

NICHII 医事ニュース

2026年1月13日

発行
第433号

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

今月のピックアップ

2026年診療報酬改定の方向性（その6）～中医協総会資料より～

2025年11月26日～12月26日までの中医協総会の資料から、外来、在宅、入院、個別事項等（医科のみ）を抜粋してお示しいたします。中医協の議論もかなり具体化してきました。改定に向けて準備すべきことを整理しておきましょう。



中医協総会の日付及び該当箇所のURL	二次元バーコード
中央社会保険医療協議会 総会（第630回）2025年11月26日 入院について（その7） 個別事項について（その9）データ提出加算 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_66294.html	
中央社会保険医療協議会 総会（第631回）2025年11月28日 個別事項について（その10）人口・医療資源の少ない地域、救急医療、業務の簡素化 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_66368.html	
中央社会保険医療協議会 総会（第632回）2025年12月3日 個別事項について（その11）届出や算定方法の明確化 入院時の食費・光熱水費について（その2） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_66560.html	
中央社会保険医療協議会 総会（第633回）2025年12月5日 個別事項について（その12）後発医薬品・バイオ後続品の使用体制② 個別事項について（その13）精神医療② 個別事項について（その14）技術的事項 賃上げについて（その1） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_66697.html	
中央社会保険医療協議会 総会（第635回）2025年12月12日 個別事項について（その15）医薬品その他 入院について（その8） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67045.html	
中央社会保険医療協議会 総会（第636回）2025年12月17日 個別事項について（その16）長期収載品の選定療養② https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67369.html	

中医協総会の日付及び該当箇所のURL（つづき）

中央社会保険医療協議会 総会（第637回）2025年12月19日
個別事項について（その17）これまでの御指摘に対する回答について
個別事項について（その18）医療DX
個別事項について（その19）残薬対策
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67618.html

中央社会保険医療協議会 総会（第638回）2025年12月24日
個別事項について（その20）技術的事項（その2）・これまでの御指摘に対する回答
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67899.html

二次元バーコード



外来

特定疾患療養管理料と傷病名との関係について、「主傷病＝特定疾患療養管理料を算定した傷病名」と限定せずにデータを見ると、高血圧症などを特定疾患療養管理料から生活習慣病管理料2に移行したにもかかわらず、特定疾患療養管理料算定患者に多くの生活習慣病管理患者がいる。

特定疾患療養管理料に係る全ての傷病名

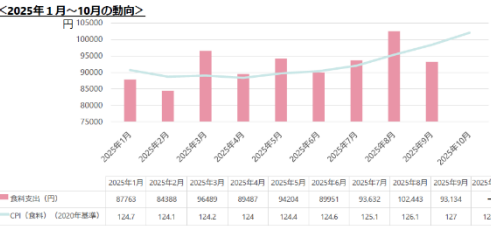
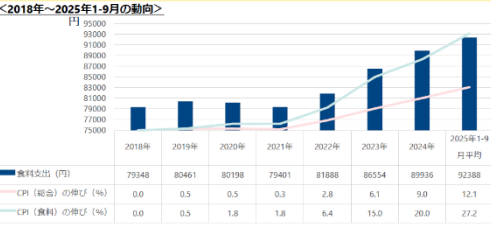
- 特定疾患療養管理料の算定時に係る全ての傷病名の上位50位は以下の通り。
- 同管理料の全算定患者数に占める各傷病名の割合は、気管支喘息が12.8%、慢性胃炎が9.2%であった。

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	
				実患者数	構成割合(%)					実患者数	構成割合(%)
計		特定疾患療養管理料算定全患者		8,799,980	100.0%	23		脳神経	K760	690,982	7.9%
1	高血圧症	I10	4,371,449	49.7%	24		アレルギー性結膜炎	H101	665,431	7.6%	
2	慢性胃炎	K295	2,419,196	27.5%	25		胃炎	K297	640,488	7.3%	
3	アレルギー性鼻炎	J304	2,307,086	26.2%	26		変形性股関節症	M171	620,887	7.1%	
4	気管支喘息	J459	2,189,500	24.9%	27		慢性気管支炎	J42	620,597	7.1%	
5	糖尿病	K590	1,981,192	22.5%	28		心不全	I509	607,190	6.9%	
6	高コレステロール血症	E780	1,929,704	21.9%	29		皮膚欠乏症	L853	604,013	6.9%	
7	痛風病	E14	1,751,447	19.9%	30		甲状腺機能低下症	E039	599,257	6.8%	
8	不整脈	G470	1,659,245	18.9%	31		肝機能障害	K769	590,340	6.7%	
9	難聴	H855	1,629,386	18.5%	32		脳梗塞	I639	564,064	6.4%	
10	腎臓病	N5456	1,574,511	17.9%	33		前立腺肥大症	N40	531,523	6.0%	
11	狭心症	I209	1,393,556	15.8%	34		難治性逆流性食道炎	K210	496,370	5.6%	
12	維持療法が必要な難治性逆流性食道炎	K210	1,365,602	15.5%	35		過活動膀胱	N328	489,170	5.6%	
13	逆流性食道炎	K210	1,360,410	15.5%	36		急性気管支炎	J209	472,461	5.4%	
14	慢性心不全	I509	1,146,638	13.0%	37		脳神経症候群	M5312	472,383	5.4%	
15	高尿酸血症	E790	1,092,247	12.4%	38		頭痛	R51	464,917	5.3%	
16	肥満異常	E785	1,081,334	12.3%	39		肩関節周囲炎	M750	461,802	5.2%	
17	骨粗鬆症	M8199	956,339	10.9%	40		末梢神経障害	G629	443,182	5.0%	
18	2型糖尿病	E11	936,453	10.6%	41		不安神経症	F411	435,659	5.0%	
19	腎臓病	K259	848,584	9.6%	42		非弁膜性心臓運動	I489	414,625	4.7%	
20	鉄欠乏性貧血	D509	789,478	9.0%	43		不整脈	I499	407,850	4.6%	
21	** 未コード化傷病名 **			781,736	8.9%	44		うつ病	F300	390,214	4.4%
22	虚汗	L309	716,248	8.1%	45		心臓病	I489	368,000	4.2%	
					46		COVID-19	U071	364,129	4.1%	
					47		慢性肝炎	K739	351,940	4.0%	
					48		慢性腎臓病	H719	328,289	3.7%	
					49		慢性神経痛	M4786	312,765	3.5%	
					50		めまい症	R42	305,561	3.5%	

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分） ※複数の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。

入院時の食費

食料支出・消費者物価指数（CPI）の動向



【食事療養費自己負担額の推移】

2024年 5月末迄 (改定前)	2024年 6月から	2025年 4月から	2026年 6月から
460円	490円	510円	550円？

出典：総務省「消費者物価指数」、総務省「家計調査」から作成。家計調査は2人以上の世帯のデータを引用。

※CPI（食料）の伸び、CPI（総合）については2018年比の数値

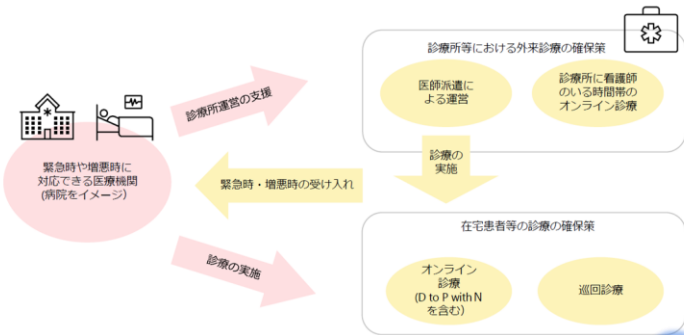
※10月の家計調査の額は12月上旬に公表される予定

- 令和7年4月に行った引上げの検討時期と、引上げ後の令和7年4月から10月までの間を比較すると、食料の物価は6.50%上昇している。これを食材費等を勘案する自己負担額の510円に乘じると、33円となることを踏まえ、入院時の食費の基準額について、例えば40円引き上げることとしてはどうか。

- 医療資源の少ない地域について、令和5年医療施設静態調査等の直近の統計を用いて見直しを行うこととしてはどうか。
- 対象地域の見直しにより当該地域から除外された医療圏に所在している医療機関であって、現に入院料等の届出を行っているものについては2年間の経過措置を設けているが、医療資源の少ない地域に配慮した施設基準等による届出を行った医療機関の運営の安定性を担保する観点から、その期間を延長することについてどのように考えるか。

人口の少ない地域で外来医療を確保する仕組み（イメージ）

- 人口が減少し、診療所も減少する中で、人口の少ない地域で外来医療を守るためには、診療所運営の支援や診療支援として、医師派遣、巡回診療及び情報通信機器を用いた診療等を行う仕組みを地域の実情に応じ組み合わせることが求められるのではないかな。
- また、そうした仕組みは、緊急時や増悪時に対応できる医療機関と連携して機能する必要があるのではないか。



医療資源の少ない地域の見直しのシミュレーション

- 医療資源の少ない地域について、令和5年医療施設静態調査等の直近の統計を用いて見直しのシミュレーションを行った。
- 医療資源の少ない地域に該当していた37医療圏のうち5医療圏が同地域に該当しなくなる。

(令和6年度 改定) 37医療圏	引き続き要件に該当する二次医療圏数 新たに要件に該当する二次医療圏数 要件に該当しない二次医療圏数	32医療圏※1 7医療圏 5医療圏	(令和8年度 改定) 39医療圏※1
------------------------	---	-------------------------	--------------------------

参考：医療資源の少ない地域の基準：①かつ②を満たすこと

- 医療従事者の確保が困難な地域
「人口当たり医師数_{※2}が下位1/2」かつ「人口当たり看護師数_{※2}が下位1/2」
- 医療機関が少ない地域
「病院密度_{※3}が下位15%」または「病床密度_{※3}が下位15%」

※1 上記条件をすべて満たす場合は、医療資源法第2条第1項の規定により医療圏別医療圏別医療圏として指定された医療圏の地域、専ら診療所診療等特別診療法に準拠して診療する専ら診療所の地域、専ら診療所診療等特別診療法に準拠して診療する小規模診療所の地域及び併設診療所特別診療法に準拠して診療する小規模診療所の地域に該当する地域が対象とされる。
※2 人口については、令和2年度国勢調査（令和2年10月1日時点）、医師比率については、令和5年度医師数（診療・勤務）調査（令和5年10月1日時点）、看護比率については、令和5年度看護師数（診療・勤務）調査（令和5年10月1日時点）を用いて算出。
※3 病院については、全国病院分布データベース（令和2年10月1日時点）、病床密度については、令和5年度医師数（診療・勤務）調査（令和5年10月1日時点）を用いて算出。

- 賃上げに係る報酬上の評価については、精緻な評価を行うことと、医療機関の事務負担の軽減を図ることとの間にトレードオフがある中で、評価体系のあり方や、看護職員処遇改善評価料やベースアップ評価料による賃上げの評価を継続する際の評価方法等についてどう考えるか。

【参考】ベースアップ評価料の届出に係る記載項目とその必要性について

○ ベースアップ評価料の届出に必要な書類の記載項目について、これまでに簡素化してきたものも含め、それぞれの必要性についてまとめると、以下のように整理される。

	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	入院ベースアップ評価料	請求等における必要性
■ 報酬区分の決定等に必要情報				
① 初・再診料算定回数及び延入患者数 （届出書添付書類）	④算定金額見込み額の計算に必要	①報酬区分の算定金額見込み額の計算に必要	③報酬区分の算定金額見込み額の計算に必要	※③の算出に必要な情報
② 対象職員の給与総額 （届出書添付書類）	別添（簡素化済み）	③報酬区分の計算に必要	③報酬区分の計算に必要	
③ 報酬区分	※1種類のみのため区分の算出は不要	①②から計算される	①②から計算される	外来（Ⅰ）及び入院必要
④ 算定金額の見込み額 （賃金改善計画書）	※3から自動計算（簡素化済み）	③④から自動計算（簡素化済み）	③④から自動計算（簡素化済み）	
■ 医療機関における賃金改善の計画作成や、国における実績・実態把握を目的とした情報				
⑤ 賃金改善の見込み額 （賃金改善計画書）	医療機関が算出	医療機関が算出	医療機関が算出	国において、賃金改善の動向の把握の目的に活用
⑥ 基本給等総額 （賃金改善計画書・賃金改善実績報告書）	医療機関が算出	医療機関が算出	医療機関が算出	
⑦ 賃金改善の実績額 （賃金改善実績報告書）	医療機関が算出	医療機関が算出	医療機関が算出	医療機関が賃金改善を実施しているかの実績報告として必要

賃上げ

賃上げに関する診療報酬上の評価として考えられる方法について

- 診療報酬において、今後も賃金改善に関する評価を行う場合には、様々な方法が考えられる。
- それぞれの方法において、個々の医療機関の賃金改善額を精緻に報酬に反映することと、事務負担を減らすことについては、トレードオフの関係にある。

考えられる方法の分類	用いられている例	特徴	事務負担
医療機関ごとに、給与総額や賃金改善総額そのものを評価の基礎とする方法	・入院ベースアップ評価料 ・外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） ・看護職員処遇改善評価料	・正確であるが、給与総額や賃金改善総額の算出に手間を要する。	負担大
給与総額に近い指標を基礎とする方法 （例） ● 医療機関等の社会保険加入総額に人員費割合に近い何らかの割合を乗じたもの ● 医療従事者の労働時間数に人員費の平均値を乗じたもの	・介護職員等処遇改善加算（介護報酬）	・上記で算出が容易になるが、医療機関の特性（100床以上の配当人数や医療機関等の人員費率の違い）によっては、補填のばらつきが生じうる。	負担大
基本診療料のほか、（高額又は人件費を主とする）特定の診療報酬項目に上乗せする方法		・下に比べてばらつきが小さい可能性があるが、どのような項目に上乗せするべきかの検討が難しい。医療機関の事務負担は小さい。	負担小
基本診療料に一定額を上乗せする方法	・外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） ※診療報酬への適用後の補填方法も同様の考え方	・診療内容やコスト構造によりある程度の補填のばらつきが生じうる。医療機関の事務負担は小さい。	負担小

過去の賃金改善を今後の報酬に反映する方法について

- 賃金改善の実績に応じた評価を継続する場合、過去の賃金改善分の取り扱いについても検討が必要である。
- 過去分についても精緻な算出方法を求める方が精緻と考えられるが、長期に続けると、給与体系が変化する等により、算出が難しくなる可能性がある。

① R4改定で創設された看護職員処遇改善評価料、② R6改定で創設されたベースアップ評価料による過去の賃金改善分の評価を今後継続する場合の考えられる方法の例

考えられる方法	R8以降に医療機関が求められる具体的な算出方法の例	金額の精緻さ	実務的な困難性	事務負担
体系をそのままと維持	過去の仕組みによる賃金改善額を今後もそのまま算出して、加算区分を算出	・最も精緻	・経年的に、医療機関の給与体系が変化していくと、賃金改善額の算出が難しくなる可能性	負担大
基本診療料等に上乗せし続ける	R8の賃金がR7と同等以上の場合は、R7年度に取得していた加算区分をそのまま維持 ※今後の賃金改善分について新たな評価方法を算出する場合は、別途必要な算出を行う	・概ね精緻だが、従事者数が変化した場合にも加算区分が変動しないため、賃金改善額と一定のずれが生じうる	・過去の仕組みに基づく賃金改善額を算出する必要はないため、実務上の困難はない	負担小
	医療機関が過去の賃金改善額を算出する必要はない	・仮に、算出の精度によらず同一の報酬とすれば、届出していた医療機関の報酬が減り、届出していなかった医療機関の報酬が増える。（そのようにならないようにするために一定の補填を必要とする仕組みも考えられる。）	・最も簡便	

※上記のほか、①②の過去の賃金改善分を、一つの新たな評価方法により反映して対応することも考えられる。22

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和7年度調査）

○ マイナ保険証の課題として、「ITに不慣れた患者への対応による負担が増加していること」、「システム障害時、診療に影響が出ること」、「システムの導入や運用に費用負担がかかること」の割合が高い。

マイナンバーカードの健康保険証利用の課題（複数回答可）

	病院	医科 診療所	歯科 診療所	薬局
回答数（件）	579	526	599	864
ITに不慣れた患者への対応による負担が増加していること	70.8%	65.4%	71.8%	78.6%
登録情報の不備によるトラブル対応による負担が増加していること	36.8%	37.1%	41.2%	28.9%
スタッフが機器操作を習得するまでに時間を要すること	17.4%	16.7%	27.2%	16.2%
システム障害時、診療に影響が出ること	56.3%	71.9%	68.8%	48.6%
システムの導入や運用に費用負担がかかること	61.1%	57.8%	58.4%	44.4%
個人情報保護等、万全なセキュリティ対策が必要となること	28.3%	31.2%	36.4%	37.3%
マイナンバーカード及び電子証明書に有効期限があること	53.5%	52.1%	54.8%	52.4%
その他	9.7%	10.1%	6.2%	7.8%
無回答	0.5%	1.0%	0.3%	0.6%

出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和7年度調査） 医療DXの実施状況調査

医療DX

向精神薬の重複投薬の例

○ 複数医療機関を受診し、用法及び用量から通常想定される処方量を大きく超えてゾルピデム製剤の処方を受けている患者がいる。

■ゾルピデム製剤の処方量と患者数

	通常想定される 処方量を大きく超える (1200mg/月) 場合	左記以外 の場合	全体
患者数（人）	2,883	1,369,667	1,372,550
患者割合（%）	0.2	99.8	100

【参考】マイスリー錠の用法及び用量
6. 用法及び用量
通常、成人にはゾルピデム塩酸塩として1回5～10mgを就寝直前に経口投与する。なお、高齢者には1回5mgから投与を開始する。年齢、症状、疾患により適宜増減するが、1日10mgを超えないこととする。

→用法及び用量通りの処方であれば、月当たり150～300mg

■ゾルピデム製剤の調剤数と、処方した医療機関数の例

患者	5mg錠剤合計調剤数	10mg錠剤合計調剤数	合計調剤成分量（mg）	処方した医療機関数
A	150	3,064	31,390	105
B	0	2,738	27,380	92
C	68	2,540	25,740	81
D	180	2,252	23,420	75
E	60	2,035	20,650	65
F	0	1,845	18,450	55
G	386	1,615	18,080	51
H	116	1,679	17,370	59

出典：令和6年7月NDBデータより保険局調査提供

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

第7回医療DX会議（2023.11）厚生労働省医事チーム（R7.7.1）



救急時医療情報閲覧機能を活用した医師の声

救急科の医師の声①

患者本人が意識不明の時、「救急時医療情報閲覧」で、薬剤情報を即座に確認でき、抗凝固薬の服用の有無がわかる。脳出血のケースでは、抗凝固薬を服用している否かで、拮抗薬投与の判断が生れを分ける。「救急時医療情報閲覧」で、適切な治療判断ができ、かつ迅速な治療につなげることで、患者の治療の向上につなげることができた。

❗ 薬剤情報に基づく迅速な治療判断につながる

救急科の医師の声②

初診の患者でも、「救急時医療情報閲覧」を活用して、これまでの受診歴を簡単に、かつかつ医療機関を特定して問い合わせることができた。その結果、過去にどのような手術を受けたかなど、より具体的な詳細な情報を把握できた。これまでは、ご家族からの聞き取りに頼らざるを得なかったが、情報の正確性・信頼性が向上した。

❗ 受診歴・手術歴の正確な確認が可能に

救急科の医師の声③

「救急時医療情報閲覧」では、特に救急科の医師にとって必要な情報がすぐに参照でき、治療方針の判断に直結する。その情報をもとに、迅速な治療への評価や処置の判断等ができるようになった。

❗ 救急時サマリによる必要情報の一元的把握

救急時医療情報閲覧により、意識不明等により同意の取得が困難な患者においても、薬剤情報・受診歴・手術歴等を迅速かつ正確に把握でき、救急現場での治療判断の質とスピードの向上につながることで、ヒアリングからも確認できている。

医政局医療情報担当参事室作成資料 37

電子カルテ情報共有サービスの今後の対応方針

【今後の対応方針】

- 全国での運用開始に向け、現在モデル事業で確認されている課題への対応を行う必要がある。
- モデル事業で明らかになった課題への対応を行うためには、電子カルテ情報共有サービス、対応する電子カルテ両者のシステムに一部改修を加えた上で、改めてシステムの動作確認、現場運用の検証を行うことが想定される。改修後に改めて検証にご協力いただく地域を適宜、検証を行うこととする。
- この検証を経て、致命的な課題がないことを確認の上、3文書6情報のうち臨床現場で支障なく運用が可能な文書・情報から、来年の冬頃をメドに全国で利用可能な状態にすること（運用開始）を目指す。

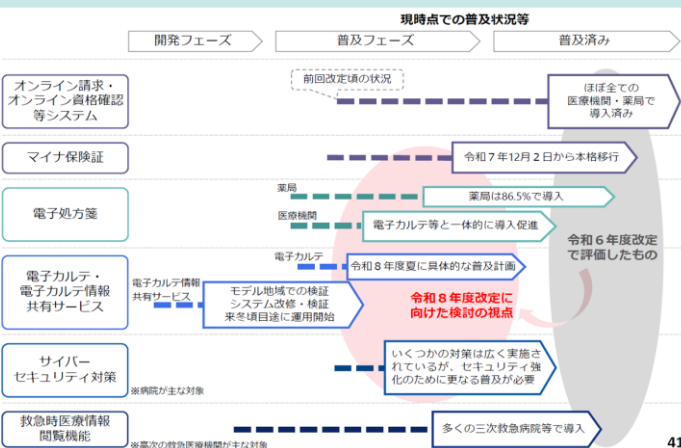
【スケジュール】



電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスについては、2026年夏までに、具体的な普及計画を策定する予定。

- 医療DXにかかる各サービスの進捗状況や医療現場での患者メリットを踏まえ、医療DXの診療報酬上の評価について、これまでの評価により大きく普及した取り組みの実施を基本としつつ、更に普及を図るべき取り組みに着目した評価を行うことについて、どう考えるか。

医療DXの普及状況と診療報酬上の評価の視点（イメージ）



留意事項通知で示す様式の共通項目について

- 診療報酬算定に係る留意事項通知で示す各種様式には共通項目もあるが、記載が統一されていないことが多い。

（例1）生年月日

(別紙様式1) 退院証明書

患者氏名
患者住所
電話番号
生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日 (歳)

(別紙様式12の4)
指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書(退院時)

被害者氏名	(ふりがな)
	年 月 日 (歳)

(別紙様式32) 認知症療養計画書

遺棄氏名	性別	年齢	生年月日

(例2) 要介護度

(別紙様式6の3) 退院支援計画書

障害者手続	<input type="checkbox"/> 取得済[]	<input type="checkbox"/> 申請予定(年 頃まで)	<input type="checkbox"/> 不
障害支援区分	<input type="checkbox"/> 認定済(区分)	<input type="checkbox"/> 申請予定(年 頃まで)	<input type="checkbox"/> 不
要介護認定	<input type="checkbox"/> 認定済[]	<input type="checkbox"/> 申請予定(年 頃まで)	<input type="checkbox"/> 不

(別紙様式21) リハビリテーション実施計画書

☐ 要介護状態区分等
☐ 申請中 ☐ 要支援状態区分(☐ 1 ☐ 2)
☐ 要介護状態区分(☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)

(別紙様式32) 認知症療養計画書

介護認定	申請予定・申請中	非該当・要支援(I・II)・要介護(I・II・III・IV・V)
------	----------	----------------------------------

69

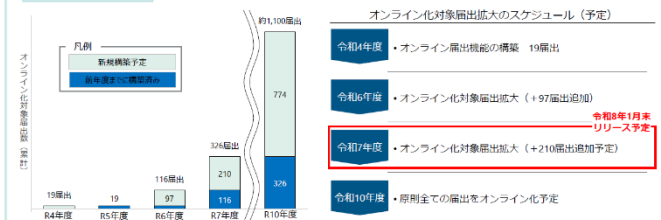
- 医療DXへの対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図ることについて、どのように考えるか。

施設基準等届出のオンライン化について

- 施設基準等届出（令和6年度診療報酬改定時：約1,100件）のオンライン化については、令和4年4月から段階的に実施しており、令和6年度までに116件の届出のオンライン化を実施し、令和7年度は新たに210件の届出をオンライン化する予定。（令和7年度に年度中に合計326件の届出を実施予定）
- 残る約800件の届出については、施設基準審査等の電子化に関するワーキンググループでの検討結果や、診療報酬改定に関する告示・通知等に基づき、令和10年度の実全面オンライン化に向けて改修を進めてい予定。

令和7年度 オンライン化対象届出（計210件）			
		対象届出	届出数
医科	基本診療科	A 入院基本料等加算	74
	特開診療科	B 臨床管理	1
		C 在宅医療	36
		D 検査	49
		E 画像診断	22
		F 投薬	3
		G 注射	3
		H リハビリテーション	20
		I 麻酔	3

今後の予定



様式 9 (小数点以下の処理)

- 様式 9 における入院患者の数や看護要員等の算出の際、項目によって小数点以下の処理方法が異なっている。

■ 入院患者の数及び看護要員の数（小数点以下の取扱いについて記載のあるものを特記）

項目	小点数処理
① 1日平均入院患者数	小数点以下切り上げ
② 月平均1日当たり看護職員配置数	小数点以下第2位以下切り捨
③ 1日看護職員配置数（必要数）	小数点以下切り上げ
④ 平均在院日数	小数点以下切り上げ
⑤ 月平均看護職員数	小数点第2位以下切り捨て
⑥ 月平均1日当たり当該入院料の施設標準の最小必要人数以上の看護職員配置数	小数点以下第2位以下切り捨て
最小必要数以上の看護職員配置数（必要数）	小数点以下切り上げ
⑦ 月平均1日当たり看護職員平均配置数	小数点以下第2位以下切り捨て
⑧ 1日看護職員平均配置数（必要数）	小数点以下切り上げ
⑨ 月平均1日当たり看護職員平均配置数	小数点以下第2位以下切り捨て
看護職員平均配置数（必要数）	小数点以下切り上げ
主として事務的業務を行う事務的業務を行う看護職員配置数	小数点第3位以下切り捨て
主として事務的業務を行う看護職員配置数（上掲）	小数点第3位以下切り捨て
⑩ 月平均1日当たり看護職員、介護士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数	小数点第2位以下切り捨て
⑪ 看護職員、介護士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数（必要数）	小数点以下切り上げ

- 小数点処理が必要な項目が多数存在する。

- 配置数と必要数で「少数点以下切り上げ」「小数点以下第2位以下切り捨て」など、小数点以下の処理方法が異なっている。

様式9（勤務体制及び申し送り時間）

- 様式9には「勤務体制及び申し送り時間」を報告する欄が設けられている。
- 勤務形態が多様化しており勤務実績表に用いる記号が増えているため、医療機関は適時調査や監査指導の際、勤務記号表など勤務実績を確認するのに必要な書類を別に提出している。

[illegible]

適時調查實施要領等（抜粋）

1. 事前に提出していただく書類
- 基本診療科の施設基準に係る書類
- (1) 入院患者等の同意書
- ① 入院患者等の同意書に係る提出書類付録(様式第9)「(様式第9)で掲げる特定入院科を含む、
※併発する入院施設数を4施設以下とする場合は、4施設で構成した(様式第9)を併せて提出してください」
- ② 入院基本科及び特定入院科を定めた書類(施設認可令、①の同意書)
- ③ 勤務時間表を確認する際に必要となる書類
- ・勤務時間表に用いている記号等の内訳及び申し込み時時間表が分かる書類
- ・勤務所別(日勤、夜勤、休日出勤、深夜当直)ごとの勤務時間表が分かる書類
- ・企画、研究、他の業務等の時間及び出席者が分かる一頁表

船名	直轄時間(17:00~20:00)	準泊口	日本郵船船客数	船客乗降時間数	単位(人/時)
日1	8:00	16:30	7.25	1	16.15~16:30
日2	8:10	17:00	7.75	0.5	16:40~17:00
日3	8:30	20:30	8	3.75	20:15~20:30
...					
日4	12:30	20:00	4.5	3.5	9時
日5	16:00	8:30	1	15.25	8:15~8:30
日6	16:30	9:00	0.5	15.75	8:40~9:00
日7	20:00	9:00	0	12.75	8:40~9:00

- 看護職員の負担軽減のため勤務形態が多様化しており、勤務表作成に用いる記号が膨大な数になっている。

- 作成が煩雑であるという指摘がある様式 9 について、業務の簡素化の観点から、注意事項の記載の整理や小数点以下の処理を可能な限り統一する等の見直しを行うことについて、どのように考えるか。

施設基準及び選定療養の届出状況等の報告について

- 施設基準の届出を行った保険医療機関は、「毎年8月1日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行う」こととされており、毎年自己点検を行い、病院・有床診療所（医師）は要件を全て満たしているか否かに関らず、診療所（医科・歯科）・薬局は要件を満たしていない場合、地方厚生（支）局に報告を提出している。
- その際、下記の報告様式について、対象となる場合は提出を求めている。
 - ・ 診療報酬改定等に必要な届出実態を把握するため、厚生労働省に提出する様式
 - ・ 適合性等を確認するため、施設基準通知等で定められている様式

- 診療報酬改定等に活用するため厚生労働省に提出する様式の例（全32様式）

様式	名称	対象
別紙様式 1	入院基本部等に関する実施状況報告書	入院科を算定する全医療機関
別紙様式 2	有床診療所入院基本部等に関する実施状況報告書	該当入院科を算定する診療所
別紙様式 3	保健事業における施設整備の実施状況報告書	該当施設を算定する診療所
別紙様式 4	特別介護療養病棟の提供に係る実施状況報告書	特定介護型全医療機関
別紙様式 5	適定療養病棟及び歯科科生体歯槽骨の臨床状況報告書（歯科）	該当病棟が設けられた医療機関

- 適合性等を確認するために地方厚生（支）局に提出する様式の例（病院33様式、有床診療所15様式、診療所 内科：8様式、歯科：2様式等）

様式	名称	対象
(基本) 様式5の7	療養病棟入院基本料の施設基準に係る届出書	届出医療機関
(基本) 様式13	総合入院体制加算の施設基準に係る届出書交付書	届出医療機関
(基本) 様式13の2	医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	届出医療機関
(基本) 様式13の3	看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	届出医療機関

- またこの他、毎年10～11月に報告が必要となる受給率等にかかる報告書では、大部な添付書類が必要とされており、医療機関等の負担が大きい。
- 上記のほか、施設基準等の適合性の確認や実績の把握方法としては、以下のようなものもある。
- ①施設基準等の適合性②適時調査 Ⅰ自己点検（毎年）Ⅱ施設による確認（病院の場合は、概ね1～3年に1回）

【診療報酬に係る実績】入院・外来医療等における実績調査、DPCデータ、NDBデータ

遡及指定の取扱いについての現状における課題

○ 保険医療機関の移転・再編等における施設基準の取扱い（遡及指定の取扱い）については、以下のような課題がある。

課題④ 申請手続き（届出時期・届出様式等）が明確になっておらず、全国一律の運用となっていない		課題① 遡及指定ルールへの適用の仕方が判然としな事例も想定される（保険医療機関の廃止と機能移転を同時に行う事例、複数医療機関が再編する事例等）	
遡及指定が認められる現行の要件【			
要件	開設者変更、至近の距離への移転の場合 （同一日に保険医療機関の廃止・新規開設を行う場合）	機能移転の場合 （保険医療機関の廃止を伴わず診療機能のみ移転する場合）	
新旧医療機関の関係性	イ 同一施設において単に開設者変更（死亡以外の理由）があったのみで、患者は引き続き入院その他の診療を受けている場合 ロ 診療所を附近に移転し同日付で新旧診療所を開業して入院その他の診療を引き続き行っている場合	機能分化・機能移転が地域医療構想調整会議での議論を経て、医療法上の変更が行われている	
第三者の権利関係	第三者の権利関係に不利益を与えるおそれがないこと		
患者・職員の引き継ぎ	上記ロの場合、移転後の診療所と移転前の診療所との距離が至近の場合に限る（地方厚生局HPでは、原則2km以内の移転に限るとされている）	患者や職員等（移転する病棟の患者や職員等に限る。）が、機能移転後の保険医療機関等へ移動し、診療実態の変更が生じていない	
課題② 移転の場合に遡及指定が認められる要件は極めて限定的である		課題③ 「診療実態の変更が生じていない」とに関する判断基準が明確ではなく、医療機関によって見解の相違が生じている	

7

- 保険医療機関が移転・再編等を行う場合における経営上の予見性の確保や、個別事例に応じた遡及指定の柔軟な取扱いを可能にする観点から、以下の見直しについてどのように考えるか。
 - 現在、保険医療機関の廃止・開設を伴う場合と機能移転の場合に分けて定められている遡及指定の取扱いルールについて、機能移転の場合の取扱いに一本化する。
 - 遡及指定の可否の判断にあたっては、事前に医療機関から提出された移転・再編等に関する計画（患者・職員の引き継ぎ、施設基準を満たすための計画等）に基づき、個別具体的な状況を踏まえて、診療実態の変更の状況等の観点からその妥当性について、地方社会保険医療協議会において総合的に審議し決定する仕組みとする。
あわせて、基本的には遡及指定が認められる条件をあらかじめ明確化する（この条件に該当しない場合は地方社会保険医療協議会で総合判断する）。
 - 遡及指定を希望する場合の地方厚生局への届出手順（届出時期、届出様式等）を明確化する。

- 医療安全対策加算や感染対策向上加算の専従者において、加算に係る業務のない時間に実施可能な業務が示されていないことから、他施設への助言業務に関する規定を参考に、月のうち一定の時間までは院内で他の業務に従事可能とすることについて、どのように考えるか。また、病床規模の大きい医療機関において、要件を満たす2名の従事者が業務を分担できることとすること等について、どのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟等における、専従の理学療法士等は、入院患者の退院支援等に係る業務であれば院外での活動に従事できることを明確化することについて、どのように考えるか。

その他の専従要件について

○ その他、以下のような専従要件についても、専従の趣旨や医療の質を担保することに配慮しつつ、行える業務の範囲や分担の在り方、従事する場所等について、更に明確化することができるのではないかと。		
認定区分	専従要件と主な業務規定や緩和要件	課題
【チームで診療を提供する項目に係る専従要件】		
A234 医療安全対策加算	適切な研修を終了した専従の看護師、薬剤師その他の医療関係者が医療安全管理者として配置されていること。 要件を満たす医師又は看護師のうち1名は専従。 ・ 抗がん剤正使用支援チームの業務、他の保険医療機関等に関する助産業務を行っても専従とみなす（赴いて助産する時間は月10時間以下） ・ 医療安全対策加算に定める医療安全管理者との兼任不可	・ 専従の職員が、加算に係る業務を行わない時間に行うことのできる業務が示されていない。 ・ 病棟数によって、業務の量に差があると考えられるが、病床規模の大きい病院で複数の要件を満たす担当者がある場合、加算に係る業務を分担しうるものではないか。その場合、加算に従事しない一定の時間には他の業務を行うことが考えられるのではないかと。
A234-2 感染対策向上加算 注3に規定する抗がん剤正使用支援加算		
【入院料に係る専従要件】		
A304 地域包括医療病棟入院料	専従の常勤理学療法士等が2名以上 常勤の管理栄養士が1名以上	病棟に専従であっても、病棟の患者に係る院外における指導等を行うのではないかと。
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	専従の常勤理学療法士等が1名以上	
【精神医療に係る専従要件】		
A103 精神障害入院基本料の7割に算定する精神保健福祉士配置加算	専従の常勤精神保健福祉士が1名以上	
A230-2 精神科地域移行実施加算	地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上 ・ 当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務に従事していることが必要	従事できる業務の範囲や、業務を行う場所について、今後、議論予定。
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料	専従の常勤精神保健福祉士が1名以上	
A314 認知症治療病棟入院料 等		

13

病棟内に算定する入院料が異なる病床がある場合の施設基準の取扱い

- 病棟内に算定する入院料の異なる病床がある場合の施設基準の取扱いについては以下のとおり。
- 病棟内に、病室・病床単位で算定する特定入院料がある場合、平均在院日数や在宅復帰率の計算に当該病室を含めるかについては、施設基準上必ずしも明確でない部分がある。

	入院基本料における 異なる入院料を算定する病床の取扱い	特定入院料における 異なる入院料を算定する病床の取扱い
原則	病床単位で算定する入院医療管理料を算定する病床は、病棟に含めて届け出る。 ※ 特別療養入院医療管理料、小児入院医療管理料4、回入入院医療管理料及び地域ケア入院医療管理料	治療室、病床又は病棟ごとに要件を満たすことが必要。
平均在院日数	除いて計算する （除外患者は、施設基準告示別表第二に規定されている）	病室単位で算定する入院医療管理料等 特定入院料を算定する病棟全体 必ずしも明確でない
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	含めない	当該入院料を算定する患者のみで計算
在宅復帰率等	必ずしも明確でない （施設基準上は「当該病棟から退院した患者数」に基づいて計算することとなっており、除外対象は示されていない）	当該管理料を算定する病室のみで計算 必ずしも明確でない

- 入院料に応じた機能が適切に発揮され、病棟運用が過度に複雑化しないようにする観点から、一つの病棟で届け出ることのできる特定入院料（病室単位の届出を含む）の範囲及び個数を明確化することについて、どのように考えるか。
- 病棟内の異なる入院料を算定する病床に入院する患者は、原則として在宅復帰率や平均在院日数の計算の対象外であることを明確化することについて、どのように考えるか。

● 入院基本料等の施設基準等における常勤職員の配置要件として、従前より、週4日以上勤務かつ所定労働時間が週32時間以上であることとされている一方で、一般職の職員の勤務時間、休暇等に関する法律では、1日当たり勤務時間が8時間から7時間45分に改められており、現行の入院基本料等の施設基準等における常勤職員の所定労働時間の要件について、どのように考えるか。

○一般職の職員の勤務時間、休暇等に関する法律※においては、平成20年人事院勧告を受け、職員の勤務時間は、平成21年4月1日より、1日あたり8時間から7時間45分へと改定されている。
○そのため、例えば、人事院勧告に従い週4日勤務かつ所定労働時間が31時間となる常勤医師については、急性期一般入院料1等に係る常勤の所定労働時間要件を満たさない。

※国家公務員法（昭和二十二年法律第二十号）第二条に規定する一般職に属する職員（以下「職員」という。）の勤務時間、休日及び休暇に関する事項を定めるもの

平成20年 人事院勧告（勤務時間の改定の勧告）

民間企業の所定労働時間

○民間企業は企業により、1日15分程度、1週1時間15分程度、短い企業で定まる。

職員の勤務時間	雇員の労働時間
1日	8時間
1週間	40時間

行政サービスの維持

○各府県における事務の急務化、急務化や勤務体制の改善し、より行政サービス・行政コストに影響をなし。

職員の勤務時間	雇員の労働時間
1日	8時間
1週間	40時間

仕事と生活の調和

○勤務時間の短縮は、家庭生活や地域生活の充実など、広く仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）に寄与。

職員の勤務時間	雇員の労働時間
1日	7時間45分
1週間	38時間45分

勧告

職員の勤務時間を1日7時間45分、1週38時間45分にお定（平成21年4月策定）

令和7年の地方分権改革に関する提案

（求める措置の具体的内容）
○診療報酬上の医師の常勤の要件を緩和し、過疎地等の病院においても「週31時間以上」の医師においても報酬算定可能とするなど算定基準の見直しを求める。
（具体的な支障事例）
○公務員の労働時間は一般的に「7時間45分」とされており、医師不足の中、退職した常勤医師であった者を再任用職員として頼らざるを得ない状況で、週4日31時間勤務の職員では、常勤の医師の要件を満たすことができない。

健診等受診後の初再診料等算定に関する現行の取扱い（2）

○ 健診等受診後に、健診等と関連する疾病に対して保険診療を実施する場合、当該保険診療にかかる再診料等の算定方法が必ずしも明確ではない部分がある。

●健診等と関連する疾病に対して保険診療を実施する場合

当該保険医療機関に保険診療の受診をしたことのない患者	健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
	同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
保険医療機関に通院し、保険診療で精密検査・治療中の患者（例：特定健診）	初診料を算定（初診料留置事項通知（4）） 再診料等の算定方法が不明確	再診料等の算定方法が不明確	再診料等の算定方法が不明確
	精密検査・治療中の疾病と関連する健診等（例：特定健診）	初診料・再診料いずれも算定不可（初診料留置事項通知（4）、令和6年12月6日健診解釈等）	再診料等を算定（再診料留置事項通知（1）（5））
精密検査・治療中の疾病と関連しない健診等（例：がん検診）	再診料等の算定方法が不明確	再診料等の算定方法が不明確	再診料等の算定方法が不明確

●健診等と無関係の疾病に対して保険診療を実施する場合

当該保険医療機関に保険診療の受診をしたことのない患者	健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
	同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
保険医療機関に通院し、保険診療で精密検査・治療中の患者（例：特定健診）	初診料を算定（健診等は「療養の給付と連携関係ないサービス等」）	初診料を算定（健診等は「療養の給付と連携関係ないサービス等」）	初診料を算定（健診等は「療養の給付と連携関係ないサービス等」）
	精密検査・治療中の疾病と関連する健診等（例：特定健診）	再診料等を算定（再診料留置事項通知（5））	再診料等を算定（再診料留置事項通知（5））
精密検査・治療中の疾病と関連しない健診等（例：がん検診）	再診料等を算定（健診等は「療養の給付と連携関係ないサービス等」）	再診料等を算定（再診料留置事項通知（1）（5））	再診料等を算定（再診料留置事項通知（1）（5））

- 健診等受診後に、健診等と関連する疾病について、同日に1回の受診で保険診療を実施する場合、現行の初診料の取扱いと同様に、再診料等は算定できないことを明確化してはどうか。
- 健診等受診後に、健診等と関連する疾病について、同日別受診又は翌日以降に保険診療を実施する場合には、現行の保険診療における再診料の取扱いと同様に、再診料等を算定することを明確化してはどうか。

情報通信機器を用いた場合の医学管理等に係る評価

- プログラム医療機器等指導管理料は、ニコチン依存症治療補助アプリを用いた場合であって、ニコチン依存症管理料及び特定保険医療材料を算定している場合等に算定する。
- プログラム医療機器等指導管理料が併算定できるニコチン依存症管理料や生活習慣病管理料（Ⅱ）は情報通信機器を用いた場合の規定があるが、プログラム医療機器等指導管理料には規定がない。

B005-14 プログラム医療機器等指導管理料 90点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、主に患者自ら使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合は、プログラム医療機器等指導管理料として、月に1回に限り算定する。
注2 プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、導入期加算として、50点を更に所定点数に加算する。
（留意事項通知）
（1）プログラム医療機器等指導管理料は、疾病の管理等のために主に患者自ら使用するプログラム医療機器等である特定保険医療材料の使用に係る指導及び医学管理を行った場合に月1回に限り算定する。具体的には、例えば以下のような場合を指す。
（ア）ニコチン依存症治療補助アプリを用いる場合は、「B001-3-2」に掲げるニコチン依存症管理料の「1」の「イ」又は「2」を算定し、かつ、特定保険医療材料のニコチン依存症治療補助アプリを算定する場合
（イ）高血圧症治療補助アプリを用いる場合は、高血圧症の医学管理において第2章第1節第1節医学管理料等（プログラム医療機器等指導管理料を除く。）のうち要件を満たすものを算定し、かつ、特定保険医療材料の高血圧症治療補助アプリを算定する場合または、導入期加算は、プログラム医療機器等に係る初回の指導管理の時に、当該プログラム医療機器等を使用する際の療養上の注意点及び当該プログラム医療機器等の使用方法等の指導を行った場合に算定する。
（2）（略）

（参考）令和4年度診療報酬改定 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価整理の考え方（以下を除いて対象を追加）
① 入院中の患者に対して実施されるもの
② 救急医療として実施されるもの
③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
⑤ 精神医療に関するもの

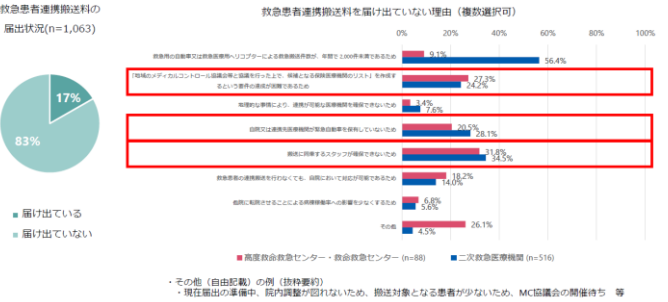
プログラム医療機器等指導管理料が併算定できるニコチン依存症管理料や生活習慣病管理料（Ⅱ）は情報通信機器を用いた場合の規定があるが、プログラム医療機器等指導管理料には規定がない。

● プログラム医療機器等指導管理料に情報通信機器を用いた場合の規定を設けることについてどう考えるか。

救急患者連携搬送料の届出状況

診療組 入-1
7.5.2.2 改

- 高度救命救急センター、救命救急センター及び二次救急医療機関で、救急患者連携搬送料を届出ていると回答した医療機関は、17%であった。
- 救急患者連携搬送料を届出していない理由としては、「救急用の自動車又は救急医療ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間2,000件未満であるため」「搬送に同乗するスタッフが確保できないため」「自院又は連携先医療機関が緊急自動車を保有していないため」「地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリスト」を作成するという要件の達成が困難であるため」等が多かった。



患者等搬送事業者の活用

診療組 入-3
7.7.3

- 総務省消防庁の「救急業務のあり方に関する検討会」において、増加する救急需要への対策に関する検討として、「転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用」が挙げられ、地域の実情に応じた患者等搬送事業者を活用する体制の整備が望まれている。

総務省消防庁「令和6年度 救急業務のあり方に関する検討会 報告書」(令和7年3月)

第2章 増加する救急需要への対策に関する検討

3 転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用 (中略)

エ 患者等搬送事業者の活用に向けて

今回、消防本部に対する調査を通じて、都市部を中心に、患者等搬送事業者に対するニーズが高いと考えられることや、転院搬送において患者等搬送事業者が担う役割には地域差が大きいことが明らかになった。

また、人員体制(救急救命士の有無等)、積載資器材の状況、搬送先の内訳及び料金設定等、患者等搬送事業者の活動実態については事業者によって様々であることも改めて明らかになった。

こうした点を踏まえると、転院搬送における患者等搬送事業者の活用方法については、必ずしも全国一律ではなく、それぞれの地域においてその最適化を考えていく必要がある。

(中略)

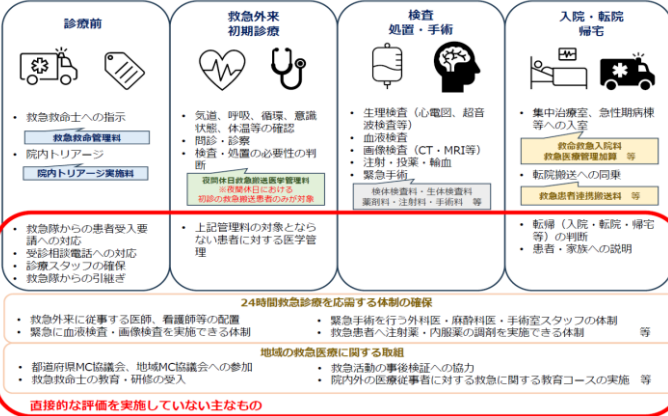
救急需要が増大の一途を辿る中、平時から緊急度に応じた社会資源として、地域の実情に応じて、患者等搬送事業者を活用する体制が整備されることが望まれる。

※下線部は引用時に付記

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))

- 救急患者の適切な受入の促進に向けて、救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関での入院が適当と判断された救急患者について、自院等の救急自動車で搬送できない場合や搬送先が遠距離な場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から「救急患者連携搬送料」の評価のあり方についてどのように考えるか。また、受入側医療機関における連携体制の確保や受入を促すための評価のあり方についてどのように考えるか。

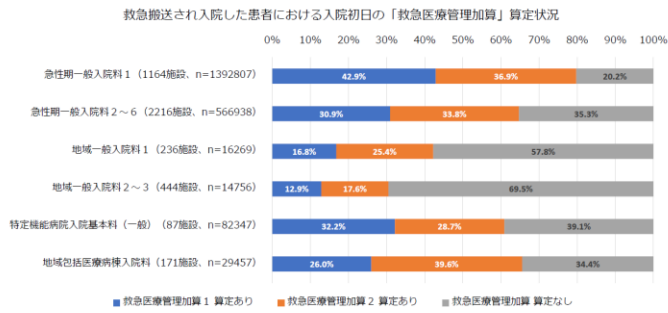
救急外来における診療と診療報酬の算定例



- 救急医療機関においては、夜間休日を含め医師・看護師等を配置し、検査・処方等が可能な体制を備え、地域の救急医療に関する取組を担っている現状を踏まえ、このような体制をとる救急医療機関における救急外来診療を評価することについてどのように考えるか。

救急搬送患者における救急医療管理加算の算定状況

- 救急搬送され入院した患者における入院初日の「救急医療管理加算」の算定割合は以下のとおり。
- 急性期一般入院料1を算定する患者の算定割合は、約80%であった一方、地域一般入院料2〜3では、約31%であった。

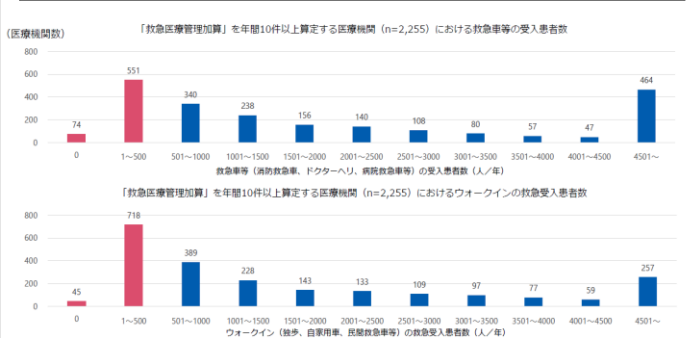


出典: DPCデータ (令和6年6月〜令和7年5月)

救急医療管理加算を算定する医療機関の救急搬送件数

診療組 入-3
7.7.3

- 「救急医療管理加算」を算定する医療機関の救急車等の受入患者数の分布は以下のとおり。
- 救急車等の受入患者数が500件以下である医療機関は約27.7%であり、ワークインの救急受入患者数が500件以下である医療機関は約33.8%であった。



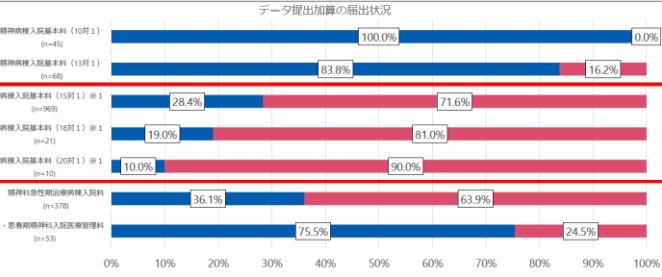
出典: (算定医療機関) NDBデータ (令和4年4月から令和5年3月) ※期間中に10回以上「救急医療管理加算」を算定した医療機関を対象とした。(救急受入患者数) 「救急医療提供体制の現状調べ (令和4年度実績)」 ※受入患者数1件以上である医療機関を対象とした。

- 「救急医療管理加算」は、緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合の評価であることや、当該加算の救急搬送患者への算定状況、算定医療機関における救急搬送件数等の現状を踏まえ、その評価のあり方についてどのように考えるか。

- 12月19日に提出された追加資料では、「二次医療圏の類型毎の短期滞在手術の実施状況」が示された。
- 水晶体再建術の入院実施・外来実施割合に地域差はないが、内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術では大都市ほど外来実施が多い傾向がある。

精神病棟入院基本料等におけるデータ提出加算の届出状況について

- 精神病棟入院基本料（15対1）等（※1）を算定する医療機関における、データ提出加算の届出状況は以下のとおり。
- データ提出加算の届出が要件となっていない、精神病棟入院基本料（15対1）、精神病棟入院基本料（18対1）及び精神病棟入院基本料（20対1）においては、データ提出加算の届出を行う医療機関の割合は1〜3割程度にとどまっている。



出典：保険局医療課調べ、（令和6年8月1日時点）
※1 精神科入院基本料（15対1）、精神科入院基本料（18対1）及び精神科入院基本料（20対1）については、データ提出加算の届出は、入院料の届出の要件となっていない。

- データの提出には、一般的に電子カルテの導入が必要と考えられるところ、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2025年改訂版（令和7年6月13日閣議決定）」における2030年までの電子カルテの導入目標等も踏まえ、当面の間の経過措置については継続しつつ、電子カルテの普及状況等の検証も行い、引き続き経過措置の終了時期について検討することとしてはどうか。

様式1の見直しの観点

- データに基づく評価の推進と医療機関の負担軽減の両立の観点から、データ提出加算における様式1（外来様式1を含む。以下同じ。）としてデータを取得する際に考慮すべき観点としては、以下の点が考えられる。

様式1としてデータを収集することが妥当と考えられる観点

- 患者毎の分析を行うに当たり必要な基礎情報（年齢、傷病名等）
- 診断群分類の特定や見直し等に必要項目（熱傷患者のBurn Index等）
- 診療報酬改定により新設・見直しが行われた点数の検証のために必要な項目
- 今後の診療報酬改定に向けた分析のために使用される項目
- 医療の質に係る項目（全身麻酔を伴う手術における予防的抗菌薬投与の有無等 ※アウトカム評価や医療の質指標として公表するものに限り）

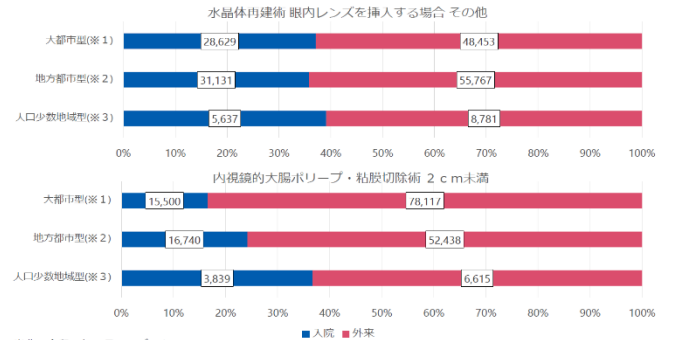
様式1としてデータを収集することが妥当ではないと考えられる観点

- 既に収集している項目であって、診療報酬改定に向けた分析等において、使用された実績に乏しいもの
- 主として疫学研究等を目的とするもの
- 診療報酬改定に向けた分析等において必要であるものの、通年で患者毎の調査を行う必要がないもの（入院・外来医療等の調査等で補充が可能なもの）
- 他の様式で容易に収集が可能なもの
- データそのものではなく、現場のプラクティスの改善を企図するもの

- 医療機関の負担軽減や、診療報酬改定に向けて適切な分析を行う観点から、様式1の見直しを含め、提出を求めるデータ等を見直すことについて、どのように考えるか。

二次医療圏の類型毎の短期滞在手術の実施状況

- 二次医療圏の類型別の、「水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他」及び「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 cm未満」の外来実施率については、以下のとおり。



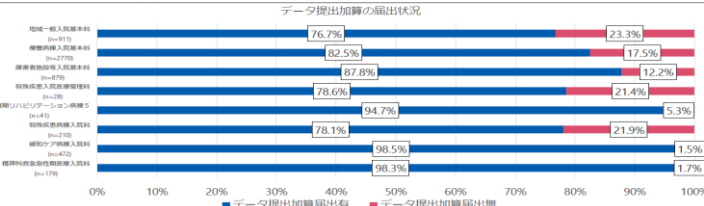
出典：令和6年10月NDBデータ
※1 人口100万人以上又は人口密度2,000人/km²以上の二次医療圏
※2 人口20万人以上又は人口密度200人/km²以上の二次医療圏
※3 ※1 ※2 以外の二次医療圏

- これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料は漸次拡大されてきた。

- データを用いた診療実績の更なる適切な評価を行う観点から、新たに精神病棟入院基本料（15対1）、精神病棟入院基本料（18対1）及び精神病棟入院基本料（20対1）について、データ提出加算の届出を入院料の届出の要件とすることについて、どのように考えるか。

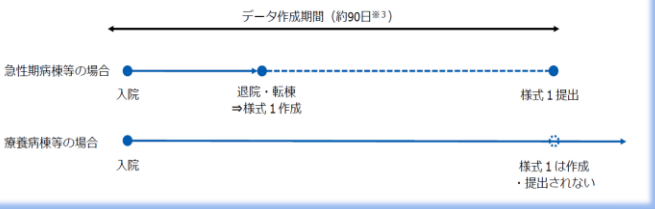
データ提出加算の経過措置について

- 新たにデータ提出加算の届出が要件とされた入院料については、電子カルテが未導入であるといった正当な理由がある場合には、一定の条件（※）のもと、当面の間の経過措置を講じている。
- 経過措置の対象となっている入院料を算定する医療機関における、データ提出加算の届出状況は以下のとおり。
- また、電子カルテについては、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2025年改訂版（令和7年6月13日閣議決定）」において、一定の導入目標が定められている。



新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2025年改訂版（令和7年6月13日閣議決定）
Ⅱ. 中小企業・小規模事業者の賃金向上推進5か年計画の推進
2. サービスマネジメントを中心とした中小企業・小規模事業者の生産性向上
(3) 12業種における省エネ投資の具体策
⑤医療
Ⅴ. 主なKPI
Ⅵ. 2030年までに、おおむね全ての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す。
出典：届出状況については保険局医療課調べ、（令和6年8月1日時点）
※ 急性期一般入院基本料、療養病棟入院基本料（一般病棟）、回復期入院基本料（7対1、10対1）、地域包括ケア入院料、及び回復期リハビリテーション病棟入院料1〜4等を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であること、等の条件が付けられている。

現状の様式1の作成・提出スケジュール



- ※1 性別、生年月日、病名、病期分類等の患者属性や病態等の情報
- ※2 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））
- ※3 診療報酬改定のスケジュール上、時期によっては、60日〜120日となることもある。

医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が順守すべきガイドラインの概要①

○「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」での議論を踏まえ、流通改善を図っていくため、流通改善ガイドラインを策定・改訂している。

＜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＞（抄）
（平成30年1月23日施行、令和6年3月1日改訂）

【補説】目的：
金融取引における適切な市場実勢の把握を行うに当たっては、流通関係者が、公的医療保障制度における薬価基準に定められた公価を踏まえつつ、透明な市場実勢が形成し、堅固であることが必要である。(略) 流通関係者から構成されるワーキングチームを充足させ、これらの需要者に対して流通改善のための取組を推進する働きかけを行ったことである。(略) 国が主導し、流通改善の取組を加速するとして、「医療関係者の流通改善に向けて流通関係者が責任を担い推進していく」以下「流通改善の推進プログラム」といふ。を作成し、遵守を求めることとし、流通改善プログラムの趣旨・内容を「公正競争規約増補版」に盛り入れること、診療報酬等における対応を検討することを含め、保険制度上の施錠を促すことと総合的な取組を実施することとした。

中略～

③ 卸売業者と保険医療機関・保険薬局との関係において留意する事項

- (1) 早期妥結と単品単価交渉に基づく単品単価契約の推進
- (2) 医薬品の価値を無視し、過大な値引き交渉及び不当廃売の禁止
- (3) 綿密な価格交渉の改善

妥結率が低い場合（未妥結減価制度）

- ・ 初診料、再診料、調剤基本料等からの減額

医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が順守すべきガイドラインの概要②

(再掲)

7	1	0	1
---	---	---	---

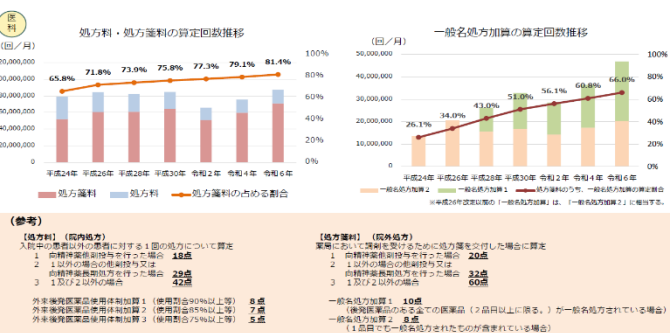
流通当事者間で共通して留意する事項

- (1) 返品 の扱い
- (2) 回収 の扱い
- (3) 公正な競争の確保と法令の遵守
- (4) カテゴリーごと の流通のあり方

②流通の効率化と安定性・安定供給の確保
卸売業者は、**頻回訪問・急命の回救つてコスト負担等について**、取引先の保険医療機関・保険薬局に対し、かかふコストの負担等について説明を行い理解を求めること。また、安定供給に支障を来す場合や、卸売業者が費用負担を求める場合には、当事者間で契約を締結すること。
流通関係者全体が、流通の効率化と安定供給の確保のため、常に適正な在庫を維持し、卸売業者は必要な提案等を行うこと。
③「医療用医薬品の安定確保に関する関係者会議」の取りまとめを踏まえ、サプライチェーンの安定性確保のため、**過剰な在庫対応より必要と必要に応じて、実際に供給が不安定な際には**、「医療用医薬品の供給不足が生じうる場合の対応方針等」（令和3年5月28日付医政経発0528第3号厚生労働省医政局経済流通課）を実施すること。
また、安定供給の確保のための取組を行うこと。また、安定確保医薬品については、医療上の重要性に鑑み、特に安定供給の確保に配慮すること。
医薬品の供給量が不足している状況においては、流通関係者は、以下の項目について留意すること。
④ メーカーや卸売業者は、在庫の偏在に努める。
⑤ 卸売業者及び保険医療機関・保険薬局は、必要な患者に必要な医薬品が行き渡るよう、**過剰な発注は控え**、当面の必要量に見合う量の購入を行う。
⑥ 保険薬局は、自店の店舗で不足している医薬品について、系列店舗や地域における連携により、可能な限り不足している医薬品の調整で努める。

処方箋料・一般名処方加算

○「処方箋料」「処方料」の算定回数合計のうち「処方箋料」の算定回数が占める割合と、「処方箋料」の算定回数のうち「一般名処方加算」の算定回数が占める割合は、いずれも増加傾向である。



: 社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月調査分、令和6年（※）8月調査分）

- 後発医薬品の使用促進の推進等の観点から、処方箋料、一般名処方加算等の評価のあり方についてどのように考えるか。

バイオ後続品の一般名処方について

- 一般名処方加算は、現在「後発医薬品のある医薬品」の一般名処方のみを評価の対象としている。
- 一般名処方を行う際の標準的な記載を定めた「一般名処方マスタ」には、バイオ医薬品は掲載されていない。



■ 処方箋料

注6 別に規定する地方公共団体が定める設置基準を満すことと併せて、設置基準において、建築物の一部の名称を記載する設置基準を交付した場合は、当該地方公共団体に記載した点に準ずる点数を算出する交付の付1つにつきそれぞれ所定点数に加算する。

一般地方公共団体の第1	10点 (点数の集積度2以上)
一般地方公共団体の第2	8点 (点以上)

【主観的審査】（特許）

「主6」に規定する一般地方公共団体は、別に厚生労働大臣が定める細則に基づいて、保健衛生増進機関が、保健衛生増進機関として、保健衛生増進機関に設置されている建築物（以下、「一般の名称」といふ）及び合衆の名称を記載した記載（以下、「一般の名称」といふ）である。この一般地方公共団体の場合に限り算定することができるのである。

※後発医薬品のある医薬品のみが対象

- 後発医薬品の供給状況に関する調査において、供給体制の変化は1年前と比較して「悪化した」、病院における後発医薬品に係る売上の業務量は1年前と比較して「増えた」と答える病院が、いずれも半数を超えている。
- 後発医薬品の使用を進めるために必要な対応として、「後発医薬品に関する安定供給体制の確保」と答える病院は9割を超えている。

■ 1年前と比較した後発医薬品の供給体制の変化

	割合
回答数(件)	221
改善した	7.7
変わらない	35.3
悪化した	54.8
無回答	2.3

■後発医薬品の使用を進めるために必要な対応

	割合
回答数(件)	221
厚生労働省による、業界や業種に関する検査結果の品質保証が十分であるとの見解を有する	27.1
検査結果品質・メーカー 等による品質保証が十分であること	61.1
検査結果品質・メーカー 等による情報開示体制の整備	52.5
検査結果品質に関する安全衛生制度の確立	39.8
検査結果品質の提供のプラットフォームや自治体の連携強化	34.0
検査結果品質の生産管理の負担軽減	30.3
検査結果品質を入手する一般消費者でできるオーガナイズシステムを導入	16.7
検査結果品質に対する患者の理解	16.7
検査結果品質を使用する際の診療報酬上の評価	29.9
検査結果品質の使用形態についての診療報酬上の評価	25.8
検査結果品質の品質向上、品質開示等を多岐安定供給に係る特別施策	58.8
検査結果品質の品質、製法に関する選別方法、製造過程、製造品、共同開発などの情報開示	56.1
国策に関する関係業種との連携方法	6.8
患者負担が軽減されること	12.2
その他	0.9
対応に必要でない	0.9
無回答	3.2

出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和7年度調査）病院調査（調査時期：令和7年8月4日から令和7年9月16日実施）

- 後発医薬品の使用割合の維持や使用促進のみならず、医薬品の安定供給体制を支える取組を促進する観点から、流通改善ガイドライン等を踏まえ、多くの医薬品を在庫管理する体制を含めた報酬上の評価をどのように考えるか。

処方等に関する評価の見直しによる影響

- 令和6年度改定による「処方箋料の見直し」による処方への影響を医師に聞いたところ、「特に処方の判断に変化はなかった」が97.3%と最も多かった。
- 一般名処方の件数が増えたと回答した医師に対して、一般名処方が増えた理由を聞いたところ「オーダーリングシステムの更なる一般名処方に対応できる院内体制が整備されたから」「一般名処方加算の点数が引き上げられたから」が多かった。

図表 3-18 令和 6 年度診療報酬改定による処方箋料の見直しによる処方への影響
(個人の処方経験別)

	全体	肌形風有・リ フィル結有	肌形風有・リ フィル結有	長髪結有
回答数(件)	400	112	246	42
特に見方の利用に变化はない	97.3	95.5	97.9	100.0
既に見方が増えた	0.0	0.0	0.0	0.0
結方日数を増やした	2.8	4.5	2.4	0.0
無回答	0.0	0.0	0.0	0.0

図表 6-5 1年前と比較した一般名処方の件数の変化

	今回調査	参考：今年前半調査
回答数（件）	215	210
増えた	42.3	46.7
変わらない	54.4	49.5
減った	3.3	2.9
無回答	0.0	1.0

2.⑥ 一般名処方が増えた理由

	割合
回答数(件)	91
一般処方箋の点数が引き上げられたから	41.8
後発医薬品の品質への不安が減ったから	11.0
後発医薬品の安定供給への不安が減ったから	6.6
先発医薬品を希望する患者が減ったから	13.2
オーダリングシステムの変遷など一般処方箋に対応できる院内体制が整備されたから	57.1
長期収載品の選定撤廃が始まったから	14.3
その他	5.5

出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和7年度調査）

15

- バイオ後続品使用促進の観点から、バイオ医薬品に係る一般名処方マスタの掲載を検討してはどうか。併せて、バイオ医薬品についても、一般名処方加算の対象としてはどうか。

NICHII Communication of medical care

- バイオ後続品の使用促進にあたって、バイオ後続品はバイオ先行品と同一成分ではないことを踏まえ、患者への品質や有効性、安全性等の説明について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

バイオ後続品使用体制加算の概要

バイオ後続品使用体制加算（入院初日） 100点

ハイト後続品の品質、有効性、安主性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえハイト後続品の採用を決定する体制が整備されている医療機関を評価したもの。

【算定要件】
以下の要件を満たす保険医療機関において、**パイオ後継品のある先発パイオ医薬品及びパイオ後継品を使用する患者について、入院初日に算定する**
・パイオ後継品使用体制加算は、入院及び外来においてパイオ後継品の導入に関する説明を積極的に行っている旨を見やすい場所に掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載している。

・保険医療機関の調剤したバイオ後継品のある先発バイオ医薬品（バイオ後継品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後継品を合算した規格単位数量に占めるバイオ後継品の規格単位数量の割合が各成分に定められた割合以上である。

※納入期日時点においてバイオ後継品を使用する患者数が不確定であるケースがある。

【主な施設基準】

- ・ バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- ・ バイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- ・ 以下の①～③を満たすこと。ただし②と③については、直近1年間における当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。

- ① 直近1年間にける「バイオ後継品の開発先バイオ医薬品」「バイオ後継品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品」は計 〇 及び「バイオ後継品の使用回数」は計 〇 [100](#) 点
- ② (1) に掲げる「バイオ医薬品の」(後継品)の「バイオ後継品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品」を除く
(2) に掲げる「バイオ医薬品の」(後継品)の「バイオ後継品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品」を除く ≥ 0.8
- ③ (1) に掲げる「バイオ医薬品の」(後継品)の「バイオ後継品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品」を除く
(2) に掲げる「バイオ医薬品の」(後継品)の「バイオ後継品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品」を除く ≥ 0.5

(1) 80%以上を基準とする成分	(2) 50%以上を基準とする成分
(イ) エボエチ	(ロ) インフリキシマブ
(ロ) リツキシマブ	(ハ) アカルスターゼヘータ
(ハ) トラスツスマブ	(ニ) インスリンリスプロ
(ニ) テリパラチド	(ホ) アダリムマブ
	(イ) ソマトロピン
	(ロ) エタネルセプト
	(ホ) ペバシスマブ
	(ト) インスリンアスナルト
	(リ) ラニベスマブ

バイオ後継品使用体制加算届出施設数（令和6年8月1日時点）

算定回数（令和6年8月審査分）

出典：主な施設基準の届出状況等、社会医療診療行為別統計

- 長期収載品を使用する医療上の必要がある場合や、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合については、引き続き、選定療養の対象外とすることを前提に、患者の負担水準については、長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1以上とする方向で検討してはどうか。

食品に類似した医薬品の効能又は効果について

- 薬効分類325「白アミノ酸製剤」には、疾患時の栄養補給に効能効果とする医薬品が属しており、一般に手術後の栄養保持に効能効果とし、特定の疾患の定めがない医薬品も薬価掲載されている。
- この中には、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給に加え、通常の食事と同様に経口投与される場合がある医薬品が存在する。

品名	効能又は効果	投与方法
<ul style="list-style-type: none"> ・エンスユア[®]・リキッド ・ツインライン F 配合経腸栄養液 ・ラロール NF 配合経腸栄養液 ・エネボ配合経腸栄養液 ・イノラス配合経腸栄養液 	<p>一般に、手術後患者の栄養確保に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補助に使用する。</p>	経管又は経口
・エンスユア [®] ・H	<p>一般に、手術後患者の栄養確保に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難で、単位量当たり高カロリー（1.5kcal/mL）の経腸栄養剤を必要とする下記の患者の経管栄養補助に使用する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・水やの摂取が困難な患者（心不全や腎不全を併発している患者など） ・安静時エネルギー消費量が亢進している患者（熱傷患者、感染症を合併している患者など） ・経腸栄養剤の投与量を減らしたい患者（富栄養依存性肝機能障害を訴える患者など） ・経腸栄養剤の投与経路の短縮が望ましい患者（口外外科や耳鼻科の後援患者など） 	経管又は経口

- 同程度の栄養を有する食品が市販されていることも踏まえ、栄養保持を目的とする医薬品の薬剤給付の適正化についてどのように考えるか。

- バイオ医薬品の取扱いは、その特性から、保冷庫管理の必要性に伴うコストや、高額であることから在庫を抱えることへのリスク等、薬局には管理上の負担が生じる。
- バイオ後続品を院外処方するにあたって、処方医が薬局薬剤師に望むこととしては、「患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うこと」が最も多く6割を超えていた。

■薬局における保冷库の逼迫状況



バイオ後継品・服用薬剤調整支援等の評価（令和7年10月17日）

低分子の医薬品と比べて価格が高額であることや、熱による安定性が低い注射剤であるといった特性がある。これらのバイオ後続品の特性を踏まえた形での使用促進の取組が必要。

■ バイオ後継品を院外処方するにあたって薬局・薬剤師に望むこと（複数回答）
（バイオ後継品使用体制加算の算定有無別）

	割合
田宮 有)	
一般名客の預引またはバイナレッジへの愛着預引について、予め告知の方法で情報提供を行なう	27.9
一般名客の預引またはバイナレッジへの愛着預引について、各方法や頻度による告知の有無を問う	19.8
書籍に対して、バイナレッジの品質や取扱い、安全性について説明を行う	66.3
雑誌に対して、バイナレッジの取扱いや頻度を行うなど	29.1
その他	3.8
無回答	5.8

区分1の1の3 薬事管理指導料
 注7 調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行った又は口に出ける場合には、特定期間管理指導料加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
☐ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合 10点

出典:令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和7年度調査)医師票(調査時期:令和7年8月4日から令和7年9月16日実施)

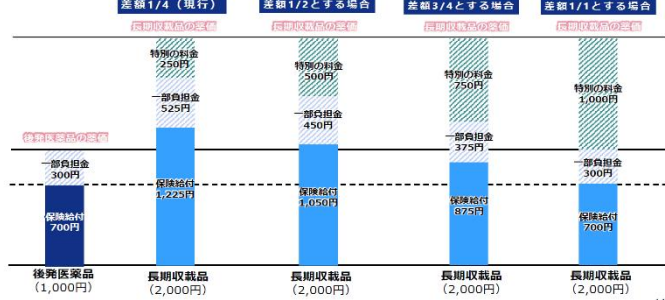
- 「バイオ後続品使用体制加算」について、入院日時点においてバイオ医薬品を使用するか否かが不確定であるケースがあることから、その算定日について見直すことについてどのように考えるか。

長期収載品の選定療養の更なる活用（イメージ）

- 長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1、4分の3又は1分の1と特別の料金を引き上げた場合における、薬剤費部分の保険給付、一部負担金、特別の料金のイメージは以下のとおり。
- (※1) 長期収載品の薬価を1錠20円、後発医薬品の薬価を1錠10円とし、1日4錠・25日分を標準した場合で計算。自己負担割合は3割とする。

(※2) 特別の料金には別途消費税がかかる。

第 1 组 (33 分)	第 2 组 (33 分)	第 3 组 (33 分)	第 4 组 (33 分)
--------------	--------------	--------------	--------------



食品に類似した医薬品と市販されている食品の比較①

栄養保持を目的とする医薬品について、代替可能な食品が市販されている。

- 薬価収載されている栄養保持を目的とする医薬品と市販されている栄養補給目的の食品の比較（半消化態栄養剤*）

*窒素源としてたんぱく質が配合された製品

	医薬品					食品	
品目名	エンシュア・ リキッド	ラコールNF配合 経腸用液	エネーホ配合 経腸用液	エンシュア・H	イノラス配合 経腸用液	食品A	食品B
容量 (ml)	250	200	250	250	188	200	100
熱量 (kcal/100mL)	100	100	120	150	160	150	200
たんぱく質 (g/100mL)	3.5	4.4	5.4	5.4	6.4	5.7	8.0
脂質 (g/100mL)	3.5	2.2	3.8	5.3	5.2	6.9	8.0

食品に類似した医薬品と市販されている食品の比較②

栄養保持を目的とする医薬品について、代替可能な食品が市販されている。

- 栄養価記載されている栄養保持を目的とする医薬品と市販されている栄養保持目的の食品の比較（消化能栄養剤*）

*室素源としてペプチドが配合された製品

	医薬品	食品	
品目名	ツインラインN F 配合 経腸用液	食品C	食品D
容量 (ml)	400	200	200
熱量 (kcal/100mL)	100	100	150
たんぱく質 (g/100mL)	4.1	3.6	5.3
脂質 (g/100mL)	2.8	0.0	6.0

残薬対策に対する基盤と報酬上の評価

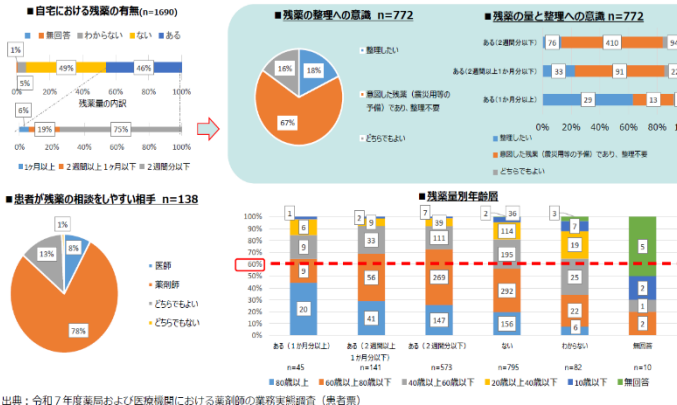
- 残薬への対応については、発生の抑制、残薬の確認、残薬の解消等の観点があり、それぞれの観点から、報酬上の対応等が図られている。

	残薬の抑制	残薬の確認	残薬の解消
在宅医療 在宅	◆ かかりつけ医機能 ◆ かかりつけ薬剤師制度 ◆ 電子処方箋・オンライン資格確認 ◆ ポリファーマシー対策	◆ かかりつけ薬剤師制度 ◆ お薬手帳の活用	◆ 薬剤師等の情報提供を受けた医師による処方変更
在宅医療 在宅	◆ お薬カレンダー等による服薬支援 ◆ ポリファーマシー対策関係 ◆ オンライン資格確認・電子処方箋 →【医師・調剤】医師DX推進体制整備加算	◆ 医師従事者による在宅訪問	
在宅医療 在宅	→【医師】薬剤師総合評価調整管理料、地域包括診療料、薬剤適正使用連携加算等 →【調剤】かかりつけ薬剤師指導料、外来服薬支援料1、服用薬剤調整支援料等	◆ 薬局における残薬の確認 →【調剤】重複投薬・相互作用等防止加算 ◆ 診察バック（プラフンバック） →【調剤】外来服薬支援料1	◆ 疑義照会、処方変更の円滑化 →【医師】処方箋様式の変更（H28改定） ■ 医療機関と薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施
在宅医療 在宅	→【医師】在宅時医師総合管理料等	◆ 在宅における残薬の確認 →【調剤】在宅患者訪問薬剤指導料、在宅患者重複投薬、相互作用等防止管理料、在宅移行初期管理料等	

4

残薬に対する患者意識

- 患者調査の結果によると、自宅に残薬があると回答している患者は、全体の約半数であるが、そのうち残薬を「整理したい」と答えた患者は約2割であった。
- 1ヶ月分以上の残薬がある患者は残薬整理を希望しており、その相談しやすい相手として薬剤師と答える患者は78%であった。
- 年齢層別では、残薬があると答えた患者は60歳以上が6割であり、高齢者に多い傾向であった。



5

薬剤適正使用連携加算について

薬剤適正使用連携加算

- 地域包括診療料・加算等の算定患者が入院・入所した場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合の評価（平成30年度診療報酬改定において新設）

地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算
薬剤適正使用連携加算 80点

- 【算定要件】
「地域包括診療料・加算又は認知症地域包括診療料・加算を算定する患者であって、他の医療機関等に入院又は介護老人保健施設に入所しているものについて、以下の全てを満たす場合に、退院又は退所日の前日までの翌月までに1回算定する。なお、他の医療機関等又は介護老人保健施設（以下「医療機関等」という。）との連携提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録に記載すること。

ア 患者の同意を得て、入院又は入所までに、入院又は入所先の他の医療機関等に対し、処方内容、薬量等について情報提供していること。処方内容には、当該医療機関等以外の処方内容を含む。
イ 入院又は入所先の他の医療機関等から処方内容について報告があった場合には、適切に対応すること。
ウ 退院又は退所後1か月以内に、ア又はイを踏まえて調整した入院・入所中の処方内容について、入院・入所先の他の医療機関等から情報提供を受けていること。
エ 以下(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、電報は含めずに算出すること。
(イ) ウで入院・入所先の他の医療機関等から情報提供された入院・入所中の処方内容のうち、内服薬の種類数
(ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数

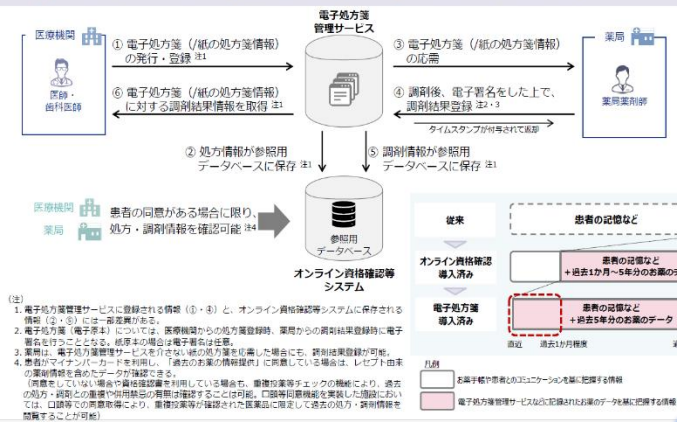
入院・入所患者のみの対象
※例えば、他院にも併用して処方する外服薬に関する情報提供は対象外



14

電子処方箋管理サービスへの処方・調剤情報の登録と閲覧の概要図

- 電子処方箋の導入により、患者が情報提供に同意した場合には、複数の医療機関・薬局で処方・調剤された医薬品について、レセプトからの情報抽出等の「直近の」情報まで一元的に確認できるようになっている。



9

- 地域包括診療料・加算、在宅時医学総合管理料等について、診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬指導を行うことの評価についてどのように考えるか。
- 地域包括診療料・加算の算定患者に対する処方薬剤種類数が高齢者と比較して多い傾向を踏まえ、当該診療料・加算を算定する患者への処方のあり方について、次のような観点も含め、どのように考えるか。
- 処方薬を把握し管理する手段としての電子処方箋管理サービスの活用
- 現在、退院患者等が対象となっている薬剤適正使用連携加算について、他院にも通院する外来患者の薬剤が他院との連携により種類数が減少した場合の取り扱い

残薬対策に向けた処方箋の記載について

- 令和3年度に実施した調査によると、医療機関が備考欄に「残薬調整後報告可」の記載をし、薬局との連携により残薬調整に取り組んでいる事例があった。

- 1) 「保障医療機関へ処方箋の提出状況」のチェックありの場合の処方箋受付回数
- 2) 「保障医療機関へ情報提供」のチェックありの場合の処方箋受付回数
- 3) 備考欄に「残薬調整後報告可」の記載ありの場合の処方箋受付回数



- 2) 「保障医療機関へ情報提供」のチェックありの場合の処方箋受付回数

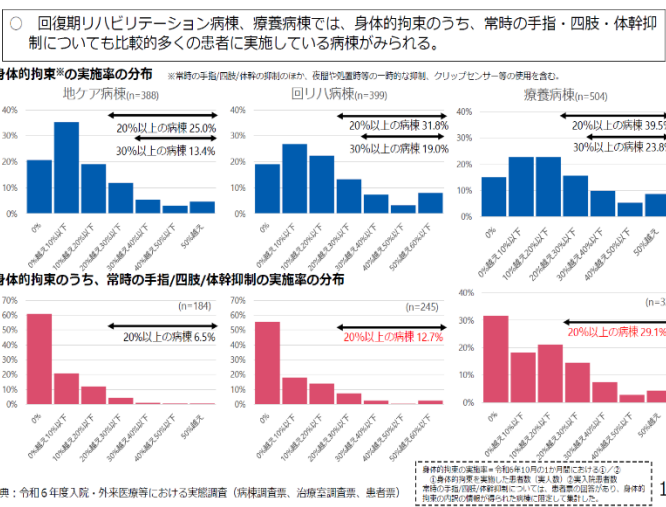
	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
1)「保障医療機関へ処方箋を提出した上で調剤」のチェックありの場合の処方箋受付回数	689	70.6	259.8	0.0
2)「保障医療機関へ情報提供」のチェックありの場合の処方箋受付回数	675	46.5	263.7	0.0
3)備考欄に「残薬調整後報告可」の記載ありの場合の処方箋受付回数	690	10.1	108.5	0.0

令和2年度診療報酬改定の結果確認に係る特別調査（令和3年度調査）

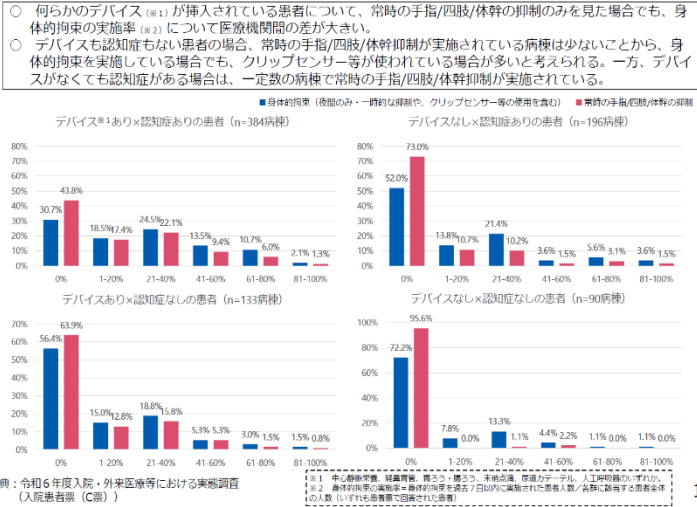
28

- 薬局との連携により残薬調整を実施する取組を踏まえ、医師が事前に、薬局で残薬を確認した際の取扱いについて円滑に指示を行うことができるように、処方箋様式を見直すことについてどのように考えるか。

入院料ごとの常時の四肢又は体幹拘束の実施状況



療養病棟における患者像をふまえた身体的拘束の実施状況



身体的拘束の実施化に向けた評価に際して、留意すべき点等についてどのように考えるか。

通院・在宅精神療法

○ 通院・在宅精神療法の、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定することとされており、診察時間や実施者が精神保健指定医であるかによって、評価が分かれている。

第6部 精神科専門療法

適用

1 精神科専門療法の費用は、第1部の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、第1部及び第2部の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

2 精神科専門療法料は、特に規定する場合を除き、精神科を標榜する保険医療機関において算定する。

1002 通院・在宅精神療法

1 通院精神療法

イ 療養入院施設外の患者に付して、支障計画で療養を担当する精神科医師が行った場合

ロ 初診日に60分以上

ハ イ及びロ以外の場合

2 在宅精神療法

イ 療養入院施設外の患者に付して、支障計画で療養を担当する精神科医師が行った場合

ロ 初診日に60分以上

ハ イ及びロ以外の場合

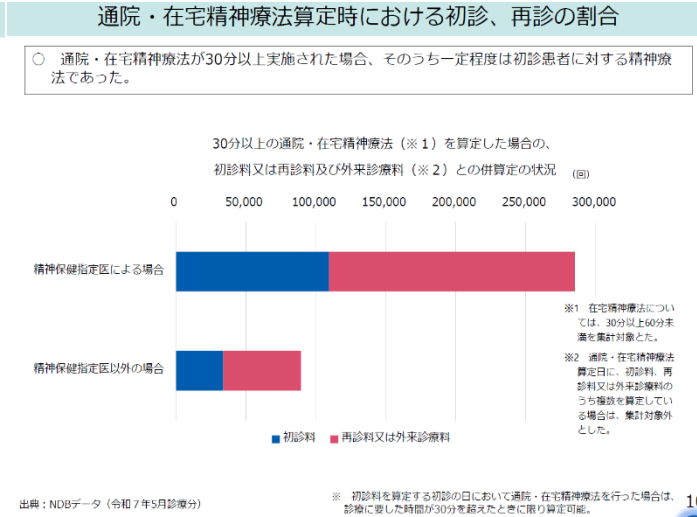
【留意事項】（一部抜粋）

（1）通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神障害を伴う脳器質性障害があるもの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合には当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。以下この区分において同じ。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。

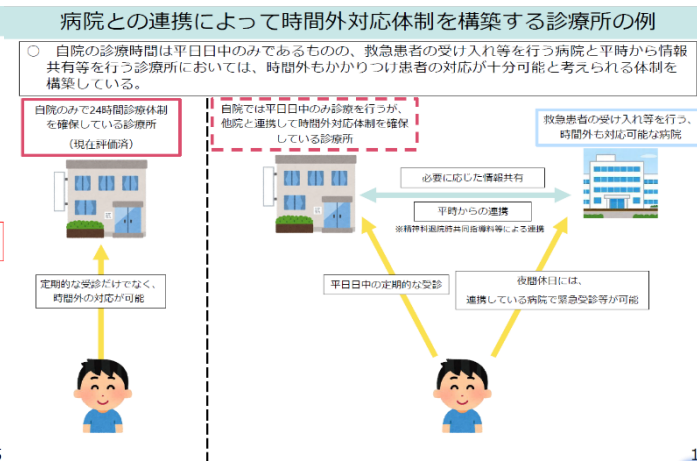
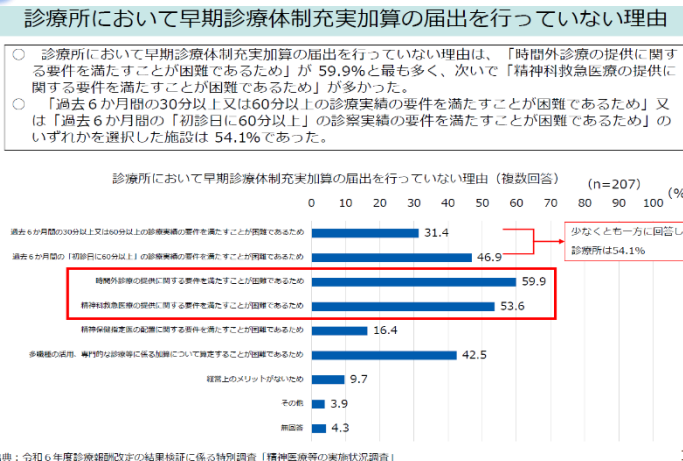
（2）通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定する。

（3）通院・在宅精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象に集団的に行われた場合には算定できない。

○ 令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（精神医療の実施状況調査）



精神科外来において初診をより積極的に診療する体制を確保する必要があることや、精神保健指定医が地域で果たす役割をさらに評価する観点から、通院・在宅精神療法における初診・再診の評価のあり方について、どのように考えるか。



早期診療体制充実加算に関して、地域の精神科救急医療提供体制を担う病院との連携体制を構築した上で、入院患者の地域移行・地域定着等に積極的に取り組む診療所についても評価の対象とすることについて、どのように考えるか。

情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針（案）

Ⅰ 策定の経緯

- 令和4年度障害者総合支援事業において、これまで明確に示されていなかった、情報通信機器を用いた精神療法（以下、「オンライン精神療法」という。）を実施する場合に必要なと考えられる留意点等について、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を策定した。
- その後、情報政策推進計画（令和5年6月21日閣議決定）において、安全性・必要性・有効性の観点から、令和7年度までに適切なオンライン精神療法の普及を推進するために、新たな指針を策定・公表することのほか、今後適切な精神医療の提供の観点から、初診・再診ともにオンライン精神療法が活用される方向で検討することが求められたことを踏まえ、精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会において、情報通信機器を用いた診療についての議論が行われた。その見直しの方向性を踏まえ、「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」（以下、「本指針」という。）を策定した。

Ⅱ 適正かつ幅広い活用に向けた基本的な考え方

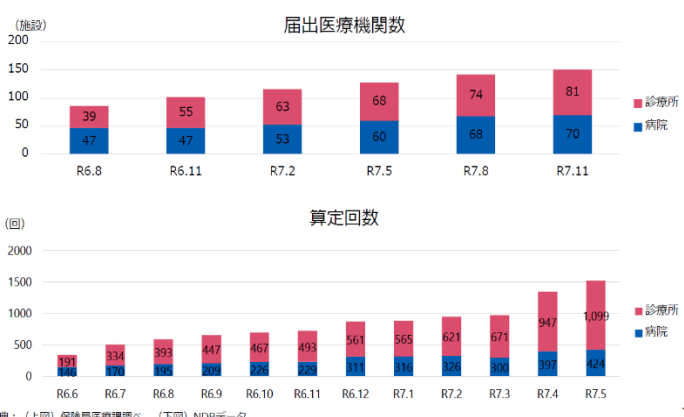
- オンライン精神療法を実施する施設や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる。
- その上で、医師不足や有事によって急にオンライン診療を適用することが難しいという指摘もあることから、平時からオンライン診療を適用できることが望ましく、オンライン再診精神療法を適切に実施できる医療機関をしっかりと拡充していくことが期待される。

Ⅲ 情報通信機器を用いた精神療法を実施するに当たっての具体的な指針

- オンライン精神療法を実施する場合は、オンライン診療指針及び本指針を遵守すること。
- オンライン精神療法は、日常的に診療を実施している患者に対して、継続的・計画的に診療を行いながら、対面診療と組み合わせつつ必要に応じて活用すること。なお、オンライン初診精神療法については、オンライン再診精神療法に十分な経験がある医師が診療を行うことを前提として、行政が初診を認めるべきである。初診を認めるには、初診を認める施設において、初診を認める施設が初診を認める施設に必要とする設備や体制が確保されており、初診を認める施設に必要となる設備や体制が確保されており、十分な信頼性や信頼性があること、患者自身の同意がある場合に限り行うこと。
- オンライン精神療法を実施する医師は、精神科における診療の一定の経験や資質を有すること。
- 患者の急病・急な時に適切に対応する観点から、患者が希望した場合や緊急時等の対面での診療が必要である際に、オンライン精神療法を実施した医師自らや連携する医師が初診を行うことができる体制を整えること、時間外や休日も医療を提供できる体制において実施されるべきである。ただし、初診を認める施設において初診を認める施設に必要となる設備や体制が確保されており、十分な信頼性や信頼性があること、患者自身の同意がある場合に限り行うこと。
- 精神科対応対応や緊急時の対応、緊急時の入院受け入れ等を行っている医療機関等と連携するなどしながら、入院や身体合併症の対応が必要となった場合（精神科に入院するのではなく、身体疾患等で入院医療が必要となり一般病床に入院する場合も含む。）に対応可能な体制を確保しておくことが望ましい。
- 向精神薬等の不適切な使用・大量・長期使用は病に悪影響を及ぼす。オンライン診療を実施している患者に乱用や依存の傾向が認められなければ、確かな主観をもち必要がある。乱用や依存の傾向が認められる場合は、安全上の観点から、速やかに適切な対応診療につながる上で、詳細に精神症状を把握すると共に、治療内容について再考することが適当である。

情報通信機器を用いた通院精神療法の算定状況等

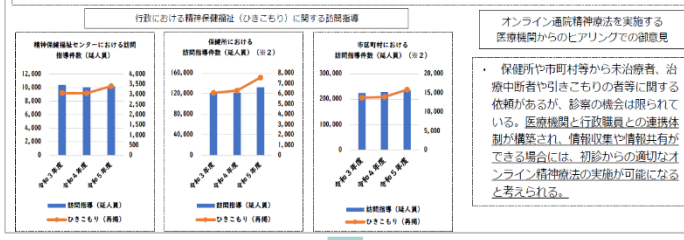
○ 情報通信機器を用いた通院精神療法の届出医療機関数及び算定回数は、限定的である。



初診におけるオンライン精神療法に係る議論の経緯

精神保健福祉の現状

- 精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等によるひきこもり等への訪問指導（行政が行うアウトリーチ支援）の対応件数は増加傾向である。こうした方は医療機関への受診が困難な場合もあり、行政が行うアウトリーチ支援が必要となる方を医療につなげるための支援が求められている。
- 十分な情報がない、初めて診療を受ける患者に対し、情報通信機器による精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見は明らかではないが、医療機関と行政職員との連携体制が構築され、行政が行うアウトリーチ支援により蓄積した情報を医療機関が適切に活用ができる場合には、初診からの適切なオンライン精神療法の実施が可能になるとの意見がある。

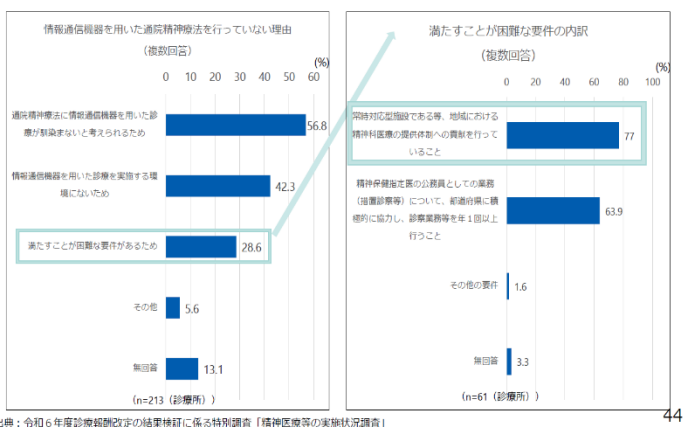


精神保健福祉の検討会の方向性

- 一定の条件のもと、患者自身の希望がある場合には、初診におけるオンライン精神療法を活用して、継続した医療につなげていくことを可能とする指針案が示されている。

情報通信機器を用いた通院精神療法を行っていない理由

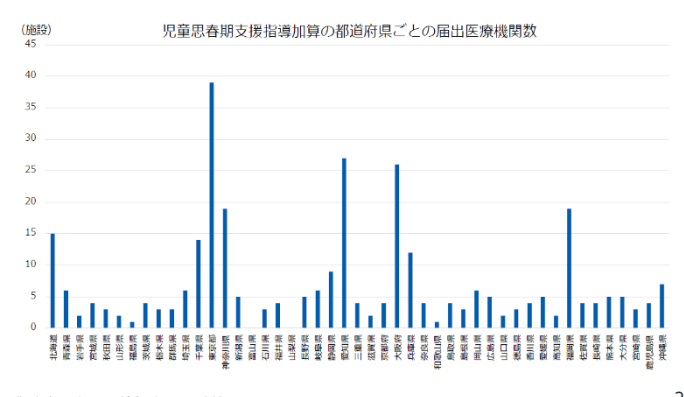
○ 情報通信機器を用いた通院精神療法を行っていない理由として、地域における精神科医療の提供体制への貢献に係る要件を満たすことが難しいことあがる診療所が一定ある。



「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」の見直しの状況を踏まえ、指針に沿った形で行われている初診精神療法についても評価を行うことについて、どのように考えるか。またその際、再診精神療法と同様に質の高い精神医療の提供に資する施設基準を設定することについて、どのように考えるか。

児童思春期支援指導加算の届出状況

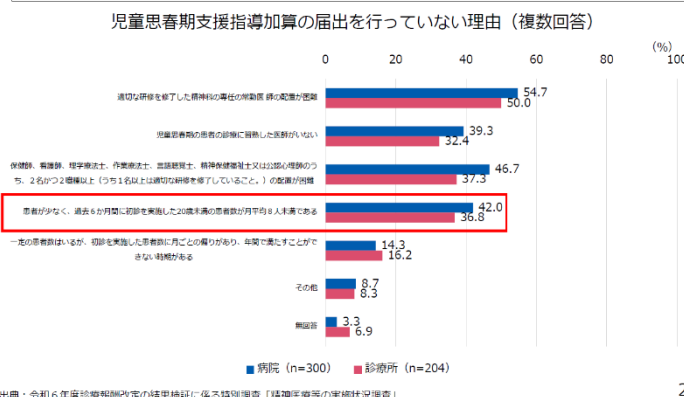
○ 児童思春期支援指導加算の都道府県ごとの届出状況を見ると、16県において、届出医療機関が3施設以下であった。



出典：保険局医療課調べ（令和7年8月1日時点）

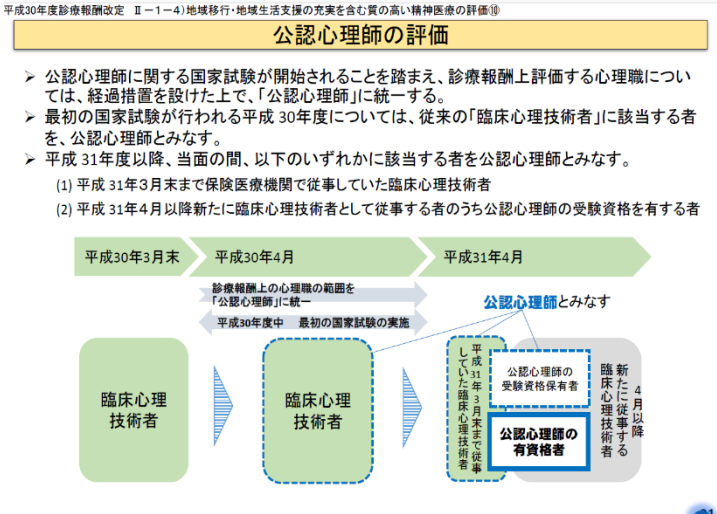
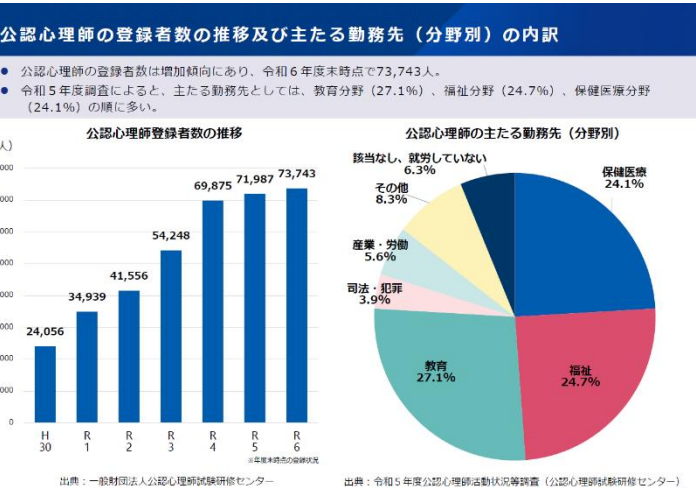
児童思春期支援指導加算の届出を行っていない理由

○ 児童思春期支援指導加算の届出を行っていない理由は、「患者が少なく、過去6か月間に初診を実施した20歳未満の患者数が月平均8人未満である」と回答した病院が42.0%、診療所が36.8%であった。

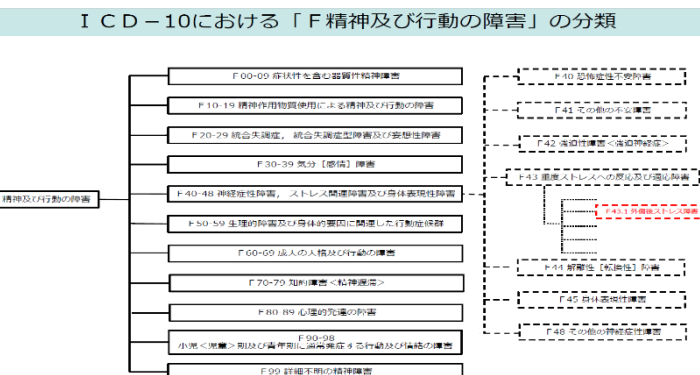
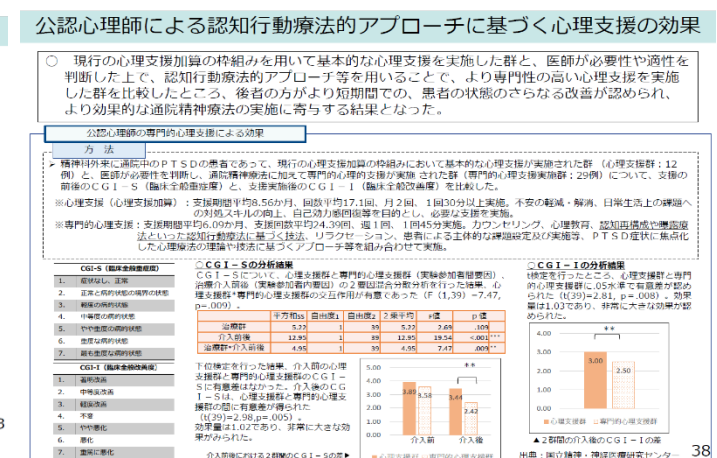
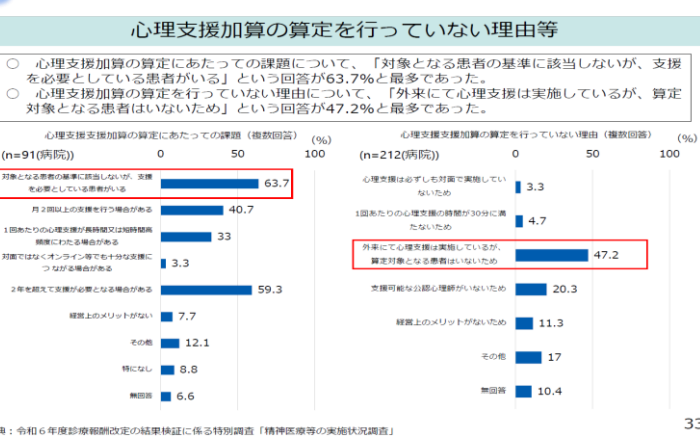


出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「精神医療等の実施状況調査」

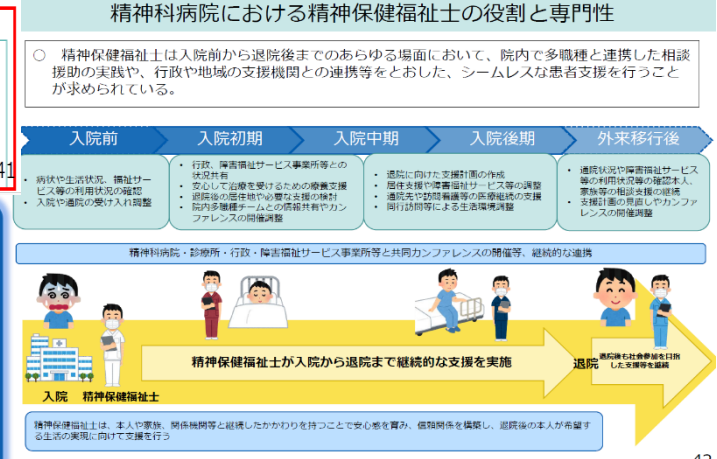
児童思春期の精神疾患患者の受入体制をさらに確保する観点から、児童思春期支援指導加算の評価のあり方について、どのように考えるか。



● 公認心理師の養成状況を踏まえ、診療報酬上の臨床心理技術者に係る経過措置を終了することについて、どのように考えるか。



【精神医療に係る専従要件】		
A103 精神科入院基本料の注7に規定する精神保健福祉士配置加算	専従の常勤精神保健福祉士が1名以上	
A230-2 精神科地域移行実施加算	地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上 ・当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務に専従していることが必要	従事できる業務の範囲や、業務を行う場所について、今後、議論予定。
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料	専従の常勤精神保健福祉士が1名以上	
A314 認知症治療費入院料 等		



● 同一の精神保健福祉士による継続的な伴走支援を推進する観点から、病棟に専従配置されている精神保健福祉士が、当該病棟からの転棟後の患者等の継続的な支援を行えるようにするなど、専従となっている職務の範囲を柔軟化することについて、どのように考えるか。

- 血液製剤の適正使用の観点から、フィブリノゲン製剤の適応判定に必要な迅速フィブリノゲン測定に対する診療報酬上の評価について、どう考えるか。

○ 産科危機的出血に伴う後天性低フィブリノゲン血症におけるフィブリノゲン製剤の投与に際しては、血中フィブリノゲン値を測定する必要があるが、一般的なフィブリノゲン値の測定と異なり、迅速性がより強く求められるため、臨床検査室等ではなく、手術室等で行う必要がある。

フィブリノゲン製剤の適応拡大に係るこれまでの経緯

- フィブリノゲン製剤については、後天性低フィブリノゲン血症のうち、①産科危機的出血、及び②心臓血管外科手術への適応拡大について、医療上の必要性の高い承認要求、適応外薬検討会報告に基づき、令和3年9月26日の医薬品第二部会において、いずれも公知該当と判断された。
- 一方で、関連学会による適正使用に係る調査の実施と企業による安定供給確保のため、まずは①産科、②産科危機的出血に限定することとし（令和3年3月28日承認）、状況が落ち着いた後に③心臓血管外科手術への適応拡大に係る承認申請を行うこととした。
- その後、令和4年3月28日に、①産科、②産科として「産科危機的出血に伴う後天性低フィブリノゲン血症に対するフィブリノゲンの補充」を追加することが承認された。
- 今後、令和7年6月26日に、③心臓血管外科手術への適応拡大に係る公知申請がなされ、審査中。

- 「新たに薬事・食品衛生審議会において公知申請に関する事前評価を受けた後天性低フィブリノゲン血症における後天性低フィブリノゲンの使用に際しては、①産科危機的出血、及び②心臓血管外科手術への適応拡大に係る承認申請を行うこととし（令和3年9月26日）（※）」
- 4. 本剤の適正使用の取組について
本剤の「産科危機的出血に伴う後天性低フィブリノゲン血症に対するフィブリノゲンの補充」における使用は、産科危機的出血を適切に管理できる医療機関、そして、適切な投与対象に対して行われる必要がある。そのため、本剤投与は、血中フィブリノゲン値の迅速測定が可能で、かつ適切な輸血管理の体制、高度な医療が確保されるなど、日本産科婦人科学会（以下「学会」）において、所定の使用指針の条件を満たした医療機関において使用すること。

フィブリノゲンに係る検査の概要及び診療報酬上の評価

一般的な血液検査として実施されるもの		迅速に測定結果が得られるもの
目的	播種性血管内凝固症候群（DIC）等の診療	主として産科危機的出血等におけるフィブリノゲン製剤の適応判定
所要時間	数十分（院内で実施する場合）	数分
測定場所	臨床検査室または臨床検査所等	手術室等
測定原理	トロンビン時間法	粘度・散乱光法
診療報酬上の評価	D006 出血・凝固検査 フィブリノゲン定量 23点	

医薬品医療機器総合機構及び血成分供給センターにて作成
※ここに掲げる「フィブリノゲン製剤」とは、フィブリノゲンを有効成分とする医薬品のうち、後天性低フィブリノゲン血症の出血傾向及び産科危機的出血に伴う後天性低フィブリノゲン血症に対するフィブリノゲンの補充を効果・効果と有するものに限る。

終夜睡眠ポリグラフィーについて

- 終夜睡眠ポリグラフィーについては、近年は在宅で実施できる機器が開発され、一定割合が在宅で実施されている。
- 在宅で実施する方法は、在宅に検査装置を送付し、患者等が自ら装置を取り付ける場合、医療者が訪問等を行い取り付けるものなどが含まれるが、診療報酬上は、入院で実施する場合と在宅で実施する場合等に差は設けられていない。

入院外の実施方法	実施回数（※1）	入院外の実施方法	解析不可となった検査割合（※2）
施設内	1,652	取り付けを患者又は家族が行った場合	14.9 ^{※1} ～15.9 ^{※2}
施設外（在宅など）	783	取り付けを技術など医療者が行った場合	4.7 ^{※3} ～7.0 ^{※4}
うち、取り付けを患者又は家族が行った件数	753		
うち、取り付けを技術など医療者が行った件数	30		

出典：日本睡眠学会より提供
※1 Ferretti D, J Sleep Res. 2024
※2 Punjabi N. Sleep Adv. 2022
※3 Bruynmool M. J Sleep Res. 2011
※4 Campbell A. J Sleep Res. 2011



出典：社会医療法人協賛別統計（令和5年1月～令和6年8月）
※ R4以上の入院外実施回数は、短期滞在手術等科手術3の割合を高く。

- C P A P療法の適応に係る最新の国際的な基準、日々の使用時間と有効性に関する科学的知見、終夜睡眠ポリグラフィーの在宅での検査実施に係る各種調査結果等を踏まえ、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び終夜睡眠ポリグラフィーの評価について、どのように考えるか。

脳深部刺激療法における遠隔プログラミング

- インターネット回線を介して遠隔で治療設定機能の変更が可能なプログラム医療機器が令和4年11月に薬事承認され、対面診療と遠隔プログラミングによる利便性を比較した海外のRCTにおいて、有用性・安全性が示された。
- 関連学会が作成した手引き（案）では対面診療と遠隔プログラミングを適切に組み合わせて診療することが推奨されている。

遠隔プログラミングによる診療

脳深部刺激療法（DBS）における遠隔プログラミングの手引き（案）
（日本定位・機能神経外科学会）

遠隔プログラミングを行う条件（要件）

- DBSの適応疾患に対し、適切に電極留置、刺激装置が接続されている患者
- 患者が対面診療で確認する刺激条件・神経症状が正確に記録可能
- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（厚生労働省）を遵守して診療を行うこと
- 医師が遠隔診療の初期評価として対面診療を原則とする
- 初期評価を以て、遠隔プログラミングを行う条件を満たしている場合は、遠隔プログラミング導入を可能とする
- 他院でDBS手術が行われ、刺激調整のみを行う施設の場合、初期は対面診療を原則とする

遠隔プログラミングのタイミング（要件）

- 対面診療中に症状の悪化、副作用、機器トラブル等が発生した場合には、速やかに対面診療へ切り替えるものとする
- また、刺激設定の大幅な変更、バッテリー残量の低下、機器交換の必要性等が認められる場合には、必ず当該施設において評価を行うものとする

遠隔プログラミングの期間（要件）

- 6ヶ月に1回は対面での診療を要する。ただし、術後早期や症状の悪化等が、刺激条件の調整を頻回に行う必要のある患者で、本邦は未だ少ないが頻回に来院できない患者の場合などは、月1回程度の対面診療で遠隔プログラミングを適用する。術後1年以上経過後に安定した状態であれば、対面での診療間隔を1年とするは許容される
- 人や道具の誤差や機器トラブルがある場合は、随時対面診療を要する

- インターネット回線を介して遠隔で治療設定機能の変更が可能なプログラム医療機器を用いた脳深部刺激療法の管理の評価のあり方について、どう考えるか。

医療機関におけるカルタヘナ法遵守に係る対応について

- 遺伝子治療等に用いられるウイルスベクターは、カルタヘナ法における遺伝子組換え生物等に該当するため、その取り扱いにあたっては、第三者への曝露・拡散防止の観点から、法に基づく第一種使用規程を遵守する必要がある。
- 治療施設では、PPE（個人防護具）など消耗品類の費用負担に加え、院内手順書の整備、関係者への教育・訓練、専門家の育成等といった多面的な対応が求められている。

遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律（カルタヘナ法）
国際的に協力して生物の多様性を確保するため、遺伝子組換え生物等の使用の規制に関する措置を講ずることにより、生物多様性条約カルタヘナ議定書の目的を達成する。

区分	使用方法	備考
第一種使用等（承認）	施設外 施設外による施設外使用を主とする 遺伝子組換え生物等を使用	遺伝子組換えウイルスベクター組換え生物等
第二種使用等（承認）	施設内 施設内での遺伝子組換え生物等を使用	施設内・施設外に問わずに実施、製造等

カルタヘナ法に基づく対応が必要となる医療等製品		アデノ随伴ウイルスベクターにおける作業とPPEの使用例
ソリファクマ® （ウイルスベクター）	施設外・施設内 遺伝子組換え生物等を使用	施設外・施設内 遺伝子組換え生物等を使用
ナリク® （ウイルスベクター）	施設内 遺伝子組換え生物等を使用	施設内 遺伝子組換え生物等を使用
ルカスター® （ウイルスベクター）	施設内 遺伝子組換え生物等を使用	施設内 遺伝子組換え生物等を使用
エリス® （ウイルスベクター）	施設内 遺伝子組換え生物等を使用	施設内 遺伝子組換え生物等を使用
ハイネックス® （ウイルスベクター）	施設内 遺伝子組換え生物等を使用	施設内 遺伝子組換え生物等を使用

- カルタヘナ法の遵守に当たって、医療機関において入院中の個室管理や環境整備等の対応が発生することについて、製造販売業者が果たすべき役割との関係性も踏まえ、入院・外来・在宅それぞれの場面における診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

治療の一環として用いられるワクチン

- 【背景】
- 発作性夜間ヘモグロビン尿症等の治療に用いられる医薬品（ベグセタコブラン（補体B因子阻害剤））及びイブタコパン塩酸塩水和物（補体C3阻害剤）については、その薬理作用から炭膜炎形成細菌による感染症を発症しやすいおそれがあるため、原則として、治療の一環として、その投与前に、髄膜炎、肺炎球菌及びインフルエンザ菌b型（Hib）に対するワクチンの事前接種が必要とされている。（警告）
- 現在、Hibに対する単味のワクチンとして薬価収載されているアクトヒブが事前接種に用いられているが、製造販売業者は、アクトヒブの供給を全世界的に停止することを決定しているため、ベグセタコブラン等への治療アクセスを引き続き確保する必要がある。
- アクトヒブ以外に、Hibを含むワクチンとして、5種混合ワクチン（百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ・Hib）が薬事承認されているが、予防接種を目的としていることから、薬価収載されていない。このため、アクトヒブの代わりに、薬価収載されていない5種混合ワクチンを事前接種した後、薬価収載されているベグセタコブラン等を投与した場合、混合診療となるおそれがある。
- 5種混合ワクチンのような感染症予防ワクチンは、保険診療において使用される数量が少なく、ほとんどが保険診療外の予防接種に用いられるものであるため、保険診療において使用されることを前提として適正な薬価を算定することには限界がある場合がある。

（参考）効能又は効果としてHibの予防を含む薬事承認済みのワクチン一覧

	販売名	効能又は効果
単味ワクチン	アクトヒブ	Hibによる感染症の予防
5種混合ワクチン	クインバックス水性懸濁注射	百日咳、ジフテリア、破傷風、急性灰白髄炎及びHibによる感染症の予防
	コービック水性懸濁注射シリンジ	百日咳、ジフテリア、破傷風、急性灰白髄炎及びHibによる感染症の予防

第1回感染症危機対応医薬品等（MCM）の活用可能性に関する検討会
2022（令和4）年1月7日
資料3

感染症危機対応医薬品等（MCM）の利用可能性確保と「重点感染症」の指定

感染症危機対応医薬品等（MCM: Medical Countermeasures）とは

・公衆衛生危機管理において、救命、流行の抑制、社会活動の維持等、危機への医療的な対抗手段となる重要性の高い医薬品や医療機器等

感染症危機対応医薬品等（MCM）の例

ワクチン
・不活化ワクチン
・mRNAワクチン
・ウイルスベクターワクチン
等

治療薬
・微生物薬
・抗炎症薬
・抗体医薬
等

診断技術
・診断機器
・迅速診断キット
・抗原、抗体、遺伝子検査
等

その他の治療法
・酸療法
（人工呼吸器等）
・体外循環装置
等

感染予防・管理
・個人防護具（PPE）
・院内感染対策
・環境工学的制御
等

狭義のMCM（DVT: Diagnostics Vaccines and Therapeutics）

感染症危機対応医薬品等（MCM）の利用可能性確保の考え方

利用可能なMCMが存在する

利用可能なMCMが存在しない

確保

研究開発

MCMの確保・研究開発上の優先順位を設定するための「重点感染症」指定の必要性

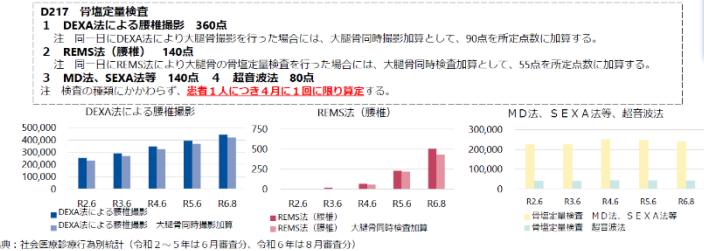
- ワクチンは主に医療保険外の予防接種に用いられ、適正な薬価を算定することには限界がある。このことを踏まえ、保険診療上必要となる治療の一環として用いられるワクチンの保険償還について、どのように考えるか。
- 危機管理等医薬品（MCM）は市場流通せず、取引価格が形成されないため薬価収載になじまない。このことを踏まえ、致死率の高い重点感染症に対する即応的な治療手段となる危機管理等医薬品（MCM）の保険償還について、どのように考えるか。

骨粗鬆症と骨密度検査

- 骨粗鬆症の診断や経過観察の際に用いられる骨密度検査の測定間隔について、関連学会のガイドラインでは、一般的に開始1年後、治療法が確立された後は1年間以上の間隔でよいとされている。また、年に1回以上の測定を要する場合として、新規の骨折が発生した場合やビスホスホネート薬治療を一時的に中止する可能性を検討する場合等が挙げられている。
- D217 骨密度検査は、患者1人につき4月に1回に限り算定するとされている。

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2025年版（抜粋）

- 測定間隔は患者の年齢、治療開始時骨密度、治療薬の種類、骨減少に関係する因子等によって個々に検討する必要がある。一般的に開始1年後、治療法が確立された後は1年間以上の間隔でよい。
- 治療経過観察中でも、新規骨折発生や新たな骨質低下因子が増えたタイミング、またはビスホスホネート薬治療を一時的に中止する可能性を検討する場合には、骨密度測定を行うことが推奨される。
- 上記、原則に照らす、観察期間を増減する必要がある場合としては、急激な骨減少、増加をきたす薬剤の投与（グルココルチコイド、アロマトゲン薬、抗アンドロゲン薬、骨形成促進薬）あるいは急激な骨減少、増加をきたす病態（吸収不良、全身性炎症疾患、長期不動、人工関節）がある。



- 関連学会のガイドラインにおける推奨を踏まえ、骨塩定量検査の算定要件について、どのように考えるか。

当面の間継続されていた新型コロナウイルス感染症に係る取扱い

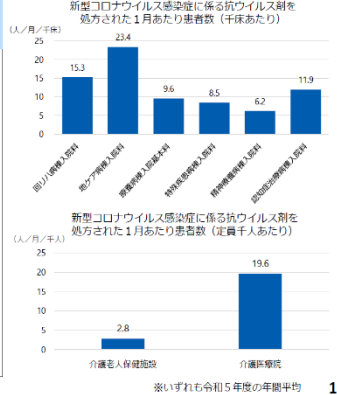
- 令和6年4月以降、通常の医療提供体制に移行した後も、新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有する抗ウイルス剤は、引き続き別表第五の一等における除外薬剤とみなして当該薬剤に係る薬剤料を算定できるとされている。
- 入院中及び入所中の患者において、薬剤が処方されていた頻度は以下のとおり。

令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について（厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和6年3月5日）

令和6年4月以降当面の間継続する取扱いについて（抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の特性を踏まえた対応）

② 地域包括ケア病院入院料や療養病棟入院基本料等の基本診療料の施設基準等（令和4年3月4日厚生労働省告示第55号）別表第五の一、二、三、四及び五に規定されている入院料を算定する病棟に入院している新型コロナウイルス感染症患者については、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）を療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行ったうえで投与した場合に、抗ウイルス剤（B型肺炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）とみなして、薬剤に係る薬剤料を算定できる。（略）

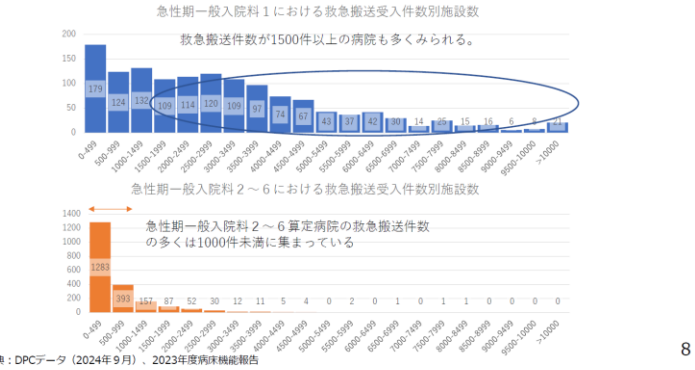
③ 介護医療院又は介護老人保健施設に入所する新型コロナウイルス感染症患者に対して、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）を、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行った上で投与した場合に、特設診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）第16第2号に規定する内服薬及び第3号に規定する注射薬のうち、抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。）とみなして、薬剤に係る薬剤料を算定できる。（略）



- 令和6年4月以降、通常の医療提供体制へ移行していることを踏まえ、その他の入院料を算定する患者や入所中の患者における新型コロナウイルス感染症に対する抗ウイルス剤に係る薬剤の算定方法の特例的な取扱いを終了することについて、どのように考えるか。

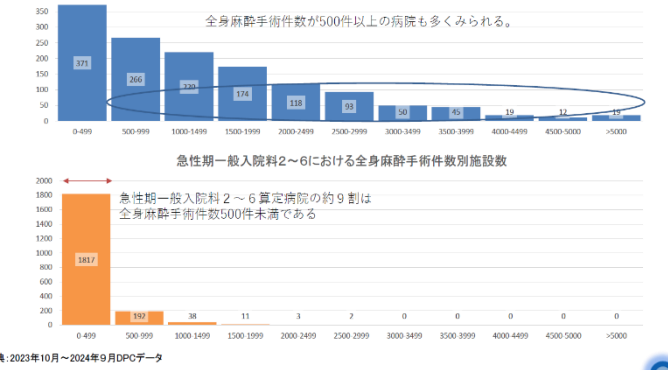
急性期一般入院料算定病院における救急搬送受入件数別施設数

- 急性期一般入院料1算定病院と急性期一般入院料2〜6算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1算定病院で救急搬送件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2〜6算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々である。



全身麻酔手術件数別の病院数

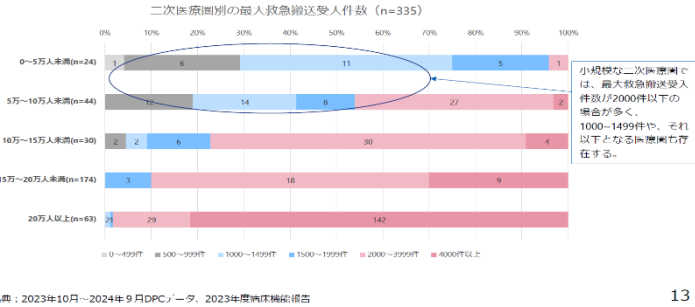
- 急性期一般入院料1算定病院と急性期一般入院料2〜6算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1算定病院で全身麻酔手術件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2〜6算定病院と同程度の全身麻酔手術件数の病院から、更に多くの全身麻酔手術件数のある病院まで、様々である。



- 同じ一般病棟入院基本料を届け出る病院でも、救急搬送受入件数や全身麻酔手術件数などの病院としての機能が異なっていること等を踏まえ、急性期の入院基本料について、病棟機能に加え、病院機能を踏まえた評価のあり方をどう考えるか。

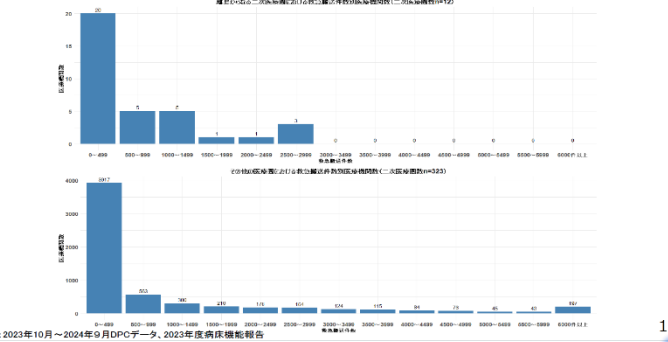
各二次医療圏の最大救急搬送受入病院における救急搬送件数

- 各二次医療圏の最大救急搬送受入病院における救急搬送件数は、人口20万人以上の二次医療圏では、2000件以上の二次医療圏が大半である。
- 一方で、小規模な二次医療圏では、最大救急搬送受入病院の件数が2000件未満の場合も多く、1000〜1499件や、さらに少ない病院もある。



離島における救急搬送件数

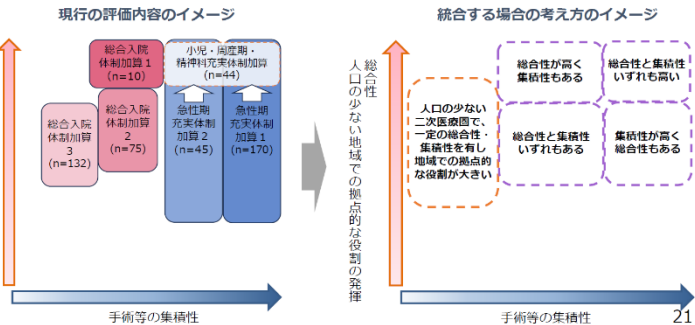
- 有人離島からなる二次医療圏における病院では、その他の医療圏と比較して、救急搬送受入件数が少なく、年間3000件を超えるような病院がない。



- 病院機能を踏まえた評価体系を検討するに当たって、拠点的な急性期病院や、地域で重点的に救急・急性期医療に対応する病院の機能について、次のような要素を含め、どのような要素を考慮することが考えられるか。
- ・救急搬送の受入件数
- ・全身麻酔の手術件数
- ・特に、人口の少ない二次医療圏や離島からなる二次医療圏において、当該医療機関が救急搬送件数の最も多い医療機関であること

拠点的な医療機関の評価の考え方について（イメージ）

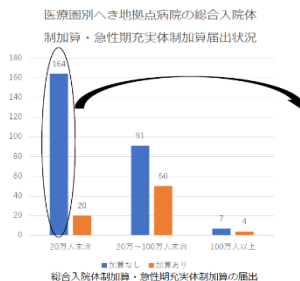
- 総合入院体制加算は、診療内容の総合性や手術等の実績等に応じて3区分に、急性期充実体制加算は、手術等の実績に応じて2区分に評価されている。
- これらの評価を統合する場合、総合性や集積性に応じた類型を設けることが考えられるのではないかな。
- また、人口の少ない二次医療圏で、一定の総合性・集積性を有し、救急医療等での地域での拠点的な役割が大きい医療機関については、拠点的な医療機関のうちの類型とすることが考えられるのではないかな。



- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算では、これまで様々な診療科を有する等の総合性や、手術件数が多い等の集積性の観点から評価しており、これらの加算を統合する場合には、こうした総合性や手術等の集積性を踏まえた類型を設けることについて、どのように考えるか。

- 人口20万人未満二次医療圏におけるへき地医療拠点病院では、その他の医療圏と比較して、総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院の割合が低い。
- 人口20万人未満医療圏の加算届出のない医療機関では、総合入院体制加算3の手術等の実働要件を満たせない医療機関であっても、へき地主要3事業や、救急搬送受入等により、地域を支えている医療機関がある。

人口20万人未満医療圏のへき地拠点病院
(総合入院体制加算・急性期充実体制加算の届出のない病院に限る)
における
へき地事業の実施や救急搬送受入等の状況



	総合入院体制加増3における手術等の実績比率 ^{※1}	
	実績結果を落とさない 医療機関 (n=135)	実績結果を落とす 医療機関 (n=29)
へき地事業を実施 ^{※2}	105 (78%)	24 (83%)
救急搬送2000件/年以上	12 (6%)	18 (52%)
全身麻酔手術800件/年以上	8 (9%)	15 (62%)

※1 総合入院体制化第3の手術等の実績基準率、以下の実績基準のうち2つ以上を満たすこと
 ○人工心臓を用いた手術及び人工心臓を使用しない心臓動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上
 ○心臓移植手術：400件/年以上
 ○心臓動脈手術：1000件/年以上
 ○心臓移植手術（左房動脈）：4,000件/年以上
 ○心臓動脈：1,000件/年以上
 ○左房動脈：100件/年以上
 （化学療法の実績基準の達成状況は国別の度数に換えてよい）

※2 近隣国境、医療資源、代位医療の状況のいずれかを考慮

出典：令和5年度「へき地医療の現況について」、DPCデータ（令和6年9月）

28

【ICU・HCU用 重症度、医療・看護必要度に係る指摘事項について】

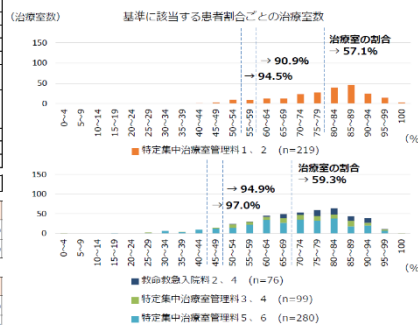
- 動脈圧測定（動脈ライン）、中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を現在の2点から1点へ引き下げた場合の試算結果

ICU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（2）

【特定集中治療室用】（パターン2）測定2項目を1点に変更、新たに3項目を導入

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	船舶に特定（船舶ライン）	なし	あり	-
2	ランニングホップの管理	なし	あり	-
3	中心静脈圧測定（中心静脈圧ライン）	なし	あり	-
4	人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6	細胞毒性薬剤（シクロフィタール）	なし	-	あり
7	特殊な治療等 (CHOP、IABP、PCPS、補脳人工心臓、ICP管理、ECMO、IMPELLA)	なし	-	あり
8	腎透析の管理	なし	-	あり
9	抗不整脈剤の使用（注射剤）	なし	-	あり
10	一時的ペースメーカー	なし	-	あり

施設	A 得点 2点以上			
基準に該当する患者割合の要件	5.5型	6型	8型	
特定集中治療室管理科 1、2	該当医療機関割合	94.5%	90.9%	57.1%
	該当治療室の患者割合	92.0%	89.7%	55.1%
基準に該当する患者割合の要件	4.5型	5型	7型	
特定急症入院科 2、4 特定集中治療室管理科 3～6	該当医療機関割合	97.0%	94.9%	58.6%
	該当治療室の患者割合	96.5%	94.4%	63.0%



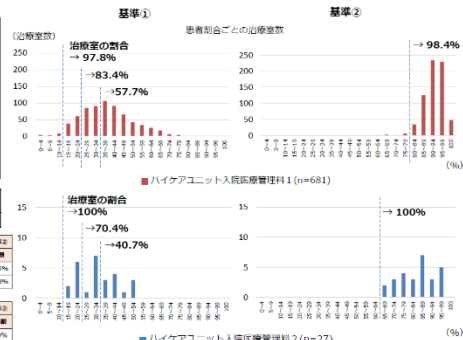
出典：DPCデータ（令和7年1月～3月）・グラフ中のパーセントの小数点以下は切り上げ。

HCU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（2）

【ハイケアユニット用】（パターン2）測定1項目を基準①から除外、新たに2項目を導入

A	モニタリング及び監視事項	基準値	基準値外
1	呼吸数の監視（異常値の発生を避ける）	○	○
2	脈数の監視（避ける）	○	○
3	呼吸数（40回/分）の増加及び人工呼吸装置の接続の異常を避ける	○	○
4	連続呼吸回数以上の管理（最大7日間）	○	○
5	動脈血圧（基準値）	○	○
6	心臓ペースメーカーの管理	○	○
7	血中酸素飽和度（血中酸素ライン）	○	○
8	人工呼吸器の管理	○	○
9	肺動脈血圧の監視	○	○
10	無動脈血圧計（スパンガンツカテール）	○	○
11	呼吸不全の管理 （CPAP、BAPAP、PCPAP、補助人工呼吸、ICP 等、COMO、BIPAP等）	○	○
12	腎臓透析の管理（計画）	○	○
13	一時的ヘパースポンジ	○	○

選挙区	2, 7, 8, 9, 10, 11, 12又は13のうち 1項目以上に該当			
選挙区	1～13のうち1項目以上に該当			
選挙区に該当する市町村議会議員	選挙区	選挙区	選挙区	選挙区
	1.5歳	2.5歳	3.5歳	4.5歳
ハイテクユニバーシティ 入国定住者権利1	選挙区に該当割合	97.8%	103.4%	57.7%
選挙区に該当する市町村議会議員	98.0%	103.3%	48.8%	93.8%
選挙区に該当する市町村議会議員	選挙区	選挙区	選挙区	選挙区
	1.5歳	2.5歳	3.5歳	4.5歳
ハイテクユニバーシティ 入国定住者権利2	選挙区に該当割合	100.0%	70.3%	40.7%
選挙区に該当する市町村議会議員	100.0%	57.3%	34.4%	100.0%

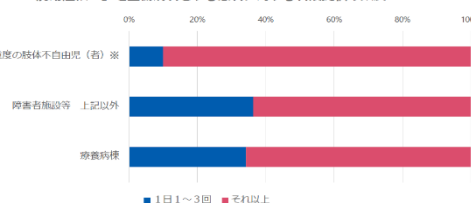


39

出典：DPCデータ（令和7年1月～3月）・パーセントの小数点以下は切り上げ

廃用症候群を主傷病とする患者の入院料・状態別の入院医療の状況

- 障害者施設等入院基本料を算定する「廃用症候群」が主傷病名の患者について、身体障害者障害程度等級表の1，2級以外の患者では療養病棟と看護提供の頻度の分布が類似しているのに対し、1，2級の患者においては、より頻回な看護提供を必要とする患者の割合が高かった。

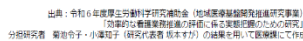
「**廃用症候群**」を主傷病名とする患者に対する看護提供の頻度

※ 身体障害者障害程度等級表の1、2級以外の患者

【廃用症候群を主傷病とする患者の入院料・状態別の入院医療の状況】

診調組 入-3
7 . 9 . 1 1

- 病棟業務の多職種連携に関する調査において各専門職が関与している業務と、その結果を踏まえ想定されるメリットは以下のとおり。



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟A～D票）を基に、医療課にて作成

3

- [illegible]

(※注) FIM20点未満の患者を除く

出典：DPCデータ 令和6年5月～10月及び、令和6年度入院・外来患者等における実態調査（病棟調査票（B票））

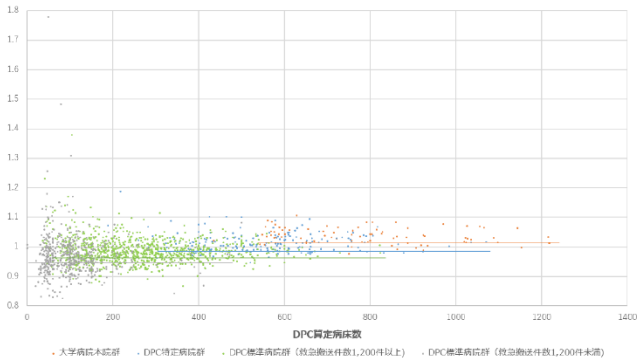
© 2026 NICHIIIGAKKAN CO., LTD. All rights reserved.

DPC病院群別包括点数に対する包括範囲出来高点数の比

診療組入 - 1
7. 9. 18

○ DPC標準病院群においても、救急搬送受入件数の多い病院ほど、包括点数に対する包括範囲出来高点数が高い傾向にある。

DPC算定病床数・包括点数に対する包括範囲出来高点数の比(直接法による補正※)



2022年10月～2023年9月DPCデータ
※ 各医療機関の症例構成をDPC対象病院の平均的な症例構成により補正したもの。

- 複雑性係数について、急性期入院医療を対象とするDPC制度において、患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでをより高く評価する観点から、1入院あたりの包括範囲出来高点数による現行の評価から、入院初期までの包括範囲出来高点数による評価へ移行することについて、どのように考えるか。

- 基礎係数について、DPC標準病院群のうち、救急搬送件数が年間1,200件未満の医療機関と、それ以上の医療機関で、DPC点数表に基づく包括評価点数と包括範囲出来高点数の比に乖離があること等を踏まえ、救急搬送件数等に基づき、基礎係数の評価を分けることについて、どのように考えるか。

現行の複雑性指数の評価方法における課題について

- 現行の複雑性指数は、「1入院当たりの包括範囲出来高点数」が高い診断群分類の患者数が多い場合に高い評価がなされる仕組みとなっている。
- そのため、1日当たりの包括範囲出来高点数は全DPCの平均未満であるが、平均在院日数が長いことにより、複雑性係数により高く評価される診断群分類が存在している。

複雑性指数の計算方法(再掲)

〔当該医療機関の包括範囲出来高点数(1入院当たり)を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数〕 / 〔全病院の平均1入院当たり包括点数〕

複雑性指数の計算例

DPC診断群分類の例	全DPC対象病院平均			
	一日当たり包括範囲出来高点数	平均在院日数	1入院当たり包括範囲出来高点数(複雑性係数に反映)	(参考)症例比率
040081x99x0xx 呼吸器肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	2,568	18.6	47,808	1.38%
050030x03030x 急性心筋梗塞(冠動脈性心臓病を含む。)、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等1なし、1あり 手術・処置等2 3あり 定義副病なし	3,276	13.8	43,452	0.06%
全DPC	2,840	10.5	29,874	—

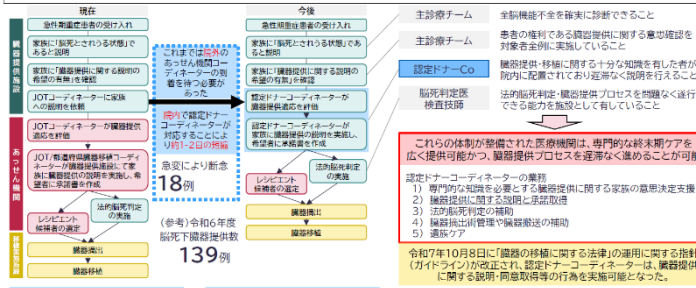
⇒「040081x99x0xx呼吸器肺炎 手術なし 手術・処置等2なし」の症例比率が100%の医療機関における複雑性係数は、 $47,808 / 29,874 = 1.60$ となる

2022年10月～2023年9月DPCデータ

認定ドナーコーディネーターの配置による利点

中 医 協 会 報 - 3
7. 10. 29改

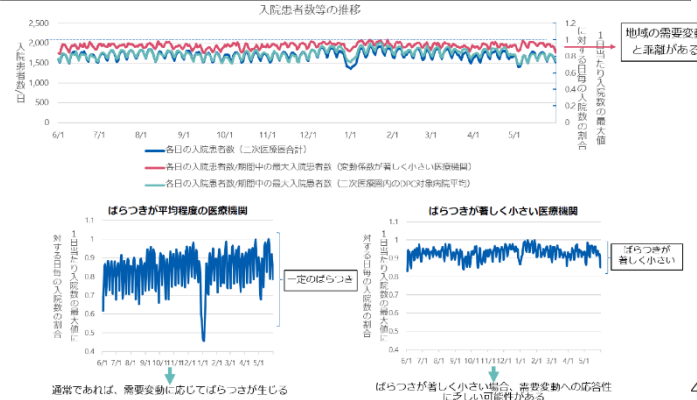
- 臓器提供においては、多大な人的資源の投入だけでなく、院外他職種との連携も必要となる。
- 令和7年10月8日の「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針(ガイドライン)の改正により、認定ドナーコーディネーターは、臓器提供に関する説明・同意取得等の行為を実施可能となった。
- 認定ドナーコーディネーターを院内に配置することにより、臓器提供の過程において、あつせん機関のコーディネーターの到着を待つ時間が短縮されることで、終末期における患者等の意思に基づく臓器提供の機会を確保できる可能性がある。



- 地域医療係数のうち体制評価指数について、認定ドナーコーディネーターを院内に配置することにより、患者の意思をより尊重し、脳死臓器提供機会の確保等に繋がることが期待されることを踏まえ、認定ドナーコーディネーターの配置を新たに体制評価指数により評価することについて、どのように考えるか。

1日当たり入院数の最大値に対する、毎日の入院数の割合の変動係数が小さい医療機関

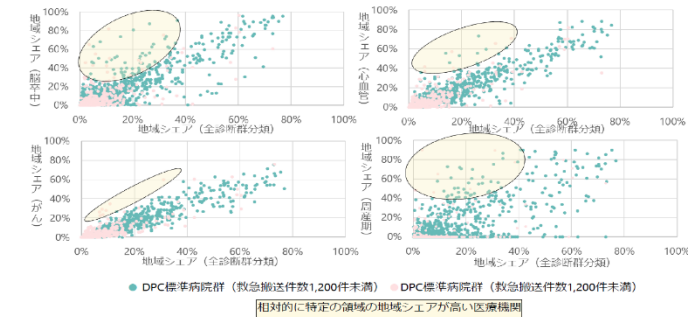
- 1日当たり入院数の最大値に対する、毎日の入院数の割合の変動係数が著しく小さい医療機関の中には、二次医療圏内の他医療機関と異なり、二次医療圏内の毎日の入院患者数の増減と異なる動きをする医療機関が存在する。
- このような医療機関については、地域の需要変動への応答性に乏しい可能性がある。



- また、地域の需要変動に柔軟に対応する体制の確保を促進する観点から、1日当たり入院数の最大値に対する、毎日の入院数の割合の変動係数が著しく低い医療機関に対する体制評価指数による評価のあり方について、どのように考えるか。

DPC標準病院群における地域シェア

- DPC標準病院群における、脳卒中、心血管、がん及び周産期領域毎の、各医療機関が所属する二次医療圏内のDPC対象病院の入院患者数に占める、当該医療機関の入院患者数の割合は以下のとおり。
- 全体として、全診断群分類の地域シェアと領域毎の地域シェアは正に相関しているが、救急搬送件数が年間1,200件未満で全診断群分類の地域シェアは低いものの、特定の領域の地域シェアが高い医療機関も存在する。



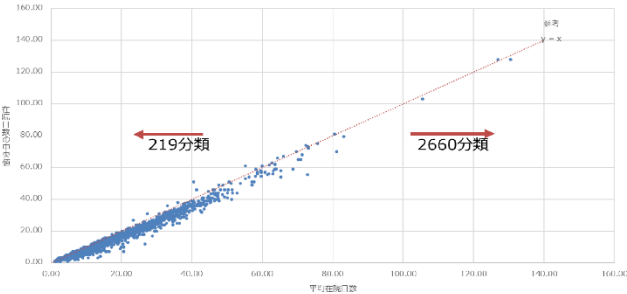
2022年10月～2023年9月DPCデータ（期中に再編のあった医療機関は除く）

- 地域医療係数のうち定量評価指数について、救急搬送件数が年間1,200件以上の医療機関の方が全診断群分類の地域シェアが高くなる傾向にあるが、全診断群分類の地域シェアは低いものの、脳卒中等の一部の領域で地域において重要な機能を果たしている医療機関が存在することを踏まえ、DPC対象病院が地域において果たす役割をより評価する観点から、単なる全診断群分類の地域シェアによる現行の評価から、領域毎の評価へ移行することや、定量評価指数の重み付けを見直すことについて、どのように考えるか。

平均在院日数と在院日数の中央値の関係

診療組入 - 2 参考
7 . 9 . 1 1

- DPC対象病院における、診断群分類ごとの平均在院日数と在院日数の中央値の関係は以下のとおり。
- 多くの診断群分類において、平均在院日数は在院日数の中央値を1回っている。



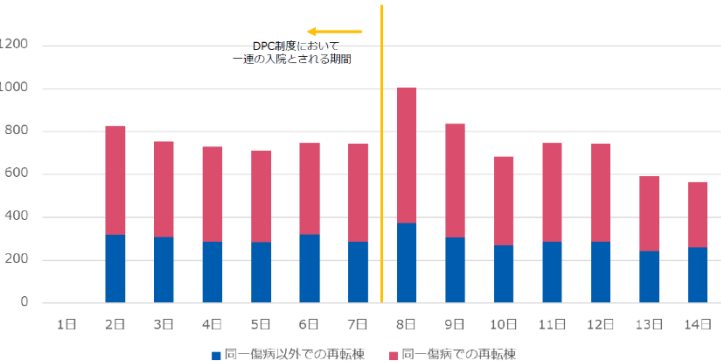
2022年10月～2023年9月DPCデータ
※散布図については全DPC対象病院における症例数が1,000以上の分類に限る。
分類数については全DPC対象病院における症例数が10以上の分類に限る。
DPC別在院日数又は包括範囲出来高実績点数が95%ile超のデータを除外

46

DPC制度における再転棟ルール

診療組入 - 2 参考
7 . 9 . 1 1

- DPC対象病院における、再転棟までの期間ごとの再転棟数の分布は以下のとおり。
- DPC制度において一連の入院とされる期間を超えた時点での再転棟が最も多い。



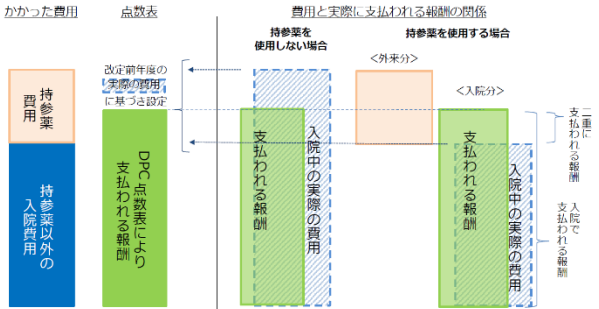
令和5年4月～令和6年3月DPCデータ
※ 15日目以降の再転棟については表示していない。また、再転棟調査の仕様上、DPC対象病棟からの退棟翌日の再転棟の数は0となる。

- 再転棟ルールについて、DPC制度を構成する医療機関の内訳が経時的に変化し、DPC算定病床以外の病床を有する医療機関の割合が増加したこと等を踏まえ、同一傷病による再転棟については、転棟後7日間を超える場合であっても、原則として一連の入院として扱うこととするについて、どのように考えるか。

持参薬の使用による診療報酬上の課題

診療組入 - 2 参考
7 . 9 . 1 1

- 診断群分類点数表は、改定前年度の出来高実績点数に基づき設定されるため、持参薬を使用する場合、入院中の出来高実績点数が見かけ上少なくなり、点数表により支払われる報酬額が減少する。
- そのため、原則として、入院下で必要な薬剤を処方した場合、点数表により支払われる報酬は、実際の費用※を上回ることとなる。
- 一方で、患者は、原則通り入院下で必要な薬剤を処方した場合の費用も含めた額を支払うため、持参薬を使用する患者にとっては、一部の費用を二重で負担していることとなる。

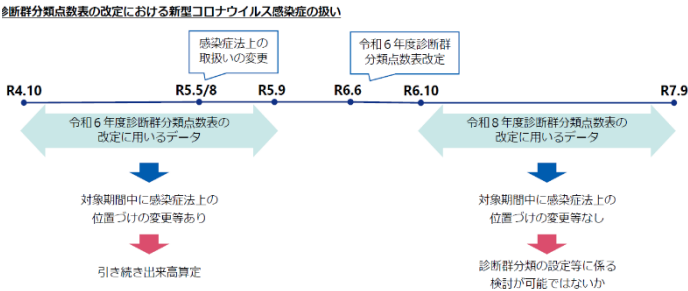


※ ここでの「実際の費用」は、FFファイルの積み上げによる出来高実績点数を算す

54

- 令和5年5月8日に新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5類感染症へと変更されており、令和8年度診療報酬改定における診断群分類点数表の改定に用いるデータの対象期間中には、感染症法上の位置づけの変更等がなかった点等を踏まえ、「MDC 毎の診断群分類見直し技術班」において、新型コロナウイルス感染症に係る診断群分類の検討を行うことについて、どのように考えるか。

- 新型コロナウイルス感染症について、令和6年度診療報酬改定における診断群分類点数表の改定にあたっては、改定に用いるデータの対象期間中（令和4年10月～令和5年9月）に、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等が行われており、入院診療の実態も大きく変化していると考えられたため、医療費請求名として新型コロナウイルス感染症が選択された患者については、引き続き出来高算定することとされた。（令和5年12月13日中医協総会承認）
- 令和8年度診療報酬改定における診断群分類点数表の改定にあたっては、改定に用いるデータの対象期間中（令和6年10月～令和7年9月）に新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等は行われていない。





2026年度診療報酬改定の基本方針決定

2025年12月9日、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において、2026年度診療報酬改定の基本方針が取りまとめられ、12月12日の中医協総会に提出されました。

まず、「改定に当たっての基本認識」として、次の4点を確認しています。

- (1) 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- (2) 2040 年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- (3) 医療の高度化や医療 DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- (4) 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

さらに、この基本認識を踏まえて、4つの視点と具体的な方向性が示され、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が「重点課題」に位置付けられています。

令和 8 年度診療報酬改定の基本方針の概要

中医協 総-1 - 1
7 . 1 2 . 1 2

改定に当たっての基本認識

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 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

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 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

【重点課題】

【具体的方向性】

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
 - ・医療従事者の処遇改善
 - ・業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進
 - ・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
 - ・医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策
 - ・診療報酬上求める基準の柔軟化

等

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性】

- 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
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- 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

等

(2) 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における

医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性】

- 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
- 「治し、支える医療」の実現
 - ・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
 - ・円滑な入退院の実現
 - ・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
- 医師の地域偏在対策の推進

等

(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

【具体的方向性】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 電子処方箋の活用や医師・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
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

等



2026年度診療報酬改定の本体改定率は 3.09%！！

政府は、2025年12月19日、2026年度診療報酬本体を3.09%引き上げることを、高市早苗首相、上野賢一郎厚労相、片山さつき財務相による協議で固め、12月24日の大臣折衝にて決定されました。内訳は以下の通りです。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001620952.pdf>



1. 診療報酬 +3.09%（2026年度及び2027の2年度平均。）

2026年度 +2.41%（国費2,348 億円程度（2026年度予算額。以下同じ。））、
2027年度 +3.77%）

（注）2026年6月施行

※1 うち、賃上げ分 +1.70%

※2 うち、物価対応分 +0.76%

※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09%。

入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）（患者負担については、原則40円/食、低所得者については所得区分等に応じて20円～30円/食）及び光熱水費基準額の引上げ（60円/日）（患者負担については、原則60円/日、指定難病患者等については据え置き）の措置を講じる

※4 うち、2024年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。

機能別分配	病院	+0.49%
	医科診療所	+0.10%
	歯科診療所	+0.02%
	保険薬局	+0.01%

機能別分配	病院	+0.40%
	医科診療所	+0.02%
	歯科診療所	+0.01%
	保険薬局	+0.01%

※5 うち、適正化、効率化（長期処方・リフィル処方）▲0.15%

後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化

※6 うち、※1～5を除く改定分 +0.25%

各科改定率	医科	+0.28%
	歯科	+0.31%
	調剤	+0.08%

2. 薬価等

薬価 ▲0.86% 材料価格 ▲0.01% 合計 ▲0.87%

（注）2026年4月施行（ただし、材料価格は2026年6月施行）

また、診療報酬制度・薬価に関連する事項として、次のような点も両大臣間で合意されました。

3. 診療報酬制度関連事項

- ① 2027年度における更なる調整及び2028年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- ① 令和8年度薬価制度改革及び令和9年度の薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる活用



高額療養費制度とOTCについて



2025年12月25日の社会保障審議会医療保険部会において高額療養費制度の見直しと、OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの在り方について審議されました。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67949.html

施行されるのは、それぞれ2026年8月以降となる見込みで、改定時ではありませんが、基本的な考え方の周知を行う必要があります。具体的な金額（限度額）や薬剤等については、医療保険制度改革全体の議論を踏まえて設定されると思われ、現段階ではまだ（案）としての発表ですが、審議された内容をお示しいたします。

高額療養費制度の見直しについて

所得区分	現行		R8.8～			R9.8～		
	月額上限	外来特例 (70歳以上)	月額上限	年間上限	外来特例 (70歳以上)	月額上限	年間上限	外来特例 (70歳以上)
約1,650万円～ (標額：127万円～)	252,600 + 1% <140,100>	—	270,300 + 1% <140,100>	1,680,000 (月額平均140,000)	—	342,000 + 1% <140,100>	1,680,000 (月額平均140,000)	—
約1,410～約1,650万円 (標額：103～121万円)						303,000 + 1% <140,100>		—
約1,160～約1,410万円 (標額：83～98万円)						270,300 + 1% <140,100>		—
約1,040～約1,160万円 (標額：71～79万円)	167,400 + 1% <93,000>	—	179,100 + 1% <93,000>	1,110,000 (月額平均92,500)	—	209,400 + 1% <93,000>	1,110,000 (月額平均92,500)	—
約950～約1,040万円 (標額：62～68万円)						194,400 + 1% <93,000>		—
約770～約950万円 (標額：53～59万円)						179,100 + 1% <93,000>		—
約650～約770万円 (標額：44～50万円)	80,100 + 1% <44,400>	—	85,800 + 1% <44,400>	530,000 (月額平均44,200)	—	110,400 + 1% <44,400>	530,000 (月額平均44,200)	—
約510～約650万円 (標額：36～41万円)						98,100 + 1% <44,400>		—
約370～約510万円 (標額：28～34万円)						85,800 + 1% <44,400>		—
約260～約370万円 (標額：20～26万円)	57,600 <44,400>	18,000 (年14.4万)	61,500 <44,400>	530,000 (月額平均44,200)	22,000 (年21.6万)	69,600 <44,400>	530,000 (月額平均44,200)	28,000 (年21.6万)
約200～約260万円 (標額：16～19万円)						65,400 <44,400>		28,000 (年21.6万)
～約200万円 (標額：～15万円)						61,500 <34,500>		22,000 (年21.6万)
非課税【70歳未満】	35,400 <24,600>	—	36,900 <24,600>	290,000 (月額平均24,200)	—	36,900 <24,600>	290,000 (月額平均24,200)	—
非課税【70歳以上】	24,600	8,000	25,700 <24,600>	290,000 (月額平均24,200)	11,000 (年9.6万)	25,700 <24,600>	290,000 (月額平均24,200)	13,000 (年9.6万)
一定所得以下【70歳以上】	15,000	8,000	15,700	180,000 (月額平均15,000)	8,000	15,700	180,000 (月額平均15,000)	8,000

(※1) 「～約200万円（標額：～15万円）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。

(※2) 外来特例の対象年齢については、「強い経済」を実現する総合経済対策（令和7年11月21日閣議決定）において、「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」について、「令和7年度中に具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する」とされていることも踏まえ、高齢者の窓口負担の見直しと併せて具体案を検討し、一定の結論を得る。

【見直しのポイント】

(1) 長期療養者への配慮

1. 多数回該当の金額を据え置き

－ 長期に継続して治療を受けられている方の経済的負担を増加させない。

2. 「年間上限」の導入

－ 多数回該当に該当しない長期療養者の経済的負担にも配慮する観点から、新たに「年間上限」を導入。これにより、月単位の「限度額」に到達しない方であっても、「年間上限」に達した場合には、当該年においてそれ以上の負担は不要となる。

(2) 低所得者への配慮

- 住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げる。
- 外来特例の限度額引上げの際、「住民税非課税区分」に外来年間上限を導入し、年間の最大自己負担額（12ヶ月限度額を負担される方の負担額）を現在よりも増加させない。

OTC類似薬の保険給付の見直し【政調会長間合意（令和7年12月19日）】

○ 別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みの創設

趣旨： ①医療用医薬品の給付を受ける患者とOTC医薬品で対応している患者との公平性の確保
②現役世代の保険料負担の軽減

見直し内容： 他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、長期収載品で求めているような別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設し、令和8年度中に実施。【法改正事項】

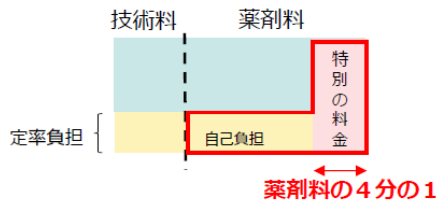
○ 特別の料金の対象となる医薬品の範囲・特別の料金の設定

対象医薬品の範囲： 77成分（※）（約1,100品目）

（※）OTC医薬品と成分・投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品を機械的に選択。

特別の料金： 対象薬剤の薬剤費の1/4

セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、令和9年度以降に対象となる医薬品の範囲の拡大や特別な料金の引き上げについて検討。



○ 配慮が必要な者（特別の料金を求めない方）

こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討。

1

特別の料金の対象となる医薬品の範囲について

今般の見直しで、特別の料金の対象となる医薬品は、OTC医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品であり、下記の数字は機械的に選定したもの。

○ 成分数77

○ 品目数約1,100

○ 主な対応症状

- ・鼻炎（内服・点鼻）
- ・胃痛・胸やけ
- ・便秘
- ・解熱・痛み止め
- ・風邪症状全般
- ・腰痛・肩こり（外用）
- ・みずむし
- ・殺菌・消毒
- ・口内炎
- ・おでき・ふきでもの
- ・皮膚のかゆみ・乾燥肌等



No.	有効成分	用途	No.	有効成分	用途
1	アシクロビル	抗ウイルス薬	40	デキサメタゾン	ステロイド
2	アシタザナラスト水和物	抗アレルギー薬	41	テルピナフィン塩酸塩	抗真菌薬
3	アスコルビン酸	ビタミン剤	42	トコフェロール酢酸エステル	ビタミン剤
4	アンモニア水	鎮痛鎮痒収斂消炎剤	43	トリアムシノロンアセトニド	口内炎・舌炎薬
5	イソコナゾール硝酸塩	抗真菌薬	44	尿素	皮膚軟化剤
6	イソプロパノール	殺菌消毒剤	45	白色ワセリン	軟膏基剤
7	イトブリド塩酸塩	胃薬	46	ハチミツ	矯味剤
8	イブプロフェン	非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）	47	ピコスルファートナトリウム水和物	緩下剤
9	イブプロフェンピコノール	非ステロイド系消炎鎮痛剤	48	ピサコジル	便秘薬
10	インドメタシン	鎮痛消炎剤	49	ピダラビン	抗ウイルス薬
11	エタノール	殺菌消毒剤	50	ヒドロコルチゾン酪酸エステル	ステロイド
12	エピナスチン塩酸塩	抗アレルギー薬	51	フェキシフェナジン塩酸塩	抗アレルギー薬
13	Ｌ－カルボシステイン	去痰薬	52	フェキシフェナジン塩酸塩・塩酸プソイドエフェドリン	抗アレルギー薬
14	塩酸テトラヒドロゾリン・プレドニゾン	点鼻用血管収縮剤	53	フェルピナク	非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）
15	オキシコナゾール硝酸塩	抗真菌薬	54	ブテナフィン塩酸塩	抗真菌薬
16	オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン	抗生物質・副腎皮質ホルモン配合剤	55	複方ヨード・グリセリン	口腔用殺菌消毒剤
17	オキシドール	殺菌消毒剤	56	ブドウ酒	滋養強壮薬
18	オリブ油	皮膚保護剤	57	フラボキサート塩酸塩	頻尿・残尿感薬
19	希ヨードチンキ	殺菌消毒剤	58	フルチカゾンプロピオン酸エステル	ステロイド
20	クロトリマゾール	抗真菌薬	59	プレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステル	ステロイド
21	クロラムフェニコール	抗生物質	60	ベタメタゾン吉草酸エステル	ステロイド
22	クロラムフェニコール・フラジオマイシン硫酸塩・プレドニゾン	抗生物質	61	ベタメタゾン吉草酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩	ステロイド
23	クロルヘキシジングルコン酸塩	殺菌消毒剤	62	ヘパリン類似物質	血行促進・皮膚保湿剤
24	ケチフェンフマル酸塩	抗アレルギー薬	63	ベポタスチンベシル酸塩	抗アレルギー薬
25	サリチルアミド・アセトアミノフェン・無水カフェイン・プロメタジンメチレンジサリチル酸塩	総合感冒剤	64	ベミロラステカリウム	抗アレルギー薬
26	サリチル酸	寄生性皮膚疾患剤	65	ベルベリン塩化物水和物・ゲンノショウコエキス	止瀉剤
27	サリチル酸メチル・dl-カンフル・トウガラシエキス	鎮痛消炎剤	66	ベンザルコニウム塩化物	殺菌消毒剤
28	サリチル酸メチル・l-メントール・dl-カンフル	鎮痛消炎剤	67	ホウ砂	眼科用剤
29	サリチル酸メチル・l-メントール・dl-カンフル・グリチルレチン酸	鎮痛消炎剤	68	ホウ酸	眼洗浄・消毒薬
30	酸化マグネシウム	制酸・緩下剤	69	ポビドンヨード	殺菌消毒剤
31	酸化亜鉛	収れん・消炎・保護剤	70	ポリエンホスファチジルコリン	高脂血症薬
32	次亜塩素酸ナトリウム	殺菌消毒剤	71	マルツエキス	乳幼児用便秘薬
33	ジクロフェナクナトリウム	非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）	72	ミコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
34	消毒用エタノール	殺菌消毒剤	73	無水エタノール	殺菌消毒剤
35	静脈血管叢エキス	痔治療薬	74	モメタゾンフランカルボン酸エステル水和物	アレルギー性鼻炎治療薬
36	精製水	溶解剤	75	ヨウ素	殺菌消毒剤
37	炭酸水素ナトリウム	胃腸薬	76	ロキソプロフェンナトリウム水和物	解熱消炎鎮痛剤
38	沈降炭酸カルシウム・コレカルシフェロール・炭酸マグネシウム	カルシウム配合剤	77	ロラタジン	抗アレルギー薬
39	チンク油	消炎薬			