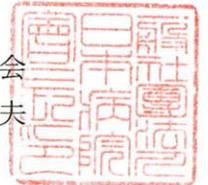


日病会発第17号
令和3年4月26日

厚生労働省
保険局長 濱谷 浩樹 殿

一般社団法人 日本病院会
会長 相澤 孝夫



令和4年度診療報酬改定に係る要望書【第1報】

令和2年度診療報酬改定における全体の改定率は、平成30年度に続きマイナス改定となった。令和2年度の3団体合同（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）の新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査によれば、医業利益、経常利益ともに大きく赤字額が拡大しており、新型コロナウイルス感染症の影響は極めて大きいとの集計結果であった。より正確な影響度については医療経済実態調査などの結果を待つ必要があるものの、ほぼ同一の傾向が出されると想定される。

一方、将来の少子超高齢社会へ向けて、病院の機能分化と強化は避けて通れない道筋であると認識しており、日本病院会としても変えるべきところは変えるとの方針のもと、新型コロナウイルス感染症下の社会状況に配慮した医療提供体制の構築は必須と考えている。令和2年度診療報酬改定では、長期的な視点を勘案した入院医療の評価体系の見直しが行われた。また、社会保障審議会では、2040年を見据えた社会保障の将来の見通しが示されており、今後、各医療機関は、中長期的な展望を含め地域性を考慮した様々な選択が必要になるものと考えられる。又、医療界は今回の新型コロナウイルス感染症の甚大なる影響から、2024年の第8次医療計画に組み込まれる新興感染症への体制整備を行いつつ、AIやIoTを駆使したデジタルトランスフォーメーション（DX）による効率化が進んでいくと思われる。令和4年度の診療報酬改定では、働き方改革の更なる推進、オンライン診療の恒久化や少子化対応の不妊治療も改定内容になる。変えるべきところは変えつつも、これまでのわが国の良好な医療レベルを保つためにも、守るべきところは守れるような診療報酬体系であることが望ましい。

令和4年度診療報酬改定へ向けて、日本病院会の診療報酬検討委員会において会員からの診療報酬改定への意見を募り、上記の観点からこれらを集約した。今後も健全な医療提供体制を確保しつつ、発展させるため、以下を要望する。

令和4年度診療報酬改定に係る要望書【第1報】（概要版）

以下は、要望項目一覧から重点項目を抜粋し、要望内容については要点のみを記した概要である。

入院時食事療養費の見直し（I-8）

病院給食は治療の一環であり、NST等チーム医療の普及により、高度な栄養管理を求められるうえ、厳格な衛生管理、アレルギー等の医療安全に貢献している。それにもかかわらず、診療報酬上の評価が不十分なこともあり、栄養管理上の知識・技術を身に着けた人材を確保するなどの体制が整備されにくいいため、見直しを要望する。

精神医療における診療報酬の見直し

- 1) (仮称) アルコール関連疾患患者節酒指導料の新設（IV-5）
アルコール関連疾患患者に対し、AMED 研究成果物として示された標準的な簡易介入研修プログラムを受講した者がABCDプログラム等一定のプログラムを用いた節酒指導を行った場合の、診療報酬の新設を要望する。
- 2) 精神科リエゾンチーム加算（A230-4）の見直し（IV-8）
継続的なケアを要することから、1回あたりの点数の増点及び算定回数の見直し、対象病棟の拡大を要望する。また、リエゾンチームの医師については、常勤医のみに限定するよう施設基準の見直しを要望する。
- 3) 精神科救急入院料（A311）の経過措置期限の見直し（IV-10）

DPC 制度の見直し

- 1) 機能評価係数Ⅱの見直し（V-2）
効率性係数を重点的に評価することを要望する。また、少なくとも、2019年度終盤、2020年度、2021年度以降のコロナ終息までのデータについては取扱を慎重に行って頂きたい。
- 2) 病院情報の公表に関する公表項目の見直し（V-3）
「初発の5大癌のUICC病期分類別ならびに再発患者数」の項目について、集計項目から除外することを要望する。

オンライン診療等の見直し（VI-1）

オンライン診療及び電話再診料の増点を要望する。また、オンライン診療料の算定対象であるB000特定疾患療養管理料等は、200床以上の医療機関では算定できないため、当該管理料の対象患者として要件の見直しを要望する。

常勤配置及び専従要件の拡大（Ⅶ-2）

令和2年度診療報酬改定により、医療従事者の複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目が拡大されたが、今後も医師を中心とした医療従事者の働き方改革を促進するためにも更なる項目の拡大を要望する。

新型コロナウイルス感染症特例措置の継続及び感染症への診療報酬上の評価（Ⅷ-2）

新型コロナウイルス感染症による特例・時限措置による、基準の継続を要望する。その上で、第8次医療計画にも盛り込まれているように、新型コロナ感染症に限らず、今後の新興感染症への備えの強化は、すべての病院において必須であり、外来患者全般、及び入院患者全般に対する感染症対策にかかる費用等について、診療報酬の更なる増点を要望する。

なお、診療報酬明細書の審査の適正化や見える化を考慮し、審査支払機関における査定や審査方法に出来るだけ差異が生じないよう疑義解釈通知等の医療保険関連通知の迅速かつ、きめ細やかな更なる対応を要望する。

入院医療	通番	別添1の項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
	I-1	O1：入院医療（一般病棟入院基本料（重症度、医療・看護必要度））	90：入院料等	A100 一般病棟入院基本料 急性期一般入院料	評価の見直し	従来の医療・看護必要度からAC項目を医療必要度、B項目を介助必要度として別評価にするよう要望する。 医療必要度・介助必要度それぞれに段階的基準を設けて、一般病棟急入院基本料（急性期一般入院基本料）の区分を再構築する。		○
	I-2	O1：入院医療（一般病棟入院基本料（重症度、医療・看護必要度））	92：特定入院料	A301 特定集中治療室管理料	評価方法の見直し	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のみ、「レセプト電算処理システム用コード」による評価方法（必要度Ⅱ）が導入されているが、特定集中治療室用とハイケアユニット用の評価方法についても、必要度Ⅱを選択することができれば、看護師の負担軽減が期待できるため、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の「レセプト電算処理システム用コード」による評価方法（必要度Ⅱ）の導入を要望する。		○
	I-3	O3：入院医療（特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料）	92：特定入院料	A301 特定集中治療室管理料 注4早期離床・リハビリテーション加算	対象病棟の拡大	「早期離床・リハビリテーションチーム加算」は、特定集中治療室管理料（A301）のみの加算項目であるが、それ以外の病床、機能においても総合的な離床の取り組みの効果が期待される、救命救急入院料（A300）、ハイケアユニット入院医療管理料（A301-2）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料（A301-3）においても加算が可能となるよう対象入院管理料の拡大を要望する。		○
	I-4	O6：入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A207 診療録管理体制加算1	算定要件の見直し	現在の算定要件、施設基準等に関する資格要件（診療記録管理者）の「診療情報管理士」への明確化、配置が望ましいとする。現在の施設基準の規定では、人材（診療記録管理者）については資格要件が存在せず、適正な人材が配置されていない。特に上位基準の診療録管理体制加算1については、資格要件を明確にして上位基準に相応しいものとすべきであり、診療情報管理の専門職たる診療情報管理士の配置が望ましい。		○
	I-5	O6：入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A221 重症者等療養環境特別加算	対象患者の拡大	常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を要する患者については、手術又は知的障害と定義されている。しかし、現状では常時監視を必要とする患者の拡大があり、具体的には、認知症や脳血管障害等による不穏状態の患者に対しても”常時監視”を必要とする患者には算定可能となるよう、適応拡大を要望する。		○
	I-6	O6：入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A247 認知症ケア加算	名称の見直し	認知症ケア加算の対象患者は、認知症高齢者の日常生活自立度で判定しているため、①認知症ではないが、せん妄により認知症に類似した症状が出現している患者や、②臨床症状から認知症と考えられるが、精査をしていないため確定診断に至っていない患者も該当する。しかし、本人・家族の中には診療明細書の項目名に「認知症ケア加算」と記載されているのを見て、「これまで医師から認知症と言われたことがないのに、認知症と決めつけられた。」と認知症ケア加算の請求に納得されない患者もいるため、名称の変更を要望する。 例）「高齢者ケア加算」など		○
	I-7	O6：入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算	算定要件の見直し	現在、全ての入院患者に対してせん妄のリスク因子の確認を行うようになってきているため、新生児や乳幼児、CPA、重度の意識障害の患者にもリスク因子の確認を行わなければならない状況である。そのため、対象を全ての入院患者ではなく、〇歳以上の患者や重度の意識障害のある者を除くなど、年齢や患者状態にあわせた確認への見直しを要望する。		○
	I-8	O7：入院医療（その他）	80：その他	入院時食事療養費	入院時食事療養費の見直し	病院給食は治療の一環であり、NST等チーム医療の普及により、高度な栄養管理を求められるうえ、厳格な衛生管理、アレルギー等の医療安全に貢献している。それにもかかわらず、診療報酬上の評価が不十分なこともあり、栄養管理上の知識・技術を身に着けた人材を確保するなどの体制が整備されにくい。厨房業務者は女性比率も高いため、産休・育休等での長期離脱や、365日3食提供のため拘束時間も長く、努力の結果、人材確保ができても定着せず、人材不足に陥っている。 また、診療報酬の入院時食事療養費内で委託契約を締結しようとする、契約金額が抑えられるため、収益が見込めない場合は、撤退または参入業者がないということが起こる。一方、病院側はコスト上昇に追い付かない状況にある。 現在の入院時食事療養費（I）は、1,920円/日（640円/食）であり、この金額は平成9年に消費税の対応として20円増額されて以来、据え置かれており、その後の2回の消費税は考慮されていない。この間、消費者物価指数（食品）は93.8（平成9年）か104.7（令和元年）へ10ポイント以上上昇し、最低賃金（全国平均）は637円（平成9年）から901円（令和元年）へ4割以上上昇している。以上より、入院時食事療養費の十分なる評価を要望する。		○
外来医療	通番	別添1の項目	分類	区分コード等	要望事項		新規	見直し
	II-1	11：外来医療（機能分化・連携強化）	11：初・再診		同一日複数科受診の取り扱いの見直し	同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診（再診）として受診した場合の点数なので個々の診療科の行為は評価すべきである。病診連携を推進するためにも、外来診療料の2科目の点数は1科目と同等の点数を要望する。 （例） 初診料 1科目 288点 2科目 192点（2/3） 3科目 96点（1/3） 外来診療料 1科目 74点 2科目 74点（100%）		○
	II-2	14：外来医療（その他）		（仮称）外来薬剤管理指導料	診療報酬の新設	外来患者に対し手術前中止薬の説明指導や、ハイリスク薬を使用している外来患者に対して薬剤師が薬の指導した場合の評価がないため、新たな評価として要望する。 （例） 外来薬剤管理指導料1回/月 300点の新設		○
	II-3	14：外来医療（その他）	13：医学管理料等	B001 ^⑫ 心臓ペースメーカー指導管理料 注5遠隔モニタリング加算	算定要件の見直し	遠隔モニタリング加算は、前回受診月の翌月から、今回受診月の前月までの月数の算定だが、患者にはモニタリングの機器は貸与されており、使用されていいてモニタリングしている。受診月も算定できるように、算定要件の見直しを要望する。		○
	II-4	14：外来医療（その他）	80：その他	H007-2 がんリハビリテーション料	外来への拡大	がん患者におけるサルコペニア・フレイルの存在はADLの低下を引き起こすだけでなく生存年数の規定因子となる報告が散見されるようになった。また、化学療法の有害事象発現率にも関係することも報告されてきており、その対策としてがんリハビリテーションが重要になる。化学療法の外来移行が進み入院せず化学療法を受ける患者が増えているため、がんリハビリテーション料の外来への拡大を要望する。		○

在宅医療	通番	別添1の項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し	
	Ⅲ-1	21：在宅医療	14：在宅医療		(仮称) 摂食不良患者栄養指導管理料	診療報酬の新設	近年、健康長寿達成のためのサルコペニア・フレイル対策が重視される中で摂食機能が衰えた（歯科受診）患者への食事指導の必要性は高い。（歯科）外来や訪問（歯科）診療時に発見された摂食不良患者に対して管理栄養士と協働して指導することに対する診療報酬の新設を要望する。	○	
精神医療	通番	別添1の項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し	
	Ⅳ-1	31：精神医療（入院医療）	13：医学管理料等			診療報酬の新設	現在は医師の指示があれば精神科作業療法が算定できるが、長期入院患者を前提にしたような仕組みである。本来精神科作業療法は患者の社会生活機能の回復を目的に行うものである。よって患者の地域移行支援に向けて、個別のニーズを評価し、作業療法計画を策定すること、さらに退院に向けてそれを管理・評価することに対し、診療報酬の新設を要望する。 （例）3月に1回：350点	○	
	Ⅳ-2	31：精神医療（入院・外来医療）	13：医学管理料等		(仮称) 精神科心理面接料	診療報酬の新設	近年、精神科医療では心理的ケアのニーズが急増しており、公認心理師による心理面接は、患者の社会生活の維持に大きく寄与しているため、診療報酬の新設を要望する。 （例） ・公認心理師が入院、外来患者に心理面接を行った場合、30分以上で200点、さらに15分ごとに50点を週に1回限り算定できるものとする。 ・医師の指示のもと、公認心理師が心理面接計画書を策定し、評価を行う。 ・連続10回を限度とする。	○	
	Ⅳ-3	31：精神医療（入院医療）	13：医学管理料等		B008 薬剤管理指導料	対象病棟の拡大	精神科での薬物療法は精神科治療の大きな柱であり、内服継続により再発予防が可能となる。また、患者の認知機能は低下していることが多く、多くの時間と労力を要しているため、薬剤管理指導料の算定対象病棟の拡大を要望する。 ＜新たに対象とする病棟＞ ・精神科救急入院料算定病棟 ・精神科急性期治療病棟入院料 ・精神科救急・合併症入院料 ・児童思春期精神科入院料算定病棟	○	
	Ⅳ-4	31：精神医療（入院医療）	13：医学管理料等		B015 精神科退院時共同指導料1	診療報酬区分の新設	精神科の医療資源の乏しい地域では、退院後も同一の医療機関に通院するのが普通である。患者の退院に向けて、同一医療機関の入院チームと外来チーム、さらに地域の保健師や生活指導相談員、就労支援施設職員等を交えて会議を行った場合の、診療報酬点数区分の新設を要望する。 （例）1回1000点	○	
	Ⅳ-5	31：精神医療（入院医療）	13：医学管理料等		アルコール依存症	診療報酬の新設	○（仮称）アルコール関連疾患患者節酒指導料 アルコール関連疾患患者に対し、AMED研究成果物として示された標準的な簡易介入研修プログラムを受講した者がABCDプログラム等一定のプログラムを用いた節酒指導を行った場合の、診療報酬の新設を要望する。 （例） ・最多で3回 ・個人指導：350点（1回） ・集団指導：150点（1回） ○アルコール健康障害対策法が令和3年度から第2期の施策を実施する。依存症患者100万人に対し、ハイリスク飲酒者は1000万人近いことが推計されており、潜在的なニーズは膨大である。同法では、アルコール健康障害の予防から早期発見・早期治療、依存症へのリハビリまで切れ目のない支援を行うことを国の責務として定めた。 早期発見・早期治療のために、飲酒問題を抱えた患者に対してスクリーニングを行い、依存症には至っていないがハイリスクの患者に対して減酒指導を行った際に、診療報酬を算定できることを要望する。 また、減酒指導のすべての過程を医師が行うのではなく、医師の指示によるコメディカルスタッフが減酒指導を行った際、報酬を算定できることを要望する。 （なお、減酒指導の方法は、認知行動療法を用いた方法が定式化されており、テキストやワークブックが発売されている）	○	
	Ⅳ-6	31：精神医療（入院医療）	91：入院基本料等加算		A100 総合入院体制加算	対象病棟の拡大 施設基準の見直し	総合入院体制加算を精神病棟に適用すること、更に総合入院体制加算2・3における施設基準に標榜科としての精神科の存在を必須とすることを要望する。 ※現在精神科病棟を有し、本加算を算定している病院は、精神病棟における算定は認められていないが、施設要件として精神科の標榜が含まれ、精神病棟が設置されていれば、一般病棟と同様に精神病棟においても急性期医療を担える体制があると考えられる。また、本加算2・3において施設基準に標榜科としての精神科の存在が明記されることで精神科の重要性が示されることになり、喫緊の課題である一般医療と精神医療の連携が更に促進されることは確実と思われる。	○	
	Ⅳ-7	31：精神医療（入院医療）	91：入院基本料等加算		A230-3 精神科身体合併症管理加算	対象患者の拡大	精神疾患患者における身体合併症治療が重要な意味を持つのは明確となっており、医療計画の指針の中にも述べられているが、現状では診療報酬上適切に評価されているとは言い難い。下記のように対象身体疾患を追加することでより臨床の現実に見合うものとなるため、対象患者の拡大を要望する。 ◎対象疾患の追加 ・深部静脈血栓症 ・血球減少症（汎血球減少症、顆粒球減少症、血小板減少症） ・急性期の脳血管障害（意識障害を伴わない） ・重度の褥瘡（ステージⅢ以上）の患者、重症薬疹 ・膿胸、血胸 ・解離性大動脈瘤 ・悪性腫瘍における姑息的治療（ステント挿入など） ・悪性腫瘍の疑い（精神科病院からの転院の場合のみ） ・慢性腎不全の維持透析の患者 ・電解質異常（意識障害を伴わない）	○	

精神医療	通番	別添1の項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
	IV-8	31：精神医療（入院医療）	91：入院基本料等加算	A230-4 精神科リエゾンチーム加算	診療報酬の見直し	<p>○せん妄や抑うつ、精神疾患、自殺企図の患者に対する必要な診察とあるが、継続的なケアを要することから、1回あたりの点数を300点から400点に増点し、かつ対象となる患者の症状の重症度や抱える背景事情の複雑さなどから週に数回の対応も必要とするケースも少なからずあることを考え、算定回数を週2回まで可能に見直しを要望する。 ※平成28年改定では精神科リエゾンチーム加算が週一回200点から300点に増点され、更に本加算A249精神科急性期医師配置加算500点（一日につき）の施設基準の一つと相まってリエゾンチーム加算取得施設の総数はH30年9月の時点で189施設と大幅に増加した。しかし、無床の総合病院精神科の存在を考慮すれば、やはりこの加算のみで専従のコメディカルを一人確保する点数は最低限必要であると考えられるため。</p> <p>○リエゾンチームの医師については、常勤医のみに限定するよう施設基準の見直しを要望する。 ※現在の規定ではリエゾンチームの医師は専任だが、非常勤医でも可とされている。非常勤医では臨床の現場で日々変動する患者の病態変化を緻密に追うことができず、看護師や他の専従職員との連携もうまくいかない。結果的に患者の治療上の利益を損ない、平均在院日数の減少にも有意な差が生じてくると考えられるため。</p> <p>○救命救急入院料および小児入院医療管理料は、現状では当該加算の算定対象外である。しかし当該病棟に入院する患者であって、精神科リエゾンチームの介入が望ましいケースがある。救命救急入院料の注2加算等とは別に、精神科リエゾンチームの介入の評価を要望する。</p>		○
	IV-9	31：精神医療（入院医療）	91：入院基本料等加算	A230-4 精神科リエゾンチーム加算 A247 認知症ケアチーム加算	算定要件の見直し	精神科リエゾンチームと認知症ケアチームが設置され、各々活動しているが、一方しか認められないのは不合理である。認知症ケアチームが身体拘束の抑制など入院生活のケアを主とするのに対し、リエゾンチームは治療に主眼がおかれているので、全く別のチームと解釈できるため、併算定可能とするよう算定要件の見直しを要望する。		○
	IV-10	31：精神医療（入院医療）	92：特定入院料	A311 精神科救急入院料	経過措置期限の見直し	<p>当該病院の精神病床300床以下の場合には60床以下で、当該病院の精神病床300床を超える場合はその2割以下（平成30年3月31日時点で基準を超えた病床を有する医療機関は、令和4年3月31日まで届け出ている病床数の維持可能）という経過措置期限の撤廃を要望する。</p> <p>【理由】 平成30年3月31日時点で確立している精神科救急システム体制が病床数削減により果たせなくなり、精神科医療に重大な支障を生じる可能性のある地域が複数存在する。医業収入の減少に伴う経営面での打撃だけでなく、救急医療体制の確保のために必要な措置である。</p>		○
DPC / PDPS 関連	通番	別添1の項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
	V-1	41：DPC/PDPS関連	該当以外	コーディング委員会	施設基準の見直し	DPC対象病院の要件としてコーディング委員会の年4回以上開催が求められているところだが、DPC制度開始から10年以上経過しており、各医療機関においては医師との連携等、コーディングに係る体制は既に確立されてきていると思われる。また、当該委員会において活用することが望ましいとされている「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト」の根本的な改訂もない状況下において、当該委員会の開催回数をDPC対象病院の要件とし続けることには疑問を感じる。 働き方改革の観点からも開催回数要件の見直しを要望する。 不適切と思われるコーディングがされている医療機関へのヒアリング実施等の方が効果的と思われる。		○
	V-2	41：DPC/PDPS関連	該当以外	効率性係数	機能評価係数Ⅱの見直し	<p>○少なくとも、2019年度終盤、2020年度、2021年度以降のコロナ終息までのデータについては取扱を慎重に行って頂きたい。</p> <p>○効率性係数を重点的に評価することを要望する。 現状の効率性係数で得られる収入では、在院日数を短縮することへのインセンティブとして不足していることから、意図的に在院日数を延長してベッド稼働を維持している施設があるものと予測される。今後、効率性係数の評価に重みが付けば、日本全体で在院日数の短縮が進み、医療費の伸びを抑える一手となり得る可能性があるのではないかと。 さらに、在院日数の短縮でベッドが空けば収支のバランスがとれなくなるため、看護師数を減らしてダウンサイズする施設が増えることも予測でき、今後の人口減少への対応としても有効なものと考えられる。</p> <p>○院内転棟の評価を減じることを要望する。 現状の評価方法は、「院内転棟」と「他院転院」の評価が分かれていないことから、院内転棟（地域包括ケア病棟等）の工夫により、効率性係数を上げている施設があるものと予測できるが、地域医療構想を考えると、院内で患者を抱え込むことは機能分化を進めるにあたり弊害となっていることが懸念される。 例えば、院内転棟は評価を1/2とする等の評価方法へ変更となれば、院内で患者を抱え込む施設も減り、地域での機能分化も進むことが期待できる。</p> <p>○救急医療加算1・2いずれを算定しても、救急医療係数を算出するに当たり、同様に扱われている。加算1を算定した患者がより大きな係数を算出されるように、算出方式の見直しを要望する。 また、入院2日目までの実績をもとに評価されているが、3連休などの増加も考慮し、入院3日目までの実績とすることを要望する。</p> <p>○2020年度のように全国で入院患者総数が減少するような時期の評価にあたり、機能評価係数Ⅱの項目の中にある年間12例以上、体制評価係数の実績要件の基準値の引き下げを要望する。</p>		○
	V-3	41：DPC/PDPS関連	該当以外	病院情報の公表に関する公表項目	制度の見直し	「初発の5大癌のUICC病期分類ならびに再発患者数」の項目について、集計項目から除外することを要望する。理由としては、「再発患者数が多い＝再発しやすい病院」と患者が誤解した事例があり、適切な集計項目とは言えないと考える。また、癌の情報に関しては、国立がん研究センターのホームページ上で、院内がん登録全国集計の公表が行われており重複する内容であるため、病院情報の公表の集計項目から除外しても影響は少ないと考える。例えば、診断群分類別の5大癌の患者数など、DPCを絡めた集計項目への変更を要望する。		○
	通番	別添1の項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し

オンライン診療	VI-1	51：オンライン診療	11：初・再診	A001 再診料 A003 オンライン診療料	点数の見直し 算定要件の緩和	<p>○コロナ禍における電話等再診料が算定可能になったが、医師・看護師・医師事務・医事課ともに業務増である。処方箋の処理なども業務増、調剤薬局との電話でのやり取りもあり、通信料も病院負担になっている。そのため、電話診療料の点数そのものの増点を要望する。</p> <p>○また、オンライン診療を実施するにあたっては、厚生労働省が定めた「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を遵守する必要があり、当該指針のセキュリティ要求レベルを医療機関が担保し患者へ事前に説明し、同意を得る必要がある。また、オンライン診療システムの使用説明を行うなど、運用に当たっては、通常対面診療以上に時間と手間を要するため、前記と同様にオンライン診療料の増点を要望する。</p> <p>○新型コロナウイルス感染症による特例・時限措置により、現在の電話や情報通信機器による診療の特例的取り扱いにより、基準は緩和されているものの、従来のオンライン診療料の基準ではハードルが高く運用が難しい。今後もオンライン診療のニーズは増えていくと考えるため、継続的な基準の緩和を要望する。</p> <p>○そのひとつとして、オンライン診療料の算定可能な患者は、B000特定疾患療養管理料、B001「5」小児科療養指導料、B001「6」てんかん指導料、B001「7」難病外来指導管理料、B001「27」糖尿病透析予防管理料、B001-2-9地域包括診療料、B001-2-10認知症地域包括診療料、B001-3生活習慣病管理料、C002在宅時医学総合管理料、C101在宅自己注射指導管理料、I016精神科在宅患者支援管理料の算定患者、及び一急性頭痛患者となっている。</p> <p>このうち、B000特定疾患療養管理料等は、200床以上の医療機関では算定することができなく、オンライン診療料の対象から外れてしまうため、200床以上の医療機関ではオンライン診療料の対象範囲が狭い。したがって、当該管理料の対象患者として要件の見直しを要望する。</p>	○	
	働	通番	別添1の項目	分類	区分コード等	要 望 事 項	要 望 内 容 ・ 理 由	新規
き	VII-1	61：働き方改革（タスク・シフト/シェア）	13：医学管理料等	臨床工学技士の評価	診療報酬の新設	人工呼吸器および補助循環装置の院外搬送は、搬送に伴うリスクや負担が大きく、医療機器の専門知識をもった臨床工学技士が同乗していることで患者安全を保つこと、医師や看護師の負担を軽減することが可能となるため、診療報酬の新設を要望する。	○	
方	VII-2	62：働き方改革（医療従事者の働き方改革）	80：その他		常勤配置及び専従要件の拡大	令和2年診療報酬改定により、医療従事者の複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目が拡大されたが、今後も医師を中心とした医療従事者の働き方改革を促進するためにも更なる項目の拡大を要望する。	○	
改	通番	別添1の項目	分類	区分コード等	要 望 事 項	要 望 内 容 ・ 理 由	新規	見直し
革	VIII-1	99：該当以外(消費税含む)	13：医学管理料等	不妊治療		不妊治療においては、妊娠に向けた精神的・社会的サポートが不可欠であり、専門性の高い看護職を配置している不妊症外来においては、治療開始時や変更時、終結時、また妊娠不成立の場合等に時間をかけて療養指導による精神的・社会的サポートを行っている。保険適用にあたっては、どの医療機関においても充実したサポートが受けられるよう専門性の高い看護職による個別性に応じた療養指導や意思決定支援への評価を要望する。	○	
該	VIII-2	99：該当以外(消費税含む)	該当以外		新型コロナウイルス感染症特例措置の継続 感染症への診療報酬上の評価	<p>○中央社会保険医療協議会（2020年12月18日）における議論の中で、各医療機関等における感染症対策に係る評価として、「初診・再診等については1回当たり5点」「入院については入院料によらず1日当たり10点」「調剤については1回当たり4点」「訪問看護については1回当たり50円」を加算等で算定できるようにする特例対応（2021年4月～2021年9月末を目途）が挙げられていることは評価できる。しかるに、新型コロナウイルス感染症に限らず、今後の新興感染症への備えをすべての病院において強化するために、外来患者全般、及び入院患者全般に対する感染症対策にかかる費用等について、上記の評価を継続のうえ更なる増点を要望する。</p> <p>○6歳未満の乳幼児に対し、Covid19の感染予防対策を行った際に初再診料へ「医科100点、歯科55点」加算する本点数については、2021年3月末までの対応となっている。今回のような新規感染症への外来診察の対応については、資材や労力を要する。また、6歳以上においても同様に感染予防対策は重要である。感染予防を評価する本加算の継続および6歳以上の患者に対する評価も要望する。</p> <p>（例） 感染予防対策加算 6歳以上も含め 初診料 100点加算 再診料 55点加算 外来診療料 55点加算 入院基本料等加算 （入院初日 100点 ）</p>	○	
						当	以	外