

日病会発第 68 号

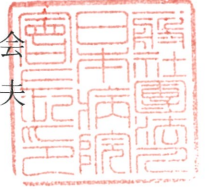
令和 3 年 10 月 25 日

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 2 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も即応できる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、かかる時代の変革に備え、かつ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、第 1 報に引き続き、以下を第 2 報として要望する。

記

【重点項目】

1. 入院時食事療養費の金額見直し

入院時食事療養費は、「平成9年消費税対応による1920円/日（従来1900円/日）」から「平成18年度改定による640円/食」と見直されたが、合計金額はその後の消費税改定時にも見直されていない。病院給食においては、管理栄養士による高度な栄養管理が求められている中、十分な評価がされていない。物価や賃金の上昇等もあり、人件費・委託費に見合う料金体系となっておらず、評価の見直しが必要である。食事療養の重要性を考慮し、治療の一環と捉えて適切な水準となるよう増点を要望する。

2. 重症度、医療・看護必要度の対象患者の拡大

重症度、医療・看護必要度の算出において、短期滞在手術等基本料を算定する患者は対象から除外するとあるが、一律で除外とするのは実態に即さないと考える。特に全身麻酔による手術を実施するケースについては、合併症等の発生リスクが高いこともあり慎重な経過観察が欠かせず、患者の状態もさることながら、看護師の負担も非常に大きい。従って、短期滞在手術等基本料を算定した場合であっても、全身麻酔による手術を実施した患者については、評価対象とするよう要望する。

3. A301-4 早期離床・リハビリテーション加算の対象病棟の拡大

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、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。

【その他要望項目】

1. 重症度、医療・看護必要度 B 項目見直し

高齢化社会における入院医療においては、入院日数の短縮を図り、できるだけ良好な ADL を保持するためにもケアの重要性は益々高まっており、専門的知識と技能を有する介護福祉士の活動についての評価を要望する。

2. A101 療養病棟入院基本料の医療区分の見直し

- ・医療区分 2 や 3 の患者が回復すると医療区分 1 になり、療養病棟入院料 1 の要件である 8 割以上の対象患者から外れて、施設基準を満たさなくなるという仕組みは矛盾している。療養病棟でも在宅復帰に向けて取り組みを行っているため、入棟時より状態が改善されることについては適切に評価していただくよう、見直しを要望する。
- ・経鼻栄養の患者は、発熱や嘔吐がないと医療区分 2 に該当しない。胃瘻と比べても経鼻栄養の患者は看護師の手間が非常にかかるため、患者の状態だけではなく看護師の費やすケアの手間暇も考慮し、単独で医療区分 2 の評価とするよう、見直しを要望する。
- ・リハビリが 30 日間しか評価されていないが、療養病棟の患者は基本的に 1 日当たりのリハビリが十分にできる状態ではないので、疾患別リハビリテーション料を算定している間は、30 日間の制限なしで医療区分 2 での評価とするよう、見直しを要望する。

3. A200 総合入院体制加算 1 および 2 の施設基準の緩和

総合入院体制加算 1 および 2 の施設基準要件 (3) のアにおいて、近年、心臓血管外科領域では人工心肺装置を用いない手術の回復がより早い事実の一方、施行には高い技術が求められるとされている。よって、人工心肺を用いた件数が多いことをもって単純に医療の質の評価をすることは適当ではない時代となったため、以下に変更することを要望する。

(現状要件) 40 件/年以上

(見直し案) 人工心肺手術を実施している、もしくはその体制にあること

4. A207 診療録管理体制加算の見直し

DPC/PDPS 制度における分類選択や影響調査データの作成には診療情報管理の高い知識や経験が必要とされており、実質的にそれを担っているのが診療情報管理士である。その成果の 1 つである影響調査データは地域医療構想や政策立案等でも極めて重要な要素であり、同時に正しい DPC 選択による適正な診療報酬請求に繋がっている。一方、質改善のための情報を院内院外に向けて広く提供し PDCA の核となる他、医療安全の基盤となる情報の提供等にも高い倫理観を持って臨んでいる。しかし、現行評価は、年間退院患者 2,000 人に 1 名の配置で 1 件 100 点 = 2,000,000 円の収入に留まり、質改善のた

めとはいえ、増員は大変に厳しく、結果的に診療情報管理の発展、ひいては医療の質向上の大きな妨げとなっている。昨今の時代背景を鑑み、診療情報管理改善は急務かつ医療の質改善、良好な病院運営と一体化して考えるべきであり、高く評価すべきである。このような理由から診療記録管理者の業務内容の規定見直しと増点を要望する。

5. A244 病棟薬剤業務実施加算の見直し

- ・「病棟薬剤業務実施加算 2」は「病棟薬剤業務実施加算 1」の届出を行っていない場合は届け出ることができない。高度急性期病棟に入院する患者の薬剤師業務を促進するためにも、「病棟薬剤業務実施加算 2」を単独で届け出ることが出来るよう、施設基準の見直しを要望する。
- ・現在は「病棟薬剤業務実施加算 1」の対象外病棟である「小児入院医療管理料」「回復期リハビリテーション病棟」「地域包括ケア病棟」について、当該加算対象とすることを要望する。
- ・前回改定で病院薬剤師業務の評価適正化の一環として増点があったが、まだ院外薬剤師との格差が大きいため点数の大幅な増点を要望する。

6. A246 入院時支援加算の対象患者の拡大

入院時支援加算については、入退院支援加算の加算として位置づけられているために「退院困難者と評価され退院支援計画」を行った場合にしか算定できない。本加算におけるア～クの 8 項目評価については、退院困難以外の患者にとっても入院中の診療内容を理解していくことに有用である。また入院時における医師・病棟看護師の業務負担軽減にもつながる。一方で本業務を行うにあたっては、人員配置が必要になる。入院時支援を行った全ての患者に対して算定できるように算定要件の見直しを要望する。

7. A252 地域医療体制確保加算の要件の見直し

勤務医の働き方改革に対する財源として、地域医療体制確保加算（520 点）が新設されたことは評価できる。一方で救急搬入件数 2,000 件以上の評価となっており、1,000 件以上 2,000 件未満の医療機関は、地域医療介護総合確保基金の「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」による補助の対象とされた。しかし全国的に当事業の補助金利用は低迷しており、地域の救急医療体制を維持していく施策としては不十分である。地域における救急医療体制の維持・充実として、要件の緩和（2,000 件以上の医療機関を 1,000 件以上の医療機関）や評価の増点（5,000 件以上の医療機関等）を要望する。

8. DPC 分岐の見直し

010010 脳腫瘍、010060 脳梗塞、010061 一過性脳虚血発作、010070 脳血管障害の手術・処置等 2 の分岐に E101 SPECT、E101-2\$ PET に加え、E101-4\$ PET-CT の追加を要望する。

9. A003 オンライン診療料の継続的な基準の緩和

新型コロナウイルス感染症による特例・時限措置により、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。コロナ禍の状況は今後も続き、オンライン診療のニーズは増加していくため、継続的な基準の緩和を要望する。

10. 医師配置基準の見直し

・A301-2「ハイケアユニット入院医療管理料」

地域で必要とされる高度急性期機能を維持しながら病院勤務医の適切な労働時間管理を進めるためには、非常勤医の活用は必須である。ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準「専任の常勤医師が常時 1 名以上」の規定を「専任の医師が常時 1 名以上」へ変更し、非常勤医でも可とするよう見直しを要望する。

・A303「総合周産期特定集中治療室管理料」_1「母体胎児集中治療室管理料」

NICU(新生児特定集中治療室)と GCU(新生児回復室)については、隣接する場合に同じ医師が当直を兼務することは認められている。産科においても、MFICU と隣接する産科一般病棟との当直兼務可とするよう見直しを要望する。

11. 時間外等加算の対象検査の拡大

緊急のために休日・時間外・深夜に内視鏡検査を行った場合は、それぞれの所定点数に加算点数 80/100・40/100 が設けられている。同様に、心臓及び脳血管カテーテルによる諸検査についても診療時間外に緊急に行った場合の評価を要望する。

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に、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。

令和 4 年度診療報酬に係る要望項目（精神医療）

【重点項目】

1. （仮称）アルコール関連疾患患者節酒指導料の新設

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）

2. A230-4 精神科リエゾンチーム加算の見直し

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ため。

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 I 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。

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。

3. A311 精神科救急入院料の経過措置期限の見直し

当該病院の精神病床 300 床以下の場合は 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。

【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。病床の大部分を精神科救急入院料算定病床で運用している一部の病院が問題ならば、精神科救急入院料算定病床は、2 病棟あるいは当該病院の精神病床の 5 割を超えないという条件にした方が現実的である。

【その他要望項目】

1. 作業療法計画策定等に関する診療報酬の新設

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

2. (仮称) 精神科心理面接料の新設

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。

3. B008 薬剤管理指導料の算定対象病棟の拡大

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

4. B015 精神科退院時共同指導料1の見直し

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見直しを要望する。

(例) 1回 1000点 薬剤管理指導料

5. 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 における施設基準で、精神科常勤医がいる場合は、さらに 20 点の増点を要望する。

※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精神科医の常勤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。

6. 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）

7. A230-4 精神科リエゾンチーム加算と A247 認知症ケアチーム加算の算定要件の見直し

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。

以上