

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、また通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

従来的人员配置では、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) 短期滞入手術等基本料 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

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き上げ

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

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・技術を正當に評価すべき）

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Ⅱ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

1 2. 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

1 3. 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

➤医療歯科連携の推進

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