

令和４年度診療報酬改定に向けた議論（次期改定の論点等）の概要

- 中央社会保険医療協議会総会において、令和３年７月より、令和４年度診療報酬改定の論点等に関して、議論を行った。
- その内容及び意見について、以下のとおり整理する。
- 今後、以下に整理した内容を踏まえ、小委員会や専門部会の議論も進め、令和４年度診療報酬に向けてさらに議論を行っていく。

1. 議論の経過

日 程	議 題
令和３年７月７日	○ コロナ・感染症対応（その１） ○ 外来（その１）
７月１４日	○ 調剤（その１）
７月２１日	○ 個別事項（その１） <ul style="list-style-type: none"> ・ 働き方改革の推進 ・ 不妊治療の保険適用 ・ 医薬品の適切な使用の推進 ・ 歯科用貴金属の随時改定
８月４日	○ 歯科（その１）
８月２５日	○ 在宅（その１） ○ 入院（その１）

2. 議論の内容及び意見の整理について

1) コロナ・感染症対応について

【現状と課題】

- 感染症対策については、これまでの診療報酬改定において、経験のある医師や看護師の配置や、医療機関における研修、質の高い診療を実施できる医療機関とのカンファレンスの実施などによる取組を評価することにより、推進してきている。
- 新型コロナウイルス感染症対応として、各医療機関が、重症患者だけでなく、中等症患者への治療や自宅・宿泊療養を行っている患者への治療等の提供を行っている。
- これらの医療機関への財政的支援については、緊急包括支援金等によって、かかり増し経費に加え、医療機関における病床の確保や休床に対する補助も含め、多方面からの支援を講じてきているほか、診療報酬においても、新型コロナウイルス感染症患者の診療において生じる追加的な手間等を適切に評価するための特例等を設けている。また、診療報酬においては、新型コロナを受け入れている医療機関等において、人員配置の変更に係る柔軟な対応や、実績要件の緩和等の措置も講じてきている。
- さらに、令和3年4月には、施設基準のうち、令和2年度診療報酬改定によって変更となった患者の診療に係る実績要件や、手術等の診療実績についても、新型コロナの診療に携わる医療機関に大きな影響が生じないように、特例措置を講じつつ、その措置による影響については、医療機関から報告を求めることとしている。今後は、医療経済実態調査や関係学会による診療実態調査も予定されている。
- なお、第204回通常国会において成立した改正医療法においては、「新興感染症等の感染拡大時の医療」を、令和6年度から開始する都道府県の第8次医療計画における5疾病5事業の6事業目として位置づけ、機動的な対策が講じられるよう、感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保、専門人材の確保、院内感染対策の徹底等について、あらかじめ準備をしておくこととされている。

【論点】

- 現行の特例措置の効果検証等も踏まえつつ、今後の新型コロナウイルス感染症対策のあり方について、どのように考えるか。
- 第8次医療計画に向けた検討状況も踏まえつつ、新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組について、どのように考えるか。

【主な意見】

(今後の新型コロナウイルス感染症対策のあり方)

- 医療機関や薬局における初・再診料や入院への加算については、今後、新型コ

コロナウイルス感染症が収束した場合であっても、医療機関では今後も感染症対策を万全にしていくことを考慮すれば、基本診療料に包括することも含めて継続すべき。

- 新型コロナウイルス感染症患者等の診療に係る診療報酬上の特例的な評価が行われているが、コロナ終息後も感染症対策が必要であることを考慮した評価を検討すべき。
- 感染症対策が実施可能な医療機関をさらに増やすため、感染防止対策加算の要件の在り方について検討が必要。
- 診療報酬における特例的な対応は、現場での負担に鑑みれば必要であるが、実際にかかっている費用も含め、その評価は定量的な根拠に乏しいため、効果の検証が必要。
- 診療報酬における特例的な対応として減収補填的な評価を行うことには反対。診療報酬は、診療への対価ということが大原則であり、補助金や交付金と診療報酬との役割分担を明確にする必要がある。

(新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組)

- 第8次医療計画の具体的な検討状況も踏まえながら検討していく必要がある。
- 2024年から始まる第8次医療計画について、2022年度の診療報酬改定で対応していくことは時期尚早ではないか。
- 診療報酬における対応を検討するに当たっては、診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方についての大枠の議論も必要。
- 専門性の高い看護師を複数名配置している医療機関は、クラスターが発生した他の医療機関や施設等に対し、当該職員を派遣し感染症対策に係る支援を実施していたことも踏まえ、専門性の高い看護師を複数名配置していることの重要性を念頭に置く必要がある。
- クラスターが発生した介護施設等における支援が必要であったことから、地域における感染症対策に係る医療と介護の連携について検討してはどうか。

2) 外来について

【現状と課題】

(かかりつけ医機能・医療機関連携)

- 主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、平成 26 年度診療報酬改定において地域包括診療料・加算を、平成 28 年度改定において認知症地域包括診療料・加算を新設し、評価を行っている。
- また、小児のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、小児かかりつけ診療料を平成 28 年度改定において新設し、評価を行っている。
- さらに、平成 30 年度改定においては、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において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、機能強化加算を新設した。令和 2 年度改定においても、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価として、診療情報提供料（Ⅲ）を新設した。
- 令和 3 年の医療法改正では、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化・連携を位置付けることとされた。

(生活習慣病対策)

- 生活習慣病患者の生活習慣に関する総合的な治療管理のため、平成 14 年度改定において、生活習慣病管理料が新設された。平成 30 年度、令和 2 年度診療報酬改定においては、生活習慣病の算定要件について、生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、関係学会のガイドラインを踏まえ、算定要件を見直した。

(外来機能の分化の推進)

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、紹介率や逆紹介率が低い場合の初診料等の減算や、紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入を、診療報酬改定において実施してきている。
- 令和 2 年 12 月に閣議決定された「全世代型社会保障改革の方針」では、「医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される『紹介患者への外来を基本とする医療機関』のうち一般病床 200 床以上の病院にも対象範囲を拡大する。また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000 円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する」とされている。

(オンライン診療)

- オンライン診療に係る診療報酬上の評価については平成 30 年度改定において新設し、令和 2 年度改定では、実態等を踏まえた見直しを実施した。さらに、新

型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いを実施し、オンライン診療による初診を可能とする等の対応を行っている。

- 現在、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しに関する議論が進められており、今後、「対面診療との関係を考慮し、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進める」こととされている。

【論点】

- 中長期的に地域の医療提供体制が人口減少や高齢化等に直面する中、外来機能の明確化・連携や、かかりつけ医機能の強化等を推進し、患者にとって安心・安全で質の高い外来医療の提供を実現するための、診療報酬の在り方について、どのように考えるか。
- オンライン診療を安全性・信頼性を確保しながら推進していく観点から、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進めることとなるが、その際に考慮することとされている対面診療との関係等について、どのように考えるか。

【主な意見】

(かかりつけ医機能・医療機関連携)

- かかりつけ医は、予防や健康づくり、治療、専門医療機関への紹介、終末期医療への対応も含め、地域の医療・保健福祉の中心となっていく必要がある。
- かかりつけ医にまずは何でも相談できることが重要であり、希望する患者すべてがかかりつけ医を持てるようにすべき。一般医療はまずはかかりつけ医にかかるという認識を普及させていくべき。
- かかりつけ医のあり方を今一度整理するとともに、患者に対するメリットを明確化した上で、それに見合った評価をするべき。
- 「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」は分けて整理するべきではないか。なお、フリーアクセスを維持することが前提。
- かかりつけ医については、例えば一定の研修を受けていること等の条件を明確にすると、さらなる医療の質の向上につなげることができるのではないか。これにより患者にとってもわかりやすくなるのではないか。
- 診療情報提供料（Ⅲ）については、かかりつけ医との連携を評価する観点から、前回改定において新設されたが、算定可能な医療機関が限定されていること、回数が3月に1回とされていることなどが普及を妨げている可能性がある。
- 看護情報提供書が転院先や訪問看護ステーション、ケアマネジャーや行政機関等で活用されている実態を踏まえ、継続支援、患者や家族の安心感や業務効率化にも繋げられる観点から、看護情報提供書の重要性について検討してはどうか。

(生活習慣病対策)

- 生活習慣病に係る評価については、算定回数が減少傾向であるが、調査結果からは、

点数設定とカルテや療養計画書の記載がネックとなっていると考えられるので、使い勝手のよい評価に設計することも検討すべき。

- 慢性疾患患者、特に心不全の患者に対しては、予防から治療、再発や重症化予防まで切れ目のない療養指導が求められ、特に、専門性の高い看護師によって再入院率の低下や緩和ケアの推進などに貢献しているため、実態を含め検討してはどうか。

(外来機能の分化の推進)

- 外来機能分化の推進については、患者が地域に戻ることが重要であり、医療機関を紹介率・逆紹介率で評価すべき。
- 医療資源重点活用外来との連携についても診療情報提供料Ⅲで評価してはどうか。
- 定額負担について、特に再診における除外要件のあり方も含めた効果的な対応について検討が必要。そのために、実態を把握すべき。

(オンライン診療)

- オンライン診療については、今後、医政局の検討会において行われる議論を見ていくことが必要であり、これに沿って、安全性、信頼性の確保を大原則とした対応となる必要がある。
- 遠隔地等において、高度な専門医療の意見を聞くに当たり、D to P with Dの仕組みが活用できるのではないか。
- オンライン診療の普及に伴う医療機関と薬局の情報連携について議論が必要。
- 新型コロナウイルス感染症に係る特例的対応がされている中、オンライン診療に一定のニーズがある。恒久化に向けて検討会が行われており、その方向に沿って、安全性・信頼性を確保することを原則としながらも、オンライン診療の普及や要件見直し、対面診療との関係の考慮を行っていくことは重要。
- 今後、オンライン診療が普及していく一方で、診療の質の低下が懸念されるため、対面診療の必要性の整理も含め、質の担保が必要。
- 対面診療、オンライン診療、それぞれの長所を生かして、相互に補完するという考え方も必要ではないか。
- 医師の裁量を認め、患者が受診する機会を広げることは重要な視点であるが、営利主義、ビジネスに走ることはあってはならない。
- 医療機関へのアクセスが難しい難病患者等に対して、患者の受診機会を広げることにオンライン診療を活用すべきではないか。

3) 在宅について

① 在宅医療について

【現状と課題】

(在宅医療を取りまく現状)

- 在宅医療については、高齢化の進展及び地域医療構想による病床の機能分化・連携により、需要が大幅に増加することが見込まれている。
- 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。場所別の死亡者数をみると、近年は多くの方が「病院」で亡くなっているが、「最期を迎えたい場所」については、「自宅」が最も多い。
- 在宅医療の体制構築に係る指針において、在宅医療において積極的役割を担う医療機関は「多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供」、「医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援」を行うことが望ましいとされている。また、医師会や市町村等の在宅医療に必要な連携を担う拠点は、「関係機関の連携による24時間体制の構築」を行うこととされている。
- 在宅医療・介護連携推進事業において、市町村は、「地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う」こととされている。
- 医療計画において、訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定を各都道府県が行うこととされているが、現状の数が目標値に達していない都道府県が存在する。
- 在宅医療の関係者会議において、「地域の病院と在宅医療との水平連携が不足している」、「かかりつけ医の在宅医療への参画等、在宅医療推進を支える体制が不十分である」、「医師会等関係団体と行政との連携が進んでいない地域がある」、「行政担当者が在宅医療について知らないことがある」等の在宅医療についての課題が指摘されている。

(在宅医療領域における取組等)

- 在宅医療・介護連携推進事業において、各市町村により、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組が進められている。取組例として「主治医・副主治医制の導入」がある。
- 都道府県により、居宅等の医療の提供に関する事業が行われている。事業例として、「訪問診療医のグループや急変時受入医療機関による連携に向けた情報交換会を実施する場合の経費を支援」等がある。
- 緩和ケアのうち、在宅緩和ケアは、訪問診療・看護・介護を中心として行われる。
- 特に、小児に対する緩和ケアにおいては、成人の緩和ケアとの違いが指摘されている。

(在宅医療に係る診療報酬上の評価)

- 平成 18 年度診療報酬改定において、高齢者が住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送り、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、在宅療養支援診療所を新設した。新設後、届出医療機関数は増加傾向であったが、近年は概ね横ばいとなっている。在宅療養支援診療所の届出を行わない理由として「24 時間の往診担当医の確保が困難であるため」が最も多かった。
- 平成 30 年度診療報酬改定において、在宅診療以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により 24 時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価として、継続診療加算を新設した。算定回数は平成 30 年と比較して令和 2 年は増加していた。継続診療加算を算定していない理由として「24 時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない」が最も多かった。

【論点】

- 今後、在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、在宅医療を担う医療機関と市町村・医師会との連携、及び、医療・介護の切れ目のない提供体制の構築等を推進し、質の高い在宅医療を十分な量提供できるようにするため、診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

【主な意見】

(在宅医療を取りまく現状)

- 今回改定でも在宅医療を推進すべきであり、その際、かかりつけ医が外来の延長で在宅に尽力している医療機関と、在宅専門の医療機関とでは、提供される医療の効率性が大きく異なることを踏まえる必要があるのではないかと。
- 質の高い在宅医療を十分な量提供するという視点が大変重要であり、安易に量の確保を追求すると、かかりつけ医と在宅医の連携が分断され、質が低下することも懸念されたり、逆に、質の追求が過ぎると、算入する医療機関が増えないなどとなるため、ベストバランスを考えて底上げすることが必要である。
- 在宅医療を行うこととしている医療機関のうち、実際に在宅医療を提供している医療機関がどの程度あるかという実態も踏まえた検討が必要。

(在宅医療領域における取組等)

- 小児に係る在宅医療は、成人に対する医療と大きく異なる点があり、小児の特性に配慮した評価の設計が必要ではないかと。
- 小児の在宅医療について、専門的な医療機関への集約化等も検討するべきではないかと。

(在宅医療に係る診療報酬上の評価)

- 24 時間の往診体制・連絡体制を構築した場合の評価として継続診療加算が創設されたが、まだあまり普及していない。24 時間対応を義務とするのではなく、例とし

て、すぐに入院できる病床を確保している医療機関や、地域の一次救急と連携した上で、在支診でない一般の医療機関も含めて、在宅を担う医療機関同士の連携により、地域でチーム医療として行えるようにするような評価を行うべきではないか。

- 在宅療養支援病院と一般の診療所との連携を進めることで、24時間の在宅医療を提供する体制構築を進めるべきではないか。
- 在宅療養支援診療所の届出や継続診療加算を届出ない理由として、24時間体制が理由として最も多いが、24時間体制の確保は在宅医療に重要ではないか。そのため、自院のみで体制を確保することが困難な場合に、他の医療機関と連携して在宅医療を提供するような場合についての報酬の在り方をさらに検討するべきではないか。
- 量の確保のために安易に要件緩和等を行うべきではなく、質の担保を前提に、かかりつけ医を中心とし、地域の中で在宅の取組を進めていくべきではないか。

② 訪問看護について

【現状と課題】

(訪問看護を取りまく状況)

- 訪問看護ステーションの数は増加傾向であり、訪問看護ステーションの利用者についても特に医療保険で利用者数の増加が顕著。
- 訪問看護ステーションの利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加しており、医療費の伸び率が大きい。
- 看護職員数の多い訪問看護ステーションが増加傾向であり、機能強化型訪問看護管理療養費の届出も増加傾向。
- 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数のうち、理学療法士等が占める割合が増加傾向。

(訪問看護の診療報酬上の評価)

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、統合失調症等の利用者が半分以上を占めている。
- 令和2年度診療報酬改定において、機能強化型訪問看護ステーションの人員配置要件の見直し、小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化、専門性の高い看護師による同行訪問の充実の評価を行った。
- 訪問看護ステーションにおいて、褥瘡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の算定件数は増加傾向にある。
- 特定行為研修修了者が増加するなか、就業場所も多岐にわたっており、特定行為研修修了者のうち約4.5%が訪問看護ステーションで就業している。

【論点】

- 訪問看護に係る診療報酬上の評価について、令和2年度改定における見直し・評価の考え方を踏まえ、質の高い訪問看護の適切な評価を推進しつつ、地域包括ケアを推進する役割を果たしていくため、どのように考えるか。

【主な意見】

- 新型コロナウイルスの影響で全体の医療費がマイナスの状況でも訪問看護は二桁の伸び率。患者の状態に応じた、適切な職種、頻度、内容で訪問看護が行われているのか、検証が必要。
- 看護師と理学療法士が行う訪問看護では内容が違うのではないかと。理学療法士が増えている原因、ケアの内容について分析・検討すべき。
- 医療ニーズの高い訪問看護が増えており、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が在宅で活躍することで、よりかかりつけ医と連携しやすくなる。専門性の高い看護師の訪問に対する評価を検討してはどうか。

③ 在宅歯科医療について

【現状と課題】

(在宅歯科医療を取りまく状況)

- 歯科訪問診療を実施している歯科診療所数は微増傾向。
- 在宅療養支援歯科診療所について、地域における連携を推進する観点から、機能に応じて評価しており、連携機能を強化している在宅療養支援歯科診療所1は増加傾向。
- 歯科訪問診療等を実施していない理由は、在宅療養支援歯科診療所では「歯科訪問診療の依頼がないから」、それ以外の歯科診療所では「歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから」が最も多かった。
- 新型コロナウイルス感染拡大による影響を踏まえた歯科訪問診療を行う際の対策として、使用する感染防護具を増やすなど対応を行っている。

(在宅歯科医療の診療報酬上の評価について)

- 在宅歯科医療を推進する観点から、歯科訪問診療料の見直しや外来受診していた患者について、かかりつけ歯科医が継続的に歯科訪問診療を実施した場合の評価など、評価の充実を行っている。
- 歯科訪問診療料の算定回数は増加傾向にあり、特に歯科訪問診療2の増加が顕著。
- 歯科訪問診療1及び2と比較し、歯科訪問診療3は20分未満の割合が多い。
- 歯科訪問診療料を算定した患者における、口腔機能の評価に基づく継続的な歯科疾患の管理について評価の充実を行っている。

【論点】

- 患者のニーズにあわせた歯科訪問診療を推進するために、近年における診療報酬改定の内容を踏まえ、どのような対応が考えられるか。

【主な意見】

- 歯科訪問診療を実施している医療機関は少なく、地域差も大きい。必要な機材や人材の不足への対応、ICTの活用も含め、歯科訪問診療の体制構築を推進すると

もに、広く他職種や国民に認識される工夫を検討すべき。

- 感染対策や診療内容に合わせた器機の準備など訪問歯科診療は手間と時間がかかることを踏まえて、評価を検討すべき。
- 在宅で療養を行っている患者に対する口腔機能管理について、評価の在り方を検討すべき。
- 小児への歯科訪問診療も推進すべき。重度心身障害児施設も重要だが、児童養護施設入所者への対応を検討すべき。
- 歯科訪問診療の回数が増加するよう、かかりつけ歯科医機能強化型診療所や在宅支援歯科診療所の施設基準の見直しについて検討すべき。
- 在宅療養支援歯科診療所の施設基準は、歯科訪問診療が未実施の小規模な歯科医療機関が参入しやすくなるような工夫も必要。
- 要介護高齢者は受診につながっていないため、その要因を検証するとともに、要介護高齢者を訪問歯科診療につないでいく多職種連携が必要。
- 薬局から歯科に情報共有を行うなど、歯薬連携の推進を検討すべき。
- 新型コロナウイルス感染症の影響は、長期的な影響も含めて精査すべき。

④ 在宅患者訪問薬剤管理指導について

【現状と課題】

- 在宅、入院、外来などの状況において、患者が有効で安全な薬物療法を切れ目なく継続的に受けられるようにすることが必要であり、入院・外来から在宅に移行する際や在宅から入院に移行する際の服薬状況等の患者情報の提供など、薬物療法に関わる関係者が、患者の服薬状況等の情報を共有しながら、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施することが重要。
- 在宅業務を実施している薬局は増加傾向にある。
- 医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定回数は横ばいだが、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びており、全体として薬剤師による在宅薬剤管理は進んでいる。

【論点】

- 今後、在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、薬物療法に関わる関係者が、患者の服薬状況等の情報を共有しながら、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施し、在宅患者が有効で安全な薬物療法を切れ目なく継続的に受けられるようにするための診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

【主な意見】

- 在宅患者への最適かつ効果的で安全安心な薬物療法の提供推進のために、在宅医療における薬剤師の主な役割を軸として、引き続き、薬局が在宅業務をできるように推進していくべき。
- 切れ目のない継続的な薬物療法を提供することが重要であり、病院薬剤師と薬局

薬剤師の入退院時のシームレスな連携が不可欠。薬局薬剤師の退院時カンファレンスへの参加が少ない原因を整理した上で、現状を改善するための議論をすべき。

- 医療機関や病院薬剤師との連携では、トレーシングレポート等の利活用の推進や、入院時にポリファーマシーが解消された後に、減薬調整された薬剤の状況を退院後も維持していくための取組や連携の推進が重要。
- 在宅訪問薬剤管理指導を実施する際に薬局から払い出す特定保険医療材料について、保険償還価格が十分ではなく、薬局から持ち出しとなる場合があることから、適切な評価となるよう対応すべき。
- 末期の悪性腫瘍患者、中心静脈栄養患者以外の患者においても、きめ細かなフォローやケアが必要な患者については月4回を超えて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるようにすべき。
- 医療的ケア児の調剤や服薬支援は複雑なことが多く、家族が適切な服薬を維持していくことは非常に負担となっており、薬剤師の介入と支援は、医療的ケア児の家族の負担を軽減につながるため、非常に重要である。
- 訪問薬剤管理指導については、地域支援体制加算算定薬局又は地域連携薬局が推進すべき。令和2年度改定において、調剤基本料1を算定している保険薬局における地域支援体制加算の在宅訪問薬剤管理指導の実績要件が年1回から年12回に引き上げられたが、これでも少ないのではないか。
- 訪問薬剤管理指導については、個店薬局、チェーン薬局、門前薬局など、どのような薬局が中心となっていて行われているのかを示した上で議論すべき。

4) 入院について

【現状と課題】

(急性期入院医療)

- 入院医療評価体系については、平成 30 年度改定において基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合した。また、患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入を評価する観点から、累次の改定において重症度、医療・看護必要度の見直し等を行ってきた。
- 急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の後方病床等への退院支援の機能が重要であるとして、総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制を評価する総合入院体制加算を設けているほか、高度急性期機能の評価については、救命救急入院料等の入院料を設けている。

(回復期入院医療)

- 地域包括ケア病棟入院料について、「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」、「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」、「③在宅復帰支援」の3つの役割を担うこととされ、平成 26 年度改定において設定された。地域包括ケア病棟を届け出ている理由については、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料は、リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、平成 12 年に新設された。質の高いリハビリテーション医療を充実する観点から、アウトカム評価に基づく入院料の評価を導入し、水準の引き上げを講じてきている。
- いずれの入院料も病床数は増加しており、8万床超となっている。

(慢性期入院医療)

- 療養病棟入院基本料の届出医療機関数・病床数は近年横ばいであるが、経過措置（注11）を届け出ている病棟については、届出医療機関数・病床数ともに減少している。令和2年度改定においては、療養病棟入院料2の85/100の点数に切り下げを行った。
- 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者が対象」、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者が対象」とされている。直近では、平成 28 年度診療報酬改定において、脳卒中の後遺症による重度の意識障害者について、患者の状態が医療区分の1、2に相当する場合は療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。

(入院医療における他の取組)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価している。

- 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、累次の改定において、救急医療管理加算の要件及び評価の見直しを行っている。
- 医療資源の少ない地域の医療機関については、診療報酬の要件緩和等を行っている。
- 日帰り、1泊2日入院及び4泊5日入院による手術等を行うための管理等について、包括的な評価を行う短期滞在手術等基本料が設定されている。
- 平成30年度以降、DPC対象病院においては、DPC/PDPSによる評価を優先する（点数設定方式Dにより設定。）こととし、短期滞在手術等基本料2及び3は算定不可となっている。実態等に合わせ、対象手術等や評価の見直しを実施してきている。

【論点】

- 人口減少・高齢化が着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化し、マンパワーの制約も一層厳しくなる中、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されるよう、医療機能の分化・連携の促進を推進する入院医療の提供体制の評価のあり方について、どのように考えるか。

【主な意見】

（総論・急性期入院医療）

- 医療現場は新型コロナにより状況が一変したことから、次回改定において、医療現場に大きな影響を与える対応は難しいのではないかと。
- 新型コロナ禍を踏まえて、より一層、地域医療構想を推進するとともに、今回のような新興感染症等の重症患者を多数入院できるような形のしっかりとした施設や、手厚い人員配置が行われている急性期病院が必要になるのではないかと。
- 今回のコロナ禍によって、いざ急性期医療が必要になった場合に、ベッド数や医療機器を増やしても、それを支える人材がいなければ成り立たないという課題が明らかになった。これを踏まえれば、当面は、平成30年度改定で改編された評価体系の影響を見守っていくべきではないかと。
- 新型コロナを踏まえ、医療機関間の連携や機能分化の問題が浮き彫りになった。病床機能をどのようにすれば、有事の際、求められる機能を発揮できるのか、中長期的に検討することが重要ではないかと。
- 第8次医療計画には「新興感染症」が追加されることを踏まえて、いざというときに備えて、急性期だけでなく、回復期や慢性期も含めて、それぞれの病床において医療機能を高めることが重要。
- 第8次医療計画は、「2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要」とされていることから、令和4年度診療報酬改定においても、引き続き、地域医療構想に沿って後押しするような対応をとることが重要。
- 診療報酬が全国一律であるという性格を踏まえると、地域医療構想に寄り添う診療報酬改定とするべき。

- 新型コロナを踏まえ、感染防止対策加算が重要であることが明らかとなったことから、より多くの医療機関で届け出ることができるような在り方も検討してはどうか。
- 重症度、医療・看護必要度については、Ⅱの要件化を行ったことで、ⅠからⅡへの移行が進んだ。現状分析を踏まえつつ、さらに取組を推進してはどうか。

(回復期入院医療)

- 介護との連携や、地域等への人材派遣、まちづくりへの参画、いざという時の在宅患者の受け入れなどを行う地域包括ケアを支える中小病院などの存在が必須。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料等について、前回改定において、診療実績に係る基準が引き上げられた一方で、新型コロナウイルス感染症により、経過措置が延長されている状況にあるため、改定の影響を検証するには時間が必要。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料について、求められている機能が十分に発揮されているのか、包括範囲の医療についてどの程度実施されているのかについて検討が必要。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1について管理栄養士の配置が必置となり、適切な栄養管理がなされている。入院料2～4においては配置が必須となっていないが、管理栄養士を配置し、栄養管理を実施している場合もあることから、入院料2～4についても評価すべき。
- 回復期リハビリテーション病棟について、リハビリテーションがどの程度行われているのか検討し、適正化の方向で検討すべき。リハビリテーション実績指数について、入院料毎で差がある理由について検討すべき。

(慢性期入院医療)

- 療養病棟の経過措置について、期限を迎えるにあたって患者に不利益が及ばないよう丁寧な対応をするべき。また、経過措置の医療機関数などについて分析するべき。
- 慢性期の医療機能を有する病棟でもデータ提出加算の届出の要件化が進んでいるが、実態を把握すべき。
- 療養病棟の経過措置については、減少傾向にあることから、令和4年度末で終了すべき。

(入院医療における他の取組)

- 救急医療管理加算の在り方については、二次救急医療機関への影響や、新型コロナウイルス感染症の影響も踏まえ、検討していくべき。前回改定で見直しを行ったところであることも鑑み、まずは結果検証を十分に行うこととするべき。
- 救急医療管理加算については加算2の「コ その他重症な状態」にどのような患者が入るのか分析し、その在り方についてよく議論する必要がある。
- 包括評価は、粗診粗療が懸念される。DPC/PDPSは、再入院率や在院日数等を評価

しながら、医療の質を下げないで適正な評価について目指してきた制度。一日当たり包括評価ではあるが、きめ細かい評価がされており、DPC 対象病院では包括評価を優先し短期滞在手術等基本料 2・3 を算定不可としたうえで、D 方式を採用することで、一入院当たり包括に近い仕組みも実現している。短期滞在手術等基本料には、実態に基づく見直しを繰り返していくことが重要。

- 短期滞在手術等基本料における 1 入院当たりの包括評価という考え方は重要だが、粗診粗療にならないよう、質の担保を行うことが必要。短期滞在手術等基本料 2 は、廃止も含めて検討することが必要。
- 短期滞在手術等基本料 2 は、入院外での実施割合が高い手術等も含まれている。実態に合わせ、対象手術等の見直しを検討することも必要。
- 病棟薬剤師の診療への参加は、検証調査において医師の負担軽減や医療の質の向上につながるとの回答がある。取組を進めるためにも病棟薬剤業務実施加算の対象病棟を拡げる等検討すべき。
- IT 化をさらに進めていくための取組を後押しすることが必要ではないか。
- 入院時食事療養費が据え置かれているが、材料費の高騰も見られることから、実態について検証を行っていくべき。

5) 歯科について

【現状と課題】

(地域包括ケアシステムの推進について)

- 歯科保健医療ビジョンにおいて、地域包括ケアシステムを推進する観点から、専門分野に応じた歯科診療所間の役割分担等により、機能分化を図ることとされている。
- 歯科保健医療ビジョンではかかりつけ歯科医に求められる役割として、歯科疾患の予防・重症化予防や口腔機能等のきめ細やかな患者等のニーズに対する対応や、訪問歯科診療を含めた切れ目ない提供体制の確保、医科歯科連携等を含めた他職種との連携などが掲げられている。

(安心・安全で質の高い歯科医療の推進について)

- 平成30年度及び令和2年度診療報酬改定において、院内感染防止対策を推進する観点から、歯科初診料及び歯科再診料の見直しを行った。
- 歯科初・再診料の院内感染防止対策に係る届出医療機関数は、令和元年7月1日現在、65,200施設(約95%)であった。
- 新型コロナウイルス感染症を踏まえた感染予防策として、診療室内のエアロゾル対策やゴーグル又はフェイスシールドの着用などが必要とされている。

(生活の質に配慮した歯科医療の推進等について)

- 歯科疾患の重症化予防を推進する観点から、令和2年度診療報酬改定において、6か月以上の歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合の評価を新設した。
- 小児及び高齢者に対する口腔機能管理について、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と合わせて、評価の見直しを行っている。
- 歯科固有の技術について、これまでの診療報酬改定において、口腔疾患の重症化予防や口腔機能低下、生活の質に配慮した歯科医療を推進する観点から新規技術の導入を行っている。
- 歯科用貴金属の代替材料について、保険適用が進んでいるが、一部の技術については代替材料は存在しない。

【論点】

- 地域包括ケアシステムを推進する観点から、かかりつけ歯科医に求められる機能や医科歯科連携等の他職種連携を推進するために、どのような対応が考えられるか。
- 歯科外来診療における感染防止策等について、どのように考えるか。
- 口腔疾患の重症化予防や口腔機能の管理を推進する観点から、どのような対応が考えられるか。
- 歯科固有の技術の評価について、引き続き生活の質に配慮した歯科医療の提供等を推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

【主な意見】

（地域包括ケアシステムの推進について）

- かかりつけ歯科医による口腔疾患の重症化予防や口腔健康管理の取組がより推進されるよう引き続き対応していくべき。
- かかりつけ歯科医機能強化型診療所は地域包括ケアシステムを推進するために地域の中心として活動することが求められている。これが広がらない理由について検討しつつ、更に推進されるような項目を施設基準に組み込むこと等について検討すべき。
- どの歯科診療所がかかりつけ歯科医機能強化型診療所なのかを国民にわかるようにしていくことが必要。
- 周術期等口腔機能管理を実施する施設に関して、地域の歯科診療所が参加できる機会を広げるよう、推進を図るべきではないか。
- 糖尿病や摂食嚥下障害などに対する診療など、医科歯科連携が必要な診療について、より連携を推進するような対応が必要。歯科から医科への診療情報の提供や介護施設やデイサービス等への口腔の情報提供などの重要性が高まってきている。
- 歯科標榜のない病院や介護施設における ICT を活用した口腔機能管理など、地域の状況に応じた ICT の利活用について検討すべき。
- 歯科と他職種連携の推進について、歯科医師と薬剤師、歯科診療所と薬局の連携の推進についても検討すべき。お薬手帳などによる情報連携を含めた連携の在り方について検討が必要。

（安心・安全で質の高い歯科医療の推進について）

- 感染防止について、令和2年度改定において一定の評価がなされたが、十分なものであるかどうか検討が必要。
- 歯科医療機関における感染防止対策については、前回の改定で職員の研修を要件とすることで十分に対応したものと考えており、現行の特例的な対応との整理が必要ではないか。
- 院内感染対策は初診・再診料の点数で推進するものではなく、研修や教育の充実で行うべきではないか。

（生活の質に配慮した歯科医療の推進等について）

- 根面う蝕を含め、成人期以降のう蝕について、継続管理の仕組みの検討が必要。
- 口腔機能の管理がさらに充実されるような引き続きの対応が必要。比較的早期から口腔機能が低下する場合や小児以降から継続的に管理する場合などの検討が必要。
- 入院患者等に対する口腔の管理は重要であり、歯科専門職による口腔機能の管理を推進すべき。
- 少子高齢化の進展やう蝕の減少により、口腔機能などを含めた治療・管理・連携型へ移行し、重症化予防や機能管理が大切なことは理解できる。歯周病安定期治療などは病状が安定した際の対処であるが、治療と予防の境界線が曖昧とならないよ

うに留意すべき。

- 歯科疾患管理料について、令和2年度の診療報酬改定で初診時の点数を80点に引き下げ、長期管理について高く評価することとしたが、新型コロナウイルス感染症の影響はあるにしても検証が必要である。
- 患者に現在の口腔の状況を客観的に示す観点から、新しい検査法の導入についても検討が必要。
- ICTの活用や歯科固有の技術の推進などについて評価が必要ということは理解するが、従来の技術で必要性の薄れた技術の見直しについても同時に行うべき。
- 歯科矯正治療は原則として自費となっているが、小児の口腔機能なども踏まえ、歯科矯正治療の必要性などについて検討すべき。
- 歯科用貴金属の代替材料については、その範囲は限定的で歯科用貴金属を用いる技術をすべてカバーされておらず、引き続きCAD/CAM冠など代替技術の推進が必要。

6) 調剤について

【現状と課題】

(全体)

- 処方箋発行枚数及び処方箋受取率は、これまで右肩上がりで増加していたが、新型コロナウイルス感染症が拡大した令和2年度の処方箋発行枚数は大幅な減少がみられた。
- 1薬局当たりの年間処方箋枚数は近年同程度で推移しているが、薬局薬剤師1人当たりの年間処方箋枚数は減少傾向が続いている。
- 調剤報酬の技術料のうち、「調剤料」の占める割合は近年減少傾向にあるが、引き続き技術料の50%を超えており、対人業務を評価する「薬学管理料」の占める割合は、近年増加傾向にあるものの、20%程度となっている。
- 薬局における薬剤師の業務は、「患者のための薬局ビジョン」や改正薬機法に基づき、医療機関等との連携、在宅医療への対応など、かかりつけ薬剤師・薬局の普及・機能充実等の取組が進みつつあるものの、地域において薬剤師が役割を十分に発揮するためには、薬剤の調製などの対物業務を医療安全確保のもと適切かつ効率的に実施することが重要であり、その前提のもと、引き続き、対物中心の業務から、患者・住民との関わりの度合いの高い対人業務へとシフトすることにより、薬物療法や健康維持・増進の支援に一層関わり、患者・住民を支えていくことが求められる。

(対物業務)

- 調剤基本料は薬局の構造・設備や医薬品の備蓄等の体制整備に関する経費を評価したものであり、薬局経営の効率性を踏まえて区分を設定している。
- 調剤料については、令和2年度診療報酬改定において、対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料について評価を見直した。

(対人業務)

- 同一薬局の利用による薬剤の一元的な把握等により、重複投薬や残薬の解消が期待できると考えられるが、高齢者では複数の医療機関を受診することが多く、受診する医療機関が増えるほど、利用する薬局の数も増える傾向にある。
- かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数、算定薬局数は近年横ばいである。算定回数は全処方箋枚数の1.5%程度であり、患者年齢別にみると10歳未満、60歳以上での処方箋枚数に対する算定割合が高くなっている。
- 令和2年度診療報酬改定では、薬剤服用歴管理指導料について、同一薬局の利用を推進するための見直しを行った。また、薬局において吸入薬指導を実施した結果や糖尿病患者に対してフォローアップを実施し、処方医に指導結果や患者の状況等をフィードバックした場合の評価を新設した。

(重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応)

- 高齢であるほど定期的に使用している薬の種類が多くなる傾向がみられており、高齢者では6剤以上の投薬が特に有害事象の発生増加に関連しているという報告がある。

- 医療機関と薬局の連携による重複投薬、ポリファーマシー、残薬等への取組について診療報酬上の評価を実施している。
(保険医療機関と保険薬局の連携)
- 入退院時の連携により服薬情報等の把握が容易になることで、医療機関での持参薬確認業務負担の軽減や退院後の服薬アドヒアランスの向上・維持につながると考えられる。
- 退院時共同指導料の薬局での算定回数は増加傾向にあるが、少ない。
(在宅訪問薬剤管理指導)
- 在宅医療において、薬剤師は、他職種から、服薬状況の管理や薬剤保管管理の指導といった役割を求められており、薬剤師が在宅医療に関与することで、薬剤による有害事象や服薬状況が改善したという報告や、医師と連携して薬剤師が在宅訪問を行うことで、投薬数や薬剤費が減少したという報告がある。
(オンライン服薬指導)
- オンライン服薬指導については、改正薬機法に基づき令和2年9月から、オンライン診療又は在宅訪問診療に係る処方箋に基づく調剤において実施が可能となっていたが、新型コロナウイルス感染拡大を踏まえ、時限的・特例的取扱いを実施し、それ以外の診療に基づく処方箋を受け付けた場合であっても実施可能とする等の対応を行っている。
- 調剤報酬についても、臨時的・特例的取扱いとして、オンライン服薬指導を実施した場合でも、対面で実施した場合と同様の薬剤服用歴管理指導料及びその加算を算定可能とする対応を行っている。
- 今後、オンライン服薬指導については、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に際しての時限的措置の実績を踏まえ、2021年夏を目途に医薬品医療機器等法に基づくルールの見直しの検討を行うとともに、診療報酬の評価の検証を行い、必要な見直しの検討を行うこととされている。

【論点】

- 薬局・薬剤師が、対物中心の業務から、患者・住民との関わりの度合いの高い対人業務へとシフトすることにより、薬物療法や健康維持・増進の支援に一層関わり、患者・住民を支えていくことが重要であることを踏まえ、診療報酬のあり方について、どのように考えるか。
- かかりつけ薬剤師・薬局の普及の促進、多剤・重複投薬への取組、処方箋の反復利用など、「経済財政運営と改革の基本方針 2021」等を踏まえた今後の対応について、どのように考えるか。
- オンライン服薬指導については、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に際しての時限的措置の実績を踏まえ、医薬品医療機器等法に基づくルールの見直しが行われることを踏まえ、診療報酬について、具体的に、どのような検討が必要か。

【主な意見】

(対物業務から対人業務への構造的な転換の推進、調剤報酬の在り方等)

- 対物業務と対人業務の両方が成り立ってこそ安全安心な医薬品提供ができるものであり、診療報酬上の評価については、現場への影響やバランスを見ながら検討すべき。
- 医療安全という観点においても、対物業務がしっかりとなされていることが大前提であり、その上での対人業務への移行であるべき。
- 対物業務から対人業務への移行について、前回の診療報酬改定の影響等を踏まえ、エビデンスに基づき検証した上で、患者目線で対物から対人へという方向性を進めていくべき。
- いまだに対物業務だけで経営が成り立つ報酬制度となっているため、対人業務について薬局が対応できていない実態があるのではないか。
- 調剤基本料については、処方箋受付枚数と集中度で区分するのではなく、薬局の機能に応じて設定し、対人業務を中心とする薬局と、調剤に偏重し効率性のみを追求する薬局で明らかな差を付けるべき。
- 改正薬機法の地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局と、地域支援体制加算との関係を整理することが必要ではないか。

(かかりつけ薬剤師・薬局)

- 現場におけるかかりつけの意識付けは進んでいるが、より一層の推進が必要。
- かかりつけ薬剤師指導料について、乳幼児、小児、高齢者の比率が高いことはわかったが、複数の慢性疾患を有する患者に対する算定状況などを確認しつつ検討を進めていくべき。
- かかりつけ薬剤師・薬局については、オンライン資格確認等システムの機能を活用した重複投薬やポリファーマシーに対する取組など、多様な役割が期待されており、新たに認定制度ができた地域連携薬局や専門医療機関連携薬局などを含め、各薬局の役割、機能連携を明らかにした上で、その役割と効果に見合う検討をしていくことが重要。

(重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応)

- ポリファーマシー対策については、薬局だけではなく、様々な関係者の取組が必要。連携や情報共有はICTの活用により効率化できるものでもあり、診療報酬で評価すればそれが解決できるものではない。
- ポリファーマシー対策について「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」等を利用できるような診療報酬上の条件付けもあると、より対策も進むのではないか。

(保険医療機関と保険薬局の連携)

- 医療機関、特に病院薬剤師と薬局薬剤師の入退院時のシームレスな連携は不可欠だが、退院時カンファレンス等への参加は少なく、入退院時連携等のより一層の推

進に向けては、現状の課題を整理した上で検討すべき。

(病院薬剤師の役割)

- 病棟薬剤業務の多様化に対して、加算等の診療報酬上のインセンティブも必要なのではないか。
- 病棟薬剤業務実施加算について、地域包括ケア病棟、回復期病棟も入院患者の薬剤管理・服薬指導は非常に重要であるため、この2つの病棟も加算対象としてはどうか。
- 外来患者に対する手術前中止薬の説明指導やハイリスク薬を使用の外来患者に対する薬の指導を薬剤師が行った際の新たな評価について検討してはどうか。

(在宅訪問薬剤管理指導)

- 医療的ケア児等への支援として小児在宅医療体制を整備することは大変重要。
- 薬局において高齢者と小児とを両立して在宅対応できるものなのか。在宅患者への薬局の関与について医療機関との連携状況等について整理すべき。

(オンライン服薬指導)

- オンライン服薬指導の薬事規制の見直しを踏まえた算定要件の在り方の検討が必要と考えているが、今回の新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた特例的対応の電話や情報通信機器を用いた服薬指導は非常時におけるものであり、そのまま恒久的なものとするには違和感がある。
- 新型コロナウイルス感染症拡大を踏まえた時限的・特例的な取扱いについては、実施状況の検証を行った上で検討が必要。
- オンライン服薬指導については、個人情報の取扱いや資格確認等、体制が必要であり、法改正に伴い、薬局のガバナンスが要求されることを自覚して、適切な運用をお願いしたい。オンライン服薬指導について薬剤師の研修プログラムを確立する必要があるのではないか。
- オンライン服薬指導については、利便性に偏らず、安全性が担保されるような明確な運用や基準が求められる。オンライン診療の議論と同様に営利目的とさせないための対応が必要。
- 対人業務の一環として、患者のニーズがあり、安全安心に対応できることが担保されている前提であれば、オンライン服薬指導の活用を促進する方策について検討を進めていくことが重要ではないか。
- 大手チェーン薬局に患者が集中することなく、かかりつけの医療機関や薬局がオンライン診療やオンライン服薬指導を行う方向で制度設計していく必要がある。

(オンライン資格確認等システム等)

- 今後、オンライン資格確認等システムや電子処方箋等の ICT 活用により、薬剤情報の共有や一元的な把握が可能となり、医療機関の医師も処方という薬物療法のス

タートの時点から、重複投薬等の解決に貢献ができるようになるため、このような医療機関の働きに関して必要かつ十分な評価を行うべき。

(敷地内薬局)

- 敷地内薬局について、独立性が担保されない、又は機能として院内薬局と変わらない薬局については、保険指定する必要はないと考える。敷地内薬局について、診療報酬上での対応や制度の見直しなど必要な対応について議論すべき。
- 大病院において利益供与を求めるような敷地内薬局の募集が行われていることは遺憾であり、敷地内薬局が必要な理由が、薬剤部の体制を十分に確保できないことにあるとすれば、病院薬剤師確保のための対策を行うべき。敷地内薬局が実質的に院内薬局と同じ様な機能を担っているのであれば、それに基づいて院内薬局との違いを含め考え方を整理することも必要。
- 敷地内薬局が設置されていたとしても、患者が自宅近くのかかりつけ薬局に行くという受療行動を取らせることが必要であり、そのような受療行動を促すようなことを全体として対応する必要がある。

(分割調剤)

- 分割調剤が行われていない理由について分析を進めるとともに、現場でより運用しやすいように、例えば、トレーシングレポートの利活用を前提に、3枚連記ではなく、1枚の処方箋様式にするなどの検討を行い、医療機関と薬局、医師と薬剤師との適切かつ確実な連携の下での一定期間内の処方箋の反復利用について議論することが必要。
- 医師の指示による分割調剤は年々減っており、その要因としては制度が認知されていないこともあるとは思いますが、必要性を感じないことや、使ってみたが連携ができないなど有用性を感じられないということもあるのではないかと。
- 諸外国と同様に、我が国でも分割調剤できる薬剤を制限するという議論をしてもよいのではないかと。
- 長期処方箋は残薬リスク・多剤投与に気づきにくくなる等、患者の薬物療法と、保険財政に対する弊害が多いにも関わらず、長期処方箋を助長するという方向性については反対。
- 分割調剤について、現行の煩雑な仕組みは今後も普及しないことは明らかであり、抜本的な見直しが必要。生活習慣病のように病状が急変しない患者や、長期にわたり同じ処方が繰り返されている患者については、あくまで医師の判断で決める範囲内において、処方箋を繰り返し利用できることも選択肢として考えるべき。

(後発医薬品)

- 今後の後発医薬品の使用促進については、更なる使用促進といった視点だけでなく、毎年多くの後発医薬品が新たに上市される中で、これまで積極的に進めてきた水準を維持することにも、相応の労力を要することも踏まえ、加算の維持・廃止

ということだけではなく、評価の在り方等を含めた検討が必要。

- 後発医薬品メーカーの不祥事の背景について、例えば、コストを抑えたことなど何かしらの影響があったのかについて検証が必要。

7) 個別事項について

① 働き方改革の推進について

【現状と課題】

(働き方改革に係るこれまでの経緯)

- 働き方改革については、2024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、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。地域医療構想の実現に向けた取組や医師の偏在対策と連携しつつ、医師の労働時間短縮を強力に進めていくための、実効的な施策を講じていくこととされている。
- 今般、改正医療法において、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずることが定められ、令和6年4月1日に向け段階的に施行されることとなった。

(医師の働き方改革に係る取組への評価)

- 令和2年度改定において、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いて一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供を評価した地域医療体制確保加算が新設された。

(タスクシェア・タスクシフトに対する評価)

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価するため、平成20年度改定において、医師事務作業補助体制加算が新設され、その後順次評価の拡大・充実が図られてきた。
- また、医師の働き方改革を推進する観点から、特定行為研修修了者である看護師の配置及び活用の評価についても充実が図られてきた。

(医療従事者の負担軽減等に対する評価)

- 医療従事者の負担軽減等に対する評価として、例えば、看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、平成22年度改定から、看護補助者の配置や夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。
- 平成30年度改定において、病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理した。

(働き方改革に関連した地域全体での取組等)

- 病院勤務医の負担の軽減を図るため、軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受け止めることが進むよう、平成24年度改定において、診療所の夜間・早朝等の時間帯における診療の評価を新設した。

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成 28 年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めており、今後、大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡充を行うこととしている。

【論点】

- 今般の改正医療法において長時間労働の医師の労働時間短縮のための措置等が整備されたことなど、これまでの医師をはじめとした医療従事者の働き方改革の取組や、これまでの診療報酬上の対応を踏まえ、働き方改革の推進に対する診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

【主な意見】

(働き方改革に係るこれまでの経緯)

- 医師の勤務環境の改善は長年の課題であり、医師の労働時間短縮への取組や健康確保策への推進は大変重要。大切な視点としては、あくまで医師だけではなく、医療機関として医療の質を落とさないように取り組むことが大事。現場の支えとなるような評価が必要。
- 医師等の働き方改革の推進については、地域医療構想、医師偏在対策と三位一体で進めていく必要がある、重要な課題の一つであると認識。働き方改革の推進については、これまでの改定による進捗をしっかりと把握・検証した上で、医療の質の担保を十分に勘案しながら、診療報酬でどのように対応するのか、検討することが必要。

(医師の働き方改革に係る取組への評価)

- 地域医療体制確保加算は、継続していくことが必要。また、地域医療介護総合確保基金での支援だけではなく、診療報酬で対象となる要件の範囲をしっかりと拡充する必要がある。要件のあり方について、今後検討すべき。
- 地域医療体制確保加算について、患者への見える化の観点からも、施設基準となっている病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、その策定及び実施状況を検証すべき。
- 地域医療体制確保加算についても、この加算で医師の平均勤務時間がどう動いているのかというところを十分に検証していく必要がある。

(タスクシェア・タスクシフトに対する評価)

- 医師事務作業補助体制加算については、負担軽減策として最も有効な取組の一つ。一方、求められる施設基準が急性期病院を基準とした内容。具体的には、年間の救急入院患者数が 200 名以上や、手術件数が 800 件以上とかの基準が定められているが、それに相当しない医療機関でも、医療従事者の負担を軽減するという加算の指

針に従って、これを評価していくことを検討すべき。

- 看護補助者やクラークの確保が全国的に厳しくなっているため、人員を確保し、継続していくためには、さらなる評価が必要。
- 看護補助者の確保が難しい背景には処遇についての課題がある。看護職員の夜間配置加算は届出が増加傾向だが、夜勤帯だけでなく日中の提供体制整備についても検討が必要ではないか。
- 医師事務作業補助に関しては、回復期とか慢性期も含めて、全ての病床にさらなる手当等が必要。急性期を中心に特定行為研修を修了した看護師のタスクシフト・タスクシェアが叫ばれているが、慢性期、在宅、あるいは老健施設等でも十分に機能する新たな看護師となり、それが非常にタスクシェアリングにつながるため、診療報酬上の加算あるいは基準等を検討すべき。
- 医師の働き方改革の推進の観点から、病院薬剤師の病棟業務のさらなる推進をすべき。具体的には、例えば現在、評価の対象とされていない地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟などにおける薬剤管理指導料と病棟薬剤業務実施加算について、評価を検討していただくことなどが必要。また、外来患者において、医療機関の薬剤師が、医師の診察前に服薬状況や副作用の発現状況等について、薬学的観点から確認を行った上で医師等に情報提供することは、医師等の負担軽減の観点から重要であり、保険薬局の薬剤師との連携においても大変有用。

(医療従事者の負担軽減等に対する評価)

- 医師や看護師をはじめとする医療従事者の業務負担の軽減についてもさらに検討し、医療の安全性を担保した上でのさらなる改善が必要。
- 前回改定では、専従要件等の緩和などが行われたが、地域によって医師の偏在や診療科の偏在があることを考慮すれば、患者への医療安全や提供する医療の質が低下しないことを前提に、さらに資格要件の緩和を検討する必要がある。
- 看護職員の業務負担の要因について、看護記録が業務負担として最多の調査結果となっているが、日々の看護記録は法的根拠になることから必要であり、重要なもの。
- 看護記録の効率化の観点から、重症度、医療・看護必要度Ⅱが導入され、非常に重要な役割を担っている。それに加え、ICTを導入して、音声による自動入力とか代行入力等の活用が有効であり、今後、推進していく必要があるのではないか。

(働き方改革に関連した地域全体での取組み等)

- 地域全体での取組等の評価になるが、夜間・早朝等加算や院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料についても検討を進めることが必要。
- 大病院の医師も、できれば専門の外来と、それ以外の地域のかかりつけ医にお願いしたいという同じ思いを持っている。外来を縮小して入院に特化する取組を進めていくことが必要。

② 不妊治療の保険適用について

【現状と課題】

- 不妊治療のうち、特定不妊治療については、1回の治療費が高額であり、その経済的負担が重いことから十分な治療を受けることができず、子どもを持つことを諦めざるを得ない方も少なくないことから、その経済的負担の軽減を図るため、特定不妊治療に要する費用の一部を助成する等の対応を行ってきたところ。
- 今般、全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）において「子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和3年度（2021年度）中に詳細を決定し、令和4年度（2022年度）当初から保険適用を実施することとし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。」こととされた。
- また、医療保険部会においても、不妊治療の保険適用に係る議論がなされ、「健康保険法においては、疾病又は負傷に対する治療について給付を行うものとされており、不妊治療を疾病における治療として位置づけることは十分理解できる」等の意見があり、「当部会の議論も踏まえて、保険適用に向けた検討を進めるべきである」と整理された。
- 工程表を踏まえた取組としては、現時点において、「不妊治療の実態に関する調査研究」の結果が報告され、また、日本生殖医学会より「生殖医療ガイドライン」が作成・公表されたところ。
- 我が国の医療保険制度の基本的考え方は、必要な医療は保険診療で行われるべきであるとした上で、保険適用となるのは、治療の有効性・安全性が確認された医療である、というものである。これまでの中医協総会においても、
 - ・ 不妊治療の保険適用の議論をしていくに当たっては、特に安全性、有効性に関するエビデンスに基づいた議論が必要であること
 - ・ 今後の検討に当たっては、ガイドラインに沿った形でどういう制度設計をしていくのかについて、治療の標準化や安全性といった観点から十分に検討していく必要があること等のご意見があったところ。
- なお、保険外併用療養費制度においては、保険導入のための評価を行うものとして、先進医療等について、保険診療との併用を認めている。

【論点】

- 診療報酬改定においては、有効性・安全性等が確認できた医療技術等については、保険適用としてきたことを踏まえ、不妊治療についても同様に、関係学会の作成したガイドライン等に基づいて有効性・安全性等の確認を進めることとしてはどうか。なお、医薬品等については、有効性・安全性等の確認、薬機法上の承認の可否等について、薬事・食品衛生審議会、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において検討が行われる。
- さらに、現時点において有効性・安全性等が確認できないものの、今後、保険適

用を目指すものについては、先進医療等の保険外併用療養費制度の活用が考えられる。その際、令和4年度診療報酬改定において適切に対応を実施する観点から、保険医療機関から先進医療に係る申請があった場合には、申請を受理した上で先進医療会議において、まずは、技術的な審議を進めておくことができることとしてはどうか。なお、先進医療として実施することの決定は、保険適用の範囲に係る議論を踏まえる必要があることから、令和4年度診療報酬改定と併せて行うこととしてはどうか。

- 有効性・安全性等の確認をよりの確に実施する観点から、中医協総会において関係学会等からヒアリングを行うことについて、どのように考えるか。

【主な意見】

- 有効性・安全性が確認できた医療技術については、可能な限り多くの技術について保険適用する。できないものについては、先進医療として保険外併用療養として活用する方向と。それに当たってのエビデンスが学会のガイドラインやその他のエビデンスを使用するという方向性は賛成。診療報酬としてどのような制度設計をしていくべきか、エビデンスに基づいて議論を行うべき。
- 保険収載された技術があるとしても、改定ごとにそのデータを収集・分析して、その評価を継続することが重要になるのではないか。この点も踏まえた形での制度設計を強くお願いしたい。
- ガイドラインの内容については、ぜひ現場の先生方を含めて共有していただき、保険適用に向けて、関係者の意見の一致が得られるようにしていただきたい。
- 関係学会等からのヒアリングを実施することについては、賛成。治療当事者から相談を受けている団体などからも実態を聞いてみてはどうか。
- 不妊症の当事者が抱える悩みや心理的ストレスに対するケアのガイドラインについても検討をお願いしたい。
- 当事者の精神的ケアの充実、心のケアには十分な配慮が必要であり、そのための体制を整えていただきたい。また、患者が自主的に治療を選択できるような情報提供も重要。
- 子供たちが生まれてきて、成長の過程でどのようになっていくのかというのも、きちんとモニタリングしていきながらデータを集めていくことも必要。

③ 医薬品の適切な使用の推進について

(医薬品の使用状況)

- 国民医療費に対する薬剤費の比率は近年20%程度で推移している。
- 処方箋1枚当たりの薬剤費は近年7千円程度で推移している。
- 処方箋1枚当たりの薬剤種類数は平成26年度から減少傾向であり、1種類当たりの投薬日数は増加傾向である。
- 高齢であるほど定期的に使用している薬の種類が多くなる傾向がみられている。

(医薬品の適切な使用に係る取組)

- 重複投薬、ポリファーマシー、残薬等への取組について、医療機関と薬局の連携による取組や入院患者への取組について診療報酬上の評価を実施している。
- 革新的な新規作用機序を有する医薬品は、薬理作用や安全性プロファイルが既存の医薬品と明らかに異なることがあるため、「最適使用推進ガイドライン」を踏まえた内容を保険適用上の留意事項として通知し、使用の最適化を図っている。
- 医療費適正化の観点から、「ビタミン剤の単なる栄養補給目的の投与」、「治療目的でない場合のうがい薬だけの処方」、「湿布薬の適正給付」及び「治療目的でない場合の保湿剤の処方」について、対応を行ってきている。

(後発医薬品)

- 薬局における後発医薬品の調剤割合の分布をみると、令和2年2月時点で、後発医薬品調剤の割合が80%以上の薬局が全体の7割以上を占めていた。
- 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の算定回数は増加傾向にある。
- 一般名処方が増加しており、一般名処方された医薬品のうち約80%が保険薬局において後発医薬品が調剤されている。
- 2020年(令和2年)9月時点の後発医薬品の使用割合は78.3%であり、80%とする目標に届かなかった。
- 今般の後発医薬品メーカーによる不祥事等を踏まえ、後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進めるとともに、後発医薬品の数量シェアを、2023(令和5)年度末までに全ての都道府県で80%以上とする目標を新たに設定したところ。
- 後発医薬品調剤体制加算について、令和3年度の予算執行調査(財務省)において、令和5年度末までの新目標による適正化効果の増分が200億円と見込まれる一方、現行制度では年1,200億円程度とされており、費用対効果が見合っておらず、加算制度については、廃止を含めた見直しを行うべきであり、その際、減算については、対象を大幅に拡大するなど減算を中心とした制度に見直すべきではないか、と指摘されている。

(バイオ後続品)

- バイオ後続品の使用割合は、製剤によってばらつきがある。
- バイオ後続品の使用促進の観点から、令和2年度診療報酬改定において、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で当該患者の同意を得てバイオ後続品を導入した場合の評価を新設した。

(フォーミュラリ)

- 我が国でのフォーミュラリの厳密な定義はないが、一般的には、「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられている。

- 令和2年度の検証調査の結果では、いわゆる「フォーミュラリ」を定めている病院は、6.1%であった。また、フォーミュラリを定めている薬剤の種類別にみると、「定めている」と「定める予定」の合計は、プロトンポンプ阻害薬（PPI）内用薬で58.4%と最も多かった。

【論点】

- 医薬品の適切な使用の推進について、これまでの診療報酬上の対応なども踏まえ、どのように考えるか。
- 昨今の後発医薬品の品質や安定供給に係る問題も踏まえつつ、新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討など、「経済財政運営と改革の基本方針 2021」や「成長戦略実行計画 2021」を踏まえた今後の対応について、どのように考えるか。

【主な意見】

（医薬品の使用状況）

- 長期処方は、残薬リスクや多剤投与に気づきにくくなるなど、患者の薬物療法と保険財政に対する弊害が多いことから、長期処方を減らす取組を推進していくことが望ましい。
- 長期投薬の取扱いの明確化として、30日を超える投薬をする場合の対応として、例えば200床以上の保険医療機関であれば、患者を地域の保険医療機関に紹介すること等を求めている。このような対応の実施状況について検証していくべき。
- 長期処方の場合には、処方期間中、指示どおりに問題なく薬が飲めているか、副作用と思われる症状が出ていないかなどの確認が必要で、薬剤師による患者への服薬期間中のフォローアップが重要であり、かかりつけ薬剤師の役割の視点から検討すべき。

（重複投薬、ポリファーマシー、残薬等への取組）

- 重複投薬、ポリファーマシー、残薬対応が患者（被保険者）のためにも重要なことであり、診療報酬で評価して推進することも重要。
- 重複投薬については、長期間同じ処方が繰り返されていることがあり、何らかの対策が必要ではないか。
- ポリファーマシーについて、高齢者医薬品適正使用検討会で指針が作成され、現在は実運用のための検討を行っているところであり、その結果も踏まえて、実現可能性のある運用方法を確立してからあらためて検討すべき。
- ポリファーマシーの問題については、薬局での情報の一元管理が重要であり、同一薬局の利用を推進するとともに、お薬手帳の活用の推進も必要。オンライン資格確認等が進んでいても、自費扱いの調剤（労災、交通事故等）やOTC医薬品の情報等は確認できないこともあるため、お薬手帳の活用は不可欠。
- 今年10月からオンライン資格確認のインフラを利用して、患者の薬剤情報が医

療機関で一元的に見られるので、この仕組みを有効に活用したポリファーマシー対策を進めていくべき。

(医療費適正化)

- ビタミン剤等の薬剤の保険給付範囲は非常に重要な課題であり、骨太の方針にも記載されていることから、スイッチ OTC 薬がある医療用医薬品について、見直してはどうか。
- 医療上必要な医薬品は保険給付の対象とされるべき。医療保険の対象外とされるのは、治療目的ではない場合に限定されるべきという従来の考えは死守すべき。

(後発医薬品)

- 2023 年度末までに後発品の数量シェアを全ての都道府県で 80%以上とする目標の実現に向けた工程表を示していただく必要がある。
- 毎年多くの後発医薬品が新たに上市され、使用割合を維持するだけでも使用促進による効果は相当見込まれるものであり、管理負担やコストが増加することも踏まえ、使用割合の目標を達成したからといって、診療報酬上の加算の廃止や減算とするべきではない。
- 後発医薬品の使用促進について、全都道府県で 80%以上という新たな目標に向け、診療報酬における今後の対応について、加算・減算の在り方も含め、見直しを行うことが必要。
- 処方箋の後発医薬品の変更不可欄については必要性がなくなったと考えられることから削除すべきではないか。
- 後発医薬品に変更し難い剤形や、先発品と後発品とで適応が異なる品目なども存在し、安全性やアドヒアランスの観点からも必要であり、変更不可欄は削除すべきではない。
- 昨今の後発医薬品メーカーによる不祥事等は、後発医薬品の使用促進の根本を揺るがしかねない事案と認識しており、後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性確保に早急に取り組んでいただく必要がある。後発医薬品メーカーから出荷調整や欠品の案内があったものは、使用率の母数から一時的に除外するなど、後発医薬品に関する報酬上の対応を求める。

(バイオ後続品)

- バイオ後続品の使用をより一層進めていくためには、報酬上の対応を検討するとともに、患者、医師及び薬剤師に対する適切な情報の周知や情報提供の在り方の整備が必要ではないか。
- バイオ医薬品の自己注射用製剤について、デバイスが異なるために先行品から後続品への変更ができないことがあるのであれば、その問題を解決するために、厚労省として、メーカー同士の工夫を促していくことも必要ではないか。

(フォーミュラリ)

- フォーミュラリは、医療の質、経済性の観点から非常に重要であり、既に普及しているクリニカルパスの中で、このフォーミュラリの考え方のように、使用する薬剤の医学的妥当性や経済性を考慮することで、後発医薬品やバイオ後続品の使用は相当推進されると考えられる。ジェネリック医薬品やバイオシミラーの安全性、供給量の確保を図った上で、使用する患者や処方する医療機関、調剤する薬局にメリットがあることを国民に広く理解してもらう必要がある。
- フォーミュラリは院内、地域ともにだんだん推進されてきているが、さらに推進していくためには、診療報酬上の対応は必要。
- 院内フォーミュラリ、地域フォーミュラリの違いやそれぞれの定義などを整理し、明確にした上で検討していくことが必要ではないか。
- フォーミュラリを適切に活用することは重要だが、診療報酬で評価するかどうかについては、慎重に検討することが必要。
- 医療関連企業が主導する医薬品リストの作成については、恣意的になることが容易に想定されるため、中医協で議論すべきではない。
- 各医療機関で独自の取組としてフォーミュラリを策定されることに問題はない。一方、我が国では薬価基準の中にある同じ薬効のものに対しては、現在、費用対効果評価制度において検証がなされて、初めてその実績が確定することから、フォーミュラリを診療報酬で評価するという段階ではない。

④ 歯科用貴金属の随時改定について

【現状と課題】

- 歯科用貴金属（金銀パラジウム合金等）については、その素材である貴金属が市場価格の変動の影響を受けやすいことから、通常2年に1度の市場実勢価格に基づく診療報酬改定に加え、対象期間の平均素材価格の差を算出し、価格の変動幅が一定以上の場合に随時改定を実施している。
- 令和2年度には、歯科用貴金属の価格の乱高下に、速やかに対応できないとの指摘を受け、従来の4月、10月の随時改定（変動幅±5%を超えた場合）に加え、1月、7月にも随時改定（変動幅±15%を超えた場合）を行うように見直しを行った。
- 頻回な告示価格の改定により生じる医療機関におけるシステム改修等の事務負担にも配慮し、1月、7月の随時改定における変動幅は±15%を超えた場合とした。

【論点】

- 歯科用貴金属材料の基準材料価格改定についてどのように考えるか。

【主な意見】

- 随時改定には3か月前の平均素材価格を用いているが、このいわゆるタイムラグ

について、より直近の平均素材価格を反映できる制度の構築や、随時改定の頻度について、検討する必要がある。

- 診療報酬改定時に用いる市場実勢価格の調査についても、より精度を高めるよう
に願います。