

中央社会保険医療協議会 総会（第 580 回） 議事次第

令和 6 年 1 月 19 日（金） 10 : 00～

議 題

- 令和 6 年度診療報酬改定に係る検討状況について（説明）
- 意見発表者による意見発表、中医協委員からの質問

# 総会名簿

令和6年1月19日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥 潟 美夏子 松 本 真 人 佐 保 昌 一 高 町 晃 司 眞 田 享 三 鈴 木 順 三 末 松 則 子	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 茂 松 茂 人 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 太 田 圭 洋 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本医療法人協会 副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 永 瀬 伸 子 本 田 文 子 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専門委員	岡 本 章 木 澤 晃 代 上 田 克 彦 田 村 文 誉	九度山町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授

◎印：会長

第580回 中央社会保険医療協議会 総会（公聴会）

資 料

令和6年1月19日

厚生労働省

## 目 次

令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理	P1
(令和6年1月12日中央社会保険医療協議会)	
(参考資料)	
諮問書(令和6年度診療報酬改定について)	P32
(令和6年1月12日厚生労働大臣)	
診療報酬改定について(改定率)	P33
令和6年度診療報酬改定の基本方針	P35
(令和5年12月11日社会保障審議会医療保険部会・医療部会)	
令和6年度診療報酬改定に関する1号側(支払側)委員の意見	P46
(令和5年12月8日中央社会保険医療協議会への支払側委員提出資料)	
令和6年度診療報酬改定に関する2号側(診療側)委員の意見	P48
(令和5年12月8日中央社会保険医療協議会への診療側委員提出資料)	
令和6年度診療報酬改定について(中医協意見書)	P51
(令和5年12月13日中央社会保険医療協議会)	
令和6年度診療報酬改定に関する1号側(支払側)委員の意見	P54
(令和5年12月27日中央社会保険医療協議会への支払側委員提出資料)	
令和6年度診療報酬改定に関する2号側(診療側)委員の意見	P77
(令和5年12月27日中央社会保険医療協議会への診療側委員提出資料)	

## 令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理

### 【留意事項】

この資料は、令和6年度診療報酬改定に向けて、これまでの議論の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。

なお、項目立てについては、令和5年12月11日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会において取りまとめられた「令和6年度診療報酬改定の基本方針」に即して行っている。

### 【目次】

#### I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

- I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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
- I-3 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- I-4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- I-5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- I-6 医療人材及び医療資源の偏在への対応

#### II ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

- II-1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- II-4 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
- II-5 外来医療の機能分化・強化等

- Ⅱ－６ 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- Ⅱ－７ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- Ⅱ－８ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

### Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

- Ⅲ－１ 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- Ⅲ－２ 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
- Ⅲ－３ アウトカムにも着目した評価の推進
- Ⅲ－４ 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
  - Ⅲ－４－１ 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
  - Ⅲ－４－２ 小児医療、周産期医療の充実
  - Ⅲ－４－３ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価
  - Ⅲ－４－４ 認知症の者に対する適切な医療の評価
  - Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
  - Ⅲ－４－６ 難病患者に対する適切な医療の評価
- Ⅲ－５ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- Ⅲ－６ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- Ⅲ－７ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- Ⅲ－８ 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- Ⅲ－９ 医薬品産業構造の転換も見据えた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

### Ⅳ 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

- Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- Ⅳ－２ 費用対効果評価制度の活用
- Ⅳ－３ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- Ⅳ－４ 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）

- IV－5 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  
(再掲)
- IV－6 外来医療の機能分化・強化等 (再掲)
- IV－7 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化  
予防の取組推進 (再掲)
- IV－8 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
- IV－9 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機  
能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進 (再掲)

## I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

### I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

- (1) 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。
- (2) 入院基本料等について、以下の見直しを行う。
  - ① 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。
  - ② 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。
  - ③ 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。
  - ④ ①～③のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、入院基本料等の評価を見直す。
- (3) 外来診療において標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料等の評価を見直す。
- (4) 歯科診療にかかる評価について、標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、医療機関の職員や歯科技工所で従事する者の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料や歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目について評価を見直す。
- (5) 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、夜間・休日対応を含めた、薬局における体制に係る調剤基本料等の評価を見直す。

### I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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

- (1) 医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。
- (2) 適切な集中治療を推進する観点から、特定集中治療室管理料について、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。
- (3) 病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。
- (4) 病棟薬剤業務に関して、チーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る



観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務について、新たな評価を行う。

- (5) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。

#### I－3 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

- (1) ICT の活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。
- (2) 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直すとともに、施設基準の届出の電子化を推進する。

#### I－4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

- (1) より実効性を持った医師の働き方改革を推進する観点から、地域医療体制確保加算について要件を見直す。
- (2) 勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術に係る休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 について要件を見直す。

#### I－5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充

- (1) 適切な集中治療を推進する観点から、特定集中治療室管理料について、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。  
(I－2(2)再掲)
- (2) 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価を見直す。
- (3) 感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護老人保健施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。
- (4) ICT の活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護

護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。(I-3(1)再掲)

- (5) 訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。また、24時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

#### I-6 医療人材及び医療資源の偏在への対応

- (1) 近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。
- (2) 適切な集中治療を推進する観点から、特定集中治療室管理料について、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。  
(I-2(2)再掲)
- (3) 医師少数区域の医療機関において、専門的な医師が不在である場合に、基幹施設との適切な連携により急性期脳梗塞の患者に対するt-PA療法を実施することを推進する観点から、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。
- (4) 脳梗塞の患者に対して血栓回収療法が実施される割合が医師少数区域において低いことを踏まえ、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が専門的な施設と連携して血栓回収療法の適応判断を行った上で専門的な施設に搬送し当該療法を実施した場合について新たな評価を行うとともに、超急性期脳卒中加算について、要件を見直す。
- (5) DPC/PDPSについて、適切な包括評価を行う観点から、医療機関別係数について、評価の主旨や実態を踏まえ、評価方法を見直すとともに、医師派遣機能等について、新たな評価を行う。
- (6) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、評価体系を見直すとともに、地域包括ケア病棟入院料2及び4並びに在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、要件を見直す。
- (7) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、第8次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、対象となる地域を見直す。

## Ⅱ ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

### Ⅱ-1 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

- (1) オンライン資格確認等システムの活用により医療 DX を推進し、質の高い医療を提供する観点から、以下の見直しを行う。
  - ① 保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。
  - ② オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療 DX の推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療 DX を推進する体制について、新たな評価を行う。
  - ③ 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスにより、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。
  - ④ 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。
  - ⑤ 救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。
- (2) へき地医療において、患者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with N）が有効であることを踏まえ、へき地診療所・へき地医療拠点病院が D to P with N を実施する場合について、新たな評価を行う。
- (3) 指定難病患者に対する治療について患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）が有効であることが示されたことを踏まえ、遠隔連携診療料の対象患者を見直す。
- (4) 情報通信機器を用いた診療における閉塞性無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸（CPAP）療法を実施する際の基準を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅持続陽圧呼吸療法指導管理について、新たな評価を行う。

- (5) 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いた診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。
- (6) 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (7) これまでの情報通信機器を用いた歯科診療の実態も踏まえ、継続的な口腔機能管理を行う患者及び新興感染症等に罹患している患者で歯科疾患による急性症状等を有する者に対する情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。
- (8) 口腔がんの経過観察等、専門性の観点等から近隣の医療機関では対応が困難な場合において、近隣の歯科医療機関の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。
- (9) 医師少数区域の医療機関において、専門的な医師が不在である場合に、基幹施設との適切な連携により急性期脳梗塞の患者に対する t-PA 療法を実施することを推進する観点から、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。(I-6(3)再掲)
- (10) 脳梗塞の患者に対して血栓回収療法が実施される割合が医師少数区域において低いことを踏まえ、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が専門的な施設と連携して血栓回収療法の適応判断を行った上で専門的な施設に搬送し当該療法を実施した場合について新たな評価を行うとともに、超急性期脳卒中加算について、要件を見直す。(I-6(4)再掲)
- (11) 適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件及び評価を見直す。
- (12) 健康管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器について特定保険医療材料として評価されることを踏まえ、こうしたプログラム医療機器を用いた場合の医学管理について、評価の在り方の見直しを行う。
- (13) 医療 DX を推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、

電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。

- (14) デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。
- (15) 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直すとともに、施設基準の届出の電子化を推進する。(I-3(2)再掲)

## II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

- (1) 高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。
- (2) 介護保険施設の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。
- (3) 医療機関と介護保険施設の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟について、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを踏まえ、要件を見直す。
- (4) 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、医療保険で給付できる医療サービスの範囲を以下のとおり見直す。
  - ① 介護保険施設及び障害者支援施設において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。
  - ② 令和6年3月末を以て介護療養病床が廃止されることに伴い、医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床に関する記載を削除する。
  - ③ 保険薬局の薬剤師が介護老人保健施設等に入所する患者に対し、専門的な薬学管理が必要な薬剤の調剤や服薬指導等を行った場合の医療保険と介護保険の給付調整の範囲を見直す。

- (5) 医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について要件を見直す。
- (6) 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との間の連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2について要件を見直す。
- (7) 精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）について情報提供先を見直す。
- (8) 入退院支援における、関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の強化及び入院前からの支援の強化の観点から、入退院支援加算1及び2について要件を見直す。
- (9) 慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料について対象患者を見直す。
- (10) 認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算及びせん妄ハイリスク患者ケア加算について要件を見直す。
- (11) 入院基本料等について、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。(I-1(2)②再掲)
- (12) 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直すとともに、地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。
- (13) 地域包括ケアの深化及び推進に向け、地域包括ケア病棟における効果的な入院医療の提供を更に推進する観点から、地域包括ケア病棟の要件を見直す。
- (14) 地域包括ケアシステムにおける有床診療所の機能を踏まえ、有床診療所による医療・介護・障害福祉サービスにおける連携を推進するために、介護連携加算について名称及び要件を見直す。
- (15) 医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）の円滑な移行を推進する観点から、病院・診療所が自立訓練（機能訓練）を提供する際の疾患別リハビリテーション料等の要件を見直す。

## Ⅱ－３ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

- (1) 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜、日曜及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。
- (2) 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進する観点から、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算について評価を見直す。
- (3) NDB・DPCデータにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態が把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、実施者を明確化した評価体系に見直す。
- (4) 大腸癌、卵巣癌及び膵癌の患者に対する術前の呼吸器リハビリテーションに係る有効性のエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の要件を見直す。
- (5) 療養病棟入院基本料について、以下の見直しを行う。
  - ① 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分に係る評価体系を見直す。
  - ② 適切な栄養管理を推進する観点から、中心静脈栄養の評価を見直す。
  - ③ 中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ、療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。
  - ④ 適切なリハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。
  - ⑤ 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、経過措置を廃止する。
- (6) 入院基本料等について、退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。(Ⅰ－1(2)①再掲)
- (7) 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、要件を見直す。
- (8) 回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、以下の評価を行う。
  - ① 回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する歯科医師及び歯科衛生士による口腔機能管理及び口腔衛生管理について、新たな評価を行う。

- ② 回復期等の患者に対する口腔機能管理の実績を評価する観点から、地域  
歯科診療支援病院歯科初診料について要件を見直す。

#### II-4 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

- (1) 急性期医療に係る実績や体制を適切に評価する観点及び地域の医療体制の維持の観点から、急性期充実体制加算について、評価の在り方を見直す。
- (2) 急性期医療の適切な体制整備を推進する観点から、総合入院体制加算の要件及び評価を見直す。
- (3) 医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料1の病棟における実態を踏まえ、急性期一般入院料1について、平均在院日数に係る要件を見直す。
- (4) 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び該当患者割合の基準を見直す。
- (5) 特定集中治療室管理料について、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を見直し、また、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者の割合を評価する観点から要件を見直すとともに、評価を見直す。
- (6) 高度急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、評価項目及び該当患者割合の在り方を見直すとともに、業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。
- (7) 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床未満）又は急性期一般入院料2若しくは3（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料2若しくは4又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、重症度、医療・看護必要度Ⅱが用いられるよう、要件を見直す。
- (8) 特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を引き続き確保する観点から、重症患者対応体制強化加算について要件を見直す。
- (9) 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について評価を見直す。
- (10) 高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を



- 整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。(Ⅱ-2(1)再掲)
- (11) 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置について、新たな評価を行う。
  - (12) 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、在宅患者支援病床初期加算を見直す。
  - (13) より質の高い回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。
  - (14) 療養病棟入院基本料について、以下の見直しを行う。
    - ① 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分に係る評価体系を見直す。
    - ② 適切な栄養管理を推進する観点から、中心静脈栄養の評価を見直す。
    - ③ 中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ、療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。
    - ④ 適切なリハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。
    - ⑤ 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、経過措置を廃止する。(Ⅱ-3(5)再掲)
  - (15) 医療法施行規則による療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了に伴い、有床診療所療養病床入院基本料の要件を見直す。
  - (16) 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、児童・思春期精神科入院医療管理料において、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。
  - (17) 障害者施設等入院基本料等の要件である、病棟の入院患者のうち重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者等が占める割合について、一部の医療機関において大きく下回る施設があったことを踏まえ、障害者施設等入院基本料等について要件を見直す。
  - (18) 患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、慢性腎臓病患者が入院した場合について、障害者施設等入院基本料等の評価を見直す。
  - (19) 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算について要件を見直す。
  - (20) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、評価体系を見直すとともに、

地域包括ケア病棟入院料 2 及び 4 並びに在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、要件を見直す。(I-6(6)再掲)

(21) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、第 8 次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、対象となる地域を見直す。(I-6(7)再掲)

(22) DPC/PDPS について、以下の見直しを行う。

① 制度を安定的に運用する観点から、DPC対象病院の要件を見直す。

② 適切な包括評価を行う観点から、医療機関別係数について、評価の主旨や実態を踏まえ、評価方法を見直すとともに、医師派遣機能等について、新たな評価を行う。(I-6(5)再掲)

③ 急性期入院医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、診断群分類及び診断群分類毎の点数設定方式のあり方を見直す。

(23) 血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、薬剤料を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の取扱いを見直す。

## II-5 外来医療の機能分化・強化等

(1) 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。

(2) リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療 DX の活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算について、要件及び評価を見直す。

(3) かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療 DX を推進する観点から、要件及び評価を見直す。

## II-6 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

(1) 新興感染症発生・まん延時への備えを評価するとともに、感染対策における介護保険施設等との連携を推進する観点から、感染対策向上加算について、要件を見直す。

(2) 第 8 次医療計画における新興感染症発生・まん延時に備え、外来における適切な感染管理の下での発熱患者等への対応を更に推進する観点から、外来感染対策向上加算について要件及び評価を見直す。

- (3) 院内感染防止等の観点から感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、必要な感染管理及び個室管理を新たに評価する。
- (4) 我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、サーベイランス強化加算について、抗菌薬の使用状況を考慮した評価体系に見直す。
- (5) 新興感染症が発生・まん延した場合に対応できる歯科医療提供体制の構築を進める観点から、以下の評価を行う。
  - ① 歯科外来診療環境体制加算について、院内感染防止対策及び医療安全確保の観点から、名称及び要件を見直すとともに、新興感染症等の患者に対応可能な体制の整備について、新たな評価を行う。
  - ② 歯科診療特別対応加算について、患者の状態像を踏まえ評価体系を見直すとともに、新興感染症等の患者への治療について新たな評価を行う。
  - ③ 歯科治療時医療管理料等について、新興感染症等を含む呼吸器疾患の患者を対象患者に追加する。
- (6) 薬局における新興感染症発生・まん延時に対応する体制整備の観点から、第二種協定指定医療機関の指定要件等を踏まえ、連携強化加算について、要件及び評価を見直す。
- (7) 感染症に係る対応として、薬局が自宅・宿泊療養者等の患者に対して行う服薬指導・薬剤交付について、新たな評価を行う。

## II-7 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価

- (1) かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療 DX を推進する観点から、要件及び評価を見直す。(II-5(3)再掲)
- (2) 近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。(I-6(1)再掲)
- (3) 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について要件及び評価を見直す。
- (4) 地域における連携体制を確保しつつ、ライフコースを通じた継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組を推進する観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、名称、要件及び評価を見直す。これを踏まえつつ、小児期及び高齢期のライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理

料について、新たな評価を行う。

- (5) かかりつけ薬剤師の業務を推進するため、かかりつけ薬剤師指導料と個別に評価されている薬学的管理の業務、算定している薬剤師の業務実態等を踏まえ、かかりつけ薬剤師が算定できる評価とともに、かかりつけ薬剤師としての要件を見直す。
- (6) 服薬情報の一元的・継続的把握の推進の観点から、同一薬局の利用をさらに進めるため、かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に係る要件について見直す。
- (7) 薬剤師による充実した薬学管理を推進し、質の高い薬物療法が適用できるようにするため、地域における医療機関と連携して行う、調剤後の薬学管理に係る評価を見直す。

## II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- (1) 介護保険施設に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設の入所者の病状の急変時に、介護保険施設の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。
- (2) 地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院と連携体制を構築している在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が往診を行った場合について、新たな評価を行う。
- (3) 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。
- (4) 在宅での療養を行っている患者に対して、医師・歯科医師が計画的な医学管理を行う際に当該患者の医療・ケアに携わる関係職種がICTを用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。
- (5) 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して24時間対応を受けられる体制を推進する観点から、在宅療養移行加算の評価を見直す。
- (6) 在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。
- (7) 在宅で療養を行う末期の悪性腫瘍の患者について、質の高い緩和ケアを提供する観点から、患者の急変時等に、ICTの活用によって当該患者に関

- わる医療従事者等の中で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、医師が当該患者に対して療養上必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。
- (8) 本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、ターミナルケア加算について、要件を見直す。
  - (9) より質の高い在宅医療の提供を適切に評価する観点から、訪問診療の算定回数等に応じて在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。
  - (10) 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。
  - (11) 在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、対象患者を見直す。
  - (12) 患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供を推進するため、訪問診療の効率性の観点も踏まえ、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、一人あたりの訪問診療の算定回数が多い医療機関における在宅患者訪問診療料の評価を見直す。
  - (13) 在宅医療における患者の状態に応じた評価をより適切に推進する観点から、頻回訪問加算について、要件及び評価を見直す。
  - (14) 提供する訪問看護の質を担保しつつ、訪問看護ステーションを効率的に運営する観点から、管理者の責務を明確化するとともに要件を見直す。
  - (15) 訪問看護における虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化を推進する観点から、虐待防止措置に関する体制整備を義務化するとともに、身体的拘束等を原則禁止する。
  - (16) 多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費について要件及び評価を見直す。
  - (17) 訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。また、24時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。(I-5(5)再掲)
  - (18) 緊急の指定訪問看護が適切に提供されるよう、緊急訪問看護加算について、要件及び評価を見直すとともに、訪問看護療養費請求書等の記載内容を見直す。
  - (19) 退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を充実さ

- せる観点から、退院支援指導加算の要件を見直す。
- (20) 訪問看護において、ハイリスク妊産婦及び乳幼児の状態に応じた評価を行う観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について要件を見直すとともに、乳幼児加算について評価体系を見直す。
- (21) より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。
- (22) 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。(Ⅱ-1(1)④再掲)
- (23) 医師が ICT を活用して死亡診断等を行う場合において、研修を受けた医療機関の看護師が当該医師の補助を行うことについて、新たな評価を行う。
- (24) 質の高い在宅歯科医療の提供を推進する観点から、以下の見直しを行う。
- ① 歯科訪問診療の実態を踏まえ、かかりつけ歯科医による歯科訪問診療を推進する観点から、歯科訪問診療 1 の 20 分未満の場合等の歯科訪問診療料の評価を見直す。
  - ② 歯科訪問診療の後方支援を行う病院や地域の歯科診療所と連携して口腔機能評価等を含む歯科訪問診療を行う病院について、新たな評価を行う。
- (25) 在宅患者等の訪問歯科衛生指導を推進する観点から、訪問歯科衛生指導料について、以下の見直しを行う。
- ① 終末期の悪性腫瘍の患者等に対して、患者の状態に応じた口腔管理を行う観点から、要件を見直す。
  - ② 患者の状態等により歯科衛生士が複数名で患家を訪問する必要がある場合について、新たに評価を行う。
  - ③ 訪問歯科衛生指導の実態を踏まえ、訪問歯科衛生指導料の評価を見直す。
- (26) 医療的ケア児等をはじめとした小児に対する歯科訪問診療を推進する観点から、歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算について名称及び要件を見直す。
- (27) 歯科の標榜がない病院の入院患者や介護保険施設等の入所者、在宅で療養する患者の栄養管理への歯科専門職の参画を推進する観点から、栄養

サポートチーム等連携加算の評価を見直す。

- (28) 悪性腫瘍以外の患者も含むターミナル期の患者に対する薬剤の提供を含む適切な薬学的管理のニーズの増加に対応するため、薬剤師が行う訪問薬剤管理指導を充実する観点から、医療用麻薬等の提供体制、急変時の夜間・休日における対応等を含めた在宅患者（緊急）訪問薬剤管理指導について、要件及び評価を見直す。
- (29) 在宅医療において、薬剤師が医療・介護の多職種と連携しつつ、質の高い薬学管理を推進するため、退院後の在宅訪問を開始する移行期における薬学的管理、医師等との連携による処方内容の調整、介護関係者に対する服用薬等に係る情報提供等について、新たな評価を行う。
- (30) 医療用麻薬の持続皮下投与では医療用麻薬を希釈せず原液で投与する実態があることを踏まえ、これらの無菌製剤処理に係る業務が評価できるよう、無菌製剤処理加算について、評価を見直す。
- (31) 介護保険施設における適切な薬剤提供や服薬管理等を推進するため、短期入所を含めた介護老人福祉施設入所者に係る薬学管理の評価を見直す。

### Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

#### Ⅲ－１ 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

- (1) 食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。
- (2) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき、不採算品再算定について対応する。

#### Ⅲ－２ 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

- (1) 不妊治療を保険診療で実施する医療機関を広げる観点から、一般不妊治療管理料について要件を見直すとともに、不妊治療における胚の凍結保存に係る実態を踏まえ、胚凍結保存管理料について要件を見直す。
- (2) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。（Ⅰ－２（５）再掲）
- (3) 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の

診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大するとともに、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合について、新たな評価を行う。

- (4) 「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗 HLA 抗体測定の意味に係る見直しがなされたことを踏まえ、抗 HLA 抗体の測定について、対象患者及び要件を見直す。
- (5) 慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。
- (6) 入院基本料等について、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。(I-1(2)②再掲)
- (7) 入院基本料等について、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。(I-1(2)③再掲)
- (8) 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価を見直す。(I-5(2)再掲)
- (9) 医療安全を更に推進する観点から、医療安全対策が特に必要な特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等について、医療安全対策加算1の届出を要件とする。
- (10) 手術等の医療技術について、以下の見直しを行う。
  - ① 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。
  - ② 新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。
  - ③ 外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。
- (11) 質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。
- (12) 患者・利用者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、令和6年6月より、指定訪問看護事業者による明細書の無料発行を義務化するとともに、診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の義務の免除規定に



ついて、全ての医療機関において発行可能な環境を整備した上で、廃止する。

- (13) 歯科外来診療環境体制加算について、院内感染防止対策及び医療安全確保の観点から、名称及び要件を見直すとともに、新興感染症等の患者に対応可能な体制の整備について、新たな評価を行う。(Ⅱ-6(5)①再掲)

### Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進

- (1) データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、入院患者のデータ提出に係る実態を踏まえ、データ提出加算の評価及び要件を見直すとともに、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。
- (2) より質の高いアウトカムに基づいた回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。
- (3) 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、運動器リハビリテーション料に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者を見直す。

### Ⅲ-4 重点的な対応が求められる分野への適切な評価(小児医療、周産期医療、救急医療等)

#### Ⅲ-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

- (1) 第三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。
- (2) 救急医療管理加算について、入院時に重症であり緊急に入院を必要とする患者に対する入院医療を評価する趣旨を踏まえ、要件及び評価を見直す。

#### Ⅲ-4-2 小児医療、周産期医療の充実

- (1) 医療の質と医療安全を担保する観点から、新生児特定集中治療について十分な体制と実績を有する保険医療機関における、高度な医療を要する重症新生児に対する手厚い看護体制について、新たな評価を行う。

- (2) 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いたオンライン診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。(Ⅱ－1(5)再掲)
- (3) 小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。
- (4) 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について要件及び評価を見直す。(Ⅱ－7(3)再掲)
- (5) 臓器移植を行った小児患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料について算定上限日数を見直す。
- (6) 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直すとともに、処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料について評価を見直す。
- (7) 医療的ケア児(者)が入院する際の在宅からの継続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。
- (8) 重症新生児に対する退院支援について、転院搬送された児においても退院支援が必要であることや治療室から小児病棟等を経て退院すること等、新生児の退院支援の実態を踏まえ、入退院支援加算3の要件を見直す。
- (9) 少子化等による入院患者の減少により1病棟を維持できない小児科病棟について、一般病棟との一体的な運用を可能とするとともに、成人患者との混合病棟であっても子どもにとって必要な入院環境を確保するため、当該運用をする際は小児の区域特定がなされるよう、要件を見直す。
- (10) 入院中であっても子どもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ、希望によって家族等が子どもに付き添う場合に家族等に過度な負担がかからない医療機関の体制を確保する観点から、保育士や看護補助者の配置について、小児入院医療管理料の要件及び評価を見直す。
- (11) 周産期医療における集中的・効率的な提供を推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。

- (12) ハイリスク妊婦に対する適切な管理を推進する観点から、ハイリスク妊娠管理加算について対象患者を見直す。

### Ⅲ－４－３ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価

- (1) がん患者に対する質の高い疼痛緩和治療の提供を更に充実させる観点から、放射線治療及び神経ブロック等の専門的な治療を実施できる体制について、新たな評価を行う。
- (2) 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算について要件を見直す。(Ⅱ－４(19)再掲)
- (3) 在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。(Ⅱ－８(6)再掲)
- (4) 在宅で療養を行う末期の悪性腫瘍の患者について、質の高い緩和ケアを提供する観点から、患者の急変時等に、ICT の活用によって当該患者に関わる医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、医師が当該患者に対して療養上必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。(Ⅱ－８(7)再掲)
- (5) 小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。(Ⅲ－４－２(3)再掲)
- (6) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。(Ⅰ－２(5)再掲)

### Ⅲ－４－４ 認知症の者に対する適切な医療の評価

- (1) 入院基本料等について、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。(Ⅰ－１(2)③再掲)
- (2) 認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算及びせん妄ハイリスク患者ケア加算について要件を見直す。(Ⅱ－２(10)再掲)
- (3) かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつ

け医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療 DX を推進する観点から、要件及び評価を見直す。(Ⅱ-5(3)再掲)

- (4) 認知症患者について、かかりつけ歯科医と医師をはじめとした関係者との情報共有・連携による歯科医療を推進する観点から、歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者を見直す。

#### Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- (1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。
- (2) 精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。
- (3) 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から実施する退院調整の効果を踏まえ、精神病床における入退院支援について新たな評価を行うとともに、既存の退院支援に係る評価を見直す。
- (4) 外来及び在宅患者に対する包括的支援マネジメントの実施を推進する観点から、療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について、要件及び評価を見直す。
- (5) 質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法について評価を見直すとともに、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施する体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、新たな評価を行う。
- (6) 児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (7) 心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合について、新たな評価を行う。
- (8) 精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、対象患者の要件を見直す。

#### Ⅲ-4-6 難病患者に対する適切な医療の評価

- (1) 指定難病患者に対する治療について患者が医師といる場合の情報通信

機器を用いた診療（D to P with D）が有効であることが示されたことを踏まえ、遠隔連携診療料の対象患者を見直す。（Ⅱ－１（３）再掲）

- (2) 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大するとともに、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合について、新たな評価を行う。（Ⅲ－２（３）再掲）

### Ⅲ－５ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

- (1) 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。（Ⅱ－５（１）再掲）
- (2) リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療 DX の活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算の評価を見直す。（Ⅱ－５（２）再掲）
- (3) かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療 DX を推進する観点から、要件及び評価を見直す。（Ⅱ－５（３）再掲）
- (4) 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病患者に対して多職種連携による透析予防の管理を行うことについて、新たな評価を行う。
- (5) 薬剤師による充実した薬学管理を推進し、質の高い薬物療法が適用できるようにするため、地域における医療機関と連携して行う、調剤後の薬学管理に係る評価を見直す。（Ⅱ－７（７）再掲）

### Ⅲ－６ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

- (1) 医科歯科連携を推進する観点から、周術期等口腔機能管理について以下の見直しを行う。
  - ① 手術を行わない急性期脳梗塞患者等の診療実態を踏まえ、周術期等口腔機能管理の対象患者を見直すとともに、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)について評価を見直す。
  - ② 終末期の悪性腫瘍の患者等については、頻回に歯科専門職の介入が必要となる場合があることを踏まえ、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)及び周術

期等専門的口腔衛生処置の要件を見直す。

- (2) 回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、以下の評価を行う。
  - ① 回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する歯科医師及び歯科衛生士による口腔機能管理及び口腔衛生管理について、新たな評価を行う。
  - ② 回復期等の患者に対する口腔機能管理の実績を評価する観点から、地域歯科診療支援病院歯科初診料について要件を見直す。(Ⅱ-3(8)再掲)
- (3) 入院前から外来診療において歯科疾患について口腔管理を受けていて、当該疾患に係る予定された手術を行う患者に対する周術期等口腔機能管理について、対象患者及び評価を見直す。
- (4) 医歯薬連携を推進する観点から、医科からの依頼に基づく歯科診療情報の提供や患者の服薬状況等に関する歯科医療機関と薬局との情報連携・共有が可能となるよう、診療情報連携共有料について名称及び要件を見直す。
- (5) ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、評価の在り方を見直すとともに、指導訓練に係る評価を新設する。
- (6) 客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能の評価に関する検査について、要件を見直す。
- (7) 認知症患者について、かかりつけ歯科医と医師をはじめとした関係者との情報共有・連携による歯科医療を推進する観点から、歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者を見直す。(Ⅲ-4-4(4)再掲)
- (8) 医療的ケア児が安心して安全に学校等に通うことができるよう、かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携を促進する観点から、診療情報提供料(Ⅰ)の情報提供先を見直す。
- (9) 強度行動障害を含む歯科治療環境への適応が困難な患者の歯科診療時に特別な対応が必要な患者に対して、歯科治療環境への円滑な導入を支援するとともに、患者の状態に応じた評価となるよう、初診時歯科診療導入加算及び歯科診療特別対応加算について、名称及び要件を見直す。
- (10) う蝕の重症化予防を推進する観点から、以下の見直しを行う。
  - ① フッ化物歯面塗布処置について、う蝕多発傾向者に、歯科訪問診療を行う医療的ケア児等を追加するとともに、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者とエナメル質初期う蝕に罹患している患者に、歯科特定

疾患療養管理料を算定している患者を追加する。

- ② かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合とそれ以外の歯科医療機関の場合で算定する項目が異なる実態を踏まえ、エナメル質初期う蝕管理加算とフッ化物歯面塗布処置の評価体系を見直す。
  - ③ 初期の根面う蝕に対する非切削による指導管理について、評価体系を見直す。
- (11) 歯周病の重症化予防を推進する観点から、以下の見直しを行う。
- ① 糖尿病患者の歯周病安定期治療について、評価を見直す。
  - ② 歯周病安定期治療から歯周病重症化予防治療に移行する場合について、歯周病重症化予防治療の要件を見直す。
- (12) 歯科衛生士による実地指導を推進する観点から、歯科衛生士が口腔機能に関する指導を実施した場合について、新たに評価を行う。
- (13) これまでの情報通信機器を用いた歯科診療の実態も踏まえ、継続的な口腔機能管理を行う患者及び新興感染症等に罹患している患者で歯科疾患による急性症状等を有する者に対する情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。(Ⅱ-1(7)再掲)
- (14) 口腔がんの経過観察等、専門性の観点等から近隣の医療機関では対応が困難な場合において、近隣の歯科医療機関の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について、新たな評価を行う。(Ⅱ-1(8)再掲)
- (15) 歯科固有の技術について、以下の見直しを行う。
- ① 小児の外傷歯に対して外傷後の安全管理、重症化予防等を推進する観点から、歯・歯列の保護を目的とした口腔内装置の要件について見直しを行う。
  - ② 舌接触補助床について、口腔機能の回復を推進する観点から、舌の筋力や運動機能の低下等がみられる口腔機能低下症の患者を対象患者に追加する。
  - ③ 誤嚥性肺炎の発症や重症化リスクとなる口腔バイオフィルム感染症の患者に対して必要な検査や処置を実施できるよう、口腔細菌定量検査や非経口摂取患者口腔粘膜処置等について、要件を見直す。
  - ④ 医科点数表において評価されている処置のうち、歯科領域でも行われているものについて、診療実態を踏まえて歯科点数表において新たな評価を行う。
  - ⑤ 歯科医師と歯科技工士の連携を更に推進する観点から、補綴物の製作にあたり、ICT の活用を含め歯科医師と歯科技工士が連携して色調採得等

を行った場合について、新たな評価を行う。

- ⑥ CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）による大臼歯CAD/CAM冠について、要件を見直す。
- ⑦ クラウン・ブリッジ維持管理料について、対象となる歯冠補綴物を見直す。
- ⑧ 学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断され歯科医療機関を受診した患者に対して、歯科矯正治療の保険適用の可否を判断するために必要な検査・診断等を行う場合について、新たな評価を行う。
- ⑨ 歯科麻酔の技術料及び薬剤料が包括されている技術における歯科用麻酔薬の薬剤料について、評価を見直す。
- ⑩ その他、歯科医療の推進に資する技術については、医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能の低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

### Ⅲ－7 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価

- (1) 薬剤師による患者の処方状況に応じた服薬指導の推進とともに、これらの業務の合理化を行う観点から、服薬管理指導料、服薬情報提供料等の薬学管理料について、業務実態に応じた要件及び評価の在り方を見直す。
- (2) 薬剤師による充実した薬学管理を推進し、質の高い薬物療法が適用できるようにするため、地域における医療機関と連携して行う、調剤後の薬学管理に係る評価を見直す。（Ⅱ－7(7)再掲）
- (3) 調剤に係る業務の実態を踏まえ、嚥下困難者用製剤加算等の薬剤調製に係る評価の在り方を見直す。
- (4) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。（Ⅰ－2(5)再掲）
- (5) 病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。（Ⅰ－2(3)再掲）
- (6) 病棟薬剤業務に関して、チーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務について、新たな評価を行う。



( I - 2 (4)再掲)

Ⅲ－ 8 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

- (1) 調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、特定の医療機関からの処方箋受付が集中しており、処方箋受付回数が多い薬局等の評価を見直す。
- (2) 地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について、要件及び評価の見直しを行う。
- (3) 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、夜間・休日対応を含めた、薬局における体制に係る調剤基本料等の評価を見直す。

( I - 1 (5)再掲)

- (4) いわゆる同一敷地内薬局への対応として、医薬品の備蓄等の効率性、医療経済実態調査に基づく薬局の費用構造や損益率の状況、同一敷地における医療機関との関係性等を踏まえ、特別調剤基本料を算定する薬局の体制等や、同一敷地に薬局を有する医療機関であって一定の基準に該当するものを行う処方について、評価を見直す。
- (5) 薬局における新興感染症発生・まん延時に対応する体制整備の観点から、第二種協定指定医療機関の指定要件等を踏まえ、連携強化加算について、要件及び評価を見直す。(Ⅱ－ 6 (6)再掲)

Ⅲ－ 9 医薬品産業構造の転換も見据えた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

- (1) 革新的新薬の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の観点から、薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度薬価制度改革の骨子」に基づき対応する。
- (2) 医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。
- (3) 「医療用医薬品の流通の改善に関する懇談会」で取りまとめられた「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」の改訂を踏まえ、医薬品の適正な流通を確保する観点から、保険医療機関及び保険薬局の医薬品取引状況に係る報告の見直しを行う。
- (4) 医療機器等のイノベーションの適切な評価や特定保険医療材料の安定供給の確保等の観点から、保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまと

- められた「令和4年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。
- (5) イノベーションの促進の観点から、一般的に侵襲性が低いプログラム医療機器の特性も踏まえつつ、薬事上の第1段階承認を取得したプログラム医療機器及びチャレンジ申請を行うプログラム医療機器の使用又は支給について、評価療養として実施可能とする。

#### IV 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

##### IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等

- (1) 医療DX、医薬品の安定供給等に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。
- (2) バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、入院医療においてバイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行い、バイオ医薬品ごとの特性を踏まえた使用数量割合の基準を満たす医療機関について新たな評価を行うとともに、バイオ後続品導入初期加算について対象患者を拡大する。
- (3) 医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。(Ⅲ-9(2)再掲)
- (4) 再製造単回使用医療機器の使用体制を評価する観点から、再製造単回使用医療機器の使用実績を有する医療機関における、手術時の再製造単回使用医療機器の使用について、新たな評価を行う。
- (5) 健康管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器について特定保険医療材料として評価されることを踏まえ、こうしたプログラム医療機器を用いた場合の医学管理について、評価の在り方の見直しを行う。(Ⅱ-1(12)再掲)

##### IV-2 費用対効果評価制度の活用

- (1) 費用対効果評価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度費用対効果評価制度改革の骨子」に基づき対応する。

##### IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価

- (1) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。

- (2) 衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。
- (3) 包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ、人工腎臓について評価を見直す。
- (4) 外来診療の実態を踏まえ、効率的な検査、処置及び麻酔の実施を図る観点から、一部の検査、処置及び麻酔の評価を見直す。

IV-4 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）  
（Ⅱ-1 を参照）

IV-5 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  
（再掲）  
（Ⅱ-4 を参照）

IV-6 外来医療の機能分化・強化等（再掲）  
（Ⅱ-5 を参照）

IV-7 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化  
予防の取組推進（再掲）  
（Ⅲ-5 を参照）

IV-8 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

- (1) 病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。（Ⅰ-2 (3) 再掲）
- (2) 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。（Ⅳ-1 (1) 再掲）
- (3) 投薬時における薬剤の容器等については、衛生上の理由等から薬局において再利用されていない現状を踏まえ、返還に関する規定の見直しを行う。

IV-9 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能  
を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）  
（Ⅲ-8 を参照）

厚生労働省発保0112第1号  
令和6年1月12日

中央社会保険医療協議会  
会長 小塩 隆士 殿

厚生労働大臣  
武 見 敬 三

### 諮 問 書

(令和6年度診療報酬改定について)

健康保険法（大正11年法律第70号）第82条第1項、第85条第3項、第85条の2第3項、第86条第3項、第88条第5項及び第92条第3項、船員保険法（昭和14年法律第73号）第59条において準用する健康保険法第82条第1項（船員保険法第54条第2項及び第58条第2項に規定する定めに係る部分に限る。）及び船員保険法第65条第12項において準用する健康保険法第92条第3項（船員保険法第65条第10項に規定する定めに係る部分に限る。）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第46条において準用する健康保険法第82条第1項及び国民健康保険法第54条の2第12項において準用する健康保険法第92条第3項並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第71条第1項、第74条第8項、第75条第5項、第76条第4項、第78条第5項及び第79条第3項の規定に基づき、令和6年度診療報酬改定について、貴会の意見を求めます。

なお、答申に当たっては、別紙1「診療報酬改定について」（令和5年12月20日）及び別紙2「令和6年度診療報酬改定の基本方針」（令和5年12月11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）に基づき行っていただくよう求めます。

## 診療報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬 +0.88% (国費800億円程度 (令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%

各科改定率	医科 +0.52%
	歯科 +0.57%
	調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種 (上記※1を除く) について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ (1食当たり30円) の対応 (うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円) +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

(注) 令和6年6月施行

2. 薬価等

①薬価	▲0.97% (国費▲1,200億円程度)
②材料価格	▲0.02% (国費▲20億円程度)
合計	▲1.00% (国費▲1,200億円程度)

- ※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。
- ※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。(対象：約 2000 品目程度)
- ※ イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

(注) 令和 6 年 4 月施行 (ただし、材料価格は令和 6 年 6 月施行))

### 3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・ 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和 6 年度に 2.5%、令和 7 年度に 2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

### 4. 医療制度改革

長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後 5 年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が 50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の 4 分の 3 までを保険給付の対象とすることとし、令和 6 年 10 月より施行する。

また、薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。

## 令和 6 年度診療報酬改定の基本方針

令和 5 年 1 2 月 1 1 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

(物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応)

- 現下の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30 年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えており、患者が必要とする医療が受けられるよう、機動的な対応が必要となっている。
- 令和 6 年度診療報酬改定では、デフレ完全脱却のための総合経済対策（令和 5 年 11 月 2 日閣議決定）を踏まえつつ、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。

(全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応)

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成してきた。今後は、75 歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少という人口構造の変化が加速することとなるが、このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会を実現するとともに「全世代型社会保障」を構築することが急務の課題である。
- 令和 6 年度の改定は、6 年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定であり、重要な節目となる。いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となる 2025 年だけでなく、ポスト 2025 年のあるべき医療・介護の提供体制を見据え、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実

に進め、医療・介護の複合ニーズを有する者が、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った介護を地域で完結して受けられるようにする社会を目指すことが重要である。あわせて、医療と障害福祉サービスの連携も重要である。

- 加えて、今般の感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応し、新興感染症等に対応できる医療提供体制を構築することをはじめとして、引き続き、必要な医師等の確保も含めて質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を、地域の実情に応じて着実に進める必要がある。

#### **(医療 DX やイノベーションの推進等による質の高い医療の実現)**

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、我が国のデジタル化の遅れが顕在化した。医療分野においても、デジタル化された医療情報の利活用を積極的に推進していくことが、個人の健康増進に寄与するとともに、医療現場等における業務効率化の促進、より効率的・効果的な質の高い医療の提供を行っていく上で、非常に重要である。こうした背景を踏まえて、医療情報の活用や医療機関間における連携のための取組等を含む医療 DX を、国民にも働きかけつつ推進することで、地域医療連携の円滑化、個々の医療機関等の負担軽減を図り、安心・安全で質の高い医療サービスを実現していく必要がある。
- また、新型コロナウイルス感染症により、医薬品・医療機器等の存在意義や創薬力の重要性が社会的に改めて注目されてきており、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あらゆる医薬品・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するためには、経済・財政との調和を図りつつ、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 2023」や「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 2023 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

- 平成 30 年度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定では、団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となる 2025 年に向けた道筋を示すものとして、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定が行われ、令和 2 年度診療報酬改定では、重点課題として医師等の働き方改革等の推進に取り組んだ。
- 令和 4 年度診療報酬改定では、これらの取組を更に推進するとともに、新型コロナウイルス感染症への対応や、感染拡大により明らかになった様々な医療提供体制の課題に対応した。
- 令和 6 年度診療報酬改定では、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえ、これまでの改定の流れを継承しながら、ポスト 2025 年のあるべき医療・介護の提供体制を見据えつつ、DX（デジタルトランスフォーメーション）等の社会経済の新たな流れも取り込んだ上で、効果的・効率的で質の高い医療サービスの実現に向けた取組を進める必要がある。
- また、診療報酬改定 DX の推進に向け、医療機関・薬局等やベンダの集中的な業務負荷を平準化するため、令和 6 年度診療報酬改定から施行時期を 6 月 1 日とする。

### (1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

(基本的視点)

- 2023 年の春闘などを通じて賃上げが行われているものの、医療分野では賃上げが他の産業に追いついていない状況にある。そうした中で、医療分野における人材確保の状況は、目下のところ、高齢化等による医療需要増加の一方、

有効求人倍率が全職種平均の2～3倍程度の水準で高止まるとともに、入職率から離職率を差し引いた医療分野の入職超過率は0%に落ち込むなど悪化している状況であり、また、長期的にも、人口構造の変化により生産年齢人口の減少に伴った支え手不足が見込まれる。

- このような状況を踏まえ、必要な処遇改善等を通じて、医療現場を支えている医療従事者の人材確保のための取組を進めることが急務である。その際、特に医師、歯科医師、薬剤師及び看護師以外の医療従事者の賃金の平均は全産業平均を下回っており、また、このうち看護補助者については介護職員の平均よりも下回っていることに留意した対応が必要である。
- 加えて、医師等の働き方改革を進め、心身ともに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。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきたところ。2024年（令和6年）4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であるが、同規制の適用以後も、引き続き、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、診療報酬の対応がより実効性のあるものとなるよう検討する必要がある。

（具体的方向性の例）

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
  - ・ 令和4年度に実施した看護職員の処遇改善に係る取組や令和5年11月の経済対策も踏まえつつ、医療従事者の賃上げに向けた取組の推進。
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

## (2) ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

(基本的視点)

- 団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年に向けて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、2025 年以降も人口減少・高齢化が進む中、患者の状態等に応じて質の高い医療を適切に受けられるよう、介護サービス等と連携しつつ、切れ目のない提供体制が確保されることが重要である。
- このため、医療 DX を推進し、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を着実に進めることが必要である。

(具体的方向性の例)

- 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
  - ・ マイナ保険証を活用した、質が高く効率的な医療の提供。
  - ・ 電子処方箋の普及、電子カルテ情報の 3 文書・ 6 情報（診療情報提供書、退院時サマリー、健康診断結果報告書、傷病名、アレルギー情報、感染症情報、薬剤禁忌情報、検査情報（救急及び生活習慣病）、処方情報）の入力・管理、入院診療計画書等の電子的な文書提供等の医療情報の標準化・ICT の活用等を通じて、医療連携の取組を推進。
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
  - ・ 医療機関間や医療機関と薬局・訪問看護ステーション等との連携、医科歯科連携、医歯薬連携、医療と介護の連携、医療と障害福祉サービスの連携、

- その他の地域の保健・福祉・教育・行政等の関係機関との連携も含め、地域包括ケアシステムの深化・推進のための多職種連携・協働の取組等を推進。
- ・ 高齢化する障害者施設における適切な医療提供に向けた取組等の推進。
  - リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
    - ・ ADLの低下の防止等を効果的に行うため、より早期からの取組の評価や切れ目のない多職種による取組を推進。
  - 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
    - ・ 増加する高齢者急性期医療のニーズや地域医療構想等を踏まえた、患者の状態に応じた適切な医療資源を効率的に提供するための機能分化を推進。その際、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築という観点からも、より適切な包括払いの在り方を検討。
  - 外来医療の機能分化・強化等
    - ・ 令和5年改正医療法も踏まえた生活習慣病等の継続的な医療を要する者に対する説明に関する評価の見直し等、外来機能の強化を推進。
    - ・ 外来における腫瘍化学療法の推進。
    - ・ 外来医療から在宅医療への円滑な移行に当たって必要となる連携を推進。
  - 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
    - ・ 平時からの感染症対策に係る取組が広く実施されるよう、令和4年改正感染症法及び第8次医療計画も踏まえ、個々の医療機関・薬局等における感染防止対策の取組や地域の医療機関・薬局と都道府県等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進するとともに、高齢者施設等と医療機関・薬局の連携を強化。
  - かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
    - ・ かかりつけ医機能を担う医療機関が地域の介護支援専門員や介護サービス事業者と「顔と顔の見える関係性」を構築し、有機的な連携を行うことを推進。
    - ・ ICT等を活用した時間外の対応体制の整備の推進。
    - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、ラ

ライフステージに応じ、生涯を通じた継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。

- ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、新薬・ハイリスク薬等、特に充実した服薬指導が必要な場合の対応も含め、服薬状況等の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価を推進。

○ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ・ 中長期的には在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、在宅医療を担う医療機関と市町村・医師会等との連携、及び医療・介護の切れ目のない、地域の実情に応じた提供体制の構築等を推進し、専門性の高い看護師も活用しつつ、効率的・効果的で質の高い訪問診療・往診、訪問看護、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導等の提供体制を確保。
- ・ 地域における医薬品提供体制を構築。
- ・ ICT等を活用し、他の医療機関との連携を促進。
- ・ 非がん患者を含めた在宅緩和ケアの充実。

### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

(基本的視点)

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえつつ、患者にとって必要な質の高い医療を確保する取組を進める。
- 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など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。

(具体的方向性の例)

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 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
  - ・ 患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて住み慣れた地域

で継続して生活できるよう、医療機関間の連携の強化に資する取組等を実施。

- ・ 人生の最終段階における医療・ケアを充実させるための取組を推進。
- アウトカムにも着目した評価の推進
  - ・ 患者の状態に応じた質の高いリハビリテーションの評価など、きめ細かいアウトカムにも着目した評価を推進。
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
  - ・ 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進。
  - ・ 小児医療、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。
  - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価。
  - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価。
  - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価。
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
  - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、ライフステージに応じ、生涯を通じた継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。（再掲）
  - ・ 病院歯科の役割に応じた評価、歯科診療所との連携の推進。
  - ・ 歯科衛生士が行う指導管理、歯科技工士が関わる技術を含む歯科固有の技術等の適切な評価。
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
  - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、新薬・ハイリスク薬等、特に充実した服薬指導が必要な場合の対応も含め、服薬状況等の

一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価を推進。(再掲)

- ・ 病院薬剤師業務を適切に評価。
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進。
- 医薬品産業構造の転換も見据えた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
  - ・ 患者の安心・安全を確保するための医薬品の安定供給の確保を推進。
  - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価。

#### (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。
- これまで、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、医療保険制度の安定性・持続可能性の向上につながる各種施策を進めてきており、2025年をまたぐ今回の改定では、これらの施策を着実に進めていくという視点が必要不可欠である。
- また、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)

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
  - ・ 後発医薬品について、安定供給の確保の状況を踏まえつつ、使用促進の取組を推進。

- ・ バイオ後続品について、新たに設定された政府目標を踏まえて使用促進の取組を推進。
- ・ 医療保険財政の中でイノベーションを推進するため、長期収載品の保険給付の在り方の見直しとともに、経済性に優れた医療機器等の診療報酬上の評価や患者が自ら使用するプログラム医療機器等の保険適用の在り方について検討。
- 費用対効果評価制度の活用
  - ・ 革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を実施。
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
  - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。
  - ・ エビデンスや相対的な臨床的有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価。
- 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
  - ・ マイナ保険証を活用した、質が高く効率的な医療の提供。
  - ・ 電子処方箋の普及、電子カルテ情報の 3 文書・ 6 情報（診療情報提供書、退院時サマリー、健康診断結果報告書、傷病名、アレルギー情報、感染症情報、薬剤禁忌情報、検査情報（救急及び生活習慣病）、処方情報）の入力・管理、入院診療計画書等の電子的な文書提供等の医療情報の標準化・ICT の活用等を通じて、医療連携の取組を推進。
- 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（再掲）
  - ・ 増加する高齢者急性期医療のニーズや地域医療構想等を踏まえた、患者の状態に応じた適切な医療資源を効率的に提供するための機能分化を推進。その際、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築という観点からも、より適切な包括払いの在り方を検討。
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
  - ・ 令和 5 年改正医療法も踏まえた生活習慣病等の継続的な医療を要する者に対する説明に関する評価の見直し等、外来機能の強化を推進。
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防



### の取組推進（再掲）

- 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、残薬や、適正使用のための長期処方への対応、リフィル処方箋の活用等、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を促進。
  - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進。（再掲）

### 3. 将来を見据えた課題

- 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などにより社会保障が支えられていることを踏まえ、総合的な政策を構築していくことが求められる。
- 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を実現していくとともに、国民の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、国民に対して医療制度に関する丁寧な説明を行い、理解を得ていくことが必要である。
- 予防・健康づくりやセルフケア等の推進、ヘルスリテラシーの向上が図られるよう、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を行うことが必要である。
- 今後も、医療情報の活用や医療機関間における連携のための取組等を含む医療 DX を推進することにより、地域医療連携の円滑化、個々の医療機関等の負担軽減を図り、将来にわたって安心・安全で質の高い医療サービスを実現していく必要がある。

令和5年12月8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号側（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年度診療報酬改定に関する1号側（支払側）の意見

新型コロナウイルス感染症の拡大により、経済の停滞や、医療現場の混乱など未曾有の危機を経験したが、医療従事者の献身的な対応をはじめ国民全体の弛まぬ努力により、新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけが5類に引き下げられて以降、社会経済活動が活発化し、デフレ脱却に向けた兆しが見えはじめるなど、新たな道を歩みだした。

そうしたなか、我が国の医療費は、令和2年度に一時的な落ち込みがあったものの、一貫して増加基調にあり、令和4年度は過去最高の46兆円規模にまで拡大した。さらに、足元ではコロナ禍前をしのぐ大幅な伸びを示し、予断を許さない状況にある。今後も生産年齢人口が減少するなかで、団塊世代の後期高齢者への移行が進むなど高齢化に伴い医療費はますます増加する見込みである。

また、令和4年度診療報酬改定においては、リフィル処方箋の仕組みが導入されたが、厚生労働省が中央社会保険医療協議会に提出した分析結果に基づけば、令和4年度政府予算編成に関する関係大臣折衝で合意された医療費▲0.10%の適正化効果（再診の効率化）は明らかに未達である。

第 24 回医療経済実態調査の結果、令和 4 年度における一般病院の経営状況は、総じて令和 3 年度に比べて収益の増加を費用の増加が上回り、赤字が拡大したものの、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めると、損益差額が全体で 1.4%の黒字となった。一般診療所の場合は費用の増加を収益の増加が上回ったために黒字が拡大し、医療法人では、新型コロナウイルス関連の補助金を含めた損益差額が 9.7%の黒字となった。歯科診療所と保険薬局は、引き続き黒字基調で安定的に推移した。また、医療法人における看護職員や看護補助職員の平均給料年額は、一般病院で 1 % 台半ば、一般診療所で 2 % 程度の伸びとなった。一方、資産・負債の状況に目を向けると一般病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局のいずれも、長期借入金をはじめとする固定負債が減少して資本が増加し、一般診療所を中心に医療機関・薬局の経営は堅調と言える。

昨今の物価の高騰等は国民の生活を圧迫し、さらに、これまで長期にわたり、賃金・物価の伸びを医療費の伸びが上回る構造が続いてきたことで、国民・事業主の保険料負担と患者自己負担は着実に増加し、医療保険財政は限界に近い状況にある。医療保険制度の持続可能性を確保するため、医療の質を担保しつつ、効率化や適正化の取組みが極めて重要である。そのため、医療提供体制については、令和 7 年に達成すべき地域医療構想に基づく病床再編の推進、かかりつけ医機能に関する制度整備、医療 DX の推進等を踏まえ、医療機能の分化・強化と連携を加速させることが必要となる。あわせて、医療・介護・障害福祉等サービスの同時報酬改定を通じて、各制度において各施設・各職種それぞれが機能を強化したうえで、ICT 等を活用して円滑な連携を図らなければ、生産年齢人口の減少によるサービスの担い手が不足するなかで、高齢化により増大する需要をまかなうことは到底できない。

令和 6 年度診療報酬改定においては、賃金、物価の動向を考慮しつつも、高止まりする医療費の自然増により医療保険制度の持続可能性に懸念があること、限界にある国民負担の状況、診療所と病院の経営状況の違い、職種別の給与水準の格差などを総合的に勘案する必要がある。したがって、患者の負担増や保険料の上昇に直結する安易な診療報酬の引き上げを行う環境にはない。一方で、令和 6 年 4 月からの働き方改革を踏まえ、救急も含め 24 時間対応可能な地域医療体制の確保に向けて、多様な医療人材の連携を促進するとともに、看護職員等の医療従事者の処遇改善は重要事項である。まずは診療報酬と補助金・交付金との役割分担の整理・効果検証を行い、その結果を踏まえた大胆な配分の見直しにより実現を図るなど、真に有効でメリハリの効いた診療報酬改定が不可欠である。また、薬価・材料価格改定については、革新的新薬等のイノベーションへの十分な配慮、後発医薬品等の安定供給の確保を着実に進めるとともに、市場実勢価格の低下に伴う引下げ分を国民に還元すべきである。

以上

## 令和6年度診療報酬改定に対する二号(診療側)委員の意見

中央社会保険医療協議会

二号委員

長島公之

茂松茂人

江澤和彦

池端幸彦

太田圭洋

林正純

森昌平

診療報酬は、全国一律の公定価格として厚生労働大臣により定められ、国民にとって安全で、安心できる医療を提供するための原資であることはもとより、医学の進歩・高度化に対応するための設備投資、患者ニーズの多様化に応える医療従事者の雇用の確保および拡充に不可欠なコストを賄っている。

したがって、診療報酬は、原則2年毎に改定されることから、その間の賃金や物価の動向を適切に反映するものでなければならない。

また、これまでの改定に期待される役割に加え、令和6年度の診療報酬改定においては、政府の重要政策とされる医療従事者の『賃上げ』および現下の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰という極めて異例の状況に対応できる改定でなければならない。

**医療の質を高めつつ、賃上げの好循環を全国の医療従事者に行き渡らせるためには、適切な財源が必要であり、令和6年度の診療報酬改定では従来以上の大幅なプラス改定が求められている。**

### **◇ 医療機関・薬局は新型コロナウイルス感染症の感染拡大前と比較しても厳しい経営を強いられている**

新型コロナウイルス感染症（以下、コロナという。）に関する診療報酬上の特例や補助金、かかりまし費用等の影響を排除した病院・診療所の損益率を見ると、コロナ後3年間の平均は、コロナ前の平均を下回っている。コロナ禍における診療報酬上の特例やコロナ補助金は一過性の収益であり、感染対策経費の増加、追加的人員の確保などの診療体制の整備に活用されており、また、すべての医療機関の収益となっていないものであるため、令和6年度診療報酬改定の議論は、これらの影響を除いた上で行うべきである。

令和4年度の損益率（コロナ関係補助金を除く）の分布を見ると、一般病院の7割弱、一般診療所の約3割が赤字であった。物価高騰、賃金上昇が続く中、現状、コロナ特例は大幅に縮小されてきており、さらに、今後特例が廃止となって収益が下がることがあれば、赤字施設の割合がさらに増え、地域の医療提供体制が維持できなくなる。そもそも経営基盤が脆弱な診療所では、倒産が相次ぐ恐れがある。

費用については、病院、診療所ともに上昇し、特に、物価高騰を反映して水道光熱費の伸びが顕著であった。また紹介手数料も大きく上昇し、これは、医療業界における人材確保の厳しさの現れである。

令和4年度診療報酬改定を踏まえた個人立歯科診療所の直近2事業年の医業収益はマイナス0.9%と落ち込んだ。地域医療を担う歯科医療機関の約8割が個人立歯科診療所であり、その経営は依然として回復傾向になく、厳しい状況が続いている。

保険薬局の直近の損益状況については、コロナの感染拡大の影響から回復しつつある一方、物価高騰や賃金上昇への対応のため、損益差額ともに対前年比は減少傾向にあり、引き続き厳しい経営状況が続いている。

#### ◇ 医療における賃上げが人材確保を支え、経済の好循環、地方創生をも生み出す

この3年間、多くの医療機関等では、不眠不休で未知のウイルスに立ち向かい、時間外に発熱外来やワクチン接種、自宅・宿泊療養者の健康観察などを担ってきた。その際の補助金や診療報酬上の特例による一時的な収入増は、コロナ流行時にしっかり対応してきた証でもある。

したがって、コロナ禍という特殊な状況で生まれたストックは、賃上げの原資となるものではなく、賃上げは、フローで行うべきである。

令和3年10月の岸田内閣発足時の政府の方針に基づいて行われた令和4年度診療報酬改定では、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、収入を3%程度引き上げるための処遇改善の仕組が導入された。

しかし、「民間主要企業春季賃上げ要求・妥結状況」によると、令和4年には令和3年の1.86%から2.20%に上がり、さらに令和5年には3.60%に上昇している中で、医療・介護分野の賃金上昇は、一部に限定されたため、1%台にとどまり、他産業に大きく遅れをとっている。

他産業の賃上げが進む中、医療従事者の賃金を引き上げ、サービスを提供するための人材を確保していくための原資を確実に担保することは、医療従事者が他産業へ流出し、人材確保が厳しくなっている現状も踏まえれば急務と言える。

同時に、改定により医療従事者の賃金が引き上げられることで、雇用の拡大、地方創生、ひいては、経済の好循環を生み出すことにもつながることから、医療機関等がそれぞれの状況に応じて幅広く、かつ、恒久的に賃金を引き上げることができるだけの原資を確保するため、十分な手当てがなされる必要があることは論を俟たない。

#### ◇ 食材料費・光熱費等の物価高騰への対応

今般の食材料費、光熱費等の物価高騰は、国民のみならず医療機関にも大きな影響を及ぼしている。

特に、入院中の食事療養費は、約30年間も据え置かれ、もはや、経営努力のみでは良質な食事の提供が極めて困難な状況である。

実際、病院給食委託単価は、令和3年時点ですでに公定価格の単価（3食分で1,920円）を上回る状況で、令和4年にはさらにその差が広がっている。

入院患者への質の高い食事提供ができないことは、患者にとって不幸なことであり、良質な食事の提供を継続していくためにも、対応は待ったなしの状況となっている。

#### ◇ 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

令和6年4月からはじまる医師等の働き方改革に関しては、「医師の健康確保」、「地域医療の継続性」、「医療・医学の質の維持・向上」といった重要課題にしっかり取り組むことが重要である。

そのためには、これまでに働き方改革を目的として設定された「地域医療体制確保加算」や、医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアに活用された「医師事務作業補助体制加算」など、多くの診療報酬項目により、医師等の働き方改革の推進、医療従事者の負担軽減が図られてきた。

これらの診療報酬項目は、まさにこれからはじまる医師等の働き方改革の確実な実行において、その効果を発揮するものであり、令和6年度診療報酬改定においても、この歩みを着実に継続し、さらに加速させていくため、現場に有効に活用されるような見直しと評価の継続が求められるものである。

#### ◇ ICT活用や医療の高度化は、政府の成長戦略として必須

医療の高度化や、AIやICT等といった技術の医療への活用は、医療の質の向上だけでなく、医療現場で働く医療従事者の負担軽減を図り、さらなる効率化につながることを期待されている。これはすなわち、患者さん自身にとって直接感じられるサービスの向上となるものであり、診療報酬改定ごとに不断に医療技術として取り入れることが必要で、歩みを止めてはならない。

さらに、ICTを活用して広くインフラを整備することに係る経費については、政府の成長戦略として重要な一角を担っているところであり、その発展を促進すべきである。

#### ◇ 薬価改定財源等もあわせ、異例の診療報酬改定を乗り切る

ここまで述べてきたように、今回の診療報酬改定は、異例の状況を乗り切るため、非常に重要な改定である。その中で、薬剤料には、薬価制度発足時に十分な技術評価ができなかった不足分に相当する潜在的技術料も含まれている。しかし、平成26年度で薬価改定財源が消費税対応に活用され、その後、薬価改定財源は診療報酬本体に活用されていないものの、診療報酬と薬価は不可分一体の関係にある。

令和6年度の診療報酬改定では、国民の安心・安全を守るために医療の質を向上させる取組を進める中で、ここ何年かの改定とは明らかに異なる状況である物価高騰、賃金上昇への対応に加え、医療DX対応に向けた環境整備の必要性もあることから、薬価改定により生じる財源を診療報酬に充当するなど十分な財源を確保し、この局面を乗り切るべきである。

## 令和6年度診療報酬改定について

令和5年12月13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6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24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6.0%、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2.5%であった。

#### 3. 令和6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6年度診療報酬改定の基本方針」（以下「基本方針」という。）では、現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進、ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進、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6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。令和4年度改定で見込んでいた適正化効果を達成できない中、過去最高の46兆円にまで拡大した医療費は、足元でコロナ禍前を凌ぐ大幅な伸びを示すとともに、今後の人口構造の変化により更なる増加が見込まれる。医療経済実態調査によれば、損益差額の観点からは、一般病院は新型コロナウイルス関連の補助金を含めれば1.4%の黒字、一般診療所も黒字が拡大している。また、資産・負債の観点からも、長期借入金をはじめとする固定負債が減少して資本が増加しており、一般診療所を中心に医療機関・薬局の経営は堅調といえる。賃金、物価の動向を考慮しつつも、限界に近い状況にある医療保険制度の持続可能性を確保するため、医療の質を担保しつつ、効率化や適正化の取組が極めて重要である。令和6年度診療報酬改定においては、患者の負担増や保険料の上昇に直結する安易な診療報酬の引き上げを行う環境にはなく、医療人材の連携促進や看護職員等の医療従事者の処遇改善といった重要事項については、診療報酬と補助金・交付金との役割分担の整理・効果検証を踏まえた大胆な配分の見直しにより実現を図るなど、真に有効でメリハリの効いた診療報酬改定が不可欠である。また、薬価・材料価格改定については、革新的新薬等のイノベーションへの十分な配慮、後発医薬品等の安定供給の確保を着実に進めるとともに、市場実勢価格の低下に伴う引き下げ分を国民に還元すべきである。
- これに対し、診療側の意見は次のとおり。令和6年度の診療報酬改定は、政府の重要政策とされる医療従事者の賃上げ、及び現下の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰という極めて異例の状況に対応できる改定でなければならず、従来以上の大幅なプラス改定が求められているところであり、議論に当たっては、コロナ禍における診療報酬上の特例やコロナ補助金の影響を除いた上で行うべきである。個別の論点については、医療従事者の賃金引き上げによる人材確保の原資の確実な担保、良質な食事の提供を継続するため、約30年間据え置かれている入院中の食事療養費についての対応、医療従事者の負担軽減・医師等の働き方改革の推進に関して現場に有効に活用されるような見直しと評価の継続、医療の質向上・効率化につながるICT活用や医療の高度化への対応が必要である。令和6年度診療報酬改定については、国民の安心・安全を守るために医療の質を向上させる取組を進める中で、過去数年の改定とは明らかに異なる状況である物価高騰、賃金上昇への対応や、医療DX対応に向けた環



境整備の必要性も踏まえ、薬価改定により生じる財源を診療報酬に充当するなど十分な財源を確保することで、乗り切るべきである。

- 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6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。
- また、新興感染症への対応をはじめ、医療機能の分化・強化・連携、保健・医療・福祉の更なる連携、医療従事者の働き方改革や処遇改善、地域・職域等における予防・健康づくりの取組、費用対効果、新しい医療技術など、我が国の医療に関する様々なテーマに対応するため、診療報酬のみならず、補助金、税制、制度改革など、幅広い施策を組み合わせることで講じていくことが重要である。その際、施策の成果や健康への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るという姿勢を強める必要があり、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よう努め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。

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須である。

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する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、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する。

- 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



国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための  
令和6年度診療報酬改定に対する二号（診療側）委員の意見

中央社会保険医療協議会

二号委員

長島公之

茂松茂人

江澤和彦

池端幸彦

太田圭洋

林正純

森昌平

〔医科〕

**I 基本的考え方**

わが国では世界に類を見ない少子高齢社会が進展し、人生100年時代を迎えようとしている。国民が幸せな生活を持続するために、安心して医療・介護を受けられるようにすることは不可欠である。そして、日本の「国民皆保険」という財産を守り抜き、次世代へつないでいかなければならない。

また、新型コロナウイルス感染症の経験を教訓に、新興感染症への対応として、有事にも平時にも強い医療提供体制が求められている。あわせて、厳しい状況の中で献身的な働きをつづける医療従事者を支え、守ることも重要である。

こうした課題に向け、国民から負託された貴重な財源を最大限適切に活用する必要がある。

社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）が、本年12月11日にとりまとめた「令和6年度診療報酬改定の基本方針」の基本認識では、現下の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えており、患者が必要とする医療が受けられるよう、機動的な対応が必要とされている。

また、「骨太の方針2023」では、令和6年度診療報酬改定に対して、デフレ完全脱却のための総合経済対策（令和5年11月2日閣議決定）を踏まえつつ、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行うとされている。

このような基本認識のもと、「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進」が、基本方針の重点課題に位置づけられた。

高齢者人口がピークを迎える2040年の医療提供体制の展望を見据え、実効性のある医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実現することで、持続可能な社会保障制度を実現するとともに、新興感染症の流行等にも即座に対応できるよう、余力を持った平時の医療提供体制を構築することで、社会保障のさらなる充実が図ら

れ国民の安心をより高めることが可能になる。

さらに、国民が住み慣れた地域において質の高い医療・介護を受けるため、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護提供体制が確保されるよう、介護・福祉サービスとの連携を強化する必要がある。令和6年度診療報酬改定は医療・介護・障害福祉サービス等報酬の6年に一度の同時改定であることを念頭に、地域における医療資源を有効活用しつつ、継続して改革を進めるために必要財源を配分すべきである。

我々は、医療者として地域医療を守る使命感と倫理観に基づき、持続的にわが国の医療制度を維持・発展させるため、令和6年度診療報酬改定に当たっては、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

なお、これまで中医協で検討してきた項目については、あくまでも財源を考慮せずに議論されてきたものであり、改定率を踏まえたメリハリ付けや、優先順位に基づき実施しないものが出てくることは当然である。

#### 1. 診療報酬体系の見直し

- 医療機関の創意工夫による運営を可能とする告示、通知等を含めた見直し
- 施設基準等の簡素化や要件緩和も含めた適切な見直し

#### 2. あるべき医療提供体制コスト等（医業の再生産費用を含む）の適切な反映

- 「もの」と「技術」の分離の促進（ものから人へ）
- 医学・医療の進歩への速やかな対応
- 無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視
- 出来高払いを原則として、包括払いとの適切な組み合わせの検討
- デジタル化の対応に必要な経費への確実な手当

#### 3. 新興感染症等にも対応できる大病院、中小病院、診療所が各々に果たすべき機能に対する適切な評価と、地域の医療提供システムの運営の円滑化

- 急性期医療から回復期・慢性期医療に至るまで良好に運営できる診療報酬体系の整備と提供されている医療に見合う適切かつ十分な評価
- 救急医療、精神科救急医療等の不採算医療・政策医療を引き受けてきた医療機関が健全に運営できる診療報酬の設定
- 地域の診療所や中小病院のかかりつけ医が地域包括ケアシステムにおいて担う中核的機能を踏まえた手厚い評価

#### 4. 医師・医療従事者の働き方の実状を踏まえた診療報酬上の対応

- 医師等の働き方改革の推進
- 医療従事者の負担軽減策や勤務環境の改善に向けての取組への評価

#### 5. 小児・周産期医療の充実

#### 6. 不合理な診療報酬項目の見直し

#### 7. その他必要事項の手当

## II 具体的検討事項

以上の基本方針を前提として、特に検討すべき具体的な事項について、以下に列挙する。

## 1. 初・再診料

### (1) 初・再診料、外来診療料の適切な評価（引上げ）

医師の技術料の最も基本となる部分であるとともに、経営原資となるものである。物価高騰など、現下の経済社会情勢にも対応し、医療機関の健全な経営のために医師の技術を適正に評価し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数に引上げること

### (2) 再診料の見直し

地域包括ケアシステムの要である診療所・中小病院の再診料の水準を平成 22 年度改定前の水準に戻すこと（平成 26 年度改定における再診料の引上げは、消費税率引上げに伴う補填目的であり、平成 22 年度引下げ分の措置ではない）

### (3) 同一医療機関における同一日複数科受診の評価

同一医療機関において、同一日に複数の診療科をそれぞれ異なる疾患で受診した場合、すべての診療科について、初・再診料の区別なく、通減することなく算定できるようにすること

### (4) かかりつけ医機能のさらなる評価

超高齢社会及び新興感染症対応（ワクチン接種など）のため、地域包括ケアシステムの確立に向け、診療報酬上のかかりつけ医機能をより充実させる必要がある。具体的には、地域包括診療加算・地域包括診療料、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料における要件を見直すとともに、点数を引上げること

外来管理加算や特定疾患療養管理料等のかかりつけ医機能の評価に係る点数は、対象疾患への関わりや機能の違いについて中医協で審議した上で導入されたものであり、質の高い生活習慣病の治療・管理に貢献してきたことを踏まえれば、これまでの経緯・運用を無視するような見直しはすべきではないこと

かかりつけ医は、患者が自由に選択できるものであり、皆保険である日本の優れた医療保険制度において、その根幹であるフリーアクセスを阻害するような評価とならないよう注意が必要であること（過度な機能分化による受診抑制やかかりつけ医の制度化など）

### (5) 外来感染対策向上加算の見直し

外来感染対策向上加算は、カンファレンスに年 2 回、訓練に年 1 回参加すること、連携強化加算は年 4 回感染状況を報告すること、サーベイランス強化加算は JANIS 等に参加することなど、様々な施設基準等が設定されている。業務の煩雑さや感染対策費用を考慮すれば、それに見合った評価が必要であること

特に、サーベイランス強化加算は、JANIS 等への参加が求められるが、毎月、細菌検査に関わる全データの提出が必要となるなど、診療所に対応するにはあまりにも煩雑であるため、報告内容及び頻度の改善が必要であること

等

## 2. 入院基本料

### (1) 入院基本料の適切な評価

物価高騰、光熱費等の高騰に対応するとともに、医療機関の設備投資・維持管理費用について明確に評価し、多職種協働によるチーム医療の推進を踏まえ、医療従事者

の人件費について適切に評価すること

評価体系の見直しは、急激な点数の変動を生じさせ、医療機関経営に大きな不安定性を惹起することから、最小限にとどめること

(2) 重症度、医療・看護必要度

改定のたびに評価項目を変更すること自体、医療現場にとって負担となっており、今改定での評価項目の大幅な見直しは避けるべきである

(3) 入院医療の評価体系

より質の高い入院医療の提供を促す見直しを行うとともに、物価高騰、賃金上昇等が続く中、コロナ特例の大幅な縮小などから、医療機関は厳しい経営を強いられており、急激な変更は現場に過大な負担となることから避けるべき

各医療機関が地域の医療提供体制も踏まえながら、時間をかけて対応できる仕組みとすること

(4) 入院中の患者の他医療機関受診の取扱いの更なる見直し

精神疾患を含め多くの疾患を有する高齢者の増加や、専門医療が高度化している現在、他医療機関受診時の出来高入院料・特定入院料等の減算は懲罰的な規則であり、国民の受療する権利を阻害している

また、他医療機関での保険請求ができないことで、手続きが非常に煩雑になるとともに、特定入院料等算定医療機関では保険請求すらできず全額持ち出しとなっているため、他医療機関での保険請求を可能とすること

(5) 地域包括ケアシステムに欠かせない有床診療所の評価

地域における身近な入院施設として、地域包括ケアシステムの中でも様々な役割が期待されており、トリプル改定においても、そのニーズに応じた機能を支援すること  
複数医師の配置や夜間の医師、看護師配置が可能となるような入院料の引上げ

等

### 3. 入院基本料等加算、特定入院料

(1) 現場の柔軟性を損なわない形での勤務医負担軽減策の実施

地域医療体制確保加算は、令和6年4月からはじまる医師の働き方改革に対応した加算であり、これからその機能を発揮するものであることから、診療報酬での適切な対応となるよう、要件の緩和とさらなる評価を行うこと

(2) 救急医療管理加算のさらなる評価

救急搬送受け入れの中心を担う二次救急医療機関を評価するものであり、医師の働き方改革にも資する、極めて重要なものである

救急医療の24時間体制での提供には人的配置を含め、多額のコストを費やしているにもかかわらず評価が不十分である

さらに、安易に対象を絞り込むことは、現場において刻一刻と変化する患者の状態に鑑みれば、決してあってはならないことであり、重篤な患者の状態が幅広いということに立脚した、適切な評価とすべきである

(3) 医師事務作業補助体制加算の算定病棟拡大、施設基準の見直し

医師の事務作業が多いのはすべての医療機関の問題であり、全病床種別で算定可能とすること。また、緊急入院患者数や全身麻酔による手術年間件数など厳しい施設基準要件となっており、見直しを要する。さらに、外来のみの診療所での算定も可能と

すること

(4) 感染対策向上加算の見直し

医療の安全管理の観点から、入院医療における院内感染症対策にとどまらず、外来医療、在宅医療での感染対策（体制整備等）など、実際にかかっている経費を保証する点数設定を行うこと

感染対策向上加算1は、新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関であること、加算2では協力医療機関であることが要件化されていたが、新型コロナウイルス感染症の類型見直しに伴う要件の見直し対応が必要である

また、指導強化加算は、感染対策向上加算2・3及び外来感染対策向上加算算定医療機関に助言を行った場合となっているが、施設やグループホーム等、感染拡大となりやすい当該施設へ指導することを評価すべき

(5) 急性期看護補助体制加算の見直し

現場の実情にあわせて、急性期看護補助体制加算を入院全期間において算定できるようにすること

また、慢性期の病棟においても、高齢者・認知症等の患者を受け入れ、現実として看護補助者を配置していることから、何らかの評価が必要である

(6) 病棟薬剤業務実施加算の要件等の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料など、対象病棟を拡大する

病棟薬剤業務実施加算1は、専任の薬剤師をすべての病棟に配置する必要があるが、病棟単位での届出を可能とすること

病棟薬剤業務実施加算2について、単独での届出を可能とすること

(7) 特定入院料に係る算定上限日数等の要件緩和

適正な診療を行う上で算定上限日数を超えて管理を要する症例が多い

特定集中治療室の場合、患者の病態に応じた日数の延長、新生児特定集中治療室及び新生児治療回復室などの2つ以上の特定入院料算定治療室に入室した場合の算定期間の通算ルールを廃止

(8) 特定入院料における高額薬剤等の包括除外

患者の生命維持や治療に不可欠で代替困難な薬剤や放射線治療等の高額医療を特定入院料の包括から除外すること

また、精神科特定入院料は、算定できる項目が他科に比べて過剰に包括されているため、代替困難な薬剤や放射線治療等の高額医療及び高齢者対応の「リハビリテーション」の項目は、特定入院料の包括から除外すること

(9) 地域包括ケア病棟（病床）の適正評価

本来の目的である地域包括ケアを支えるために、「急性期後の加療」「在宅等の患者の増悪への対応」「在宅療養の支援」をバランスよく機能することへの評価とすること

(10) 精神療養病棟入院料

従来的人员配置では、高齢化に伴う認知症併存率の上昇、身体合併症の増加やADL低下への対応が困難になりつつあるため、人員配置を加配する際の加算を設けること

(11) 短期滞在手術等基本料3

小児、認知症患者への全身麻酔時の適正な評価をすること

手術件数の少ない地方でも経営が成り立つ点数設定への変更

局所麻酔では対応困難な重症例を扱うことが経営的に負担となっている点や、対象疾患とは無関係な高額薬剤が包括対象となっている点を見直すこと

#### (12) 診療録管理体制加算の評価

サイバー攻撃による院内システムの機能停止は医療機関の運営を脅かすものであり、セキュリティシステムの導入や専門的人材に対する追加的コストに見合った評価とすること

等

### 4. 基本診療料全般

#### (1) 地域包括ケアシステムにおけるICTを利用した連携体制の評価

#### (2) チーム医療における多職種連携の評価

多職種連携による食事指導等、チーム医療における多職種の積極的な関与は、患者の早期退院やQOL向上に効果を上げており、医療の質向上に寄与するとともに医療従事者の負担軽減につながっている。高齢化、がん・精神疾患等の患者の増加に合わせた評価と施設基準を緩和すること

等

### 5. 医学管理等

#### (1) 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の見直し

一部の加算等を除き包括点数となっており、医師の技術料を十分評価した点数へ引上げ等

#### (2) 特定疾患療養管理料の対象疾患拡大

医療の進歩により、新しい疾患概念や治療法が増加したこと、超高齢社会による疾病構造の変化に適切に対応するために、対象疾患を拡大すること

#### (3) 認知症診療の環境整備

認知症患者の診療は、単なる認知機能の評価にとどまらず、生活障害、行動・心理症状、家族の介護負担の評価等を包括的に行う必要がある。認知症療養指導料は現在、認知症疾患医療センターで診断され、他の保険医療機関へ紹介された患者のみ算定が可能であるため、認知症専門医やかかりつけ医でも算定可能とすること

#### (4) 小児運動器疾患指導管理料の対象疾患拡大

成長期特有の骨折である骨端線損傷は、骨癒合が完了し、いったん治癒した後にも成長に従い変形や成長障害を生じる危険がある。第3骨片を伴う骨折は変形治癒となる危険性が高く、適切な時期に手術を行う必要が生じる場合がある。また、疲労骨折は過度のスポーツ活動などが原因となっている場合があり、生活指導やリハビリテーションを要することが多い。

#### (5) こころの連携指導料の見直し

自殺対策等に対する研修が求められるが、研修を実施できる機関が限定されすぎている。全国のかかりつけ医が受講可能な研修が必要である。

また、1人の患者に対して1年間のみ算定可能となっているが、入退院を経るたびに新たに1年間算定できるようにすべき

#### (6) 診療情報提供料（I）の見直し

紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定となっているが、同一

月に同一保険医療機関の複数診療科に紹介する場合もあり、紹介先となる診療科が明記されていれば、診療科ごとの算定を認めること

(7) 少子高齢社会に対応した診療情報提供施設の見直し

学校医等への情報提供が認められたが、主治医と学校医等が同一の場合は算定することができない。学校生活管理指導表は、学校生活等を送る際、学校内全体で共有されるもので、主治医と学校医等が同一であるか否かにかかわらず、算定可とすること  
その他、高齢者施設等への情報提供、職場「産業医」への社会復帰のための情報提供など、診療情報提供施設を拡大すること

等

## 6. 在宅医療

(1) 在宅医療を充実させるための算定要件の簡素化・緩和

主治医の専門以外の診療科のチーム医療でも在宅療養指導管理料を算定可能とすること

機能強化型在宅療養支援診療所・病院（連携型）の看取り要件の撤廃若しくは緩和  
在宅療養移行加算の要件緩和及び加算2の場合の連携医療機関に対する評価の設定  
在宅ターミナルケア加算の酸素療法加算は死亡月のみならず、死亡前月でも算定可能とすること

(2) 在宅医療の評価の是正

在宅療養支援診療所と一般診療所の診療報酬格差の是正

同一建物居住者に対する訪問診療料、単一建物居住者に対する在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の点数設定の見直し（入居する場所のみをもって点数設定するのではなく、個々の患者に対する医療の質・手間・技術を正當に評価すべき）

(3) 在宅患者訪問診療料（I）在宅患者訪問診療料2の要件緩和

専門的な処置を要する場合など、月に複数回の訪問診療料の算定を可能とすること

(4) 小児在宅医療の充実

小児及び若年成人の在宅緩和ケアは、症状コントロールが難しく、心理的、精神的苦痛へのケアなどの課題はあるが、ターミナル期を家庭で過ごす意義は大きい。在宅患者訪問診療料（I）に小児ターミナルケア加算を新設すること

(5) 在宅療養指導管理料における在宅療養指導管理材料加算について、実勢価格等を踏まえ適切に評価すること。併せて、医学管理等に係る技術も適切に評価すること

等

## 7. 検査・画像診断

(1) 医師の技術料としての評価が低すぎる検査料の見直し

例えば、評価が低く原価割れのため標準的手順が省かれ、結果的に医療費を高騰させている生体検査（運動負荷、呼気ガス分析加算など）の再評価など

(2) 感染症免疫学的検査の年齢設定

年齢制限が設けられている検査項目について、適切な年齢設定に見直すこと

(3) 働き方改革、外来医師の負担軽減が可能となるよう画像診断管理加算2（夜間または休日の緊急遠隔読影）の要件を見直すこと

(4) CT及びMRの特性と診療上の役割を踏まえコンピューター断層診断の算定回数を

見直すこと

- (5) コンピューター断層診断の要件を見直し、他医療機関撮影のCT等の読影は初・再診にかかわらず評価すること

等

## 8. 投薬・注射

- (1) 7種類以上の内服薬処方時及び向精神薬多剤投与時の処方料、薬剤料、処方箋料の減算の撤廃

多数の疾患を抱える患者、特に高齢者をかかりつけ医が担当するためには多剤投与が必要となるケースは避けられない。投薬管理は多剤投与の方が複雑になるため加算も検討すべきであり、減算される仕組みは不合理である

- (2) 処方日数の適正化

平成28年度改定で30日を超える長期投薬について、取扱いの明確化が図られたが、さらなる長期投薬を減らす取組を検討すること

- (3) 院内処方、院内調剤の適正評価

同一の調剤技術料に対し、院内と調剤薬局の報酬格差が大きいため、院内の評価を見直すこと。例えば、院内処方における一包化加算の新設、外来後発医薬品使用体制加算に代わる院内処方での後発医薬品使用促進に係る加算の新設、処方料、調剤料の引上げ

- (4) 後発医薬品使用に対する基盤整備

後発医薬品に対する患者側、医療提供側双方の不信感・情報不足を解消するための早急な基盤整備を行うこと、さらに患者や医師が安心して後発医薬品を使うためのチェックシステムを設置すること

- (5) 内科系の中心的な治療である薬物療法における処方技術評価の改善を図るために、「注射」の項に「処方料」を新設すること

等

## 9. リハビリテーション

- (1) 運動器リハビリテーション小児加算の新設

現行では年齢等に関わらず、同じリハ点数を算定している。成長期である15歳以下のリハビリは年齢別にきめ細かな対応をすることで、将来の身体障害を減少させることが重要。また、保護者に対する説得・説明も重要

- (2) ロコモ・フレイルに関する指導管理の評価

ロコモティブシンドローム、フレイル症候群は、緩徐に進行するが、患者自身に自覚がないことが多く、早期発見し、適切な指導・管理を行うことにより、社会復帰を促し、ADL、QOLを向上させ、健康寿命の延伸を図ることが期待できる

等

## 10. 精神科専門療法

- (1) 精神科専門療法の同一日・同一週併算定

3か月以内を急性期入院治療期間と位置づけて、高密度の治療を短期集中的に行い退院促進する政策的方向性が打ち出されている一方、精神科専門療法に同一日／同一週併算定を妨げる要件が設定されているのは不合理である

入院精神療法ⅠとⅡの同一週併算定、抗精神病特定薬剤治療指導管理料と精神科デ



イ・ケア等の同一日算定等を可能とすること

## (2) 精神科在宅医療の充実

精神科在宅医療は、入院中の精神障害者の退院促進に限らず、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいても柱に位置付けられている。

精神科在宅患者支援管理料について、2年以上継続した算定を認めること、また、充実した支援を可能とするため、専任チームについて、公認心理師、管理栄養士の介入も可能とすること、さらに、月2回以上の訪問診療を実施する場合の評価を行うこと

等

## 1 1. 処置・手術・麻酔

### (1) ディスポ製品、医療材料等の費用を考慮した点数設定

処置の実施において、感染予防等によりディスポ製品の使用が常識となっている。また、手技料に包括されている材料等において、医療材料・機器の進歩に伴う医療材料価格の上昇に処置点数が追いつかず、長年低点数のまま据え置かれている項目については、技術料が含まれていないに等しい状況となっている

### (2) 基本診療料に含まれる処置の見直し・処置の評価のあり方

処置の必要性は重症度などの医学的判断によるべきであり、処置範囲の大きさで決めるものではない

### (3) 手術料の適正な評価（外保連試案の意義を含めた見直し）

短時間で終了する手術が「簡単なもの」という評価は適切ではない。先端医療機器の導入や医師の研鑽の結果による効率化や時間短縮は正しく評価されるべき

### (4) 同一手術野で実施する複数手術の評価

2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定について、行った手術の手技料は、それぞれ算定できるようにすること

### (5) 診療材料を多く使う手術点数の評価

診療材料の実費が、診療報酬の50%以上を占める術式が数多く存在している。償還されない診療材料を多く使用する手術については、手術点数を適切に引上げること

### (6) 麻酔管理料（I）長時間麻酔管理加算の対象術式の拡大

前回改定で、麻酔管理料（I）長時間麻酔管理加算の対象術式が拡大されたが、外保連手術試案に収載されているすべての長時間手術が対象となるよう拡充すること

### (7) 周術期医療の実現に向けた新たな評価

高齢社会が一段と進む中、より安全な周術期医療体制の普及は不可避である。新たな手術体位への対応、末梢神経ブロック併用による適切な鎮痛、確実な術中不動化と麻酔深度の維持は重要であり、より安全な周術期医療の実現に向け新たな評価を創設すること

等

## 1 2. 放射線治療・病理診断

### (1) 遠隔連携診療と人工知能の臨床普及促進

### (2) プログラム医療技術を利用した放射線治療計画管理料

### (3) 病理診断料の算定見直し

等

### 13. DPC/PDPS

DPC/PDPSの安定的な運用を図りつつも、「データ数」等の基準を新設することによって、どの程度の医療機関が、どの程度の影響を受けることになるのか、地域の医療資源の多寡なども踏まえて精査すること

等

### 14. その他

#### (1) 診療上必要な文書の簡素化等

患者に説明を要するものには「文書」を必須とせず、電子媒体による説明でも可とすること

「輸血にかかる同意書」「血漿成分製剤の輸注に係る同意書」「身体的拘束実施時の同意書」「特別療養環境室希望時の同意書」「がん治療連携計画策定料に係る同意書」「入院診療計画書」等について、負担軽減と業務効率化の観点から、一括のサインで可能とすること

#### (2) 改定時における点数告示等の早期化、周知期間の確保、行政によるきめ細かな説明・周知

#### (3) 電子カルテ規格の標準化

#### (4) その他必要事項

## 〔 歯 科 〕

### I 基本的考え方

社会保障審議会（医療部会・医療保険部会）が取りまとめた令和6年度診療報酬改定の基本認識には「全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応」が掲げられている。

少子高齢化といった人口構造の変化が急速に進む中、社会の活力を維持・向上し、全世代型社会保障を構築する鍵は「健康寿命の延伸」であり、口腔の健康が全身の健康及び健康寿命の延伸に寄与することが多くのエビデンスにより示される中、歯科医療の果たす役割や責務は非常に大きいと考える。

具体的には、ライフコースに応じたう蝕や歯周病を含めた口腔疾患の重症化予防及び口腔機能の維持・向上に資する歯科医療を「かかりつけ歯科医」が中心に提供することが重要である。また、超高齢社会において増加する要介護者や基礎疾患を有する高齢者への歯科医療や口腔健康管理への対応等を通じ、生活の質の向上に寄与することも責務である。加えて、歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、かかりつけ歯科医を含めた多職種連携の強化は重要で、適切な役割分担の下、医歯薬連携の推進をはじめ、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理に着目した様々な連携強化は推進すべきである。

歯科医療においても、医療DXの推進による医療情報の有効活用、ICTの利活用、遠隔医療の推進は重要な課題であり、今改定においてさらに推進していくべきである。加えて、新型コロナウイルス感染拡大時の対応を踏まえ、新興・再興感染症の発生、まん延時にも切れ目なく歯科医療が提供できるよう、平時からの連携協力を含めた歯科医療提供の体制強化を進めることが重要で、改めて国民の健康・生命・生活を守る立場の歯科医療を再検証すべきと考える。

一方で、重点課題の具体的方向性である「医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組」について、医療従事者の賃上げが他の産業に迫りついておらず、かつ求人倍率も高止まりしている状況において、歯科医療関係職種にも応分の対応が急務である。医療経済実態調査の結果から、物価上昇を受けて多くの個人立歯科診療所では損益差額の減少が認められ、コロナ関連補助金による下支えがほとんどなく、設備投資やスタッフの処遇改善もままならない厳しい経営状況が続いていることが明らかになった。今後も「国民の健康な生活を支える」という歯科医療提供者の本来の責務を持続的に果たしていくため、以下に掲げる事項を基本方針と定め、歯科診療報酬について所要の改定を求める。

#### ■ 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進（重点課題）

##### ➤医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

- ・ホスピタルフィーとしての評価

#### ■ ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

##### ➤医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

- ・歯科医療におけるICT利活用の推進
- ・医療DXに係る情報共有等、質の高い歯科医療提供体制への評価

- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進
  - ・医科歯科連携、医歯薬連携の推進
  - ・病院との連携推進
  - ・QOLの向上を目指した歯科医療の提供
  
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
  - ・介護施設との連携推進
  - ・周術期等口腔機能管理の更なる推進
  - ・歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携の強化
  
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築
  - ・有事に対応できる平時からの医療連携、多職種連携、地域連携の推進
  - ・感染症患者に係る口腔疾患への連携推進
  
- かかりつけ歯科医機能の明確化、更なる充実・推進
  - ・ライフコースに応じた口腔疾患の継続管理・重症化予防
  - ・医療連携、介護連携、多職種連携、地域連携の推進
  - ・質の高い在宅歯科医療の更なる推進
  - ・施設基準の適切な整理

■ 安心・安全で質の高い医療の推進

- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療
  - ・安心・安全で質の高い歯科医療の充実
  - ・歯科固有の技術に対するあるべき評価
  - ・新規技術、新規医療機器・新規検査の保険収載促進と適切な評価
  - ・歯科用貴金属の代替材料の開発・保険収載
  - ・障害児（者）や妊産婦、認知症等患者への歯科医療の充実
  - ・口腔機能の維持・向上と口腔機能管理の育成

■ その他

- 不合理な留意事項通知等の見直し
  - ・留意事項通知、施設基準等の整理
  - ・長期継続管理の阻害要因の排除と時間要件等の見直し

## II 具体的検討事項

### ▶医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

#### 1. ホスピタルフィーとしての評価

コロナ禍以降実施している従来の標準予防策より更に強化した感染防止対策、歯科医療機器や材料価格の高騰及び水道光熱費の上昇、歯科医療従事者の人材不足、賃金上昇等への対応により歯科診療所の経営は更に厳しい状況にある。安心・安全で良質な歯科医療提供を継続するため、ホスピタルフィーである初診料・再診料を評価すること。

### ▶医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

#### 2. 歯科医療における ICT 利活用の推進

ICT を活用した歯科診療等に関する検討会における議論を踏まえ、歯科におけるオンライン診療の導入など医療 DX の推進を加速すること。また、医療従事者の業務の効率化に資する ICT 活用の好事例を収集し、医療保険のなかで評価すること。

#### 3. 医療 DX に係る情報共有等、質の高い歯科医療提供体制への評価

オンライン資格確認導入の原則義務化など医療 DX 推進に係るこれまでの取組や、今後の健康保険証廃止に伴う医療機関における対応にあたり、必要な機材やインフラ整備に係る初期費用には一定の補助はあるものの、運用面での評価はされていない。患者の診療情報等を活用した質の高い歯科医療提供推進のため、サイバーセキュリティ対策を含めて実態に応じた評価の導入を検討すること。

### ▶生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進

#### 4. 医科歯科連携、医歯薬連携の推進

糖尿病患者における合併症の 1 つに歯周病が挙げられていることから、医科歯科連携の更なる推進のみならず、歯科診療所と薬局の連携も含めて検討すること。

障害児（者）に対する歯科医療において、歯科を標榜する病院等と地域の歯科診療所の連携も重要であり、歯科診療特別対応連携加算の要件について検討すること。また、施設間の連携が進まない要因を検証し是正すること。

薬剤関連顎骨壊死等、医歯薬連携の下での薬剤情報の共有について、実態に応じた評価を行うこと。

#### 5. 病院との連携推進

回復期医療及び慢性期医療を担う病院における口腔健康管理の推進は重要な視点であり、急性期同様に連携について評価を行うこと。

また、歯科標榜のない病院との地域歯科診療所の更なる連携推進は重要であることから、連携の妨げになっている項目を是正し、より推進するよう見直すこと。

また、経口摂取リハビリ中の入院患者等への口腔機能管理等を検討すること。

#### 6. QOL の向上を目指した歯科医療の提供

口腔の健康が QOL に影響することから、口腔の 2 大疾患であるう蝕や歯周病の重症化

予防のための早期治療や継続的管理の評価を行うこと。

## ➤リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

### 7. 介護施設との連携推進

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理を一体的に実施するために、介護施設入所者への口腔アセスメントの評価や介護施設から在宅への移行時の連携における評価を行うこと。

### 8. 周術期等口腔機能管理の更なる推進

歯科における地域医療連携の核となっている歯科併設の病院や歯科標榜のない病院と地域歯科医療連携室等との連携機能の評価すること。

また、病院の歯科医師とかかりつけ歯科医が患者の入退院時といった動きにシームレスに対応できる仕組みを検討すること。

周術期等口腔機能管理の有効な対象疾患及び手術を伴わない患者等への拡大を検討するとともに、周術期等口腔機能管理（周Ⅲ）における長期間にわたる管理の評価すること。

### 9. 歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携の強化

病院歯科と歯科診療所の役割分担を明確にし、より高度な歯科医療に関しては病院歯科がかかりつけ歯科医と連携の上、対応するようあるべき姿を検討するとともに、後方支援病院としての役割を担う病院等への評価を行うこと。

## ➤新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築

### 10. 有事に対応できる平時からの医療連携、多職種連携、地域連携の推進

新興感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制を構築するため、地域での顔の見える多職種連携をより一層強化し、必要な医療を面として提供することが重要である。平時及び感染症流行時においても継続的に歯科医療提供体制を維持できるかかりつけ歯科医の機能について、診療報酬上の評価を適切に行うこと。

### 11. 感染症患者に係る口腔疾患への連携推進

口腔内でのウイルス増殖の知見も明らかとなっていることから、口腔健康管理を通じて感染症患者の口腔乾燥や誤嚥性肺炎等の重症化予防に貢献することは重要である。感染拡大時における必要な口腔管理等への評価の検討、並びに感染症患者や疑い患者への歯科治療の対応や連携について更に推進すること。

## ➤かかりつけ歯科医機能の明確化、更なる充実・推進

### 12. 施設基準の適切な整理

施設基準である「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」のあり方について、より明確に、適切な評価がなされるよう、患者・国民に分かりやすい名称も含めて検討し、整理を行うこと。

### 13. ライフコースに応じた口腔疾患の継続管理・重症化予防

かかりつけ歯科医が行う、小児期を含むすべてのライフコースにおける継続的・定期的な管理と口腔疾患の重症化予防に対する評価の充実を図ること。

歯周病のみならず、小児や高齢者のう蝕管理等を含めた長期管理は重要であり、8020 達成者の増加にもつながっている。長期管理加算に関しては歯科疾患管理料のみならず歯科特定疾患療養管理料等を含めて更なる評価を検討すること。

### 14. 医療連携、介護連携、多職種連携、地域連携の推進

トリプル改定の重要項目であるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取り組みは重要であり、歯科医療やサービスを提供する場が変わっても、連携の下、切れ目なく提供されるよう検討すること。

### 15. 質の高い在宅歯科医療の更なる推進

歯科訪問診療の更なる推進と充実のため、患者の居宅や介護保険施設、病院等における診療の内容や要する時間を踏まえ、実態に応じた評価を行うこと。

かかりつけ歯科医による外来診療から在宅診療への移行等、幅広い取り組みができるよう推進を検討し、質の高い在宅歯科医療提供のため、引き続き在宅専門の歯科医療機関のあり方を検討し、地域における連携を強化すること。

また、在宅歯科医療の充実のため、入退院時の連携強化、在宅等療養患者への職支援等のあり方、医療的ケア児等小児在宅患者への必要な歯科医療提供について検討すること。併せて、超高齢社会の実態を踏まえ、様々な居住地での歯科医療提供について更に検討すること。

## ➤口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療

### 16. 安心・安全で質の高い歯科医療の充実

歯科外来診療環境体制加算は、感染対策並びに医療安全に関する事項が含まれており、届出医療機関の責務は大きい。平時における感染防止対策を含め、施設基準要件の見直しや、ICT・デジタル機器等を活用した患者に分かりやすく、かつ、安心・安全な歯科医療提供の評価を検討すること。

### 17. 歯科固有の技術に対するあるべき評価

「歯科診療行為のタイムスタディー調査」によれば、歯科医療における基本的技術料は未だ低評価のまま据え置かれている。また、各国の診療行為別歯科医療費との比較においても、日本の歯科治療費は低く厳しい状況が続いている。良質な歯科医療提供が継続できるよう、歯科診療行為に基づき実態に応じた適正な評価を行うこと。

また、処置、歯冠形成に包括されている浸潤麻酔に係る手技料並びに麻酔薬剤料について、麻酔薬剤料は別途算定できるよう見直すこと。

### 18. 新規技術、新規医療機器・新規検査の保険収載促進と適切な評価

患者・国民が求める歯科医療は、日を迫うごとに進歩している。患者のニーズ等に対応できるよう新規技術、新規医療機器、新規検査を積極的に導入するとともに、その技

術に見合った適切な評価を引き続き検討すること。特にデジタル機器を用いた歯科補綴物の製作等を含めた技術の応用や ICT を活用した新たな技術、唾液検査等の効果的な検査の導入は喫緊の課題として検討すること。

#### 19. 歯科用貴金属の代替材料の開発・保険収載

市場価格の影響を受けやすい歯科用貴金属に代わる材料の開発、保険収載及び適用拡大を推進すること。

#### 20. 障害児（者）や妊産婦、認知症等患者への歯科医療の充実

障害児（者）の生活に寄り添う歯科医療の提供には、居宅、施設、外来等のシームレスな対応が求められ、病院併設歯科や障害児（者）医療施設等と歯科診療所の連携・管理、更に歯科訪問診療の充実も求められる。

近年増加傾向にある重度障害の乳幼児の口腔（衛生・機能）管理については、対象年齢を拡大し、シームレスな管理を推進するとともに、歯科から学校等への情報提供の仕組みを検討すること。

特に認知症等患者は、医科との連携による口腔衛生管理が重要であり、更なる評価を検討すること。

#### 21. 口腔機能の維持・向上と口腔機能管理の育成

摂食・咀嚼・嚥下機能が低下した患者への口腔機能の維持・向上に資する管理は重要であり、その取り組みを推進するため、口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の検査の拡大や活用実態に応じた頻度等を見直すこと。また、口腔機能管理の取り組みが更に進むよう、推進に向けた診療報酬上の評価を検討すること。

また、歯科衛生士による口腔管理の指導の評価を検討すること。

### ➤不合理な留意事項通知等の見直し

#### 22. 留意事項通知、施設基準等の整理

臨床現場の実情にそぐわない、過度な事務負担を求める不合理かつ詳細すぎる通知等の是正、並びに施設基準の適切な整理を行うこと。

#### 23. 長期継続管理の阻害要因の排除と時間要件等の見直し

長期にわたる維持管理を推進するにあたって、阻害要因となりかねない規定を見直すこと。特に1初診1回の算定制限については見直しが必要である。

#### 24. その他必要な事項



## 〔調剤〕

### <保険薬局における調剤報酬関係>

#### I 基本的考え方

令和6年度の診療報酬改定にあたり、6年連続の薬価改定や物価高騰・賃金上昇などの影響により、薬局経営は大きな影響を受けているが、薬局における物価高騰への対応や賃上げ実施による人材確保は急務である。

薬剤師・薬局は国民のための医薬分業を推進しつつ、地域医療の一員として、地域の医薬品提供を担い、国民・患者への個々の状況に応じた最適化した薬物療法の提供や医療DXを活用した医療機関等との連携強化、医療・介護連携による適切な医療提供に向け、薬剤師業務や薬局機能の向上により一層取り組んでいく必要がある。

国民・患者が、住み慣れた地域で療養環境に関わらず望む医療を受けられ、安全・安心な医薬品を使用できるよう、薬局の機能を強化し、薬剤師・薬局による適切な薬物療法の提供に資する業務の推進や適切な医薬品提供体制を確保するとともに、かかりつけ機能を基本とした多職種連携をより一層の推進が重要である。

すなわち、「医薬品の供給拠点としての薬局の体制維持と機能強化」「薬剤師・薬局におけるかかりつけ機能の発揮」「医療機関や介護施設と薬局の連携の強化」「服薬指導・薬学管理の充実、重複投薬・多剤投与、残薬解消等への対応の強化」「在宅訪問に関する対応の充実」「医療DXの推進や薬局業務の見直しによる働き方の効率化」等の取り組みを、更に推進することが必要である。

また、新興感染症への対応として、薬剤師・薬局による状況に応じた適切な対応は、引き続き必要なものである。

さらに、後発医薬品の更なる普及促進に向けて取り組んでいく上で、後発医薬品のみならず、医薬品全体の信頼回復と安定供給が確保されていることが不可欠である。

こうした状況を踏まえ、以下の事項を基本とする取り組みを進めていくことを求める。

1. 医薬品の供給拠点としての薬局の体制への評価充実
2. かかりつけ薬剤師・薬局機能の充実と拡大
3. 医療機関や介護施設と薬局の連携強化
4. 対物業務を基盤とした対人中心業務の適切な評価
5. 医療・介護連携による在宅訪問に関する対応の推進と充実
6. 医薬品の適正使用や医療安全確保に向けた病診薬連携の推進
7. 医薬品の供給問題への対応と後発医薬品・バイオ後続品の普及促進
8. 医療DXの推進や薬局業務の見直しによる働き方の効率化
9. その他

#### II 具体的検討事項

1. 地域医療に貢献する薬局への更なる機能の充実と強化、それに伴う評価
  - ・ 医薬品の供給拠点としての薬局の体制維持と機能強化への評価
2. かかりつけ薬剤師・薬局による取り組みに対する評価
  - ・ 服薬状況の一元的・継続的な把握の更なる推進

- ・かかりつけ医やかかりつけ歯科医をはじめとした多職種連携の強化 等
- 3. 医療機関や介護施設と薬局の連携推進に関する評価
- 4. 対物業務を基盤とした対人中心業務の適切な評価
  - ・医薬品適正使用のための薬学的知見に基づく管理・指導の評価
  - ・重複投薬、ポリファーマシー及び残薬への対応
  - ・服薬モニタリング、調剤後の継続的な服薬支援の充実
  - ・お薬手帳のさらなる推進と有効活用に向けた取り組み、同一薬局の利用推進
  - ・薬物療法における医療安全の確保に資する薬学的関与の充実
  - ・薬剤耐性(AMR)対策や医薬品の効率的かつ安全で有効な使用促進 等
- 5. 医療・介護連携による在宅訪問に関する対応の推進と充実
  - ・医療・介護連携による在宅医療における薬学的管理・指導の評価の充実 等
- 6. 医薬品の適正使用や医療安全確保に向けた病診薬連携の推進
  - ・医療機関の薬剤師と薬局の薬剤師の連携推進に関する評価 等
- 7. 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進に向けた環境整備と評価
- 8. 医療DXの推進や薬局業務の見直しによる働き方の効率化
- 9. その他必要事項

## ＜病院・診療所における薬剤師業務関係＞

### I 基本的考え方

医師の時間外労働規制などの働き方改革の推進により、医療従事者へのタスクシフト・タスクシェアの推進が急務とされており、病院・診療所における薬剤師に対する期待が大きくなっている。それに加えて、入院・外来の医療機能の分化・強化、在宅医療・介護との連携を含め地域の特性に合わせた地域包括ケアシステムを構築し、持続可能な地域医療の確保に向けて、多職種連携・協働における薬剤師に求められる役割は大きい。

しかし、医療従事者の人材確保は、喫緊の課題であり、病院における薬剤師の人員不足はそれらの推進の妨げとなっており、特に中小規模の病院で深刻な状況にありながらも、有効で安全な薬物療法の提供や医薬品の適正使用の推進等、様々な業務に取り組んでいる。

病棟における薬剤師業務の更なる充実や、シームレスな薬物療法を目指して医療機関間の連携、医療機関・保険薬局間連携、医療DXの推進による医療情報の共有を充実することで、医療安全の確保と薬物療法の質の向上や医師の働き方改革に対応するための体制確保につながるものと考え、以下に示す事項を基本方針として、その実現に向けた環境の整備を求める。

1. 病棟における薬剤師業務の更なる充実
2. 働き方改革の推進
3. チーム医療・地域医療における薬剤師業務の推進
4. 医療安全の向上及び薬物療法の最適化に向けた取り組みの推進
5. 外来医療の機能分化・強化における薬剤師業務の推進
6. 医薬品の安定供給の確保、後発医薬品・バイオ後続品の更なる普及促進

## **II 具体的検討事項**

1. 回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟等の現在評価対象となっていない病棟における薬剤師業務の評価
2. 他医療機関や保険薬局等との連携、薬物療法に関する詳細な情報共有の評価
  - ・入転退院支援業務に関する評価
  - ・保険薬局や他の医療機関等から提供された情報を病院薬剤師が管理し把握・提供した場合の評価
3. ポリファーマシーや周術期管理チームへの対応推進に関する評価
4. 外来がん化学療法や救急外来等、薬剤師の外来業務に対する評価
5. 糖尿病等の生活習慣病の管理における多職種が連携した療養指導の評価
6. 医薬品の安定供給の確保、後発医薬品・バイオ後続品の更なる普及推進に向けた評価

中央社会保険医療協議会総会（公聴会） 意見発表者名簿

（敬称略・発表順）

	氏名	所属
1	朝倉 進	マツダ健康保険組合常務理事
2	檜谷 義美	社会医療法人社団沼南会沼隈病院会長
3	藤井 則正	日本労働組合総連合会広島県連合会（連合広島）事務局長
4	檜山 桂子	医療法人社団福原医院理事長・院長
5	佐藤 典子	猫本商事株式会社代表取締役
6	森本 進	森本歯科クリニック院長
7	藤本 大一郎	広島県坂町役場民生部部長
8	青野 拓郎	相田薬局薬剤師
9	高原 和幸	薬害ヤコブ病被害者・弁護士全国連絡協議会
10	浜崎 忍	医療法人社団八千代会メリィホスピタル副院長・看護部長