

診療所は実質引き上げなし、経営悪化歯止めにならず 生活習慣病管理料Ⅱの改善は運動の成果～理事長談話

2026年2月28日 京都府保険医協会
理事長 内田 亮彦

中医協は2月13日、2026年度診療報酬改定について答申した。

25年12月24日の財務・厚労両大臣「大臣折衝事項」に抱いた懸念の通り、診療所の外来診療は極めて冷遇された。社会保障審議会医療保険部会による基本方針は「物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応」を重点課題に掲げた。にもかかわらず、診療所の外来診療は全く引き上げられなかった。診療所は24年改定による打撃を回復できず、逆に致命傷となりかねない追撃を受けた形だ。

初診料引き上げならず。再診料1点引き上げに失望

中医協は26年1月9日に「これまでの議論の整理」いわゆる短冊を公表。冒頭「物件費負担の増加を踏まえ、初・再診料について所要の引き上げを行う」と記載されていた。

しかし、初診料は据え置き、再診料、外来診療料の引き上げは1点のみとされた。保険医協会は物価・人件費の高騰に対しては、初・再診料、入院料の大幅引き上げで対応すべきと主張してきた。衆院選前に出した短冊で大いに期待させて、選挙後、蓋を開ければ裏切られた形だ。はっきり言って失望している。協会は屈せず、引き続き期中改定等による初・再診料の引き上げを求めていく。

一方、物価対応料が新設された。初診時、再診時は2点、訪問診療時が3点で、施設基準や届出の必要がない。27年度点数が2倍に引き上がる予定だ。十分な評価とは言えないが、漏れなく算定してほしい。一般名処方加算が各2点ずつ引き下がるので、算定が漏れるとマイナスになる。

なお、入院料がそれぞれ引き上げられ、物価対応料もそれぞれ新設されているが、十分とは言えない。

一方、診療所や許可病床数200床未満の病院における初診料の加算として、特定機能病院等紹介患者受入加算60点が新設された。特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関、許可病床数400床以上病院から紹介された患者に加算する。小児科外来診療料の初診時にも加算できる。該当する地域の病院から紹介を受けた場合は、忘れずに算定してほしい。

ベア評価料の対象職員が拡大

対象職員は「勤務する職員」とされ、事務職員が明確に対象となる。評価料（Ⅰ）は点数も引き上げられ、27年度も引き上がる予定だ。

また、継続的に賃上げしている医療機関とそれ以外の医療機関で点数が区分される。前者については、24、25年度中の賃上げ額に上乗せされる形だ。

入院点数については、ベースアップ評価料算定による24、25年度中の賃上げ額相当分が引き上げ分となり増点される。

問題は26年度から賃上げする病院、有床診だ。26年3月末時点において入院ベア評価料を届け出ているか、24年3月と比較して継続的に賃上げしているか、26年6月以降に新

規開設した医療機関以外は、入院点数が減算となる。中医協の資料では25年7月時点で病院の1割、有床診の5割が、入院ケア評価料届出のために必須である外来・在宅ケア評価料（Ⅰ）を届けていない。また、届け出ていない病院は公立病院、許可病床数100床未満の病院が多い。まさか26年改定で減算を課せられるとは考えていなかったであろう。「継続的な賃上げ」の具体的内容も答申段階では不明だ。

物価・人件費高騰は基本診療料の大幅引き上げで対応すべきとの思いを強くした。

生活習慣病管理料の包括範囲改善は運動の成果

生活習慣病管理料（Ⅱ）について、包括される医学管理料が見直される。特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料など21項目が同一月に併算定できるようになる。

また、（Ⅰ）（Ⅱ）共通で糖尿病を主病とする場合は在宅自己注射指導管理料が併算定できないが、糖尿病に適用のある注射薬以外の注射薬、例えばリウマチ、骨粗鬆症など注射薬の自己注射の場合は、在宅自己注射指導管理料が別に併算定できるようになる。さらに、療養計画書に患者の署名を受けることが不要になる。

これら生活習慣病管理料の運用の改善は、粘り強い運動の成果だと自負している。

さらに、年1回算定する眼科医療機関連携強化加算、歯科医療機関連携強化加算、各60点が新設されるが、診療情報提供料（Ⅰ）が併算定できない管理料（Ⅰ）で算定することになりそうだ。

在医総管の細分化による点数押さえつけに懸念

在医総管・施設総管の「月2回以上の訪問を行っている場合の点数」について、同点数を算定する患者が一定数以上の場合は、別表8の2で定める重症度の高い患者、具体的には末期がん、指定難病の患者などと、別表8の3包括的支援加算の対象に該当する要介護度の高い患者などの割合が20%以上でないと算定できなくなる。入院外点数に重症度割合が導入されたとの評価もあり、影響が大きい。

また、連携型の機能強化型の在宅療養支援診療所の施設基準について、平時から時間外往診体制を確保している診療所と、それ以外の診療所で評価を区分する。時間外・夜間・休日の往診に対応しておらず、他の医療機関に任せている所に対するペナルティ措置のようだ。

在医総管・施設総管の点数は全て据え置きだが、細分化により診療報酬を押さえつけた格好であり、これで地域の在宅医療が守れるのか、不安を感じざるを得ない。

なお、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算が在宅医療充実体制加算に名称変更され、施設基準も「地域の重症な在宅患者に対し質の高い医療を行う」体制を求める内容に生まれ変わり点数も倍になる。答申段階で施設基準の内容は不明だが、現場の実情を汲んだ、届出しやすい点数にしてもらいたい。

診療所の短期滞在Ⅰが半減

短期滞入手術等基本料（Ⅰ）の「ロ」、つまり日帰り手術のうち、主に診療所で実施されている手術などの場合の点数がまた50%引き下げられる。22年改定で施設基準が緩和され算定医療機関が増えたためか、24年改定で50%引き下げられていた。患者のために日帰り手術に取り組む診療所への経営的打撃が大きい。2回続けて半減させ4分の1とする医学的根拠は何か、中医協は届出医療機関に説明すべきだ。

一方、手術点数に内視鏡的手術用支援機器加算が新設された。ダヴィンチなど内視鏡手術支援ロボットを用いた手術が年間 200 件以上ある場合、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術など 25 項目の対象手術に 15,000 点加算する。個々の手術に別の評価はないが、加算として評価される形になった。手術支援ロボットを用いた手術は導入が急速に進んでおり、保険適用の範囲も拡大、今後一般的な選択肢となると期待されている。厚労省が言う「高額医療機器の集約化」の是非は別として、評価したい。

急性期病院の選択に二つの道

入院点数は急性期機能集約化の最終段階に入った。急性期病院一般入院基本料として 7 対 1 の A、10 対 1 の B が新設される。B は新設の看護・多職種協働加算を取ることで 7 対 1 相当になる。人口 20～30 万人に 1 つを目安とする「急性期拠点機能」を持つ病院の確保が理由だ。年間の救急搬送件数、全身麻酔による手術件数の実績、DPC 対象病院である、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟を有しないなどが基準だ。これに合わせ総合入院体制加算と急性期充実体制加算が統合され、様々な診療科を有する総合性と手術件数が多いなどの集積性を持つ拠点病院の加算として急性期総合体制加算が設定される。1 から 4 は急性期病院 A 一般入院料を算定する病院が届け出る。

一方、新たな地域医療構想の地域完結型の医療・介護提供体制の構築に向け、高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を評価するとして、包括期充実体制加算が新設される。許可病床数 200 床未満の病院で地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟を有する等が要件となる。また、地域包括医療病棟は 2 区分になり、一般病棟入院基本料を届け出ている病院の評価は低くなる。

急性期一般入院基本料届出病院は、地域医療構想における前者「急性期拠点機能」か、後者「高齢者救急・地域急性期機能」かの、どちらの道を選択するのか迫られている形だ。

詳細は説明会で解説、改善要望の声を協会へ

改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に応じず、保険指定が 3 年以内とされた医療機関について、ペナルティが導入された。初診料の機能強化加算、再診料の地域包括診療加算、地域包括診療料及び小児かかりつけ診療料の算定、在宅療養支援診療所の届出はできないこととされた。

地域医療の現場に立つ保険医の立場から俯瞰すると、診療報酬は鏝一文たりとも開業医の院長給与や経営改善には回させない、徹頭徹尾、改定を政策的誘導に用いる姿勢が見えるように思う。協会第 4 代理事長・竹内周徳先生は「保険医運動は大衆運動である」と仰った。会員からの声が当会の運動の基礎であり、前進のための燃料である。運動しなければ何も変わらない。運動団体としての保険医協会へ、会員各位から改善に向けた意見・要望を出していただきたい。