

中央社会保険医療協議会 総会（第 444 回） 議事次第

令和2年1月10日(金) 10：00～
於 全国都市会館 大ホール（2階）

議 題

○個別事項（その 16）について

○これまでの議論の整理（案）について

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時: 令和2年1月10日(金) 10:00～
会場: 全国都市会館 大ホール(2階)

速記

中医協関係者

秋山	中村	関	荒井	松原	田辺会長	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官	
松本									吉森
今村									幸野
城守									佐保
猪口									間宮
島									宮近
林									
有澤									
								田村	半田 吉川

中医協関係者

医療指導監査室長	歯科医療管理官	保険医療企画調査室長	医療技術評価推進室長	医療課長	薬剤管理官	総務課長	医療介護連携政策課長	調査課長	調査課数理企画官	健康局結核感染症課長
----------	---------	------------	------------	------	-------	------	------------	------	----------	------------

厚生労働省

厚生労働省

関係者席

関係者席

関係者席・日比谷クラブ

日比谷クラブ

一般傍聴席

一般傍聴席・厚生労働記者会

個別事項（その16）

個別事項(その16)

1. 外来における抗菌薬適正使用について
2. 歯科麻酔薬の算定について

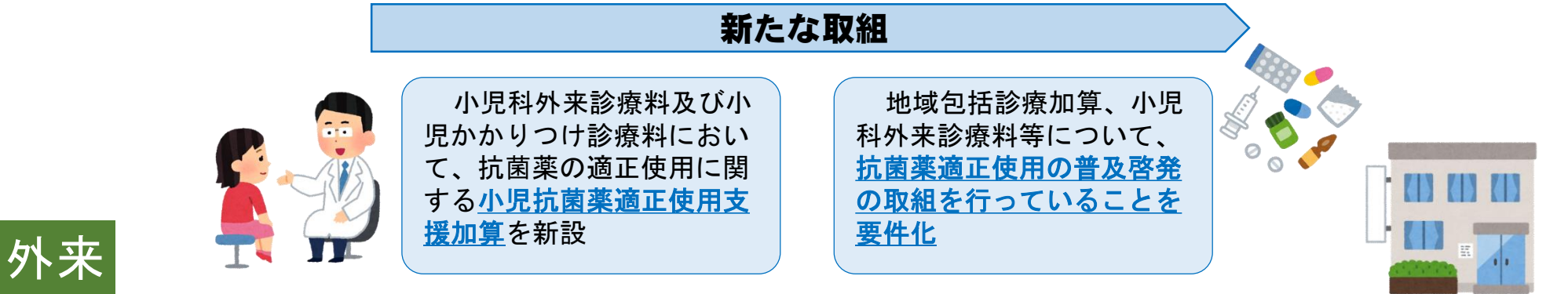
個別事項(その16)

1. 外来における抗菌薬適正使用について
2. 歯科麻酔薬の算定について

入院

これまでの取組※

新たな取組



感染防止対策加算の概要

A234-2 感染防止対策加算（入院初日）

感染防止対策加算1 390点

感染防止対策加算2 90点

【算定要件】

院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行う保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。

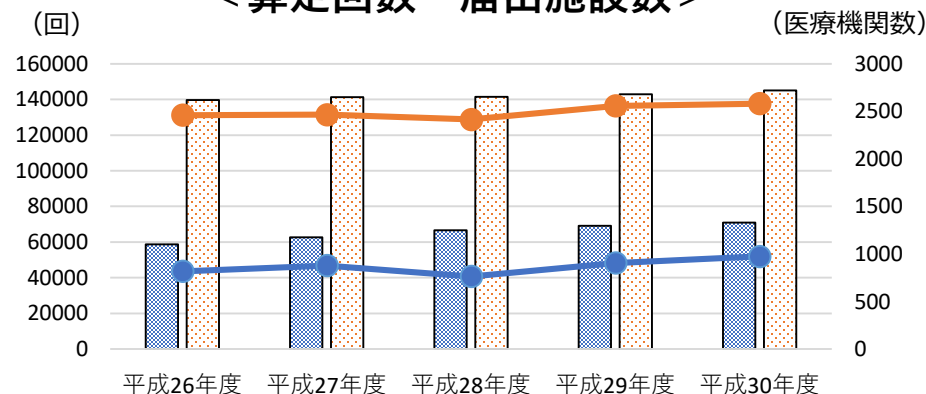
（感染制御チームの業務）

- ア 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。
また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。
- イ 微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制を取り、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。
- ウ 院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

【施設基準】（加算1）

- 感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
（ア又はイのうち1名は専従）
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
- 職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。
- 感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。
- 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- 院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

<算定回数・届出施設数>



■ 感染防止対策加算1（施設数） ■ 感染防止対策加算2（施設数）
● 感染防止対策加算1（回数） ● 感染防止対策加算2（回数）

出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）
社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

地域連携加算・抗菌薬適正使用支援加算の概要

感染防止対策加算 1

地域連携加算 100点

【算定要件】

感染防止対策加算 1 を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を行っている場合に算定する。

【施設基準】

- 感染防止対策加算 1 に係る届出を行っていること。
- 他の感染防止対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

感染防止対策加算 1

抗菌薬適正使用支援加算 100点

【算定要件】

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを設置し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

（抗菌薬適正使用支援チームの役割）

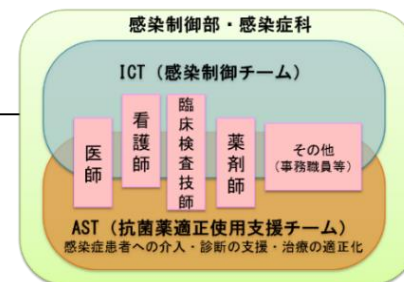
- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

【施設基準】

- 抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。（ア～エのいずれか 1 人は専従）
 - ア 感染症の診療について 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

< 届出医療機関数及び算定回数 >

	届出医療機関数	算定回数
感染防止対策加算 1	1,331	51,999
感染防止対策地域連携加算	1,318	137,625
抗菌薬適正使用支援加算	1,057	56,684



（出典）

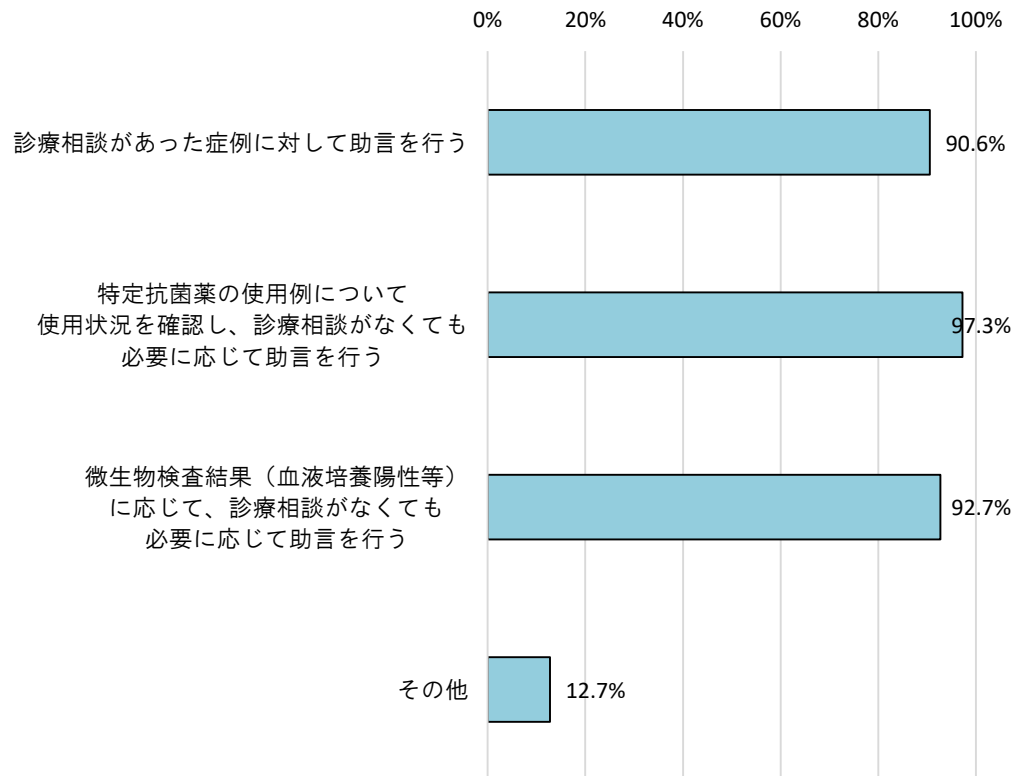
届出医療機関数：保険局医療課調べ（平成30年7月1日時点）

算定回数：平成30年社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分）

- 抗菌薬適正使用支援チームの役割をみると、多くの施設で相談の有無によらず必要な助言等を行っていた。
- 薬剤の院内の使用状況については、カルバペネム系抗菌薬や抗MRSA薬は概ね把握されていたが、他の薬剤ではばらつきがみられた。

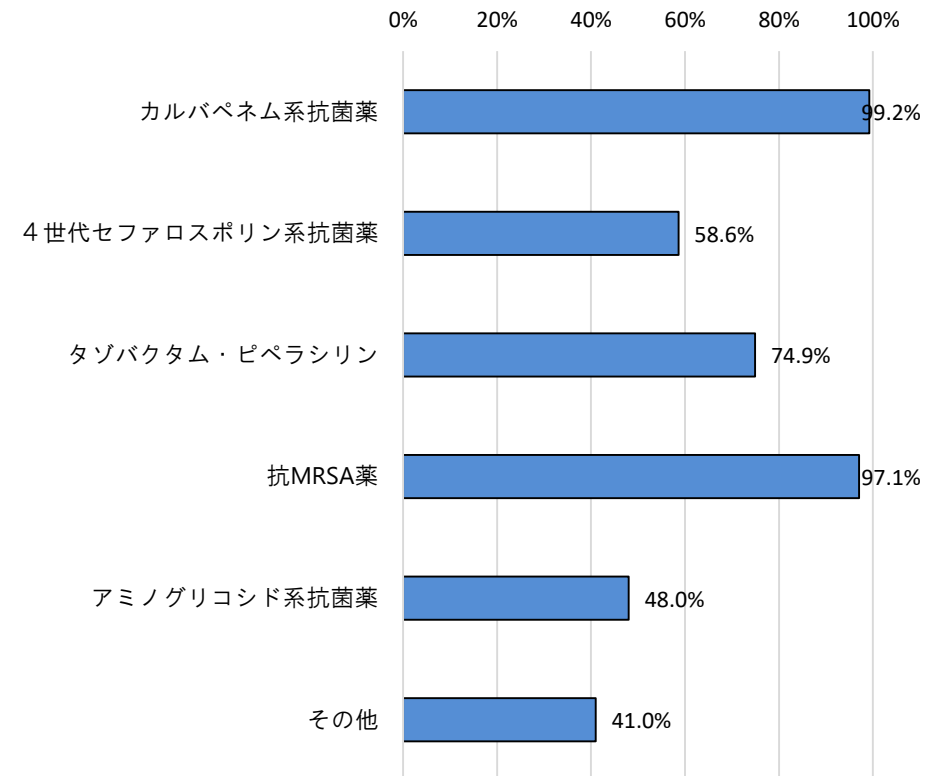
抗菌薬適正使用支援チームの役割

(n=510)



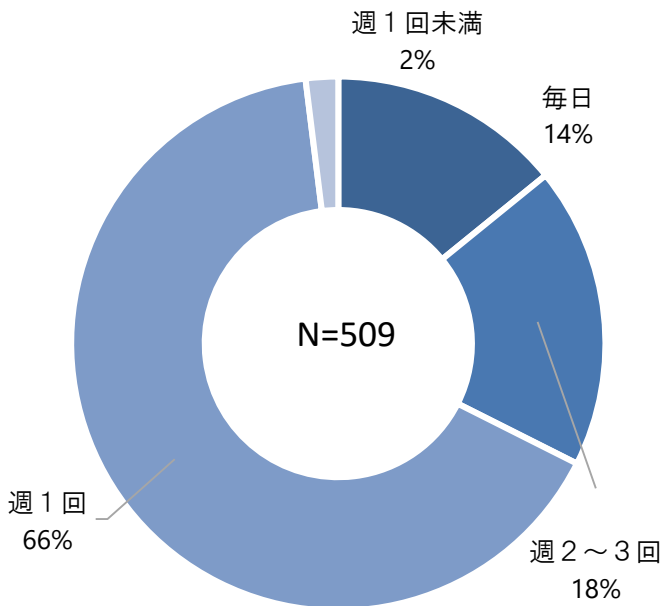
院内の使用状況を把握している薬剤

(n=510)

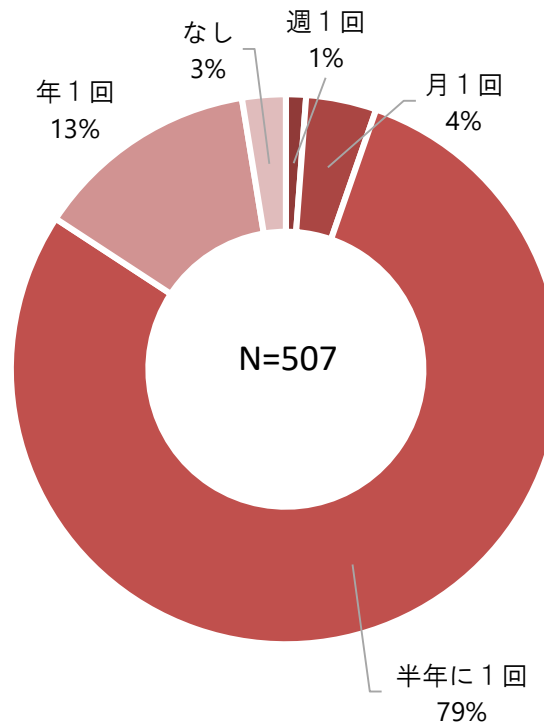


- 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスを行っている頻度をみると、週1回が約7割であった。
- 抗菌薬適正使用に関する院内講習会を行っている頻度をみると、半年に1回が約8割であった。
- 直近3月における、周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績をみると、実績なしが約5割であった。

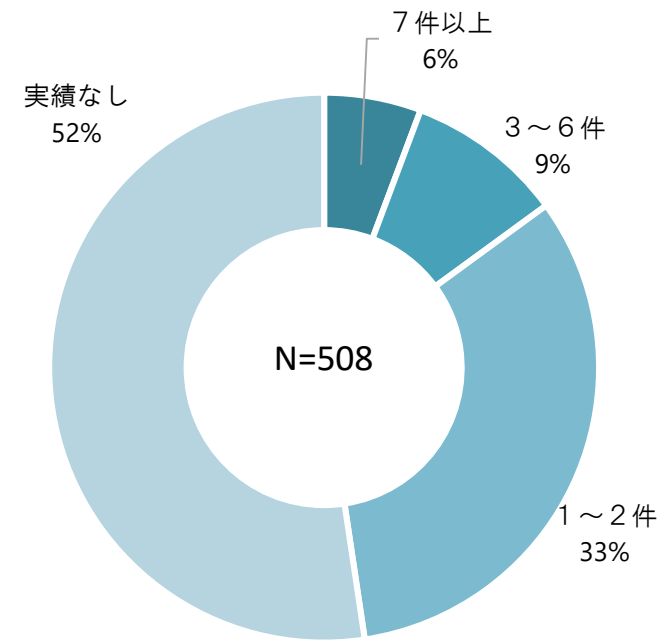
抗菌薬適正使用に関する
カンファレンスの頻度



抗菌薬適正使用に関する
院内講習会の頻度



周辺地域の医療機関からの
相談に応じた実績(直近3月)



前回の中医協総会における論点・意見

令和元年11月15日中医協総会

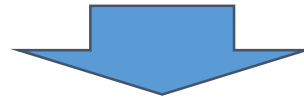
【現状及び課題】

(抗菌薬適正使用支援加算)

- 平成30年度診療報酬改定において、感染防止対策加算の加算として抗菌薬適正使用支援加算が創設された。
- 当該加算の算定は急性期一般入院料1や特定機能病院等において多く、加算を算定している医療機関では、相談の有無によらず抗菌薬適正使用に関する必要な助言等を行っていた。
- 他方、院内の使用状況を把握している薬剤については、カルバペネム系や抗MRSA薬は概ね把握されていたものの、薬剤によってばらつきが見られた。また、加算を届出ている医療機関であっても、院内に細菌検査ができる体制がない等の場合があった。
- 当該加算の要件として、他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受けることとしているが、直近3月で相談を受けた実績がない割合が約5割であった。

【論点】

- 抗菌薬適正使用支援加算について、院内における抗菌薬使用の把握状況や周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績等を踏まえ、院内・院外における抗菌薬適正使用をさらに推進する観点から、感染防止対策加算の要件との整理を行いつつ、当該加算の要件を見直してはどうか。



【主なご意見】

- 広域抗菌薬の使用状況の把握をさらに進めていくことは重要ではないか。
- 感染防止対策加算はAMRアクションプランの地域ネットワーク作りの対応の1つとして創設されたものであり、医療機関は相談体制を有していることが大事。いつ、何を相談すればいいのか、という具体的なことを地域の医療機関に周知することについては、行政が行う地域の感染症対策のための研修等と併せて、取り組んでいく必要があるのではないかと。

1. 普及啓発・教育

- ・ 1.1 国民に対する薬剤耐性の知識・理解に関する普及啓発活動の推進
- ・ 1.2 関連分野の専門職に対する薬剤耐性に関する教育、研修の推進

2. サーベイランス・モニタリング

- ・ 2.1 医療・介護分野における薬剤耐性に関する動向調査の強化
- ・ 2.2 医療機関における抗微生物薬使用量の動向の把握
- ・ 2.3 畜水産、獣医療等における動向調査・監視の強化
- ・ 2.4 医療機関、検査機関、行政機関等における薬剤耐性に対する検査手法の標準化と検査機能の強化
- ・ 2.5 ヒト、動物、食品、環境等に関する統合的なワンヘルス動向調査の実施

3. 感染予防管理

- ・ 3.1 医療、介護における感染予防・管理と地域連携の推進
- ・ 3.2 畜水産、獣医療、食品加工・流過程における感染予防・管理の推進
- ・ 3.3 薬剤耐性感染症の集団発生への対応能力の強化

4. 抗微生物製剤適正使用

- ・ 4.1 医療機関における抗微生物薬の適正使用の推進
- ・ 4.2 畜水産、獣医療等における動物用抗菌性物質の慎重な使用の徹底

5. 研究開発・創薬

- ・ 5.1 薬剤耐性の発生・伝播機序及び社会経済に与える影響を明らかにするための研究の推進
- ・ 5.2 薬剤耐性に関する普及啓発・教育、感染予防・管理、抗微生物剤の適正使用に関する研究の推進
- ・ 5.3 感染症に対する既存の予防・診断・治療法の最適化に資する研究開発の推進
- ・ 5.4 新たな予防・診断・治療法等の開発に資する研究及び産学官連携の推進
- ・ 5.5 薬剤耐性の研究及び薬剤耐性感染症に対する新たな予防・診断・治療法等の研究開発に関する国際共同研究の推進

6. 国際協力

- ・ 6.1 薬剤耐性に関する国際的な施策に係る日本の主導力の発揮
- ・ 6.2 薬剤耐性に関するグローバル・アクション・プラン達成のための国際協力の展開

アクションプランの成果指標と進捗（抗菌薬全体）

ヒトに関するアクションプランの成果指標：抗菌薬販売量(DID)

2013年販売量

2018年販売量
(2013年との比較)

2020年目標値
(2013年との比較)

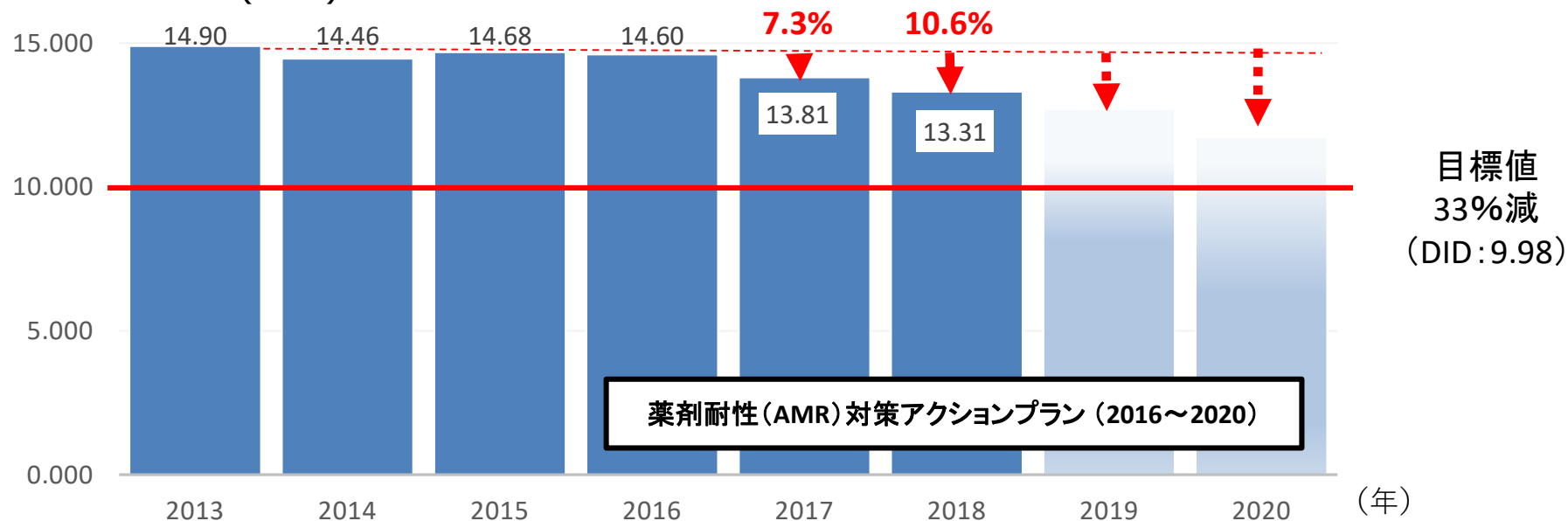
全抗菌薬

14.89

13.31
(10.6% 減)

33%減

抗菌薬販売量(DID) の推移



※DID(DDD per 1,000 inhabitants per day)

人口や抗菌薬毎の使用量の差を補正するため、抗菌薬の販売量を1000住民・1日あたりDDDで表したものを。

※ DDD (Defined Daily Dose)

WHOによって定められたその抗菌薬が通常1日に使用される量(g)。

薬剤耐性ワンヘルス動向調査報告書2019を改定

耐性菌分離率の年次推移

	2013年	2015年	2017年	2018年	2020年 (目標値)	ヨーロッパ諸国における耐性菌分離率*4
黄色ブドウ球菌のメチシリン*1耐性率	51.1	48.5	47.7	47.5	20%以下	16.4
大腸菌のフルオロキノロン（キノロン）耐性率	35.5	38.0	40.1	40.9	25%以下	25.3
肺炎球菌のペニシリン非感受性率*2（髄液検体含む）	3.0	2.8	2.2	2.3	15%以下	0.1~40.0*5
肺炎球菌のペニシリン非感受性率（髄液検体以外）	2.7	2.7	2.1	2.2		—
肺炎球菌のペニシリン非感受性率（髄液検体*3）	47.4	40.5	29.1	38.3		—
緑膿菌のカルバペネム耐性率（メロペネム）	10.7	13.1	11.4	10.9	10%以下	17.2
大腸菌のカルバペネム耐性率（イミペネム）	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2%以下 (同水準)	0.1
大腸菌のカルバペネム耐性率（メロペネム）	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2%以下 (同水準)	
肺炎桿菌のカルバペネム耐性率（イミペネム）	0.3	0.3	0.2	0.3	0.2%以下 (同水準)	7.5
肺炎桿菌のカルバペネム耐性率（メロペネム）	0.6	0.6	0.4	0.5	0.2%以下 (同水準)	

*1: セファロスポリンと類縁関係にある抗菌薬

*2: 非感受性率は、耐性率と中間率を足し合わせたもの。中間率とは、感受性は確認されないものの、耐性と分類されないもの。

*3: 髄液検体数は年間100例前後と少ない。

*4: ヨーロッパ諸国における数値はいずれも30カ国のデータを人口比率に基づき加重平均した値。

*5: 肺炎球菌のペニシリン非感受性はヨーロッパ全体の加重平均値は公表されていない。また、髄液検体以外と髄液検体を分けた値は公表されていない。

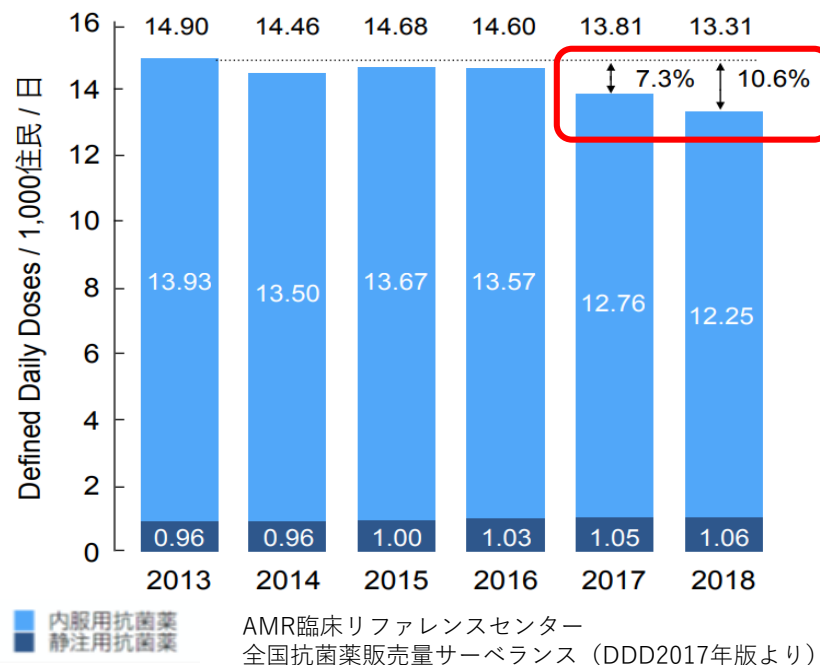
出典: 国内の数値は、ワンヘルス動向調査検討会資料(2019年10月17日)より。ヨーロッパ諸国における数値は、European Centre for Disease Prevention and Control発行の Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2018より。

- 
- 黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率：目標達成には、セファロスポリン（第3世代セファロスポリン）、キノロン（フルオロキノロン）、マクロライドの使用量を減らす必要がある。
 - 大腸菌のフルオロキノロン耐性率：目標達成には、キノロン（フルオロキノロン）の使用量を減らす必要がある。急性上気道感染症や急性膀胱炎での使用が特に多い。
 - 肺炎球菌のペニシリン非感受性率：すでに目標値には到達している。今後、耐性菌を増加させないためには、セファロスポリン（第3世代セファロスポリン）の適正使用が必要である。

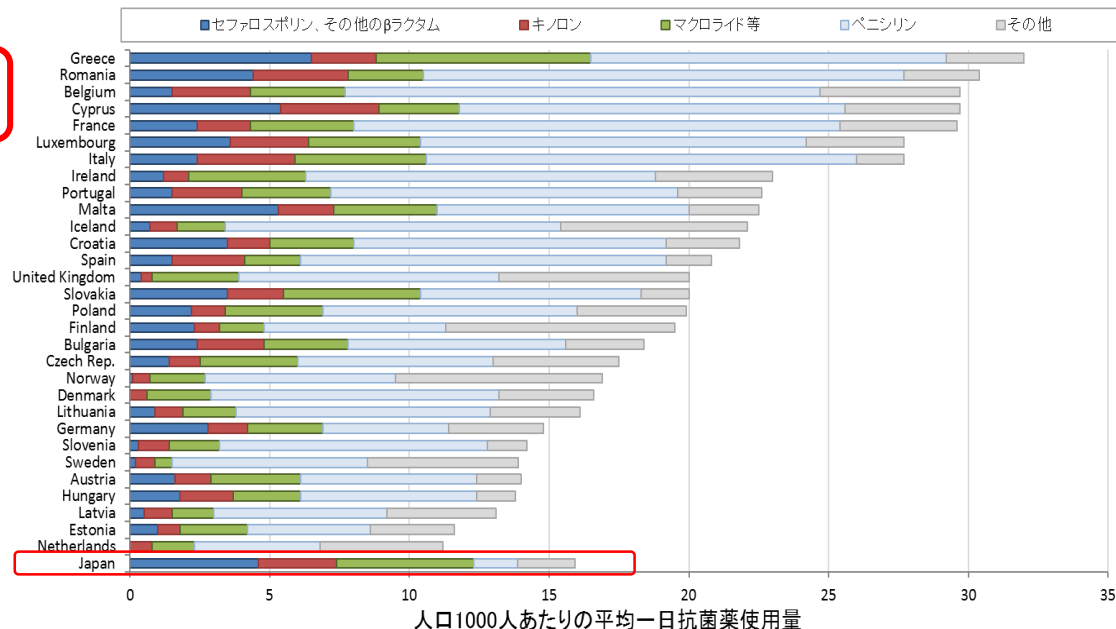
経口抗菌薬の販売量の年次推移・使用抗菌薬の内訳

① 日本で使用される抗菌薬のうち約90%は外来診療で処方される経口抗菌薬であり、DID（抗菌薬販売量）は減少傾向。

② 日本は、総使用量は多くはないものの、セファロスポリン、キノロン、マクロライドの使用割合が極めて高い。



※DID(DDDs per 1,000 inhabitants per day)
人口や抗菌薬毎の使用量の差を補正するため、抗菌薬の販売量を1000住民・1日あたりDDDで表したもの。
※ DDD (Defined Daily Dose)
WHOによって定められたその抗菌薬が通常1日に使用される量(g)。



ECDC AMR Surveillance report 2012, Muraki Y et. Infection. 2013; 41: 415-23.
(欧州は2010年、日本は2013年)

近年新規に開発された、広域な細菌に有効な経口抗菌薬である、
セファロスポリン、キノロン、マクロライド*の適正使用による使用量の削減が重要

*セファロスポリンの一部(第3世代セファロスポリン等)、キノロン、マクロライドは、不適切な使用により耐性菌を生成しやすい。

外来の抗菌薬適正使用推進に係るこれまでの取組

「抗微生物薬適正使用の手引き」の改訂

- 「第一版」(平成29年6月)は、学童以上の小児・成人の気道感染症、急性下痢症が対象
- 「第二版」(令和元年12月5日公表)は、乳幼児の気道感染症、急性下痢症、急性中耳炎における適正使用について内容を拡大

※2020年度においても追加的な対応を予定

診療報酬における対応

平成30年度診療報酬改定

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、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評価する加算を新設する。

(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

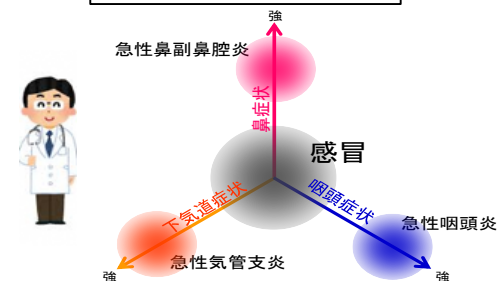
急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあつては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

急性気道感染症

診断・治療の考え方



患者・家族への説明内容

- ・ 多くは対症療法が中心であり、抗菌薬は必要なし。休養が重要。
- ・ 改善しない場合の再受診を。

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加。

感染防止対策加算 1

地域連携加算 100点

【算定要件】

感染防止対策加算 1 を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を行っている場合に算定する。

【施設基準】

- 感染防止対策加算 1 に係る届出を行っていること。
- 他の感染防止対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

感染防止対策加算 1

抗菌薬適正使用支援加算 100点

【算定要件】

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを設置し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

(抗菌薬適正使用支援チームの役割)

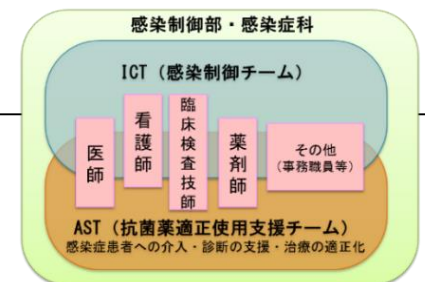
- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

【施設基準】

- 抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。（ア～エのいずれか 1 人は専従）
 - ア 感染症の診療について 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

< 届出医療機関数及び算定回数 >

	届出医療機関数	算定回数
感染防止対策加算 1	1,331	51,999
感染防止対策地域連携加算	1,318	137,625
抗菌薬適正使用支援加算	1,057	56,684



(出典)

届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)

算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

外来における抗菌薬適正使用に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

(AMRアクションプランについて)

- AMRアクションプランにおいて、成果指標である抗菌薬販売量(DID)は減少傾向にあるが、2020年度の目標達成のためには更なる対策が必要。
- 耐性菌の分離率の年次推移を見ると、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌やフルオロキノロン耐性大腸菌の分離率は目標に比べて高く、これらの菌の誘導には特に経口薬のセファロスポリン、キノロン、マクロライドの使用が関与している。
- 日本で使用される抗菌薬の約9割が経口薬であり、そのうちセファロスポリン、キノロン、マクロライドの使用割合が極めて高い。

(外来の抗菌薬適正使用に係る取組について)

- 平成29年6月に「抗微生物薬適正使用の手引き(第一版)」が策定、令和元年12月の第二版で対象年齢や対象疾患が拡充され、急性気道感染症や急性下痢症等に対する抗菌薬の適正使用が示されている。
- 平成30年度診療報酬改定において、小児の外来における抗菌薬の適正使用の取組に係る新たな評価を創設。また、かかりつけ医機能を評価した管理料等の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」を用いて、抗菌薬の適正使用の普及・啓発を行っていることを追加した。
- 現状、抗菌薬適正使用支援加算の要件に、抗菌薬適正使用支援チームの業務として、抗菌薬適正使用に係る評価や、抗菌薬適正使用の教育・啓発が位置付けられているが、外来に係る取組は特に規定されていない。



【論点】

- 外来における抗菌薬適正使用をさらに推進する観点から、抗菌薬適正使用支援加算の要件である院内研修等において、「抗微生物薬適正使用の手引き」を踏まえた取組をすることとしてはどうか。また、病院の外来における、急性気道感染症・急性下痢症に対する経口抗菌薬の使用状況についても把握するよう、要件を見直すこととしてはどうか。

個別事項(その16)

1. 外来における抗菌薬適正使用について
2. 歯科麻酔薬の算定について

歯科における局所麻酔

- 局所麻酔法とは、目的とする限られた部位の知覚（痛覚、温度感覚、圧感覚、触感覚）を麻痺させる方法。
- 局所麻酔法には、表面麻酔、浸潤麻酔、伝達麻酔がある。

- 表面麻酔は、粘膜表面に局所麻酔薬を塗布あるいは噴霧して、知覚神経終末を麻痺させる方法。
粘膜表面の短い時間の麻酔効果しか期待できないが、粘膜表面を麻痺させて強い反射を抑えたり、注射の刺入部位を鈍麻させる場合に有効。
- 浸潤麻酔は、組織内に麻酔薬を浸潤させて、目的とする限られた部位の知覚神経終末を麻痺させる方法。
治療内容等にあわせて、皮内、皮下、筋肉内、骨膜下等に麻酔薬を注入する。
- 伝達麻酔は、神経幹又は神経叢に局所麻酔薬を注入し、そこから末梢の神経を麻痺させる。
直接神経幹に薬液を注射する方法と、神経幹の周囲に注射する神経幹周囲注射法がある。

歯科診療報酬における局所麻酔薬の算定について

- 歯科診療報酬においては、手術等に伴い麻酔を行った場合の薬剤料が（技術料に包括されており）算定できないものが多い。
- 薬剤料を算定できない主な治療として、根管治療やう蝕治療、拔牙等が挙げられる。

第8部 処置

通則7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

第9部 手術

通則11 手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

M 001 歯冠形成（1歯につき）

注11 麻酔、薬剤等の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M001-2 う蝕歯即時充填形成（1歯につき）

注2 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。

薬剤料を算定できない主な処置等

歯髄切断、抜髄、スケーリング・ルートプレーニング、
歯周ポケット搔爬
拔牙
歯冠形成、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成

算定できない薬剤料への対応

～昭和49年6月	70点以上の処置
昭和49年11月	100点以上の処置
昭和56年6月～	120点以上の処置

歯科用局所麻酔剤の使用量について

- 歯科治療に際して使用される麻酔薬の量は、歯種、処置の内容、患者の状態等によって異なる。
- 同一歯種においては、抜歯や歯肉切除等の第9部「手術」の項目で麻酔薬の使用量が多い。
- 通常の歯科治療は浸潤麻酔で対応が可能なことが多いが、術野に炎症がある場合や、下顎大臼歯の抜歯等では下顎孔伝達麻酔が有用であり、局所麻酔薬を1.8ml注入する。

処置と部位による使用量（浸潤麻酔）

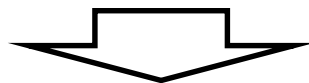
診療項目	上下顎前歯部	上顎臼歯部	下顎臼歯部
抜歯（手術）	0.75±0.25	1.00±0.00	1.00±0.00
抜髄（処置）	0.60±0.00	0.83±0.21	0.50±0.24
窩洞形成（歯冠修復・欠損補綴）	0.50±0.00	0.64±0.20	0.75±0.25

※1症例で処置が多数歯にわたる場合には、使用量/歯数を1歯あたりの使用量として算出
※単位はml

歯科麻酔薬の算定に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 歯科診療報酬においては、手術等に伴い麻酔を行った場合の薬剤料が（技術料に包括されており）算定できないものが多い。
- 歯科治療に際して使用される麻酔薬の量は、患者の状態、歯種等によって異なるが、抜歯等の第9部「手術」の項目で麻酔薬の使用量が多い。



【論点】

- 歯科麻酔薬の薬剤料について、第9部「手術」において用いる薬剤料を、使用実態に即して算定できるようにしてはどうか。

歯科用局所麻酔剤について

参考

品名	成分	剤形	規格単位	メーカー名	薬価 H28/H30
オーラ注歯科用カートリッジ1.8mL	塩酸リドカイン・酒石酸水素エピネフリン	注射液	1.8mL 1管	昭和薬品化工	58.0/58.0
オーラ注歯科用カートリッジ1.0mL	塩酸リドカイン・酒石酸水素エピネフリン	注射液	1mL1管	昭和薬品化工	59.6/59.6
歯科用キシロカインカートリッジ	塩酸リドカイン・アドレナリン	注射液	1.8mL1管	デンツプライシロナ	78.2/78.2
キシレステシンA注射液 (カートリッジ)	塩酸リドカイン・アドレナリン	注射液	1.8mL1管	スリーエム ジャパン	60.9/78.2
エピリド配合注歯科用カートリッジ1.8mL	塩酸リドカイン・アドレナリン	注射液	1.8mL1管	ニプロ	60.9/78.2
スキャンドネストカートリッジ3%	メピバカイン塩酸塩	注射液	3%1.8mL1管	日本歯科薬品	92.0/92.0
歯科用シタネストーオクタプレシンカートリッジ	プロピトカイン塩酸塩・フェリプレシン	注射液	1.8mL1管	デンツプライシロナ	68.8/68.8

令和2年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）

【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 認知症の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。

- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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－３(4)再掲)
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 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

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。

- (4) 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。
- (5) 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

- (1) 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

- (1) 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。
- (2) 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

- (1) 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。
- (2) 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。

- (3) 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。
- (4) 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－3(1)再掲)
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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 認知症の者に対する適切な医療の評価

- (1) 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

- (1) 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－3(2)再掲)
- (2) 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－3(3)再掲)
- (3) 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。
- (4) 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い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

- (1) 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－１(2)再掲)
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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－７－３(8)再掲)
- (5) 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－７－３(6)再掲)
- (6) 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－７－３(7)再掲)
- (7) 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。
- (8) 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－１(1)再掲)
- (9) 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。
- (10) 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－１(2)再掲)
- (11) 脳梗塞の急性期治療に用いる r t - P A (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

- (1) 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要件を見直す。(1月10日の議論を踏まえて修正)
- (2) 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－７－５(3)再掲)
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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

- (1) 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－６(1)再掲)
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。

- (6) 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－3(6)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

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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－7－4(1)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。

- (7) 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。
- (8) 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。
- (9) 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

- (1) 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－７－６(3)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。
- (2) 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－４(4)①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－４(4)②再掲）

- (3) 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。
- (4) 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、痂皮の除去等の評価する。
 - 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。
- (5) 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。
- (6) 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 歯科麻酔薬の算定に係る評価を見直す。（1月10日の議論を踏まえて修正）
 - 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

- (1) 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。

- (2) 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－１(4)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－７－１(5)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。
- (3) 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。
- (4) 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。

- (5) 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。
- (6) 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－2(3)再掲)
- (7) 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－2(4)再掲)
- (8) 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

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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)

- (8) 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-4(3)再掲)
- (9) 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）

- (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。(I-1(1)再掲)
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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-2(10)再掲)。

- (7) 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。
- (8) 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（S O F Aスコア）の提出を要件とする入院料等を見直す。
- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 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。
- (12) 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、D P C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。
- (13) 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。
- (14) 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－6（1）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。
- (15) 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。
- (16) 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－7－6（4）再掲）
- (17) 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) D P C / P D P S 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、データ入力の手軽さ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 D P C 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

- (1) 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。
- (2) 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－３(1)再掲)
- (3) 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－４(1)再掲)
- (4) 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。
- (5) 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

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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－８(1)①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－８(1)②再掲)

- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 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。
- (9) 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 G A F 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

- (1) 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－２(9)再掲)
- (2) 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がった場合について要件及び評価を見直す。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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－３(13)再掲)
- (6) 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－２(2)再掲)
- (7) 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。
- (8) 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。
- (9) 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－３(17)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

- (1) 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

- (1) 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－8 (9) 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

- (1) 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－１(3) 再掲)
- (2) 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－10(8) 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。
- (2) 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 大伏在静脈拔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、膝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。
- (3) 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ます、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。