

令和７年１２月２６日

中央社会保険医療協議会
会長 小塩 隆士 殿

中央社会保険医療協議会
１号（支払側）委員
鳥潟 美夏子
松本 真人
永井 幸子
高町 晃司
奥田 好秀
鈴木 順三
伊藤 徳宇

令和８年度診療報酬改定等に関する１号（支払側）の意見

I. 基本的考え方

社会保障審議会の医療保険部会、医療部会が定めた基本方針において、「物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応」が重点課題とされ、政府予算編成の大臣折衝において、診療報酬本体引上げ財源の大部分を賃上げと物価への対応に充当することが合意された。現下の経済状況に即応して医療サービスの対価としての正当性を担保し、費用を負担する患者・国民と事業主が納得できるよう、確実な賃上げやきめ細かい物価高への対応を行い、その結果を検証できる仕組みにするべきである。

一方で、国民皆保険制度と医療提供体制の持続可能性を両立することも重要である。そのためには、外来受診の抑制や残薬対策、短時間・頻回な訪問看護の是正、門前薬局や敷地内薬局の合理化等を通じた適正化の徹底が不可欠である。また、医療の質を確保しつつ効率化するためには、医療 DX や ICT 連携の本格的な活用と AI 等による生産性向上が課題である。さらに、かかりつけ医機能報告制度や新たな地域医療構想をはじめとする、2040 年頃を見据えた医療提供体制の再構築も意識するべきである。医療機能の強化・分化・連携を推進して地域の医療ニーズを過不足なく充足することは、限られた医療資源を有効活用するものであり、医療機関の健全な運営にとっても必要な要素である。メリハリのある診療報酬により政策課題の解決に取り組むべきである。

Ⅱ. 重点事項

(1) 医科

① 入院医療

人口構造と医療ニーズの変化に合わせて機能の分化・連携・集約化を進め、医療資源の配置を最適化することが必要である。手術なし症例や救急搬送への対応を「重症度、医療・看護必要度」に反映する等の修正を行いつつ、引き続き患者の状態と医療資源の投入量に応じた病棟機能の評価を維持したうえで、新たな地域医療構想で目指すべき方向性や病院の機能や規模による経営状況の違いも踏まえ、全身麻酔手術と救急搬送受入れの実績を主な指標として、これまで以上に病院機能を重視した評価体系に見直すことにより、ケアミックスの在るべき姿も念頭に入れて、病院の再編・統合につなげるべきである。

高度急性期や急性期については、選択と集中が必要である。専門性の高い人材や高額な医療機器は基幹病院に集約化し、重篤な救急搬送の受入れや難易度の高い全身麻酔手術等を集中的に実施する拠点的な急性期機能を確立すべきである。その結果、治療成績の向上と医療の効率化が同時に期待できるが、相対的に病床当たりのコストが高くなるらざるを得ず、物価・賃金上昇による影響を最も大きく受けるため、財源を重点配分すべきである。高齢者等の軽度から中等症までの救急搬送や一般的な手術等に身近な地域で対応する急性期機能も重要である。看護職員や看護補助者のみならず、リハビリ職、管理栄養士、臨床検査技師等がそれぞれの専門性を病棟で発揮することにより、短期間で効率的に急性期の治療を完了することが期待できる。現役世代の人口減と高齢者の人口増が更に進むなかで、高齢者救急を強く意識した地域包括医療病棟への移行を見据えつつ、現時点においては地域包括医療病棟に比べて多様な患者への対応を想定し、患者の安全と質の担保を前提に、様々な職種を柔軟に配置することが考えられるが、多職種がそれぞれの専門性を生かし、円滑に協働するには、病棟業務を中心的に担う看護職員の病棟マネジメントが不可欠である。看護職員に負荷が偏ることなく地域の急性期機能を十分に発揮できる場合には、多職種による病棟業務の成果に見合う評価が考えられる。併せて、DPC/PDPSによる急性期入院の標準化も追求する。

包括期については、複数の医療・介護ニーズを併せ持つ高齢者が増加するなかで、急性増悪した高齢者が入院し、ADLや栄養状態を維持したまま治療を終えて早期の在宅復帰につなげる機能を拡充する必要がある。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟は患者像に共通点が多いが、地域包括医療病棟は令和6年度改定で創設したばかりで、急性期一般病棟や地域包括ケア病棟から直ちに移行できる病棟に届出が限られており、実態として地域に定着するまで一定の期間を要すると考えられる。令和8年度改定においては、地域包括医療病棟は高齢者救急の中心的な受け皿としての役割を確立し、地域包括ケア病棟は急性期と在宅の中間的な幅広い役割を強化すべきである。その際には、急性期

一般病棟とのケアミックスの妥当性も考慮すべきである。一方で、現役世代の急速な人口減少を踏まえれば、急性期の治療を終えた患者に対する専門的なリハビリテーションに特化した医療ニーズは縮小していく。回復期リハビリテーション病棟については、重症患者を集中的に受け入れ、身体機能を確実に回復させた実績をより厳格に評価し、全体として病床数を絞り込むべきである。リハビリ職が活動領域を広げ、多職種配置の急性期一般病棟や地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟における積極的な専門性の発揮につなげる視点も必要である。

慢性期については、医療保険を適用する療養病棟として、在宅医療や介護保険施設で対応できない患者を受け入れる機能をより明確化することが不可欠である。令和6年度改定で細分化した評価区分に医療資源の投入量を適切に反映することや、引き続き中心静脈栄養からの早期離脱を推進することも重要である。療養型病院は経営状況が相対的に安定であることも踏まえ、メリハリのある対応が必要である。

【高度急性期】

- ・ 特定集中治療室管理料とハイケアユニット入院医療管理料に救急搬送受入れと全身麻酔手術の実績要件を導入すべき。「重症度、医療・看護必要度」の項目を見直す場合は該当患者割合の基準を妥当な水準に設定すべき。
- ・ 特定集中治療室管理料における SOFA スコアの該当患者要件を厳格化すべき。
- ・ 脳卒中ケアユニットに超急性期脳卒中加算と経皮的脳血栓回収術の実績基準を導入し、評価にメリハリを付けるべき。
- ・ 救命救急入院料1、3について、ハイケアユニット用「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合に関する基準を設定すべき。

【急性期】

- ・ 急性期一般入院料1について、救急搬送受入れと全身麻酔手術の基準を導入し、実績が一定以上の場合のみ看護配置7対1の拠点的な急性期一般病棟として認める等、評価を細分化すべき。
- ・ 看護配置7対1と10対1の差分を多職種配置で補充する場合には、患者の安全と質の担保を前提に、それぞれの職種の専門性を生かした協働となるよう、看護職による病棟マネジメントと業務負担のモニタリングの仕組みを実装すべき。
- ・ 急性期一般入院料2～6は、多職種の柔軟な配置の導入や地域包括医療病棟への移行も念頭に入れ、評価区分を整理すべき。
- ・ 総合入院体制加算と急性期充実体制加算について、急性期の拠点的な病院機能の加算として統合し、診療領域等の総合性と手術等の集積性に応じた評価体系とし、産科・小児科・精神科等の総合性を底上げすべき。点数の設定においては、入院初期を手厚くする急性期充実体制加算の方式を基本とすることにより、短期集中的な治療を促進することが考えられる。人口規模の少ない地域へ配慮する場合には、単純

な地域シェア率を考慮するだけでなく、地域に貢献する拠点的な急性期の機能を担保すべき。

【特定機能病院入院基本料】

- ・ 特定機能病院の承認制度の見直しを踏まえ、医師派遣等の地域医療に対する人的協力が要件化された大学病院本院、全国の医師に対する高度な教育等を行う国立高度専門医療研究センター、従来基準が適用されるその他の病院の3類型に評価区分を細分化すべき。

【DPC／PDPS】

- ・ 全ての急性期病棟にDPC／PDPSへの参加を義務付け、急性期医療の標準化を徹底すべき。
- ・ 標準病院群のうち、救急搬送の受入れ件数が少ない病院で包括範囲出来高点数が特に低い傾向を踏まえ、標準病院群を細分化して基礎係数を設定すべき。
- ・ 複雑性指数について、入院期間が長い疾病で係数が高くなり得る仕組みであるため、入院初期の一定期間を評価の対象とするべき。
- ・ 地域医療指数について、体制評価指数に緊急の入院等に柔軟に対応できることを反映するほか、定量評価指数に疾患領域毎の地域シェアを反映させるべき。
- ・ 入院期間Ⅱの基準を在院日数の平均値から中央値に見直し、激変緩和は最小限にとどめ、将来的に中央値に統一すべき。
- ・ 同一傷病で再転棟する場合は、7日間を超えても一連の入院とするべき。
- ・ 患者の重複負担や保険者の重複給付を防止するために、入院での薬剤処方を徹底するべき。

【包括期】

- ・ 地域包括医療病棟入院料については、令和6年度改定で新設したコンセプトが損なわれる見直しは行うべきでない。平均在院日数の基準やADL低下患者5%未満の要件は一律に緩和せず、特に入院期間が長くならざるを得ない患者が多い場合や、ADLが低下しやすい患者が多い場合の基準を設定する等、限定的な対応とすべき。一方で、現行では外科系症例に比べて内科系症例において十分に医療資源投入量が評価に反映されていない実態を踏まえ、内科系疾患の高齢者救急の受入れを阻害しないよう、きめ細かな評価体系に見直すことは合理的である。
- ・ 地域包括ケア病棟において地域包括医療病棟に患者の重症度等は及ばないものの、概ね同等の機能を発揮している場合があることを踏まえ、高機能型の地域包括ケア病棟又は軽装備型の地域包括医療病棟かいずれかの方法で新たな評価が考えられる。
- ・ 高齢者救急や在宅医療の後方支援といった病院機能を評価する場合には、緊急往診、24時間入院体制、下り搬送の受入れ、急性期病棟の併設等の要素を考慮すべき。

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料は、重症患者割合や実績指数の計算方法を是正したうえで適切な基準値を設定するとともに、入院料2、4にも実績指数の基準値を設定すべきである。実績指数における除外範囲の厳格化や、休日リハビリテーションの徹底も必要である。

【慢性期】

- ・ 療養病棟入院基本料2の医療区分2・3の該当患者を6割以上とし、将来的には療養病棟入院基本料1への一本化を検討すべき。
- ・ ADL区分や医療区分の疾患・状態及び処置の組み合わせに応じた医療資源投入量に着目し、よりメリハリのある評価とするべき。
- ・ 経腸栄養管理加算や摂食嚥下機能回復体制加算について、中心静脈栄養からの早期離脱を推進する方向で、実績要件を見直すことは妥当である。

【障害者施設等入院基本料】

- ・ 廃用症候群について、療養病棟に準じた包括評価とするべき。

【短期滞在手術等基本料】

- ・ 短期滞在手術等基本料1については、包括評価による効率化の効果が極めて乏しいことを踏まえ、診療実態に見合った評価に適正化すべき。
- ・ 短期滞在手術等基本料3については、入院で実施することが合理的な範囲を明確化し、外来で実施可能な手術等の評価を適正化すべき。また、同様の手術等は同じ評価とすることが公平であることから、DPC対象病院であるかどうかに関わらず、短期滞在手術等基本料3の算定に統一するべき。

【身体的拘束】

- ・ 身体拘束の定義を明確化したうえで、実施した日の減算を厳格化するべき。

② 外来医療

外来患者数が全国的に減少していく一方で、診療所の経営状況が相対的に堅調なことを踏まえ、かかりつけ医機能報告制度や新たな地域医療構想、医師偏在是正に向けた総合対策を念頭に、限られた医療資源で医療ニーズを過不足なく充足する必要がある。

かかりつけ医機能報告制度の要素を指標にした段階的な加算により、診療所と中小病院の体制・実績の評価にメリハリを付けることで、かかりつけ医機能の発揮を促すことが重要である。その際、外来医師過多区域で開業する場合に都道府県の要請に応じなかった場合の経済的なディスインセンティブとして、当該加算の算定を制限することが考えられる。

患者の納得を得る観点から、診療実績に基づいて生活習慣病管理料Ⅰを適正化することや、医薬分業のインセンティブとしての役割を終えた処方箋料の更なる引下げ、特定疾

患療養管理料の更なる見直し、外来管理加算の廃止又は包括化を進めるべきである。患者の通院負担を軽減する観点からは、長期処方とリフィル処方・分割調剤について、疾患や薬剤の特性に応じて使い分けながら一体的に活用を推進することや、オンライン診療や遠隔医療について、有効な場面や方法を想定しながら適切に活用の幅を広げていくことも必要である。

大病院の逆紹介に関連する減算を厳格化することや、二人主治医制の活用により、地域の診療所や中小病院との役割分担を推進することも重要である。

【かかりつけ医機能】

- ・ 機能強化加算について、地域包括診療料や在宅療養支援診療所等と紐づいた現行の仕組みから離れ、かかりつけ医機能報告制度と整合的な仕組みへと、名称を含めて発展的に組み替えるべき。
- ・ 一次診療が可能な診療領域や疾患の範囲、かかりつけ医機能の研修受講、学生実習・研修医の受入れ、BCP等を指標とし、機能の充実度に応じた評価体系とするべき。
- ・ かかりつけ医機能の報酬体系をエビデンスに基づいて設計する観点で、外来データの提出を求めるべき。
- ・ 地域包括診療料・加算等について、処方前の残薬確認を要件化するとともに、長期処方やリフィル処方を積極的な活用が実効的に促される仕組みとするべき。

【生活習慣病管理料】

- ・ 長期処方・リフィル処方をより積極的に活用して、状態が安定した患者の受診間隔を延長して通院負担を軽減しつつ、予約診療を活用して治療を継続しやすくするべき。
- ・ 療養計画書を定期的に交付する運用やガイドラインに沿って適切なタイミングで検査を実施していない場合、継続受診率が低い場合の減算を導入するべき。糖尿病の管理においては、歯科や眼科の受診指導を適切に行わない場合にも減算するべき。
- ・ 生活習慣病管理料Ⅰについて、検査をはじめとする包括範囲内の医療資源投入量に見合った評価に適正化するべき。

【外来管理加算】

- ・ 地域包括診療加算や特定疾患療養管理料等との計画的な管理の重複評価は依然として解消されておらず、是正するべき。
- ・ 算定要件である「丁寧な問診や詳細な診察、懇切丁寧な説明」等は再診料に含まれる当然の行為であり、加算としての評価を廃止するべき。

【特定疾患療養管理料】

- ・ 診療所と病院の違いや病院の病床規模で差を付けている評価体系を一本化したうえで月1回の算定に見直すとともに、対象疾患を整理すべき。

【処方箋料】

- ・ 医薬分業のインセンティブとして院外処方の評価を高める必要性が乏しいことを踏まえ、処方箋料を更に引き下げるべき。

- ・ 特定の疾患や高齢者に限らず、幅広い患者について、長期処方やリフィル処方の積極的な活用を促すとともに、薬局が服薬状況に応じて調剤日数を柔軟に変更できるように処方箋様式を見直すべき。
- ・ リフィル処方箋について、特別調査における医師の回答結果も踏まえ、処方制限のある医薬品にも活用できるようにするべき。

【逆紹介】

- ・ 病院側から逆紹介の申出がない患者には減算が適用されないことや、逆紹介割合の基準が低いこと等により、患者が身近な地域の医療機関で治療を受ける機会が失われている可能性があるため、逆紹介の運用と基準を厳格化するべき。
- ・ 連携強化診療情報提供料を見直し、大病院と地域の医療機関による二人主治医制を推進することが考えられる。

【療養・就労両立支援指導料】

- ・ 両立支援コーディネーターの活用や支援カードを使った円滑な運用や対象疾患の拡大により、治療を受けながら仕事を続けることができる患者を増やすべき。

【情報通信機器を用いた診療】

- ・ オンライン診療の健全な活用に向けて、不適切な広告等の禁止や急病急変時の対面診療への確実な切替えを担保しつつ、オンライン診療の更なる普及を推進するべき。
- ・ 遠隔医療については、医療の質や医療資源の有効活用等の観点から、特に人口・医療資源の少ない地域において積極的な役割が期待される手段であり、エビデンスに基づいて保険給付の必要性を判断しつつ、「D to P with D」「D to P with N」「D to D」それぞれについて、対象疾患や活用場面を拡大していくべき。

(2) 歯科

ライフステージや個々の患者の特性によって口腔機能の課題が異なることを踏まえ、限られた歯科医療資源で充実が必要な領域や適正化の余地がある領域を判断し、メリハリのある評価により、多様な歯科医療ニーズを過不足なく充足することが重要である。

- ・ 高齢者の口腔機能低下症や小児の口腔機能発達不全症について、機能的な特性だけでなく、通常と異なる特別な管理を行うのであれば、学会の診断基準に基づき口腔機能管理料や小児口腔機能管理料の対象範囲を拡大することは合理性がある。
- ・ 歯科疾患管理料について、歯科医師の手間が初診と再診で変わらないのであれば、初診減算の廃止と合わせて再診時の評価を適正化するべき。継続的な歯科疾患の管理という趣旨が徹底されるよう、算定対象となる患者像を明確化し、初診時に管理計画を患者に説明して理解を得ることも必要である。

- ・ 患者に違いが分かりにくい歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療は財政中立で統合するとともに、実質的に3か月毎のメンテナンスとして運用されている状況を改め、病態に応じた治療を運用面で担保すべき。
- ・ 多職種連携を推進する観点から、周術期等口腔機能管理計画を変更する際も評価することや、医科のリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算や生活習慣病管理料における歯科受診勧奨の受け皿となった場合の評価が考えられる。
- ・ 障害者歯科については、専門施設による重点的な対応を新たに評価する場合には、口腔保健センター等の専門施設が障害児や障害者に対して歯科医学的管理を実施した場合に限る等、適切な運用を担保すべき。
- ・ へき地等の特に人口が少ない地域の患者に必要な歯科医療を提供する観点から、巡回診療車の活用が考えられる。
- ・ 業務の効率化や貴金属価格の影響を受けないようにする観点から、光学印象やCAD/CAM冠の活用を拡大する等、歯科治療のデジタル化を推進すべき。
- ・ 補綴物維持管理料について、患者に不利益が生じないように見直すべき。

(3) 調剤

医療機関に依存する門前薬局から脱するために10年前に厚労省が「患者のための薬局ビジョン」で掲げた「2025年までに全ての薬局がかかりつけ薬局の機能を持つ」との目標は達成できておらず、むしろ敷地内薬局まで現れて目標に逆行している状況である。同ビジョンでは、今後10年で薬局の立地を門前から地域へ移行させる目標も掲げられており、まずは早急に医療機関からの経営的な独立を担保する必要がある。病院と薬局の薬剤師偏在を是正することも念頭に入れ、大都市に小規模乱立する薬局を大規模化して薬局業務を効率化することも重要である。さらに、地域の医薬品供給拠点としての役割や一元的な服薬管理等の在宅を含めた本来の「かかりつけ薬剤師」機能を効果的に発揮できるようにすべきである。

- ・ 敷地内薬局の定義を厳格化し、医療モールを含めて特別な関係にある場合には、全て特別調剤基本料Aを適用することを原則とするべき。
- ・ 医療モールにある薬局は、処方箋枚数が上位3番目までに限らず、モール内にある全ての医療機関を集中率の分子に含めるべき。
- ・ 在宅患者については、訪問指導の有無にかかわらず、処方箋が複数枚の場合に1枚とカウントとするか、集中率の計算から除外して、分母を小さくすることにより、門前薬局等のすり抜けを是正すべき。

- ・ 医療資源が少ない地域で自治体が運営する医療機関の敷地内に薬局を誘致する場合には、条件を明確に定めることや機能としての独立性の担保、妥当な賃借料で契約することを前提として、通常の調剤基本料を例外的に認めることが妥当である。
- ・ 調剤基本料については、将来的に薬局の立地が変わっていくなかで一本化することが望ましいが、経営効率に応じた評価の徹底が必要であり、門前薬局の損益率が高いことを踏まえて調剤基本料2を適正化すべき。
- ・ 調剤処方箋600回超かつ集中率85%の小規模薬局は、薬剤師の人数や医薬品の備蓄が少なく、効率的に後発医薬品を調剤している実態があり、特に損益率が高い大都市の場合は調剤基本料1から除外し、薬局の集約化・大規模化にもつなげるべき。
- ・ 後発医薬品調剤体制加算は廃止して減算の仕組みに移行し、後発医薬品の数量割合の維持は地域支援体制加算の基準として位置付けることも考えられる。
- ・ 地域支援体制加算について、地域の医薬品供給拠点としての機能を担保するために、一定以上の薬剤師の配置や調剤室の面積を要件化し、薬剤師の集約化と薬局の大規模化にもつなげるべき。セルフメディケーション関連機器の設置や高額薬剤の調剤が自薬局で対応できない場合の患者への案内等も推進するべき。
- ・ 特定薬剤管理指導加算3のロについて、長期収載品の選定療養の対象患者を引き続き算定対象とする場合、後発医薬品に変更した場合のみ算定できる実績評価に見直すべき。
- ・ 調剤管理料について、内服薬の処方日数に応じた評価区分を整理し、財政中立で一律点数にするべき。ポリファーマシー対策に逆行する懸念が払拭されない調剤管理加算は廃止するべき。
- ・ 重複投薬・相互作用等防止加算は、電子処方箋の普及により疑義照会の専門的判断や手間の減少を踏まえた適正化や、加算の位置づけを改めて明確化すべき。
- ・ 服用薬剤調整支援については、服薬回数を少なくする取組みや薬物療法への介入を強化し、着実な減薬と有害事象の抑制につなげるために見直すべき。
- ・ 服薬管理指導料については、服薬指導後のフォローアップによる副作用の検出を評価することや、吸入管理指導加算の対象にインフルエンザ等の急性疾患を追加することが考えられる。
- ・ かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料は廃止し、かかりつけ薬剤師として実施した業務の内容を評価するべき。

(4) 在宅医療

更なる高齢化により在宅医療のニーズの増加は確実であり、医療資源と財源に限りがあることを踏まえ、訪問診療・往診、訪問看護、歯科、調剤いずれも、多くの医療機関・薬局の参画を促すとともに、患者の状態や提供する医療やケアの内容、施設と自宅の訪

問先の違い等を踏まえたメリハリのある評価とすることが重要である。特に短時間で効率的な訪問を繰り返す場合の評価は適正化する必要がある。

① 在宅医療を積極的に担う医療機関の評価

- ・ 機能強化型の在宅療養支援診療所・病院について、在宅緩和ケア充実加算の要件を上回る緊急往診や看取りの実績がある医療機関が多いことや、在宅担当医を機能強化型の基準より多く配置する医療機関があること、さらに、在宅医療の教育を通して地域に貢献している医療機関が一定程度あること等を踏まえ、在宅緩和ケア充実加算を統合するかたちで、実績・体制・役割の違いに着目して、よりきめ細かい評価体系に見直し、更に積極的な機能の発揮を促すべき。
- ・ 連携型の機能強化型在宅療養支援診療所については、連携や往診の体制を確保している時間が二極化していることを踏まえ、24 時間体制に協力する度合いに応じて評価にメリハリを付けるべき。

② 往診・訪問診療

- ・ 時間外や夜間の連絡・往診代行の民間の第三者サービスについて、在宅療養支援診療所・病院が活用している場合、「誰が連絡を受け」「誰が往診するのか」を患者が知らない場合、連絡や往診体制の要件を満たしているとは言えないと考えられるため、適切な第三者サービスを活用する枠組みを明確化し、患者の了解を得たうえで運用すべき。
- ・ 包括的支援加算の算定患者割合等が低い医療機関における月 2 回訪問診療について、在宅時医学総管理料・施設入居時等医学総管理料において評価にメリハリを付けるべき。

③ 訪問看護

- ・ 精神科訪問看護について、機能強化型以外の訪問看護ステーションで重点的に実施している実態を適正化する観点から、精神科重症患者を想定している機能強化型 3 の訪問看護ステーションによる対応を推進すべき。また、精神科訪問看護の支援ニーズの高い利用者の状態像を追加する場合には、真に必要な患者に適切な訪問看護が提供されるよう、自治体や公的機関等と連携を条件とすることや、身体症状への対応も併せて促すことも必要である。
- ・ 同じ集合住宅等に居住する利用者 2 人を訪問した場合について、1 人を訪問した場合と同じ評価であることや、介護保険と同一建物の定義が異なることを踏まえ、介護保険に揃えるかたちで同一建物の範囲を広げたうえで、2 人を訪問した場合の評価を適正化すべき。

- ・ 高齢者住宅等に隣接する訪問看護ステーションについては、医療機関に入院中の患者への看護に似たかたちで短時間の訪問看護が頻回に続けて提供されることにより、加算が積み上がって医療費が高額化している実態があるため、効率性も踏まえて適正化する観点から、一連の訪問看護を包括評価する仕組みを導入すべき。併せて、頻回な訪問看護が必要な場合に主治医の指示書に明記することを求めるべき。

④ 歯科訪問診療等

- ・ 歯科訪問診療料について、同一建物に居住する多人数を訪問して1人当たり診療時間が20分未満の場合、適切な処置等が実施されていないと考えられるため、適正化すべき。
- ・ 訪問歯科衛生指導料について、同一建物の患者数が多いほど指導時間が短い傾向を踏まえ、時間区分によるメリハリのある評価体系に見直すべき。

⑤ 訪問薬剤管理指導

- ・ 在宅薬学総合体制加算2について、無菌製剤処理の実績が極めて乏しく、高い加算を算定するために無菌調剤設備を設置している可能性があることから、施設基準から無菌調剤設備を除外すべき。
- ・ 訪問薬剤管理指導を実施している薬局に夜間や休日に連絡がつかず、他の薬局が代わりに対応する事例がみられることを踏まえ、訪問薬剤管理指導料の要件に時間外対応を位置づけるべき。

(5) 賃上げへの対応

医療機関に勤務する労働者の確実な賃上げに向けて、検証が可能な手当での仕組みを創設すべき。その際、看護職員処遇改善評価料やベースアップ評価料は幅広い職種を対象とし、統合した分かりやすい報酬体系とすることや、夜勤における人材確保に向けて夜勤手当の増額等の対応が考えられる。月額給与の引上げに伴い賞与を減額する等の不適切な運用が生じないよう、正当な処遇改善を担保する要件を設定することも必要である。

(6) 物価上昇への対応

医療機関の機能等により物価高の影響が異なることを踏まえ、費用構造の違いを反映した手当とするべきである。物価水準は常に変動するものであり、長期推移も念頭に置き、物価上昇率の見込み値と実績値に差異が生じることを想定した検討も必要である。

Ⅲ.個別事項

(1) 医療 DX

医療の効率化と医療の質向上の恩恵を医療機関・薬局、患者、保険者が享受するために、医療 DX の本格的な活用は不可欠である。マイナ保険証とオンライン資格確認等システムは医療 DX の基盤となるものであるが、既に環境整備は完了し、従来の保険証の発行が停止され、マイナ保険証による受診が原則となったことから、現行の医療 DX 推進体制整備加算と医療情報取得加算を継続する必要性は乏しく、速やかに廃止すべきである。

また、電子処方箋管理サービスと電子カルテ情報共有サービスは医科、歯科、調剤で活用場面や有用性の程度が異なり、一体的に推進することは現実的でない。今後の評価を検討する際には、医科においては電子処方箋と電子カルテの普及を一体的に推進する国の方針や夏頃に普及計画が示されることを踏まえる必要がある。歯科においては、薬剤処方の範囲が限られていることや電子カルテ情報共有サービスに歯科の情報が含まれておらず、閲覧のみに活用が限られる想定であること、調剤においては、電子処方箋が既に普及している一方、電子カルテ情報は閲覧のみに限られることが想定される。こうした違いや、医療 DX を患者との情報共有を進めるツールとして生かしていくことを念頭に入れるとともに、システム運用費用が全国民の保険料で賄われていることを前提とし、減算も含めた対応とすべきである。

(2) 明細書の無料発行

患者中心の透明性のある医療の観点から、明細書を完全に無料発行とすべきであり、診療所のみを対象とする明細書発行体制等加算は、かたちを変えて発行費用を患者もしくは保険料で負担するものであり、直ちに廃止すべき。

(3) 働き方改革

地域医療体制確保加算については、救急搬送 2,000 件以上を要件とする他の加算との統合を含め、加算のあり方を見直すことが望ましい。仮に現行の枠組みを継続するのであれば、時間外労働の上限基準を確実に引き下げることが不可欠である。

また、AI や ICT 機器を積極的に活用して医師や看護職等の事務作業を軽減し、労働生産性を高める取組みは推進すべきである。ただし、現時点では活用できる機器や対応できる医療機関が限られており、実際にどの程度の業務を省力化できるか、引き続き検証が行われるべきことに留意すべきである。

(4) 後発医薬品・バイオ後続品

後発医薬品とバイオ後続品の積極的な使用は、医療関係者、保険者、患者が一体となって医療費を適正化するための最も基礎的な取組みである。

後発医薬品の使用については、数量割合、金額割合ともに相当程度まで上昇したことを踏まえ、薬価制度上の措置による長期収載品の早期薬価引下げも念頭に入れ、長期収載品の選定療養を厳格化することで、後発医薬品の更なる使用促進を図ることが考えられる。医療機関・薬局における後発医薬品の使用に伴うかかり増し経費等を考慮したとしても、これまでと同様の加算の仕組みを継続する妥当性は低い。特に薬局については、地域の医薬品供給拠点機能を評価する他の加算があることを踏まえ、減算を中心とする仕組みに切り替えるべきである。

その一方で、バイオ後続品については、薬剤費が包括評価となっていない成分でバイオ先行品からの置換え率が低調であることを踏まえ、外来における包括評価を検討すべきである。また、医師による一般名処方を評価し、薬局においてバイオ先行品から切り替える取組みを推進することは妥当である。

(5) 救急医療

- ・ 救急患者連携搬送料について、急性疾患の治療を終えた患者を算定対象から除外したうえで、安全性の担保を前提として、自院の緊急自動車を使わずに下り搬送した場合にも算定を可能とすることや、近隣に搬送先が見つからず、搬送が長時間にならざるを得ない場合を想定して長時間加算を設定することが考えられる。
- ・ 入院の医療資源を必要な患者に集中するためには、緊急外来の役割が重要である。院内トリアージ実施料や夜間休日救急搬送医学管理料の評価を再編するとともに、現行では直接的な評価を実施していない体制や取組みについて、救急外来の充実度に応じた評価を導入することが考えられる。
- ・ 救急医療管理加算については、患者の状態を評価する指標に基づいて定量的な基準を設定すべきであり、救急車等やウォークインの救急患者の対応実績に応じて評価にメリハリを付けることも考えられる。

(6) リハビリテーション

- ・ 急性期のリハビリテーションについて、早期リハビリテーション加算、初期加算、急性期リハビリテーション加算の要件として、発症日から3日以内にリハビリテーションを開始することを規定するとともに、休日にリハビリテーションを中断しないよう、必要な体制確保を急性期病棟に求めるべき。
- ・ 運動器リハビリテーションについて、回復期リハビリテーション病棟と同様に他の病棟においても算定上限を1日6単位とするべき。

- ・ ベッド上の訓練については、業務負担が小さく、1日3単位を超えてもFIM利得の改善が乏しいことを踏まえ、評価の適正化と算定上限の厳格化が必要である。
- ・ 退院時リハビリテーション指導料は、入院中にリハビリを実施した患者に算定を限定するべき。

(7) 小児・周産期医療

- ・ 母体・胎児集中治療室(MFICU)について、現行の医師配置要件でユニットを維持できない地域で施設基準を緩和する場合には、周産期医療の体制構築に係る指針に基づく適切な運用を担保するべき。一方で、周産期医療の集約化に向けて、母体搬送や帝王切開の実績要件をMFICUに導入するべき。
- ・ 新生児特定集中治療室(NICU)の実績基準の引下げについては、周産期母子医療センターを集約化する流れに逆行しないよう、適切な基準を設定するべき。
- ・ 小児科療養指導料を算定する患者が成長するなかで、継続的に医療を受けられるように、内科等においても適切な医学管理を担保するべき。

(8) 感染症対策

- ・ 抗菌薬適正使用体制加算について、ガイドラインを踏まえてサーベイランスの評価方法を見直す場合には、Access 抗菌薬の使用比率が低い医療機関の適正使用の底上げも併せて対応するべき。
- ・ 感染症の検査について、マルチプレックス PCR の算定要件を厳格化するとともに、単独の検査等について、スクリーニング目的での実施を厳しく制限するべき。
- ・ 感染対策向上加算1について、薬剤耐性菌の検出割合の違いを踏まえ、微生物学的検査室の有無により、評価にメリハリを付けるべき。

(9) 医療安全

- ・ 医療安全対策加算の要件に、「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」の報告書案に基づく対応を位置付けるべき。
- ・ 検体検査管理加算の施設基準でパニック値の報告・対応を義務付けるべき。

(10) 精神医療

- ・ 精神病床を削減し、医療資源を入院から外来に振り向け、地域移行を進める取組みを推進していくことで、入院期間の短縮を図るべきである。看護配置20対1及び18対1以下の精神病棟入院基本料については、経過措置を終了するか、平均在院日数の要件を設定して着実に病床数を削減し、看護配置15対1以上に集約するべき。

- ・ 患者の特性に応じた治療・ケアの観点で、過度な強制入院につながらないよう、入院の必要性を判断する指標やチェックリストを患者割合要件として活用すべき。
- ・ 補助金事業の指定類型に応じた評価となっている精神科救急医療体制加算について、時間外、休日、深夜の入院件数が指定類型と関連しないことを踏まえ、実態が伴うように要件を見直すべき。
- ・ 精神科急性期医師配置加算について、精神身体合併症への対応を特定機能病院や拠点的な急性期病院に促す方向で見直すべき。
- ・ 通院・在宅精神療法について、初診待機を抑制する観点から、初診日の 60 分未満を再診時と分けて評価する場合には、指定医とそれ以外でメリハリを付けるべき。
- ・ 児童思春期支援指導加算について、患者数が少ない地域があることを踏まえ、患者数の実績要件に応じて評価を細分化するべき。

(11) 透析医療

- ・ 慢性維持透析 1 について、算定回数が極めて多い場合の評価を適正化するべき。
- ・ 血液透析から腹膜透析や腎移植に切り替えて患者の QOL を高める観点から、導入期以外でも適切なタイミングで情報提供する場合を評価することが考えられる。
- ・ 慢性維持透析患者のシャントトラブルへの対応について、自院や連携する医療機関で対応することを基本とするべき。

以上