（保 228）
令和２年１月１５日

都道府県医師会
社会保険担当理事　殿

日本医師会常任理事
松　本　吉　郎
（公印省略）

令和２年度診療報酬改定に係る諮問書及び議論の整理の送付
並びにパブリックコメント募集へのご投稿について（依頼）

令和２年１月１５日に開催されました中医協総会におきまして、令和２年度診療報酬改定に関して厚生労働大臣より諮問が行われました。また、中医協におけるこれまでの議論の整理について審議が行われ、そこでの意見を踏まえて本日、「令和２年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」が公表され、同時にパブリックコメントの募集が開始されましたので、取り急ぎご連絡いたしますとともに、ご意見の投稿をよろしくお願い申し上げます。

中医協におきましては、本日の総会において添付資料１のとおり、（別紙１）「診療報酬改定について」、（別紙２）「勤務医の働き方改革への対応について」及び（別紙３）「令和２年度診療報酬改定の基本方針（令和元年１２月１０日　社会保障審議会医療保険部会・医療部会）」に基づき答申するよう厚生労働大臣より諮問されました。
令和２年度の診療報酬改定に対しましては、添付資料４のとおり、令和元年１２月１１日に中医協として厚生労働大臣に意見具申し、その後の審議において、診療側（２号）委員及び支払側（１号）委員それぞれより、添付資料５及び６のとおり令和２年度診療報酬改定に対する意見が提出されたものであります。

これまでの議論の整理は、本日から厚生労働省ホームページにおいて、パブリックコメントの募集が開始されました。（日本医師会ホームページからもリンクできるようにいたします。）
募集要領は添付資料２のとおりであり、ご意見は電子メールまたは郵送で１月１５日（水）～１月２２日（水）まで受け付けられます。非常に短期間ではありますが、貴職におかれましては、是非とも貴会会員にご周知いただき、ご意見を投稿いただきますよう特段のご配慮をお願い申し上げます。

また、中医協においては、診療報酬改定にあたり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の声を聴く機会を設けることを目的に、診療報酬改定の度に「公聴会」を開催しているところであります。

令和２年度診療報酬改定に向けた公聴会は、下記のとおり、

日時：令和２年１月２４日（金）１０時３０分～１２時３０分

会場：（静岡県）富士市産業交流展示場　ふじさんめっせ　展示場３（１階）

にて開催されることとなっておりますことを申し添えます。

＜添付資料＞

１．諮問書（令和２年度診療報酬改定について）
（令2.1.15　厚生労働省発保0115第1号　厚生労働大臣）
（別紙１）診療報酬改定について
（別紙２）勤務医の働き方改革への対応について
（別紙３）「令和２年度診療報酬改定の基本方針」
（令元.12.10　社会保障審議会医療保険部会・医療部会）

２．「令和２年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」
に関するご意見の募集について・意見提出様式
（令2.1.15　中央社会保険医療協議会）

３．令和２年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理
（令2.1.15　中央社会保険医療協議会）

４．令和２年度診療報酬改定について
（令元.12.11　中央社会保険医療協議会）

５．国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための
令和２年度診療報酬改定に対する二号（診療側）委員の意見
（令元.12.20　中医協二号委員）

６．令和２年度診療報酬改定に関する１号側（支払側）の意見
（令元.12.20　中医協１号側（支払側）委員）

中	医	協		総	－	6			
2	．	1	．	1	5				

厚生労働省発保 0115 第１号
令 和 ２ 年 １ 月 15 日

中央社会保険医療協議会
会　長　田辺　国昭　　殿

厚生労働大臣
加　藤　　勝　信

諮　問　書

（令和２年度診療報酬改定について）

健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 82 条第１項、第 85 条第３項、第 85 条の２第３項、第 86 条第３項、第 88 条第５項及び第 92 条第３項、船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）第 59 条において準用する健康保険法第 82 条第１項（船員保険法第 54 条第２項及び第 58 条第２項に規定する定めに係る部分に限る。）及び船員保険法第 65 条第 12 項において準用する健康保険法第 92 条第３項（船員保険法第 65 条第 10 項に規定する定めに係る部分に限る。）、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 46 条において準用する健康保険法第 82 条第１項及び国民健康保険法第 54 条の２第 12 項において準用する健康保険法第 92 条第３項並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 71 条第１項、第 74 条第８項、第 75 条第５項、第 76 条第４項、第 78 条第５項及び第 79 条第３項の規定に基づき、令和２年度診療報酬改定について、貴会の意見を求めます。

なお、答申に当たっては、別紙１「診療報酬改定について」（令和元年 12 月 17 日）、別紙２「勤務医の働き方改革への対応について」（令和元年 12 月 17 日）及び別紙３「令和２年度診療報酬改定の基本方針」（令和元年 12 月 10 日社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会）に基づき行っていただくよう求めます。

別紙１

診療報酬改定について

１２月１７日の予算大臣折衝を踏まえ、令和２年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

１．診療報酬　　＋０．５５％

※１　うち、※２を除く改定分　＋０．４７％

各科改定率　　医科　＋０．５３％
　　歯科　＋０．５９％
　　調剤　＋０．１６％

※２　うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応　＋０．０８％

２．薬価等

①　薬価　　▲０．９９％

※　うち、実勢価等改定　▲０．４３％

市場拡大再算定の見直し等　▲０．０１％

②　材料価格　　▲０．０２％

※　うち、実勢価等改定　▲０．０１％

別紙２

勤務医の働き方改革への対応について

１２月１７日の予算大臣折衝を踏まえ、令和２年度の勤務医の働き方改革への対応については、以下のとおりとなった。

診療報酬として	公費	１２６億円程度 （再掲）
地域医療介護総合確保基金として	公費	１４３億円程度

なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

別紙３

令和２年度診療報酬改定の基本方針

令和元年１２月１０日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

１．改定に当たっての基本認識

（健康寿命の延伸、人生 100 年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現）

○　我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、人生 100 年時代を迎えようとしている。人口構成の変化を見ると、2025 年にはいわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となり、2040 年頃にはいわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上の高齢者となって高齢者人口がピークを迎えるとともに現役世代（生産年齢人口）が急激に減少していく。

○　このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会の実現と「全世代型社会保障」を構築していくことが急務の課題である。

○　我が国の医療制度は、人口減少が進展する中で、地域医療の確保、少子化への対応といった様々な課題にも直面している。これらの課題に総合的に対応しながら、世界に冠たる国民皆保険を堅持し、あらゆる世代の国民一人一人が安全・安心で効率的・効果的な質の高い医療を受けられるようにすることが必要不可欠である。また、医療を取り巻く環境の変化や多様な国民のニーズに柔軟に対応することが重要である。

○　そのためには、来る人口減少社会に備えた将来の医療体制の展望を見据え、国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現しながら、患者・国民にとって身近でわかりやすい医療を実現するとともに、医師等の働き方改革を推進することが必要である。その際、高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、効率化・適正化を進め、制度の安定性・持続性を確保しつつ経済・財政との調和を図る観点も重要である。

（患者・国民に身近な医療の実現）

○　患者にとって身近でわかりやすい医療の実現のためには、地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活

を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築するとともに、かかりつけ医機能や患者への情報提供や相談・支援を充実することが必要である。

○　また、疾病構造やニーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、厳しい財政状況など、医療を取り巻く社会経済状況を踏まえると、我が国の医療制度に関わる全ての関係者（住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等）が、医療のかかり方の観点も含め、それぞれの担う役割を実現することが必要である。また、診療報酬制度の基本的仕組みやそこから見える医療の方向性について、住民に丁寧に理解を広めていく必要がある。

（どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進）

○　2040 年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師等の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。

○　その中で、医師等の働き方改革については、将来の医療ニーズの変化や現役世代の減少、医療技術の進歩等も踏まえつつ、 医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、医師等の負担軽減等を図ることが重要である。

（社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和）

○　制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民各層の制度に対する納得感を高めることが不可欠であるとともに、医療政策においても経済・財政との調和を図っていくことが重要である。

○　そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針 2019」や「成長戦略実行計画・成長戦略フォローアップ・令和元年度革新的事業活動に関する実行計画」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

２．改定の基本的視点と具体的方向性

○　平成 30 年度診療報酬改定については、６年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となる 2025 年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定でもあったことから、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定

を行った。

○　令和２年度診療報酬改定に当たっては、これらの取組が更に推進されるよう、引き続き適切な評価に取り組むとともに、医師等の働き方改革の推進や、患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めつつ、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上を図ることが重要である。

（１）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

【重点課題】

（基本的視点）

○　2040 年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。

○　医師等の働き方改革に関しては、2024 年（令和６年）４月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。

○　診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。時間外労働の上限規制の適用が開始される 2024 年４月を見据え、今後、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、適切な評価の在り方について検討する必要がある。

（具体的方向性の例）

○　医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価

・　医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組を推進。

・　タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療を推進。

・　届出・報告の簡素化、人員配置の合理化を推進。

○　地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価

○　業務の効率化に資する ICT の利活用の推進

・　ICT を活用した医療連携の取組を推進。

（２）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

（基本的視点）

○　患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、新たなニーズ等に対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。
○　また、患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくことが重要である。

（具体的方向性の例）
○　かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
・　複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医機能を評価。また、患者にとって、かかりつけ医機能を有する医療機関等が分かる仕組み等を検討。
・　歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。
・　患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務から、薬学的管理などの対人業務への構造的な転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。
○　患者にとって必要な情報提供、相談支援等の評価
・　患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて住み慣れた地域で継続して生活できるよう、適切な情報提供や相談への幅広い対応に資する取組、生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等を推進。
・　受けた医療を分かりやすくする明細書無料発行の取組等を推進。
○　アウトカムにも着目した評価の推進
・　質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を推進。
○　重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
・　質の高いがん医療の評価
・　認知症の者に対する適切な医療の評価
・　地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
・　難病患者に対する適切な医療の評価
・　小児医療、周産期医療、救急医療の充実

・　医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価

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

・　歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。（再掲）

・　歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携を強化。

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

・　患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務から、薬学的管理などの対人業務への構造的な転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。（再掲）

・　院内薬剤師業務を適切に評価。

○　医療における ICT の利活用

・　離島・へき地等の医療資源が少ない地域におけるニーズや、医療の質にかかるエビデンス等を踏まえ、医療における ICT の利活用を適切に評価。

・　ICT を活用した医療連携の取組を推進。（再掲）

（３）医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

（基本的視点）

○　急性期、回復期、慢性期など患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるよう、切れ目ない医療の提供体制が確保されることが重要である。

○　このためには、医療機能の分化・強化、連携を進めるとともに、在宅復帰等につながるよう、質の高い在宅医療・訪問看護の確保や、他の医療機関等との連携、介護サービスとの連携・協働等が必要である。

（具体的方向性の例）

○　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

・　患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行

い、医療機能の分化・強化、連携を推進。

○　外来医療の機能分化

・　大病院受診時定額負担制度の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。

○　質の高い在宅医療・訪問看護の確保

・　患者の状態や、医療の内容、住まいの状況等を考慮し、効果的・効率的で質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療、訪問薬剤管理等の提供体制を確保。

○　地域包括ケアシステムの推進のための取組

・　医療機関間や医療機関と薬局等との連携、医科歯科連携、医療介護連携、栄養指導など、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等による多職種連携・協働の取組等を推進。

・　患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組を推進。

（４）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

（基本的視点）

○　高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上とともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

（具体的方向性の例）

○　後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

・　後発品の使用促進について、「2020 年９月までに後発品医薬品の使用割合を 80%とし、できる限り早期に達成する」という目標を実現するための取組を推進。また、バイオ後続品の使用促進の方策等について検討。

○　費用対効果評価制度の活用

・　革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を行う。

○　市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

・　医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。

・　エビデンスや相対的な臨床的有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価を行う。

○　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

・　患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。（再掲）

○　外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

・　大病院受診時定額負担制度の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。（再掲）

・　重症化予防の取組を推進。（再掲）

○　医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

・　重複投薬、ポリファーマシー、残薬、薬剤耐性（AMR）や、適正使用のための長期処方の在り方への対応等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進。

・　医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。

３．将来を見据えた課題

○　団塊の世代が全て後期高齢者となる 2025 年、団塊ジュニア世代が 65 歳以上の高齢者となる 2040 年と、高齢化の進展に併せて、サービスの担い手（生産年齢人口）が減少する超高齢化・人口減少社会が到来している。また、地域に生きる一人一人が尊重され、その可能性が最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現に資する取組が求められている。このような中、我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。

○　国民一人一人の生活が多様化する中、患者・国民にとって身近で安心・安全な医療を実現していくためには、診療報酬制度を分かりやすくするための取組を継続していくことが求められる。あわせて医療に係る財源は、保険料、公費及び患者負担等によってまかなわれていることに鑑み、医療機関等の経営に携わる者は、社会に対する説明責任を果たしていくことが求められる。

○　加えて、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等の関係者がそれぞれの役割を自覚しながら保健・医療に関わることが重要であり、国民全体の医療制度に対する理解を深めていくための普及啓発も含め、国民に対して丁寧に説明していくことが求められている。

○　予防・健康づくりやセルフケア等の推進が図られるよう、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等の全ての関係者が協力・連携して国民一人一人を支

援するとともに、国はこうした取組に向けた環境整備を行うことが必要である。

令和２年度診療報酬改定について、皆様からのご意見をお聞かせいただきたいと思います。

「令和２年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」に関するご意見の募集について

令和2年1月15日
中央社会保険医療協議会
〔事務局：厚生労働省保険局医療課〕

令和2年度診療報酬改定については、令和2年１月15日に厚生労働大臣から中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）に対し、昨年末の予算編成過程で決定された改定率と、社会保障審議会医療保険部会・医療部会において策定された「令和２年度診療報酬改定の基本方針」に基づいて診療報酬点数の改定案を作成するよう、諮問が行われました。

これを受けて、当協議会では、令和２年度診療報酬改定に向けて、当協議会においてこれまでに行われた議論を踏まえた一応の整理として、「令和２年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」を取りまとめました。（取りまとめに係る当協議会の議論の内容については、後日、厚生労働省のホームページに議事録等が掲載される予定です。）

今後は、この「議論の整理」を基に具体的な議論を行っていくこととしておりますが、医療の現場や患者等国民の皆様のご意見を踏まえながら、幅広く議論を進めるという観点から、今般、以下の要領により「令和２年度診療報酬に係るこれまでの議論の整理」に対するご意見を募集することといたしました。

いただいたご意見については、今後、中医協の場等で公表させていただく場合があります（個人が特定されるような情報は秘匿いたします。）。

また、**ご意見に個別に回答することは予定しておりません**ので、その旨ご了承下さい。

※「令和２年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」の内容はこちら（PDF：651KB）

※厚生労働省のホームページはこちら

参考１ 「令和２年度診療報酬改定の基本方針」（PDF：232KB）

参考２ 「令和２年度診療報酬改定について（改定率）」（PDF：96KB）

----------【意見提出用様式】----------　（Excel：61KB）（PDF：207KB）

【ご意見受付期間】
　令和2年1月15日(水)～1月22日（水）〔必着〕

【提出先】
　○　電子メールの場合

・2020kaitei@mhlw.go.jpまでお寄せ下さい。
・メールの題名は「令和2年度診療報酬改定に関する意見」として下さい。
・ご意見につきましては、必ず上に示す様式に記入の上、ファイルを電子メールに添付して提出していただきますようお願いいたします。

　○　郵送の場合

送付先
〒100-8916
東京都千代田区霞が関 1-2-2
厚生労働省保険局医療課　令和2年度診療報酬改定への意見募集担当宛

郵送による場合も、ご意見につきましては必ず上に示す様式に記入の上、提出していただきますようお願いいたします。

※　電話によるご意見はお受けできかねますので、あらかじめご了承下さい。

意見提出様式

「令和2年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」への意見募集

このたびは、「令和2年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」にご意見を提出いただき、ありがとうございます。以下の要領に沿ってご意見を提出いただきますよう、よろしくお願いします。

提出されたご意見の内容について、確認させていただく場合がございますので、連絡先のご記入をお願いします。

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　郵便番号 ＿＿－＿＿

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿－＿＿－＿＿

1．ご自身の属性について （※ ①･②に必ず全てご記入ください。）

①年齢： ＿＿＿（※ 下記1～5より対応する番号をご記入ください。）

1．20歳未満	2．20歳～39歳	3．40歳～64歳
4．65歳～74歳	5．75歳以上	

②職業： ＿＿＿（※ 下記1～11より対応する番号をご記入ください。）

1．医師	2．歯科医師
3．薬剤師	4．看護師
5．その他の医療従事者	6．会社員（医療関係の企業）
7．会社員（6以外）	8．自営業
9．学生	10．無職
11．その他（　　）	

2. ご意見について

○ ご意見を提出される点

（※ 5～6ページの項目一覧をごらんになり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、様式をコピーの上、項目番号ごとにシートを分けてご記入ください。）

◆項目番号: ＿＿＿＿ー＿＿＿＿

◆内　容　: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿について

※（項目番号・内容を必ずご記入ください。）

○ 上記項目に対するご意見

「令和2年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」項目

Ⅰ　医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

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

Ⅱ　患者･国民にとって身近であって、安心･安全で質の高い医療の実現

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

Ⅲ　医療機能の分化･強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

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

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

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

令和２年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理

【留意事項】
　この資料は、令和２年度診療報酬改定に向けて、これまでの議論の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。
　なお、項目立てについては、令和元年１２月１０日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会においてとりまとめられた「令和２年度診療報酬改定の基本方針」に即して行っている。

【　目　次　】

Ⅰ　医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進
　Ⅰ－１　地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
　Ⅰ－２　医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
　Ⅰ－３　タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進
　Ⅰ－４　業務の効率化に資するＩＣＴの利活用の推進

Ⅱ　患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
　Ⅱ－１　かかりつけ機能の評価
　Ⅱ－２　患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
　Ⅱ－３　地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
　Ⅱ－４　重症化予防の取組の推進
　Ⅱ－５　治療と仕事の両立に資する取組の推進
　Ⅱ－６　アウトカムにも着目した評価の推進
　Ⅱ－７　重点的な対応が求められる分野の適切な評価
　　Ⅱ－７－１　緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
　　Ⅱ－７－２　認知症患者に対する適切な医療の評価
　　Ⅱ－７－３　地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
　　Ⅱ－７－４　難病患者に対する適切な医療の評価

Ⅱ－７－５　小児医療、周産期医療、救急医療の充実
Ⅱ－７－６　感染症対策、薬剤耐性対策の推進
Ⅱ－７－７　患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価
Ⅱ－８　医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
Ⅱ－９　口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
Ⅱ－10　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
Ⅱ－11　医療におけるＩＣＴの利活用

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

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

Ⅰ　医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

Ⅰ－１　地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価

(1) 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について新たな評価を行う。

(2) 救急医療体制の充実を図る観点から、救急搬送件数等の実績を踏まえ、救急搬送看護体制加算について、救急外来への看護師の配置に係る要件及び評価を見直す。

Ⅰ－２　医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価

(1) 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

(2) 医師をはじめとした医療従事者の勤務環境の改善に資する取組が推進されるよう、総合入院体制加算等について要件を見直す。

(3) 薬剤師の病棟業務の実施により医師の負担軽減を推進する観点から、病棟薬剤業務実施加算について評価を見直すとともに、対象となる病棟を見直す。

(4) 医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置に係る要件を見直す。

(5) 医療機関の実情に応じて、より柔軟に夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を行えるよう、夜間看護体制加算等に係る要件を見直す。

(6) 医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、外来化学療法加算等について、看護師の配置に係る要件を見直す。

(7) 看護師の柔軟な働き方を推進する観点から、特定集中治療室における専門の研修を受けた看護師の配置等に係る要件を見直す。

(8) 臓器提供時の臓器提供施設や担当医の負担を踏まえつつ、ドナーや家族の意向に沿った臓器提供を更に円滑に進めるため、臓器提供に係る評価を見直す。

(9) より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行いつつ、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入退院支援加算について看護師等の配置に係る要件を見直す。

(10)看護職員の負担軽減の推進の観点から、重症度、医療・看護必要度についてＢ項目の評価方法を見直し、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とするとともに、根拠となる記録を不要とする。（特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様の対応を行う。）

(11)業務の効率化・合理化の観点から、研修の修了等を求めている項目について、研修の受講頻度等に係る要件を見直す。

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

(1) 勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について勤務医の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件及び評価を見直す。

(2) 医師の負担軽減の推進の観点から、現行の麻酔管理料（Ⅱ）について実施者に係る要件を見直す。

(3) 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、看護補助者の配置に係る評価等を見直す。

(4) 結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。

Ⅰ－４　業務の効率化に資するＩＣＴの利活用の推進

(1) 医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、診療報酬の算定に当たり求めている会議及び記載事項について、要件を見直す。

(2) 関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器を用いたカンファレンス等の実施がさらに進むよう要件を見直す。

(3) 外来及び在宅における栄養食事指導における継続的なフォローアップに情報通信機器を活用して実施し、栄養食事指導の効果を高めるための取組を評価する。

Ⅱ　患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

Ⅱ－１　かかりつけ機能の評価

(1) 外来における継続的かつ全人的な医療の実施を推進する観点から、地域包括診療加算について要件を見直す。

⑵ 小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について対象となる患者等の要件を見直す。

⑶ 複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、医師が自ら重複投薬の有無等を把握し、他の医療機関間の連絡・調整を行う取組や、薬局による重複投薬の有無等の確認の結果を活用して、かかりつけ医が重複投薬に関する他の医療機関との連絡・調整等を行う取組について新たな評価を行う。

⑷ 対物業務から対人業務への転換を進める観点から、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、患者のプライバシーに配慮することなどの要件を見直すとともに評価を見直す。

⑸ 患者が同じ薬局を繰り返し利用することを推進する観点から、以下の見直しを行う。

① ６月以内に同じ薬局を利用した場合の薬剤服用歴管理指導料について、再度の来局期間や対象となる薬局等の要件を見直す。

② 調剤基本料について、異なる医療機関からの複数の処方箋をまとめて１つの薬局に提出した場合の評価を見直す。

③ 薬剤服用歴管理指導料について、患者が普段利用する薬局の名称等を手帳に記載するよう患者に促す観点から要件を見直す。

Ⅱ－２ 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進

⑴ かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関において、当該機能の更なる周知等の在り方について、機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件を見直す。

⑵ かかりつけ医機能及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合について新たな評価を行う。

⑶ 主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

⑷ 明細書が果たすべき機能やそれらの発行業務の実態を踏まえ、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）について、診療所における明細書発行に係る要件を見直す。

Ⅱ－３　地域との連携を含む多職種連携の取組の強化

⑴ 医療機関と薬局との連携強化やきめ細かな栄養管理を通じてがん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、外来化学療法加算等の評価を見直す。

⑵ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導等について新たな評価を行う。

⑶ 地域で生活する精神疾患患者の支援を推進するために、精神科外来における多職種による相談・支援等について新たな評価を行う。

⑷ 腹膜透析を実施している患者における治療の選択肢を拡充するため、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、在宅自己腹膜灌流指導管理料について、腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合の要件を見直す。

⑸ 結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。（Ⅰ－３⑷再掲）

⑹ 摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。

⑺ 患者の症状や希望に応じたきめ細やかな栄養食事支援を推進する観点から、緩和ケア診療加算について個別栄養食事管理加算の対象患者の要件を見直す。

⑻ 周術期等口腔機能管理を更に推進する観点から、化学療法や放射線療法に対して行われる周術期等口腔機能管理について、周術期等専門的口腔衛生処置に係る要件を見直す。

Ⅱ－４　重症化予防の取組の推進

⑴ 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、眼科等の他の診療科の受診勧奨及び歯科等の他の診療科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

⑵ 移植を含めた腎代替療法に関する情報提供を推進する観点から、人工腎臓の導入期加算の要件を見直すとともに、透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供を実施した場合について新たな評価を行う。

⑶ 妊娠中の糖尿病患者及び妊娠糖尿病患者における分娩後の糖尿病管理を推進する観点から、在宅妊娠糖尿病患者指導管理料について要件を見直す。

⑷ 歯科口腔疾患の重症化予防の観点から、以下の見直しを行う。

① 歯科疾患管理料について、長期的な継続管理等の評価をさらに充実させる観点から、初診時に係る評価を見直すとともに、長期的な継続管理について新たな評価を行う。

② 歯周病安定期治療の対象となっていない歯周病を有する患者に対する継続的な治療について新たな評価を行う。

⑸ 健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴い、医療機関においては、原則敷地内禁煙が義務づけられていることから、禁煙を求めている施設基準について要件を見直す。

Ⅱ－５　治療と仕事の両立に資する取組の推進

⑴ 治療と仕事の両立を推進する観点から、企業から提供された勤務状況に関する情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施する等の医学管理を行った場合の評価となるよう、療養・就労両立支援指導料について対象患者等の要件及び評価を見直す。

Ⅱ－６　アウトカムにも着目した評価の推進

⑴ 回復期リハビリテーション病棟における実績要件について、アウトカムを適切に反映させるとともに、栄養管理の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について要件を見直す。

⑵ データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、データ提出加算について要件等を見直す。

また、提出データ評価加算の算定状況や未コード化傷病名の現状を踏まえ要件等を見直す。

Ⅱ－７　重点的な対応が求められる分野の適切な評価

Ⅱ－７－１　緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

⑴ がん患者に対する質の高い医療の提供体制を構築する観点から、がん診療連携拠点病院等の整備指針が変更されたこと及びがんゲノム医療提供体制の拠点として新たにがんゲノム医療拠点病院が指定されたことを踏まえ、がん拠点病院加算について要件を見直す。

⑵ がんゲノム医療を推進する観点から、遺伝子パネル検査やその他の遺伝性腫瘍に係る検査を実施した際の遺伝カウンセリングについて新たな評価を行う。

⑶ 患者や家族の意向に沿いつつ地域との連携を推進する観点から、緩和ケア病棟入院料について要件を見直す。

⑷ 医療機関と薬局との連携強化やきめ細かな栄養管理を通じてがん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、外来化学療法加算等の評価を見直す。（Ⅱ－３⑴再掲）

⑸ がん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、薬局が患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供した場合について新たな評価を行う。

⑹ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群の症状である乳がんや卵巣・卵管がんを発症している患者における、ＢＲＣＡ遺伝子検査、遺伝カウンセリング、乳房切除及び卵巣・卵管切除について評価を行う。

また、切除を希望しない患者に対するフォローアップ検査についても評価を行う。

⑺ 介護老人保健施設において必要ながん診療が提供されるよう、介護老人保健施設入所者において算定できる注射薬を見直す。

Ⅱ－７－２　認知症患者に対する適切な医療の評価

⑴ 質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、医師及び看護師に係る要件及び評価を見直すとともに、現場の実態を踏まえ、専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合について、新たな評価を行う。

Ⅱ－７－３　地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

⑴ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導等について新たな評価を行う。（Ⅱ－３⑵再掲）

⑵ 地域で生活する精神疾患患者の支援を推進するために、精神科外来における多職種による相談・支援等について新たな評価を行う。（Ⅱ－３⑶再掲）

⑶ 精神医療における在宅医療を適切に推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、その本来の趣旨等を踏まえ要件を見直す。

⑷ 精神病棟からの地域移行・地域定着支援を推進する観点から、以下の見直しを行う。

① 地域移行機能強化病棟入院料について経過措置を延長するとともに要件を見直す。

② 精神科急性期治療病棟入院料における精神科急性期医師配置加算について、実績に係る要件を見直す。

③ 精神療養病棟入院料等における持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料及び管理料の取扱について要件を見直す。

④ 精神科の急性期治療を担う病棟の入院料について、クロザピンを新規に導入する患者の転棟に係る要件及び自宅等への移行実績に係る要件を見直す。

(5) 地域における精神科救急の役割等を踏まえ、精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る場合に、病棟ごとに満たすべき要件を明確化する。また、届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期間を定める。

(6) ハイリスク妊産婦のうち、精神病棟への入院が必要な患者についても適切に分娩管理を行う観点から、ハイリスク分娩管理加算の対象となる病棟を見直す。

(7) ハイリスク妊産婦への診療・ケアをより一層充実させる観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について要件を見直す。

(8) 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件を見直す。また、被虐待児等の診療機会を確保する観点から要件を明確化する。

(9) クロザピンを投与中の患者については、定期的にヘモグロビンＡ１ｃを測定する必要があることから、ヘモグロビンＡ１ｃの検査について要件を見直す。

(10) 精神病棟における高齢化等による病態の変化等を踏まえ、精神科身体合併症管理加算について、対象疾患等の要件を見直す。

(11) 精神病棟における高齢化等による病態の変化等を踏まえ、長期入院患者に対するリハビリテーションを推進する観点から、精神療養病棟入院料における疾患別リハビリテーションに係る要件を見直す。

(12) ギャンブル依存症に対して有効な治療の提供を推進する観点から、ギャンブル依存症の集団治療プログラムについて新たな評価を行う。

Ⅱ－７－４　難病患者に対する適切な医療の評価

(1) 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、評価の対象の拡大を含め要件を見直す。

Ⅱ－７－５　小児医療、周産期医療、救急医療の充実

⑴ 小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について対象となる患者等の要件を見直す。（Ⅱ－１⑵再掲）

⑵ 小児に対する医療の提供を更に評価する観点から、小児科外来診療料について対象患者等の要件を見直す。

⑶ 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算について対象となる患者や頻度等の要件を見直す。

⑷ 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件を見直す。また、被虐待児等の診療機会を確保する観点から要件を明確化する。（Ⅱ－７－３⑻再掲）

⑸ ハイリスク妊産婦のうち、精神病棟への入院が必要な患者についても適切に分娩管理を行う観点から、ハイリスク分娩管理加算の対象となる病棟を見直す。（Ⅱ－７－３⑹再掲）

⑹ ハイリスク妊産婦への診療・ケアをより一層充実させる観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について要件を見直す。（Ⅱ－７－３⑺再掲）

⑺ 妊産婦に対する診療の課題について、産婦人科以外の診療科と産婦人科の主治医の連携を強化しつつ、妊産婦への診療体制の改善には引き続き取り組むとともに、妊婦加算の扱いを見直す。

⑻ 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について新たな評価を行う。（Ⅰ－１⑴再掲）

⑼ 患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件及び評価を見直す。

⑽救急医療体制の充実を図る観点から、救急搬送件数等の実績を踏まえ、救急搬送看護体制加算について、救急外来への看護師の配置に係る要件を見直す。（Ⅰ－１⑵再掲）

⑾脳梗塞の急性期治療に用いるｒｔ－ＰＡ（アルテプラーゼ）静注療法を普及する観点から、日本脳卒中学会による適正治療指針の改訂や、治療の安全性の確立等を踏まえ、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

Ⅱ－７－６　感染症対策、薬剤耐性対策の推進

⑴ 病院内及び地域における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、抗菌薬適正使用支援チームの業務の実態等を踏まえ、抗菌薬適正使用支援加算について、外来における抗菌薬の使用状況の把握等を含め要件を見直す。

⑵ 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算について対象となる患者や頻度等の要件を見直す。（Ⅱ－７－５⑶再掲）

⑶ 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進する観点から、常勤の歯科医師だけでなく関係する職員を対象とした研修を行うこととし、基本診療料について評価を見直す。

⑷ 中心静脈カテーテル等の長期留置を行っている患者に対する感染管理体制を求める等、療養病棟入院基本料について要件を見直す。

⑸ 中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、患者への適切な情報提供を推進する観点から、手技料の要件を見直す。

Ⅱ－７－７　患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価

⑴ 回復期リハビリテーション病棟における実績要件について、アウトカムを適切に反映させるとともに、栄養管理の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について要件を見直す。（Ⅱ－６⑴再掲）

⑵ 急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を進めるとともに、疾患別リハビリテーションに係る事務手続きを簡素化するため、疾患別リハビリテーションの通則等について、疾患別リハビリテーションに係る日常生活動作の評価項目等の要件を見直す。

⑶ 言語聴覚療法を必要とする患者に対して、適切な治療を提供する体制を確保する観点から、言語聴覚療法のみを実施する場合について、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の要件を見直す。

⑷ がん患者に対する適切なリハビリテーションの提供を推進する観点から、がん患者リハビリテーション料について対象患者等の要件を見直す。

⑸ リンパ浮腫に対する早期かつ適切な介入を推進する観点から、リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料について対象患者等の要件を見直す。

⑹ 摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。（Ⅱ－３⑹再掲）

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

⑴ それぞれの患者にとって最適な在宅療養を提供し、質の高い在宅医療を確保する観点から、以下の見直しを行う。

① 小児の在宅人工呼吸管理等における実態を踏まえ、小児の呼吸管理に用いられる材料について評価を見直す。

② 在宅自己導尿について、日本排尿機能学会等による診療ガイドラインを踏まえ、カテーテルに係る材料加算について評価を見直す。

⑵ 日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえたエビデンスに基づく診療を進めるため、安定冠動脈疾患の診断等に用いられる様々な検査法について、検査の実態及び有用性等を踏まえ評価を見直すとともに、検査の適応疾患や目的が明確になるよう要件を見直す。

⑶ 安定冠動脈疾患において待機的に実施される経皮的冠動脈インターベンションについて、日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえ要件を見直す。

⑷ 人工内耳植込術後の、人工内耳用音声信号処理装置の調整は治療の一環であることから、医師や言語聴覚士による機器調整について新たな評価を行う。

⑸ 認知機能検査その他の心理検査のうち、主に疾患（疑いを含む。）の早期発見を目的とする簡易なものについては、結果の信頼性確保の観点から、算定間隔等の要件を見直す。

⑹ 質の高い臨床検査の適切な評価を進めるため、以下の見直しを行う。

① 新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。

② 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、評価の対象の拡大を含め要件を見直す。（Ⅱ－７－４⑴再掲）

③ 血清アルブミンの測定方法の標準化を推進するため要件を見直す。

④　遺伝子関連・染色体検査について新たな評価を行う。

⑺ 手術等の医療技術について、以下の見直しを行う。

①　医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。

②　新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。

③　外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。

⑻ 今般、革新的な医薬品や医療機器の開発に伴い特殊な注射手技が出現しうることを踏まえ、注射の準用に係る規定を設ける。

⑼ 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和２年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和２年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。

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

⑴ 歯科外来診療の充実を図るため、以下の見直しを行う。

①　歯科外来診療における院内感染防止対策を推進する観点から、常勤の歯科医師だけでなく関係する職員を対象とした研修を行うこととし、基本診療料について評価を見直す。（Ⅱ－７－６⑶再掲）

②　歯科医療機関における医療安全に関する取組を推進する観点から、歯科外来診療環境体制加算の施設基準について、歯科医師及び歯科衛生士の配置等の要件を見直す。

⑵ 歯科口腔疾患の重症化予防の観点から、以下の見直しを行う。

①　歯科疾患管理料について、長期的な継続管理等の評価をさらに充実させる観点から、初診時に係る評価を見直すとともに、長期的な継続管理について新たな評価を行う。（Ⅱ－４⑷①再掲）

②　歯周病安定期治療の対象となっていない歯周病を有する患者に対する継続的な治療について新たな評価を行う。（Ⅱ－４⑷②再掲）

⑶ ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、以下の見直しを行う。

① 歯科疾患管理料の口腔機能管理加算及び小児口腔機能管理加算について、歯科疾患の継続管理を行っている患者に対する診療実態に合わせて要件等を見直す。

② 小児口腔機能管理加算について、算定の必須項目となっている咀嚼機能の評価について要件を見直す。

⑷ 基礎疾患を有する患者に対する歯科医療を充実させる観点から、以下の見直しを行う。

① 長期療養において経口摂取を行っていない口腔の自浄作用の低下した患者に対する、痂皮の除去等を評価する。

② ６歯以上の先天性部分（性）無歯症等であり、ブリッジや部分床義歯等の一般的な補綴治療では治療困難な患者がいることを踏まえ、広範囲顎骨支持型補綴の要件を見直す。

⑸ 歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携の強化を図る観点から、以下の見直しを行う。

① 歯科治療恐怖症の患者等に対して行われる静脈内鎮静法について評価を見直す。

② 歯科診療における安全で質の高い麻酔を実施する観点から、閉鎖循環式全身麻酔を行った場合の管理について新たな評価を行う。

⑹ 歯科固有の技術について、以下のような見直しを行う。

① ＣＡＤ／ＣＡＭ冠について、対象を見直す。

② 手術用顕微鏡を用いた根管充填処置等について、対象を見直す。

③ 抜歯等の手術における歯科麻酔薬の算定に係る評価を見直す。

④ 歯科技工料調査の結果を踏まえ、歯冠修復及び欠損補綴等の評価を見直す。

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

⑴ 地域に貢献する薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について、薬局の質を把握・評価する指標（いわゆる薬局ＫＰＩ）等を参考に要件及び評価を見直す。

⑵ 対人業務の推進及び重点化の観点から、内服薬の調剤料の評価を見直すとともに、以下の取組を行う。

① 対物業務から対人業務への転換を進める観点から、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、患者のプライバシーに配慮することなどの要件を見直すとともに評価を見直す。（Ⅱ－１⑷再掲）

② 薬局が処方医からの指示に基づき、薬剤の重複投薬等を確認し、その結果を文書等で報告した場合について新たな評価を行う。

③ がん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、薬局が患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供した場合について新たな評価を行う。（Ⅱ－７－１⑸再掲）

④ 医療機関と薬局との連携による残薬への対応を推進する観点から、薬局の薬剤服用歴管理指導料等について、お薬手帳による医療機関への情報提供等の要件を見直すとともに、分割調剤時における薬局から医療機関への情報提供に関する評価を見直す。

⑤ 喘息等の患者について、医師の求めなどに応じて、練習用吸入器等を用いて吸入指導を行い、その結果を医師に情報提供した場合について新たな評価を行う。

⑥ 経管薬剤投与が行われている患者が簡易懸濁法を開始するに当たり、医師の求めなどに応じて、薬局が必要な支援を行った場合について新たな評価を行う。

⑦ 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、医師の求めなどに応じて、調剤後も副作用の有無の確認や服薬指導等を行い、その結果を医師に情報提供した場合について新たな評価を行う。

⑶ 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、薬局の内服薬の調剤料及び対人業務に係る薬学管理料の評価を見直す。

⑷ 特定の医療機関からの処方箋の受付割合が著しく高く、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査結果における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料の要件を見直す。

⑸ 医薬品の備蓄の効率性や損益率の状況等を踏まえ、特別調剤基本料について要件及び評価を見直す。また、地域でかかりつけ機能を発揮する薬局を普及・推進する観点から、いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

⑹ 薬剤師の病棟業務の実施により医師の負担軽減を推進する観点から、病棟薬剤業務実施加算について評価を見直すとともに、対象となる病棟を見直す。（Ⅰ－２⑶再掲）

⑺ 医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置に係る要件を見直す。（Ⅰ－２⑷再掲）

⑻ 入院中の患者が退院する際に、入院前の処方薬の内容変更や中止等の理由、変更後の患者の状況等について、医療機関から薬局に対する情報提供を行った場合について新たな評価を行う。

Ⅱ－11　医療におけるＩＣＴの利活用

⑴ 情報通信機器を用いて行う診療について、対面診療と組み合わせた活用を適切に推進する観点から、実施方法や対象疾患に係る要件等を見直す。

⑵ へき地、医療資源が少ない地域や在宅医療において、情報通信機器を用いて行う診療がより柔軟に活用できるよう、実施方法に係る要件を見直す。

⑶ 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について新たな評価を行う。

⑷ 情報通信機器を用いて行う遠隔モニタリングについて、有効性・安全性に係るエビデンス等を踏まえ、実施方法に係る要件を見直す。

⑸ 外来患者及び在宅患者に対する情報通信機器を利用した遠隔服薬指導について新たな評価を行う。

⑹ 情報通信機器を利用した遠隔服薬指導時に薬局が医薬品を患家に配送等をするに当たり、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できることについて明確化する。

⑺ 関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器を用いたカンファレンス等の実施がさらに進むよう要件を見直す。（Ⅰ－４⑵再掲）

⑻ 外来及び在宅における栄養食事指導における継続的なフォローアップに情報通信機器を活用して実施し、栄養食事指導の効果を高めるための取組を評価する。（Ⅰ－４⑶再掲）

⑼ ニコチン依存症管理料について、加熱式たばこの喫煙者を対象とするとともに、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療を評価する。併せて、一連の治療についての評価を新設する。

Ⅲ　医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

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

⑴ 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について新たな評価を行う。（Ⅰ－１⑴再掲）

⑵ 地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、小児科や産婦人科を標榜する医療機関や入院患者が減少していることを踏まえ、医療機関間の医療機能の再編・統合がより柔軟に行えるよう、総合入院体制加算について要件を見直す。

⑶ 急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る項目や判定基準等の要件を見直す。

⑷ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の判定に係る項目や判定基準の見直し等を踏まえ、該当患者割合に係る要件を見直す。また、該当患者割合に応じた柔軟な届出が可能となるよう、急性期一般入院料２及び３の届出に係る要件を見直す。

⑸ 入院患者の評価に係る医療従事者の業務負担軽減等の観点から、一定規模以上の医療機関における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に係る要件を見直す。

⑹ 看護職員の負担軽減の推進の観点から、重症度、医療・看護必要度についてＢ項目の評価方法を見直し、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とするとともに、根拠となる記録を不要とする。（特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様の対応を行う。）（Ⅰ－２⑽再掲）。

⑺ 急性期の入院患者に対して、入院早期にせん妄のリスク因子のスクリーニングを行い、ハイリスク患者に適切なせん妄予防の対応を行うことについて新たな評価を行う。

⑻ 特定集中治療室の入院患者の適切な評価を行う観点から、入院患者の生理学的スコア（ＳＯＦＡスコア）の提出を要件とする入院料等を見直す。

⑼ 患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について新たな評価を行う。

⑽ 地域包括ケア病棟において、急性期治療を経過した患者や在宅で療養を行っている患者を受け入れる役割が偏りなく発揮されるよう、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

⑾ 地域包括ケア病棟において、適切に在宅復帰支援等を行う観点から、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

⑿ 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関内において、ＤＰＣ対象病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する場合について要件を見直す。

⒀ 地域における医療機関間の機能分化・連携を適切に進める観点から、許可病床数の多い医療機関が地域包括ケア病棟の届出を行う場合の要件を見直す。

⒁ 回復期リハビリテーション病棟における実績要件について、アウトカムを適切に反映させるとともに、栄養管理の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について要件を見直す。（Ⅱ－６⑴再掲）

① リハビリテーション実績指数について、満たすべき水準等の要件を見直す。

② 管理栄養士等の専門職種の配置状況の実態やその取組の有効性等を踏まえ、人員配置に係る要件を見直す。

⒂ 医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す。

⒃ 中心静脈カテーテル等の長期留置を行っている患者に対する感染管理体制を求める等、療養病棟入院基本料について要件を見直す。（Ⅱ－７－６⑷再掲）

⒄ 中心静脈栄養の適切な管理を推進する観点から、療養病棟入院基本料の医療区分３の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」について要件を見直す。

(18) 中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、患者への適切な情報提供を推進する観点から、手技料の要件を見直す。（Ⅱ－７－６(5)再掲）

(19) 特定機能病院の有する機能及び体制等を踏まえ、回復期リハビリテーション入院料等の特定入院料等に係る取扱いについて見直す。

(20) 効率的な病棟運営が可能となるよう、障害者施設等入院基本料と併せて１病棟として運用する結核病棟について、常勤の医師の員数に係る要件を見直す。

(21) 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。

(22) 膀胱留置カテーテルの適切な管理を推進する観点から、排尿の自立に係る評価を見直す。

(23) 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料３について、対象となる手術等における平成 30 年度の平均在院日数等を踏まえ評価を見直す。

(24) データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、データ提出加算について要件等を見直す。

また、提出データ評価加算の算定状況や未コード化傷病名の現状を踏まえ要件等を見直す。（Ⅱ－６(2)再掲）

(25) ＤＰＣ／ＰＤＰＳの安定的な運用のために、以下の見直しを行う。

① 機能評価係数Ⅱについて、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、個別の病院の指定状況について把握が困難であった新型インフルエンザ等対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。

② 入院医療の適切な評価を推進するとともに、データ入力の負荷を軽減する観点から、診断群分類を含む算定に係る要件及びＤＰＣデータの調査項目等について要件を見直す。

(26) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直すとともに、配慮した評価について要件を見直す。

Ⅲ－２　外来医療の機能分化

⑴　大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者の定額負担を徴収する責務がある医療機関及び紹介率や逆紹介率の低い大病院に対する初診料等減算について、対象となる医療機関の範囲の要件を見直す。

⑵　医療機関と薬局との連携強化やきめ細かな栄養管理を通じてがん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、外来化学療法加算等の評価を見直す。（Ⅱ－３⑴再掲）

⑶　生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、眼科等の他の診療科の受診勧奨及び歯科等の他の診療科の受診状況の把握に係る要件を見直す。（Ⅱ－４⑴再掲）

⑷　器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため、婦人科・産婦人科医が行う定期的な医学管理について新たな評価を行う。

⑸　進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、外来緩和ケア管理料について、対象となる患者等の要件を見直す。

Ⅲ－３　質の高い在宅医療・訪問看護の確保

⑴　地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、複数の医療機関が連携して行う訪問診療について、当該医療機関間において情報共有の取組を行った場合に、依頼先の医療機関が６か月を越えて訪問診療を実施できるよう要件を見直す。

⑵　地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、在宅療養支援病院について、24 時間往診が可能な体制の整備に係る要件を明確化するとともに、医療資源の少ない地域においては、許可病床数 400 床未満の医療機関についても、在宅療養支援病院として届出可能となるよう見直す。

⑶　それぞれの患者にとって最適な在宅療養を提供し、質の高い在宅医療を確保する観点から、以下の見直しを行う。

①　小児の在宅人工呼吸管理等における実態を踏まえ、小児の呼吸管理に用いられる材料について評価を見直す。（Ⅱ－８⑴①再掲）

②　在宅自己導尿について、日本排尿機能学会等による診療ガイドラインを踏まえ、カテーテルに係る材料加算について評価を見直す。（Ⅱ－８⑴②再掲）

⑷ より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、機能強化型訪問看護ステーションについて、以下の見直しを行う。

① 機能強化型訪問看護管理療養費１及び２の人員配置基準について、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

② 機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置基準について、看護職員の割合を要件に加える。

③ 機能強化型訪問看護管理療養費の実績要件の期間について見直しを行う。

⑸ 医療機関からの訪問看護について、より手厚い訪問看護提供体制を評価する観点から、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料における、一定の実績要件を満たす場合について、新たな評価を行う。

⑹ 訪問看護ステーションと自治体等の関係機関の連携を推進するため、以下の見直しを行う。

① 訪問看護ステーションから自治体への情報提供の対象者について、15歳未満の小児の利用者を含める。

② 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。

⑺ 利用者のニーズに合わせた質の高い訪問看護の提供を推進するため、人工肛門・人工膀胱ケア等のニーズを有する在宅療養者に対する専門の研修を受けた看護師による同行訪問について、要件を見直す。

⑻ 医療的ニーズの高い在宅療養者への質の高い訪問看護の提供を推進するため、訪問看護において用いる可能性のある医療材料について評価を見直す。

⑼ 精神障害を有する者への適切かつ効果的な訪問看護の提供を推進する観点から、利用者の状態把握を行うことが可能となるよう、精神科訪問看護基本療養費、精神科訪問看護・指導料及び複数名精神科訪問看護加算について、以下の見直しを行う。

① 精神科訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護・指導料について、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書へのＧＡＦ尺度により判定した値の記載を要件とする。

② 複数名精神科訪問看護加算について、精神科訪問看護指示書への必要性の記載方法を見直す。

③　精神科訪問看護･指導料について､訪問した職種が分かるよう見直す。

(10)住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合について､24 時間対応体制加算の要件を見直す。

(11)効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対する訪問看護に係る加算について、以下の見直しを行う。

①　難病等複数回訪問加算及び精神科複数回訪問加算における、同一建物居住者に訪問看護を行った場合について評価を見直す。

②　複数名訪問看護加算、複数名訪問看護・指導加算、複数名精神科訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護・指導加算における、同一建物居住者に訪問看護を行った場合について評価を見直す。

(12)訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護について、以下の見直しを行う。

①　医療的なニーズの高い利用者への訪問看護がより適切に提供されるよう、理学療法士等による訪問看護について評価を見直す。

②　訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、訪問する職種又は訪問した職種の記載に係る要件を見直す。

(13)退院直後に小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）を利用する医療的なニーズの高い患者について、自宅への生活へスムーズに移行できるよう、宿泊サービス利用中の訪問診療の要件を見直す。

(14)在宅患者への薬剤管理指導の推進の観点から、緊急時の訪問薬剤管理指導について、医師の求めにより、計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等に対応するために緊急に患家に訪問し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合について新たな評価を行う。

(15)経管薬剤投与が行われている患者が簡易懸濁法を開始するに当たり、医師の求めなどに応じて、薬局が必要な支援を行った場合について新たな評価を行う。（Ⅱ－10(2)⑥再掲）

(16)在宅における褥瘡管理を推進する観点から、在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、管理栄養士の雇用形態等を含め、要件を見直す。

(17)多職種連携を推進する観点から、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料において栄養サポートチーム等連携加算を設定する。

(18)長期療養において経口摂取を行っていない口腔の自浄作用の低下した患者に対する、痂皮の除去等を評価する。（Ⅱ－９(4)①再掲）

Ⅲ－４　地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価

⑴ より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行いつつ、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入退院支援加算について看護師等の配置に係る要件を見直す。（Ⅰ－２⑼再掲）

⑵ 入院前からの患者支援を実施することにより、円滑な入院医療の提供や病棟負担の軽減等を推進するため、関係する職種と連携して入院前からの支援を十分に行い、入院後の管理に適切に繋げた場合について要件及び評価を見直す。

⑶ 高齢かつ退院困難な要因を有する患者に対して、患者の身体的・社会的・精神的背景等を踏まえた適切な支援が行われるよう、入退院支援加算について高齢者の総合的な機能評価の結果を踏まえて支援を行った場合をさらに評価するとともに、総合評価加算の扱いを見直す。

⑷ 有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、有床診療所入院基本料の加算について要件及び評価を見直す。

⑸ 退院直後に小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）を利用する医療的なニーズの高い患者について、自宅への生活へスムーズに移行できるよう、宿泊サービス利用中の訪問診療の要件を見直す。（Ⅲ－３⑿再掲）

⑹ かかりつけ医機能及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合について新たな評価を行う。（Ⅱ－２⑵再掲）

⑺ 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養管理に関する連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合に新たな評価を行う。

⑻ 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、他の医療機関等と連携した栄養食事指導について、診療所が他の医療機関等と連携した場合の取扱について評価を行う。

⑼ 多職種連携を推進する観点から、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料において栄養サポートチーム等連携加算を設定する。（Ⅲ－３⒄再掲）

(10) 周術期等口腔機能管理を更に推進する観点から、以下のような見直しを行う。

① 医療機関と歯科医療機関との適切な連携を推進する観点から、手術を行う医療機関から歯科医療機関へ予約を行い、患者の紹介を行った場合について、周術期等口腔機能管理における新たな評価を行う。

② 周術期等口腔機能管理を更に推進する観点から、化学療法や放射線療法に対して行われる周術期等口腔機能管理について、周術期等専門的口腔衛生処置に係る要件を見直す。（Ⅱ－３(8)再掲）

Ⅲ－５　医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

(1) 関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器を用いたカンファレンス等の実施がさらに進むよう要件を見直す。（Ⅰ－４(2)再掲）

(2) 電話等による再診の際に、救急医療機関の受診を指示し、受診先の医療機関に対して必要な情報提供を行った場合について、診療情報提供料を算定可能となるよう要件を見直す。

(3) 医療機関と歯科医療機関との適切な連携を推進する観点から、手術を行う医療機関から歯科医療機関へ予約を行い、患者の紹介を行った場合について、周術期等口腔機能管理における新たな評価を行う。（Ⅲ－４(10)①再掲）

Ⅳ　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

Ⅳ－１　後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

(1) 後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、以下の見直しを行う。

① 後発医薬品の調剤割合が高い薬局に重点を置いた評価とするため、後発医薬品調剤体制加算について評価を見直す。また、後発医薬品の調剤割合が著しく低い薬局に対する減算規定について要件を見直す。

② 医療機関での後発医薬品の使用割合の状況を踏まえ、後発医薬品の使用割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするために、後発医薬品使用体制加算等について要件及び評価を見直す。また、一般名での処方を推進するために、一般名処方加算の評価を見直す。

(2) バイオ後続品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品を導入する場合の新たな評価を行う。

Ⅳ－２　費用対効果評価制度の活用

⑴ 近年、革新的であるが非常に高額な医薬品や医療機器が登場しており、我が国の医療保険財政への影響が懸念され、医療の質の向上や、医療のイノベーションを適切に評価する制度の運用を平成30年４月より開始した。現在、６品目について評価の検討を行っており、今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

Ⅳ－３　市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

⑴ 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和２年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和２年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。（Ⅱ－８⑼再掲）

Ⅳ－４　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
（Ⅲ－１を参照）

Ⅳ－５　外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
（Ⅱ－４及びⅢ－２を参照）

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

⑴ 複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、医師が自ら重複投薬の有無等を把握し、他の医療機関間の連絡・調整を行う取組や、薬局による重複投薬の有無等の確認の結果を活用して、かかりつけ医が重複投薬に関する他の医療機関との連絡・調整等を行う取組について新たな評価を行う。（Ⅱ－１⑶再掲）

⑵ 入院時は処方の一元的な管理や処方変更後の患者の状態の確認が可能であることから、処方薬剤の総合調整の取組を推進するため、以下の取組を行う。

① 入院時に不適切な多剤処方の状態にある患者への対応について、患者の服用薬の総合的な評価等の取組に対する評価とさらに減薬に至った場合の評価の段階的な評価体系とする。

② 入院中の患者が退院する際に、入院前の処方薬の内容変更や中止等の理由、変更後の患者の状況等について、医療機関から薬局に対する情報提供を行った場合について新たな評価を行う。（Ⅱ－10⑻再掲）

(3) 医療機関と薬局との連携による残薬への対応を推進する観点から、薬局の薬剤服用歴管理指導料等について、お薬手帳による医療機関への情報提供等の要件を見直すとともに、分割調剤時における薬局から医療機関への情報提供に関する評価を見直す。(Ⅱ－10(2)④再掲)

(4) 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、薬局の内服薬の調剤料及び対人業務に係る薬学管理料の評価を見直す。(Ⅱ－10(3)再掲)併せて医療機関での外来時における調剤料等の評価を見直す。

(5) 後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、以下の見直しを行う。

① 後発医薬品の調剤割合が高い薬局に重点を置いた評価とするため、後発医薬品調剤体制加算について評価を見直す。また、後発医薬品の調剤割合が著しく低い薬局に対する減算規定について要件を見直す。(Ⅳ－１(1)①再掲)

② 医療機関での後発医薬品の使用割合の状況を踏まえ、後発医薬品の使用割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするために、後発医薬品使用体制加算等について要件及び評価を見直す。また、一般名での処方を推進するために、一般名処方加算の評価を見直す。(Ⅳ－１(1)②再掲)

(6) バイオ後続品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品を導入する場合の新たな評価を行う。(Ⅳ－１(2)再掲)

Ⅳ－７　医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

(1) 医療機器の利用について、その実態を踏まえ、以下の見直しを行う。

① ポジトロン断層撮影のより効率的な利用を推進する観点から、ポジトロン断層撮影を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合について評価を見直す。

② 小児の頭部外傷に対するガイドラインに沿った診療を推進する観点から、頭部ＣＴ検査における新生児、乳幼児及び幼児加算について、小児の意識障害の判定が成人と比べ困難であることを踏まえ評価を見直す。

③ 超音波検査のうち胸腹部の断層撮影法について、対象となる臓器や領域により検査の内容が異なることを踏まえ、その実態を把握するため要件を見直す。

④ 超音波検査について、主な所見等を報告書又は診療録に記載するよう要件を見直す。

⑤　超音波診断装置の高性能化により、超音波検査のパルスドプラ機能が標準的に搭載される機能となっていることを踏まえ、パルスドプラ法加算について評価を見直す。

⑥　超音波診断装置の小型化に伴い、訪問診療時に活用されてきているため、その臨床的位置付けや実施の在り方等を踏まえ、訪問診療時の超音波検査について評価を見直す。

⑵ 医療技術及び検査について、その実態を踏まえ、以下の見直しを行う。

①　悪性腫瘍に係る遺伝子検査である、単一遺伝子検査及び複数遺伝子検査について、それぞれの検査の特性を踏まえ、評価を見直す。

②　局所陰圧閉鎖処置について、ドレッシング材（創傷被覆材）の交換の頻度、処置にかかる手間及び技術を踏まえ、局所陰圧閉鎖処置について評価を見直す。

③　眼循環動態の把握に用いられる検査として、検査の精度等の観点から、現在は蛍光眼底造影検査や眼底三次元画像解析等が一般的に用いられていること等を踏まえ、網膜中心血管圧測定について扱いを見直す。

④　エリスロポエチン製剤のバイオ後続品等の実勢価格や、ＨＩＦ－ＰＨＤ阻害薬の有効性及び使用方法等を踏まえ、人工腎臓に係る評価について、ＨＩＦ－ＰＨＤ阻害薬の使用を含め評価を見直す。

⑤　他の手技の難易度や緊急性等を踏まえ、バスキュラーアクセスに係る処置について評価を見直す。また、シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者が一部存在することを踏まえ、経皮的シャント拡張術・血栓除去術について要件を見直す。

⑥　腎不全以外の患者に対する血液浄化療法を適正に実施するため、持続緩徐式血液濾過について要件を見直す。

⑦　吸着式血液浄化法について、エンドトキシンを吸着するという治療目的や敗血症診療ガイドライン 2016、標準治療と比較して死亡率の改善が認められないこと等を踏まえ、適切な実施を推進するよう要件を見直す。

⑧　大伏在静脈抜去術及び下肢静脈瘤血管内焼灼術について、他の手技との有効性が同等とされていることを踏まえ評価を見直す。

⑨　血糖自己測定器加算について、膵全摘後の患者の病態を踏まえ、月 90 回以上測定する場合等の要件を見直す。

⑶ 検体検査の実施料について、実態を踏まえ、以下の見直しを行う。

①　衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ評価を見直す。

②　臨床的有用性がなくなった検査等について評価を廃止する。

(4) 義肢装具を患者に提供する際の医療機関と装具製作業者の連携の実態を踏まえ、それぞれの役割に応じた適切な評価ができるよう要件を明確化する。

(5) 医療機器や検査等において、適応追加等により市場が拡大する場合があり、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶこともあり得ることから、市場が著しく拡大した場合には評価を見直す仕組みを設ける。

令和２年度診療報酬改定について

令 和 元 年 12 月 11 日
中央社会保険医療協議会

本協議会は、医療経済実態調査の結果、薬価調査及び材料価格調査の結果等を踏まえつつ、令和２年度診療報酬改定について審議を行ってきたところであるが、その結果を下記のとおり整理したので、厚生労働大臣に意見を申し述べる。

記

１．医療経済実態調査の結果について

○　本協議会は、医業経営の実態等を明らかにし、診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、第 22 回医療経済実態調査を実施し、その結果等について検討した。

２．薬価調査及び材料価格調査の結果について

○　薬価調査の速報値による薬価の平均乖離率は約 8.0%、材料価格調査の速報値による特定保険医療材料価格の平均乖離率は約 5.8%であった。

３．令和２年度診療報酬改定について

○　我が国の医療については、人口減少・少子高齢化が進展するとともに、人生 100 年時代に向けた「全世代型社会保障」の構築が求められる中で、世界に冠たる国民皆保険を堅持し、あらゆる世代の国民一人一人が安全・安心で効率的・効果的な質の高い医療を受けられるようにすることが必要である。また、医療を取り巻く環境の変化や多様な国民のニーズに柔軟に対応することが重要である。

○　社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において取りまとめられた「令和２年度診療報酬改定の基本方針」（以下「基本方針」という。）では、重点的に取り組む課題として、医師等の働き方改革の推進や、患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めつつ、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上を図ることが示された。

○　本協議会は、この基本方針に基づき、全ての国民が質の高い医療を受け続けるために必要な取組についての協議を真摯に進めていく。こうした基本認識については、支払側委員と診療側委員の意見の一致をみた。

○　しかし、このような基本認識の下で、どのように令和２年度診療報酬改定に臨むべきかについては、次のような意見の相違が見られた。

○　まず、支払側の意見は次のとおり。適正化・効率化を通じた制度の安定とその持続可能性を高めていくことが、喫緊かつ重要な課題である。医療経済実態調査結果からは、中期的に見れば国公立・公的病院以外の経営状況は概ね堅調であり、今後の人口動態の変化を踏まえれば、国民負担の軽減を確実に図りつつ国民皆保険体制を守っていかなければならないこと等から、令和２年度改定において、診療報酬はマイナス改定とするべき。また、薬価等調査の結果に基づく薬価等の改定を行なうとともに、イノベーションの推進にも配慮しながら薬価制度の抜本改革に基づく必要な対応も併せて検討すべきであり、薬価等の引下げ分は、診療報酬本体に充当することなく国民に還元すべき。

○　これに対し、診療側の意見は次のとおり。今後の少子化、人口減少が確実な現状の下、医療の質を確実に担保すると同時に、効率的な医療施設運営を可能とする報酬体系が必要である。医療経済実態調査の結果等からは、医療機関等は総じて横ばいの経営状況であって、一般病院、一般診療所ともに様々な職種の従事者が増え、給与比率は上昇している。また、社会保障と経済は相互作用の関係にあり、医療に財源を投入すれば、特に医療従事者の比率が高い地方では経済の活性化により、経済成長を促し、地方創生への多大な貢献につながること等から、世界に誇るべき国民皆保険を持続可能なものとするためにも、薬価改定財源は診療報酬本体に充て、診療報酬改定はプラス改定とするべき。

○　本協議会は、社会保険医療協議会法でその組織構成や、審議・答申事項等を法定されており、医療保険制度を構成する当事者である支払側委員と診療側委員、そして公益委員が、医療の実態や医療保険財政等の状況を十分考慮しつつ、診療報酬改定の責任を果たしてきた。

　診療報酬改定は、基本方針に沿って、診療報酬本体、薬価及び特定保険医療材料価格の改定を一体的に実施することにより、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられるよう、医療費の適切な配分を行うものである。そのために、本協議会においては、これまでも医療制度全体を見渡す幅広い観点から、膨大な時間を費やしデータに基づいた真摯な議論を積み重ね、診療報酬改定に取り組んできており、これからもそのように取り組み続けていく。

○　厚生労働大臣におかれては、これまでの本協議会の議論を踏まえ、令和２年度予算編成に当たって、診療報酬改定に係る改定率の設定に関し適切な対応を求めるものである。

○　また、我が国の医療が抱える様々な課題を解決するためには、診療報酬のみならず、都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金の活用や予防・健康づくりの取組など、幅広い医療施策を講じていく必要があり、この点についても十分な配慮が行われるよう望むものである。

中医協 総－５－２
元．１２．２０

令和元年１２月２０日

国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための令和２年度診療報酬改定に対する二号（診療側）委員の意見

中央社会保険医療協議会
二 号 委 員
松 本 吉 郎
今 村 聡
城 守 国 斗
猪 口 雄 二
島 弘 志
林 正 純
有 澤 賢 二

〔 医 科 〕

Ⅰ 基本的考え方

わが国は、世界に類を見ない少子高齢社会に直面している。人生 100 年時代を迎えるなか、幸福な国民生活を将来にわたり送るためには、必要な医療・介護を安心して受けられるようにしなければならない。

世界的に見ても少ない負担で満足度の高い、非常に優れた「国民皆保険」という貴重な財産を守り抜き、次世代の人々、さらには医療従事者も誇りを持って仕事をすることができるよう、持続可能な社会保障制度の確立に向け、限られた財源を適切に活用する必要がある。

社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）がとりまとめた『令和２年度診療報酬改定の基本方針』では「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」が重点課題として位置づけられた。2040 年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取り組み、実効性のある医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。この取り組みにより、国民の健康寿命を延伸させ、持続可能な社会保障制度の実現につなげるとともに、社会保障の充実により国民不安を解消することができる。

また、国民が住み慣れた地域において質の高い医療・介護を受けるため、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護提供体制が確保されるよう、介護・福祉サービスなどとともに医療の充実は欠かすことができない。令和２年度診療報酬改定では前回改定に引き続き、地域における医療資源を有効活用しながら、継続して改革を進めるために必要財源を配分すべきである。

我々は、地域医療を守る使命感と倫理観に基づき、将来にわたりわが国の医療制度を維持・発展させるため、令和２年度診療報酬改定に当たっては、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

なお、これまで中医協で検討してきた項目については、あくまでも財源次第での議論であり、改定率を踏まえ、メリハリを付けたり、優先順位を決め、実施しないものが出てく

ることは当然である。

１．診療報酬体系の見直し
○医療機関の創意工夫による運営を可能とする告示、通知等を含めた抜本的な見直し、簡素化
２．あるべき医療提供体制コスト等（医業の再生産費用を含む）の適切な反映
○「もの」と「技術」の分離の促進（ものから人へ）
○医学・医療の進歩への速やかな対応
○無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視
○出来高払いを原則として、包括払いとの適切な組み合わせの検討
３．大病院、中小病院、診療所が各々に果たすべき機能に対する適切な評価と、地域の医療提供システムの運営の円滑化
○急性期医療から回復期・慢性期に至るまで良好に運営できる診療報酬体系の整備と十分な評価
○救急医療、精神科救急医療等の不採算医療・政策医療を引き受けてきた医療機関が健全に運営できる診療報酬の設定
○地域の診療所や中小病院のかかりつけ医が地域包括ケアシステムにおいて担う中核的機能を踏まえた手厚い評価
４．医師・医療従事者の働き方の実状を踏まえた診療報酬上の対応
○医師等の働き方改革の推進
○医療従事者の負担軽減策のさらなる推進（複数非常勤従事者の常勤換算 等）
○専従要件である所定労働時間や配置場所の大幅な基準緩和
５．施設基準の簡素化と要件緩和
６．認知症対策に係る充実評価
７．小児・周産期医療の充実
８．不合理な診療報酬項目の見直し
９．その他必要事項の手当

Ⅱ　具体的検討事項

以上の基本方針を前提として、特に検討すべき具体的な事項について、以下に列挙する。

１．初・再診料

（１）初・再診料、外来診療料の適切な評価（引き上げ）

医師の技術料の最も基本部分であるとともに、経営原資となるものである。高齢者の増加に伴い診療時間が長くなっている。医療機関の健全な経営のために医師の技術を適正に評価し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数に引き上げること

（２）再診料の見直し

地域包括ケアシステムの要である診療所・中小病院の再診料の水準を平成 22 年度改定前の水準に戻すこと（再診料の平成 26 年度改定における引き上げは消費税率引き上

げに伴う補填目的であり、平成 22 年度引き下げ分の措置ではない）

（３）同一医療機関における同一日複数科受診の評価

同一医療機関において、同一日に複数の診療科をそれぞれ異なる疾患で受診した場合、全ての診療科について、初・再診料の区別なく、また逓減することなく算定できるようにすること

（４）かかりつけ医機能のさらなる評価

超高齢社会を乗り切るための最重要課題である地域包括ケアシステムの確立に向け、診療報酬上のかかりつけ医機能をより充実させる必要がある。具体的には、地域包括診療加算・地域包括診療料、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料における要件を見直すとともに、点数を引き上げること

等

２．入院基本料

（１）入院基本料の適切な評価

看護職員配置数により格差がつく評価体系を改め、医療機関の設備投資・維持管理費用について明確に評価するとともに、多職種協働によるチーム医療の推進を踏まえ、看護師だけでなく多種の医療従事者の人件費についても適切に評価すること

（２）重症度、医療・看護必要度

前回改定で、重症度、医療・看護必要度の指標に、診療実績情報データを用いた「Ⅱ」という新しい指標を導入したばかりであり、十分な検証・分析を行った上で見直し等を検討することとし、「Ⅱ」への一本化等の見直しを拙速に行わないこと

許可病床数別に議論するとしても、病床数の内訳として一般病棟以外の病棟（例えば、精神科病棟など、重症度、医療・看護必要度とは関係がない病棟）が多い場合については、一定の配慮をすること

（３）入院医療の評価体系の見直し

改定の度の大幅な変更は現場に過大な負担となるため、不合理な箇所の部分的修正などに留めること

中長期的な対応として、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法として、多職種協働によるアウトカム評価を行い、提供する医療の質を評価する新たな指標の導入の検討が必要である

（４）急性期一般入院料

前回改定で再編統合した急性期一般入院基本料について、急性期一般入院料２及び３への移行は、入院料１からしかできない点について、下位からも上位へ移行できるようにすること

（５）入院中の患者の他医療機関受診の取扱いのさらなる見直し

精神疾患を含め多疾患を有する高齢者の増加や、専門医療が高度化している現在、他医療機関受診時の出来高入院料の減算や特定入院料等の減算は懲罰的な診療報酬規則であり、国民の受療する権利を阻害している

また、他医療機関での保険請求が不可能なことで、手続きが非常に煩雑になるとともに、特定入院料等算定医療機関では保険請求すらできず全額持ち出しとなっているため、他医療機関での保険請求を可能とすること

（６）医療療養病床の経過措置

療養病棟入院基本料経過措置１及び２について、届出状況等を鑑み、経過措置１については経過措置を延長し、経過措置２については、届出施設の今後の意向等を踏まえた対応とすること

（７）精神疾患特性を踏まえた在宅移行の在り方

精神疾患はその個別性の故に一律の期限を定めた入院や安易な退院促進は馴染まないため、診療報酬上の配慮が必要である。施設基準の在宅移行率については、施設基準遵守のあまり、早期の再燃リスクが十分検討されないまま退院する患者が一定割合発生している現状がある。そのような患者は短期間での再入院を余儀なくされる危険性が高まり、それは長期予後の悪化につながる。したがって、現行の在宅移行率は撤廃あるいは緩和すべき

（８）地域包括ケアシステムに欠かせない有床診療所の評価

複数医師の配置や夜間の医師、看護師配置が可能となるような入院料の引き上げ

配置加算、地域の実情に合わせた有床診療所の評価

等

３．入院基本料等加算、特定入院料

（１）現場の柔軟性を損なわない形での勤務医負担軽減策の実施

（２）救急医療管理加算のさらなる評価

医師の働き方改革で、経営的に大きな影響を受ける二次救急を提供する医療機関を支えるため

救急医療の 24 時間体制での提供には人的配置を含め、多額のコストを費やしているにもかかわらず評価が不十分である

（３）医師事務作業補助体制加算の算定病棟拡大

医師の事務作業が多いのは全医療機関の問題であり、全病床種別での算定を可能とすること。また、除外業務となっている「診療報酬の請求事務」については、除外業務から削除することが望ましい

（４）医療の安全管理・院内感染症対策等に対する評価充実

実際にかかっている経費を保証する点数設定（手術時の医療安全管理に対する評価を含む）を行うこと

（５）急性期看護補助体制加算の見直し

現場の実情にあわせて、急性期看護補助体制加算を入院全期間において算定できるようにすること

また、慢性期の病棟においても、高齢者・認知症等の患者を受け入れ、現実として看護補助者を配置しており、何らかの評価が必要である

（６）病棟薬剤業務実施加算の要件等の見直し

薬剤業務は病床数や診療科により、薬剤の使用頻度や量に差があるため、時間要件を全病棟で個別に満たすのではなく、対象病棟全ての合算で満たせばよいものとするとともに、対象病棟を拡大する

病棟薬剤業務実施加算１は、専任の薬剤師をすべての病棟に配置する必要があるが、病棟単位での届出を可能とすること

病棟薬剤業務実施加算２について、単独での届出を可能とすること

（７）特定入院料に係る算定上限日数等の要件緩和

適正な診療を行う上で算定上限日数を超えて管理を要する症例が多くある

特定集中治療室の場合は、患者の病態に応じた日数の延長、新生児特定集中治療室及び新生児治療回復室などの２つ以上の特定入院料算定治療室に入室した場合の算定期間の通算ルールを廃止

（８）特定入院料における高額薬剤等の包括除外

患者の生命維持や治療に不可欠で代替困難な薬剤や放射線治療等の高額医療を特定入院料の包括から除外すること

また、精神科特定入院料は、算定できる項目がポジティブリスト化されているため、他科に比べて過剰に包括されている。代替困難な薬剤や放射線治療等の高額医療（ＬＡＩを含む）及び高齢者対応の「リハビリテーション」の項目は、特定入院料の包括から除外すること

（９）地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

前回改定で在宅復帰率の分子から「療養病棟」及び「介護老人保健施設」が削除されたが、分子の対象に復元すること

(10) 地域包括ケア病棟（病床）の適正評価

本来の目的である地域包括ケアを支えるために、「急性期後の加療」「在宅等の患者の増悪への対応」「在宅療養の支援」をバランス良く機能することへの評価とする

(11) 精神療養病棟入院料

従来の人員配置では、高齢化に伴う認知症併存率の上昇、身体合併症の増加やＡＤＬ低下に対応が困難になりつつあるため、人員配置を加配する際の加算を設けること

(12) 地域移行機能強化病棟入院料

届出期限が 2020 年３月 31 日までとなっているが、未だ少数の医療機関の届出状況である現状を鑑み、期限を延長すること

患者の移行促進のため、90％以上の病床利用率の要件を 80％に緩和すること

(13) 短期滞在手術等基本料３

小児、認知症患者への全身麻酔時の適正な評価をすること

手術件数の少ない地方でも経営が成り立つ点数設定への変更

全身麻酔や水晶体嚢拡張リング使用加算が包括されているが、認知症患者や水晶体脱臼のような重症例への手術に対する評価が必要であり、全身麻酔及び水晶体嚢拡張リング使用加算を除外すること

等

４．基本診療料全般

（１）地域包括ケアシステムにおけるＩＣＴを利用した連携体制の評価

（２）チーム医療における多職種の連携の評価

多職種連携による食事指導への積極的な関与は、患者の早期退院やＱＯＬ向上に効果を上げており医療の質向上に寄与するとともに医療従事者の負担軽減につながっている。高齢化、がん・精神疾患等の患者の増加に合わせた評価と施設基準を緩和すること

等

５．医学管理等

（１）小児科外来診療料の見直し

一部の加算等を除き包括の点数となっており、医師の技術料を十分評価した点数へ引き上げ、対象年齢拡大等

（２）特定疾患療養管理料の見直し

月１回 450 点を算定可能に

医療の進歩により、新しい疾患概念や治療法が増加したこと、超高齢社会による疾病構造の変化に適切に対応するために、対象疾患を見直す

（３）救急医療の評価の見直し

救急医療の 24 時間体制での提供には人的配置を含め多額のコストを費やしているにもかかわらず評価が不十分である。地域包括ケアシステムの推進のためにも、地域の救急体制の維持は重要であり、夜間休日救急搬送医学管理料の増額・要件緩和、院内トリアージ実施料の要件緩和をすること

（４）認知症診療の環境整備

認知症患者の診療は、単なる認知機能の評価にとどまらず、生活障害、行動・心理症状、家族の介護負担の評価等を包括的に行う必要がある。現在、認知症疾患医療センターで診断され、他の保険医療機関へ紹介された患者のみ認知症療養指導料の算定が可能であるため、認知症専門医やかかりつけ医でも算定可能とすること

（５）小児運動器疾患指導管理料の対象年齢引上げ

現行の６歳未満という対象年齢では、小児運動器疾患の中でも頻度が高く、主に 12 歳前後で発症する特発性側弯症が対象とならない。また、特発性側弯症は、生涯にわたり医師の管理が必要な疾患であり、有効な管理を行うことで侵襲的な治療を最小限にすることができる。算定要件を 15 歳未満とすれば、特発性側弯症患者の大部分を対象患者とできる

（６）診療情報提供料（Ｉ）の見直し

少子高齢社会に対応した診療情報提供施設の見直し

中学生までの乳幼児・児童・学童に対する療養指導管理の要点を、行政・保健・福祉関連機関等へ情報提供した場合の算定を可能とする

その他、介護療養施設等への情報提供、職場「産業医」への社会復帰のための情報提供など、診療情報提供施設を拡大する

（７）婦人科特定疾患に対する管理料の新設

①更年期症候群（障害）・卵巣欠落症状 、②子宮内膜症・月経困難症を対象疾患として婦人科特定疾患指導管理料を新設する

等

６．在宅医療

（１）在宅医療を充実させるための算定要件の簡素化・緩和

複雑化した在宅時医学総合管理料等の算定要件の簡素化

主治医の専門以外の診療科のチーム医療でも在宅療養指導管理料を算定可能とする

機能強化型在宅療養支援診療所・病院（連携型）の看取り要件の緩和

継続診療加算の要件緩和

在宅ターミナルケア加算の酸素療法加算は死亡月のみならず、死亡前月でも算定可能とする

（２）在宅医療の点数設定の是正

一般診療所と在宅療養支援診療所の診療報酬格差の是正

同一建物居住者に対する訪問診療料、単一建物居住者に対する在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の点数設定の見直し（入居する場所のみをもって点数設定するのではなく、個々の患者に対する医療の質・手間・技術を正当に評価すべき）

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付しない場合の加算点数の引き上げ

（３）在宅患者訪問診療料（Ｉ）在宅患者訪問診療料２の要件緩和

月１回、原則６か月を限度とし、在宅時医学総合管理料等を算定する医療機関からの依頼に限られている算定要件の緩和

（４）小児在宅医療の充実

小児及び若年成人の在宅緩和ケアは、症状コントロールが難しく心理的、精神的苦痛へのケアなどの課題はあるが、ターミナルを家庭で過ごす意義は大きい。在宅患者訪問診療料（Ｉ）に小児ターミナルケア加算を新設する

学校に通う医療的ケア児が、安全・安心に学校生活を送ることができるよう、主治医から学校医への情報提供を評価すること

（５）在宅療養指導管理料における在宅療養指導管理材料加算について、実勢価格等を踏まえ適正化すること。併せて、医学管理等に係る技術を適切に評価すること

等

７．検査・画像診断

（１）医師の技術料としての評価が低すぎる検査料の見直し

例えば、評価が低く原価割れのため標準的手順が省かれ、結果的に医療費を高騰させている生体検査（運動負荷、呼気ガス分析加算など）の再評価など

（２）画像診断管理加算は常勤の放射線診断専門医によるＣＴ、ＭＲの全例の画像診断管理及び読影体制、医療被爆及びＭＲＩ安全管理体制、緊急読影体制、医療データの提供体制がある場合に増点する

（３）遠隔画像診断の定義と内容の再分類、その効用を明確化し、画像診断管理と遠隔画像診断の有機的運用ができるよう改善を行うこと

（４）コンピュータ断層診断の要件を見直し、他医療機関撮影のＣＴ等の読影は初診・再診にかかわらず評価すること

等

８．投薬

（１）７種類以上の内服薬処方時及び向精神薬多剤投与時の処方料、薬剤料、処方箋料の減算の撤廃

多数の疾患を抱える患者、特に高齢者をかかりつけ医が担当するためには多剤投与

が必要となるケースは避けられない。多剤投与の方が投薬管理は複雑になり加算も検討すべきであり、減算される仕組みは不合理である

糖尿病だけでも４種類の薬剤が必要な場合が少なくない。高血圧症、高コレステロール血症などが合併すると７種類以上になるケースが多い

（２）処方日数の適正化

平成 28 年度改定で 30 日を超える長期投薬について、取扱いの明確化が図られたが、さらなる長期投薬を減らす取組みを導入、例えば、超長期処方（例えば 90 日以上）を行う場合には、必要理由の記載を義務付けるようにすること

（３）院内処方、院内調剤の適正評価

同一の調剤技術料に対し、院内と調剤薬局の報酬の格差が大きいため、院内の評価を見直す、例えば、院内処方における一包化加算の新設、外来後発医薬品使用体制加算に代わる院内処方での後発医薬品使用促進に係る加算の新設、処方料、調剤料の引き上げ

（４）後発医薬品使用に対する基盤整備

後発医薬品に対する医療提供側、患者側双方の不信感や情報不足を解消するための早急な基盤整備を行うこと、さらに患者や医師が安心して後発医薬品を使うためのチェックシステムを設置すること

等

９．注射

内科系の中心的な治療である薬物療法における処方技術評価の改善を図るために、「注射」の項に「処方料」を新設すること

等

１０．リハビリテーション

（１）リハビリテーションにおける算定要件の緩和と点数格差の是正

施設基準、人員配置等の要件が同じである脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅱ）と

運動器リハビリテーション（Ⅰ）の点数格差の是正

（２）運動器リハビリテーション小児加算の新設

現行では年齢等に関わらず、同じリハ点数を算定している。成長期である 15 歳以下のリハは年齢別にきめ細かな対応をすることで、将来の身体障害を減少させる計画性が必要である。また、保護者に対する説得・説明も重要

等

１１．精神科専門療法

（１）精神科専門療法の同一日・同一週併算定

3 か月以内を急性期入院治療期間と位置づけて高密度の治療を短期集中的に行い退院促進する政策的方向性が打ち出されている一方、精神科専門療法に同一日／同一週併算定を妨げる要件が設定されているのは不合理である

入院精神療法Ⅰ とⅡの同一週併算定、抗精神病特定薬剤治療指導管理料と精神科デ

イ・ケア等の同一日算定等を可能とする

（２）抗精神病特定薬剤治療指導管理料

持続性抗精神病注射薬剤（ＬＡＩ）は薬剤の特性上、計画的な治療計画や当該薬剤の効果及び副作用に関する説明等、療養上必要な指導を行うことが重要であるが、現在、外来のみでの算定となっているため、「１　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料」を入院中でも算定可能とする。また、特定入院料の包括から除外すること

等

１２．処置・手術・麻酔

（１）休日加算 1、時間外加算 1、深夜加算 1 の要件の見直し

「当直等を行った日が年間 12 日以内であること」「当直医が毎日６名以上」の施設要件は、都市部の大病院でなければ満たせる要件ではなく、実際に救急診療を行っている地域の中核病院で加算が取得できるよう、施設基準の要件を緩和する

（２）ディスポ製品の費用を考慮した点数設定

処置の実施において、感染予防等によりディスポ製品の使用が常識となっている現在において、長年低点数のまま据え置かれている処置項目については、技術料が含まれていないに等しい状況となっている（特に、外来管理加算よりも低点数の処置項目）

（３）基本診療料に含まれる処置の見直し

処置の必要性は重症度などの医学的判断によるべきであり、処置範囲の大きさで決めるものではない

（４）手術料の適正な評価（外保連試案の意義を含めた見直し）

短時間で終了する手術が簡単なものという評価は適切ではない。先端医療機器の導入や医師の研鑽の結果による効率化や手術時間の短縮は正しく評価されるべき

（５）同一手術野で実施する複数手術の評価

２以上の手術を同時に行った場合の費用の算定について、行った手術の手技料は、それぞれ算定できるようにすること

（６）診療材料を多く使う手術点数の適正化

診療材料の実費が、診療報酬の 50%以上を占める術式が数多く存在している。償還されない診療材料を多く使用する手術については、手術点数を適切に引上げる

（７）麻酔管理料の施設基準の見直し

当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医（地方厚生（支）局長に届け出ている医師）に限るとあるが、医師不足による非常勤医師での算定も可とする

等

１３．放射線治療

（１）Intrafraction IGRT 加算の新設

治療ビーム照射中にリアルタイムに腫瘍・臓器位置を監視し、位置変位量が閾値を超えた場合に治療ビームが自動的に遮断され、位置修正後に治療を再開する

（２）ＡＩを用いた放射線治療計画

データベースに登録された過去の放射線治療計画データを使用して、患者ごとに最

適な輪郭情報、ビーム設定、線量分布形状を予測することで、放射線治療計画の各プロセスにおける質の向上及びバラツキの低減が可能となる

等

１４．ＤＰＣ

高度急性期病院の機能を評価すること

少子高齢化社会の中で子育て世代のセーフティーネット機能として小児科診療が機能するような見直し　等

１５．その他

（１）診療上必要な文書の簡素化等

患者に説明を行う場合「文書」を必要とされているものが多数ある。その中には、「患者署名又は印」を要するものもあり、電子カルテ上に保存する場合、相当数の人手と時間を要するため、説明を要するものには「文書」を必須とせず、電子媒体による説明及び電子署名でも可とする

診療報酬上、同意が必要な「輸血にかかる同意書」「血漿成分製剤の輸注に係る同意書」「身体的拘束実施時の同意書」「特別療養環境室希望時の同意書」「がん治療連携計画策定料に係る同意書」「入院診療計画書」等について、負担軽減と業務効率化の観点から、一括のサインで可能とする

（２）改定時における点数表の早期告示、周知期間の確保、行政によるきめ細かな周知

（３）電子カルテ規格の標準化

（４）その他必要事項

〔 歯　科 〕

Ⅰ　基本的考え方

健康寿命の延伸、人生 100 年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現が令和２年度診療報酬改定の基本方針に掲げられており、その実現の基盤は「健康」であり、歯科医療の果たす役割や責務は大きいと考える。「口腔の健康が全身の健康に寄与する」ことを示す様々なエビデンスが蓄積されており、歯科医療を通じて、国民の生活を支える医療を提供してきている。

特にライフステージに応じた口腔疾患の予防や長期管理等による重症化予防および口腔機能の維持・向上を「かかりつけ歯科医」が中心に提供することで、国民の健康および安全・安心な生活に資すると考えている。また、超高齢社会において増加する、要介護者や様々な疾患を抱える高齢者への歯科医療および口腔健康管理、口腔機能低下への対応等を通じ、QOL の改善と健康寿命の延伸を目指すことも責務である。

さらに、重点課題の医療従事者の負担軽減並びに医師の働き方改革の推進においても、医科歯科連携をさらに推進することにより、その役割を果たすものと考えている。

医療経済実態調査の結果からも、多くの個人立歯科診療所の経営は長年の物価上昇率に比べ損益差額の低迷が明らかであり、設備投資やスタッフの待遇改善もままならない厳しい経営環境が続くなかで、安全・安心で良質な歯科医療提供に日々努力をしている。今後も「国民の健康な生活を支える」という歯科医療提供者の本来の責務を持続的に果たすため、以下に掲げる事項を基本方針と定め、歯科診療報酬について所要の改定を求める。

■健康寿命の延伸、人生 100 年時代に向けた「全世代型社会保障の実現」

➢かかりつけ歯科医機能のさらなる評価

・口腔疾患の継続管理・重症化予防
・口腔機能維持向上への対応
・医科医療機関との連携推進
・質の高い在宅歯科医療のさらなる推進
・医療連携、多職種連携、地域連携の推進

■医師等の働き方改革の推進

➢医科歯科連携の推進

・病院との連携推進
・周術期等口腔機能管理の推進
・歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携の強化

■患者・国民に身近で安全・安心で質の高い医療の実現

➢QOL 向上を目指した歯科医療の提供

・基本診療料の引き上げ
・安全・安心で良質な歯科医療の充実
・歯科固有の技術に対するあるべき評価
・新技術、新規医療機器の保険収載促進と適切な評価

・障害児（者）や妊産婦、認知症等患者への歯科医療の充実

■その他

➢不合理な留意事項通知等の見直し

・留意事項通知等の整理

・長期継続管理の阻害要因の排除

Ⅱ 具体的検討事項

➢かかりつけ歯科医機能のさらなる充実・推進

１．口腔疾患の継続管理・重症化予防

多くのかかりつけ歯科医が取り組みやすい歯科医療技術を評価すること。また、前回導入した口腔機能低下や口腔機能発達不全への評価が歯科疾患管理料の加算となっているために生じている不合理などを解消し、より推進できるよう見直すこと

歯周病のみならず、小児や高齢者のう蝕管理等を含めた長期的視野に立った管理は重要であり、そうした努力が８０２０達成者の増加にもつながっている。これらを踏まえ口腔疾患の重症化予防はさらに推進すべきで、主たる診療報酬上の対応となっている歯科疾患管理料を全口腔疾患に対象拡大し、長期管理に関してさらなる評価を検討すること

２．口腔機能維持向上への対応

フレイル（オーラルフレイル）の概念も確立され、介護予防や脳血管疾患等による摂食・咀嚼・嚥下機能の低下した対象者への口腔機能低下への対応が重要である。取組について、より推進していくため、口腔機能低下への取り組み及び舌圧測定、咀嚼能力検査、咬合圧検査等の評価の見直しや、小児口腔機能発達不全症への新たな検査項目の保険収載を検討すること

３．医科医療機関との連携推進

糖尿病と歯周病の関係は、特にⅡ型糖尿病において高い因果関係が示されている。医科歯科連携における医療情報の共有については、より推進するインセンティブを検討すること

妊産婦における歯科医療及び口腔健康管理は、ハイリスク妊産婦を含めて極めて重要である。医科歯科連携の評価や管理・指導の評価を検討すること

金属アレルギー患者等、医科との連携が必要な内容に関して、推進しやすい環境づくりや医療保険での評価を検討すること

４．質の高い在宅歯科医療のさらなる推進

歯科訪問診療の更なる充実のため、歯科衛生士の地域偏在も考慮し、在宅療養支援歯科診療所の人員要件等を見直し、かかりつけ歯科医による幅広い推進を検討すること。また、質の高い在宅歯科医療提供のため、引き続き在宅専門の歯科医療機関のあり方を検討し、地域における連携を強化すること

在宅歯科医療の充実には入院時からの連携とともに特に退院時の連携を強化すること
入院・入所時の栄養サポートチーム等連携加算については、現状の問題点を改善し、小児在宅など必要な患者への検討を推進すること。患者・家族の利便性や安全・安心な歯科医療提供のため、デイサービスにおける歯科訪問診療が可能となる方策を検討すること

５．医療連携、多職種連携、地域連携の推進
超高齢社会において、要介護状態や多様な疾患を抱えた事例が増加しており、これらに対応するため、さまざまな居住地での歯科医療提供について、さらに評価すること

➢医科歯科連携の推進

６．病院との連携推進
歯科標榜のない病院との連携のさらなる推進は重要であることから、連携の妨げになっている項目を是正し、より推進できるよう見直すこと。経口摂取を行っていない患者への口腔機能管理等を検討すること

７．周術期等口腔機能管理のさらなる充実
歯科における地域医療連携の核となっている歯科併設の病院や歯科標榜のない病院と地域歯科医療連携室等との連携機能を評価すること
また、歯科のある病院への周術期等以外の訪問診療に関して、現場実態を把握し、かかりつけ歯科医との治療中断等を含めて効率的な方策を検討すること
周術期等口腔機能管理の有効な対象疾患・患者の拡大等を検討すること

８．歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携の強化
病院歯科と歯科診療所の役割分担を明確にし、より高度な歯科医療に関しては、病院歯科がかかりつけ歯科医と連携の上、対応するようあるべき姿を検討すること

➢QOL 向上を目指した歯科医療の提供

９．基本診療料の引き上げ
歯科診療所の経営状態は依然として厳しい状況が続いている中、医療技術の向上や医療を取り巻く環境の変化とともに求められる水準も厳しくなっており、その対応は喫緊の課題である。安全・安心で良質な歯科医療提供を継続するため、そのホスピタルフィーである初診料・再診料を評価すること

10．安全・安心で良質な歯科医療の充実
前回改定で感染防止対策が切り離されたが、歯科外来診療環境体制加算に係る届出医療機関の責務は大きい。施設基準要件の見直しを含め、ICT やデジタル機器等を利用して、患者に分かりやすい、かつ、安全・安心な歯科医療提供の評価を検討すること

11．歯科固有の技術に対するあるべき評価

「歯科診療行為のタイムスタディー調査」によれば、歯科医療における基本的技術料は未だ低評価のまま据え置かれており不採算となっている。良質な歯科医療提供により、結果として国民の健康寿命の延伸に寄与できるよう、タイムスタディー調査に基づいた適正な評価を行うこと

12. 新規技術・新規医療機器の保険収載促進と適切な評価

歯科医療の進歩のため、新規技術を積極的に導入するとともに、その技術に見合った適切な評価を引き続き検討すること

13. 障害児（者）や妊産婦、認知症等患者への歯科医療の充実

障害児（者）の生活にあわせ、歯科医療の提供には居宅、施設、外来等のシームレスな対応が求められ、病院併設歯科や障害児（者）医療施設等と歯科診療所の連携・管理、さらに歯科訪問診療の充実も求められる

近年増加傾向にある重度障害の乳幼児の口腔（衛生・機能）管理について評価すること。特に障害児（者）や妊産婦、認知症等患者は、口腔衛生管理が重要で、歯科衛生実地指導、訪問歯科衛生指導、機械的歯面清掃処置等をさらに充実させること。また、医科歯科連携への対応を評価し、歯科診療におけるバイタルサインのモニタリングについて充実させること

➢不合理な留意事項通知等の見直し

14. 留意事項通知等の整理

臨床現場の実情にそぐわない、過度な事務負担を求める不合理かつ詳細すぎる通知等を是正すること

15. 長期継続管理の阻害要因の排除

長期にわたる維持管理を推進するにあたって、阻害要因となりかねない規定を見直すこと。特に１初診１回の算定制限については見直しが必要である

➢その他

16. 明細書発行および診療報酬明細書の様式変更

明細書発行の完全義務化並びに診療報酬明細書の様式変更は、手書きレセプトの医療機関に影響がないよう慎重に対応すること

17.その他必要事項

〔 調　剤 〕

＜保険薬局における調剤報酬関係＞

Ⅰ 基本的考え方

令和２年度の診療報酬改定にあたり、薬剤師・薬局は地域包括ケアシステムの一員として、地域におけるかかりつけ機能の充実や対物業務中心から対人業務中心への構造的転換を推進し、国民のニーズに合った医薬分業の推進、医療・介護連携による充実した医療提供に向け、より一層取り組んでいく必要がある。

国民が、住み慣れた地域で療養環境に関わらず安心して医薬品を使用できるよう、薬剤師・薬局による安全な薬物療法の提供や適正な医薬品供給等を確保するとともに、医師をはじめとする多職種と連携を図る。すなわち、「服薬状況の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導」、「同一薬局の利用推進」、「24時間対応・在宅対応」、「医療機関等との連携」、「重複投薬、ポリファーマシー等への対応」に向けた取り組みをさらに推進することが必要である。

また、「2020年9月までに後発医薬品使用割合80％の実現」という目標達成には、薬剤師・薬局による後発医薬品のさらなる普及促進への取り組みと安定供給等の環境整備も肝要である。

こうした状況を踏まえ、以下の事項を基本とする取り組みを進めていくことを求める。

１．かかりつけ薬剤師・薬局機能の充実と拡大
２．対人業務の評価の充実
３．医療・介護連携、在宅薬剤管理指導業務の推進
４．医薬品の適正使用、医療安全確保に向けた病診薬連携等の推進
５．地域医療に貢献する薬局への評価
６．後発医薬品・バイオ後続品のさらなる普及促進

Ⅱ 具体的検討事項

１．かかりつけ薬剤師・薬局による取り組みに対する評価

・服薬状況の一元的・継続的な把握のさらなる推進
・かかりつけ医や医療機関等との情報共有の推進など、さらなる多職種連携の強化

２．薬歴等を踏まえた医薬品適正使用のための薬学的知見に基づく管理・指導の評価

・重複投薬や残薬の改善、ポリファーマシー対応、分割調剤の応需体制の充実
・薬剤耐性(AMR)対策や医薬品の効率的かつ安全で有効な使用促進
・服薬モニタリング、調剤後の継続的な服薬支援の充実
・お薬手帳のさらなる推進と有効活用に向けた取り組み、同一薬局の利用推進
・薬物療法における医療安全の確保に資する薬学的関与の充実 等

３．医療・介護連携、在宅医療における薬学的管理・指導の評価

４．医療安全確保に向けた病診薬連携等の推進に係る評価

５．地域医療に貢献する薬局への更なる機能の充実と強化、それに伴う評価

６．後発医薬品・バイオ後続品の普及促進に向けた更なる環境整備および評価

７．その他必要事項

＜病院・診療所における薬剤師業務関係＞

Ⅰ 基本的考え方

入院・外来の医療機能の分化・強化、在宅医療・介護との連携を含めた地域包括ケアシステムの構築など、超高齢社会に対応した医療提供体制の構築を進めてきた。加えて、医師の働き方改革の推進により、医療従事者へのタスクシフト・タスクシェアの推進が急務とされており、病院・診療所における薬剤師に求められる役割は大きくなっている。

しかし、病院における薬剤師の人員不足はそれらの推進の大きな妨げとなっており、特に中小規模病院における薬剤師不足は深刻な問題である。

また、薬剤管理指導及び病棟薬剤業務のさらなる充実や、それに伴う他の医療機関及び保険薬局等との情報共有を充実することが、医療安全の確保と薬物療法の質の向上に繋がり、医師の働き方改革に対応するための体制確保ができると考え、以下に示す事項を基本方針として、その実現に向けた環境の整備を求める。

１．病棟における薬剤師業務の更なる充実
２．チーム医療・地域医療における薬剤師業務の推進
３．働き方改革の推進
４．医療安全の向上及び薬物療法の最適化に向けた取り組みの推進
５．後発医薬品・バイオ後続品の更なる普及促進

Ⅱ 具体的検討事項

１．現在評価対象となっていない病棟における薬剤師業務の評価

２．他医療機関や保険薬局等との薬物療法に関する詳細な情報共有の評価

３．施設基準として２人以上の常勤薬剤師の配置が求められる診療報酬項目の要件緩和

４．ポリファーマシーへの対応推進に関する評価

５．後発医薬品・バイオ後続品の更なる普及推進に向けた評価

令和元年 12 月 20 日

中央社会保険医療協議会
会長　　田　辺　国　昭　殿

中央社会保険医療協議会
1 号側（支払側）委員
吉　森　俊　和
幸　野　庄　司
佐　保　昌　一
間　宮　　清
宮　近　清　文
松　浦　満　晴
染　谷　絹　代

令和 2 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

○　国民医療費は、高齢化や高額な医薬品の保険適用等の影響で増加の一途を辿っており、令和元年度予算ベースで約 46 兆円にまで達した。令和 4 年（2022 年）からは、団塊の世代が後期高齢者に到達し始めるため、さらなる医療費の急増が見込まれている。このような中、国民負担の軽減を図り国民皆保険体制を守っていくためには、患者の視点に立った合理的な診療報酬体系を目指し、限られた医療財源を効率的かつ効果的に配分することが不可欠である。

○　現行の高齢者医療制度が創設された平成 20 年度以降、医療保険各制度の加入者 1 人当たり保険料額は右肩上がりで上昇し続けており、こうした状況は令和 4 年（2022 年）から令和 7 年（2025 年）にかけて、より顕著になることが懸念される。一方、医療機関の経営状況は、中長期的に見れば国公立・公的病院以外は概ね堅調に推移し、一般診療所や店舗数が多い同一グループの保険薬局は高い利益水準を維持している。

○　今後も高齢化・人口減少や医療の高度化などによる医療給付費の増加に伴い、保険料の負担は増大する見込みの一方、制度の支え手である現役世代人口は急速に減少する予測であり、適正化・効率化を通じた制度の安定性とその持続可能性を高めていくことが、喫緊かつ重要な課題となっている。このため、支払側は 12 月 6 日の総会で、「令和 2 年度診療報酬はマイナス改定にすべきであり、薬価等の引下げ分は、診療報酬本体に充当することなく国民に還元すべきである」と主張したところである。

○　令和 2 年度診療報酬改定にあたっては、加入者が適切な医療を受けられる体制の確保を前提に、効率的・効果的な医療提供の促進を基本方針の軸に据えたうえで、患者本位の医療を実現することを目指し、入院、外来、在宅は各医療機能において患者像の適切な評価を推進するほか、調剤は対物業務から対人業務への転換、地域への貢献等、薬局の機能に応じた評価体系に見直し、診療報酬全般にわたって適正化・効率化・重点化を図っていくべきである。

○　なお、改定の具体的項目に関する支払側の考え方や意見は以下のとおりである。

１．重点項目

（１）入院医療

「入院医療」は、高度急性期・急性期・回復期・慢性期など、個々の患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進する必要がある。特に、看護職員が手厚く、診療報酬点数が高い、旧７対１入院基本料相当の「急性期一般入院料 1」については、入院医療費の増大や急速な高齢化の進展による疾病構造の変容、医療従事者の負担軽減の方向性を見据えた、適正、適切な対応が求められる。

①　高度急性期の入院医療は、「特定集中治療室管理料 1･2」で提出が要件化されている SOFA スコアについて、高度急性期入院患者を適切に評価するための指標としての将来的な活用を視野に、測定に係る負担に配慮したうえで、提出対象の入院料を拡大すべきである。また、特定機能病院については、高度な医療を提供する能力を備えた病院という役割を果たす観点から、保有する機能と体制を明確化する必要がある。

・　「特定集中治療室管理料１・2」の施設基準として要件化されている専門性の高い看護師の配置については、現在の配置状況を踏まえ、令和２年４月以降、経過措置を終了することが求められる。

・　特定機能病院が届出ることができる「回復期リハビリテーション病棟入院料」については、「10 対 1 以上」を施設基準とする「特定機能病院入院基本料」の看護配置を下回るため、届出不可とすべきである。

・　旧７対１入院基本料相当の「急性期一般入院料 1」の「重症度、医療・看護必要度」の基準値よりも低い水準となっている「特定機能病院入院基本料」の基準値については、見直すことが求められる。

・　特定機能病院における入院患者の薬剤適正使用の推進に向けて、一部の特定機能病院が作成している「使用ガイド付きの医薬品集」の在り方や、具体的な取組みを検証したうえで、有効性・安全性を前提に経済性も考慮した処方の推進策を診療報酬上で講じるべきである。

②　急性期の入院医療については、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の判定基準や評価項目、評価手法を医療機能や患者の状態に応じて見直すことに加え、「急性期一般入院料 1」から「急性期一般入院料 2」等への転換を推進するための対応が必要である。

・　「重症度、医療・看護必要度」の判定基準の一つである基準②（B14 又は B15 に該当し、A1 点以上かつ B3 点以上）については、他の基準に比べ、認知症やせん妄を有する患者の割合が高く、急性期入院医療の患者の指標として相応しくないことを踏まえ、廃止を含めた見直しを行うことが求められる。

・　「重症度、医療・看護必要度」の評価項目は、急性期入院医療を真に必要とする患者をより適切に評価できるよう、専門的な治療・処置や手術について、入院で実施する割合が高い項目や侵襲性が高い項目へと評価を見直すべきである。

・　「重症度、医療・看護必要度」の B 項目については、患者の状態と介助の実施をより正確に把握するため、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価方法とする必要がある。

・　診療実績データ（DPC データ）から変換する方式である「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」については、看護師等が患者の状態を記録する方式である「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」に比べ、看護師等の業務に係る負担を軽減するほか、より合理的で客観性・公平性が担保された仕組みであり、「Ⅰ」から「Ⅱ」への段階的な集約化に向けて、次期改定では許可病床 200 床以上の病院は「Ⅱ」の届出を必須とすることが求められる。

・　旧 7 対 1 入院基本料相当の「急性期一般入院料 1」等の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合（基準値）については、判定基準や評価項目の見直しが、基準値の水準や病床転換に与える影響をシミュレーションしたうえで、厳格化する必要がある。

・　「総合入院体制加算」は、地域で質の高い医療を提供するために複数の医療機関で適切な役割分担を図っているケースがあり、現行の共通要件となっている特定の診療科の標榜については、地域医療構想を後押しする観点から見直すべきである。

・　「抗菌薬適正使用支援加算」は、周辺地域の医療機関からの抗菌薬適正使用の推進に関する相談実績等の役割が機能するような要件に見直すことが求められる。

③　回復期の入院医療については、▽急性期治療を経過した患者の受入れ▽在宅で療養を行っている患者等の受入れ▽在宅復帰支援－という地域包括ケア病棟・病室の本来の役割・機能を果たせるような要件を「地域包括ケア病棟入院料・入院管理料」に設定するとともに、リハビリテーションの質の充実に向けた「回復期リハビリテーション病棟入院料」におけるアウトカム評価のさらなる推進が必要である。

・　急性期治療を経過した患者の受入れについて、地域包括ケア病棟では、自院の一般病床から入棟した患者の割合が特に高いケアミックス病院が多い現状を踏まえ、地域の実情に配慮しつつ、他院の一般病床から入棟した患者割合を施設基準に追加する等、許可病床数 200 床以上の医療機関において、自院の一般病床からの転棟割合に一定の制限を設けることが求められる。

・　在宅で療養を行っている患者等の受入れ機能を果たすためには、地域包括ケア病棟入院料等の実績要件となっている「自宅等から入棟した患者割合」と「自宅等からの緊急患者の受入」について、入院患者の現状を踏まえ厳格化する必要がある。

・　地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1 と 3 の実績要件である「看取りに対する指針」については、地域包括ケア病棟・病室を届出る際の全体の要件とすべきである。

・　疾患別リハビリテーションに係る費用が地域包括ケア病棟入院料等に包括化されているにも関わらず、入院患者全体の 3 割以上の患者にリハビリを実施していないという現状を踏まえ、実績要件に疾患別リハの実施を追加するほか、入退院支援部門の設置と入退院支援加算のあり方を整理することにより、在宅復帰支援機能を果たすことが求められる。

・　患者が DPC 対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期については、DPC/PDPS による点数が「地域包括ケア病棟入院料」等の点数を下回るタイミングに偏るケースがあることを踏まえ、ケアミックス病院の DPC 対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の入院料は、患者の視点に基づき、DPC/PDPS の点数を算定する方法へと一本化する必要がある。

・　「回復期リハビリテーション病棟入院料」については、アウトカム評価を一層推進し、患者に対するリハビリテーションの質を充実する観点から、入院料 1･3･5 で導入しているリハビリテーション実績指数の要件を入院料 2･4･6 にも拡大するとともに、各入院料における実績

指数の現状を踏まえた水準を設定するべきである。

- リハビリテーション実績指数の計算式で活用する FIM 得点については、入棟時 FIM が低下傾向にあることや、FIM 得点の変化が増加傾向にあることを踏まえ、入棟時と退棟時に目標とする FIM 得点とその内容に対する患者への説明を要件化することが求められる。
- 「回復期リハビリテーション病棟入院料」における管理栄養士の人員配置については、入院料 1 は常勤要件、入院料 2･3･4 は努力義務へと見直すべきである。
- 入院から外来、在宅への円滑な移行を推進するため、「回復期リハビリテーション病棟入院料」の施設基準に外来リハビリテーションの提供を追加する必要がある。

④ 慢性期の入院医療については、療養病棟に入院している患者の医療区分の現状等を踏まえ、「療養病棟入院料 1･2」は、「医療療養病床」としての役割を明確に示す観点から、基準値である「医療区分 2･3」の該当患者割合を引上げることが求められる。

- 「療養病棟入院基本料経過措置 1（看護職員配置 25 対 1 又は医療区分 2･3 の割合の患者 5 割未満）」については、経過措置を 2 年間延長したうえで、介護医療院等への転換の意向を促す観点から、「療養病棟入院料 2」の 9 割算定となる現行の減算幅を拡大する必要がある。
- 一方、「療養病棟入院基本料経過措置 2（看護職員配置 30 対 1）」については、同経過措置を届け出ている医療機関が転換の意向を示していることを踏まえ、令和 2 年 4 月以降、経過措置を終了すべきである。
- 医療区分 3 の「中心静脈栄養を実施している状態」は、長期に留置する必要性の確認や管理の方法に対する患者・家族への説明のほか、安全性の観点からも医療機関が中心静脈カテーテルの早期抜去を促すため、一定期間経過後、医療区分 3 から 2 へと移行する対応が求められる。

⑤ 「短期滞在手術等基本料 3」は、対象手術症例の平均在院日数が短縮していることを踏まえ、適正化の観点から、適切なレベルの包括点数を設定することが求められる。

⑥ 「有床診療所入院基本料」は、有床診療所の地域医療における役割や必要性を踏まえたうえで、評価の在り方について検討すべきである。

⑦ 「データ提出加算」については、医療の質の向上に資するデータを利活用する観点から、令和 2 年 3 月 31 日までの経過措置の対象となっている、▽急性期一般入院料 2～7 と回復期リハビリテーション病棟入院料 1～4 について許可病床数が 50 床未満又は保有する病棟 1 のみの場合▽許可病床全体としては 200 床以上となるが、回復期リハビリテーション病棟 5、6 及び療養病棟が 200 床未満の場合－については、経過措置を終了すべきである。

- また、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、6 と療養病棟入院基本料の許可病床数が 200 床未満の病院は、一定の経過措置や正当な理由がある場合の配慮を設けたうえで「データ提出加算」を要件化することが求められる。
- 未コード化傷病名の割合が 10%未満の医療機関を評価対象とした「提出データ評価加算」は、評価基準を 5%に厳格化する必要がある。

（２）外来医療

「外来医療」は、紹介状なしの大病院受診時に係る定額負担の強化を含め、大病院と中小病院、診療所の機能分化や連携を一層推進するとともに、患者が納得して医療を受けられるよう、患者

に身近で理解しやすい医療を実現することが重要であり、そのためには、患者の視点を踏まえた、「かかりつけ医機能」の強化が求められる。また、高血圧、糖尿病、脂質異常症の疑いがある者の割合が年齢とともに増加傾向にあるなか、生活習慣病の重症化予防の取組を推進すべきである。

① 「かかりつけ医」の普及・促進に向けては、患者自らが「かかりつけ医」を選択することが必要であり、「かかりつけ医機能」を有する医療機関等について、患者が理解できるような仕組みが求められる。

・ 「かかりつけ医機能」に係る診療報酬を届け出ている医療機関を評価した「機能強化加算」については、継続的な指導管理が必要な患者に診療を行う前に、「かかりつけ医機能」を有する医療機関であることや、それにより患者が享受するメリット、初診料に上乗せされる費用等について、文書で丁寧に説明することを算定要件に追加すべきである。

・ 「地域包括診療加算」等の施設基準を緩和する場合は、同加算等の届出を算定要件とする「機能強化加算」も含めて点数設定を見直すことが求められる。

② 「紹介状なしの大病院受診時の定額負担」については、外来医療における医療機関の役割分担や医師等の働き方改革の推進、患者の受療行動の変容に資する取組であり、一層の促進に向けて、地域の実情に配慮しつつ、対象医療機関の範囲を 200 床以上の地域医療支援病院にまで拡大する必要がある。

・ 合わせて、紹介状なしの初診患者や、他の医療機関を紹介したにも関わらず自院を受診した再診患者で定額負担を徴収していない患者が存在している実態を把握するための仕組みが求められる。

③ 生活習慣病の重症化予防に向けて、「生活習慣病管理料」の療養計画書における血圧の目標値等を活用し、医療機関における一定の成果を測るアウトカム評価を導入すべきである。

・ 糖尿病を主病とする場合の「生活習慣病管理料」については、▽糖尿病患者のうち 1 割が糖尿病網膜症を有している▽血糖降下薬は投与日数 31 日以上の長期投薬が 3 割を超える▽医療費の経済的な負担により糖尿病治療を中断する患者が一定数存在する－等の現状を踏まえ、「患者に対する定期的な眼科受診の推奨」や「患者に対する薬剤費の説明」を算定要件に追加する必要がある。

④ 「ニコチン依存症管理料」については、平成 28 年度改定で対象患者を拡大したにも関わらず、現行の対面による 5 回治療終了者の割合が約 3 割にとどまっている要因や治療終了後の継続的な禁煙状況を調査・分析したうえで、治療を継続するための対応について検証することが求められる。

・ 同管理料について、情報通信機器を用いて組み合わせた診療にまで対象を拡大することについては、対面診療による治療の継続率と比べた優位性等のデータに基づき、慎重に検討を進める必要がある。

・ 加熱式たばこは、健康に与える影響等について今後も研究や調査を継続していくことが必要であり、「ニコチン依存症管理料」の対象への追加は次期改定では見送るべきである。

⑤ 外来化学療法の実施が可能な患者に対しては、治療と仕事の両立を図る観点から、「がん患者指導管理料」の算定要件に、患者への外来化学療法の選択可否の説明を追加することが求められる。

⑥ 医師の指示に基づく分割調剤については、患者の認知度が低く、算定回数も少ない状況等を

踏まえ、患者が理解しやすく、活用しやすい処方箋様式へと見直し、病状が安定した患者に対し有益な仕組みである分割調剤の普及を促進すべきである。

⑦ ギャンブル依存症に対する集団療法については、標準的プログラムの効果検証や海外の事例研究を積み重ねることが先決であり、保険適用の対象とする場合には、対象基準の明確化や標準的プログラムの確立など、慎重な検討が求められる。

（３）在宅医療

「在宅医療」は、住み慣れた地域で医療・介護・生活支援サービスが包括的に提供される地域包括ケアシステムを構築するための不可欠な要素であり、在宅医療を必要とする患者に対して効果的・効率的で質の高い医療を提供するための体制の確保が求められる。近年、医療費が急増している訪問看護については、限られた保険財源の中で、患者にとって必要となるサービスの重点化と適正化のメリハリを図るべきである。

① 「複数医療機関による訪問診療」については、依頼先の医療機関が初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数を主治医が把握していない事例があることを踏まえ、「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2」の算定要件に主治医と依頼先の医療機関の情報共有を追加することが求められる。

・ 合わせて、「複数医療機関による訪問診療の期間」は、一部の患者を除き、6ヵ月以内に限り算定することが原則とされているが、依頼先の医療機関が実施する訪問診療の期間は6ヵ月超が最も多い事例があることを踏まえ、算定期間に上限を設ける等の対応が必要である。

② 「施設入居時等医学総合管理料」については、単一建物内 10 人以上の区分における算定回数が多くなっているが、この区分の患者に対してどういった医療が提供されているのかを検証したうえで、評価を見直すことが求められる。

③ 「在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料　包括的支援加算」については、対象患者の要件の妥当性を把握したうえで、見直す必要がある。

④ 「歯科訪問診療移行加算」については、外来を最後に受診した日から起算して3年以内とする算定要件の期間を短縮すべきである。

⑤ 患者1人につき診療に要した時間が20分未満の「歯科訪問診療料3」については、診療内容を検証したうえで見直しを行うことが求められる。

⑥ 医師の求めに応じて臨時で訪問薬剤管理指導を行った場合の評価については、現行の「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（500点）」と棲み分けを行ったうえで、適正化の観点から新たな点数を設定すべきである。

⑦ 質の高い訪問看護の提供に向け、訪問看護の利用に係る医師の「訪問看護指示書」については、患者への訪問頻度や看護師等の訪問職種を明記する様式へ見直すとともに、訪問看護事業者の「訪問看護計画書」、看護師等の「訪問看護報告書」との連携も図るべきである。

⑧ 医療ニーズの高い利用者の受入れ等の実績を要件とする「機能強化型訪問看護管理療養費」については、より手厚い看護提供体制を評価する観点から、看護職員の割合を要件に追加する必要がある。

⑨ 同一居住者に対する訪問看護が増加している実態を踏まえ、同一日に3人以上の場合は2人よりも低い額を算定する「訪問看護基本療養費（Ⅱ）」の仕組みを「複数名訪問看護加算」と

「難病等複数回訪問加算」に導入すべきである。

⑩　医療ニーズの高い患者が利用する週 4 日目以降の訪問看護については、実施できる職種を限定する必要がある。

（４）調剤報酬

「調剤報酬」は、医薬分業の現状として、「調剤基本料」や「薬剤服用歴管理指導料」、「調剤料」を負担する患者のメリットが感じられない状況であることを踏まえ、全体の水準を適正化する観点から患者本位の医薬分業を目指し、対物業務から対人業務への転換や地域への貢献、病院と連携した高度薬学管理等、薬局の機能に応じた評価体系への見直しを通じて実現することが求められる。

①　処方箋の受付回数と集中率に基づき細分化して設定している「調剤基本料」については、適正化の観点から一本化したうえで、かかりつけ機能や 24 時間対応、在宅対応等、地域医療への貢献に資する機能に応じた評価で薬局の差別化を図るべきであり、こうした調剤報酬の抜本的な見直しを視野に入れて見直しを進めるべきである。

・　診療所の敷地内にあり、不動産の賃貸借等の関係にある薬局については、現行の病院敷地内薬局と同様の評価とすることが求められる。

・　「地域支援体制加算」は、地域に貢献する薬局の体制を適切に評価する観点から、「調剤基本料 1」以外を算定する薬局に求めている、夜間・休日対応等の実績要件について、「調剤基本料 1」を算定している薬局にまで対象を拡大する必要がある。

②　対人業務である、「薬剤服用歴管理指導料」については、患者が「調剤基本料 1」を算定する薬局にお薬手帳を持参した場合、持参しない場合に比べ低い点数が算定されるが、「調剤基本料 1」以外を算定する門前薬局の場合、お薬手帳を持参した場合でも高い点数が算定される問題があり、患者の負担を軽減する観点から点数設計を見直す必要がある。

・　合わせて、お薬手帳の活用の促進に向け、標準的な使用ガイドラインを策定し、患者への啓発・啓蒙を図ることが求められる。

・　対人業務に係る評価については、薬局の本来業務に対する評価を充実する観点ではなく、対人業務への転換を実現するための新たな薬学管理業務の評価について検討を進めるべきである。

③　対物業務である、薬局における内服薬の「調剤料」については、院外調剤業務の技術進歩に伴う機械化や簡易化により調剤業務の効率化が進んでいる実態を踏まえ、日数倍となっている「14 日分以下の部分」の点数を定額制にするほか、「15 日以上部分」の投与日数や剤数に応じて点数が高くなる仕組みの見直し等、調剤料全体として適正化を図る対応が求められる。

（５）横断的事項

患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえた新たなニーズへの対応や、生活習慣病等を継続的に管理する観点から、医療における ICT の利活用を推進すべきである。

①　オンライン診療については、生活習慣病の重症化を予防するための継続受診、医師等の働き方改革の推進に資する重要なツールであり、海外におけるオンライン診療のエビデンスデー

タや利活用する患者の視点に基づいて、環境整備を進めていく必要がある。

・ 現行の「オンライン診療料」と「オンライン医学管理料」の算定が進まない要因となっている、「6 月の間は毎月同一の医師により対面診療を行う」、「対面診療の間隔は 3 月以内」等の厳格な要件については、患者の安全性を担保したうえで緩和することが求められる。

・ 対面診療の際に該当する医学管理料が存在しない慢性頭痛等の疾患については、治療の安全性・有効性に係るエビデンスや学会による治療指針等を踏まえたうえで、オンライン診療料等の対象とすべきである。合わせて、利用する患者の安全性を確保する観点から、安全性に係るエビデンスや学会の治療指針等を評価分析するための第三者的な公的組織を設置する必要がある。

・ 医療資源の少ない地域や、難病領域に対するオンライン診療についても、現行の算定要件や施設基準を緩和すべきである。

② オンライン服薬指導については、患者が診察から服薬指導に至る一連の医療プロセスを、一貫してオンラインにより受療することが可能な環境の実現に向けて、オンライン診療における取扱いや国家戦略特区における遠隔服薬指導の要件等を参考に、診療報酬上の対応について検討することが求められる。

（６）医師等の働き方改革の推進

医師等の働き方改革の推進は、地域医療構想の実現に向けた取組や実効性のある医師偏在対策との「三位一体改革」の進捗状況を踏まえつつ、令和 2 年度改定では、救急医療、24 時間対応の勤務医等を対象に ICT を活用した医療の効率化やタスクシフト・シェアの推進に資する環境整備、患者の受療行動の変容に向けた総合的な取組みを推進すべきであり、入院基本料等で一律に評価する等、安易に患者へ負担を生じさせる対応とすべきではない。

① 医療機関における院内の労務管理・勤務環境改善のためのマネジメントの実践に対する評価については、令和 2 年度政府予算を有効に活用したうえで、医師等の時間外労働の上限規制が適用される令和 6 年 4 月までの 3 回に渡る診療報酬改定により、医療従事者の働き方改革の進捗状況を踏まえつつ段階的に対応する必要がある。

② 前述の、急性期の入院料の評価の適正化を通じて、「急性期一般入院料 1」から「急性期一般入院料 2」等への転換を推進するための対応を進めることは、医師・医療従事者の負担軽減にも寄与するものである。こうした観点から、「重症度、医療・看護必要度」の在り方等、患者の状態に応じた入院医療の適切な評価等の視点も求められる。

③ 特に過酷な勤務環境となっている高度な救急病院における勤務医の負担を軽減するためには、労働時間短縮に向けた緊急的な取組を推進する必要があり、診療報酬上の評価にあたっては、中長期的な目標設定と進捗状況の報告の要件化等により、患者へ「見える化」するべきである。

④ 医療従事者の負担軽減に資する「医師事務作業補助体制加算」と「総合入院体制加算」については、医療現場の実態やニーズを勘案した効果的な加算とする観点から、評価項目を棲み分けたうえで実効性のある算定要件へと見直す必要がある。

⑤ チーム医療の推進に資する「病棟薬剤業務実施加算」については、同加算の届出数が低調な小規模病院の届出が進むような施設基準へと見直すべきである。

⑥　医師の常勤要件については、働き方改革の視点だけではなく、夜間等の緊急対応や継続的な診療、経験等の専門性の必要に照らしたうえで見直すことが求められる。

２．個別項目

（１）救急医療、小児・周産期医療

①　入院時に重篤な状態である患者に限り算定できる「救急医療管理加算 1」は、算定要件となっている「意識障害又は昏睡」、「ショック」等の患者の状態を定量的な指標で明確化したうえで、指標に基づく重症度スコアをレセプト等に記載することを義務付けるべきである。

・　「救急医療管理加算 1 の対象患者の状態に準ずる重篤な状態」とされる「救急医療管理加算 2」についても、「加算 1」と同様の対応のほか、集積した重症度スコアデータに基づき、算定された患者の実態を把握するための分析を進める必要がある。

（２）治療と仕事の両立支援

①　治療と仕事の両立支援の推進に向けて、「療養・就労両立支援指導料」については、診療情報の提供先となる企業側の受け手の職種の医学的な知見にも留意しつつ、「主治医による企業への診療情報の提供に対する評価」と、「産業医からの助言に基づく治療計画の見直し・再検討に対する評価」を区分したうえで、点数設定の適正化を図るべきである。

（３）医薬品の効率的かつ有効・安全な使用

①　後発医薬品の更なる使用促進に向けては、薬局の「後発医薬品調剤体制加算」や医療機関の「後発医薬品使用体制加算」について、2020 年 9 月までに 80%とする後発医薬品の数量シェア目標に対応した算定要件へと厳格化したうえで、数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料を減算する対象を拡大するとともに、数量シェアが著しく低い医療機関に対する減算規定の新設も求められる。

②　重複投薬の解消を推進するためには、かかりつけ医が重複投薬の有無を確認し、他の医療機関間の連絡・調整を行った結果、減薬を達成できた場合にのみ、その取組みを評価する仕組みとすべきである。

③　残薬の発生防止・解消を推進するためには、現行の処方箋様式を見直し、薬剤師が残薬を調整したうえで医師に事後報告する効率的な仕組みや、お薬手帳の ICT 化による使用の標準化が必要である。

④　これまでの改定で適正化の観点から見直された薬剤給付（湿布薬等）のさらなる検証と見直しを進めるべきである。

（４）医療機器の効率的かつ有効・安全な利用

①　CT、MRI については、共同利用する場合の対象を明確にしたうえで、共同利用する場合の充実と共同利用しない場合の適正化による、メリハリのある評価体系とすることが求められる。

・　CT、MRI の保守点検については、診療報酬を算定するための要件ではなく、患者に対する医療安全の観点から、全ての医療機関で確実に行うことを原則とすべきである。

（５）腎代替療法（血液透析、腹膜透析、腎移植）

① 腎性貧血治療に係る評価については、ESA 製剤の実勢価格を踏まえた包括点数へと適正化を図るとともに、経口内服薬である HIF-PHD 阻害薬を用いる場合の評価は、設定薬価等の実態に見合った新たな報酬体系を新設することが求められる。

② バスキュラーアクセス（シャント）に係る処置の評価については、他の手技との難易度や緊急性を踏まえ、現行の高額な診療報酬点数について大幅に適正化する必要がある。

（６）がん対策

① がん対策は、診療報酬による評価で対応すべきことと、国や自治体等が提供する事業で対応すべきことの役割を整理したうえで、メリハリをつけた対応を検討すべきである。

② がん患者に対する緩和ケアについては、緩和ケア病棟と外来・在宅緩和ケア提供医療機関や、緩和ケアチーム体制との切れ目のない連携が必要である。

（７）感染症

① 小児外来診療における抗菌薬の適正使用に向けては、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を加算で評価するのではなく、小児かかりつけ診療料や小児科外来診療料の算定要件に追加する対応が求められる。

（８）歯科診療報酬

① 歯科外来診療における院内感染対策については、患者の安心・安全の視点から医療機関が行う本来の責務であり、基本診療料への上乗せではなく、従事者に対する研修や教育の充実で対応すべきである。

② 歯科疾患の継続的な管理を評価する「歯科疾患管理料」については、対象疾患や患者の同意、管理計画の在り方等を算定要件で明確化するとともに、継続的な管理を行った場合に算定可能となるような点数設定に見直すことが求められる。

③ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は、かかりつけ歯科医機能を有している診療所であることや、一般診療所と差別化している診療報酬点数について、文書で患者に説明を行うことを算定要件に追加するとともに、平成 30 年度改定で施設基準に追加した地域包括ケアシステムにおける活動実績は、かかりつけ歯科医機能を発揮するためにも、令和 2 年 3 月 31 日までとする経過措置を終了する必要がある。

（９）明細書無料発行

① 明細書については、患者にとって身近でわかりやすい医療を実現するために必要なツールの一つであり、患者に対する安全な医療や患者の健康リテラシーの高上に向けて、明細書無料発行の完全義務化を実施するとともに、明細書の内容を患者が理解しやすい表記へと改める対応が求められる。

（10）義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携

① 義肢装具を医療機関と義肢装具事業者が共同して患者に提供する場合、医療機関からの処置

料と装具業者からの療養費が二重に患者や保険者に請求される不適切な事例が多発していることを踏まえ、義肢装具の提供に係る処置料の算定要件を明確化する必要がある。

（11）医療機関間の情報共有の推進

① 患者の紹介を受けた医療機関が、紹介元医療機関からの求めに応じ、患者への指導内容や今後の治療方針を情報提供する場合の評価については、新たに追加の負担が生じる患者への文書による丁寧な説明と、その説明に対する患者の同意を算定要件とすべきである。

（12）妊婦加算の今後の取扱い

① 診療報酬は、患者が受けた医療行為の対価として支払うものであり、患者が納得して支払う要件設定が不可欠である。このため、診療報酬改定を行うに当たっては、2019 年 1 月から算定が凍結されている「妊婦加算」を教訓に、その目的や趣旨・内容が国民に十分理解されるよう、患者の視点に立った適切な対応が求められる。

・ 「妊婦加算」については、まずは、産婦人科以外の医師への研修や相談窓口の設置等、妊産婦に対する診療体制を充実するための進捗状況を踏まえたうえで、今後の取扱いについて丁寧に検討する必要がある。

３．薬価・保険医療材料価格の見直し

薬価と保険医療材料価格については、「令和 2 年度薬価制度改革の骨子」、「令和 2 年度保険医療材料制度改革の骨子」の内容を踏まえ、着実に見直しを進めていくべきである。