

令和5年12月27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  
佐保 昌一  
高町 晃司  
眞田 享  
鈴木 順三  
末松 則子

令和6年度診療報酬改定等に関する1号（支払側）の意見

## I. 基本認識

診療報酬は医療サービスの対価であり、保険診療として確立された価値について、全患者に共通する基礎部分を基本料で評価したうえで、患者に応じた付加部分を個別に評価することが原則である。患者をはじめとする費用負担者の理解と納得のためには、患者の状態や投入された医療資源を反映した、重複のない評価としなければならない。医療政策を実現するための手段として診療報酬を用いる場合には、患者の自己負担に結びつくことや、公的医療保険制度が国民・事業主の保険料負担を基盤に運営されていること等に留意し、診療行為との関連性等を十分に考慮して補助金・交付金と役割分担することが不可欠である。

令和6年度診療報酬改定は、団塊の世代が全て75歳に到達する節目を1年後に控えた時期にあたる。今後も生産年齢人口が減少する一方で、高齢者の医療ニーズの増加は確実であり、依然として不十分な医療機能の分化・強化や連携を加速させる必要がある。さらに、新型コロナウイルス感染症が5類に移行して初の改定であること、介護報酬や障害福祉サービス等報酬との同時改定であること、第8次医療計画・第4期医療費適正化計画・医師の時間外労働規制等と同時施行であること、かかりつけ医機能報告が令和7年度に施行予定であること、物価高騰や賃金上昇への対応が求められていること等を踏まえれば、限られた財源のなかで、医療DXを本格的に活用しながら、患者にとって安全・安心で効果的・効率的な医療を実現するために、真にメリハリの効いた大胆な配分の見直しが必要である。

議論に際しては、政府が決定した改定率と社会保障審議会の医療保険部会・医療部会が策定した基本方針を前提とし、診療報酬調査専門組織での技術的な検討結果を最大限尊重するとともに、医療経済実態調査等の客観的データや学会ガイドライン等のエビデンスに基づく判断が肝要である。

## Ⅱ. 診療報酬

### 重点項目

#### (1) 入院医療

限られた医療資源を有効に活用するためには、引き続き病床機能の分化・強化と連携を推進することが基本である。2025年に向けた地域医療構想に基づく病床再編は十分とは言えず、より踏み込んだ対応が求められる。また、介護保険施設を含めた強固な連携体制を構築することが不可欠である。

特に高度急性期や急性期において、一部の治療室や病棟が令和4年度診療報酬改定以降に増加していることは、専門的な医療資源を集中的に投入できる濃密な医療提供体制を確保する流れに逆行する。高齢者の救急搬送をはじめ、基礎疾患の急性増悪や合併症の治療には、より早期からのリハビリテーションが重要である。一定程度の急性期治療とADLの維持・回復を同時に対応できる病棟を確保するとともに、下り搬送を含めて、高度急性期から急性期、急性期から回復期への速やかな転棟・転院を促す必要がある。高齢者の急性期医療ニーズの増加を理由として、高度急性期機能や急性期機能の重点化と回復期機能の充実を怠れば、入院医療全体の弱体化につながる懸念がある。

回復期については、リハビリテーションの需要増に対応できる病床数の拡大とともに、期待される役割を真に発揮した実績を適切に評価することで、機能を強化する視点が重要である。

慢性期の病床機能については、患者の状態と医療資源投入量に応じた評価の視点が不足している。療養病棟を多く抱える医療機関の経営状況が好調であることを念頭に入れ、医療療養病床の看護配置25対1の経過措置が令和5年度末に廃止されることも踏まえ、あるべき医療の姿や医療資源投入量を適切に反映した指標により、メリハリのある評価とするべき。

DPC/PDPSは、真に急性期医療を担う医療機関を適切に評価できることが重要である。参加病院全体のデータに基づき診断群分類毎の評価及び医療機関別係数が決定される制度全体の性質を踏まえ、一部の医療機関で診療密度が低いこと等により他の急性期医療機関の評価を不当に歪めることのないよう、DPC対象病院を厳格に制限するべき。

#### ① 高度急性期入院医療

- 特定集中治療室管理料において、「重症度、医療・看護必要度」（以下、「必要度」という）で捉えられない患者の状態を反映させる観点から、SOFAスコアを組み合わせた指標に見直し、重篤な患者を受け入れる役割を適切に評価できるようにするべき。
- 特定集中治療室管理料と救命救急入院料において、必要度Ⅱを要件とするべき。
- 宿日直許可を得た医師による特定集中治療室等の運営は、専任の医師による24時間体制を前提として高い特定入院料を設定していることに鑑みれば、望ましい姿ではない。一方、医師の働き方改革も踏まえ、宿日直許可が現実的な対応策となり得るのであれば、通常より低い特定集中治療室管理料の区分を新設することは、検討の余地がある。ただし、新区分の届出においては、特定行為研修を修了した看護師等の配置により医

療の質を一定程度担保するべき。

- 特定集中治療室における遠隔ICUを用いた診療については、患者の安全を確実に担保することが不可欠であり、実態を踏まえて適用可能な状況を慎重に見極めるべき。
- 母体・胎児集中治療室管理料については、専任医師の常時勤務要件を「治療室内」から「院内」に見直した場合、医療の質が一般病棟と同等の水準まで低下する可能性がある。必要に応じて短時間で診療を開始できるとのデータがあることや、医師の働き方改革の必要性は理解するが、特定入院料で高い評価を設定していることを踏まえ、施設基準の見直しは慎重に判断するべき。
- 特定集中治療室の重症患者対応体制強化加算については、コロナ禍の教訓も踏まえ、特に機能の高い特定集中治療室を手厚く評価するために令和4年度診療報酬改定で新設された経緯があり、特殊な治療法等の患者が退院した場合に実績要件を満たしにくくなることを理由として、施設基準を緩和すべきでない。むしろ特定集中治療室を集約化して患者の集積を高め、医療資源の重点的な投入が促される方向性を目指すべきである。
- ハイケアユニット入院医療管理料の「必要度」において、A項目については、概ね全患者が該当する「心電図モニター管理」と「輸液ポンプ管理」を除外したうえで、各項目について重症化率との相関を踏まえた重み付けを加えるべき。B項目については、評価項目としての位置付けを廃止し、測定のみ継続する取扱いとするべき。また、看護職員等の業務負担軽減や「必要度」の客観性を高める観点から、レセプト電算処理システムコードを用いた評価方法を導入するべき。

## ② 急性期入院医療

- 一般病棟用の「必要度」の評価項目において、A項目については、急性期の病態を適切に評価する観点で、「救急搬送後の入院／緊急に入院を必要とする状態」の評価日数を1日又は2日とし、「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤からアミノ酸・糖・電解質・ビタミンを除外するとともに、評価日数に上限を設けること、「呼吸ケア」や「創傷処置」の評価基準を必要度Ⅱに統一すること、外来化学療法を推進する流れに逆行しないよう、「抗悪性腫瘍剤」の対象薬剤から入院で使用割合が低い薬剤を除外することが求められる。B項目においては、急性期の機能を適切に反映する観点で、患者の状態を評価する指標として用いないことが妥当である。C項目においては、実態を踏まえて対象技術と対象日数を見直すべき。
- 急性期一般入院基本料の「必要度」の該当患者割合について、令和4年度診療報酬改定においてコロナ禍のなかで地域医療への影響に配慮した基準値に緩和したが、新型コロナウイルスの感染症法上の位置付けが5類とされていることを踏まえ、急性期病床の機能分化・強化の観点から、シミュレーション結果に基づき基準を厳格化すべき。
- 必要度Ⅱについて、200～399床の急性期一般入院料2・3では概ね全ての施設、200床未満の急性期一般入院料1では半数以上が届出を行っている実態を踏まえ、必要度Ⅱへの統一に向けて届出を要件とする対象範囲を拡大するべき。
- 急性期一般入院料1の平均在院日数について、90%以上の医療機関が施設基準である

18日より2日以上短い実態や、平均在院日数が長い医療機関で全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向を踏まえ、機能分化を推進する観点から、施設基準を14日に厳格化するべき。

- 急性期一般病棟入院料1の在宅復帰率について、医療機能の分化・強化と連携を推進する観点から、現行80%の基準値を厳格化するべき。
- 急性期充実体制加算について、高度かつ専門的な急性期医療の提供について、地域において基幹的な役割を果たす医療機関を評価していることから、300床未満を対象とする病床当たりの実績要件は削除するべき。また、外来化学療法が促進されるよう、外来化学療法の体制だけでなく、実施割合を要件として設ける等、施設基準を厳格化するべき。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、大動脈バイパス手術の実施件数を考慮する場合には、要件緩和としないようにするべき。
- 高齢の救急患者等について、地域包括ケア病棟で受け止めきれない実態がある一方、現状の急性期病棟ではリハビリテーションや栄養管理の機能が不十分で、入院中にADL低下等がみられることから、▽救急患者の受入れ▽一定の医療資源投入による急性期からの速やかな離脱▽リハビリテーションと栄養管理の一体的な提供▽退院に向けた適切な意思決定支援▽在宅医療や介護との連携ーを包括的に提供できる新たな病棟類型を創設するべき。その際、患者の状態に応じて医療資源を適切に投入した実績を評価することにより、地域において求められる役割を適切に果たし、病棟の機能を強化する好循環につなげることが不可欠である。また、対象としては、看護配置10対1の急性期病棟を主に想定し、一定の移行期間を認めるとしても、明確な期限を設定し、急性期一般入院料2～6は早急に廃止するべき。

### ③ 回復期入院医療

- 地域包括ケア病棟について、▽ポストアキュート▽サブアキュート▽在宅復帰支援ーの3つの役割を担う前提で高い包括点数が設定されていることから、一部の役割のみを担う病棟の評価を適正化する等、医療資源投入量を踏まえた適切な評価とするべき。
  - 救急搬送の受入れについて、加算を含めて入院初期の評価を一体的に見直すべき。
  - 短期滞在手術の患者を重症度、医療・看護必要度の対象から除外しているものの、短期滞在手術等基本料3の患者が地域包括ケア病棟に入棟している実態を踏まえ、実績要件の対象範囲を含め、在宅復帰率などの指標の計算方法を見直すべき。
  - 在宅・施設への移行を促すためにも、重症患者割合の基準を引き上げるべき。
  - 地域包括ケア病棟入院料2、4において、訪問看護や訪問リハビリの実績を必須にするべき。
  - 入退院支援及び地域連携業務を担う部門において、介護事業所や障害福祉サービス事業所と連携した在宅復帰支援が確実に進むよう、実績要件を設けるべき。
- 回復期リハビリテーション病棟について、実態に応じて実績要件や体制要件を厳格化し、よりメリハリのある評価を通じてリハビリテーション機能の強化を促進するべき。
  - 回復期リハビリテーション病棟入院料1、3において、努力規定となっている第

三者評価を義務化するべき。

- 運動器疾患に対するリハビリテーションについて、FIMの改善という観点で効果が明確な1日6単位までの評価とするべき。
- 体制強化加算について、平均在棟日数の短縮といった期待した効果がみられない実態や、多くの回復期リハビリテーション病棟において、常勤の社会福祉士が配置されている状況を踏まえ、廃止するべき。
- 発症後早期からの集中的なリハビリテーションについて、患者の医学的な状態や医療資源投入量等の詳細な分析に基づいたADL以外の評価軸がないのであれば、安易な追加の評価は行うべきでない。
- 退院前訪問指導について、ICTを活用する等の工夫が必要である。
- 管理栄養士を配置している病棟において、標準的な方法による栄養評価と定期的なモニタリングを必須とし、栄養管理を強化するべき。
- 認知症ケア加算と同様に身体拘束を実施した日に入院料を減算するべき。
- 自宅等への復帰を推進する観点から、地域ケア会議への参加を必須とするべき。

#### ④ 慢性期入院医療

- 療養病棟入院基本料の注11に規定されている経過措置について、看護配置25対1のみならず、医療区分2・3の該当患者割合が5割未満の取扱いも併せて廃止するべき。
- 療養病棟入院基本料2について、医療区分2・3の該当患者割合の基準を現行の5割から厳格化し、医療の必要性が低い患者を介護施設で対応する流れを強化するべき。
- 療養病棟入院基本料の医療区分について、「疾患・状態」が定義に該当した場合と「処置等」が定義に該当した場合で医療資源の投入量に違いがあることを踏まえ、「疾患・状態」と「処置等」を別の区分に切り離れたうえで、適正化の視点も考慮しつつ、医療資源の投入量を反映したメリハリのある評価に精緻化するべき。
- 療養病棟入院基本料1の入院料Iについて、医療区分とADL区分が最も低い一方で、リハビリテーションの算定が多い実態を踏まえ、評価を適正化し、医療の質の観点から、リハビリテーション機能を備えた病棟での対応を促すべき。
- 中心静脈栄養について、可能な限り速やかな抜去が患者のためであり、医療資源の有効な活用にも資することから、医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」を真に中心静脈栄養が必要な患者に限定するとともに、評価の日数に上限を設けるべき。

#### ⑤ DPC/PDPS

- 保険診療係数について、減算の医療機関がわずかであることも踏まえ、適切なデータの作成をDPC制度への参加条件として位置付け、指数による評価は廃止するべき。
- 効率性指数について、患者構成の違いによる不公平を是正すべき。
- 地域医療係数の「感染症」の評価は、第8次医療計画を踏まえ、都道府県との感染症対応に係る協定の内容と、リンクした内容にするべき。体制評価指数の新たな評価項目の追加について、医療の質向上に向けた取組みへの評価は、医療の質の可視化につな

がる期待もあり、積極的に検討すべき。

- 急性期の規模の小さいDPC対象病院が増加し、症例構成の偏った施設において、不適切な複雑性係数による評価となっていること、データ数が少ない医療機関で診療密度が低いことを踏まえ、「1か月当たりデータ数90」を目安とするDPC制度への参加基準を設定し、基準を満たさない病院は退出させるべき。
- 不要な在院日数の延伸につながらないよう、医療資源投入量の実態や診断群分類の特性を踏まえ、点数設定方式Bの拡大や新たな点数設定方式導入も含め、包括評価をさらに推進していくべき。

#### ⑥ 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、対象となる手術等の入院外での実施状況を踏まえ、本来、入院外での実施が期待されている手術等の入院外での実施が進むよう、評価のあり方を整理するべき。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となる手術等について、基本料3の要件を満たさない患者を含めて、一律に一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の対象とするべき。

#### ⑦ 障害者施設等入院基本料について、患者の状態を適切に反映させる観点から、透析患者を療養病棟入院基本料に準じた評価とするべき。

#### ⑧ 緩和ケア

- 緩和ケアチームに専従・専任の精神担当医が配置されている場合、精神症状についての対応依頼が多いことを踏まえ、拠点病院で精神担当医の配置を進めるべき。
- がん拠点病院加算について、麻薬等による薬物療法を提供するだけでなく、精神心理的苦痛への対応、緩和的放射線治療、神経ブロックの実施を要件に位置付け、高い点数に相応しい機能の発揮を促すべき。
- 緩和ケアに関する研修を修了した医師が増加していることから、外来腫瘍化学療法診療料において、疼痛緩和や不安軽減のための取組みを求めるべき。
- がん患者への緩和ケアについて、ICTを用いた拠点病院との連携を推進するべき。
- 小児の緩和ケアについて、成人と異なる対応の必要性を踏まえた評価を検討するべき。

#### ⑨ 身体拘束について、病棟の種類によらず原則禁止することが望ましい。全ての医療機関において身体拘束がどのように変化したのか検証しながら、取組みを着実に進めるべき。また、行動制限の最小化が要件となっている看護補助者の配置に係る加算等について、認知症ケア加算における減算と同様に、業務負担等も考慮して、身体拘束の有無によるメリハリを効かせるべき。

## (2) 救急医療

高齢者の救急搬送が増加するなかで、必ずしも重篤でない患者が高次救急医療機関に搬送されることがあり、初期対応の後に速やかに下り搬送すること等により、効率的で効果的な医療

資源の活用につなげるべき。系列医療機関の間での搬送等の院内転棟に近いケースを除き、適切な転院搬送を促進することが考えられる。また、令和2年度診療報酬改定で救急医療管理加算の補完的な情報収集として導入したJCS、P/F比、NYHA等の指標については、入院時点における患者の状態に応じた加算の算定に必ずしも反映されていない実態が示唆されており、算定要件としての実装に踏み切る必要がある。

#### ① 転院搬送

- 救急医療機関等で一旦対応した後に他の医療機関へ転院搬送することを評価するのであれば、搬送元と搬送先が適切な連携体制を構築していることを確実に担保する必要がある。また、可及的速やかな転送を促す観点から、救急外来から直接搬送される場合の評価と、一旦入院してから搬送される場合の評価に差を付けるべき。
- 急性期病棟から他の急性期病棟への転院が在宅復帰率に反映されない取扱いについては、転院前の急性期病棟における入院が必要以上に長期化する要因になり得る。一方で、急性期病棟への転院を在宅復帰率に反映させた場合、回復期等への転院を阻害しかねない。急性期病棟から急性期病棟への転院を在宅復帰率の分子として計算するのであれば、想定される患者の状態や転送のパターンを明確化したうえで、転院前の入院期間を制限し、速やかな転院を担保するべき。

#### ② 救急医療管理加算

- 入院時にJCS0の意識障害、NYHA I度の心不全、P/F比400以上の呼吸不全とされた患者は、搬送後の経過観察等で入院する場合があるため、救急医療管理加算の対象外であることを明確化し、重篤な患者の受入れに対する評価を徹底するべき。
- 救急医療管理加算2における「その他の重症な状態」については、患者の状態に応じた適切な評価という観点で極めて問題であり、算定要件から除外すべき。加算で評価すべき患者が存在するのであれば、重篤な状態として明確に位置付けるべき。

### (3) 外来医療

疾病に罹患した場合の初期治療から、入院医療や在宅医療の調整、長期間にわたる慢性疾患の管理まで外来の医療ニーズは幅広い。上手な医療のかかり方や地域包括ケアシステム等の総合的な医療政策も踏まえ、「患者中心の医療」を推進する観点で診療報酬上の対応を考える必要がある。

紹介受診重点医療機関が令和5年から公表され始め、今後、専門外来と一般外来の分化がより進むことを念頭に置き、かかりつけ医機能を早急に強化しなければならない。令和5年医療法改正により、かかりつけ医機能の定義が法律に規定され、令和7年度から「かかりつけ医機能報告制度」が新たに導入される。この流れを想定し、令和6年度診療報酬改定においては、時間外対応や介護との真の連携を促す要件の設定、計画的な疾病・療養管理に関する重複評価の是正、医師と患者の合意事項を電磁的な方法を含めて可視化すること等が考えられる。さらに、患者の通院負担に配慮してリフィル処方・長期処方や適切なオンライン診療を普及させるとともに、医療DXを通じた情報共有により、最適な医療を実現するべき。

① 外来医療に関する診療報酬の体系的な見直し

- かかりつけ医機能については、時間外の診療や相談に対応できることが不可欠である。連携も極めて重要な要素であり、輪番を含めた体制の構築と時間外対応の実績を評価すべき。また、主治医とケアマネ等の「顔の見える連携」に向けて、地域包括診療料等において、サービス担当者会議への参加の実績を要件として追加すべき。障害福祉においては、主治医と相談支援専門員の連携が求められる。また、日常よくある疾患を幅広く診療する機能に対する患者の期待は大きい。機能強化加算については、かかりつけ医機能に係る体制を評価するという位置付けであることを踏まえ、「どんな病気でもまずは診療してくれる」ことの公表を施設基準として明確化すべき。
- 医療法改正に基づく制度整備も視野に入れ、かかりつけ医機能や慢性疾患の継続的な管理に関連する診療報酬において、患者の求めに応じて病状や治療内容について、電磁的な方法を含めて書面で説明することを義務化するべき。
- 生活習慣病管理料については、療養計画書を作成する医師の業務負担や高い点数設定による患者の費用負担が算定の阻害要因となっている。そのため、電子カルテ情報共有サービスが導入された場合、患者がマイナポータルで血液検査の結果等を確認できることを踏まえ、療養計画書の記載を簡素化することにより、医師の業務負担を軽減すべき。また、その効果を点数に反映するとともに、月1回の受診を必須とする要件を廃止することで、患者負担を軽減すべき。さらに、リフィル処方や長期処方に対応可能なことも要件に追加することで、患者の利便性も高めるべき。医療の質の観点からは、診療ガイドライン活用を徹底するとともに、連携の有効性を踏まえ、多職種連携と医科歯科連携も要件とするべき。
- 特定疾患療養管理料については、「プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が、計画的に療養上の管理を行うこと」に対する評価として位置付けられているが、計画書の作成や説明が義務付けられておらず、医療の質が担保されていない。エビデンスに基づく疾病管理の観点で、高血圧・糖尿病・脂質異常症は特定疾患療養管理料の対象から除外し、生活習慣病管理料のなかで評価することで、計画書に基づく継続的な疾患管理に関する患者の理解も深まる。併せて、特定疾患処方管理加算についても、位置付けを明確化するべき。
- 外来管理加算については、「処置、リハビリテーション等を行わずに計画的な医学管理を行った場合」に算定することとされ、「丁寧な問診と詳細な身体診察を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う」ことが求められているが、患者にとって評価の意義が極めて理解しにくい。さらに、同様に計画的な管理を評価する診療報酬である「特定疾患療養管理料」「生活習慣病管理料」「地域包括診療加算」と併算定できることも踏まえ、外来管理加算は廃止すべき。
- 地域包括診療加算について、特定疾患療養管理料や生活習慣病管理料との併算定は計画的な管理の二重評価であり、どの診療報酬で計画的な管理を評価するのか、考え方を整理するべき。



## ② 情報通信機器を用いた診療

- 初診からの向精神薬等の処方については、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を明らかに逸脱しており、診療報酬の不適切な請求である。厚生局において厳正に対処するとともに、学会や医療関係団体等と連携して指針の遵守を徹底するべき。
- 患者の所在地が医療機関と離れていることは、即座に指針を逸脱しているとは言えないが、東京の医療機関において、遠方の患者に対するオンライン診療に不眠症が多い傾向がみられることを踏まえ、遠方の患者に対するオンライン診療の割合が高い医療機関に対して、対面診療が必要な時に連携する医療機関の名称を厚生局に報告するよう求めるべき。
- 情報通信機器を用いた精神疾患の管理については、画面からは確認できない患者の振る舞い等や、睡眠薬の初診時処方という重大な問題を踏まえ、極めて慎重に判断するべき。ただし、厚生労働省において「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」が策定されたことや、有効性のエビデンスが示されていることを考慮し、発達障害等に対する小児特定疾患カウンセリング料や精神保健指定医による精神療法について、一定の条件下で情報通信機器を用いた診療を評価することが考えられる。
- C P A P療法に係るオンライン診療の評価について、時限的・特例的措置期間中の実態を踏まえ、適切な運用を担保したうえで実施するべき。
- へき地におけるオンライン診療のD to P with Nは推進すべき。その際、医療の質を担保する観点から、オンライン診療支援に係る研修の受講を要件とするべき。
- 遠隔連携診療料について、患者の安心の観点や限られた医療資源を有効活用する観点で、実績のある疾患を対象に追加することが考えられる。

## (4) 在宅医療

高齢化のさらなる進展や病床機能の再編により、在宅療養の患者は今後も増加し続ける見通しである。限られた医療資源でニーズを充足させるためには、地域の医療・介護関係職種がそれぞれの機能を十分に発揮し、質の伴うかたちで過不足なく効率的にサービスを提供することが求められる。その際、かかりつけ医機能の強化が重要な要素であり、特に在宅医療を担う人材が不足する地域において、幅広い医療機関等が連携し、緊急往診や救急等を含めた24時間の医療提供体制を確保する必要がある。

### ① 訪問診療・往診

- 診療所が在宅医療において、かかりつけ医としての役割を果たすことができるよう、緊急時の入院を含めて在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院、地域包括ケア病院が機能を発揮するべき。
- 包括的支援加算と頻回訪問加算について、対象患者の重点化が必要である。包括的支援加算については、現行の基準である要介護度2や認知症生活自立度Ⅱbを境に診療時間が長くなる傾向がみられず、むしろ自立の場合に最も診療時間が長いことから、要介護度や認知症日常生活自立度を加算の指標とする必要性は乏しい。頻回訪問加算

については、悪性腫瘍以外の算定割合が高く、長期にわたり算定している実態を踏まえ、適正化するべき。

- 訪問診療を極めて多く実施している医療機関について、ターミナルケア加算や往診等の実績が少なく、効率的に訪問診療を提供している実態を踏まえ、厳格な施設基準を設定し、要件を満たせない場合には在宅療養支援の役割を十分に果たしていないと判断するべき。
- コロナ禍のなかで往診が果たした役割は大きいですが、往診の必要性が乏しいと考えられる患者が一定程度みられることを踏まえ、限られた医療資源を有効に活用する観点で、往診は外来受診が困難な場合の手段ということを、改めて徹底するべき。

## ② 訪問看護

- 訪問看護ステーションについて、患者の安心のために24時間体制を確保する観点から、大規模化を推進すべき。一方で、患者や家族への事前説明により、緊急性の乏しい電話相談を減らすことも必要である。また、がん患者の割合が増加していることを踏まえ、機能強化型訪問看護ステーションに専門性の高い看護師の配置要件を義務化するべき。
  - 全利用者に占める同一建物の居住者への訪問看護が7割以上の訪問看護ステーションにおいて、機能強化型を届け出る意向が乏しく、1回あたりの訪問時間が相対的に短い傾向にあり、効率的に頻回な訪問看護を提供している実態を踏まえ、同一建物居住者の割合が高い場合の訪問看護療養費を適正化するべき。
  - 精神科訪問看護について、全利用者に占める割合が極めて高い訪問看護ステーションが存在することも踏まえ、慎重に対応を検討するべき。
  - 身体拘束の原則禁止をはじめとして、介護保険と異なる取扱いを是正するべき。
- ③ 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院について、24時間の医療提供体制を維持し、かかりつけ医の支援等において十分な役割を果たすべき。さらに増加するニーズに対応するために、地域の医療機関と強固に連携を構築していくべき。在宅での緩和ケアにおけるICTを活用した対応も推進するべき。訪問栄養食事指導について、栄養ケア・ステーションを活用しつつ、管理栄養士がいる在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院が、他の医療機関を支援することも重要である。
- ④ 周産期及び乳幼児への訪問看護において、連携が必要であり、ハイリスク妊産婦連携指導料の算定にあたって、訪問看護ステーションの看護師の参加を必須とすべき。乳幼児への訪問看護については、機能強化型訪問看護管理療養費の実績要件を見直し、機能強化型ステーションが重点的に対応するべき。
- ⑤ 訪問看護療養費明細書について、オンライン請求が開始されることを踏まえ、レセプト情報の分析等を進めるべき。
- ⑥ 薬局の薬剤師による訪問薬剤管理指導について、終末期の患者ニーズや時間外・緊急時に対応が求められている実態を踏まえ、一定の条件を設けて評価を検討することが考えられる。在宅移行時の多職種と連携した薬局の対応については、既存の評価に含まれている業務との切り分けや、退院時と初回訪問のどちらで評価するのか整理したうえで、評価のあ

り方を検討するべき。処方医と連携して処方内容を調整する取組みについては、重複投薬・相互作用等防止管理料として評価することが考えられる。高齢者施設における薬剤管理については、介護保険との関係や業務の効率性を踏まえ、慎重に議論するべき。

## (5) 医療DX

オンライン資格確認等システムを通じた医療情報の活用を着実に浸透させるとともに、電子処方箋の早期拡大、電子カルテ情報共有サービスの円滑な導入、さらには全国医療情報プラットフォームの実現は、今後の効率的・効果的で質の高い医療に不可欠な要素である。補助金と診療報酬の役割分担を踏まえつつ、スピード感を持って推進するべき。また、診療報酬改定DXにより、医事会計システムの改修を円滑化することは、医療機関・薬局のコスト低減を通じて、診療報酬制度の運営そのものを効率化させるものと考えている。

- ① 診療報酬改定DXについて、診療報酬改定の施行時期後ろ倒し等、中医協での合意事項を確実に実施するべき。
- ② 救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備については、これまで以上に適切な治療を選択できるようになり、医療の質の向上や医療資源の有効活用などのメリットが期待できる。令和6年中の運用開始を踏まえ、救急医療を念頭に置いた診療報酬について、救急用サマリー等の活用を要件に位置付けるべき。
- ③ 全国医療情報プラットフォームの構築や電子カルテ情報の標準化における3文書・6情報を医療の質向上に活用するには、多くの医療機関の参画が重要である。特に、かかりつけ医は、日頃の診療から把握している患者の状態や情報を3文書6情報として全国医療情報プラットフォーム等に登録するべき。
- ④ 電子処方箋については、オンライン資格確認等システムの価値を高めるサービスであり、保険料を通じて全国民がランニングコストを負担していることを踏まえ、早期の普及・活用促進が必須である。国の積極的な広報活動などを含め、目標数値である「令和5年3月までにオンライン資格確認導入した施設の7割程度の医療機関等への導入」の達成に向け取組みを加速化するべき。また、重複投薬や併用禁忌を自動でチェックできる機能により、医療の質の向上とともに業務の効率化が期待できる。さらに、医療機関や薬局に対しては、ポリファーマシーに関連する評価が既にあることから、電子処方箋サービスを使用するたびに患者負担を求めるような加算を設定するべきでない。
- ⑤ サイバーセキュリティについて、補助金を活用して体制を整備するとともに、医療法に基づく立ち入り検査の規定を踏まえ、診療録管理体制加算において、400床以上の病院に限らず、医療情報システム安全管理責任者の配置を広く求めるべき。BCP対応についても、立入検査のチェックリストに入っていることから、当然の取組みとして実施するべき。
- ⑥ オンライン資格確認等システムについては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の特例を12月末で確実に廃止したうえで、令和6年度以降の取扱いをゼロベースで検討するべき。その際、引き続き加算で評価するのであれば、保険証が廃止され、マイナンバーカードによる受診が原則となることを想定し、医療機関・薬局において診療情報や薬剤情報の活用が当たり前になり、より多くの患者が医療の質の向上等のメリットを実感できる

ようにするべき。

- ⑦ 医療情報が電子化されるなかで、重篤な副作用が発生した患者等を適切に救済する観点から、電子カルテの保存義務期間を無期限とするべき。
- ⑧ 診療報酬における書面要件のデジタル化を推進するべき。電磁的な方法による書面の交付は、情報管理の利便性や継続性の観点で患者にメリットが大きく、患者サマリーの提供を実現するべき。ただし、デジタル化に対応できない患者に配慮し、患者の希望に応じて紙で情報提供する等の柔軟な運用を可能にすべき。電磁的方法で書面を交付する際には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、電子署名で対応するべき。
- ⑨ 院内掲示のデジタル化については、医療機関のウェブサイトに掲載されることで、誰でも、いつでも、情報を確認できるため、積極的に推進するべき。ただし、患者にとっての分かりやすさも踏まえて、ウェブサイトに掲載する内容を精査する必要がある。

## (6) 歯科

医科・調剤・介護との連携も含め、早期に介入することで生涯にわたり口腔機能の健康を維持・向上を推進することが重要である。地域においてはかかりつけ歯科医機能が果たす役割は大きく、病院においては歯科の専門性の発揮が期待される領域が残されている。一方で度重なる歯科初再診料の引上げは、患者負担に直結するものであり、厳に慎むべきである。

- ① かかりつけ歯科医機能強化型診療所について、実績を踏まえて役割と名称を見直すべき。
- ② 歯科疾患管理料について、適切に運用されているか注視し、必要に応じて適正化するべき。
- ③ 貴金属価格の乱高下に左右されない観点から、新しい材料の活用を積極的に検討するべき。
- ④ 情報通信機器の活用については、効率的な管理指導や、画像による口腔状態の確認など、歯科領域でのICT活用を検討するべき。
- ⑤ 病院の歯科機能を強化する観点から、回復期の患者等に歯科の専門職が介入することで間接的にADLが改善するエビデンスを踏まえ、地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準を見直すことが考えられる。
- ⑥ 周術期等口腔機能管理について、誤嚥性肺炎等を予防するために早期に歯科が介入することが重要であり、脳卒中等で手術を行わない急性期の患者を対象とする一方、抜歯等の予定された歯科手術の患者は、外来歯科で管理されていることから対象から除外するべき。
- ⑦ 終末期がん患者に必要な口腔管理及び糖尿病の患者に対する歯周病治療、薬剤の副作用等への対応について、医歯薬連携を推進するべき。
- ⑧ 小児を含む口腔機能管理料について、指導管理だけでなく、口腔機能訓練も実施している場合には、指導管理と訓練実施の実績に評価を分けることが考えられる。
- ⑨ 口腔機能の評価に関する検査については、真に検査を必要とする患者に実施されるよう、適切な要件を設定したうえで、算定対象を拡大することが考えられる。
- ⑩ 初診時歯科診療導入加算について、歯科治療環境への円滑な導入を評価する趣旨を踏まえ、算定期間や算定回数に上限を設けることが不可欠である。

- ⑪ 医療的ケア児等について、学校への情報提供を評価の対象とすることが考えられる。
- ⑫ 認知症患者については、主治医をはじめとした医療従事者や家族、介護職等との連携を要件として、歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象とするべき。
- ⑬ 歯科訪問診療について、同一建物の患者数や診療時間による評価のメリハリを強化すべき。その際、訪問回数が多い場合の評価は、効率性の観点から適正化すべき。
- ⑭ 訪問歯科衛生指導料について、訪問回数の実態を踏まえ効率性の観点から適正化すべき。
- ⑮ 在宅療養支援歯科診療所や歯科訪問診療を担う病院の役割を強化すべき。
- ⑯ 医療的ケア児の歯科訪問診療について、特別対応加算の要件を整理することが考えられる。
- ⑰ クラウン・ブリッジ維持管理料は廃止するべき。

## (7) 調剤

厚生労働省が策定した「患者のための薬局ビジョン」において、全ての薬局を「かかりつけ薬局」とするとされた令和7年を目前に控えていることを意識し、かかりつけ薬剤師を中心に、薬局の機能を高めることが重要である。また、対物業務から対人業務へのシフトに向けて、薬学的管理指導が充実するような見直しが必要である。

- ① 調剤基本料について、ベースとなる点数を低い水準で一本化し、地域支援体制加算によって差を付けることが望ましいと考えられる。一方で、店舗数、立地、処方箋の受付回数や集中率によって薬局の損益率に違いがあることを踏まえ、調剤基本料の一本化を将来的な課題として意識しつつ、当面は引き続き調剤基本料にメリハリを効かせることで、経営効率の高い薬局に対する評価を適正化すべき。
- ② 敷地内薬局については、医療機関からの構造上・経営上の一体性に関する定義を患者の視点で改めて整理するべき。また、特別調剤基本料による対応に限界があることから、薬局の収益構造や経営実態を踏まえ、グループ薬局全体として調剤基本料を引き下げることを検討するべき。
- ③ 敷地内に薬局を有する医療機関については、処方箋料を減算するべき。
- ④ 地域支援体制加算について、地域医療に貢献している薬局を評価する観点からも、OTC医薬品の販売状況も含め、実績要件の厳格化が必要である。
- ⑤ 服薬管理が必要な患者に対して、リスク管理計画等のツールを活用することは、当然の取組みとして進めるべきであり、調剤報酬による評価は慎重に検討するべき。
- ⑥ 薬剤服用歴のあり方については、オンライン資格確認システムの活用なども踏まえ、適切に情報を把握できることを前提として、薬剤師の業務負担を軽減することが考えられる。
- ⑦ かかりつけ薬剤師・薬局
  - かかりつけ薬剤師指導料について、一部の業務に対する加算の算定を認める場合には、指導料に包括される業務との重複評価とならないようにするべき。
  - 薬剤師の夜間・休日対応の負担軽減策として、地域支援体制加算を届け出ている薬局

との連携や、自治体や薬剤師会を通じた地域の医療・介護関係者への周知等を積極的に進めるべき。

- 調剤後のフォローアップについて、評価の対象となる疾患や薬剤を拡大することで、対人業務を推進するべき。
  - 服薬情報等提供料について、医療機関における持参薬の確認に関する負担やリスク軽減につながるメリットを踏まえ、薬局による取組みを推進するべき。
- ⑧ 重複投薬・ポリファーマシー・残薬等への対応として、服用薬剤調整支援料について、減薬の実績あり・なしによる評価のメリハリを強化するべき。また、調剤管理加算について、算定なしの薬局でも一定の取組みが行われていることから、実態を踏まえた評価にするべき。
- ⑨ 医療用麻薬の供給については、各都道府県の薬剤師会の取組み等を参考にして横展開するべき。無菌環境での希釈が不要な調製の評価については、実態を踏まえて対応するべき。

## (8) 感染症対応

コロナ禍の教訓を生かし、第8次医療計画における新興感染症対応や感染症法改正に基づく流行初期医療確保措置も念頭に入れ、診療報酬上の取扱いを検討することは重要である。ただし、令和4年度診療報酬改定において感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、重症患者対応体制強化加算の新設やECMOに対する評価拡充といった対応が図られたこと、また、新型コロナウイルス感染症が5類に移行したことを十分に踏まえるべきであり、臨時特例措置の完全廃止を前提として、今後の対応を考える必要がある。

- ① 新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えについては、感染対策向上加算や外来感染対策向上加算のなかで既に評価されている。その後、流行初期医療確保措置の枠組みが導入されたことを踏まえ、都道府県と医療機関の協定締結を施設基準に位置付けることが考えられるが、平時における単純な評価の拡充は避けるべき。薬局については、連携強化加算の施設基準を見直すことで対応するべき。
- ② 新興感染症以外の感染症
- 入院患者の個室隔離や集団隔離について、かかり増し経費を十分に精査したうえで、患者負担も考慮して対応するべき。
  - 感染対策向上加算1の医療機関について、地域で基幹的な役割を確実に担うことを踏まえ、平時においてより積極的に院内感染対策や抗菌薬の適正使用に取り組むべき。同加算2の準基幹的な医療機関、加算3の後方支援的な医療機関を含め、普段からの他の医療機関や介護施設と十分に連携することが必要である。介護施設の入所者が急変した場合に可能な限り施設内で対応できるよう、往診やオンライン診療によって外部から効率的に必要な医療を提供することも検討するべき。
  - 外来医療における感染対策は、外来感染対策向上加算の届出医療機関が役割を發揮するために、同加算の要件として、かかりつけ患者に限らず発熱外来で受け入れることを施設基準に追加するべき。

- 薬局における自宅・宿泊療養者等への医薬品対応については、在宅患者緊急訪問管理指導料として評価することが考えられる。
- 歯科における感染症患者の治療については、歯科初再診料や外来診療環境体制加算により、既に評価が行われていることから、新たに評価をすることには反対である。

### ③ 薬剤耐性対策

- Access 抗菌薬の使用割合が諸外国と比べて極めて低く、最初から使用することが国際的に推奨されない抗菌薬が相対的に多い実態を踏まえ、「抗微生物薬適正使用の手引き」を活用する等の適正使用に向け、保険上の取扱いを規定することも考えられる。
- サーベイランス強化加算について、院内や地域の感染発生状況をモニタリングし、耐性菌の減少や抗菌薬使用の実績を指標として評価にメリハリを付けるべき。
- 小児抗菌薬適正使用支援加算等について、外来感染対策向上加算との関係も含め、抗菌薬の適正使用に対する評価を整理するべき。

## (9) 医師等の働き方改革の推進

適切な医療のかかり方や地域医療構想に基づく医療提供体制の見直しは、医師等の働き方改革と表裏一体の関係にある。今後の医療ニーズの変化や労働力人口の減少を見据え、必要な医療を効率的・効果的に提供できる体制を整備していくことが非常に重要である。外来と入院のいずれも機能分化・強化や連携を推進することが、勤務医の負担軽減にも寄与することから、こうした共通認識の下で患者負担や保険料負担への影響を考慮しつつ、医療機関で働く全ての医療従事者と医療機関の働き方改革を推進するべき。

- ① 地域医療体制確保加算については、加算の効果と目的のいずれの観点からみても、現行のまま評価を継続する必要性は乏しく、廃止が妥当である。
- ② 業務分担が進むことが期待される急性期医療において、総合入院体制加算と同様に、特定行為研修を修了した看護師の配置や活用を進めるべき。
- ③ 教育や研修を通じて、薬剤師業務の質の向上を図ることは重要であり、病院における薬剤師確保が来年度から本格的に進むことを踏まえ、医療機関の薬剤師の教育研修の実施状況やその効果等を、今後は検証していくべき。
- ④ 病棟薬剤師と医師のタスクシェアが進むように、病棟薬剤業務実施加算の時間要件の見直しや、加算のメリハリを強化するべき。
- ⑤ ポリファーマシー対策は重要な課題であり、病院薬剤師の取組みとしても推進する観点から、薬剤総合評価調整加算について、実務的な要件に見直すべき。
- ⑥ 医師事務作業補助体制加算について、人事管理の推進や業務範囲を加算の算定要件で明確化し、実効性のある見直しを行うべき。
- ⑦ 医師の連続勤務時間制限・勤務間インターバルについて、基本ルールに則り、時間外加算の施設基準において、規定すべき。特に時間外加算1については、全ての負担軽減策を講じるべき。

- ⑧ 看護補助者による、患者への直接的なケアを推進していくために、看護補助体制充実加算の要件である研修を確実に実施し、直接のケアを提供できる人材を増やすべき。
- ⑨ 労働人口が減少することも踏まえると、ICTの活用は最大限に進め、業務を効率化していく必要がある。
- ⑩ 緩和ケア診療加算、外来緩和ケア加算、感染対策向上加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算等について、チームの構成員が地域の専門領域で活動した場合の専従要件を明確化し、地域全体の医療の質改善につなげるべき。

## (10) 医療従事者の処遇改善

処遇改善は医療機関のマネジメントの要素が大きく、配分の見直しで対応することが原則である。一方で、医療関係職種間で賃金格差があり、全産業平均の賃上げに追いついていない医療関係職種が存在することも事実であり、政府方針に示された全ての医療従事者の処遇改善を推進すべきである。病院と診療所の経営状況に違いがあることも踏まえ、医療経済実態調査で明らかになった資本の増加分を活用することも念頭に、現実的な対応を検討する必要がある。まずは診療報酬調査専門組織「入院・外来医療等の調査・評価分科会」において技術的な検討を行い、その結果を踏まえて具体的な取扱いを中医協総会で慎重に判断するべき。

- ① 今後も医療費が増加し続けるなかで、医療関係職種の賃上げを、単純に患者負担や保険料に転嫁することは、慎重に検討するべき。
- ② 医療従事者の手元に届くよう、基本的な報酬ではなく処遇改善加算といった方法で対応すること。また、賃金改善を行うための就業規則等の変更について労働者の過半数を代表する者の意見を聞くことや賃金改善に当たって正当な理由がなく差別的な取扱いをしないことなど、労働基準法やその他関係法令を遵守した対応が必要であること。その他、賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合ったうえで決定するべき。
- ③ 診療報酬で対応するにしても、幅広い職種や医療機関を対象とするのであれば、個々の医療機関の職員数と患者数に応じた仕組みには、限界があることを踏まえるべき。
- ④ 診療所については、医療経済実態調査で経営が好調なことから、極めて慎重に対応すべき。受診する医療機関によって自己負担が変わるなど、診療報酬が複雑になりすぎないことも考慮し、賃上げの一部に充てるイメージで、最低限の評価にとどめるべき。
- ⑤ なお、処遇改善にあたっては、医療機関における費用の用途の見える化を通じた透明性の向上が大前提である。

## (11) 長期収載品の患者負担

後発医薬品の使用が8割まで上昇し一般化したと言える。ただし、世界的にみると日本における長期収載品のシェアが依然として高い状況である。医師が先発医薬品を指定する理由として、「患者の希望」が最も多い状況であり、ブランド選択と言えるようなものについては、「選定療養」と位置付けることで、後発品の使用をさらに促進するべき。



- ① 医療上の必要性については、当然、一定の配慮は必要であり、後発品が存在しないものや、精神系の薬剤など後発品からの切り替えが困難な場合は、選定療養から除外すべき。適正な運用の観点から、医師や薬剤師による妥当な判断を担保するために、長期収載品を処方・調剤した理由をレセプトに記載する必要がある。
- ② 選定療養の対象品目は、後発品上市後5年を経過した長期収載品とし、5年を経過しなくとも置換率が50%に達している場合には、選定療養の対象とするべき。
- ③ 保険給付と自己負担の取扱いについては、患者の負担増に配慮し、長期収載品と後発品の価格差の2分の1以下の範囲内で、患者が後発品へ切り替えようとするインセンティブが働く程度の水準にするべき。
- ④ 後発品の出荷停止や出荷調整がかかっている成分について、選定療養から除外しつつ、全体として必要量が供給できている成分は、原則として選定療養の対象とするべき。
- ⑤ 患者の負担増によって生じた財源は、「イノベーション」と「持続可能性」の両立に還元するべき。

## (12) 後発医薬品、バイオ後続品、リフィル処方箋等

医薬品の供給状況を踏まえた取組状況については、限定出荷等の対象となっている成分を、後発品の数量割合の計算から除外する等の対応をきめ細かく行ったうえで、引き続き、後発品の使用を促進することが重要である。

- ① 後発医薬品の数量割合を指標とする各種加算の下限値の引き上げについて、検討するべき。
- ② 現行は補足的な指標となっている、カットオフ値（全医薬品に占める後発品と長期収載品の割合）に着目して、患者負担を考慮した医薬品の処方を推進するべき。
- ③ バイオ後続品の使用促進について、新たに政府目標が設定され、医療費適正化計画の記載事項となることを踏まえ、患者が安心してバイオ後続品を使用するためにも、医師、医療機関からの働きかけを促し、バイオ後続品導入初期加算の対象成分を拡大するべき。
- ④ リフィル処方箋については、令和4年度診療報酬改定において見込まれたマイナス0.1%に遠く及ばないことは明らかであり、周知不足への対応としては、医師や薬剤師においては、患者の希望を踏まえた対応を図るべき。
- ⑤ かかりつけ医に関連する診療報酬について、患者の希望に応じて、リフィル処方箋を発行することについて評価するべき。
- ⑥ 長期処方とリフィル処方を一体的に推進する観点から、かかりつけ医機能の評価とも関連する特定疾患処方管理加算について、より長期の処方を重点的に評価するべき。

## (13) 明細書の無料発行

明細書については、無料発行をしていない施設数が少なくなっていることから、患者に対する安全な医療や患者の健康リテラシーの向上に向けて、完全無料発行を義務化し、明細書発行体制等加算については廃止するべき。また、明細書の内容を患者が理解しやすい表記へと改め

るべき。訪問看護ステーションをはじめ全ての医療機関に対し、患者自己負担の有無を問わず、明細書の「完全」「無料」の発行を義務付けるべき。

## 個別項目

### (1) 不妊治療

令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見にあるように、保険適用の影響を継続的に検証し、課題があれば、適切に対応すべき。

- ① 年齢や回数等の要件については、保険適用時の議論で用いたデータと直近のデータで分娩率等の結果に明らかな変化は認められないことから、現時点で見直す必要性は乏しいが、少子化対策の一環として、引き続き患者が希望を持てる要件を検討すべき。
- ② 胚凍結保存管理料については、保存期間が3年を超えても技術的に差し支えないということであれば、算定期間を延長する方向で検討すべき。
- ③ 不妊治療に係る情報提供のあり方については、治療実績や安全性に関する情報の充実が患者にとって非常に重要である。

### (2) 小児医療

- ① 小児入院医療管理料について、小児患者の減少も踏まえて要件を見直す余地はあるが、入院医療全般に共通する考え方として、地域のニーズを踏まえて重点化する発想も必要である。看護補助者を配置した場合について、保育士と同様に加算で評価することは、療養環境の質を確保する観点から、慎重に判断すべき。
- ② 小児高度急性期医療体制について、NICUにおける手厚い看護配置が予後の改善やインシデントの減少に有効であることを踏まえ、総合周産期特定集中治療室管理料2、新生児特定集中治療室管理料1・2について、看護配置2対1を検討すべき。また、重症新生児に対する退院支援は重要であり、入退院支援加算3について、実態を踏まえて看護師の経験年数の考え方や、転院前の算定が転院搬送後の要件になっている部分を見直すべき。臓器移植患者については、移植前からの全身管理で集中治療室の滞在日数が長くなっている実態を踏まえ、算定上限を見直すべき。
- ③ 医療的ケア児の受け入れについて、地方では診療所に対する大病院のフォローが必須であるため、必要な体制を構築できるよう、評価を含めた仕組みの強化を検討すべき。一方で、医療的ケア児のレスパイトケアについては、同時改定のタイミングで障害福祉サービスにおける医療型短期入所サービス等で評価すべき。
- ④ 小児科における児童精神については、発達障害や虐待の疑いに気付くことが、かかりつけ医機能として重要であり、小児かかりつけ医診療料の要件の中で明確化するべき。

### (3) 認知症対策

認知症への対応は、診療報酬以外を含めて医療・介護・福祉による「総合的な取組み」が特に必要な分野である。地域包括支援センターをハブとした分担・連携とバトンリレー方式の分担・連携が重層的に機能して適時・適切なサービスの提供が成立するものである。その際、普段から患者を診ている「かかりつけ医」の役割が極めて重要である。

- ① かかりつけ医による認知症対応力を向上させることは、喫緊の課題である。かかりつけ医に係る評価である地域包括診療料と地域包括診療加算において、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の受講を要件化するべき。
- ② 入院医療における認知症対応として、身体拘束ゼロの取組みを進めることは当然であり、介護保険施設等の運営基準と同様に医療機関においても「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない」ことを規定すべき。また、認知症ケア加算について、せん妄ハイリスク患者ケア加算と同様に、「せん妄のリスク因子の確認」及び「ハイリスク患者に対するせん妄対策」を求めることは必要であるが、これらの加算の評価については、急性期一般入院基本料との関係を踏まえて、慎重に判断するべき。

### (4) 周産期医療

ハイリスク分娩への対応が重要であり、早産や切迫早産でハイリスク妊娠管理加算を算定する患者の実態を踏まえ、また、正常分娩の保険適用に向けた異常分娩と正常分娩の関係を含めた出産費用の「見える化」の取組み拡大も踏まえ、医療上の必要性を精査したうえで、加算の算定期間を適切に設定するべき。

### (5) がん・疾病対策

長期的なトレンドとして、入院から外来への移行と、平均在院日数の短縮が進んでいるが、令和2年度に入院、外来いずれも患者数が減少し、在院日数が増加に転じている。コロナ禍の影響でがん検診があまり実施されず、新規の患者が減少したことによるものであれば、がん医療の停滞も懸念されることから、引き続き動向を注視するべき。

- ① 外来化学療法について
  - 外来化学療法に関連する診療報酬の施設基準において、外来化学療法の実施対象患者に関する基準や指針の作成を義務付けるべき。
  - 質の高い外来化学療法を評価するために外来腫瘍化学療法診療料に高い点数を設定していることを踏まえ、専任の医師をしっかりと配置し、患者の安心・安全を確保すべきであり、施設基準を安易に緩和することには反対である。また、安心して働きながら質の高い治療を継続できるように、外来腫瘍化学療法診療料の届出を行っている医療機関について、療養就労両立支援の体制整備を求めるべき。
  - 急性期充実体制加算について、外来化学療法の体制だけでなく、実績を施設基準に定めるべき。

- 外来腫瘍化学療法の治療の質の向上及び医師の負担軽減を推進する観点から、診療前の薬剤師の関与による、医師への情報提供や処方提案を推進すべき。
- ② がん診療連携拠点病院等の特例型については、指定要件を満たす病院と同等に評価すべきではない。がん診療連携拠点病院加算について、減算の規定を導入するか、評価区分の細分化を検討すべき。

## (6) 医療・介護・障害福祉サービスの連携

医療と介護の「真の連携」を推進するために、地域包括診療料等の要件として、主治医意見書の作成にとどまらず、サービス担当者会議への参加やケアマネからの相談対応を明確化すべき。また、医療機関と高齢者施設等との連携を確保する観点で、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟等の役割として、あらかじめ高齢者施設と取り決めを行い、電話相談だけでなく、往診や入院調整の役割を果たすことを施設基準に位置付けるべき。さらに、入退院支援加算の届出医療機関において、入退院支援や地域連携を担当する部門の業務として、障害者施設等との連携も明示するべき。

## (7) リハビリテーション・栄養・口腔

リハビリテーション・栄養・口腔管理は、後期高齢者がさらに増加するなかでニーズが高まっている。介護報酬との同時改定である令和6年度における重要なテーマであるが、単純に「評価を充実する」「算定を増やす」ということでなく、エビデンスに基づいて対応すべき。

- ① 疾患別リハビリテーションについて、複数のスタッフによる訓練の提供や訓練以外の対応に一定の時間がかかる実態があるとしても、業務の内容は医師や看護師等との情報共有が多く、医療機関として当然の対応であり、新たに評価する必要性は乏しい。一方、リハビリの効果が職種によって異なることに一定のエビデンスがあり、職種毎に業務内容が異なることを踏まえ、疾患別リハビリテーション料を職種毎の評価体系に分けることにより、データ分析の精度を高めるべき。
- ② 医療・介護・障害福祉サービスの連携については、疾患別リハビリテーションの通則や退院時共同指導料2の要件として、介護との連携に関する規定を設けるべき。
- ③ 術前の呼吸器リハビリテーション料の対象として、「がん」を明確化するべき。
- ④ 医療機関における栄養管理体制は、入院料基本料等の通則に位置付けられていることから、栄養管理が不十分な病院に対して厳しい対応が必要である。また、退院時における栄養状態の確認も通則に追加するべき。
- ⑤ 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的な運用について、各専門職が相互に連携する計画書に見直すべき。
- ⑥ ADL維持向上等体制加算について、体制加算としての位置付けを根本的に見直すべき。

## (8) 入院時の食費

従来から食材費と調理費は自己負担額に入るものとして整理されてきた経緯があり、介護保険における食費の取扱いと食材費の高騰等を踏まえ、低所得者に配慮しつつ、自己負担を引き上げることが考えられる。

## (9) 精神医療

精神の入院医療については、平均在院日数が短縮し、患者数も減少している一方、病床数は約 32 万床で、入院患者数と乖離が大きい。将来推計でも精神病床における入院患者は将来的に減少し続ける見通しであることを踏まえ、病床数の適正化をさらに進めるべき。障害福祉サービスとの同時改定であることを踏まえ、入院・外来のいずれについても、医療と障害福祉の役割分担や連携を促進することが重要である。

- ① 多職種を配置して退院後の生活を見据えて包括的支援マネジメントを実施する「精神医療の回復期病棟」に対する新たな評価体系を設定すべき。
- ② 入退院支援については、精神保健福祉法等の改正で、医療保護入院を原則 3 ヶ月以内とすることが法定化されたことや、地域での支援体制が整備されつつあることも踏まえ、より早期の退院調整が進むように、メリハリを効かせる方向で、評価体系を整理すべき。退院後の再入院予防の観点から、精神保健福祉士などの担当者の役割が重要であり、退院支援の質を担保するために、適切な施設基準を設定すべき。
- ③ 地域移行機能強化病棟入院料については、医療計画や障害福祉計画と整合のとれたかたちで、新規届出の期間を延長すべき。一方で、集中的な退院支援と精神病床数の適正化に取り組むことを評価するという趣旨を踏まえ、届出に一定の期限を設け、効果的な取組みを促すべき。
- ④ 精神科外来医療について、短時間の効率的な診療が経営上のメリットになる仕組みを背景として、初診の待機が発生している実態等も踏まえ、診療時間に応じた評価のメリハリを強化すべき。
- ⑤ 児童思春期の精神医療については、速やかに診療へつなげるためにも、まずは体制を整備すべき。専門的治療の経験のある医師を確保するためには、研修の受講を要件とするなど、一定の専門性を担保すべき。

## (10) 人生最終段階における医療・ケア

人生の最終段階における治療方針の選択は、「患者中心の医療」の最たるものである。十分な話し合いが行われていない現状を踏まえ、患者の意思が、最大限尊重されるよう、多くの患者について、なるべく早期に話し合いを開始すべき。

- ① 外来においては、認知症の患者が確実に増加していく中で、早期から医療やケアに関する意思決定を支援することが、地域包括ケアシステムの観点からも、非常に重要である。地域包括診療料を算定する医療機関に指針の策定を求めるなど、かかりつけ医機能のひとつとして、外来の診療報酬においても、意思決定支援を推進すべき。

- ② 入院においては、病棟を問わず、全ての医療機関で指針の策定を求めるべき。さらに、療養病棟や地域包括ケア病棟には、意思決定支援の実績を求めることも必要である。
- ③ 医療機関からの情報共有に比べて介護保険施設からの情報共有が少ない実態を踏まえ、ICT等を活用した効率的な情報共有を介護保険施設に促し、その効果を検証するべき。
- ④ 人生の最終段階における医療・ケアの共有の推進のために、診療情報提供料（I）の、「指定居宅介護支援事業所に向けた様式」の見直しを行うべき。

## (11) 緩和ケア

緩和ケアを推進するためには、診療報酬上の対応だけでなく、拠点病院や連携体制の整備、研修事業など、総合的な取組みが重要である。

- ① 緩和ケアの拠点病院において、緩和ケアチームに専従・専任の精神担当医が配置されている場合に精神症状に関する対応依頼が多いことを踏まえ、多様な苦痛に対応する緩和ケアの観点から、精神担当医の配置を進めることが重要である。がん拠点病院加算については、麻薬等による薬物療法を提供するだけでなく、精神心理的苦痛への対応、緩和的放射線治療、神経ブロックの実施を要件に位置付け、高い点数に相応しい機能の発揮を促すべき。
- ② 切れ目のない緩和ケアの提供体制を構築するため、外来腫瘍化学療法診療料の届出医療機関については、疼痛緩和や不安軽減のための取組みを求めるべき。入院中のがん患者への緩和ケアについては、ICTを用いた拠点病院との連携を推進するべき。
- ③ 非がん等の緩和ケアを推進する観点から、在宅の非がん患者に対する麻薬の処方や小児の特性を踏まえた丁寧な検討が必要である。

## (12) 医療技術

適正化の視点も踏まえ、技術の普及や使用する医療機器等の市場拡大に伴うコスト低減を反映した評価を継続的に検討するべき。

### Ⅲ. 薬価・保険医療材料価格等

薬価制度、特定保険医療材料価格制度、費用対効果評価制度については、令和6年度改革の骨子の内容を具体化することにより、イノベーションの推進や物価高騰等を踏まえた安定供給の確保を実現し、患者の安全・安心と新製品への速やかなアクセスが担保されるべきと考える。

特に薬価制度については、革新的新薬の研究開発の活性化と後発品産業の構造転換につながる事が重要であり、令和6年度改定の効果を検証し、令和7年度薬価改定に向けた検討を早急に開始し、診療報酬改定のない年の薬価改定のあり方について、十分な議論を重ねるべき。その際、医療保険制度の安定性・持続可能性に配慮し、医薬品の適切なライフサイクルを念頭に置く必要がある。また、保険財政に極めて影響の大きい新薬が保険適用されることを想定し、個別的な取扱いを含めて柔軟な対応を検討する必要がある。

特定保険医療材料価格制度については、引き続き内外価格差や逆ザヤが生じる背景等を丁寧に検討するべきである。また、プログラム医療機器等の新たな製品の特性に応じた適切な評価を推進する必要がある。

再生医療等製品については、知見の蓄積状況を踏まえつつ、独自の算定方式を検討するべき。

費用対効果評価制度については、一定の実績が集積してきたことを踏まえ、次期制度改革において、評価結果のより積極的な活用に関する本格的な議論が必要である。

以上