

NICHII 医事ニュース

2025年10月14日

発行
第430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

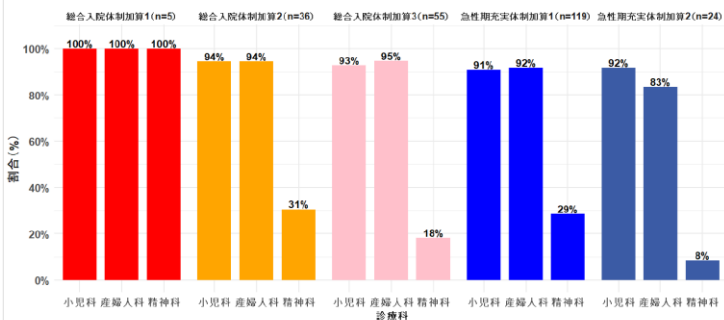
2026年診療報酬改定の方向性（その3）～中医協総会資料より～

2025年9月25日の中医協の分科会で「とりまとめ資料①～⑤」が提示されました。「8月6日の中間とりまとめ」より詳細なデータ分析が追加され、さらに8月6日の段階では無かった項目が追加されています。その追加項目を中心に紹介いたします。

入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料①～⑤ URL	二次元バーコード
入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編① 急性期入院医療について（別添資料① P 7～P84） 高度急性期入院医療について（別添資料① P85～P121） DPC/PDPS について（別添資料① P122～P152） https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001568156.pdf	
入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編② 包括的な機能を担う入院医療について（別添資料② P 2～P77） 回復期リハビリテーション病棟入院料について（別添資料② P78～P112） 療養病棟入院基本料について（別添資料② P113～P141） 重症度、医療・看護必要度について（別添資料② P142～P191） https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001568157.pdf	
入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編③ 救急医療について（別添資料③ P 2～P27） 入退院支援について（別添資料③ P28～P89） 働き方・タスクシフト／シェアについて（別添資料③ P90～P206） 病棟における多職種でのケアについて（別添資料③ P207～P246） https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001568158.pdf	
入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編④ 外来医療について（別添資料④ P 2～P104） 情報通信機器を用いた診療について（別添資料④ P105～P124） 入院から外来への移行について（別添資料④ P125～P138） 賃上げ・処遇改善について（別添資料④ P139～P159） 人口・医療資源の少ない地域における対応（別添資料④ P160～P169） https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001568159.pdf	
入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編⑤ 個別的事項（別添資料⑤ P2～P199） https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001568160.pdf	

急性期入院医療

- 総合的な診療体制については、精神科の入院提供体制を満たす割合が低い傾向にあった。



- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を算定している病院でも、十分に精神科の入院医療が提供されていない中、総合病院が持つべき精神科の入院医療体制についてどのように評価・分析するか。

DPC制度における持参薬の使用に関するルール

- DPC算定に当たっては、平成26年度診療報酬改定において、以下の背景を踏まえ、原則として、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、「入院の契機となる傷病」に対する持参薬の使用は、特別な理由がある場合を除き、認めないこととされた。

○ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について（通知）
令和6年3月21日 保医発0321第6号

入院中の患者に対して使用する薬は、入院する病院において入院中処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該病院又は他の病院等が処方される薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用するものとは別管理のもとで取り扱われない、なお、特別な事由とは、単に病院や薬剤師等の方針によるものではなく、個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由であることが必要である（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する診療においては、当該薬剤等に応じた適切な記載をすること。）

4. 持参薬について

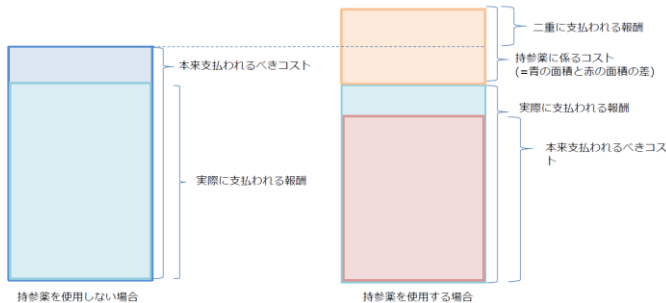
(1) 背景

- 入院中に処方されることとDPCで包括処置いとなる薬剤を外来で処方し患者に持ち寄せることで、不適切に利益を得ている医療機関があるのではないかという意見がある。
- また、持参薬を作り出すような処方が増加することで、患者にとって薬を持参する負担が増えているのではないかとした懸念がある。
- また、持参薬を持たない患者の入院を受けつけない医療機関があるのではないかと指摘がある。

診調組 D-3
25. 11. 13

持参薬の使用による診療報酬上の課題

- ・ 診断詳細分類表は、改定年度の高療点高療点に基づき設定されたため、持参表を使用する場合、入院中の出来高療点高療点が見えなくなる。点数表により支払われる報酬額が減少する。
- そのため、原則どおり、入院下に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、実際にかかったコスト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コストも含めた額を支払うため、持参表を使用する患者にとっては、一部のコストを二重で負担していることになる。



※ ここでいう「コスト」は、EFファイルの積み上げによる出来高実績点数を指す

143

144

- 「持参薬」問題を中長期的な課題と位置づけ、次のような検討を今後、行っていくべきではないか。
 - ✓ 入院中の持参薬の使用については、「統一的な運用」が必要ではないか。
 - ✓ 持参薬ルールの明確化を行うことが必要ではないか。
- 「持参薬の処方元が自院であるか他院であるか」「予定入院が緊急入院か」「入院中の診療内容と当該持参薬の関係性」「薬剤の特性」など、患者の状況に合わせた妥当性のあるルール設定が必要ではないか。
- また、DPC以外で薬剤費が包括される入院料を算定する病棟（地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟など）における持参薬の取扱いも、同様に検討を進めるべきではないか。

DPC対象病院における持参薬の使用割合

- 医療機関毎の持参薬を使用した症例割合※の分布は、以下のとおり。
- 5%以下の医療機関が最も多く、次いで55%以上60%未満の医療機関が多かった。



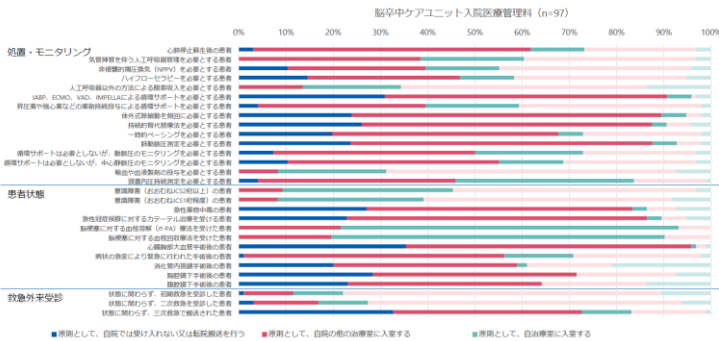
会社規模	会社数
0人以上5人未満	200
5人以上10人未満	57
10人以上15人未満	61
15人以上20人未満	61
20人以上25人未満	57
25人以上30人未満	62
30人以上35人未満	68
35人以上40人未満	88
40人以上45人未満	98
45人以上50人未満	126
50人以上55人未満	159
55人以上60人未満	191
60人以上65人未満	181
65人以上70人未満	155
70人以上75人未満	103
75人以上80人未満	62
80人以上	31

令和6年度DPCデータ

※ 持参薬を使用した症例割合＝持参薬を使用した症例/全症例数（入院の契機となる傷病以外に対する持参薬の使用も含む集計）

脳卒中ケアユニットの患者受入方針

- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する治療室における患者受入方針は以下のとおり。
- 「頭蓋内圧持続測定を必要とする患者」を原則受け入れ可能な治療室は約 5 割であり、「脳梗塞に対するrt-PA療法・血栓回収療法を受けた患者」を原則受け入れ可能な治療室は約 8 割であった。



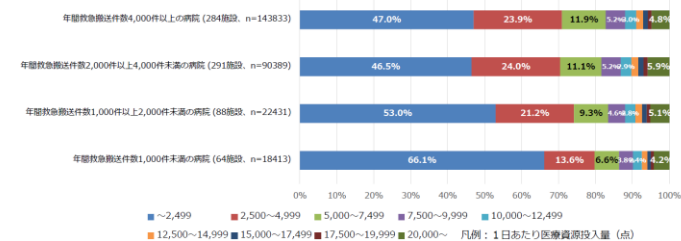
103

「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する治療室のうち、「頭蓋内圧持続測定を必要とする患者」を原則受け入れ可能な治療室は約 5 割であり、「脳梗塞に対するrt-PA療法・血栓回収療法を受けた患者」を原則受け入れ可能な治療室は約 8 割であった。

救急搬送件数とHCUの医療資源投入量

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院を、年間救急搬送件数ごとに分類し、それぞれのハイケアユニットの入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間救急搬送件数が2,000件以上の病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。

ハイケアユニット入院医療管理料算定患者の1日あたり医療資源投入量



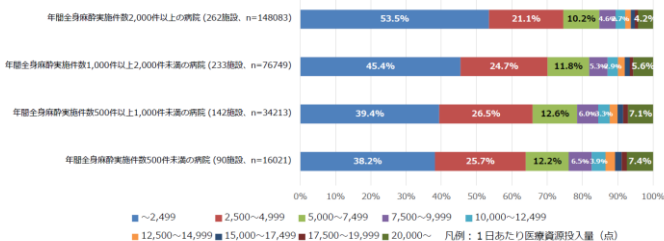
出典：保険局医療課調べ
・令和6年6月～12月において「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
・「ハイケアユニット入院医療管理料」算定患者における「DPCの1日あたり医療資源投入量(特別診療料のみ)」を1日あたり医療資源投入量とした。
・救急搬送件数は、令和5年度救急医療報告書、件数の報告がない病院は除外。

99

全身麻酔実施件数とHCUの医療資源投入量

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院を、年間全身麻酔実施件数ごとに分類し、それぞれのハイケアユニットの入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間全身麻酔実施件数が多い病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。

ハイケアユニット入院医療管理料算定患者の1日あたり医療資源投入量



出典：保険局医療課調べ
・令和6年6月～12月において「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
・「ハイケアユニット入院医療管理料」算定患者における「DPCの1日あたり医療資源投入量(特別診療料のみ)」を1日あたり医療資源投入量とした。
・全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

100

- 年間救急搬送件数が2,000件以上の病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。
- 年間全身麻酔実施件数が多い病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。

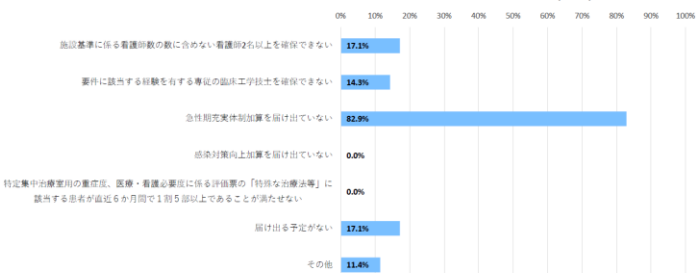
- 重症患者対応に係る体制について、集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に係る体制を評価する「重症患者対応体制強化加算」がある。
- 特定機能病院において「重症患者対応体制強化加算」を届出できない理由を聞いたところ、「急性期充実体制加算届け出していない」が82.9%と多い一方で、その他の理由についてはいずれも20%未満であった。

※特定機能病院は、急性期充実体制加算を届け出ることができないため、急性期充実体制加算の届出が要件となっている重症患者対応体制強化加算の届出ができない。

特定機能病院の治療室における重症患者対応体制強化加算

- 特定機能病院において、「救命救急入院料2、4」「特定集中治療室管理料1～4」のいずれかを算定している治療室に対して、「重症患者対応体制強化加算」を届出できない理由を聞いたところ、「急性期充実体制加算を届け出していない」が82.9%と多い一方で、その他の理由についてはいずれも20%未満であった。

特定機能病院の治療室において重症患者対応体制強化加算を届出できない理由 (n=35)



※特定機能病院は、急性期充実体制加算を届出することができないため、急性期充実体制加算の届出が要件となっている重症患者対応体制強化加算の届出ができない。
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（治療室調査票（A票））

120

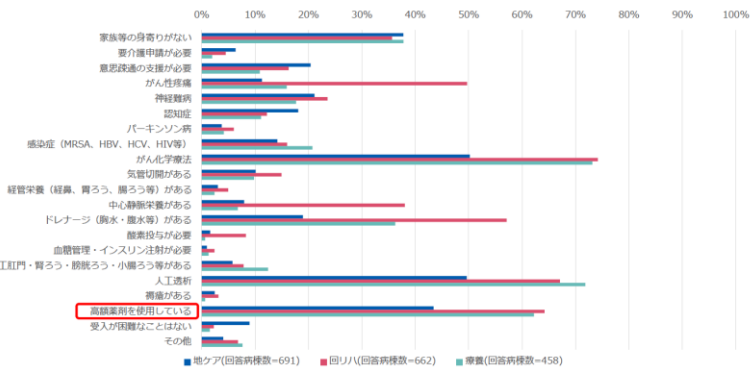
- 救急搬送件数や年間全身麻酔手術実施件数が一定以上である病院の治療室とそれ以外の病院の治療室における重症度等の関係についてどのように評価するか。
- 「重症患者対応体制強化加算」の調査結果についてどのように評価するか。

入院受入が困難となる理由

診療組 入ー1
7. 8. 2 8 改

- 入院受入が困難な理由として、いずれの病棟でも共通して高い割合で回答された項目は「家族等の身寄りがない」「がん化学療法」「高額薬剤を使用している」であり、「身寄りがない」以外の項目は、特に回復期リハビリテーション病棟と療養病棟で高かった。
- 回復期リハビリテーション病棟では、「がん性疼痛」「ドレナージがある」を回答した割合も高かった。

入院受入が困難となる理由 (n=1811)



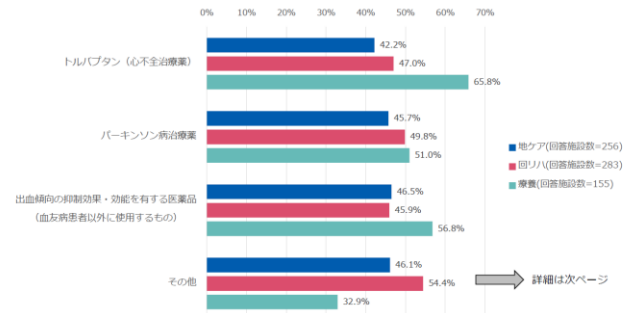
出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（B票、C票））

入院受入が困難となる理由として多く挙げられた項目の一つに高額薬剤の使用があり、トルバプタン、パーキンソン病治療薬、血友病以外の出血傾向の抑制に係る医薬品、生物学的製剤を含む分子標的治療薬等が多くあげられていた。回復期リハビリテーション病棟では、抗悪性腫瘍剤や腎性貧血の治療薬についても回答されていた。

受入困難事例になりうる高額薬剤の内容①

- 入院受入が困難な理由として「高額薬剤を使用している」と回答した施設に対し、特に困難である薬剤を調査したところ、4割を超える施設がトルバプタン、パーキンソン病治療薬、血友病以外の出血傾向の抑制に係る医薬品が該当すると回答した。

入院対応が困難である高額薬剤 (n=694)



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（B票、C票））

受入困難事例になりうる高額薬剤の内容②

- 自由記載においては、骨粗鬆症治療薬や、生物学的製剤を含む分子標的治療薬を挙げる施設が多かった。4分の1を超える回復期リハビリテーション病棟を有する病院で抗がん剤が回答された。他に、医療用麻薬、間質性肺炎治療薬、腎性貧血の治療薬は回復期リハビリテーション病棟で特異的に回答されていた。
- 療養病棟ではこれらの薬剤を回答した施設は少なかったが、「高額な薬剤」という形で薬価に言及した施設が多かった他、他の病棟と比較し、薬価が高い薬剤についても回答される傾向にあった。

カテゴリ	回復期リハ (n=256)	回復期 (n=283)	療養 (n=155)	具体的な回答内容や薬剤名の例
抗悪性腫瘍剤	27.3%	—	—	抗がん剤、抗悪性腫瘍剤、分子標的治療薬
骨粗鬆症治療薬 (注射含む)	14.8%	9.2%	2.6%	骨粗鬆症薬 (イベニディ、プラリア) など
リウマチ治療薬 (生物学的製剤含む)	10.5%	6.4%	1.3%	抗リウマチ薬、DMARDs、JAK阻害薬、生物学的製剤 (オレンシア、アプタム、レミケードなど)
免疫抑制剤	7.0%	3.5%	0%	免疫抑制剤、自己免疫疾患薬、免疫疾患治療薬など
生物学的製剤	5.1%	2.5%	0%	生物学的製剤、バイオ製剤など (リウマチ薬と重複あり)
ホルモン剤/前立腺がん治療薬	3.5%	2.1%	1.3%	ホルモン剤、リュープロリン、ゾラデックス、アロマトーゼ阻害剤など
麻薬 (点滴含む)	2.0%	—	—	医療用麻薬、麻薬点滴など
間質性肺炎治療薬	2.0%	0%	0%	抗線維化薬 (オフェブなど)、エンドセリン受容体拮抗薬 (オスミットなど)
造血剤/腎性貧血治療薬	1.6%	—	—	赤血球造血刺激因子製剤 (ミルセラ、ネスプなど)
てんかん治療薬	0%	0%	1.9%	ビムパット、レベチラセタム、点滴の抗てんかん薬など
認知症治療薬	0%	0%	1.3%	認知症治療薬 (アリゼプトなど)
高額薬剤/薬価に言及した記述	4.3%	2.5%	7.1%	・月3万以上、1日2千円以上、薬価が500円/1000円以上不可 ・薬価が高額なものを全額・一部に薬価が高い場合は受入不可 ・その都度、薬価や用法・用量、副作用により判断している
その他 (抗生剤、吸入薬、褥瘡治療薬など)	2.3%	2.1%	3.9%	抗酸薬、喘息吸入薬、フィブラストスプレー、抗凝固薬、アルブミン製剤、向精神薬など

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（B票、C票））

—：既に除外薬剤として出庫高算定可能なもの

各病棟における入院料に包括されない除外薬剤

- 回復期リハビリテーション病棟では、地域包括ケア病棟等と異なり、抗悪性腫瘍剤、医療用麻薬、腎性貧血に使用する薬剤等は除外薬剤に指定されていない。
- 受入困難な事由になりうる高額薬剤として回答の多かった生物学的製剤を含む分子標的治療薬等は、いずれの入院料においても除外薬剤にはなっていない。

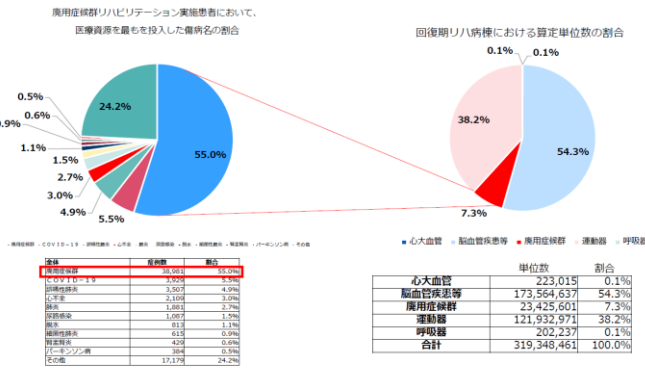
薬剤カテゴリ (別表)	地域包括医療病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 短期滞在手術等基本料 (別表第5の1の3)	回復期リハビリテーション病棟入院料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 (別表第5の1の2)	療養病棟入院基本料 障害者施設等入院基本料の注6、注13、注14 有床診療所療養病床入院基本料 (別表第5及び第5の1の2)
抗悪性腫瘍剤 (悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。)	○	(包括)	○
疼痛コントロールのための医療用麻薬	○	(包括)	○
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータベゴル、HIF-PH阻害薬 (人工腎臓又は腹膜透析を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。)	○	(包括)	○
インターフェロン製剤 (B型肝炎またはC型肝炎に機能効果を有するもの)	○	○	○
抗ウイルス剤 (B型肝炎又はC型肝炎の機能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の機能若しくは効果を有するもの)	○	○	○
血友病の患者に使用する医薬品 (血友病患者における出血傾向の抑制の機能又は効果を有するものに限る。)	○	○	○

○：除外薬剤として基本診療料の施設基準等の別表第5から第5の1の3に記載されているもの

包括算定される入院料の病棟において、高額薬剤の使用が受入困難の要因としてあげられていることや、具体的な薬剤の内容について、どのように考えるか。

回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群リハビリテーション料の実施状況

○ 回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群リハビリテーション料の算定割合は7.3%であった。また、傷病名のうち、廃用症候群が55.0%であった。

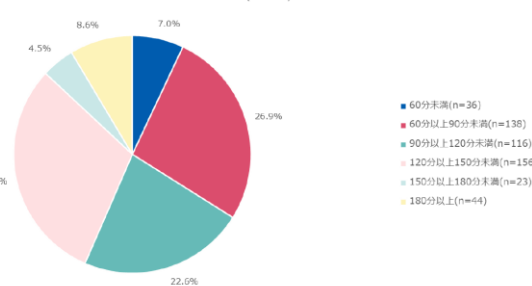


- 廃用リハビリテーション料では、7単位/日以上の実施によるFIM利得が比較的小さいが、一部廃用症候群リハビリテーション料の割合が多い施設が見られた。
- 回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群リハビリテーション料の算定割合は7.3%であった。また、傷病名のうち、廃用症候群が55.0%であった。

退院前訪問指導の所要時間について

○ 退院前訪問指導を実施している施設のうち93%の施設で、所要時間60分以上を要しており、120分以上150分未満の割合が最も多かった。

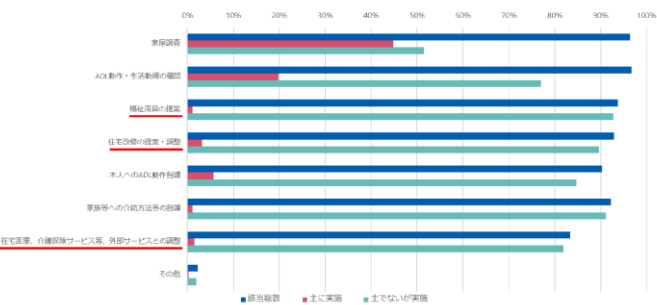
訪問指導に要した平均時間（令和7年4月の1か月）
※往復の移動時間含む（n=513）



退院前訪問指導の実施内容

○ 主な実施内容は、「家屋調査」が最も多かった。また、本人や家族等への直接的な指導だけでなく、「福祉用具の提案」、「住宅改修の提案・調整」や「在宅医療、介護保険サービス等、外部サービスとの調整」といった外部との調整である項目も80%以上の病棟で該当していた。

退院前の訪問指導について実施内容(n=464)



- 退院前訪問指導を一定割合以上行っている病棟、施設では、リハビリテーション実績指数や自宅復帰率が良好であった。
- 退院前訪問指導では、ほとんどの施設で60分以上の実施時間を要しており、120分以上150分未満の割合が最も多く、外部との調整に係る項目も80%以上の病棟で行われていた。

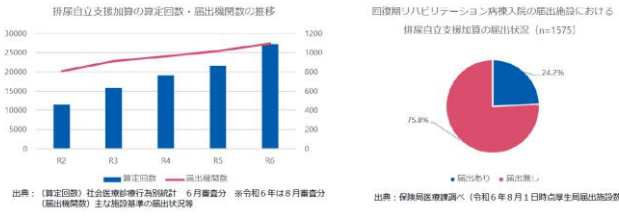
生活機能回復に資する診療報酬①（排尿自立支援加算）

○ 排尿自立支援加算は尿道カテーテル抜去後の下部尿路機能障害又は尿道カテーテル尿路機能障害が予想される患者に対し、包括的な排尿ケアを行った場合に算定される。

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設のうち、排尿自立支援加算を届け出ている施設は24.2%である。

A251 排尿自立支援加算 200点（週1回）

- 【施設基準（概要）】
 - （1）保健医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
 - （2）排尿ケアチームの構成は、外注排尿自立指導員に係る排尿ケアチームの構成と等価であることと見なされる。
 - （3）排尿ケアチームは、排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
 - （4）下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドラインなどを遵守すること。
- 【算定要件（抜粋）】
 - 入院中の患者であって、尿道カテーテル抜去後の下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見られるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り12点を限度として算定する。



生活機能回復に資する診療報酬②（摂食嚥下機能回復体制加算）

○ 摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食嚥下支援チーム等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が期待される患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設のうち、摂食嚥下機能回復体制加算を届け出ている施設は8.7%である。

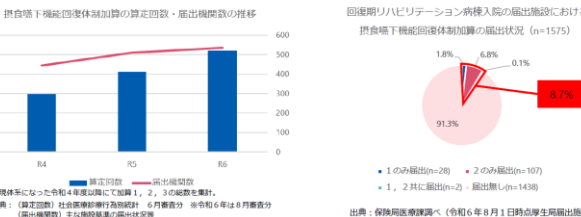
イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点（週1回）

ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点（週1回）

ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点（週1回）

※療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病棟

- 【施設基準（抜粋）】
 - 保健医療機関内に、摂食機能及び嚥下機能の回復に係る専門知識を有した多職種により構成されたチームが設置されていること。
 - 摂食嚥下支援チームの構成は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。
- 【算定要件（抜粋）】
 - 摂食嚥下支援チーム等により内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画を作成すること。当該計画について、その内容を患者又はその家族等に説明し、同意を得ること。その同意を診療録等に添付すること。
 - 上記を実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画の更新に係るカンファレンスを週1回以上行うこと。



- 生活機能の回復に資する診療報酬には、排尿自立支援加算や摂食嚥下機能回復体制加算があるが、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設においては、これらの加算を届け出ている施設はそれぞれ24.2%、8.7%であった。

- 質の高いリハビリテーションについて、リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、現状をどのように評価するか。
- 質の高いリハビリテーション提供体制について、加算の届出状況等を踏まえ、現状をどのように評価するか。

経腸栄養管理加算の算定状況と届出しない理由

- 経腸栄養管理加算の届出施設のうち、算定回数が0回の施設が約9割弱と多かった。
- 届出しない理由のうち自由記述では、転院前に1か月以上中心静脈栄養を実施する患者がおらず、対象患者が想定できないことがあげられていた。

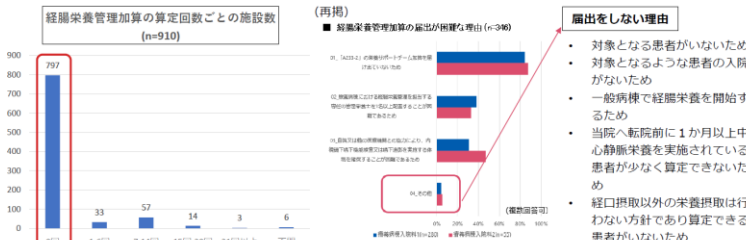
A101 注11 経腸栄養管理加算

【算定の対象となる患者】

次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。ただし、入棟前の1か月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。

ア 長期間、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者

イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなった患者

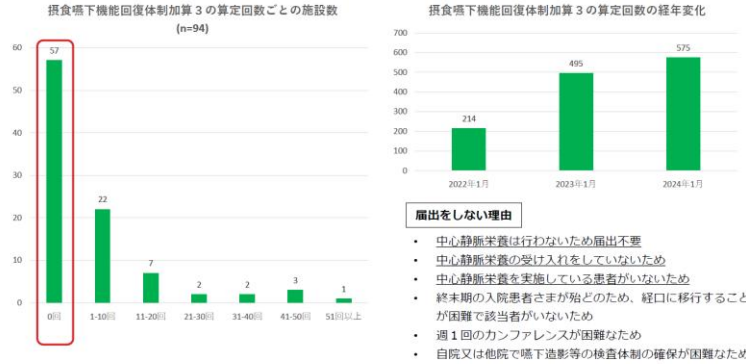


出典：NDBデータ（2024年12月）（左）、令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（C票））

134

摂食嚥下機能回復体制加算の算定状況と届出しない理由

- 摂食嚥下機能回復体制加算3を届け出ている施設のうち、算定回数が0回の施設は約6割であった。算定回数は徐々に増加しているものの少ない。
- 届出しない理由として、中心静脈栄養を実施している患者がいないため、実績要件を満たせないという回答があった。



出典：NDBデータ（2024年12月）（左）、令和4～6年度社会医療診療行為別統計（右上）、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（C票））

135

障害者施設等入院基本料の患者傷病名

- 主傷病名として登録されたICD10は、患者数が多いものから以下のとおり。対象疾患ではなく、入院の主傷病名が登録されることから、診療報酬上の対象疾患を持つ患者の割合は把握しづらい。
- 主傷病名が廃用症候群である患者は5.4%であった。厚生局から単なる廃用症候群が肢体不自由として対象患者とされている可能性があることを指摘されている。

No.	主たる傷病名	症例割合
1	脳性麻痺	33.3%
2	廃用症候群	5.4%
3	てんかん	3.8%
4	低酸素性脳症	2.4%
5	末期腎不全	2.3%
6	重度知的障害	1.5%
7	慢性腎不全	1.5%
8	慢性呼吸不全	1.3%
9	誤嚥性肺炎	1.1%
10	症候性てんかん	1.0%
11	レット症候群	1.0%
12	慢性心不全	0.9%
13	脳炎後遺症	0.8%
14	水頭症	0.8%
15	高血圧症	0.8%

No.	主たる傷病名	症例割合
16	急性脳症	0.8%
17	脳挫傷	0.8%
18	ダウン症候群	0.8%
19	染色体異常	0.7%
20	アテトーシス型脳性麻痺	0.6%
21	頭部外傷後遺症	0.5%
22	脳症	0.5%
23	2型糖尿病	0.5%
24	大腿骨頸部骨折	0.5%
25	糖尿病	0.5%
26	脳性両麻痺	0.5%
27	髄膜炎後遺症	0.5%
28	難治性てんかん	0.5%
29	脳出血後遺症	0.5%
30	先天性脳奇形	0.5%

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票（D票））

141

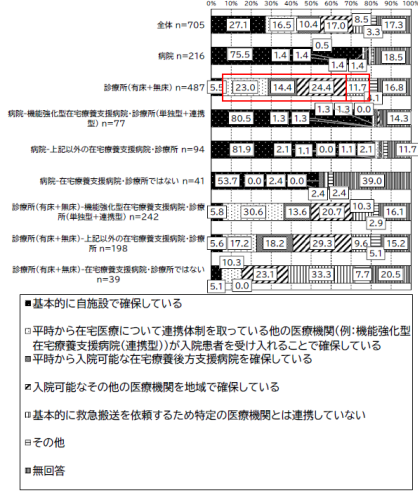
- 療養病棟における摂食嚥下機能の回復や在宅退院の取組について、現状をどのように評価するか。
- 障害者施設等に入棟する患者像について、患者の高齢化等の状況を踏まえ、現状をどのように評価するか。

入院が必要になった場合の病床確保方法について

中医協 総-2
7 . 8 . 2 7

○ 在宅医療を提供している患者について、入院が必要になった場合の病床確保方法として、診療所の59.8%が平時から連携体制を取っている他の医療機関を地域で確保している一方で、11.7%が基本的に救急搬送を依頼するため特定の医療機関とは連携していなかった。

図表 2-50 在宅医療を提供している患者について、入院が必要になった場合の病床確保方法（種別×届出区分別）

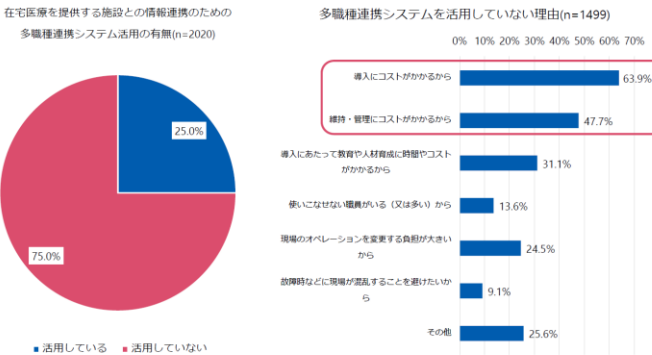


在宅医療を提供している患者について、入院が必要になった場合の病床確保方法として、診療所の59.8%が平時から連携体制を取っている他の医療機関を地域で確保している一方で、11.7%が基本的に救急搬送を依頼するため特定の医療機関とは連携していなかった。

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「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」（医療機関患者調査）76

病院における多職種連携システムの活用状況

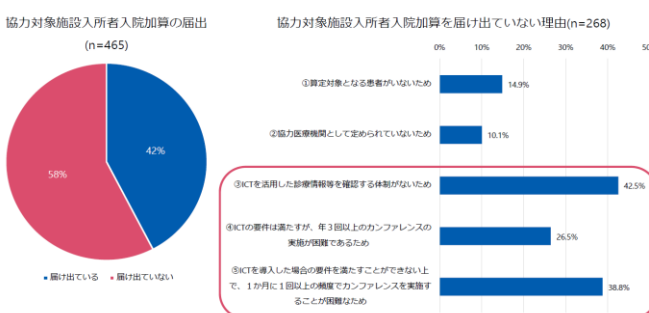
- 病院における多職種連携システム（地域医療情報連携ネットワーク等）を活用している施設は約3割であった。
- 導入していない理由として、導入・維持・管理のコストをあげた施設が5割を超えていた。



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票）（B票））

協力対象施設入所者入院加算の届出状況

- 算定要件である在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院のいずれかに該当する施設において、協力対象施設入所者入院加算を届け出ているのは約4割であった。
- 届出していない理由として、ICTによる情報共有の体制整備や、カンファレンスの要件が困難と回答した施設が多かった。



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

- 後方支援を担う病院と在宅医療機関及び介護保険施設等が、地域医療情報連携ネットワーク等の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、患者の状態に合った質の高い医療の提供等が期待されているが、病院において活用している施設は約3割であった。
- 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院のいずれかに該当する施設において、協力対象施設入所者入院加算を届け出ているのは約4割であり、届出していない理由として、ICTによる情報共有の体制整備や、カンファレンスの要件が困難と回答した施設が多かった。

在宅患者の緊急入院を受け入れる機能を持つ医療機関と、在宅医療を提供する医療機関や介護保険施設等との間で、必要なときに円滑迅速に患者の受け入れが可能となるとともに、医療機関が多数の施設と連携するに当たって現実的にとりうる関係の構築について、現場の実情や、診療報酬上の要件等の観点から、現状をどのように評価するか。

医師事務作業補助者が実施している業務とICT活用のイメージ

○ 医師事務作業補助者が実施している主たる業務のうち、いくつかの業務については、生成AIによる文書作成補助システム等を活用した、ICTによる労働時間短縮・作業効率上昇が想定される。

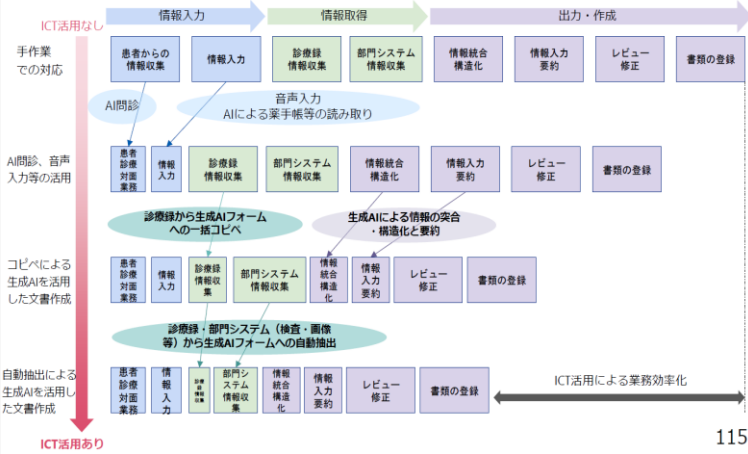
No.	業務の性質	業務内容	詳細	ICT活用	No.	業務の性質	業務内容	詳細	ICT活用
1	診療書等の作成	紹介状の下書き・作成	紹介状の選書	文章作成補助システム	29	診療書等の作成	がん登録（院内・全病）	RPA	ICT活用
2		主治医意見書の下書き・作成	介護保険主治医意見書	文章作成補助システム	30		KCD登録	RPA	
3		特定後援者の申請書	特定後援（難病）臨床調査個人票文書作成補助システム	文章作成補助システム	31		KCD登録	RPA	
4		セブテリウム投与記録の下書き・作成	セブテリウムに関する症状評価	文章作成補助システム	32		ICVD登録	RPA	
5	診療書等の作成	入院診療計画書の下書き・作成	入院診療計画書の作成	文章作成補助システム	33	診療書等の作成	診療録や検査結果などの物理的整理	画像ファイル管理システム	RPA
6		診療情報提供書の下書き・作成	診療情報提供書の作成	文章作成補助システム	34		診療録や検査結果などの物理的整理	画像ファイル管理システム	
7		通院等各種サマリーの下書き・作成	通院等各種サマリーの下書き・作成	文章作成補助システム	35		臨床評価のための資料作成	文章作成補助システム	
8		診療書等の作成	診療書等の作成	文章作成補助システム	36		研究申請書の準備	文章作成補助システム	
9	診療書等の作成	診療書の下書き・作成	診療書の下書き・作成	文章作成補助システム	37	診療書等の作成	診療録や検査結果などの物理的整理	文章作成補助システム	RPA
10		診療書の下書き・作成	診療書の下書き・作成	文章作成補助システム	38		院内会議の資料作成	文章作成補助システム	
11		診療書の下書き・作成	診療書の下書き・作成	文章作成補助システム	39		通院文の物理的整理	文章作成補助システム	
12		診療書の下書き・作成	診療書の下書き・作成	文章作成補助システム	40		教育や研修・カンファレンスなどのための準備作業	文章作成補助システム	
13	診療書等の作成	検査オーダーの代行入力	検査の指示	音声入力	41	診療書等の作成	教育や研修・カンファレンスなどのための準備作業	音声入力	RPA
14		検査オーダーの代行入力	検査の指示	音声入力	42		診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	
15		検査オーダーの代行入力	検査の指示	音声入力	43		診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	
16		検査オーダーの代行入力	検査の指示	音声入力	44		診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	
17	診療書等の作成	処方箋の代行入力	処方箋の指示	音声入力	45	診療書等の作成	診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	RPA
18		処方箋の代行入力	処方箋の指示	音声入力	46		診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	
19		処方箋の代行入力	処方箋の指示	音声入力	47		診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	
20		処方箋の代行入力	処方箋の指示	音声入力	48		診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	
21	診療書等の作成	カルテからの情報収集	カルテからの情報収集	音声入力	49	診療書等の作成	診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	RPA
22		カルテからの情報収集	カルテからの情報収集	音声入力	50		診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	
23		カルテからの情報収集	カルテからの情報収集	音声入力	51		診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	
24		カルテからの情報収集	カルテからの情報収集	音声入力	52		診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	
25	診療書等の作成	診療録の代行入力	診療録の指示	音声入力	53	診療書等の作成	診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	RPA
26		診療録の代行入力	診療録の指示	音声入力	54		診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	
27		診療録の代行入力	診療録の指示	音声入力	55		診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	
28		診療録の代行入力	診療録の指示	音声入力	56		診療録や検査結果などの物理的整理	音声入力	

出典：保険局医務課・医政局医事課ととも

- ICTを活用した取組としては、「説明動画の活用」、「WEB問診・AI問診」、「外来診療WEB予約システム」が多かった。
- ICTを活用した取組について、いずれの取組も「作業効率の上昇」、「労働時間の短縮」が得られる効果の中で最も多かった。
- 労働時間の短縮の効果が得られるとの回答の割合が多い取組として「臨床データ集計等でのRPA活用」、「退院サマリー等の作成補助を行う生成AI文書作成補助システム」、「説明動画の活用」があった。

生成AIを活用した文章作成補助システム等の業務効率化のイメージ

○ 生成AIによる文章作成補助システムを活用した場合、紹介状や退院サマリーの作成において、診療録からの情報収集、情報突合と構造化、要約といったプロセスが自動化される。



生成AI等の活用による医師事務作業の負担軽減について

○生成AIによる文書作成補助システム、RPA、WEB問診・AI問診等による、文書作成や情報入力等に係る医師事務作業の業務時間の削減効果事例は以下のとおり。

生成AIによる文書自動作成		
病院	対象文書	効率化効果（1件当たり作成時間）
国立大学病院（1000床規模）	退院時サマリー作成	1時間 → 20分（削減率66%）
国立大学病院（1000床規模）	診療情報提供書・退院時サマリー作成	平均47%削減（年間1人当たり63時間の削減）
民間病院（750床規模）	退院時サマリー	医師事務作業補助者による下書き30分 → 0分（削減率100%） 医師による作成10分 → 5分（削減率50%）
民間病院（400床規模）	退院時サマリー作成	15分 → 10分（削減率33%）
民間病院（200床規模）	診療情報提供書・紹介状書・退院時サマリー・主治医意見書等	医師事務作業補助者による下書き30分 → 15分（削減率50%）

生成AIによるがん登録作業効率化		WEB問診・AI問診	
病院	効率化効果	病院	効率化効果
民間病院（800床規模）	・登録の際の患者スクリーニング作業時間（削減率27.1%） ・がん登録作業時間（削減率16%）	民間病院（300床規模）	1問診当たり約10分→6分に短縮（削減率40%）
		診療所	1問診当たり約12分→約6分に短縮（削減率50%）

出典：医政局総務課調べ

生成AIによる文書自動作成、WEB問診・AI問診等による、文書作成や情報入力等に係る医師事務作業の業務時間の削減効果事例がある。

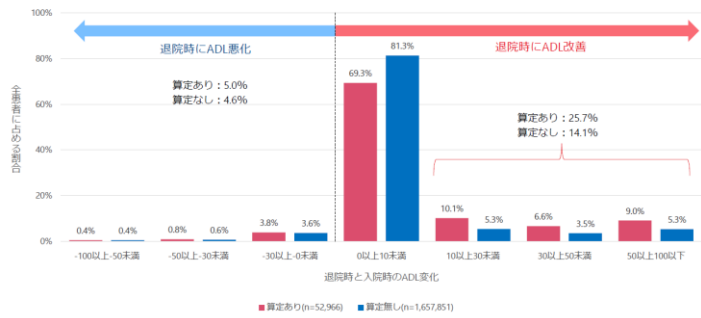
医師事務作業について、生成AI文書作成補助システムやRPAを活用したICTの取組により、作業効率の上昇や労働時間の短縮効果が得られている一方で、医師事務作業におけるICT活用の取組が約8割の病院では実施されていないことを踏まえ、ICT活用の推進に向けた取組をどのように評価・分析するか。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定とADL変化

- 退院時までのADL変化の分布は、以下のとおり。
- 退院時にADLが悪化した患者の割合は、加算の算定有無により明らかな違いはみられなかった。一方、ADLが大きく改善した患者の割合は、算定ありの患者で多かった。

診調組 入-3
7. 9. 11

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定別にみたADL変化ごとの患者割合



※ 退院時Barthel Index (以下BI) - 入院時BI = ADL変化として集計

出典：DPCデータ（令和6年10月～12月）急性期一般入院料1～6を算定し、期間中に入院が完了している症例にて集計

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（以下、体制加算）の算定に関わらず、退院時にADLが低下する患者の割合は5%程度であった。一方、体制加算算定ありの患者においては、退院時にADL（Barthel index）が2以上改善した割合が算定なしの患者に比べて多かった。

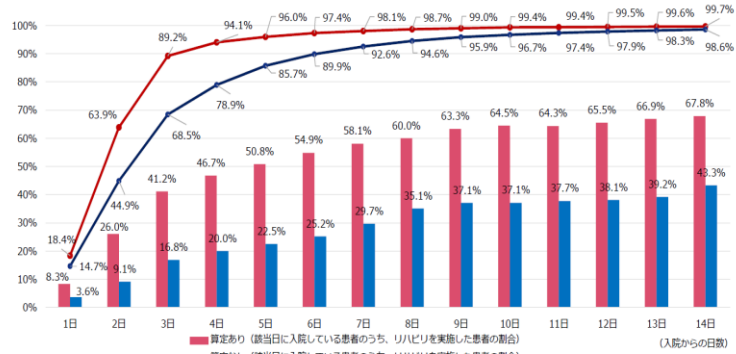
体制加算算定ありの患者は、3日目までにリハビリを開始した患者が約9割であり、体制加算算定なしの患者と比較してリハビリの実施割合・早期の介入の割合がともに高かった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定とリハビリ介入状況

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定ありの患者は、算定なしの患者と比べて、リハビリの実施割合が高かった。
- 算定ありの患者は、算定なしの患者と比べて、入院中にリハビリを実施された患者のうち、入院3日目までにリハビリが開始された割合が9割近くと高かった。

診調組 入-3
7. 9. 11

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定別のリハビリ介入状況



出典：DPCデータ（令和6年10月～12月）急性期一般入院料1～6を算定し、期間中に入院が完了している症例を対象として集計。

急性期病棟における療法士の病棟業務への関与状況

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定している病棟では、算定していない急性期病棟と比べ、療法士が生活機能の回復や栄養・口腔状態に係る項目へ関与している割合が高かった。

診調組 入-3
7. 9. 11

職種ごとの各業務への関与している割合	リハ・栄養・口腔連携体制加算の算定あり病棟	リハ・栄養・口腔連携体制加算の算定なし病棟
看護職員	看護補助者	理学療法士
生活機能の回復に向けた支援（食事）	94.1%	32.8%
生活機能の回復に向けた支援（排泄）	97.8%	24.3%
生活機能の回復に向けた支援（嚥下の促し）	99.1%	41.5%
更衣	94.8%	29.9%
食事介助	98.7%	36.6%
口腔ケア	98.7%	22.8%
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	99.0%	76.1%
体位交換	99.7%	68.8%
食事・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	99.0%	72.2%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	99.7%	58.8%
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	99.3%	74.9%
口腔管理に関する計画の作成	99.7%	72.2%

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（A票））

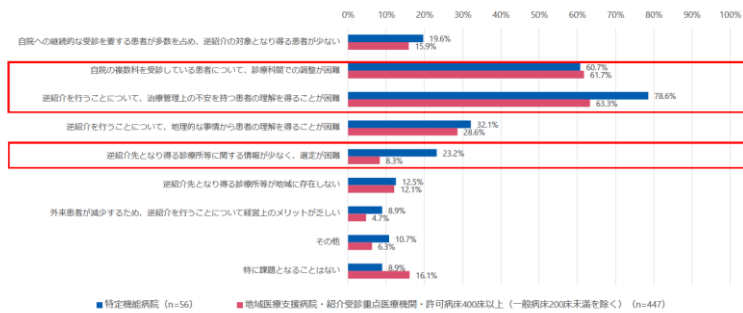
体制加算算定ありの病棟では、療法士が生活機能の回復や栄養・口腔状態に係る項目へ関与している割合が高かった。

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と実際の介入状況や、退院時にADLが低下する患者の割合が比較的高いことやADLが低下する患者の特徴について、現状をどのように評価するか。
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算や、病棟の施設基準において専門職の病棟配置が進みつつある背景を踏まえ、病棟における各専門職の業務やタスクシェアに関する現状をどのように評価するか。

再診患者の逆紹介を行う上での課題

- 特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院・紹介重点医療機関・許可病床400床以上の病院における、再診患者の逆紹介を行う上での課題は以下のとおり。
- 「逆紹介を行うことについて、治療管理上の不安を持つ患者の理解を得ることが困難」が最も多く、次いで「自院の複数科を受診している患者について、診療科間での調整が困難」が多かった。

再診患者の逆紹介を行う上での課題



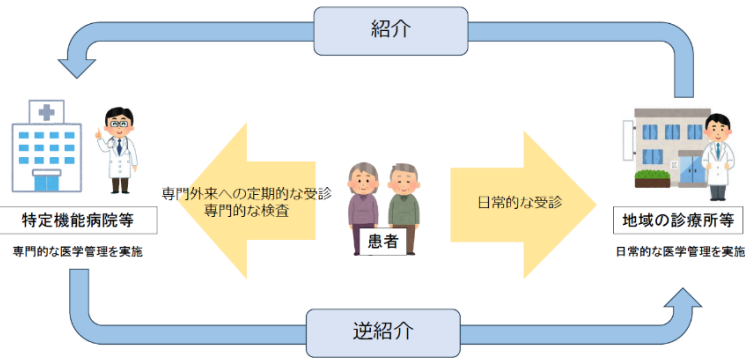
出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））
※本図表における「逆紹介」は、自院から他の医療機関へ紹介を行うこと全般を指し、他院から紹介を受けた患者について、紹介元へ再度紹介を行うことに限らない。

再診患者の逆紹介を行う上での課題としては、「逆紹介を行うことについて、治療管理上の不安を持つ患者の理解を得ることが困難」が最も多く、次いで「自院の複数科を受診している患者について、診療科間での調整が困難」が多かった。

- いわゆる「2人主治医制」とは、1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組を指す。その取組状況を調査したところ、
 - 特定機能病院においては、「案内をWebサイトに掲載している」が最も多く、それ以外の病院においては「案内を直接患者に行っている」が最も多かった。
 - 診療所においては、「特に取組を行っていない」が最も多く、次いで「取組に関する案内を直接患者に行っている」「近隣の病院と取組に関する取り決めを行っている」が多かった。

（参考）いわゆる「2人主治医制」による疾患の継続管理

- 1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う、いわゆる「2人主治医制」を実施することについて、患者に周知している事例がある。



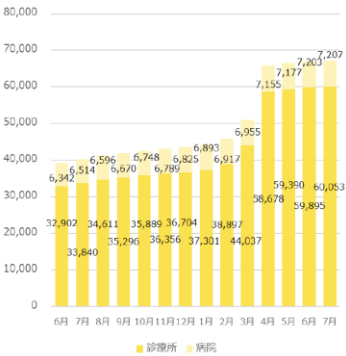
- 特定機能病院等の再診患者の特性や、地域の診療所と連携して診療にあたっている患者の現状について、どのように評価するか。
- 特定機能病院等が再診患者の逆紹介を行う上での課題や、診療所において病院からの紹介患者を受け入れる上での課題、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組の状況について、どのように評価するか。



外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出状況

○ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）は、病院の約 9 割、診療所の約 4 割が届出を行っている。

月別推移



届出受理医療機関割合（令和 7 年 7 月 7 日時点）

	医療機関数	届出受理数	届出受理割合
病院	8,045	7,207	89.6%
診療所	154,904	60,053	38.8%
有床診療所	5,339	2,703	50.6%
医科診療所	84,035	33,830	40.3%
歯科診療所	65,530	23,520	35.9%
合計	162,949	67,260	41.3%

ベースアップ評価料は、病院の約 9 割、診療所の約 4 割が届出を行っている。

出典：保険局医療課調べ（保険医療機関等管理システムより集計）

ベースアップ評価料の賃金改善計画書において、令和 5 年度と比較した対象職員の令和 6 年度及び令和 7 年度の賃上げ計画は、それぞれ 2.69%、3.40%の引上げであった。

141

令和 6・7 年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）

○ 令和 6 年度計画書及び令和 7 年度計画書をいずれも簡素化前の届出書で提出した医療機関における、ベースアップ評価料の対象職員に係る令和 5 年度と比較した賃上げ比率は、以下のとおり。

令和 7 年 6 月 3 0 日時点集計値

		対象職員全体				
		全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所（無床）	歯科診療所（無床）
医療機関数		7,318	4,488	692	1,562	576
令和 6 年度 加重平均値（%）		2.69	2.71	2.46	2.11	2.09
（職員数）（人）		1,076,575	1,031,834	17,825	23,234	3,681
令和 7 年度 R5⇒R7（2 年計） 加重平均値（%）		3.40	3.43	2.98	2.57	2.30
（職員数）（人）		1,102,271	1,057,665	17,888	23,087	3,632
（参考）R6⇒R7 賃金増率 差分（ポイント）		0.71	0.72	0.52	0.46	0.21

令和 7 年度計画書を簡素化前の届出書で提出した医療機関（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（Ⅰ）の専用届出様式による届出 39,681 件及び記載不備等 18,426 件を除く、9,153 件）のうち、令和 6 年度において未算定、計画書記載不備及び外れ値等の 1,835 件を除いた 7,318 件の賃金改善計画書を集計。

※「賃金増率」＝「ペア等の実施による賃金改善の見込み額」÷「賃金改善する前の基本給等総額」
なお「ペア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

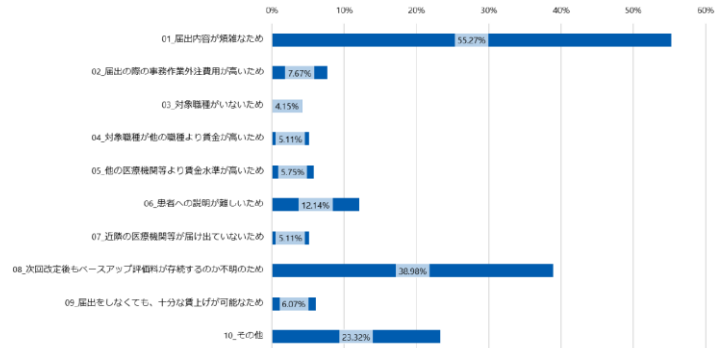
出典：保険局医療課調べ

153

ベースアップ評価料を届け出していない理由について

○ ベースアップ評価料を届け出していない病院において、その理由として最も多いものは「届出内容が煩雑なため」であった。

ベースアップ評価料を届け出していない理由（n=313）



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（共通A～D票））

145

ベースアップ評価料を届け出していない病院において、その理由として最も多いものは「届出内容が煩雑なため」であった。

- 賃上げに係る診療報酬の届出状況及び算定状況について、現状をどのように評価するか。
- 病院及び診療所等における、ベースアップ評価料の対象職員と対象職員以外の賃上げ状況について、それぞれ現状をどのように評価するか。
- 賃上げに係る診療報酬の届出方法等について、現状をどのように評価するか。

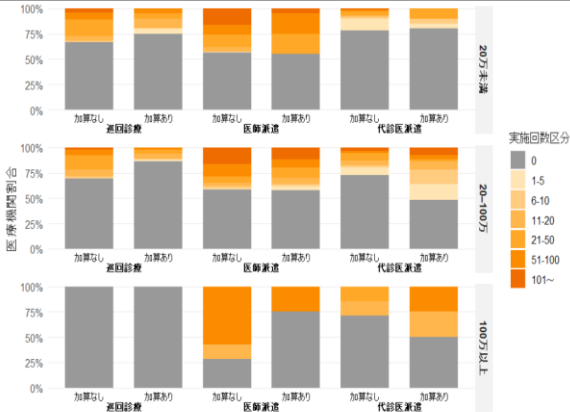
小規模な二次医療圏における支援のイメージ



人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にあり、従事する医師の高齢化も進んでいる。

二次医療圏別へき地医療拠点病院における主要3事業の実施状況について

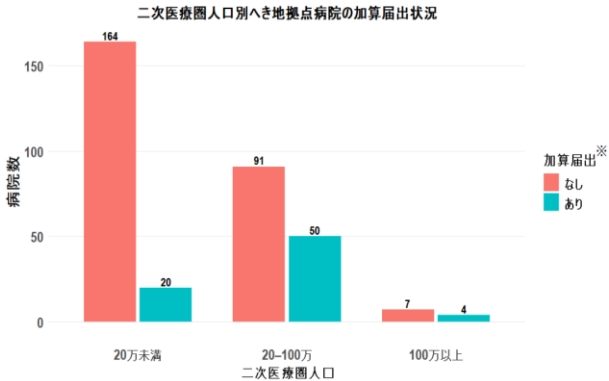
- 20万人未満二次医療圏におけるへき地医療拠点病院では、主要3事業を一定程度実施しており、総合入院体制加算や急性期充実体制加算の届出の有無と実施状況に大きな違いは見られなかった。
- 20万-100万人医療圏では、加算を届け出ている病院では届出のない病院と比較して、巡回診療を実施している割合が少ない一方で、へき地等に代診医派遣を実施している割合が高かった。
- 100万人以上医療圏では、巡回診療を実施していない一方で、加算を届け出ている病院で、へき地等に医師派遣を実施している割合が高かった。



出典：令和5年度「へき地医療の現状について」、DPCデータ（令和6年9月）

二次医療圏別へき地医療拠点病院の加算届出状況

- へき地医療拠点病院の約半数は、20万人未満二次医療圏に所在している。
- 人口20万人未満の小さな二次医療圏におけるへき地医療拠点病院では、20万人以上二次医療圏のへき地医療拠点病院と比較して、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かった。

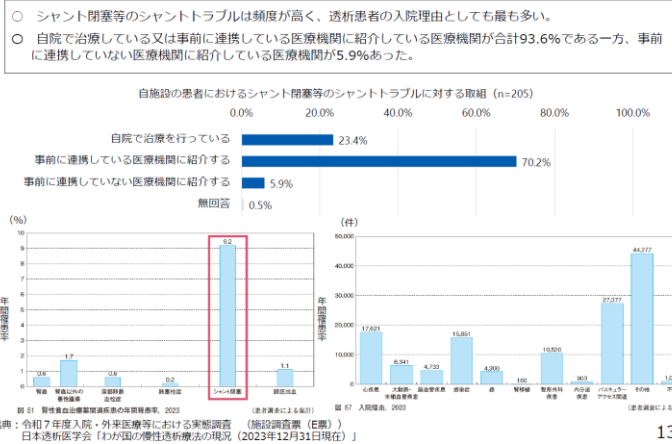


出典：令和5年度「へき地医療の現状について」、DPCデータ（令和6年9月） ※総合入院体制加算もしくは急性期充実体制加算の届出

へき地医療拠点病院における主要3事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の実施状況について、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拠点的な病院においても、巡回診療やへき地診療所等への医師派遣、代診医派遣を実施しており、代診医派遣については、届出のない医療機関と比較して、届出のある医療機関の方が多く実施している。このような拠点的な病院では、自院における救急搬送受入や手術等の診療に加えて、当該事業等を通じて、地域医療提供体制の確保において重要な役割を担っている病院もあると考えられる。

- 医療資源の少ない地域における医療の提供をどのように評価するか
- 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況や巡回診療、医師派遣等の支援の現状についてどのように評価するか。

シャントトラブルに対する取組

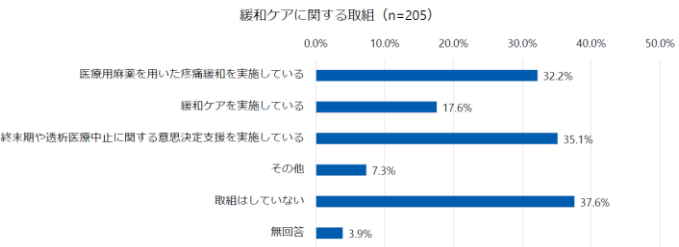


透析医療

シャント閉塞等のシャントトラブルは発生頻度が高いが、5.9%の医療機関が事前に連携していない医療機関に紹介していた。

緩和ケアにかかる取組状況

○ 緩和ケアに関する取組について、医療用麻薬を用いた疼痛緩和を実施している医療機関は32.2%、緩和ケアを実施している医療機関は17.6%、終末期や透析医療中止に関する意思決定支援を実施している医療機関は35.5%であった。



緩和ケアに関する取組について、医療用麻薬を用いた疼痛緩和を実施している医療機関は32.2%、緩和ケアを実施している医療機関は17.6%であった。

上記の現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

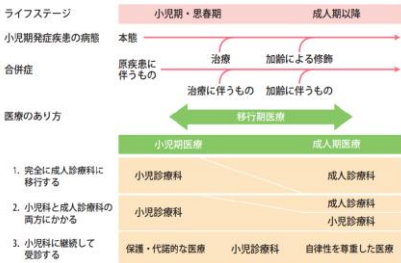
小児・周産期医療について

小児科医療機関において「小児科療養指導料」を算定していた患者が、成人移行期となり小児科以外の医療機関に紹介された場合、その患者が「難病外来指導管理料」の算定対象でない限り、紹介先医療機関においては同様の管理料を算定することができない。

小児慢性特定疾病の指定疾病数と比較して、指定難病の指定疾病数は少ないため、「小児科療養指導料」の算定対象となる患者と比較して、「難病外来指導管理料」の算定対象となる患者は少ない。

移行期医療

○ 小児を中心とした医療から成人を対象とする医療に切り替えていくプロセスを「移行」といい、移行を行っている期間を「移行期」という。
○ 移行期医療にあたっては、成人になっても良質の医療が継続されるようにすること等を目指すものとされている。



移行期医療においては、成人になっても良質の医療が継続されるようにすること等を目指すものとされていることを踏まえ、小児科療養指導料の対象患者と難病外来指導管理料の対象患者の現状についてどのように評価するか。

「母体・胎児集中治療室管理を要する状態」に関する要望

全国周産期医療（MFICU）連絡協議会
総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料の改正についてのお願い（要望書）（抜粋）

・「母体・胎児集中治療室管理料（仮称）」の算定対象疾患を、以下のように改正する。（赤字部分が追加、修正箇所）
ア、合併症妊娠（精神疾患を含む）
イ、妊娠高血圧症候群
ウ、多胎妊娠
エ、胎盤位置異常
オ、切迫早産
カ、胎児発育不全や胎児構造異常などの胎児異常を伴うもの
キ、分娩時異常出血
ク、産科危機的出血
ケ、妊産婦の呼吸循環不全を伴うもの

『総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料の改正についてのお願い（要望書）』
における各要望事項の要望理由について（抜粋）

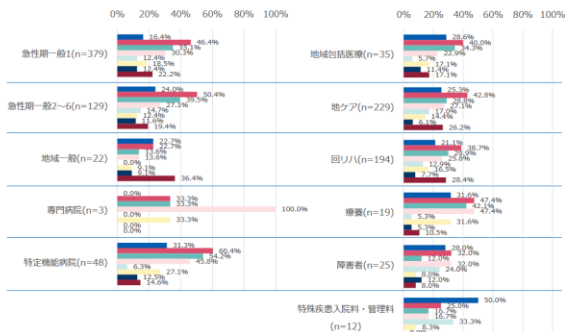
・精神疾患を有する妊産婦の受入の重要性が増している。産褥の重症疾患のうち頻度が高く、妊産婦死亡の主要原因である産科危機的出血等の受入を円滑に進める必要があるため。

産科異常出血のリスク因子は、分娩前から存在する因子と分娩の経過の中で認められる因子が含まれるほか、産科異常出血を起こす患者の約20%にはリスク因子が認められないものとされている。また、一部の重症例は、高次周産期施設での管理が必要とされている。

産科異常出血は、関係学会からの要望を踏まえ、現状の「母体・胎児集中治療室管理を要する状態」についてどのように評価するか。

- 令和6年能登半島地震支援のスタッフ派遣を検討した際に困難であったことを聞いたところ、「現地の状況把握と情報収集」「派遣にあたっての交通手段の確保」「派遣中の労務管理」「派遣中に自施設のスタッフ配置基準が満たせなくなる事」等が多かった。

災害時のスタッフ派遣を検討した際に困難であったこと



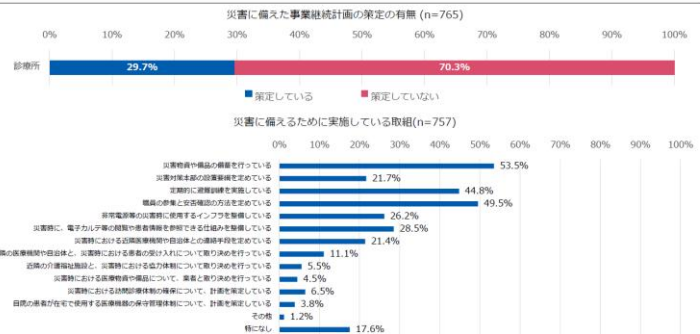
出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、B票、C票、D票））

145

- 災害拠点病院以外の医療機関においても、災害時における業務継続計画（BCP）の作成に努めることとされている。
- 「災害拠点病院」「DMAT」の指定や「BCPの策定」等は、DPC/PDPS対象病院においては、体制評価指数として評価されている。
- 診療所において、災害に備えた事業継続計画を「策定している」と回答した割合は約30%であった。

- 診調組 入-1
7, 8, 28

- 診療所において、災害に備えた事業継続計画を「策定している」との回答割合は約30%であった。
- 診療所において、「災害に備えるために実施している取組」をそれぞれ聞いたところ、「災害物資や備品の備蓄を行っている」が最も多く、次いで「職員の参集と安否確認の方法を定めている」「定期的に避難訓練を実施している」が多かった。



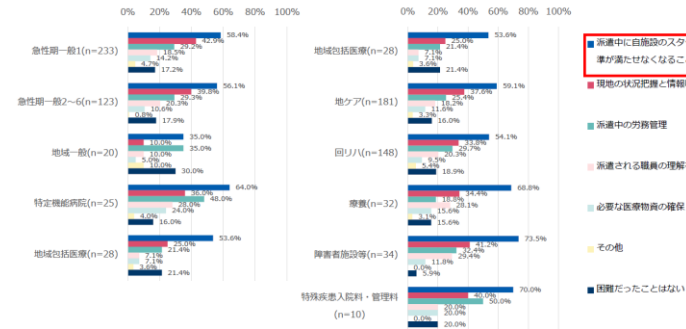
出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（外来調査（施設票））

150

- 診調組 入-1
7 8 2 8

- 他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応のためのスタッフ派遣を検討した際に困難であったことを聞いたところ、「派遣中に自施設のスタッフ配置基準が満たせなくなること」「現地の状況把握と情報収集」「派遣中の労務管理」等が多かった。

新型コロナウイルス感染症支援派遣を検討した際に困難であったこと



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、B票、C票、D票））

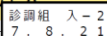
152

- 他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応のためのスタッフ派遣を検討した際に困難であったことを聞いたところ、「派遣中に自施設のスタッフ配置基準が満たせなくなる」「現地の状況把握と情報収集」「派遣中の労務管理」等が多かった。
- 新型コロナウイルス感染症の影響により夜勤時間数や看護要員数に一時的な変動があった場合、最初の月から3か月以内に限り、施設基準の届出区分の変更を不要としている。

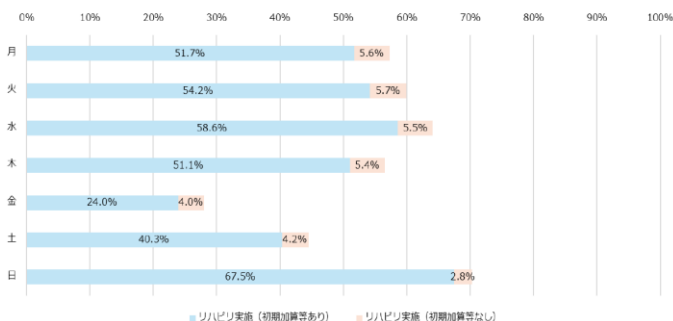
- 災害発生時に、被災者の受け入れや被災地への職員派遣により入院基本料等の施設基準を満たすことができなくなる場合の取扱いについて、災害医療に関する調査結果を踏まえ現状をどのように評価するか。
- 診療所における災害に備えた取組に関する調査結果についてどのように評価するか。
- 新型コロナウイルス感染症の影響への対応を踏まえ、感染症の流行等による一時的な変動があった場合の対応について現状をどのように評価するか。

急性期における曜日ごとの早期リハビリテーションの介入

- 急性期一般入院料 1～6 における曜日ごとの入院後 3 日以内にリハビリを開始した割合は、以下の通り。
- 金曜日入院した患者は、入院後 3 日以内にリハビリを開始した割合が低かった。



入院曜日別、入院から3日以内にリハビリテーションを実施した割合



※ 入院日を1日目と数える。
 ※ 祝日及び12月29日～31日とその前3日間に入院した症例は除外
 ※ 各曜日に入院し、3日以内にリハビリを実施した割合と、3日以内にリハビリを実施したうち初期加算等を算定した割合

出典：DPCデータ（令和6年10月 - 12月）

リハビリテーション

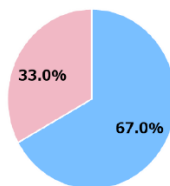
- 発症後早期のリハビリ介入が効果的であるが、急性期では入院後4日目以降の介入が38%を占める。
- 急性期一般入院料1～6における土日祝日のリハビリ実施割合は、平日と比べて低かった。
- 急性期一般入院料1～6において金曜日に入院した患者は、入院後3日以内にリハビリを開始した患者割合が低かった。

退院時リハビリテーション指導料の算定患者について

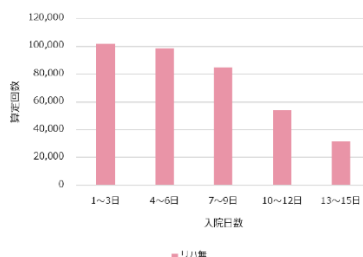
診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 退院時リハビリテーション指導料を算定した患者のうち、疾患別リハビリテーション料を算定していない患者は33%であった。
- 退院時リハビリテーション指導料を算定し、かつリハビリを実施しなかった患者は、在院日数が短いほど多かった。

退院時リハビリテーション指導料算定患者の
リハビリテーション実施の有無



■ リハ有 ■ リハ無

退院時リハビリテーション指導料算定患者のうち
リハビリを実施していない患者の入院日数と算定回数

※ 入院日を1日目として、1～3日、4～6日、7～9日、10～12日、13～15日で区分
※ 入院から15日までの退院症例にて集計

出典：DPCデータ（令和6年6月～令和7年3月）

目標設定等支援・管理料の記載項目

- 目標設定等支援・管理料における目標設定等支援・管理シートの主な項目は以下の通り。
- リハビリテーション総合実施計画書と目標設定等支援・管理シートで重複する項目が多い。一方、「今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し」は、リハビリテーション総合実施計画書の様式では項目が無い。

診調組	入 - 2
7 8	2 1

[illegible]

- 目標設定等支援・管理料は、介護保険によるリハビリテーションへの移行が目的であったが、平成31年3月31日をもって入院中以外の要介護被保険者への算定上限日数を超えた疾患別リハビリテーション料は廃止となった。また、入院中の要介護被保険者等については、一定の条件の下で標準的算定日数を超えて算定可能だが、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料では算定回数は減少傾向にある。
- 目標設定等支援・管理料とリハビリテーション総合実施計画書では重複する項目が多い。

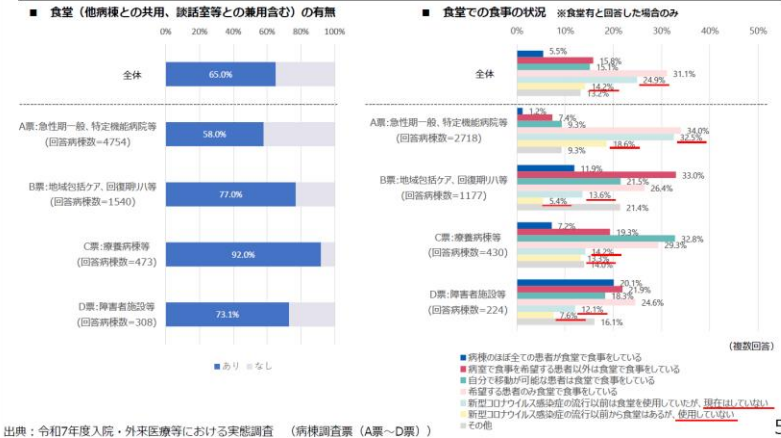
50

- 早期リハビリテーション介入の現状について、どのように評価するか。
- 退院時リハビリテーション指導料の現状について、どのように評価するか。
- リハビリテーションに係る書類作成の現状について、どのように評価するか。

病棟における食堂での食事の状況

食事療養

- 食堂での食事の状況は、病棟機能によって異なる。
- 全体では「希望する患者のみ食堂で食事をしている」が最も多く、使用していないという回答も一定数ある。

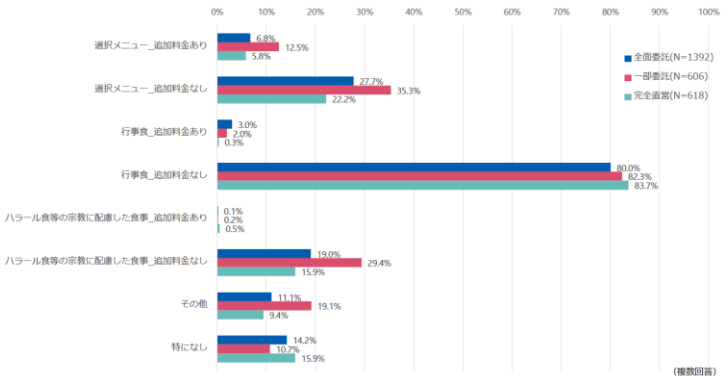


食堂加算の算定率は約7割であるが、食堂での食事の状況として、「希望する患者のみ食堂で食事をしている」が最も多く、使用していないという回答も一定数ある。

- 入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事を別に用意し、提供した場合は、追加料金の支払いを受けることができる。
- 約8割の医療機関は、行事食の対応を追加料金なしで行っていた。約2割～3割の医療機関は、選択メニューやハラル食等の宗教に配慮した食事の対応を追加料金なしで行っていた。

入院患者の食事に関する多様なニーズを踏まえた対応

- 約8割の医療機関は、行事食の対応を追加料金なしで行っていた。
- 約2割～3割の医療機関は、選択メニューやハラル食等の宗教に配慮した食事の対応を追加料金なしで行っていた。



- 嚥下調整食や食堂の活用について、特別食加算や食堂加算の趣旨を踏まえ、現状をどのように評価するか。
- 多様なニーズに対応して特別料金の支払いを受ける食事提供について、現状をどのように評価するか。



診療報酬上、署名又は記名押印を求めている様式（例）

○ 診療報酬上、留意事項通知等で署名又は記名押印を求めている様式としては、以下のような例がある。

署名又は記名押印		様式（例）
医師	患者・家族	
○	○	・ 入院診療計画書 ・ リハビリテーション実施計画書 ・ 目標設定等支援・管理シート ・ 職場復帰の可否等についての主治医意見書 ・ 短期滞手術等同意書
○	-	・ 診療情報提供書 ・ 訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書 ・ 介護職員等略称吸引等指示書
-	○	・ 緩和ケア実施計画書 ・ 生活習慣病療養計画書 ・ 認知症療養計画書 ・ 「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」に関する同意書
<参考> 記名のみ		・ 退院証明書 ・ 栄養管理計画書 ・ 精神科リエンチーム診療実施計画書

※署名又は記名押印を要する文書については、電子的な署名を含む。

業務の簡素化

- 施設として、診療報酬上求められる記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるものは、「計画書作成」が最も多く（44.2%）、次いで「DPCデータ（様式1）の作成」（38.2%）。特に病棟において簡素化の必要性があるものとしては、「計画書作成」が最も多く（61.8%）、次いで「（計画書等の）患者や家族等による署名・記名押印」（45.1%）だった。
- 規制改革推進に関する答申において、医療機関等又は医師等の負担軽減の観点から、診療報酬上の書面について、署名又は記名・押印を不要とすること等の可否の検討が求められている。

入院診療計画書等

- 入院診療計画書や退院支援計画書の様式には署名欄が設けられており、主治医や患者又はその家族等の署名が必要である。
- 入院支援計画書は全ての入院患者に作成し説明に用いた文書は患者に交付するとともに、その写しを診療録に添付する必要がある。

【入院診療計画書（別紙2）】

Form showing the structure of the Inpatient Medical Plan (Form 2), including fields for patient information, diagnosis, and treatment plan.

- 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）

別添2 入院基本料等の施設基準等より抜粋

入院診療計画の基準

- ・ 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添2の別紙2又は別紙2の3を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添6の別紙2の2を参考にすること。なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導（栄養・服薬）・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点や電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。
- ・ 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。

入院診療計画書や退院支援計画書の様式には署名欄が設けられている。入院支援計画書は全ての入院患者に作成し説明に用いた文書は患者に交付するとともに、その写しを診療録に添付する必要がある。

リハビリテーションに関する計画書の様式について

- リハビリテーションに関する計画書の様式は複数あり、重複する項目が多い。
- いずれの様式においても署名欄が設けられており、説明者や患者又はその家族等の署名が必要である。

【リハビリテーション実施計画書（別紙様式21）】

Form showing the structure of the Rehabilitation Implementation Plan (Form 21), including fields for patient information, diagnosis, and rehabilitation plan.

- 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）

- ・ 別紙様式21 リハビリテーション実施計画書
- ・ 別紙様式21の6 リハビリテーション実施計画書
- ・ 別紙様式23 リハビリテーション実施計画書

- 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）

- ・ 別紙19 リハビリテーション総合実施計画書
- ・ 別紙20 リハビリテーション総合実施計画書

Form showing the signature and stamp area for the Rehabilitation Implementation Plan (Form 21).

やむを得ない理由がある場合に限り、計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えないこととされている。

リハビリテーションに関する計画書の様式は複数あり、重複する項目が多い。いずれの様式においても署名欄が設けられており、説明者や患者又はその家族等の署名が必要である。

医療DXに対応するための電子化や働き方改革の推進等の観点から、医療機関における記録や書類作成等の業務の簡素化について、現状をどのように評価するか。



高額レセプト上位の概要について

2025年9月25日、健康保険組合連合会は、「令和6年度 高額医療交付金交付事業における高額レセプト上位の概要」をプレス発表しました。

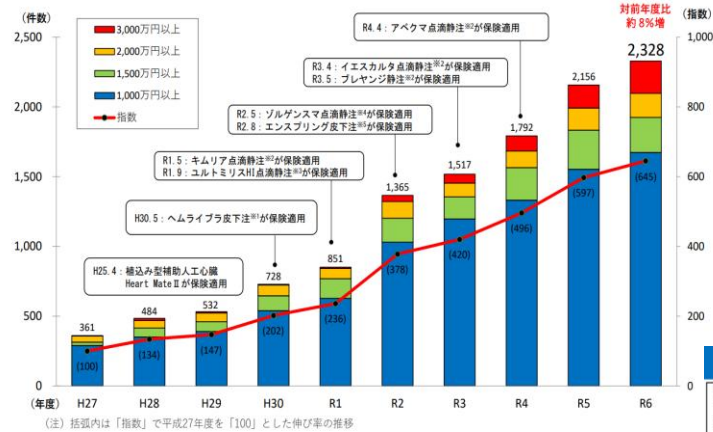
2024年度（令和6年1月16日から令和7年1月15日）において健保連に申請されたレセプトのうち、1か月の医療費が1,000万円以上の件数は、前年度より172件増加（対前年度比約8%増）の2,328件で過去最多であったということです。このような医療費の高額化の最大の要因に薬剤費の高額化が挙げられています。高額レセプト上位の概要について、高額化の要因となっている医薬品の使用状況の視点から示した資料が掲載されていたのでご紹介します。

<https://www.kenporen.com/include/press/2025/2025092503.pdf>



過去10年間の1,000万円以上レセプト件数の年次推移

○1,000万円以上高額レセプトの件数は近年顕著な伸びを示しており、R6年度はH27年度と比較して6倍超となっている
○この中でも特に、3,000万円以上レセプトが大きく増加している



レセプト（1か月当たり医療費）の高額化は一段と進展しており、R6年度における1,000万円以上レセプトの件数は、H27年度（10年前）と比較して6倍超にまで増加している。

高額レセプト上位100位について

○H27年度の高額レセプト（月額医療費）上位100位を見ると、心臓手術や人工心臓を必要とする循環器系疾患や血友病が主な疾患となっている
○一方、直近のR6年度の高額レセプト上位100位を見ると、先天性の難病や悪性腫瘍等、概ね超高額な医薬品の使用に起因する疾患に変化している。また、血友病で使用される医薬品も、近年保険収載された高額医薬品の使用が顕著に見られる（※上位100位の詳細はP9～P10を参照）

高額レセプト上位100位の疾患分類



<高額化の主な要因等>
○高度な手術や人工心臓により高額化している
○血友病の割合も高く、上位100位レセプトで使用されている医薬品の価格帯は約8万円～40万円（P10参照）
○悪性腫瘍や先天性疾患は、薬価が数千円を超える医薬品が使用され超高額化している
○血友病の割合は減少しているが、使用されている医薬品の価格帯は約29万円～122万円と高額化している（P9参照）
（※血友病は患者数が減少に転じていることはなく、悪性腫瘍等の増により上位100位から外れたに過ぎない）

高額レセプト上位100位の高額化の要因を見ると、10年前（H27年度）は主に心臓手術や人工心臓を要する循環器系疾患や血友病が主な疾患であったのに対し、直近（R6年度）では、先天性の難病や悪性腫瘍等、概ね超高額な医薬品（ゾルゲンスマ・イエスカルタ・プレヤンジ等）の使用に起因する疾患へと変化している。

<参考3> 新薬の保険収載による医療費への影響（推計）

（例）発作性夜間ヘモグロビン尿症（R5年度対象患者数：1,121人）

医薬品	保険収載	薬価	年間投与回数 (投与間隔)	1回当たり 薬量	1人当たり 年間薬剤費 (計算上の目安)	国内年間 総薬剤費 (計算上の目安)
ソリス点滴静注300mg (既存薬)	H22年6月	615,752円	約26回 (2週間に1回)	900mg (初回～4回目までは1週間に1回600mg)	約4,802万円	約538億円
ユルトミリス点滴静注300mg (新薬)	R元年9月	699,570円	約6回～7回 (8週間に1回)	3,000～3,600mg (初回のみ2,400～3,000mg)	約5,002万円	約561億円

完全に置き換えれば約23億円増

※上表は、あくまでも当該医薬品の年間投与回数と1回当たり薬量等に基づき機械的に算出した推計値
※年間投与回数は当該医薬品の維持期間における投与回数に則した理論値で、年間投与回数を52回と仮定して算出
※1人当たり年間薬剤費の算出方法
・ソリス：①615,752円×(3本×26回)＝約4,802万円
・ユルトミリス：②699,570円×(11本×6.5回)＝約5,002万円（投与回数は4回もしくは10回となる平均的6.5回とし、3本あたり薬量は3,000mg（11本）として算出）
※国内年間総薬剤費はR5年度対象患者数全員（1,121人）が当該医薬品を使用したと仮定した理論値（1人当たり年間薬剤費×1,121人）
※対象患者数は厚労省公表数値を参照
※発作性夜間ヘモグロビン尿症の効能・効果を有する最新の医薬品については、「エムベマリ皮下注1080mg」（薬価：488,121円・R5年8月保険収載）等が保険収載されているが、今回の分析には含めていない

▽新薬（ユルトミリス）は既存薬（ソリス）と比較して投与回数が大幅に縮減し、患者の負担軽減に寄与
⇒医療の質向上に繋がる高額医薬品の保険収載は今後も進むことが見込まれる
▽一方、既存の医薬品等との置き換えが進むことにより、当ケースのように1医薬品で年間数十億円規模の財政影響が生ずるケースが今後さらに増加することも考えられる
▽薬価の高額化によりレセプト（1か月当たり医療費）が高額化し、継続的使用により医療費の増加要因となる
⇒高額レセプトが増加すると、各医療保険者は次年度の医療費や適正な準備金保有額の予測等が難しくなり、毎年の予算編成に大きく影響

有効性・画期性の高い新薬への置き換えが進んでいると考えられ、治療効果の向上や患者の負担軽減に寄与しているものと考えられる。一方、1医薬品の置き換えで極めて大きな財政影響が生ずるケースが今後増加することも考えられる。



「H001 未破裂脳動脈瘤術後に対する脳血管疾患等リハビリテーション料の算定」について

未破裂脳動脈瘤術後に対する脳血管疾患等リハビリテーション料の算定について、「術後合併症を起こしていなければ認められない」として、脳血管疾患等リハビリテーション料及び早期リハビリテーション加算、初期加算が査定される事例がありました。 支払基金は 2025年8月29日の「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）（第27回）」の中で、【支払基金統一事例】として同様の事例を公表していますので、確認してみましょう。

また、公表事例に示された適否が、すべての個別診療内容に係る審査において、画一的あるいは一律的に適用されるものではありませんが、症状詳記等などの参考としていただければと思います。

https://www.ssk.or.jp/smph/shinryohoshu/sinsa_jirei/ikin_shinsa_atukai/shinsa_atukai_i/index.html



支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）より

【支払基金統一事例】

（取扱い）

未破裂脳動脈瘤の術後に対するH001 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定は、原則として認められない。

（取扱いを作成した根拠等）

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者については、厚生労働省通知※に「特掲診療料の施設基準等」の「別表第九の五」に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるもの」と示されており、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等とされているが、未破裂脳動脈瘤は、これらの疾患には該当しない。

以上のことから、未破裂脳動脈瘤の術後に対するH001 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定は、原則として認められないと判断した。

ただし、未破裂脳動脈瘤の手術後に、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などを合併することがあり、これらの合併病名の記載がある場合は、算定を認めることとした。

（※）診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

※ 「原則、認められない」が、「合併病名の記載がある場合は認める」とされた事例。

【参考】別表第九の五 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者

- 一 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者
- 二 脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者
- 三 多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者
- 四～九（省略）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

（2）脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者とは、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等のものをいう。

イ 急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者とは、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等のものをいう。

ウ 神経疾患とは、多発性神経炎（ギランバレー症候群等）、多発性硬化症、末梢神経障害（顔面神経麻痺等）等をいう。

エ～ケ（省略）