

2025年10月14日

発行

第430号

NICHII 医事ニュース

発行元：医療関連事業本部 運用企画部 運用企画課

主旨

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

今月のトピックス

2026年診療報酬改定の方向性（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 P7～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 P2～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 P2～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 P2～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）

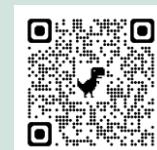
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001568159.pdf>



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>



総合入院体制加算・急性期充実体制加算届出病院の入院医療提供割合

- 総合入院体制加算1届出病院では小児科・産婦人科・精神科の全ての診療科の入院医療を提供していた。
- その他の加算届出病院では、精神科の入院医療提供割合が、他の2診療科と比較して低かった。

小児科・産婦人科・精神科の入院医療提供割合



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（共通施設）DPCデータ（2023年10月～2024年9月）

73

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における持参薬の問題

DPC制度における持参薬の使用に関するルール

DPC作業グループ資料2(3)

- 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 保医第0321第6号

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、入院が予定されている場合に、当該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で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない。なお、特別な理由とは、単に病院や医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場合においては、当該特別な理由を診療録に記載すること。）

4. 持参薬について

(1) 背景

- 入院中に処方されるとDPCで包括扱いとなる薬剤を外来で処方し患者に持参させることで、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いった懸念がある。
- 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いう指摘がある。

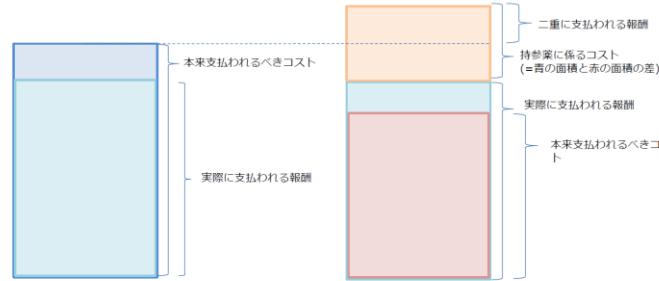
DPC作業グループ資料2(3)

143

持参薬の使用による診療報酬上の課題

DPC作業グループ資料2(3)

- 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、原則どおり、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ったため、持参薬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となる。



※ 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

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」「予定入院か緊急入院か」「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。

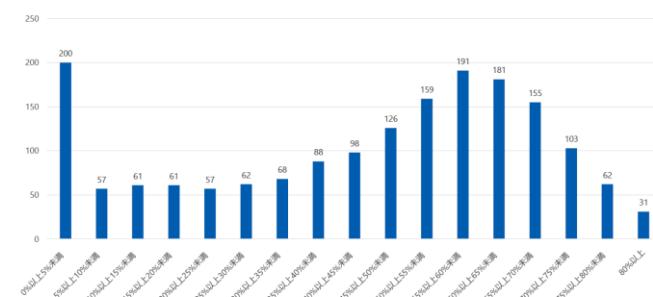
- また、DPC以外で薬剤費が包括される入院料を算定する病棟（地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟など）における持参薬の取扱いも、同様に検討を進めるべきではないか。

DPC対象病院における持参薬の使用割合

DPC作業グループ資料2(3)

- 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。

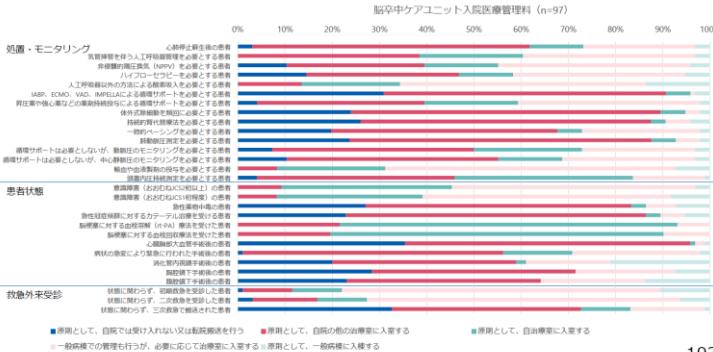
医療機関毎の持参薬の使用割合

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)

145

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は受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。



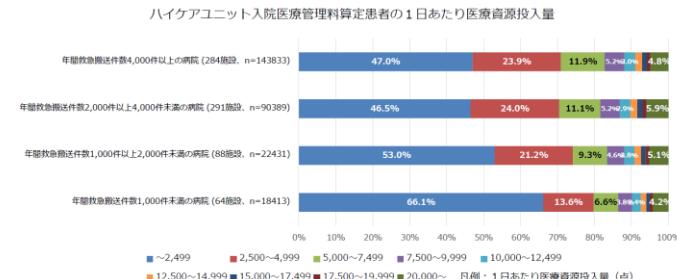
103

高度急性期入院医療

「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

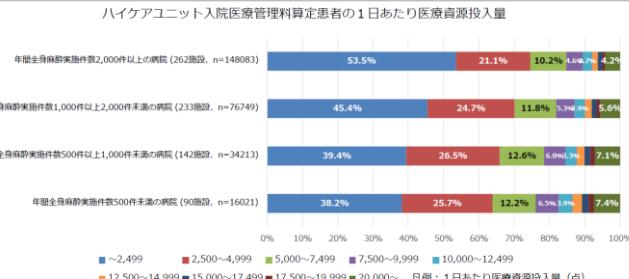
- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院を、年間救急搬送件数ごとに分類し、それぞれのハイケアユニットの入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
 - 年間救急搬送件数が2,000件以上の病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。



88

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低い傾向があった。



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。

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低い傾向があった。

- 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。

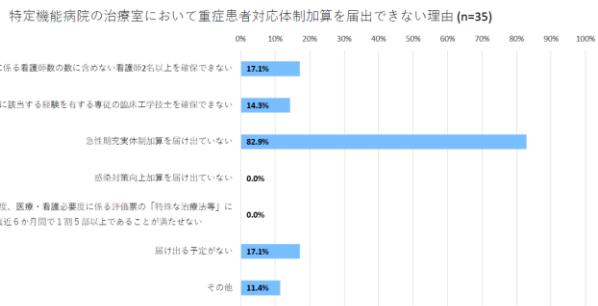
- 救急搬送件数や年間全身麻酔手術実施件数が一定以上である病院の治療室とそれ以外の病院の治療室における重症度等の関係についてどのように評価するか。
 - 「重症患者対応体制強化加算」の調査結果についてどのように評価するか。

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

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。



※急性呼吸器疾患は、急性型充実性加齢を呈することが有りないため、急性型充実性加齢の呈出が疾患となっている重症患者は4度体制強化加齢の呈出が有りない。

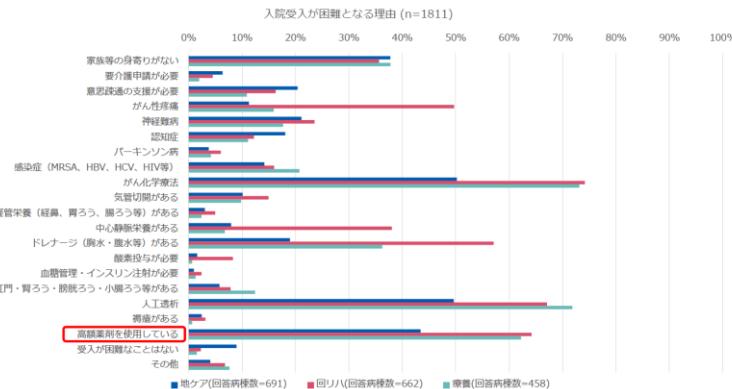
从1970年到1979年，中国平均每年的GDP增长率为9.7%，而同期美国的GDP增长率为4.5%。

120

入院受入が困難となる理由

診調組 入-1
7.8.28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」「人工透析」「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。

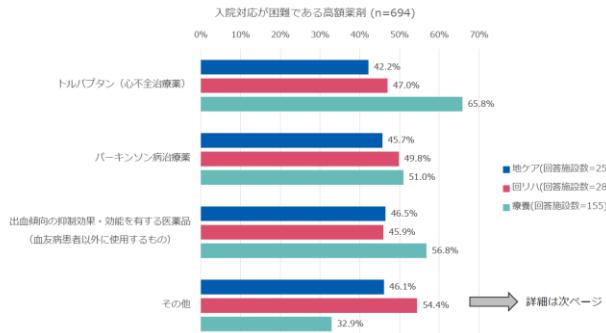


出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（B票、C票））

74

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ブタン、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。



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	回りハ (n=256)	地ケア (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 (イペニティ、ブリア) 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 (オレンジア、アクテムラ、レミグードなど)
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、リュープリソ、ソラデックス、アロマターゼ阻害剤など
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%	抗組織化薬 (オフェブなど)、エンドセリン受容体拮抗薬 (オブスミットなど)
造血剤/腎性貧血治療薬	1.6%	—	—	造血球造血刺激因子製剤 (ミルセラ、ネスバなど)
てんかん治療薬	0%	0%	1.9%	ビムバッタ、レバチラゼタム、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 (アリセプトなど)
高額薬剤 / 薬価に言及した記述	4.3%	2.5%	7.1%	・月3万以上、日2千円以上、薬価が500円/1000円以上不可 ・薬価が高額なもの全般 ・極端に薬価が高い場合は入院不可 ・その都度、薬価や用途・用量・乳用性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%	抗菌薬、喘息吸入薬、フィラストスプレー、抗凝固薬、アルブミン製剤、端吸入薬、抗精神薬など

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来高算定可能なもの

76

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。
- 受入困難な事例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 (悪性新生物に罹り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、ダルペポエチン、エポエチンベータベガロリ、HIF-PH阻害薬 (人工腎臓又は腹膜透析を受けて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型肝炎に効果効果を有するもの)	○	○	○
抗ウイルス剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効果若しくは効果を有するもの及び先天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効果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効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

77

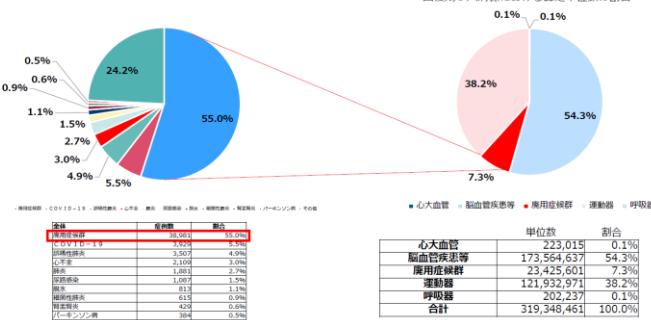
包括算定される入院料の病棟において、高額薬剤の使用が受入困難の要因としてあげられていることや、具体的な薬剤の内容について、どのように考えるか。

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

診調組 入-2
7 . 8 . 2 1

- 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。

廃用症候群リハビリテーション実施患者において、医療資源を最も投入した廃病名の割合



出典: DPCデータ (令和4年4月 - 令和5年5月)

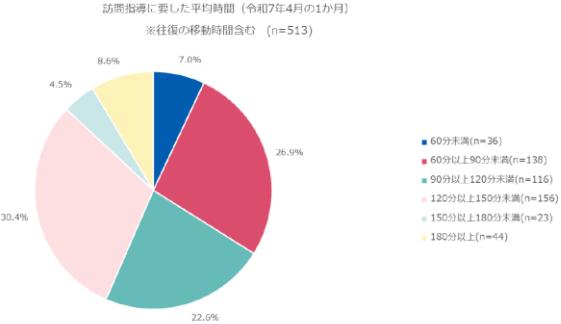
退院前訪問指導の所要時間について

診調組 入-2
7 . 8 . 2 1

- 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)



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 (B票))

100

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

診調組 入-2
7 . 8 . 2 1

- 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。

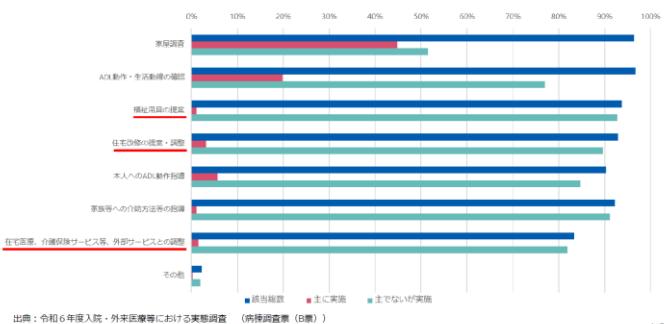
- 回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群リハビリテーション料の算定割合は7.3%であった。また、傷病名のうち、廃用症候群が55.0%であった。

退院前訪問指導の実施内容

診調組 入-2
7 . 8 . 2 1

- 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、「福利用具の提案」、「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。

退院前訪問指導について実施内容 (n=464)



出典: 令和6年度入院・外来医療等における実態調査 (病院調査票 (B票))

106

- 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標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)

診調組 入-2
7 . 8 . 2 1

- 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している施設は24.2%である。

A251 排尿自立支援加算 200点 (週1回)

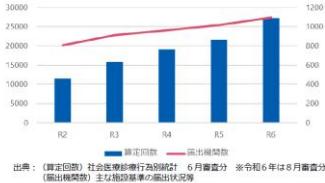
【認定基準 (概要)】

- 1回目排尿時において、医師、看護師及び社会医療法人又は作業療法士から構成される排尿ケアチームが設立されていること。
- 2回目排尿アームの構成員は、外来排尿アーム指導料に係る排尿ケアチームの構成と兼任であっても構成しないこと。
- 3回目排尿アームは、排尿アームに対するマニュアルを作成し、当該医療機関の責任とともに、院内訓練実施をすること。
- 4下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するカーリングなどを通ずること。

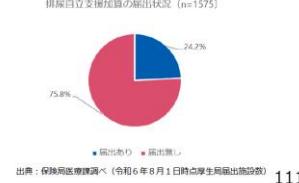
【認定基準 (実績)】

- 1回目排尿時において、尿道カテーテル抜去後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下部尿路機能障害を生じると見込まれるものに対し、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り12週を限度として算定する。

排尿自立支援加算の算定割合・届出回数の推移



回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設における排尿自立支援加算の届出状況 (n=1575)



出典: (算定基準) 社会医療法人別基準 6月審査分 ※令和6年は8月審査分

届出基準

主な届出状況

出典: 保険局医療課調べ (令和6年8月1日時点厚生省届出施設数)

111

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)

診調組 入-2
7 . 8 . 2 1

- 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が回復される患者に対する対応によって算定できる。
- 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している施設は8.7%である。

イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点 (週1回)

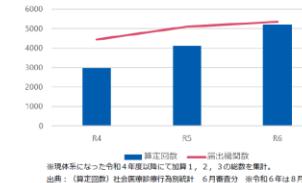
ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点 (週1回)

ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点 (週1回)

※認定病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院

- 【認定基準 (概要)】
- 保険医療機関内に、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門的知識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員は、摂食嚥下機能回復支援又は嚥下活動の練習装置を踏まえて実施する週1回以上のカウンセリングに参加していること。
- 摂食嚥下支援チーム等による「摂食嚥下機能検査又は嚥下能動性検査」の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上付すとともに、その実施を療育隊等に添付すること。
- 上記を実施した患者について、月1回以上、内規制下摂食嚥下機能検査又は嚥下能動性検査を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の面倒に係るカウンセリングを1回以上行うこと。

摂食嚥下機能回復体制加算の算定回数・届出回数の推移



回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設における摂食嚥下機能回復体制加算の届出状況 (n=1575)



出典: 保険局医療課調べ (令和6年8月1日時点厚生省届出施設数)

- 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。

112

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。

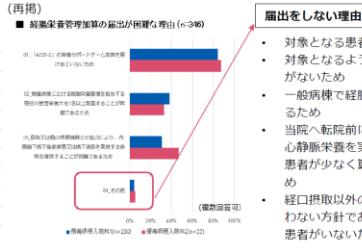
A101 注11 経腸栄養管理加算

【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、入院前の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

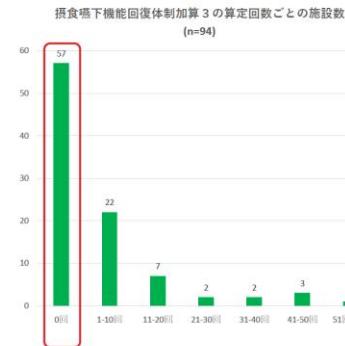


出典：NDBデータ（2024年12月）（左）、令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（C票））

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を届け出している施設のうち、算定回数が0回の施設は約6割であった。算定回数は緩慢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。



届出しない理由

- ・ 中心静脈栄養は行わないため届出不要
- ・ 中心静脈栄養の受け入れをしていないため
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者がいないため
- ・ 終末期の入院患者さまが殆どのため、経口に移行することが困難で該当者がいないため
- ・ 週1回のカンファレンスが困難なため
- ・ 自院又は他院で嚥下造影等の検査体制の確保が困難なため

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

- 摂食嚥下機能の回復や経腸栄養の実施等の栄養管理の取組に関する診療報酬上の評価として、摂食嚥下機能回復体制加算や経腸栄養管理加算が設けられており、届出している施設は重複していた。これらの加算については、届出しているものの算定回数が0回の施設が多くみられており、対象となる中心静脈栄養を実施される患者がいないという意見があつた。

- 障害者施設等入院基本料の病棟においては主傷病が廃用症候群である患者の割合が多かった。

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	認知性肺炎	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	水腫症	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

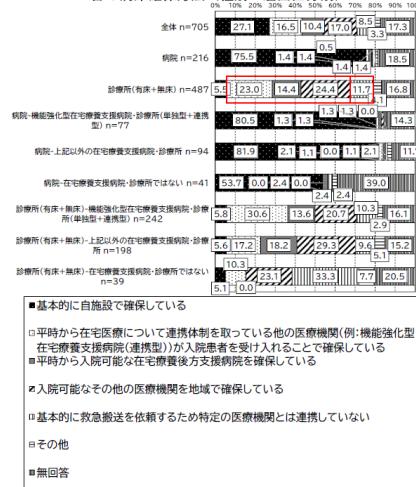
- 療養病棟における摂食嚥下機能の回復や在宅退院の取組について、現状をどのように評価するか。
- 障害者施設等に入棟する患者像について、患者の高齢化等の状況を踏まえ、現状をどのように評価するか。

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。

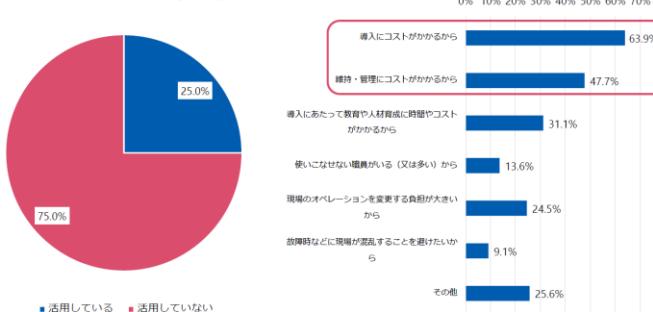
出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」（医療機関患者調査）76

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、導入や維持・管理のコストをあげた施設が5割を超えていた。

在宅医療を提供する施設との情報連携のための

多職種連携システム活用の有無(n=2020)

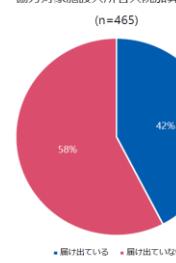


出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票）（B票））

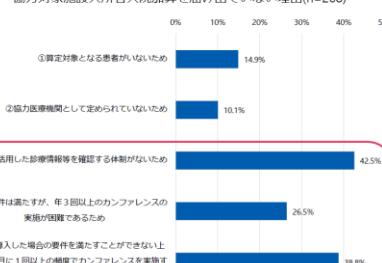
協力対象施設入所者入院加算の届出状況

- 算定対象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しているのは約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。

協力対象施設入所者入院加算の届出



協力対象施設入所者入院加算を届け出していない理由(n=68)



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））

77

- 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しているのは約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
1	文書作成補助	紹介状の下書き・作成、紹介手の書き	文書作成支援システム	
2	主治医意見書の下書き・作成、併記	主治医意見書の下書き・併記	文書作成支援システム	
3	特定期票等の申請書	特定期票、(難病)臨床調査登録書類文書作成支援システム		
4	レセプト注釈(下書き)の書き・依頼作成、レセプト開きの状況評定	—		
5	診断書等の下書き・作成	診断書等の下書き・作成	文書作成支援システム	
6	文書作成補助	診断書等の下書き・作成	文書作成支援システム	
7	診断書等の下書き・作成	診断書等の下書き・作成	文書作成支援システム	
8	診断書等の下書き・作成	診断書等の下書き・作成	文書作成支援システム	
9	診断書等の下書き・作成	診断書等の下書き・作成	文書作成支援システム	
10	文書作成補助	診断書等の下書き・作成	文書作成支援システム	
11	文書作成補助	診断書等の下書き・作成	文書作成支援システム	
12	検査オーダーの代行入力	検査オーダーの代行入力	—	
13	検査手帳の代行入力	検査手帳の代行入力	—	
14	検査手帳の代行入力	検査手帳の代行入力	—	
15	検査手帳の代行入力	検査手帳の代行入力	—	
16	検査手帳の代行入力	検査手帳の代行入力	—	
17	検査手帳の代行入力	検査手帳の代行入力	—	
18	検査手帳の代行入力	検査手帳の代行入力	—	
19	検査手帳の代行入力	検査手帳の代行入力	—	
20	診療録等の代行入力	診療録等の代行入力	—	
21	診療録等の代行入力	診療録等の代行入力	—	
22	診療録等の代行入力	診療録等の代行入力	—	
23	診療録等の代行入力	診療録等の代行入力	—	
24	診療録等の代行入力	診療録等の代行入力	—	
25	診療録等の代行入力	診療録等の代行入力	—	
26	診療録等の代行入力	診療録等の代行入力	—	
27	診療録等の代行入力	診療録等の代行入力	—	
28	診療録等の代行入力	診療録等の代行入力	—	

※RPA: Robotic Process Automationの略で、パソコンを使用した定型的な業務を自動化するシステム

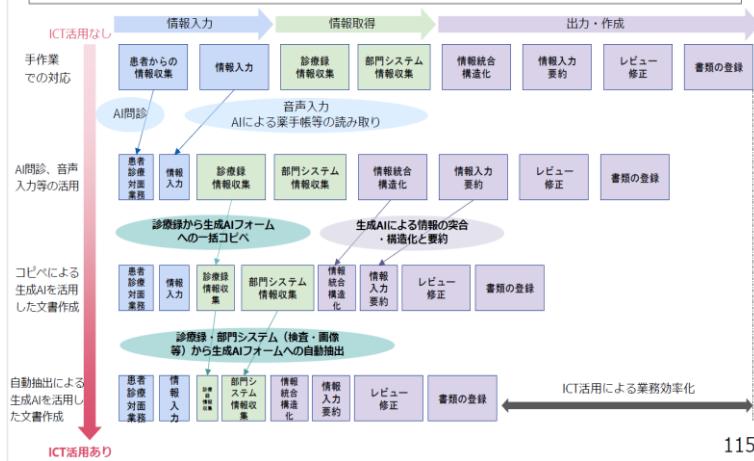
出典: 保険局医療課・医政局医事課まとめ

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、カルテからの情報収集、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。

114

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。



115

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による文書自動化

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	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・紹介返書・退院時サマリ・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

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

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。

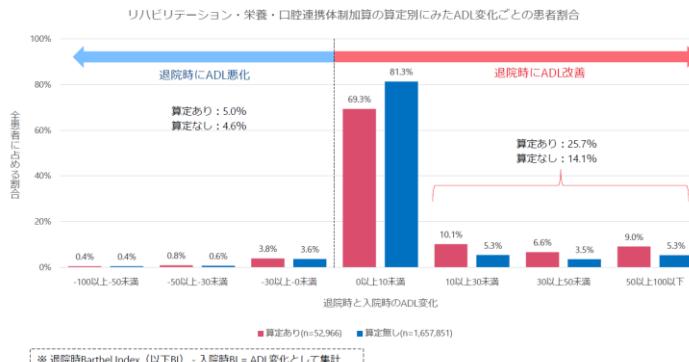
医師事務作業補助者体制加算

- 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。

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

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

- 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、算定の算定有無により明らかに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。



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、期間中に入退院が完結している症例にて集計

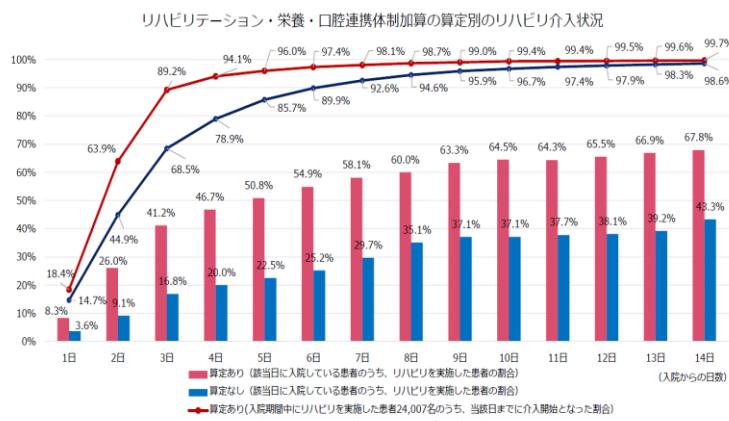
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

（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。

209

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、算定なしの患者に比べて、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。



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、期間中に入退院が完結している症例を対象として集計。

212

急性期病棟における療法士の病棟業務への関与状況

診査組 入-3
7. 9. 1 1

- 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。

職種ごとの各業務へ関与している割合	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	作業療法士	言語聴覚士
生活機能の回復に向けた支援（食事）	94.1%	32.8%	13.4%	18.0%	46.6% (n=305)
	97.8%	24.3%	10.4%	17.4%	39.5% (n=4234)
生活機能の回復に向けた支援（排泄）	97.7%	41.5%	41.2%	27.8%	2.6% (n=306)
	99.1%	29.9%	35.4%	24.8%	3.0% (n=4226)
生活機能の回復に向けた支援（床のぼし）	94.8%	36.6%	76.1%	46.4%	9.5% (n=306)
	98.7%	22.8%	68.8%	35.8%	6.4% (n=4237)
更衣	99.7%	8.3%	7.2%	10.9%	2.3% (n=304)
	99.0%	74.9%	2.9%	4.5%	0.8% (n=4282)
食事介助	99.7%	80.4%	3.6%	5.2%	32.0% (n=306)
	99.3%	68.8%	1.5%	3.4%	20.9% (n=4274)
口腔ケア	98.7%	52.0%	3.9%	6.2%	41.2% (n=306)
	99.5%	43.7%	1.1%	1.6%	28.6% (n=4251)
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	99.3%	87.8%	16.7%	12.4%	5.2% (n=306)
	99.2%	75.1%	7.2%	5.8%	1.4% (n=4232)
体位交換	100.0%	81.0%	19.9%	13.1%	7.2% (n=306)
	99.8%	69.2%	13.4%	8.5%	3.2% (n=4296)
摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	85.9%	0.3%	7.8%	9.5%	62.4% (n=306)
	95.1%	1.7%	6.0%	5.9%	57.3% (n=4179)
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	98.0%	1.0%	10.8%	7.7%	49.8% (n=297)
	97.6%	3.5%	2.8%	2.7%	40.0% (n=4062)
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	88.6%	1.3%	7.2%	5.9%	11.1% (n=306)
	93.9%	1.0%	3.0%	1.9%	5.7% (n=4305)
口腔管理に関する計画の作成	87.2%	0.7%	16.0%	12.4%	41.8% (n=282)
	88.2%	1.8%	2.8%	2.7%	38.2% (n=3623)

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。

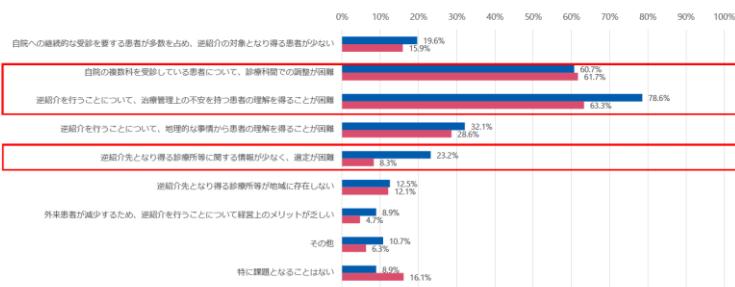
215

- 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））

※ 本調査における「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は限らない。

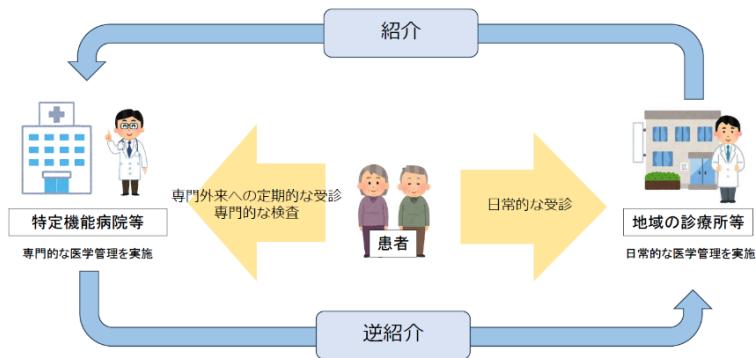
96

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。



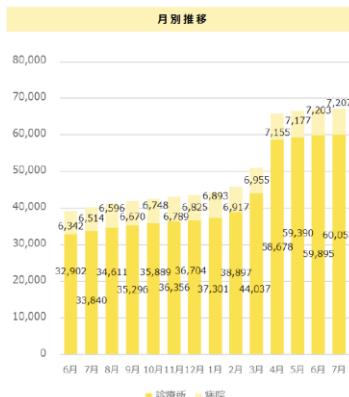
99

- 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。



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。

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30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
(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件の賃金改収計画書を集計。

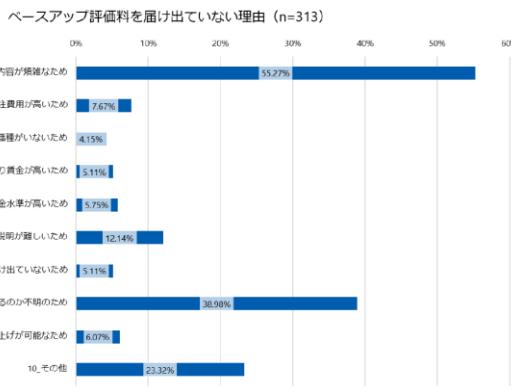
※「賃金増率」＝「ペア等の実施による賃金改収の見込み額」÷「賃金改収する前の基本給等総額」
なお、「ペア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の上乗であり、定期昇給は含まない。

出典：保険局医療課調べ

153

ベースアップ評価料を届け出でていない理由について

- ベースアップ評価料を届け出で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。



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））

ベースアップ評価料を届け出で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。

145

- 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、それら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

小規模な二次医療圏

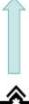
①へき地診療所等

- 過疎地域等に所在し、巡回診療、医師・代診医派遣等による支援を受ける医療機関
- D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用し、住民に対する基礎的な医療を提供



②へき地診療所等への支援を実施する病院

- 地域の救急患者や入院患者を受け入れる病院
- オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師・代診医派遣等を実施
- D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供



③拠点的機能を有する病院

- 急性期の拠点的な機能を担う病院
- オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師派遣・代診医派遣等を実施
- D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供



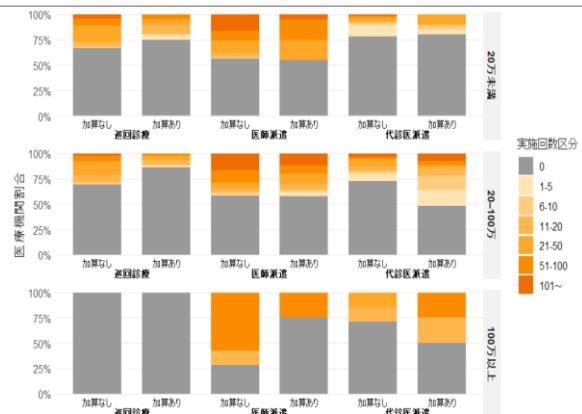
人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にあり、従事する医師の高齢化も進んでいる。

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、加算を届け出し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、加算を届け出でない病院で、へき地等に医師派遣を実施している割合が高かった。

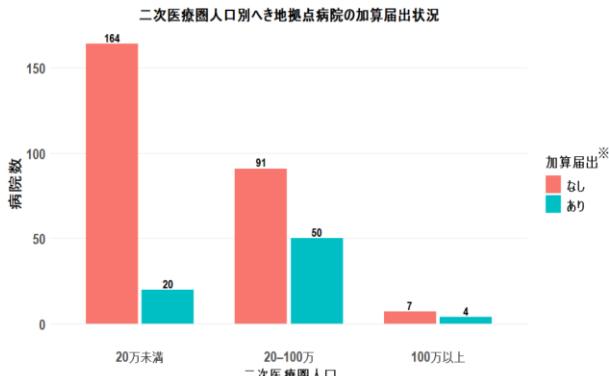


出典：令和5年度「へき地医療の現状について」、DPCデータ（令和6年9月）

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している病院の割合が低かった。



167

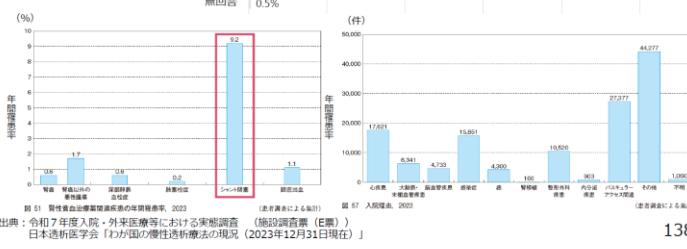
※総合入院体制加算もしくは急性期充実体制加算の届出

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し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と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

- シャント閉塞等のシャントトラブルは頻度が高く、透析患者の入院理由としても最もも多い。
- 自院で治療している又は事前に連携している医療機関に紹介している医療機関が合計93.6%である一方、事前に連携していない医療機関に紹介している医療機関が5.9%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。

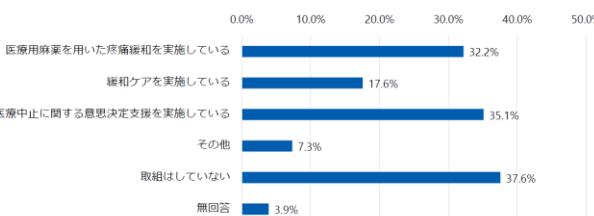
透析医療

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 (n=205)



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。

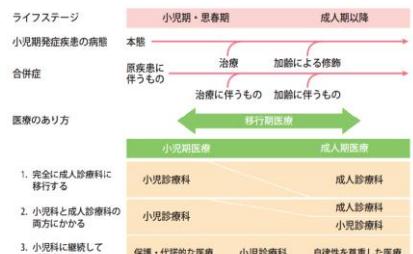
小児・周産期医療について

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。

小児慢性特定疾患の指定疾患数と比較して、指定難病の指定疾患数は少ないため、「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、成人になつても良質の医療が継続されること等を目指すものとされている。



図：日本小児科学会 移行期の患者に関するワーキンググループ「小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」白誌誌 118 (1) : 98-106, 2014

移行期医療においては、成人になつても良質の医療が継続され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. 切迫流産早産
 - 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）

- 精神疾患有する妊娠婦の受け入れ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、妊娠婦死亡の主要原因である産科危機的出血等の受け入れに進める必要があるため。

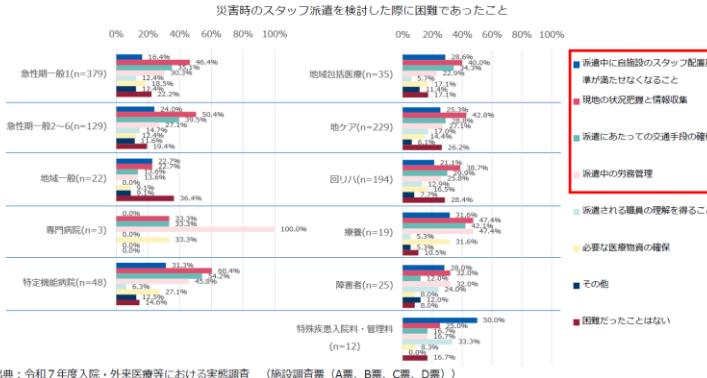
産科異常出血のリスク因子は、分娩前から存在する因子と分娩の経過の中で認められる因子が含まれるほか、産科異常出血を起こす患者の約20%にはリスク因子が認められないものとされている。また、一部の重症例は、高次周産期施設での管理が必要とされている。

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派遣の検討上の課題

調査組 入-1
7. 8. 2.8

- 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こと」等が多かった。



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、B票、C票、D票））

- 災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う災害拠点病院の整備が進められている。また、大地震等の災害時や新興感染症等のまん延時に、地域において必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守ることを目的とした医療チームとして「DMAT」が養成されている。
- 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こと」等が多かった。

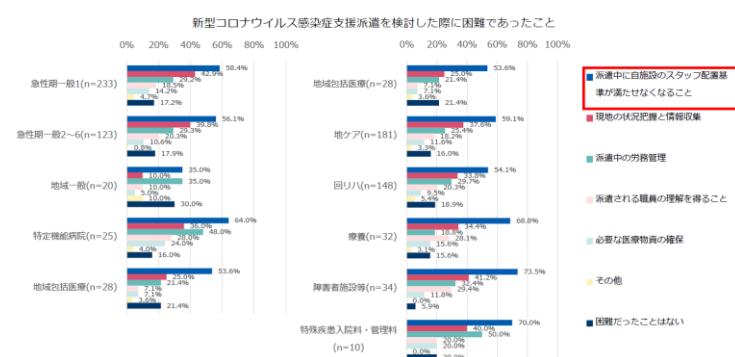
145

- 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、体制評価指標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。

新型コロナウイルス感染症支援派遣の検討上の課題

調査組 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。



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））

- 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。

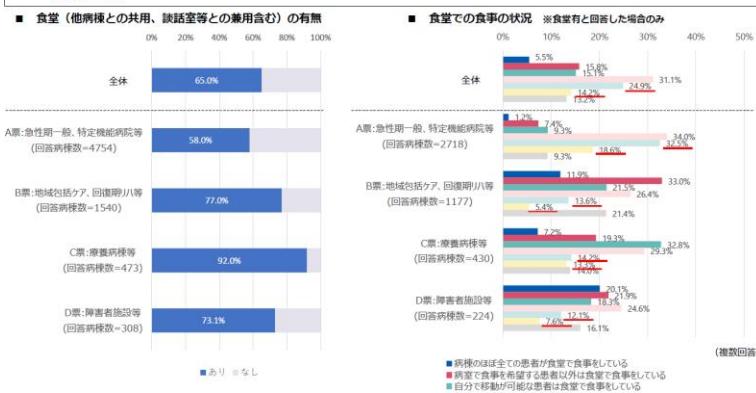
152

- 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。

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。



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～D票））

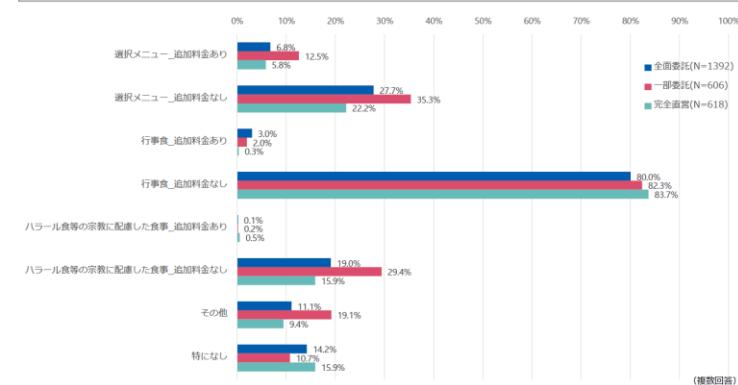
食堂加算の算定率は約7割であるが、食堂での食事の状況として、「希望する患者のみ食堂で食事をしている」が最も多く、使用していないという回答も一定数ある。

58

- 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・ハラー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・ハラー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。



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～D票））

59

- 嘸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	
○	○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 短期滞在手術等同意書
○	-	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 介護職員等喫煙吸引等指示書
-	○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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		<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院証明書 ・ 栄養管理計画書 ・ 精神科リエゾ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）】

- 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、その他必要に応じ問診票等が併せて総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添6の別紙2又は別紙2の2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、手術内容及び行程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に説明を行ふこと。ただし、高齢者医療保険法の規定による療養費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、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が電子カタログなどに組み込まれ、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こと。

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）】

○ 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）

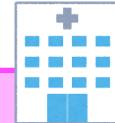
- ・ 別紙様式21 リハビリテーション実施計画書
- ・ 別紙様式21の6 リハビリテーション実施計画書
- ・ 別紙様式23 リハビリテーション実施計画書

○ 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

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。



いきいきホスピタル

高額レセプト上位の概要について

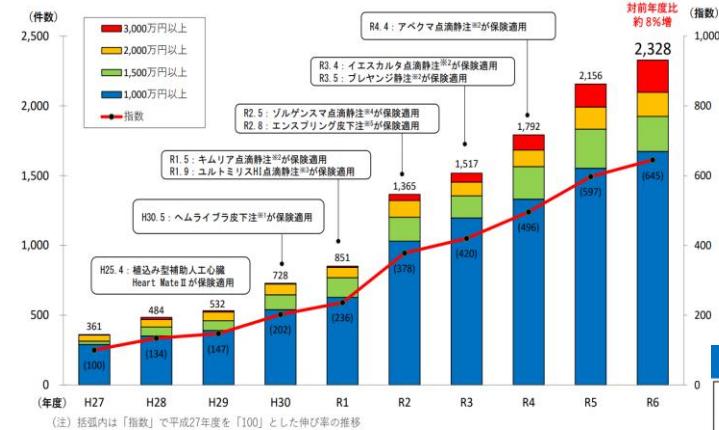
2025年9月25日、健康保険組合連合会は、「令和6年度 高額医療交付金交付事業における高額レセプト上位の概要」を発表しました。

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ますので紹介します。 <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



(注) 括弧内は「指数」で平成27年度を「100」とした伸び率の推移

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・イエカルタ・ブレヤンジ等）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 薬剤量	1人当たり 年間薬剤費 (計算上の目安)	年内年間 総薬剤費 (計算上の目安)
ソリリス 点滴静注300mg (原存薬)	H22年6月	615,752円	約26回 (2週間に1回)	900mg (初回のみ4,800円では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

※上表は、あくまでも当該医薬品の年間投与回数や1回当たり薬剤量等に基づき理論的に算出した推計値

※年間投与回数は当該医薬品の維持投与における投与間隔に則した理論値で、年間回数を52週と仮定して算出

※1人当たり年間薬剤費の算出方法

・ソリリス : @615,752円 × (3本 × 26回) ≈ 4,802万円

・ユルトミリス : @699,570円 × (11本 × 6.5回) ≈ 5,002万円 (投与回数は6回もしくは7回となるため平均的に6.5回とし、1投あたり薬剤量は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）

※対象患者数は厚生省公表数値を参照

※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、「エムベベリ皮下注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わりが進むことにより、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

13

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
○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）

＜高額化の主な要因等＞

○悪性腫瘍や先天性疾患は、薬価が数千万円を超える医薬品が使用され高額化している

○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（P10参照）

（※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） 4

有効性・画期性の高い新薬への置き換わり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医薬品の置き換わり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。



算定 à la carte

「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い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/kikin_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、脳腫瘍、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）