

第512回 中央社会保険医療協議会 総会（公聴会）

資 料

令和4年1月21日

厚生労働省

目 次

令和4年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理 P1
(令和4年1月14日中央社会保険医療協議会)

(参考資料)

諮問書（令和4年度診療報酬改定について） P24
(令和4年1月14日厚生労働大臣)

診療報酬改定について（改定率） P25

令和4年度診療報酬改定の基本方針 P27
(令和3年12月10日社会保障審議会医療保険部会・医療部会)

看護における処遇改善について P37

令和4年度診療報酬改定に関する1号側（支払側）委員の意見 P38
(令和3年12月8日中央社会保険医療協議会への支払側委員提出資料)

令和4年度診療報酬改定に関する2号側（診療側）委員の意見 P40
(令和3年12月8日中央社会保険医療協議会への診療側委員提出資料)

令和4年度診療報酬改定について（中医協意見書） P43
(令和3年12月10日中央社会保険医療協議会)

令和4年度診療報酬改定に関する1号側（支払側）委員の意見 P46
(令和3年12月24日中央社会保険医療協議会への支払側委員提出資料)

令和4年度診療報酬改定に関する2号側（診療側）委員の意見 P65

（令和3年12月24日中央社会保険医療協議会への診療側委員提出資料）

令和4年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理

【留意事項】

この資料は、令和4年度診療報酬改定に向けて、これまでの議論の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。

なお、項目立てについては、令和3年12月10日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会においてとりまとめられた「令和4年度診療報酬改定の基本方針」に即して行っている。

【目次】

I 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

- I-1 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- I-2 医療計画の見直しも念頭に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
- I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- I-4 外来医療の機能分化等
- I-5 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- I-7 地域包括ケアシステムの推進のための取組

II 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

- II-1 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- II-2 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げに係る必要な対応について検討
- II-3 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- II-4 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

Ⅱ－５ 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの
厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

Ⅲ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬
品の安定供給の確保等

Ⅲ－２ 医療における ICT の利活用・デジタル化への対応

Ⅲ－３ アウトカムにも着目した評価の推進

Ⅲ－４ 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保す
る観点からの適切な評価

Ⅲ－４－１ 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療
を受けられるようにするための適切な医療の評価

Ⅲ－４－２ 質の高いがん医療の評価

Ⅲ－４－３ 認知症の者に対する適切な医療の評価

Ⅲ－４－４ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

Ⅲ－４－５ 難病患者に対する適切な医療の評価

Ⅲ－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

Ⅲ－５ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配
慮した歯科医療の推進

Ⅲ－６ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤
師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

Ⅳ－２ 費用対効果評価制度の活用

Ⅳ－３ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

Ⅳ－４ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）

Ⅳ－５ 外来医療の機能分化等（再掲）

Ⅳ－６ 重症化予防の取組の推進

Ⅳ－７ 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用
等の推進

Ⅳ－８ 効率性等に応じた薬局の評価の推進

I 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

I-1 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応

- (1) 新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等に係る外来、入院、在宅等における特例的な評価並びに新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえて講じてきた患者及び利用者の診療実績等の要件に係る特例的な措置を引き続き実施する。また、令和4年度診療報酬改定において、新たな改定項目ごとに経過措置を設けることから、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。

I-2 医療計画の見直しも念頭に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

- (1) 平時からの個々の医療機関等における感染防止対策に加え、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る体制について新たな評価を行うとともに、感染防止対策加算について、名称、要件及び評価を見直す。

I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- (1) 地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で急性期入院医療を実施するための体制について、新たな評価を行う。
- (2) 総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、総合入院体制加算について、手術の実績及び外来を縮小する体制等に係る要件を見直す。
- (3) 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直すとともに、入院料について評価の在り方を見直す。
- (4) 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床以上）を算定する病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。
- (5) 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について、対象手術等を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

- (6) 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制について、新たな評価を行う。
- (7) 集中治療領域において、特に重篤な状態の患者及びその家族等に対する支援を推進する観点から、専任の担当者（入院時重症患者対応メディエーター）を配置して当該患者等に対する支援を行う体制を整備した場合について、新たな評価を行う。
- (8) 日本集中治療医学会による「集中治療部設置のための指針」の改訂を踏まえ、特定集中治療室等におけるバイオクリーンルームの設置に係る要件を見直す。
- (9) 患者の病態によって、長期の集中治療管理が必要となる場合があることを踏まえ、早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている治療室における算定上限日数に係る評価の在り方を見直す。
- (10) 特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けたリハビリテーション等の総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算の対象となる治療室を見直す。
- (11) 特定集中治療室等に入室した患者に対して、早期から離床に必要な取組を行うことを更に推進する観点から、早期離床・リハビリテーション加算における職種要件を見直す。
- (12) 患者の早期離床及び在宅復帰を推進する観点から、早期栄養介入管理加算の対象となる治療室及び評価の在り方を見直す。
- (13) 高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び判定基準を見直すとともに、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。
- (14) 高度急性期医療を要する患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、救命救急入院料1及び3における重症度、医療・看護必要度に係る評価票を見直す。
- (15) 地域包括ケア病棟に求められる役割に応じた医療の提供を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の要件及び評価の在り方を見直す。
- (16) 地域包括ケア病棟について、一般病床及び療養病床の入院患者の特性の違いを踏まえ、地域包括ケア病棟入院料の要件及び評価の在り方を見直す。

- (17) 重症患者に対する効率的・効果的なリハビリテーションの提供を更に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の在り方を見直す。
- (18) 回復期リハビリテーションの提供体制の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、回復期リハビリテーションを要する患者の状態として、「急性心筋梗塞、狭心症の発作若しくはその他急性発症した心大血管疾患の発症後又は手術後の状態」を追加する。
- (19) 患者のニーズに応じたリハビリテーションの提供を推進する観点から、特定機能病院において実施するリハビリテーションについて、新たな評価を行う。
- (20) 医療法に基づく医療療養病床に係る人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の取扱いを見直す。
- (21) 中心静脈栄養の管理等に係る実態を踏まえた適切な評価を行う観点から、療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」について要件を見直す。
- (22) 患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料について、対象とならない脳卒中患者等に係る入院料を見直す（特殊疾患病棟入院料等についても同様の対応を行う。）。
- (23) 緩和ケア病棟入院料について、患者の状態に応じた入院医療の提供を更に推進する観点から、評価の在り方を見直す。
- (24) 有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算について、急性期医療を担う他の医療機関からの患者の受入れと、在宅からの患者の受入れを区別して評価する。
- (25) 慢性維持透析患者を受け入れる病床の確保を推進する観点から、有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所において慢性維持透析を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (26) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、入退院支援加算及び地域包括ケア病棟入院料について要件を見直す。
- (27) DPC/PDPS について、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、診断群分類点数表や医療機関別係数等を見直す。

I - 4 外来医療の機能分化等

- (1) 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範

困を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

- (2) 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。
- (3) 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、要件を見直す。
- (4) 通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家において共同して必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。
- (5) 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、「紹介受診重点医療機関」及びかかりつけ医機能を有する医療機関等が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

I-5 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価

- (1) 地域包括診療料等について、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、対象疾患を見直すとともに、成人に対する予防接種の増加を踏まえ、予防接種に関する相談への対応を要件に追加する。
- (2) 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直す。
- (3) 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。(I-4(2)再掲)
- (4) 耳鼻咽喉科処置について、小児に対する診療及び様々な処置の組合せを適切に評価する観点から、新たな評価を行うとともに、耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。また、小児の耳鼻咽喉科領域における薬剤耐性(AMR)対策を推進する観点から、抗菌薬の適正使用について新たな評価を行う。
- (5) 地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について要件を見直す。

- (6) 24時間の往診及び連絡体制の構築が要件である継続診療加算について、在宅療養支援診療所以外の診療所による在宅医療への参画を更に推進する観点から、継続診療加算の名称及び評価の在り方を見直す。
- (7) 地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上を推進する観点から、かかりつけ歯科医の機能の評価について、地域における連携体制に係る要件及び継続的な口腔管理・指導に係る要件を見直す。
- (8) かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に、あらかじめ患者が選定した薬剤師がかかりつけ薬剤師と連携して実施する服薬指導等について新たな評価を行う。

I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- (1) 質の高い在宅医療の提供を更に推進する観点から、地域支援事業等への参加を在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件に追加する。
- (2) 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件に追加する。
- (3) 在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直す。
- (4) 通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家において共同して必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。(I-4(4)再掲)
- (5) 24時間の往診及び連絡体制の構築が要件である継続診療加算について、在宅療養支援診療所以外の診療所による在宅医療への参画を更に推進する観点から、継続診療加算の名称及び評価の在り方を見直す。(I-5(6)再掲)
- (6) 在宅医療における小児がん診療のニーズが高まっていることを踏まえ、在宅がん医療総合診療料について、小児に対するがん診療に係る評価を見直す。
- (7) 小児に対する在宅医療を適切に評価する観点から、緊急往診加算について要件を見直す。
- (8) 利用者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、24時間対応体制加算について、複数の訪問看護ステーションが連携して当該体制を整備する場合の要件を見直す。

- (9) 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な訪問看護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、訪問看護ステーションにおける業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務化する。
- (10) 機能強化型訪問看護ステーションの更なる役割の強化を図る観点から、研修の実施等に係る要件及び評価を見直す。
- (11) 訪問看護ステーションの利用者に係る関係機関との連携を更に推進する観点から、訪問看護情報提供療養費の対象者及び情報提供先等を見直す。
- (12) 医師の指示に基づき、医療的ニーズの高い利用者に対する理学療法士等による訪問看護が適切に提供されるよう、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションに係る訪問看護指示書の記載欄を見直す。
- (13) 質の高い訪問看護の提供を推進する観点から、専門性の高い看護師による同行訪問について、当該看護師が受講する褥瘡ケアに係る専門の研修に、特定行為研修を追加する。
- (14) 質の高い訪問看護の更なる充実を図る観点から、専門性の高い看護師が、利用者の病態に応じた高度なケア及び管理を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (15) 質の高い訪問看護の提供を推進する観点から、医師が特定行為を行う必要性を認めた患者の病状の範囲及び診療の補助の内容等に係る手順書を交付した場合について、新たな評価を行う。
- (16) 在宅での看取りに係る評価を拡充する観点から、訪問看護ターミナルケア療養費について要件を見直す。
- (17) 看護補助者による複数回の同行訪問のニーズを踏まえ、複数名訪問看護加算の要件を見直す。
- (18) 退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を行う観点から、退院支援指導加算の評価の在り方を見直す。
- (19) 訪問看護の事務手続簡素化の観点から、難病等複数回訪問加算等における同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を見直す。
- (20) 質の高い在宅歯科医療の提供を推進する観点から、以下の見直しを行う。
- ① 歯科訪問診療の実態を踏まえ、20分未満の歯科訪問診療の評価を見直す。
 - ② 在宅歯科医療における在宅患者訪問口腔リハビリテーション及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーションの対象患者及び評価を見直す。
 - ③ 在宅療養支援歯科診療所について、歯科訪問診療や医療機関の実態を踏まえ、評価の在り方を見直す。

- (21) 在宅医療における医科歯科連携を推進する観点から、歯科医療機関連携加算1について、医療機関が歯科訪問診療の必要性を認めて歯科医療機関へ情報提供を行った場合に係る要件を見直す。
- (22) 在宅患者に対する薬学的管理指導を推進する観点から、以下の見直しを行う。
- ① 在宅患者への訪問薬剤管理指導について、主治医と連携する他の医師の指示により訪問薬剤管理指導を実施した場合を対象に加える。
 - ② 在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対して、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。
 - ③ 在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。
- (23) 入院患者に対する退院時共同指導における関係機関間の連携を推進する観点から、薬局に係る退院時共同指導料について、共同指導への参加者の要件を見直すとともに、関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器の利用に係る要件を見直す。

I-7 地域包括ケアシステムの推進のための取組

- (1) 医療的ケア児が安心して安全に保育所や学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を促進する観点から、診療情報提供料（I）について情報提供先を見直す。
- (2) 小児慢性特定疾病の児が安心して安全に保育所、学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）について対象患者を見直す。
- (3) 在宅復帰が困難な医療的ケア児に関する適切な情報提供を推進する観点から、診療情報提供料（I）について情報提供先を見直す。
- (4) 周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理について、新たな評価を行う。
- (5) 入院医療における栄養管理に係る適切な評価を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。
- (6) 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、新たな評価を行う。

- (7) 入院患者に対する褥瘡対策を推進する観点から、褥瘡対策の実施内容を明確化する。
- (8) 術後患者に対する質の高い疼痛管理を推進する観点から、術後疼痛管理チームによる疼痛管理について、新たな評価を行う。
- (9) 在宅医療における医科歯科連携を推進する観点から、歯科医療機関連携加算1について、医療機関が歯科訪問診療の必要性を認めて歯科医療機関へ情報提供を行った場合に係る要件を見直す。(I-6(21)再掲)
- (10) HIV 感染症等の口腔に症状が発現する疾患に係る医科歯科連携を推進する観点から、総合医療管理加算等について対象疾患及び対象となる医療機関を見直す。
- (11) 入院患者に対する退院時共同指導における関係機関間の連携を推進する観点から、薬局に係る退院時共同指導料について、共同指導への参加者の要件を見直すとともに、関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器の利用に係る要件を見直す。(I-6(23)再掲)
- (12) 症状が安定している患者について、医師の処方により、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リフィル処方箋の仕組みを設ける。
- (13) 患者の状態に応じた適切な処方を評価する観点から、リフィル処方箋により処方を行った場合について、処方箋料の要件を見直す。

II 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

II-1 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保

- (1) 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

II-2 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げに係る必要な対応について検討

※ 本項目については、別途、諮問・答申を行う。

II-3 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進

- (1) 勤務医の負担軽減の取組を推進する観点から、手術及び処置に係る時間外加算1等の要件を見直す。
- (2) 看護師の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、夜間看護体制加算等について評価を見直すとともに、業務管理等の項目を見直す。

II-4 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- (1) 勤務医の働き方改革を推進し、質の高い医療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。
- (2) 医師の働き方改革を一層推進する観点から、栄養サポートチーム加算等の要件に係る研修に特定行為研修を追加する。
- (3) 小児入院医療管理において、病棟薬剤師による介入が医療の質の向上につながっている実態を踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟における病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方を見直す。
- (4) 薬剤師による周術期の薬物療法に係る医療安全に関する取組の実態を踏まえ、周術期における薬剤師による薬学的管理について、新たな評価を行う。
- (5) 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。

II-5 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

- (1) 医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、カンファレンスの実施等の要件を見直す。
- (2) 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
- (3) 医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、診療録管理体制加算について、定例報告における報告内容を見直す。

Ⅲ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等

- (1) 質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算の要件を見直すとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算の対象患者を見直す。
- (2) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、入退院支援加算及び地域包括ケア病棟入院料について要件を見直す。(I－3(26)再掲)
- (3) 安心・安全で質の高い医療の提供を推進する観点から、病院全体の医療安全の一環として行われる、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する取組について、新たな評価を行う。
- (4) 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。
- (5) 手術等の医療技術について、以下の見直しを行う。
 - ① 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。
 - ② 新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。
 - ③ 外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。
- (6) 質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。
- (7) 家族性大腸腺腫症の適切な治療の提供に係る評価を推進する観点から、内視鏡手術を行った場合について新たな評価を行う。
- (8) 人工呼吸器や ECMO を用いた重症患者に対する適切な治療管理を推進する観点から、人工呼吸及び人工心肺について要件及び評価を見直す。
- (9) 慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。
- (10) 腹膜透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングについて新たな評価を行う。

- (11) 在宅血液透析患者に対する適切な治療管理を推進する観点から、在宅血液透析指導管理料について要件及び評価を見直す。
- (12) プログラム医療機器の評価を明確化する観点から、医科診療報酬点数表の医学管理等の部に、プログラム医療機器を使用した場合の評価に係る節を新設する。
- (13) 生活習慣病患者に対する治療計画に基づいた治療管理及び生活習慣病の管理における多職種連携を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。
- (14) 歯科口腔疾患の重症化予防の観点から、以下の見直しを行う。
 - ① 全身の健康にもつながる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療について、診療実態を踏まえて評価の在り方を見直す。
 - ② フッ化物洗口指導及びフッ化物歯面塗布処置について、現在の罹患状況等を踏まえ、対象患者を見直す。
- (15) 医薬品等の安定供給を図る観点から、「令和4年度薬価制度改革の骨子」等に基づき、安定確保が求められている医薬品の薬価を下支えするなどの対応を行う。

Ⅲ－２ 医療における ICT の利活用・デジタル化への対応

- (1) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- (2) 新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の再診について、要件及び評価を見直す。
- (3) 新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の医学管理等について、要件及び評価を見直す。
- (4) 新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、在宅医療における情報通信機器を用いた医学管理について、要件及び評価を見直す。
- (5) 施設において療養を行っている患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。
- (6) 質の高い在宅歯科医療を提供する観点から、訪問歯科衛生指導時に情報通信機器を活用した場合について、新たな評価を行う。
- (7) オンライン服薬指導に係る医薬品医療機器等法のルールの見直しを踏まえ、外来患者及び在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導等について、要件及び評価を見直す。

- (8) 栄養食事指導の実施を更に推進する観点から、初回から情報通信機器等を用いた場合の栄養食事指導について評価を見直す。
- (9) データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。
- (10) 適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件を見直す。
- (11) 医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、診療録管理体制加算について、定例報告における報告内容を見直す。(Ⅱ-5(3)再掲)
- (12) 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等を算定する場合におけるデータ提出に係る新たな評価を行う。
- (13) オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、新たな評価を行う。

Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進

- (1) 中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、摂食嚥下支援加算について、名称、要件及び評価を見直す。
- (2) 質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合における疾患別リハビリテーション料の要件を見直す。
- (3) 医学的な理由により頻回のリハビリテーション計画書等の作成が必要な場合において、質の高いリハビリテーションを推進しつつ事務手続の簡素化を図る観点から、疾患別リハビリテーション料におけるリハビリテーション実施計画書に係る要件を見直す。
- (4) データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。(Ⅲ-2(9)再掲)
- (5) 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等を算定する場合におけるデータ提出に係る新たな評価を行う。(Ⅲ-2(12)再掲)

Ⅲ－４ 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価

Ⅲ－４－１ 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価

(1) 一般不妊治療に係る医療技術等について、以下のとおり新たな評価を行う。

① 一般不妊治療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等について新たな評価を行う。

② 人工授精の実施について新たな評価を行う。

(2) 生殖補助医療に係る医療技術等について、以下のとおり新たな評価を行う。

① 生殖補助医療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等について新たな評価を行う。

② 卵巣予備能の検査について新たな評価を行う。

③ 採卵の実施について新たな評価を行う。

④ 体外受精・顕微授精の実施について新たな評価を行う。

⑤ 体外受精・顕微授精により作成された胚の培養等の管理について新たな評価を行う。

⑥ 胚の凍結保存に係る医学的管理について新たな評価を行う。

⑦ 胚移植の実施について新たな評価を行う。

(3) 男性不妊治療に係る医療技術等について、以下のとおり新たな評価を行う。

① 精巣内精子採取術の適応判定の補助に係る検査について新たな評価を行う。

② 精巣内精子採取術の実施について新たな評価を行う。

Ⅲ－４－２ 質の高いがん医療の評価

(1) がん患者に対する質の高い医療の提供を更に推進する観点から、がん患者指導管理料の要件を見直すとともに、がん患者の心理的苦痛の緩和を図る観点から、がん患者指導管理料における職種要件を見直す。

(2) 外来化学療法を実施するがん患者の治療において、専門的な知識を有する管理栄養士が、当該患者の状態に応じた質の高い栄養食事指導を実施した場合について、新たな評価を行う。

(3) 質の高い放射線内用療法の提供を推進する観点から、放射線治療病室管理加算について要件及び評価を見直す。

- (4) 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、がんゲノムプロファイリング検査について評価の在り方を見直す。
- (5) 質の高い無菌製剤処理の適切な評価を推進する観点から、無菌製剤処理料の対象となる施設に診療所を追加する。
- (6) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施した場合について、新たな評価を行う。

Ⅲ－４－３ 認知症の者に対する適切な医療の評価

- (1) 質の高い認知症診療を推進する観点から、認知症疾患医療センターの連携型において認知症の症状が増悪した患者の対応を行っている実態を踏まえ、認知症専門診断管理料の対象となる医療機関を見直す。

Ⅲ－４－４ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- (1) 治療と仕事の両立支援における心理的不安や病状の経過に伴う心理的影響等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について要件を見直す。
- (2) 薬物依存症に対する有用な入院治療の開発を踏まえ、薬物依存症に係る入院管理について、新たな評価を行う。
- (3) アルコール依存症に対する集団療法の効果を踏まえ、外来におけるアルコール依存症の集団療法について、新たな評価を行う。
- (4) 摂食障害の治療における体制整備に係る適切な評価を推進するため、摂食障害入院医療管理加算の要件及び精神科身体合併症管理加算の対象患者を見直す。
- (5) 精神疾患患者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づく相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (6) 在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を対象患者に追加する。
- (7) 児童・思春期精神医療の外来診療において、2年以上診療が継続している実態があることを踏まえ、通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算について、要件及び評価を見直す。

- (8) 精神保健指定医制度の見直しを踏まえ、精神保健指定医による通院・在宅精神療法について、新たな評価を行う。
- (9) 精神科救急医療体制の適切な整備を推進する観点から、精神科救急入院料について評価の在り方を見直す。
- (10) 治療抵抗性統合失調症に対するクロザピンの使用に係る適切な評価を推進する観点から、精神科救急入院料等について、クロザピン導入目的の転院受入れに係る要件を見直す。
- (11) 孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。
- (12) 自殺企図患者等に対する効果的な指導に係る評価を推進する観点から、救急患者精神科継続支援料について要件及び評価を見直す。
- (13) 自殺企図患者等に対する退院に向けたアセスメント・情報提供等の必要性を踏まえ、救命救急入院料の精神疾患診断治療初回加算について、評価の在り方を見直す。

Ⅲ－４－５ 難病患者に対する適切な医療の評価

- (1) 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大する。
- (2) 難病領域において遺伝学的検査に係る遺伝カウンセリングを適切に提供する観点から、他の医療機関の医師と連携し、情報通信機器を用いて遺伝カウンセリングを実施した場合について、新たな評価を行う。
- (3) HTLV-1 陽性患者の生体移植後において、指定難病である HTLV-1 関連脊髄症の発症リスクが高いとの報告を踏まえ、生体移植時における臓器等提供者に係る感染症検査の取扱いや、HTLV-1 核酸検出等の要件を見直す。
- (4) 知的障害を有するてんかん患者に対する診療に係る遠隔連携診療料について、評価の在り方を見直す。
- (5) アレルギー疾患を有する児童等が安心して安全に学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、アレルギー疾患生活管理指導表を用いた主治医から学校医等への情報提供について、新たな評価を行う。

- (6) 難病又はてんかんに係る専門的な外来医療を提供する医療機関が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

Ⅲ－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- (1) 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児運動器疾患指導管理料について要件を見直す。
- (2) 医療的ケア児が安心して安全に保育所や学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について情報提供先を見直す。（Ⅰ－７（１）再掲）
- (3) 小児慢性特定疾病の児が安心して安全に保育所、学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について対象患者を見直す。（Ⅰ－７（２）再掲）
- (4) 在宅復帰が困難な医療的ケア児に関する適切な情報提供を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について情報提供先を見直す。（Ⅰ－７（３）再掲）
- (5) 造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して無菌治療管理を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (6) 一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行う。
- (7) 小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえ、医療機関と薬局の連携を更に推進する観点から、小児入院医療管理料を算定する病棟における退院時の当該患者等に対する服薬指導及び薬局に対する情報提供について、新たな評価を行う。
- (8) 医療的ケア児に対する支援の充実を図る観点から、医療的ケア児に対して薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。
- (9) 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。
- (10) 重篤な先天性心疾患を有する新生児に対して、高度な周術期管理及び長期にわたる集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料について要件及び算定上限日数を見直す。

- (11) 慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直す。
- (12) 妊産婦に対するより安全な分娩管理を推進する観点から、医療機関が地域周産期母子医療センター等と連携して適切な分娩管理を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (13) 胎児が重篤な疾患を有すると診断された、又は疑われる妊婦に対して、出生前より十分な情報提供及び必要なケアを切れ目なく行い、当該妊婦及びその家族等が納得して治療の選択等ができるよう、多職種が共同して支援を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (14) 精神療法が実施されていない患者について、メンタルスクリーニング検査等により多職種による診療や療養上の指導が必要と認められる場合があることを踏まえ、ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者を見直す。
- (15) 患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について、対象となる患者の状態を見直すとともに、診療報酬明細書等に記載を求める内容を見直す。
- (16) 重篤な患者を高次の医療機関へ搬送している実態や、ECMO等を装着した重症患者に対する搬送中の専門性の高い診療の必要性を踏まえ、救急搬送診療料について要件を見直すとともに、当該搬送中の診療について新たな評価を行う。

Ⅲ－５ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

- (1) 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。
- (2) 歯科口腔疾患の重症化予防の観点から、以下の見直しを行う。(Ⅲ－１(14)再掲)
 - ① 全身の健康にもつながる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療について、診療実態を踏まえて評価の在り方を見直す。
 - ② フッ化物洗口指導及びフッ化物歯面塗布処置について、現在の罹患状況等を踏まえ、対象患者を見直す。

- (3) ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者を見直す。
- (4) 歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化を図る観点から、歯科診療特別対応連携加算について、地域における連携状況を踏まえ、評価の在り方を見直す。
- (5) 歯科固有の技術について、以下の見直しを行う。
 - ① 歯冠形成のメタルコア加算について、診療の実態を踏まえ、廃止する。
 - ② 歯周基本治療処置について、診療の実態も踏まえて廃止するとともに、基本診療料の評価の見直し等を行う。
 - ③ 歯科用貴金属の基準材料価格について、素材価格の変動状況を踏まえ、随時改定の方法等を見直す。
 - ④ 歯科技工料調査の結果等を踏まえ、歯冠修復及び欠損補綴等の評価を見直す。

Ⅲ－６ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

- (1) 地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について要件及び評価を見直す。
- (2) 対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について、以下の見直しを行う。
 - ① これまで調剤料として評価されていた薬剤調製や取り揃え監査業務の評価を新設する。
 - ② これまで調剤料として評価されていた処方内容の薬学的分析、調剤設計等と、これまで薬剤服用歴管理指導料として評価されていた薬歴の管理等に係る業務の評価を新設する。
 - ③ 薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務の評価を新設する。
 - ④ 薬剤服用歴管理指導料に係る加算について、評価の在り方を見直す。
 - ⑤ 複数の医療機関から６種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は２回目以降の利用であって処方内容が変更された場合における当該患者に対する薬学的管理について、新たな評価を行う。
- (3) 薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進する観点から、対人業務に係る薬学管理料の評価について、以下の見直しを行う。

- ① かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に、あらかじめ患者が選定した薬剤師がかかりつけ薬剤師と連携して実施する服薬指導等について新たな評価を行う。(I-5(8)再掲)
 - ② 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、調剤後薬剤管理指導加算について、評価を見直す。
 - ③ 入院予定の患者に対して、医療機関からの求めに応じて、薬局において持参薬の整理を行うとともに、当該患者の服用薬等に関する情報を一元的に把握し、その結果を医療機関に文書により提供した場合について、新たな評価を行う。
 - ④ 多種類の薬剤が投与されている患者又は直接被包から取り出して服用することが困難な患者に対して、治療上の必要性が認められる場合に、医師の了解を得た上で、内服薬の一包化を行い、必要な服薬指導を行った場合について、新たな評価を行う。
 - ⑤ 服用薬剤調整支援料2について、減薬等の提案により、処方された内服薬が2種類以上減少した実績を踏まえて、評価を見直す。
- (4) 小児入院医療管理において、病棟薬剤師による介入が医療の質の向上につながっている実態を踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟における病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方を見直す。(II-4(3)再掲)

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

- (1) 後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、以下の見直しを行う。
- ① 後発医薬品の調剤割合が高い薬局に重点を置いた評価とするため、後発医薬品調剤体制加算について要件及び評価を見直すとともに、後発医薬品の調剤割合が低い薬局に対する減算について要件及び評価を見直す。
 - ② 後発医薬品の使用割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、後発医薬品使用体制加算等について要件を見直す。
- (2) バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入する場合について新たな評価を行う。

IV-2 費用対効果評価制度の活用

- (1) 費用対効果評価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和4年度費用対効果評価制度改革の骨子」に基づき対応する。

IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

- (1) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和4年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和4年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。
- (2) 衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。
- (3) 材料加算として評価されている材料等について、実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。
- (4) 診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂や、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を踏まえ、医療技術の評価・再評価の在り方を見直す。
- (5) 包括される医薬品の実勢価格や、HIF-PH 阻害剤の使用実態等を踏まえ、人工腎臓について評価の在り方を見直す。

IV-4 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）

（I-3を参照）

IV-5 外来医療の機能分化等（再掲）

（I-4を参照）

IV-6 重症化予防の取組の推進

- (1) 慢性維持透析患者に対して、透析中に運動等に係る必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。
- (2) 骨粗鬆症の治療による二次性骨折の予防を推進する観点から、骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折患者に対して早期から必要な治療を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (3) 生活習慣病患者に対する治療計画に基づいた治療管理及び生活習慣病の管理における多職種連携を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。（Ⅲ-1(13)再掲）
- (4) 高齢化の進展や認知症患者の増加を踏まえ、難聴患者に対する生活指導等を推進する観点から、高度難聴指導管理料について要件を見直す。

- (5) 歯科口腔疾患の重症化予防の観点から、以下の見直しを行う。(Ⅲ－１(14)再掲)
- ① 全身の健康にもつながる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療について、診療実態を踏まえて評価の在り方を見直す。
 - ② フッ化物洗口指導及びフッ化物歯面塗布処置について、現在の罹患状況等を踏まえ、対象患者を見直す。

IV－7 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進

- (1) 薬剤給付の適正化の観点から、湿布薬を処方する場合に、処方箋等に理由を記載することなく処方ができる枚数の上限を見直す。
- (2) 症状が安定している患者について、医師の処方により、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リフィル処方箋の仕組みを設ける。(Ⅰ－7(12)再掲)
- (3) 患者の状態に応じた適切な処方を評価する観点から、リフィル処方箋により処方を行った場合について、処方箋料の要件を見直す。(Ⅰ－7(13)再掲)

IV－8 効率性等に応じた薬局の評価の推進

- (1) 調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価を見直す。
- (2) 特別調剤基本料について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮し、評価を見直す。

厚生労働省発保 0114 第 27 号
令和 4 年 1 月 14 日

中央社会保険医療協議会
会 長 小 塩 隆 士 殿

厚生労働大臣
後 藤 茂 之

諮 問 書

(令和 4 年度診療報酬改定について)

健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 82 条第 1 項、第 85 条第 3 項、第 85 条の 2 第 3 項、第 86 条第 3 項、第 88 条第 5 項及び第 92 条第 3 項、船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）第 59 条において準用する健康保険法第 82 条第 1 項（船員保険法第 54 条第 2 項及び第 58 条第 2 項に規定する定めに係る部分に限る。）及び船員保険法第 65 条第 12 項において準用する健康保険法第 92 条第 3 項（船員保険法第 65 条第 10 項に規定する定めに係る部分に限る。）、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 46 条において準用する健康保険法第 82 条第 1 項及び国民健康保険法第 54 条の 2 第 12 項において準用する健康保険法第 92 条第 3 項並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 71 条第 1 項、第 74 条第 8 項、第 75 条第 5 項、第 76 条第 4 項、第 78 条第 5 項及び第 79 条第 3 項の規定に基づき、令和 4 年度診療報酬改定（看護における処遇改善に係る部分を除く。）について、貴会の意見を求めます。

なお、答申に当たっては、別紙 1「診療報酬改定について」（令和 3 年 12 月 22 日）及び別紙 2「令和 4 年度診療報酬改定の基本方針」（令和 3 年 12 月 10 日社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会）に基づき行っていただくよう求めます。

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

令和 4 年度診療報酬改定の基本方針

令和 3 年 1 2 月 1 0 日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1. 改定に当たっての基本認識

(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)

- 我が国の医療制度は、これまで、医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保していくため、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ機能の充実等の取組を進めてきた。今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における外来・入院・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性が改めて認識された。
- まずは、足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き全力を注いでいくことが重要である。その上で、今般の経験を踏まえ、今後、新興感染症等が発生した際に、病院間等の医療機関間の役割分担や連携など、関係者が連携の上、平時と緊急時で医療提供体制を迅速かつ柔軟に切り替えるなど円滑かつ効果的に対応できるような体制を確保していく必要がある。加えて、今般の感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応するよう、引き続き、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を着実に進める必要がある。

(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)

- 同時に、我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、人生 100 年時代を迎えようとしている。人口構成の変化を見ると、2025 年にはいわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となり、2040 年頃にはいわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上の高齢者となって高齢者人口がピークを迎えるとともに、既に減少に転じている現役世代(生産年齢人口)は、2025 年以降、更に減少が加速していく。
- このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会

を実現するとともに「全世代型社会保障」を構築していくことが急務の課題である。このような考え方の下、これまで数次の診療報酬改定を行ってきたところであり、このような視点は今回も引き継がれるべきものである。

(患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現)

- 地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、患者が安心して医療を受けることができる体制を構築し、患者にとって身近でわかりやすい医療を実現していくことが重要である。
- また、疾病構造やニーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、医療技術の進歩など、医療を取り巻く状況を踏まえると、医師等の働き方改革等について、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、医師等が高い専門性を発揮できる環境の整備を加速させるとともに、我が国の医療制度に関わる全ての関係者（住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等）が、医療のかかり方の観点も含め、それぞれの担う役割を実現することが必要である。
- さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、我が国のデジタル化の遅れが顕在化した。社会全体として、ICTの進歩やデジタル基盤の整備が進み、クラウドベースで、安全かつ高速に情報を共有・連携することが可能な時代になってきており、個別にシステムを整備するよりも低いコストで運用可能となってきたという指摘もある。こうした背景を踏まえて、医療分野におけるICTの利活用をより一層進め、電子カルテ情報の標準化など、デジタル化された医療情報の活用や医療機関間における連携のための取組の推進等により、質の高い医療サービスを実現していく必要がある。
- 加えて、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、医薬品・医療機器等の存在意義や創薬力の重要性が社会的に改めて注目されてきており、イノベーションの推進により創薬力・開発力を維持・強化するとともに、革新的医薬品を含めたあらゆる医薬品・医療機器等を国民に安定的に供給し続けることを通じて、医療と経済の発展を両立させ、安心・安全な暮らしを実現することが重要である。

(社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和)

- 制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、こうした社会経済の新たな流れにも対応しながら、経済・財政との調和を図りつつ、より効率的・効果的な医療政策を実現するとともに、国民の制度に対する納得感を高めることが不可欠である。

- そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針 2021」や「成長戦略実行計画（2021 年）」等を踏まえつつ、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響にも配慮しつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的・重点的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要である。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

- 平成 30 年度の診療報酬と介護報酬の同時改定では、団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となる 2025 年に向けた道筋を示すものとして、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定が行われ、令和 2 年度診療報酬改定では、これらの取組が更に推進されるよう、引き続き適切な評価に取り組むとともに、重点課題として医師等の働き方改革等の推進に取り組んだ。
- 令和 4 年度診療報酬改定に当たっては、こうしたこれまでの改定の流れを継承しながら、今般の新型コロナウイルス感染症への対応や、感染拡大により明らかになった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携等の対応を行うことが重要である。その際、補助金等の予算措置を含めた新興感染症への対応の全体的な視点の中で、診療行為に対する対価である診療報酬の在り方を考えていくことが必要である。
- あわせて、デジタル化等の社会経済の新たな流れにも対応した効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築に向けた取組を進める必要がある。

(1) 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

【重点課題】

(基本的視点)

- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、局所的な病床・人材不足の発生、感染症対応も含めた医療機関間の役割分担・連携体制の構築等の地域医療の様々な課題が浮き彫りとなった。
- こうした中、新型コロナウイルス感染症患者への対応についても、重症者に対応する医療機関、中等症患者に対応する医療機関、回復後の患者に対応

する後方支援医療機関、自宅・宿泊療養患者への医療を提供する医療機関、発熱患者等に対応する診療・検査医療機関、新型コロナウイルス感染症患者以外の患者も含め救急医療その他の通常医療に対応する医療機関など、各々の医療機関等がその機能に応じ地域医療を守るための役割を果たしており、かかりつけ医機能を担う医療機関を中心とした外来医療や在宅医療を含め、地域医療全体を視野に入れ、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も再認識された。

- 当面、まずは足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き対応していくことが重要である。今後の新興感染症等の感染拡大時にも機動的な対策を講じられるよう、医療法の改正により都道府県が策定する医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加されたところであり、今後、平時からの取組・感染拡大時の取組等について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備がなされていくことも必要である。
- 一方で、その間も、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、労働力人口の減少によるマンパワーの制約も一層厳しくなりつつあることや、各地域において、こうした実態を見据えつつ、効率的・効果的で質の高い医療提供体制を維持していくため、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠であることなど、中長期的な状況や見通しは変わっていない。
- 同時に、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することは引き続き重要な課題であり、そのために、質の高い在宅医療・訪問看護を確保するとともに、急変時の救急医療体制等の確保を含め医療機関間・医療介護間等の連携の取組を推進することが重要である。
- こうしたことから、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応することを前提に、今回の診療報酬改定においても、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を引き続き着実に進めることが必要である。

(具体的方向性の例)

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
 - ・ 新型コロナウイルス感染症患者の診療について実態に応じた評価を行いつつ、外来、入院、在宅における必要な診療体制を確保。
- 医療計画の見直しも念頭に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

- ・ 平時からの感染症対策に係る取組が広く実施されるよう、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進。
- ・ 今般の新型コロナウイルス感染拡大時における経験を踏まえ、主に重症患者等を受け入れる急性期病棟等について、感染拡大時における対応も見据えつつ平時からの体制・機能強化を推進。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効率的・効果的に提供されるよう、医療機能や患者の状態、地域における役割分担に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。その際、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築という観点からも、更なる包括払いの在り方を検討。
- 外来医療の機能分化等
 - ・ 外来機能報告の導入や医療資源を重点的に活用する外来の明確化を踏まえ、紹介状なしの患者に係る受診時定額負担制度の見直しを含め、外来機能の明確化・連携を推進。
 - ・ 外来医療から在宅医療への円滑な移行に当たって必要となる連携を推進。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
 - ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、総合的・継続的な診療を行うとともに、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望にも配慮した診療が行われるよう、かかりつけ医機能を評価。
 - ・ かかりつけ医機能を担う医療機関が地域の医療機関と連携して実施する在宅医療の取組を推進。
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬状況等の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物中心の業務を適切かつ効率的に実施することを前提に、薬学的管理などの対人中心の業務への転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 中長期的には在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、在宅医療を担う医療機関と市町村・医師会等との連携、及び医療・介護の切れ目のない、地域の実情に応じた提供体制の構築等を推進し、効率的・効果的で

質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導等の提供体制を確保。

- ・ かかりつけ医機能を担う医療機関が地域の医療機関と連携して実施する在宅医療の取組を推進するとともに、外来医療から在宅医療への円滑な移行に当たって必要となる連携を推進。(再掲)
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組
 - ・ 医療機関間や医療機関と薬局等との連携、医科歯科連携、医療介護連携、栄養指導、その他の地域の保健・福祉・教育・行政等の関係機関との連携も含め、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等による多職種連携・協働の取組等を推進。

(2) 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

【重点課題】

(基本的視点)

- 地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師等の働き方改革等を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。
- 医師等の働き方改革等に関しては、2024年(令和6年)4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、先般の医療法改正も踏まえ、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。
- 地域医療介護総合確保基金においては、勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業に対して財政支援を実施している。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング/タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。また、令和2年度診療報酬改定では、新たに地域医療の確保を図る観点から、早急に対応が必要な救急医療体制等の評価も行ったところ。
- 時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年4月に向けての準備期間も考慮すると、実質的に最後の改定機会であることも踏まえ、引き続き、今後、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、実効性ある取組について検討する必要がある。

(具体的方向性の例)

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシス

テムの実践に資する取組の推進

- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
 - ・ ICT を活用した医療連携の取組を推進。
 - ・ 届出・報告の簡素化、業務の効率化・合理化を推進。
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

(3) 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

(基本的視点)

- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、デジタル化への対応、イノベーションの推進、不妊治療の保険適用などをはじめとした新たなニーズ等に対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。
- また、患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくことが重要である。

(具体的方向性の例)

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
 - ・ 患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて住み慣れた地域で継続して生活できるよう、医療機関間の連携の強化に資する取組、治療と仕事の両立に資する取組等を推進。
 - ・ 患者の安心・安全を確保するため、臨床上必要性が高い医薬品の安定供給の確保を推進。
 - ・ 革新的な医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価。
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応する効率的・効果的な重症化予防、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のための取組を推進。
- 医療における ICT の利活用・デジタル化への対応
 - ・ 初診を含めたオンライン診療について、患者ニーズを踏まえた適切な普

- 及・促進を図る中で、安全性と信頼性の確保を前提に適切に評価。
- ・ オンライン服薬指導についても同様に、医薬品医療機器等法に基づくルールの見直しを踏まえ、適切に評価。
- ・ 医療情報の標準化、ICTの活用等を通じて、医療連携の取組を進めるとともに、医療の質を向上させるため、データを収集・利活用したエビデンスに基づく評価を推進。
- アウトカムにも着目した評価の推進
 - ・ 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を推進。
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
 - ・ 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるよう適切な医療の評価
 - ・ 質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。(再掲)
 - ・ 歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携を強化。
 - ・ 歯科固有の技術等の適切な評価
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬状況等の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物中心の業務を適切かつ効率的に実施することを前提に、薬学的管理などの対人中心の業務への転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。(再掲)
 - ・ 病棟薬剤師業務を適切に評価。

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

(基本的視点)

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、医療資源を効率的・重点的に配分するという観点も含め、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。
- 医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上を図るとともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

(具体的方向性の例)

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
 - ・ 後発品の使用促進について、安定供給の確保の状況等を踏まえつつ、「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」という新目標を実現するため、更に取組を推進。また、バイオ後続品の使用促進の方策等について検討。
- 費用対効果評価制度の活用
 - ・ 革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を行う。
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。その際、長期収載品等の医薬品について評価の適正化を行う観点から薬価算定基準の見直しを透明性・予見性の確保にも留意しつつ図る。
 - ・ エビデンスや相対的な臨床の有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価を行う。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
 - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効率的・効果的に提供されるよう、医療機能や患者の状態、地域における役割分担に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化等（再掲）
 - ・ 外来機能報告の導入や医療資源を重点的に活用する外来の明確化を踏まえ、紹介状なしの患者に係る受診時定額負担制度の見直しを含め、外来機能の明確化・連携を推進。
- 重症化予防の取組の推進
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応する効率的・効果的な重症化予防、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のための取組を推進。（再掲）

- 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
 - ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応や、適正使用のための長期処方の方の在り方への対応、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策の検討等
 - 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進するとともに、OTC 類似医薬品等の既記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更なる対応を検討。
 - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
 - ・ 薬剤調製などの対物中心の業務を適切かつ効率的に実施することを前提に、薬学的管理などの対人中心の業務への転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。(再掲)
 - ・ 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえつつ、薬局の評価の適正化等を推進。

3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て後期高齢者となる 2025 年、団塊ジュニア世代が 65 歳以上の高齢者となる 2040 年と、高齢化の進展に併せて、サービスの担い手（生産年齢人口）が減少する超高齢化・人口減少社会が到来している。また、地域包括ケアシステムの構築はもちろん、地域に生きる一人一人が尊重され、その可能性が最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現に資する取組が求められている。その際、「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防・健康づくりに関するモデル事業」も実施されているところであり、今後、その結果や、かかりつけ医機能を含む外来機能の明確化・連携等を更に進めていく方策の検討等も踏まえつつ、地域資源の実情に即した取組を推進すべきである。
- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、国や地方自治体の補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。
- 患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくとともに、国民の制度に対する納得感を高めるため、政府において、診療報酬制度を分かりやすくするための取組を継続していくこと、また、国民に対して医療制度に関する丁寧な説明を行っていくことが必要である。

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。

令和3年12月8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年度診療報酬改定に関する1号側（支払側）の意見

新型コロナウイルス感染症は、我々の生活・雇用・労働・産業のあらゆる分野に甚大な影響を及ぼした。未知の脅威に対する医療従事者の献身的な活動をはじめ、検査・医薬品・ワクチン等も含めた新型コロナウイルス感染症への対応に関わる方々の尽力に心より敬意を表する。そして何より国民が感染対策の努力を重ねた結果、今秋から新規感染者数や重症者数が落ち着いてきてはいるものの、社会・経済の先行きは依然として不透明である。

一方、令和2年度は一時的に医療費が減少したが、賃金・物価の伸びを医療費の伸びが上回り、医療保険財政を圧迫する構図が長らく続いている。今後も少子高齢化は確実に進み、支え手が減少するなかで、まさに令和4年度から団塊の世代が75歳に到達し始める。コロナ禍においても地域医療構想で想定している人口構造と医療ニーズの変化は止まらない。

国民皆保険制度の長期的な持続可能性を高めつつ、医療提供体制を新興感染症にも強い効率的・効果的な仕組みへ再構築することや、高い水準の自然増を考えれば、令和4年度は診療報酬を引き上げる環境になく、国民の負担軽減につなげるべきであり、配分の見直しに主眼を置いたメリハリのある改定とする必要がある。薬価等については、イノベーションの推進にも配慮しながら、市場実勢価格の低下に伴う公定価格の引き下げ分を、長期的に上昇し続ける負担の抑制のために還元されなければ、国民の理解は得られない。

令和2年度の概算医療費は42.2兆円だった。新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う受療行動の変容や感染予防策による呼吸器系疾患等の減少などにより、前年度比▲3.2%で過去最大の減少率となったが、すでに足下では医療費が増加基調に戻りつつある。

昨年2月以降、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として、様々な特例措置が講じられた。また、補助金や交付金を通じて医療機関に対する支援も実施されてきた。

第23回医療経済実態調査の結果、令和2年度における医療機関の経営状況は、令和元年度と比べて、全体として収益が減少した一方で費用が増加し、損益差額が悪化した。医療法人の病院は黒字を維持し、一般診療所、歯科診療所、保険薬局は依然として高い水準の黒字である。さらに、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めた場合には、全体として損益差額は令和元年度から改善し、総じて医療機関の経営は安定している。今回追加された単月調査の結果から直近の状況をみると、令和3年6月の損益差額は、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めず、令和2年6月と比べて概ね改善し、一般診療所の損益差額は令和元年6月を上回った。

こうした状況を踏まえ、改定にあたっては、まずは診療報酬と補助金・交付金の役割分担・効果を検証し、整理することが重要である。

未曾有の経験から、医療機能の分化・強化と連携を推進する必要性が改めて浮き彫りになった。入院では、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、外来では、幅広い疾患に対応できるかかりつけ医を起点とした安心で安全な医療の確保や、患者のニーズと技術進歩を踏まえたオンライン診療の推進等が最大の課題である。

限られた医療保険財政のなかで医療の質を高めるためには、総合的な対応が求められる。後発医薬品を患者が安心して使用できる環境のさらなる整備や有効性・安全性を前提に経済性も考慮した処方推進策を講じつつ、創薬力の強化等のイノベーション推進、医療従事者の働き方改革や処遇改善等について、国を挙げた効果的な取組みが強く求められる。

なお、診療報酬の個別項目に関しては、政府による改定率の決定等を踏まえ、患者の視点も踏まえた報酬体系を目指す観点から、今後の審議状況も見定めた上で、改めて意見を提示することとしたい。

以上

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

診療報酬は、国民にとって安全で、安心できる医療を提供するための原資であることはもとより、医学の進歩に伴う高度な医療に対応する設備投資、患者ニーズの多様化に応える医療従事者の雇用の確保および拡充に不可欠なコストを賄っている。かつ、診療報酬は2年毎に改定されることから、その間の賃金や物価の動向を適切に反映するものでなければならぬ。

新型コロナウイルス感染症流行下において、医療機関等は感染リスクや風評被害に耐えながら、新型コロナウイルス感染症患者への入院医療、発熱患者に対する外来医療やワクチン接種など必死で新型コロナウイルス感染症に立ち向かうとともに、コロナ以外の地域医療を全力で守っている。診療報酬は、それに対して十分な手当で応えなければならぬ。

また、今般の新型コロナウイルス感染症への対応において、改めて医療現場における人材の重要性が認識された。医療従事者の働き方改革と処遇改善を推進し、安定的な医療提供体制を維持することが必要であるが、医療機関等は、むしろ給与費を抑制せざるを得ない実態である。

国民の安全を守るためには、地域の医療と医療従事者を支える適切な財源が必要であり、令和4年度の診療報酬改定ではプラス改定しかあり得ない。

◇ 医療機関等の経営はコロナ補助金がなければ著しく赤字の状態では再生産は不可能

新型コロナウイルス感染症流行の影響を受け、令和2年度の医療費は前年度に比べて1.4兆円のマイナスとなった。令和2年度の診療報酬プラス改定効果も含めて、本来あるべき医療費からみると甚大な損失であり、医療機関等は大きな痛手をこうむって、いまだその傷は癒えていない。

今回（第23回）の医療経済実態調査の結果をみても、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が医療機関経営に大きな打撃を与え、期中、診療報酬において新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な対応をとったにもかかわらず、収益は大きく悪化した。新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含んだ場合でも、損益差額率は一般病院ではほぼプラスマイナスゼロ、一般診療所では前々年（度）よりも縮小している。

一般病院（国公立を除く）、一般診療所（医療法人）ともに、新型コロナウイルス感染症関連の補助金がなければ約半数が赤字、一般病院では、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めても、赤字病院が4割を超える。そのため借入金に依存しているが、コロナ前への回復はほど遠く、返済に窮することにもなりかねない。

個人立歯科診療所の前年（度）の損益差額は前々年（度）比でマイナス8.4%であり、補助金を加味してもマイナス2.0%と依然として厳しい経営実態が明らかとなった。

薬局は新型コロナ感染拡大の影響を大きく受け個人立・法人立とも保険調剤に係る収益が減少し、その結果、損益差額が悪化した。補助金を含めると、若干の損益差額の改善は見られたものの、元の水準に回復するレベルではない。

このように医療機関等の経営はきわめて厳しいうえ、光熱費等の物価の上昇にもさいなまされ、再生産どころか現状の綻びを手当てすることすらできない。

◇ コロナ医療と通常医療を両立できる医療提供体制の再構築

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、わが国の医療提供体制は多大な影響を受け、通常医療を制限するなど地域医療は厳しい対応を迫られた。長年にわたる医療費抑制政策により、医療機関経営がギリギリの状態に追い込まれてきた結果である。本来は、急な新興感染症等の流行などの有事の際にも即座に対応できるよう、平時の医療提供体制の余力が必要であり、そのためには盤石な医療機関経営が求められる。

本年5月21日に成立した改正医療法では、令和6年度から開始する都道府県の第8次医療計画において、5疾病5事業の6事業目として「新興感染症等の感染拡大時の医療」が位置づけられた。今後の医療計画の実行にむけて、診療報酬は地域医療に寄り添ったものでなければならない。

さらに、人生100年時代の医療として、今後ますます、かかりつけ医が多職種と協働しつつ「防ぎ・治し・支える医療」を担っていくことが求められる。全世代型の社会保障制度の実現を図り、国民が将来にわたり、必要な医療・介護を安心して受けることができるよう、政府に対して適切な財源の確保を要請する。

◇ 医療の充実が経済成長、地方創生につながる

政府が、「成長と分配の好循環」を実現するため、看護、介護などの現場で働く従事者の収入を引き上げることとしたことを評価する。

さらに、すべての医療従事者を適切に評価することが望まれる。医療は、医師、歯科医師、薬剤師、看護職、歯科衛生士、管理栄養士、放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、看護補助者（介護福祉士、医師事務作業補助者等）その他、多種多様な職種が1つのチームとなってかかわっているものである。また、医療への財源の投入は、幅広い産業に波及するとともに、日本の技術革新にもつながっていく。さらに、就業者に占める医療従事者の割合が高い地域では、医療が地域経済の要となっているところもある。

医療従事者の評価の充実、雇用の拡大、地方創生、さらには経済成長につながり、医療従事者の賃金の上昇を通じて、経済の好循環を生み出していく。医療機関等がそれぞれの状況に応じて幅広く、かつ恒久的な賃上げを行うことができるだけの原資を確保するために、令和4年度の診療報酬改定で十分な手当てがされなければならない。

◇ 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

高齢者人口が最大となる2040年を展望した医療提供体制を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組や、医師偏在の解消に向けた実効性のある対策、医師・従事者の働き方改革等を推進することが求められている。

前回の改定では、令和6年度から医師の時間外労働の上限規制が適用される医師等の働き方改革のため、診療報酬と地域医療介護総合確保基金との組み合わせによる対応が図られた。その後、新型コロナウイルス感染症が感染拡大し、医療現場ではコロナ対応を最優先に行ってきたため、働き方改革に着手できかねる現状がある。令和4年度改定においては、医師等の働き方改革が確実に実行できるよう、改めて、診療報酬による適切な対応を要請する。

働き方改革を目的に前回改定で新設された「地域医療体制確保加算」は、救急搬送件数が要件になっているが、小児・周産期医療の現場の過酷現状もあらためて明らかとなっていることから、こうした現状を踏まえ、継続性も考慮した診療報酬での手当をさらに強化するとともに、現場において弾力的な運用が可能となる対応が求められる。

◇ ICT活用等、医療の高度化は政府の成長戦略として別建ての財源を

AIやICT等の医療への活用により、医療の質の向上と医療現場の負担軽減を図ることが求められる。

また、ICT活用等、医療の高度化に係るインフラの整備等は政府の成長戦略として別建ての財源を充て、イノベーションを促進すべきである。

◇ 薬価改定財源は診療報酬本体に充当すべき

薬剤料には、薬価制度発足時に十分な技術評価ができなかった不足分に相当する潜在的技術料も含まれている。しかし、平成26年度で薬価改定財源が消費税対応に活用され、その後、薬価改定財源は診療報酬本体に活用されていない。

診療報酬と薬価は不可分一体の関係にあり、財源が切り離されるようなことがあってはならない。

令和4年度の診療報酬改定では、新型コロナウイルス感染症禍にあつて、国民の安心・安全を守るために医療技術を結集する必要があるため、薬価改定により生じる財源も重要なファクターとなることから、薬価改定財源は診療報酬に充当すべきである。

令和4年度診療報酬改定について

令和3年12月10日
中央社会保険医療協議会

本協議会は、医療経済実態調査の結果、薬価調査及び材料価格調査の結果等を踏まえつつ、令和4年度診療報酬改定について審議を行ってきたところであるが、その結果を下記のとおり整理したので、厚生労働大臣に意見を申し述べる。

記

1. 医療経済実態調査の結果について

- 本協議会は、医業経営の実態等を明らかにし、診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、第23回医療経済実態調査を実施し、その結果等について検討した。

2. 薬価調査及び材料価格調査の結果について

- 薬価調査の速報値による薬価の平均乖離率は約7.6%、材料価格調査の速報値による特定保険医療材料価格の平均乖離率は約3.8%であった。

3. 令和4年度診療報酬改定について

- 我が国の医療については、人口減少・少子高齢化が進展するとともに、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の構築が求められる中で、世界に冠たる国民皆保険を堅持し、あらゆる世代の国民一人一人が安全・安心で効率的・効果的な質の高い医療を受けられるようにすることが必要である。また、新型コロナウイルス感染症を含め、医療を取り巻く環境の変化や多様な国民のニーズに柔軟に対応することが重要である。
- 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において取りまとめられた「令和4年度診療報酬改定の基本方針」（以下「基本方針」という。）では、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や、安心・安全で質の高い医療の実現のための医師の働き方改革等の推進、患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めつつ、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上を図ることが示された。
- 本協議会は、この基本方針に基づき、全ての国民が質の高い医療を受け続けるために必要な取組についての協議を真摯に進めていく。こうした基本認識については、支払側委員と診療側委員の意見の一致をみた。

- しかし、このような基本認識の下で、どのように令和4年度診療報酬改定に臨むべきかについては、次のような意見の相違が見られた。
- まず、支払側の意見は次のとおり。医療経済実態調査の結果、医療法人の病院は黒字を維持し、一般診療所、歯科診療所、保険薬局は依然として高い水準の黒字である。さらに、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めた場合には、総じて医療機関の経営は安定している。単月調査の結果から直近の状況をみると、令和3年6月の損益差額は、令和2年6月と比べて概ね改善し、一般診療所の損益差額は令和元年6月を上回った。こうした状況に加え、国民皆保険制度の長期的な持続可能性を高めつつ、医療提供体制を新興感染症にも強い効率的・効果的な仕組みへ再構築することや、高い水準の自然増を考えれば、令和4年度は診療報酬を引き上げる環境になく、国民の負担軽減につなげるべきであり、配分の見直しに主眼を置いたメリハリのある改定とする必要がある。薬価等については、イノベーションの推進にも配慮しながら、市場実勢価格の低下に伴う公定価格の引き下げ分を、長期的に上昇し続ける負担の抑制のために還元されなければ、国民の理解は得られない。
- これに対し、診療側の意見は次のとおり。医療経済実態調査の結果をみても、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が医療機関経営に大きな打撃を与え、期中、診療報酬において臨時的な対応をとったにもかかわらず、収益は大きく悪化した。新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含んだ場合でも、損益差額率は一般病院でほぼプラスマイナスゼロ、一般診療所では前々年度よりも縮小しているなど医療機関等の経営はきわめて厳しい。また、急な新興感染症等の流行などの有事の際にも即座に対応できるよう、平時の医療提供体制の余力が必要であり、あわせて、医師等の働き方改革が確実に実行できるようにするとともに、医療機関等がそれぞれの状況に応じて幅広く、かつ恒久的な賃上げを行うことができるだけの原資を確保する必要がある。こうした状況等から、国民の安全を守るためには、地域の医療と医療従事者を支える適切な財源が必要であり、令和4年度の診療報酬改定では、薬価財源は診療報酬に充当した上で、プラス改定しかあり得ない。
- 本協議会は、社会保険医療協議会法でその組織構成や、審議・答申事項等を法定されており、医療保険制度を構成する当事者である支払側委員と診療側委員、そして公益委員が、医療の実態や医療保険財政等の状況を十分考慮しつつ、診療報酬改定の責任を果たしてきた。

診療報酬改定は、基本方針に沿って、診療報酬本体、薬価及び特定保険医療材料価格の改定を一体的に実施することにより、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられるよう、医療費の適切な配分を行うものである。そのために、本協議会においては、これまでも医療制度全体を見渡す幅広い観点から、膨大な時間を費やしデータに基づいた真摯な議論を積み重ね、診療報酬改定に取り組んできており、これからもそのように取り組み続けていく。

- 厚生労働大臣におかれては、これまでの本協議会の議論を踏まえ、令和4年度予算編成に当たって、診療報酬改定に係る改定率の設定に関し適切な対応を求めるものである。
- また、新型コロナウイルス感染症への対応をはじめ、医療機能の分化・強化・連携、保健・医療・福祉の更なる連携、医療従事者の働き方改革や処遇改善、地域・職域等における予防・健康づくりの取組、費用対効果、新しい医療技術など、我が国の医療に関する様々な課題を解決するため、診療報酬のみならず、補助金、税制、制度改革など、幅広い施策を組み合わせる講じていくことが重要である。その際、施策の成果や健康への影響等をデータやエビデンスに基づいて正確・迅速に把握・検証し、更なる施策の見直しに役立てるという姿勢を強める必要があり、そのための人材・体制の充実が望まれる。
- さらに、国民一人一人が医療提供施設の機能に応じ、適切に医療を選択し受けるよう努めることも重要である。医療が高度化し、制度が複雑化する中でも、できるだけ仕組みを分かりやすくし、患者の主体的な選択を可能とする医療の質を含めた情報提供を行うなど、国民の理解を一層深める工夫についても配慮が行われるよう望むものである。

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に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度で区分される「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度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が見込まれ、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、組織としての取り組みを、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

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