

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、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、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・病室を届出の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、初診料に上乘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一等の現状を踏まえ、「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しとともに、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る、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し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を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。