2 回の診療がいずれも往診であった事のみを以て加算が算定できないのは不合理である。

山口 2/24　②の要求理由の２段落目について、在宅ターミナルケア加算の算定に当たっては、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応があれば、往診のみでも算定できてしかるべき、という要求に見えるが、そもそも、当該ガイドラインの内容を診療報酬上の要件として、すべての医療機関に押し付けていることが問題である。ガイドラインに縛られることなく、患者や家族等と話し合い、意思決定を尊重できればよく、当該記述（「同加算の算定に当たっては～前提となっており」）は削除を求める。

＜対応案＞　ご意見を反映します。

③酸素療法加算の評価を適正に引き上げること。

要求理由　在宅酸素療法を行う場合、使用機器の設置等については医療機関から業者に依頼することになる。現状、業者への支払は月額で 3 万円～3 万 5,000 円ほどとなっており、酸素療法に必要な機器等の費用を診療報酬でカバーできていない。市場価格を調査した上で保険点数との乖離を解消する点数設定とすべきである。

静岡 2/24

②加算の評価を適正に引き上げること。

理由：酸素療法加算の評価について少なくとも酸素濃縮器等の平均的なレンタル価格と同等に引き上げる、あるいは酸素に係る材料加算とも併算定を認めること。

③対象患者を悪性腫瘍と診断させている患者に限定しないこと。

理由：通常の末期患者でも呼吸困難等が生じるが、当該加算や在宅酸素療法指導管理料などの対象外になってしまう。

＜対応案＞

意見②については、既存の要求③で対応済みと考えます。

意見③については、「通常の末期患者」の事例があいまいなため反映は見送ることとし、具体的な不合理が寄せられればあらためて検討とさせていただきます。

［Ⅱ-2-（39）］在宅時医学総合管理料等（C002）について、下記の改善を行うこと。

①在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料を一本化し、単一建物診療患者数の概念を廃止したうえで、最も高い点数に一本化すること。

要求理由　在宅患者に対する医学管理料は、患者の居住場所により在宅時医学総合管理料と施設入居時等医学総合管理料に区分されているが、療養計画や管理内容は、当該患者の居住場所によって変わることはない。また、単一建物診療患者の人数によって点数が区分されているが、同じ建物に複数の患者がいることで、個々の患者の医学管理内容が変わるわけではない。

同様に療養を給付しているにもかかわらず、当該患者以外に診療（医学管理）をする患者がいるかどうか、又その人数が多いかどうか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、大変不合理である。「単一建物診療患者数」の概念は、即座に廃止すべきである。

②投薬や処置に係る費用の包括を止めること。

要求理由　当該管理料が在宅における医学管理を評価した点数であるならば、医師による処置や投薬に関する点数を包括すべきではない。実際の処方や処置行為にあわせて、投薬及び処置の費用は別途算定できるようにすべきである。

③在宅時医学総合管理料への在宅寝たきり患者処置指導管理料の包括を止め、別途算定できるようにすること。

要求理由　当該管理料には在宅療養指導管理料のうち在宅寝たきり患者処置指導管理料のみが包括されているが、在宅時医学総合管理料は在宅で療養する患者に対する基本的な管理料であり、個別の技術である指導管理料を包括するべきではない。

④訪問診療の回数に「往診を含む」とした 2014 年改定以前の取扱いに戻すこと。

要求理由　月 2 回の訪問診療を予定している場合でも、現実には、そのうちの 1 回が往診となることが少なからずあるため。

⑤在宅時医学総合管理料の算定医療機関と異なる医療機関において、異なる疾患の管理･指導を行った場合の特定疾患療養管理料等の算定を認めること。

要求理由　専門的な指導や管理を評価した医学管理等について、他医療機関との併算定を禁止すれば、患者が必要な専門的治療を受けられなくなる可能性がある。実際に、脳梗塞後遺症の患者で在宅時医学総合管理料を算定している患者が、喘息を発症し呼吸器専門の医療機関で一定期間の治療が必要な場合、呼吸器専門の医療機関では特定疾患療養管理料が算定できない。複数の医療機関により医学管理等が必要な患者については、それぞれ本体の管理料の算定を認めるべきである。

⑥在宅時医学総合管理料や在宅療養指導管理料について、月途中に担当医療機関が変更された場合、紹介元医療機関と紹介先医療機関がそれぞれ算定できるようにすること。

要求理由　在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料は、患者に対して「主として診療を行っている医師が属する１つの医療機関」で算定することとなっており、在宅療養指導管理料も「主たる指導管理を行っている保健医療機関において」算定すると規定されている（退院患者の管理を診療所が引き継ぐ場合はレセプトにその旨を記載すれば算定できる）。

他医療機関で当該点数を算定していることの確認は全て保険医療機関に委ねられており、確認を怠ると「合議で請求する」ようそれぞれの医療機関に返戻されている。患者の転居等で月途中に紹介されてきた場合、紹介元医療機関で管理料を算定していると紹介先医療機関では点数を算定できず、紹介元の医療機関との合議対応といった事務作業に追われる、合議の相談ができず、何も算定せずに持ち出しとしているところもあり、極めて不合理である。

月の途中に紹介がされた場合は、紹介元医療機関と紹介先医療機関とでそれぞれ算定できるようにするなど、転院による赤字や医療機関同士のトラブルが起こらないような対応が必要である。

埼玉 2/24　以下の要求の追加。

在宅時医学総合管理料や在宅療養指導管理料について、月途中に担当医療機関が変更された場合、紹介元医療機関と紹介先医療機関がそれぞれ算定できるようにすること

【要求理由】　在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料は、患者に対して「主として診療を行っている医師が属する１つの医療機関」で算定することとなっており、在宅療養指導管理料も「主たる指導管理を行っている保健医療機関において」算定すると規定されている（退院患者の管理を診療所が引き継ぐ場合はレセプトにその旨を記載すれば算定できる）。

他医療機関で当該点数を算定していることの確認は全て保険医療機関に委ねられており、確認を怠ると「合議で請求する」ようそれぞれの医療機関に返戻されている。患者の転居等で月途中に紹介されてきた場合、紹介元医療機関で管理料を算定していると紹介先医療機関では点数を算定できず、紹介元の医療機関との合議対応といった事務作業に追われる、合議の相談ができず、何も算定せずに持ち出しとしているところもあり、極めて不合理である。

月の途中に紹介がされた場合は、紹介元医療機関と紹介先医療機関とでそれぞれ点数を算定、あるいは 1／2 の点数をそれぞれで算定できるようにするなど、転院による赤字や医療機関同士のトラブルが起こらないような対応が必要である。

＜対応案＞　上記の形で反映します。

［Ⅱ-2-（40）］救急搬送診療料（C004）について、自院入院患者を他院に搬送した場合の算定要件を緩和し必要な全てのケースで算定できるようにすること。

要求理由　自院入院患者の容体急変などの場合があるため、医師の同乗について評価すべきである。22 年改定で例外的に算定できるようになったが、要件が厳しく、算定できないケースが多い。医師が必要と判断し同乗した場合には全て算定できるようにするべきである。

［Ⅱ-2-（41）］在宅患者訪問看護･指導料（C005）について、下記の改善を行うこと。

①介護保険の訪問看護は医療保険に戻すこと。それまでの経過措置として、介護報酬において以下の改善を行うこと。

1) 介護保険の訪問看護は区分支給限度額が設定されたサービスから除外すること。
2) 介護保険の訪問看護費について、特別管理加算の給付対象となる厚生労働大臣が定める状態にある患者や在宅での注射が必要な患者については、医療保険の訪問看護の対象とし、訪問回数の制限を行わないこと。
3) 厚生労働大臣が定める疾患の患者以外の患者であっても、退院後 2～3 カ月は医療保険の訪問看護の回数制限のない対象者とすること。

要求理由　医療が必要な患者に対する訪問看護は、医療保険で給付すべきである。

②訪問回数の制限を受けない別表第八に掲げる患者であって、要介護被保険者等の患者については医療保険の在宅患者訪問看護･指導料（同一建物居住者訪問看護･指導料）が算定できるようにすること。

要求理由　別表第八に掲げる患者に関しては、訪問回数の制限がなくなったが、要介護被保険者等の場合は当該状態だけでは医療保険の対象とならない。難病等の回数制限を受けない患者と同様に、別表第八の患者については当然医療保険の訪問看護の対象と
すべきである。

③同一月に複数の訪問看護提供施設からの訪問看護が行えるようにすること。

要求理由

1)在宅医療の推進には訪問診療や訪問看護の連携が不可欠であるが、訪問看護を行える体制が十分とはいえない現状では、必要な訪問看護が柔軟に実施できるように制限をなくすべきである。

2)当該保険医療機関からの訪問看護と訪問看護ステーションからの訪問看護の同一月の併施、2つの訪問看護ステーションによる同一月の訪問看護の併施、当該保険医療機関の訪問看護から月の途中で訪問看護ステーションの訪問看護へ移す場合等、当該保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションを含め、末期の悪性腫瘍や難病患者以外の患者に対しても、このような形態での訪問看護を認める必要がある。

④訪問看護に係る頻回訪問の「限度日数」を撤廃し、医師の判断の下、必要に応じて実施できるようにすること。

要求理由　頻回訪問の必要性及び訪問日数はあくまでも患者の容態によるものであり、急性増悪、終末期等以外でも患者の状態を踏まえ頻回訪問が必要なケースがあることから、頻回訪問の 14 日間を限度とする規定は撤廃すべきである。

⑤長時間訪問看護･指導加算の対象に別表第七（末期の悪性腫瘍、難病など）に掲げる患者を追加すること。

要求理由　難病などの患者については、長時間の訪問看護が必要な場合も多いため、別表第八と同様に加算が算定できるようにするべきである。

山口 2/24　スリム化の観点から、要求理由の記述は必要ないのではないか。
＜対応案＞　継続的に検討いたします。

［Ⅱ-2-（42)］在宅患者訪問点滴注射管理指導料（C005-2）について、下記の改善を行うこと。

①在宅患者訪問点滴注射管理指導料の「週 3 日以上」という要件を撤廃し、たとえ週 1 日であっても患者に対する訪問点滴が必要な場合には、同管理指導料を算定できるようにすること。

要求理由　点滴注射の必要があると医師が判断した場合は、日数要件を設けることなく在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定可能とすべきである。

②在宅患者訪問点滴注射管理指導料について、対象を点滴注射だけに限らず、皮内、皮下･筋肉内注射や静脈内注射について訪問を行う看護師等に対して必要な管理指導を実施した場合にも算定できるようにすること。

要求理由　在宅の現場では、皮内、皮下・筋肉内注射や静脈内注射も頻繁に実施されているにも関わらず、在宅患者訪問点滴注射管理指導料の対象となる手技が点滴注射のみに実施されることは不合理である。

埼玉 2/24　②の請求理由について。皮下注射や筋肉注射が、「在宅で看護師により頻繁に行われている」必要性と法律の矛盾をどうするのか。病院から医療行為が必要な患者が在宅へ送られてくる中で、医師の負担が大きくなっているという在宅医療の根本的な問題を踏まえ、特定看護師の問題にも触れながら要求することが必要ではないか。
＜対応案＞　本要求については、あくまで管理指導料の対象を拡大するものであり、医師法等との矛盾はないと考え、継続して要求することとします。ただし、在宅で看護師が単独で行う補助行為の法制度上の位置付けや、要求との整合性を踏まえた対応ついては、Ⅱ-2-（60）で他協会からの指摘とも併せて検討したい。

③週 1 回の算定ではなく、実施日毎に 100 点を算定できるようにすること。

要求理由　現行の週 1 回 100 点の算定では、1 週間に複数回点滴を実施する場合等、留置針や点滴回路の費用だけで逆ザヤになってしまう。医師の指導管理に係る評価が適切に行われているとは言い難く、在宅医療の継続を困難にしている。実施日毎（1 日毎）に当該管理料を算定できるようにす

べきである。

［Ⅱ-2-（43）］在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（C006）在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の点数を引き上げること。

要求理由　在宅患者訪問リハビリテーションの実施に当たっては、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させてリハビリテーションの観点から療養上必要な指導を実施することが必要になるが、実施内容に対して点数が低すぎるため、点数を引き上げるべきである。

~~**［Ⅱ-2-（41）］在宅患者訪問薬剤管理指導料（C008）の算定対象を拡大し、点数を引き上げること。**~~

~~要求理由　在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定対象患者を「通院が困難」に限定せず、外来通院しているが、服薬管理が困難な患者と医師が判断した場合にも算定を認めるべきである。また訪問薬剤を推進する為にも点数を引き上げるべきである。~~

山口 2/24　　在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定対象患者を「通院が困難」に限定しないとする要求は、在宅医療の前提が崩れるとともに、訪問薬剤管理の点数ではなくなる。服薬管理が困難な患者に対する指導であれば、別の点数設計での要求とすべきで、ここでは点数の引き上げのみ要求することでどうか（その場合、要求理由も不要）。

＜対応案＞　ご指摘は要求の根幹にかかわるため、要求をいったん取り下げます。

［Ⅱ-2-（44）］第 2 節第 1 款在宅療養指導管理料の通則について、下記の改善を行うこと。

①複数の保険医療機関での在宅療養指導管理料の算定制限を撤回し、それぞれ在宅療養指導管理料の算定を認めること。

要求理由　複数保険医療機関での在宅療養指導管理料の算定制限は、患者の病態により専門の複数医療機関が対応することも多いという現場の実態にそぐわない。これでは複数の疾患を有する重症患者の在宅療養はますます困難になる。在宅医療を後退させる告示を撤回し、複数の保険医療機関でそれぞれ在宅療養指導管理料の算定を認めること。患者が他医療機関での受診を申告せずに複数医療機関で算定した場合は、医療機関に非がなくとも返戻となり、医療機関間での合議精算等の対応が非常に手間となっている。

②同一の保険医療機関において、同一患者に対して複数の在宅療養指導管理を行った場合は、主たる指導管理料と併せて従たる指導管理料について一定の評価を設けること。

要求理由　在宅療養指導管理料は、それぞれの目的や管理内容、機材の使用方法・注意点等が異なることから、複数の指導管理が必要な場合に主たる指導管理料のみの算定とする取扱いを見直す必要がある。

［Ⅱ-2-（45）］在宅自己注射指導管理料（C101）について、下記の改善を行うこと。

①在宅自己注射指導管理料について、自己注射の回数による点数設定を廃止し、2014 年診療報酬改定前の点数設定に戻すこと。初月から処方薬の注射回数に合わせて算定できるようにすること。

要求理由　2014 年以前の点数設定と比較して「月 28 回以上の場合」は 70 点、「月 27 回以下の場合」は 170 点も引き下げられている。患者に対する指導、効果判定、副作用等に関する管理は、患者の自己注射の回数に関わらず必要である。当該管理料の引き下げは不当であり、元の水準に戻すべきである。患者が行う自己注射の回数で医師が行う指導管理の点数を区分すべきではない。

また、指導管理料算定初月は、指導の日から月末までの注射回数に合わせて算定することとなるが、患者の次回来院日やそれに応じた処方期間及び注射回数と食い違いが生じ不合理である。初月であっても処方薬の注射回数に応じた算定ができるよう改善すべきだ。

埼玉 2/24　①について、以下を追加してはどうか。
指導管理料の自己注射の回数は、処方を出した回数分とすること。
理由：管理料算定初月は、指導の日から月末までの月内の注射回数とされているが、処方する薬剤は月末まではなく、4 週間、1 カ月となっており、毎月 1 日に受診するようなことになっていない。処方薬の管理、打ち方の指導から、初月であっても処方薬の回数とするべきである。

＜対応案＞　反映します。文案は上記の形で検討しています。

②在宅自己注射指導管理料の算定要件とされている「在宅自己注射の導入前に、入院又は 2 回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合

に限り算定する。」という通知を撤回し、医師の判断により自己注射を開始できることを明確にすること。

要求理由　「在宅自己注射の導入前に、入院又は2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定する。」という規定を算定要件から外すべきである。在宅自己注射の導入前に、十分な教育期間を取り、指導を行う必要性は認めるが、患者の病態や理解度には個人差があるため、そもそも算定要件とすべきではない。

臨床の現場では、初回来院時にかなりの高血糖を来し、全身状態が悪い患者がいる。直ちに入院して、全身管理を行いながらインスリン注射を導入できればよいが、入院がどうしてもできない事情の患者もいる。産婦人科から紹介された妊娠糖尿病の患者は、受診当日にインスリンを導入しなければならない場合もある。自己注射の導入にあたっての教育期間や指導頻度については、患者の病態や理解度等を勘案して、医師の判断で導入できるようにすべきである。また、近年のデバイスの進化は著しく、使用方法が簡便化したことによって、1回の指導で十分実施可能と判断できるケースもある。実際の理解度を無視して指導回数が固定化されているために、本来不必要な診療が生じることもある。

③在宅自己注射指導管理料の導入初期加算について、一般的名称の変更で算定できる従前の取扱いに戻すこと。

要求理由　2020年度診療報酬改定にて、導入初期加算の薬剤変更時の算定は別表第9に掲げる注射薬に変更があった場合に限られることとなった。しかし、同じインスリン製剤でも、速効型、持続型、混合型等により自己注射の実施、血糖自己測定のタイミングが異なり、改めて指導が必要となる。

④「在宅血糖自己測定指導料」を新設し、インスリン自己注射を行わず、服薬のみの患者に対しても血糖自己測定の費用の算定を認めること。

要求理由　現在、生活習慣病管理料において、インスリン非使用の2型糖尿病の患者に血糖自己測定値に基づく指導を行った場合、年に1回に限り500点の加算算定が認められているが、継続的に使用できないなどの理由で、実際にはあまり行われていない。しかし、血糖コントロールがなかなか改善していない場合や治療薬を変更した直後などに一定の期間を設けて集中的に血糖を測り、生活習慣の点検、見直し、治療効果の確認などに役立てることは非常に有意義である。

埼玉 2/24　④について、「在宅血糖自己測定指導料」については、高血糖だけでなく、低血糖など血糖コントロールの必要な患者にも算定をできるようにするのはどうか。低血糖の患者にも血糖コントロールが必要だが、在宅自己注射指導管理料でも生活習慣病管理料でも算定要件となっていないため、在宅自己注射指導管理料をベースとした現状の「在宅血糖自己測定指導料」ではカバーできていない。高血糖と同様に、低血糖など血糖コントロールの必要な患者への管理も評価するべきである。

＜対応案＞　医科社保審査対策部会等で、具体的なケースが想定し難い、生活習慣病の病名が付かないならば在宅自己注射管理料とは別項目ではないか等の意見が出されました。要求には反映しないこととし、具体的な不合理が寄せられればあらためて検討いたします。

⑤血糖自己測定器加算（C150）と同様、注入器加算（C151）、注入器用注射針加算（C153）についても「3月に3回」算定可能とすること。

要求理由　血糖自己測定器加算（C150）が「3月に3回」算定可能とされているにも関わらず、同様の対象患者が想定される、注入器加算（C151）、注入器用注射針加算（C153）では同様に算定できないのは不合理である。これらの加算に関しても「3月に3回」算定可能とすべきである。

［Ⅱ-2-（46）］在宅酸素療法に係る評価について下記の改善を行うこと。

①在宅酸素療法指導管理料（C103）の算定要件について「高度慢性呼吸不全例のうち…」とする対象患者の限定を止めること。

②酸素療法加算の評価について少なくとも酸素濃縮器等の平均的なレンタル価格と同等に引き上げたうえ、他の酸素に係る材料加算とも併算定を認めること。

要求理由　現状、在宅医療において末期の悪性腫瘍患者への酸素療法に対する評価は、在宅酸素療法指導管理料と酸素療法加算のみとなっている。しかしながら、在宅酸素療法指導管理料では、対象患者が「高度慢性呼吸不全例のうち…」と限定されている。

他方、実態として、決して少なくない数の「『高度慢性呼吸不全例』に該当しないが継続的な酸素療法を要する末期の悪性腫瘍患者」が存在している点も報告されている。こうした患者が、上述の算定制限に伴って同管理料の対象外とされた結果、こうした患者への酸素療法に係る費用は、医療

機関が持ち出しを行うという不合理な実態がある。

また、2018 年改定で死亡月に在宅酸素療法を実施した場合の評価として、在宅ターミナルケア加算に酸素療法加算（2,000 点）が新設されたが、こちらについても酸素濃縮器等のレンタル価格は高ければ月額４万円程度であり、現状の評価ではレンタル価格の約半分しか手当てされていない。また、同加算は他の酸素に係る材料加算（C157 酸素ボンベ加算、C158 酸素濃縮装置加算）と併算定することもできない。その結果、こちらも在宅酸素療法指導管理料と同様に一定、医療機関が持ち出しを行わざるを得ないのが実情である。

上述に示したとおり、在宅酸素療法に関する管理料や加算に係る算定要件や点数設定が現場実態と離れていることにより、必要な患者に在宅酸素療法を実施できないケースが出てくる事が懸念されている。医療機関の持ち出しが無いように、冒頭の要求①、②に記した改善を速やかに行うべきである。

［Ⅱ-2-（47）］在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料（C105-3）について、下記の改善を行うこと。

①在宅半固形栄養経管栄養法指導管理に用いる注入ポンプに係る評価を新設すること。

要求理由　在宅半固形栄養経管栄養法指導管理においても、他の在宅療養指導管理料と同様に注入ポンプの使用が必要不可欠であるにも関わらず、同管理料には注入ポンプ加算に係る評価が存在しないのは不合理である。

②「最初に算定した日から起算して１年を限度」とする算定制限を撤廃すること。

要求理由　胃瘻造設され１年以上経過した後も、経口摂取への見込みがあり、それに向けて在宅での管理が必要な事例もある点を踏まえ、こうした一律な期間を用いた算定制限は廃止するべきである。

［Ⅱ-2-（48）］在宅療養指導管理材料加算について、下記の改善を行うこと。

①気管切開患者用人工鼻加算について、中心静脈栄養法指導管理料の栄養管セット加算のように、加算で評価したうえで一定の個数以上は特定保険医療材料として算定できるようにすること。

要求理由　2020 年 8 月 31 日付で出された通知により、喉頭摘出患者に対し、「人工鼻材料」が個数に応じて算定できるようになった。個数に応じた算定もしくは中心静脈栄養法指導管理料の輸液セット加算のように、加算で評価したうえで一定の個数以上は特定保険医療材料として算定するかたちとし、患者の容体に合う治療が行えるようすること。

②中心静脈栄養法及び悪性腫瘍等指導管理を行っている患者に対し、それぞれの注入ポンプ加算を個別に算定できるようにすること。

要求理由　在宅医療において、中心静脈栄養法と在宅における鎮痛療法または悪性腫瘍の化学療法を併施する患者がいる。それぞれ注入ポンプを使用するが、注入ポンプ加算は中心静脈栄養法の場合も鎮痛療法等の場合も「C161 注入ポンプ加算」を算定することとなっており、当該加算を算定できるのは月１回のみである。物品を実際に複数支給しているにもかかわらず、費用が回収できないのは問題と考える。

［Ⅱ-2-（49）］在宅人工呼吸指導管理料（C107）の排痰補助装置加算（C170／1,800 点）を引き上げること。

要求理由　現場では、気道粘液除去装置カフアシストのレンタル料が１万 8000 円に消費税が加わり、診療報酬 1,800 点よりも高い逆ザヤ状態となっている。現場の実態を踏まえ、保険医療機関が持ち出しにならないよう、加算点数を適切に引き上げるべきである。

［Ⅱ-2-（50）］在宅経管栄養法用栄養管セット加算（C162）について、対象範囲を「在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者」に限らず算定できるようにすること。

要求理由　従来の算定対象である、在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法以外にも、例えば在宅寝たきり患者処置指導管理を実施下でのエンシュアリキッド等の未消化態タンパクを含む薬剤を使用した栄養処置（鼻腔栄養・経管栄養）の場合においても同様の管理が必要であり、なおかつ消耗品（栄養管は１本約 100～150 円、ボタン型胃瘻の接続チューブは１本約 2,500 円、フィーディング・アダプタは１個約 2,400 円など）が多いにも関わらず、これらの栄養処置に係る費用が管理料に包括されて算定出来ないのは不合理である。

［Ⅱ-2-（51）］在宅医療で使用される薬剤料･特定保険医療材料料について、下記の改善を行うこと。

①購入価格が材料価格や薬価を上回らないよう、実態を把握･調査のうえ、措置すること。

要求理由　在宅医療の現場では、明らかに医療機関側の医療・衛生材料等の持ち出し部分が多く、経営を圧迫し、在宅医療の提供に対するモチベーションを下げている。こうした厳しい医療現場の実態を把握・理解したうえで、購入価格が材料価格や薬価を上回らないよう、措置した上で、医療上の必要に応じて請求できるようにすべきである。例えば、特殊カテーテル加算の併算定については、病態によっては数種類のカテーテルを使用する場合があり、例えば再利用型カテーテルと間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを併用した場合では主たるものしか算定できず、片方は完全な持ち出しとなるため併算定を認めてもらいたい。

②在宅療養指導管理料において、「含まれる」とされる処置、注射の費用について、薬剤料及び特定保険医療材料は別途算定できるようにすること。

要求理由　在宅の特定保険医療材料や薬剤として請求できないものについては、別途請求できなければ、処置や注射が必要な患者ほど保険医療機関の負担が重くなるといった矛盾が生じる。例えば、在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者については、褥瘡に対する創傷処置として皮膚欠損用創傷被覆剤を使用した場合に特定保険医療材料が算定できない。

③必要な医療材料費･薬剤費は包括扱いすることなく、特定保険医療材料等で別に請求できるようにすること。とりわけ、在宅医療で使用する頻度が高い医療材料等については、在宅で使用する特定保険医療材料として保険請求できるようにすること。

要求理由　下記のような具体例が現場から報告されており、特に早急な改善を要する。

1) 在宅医療で使用する蓄尿バック（ウロバック等）、処置等に用いるディスポーザブルカテーテル、チューブ類、消毒薬等については、特に使用頻度が高く、特定保険医療材料として償還価格を設定することが必要である。

2) 在宅医療の部の皮膚欠損用創傷被覆材については、皮下組織に至らない場合でも算定できるようにする必要がある。

［Ⅱ-2-（52）］在宅で皮膚欠損用創傷被覆材「真皮までの褥瘡」の場合でも算定可能とすること。

要求理由　在宅欄（⑭）で請求できる皮膚欠損用創傷被覆材の算定要件の１つが「いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む）（DESIGN-R 分類D3、D4 及びD5）を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合」に算定できるとされており、ルール上は被覆材の「真皮に至る創傷用」は算定対象外となっている。しかし在宅医療の現場では皮下組織には至っていないが真皮までの褥瘡（DESIGN-R 分類D2）の処置は珍しくはない。在宅で療養中の患者は、低栄養状態のため完治にある程度時間がかかることからも、「真皮に至る創傷」にも被覆材は必要である。

千葉 2/26　大いに賛同する。

~~**［Ⅱ-2-（51）］在宅療養指導管理に必要な注射薬の処方についても、処方箋料を算定できるようにすること。**~~

~~要求理由　在宅療養指導管理を行う上で、医師が必要と判断した上で処方箋を発行する事例も決して少なくないにも関わらず、処方箋料が算定できないのは不合理である。~~

埼玉 2/24　処方箋料を認めるなら、処方料も認めるべきではないだろうか。

＜対応案＞　本要求の前提として、在宅医療での処方箋料の算定を求めると、薬剤費をレセプトの「在宅」欄ではなく「投薬」「注射」欄で請求できるようにするなど、根本的な点数表の建付け変更を求めることを含むため再検討しました。その結果、本要求の要点がそもそも注射薬の処方料が認められないことへの不合理にあったため、［Ⅱ-2-（88）］（「注射の処方」に係る評価の新設）に一体化することとしました。

Ⅱ-2-（23）～（27）施設入所者への医療について、【在宅】冒頭から以下へ移動した。

［Ⅱ-2-（53）］特別養護老人ホーム等入所者の医療について、下記の改善を行うこと。

①医療保険での算定の範囲を拡大すること。少なくとも、(1) 特養入所者に対する医学管理等や施設入居時等医学総合管理料、在宅療養指導管理料に係る診療報酬は、算定できるようにすること、(2) 配置医師が、担当する施設の患者に対して実施する、必要な通院治療の診察料に対しては、緊急時や急性増悪時でなくても算定を認めること。

要求理由　1990 年代までの特別養護老人ホームは、疾病や障害、その他の理由により入所措置を必要とする高齢者が、配置医師による健康管理などを受けつつ生活を送ることを目的とした福祉施設であった。医療必要度の高い高齢者は、入院医療が提供されていた。

しかしながら、その後、政府が「入院から在宅」へのスローガンの下で進めた、早期退院を促す政策の中で、それまで入院医療を要していた患者さんが在宅や福祉施設に移されることになった。このため、特養入所者等に対する医療の必要度は高まっている。

実際、特養入所者等の重症化が進み、容態の急変等が起こる中、24 時間 365 日の対応を求められる配置医師は、入院患者と同様の高度な対応が求められている。それにも関わらず、配置医師としての評価は以前のまま放置され、診療報酬面でも現行の給付調整では、診察料から指導管理、在宅時医学総合管理料、在宅療養指導管理料などの疾病に関する管理料の算定が原則認められない。その他、必要な通院治療においても、初・再診料、特定疾患療養管理料など通常の請求も認められないなど問題は多岐に渡り、早急な改善が必要である。

世界に類を見ない超高齢社会（定義：総人口に占める 65 歳以上の割合が 21%以上）を迎えている我が国において、これ以上高齢者に対する療養の給付が制限されることの無いように、また医師が実施した医療行為が正当に評価されるように、実態に即した制度改善を図るべきである。

埼玉 2/24　①について、現場の意見として理由に追加してはどうか。

実態として、特養入所者の医療は、委託された要件以外で配置医師が医療をできる条件になっていないことがあり、朝・昼時間は特養の車で病院受診、夜間休日は救急車出動で病院の救急外来受診となっており、地域の病院の負担を増やしている。インフルエンザ・新型コロナのパンデミックで更に問題が明確化された。入所者の生死に直結することであるため、気づかぬふりをせず改善するべきである。

＜対応案＞　現場の実態として貴重なご意見をいただきましたが、要求冊子全体の分量圧縮のため、掲載は見送ることとなりました。

鹿児島 2/24　特別養護老人ホーム等の配置医師でない医師が入所者を診療する場合に、末期の悪性腫瘍患者等に限らず在宅患者訪問診療料、C002-2 施設入居時等医学総合診療料、在宅療養指導管理料を算定できるようにすること。

＜対応案＞　既存の要求と重なる部分が多く、反映しないこととなりました。

②特養入所者に対する医療保険の看取り加算と、介護保険の看取り介護加算の双方の算定を認めること。

要求理由　特別養護老人ホーム入所者に対する看取り加算については、特別養護老人ホームで介護保険の看取り介護加算（Ⅱ）が算定されている場合は算定できない。国は「看取り」期における対応を重視しているわけであるから、双方が評価されてしかるべきである。

③短期入所生活介護の利用者に対する在宅患者訪問診療料について、急性増悪で一時的に週 4 回以上の訪問診療が必要な患者については利用開始から 30 日を超えても算定できるようにすること。

要求理由　短期入所生活介護は本来 30 日以内の利用を想定したサービスではあるが、特養待機者が要介護 3～5 で 25.3 万人（うち約 6 割が在宅以外（＝入院又は施設入所等））、さらに特例入所の対象者（要介護 1 又は 2）で入所待機中が 2.2 万人（※2022 年 12 月厚労省発表）で、実態として短期入所生活介護を長期にわたって利用せざるを得ない患者がいる。急性増悪で一時的に週 4 回以上の訪問診療を行っている患者については、特に通常の健康管理とは別に訪問診療計画に基づく管理が必要となることから、30 日を超えても在宅患者訪問診療料等を算定できるようにすべきである。

［Ⅱ-2-（54）］介護老人保健施設入所者に係る診療料の施設入所者共同指導料について、診療所でも算定可能とすること。

要求理由　施設入所者共同指導料の現行の要件は、併設医療機関以外の病院で老健退所後の療養を担当する医師が老健施設の医師と共同して指導を行った場合に算定するとの形で算定可能な医療機関は病院に限られる。しかし、実態は老健退所後の患者は、病院に限らず、むしろ診療所の医師が療養を担当する場合が多く、診療所でも算定できるようすべきである。

［Ⅱ-2-（55）］小規模多機能型居宅介護又は複合型サービス（宿泊サービスに限る）を受けている患者について、以下の改善を行い、自宅と同様の取扱いとすること。

①サービス利用開始後 30 日に限って在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料及び在宅患者（同一建物居住者）訪問看護･指導料を算定できるとした取扱いを止めること。
②サービス利用開始前 30 日以内の訪問診療等の算定を必要とする取扱いを止めること。

要求理由

①小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスにおける宿泊サービスは、本来、介護をする家族等のレスパイトケア等を想定した一時預かりサービスではあるが、現実的には長期入所が必要であるにもかかわらず適切な施設に空きがない等の理由から、長期間にわたって当該宿泊サービスを利用せざるを得ない患者がいる。

②介護の受け皿不足等のため、当該宿泊サービスを長期間にわたって利用せざるを得ない患者であっても、自宅等で療養する患者と同じく、定期的な訪問診療や医学管理を必要としている。末期の悪性腫瘍の患者に限らず、訪問診療等の日数制限を設けるべきではない。

③2015 年の介護報酬改定において、小規模多機能型居宅介護費に「看取り連携体制加算」が新設されており、対象患者については、当然、保険医療機関からの訪問診療が必須となる。当該施設を看取りの場としても認めるのであれば、在宅患者訪問診療料の算定を利用開始から 30 日以内に制限するということは誠に不合理といえる。

④2020 年改定で、退院日から宿泊サービスを利用する場合については緩和されたが、宿泊サービス利用開始前 30 日以内の訪問診療料等の算定要件も廃止すべきである。小規模多機能型居宅介護の通いサービスや訪問サービスを利用しつつ外来受診していた患者が、新たに宿泊サービスも利用することになった。この場合、状態の悪化等で通院困難な状態であったとしても、宿泊サービス利用開始前 30 日以内に在宅患者訪問診療料等の算定がなく、当該宿泊サービス利用中に訪問診療料が算定できない事態が生じている。

［Ⅱ-2-（56）］医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が点滴又は処置を実施した場合の薬剤料、特定保険医療材料料、及び検体採取した場合の検体検査実施料の算定について、施設に配置されている看護師等も含まれることを明確化すること。

要求理由

①医科点数表の初・再診料、在宅医療及び検査の通則において、医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が点滴又は処置を実施した際の薬剤・特定保険医療材料及び検査のための検体採取を行った場合の検体検査実施料が算定できるとされている。

②通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」で規定されている配置医師のいる施設は、当該施設の看護師等が行った点滴又は処置等における薬剤料、特定保険医療材料、検体採取した場合の検体検査実施料が算定できるとされている。

③介護保険で医師又は看護師の配置が義務付けられている「特定施設」は、介護保険の訪問看護は行えず、医療保険の訪問看護も「医療保険と介護保険の給付調整」により制限を受けている。訪問看護が制限されている「特定施設」では、施設の看護師等による点滴や処置等が必要なケースがあるが、上記②の通知の対象ではないため、施設看護師等による点滴・処置等における薬剤料、特定保険医療材料料、検体検査実施料の取扱いが不明確である。

④2018 年度診療報酬改定で施設入居時等医学総合管理料に新設された包括的支援加算は、「介護保険の特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態」の者も算定対象者としており、施設看護師等による処置等が実施されることを前提としているはずである。特定施設の看護師等が注射又は処置を行った場合の薬剤料や特定保険医療材料料は、初・再診料、在宅医療の通則により算定できることを明確化すること。

京都 2/22　訪問する看護師等が単独で行った手技について、手技料が算定できないことが問題ではないか。別途出来高算定できるよう、検討してほしい。

＜対応案＞　本要求の趣旨と、看護師等が単独で行った行為に手技料を認めるかどうかという問題は、論点が異なる印象がありました。［旧Ⅱ-2-（60）］で石川、山口両協会から関連する論点提起があり、そちらで検討します。

［Ⅱ-2-（57）］介護老人保健施設入所者に対して投薬及び注射の費用を出来高で算定できるようにすること。

要求理由

①介護老人保健施設入所者については、別に厚生労働大臣が定める薬剤以外の投薬・注射に係る費

用は算定できないとされているが、近年は抗悪性腫瘍剤等以外にもサムスカ、抗パーキンソン薬、抗凝固薬等など高額な薬剤が増えており、施設の薬剤費負担が過大となっている。施設が薬剤費の持ち出しを避けようとすれば、これらの薬剤が必要な患者は入所できないか、必要な薬剤の投与~~を受けられないことになり~~の中止を求められるケースが報告されており、患者の受療権が侵害され、重大な人権侵害になりかねない。例えば、眼科の医療機関が処方を指示した薬が老健では採用されず、専門診療科の医師の意図した薬剤とは違うものが使用されることが多々あり、患者が診療科ごとの専門的な治療が受けられなくなる恐れがある。

石川 2/24　要求理由①について、北信越ブロックで 2020 年に行ったアンケートでは、サムスカ、抗パーキンソン薬、抗凝固薬等などを服用している場合に、薬剤費が高額という理由で老健入所のために投薬の中止を求められるケースが多いという実態が明らかとなった。この点について追記してはどうか。
＜対応案＞　上記の文案で反映します。

②病院から施設、在宅への流れの中で、急性期病院を退院後に直接在宅へ帰ることができず、老健等の施設を経て在宅へ移行する患者が増えている。急性期病院で使用していた高額な薬剤を投与されたまま、施設へ転院してくる患者の薬剤費負担が施設に重くのしかかっている。

【検査】

［Ⅱ-2-（58）］超音波検査で同日でも断層撮影法･ロその他の場合で（1）胸腹部、（2）下肢血管、（3）その他をそれぞれ実施した場合に併算定可能にすること。

要求理由　別の部位で別の疾患を疑って実施しても同日だと主たるものしか算定できないのは不合理である。

~~**［Ⅱ-2-（53）］超音波検査の画像をカルテに添付することの要件を外すこと。または必要なもののみとすること。**~~

~~要求理由　超音波検査で得られた画像を診療録に添付することが求められているが、電子カルテの場合、画像データの容量が非常に大きくなるため、サーバーの分離等を行い対応している医療機関もある。管理に係る手間、費用を抑えることができるように改善を求める。~~

山口 2/24　前回も指摘したが、画像の保存等は、日常診療において通常行われているものであり、このような経済的な理由（「画像データの容量が非常に大きくなるため……管理に係る手間、費用を抑えることができるように改善してほしい」）とするのはいかがなものか。診療報酬上での改善を求める対案を示す必要があり、それがないのであれば、この要求は削除すべきである。
＜対応案＞　ご意見を反映し、要求を取り下げます。

［Ⅱ-2-（59）］造血器腫瘍遺伝子検査（D006-2）における、検体検査管理加算（Ⅱ）、（Ⅲ）または（Ⅳ）の施設基準を廃止すること。

要求理由　病院から紹介を受けた患者を継続的にフォローする場合に、造血器腫瘍遺伝子検査を実施する必要があるが、検体検査管理加算（Ⅱ）、（Ⅲ）または（Ⅳ）の施設基準が壁となり、必要な検査にも関わらず算定できないという不合理な実態がある。一般的な診療所で同加算の（Ⅱ）、（Ⅲ）または（Ⅳ）の基準、特に人員面での基準を満たすことは難しい。また、2018 年 12 月より医療法改正に伴って、院内で検体検査を実施する全ての医療機関に対し検体検査の精度管理が求められることともなっており、その点からすれば同検査では、この検査の施設基準がなくとも検査の質を保つことは可能であることからも、当該施設基準を廃止すべきである。

［Ⅱ-2-（60）］不妊治療で用いる染色体検査（D006-5）「２　その他の場合」について評価を引き上げること。また、施設基準についても検討すること。

要求理由　D006-5 染色体検査「２　その他の場合」(2553 点)について、助成制度で行われていた評価よりも引き下がり、持ち出しとなっているとの指摘が寄せられている。例えば、大阪府の助成制度でも５万円を助成しており、検査委託料は７万円程度だった。

また、施設基準において「緊急手術が可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない」とされているが、当該

点数については流産後の吸引した検体を用いているため、施設基準~~の緊急手術の要件は不要と思われる。検討すべきだ。~~について、緊急手術の要件は廃止すること。

山口 2/24　「施設基準についても検討すること」は抽象的である。要求理由で緊急手術の要件が不要とあるので、「施設基準について、緊急手術の要件は廃止すること」と具体的に記載してはどうか。
＜対応案＞　ご意見を反映します。

［Ⅱ-2-（61）］残尿測定検査（D216-2）について、下記の改善を行うこと。
①算定対象について排尿障害を来す病状（疾患）に拡大すること。
②対象疾患に、夜尿症･遺尿症を追加すること。
③「2 導尿によるもの」の点数を外来管理加算の 52 点以上に引き上げたうえ、「1 超音波検査によるもの」の点数も現状より更に引き上げること。

要求理由　「残尿測定」の算定病名が限定されているが、排尿障害の原因となる「尿道狭窄」「前立腺がん」「尿道結石」なども認め、対象を「排尿障害を来す病状（疾患）」にすべきである。また、同検査は外来管理加算の算定対象外であるが、特に「2」に関してはカテーテルを用いた手技や保険医療材料が必要であるにも関わらず、カテーテル費用は手技料に含まれている点などを踏まえると評価が著しく低いといわざるを得ない。「2」の点数を少なくともカテーテル費用を踏まえた水準にまで引き上げたうえ、更にそれに従って「1」の点数も現状の 55 点より更に引き上げるべきである。小児患者で夜尿症・遺尿症と脊椎疾患からくる排尿障害との鑑別診断のために残尿測定を行う場合があるが、通知上対象疾患が「前立腺肥大症、神経因性膀胱、過活動膀胱」に限定されており算定できないため改善を求める。

［Ⅱ-2-（62）］鼻腔･咽頭拭い液採取について、下記の改善を行うこと。
「疑義解釈資料の送付について（その 2）（平成 28 年 4 月 25 日付）」の問 19「1 日につき 1 回の算定となる」との解釈を撤回すること。そして、同一日に複数回採取し、複数種類の検査を実施した場合は、実施回数分の算定を認めること。

要求理由　点数表告示では「1 日につき 1 回の算定となる」とは読み取れないにもかかわらず、事務連絡で制限をかけるのは問題であった。特に小児科では、高熱（不明熱）がある場合、インフルエンザ、RS ウイルス、アデノウイルス、ヒトメタニューモウイルス、溶連菌、マイコプラズマ、クラミジア等、複数の感染症を疑い、重症化予防のため迅速に診断する必要があることから検査することがある。またインフルエンザを疑っている場合等、ワンエピソードで 1 日に 2 回採取・検査することもあり、その費用はその都度発生する。検体は使い回しすることもできないので、必要があり検体採取した場合の技術料は認めるべきである。

［Ⅱ-2-（63）］外来迅速検体検査加算の要件から厚生労働大臣が定める検査という制限を外し、その日のうちに、結果も含めた必要な情報を患者に提供できた場合は、文書提供を実施した場合に限らず、外来迅速検体検査加算を算定できるようにすること。

要求理由　その日のうちに結果を提供できた場合に加算ができるようにすべきである。特にインフルエンザ、溶連菌、肺炎球菌、ロタウイルス、アデノウイルス、マイコプラズマ、トロポニンＴ、Ｈ-ＦＡＢＰなど小児高齢者の感染症治療判断や心筋梗塞の予後判定に決定的に重要な迅速検査でも算定できるようにすべきである。

［Ⅱ-2-（64）］生体検査につき、検査の難易度や検査にかかる時間、医師の技術料を評価して、汎用点数を引き上げること。

要求理由　生体検査は医師の技術によるところが大きく、現在の検査機器の価格に偏重した点数評価を改めるべきである。

山口 2/24　要求理由を要求項目にまとめることができるのではないか。
＜対応案＞　継続的に検討します。

~~**［Ⅱ-2-（60）］在宅で療養する患者に対して、自院の看護職員を訪問させ、採血を行わせた場合の技術料が算定できるようにすること。**~~

~~要求理由　医師の指示を受けた看護職員が、単独で在宅に赴き、採血を行うことは認められる。現在、この場合の技術料は算定できないと解釈されているが、医療機関内では算定可能な点数が院外では~~

~~算定できないのは不合理である。医師と看護職員の業務分担の観点からも、認めるべきである。~~

石川 2/24　看護師が訪問して検体検査を行った場合、検体検査実施料が算定できるという規定があるため、この要求でいう「技術料」とは「検体採取料」のことと思うが、医療機関内で看護師が検体採取等を行い採取料を算定するのと、医師のいない訪問看護において実施した看護師の「手技料」を同一視し、正面から算定を要求することが妥当かどうかは、もう少し議論の整理が必要である。また、これを要求するのであれば、訪問看護ステーションの看護師の場合も要求するのか（今の点数表上どのような要求の仕方になるのか）、そして、検体採取料にとどまらず注射や処置の手技料についても同様に要求していくのかなどを整理する必要がある。まずは、前段として在宅医療における「診療の補助行為」とは何かについて、診療報酬請求と保助看法との関係をよりクリアに整理したうえで、上記の内容を一体のものとして要求すべきと考える。

山口 2/24　毎回指摘しているが、「診療報酬は医療行為に対する評価（診療の補助行為ではない）」とされている以上、在宅患者に対する看護職員の手技料（採血料）を認めよとする要求は、厚労省からは受け入れられないと考える。例えば、訪問看護時の点滴注射は、在宅患者訪問点滴注射管理指導料として、あくまで医師が指示した上での「管理指導」であるし、訪問看護時の静脈注射は、在宅患者訪問看護・指導料に含まれるとされる（手技料の算定は認められていない）。タスクシフトが進められる中において一層不合理だというならば、診療報酬上の位置付けも含めて、法的位置づけを議論した上で、要求を掲げるべきである。前回、当会からの意見に対して「引き続き並行して検討していきたい」と対応されたが、検討したのであれば、法的整理を示した上で、要求を組み立てて頂きたい。

＜対応案＞　現行の法制度上の整合性との観点から、本要求は一度取り下げ、在宅医療での看護師の役割拡大やその診療報酬上の評価のあり方については、問題提起があれば、あらためて議論することとさせていただきます。

［Ⅱ-2-（65）］ＲＳウイルス抗原定性、ノロウイルス抗原定性（D012「25」、「26」）のような感染力が強くかつ社会生活にも著しく影響を与える危険性のある感染症に関する検査については年齢制限を撤廃すること。

要求理由　ＲＳウイルス感染症は「2 歳までにほぼ 100%の児が少なくとも 1 度は感染する」とされており、少なくとも 1 歳代で罹患することがあるため、小児科にとっては重篤な疾病との認識がある。また同様に、ノロウイルスについても感染力が強く、ひとたび感染が拡大すると、地域社会全般にも多大な影響をもたらす可能性が極めて高い。

ウイルス感染の早期発見並びに感染拡大による被害を最小化するためにも、これらのウイルス検査については、年齢制限を撤廃すべきである。

［Ⅱ-2-（66）］グロブリンクラス別ウイルス抗体価（D012「39」）同一ウイルスについて IgG 型ウイルス抗体価および IgM 型ウイルス抗体価を測定した場合の算定制限を撤廃し、両方とも算定できるようにすること。

要求理由　グロブリンクラス別ウイルス抗体価について、同一ウイルスについて IgG 型ウイルス抗体価および IgM 型ウイルス抗体価を測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定することとなっているが、初回診察で確実な診断をするためには、ペア血清（IgG と IgM を両方検査）が必要となるため、状況に応じて両方算定できるようにすべきである。

【Ⅱ-2-（67）】細菌顕微鏡検査（D017）の点数を引き上げること。

要求理由　細菌顕微鏡検査は細菌培養同定検査と併せて原因菌を迅速に特定し、適切な抗菌薬を決定するなど、治療方針を立てるうえで重要な検査であり、経験と技術が問われる検査である。22 年改定で若干引き上げられたが、依然、点数は低くさらなる引き上げを求める。

［Ⅱ-2-（68）］経皮的動脈血酸素飽和度測定（D223）について、局所麻酔時にも必要に応じて算定できるようにすること。

要求理由　一定量の麻酔薬を使用する局所麻酔により手術を実施した場合など、静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者以外にも SpO2 測定が医学的に必要な患者は多点も踏まえ、医師が必要と判断した場合は全て算定できるようすべきである。

［Ⅱ-2-（69）］終夜睡眠ポリグラフィー（携帯用装置を使用した場合）について、口腔内装置を製作した場合は、6 月に 1 度の要件を廃止し、製作後早期に検査が算定できるようにすること。

要求理由　終夜睡眠ポリグラフィー（携帯用装置を使用した場合）について、「当該医療機関からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療効果判定のため6月に1回を限度として算定できる」とされている。そのため、PSGにより睡眠時無呼吸症候群と診断し、歯科でマウスピースを製作した場合、歯科医療機関からの依頼によりPSGを実施しても、前回検査日（診断時の検査）から6月経過していないと査定されてしまう。製作した口腔内装置が正常に機能していなければ装着する意味がなく、その判定は製作後早期に行う必要がある。また、マウスピースを調整したり作り直したりした場合にも効果判定のために検査が必要となる。前回検査日から6カ月経過していなくとも算定できるよう改善を求める。

［Ⅱ-2-（70）］色覚検査（D267）について、色覚異常に関する患者･家族への長時間の説明を評価~~する加算を新設すること~~し、点数を引き上げること。

要求理由　色覚異常について、学校検診でも希望者については調べられるようになったが、「異常」という言葉が災いして子どもに悪影響を与えることがあり、説明書を渡して学校生活への影響、就職先への制限など、子ども・親への丁寧な説明が求められ、時間を要するケースが多い。患者・家族への丁寧な説明と生活指導~~に対する加算の新設を行うべきである。~~への対応を評価し、当該検査料を引き上げること。

山口 2/24　長時間の説明に対する加算というのは受け入れられにくい。生活指導を行うケースがほとんどであるならば、色覚検査の点数そのものを引き上げる要求のほうがよい。
＜対応案＞　ご意見を反映し、上記のように修正します。

［Ⅱ-2-（71）］コンタクトレンズ検査料（D282-3）を算定した患者について、コンタクトレンズ装用が続く限り初診料が算定できない取り扱いを廃止すること。

要求理由　一度コンタクトレンズを処方した事を理由に、他の疾患で新たに診察した際に初診料が算定できないことは理不尽極まりない。この取り扱いは直ちに廃止すべきである。

［Ⅱ-2-（72）］ダーモスコピー（D282-4）の算定要件について下記の改善を実施すること。

①有用である疾患について行った場合にも算定できるよう対象疾患を追加すること。

要求理由　ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、色素性母斑などの色素性皮膚病変の診断を目的で行った場合に、初回の診断日に限り算定することとなっている。しかし、同検査は色素性皮膚病変以外の皮膚腫瘍（良性、悪性）、様々な皮膚疾患（乾癬、扁平苔癬など）の診断や疣贅の効果判定、治癒判定にも有用と報告されている。エビデンスの認められる対象疾患は更に追加すべきである~~対象疾患を追加すべきである~~。

埼玉 2/24　「対象疾患を追加すべきである」を「エビデンスの認められる対象疾患は更に追加すべきである」と書き改めてはどうか。
＜対応案＞　ご意見を反映し、上記のように修正します。

②新たな別疾患に対して必要があって行った場合は、前回の実施から1月が経過していなくとも、別途算定できるように認めること。

要求理由　別部位・別疾患に対しての検査まで包括されるのは不合理である。

③経過観察の目的で行った場合の4カ月に1度との算定制限を撤廃すること。

要求理由　悪性が疑われる場合など1カ月後の再検査が必要な時もあり、悪性度の高い色素性疾患は、手遅れになると生命にも関わり、訴訟のリスクも高まる。4カ月に1回と算定を制限する現行の要件は、医学的・社会的双方において不合理である。経過観察の目的で行った場合にも必要に応じて算定できるよう要件の見直しを求める。

［Ⅱ-2-（73）］皮膚貼布試験、薬物光線貼布試験、最少紅斑量（MED）測定の点数を適正な水準に引き上げること。

要求理由　皮膚貼布試験、薬物光線貼布試験、最少紅斑量（MED）測定は、皮内反応検査などの項目とともに、21箇所以内の場合（1箇所につき）16点、22箇所以上の場合（一連につき）350点とされている。しかし、皮膚貼布試験、薬物光線貼布試験、最少紅斑量（MED）測定の手技は、特殊、煩雑であり、検査に長時間を要する。また、判定には皮膚科学的専門性が必要不可欠である。したがって、皮膚貼布試験、薬物光線貼布試験、最少紅斑量（MED）測定を皮内反応検査などの項目と同列の点数とせず、例えば、特異的IgE半定量・定量1検体110点並みまで適正な引き上げを求め

る。

［Ⅱ-2-（74）］内視鏡検査時等の PPE（個人用防護具）の費用について評価すること。

要求理由　内視鏡検査時等に使用する PPE の費用について、従前より手術、内視鏡検査における感染症対策に対する評価がされていなかったことが、コロナ禍によって浮き彫りとなった。今後より一層の感染症対策が必要とされ、PPE 着用が必要な手術や内視鏡検査等の点数を引き上げること。~~その費用について評価を求める。~~

山口 2/24　ＰＰＥの費用を診療報酬上で評価させるのは困難と考えられ、ＰＰＥ着用が必要な手術料や内視鏡検査の点数引き上げを求めたほうがよい。
＜対応案＞　ご意見を反映し、上記のように修正します。

［Ⅱ-2-（75）］大腸内視鏡検査（D313）の点数を引き上げること。

要求理由　実施内容に対して点数が低すぎる。胃・十二指腸ファイバースコピー（D308）の点数が 1,140 点である点を鑑みても、少なくとも現行の 5 割程度の点数引き上げが必要である。

［Ⅱ-2-（76）］採血料について、検査の種類にかかわらず行った検体採取方法に基づく算定を認めること。

要求理由　末梢静脈が細く、何回か静脈からの採血を試みるも採取できなくて動脈血を採取して血液検査を行った。理由をコメントして動脈血採取を算定したが動脈血を用いる検査でないとの理由で認められなかった。検査項目で一律に審査するのではなく、医師の裁量を認め、事情があって静脈血採血ができなかった場合等は、行った手技がきちんと算定できるようにするべきである。

【画像診断】

［Ⅱ-2-（77）］他医撮影の CT･MRI フィルムにかかる診断料や内視鏡検査に係る診療報酬の算定について、初診料を算定した日に限る旨の規定を見直し、再診時でも医学的に必要があって診断をつけた場合は労災診療と同様に算定できるようにすること。

要求理由　CT・MRI の撮影依頼を他医に行った場合、撮影を行った医療機関では専門的な診断まで下すことができないこともあり、改めて自院で診断をつける必要がある場合も多い。再診の場合、診断をつけているにも関わらず、診断料が算定できないことは不合理である。

【投薬】

［Ⅱ-2-（78）］内服薬多剤投与に係る減額規定を廃止すること。

①地域包括診療料･地域包括診療加算の算定対象患者に限らず、入院外の全ての患者に対して、1 処方につき 7 種類以上の内服薬の投薬を行った場合、薬剤料を 90/100 に減額する規定を廃止し、むしろそうした患者を治療する場合においては評価を引き上げること。

②同様に 7 種類以上の内服薬の投薬を行った場合に処方料及び処方箋料を減額する取扱いについても、少なくとも F100 処方料を 42 点、F400 処方箋料を 68 点まで評価を引き上げること。

要求理由　1997 年 9 月に導入された外来薬剤一部負担の制度自体、既に 2003 年 4 月 1 日付で廃止されているにもかかわらず、当時の名残として 7 種以上の場合の減額措置が存在しているのは不合理である。また、高齢の患者については複数の疾病に罹患しているケースが多く、1 疾病に対して複数種類の薬剤が必要な場合は 6 種類までに収めるのは困難を伴うことが多いため、医療現場からは「必要な薬剤を処方しただけで減額されるのは不合理だ」との声が寄せられている。多剤投与が必要な患者は現実に存在しており、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。こうした点も踏まえて、7 種類以上の内服薬の投薬に係る減額規定は廃止し、むしろ多剤投与が必要な患者を治療する場合においては評価を引き上げるべきである。また、当該減額措置の廃止に伴い、処方料・処方箋料の減額も当然に廃止し、同様に評価を引き上げるべきである。

［Ⅱ-2-（79）］常勤薬剤師の配置のある医療機関の院内処方における調剤技術基本料の評価を引き上げること。

要求理由　調剤技術基本料の算定に当たっては、常勤の薬剤師配置という厳格な人員配置基準が求められるにも関わらず、評価が低く据え置かれており、少なくとも調剤報酬と同等の水準にまで引き

上げられるべきである。

［Ⅱ-2-（80）］一包化加算を新設すること。

要求理由　院内調剤を行う診療所等において、薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮して、分包機を導入して一包化している医療機関が~~実際に~~存在している。これを~~調剤報酬と同様、~~評価すべきである。

京都 2/22　「調剤報酬と同様」との記述があるが、2022 年度改定で、調剤報酬では一包化加算が廃止されて外来服薬支援料２に組み込むという「誤魔化し」が行われた。医科点数では、出来高点数として評価させるべきである。
＜対応案＞　ご意見を反映し、上記のように修正します。

~~**［Ⅱ-2-（77）］残薬の調整に関する評価を新設すること。**~~

~~要求理由　調剤薬局では、残薬調整に対して重複投薬・相互作用等防止加算が設定されているが、医療機関での調整に対しては設定されていない。残薬を確認して調整する行為は調剤薬局のみならず医療機関においても、調整の是非の判断も含め、多くの時間と手間を要する。こうしたプロセスに対する評価が医療機関に存在しないのは不合理である。従って、少なくとも医療機関と調剤薬局が互いに緊密に連携をして残薬調整を実施した場合の評価を新設すべきである。~~

山口 2/24　残薬調整の評価については、［Ⅱ-２-（18）］薬剤総合評価調整管理料（B008-2）の要求に一本化して、整理してはどうか。
＜対応案＞　ご意見を反映します。

［Ⅱ-2-（81）］湿布薬の処方枚数の制限を撤廃すること。

要求理由　湿布薬の１回毎の処方枚数は、2016 年に 70 枚に制限され、22 年改定でさらに 63 枚へと切り縮められた。湿布薬の処方は、枚数、グラム数、大きさ等、治療部位によっても使用する枚数が異なり、算定枚数に上限を設けるのは医師の裁量への侵害である。湿布薬の処方枚数制限は即時撤廃するべきである。

［Ⅱ-2-（82）］湿布薬処方について「1 日用量又は投与日数」の処方箋記載の義務付けはやめること。

要求理由　外用薬は総量で処方するのがルールであり、他の外用薬との整合性が取れない。現実の製剤の規格と合わない（割り切れない）状況も生じている。22 年改定でレセプト摘要欄への記載は不要となったが、処方箋への記載は定められている。不合理な記載事項による事務負担を増やすべきではない。総量記載とすべきである。

［Ⅱ-2-（83）］向精神薬多剤投与及び向精神薬長期処方に係る減額規定を廃止すること。1 処方につき 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬又は 4 種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合に減額する規定や算定制限、不安又は不眠の症状に対するベンゾジアゼピン受容体作動薬について、1 年以上連続して同一の成分を 1 日当たり同一用量で処方した場合の減算規定は撤回すること。

要求理由　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。医療現場では、一律の線引きによる減算規定の設置により、従来処方を受けていた薬が処方されないことで、症状が悪化した事例や不安から医師に詰め寄る鬱病や統合失調症の患者が出る等、混乱が起こっている。多剤投与が必要な患者は現実に存在しており、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。こうした点も踏まえて、向精神薬多剤投与に係る減額規定は廃止すべきである。

［Ⅱ-2-（84）］特定疾患処方管理加算について、下記の改善を行うこと。

特定疾患処方管理加算 2（特定疾患に対する薬剤の処方期間が 28 日以上の場合）の点数を引き上げたうえ、下記の改善を実施すること。

①難病外来指導管理料を算定している場合といった、難病、特定疾患の複数を主病としている場合でも同加算を算定できるようにすること。

要求理由　患者に対し長期に処方を行うことは、診療の際に患者の病態を一定期間先まで見通す技術に加え、丁寧な説明と同意を要するものであり、現行の点数では医師の裁量権が適切に評価されているとは言えないため、引き上げるべきである。

また、現行の診療報酬体系では、医学管理において、その全般的な取り扱いとして、「患者が複数

の医学管理にまたがる疾患持つ場合、主病はいずれか１つでしか算定できない」（平成 13 年版医科診療報酬 Q&A、社会保険研究所）とされており、同加算についても同様の取り扱いがなされている。

難病法の対象疾患が拡大され、厚労省の定める「難病」と「特定疾患」の双方が主病の患者も今後、増加することが推察される中、こうした取り扱いは、医療機関がそれぞれ高度な専門性が求められる疾患を主病として持つ患者の一体的な管理を妨げるものである。難病、特定疾患の複数を主病としている場合でも同加算を算定できるようにすべきである。

②主病の周辺症状に対して 28 日以上処方した場合も算定を認めること。

要求理由　同加算は、「主病である特定疾患に対して 28 日以上処方した場合に算定できる」とされているが、主病の周辺症状に対して 28 日以上の処方を行っても算定が認められていない。同加算は本来、「長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図る」趣旨のものであり、投薬がその趣旨に即していれば算定は認められるべきである。

［Ⅱ-2-(85)］ 一般名処方加算について、調剤薬局の都合で加算の対象とならない薬剤が処方されても、算定できることを明記すること。

要求理由　薬局で後発医薬品の在庫がなく先発品を出したり、後発医薬品でも一般名処方加算の対象とならない薬剤を調剤するなど、処方箋交付時には医療機関が知り得ない対応を理由に減点査定が行われているが不合理であり、改善すべきだ。

埼玉 2/24　以下の要求を追加してほしい。
一般名処方による処方箋を交付した場合は、調剤薬局の都合で加算の対象とならない薬剤が処方されても、算定できることを明記すること。
【要求理由】現在、審査において一般名処方加算が調剤薬局のレセプトで処方された薬剤によって、減点されるとの相談が寄せられている。薬局において、後発医薬品の在庫がなく先発品をだしたり、後発医薬品でも一般名処方加算の対象とならない薬剤を処方するなど、処方箋交付時には医療機関が知り得ない形で減点査定が行われている。
＜対応案＞　一般名処方加算への改善要求として新設します。

［Ⅱ-2-（86）］後発医薬品の使用促進について、後発医薬品の銘柄を指定し変更不可として処方する場合に理由記載を求めることはやめること。

要求理由　医師が臨床経験に基づいて判断した処方は尊重されるべきであり、殊更に理由記載という事務負担を増やすのは診療内容に対する過剰な介入である~~更なる事務負担を増やすのは本末転倒である~~。一般処方に対する加算等、政策的な誘導を目的とした加算ではなく、医療の執行の原資としての診療報酬という意味合いに照らして、政策誘導の色彩を持たない基本診療料を大幅に引き上げるべきである。

2/24 埼玉　「更なる事務負担を増やすのは本末転倒である」を「殊更に理由記載という事務負担を増やすのは過剰な診療内容に対する介入である」と事務負担の問題に焦点を合わせた記載にしてはどうか。
＜対応案＞　ご意見を反映し、上記のように修正します。

［Ⅱ-2-（87）］リフィル処方箋は廃止すること。

要求理由　処方料の留意事項では、医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間にしたがったものでなければならないとした上で、30 日を超える長期処方について、病状の安定等を医師が確認し、病状が変化した際の対応方法等を周知するとの条件を定めている。

しかし実際には、30 日超の長期処方によって「患者が服薬を忘れたり、中断したため、病状が改善しなかった」「病状が悪化したが、患者が次回再診予約まで受診を我慢してしまった」などの問題が報告されている（日医総研ワーキングペーパーNo.378、2017 年）。リフィル処方箋の使用が想定される慢性疾患の患者への対応は、感染症・合併症の兆候や重篤疾患の初期症状など、微細な病態変化への認識、迅速・的確な対処ができることが前提となる。新型コロナウイルス感染症が重症化するリスクも高い患者であり、より注意を求められる。

症状が安定している慢性疾患の患者であっても、定期的な診療を行い、疾病管理の質を保つことが重要である。リフィル処方によって医師の診察を受けない期間が長期化すれば疾病管理の質が低下しかねず、容認できない。

調剤に際しては、薬剤師が患者の服薬状況、状態の変化、副作用の発現等を確認し調剤の可否を

判断することになる。これは事実上、診断に近い医学的判断を下すものだ。現状の薬剤師の役割や責任を超えた行為を一方的に課す点にも問題がある。また、多くの薬局では患者のプライバシーが守られる個室等の設備が整っていない点も問題だ。

そもそも、リフィル処方箋は中医協等での安全性の検証もなく、2021 年末の大臣折衝で突如導入された。政府は 22 年度予算案で、リフィル処方箋導入の影響を診療報酬改定率ベースで▲0.10%、国費ベースで▲100 億円程度の削減と試算してもいた。医療の安全性を犠牲にして医療費削減を進める意図が明白である点からも、賛同できない。

山口 2/24　要求理由がほぼ論文と化している。

＜対応案＞　リフィル処方箋については、22 年改定で新設された懸念点も多い制度が初めて記載されることから、問題点を整理するために詳細に記載しましたが、今後については記述の簡素化を検討します。

【投薬】へのその他の意見

島根 2/20　「処方料」「処方せん料」を処方期間に応じ「１月以内」「１月超２月以内」「２月超」とし、長期であるほど高い評価とすること。新型コロナの影響もあり受診間隔が長期化の傾向にあり、患者管理に対する医師の責任が増しているため。

＜対応案＞リフィル処方箋廃止への考え方と矛盾が指摘されかねないため、長期処方については、慎重な検討を継続することとなりました。

【注射】

［Ⅱ-2-（88）］薬物療法における処方技術を適正に評価する観点から、現行では全く評価されていない「注射の処方」に係る評価を新設すること。

要求理由　内科系学会社会保険連合（正式略称：内保連）は 2013 年 4 月 23 日、「薬物療法における医師の技術評価」の提言をとりまとめた。その中で、内保連は「…今日の薬物療法における医師の基本的かつ固有の役割は、内服薬、注射薬等薬剤の種類にかかわらず、いかなる薬剤を選択し、どのような量を、どのような間隔で、いつまで投与するかという、処方を行うことにある」として、「薬物療法における医師の処方技術は、外来・入院、“投薬”・“注射”を問わず、あらゆる薬物療法において評価されなければならない」と指摘している。保団連は、当該見解を踏まえ、外来点数において「注射の処方料」の新設を要望する。

＜修正案＞　請求理由について、内保連の新たな情報を踏まえ、以下の文案で修正してはどうか。

内科系学会社会保険連合（内保連）の提言では、種類に関わらず薬剤の選択や投与期間・量等の決定を行う「処方」を、薬物療法における医師の基本的かつ固有な役割であると強調し、「外来・入院、“投薬”・“注射”を問わず、あらゆる薬物療法において評価されなければならない」と指摘している（2013 年「薬物療法における医師の技術評価」）。また、外来については外来化学療法加算が存在するものの、注射の処方料・処方箋料に相当する評価は存在しないと述べている（2020 年「内保連グリーンブック」）。当該見解を踏まえ、外来点数において「注射の処方料」の新設を要望する。また同様の問題は在宅医療においても検討が必要だ。

［Ⅱ-2-（89）］注射実施料の点数設定が依然として低すぎるため、抜本的な引き上げを行うこと。

要求理由　現行の点数においては、外来時は注射のシリンジ・針・消毒綿・点滴ラインなど材料の費用が注射の手技料に包括されるなど、所定点数では到底まかなえない評価に留まっている。また、注射そのものが、一つ誤れば重大なトラブルになり細心の注意を必要とする医療行為である点もより評価されるべきである。少なくとも、注射に係る各手技料については、材料費分を加えた点数を上乗せした水準にまで所定点数を引き上げることとし、少なくとも皮内、皮下及び筋肉内注射を現在の 22 点から 30 点に、静脈内注射を現在の 32 点から 50 点に引き上げるべきである。

［Ⅱ-2-（90）］大量皮下注射、皮下点滴注射の点数を新設すること。

要求理由　末期の患者や老人のターミナルケアの患者は、血管の中に針が入らない患者が多い。この場合、500～1000ml の点滴薬剤を、大量皮下注射又は点滴皮下注射で投与することがある。長い時間をかけて皮下に入れると、確かに腫れるが、長い時間をかけて吸収される。現行評価の下では、皮下注射の手技料で請求~~しており、レセプトが返戻、査定されたことはないが、~~されているが、在宅医療、高齢者施設での医療における中心的手技にもなってきていおり、この点からも大量皮下注

射、皮下点滴注射~~の~~を独立した手技料として、点滴注射と同等の点数~~が~~で新設すべき~~必要~~である。

京都 2/22　大量皮下注射、皮下点滴注射だが、在宅医療、高齢者施設の医療では、中心的手技になってきている。新設を強く押し出してほしい。
＜対応案＞　ご意見を反映し、上記のように修正します。

［Ⅱ-2-（91）］入院患者には算定が出来ない注射の手技料を算定できるようにすること。

要求理由　皮下筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射に要する技術は、外来と入院とで何ら変わるものでない。それにも関わらず、それらの注射の手技料そのものが入院基本料に包括され、算定できないのは不合理である。

［Ⅱ-2-（92）］静脈内注射や点滴注射に乳幼児加算と同様に高齢者加算を新設すること。

要求理由　点滴注射において注射量で点数を区切る不合理な取り扱い、高齢者の場合静脈への穿刺が困難な事例が多いにも関わらず、現状では全く評価されていない。

こうした状況を踏まえ、静脈内注射・点滴注射においては、乳幼児加算と同様に高齢者加算の新設を求める。

［Ⅱ-2-（93）］外来での抗悪性腫瘍剤局所持続注入の化学療法を実施した後、在宅で継続して持続注入した場合の携帯型ディスポーザブル注入ポンプの算定を認めること。

要求理由　抗悪性腫瘍剤局所持続注入で、特に FOLFOX 療法は外来で 2 時間程度の化学療法の後、5-FU 注を 46 時間持続注入するため、在宅で行うことが多い。しかしながら、このように外来から継続して、在宅で悪性腫瘍剤局所持続注入を実施した場合は、従前より同手技料の算定要件は「ポンプ利用時のポンプ費用は所定点数に含まれる」として、原則注入ポンプの算定は認められておらず、また在宅医療においても C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料や C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算も算定できない。そのため、現状では医療機関は G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 165 点で携帯型ディスポーザブル注入ポンプ約 3,500 円を負担することになり、大変不合理であり、算定を認めるべきである。

［Ⅱ-2-（94）］プラスチックカニューレ型静脈内留置針は使用頻度の高い医療材料である。特定保険医療材料に復活させ、併せて在宅での特定保険医療材料として追加すること。

要求理由　現状では特に高齢者に対する在宅での注射や点滴ではプラスチックカニューレ型静脈内留置針の使用が一般的で使用頻度が高く、同留置針の算定要件は「おおむね 24 時間以上にわたって経皮的静脈確保を必要とする場合」などとされている。上述のような在宅医療の現場での使用実態を踏まえ、特定保険医療材料に復活させ、併せて在宅での特定保険医療材料として指定すべきである。

【リハビリテーション】

［Ⅱ-2-（95）］リハビリテーションの疾患別体系にかかわらず、個々の患者の病態に応じて、医師が患者の意志を尊重しながら必要なリハビリテーションを柔軟に実施できるよう、医師の裁量の範囲を増やすこと。

要求理由　医師がリハビリの必要性を認めた場合は、現状の疾患別体系で規定されている病名とは関係なく、必要なリハビリの点数を算定できるようにするべきである。

［Ⅱ-2-（96）］リハビリテーションの施設基準について、面積要件等専用施設に係る施設基準を緩和すること。

要求理由　早期介入や ADL 訓練を重視する傾向にあり、病棟等専用施設以外でリハビリテーションを行う場合も疾患別リハとみなされ算定が認められており、その機会が非常に多くなっている。そうした状況を踏まえて、面積要件等専用施設に係る施設基準は緩和すべきである。

［Ⅱ-2-（97）］疾患別リハビリテーション等において、ジョイントセラピーを評価した加算点数を新設すること。

要求理由　1 対 1 で行う個別訓練が基本であるが、1 人の患者に複数のセラピストが同時に関わり訓

練を行う場合がある。現行では複数のセラピストが同時に訓練を行っても１人分の点数しか算定できないので、複数で行った場合の人件費等に見合った評価が必要である。

［Ⅱ-2-（98)］疾患別リハビリテーション等において、休日もリハビリテーションが提供できる体制を評価した「休日体制加算」を新設すること。

要求理由　昨今は 365 日リハビリテーションを提供する体制が充実しつつある。しかし、休日の場合、平日よりもさらに人件費が必要となる。従って、回復期リハビリテーション病棟で評価しているように、休日の体制も評価する必要がある。

［Ⅱ-2-（99）］要介護者、要支援者の入院外の患者に対する維持期リハビリテーションを復活すること。

要求理由　2019 年 3 月末で廃止された要介護者、要支援者の入院外の患者に対する維持期リハビリテーションは、リハビリテーションに算定日数上限が規定されている現状のもとでは、患者の ADL 維持や QOL の向上に必要不可欠な役割を果たしていた。算定日数上限後は介護施設のリハビリに移行として整形外科診療所の短期間デイケアを勧めるなどの対応が取られるが、報酬が低く実施するクリニックは少ない。患者の健康を取り戻し、生きることに希望を持って取り組めるようにする~~ことは、まさに~~ためにも、医療~~の役割であるため、~~の維持期リハビリテーションを復活~~する~~し、報酬上適正に評価することが必要である。

埼玉 2/24　以下の記載を追加。要介護者、要支援者の維持期リハについて、算定日数上限後は介護施設のリハビリに移行として整形外科診療所の短期間デイケアを勧めていたが、実施するクリニックは少ない（1 週間に半日だけしか実施しないこともある）。これはデイケアの施設・内容の要件が多い割に診療報酬が低いため、仕事をさせるのは採算が合わないからである。適正な診療報酬での評価を求める。

＜対応案＞　ご意見を反映し、上記のように修正します。

［Ⅱ-2-（100)］介護保険への移行を促す項目は廃止し、必要なリハビリテーションは医療保険で実施すること。その上で、下記項目については特に早急に取り組むこと。

①リハビリテーションの算定日数上限は撤廃すること。

②算定日数上限を超えて疾患別リハビリテーションを実施する場合の「介護保険のリハビリテーションを受けるための手続き等の指導」について要件から外すこと。

③要介護被保険者等である患者に対して、「介護保険におけるリハビリテーション」に移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないとする給付調整通知を廃止すること。

④介護保険移行への取り組みがなされなければリハビリテーション料の減算を課す、目標設定等支援管理料は廃止すること。また、同様に要介護者･要支援者に対する入院の維持期リハビリテーションの減算や同様の趣旨で平成 30 年診療報酬改定にて新設されたリハビリテーション総合計画評価料の 2 を廃止すること。

要求理由　介護保険での維持期リハの利用状況の面で、特に高齢者においては継続的なリハが ADL 維持に極めて重要な意味を持つ中で、「介護保険の維持期リハでは、要介護者等に対する給付額が決まっており、リハが必要と医師が判断してもケアプランに位置付けられなければ実施できない」、「ケアマネの介入により優先順位が後回しになるケースが多く、対応に苦慮」との形で関係職種との意思疎通に手間取り、迅速なリハ実施が困難となっている実態も報告されている。

そもそも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と認識を改めるべきである。

そして、患者の病態に応じたきめ細かな対応を担保する上でも、①リハビリテーションは全て医療保険から給付されることとし、②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、③必要なリハビリ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である。そして、上述のリハビリ現場からの実態報告を踏まえて、要支援者に対する入院の維持期リハビリテーション患者への減算や、リハビリ開始後に算定日数上限の３分の１経過以降から点数を減算する趣旨のリハビリテーション総合計画評価料の２を廃止すべきである。

また、直近の問題として、新型コロナウイルス感染症後の患者については肺機能の低下が著しく、数歩歩くことすら困難な患者もおり、日常生活に戻るためにもリハビリテーションの算定日数上限は廃止するべきである。

［Ⅱ-2-（101）］除外対象患者に対する疾患別リハビリテーションを継続する際に、「改善の見込み」を明細書に記載することが求められているが、こうした臨床に直接関係のない事務作業をすべて廃止し、臨床に専念できる点数とすること。

要求理由　患者の病態に応じたきめ細かなリハビリテーションの提供を適切に実施する上でも、臨床に直接関係のない事務作業をすべて廃止し、臨床に専念できる環境を整えるべきである。

［Ⅱ-2-（102）］各リハビリテーション料の施設基準（Ⅱ）（Ⅲ）のように人件費も賄えない点数は引き上げること。

要求理由　脳血管疾患、運動器、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）や呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準にも理学療法士等の従事者の配置要件があるにも関わらず点数が極めて低いため、人件費さえも賄えない実態がある。また、本来は理学療法士等の専門職種が実施する同一内容のリハビリについては評価に格差を持ち込むべきではない。人員基準や施設基準を設ける場合は、基準を満たすために必要な費用を考慮した点数に引き上げるべきである。

［Ⅱ-2-（103）］別表第 9 の 8「疾患別リハビリテーション料に規定する算定日数の上限の除外対象患者」に「新型コロナウイルス感染症後遺症の患者」を新たに追加すること。

要求理由　新型コロナウイルス感染症後遺症の患者について、肺の回復が十分にされず、歩行困難な症例が見受けられる。こうした症例に対応するため、リハビリ算定日数上限の適用除外に「新型コロナウイルス感染症後遺症の患者」を追加することを求める。

【精神科専門療法】

［Ⅱ-2-（104）］通院･在宅精神療法（I002）、精神科継続外来支援･指導料（I002－2）の点数について「1 回の処方で 3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬が処方されている場合、所定点数の 50/100 に減額する措置」を撤回すること。

要求理由　精神科の基幹点数でもあるこれらの所定点数を、診療報酬上のペナルティとして半減させるのは問題である。このような大幅減額による強引な誘導によって、処方される薬剤の種類が減ることで「患者の状態が悪化して入院患者が増えかねない」との危惧の声も寄せられている。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。

［Ⅱ-2-（105）］通院･在宅精神療法（I002）について下記の改善を実施すること。

①点数を大幅に引き上げること。

要求理由　社会的要因により精神疾患を有する患者が増え続ける中、通院・在宅精神療法の評価は 1998 年（392 点）より大幅に引き下げられている（現在は 330 点で 2 割近く減点されている）。精神疾患は、がんや脳卒中や糖尿病などと並び、厚労省の「5 大疾病」に位置図けられ、うつ病や高齢化に伴う認知症が急増する中で精神疾患に対する治療の重要性は増す一方であり、点数の大幅な引き上げを行うべきである。

②自殺のリスクの高いなど､医師が週 2 回以上の通院･在宅精神療法が必要と感じた患者については、週 2 回以上通院･在宅精神療法を算定可能とすること。

要求理由　患者の状態によっては、計画に沿えず週内に頻回受診が実施される場合もある。その場合においても、通院精神療法を実施する際と同様の対応が求められるが、現行ではその部分の評価が無く、非常に不合理となっている。通院・在宅精神療法の引き上げ並びに週 1 回とされている算定制限の緩和など、十分な治療を実施できるよう評価すべきである。

③診察時間の要件（初診時の 30 分、再診時の 5 分要件）は撤廃すること。

要求理由　現状の診察において、初診 30 分以内、再診 5 分以内で終了する診察は、現実的には想定されるものではない。そうした非現実的な想定に基づく時間要件は不合理極まりない物であることから撤回すべきである。

~~**④対面診療を基本としつつ、診療の支援、補助として電話等による診療を行った場合において通院精神療法を算定可能とすること。**~~

~~要求理由　外出できない精神疾患患者も多く、電話等による精神療法を行うことも多い。原則対面診療を基本としつつ、診療の支援、補助として電話等で診療した場合でも通院・在宅精神療法の評価をするべきである。~~

山口 2/24　④について　前回も指摘したが、電話等による診療を行った場合でも、通院精神療法を認

めること、との要求は違和感がある。診療の支援、補助として行うのであれば、本体点数よりも低い点数となることを念頭に、新型コロナの臨時的取扱いとして運用されている内容（電話等による診療で精神療法を行った場合、月 1 回 147 点が算定可）を恒久化する要求にしか見えない。これを認めると、他の点数にも影響が出かねず、また、オンライン診療の拡大には慎重に対応すべきであることから、この要求は掲げるべきでないと考えるが、どうか。
＜対応案＞　ご意見を反映し、④は取り下げます。

［Ⅱ-2-（106）］精神科在宅患者支援管理料の初回算定月より 2 年とする算定制限を撤廃すること。また、同一医療機関であっても患者ごとに「1」「2」を選択して算定することができるようにすること。

要求理由　2020 年診療報酬改定で精神科在宅患者支援管理料は、初回算定日の属する月を含めて 2 年を限度として算定するとされた。しかし、精神疾患の患者がすべて 2 年以内に治癒もしくは外来通院に移行できるわけではない。また、「ひきこもり」の長期化や高齢化が社会問題化している。治療の継続を打ち切るような期限の制限は行うべきではない。

また、精神科在宅患者支援管理料の「1」と「2」の違いは自院又は特別の関係にある訪問看護 ST の看護師からの訪問看護を行っているか、連携する訪問看護 ST から訪問看護を行っているかになる。精神科訪問看護は特に患者との関係性が重要で、病態によっては自院の看護師では対応できずに訪問看護 ST に頼らざるを得ない場合もある。このような場合に、同一医療機関という理由だけで

「1」と「2」を患者ごとに分けて算定できないことに著しい不合理が生じており、事務連絡（平成 26 年 3 月 31 日）は廃止するべきである。

【処置】

［Ⅱ-2-（107）］処置の項目について手術と同様に通則での乳幼児加算を新設すること。

要求理由　処置全般に関して、乳幼児を診察する際にかかる時間や人員を勘案して、その評価として通則での乳幼児加算の新設を求める。22 年改定で耳鼻咽喉科処置に乳幼児加算が新設されたが、他の処置にも加算の対象を広げるべきだ。

［Ⅱ-2-（108）］処置の各点数を適正に引き上げること。また、他の処置点数を包括しないこと。

要求理由　処置点数の適正な引き上げを行うべきである。22 年改定では耳処置、鼻処置、口腔、咽頭処置が 2 点引き上げられたが、そもそもの点数が低く、さらなる引き上げが必要だ。加えて、例えば鼻処置と口腔、咽頭処置は併せて行ってもいずれか一方のみの算定となり、ただでさえ低い点数が包括させられており、医師の技術料の評価として見合わない。その他、処置を行った方が、処置を行わなかった場合よりも点数が低くなる矛盾（外来管理加算 52 点よりも低い処置点数）を早急に解決すべきである。

［Ⅱ-2-（109）］処置全般について、対称器官や同一臓器であっても、それぞれ処置を行った場合や、複数部位、複数回数処置を行った場合には、それぞれを評価し、それに応じた十分な点数を設けること。

要求理由　絆創膏固定、いぼ焼灼法等、軟属腫摘除、爪甲除去、高度な変形・肥厚、いぼ冷凍凝固など、何回処置を行っても 1 回分しか算定できないことは不合理である。複数部位、複数回数処置を行った場合には、それぞれを評価した点数設定にするべきである。

［Ⅱ-2-（110）］処置の通則の「対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする」とした記載を削除し、片側ごとに算定できるようにすること。

要求理由　たとえ対称であっても両側の器官について処置を実施することは、2 回処置を行うことを意味する。例えば鶏眼・胼胝処置や絆創膏固定術などを左右それぞれ別個の処置とするなど、片側ごとに算定可能とすることが正当な評価である。

旧Ⅱ-2-（110）から位置を以下に移動。

［Ⅱ-2-（111）］処置の休日･時間外･深夜加算 1 の施設基準を緩和すること。

要求理由　現在の施設基準では、ごく一部の大病院しか届出ができない。勤務医の負担軽減に関する要件を満たせば、中小病院でも算定できるようにすべきである。

［Ⅱ-2-（112）］皮膚科軟膏処置（100cm2 未満）を復活すること。

要求理由　処置面積に関わらず患者にどの程度の量をどのように使用するかを実際に体験させることは、不適切な外用薬の使用を防ぎ、薬剤費管理の意味でも重要である~~不適切な外用薬の使用を防ぐ意味でも重要である~~。また、ただ塗るのではなく、適正な外用薬を選択する判断も評価するべきである。

埼玉 2/24　要求理由への追加。要求理由冒頭に「処置面積に関わらず」という記載を追加。また「不適切な外用薬の使用を防ぐ意味でも重要である」との記載を「不適切な外用薬の使用を防ぎ、薬剤費管理の意味でも重要である」と追記してはどうか。

＜対応案＞　ご意見を反映し、上記のように修正します。

［Ⅱ-2-（113）］良性発作性頭位めまい症（BPPV）に対する Epley 法（エプレイ法、エプリー法）、Gufoni 法（グフォーニ法）等全ての理学療法について、診療報酬を新設すること。

要求理由　現行の評価体系では、良性発作性頭位めまい症（BPPV）の治療として、内耳の三半規管の結石（浮遊耳石）を半規管外に出す方法（浮遊耳石置換法）としての EPLEY 法、Gufoni 法（グフォーニ法）等の全ての理学療法に対する評価が存在しないため、初診時は平衡機能検査（20 点）、再診時には外来管理加算でしか算定できない。内耳の三半規管の結石（浮遊耳石）の治療に関しては、処置に時間がかかるうえ、嘔吐を伴うこともあり、人員が必要である。そうした実情を踏まえた上で ~~EPLEY 法~~これらの理学療法に対する評価を新設すべきである。

鹿児島 2/24　良性発作性頭位めまい症（BPPV）に対する Epley 法（エプレイ法、エプリー法）に限定せず、Gufoni 法（グフォーニ法）等の全ての理学療法について、診療報酬を新設すること。

＜対応案＞　ご意見を反映し、上記のように修正します。

［Ⅱ-2-（114）］足の爪に係る処置に関して、下記の改善を実施すること。

①巻き爪のブリッジ療法、巻き爪のワイヤー矯正療法について、診療報酬を新設すること。

要求理由　変形した巻き爪に少しずつ力を加えながら形を整えていく矯正療法について、現行では評価が存在していない。代表的な方法としてマチワイヤー法、VHO 法、クリップ法、BS ブレイス法（BS スパンゲ）等があるが、切除することなく痛みを取り除き、変形を治すことが出来る。こうした点も踏まえ、患者にとって有用な治療法は積極的に保険適用を行い、評価を新設すべきである。

②陥入爪の処置に対して手間に見合った評価を新設すること。

要求理由　陥入爪の処置は一般的には創傷処置（52 点）や爪甲除去（60 点）で請求される場合が多い。これらの処置は局所麻酔を伴わないため手術料の対象ではないが、処置に時間と手間がかかるため、これらの点数では不合理である。手間に見合った適正な評価を新設すべきである。

~~**［Ⅱ-2-（110）］処置の休日･時間外･深夜加算１の施設基準を緩和すること。**~~

~~要求理由　現在の施設基準では、ごく一部の大病院しか届出ができない。勤務医の負担軽減に関する要件を満たせば、中小病院でも算定できるようにすべきである。~~

山口 2/24　通則の施設基準における改善要求であり、順番として、［Ⅱ･2･（106）］の次に掲げてはどうか。

＜対応案＞　ご意見を反映し、位置を移動します。

［Ⅱ-2-（115）］摘便（Ｊ022-2）につき、時間と労力を多く要する場合には、より高い点数を設定すること。

要求理由　摘便は、ケースによっては一人の患者さんに多くの時間を要し、また便の臭いによって他の患者さんの診療に支障をきたすこともある。多くの時間と労力を必要とするケースの摘便については、100 点では低すぎるため、より高い点数を設定することを求める。

［Ⅱ-2-（116）］カニューレ交換処置の点数を新設すること。

要求理由　診療所における気管切開後のカニューレ交換に対する点数がなく、再診料のみで処置を行っている。カニューレ交換にあたっては、喀痰吸引や創処置なども行っており、当処置の関する点数新設を求める。

［Ⅱ-2-（117）］人工腎臓（J038）について、下記の改善を行うこと。

①本体の点数を大幅に引き上げること。

要求理由　人工腎臓の実施や管理には非常に多くの労力を必要とする現状に対して、診療報酬上は従前から正当な評価がされていない。それにも関わらず 2018 年の改定では更なる点数の引き下げが行われた。こうした現状により、今後、透析を行う医療機関は、減少していく恐れがあることから、抜本的な引き上げが必要である。

②「時間外･休日加算」を、2006 年改定以前の水準（500 点）に引き上げること。

要求理由　2006 年改定で、「時間外・休日加算」が 500 点から 300 点に突然引き下げられた。2018 年改定では 380 点まで引き上げられたが、従前の水準までは回復していない。夜間や休日における透析治療の確保のために、一層の評価が必要と考える。

③「慢性維持透析を行った場合」の評価について、透析用監視装置の台数やそれに対する透析実施患者数の割合に応じ、規模が大きく効率の良い医療機関に対しては、より低い点数を設定する現行の評価体系を止めること。

要求理由　透析用監視装置等の設備の充実には非常に多額の費用を必要とする。そのため、地域によっては透析用監視装置が比較的充実した医療機関が 1 つしかなく、地域の透析患者を一手に引き受けざるを得ない場合もある。こうした状況もある中で、医学的なエビデンスとは無関係な「患者の回転率」という尺度のみを以て、慢性維持透析の評価引き下げがされる現行体系は、地域で努力する透析医療機関を逆に追い詰めるものであり、2018 年以前の評価体系に戻すべきである。

［Ⅱ-2-（118）］経管栄養カテーテル交換法について、下記の改善を行うこと。

在宅での胃瘻カテーテル交換法については、「画像診断又は内視鏡」でなくともスカイブルー法等で交換後の安全確認ができれば算定できるようにすること。

要求理由　胃瘻カテーテル交換法（現在は経管栄養･薬剤投与用カテーテル交換法）の算定にあたり、交換後に画像診断又は内視鏡による確認が要件とされて以来、確認用の器材を持たない医療機関では在宅で胃瘻カテーテルを交換しても材料料さえ算定できない。そのため、内視鏡による確認等が可能な病院への胃瘻カテーテル交換の依頼が増え、病院の負担が非常に大きくなっている。また、交換時の患者の移送も家族や医療・介護従事者の負担となっている。胃内容物の逆流の確認によるスカイブルー法などは在宅でも簡単にでき、患者にも負担をかけずに交換後の安全が確認できる方法であり、算定を認めるべきである。厚労省ホームページに掲載されている「特定行為に係る手順書例集」（平成 27 年度看護職員確保対策特別事業「特定行為に係る手順書例集作成事業」（実施団体：公益社団法人全日本病院協会）において作成）における、胃瘻カテーテル又は胃瘻ボタンの交換の手順書では、特定行為を行うときに確認すべき事項に「胃内容物の逆流の確認」（スカイブルー法）が入っており、確認できない場合は速やかに医師に報告することとされている。スカイブルー法は胃瘻カテーテル交換後の安全確認として厚労省も認めている確認方法であり、算定を認めるべきである。

［Ⅱ-2-（119）］いぼ焼灼法（J055）、いぼ冷凍凝固法（J056）~~いぼ冷凍凝固法~~について、部位の数え方を「箇」とし、「10 箇~~所~~以上」の評価を新設すること。

要求理由　部位の数え方が「箇所」となっていることで、例えば右足蹠に「10 箇」のいぼがあっても右足蹠の「1 箇所」とする解釈が起こりかねず不合理である。また、かなり多数の~~あまりにも点数が低い~~「いぼ」処置に長い時間をかけて、評価が 4 つと変わらないの~~は~~も不合理である。数が多い場合、足蹠の「いぼ」では増生した角質の除去処置も含め 4、5 人分の診察時間を要することを考えれば、伝染性軟属腫の摘除と同様に考え、せめて 3 段階とし~~伝染性軟属腫の摘除と同様に扱い~~、「10 箇~~所~~以上」の高い点数区分を新設すべきである。

埼玉 2/24　タイトルに「いぼ冷凍凝固法」が連続するが、2 回目は「いぼ焼灼法（J055）」のことか。また要求理由本文については、①「10 箇所以上」を「10 箇」に変更、②「あまりにも点数が低い」を「かなり多数の」に記載変更（点数の高低については意見が分かれるため）、③「伝染性軟属腫の摘除と同様に扱い」を「伝染性軟属腫の摘除と同様に考え、せめて 3 段階とし」と追記してほしい。

さらに、①については、「いぼ焼灼法（J055）いぼ冷凍凝固法（J056）の『箇所』を『箇』とすること」と要求を追加する。「箇所」を部位の種別として捉える解釈は問題であるため。例えば、右足蹠に「10 箇」のいぼがあっても右足蹠の「1 箇所」とする解釈が起こりうる。多大な労力に対し不当な審査が行われる余地はなくすべきである。この追加要求に、意見を付記した要求が続くようにしてほしい。

＜対応案＞　ご意見を反映し、上記のように修正します。

［Ⅱ-2-（120）］鶏眼･胼胝処置（J057-3）の回数制限（同一部位につき、月２回）を撤廃すること。

要求理由　同じ足に多発する場合、別の病変で３回目に来院処置をしても算定できないのは不合理である。

［Ⅱ-2-（121）］干渉低周波による膀胱等刺激法（J070-2）の算定回数の制限を緩和すること。

要求理由　３週間に６回を限度、その後は２週間に１回との制限があるが、干渉低周波による膀胱等刺激法については、手術までする必要はないが内服薬でコントロールが難しい症例には有効で、使用頻度も多いことから、算定回数制限の緩和を求める。

［Ⅱ-2-（122）］耳垢栓塞除去（複雑なもの）（J113）について、「２．両側」の点数を 200 点以上に引き上げること。

要求理由　片側が 100 点の設定であるにもかかわらず、依然として両側を実施した場合の点数が 200 点未満であり、不合理である。

［Ⅱ-2-（123）］消炎鎮痛等処置（J119）について、下記の不合理を解消すること。

①点数を抜本的に引き上げること。

要求理由　維持期リハビリが廃止されたことにより、要介護・要支援者に対する維持期リハビリの対応方法として、通所リハの施設基準を整えることができない医療機関は消炎鎮痛等処置で対応せざるを得ない。しかし、理学療法士等を雇用していくには、消炎鎮痛等処置（35 点）では賄えず、そうした点を踏まえて抜本的な引き上げを求める。

②「1．マッサージ等の手技による療法、2．器具等による療法、3．湿布処置」に対する算定制限を撤廃すること。また、消炎鎮痛等処置の算定方法について、労災規定に準じた部位毎の算定ができるようにすること。

要求理由　牽引等で２箇所行う場合も１日あたりの点数を算定する矛盾があり、改善すべきである。労災算定基準では部位毎に算定するルールであることから、少なくともマッサージ等の消炎鎮痛処置については別々に算定できるようにすべきである。高額な医療機器や手技を用いて実施する消炎鎮痛等処置の評価が低すぎるため、改善すべきである。

③「3．湿布処置」については、入院患者に対しても算定可能とすること。

要求理由　湿布処置に要する技術は、外来と入院とで何ら変わるものでない。それにも関わらず、処置料が入院基本料に包括され、算定できないのは不合理である。

~~**［Ⅱ-2-（120）］治療用装具採寸法は既製品の治療用装具を処方した場合にも算定を認めること**~~

~~要求理由　治療用装具採寸法は、既製品の治療用装具を処方した場合は、原則算定できない。ただし、既製品の処方に当たり、加工のために採寸した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に医学的な必要性及び加工の内容を記載することとされた。~~

~~義肢装具士が常駐しないクリニックでは、義肢装具士による装具の採型作成ではなく、すぐにでも治療が行える既製品の装具を用いることも多い。装具の要否を診断し、装具の選定や判断・処方を行う医師の行為は、装具が既製品であるかどうかに関わりないものだ。当該処置料も医師による適合判定を包括的に評価するもののはずであり、既製品の治療用装具を処方した場合にも算定を認めるべきだ。~~

山口 2/24　保険収載されていない既製品の処方は、保険診療上なじまないことから、削除してはどうか。

＜対応案＞　医科社保審査対策部会でも同様の意見があり、ご指摘を反映し、要求を取り下げます。

［Ⅱ-2-（124）］腰部、胸部又は頸部固定帯加算（J200）点数を引き上げること。

要求理由　固定装具の価格が上昇しており、医療機関での持ち出しが発生しているため、当該加算点数を引き上げるべきである。

［Ⅱ-2-（125）］上腕固定帯を使用した場合の点数を新設すること。

要求理由　上腕骨折した際に上腕固定帯を使用するが、J200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算では算定できず持ち出しとなっているため、対応する点数の新設を求める。

広島 2/27　腸瘻カテーテル交換法を新設すること。
　→胃瘻を造設できない患者は、腸瘻を造設し、そこから栄養を摂ることになるが「J 043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法」では算定できない。胃瘻患者より少数であっても、腸瘻からの栄養摂取が必要な患者がいる実態を踏まえ、算定可能点数を新設するべきである。
＜対応案＞　医科社保審査対策部会等で、腸瘻カテーテル交換はそもそも在宅医療の現場で対応が難しく、ケースも限定的ではないかなどの意見が出され、ご意見の反映は見送ることとなりました。

【手術】

［Ⅱ-2-（126）］現行は創傷処置として評価されているサージカルテープを用いた傷の縫合を創傷処理として評価すること。
要求理由　サージカルテープを用いた傷の縫合が現行の創傷処置としての評価（52 点～60 点）は余りに評価が低く不合理である。創傷処理（80 点～150 点）の水準で評価すべき。

［Ⅱ-2-（127）］小児皮膚における皮膚･皮下組織手術の評価の引き上げを求める。
要求理由　手術では乳幼児加算が設けられているものの、皮膚切開術や皮膚皮下腫瘍摘出術など手術面積により点数が評価されており、小児患者は低い区分の点数算定となることが多く、正当な評価を求める。

［Ⅱ－２－（128）］骨折整復時（観血・非観血とも）に医療被曝の点からも労災点数と同様に術中透視装置使用加算を新設すること。
要求理由　透視下による骨折整復において、術者が医療被曝を受ける場合があるが、被爆対策に関する費用の評価がないため術中透視装置使用加算の新設を求める。

［Ⅱ-2-（129）］帝王切開術（K898）の「2. 選択帝王切開」を 2,020 点引き上げること。
要求理由　「2 選択帝王切開」の点数は、2016 年度改定において「複雑な場合」の加算（2,000 点）が新設されたものの、本体点数が 2014 年改定時に大幅に引き下げられた水準のままであり、依然として経営体力の弱い診療所は帝王切開を敬遠せざるを得ず、結果として総合病院等の三次医療機関に患者の過度な集中を招く危険性が高まっている。既に産科医療の崩壊が加速している下で、産科医療機関の減少に一層拍車をかける帝王切開術の点数は引き上げるべきである。

［Ⅱ-2-（130）］手術を行うにあたって必要な医療安全管理の費用を保障する「手術時医療安全管理加算」を新設すること。特に、ＭＲＳＡ、Ｂ型肝炎など特別な感染対策を要する手術について、「閉鎖式循環式全身麻酔」、「硬膜外麻酔」、「脊椎麻酔」等を実施しない場合であっても加算できるようにすること。
要求理由　手術を行うにあたって必要な医療安全管理の費用の保障を明示的に行うべきである。
山口 2/24　手術を行うにあたって必要な医療安全管理の費用の保障を求めるのであれば、加算の新設よりも、技術料の点数引き上げを要求したほうがよいのではないか。
＜対応案＞　要求の妥当性について診療報酬改善対策委員会等で引き続き検討します。

［Ⅱ-2-（131）］複数手術料の算定における「従たる手術は１つに限り算定する」との取扱いを廃止し、実施した手術の手技料を算定できるようにすること。
要求理由　必要があって実施した手術料が算定できないのは不合理である。

［Ⅱ-2-（132）］性別適合手術の実施にあたり、手術前に必要なホルモン療法に関しても保険適用を認めること。
要求理由　現状では、手術前に必要なホルモン療法に保険が適用されない。そのため性別適合手術の実施が実質的には混合診療となってしまい、保険での性別適合手術はほとんどなされていない状況であるため非常に不合理であり、ホルモン療法にも保険適用を認めるべきである。

［Ⅱ-2-（133）］手術の休日･時間外･深夜加算１の施設基準を緩和すること。
要求理由　現在の施設基準では、ごく一部の大病院しか届出ができない。勤務医の負担軽減に関する

要件を満たせば、中小病院でも算定できるようにすべきである。

【麻酔】

［Ⅱ-2-（134）］局所麻酔に関する麻酔管理料を新設すること。

要求理由　一定量の麻酔薬を使用する局所麻酔により手術を実施した場合又は局所麻酔により比較的困難な手術を実施した場合、局所麻酔でも様々なトラブルが生じる等のリスクがあり、麻酔管理の評価を求める。

［Ⅱ-2-（135）］トリガーポイント注射（L104）について、労災点数の消炎鎮痛処置等と同様に 1 局所ごとに算定できるようにすること。

要求理由　1 日につきの点数となっているが、複数箇所のトリガーポイントに注射する場合もある。労災の消炎鎮痛処置等では 1 局所ごとに 1 日につき 3 局所まで算定できるが、トリガーポイントも同様の取扱いにすることを求める。

鹿児島 2/24　トリガーポイント注射（L104）について、1 日につき 3 局所ではなく、制限を設けずに算定できるようにすること。また、注射液のネオビタカイン等も 1A に制限しないこと。

＜対応案＞　医科社保審査対策部会等で、トリガーポイント注射が 3 局所以上必要になるケースが想定し難い、無制限とする医学的根拠も懸念等の意見が出されました。ご意見の反映は見送ることとし、具体的な不合理や要求理由が寄せられればあらためて検討することとなりました。

【特定保険医療材料】

［Ⅱ-2-（136）］医療材料費･薬剤費を、他の点数に包括したり、患者や医療機関の負担にしたりせず、特定保険医療材料等として算定できるようにすること。また、購入価格が材料価格や薬価を上回らないよう、措置するとともに、回数制限などをなくし、医療上の必要に応じて請求できるようにすること。

要求理由　手術に通常使用する材料代、鏡視下手術で使用する単回使用器材の費用、白内障手術で使用する眼内レンズ等の費用、人工肛門の便バック、鎖骨用コルセット（クラビクルバンド）、採血、注射、点滴時等に使用する翼状針など、様々な医療材料が診療報酬上の点数項目に包括されることなどにより保険請求できない取扱いとなっているが、これは早急に改善し、必要に応じて使用した医療材料費・薬剤費が算定できるようにすべきである。

［Ⅱ-2-（137）］皮膚欠損用創傷被覆材について、いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合以外にも、患家で交換する分を算定できるようにすること。

要求理由　皮膚欠損用創傷被覆材は特定保険医療材料であり、在宅医療以外では、張り替える都度、医療機関の外来に来院して張り替える必要がある。交換・張替方法を指導し、患者が自ら交換・張替する場合の算定を認めた方が、患者の煩わしさの軽減や、医療費の削減にもつながる。

【手術等管理料】

［Ⅱ-2-（138）］胚凍結保存管理料（導入時）、胚凍結保存維持管理料について、以下の改善を行うこと。

①胚凍結保存管理料（導入時）の算定を胚の凍結保存開始日とすること。

要求理由　胚凍結保存管理料（導入時）の算定日は、凍結保存を開始した後の次回受診日とされている（22 年 11 月 25 日厚労省より回答）。しかし、次回受診日は患者によって異なり、2 カ月ほど間隔があく場合もある。この場合、凍結保存の開始日と、患者の次回受診日との間の凍結保存に要した費用は持ち出しとなる。凍結保存開始日に算定できるようにすべきだ（その際、算定日には受診がないので、自己負担金を後日徴収する等の対応も併せて検討する必要がある）。

また現状では、胚凍結保存維持管理料について、算定間隔は胚凍結保存管理料（導入時）または胚凍結保存維持管理料の「算定日」から起算して 1 年を経過している場合なのに対して、算定限度の 3 年の起算日は凍結保存の「開始日」となっており、算定日と開始日との 2 つの概念が併存している。保存が長期化するほど、医療機関での算定時や審査での混乱も予想される。この点からも、胚凍結保存管理料（導入時）の算定のタイミングは凍結保存の開始日とすべきである。

②胚凍結保存管理料について、胚凍結保存管理料（導入時）ごとに算定を認めること。

要求理由　胚凍結保存維持管理料については、過去 1 年間に 胚凍結保存管理料（導入時）または胚

凍結保存維持管理料を算定していない場合に算定可能とされているため、年に１回しか算定できない。しかし、胚の凍結保存は育った胚ごとに維持管理をしていくことになり、複数の凍結胚に対する保存管理が評価されないのは不合理だ。凍結を開始した胚凍結保存管理料（導入時）ごとに胚凍結保存維持管理料も算定できるようにすべきだ。

【薬剤】

［Ⅱ-2-（139）］漢方薬については、次回薬価改定で漢方薬の公定価格を輸入生薬価格に連動させること。また、保険漢方診療存続のため、抜本的な政策に着手すること。

要求理由　昨今の中国経済の成長に伴う中国国内の需要増大により、輸入生薬価格は相次いで高騰し、漢方関連業界の経営を著しく圧迫しており、事業縮小・廃業に追い込まれるところも出てきている。このような状況にもかかわらず、2012 年 4 月の薬価改定では、薬価以下の生薬は 1 割程度（他は逆ザヤ）という惨憺たる事態に陥った。院外処方を実施する医療機関において、調剤薬局にて漢方生薬の調剤受付けを拒否された事例も報告されている。この状態が放置されれば、健康保険による生薬の湯液治療は不可能となってしまうことも危惧され、一刻も早い改善を求める。

山口 2/24　現状がどうなっているのか精査した上で、削除を検討してはどうか。
＜対応案＞　継続的に検討します。

（３）入院

【入院基本料】

［Ⅱ-2-~~(137)~~（140）］ すべての入院基本料を大幅に引き上げること。

①医学管理料、看護料を包括する方式ではなく、施設費･設備費･人件費それぞれに対する評価を区分し、大幅に引き上げること。

②入院環境に要する費用については、室料及び光熱水費だけでなく、医療法で定める医療安全管理を実施するに必要な費用や療養環境の費用（待合室の確保や院内感染防止のための諸費用等）を保障すること。また、新型コロナウイルスのような深刻な事態にも対応できるために、医療提供体制や医療経営に余剰が生じるように、人員及び療養環境の費用の評価を大幅に引き上げること。

③夜間勤務等看護体制、入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全対策、褥瘡対策について加算評価とすること。

④平均在院日数など規制強化をしないこと。

⑤地域医療構想への誘導のために診療報酬との関連付けを行わないこと。

要求理由　近年の異常な物価高で、入院料は引き上がらないばかりか、むしろ要件や施設基準の強化でさらに経営は厳しい。診療報酬というのは公定価格であるため、例えば企業が消費者いわゆる値上げをして原価負担を転嫁するということが自由にできない。社会的にも賃上げ、ベースアップが課題となるこの時期こそ、入院医療に係る費用を保障し、適正に評価することが急務である。医療の安全確保のためには、何よりも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~~引き上げが必要である。特に、医療従事者の働き方は非常に劣悪な中で、体制を満たすためにはさらなる医療原資が必要であり、現在のような低い入院基本料をさらに減額をするような制度では、医療の安全確保（防災や警備も含め）は図れない。また、医療必要度の高い患者の割合が多い療養病床等では、医療の必要性から看護職員のみによる夜間勤務を実施しており、この費用が正当に評価されるべきである。

②について、~~新型コロナウイルス感染症が広がっている中で、~~コロナ禍によりこれまで以上に感染防御を施した入院医療を提供するため、人員、設備・施設、対応に多くの手間と時間がかかっている。本来の医療提供体制も余剰が生じるような医療経営となるようにした上で、今回のような事態が発生しても対応できるような体制が必要であることは言うまでもない。したがって、医療政策の観点からも、人員及び療養環境の費用の評価を大幅に引き上げるべきである。

⑤について、地域により急性期も慢性期も必ず担わなければならない病院や有床診療所があるため、機能分化のために病床削減を進める地域医療構想に対し、診療報酬を関連付けることそのものが、点数表の仕組みからして馴染まない。このことは、中医協でも診療側委員から地域医療構想を診療報酬で誘導するものではないとの意見が出ている。さらに、病床機能報告制度などで施設基準がその実施を妨げるような設定であってはならない。

2/24【山口】（［Ⅱ-2-（169）］への意見を引用）

いまや…（中略）…地方では圧倒的に人員不足となっているのが現状である。こうした地域格差も踏まえた上での物価・人件費等の増加を理由とした引き上げ要求ならば、入院基本料の引き上げを求めるべきで、［Ⅱ-２-（137）］に統一するなどして、整理してはどうか。

→入院基本料の引き上げについて、ご意見も踏まえてさらに追加した。また、診療報酬が公定価格であるが故に、物価高騰等による原価負担を自由に設定できないということを入院基本料

の引き上げの根拠として追記した。

［Ⅱ-2-~~(138)~~ (141)］ 入院料の届出要件について、下記の改善を行うこと。

①入院料の届出における１日平均入院患者数の算出期間について、「届出の実績月の前月までの１年間」とすること。

要求理由　当該月が終わらなければ平均入院患者数が確定しないため、それを元に計算することが出来ない。そもそも前月までの平均入院患者数に対して計算する扱いでなければ、配置することが不可能になる。また、平均入院患者数は過去一年間の平均をとっているのであり、必ずしも当該月が入らなければならないという合理性はない。

②「主として事務的業務を行う看護補助者」については、全員を看護補助者に算入すること。少なくとも、主として事務的業務を行う看護補助者を全員入力した上で、「200 又はその端数を増すごとに１を超える看護補助者」を実績から除外して看護補助者の配置実績値に参入する取扱いとすること。

要求理由　看護補助者が事務的作業を行うかどうかは関係なく、事務的作業を含めて看護職員の行為を補助することが看護補助者である。

［Ⅱ-2-~~(139)~~ (142)］夜間看護体制特定日減算について、入院基本料等の施設基準で求められる看護職員（看護要員）の複数夜勤体制について、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該病棟の看護職員等の数が一時的に２未満になった場合であっても、患者の看護に支障がないと認められる場合には、当該施設基準要件を満たさないとみなさないこと。実現するまでの間、夜間看護体制特定日減算については、以下のように取り扱うこと。

①許可病床 200 床未満であって、年間６日以内かつ連続して２月までは届出受理後の要件変動の特例として取り扱い、減算としないこと。

②上記の要件を超える場合であって、救急対応のためにやむを得ず夜間における看護職員配置が２人未満となる場合に夜間看護体制特定日減算を適用すること。

要求理由　救急医療の提供など応召義務による患者への対応が必要となるため、減算は不合理である。

［Ⅱ-2-~~(140)~~ (143)］ A245 データ提出加算の届出を入院基本料等の要件にしないこと。

要求理由　A245データ提出加算を入院基本料等の算定要件にすることは、入院医療の確保以外の負担を病院に強いるものであり、特に中小病院には大きな負担となっている。入院基本料等の要件にしないようにすべきである。

［Ⅱ-2-~~(141)~~ (144)］ 特掲診療料の検査、処置、注射について、「入院中の患者以外の患者に限る」との算定制限を止め、入院中に算定できるようにすること。

要求理由　入院中の患者以外の患者に限る点数が存在するが、入院中においても当該手技等を出来高で算定できるようにすべきである。

［Ⅱ-2-~~(142)~~ (145)］ 180 日を超えた入院に係る選定療養の取扱いを廃止すること。

要求理由　入院の必要性は主治医の判断によるべきであるのに、一律の入院日数によって保険給付の一部が外され患者負担にされるのは正当性がないため、日数に制限を設けるべきではない。

［Ⅱ-2-~~(143)~~（146）］入院料算定要件への管理栄養士配置義務付けについて、

①入院料等算定要件での管理栄養士の配置義務付けを撤回し、2012 年度改定前の独立した点数評価とすること。少なくとも、特定地域や離島、へき地などの配置困難な医療機関においては義務の対象から除外すること。

②診療所において、栄養管理実施加算を算定する場合も B001･10 入院栄養食事指導料が算定できる扱いとすること。少なくとも入院栄養食事指導料を算定した日のみ、当該患者について栄養管理実施加算が算定できない扱いとすること。

要求理由　管理栄養士の役割を評価するためには、包括化せずに診療報酬として独立した評価を行い、点数を引き上げるべきである。また、産科、眼科、肛門科等の単科で、管理栄養士を配置して対策を講じるべき対象者がいない医療機関も少なくない。専門的技術を有する医療機関の存続は地域医療に重要であり、そもそも、病床規模や診療科目によって必要性が区別されるものではなく、患者の状態によって医師が判断するものである。

2012年改定以降、管理栄養士の配置による評価は11点だけである。50床の病院では、病床稼働率100％としても50床×365日×11点×10円＝約201万円にしかならず、到底管理栄養士を常勤配置できるような報酬ではない。

②について、具体的な献立による入院栄養食事指導料は重要であり、栄養管理実施加算と同時算定を制限する必要はない。

［Ⅱ-2-~~(144)~~（147）］A100 一般病棟入院基本料の「重症度、医療･看護必要度」、「自宅等退院患者割合」や、A101 療養病棟入院基本料における「医療区分 ２ ・３の割合」、A308 回復期リハビリテーション病棟入院料の「自宅等に退院する割合」、A308-3 地域包括ケア病棟入院料における「自宅等からの受け入れ実績」、などの診療実績については、入院基本料の要件から外した上で、加算評価すること。

要求理由　看護職員及び看護補助者の配置による評価と、診療実績による評価は区分すべきである。

【新設】［Ⅱ-2-~~(145)~~（148）］重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の計算対象からの除外について、そもそも重症度、医療・看護必要度や平均在院日数要件は、当該病棟での過重平均を判断するために導入されたもののはずだが、度重なる改定によって、測定対象からの除外対象が恣意的に増やされてきた。これでは、過重平均を判断するものとは言えない。少なくとも、下記①～③については、直ちに改善を図るべきである。

①　患者に必要な急性期医療を提供するためには、重症度、医療・看護必要度のＡ項目から「心電図モニターの管理」を削除すべきではない。Ａ項目の１～４に準じるものとして、直ちに評価対象として復活させること。

②　重症度、医療・看護必要度の測定にあたっては、短期滞在手術等基本料１及び３を除外しないこと。

③　平均在院日数の測定にあたっては、短期滞在手術等基本料１及び３を除外しないこ

と。

要求理由　①について、「心電図モニター」は、重症患者の状態を把握するために非常に重要である。削除は、急性期入院医療が必要な患者から入院医療を奪うことになりかねない。

②について、重症度、医療・看護必要度は当該病棟における医学的管理及び看護の必要度を評価するものであり、短期滞在手術等基本料１及び３を除外するべきではない。

③について、平均在院日数は、当該病棟における入院患者の平均在院日数を把握するものであり、短期滞在手術等基本料１及び３を除外するべきではない。

［Ⅱ－2-~~(146)~~（149）］重症度、医療･看護必要度を要件とする病棟が１病棟又は、許可病床数が100床以下の病院については、１割以内の一時的な変動の特例の対象とすること。

要求理由　特に患者数の少ない病院・病棟においては、入院患者の状態の変化によって、内訳も変化しやすいため、割合を維持させるのは容易ではない。このため一時的な変動の猶予を設けるべきである。

［Ⅱ-2-~~(147)~~（150）］療養病棟入院基本料や特定入院料など包括される入院料において、高額な薬剤や検査等を出来高で算定できるようにすること。

要求理由　療養病棟入院基本料や特定入院料など包括される入院料において、高額な薬剤や検査等については出来高で算定できるようにすべきである。高額な薬剤を使用している患者においては、入院料で賄えず、入院判定において優先順位が低くなりがちである。特に療養病棟入院基本料においては、気管切開時に用いた気管内チューブは気管切開術に伴う材料料として算定ができるが、その後の気管内チューブの交換時には材料料の算定が認められていない。気管を切開している患者は医療区分3または2に該当するが、定期的に交換するチューブ代まで賄うことは困難である。

［Ⅱ-2-~~(148)~~（151）］A308-3地域包括ケア病棟入院料１・３及びA101療養病棟入院基本料の施設基準のうち「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の内容を踏まえ看取りに関する指針を定めていること」について、体制評価を目的に基本点数を引き上げること。

要求理由

現場では患者・家族からの看取りに関する相談も多くなり、医療機関としても医療の提供だけでなく療養環境や終末期の生活に関する相談が求められていることから、この体制は当初の要件追加時から必要性が高まっている。しかし、院内での指針の策定や体制の確保には人的コストが求められるにもかかわらず、基本点数は全く変化していない。このため評価の上乗せを行うべきである。

2/24【山口】

これまで、「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」を診療報酬上の要件から除外するよう求めていたが、当該要件を容認したうえで、体制評価とする要求に変更されている。ガイドラインに縛られることなく、患者や家族等と話し合い、意思決定を尊重できればよいのであって、施設基準として、ガイドラインという制度的な側面からすべての医療機関に押し付けていることが問題だとして主張してきたはずである。意思決定プロセス

の体制確保が求められている現状を鑑みれば、人的コストも含めて基本点数の引き上げは当然行われるべきで、その点に絞った要求にしてはどうか（ガイドラインの要件化を受け入れるものとはしない）。

→ACPについての問題点は、各医療機関での体制整備に伴うコストの補償が無いことであり、患者に対し医療だけでなくその後の生活も見据えた支援体制を行うことは、保団連が考える「かかりつけ医」機能としても重要と考える。ご指摘の通り、「ガイドライン」通りに杓子定規に行うことは「人生の最終段階」という前提で患者像を終末期に置いている以上、全患者を対象とするのは無理があるように思えるが、それでも各院所において「診療報酬のため」ではなく患者の視点に立った体制を行うという点では重要と考え、要件除外を求めることを取り下げた。「患者に対し医療だけでなくその後の生活も見据えた支援体制を行う」ことは終末期に限ったことではなく、どの診療科にも必要と考える。引き続き病院・有床診対策部でも検討する。

【A100 一般病棟入院基本料、A103 精神病棟入院基本料 10 対１・13 対１】

［Ⅱ-2-~~(149)~~（152）］ 平均在院日数の取扱いについて、下記の改善を行うこと。

①短期滞在手術等基本料を平均在院日数の計算対象に加えること。

②少なくとも短期滞在手術等基本料１については、「短期滞在手術等基本料１に規定する手術・検査を日帰りで実施した場合のみ、平均在院日数の分母と分子から除外する」扱いとすること。

③長期入院患者に該当する患者について平均在院日数から除外すること。

要求理由　①について、短期滞在手術等基本料を平均在院日数から除外したことで日数が増加しやすく要件が厳しいため、対象除外をやめること。

②について、必要な手術・検査が実施できるよう、「短期滞在手術等基本料１に規定する手術・検査を日帰りで実施した場合のみ、平均在院日数の分母と分子から除外する」扱いとすべきである。

③について、入院の必要性は主治医の判断によるべきであるのに、一律の入院日数によって「療養病棟入院基本料の1の例により算定」として保険給付が減額され定額にされるのは医学的に正当性がない。また、医学的に必要があって入院させている患者について、平均在院日数というペナルティが医療を行う上で足かせになるのは、そもそも医療経営上不合理である。

［Ⅱ-2-~~(150)~~（153）］退院が特定の時間に集中している場合の減算及び入院日･退院日が特定の曜日に集中している場合の減算については撤回すること。少なくとも下記の点については除外すること。

･DPC/PDPS と同様に、特定入院料を算定している者

･金曜入院率の計算からの救急入院患者

･患者、家族が特定の時間の退院や特定の曜日の入･退院を希望した場合

要求理由　退院の時間や入・退院の曜日集中は、入院医療提供の必要性や、医療事務窓口などの提供体制と、患者・家族の要望などから生まれてきたものであり、これを減算対象にすることは、医師や看護職員だけでなく、患者や家族にも不当な負担を押し付けることになる。これでは急性期一般入院料4以下の入院基本料請求病床が破綻する。少なくとも、救急患者などについては計算から除外すべきである。

［Ⅱ-2-~~(151)~~（154）］A100 一般病棟入院基本料１の「在宅復帰･病床機能連携率」について、暦月で３カ月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定を適用すること。

要求理由　自宅等退院患者割合の導入によって急性期病床を無理矢理削減することは、必要な入院医療を強制的に削減することになり、廃止すべきである。また、平成26年 6 月 2日事務連絡において、「自宅等退院患者割合については、暦月で３カ月を超えない期間の１割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定は適用されない」としたが、これは「算定要件中の該当患者の割合は、暦月で３カ月を超えない期間の１割以内の変動」は届出の変更が不要としている厚生労働省の通知から逸脱するものであり、疑義解釈で変更できるものではない。

【A101 療養病棟入院基本料】

［Ⅱ －2-~~(152)~~（155）］A101 療養病棟入院基本料のうち、20 対１看護＋20 対１看護補助者を満たす場合は、「医療区分２･３の割合」に関わらず療養病棟入院料２の点数が算定できることとし、医療区分２･３の割合については加算評価とすること。なお、医療区分２･３の割合が５割以上の場合については現行の療養病棟入院料２よりも点数を高くすること。

要求理由　看護職員及び看護補助者の配置による評価と、医療区分 2 ・ 3等の診療実績による評価は区分すべきである。

［Ⅱ-2-~~(153)~~（156）］A101 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。また 25：1 病床を廃止しないこと。

要求理由　医療法人員標準の変更にかかわらず、コスト調査報告等を踏まえて診療報酬を引き上げるべきである。また、医療区分１の患者の看護が症状により２および３の患者よりも大変な現状があり、区分の見直しか25：１の病床を存続しなければ、在宅での本人及び家庭の精神的負担は社会問題になりかねない。

［ Ⅱ －2-~~(154)~~（157）］A101 療養病棟入院基本料及び A109 有床診療所療養病床入院基本料の医療区分２の中の『33. うつ症状に対する治療を実施している状態』について、算定の要件（項目の定義）として「精神保健指定医の処方によりうつ症状に対する薬を投与している場合」とあるが、心療内科医による処方の場合も算定を認めること。

要求理由　うつ病を自覚しても敷居の高さを感じて精神科を受診しない患者は多く、心療内科医がうつ病の治療を行っているケースも多いのが現状である。精神保健指定医だけではなく、心療内科医の処方によりうつ症状に対する薬を投与している場合も、A101療養病棟入院基本料及びA109有床診療所療養病床入院基本料の医療区分２の評価に加える（医療区分２の点数が算定できるようにする）べきである。

［Ⅱ-2-~~(155)~~（158）］A101 療養病棟入院基本料の注 13 の「夜間看護加算」の施設基準から「各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員１を含む看護要員３以上であること」を外した上で、看護要員３以上の配置については算定要件

にすること。

要求理由　療養病棟における夜間看護体制を改善しやすくするために、A308-3地域包括ケア病棟入院料の注７の看護職員夜間配置加算、A311-3精神科救急・合併症入院料の注５の看護職員夜間配置加算、少なくとも、A101療養病棟入院基本料の注12の「夜間看護加算」、A207-4看護職員夜間配置加算については、日々の入院患者数に対して必要な看護要員配置の規定を施設基準ではなく算定要件とすること。

【新設】［Ⅱ-2-~~(156)~~（159）］療養病棟入院基本料の包括範囲から、内視鏡下嚥下機能検査を除外すること。

要求理由　中心静脈影響を実施している患者（医療区分３）について、摂食・嚥下機能の回復に必要な体制がなければ、医療区分２の点数を算定することとされたが、内視鏡下嚥下機能検査を実施しても、療養病棟入院基本料に包括され、別途算定できない扱いは不合理である。

［Ⅱ-2-~~(157)~~（160）］褥瘡ケアの向上につながらず、現場の労働強化を招く褥瘡対策加算のアウトカム評価を廃止すること。

要求理由　創傷被覆材を使用する場合は、褥瘡部を閉鎖して数日ごとに処置を行うほうが組織の修復が良好であるにも係らず、褥瘡対策加算は原則、毎日評価しなければならず、現場に多大な負担を強いている。2018年7月10日付厚労省事務連絡において、部分的に負担軽減となったものの、要件そのものは非常に分かりにくく、特に複数褥瘡がある場合の評価方法はアウトカム評価を徹底する内容となっている。医療従事者の負担とコスト、当該患者の負担を減らすためにアウトカム評価は廃止するべきである。

【有床診療所】

［Ⅱ-2-~~(158)~~（161）］有床診療所の入院基本料は、病院の診療報酬に準拠して正当に引き上げること。

要求理由　診療所の入院医療に係る費用を適正に評価することが急務である。有床診療所の入院基本料はもはやグループホーム（748～858単位）の報酬よりも低く、医療提供の利点も考えれば、さらに評価を引き上げるべきである。その点数の低さゆえに低所得者を受け入れることも多いが、家族等の了解も得られず退院先を見つけることも困難。医療の安全確保のためにも、何よりも十分な人員の確保と安全管理体制の強化が必要。そのためには、診療報酬を引き上げてしっかりと評価することが必要である。

2/22【京都】

有床診療所の在宅患者支援病床初期加算の施設基準について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定指針に関する指針の策定は、産科・眼科・肛門科などの専門科に特化した有床診療所には求めないことを要望すべきである。

→「産科・眼科・肛門科などの専門科に特化」と指摘されたのは、主に「地域包括ケア」要件の対象外となる有床診療所入院基本料４～６を算定する有床診療所と推察される。理想的には対象とすべきとも考えるが（どの診療科でも重篤な場合はある）、引き続き病院・有床診対策部でも検討する。

［Ⅱ-2-~~(159)~~（162）］看護職員の配置の実態を踏まえ、有床診療所の入院基本料の注の加算の点数を引き上げること。

要求理由　入院基本料の注の加算において、医師配置加算、看護配置加算などの人員の配置については、人件費コストに見合うよう調査した上で引き上げるべきである。

［Ⅱ-2-~~(160)~~（163）］A108 有床診療所入院基本料１～２の要件において、１項目該当すれば要件を満たす対象を、「過去１年間に介護保険におけるいずれかのサービスを提供した実績があること又は介護医療院もしくは介護支援事業者であること」とすること。少なくとも、介護保険による訪問リハ、訪問看護を対象に加えること。

要求理由　有床診療所における地域包括ケア要件の主旨から見て、介護保険サービスのうちいずれか1つでも実施している場合は対象とすべきである。

［Ⅱ-2-~~(161)~~（164）］A108 有床診療所入院基本料の看護補助配置加算について、より多く（２名超）の補助者を配置した場合の手厚い点数区分を新設すること。

要求理由　看護補助配置加算の点数区分について、現在は看護補助者が２名以上と１名の配置により点数が「１」と「２」に区分されているが、もっと多くの補助者を配置し手厚い看護体制を敷いている有床診もあるため、点数区分を再編し、より多くの補助者を配置している場合にとれる上位区分を新設すべきである。

［Ⅱ-2-~~(162)~~（165）］A223 診療所療養病床療養環境加算は、入院環境加算として加算評価とすること。

要求理由　本加算は医療法上の床面積6.0㎡を満たした場合として設定されたが、「有床診療所」は一病床と療養病床のケアミックスであり、療養病床に入院してA223診療所療養病床療養環境加算を算定する場合がある。その場合、療養環境を満たしているので届け出ている環境加算、環境改善加算を算定できるべきである。

［Ⅱ-2-~~(163)~~（166）］A108 有床診療所入院基本料１～６で定める看護職員配置の最小必要数を超える看護職員を、有床診療所看護補助配置加算の計算対象にすること。

要求理由　A108有床診療所入院基本料において、たとえば「看護職員１人以上４人未満」は、入院基本料３と６となるが、１人でも３人でも同評価となっている。最小必要数である１人を超える看護職員をみなし看護補助者として新設された看護補助配置加算の要件とできれば、こうした矛盾は解決する。

［Ⅱ-2-~~(164)~~（167）］有床診療所一般病床初期加算の施設基準の（2）医師配置加算の（1）のイについて、「全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る）の患者数が年間 30 件以上」とされているが、一定量の麻酔薬を使用する局所麻酔により手術を実施した場合又は局所麻酔により比較的困難な手術を実施した場合の要件として計上できるようにすること。

要求理由　局所麻酔下でも痔核根治術等のような手術を行う場合がある。

【入院基本料等加算】

［Ⅱ-2-~~(165)~~（168）］施設基準において、「専従」要件の定義を緩和し、診療報酬点数表や施設基準において「専任」又は「専従」の規定のない業務については、合わせて行えるようにすること。

要求理由　例えば部署の代表として出席する委員会や病棟全体で行うA233-2栄養サポートチーム加算におけるNSTに参画する言語聴覚士や、A234-2感染防止対策加算により実施される院内ラウンドへの参加など、特に中小規模病院での限られたスタッフによるチームアプローチや多職種連携を阻害することとなり、患者にとって不利益となる。

［Ⅱ-2-~~(166)~~（169）］夜間において常時配置が求められている下記の加算について、月平均による夜間常時配置とすること。少なくとも、A101 療養病棟入院基本料の注 12 の「夜間看護加算、A207-4 看護職員夜間配置加算については、日々の入院患者数に対して必要な看護要員配置の規定を施設基準ではなく算定要件とすること。

･A101 療養病棟入院基本料の注 13 の「夜間看護加算」
･A207-4 看護職員夜間配置加算
･A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注７の「看護職員夜間配置加算」
･A311 精神科救急入院料の注５の「看護職員夜間配置加算」
･A311-3 精神科救急合併症入院料の注５の「看護職員夜間配置加算」

要求理由　月平均ではなく夜間において常時配置が求められているが、患者数の変動等への対応が困難であることから、日を越えての傾斜配置を認めるべきである。重症度、医療・看護必要度の測定が広がっているなかで、算定要件とすることで、基準を満たしていない月全体の類下げ、返還金ではなく、満たしていない日のみ算定できない取扱いとすべきである。

［Ⅱ-2-~~(167)~~（170）］医師の働き方改革を支援するためにも、病院・有床診療所で算定できる A207-2 医師事務作業補助体制加算の要件から救急医療管理加算の届出及び年間の救急入院患者数等の選択要件を廃止すること。少なくとも有床診療所及び病棟が１つのみの病院は、医療資源の少ない地域にある保険医療機関に準じ、医師事務作業補助者の配置のみで A207-2 医師事務作業補助体制加算（20 対 1 補助体制加算から 100 対 1 補助体制加算に限る）の要件を満たすものとすること。

要求理由　実際に補助者を配置することで、医師の負担は軽減されている実状がある。そのための手当として、緊急入院患者数に関係なく算定できるようにすべきである。

［Ⅱ-2-~~(168)~~（171）］A212 超重症児（者)準超重症児（者）入院診療加算について、下記の改善を行うこと。

①一般病棟における 90 日までの算定制限をやめること。特に、一般病棟における 90 日までの算定制限の対象から 18 歳未満児を除くこと。
②特別な医学管理が必要な状態が６月以上継続していることが要件になっているが、連続ではなく延べ日数での継続とすること。

要求理由　A212超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算については、これま

で長年にわたり年齢を問わず対象として算定してきたのが実態であり、点数表上も算定制限する根拠等は存在しなかった。また長期入院を余儀なくされている重症な患者の診療に対する評価として、大きな役割を担ってきた。超重症児（者）で入院医療が必要な患者は、家にも帰せず、他の施設も引き取らない。こうした患者への入院治療を90日で制限をすべきではない。とりわけ、こども病院などで長期入院を余儀なくされている18歳未満については制限を廃止すべきである。

②について、連続６カ月以上の状態が途中で１日でも切れてしまうと要件から外れてしまうことから、延べ日数とすべきである。

［Ⅱ-2-~~(169)~~（172）］ 地域格差を見直し、A218 地域加算を引き上げること。

要求理由　都市部における物価・人件費等が非常に高く、入院医療を継続するため、地域区分を見直し、地域加算を引き上げるべきである。

2/24【山口】

要求理由が「都市部における」となっているが、いまや物価・人件費等の増加は、都市部に限られない。さらに言えば、地域加算では到底まかなえない状況となっている。また、地方では圧倒的に人員不足となっているのが現状である。こうした地域格差も踏まえた上での物価・人件費等の増加を理由とした引き上げ要求ならば、入院基本料の引き上げを求めるべきで、［Ⅱ－２－（137）］に統一するなどして、整理してはどうか。

→「都市部における」と記述しているのは、その他地域と比較して記述しているのであって、国内全体に関してはご指摘の通りの物価高の現状である。地域加算の目的はあくまでも物価の地域差を示しているものであり、論点が混在するため現状の取り扱いとしたい。もちろん、入院基本料の引き上げはご指摘も踏まえてさらに追記した。

［Ⅱ-2-~~(170)~~（173）］A233-2 栄養サポートチーム加算について、点数を引き上げること。

要求理由　栄養サポートは重要であるが、B001・10入院栄養食事指導料との併算定ができず、要件に比べて点数が低すぎる。

［Ⅱ-2-~~(171)~~（174）］ 看護職員の病棟勤務時間として算入が認められるものが医療安全管理委員会への出席時間等に限られているので、病棟業務の一環として出席する給食委員会等その他委員会や職員研修も病棟勤務時間に算入できるよう認めること。

要求理由　病棟の代表者として参加している時間について、病棟外で開催している場合であっても、病棟業務として参加しているので、当然ながら病棟勤務として扱うべきである。

［Ⅱ-2-~~(172)~~（175）］ A234 医療安全対策加算について、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。

要求理由　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１：85点、２：30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。

【新設】[Ⅱ-2-~~(173)~~ (176)] A234-2 感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算について、下記の改善を行うこと。

① 感染対策向上加算と外来感染対策向上加算を併せて届出・算定できるようにすること。

② 施設基準の大幅な緩和と報酬引き上げを行うこと。特に、新興感染症等への対応（感染患者の受け入れ・発熱患者の診療、ゾーニング・導線分離、訓練、協議など）については、感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の施設基準から除外した上で、保健所の機能強化や国庫負担の投入等により対応を図ること。

③ 感染対策向上加算１の施設基準通知の１の(7)において、「(2)のチームにより、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算２又は３に係る届出を行った医療機関と合同で」カンファレンスを行うこととされているが、コロナ禍が収まるまでは、「保健所及び地域の医師会と連携し、」については、努力規定とすること。

④ 感染対策向上加算１の相互評価については、当面の間、努力規定とすること。

要求理由 ①について、コロナ特例で算定できていた医科外来等感染症対策実施加算（１回につき５点）、入院感染症対策実施加算（1日につき10点）よりも低い評価であるにもかかわらず、施設基準が非常に厳しい。少なくとも、感染対策向上加算と外来感染対策向上加算を併せて届出・算定できるようにすべきである。

②について、多くの医療機関が感染対策を充実させることこそ必要である。また、新興感染症等への対応は、患者負担を伴う診療報酬によって措置すべきものではなく、国の負担によって実施すべきものである。

③について、コロナ禍によって連携体制がとれない保健所や地区医師会が少なくない。当面の間は努力規定とすべきである。

④について、従来感染防止対策加算１の届出を行っていても、新たに感染対策向上加算１の届出ができない医療機関が非常に多く、相互評価を行うことが困難な場合がある。当面の間は、当該要件について努力規定とすること。

2/24【山口】

要求③については、コロナ禍であろうとなかろうと、対応できない保健所や地区医師会、とりわけ地方の医師会には多々存在する。連携が物理的にできない場合であっても、加算が算定できないとする要件そのものが問題である。要求④の相互評価も同様の問題を抱えており、これらは努力規定とする要求ではなく、削除あるいは要件変更、また、そもそも算定要件に無理がある点について改善を求めるべきである。

→③については、コロナ禍において対応しきれない自治体に対して全員野球で協力していく呼びかけとして重要と考え、努力義務としている。結果としては難しくとも、BCP対応も含めて平時から体制を敷いておくことも重要と考える。なお、本来地域を含めた感染症対策は診療報酬での対応ではなく、基金や補助金などで対応すべきという意見もあり、第二次討議でも引き続きご意見を賜りたい。

[Ⅱ-2-~~(174)~~ (177)] A246 入退院支援加算１の算定要件におけるカンファレンスの実施について、入退院支援部門からの出席は、看護師又は社会福祉士等のいずれかの出席があれば良い扱いとすること。

要求理由　入退院支援加算1の算定要件において「入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する」とされているが、①「病棟の看護師」は実際に患者を看ている立場からカンファレンスに参加し、②「病棟に専任の入退院支援職員」は病棟の入退院支援及び地域連携業務に携わっている立場からカンファレンスに参加する必要があるが、③「入退院支援部門」の看護師及び社会福祉士等は、医療機関として入退院支援及び地域連携業務に携わっている立場からカンファレンスに参加することで患者への入退院支援を十分に果たすことができるものであり、両者の参加を義務付ける必要はない。

「入退院支援部門」の看護師及び社会福祉士等の両方の参加を要件とすることは、入退院支援業務を非効率とさせてしまう。

［Ⅱ-2-~~(175)~~（178）］A247 認知症ケア加算 2 について、病棟単位で算定可能とすること。

要求理由　病棟によって機能が異なる場合があるので、一部の病棟を認知症患者対応に特化させることで、当該病棟内の認知症患者を集中的にケア管理できる。またすべての病棟で算定可能とすること。

［Ⅱ-2-~~(176)~~（179）］口腔ケアを必要とする全ての病棟の入院患者に対して、歯科医療機関と連携して口腔ケアを行い管理することを評価した点数を新設すること。

要求理由　入院患者の治療の一環として口腔ケアが重要な役割を果たすが、歯科医療機関と連携して口腔ケアを行うと治療の効果がより高まる。現状ではこのような連携が評価されるのはごく一部に限られており、診療報酬上評価がなされていないものについては医療機関の負担で行わざるを得ない。医科歯科連携を促進し患者の治療効果を高めるためにも、口腔ケアに係る歯科医療機関との連携を評価した点数を新設すべきである。2014年診療報酬改定では、B009診療情報提供料（Ⅰ）の加算として、歯科訪問診療や周術期口腔機能管理を行う歯科医療機関に対して患者の紹介を行った場合に算定できる「歯科医療機関連携加算」が新設されている。また、2016年改定では、A233-2栄養サポートチーム加算の加算として、歯科医師が栄養サポートチームに参加して診療に従事した場合に算定できる歯科医師連携加算が新設されている。医科歯科連携の重要性が認識されることに伴って、診療報酬上も医科歯科連携に係る治療は評価されてきたところであり、次回改定においても歯科医療機関との連携を評価した点数を新設すべきである。

［Ⅱ-2-~~(177)~~（180）］A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算について、全ての病棟及び有床診療所で施設基準の届出･算定ができるようにすること。少なくとも療養病棟など A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算の届出ができない病棟から急性期一般入院基本料等に転棟した場合は、算定できるようにすること。

要求理由　急性期一般入院基本料等以外の病棟や有床診療所でも算定できるようにすることで、ハイリスク患者への対応が広がる。また、少なくとも算定できない他の病棟から急性期一般入院基本料等に転棟した場合は、算定できるようにすべきである。

【新設】［Ⅱ-2-~~(178)~~（181）］有床診療所においても、下記の入院基本料等加算の届出・算定が可能とすること。

・A231-4 摂食障害入院医療管理加算
・A233-2 栄養サポートチーム加算
・A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
・A242 呼吸ケアチーム加算
・A242-2 術後疼痛管理チーム加算
・A247 認知症ケア加算
・A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算

要求理由　上記の基本料等加算は、それぞれに定められた人員を配置することなどが要件とされているが、有床診療所においても実施が可能である。有床診療所でも届出・算定を可能にすることで地域の医療提供体制の充実が図られることから、有床診療所においても届出・算定を可能とすること。

【特定入院料】

［Ⅱ-2-~~(179)~~（182）］医学管理等及び在宅医療を包括する特定入院料について、退院時に医学管理等及び在宅医療の点数を算定できるよう、B005-1-2 介護支援等連携指導料を算定できるようにすること。

要求理由　例えば回復期リハビリテーション病棟の患者が退院する際の介護申請を行った場合など、病院から在宅療養の連携を密にして在宅での医学管理にスムーズに移行できるようにすべきである。

【新設】［Ⅱ-2-~~(180)~~（183）］回復期リハビリテーション病棟入院料の届出について、入院料１と入院料５の組み合わせを可能とすること。

要求理由　入院料１を有する病院が新たに病棟を増やそうとすると、入院料１を入院料２又は４の下方基準にしなければならないのは、大変不合理である。

［Ⅱ-2-~~(181)~~（184）］A308 回復期リハビリテーション病棟入院料の「体制強化加算１」の施設基準「専従の常勤医師１名以上」について、病棟と関連する入院関係の業務については兼務可能とすること。

要求理由　他の施設基準点数に定める専従・専任者とは兼務不可であるが、回復期リハビリテーション病棟への入院可否の判定や退院前の指導など、外来診療や訪問を行う必要性から、専従の常勤医師という配置はとても厳しい。

［Ⅱ-2-~~(182)~~（185）］A308 回復期リハビリテーション病棟入院料について、提供実績と実績指数の算出を不要とし、ADL 向上等、リハビリに対する効果を踏まえた報酬格差（アウトカム評価）を撤回すること。

要求理由　同じように治療を行っても、回復には個人差がある。アウトカム評価は、回復の見込みのある患者を選別してしまう危険性が高い。在宅復帰率の要件も同様の問題がある。診療報酬は、出来高払いを原則として評価すべきである。

【新設】［Ⅱ-2-~~(183)~~（186）］別表第５の１の２に抗悪性腫瘍剤を加えるなど、回復期リ

ハビリテーション病棟入院料など投薬料が包括される入院料においても、抗がん剤などの高額な薬剤を投与する場合には、別途算定できるようにすること。

要求理由　DPC 病棟においては、当該１入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている１入院あたり薬剤費の 84%tile 値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定され、高額薬剤が医療資源範囲に影響を及ぼさぬよう出来高扱いされている。出来高の入院料点数でも、一部で別表第５や別表第５の１の３などで抗悪性腫瘍剤が除外薬剤として規定されている。

しかし一方で、~~抗がん剤治療による通院をしながら社会活動を行っている患者が、A308 回復期リハビリテーション病棟入院料に入院したケースでは、一定の入院期間を要するにも関わらず、敢えて他医療機関受診をしなければならず、医療機関としても合議精算をしなければならないという手間が生じてしまう。入院医療機関においても抗がん剤を投与できるよう、~~抗がん剤治療をしながら社会活動を行っている患者が、がん以外の理由で A308 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に入院した場合、一定の入院期間を要するにもかかわらず、抗がん剤が入院料に包括され別途算定できない。また、抗がん剤治療につき、入院中に他医療機関受診し、合議精算を行ったとしても、当該費用については持ち出しとなってしまうことから、抗がん剤治療が必要な患者が、抗がん剤治療以外を主目的とした入院であっても、安心して抗がん剤治療を受けながら当該病棟に入院できるよう、現在抗がん剤が包括されている回復期リハビリテーション病棟入院料等においても、別途算定可能とすべきである。

2/22【京都】

要求理由２段落目の変更を以下のようにお願いする。

「しかし一方で、抗がん剤治療をしながら社会活動を行っている患者が、がん以外の理由で、A308回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に入院した場合、一定の入院期間を要するにもかかわらず、抗がん剤が入院料に包括され別途算定できない。また、抗がん剤治療につき、入院中に他医療機関受診し、合議精算を行ったとしても、当該費用については持ち出しとなってしまうことから、抗がん剤治療が必要な患者が、抗がん剤治療以外を主目的とした入院であっても、安心して抗がん剤治療を受けながら当該病棟に入院できるよう、現在抗がん剤が包括されている回復期リハビリテーション病棟入院料等においても、別途算定可能とすべきである。」。

→ご指摘の通り変更する。

[Ⅱ-2-~~(184)~~ (187)] A308-3 地域包括ケア病棟入院料について、下記の改善を行うこと。

①新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等（令和２年８月 31 日付保険局医療課事務連絡：その 26）は、注１、注９，注 10、注 11、注 12 の減算規定を適用しないこと。

②地域包括ケア病棟入院料の施設基準通知の⑽の「オ　訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること」との要件について、下記の場合も、これに該当する扱いとすること。

ア　当該保険医療機関において訪問看護を実施していること

イ　看護小規模多機能型居宅介護事業所が同一の敷地内に設置されていること

ウ　訪問看護サービスを行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が同一の敷地内に設置されていること

③医療法の療養病床である地域包括ケア病棟入院料の点数の引き下げを止めること（注１の減算を廃止すること）。

④リハビリテーションを包括対象から除外すること。

⑤地域包括ケア病棟入院料の在宅復帰率について、2018 年改定により在宅復帰機能強化加算届出の療養病棟、同加算届出の有床診療所、復帰機能強化型の介護老人保健施設が評価対象から外されたが、これを改定以前に戻すこと。

⑥在宅復帰率の計算対象から、急性期病棟への転棟患者を除外すること。在宅復帰機能強化加算を算定している療養病棟及び診療所療養病床への転院については「在宅等に退院する患者」に含めること。

⑦病態により 60 日を超えて地域包括ケア病棟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ること。

⑧在宅復帰率の要件について、「自宅等退院患者割合」についても、暦月で３カ月を超えない期間の１割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定を適用すること。

⑨ １ と ３の施設基準のうち、前３月間において訪問診療 30 回以上か、訪問看護等を 60 回以上算定しているとの基準は外し、在宅医療を担う診療所との連携体制が緊密に行われていることを基準とすること。

要求理由　①について、新型コロナウイルス感染症を受け入れた病院や、受入病院に職員を派遣した病院及び学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった病院、新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する病院、新型コロナウイルスワクチン協力病院等については、これらに対応するために、要件を満たせない状況が発生する。このため、当該減算規定の適用は行わないようにすべきである。

②について、訪問看護ステーションの設置については、施設基準通知の(10)は、当該医療機関が地域医療に果たす役割を評価するものであるはずで、訪問看護ステーションの設置だけでなく、訪問看護の実施も要件とすべきである。

③について、医療法の療養病床である地域包括ケア病棟入院料の点数が実質的に大幅な削減となったが、これは地域医療に果たしてきた療養病床である地域包括ケア病棟入院料の役割を無視するものである。

④について、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いで評価することが必要である。

⑤について、地域包括ケア病棟は、急性期後の患者の受け入れのみでなく、施設等で急性増悪等があった患者を受け入れ、治療により元の生活へ戻す役割を有する病棟であるが、2018年改定で、在宅復帰の評価対象から外された介護老人保健施設等から患者を受け入れることが困難となっており、本来の役割を果たせなくなっている。

⑥について、在宅復帰機能強化加算を算定している療養病棟及び診療所療養病床は従来通り在宅などと同様に判断すべきである。

⑧重症度が高い患者が増えており、在宅への調整が困難なケースもある。

⑨について、コロナ禍においては訪問診療が更に困難になり、要件を満たすのが更に困難とな

っている。そもそも、地域包括ケア病棟入院料を届け出る医療機関自身が在宅医療を担う必要はなく、在宅医療を担う診療所と連携することにより、切れ目のない地域包括ケアを行う体制を担えば良いため、他医療機関との緊密な連携体制を行っていることを施設基準とすべきである。

［Ⅱ-2-~~(185)~~（188）］A310 緩和ケア病棟入院料や A400 短期滞在手術等基本料３等についても J038 人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できることを示すこと。

要求理由　2016年3月31日付事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その１）」の（問78）で、『回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料において、J038人工腎臓の費用は別途算定できることとなっているが、J038人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できるか。』との問いに「できる」と回答されている。この疑義解釈はあくまでも例示であると考えているが、A310緩和ケア病棟入院料やA400短期滞在手術基本料3等についても同様に「人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できる」こととすべきである。

［Ⅱ-2-~~(186)~~（189）］A311-2 精神科急性期治療病棟入院料について、
①点数を大幅に引き上げること。
②施設基準において、看護師の配置基準を緩和すること。

要求理由　①について、短期入院による地域移行を目指す上で、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用や医療機関の自助努力（精神保健福祉士や作業療法士の増員）による手厚い医療を提供するため、人件費のランニングコストが増大しており、引き上げることが必要である。

②について、精神科病棟において質の高い医療と退院促進を目指す上で、多職種による日頃のチーム医療が必要。また、看護師の配置基準を緩和し、他職種を含む配置基準とすべきである。

［Ⅱ-2-~~(187)~~（190）］A312 精神科療養病棟入院料、A314 認知症治療病棟入院料において、抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬を出来高算定できるようにすること。

要求理由　精神科疾患を有する患者であって長期に入院する患者が対象だが、悪性腫瘍に罹患する患者が増えている。

［Ⅱ-2-~~(188)~~（191）］以下の内容で、地域生活指導料（仮称）を新設すること。
①精神疾患入院患者の退院後地域移行を図るため、入院中に看護要員または精神保健福祉士、作業療法士等による、退院後の生活環境促進を図ることを目的とした支援を評価した地域生活指導料（仮称）を新設すること。
②入院中の他医療機関の受診のための付添についても、退院後の地域生活環境促進につながることから、上記の地域生活指導料（仮称）として評価すること。

要求理由　精神障害者の院外業務による職員負担が大きく、これに見合う評価が必要である。

【短期滞在手術等基本料】

【新設】［Ⅱ-2-~~(189)~~ (192)］A400 短期滞在手術等基本料１について、下記の改善を行うこと。

①　回復室の勤務について、診療所については一定の要件を満たせば、准看護師の勤務でも可とすること。

②　短期滞在手術等基本料１のイ（2,947 点）は、麻酔の種別にかかわらず麻酔を伴う場合に算定できることとすること。

③　短期滞在手術等基本料１を平均在院日数の計算対象に加えること。少なくとも 100 床未満の小規模病院については計算対象とすること。短期滞在手術等基本料１については、「短期滞在手術等基本料１に規定する手術・検査を日帰りで実施した場合のみ、平均在院日数の分母と分子から除外する」扱いとすること。

要求理由　①について、診療所においては、准看護師のみの勤務も少なくない。診療所においては「患者が回復室にいる時間帯に、医師が院内において待機（診療に従事していても良い）しており、かつ、状態に変化がある場合は直ちに医師が診察を行える状況にある場合であって回復室における対応についてマニュアルを定めている場合は、准看護師が常時患者４人に１人の割合で回復室に勤務していることでも良い」こととすること。

②について、麻酔を伴う手術を行った場合（2,947 点）の算定を、全身麻酔、硬膜外麻酔、脊椎麻酔に限るとの疑義解釈が示されたが、告示及び通知ではそのような制限を読み取ることはできない。告示・通知で読み取れないにもかかわらず、算定点数を低くする扱いを行うべきではない。麻酔の種別にかかわらず、麻酔を伴う場合は、イの 2,947 点を算定できるようにすること。

③について、Ⅱ-2-(149)と同様に、短期滞在手術等基本料１を実施している小規模病院では、平均在院日数が大幅に増加しやすい。小規模病院が地域医療に果たす機能を維持できるように平均在院日数要件からの除外をやめること。

［Ⅱ-2-~~(190)~~ (193)］A400 短期滞在手術等基本料３について、下記の改善を行うこと。

①　短期滞在手術等基本料３ の DRG/PPS 化をやめ、行った医療行為について正当に評価すること。

②　短期滞在手術等基本料３を平均在院日数の計算対象に加えること。少なくとも 100 床未満の小規模病院については計算対象とすること。

③　短期滞在手術等基本料３の包括範囲から、A218 地域加算と A218-2 離島加算を除外すること。

要求理由　①従前の短期滞在手術基本料でも入院期間にかかわらず算定することから、５日以上の必要な入院期間を確保しないまま退院に至る可能性があった。必要な医療を個々の患者の状態に応じた出来高払いで保障すべきである。

②について、Ⅱ-2-(149)と同趣旨で、短期滞在手術等基本料３を実施している小規模病院では、平均在院日数が大幅に増加しやすい。小規模病院が地域医療に果たす機能を維持できるように平均在院日数要件からの除外をやめること。

③地域加算および離島加算は、当該医療機関の所在地における費用差を評価したものであり、包括すべきではない。

【看護職員処遇改善評価料】

【新設】［Ⅱ-2-~~(191)~~ (194)］看護職員処遇改善評価料について

①届出要件から施設基準要件（A205救急医療管理加算を届出て救急搬送実績が年間200件以上ある医療機関又は、救急救命センター、高度救命救急センター、小児救命救急センターである医療機関）を廃止し、すべての病院・有床診療所で届出・算定ができるようにすること。

②少なくとも、A205救急医療管理加算の届出は要件から外し、救急搬送実績が年間200件以上ある医療機関はすべて対象にすること。

③同一法人内であれば、他の医療機関・介護事業所の看護・介護職員の処遇改善に補助金や報酬を充てることができるようにすること。

要求理由　看護職員の処遇改善は、必要・不可欠である。しかし、一定の要件を満たす医療機関だけを対象にした現行の看護職員処遇改善措置では、①地域の医療機関間での賃金格差が拡大し、再編・淘汰が広がる、②同一法人内での報酬の配分が禁止されているため、同一法人内でも要件を満たせない医療機関は、同一職種でも賃金格差が生じる、③事務職などへの配分が禁止されているため、不公平が生じる等の問題がある。すべての医療機関で看護職員処遇改善評価料が算定できるようにすべきである。

【入院時食事療養費･入院時生活療養費】

［Ⅱ-2-~~(192)~~ (195)］入院時食事療養･入院時生活療養について、

①入院時食事療養は治療の一環である。食事を提供するための設備・光熱水費や人件費の上昇分を反映するとともに、材料費についても保険給付に戻した上で、「あるべき入院時食事療養」に見合って設定し、大幅に引き上げること。また、１食単位から一日単位に変更すること。入院時食事療養（Ⅱ）については少なくとも１日につき 2,300 円以上とし、入院時食事療養（Ⅰ）等はさらに引き上げること。

要求理由　入院基本料の引き上げ要望と同様、異常な物価高の中で一刻も早く引き上げを求める。自宅療養（ホテル療養を含む）を行う新型コロナウイルス感染者に対する配食サービスは、１食につき1,500円（配送費・飲料費を除く）を上限として補助が行われていた。また、入院医療の現場では患者に対するカロリー、総塩分量を１日単位で、献立設定は１週間ないし10日単位で計算しており、１食毎に管理していない。設定に伴うコストも含めた上で適正に評価すべきである。

②光熱水費を保険外とした入院時生活療養費を廃止し、保険給付に戻すこと。

要求理由　光熱水の提供は入院治療を行うにあたって不可欠であり、これらを保険外とすべきではない。

③入院時食事療養（Ⅱ）についても、食堂加算を設定すること。

要求理由　入院時食事療養Ⅰの食堂加算について、一定規模の食堂を備えていることの環境に対する評価であるため、食事療養Ⅱにおいても加算できるようにすべきである。

④入院時食事療養費の標準負担額に関して、状況により長期入院を要する場合は高額療養費のような限度額を設けるか、入院期間による逓減措置を設けること。

要求理由　１食460円の標準負担額では１　日　３食で食事代だけで月４万円以上が必要となる。長期入院を要する場合は支払困難となる患者が増えると考える。

【その他】

［Ⅱ －2-~~(193)~~（196）］届出要件のうち、届出受理後に変動が発生した場合であっても、一定の範囲内であれば変更の届出を要しないとの取り扱いがあるが、この対象となる点数及び要件を明示すること。

要求理由　要件変動の特例措置の対象が必ずしも明確でない。医療現場における管理上の混乱が生じないよう、あらかじめ対象となる点数及び要件を明示すべきである。

［Ⅱ-2-~~(194)~~（197）］有床診療所入院基本料及び有床診療所入院基本料における看護配置加算、医師配置加算、夜間看護配置加算、看護補助配置加算についても届出受理後の要件変動の特例を設けること。

要求理由　病院だけでなく、有床診療所の入院料やその加算についても同様の取り扱いとすべきである。

［Ⅱ-2-~~(195)~~（198）］医療法で定められている長期休暇者の取り扱い等を診療報酬においても適用すること。

要求理由　医療法第25条第１項では「当該病院に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者（３カ月を超える者。予定者を含む）については、理由の如何を問わず医師数の算定には加えない」とし、３カ月を超えない範囲で医師数の算定に加えられる取り扱いが示されている。医師の配置が医療法上認められているのであれば、診療報酬上も同様の取り扱いとすべきである。

［Ⅱ-2-~~(196)~~（199）］患者の治療などに直接関係のない、A245 データ提出加算、A243 後発医薬品使用体制加算、A204-2 臨床研修病院入院診療加算などについては診療報酬での評価を廃止し、補助金等で評価を行うこと。

要求理由　個々の患者の治療に直接関係のないものは、個々の患者に対する治療行為を評価した診療報酬で対応すべきではない。保険料や患者負担等に原資を依拠した診療報酬ではなく、国庫負担によって対応すべきである。

【新設】［Ⅱ-2-~~(197)~~（200）］サイバー攻撃を受け、電子カルテや診療報酬請求システム等が損害を受けた場合は、概算請求を認めること。また、データ提出加算を含めた施設基準要件についても特例的な対応を行い、要件を満たすものとすること。

要求理由　サイバー攻撃は、自然災害と同様の被害をもたらす。地域住民に必要な医療を継続して実施できるよう、概算請求や施設基準要件の特例を認める必要がある。

【DPC/PDPS】

【新設】［Ⅱ-2-~~(198)~~（201）］短期滞在手術等基本料３に相当する診断群分類は、入院期間Ⅰを１日で固定した点数設定方式Ｄによる設定をやめること。

要求理由　短期滞在手術等基本料３は、医科点数表においては４泊５日以内の点数として設定されている。入院期間Ⅰを１日で固定した場合は、必要以上に入院期間が短縮される可能性がある。少なくとも入院期間Ⅰを１日で固定する設定方式ではなく、患者に対する入院医療の必要性、安

全性を考慮した点数設定とすること。

【新設】[Ⅱ-2-~~(199)~~(202)] 診療行為や薬剤料等が包括されている外来診療に係る評価における診療行為等の外来 EF ファイルへの出力義務化を撤回すること。少なくとも、2023 年３月末まで経過措置を延長すること。

要求理由　包括点数の中身の出力義務化は、請求になんの関係もなく、病院への過重負担となるもので不合理であり、実施すべきではない。少なくとも経過措置を延長すべきである。

Ⅱ－３　2022 年診療報酬改定に向けた保団連歯科改善要求
※１：表中に寄せられたご意見、対応を記載
※２：第一次案からの追加、修正は文中に見え消しで記載

Ⅱ－３ 2024 年診療報酬改定に向けた保団連歯科改善要求（第二次案）

※改善対策要求項目全体への意見

協会名	内容	対応
2/24 山口	今回、個別改定項目の部分を中心に、要求項目の数が大幅に増えており、読みにくい印象を受ける。また、個別改定項目の中に、「基本診療料の引き上げ（医科歯科格差の是正）」、「処置での麻酔料等の算定」など重要性の高いと思われるものと、その他細かい内容に対する要求が混在しており、重点がわかりにくくなっている。要求に強弱をつける意味でも、個別項目の部分を中心に内容を精査し、全体の要求項目数を絞ってはどうか。	意見を可能な限り反映するための組み替えを行ったため、ご意見として伺う。

【はじめに】

今日、歯科医療が誤嚥性肺炎の抑制、術後合併症の減少、認知症や糖尿病等の全身疾患の管理等に寄与することが明らかになっている。多職種連携を通じて、口腔内の健康の維持・増進を実現することは、全身の健康の維持・増進、健康寿命の延伸にとって重要である。

特に高齢になるほどリスクが高まる「フレイル」（心身の活動低下・虚弱）への予防には、その入り口となる「オーラルフレイル」（摂食・嚥下機能の低下等）への対処が必要である。病院・介護施設において、歯科医療従事者が関与した専門的口腔ケアの実施により、平均在院日数の短縮、誤嚥性肺炎の減少等の結果が報告されていることは、「フレイル」の予防が実現していることを示している。

また、コロナ禍で、歯科医療機関は、従来から院内感染防止対策を講じてきたが、スタンダードプリコーションに加えて、コロナ対策としてより一層の対策を実施している。

こうした状況の中、2022 年度の診療報酬改定での歯科改定率は、わずか 0.29%プラスであった。期待される歯科医療の役割を発揮していく制度に改善するには不十分な評価である。また、もともと低い歯科診療報酬の影響、コロナ禍での患者の受診控え、物価高騰や追加的な院内感染防止対策による経費増などのため、歯科医療機関の経営は、非常に厳しい状況におかれている。歯科医療の質を支える歯科衛生士や歯科技工士の技術への評価も低く、歯科衛生士の雇用確保や歯科委託技工料の適正な支払を保障する関連点数の改善も不十分なままである。歯科技工所の経営は、さらに厳しい状況に置かれており、歯科医療機関、歯科技工所が地域医療のニーズに応えた歯科医療が提供できるよう、経営的に成り立つ診療報酬への改善として、基本診療料と基礎的技術料の抜本的な引き上げこそが必要である。

患者・国民がうける医療のほとんどが保険診療であることから、保険診療の内容や範囲などを定めている診療報酬は、実質的に日本の医療水準を規定している。歯科では、一般的に普及している医療技術でも保険収載されていない技術が多数あることから、新規技術の保険適用の拡大も積極的に進める必要がある。

歴史的経過を振り返ると、1980 年代以降に薬価引き下げ分を財源とする医科と歯科の改定率の格差のあった時期（いわゆる「失われた 16 年」）以前の歯科医療費は、国民医療費全体の 10%強を占めていた（最近では７％前後）。この比率が保たれるような改定がされていれば、歯科医療費は４兆円規模であり、より歯科の保険制度は充実できたはずである。また、複眼的に歯科の「適正医療費」

を検証している中道勇氏の論文（※１）においても同規模の歯科医療費が適正とされている。

患者本位の保険でより良い歯科医療を提供し、歯科医療の現場で直面する様々な課題を改善するためも、低歯科医療費政策からの大転換、患者窓口負担の軽減と併せて、診療報酬の大幅引き上げ、新規技術の保険適用の拡大を求める。

歯科医療崩壊をくい止め、歯科医療の質の確保と安全を保障できるよう、全国保険医団体連合会は、以下の重点要求の実現を強く求めるものである。

※１　中道勇「歯科の適正医療費は 4 兆 3,800 億円である！」『日本歯科評論』2023 年 1 月号

協会名	内容	対応
2/24 長野	・歯科医師減少による将来的な歯科医師不足が懸念されるため、需給問題の解消が喫緊の課題である。 ・口腔の健康が保たれることによって認知症予防や健康寿命の延伸に寄与することが期待される。国は防衛関係費ではなく、この間低く抑えられている歯科医療費に予算を充てるべきである。	・診療報酬改善要求にはなじまないため、ご意見として伺う。 ・記載の通り

［技術料の評価について］

［Ⅱ－３－（１）］　技術料の評価の抜本的な引き上げを行うこと。

要求理由　2021 年に歯学系学会社会保険委員会連合が、診療行為別に人件費や材料価格などを積算した「歯保連試案 2021」を策定している。一例を挙げると抜髄（単根管）：8,546 円（時間:24 分）、根管貼薬（単根管）：2,666 円（時間:12 分）、有床義歯床下粘膜調整処置:17,440 円（時間:17 分）、永久前歯抜歯：43,161 円（時間:60 分）と試算されているが、現行の保険点数では、それぞれ 232 点、32 点、110 点、160 点と所要時間から考えると驚くべき低評価である。この「試案」や日本歯科医学会がまとめた「歯科診療行為のタイムスタディ調査」などを参考にして、診療に係る医療材料費や人件費等を適正に評価すべきである。

患者・国民の口腔の健康のため、日々診療を行っている歯科医師の努力を正当に評価し、歯科医療機関の経営を改善するためにも、技術料の評価の抜本的な引き上げが不可欠である。

［新しい病名について］

［Ⅱ－３－（２）］　新しい病名として、「糖尿病性歯周病」を導入し、提供体制の推進を行うこと。

要求理由　2015 年に日本歯科医学会から、日歯に情報提供として 4 つの新病名案が示された。口腔機能低下症、生活習慣性歯周病（糖尿病性歯周炎、タバコ関連歯周病）、口腔機能発達不全症、口腔バイオフィルム感染症の 4 つであるが、生活習慣性歯周病以外、現在保険収載されている。

傷病分類別の推計患者数を見ても、歯周炎の増加が顕著である。65 歳以上の患者では、生活習慣病に罹患している場合が多く、中でも糖尿病については 2016 年の国民健康・栄養調査によると、強く疑われる人である糖尿病有病者は約 1000 万人、可能性を否定できない人である糖尿病予備群は約 1000 万人と推計されている。糖尿病と歯周疾患の関連については、「糖尿病患者に対する歯周治療のガイドライン　改訂第 2 版)」（日本歯周病学会）においても、ＣＱ１「歯周治療は HbA1c の改善に有効ですか？」の推奨度は、初版でのグレードＣ１からＢにレベルアップし、糖尿病患者に対する歯周治療の有効性が近年支持されるようになっている。「糖尿病性歯周病」を導入して、提供体制の推進を行っていくべきである。

［かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について］

2016 年に導入されたかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所については、施設基準の要件が歯科

医療の技術とは関係のない要件があり、かつ、一般の歯科診療所でも提供している医療行為、例えば初期う蝕に対する管理や SPT について、点数や算定間隔で、差別的な取り扱いとなっている。これらを解決し、患者・国民に等しく良質な歯科医療を提供できるよう以下の要求をする。

［Ⅱ－３－（３）］　「か強診」と関連付けされた「歯科疾患管理料の長期管理加算」「歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算」および「ＳＰＴのか強診加算」の算定項目は、全ての歯科医療機関が同じ条件で取り組めるように再編・整理すること。

要求理由　2016 年改定で導入された「か強診」は「歯管に＋120 点の長期管理加算」、「歯管に+260 点のエナメル質初期う蝕管理加算」、「ＳＰＴにおいて毎月＋120 点のか強診加算」が算定できる。「か強診」については、施設基準と関連付けされた上記の点数は医学的根拠がなく、同じ医療行為にもかかわらず請求点数や算定間隔に差があるなど、一物二価の問題は残されたままであり、患者や医療従事者にとって理解しにくい評価となっている。

Ｃｅや各加算は「か強診」から外し、全国どの医療機関でも、かかりつけ歯科医として取り組んでいる、う蝕や歯周病に対しての重症化予防は同じ評価とすべきである。切れ目のない長期維持管理の評価は、届出医療の有無で振り分けるのではなく、歯科医療機関間、医科歯科医療機関間、多職種連携等の診療情報の提供・共有など、行為を個別に評価すべきである。

［Ⅱ－３－（４）］　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）の施設基準の内容を抜本的に見直すこと。

要求理由　ＳＰＴ、Ｐ重防、Ｃｅまたはう蝕多発傾向者に対する処置など、どの医療機関でも提供できる技術を施設基準の算定実績にしているが、臨床経験によって安全性を確保する外科手術などとは性質を異にしており、算定実績を増やしても「か強診」との関連性が担保されるものではない。さらに、施設基準の要件を増やしたことで、むしろ矛盾が拡大し、地域格差や医療機関格差を生じさせるなどの問題を引き起こしている。例えば、小児歯科では Ce に対する専門的な継続管理が提供されているにもかかわらず、訪問診療などの算定実績に阻まれて届出ができず、エナメル質初期う蝕管理加算（＋260 点）算定の道を事実上閉ざされたことはまさにその象徴である。また、人口減少で歯科医師または歯科衛生士による複数体制の確保が困難な地域にもかかわらず、在宅医療などの地域医療に取り組む医療機関が評価の対象外になる可能性が高い。

施設基準は人員、設備等の基準を設けなければ、安全性や水準が保持できないことが明確な場合などに限定すべきである。

協会名	内容	対応
2/24 山口	前回の要求案では、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）の評価体系を抜本的に見直すべき」との要求であり、その中で「『か強診』と関連付けられた項目を全歯科医療機関が等しく取り組めるように再編・整理すること」を求めていたが、今回それらが別々の要求とされ、前者（Ⅱ－３－（４））の要求理由の中で「か強診の枠組みは残しつつ別の内容で評価すべき」だと求めるような内容となっている。 しかし、か強診の枠組みを残すことについては、不合理な要件が設定され、政策誘導に利用される可能性が残るなどの懸念がある。前回のように、「か強診」の枠組みを残すことを求めるような要求は避け、「評価体系の抜本的に見直し」を求める内容にとどめるべきではないか。	要求の冒頭に主旨を追記

［病院歯科の充実について］

［Ⅱ－３－（５）］　超高齢化、疾病構造の多様性を鑑み、病院歯科の役割を明確化し、その機能を充実させるためにも、抜本的に評価を見直し、大幅に引き上げること。また、入院患者に実施してい

る肺炎予防のための口腔衛生処置、口腔機能管理の点数を新設すること。

要求理由　病院歯科では、歯科口腔外科だけでなく他科の入院患者の口腔管理やリハビリを含めて他（多）職種との連携を実施している。また、病院歯科の特性を生かして、高次医療だけでなく地域の実情に応じた困難事例（訪問診療の後方支援含む）の受け入れや全身管理を必要とする障がい者の診療などの役割を担っている。これらの取り組みを推進するためにも、病院歯科での処置・手術について、特段の評価をするべきである。

病院経営において、長らく歯科は不採算部門として指摘されることが多く、設置病院の数は減少傾向が続いてきた。ようやく最近になって、地域医療や周術期などの口腔機能管理を通じて院内における歯科の役割が再評価され、存在意義が高まっている。病院歯科固有の診療内容なども考慮し、その役割に見合った、不採算とならないような基本診療料および手術等の技術料の大幅な引き上げが必要となっている。

協会名	内容	対応
2/24 愛知	障がい児･者の歯科治療の受け入れ先は、開業歯科診療所がそのほとんどを担っているが、困難な事例も少なくなく、病院歯科としてもその役割を担ってもらい、受け入れ先を増やして欲しい。障がい児･者が置き去りになっている現状がある。	記載の通り。

［届出医療について］

［Ⅱ－３－（６）］　届出医療において、施設基準の研修要件として課す必要性の乏しいもの、施設基準と給付内容との関連性が希薄なもの、施設基準の人員要件が地域間格差や偏在を生んでいるものについて、廃止を含めて抜本的に見直すこと。

要求理由　施設基準要件のうち、歯科衛生士の配置が要件とされているものには、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所、歯科外来診療環境体制加算、在宅療養支援歯科診療所、歯科治療時医療管理料があるが、地域間格差によって「雇用したくとも雇用できない」等の実態がある。地域の実情に即した施設基準とするよう届出要件を抜本的に見直すこと。

歯初診注１の研修のように医療法の定めに以前から義務付けられており、既に 96%が届出をしている、届出をしていなくても実際には実施しているような届出医療にする必要はないものをはじめ、「歯科疾患の重症化予防に資する継続的管理の研修」のように簡易でどの保険医療機関にも当てはまるもの、歯科治療時医療管理料（医管）のように、施設基準の人員要件が地域間格差や偏在を生んでいるものなど、患者と臨床現場に混乱と格差をもたらす施設基準は、撤廃・整理すべきである。

歯科訪問診療について、病院と診療所で取り扱いが違う「歯科訪問診療の注 13 に規定する施設基準」は、全く根拠がないので、届出制を撤廃すべきである。

協会名	内容	対応
2/24　岐阜	院内掲示物の簡素化。医科に比べて歯科は多い。	主旨は理解するも届出医療の内容とは違うのでご意見として伺う。

［チーム医療について］

［Ⅱ－３－（７）］　歯科衛生士の評価を抜本的に見直すこと。施設基準要件における「歯科衛生士の配置」をもって、歯科衛生士の評価をするのではなく、医学管理、外来診療や在宅診療の補助を行った場合の評価をすること。また、歯科衛生士の専門性の評価を拡大すること。

要求理由　外来診療においては、歯科訪問診療補助加算のような歯科衛生士の評価はない。医学管理のうち、小児口腔機能管理料と口腔機能管理料について、歯科衛生士が補助を行った場合の評価を「診療補助加算（仮称）」とすることを求める。また、「歯科衛生実地指導料」や「訪問歯科衛生指導料」は点数が低すぎる。必要な場合は複数回も認めるなど算定要件を見直すことで働き続けられる環境を整備すること。またこれらの点数は歯科衛生士が行った場合のみの評価で、歯科医師が行った場合の評価を別途設けるべきである。

また、専門的口腔ケアの重要性や、多職種連携、チーム医療が重視される中、業務範囲が広がり多様化しているにもかかわらず、歯科衛生士の診療報酬上の評価は低い。口腔機能の維持・増進が健康長寿につながる禁煙指導や食育など歯科医療の保険給付範囲を拡大し、歯科衛生士が実施した場合の算定を認めることで医科・歯科間の有機的連携も推進できる。

［Ⅱ－３－（８）］　患者の口腔の健康増進に資するため補綴治療の質を確保し、歯科技工士の就労や歯科技工所の経営を守るために、製作技工に要する費用及び製作管理に要する費用を大幅に引き上げるなど、歯科技工士の適正な評価を確立すること。

要求理由　歯科技工士の離職と高齢化や歯科技工士学校数・入学者数の減少が進み、近い将来、国内における保険補綴物の提供が危ぶまれる状況が広がっている。歯科技工士の適正な評価を確立するためには、歯科技工の委託技工料に係る問題を解消することを目的とした抜本的な点数引き上げが急務である。とりわけ、義歯製作の技術が継承できず、地域の歯科技工所に義歯の作製を依頼できない状況も生まれている。今後、患者、国民への良質な補綴治療が提供できなくなってしまうことが危惧されている。国はもっと危機感を持つべきである。

さらに、保険点数の引き上げに加えて、労働時間と原価計算に基づいた製作技工・保険点数の決定プロセスを確立することや歯科技工士に適切な技術料（委託技工料）が渡るような実効性ある取引ルールの確立をはかるべきである。現在、歯科技工は、歯科技工士の異常な長時間・低賃金労働に支えられており、これからの保険診療の補綴治療を守るために、現状の改善は急務である。

歯科技工士の長時間・低賃金の労働の直接の要因は低廉な歯科技工料（委託技工費）にあるが、問題の根本は、多くの部分で不採算となっているチェアサイドの技術料（形成、印象採得、咬合採得、試適、装着などの歯科医師の技術料）の低評価など、歯科技工料の支払いの原資となる診療報酬そのものが低すぎることにある。歯科医療機関・歯科技工所の経営がともに成り立つよう、歯科診療報酬の大幅な引き上げを求める。

上記に加えて、歯科技工加算の点数を引き上げるとともに、専門職間の連携を重視する観点から、院内・院外を問わずに算定できるようにするべきである。

また、歯科技工所特有の「高齢」かつ後継者のいない「一人親方」という事業所形態ではＣＡＤ／ＣＡＭシステムや光学印象など高額な設備投資はハードルが高い。新規技術を保険収載することは重要であるが、経済的に余裕のある大手技工所が対応できる技術のみを保険収載していては寡占状態に陥り、歯科技工の技術継承と健全な市場の形成・存続を妨げ、歯科関連産業自体の先細りに拍車をかけてしまうことになる。現状では義歯や多数歯欠損の Br などの製作技術を全てデジタルに置き換えることができないため、長年にわたり歯科技工を支えてきた技工士の技術が必要である。現存する全ての歯科技工所が存続し、継承者を育成するためには、例えば、ＨＪＣなど、広く普及した技術に関する技術料等の見直しが必要である。

協会名	内容	対応
2/24 山口	歯科技工問題に関する要求は、「チーム医療」の括りで、「歯科技工士の就労と歯科技工所の経営を守るため」の要求として整理されている。先日の保団連代議員会でも確認されたように、歯科	冊子の体裁として現

	技工問題は、われわれ歯科医師を含め歯科界全体の問題である。Ⅱ－３－(８)の要求理由の中でも言及されているとおり、その根源的な問題は、チェアサイドの歯科医師の技術料の低評価にある。保団連方針の中でも「喫緊の課題」であるとともに、「総枠拡大と一体で取り組むべき問題」と位置づけていることからも、この要求は、チーム医療の改善という位置づけではなく、診療報酬改善要求の最重要項目として位置付けられるべき要求である。歯科技工問題に関する要求は、診療報酬の引き上げと一体の要求として、歯科要求項目の1番目の項目に掲げた上で、以下の内容で言及するべきである。 **[Ⅱ-3-(8)]歯科医療機関・歯科技工所の経営がともに成り立つよう、歯科診療報酬を大幅に引き上げること。** 要求理由　長時間・低賃金の労働により、歯科技工士の離職と高齢化や歯科技工士学校数・入学者数の減少が進み、近い将来、患者、国民への良質な補綴治療が提供できなくなってしまうことが危惧されている。長時間・低賃金の労働の直接の要因は低廉な歯科技工料(委託技工費)にあるが、問題の根本は、多くの部分で不採算となっているチェアサイドの技術料(形成、印象採得、咬合採得、試適、装着などの歯科医師の技術料)の低評価など、歯科技工料の支払いの原資となる診療報酬そのものが低すぎることにある。歯科医療機関・歯科技工所の経営がともに成り立つよう、歯科診療報酬の大幅な引き上げを求める。 また、点数引き上げに加え、労働時間と原価計算に基づいた政策技工・保険点数の決定プロセスを確立することや歯科技工士に適切な技術料(委託技工料)が渡るような実効性のある取引ルールの確立を図るべきである。	提案にご理解いただきたい。
2/24 長野	・医療 DX の観点から、光学印象の保険導入および技工指示書の電子化を促進すべきであるが、経済的に余裕がなく新規技術に対応できない技工所については、国が補助金などの救済措置を取るべきである。	診療報酬の改善としては、組み込めないので、ご意見として伺う。

[保険給付の拡大について]

[Ⅱ－３－(９)]　「保険のきく範囲を広げて欲しい」という国民大多数の強い願いを実現するためにも、十分普及している保険給付外の技術および材料は不採算とならない点数で保険に導入し、新規技術の保険導入に当たっても、評価基準を明確にして、不採算とならない点数で導入すること。

要求理由　高い窓口負担と、歯科では保険のきかない自費治療の存在~~が~~や、歯科疾患は命に直結しないとの患者の気持ちなどが~~の~~歯科受診の弊害となり、早期発見・早期治療を困難にし、更に治療の中断を生んでいる。金銀パラジウム合金の異常な高騰も患者負担を引き上げる要因となっている。「保険で良い歯科医療を」全国連絡会が 2021 年に実施した市民アンケートでは、保険適用範囲の拡大と窓口負担の軽減が、歯科医療に対する患者・国民の最大の願いであることが示されている。

2016 年度歯科疾患実態調査によると、「補綴の状況」のうち「一部完了」者が 24.3%、「未処置」歯は 13.4%と、前回調査（2011 年）に比べて増加し、特に、「未処置」者の割合が増加傾向を示したのは、過去 40 年で初めてのことである。この改善に向けて、ブリッジ支台第二小臼歯への前装金属冠、金属床部分義歯、ジルコニア等、十分普及している技術・材料は、医療機関が積極的に活用できるよう適切な評価をし、直ちに医療機関が不採算とならない点数で保険導入するべきである。

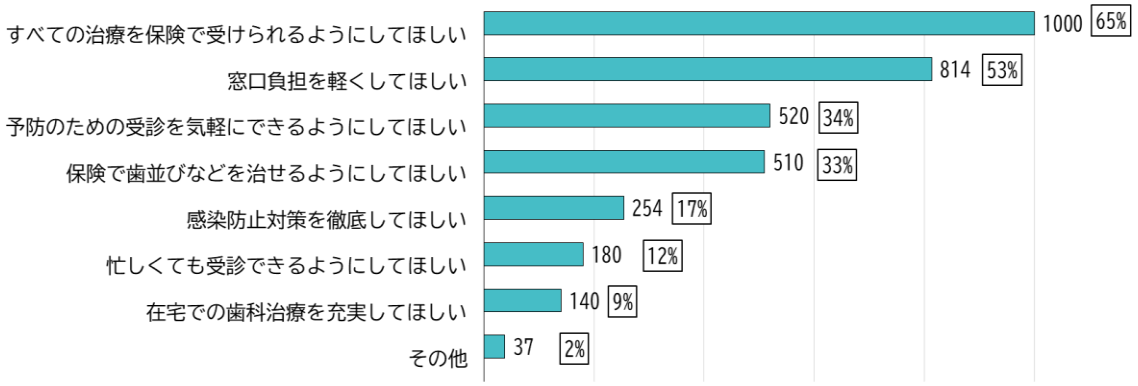
また、学校歯科健診で機能的因子による歯列・咬合不正などを指摘され、評価基準により小児口腔

機能発達不全症と診断された場合、小児口腔機能管理料における訓練料や口腔内装置などの評価を引き上げることをはじめ、矯正治療が必要と診断された場合の歯科矯正については、歯科矯正医との連携を図った上で、整備も踏まえて、保険適用するべきである。

また、レーザー、歯周組織再生誘導手術をはじめこの間少ないながらも新規保険導入が図られたが、評価が著しく低く医療機関での活用が妨げられている。安全で質の高い歯科治療を受けたいという患者の要望に応えられるよう、過去に保険導入された新規技術についても評価を適切に引き上げるべきである。

安心して歯科治療を受けられるよう希望すること(3つ選択)

N=1479(「忙しくても受診できるようにしてほしい」を省略した地域があり、この選択肢のみN=992)



協会名	内容	対応
2/24　埼玉	窓口負担は医科と同じ（点数だけでみれば歯科の方が低い）なので、ことさら高い窓口負担を強調するのはどうだろうか。また、自由治療の過度な誘導が患者に心理的な負担を与える事はあるが、それが受診抑制の原因かは疑問である。「安心して歯科治療を受けられるように希望する事」は歯科受診を決定した上での希望であり、歯科受診しない主な原因は、「歯科は命に関わらないから後回し」というマインドが大きいと思う。経済的に困窮する中でも医科への受診は仕方ないが、歯科の受診は押さえようという心理が働いている。窓口負担の軽減や困窮者の支援など押さえた上で保険の範囲を拡大する事を強調した方が良い。	・歯科受診の要因に一部追記
2/24　山口	**Ⅰ章　－【窓口負担】への意見** 今回、要求案の第１章として「診療報酬改定に対する基本姿勢」の項目が立てられており、その中に「患者負担の軽減」について触れる項目が設けられている。診療報酬改善要求の中で患者負担増の問題についても触れるということであれば、歯科でのトピック（例えば、金パラ高騰に伴い、補綴治療の患者負担が顕著になっていることなど）についても触れてはどうか。	・歯科の窓口負担で反映

［金銀パラジウム合金について］

［Ⅱ－３－(10)］　金銀パラジウム合金の材料告示は、「逆ザヤ」が生じないよう実勢価格に基づき実施すること。価格上昇に即時対応できるよう、急激な価格変動が生じた場合には、年 4 回にかかわらず緊急改定を行うこと。

要求理由　金銀パラジウム合金は異常な高騰が続き、診療報酬改定の時点で、すでに市場価格との逆ザヤが生じていた。これを少しでも解消する目的で導入された随時改定Ⅱでも急激な変動に対応

できず、2022 年改定では変動幅にかかわらず年４回実施するルールに変更した。しかし、随時改定は後追いの改定であることに加え、素材価格の増減をもとに理論値で算出するため、実勢価格との乖離が検証されない仕組みとなっている。歯科補綴の安定供給のためには、市場価格の公的なモニター制度を導入するなど抜本的な見直しが必要である。当面、基準改定に用いる市場価格調査と随時改定で用いてきた理論値との乖離を検証することで乖離度を縮めるとともに、随時改定に用いる期間と告示までのタイムラグを極力短くすること。

また、過去に類を見ない高騰に対しては、2022 年 5 月に行った緊急改定のような重要な対応を行うこと。

［個別項目について］

基本診療料

［Ⅱ－３－(11)］　院内感染防止対策に係る評価については、現行の施設基準としての届出医療を廃止し、普段より徹底した感染対策を行っていることを正当に評価し、初診料・再診料を大幅に引き上げること。少なくとも基本診療料における医科歯科間格差の解消を行うこと。

要求理由　新型コロナウィルス感染症の拡大によって、感染防止対策の重要性が改めて浮き彫りになった。歯科においては、以前より徹底した感染防止対策を歯科医療機関の努力によって行われてきたことは周知のことである。「医療安全を確保するために―院内感染対策費の検討」（日本歯科医療管理学会雑誌第 51 巻第１号 40－45（2016））によると、患者一人当たりの院内感染対策費は 1,058 円であり、対して再診料 45 点＋外来環４点＝490 円（当時）とあまりにも隔たりが大きいと指摘している。

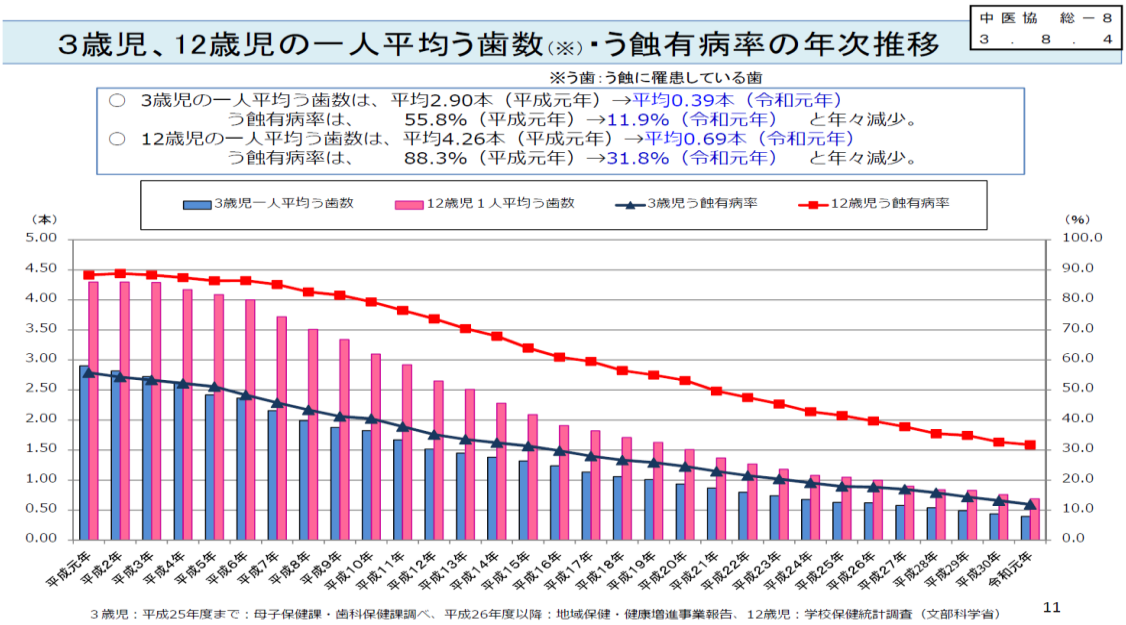
全ての歯科医療機関で感染症に対する患者のニーズや安心安全の医療を実現するためにも、基本診療料である初・再診料を適正に評価し、大幅に引き上げること。少なくとも医科歯科間にある格差は解消し、医科と同評価とするべきである。院内感染防止対策に係る届出が、ほぼ 100％であるという現状と、歯科においては特に感染対策は当然実施すべきことであることから、施設基準としての届出医療とする必要性はなく、廃止すべきである。その上で、地方厚生局が指定時更新の際に行っているＷＥＢによる研修のように、厚労省が感染防止対策に係る研修を行うべきである。

協会名	内容	対応
2/24　岐阜	医科の夜間･早朝等加算を歯科でも導入すること。	医科病院勤務医の負担軽減策との導入趣旨を踏まえ、反映しないこととしたい。

医学管理

［Ⅱ－３－(12)］　歯科疾患管理料におけるう蝕多発傾向者について、注に示している「う蝕に罹患している患者であって」の文言を削除して、小児う蝕の現状に即した取り扱いとすること。

要求理由　中医協で示された資料にある通り、小児のう蝕は激減している。健診等でも、明らかであり、う蝕治療が主訴でない場合でも、修復されている歯の状態により、う蝕多発傾向者と判定された場合に、管理を行っていけることが、う蝕の発生、重症化予防に資すると考える。また、う蝕多発傾向者の判定で、８歳～11 歳の年齢区分は「乳歯または永久歯の処置歯数の合計が２歯以上」で適応とすること。



［Ⅱ－３－(13)］ 小児口腔機能管理料について、診断のための検査、小機能の訓練のための口腔内装置の適正な評価を行うこと。口腔機能管理料について、口腔機能の改善、重症化予防が推進できるようにすること。

要求理由　口腔機能管理料、小児口腔機能管理料については、2022 年度改定で対象年齢は拡大されたが、診断のための検査の評価は据え置かれたままである。口腔機能管理料では、咬合圧検査、舌圧検査、咀嚼能力検査のみ評価があるが、ほかの検査については全く評価がない。小児口腔機能管理料については、離乳完了前・離乳完了後のいずれの検査も評価がない。月１回 100 点の管理料だけでなく、診断のためのマル模、口腔内カラー写真、訓練のための口腔内装置などしっかり取り組める点数設定が必要だと考える。令和２年度の社会医療診療行為別統計によると５月診療分での算定回数は、口腔機能管理料は 27,114、小児口腔機能管理料は 48,083 と極端に少ない。最大の原因は、診断、訓練に対して評価がないことである。

口腔機能の低下、口腔機能発達不全の重症化予防のためにも、これらの管理の推進が重要であり、そのためにも、診断、訓練に対する評価を正当に行うべきである。

［Ⅱ－３－(14)］ 歯管の総合医療管理加算について、「総合医療管理料（仮称）」として独立評価し、口機能や小機能と同様に、歯管の算定日以外でも算定できるように改変すること。

要望理由　初回算定の場合、医科から診療情報提供書による紹介があった場合を除き、通常は医科に照会をかけ、医科からの返書を待って算定することになる。そのため、受診から医学管理を始めるまでにタイムラグが生じることから、お薬手帳等で投薬の状況が確認できた時点からの算定とすべきであり、歯管の算定日に限定せず、歯管とは別に算定できるよう改めることが必要である。

［Ⅱ－３－(15)］ 周術期等口腔機能管理の管理計画に歯管の計画内容を含む場合には歯管を算定したものとみなす取り扱いとすること。

要求理由　周術期等口腔機能管理を行う場合、周計および周Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのいずれかを算定することになり、実質的に歯管が算定できない。そのため、歯管の算定が前提となっているＦ局、ＳＰＴ、口機能など中長期的管理が必要な患者への評価がない状態になる。周計に歯管の計画内容を含む場合には認めるなどの措置を講じることを求める。

［Ⅱ－３－(16)］　歯科治療時医療管理料について、歯科衛生士の人員基準は地域間格差を生み、地域医療の実態ともかけ離れていることから、施設基準から外すべきである。

要求理由　医管はモニタリング行為そのものへの評価である。歯科衛生士の参画は不可欠ではなく、有病高齢者の多い過疎地域で歯科衛生士がいない場合も含めて、安全な治療のために必要なモニタリングはどの医療機関でも行っている。適応病名が限定されているなど、裁量が著しく狭い。現行の施設基準は給付内容との不整合が著しく、とりわけ、歯科衛生士の配置がなければ、同管理料が実施できないとの制限は不合理であり廃止を求める。

モニター装着下に局所麻酔を行った症例すべてに適応し,迷走神経反射や妊娠中など対象疾患に関わらずモニタリングが必要と判断した患者に対して算定可能にすべきである。

協会名	内容	対応
2/24　岐阜	骨吸収抑制剤投与中の患者も対象に追加して欲しい。	モニタリングとの関係は低いと思われるため、反映しないこととしたい。

［Ⅱ－３－(17)］　歯科衛生実地指導料の評価を抜本的に見直すこと。

要求理由　歯科衛生実地指導料について、現行の評価では人件費などを考慮すると赤字に近い状態になるため、評価の引き上げが不可欠である。また、歯科衛生実地指導料と類似の診療行為である訪問歯科衛生指導料は月 4 回の算定を限度としている。歯科衛生実地指導料の算定も同様の回数を算定できるようにすべきである。

［Ⅱ－３－(~~17~~ 18)］　新製有床義歯管理料は、新製有床義歯の製作物単位で算定できるようにすること。

要求理由　現行では、「１口腔単位」での算定となっている。有床義歯の管理は、義歯という技工物に対して行うものであり、口腔に対して行うものではない。2020 年度改定においても、義歯の「困難な場合」と「それ以外の場合」の取り扱いについて、「口腔の状況」から「「対象義歯」で考えることに変更されている。併せて、同様に変えるべきである。

「製作物単位」での算定にすれば、同一初診内で１年間は１回のみの算定、初診が変われば再度算定できるという根拠のない不合理は解消されると考える。

［Ⅱ－３－(~~18~~ 19)］　喫煙者に対する禁煙支援のため、「慢性歯周炎患者の禁煙指導」を導入すること。

要求理由　喫煙と歯周病の重症化、受動喫煙と歯周病、さらに、その他の全身への健康障害について積極的に啓発し、歯周基本治療の一貫として禁煙指導をはかることは、重要である。同指導については、歯科衛生士、歯科医師いずれでも、取り組めるようにするべきである。

在宅歯科医療

［Ⅱ－３－(~~19~~ 20)］　在宅歯科診療における時間、時期、回数、人数の要件などを撤廃すること。

要求理由　歯科訪問診療料には 20 分要件があるが、2010 年度改定に導入され、２年後の改定で、「容態急変時」の特別規定が設けられたことからも、在宅歯科医療の実態とかけ離れた要件であることは明らかである。高齢者の体力等を考慮しても「20 分」という根拠のない時間要件は撤廃するべきである。

歯科訪問診療移行加算については、歯科訪問診療１（20 分以上）への加算で、かつ、その歯科医療機関の外来を最後に受診した日から３年以内に開始した歯科訪問診療に対する加算という位置づけである。かかりつけ歯科医としての評価を考えるのであれば、歯科訪問診療１のみならず、すべての訪問診療に対する評価とすべきであり、また、３年以内に開始という時期の制限を撤廃し、評価を引き上げるべきである。

また、訪問診療の人数によって点数に差を設けているが、訪問診療の対象患者は外来の患者より全身状態が良いとはいえず、治療も複雑困難で、より慎重に取り組まなくてはならない。それを個々の患者の状態を無視し、一律に人数で画一的に指定することは改善すべきである。

協会名	内容	対応
2/24 埼玉	・歯科訪問診療の点数が低すぎる。処置を行っても外来と同じ点数では訪問診療をする歯科医療機関は増えない。国は訪問診療を推奨しようとしているが、現場を無視している。引き上げが難しいのであれば、包括にして医科の在宅時医学総合管理料のような点数を作ってほしい。 ・訪問の対象患者は外来の患者より全身状態が良いとはいえず、治療も複雑困難で、より慎重に取り組まなくてはならない。それを個々の患者様の状態を無視し、一律に時間や人数で画一的に指定するのは如何なものか。	・人数要件を反映。

［Ⅱ－３－(~~20~~ 21)］　入院前に製作に着手している補綴物や有床義歯については、病院に歯科口腔外科があっても、入院・入所先が 16 キロ以上離れていても、完成済みの状態であれば、訪問による装着を認めること。

要求理由　現在、16km を超える場合の対診については、患家付近に他の歯科医師がいない、いても専門外である等の場合に限られているが、補綴物や有床義歯が完成後に入院した場合でも、患者は入院先で新たに補綴治療を受けなければならないことになる。患者の経済的、精神的負担をなくすためにも、完成しているものについては、訪問による装着を認めるべきである。

［Ⅱ－３－(~~21~~ 22)］　栄養サポートチーム連携加算の点数を引き上げて独立点数とし、歯科衛生士が実施した場合も認めること。

要求理由　歯在管または訪問口腔リハに対する栄養サポートチーム連携加算は歯科医師のみが実施できるが、これを独立評価とし、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施した場合も認めることで多職種連携がより進むであろう。

検査

［Ⅱ－３－(23)］　歯周病検査や口腔細菌定量検査など１月以内の２回目以降の算定についての減算をやめること。

要求理由　歯周病検査や口腔細菌定量検査など１月以内の２回目以降の算定については、50/100 の減算の取り扱いであるが、歯科医学的根拠がなく不合理であり、算定間隔に限らず、所定点数での算定とすべきである。

［Ⅱ－３－(~~22~~ 24)］口腔細菌定量検査について、周術期患者、高齢者や「口腔機能低下症」の患者についても、対象を拡大すること。

要求理由　2022 年度改定で導入されたが、対象は在宅患者と歯科診療特別対応加算を算定している患者であるが、周術期患者、高齢者や「口腔機能低下症」の患者についても、対象を拡大すべきである。口腔バイオフィルム検査により口腔内の状態を把握し、口腔バイオフィルム感染症として口腔

全体の管理を行うことは、高齢者において誤嚥性肺炎をはじめとする全身性疾患の抑制にきわめて有用である。また、「口腔機能低下症」の患者では、口腔全体の汚染状態を把握するために舌苔の付着状態や細菌数を評価する口腔バイオフィルム検査を行い、歯周組織だけでなく舌や粘膜を含めた口腔全体の管理を行うことができることから、当該検査の適応拡大をするべきである。

さらに、口腔バイオフィルム感染症の管理と歯周疾患の管理を並行して行えるよう、口腔細菌定量検査と歯周治療の併算定ができることを明記すべきである。

また、口腔バイオフィルム感染症の診断は、診断方法が１社１機種しかない機器による口腔細菌定量検査のみで、ほとんど活用されていない。施設基準の廃止や、旧型の同様の機器でも可能することや、また舌苔の簡易検査についても評価するように改善すべきである。

［Ⅱ－３－(~~23~~ 25)］　咀嚼能力検査、咬合圧検査の算定間隔を３カ月に１回とし、それぞれの算定を認める~~する~~こと。

要求理由　2022 年度改定において、舌圧検査のみ、継続的な管理を行っている患者について、３月に１回の算定に改善されたが、咀嚼能力検査、咬合圧検査については、６月に１回の算定のままである。高齢者の口腔機能重症化予防、早期発見につながるよう、検査の間隔について改善するべきである。

また、診断において、咀嚼能力検査、咬合圧検査を同時に行った場合、それぞれの算定を認めるべきである。

協会名	内容	対応
2/24 愛知	口腔機能低下症の診断において、咀嚼能力検査、咬合圧検査を同時に行った場合、それぞれの算定を認めること。	反映

［Ⅱ－３－(~~24~~ 26)］　う蝕や歯周病に対する各種唾液検査、細菌検査等、有用性が実証されている検査を積極的に保険導入すること。

要求理由　歯周治療を進めていく上で、どの治療を選択するかを決定するか、歯周病の進行程度や原因を把握し「正しい診断」と「適切な治療計画」を立てるための情報を得るためにも、酵素判定法、歯肉溝滲出液の検査等の新たな検査を導入するべきである。症例に応じて必要な検査を系統的に行い、検査結果を分析して治療計画の立案や修正に生かすことが重要である。また、う蝕の重症化予防の管理についても、科学的根拠を示すためにも検査の導入が必要である。

画像診断

［Ⅱ－３－(~~25~~ 27)］　歯科部分パノラマ断層撮影について、対象を異常絞扼反射の患者のみでなく、「術中の感染防止」も追加すること。

要求理由　現行の対象は、「異常絞扼反射を有し、口腔内エックス線撮影が困難な患者」に限定されている。抜歯や小手術に際して、歯科エックス線撮影によって術中の確認を行っているが、2022 年度に評価された医療技術評価提案書でも対象疾患として挙げられているように感染リスクを考えると、歯科部分パノラマ断層撮影を活用できれば、かなり有用であると考える。

［Ⅱ－３－(~~26~~ 28)］　歯科用 3 次元エックス線断層撮影の適用について、歯槽骨の状態の確認を追記すること。

要求理由　2022 年度改定で、適用について、「複雑な解剖学的根管形態」の確認が追加となったが、歯周治療において、歯槽骨の状態を確認するうえでの有用性については、周知のことである。適用について、追加として明記すべきである。

リハビリテーション

［Ⅱ－３－(~~27~~ 29)］　歯科リハビリテーション１について、有床義歯管理料と歯科リハビリテーション１の併算定を認めること。また、患者にもわかりやすい「義歯調整料」の名称に変更すること。

要求理由　有床義歯の管理は、義歯という技工物に対して行うものであり、口腔に対して行うものではない。2020 年度改定においても、義歯の「困難な場合」と「それ以外の場合」の取り扱いについて、「口腔の状況」から「「対象義歯」で考えることに変更されている。併せて、同様に変えるべきである。また。必要な回数算定できるよう改善すること。

協会名	内容	対応
2/24 埼玉	義歯調整は症例差が大きく、医学的に必要な調整を最大限に行ったとしても、更に調整が必要な場合があり、難症例に対して月１回の調整料算定では実態に即していない。	記載の通り。
2/24 愛知	歯科リハビリテーション料1について、必要に応じた算定回数を認めること。	記載の通り。

［Ⅱ－３－(~~28~~ 30)］　小児口腔機能管理料、口腔機能管理料の訓練に対する評価を新設すること。

要求理由　小児口腔機能管理料、口腔機能管理料について、「継続的な指導および管理を行った場合に算定する」とされていて、行う訓練については評価がない。重症化予防と潜在的な対象患者の指導・管理を医療機関が積極的に行えるように、口腔内装置などリハビリテーションに新たな項目を新設するべきである。

処置

［Ⅱ－３－(~~29~~ 31)］　麻酔の算定を認めること。当面、120 点未満の処置については等しく麻酔料･麻酔薬材料の算定を認め、120 点以上の処置については薬剤料の算定を認めること。

要求理由　歯科における日常診療において多くを占める処置で使用される麻酔薬剤料、麻酔料については、相変わらず評価がない。手術と同様に使用した麻酔薬剤料は別途算定できる取り扱いとすべきである。また、当面 120 点未満の処置については、歯周治療など「麻酔の費用は含まれる」とされている処置については、浸潤麻酔の手技料も算定できるようにするべきである。そのためにも、「麻酔の費用は含まれる」との規定を削除すべきである。

［Ⅱ－３－(~~30~~ 32)］初期う蝕早期充填処置について、「１歯につき」の取り扱いを削除すること。

要求理由　「１歯につき」の取り扱いは、同一初診期間中の再度の処置は認められない取り扱いである。長期にわたって管理していくうえで、非常に不合理な取り扱いである。削除を求める。

［Ⅱ－３－(33)］　暫間固定の取り扱いについて、「簡単なもの」についても「困難なもの」と同様に「1 箇所につき」の算定とし、手術歯数３歯以下の場合の「簡単なもの」の術中の算定を認めること。

要求理由　暫間固定の取り扱いについて、「簡単なもの」は「1 顎につき」、「困難なもの」は「1 箇所につき」の取り扱いであるが、固定する歯数の違いだけであり、固定方法に違いがない。「簡単なもの」についても「1 箇所につき」の算定とするべきである。また、手術歯数３歯以下の場合の術中の暫間固定を歯周外科手術に包括するのではなく、実態に応じて別途算定を認めるべきである。

口腔内装置調整・修理に関する事務連絡

［Ⅱ－３－(~~31~~ 34)］　他院製作の歯ぎしりに対する口腔内装置の調整･修理の 234 点の算定を認めること。

要求理由　現在の口腔内治療用装置の修理 234 点は、2016 年４月改定で「I017-2 床副子調整・修理」から始まった。この当時、歯ぎしりに対する口腔内装置（ナイトガード）は修理の対象装置ではなかった。同年９月１日の疑義解釈で「他院製作の床副子も修理の対象になるか」との問いに、睡眠時無呼吸症候群の咬合床を除き他院製作でも床修理の算定を認める取り扱いが示された（睡眠時無呼吸症候群の咬合床は医科主治医との連携関係を損ねるため除外した）。その後、2018 年４月改定で「I017-2 口腔内装置調整・修理」と名称が変更され、歯ぎしりに対する口腔内装置（１に限る）が修理の対象として告示された。適応拡大に応じた検討が必要であったが、これを漏らしたのではないか。2016 年９月１日付の疑義解釈が修理対象の装置を個別に明示していたのが原因であると考える。早急に是正すべきである。

［Ⅱ－３－(35)］　スケーリングの同日 2 ブロック以降の減算をやめること。

要求理由　同日 2 ブロック以降のスケーリングが加算扱いなのは歯科医学的に根拠がなく不合理である。ブロック単位での点数であれば、全てのブロックで同じ点数を認められるべきだ。

歯周病安定期治療について

［Ⅱ－３－(~~32~~ 36)］　歯周病安定期治療（SPT）の間隔の短縮は主治医の判断でできるようにすること。当面、短縮が必要な場合に、①再度のスケーリング・ルートプレーニング（SRP）を経て安定を確認した患者②基本診療後にペリオクリンなどの薬物送達療法の定期注入を経て安定期を確認した患者――を加えること。

要求理由　現行では、SPT 期間の短縮については、歯周外科手術を実施した場合、全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合、全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合、侵襲性歯周炎の場合と「か強診」の医療機関と規定されている。「か強診届出医療機関」か「それ以外の医療機関」で歯周基本治療後のＳＰＴの算定が１カ月ごとか３カ月ごとと期間の違いがあることは歯科医学的に全く根拠がない。ＳＰＴの間隔の短縮は主治医の判断でできるようにするべきである。当面、短縮が必要な場合に、①再ＳＲＰを経て安定を確認した患者②歯周基本治療後にペリオクリンなどの薬物送達療法の定期注入を経て安定期を確認した患者――を加えること。

［Ⅱ－３－(~~33~~ 37)］　歯周病重症化予防治療（Ｐ重防）の適用については、ポケットが４㎜未満であっても、歯根長の 1/3 を超える骨吸収がある場合などは、主治医の判断でＳＰＴを選択できるように変更すべき。また、Ｐ重防、ＳＰＴへの移行については３カ月という期間の規定は見直し、患者の状態によって移行できるように改めること。

要求理由　Ｐ重防の対象は、ポケット深さが４㎜未満となっているが、例えば、歯肉切除手術（ＧＥｃｔ）などの歯周外科手術後、一時的にポケットが浅くなる場合などは、重症例にもかかわらず３カ月メンテナンスとなってしまう。また、ＳＰＴとＰ重防の行き来が生じるなど継続管理に混乱が生じている。骨吸収の度合いなど、歯周炎のステージに配慮した取り扱に改変すべきである。特に、軽症例でも毎月メンテナンスを行えるＳＰＴ（か強診の場合）との関連で矛盾が生じる。後段でも述べるが、一物二価のＳＰＴ（か強診の場合とそれ以外の医療機関）との関係も再考願いたい。

上記を踏まえた上で、当面存続するのであれば、Ｐ重防とＳＰＴの算定要件にアタッチメントロスや骨吸収に配慮し、例えば下記のように改変することで、相互移行の際の混乱を最小限に止める

こと。
【具体的な通知の改変案（現行通知に下線部を追加する）】
●Ｐ重防：歯周ポケットが４ミリメートル未満の患者（歯槽骨吸収が歯根長の 1/3 以上を有する場合を除く）
●ＳＰＴ：４ミリメートル以上の歯周ポケットを有するものまたは歯槽骨吸収が歯根長の 1/3 以上を有するもの

協会名	内容	対応
2/22 静岡	4mm以上の歯周ポケットを有しているが、症状が安定していない（歯周組織の多くの部分に炎症や BPO が認められる）ケースは多くあると考える。当該ケースであっても SPT の管理対象にすべきと考える。	安定していないならば、治療を行うべきなので、ご意見として伺う。

［Ⅱ－３－(~~34~~ 38)］　Ｎｉ−Ｔｉロータリーファイル加算について、Ｎｉ−Ｔｉロータリーファイルを用いた根管形成・拡大についても適正に評価するとともに、歯ＣＴおよび手術用顕微鏡を用いた場合に限定しないこと。

要求理由　根管形成・拡大は根管充填処置に包括されており、Ｎｉ−Ｔｉロータリーファイル加算が新設されるまでは、同ファイルを用いた場合とそうでない場合の評価が同一であった。今回の改定で一部評価されたたものの、歯ＣＴおよび手術用顕微鏡を用いた場合に限定されている。しかし、これらの装置を用いなければファイルの特性が生かせないというものではなく、差別化は不合理である。

協会名	内容	対応
2/24 埼玉	・昨今、根管拡大・形成の際に Ni-Ti ロータリーファイルを使用する頻度は増えている。根管治療の精度向上のためという事ももちろんそうだが、低すぎる根管治療に対する評価のせいで、短時間、少ない回数で効率よく根管治療を終えなければならない経営上の理由も少なからずあると思う。CT や手術用顕微鏡を備えていない一般的な歯科医院であってもこの事情は変わらない。限定せずに Ni-Ti ロータリーファイルの使用それ自体を評価してもらいたい。 ・2022 年 9 月 1 日に埼玉県保険医協会の歯科学術講演会「歯内療法・根管治療」の中で講師から語られていたが、若手歯科医師が Ni-Ti ロータリーファイルを使い、歯内療法教室のベテラン歯科医師が通常のファイルで根管治療をした場合、Ni-Ti ロータリーファイルを使用した方が圧倒的に理想的な根根形成ができたという。明らかな道具優位性があるという研究もあるそうなので、そうしたエビデンスを加えてみても良いかと思う。	記載の通り。

［Ⅱ－３－（~~35~~ 39)］　非経口摂取患者口腔粘膜処置について、患者の実態に即した運用、回数、評価とすること。また、非経口摂取患者口腔粘膜処置、周術期等専門的口腔衛生処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置や歯周病治療の同月算定を認めること。

要求理由　2020 年に導入された非経口摂取患者口腔粘膜処置（以下、非経口処）は、通知に「経管栄養等を必要とする」と規定され、100 点を月２回までの算定となっている。患者の状態は様々であり、経管栄養と経口摂取を一時的に併用する場合もあり、一律に「経管栄養等を必要とする」と限定すべきではない。開始から３カ月以内は算定回数を制限せず、また、患者の実態にあわせて、算定回数は少なくとも月２回から４回までとし、点数についても引き上げが必要である。さらに非経口処は、周術期等専門的口腔衛生処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置、歯周病治療（Ｐ処、Ｐ基処、歯周基本治療、Ｐ重防、ＳＰＴ）と同月の併算定が認められていないが、両項目は、そもそも対象疾患、治療内容も異なるため、併算定を認めるべきである。

咬合調整について

［Ⅱ－３－(~~36~~ 40)］　咬合調整は歯数の変化など口腔内の状況が変化した場合にはその都度算定できるようにすること。

要望理由　咬合調整の算定単位は、同一初診内に６カ月または３カ月に限定されているが、外傷や腫瘍等によって歯数が変更になり新たに義歯を製作する場合や歯冠ハセツによって歯が鋭縁になるなど、予見できない事象に対する評価まで制限することは不合理である。

協会名	内容	対応
2/24 岐阜	咬合調整はどのような疾患に行っても咬合調整であり、都度の算定を求めるのみでなく、「イロハニ」の区分もなくして欲しい。	原疾患は必要なため、ご意見として伺う。

手術

［Ⅱ－３－(~~37~~ 41)］　J043 顎骨腫瘍摘出術に係る取り扱いを変更すること。

要求理由　主たる手術 J043 顎骨腫瘍摘出術と従たる手術 J004 歯根端切除手術について、J043 顎骨腫瘍摘出術は、（歯根嚢胞を除く）（顎骨嚢胞を摘出した場合に限る）とされているが、臨床では、顎骨腫瘍摘出時にも、歯根端切除手術をする頻度が高いため、この通知のままでは歯根端切除手術が算定できないことになる。（顎骨嚢胞を摘出した場合に限る）を削除するべきである。

麻酔

［Ⅱ－３－(~~38~~ 42)］　浸潤麻酔について、術野または病巣についての考え方を軟組織に対する処置と硬組織に対する処置で明確に区分すること。

要求理由　硬組織疾患については、「１歯単位」での算定であり、一方、軟組織疾患については「同一皮切により行い得る範囲」と規定されている。う蝕等硬組織疾患に対して、浸潤麻酔を行って処置を行う場合は、「１歯単位」で浸潤麻酔が算定できることを明記すべきである。

協会名	内容	対応
2/24 埼玉	・歯科治療に麻酔は不可欠である。中にはショックを起こす患者もいる。細心の注意を払って行う処置なのに、行った浸潤麻酔が処置によって算定できる場合とできない場合があるのはおかしい。ボランティア麻酔にならないようにしてもらいたい。	記載の通り。

歯冠修復および欠損補綴

［Ⅱ－３－(~~39~~ 43)］　麻酔の費用は含まれるとされている、歯冠形成、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成について、麻酔に関する費用について別途算定できるようにすること。

要求理由　歯冠修復・欠損補綴で使用される麻酔薬剤料、麻酔料については、相変わらず評価がない。当面、使用した麻酔薬剤料は別途算定できる取り扱いとし、浸潤麻酔の手技料も算定できるようにするべきである。そのためにも、「麻酔の費用は含まれる」との規定を削除すべきである。

［Ⅱ－３－(~~40~~ 44)］　クラウン・ブリッジ維持管理料は、廃止~~する~~を目指すこと。当面、非金属材料による治療、歯内療法を伴う場合、新たな欠損に伴うブリッジの製作は、対象外とし、未届け医療機関において加圧根管充填処置や 30%低減なしに算定できるようにすること。

要求理由　歯内療法については、いつ発症するかについて予見することは不可能であり、抜歯についても予見することは不可能である。歯内療法後の修復、抜歯後のブリッジによる新たな欠損補綴

にクラウン・ブリッジ維持管理料にかかる規制を設けることは全くの不合理である。

また、社会医療診療行為別調査によると平成 19 年から令和３年の 14 年間で歯冠修復及び欠損補綴の１件当たり点数は、年々減少し、トータルで 206.6 点と大幅な減少となり、技工所経営にも大きな影響を与えていることが分かった。

協会名	内容	対応
2/22 神奈川	クラウン・ブリッジ維持管理料（補管）については廃止を要求するのではなく、いわゆる「2年間の縛り」に関する文言を告示・通知から削除す る要求をすべきと考えます。 理由 歯科医療機関として自院で作成したクラウン・ブリッジの維持管理に努めることは当然ではあるが、「2年間の縛り」について は「補償」であり、診療報酬の在り方とは反するものであるため。	原案に文言修正で対応。
2/24 富山	[Ⅱ-3-(40)]クラウンブリッジ維持管理料 クラウンブリッジ維持管理料の廃止を求める要求項目は削除して欲しい。 そのうえで、「補管対象補綴物の装着から 2 年以内の再製作が必要となった場合に、補管対象の冠やポンティックの再製作にかかる費用は医療機関の負担として、支台歯の再製作にかかる費用は保険請求可能とすること」 または、「補管対象の冠やポンティックの装着から 2 年以内は、補管を含む補綴にかかる請求点数の取り下げを認めること」を要求項目に挙げて欲しい。	原案に文言修正で対応。
2/24 岐阜	補管廃止に伴い浮く予算については、全て歯冠修復に係る分野に振り分けるように明記するべき。	原案に文言修正で対応。

［Ⅱ－３－(41 45)］ 窩洞形成、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成について、「1 歯につき」の取り扱いを改善すること。

要求理由 「１歯につき」は、同一初診中、１回のみの算定できる。長期にわたって管理していくうえで、再治療は起こりうることである。破折による再治療等、歯科医師の責によらない予見できない再治療については、再度算定できるよう取り扱いを改善すべきである。

協会名	内容	対応
2/24 埼玉	・人件費や材料費などを考慮すると、赤字に近い状態になるため、引き上げが必要である。 ・インレー除去して、カリエス除去、歯髄保護、形成を同日に行っても 120 点は労力に全く見合っていない。	Ⅱ-(3)-1 の要求内容に含まれるもの受け止めました。

［Ⅱ－３－(46)］ テンポラリークラウンについて、臼歯部での算定を認めること。

要求理由 テンポラリークラウンは、現在、前歯部のみに認められている。テンポラリークラウンは、審美性の回復のみならず、咬合の回復にも重要な役割を有していることから、臼歯部においても認めるべきである。

［Ⅱ－３－(42 47)］ ＨＪＣとＣＡＤ/ＣＡＭインレーの歯冠形成料についてはＣＡＤ/ＣＡＭ冠の歯冠形成料と同等の点数に引き上げること。

要求理由 ＨＪＣの歯冠形成に関しては、ＣＡＤ/ＣＡＭ冠形成とほぼ相違なく、厚めのディープシャンファー形態での歯冠形成が推奨されている。小臼歯部等の歯冠補綴に際してＨＪＣを選択することが増えれば、ＣＡＤ/ＣＡＭ冠の件数が減少する。従来より確立された技術であるがゆえに、ほ

とんどの歯科技工所で対応可能であり、小規模・零細歯科技工所を救済できる利点も認められる。この観点からもＨＪＣの歯冠形成の点数をＣＡＤ/ＣＡＭ冠歯冠形成と同等の点数に引き上げるべきである。

［Ⅱ－３－(~~43~~ 48)］　生活歯の大臼歯単冠にも、4/5 冠の算定を認めること。

要求理由　現行、4/5 冠の金属歯冠修復は小臼歯への適用を原則としているが、ブリッジの支台の場合のみ、生活歯の大臼歯に適用されている。健全歯質を残すという観点からも、生活歯の大臼歯単冠にも認めるべきである。

［Ⅱ－３－(~~44~~ 49)］　チタン冠は鋳造だけでなく非鋳造も認めること、また冠だけでなくＢｒにも適応を拡大すること。

要望理由　鋳造による場合だけでなく鋳造による変性が避けられる非鋳造用も認めることで多くの歯科技工所で取り扱いが可能になる。また、歯科用金属アレルギー患者に対するブリッジにも適応が開かれることからＢｒについても適応を拡げるべきである。

協会名	内容	対応
2/24　埼玉	・チタン鋳造の精度が問題なので、CAD/CAM での製作も認めてもらいたい。	非鋳造の文言で記載の通り。

［Ⅱ－３－(~~45~~ 50)］　ＣＡＤ/ＣＡＭ冠およびＣＡＤ/ＣＡＭインレーの適用範囲をさらに拡大すること。

要望理由　ＣＡＤ/ＣＡＭ冠及び新設されたＣＡＤ/ＣＡＭインレーの６番への適応は、７番の４歯全ての残存が条件になっているが、対顎に義歯が装着されている場合など、「応分の咬合圧に耐えられる場合」にも適応を拡大すべきである。

また、７番では金属アレルギー患者でなければ適用にはならない。今年４月、東北大学が大臼歯のＣＡＤ/ＣＡＭ冠での歯冠修復について、治療成績を調べた研究が発表された。７番へのＣＡＤ/ＣＡＭ冠の治療成績は、６番の場合と同等だったとされ、「すべての奥歯にＣＡＤ/ＣＡＭ冠が適用できる可能性が示唆された」としている。こうしたエビデンスも踏まえ、ＣＡＤ/ＣＡＭ冠及びＣＡＤ/ＣＡＭインレーでの歯冠修復について、さらなる適用拡大を図るべきである。

協会名	内容	対応
2/24 埼玉	・材料や技工代の高騰により、金属を使いたくても使えないこともあるので、CAD/CAM 冠、CAD/CAM インレー等の適用範囲の拡大に賛成する。最近は患者側も金属を使わないものを希望する人が増えてきている。	記載の通り。

［Ⅱ－３－(~~46~~ 51)］　高強度硬質レジンブリッジ（ＨＲＢｒ）について、歯科用金属アレルギー患者に対する前歯部や２歯欠損以上の補綴が保険給付外になっている現状を早急に改善すること。

要求理由　歯科用金属アレルギー患者に対するブリッジは臼歯部１歯欠損のＨＲＢｒに限定されている。それ以外はすべて保険給付外になる現状は早急に改善すべきである。

※新設項目の要望

協会名	内容	対応
2/24	［Ⅱ－3－(●●)］新設要求	［Ⅱ－３－(17)］に

埼玉	・歯科衛生実地指導について、人件費などを考慮すると赤字に近い状態になるため、引き上げを求める。	追加
2/24 岐阜	個別項目「処置」に対する新設要求 [Ⅱ－3－(●●)]新設要求 ・除去料の算定について個別に評価して欲しい。	TeC など、仮着に除去はなじまないため、ご意見として伺う。
2/22 長崎	個別項目に対する新設要求 ① [Ⅱ－3－(●●)]新設要求 (医学管理料、歯科疾患管理料)：カルテ記載の省略を可とすること マイナンバーカードを用いるオンライン資格確認においては、薬剤情報あるいは特定健診情報の取得が可能である。現在、歯科疾患管理料の算定にあたって、患者の状態や、服薬状況についてカルテ記載が求められているが、オンライン資格確認時に患者の同意があれば、服薬状況等が正確に求められるのだから、カルテ記載は省略して良い扱いも可能と思われる。 ② [Ⅱ－3－(●●)]新設要求 (医学管理料、実地指)：実地指の算定回数を月 4 回に 歯科衛生実地指導料と類似の点数である訪問衛生指導料は月 4 回の算定を限度としている。実地指の算定も同様の回数を算定できるようにすべきである。 ③ [Ⅱ－3－(●●)]新設要求 (検査、歯周検査)：P 検査の減算をやめること 1 か月以内の 2 回目の歯周検査の減算は不合理である。算定間隔に限らず、同様の検査については同じ点数にすべきだ。 ④ [Ⅱ－3－(●●)]新設要求 (処置、スケーリング加算)：スケーリングの減算をやめること 同日 2 ブロック以降のスケーリングが加算扱いなのは納得できない。 ブロック単位での点数であれば、全てのブロックで同じ点数を認められるべきだ。 ⑤ [Ⅱ－3－(●●)]新設要求 (処置　口腔内装置)：低位咬合のための口腔内装置を認めること 臼歯部の崩壊で、咬合が低位した患者の咬合位を元に戻すことは、治療上、必要なことであるが、それを目的とする口腔内装置は認められていない。一連の口腔内装置に、咬合挙上に関する口腔内装置を追加すべきだ。 ⑥ [Ⅱ－3－(●●)]新設要求 (処置、暫間固定)：一顎複数個所の暫間固定を認めること 上下顎、それぞれについて、1 回ずつの暫間固定が認められているが、同じ歯列でも連続していない部位について、暫間固定が必要な場合はよくあるケースである。複数回の暫間固定の算定が認められるべきだ。 ⑦ [Ⅱ－3－(●●)]新設要求 (補綴、Tec)：臼歯部にも Tec の算定を認めること 前歯部に認められている Tec を臼歯部において認めらないのは不合理である。臼歯部の Tec も認められるべきだ。 ⑧ [Ⅱ－3－(●●)]新設要求	①政策部も含めた検討が必要 ②[Ⅱ－3－(17)]に追加 ③[Ⅱ-3－(23)]に追加 ④[Ⅱ－3－(35)]に追加 ⑤義歯修理にあることから、部会での検討が必要 ⑥[Ⅱ－3－(33)]に追加 ⑦[Ⅱ－3－(46)]に追加 ⑧厚生局マターであ

	（補綴、未装着補綴物）：未装着補綴物の他院装着にルールを整備すること 製作していた技工物が完成してはいるものの、主治医の急病等で医療機関が廃院となるなどの事情で、装着に至らず放置されるケースがあった。特に義歯は、他院でも６ヶ月間新たに製作することができない。そういう場合、患者を救済するため、また医療費や資源を無駄にしないためにも、患者の判断で、完成した装着物を他の歯科医療機関で装着できるよう、点数算定のルールなど制度を整備すべきである。	るが、部会での検討が必要。
2/24 愛知	［Ⅱ－３－（●●）］新設要求 レジン前装ポンティックを製作した場合の加算について、「ハ　大臼歯の場合」の点数を引き上げること。少なくとも「ロ　小臼歯の場合」と同点数とすること。	部会で検討

Ⅳ　医療政策に関する要求に関連して出された意見

協会名	内容	対応
2/24 鹿児島	歯科衛生士学校が３年制になり、入学者が減り定員割れとなっている。３年制は大失敗であり、２ 年制に戻すことも要求案に挙げてはどうか。準歯科衛生士の創設でも良いのではないか。３年の学費も負担になるので、就職先として不人気にもなる。人出不足の中、歯科医院ではスタッフ確保ができずに、今後閉院もあり得るのではないか。	診療報酬改善要求にはなじまないため、ご意見として伺う。

Ⅲ　介護報酬改定に向けた要求

［Ⅲ－１］介護報酬の改善要求

［Ⅲ－１-⑴］　介護・福祉事業に携わる職員について、公務員に準じた給与等の水準を基本とし、また、新型コロナをはじめとした感染症対策が十分に行えるよう、介護報酬を大幅に引き上げること。引き上げにあたっては、国庫負担を大幅に引き上げることによって財源をねん出し、かつ、介護サービス全般の改善が行えるよう、基礎的なサービス費用を引き上げること。

要求理由　介護報酬は、社会保障として国民が受ける介護の質と量を規定するものであり、医学・医療の新たな知見や介護技術の進歩を介護報酬にしっかりと反映させ、介護担当者の労働条件を改善するために、必要な介護報酬の引き上げを図ることが必要である。ところが介護報酬は介護保険制度発足当初から低く抑えられており、さらに介護報酬改定は、2003 年にマイナス 2.3%、2005 年 10 月改定と 2006 年４月改定をあわせてマイナス 2.4%の改定が行われてきた。介護崩壊がマスコミでも大きく取り上げられる中で、2009 年にはプラス３％の改定が実施されたが、2012 年改定では「介護報酬の２％に相当する介護職員処遇改善交付金を介護報酬内化した上で、介護報酬を 1.2%引き上げる」こととされ実質 0.8%のマイナス改定となり、さらに 2015 年にはマイナス 2.27%もの大幅引き下げを実施。2018 年には大きな運動によって 0.54%の引き上げが行われたものの、制度発足当時よりも介護報酬の水準は低下している。また、2021 年には 0.7%の引き上げが行われたものの、うち 0.05%はコロナ特例として同年９月までの臨時的取扱いであった。これらの結果、従事者が不足している事業所は 2015 年度の 61.3%から 2021 年度には 63.0%となっている。また、介護サービス事業を運営する上での問題点（複数回答）では、「良質な人材の確保が難しい」（49.8%）、「今の介護報酬では人材確保・定着のために十分な賃金を払えない」（39.3%）、「指定介護サービス提供に関する書類作成が煩雑で、時間に追われている」（28.1%）、「教育・研修の時間が十分に取れない」（27.8%）、「経営（収支）が苦しく、労働条件や労働環境改善をしたくても出来ない」（25.7%）となっている（介護労働センター「事業所における介護労働実態調査」）。こうしたことから、介護報酬の基礎的サービスの引上げを強く求める。

［Ⅲ－１-⑵］　告示・通知の発出から実施まで、十分な周知期間を設けること。

要求理由　介護報酬は、利用者に介護サービスの内容を説明し、了解をいただき、居宅サービスの多くはケアプランを作成して提供することとなっており、改定を行うに当たっては周知期間を十分とることが必要である。告示・通知の発出から実施まで、十分な周知期間を設けるべきである。

［Ⅲ－１-⑶］　医療系サービスを医療保険給付に戻すこと。

要求理由　そもそも医療は、医師・歯科医師が必要と認めた診療行為が保証されるべきである。歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師が行う居宅療養管理指導も、行っている行為は全く同じにもかかわらず、請求先を変更するということで、無用な事務的ミスなどが起きている。要介護者に対する十分な医療を確保するために、介護保険給付サービスのうち、医療系サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設、介護医療院における介護部分を除くサービス）は医療保険給付

に戻すべきである。その際、医療上、医師が必要と判断した指示内容で訪問看護や訪問リハビリ等が実施できるよう、医療保険での病名・日数制限等の制約を廃止すべきである。

［Ⅲ－１-(4)］　医療保険給付を優先することを原則とし、医療保険と介護保険の給付調整を廃止すること。

要求理由　介護保険優先の給付調整は、必要な医療提供を阻害している。また、介護保険制度発足以降、医師が行うべき治療を看護職員へ、看護職員が行うべき看護が介護職員へ、介護職員が行うべき介護が無資格者へと移されているが、専門家が対処していれば可能だった病状や要介護状態の緩和ができなくなったり、疾病の重篤化や要介護状態の悪化をもたらすこともある。短期的な費用削減の視点ではなく、要支援者・要介護者にいかに必要な医療や介護を提供するかを視点にすべきである。

［Ⅲ－１-(5)］　医療系サービスについて次の改定を行うこと。

①　医療系介護報酬は区分支給限度額から外すこと。

要求理由　医療系サービスは、医療の必要性に応じて提供できるようにすべきである。

②　居宅療養管理指導について

ア. 同一建物居住者に対する医師・歯科医師による居宅療養管理指導を１回につき 516 単位とし、同一建物であるか否かによる点数格差を無くすこと。

要求理由　医師・歯科医師による居宅療養管理指導は、「居宅療養上の指導や他の事業所との連携」を評価するものであって、訪問診療に係る費用は医療保険で評価している。従って、「同一建物居住者」に対する医師・歯科医師による居宅療養管理指導を減額する根拠はない。なお、医師・歯科医師で同一単位数とすべきである。

イ. 医療機関の薬剤師が行う居宅療養管理指導の算定日数制限についても、月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者は週２回かつ月８回）とすること。

要求理由　診療報酬における評価と同じとすべきである。

ウ. 歯科衛生士等による居宅療養管理指導費等の時間要件を撤廃すること。

要求理由　歯科衛生士、保健師、看護職員による居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費は､1 対 1 で 20 分という時間要件が課せられている。指導内容、利用者の全身状態等により、指導時間は変動するため、一律に時間で区切ることなく、算定を認めるべきである。

エ. 管理栄養士による居宅療養管理指導費等の時間要件を撤廃すること。

要求理由　管理栄養士による居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費は、栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を 30 分以上行わなければ算定できないこととされている。指導内容、利用者の状態等により、指導時間は変動するため、一律に時間で区切ることなく、必要な情報提供や相談、助言等を行っていれば算定を認め

るべきである。

③　緊急訪問看護加算は１月ではなく１回ごとの評価とすること。

要求理由　介護保険の緊急訪問看護加算も医療保険と同等に必要に応じて算定できるようにするべきである。

［Ⅲ－１-⑹］　介護療養型医療施設を廃止しないこと。

要求理由　介護療養型医療施設全廃・医療療養病床削減の根拠となった「医療区分１の全部と医療区分２の３割を療養病床の対象から除外する」という厚生労働省の考えは、療養病床入院患者の実態を見ておらず、介護療養型医療施設が廃止されれば、医療を必要とする要介護者が医療スタッフの少ない施設などに移らざるを得なくなる。また、転換先として示されている介護療養型老人保健施設や住まいの機能を重視した施設は夜間の医師や看護職員の配置が手薄になるなど、必要な医療や看護が受けられなくなる。こうしたことから、まず、介護療養型医療施設の廃止をやめること。また、原則として医療保険から給付するべきである。

［Ⅲ－１-⑺］配置医師の置かれた現状に見合った適切な報酬が支払われるよう施設サービス費を引き上げること。

要求理由　配置医師は施設との契約書にもとづき「健康管理及び療養上の指導」を行うが、施設入所者の重症化や施設での看取りも多くなっている中で、それに見合った配置医師報酬が支払われていないという実態がある。「健康管理及び療養上の指導」等にかかわる費用を介護報酬で評価しているというのであれば、施設サービス費の引き上げが必要不可欠である。

［Ⅲ－１-⑻］施設において、当該施設以外の歯科医師や歯科衛生士が職員に技術的な指導、助言を行った場合の費用を評価すること。

要求理由　施設における口腔機能の維持管理の評価が行われているが、当該施設の職員に歯科医師や歯科衛生士等が技術的な指導や助言を行っても、その評価は明確でない。口腔機能の維持管理は重要であり、しっかりとした評価を行うべきである。なお、評価方法としては、介護報酬とは別に行政が施設口腔管理委託料として歯科医師・歯科衛生士に支払う方法や、介護報酬で「口腔機能維持管理外部委託費」相当額を施設に支給した上で、外部の医師・歯科衛生士等にその額をすべて委託料として施設が支払う方式などが考えられる。

［Ⅲ－１-⑼］介護報酬改定に伴うコンピュータソフトの更新や報酬改定に関する講習会・書籍購入等の費用を公費で助成すること。

要求理由　介護報酬改定の実施に伴って、コンピュータソフトの更新や点数改定内容に習熟するために開催される講習会への出席、書籍購入等、多くの費用がかかっている。これらの費用は公的介護保険サービスを提供するために必要不可欠であり、その費用については公費で助成すべきである。

2/24【山口】

本冊子は改定内容に関しての改善要求を整理しているものであり、削除を求める。

→［Ⅲ－２］においては制度に触れており、Ⅳでは政策に関する要求も掲載しているため、掲載場所も含めて引き続き検討する。

［Ⅲ－１－⑽］居宅介護支援事業所に対する特定事業所集中減算を廃止すること。

要求理由　地域の状況によっては、質の高い事業所、頑張っている事業者など、良いサービスを提供する事業所のシェアがどうしても高くなってしまう場合がある。そのような事業所が不利益を被るのは大変不合理であり廃止するべきである。

［Ⅲ－２］介護報酬改定とともに実施すべき介護保険制度の改善要求

［Ⅲ－２－⑴］　介護保険の利用者負担を引き上げないこと。

①　介護保険の利用者負担について、２割負担、３割負担の対象拡大を止め、介護保険利用料を１割負担に戻すこと。

②　ケアマネジメントの利用者負担導入（ケアプラン作成の有料化）をしないこと。

要求理由　医療や介護が必要となる状態は、本人にとっても家族にとっても経済的、身体的負担が増大することによって必要な介護が受けられない事態や、必要な医療についても受診抑制する事例も生まれている。そもそも所得に応じた負担は税金や保険料において行われるものであり、利用者負担の引き上げは行うべきではない。また、ケアプランは、介護保険制度利用の出発点であり、有料化は絶対にすべきではない。

［Ⅲ－２－⑵］　福祉用具貸与・販売の「選択制」導入を行わないこと。

要求理由　要支援・要介護状態となった場合に、日常生活を支援するためには福祉用具貸与は大変重要である。日進月歩する福祉用具を利用者の心身の状況に合わせて利用するためにも、また要介護度に応じて利用する福祉用具を選べるようにするためにも、福祉用具は購入ではなく貸与を前提とすべきである。

［Ⅲ－２－⑶］　要介護１・２の訪問介護･通所介護を地域支援事業に移行しないこと。また、要支援者に対する訪問介護、通所介護を介護予防給付の訪問介護、通所介護に戻すこと。

要求理由　市町村事業化は、全国一律のサービス提供を廃止し、市町村の財源や資源に応じたサービス水準と報酬にするものである。しかし、これは介護サービスに対する国の責任を放棄し、歯止めのない介護サービスの低下を生み出すこととなり、断固反対である。

［Ⅲ－２－⑷］　特養入所者の要介護３以上への限定を止めること。

要求理由　特別養護入所者を要介護３以上に限定する理由は、政府がやるべき特別養護老人ホームの整備を十分に行って来なかったことが原因である。対象を限定することで整備目標を下げるのは、要介護者やその家族の願いを足蹴にするものであり、絶対に許されない。

［Ⅲ－２－⑸］　介護保険施設の多床室（相部屋）の室料負担を新設しないこと。施設入所時の食事・居住費負担軽減対象である低所得者の範囲縮小を止めること。介護保険施設の居住費・食費を保険給付に戻すこと。

要求理由　介護保険施設の多床室の室料負担の新設は利用者にとって大きな負担となる。また、2005 年 10 月からの居住費・食費の保険給付外しによって窓口負担が拡大さ

れた。低所得者に対する「補足給付」が新設されたものの、費用負担の必要な施設入所ができない状況が広がっている。これらの結果、特に低所得者が入所し続けられない状況がひろがっており居住費・食費を保険給付に戻すべきである。なお、介護保険施設の居住費・食費を保険給付に戻すことにかかる費用は、介護報酬引き上げ枠とは別に手当てすべきである。

［Ⅲ－２-(6)］　被保険者の範囲の拡大を止めること。生活を圧迫する保険料引き上げは中止し、低所得者の保険料を引き下げること。国庫負担を増やして、払える介護保険料への引き下げ、及び利用料減免を国の責任で実施すること。

要求理由　生活を圧迫する保険料引き上げは行うべきではなく、低所得者については保険料の引き下げを実施する必要がある。そのために国庫負担を増やして、払える介護保険料への引き下げ、及び利用料減免を国の責任で実施することが必要である。

［Ⅲ－２-(7)］　区分支給限度額を引き上げること。少なくとも要支援１については、退院直後で集中的なサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるケース等については、要支援２の限度額まで利用できるようにすること。また、要支援者に対する訪問介護・通所介護については介護保険給付に戻すこと。福祉用具貸与の範囲縮小を止めること。

要求理由　本来は、要介護認定による区分支給限度額の設定は不要と考えるが、少なくとも現行の支給限度額区分は簡素化し、区分支給限度額の枠内で必要な範囲の介護サービスを選択できるようにすべきである。また要支援者に対する訪問介護・通所介護については介護保険給付に戻すべきである。

［Ⅲ－２-(8)］　多くの住民、患者、サービス提供担当者など、関係者の意見を改定に反映させること。寄せられた意見については取捨について理由を付して公開すること。

要求理由　寄せられた意見を、どの場で検討し、どのように評価して改定に反映したのか、透明性を確保すべきである。

2/24【山口】
　関係者の意見が反映されたものとは言えない内容が長年続いていることからの要求と思うが、具体性に乏しく、削除してはどうか。
→むしろ長年において「負担あって給付なし」が続いており、国民の意見をきちんと聞いていることをより具体的に示してもらうために提案している。ただしⅣの範囲でもあり、削除せず掲載場所を検討する。

［Ⅲ－２-(9)］　障害者に対しては、65 歳以降も介護保険サービスの利用を優先とはせず、障害者福祉制度のサービスを継続して利用できるようにすること。さらに必要に応じて、一部負担なく両制度を併用して利用できるようにすること。

要求理由　現行の障害者総合支援法においても、高齢の障害者に対する支援のあり方については、「一律に介護保険サービスを優先的に利用するものではなく、申請者の個別の状況に応じ、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受け

ることが可能かを判断」し、「市町村が適当と認める支給量が介護保険サービスのみによって確保することができないと認められる場合等には、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能」であり、「障害福祉サービス固有のサービスと認められるものを利用する場合については、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能」とされている。しかし、現場では 65 歳に到達すると介護保険サービスに移行するように迫られ、患者負担の増加により必要な訪問支援・日中活動支援等が受けられなくなる事例がある。この場合、サービス担当職員が変わり一部負担が生じてしまうが、そもそも障害者に対しては 65 歳以降も介護保険サービスの利用を優先とせず、障害者福祉サービスを継続して利用できるよう、また必要に応じて両制度を併用して一部負担なく利用できるようにすべきである。

［Ⅲ－２-⑽］　必要な介護は介護保険及び公費の確保で行うこととし、混合介護を拡大しないこと。

要求理由　介護保険については厚労省通知により、「利用者と事業者の間の契約に基づき、保険外のサービスとして、保険給付対象サービスと明確に区分し、利用者の自己負担によって、サービスを提供する」ことが可能とされており、いわゆる「混合介護」が一部認められている。現在、保険内サービスと保険外サービスを組み合わせた同時一体的な提供を可能とするような、混合拡大の拡大が狙われているが、医療・介護は憲法第 25 条の生存権・生活権を保障するものとして具体化された社会保障制度である。市場原理を前提とした混合介護の拡大は認められない。

［Ⅲ－２－⑾］　介護・福祉事業に携わる職員の養成・確保、労働条件の改善について国が責任を持って実施すること。

要求理由　医療と同様に介護リスクの解消、福祉事業の改善は、国の責務である。特に介護・福祉事業に携わる職員の養成・確保は喫緊の課題である。国は、介護職員の重要性の啓蒙、養成・確保、社会的地位の向上、給与改善などについて費用を含めて責任を果たすこと。

埼玉：【意見】追加 リハビリの施設基準（Ⅱ）（Ⅲ）で、PT、OT、ST の人件費が出ない設定はいかがなものか。この不合理の是正なくして働き方改革はないものだと思う。	対応：いただいた意見の趣旨はⅢ－１－(1)に含まれているものと認識している。現場の実態の情報提供に感謝し、適切な場所への追記を検討する。

2/24　山口協会

本冊子からは削除して、重要な内容であればこそ、別冊子としてまとめてはどうか（本冊子のスリム化にも寄与できる）。

＜対応＞

➡　頂いたご意見を踏まえ、診療報酬改善対策委員会並びに社保部会にて検討させて頂きます。

医療政策に関する要求項目

［Ⅳ-1］　診療報酬における消費税に係る下記の問題を早急に改善すること。

①　診療報酬へ上乗せする手法ではなく、医療は免税取引としてゼロ税率を適用すること等により、医療機関のいわゆる「損税問題」を抜本的に解決すること。

②　領収証や診療明細書に記載された「※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています」の文言を削除すること。

要求理由　社会保険診療は社会政策的な配慮から消費税が非課税とされる一方、医療機関は診療に必要な薬品、医療材料や設備の購入には消費税を負担している。そのため消費税分が医療機関の「持ち出し」になる損税（控除対象外消費税）が発生している。

政府はこの間の診療報酬改定で損税分を上乗せしていると説明するが、この間実質マイナス改定が続いている上に、上乗せはまったく不十分であるばかりか、「上乗せ」されているとの説明は、患者の窓口負担に転嫁されるという医療費非課税の原則からも矛盾も生じている。医療機関の経営に重くのしかかるのみならず、地域医療のあり方、患者の受診困難にもつながるものだ。また、医療現場でも領収証や診療明細書に医療機関等の仕入れ時に負担した消費税が反映された旨の文言記載が求められることにより、医療費非課税の原則と相反した内容について患者に説明する極めて不合理な事態も発生している。

損税問題の抜本解決は医療界の共通要求である。最も合理的な解決方法は、医療を免税取引としてゼロ税率の適用である。これにより真の意味での消費税非課税を実現し、医療機関にも患者にも負担を課さない形での解決が可能となる。

［Ⅳ-2］　地域医療介護総合確保基金は、地域医療の充実のために運用すること。

要求理由　2014 年度診療報酬改定において、地域医療構想の達成に向けた医療機関の設備・施設整備等、居宅等における医療の提供、介護施設等の整備、医療･介護従事者の確保に関する事業など医療機能の分化･連携、地域包括ケア構築を推進するとして「地域医療介護総合確保基金」が創設された。

そもそも地域医療構想は、患者負担増等による受診抑制を改善せず、在宅療養が確

保できる制度実現の目処も立たないまま、患者を入院から在宅・施設へ追い出すものである。また回復期病床への転換に必要な人的、経済的担保は不十分である。したがって、地域医療構想の達成のために地域医療介護総合確保基金を運用するのではなく、国民皆保険にふさわしく、どこでも、いつでも、だれもが必要な医療が受けられるよう、体制確保、インフラ整備等に使えるようにすることを要求する。

［Ⅳ-3］薬価の設定の在り方について、下記を実現する事。

① 通常の薬価改定は2年に1度とすること。

要求理由　通常の薬価改定(2年に1度)の合間の年にも薬価改定が実施される場合、薬価の引下げスピードを抑えるために仕切価が高止まりする結果、医療機関への納入価が下がりにくくなるとの指摘がある。また現在、薬の流通安定や保管・損耗上のコストを担保するR幅は2%だが、実態に見合っていないとの声が強く、改定頻度が増えて、2%で据え置かれた場合、医療機関で生じる残薬等のロスは更に拡大する。R幅の適正範囲について検討することが必要である。

電子カルテやレセコン等のシステム改修等での負担増はじめ、医療機関への手当が曖昧なままに、毎年の薬価改定などは認められないため実施しないこと。また薬剤費を原則包括するDPC点数の変更も予想され、病院の負担も大きい。一部改定を行う場合についても医療現場の負担増とならないような慎重な検討が必要である。

② 費用対効果評価の評価対象は、高額薬剤に限定し、薬価の調整に留めること。評価結果を「保険収載の可否の判断」には使用しないこと。

要求理由　薬価が治療効果に見合う適正な値付けとなっているかどうかを判定する費用対効果評価が2020年4月から本格実施となり、当面、薬価の調整（上げ下げ）に活用されている。費用対効果評価等を使い、画期的新薬でも他の新薬と比べ薬価が割高となるような場合、保険収載しないことや、保険収載する場合、他の医薬品を保険から外れることも懸念される。

保険収載されなくなれば、医学の発展に伴う恩恵を患者・国民の大多数が受けられなくなる。安全性と有効性が確認された医薬品は迅速に保険収載してきた我が国の公的医療保険制度の原則は堅持すべきである。公正で透明な薬価制度改革を進めつつ、費用対効果評価は、あくまで高額薬剤に限定した上で、薬価の調整での活用に留めるべきである。

③ 医薬品の安定供給に向け、下記の対応を実施すること。

ア 最低薬価や不採算品再算定など赤字品目に対応するための各種制度の創設

イ 直近の原材料価格の高騰や為替変動（円安）など大幅な経済情勢の変動に柔軟に対応出来るような制度の創設

要求理由　中医協の薬価専門部会では、「令和5年度薬価改定について」と題した資料の中で、厚労省の調査において「物価高騰や為替変動の影響等により、不採算と

なっている医薬品の状況について調査を実施し（令和 4 年 9 月 8 日～9 月 30 日）、さらに 11 月 18 日までに追加で報告があった品目も含めると、1,100 品目（115 社）が物価高騰等の影響を受け、不採算となっていると回答があった」との結果が出されている。また、同資料の中では、【不採算品目への対応に関する課題】として、「①安定供給を確保する観点から、最低薬価や不採算品再算定など赤字品目に対応するための各種制度の見直しが必要ではないか。②直近の原材料価格の高騰や為替変動（円安）は、医薬品の製造コストに多大な影響を与えており、医療上の必要性の高い製品の継続的な安定供給を下支えするような取組が必要ではないか」－等が挙げられている。

昨今の物価や薬剤の供給不足が深刻な中での薬価引き下げは、医薬品メーカーの製造中止等、更なる供給不足を引き起こしかねない。医薬品の安定供給に向けた取り組みの必要性は厚労省も認めているところであり、標記制度の創設に向け、早急に取り組むべきだ。

2/24　京都協会

厚労省の調査によれば「物価高騰や為替変動の影響等により、不採算となっている医薬品の状況について調査を実施し（令和 4 年 9 月 8 日～9 月 30 日）、さらに 11 月 18 日までに追加で報告があった品目も含めると、1,100 品目（115 社）が物価高騰等の影響を受け、不採算となっていると回答があった」。また、【不採算品目への対応に関する課題】として、①安定供給を確保する観点から、最低薬価や不採算品再算定など赤字品目に対応するための各種制度の見直しが必要ではないか。②直近の原材料価格の高騰や為替変動（円安）は、医薬品の製造コストに多大な影響を与えており、医療上の必要性の高い製品の継続的な安定供給を下支えするような取組が必要ではないか。－等があげられている。安定供給のために、これらの施策に早急に取り組むよう、要望すべきではないか。

2/24　静岡協会

導入から時間が経過し薬価が十分に下がっている先発品や、後発品については薬価の引き下げを止めることを求める。物品や薬剤の供給不足が深刻な中で薬価を下げるというのはいかかがものか。さらなる供給不足を引き起こすのではないか。また利益の出ない医薬品の製造を止めてしまいかねない。

＜対応＞

➡　頂いたご意見を踏まえ、診療報酬改善対策委員会並びに社保部会にて検討させて頂きます。

［Ⅳ-4］中医協の診療報酬に関する議論に当たり、早急に下記を改善すること。

①　医療費換算の財源を説明資料に明示しない「外枠」改定方式をやめること。

要求理由　改定率の決定時に公表された資料では、割合や削減額を明示しない「外枠」

が増え、2020 年改定では「基金」により積み増したことが強調されたが、実際には全体でマイナス改定である。こうした姿勢は、厚労省が実際のマイナス部分を見えにくくしようとしていると思わざるを得ない。財務省の資料では個々の金額を明示、少額とはいえ、それぞれが医療内容に大きな影響を及ぼすものであり、かつ財源は診療報酬の財政そのものである。このような改定方式はやめるべきである。

② 診療報酬改定は、十分な時間と労力をかけ、徹底した議論を尽くしたうえ、中医協委員間の明確なコンセンサスを得た上で行うこと。

要求理由　診療報酬改定は、「療養の給付」の範囲やあり方を決めるもので、国民の命と健康に直結する上でも非常に重要な事項であり、その意思決定に際しては関係者間との徹底した議論とそれに基づくコンセンサスが必要不可欠である。しかし 2014 年改定のうがい薬の保険給付外し、2016 年改定の湿布薬の 70 枚制限、2022 年改定の初・再診料等の情報通信機器を活用した場合の評価等は厚労省より唐突に提案がなされ、中医協で十分に議論、コンセンサスを得ることなく一方的な改定がなされた。また、2019 年 1 月からの妊婦加算の凍結も同様で、中医協での必要な調査、検証を行うことなく、しかも政治的圧力により、いきなり厚労省から中医協へ凍結の諮問が出されたことは非常に問題がある。

診療報酬改定は中医協において徹底した議論とコンセンサスに基づいて行うよう運営を改めるべきである。

③ 社会保障審議会で決定される「診療報酬改定基本方針」に様々な医療関係団体や患者団体を始めとする国民の声を反映できるようにすること。

要求理由　今後の診療報酬がどのような方針で決められるかは、大多数の国民に影響が及ぶ非常に重要なものである。現在、診療報酬の基本方針は社会保障審議会で議論し決定することとされている。

しかしその決定の過程で公聴会やパブリックコメントなど、国民の声を求め、方針に反映することは一切行われていないことは問題である。

④ 公聴会を地方ブロック毎に行うなど多くの住民、患者、医療関係者の意見が改定に反映されるようにすること。1 カ月以上の猶予を設けて意見を求めるとともに、寄せられた意見については応募者等に取捨について理由を付して答えること。

要求理由　中医協の地方公聴会を地方ブロックで開くなどより多くの国民が参加できるようにすることとともに、公聴会で出された意見を、どの場で検討し、どのように評価して改定に反映したのか、透明性を確保すべきである。同時に、パブリックコメントを求める期間を 1 カ月以上設ける必要がある。

~~**⑤ 保険医療機関及び保険医療養担当規則を「改正」する場合は、関係者との意見調整も含め十分な時間をかけ、徹底した論議を尽くして行うこと。**~~

~~要求理由　保険医療機関及び保険医療養担当規則（「療養担当規則」）は、保険診療を行う上で重要な規範である。保険診療にとって重要な「療養担当規則」の改正を行~~

~~う場合には、十分な時間をかけて関係者との意見調整、徹底した論議を尽くして行う必要がある。~~

2/24　山口協会

Ⅱ－1－⑺と同じ趣旨の要望であり、どちらかに集約すべきではないか。

＜対応＞

➡　Ⅱ－1－⑺に当該要望に当該項目の主旨は含まれている事から、削除する方向で検討させて頂きます。

⑤⑥　診療報酬改定説明会を実施できない緊急事態の場合は、改定そのものを延期すること。

要求理由　新型コロナウイルス感染症の全国的な拡大下でのこの間の診療報酬改定は、医療機関は患者・医療従事者への感染防御のため、国や政府としてのマスクや感染防御用具等、衛生資材の安定供給もない中、過酷な診療業務に忙殺される中で強行された。

さらにこのような中で厚生労働省は、改定実施に必要な改定説明会や、各地の集団指導（改定説明会）をいち早く中止した。改定そのものは延期せず、国・政府・厚生労働省としての説明責任が果たされなかった結果、医療機関はこの影響をまともに受けて、診療報酬の請求において文字通り甚大な混乱をきたす事態となった。この点を教訓に、診療報酬改定説明会を実施できない程の緊急事態の場合は、改定そのものを延期すべきである。

2/24　奈良協会

改正医療法(案)で「かかりつけ医機能」が法的に位置づけられる方向が打ち出されている。関連して診療報酬においても「かかりつけ医」機能をふまえた算定上の新たなルールや制限が導入されることが懸念される。「かかりつけ医」や「かかりつけ医機能」の名のもとに不当な制限が導入されることのないようにしてほしい。

＜対応＞

➡　現段階で「かかりつけ」医機能の医療法への位置付けがされようとしていますがそれが次期改定にどのように影響するかは不明な点が多いことから、議論の動向を注視しつつ、必要に応じて個別の要請の実施等も含めて検討して参りたいと考えます。