

2020年診療報酬改定に向け募集された パブリックコメントへの保団連の意見

厚生労働省は2020年1月15日の中医協で、診療報酬改定に向けたパブリックコメント（意見募集）を実施しました。保団連は今回の意見募集に際して、改定実施に向けた議論の内容も踏まえ、入院、外来、歯科、薬価の喫緊の課題を中心に意見を提出しました。提出した意見は以下の通りです。

入院

【I-1】医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

意見① 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進を行うためには、診療報酬の引き上げが不可欠であり、病院・有床診療所のすべての入院基本料を大幅に引き上げること。

【理由】 入院医療に係る費用を保障し、適正に評価することが急務である。医療の安全確保のためには、何よりも十分な人員の確保と管理体制の強化が必要であり、そのためにも、診療報酬の評価が必要である。特に、医療従事者の働き方は非常に劣悪な中で、体制を満たすためにはさらなる医療原資が必要である。

意見② 救急医療体制を確保するためにも、平均在院日数削減や機能分化のための強引な病床再編はやめ、患者の治療が十分に保障されるよう必要な病床を確保すること。地域医療構想で示された必要病床数へと誘導するような診療報酬改定は行わないこと。

【理由】 急性期病床を機械的に削減していけば、2次救急医療を担う中小病院の疲弊などはじめ地域医療に取り返しのつかない悪影響を及ぼすことにもなる。このような診療報酬を梃子にした誘導は行うべきではない。

意見③ C004「救急搬送診療料」については、入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、入院基本料を算定した日には救急搬送診療料は算定できないとされているが、入院基本料の算定の有無に関わらず、救急搬送診療料の算定を認めること。

【理由】 救急搬送診療料は、患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際に、診療上の必要から医師が同乗して診療を行うことを評価した点数であり、そもそも入院基本料とは全く関係のない点数である。

【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。」について

意見① 医師にかかわらず、施設基準において、「専従」要件の定義を緩和し、診療報酬

点数表や施設基準において「専任」又は「専従」の規定のない業務については、合わせて行えるようにすること。

【理由】 例えば部署の代表として出席する委員会や病棟全体で行う A233-2 栄養サポートチーム加算における NST に参画する言語聴覚士や、A234-2 感染防止対策加算により実施される院内ラウンドへの参加など、特に中小規模病院での限られたスタッフによるチームアプローチや多職種連携を阻害することとなり、患者にとって不利益となる。

意見② 夜間において常時配置が求められている下記の加算について、月平均による夜間常時配置とすること。

- ・ A101 療養病棟入院基本料の注 13 の「夜間看護加算」
- ・ A207-4 看護職員夜間配置加算
- ・ A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注 7 の「看護職員夜間配置加算」
- ・ A311 精神科救急入院料の注 5 の「看護職員夜間配置加算」
- ・ A311-3 精神科救急合併症入院料の注 5 の「看護職員夜間配置加算」

少なくとも、A101 療養病棟入院基本料の注 13 の「夜間看護加算」、A207-4 看護職員夜間配置加算については、日々の入院患者数に対して必要な看護要員配置の規定を施設基準ではなく算定要件とすること。

【理由】 月平均ではなく夜間において常時配置がもとめられているが、患者数の変動等への対応が困難であることから、日を越えての傾斜配置を認めるべきである。重症度、医療・看護必要度の測定が広がっているなかで、算定要件とすることで、基準を満たしていない月全体の類下げ、返還金ではなく、満たしていない日のみ算定できない取扱いとすべき。

■ 「(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。」について

意見③ A101 療養病棟入院基本料の注 13 の「夜間看護加算」の施設基準から「各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員 1 を含む看護要員 3 以上であること」を外した上で、看護要員 3 以上の配置については算定要件にすること。

【理由】 療養病棟における夜間看護体制を改善しやすくするために、A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注 7 の看護職員夜間配置加算、A311-3 精神科救急・合併症入院料の注 5 の看護職員夜間配置加算と同じ扱いとすべきである。

■ 「(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。)」について

意見④ 「重症度、医療・看護必要度」は、入院基本料の要件から外した上で、加算評

価すること。

【理由】 看護職員及び看護補助者の配置による評価と、診療実績による評価は区分すべきである。

意見⑤ 「重症度、医療・看護必要度」について、1割以内の一時的な変動の特例の対象とすること。

【理由】 特に患者数の少ない病院・病棟においては、入院患者の状態の変化によって、内訳も変化しやすいため、割合を維持させるのは容易ではない。このため一時的な変動の猶予を設けるべきである。

【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 ■「(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。」について

意見① 「主として事務的業務を行う看護補助者」については、全員を看護補助者に算入すること。少なくとも、主として事務的業務を行う看護補助者を全員入力した上で、「200 又はその端数を増すごとに1を超える看護補助者」を実績から除外して看護補助者の配置実績値に参入する取扱いとすること。

【理由】 看護補助者が事務的作業を行うかどうかは関係なく、事務的作業を含めて看護職員の行為を補助することが看護補助者である。

意見② 看護職員の病棟勤務時間として算入が認められるものが医療安全管理委員会への出席時間等に限定されているので、病棟業務の一環として出席する給食委員会等その他委員会や職員研修も病棟勤務時間に算入できるよう認めること。

【理由】 病棟の代表者として参加している時間について、病棟外で開催している場合であっても、病棟業務として参加しているので、当然ながら病棟勤務として扱うべきである。

■「(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。」について

意見③ A233-2 栄養サポートチーム加算について、点数を引き上げること。

【理由】 栄養サポートは重要であるが、B001・10 入院栄養食事指導料との併算定ができず、要件に比べて点数が低すぎる。

【II-6】医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

意見① 診療報酬上における「アウトカム評価」を止めること。

【理由】 成果が出た結果の対価としての報酬体系は、「療養の給付」の原則から逸脱するものであり、成功報酬の導入は断じて認められない。

意見② データ提出加算の届出を入院基本料等の要件にしないこと。

【理由】 データ提出加算を入院基本料等の算定要件にすることは、入院医療の確保以

外の負担を病院に強いるものであり、特に中小病院には大きな負担となっている。
入院基本料等の要件にしないようにすべきである。

意見③ データ提出は患者の治療に直接関係しないため、診療報酬での評価を廃止し、補助金等で評価を行うこと。

【理由】 個々の患者の治療に直接関係のないものは、個々の患者に対する治療行為を評価した診療報酬で対応すべきではない。保険料や患者負担等に原資を依拠した診療報酬ではなく、国庫負担によって対応すべきである。

以上については、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」についても同様。

【Ⅲ-1】医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

■「(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。」について

意見① 「A1・B3 かつ危険行動等」は重症患者カウント対象から除外しないこと。なお、Ⅱ-7-2における認知症患者に対する適切な医療の評価は行うこと。

【理由】 重症度、医療・看護必要度は、医療や看護における「手のかかり具合」を図るための指標であり、「A1・B3 かつ危険行動等」は当然カウントすべきである。

■「(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。」について

意見② 「地域包括ケア病棟入院料1・3及び療養病棟入院基本料の施設基準から、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン等の内容を踏まえ看取りに関する指針を定めていること」の要件を除外すること。

【理由】 終末期医療の一部を医療保険から介護保険に移すことによる問題、ガイドラインが将来において医療や介護の制限に使われる危険性がある。

■「(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。」について

意見③ A101 療養病棟入院基本料の病院「25：1看護+25：1看護補助（常時配置）」、診療所「6：1看護+6：1看護補助（常勤配置）」の人員配置を認め、コストを踏まえて診療報酬を引き上げること。また25：1病床を廃止しないこと。

【理由】 医療法人員標準の変更にかかわらず、コスト調査報告等を踏まえて引き上げるべきである。また、医療区分1の患者の看護が症状により2および3の患者よりも大変な現状があり、区分の見直しは25：1の病床を存続しなければ、在宅での本人及び家庭の精神的負担は社会問題になりかねない。

■「(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。」について

意見④

- ア. 短期滞在手術等基本料 3 の拡大をやめること。
- イ. 短期滞在手術等基本料 1 及び 3 を平均在院日数の算定対象に加えること。少なくとも 100 床未満の小規模病院については算定対象とすること。
- ウ. 短期滞在手術等基本料 3 の包括範囲から、A218 地域加算と A218-2 離島加算を除外すること。

【理由】 短期滞在手術等基本料 1 又は 3 は平均在院日数の対象ではないため、実施している小規模病院では、平均在院日数が大幅に増加しやすい。小規模病院が地域医療に果たす機能を維持できるように平均在院日数要件からの除外をやめること。また、地域加算および離島加算は、当該医療機関の所在地における費用差を評価したものであり、包括すべきではない。

■「上記以外」について

意見⑤ 入院時食事療養は、治療の一環であり、材料費、物価、人件費の上昇分を反映するとともに「あるべき入院時食事療養」に見合せて設定し、大幅に引き上げること。また、1 食単位から一日単位に変更すること。

【理由】 入院時食事療養の設定において、実際にかかっている費用をもとに食事療養の額を定めるやり方では、本当に必要な食事の提供の費用を保障することにはならない。また、現場では患者に対するカロリー、総塩分量を一日単位で、献立設定は 1 週間ないし 10 日単位で計算しており、一食毎に管理していない。設定に伴うコストも含めた上で適正に評価すべきである。

意見⑥ 入院料等算定要件での管理栄養士の配置義務付けを撤回し、2012 年度改定前の独立した点数評価とすること。

【理由】 管理栄養士の役割を評価するためには、包括化せずに診療報酬として独立した評価を行い、点数を引き上げるべきである。また、産科、眼科、肛門科等の単科で、管理栄養士を配置して対策を講じるべき対象者がいない医療機関も少なくない。専門的技術を有する医療機関の存続は地域医療に重要であり、そもそも、病床規模や診療科目によって必要性が区別されるものではなく、患者の状態によって医師が判断するものである。

【Ⅲ-4】地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価

■「(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。」について

意見① 有床診療所の入院基本料は、病院の診療報酬に準拠して正当に引き上げること。

【理由】 診療所の入院医療に係る費用を適正に評価することが急務である。有床診療所の入院基本料はもはやグループホームの報酬よりも低く、医療提供の利点も考えれば、さらに評価を引き上げるべきである。その点数の低さゆえに低所得者を受け入れることも多いが、家族等の了解も得られず退院先を見付けることも困難。医療の安全確保のためにも、何よりも十分な人員の確保と安全管理体制の強化が必要。そのためには、診療報酬を引き上げてしっかりと評価することが必要である。

意見② 看護職員の配置の実態を踏まえ、有床診療所の入院基本料の注の加算の点数を引き上げること。

【理由】 入院基本料の注の加算において、医師配置加算、看護配置加算などの人員の配置については、人件費コストに見合うよう調査した上で引き上げるべきである。また夜間緊急体制確保加算についても、体制に伴う必要なコストを調査した上で引き上げるべきである。救急・在宅等支援病床初期加算については、急性期から在宅への受け入れ円滑化として、行政も有床診療所の存在を認めていることから、政策促進の一環として大きく引き上げるべきである。

意見③ A108 有床診療所入院基本料 1～3 の要件において、1 項目該当すれば要件を満たす対象を、「過去 1 年間に介護保険におけるいずれかのサービスを提供した実績があること又は介護医療院もしくは介護支援事業者であること」とすること。少なくとも、介護保険による訪問リハ、訪問看護を対象に加えること。

【理由】 看護補助配置加算の点数区分について、現在は看護補助者が 2 名以上と 1 名の配置により点数が「1」と「2」に区分されているが、もっと多くの補助者を配置し手厚い看護体制を敷いている有床診もあるため、点数区分を再編し、より多くの補助者を配置している場合にとれる上位区分を新設すべきである。

意見④ 診療所療養病床療養環境加算は、入院環境加算として加算評価とすること。

【理由】 本加算は医療法上の床面積 6.0 m²を満たした場合として設定されたが、「有床診療所」は一般病床と療養病床のケアミックスであり、療養病床に入院して A223 診療所療養病床療養環境加算を算定する場合がある。その場合、療養環境を満たしているので届け出ている環境加算、環境改善加算を算定できるべきである。

意見⑤ A108 有床診療所入院基本料 1～6 で定める看護職員配置の最小必要数を超える看護職員を、有床診療所看護補助配置加算の計算対象にすること。

【理由】 A108 有床診療所入院基本料において、たとえば「看護職員 1 人以上 4 人未満」は、入院基本料 3 と 6 となるが、1 人でも 3 人でも同評価となっている。最小必要数である 1 人を超える看護職員をみなし看護補助者として新設された看護補助配置加算の要件とできれば、こうした矛盾は解決する。

意見⑥ 有床診療所一般病床初期加算の施設基準の (2)、医師配置加算の (1) のイについて、「全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る）の患者数

が年間 30 件以上」とされているが、一定量の麻酔薬を使用する局所麻酔により手術を実施した場合又は局所麻酔により比較的困難な手術を実施した場合の要件として計上できるようにすること。

【理由】 局所麻酔下でも痔核根治術等のような手術を行う場合がある。

外来・在宅

【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。」について

【意見】 機能強化加算は、院内掲示の工夫としてであっても要件追加は行うべきではない。

【理由】 機能強化加算が「かかりつけ医機能を有する医療機関」と定義されており、当該加算を届け出していない医療機関は「かかりつけ医」ではないとして差別化を図っている点について、地域の開業医は「かかりつけ医機能」の役割をすでに果たしていることから、加算評価ではなく、基本診療料の引き上げを行うべきである。また「かかりつけ医」とは本来患者が決めるものであり、診療報酬上で定義づけることは認められない。

その上で体制評価点数に関する以下の意見を述べる。

機能強化加算は、「かかりつけ医機能」を有するとして体制を評価した点数設定である。現在医療機関の体制の説明を要件とする診療報酬は存在しないこと、ほとんどの医療機関が明細書を発行しており、患者から疑問があれば答えていること、「かかりつけ医機能」の説明は日頃、保険者や行政などが周知に努めるべきであること、などから、院内掲示の工夫としてであっても要件追加を行うとは行うべきではない。

【Ⅱ-7-5】小児医療、周産期医療、救急医療の充実

■「(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。」について

【意見】 妊婦加算凍結の教訓を踏まえより一層の評価充実を求める。また妊産婦が安心して医療が受けられる環境整備として、国による妊産婦医療費助成制度の創設が必要であり、中医協としても妊婦加算凍結の教訓を踏まえて意見をまとめるべきである。

【理由】 12月20日の中医協では、診療側・支払側ともに、現行の妊婦加算の枠組みではなく、診療報酬以外の対応も含めて妊産婦への医療提供の充実を図るものとして提案に賛同する意見が出された。本会は「妊婦がより一層安心して医療を受けられる体制の構築」の一環として提案内容には賛成できる。だが、さらに充実した体制構築を可能にする診療報酬の評価は医科歯科問わず必要である。

一方で妊婦加算が凍結された問題の背景である、窓口の負担軽減策がないことは

問題である。「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」の議論の取りまとめでは、「妊産婦が健診以外で医療機関を受診する際の負担が、これから子どもをほしいと思う人にとって、ディスインセンティブとならないようにすることが必要であり、他の受診者との均衡や政策効果といった点を勘案し、引き続き検討すべきである。」と指摘しているが、そのためには、妊産婦が安心して医療が受けられる環境整備として、国による妊産婦医療費助成制度の創設が必要であり、中医協としても妊婦加算凍結の教訓を踏まえて意見をまとめるべきである。

【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

■「(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。」について

意見 要介護被保険者等に係る外来維持期リハビリテーション廃止に伴う問題への抜本的な対応を求める。

【理由】 2019年3月末で要介護被保険者等の外来維持期リハビリテーションが廃止された。しかしながらリハビリの現場では、介護保険による維持期リハとしての受け皿として想定されている通所リハ施設においても「PT、OT、STの確保が困難」、「現状の介護報酬での評価では採算が取れない」との観点から、大多数が事業所の立ち上げを躊躇している実態が報告されており、受け皿の拡大がなされていない現状がある。

更に、介護保険での維持期リハの利用状況の面でも、特に高齢者においては継続的なリハがADL維持に極めて重要な意味を持つ中で、「介護保険の維持期リハでは、要介護者等に対する給付額が決まっており、リハが必要と医師が判断してもケアプランに位置付けられなければ実施できない」、「ケアマネの介入により優先順位が後回しになるケースが多く、対応に苦慮」との形で関係職種との意思疎通に手間取り、迅速なリハ実施が困難となっている実態も報告されている。

本会は実態把握のため、9月初旬から11月初旬までの約2カ月間、全国の保険医協会、保険医会を通じて会員医療機関に対するアンケート調査を実施した。その結果、上記で指摘した受け皿が少ない問題や、通所リハビリの実施内容がADLの維持に見合っていない事例、介護保険の制度そのものの問題によりリハビリを受けられない実態があることが分かってきた。

9月18日の中医協では、診療側委員から「介護だけの事業者のリハビリになった場合、質がどれくらい担保されているのか、しっかりとリハビリができているのかどうか追跡調査などで調べる必要があるのではないか」との指摘がなされており、医療課長も非常に重要な指摘だと述べ検討を約束している。この項目で、「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」とされたことも踏まえ、ぜひ実態把握を行い、併せて本会の調査で明らかになった点も踏まえた抜本的な対応を求める。

【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

■ 「(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。」について

意見 医療機関と調剤薬局が互いに緊密に連携をして残薬調整を実施した場合の評価を新設すべきである。

【理由】 今回薬局側の情報提供の評価の見直しが提案されているが、医療機関での残薬調整に対しては評価が設定されていない。残薬を確認して調整する行為は調剤薬局のみならず医療機関においても、調整の是非の判断も含め、多くの時間と手間を要する。こうしたプロセスに対する評価が医療機関に存在しないのは不合理である。従って、少なくとも医療機関と調剤薬局が互いに緊密に連携をして残薬調整を実施した場合の評価を新設すべきである。

【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。」について

意見 オンライン診療の拙速な対象拡大等は行うべきではない。

【理由】 オンライン診療の点数が新設されてから2年も経ていない。改定実施直前の提案では十分な検討には無理がある。また「診療の実態に合わない」理由での要件緩和は患者にとって良いことか疑問。オンライン診療は電話再診等以上のことは実施されていない。そのような中で機器を用いたオンライン診療を実施する必要性が十分明らかにされたと言えるのか疑問。拙速な対象拡大等は行うべきではない。

【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。」について

意見 患者の病態に応じて医療機関が柔軟に対応できるように、「月1回」までとする算定制限も撤廃すべきである。

【理由】 今回、複数の医療機関が連携して行う訪問診療について、情報共有を要件に「訪問診療を開始した日の属する月から起算して6か月を超えて訪問診療を実施できるようにする要件見直しに賛成する。

なお複数医療機関からの訪問診療が必要となる場合は、当該患者の疾患やその時々状態によって、集中的な診療が必要となるケースが当然あり得る。患者の病態に応じて医療機関が柔軟に対応できるように、「月1回」までとする算定制限も撤廃すべきである。

【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。」について

意見 後発医薬品の銘柄を指定し変更不可として処方する場合に理由記載を求めるのはやめるべきである。

【理由】 医療機関における後発医薬品の使用促進を行うことについて、後発医薬品使用体制加算の要件及び評価を見直すこととともに、一般名処方加算の評価の見直しが提案されている。使用推進自体は否定しないが、後発医薬品の銘柄を指定し変更不可として処方する場合に理由記載を求めるのはいかなるものか。医師が臨床経験に基づいて判断した処方尊重されるべきであり、さらなる事務負担を増やすのは本末転倒である。理由記載を求めることはやめるべきである。

歯科

【Ⅱ - 4】重症化予防の推進

■「(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。」について

意見 ①については、医学管理の重要性を評価し、全体として点数の引き上げを求める。また、歯科疾患管理料においては、様々な歯科疾患が一括で評価されていることもあり、前回改定で新設された口腔機能発達不全症や口腔機能低下症にかかる管理などについて、加算ではなく、独立した管理料として評価することを求める。

意見 ②については、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新たな評価を導入することは必要と考える。ただし、導入にあたっては、診療現場が混乱しないよう取り扱い等の周知徹底を求める。

【Ⅱ - 7 - 5】小児医療、周産期医療、救急医療の充実

■「(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。」について

意見 妊産婦への診療体制の改善にあつては、口腔内を良好な状態に保つなど、歯科の関与も重要であることから、歯科も含めた取り扱いに見直すように求める。

【Ⅱ - 7 - 6】感染症対策、薬剤耐性対策の推進

■「(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。」について

意見 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進は重要である。すべての歯科医療機関で院内感染防止対策を費用面で無理することなく実施できるよう、対策に係る費用を考慮し、基本診療料である初・再診料を適正に評価し、大幅に引き上げることを求める。その意味では、現行のように施設基準を設定する必然性はなく、早期の廃止を求める。

【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。

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。」について

意見 施設基準で歯科衛生士の配置が要件化されている項目は複数あるが、地域間格差によって「雇用したくとも雇用できない」等の実態がある。地域の実情に即した施設基準とするよう届出要件を抜本的に見直すよう求める。歯科衛生士の人員要件の代替基準（例えば、情Ⅰまたは情共など医科との連携を示す算定実績に代えるなど）を緊急に講じるべき。また、歯科治療時総合医療管理料はモニタリング行為への評価であり、歯科衛生士の参画は不可欠ではない、総合医療管理加算では医科との定期的な連携のもとで歯科医師が総合的な医学管理下で診療を行うことが本旨であり、歯科衛生士の配置要件を見直すことを求める。

■ 「(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。」について

意見 口腔機能低下症及び小児口腔機能発達不全症を有する患者に広く保険診療で受診ができるように、算定要件の見直しを求める。

■ 「(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、痂皮の除去等を評価する。
 - ② 6歯以上の先天性部分（性）無歯症等であり、ブリッジや部分床義歯等の一般的な補綴治療では治療困難な患者がいることを踏まえ、広範囲顎骨支持型補綴の要件を見直す。
- (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 抜歯等の手術における歯科麻酔薬の算定に係る評価を見直す」について

意見 診療実態にあわせて、要件が見直されることを求める。

■ 「(6) 歯科固有の技術について、以下のような見直しを行う。

- 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。」について

意見 調査結果を踏まえた点数の見直しが実施されるが、保険点数の決定には、歯科技工物の製作にかかるコストを積算して行うべき。歯科技工物の製作にかかるコストを、労働時間等も含めて調査・把握し、原価計算に基づく保険点数の決定プロセスに改めるよう求める。

薬価

【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。」について

意見① 費用対効果評価は、あくまで新薬の高薬価を是正する一手段として用い、保険償還の可否の判断には用いるべきでないとする。

意見② 新薬収載においてドラッグラグが拡大しないよう、慎重な活用方法を維持するよう求める。

意見③ 企業分析の科学的妥当性について検証する公的分析に際しては、分析の担当・プロセスに際して利益相反が生じないよう徹底することを求める。

意見④ 「費用対効果評価専門組織」で議論された内容や資料については、個人のプライバシーに関する事項や特許関連の事項を除き、全て開示の対象とし、ホームページ等で公表することが必要である。

【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。」について

- 骨子では、効能変化再算定や市場拡大再算定などで部分的に改善が見られるものの、大元にある新薬の高薬価構造は是正されない内容である。

意見① 開示度に応じた補正加算率の仕組みは廃止し、総原価の内訳情報などは無条件に公開の中医協に開示されるべきである。

【理由】 原価計算方式では、製品総原価に関する情報開示度に応じて補正加算の加算率に差を設ける仕組みが継続されるとともに、バイオ医薬品について、情報開示などを理由に研究開発費の積み増し算定を認めるとしている。開示度に応じて補正加算率を変える仕組みは、2018年度改定で導入されたが、事実上、情報開示しなくても18年度以前の水準の薬価が保証されることから、大半の品目で情報開示度は最低水準に留まる。かえって、非公開の薬価算定組織における情報開示の高さを理由に、18年度以前に比べ格段に高い薬価が算定され、薬価の高騰に拍車をかけている。開示度に応じた補正加算率の仕組みは廃止し、総原価の内訳情報などは無条件に公開の中医協に開示されるべきである。

意見② 新薬創出等加算の対象外となる新薬については、比較薬の当該加算分は引き剥がして薬価算定されるべきである。

【理由】 類似薬効比較方式（I）では、算定される新薬が新薬創出等加算の対象外でも、比較薬に含まれた新薬創出等加算の累積加算額は控除せず薬価算定されている。今回、収載から4年経過後の初めての薬価改定（収載後3回目の薬価改定）までに、効能追加等で新薬創出等加算の対象にならない場合、新薬の薬価より比較薬の累積加算額を引き剥がすとした。新薬創出等加算は本来廃止すべきだが、少なくとも比較薬の革新性などを評価して新薬創出等加算を付与している以上、新薬創出等加算の対象外となる新薬については、比較薬の当該加算分は引き剥がして薬価算定されるべきである。