

NICHII 医事ニュース

2025年11月11日

発行
第431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

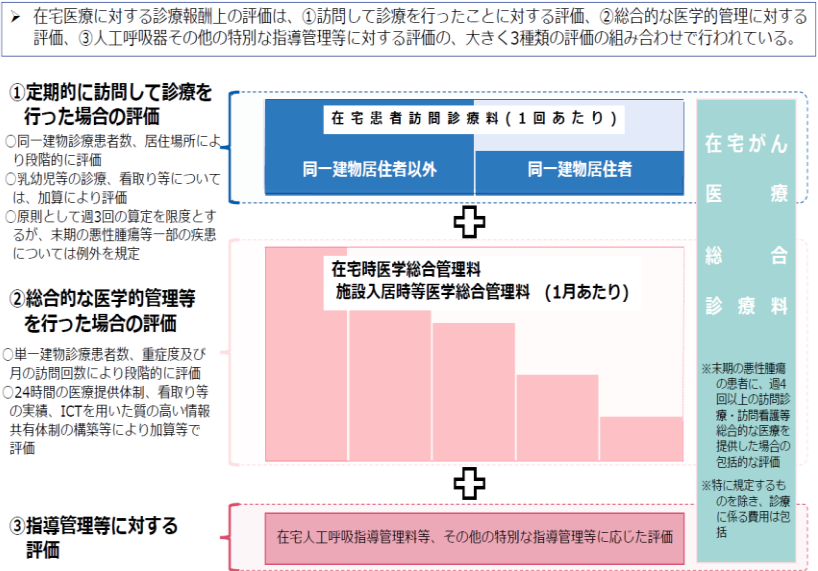
今月のピックアップ

2026年診療報酬改定の方向性（その4）～中医協総会資料より～

2025年8月27日～10月24日までの中医協総会の資料から、在宅、外来、入院、その他の事項を抜粋してお示しいたします。10月1日のまとめ事項に関しては前月号の9月25日の分科会の資料でお示していますのでご参照ください。

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615回）2025年8月27日 在宅について（その1） https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001548628.pdf	
中央社会保険医療協議会 総会（第618回）2025年10月1日 在宅について（その2） https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001571795.pdf	
中央社会保険医療協議会 総会（第619回）2025年10月8日 入院について（その2） https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001575874.pdf	
中央社会保険医療協議会 総会（第621回）2025年10月17日 外来について（その2） https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001580362.pdf	
中央社会保険医療協議会 総会（第621回）2025年10月17日 個別事項について（その1）後発医薬品・バイオ後続品の使用体制、服用薬剤調整支援等の評価 https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001581110.pdf	
中央社会保険医療協議会 総会（第622回）2025年10月24日 個別事項について（その2）精神医療① https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001585316.pdf	

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）



※上記に加え、検査、処置、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

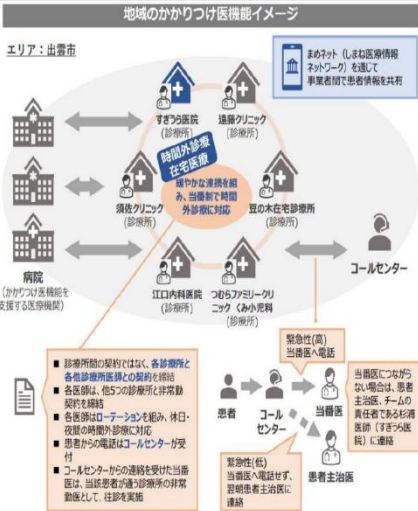
在宅について

- 在宅医療に係る医療費は、全体として増加傾向である。
- 診療所において診療科ごとに比較すると、精神科、小児科、耳鼻いんこう科では増加傾向が著しい一方で、産婦人科、眼科では減少傾向である。
- 在宅診療1回あたりの算定額は、全体として横ばいである。
- 診療所において診療科ごとに比較すると、精神科、小児科で特に増加傾向である。
- 在宅診療の回数は、全体として増加傾向である。
- 診療所において診療科ごとに比較すると、精神科、小児科、耳鼻いんこう科で特に増加傾向である。

質の高い訪問診療・往診等を必要十分な量提供する観点から、訪問診療・往診等に係る診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

在宅医療提供診療所同士のICTを用いた平時からの情報連携事例

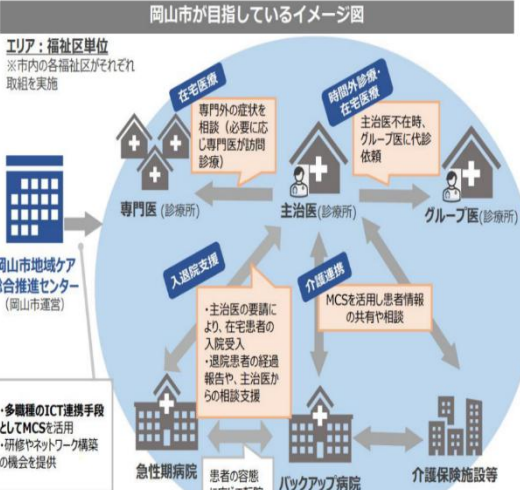
- 在宅医療を提供する診療所同士が医療情報ネットワークを活用することで平時からの医療情報等の共有体制を構築し、当番制で休日・時間外対応を行うなど、円滑に24時間往診体制を構築している事例がある。



出典：かかりつけ医機能に関する取組事例集（第1版）

在宅医療提供機関と緊急時の入院受け入れ病院とのICTを用いた平時からの情報連携事例

- 在宅医療を提供する医療機関が、緊急時の入院受け入れ病院及び介護保険施設等とICTを用いて平時から患者情報の共有を行うことで、円滑な入院受入相談等を行うための連携体制を構築している事例がある。



出典：かかりつけ医機能に関する取組事例集（第1版）

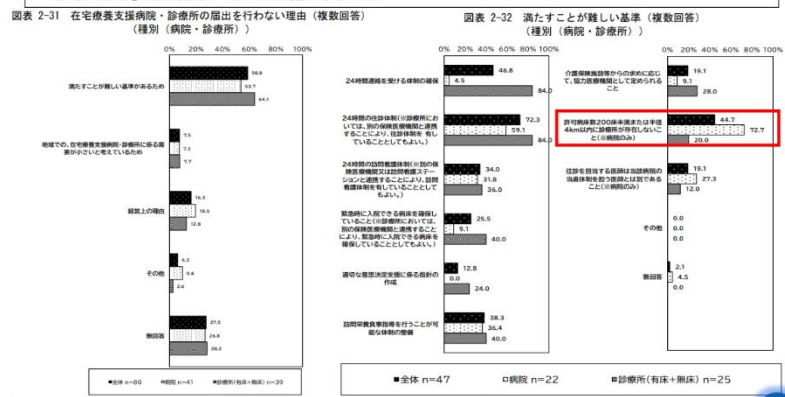
- ICTを用いて平時から患者情報の共有を行うことで、在宅医療提供機関や、緊急時の入院受け入れ病院及び介護保険施設等との連携体制を構築している事例があり、令和6年度診療報酬改定においても医療機関と介護保険施設の実行性のある連携体制の構築を推進する観点から、協力医療機関が往診や入院受入を行う場合の加算が新設されたが、算定医療機関数は約400施設であった。

- 地域を面で支える在宅医療提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援診療所・病院のあり方、在宅医療情報連携加算を基礎とするICTを用いた情報連携、協力医療機関による介護保険施設との連携体制等について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

- 在宅療養支援病院になるに当たって満たすことが難しい基準として、病院の72.7%が「許可病床数200床未満または半径4km以内に診療所が存在しないこと」と回答し、最多であった。

在宅療養支援病院になるに当たって、満たすことが難しい基準

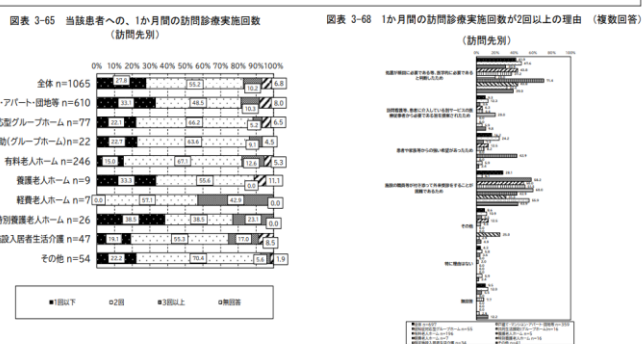
- 在宅療養支援診療所・病院の届出を行わない理由は、病院・診療所ともに「満たすことが難しい基準があるため」が58.8%と最も多かった。
- また、満たすことが難しい基準は、診療所の84.0%が「24時間連絡を受ける体制の確保」又は「24時間の往診体制」と回答し、病院の72.7%が「許可病床数200床未満または半径4km以内に診療所が存在しないこと」と回答し、それぞれ最多であった。



- 在宅療養支援診療所及び病院は、在宅医療において積極的役割を担う医療機関としての役割が期待されるところ、地域の在宅医療提供の中核として、十分な在宅医療を提供する医師を配置しながら、在宅看取り等の十分な実績、地域の重症患者への訪問診療の提供、他の在宅医療機関の支援機能及び医育機能について併せ持つ在宅医療機関を評価することについて、どのように考えるか。併せて、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算をこうした評価に統合することについて、どのように考えるか。

月当たりの訪問診療回数とその理由について

- 患者の居住場所ごとの1か月間の訪問診療回数は、戸建て・マンション・アパート・団地等では48.5%が、有料老人ホームでは67.1%が「月2回」と最多であった。
- 訪問診療実施回数が2回以上の理由について、患者の居住場所が戸建て・マンション・アパート・団地等の場合は、「処置が頻回に必要である等、医学的に必要であると判断したため」が47.6%と最も多く、有料老人ホームの場合は「施設の職員等が付き添って外来受診をすることが困難であるため」が51.5%と最も多かった。



- 患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点から、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価について、在宅医療を提供している患者のうち、要介護度が低い在宅医療を継続している患者等の割合等を勘案した評価を行うことについて、どのように考えるか。

- 在宅療養者の介護者(家族等)は、「何をどれくらい食べさせたら良いのか分からない」「食べてくれず食事が少ない」などの困りごとがあり、管理栄養士の食支援により食事作りの負担が改善したとの報告がある。
- 退院直後の在宅療養支援として、医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた医療機関が退院直後に行う看護師等による訪問指導が評価されている。

在宅療養介護者の食に関する困りごとと管理栄養士による食支援の実態

- 在宅療養者の介護者(家族等)は、「何をどれくらい食べさせたら良いのか分からない」「食べてくれず食事が少ない」などの困りごとがあり、管理栄養士の食支援により食事作りの負担が改善したとの報告がある。

在宅療養者の介護者の食に関する困りごとと管理栄養士の食支援により食事作りの負担が改善した理由

項目	人数	理由	回答人数
食に関する介護者の困りごと (複数回答可)	139	何をどれくらい食べさせたら良いのか分からない	49
		食べてくれず食事が少ない	45
		むせ込みがある	32
		適切な食事形態が作れない	31
		誤嚥しやすい	23
		食に関する多くの悩みが解決しない	14
		食べないことへの不安	7
		時間がかかる場下調整食は作れない	7
		治療食の作り方が分からない	3
		下痢	2
		食事にかかる時間	1
		実践的な調理指導が受けられた	80
		栄養に関する情報提供や相談ができた	67
管理栄養士の食支援により介護者の食事作りの負担が改善した理由 (複数回答可)	145	市販品の利用方法や栄養指導が受けられた	65
		レシピ提案により、場下調整食の作れるレシピが増えた	27
		介護者の食に関する悩みが無くなった	27
		食事作りが楽になった	16
		食事が増えた	10

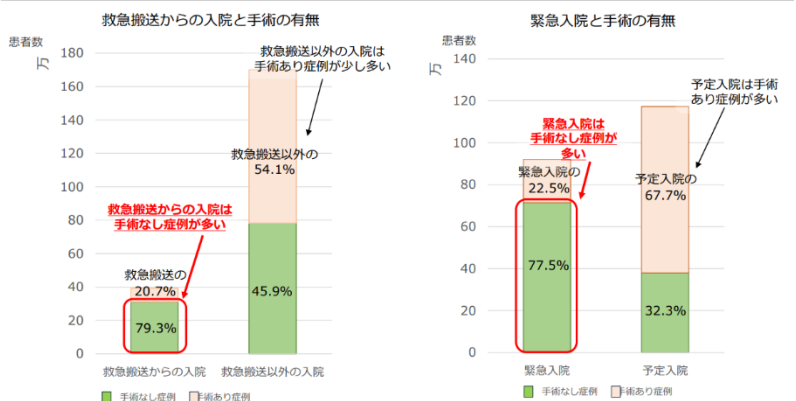
出典：中村ら、終末期の在宅療養者に対する在宅訪問栄養食事指導の介入効果の検討、日本在宅医療学会雑誌第4巻第3号 P19-27 (2023年)

- 入院中に栄養法が大きく変わった患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間に退院支援や居宅療養管理指導との連携のため入院医療機関から行う訪問栄養食事指導を評価することについて、どのように考えるか。

救急搬送からの入院や緊急入院に占める手術なし症例の割合

診調組 入-3
7. 9. 11改

○ 救急搬送からの入院や緊急入院の約8割を手術なし症例が占める。



出典：2024年10月～12月DPCデータ（期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した症例（非転院・転院症例）を対象として、手術に係るKコードの算定がある症例を手術あり症例、それ以外を手術なし症例と分類し、救急搬送、緊急入院におけるそれぞれの症例の割合を示した。）

- 重症度、医療・看護必要度について、手術なし症例が救急搬送による入院の多くを占めること、手術なし症例は、救急搬送入院した場合であっても、A・C項目の基準該当割合が手術あり症例と比較して低いこと等を踏まえ、手術なし症例や救急搬送後の症例における、密度の高い医学的管理の適切な評価を図る観点から、重症度、医療・看護必要度の評価について、どのように考えるか。

重症度、医療・看護必要度

- 急性期一般入院料1における重症度、医療・看護必要度基準該当割合をみると、救急搬送入院の手術なし症例が最も低く、非救急搬送入院の手術あり症例が最も高かった。
- 救急搬送からの入院や緊急入院の約8割を手術なし症例が占めていた。
- 重症度、医療・看護必要度における救急搬送後の患者の評価については、該当期間を長く設定した場合には入院日数の延長の誘引となり得る課題がある一方、令和6年度診療報酬改定により該当期間を短縮した後は、手術なし症例が評価されにくいとの課題が指摘されている。
- 1床当たり救急搬送件数や、協力対象施設入所者入院加算の算定回数との合算件数が多いほど、手術なし症例を比較的多く受け入れている病院の割合が高かった。

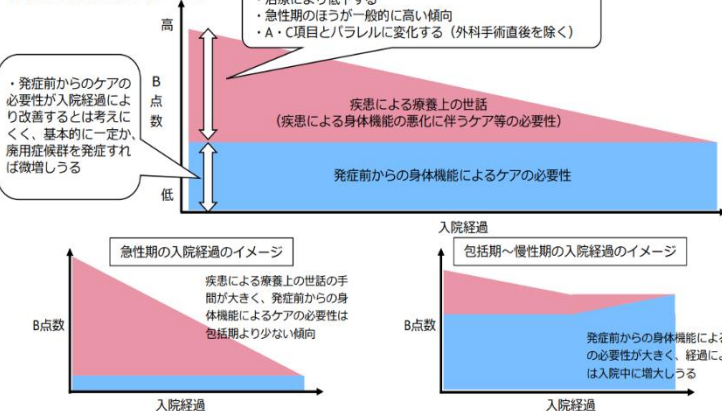
- B得点是要介護度が高いほど高くなり、要介護4～5では入院時と退院時で分布の変化がほとんどみられなかった。
- 7日後にB得点が同程度である患者の割合は、対象手術なし症例では入院4日目に約7割、対象手術実施症例では術後7日目に同様に約7割であった。
- 手術なし症例の入院4日目以降、また手術あり症例の入院7日目以降は、重症度、医療・看護必要度について、B点数が変わらない患者の割合は6～7割程度であった。

分析結果に基づくB点数のイメージ

診調組 入-3
7. 9. 11改

- B項目について入院患者全体の傾向をみた場合、①入院時と退院時で点数の変化があまり見られない②入院4日目、術後7日目以降は変化が少くない患者の割合が約7割に収束する、といった傾向がみられた。
- B項目は、疾患によって悪化した身体機能によるケアの必要性と、発症前からの身体機能によるケアの必要性の双方を反映した指標であると考えられる。

【B項目の構成要素のイメージ】



- B項目は、主に医学的管理の必要性を示すA、C項目とは異なり、主に療養上の世話に関する必要性を測るための指標であり、個人ごとに毎日測定されているが、報酬算定上は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で、月ごとに用いられている。こうしたことを踏まえ、診療報酬評価における有用性や、B項目測定に係る負担軽減の観点について、どのように考えるか。
- 急性期一般入院料1や7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟）等）では、重症度、医療・看護必要度のB項目が評価基準の対象から削除されたものの、A・D・Lの改善状況等の把握のために、引き続き測定を継続することとなっている。測定の意義や負担を踏まえ、施設基準において求める測定のあり方をどのように考えるか。

総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 の主な施設基準

診療組 入-1
7. 9. 18

- 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 は救命救急センター等の救急の体制整備や全身麻酔手術件数等で共通する基準があるほか、総合的な診療体制については総合入院体制加算 1 でのみ求められる施設基準があり、手術実績等については、急性期充実体制加算 1 でのみ求められる施設基準がある。
- 加算の対象となる14日間で算定できる点数の総額は、総合入院体制加算 1 は急性期充実体制加算 1 と比較して低くなっている。

	総合入院体制加算 1 14日間 計3640点	急性期充実体制加算 1 14日間 計4240点
	総合入院体制加算 1 のみの施設基準	急性期充実体制加算 1 のみの施設基準
救急・手術	救急・手術 ・ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 ・ 心臓胸部大血管手術(※)：40件/年以上	救急・手術 ・ 緊急手術350件/年以上 ・ 消化管内視鏡手術：600件/年以上 ・ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術：400件/年以上 ・ 心臓カテーテル法手術：200件/年以上 ・ 心臓胸部大血管手術(※)：100件/年以上
総合的な診療体制等	総合的な診療体制等 ・ 内科、外科、整形外科、脳外科、精神科、小児科、産科(産婦人科)の標榜と入院医療の提供 ・ 分娩件数：100件/年以上 ・ 放射線治療：4000件/年以上 ・ 精神科の24時間対応体制+入院受入体制	総合的な診療体制等 ・ 化学療法：1000件/年以上(急性期充実体制加算では外来腫瘍化学療法診療科1の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が6割以上) ・ 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制 ・ 感染対策向上加算 1 ・ 精神科リエンチーム加算又は認知症ケア加算 1若しくは2の届出
その他の施設基準	その他の施設基準 ・ 病院の医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制を整備している ・ 重症度、医療・看護必要度II：3割2分以上(1：3割3分以上)	その他の施設基準 ・ 急性期一般入院料1の届出 ・ 特定集中治療室管理料等の届出 ・ 救急処置に際する取組 ・ 一般病棟における平均在院日数が14日以内 ・ 一般病棟の退院患者の一般病棟以外への転搬が1割未満 ・ 入院支援加算 1又は2の届出 ・ 一般病棟の病床数の合計が、許可病床数の総数から精神科入院基本料等を除いた病床数の9割以上 ・ 院内迅速対応チームの設置等

注 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 の主な施設基準を抜粋したものであり、全ての基準を記載しているものではない。
※ 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 では対象となる手術等が異なる。

58

- 急性期の拠点的な機能を評価している総合入院体制加算と急性期充実体制加算では、類似しているが異なる施設基準が設定されている等、複雑な評価となっているが、それらの評価の趣旨や地域医療における意義を踏まえ、類似した二つの評価体系がある現状と、その評価のあり方についてどう考えるか。

統合する流れとなった

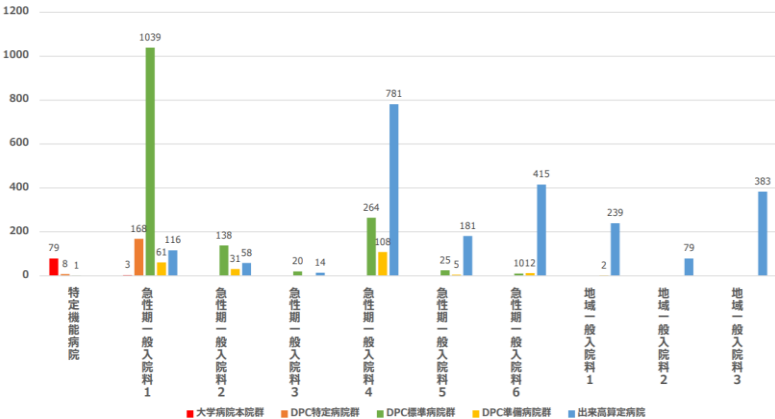
DPC制度

一般病棟入院基本料とDPC算定病院について

診療組 入-2
7. 7. 3

- 急性期一般入院料 1 を算定する医療機関の約 9 割は、DPC算定病院である。
- DPC算定病院の約 9 割は、急性期一般入院料 1 ～ 4 を算定する医療機関であり、約 7 割は急性期一般入院料 1 を算定する医療機関である。

一般病棟入院基本料等を算定する医療機関数 (DPC区分別)



出典：2024年9月DPCデータ

78

- 「DPC算定可能病床」を有する医療機関のうち、約1,800の医療機関は、DPC制度に参加しておらず、これらの医療機関の大半は、DPC算定可能病床数が100床未満の医療機関である。
- 急性期一般入院料 1 を算定する医療機関の約 9 割は、DPC算定病院である。また、DPC算定病院の約 9 割は、急性期一般入院料 1 ～ 4 を算定する医療機関であり、約 7 割は急性期一般入院料 1 を算定する医療機関である。

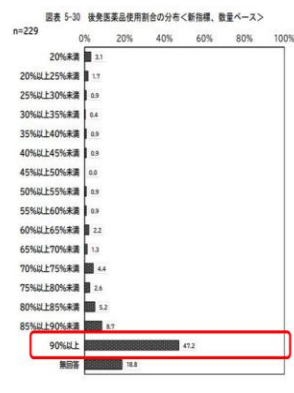
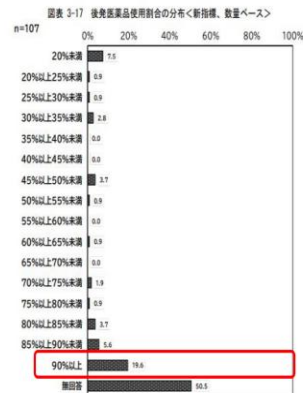
- DPC制度では、診断群分類に基づく1日あたり包括払いによって、急性期入院医療の標準化等を促すとともに、機能評価係数IIによって、各病院が目指すべき医療や地域の実情に応じて求められる機能を評価してきたことを踏まえ、急性期一般入院料の評価方法とDPC制度の対象範囲の関係性の観点から、急性期における病院の機能や特性を踏まえた急性期入院医療の評価のあり方について、どのように考えるか。

医療機関における後発医薬品使用割合

○ 令和6年11月(1か月間)の後発医薬品使用割合は、診療所、病院いずれも、「90%以上」という回答が最も多いが、平均値は診療所は66.5%、病院は82.0%であった。

令和6年度調査(診療所票) 図表3-17-18

令和6年度調査(病院票) 図表5-30・31



図表 3-18 後発医薬品使用割合(新指標、数量ベース)

	調査数(件)	平均値	標準偏差	中央値
後発医薬品使用割合(新指標、数量ベース)	53	66.5	24.3	85.3

図表 5-31 後発医薬品使用割合(新指標、数量ベース)

	調査数(件)	平均値	標準偏差	中央値
後発医薬品使用割合(新指標、数量ベース)	181	82.0	22.5	91.85

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6年度調査)

12

後発医薬品

医薬品の供給状況について

● 医療用医薬品全体に占める限定出荷品目・供給停止品目の割合は、未だ約12% (薬価削除予定品目除く) であり、病院・診療所・保険薬局における業務量変化についての令和6年度調査結果は、令和5年度11月と比べて、いずれにおいても「変わらない」と「悪化した」の合計が9割近くを占めており、後発医薬品を高い割合で提供し続ける体制を維持する負担が保険医療機関・保険薬局には生じている。

医薬品の提供体制における取組について

● 後発医薬品を中心に供給不安の訴えが多い中、流通関係者が遵守すべきガイドラインが策定・改定されているところ。流通改善のためには、流通関係者である保険医療機関・保険薬局の取組も欠かせないところであり、具体的な留意点がガイドラインに明記されている。

保険医療機関においては、後発医薬品の使用割合の平均値は病院が82.0%、診療所が66.5%である中、後発医薬品提供体制に係る診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

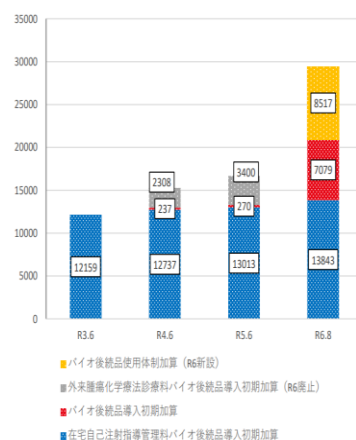
バイオ後続品

- バイオ後続品使用推進に係る加算の算定状況は増加している。
- 令和6年新設のバイオ後続品使用体制加算の算定施設においては、バイオ後続品の使用件数が増加したと答えた施設の割合が高かった。
- バイオ後続品導入初期加算の対象となっていない成分の中には、置換え率が低いものがある。

バイオ後続品推進に関する加算の算定状況

- バイオ後続品使用推進に係る加算の算定状況は、下記のとおり、増加している。
- バイオ後続品導入初期加算の新設により病院全体でバイオ後続品の使用件数は増加している。

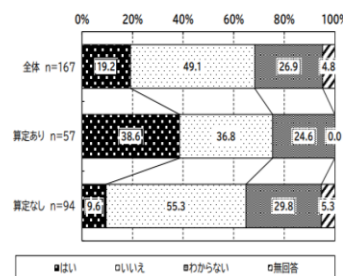
■ バイオ後続品推進に関する加算の算定状況



■ バイオ後続品使用体制加算新設による

バイオ後続品の使用件数の増加の有無

令和6年度調査(病院票) 図表5-54

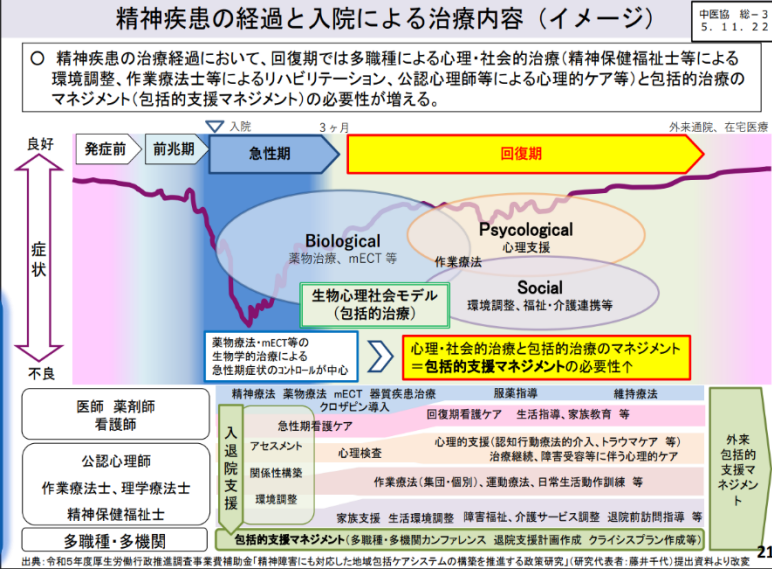


- バイオ後続品の使用を促進することとしていところ、「保険医療機関および保険医療費担当規則」(療担規則) 及び「保険薬局及び保険薬剤師療費担当規則」(薬担規則) におけるバイオ後続品に係る記載が現在ないことについて、どのように考えるか。
- バイオ後続品の使用を促進する観点から、保険医療機関等における体制整備等について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

- 精神科病院において従事している多職種（特に精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師）の数は増加傾向であり、多職種配置が要件になっていない精神病棟入院基本料等においても、多職種（精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師）を病棟配置している医療機関が一定程度みられた。

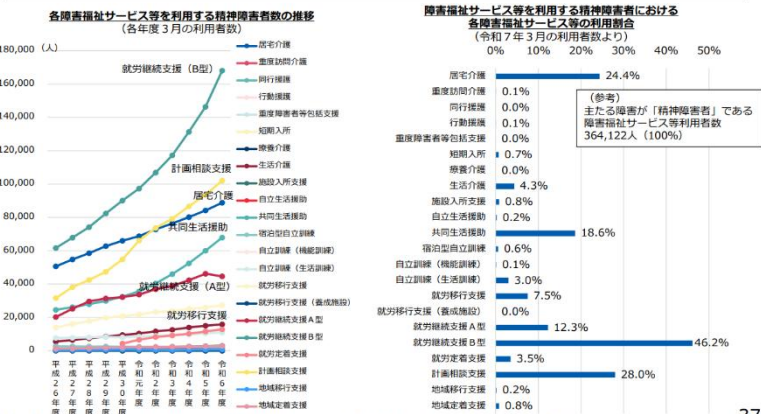
- 質の高い精神医療の提供のために、急性期の入院料においても、各医療機関・病棟の入院患者のニーズに応じ、看護職員だけでなく、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師をより柔軟に配置できるようにすることについてどう考えるか。

精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）



精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況

- 障害福祉サービス等は年々充実が進んでおり、例えば居住系支援である共同生活援助の利用者は増加傾向である。



- 精神科病院の病床数と施設数について、200床台の医療機関数は横ばいであり、精神科病院の利益率について、病床数が少ないほど利益率が低下しており、200床以上の医療機関が病床削減を躊躇する一因となっていることが考えられる。
- 障害福祉サービス等は年々充実が進んでおり、例えば居住系支援である共同生活援助の利用者は増加傾向である。さらに、精神医療を提供する保険医療機関のうち、同一法人又は関連法人が障害福祉サービスを提供している保険医療機関が、一定程度存在した。

- 精神病床に入院する患者数は減少傾向であり、病床の削減が進む一方で、小規模の精神科病院は運営が困難であること等を踏まえ、病床数を削減する取り組みを行っている等の小規模医療機関が、質の高い入院医療、地域生活に係る外来医療の提供や障害福祉サービスの提供等を行うことの評価についてどのように考えるか。

- 入院医療に比して外来医療の規模が大きい病院の方が、入院患者に占める1年以上の長期入院患者の割合が少ない傾向がある。
- 地域定着への取組を評価した精神科入退院支援加算及び療養生活継続支援加算の算定や、公認心理師の外来配置の有無別に、精神病床における在宅復帰率や平均在院日数をみると、いずれも取り組みを行っている医療機関の方が在宅復帰率が高く、平均在院日数が短かった。

- 長期入院患者に対する地域移行に係る取組をさらに推進する必要があること等を踏まえ、人員配置基準の低い精神病棟入院基本料等の評価をどのように考えるか。

地域定着への取組状況と精神病床の在宅復帰率等

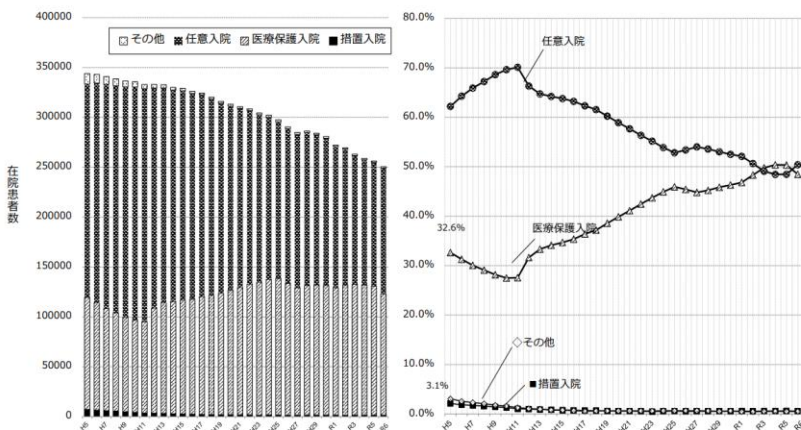
- 地域定着への取組を評価した精神科入退院支援加算及び療養生活継続支援加算の算定や、公認心理師の外来配置の有無別に、精神病床における在宅復帰率や平均在院日数をみると、いずれも取り組みを行っている医療機関の方が在宅復帰率が高く、平均在院日数が短かった。

	精神科入退院支援加算		療養生活継続支援加算		公認心理師の外来勤務	
	算定あり	算定なし	算定あり	算定なし	あり	なし
精神病床における在宅復帰率（平均値）	75.2% (n=37)	72.5% (n=157)	74.8% (n=37)	72.4% (n=156)	74.8% (n=135)	70.7% (n=52)
精神病床における平均在院日数（平均値）	193日 (n=48)	251日 (n=191)	200日 (n=47)	249日 (n=192)	213日 (n=163)	306日 (n=68)

「平均在院日数」：（令和6年9月～11月の在院患者総在院日数）÷（（令和6年9月～11月の入院患者数＋令和6年9月～11月の新通院患者数）÷2）
「在宅復帰率」：A÷B×A：該当する病棟から、自宅、療養介護施設（介護施設を含む）、地域包括ケア病院、回復期病棟、療養病棟、療養介護所、介護老人保健施設へ退院した患者（死亡・転院・転居者（自院）・再入院患者を除く）×100。B：該当する病棟から退院した患者（死亡・転院・転居者（自院）・再入院患者を除く）。
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」（病院調査）、NDBデータ（令和6年8月診療分）

入院形態別在院患者数の推移

- 入院形態別では、医療保護入院患者が約半数を占める。



資料：精神保健福祉資料より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

46

- 精神病床の入院患者について、医療保護入院患者が約半数を占める。
- 精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料においては、医療保護入院等の非同意入院による新規入院患者割合を要件としている。

- 精神科救急急性期医療入院料等について、医療保護入院等の割合が高いことが要件となっているが、強制的な入院を促進しないような配慮を踏まえた、緊急的な入院医療の必要性に関する指標のあり方について、どのように考えるか。

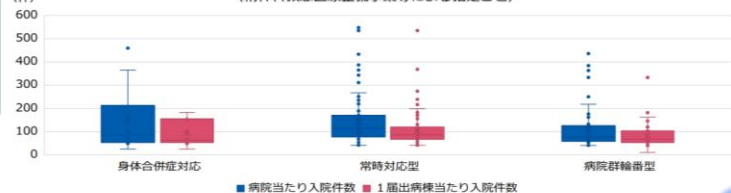
- 精神科救急医療体制加算の届出医療機関における、時間外、休日又は深夜の精神疾患による入院件数は、医療機関ごとにばらつきがみられ、精神科救急医療整備事業等による指定状況によらなかった。
- 精神科救急医療体制加算は、地域の医療提供体制等の事情により特例的に120床以上でも算定可能としているところ、当該要件を用いて算定している医療機関は、1施設のみであった。

精神科救急医療体制加算の届出医療機関における時間外、休日又は深夜の入院件数

- 精神科救急医療体制加算の届出医療機関における、時間外、休日又は深夜の精神疾患による入院件数は、医療機関ごとにばらつきがみられ、精神科救急医療整備事業等による指定状況によらなかった。

A311精神科救急急性期医療入院料 注5 精神科救急医療体制加算
1(身体合併症対応)：600点 2(常時対応型)：590点 3(病院群輪番型)：500点
 ○ 地域における役割に応じた精神科救急入院医療の体制の確保を評価したものであり、精神科救急急性期医療入院料の算定病棟に入院した日から起算して90日を限度として算定する。
 ・精神科救急医療体制整備事業による指定
 ・病院常勤の精神保健指定医が5名以上
 ・時間外、休日・深夜の入院件数が年間40件以上又は人口1万人当たり0.5件以上であり、うち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼

精神科救急医療体制加算の届出医療機関における時間外、休日又は深夜の精神疾患による年間入院件数 (精神科救急医療整備事業等による指定ごと)



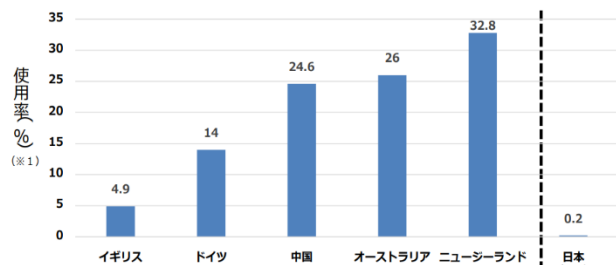
出典：保険局医療課調べ（令和6年8月厚生局報告）

- 「精神科救急医療体制加算」について、精神科救急医療体制整備事業において都道府県が指定した類型に基づく評価となっているが、実際の救急や地域医療における機能を踏まえた評価のあり方について、どのように考えるか。また、当該加算を120床を超えて届出を行う場合の特例的な規定については、利用が少ないことを踏まえ、その扱いをどのように考えるか。

統合失調症患者におけるクロザピンの普及の状況

中位値 総-2
元 11.20

- 治療抵抗性統合失調症を有する患者は、退院が困難となり、入院が長期化しやすいが、クロザピンによる専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないといわれている。一方、重大な副作用が報告されていることから、クロザピンの使用にあたっては、精神科病院と血液内科等とを有する医療機関とのネットワークの構築等により、地域連携体制を構築する必要がある。
- 第7次医療計画及び第5期障害福祉計画においては、精神科における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備の目標設定を行っており、当該目標はクロザピンの普及等による効果を期待している。
- そのため、治療抵抗性統合失調症を有する患者がどこに入院しても、当該治療を受けることができるよう、クロザピンを使用可能な医療機関の確保及び地域連携体制を構築するとともに、クロザピンの処方率を、先行している諸外国の実績と国内で先行している医療機関の実績を踏まえ、治療抵抗性統合失調症患者の25～30%に普及することを目標としている。
- なお、クロザピンの使用率を単純に比較することは難しいが、イギリス（4.9%）、ドイツ（14%）、中国（24.6%）、オーストラリア（26%）、ニュージーランド（32.8%）に対して、日本は0.2%となっている。



(※1) 個々の調査・研究の背景・条件が異なるため、使用率の単純比較はできない。
 統合失調症患者のうち、イギリスは外来患者（2000年～2001年）、ドイツは外来患者（2004年）、中国は入院患者（2004年）、オーストラリアは外来患者（2007年）、ニュージーランドは外来患者（2004年）、日本は外来及び入院患者（2017年）を用いたもの。
 (※2) 日本は、医療計画の指標例「統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療の実績」を用いた。

出典（日本を除く）：厚生労働省平成25年度 障害者総合福祉推進事業「精神科に入院している慢性病患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」（平成26年3月公益社団法人全国自治体医師会連合会）
 出典（日本）：令和元年 厚生労働省科学研究「医療計画、障害福祉計画の進捗的なモニタリング体制の構築のための研究」（研究代表者：山之内万博）

※障害保健福祉部 精神・障害保健課作成

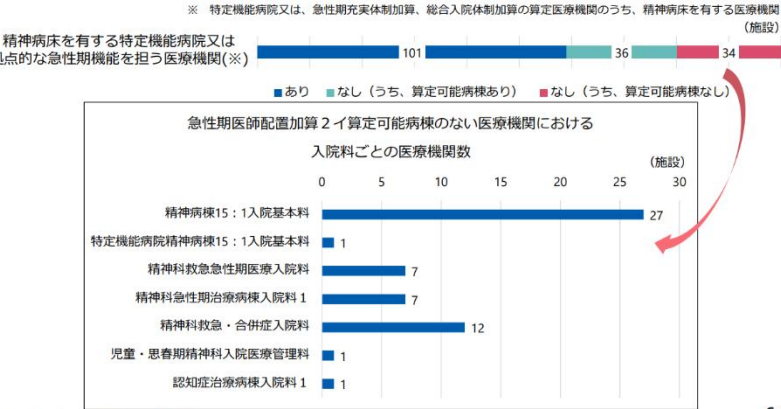
55

- 精神科急性期医師配置加算1及び3において、当該加算算定病棟におけるクロザピンの新規導入実績を要件としているところ、クロザピンの新規導入は、精神科急性期医師配置加算の対象に限らず、多様な病棟において実施されていた。

- クロザピンの新規導入に関する医療機関の体制整備のあり方を踏まえ、現在病棟ごとの評価となっている、精神科急性期医師配置加算のクロザピン新規導入実績の要件についてどのように考えるか。

拠点的な急性期機能を担う医療機関における精神病床の算定入院料

○ 精神病床を有する特定機能病院又は拠点的な急性期機能を担う医療機関（※）において、急性期医師配置加算 2 イ算定可能病棟を有しない医療機関の多くが、精神病棟入院基本料の15:1入院基本料を算定していた。

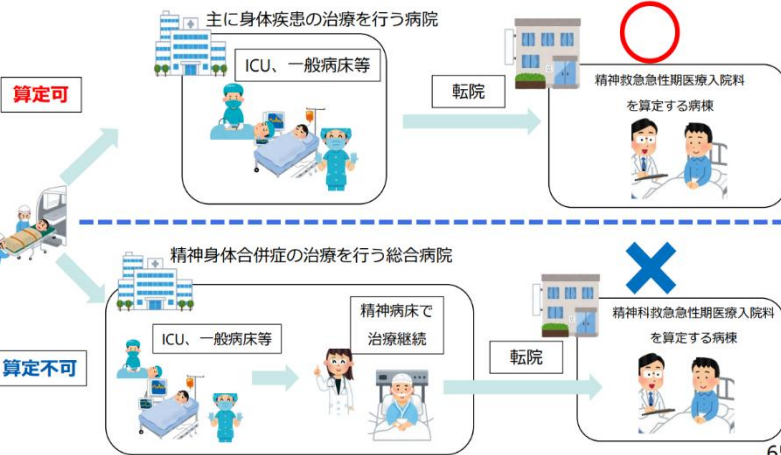


64

- 精神病床を有する特定機能病院又は拠点的な急性期機能を担う医療機関において、急性期医師配置加算 2 イ算定可能病棟を有しない医療機関の多くが、精神病棟入院基本料の15:1入院基本料を算定していた。
- いわゆる総合病院の精神病床に入院していた患者が転院する場合には、精神科救急急性期医療入院料等の算定が認められていない。

転院患者における精神科救急急性期医療入院料等の取扱い

○ いわゆる総合病院の精神病床に入院していた患者が転院する場合には、精神科救急急性期医療入院料等の算定が認められていない。



65

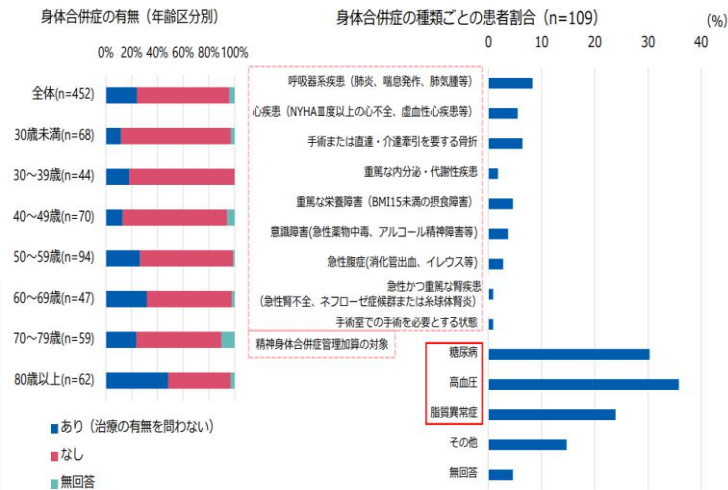
- 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の治療提供体制の普及を図る確保する観点から、こうした体制を評価する精神科急性期医師配置加算 2 イの対象となる入院料のあり方について、どのように考えるか。また、重症の身体合併症で急性期の治療を行った患者が、精神科救急急性期医療入院料等を算定する病床に転棟・転院した場合の取り扱いについてどう考えるか。

- 精神疾患を有する入院患者は高齢化しているところ、身体合併症を抱えながら精神病床に入院する患者の割合は、高齢患者において多い傾向にあった。患者が抱える身体合併症の種類は、精神身体合併症管理加算の対象疾患である急性疾患以外に、生活習慣病が多くを占めていた。
- 単科精神科病院での透析実施は極めて困難であることや、維持透析を必要とする精神疾患患者の移住先・通院先が困難であることが指摘されている。

精神病床に入院する患者が抱える身体合併症の種類等

○ 精神疾患を有する入院患者は高齢化しているところ、身体合併症を抱えながら精神病床に入院する患者の割合は、高齢患者において多い傾向にあった。

○ 患者が抱える身体合併症の種類は、精神身体合併症管理加算の対象疾患である急性疾患以外に、生活習慣病が多くを占めていた。



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」（患者調査（入院患者））

67

- 精神病床入院患者の高齢化が進む中で、生活習慣病や維持透析等の慢性的な身体合併症への対応を要する患者への、内科等の医師による診療の体制を確保し、適切な対応を推進する観点から、精神科身体合併症管理加算の要件や対象疾患の範囲についてどう考えるか。



2026年度診療報酬改定の基本方針について

2025年10月23日に開催された「社会保障審議会医療保険部会」において、2026年度診療報酬改定の基本方針についての案が出されました。【重点課題】は、世の中の物価高騰・賃金上昇や医療従事者の人材確保が大きな課題となっていることに鑑み、「物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取りまく環境の変化への対応」となる見込みです。

2018年度以降の基本方針の推移についても示されています。また、今後の日程に関しても例年通りの日程となる旨、示されました。

診療報酬改定に向けた議論もますます加速度的に進行していきますので、準備をしっかりと行っていきましょう。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001584289.pdf>



基本的視点・具体的方向性について①

- 基本的視点及び具体的方向性については、以下のとおりとしてはどうか。
- その際、物価高騰・賃金上昇や医療従事者の人材確保が大きな課題となっていることに鑑み、視点1に重点を置くこととしてはどうか。

視点1

物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取りまく環境の変化への対応【重点課題】

視点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

視点3

安心・安全で質の高い医療の推進

視点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

視点1 物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取りまく環境の変化への対応

- 医療機関等は、現下の持続的な物価高騰により、事業収益の増加以上に、人件費、委託費や医療材料費等といった物件費の事業費用が増加しており、事業利益が悪化している状況。また、2年連続5%を上回る賃上げ率であった春闘などにより、全産業において賃上げ率が高水準となっている中、医療分野はこれに届いておらず、人材確保も難しい状況にあり、医療分野は厳しい状況に直面している。
- 医療機関等が資金繰り悪化等により、必要な医療サービスが継続できない事態は避けなければならないことから、物価高騰による諸経費の増加を踏まえた対応や、必要な処遇改善等を通じた、医療現場を支える医療従事者の賃上げ・人材確保のための取組を進めることが急務である。
- 加えて、医師の働き方改革を進め、全ての医療従事者が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。また今後は、ICT、AI、IoT等の利活用の促進や、これらを通じた診療報酬上求める基盤の柔軟化等により、医療従事者の業務効率化、負担軽減等を行うしていく必要がある。

【考えられる具体的方向性の例】

- 医療機関等が直面する人件費、委託費や医療材料費等といった物件費の負担を踏まえた対応
- 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/診療報酬在り対策
 - ・ 診療報酬上求める基盤の柔軟化

視点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

- 2040年頃を見据えた、中長期の人口減少や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据えた上で医療提供体制を構築していく必要があると。それに向けて、医療機関の機能に着目した分化・連携、病床の機能分化、連携等の入院医療を始めとして、外来医療、在宅医療、介護との連携を図ることが重要である。
- 併せて、こうした医療提供体制の構築に当たっては、更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が増す中で、ICT、AI、IoT等の利活用の推進等により医療従事者の業務効率化、負担軽減等を行うこと、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進等により医療提供体制の構築を促進すること、また都市部と比較して人口減少がより顕著な地方部の人口・医療資源の少ない地域を支援すること等により、どの地域でも必要な医療機能を確保することが必要である。

【考えられる具体的方向性の例】

- 患者の仕度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
 - ・ 患者のニーズ、病状の複雑・特性、地域医療連携を踏まえた、医療提供体制の整備
 - ・ 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価
- 「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地域支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
 - ・ 内務入退院の実現
 - ・ 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、かかりつけ診療科、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 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とされる医療機能を確保するための取組
 - ・ 業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進（再掲）
 - ・ 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（再掲）
- 医師確保対策の推進

視点3 安心・安全で質の高い医療の推進

- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進歩や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めるとし、インセンティブを推進し、新たなニーズにも対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。

【考えられる具体的方向性の例】

- 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への適切な評価
 - ・ 救急医療の充実
 - ・ 小児・周産期医療の充実
 - ・ 質の高いがん医療の評価
 - ・ 質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者等に対する適切な医療の評価
- 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
- インセンティブの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

視点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

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民医療費を抑制するため、医療資源を効率的、重点的に配分するという観点も含め、制度の安定性・持続可能性を高めるための取組が必要である。
- 医療機関が協働して、医療サービスの維持、向上を図るとともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

【考えられる具体的方向性の例】

- 後発医薬品、バイオ後継品の使用促進
- OTC類似薬等の薬剤供給の在り方の検討
- 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
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等に関する、市場実勢価格を踏まえた適正な評価/効率的かつ有効・安全な利用体制の確保
- 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
 - ・ 重複処方、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応
 - ・ 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進
 - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進
- 電子処方箋の活用
- 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）

（参考①）過去の診療報酬改定の基本方針（基本認識・基本的視点）

	平成30年度改定基本方針 (2017年12月11日)	令和2年度改定基本方針 (2019年12月10日)	令和4年度改定基本方針 (2021年12月10日)	令和6年度改定基本方針 (2023年12月11日)
基本的視点	● 人生100年時代を見据えた社会の実現 ● どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築） ● 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進	● 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現 ● 患者・国民に身近な医療の実現 ● どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進 ● 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	● 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応 ● 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現 ● 患者・国民に身近な医療の実現 ● 社会保険制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和	● 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応 ● 全世代型社会保障の実現や、医療・介護、障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応 ● 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現 ● 社会保険制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和
基本的視点	地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進【重点課題】 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上	医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】 患者・国民にとって身近な医療の実現 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上	新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】 安心・国民にとって身近な医療の実現 安心・安全で質の高い医療の実現 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上	現下の雇用情勢を踏まえた人材確保、働き方改革等の推進【重点課題】 ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進 安心・安全で質の高い医療の推進 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

（参考②）基本方針の議論のスケジュール

	令和8年度改定 (日付は令和7年)		【実績】令和6年度改定 (日付は令和5年)	
	医療保険部会	医療部会	医療保険部会	医療部会
前回改定の振り返り	8月28日	9月4日	8月24日	8月25日
基本認識、基本的視点、 具体的方向性①	9月26日	10月3日	9月29日	9月29日
基本認識、基本的視点、 具体的方向性②	10月23日	10月下旬	10月27日	11月1日
骨子案	11月下旬		11月29日	11月29日
基本方針（案）	12月上旬		12月8日	12月8日
	12月上旬 基本方針 発表		12/11 基本方針 発表	



算定 à la carte

デエビゴ錠の適正使用について

かなり以前から査定事例として確認されていましたが、最近また情報共有がありましたので掲載いたします。

デエビゴ錠をアロカリス点滴静注を算定している患者に併用した場合の投与量に関して、審査会から注意喚起がきています。今後は、返戻・査定が増えてくる可能性もありますのでご注意ください。

デエビゴ錠の添付文書には、「CYP3Aを阻害する薬剤との併用」ということで、例として挙げられているのは「フルコナゾール、エリスロマイシン、ベラパミル、イトラコナゾール、クラリスロマイシン等」という一部の薬剤の名称のみ記載されておりますが、エーザイから2025年10月に発出された「デエビゴ錠 適正使用のお願い」では、具体的な薬剤一覧が掲載されておりますので、ぜひこの一覧の薬剤をご参照いただき、投与量及び算定に注意しましょう。

なお、2025年10月22日に薬価収載された、「ボルズイ錠」の添付文書にも同様の記載がありますので、算定時には十分留意して取り扱います。

デエビゴ錠		添付文書より抜粋
効能・効果	用法・用量	使用上の注意
不眠症	通常、成人にはレンボレキサントとして1日1回5mgを就寝直前に経口投与する。なお、症状により適宜増減するが、1日1回10mgを超えないこととする。	CYP3Aを阻害する薬剤との併用により、レンボレキサントの血漿中濃度が上昇し、傾眠等の副作用が増強されるおそれがある。 <u>CYP3Aを中程度又は強力に阻害する薬剤（フルコナゾール、エリスロマイシン、ベラパミル、イトラコナゾール、クラリスロマイシン等）との併用は、患者の状態を慎重に観察した上で、本剤投与の可否を判断すること。なお、併用する場合は1日1回2.5mgとすること。</u>

デエビゴ®錠 適正使用のお願い

CYP3A を阻害する薬剤との併用に関する自主安全性情報

2025 年 10 月
エーザイ株式会社

平素より、弊社製品「デエビゴ®錠（一般名：レンボレキサント）」の適正使用に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

デエビゴ錠（以下、本剤）では、CYP3A を中程度または強力に阻害する薬剤との併用時は、本剤の血漿中濃度が上昇し副作用の発現リスクが高まるおそれがあるため、用量として1日1回2.5mgを服用することを電子添文及び適正使用ガイドに記載し、注意喚起しております。

今般、2025年9月時点の情報に基づき、CYP3A を中程度または強力に阻害する薬剤の一覧を更新いたしましたので、次ページにてご案内いたします。本一覧は、サターラ社が提供する薬物相互作用データベース The Drug Interaction Database を基に、日本国内で承認・販売されている薬剤（外用剤のみの薬剤は除く）を中心にまとめました。本一覧に掲載の薬剤との併用の際は、患者の状態を慎重に観察した上で、本剤電子添文に記載の用量にてご処方いただきますよう、宜しくお願い申し上げます。

なお、本一覧は、CYP3A を中程度または強力に阻害している製品をすべて網羅しているわけではありません。また本一覧に掲載の CYP3A 阻害強度と各製品の電子添文における阻害強度が異なる場合があります。併用される場合には、各製品の電子添文の内容（阻害強度の情報含む）をご確認いただきますようお願いいたします。

CYP3A 阻害剤一覧

DDI 分類	薬効分類詳細	一般的名称	主な販売名
強い阻害剤 デヒゴ錠単独投与時と比較してイトラコナゾール併用時では、C _{max} は 36%、AUC _(0-inf) は 270%増加した。 (電子添文 16.7.1)	人工妊娠中絶用製剤	ミフェプリストン、ミソプロストール	メフィーゴバック
	抗悪性腫瘍剤	セリチニブ	ジカディア錠
	マクロライド系抗生物質製剤	クラリスロマイシン	クラリス錠、クラリシッド錠
	深在性真菌症治療剤	ボサコナゾール	ノクサフィル錠／点滴静注
	深在性真菌症治療剤	ボリコナゾール	ブイフェンド錠／ドライシロップ／静注用
	ヘリコバクター・ピロリ除菌治療剤	ラベプラゾールナトリウム、アモキシシリン水和物、 クラリスロマイシン	ラベキュアバック
	ヘリコバクター・ピロリ除菌治療剤	ボノプラザンフマル酸塩、アモキシシリン水和物、 クラリスロマイシン	ボノサップバック
	抗ウイルス化学療法剤	コピシスタット（インテグラーゼ阻害薬・核酸系逆転写酵素阻害薬配合剤）	ゲンボイヤ配合錠、プレジコビックス配合錠、シムツェザ配合錠、スタビルド配合錠
	抗ウイルス剤	ニルマトレルビル、 リトナビル	パキロビッドバック
	抗ウイルス化学療法剤	リトナビル	ノーピア錠
	抗ウイルス化学療法剤	ロピナビル、 リトナビル	カレトラ配合錠／内用液
	抗 SARS-CoV-2 剤	エンシトレルビル フマル酸	ゾコーバ錠
	早老症治療用剤	ロナファルニブ	ゾキンヴィカブセル
中程度の阻害剤 デヒゴ錠単独投与時と比較してフルコナゾール併用時では、C _{max} は 62%、AUC _(0-inf) は 317%増加した。 (電子添文 16.7.2)	経口抗真菌剤	イトラコナゾール	イトリゾールカプセル／内用液
	自律神経調整剤	トフィソバム	グランダキシン錠
	抗てんかん剤	スチリベントール	ディアコミットドライシロップ／カプセル
	Ca ⁺⁺ 拮抗性不整脈・虚血性心疾患治療剤	ベラパミル塩酸塩	ワソラン錠／静注
	Ca 拮抗剤	ジルチアゼム塩酸塩	ヘルベッサ-R カプセル／錠／注射用
	選択的 NK ₁ 受容体拮抗型制吐剤	ホスネツピタント塩化物塩酸塩	アロカリス点滴静注
	選択的 NK ₁ 受容体拮抗型制吐剤	アプレピタント	イメンドカプセル
	潰瘍性大腸炎治療剤/α4 インテグリン阻害剤	カロテグラストメチル	カログラ錠
	JAK3/TEC ファミリーキナーゼ阻害剤	リトレシチニブトシル酸塩	リットフォーロカプセル
	抗悪性腫瘍剤	ニロチニブ塩酸塩水和物	タシグナカプセル
	抗悪性腫瘍剤	イマチニブメシル酸塩	グリベック錠
	抗悪性腫瘍剤	クリゾチニブ	ザーコリカプセル
	遺伝性血管性浮腫発作抑制剤	ベロトラルスタット塩酸塩	オラデオカプセル
	マクロライド系抗生物質製剤	エリスロマイシンステアリン酸塩 エリスロマイシンラクトビオン酸塩	エリスロシン錠 エリスロシン点滴静注
	抗ハンセン病剤	クロファジミン	ランプレンカプセル
	ニューキノロン系注射用抗菌剤／経口抗菌剤	シプロフロキサシン塩酸塩 シプロフロキサシン	シプロキサン錠 シプロキサン注
	抗ウイルス化学療法剤	ダルナビル エタノール付加物	プリシスタ錠
	抗ウイルス化学療法剤	レナカバビルナトリウム	シュンレンカ錠／皮下注
	抗サイトメガロウイルス化学療法剤	レテルモビル	プレバイミス錠／顆粒／点滴静注
	深在性真菌症治療剤	フルコナゾール	ジフルカンカプセル／ドライシロップ／静注液
	深在性真菌症治療剤	ホスフルコナゾール	プロジフ静注液
	深在性真菌症治療剤	イサブコナゾニウム硫酸塩	クレセンバカプセル／点滴静注
	経口抗真菌剤	ホスラブコナゾール L-リシンエタノール付加物	ネイリンカプセル

*グレープフルーツジュースは強い阻害作用を有するため、控えるようご指導ください。

**バック製剤における太字の一般的名称の薬剤は、本剤に対する阻害作用を有する成分を表しています。