

中央社会保険医療協議会 総会（第 508 回） 議事次第

令和3年12月24日(金) 10:30～

於 オンライン開催

議 題

- 個別事項（その12）について
- 令和4年度診療報酬改定の改定率等について
- 令和4年度診療報酬改定への意見について（各号意見）
- その他

# 個別事項(その12)

1. 診療報酬上の届出の簡素化等について
2. 内視鏡治療について
3. これまでのご指摘に対する回答について
4. そのほか

# 施設基準に係る届出の一部簡素化について

➤ 保険医療機関における事務負担軽減等の観点から、施設基準の届出手続きの一部簡素化を行う。

## 施設基準を満たしていれば届出を不要とするもの

- |               |                |   |
|---------------|----------------|---|
| ○夜間・早朝等加算     | ○強度行動障害入院医療加算  | ○経皮的冠動脈形成術  |
| ○明細書発行体制等加算   | ○がん診療連携拠点病院加算  | ○経皮的冠動脈ステント留置術  |
| ○臨床研修病院入院診療加算 | ○小児科外来診療料      | ○医科点数表第2章第10部手術の<br>通則5及び6(歯科点数表第2章<br>第9部の通則4を含む。)に掲げる<br>手術 |
| ○救急医療管理加算     | ○夜間休日救急搬送医学管理料 |   |
| ○妊産婦緊急搬送入院加算  | ○がん治療連携管理料     |   |
| ○重症皮膚潰瘍管理加算   | ○認知症専門診断管理料    |   |

## 別の項目を届け出れば、別途届出は不要とするもの

- |   |   |                              |   |
|---|---|------------------------------|---|
| ○外来リハビリテーション診療料<br>(心大血管疾患リハビリテーション料 等) | ○植込型除細動器移行期加算<br>(両室ペースング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペースング機能付き植込型除細動器交換術 等) | ○経皮的冠動脈遮断術<br>(救命救急入院料 等)    | ( )内は届出が必要な別の項目の例<br>※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数   |
| ○一酸化窒素吸入療法<br>(新生児特定集中治療室管理料 等)         | ○植込型心電図検査<br>(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等)                           | ○ダメージコントロール手術<br>(救命救急入院料 等) | ○認知症地域包括診療加算(※)<br>(地域包括診療加算)                 |
| ○造血器腫瘍遺伝子検査<br>(検体検査管理加算)               | ○植込型心電図記録計移植術及び<br>植込型心電図記録計摘出術<br>(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等)     |                              | ○認知症地域包括診療料(※)<br>(地域包括診療料)                   |
| ○大腸CT撮影加算<br>(CT撮影 64列以上の場合 等)          |   |                              | ○廃用症候群<br>リハビリテーション料(※)<br>(脳血管疾患等リハビリテーション料) |

## 施設基準に係る届出を統一するもの(いずれかを届け出ればすべて算定可能)

※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

- 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎部分切除術
- 腹腔鏡下小切開腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

- 持続血糖測定器加算
- 皮下連続式グルコース測定

- センチネルリンパ節生検(併用)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算1

- センチネルリンパ節生検(単独)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算2

- 時間内歩行試験
- シャトルウォーキングテスト(※)

- 検査・画像情報提供加算(※)
- 電子的診療情報評価料(※)

- 人工臓器検査
- 人工臓器療法(※)

## 医療機関における業務の効率化・合理化

➤ 医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

### 会議や研修の効率化・合理化

会議 ➡ ・安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。



院内研修 ➡ ・抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化。  
・急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件を見直す。

院外研修 ➡ ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。

### 記録の効率化・合理化

診療録 ➡ ・栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。  
・在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

レセプト  
摘要欄 ➡ ・画像診断の撮影部位や算定日等について選択式記載とする。

### 事務の効率化・合理化

● 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。

● 文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。



# 地方厚生（支）局への届出の簡素化

- 施設基準の届出項目や手続き等が保険医療機関の負担となっているものについて、届出の省略や手続きの簡素化を図ってきている。
- 各保険医療機関等からの施設基準の届出については、研修修了証の添付を求めているものがある。

## 施設基準等の届出書類（イメージ）

様式〇

××××加算に係る届出書

①	医療機関名	△△病院
②	研修を修了した医師の氏名	〇〇 太郎

※～～  
※～～  
※～～

※研修受講した修了証を添付すること。

例：一部の施設基準については、届出時に研修修了証の添付を求める場合がある

研修修了証

〇〇 太郎

あなたは、●●研修に参加し、下記の課程を修了したことを証します。

令和〇年〇月〇日

〇〇〇〇〇〇学会  
会長 〇〇〇

- 施設基準通知において、研修修了証の添付を求めている例

### A208-2 超急性期脳卒中加算に関する施設基準

当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。

### 様式15 超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出書添付書類

【記載上の注意】

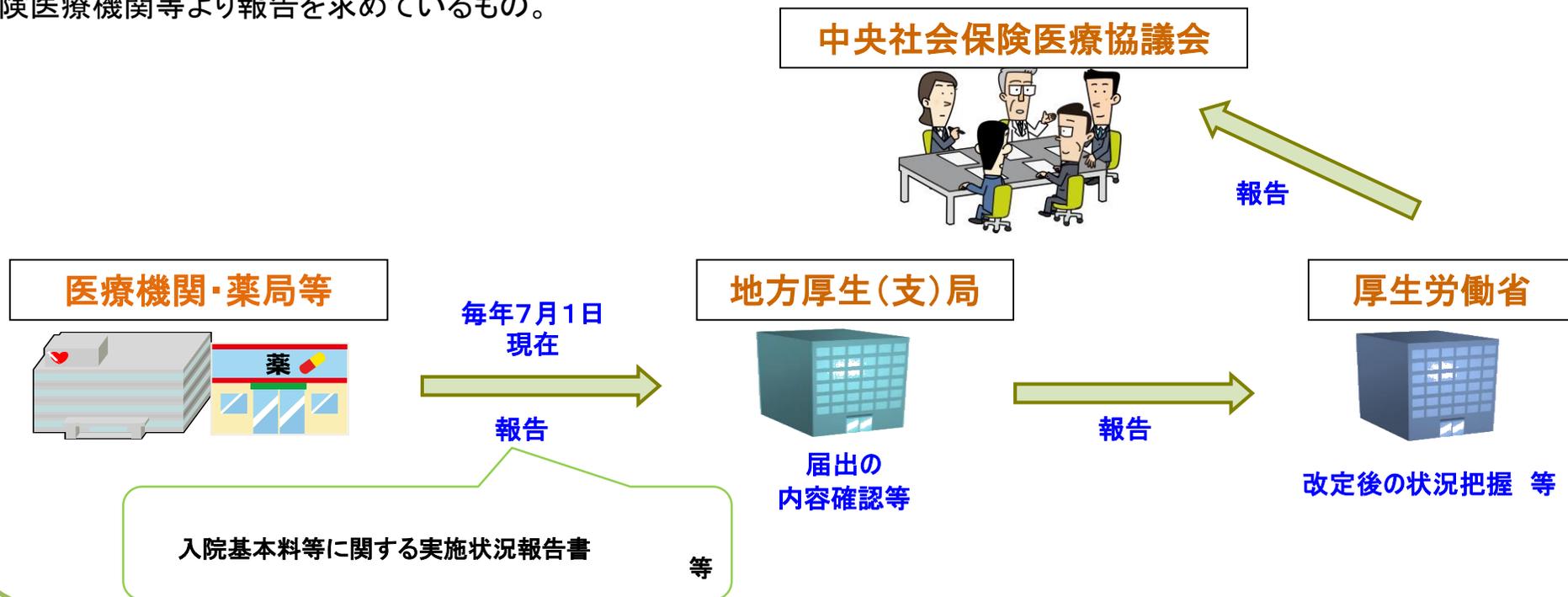
日本脳卒中学会等が行う、脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会等の**受講が確認できる文書を添付すること。**

# 施設基準の届出状況等の報告(定例報告)について

- 各保険医療機関は、診療報酬の算定要件とされる施設基準について、療担規則の規定及び診療報酬改定の際に発出される各通知に基づき、地方厚生(支)局長に対して届出を行うこととされており、その適合性や実施状況等を確認するために毎年7月1日時点の状況を報告することとされている。
- この報告については、保険局医療課において取りまとめた内容について中央社会保険医療協議会へ報告を行っている。

## 施設基準等に関する定例報告(イメージ)

保険医療機関等における施設基準等の届出の実態を把握するため、毎年7月1日時点の状況等を地方厚生(支)局へ保険医療機関等より報告を求めているもの。



# 地方厚生（支）局への届出の簡素化

- 訪問看護ステーションの届出基準通知において届出内容と異なる事情が生じた場合に変更の届出が必要、とされておられ、連絡先等の変更のみが生じた場合であっても届出が必要となっている。

## 届出に関する通知（現行）

- 訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて

### 第3 届出受理後の措置

- 届出受理後において、届出内容と異なった事情が生じた場合には、指定訪問看護事業者に対して、遅滞なく変更の届出を行わせること。
- 届出の受理を行った訪問看護ステーションについては、適宜調査を行い、届出と内容が異なる状況にある場合には届出の変更を行うなど運用の適正を期すこと。
- 訪問看護ステーションの基準に適合しないことが判明し、所要の指導の上、なお改善が見られない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該訪問看護ステーションに係る指定訪問看護事業者に弁明を行う機会を与えること。
- 前記3により届出が無効となった場合は、審査支払機関に対し、速やかにその旨を通知すること。
- 前記3による届出の無効後の取扱いについては、当該届出による算定は不当利得になるため、返還措置を講ずることとし、不正又は不当な届出をした訪問看護ステーションに対しては、その届出に係る新たな届出は、受理取消し後6月間は受け付けないものであること。
- 届出事項については、地方厚生（支）局において閲覧に供するとともに、保険者等に提供できるよう努めること。
- 届出を行った訪問看護ステーションは、当該届出による算定を行う訪問看護ステーションである旨の掲示を行うものであること。
- 届出を行った訪問看護ステーションは、毎年7月1日現在で届出書の記載事項等について、地方厚生（支）局長へ報告を行うものであること。

- 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

### 第3 届出受理後の措置等

- 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。（病床数の著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟の種別ごとの病床数に対して1割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。）ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

（参考様式）

別添様式3

24時間対応体制加算（基準告示第3に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域）に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先① 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）  
 連絡先② 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

受付年月日		年 月 日	決定年月日		年 月 日
届出事項 24時間対応体制加算 （基準告示第3に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域）		上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者の所在地及び名称			
①	代表者の氏名	印			
②	代表者の氏名	印			
③	地方厚生（支）局長 職				
ステーション*					
指定訪問看護ステーションの所在地及び名称	（ ）基準告示第3 （ ）医療資源の少ない地域 （ ）基準告示第3 （ ）医療資源の少ない地域				
管理者の氏名					
※ 基準告示第3に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域のうち、該当するものに○を付すこと。（両方に該当する場合は両方に○を付すこと。）					
1. 24時間対応体制加算に係る届出内容					
○ 医療相談を担当する職員（ ）人 ①・②訪問看護ステーションの合計					
訪問看護ステーション	①		②		
連絡先を担当する職員	人		人		
保健師	人	常勤	非常勤	人	常勤
				人	非常勤
助産師	人	常勤	非常勤	人	常勤
				人	非常勤
看護師	人	常勤	非常勤	人	常勤
				人	非常勤
○ 連絡方法					
○ 連絡先電話番号					
1	( )	1	( )		
2	( )	2	( )		
3	( )	3	( )		
※ 連絡先担当は保健師、助産師又は看護師の別に記載すること。					
※ 連絡先電話番号については、直接連絡のとれる連絡先を複数記載すること。					

## 現状・課題

- 例えば、健康保険法に定める訪問看護事業所については、「その他の職員」が変更となった場合には都度変更の届出を行うことが定められており、届出に係る事業所の負担が大きい。（※介護保険上は同様の規定はなし。）

### ○健康保険法（抄）

（変更の届出等）

第九十三条 指定訪問看護事業者は、当該指定に係る訪問看護事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は当該指定訪問看護の事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

### ○健康保険法施行規則（抄）

（指定訪問看護事業者に係る指定の申請）

第七十四条 法第八十八条第一項の指定を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書及び書類を当該申請に係る訪問看護事業を行う事業所の所在地を管轄する地方厚生局長等に提出しなければならない。

- 一 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名及び住所
- 二 訪問看護ステーションとなる事業所の名称及び所在地
- 三 当該指定に係る訪問看護事業の開始の予定年月日
- 四 申請者の定款、寄附行為又は条例等
- 五 申請者が、現に他の訪問看護ステーション、病院、診療所又は介護老人保健施設の開設者であるときは、その概要
- 六 申請者が、同時に他の訪問看護ステーション、病院、診療所又は介護老人保健施設を開設しようとするときは、その概要
- 七 訪問看護ステーションとなる事業所の平面図並びに設備及び備品等の概要
- 八 指定訪問看護を受ける者の予定数
- 九 訪問看護ステーションとなる事業所の管理者**その他の職員の氏名及び経歴**(看護師等については、免許証の写しを添付すること。)並びに管理者の住所
- 十 運営規程
- 十一 職員の勤務の体制及び勤務形態
- 十二 事業計画
- 十三 保健、医療又は福祉サービスの提供主体との連携の内容
- 十四 指定訪問看護の事業に係る資産の状況
- 十五 その他厚生労働大臣が必要と認める事項

（変更の届出）

第七十七条 法第九十三条の厚生労働省令で定める事項は、第七十四条第一項第一号、第四号、第五号、**第九号**及び第十号に掲げる事項とする。

### （参考様式）

訪問看護事業変更届	
指定訪問看護事業者	名称 所在地
訪問看護ステーション	名称 所在地
変更の事由	
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションの名称・所在地の変更	(変更前)
<input type="checkbox"/> 開設者（法人等）の名称・所在地の変更	
<input type="checkbox"/> 法人等の代表者の氏名・住所の変更	
<input type="checkbox"/> 法人等の定款・寄附行為・条例の変更	
<input type="checkbox"/> 法人等が他に開設している介護老人保健施設等の名称・所在地・施設内容の変更、廃止	(変更後)
<input type="checkbox"/> 管理者の変更（交替）、氏名・住所の変更	
<input type="checkbox"/> その他の職員の採用（転入）・退職（転出）・死亡	
<input type="checkbox"/> その他の職員の氏名の変更	
<input type="checkbox"/> 運営規程の変更	
変更の年月日	年月日

上記のとおり変更の届け出をします。

年月日

ステーションコード：  
指定訪問看護事業者の  
名称・所在地  
〒

代表者の氏名  
電話番号 ( )

印

殿

（注）次の変更事由の場合は、それぞれに掲げる書類を添付すること。

- 1 開設者（法人等）の名称・所在地の変更、代表者の氏名・住所の変更または定款・寄附行為・条例の変更の場合は、変更後の定款・寄附行為・条例の写
  - 2 開設者（法人等）が他に開設している介護老人保健施設等の名称・所在地・施設内容の変更の場合は、変更後の介護老人保健施設等の概要表
  - 3 管理者、その他の職員を採用した場合は、その者の看護師等の免許証の写し
  - 4 運営規程の変更の場合は、変更後の運営規程
- この変更届は、変更の事由が生じたときから10日以内に提出すること。

- ◆令和元年8月7日 社会保障審議会 介護保険部会 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会（第1回）＜議事録より抜粋＞

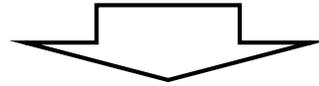
「訪問看護ステーションにおいても、こちらの届出は厚生局になりますけれども、管理者以外の1人が変更しても届け出るような、そういったものがまだ残っておりますので、いろいろ広い視野で洗っていただいで検討いただければありがたいと思います。」

## 令和2年度診療報酬改定での対応案

- 当該事例も含め、事業所の負担軽減及び業務効率化の観点から、変更届出の内容等について検討を進めてはどうか。

## 届出業務の効率化に係る現状及び課題と論点

- ・ 施設基準の届出項目や手続き等が保険医療機関の負担となっているものについて、届出の省略や手続きの簡素化を図ってきている。
- ・ 保険医療機関等からの施設基準の届出について、研修修了証等の研修会等の受講が確認できる文書を添付することとされている。
- ・ 訪問看護ステーションの届出基準の届出について、担当者等の軽微は変更のみであっても、遅滞なく届出を行うこととされている。



- 医療機関等の医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、施設基準の届出を効率化していくことについて、どのように考えるか。
- 訪問看護ステーション等の医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、届出内容と異なる事情が生じた場合において、連絡先等の変更であって、届出区分に変更等が生じない場合の届出の取扱いについて、どのように考えるか。

1. 診療報酬上の届出の簡素化等について
2. 内視鏡治療について
3. これまでのご指摘に対する回答について
4. そのほか

# 消化管ポリポーシスについて

- 消化管ポリポーシスは、家族性腺腫性ポリポーシス（FAP）、若年性ポリポーシス、ポイツ・ジェガース症候群、カウデン症候群等を含む疾患群である。
- 消化管ポリポーシスは、遺伝性で、若年から消化管全体にポリープが多発することが多く、ポリープががん化する場合もある。
- FAPについては、放置すると大腸がんが必発するため、予防的大腸切除が推奨されている。

	FAP	若年性ポリポーシス	ポイツ・ジェガース症候群	カウデン症候群
疾患概念	APC遺伝子の胚細胞変異を原因とし、大腸の多発性腺腫を主徴とする常染色体優性遺伝性の症候群	全消化管に良性の過誤腫性ポリープである若年性ポリープが多発する常染色体優性遺伝性疾患	食道を除く全消化管の過誤腫性ポリポーシスと口唇、口腔、指尖部を中心とする皮膚、粘膜の色素斑を特徴とする常染色体優性遺伝性疾患	皮膚・粘膜、消化管、乳腺、甲状腺、中枢神経、泌尿生殖器などに良性の過誤腫性病変が多発する常染色体優性遺伝性疾患
疫学	わが国の全人口における頻度は、17400人に1人	国内の患者数は約80～1200人	国内の患者数は約600～2400人	国内の患者数は約500～600人
治療	大腸癌が発生する前に大腸切除を行う予防的大腸切除が推奨される。	根治のための治療法はない。	根治のための治療法はない。	根治のための治療法はない。
予後等	放置すれば40歳でほぼ50%、60歳ごろにはほぼ100%大腸癌を発生。	消化管と膵臓の悪性腫瘍発症の高危険群。	消化管を含めた悪性腫瘍発症の高危険群であり、消化管、膵臓、乳房、精巣、卵巣、肺の悪性腫瘍を50歳までに30%、70歳までに80%の頻度で合併。	乳癌、甲状腺癌、子宮癌、腎細胞癌、大腸癌などを合併することもあり、一般的に予後不良。

出典：小児慢性特定疾病情報センターホームページを基に保険局医療課にて作成

# FAPに対する内視鏡治療

- FAPに対する標準治療は大腸切除であるが、患者によっては外科手術を希望しない場合があり、その場合、内視鏡にてポリープを徹底的に摘除する。
- 最新の研究結果によれば、内視鏡により多発する大腸ポリープを徹底的に摘除したところ、5年後の高度異型腺腫及び粘膜内癌の累積発生頻度は、大腸切除よりも低い結果であった。

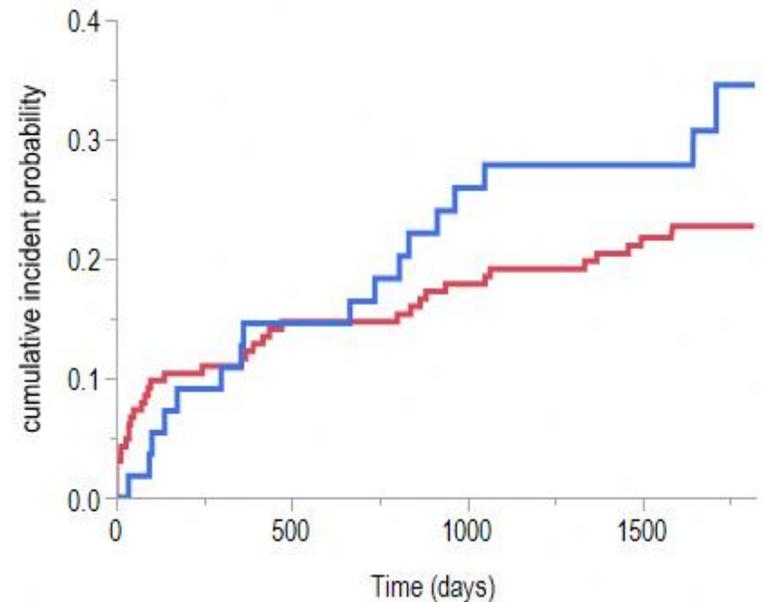
FAPに対する内視鏡治療にかかる臨床試験の対象患者

以下の①～③全てを満たすこと。

- ①16歳以上（20歳未満は保護者の同意を必要とする）
- ②大腸に腺腫が100個以上ある症例（※）
- ③以下のいずれかを満たすこと。
  - ・手術を勧めたが手術を望まなかった
  - 又は
  - ・大腸の一部を手術したが大腸は10cm以上残存している症例

※ 試験参加時において、手術や内視鏡により腺腫が摘除されたことにより、大腸の腺腫が100個以下であっても、摘除された腺腫を合わせて100個以上であると考えられれば対象とする。

高度異型腺腫及び粘膜内癌の累積発生頻度



No. at risk

	0	500	1000	1500
Non-colectomy group	164	138	131	111
Colectomy group	56	47	40	34

— 大腸未切除群  
— 大腸切除群

# 大腸全摘及び内視鏡的大腸ポリープ切除の評価について

- FAPの標準治療である大腸全摘は、開腹又は腹腔鏡にて実施される。
- 内視鏡によるポリープ切除は、ポリープの数ではなく、ポリープの大きさ（直径）によって評価が異なる。

## **K719 結腸切除術 3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術 35,680点**

注 人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、2,000点を所定点数に加算する。

## **K719-2 腹腔鏡下結腸切除術 2 全切除、亜全切除 59,510点**

注 人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。

## **K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術**

- 1 直径2センチメートル未満 5,000点**
- 2 直径2センチメートル以上 7,000点**

### <算定留意事項>

- (1) 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。
- (2) 「1」は、ポリープの長径又は粘膜切除範囲が2cm 未満の場合に算定する。
- (3) 「2」は、ポリープの長径又は粘膜切除範囲が2cm 以上の場合に算定する。
- (4) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

## FAPの治療に係る課題及び論点

- ・ FAP等の消化管ポリポシスは、遺伝性で、若年から消化管全体にポリープが多発することが多く、ポリープががん化する場合もある。
- ・ FAPについては、放置すると大腸がんが必発するため、予防的大腸切除が推奨されているが、患者によっては外科手術を希望しない場合もあり、その場合は内視鏡にてポリープを徹底的に摘除する。
- ・ 最新の研究結果によれば、内視鏡により多発する大腸ポリープを徹底的に摘除したところ、5年後の高度異型腺腫及び粘膜内癌の累積発生頻度は、大腸切除よりも低い結果であった。



### 【論点】

- FAPの治療について、標準治療である外科手術に加え、最新の研究結果に基づく内視鏡手術の評価の在り方について、どのように考えるか。

1. 診療報酬上の届出の簡素化等について
2. 内視鏡治療について
3. これまでのご指摘に対する回答について
4. そのほか

## (1) 在宅医療に係る指摘事項

(10月13日 中央社会保険医療協議会 総会)

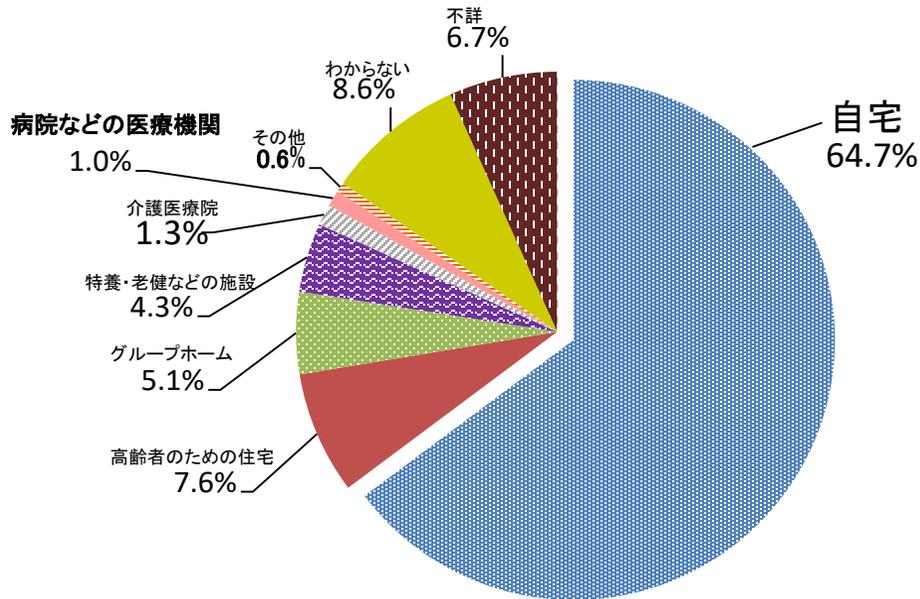
### 【在宅医療の現状等について】

- ある調査で最期は自宅で迎えたいということが6割ぐらい以上あると出ていた一方で、最期の最期まで自宅にいたいという結果は1割未満だという結果があった。最期の最期まで自宅でということが1割だったというデータが今回もあるか。

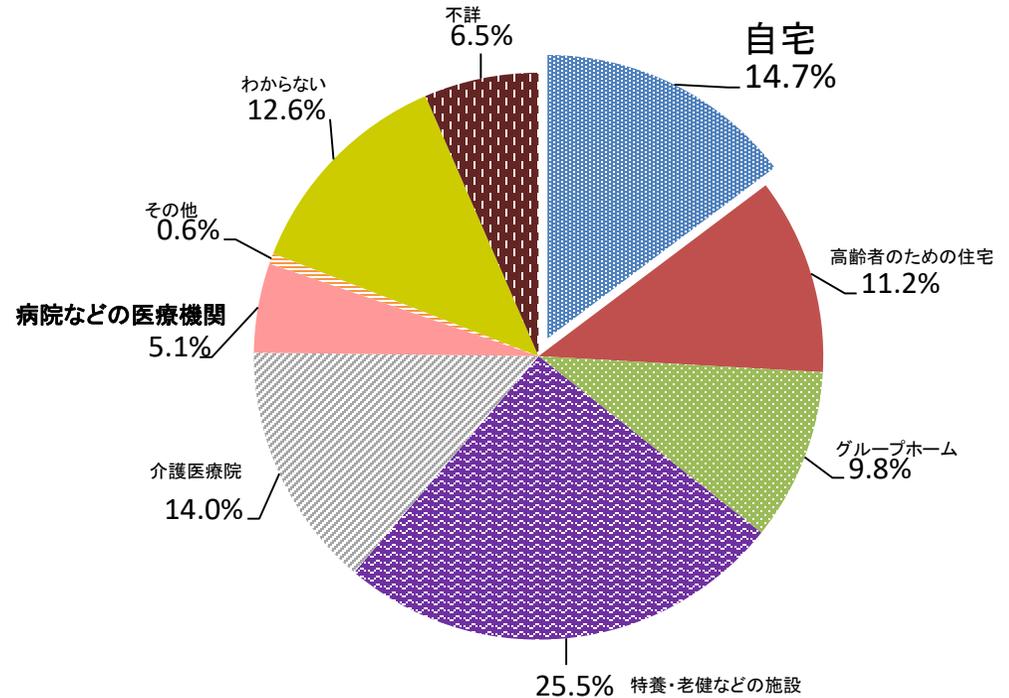
### 【在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について】

- 在宅療養支援病院の実績(在宅患者受入等)について、機能強化型とそれ以外の内訳が分かるか。

## 配偶者がいなくなり一人となった場合



## 介護を必要とする場合



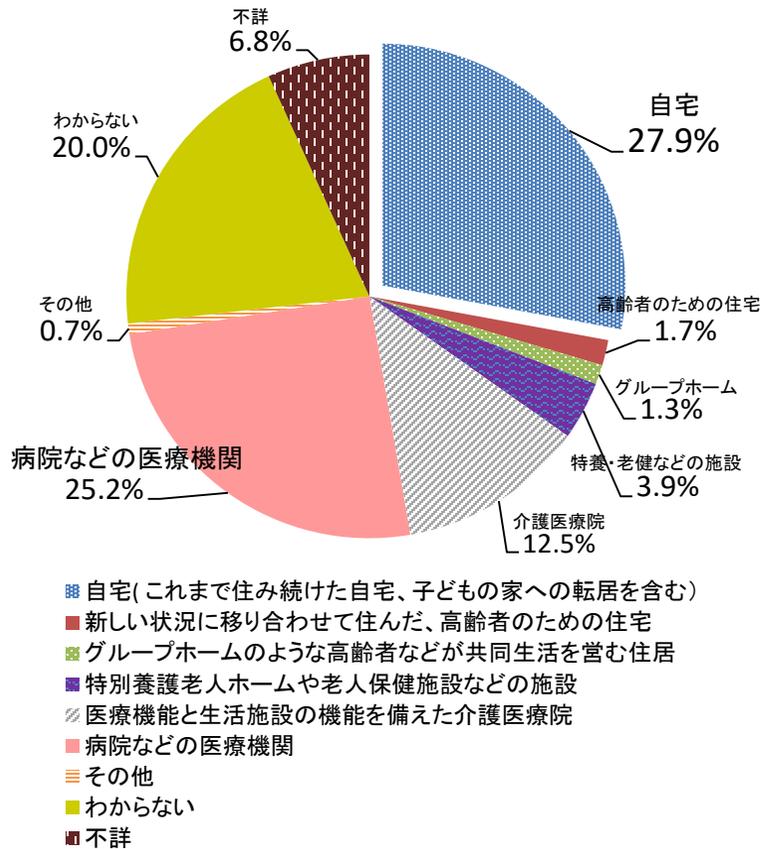
- 自宅(これまで住み続けた自宅、子どもの家への転居を含む)
- 新しい状況に移り合わせて住んだ、高齢者のための住宅
- グループホームのような高齢者などが共同生活を営む住居
- 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設
- 医療機能と生活施設の機能を備えた介護医療院
- 病院などの医療機関
- その他
- わからない

- 自宅(これまで住み続けた自宅、子どもの家への転居を含む)
- 新しい状況に移り合わせて住んだ、高齢者のための住宅
- グループホームのような高齢者などが共同生活を営む住居
- 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設
- 医療機能と生活施設の機能を備えた介護医療院
- 病院などの医療機関
- その他
- わからない
- 不詳

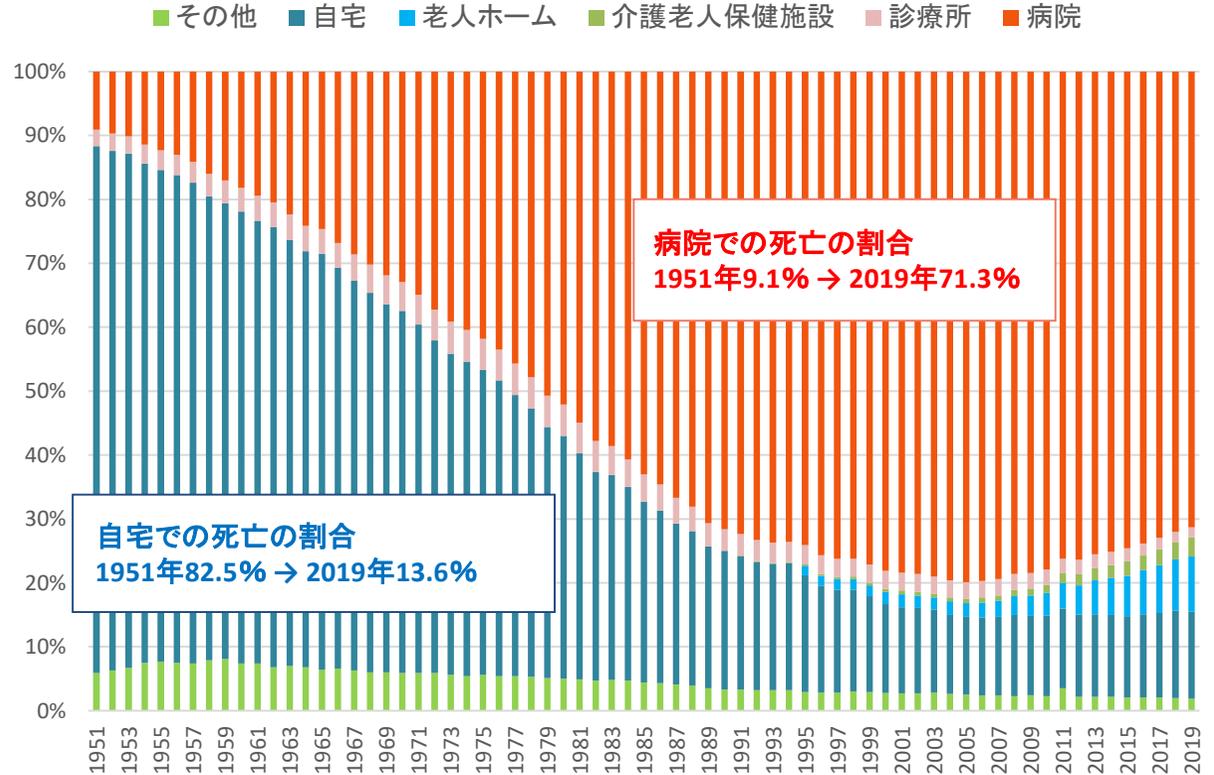
# 死亡場所の推移

- 国民の約3割は、「最期をむかえるときに生活したい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

## 人生の最期をむかえるとき生活したい場所



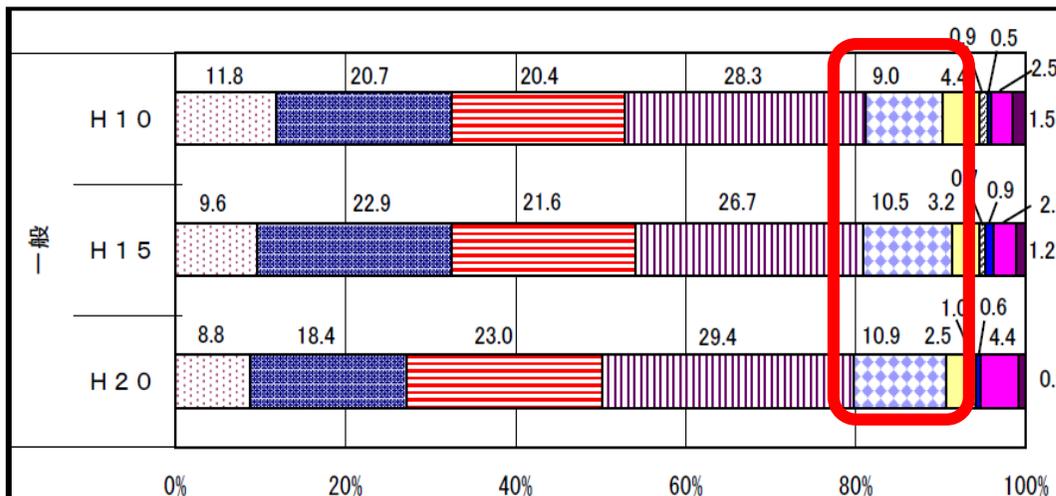
## 死亡の場所の推移



# 最期を迎えたい場所について

○ 平成20年の終末期医療のあり方に関する懇談会における調査では、一般国民において「自宅で最後まで療養したい」と回答した者の割合は約11%であった。

## <終末期における療養の場所>



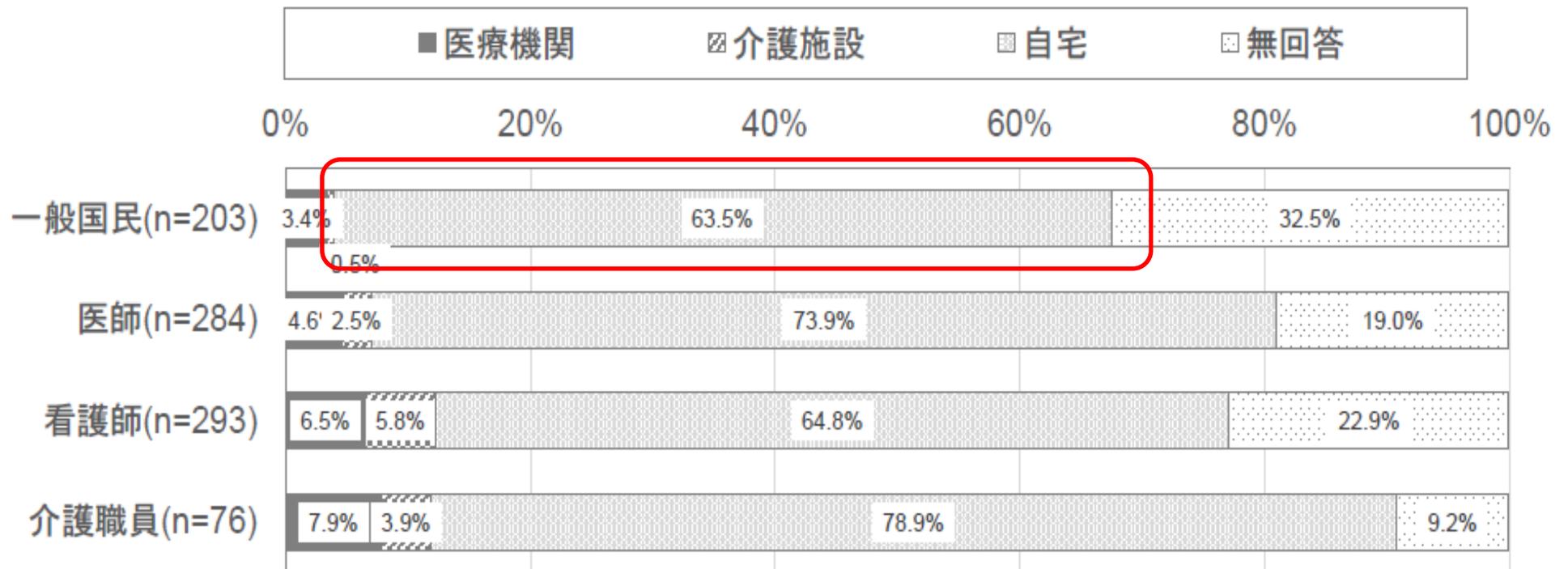
- なるべく早く今まで通った（又は現在入院中の）医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟（終末期における症状を和らげることを目的とした病棟）に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- わからない
- 無回答

出典：  
終末期医療のあり方に関する懇談会  
「終末期医療に関する調査」結果について

# 最期を迎えたい場所について

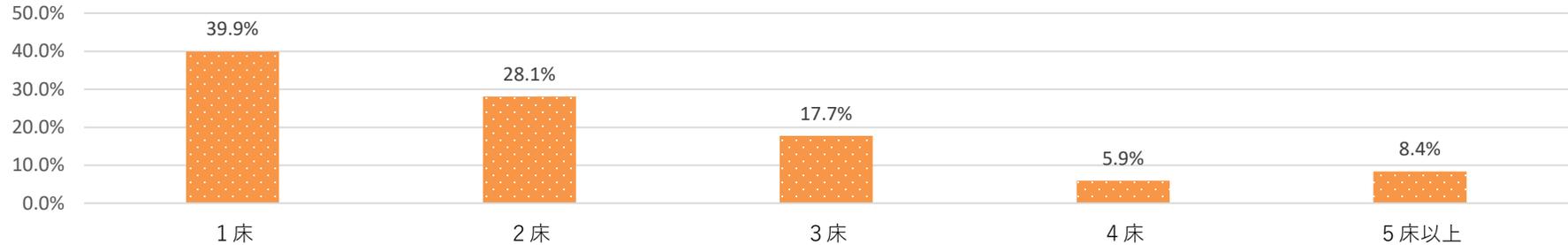
○ 平成29年度の調査では「最期を迎えたい場所」は、「自宅」との回答が最も多く、次いで、「医療機関」との回答が多かった。

## <最期を迎えたい場所>



- 在宅療養支援病院について、緊急時入院のための常時確保病床の状況及び在宅患者入院受入数は以下のとおり。
- 緊急時入院のための常時確保病床について、1床との病院が最多であった。一方、5床以上の病院もみられた。
- 在宅患者の年間入院受入数について、0件の病院がみられる一方、31件以上の病院もみられた。

緊急時入院のための常時確保病床数 (n=203)



在支診からの在宅患者入院受入数

受入件数	0件	1~10件	11~30件	31件以上
平成27年度	57	27	14	19
平成28年度	59	29	19	23
平成29年度	69	36	18	26

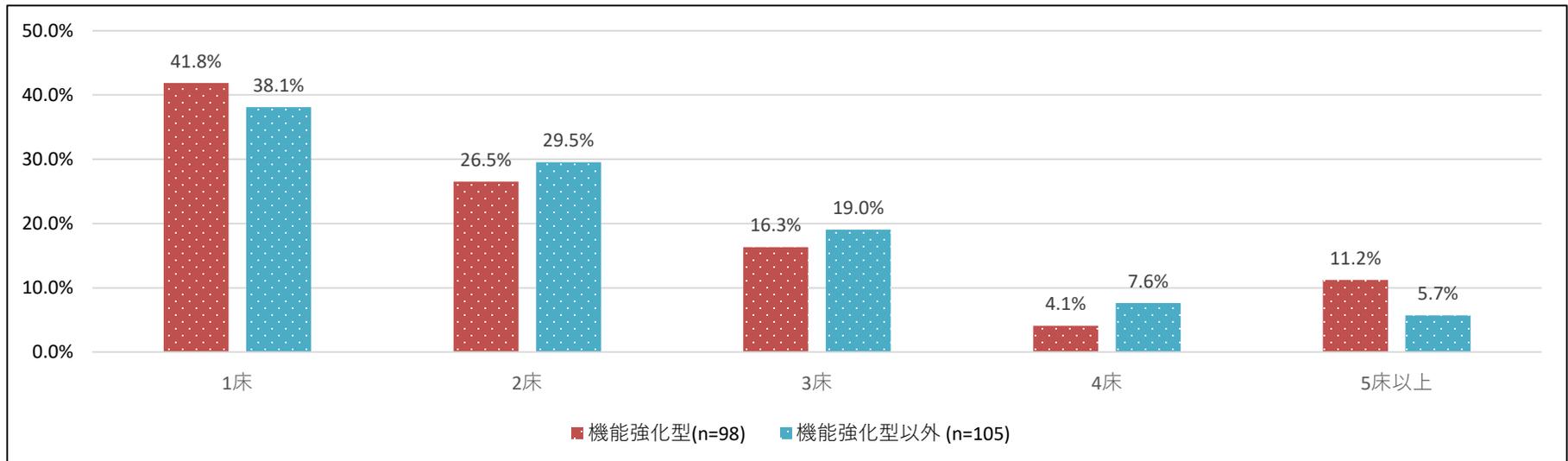
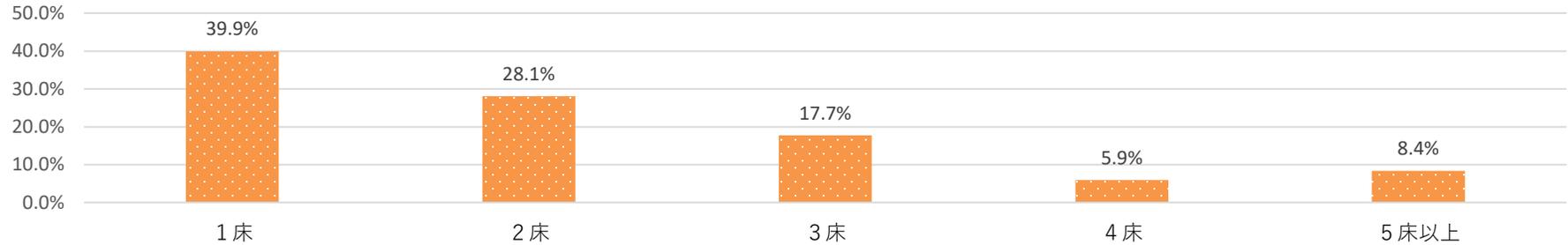
在支診以外からの在宅患者入院受入数

受入件数	0件	1~10件	11~30件	31件以上
平成27年度	33	15	13	49
平成28年度	34	15	14	54
平成29年度	41	17	14	60

# 在宅療養支援病院の実績について(機能強化型と機能強化型以外別)

- 在宅療養支援病院について、緊急時入院のための常時確保病床の状況は以下のとおり。
- 機能強化型の在宅療養支援病院と機能強化型以外の在宅療養支援病院ともに、1床の医療機関が最も多い一方、5床以上の医療機関もみられた。

緊急時入院のための常時確保病床数 (n=203)



# 在宅療養支援病院の実績について(機能強化型と機能強化型以外別)

- 在宅療養支援病院について、在宅患者入院受入数は以下のとおり。
- 機能強化型の在宅療養支援病院と機能強化型以外の在宅療養支援病院ともに、0件の病院がみられる一方、31件以上の病院もみられた。

在支診からの在宅患者入院受入数

受入件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	57	27	14	19
平成28年度	59	29	19	23
平成29年度	69	36	18	26

	0件	1～10件	11～30件	31件以上
機能強化型	23	21	14	15
機能強化型以外	46	15	4	11



在支診以外からの在宅患者入院受入数

受入件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	33	15	13	49
平成28年度	34	15	14	54
平成29年度	41	17	14	60

	0件	1～10件	11～30件	31件以上
機能強化型	17	5	8	33
機能強化型以外	24	12	6	27

- 在宅療養支援病院について、年間の緊急往診件数は以下のとおり。
- 0件の病院がみられる一方、31件以上の病院もみられた。
- 緊急往診件数が0件の病院の、在宅患者の年間の入院受入数は、31件以上が最多であった。

## 〈年間の緊急往診件数〉

緊急往診件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	38	70	47	24
平成28年度	42	75	53	31
平成29年度	47	81	55	34



## 〈在宅患者の年間総入院数〉

受入件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上	未記入	合計
平成27年度	2	3	0	27	6	38
平成28年度	3	3	1	27	8	42
平成29年度	4	2	0	33	8	47

# 在宅療養支援病院の実績について(機能強化型と機能強化型以外別)

○ 在宅療養支援病院について、年間の緊急往診件数は以下のとおり。機能強化型の在宅療養支援病院と機能強化型以外の在宅療養支援病院ともに、0件の病院がみられる一方、31件以上の病院もみられた。また、緊急往診件数が0件の病院の、在宅患者の年間の入院受入数は、機能強化型及び機能強化型以外ともに、31件以上が最多であった。

## 〈年間の緊急往診件数〉

平成29年度	0件	1～10件	11～30件	31件以上
機能強化型	5	35	42	32
機能強化型以外	42	46	13	2



## 〈在宅患者の年間総入院数〉

平成29年度	0件	1～10件	11～30件	31件以上	未記入
機能強化型	0	0	0	4	1
機能強化型以外	4	2	0	29	7

## (2) 周産期医療に係る主な指摘事項

(11月19日 中央社会保険医療協議会 総会)

### 【ハイリスク分娩管理について】

- ハイリスク分娩を取り扱っている医療機関で当該加算が算定できない医療施設がどの程度あるのか示すことはできないか。

# 診療所における分娩の取り扱いの実態

中医協 総 - 1  
3 . 1 1 . 1 9

○ 有床診療所の分娩取り扱い施設における分娩の取り扱いに係る実態を見ると、多く取り扱われている病態もみられる。

	ア 妊娠 22 週から 32 週未満の早産の患者	イ 40 歳以上の初産婦である患者	ウ 分娩前の B M I が 35 以上の初産婦である患者	エ 妊娠高血圧症候群重症の患者	オ 常位胎盤早期剥離の患者	カ 前置胎盤の患者	キ 双胎間輸血症候群の患者	ク 多胎妊娠の患者	ケ 子宮内胎児発育遅延の患者
合計患者数 (人)	48	1193	273	738	155	37	0	72	955
実施医療機関数	15	175	67	112	62	17	0	37	116
実施医療機関割合 (%)	6.4%	74.2%	28.4%	47.5%	26.3%	7.2%	0.0%	15.7%	49.2%
	コ 心疾患 (治療中のものに限る。) の患者	サ 糖尿病 (治療中のものに限る。) の患者	シ 特発性血小板減少性紫斑病の患者	ス 白血病 (治療中のものに限る。) の患者	セ 血友病 (治療中のものに限る。) の患者	ソ 出血傾向のある状態 (治療中のものに限る。) の患者	タ HIV 陽性の患者	チ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術患者又は行う予定のある患者	ツ 精神疾患の患者
合計患者数 (人)	30	391	6	0	0	62	0	22	271
実施医療機関数	8	33	5	0	0	4	0	17	56
実施医療機関割合 (%)	3.4%	14.0%	2.1%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%	7.2%	23.7%

- ※ 有床診療所を対象に調査を実施
- ※ 回答施設数 (236施設、回答率22.5%)
- ※ 分娩件数平均・中央値 (236施設)

分娩件数平均	343.1 (件)
分娩件数中央値	308.5 (件)
平均医師数	1.5 (人)
平均助産師数	3.9 (人)

※ 平均医師数、平均助産師数については、日本産婦人科医会調査の2020年度のデータより引用 (産婦人科有床診療所を対象とした全国データ) **27**

# 分娩取り扱い施設の産婦人科又は産科医師の配置状況

- 以下の赤実線で囲ったものは、ハイリスク分娩管理加算の医師配置要件を満たさない。
- なお、有床診療所はハイリスク分娩管理加算の算定対象外である。

## 分娩を取り扱っている病院

常勤医師数	医療施設数(合計985施設)
0人	8施設
1人	79施設
2人	101施設
3人	138施設
4人以上	658施設

## 分娩を取り扱っている有床診療所

常勤医師数	医療施設数(合計1148施設)
0人	—
1人	389施設
2人	269施設
3人	160施設
4人以上	330施設

※ハイリスク分娩管理加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること。
- (3) 1年間の分娩件数が120件以上であり、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

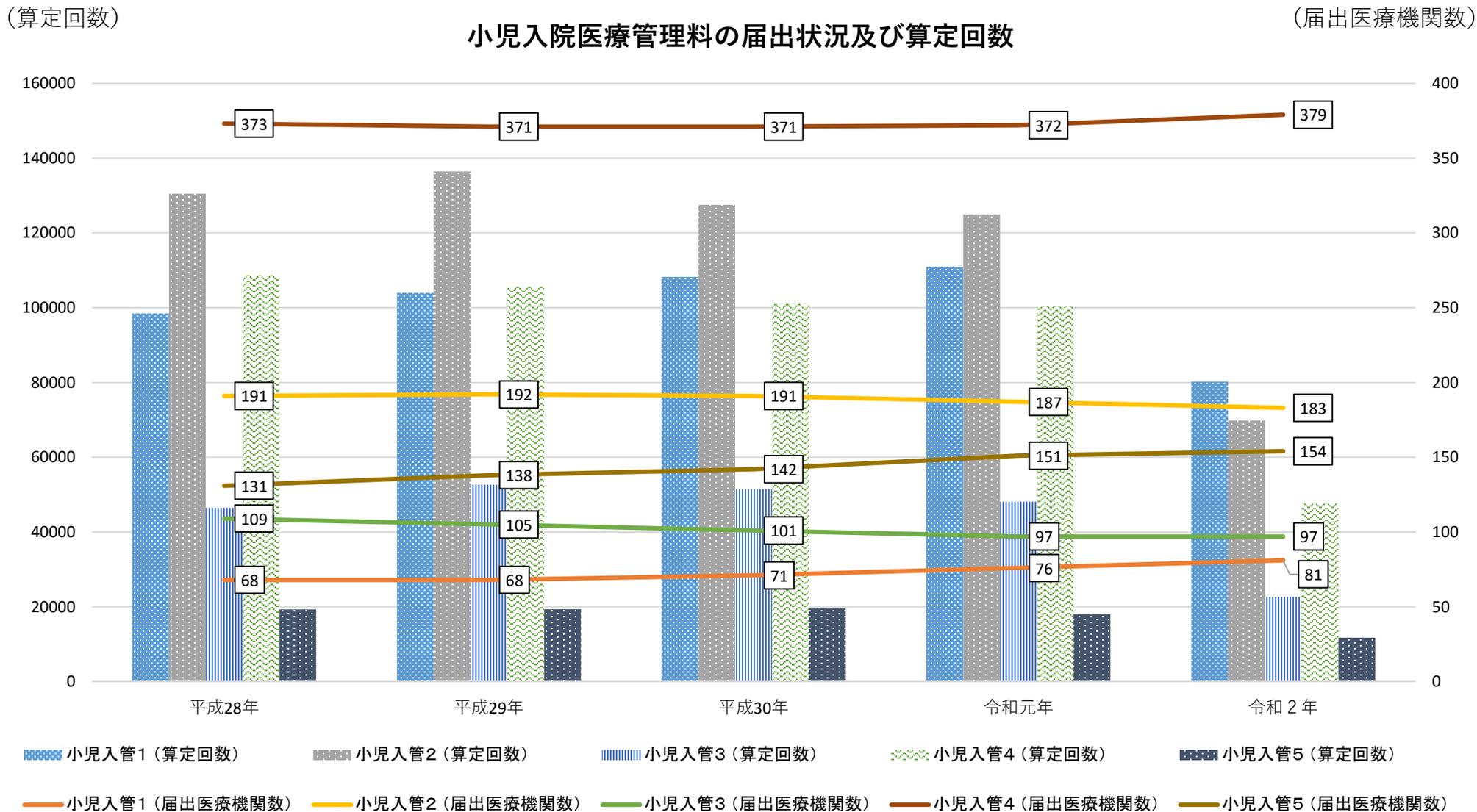
### (3) 小児医療についての指摘事項

【11月19日 中央社会保険医療協議会総会】

- 時間外の緊急入院について、令和元年と令和2年でコロナの影響はあると思われるが、単純にみると、時間外緊急入院患者数は減少しており、現データでは判断しきれない。更に、絶対数やトレンド等、理解が進むようなデータを示すことが出来ないか。

# 小児入院医療管理料の算定状況

○ 小児入院医療管理料の届出状況及び算定回数は以下のとおりであった。

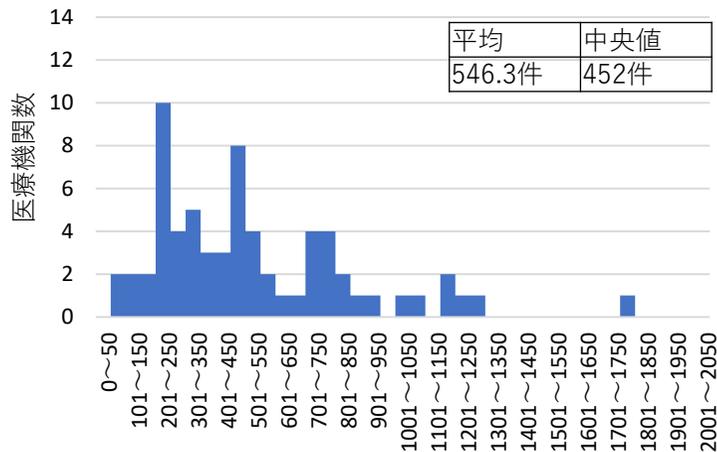


# 小児入院医療管理料 1 の時間外入院対応の現状

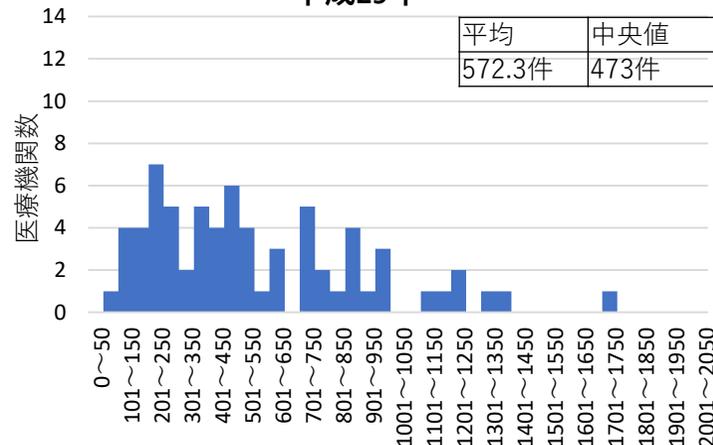
○ 小児入院医療管理料1を算定する医療機関において、小児入院患者のうち時間外に緊急入院となった件数の医療機関ごとの分布をみると、以下のとおりであった。

医療機関ごとの時間外緊急入院患者数の分布

平成28年

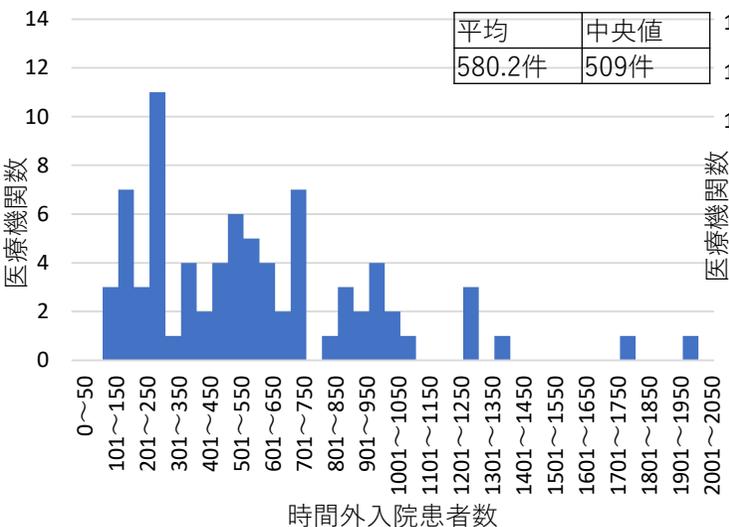


平成29年



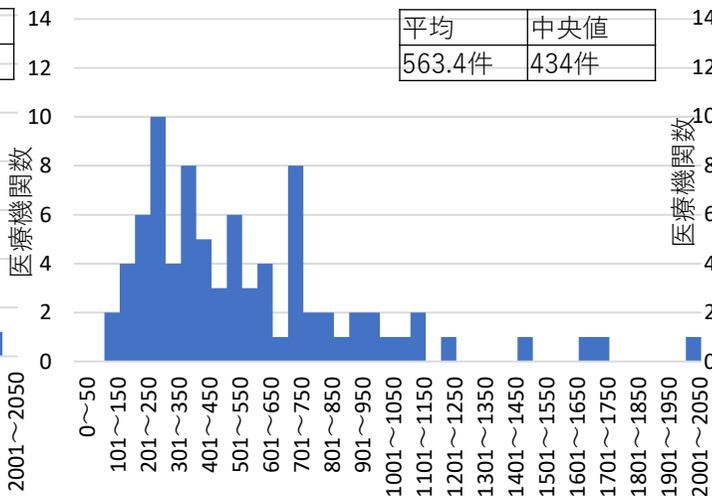
平成30年

時間外急入院患者数

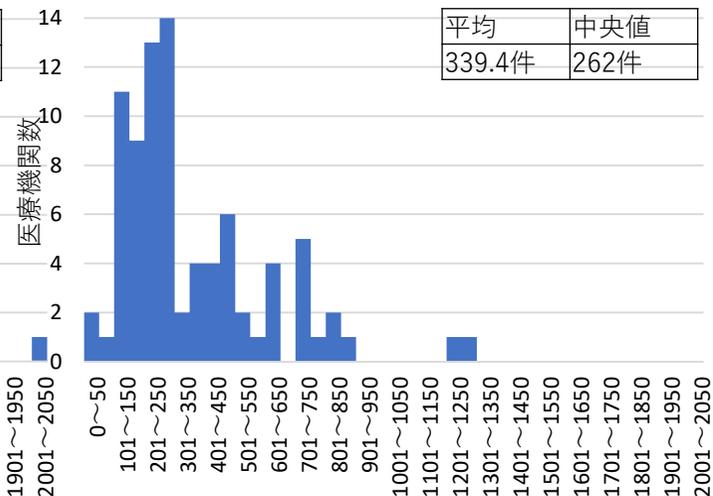


令和元年

時間外急入院患者数



令和2年



時間外緊急入院患者数

時間外緊急入院患者数

## (4) 慢性維持透析に係る指摘事項

(12月3日 中央社会保険医療協議会 総会)

### 【HIF-PH阻害剤について】

- HIF-PH阻害剤を用いる場合の評価の在り方については、多くは院内投薬により対応しているケースのようだが、院外処方している件数などから確認できるように、院外処方で行われている実態もあることがわかる。算定数は少ないかもしれないが、使用実態がある以上、院外処方も選択肢として必要と考えるので、現行のままの仕組みで良いと考える。
- HIF-PH阻害剤について、院外処方が進んでいない実態を踏まえれば、点数の見直しも検討に値すると思うが、エリスロポエチン抵抗性等によって、HIF-PH阻害薬の方が適切な症例も一定程度存在することからすれば、数は少ないが、院外処方に対する医療上のニーズとして、どのようなものがあるのか、現行の点数設定方法に係る問題点などを調べ、改めて報告いただきたい。
- HIF-PH阻害剤については、院外処方を見越した構造としていたところ、実態が明らかとなったところであり、これを踏まえて院内処方に統一し、人工腎臓の評価を簡素化すべきである。

### 【透析医療における有床診療所のニーズについて】

- 患者割合が増えているだけでは評価の在り方の判断にはならず、透析医療において有床診療所がどのような役割を果たしているのか、示していただきたい。

## 人工腎臓に係る評価と算定要件について

## 人工腎臓の評価

## 【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

		場合1	場合2	場合3
4時間未満	別に定める患者の場合	1,924点	1,884点	1,844点
	それ以外の場合	1,798点	1,758点	1,718点
4時間以上 5時間未満	別に定める患者の場合	2,084点	2,044点	1,999点
	それ以外の場合	1,958点	1,918点	1,873点
5時間以上	別に定める患者の場合	2,219点	2,174点	2,129点
	それ以外の場合	2,093点	2,048点	2,003点

## [算定要件]

・「1」から「3」までのうち、定める薬剤を使用しない場合には、HIF-PH阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。

## [施設基準]

・別に定める患者  
HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者

・人工腎臓に規定する薬剤  
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害剤(院内処方されたものに限る。)



# 現行の点数体系による評価について

○ 現在、HIF-PH阻害剤を院内処方している場合、HIF-PH阻害剤(院内処方)を使用していない場合、HIF-PH阻害剤を院外処方している場合の3つのケースに対して、2つの点数体系による評価を行っている。

## ①-1 HIF-PH阻害剤を院内処方している場合

院内処方されたHIF-PH阻害剤を内服して血液透析を実施する場合



例) 1 慢性維持透析を行った場合1

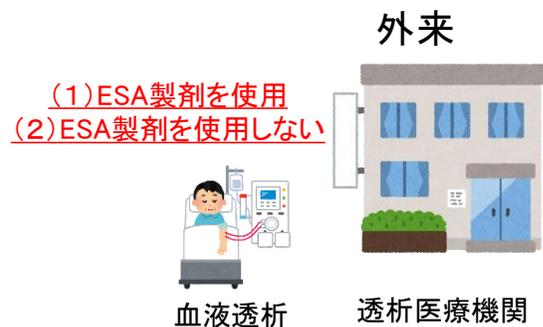
イ 4時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)

1,924点

## ①-2 HIF-PH阻害剤(院内処方)を使用していない場合

(1) エリスロポエチン製剤(ESA製剤)を使用する場合

(2) ESA製剤を使用しない場合



例) 1 慢性維持透析を行った場合1

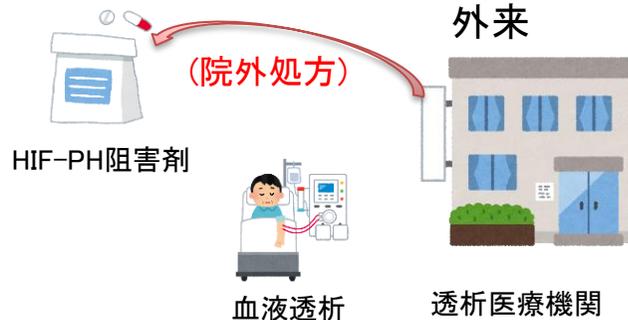
ニ 4時間未満の場合(イを除く。)

1,798点

※加えて、院外処方に係るHIF-PH阻害剤の薬剤料等

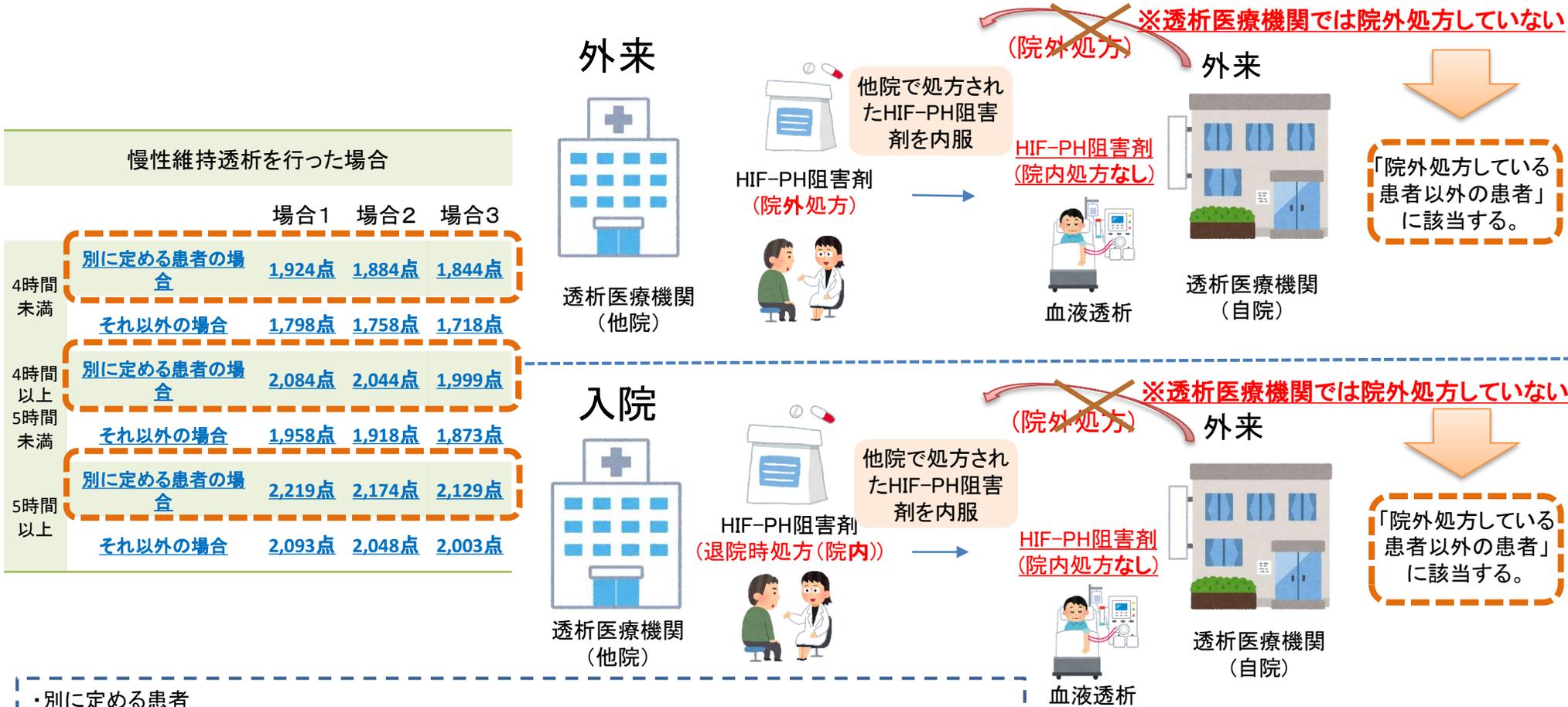
## ② HIF-PH阻害剤を院外処方している場合

透析実施施設においてHIF-PH阻害剤を院外処方している場合



# 現行の点数体系において取扱いの明確化に困難を来している事例

- HIF-PH阻害剤は、「院外処方している患者以外の患者」の場合に、院内処方しているHIF-PH阻害剤を包括対象とした点数を設定している。
- しかし、①他院でHIF-PH阻害剤を院外処方されている場合に、自院ではHIF-PH阻害剤を院外処方も院内処方しておらず、「院外処方している患者以外の患者」に該当する、②他院でHIF-PH阻害剤を退院時に院内処方され退院し、外来通院透析を再開する場合、自院ではHIF-PH阻害剤を院外処方も院内処方しておらず、「院外処方している患者以外の患者」に該当する、といったケースで、点数の趣旨と異なる算定方式となっているため、適切な設定方法となっていないと言えず、算定の実態としても、偏っている。



・別に定める患者  
HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者  
・人工腎臓に規定する薬剤  
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害剤(院内処方されたものに限る。)

# 人工腎臓の算定回数推移について

○ 人工腎臓については、点数類型ごとの算定回数の推移は以下のとおり。HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者（HIF-PH阻害剤（院内処方されたもの）又はその他の薬剤を使用される患者）に係る所定点数の算定は、どの類型においてもほとんどを占めていた。



・社会医療診療行為別統計（6月審査分）の算定回数  
・2020年は規定患者と規定患者以外の算定回数と構成割合を示す

・別に定める患者  
HIF-PH阻害剤を院外処方している患者  
以外の患者  
・人工腎臓に規定する薬剤  
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポ  
エチンベータペゴル、HIF-PH阻害剤（院  
内処方されたものに限る。）

○ DPC/PDPSにおいては、入院中に使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則になっている。

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について(保医発0323第2号(令和2年3月23日))

(中略)

## 第3 費用の算定方法

### 3 その他

#### 3 その他

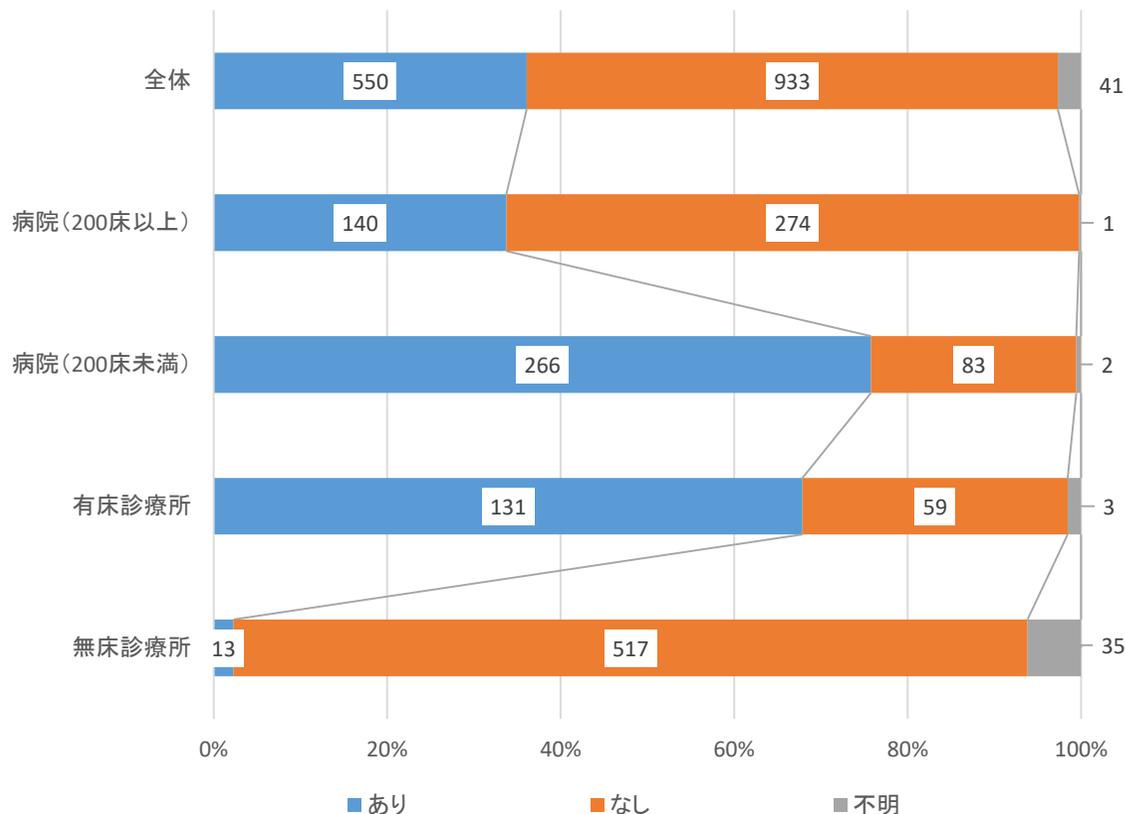
(1) (略)

(2) 入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない。なお、特別な理由とは、単に病院や医師等の方針によるものではなく、個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由であることが必要である(やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること)。

# 透析医療における有床診療所の役割について

- 「障害透析患者の透析実態に関するアンケート調査」(1,524施設)によると医療機関種別に長期入院血液透析患者の受入の有無を検討すると200床未満の病院(266施設75.8%)や有床診療所(131施設68.2%)における受入れが多かった。
- 長期入院血液透析に関して389施設から得られたコメントでは、長期入院血液透析施設が不足しており、今後は更に必要だとする意見がもっとも多かった。

医療機関種別の長期入院患者受入れの有無(N=1,524施設)



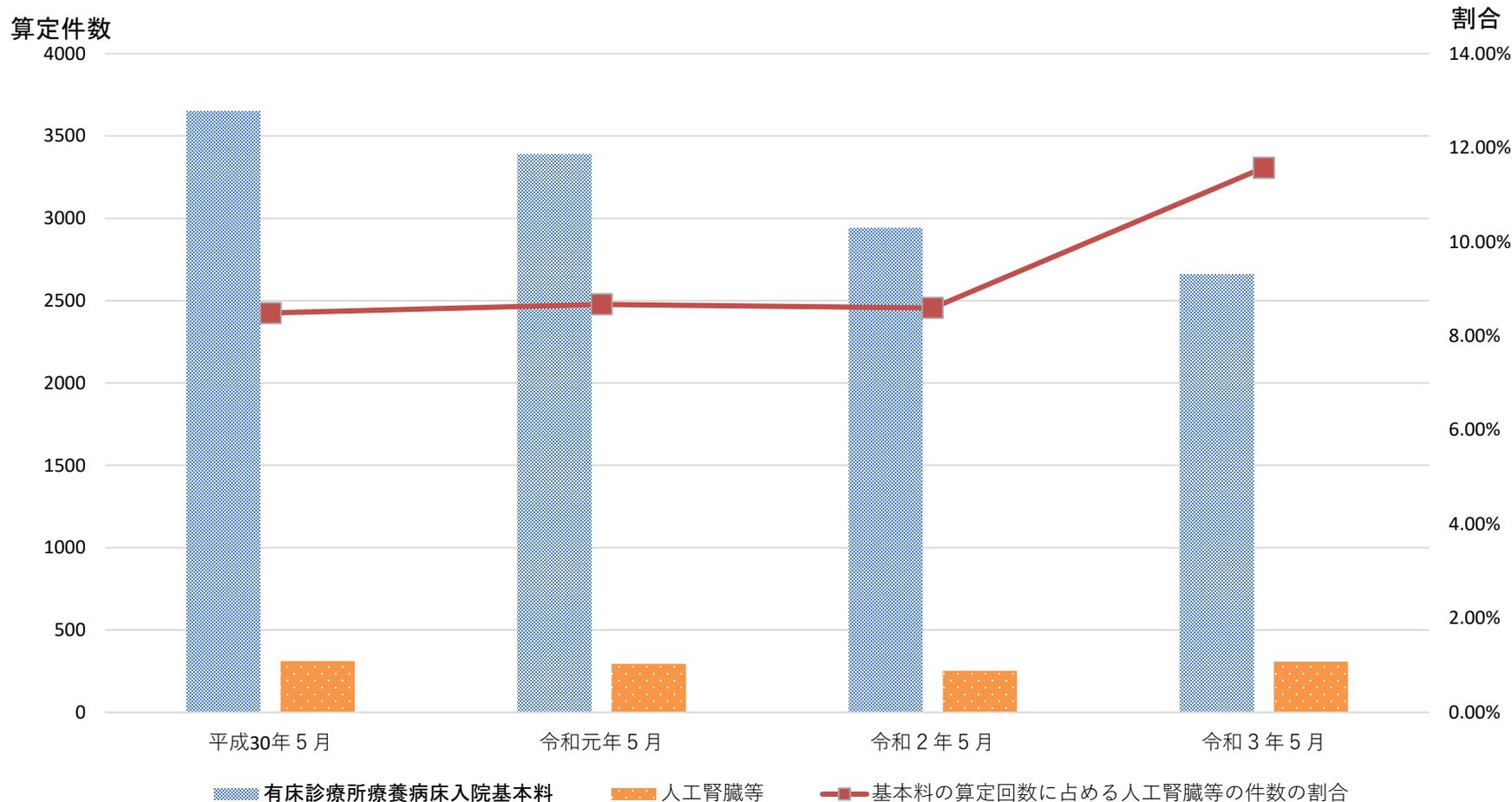
長期入院血液透析に対する各施設のコメントのまとめ  
(複数回答あり)

長期入院透析施設が不足。必要だと思う。	157
長期入院は受入れは困難。	62
医療法や診療報酬の改正が必要。	62
必要な患者は受入れている。	61
透析患者受入れ福祉施設が増えて欲しい。	49
社会的入院患者が増えている。	43
長期入院を仕方なく受入れている。	26
その他	65
<b>総計</b>	<b>389</b>

# 有床診療所における透析の現状について

中医協 総 - 2  
3 . 1 2 . 3

○ 有床診療所療養病床における、人工腎臓等の算定状況及び「有床診療所療養病床入院基本料の算定件数に占める有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者であって人工腎臓等を算定している患者の割合」は以下のとおり。



※1: 人工腎臓等は、有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者での算定件数。

※2: 人工腎臓等には、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、連続携行式腹膜灌流及び腹膜灌流を含む。

# 有床診療所の機能に応じた評価

中 医 協 総 - 2  
2 5 . 1 2 . 4

病院



①病院からの早期退院患者の受入れ

有床診療所



専門医療を担う機能  
→個々の技術の評価で対応

在宅医療の拠点機能  
→在宅療養支援診療所及び機能強化型  
在宅療養支援診療所に係る評価で対応

終末期医療を担う機能  
→看取り加算で対応

③有床診療所が持つ複数の機能

介護施設等



②在宅患者等の急変時の受入れ

自宅



今回の見直しでは、機能に応じた評価について、①病院からの早期退院患者の受入れ機能、②在宅患者等の急変時の受入れ機能、③有床診療所が持つ複数の機能の評価について見直しを図ることとしてはどうか。

# 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

➤ 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

**現行(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))**

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



**改定後(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))**

次のいずれかに該当すること。  
 ① 介護サービスを提供していること。  
 ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

➤ 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

- (新) 介護連携加算1                      192点(1日につき)
- (新) 介護連携加算2                      38点(1日につき)

- [施設基準]
- 介護連携加算1    (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。  
 (2) 介護サービスを提供している。
- 介護連携加算2    (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。  
 (2) 介護サービスを提供している。

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。  
 (2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

➤ 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

**現行(点数、施設基準(抜粋))**

入院日から起算して15日以降に1日につき5点

---

(3) 平均在院日数が 60日以内であること。



**改定後(点数、施設基準(抜粋))**

入院日から起算して15日以降に1日につき**20点**

---

(3) 平均在院日数が **90日以内**であること。

<参考>有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒専門医療提供モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

## (5) 耳鼻咽喉科診療の評価に係る指摘事項

(10月20日 中央社会保険医療協議会 総会)

### 【耳鼻咽喉科診療の評価について】

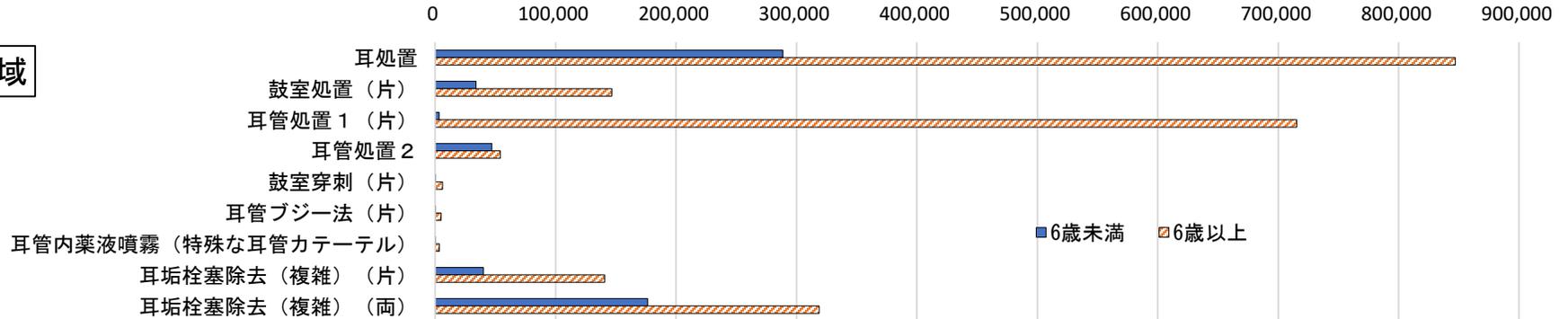
- 耳鼻咽喉科領域の処置料は、簡素化の観点から包括化することも考えられるが、医療の個別性からすれば典型的な組合せでは済まない場合も考えられるため、臨床実態に応じた形になるような仕組みであるべき。
- 耳鼻咽喉科の診療については、現時点ではエビデンスが少なすぎる。どのような複数の処置の組合せが算定されているのか等の議論が必要ではないか。

# 耳鼻咽喉科領域における、領域別の処置の算定回数

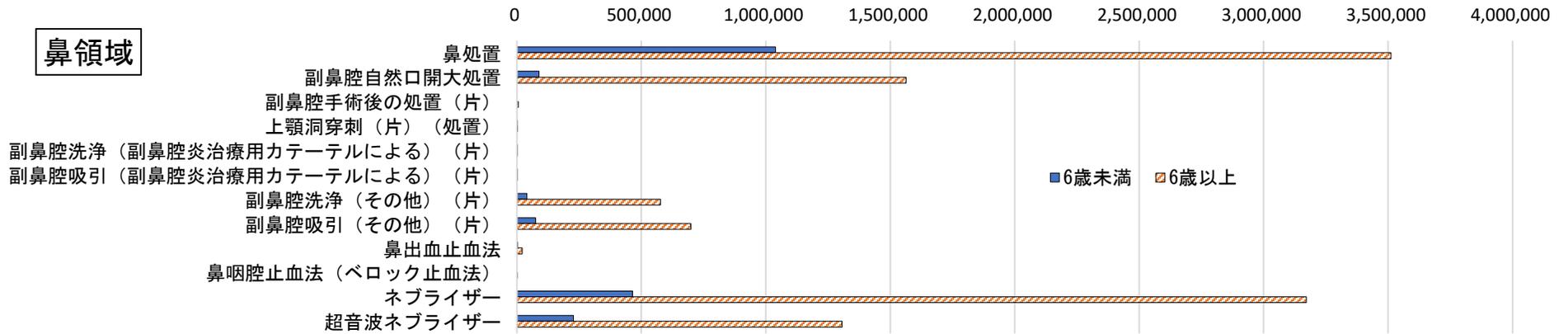
○ 耳鼻咽喉科領域に係る領域別の処置の算定状況は以下のとおり。

(算定回数/月)

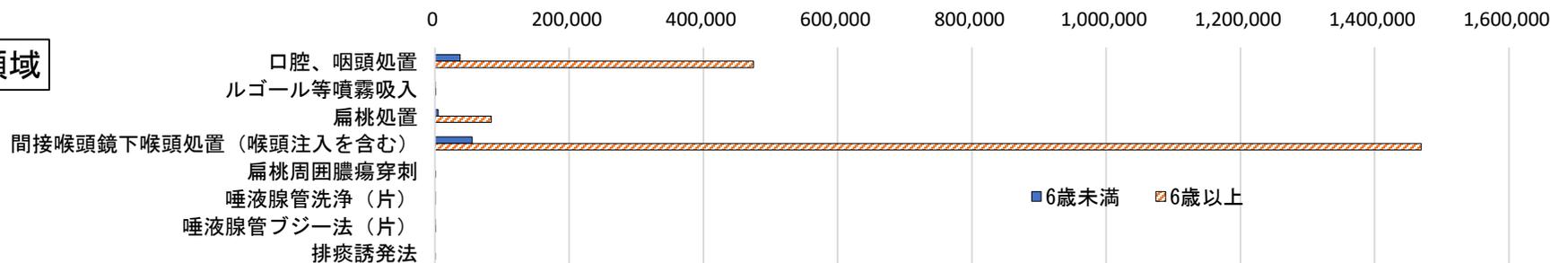
## 耳領域



## 鼻領域



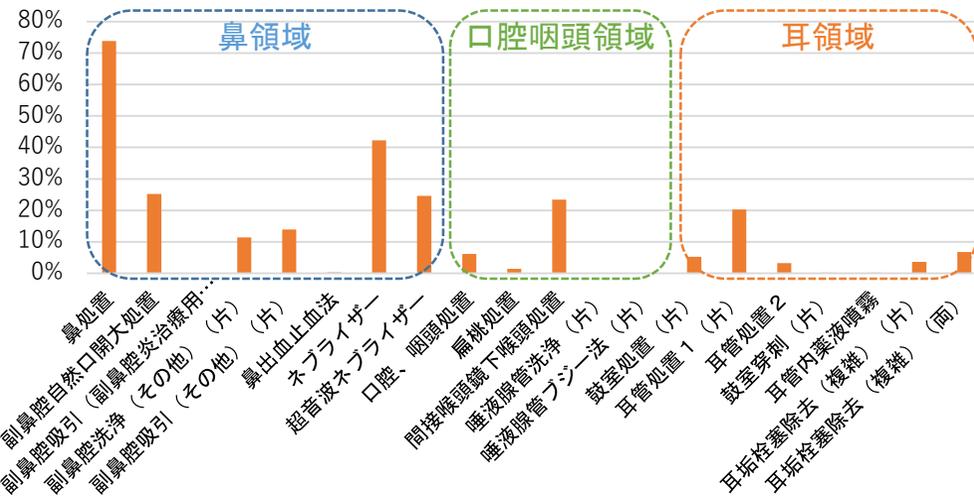
## 咽喉領域



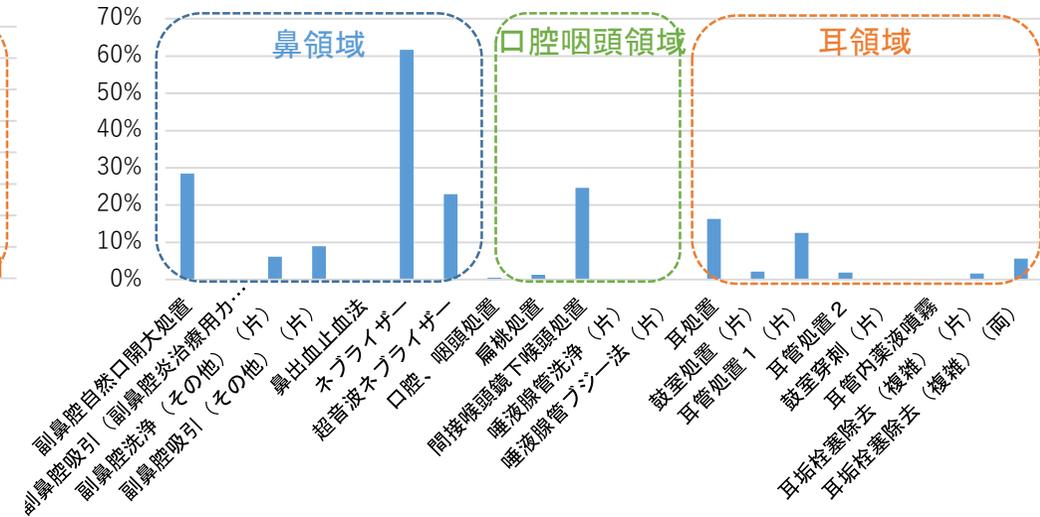
# 耳鼻咽喉科領域の処置の実施状況

○ 「耳処置」「鼻処置」「口腔、咽頭処置」を実施している場合に、当該領域に加え、別の領域の耳鼻咽喉科処置を組み合わせて実施している実態がみられた。

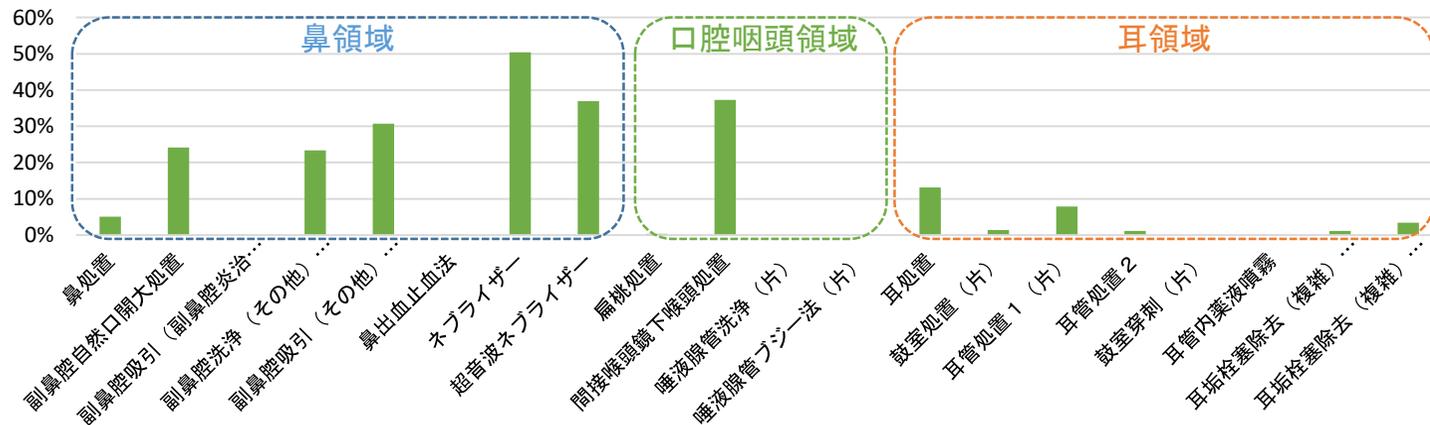
「耳処置」を実施している場合に、他の耳鼻咽喉科処置を実施している割合



「鼻処置」を実施している場合に、他の耳鼻咽喉科処置を実施している割合



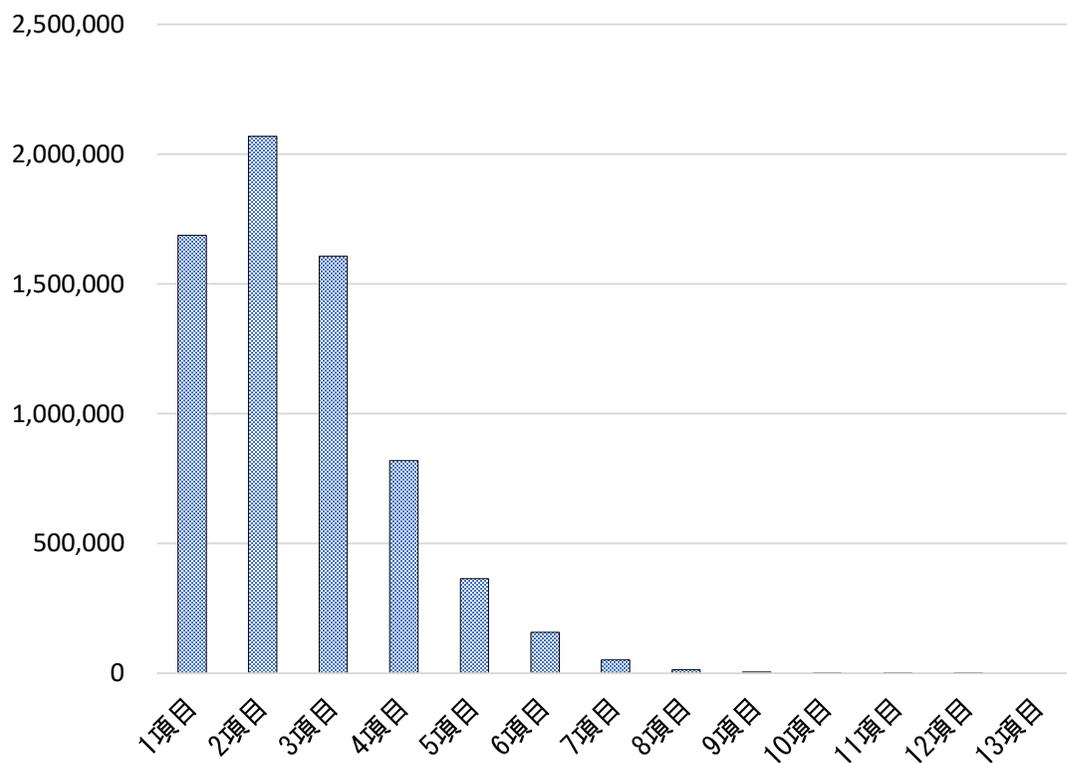
「口腔、咽頭処置」を実施している場合に、他の耳鼻咽喉科処置を実施している割合



# 耳鼻咽喉科領域の処置の実施状況②

- 耳鼻咽喉科領域の処置において算定回数が多い項目について、同時に算定されている項目数の状況を見たところ、2項目が最も多かった。
- 2項目以上算定されている場合において、算定されている項目とその割合を見たところ、以下のとおりだった。

算定回数が多い項目について、同時に算定されている場合の算定項目数



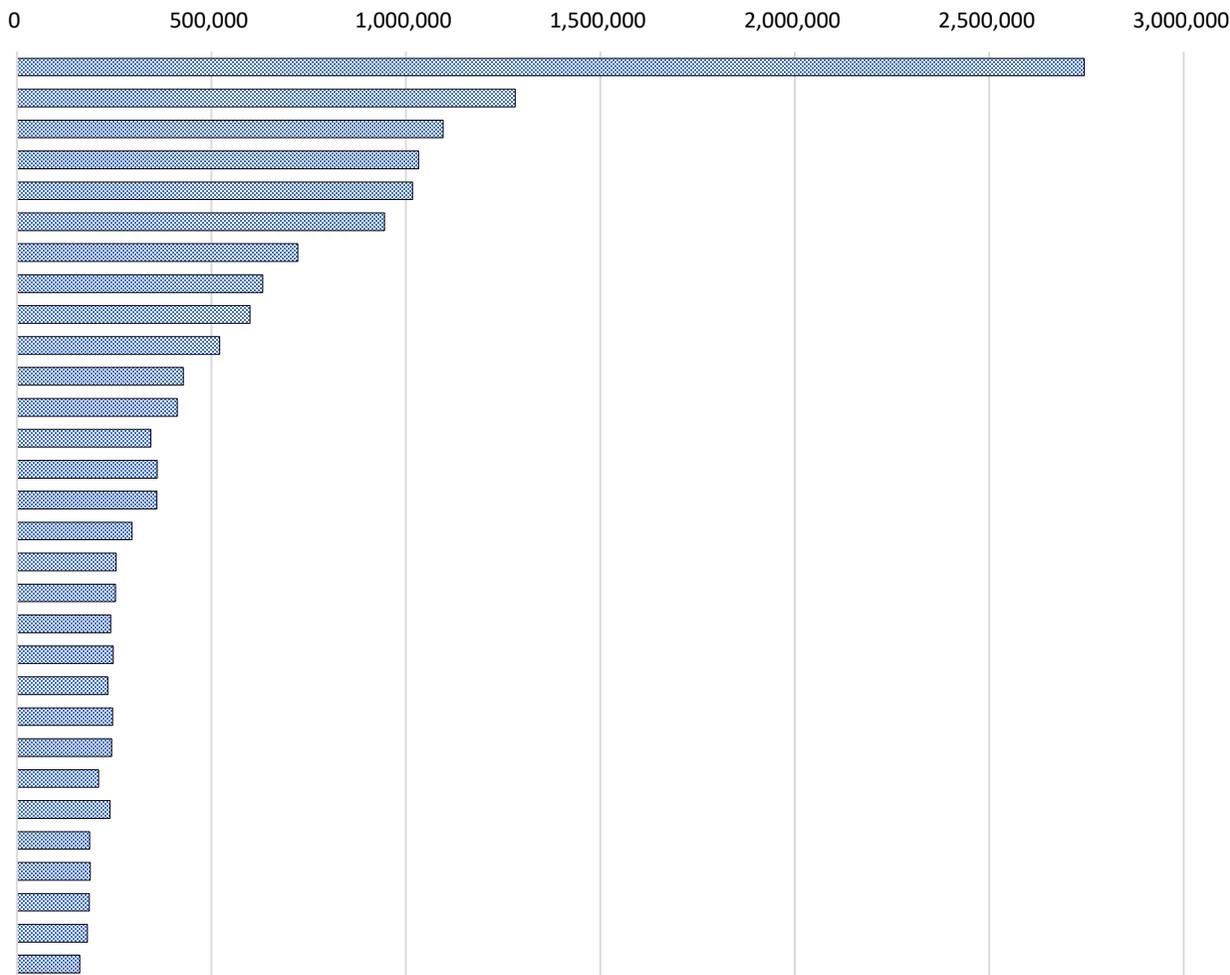
同時に2項目以上算定されている場合において、算定されている項目とその割合

項目名	令和元年
鼻処置	26%
ネブライザー	21%
副鼻腔自然口開大処置	11%
間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む）	10%
超音波ネブライザー	9%
耳処置	6%
副鼻腔吸引（その他）（片）	4%
耳管処置1（片）	3%
口腔、咽頭処置	3%
副鼻腔洗浄（その他）（片）	3%
耳垢栓塞除去（複雑）（両）	2%
鼓室処置（片）	1%
耳垢栓塞除去（複雑）（片）	1%
耳管処置2	1%
扁桃処置	1%

# 耳鼻咽喉科領域の処置の実施状況③

○ 耳鼻咽喉科領域の処置において算定回数が多い項目について、同時に2項目以上算定されている際の、同時に算定されている2項目の組合せをみたところ、以下のとおりだった。

同時に2項目以上算定されている場合において、同時に算定されている2項目の組合せ（上位30組）



1. 診療報酬上の届出の簡素化等について
2. 内視鏡治療について
3. これまでのご指摘に対する回答について
4. その他

# 現行の診療報酬上の取扱いの整理

- 市町村又は指定特定相談支援事業所等に対する情報提供については、自宅に復帰する患者のみが算定対象となっている。
- 保健所・児童相談所、保育所・幼稚園、高等学校等については、算定対象となっていない。

情報提供先	診療報酬上の評価
保険医療機関	○
市町村 指定特定相談支援事業者 指定障害児相談支援事業者	○ <b>(入院患者については、自宅に復帰する患者のみ)</b>
<b>保健所・児童相談所</b>	—
精神障害者施設	○
小学校、中学校 義務教育学校 中等教育学校（前期課程） 特別支援学校（小学部・中学部）	○
<b>保育所等、幼稚園 特別支援学校（幼稚部） 認定こども園</b>	—
<b>高等学校 中等教育学校（後期課程） 特別支援学校（高等部）</b>	—

医療的ケア児が  
在籍する学校医等

# 現行の診療報酬上の取扱いの整理[訂正]

中医協 総-1 (改)  
3 . 1 1 . 1 9

- 市町村又は指定特定相談支援事業者等に対する情報提供については、自宅に復帰する患者のみが算定対象となっている。
- 児童相談所、保育所・幼稚園、高等学校等については、算定対象となっていない。

情報提供先	診療報酬上の評価
保険医療機関	○
市町村 指定特定相談支援事業者 指定障害児相談支援事業者	○ ( <u>入院患者については、自宅に復帰する患者のみ</u> )
<u>児童相談所</u>	—
精神障害者施設	○
小学校、中学校 義務教育学校 中等教育学校（前期課程） 特別支援学校（小学部・中学部）	○
<u>保育所等、幼稚園</u> <u>特別支援学校（幼稚部）</u> <u>認定こども園</u>	—
<u>高等学校</u> <u>中等教育学校（後期課程）</u> <u>特別支援学校（高等部）</u>	—

医療的ケア児が  
在籍する学校医等

## 合併症等により、リスクの高い妊婦に対する分娩管理の評価

### ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 3,200点

- 合併症を有する妊産婦に対する入院中のハイリスク分娩管理を評価。
- 分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として加算する。

※ 1入院の期間中に、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、1入院当たり28日を限度として算定できる

※ ハイリスク分娩管理加算を算定する日と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。

#### 【算定要件】

○対象患者(保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊産婦。妊産婦には産褥婦を含む。)

ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者	コ 心疾患の患者
イ 40歳以上の初産婦である患者	サ 糖尿病の患者
ウ 分娩前のBMIが35以上の初産婦である患者	シ 特発性血小板減少性紫斑病の患者
エ 妊娠高血圧症候群重症の患者	ス 白血病の患者
オ 常位胎盤早期剥離の患者	セ 血友病の患者
カ 前置胎盤(妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。)の患者	ソ 出血傾向のある状態の患者
キ 双胎間輸血症候群の患者	タ HIV陽性の患者
ク 多胎妊娠の患者	チ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術(腹腔鏡による手術を含む。)を行った患者又は行う予定のある患者
ケ 子宮内胎児発育遅延の患者	ツ 精神疾患の患者(当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。)

※ コ～ツについては、治療中の患者に限る。

※ 急性期一般入院料、地域一般入院料、特定機能病院入院基本料(一般病棟、精神病棟)、**専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料**、特定一般病棟入院料を現に算定している患者について、ハイリスク分娩管理を行った場合に算定する。

#### 【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、**3名以上配置**されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が**3名以上配置**されていること。
- (3) 1年間の分娩件数が120件以上であり、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

# 合併症等により、リスクの高い妊婦に対する分娩管理の評価[訂正]

## ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 3,200点

- 合併症を有する妊産婦に対する入院中のハイリスク分娩管理を評価。
- 分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として加算する。

※ 1入院の期間中に、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、1入院当たり28日を限度として算定できる

※ ハイリスク分娩管理加算を算定する日と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。

### 【算定要件】

○対象患者(保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊産婦。妊産婦には産褥婦を含む。)

ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者	コ 心疾患の患者
イ 40歳以上の初産婦である患者	サ 糖尿病の患者
ウ 分娩前のBMIが35以上の初産婦である患者	シ 特発性血小板減少性紫斑病の患者
エ 妊娠高血圧症候群重症の患者	ス 白血病の患者
オ 常位胎盤早期剥離の患者	セ 血友病の患者
カ 前置胎盤(妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。)の患者	ソ 出血傾向のある状態の患者
キ 双胎間輸血症候群の患者	タ HIV陽性の患者
ク 多胎妊娠の患者	チ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術(腹腔鏡による手術を含む。)を行った患者又は行う予定のある患者
ケ 子宮内胎児発育遅延の患者	ツ 精神疾患の患者(当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。)

※ コ～ソについては、治療中の患者に限る。

※ 急性期一般入院料、地域一般入院料、特定機能病院入院基本料(一般病棟、精神病棟)、特定一般病棟入院料を現に算定している患者について、ハイリスク分娩管理を行った場合に算定する。

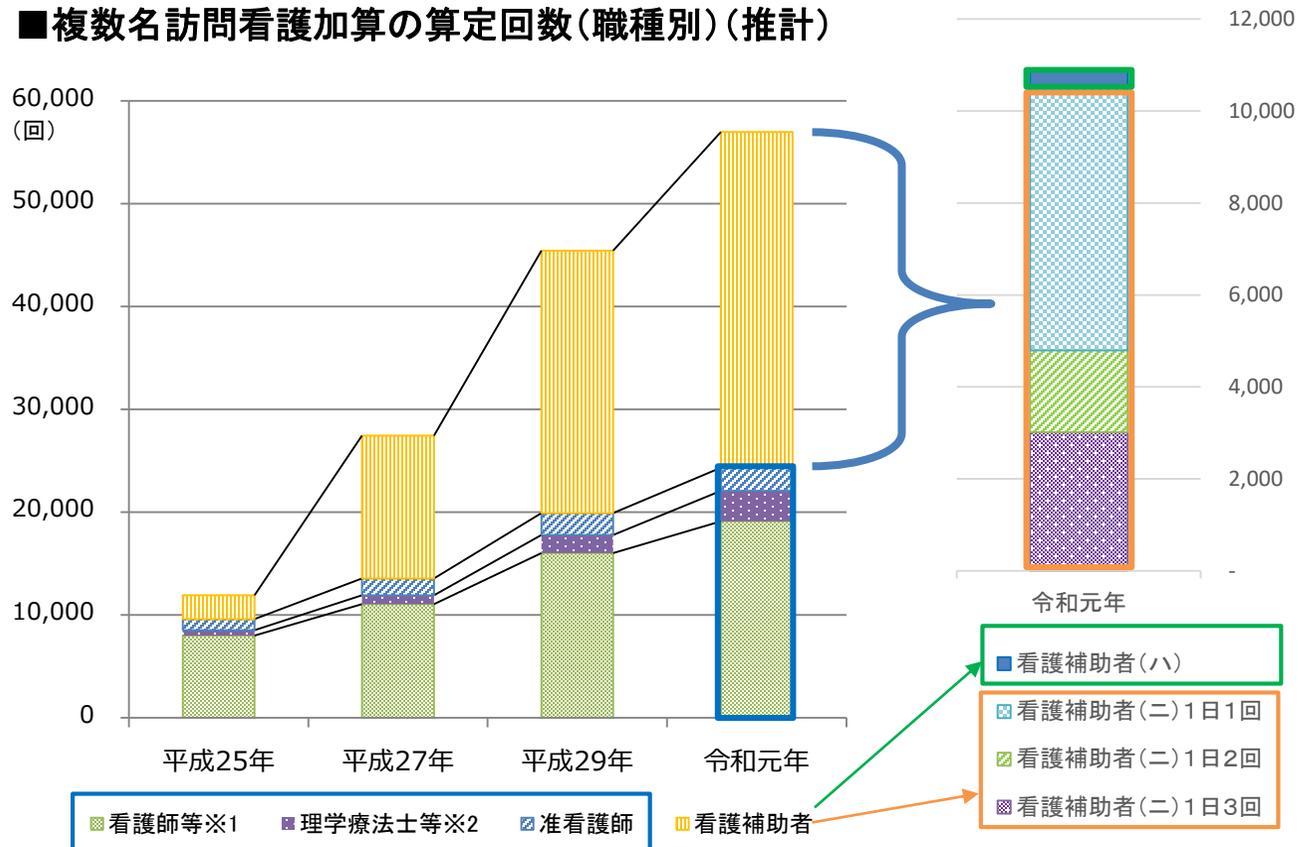
### 【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、**3名以上配置**されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が**3名以上**配置されていること。
- (3) 1年間の分娩件数が120件以上であり、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

# 職種別複数名訪問看護加算の算定状況について

- 複数名訪問看護加算の算定回数は増加している。
- 看護補助者が同行する複数名訪問看護においても、別表7や別表8に該当する利用者や特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者が多い。

■ 複数名訪問看護加算の算定回数(職種別)(推計)



※1 保健師、助産師、看護師  
 ※2 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

## 複数名訪問看護加算の対象者

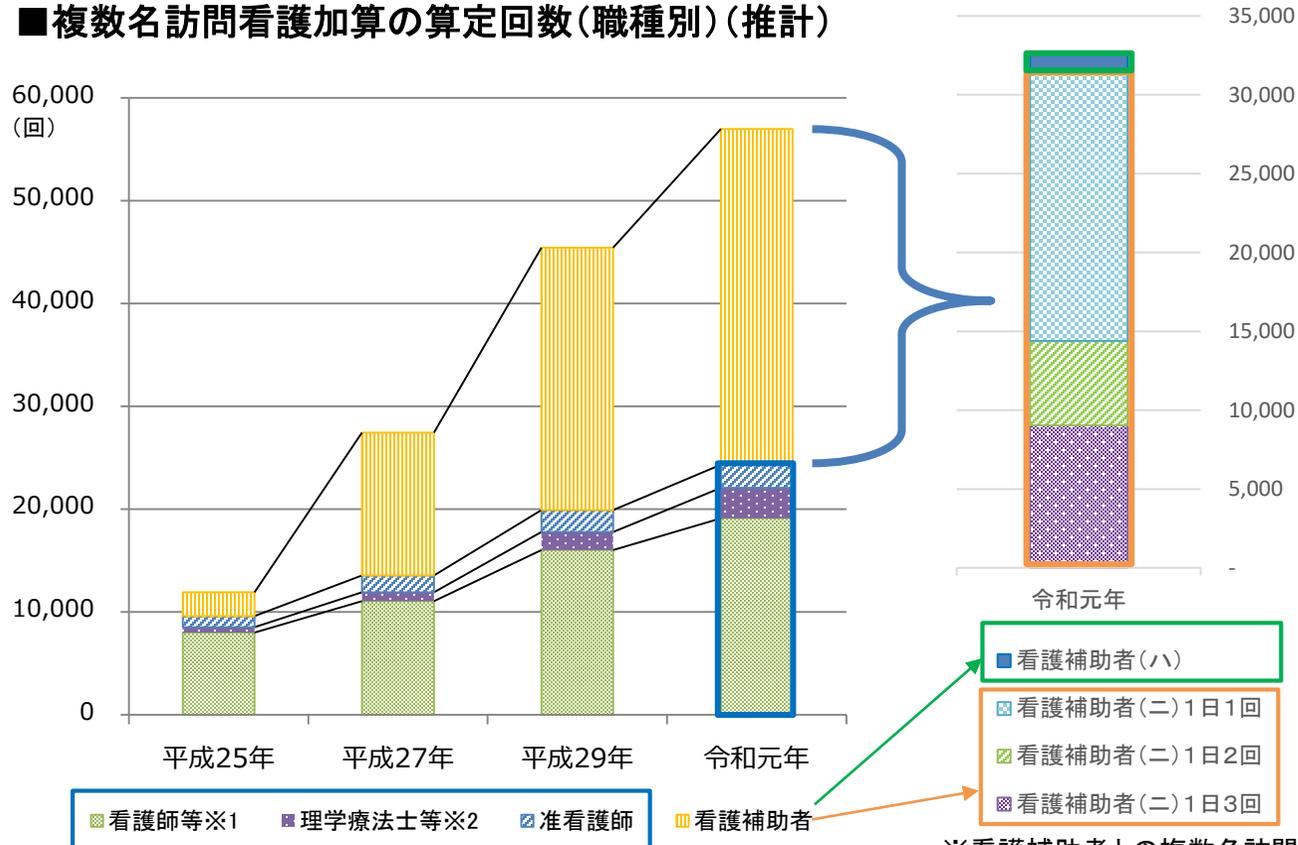
- 看護師等、理学療法士等、准看護師等  
 ※週に1回まで
  - ・別表7に該当する利用者
  - ・別表8に該当する利用者
  - ・特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者
  - ・暴行行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- 看護補助者(ハ)  
 ※週に3回まで
  - ・利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
  - ・暴行行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
  - ・その他利用者
- 看護補助者(ニ)  
  - ・別表7に該当する利用者
  - ・別表8に該当する利用者
  - ・特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者

# 職種別複数名訪問看護加算の算定状況について[訂正]

中医協 総-1(改)  
3 . 1 1 . 2 6

- 複数名訪問看護加算の算定回数は増加している。
- 看護補助者が同行する複数名訪問看護においても、別表7や別表8に該当する利用者や特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者が多い。

■ 複数名訪問看護加算の算定回数(職種別)(推計)



※1 保健師、助産師、看護師  
※2 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

※看護補助者との複数名訪問看護加算の算定回数を修正

## 複数名訪問看護加算の対象者

○ 看護師等、理学療法士等、准看護師等  
※週に1回まで

- ・別表7に該当する利用者
- ・別表8に該当する利用者
- ・特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者
- ・暴行行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

○ 看護補助者(ハ)  
※週に3回まで

- ・利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
- ・暴行行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ・その他利用者

○ 看護補助者(ニ)  
※週に3回まで

- ・別表7に該当する利用者
- ・別表8に該当する利用者
- ・特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者

## 診療報酬改定について

12月22日の予算大臣折衝を踏まえ、令和4年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

### 1. 診療報酬 +0.43%

※1 うち、※2～5を除く改定分 +0.23%

各科改定率	医科	+0.26%
	歯科	+0.29%
	調剤	+0.08%

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 +0.20%

※3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応

+0.20%

※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲0.10%

なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

### 2. 薬価等

① 薬価 ▲1.35%

※1 うち、実勢価等改定 ▲1.44%

※2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応

+0.09%

② 材料価格 ▲0.02%

なお、上記のほか、新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- ・ 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- ・ 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- ・ 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- ・ 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- ・ 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- ・ OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方適正化

## 看護における処遇改善について

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和3年12月21日）を踏まえ、令和4年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関（注1）に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み（注2）を創設する。これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする。

（注1）救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

（注2）看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

公的価格評価検討委員会  
中間整理

令和3年12月21日

## (目次)

1. はじめに
2. 公的価格の制度について
  - (1) 報酬・価格の決まり方
  - (2) 処遇改善の仕組み
  - (3) 費用負担
  - (4) 各職種の賃金
3. 経済対策における措置
4. 今後の処遇改善について
  - (1) 処遇改善の基本的考え方
  - (2) 処遇改善の方向性

## 1. はじめに

昨年来の新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、医療をはじめとする社会保障の現場に大きな負担をもたらした。そうした中で、医療、介護、保育、幼児教育などの現場の方々の奮闘が国民生活を守る上で極めて大きな役割を果たし、その人材の確保や処遇のあり方が改めて重要な課題として再認識された。

こうした環境の下において、岸田政権における「新たな資本主義」の実現に向けた分配戦略の一つの柱として、看護、介護、保育、幼児教育などの現場、換言すれば新型コロナウイルス感染症への対応、少子高齢化への対応の最前線で働く方々の賃金の引上げが掲げられている。

政府は、本年11月19日に「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」を決定し、その中で、当面の措置として、看護職員、介護・障害福祉職員、保育士等・幼稚園教諭を対象に収入を引き上げる措置を行うこととした。本委員会では、医療、介護、保育等に係る関係団体から各現場の実態や処遇に関する課題や要望の把握を行うとともに、今般の経済対策における措置も踏まえた上で、公的価格<sup>1</sup>に関する今後の処遇改善の基本的考え方及び処遇改善の方向性について、以下のとおり中間整理を行った。

## 2. 公的価格の制度について

### (1) 報酬・価格の決まり方

看護師等の賃金の原資は各分野の報酬・価格制度によるところが大きく、その報酬・価格の決まり方は後掲の表のとおりである。診療報酬及び介護・障害福祉サービス等報酬においては、単位数の設定に当たり人件費に係る具体的な基準は設けていない。他方、子ども・子育て支援新制度においては、公定価格は積上げ方式となっており、金額の設定において人件費が具体的に算定されている。

ただし、子ども・子育て支援新制度を含め、制度によって決まるのは各事業所への支払い額である。労働者への分配率や個別の労働者の賃金は当該事業所において決まる<sup>2</sup>ことが基本であり、例外的に処遇改善加算等による加算分については労働者への分配等が制度上定められている。

### (2) 処遇改善の仕組み

介護・障害福祉分野及び保育・幼児教育分野においては、慢性的な人手不足の

---

<sup>1</sup> 「公的価格」とは、診療報酬、介護報酬、子ども・子育て支援新制度の公定価格など公的に決定されるサービス等の対価をいうものであり、本委員会は、看護、介護・障害福祉、保育、幼児教育の分野における公的価格について評価・検討をするものである。

<sup>2</sup> 労働者の賃金は、一般的には、労使交渉を踏まえ就業規則や個別の労働契約により定められる。

状態が続いており、その要因として、業務上の負担などとともに賃金水準の低さが指摘されてきた。このため、介護・障害福祉分野では平成 21 年以降、保育・幼児教育分野では平成 25 年以降、賃金水準の改善に向けた取組が進められてきた。

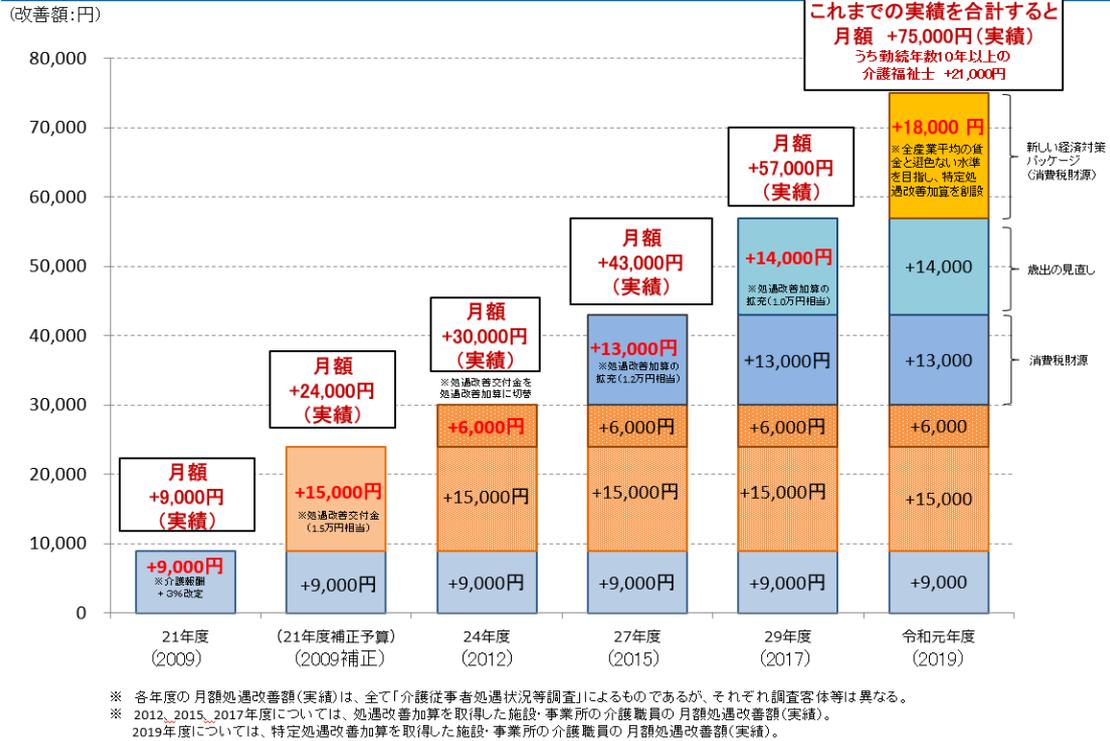
介護分野では、介護職員全般の処遇改善を図る「介護職員処遇改善加算」と、介護現場におけるキャリア・ラダーの構築に向けて経験・技能のある介護職員（勤続年数 10 年以上の介護福祉士を基本）の処遇改善に重点化した「介護職員等特定処遇改善加算」が設けられており、障害福祉分野でも同様である。また、保育・幼児教育分野でも、全職種の処遇改善を図る「処遇改善等加算Ⅰ」と、保育・幼児教育の現場におけるキャリア・ラダーの構築に向けて経験・技能のある保育士、幼稚園教諭、保育教諭等（副主任保育士・中核リーダー等）の処遇改善を図る「処遇改善等加算Ⅱ」が設けられている。

いずれの加算についても、個別の労働者への分配の点では柔軟な運用を認めつつ、加算による増収分以上を対象者の賃金の改善に充てることを要件としており、処遇改善に係る計画書と実績報告書の提出を求めることで、処遇改善のための加算額が確実に職員の処遇改善に使われることが担保されている。

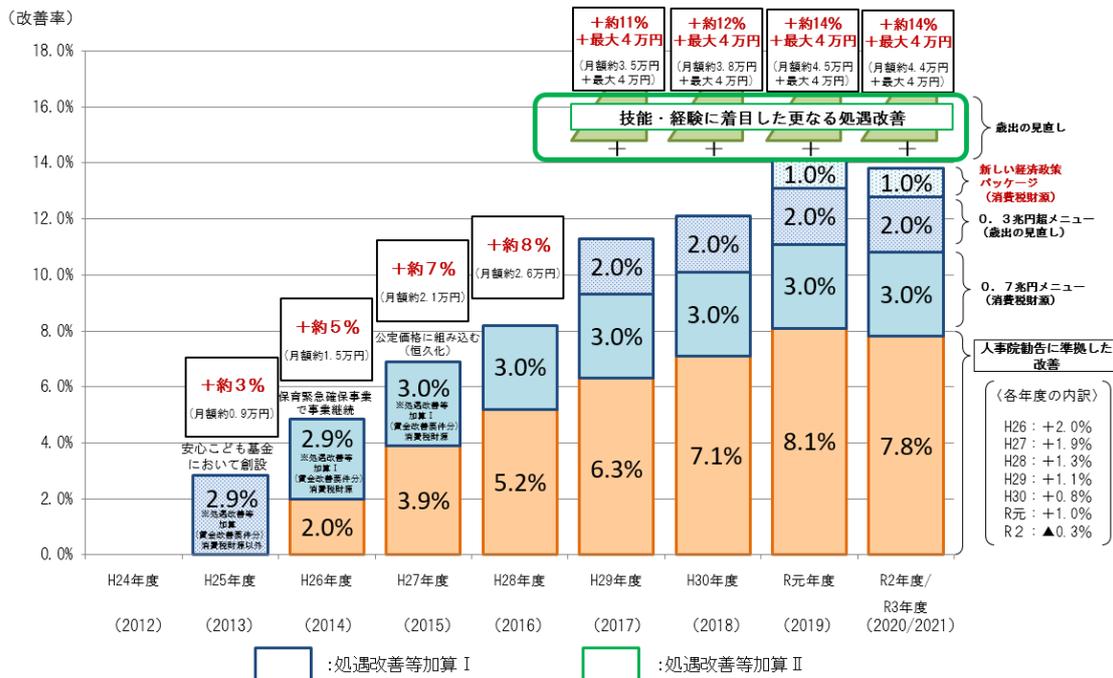
また、「介護職員処遇改善加算」や「介護職員等特定処遇改善加算」については、職務内容等に応じた賃金体系等の整備や資質向上のための研修の実施などキャリアパスの整備に関する要件と、ICTの活用等による業務効率の改善や両立支援・多様な働き方の推進に関する取組の実施など職場環境等の改善に関する要件を設け、各要件の適合状況に応じて加算率を決定する仕組みとなっており、賃金の引上げとあわせて、職場としての魅力の向上や就労継続の促進が図られてきたところである。これらの点は障害福祉、保育・幼児教育分野においても概ね同様である。

こうした取組を通じて、介護職員については平成 21 年度から月額 7.5 万円（実績）、保育士については、人事院勧告に準拠した改善分も含めると、平成 25 年度から月額約 4.4 万円（+最大約 4 万円）の改善が図られてきたところである。

## 【介護分野】 介護職員の処遇改善について



## 【子ども・子育て分野】 保育士の処遇改善



### (3) 費用負担

公的価格制度に係る費用負担について、各分野で費用負担の割合は異なるが、いずれも患者負担・利用者負担と給付費に分かれる。その中で、給付費については、診療報酬では保険料6割・公費4割、介護報酬では保険料5割・公費5割、障害福祉サービス等報酬では公費10割、子ども・子育て支援新制度では原則10割公費（一部事業主拠出金あり）となっている。

	診療報酬（医療）	介護・障害福祉サービス等報酬	子ども・子育て支援新制度の公定価格
報酬・価格の決まり方	・2年に1度の実態調査で把握される医療機関等の類型ごとの収支状況等を踏まえ、その提供に要する費用の額等を勘案して個々の診療行為ごとに報酬を決定	・実態調査で把握される施設や在宅サービスの類型ごとの収支状況等を踏まえ、その提供に要する平均的な費用の額等を勘案して、原則3年ごとに報酬を決定	・教育・保育に通常要する費用の額を勘案して公定価格（基本額＋各種加算）を決定 ・公定価格の金額については人件費・事業費・管理費について対象となる費目を積み上げて算定 ・人件費は国家公務員給与の改定状況、事業費・管理費は物価の動向等を踏まえて毎年度改定
処遇改善の仕組み	看護師等の負担軽減のため、看護職員や看護補助者の配置増に対する加算等があるが、賃金改善を直接の目的とする仕組みはない  ※医療においては、医師、看護職員、リハビリテーション専門職等多様な専門職がチームでサービス提供を担っている点に留意が必要	・処遇改善加算：介護職員が対象 ・特定処遇改善加算：経験・技能のある介護職員に重点を置いた加算  ※平成21年以降、介護職員の処遇改善加算の創設や順次の拡充等の取組を実施。 ※加算の取得は、加算により取得される額以上の賃金改善が要件 ※障害福祉についても同様の仕組み	・処遇改善等加算Ⅰ：全職種が対象 ・処遇改善等加算Ⅱ：技能・経験を積んだ副主任保育士・専門リporter等が対象  ※平成25年以降、保育士等の処遇改善等加算の創設や順次の拡充等の取組を実施 ※加算の取得は、加算により取得される額以上の賃金改善が要件
費用負担	・患者負担 年齢・所得に応じて1～3割（高額療養費制度あり） ・給付費 診療報酬（保険料：公費＝6：4）	【介護】 ・利用者負担 所得に応じて1～3割（高額介護サービス費制度あり） ・給付費 介護報酬（保険料：公費＝1：1）  【障害福祉】 ・利用者負担 所得に応じて最大1割（高額障害福祉サービス等給付費制度あり） ・給付費 障害福祉サービス等報酬（全額公費）	・利用者負担 市町村が設定（上限あり） ※0～2歳は応能負担、3歳以上は無償 ・給付費 原則公費、一部事業主拠出金あり ※公立保育所等は地方交付税措置

#### （４）各職種の賃金

各職種の賃金（以下「役職者含む」としたものの以外は役職者を除く。賞与等を含めて月収換算したもの。）の現状をみると、看護師は39.4万円であり、全職種の平均の35.2万円を上回っている。他方、介護分野の職員は29.3万円、保育士は30.3万円、幼稚園教諭は29.8万円であり、対人サービス産業の平均の26.6万円は上回っているものの、全職種の平均は下回っている<sup>3</sup>。

ただし、介護分野の職員や保育士・幼稚園教諭については、上述のとおり、これまで処遇改善に取り組んできたところである。この結果、介護分野の職員と全産業平均との差は5.9万円（令和2年）になっている。保育士・幼稚園教諭については、これまでは、保育士・幼稚園教諭の太宗を女性が占めていることを踏まえ、当面の対応として女性の全産業平均を目指してきたことにより、女性の保育

<sup>3</sup> 障害福祉人材については、29.5万円。

士（役職者含む）と女性の全産業平均（役職者含む）との賃金の差は 0.8 万円（令和 2 年）に、女性の幼稚園教諭（役職者含む）と女性の全産業平均（役職者含む）との賃金の差は 0.7 万円（令和 2 年）になっている<sup>4</sup>が、今後の目標としては適切ではなく、他産業や全産業の男女計の賃金との乖離について議論すべきものとする。



(出典) 厚生労働省「賃金構造基本統計調査」(平成24年から令和2年までの各年で公表されたもの)を基に作成。いずれも一般労働者(短時間労働者を含まないもの)。  
 (注1) 「役職者含む」としたものの以外には、役職者を除いた数値。ただし、「全産業」及び「対人サービス産業」は、令和元年までは100人以上の企業の役職者、令和2年は10人以上の事業所の役職者を除いた数値。  
 (注2) 「月収」とは、賃金構造基本統計調査における「きままって支給する現金給与額」に、「年間賞与その他特別給与額」の1/12を定した額。  
 「きままって支給する現金給与額」とは、労働協約又は就業規則などにあらかじめ定められている支給条件、査定方法によって6月分として支給される現金給与額(基本給、職務手当、積勤手当、家族手当が含まれるほか、時間外勤務、休日出勤等超過労働給与を含む)のこと。いわゆる手取り月額ではなく、税込月額である。  
 (※1) 令和元年までは職種別の賃金については従来調査していたが、令和2年から調査方法が変わり、職種別の賃金について役職者を含んだものも調査している。  
 (※2) 令和元年以前の「幼稚園教諭」は、令和2年より「幼稚園教諭、保育教諭」に区分を変更している。  
 (※3) 「介護分野の職員」は、令和元年までは「ホームヘルパー」及び「福祉施設介護員」を、令和2年は「訪問介護従事者」及び「介護職員(医療・福祉施設等)」をそれぞれ加重平均したもの。  
 (※4) 「全産業」は、産業別データの「産業計」から役職別データの「役職計」を除いて算出したもの。  
 (※5) 「対人サービス産業」は、産業別データの「宿泊業、飲食サービス業」及び「生活関連サービス業、娯楽業」を加重平均し、役職別データの「宿泊業、飲食サービス業」及び「生活関連サービス業、娯楽業」の「役職計」を除いて算出したもの。

### 3. 経済対策における措置

こうした現状を踏まえ、政府は、今般の経済対策及び補正予算<sup>5</sup>において、保育士等・幼稚園教諭<sup>6</sup>、介護・障害福祉職員を対象に、賃上げ効果が継続さ

<sup>4</sup> 令和2年から賃金構造基本統計調査の回答対象等が異なっているため、令和元年以前と令和2年については単純な比較はできない。

<sup>5</sup> 今般の補正予算における処遇改善のうち、継続的な措置を前提としているものについては、消費税収の増額補正を踏まえて、消費税収を活用した社会保障の充実を増額するとともに、返納金を財源として活用することにより、赤字国債の追加発行を行うことなく、財源確保して対応している。

<sup>6</sup> 保育所、幼稚園、認定こども園、地域型保育事業の公定価格の対象の事業所で働く方々や、放課後児童クラブの職員、児童養護施設、乳児院、児童自立支援施設、児童心理治療施設、母子生活支援施設、自立援助ホーム、ファミリーホームの職員、及び公定価格の対象でない私学助成を受ける幼稚園の教諭等が含まれる。

れる取組を行うことを前提として、収入を3%程度（月額9,000円）引き上げるための措置を、令和4年2月から実施することとした。この際、他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認めることとしている。

看護については、まずは、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、段階的に収入を3%程度引き上げていくこととし、収入を1%程度（月額4,000円）引き上げるための措置を、令和4年2月から実施した上で、来年10月以降の更なる対応について、令和4年度予算編成過程において検討し、必要な措置を講ずることとした。この地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関とは、一定の救急医療を担う医療機関（救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関）であり、また、この際、看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認めることとしている。<sup>7</sup>

また、今般の経済対策においては、看護、介護、保育、幼児教育など、新型コロナウイルス感染症への対応と少子高齢化への対応が重なる最前線において働く方々の収入の引上げを含め、全ての職員を対象に公的価格のあり方を抜本的に見直すこととしている。

本委員会としては、今回の措置は速やかな処遇改善の観点から一定の評価ができるものであり、一日も早く現場で働く方々に着実に行き渡るよう必要な対応を進めることを求めるとともに、今回の措置が、診療報酬、介護報酬等のそれぞれの制度に反映され、確実な賃上げにつながる仕組みとすべきであり、これらが一時的なものにとどまらないことを求めるものである。その際、処遇改善に向けた措置の実効性を担保しつつ、処遇改善に係る事業主の事務負担が過剰なものにならないように留意すべきであるとともに、施策の実施を担う地方の意見を十分に踏まえて施策を進めるべきである。

#### 4. 今後の処遇改善について

##### (1) 処遇改善の基本的考え方

現在、世界各国において、持続可能性や「人」を重視し、新たな成長と分配の好循環につなげる、新たな資本主義モデルの模索が始まっている。我が国としても、成長も分配も実現する、新しい資本主義の具体化を進める必要がある。

---

<sup>7</sup> 上記のほか、新型コロナ患者の対応を行う医療従事者については、緊急包括支援交付金の病床確保料の一部を用いて適切に処遇改善が図られるべきであり、その内容について都道府県に報告することとされている。

新しい資本主義において、人への分配は、「コスト」ではなく、未来への「投資」である。官と民が共に役割を果たすことで、成長の果実をしっかりと分配し、消費を喚起することで、次の成長につなげる。これこそが、持続可能な経済、そして、成長と分配の好循環による新しい資本主義を実現するための要である。

こうした考え方の下、今回の経済対策では、国が率先して、看護、介護、保育、幼児教育などの分野において、収入の引上げを行うこととした。また、政府調達の見直しも行うこととした。その上で、民間企業の賃上げを支援するための環境整備に全力で取り組んでいる。

新たな資本主義を実現するためには、今後も、看護、介護、保育、幼児教育などの分野において、その仕事に見合った適切な処遇が行われるよう、収入の引上げが持続的に行われる環境を整備する必要がある。

## (2) 処遇改善の方向性

今般の経済対策の措置を前提としても、介護・障害福祉職員、保育士等・幼稚園教諭の賃金は全産業平均から乖離があり、仕事の内容に比しても未だ低く抑えられている状況である。引き続き人手不足の解消等に向けて、今回の措置の結果も踏まえつつ、更なる処遇の改善に取り組むべきである。

処遇改善の最終的な目標は、職種毎に仕事の内容に比して適正な水準まで賃金が引き上がり、必要な人材が確保されていることである。その際、他産業との乖離や有効求人倍率などの労働市場における関連指標の状況を参照するほか、各産業における他の職種との比較や対象とする産業内での各職種間の均衡、仕事の内容、労働時間の長短、経験年数や勤続年数なども考慮すべきである。今後、医療・福祉分野のマンパワーのニーズが大きく増加すると見込まれることも踏まえ、特に2020年代にこうした取組に注力すべきである。

また、経験年数や勤続年数に応じた処遇改善の取組は、キャリア・ラダーの形成や職員を大切にすることへのインセンティブとなり、職場への定着や経験・技能の高度化等につながる。先に述べたマンパワーのニーズの見通しも踏まえ、経験・技能のある職員に重点化した処遇改善のあり方について検討し、次なる目標として、経験・技能のある職員について、仕事の内容と比して適正な水準であるかという点も考慮しつつ、他産業（適切な他産業がなければ全産業平均）と遜色ない水準とすることを目指すべきである。

他方、従前より全産業平均を上回る賃金水準である看護師については、今般の経済対策を踏まえ、まずは、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員について、収入を3%程度引き上げていくべきである。

あわせて、管理的立場にある看護師の賃金が相対的に低いこと、民間の医療機関であっても国家公務員の医療職の俸給表を参考としている場合が多いことも

指摘されており、今回の措置の結果も踏まえつつ、すべての職場における看護師のキャリアアップに伴う処遇改善のあり方について検討すべきである。

また、介護・障害福祉、保育、幼児教育分野も含め、経験・技術に応じた処遇ルールの特明確化（賃金体系の整備）やタスクシフト・タスクシェアによる業務の高度化・効率化、各職種の養成課程のあり方、職員配置も含めた勤務環境の改善についても検討すべきである。

看護師のキャリアアップの観点からは、ライフステージに対応した働き方により継続的に就労できることが重要である。これまでも、仮眠室の拡張・新設等による働きやすい職場づくりや、看護補助者の配置やICTシステムの導入による業務負担の軽減、院内保育所の整備、短時間正規雇用など多様な勤務環境の導入による就業しやすい環境の整備など、地域医療介護総合確保基金も活用して様々な取組を推進してきたところであり、引き続きこうした勤務環境の改善に積極的に取り組むべきである。

今後の処遇改善を行うに当たっては、これまでの措置の実効性を検証するとともに、これまでの措置で明らかになった課題や対象外となった職種も含め、検証を行うべきである。

また、看護師の処遇改善に関して、今回の処遇改善の取組が確実に賃上げにつながることを担保することを、令和4年度診療報酬改定の中で検討すべきである。その際、今回の経済対策において柔軟な運用を認めていることとの整合性を図るべきである。

こうした処遇改善を行うに当たっては、全てを国民の負担に回すのではなく、既存予算の見直しや高齢化に伴って増加する医療・介護費の中での分配のあり方などを含め、幅広く検討を行うべきである。従来は、前述のとおり、主に財政措置等を財源として処遇改善を進めてきた。今後は、更なる財政措置を講じる前に、医療や介護、保育・幼児教育などの分野において、国民の保険料や税金が効率的に使用され、一部の職種や事業者だけでなく、現場で働く方々に広く行き渡るようになっているかどうか、費用の使途の見える化を通じた透明性の向上が必要である。また、デジタルやICT技術、ロボットの活用により、現場で働く方々の負担軽減と業務の効率化を進めていくことも必要である。

本委員会は、こうした処遇改善に向けた政策手法を実現する観点から、それぞれの分野における費用の見える化やデジタル等の活用に向けた課題等について検討し、来夏までに方向性を整理することとする。

令和3年12月24日

中央社会保険医療協議会  
会長 小塩 隆士 殿

中央社会保険医療協議会  
1号側（支払側）委員  
安藤 伸樹  
松本 真人  
佐保 昌一  
間宮 清  
眞田 享  
鈴木 順三  
末松 則子

### 令和4年度診療報酬改定等に関する1号側（支払側）の意見

#### 1. 基本認識

- 令和4年度診療報酬改定は、新型コロナウイルス感染症を経験し、団塊の世代が75歳に到達し始めて最初の改定である。コロナ禍の教訓と人口構造の変化を踏まえれば、安心・安全で効率的・効果的な医療につながるよう、これまで以上にメリハリの利いた配分の見直しを行うべきである。
- 最も重要なことは、医療機能の分化・強化と連携の更なる推進である。入院医療については、地域医療構想の実現だけでなく、新興感染症に強い医療提供体制を構築するために、急性期病床における医療資源の集約と急性期から回復期、慢性期まで目に見えるかたちでの円滑な連携を推進しなければならない。外来医療については、慢性疾患の継続的な管理にとどまらず、急性疾患に罹った場合の対応を含め、患者に適切な受診機会が確保されるよう、全国民がかかりつけ医を持つことができる環境の整備と、紹介状なし受診時定額負担の拡大を同時並行で進めるべきである。新たな医療の形態として期待されるオンライン診療については、患者のニーズや技術進歩を踏まえ、適切に普及させるべきである。限られた医療保険財政のなかで医療の質を維持・向上させるためには、安定供給に配慮しつつ、後発医薬品の更なる使用促進等を図る等、適正化の視点が不可欠である。
- 医療経済実態調査の結果から、医療法人の病院や一般診療所、歯科診療所、保険薬局は依然として黒字であり、足元で医療機関の経営が概ね改善している状況を踏まえれば、個々の医療機関・薬局の役割や機能を反映しない一律の評価は行うべきでない。
- 改定の具体的項目に関する支払側の考え方は、次頁以降のとおりである。

## II. 診療報酬

### 1. 重点項目

#### (1) 入院医療

入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料は、基本的な入院医療の体制を評価するものであり、人口構造と医療ニーズの変化に合わせて、効率的・効果的な病床機能が発揮されるよう、高度急性期・急性期・回復期・慢性期のそれぞれについて、患者の状態と医療資源の投入量をより適切に反映できる報酬体系へと見直すことが極めて重要である。

##### ① 高度急性期

- 特定集中治療室用／ハイケアユニット用「重症度、医療・看護必要度」の評価項目において、患者の状態と医療資源の投入量を適切に反映するために、A項目については「心電図モニターの管理／装着」を廃止し、B項目については高い相関関係にある「口腔清潔」「衣服の着脱」「食事摂取」を整理すべき。
- 特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」の判定基準において、B項目を除外すべき。
- 救命救急入院料のうち、特定集中治療室用「重症度、医療・看護必要度」の測定を求めている入院料1と入院料3について、人員配置や医療の実態が近いハイケアユニット用「重症度、医療・看護必要度」の測定に切り替えたいうで、該当患者割合を施設基準に定めるべき。
- 特定集中治療室管理料において提出が要件化されている「生理学的スコア」について、患者の状態を適切かつ客観的に評価するための指標として、引き続き調査・分析すべき。

##### ② 急性期

- 一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」の測定方法について、医療従事者の負担軽減も踏まえ、計画的にⅠを廃止してⅡに統一するべき。
- 一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」の評価項目において、A項目については「心電図モニターの管理」を廃止し、「点滴ライン同時3本以上の管理」の測定方法ⅠとⅡの不整合を是正し、B項目については相関関係の強い「口腔清潔」「衣服の着脱」「食事摂取」を整理し、C項目については「骨の手術」の術後期間を精緻化するべき。
- 急性期一般入院基本料について、病床機能の分化・強化をさらに進める観点から、入院料1の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合の基準値を引き上げるとともに、7区分ある入院料を簡素化し、各入院料間における該当患者割合の刻み幅を大きくすることにより、患者の状態に応じた評価のメリハリを強め、病床機能の分化を促進するべき。
- 急性期一般入院料1を算定する医療機関について、特に急性期医療に相応しい役割を適切に評価する観点から、特定集中治療室等による濃密な医療や手術、放射線治療、化学療法等を指標として、評価にメリハリを付け、医療資源の重点化を通じて病床機能を強化するべき。

### ③ 回復期

- 地域包括ケア病棟・病室について、▽ポストアキュート▽サブアキュート▽在宅復帰支援—という3つの役割を前提として、包括点数の「地域包括ケア病棟入院医療・入院医療管理料」が設定されていることを踏まえ、ポストアキュート機能しか担えていない場合に評価を適正化するとともに、サブアキュートや在宅復帰支援の機能を強化する方向で施設基準等を見直すべき。
  - ポストアキュート機能に偏った病棟で医療資源の投入量が相対的に少ない実態を踏まえ、一般病棟から転棟した患者割合が一定以上の場合の減算を、許可病床400床未満の医療機関に拡大するべき。
  - サブアキュート機能を適切に評価する観点から、自宅等からの緊急患者の受入れ実績に加えて、救急医療の実施を評価の指標として加えるべき。
  - 質の高い在宅復帰支援を推進する観点から、入退院支援・地域連携業務を担う部門の設置に加えて、入退院支援加算の届出を評価の指標として加えるべき。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、医療の質とアウトカムが向上するように、入院料区分の取扱いと実績部分の評価を見直すべき。
  - 回復期リハビリテーション病棟の入門編として位置付けられている入院料5、6について、医療の質を高める観点から、最初の届出から一定期間に限り算定可能とし、期限までに入院料1～4へ移行するように促すべき。
  - 入院料1、3、5について、リハビリテーション実績指数が上昇していることを踏まえ、基準値を引き上げるべき。
  - 入院料2～6について、管理栄養士が配置されている場合、リハビリテーション計画書の栄養項目記載を必須とするべき。
  - 入棟時FIMと退棟時FIMの状況を継続的に把握し、引き続きFIM得点の妥当性を検証するべき。
- 疾患別リハビリテーションについて、医師の判断により標準的算定日数の上限から除外される患者の状態に関するデータを収集し、その結果を踏まえて、除外要件を明確化するべき。

### ④ 慢性期

- 療養病棟入院基本料の経過措置（注11）について、短い入院期間でリハビリテーションを多く実施するという、療養病棟としての役割と異なる実態を踏まえ、令和4年3月末で廃止するべきである。ただし、仮に延長する場合には、少なくとも回復期リハビリテーション病棟と同様に、6単位を超えるリハビリテーションを入院基本料に包括するとともに、減算幅を拡大し、早期の機能転換や介護医療院への移行を促すべき。
- 患者のQOLを向上させる観点から、中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価を徹底し、中心静脈栄養を中止できる可能性のある場合には、早期に嚥下リハビリテーション等を実施するよう、施設基準等に定める。そのうえで、医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」の取扱いを適正化し、一定期間経過後、医療

区分2へ移行するべき。

- ⑤ DPC/PDPS について、医療の標準化をさらに進める観点から、より精緻な仕組みへと見直すべき。将来的には、医療資源投入量や在院日数が平均値から極端に外れた病院に DPC 制度からの退出勧告できる規定を整備する必要がある。また、新型コロナウイルス感染症への対応をはじめ、DPC 病院が地域で果たす役割を適切に評価する観点から、医療機関別係数Ⅱの地域医療指数を見直すべき。
- 治療目的での手術が定義されていない診断群分類について、他院からの転院と自院への直接入院とで医療資源の投入量に違いがみられたことを踏まえ、入院元によって診断群分類を区別するべき。
  - 発症からの日数によって病態が変化する疾患について、経過日数で診断群分類を区別できるよう、データを収集するべき。
  - 在院日数に応じて設定されている3段階の定額報酬について、入院初期の平均医療資源投入量が経年的に大きくなっていることを踏まえ、医療現場への影響に留意しつつ、入院初期における評価への配分を高めるべき。
  - 地域医療指数のうち体制評価指数について、新規項目として「感染症」を設定し、新型コロナウイルス感染症と新型インフルエンザへの対応を適切に確認できるかたちで評価するとともに、既存項目である「へき地」「災害」の評価を厳格化するべき。
- ⑥ 短期滞在手術等基本料について、外来で可能な手術は外来での実施を優先しつつ、1入院包括評価を推進する観点から、対象となる手術等を拡大するべき。
- 1入院包括評価を推進する観点から、治療法や医療資源投入量が標準化され、短期間で退院可能な手術等を積極的に基本料3の対象に追加する一方で、算定実績が極めて少ない基本料2は廃止するべき。
  - DPC/PDPS で点数設定方式Dが設定されている診断群分類について、基本料3の対象に追加するべき。
- ⑦ 障害者施設等入院基本料について、「重度の意識障害以外」の脳卒中患者を、療養病棟入院基本料に準じた包括評価とするべき。
- ⑧ 緩和ケア病棟入院料について、患者の状態を適切に把握するために、数字等を用いた疼痛の評価を全ての患者に実施するよう、施設基準に定めるべき。
- ⑨ 有床診療所入院基本料について、有床診療所が地域で担う役割を踏まえ、在宅療養中に急変した患者を受け入れた場合と、病院からの患者を受け入れた場合で、初期加算を分けることにより、患者が安心して在宅療養を行えるようにするべき。
- ⑩ 入院横断的個別事項
- データ提出加算について、現行は要件化されていない地域一般入院料などにも届出を求め、データ収集の対象を拡大するべき。
  - 診療録管理体制加算について、サイバーセキュリティ対策を義務化するべき。
  - 入退院支援加算について、単なる要件緩和とにならないよう、医療の質を上げる方向で対応するべき。入退院支援の機会に退院困難な要因として、ヤングケアラーの事例を

抽出した場合に、地域の関係者と協力して解決につなげるべき。

- 救急医療管理加算について
  - 指標の導入によって「意識障害又は昏睡」の患者でも JCS 0、「広範囲熱傷」の患者でも BurnIndex 0 の場合があることや、実施されている処置の実態が明らかになってきたことを踏まえ、指標の数値と実施されている治療を組み合わせた客観的な基準を検討し、算定を適正化するべき。
  - 加算 2 については、救急患者に相当する状態を明確化しながら、「コ その他重症な状態」を整理し、将来的に廃止を目指すべき。
- 褥瘡対策について、ガイドラインを踏まえ、チームを構成する職種を検討するべき。

## (2) 外来医療

- ① 患者と医師の双方にとって「かかりつけ関係」が明確になるように、かかりつけ医関連の診療報酬体系を再構築するべきである。かかりつけ医には原則、内科領域を中心とする幅広い疾患の診療が可能で、必要に応じて専門医・専門医療機関に直接紹介できることが求められる。かかりつけ患者に対して発熱等の体調不良時における対応の助言・指導やワクチン接種を行うこと等も期待される。
- 地域包括診療料・地域包括診療加算について、
    - 脂質異常症・高血圧症・糖尿病・認知症のほかに慢性腎臓病や心不全を対象疾患に追加する場合、適切な指導・診療体制と専門医・専門医療機関との連携を特に求めるべき。
    - 院外処方における薬局との連携について、24 時間対応薬局だけでなく、地域連携薬局も認める場合、時間外・休日の服薬管理に関する対応をあらかじめ薬局と確認しておくことを求めるべき。
  - 小児かかりつけ診療料について、時間外対応に関する要件を地域包括診療料等と同様に「時間外対応加算 3」まで認める場合、夜間・休日の対応について患者・家族に周知する等、一定の条件を設けるべき。
  - 特定疾患療養管理料について、「プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うこと」を評価したものであることを踏まえ、治療計画の説明と患者の同意を要件化するべき。
  - 再診料の外来管理加算について、疾患を限定せずに「計画的な医学管理（懇切丁寧な説明が行われる医学管理）」を評価したものであることを踏まえ、
    - 歴史的経緯も考慮しつつ、幅広い疾患を対象とした「かかりつけ医による計画的な医学管理」を評価するものに位置付けを改めるべき。
    - 地域包括診療料・地域包括診療加算や特定疾患療養管理料等の計画的な医学管理を評価する報酬項目と趣旨が重複することから、併算定を不可とし、患者の納得性を高めるべき。
  - 初診料の機能強化加算について、算定対象を慢性疾患等のかかりつけ患者に限定する

べきである。また、医療機関の体制を評価する加算として引き続き全ての初診患者を対象とする場合であっても、病歴・受診歴・処方歴等の確認を徹底すること、医療情報提供制度の「かかりつけ医機能を有する医療機関」として登録すること、自院の機能に関する患者への情報提供を徹底すること、一定期間内に地域包括診療料等の算定実績があること等を要件化するべきである。

- ② 医療機関間の連携について、紹介元の医療機関からの求めに応じて情報提供する際に、紹介元の医療機関がかかりつけ医機能の届出を行っていない又は届出状況を把握できず、診療情報提供料(Ⅲ)を算定できない不合理を是正する場合、紹介元において診療情報提供料(Ⅰ)の要件として、かかりつけ医機能の有無を情報提供すること等も合わせて検討すべき。
- ③ 生活習慣病管理料について、
  - 管理方針を変更した場合の理由・内容等や当該患者数の記録を算定要件から除外する場合、要件緩和による影響を検証すべき。
  - 薬剤料の取り扱いを検討する際には、包括点数であることが当該管理料の特徴のひとつであることや、当該管理料の算定に困難を感じる理由として「自己負担が上がることの患者の理解が得られにくい」が上位であることを考慮すべき。
- ④ 耳鼻咽喉科診療について、
  - 耳、鼻、咽頭といった領域を横断して行われる複数の定型的な処置を組み合わせた評価を新設する場合、患者負担、財政影響、医療の標準化等を総合的に勘案し、納得性のある合理的な仕組みとするべき。
  - 小児抗菌薬適正使用支援加算を小児科外来診療料と小児かかりつけ診療料のほかに拡大する場合、対象患者等について明確にするとともに、適切な要件を設定すべき。
- ⑤ 外来機能の分化について、かかりつけ医機能の強化や地域包括ケアシステムの構築と一体的に推進する。これにより、患者が大病院志向から脱却すれば、定額負担を徴収する事例が生じることなく、効率的で効果的な医療提供体制が実現する。
  - 大病院を紹介状なしで受診する場合等の定額負担について、保険給付の範囲から控除される額を、初診は2,000円、再診は500円とし、定額負担の該当性を患者自身が判断できることや公平性の観点から、除外要件を整理すべき。
  - 紹介・逆紹介を推進するために、紹介率・逆紹介率の低い大病院の初診料・外来診療料に関する減算措置を厳格化するとともに、医療資源重点外来を基幹的に担う医療機関についても、紹介率・逆紹介率の基準値を設定すべき。
  - 医療資源重点外来を基幹的に担う医療機関について、紹介患者の外来や入院に集中できるようになり、医師等の働き方改革につながることを前提として、自主的な対応を推進すべき。政策誘導のために加算等で評価することには反対する。

### (3) オンライン診療

新型コロナウイルス感染症の教訓から、患者の安心・安全な医療の確保等のため、オンライ

ン診療の推進は非常に重要である。新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う特例的な対応や「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の改訂等を踏まえ、患者のニーズに対応すべく、安全性と有効性を前提として、オンライン診療を提供する医療機関が増加し、効率的で利便性の高い医療を患者が享受できるよう、オンライン診療の適切な普及・促進に向けて、診療報酬を通じた環境整備を推進するべきである。

そのため、算定要件等の見直しを行うとともに、通信料等の実費負担を含む、トータルでの患者負担に配慮しつつ、オンライン診療について対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、医学管理料も含めて対面診療との違いを踏まえた適切な報酬体系とする必要がある。

あわせて、厚生労働省は、オンライン診療に関する実態把握を行い、患者にとって適切な運用が行われているか確認し、対面診療との比較を含め評価の在り方の妥当性に関する分析を行うべきである。

#### (4) 在宅医療

高齢化のさらなる進展と地域医療構想による病床の機能分化・連携により、在宅医療の需要は確実に増大する。地域の関係者が一体となって質の伴う訪問診療・訪問看護を効率的に提供し、需要増に対応する必要がある。

- ① 継続診療加算について、24時間の連絡・往診体制を構築するための協力医療機関が得られなくても、市町村・医師会と連携して在宅医療の提供体制が構築されていれば算定を認める場合は、緊急時の対応をあらかじめ患者・家族と確認しておく等の条件を設けて、例外的な取扱いとするべき。
- ② 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院について
  - 他医療機関の支援及び多職種連携の支援の役割を、施設基準で明確化すべき。
  - ターミナルケアを充実させる観点から、「人生の最終段階における医療・ケア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、適切な意思決定支援に関する指針の策定を施設基準として定めるべき。
  - 機能強化型在宅療養支援病院の施設基準のうち、緊急対応において緊急往診だけでなく緊急入院を考慮する場合は、実績件数の基準値を引き上げるべき。
- ③ 患者が外来から在宅に移行する際に外来の担当医と在宅の担当医が共同して指導等を行うことについて、新たな評価を創設する場合、既存の報酬項目と評価が重複しないことを前提に、医療の質の向上や効率化につながる仕組みとするべき。
- ④ 在宅ターミナルケア加算について、死亡日から2週間以内に2回の訪問診療等が実施できなくても算定を認める場合は、ターミナルケアの準備期に状態が急変して予期せぬ看取りとなった患者に限る等、例外的な取扱いとするべき。
- ⑤ 小児の在宅医療について
  - 成人を前提に「急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合に算定できる」とされている緊急往診加算の要件を、小児に特有の疾患や病態も考慮した内容に見直すべき。

- 末期のがん患者を対象とする訪問診療に関する基本的な評価包括された在宅がん医療総合診療料において、成人と小児の違いを考慮する場合は、実態を反映した評価とし、小児に対する適切な緩和ケアを確保すべき。
- ⑥ 救急搬送診療料について、搬送中の車内で医師から治療を受けた患者だけでなく、転院のために ECMO 等を装着したまま搬送された患者でも算定できるようにする場合は、対象患者を限定し、高次の医療機関への転院であることや搬送に関するガイドラインに即した対応を求める等、一定の条件を設定すべき。
- ⑦ 訪問看護は、患者の状態に応じた適切な職種が適切な頻度で、効率的・効果的に提供されることが重要である。
  - 理学療法士等による訪問看護について、介護保険と同様に、職種や時間・回数を医師が訪問看護指示書に記載すべき。
  - 専門・認定看護師や特定行為研修を修了した専門性の高い看護師による訪問看護を評価する場合、訪問した看護師の資格ではなく、患者の状態と提供された訪問看護の内容に応じた評価とするべき。
  - 訪問看護情報提供療養費について、指定障害者相談支援事業者、精神障害者施設、高等学校等を対象に追加すべき。
  - 有事への備えとして、介護保険と同様に BCP の策定を訪問看護ステーションに義務付ける。24 時間対応体制加算について、連携による対応体制を特別地域及び医療資源の少ない地域の他に認めることは、医療の質を低下させる懸念に配慮する。
  - ICT を利用した死亡診断の支援について、実績を集積したうえで、評価のあり方を検討すべき。
  - 退院当日の訪問について、退院翌日の訪問した場合とケア内容に大きな差がないのであれば、ターミナルケア療養費の要件である 2 回以上の訪問に含めることが考えられる。
  - 機能強化型訪問看護ステーションについて、専門性の高い看護師を配置し、人材育成のための研修等の実施を推進する方向で施設基準を厳格化すべき。
  - 複数名訪問看護加算における同一日複数回訪問について、看護補助者以外の取り扱いを定める場合は、訪問する職種や回数の妥当性と看護の質を担保すべき。
  - 退院支援指導加算について、長時間訪問の評価を引き上げる場合は、訪問の時間だけでなく、患者の状態や看護の内容を考慮するとともに、短時間訪問の評価を引き下げてメリハリを付けるべき。

## (5) 歯科

かかりつけ歯科医機能の強化や在宅歯科医療の拡大を通じて、歯科疾患に対する早期介入により効率的・効果的に患者の口腔状態を健康に保ち、QOL を生涯にわたり維持・向上させることが重要である。

- ① 新型コロナウイルス感染症を踏まえて、基本診療料の施設基準に定める研修の内容を見直し、感染症予防策を徹底すべき。ただし、研修や追加の感染症予防策を理由に基本

診療料を引き上げることには、反対する。

- ② かかりつけ歯科医機能強化型診療所の施設基準における歯周病重症化予防や訪問診療の実績については、地域包括ケアシステム推進の観点から、算定回数の基準値を引き下げるべきでない。
- ③ 障害者歯科医療における歯科診療特別対応連携加算について、医科病院との連携だけでなく、歯科病院との連携も評価の対象とすることが考えられる。
- ④ 歯科疾患管理料の総合医療管理加算について、HIV 感染を対象疾患に追加するべき。
- ⑤ 訪問歯科衛生指導料について、ICT を活用して歯科医師が患者の口腔状態を確認して歯科衛生士に指示を出すことにより、効率的で質の高い口腔衛生管理を評価する。
- ⑥ 歯周病安定期治療（Ⅰ）（Ⅱ）及び歯周病重症化予防治療について、患者負担に配慮しつつ、包括範囲の違いを是正するべき。
- ⑦ フッ化物洗口指導やフッ化物歯面塗布処置について、う蝕の重症化予防の有効性に基つき、対象患者を拡大することが考えられる。
- ⑧ 口腔機能の発達や衰えの実態を踏まえ、現行 15 歳未満とされている小児口腔機能管理料の対象年齢を引き上げ、現行 65 歳以上とされている口腔機能管理料の対象年齢を引き下げるべき。
- ⑨ 歯科訪問診療料について、同一建物に居住する患者数によって診療時間や診療行為が異なることを踏まえ、全体として適正化の方向で評価のメリハリを強化するべき。
- ⑩ 在宅療養支援歯科診療所の施設基準について、多くの歯科診療所が積極的に訪問診療を実施するように要件を見直すことが考えられる。
- ⑪ 歯科用貴金属価格の随時改定について、より直近の素材価格を用いて見直しを判断できるように運用上の工夫を行うべき。

## (6) 調剤

患者本位の医薬分業を推進する観点から、引き続き対物業務から対人業務へと構造転換し、かかりつけ薬剤師を中心とする安心・安全で効率的な薬物治療を実現することが求められる。処方箋の受付枚数と特定の医療機関からの集中率で区分される「調剤基本料」と、投与日数に応じて高くなる内服薬の「調剤料」は、最低限の水準で一本化し、地域への貢献、高度な調製、充実した薬学的管理指導といった付加価値をより重視した報酬体系へと見直すことが望ましい。

- ① 調剤基本料について、処方箋の受付枚数と特定の医療機関からの集中率で区分する方式を継続するのであれば、多店舗展開や医療機関への依存によって経営効率を高めている薬局の評価を限界まで適正化するべき。
  - 大型チェーン薬局を想定した調剤基本料3について、要件の厳格化と点数の引き下げを行うべき。
  - 医療機関と不動産取引等の関係性について、グレーゾーンを明確化するとともに、医療資源の少ない地域の薬局を除き、全ての薬局に対して、特別調剤基本料への該当の有無に関する申告を求めるべき。

- 公道に面しておらず医療機関の敷地内に立地する薬局については、敷地内の医療機関の処方箋を受け付けた場合、院内処方に準じた取り扱いとする。また、薬局を敷地内に誘致した医療機関については、全ての処方箋料を減算するべき。
- ② 地域支援体制加算について、医薬品医療機器法等に基づく「地域連携薬局」の認定制度と連動させて、認定を受けていれば加算の施設基準を満たしているものとして取り扱う。加算の施設基準のうち在宅対応の実績に関する基準値は、認定基準に合わせるかたちに見直すべき。
- ③ 内服薬の調剤料について、投与日数が2週間分までの点数が日数倍数制となっていたものを令和2年度改定で是正したことに引き続き、原則、投与日数によらず一律の点数になるように見直すべき。
- ④ 薬剤服用歴管理指導料について、薬剤種類数が多い場合に説明時間等が長くなることを理由として、評価に差をつけることには反対する。
- ⑤ 服用薬剤調整支援料や薬剤服用歴管理指導料のあり方については、オンライン資格確認等システムを基盤とする薬剤情報の閲覧や、電子処方箋システムによる重複投薬・禁忌のチェックが可能になり、業務負担が軽減することを踏まえて検討するべき。

#### (7) コロナ・感染症対応

- ① 新型コロナウイルス感染症に伴う特例措置については、妥当性を検証したうえで、必要な修正を行い、診療報酬の本則に取り込むことも考えられる。しかし、現段階では適切な分析及び審議を行うためのデータと時間が足りないこと、コロナ感染の先行きが不透明であること等を踏まえれば、基本的には当面、臨時的な取扱いを継続することが現実的である。ただし、個別に対応すべき特例措置もある。
- 一般診療に関わる特例措置は、診療報酬本則の改定状況や補助金と診療報酬の役割分担を踏まえ、廃止を検討することも選択肢である。
  - オンライン診療については、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が改訂され、恒久的な診療報酬上の取扱いが明確になれば、特例的な対応を継続する必要性は乏しい。電話診療については、診断や処方判断に必要な情報が十分に得られるとは言い難く、特例的な対応を早期に廃止する妥当性が高い。電話による服薬指導についても、オンライン服薬指導に一本化し、特例的な対応を廃止するべき。
  - 乳幼児感染予防策加算については、一般診療の感染症対策実施加算が廃止され、感染予防の「かかり増し経費」を補助金で手当とする考え方に整理されたことを踏まえ、予定どおり令和4年3月末をもって廃止するべき。
- コロナ患者・疑似症患者の治療に関わる特例措置を含めて、臨時的な取扱いを継続する場合であっても、特例措置の点数水準と算定要件については、技術・知識の集積や最新の実態に基づいて詳細に検証し、診療報酬の本則が改定されることも踏まえ、より適切なあり方について検討することは重要である。例えば、本則の取扱い大きく異

なる「院内トリアージ実施料」の特例対応については、ワクチン接種やコロナ感染の状況を踏まえて検討することが考えられる。

- ② 診療報酬の本則における感染防止対策加算については、医療の質や安全を高めるために、平時から基幹病院が中心になって連携を強化し、地域全体の感染防止を底上げする観点で、対応の強化と届出の拡大の両面から、要件を見直す必要がある。ただし、患者負担や保険給付が増えることへの納得性や、補助金との役割分担も踏まえて、有事の備えをどこまで診療報酬で対応するかについては、慎重に判断すべき。仮に診療報酬で対応する場合には、少なくとも、有事における適切な対応や事後的な検証を担保するべきである。

## (8) 医師等の働き方改革の推進

働き方改革は、地域医療構想や医師偏在対策と合わせた「三位一体改革」を着実に進める必要があるが、まずは医療機関の意識改革・マネジメント改革があつてこそ、政策的・制度的対応の効果が発揮される。これを前提として診療報酬で対応する場合には、費用負担者の理解を得るために、医療の質や安全が向上するというアウトカムが最も重要である。ただし、こうした成果の検証には技術的・時間的な課題があるため、まずは医療従事者の負担軽減や勤務時間短縮等のアウトプットを丁寧に確認しながら、診療報酬上の対応を検討するべきである。

- ① 医師事務補助体制加算について、経験を積んだ医師事務作業補助者の配置により医師の負担軽減効果が高まることを踏まえ、教育体制の整備や人材育成が進むように、要件を見直すべき。
- ② 手術・処置の時間外・深夜加算について、施設内で個人毎に負担の偏りが生じている可能性があることや、大病院における連続当直の実態を踏まえ、要件を見直すべき。
- ③ 周術期の薬学的管理業務について、インシデント・アクシデントの減少や業務の効率化につながるとの報告を踏まえ、手術室等への薬剤師の配置を推進するべき。
- ④ 病棟薬剤業務実施加算について、小児入院医療管理料の病棟にも算定を認める場合には、薬剤師の病棟配置により治療効果が高まるのか検証する必要がある。
- ⑤ 特定行為研修を修了した看護師の活用を進めつつ、医師からタスクシフトしても医療の質が維持されているか、検証するべき。
- ⑥ 「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」を踏まえた看護職員の処遇改善は、診療報酬による直接的な賃上げであり、医療機関に対する加算による裏付けで増員を促すという、業務負担の軽減を目的とする従来の診療報酬上の措置とは性格が異なる。ただし、処遇改善を診療報酬で対応するかどうかではなく、どのような仕組みであれば実施できるか考えることを前提とすれば、令和4年9月までの補助金や介護報酬の処遇改善加算を参考にして、確実に個人に届くこと及び事後的に検証できることを担保する必要がある。
- ⑦ 看護補助者の活用については、看護職からの的確な指示・業務委託やチームワークが重要とされる中で、看護師長や看護職を対象とした看護補助者との協業に関する研修の実

施を推進するべき。

- ⑧ 看護職員の夜間負担軽減について、精神科救急入院料等における看護職員夜間配置加算の要件項目数を増やすほか、回復期リハビリテーション病棟において、ある程度の看護職員が夜間配置されている実態があり、高齢患者の転倒に対応する必要性も踏まえ、回復期リハビリテーション病棟入院料に看護職員夜間配置加算を拡大するべき。
- ⑨ カンファレンスや研修が要件となっている診療報酬項目において、ビデオ会議やオンライン研修について、実施方法を標準化して質を担保しつつ、活用を可能にするべき。
- ⑩ 過酷な勤務環境の救急医療を担う医療機関を対象として、令和2年度改定で新設した地域医療体制確保加算について、コロナ禍の影響もあり精緻な効果検証は難しいため、医師労働時間短縮計画との整合を図る等、施設基準の手直しにとどめるべき。

## 2. 個別項目

### (1) 後発医薬品

今後も後発医薬品の使用促進が重要な政策であることは変わらない。新指標による後発医薬品の数量割合は、全体としては上昇基調だが、都道府県によるバラツキがみられる。新たな政府目標である「全都道府県で80%以上」を達成するために、関連する加算を見直すべきである。その前提として厚生労働省には、製薬業界に対する安定供給の働きかけや、出荷停止品目等を後発医薬品の数量割合から除外する措置の継続を要望する。製薬業界には、安定供給の確保と後発医薬品に対する国民の信頼回復に向けた取組みに期待する。

- ① 後発医薬品の数量割合を指標とする薬局の「後発医薬品調剤体制加算」と医療機関の「後発医薬品使用体制加算」「外来後発医薬品使用体制加算」について、基準値の最低ラインを80%まで引き上げるべき。
- ② 薬局の「後発医薬品調剤体制加算」における減算の基準値について、現行の40%から引き上げる。また、歯科を含めた医療機関の「後発医薬品使用体制加算」「外来後発医薬品使用体制加算」にも、減算措置を導入するべき。
- ③ 後発医薬品の数量割合を指標とする加算について、計画的な廃止も念頭に入れて今後のあり方を検討するべき。
- ④ 医療の効率化をさらに促進する観点では、後発医薬品のある先発医薬品を後発医薬品に置き換えるだけでなく、後発医薬品のない新薬に替えて、同等の効果が得られる類似の後発品を優先して使用することが重要である。そのため、「後発医薬品調剤体制加算」「後発医薬品使用体制加算」「外来後発医薬品使用体制加算」におけるカットオフ指標の基準値を現行の50%から引き上げるべき。改定結果検証の令和3年度特別調査の結果、令和3年4～6月におけるカットオフ指標の数量割合は、薬局が平均72.6%（中央値73.0%）、診療所が平均57.0%（中央値73.7%）、病院が平均59.9%（中央値61.3%）だった。

## (2) バイオ後続品の使用推進

バイオ医薬品は総じて単価が高く、薬剤費への影響が今後さらに大きくなることを見込まれ、バイオ後続品の使用促進は極めて重要である。入院においては、DPC/PDPS による包括評価の下で後続品に切り替えることによる医療機関側のメリットがあるが、外来や在宅で後続品が普及するには、効果や副作用について、医療機関から患者に丁寧に説明することが欠かせない。令和2年度改定で在宅自己注射について「バイオ後続品導入初期加算」が創設されて以降、後続品の使用割合が上昇していることも踏まえ、外来化学療法について、バイオ後続品の処方の評価する加算を設けるべき。

## (3) 医薬品の適切な使用の推進

- ① フォーマジュリは、有効性・安全性とともに経済性を考慮し、「効果が同等であれば、より経済的な医薬品を優先的する」とい考え方に基づいて、薬物治療を標準化するためのツールである。最終的な判断は医師に委ねられ、処方権を制限するものではない。
  - 「カットオフ指標」はフォーマジュリの推進とも密接に関連し、フォーマジュリを推進する観点からも、カットオフ指標の基準値を引き上げるべき。
  - 療養担当規則等のなかで「効果が同等であれば、より経済的な薬剤を優先する」ことを定めることも、長期的な視点で検討するべき。
  - フォーマジュリに対する報酬上の評価については、ガイドラインの状況や自主的な取組みの状況をみながら、丁寧に議論する必要がある。
  - 医療費適正化計画等の薬剤費に関連する施策のなかでフォーマジュリを位置付けることも、フォーマジュリの考え方を広げていくための有効な方法である。
- ② 分割剤については、残薬の調整、患者の利便性、医師の負担軽減等の観点から、活用が望まれる。薬剤師が患者の服薬状況だけでなく、患者の病態を適切に把握し、必要に応じて受診勧奨する等、薬剤師の対人業務の能力向上も今後の普及に不可欠な要素になる。患者・医師・薬剤師のいずれにも使い勝手の良い、簡便な仕組みへと見直すべき。
  - 1枚の処方箋を繰り返し使用できるように、処方箋様式を見直すべき。
  - 服薬管理が難しい患者だけでなく、病状が安定している患者であれば可能とするべき。
  - 処方医と薬局の薬剤師が連携して柔軟に処方間隔を調整できるようにするべき。
- ③ 薬剤給付の適正化については、市販品類似薬について網羅的に医療用医薬品としての必要性を再評価し、薬局・薬店の薬剤師の活用や、フォーマジュリの推進と合わせて、安心・安全なセルフメディケーションや薬物治療の標準化と一体的な取組みを進めるべきである。
  - 外用の消炎・鎮痛薬について、NDB データで処方箋1枚当たり処方枚数の分布をみると、現行の上限である70枚程度と概ね1か月分に相当する35枚程度が多く、最大量まで処方する場合を除けば、35枚を超える処方箋が少ないことを踏まえ、上限を35枚まで引き下げるべき。
  - 既に一定の対応が行われたもの以外について、保険給付の妥当性を継続的に検証し、

引き続き必要な対応を検討するべき。

#### (4) データ提出等

診療報酬制度の信頼性や精緻化の観点から、データは極めて重要である。これまでDPC/PDPSをはじめとする入院医療において有用な分析の実績があること、データ提出加算の届出が病院の6割を超えるまで浸透したこと、外来医療や在宅医療においても重要な包括報酬が多々あること、医療情報システムの標準化が進行中であることなどを踏まえれば、外来や在宅のデータも積極的に収集することが求められる。多くの医療機関から継続的に協力を得られる仕組みを創設するべき。

収集したデータを有効活用するためには、外来について専門的に検討する分科会を設置するなど、調査専門組織の強化も必要である。

#### (5) 診療報酬明細書の記載

レセプト情報は、診療報酬制度の信頼性に関わるものであり、簡素化できる部分は選択式にする一方で、検査値データを記載項目に取り入れ、審査の効率化につなげるべき。また、摘要欄への記載事項については、コンピュータチェックに適した記録条件にするべき。

#### (6) 小児医療

##### ① 急性期医療体制について

- 小児造血器腫瘍の標準的治療法が整備されていることや、小児病棟で無菌治療室管理が多く行われていることを踏まえ、小児入院医療管理料に包括されている無菌室治療管理加算は出来高評価とし、小児入院医療管理料を引き下げるべき。
- 医療的ケア児や小児慢性特定疾患児に関する退院時服薬指導は丁寧に行われる必要があるが、成人に比べて時間や情報量が多い傾向があるという理由で、特に評価するという点については、他の報酬項目も踏まえ、丁寧に判断するべき。

##### ② 高度急性期医療体制について

- 重症先天性心疾患の新生児について、治療の実態やガイドラインを踏まえて、小児特定集中治療室管理料の算定日数の取扱いを見直すべき。
- 慢性肺疾患の新生児について、呼吸器管理のために長期入院が必要であることを踏まえ、新生児特定集中治療室管理料の算定上限日数を延長するべき。

##### ③ 医療的ケア児等への対応として、診療情報提供料(I)の算定対象となる福祉・保育・教育機関として、保健所・児童相談所、保育所・幼稚園、高等学校等を追加するべき。

#### (7) 周産期医療

- ① 診療所によるハイリスク分娩管理について、地域周産期母子医療センター等と連携して安全を確保できる場合、ハイリスク分娩管理加算を算定できるようにするべき。
- ② 妊産婦について、胎児に重篤な疾患が見つかった場合や周産期うつに対して、適切なタ

イメージで支援が行われるべき。

#### (8) 療養・就労両立支援等

- ① 療養・就労両立支援指導料について、心疾患、糖尿病、若年性認知症を対象疾患に追加するべき。また、事業者側の連絡先に衛生推進者を加え、相談支援加算の対象職種には公認心理士と精神保健福祉士を加えるべき。
- ② がん患者指導管理料について、患者の心理的苦痛がより緩和されるように、対象職種に公認心理士を加えるべき。

#### (9) がん対策

- ① 外来化学療法において、副作用の管理等により化学療法以外での受診があることや、緊急相談対応等の体制整備に万全を期し、外来化学療法が推進されるよう、一連の流れを評価できる体系に外来化学療法加算等を見直すべき。
- ② がん患者に対する管理栄養士による指導について、レジメンに沿って適切に実施された場合には外来栄養食事指導料注2を算定できるようにするべき。
- ③ がんゲノムプロファイリング検査を適切に推進する観点から、検体提出時と結果説明時の点数配分について、経費構造等を踏まえて見直すべき。

#### (10) 難病対策

難病診療連携拠点病院や難病分野別拠点病院について、紹介患者を継続的に治療して紹介元に情報提供する場合、診療情報提供料(Ⅲ)を柔軟に算定できるようにするべき。

#### (11) アレルギー疾患対策

アレルギー疾患生活管理指導表を用いて主治医から学校医等へ情報提供する場合について、診療情報提供料(Ⅰ)を算定対象に加えるべき。

#### (12) 不妊治療

特定不妊治療を保険適用する場合には、有効性・安全性や患者の安心を確保する観点から、特定治療支援事業や生殖医療ガイドラインを踏まえた取扱いを基本としつつ、患者への情報開示やメンタルケアを含めて、医療の標準化や質の向上につながる取組みを推進する必要がある。

- ① 保険適用の対象について
  - 医療技術と医薬品の範囲は、原則、生殖医療ガイドラインにおいて推奨度A又はBとされたものとする。推奨度Cのうち保険適用を目指すものは、先進医療としての実施を検討し、エビデンスが評価され、推奨度が見直された場合には、改めて保険適用の可否を検討するべき。
  - 患者の範囲は、日本産科婦人科学会による疾患の定義を踏まえ、「不妊症と診断された特定の男女」とし、事実婚を含めるべき。

- 保険診療として実施可能な年齢・回数は、当面、特定治療支援事業における取扱いを踏襲したうえで、継続的に技術・知見の動向を把握し、妥当性を検証するべき。なお、実施回数の把握については、医療機関において患者の申告・誓約に基づいて対応することが現実的である。
- ② 医療機関の施設基準については、特定支援事業と生殖医療ガイドラインを踏まえて要件を定めるべき。ただし、情報開示に関する要件については、患者が医療機関を適切に選択できるようにする視点を重視し、患者の意見を聴きながら、治療成績等の開示を推進する方向で検討するべき。
- ③ 患者の心理的ストレスを軽減するために、診療報酬以外の対応を含め、疾患の特性を踏まえた適切な対応やメンタルケアのあり方について、患者の視点で検討するべき。
- ④ 国民・患者に正しい理解を促進するために、保険者や医療機関等から適切な周知が行われるよう、国において広報ツール等を作成することを要望する。

### (13) リハビリテーション

- ① 疾患別リハビリテーションについて
  - 医師の判断で標準的算定日数を超えてリハビリテーションする患者について、実際に状態が改善しているのかデータを取り、その結果を踏まえて除外要件を明確化し、運用を適正化するべき。
  - 実施計画を交付する際の患者・家族からの署名について、患者や家族の確認が取れば、柔軟に対応できるようにするべき。
- ② 摂食嚥下支援加算について、多職種チームの設置を推進しつつ、アウトカムの視点も考慮し、中心静脈栄養等から経口摂取に移行できるように、要件等を見直すべき。
- ③ 慢性維持透析患者のリハビリテーションについて、運動機能維持の重要性を踏まえ、質の高い運動療法の指導が適切に行われた場合に評価するべき。

### (14) 慢性維持透析

- ① 人工腎臓を適正化する観点から、腎代替療法に関する患者への情報提供は重要であり、メリハリの中で腎代替療法指導管理料を充実するべき。
- ② 腎性貧血治療薬の HIF-PH 阻害剤について、院外処方も想定して人工腎臓の点数が区分されているが、実態を踏まえて院内処方に統一し、簡素な評価体系にするべき。
- ③ 在宅腹膜灌流について、患者の利点や医療の効率化を踏まえ、遠隔モニタリングを活用するべき。

### (15) 精神医療

- ① 入院から外来への移行を促進する観点から、療養生活環境整備指導加算について、退院時共同指導料の患者だけでなく、外来に配置された精神保健福祉士等による包括的支援マネジメントを受けた患者も対象とするべき。

- ② 精神科在宅患者支援管理料について、ひきこもり等で行政の精神保健相談で対応困難な事例で精神医療のニーズがあることを踏まえ、対象患者を拡大するべき。
- ③ 通院・在宅精神療法について、精神保健指定医とそれ以外の精神科医で医療の質があるのであれば、メリハリを付けるべき。
- ④ 依存症診療について、保険給付の妥当性を慎重に判断しつつ、薬物依存症とギャンブル依存症の入院治療のあり方を検討するべき。
- ⑤ 児童・思春期精神医療について、必要な治療が中断されないように、通院・在宅精神療法の 20 歳未満加算・児童思春期専門管理加算や小児特定疾患カウンセリング料の算定年限を延長するべき。
- ⑥ 連携型認知症疾患医療センターについて、基幹型・地域型と同様に、診断目的の紹介患者だけでなく、症状増悪で紹介された患者も認知症専門診断管理料の対象とするべき。
- ⑦ 精神科救急入院料等について、300 床超の病院で算定病床を精神病床全体の 2 割以下とする制限が令和 4 年度から適用されることに伴い、病院が施設基準を満たすために精神病床全体を増やすことのないよう、適切な措置を講じるべき。

#### (16) 医療安全対策

画像診断や病理診断のレポート確認不足の防止は、患者の安全や医療の質向上の観点から重要であり、組織としての取組みを、医療安全対策関連の施設基準で明確化するべき。

#### (17) 明細書の無料発行

明細書については、患者にとって身近でわかりやすい医療を実現するために必要なツールであるにもかかわらず、患者の求めがあっても無料発行が努力義務にとどまる医療機関等が依然残されている。患者に対する安全な医療や患者の健康リテラシーの向上に向けて、明細書無料発行の前進を図り、完全義務化を実施するとともに、明細書の内容を患者が理解しやすい表記へと改める対応が求められる。

#### (18) 二次性骨折の管理

リスクの高い高齢者が増加するなかで、初回骨折の段階から管理は重要である。学会のガイドラインに沿った質の高い適切な介入を推進するべき。

#### (19) 運動器疾患管理

小児運動器疾患指導管理料について、対象を 12 歳以上に拡大する場合、従来と疾患構成がどのように変化するのか把握するべき。

#### (20) 高度難聴管理

人工内耳植込術の患者以外は高度難聴指導管理料の算定が生涯 1 回に限られていることが不合理的であれば、進行性の難聴について、対象疾患を限定して、診療の頻度を適切に設定したう

えて、複数回の算定を認めることが考えられる。

#### (21) 知的障害者等への医療提供

てんかんの障害者医療について、拠点病院による支援ネットワークの整備が進められていることも踏まえ、適切な医療が提供されるように、「診断」のみに限定されている遠隔連携診療料の算定を、診断後にも拡大するべき。

また、遠隔連携診療料について、患者ニーズを踏まえて、知的障害を有するてんかん患者以外にも活用の余地がないか、検討が必要である。

#### (22) 遺伝学的検査等

遺伝学的検査について、令和2年度改定以降に学会や研究班で整理された疾患を対象に追加するべき。

検査・診断に際して実施される遺伝カウンセリングについては、移動が困難な患者の負担を軽減するために、ICTを活用して遠隔から受けられるようにするべき。

#### (23) 周術期疼痛管理

多職種チームの介入によって痛みの軽減や合併症の抑制といった効果があるのであれば、急性期病棟等における術後疼痛管理チームによる疼痛管理を評価し、医療の質を向上させるべき。

#### (24) 人工呼吸器等管理

人工呼吸器や ECMO について、適切な鎮痛管理等により治療期間の短縮や予後の改善等が期待できるのであれば、評価にメリハリを付けて、より効率的・効果的な取組みを適切に推進することが考えられる。

#### (25) オンライン資格確認等

オンライン資格確認及び電子処方箋、医療情報の閲覧・共有等については、患者の利便性や医療の安全・質の向上とともに、医療機関・薬局の業務効率化につながる仕組みであり、活用を推進するべきである。ただし、保険者が費用負担を含めてシステムの運営に協力していることを踏まえ、医療機関・薬局による対応を評価することには、反対する。

#### (26) 義肢装具の提供

義肢装具を医療機関と義肢装具事業者が連携して患者に提供する場合、医療機関に支払う診療報酬と事業者を支払う療養費に重複する部分があると考えられるため、連携の実態に応じた評価に見直す必要がある。

### III. 薬価・保険医療材料価格等の見直し

薬価制度、保険医療材料制度、費用対効果評価制度いずれも令和4年度改革の骨子を踏まえ、着実に見直しを進めるべき。

薬価制度については、保険財政に極めて影響の大きい新薬が保険適用されることを想定し、個別的な取扱いを含めて柔軟な対応を検討する必要がある。

以上

令和3年12月24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4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  
城守国斗  
長島公之  
江澤和彦  
島弘志  
池端幸彦  
林正純  
有澤賢二

**〔医科〕**

**I 基本的考え方**

わが国では世界に類を見ない少子高齢社会が進展し、人生100年時代を迎えようとしている。国民が幸せな生活を持続するために、安心して医療・介護を受けられるようにすることは不可欠である。そして、日本の「国民皆保険」という財産を守り抜き、次世代へつないでいかなければならない。

また、今般の新型コロナウイルス感染症流行下においては、これまで以上に有事にも平時にも強い医療提供体制が求められている。あわせて、厳しい状況の中で献身的な働きをつづける医療従事者を支え、守ることも重要である。

こうした課題に向け、国民に負託された貴重な財源を最大限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4年度診療報酬改定の基本方針』では「新型コロナウイルス感染症にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」「安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進」が重点課題として位置づけられた。

高齢者人口がピークを迎える2040年の医療提供体制の展望を見据え、実効性のある医師・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現することで、持続可能な社会保障制度を実現するとともに、新興感染症の流行等にも即座に対応できるよう、余力を持った平時の医療提供体制を構築することで、社会保障のさらなる充実が図られ国民の安心をさらに高めることが可能になる。

さらに、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・福祉サービスとの連携を強化する必要がある。令和4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つつ、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、医療者として地域医療を守る使命感と倫理観に基づき、持続的にわが国の医療

制度を維持・発展させるため、令和4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、あくまでも財源を考慮せずに議論されてきたものであり、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. 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる大病院、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

○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への評価

○急性期医療から回復期・慢性期医療に至るまで良好に運営できる診療報酬体系の整備と提供されている医療に見合う適切かつ十分な評価

○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や勤務環境の改善に向けての取組への評価

#### 5. 施設基準の簡素化や要件緩和も含めた適切な見直し

#### 6. 小児・周産期医療の充実

#### 7. 不合理な診療報酬項目の見直し

#### 8. 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。新型コロナウイルス感染症禍において、診療件数の減少、感染症対策に係る体制整備とその運用コストによる費用負担増から、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

超高齢社会及び新興感染症対応（ワクチン接種など）のため、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

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

業務負担軽減の観点から、必要度「Ⅱ」の届出をさらに進めることに一定の理解はするが、十分な検証・分析を行った上で検討することとし、「Ⅱ」への一本化等の見直しを拙速に行わないこと

また、改定の度に評価項目を変更すること自体、医療現場にとって負担となっており、新型コロナウイルス感染症禍での対応等を考慮し、今改定での評価項目の見直しは避けるべきである

### (3) 入院医療の評価体系の見直し

大幅な変更は現場に過大な負担となる。新型コロナウイルス感染症対応による影響は大きく、不合理な箇所の部分的修正などに留めること

### (4) 急性期一般入院料

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

精神疾患を含め多くの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（注11）について、届出状況等を鑑み経過措置を延長し、今後、地域の医療提供体制も踏まえ、無理のない方法で経過措置から移行できる制度設計を検討すること

(7) 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

地域医療体制確保加算は、救急搬送件数2,000件以上など厳しい要件となっている上、救急搬送件数2,000件未満の医療機関は、補助金事業での対応となり十分な補助がなされていない現状から、診療報酬での適切な対応となるよう、要件の緩和とさらなる評価を行う

(2) 救急医療管理加算のさらなる評価

救急搬送受け入れの中心を担う二次救急医療機関を評価するものであり、医師の働き方改革にも資するものである

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、施設基準の見直し

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、施設基準が緊急入院患者数や全身麻酔による手術年間件数など厳しい要件となっており、見直しを要する

(4) 医療の安全管理・院内感染症対策等に対する評価充実

医療の安全管理の観点から、入院医療における院内感染症対策にとどまらず、外来医療、在宅医療での感染対策（体制整備等）など、実際にかかっている経費を保証する点数設定を行うこと

(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

小児入院医療管理料や回復期リハビリテーション病棟入院料など、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（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

(10) 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

(11) 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

等

#### 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等

(2) 特定疾患療養管理料の見直し

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上げ

前回改定で対象年齢を6歳未満から12歳未満へ引上げたが、対象疾患の中には12歳を超えて発症するケースもある。また、特発性側弯症などは、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。患者のQOL改善のためにも、対象年齢のさらなる引き上げが必要である

#### (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

小児は0～20歳まで年齢に応じた関係する施設、機関が多岐にわたるため、それにあわせて情報提供先も多様化すべきであり、カバーできていない部分について、評価拡大すべき

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

等

## 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

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）

### (3) 在宅患者訪問診療料（I）在宅患者訪問診療料2の要件緩和

月1回限りの算定となっており、専門的な処置を要する場合など、月に複数回の訪問診療を可能とする

### (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

- (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、院内の評価を見直し、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

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) 精神科在宅医療の充実

精神科在宅医療は、入院中の精神障害者の退院促進に限らず、精神科地域包括ケアシステムにおいても柱に位置付けられている。精神科在宅患者支援管理料について、管理料3の算定期間の上限を撤廃する。また、充実した支援を可能とするため、専任チームについて、公認心理師、管理栄養士の介入も可能とする。さらに、月2回以上の訪問診療を実施する場合の当該管理料の評価を行う

等

### 12. 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、医療材料等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。また、手技料に包括されている材料等において、医療材料・機器の進歩に伴う医療材料価格の上昇に処置点数が追いつかず、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

(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（I）長時間麻酔管理加算の対象術式の拡大

前回改定で、麻酔管理料（I）長時間麻酔管理加算の対象術式が拡大されたが、外保連手術試案に記載されているすべての長時間手術が対象となるよう拡充する

等

### 13. 放射線治療

(1) 遠隔診療と人工知能の臨床普及促進

放射線治療計画はデジタル化され、遠隔診療や人工知能診断技術の利用が可能である。①感染・災害対策としての常勤医による遠隔診療、②時間外緊急および地域医師格差是正のための登録非常勤医による遠隔診療、③高度放射線治療のための遠隔治療計画による技術支援、④学会や内保連、外保連が認定した人工知能技術の臨床利用

（新設）など、遠隔診療・人工知能利用のための新たな算定要件の改定および点数を新設する

(2) 体外照射の算定要件の見直し

施設基準において、非常勤医師の常勤換算が認められているが、非常勤医師自体がない現状から、IMRT提供施設の増加は達成できない。がん診療連携拠点および連携病院などで放射線治療を担当する放射線治療専門医の負担が大きいため、非常勤医師の算定要件の緩和、遠隔放射線治療の利用、医学物理士なども加えたさらなるタスクシフトの検討が必要

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。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」が前回改定に引き続き令和 4 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」である。「口腔の健康が全身の健康に寄与する」ことの様々なエビデンスが具体的に示されてきており、健康寿命延伸並びに国民の生活を支えることへの歯科医療の果たす役割や責務は大きいと考える。

特にライフステージに応じたう蝕や歯周病を含めた口腔疾患の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により、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基礎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 の向上と健康寿命の延伸に寄与することも責務である。

また、重点課題の「新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」においては、歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、かかりつけ歯科医が地域における顔の見える職種連携をより一層強化し、適切な役割分担の下、必要な医療を面として提供することの重要性が謳われており、改めて国民の健康・生命・生活を守る立場の歯科医療を再検証すべきと考える。

加えて、重点課題の「安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進」においても、医科歯科連携を更に推進し、歯科医療職種が積極的に関与することにより、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に対して損益差額の低迷が明らかであり、コロナ関連補助金を加味しても依然として厳しく、設備投資やスタッフの待遇改善もままならな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。

#### ■新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応

##### ➤かかりつけ歯科医の機能の評価

- ・有事に対応できる平時からの医療連携、多職種連携、地域連携の推進
- ・感染症患者にかかる口腔疾患への連携推進

#### ■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更なる充実・推進

- ・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
- ・質の高い在宅歯科医療の更なる推進

##### ➤医科歯科連携の推進

- ・医科医療機関等との連携推進
- ・病院との連携推進

- ・周術期等口腔機能管理の更なる推進
- ・歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携の強化

■患者・国民に身近であって、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
- ・新規技術、新規医療機器・新規検査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
- ・口腔機能管理の育成
- ・歯科医療における ICT 利活用の推進

■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
- ・オンライン資格確認等 ICT 利活用に係るランニングコストの評価
- ・歯科用貴金属の随時改定について

## II 具体的検討事項

➤かかりつけ歯科医の機能の評価

1. 有事に対応できる平時からの医療連携、多職種連携、地域連携の推進

新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築に関しては、歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域における顔の見える職種連携をより一層強化し、必要な医療を面として提供することの重要性が謳われている。かかりつけ歯科医の機能を適切に評価し、必要な診療報酬上の評価を平時から行うこと。

2. 感染症患者にかかる口腔疾患への連携推進

「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針（第2版）」（令和3年11月/日本歯科医師会）にも記載されているように、口腔内でのウイルス増殖の知見が明らかとなっていることから、口腔健康管理を通じ口腔乾燥や誤嚥性肺炎等の重症化予防に貢献することは重要である。新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いの継続、また、感染再拡大時における柔軟な対応に係る検討、並びに感染症患者や疑い患者への口腔疾患への連携や対応について更に推進すること。

## ➤かかりつけ歯科医機能の更なる充実・推進

### 3. 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。

口腔機能発達不全や口腔機能低下に対応した取り組みは推進すべきであり、対象年齢の拡大を含めて各年齢層に応じた実態に応じた評価に見直すこと。

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更に推進すべきで、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すべての口腔疾患に対象拡大し、長期管理加算に関しては歯科疾患管理料のみならず在宅歯科医療等を含めて更なる評価を検討すること。

### 4. 口腔機能維持・向上への対応

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り摂食・咀嚼・嚥下機能が低下した対象者への口腔機能の維持・向上に資する対応が重要である。これらの取り組みをより推進するため、小児の口腔機能発達不全症を含み、口腔機能低下への取り組みおよび舌圧検査、咀嚼能力検査、咬合圧検査等の更なる活用や対象年齢拡大を検討すること。

### 5. 質の高い在宅歯科医療の更なる推進

歯科訪問診療の更なる推進と充実のため、患者の居宅や介護保険施設、病院など実際の診療行為の内容の違いや診療に要する時間を踏まえ、実態に応じた評価を行うこと。

在宅療養支援歯科診療所1・2の施設基準に関しては、それぞれの役割分担を考慮し、算定実績や人員要件等を見直し、かかりつけ歯科医による幅広い取り組みができるよう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。

超高齢社会において、要介護状態や多様な基礎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、様々な居住地での歯科医療提供について、更に評価すること。

## ➤医科歯科連携の推進

### 6. 医科医療機関等との連携推進

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。医科歯科連携のみならず、歯科診療所と薬局の連携も含めて検討すること。

障害児（者）に対する歯科医療において、歯科を標榜する病院等と地域の歯科診療所の連携も重要であり、歯科診療特別連携加算の要件について検討すること。また、施設連携が推進しない要因を検証し是正すること。

HIV感染症等、医科歯科連携が重要となる患者への歯科治療に関して、実態に応じた評価を行うこと。

#### 7. 病院との連携推進

歯科標榜のない病院との連携の更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、より連携が進むよう見直すこと。また、経口摂取を行っていない入院患者等への口腔機能管理等を検討すること。

#### 8. 周術期等口腔機能管理の更なる推進

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た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。

#### 9. 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

#### 10. 基本診療料の引き上げ

コロナ禍において、歯科診療所の経営状態は更に厳しい状況が続いている中、歯科医療機器や材料の高騰、更なる感染防止対策、そして医療技術の進展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向上しており、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。

#### 11. 安全・安心で良質な歯科医療の充実

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。

#### 12. 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

く実態に応じた適正な評価を行うこと。また、浸潤麻酔行為に関しては、処置並びに歯冠形成に包括されている浸潤麻酔に係る手技料並びに麻酔薬剤料について、麻酔薬剤料は別途算定できるようにすること。

#### 13. 新規技術・新規医療機器・新規検査の保険収載促進と適切な評価

患者・国民が求める歯科医療は、日を迫うごとに進歩している。患者のニーズ等に対応できるよう新規技術、新規医療機器、新規検査を積極的に導入すると共に、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。特にデジタル機器を用いた歯科補綴物の製作等を含めたデジタル技術の応用や ICT に関する新しい技術、また、唾液検査等の効果的な検査の導入は喫緊の課題として検討すること。

#### 14. 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）の生活に寄り添う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、更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）管理についての小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の対象年齢を拡大し、シームレスな管理が推進できるよう検討すること。

特に認知症等患者は、医科との連携による口腔衛生管理が重要であり、更なる評価をすること。

#### 15. 口腔機能管理の育成

令和元年国民健康・栄養調査によると年齢階級別の食べ方や食事の様子で、50歳頃から口腔機能低下の兆候が見受けられる。国民が生涯にわたって楽しい食生活を送ることができるよう、歯や口の健康の側面から歯科医が果たす役割は大きい。口腔機能の問題の早期発見につながるよう口腔機能低下症にかかる管理の年齢引き下げや、若年層における舌圧検査の実態に応じた算定を検討すること。

#### 16. 歯科医療における ICT 利活用の推進

ICT を活用した医科歯科連携の検証事業や ICT を活用した歯科診療等に関する検討会において、歯科医療の現場で期待される ICT を活用した診療形態について議論されている。それらの議論を踏まえて、歯科医療における好事例については積極的に医療保険のなかで評価すること。

### ➤不合理な留意事項通知等の見直し

#### 17. 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。

18. 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。

19. オンライン資格確認等 ICT 利活用に係るランニングコストの評価

オンライン資格確認等における ICT の利活用に関しては、政府主導で推進されている。導入に関する初期費用に係る補助はあるが、その後のランニングコストについての評価はなされていない。実態に応じた費用補助は医療提供体制を維持するためにも必要であることから検討すること。

20. 歯科用貴金属の随時改定について

現行の歯科用貴金属の随時改定は後追い制度のため、市場実勢価格と公示価格とのタイムラグが生じている。できる限りタイムラグを解消できる仕組みの検討並びに抜本的解決に向けて検討すること。

21. その他必要な事項

## 〔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4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、かかりつけ機能の充実や患者等の個々の状況に応じ最適化した薬物療法の提供に資する業務を推進し、国民のニーズに合った医薬分業の推進、医療・介護連携等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。

また、新型コロナウイルス感染症など新興感染症への対応については、薬剤師・薬局による状況に応じた適切な対応は引き続き必要なものである。

国民・地域住民が、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に資する業務の推進や適正な医薬品提供体制を確保するとともに、かかりつけ医師・かかりつけ歯科医をはじめとした多職種連携をより一層推進する。すなわち、「薬剤師・薬局によるかかりつけ機能の発揮」「医療・介護連携の強化、病診薬連携の強化」「服薬状況の一元的・継続的の把握とそれに基づく薬学的管理・指導の徹底」「在宅訪問業務に関する対応」「重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応」等の取り組みを、更に推進することが必要である。

さらに、後発医薬品の更なる普及促進に向けて取り組んでいくうえで、「後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする」という目標達成に向け、まずは後発医薬品の安定供給が確保されていることが大前提である。

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. 対物業務を基盤とした対人中心業務の適切な評価
3. 医療・介護連携の推進、在宅訪問業務の推進
4. 医薬品の適正使用の更なる推進、医療安全確保に向けた病診薬連携の推進
5. 地域医療に貢献する薬局への評価
6. 新たな目標に向けた後発医薬品・バイオ後続品の更なる普及促進
7. その他

#### 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・継続的な把握の更なる推進
  - ・かかりつけ医やかかりつけ歯科医をはじめとした、更なる多職種連携の強化 等
2. 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
  - ・対物業務を基盤とした対人中心業務の在り方に関する整理と検討、それらに伴う適切な評価
  - ・重複投薬、ポリファーマシー及び残薬への対応、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・介護連携推進への評価、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

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対する期待が大きくなっている。それに加えて、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に向けて、薬剤師に求められる役割は大きい。

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妨げとなっており、特に中小規模の病院で深刻な状況にありながらも、有効で安全な薬物療法の提供や医薬品の適正使用の推進等、様々な業務に取り組んでいる。

病棟における薬剤師業務の更なる充実や、シームレスな薬物療法を目指して医療機関と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で、医療安全の確保と薬物療法の質の向上や医師の働き方改革に対応するための体制確保につながるものと考え、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. 働き方改革の推進
3. チーム医療・地域医療における薬剤師業務の推進
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. 小児病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟等の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. 周術期の薬学的管理業務の評価
3. 他医療機関や保険薬局等との連携、薬物療法に関する詳細な情報共有の評価
  - ・入退院支援業務に関する評価
  - ・保険薬局や他の医療機関等から提供された情報を病院薬剤師が管理し把

握・提供した場合の評価

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

## 中医協公聴会の開催について（案）

### 1 目 的

令和4年度診療報酬改定に当たり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の声を聴く機会を設定することを目的として公聴会を開催することとする。

### 2 会議名

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）

### 3 開催日時

令和4年1月21日（金） 10時00分～12時00分

### 4 開催方法

オンライン開催

新型コロナウイルス感染症対策の観点からオンライン形式により開催することとし、公聴会の様子はYouTube（中央社会保険医療協議会動画チャンネル）のライブ配信により公開することとする。

### 5 出席者

- ・中医協委員（総会委員）、保険局長、大臣官房審議官
- ・公募による意見発表希望者の中から公益委員が選定した意見発表者（10名程度）

### 6 議 事

- ・開会
- ・会長挨拶
- ・開催趣旨等説明
- ・令和4年度診療報酬改定に係る検討状況について（資料説明）
- ・意見発表者による意見発表
- ・会長総括・閉会

### 7 意見発表者の募集及び傍聴者

- ・厚生労働省ホームページ等により開催を告知し、意見発表者の募集及び傍聴の案内をする。
- ・なお、公聴会の様子はYouTubeのライブ配信により公開しますので、会場での傍聴はございません。

### 8 その他

- ・報道機関の撮影等もご遠慮いただきます。