

発行元：医療関連事業本部 運用企画部 運用企画課

主唱

激変する医療界の動向について、医療経営の視点で必要な情報を提供すると共に、医事業務に必要な実務知識の提供をしています

今月のトピックス

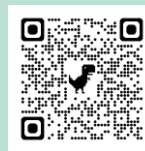
2026年診療報酬改定の方針性～外来（その1）、入院（その1）～

中医協において、次期改定に関する議論が開始されています。2025年7月16日には「外来（その1）」、7月23日には「入院（その1）」が議論されています。その内容を抜粋してご紹介します。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001517951.pdf>



<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001521282.pdf>



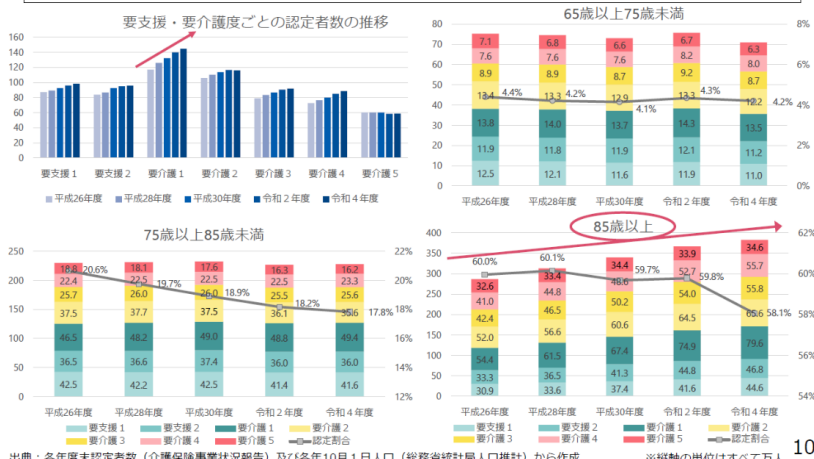
かかりつけ医機能

今後、要支援・要介護高齢者の外来診療に関する需要増加が見込まれることを踏まえ、外来医療の提供にあたり重視すべき事項についてどのように考えるか。

要支援・要介護認定者数の経年推移

診調組 入 - 1
7 6 1 3

- 要支援・要介護の認定者数は要介護5以外の全ての区分で漸増傾向であり、特に要介護1の増加が目立つ。
- 年代別の認定者数と認定割合をみると、認定割合は横ばい～漸減で推移している一方で、85歳以上においては人口増加のために要支援・要介護認定者の絶対数が増加している。



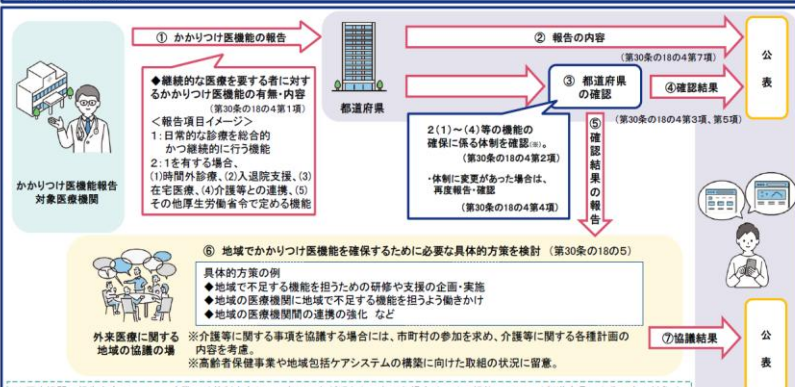
出典：各年度末認定者数（介護保険事業状況報告）及び各年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

※縦軸の単位はすべて万人

かかりつけ医機能報告の流れ

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に掲載するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめ公表。



令和7年4月から「かかりつけ医機能報告」が施行され、令和8年1月より医療機関からの報告が開始される予定。

地域の外来・在宅医療の提供体制の向上を目的とする、医療法の「かかりつけ医療機能報告」制度を踏まえて、外来における診療報酬上の評価のあり方についてどのように考えるか。

特定疾患療養管理料に係る主傷病名

診療組 入-1
7. 6. 1 9

- 特定疾患療養管理料の算定時に係る主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 同管理料の全算定件数に占める主傷病名の割合は、気管支喘息が12.5%、慢性胃炎が9.2%であった。

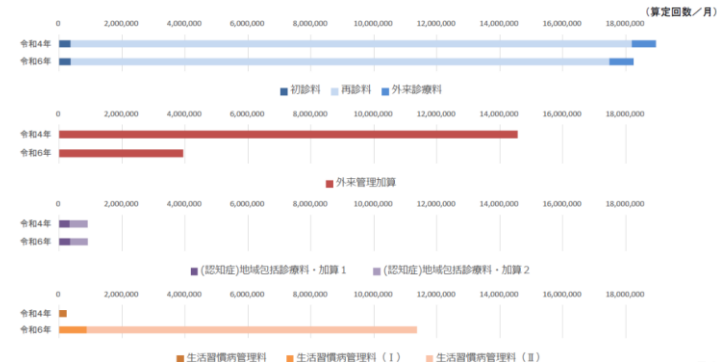
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度 7月診療月		No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度 7月診療月	
			回数	構成比(%)				回数	構成比(%)
計	特定疾患療養管理料の主算定回数		10,733,011	100.0%	23	バセドウ病	E050	84,906	0.8%
1	気管支喘息	J459	1,341,505	12.5%	24	アレルギー性鼻炎	J304	80,952	0.8%
2	慢性胃炎	K295	983,714	9.2%	25	腸虚血症	E785	74,109	0.7%
3	狭心症	I209	625,869	5.8%	26	慢性心臓病	I252	72,634	0.7%
4	高血圧症	I10	402,145	3.7%	27	慢性腎臓病	I499	69,913	0.7%
5	慢性心不全	I509	401,243	3.7%	28	下咽癌	C499	69,295	0.6%
6	脳梗塞	I639	297,506	2.8%	29	慢性腎不全	N189	67,587	0.6%
7	甲状腺機能低下症	E039	233,446	2.2%	30	心臓病外傷	I493	66,572	0.6%
8	腎臓病	K259	217,861	2.0%	31	急性気管支炎	J209	64,049	0.6%
9	弁膜性心臓病	I489	212,605	2.0%	32	2型糖尿病	E11	62,630	0.6%
10	肺炎	K297	194,087	1.8%	33	糖尿病性腎炎	K294	62,511	0.6%
11	心臓病	I489	156,704	1.5%	34	C O V I D - 1 9	U071	61,629	0.6%
12	慢性気管支炎	J42	134,501	1.3%	40	慢性心臓病	E059	61,220	0.6%
13	心不全	I509	132,325	1.2%	41	慢性心臓病	E063	60,980	0.6%
14	脳梗塞後遺症	I693	132,131	1.2%	37	急性心臓病	I480	53,602	0.5%
15	脳神経	K760	130,161	1.2%	38	脳神経症	E785	52,327	0.5%
16	慢性腎炎	K739	113,617	1.1%	39	腎臓病不全	R000	47,368	0.4%
17	うつ血性心不全	I500	101,513	0.9%	40	慢性心臓病	E780	46,864	0.4%
18	高コレステロール血症	E780	100,638	0.9%	41	慢性心臓病	E785	44,625	0.4%
19	前立腺癌	C61	99,321	0.9%	42	慢性心臓病	E785	44,268	0.4%
20	※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※		93,076	0.9%	43	慢性心臓病	E785	43,994	0.4%
21	糖尿病	E14	91,654	0.9%	44	慢性心臓病	E785	42,059	0.4%
22	乳癌	C509	91,060	0.8%	45	慢性心臓病	E785	41,871	0.4%
					46	慢性心臓病	E785	41,047	0.4%
					47	慢性心臓病	E785	40,560	0.4%
					48	慢性心臓病	E785	39,167	0.4%
					49	慢性心臓病	E785	38,988	0.4%
					50	慢性心臓病	E785	37,651	0.4%

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分） ※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれを集計しているため、リストには管理料の算定対象疾患以外の疾患が含まれる。 52

生活習慣病患者の外来診療における算定状況

診療組 入-1
7. 6. 1 9

- 主傷病名が糖尿病、高血圧症、脂質異常症である外来患者について、日常的な管理指導に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、令和4年では外来管理加算が最も多かったが、令和6年では、生活習慣病管理料(Ⅱ)が最も多かった。



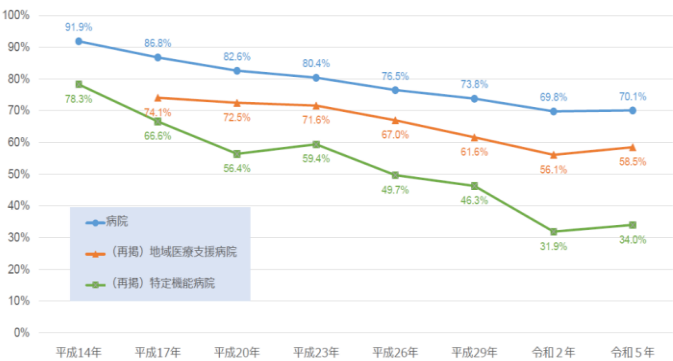
出典：NDBデータ（令和4年7月、令和6年7月診療分）

54

外来機能の分化の推進

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

- 紹介なしで外来受診した患者の割合を病院機能別に見たところ、その割合は長期的に減少傾向にあり、令和5年は特定機能病院では34.1%、地域医療支援病院では58.5%であった。



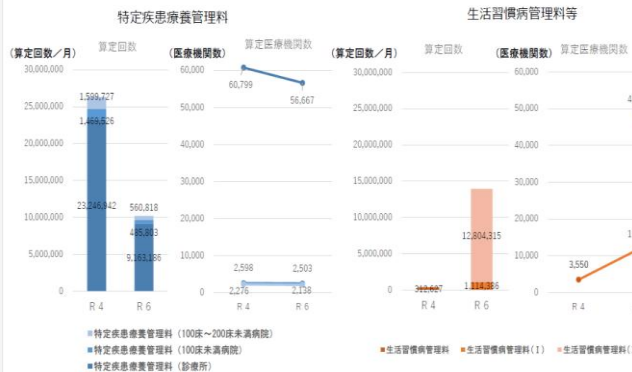
出典：平成14年から令和5年患者調査を基に作成。
注：平成23年患者調査については、宮城県、石巻市、気仙沼市、及び福島県を除いた数値。

64

特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料等の算定状況

診療組 入-1
7. 6. 1 9

- 令和6年度診療報酬改定後、特定疾患療養管理料の算定回数が大幅に減少し、算定医療機関数はやや減少した一方で、生活習慣病管理料等の算定回数・算定医療機関数は増加した。



出典：NDBデータ（各年8月診療分）

53

前回改定を踏まえ、今後の生活習慣病対策のさらなる推進についてどのように考えるか。

紹介率・逆紹介率による初診料・外来診療料の減算

初診料の注2、3 216点 外来診療料の注2、3 56点

(情報通信機器を用いた初診については188点)

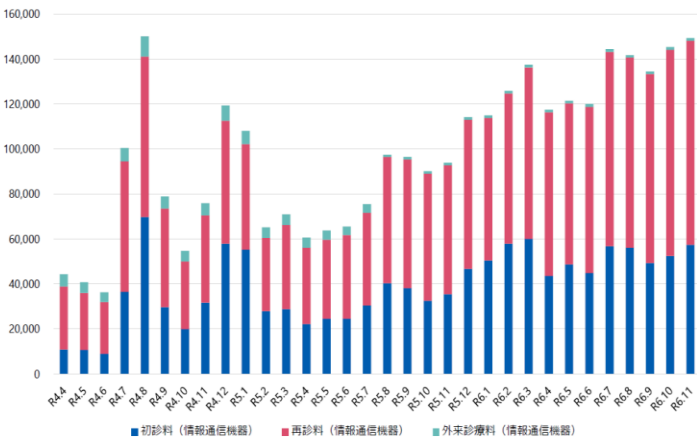
	特定機能病院 (地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く))	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算の対象患者	・ 初診料 他病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者 ・ 外来診療料 当該病院が他の許可病床数200床未満の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者 ※いずれも、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。		
減算規定の基準 (前年度1年間)	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合(%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診の患者数} \times 100$		
逆紹介割合(%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}) \times 1,000$		
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者		
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11連携強化診療情報提供料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者		
紹介患者数	他病院又は診療所から紹介状により紹介された患者の数（初診に限る）。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。		
逆紹介患者数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ B005-11連携強化診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行い、他院に紹介した患者を除く。		
救急患者数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。		

特定機能病院等における逆紹介のさらなる推進についてどのように考えるか。

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

診療組 入～1
7 6 1 9

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は、令和5年4月以降は増加傾向。

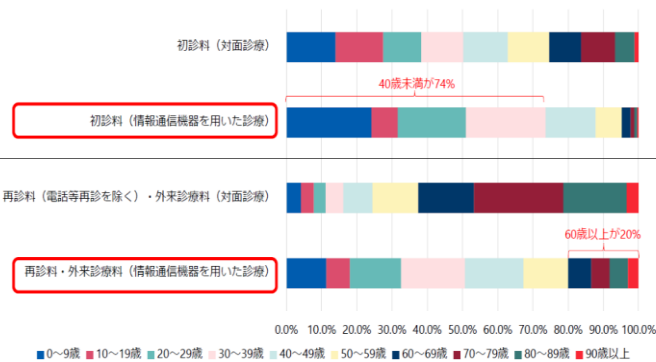


出典：NDBデータ

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数（年齢分布）

診療組 入～1
7 6 1 9

○ 情報通信機器を用いた初診料の年齢構成について、対面診療では40歳未満の割合が50%であるのに対し、情報通信機器を用いた場合は74%となっている。
○ 情報通信機器を用いた再診料・外来診療の年齢構成について、対面診療では60歳以上の割合が63%であるのに対し、情報通信機器を用いた場合は20%となっている。



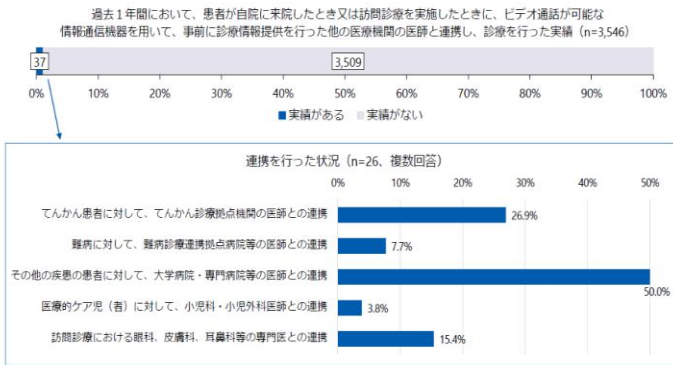
78 出典：令和5年度NDBオープンデータ

80

患者が医師という場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）の実施状況

診療組 入～1
7 6 1 9

○ 過去1年間にD to P with Dによるオンライン診療を実施した医療機関は1.0%であった。
○ 遠隔連携診療料を算定できる状況（てんかん患者、難病患者）以外でも医療的ケア児との連携や、訪問診療における眼科・皮膚科・耳鼻科等の専門医と連携している事例も見られた。



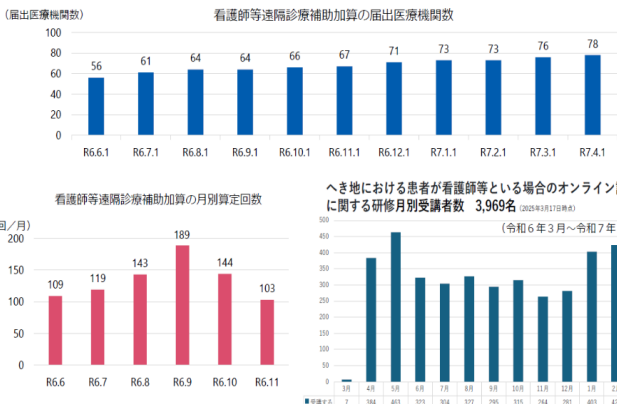
その他の疾患：循環器疾患・呼吸器疾患の術後患者、先天性心疾患、皮膚疾患等

出典：令和6年度入院・外来診療等における実態調査

看護師等遠隔診療補助加算

診療組 入～1
7 6 1 9

○ 看護師等遠隔診療補助加算の届出医療機関数、算定回数、研修受講者数は以下のとおり。
○ 届出医療機関数は増加傾向、要件となっている研修も約4,000名が受講している。



88 出典：保険局医療課調べ、NDBデータ

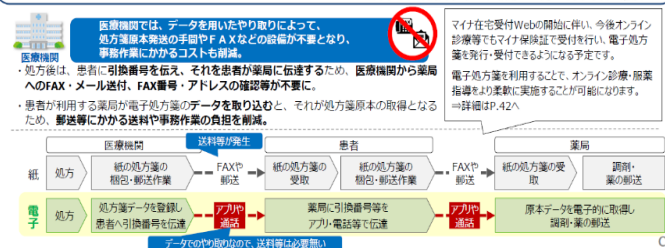
91

01. 医療機関にとってのメリットとは？

メリット④ オンライン診療等において、紙の処方箋を郵送する手間を削減できます

- オンライン診療において、従来は処方箋原本を患者に送付する、あるいは、患者が利用を希望する薬局にFAXで送信（合わせて原本送付）する必要がありましたが、処方箋の電子化に伴い、本対応が不要となります。
- 電子処方箋を選択することにより、オンライン診療後に対面で服薬指導を受けたり、対面の診察後にオンライン服薬指導を受けるなど、柔軟な対応が取りやすくなります。
- なお、従来は、オンライン診療では健康保険証の受付のみ対応できていましたが、令和6年4月からは「マイナ在宅受付Web」というWebサービスの開始に伴い、患者のスマートフォン等を利用してマイナ保険証による受付も可能となり、患者の同意に基づき、過去の処方・調剤情報を活用できるようになります※。

※アプリの状況により異なりますので、ご利用いただけるかはアプリの状況に確認ください。



96

前回改定を踏まえ、今後のオンライン診療の適切な推進についてどのように考えるか。

- <医療機関機能の名称と定義>
- ・高齢者救急・地域急性期機能
高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。
 - ・在宅医療等連携機能
地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。
 - ・急性期拠点機能
地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
※報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するかを設定。
 - ・専門等機能
上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化した地域ニーズに応じた診療を行う。
※高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が必要である。
 - ・医療及び広域診療機能
大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

出典：令和6年12月25日 社会保障審議会医療部会 「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見」 19

急性期医療機能を効率的・持続的に、適切に確保するための評価のあり方について、人口減少や担い手の減少、「新たな地域医療構想のとりまとめ」等を考慮に入れたうえで、どう考えるか。

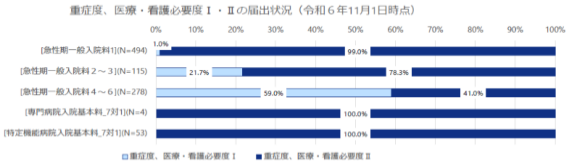
急性期入院医療

令和6年度診療報酬改定においては、急性期一般入院料1の平均在院日数や、重症度、医療・看護必要度の基準・項目内容の見直し等が行われた。その後、急性期一般入院料1及び4を算定する病院数が減少し、その他の急性期一般入院料を算定する病院数が増加した。

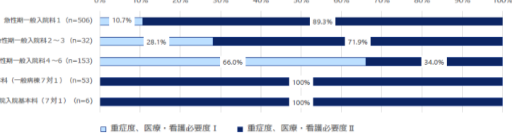
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

診療編 入-2
7 6 2 2

○重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1は99.0%、急性期一般入院料2～3は78.3%、急性期一般入院料4～6では41.0%であり、令和4年より増加していた。



(参考) 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況 (令和4年11月1日時点)



出典：令和6年度入院・外来診療等における実態調査（施設調査票（A票））

急性期の入院医療を評価する指標として、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度等とともに、総合入院体制加算や急性期充実体制加算において、救急搬送件数や全身麻酔手術件数、総合性等が用いられている。適切な医療機関の評価を通じて、急性期の入院医療がその役割を一層発揮するとともに、地域における効率的・持続的な医療提供体制の構築を推進する必要がある。

入院患者が高齢化し、急性期においても要介護者への対応、リハビリテーション等、生活を支える機能が求められている中での、急性期入院医療における病棟の機能とその評価についてどう考えるか。

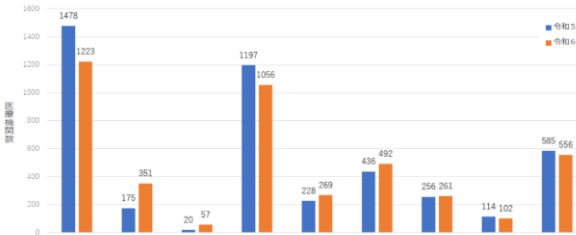
医療提供体制について

「新たな地域医療構想におけるとりまとめ」において、高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中、地域の実情に応じて医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要であり、病床の機能分化・連携に加え、地域ごとの医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）及び広域な観点の医療機関機能（医育及び広域診療等の総合的な機能）の確保に向けた取組を推進するべきとされた。

一般病棟入院基本料の届出医療機関数

診療編 入-2
7 5 2 2

○一般病棟入院基本料に係る届出医療機関数は、令和6年度に、急性期一般入院料1と4が減少し、その他の急性期一般入院基本料が増加した。

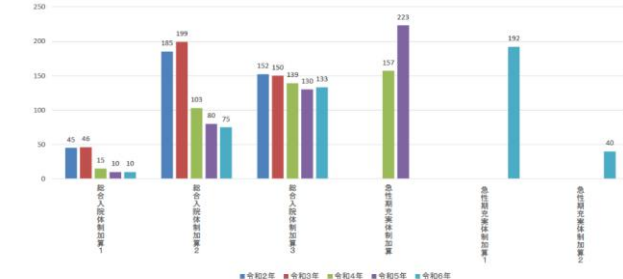


出典：保健医療提供態へ（各10月時点）中長期出稼数報告

総合入院体制加算・急性期充実体制加算の届出病院数

○総合入院体制加算の届出病院数は、急性期充実体制加算が新設された令和4年以降減少傾向にある。
○急性期充実体制加算の届出病院数は、令和5年に223施設まで増加し、令和6年には急性期充実体制加算1が192施設、急性期充実体制加算2が40施設となった。

加算届出病院数の推移



出典：令和7年1月の届出状況（令和6年度は8月1日の届出状況）

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と多職種の間

診療編 入-1
7 6 2 6

○リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定をしている病棟においては、配置基準が定められている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士をはじめとする様々な職種が関係する業務に関わっていた。

業務に関わる職種として、各職種を回答した病棟の割合
（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定をしている病棟 n=73）

	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士	その他
作業状態のスクリーニング・定期的な評価	38.8%	4.5%	85.1%	13.4%	26.9%	22.4%	22.4%	94.0%	10.4%	1.5%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	31.9%	0.0%	81.9%	0.0%	33.1%	72.2%	48.6%	18.1%	0.0%	1.4%
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	10.0%	0.0%	87.1%	15.7%	50.0%	61.4%	48.6%	7.1%	0.0%	4.3%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	30.0%	27.1%	94.3%	0.0%	20.0%	14.3%	62.9%	28.6%	52.9%	0.0%
食事・嚥下機能のスクリーニング・定期的な評価	37.1%	10.0%	95.7%	1.4%	14.3%	12.9%	85.7%	42.9%	10.0%	0.0%
栄養管理計画の作成	40.0%	4.3%	61.4%	10.0%	7.1%	2.9%	4.3%	97.1%	5.7%	0.0%
ミールラウンド(食事の観察)	18.5%	7.7%	70.8%	3.1%	15.4%	10.8%	61.5%	81.4%	21.5%	0.0%
経腸栄養剤の種類の選択や変更	78.1%	0.0%	81.3%	18.8%	3.1%	3.1%	18.8%	89.1%	0.0%	3.1%
退院前の居宅への訪問指導	7.7%	0.0%	58.8%	0.0%	84.6%	65.4%	11.5%	3.8%	0.0%	30.8%

病床機能について

令和6年12月3日新たな地域医療連携等に関する検討会資料（一部改）

- ・ 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけはどうか。
- ・ 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

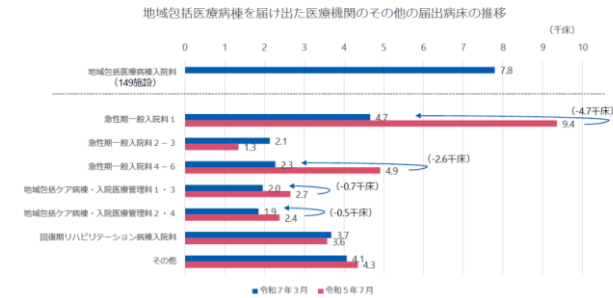
病床機能区分	機能の内容
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治しを支える医療を提供する機能 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頭骨折等の患者に対し、A D Lの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- ・ 入院患者における85歳以上の高齢者の割合が増加し、救急搬送率も同世代で特に増加している。高齢者の入院医療においては、多疾患併存、認知機能の低下、ポリファーマシー等に留意しつつ、早期のリハビリテーション介入や栄養・口腔等の一体的な管理、入院当初からの在宅復帰をめざした入退院支援等が重要である。
- ・ こうした背景を踏まえ、令和6年度診療報酬改定では、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役割を担う病棟として、多職種の配置等を要件とする地域包括医療病棟が創設された。令和7年3月時点で、届出医療機関数は149 施設であった。

「新たな地域医療構想のとりまとめ」において、高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能が「包括期機能」として位置づけられた。

地域包括医療病棟の届出状況

- 令和7年3月時点で地域包括医療病棟は7.8床ほどであり、届出をした医療機関においては主に急性期一般入院科、地域包括ケア病棟入院科を届け出る病床が減少していた。

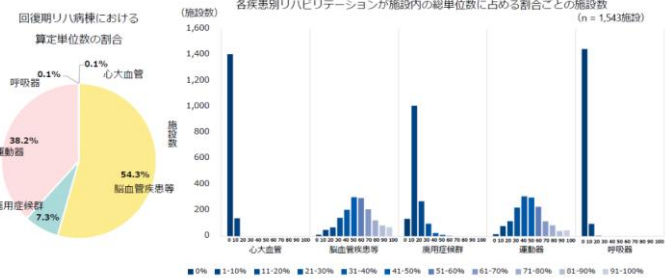


出典：2025年3月と2023年7月のDPCデータ様式3より集計

高齢者の入院医療を担う医療機関における、救急受入や在宅医療の後方支援、高齢者の医学・生理学的特性を踏まえた包括的な治療、新設された地域包括医療病棟におけるアウトカム評価のあり方、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る一体的な取組や多職種の役割等について、どのように考えるか。

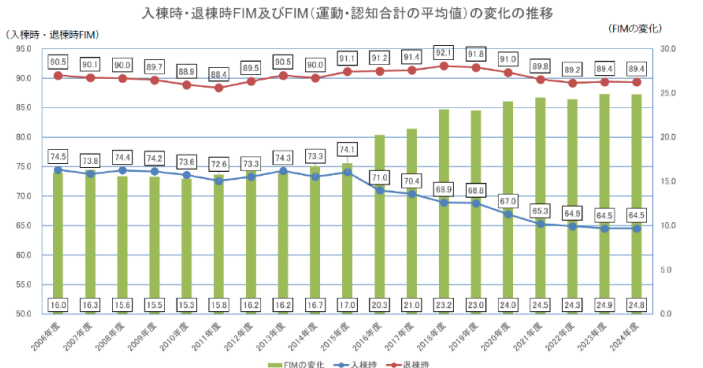
回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハの算定割合

- 回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハビリテーションの算定単位数割合は、脳血管疾患等リハビリテーションが最多で半数以上であり、運動器リハビリテーションが続いた。
- 心大血管リハビリテーション、呼吸器リハビリテーションは算定割合が少なく、ほとんど実施していない施設が多かった。



回復期リハビリテーション病棟における入棟時・退棟時FIMの年次推移

- 入棟時・退棟時FIM（運動・認知合計の平均値）及びFIM（運動・認知合計の平均値）の変化の年次推移は以下のとおり。
- 平成28年以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向が見られている。



出典：一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する報告書（第1）」

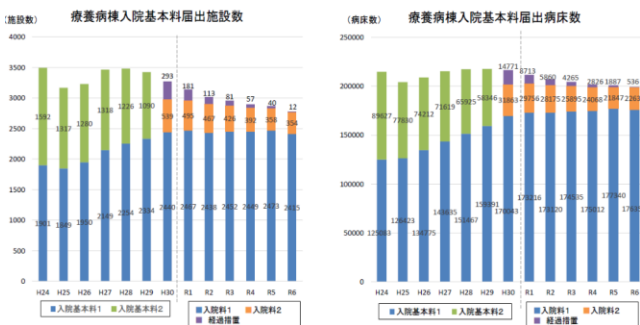
回復期リハビリテーション病棟については、病床数や届出医療機関数が経年的に増加しており、他の病棟に比べて療法師が集中している。提供される疾患別リハビリテーションは、いずれの施設においても脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションが大半である。一方で、各施設の実績指数の変化にはばらつきがある。

回復期リハビリテーション病棟における、質の高いリハビリテーションのあり方や、集中的なリハビリの効果が発揮される患者像、その評価方法や地域包括ケア病棟との役割分担についてどのように考えるか。

「新たな地域医療構想のとりまとめ」において、慢性期医療の提供体制については、地域の資源の状況に応じて、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設・高齢者向け住まい等とあわせて構築していくことが重要とされている。

療養病床入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

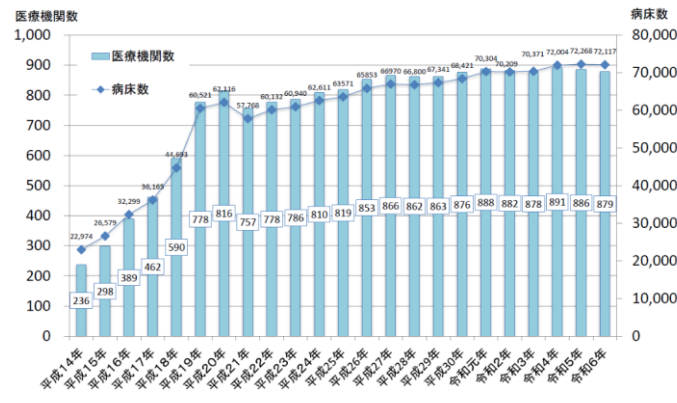
○ 療養病床入院基本料を届ける施設数・病床数は、ともにやや減少傾向である。



出典：保険局医療課調べ（7月1日時点、令和6年度は8月1日時点）
※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病床のデータを除く。平成30年度・令和1年度の経過措置1・2は合算。

108

障害者施設等入院基本料 届出医療機関数・病床数



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年度は8月1日時点）

115

特殊疾患病棟入院料 届出医療機関数・病床数



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年度は8月1日時点）

118

「新たな地域医療構想のとりまとめ」における療養病床

診療編 入-1
7.6.1.3

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性（抄）
(5) その他
② 慢性期医療

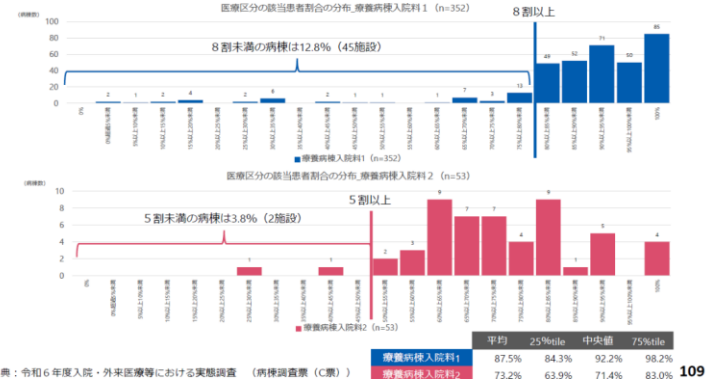
- 療養病床については、地域医療構想の取組等に伴い、医療区分1の患者をはじめとして入院患者が減少し、療養病床数も減少している。一方、介護施設・高齢者向け住まいの利用者数は増加している。また、**在宅医療と介護施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があり**、都道府県別の療養病床数について、介護施設の定員数と合わせると地域差は縮小する。
- こうした中、慢性期の医療提供体制については、今後増加する在宅医療の需要に対応する観点からも、限りある資源を活用することが重要であり、地域の慢性期医療・在宅医療の需要に対して、**在宅医療・介護等のデータも踏まえ、地域の資源の状況に応じて、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設・高齢者向け住まい等とあわせて構築していくことが重要である。**

令和6年12月25日 社会保障審議会医療部会 「2040年度に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見」

療養病床における医療区分2・3の該当割合

診療編 入-1
7.6.2.2

- 令和6年10月の1か月間において、全入院患者中の医療区分2・3に該当する患者割合の分布は以下の通りであった。
- 施設基準を満たさない病床は、入院料1で12.8%、入院料2で3.8%であった。



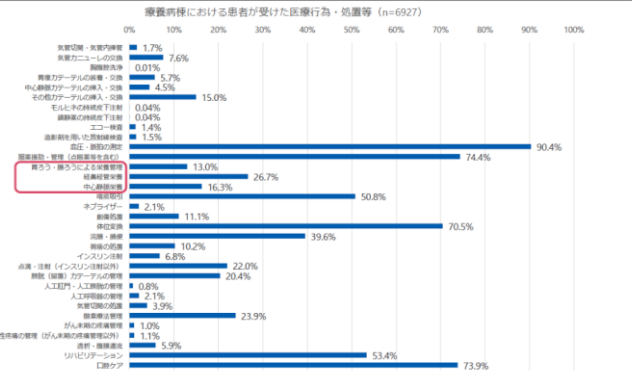
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（C票））

109

療養病床における患者が受けた医療行為・処置等

診療編 入-1
7.6.1.3

- 療養病床において患者が受けた医療行為・処置等の割合は令和4年度調査と同様の傾向であった。
- 医療区分上の定義が見直された「中心静脈栄養」は16.3%、関連して「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」は13.0%、「経鼻経管栄養」は26.7%であった。（令和4年度はそれぞれ14.3%、14.3%、26.3%）



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票（C票））

110

障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料1・入院医療管理料を届け出る医療機関数・病床数は、令和4年以降、概ね横ばいから微減であった。特殊疾患病棟入院料2の医療機関数・病床数はわずかに増加していた。

療養病床における医療区分の見直しの影響や、療養病床を含む慢性期の病棟で提供すべき医療について、どのように考えるか。



薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について

厚生労働省は、薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報を専用ページに更新し、**2025年7月16日の適用品目を反映**しました。医療用医薬品として官報に告示（薬価基準に収載）されている品目は約1万3千程度あり、専用ページでは各区分を整理したリストや診療報酬上の取扱いに関する情報を集約しています。

本リストでは、「先発医薬品」、「同一剤形・規格の後発医薬品がある先発医薬品」及び「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」、「後発医薬品のある先発医薬品」、「準先発品」として区分しています。

後発医薬品として承認された医薬品であっても、先発医薬品と薬価が同額又は高いものについては、診療報酬における加算等の算定対象とならない後発医薬品として「★」印を付し、「後発医薬品のある先発医薬品」であっても後発医薬品と同額又は薬価が低いものについては、診療報酬における加算等の算定対象とならない「後発医薬品のある先発医薬品」として「☆」印を付しています。

この他、後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い及び2024年度薬価改定を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについても、**新たな薬価収載に応じてリストが更新**されています。本来は、保険薬局において、薬剤情報提供文書により、調剤した薬剤に対する後発医薬品に関する情報提供を行う際に使用する情報と思いますが、参考として共有します。

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2025/04/tp20250401-01.html>



内用薬の例

区分	薬価基準収載医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品	先発医薬品	同一剤形・規格の後発医薬品がある先発医薬品	薬価	経過措置による使用期限	備考
内用薬	1121001X1018	プロモバレル尿酸素	1 g	局	プロモバレル尿酸素				7.50		
内用薬	1123001X1012	拘水クロラール	1 g	局	拘水クロラール				36.90		
内用薬	1124001B1039	エスタゾラム	1% 1 g		エウロジン散 1%	武田テバ薬品	先発品		37.40		
内用薬	1124001F1022	エスタゾラム	1 mg 1錠		エウロジン 1 mg 錠	武田テバ薬品	先発品		6.10		
内用薬	1124001F1030	エスタゾラム	1 mg 1錠		エスタゾラム錠 1 mg 「アメル」	共和薬品工業	★		6.10		
内用薬	1124001F2010	エスタゾラム	2 mg 1錠		エスタゾラム 2 mg 錠	後発品			6.60		
内用薬	1124001F2029	エスタゾラム	2 mg 1錠		エウロジン 2 mg 錠	武田テバ薬品	先発品	○	8.40		
内用薬	1124002M2022	フルラゼパム塩酸塩	15 mg 1 カプセル		ダルメートカプセル 15	共和薬品工業	先発品		7.20		
内用薬	1124003B1070	ニトラゼパム	1% 1 g		ネルボン散 1%	アルフレッサファーマ			10.60	RS. 3.31 まで	
内用薬	1124003C1092	ニトラゼパム	1% 1 g		ベンザリン細粒 1%	共和薬品工業			16.20		
内用薬	1124003C1114	ニトラゼパム	1% 1 g		ニトラゼパム細粒 1% 「TCK」	辰巳化学	後発品		16.20		
内用薬	1124003F1021	ニトラゼパム	2 mg 1錠		ベンザリン錠 2	共和薬品工業			6.10		
内用薬	1124003F2010	ニトラゼパム	5 mg 1錠		ニトラゼパム 5 mg 錠	後発品			5.70		
内用薬	1124003F2222	ニトラゼパム	5 mg 1錠		ベンザリン錠 5	共和薬品工業	準先発品	○	7.80		
内用薬	1124003F2230	ニトラゼパム	5 mg 1錠		ネルボン錠 5 mg	アルフレッサファーマ	準先発品	○	7.10	RS. 3.31 まで	
内用薬	1124003F3016	ニトラゼパム	10 mg 1錠		ニトラゼパム 10 mg 錠	後発品			5.90		
内用薬	1124003F3083	ニトラゼパム	10 mg 1錠		ネルボン錠 10 mg	アルフレッサファーマ	準先発品	○	12.40	RS. 3.31 まで	
内用薬	1124003F3121	ニトラゼパム	10 mg 1錠		ベンザリン錠 10	共和薬品工業	準先発品	○	12.40		
内用薬	1124005C1032	ハロキサゾラム	1% 1 g		ゾメリン細粒 1%	アルフレッサファーマ	先発品		18.20	RS. 3.31 まで	
内用薬	1124005F1020	ハロキサゾラム	5 mg 1錠		ゾメリン錠 5 mg	アルフレッサファーマ	先発品		12.10	RS. 3.31 まで	
内用薬	1124005F2027	ハロキサゾラム	10 mg 1錠		ゾメリン錠 10 mg	アルフレッサファーマ	先発品		15.40	RS. 3.31 まで	
内用薬	1124007F1011	トリアゾラム	0.125 mg 1錠		トリアゾラム 0.125 mg 錠	後発品			5.90		
内用薬	1124007F1020	トリアゾラム	0.125 mg 1錠		ハルシオン 0.125 mg 錠	ファイザー	先発品	○	6.10		
内用薬	1124007F2018	トリアゾラム	0.25 mg 1錠		トリアゾラム 0.25 mg 錠	後発品			6.10		
内用薬	1124007F2026	トリアゾラム	0.25 mg 1錠		ハルシオン 0.25 mg 錠	ファイザー	先発品	○	7.80		
内用薬	1124008F1016	フルニトラゼパム	1 mg 1錠		フルニトラゼパム 1 mg 錠	後発品			5.90		
内用薬	1124008F1024	フルニトラゼパム	1 mg 1錠		サイレース錠 1 mg	エーザイ	先発品	○	7.40		
内用薬	1124008F2012	フルニトラゼパム	2 mg 1錠		フルニトラゼパム 2 mg 錠	後発品			6.10		
内用薬	1124008F2020	フルニトラゼパム	2 mg 1錠		サイレース錠 2 mg	エーザイ	先発品	○	8.60		
内用薬	1124009F1010	プロチゾラム	0.25 mg 1錠		プロチゾラム 0.25 mg 錠	後発品			10.40		
内用薬	1124009F1223	プロチゾラム	0.25 mg 1錠	局	レンドルミン錠 0.25 mg	日本ベーリンガーインゲルハイム	先発品	○	10.60		
内用薬	1124009F2017	プロチゾラム	0.25 mg 1錠		プロチゾラム 0.25 mg 口腔内崩壊錠	後発品			10.40		
内用薬	1124009F2025	プロチゾラム	0.25 mg 1錠		レンドルミンD錠 0.25 mg	日本ベーリンガーインゲルハイム	先発品	○	10.60		
内用薬	1124010F1021	ロラメタゼパム	1 mg 1錠		エバミール錠 1.0	丸石製薬	先発品		10.90		
内用薬	1124010F1030	ロラメタゼパム	1 mg 1錠		ロラメット錠 1.0	あすか製薬	先発品		13.80		
内用薬	1124013B1031	オキサゾラム	1.0% 1 g		セレナール散 1.0%	アルフレッサファーマ	先発品		24.20		
内用薬	1124013F1033	オキサゾラム	5 mg 1錠		セレナール錠 5	アルフレッサファーマ	先発品		5.90		
内用薬	1124013F1033	オキサゾラム	10 mg 1錠		セレナール錠 10	アルフレッサファーマ	先発品		6.00		



電子処方箋・電子カルテの目標設定等の概要について

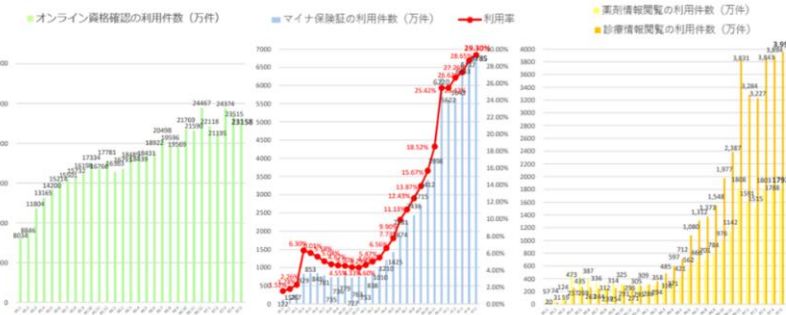
2025年7月1日、厚生労働省医政局「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チームの会合において、医療DXの進捗状況と電子処方箋・電子カルテの新たな目標設定が示されました。その内容をご紹介します。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_59229.html



オンライン資格確認の利用状況

※利用率＝マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数



【5月分実績の内訳】					
	合計	マイナンバーカード	保険証		
病院	17,389,262	8,428,139	8,961,123	病院	2,471,406
医科診療所	97,532,332	26,804,226	70,728,106	医科診療所	7,737,708
歯科診療所	19,081,861	8,132,566	10,949,295	歯科診療所	2,176,112
薬局	97,573,866	24,488,093	73,085,773	薬局	7,698,061
総計	231,577,321	67,853,024	163,724,297	総計	20,083,287

	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	1,021,529	4,228,686
医科診療所	8,466,267	20,309,726
歯科診療所	1,726,083	2,147,371
薬局	6,702,890	12,860,158
総計	17,916,769	39,545,941

第7回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム医療DXの進捗状況について 厚生労働省 2025.7.1

オンライン資格確認の利用状況ですが、利用率は急激に伸びてきていますが、2025年5月実績として、2億3千万のうち6千7百万ですから、全体ではまだ3割程度です。約7割が保険証を利用しています。いかにしてマイナ保険証の利用を増やしていくかも課題となっています。

スマートフォンにもマイナ保険証が搭載できるようになりましたので、スマートフォンを利用する場合の顔認証付きカードリーダーの選択ができるように、環境整備を行う必要もあります。

スマートフォンでの保険証利用について

令和7年4月3日
第193回社会保険審議会
医療保険部会
資料1
(一部更新)

スマートフォンでのマイナ保険証は、スマホ用電子証明書の搭載準備を行った上で、医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーで操作をした上で、汎用カードリーダーにかざして利用。
AndroidとiPhoneを同時に、令和7年7月以降、一部の医療機関・薬局において実証事業を実施し、その結果も踏まえ、9月頃を目処に、医療機関等への読み取り用の端末の普及等を行いながら、国民が利用できる環境の整備を目指す。

事前準備

- (iPhoneのみ) 生体認証 (FaceID・TouchID 等) の登録
※ iPhone本体の生体認証 (FaceIDまたはTouchID) が登録されていることが
スマホ用電子証明書の登録 (発行) には必要です。
- スマホ用電子証明書の利用申請
※ 申請にはマイナンバーカードと署名用電子証明書 (原則15歳以上) の発行が必要。
- スマートフォンへの電子証明書の登録
※ マイナ保険証の利用登録が済みでない方は、あわせてマイナポータル上から登録可

(参考) 汎用カードリーダーの設置イメージ



操作手順



【操作の流れ】

- 顔認証付きカードリーダーでスマホ利用を選択
- 該当する端末を選び、対応する本人認証を実施
- スマホを汎用CRにかざして電子証明書を読み取る
⇒マイナンバーカード利用時と同様に、顔認証付きカードリーダーで同意情報を入力

※初めて受診する医療機関にはマイナンバーカードもあわせてお持ち下さい

電子処方箋の普及状況

- 令和7年6月22日現在、全国のオンライン資格確認システム導入施設数212,972のうち、113,992施設 (53.5%) が電子処方箋の利用申請済であり、70,212施設 (33.0%) が電子処方箋の運用開始済である。(内数は以下)
- 医療機関の導入は13.3%にとどまる (医科に限定した場合は19.1%) 一方、運用開始済の薬局は8割を超え、利用申請済 (運用開始済を含む) の薬局は9割を超えており、足元の利用申請・導入実績を踏まえると、薬局については今夏には概ね全ての薬局での導入が見込まれる。

	令和7年6月22日時点		施設数		施設割合	
	オンライン資格確認システム導入済	電子処方箋利用申請済	電子処方箋運用開始済	電子処方箋利用申請済	電子処方箋運用開始済	
病院	7,984	2,790	1,068	34.9%	13.4%	
医科診療所	83,370	38,824	16,371	46.6%	19.6%	
歯科診療所	61,124	17,154	2,843	28.1%	4.7%	
薬局	60,494	55,224	49,930	91.3%	82.5%	

※1 利用申請済施設は、医療機関等向け総合ポータルサイトで、電子処方箋の利用規約に同意し、利用申請を行った施設をいう
※2 運用開始済施設は、電子処方箋の発行又は電子処方箋に基づく調剤が可能となる日 (運用開始日) を医療機関等向け総合ポータルサイトに入力した施設であって、当該運用開始日が経過している施設をいう
※3 施設割合は、上記の施設をオンライン資格確認導入施設で除いたもの

2023年1月から運用が開始された「電子処方箋」ですが、2025年6月22日現在で約7万の施設 (70,212施設) で運用が開始済です。運用が多いのが薬局ですすでに82.5%が運用開始済となっており、今夏には概ね全ての薬局での導入が見込まれています。一方で、医科の病院・クリニックはそれぞれ、13%、19%と低い導入率となっています。

第7回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム
電子処方箋・電子カルテの目標設定等について 厚生労働省
2025.7.1

医療機関の導入は約1割程度にとどまると
いうことで、国は、導入阻害要因の解消に
向け、新たな導入・利用促進策、周知広
報の強化、効果検証等を実施するとして
います。

電子処方箋については、「概ね全国の医療機関・薬局
に対し、2025年3月までに普及させる」とこととしていま
したが、実現できませんでしたので、新たな目標を設定
することになりました。

電子処方箋に関する新たな目標設定

- 電子処方箋については、令和7年6月時点で、薬局の8割超に導入、利用申請は9割を超えていることから、今夏時点で概ねすべての薬局に導入されることが見込まれる。一方で、医療機関への導入は1割程度に留まる。
- 調剤結果登録率も全処方箋の約8割に達し、8月には電子処方箋管理サービスの改修（医薬品のダミーコードを受け付けられない）も完了し、今夏以降、薬局において電子処方箋システムの利用も一般的になり、直近の薬剤情報の活用による医療安全が確保されつつあるが、電子処方箋の意義を発揮し、更なる医療安全を確保するためにも、調剤結果登録の更なる充実及び医療機関への導入は課題である。
- 医療機関において電子処方箋の導入を進めるにあたっては、電子カルテが導入されていることが重要である。電子カルテが既に導入されていたとしても、改修費用が一定かかることから、医療機関に過度な負担が生じないよう、電子カルテの更新期間（5～7年）の希望するタイミングで、電子カルテ情報共有サービスへの対応とともに一体的導入を促すことが肝要である。

電子処方箋の新目標

更なる医療安全を確保するため、電子処方箋については、

- ・ 保険制度下における処方箋について、速やかに概ねすべての調剤結果が電子処方箋管理サービスに登録されることを目指すとともに、
- ・ 患者の医療情報を共有するための電子カルテを整備するすべての医療機関への導入を目指す

医療機関への導入方針

- 【電子カルテを導入済の医療機関】 電子カルテを更改するタイミング等で、電子カルテ情報共有サービスへの対応とともに一体的に導入を促進
※ 既に電子カルテ情報共有サービスに対応している医療機関に対しては電子処方箋単独の導入を促進
- 【電子カルテを未導入の医療機関】 電子処方箋機能を実装する標準型電子カルテの導入もしくは電子カルテ情報共有サービスに対応したクラウド型電子カルテとの一体的な導入を促進

※ 医療機関情報管理型、処方箋情報管理型については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

今後の対応方針

電子処方箋については、今夏時点で概ねすべての薬局に導入されることが見込まれ、今夏以降、薬局においては電子処方箋システムの利用も一般的になる。新たな目標を踏まえ、電子処方箋の意義を発揮し、医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく安全に運用できる仕組み・環境を引き続き整備するとともに、導入阻害要因の解消に向け、新たな導入・利用促進策、周知広報の強化、効果検証等を実施する。

安全に運用できる仕組み・環境の整備

- 令和7年8月に電子処方箋管理サービスの改修（医薬品のダミーコードを受け付けられない）を完了。その他医薬品コードに関するシステム上の措置も同月までに実施完了。必要な改修については、医療現場への負担が可能な限り生じないよう、速やかに実施
- 医薬品コードの整備、マスタの一元管理を進める
- 医療従事者等に向けたコードやマスタ等に関するわかりやすい周知の実施

新たな導入・利用促進策の方針

- 保険制度下における医療用医薬品の薬剤情報取得は電子処方箋システムの活用を原則としていく
- 医療機関については、医療機関の整備を踏まえ、患者の医療情報を共有するための電子カルテ等との一体的な導入を進めるとともに、地域の医療ニーズに合わせた診療DXの推進を進める
- 電子処方箋の導入状況や医療機関の実情等を踏まえ、財政支援のあり方について検討
- ダミーコードに関する電子処方箋管理サービスの改修・医薬品コードの整備により、導入済医療機関で安全に電子処方箋が発行できる環境を構築するとともに、利用者のUX向上に資するよう運用を改善
- 電子処方箋の運用に必要な電子署名システムに関し、安定的な運用基盤の整備の検討を進める
- ベンダーに対し、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスへの対応並びに医薬品コード等への適切な対応を要請する
- 令和7年9月以降、国民・医療従事者向けに、電子処方箋を含む医療DXのメリット・医療機関間連携を含む臨床活用事例等について周知広報を強化し、国民理解を醸成する。
- 院内処方においても電子処方箋で得られるメリットや負担のない運用等について、プレ運用の検証も踏まえながら適切な周知を実施
- 日本災害医学会等の関連学会と協力し、臨床における電子処方箋の活用事例等を周知

周知広報の強化

効果検証

- 未導入医療機関の導入阻害要因を継続的に分析するため、定期的にフォローアップを実施
- 導入済医療機関・薬局における利用状況や効果等の調査。今夏概ねすべての薬局に導入されることが見込まれることを踏まえ、令和8年に既に導入された医療機関・薬局における利用状況や効果等を提示

電子処方箋の導入を進めるにあたっては、電子カルテが導入されていることが重要であることから、電子カルテを導入済の医療機関と未導入の医療機関とに分けて考える方針となりました。

- 導入済の医療機関：電子カルテを更改するタイミング等で、電子カルテ情報共有サービスへの対応とともに一体的に電子処方箋の導入を促進
- 未導入の医療機関：電子処方箋機能を実装する標準型電子カルテの導入もしくは電子カルテ情報共有サービスに対応したクラウド型電子カルテとの一体的な導入を促進

電子処方箋の導入を諦めたわけではなく、一気に導入を進める方針へと転換したことを意味する

- 2030年までに、すべての医療機関へ患者医療情報を共有する電子カルテとして導入を目指します。
- 電子カルテの仕様は既存オンプレミス型からクラウドネイティブ（SaaS等）への移行を促進します。

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について（3）



新たなスケジュールの着眼点は、「2026～2027年度」の導入タイミング（リミットは2030年）が明確になった点です。「電子カルテ」「電子カルテ情報共有サービス」の導入に向けた準備を行い、適宜レセコンメーカーやシステムベンダーに確認していきましょう。



G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入手技について

抗がん剤投与における手技として、リザーバーやカテーテルが腫瘍またはその栄養血管に挿入されて、抗腫瘍剤を投与する場合には、「G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入手技」が算定されます。しかし、抗がん剤の種類や薬剤の適応、用法・用量によっては、動脈内投与や髄腔内投与が禁忌となることがあり、そのような場合には中心静脈からの全身投与が選択されます。つまり、全身投与の場合は、G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入165点を選択するのは誤り、ということになります。今回、支払基金より下記の文書が届いた医療機関がありました。今後は返戻・査定の可能性もありますので、注意喚起いたします。

社会保険診療報酬請求書審査委員会の連絡事項

抗悪性腫瘍剤局所持続注入手技（G003）は、「皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内、腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。」とされています。リザーバーやカテーテルが腫瘍自体や腫瘍の栄養血管などに挿入されて、抗腫瘍剤を投与した場合に算定されるものです。したがって、抗腫瘍剤によっては、適応、用法・用量により、動脈内投与や髄腔内投与が禁忌となる薬剤があります。それらの薬剤を投与する場合は、中心静脈からの全身的な投与に限られます。貴院におかれましては、全身投与と思われる抗悪性腫瘍剤の投与において「G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入」を算定し、本来の用法とことなる手技料で請求されているレセプトが多数ございます。診療内容、投与薬剤等を確認いただき、適正な手技料での算定をお願いします。

医学通信社臨床手技の完全解説より

「局所」に限られます

G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入とは、

何回も繰り返し投与できるようにカテーテルを留置して、動脈、静脈、腹腔内など、目的とする部位に抗悪性腫瘍剤を持続的に注入する方法である。カテーテルと薬剤を注入するリザーバーは、感染を防ぐため皮下に埋め込んでおく。抗悪性腫瘍剤はリザーバーに針を刺して注入する。

【参考】

診療報酬点数表より抜粋

G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）

165点

注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。

K611 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置を算定している場合に、「G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入」の算定が可能になります。

G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）

125点

通知

（1）植込型カテーテルにより中心静脈栄養を行った場合は、本区分により算定する。

K618 中心静脈注射用植込型カテーテル設置を算定している場合に、「G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射」の算定が可能になります。