

中央社会保険医療協議会 総会（第 635 回）議事次第

令和 7 年 12 月 12 日(金)  
薬価専門部会終了後～

議 題

- 「令和 8 年度診療報酬改定の基本方針」について
- 個別事項について（その 15）医薬品その他
- 入院について（その 8）
- 令和 8 年度診療報酬改定への意見について（公益委員案の提示）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 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

【重点課題】

【具体的方向性】

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
  - ・医療従事者の処遇改善
  - ・業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進
  - ・タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
  - ・医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策
  - ・診療報酬上求める基準の柔軟化

等

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

等

(2) 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性】

- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 「治し、支える医療」の実現
  - ・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
  - ・円滑な入退院の実現
  - ・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
- 医師の地域偏在対策の推進

等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

等

## 令和8年度診療報酬改定の基本方針

令和7年12月9日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

### 1. 改定に当たっての基本認識

（日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性）

- 現下、日本経済は持続的な物価高騰・賃金上昇の中にあり、30年続いたコストカット型経済から脱却し、新たなステージに移行しつつある。一方で、医療分野は公定価格によるサービス提供が大宗を占めているため、この経済社会情勢の変化に機動的な対応を行うことが難しく、サービス提供や人材確保に大きな影響を受けていることから、医療機関等の経営の安定や現場で働く幅広い職種の賃上げに確実につながる的確な対応が必要な状況である。
- 高齢化による増加分に相当する伸びに経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算することとした「経済財政運営と改革の基本方針2025」を踏まえ、令和8年度診療報酬改定において、物価高騰・賃金上昇、人口の減少、支え手が減少する中での人材確保の必要性等、医療機関等が厳しい状況に直面していることや、現役世代の保険料負担の抑制努力の必要性を踏まえつつ、地域の医療提供体制を維持し、患者が必要なサービスが受けられるよう、措置を講じる必要がある。

（2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築）

- 2040年頃に向けては、全国的に生産年齢人口は減少するものの、医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上人口が増加していくこと、また65歳以上の高齢者人口については、増加する地域・減少する地域と地域差が生じていくことが見込まれる。こうした人口構造や地域ごとの状況の変化に対応するため、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」と「治し、支

える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療提供体制を構築する必要がある。

- また併せて、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、働き方改革による労働環境の改善、医療 DX やタスクシフト・シェア等の医療従事者の業務負担軽減の更なる推進が必要である。

#### **(医療の高度化や医療 DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現)**

- 安心・安全で質の高い医療の実現のため、医療技術の進歩や高度化を国民に還元するとともに、ドラッグ／デバイス・ラグ／ロスへの対応が求められている。また、デジタル化された医療情報の積極的な利活用を促進することや、医療現場において AI・ICT 等を活用し、更なる医療 DX を進めていくことが、個人の健康増進に寄与するとともに、より効率的・効果的かつ安心・安全で質の高い医療を実現していくために重要である。
- 医療分野のイノベーションの推進により創薬力・開発力を維持・強化するとともに、革新的医薬品を含めた必要な医薬品・医療機器等を国民に安定的に供給し続けるための生産供給体制の構築等の取組を通じて、医療と経済の発展を両立させ、安心・安全な暮らしを実現することが重要である。

#### **(社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和)**

- 制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持し、次世代に継承するためには、経済・財政との調和を図りつつ、現役世代の保険料負担の抑制努力の必要性を踏まえながら、限られた人材の中でより効率的・効果的な医療政策を実現するとともに、国民の制度に対する納得感を高めることが不可欠である。
- そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針 2025」や「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 2025 年改訂版」等を踏まえつつ、更なる適正化、医療資源の効率的・重点的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

## 2. 改定の基本的視点と具体的方向性

### (1) 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【重点課題】

#### (基本的視点)

- 医療機関等は、現下の持続的な物価高騰により、事業収益の増加以上に、人件費、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の事業費用が増加しており、事業収益が悪化している状況にある。また、2年連続5%を上回る賃上げ率であった春闘等により、全産業において賃上げ率が高水準となっている中、医療分野では、事業収益の悪化を背景に、全産業の賃上げ水準から乖離し、人材確保も難しい状況にあり、厳しい状況に直面している。
- 医療機関等が資金繰り悪化等により、必要な医療サービスが継続できない事態は避けなければならないことから、物価高騰による諸経費の増加を踏まえた対応や、必要な処遇改善等を通じた、医療現場を支える医療従事者の賃上げ・人材確保のための取組を的確に進めることが急務である。
- 加えて、医師の働き方改革を進め、全ての医療従事者が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。また今後は、ICT、AI、IoT等の利活用の推進や、診療報酬上求める基準の柔軟化等により、医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行っていく必要がある。

#### (具体的方向性)

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
  - ・ 医療従事者の処遇改善
  - ・ 業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進
  - ・ タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- ・ 医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策
- ・ 診療報酬上求める基準の柔軟化

等

## （２）2040 年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

（基本的視点）

- 2040 年頃を見据えては、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据えた上で医療提供体制を構築していく必要があるところ、それに向けて、地域医療構想に基づき、医療機関の機能に着目した分化・連携・集約化を図るとともに、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携も含め、地域の課題解決を図ることが重要である。
- 併せて、こうした医療提供体制の構築に当たっては、更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が増す中で、ICT、AI、IoT 等の利活用の推進等により医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行うこと、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進等により多職種が連携して医療現場を支えること、また都市部と比較して人口減少がより顕著な地方部の人口・医療資源の少ない地域を支援すること等により、どの地域でも必要な医療機能を確保することが必要である。

（具体的方向性）

- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
  - ・ 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備
  - ・ 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価
- 「治し、支える医療」の実現
  - ・ 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
  - ・ 円滑な入退院の実現

- ・ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
  - ・ 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
  - ・ 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価
  - ・ 重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
  - ・ 業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進（再掲）
  - ・ タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進（再掲）
- 医師の地域偏在対策の推進

等

### （３）安心・安全で質の高い医療の推進

（基本的視点）

- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価等の客観的な評価を進めながら、イノベーションを推進し、新たなニーズにも対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。

（具体的方向性）

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
  - ・ 身体的拘束の最小化の推進
  - ・ 医療安全対策の推進

- アウトカムにも着目した評価の推進
    - ・ データを活用した診療実績による評価の推進
  - 医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
    - ・ 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進
    - ・ 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進
  - 質の高いリハビリテーションの推進
    - ・ 発症早期からのリハビリテーション介入の推進
    - ・ 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実
  - 重点的な対応が求められる分野への適切な評価
    - ・ 救急医療の充実
    - ・ 小児・周産期医療の充実
    - ・ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価
    - ・ 質の高い精神医療の評価
    - ・ 難病患者等に対する適切な医療の評価
  - 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
  - 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
  - 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
  - イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等
- 等

#### （４）効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

（基本的視点）

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、医療資源を効率的・重点的に配分するという観点も含め、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。
- 医療関係者が協働して、医療サービスの維持・向上を図るとともに、効率化・



適正化を図ることが求められる

(具体的方向性の例)

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC 類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
  - ・ 医薬品、医療機器、検査等に関する、市場実勢価格を踏まえた適正な評価／効率的かつ有効・安全な利用体制の確保
- 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
  - ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応
  - ・ 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進
  - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進
  - ・ 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進（再掲）
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

等

### **3. 今後の課題**

- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、持続可能な「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬制度のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、国や地方自治体の補助金等の予算措置等により社会保障が支えられていることを踏まえ、総合的に政策を講じることが求められる。
- 現下のような持続的な物価高騰・賃金上昇局面において、諸経費や設備投資の増加及び処遇改善に対応するための支援を、保険料負担の抑制努力の必要性にも配慮しつつ、報酬措置においても適時適切に行えるよう検討する必要

がある。

- 患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療提供体制を実現していくとともに、国民の医療保険制度に対する納得感を高めるため、政府において、診療報酬制度を分かりやすくするための取組を継続していくこと、また、国民に対して社会保障制度の意義等に関する丁寧な説明を行い、理解を得ていくことや、国民が議論の場へ参加する機会が重要である。
- 予防・健康づくりやセルフケアの推進、ヘルスリテラシーの向上等が図られるよう、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等の全ての関係者が協力・連携して国民一人一人を支援するとともに、国はこうした取組に向けた環境整備に引き続き取り組む必要がある。
- 医療 DX への投資は医療機関等のコストの増加だけではなく業務負担の軽減や医療の質の向上につながるものであることから、必要な国の対応を検討しながら、その推進により、国民の健康の増進、地域医療連携の円滑化、将来にわたる安心・安全で質の高い医療サービスを実現することが必要である。

# 個別事項(その15)

医薬品その他

## 食品に類似した医薬品の効能又は効果について

- 薬効分類325「たん白アミノ酸製剤」には、疾患時の栄養補給を効能効果とする医薬品が属しており、一般に手術後の栄養保持を効能効果とし、特定の疾患の定めがない医薬品も薬価収載されている。
- この中には、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給に加え、通常の食事と同様に経口投与される場合がある医薬品が存在する。

品名	効能又は効果	投与方法
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エンシュア・リキッド</li> <li>・ ツインライン N F 配合経腸用液</li> <li>・ ラコール N F 配合経腸用液</li> <li>・ エネーボ配合経腸用液</li> <li>・ イノラス配合経腸用液</li> </ul>	<p>一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給に使用する。</p>	<p>経管又は経口</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エンシュア・H</li> </ul>	<p>一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難で、単位量当たり高カロリー（1.5kcal/mL）の経腸栄養剤を必要とする下記の患者の経管栄養補給に使用する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 水分の摂取制限が必要な患者（心不全や腎不全を合併している患者など）</li> <li>・ 安静時エネルギー消費量が亢進している患者（熱傷患者、感染症を合併している患者など）</li> <li>・ 経腸栄養剤の投与容量を減らしたい患者（容量依存性の腹部膨満感を訴える患者など）</li> <li>・ 経腸栄養剤の投与時間の短縮が望ましい患者（口腔外科や耳鼻科の術後患者など）</li> </ul>	<p>経管又は経口</p>

## 食品に類似した医薬品と市販されている食品の比較①

栄養保持を目的とする医薬品について、代替可能な食品が市販されている。

- 薬価収載されている栄養保持を目的とする医薬品と市販されている栄養補給目的の食品の比較（半消化態栄養剤\*）

\*窒素源としてたんぱく質が配合された製品

	医薬品					食品	
品目名	エンシュア・リキッド	ラコールNF配合経腸用液	エネーボ配合経腸用液	エンシュア・H	イノラス配合経腸用液	食品A	食品B
容量（ml）	250	200	250	250	188	200	100
熱量 (kcal/100mL)	100	100	120	150	160	150	200
たんぱく質 (g/100mL)	3.5	4.4	5.4	5.4	6.4	5.7	8.0
脂質 (g/100mL)	3.5	2.2	3.8	5.3	5.2	6.9	8.0

## 食品に類似した医薬品と市販されている食品の比較②

栄養保持を目的とする医薬品について、代替可能な食品が市販されている。

- 薬価収載されている栄養保持を目的とする医薬品と市販されている栄養保持目的の食品の比較（消化態栄養剤\*）

\*窒素源としてペプチドが配合された製品

	医薬品	食品	
品目名	ツインラインN F 配合 経腸用液	食品C	食品D
容量（ml）	400	200	200
熱量 （kcal/100mL）	100	100	150
たんぱく質 （g/100mL）	4.1	3.6	5.3
脂質 （g/100mL）	2.8	0.0	6.0

# 食品に類似した医薬品の薬剤給付の適正化についての課題と論点

## 【課題】

- これまでも、ビタミン剤や、うがい薬、湿布薬などについて、使用目的の明確化や一回処方当たりの枚数制限など薬剤給付の適正化を実施してきた。
- 骨太の方針2025においては、持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、種々の改革の検討が求められている。
- 薬効分類325「たん白アミノ酸製剤」に属する医薬品として、一般に手術後の栄養保持を効能効果とし、特定の疾患以外でも使用可能な医薬品が薬価収載されている。
- こうした栄養保持を目的とした医薬品については、同程度の栄養を有する食品が市販されており、通常の食事による栄養補給が可能な患者における追加的な栄養補給についてはこうした食品で代替可能である。
- 栄養保持を目的とした医薬品において、効能効果として以下が明記されている。
  - ・ 手術後患者の栄養保持
  - ・ 経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給
- ただし、現在、疾病の治療のために必要であり、他の食事では代替できないことから医師が栄養保持を目的とした医薬品を使用することが特に必要と認めて使用されている患者も存在する。

## 【論点】

- 同程度の栄養を有する食品が市販されていることも踏まえ、栄養保持を目的とする医薬品の薬剤給付の適正化についてどのように考えるか。

# 入院（その 8）



# 1. 急性期入院医療について

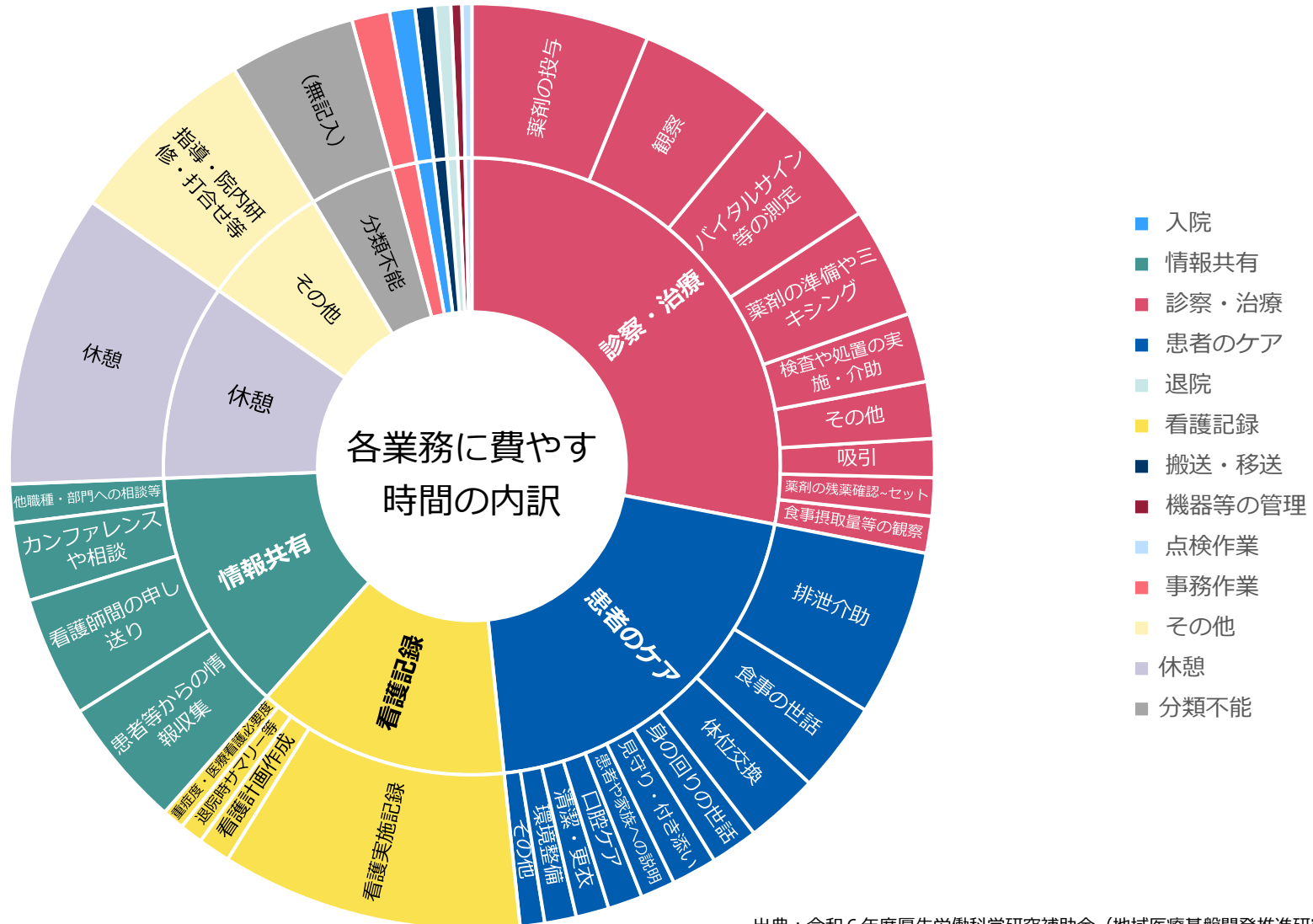
1 - 1. 多職種配置と医療機関の機能について

1 - 2. 総合入院体制加算と急性期充実体制加算について

# 病棟における看護業務の全体像

診調組 入-3  
7. 9. 11

- 43病棟（急性期～慢性期）の看護師（回収794名、有効回答768名）を対象とした「病棟の看護業務タイムスタディ調査」（病棟ごとに全勤務帯を網羅できるよう調査）の結果では、「診察・治療」「患者のケア」に従事している時間が長く、全体の半分程度を占めていた。「看護記録」や「情報共有」の時間がそれに続いた。



出典：令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」

分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）の結果を用いて医療課にて作成

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションのほか、場面に応じた短時間のADLや生活機能の維持・向上等を目的とした指導や、看護職員の業務としても実施される体重測定や環境調整といった業務を、療法士としての観点から行っている事例がある。

## ADL維持向上を目的とした指導

これまでの疾患別リハでは20分など時間の縛りがあり、20分に満たない活動の対応は困難であった



Activityの提案



ポジショニング



離床での体重測定



疾患別リハへの介入  
(後輩指導、人材育成)



活動促進のための環境調整  
(部屋の外の眺めの良いところに椅子を設置)



入浴方法の検討・指導

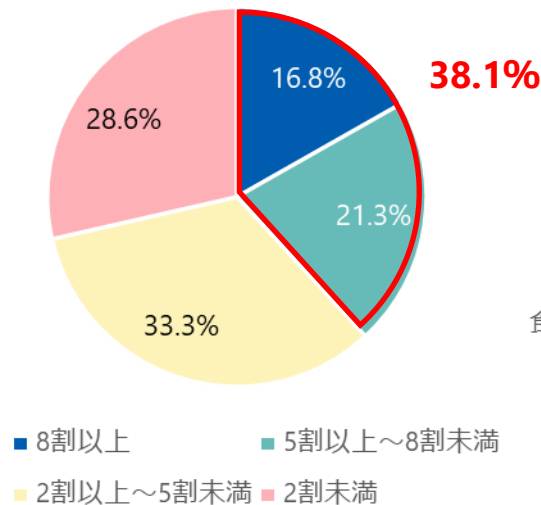


自主練習の個別指導

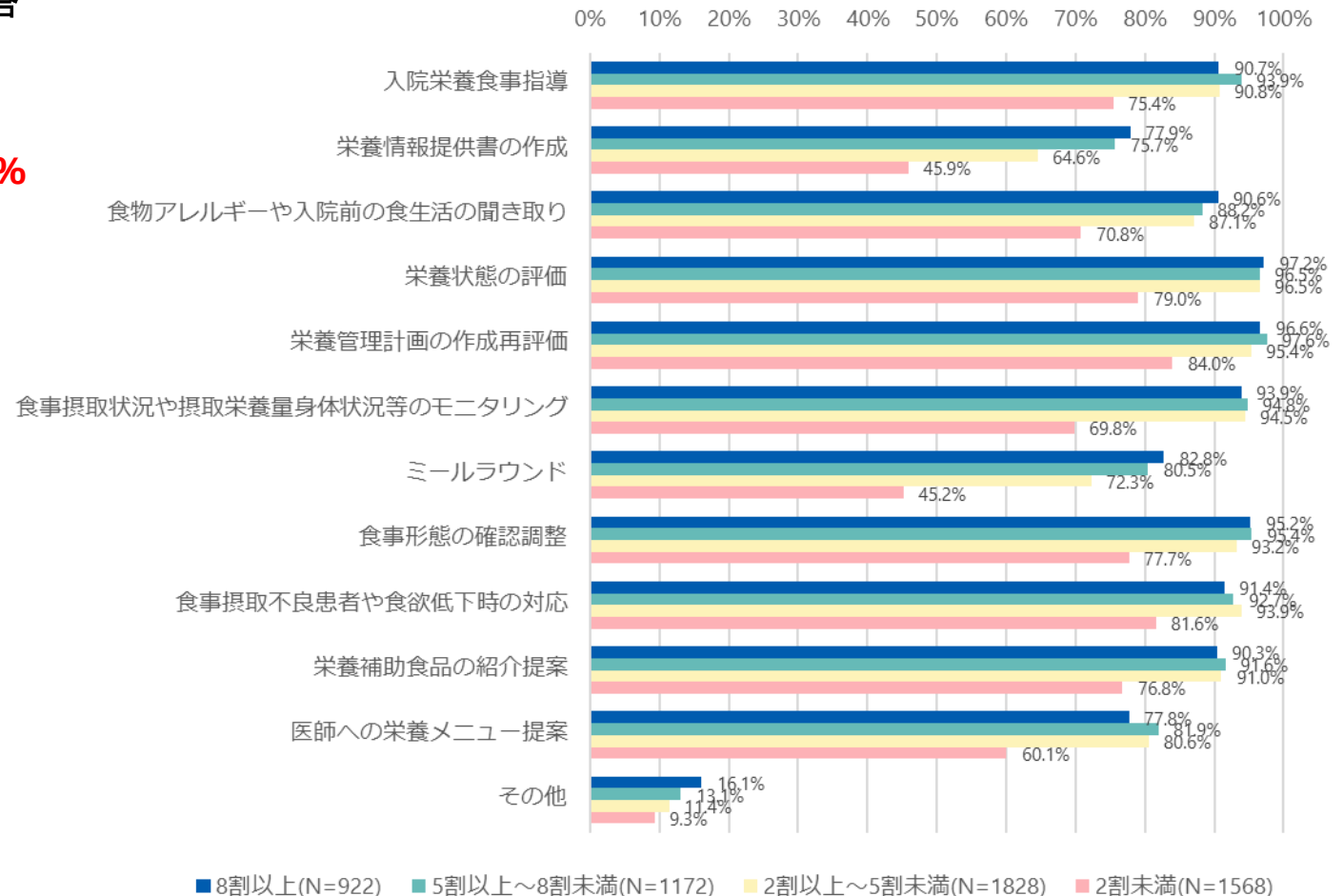
患者の状態に合わせて疾患別リハと組み合わせることで、効果的・効率的な介入が可能となる

- 管理栄養士が、就業時間の5割以上の時間を病棟で従事している割合は、38.1%だった。
- 病棟で従事する時間が2割未満の場合は、栄養情報提供書の作成やミールラウンドの実施割合が特に低かった。

■ 管理栄養士の就業時間に占める  
病棟で業務に従事している時間割合



■ 病棟での管理栄養士による栄養管理の実施状況



## 病棟診療における検査業務の課題

### 採血、検査についての説明

「採血、検査説明については、・・・

医師と看護職員及び臨床検査技師との適切な業務分担を導入することで、医師等の負担を軽減することが可能となる。」

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進（医政発第1228001号）より

- 患者の**結果報告確認（特に早朝検査）**が**医師・看護師の本来業務が優先されることにより、患者処置が遅延してしまう場合がある**
- 看護師の業務負担軽減への取り組みとして、臨床検査技師による**採血・検査についての説明等**の実施への期待が高い割合を占めている（第306回中医協総会 入院医療(その3)より）

### ＜医療現場における事例＞

- ・ 検査結果のチェックもれや遅れによる処置および治療の遅延 ※医療安全情報：日本医療機能評価機構
- ・ 輸液中の四肢からの採血により検査結果に影響がおよび不要な治療が実施 ※医療安全情報：日本医療機能評価機構
- ・ 病棟採血検体の再採血の件数（採血管の間違いや採血量の不足等）

### 臨床検査技師の病棟配置による効果

- ・ オンタイムで必要な生理検査実施（胸痛発作時の心電図記録）
- ・ 病棟採血／病棟内検査の実施 ・ インシデントの減少（検体再採血率の減少等）
- ・ 検査説明（検査前／検査結果）を行う事で患者のセルフケア（自己管理）意識の啓発
- ・ 医師の具体的指示による検査結果のモニタリング（処置の遅延防止）
- ・ 看護師が患者の観察、直接ケアなど本来業務に専念できる

検査に関する専門的知識を有する臨床検査技師が病棟に常駐することにより、**タスクシェアリング**が推進し、医師／看護師等の負担軽減に繋がる。



# 各専門職が関与している病棟業務の状況

診調組 入-3  
7. 9. 11 改

- 病棟業務の多職種連携に関する調査において各専門職が関与している業務と、その結果を踏まえ想定されるメリットは以下のとおり。

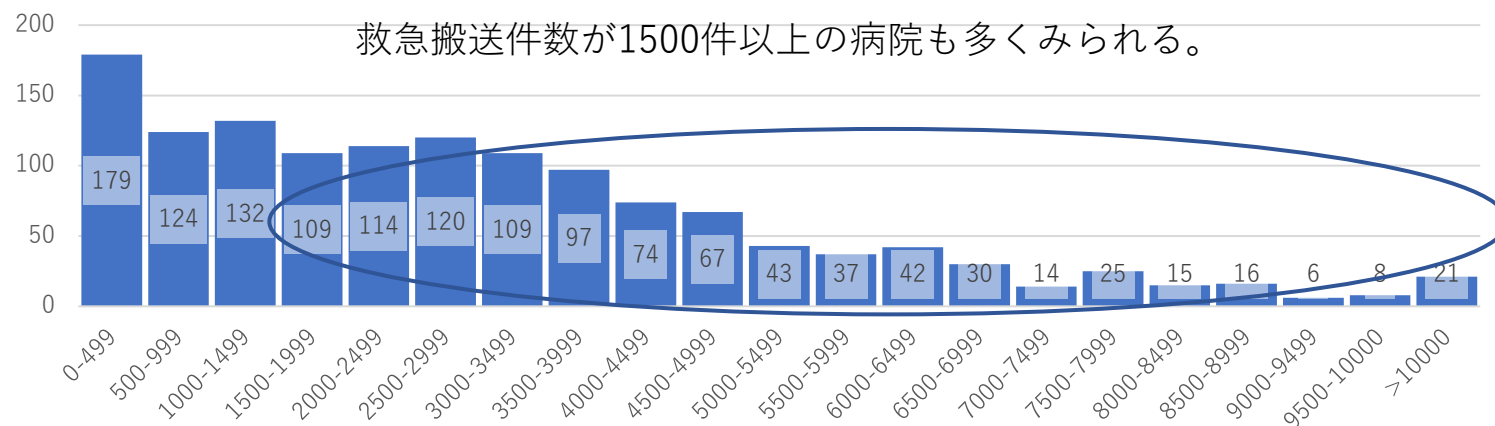
職種	関与している業務	想定されるメリット
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"><li>残薬確認・処方依頼・セット</li><li>薬剤の準備・ミキシング</li></ul>	薬学専門性に基づく服用薬剤情報の取扱いにより、薬物治療の精度向上、副作用や相互作用のリスクの低減、重複等を省くといった処方の効率化を実現できる。更に、病棟薬剤管理や無菌的処理により安全性が向上する。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"><li>ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成</li><li>生活機能の回復支援（排泄、食事、離床）</li><li>食事介助、口腔ケア</li></ul>	病棟でのADL・生活機能動作について、療法士が専門的視点に立って評価、指導を行うことで生活機能の回復を促進できる。
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"><li>栄養状態のスクリーニングや評価、計画作成</li><li>食形態や経腸栄養剤の検討</li><li>ミーラウンドや食事変更の調整</li><li>栄養指導や食事に関する相談対応</li></ul>	的確な食事摂取量の把握や食欲等の聞き取りにより、患者の状態に応じた速やかな食事変更や相談対応ができる。
臨床検査技師	<ul style="list-style-type: none"><li>検査の準備や実施</li><li>検査に関する患者への説明</li></ul>	早朝や必要時の生理検査・検体検査の実施、医師の具体的指示による検査結果の確認により、その後の処置等を遅滞なく適時に実施できる。 適切な検査手技により、検体再採取率が減少する。

# 急性期一般入院料算定病院における救急搬送受入件数別施設数

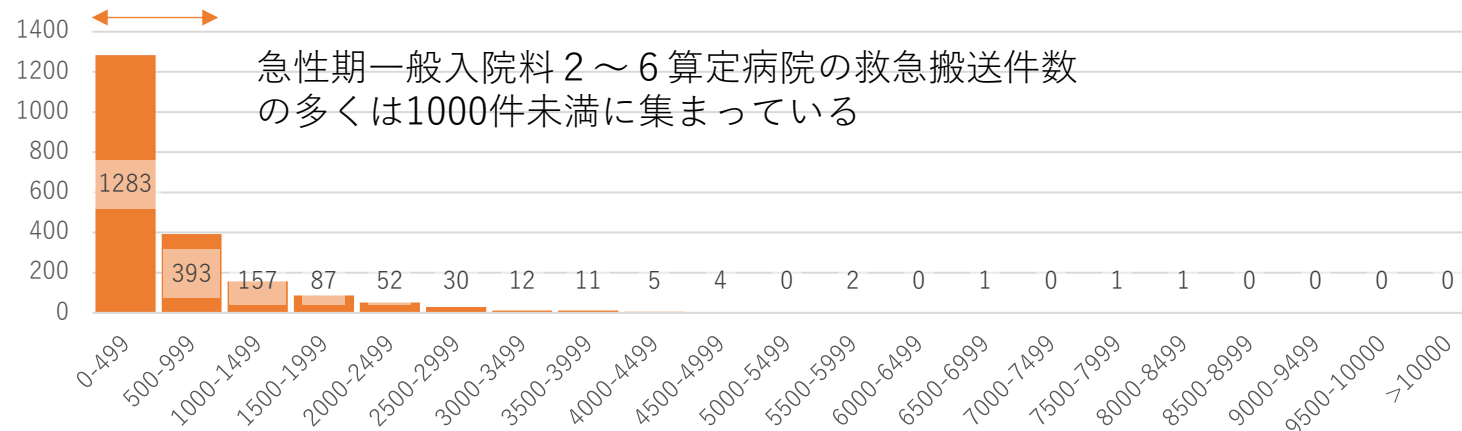
診調組 入-1  
7.9.18改

- 急性期一般入院料 1 算定病院と急性期一般入院料 2～6 算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料 1 算定病院で救急搬送件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料 1 算定病院のみで見ると、急性期一般入院料 2～6 算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々である。

急性期一般入院料 1 における救急搬送受入件数別施設数



急性期一般入院料 2～6 における救急搬送受入件数別施設数

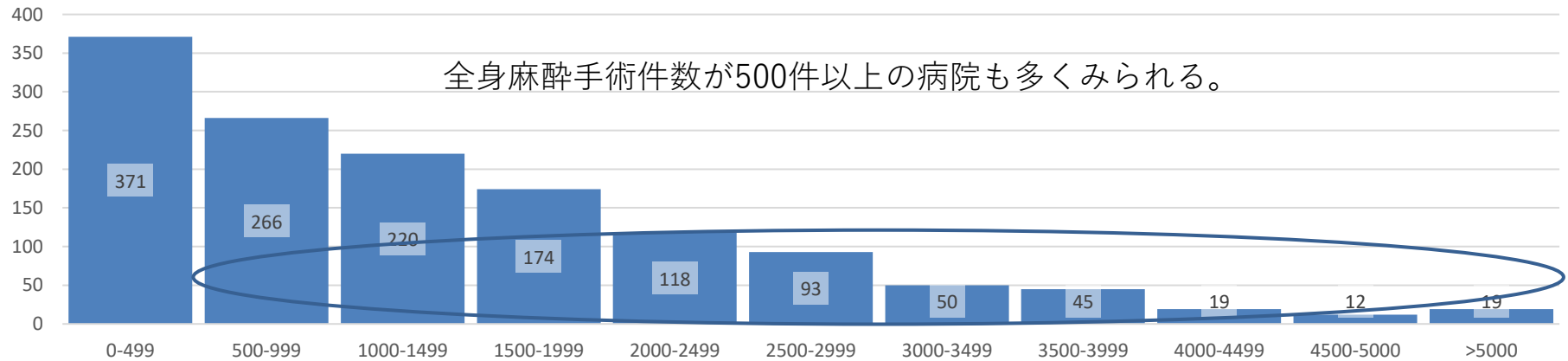


# 全身麻酔手術件数別の病院数

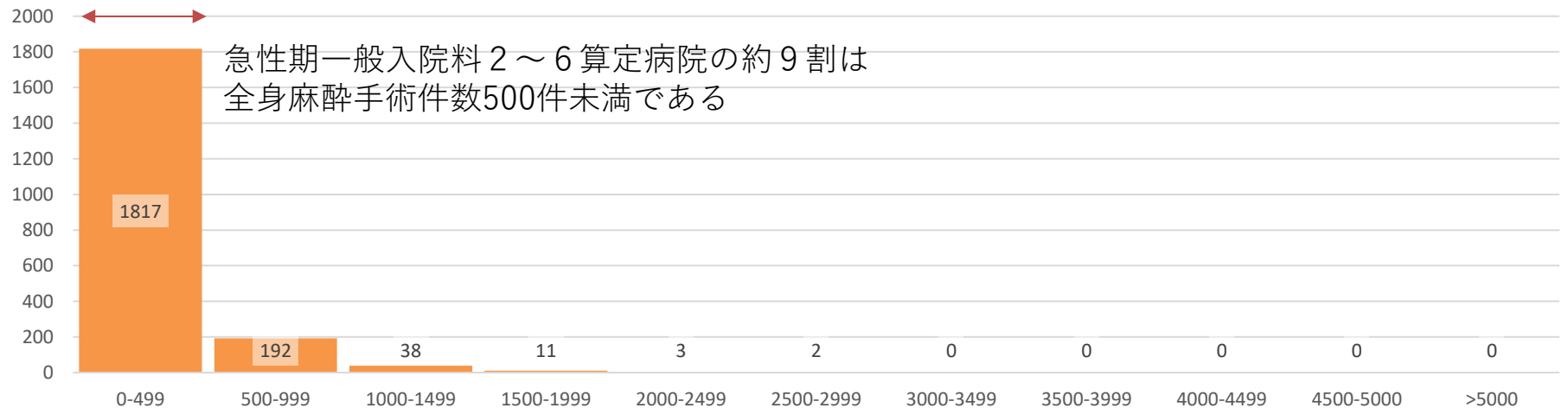
中医協 総 - 3  
7 . 1 0 . 8

- 急性期一般入院料1算定病院と急性期一般入院料2～6算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1算定病院で全身麻酔手術件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の全身麻酔手術件数の病院から、更に多くの全身麻酔手術件数のある病院まで、様々である。

## 急性期一般入院料1にける全身麻酔手術件数別施設数



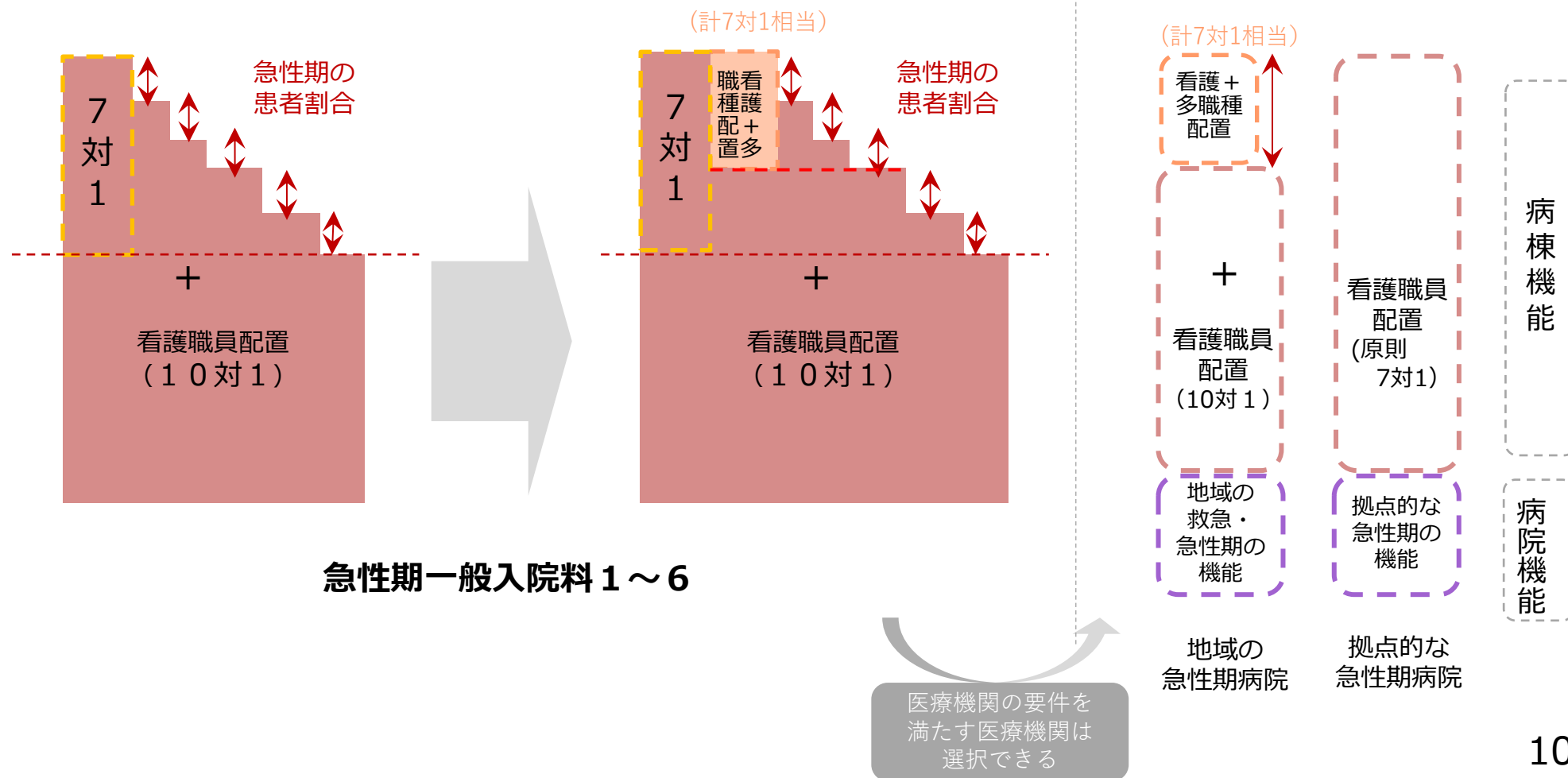
## 急性期一般入院料2～6における全身麻酔手術件数別施設数





# 多職種配置・病院機能の評価のイメージ

- 急性期一般入院料について、高齢の救急患者の多い病棟において、多職種の協働によりADL低下を防ぐ等の観点から、一部の人員は、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みとすることが考えられるのではないかな。
- また、拠点的な急性期病院や地域の救急・急性期機能を担う病院について、病棟機能とともに、病院としての機能を踏まえた評価とすることが考えられるのではないかな。

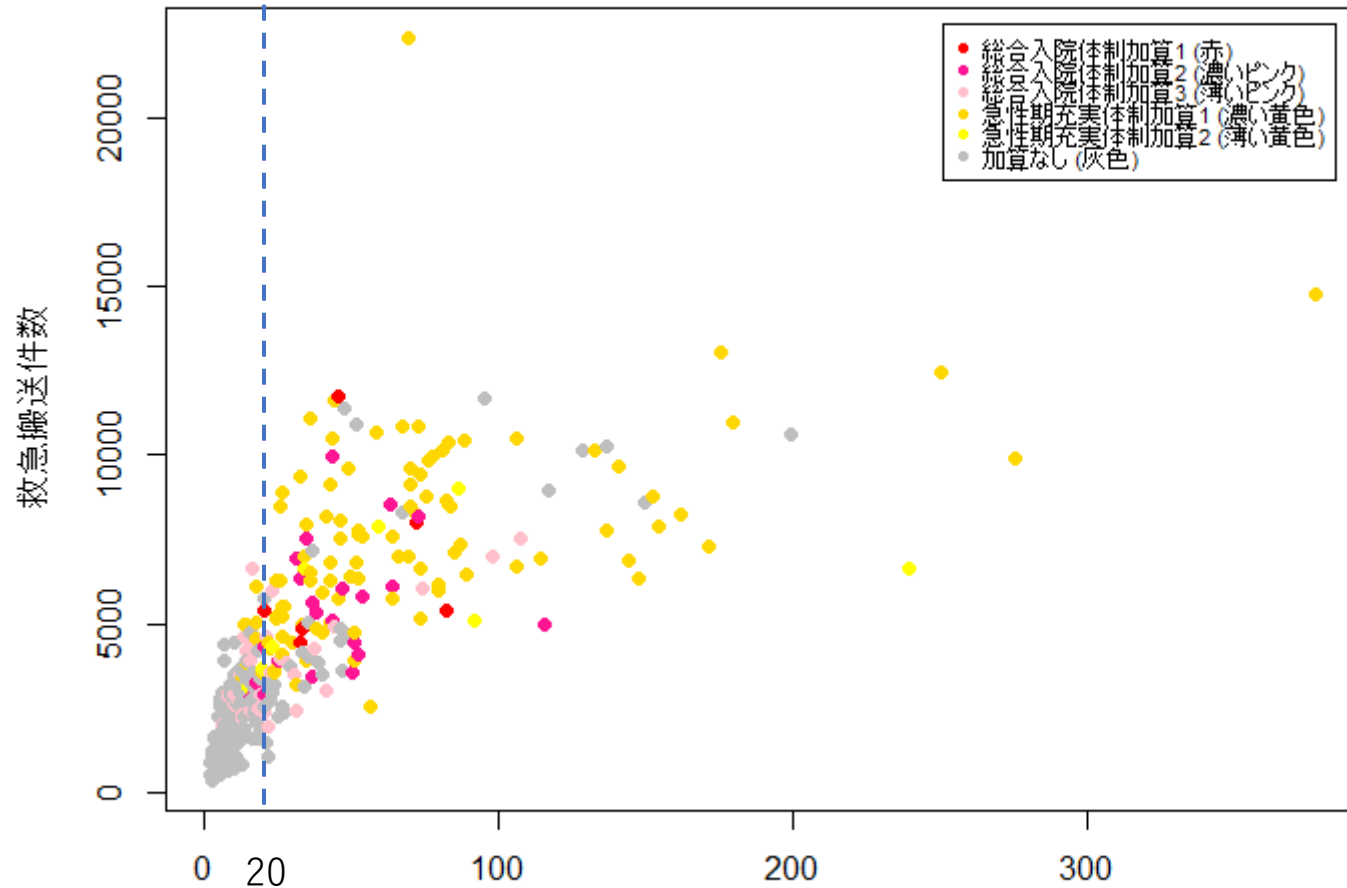


# 二次医療圏における救急搬送件数

診調組 入-2  
7. 5. 22 改

- 人口規模の大きな二次医療圏ほど、当該医療圏で最大の救急搬送を受けている病院における救急搬送件数も多くなる傾向がある。
- 急性期充実体制加算や総合入院体制加算の多くは、人口20万の二次医療圏より大きな医療圏で算定されている。

各二次医療圏における最大救急搬送件数 (n=335)



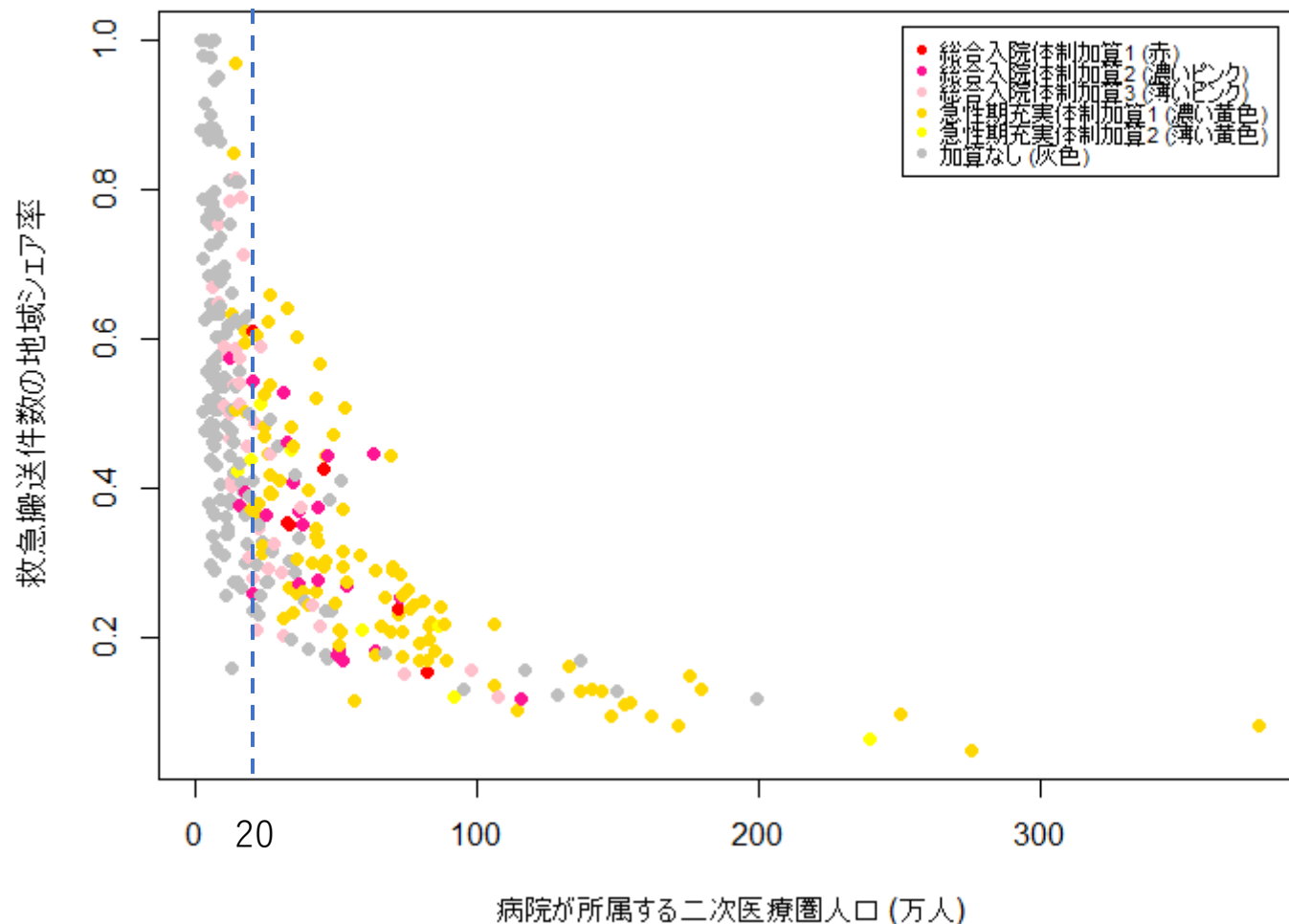
病院が所属する二次医療圏人口 (万人) ※各点は二次医療圏内で最大の救急搬送を受けている  
病院の救急搬送件数と所属二次医療圏人口を示す

# 二次医療圏における救急搬送の地域シェア率

診調組 入-2  
7. 5. 22 改

- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある。
- 地域の多くの救急搬送をカバーしている医療機関であっても、急性期充実体制や総合入院体制加算は算定されていない。

各二次医療圏における救急搬送の地域シェア率 (n=335)

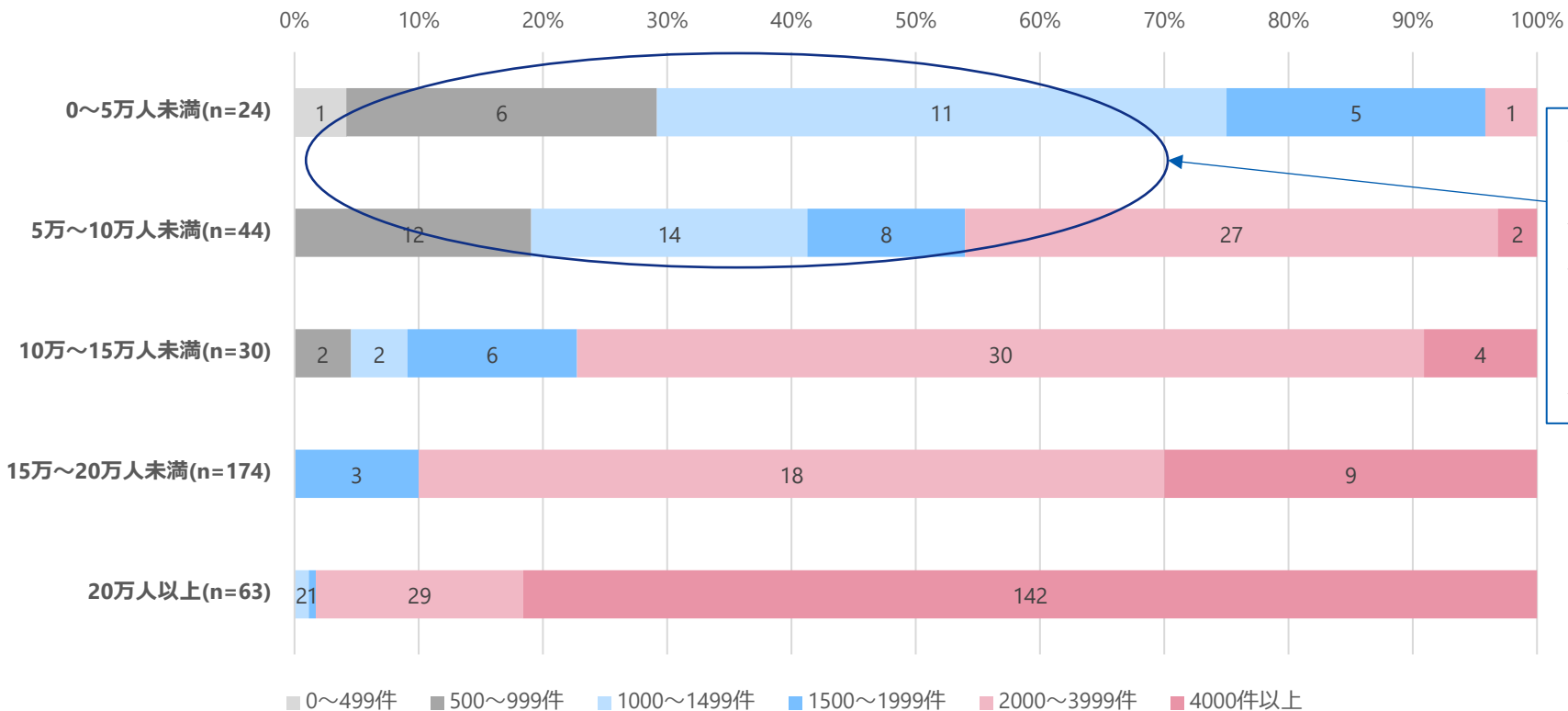


病院が所属する二次医療圏人口 (万人)

# 各二次医療圏の最大救急搬送受入病院における救急搬送件数

- 各二次医療圏の最大救急搬送受入病院における救急搬送件数は、人口20万人以上の二次医療圏では、2000件以上の二次医療圏が大半である。
- 一方で、小規模な二次医療圏では、最大救急搬送受入病院の件数が2000件未満の場合も多く、1000~1499件や、さらに少ない病院もある。

二次医療圏別の最大救急搬送受入件数（n=335）

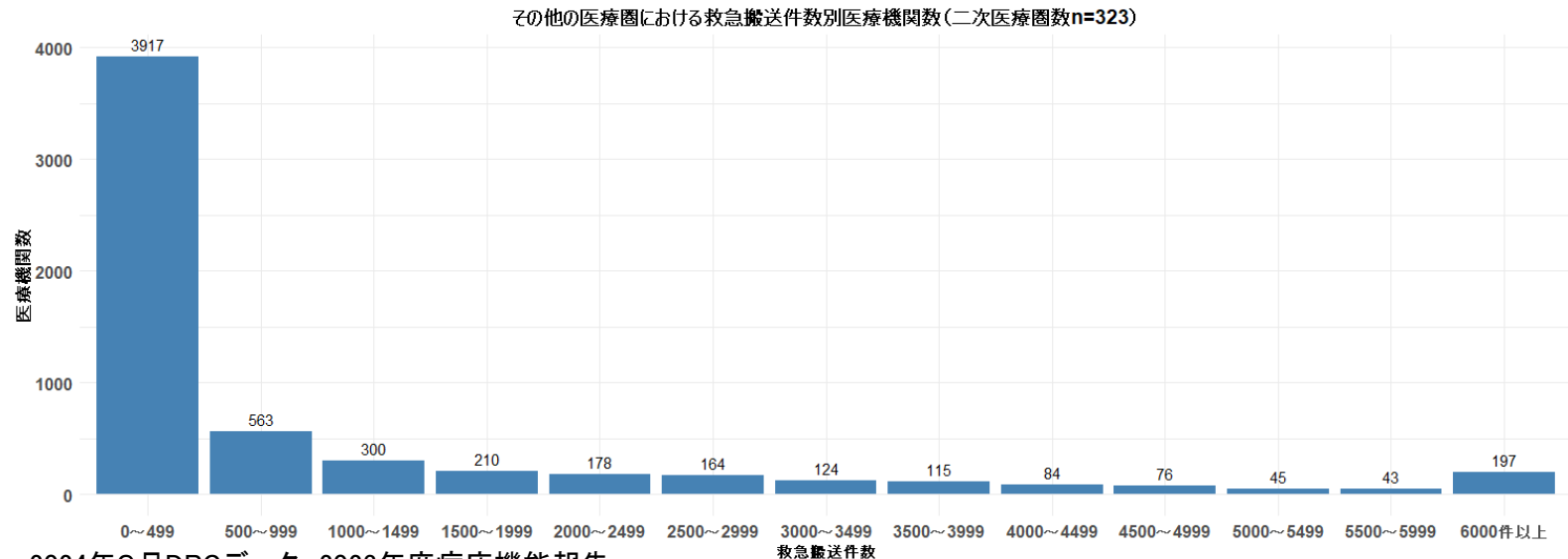
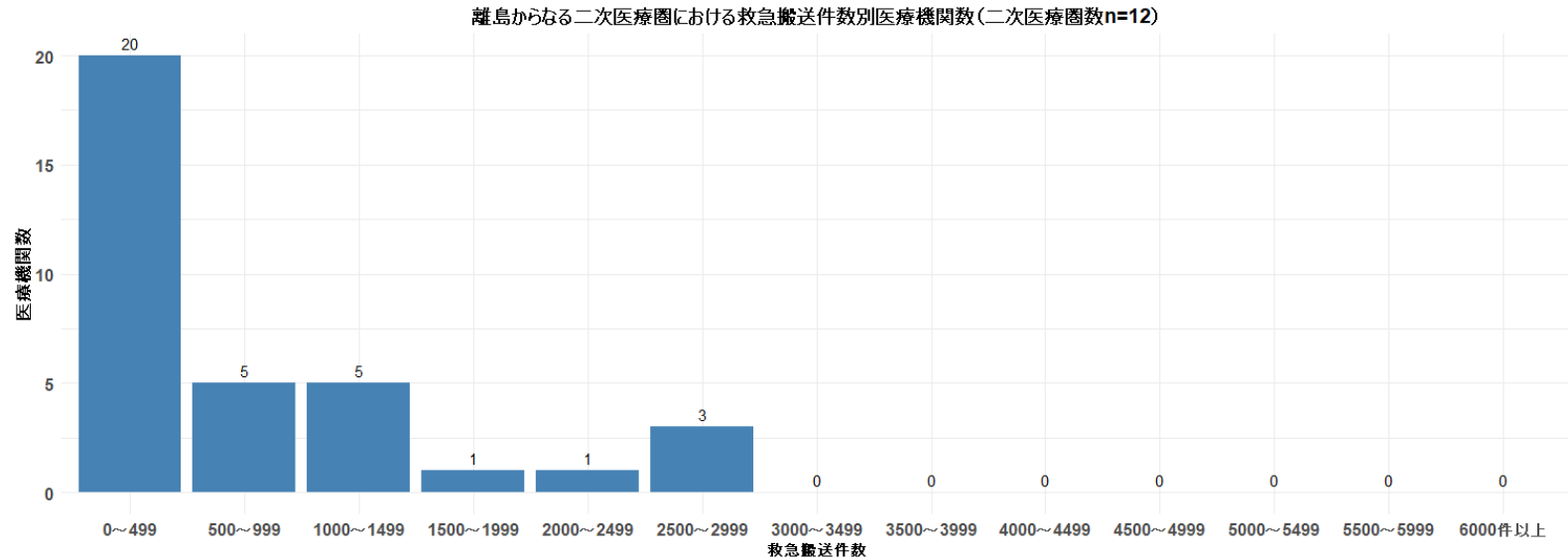


小規模な二次医療圏では、最大救急搬送受入件数が2000件以下の場合が多く、1000~1499件や、それ以下となる医療圏も存在する。

# 離島における救急搬送件数

診調組 入-3  
7 . 7 . 3

- 有人離島からなる二次医療圏における病院では、その他の医療圏と比較して、救急搬送受入件数が少なく、年間3000件を超えるような病院がない。



# 多職種配置と医療機関の機能における課題と論点

## (病棟における多職種配置について)

- 43病棟(急性期～慢性期)の看護師(回収794名、有効回答768名)を対象とした「病棟の看護業務タイムスタディ調査」(病棟ごとに全勤務帯を網羅できるよう調査)の結果では、「診察・治療」「患者のケア」に従事している時間が長く、全体の半分程度を占めていた。「看護記録」や「情報共有」の時間がそれに続いた。
- 病棟業務の多職種連携に関する調査では、薬剤師や理学療法士、管理栄養士、臨床検査技師等の各専門職が関与している業務を踏まえる、多職種連携により様々なメリットが想定される。
- 急性期一般入院料について、高齢の救急患者の多い病棟において、多職種の協働によりADL低下を防ぐ観点から、一部の人員は、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みとすることが考えられるのではないかな。

## (急性期における医療機関の機能について)

- 急性期一般入院料1算定病院と急性期一般入院料2～6算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1算定病院で全身麻酔手術件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の救急搬送件数や全身麻酔手術件数の病院から、更に多くの全身麻酔手術件数がある病院まで、様々である。
- 各二次医療圏の最大救急搬送受入病院における救急搬送件数は、人口20万人以上の二次医療圏では、2000件以上の二次医療圏が大半である。
- 一方で、小規模な二次医療圏では、最大救急搬送受入病院の件数が2000件未満の場合も多く、1000～1499件や、さらに少ない病院もある。
- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある。
- 有人離島からなる二次医療圏における病院では、その他の医療圏と比較して、救急搬送受入件数が少なく、年間3000件を超えるような病院がない。
- 拠点的な急性期病院や地域の救急・急性期機能を担う病院について、病棟機能とともに、病院としての機能を踏まえた評価とすることが考えられるのではないかな。

# 多職種配置と医療機関の機能における論点

## 【論点】

- 急性期一般入院料について、高齢の救急患者の多い病棟において、多職種の協働によりADL低下を防ぐ観点から、一部の人員は、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みとすることが考えられるのではないか。
- 同じ一般病棟入院基本料を届け出る病院でも、救急搬送受入件数や全身麻酔手術件数などの病院としての機能が異なっていること等を踏まえ、急性期の入院基本料について、病棟機能に加え、病院機能を踏まえた評価のあり方をどう考えるか。
- 病院機能を踏まえた評価体系を検討するに当たって、拠点的な急性期病院や、地域で重点的に救急・急性期医療に対応する病院の機能について、次のような要素を含め、どのような要素を考慮することが考えられるか。
  - ・救急搬送の受入件数
  - ・全身麻酔の手術件数
  - ・特に、人口の少ない二次医療圏や離島からなる二次医療圏において、当該医療機関が救急搬送件数の最も多い医療機関であること

# 1. 急性期入院医療について

1－1. 多職種配置と医療機関の機能について

1－2. 総合入院体制加算と急性期充実体制加算について



# 総合入院体制加算

診調組 入-3  
7 . 7 . 3

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算 1 260点	総合入院体制加算 2 200点	総合入院体制加算 3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。</li> <li>内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていないとしても良い。）</li> <li>外来を縮小する体制を有すること。（右記）</li> <li>次のいずれにも該当する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。</li> <li>イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。</li> </ul> </li> <li>病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。</li> <li>特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。</li> <li>救急時医療情報閲覧機能を有していること。</li> </ul> <div> <p>ア 次のもいずれにも該当すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している</li> <li>診療情報提供料 I の注 8 の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近 1 か月間の総退院患者数のうち、4 割以上である。</li> <li>イ 紹介受診重点医療機関である。</li> </ul> </div>		
実績要件	全身麻酔手術件数 <b>年2000</b> 件以上	全身麻酔手術件数が <b>年1200</b> 件以上	全身麻酔手術件数が年800件以上
	<p>ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上</p> <p>イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上</p> <p>エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上</p>		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす －	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす －
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 の届出 ロ 精神疾患診療体制加算 2 又は救急搬送患者の入院 3 日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注 2 の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 の届出 ロ 精神疾患診療体制加算 2 又は救急搬送患者の入院 3 日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注 2 の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	－
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A 2点以上又はC 1点以上)	必要度 I : <b>3割3分以上</b> 必要度 II : <b>3割2分以上</b>	必要度 I : <b>3割1分以上</b> 必要度 II : <b>3割以上</b>	必要度 I : <b>2割8分以上</b> 必要度 II : <b>2割7分以上</b>

# 急性期充実体制加算

診調組 入-3  
7 . 7 . 3

(1-7日/8-11日/12-14日)	急性期充実体制加算 1 (440点/200点/120点)	急性期充実体制加算 2 (360点/150点/90点)
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料 1 を届け出ている（急性期一般入院料 1 の病棟では、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている）</li> <li>敷地内禁煙に係る取組を行っている ・ 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である</li> <li>総合入院体制加算の届出を行っていない</li> </ul>	
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> <li>◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター</li> <li>◆救急搬送件数 2,000件/年以上</li> <li>自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備</li> <li>精神疾患診療体制加算 2 の算定件数又は救急搬送患者の入院 3 日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上</li> <li>救急時医療情報閲覧機能を有していること</li> </ul>	
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上）</li> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上</li> <li>◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 ◆心臓胸部大血管手術 100件/年以上</li> <li>◆化学療法 1,000件/年以上（外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が 6 割以上であること。）</li> </ul>	
高度急性期医療の提供	上記のうち 5 つ以上を満たす <div>             上記のうち 2 つ以上を満たし、以下のいずれかを満たす             <ul style="list-style-type: none"> <li>◆異常分娩 50件/年以上 ◆6 歳未満の手術 40件/年以上</li> </ul> </div>	
感染防止に係る取組	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている	
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染対策向上加算 1 を届け出ている</li> <li>画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している</li> <li>精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 若しくは 2 を届け出ている</li> </ul>	
院内心停止を減らす取組	院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている	
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟における平均在院日数が14日以内</li> <li>一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1 割未満</li> </ul>	
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施</li> <li>◆ 紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上</li> <li>◆ 紹介受診重点医療機関</li> </ul>	
医療従事者の負担軽減	処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の施設基準の届出を行っていることが望ましい	
充実した入退院支援	入退院支援加算 1 又は 2 の届出を行っている	
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない</li> <li>一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の 9 割以上</li> <li>同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない</li> <li>特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない</li> </ul>	

# 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 の主な施設基準

診調組 入-1  
7. 9. 18

- 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 は救命救急センター等の救急の体制整備や全身麻酔手術件数等で共通する基準があるほか、総合的な診療体制については総合入院体制加算 1 でのみ求められる施設基準があり、手術実績等については、急性期充実体制加算 1 でのみ求められる施設基準がある。
- 加算の対象となる14日間で算定できる点数の総額は、総合入院体制加算 1 は急性期充実体制加算 1 と比較して低くなっている。

	総合入院体制加算 1 14日間 計3640点	急性期充実体制加算 1 14日間 計4240点
	総合入院体制加算 1 のみの施設基準	急性期充実体制加算 1 のみの施設基準
救急・手術	<ul style="list-style-type: none"> <li>腹腔鏡下手術：100件/年以上</li> <li>心臓胸部大血管手術(※) 40件/年以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救命センター又は高度救命救急センター(急性期充実体制加算では救急搬送件数2000件/年以上でも可)</li> <li>全身麻酔手術件数2000件/年以上</li> <li>悪性腫瘍手術400件/年以上</li> </ul>
総合的な診療体制等	<ul style="list-style-type: none"> <li>内科、外科、整形外科、脳外科、精神科、小児科、産科（産婦人科）の標榜と入院医療の提供</li> <li>分娩件数 100件/年以上</li> <li>放射線治療 4000件/年以上</li> <li>精神科の24時間対応体制＋入院受入体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>化学療法 1000件/年以上(急性期充実体制加算では外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が6割以上)</li> <li>画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制</li> <li>感染対策向上加算 1</li> <li>精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 若しくは2の届出</li> </ul>
その他の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない</li> <li>救急時医療情報閲覧機能を有している</li> <li>外来を縮小する体制を有する</li> <li>療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない</li> <li>同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していない</li> <li>日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料 1 の届出</li> <li>特定集中治療室管理料等の届出</li> <li>敷地内禁煙に係る取組</li> <li>一般病棟における平均在院日数が14日以内</li> <li>一般病棟の退棟患者の一般病棟以外への転棟が1割未満</li> <li>入退院支援加算 1 又は2の届出</li> <li>一般病棟の病床数の合計が、許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上</li> <li>院内迅速対応チームの設置等</li> </ul>

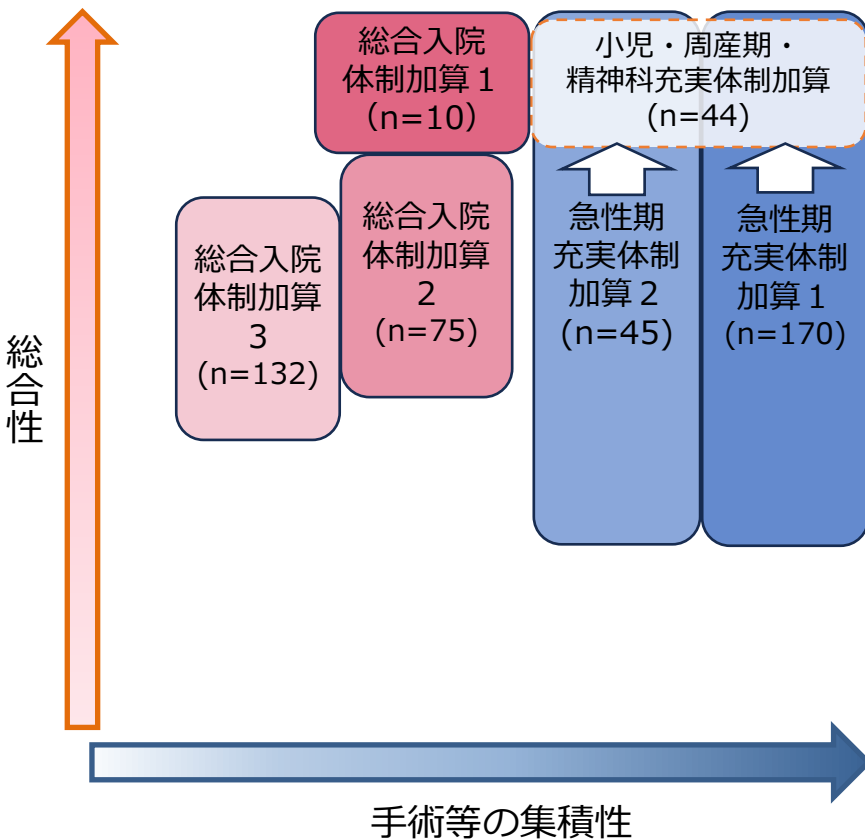
注 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 の主な施設基準を抜粋したものであり、全ての基準を記載しているものではない。

※ 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 では対象となる手術等が異なっている。

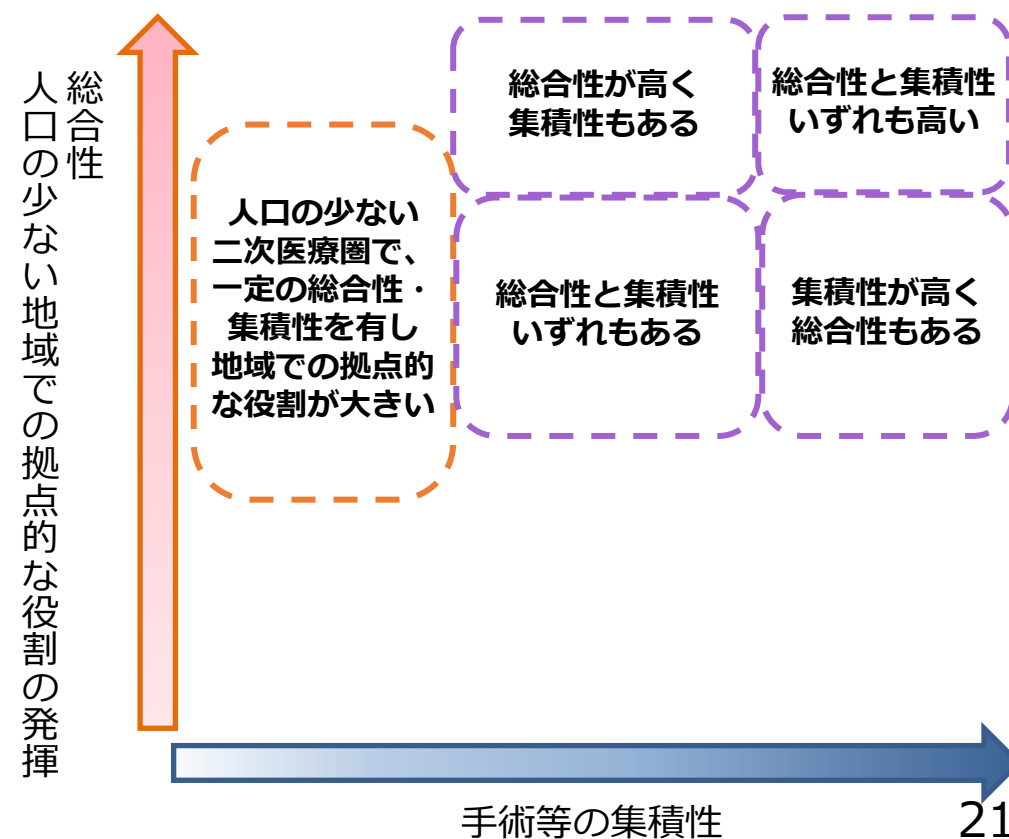
# 拠点的な医療機関の評価の考え方について（イメージ）

- 総合入院体制加算は、診療内容の総合性や手術等の実績等に応じて3区分に、急性期充実体制加算は、手術等の実績に応じて2区分に評価されている。
- これらの評価を統合する場合、総合性や集積性に応じた類型を設けることが考えられるのではないかな。
- また、人口の少ない二次医療圏で、一定の総合性・集積性を有し、救急医療等での地域での拠点的な役割が大きい医療機関については、拠点的な医療機関の一つの類型とすることが考えられるのではないかな。

## 現行の評価内容のイメージ



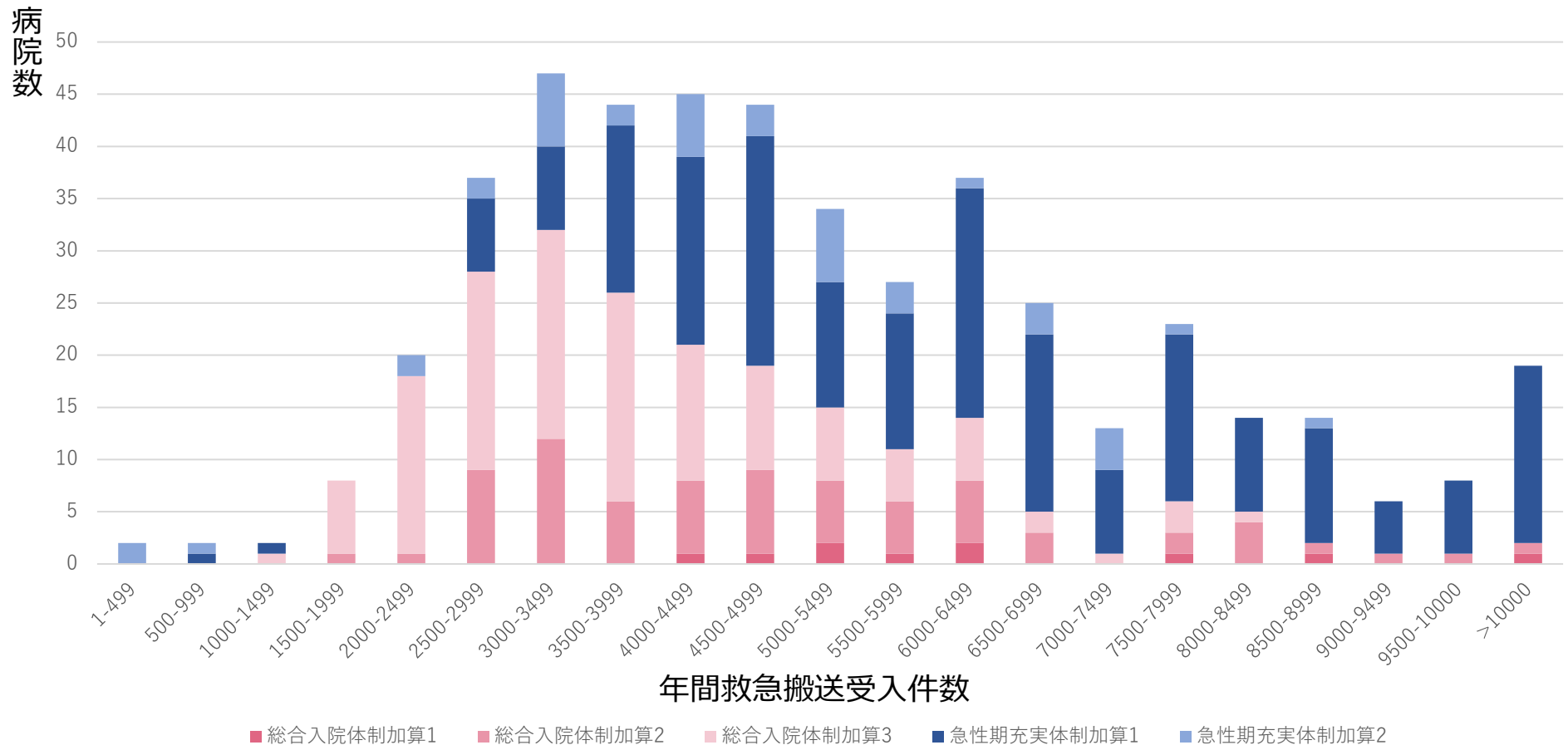
## 統合する場合の考え方のイメージ



# 救急搬送受入件数別の各加算届出病院の分布

- 救急搬送受入4000件以上の病院では、急性期充実体制加算1を届け出ている病院が多いが、総合入院体制加算1～3を届け出ている病院もある。
- 総合入院体制加算3では救急搬送受入件数の基準はないものの、多くの病院で、年間1500件以上の救急搬送を受け入れている。

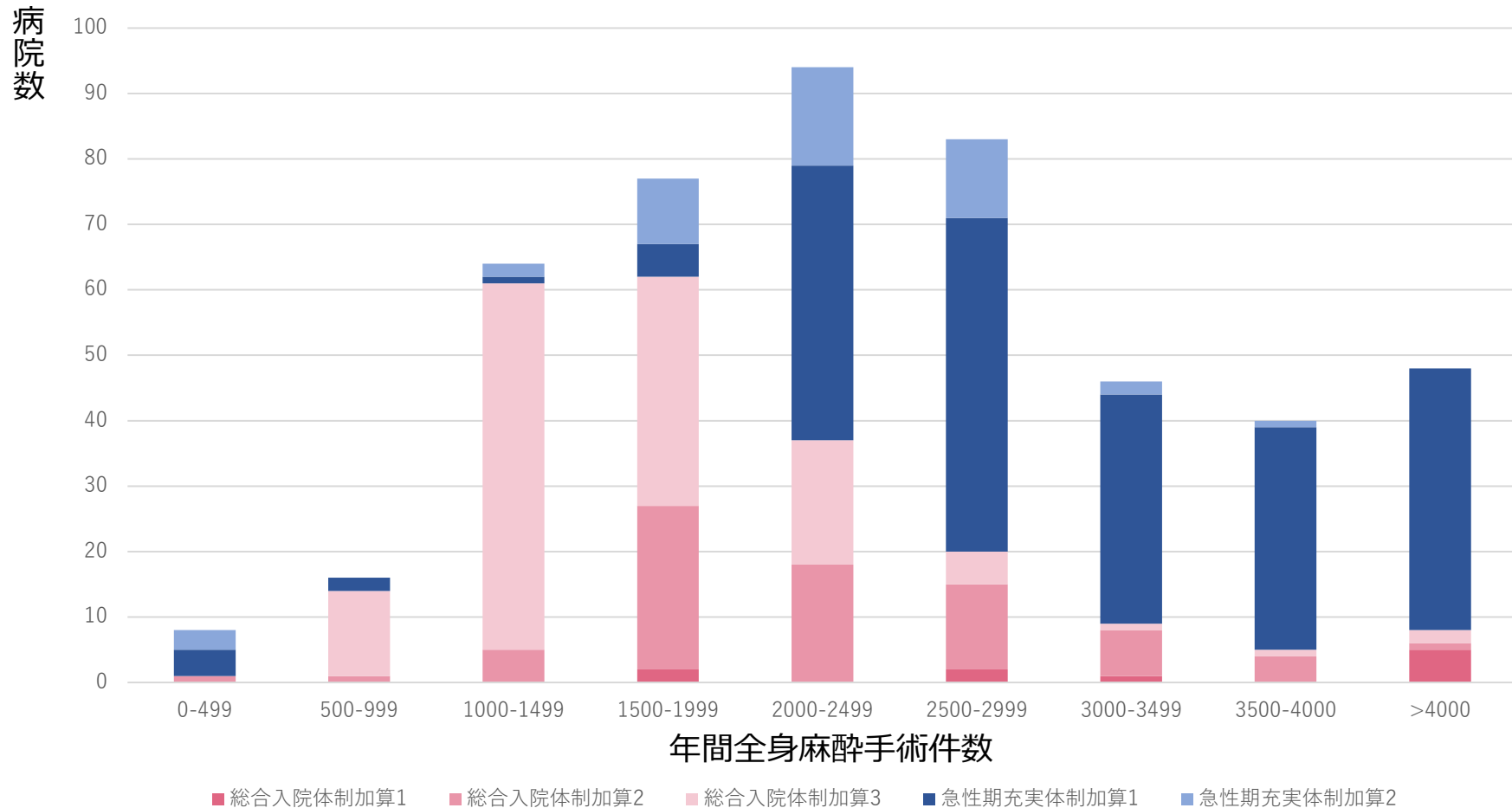
救急搬送受入件数別加算届出病院の分布



# 全身麻酔手術件数別の各加算届出病院の分布

○全身麻酔手術2000件以上の病院の多くは急性期充実体制加算1を届け出ているが、総合入院体制加算2や3を届け出ている病院においても、全身麻酔手術を2000件以上実施している病院がある。

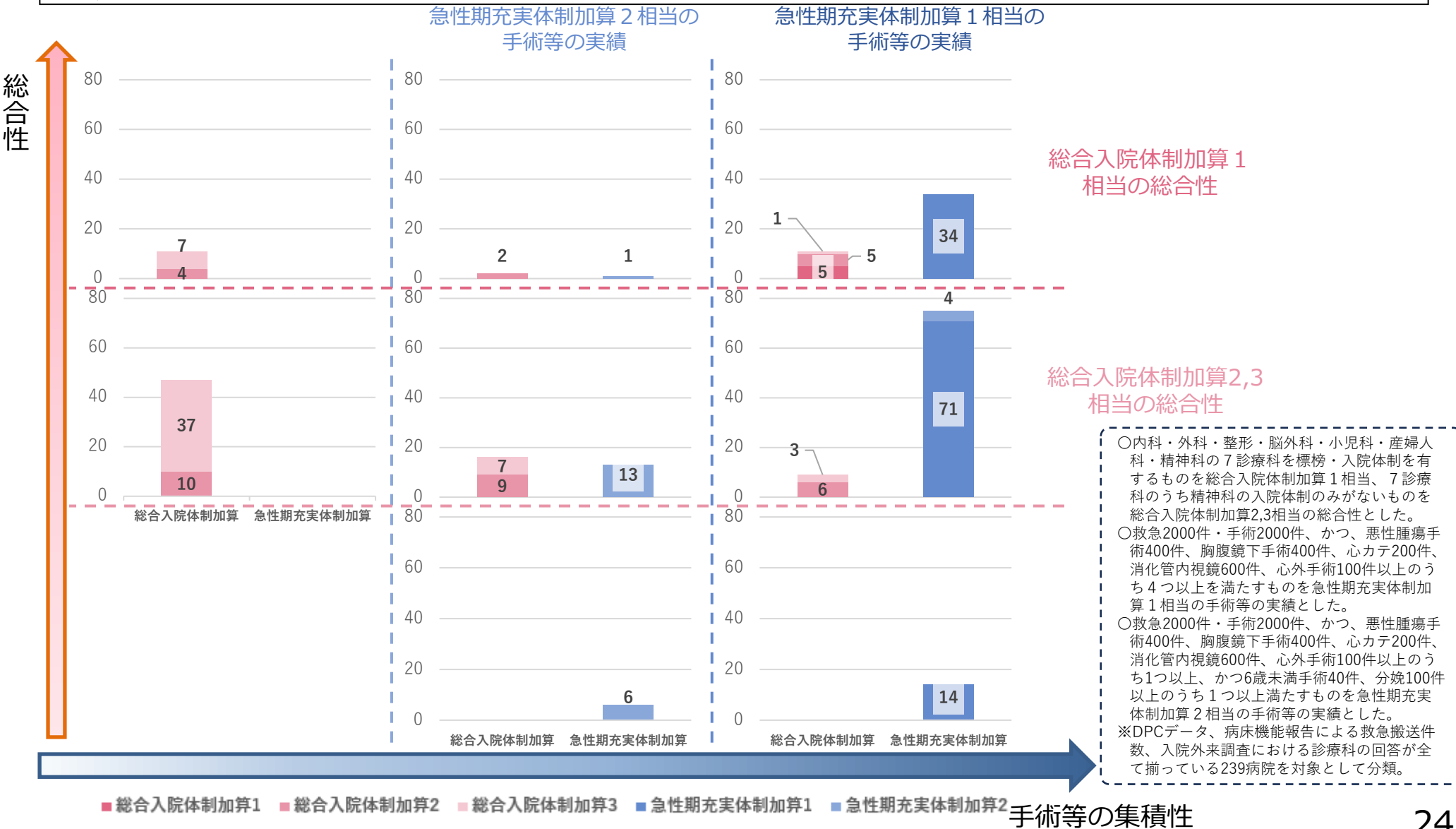
全身麻酔手術件数別各加算届出病院の分布





# 総合性と手術等の実績に応じた拠点的な病院数の分布

- 総合性、手術等の集積性に応じて区分した場合の、各加算届出病院の分布は以下の通り。  
 ○総合入院体制加算届出病院でも、急性期充実体制加算の手術等の実績を満たす病院や、急性期充実体制加算届出病院で総合入院体制加算の総合性を満たす病院がある。

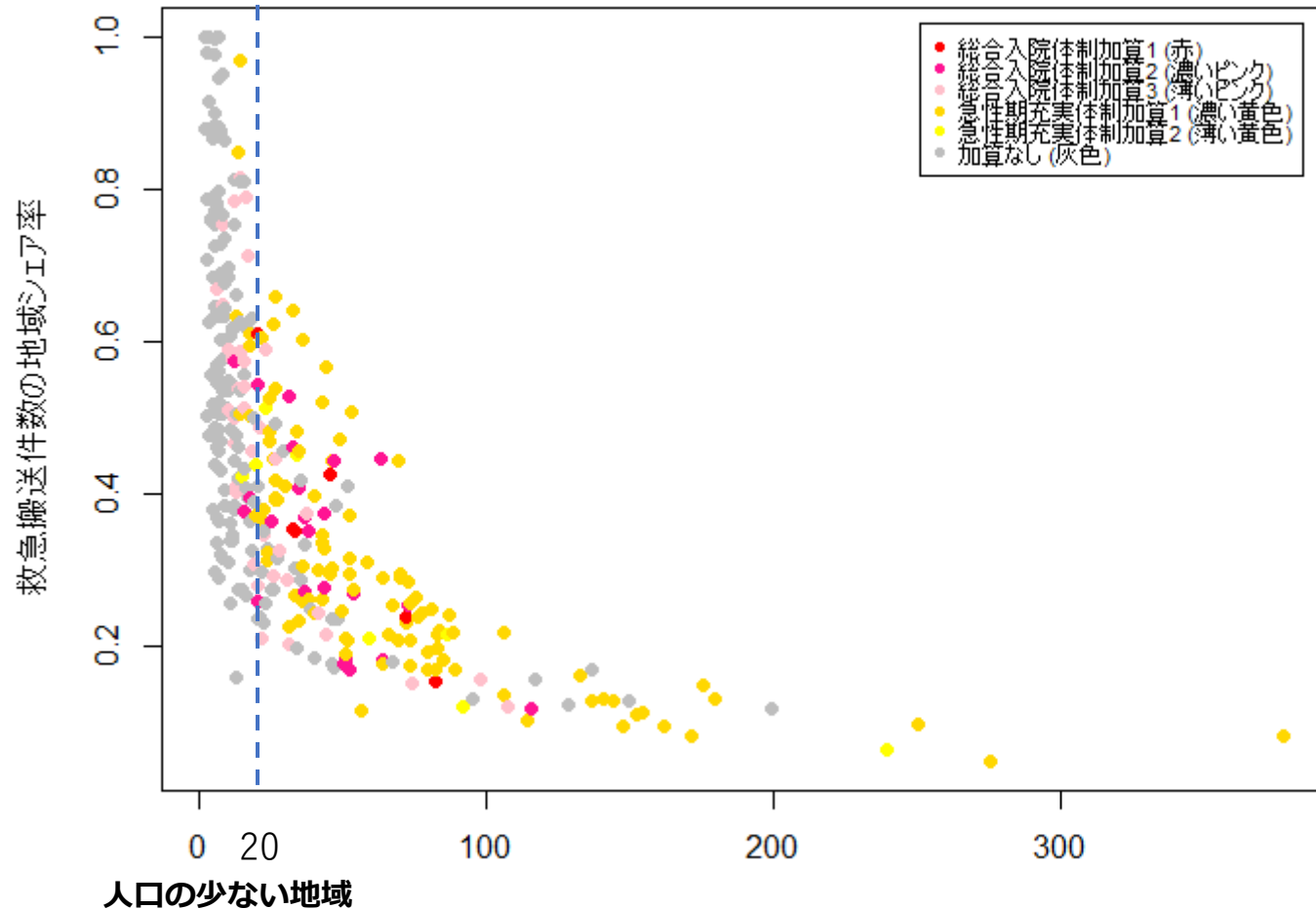


# 二次医療圏における救急搬送の地域シェア率

診調組 入-2  
7. 5. 22改

- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある。
- 地域の多くの救急搬送をカバーしている医療機関であっても、急性期充実体制加算や総合入院体制加算は算定されていない。

各二次医療圏における救急搬送の地域シェア率 (n=335)



病院が所属する二次医療圏人口 (万人) ※各点は二次医療圏内で最大の救急搬送を受けている  
病院の救急搬送件数と所属二次医療圏人口を示す

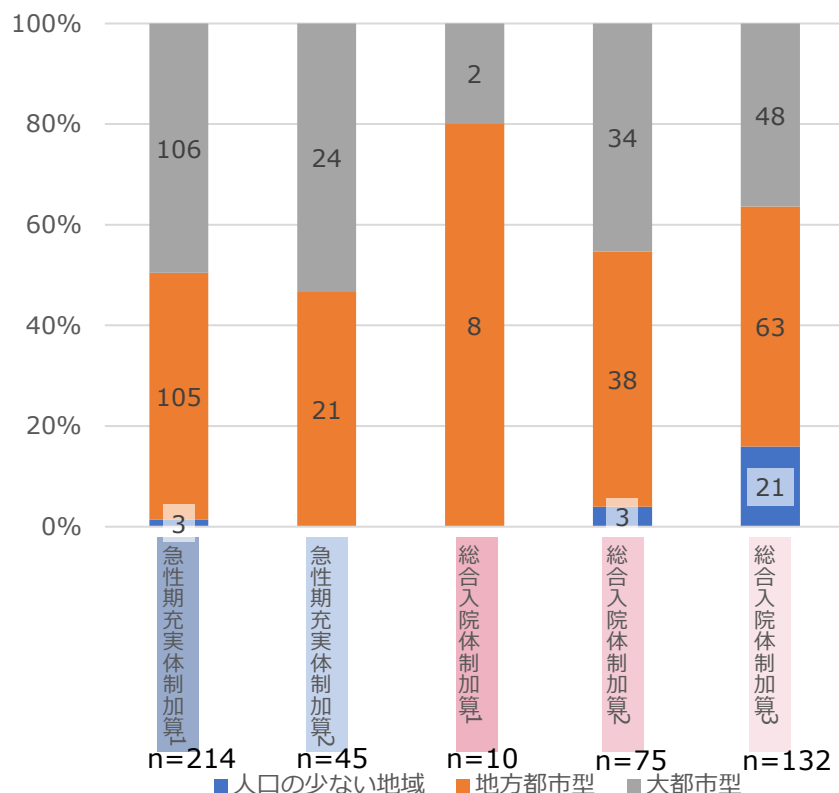


# 総合入院体制加算・急性期充実体制加算届出病院の所属二次医療圏と病院属性

診調組 入-1  
7.9.18改

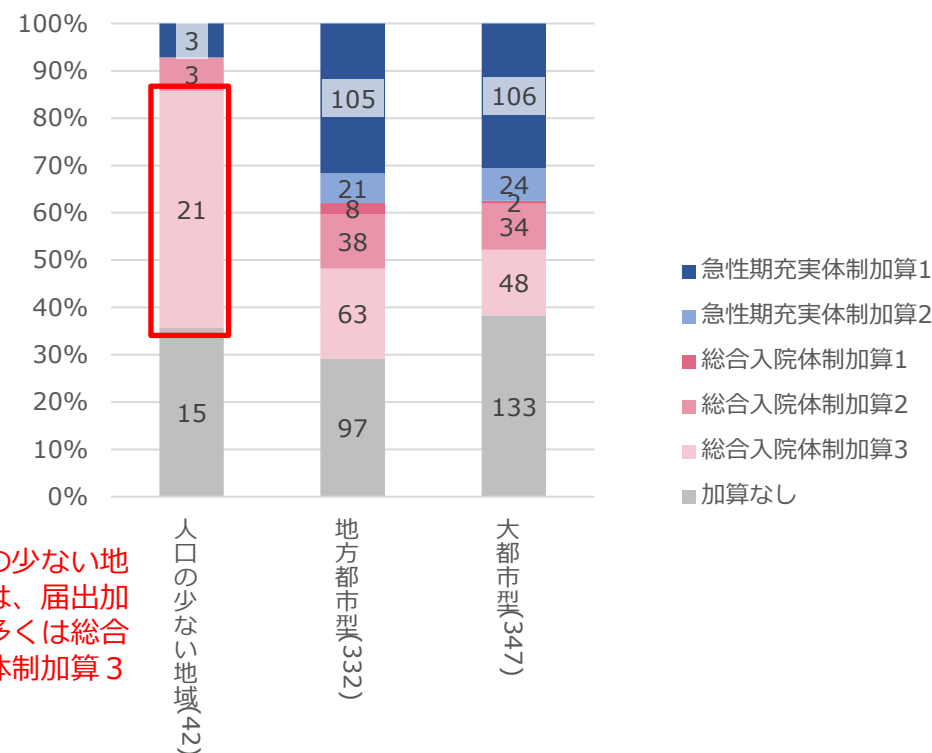
- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院の多くは地方都市型や大都市型の二次医療圏に属しているが、総合入院体制加算3を届け出ている病院の約15%は人口の少ない地域に属していた。
- 人口の少ない地域では、実績要件等の基準が厳しい総合入院体制加算1や急性期充実体制加算1を届出ている病院が少なく、加算算定病院の多くは、総合入院体制加算3を届け出ていた。
- 人口の少ない地域では、総合的な機能を求められているものの、地理的な事情から、地域の症例や医療従事者を集約してもなお、実績要件等の基準を満たすことが困難な医療機関があると考えられる。

加算算定病院の所属二次医療圏区分割合



大都市型：48二次医療圏 人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上  
地方都市型：156二次医療圏 人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上  
人口の少ない地域：131二次医療圏 上記以外

各地域における加算の算定状況※



人口の少ない地域では、届出加算の多くは総合入院体制加算3

※ 救急搬送件数2000件かつ全身麻酔手術1200件以上の病院を対象とした

## 小規模な二次医療圏（※人口・人口密度が一定基準未満である医療圏を想定）

### ① へき地診療所等



- ・ 過疎地域等に所在し、巡回診療、医師・代診医派遣等による支援を受ける医療機関
- ・ D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用し、住民に対する基礎的な医療を提供

### ② へき地診療所等への支援を実施する病院



- ・ 地域の救急患者や入院患者を受け入れる病院
- ・ オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師・代診医派遣等を実施
- ・ D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供

### ③ 拠点的功能を有する病院

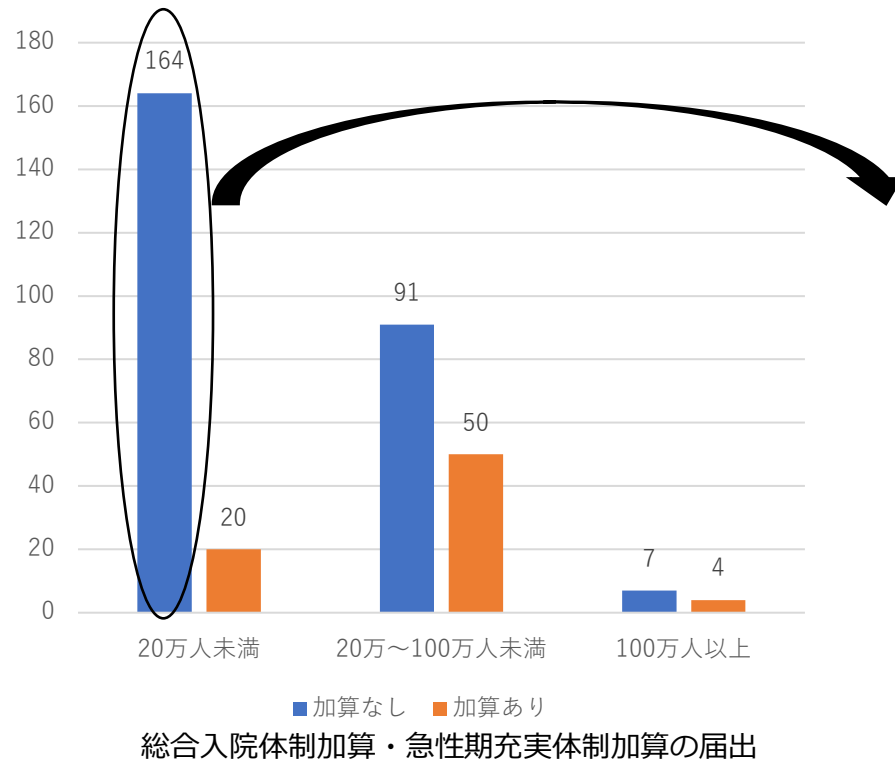


- ・ 急性期の拠点的功能を担う病院
- ・ オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師派遣・代診医派遣等を実施
- ・ D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供

# 20万人未満医療圏におけるへき地拠点病院の取組実績について

- 人口20万人未満二次医療圏におけるへき地医療拠点病院では、その他の医療圏と比較して、総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院の割合が低い。
- 人口20万人未満医療圏の加算届出のない医療機関では、総合入院体制加算3の手術等の実績要件を満たせない医療機関であっても、へき地主要3事業や、救急搬送受入等により、地域を支えている医療機関がある。

医療圏別へき地拠点病院の総合入院体制加算・急性期充実体制加算届出状況



人口20万人未満医療圏のへき地拠点病院  
(総合入院体制加算・急性期充実体制加算の届出のない病院に限る)  
における  
へき地事業の実施や救急搬送受入等の状況

	総合入院体制加算3における手術等の実績基準※1	
	実績基準を満たさない医療機関 (n=135)	実績基準を満たす医療機関 (n=29)
へき地事業を実施※2	105 (78%)	24 (83%)
救急搬送2000件/年以上	12 (6%)	18 (52%)
全身麻酔手術800件/年以上	8 (9%)	15 (62%)

※1 総合入院体制加算3の手術等の実績基準は、以下の実績基準のうち2つ以上を満たすこと

○人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 ○悪性腫瘍手術：400件/年以上 ○腹腔鏡下手術：100件/年以上 ○放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 ○化学療法：1,000件/年以上 ○分娩件数：100件/年以上

（化学療法の実績基準の達成状況は今回の集計に含めていない）

※2 巡回診療、医師派遣、代診医派遣のいずれかを実施

# 総合入院体制加算と急性期充実体制加算における論点

## （総合入院体制加算と急性期充実体制加算について）

- 総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1は救命救急センター等の救急の体制整備や全身麻酔手術件数等で共通する基準があるほか、総合的な診療体制については総合入院体制加算1でのみ求められる施設基準があり、手術実績等については、急性期充実体制加算1でのみ求められる施設基準がある。
- 加算の対象となる14日間で算定できる点数の総額は、総合入院体制加算1は急性期充実体制加算1と比較して低くなっている。
- 総合入院体制加算は、診療内容の総合性や手術等の実績等に応じて3区分に、急性期充実体制加算は、手術等の実績に応じて2区分に評価されている。
- 総合入院体制加算届出病院でも、急性期充実体制加算の手術等の実績を満たす病院や、急性期充実体制加算届出病院で総合入院体制加算の総合性を満たす病院がある。

## （人口の少ない医療圏における拠点的な機能について）

- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある。
- 地域の多くの救急搬送をカバーしている医療機関であっても、急性期充実体制加算や総合入院体制加算は算定されていない。
- 人口の少ない地域では、実績要件等の基準が厳しい総合入院体制加算1や急性期充実体制加算1を届出ている病院が少なく、加算算定病院の多くは、総合入院体制加算3を届け出ている。
- 人口の少ない地域では、総合的な機能を求められているものの、地理的な事情から、地域の症例や医療従事者を集約してもなお、実績要件等の基準を満たすことが困難な医療機関があると考えられる。
- 人口20万人未満医療圏の加算届出のない医療機関では、総合入院体制加算3の手術等の実績要件を満たせない医療機関であっても、へき地主要3事業や、救急搬送受入等により、地域を支えている医療機関がある。

# 総合入院体制加算と急性期充実体制加算における論点

## 【論点】

- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算では、これまで様々な診療科を有する等の総合性や、手術件数が多い等の集積性の観点から評価しており、これらの加算を統合する場合には、こうした総合性や手術等の集積性を踏まえた類型を設けることについて、どのように考えるか。
- 人口の少ない医療圏では、地域の実情から手術等の実績要件等を満たすことが困難な場合もあるが、地域において救急搬送受入の砦となる病院や、へき地において地域を支える役割を果たす病院があることを踏まえ、人口の少ない地域における拠点的な病院の役割の評価をどのように考えるか。

## 令和 8 年度診療報酬改定について（案）

令和 7 年 12 月 12 日  
中央社会保険医療協議会

本協議会は、医療経済実態調査の結果、薬価調査及び材料価格調査の結果等を踏まえつつ、令和 8 年度診療報酬改定について審議を行ってきたところであるが、その結果を下記のとおり整理したので、厚生労働大臣に意見を申し述べる。

### 記

#### 1. 医療経済実態調査の結果について

- 本協議会は、医業経営の実態等を明らかにし、診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、第 25 回医療経済実態調査を実施し、その結果等について検討した。

#### 2. 薬価調査及び材料価格調査の結果について

- 薬価調査の速報値による薬価の平均乖離率は約 4.8%、材料価格調査の速報値による特定保険医療材料価格の平均乖離率は約 1.3%であった。

#### 3. 令和 8 年度診療報酬改定について

- 我が国の医療については、人口減少・少子高齢化が進展するとともに、人生 100 年時代に向けた「全世代型社会保障」の構築が求められる中で、世界に冠たる国民皆保険を堅持し、あらゆる世代の国民一人一人が安全・安心で効率的・効果的な質の高い医療を受けられるようにすることが必要である。また、医療を取り巻く環境の変化や多様な国民のニーズに柔軟に対応することが重要である。
- 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において取りまとめられた「令和 8 年度診療報酬改定の基本方針」（以下「基本方針」という。）では、物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取り巻く環境の変化への対応、2040 年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進、安心・安全で質の高い医療の推進を行いつつ、効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上を図ることとされた。
- 本協議会は、この基本方針に基づき、全ての国民が質の高い医療を受け続けるために必要な取組についての協議を真摯に進めていく。こうした基本認識に

については、支払側委員と診療側委員の意見の一致をみた。

○ しかし、このような基本認識の下で、どのように令和８年度診療報酬改定に臨むべきかについては、次のような意見の相違が見られた。

○ まず、支払側の意見は次のとおり。これまで長期にわたり物価・賃金が停滞する中で、高齢化や医療の高度化等により医療費が増加し続け、被保険者と事業主の保険料負担は既に限界に達している。一方で、第 25 回医療経済実態調査の結果、病院の経営を安定化させることや、医療機関に勤務する方々の賃金を引き上げる必要性は理解できるものの、病院と診療所・薬局の経営状況には格差があるほか、病院の中でも機能別や同じ機能の中でも施設間での格差があることを強く認識すべきである。また、新たな地域医療構想やかかりつけ医機能報告制度等の動きは、限りある医療資源を有効活用し、患者にとって安全・安心で効果的・効率的な医療を目指すものであり、スピード感を持って取り組む必要がある。こうした基本認識のもと、基本診療料の単純な一律引上げは、患者負担と保険料負担の上昇に直結するだけでなく、医療機関・薬局の経営格差や真の地域貢献度が反映されないため妥当ではないほか、地域における医療ニーズに沿う形での医療機能の分化・強化・連携を推進することや、経営マネジメントの強化・医療ＤＸやＩＣＴを活用した組織運営の効率化が重要である。以上より、現役世代を中心とした保険料負担の抑制と物価上昇局面での保険給付の充実の両立を図り、将来にわたり国民皆保険制度と医療提供体制を維持するために、医療の在り方を着実に改革して医療機関・薬局の経営を健全化し、確実に医療従事者の賃上げを担保すること、充実すべき部分についても、税制や補助金との明確な役割分担を前提として優先順位を意識し、確実な適正化とセットで真にメリハリの効いた診療報酬改定を行うとともに、診療所・薬局から病院へ財源を再配分する等、硬直化している医科・歯科・調剤の財源配分を柔軟に見直すこと、医薬品・医療材料について、ライフサイクルに応じた市場の棲み分け、根拠に基づく適切な価格設定と適切な使用方法、費用対効果評価制度のより一層の活用を追求することを要望する。

○ これに対し、診療側の意見は次のとおり。昨今、急激な物価高騰・人件費上昇がみられる中、診療報酬の改定がこれらの社会情勢に追いついておらず、医科・歯科医療機関及び薬局等は閉院や倒産が過去最多のペースとなっているなど、かつてない異常事態と言える。診療報酬は、医学の進歩・高度化への対応や医療従事者の確保等に不可欠な役割を担っており、地域の医療提供体制をこれ以上崩壊させないためにも、その基盤となる経営の健全化が早急に実現されなければならない。令和８年度診療報酬改定においては、財源を純粋に上乗せ

するいわゆる「真水」による思い切った対応が必要であり、賃金上昇と物価高騰、高齢化、医療の高度化・技術革新に対応し、経営基盤の強化を図るための大幅なプラス改定が求められる。第 25 回医療経済実態調査では医療機関・薬局の給与費は伸びているものの、最低賃金や人事院勧告、2025 年春季労使交渉の平均賃上げ幅に対応できる状態とはなっておらず、医療人材の他産業への流出に歯止めがかからず、医療提供体制に支障が生じるおそれがある。また費用についても、物価・人件費等の高騰の影響を受けて、医療機関における諸費用や歯科材料等の価格が上昇しているほか、薬局では医薬品供給不足や管理コストが負担増となっているなど、自助努力では到底対応できない状況に陥っている。令和 6 年 4 月から始まった医師等の働き方改革について、様々な検証等調査によりその効果が認められているところであり、全ての医療従事者の負担軽減を加速させていくための見直しと評価の継続が求められる。また、業務効率化・職場環境改善の更なる推進には医療 DX の取組が大いに効果的であり、それに伴う費用負担への支援は、導入時だけでなく維持に係る費用などを含む全体的な視点で十分な対応が必要である。こうしたことを踏まえれば、令和 8 年度診療報酬改定は十分な「真水」による財源を確保するべきであり、その際、病院、診療所、薬局などを分断するような改定率議論ではなく、医療提供体制全体を俯瞰して改定率を決定する必要がある。公定価格で運営する医療機関等が賃上げや人材確保を継続的かつ安定的に行い、物価高騰にも対応していくための対応は待ったなしである。

- 本協議会は、社会保険医療協議会法でその組織構成や、審議・答申事項等を法定されており、医療保険制度を構成する当事者である支払側委員と診療側委員、そして公益委員が、医療の実態や医療保険財政等の状況を十分考慮しつつ、診療報酬改定の責任を果たしてきた。診療報酬改定は、基本方針に沿って、診療報酬本体、薬価及び特定保険医療材料価格の改定を一体的に実施することにより、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられるよう、医療費の適切な配分を行うものである。そのために、本協議会においては、これまでも医療制度全体を見渡す幅広い観点から、膨大な時間を費やしデータに基づいた真摯な議論を積み重ね、診療報酬改定に取り組んできており、これからもそのように取り組み続けていく。
- 厚生労働大臣におかれては、これまでの本協議会の議論を踏まえ、令和 8 年度予算編成に当たって、診療報酬改定に係る改定率の設定に関し適切な対応を求めるものである。
- 令和 8 年度診療報酬改定に当たっては、物価や賃金動向に対応した改定が必



要であり、医療機能の特性を踏まえて的確に対応するとともに、少子高齢化・人口減少による人口構造の変化や医療資源の逼迫といったさまざまな課題に対応していくことが求められる。そのためにも、施策の成果や影響等を、データやエビデンスに基づいて正確・迅速に把握・検証し、更なる施策の見直しに役立てていくことが引き続き重要であり、そのための人材・体制の充実が望まれる。

- さらに、国民一人一人が医療提供施設の機能に応じ、適切に医療を選択し受けることができるような環境を実現することも重要である。医療が高度化し、制度が複雑化する中でも、できるだけ仕組みを分かりやすくし、患者の主体的な選択を可能とする医療の質を含めた情報提供を行うなど、国民の理解を一層深める工夫についても配慮が行われるよう望むものである。