

写

国診協発第 113 号
令和 3 年 8 月 30 日

厚生労働省保険局長
濱 谷 浩 樹 殿

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

2022 年度診療報酬改定に係る要望について
～地域包括ケアシステム推進の立場から～

本会の事業運営につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼を申し上げます。

さて、中山間地域等における地域包括ケアシステムの推進を図る観点から、標記について、別添のとおり要望書を提出いたしますので、特段の御高配を賜りますようお願い申し上げます。

2022 年度診療報酬改定に係る要望事項

はじめに

全国国民健康保険診療施設協議会（国診協）は地域包括ケアシステムの構築とその実践を基本理念として活動しております。私ども国診協会員施設の大多数はへき地・離島・中山間地域等に位置しており、医療資源と財源が乏しい中で率先して保健・医療・介護・福祉サービスを総合的かつ一体的に提供し、人間性豊かな地域づくりに取り組んできました。

2020 年度の診療報酬改定では、「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」をメインテーマに、「患者・国民に身近な医療の実現」「どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師の働き方改革の推進」等を基本認識とし、「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」を重点課題とし、2018 年度改定に引き続き「地域包括ケアシステムの推進」について具体的方向性を示されたことを高く評価いたします。

私ども国診協では診療報酬改定の都度に会員へのアンケート調査を行い、その回答を基に次期改定に向けての要望書を作成し提出させていただきました。その結果としてこれまでの改定では私どもの要望を受け入れていただくことができ、国保直診がこれまで地道に実践してきた地域包括ケアシステムの構築・推進に対し、一定の評価がなされたものと理解しています。

しかしながら、多くの国保直診が位置しているへき地・離島・中山間地域では少子高齢化と人口減少が著しく、地域にある他の医療機関（民間診療所等）も少なくなり、また地域住民の高齢化に伴い遠方の医療機関への通院が困難となったことで国保直診の存在の重要性が増してはいるものの、経営的には厳しい状況にあります。さらには今般の新型コロナウイルス感染症パンデミックにより外来・入院患者数の減少に伴い収益も低下し国保直診の経営は危機的状況に直面しております。

そこで 2022 年度診療報酬改定に向けて国診協会員施設の意見を踏まえ以下のように要望させていただきますので、ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

【共通要望事項】

- ① 新型コロナウイルス感染症の終息が見えない中で医療機関は適切な感染対策を実施しながら日常診療を行っています。感染対策に係る人的費用や物的費用の負担も大きいことから、感染症対策実施加算（外来 5 点/日、入院 10 点/日）の継続を要望します。
- ② 他の医療機関が少ない過疎地域における初診時・再診時選定療養費の算定については、医療機関の立地状況によって柔軟に選択可能にできることを要望します。
- ③ へき地・離島・中山間地域では医師のみならず看護師や他のメディカルスタッフの確保が困難な医療機関が多く存在するため、施設基準や算定基準における要件の緩和を要望します。
- ④ へき地・離島・中山間地域では少子高齢化と人口減少が進行し、年々医療資源が少なくなっているため「医療資源の少ない地域」の再検討と必要に応じ地域の追加の検討を要望します。
- ⑤ 医療のみならず健康づくりや予防活動も含め、地域包括ケア推進に取り組む医療機関の評価を要望します。

【個別要望事項】

I. 医科

(1) 外来・入院料

① 急性期看護補助体制加算の増点

看護師の負担軽減の意味からも看護補助者の増員の意義は大きいと考えるが人件費を考えると新たな雇用につながらない状況である。そのため当該加算の増点を要望する。

② 認知症ケア加算の増点

認知症を伴う高齢患者の入院が多くなり、病棟における看護師の負担は増加している現状にあるため、さらなる評価を要望する。

③ 「緩和ケア入院医療管理料」の新設

国保直診をはじめとする地域の中小病院の多くは、がん拠点病院等での専門治療を受け、積極的治療から緩和治療・ターミナルケアの段階になった患者を受け入れている。そのような患者へ対応するため個室を用意するなど療養環境を整え、多職種で緩和ケアチームを作り適切なケアを行っている。緩和ケアに関して一定程度の要件を満たした 200 床未満の中小病院において病床単位で緩和ケアを行うことを評価いただけるよう「緩和ケア入院医療管理料」の新設を要望する。

④ 緩和ケア入院料の包括範囲の見直し

緩和ケア病棟に入院中の透析患者における透析費用については包括とされているが、透析に関しては出来高算定可能になるよう包括範囲の見直しを要望する。

(2) 医学管理

① 感染防止対策防止加算 2 の増点

「感染防止対策」は病院にとって重要事項であり各医療機関では多職種で多大な労力をかけて取り組んでいる。中小病院の多くは感染対策防止加算 2 を算定しているが加算 1 に比べ評価が低く増点を要望する。

② 看護師が同乗した場合の救急搬送診療料の新設

救急患者の搬送時に医師が同乗できず看護師が同乗して搬送せざるを得ない場合があるが、その際の評価がされていない。看護師が同乗した場合の救急搬送診療料の新設を要望する。

③ 糖尿病合併症管理料の算定要件の緩和

当該管理料算定に関わる非常勤医師の所定労働時間の緩和を要望する。

(3) 在宅医療

① 在宅療養支援診療所・支援病院の施設基準の緩和

医療資源の少ない離島・へき地・中山間地域では在宅訪問診療等を実施しているものの要件が厳しく在宅療養支援診療所・支援病院の施設基準を満たすことができない医療機関が多く、在宅療養推進の観点からも施設基準の緩和を要望する。

② 特別な関係にある訪問診療と訪問看護の同日訪問における算定

離島・へき地・中山間地域では訪問診療や訪問看護を実施する機関が少なく、開設者が同一の場合があるとともに同一日に訪問せざるを得ないことがある。訪問時間と訪問者氏名を明記し同行訪問ではないことを確実に記載することで同一日の訪問における両者での算定を認めていただきたい。

(4) 画像（放射線）

① 手術室での放射線業務に対する加算の新設

手術室での撮影や透視業務を行った場合、長時間とどまらないといけなことが多く、30 分以上手術室で放射線業務を行った場合の加算を新設していただきたい。

(5) 投薬

① 院内調剤の一包化加算の新設

高齢入院患者が多く、薬剤の飲み忘れや飲み誤りも増加傾向にあり、麻痺等により個包装から取り出して服薬することが困難な患者も多い。入院患者に対する薬剤の一包化は医療安全の観点からも重要であり、院内調剤における薬剤一包化の評価を要望する。

(6) 栄養

① 入院時食事療養費の増額

病院給食の現場は早朝から夜遅くまでの労働であり調理師の確保が困難になってきている。また物価上昇と人件費高騰もあり病院経営を圧迫している現状であり、入院時食事療養費の増額をお願いしたい。

② 嚥下食（嚥下調整食）の特別食加算の新設

嚥下機能が低下した患者に対しては嚥下機能のレベルに応じた形態で食事を提供する必要がある、「嚥下食」あるいは「嚥下調整食」として手間を掛けて食事を提供している。また栄養不足を補うため補食を使用することもある。嚥下機能が低下している患者が経管栄養に移行しないためにも嚥下食（嚥下調整食）の意味は大きく、入院時食事療養の特別食加算の対象として認めていただきたい。

（７）リハビリテーション

① がん患者リハビリテーション料の外来患者への適用

現在がん患者リハビリテーション料は施設基準を満たした病院の入院患者に実施した場合のみ算定可能になっている。しかし、がん患者は退院後も通院でがん化学療法を受けている患者も多く、外来でリハビリテーションを継続的に実施することは有用であると思われる。外来がん患者に対するリハビリテーション料の新設を要望する。

② 医療資源が少ない地域での要介護者の維持期リハビリテーション要件の緩和

通所リハビリテーション事業所がない地域における要介護者の維持期リハビリテーションを医療保険で行うことが可能となるよう要件の緩和を要望する。

③ 認知症合併入院患者に対するリハビリテーション加算の新設

認知症治療病棟を有さない一般病院においても最近リハビリテーション対象患者が認知症を合併しているケースが多く、指示が入らない等の理由でリハビリテーションが予定通りに進まないことがある。また入院当初から早期に介入することで認知症の悪化を防ぐことができると考える。そこで早期リハビリテーションを行う患者が中等度以上（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上）の認知症の状態にある場合は早期リハビリテーション加算にあわせて重度認知症加算の新設をお願いしたい。

（８）その他

① 特定看護師が特定行為を実施した場合の評価

働き方改革の観点から特定看護師が増える意義は大きいと考えられる。しかしながら特定看護師が手順書に基づき特定行為を実施した場合の評価がないため現場での特定看護師の意欲の向上に結びつかず特定看護師の増加に至っていないのではないかと考える。特定看護師の特定行為に対する評価を要望する。

② システムエンジニアに対する評価

医療機関のデジタル化が進む中で運用を円滑にするためにもシステムエンジニアの存在は大きい。今後のデジタル化のさらなる推進に向けてシステムエンジニアの評価を要望する。

II. 歯科

① 歯科訪問診療の訪問距離の緩和

歯科医院の多くは、市街地にあり、限界地域やそこに暮らす高齢者は受診困難となっている。ましてや障害を有する高齢者はなおさら受診が困難である。現状、歯科訪問診療は半径 16km の制限があるが、この要件の緩和を要望する。

② 非経口摂取患者口腔粘膜処置

非経口摂取患者は、常に口腔内の汚染が認められる。また、舌圧 21.6KPa 以下では肺炎のリスクが上昇するとの報告もあることから 1 週間に 1 度の口腔粘膜処置を行うことによる誤嚥性肺炎の予防は重要である。現在、月 2 回を限度とする非経口摂取患者口腔粘膜処置を月 4 回（1 回/週）へ拡大することを要望する。

③ 口腔機能低下症治療への評価

口腔機能低下症の診断を行うための検査の算定は可能であり、それに対する口腔機能管理料の算定はできるが、処置や治療に対する算定項目はない。口腔機能低下症に対して器具を使用して治療を行った場合の診療報酬を新設されることを要望する。

④ 周術期口腔機能管理を行っている患者以外の入院患者の歯科衛生士による専門的口腔ケアの評価

周術期口腔機能管理は、患者の合併症などの問題を軽減する主要な柱として認知されている。しかし、入院患者は、手術を受けた患者ばかりでなく、口腔内の衛生環境に問題がある場合も多く存在する。また、誤嚥性肺炎の予防にも専門的口腔ケアは、重要な位置付けとなっている。このことから、入院患者への専門的口腔ケアに対する評価をしていただきたい。周術期口腔機能管理や非経口摂取患者口腔粘膜処置だけでなく、入院患者に対する専門的口腔ケアの評価に対する保険項目として新たに保険収載していただきたい。

⑤ 麻酔手技料

歯科の日常臨床において麻酔を行う場面は多くある。前回の改定では、手術時の麻酔薬剤料の算定が認められたが麻酔の手技・技術料の算定は認められていない。現在算定可能な手術において歯科麻酔薬剤料だけでなく、麻酔の手技料も算定できるように要望する。

(以上)