

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」を整理するべき。
- 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項目を除外するべき。
- 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・分析するべき。

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

えで、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