

2025年8月12日

発行

第428号

## NICHII 医事ニュース

発行元：医療関連事業本部 運用企画部 運用企画課

## 主旨

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向性～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>

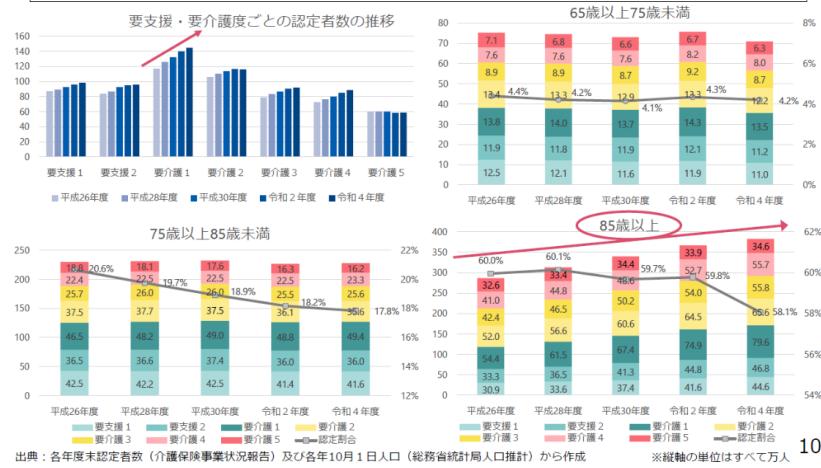


## かかりつけ医機能

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

○ 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：各年度未認定者数（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

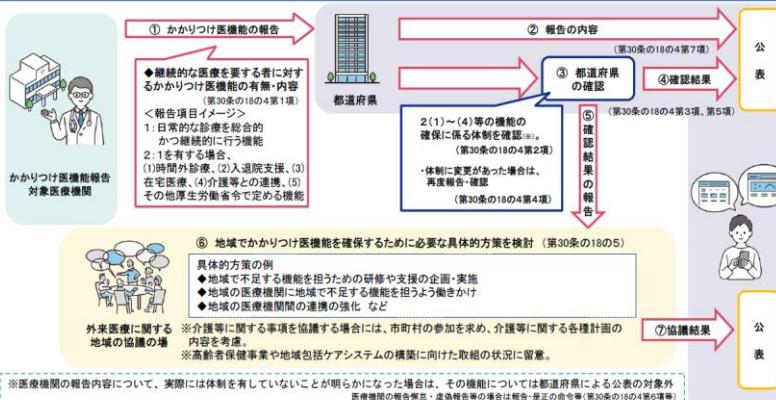
※縦軸の単位はすべて万人

## かかりつけ医機能報告の流れ

令和5年9月29日 第102回社会保障審議会医療会 資料1

## 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医機能について、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医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報告とともに、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、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的な方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



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

診調組 入-1  
7. 6. 1 9

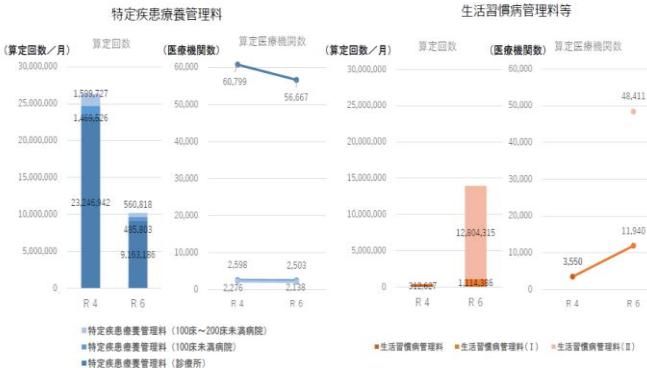
- 特定疾患療養管理料の算定期に係る主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 同管理料の全算定期に占める主傷病名の割合は、気管支喘息が12.5%、慢性胃炎が9.2%であった。

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療回数	構成比(%)
計	特定疾患療養管理料の主算定期回数		10,733,011	100.0%
1	気管支喘息	J459	1,341,565	12.5%
2	慢性胃炎	K295	983,714	9.2%
3	狭窄症	I209	625,869	5.8%
4	高血圧症	I10	402,145	3.7%
5	慢性心不全	I509	401,243	3.7%
6	脳梗塞	I639	297,506	2.8%
7	甲状腺機能低下症	E039	233,446	2.2%
8	腎盂腎炎	K259	217,861	2.0%
9	肺井膜性心筋症	I489	212,605	2.0%
10	胃炎	K297	194,087	1.8%
11	心筋細動	I489	156,704	1.5%
12	慢性的気管支炎	J42	134,501	1.3%
13	心不全	I509	132,325	1.2%
14	脳梗塞後遺症	I693	132,131	1.2%
15	脂膜炎	K760	130,161	1.2%
16	慢性肝炎	K739	113,617	1.1%
17	うつ病性心不全	I500	101,513	0.9%
18	高コレステロール血症	E780	100,638	0.9%
19	前立腺癌	C61	99,321	0.9%
20	＊＊＊ ネコド化傷病名 **		93,076	0.9%
21	糖尿病	E14	91,654	0.9%
22	乳癌	C509	91,060	0.8%

## 特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料等の算定期状況

診調組 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期回数が大幅に減少し、算定期回数はやや減少した一方で、生活習慣病管理料等の算定期回数・算定期回数は増加した。



出典: NDBデータ(各年8月診療分)

53

## 生活習慣病患者の外来診療における算定期状況

診調組 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、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定期で算定期を算定期したところ、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) \*※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期対象疾患以外の疾患が含まれる。

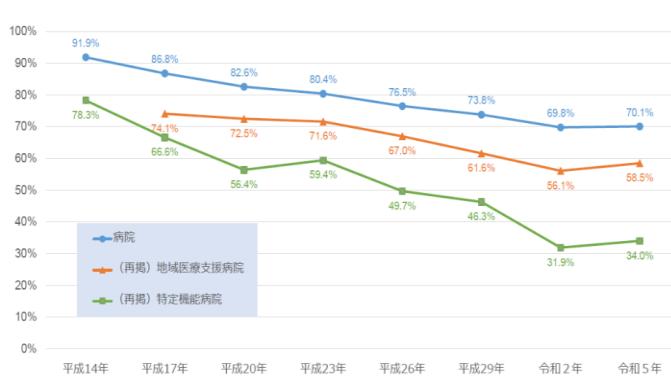
52

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。

## 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、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

54

## 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18例)

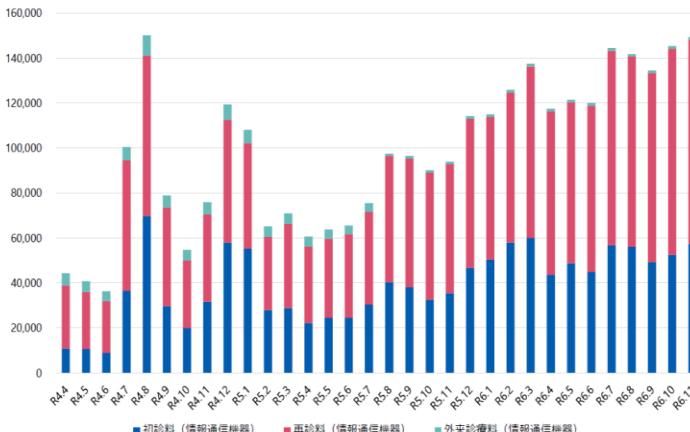
	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病院200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病院200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病院200床未満を除く)
減算の対象患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>初診料 他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者</li> <li>外来診療料 当該病院が他の許可病床数200床未満の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者</li> </ul>			
減算規定の基準 (前年度1年間)		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)		(紹介患者数+救急患者数)/初診の患者数 × 100		
逆紹介割合 (%)		逆紹介患者数/(初診の患者数+再診の患者数) × 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。			
再診患者の数	患者の宿疾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。			
紹介患者数	他の病院又は診療所から紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。			
逆紹介患者数	B005-11連携強化診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。			
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

診算組 入-1  
7\_6\_19

- 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。



## 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数 (年齢分布)

診算組 入-1  
7\_6\_19

- 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。



40歳未満が74%



60歳以上が20%

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0% 70.0% 80.0% 90.0% 100.0%

■ 0~9歳 ■ 10~19歳 ■ 20~29歳 ■ 30~39歳 ■ 40~49歳 ■ 50~59歳 ■ 60~69歳 ■ 70~79歳 ■ 80~89歳 ■ 90歳以上

78 出典：令和5年度NDBオープンデータ

80

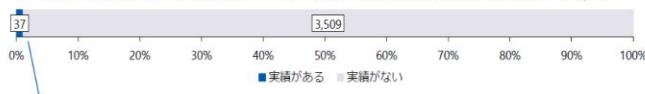
出典：NDBデータ

## 患者が医師とい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

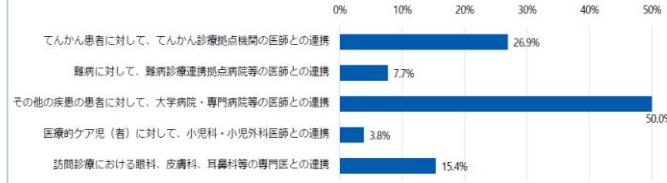
診算組 入-1  
7\_6\_19

- 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。

過去1年間において、患者が自院に来院したとき又は訪問診療を実施したときに、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、事前に診療情報提供を行った他の医療機関の医師と連携し、診療を行った実績（n=3,546）



## 連携を行った状況 (n=26, 複数回答)



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・外来医療等における実態調査

88 出典：保健局医療課調べ、NDBデータ

91

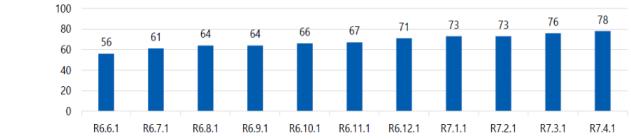
## 看護師等遠隔診療補助加算

診算組 入-1  
7\_6\_19

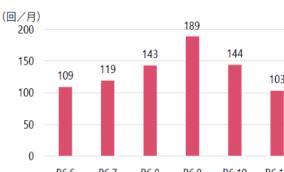
- 看護師等遠隔診療補助加算の届出医療機関数、算定回数、研修受講者数は以下のとおり。
- 届出医療機関数は増加傾向、要件となっている研修も約4,000名が受講している。

届出医療機関数

看護師等遠隔診療補助加算の届出医療機関数



看護師等遠隔診療補助加算の月別算定回数



べき地における患者が看護師等とい場合のオンライン診療に関する研修月別受講者数 3,969名 (2024年1月17日時点)



01. 医療機関についてのメリットとは？

## 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、対面で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「マイナビ在宅受付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\*。

※マイナビ在宅受付Webの開始に伴い、今後オンライン診療等でもマイナ保険証で受付を行い、電子処方箋を発行・受付できるようになる予定です。

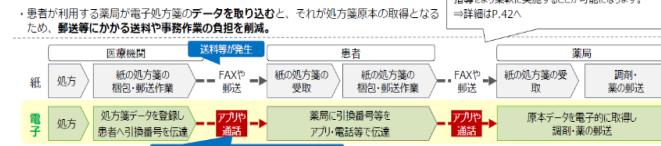
電子処方箋を利用することで、オンライン診療・服薬指導をより柔軟に実施することができるになります。

⇒詳細はP.422

医療機関では、データを用いたやり取りによって、処方箋原本の送付の手間やFAXなどの宿泊が不要となり、事務作業にかかるコストも削減。

・处方後は、患者に引換番号を伝え、それを患者が薬局に伝達するため、医療機関から薬局へFAX・メール送付、FAX番号・アドレスの確認等が不要に。

・患者が利用する薬局が電子処方箋データを登録し、それが処方箋原本の取得となるため、郵送等にかかる料金や事務作業の負担を削減。



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。

## 新たな地域医療構想に関するとりまとめ

診講稿 入-3  
7.7.3改

## 医療提供体制について

## &lt;医療機関機能の名称と定義&gt;

## ・高齢者救急・急性期機能

高齢者をはじめとした急患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する症例を集約化した医療提供を行つ。

※ 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、アクセスや構造区域の規模も踏まえ、構成区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

## ・専門機能

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、有床診療所の扱う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行つ。

※ 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重要である。

## ・医療等連携機能

大学病院本院が担つ、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つ。

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

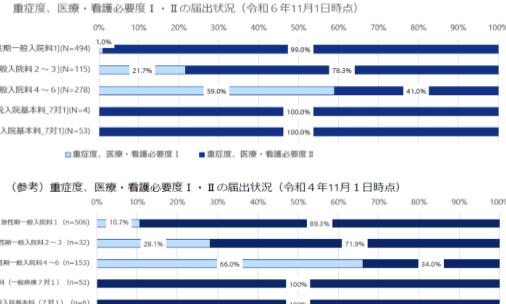
急性期医療機能を効率的・持続的に、適切に確保するための評価のあり方について、人口減少や担い手の減少、「新たな地域医療構想のとりまとめ」等を考慮に入れたうえで、どう考えるか。

## 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

○ 重症度、医療・看護必要度IIを届出している施設は、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。



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

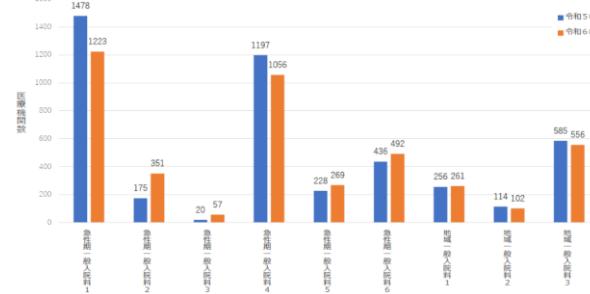
急性期の入院医療を評価する指標として、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度等とともに、総合入院体制加算や急性期充実体制加算において、救急搬送件数や全身麻酔手術件数、総合性等が用いられている。適切な医療機関の評価を通じて、急性期の入院医療がその役割を一層発揮するとともに、地域における効率的・持続的な医療提供体制の構築を推進する必要がある。

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。

「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

○ 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。

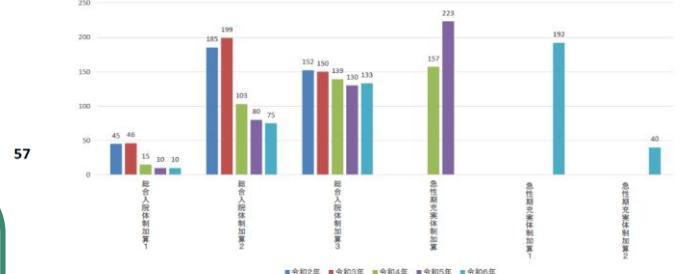


50

## 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



57

## リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と多職種の関与

○ 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、配属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)

診講稿 入-1  
7.6.2.6

62

	医師	歯科医師	看護師	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
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	38.8%	4.5%	93.4%	13.4%	26.9%	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%	93.1%	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	50.0%	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%	5.2%	0.0%
摂食・嚥下機能のスクリーニング・定期的な評価	37.3%	10.0%	95.7%	1.4%	14.3%	12.9%	85.7%	42.9%	10.0%	0.0%
栄養状態評価指針	40.0%	4.3%	61.4%	10.0%	7.1%	2.9%	4.3%	97.1%	5.7%	0.0%
ミールランド(食事の観察)	18.5%	7.7%	70.8%	3.1%	15.4%	10.8%	61.5%	81.5%	21.5%	0.0%
医療栄養士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%
退院前の食事への訪問指導	7.7%	0.0%	9.5%	0.0%	84.6%	65.4%	11.5%	3.8%	0.0%	30.6%

## 病床機能について

- 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ることが重要となることを踏まえ、「包括期機能」として位置づけはどうか。
- 将来的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

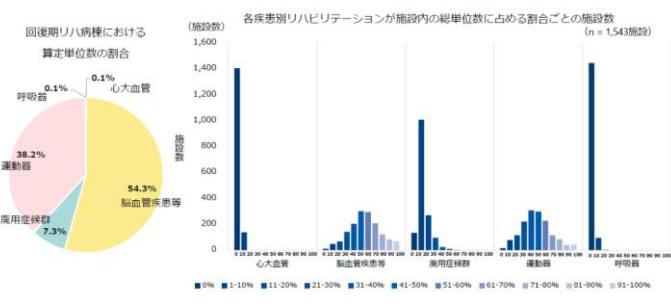
## 機能の内容

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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療する医療を提供する機能</li> <li>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</li> <li>特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頭部骨折等の患者に対し、ADL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）</li> </ul>
慢性和期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期にわたり栄養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>長期にわたり栄養が必要な重度の障害者（重度の機能障害者を含む。）、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</li> </ul>

- 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・口腔等の一体化的な管理、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。

## 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。



出典:DPCデータ（令和4年4月～令和6年5月）

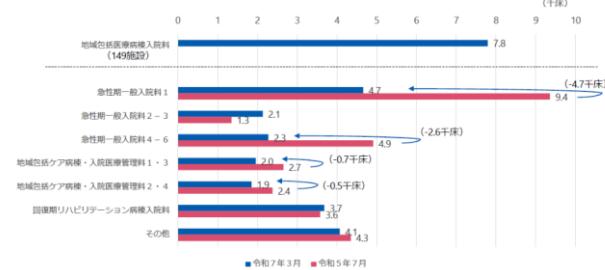
回復期リハビリテーション病棟については、病床数や届出医療機関数が経年的に増加しており、他の病棟に比べて療法士が集中している。提供される疾患別リハビリテーションは、いずれの施設においても脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションが大半である。一方で、各施設の実績指標の変化にはばらつきがある。

「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・口腔管理の一体化的取組等を推進し、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7,8千床ほどであり、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。

地域包括医療病棟を届け出た医療機関のその他の届出病床の推移

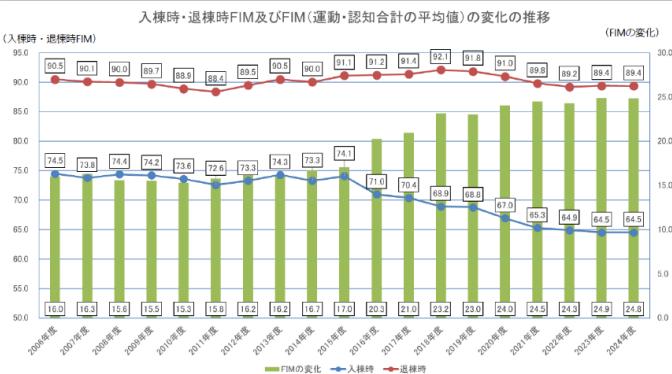


出典: 2025年3月と2023年7月のDPCデータ様式3より集計

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化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: 第一報付法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（「2024年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

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。





## 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る後発医薬品として「★」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  
 算定対象となる「後発医薬品のある先発医薬品」として「☆」印を付しています。

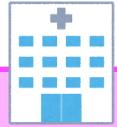
この他、後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い及び2024年度薬価  
 改定を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについても、**新たな薬価収載に応じてリストが更新**されて  
 います。本来は、保険薬局において、薬剤情報提供文書により、調剤した薬剤に対する後発医薬品に  
 関する情報提供を行う際に使用する情報ですが、参考として共有します。

<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	1124001X1018	プロモバレリル尿素	1 g	局	プロモバレリル尿素				7.50		
内用薬	1123001X1012	抱水クロラール	1 g	局	抱水クロラール				36.90		
内用薬	1124001B1039	エスタゾラム	1% 1 g		ユーロジン散 1%	武田テバ薬品	先発品	先発品	37.40		
内用薬	1124001F1022	エスタゾラム	1 mg 1錠		ユーロジン 1 mg 錠	武田テバ薬品	先発品	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	★	先発品	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		ユーロジン 2 mg 錠	武田テバ薬品	先発品	○	8.40		
内用薬	1124002M2022	フルラゼバム塩酸塩	1.5 mg 1カプセル		ダルメートカプセル 1.5	共和薬品工業	先発品	先発品	7.20		
内用薬	1124003B1070	ニトラゼバム	1% 1 g		ネルボン散 1%		アルフレッサ ファーマ		10.60	R8.3.31まで	
内用薬	1124003C1092	ニトラゼバム	1% 1 g		ベンザリン錠粒 1%	共和薬品工業			16.20		
内用薬	1124003C1114	ニトラゼバム	1% 1 g		ニトラゼバム錠粒 1% 「TCK」	辰巳化学	後発品		16.20		
内用薬	1124003F1021	ニトラゼバム	2 mg 1錠		ベンザリン錠 2	共和薬品工業			6.10		
内用薬	1124003F2010	ニトラゼバム	3 mg 1錠		ニトラゼバム 5 mg 錠		後発品		5.70		
内用薬	1124003F2222	ニトラゼバム	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	ニトラゼバム	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	R8.3.31まで	
内用薬	1124003F3016	ニトラゼバム	1.0 mg 1錠		ニトラゼバム 1.0 mg 錠		後発品		5.90		
内用薬	1124003F3083	ニトラゼバム	1.0 mg 1錠		ネルボン錠 1.0 mg	アルフレッサ ファーマ	準先発品	○	12.40	R8.3.31まで	
内用薬	1124003F3121	ニトラゼバム	1.0 mg 1錠		ベンザリン錠 1.0	共和薬品工業	準先発品	○	12.40		
内用薬	1124005C1032	ヘロキサゾラム	1% 1 g		ゾメリン錠粒 1%	アルフレッサ ファーマ	先発品		18.20	R8.3.31まで	
内用薬	1124005F1020	ヘロキサゾラム	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	R8.3.31まで	
内用薬	1124005F2027	ヘロキサゾラム	1.0 mg 1錠		ゾメリン錠 1.0 mg	アルフレッサ ファーマ	先発品		15.40	R8.3.31まで	
内用薬	1124007F1011	トリアゾラム	0.1 2.5 mg 1錠		トリアゾラム 0.1 2.5 mg 錠		後発品		5.90		
内用薬	1124007F1020	トリアゾラム	0.1 2.5 mg 1錠		ハルシオン 0.1 2.5 mg 錠	ファイザー	先発品	○	6.10		
内用薬	1124007F2018	トリアゾラム	0.2 2.5 mg 1錠		トリアゾラム 0.2 2.5 mg 錠		後発品		6.10		
内用薬	1124007F2026	トリアゾラム	0.2 2.5 mg 1錠		ハルシオン 0.2 2.5 mg 錠	ファイザー	先発品	○	7.80		
内用薬	1124008F1016	フルニトラゼバム	1 mg 1錠		フルニトラゼバム 1 mg 錠		後発品		5.90		
内用薬	1124008F1024	フルニトラゼバム	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	フルニトラゼバム	2 mg 1錠		フルニトラゼバム 2 mg 錠		後発品		6.10		
内用薬	1124008F2020	フルニトラゼバム	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	0.1 2.5 mg 1錠		プロチゾラム 0.1 2.5 mg 錠		後発品		10.40		
内用薬	1124009F1223	プロチゾラム	0.2 2.5 mg 1錠	局	レンドルミン錠 0.2 2.5 mg	日本ベーリン ガーリングヘル ハイ	先発品	○	10.60		
内用薬	1124009F2017	プロチゾラム	0.2 2.5 mg 1錠		プロチゾラム 0.2 2.5 mg 口腔内崩 壊錠		後発品		10.40		
内用薬	1124009F2025	プロチゾラム	0.2 2.5 mg 1錠		レンドルミンD錠 0.2 2.5 mg	日本ベーリン ガーリングヘル ハイ	先発品	○	10.60		
内用薬	1124010F1021	ロルメタゼバム	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	ロルメタゼバム	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		
									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](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
医科診療所	97,532,332	26,804,226	70,728,106
歯科診療所	19,081,861	8,132,566	10,949,295
薬局	97,573,866	24,488,093	73,085,773
合計	231,577,321	67,853,024	163,724,297

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	2,471,406	1,021,529	4,228,686
医科診療所	7,737,708	8,466,267	20,309,726
歯科診療所	2,176,112	1,726,083	2,147,371
薬局	7,698,061	6,702,890	12,860,158
合計	20,083,287	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割弱程度です。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があります。

### 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月頃を目標に、医療機関等への読み取り用の端末の普及等を行なうながら、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。

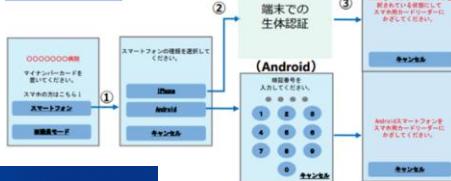
##### ○ スマホ用電子証明書の利用申請

※申請にはマイナンバーカードと著名用電子証明書 (原則15歳以上に発行) が必要です。

##### ○ 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お済みでない方は、あわせてマイナポータル上から登録可

#### 操作手順



#### 【操作の流れ】

- ①顔認証付きカードリーダーでスマホ利用を選択
- ②該当する端末を選び、対応する本人認証を実施
- ③スマホを汎用CRにかざし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割を超える、利用申請済(運用開始済を含む)の薬局は9割を越えており、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
病院	7,984	2,790
医科診療所	83,370	38,824
歯科診療所	61,124	17,154
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 利用開始済施設は、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で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数で除したもの

4

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。

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」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割を超えており、今夏時点での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割程度に留まっている。
  - 調剤統合登録率も全処方箇の約8割に達し、8月には電子処方箇管理サービスの改修（医薬品のダニーコード化受け付けない）も完了し、今夏以降、薬局において電子処方箇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つつあるが、電子処方箇の意義を发挥し、更なる医療安全を確保するために、調剤統合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がから、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括的に導入を促すことが肝要である。

- 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電子カルテを構築するすべての医療機関への道しるべを目指す

【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般的に導入を促進

【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體的な導入を促進

※ 医科医療機関を指定。歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子薬剤方箋の機能に鑑み、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

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。

## 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  
組み・環境の整

- 令和7年8月に電子处方薬局サービスの改修（医療品のダミーコードを受け付けない）を完了。その後医療品コードに関するシステムの置換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、マスクの一元管理を進める
  - 医療従事者への向けたコードやマスク等に対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

- 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、医療機関の実情を踏まえ、患者の薬剤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て医療DXの推進を進めること
  - 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
  - タミーコーに関する電子処方箋管理サービスの改修、医薬品コードの導入により、導入済医療機関で安全に電子処方箋ができる限り展開を促すとともに、利便性の向上によるさらなる運用を改善
  - 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する

### 周知広報の強

- 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・医療機関業界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。
  - 院内处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開局を実施
  - 日本医学学生会等の連盟学会と協力し、臨床における電子処方箋の活用事例等を周知
  - 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

## 效果檢

- 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・薬局における利活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・薬局における利活用状況や効果等を提示

## 電子処方箋に関する新たな目標設定

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

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について（3）

		現行システムの改修等、新たなシステムの導入・開発・普及									
		2025年度(R7)				2026年度(R8)				2027年度(R9)	2028年度(R10)～
診療所	電子カルテ導入済 (57,662) 電子カルテ未導入 (47,232)	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3		
		オンプレミス型 (～約4.7万)		現行のオンプレミスシステムのまま						次回システム改修時に、標準仕様に準拠したクラウド型システムへ移行	
		クラウド型 (約1万～)		順次、電子カルテ共有／電子処方箋対応へのアップデート						標準仕様に準拠したクラウド型システムへ移行	
		モデル事業 改善事項の取り込み		標準型電子カルテの開発・改良						完成	
		標準仕様 (医科診療所) 策定		△骨子 △標準仕様1.0版						普及	
		△骨子 △標準仕様1.0版		開発準備・開発						認証	
		開発準備・開発		開発準備・開発						認証	
		次期システム改修時に、システム改修 (電子カルテ共有／電子処方箋対応)		普及						普及	
		次期システム改修時に、システム改修 (電子カルテ共有／電子処方箋対応)		普及						普及	
		医療情報化支援基金による補助									
病院	電子カルテ導入済 (4,638)										
	電子カルテ未導入										
	クラウド・ネイティブ型	標準仕様 (基本要件) 策定		標準仕様詳細化						クラウド・ネイティブ型システム	
		△骨子 △標準仕様1.0版		開発準備・開発 (R8年度以降)						クラウド・ネイティブ型システム	

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。



## 算定 à la carte

## 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ます。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。