

日病会発第 14 号
令和 5 年 4 月 27 日

厚生労働省
保険局長 伊原 和人 殿

一般社団法人 日本病院会
会長 相澤 孝夫



令和 6 年度診療報酬改定に係る要望書【第 1 報】

令和 4 年度診療報酬改定における全体の改定率は、令和 2 年度に続きマイナス改定となった。令和 4 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 2022 年度病院経営定期調査によれば、緊急包括支援事業等コロナ関連の補助金を除くと、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 4 年度診療報酬改定では、看護の処遇改善、リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化、不妊治療の保険適用等が行われた。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。また、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 6 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が改定内容になる。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、簡潔で分かり易い診療報酬体系であることが望ましい。

令和 6 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。今後も健全かつ安定的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6年度診療報酬改定に係る要望項目【第1報】

・入院基本料の見直し、増額

電気・ガス・灯油等の高騰、食材費の値上げや、最低賃金の上昇等により給与費増の負担も大きく、医業費用が増加する一方で、診療報酬はそれらに対応していない。特に入院医療に関して経営への圧迫が顕著となっているため、入院基本料の増額を要望する。

また、令和5年度内の臨時的対応措置として、本年10月の入院基本料の見直しを検討いただきたい。

(A100～106 入院基本料)

・入院時食事療養費・入院時生活療養費の増額

給食用材料費、光熱水費、厨房機器の購入費用、人件費等の高騰が続き、経営的な努力は重ねているが、医療機関として食事を提供することが非常に厳しい状況である。平成6年(1994年)以降、入院時食事療養費が据え置かれていることとあわせて、食事療養の重要性を鑑み、適正な評価の見直しを要望する。

(入院時食事療養費、入院時生活療養費)

・ハイケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度の評価方法の見直し

一般病棟用および特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度については「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、ハイケアユニット用の評価方法についても必要度Ⅱで評価できるよう要望する。

(A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料)

・診療録管理体制加算における要件見直し及び施設基準の緩和

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、診療情報管理者の高い知識や経験が必要とされる。正確かつ適切な医療データは幅広く活用することができ、正確な保険請求は多くのコスト削減にもつながる。今後、診療情報管理を発展させる上で、有能な診療情報管理者を確保することが重要であるため、診療記録管理者について病床数に応じた診療情報管理士の適正配置に関する評価を要望する。また、診療録管理は紙カルテから電子カルテへとICT化が進んでいることもあり、かつさらなる医療DXを進めるために「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠する施設基準(診療録管理室の入退室管理や施錠管理等)の緩和を要望する。

(A207 診療録管理体制加算)

- ・ **情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）にかかる算定要件拡大と点数見直し**

今後も非対面診療は求められると考えられるが、現行の診療報酬では対応しきれない。新しい生活様式としてオンライン診療を継続、拡大していくためには、評価の拡充と指導料等の算定可能な対象患者を拡大する事を要望する。

（A 初・再診料、B 医学管理料、C 在宅療養指導管理料 等）

- ・ **サイバーセキュリティ対策にかかる入院基本料等加算、初・再診料加算の新設**

医療機関のサイバーセキュリティが問題視され、電子カルテを円滑に活用するために全国の医療機関がランサムウェア等の対策にかかるシステム導入費用・保守費用、SE の人件費に莫大な費用をかける必要に迫られている。システム導入等の初期費用に関しては、補助金による手当てが妥当と考えられるが、永続的にかかる保守費用や人件費に対しては、診療報酬での充当が必要である。入院料加算及び初再診料の加算としてそれぞれサイバーセキュリティ対策実施加算の新設を要望する。

（A2〇〇 入院基本料等加算、A000～A002 初・再診料加算）

令和6年度診療報酬改定に係る要望項目（精神医療）

・精神科救急急性期医療入院料で算定する場合のクロザピン要件について

精神科救急急性期医療入院料で、「精神科急性期医師配置加算」を算定する場合には、クロザピン新規導入患者数が直近1年間で、加算1は6件、加算3は3件以上となっている。（加算2については算定不可）この要件を外していただきたい。

クロザピン普及のために施設基準に入れられたと考えるが、クロザピン認可後10年以上を経過し、地方では対象者が少なくなっている。高齢者など合併症リスクの高い患者に無理に導入されることも懸念される。よって精神科急性期医師配置加算のクロザピン要件を外していただきたい。

更に、クロザピンについてはCPMSへの患者登録が必要となり、プロトコールに則った血液検査なども必要である。そしてこの手順を順守しなければ投与ができないことになっている。重症患者を対象としている精神科救急急性期医療入院料病棟では、早急な判断・治療が必要でありまた早期退院を視野に入れている。新規率や退院率からは除外されてはいるが、クロザピン投与患者が必ずしも精神科救急急性期医療入院料病棟でなくてはならないという根拠がない。

（A249 精神科急性期医師配置加算）

・発達障害の検査の点数について

（1）「Conners（DSM-5対応）」

（2）「CAARS 日本語版（ADHD評価尺度）」

（3）「CAADID 日本語版（ADHD診断面接ツール）」

発達障害については、児童のみならず18歳以上の成人者にも診断を受けたいという診察希望が増加傾向にある。この発達障害の診断として、上記(1)~(3)の検査を実施することが多い。しかし、この検査は診療報酬点数として認められていないため、全て医療機関負担となっている。特に(1)、(2)の検査については、発達障害の診断補助として有効であり、発達障害の診断にかかすことのできない検査となっている。多職種でのチーム医療の推進、そして医療の質の向上のためにも発達障害検査の診療報酬上の点数化を要望する。

（D283 発達及び知能検査）

・診療報酬の新設

近年、医療は急速に高度化・複雑化している。特に精神科医療では、医師による精神療法や薬物療法を中心とした医学的治療のみでは十分な治療効果を得にくい疾患（発達障害、高次脳機能障害、依存・嗜癖、摂食障害、心的外傷後ストレス反応、認知症等）が多くなっている。そのため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希望は多く、患者の

社会生活の維持に大きく寄与している。公認心理師による心理面接（カウンセリング）は、今後もニーズは多くなっていくと思われること、そして医師の負担軽減やチーム医療推進のためにも診療報酬での新設を要望する。

（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。

（（仮称）精神科心理面接料）

・施設基準の見直し・緩和

「自殺対策等に関する適切な研修」がかかりつけ医にとってハードルが高すぎる。県医師会などが主催する自殺対策研修を要件に含めるべきである

（B005-12 ころの連携指導料（I））

・研修中の非指定医を指導する指定医に、週に1回（もしくは2回）の精神療法（I）の算定を認める

現行：入院精神療法（I）400点指定医が、週3回まで行える。入院精神療法（II）150点（6か月）

指定医が認める場合週2回まで同一週に精神療法（I）と（II）は同時算定不可

研修中の非指定医を指導する指定医に、週に1回（もしくは2回）の精神療法（I）の算定を認める

指定医を養成する研修病院において、そのコストが病院持ち出しとなっている

患者が12週間入院する場合

- ・指定医 400点×3回×12週=14400点
- ・非指定医 150点×2回×12週=3600点

研修中非指定医が5人いる場合

ひとり年に25人の患者を担当するとした場合、

病院側の減収は $(14400 - 3600) \times 25 \times 5 = 135$ 万点 1000万円以上の減収となる。

（I001 入院精神療法1、2）

・病院の拘束ゼロの取り組みに対しての新設

精神科病院では、「医療保護入院等診療料」を届出している医療機関については、行動制限最小化委員会での活動を実施していると思うが、近年、身体拘束についての裁判も増えてきており現状を上回る身体拘束についての取り組みが必要となっている。身体拘束については、精神保健福祉法の基本理念（法第1条）に沿って行う必要があり、告示第130号に示されている処

遇の基準をみたしていることが必須であることを再認識し、行動制限最小化に向けた更なる取り組みに対する診療報酬の新設を要望する。

新設に際しては、感染対策向上加算を参考に、身体拘束最小化に取り組んでいる模範となる基幹病院を中心に、その他の医療機関と連携を組み、互いに助言、支援そして相互に評価し合える体制の構築を基本として加算新設を要望する。

(A311 精神科救急急性期医療入院料、A311-2 精神科急性期治療病棟入院料1・2、
A311-3 精神科救急・合併症入院料、A312 精神療養病棟入院料、
A314 認知症治療病棟入院料、A318 地域移行機能強化病棟入院料、
A103 精神病棟入院基本料)

以上



厚生労働省保険局医療課 眞鍋課長に「令和6年度診療報酬改定に係る要望書【第1報】」を手渡す万代副会長、北村理事