

令和3年8月27日

厚生労働省  
保険局長 濱谷浩樹 様

地域医療を守る病院協議会 議長 仲井 培雄

公益社団法人全国自治体病院協議会

会長 小熊 豊

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

会長 小野 剛

全国厚生農業協同組合連合会

経営管理委員会 会長 山野 徹

一般社団法人日本慢性期医療協会

会長 武久 洋三

一般社団法人地域包括ケア病棟協会

会長 仲井 培雄

一般社団法人日本公的病院精神科協会

会長 中島 豊爾

#### 令和4年度診療報酬改定へ向けた地域医療に関する要望について

地域医療を守る病院協議会は、いずれも地方に多くの病院を有している団体であり、本協議会は地域における医療を守るため、抱える共通の課題について、提言等を行っております。

従来の診療報酬体系では、病院はぎりぎりの経営を迫られ、今般の新型コロナウイルス感染症のようなパンデミックや災害に対応する余力がないことが露呈しました。そうした状況となった一因に医療政策の決定過程があげられます。

診療報酬を含む医療政策については、経済財政諮問会議、財政制度等審議会等において先行して議論されておりますが、病院関係者が不在の場で、政策が決定されることのないよう強く要望するとともに、令和4年度の診療報酬改定における地方都市やへき地、離島、小規模市町村など地方で抱える課題の解決について、下記の項目を別紙のとおり要望いたします。

#### 記

必要な医療を確保するために、医療資源(医療機関、医療従事者)が少なく人材を確保しづらい、また、医療資源が少ないことにより機能分化が進みづらい地域における診療報酬改定等の要望・提案項目

- 1 入院基本料の充実
- 2 入院時食事療養費の見直し
- 3 算定要件の緩和等
- 4 地域包括ケアの推進等
- 5 へき地等における費用拡大への措置による応需体制の確保等
- 6 ICTの評価及び推進
- 7 その他

(令和3年度担当 地域包括ケア病棟協会)

地域医療を守る病院協議会 令和4年度（2022年度）診療報酬改定に向けた要望・提案

必要な医療を確保するために、医療資源(医療機関、医療従事者)が少なく人材を確保しづらい、また、医療資源が少ないことにより機能分化が進みづらい地域における診療報酬改定等の要望・提案項目

1. 入院基本料の充実

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
1	入院基本料の増点	新型コロナウイルス感染症により経営状況が厳しくなる中、働き方改革を進めるために伴う人件費増、また、医療技術の進捗による医療機器や医療施設整備の新設・更新速度が早くなってきており、それらのコスト反映、更にそもそも平時から病床稼働率が9割近くないと経営がなりたないという診療報酬体系について問題であり、それらを解決するためにも入院基本料の増点を求める。	入院基本料の大幅な増点を要望する。	全国自治体病院協議会
2	感染症対策として基本診療料を引き上げること。	全国の医療機関で新型コロナウイルス感染症の影響にともない、入院・外来共に患者数が減少し収入が大幅に減少している。一方で、院内感染を防ぐための人的・経済的負担は増大している。	収束の見通しが立たない中で、一時的な補助金だけでは安定的な病院経営が困難であることから、新型コロナウイルス感染症患者の受入れにかかる項目のみの増額だけでなく、初診・再診料および入院基本料のさらなる点数の引上げを行うこと。 また、特に小児科の患者は大幅に減少しており、小児にかかる初再診のさらなる点数の増額を行うこと。	全国厚生農業協同組合連合会
3	入院基本料の充実	・入院基本料が不十分であり、持続可能性を追求できなくなりつつある。特にコロナ禍の人口減少が進む地域での病棟運営は困難を極めており、建て替え費用の捻出もままならない。	・全ての入院基本料を一律に増額することはどうか。	地域包括ケア病棟協会

## 2. 入院時食事療養費の見直し

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
4	入院時食事療養費の増額	<p>食事療養費Ⅰ：1食につき640円、特別食加算76円            食事療養費Ⅱ：1食につき506円            入院時食事療養費については、平成9年より現行金額のまま据え置きとなっている。統計局のデータによると、食品の消費者物価指数は、平成9年を100とした場合、平成27年は106.6、令和元年は111.6と10ポイント以上増加している。自己負担額としては、460円のうち食材費相当額260円となっているが、2019年の自治体病院栄養部会の調査では、260円以内で収まっている施設は21%である。病院における給食業務は多様化し、携わる管理栄養士、栄養士、調理師の専門性も必要である。昨今は人件費も高騰しており、人材確保にも多大なる影響が出ている。このままでは、直営・委託にかかわらず、医療の一環としての食事提供が困難となる恐れがある。</p>	<p>食事療養費Ⅰ：1食につき700円、特別食加算84円            食事療養費Ⅱ：1食につき557円            委託・直営に関わらず適正で安定したな給食運営が行える。</p>	全国自治体病院協議会
5	入院時食事療養費の見直し	<p>現在の入院時食事療養費については、平成9年より据え置きである。患者の容態に応じた特別食等の提供や医師からの要望等により業務は多様化し業務は増加。また離島・へき地・中山間地域では管理栄養士や調理師等の確保も困難で人件費も高騰している。</p>	<p>現在の入院時食事療養費では医療の一環としての食事提供を行うが困難となる恐れがあり、適正な食事提供を行う為に入院時食事療養費の見直しが必要であり入院時食事療養費の増額を要望する。</p>	全国国民健康保険診療施設協議会
6	入院時食事療養 特別食加算の追加	<p>食物アレルギーを有する入院患者が増加傾向にある。また、1つのアレルギーだけでなく、複数種類の食物アレルギーが複合する場合がある。食物アレルギーに対して代替え献立を用意するには時間とコストがかかり負担が大きくなっている。</p>	<p>食物アレルギーを有する入院患者の食事対応には時間とコストがかかると共に、医療安全の観点からも「食物アレルギー食」を特別食加算に追加していただくよう要望する。</p>	全国国民健康保険診療施設協議会

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
7	入院時食事療養費を引き上げること。	入院時食事療養費については、患者負担は引き上げられてきたものの、20年以上一食 640 円と据え置かれている。食材費・調理費・人件費にかかる食材の高騰や最低賃金の引上げにより近年、病院の負担が増大している。	入院時食事療養費の引き上げを行うこと。	全国厚生農業協同組合連合会
8	入院時食事療養費	・人件費の高騰などによる委託費の増加、消費税、給食用材料費の増加により給食部門収支が厳しい。	・2006年度改定で、「1日単位（¥1,920/日）」から「1食単位（¥640/回）」に細分化した報酬体系となったが、以降食事療養費の報酬見直しがなされていない。 ・「食事」は療養中重要なものでもあり、品質高い医療食を提供するためにも価格見直しが必要でないか	地域包括ケア病棟協会

### 3. 算定要件の緩和など

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
9	感染防止対策加算の見直し  ①感染防止対策地域連携加算の新設 ②施設基準緩和 ③感染防止対策加算1、2の増点	新型コロナウイルス感染症の発生を契機に感染防止対策の重要性が高まっているが、現状の評価が低い。特に中小病院が取得している感染防止対策加算2が1と比較しても大きな差がある。  ①感染防止対策加算1、2が合同でカンファレンスを行っているが、2の算定病院のみ地域連携加算がないのは、合理性に欠ける。 ②加算2を届出している病院は中小病院がほとんどであるため、常勤医師を確保することは困難であるため。 ③飛沫感染や空気感染を含め感染症対策には財源が必要である。	①感染防止対策地域連携加算は感染防止対策加算2の医療機関も算定可とし、30点程度の新設を要望する。 ②非常勤医師の組み合わせで常勤医師にできるよう基準緩和が必要。 ③感染防止対策加算1、2とも増点を要望する。	全国自治体病院協議会
10	常勤換算の拡大化	施設基準上、「常勤の職員」という条件が多く、届出出来ないことが多い。場合によっては、施設基準を満たさないがために、保険請求出来ない場合がある。平成30年の診療報酬改定で一部、常勤配置に関する要件の緩和はされたが、地方や中小病院では更なる緩和が必要。	常勤換算の拡大化をする。	全国自治体病院協議会
11	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法	この項目はカテーテル交換の際、画像診断または内視鏡等を用いて行った場合にのみ算定できるとされている。在宅で寝たきり患者の胃ろうカテーテル交換を行う際には画像や内視鏡を行うことが出来ないため算定が出来ない状況にある。	在宅患者がカテーテル交換の都度に病院を受診することは困難であり、在宅で色素水注入法等の方法で安全に交換したことを確認した場合も算定可能としていただきたい。在宅医療推進のために必要と考え要望する。	全国国民健康保険診療施設協議会
12	総合入院体制加算の要件を緩和すること。	高齢化が進み、連携先が限られた地方では、総合入院体制の実績があって急性期を担う役割として届出られる中核病院でも、地域包括ケア病棟の設置を求められることが考えられる。しかし、現行の診療報酬では、療養病棟入院基本料または地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている場合、総合入院体制加算を算定することができない。そのため、急性期医療の中心を担っている医療機関が地域包括ケア病棟の設置を求められても応じられないケースが考えられる。	高度急性期から回復期、慢性期まで対応せざるを得ない病院等、周辺に後方病院が十分でない地域において、療養病棟入院基本料または地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている場合も、急性期医療の中心を担っている医療機関については算定できるように緩和すること。	全国厚生農業協同組合連合会

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
13	地域医療体制確保加算	年間2000件以上の要件で520点	人口の少ない地域の中小病院でも救急医療体制を提供しており、現行の2000件以上の要件に加え、1000件以上、500件以上の3段階での評価を要望する。地域医療体制確保加算1：520点、2：260点、3：130点	全国国民健康保険診療施設協議会
14	地域医療体制確保加算の算定要件を緩和すること	救急医療の実績として、救急車の搬送件数が年間 2,000 件以上であることとされているが、人口の少ない地域の中核病院では、その要件を満たすことが困難である。	一律に件数で区切るのではなく、当該医療圏における救急対応率や応需可能日数など、件数を満たさなくても地域医療の中核を担っていることの評価を追加すること。	全国厚生農業協同組合連合会
15	新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、地域医療体制確保加算の算定要件を緩和すること	救急医療の実績として、救急車の搬送件数が年間 2,000 件以上であることとされているが、新型コロナウイルス感染症の影響により、その要件を満たすことが困難である。	新型コロナウイルス感染症の影響により救急搬送件数が全国的に減少している状況を考慮すること。	全国厚生農業協同組合連合会
16	医療機関等が「特別の関係」にある場合の制約を撤廃または緩和すること。	病院や診療所、訪問看護ステーション等の開設者が同一法人等の「特別の関係」にある場合の診療報酬上の制約については、平成 30 年度診療報酬改定において、退院時共同指導料等の算定が認められるなど緩和が図られた。しかし、依然として「入院期間の通算が必要」、「データ提出加算の算定不可」、「診療情報提供料の算定不可」、「紹介率・逆紹介率への算入」、「CT、MRI の減算」等様々な制限がある。	「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」が規定している「過疎地域」等においては、同一法人の医療機関の間で地域の医療ニーズに応えている状況にあり、連携をさらに強化する観点から、制約のさらなる緩和もしくは撤廃を図ること。	全国厚生農業協同組合連合会
17	精神科リエゾンチーム加算について	地域医療の適正な遂行のためには、一般科と精神科の制度的な連携が重要であり、その要となるのが精神科リエゾンチーム加算の充実である。	精神疾患を有する入院患者は、一般病棟に限ったことでない。また、対象精神疾患は、全領域であり（中医協 診療報酬改定結果検証部会R3.3.24報告）総合病院における精神科リエゾンチームの介入のニーズは高まる一方である。前回の診療報酬改定においても施設基準の見直しにより要件が緩和されてきたが、精神科リエゾンチームの導入により身体合併症患者への治療効果は向上しており、さらなる要件の緩和と増点を要望する。	日本公的病院精神科協会

#### 4. 地域包括ケアの推進等

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
18	在宅人工呼吸療法安全管理料  遠隔モニタリング加算	現状なし。在宅医療の充実、重点化・効率化、地域包括ケアシステムの構築等の着実な実現にあたり、在宅における人工呼吸装置の安全管理は重要である。臨床工学技士の定期的な訪問による保守点検、停電対策も含めた総合的な安全管理、ならびに教育の充実を図るため。  また、遠隔モニタリングの推進は厚生労働省の規制改革項目にもあるが、現状はなし。	臨床工学技士が訪問して医療機器の管理指導を行った場合 ○臨床工学技士による在宅医療機器管理・指導料 600点/回 1回/月まで  ○遠隔モニタリングによる場合（訪問による在宅医療機器管理・指導料の算定以外に） 300点/回 1回/月まで	全国自治体病院協議会
19	歯科衛生士の口腔機能評価、口腔機能向上支援を医師指示のもとでも可能とし、それに対する診療報酬の検討	摂食嚥下機能評価やその支援は重要であり、特に歯科領域も含めた口腔機能は医科歯科不可分の領域となっている。歯科医師のみならず歯科衛生士が栄養サポートチーム（NST）に関わることは有用と思われる。しかし歯科医師連携加算50点はあるものの歯科衛生士連携の評価がされていない現状にある。	歯科衛生士が積極的にNSTに関わることができるよう、NSTへの歯科衛生士の参加を評価いただきたく要望する。具体的には、新たにNSTへの歯科衛生士連携加算として25点の新設を要望する。	全国国民健康保険診療施設協議会
20	特別養護老人ホームでの看取り加算算定要件	特別養護老人ホームの入所者の看取り加算は、配置医師が看取った場合算定できない。	配置医師が看取りをした場合でも看取り加算算定を可能にしたい。	全国国民健康保険診療施設協議会
21	夜間休日救急搬送医学管理料の算定要件を緩和するとともに救急搬送看護体制加算の評価を充実すること。	夜間休日救急搬送医学管理料については初診料を算定する場合のみ算定可能である。そのため、救急車搬送の大半が再診の患者である医療機関では、夜間休日救急搬送医学管理料の算定ができないことが負担となっている。また、3次救急を担う救命救急センターでは、救急搬送看護体制加算1又は2の算定が認められておらず、積極的に受け入れを行っても評価されていない状態となっている。	救急医療の実態を考慮し、初診・再診にかかわらず、評価すること。 また、救急搬送看護体制加算について、救急車の搬送件数に応じた上位基準を新設する等により、救急医療に注力する医療機関を評価すること。	全国厚生農業協同組合連合会

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
22	地域包括ケア病棟における腰部装着型医療用ロボットを活用したPOCリハによる「廃用症候群ADL向上加算（仮称）」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢患者の廃用症候群のリハは転棟転落の恐れや、高齢患者の不安、認知症等により進まないことが多い。</li> <li>・2014年度より包括算定の自由度の高いリハとしてPOCリハの既成概念が出来上がっており、単に出来高評価を求めることはできない。</li> <li>・腰部装着型医療用ロボットを活用したPOCリハによる廃用症候群のADL向上を認めるケースが集積しつつある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟のリハ専従者が、病棟内の廃用症候群リハが必要な患者全員を把握して評価を行い、腰部装着型医療用ロボットを活用したPOCリハの対象となる患者を選別して多職種協働で実践する。</li> <li>・リハ専従者は腰部装着型医療用ロボットの操作研修と地域包括ケア病棟協会が行う腰部装着型医療用ロボットを活用した廃用症候群リハの研修を修了し、関わる看護師や介護士等の多職種に伝達研修することを要件としてはどうか。</li> <li>・一定のBI効率が改善した患者について「廃用症候群ADL向上加算（仮称）」を算定できることとしてはどうか。</li> </ul> <p>※入退院時BIは既にデータ提出している。</p>	地域包括ケア病棟協会
23	地域包括ケア病棟におけるPOCリハのモーニングリハ、イブニングリハ実施体制加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟におけるリハの効率的な提供体制の整備として、疾患別リハを補完代替するPOCリハを起床時間帯と就寝時間帯に行っているが、包括算定となり人員配置への評価がされていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・起床時・就寝時のPOCリハを行うセラピストの配置を評価してはどうか。</li> <li>・POCリハのメニューづくりと資格研修などを地域包括ケア病棟協会で行ってはどうか。</li> </ul>	地域包括ケア病棟協会
24	地域包括ケア病棟における、在宅復帰支援のマネジメントとその評価の新設	<p>地域包括ケア病棟における「在宅復帰支援」のマネジメントと評価は、入院料（管理料）1・2の要件である在宅復帰率7割以上と、疾患別・がん患者リハ提供要件（平均2単位/日）、出来高算定できる入院基本料等加算や摂食機能療法等である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・データ提出加算のルール上 NST に関する情報はアップロードしないため、介入しても加算にならない上に、包括算定による介入の実績もデータとして残らない。</li> <li>・また、BIは入退院時に提出するが途中経過の提出はない。</li> </ul> <p>・地域包括ケア時代の患者像には、リハ、栄養管理、認知症ケア、ポリファーマシー対策、ACP等の包括的提供は必須だが、その成果を評価する方法が存在しない現状では、「在宅復帰支援」の質を担保できる包括的なマネジメント体制への評価が求められる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・NST（介入時に提出）とBI（入院後7日間毎に提出）をデータ提出することでデータ提出加算を再構成する。</li> <li>・従来のデータ提出を加算2、NSTとBIを加えると加算1として評価してはどうか。</li> </ul>	地域包括ケア病棟協会



## 5. へき等における費用増大への措置による応需体制の確保等

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
25	データ提出加算	月々のシステム保守料や改定対応に多額の費用を要している。また改定の都度、提出する内容が増え続けており、さらにデータ提出に伴う作業は専門的かつ複雑で多職種が関わり、中小病院であっても専従の職員を配置しなければ対応できない状況である。	医療におけるデジタル化促進の意味も含めデータ提出加算1～4全てにおいて50点の増点を希望する。	全国国民健康保険診療施設協議会
26	認知症ケア加算の増点	入院患者の高齢化に伴い認知症患者の割合が増加している。離島・へき地・中山間地域の中小病院では近隣に認知症患者が入院できる病院が限られ、多くの認知症患者を受け入れざるを得ない実情がある。現場では看護体制の充実が求められるが、現状はその評価が不十分ではないかと思われる。	離島・へき地・中山間地域の中小病院においては認知症患者の割合が大病院より高く、入院期間も長いため評価の充実を要望するもの。特に認知症ケア加算3については14日以内を60点に、15日以上を20点への増点を要望する。	全国国民健康保険診療施設協議会
27	医師事務作業補助体制加算の増点	医師の働き方改革を推進する上で医師事務作業補助者の増員を行う必要がある。しかし、現在の診療報酬点数では人件費をカバーすることは不可能である。	配置状況に応じた適切な診療報酬が得られるように、また積極的に医師事務作業補助者を増員できるような加算の増点を要望する。	全国国民健康保険診療施設協議会
28	医療資源の少ない地域に配慮した評価の対象地域および対象医療機関の範囲を拡大するとともに加算の新設について検討すること。	特定地域においては施設基準上の人員配置等の要件緩和がなされているが、まだ十分に対応できていない。	①よりきめ細かく対象地域を設定すること。 ⇒例えば、医師確保対策のために二次医療圏よりも小さい区域で「医師少数地区」が設定されていることや、介護報酬の特別地域加算、中山間地域等を対象とした加算においては、対象地域が市町村単位で定められていること等を参考に検討すること。 ②許可病床400床以上の病院やDPC対象病院等も対象にすること。	全国厚生農業協同組合連合会

## 6. ICTの評価及び推進

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
29	オンライン診療に関する評価を拡充すること。	新型コロナウイルス感染症による時限的・特例的な取扱いにより電話および情報通信機器を用いた初診料 214 点および外来診療料 74 点が算定できるようになったことから、非対面診療が普及し、新しい生活様式として定着しつつある。時限的・特例的な取扱いが終了した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および拡大していくためにオンライン診療料（再診のみ 71 点）の評価の拡充を行うとともに算定可能な対象患者を拡大すること。	全国厚生農業協同組合連合会
30	医療情報の電子化を評価すること。	電子カルテ、オンライン資格確認、医療費支払の電子決済その他医療機器等、医療情報にかかるすべてについて電子化がすすんでいる。当該システムの整備、保守、改修、導入、手数料等の発生については、一部補助金を除き、施設の負担となり、費用負担が増大している。	電子化を推進するインセンティブとして診療報酬上の評価を創設すること。	全国厚生農業協同組合連合会
31	ICT	今回のコロナ禍対応でも明らかになったように、医療におけるICTの推進は、医療の質向上並びに医療情報の共有、更には診療行為の効率化に大きく貢献した。対面診療の原則は維持しつつ、安定した状態の患者の外来診療においては、電話再診や画像を伴うオンライン診療やオンライン健康相談・指導も有効である。また、多職種が関与するチーム医療においては、情報共有のための電子化が必須である。在宅医療においても、患者の画像情報は有益である。ただ、電子カルテ等のシステム導入・維持には相応の費用がかかることから、推進のために、これらに対する診療報酬上の評価を要望する。	医療における「ICT」推進	日本慢性期医療協会

## 7. その他

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
32	医師事務作業補助体制加算に増点、施設基準の緩和	医師の働き方改革を推進する上で医師事務作業補助者の増員を行う必要がある。しかし、現在の診療報酬点数では人件費をカバーすることは不可能である。	現在、精神科入院基本料病棟では、算定可能な加算は50対1までである。他の入院基本料病棟と同等の基準としていただきたい。	日本公的病院 精神科協会
33	精神科救急入院料を算定できる病床数について	平成30年度診療報酬改定において「病床数の上限が、精神病床数が300床以下の場合には60床以下、300床を超える場合にはその2割以下」とされた。ただし、「平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる」となっていたが、令和2年度診療報酬改定において、届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について「令和4年3月31日までの間」という経過措置の期限が新たに設けられた。地域によっては、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がある。	各県の精神科救急医療体制を検証したうえで、実状に合わせた基準となるよう見直しを要望する。	全国自治体病院協議会  日本公的病院 精神科協会

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
34	特定行為研修修了看護師(特定看護師)	看護師特定行為研修制度の修了者は、令和2年10月現在の総数は2800余名にとどまっており、目標の10万人にはほど遠い。慢性期医療の現場では病院、介護施設、在宅において、すでに多くの研修修了者が活躍しており、実践した特定行為も多彩で、すでに実績が集計・公表されている。医師の指示を待たぬタイムリーな対応は患者にとっての大きなメリットとなり、タスクシェアリング、診療の質の向上にも大きく寄与している。修了者が増加しない理由の一つとして、研修には多大な時間的、経済的コストが必要であるのに診療報酬上の評価がないことがあげられている。前改定では、麻酔科(急性期)領域のみが評価されたが、むしろ医師の少ない慢性期医療や在宅医療の現場でこそ、チーム医療のキーパーソンとも位置付けられる特定看護医師の重要性はきわめて大きく、診療報酬上の評価を強く要望する。	「特定行為研修修了看護師(特定看護師)」への評価	日本慢性期医療協会
35	医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に伴う特定行為研修修了者の評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和元年11月の医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会における特定行為研修修了者の病棟配置の影響についての報告によれば、特定行為研修修了者の配置前に比べ、配置後に医師による1週間あたりの指示回数、医師による夜間帯(19時以降)の指示回数が有意に減少し、病棟看護師の月平均残業時間も有意に減少した。</li> <li>医師の年間平均勤務時間が有意に短縮した。</li> <li>以上より特定行為研修修了者の病棟配置は極めて有用と考えられ、今後の養成、病院、施設での配属を積極的に進めていく必要がある。</li> </ul>	<p>具体的には</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師の負担軽減及び処遇の改善を目的として、認定看護師・特定行為研修を修了した特定行為に係る看護師の配置に係る体制加算を新設してはどうか</li> <li>特定行為を研修修了者が特定行為を実施した場合に、更に加算をつけて評価してはどうか。</li> </ul>	地域包括ケア病棟協会
36	外来薬剤管理指導料	ハイリスク薬を使用している患者に対しては、入院・外来を問わず、薬物療法の安全管理が重要である。外来患者に薬剤師が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。	外来薬剤管理指導料 1回300点/月	全国自治体病院協議会

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
37	入院中の患者の他医療機関への受診	入院中の患者が当該入院医療機関にて専門的な診察が出来ないためやむを得ず他医療機関を受診する場合に入院料が減算となる。	他医療機関受診前後においても当該医療機関でも入院に必要な対応はしているので、減算は廃止していただきたい。	全国国民健康保険診療施設協議会
38	医療機関の消費税負担を解消すること。	社会保険診療が非課税であることから、仕入にかかる消費税を最終消費者である患者に転嫁することができない。実際に納付する税額は、診療報酬等に上乗せされた仕入税額相当額を大幅に上回る額となっており、病院経営をさらに圧迫させる大きな要因となっている。	令和元年10月の消費税増税にともなう診療報酬改定では、消費税の補填にかかる点数配分を精緻化することが検討されたが、特に高額な設備投資にかかる負担が大きいことなどをふまえ、個別の医療機関における補填状況のばらつきを解消する方法について、診療報酬の課税化も含め、引き続き検討すること。	全国厚生農業協同組合連合会
39	医療機関に勤務する介護職員への処遇改善	医療施設にも介護職員が多く従事しているにもかかわらず、介護施設に勤務する介護職員にのみ処遇改善加算が付与されている現状がある。そのため、介護職員が、医療施設と介護施設のどちらに勤務するかによって賃金が異なるという状況も確認される。医療機関で働く介護職員にも、介護報酬上の処遇改善加算と同等の加算を算定できるような体制が望まれる。	医療機関に勤務する介護職員への処遇加算について、介護施設と同等に算定できるように求める	日本慢性期医療協会
40	包括支払い制度における高額薬剤の評価	入院料包括部分における、抗がん剤をはじめとした高額な医薬品については、その負担が課題となっている。これらの高額な医薬品については、療養病床においても、急性期DPC制度にて出来高算定できる薬剤との統一的な扱いが望まれる。	高額な薬剤については、包括支払い制度においても出来高算定を求める	日本慢性期医療協会

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
41	高度な慢性期医療を提供する病棟の必要性と人員配置の考え方	病床の機能分化、あるいは地域偏在により、医療療養病棟等の慢性期を担う病棟では、これまで以上に多くの処置（中心静脈栄養、人工呼吸器、気管切開・気管内挿入、酸素療法等）が実施されている。即ち、慢性期病院においても、患者の急変等に対応する一時的な急性期治療を行っている、バックベッド機能のある慢性期病院において一次診断を行った上で、必要に応じ紹介することが求められている。また、こうした機能を担っていくためには、医師、看護師以外のメディカルスタッフ（薬剤師、リハビリ療法士、管理栄養士、介護福祉士、社会福祉士、臨床検査技師、診療情報管理士、歯科衛生士等）のチーム医療は不可欠である。	慢性期治療病棟の新設と多職種配置に関する評価を求める	日本慢性期医療協会
42	医療療養病床における「DPCデータ」	昨今、急性疾患を診療する機会が一層増加する療養病棟と、一般病棟を区別する意味は希薄である。14年以上にわたって療養病棟だけが特別視され、医療区分という特殊な診療報酬体系が適用されてきた。令和2年度から提出が義務化された医療療養病棟の「DPCデータ」をもとに、医療区分との対応、整合性等を分析し、現状の医療区分に替わり一般病棟と同じDPCデータを用いた「療養病床における新たな診療報酬体系」の構築の可能性を可及的早期に検討していただくことを強く要望する。	医療療養病床における「DPCデータ」を用いた診療報酬体系の構築	日本慢性期医療協会