

2025年12月10日

発行  
第432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5）～中医協総会資料より～

2025年10月25日～11月19日までの中医協総会の資料から、外来、在宅、入院、個別事項等（医科のみ）を抜粋してお示しいたします。中医協の議論もかなり具体化してきました。改定に向けて準備すべきことを整理しておきましょう。

## 中医協総会の日付及び該当箇所のURL

## 二次元バーコード

中央社会保険医療協議会 総会（第623回）2025年10月29日

入院について（その3）

個別事項について（その4）移植医療

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_65351.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_65351.html)

中央社会保険医療協議会 総会（第624回）2025年11月5日

入院について（その4）

個別事項について（その5）がん対策・難病対策・透析医療・緩和ケア

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_65606.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_65606.html)

中央社会保険医療協議会 総会（第625回）2025年11月7日

外来について（その3）

入院時の食費・光熱水費について（その1）

個別事項について（その6）入院から外来への移行

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_65672.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_65672.html)

中央社会保険医療協議会 総会（第626回）2025年11月12日

在宅について（その3）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_65759.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_65759.html)

中央社会保険医療協議会 総会（第627回）2025年11月14日

入院について（その5）

個別事項について（その7）長期収載品の選定療養①

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_65884.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_65884.html)

中央社会保険医療協議会 総会（第628回）2025年11月19日

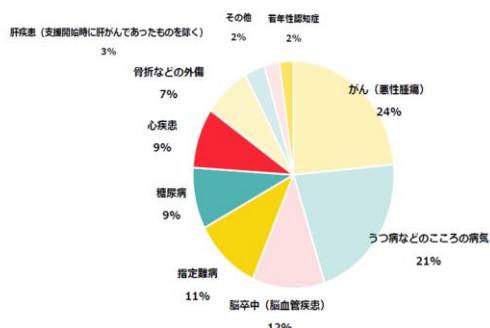
入院について（その6）

個別事項について（その8）小児・周産期医療、感染症対策、医療安全、災害医療

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_66044.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_66044.html)

## 両立支援に携わった経験のある疾患

- 両立支援コーディネーターが両立支援に携わった経験のある疾患は、「がん」が最も多く、次いで「うつ病などのこころの病気」「脳卒中」「指定難病」が多かった。

両立支援コーディネーターが両立支援に携わった経験のある疾患  
(n=16,116)

資料出所：厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課「両立支援コーディネーター基礎研修修了者フォローアップ調査」  
(調査期間：令和5年12月4日～令和5年12月22日、webアンケート、対象：コーディネーター修了者、回答者6,479人(回収率36.6%) )

両立支援コーディネーターが両立支援に携わった経験のある疾患は、「がん」が最も多く、次いで「うつ病などのこころの病気」「脳卒中」「指定難病」が多かった。

## 「治療と仕事の両立支援」の疾患別の留意事項等について

- 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」(平成28年2月公表)の参考資料として、主な疾患の留意すべき事項(基礎情報、治療や症状に対する留意事項等)を示している。
- また、各疾患において、マニュアルや手引きが作成されている。

「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」(厚生労働省)

がん	○留意事項 (平成28年2月作成)	難病	○留意事項 (平成30年3月作成)
脳血管疾患	○留意事項 (平成29年3月作成)	心疾患	○留意事項 (令和2年3月作成)
糖尿病	○留意事項 (平成29年3月作成)	糖尿病	○留意事項 (令和2年3月作成)

アレルギー疾患・関節リウマチ	○アレルギー疾患・関節リウマチに罹患した労働者と患者の養育者に対する治療と就労の両立支援マニュアル(令和3年3月作成) (平成30年～令和2年厚生労働省研究費補助金 免役・アレルギー疾患政策研究事業)
若年性認知症	○若年性認知症における治療と仕事の両立に関する手引き(令和3年12月作成) (令和3年度厚生労働省 老人保健経営推進事業「若年性認知症疾患の就労支援のための調査研究事業」)
不妊症	○不妊治療を受けながら働き続けられる職場づくりのためのマニュアル(令和7年3月作成) (令和6年度 厚生労働省委託事業 不妊治療を受けやすい体制創設等環境整備推進事業)
精神疾患	○「治療と仕事の両立支援」シナリオヘルス不消費の主治医向け支援マニュアル(令和7年3月作成) (令和6年度 厚生労働省委託事業 治療と仕事の両立支援に係るガイドライン及びマニュアルの作成検討事業)
腎疾患	○慢性腎臓病(CKD)における治療と仕事の両立に関する手引き(令和7年10月作成) (令和5～7年度厚生労働省研究費補助金 腎臓疾患政策研究事業)

12

「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」(平成28年2月公表)の参考資料として、主な疾患の留意すべき事項(基礎情報、治療や症状に対する留意事項等)を示している。また、各疾患において、マニュアルや手引きが作成されている。

- 「療養・就労両立支援指導料」の算定対象疾患は、悪性新生物等の7疾患に限られているが、就労の状況を考慮した療養上の指導を必要とする患者はこれらの疾病的罹患患者に限られないことを踏まえ、患者に関する勤務情報が事業者の確認を受けた上で医療機関に提供されることや、就業の継続に配慮が必要な患者が対象となること等を前提として、療養・就労両立支援をさらに推進するため指導に至るプロセスや、対象疾患の限定を見直すことについてどのように考えるか。

## 2回目以降指導について、現行要件以上の期間に指導した事例

令和5年度において、算定期間(初回から3月以内)を満たさなかったため算定できなかったが、それ以外の算定期間は満たしている指導を実施した事例(表1)は、平均指導期間6.8ヶ月(表2)、指導期間は5ヶ月間が最も多く(表3)、疾患では悪性腫瘍が最も多かった(表4)。

(表1) 概要

事例No.	初回月から最終指導月のカウント(ヶ月)	初回	2回目以降	3回目以降	4回目以降	5回目以降	疾患名
1	20	2月	8月	翌3月	翌10月		悪性腫瘍
2	8	4月	6月	7月	11月		悪性腫瘍
3	8	4月	7月	11月			悪性腫瘍
4	8	5月	6月	8月	12月		悪性腫瘍
5	8	6月	9月	12月	翌1月		悪性腫瘍
6	8	2月	9月	-	-		指定難病
7	7	6月	12月	-	-		悪性腫瘍
8	7	6月	12月	-	-		悪性腫瘍
9	7	9月	10月	翌3月			悪性腫瘍
10	6	2月	5月	7月	-		悪性腫瘍
11	5	11月	翌3月	-	-		悪性腫瘍
12	5	1月	4月	5月	-		悪性腫瘍
13	5	11月	12月	3月	-		悪性腫瘍
14	5	4月	5月	6月	8月		悪性腫瘍
15	5	12月	翌4月	-	-		悪性腫瘍
16	5	11月	翌1月	翌2月	翌3月		心疾患
17	5	11月	12月	翌1月	翌3月		心疾患
18	5	11月	12月	翌1月	翌3月		心疾患
19	5	4月	5月	6月	8月		糖尿病
20	4	2月	5月	-	-		糖尿病

(表2) 平均指導期間

平均	6.8ヶ月
(事例No.1を除く平均)	6.1ヶ月

(表3) 指導期間別件数

初回月から最終指導月のカウント(ヶ月)	件
5	9
8	5
7	3
20	1
6	1
4	1

(表4) 疾患別件数

疾患名	件
悪性腫瘍	15
心疾患	3
指定難病	1
糖尿病	1

算定期間(初回から3月以内)を満たさなかったため算定できなかったが、それ以外の算定期間は満たしている事例の平均指導期間は、6.8ヶ月であった。

- 2回目以降指導について、算定期間は3月以上の期間に渡って指導が継続されている実態を踏まえ、その算定期間を見直すについてどのように考えるか。

資料出所：労働基準局安全衛生部労働衛生課、独自調査

(調査年月：令和6年2月、webアンケート、対象：産業医科大学、国立がん研究センター、がん研究会明病院、労災病院12機関)

情報通信機器を用いた診療のうち、「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として他の医療機関へ紹介を実施した割合は、患者の所在が医療機関と同一である場合と異なる場合のそれぞれで0.49%と0.59%であった。

## 情報通信機器を用いた診療 施設基準の定例報告②

○ 医師が当該医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合、当該医師が所有・所属する他の医療機関から実施する場合が54.9%であった。その他の回答として、訪問診療車内の他、国外で実施した例も見られた。

### 医師が当該医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

■ 常勤

■ 非常勤

勤務形態

66.1%

33.9%

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

■ 医師の自宅等

■ 所有・所属する他の医療機関

39.2%

54.9%

5.9%

診療を実施した場所

■ その他

訪問診療車内、出張先、国外（アメリカ・オーストラリア）等

A000 初診料 [算定条件]

○ 「注1」のただし書に規定する情報通信機器を用いた診療については、以下のアからキまでの取扱いとする。

ア（略）

イ 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、オンライン・指針に沿った適切な診療が行われるものであり、[情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事務的に複数可能な場所であること](#)。

ウ・エ（略）

出典：情報通信機器を用いた診療に係る報告書（8月報告）令和5年8月～令和6年7月の診療実績より

## 情報通信機器を用いた診療 施設基準の定例報告①

- 情報通信機器を用いた診療に係る報告書によると、「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として他の医療機関へ紹介を実施した割合は、患者の所在が医療機関と異なる場合のほうが、同一市町村・特別区である場合よりも高かった（0.59% vs 0.49%）。
- 直接の対面診療を行える体制整備の例として、他医療機関への対応を依頼する場合に、事前合意がある場合や、事前合意によらず医療機関への連絡を実施している場合がみられた。一方で、患者に対し他医療機関への受診を指示するのみの対応も見られた。



患者の所在が当該医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制整備の例

具体例	
① 当該医療機関での対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該医療機関への受診</li> <li>患者への往診</li> </ul>
② 他医療機関への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時の受入医療機関として事前合意あり</li> <li>緊急時（疾患患者の軽重等）は救急要請</li> <li>患者に対し他医療機関への受診を指示</li> <li>医療情報ネット「七izi」の利用</li> </ul>
③ その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該医療機関のかなりつけ患者に限って実施</li> <li>午後の必要がない再診時等に限って実施</li> <li>再診患者に対し、対面診療と組み合わせて実施</li> </ul>

出典：情報通信機器を用いた診療に係る報告書（8月報告）令和5年8月～令和6年7月の診療実績より

直接の対面診療を行える体制の整備状況として、他医療機関での対応を依頼する場合について、事前合意がなく、患者に対し他医療機関への受診を指示していた場合がみられた。また、医師が当該医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、国外から診療を実施した場合が報告されている。

24

- 直接の対面診療を行える体制の整備状況について、患者に対し他医療機関への受診を指示するのみの事例がある場合や、医師が国外から情報通信機器を実施した事例があること等、オンライン診療の実態を踏まえ、オンライン診療の有効で適正な推進のための評価のあり方についてどのように考えるか。

### （参考1）オンライン診療で初診から診断書を発行可能としている医療機関

診療組 入一-1  
7. 6. 19

北海道から沖縄まで  
全国どこでも  
初診から  
オンライン診療での対応！



主に休養・復健相談に特化し、  
全国からオンラインで受診できる初めてのクリニックです。  
診断書、傷病手当金申請書、就労可否証明書  
すべての書類の作成が可能！  
また、休養の診断書はPDFデータで即日受取可能です。

LINEで診断書がもらえる  
オンライン診療対応のメンタルクリニック

スマホでかんたん！ 診断書がもらえる  
スマホで診療が受けられる  
メンタルクリニック

心療内科 精神科

- 通院不要 スマホで完結
- 診断書の即日発行可能
- 24時間 LINE予約可能
- 休養の相談

※当院は、休健相談もメインとしたクリニックです。  
※当院の診療により、診断書の発行ができない場合もあります。

### （参考2）オンライン診療のみでビルを処方可能としている医療機関

ご利用の流れ



保険診療特化の  
オンラインビル処方



いつでもどこでもスマホで診療！自宅でビルが受け取れます

受診にあたってのご注意

下記の全てを満たす方のみ対応可能となります

1. 直近2年以内に婦人科を受診していて、ビルを処方されたことがある
2. 婦人科がん・チヨコレート癌と診断を受けているない
3. 婦人科がん・卵巣がん・卵巣がん・乳がんなどを指します

一部の医療機関において、オンライン診療の適切な実施に関する指針や医療広告ガイドラインを遵守していない事例がみられる。

- オンライン診療の適切な実施に関する指針や医療広告ガイドラインを遵守していない事例がみられることを踏まえ、施設基準の更なる明確化についてどのように考えるか。

28

29

## D to P with D型及びD to D型の遠隔医療の活用が想定されるシーン

- 遠隔医療のうち、D to P with D型及びD to D型の遠隔医療について、有用性や、非代替性/効率性などの視点を踏まえると、以下のような場面での活用が想定されるのではないか。

### D to P with D型のオンライン診療

- 具体的なシーンとしては、次のような場合が考えられるのではないか。

- 希少性の高い疾患等であり、地理的に近隣の医療機関では診断・治療が困難な疾患について、専門の医師と地域のかかりつけ医と連携して治療方針を決定する場合
- かかりつけ医を受診する患者に、専門の医師の診療技術の提供が期待される<有用性>
- 専門的に専門医への受診が困難な患者が、専門的な診療を受けることができる<非代替性>

(例) 指定難病、てんかん、希少がん、医療的ケア児（患者）等

- 在宅医療において、一部の診療科や多職種チームでなければ対応困難な場合
  - 外来の受診が困難な患者に、専門の医師の診療技術の提供が期待される<有用性>
  - 専門医が往診を行うよりも効率的である<効率性>

(例) 眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科等の診療科、緩和ケアチーム等

### D to D型の遠隔医療

#### ① 検査・画像診断支援

- 検査・画像診断等に関する専門の医師がいない被支援施設の医師に代わり、専門施設の専門の医師が検査・画像診断等を実施する場合。
  - 非支援施設の患者に、専門施設と同等の診断技術の提供が期待される<有用性>
  - 集約的に診断を行うことで、各医療機関で行うよりも効率的に実施できる場合も想定される<効率性>

(例) 遠隔画像診断、遠隔病理診断、遠隔心電波診断等、エキスパートバル（がん遺伝子）パネル検査)

#### ② 診療支援

- 緊急性が高い病状の患者に専門の医師の助言により治療方針が変更となり得る場合に、リアルタイムで患者の診療情報を共有し、専門の医師が被支援施設の医師に専門的な助言を行なう
  - 専門の医師の診療技術の提供により患者のアウトカムが向上するが期待される<有用性>
  - 専門の医師が不在の施設の患者について、緊急に必要な専門的判断を提供できる<非代替性>

(例) 遠隔ICU、超急性期卒中加算

※こうした遠隔医療の活用に当たっては、質の確保や安全性の確保が前提となる。

- D to P with D型やD to D型の遠隔医療については、緊急性が高い状況や専門の医師による対面診療が困難な状況下において、有用性が高いことが考えられる。

- 令和6年度入院・外来医療等における実態調査によると、遠隔連携診療料を算定できる状況以外でも医療的ケア児との連携や、訪問診療における眼科・皮膚科・耳鼻科等の専門医と連携している事例も見られた。

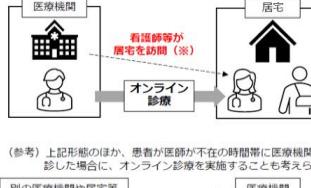
- オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針における遠隔医療に期待される役割や、これまでの診療報酬上の評価を踏まえ、D to P with D型及びD to D型の遠隔医療の診療報酬上の評価を一定の考え方を踏まえて検討することについてどのように考えるか。
- 遠隔連携診療料に関する調査結果や事例等を踏まえ、上記の一定の考え方方に沿った、入院、外来及び在宅におけるD to P with Dの対象疾患や評価のあり方についてどのように考えるか。

- 規制改革実行計画（令和7年6月13日閣議決定）において、D to P with Nにおける診療報酬の算定方法に不明確な部分があるとの指摘があった。
- D to P with Nとして想定される診療形態として、看護師等の所属や定期的な訪問の有無等の違いがあり、訪問看護については介護保険との整理に留意が必要である。
- D to P with Nで実際に実施している診療の補助行為として、採血、点滴注射、創傷処置等が挙げられた。

### D to P with Nとして想定される診療形態

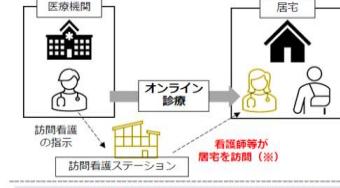
- オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿って実施した場合に想定されるD to P with Nの看護師等の所属先として、医師と同一の医療機関の場合と、訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの場合が考えられる。
- また、看護師等が患者の居宅を訪問する場合については、訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問として看護師等が患者の居宅を訪問した際にオンライン診療を実施する場合と、事前に予定された訪問看護がない場合に看護師等が患者の居宅に訪問し、オンライン診療を実施する場合等が想定される。

#### 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

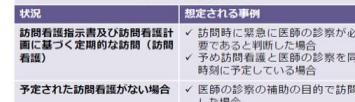


(参考) 上記形態のほか、患者が医師が不在の時間帯に医療機関に受診した場合に、オンライン診療を実施することも考えられる。

#### 訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等の場合



(※) 看護師等が患者の居宅を訪問する場合における、訪問看護との関係



状況 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）

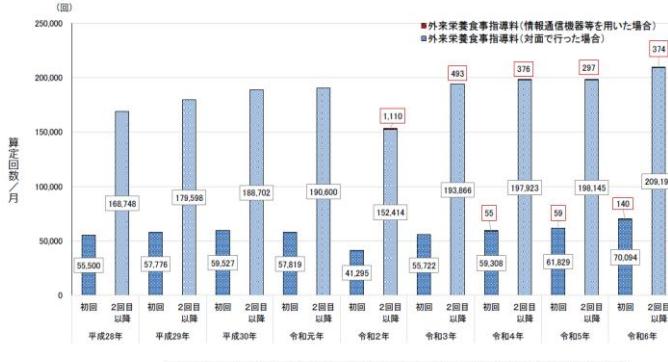
予定された訪問看護がない場合

看護師の診療の補助の目的で訪問した場合

- D to P with Nについて、看護師等の所属や定期的な訪問時に行われるか等の看護の提供形態の違いを踏まえて看護師の訪問に係る評価を明確化することについて、どのように考えるか。

### 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の算定状況

- 情報通信機器等を用いた外来栄養食指導料は、令和2年度診療報酬改定から評価されているが、算定回数は極めて少ない。



外来栄養食事指導料については、令和2年度から初回の情報通信機器等の活用が評価され、令和4年度からは2回目以降も算定可能となっているが、算定回数は極めて少なく、規制改革実施計画において、オンライン診療の特性を十分に活かした活用が進まない算定要件となっていると指摘されている。

- 情報通信機器を活用した外来栄養食事指導料の推進の観点から、オンラインのみでの実施も可能であるとの明確化や、電話と情報通信機器を同様としている取扱いについて、どのように考えるか。

在家

## 24時間の往診体制確保のための民間企業等の利用状況について

- 24時間の往診体制確保のため、第三者（民間企業等）への委託を行っている在宅医療提供医療機関は、6.1%存在した。
  - 機能強化型在宅医療支援病院・診療所において、委託を行っている医療機関の割合が高かった。

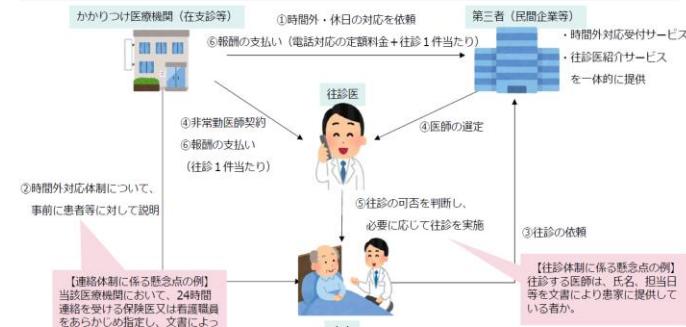
図表 2-43 24時間の往診担当医の確保方法として、第三者（民間企業等）への委託の有無（種別×届出区分別）



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・在宅専科医療・在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」（医療機関調査）

7

- 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、24時間体制の確保に当たって保険医療機関以外の第三者（株式会社等）によるサービスを利用する場合における、在宅療養支援診療所及び病院の連絡体制及び往診体制に係る要件をどのように考えるか。



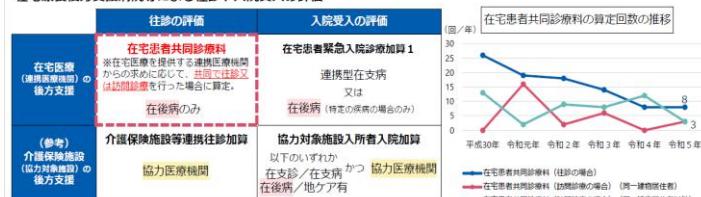
10

在宅患者共同診療料は在宅医療を提供する連携医療機関からの求めに応じて、共同で往診又は訪問診療を行った場合に算定する点数であるが、算定回数は極めて少ない。

## 在宅患者共同診療料について

- 在宅療養後方支援病院には、連携医療機関の患者等に対する往診や訪問診療、入院受入について後方支援機能を果たした際の加算が設けられている。
  - 連携医療機関の患者に対し、当該医療機関の医師と共同で往診や訪問診療を行った場合に算定される在宅患者共同診療料の算定回数は経年的に減少し、令和5年の年間算定回数は14回であった。

## 在宅療養後方支援病院等による往診や入院受入の評価



診療料（訪問診療の場合）（同一建物居住者以外）

参考) 加算の要件となっている枠組みのイメージ

- 在宅患者共同診療料の活用場面を想定すると、算定状況や情報通信機器を用いた診療（D to P with D等）の推進との関係を含めて、当該診療料の在り方についてどのように考えるか。

## 在宅療養指導管理材料加算の算定ルールについて

- 在宅療養指導管理材料加算は複数種類算定することができるが、加算ごとに算定ルールが異なることから、診療頻度の調整が生じることがある。

算定頻度	在宅療養指導管理材料加算
月1回算定	C151 注射器・筒 C152 1回の投与量に応じて算 C154 外用の経皮透析装置 C155 自動透析装置透析液装置 C156 在宅で透析装置の運営 C160 在宅で透析装置の運営セッティング C161 在宅で透析装置の運営費用セッティング C162 在宅で透析装置の運営費用セッティング C166 透析導入マニュアル(透析ボンボン)加算 C167 療療機器用透析ボンボン C168 療療機器用透析ボンボン C169 気泡吸引器(吸引工具)加算 C170 液漏れ吸収装置 C171 在宅透析吸収装置 C175 在宅透析吸収装置用マニュアル(透析ボンボン)加算
2月に2回算定可能	C152 開封注人式リシリジンポンプ加算 C152-2 作業時間算定料加算 C153 在宅透析吸収装置 C154-2 在宅透析吸収装置 C161 入室ボンボン加算
3月に3回算定可能	通則3 乳癌(乳児)用管材料算料 C150 自由曲線透析ボンボン C157 在宅透析吸収装置 C158 細胞溶解液装置 C159 液漏れ吸収装置 C160 在宅透析吸収装置 C161 入室ボンボン加算 C163 特殊カーブリニア加算 C165 在宅透析吸収装置透析液用透析器加算 C171 在宅透析吸収装置用管材料 C173 在宅透析吸収装置用マニュアル(透析ボンボン)加算 C173-1 在宅透析吸収装置用マニュアル(透析ボンボン)加算 C172 在宅透析吸収装置用管材料 C173 在宅透析吸収装置用マニュアル(透析ボンボン)加算

#### 在宅療養指導管理材料加算の算定頻度と診察月の例

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
材料加算A 3月(3回)	3月分			3月分		
参考月	○	●	●	○	●	●
	4月	5月	6月	7月	8月	9月
材料加算A 3月(3回)	3月分			3月分		
材料加算B 1月(1回)	1月分	1月分	1月分	1月分	1月分	1月分
参考月	○	○	○	○	○	○

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
材料加算A 3月計(3回)	3月分			3月分		
材料加算C 2月計(2回)	2月分		2月分		2月分	
算定期	○	●	○	○	○	●

○：材料加算の算定のために算定期が必須の月

## 複数種類の在宅療養指導管理材料加算の併算定状況

- 算定ルールの異なる複数種類の在宅療養指導管理材料加算を併算定している症例が、月15万例程度存在している。

## 在宅療養指導管理料と材料加算の算定の組み合わせ

赤：1年に1回、黄：2年に1回、緑：3年に1回		組み合わせごとの算定回数		(回)	
在宅療養 崩壊管理料	在宅療養看護管理料	0	200,000	400,000	600,000
在自己注射治療 看護料	在自己注射治療 看護料	141,023			657,591
在自己注射治療 看護料	在自己注射治療 看護料	93,073			
在自己注射治療 看護料	在自己注射治療 看護料	13,520			
在自己注射治療 看護料	在自己注射治療 看護料	12,540			
在自己注射治療 看護料	在自己注射治療 看護料	5,808			
在自己注射治療 看護料	在自己注射治療 看護料	4,937			
在自己注射治療 看護料	在自己注射治療 看護料	4,650			
在自己注射治療 看護料	在自己注射治療 看護料	4,467			
在自己注射治療 看護料	在自己注射治療 看護料	3,730			
在自己注射治療 看護料	在自己注射治療 看護料	3,264			
在自己注射治療 看護料	在自己注射治療 看護料	3,069			
出典：JCHO二年一合算(令和6年1月版)。					
※ 算定回数が3,000回以上の組み合わせを概括した。15					

14 | 出典: NDBデータ(令和6年10月診療)

▲ 算定面積の5,000百畝の組の面積を掲載した。15

- 在宅療養指導管理材料加算について、2種類以上の加算を算定する場合であっても、医師の医学的判断に基づく診療頻度の決定を推進する観点から、算定ルールを「3月に3回」に統一することについて、どのように考えるか。



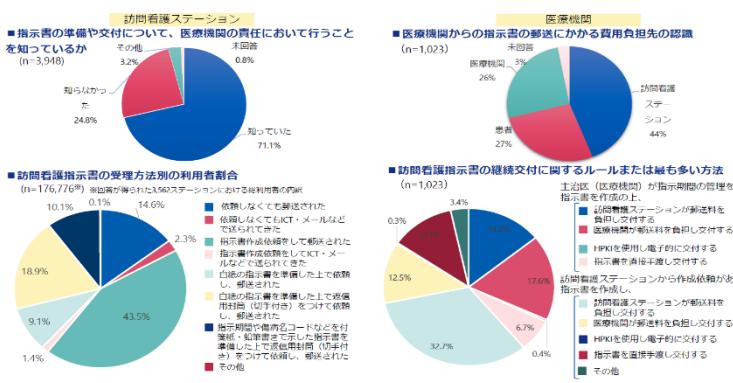
- 母親がうつ病等の疾病で訪問看護が必要な場合、訪問時に看護の一環として、子の世話を補助する等の育児支援を同時に行なうことがあり、また、乳幼児の患者に対する看護の一環として、母への育児指導を行うことがあるが、こうした母子に対する訪問看護の取り扱いが明確でないため、現場の運用が不安定になるとの指摘がある。

母子に対する訪問看護の例			
○ 母親がうつ病等の疾患で訪問看護が必要な場合、訪問時に看護の一環として、子の世話を補助する等の育儿支援を同時に行なうことがある。			
○ また、乳幼児の患者に対する看護の一環として、母への育儿指導を行なうことがある。			
○ こうした母子に対する訪問看護の取り扱いが明確でないため、現場の運用が不安定になると指摘がある。			
■ ハリックのモデル：母子中心の訪問看護実践について訪問看護サービスにおける問題解決のためのハリックを実施			
訪問看護表示	疾患名	背景	訪問看護のケモ
事例A 母に対する精神科的訪問看護	統合失調症	父がADHD、DV歴あり	・母の育児支援、精神疾症のケアを行うにつれて、母の授乳指導を実施。 ・子の体温監視や沐浴指導、発熱発汗兆候の監視すること。 ・母の自体の体調に合わせながら育児を自立して行えるよう支援している。
事例B 母に対する精神科的訪問看護	精神過敏 気分障害		・母子の間に精神的・心的の負担をかけないため、保健所の処理後～家庭が独立するまでの時間 常に訪問 ・母：精神不安等に自ら依存感覚などよりも子供の体重増加などによってしまったため、母親の精神 不安を自己見直し、子の本性やコミュニケーション等も支援を行なっている。
事例C 母に対する精神科的訪問看護	うつ病	父が精神疾患	・月に1回の定期訪問、親の看護を行なうため、朝、封印された王冠式の錠の確認や家族管理を行なう ・母の精神状態や子供の成長、子供の学業や家庭の問題等を定期的に行なう。 ・母の精神状態は定期的に行なう。父の手帳が得られ、訪問看護が後に通り、訪問看護を終了。
事例D 母に対する精神科的訪問看護	うつ病	虐待経験あり	・妊娠9ヶ月から介入し、1ヶ月毎に定期訪問を行なう。 ・保健師や家庭教師と共に連携しつぶやきの様なうつ病の特徴等に付随したリスクに対し早期対応し、 <b>育児支援</b> しないかが家庭の内に自ら見付かれた場合、親の看護や社会問題等。
事例E 子に対する訪問看護	種田川主体症児	母の過度の 懼り (本邦例)	・子の泣き声が苦手、対応しない、母子でごっこが難しかったり見児童相談所とも連携。 ・医療や医療機関とのコミュニケーションを重視し、訪問看護にて見守りを見直す。 ・子のバイタルリム測定や発達プロフィーの <b>利用開始</b> や <b>内立交換</b> も実施。
その他			
・訪問看護表示の範囲内での看護ケアを実施しており、目的別な事例やサービスを紹介するようにしている。 ・行政や厚生機関との情報漏洩、連携協定を結んでいる。 ・おむね1年以内の発症の、子の看護面に専門的なタイミングで訪問看護を実践するケースが多い。			
出典：ハリックをもとに『医療看護実践問題集』に依拠。			

- 妊産婦及び乳幼児の利用者への質の高い訪問看護の推進についてどう考えるか。その際、育児支援を主な目的とした訪問看護は診療報酬の対象とならないことを明確化する一方で、傷病を原因として在宅で療養する妊産婦や乳幼児の利用者本人の訪問看護を行う場合に、その一環として、本人へのケアと併せて、子の育児の支援や、母の育児指導等を行う場合に、こうした時間が訪問看護の提供時間に含まれることを明確化することについて、どう考えるか。

## 訪問看護指示書の交付に係る認識や方法の実態について

- 医療機関における訪問看護指示書の郵送にかかる費用負担先の認識は統一されていない。



出典：日本訪問看護財団作成 訪問看護指示書の交付に係る医療機関・訪問看護ステーションの連携に関する調査（2024年）

64

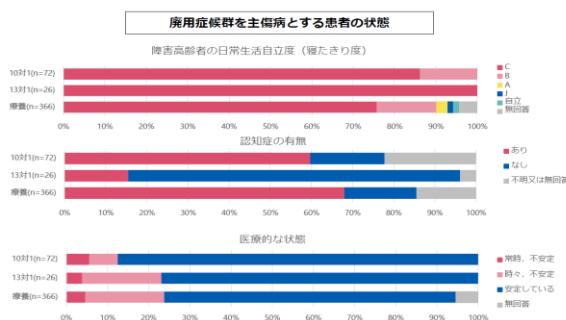
- 訪問看護指示料等は、訪問看護指示書を訪問看護ステーション等に対して交付した場合に算定でき、疑義解釈では「医師の所属する医療機関が準備し、その交付についても医療機関の責任において行うもの」と示している。
  - 医療機関における訪問看護指示書の郵送にかかる費用負担先の認識は統一されていない状況がある。

- 訪問看護指示書の交付に係る郵送代について、訪問看護指示書を交付する保険医療機関が負担することを明確化することについてどう考えるか。

入院

## 慢性期の病棟における廢用症候群の入院医療の状況

- 廃用症候群を主傷病名として入院する患者の状態は、障害者施設等入院基本料と療養病棟入院料で類似していた。
  - これまで請求件数は、障害者施設等入院基本料での入院料より高かった。



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（C票）、（D票））

○ 過去の中医協資料等において、「重度の肢体不自由児（者）」の範囲は身体障害者福祉法施行規則別表第5号に定める身体障害者障害程度表等級表の1、2級に相当する範囲と整理されている。

### (参考) 肢体不自由の定義

身体障害者福祉法施行規則 別表第5号			
肢体不自由			
	上肢	下肢	体幹
			上肢機能 移動機能
一級	1. 同上肢の機能を全喪したものの 2. 同上肢を手肘間以上で なくとも	1. 同上肢の機能を全喪したものの 2. 同下肢を大腿の2分の 1以上でなくとも	体幹の機能障害によ り歩行していること ができないもの
			不隨意運動・失調等 により上肢を用いる 日常生活動作がほ んど不可能なもの
二級	1. 同上肢の機能の著しい 障害 2. 手指をすべての指を なくとも 3. 一上肢を同腕の2分の 1以上でなくとも 4. 一上肢の機能を全喪した ものの	1. 同下肢の機能の著しい 障害 2. 同上肢を下脚の2分の 1以上でなくとも	1. 体幹の機能障害に より歩行又はおり立 位を有することができ ないもの 2. 体幹の機能障害に より歩行しきるこ とが困難なもの
			不隨意運動・失調等 により上肢を用いる 日常生活動作が制 度で制限されるもの

第12の1 特定疾患申請上院料に相当する額(1) 特定疾患申請上院料の額(2) 申請

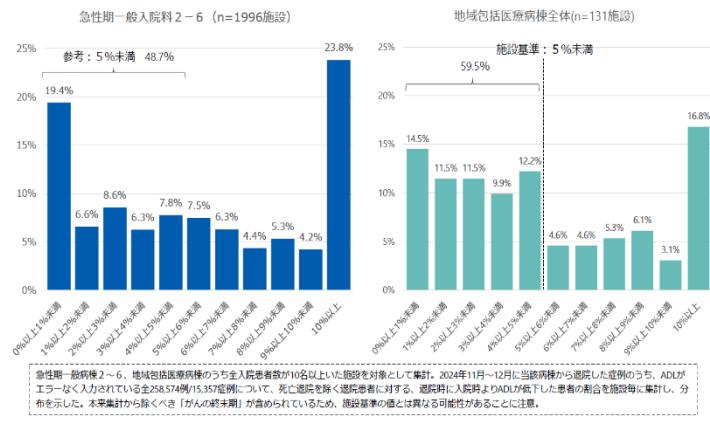


- 障害者施設等入院基本料10対1～15対1入院基本料を算定する病棟では、主たる病名が廃用症候群である患者の入院が多いが、療養病棟にも多く入院しており、患者の状態が両病棟で類似していることを踏まえ、慢性期の入院料における役割分担等の観点から、その評価の在り方についてどのように考えるか。

- また、地域包括医療病棟では急性期一般入院料2～6の病棟に比べてリハビリテーションの実施割合や早期開始割合、休日のリハビリテーション提供単位数等がいずれも多いものの、約40%の病棟で入院中にADL低下する患者が5%を超えており、高齢や要介護者ではADLが低下する患者が多いことを反映していると考えられた。

## 地域包括医療病棟におけるADLが低下した患者の割合

- 急性期一般入院料2～6の病棟と地域包括医療病棟におけるADLが低下した患者の割合を比較すると、地域包括医療病棟ではADLが低下した患者の割合が少ない病棟が多かった。
- 地域包括医療病棟においても、ADLが低下した患者の割合が5%未満の病棟は約6割であった。

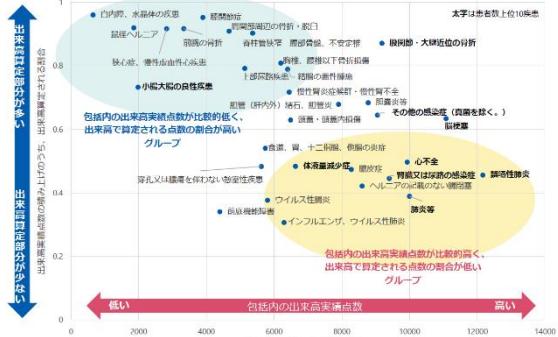


出典: DPCデータ (2024年10月～12月)

- 高齢者の生理学的特徴や地域包括医療病棟における診療の現状を踏まえ、より高齢の患者を入院させることへの負のインセンティブを生まない観点から、平均在院日数やADL要件等のアウトカム評価の在り方について、どう考えるか。

## 地域包括医療病棟における疾患ごとの包括内出来高実績点数

- 地域包括医療病棟は高齢者で頻度の高い様々な疾患を診ることが期待されているが、中でも頻度の高い、肺炎や尿路感染症等の主として内科的治療を行う疾患は、包括内の出来高実績点数が高く、出来高算定割合が少ない。

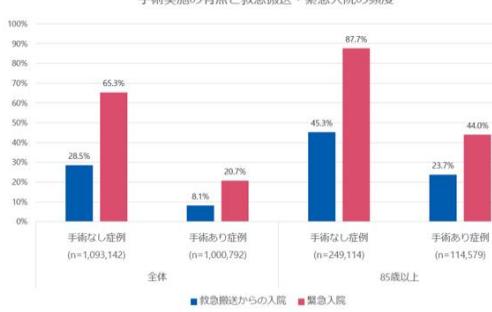


出典: DPCデータ (2024年10月～12月)

## 手術実施の有無と救急搬送や緊急入院の頻度

- 手術を行わない症例においては、救急搬送からの入院や緊急入院の割合が、手術を行う症例と比較して高い。
- 特に85歳以上の高齢者においては、手術を行わない症例の9割近くが緊急入院である。

### 手術実施の有無と救急搬送・緊急入院の頻度

出典: 保険局医療調査 (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で、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ICDコードの算定がある症例を外科系、それ以外を内科系症例と分類し、救急搬送・緊急入院の割合を示した。

出典: DPCデータ (2024年10月～12月)

- 地域包括医療病棟に求められる、高齢者に頻度の高い疾患や緊急入院の受け入れを促進する評価の在り方について、例えば、地域包括医療病棟の入院料は患者によらず一律であるが、手術のない緊急入院の患者は手術を行う患者と比べ、包括範囲内で実施される医療が多いが出来高で算定できる医療は少ないこと等を踏まえ、どのように考えるか。

## 地域包括ケア病棟における入院患者数上位疾患

- 地域包括ケア病棟に入院する患者の主な疾患は、急性期病棟の構成状況や、入院経路により異なっている。
- 急性期病棟を持つ医療機関の地域包括ケア病棟に直接入院する患者の中には、短期滞在手術併用基本料3の対象手術を実施する患者が多い。急性期病棟のない施設も包括ケア病棟で、内科系疾患の直接受入が比較的多い。

### 各病棟における患者数上位10疾患

地域包括ケア病棟 (急性期病棟併用あり 1,696施設)	(内皮) 地域包括ケア病棟
1 内皮: 水品体の疾患 (外傷手術)	1 頸椎竹筒炎
2 小脳梗塞の良性疾患	2 腹膜炎・大結節の付着
3 制限・腰椎以下骨折損傷	3 腹水 (小中症)
4 脊髄・脊髄症	4 腹膜炎・腰椎以下骨折損傷
5 肺炎等 (中症以上)	5 腹膜炎・人工開腹再直腸術等
6 前庭機能障害	6 腹膜炎
7 白内障、水晶体の疾患 (眼眼手術)	7 心不全
8 心不全	8 腹膜炎
9 体液量減少症	9 腹膜炎骨膜換死 (真菌を除く。)
10 2型糖尿病	10 その他の感染症 (真菌を除く。)

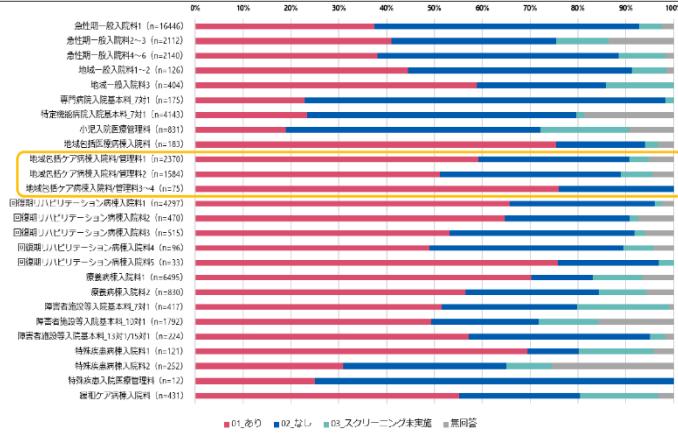
地域包括ケア病棟 (急性期病棟併用なし 882施設)

1 脳炎等 (小中症以下)	1 脳梗塞・脳膜炎 (その他の)
3.6%	3.6%
3.1%	2.9%
2.7%	2.7%
2.6%	2.6%
2.3%	5.0% 不全
2.2%	2.1% 不全
2.1%	0.9% 不全

(参考) 短期滞在手術併用基本料3 留医事例通知

(5) DPC対象病院においては、短期滞在手術併用基本料3を算定する場合、(1)急性期病棟併用ありの施設で、(2)急性期病棟併用なしの施設で、(3)DPC対象病院で、(4)DPC対象病院でないが、(5)DPC対象病院でないが、(6)DPC対象病院でないが、(7)DPC対象病院でないが、(8)DPC対象病院でないが、(9)DPC対象病院でないが、(10)DPC対象病院でないが、(11)DPC対象病院でないが、(12)DPC対象病院でないが、(13)DPC対象病院でないが、(14)DPC対象病院でないが、(15)DPC対象病院でないが、(16)DPC対象病院でないが、(17)DPC対象病院でないが、(18)DPC対象病院でないが、(19)DPC対象病院でないが、(20)DPC対象病院でないが、(21)DPC対象病院でないが、(22)DPC対象病院でないが、(23)DPC対象病院でないが、(24)DPC対象病院でないが、(25)DPC対象病院でないが、(26)DPC対象病院でないが、(27)DPC対象病院でないが、(28)DPC対象病院でないが、(29)DPC対象病院でないが、(30)DPC対象病院でないが、(31)DPC対象病院でないが、(32)DPC対象病院でないが、(33)DPC対象病院でないが、(34)DPC対象病院でないが、(35)DPC対象病院でないが、(36)DPC対象病院でないが、(37)DPC対象病院でないが、(38)DPC対象病院でないが、(39)DPC対象病院でないが、(40)DPC対象病院でないが、(41)DPC対象病院でないが、(42)DPC対象病院でないが、(43)DPC対象病院でないが、(44)DPC対象病院でないが、(45)DPC対象病院でないが、(46)DPC対象病院でないが、(47)DPC対象病院でないが、(48)DPC対象病院でないが、(49)DPC対象病院でないが、(50)DPC対象病院でないが、(51)DPC対象病院でないが、(52)DPC対象病院でないが、(53)DPC対象病院でないが、(54)DPC対象病院でないが、(55)DPC対象病院でないが、(56)DPC対象病院でないが、(57)DPC対象病院でないが、(58)DPC対象病院でないが、(59)DPC対象病院でないが、(60)DPC対象病院でないが、(61)DPC対象病院でないが、(62)DPC対象病院でないが、(63)DPC対象病院でないが、(64)DPC対象病院でないが、(65)DPC対象病院でないが、(66)DPC対象病院でないが、(67)DPC対象病院でないが、(68)DPC対象病院でないが、(69)DPC対象病院でないが、(70)DPC対象病院でないが、(71)DPC対象病院でないが、(72)DPC対象病院でないが、(73)DPC対象病院でないが、(74)DPC対象病院でないが、(75)DPC対象病院でないが、(76)DPC対象病院でないが、(77)DPC対象病院でないが、(78)DPC対象病院でないが、(79)DPC対象病院でないが、(80)DPC対象病院でないが、(81)DPC対象病院でないが、(82)DPC対象病院でないが、(83)DPC対象病院でないが、(84)DPC対象病院でないが、(85)DPC対象病院でないが、(86)DPC対象病院でないが、(87)DPC対象病院でないが、(88)DPC対象病院でないが、(89)DPC対象病院でないが、(90)DPC対象病院でないが、(91)DPC対象病院でないが、(92)DPC対象病院でないが、(93)DPC対象病院でないが、(94)DPC対象病院でないが、(95)DPC対象病院でないが、(96)DPC対象病院でないが、(97)DPC対象病院でないが、(98)DPC対象病院でないが、(99)DPC対象病院でないが、(100)DPC対象病院でないが、(101)DPC対象病院でないが、(102)DPC対象病院でないが、(103)DPC対象病院でないが、(104)DPC対象病院でないが、(105)DPC対象病院でないが、(106)DPC対象病院でないが、(107)DPC対象病院でないが、(108)DPC対象病院でないが、(109)DPC対象病院でないが、(110)DPC対象病院でないが、(111)DPC対象病院でないが、(112)DPC対象病院でないが、(113)DPC対象病院でないが、(114)DPC対象病院でないが、(115)DPC対象病院でないが、(116)DPC対象病院でないが、(117)DPC対象病院でないが、(118)DPC対象病院でないが、(119)DPC対象病院でないが、(120)DPC対象病院でないが、(121)DPC対象病院でないが、(122)DPC対象病院でないが、(123)DPC対象病院でないが、(124)DPC対象病院でないが、(125)DPC対象病院でないが、(126)DPC対象病院でないが、(127)DPC対象病院でないが、(128)DPC対象病院でないが、(129)DPC対象病院でないが、(130)DPC対象病院でないが、(131)DPC対象病院でないが、(132)DPC対象病院でないが、(133)DPC対象病院でないが、(134)DPC対象病院でないが、(135)DPC対象病院でないが、(136)DPC対象病院でないが、(137)DPC対象病院でないが、(138)DPC対象病院でないが、(139)DPC対象病院でないが、(140)DPC対象病院でないが、(141)DPC対象病院でないが、(142)DPC対象病院でないが、(143)DPC対象病院でないが、(144)DPC対象病院でないが、(145)DPC対象病院でないが、(146)DPC対象病院でないが、(147)DPC対象病院でないが、(148)DPC対象病院でないが、(149)DPC対象病院でないが、(150)DPC対象病院でないが、(151)DPC対象病院でないが、(152)DPC対象病院でないが、(153)DPC対象病院でないが、(154)DPC対象病院でないが、(155)DPC対象病院でないが、(156)DPC対象病院でないが、(157)DPC対象病院でないが、(158)DPC対象病院でないが、(159)DPC対象病院でないが、(160)DPC対象病院でないが、(161)DPC対象病院でないが、(162)DPC対象病院でないが、(163)DPC対象病院でないが、(164)DPC対象病院でないが、(165)DPC対象病院でないが、(166)DPC対象病院でないが、(167)DPC対象病院でないが、(168)DPC対象病院でないが、(169)DPC対象病院でないが、(170)DPC対象病院でないが、(171)DPC対象病院でないが、(172)DPC対象病院でないが、(173)DPC対象病院でないが、(174)DPC対象病院でないが、(175)DPC対象病院でないが、(176)DPC対象病院でないが、(177)DPC対象病院でないが、(178)DPC対象病院でないが、(179)DPC対象病院でないが、(180)DPC対象病院でないが、(181)DPC対象病院でないが、(182)DPC対象病院でないが、(183)DPC対象病院でないが、(184)DPC対象病院でないが、(185)DPC対象病院でないが、(186)DPC対象病院でないが、(187)DPC対象病院でないが、(188)DPC対象病院でないが、(189)DPC対象病院でないが、(190)DPC対象病院でないが、(191)DPC対象病院でないが、(192)DPC対象病院でないが、(193)DPC対象病院でないが、(194)DPC対象病院でないが、(195)DPC対象病院でないが、(196)DPC対象病院でないが、(197)DPC対象病院でないが、(198)DPC対象病院でないが、(199)DPC対象病院でないが、(200)DPC対象病院でないが、(201)DPC対象病院でないが、(202)DPC対象病院でないが、(203)DPC対象病院でないが、(204)DPC対象病院でないが、(205)DPC対象病院でないが、(206)DPC対象病院でないが、(207)DPC対象病院でないが、(208)DPC対象病院でないが、(209)DPC対象病院でないが、(210)DPC対象病院でないが、(211)DPC対象病院でないが、(212)DPC対象病院でないが、(213)DPC対象病院でないが、(214)DPC対象病院でないが、(215)DPC対象病院でないが、(216)DPC対象病院でないが、(217)DPC対象病院でないが、(218)DPC対象病院でないが、(219)DPC対象病院でないが、(220)DPC対象病院でないが、(221)DPC対象病院でないが、(222)DPC対象病院でないが、(223)DPC対象病院でないが、(224)DPC対象病院でないが、(225)DPC対象病院でないが、(226)DPC対象病院でないが、(227)DPC対象病院でないが、(228)DPC対象病院でないが、(229)DPC対象病院でないが、(230)DPC対象病院でないが、(231)DPC対象病院でないが、(232)DPC対象病院でないが、(233)DPC対象病院でないが、(234)DPC対象病院でないが、(235)DPC対象病院でないが、(236)DPC対象病院でないが、(237)DPC対象病院でないが、(238)DPC対象病院でないが、(239)DPC対象病院でないが、(240)DPC対象病院でないが、(241)DPC対象病院でないが、(242)DPC対象病院でないが、(243)DPC対象病院でないが、(244)DPC対象病院でないが、(245)DPC対象病院でないが、(246)DPC対象病院でないが、(247)DPC対象病院でないが、(248)DPC対象病院でないが、(249)DPC対象病院でないが、(250)DPC対象病院でないが、(251)DPC対象病院でないが、(252)DPC対象病院でないが、(253)DPC対象病院でないが、(254)DPC対象病院でないが、(255)DPC対象病院でないが、(256)DPC対象病院でないが、(257)DPC対象病院でないが、(258)DPC対象病院でないが、(259)DPC対象病院でないが、(260)DPC対象病院でないが、(261)DPC対象病院でないが、(262)DPC対象病院でないが、(263)DPC対象病院でないが、(264)DPC対象病院でないが、(265)DPC対象病院でないが、(266)DPC対象病院でないが、(267)DPC対象病院でないが、(268)DPC対象病院でないが、(269)DPC対象病院でないが、(270)DPC対象病院でないが、(271)DPC対象病院でないが、(272)DPC対象病院でないが、(273)DPC対象病院でないが、(274)DPC対象病院でないが、(275)DPC対象病院でないが、(276)DPC対象病院でないが、(277)DPC対象病院でないが、(278)DPC対象病院でないが、(279)DPC対象病院でないが、(280)DPC対象病院でないが、(281)DPC対象病院でないが、(282)DPC対象病院でないが、(283)DPC対象病院でないが、(284)DPC対象病院でないが、(285)DPC対象病院でないが、(286)DPC対象病院でないが、(287)DPC対象病院でないが、(288)DPC対象病院でないが、(289)DPC対象病院でないが、(290)DPC対象病院でないが、(291)DPC対象病院でないが、(292)DPC対象病院でないが、(293)DPC対象病院でないが、(294)DPC対象病院でないが、(295)DPC対象病院でないが、(296)DPC対象病院でないが、(297)DPC対象病院でないが、(298)DPC対象病院でないが、(299)DPC対象病院でないが、(300)DPC対象病院でないが、(301)DPC対象病院でないが、(302)DPC対象病院でないが、(303)DPC対象病院でないが、(304)DPC対象病院でないが、(305)DPC対象病院でないが、(306)DPC対象病院でないが、(307)DPC対象病院でないが、(308)DPC対象病院でないが、(309)DPC対象病院でないが、(310)DPC対象病院でないが、(311)DPC対象病院でないが、(312)DPC対象病院でないが、(313)DPC対象病院でないが、(314)DPC対象病院でないが、(315)DPC対象病院でないが、(316)DPC対象病院でないが、(317)DPC対象病院でないが、(318)DPC対象病院でないが、(319)DPC対象病院でないが、(320)DPC対象病院でないが、(321)DPC対象病院でないが、(322)DPC対象病院でないが、(323)DPC対象病院でないが、(324)DPC対象病院でないが、(325)DPC対象病院でないが、(326)DPC対象病院でないが、(327)DPC対象病院でないが、(328)DPC対象病院でないが、(329)DPC対象病院でないが、(330)DPC対象病院でないが、(331)DPC対象病院でないが、(332)DPC対象病院でないが、(333)DPC対象病院でないが、(334)DPC対象病院でないが、(335)DPC対象病院でないが、(336)DPC対象病院でないが、(337)DPC対象病院でないが、(338)DPC対象病院でないが、(339)DPC対象病院でないが、(340)DPC対象病院でないが、(341)DPC対象病院でないが、(342)DPC対象病院でないが、(343)DPC対象病院でないが、(344)DPC対象病院でないが、(345)DPC対象病院でないが、(346)DPC対象病院でないが、(347)DPC対象病院でないが、(348)DPC対象病院でないが、(349)DPC対象病院でないが、(350)DPC対象病院でないが、(351)DPC対象病院でないが、(352)DPC対象病院でないが、(353)DPC対象病院でないが、(354)DPC対象病院でないが、(355)DPC対象病院でないが、(356)DPC対象病院でないが、(357)DPC対象病院でないが、(358)DPC対象病院でないが、(359)DPC対象病院でないが、(360)DPC対象病院でないが、(361)DPC対象病院でないが、(362)DPC対象病院でないが、(363)DPC対象病院でないが、(364)DPC対象病院でないが、(365)DPC対象病院でないが、(366)DPC対象病院でないが、(367)DPC対象病院でないが、(368)DPC対象病院でないが、(369)DPC対象病院でないが、(370)DPC対象病院でないが、(371)DPC対象病院でないが、(372)DPC対象病院でないが、(373)DPC対象病院でないが、(374)DPC対象病院でないが、(375)DPC対象病院でないが、(376)DPC対象病院でないが、(377)DPC対象病院でないが、(378)DPC対象病院でないが、(379)DPC対象病院でないが、(380)DPC対象病院でないが、(381)DPC対象病院でないが、(382)DPC対象病院でないが、(383)DPC対象病院でないが、(384)DPC対象病院でないが、(385)DPC対象病院でないが、(386)DPC対象病院でないが、(387)DPC対象病院でないが、(388)DPC対象病院でないが、(389)DPC対象病院でないが、(390)DPC対象病院でないが、(391)DPC対象病院でないが、(392)DPC対象病院でないが、(393)DPC対象病院でないが、(394)DPC対象病院でないが、(395)DPC対象病院でないが、(396)DPC対象病院でないが、(397)DPC対象病院でないが、(398)DPC対象病院でないが、(399)DPC対象病院でないが、(400)DPC対象病院でないが、(401)DPC対象病院でないが、(402)DPC対象病院でないが、(403)DPC対象病院でないが、(404)DPC対象病院でないが、(405)DPC対象病院でないが、(406)DPC対象病院でないが、(407)DPC対象病院でないが、(408)DPC対象病院でないが、(409)DPC対象病院でないが、(410)DPC対象病院でないが、(411)DPC対象病院でないが、(412)DPC対象病院でないが、(413)DPC対象病院でないが、(414)DPC対象病院でないが、(415)DPC対象病院でないが、(416)DPC対象病院でないが、(417)DPC対象病院でないが、(418)DPC対象病院でないが、(419)DPC対象病院でないが、(420)DPC対象病院でないが、(421)DPC対象病院でないが、(422)DPC対象病院でないが、(423)DPC対象病院でないが、(424)DPC対象病院でないが、(425)DPC対象病院でないが、(426)DPC対象病院でないが、(427)DPC対象病院でないが、(428)DPC対象病院でないが、(429)DPC対象病院でないが、(430)DPC対象病院でないが、(431)DPC対象病院でないが、(432)DPC対象病院でないが、(433)DPC対象病院でないが、(434)DPC対象病院でないが、(435)DPC対象病院でないが、(436)DPC対象病院でないが、(437)DPC対象病院でないが、(438)DPC対象病院でないが、(439)DPC対象病院でないが、(440)DPC対象病院でないが、(441)DPC対象病院でないが、(442)DPC対象病院でないが、(443)DPC対象病院でないが、(444)DPC対象病院でないが、(445)DPC対象病院でないが、(446)DPC対象病院でないが、(447)DPC対象病院でないが、(448)DPC対象病院でないが、(449)DPC対象病院でないが、(450)DPC対象病院でないが、(451)DPC対象病院でないが、(452)DPC対象病院でないが、(453)DPC対象病院でないが、(454)DPC対象病院でないが、(455)DPC対象病院でないが、(456)DPC対象病院でないが、(457)DPC対象病院でないが、(458)DPC対象病院でないが、(459)DPC対象病院でないが、(460)DPC対象病院でないが、(46

- 地域包括ケア病棟において求められる包括期の管理・ケアを踏まえ、適切な栄養管理を行うための体制確保を促す評価の在り方について、どのように考えるか。



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（入院・退院患者票（A票、B票）、入院患者票（C票、D票））

## 包括期入院医療を担う病院の機能を表現しうる指標の候補

- 救急受入や在宅等の後方支援に関する機能の評価に関連すると考えられる項目を列挙した。
  - その他の案を含め、救急受入と後方支援をバランス良く評価することができるか、また救急車利用や入院加療が促されることはないかという観点で指標を検討する必要がある。

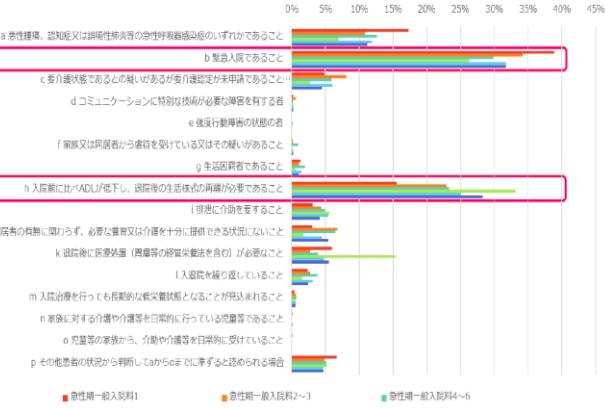
評価対象	具体的な指標	データ取得の実現性	評価視点	懸念点	在宅	施設
救急搬送受入件数	外来診察のみで帰宅した症例を含む救急搬送件数	病床機能報告書を利用、又は別途報告を要する	入院しなかった症例も含まれるため、入院を説明する所ではないか、救急外来でのもの(パフォーマンスを評価できる)	搬送手段として救急搬送が選択されないか	○	○
下り搬送等受入件数	下り搬送を応需した件数	現存するデータでは把握不能ため、別途報告を要する	自院で活動的な教育を受けていないことから、他院との連携による機能分化を評価できる	下り搬送の定義について検討	○	○
当該病棟への緊急入院	当該病棟へ自宅又は施設等から直接緊急入院した件数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	病棟ごとのパフォーマンスを評価できるため、併設病棟の種類に影響を受けない	在宅等で受けが可能な状態であっても入院が選択されないか	○	○
後方支援に寄与する加算の算定件数	A206 在宅患者緊急入院診療加算、A253 協力対象施設入院加算の算定回数の合算	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの情報連携に基づく入院医療の提供について評価できる	同上、現地A253は在宅、後方支援病院、地元アコス有る病院に限られており要調整	○	○
自宅等からの入院件数	(地元のみ) A308-03の在宅患者支援医療初期加算の算定回数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの連携は評価されない	在宅等で加算が可能な状態であっても入院が選択されないか	○	○
ICU対象施設である介護施設への往診	C000の注10介護施設等連携診加算の算定回数	レセプトから把握、又は別途報告を要する	入院に至らない診療も評価することができる	外来診療する状態でも加算が選択されないか、A253と共に算定可能な施設は要調整	—	○

包括期の入院医療を担うにあたり、その機能を表現できる指標の候補として、救急搬送受入件数、下り搬送受入件数、後方支援に係る加算の算定件数等が考えられる。

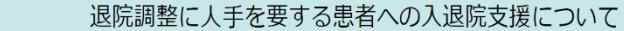
- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟を有する病院が地域で包括期の医療を担うにあたり、在宅医療の後方支援、救急からの下り搬送の受け入れ、介護施設等との連携、その他の地域貢献など、果たすべき機能がより評価されるための評価の在り方について、在宅療養後方支援病院への評価との関係性も含め、どのように考えるか。

## 入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」

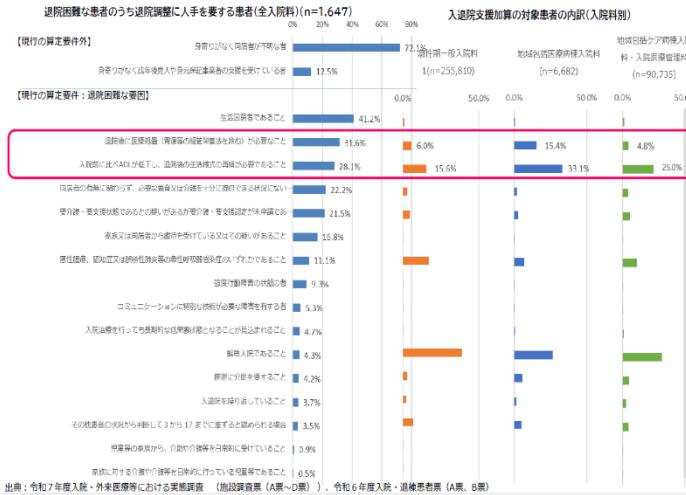
- 入院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」としては、「緊急入院であること」が最も多く、特に急性期一般入院料1において高かった。
  - 次に「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が多く、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟において高かった。



出典：会和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））



- 高齢者が多く入院するような地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟では、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」等、特に人手や時間を要する患者の割合が多い。



- 高齢者が多く入院するような地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟では、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」等、特に人手や時間を要する患者の割合が多いことを踏まえ、こうした病棟における入退院支援の評価についてどのように考えるか。

- 入退院支援加算と精神科入退院支援加算の双方を届け出た場合、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置する「専従の看護師」と、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置する「専従の看護師」を兼ねることはできないと解釈している。
  - また、「精神保健福祉士と社会福祉士の両方の資格を持つ場合でも、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置する「専従の看護師」として」、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置する「専従の精神保健福祉士」を兼ねることはできないと解釈している。

#### 「施設基準箇

A 2 4 6 入退院支援加算 1		A 2 4 6-2 精神科入退院支援加算	
入退院支援部門の設置		入退院支援及び地域連携業務を担当部門の設置	
入退院支援部門の人員配置		※ 入退院支援部門は、精神保健福祉士が配置されることは地域連携業務実施加算の地域連携移行策と同一でもよい	
・ 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士以上		・ 次のいずれかを有満たすこと ア： 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士及び、既存の看護師及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士 イ： 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士及び、既存の看護師及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士	
・ 更に、専従の看護師及び認定看護師ではある場合は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士及び、既存の看護師及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士		・ 「A307」 小児入院看護費算定表（精神病院用）による算定をする専従の患者に対する当該算定を算定する退院手続を行なう場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の算定であっても差し支えない	
病床への入退院支援業務員の配置		・ 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、当該算定の対象となる正在病院に専任で配置 ・ 当該算定の専従の看護師又は精神保健福祉士が配置される病床は1人につき2病床、計120床までに限る ・ 20床未満の病床及び治療室について、病床数の算出から除いてよいが、床床率の算出は求めない ・ 精神科専任の看護師又は精神保健福祉士が、入退院支援部門の専従の看護員を兼ねることできぬが、専任の看護員を兼ねることは差し支えない	
		・ 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、当該算定の対象となる正在病院に専任で配置 ・ 当該算定の専従の看護師又は精神保健福祉士が配置される病床は1人につき2病床、計120床までに限る ・ 20床未満の病床及び治療室については、病床数の算出から除いてよいが、床床率の算出は求めない ・ 精神科専任の看護師又は精神保健福祉士が、入退院支援部門の専従の看護員を兼ねることはできぬが、専任の看護員を兼ねることは差し支えない	

## 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドラインについて

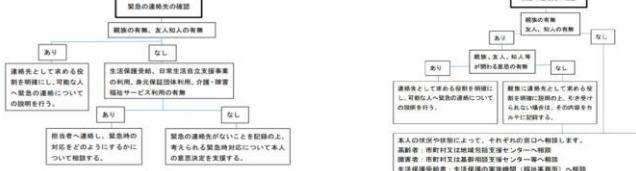
診調組 入-1  
7. 8. 28

- 「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」では、患者の生活や意思決定を支援する親族がない場合の支援について、本人の判断能力に応じた具体的な調整方法について説明しており、行政との連携についても説明している。

(1) 本人の判断能力が十分な場合

①緊急の連絡先に関するこ  
下記のフローチャートを参考に

向を確認した上で、緊急連絡先となる人がいるかを確認します。



出典：身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン <https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>

- 地域連携診療計画加算について、検査・画像情報を添付して情報提供した場合の評価についてどのように考えるか。

- 入退院支援加算の「退院困難な要因」に、「患者の生活や意思決定を支援する親族がいない場合」を加えることや、「要介護／要支援状態であるとの疑いがあるが要介護／要支援認定が未申請である場合」に準じて「要介護認定の区分変更申請が必要と判断される場合」を加えることについてどのように考えるか。

## 地域連携診療計画加算について

- 院内支援基盤の注算化である地域医療連携診療計算加算を算定する場合には、情報提供時に合わせて提供する検査結果・画像情報に係る院内診療扶養算付添算及び検査・画像情報提供加算の算定が不可となっており、検査結果・画像情報に係る割算ができない。
  - 地域において、適切に必要な情報が提供され、質のよい診療が継続されることを促進するために、情報提供時に患者の検査・画像情報の提供が適切に提供される必要がある。

目的	診療情報提供料	地域連携診療計画加算
入退院支援	入退院支援加算1 700点/1,300点	入退院支援加算1 700点/1,300点
情報提供	診療情報提供料1 250点	地域連携診療計画加算 300点
検査結果・画像情報など提供	退院時診療状況添付加算200点 又は 検査・画像情報提供加算200点	加算等無し

## 入退院支援ルールの活用による地域連携の促進

- 市町村が実施する市町村介護推進事業等**において、要介護・要支援の入院患者の円滑な退院の実現に向けて、  
①院内退院予定日がまとまった際に、医療機関が担当患者を担当する介護支援専門員への連絡し、必要な事項を確認する時機  
②退院時に必要となる介護サービスの提供に向けた連絡・調整における医療機関、介護相談支援専門員との役割分担  
③介護支援専門員が決めていないにおける、医療機関からの連絡予約先と連絡の時機  
や、開院者が情報共有に用いる一例的式（介護連絡用状況用紙、障害生活上の課題等）等について、地域であらかじめ標準的なルール（入院支援ルール）を定める取り組みが進められている。

在宅医療・介護連携に関する関係市町村連携に対する支援

## 市町村をまたがる入退院時の連携等

地域の実情に応じて、都道府県と都道府県医師会が密接に連携し、保健所等も活用しつつ、**入退院に関する地域ルールの作成に全県又は複数の市町村に同意して組むことにより、入退院手順の統一と連携を促進する**。

の旨の文書にのめく医療機関へ連絡し、専門員への連携調整の連携協議の増加を図る等の取組が検討される。

■ 増加への入退院支援リールの普及促進(柳井園)

- ・ルールの適用範囲を全県化すること、議論の範囲を各議会で出た現場の見景を踏まえた上で、議会代表者有会議及び県議会議員会で全県規則のルールを策定する。

- ・フォロー、「A:入院、B:会社休暇」など

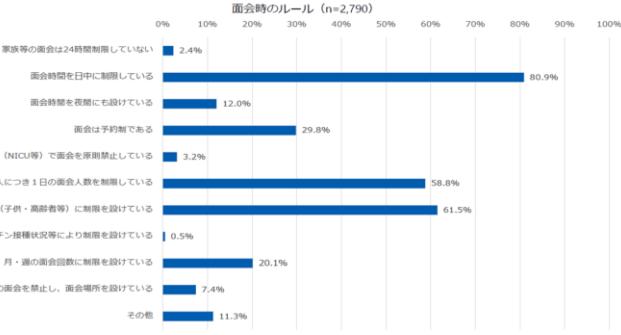
■県民の皆さんへ  
・県民統一の入退院支援ルールの必要性について、関係者間で次の流れを調整してまいります。

整・議論した。  
① 病院と県医師会が連携し、入退院時の支援ルール作成に向け取り組むこと



- 面会制限が最低限に留められるよう、医療機関として適時適切に面会ルールの見直しを行うことが望ましいことを入院料の通則に位置づけることについてどのように考えるか。また、患者家族の面会機会の確保が円滑な入退院支援の実現において必要であることから、入退院支援加算の要件としてこのような取組を位置づけることについてどのように考えるか。

- 面会時のルールについて、「家族等の面会は24時間制限していない」と回答したのは2.4%であった。  
○ 面会について、「面会時間を日中に制限している」は80.9%、「面会者の年齢（子供・高齢者等）に制限を設けている」は61.5%、「患者1人につき1日の面会人数を制限している」は58.8%、「面会は予約制である」は29.8%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））

98

## 高齢者施設等への患者紹介に係る金銭等の授受の状況

診査組 入-1  
7. 8. 28

- 高齢者施設への患者紹介に係る金銭等の授受の状況については、以下のとおり。  
○ 一部の医療機関において、授受や打診を受けたことがある。

高齢者施設への患者紹介に係る金銭等の授受の状況  
(n=2659)

金銭、贈答品又は商品券を受け取った事がある場合、その提供元(n=8)(複数選択可) (件)	
■ 金銭を受け取ったことがある (n=2)	0
■ 贈答品や商品券を受け取ったことがある(n=2)	2
■ 金品の提供を打診されたが、受け取っていない(n=6)	2
■ ない(n=2649)	2649
01_介護医療院	0
02_介護老人保健施設	2
03_特別養護老人ホーム	2
04_養護老人ホーム	1
05_軽費老人ホーム	0
06_特定施設入居生活介護	0
(04, 05を除く)	0
07_認知症グループホーム	1
08_有料老人ホーム (06を除く)	2
09_サービス付き高齢者向け住宅 (06, 08を除く)	4
10_障害者支援施設	0
11_その他	1

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～D票））

- 医療機関が医療の提供、経営、地域連携等を総合的に行っていくに当たって、看護業務の質の高いマネジメントが重要なことを踏まえ、看護の管理能力を向上する取組を促進することについてどのように考えるか。

- 患者の退院先となる介護施設等から当該医療機関が金品の授受を行っていることは患者本位の入退院支援の実現を阻害する恐れがあることから、金品を受け取っていないことを入退院支援加算の要件とすることについてどのように考えるか。

## 看護の管理能力を向上する取組について

認定看護管理者制度（日本看護協会）とは：  
(制度の目的) 多様なヘルスケアニーズを持つ個人、家族及び地域住民に対して、質の高い組織的看護サービスを提供することを目指し、一定の基準に基づいた看護管理者を育成する体制を整え、看護管理者の質質と看護の水準の維持及び向上に寄与することにより、保健医療福祉に貢献することを目的とする。



## 病棟における勤務時間と様式9

- 病院の入院基本料等の施設基準において「看護要員の数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数」であると規定している。  
○ 様式9に勤務時間数として算入及び除外するものは、通知や疑義解釈の様々な場所に規定されており、様式9の作成を煩雑にしている一因ではないか。

## ■ 病院の入院基本料等に関する施設基準で、看護要員の数および勤務時間として算入/除外するものの例

算入不可 (例)
○ 病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数 ○ 病棟勤務と外部勤務、手術室勤務、中央材料室勤務又は集中治療室勤務等を兼務する場合は、勤務実績に基づく病棟勤務の時間 ○ 臨時勤務であっても連続して勤務する場合 ○ 看護紹介事業を行なう施設からの紹介又は労働者供給事業を行なう者からの紹介による看護要員を兼務する場合 ○ 紹介予定派遣等による勤務を算入する場合 ○ 病棟における勤務と並行して、場合分けで看護後付勤務、育児休業、育児休業、育児休業、育児休業等の勤務を兼務する者又は併用する者又は併用して勤務する者による勤務の数 ○ 小児看護又は精神疾患入院看護管理加算を算定している病棟等において小児看護のための看護師の数 ○ 主として事務的業務を行なう看護補助者が当該病棟において事務的業務を行なう看護補助者が勤務する勤務時間数 ○ 一般的勤務時間
○ 病棟勤務等長（事務、病院企画会議の看護管理に従事する者）、当該保険医療機関に附属する看護師養成所等の専任職員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の看護要員の数 ○ 病棟単位で算定する特定一定病院料（T1317）に掲げる特定一定病院料入院料を算入するに係る病棟並びに「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する治室室、看護、短期滞泊手仕事等基準料1に係る回復室等及び外来化学療法室に係る専用施設に勤務する看護要員の数 ○ 小児入院看護管理料の加算の届出に係る保育士の数 ○ 1ヵ月以上長期勤務の看護要員、身体障害者（児）に対する機能訓練指導員及び主として洗濯、摂取等の業務を行なう者 ○ 夜勤時間帯の中で、申し送った従事者の申し送りに要した時間は夜勤時間帯から除外
○ 通常の休憩時間 ○ 入院基本料の施設基準の「院内感染対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を踏まえ、必要に応じて看護要員の配置を決定する場合、安全衛生管理会議及び安全管理会議等のための会議時間、神経看護委員会及び身体的拘束小委員会に係る業務及び身体的拘束の最小化化に係る研修会等に参加する時間 ○ 一般勤務入院基本料の届出に係る業務に従事する患者に対する、当該病棟の看護師が行なう患者カウンセリング料の算定に係る業務の時間
○ 有給休暇や残業時間 ○ 日勤時間帯の中で、申し送った従事者の申し送りに要した時間は日勤時間帯から除外

- 看護要員の必要数と配置数を算出するための「様式9」について、病棟内での短時間のオンライン研修受講や、通常の医療で必要な病棟外での業務等について、入院患者の看護に影響のない範囲で勤務時間に算入できるよう追加するなど、わかりやすく整理し明確化することについてどのように考えるか。

128

130

- 特別養護老人ホームの看護管理者と調整し、看護師による情報共有（カンファレンスの実施）等の支援を平時から行っている取組事例がある。
- 本取組事例では、施設の看護管理者から「利用者に穏やかな生活を支え取り等にも対応可能な体制整備に向け、専門性の高い看護師からの支援を受けたい」との相談を受け、継続的に緩和ケア認定看護師及び、認知症看護認定看護師による、相談・支援を行っている。

## &lt;医療法人社団協会 吉川中央総合病院の取組&gt;

対象施設：特別養護老人ホーム：3施設

施設A：高齢者施設

施設B：高齢者施設

施設C：高齢者施設

医療機関

看護師

- 「日常生活機能評価表」は、回復期リハビリテーション病棟入院料1～4、特定機能病院リハビリテーション病棟における重症患者の判定と、当該患者の改善を測定する際の指標の選択肢としてのみ記載されており、測定のタイミングは入院時と退院時に限られている。
- FIMは実績指数の算出に必須だが、日常生活機能評価表は目的が限られており、測定は必須ではない。

- 日常生活機能評価表は、リハビリテーション病棟入院料等における重症患者の該当基準及び重症患者の改善度合いの基準としてのみ用いられており、いずれもFIMによる基準が併記されていることを踏まえ、現場の負担軽減の観点から、その役割についてどのように考えるか。

### リンパ浮腫複合的治療料の概要

- リンパ浮腫複合的治療料は、対象患者に患肢のスキンケア、セルフケア指導等を行った場合に算定可能である。
- 届出機関数、算定回数とともに微増傾向にあるものの、非常に少ない。

#### H007-4 リンパ浮腫複合的治療料（1日につき）

##### 1 重症の場合 200点

##### 2 1以外の場合 100点

対象部、骨盤領域には脚部のリバウンド感を伴う急性腫脹に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と確定診断されたものであって、国際リバ学会による病期分類Ⅰ期に該当するものに限り、複合的治療を実施した場合に算定する。

##### 【摘要】

○当該治療は医療機関が、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定した場合に限りリバウンド感の診断等に係る連絡先として届け出た医療機関において、直近1年間にリバウンド浮腫指導管理料を5回以上算定していること。

##### 【算定要件】

○「1」は月1回（当該治療を開始した月の属する月から起算して2ヶ月以内に計1回）、「2」は6月に1回に限り算定。

○「1」は1回40分以上、「2」は1回20分以上行った場合に算定する。

##### 【算定回数】

##### 【算定料】

- 処置及び手術の休日・時間外・深夜加算
  - 1について、チーム制では、診療があった緊急呼び出し当番翌日を休日とすることされているものの、当該緊急呼び出し当番における診療の有無が予見できることや、令和6年度以降、医師の働き方改革により、原則、勤務間インターバルが確保されていること等を踏まえ、チーム制において緊急呼び出し当番翌日を休日とすることの必要性をどのように考えるか。

## 手術の休日・時間外・深夜加算1の算定状況等

- 令和7年5月時点で手術の休日・時間外・深夜加算1を届け出している病院(192)において、交代勤務制・チーム制・手当に関する経過措置終了後、算定困難となる要件について、「困難な要件はない」(41)と回答する病院がある一方、「緊急呼び出し当番翌日の休日対応」、「夜勤翌日の休日対応」、「日勤からの連続夜勤で、夜勤医師2名以上配置・夜勤時間帯に4時間以上の休憩を確保」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 (対象: 一般病床入院基本料、専門病院入院基本料等を算定する病棟を有する施設)) 14

## 2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- ・ 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てんの確保に取組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえ、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を確保していくところ。
- ・ 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取組むとともに、持続可能な医療供給体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、専門医による医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。医療需要の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- ・ また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。

想定される提供主体		均てん化・集約化の考え方
・ 国立がん研究センター、 ・ 国立成育医療研究センター、 ・ 都道府県がん診療連携拠点病院、 ・ 大学病院本院、小児がん拠点病院	・ 特に集約化の特徴が必要な医療についての考え方 (医療技術の観点)	・ がん医療に係る一連のプロセスである「診断・治療・方針の決定」に高度な判断を要する場合や、治療・支持療法・緩和ケアにおいて、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。
・ 地域の実情によっては 地域がん診療連携拠点病院等	・ 診断や治療に高額な医療機器や専用設備の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。	
・ がん診療連携拠点病院等 ・ 地域の実情によってはそれ以外の 医療機関	・ 医療費の観点	・ 病例数がない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。
・ 患者にとって身近な診療所・病院 (かかりつけ医を含む)	※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。	※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
	・ 更なる均てん化が望ましい医療についての考え方 ・ がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。	・ 更なる均てん化が望ましい医療についての考え方 ・ がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

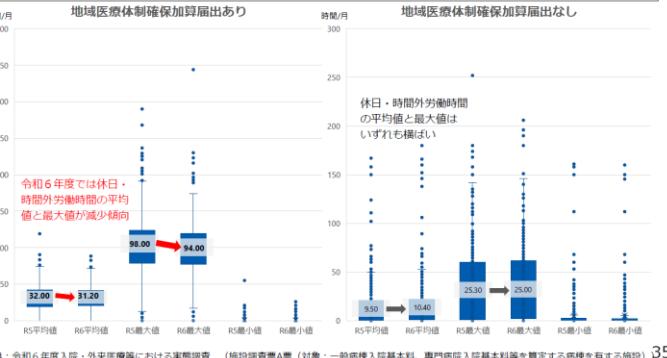
(※1)国単位で確保するがん医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

21

- 医師数が減少する診療科があるなど医師の診療科偏在が課題となっていることを踏まえ、地域の診療体制の確保とともに勤務環境等の改善や診療科偏在の解消を図る取組みの評価のあり方についてどのように考えるか。

## 医師の月あたり休日・時間外労働時間の状況

- 急性期病院において、地域医療体制確保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、月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が長い傾向にある。
- 地域医療体制確保加算を届け出している病院では、令和5年度と比較して、令和6年度では月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が減少傾向にあった。



- 地域医療体制確保加算届出医療機関における勤務環境改善の取組状況や、時間外・休日労働時間の減少を踏まえ、地域医療体制確保加算における、年度毎の時間外・休日労働時間の上限基準の漸減について、今後のあり方をどのように考えるか。

## 人事院規則で定める地域の見直しについて

- 令和6年給与法改正によって人事院規則で定める地域が見直され、級地区分の設定は市区町村ごとから都道府県ごとを基本とする取扱いに変更された。
- 当該地域は令和7年度より見直しが行われているが、地域加算に係る地域及び級地区分については、当面の間、なお従前の例によることとしている。(令和7年3月11日医療課事務連絡)

区分	支給割合	見直し後
1級地	20%	都府県で指定
2級地	16%	東京都
3級地	15%	横浜市、大阪市 等
4級地	12%	さいたま市、千葉市、名古屋市 等
5級地	10%	神戸市 等
6級地	6%	仙台市、静岡市、高松市 等
7級地	3%	札幌市、新潟市、岡山市 等

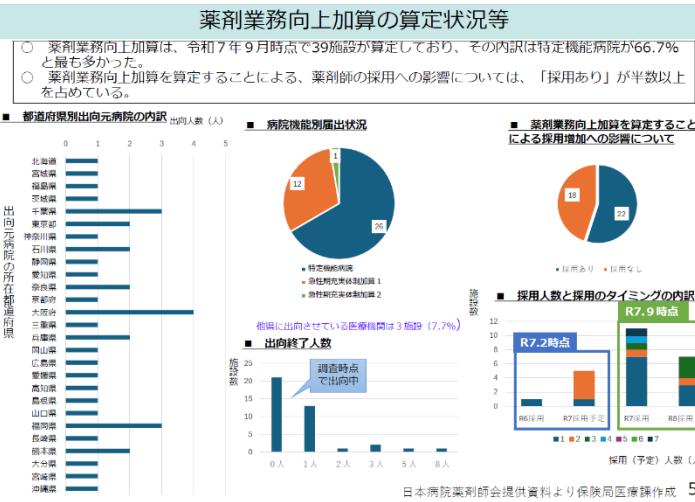
※ 国家公務員が在籍している地域のみ掲げている。

出典: 人事院公表資料を基に保健局医療課にて作成

- 「人事院規則で定める地域」の見直しを踏まえ、地域加算における地域区分を見直すことについて、どのように考えるか。

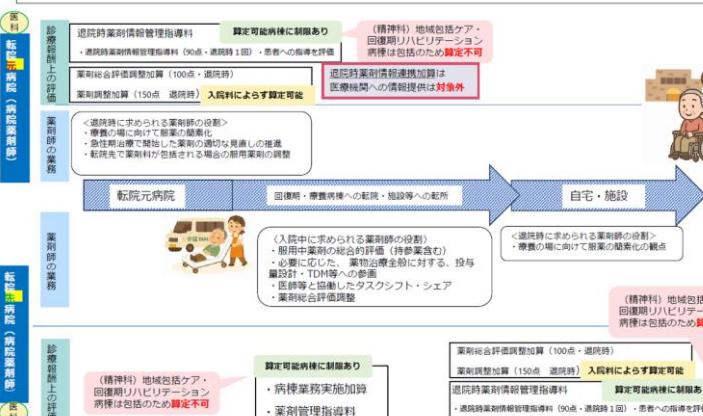
48

- 病院薬剤師の業務に対する評価のあり方についてどのように考えるか。



## 転院・転所患者の入退院における薬剤師の関わり

- 急性期医療を受けた後、リハビリや療養を目的に転院・転所する患者に対する薬剤師の関わりと報酬上の評価は以下のとおり。



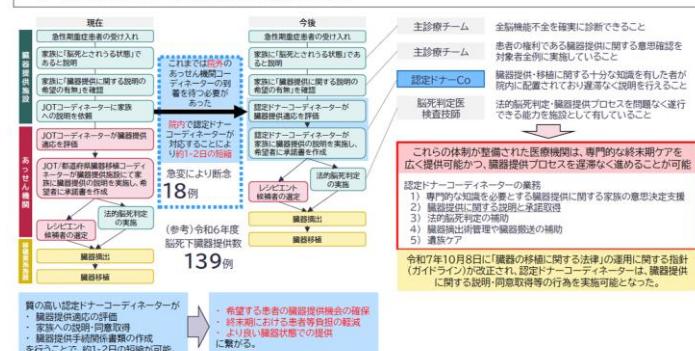
- 転院・転所時におけるシームレスな薬物治療の実施や、転院・転所を含めた長期的な薬剤師の介入によるポリファーマシー対策を推進する観点から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

61

## 個別事項

### 認定ドナーコーディネーターの配置による利点

- 臓器提供においては、多大な人的資源の投入だけでなく、院外の他施設との連携も必要となる。
- 「認定ドナーコーディネーター」を院内に配置することにより、臓器提供の過程において、あっせん機関のコーディネーターの到着を待つ時間が短縮されることで、終末期における患者等の意思に基づく臓器提供の機会を確保できる可能性がある。



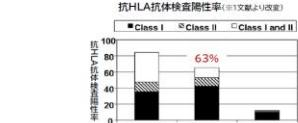
令和7年10月8日に「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）が改正され、認定ドナーコーディネーターの配置による利点が明確化された。

## 移植待機患者に占める抗HLA抗体の陽性割合について

- 抗HLA抗体は、感作歴のない症例でも陽性となることが多いことが報告されており、感作歴にかかわらず、待機期間中の抗HLA抗体検査検定を実施し、臓器着率の向上を目指すことが望まれる。

海外データでは、感作歴がない患者の77%が抗HLA抗体検査陽性である<sup>23</sup>。

日本におけるHLAアントителの陽性率について（中学生のアントイレは、HLAアントイレがHLAアントイレで陽性になったもの）



腎移植待機患者の抗HLA抗体検査陽性率（MFI基準による）

MFI: Mean fluorescence intensity

米国におけるMFIのカットオフ値は1000

感作歴なし（28例）：Class I 77%  
感作歴あり（78例）：Class I 77%, Class I & II 100%

MFI基準による陽性率

「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術長径 2 cm 未満」及び「水晶体再建術眼内レンズを挿入する場合その他のもの」について、入院で実施した場合の総請求点数は、病院の入院外で実施した場合の総請求点数よりも高かった。

- 短期滞在手術の外来移行を促す観点から、短期滞在手術等基本料の対象手術のうち、主として外来で実施される手術について、臨床的に入院で実施する必要性が乏しいが入院で実施した場合の点数と、病院の外来で実施した場合との点数差を縮小する方向で見直すことについて、どのように考えるか。

### 短期滞在手術等の算定方法

診療組 入-1  
7. 7. 17改

- 医療機関の短期滞在手術等<sup>※1</sup>の算定方法は、以下のとおり。
- 入院で短期滞在手術等を実施した場合は、医療機関の類型等により、算定方法が複数に分かれる。

【医療機関の類型等毎の、入院外での短期滞在手術等基本料1の対象手術に係る診療報酬の算定方法】

外 来	短期滞在手術等基本料1の届出なし		短期滞在手術等基本料1の届出あり	
	病院	出来高算定	短期滞在手術等基本料1(一部の検査は包括)	
		出来高算定	出来高算定	出来高算定

【医療機関の類型等毎の、入院での短期滞在手術等基本料3の対象手術に係る診療報酬の算定方法】

入 院	4泊5日まで		5泊以上	
	DPC対象病院 (DPC算定床)	DPC算定※2	DPC算定※3	DPC算定※3
	DPC対象病院 (DPC算定床以外)	出来高算定※2	出来高算定	出来高算定
	DPC対象病院以外の病院	短期滞在手術等基本料3※4	出来高算定	出来高算定
	有床診療所	出来高算定※2	出来高算定	出来高算定

※1 短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を指す。

※2 DPC対象病院及び診療所においては、短期滞在手術等基本料3を算定することはできない。

※3 特に規定する場合を除く。

※4 DPC対象病院及び診療所を除く専修医療機関において、入院した日から起算して5日以内に対象手術等を行う場合には、特に規定する場合を除き、全ての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。

※5 短期滞在手術等基本料1により既に評価される検査等を指す。

### 患者調査の結果③-1

先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えると思う特別の料金の程度  
(特別の料金を支払った経験のある人)(郵送調査)(新)(報告書P330)

- ジェネリック医薬品に切り替える特別の料金の程度については、郵送調査では、「特別の料金がいくらであろう、先発医薬品を選択する」が最も多く28.3%であった。

#### 郵送調査

表 7-43 先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えると思う特別の料金の程度  
(特別の料金を支払った経験のある人、年代別)

	全体	9歳 以下	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90歳 以上
調査数	46	1	—	1	6	4	9	10	13	1	—
特別の料金が現在の2倍程度になる場合※1 特別の料金がジェネリック医薬品価格差の半額となる場合	15.2	—	—	—	33.3	—	—	20.0	23.1	—	—
特別の料金が現在の3倍程度になる場合	2.2	—	—	—	—	—	—	—	7.7	—	—
特別の料金が現在の4倍程度になる場合※2 特別の料金がジェネリック医薬品価格差の全額となる場合	4.3	—	—	—	16.7	—	—	—	7.7	—	—
特別の料金がいくらであろう、先発医薬品を選択する	28.3	—	—	—	50.0	50.0	11.1	10.0	38.5	—	—
現在の特別の料金でもそのうち切り替える	13.0	—	—	—	—	25.0	22.2	20.0	7.7	—	—
その他・わからない	37.0	—	—	—	—	25.0	66.7	50.0	15.4	—	—
無回答	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

### 短期滞在手術等基本料1 対象手術実施時の請求点数

○ 水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合) (その他のもの) 等について、病院において実施した場合の、標準的な請求点数は以下のとおり。  
○ いずれの手術についても、入院で実施した場合、入院外で実施した場合よりも高い点数となる。  
○ 短期滞在手術等基本料1を算定する場合と算定しない場合の手術実施月の総請求点数の差は、短期滞在手術等基本料1の点数と同程度であり、短期滞在手術等基本料1が一部検査料等を包括して評価している一方で、包括評価による効率化の効果は限定的であった。

	外来		入院		
	短1算定なし (検査料は全て出来高) (病院の場合) ※1	短1算定あり (一部検査料等は包括) (病院の場合) ※1	DPC算定 ※2	短期滞在手術等 基本料3 ※3	出来高算定 (地ケアの場合) ※4
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(長径2センチメートル未満)	7,350点	8,592点 差: 1,242点 (短: 1: 1,359点)	14,210点	12,580点	16,755点
水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)(その他のもの)	14,350点	15,730点 差: 1,380点 (短: 1: 1,359点)	21,971点	17,457点	28,640点

③ 短1算定の有無による比較

② 入院における支払方式による比較

※1 R6年10月NDB。手術算定期における、1手術当たりの平均的な総請求点数。

※2 保険局医療課において作成(医療機関別算定料金)1として、「060100xx01xxx 小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術等」及び「020110xx07xx00 白内障、水晶体の疾患 手術なし 片眼」について、入院期間2まで入院したものとして括記。)

※3 短期滞在手術等基本料3の点数。

※4 R6年10月~12月DPCデータ。手術料を算定した入院エピソードにおける、1入院当たりの平均的な総算定点数。水晶体再建術については、片側のみ手術した症例と両側を手術した症例が混在するため、参考値。

- 短期滞在手術等基本料3の対象手術を実施した場合の評価について、様々な算定方法が混在していること等を踏まえ、病院がDPC対象病院であるかどうかにかかわらず、短期滞在手術等基本料3を算定するよう見直すことについて、どのように考えるか。

3

### 患者調査の結果③-2

先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えると思う特別の料金の程度  
(特別の料金を支払った経験のある人)(インターネット調査)(新)(報告書P397)

- ジェネリック医薬品に切り替える特別の料金の程度については、インターネット調査では、「特別の料金が現在の2倍程度になる場合」が最も多く32.0%であった。

#### インターネット調査

表 8-45 先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えると思う特別の料金の程度  
(特別の料金を支払った経験のある人、年代別)

調査数	9歳 以下	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90歳 以上
	100	2	10	15	9	10	9	21	20	3
特別の料金が現在の2倍程度になる場合※1 特別の料金がジェネリック医薬品価格差の半額となる場合	32.0	50.0	50.0	40.0	33.3	20.0	44.4	28.6	20.0	33.3
特別の料金が現在の3倍程度になる場合	16.0	—	10.0	40.0	11.1	10.0	11.1	19.0	5.0	33.3
特別の料金が現在の4倍程度になる場合※2 特別の料金がジェネリック医薬品価格差の全額となる場合	4.0	—	—	—	33.3	10.0	—	—	—	—
特別の料金がいくらであろう、先発医薬品を選択する	16.0	—	20.0	6.7	11.1	30.0	11.1	19.0	15.0	—
現在の特別の料金でもそのうち切り替える	7.0	—	—	6.7	11.1	—	—	9.5	10.0	33.3
その他・わからない	25.0	50.0	20.0	6.7	—	30.0	33.3	23.8	50.0	—
無回答	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

26

25

- 現在、患者希望で長期収載品を使用した場合、長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を患者負担しているが、この水準を価格差の2分の1、4分の3又は1分の1に引き上げることについて、どのように考えるか

## 皮下注製剤の利点・副作用等

- 今般、皮下注射で投与可能な抗悪性腫瘍剤(以下、「皮下注製剤」)が上市されており、その中には、静脈注射等により投与する抗悪性腫瘍剤(以下、単に「静注製剤」)よりも投与部署での所要時間が短く済むものが存在し、全国がんセンター協議会が同協議会加盟医療機関に対して行った調査においては、皮下注製剤の導入の理由としては、「治療時間の短縮」が最多であった。
- 一方で、皮下注製剤には、静注製剤と同様に、一定の頻度で重篤な副作用(SAE)が発生するもののが存在する。
- また、上記の調査においては、皮下注製剤の未導入の理由としては、「外来腫瘍化学療法診療料を算定できない」が最多であった。

皮下注製剤と静注製剤の投与に要する時間の比較

医薬品名	投与組織	投与部位	投与部署での所要時間 (投与部署の就労時間)
ボルテゾミブ	静脈注射	静脈内	30分程度
	皮下注射	腹部、大腿	20分程度
アザシジン	静脈注射	静脈内	60分程度
	皮下注射	腹部、大腿	60分程度
ダラツムマブ	静脈注射	上腕など	4-5時間
ダラツムマブ・ボルヒア ルロニダーゼアルフア	皮下注射	静脈内	
	皮下注射	腹部	30-75分

皮下注製剤と静注製剤のSAEの発生の比較

医薬品名	SAE発生頻度(※2)	参考文献
ボルテゾミブ	(多発性骨髓腫を対象としたボルテゾミブ皮下注 vsダラツムマブ静注の第3相試験) 皮下注6% (33/147) vs 静注35% (26/74)	Lancet Oncol. 2011 May;12(5):431-40
ダラツムマブ・ボルヒア ルロニダーゼアルフア	(多発性骨髓腫を対象としたダラツムマブ皮下注 vsダラツムマブ静注の第3相試験) 皮下注6% (68/260) vs 静注50% (76/256) (うち骨髄炎の発生率:皮下注3% vs 静注4%)	Lancet Haematol. 2020; 7:e370-380
ハルツムマブ・トラスツ ズマブ・ボルヒア ルロニダーゼアルフア	(HER2陽性乳癌を対象としたハルツムマブ vsトラスツムマブ皮下注+化学療法併用群 vsハルツムマブ・トラスツムマブ静注+化学療 法併用群の第3相試験) 皮下注16.7% (40/248) vs 静注17.9% (45/252)	Lancet Oncol. 2021; 22:85-97

出典: 健康・生活衛生局がん・疾病対策課にて作成

※1 ここで皮下注射で投与可能な抗悪性腫瘍薬のうち、医学的に化学療法で実施すべき必要性が高いものを指す。

※2 皮下注製剤と静注製剤のSAE発生頻度について記載のあったものを抜粋。



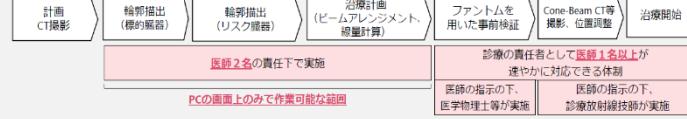
出典: 全国がんセンター協議会提出資料

- 今般、皮下注射で投与可能な抗悪性腫瘍剤(以下、「皮下注製剤」)が上市されており、静脈内注射等により投与する抗悪性腫瘍剤(以下、「静注製剤」)よりも投与部署での所要時間が短く済むものが存在し、全国がんセンター協議会が同協議会加盟医療機関に対して行った調査においては、皮下注製剤の導入の理由としては、「治療時間の短縮」が最多であった。
- 一方で、皮下注製剤には、静注製剤と同様に、一定の頻度で重篤な副作用(SAE)が発生するもののが存在する。
- また、上記の調査においては、皮下注製剤の未導入の理由としては、「外来腫瘍化学療法診療料を算定できない」が最多であった。
- 今般、皮下注射で投与可能な抗悪性腫瘍剤(以下、「皮下注製剤」)が上市されており、治療時間の短縮等の患者メリットが期待される一方で、静注製剤と同様に重篤な副作用(SAE)が発生するものが存在する点等を踏まえ、悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、十分な体制下で行われる、皮下注射による外来腫瘍化学療法を外来腫瘍化学療法診療料の算定対象とすることについて、どのように考えるか。

## IMRTと遠隔放射線治療計画

- IMRTを実施する際には、通常、医師2名が放射線治療計画の策定に専従しており、IMRTの施設基準として放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置がされていることが要件の1つとなっている。
- 平成30年度診療報酬改定において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が配置されていない施設における緊急時の放射線照射計画の立案等の遠隔支援の評価として遠隔放射線治療計画算定が新設された。今般、厚生労働科学研究所の解析において、医師2名のうち1名が遠隔でIMRTの治療計画を策定した場合においても、放射線治療計画の品質に差がないことが示された。

## 現行のIMRTの治療フロー



## REMOTE-IMRT trial の解析結果 (厚生労働科学研究所大西洋)



出典: 日本放射線腫瘍学会監修のもと、健康・生活衛生局がん・疾病対策課が作成

## 多職種によるがん患者指導管理

- がん患者ががんとともに生きるプロセスで直面する課題は多様であり、就労等の社会的、経済的な問題については社会福祉士等の多職種による支援も求められる。

## 診断時から人生の最終段階まで、がんとともに生きるプロセスでがん患者が直面する課題

要素	内容
身体的/医療的	治療が終わること、病気を意識したこと、医療が終わること、自分たちの治療が終わること、治療合併症の改善を図る
心的	心や精神のリラクゼーションを行うようにして精神的負担を軽減する行動を行なう、認知行動療法、行動に対する対処、心の問題に対する対処する、心の問題に対する対処する、心の問題に対する対処する
経済面・就労	仕事に対する理解、新たな仕事場に働くかどうかをめる、がんと並んで働くことの問題の理解に対する理解、経済的負担に対する理解、経済的負担に対する理解、経済的負担に対する理解
実存的	がんの経験を通じて人間関係をなる、人生の意味、知恵を知るなどの強みを知る
社会関係	医療チームや支離れたネットワークによるサポートがなくなり合うこと(連携)、立地がん研究センター東病院ほか)

## がん患者の相談ニーズ



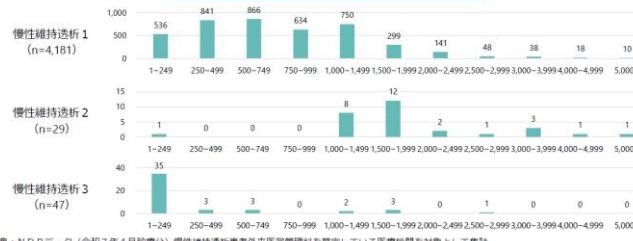
## 慢性維持透析について

- 平成30年度透析報酬改定において、施設の効率性等の観点から、透析用監視装置の台数及び透析用監視装置一台当たりの患者数による評価が導入されたところ。
- 医療機関別の人工腎臓の算定回数の分布を見ると、慢性維持透析1を算定している医療機関のうち月別の算定回数が2,500回を超える医療機関が複数ある。

慢性維持透析を行った場合1～3の施設基準のうち、透析用監視装置の台数と一台当たりの患者数との関係

透析用監視装置の台数	透析用監視装置一台当たりの患者数(外平患者)に従る。※人工腎臓の「1」から「3」を算出した場合		
	3.5未満	3.5以上4.0未満	4.0以上
26台未満	慢性維持透析1	慢性維持透析2	慢性維持透析3
26台以上	慢性維持透析1	慢性維持透析2	慢性維持透析3

## 人工腎臓 慢性維持透析の月別算定回数の分布



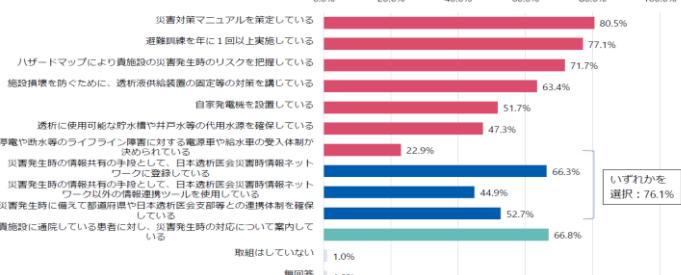
出典：N D B データ（令和7年4月診療分）慢性維持透析患者外來医学管理料を算定している医療機関を対象として集計

- 人工腎臓については、施設の効率性の観点を踏まえた評価が行われているが、施設基準の1つである透析用監視装置の台数及び透析用監視装置一台当たりの患者数について、慢性維持透析1を算定している医療機関の中で算定回数が非常に多い医療機関が一定数存在することを踏まえ、評価のあり方についてどのように考えるか。

## 透析医療の災害対策の取組

- 災害時の透析医療継続のための対策について、災害対策マニュアルの策定が80.5%、電源車や給水車の受入体制の確保が22.9%と各対策でばらつきが見られる。
- 日本透析医会災害時情報ネットワーク等への登録や自治体等との連携体制を確保していると回答した医療機関は76.1%。
- 患者に対する情報提供を実施している医療機関は66.8%。

## 自施設で実施している透析医療の災害対策の取組 (n=205)



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（E票））

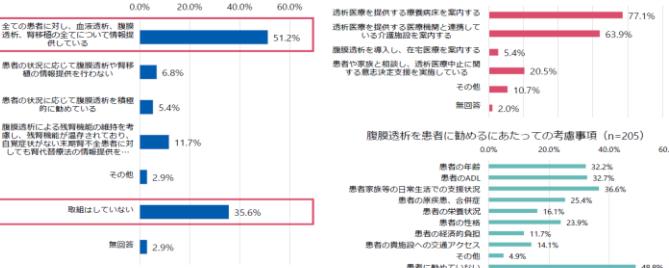
73

## 腎代替療法に関する情報提供

施設調査 入一  
7 9 18

- 全ての患者に対し、腎代替療法の3つの選択肢を提示している医療機関は51.2%であり、情報提供の取組をしていない医療機関が35.6%であった。
- 通院困難な患者に対する対応について、療養病床や介護施設への紹介が77.1%、63.9%であり、腹膜透析の導入を含めた在宅医療への対応は5.4%であった。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20.5%であった。
- 腹膜透析を勧める際の考慮事項として、生活支援状況（36.6%）、ADL（32.7%）、年齢（32.2%）の順で多い。

## 腎代替療法に関する情報提供・意思決定支援の取組状況 (n=205)



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（E票））

## バスクュラーアクセス（シャント）に関する処置の評価について

- 血液透析に用いられるバスクュラーアクセス（透析シャント）は、穿刺を繰り返すことで狭窄・閉塞等といったシャントトラブルを生じるため、狭窄・閉塞の部位によって、シャント拡張術が第一選択の治療となる。
- 絶症的シャント拡張術・血管切開術については、初回実施後3ヶ月以内に実施する場合は、透析シャント閉塞等の場合に限り1回の回数として算定可能としている。算定回数は増加傾向あり、入院外の算定回数が75%程度である。
- 入院が必要でありますたり、狭窄・閉塞を繰り返す等、対応が困難な患者のシャント拡張術が実施出来ない医療機関では、入院施設やシャント造設に関する専門的な技術を持った他医療機関に紹介して管理が行われている。

## K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

## 1 初回 12,000点

## 2 1の実施後3ヶ月以内に実施する場合 12,000点

## 3 初回治療件数 (抜き出し)

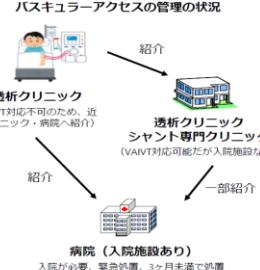
- 「1」については、3ヶ月に1回を限り算定する。
- 「2」を算定するにあたっては3ヶ月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす患者例見本等の医学的根拠書・診療細胞明細書の摘要欄に記載するごとに算定可能とする。
- ア 経皮的シャント閉塞にて、シャント内血栓が400ml以下又は血栓摘出量 (kg) が0.6kg以上の場合は、(ア)の場合は除外する。

## K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

## R2 初回入院 R3 初回・入院外 R4 初回・入院外 R5 初回・入院外 R6 初回・入院外

出典：社会医療行為別統計（令和4・5年は6月審査分、令和6年は8月審査分）

## バスクュラーアクセスの管理の状況

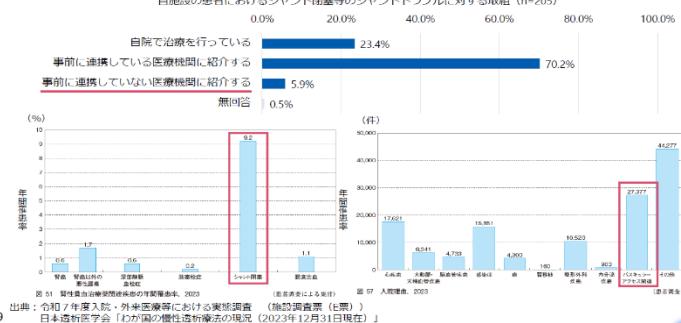


- 腎代替療法に関する情報提供について、腎代替療法の3つの選択肢を提示している医療機関が半数程度であること、腎代替療法に係る治療手段の検討は導入期以外にも発生することを踏まえ、情報提供に係る評価のあり方についてどのように考えるか。

## 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%あった。

## 白施設の患者におけるシャント閉塞等のシャントトラブルに対する取組 (n=205)



山川：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（E票））

日本透析医会「わが国の慢性透析療法の現況」(2023年12月31日現在)

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（E票））

日本透析医会「わが国の慢性



## 母体・胎児集中治療室管理料の地域別変化

診調組 入-1  
7. 9. 18

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の届出治療室数は、令和4年7月から令和6年7月にかけて、全国で11治療室減少している。
- 地域区分別では、「東北」で4治療室、「近畿」で3治療室、それぞれ減少しているほか、「関東信越」では1治療室増加している。

令和4年7月と令和6年7月の

母体・胎児集中治療室管理料の届出治療室数の地域別変化

地域区分	令和4年7月	令和6年7月	増加	減少	増加-減少
北海道	4	4	1	1	0
東北	10	6	0	4	-4
関東信越	41	42	2	1	+1
東海北陸	19	17	0	2	-2
近畿	27	24	0	3	-3
中国	7	5	0	2	-2
四国	4	4	0	0	0
九州	18	17	0	1	-1
合計	130	119	3	14	-11

(参考) 全国地方厚生（支）局の管轄地域

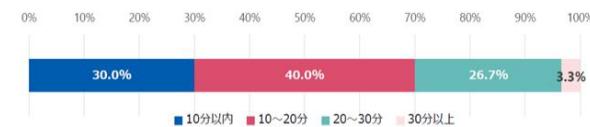


## 夜間に自宅待機をするオンコール医師が診療を開始するまでに要する時間

母体・胎児集中治療室（MFICU）を有する周産期母子医療センターに診療体制に関する調査を行ったところ、73施設から回答があった。73施設中、30施設において夜間の院内当直医師数が1人であり、当該施設のMFICUはすべて6床以下であった。夜間に自宅待機をするオンコール医師の診療を要請し、当該医師が30分以内に診療可能である施設は96.7%であった。

## 夜間に自宅待機をするオンコール医師の診療を要請し、当該医師が診療を開始するまでに要する時間

(回答の施設占める割合、回答施設数=30)



夜間の院内当直医師数が1人であると回答した30施設を対象（調査回答73施設中41%が該当）

内訳：総合周産期母子医療センター：22施設、地域周産期母子医療センター：8施設  
母体・胎児集中治療室管理料の届出施設 30施設中20施設

- 母体・胎児集中治療室においてオンコールによる対応を行う医師が速やかに診察を開始できる現状等を踏まえ、「母体・胎児集中治療室管理料」の専任医師配置要件について、「周産期医療の体制構築に係る指針」の「MFICUに求められる事項」に即して見直すことについてどのように考えるか。

## 母体搬送受入件数

診調組 入-1  
7. 9. 18

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の届出医療機関における母体搬送受入件数の分布は以下のとおり。
- 母体搬送受入件数が「0件」の施設は、「関東信越」に所在しており、「1～9件」の施設は、それぞれ「関東信越」「東海北陸」「近畿」に1施設ずつ所在していた。



## 帝王切開実施件数

診調組 入-1  
7. 9. 18

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の医療機関施設における帝王切開実施件数の分布は以下のとおり。
- 帝王切開実施件数が49件以下である施設はなく、「50～99件」である施設は「北海道」「東海北陸」「近畿」に1施設ずつ所在していた。



出典：令和6年度周産期医療体制調査（令和5年度実績） ※報告値が「不明」である医療機関は除外

22

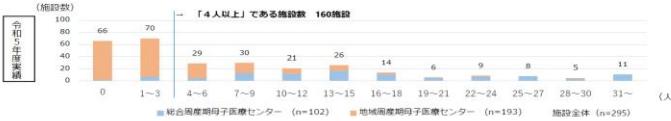
出典：令和6年度周産期医療体制調査（令和5年度実績） ※報告値が「不明」である医療機関は除外

24

- 「周産期医療の体制構築に係る指針」においては、周産期母子医療センターに求められる事項として、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れることや、24時間体制での緊急帝王切開術等に対応すること等が示されていることを踏まえ、「母体・胎児集中治療室管理料」について、母体搬送受入件数や帝王切開実施件数等に関する病院の実績を前提とした評価とすることについてどのように考えるか。

## 受入実績等基準の推移①（出生体重1,000g未満児数）

- 新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関である周産期母子医療センターにおける出生体重1,000g未満の入院児数の年間実施件数別の施設数分布は以下のとおり。
- 平成30年度と令和6年度を比較すると、入院児数が4人以上である施設数は減少していた。



## 受入実績等基準の推移②（出生体重2,500g未満児数）

- 新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関である周産期母子医療センターにおける出生体重2,500g未満の入院児数の年間実施件数別の施設数分布は以下のとおり。
- 平成30年度と令和6年度を比較すると、入院児数が30人以上である施設数は減少していた。



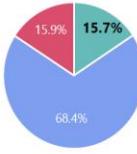
- 新生児の集中治療室を有する病院における低出生体重児の入院数が減少傾向であることを踏まえ、周産期医療体制を適切に維持する観点から、都道府県により総合／地域周産期母子医療センターとして整備されている医療機関を対象に、新生児特定集中治療室管理料等の低出生体重児入院数に関する実績要件を緩和することについてどのように考えるか。

○ 療養病棟には、少数ではあるが20歳以下の患者が入棟している。食事や移動、排泄は全介助の患者が約8割であり、気管切開の処置、胃ろう・腸ろうによる栄養管理、喀痰吸引、体位交換等を必要とする割合が高い。

## 療養病棟に入院している小児の状況

・ 入院患者のうち、15歳以下は0.35%、20歳以下は0.45%

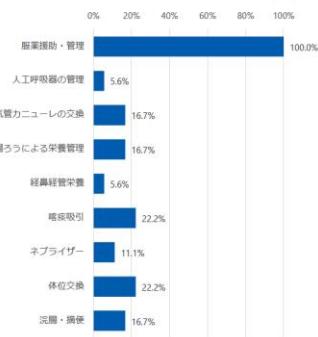
20歳以下の患者の医療区分



## 療養病棟に入院している20歳以下の患者のADL



## 20歳以下の患者における必要な医療処置・ケア (n=33)



出典：左上 DPCデータ（2024年6月～12月）、他 令和6年度入院・外来医療等における実態調査（患者調査票（C票））

50

## 小児科療養指導料・難病外来指導管理料

○ 小児科療養指導料は、脳性麻痺、先天性心疾患、小児慢性特定疾患等が対象疾患であり、難病外来指導料は、指定難病等が対象疾患である。令和7年4月1日時点では、小児慢性特定疾患は801疾患、指定難病は348疾患が指定されている。

## B001 5 小児科療養指導料 270点

小児科を榜榜する保健医療機関において、慢性的疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。

ただし、区分番号B 0 0の7に定める難病外来指導管理料は区分番号B 0 0の18に掲げる小児慢性特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。

## 【算定留意事項】（抜粋）

小児科のみ専任する医師が作成する一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り算定する。治療計画を作成する医師が当該保健医療機関が標榜する専門の医療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。

## 対象となる疾患・状態

脳性麻痺、先天性心疾患、スコーキー症候群、ダウン症候群のうち黄色体色症、川崎病で冠動脈狭窄のあるもの、脳脊液漏、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、先天性減少性貧血症、先天性筋膜節膜症、内反足、二分指症、脊柱裂症、先天性四肢欠損症、先天性多発筋膜節膜症、小児慢性特定疾患（小児慢性特定疾患支援の対象に相当する状態のものに限る。）、先天性福祉法第56条の第2項に規定する障害児。

出生時の体重が1,500g未満であった6歳未満の者

## B001 7 難病外来指導管理料 270点

入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

## 対象となる疾患

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第一項に規定する指定難病

【特定疾患治療研究事業について】（昭和38年4月17日衛福第242号）に掲げる疾患

【先天性疾患原因子障害等治療研究事業実要綱について】（平成元年7月24日健医第896号）に掲げる疾患

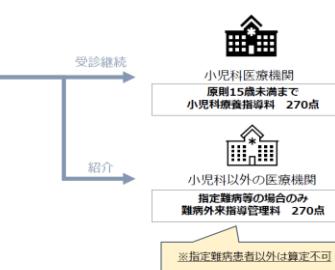
## 移行期の管理料等の算定イメージ

○ 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、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。

## 小児期



## 移行期



※令和7年4月1日時点では、小児慢性特定疾患は801疾患、指定難病は348疾患が指定されている。

56

- 小児科医療機関において「小児科療養指導料」を算定していた小児患者について、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には、一定の期間、紹介先医療機関においても同様の管理料を算定できることとしてはどうか。

## 抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤

○ 「パリビズマブ」と同様、「抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤」である「ニルセビマブ」が令和6年5月に薬価収載された。半減期が長く、投与回数が少ないと特徴である。

○ 「パリビズマブ」の適応の一部は、「ニルセビマブ」の適応外となっている。

## ○ 製剤名：ペイフォーラス（一般名：ニルセビマブ）

## ○ 効能又は効力：

1. 生後最初回は2回目のRSウイルス（Respiratory Syncytial Virus）感染流行期の重篤なRSウイルス感染症のリスクを有する新生児、乳児及び幼児に対するRSウイルス感染による下気道疾患の対症治療。

2. 生後初めてのRSウイルス感染流行期の1回以下の新生児及び乳児におけるRSウイルス感染による下気道疾患の新生児、乳児及び幼児。

3. 24ヶ月以下の乳児及び幼児に異常のある先天性心疾患の新生児、乳児及び幼児。

4. 24ヶ月以下の先天性心疾患の新生児、乳児及び幼児。

5. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

6. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

7. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

8. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

9. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

10. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

11. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

12. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

13. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

14. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

15. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

16. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

17. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

18. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

19. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

20. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

21. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

22. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

23. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

24. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

25. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

26. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

27. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

28. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

29. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

30. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

31. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

32. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

33. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

34. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

35. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

36. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

37. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

38. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

39. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

40. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

41. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

42. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

43. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

44. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

45. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

46. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

47. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

48. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

49. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

50. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

51. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

52. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

53. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

54. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

55. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

56. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

57. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

58. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

59. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

60. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

61. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

62. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

63. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

64. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

65. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

66. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

67. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

68. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

69. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

70. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

71. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

72. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

73. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

74. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

75. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

76. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

77. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

78. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

79. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

80. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

81. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

82. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

83. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

84. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

85. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

86. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

87. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

88. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

89. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

90. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

91. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

92. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

93. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

94. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

95. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

96. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

97. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

98. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

99. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

100. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

101. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

102. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

103. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

104. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

105. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

106. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

107. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

108. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

109. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

110. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

111. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

112. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

113. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

114. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

115. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

116. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

117. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

118. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

119. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

120. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

121. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

122. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

123. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

124. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

125. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

126. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

127. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

128. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

129. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

130. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

131. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

132. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

133. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

134. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

135. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

136. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

137. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

138. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

139. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

140. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

141. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

142. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

143. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

144. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

145. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

146. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

147. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

148. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

149. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

150. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

151. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

152. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

153. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

154. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

155. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

156. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

157. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

158. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

159. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

160. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

161. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

162. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。

163. 24ヶ月以下の新生児、乳児及び幼児。</

## ユニット化病床／モデル病床等の重症度、医療・看護必要度等

○急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度IIの割合1における該当基準が20%、割合2が27%であるところ、結核病棟入院基本料7対1における割合1の該当患者割合は5.6%、割合2の該当患者割合9.8%、モデル病床等における結核患者の割合1の該当患者割合は6.1%、割合2の該当患者割合は12.0%と低い。  
○また、モデル病床における結核患者の平均在院日数は59.5日と、急性期一般入院料1の平均在院日数基準である16日を大きく上回る。

結核病棟入院基本料7対1における急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度II該当割合 モデル病床等における重症度、医療・看護必要度IIと平均在院日数

重症度、医療・看護必要度	急性期一般入院料1における該当基準(必要度II)	結核病棟における該当患者割合※1	重症度、医療・看護必要度	急性期一般入院料1における該当基準(必要度II)	モデル病床等における該当患者割合※2
割合①	20%	5.6%	割合①	20%	6.1%
割合②	27%	9.8%	割合②	27%	12.0%

急性期一般入院料1における平均在院日数の基準	モデル病床等における結核患者の平均在院日数※3
16日	59.5日

(参考)急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準  
・割合①: A得点が3点以上 又は (得点が1点以上  
・割合②: A得点が2点以上 又は (得点が1点以上

※1全国の7対1結核病棟入院基本料における、急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度II該当患者割合  
※2NHO・JCHOの急性期一般入院料1のモデル病床における該当患者割合  
※3NHOのモデル病床における平均在院日数

出典: DPCデータ (2024年10月～12月)、NHO・JCHO調べ

- 入院患者数の減少により結核病棟の維持が困難となっている中、地域での結核患者を受け入れる病床確保のため、ユニット化病床やモデル病床等が活用されているが、ユニット化病床では、一般病棟と合わせた場合でも重症度、医療・看護必要度を満たすことが困難となっている事例があることや、モデル病床等においても、結核患者と合わせて、一般病棟における重症度、医療・看護必要度や平均在院日数の基準を満たすことが困難となっている事例があることを踏まえ、ユニット化病床における重症度、医療・看護必要度や、モデル病床等における重症度、医療・看護必要度、平均在院日数の取り扱いをどのように考えるか。

- ○特定感染症入院医療管理加算では三類～五類感染症等の患者に対して適切な感染防止対策を実施した場合に、特定感染症患者療養環境特別加算では二類～五類感染症等の患者に対して個室管理等を実施した場合に加算を算定できる。CDI感染症及びESBL産生腸内細菌目細菌感染症については、感染症法の対象疾病となっていないものの、接触感染により院内感染が起こり、在院日数の延長や、死亡率の上昇につながる感染症であるため、個室管理が推奨されている感染症であることを踏まえ、これらの感染症の取扱いをどのように考えるか。

## 医療安全に係る用語の整理について

○ 医療安全に係る用語については、医療法においては医療安全管理委員会、医療安全管理責任者等があり、診療報酬上では医療安全管理者、医療事故防止担当者等、様々な用語があるため混同しやすく、「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」においても用語整理の必要性が指摘されている。

位置づけ	医療法又は医療安全推進総合対策における名称	診療報酬における名称
医療に係る安全管理のための委員会	医療安全管理委員会	医療安全管理対策委員会又は医療安全管理委員会
医療に係る安全管理を行う部門	医療安全管理部門	医療安全管理部門
医療に係る安全管理を行う担当者	医療安全管理者(後、医療法の制度上に位置づける予定)	医療安全管理者
各部門における医療に係る安全管理を行う担当者	医療安全推進担当者	医療事故防止担当者

- 「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」等において、医療安全管理委員会へ報告すべき重大事象の明確化、医療安全管理者の要件や担務、医療事故の判断に携わる者の研修受講、医療機関間の連携促進等、医療安全対策上必要である事項が整理されたことなどを踏まえ、患者への安心安全な医療の提供を更に推進する観点から、医療安全対策加算の要件を見直すことについて、どのように考えるか。

- 医療事故調査・支援センターでは、全国の医療機関から報告された医療事故の院内調査結果報告書を集積し、集積した院内調査結果報告書を分析し、「医療事故の再発防止に関する提言」等の提言を作成・公表し、再発防止策の普及啓発を行っている。
- 「医療事故の再発防止に向けた提言第20号」（医療事故調査・支援センター）において、以下の提言がなされている。
- また、「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」において、再発防止に向けて、同提言の活用推進の重要性が指摘されている。

## 「医療事故の再発防止に向けた提言第20号」（医療事故調査・支援センター）

- パニック値の項目と閾値の設定**
- 提言1 医療機関は、診療状況に応じてパニック値の項目（Glu, K, Hb, Pt, PT-INRなど）と閾値を検討し、設定する。
- パニック値の報告**
- 提言2 パニック値は、臨床検査技師から検査をオーダーした医師へ直接報告することを原則とする。また、臨床検査部門は報告漏れを防ぐため報告したことの履歴を残す。
- パニック値への対応**
- 提言3 パニック値を報告した医師は、速やかにパニック値への対応を行い、記録する。また、医師がパニック値へ対応したことを組織として確認する方策を検討することが望まれる。
- パニック値の表示**
- 提言4 パニック値の見落としを防ぐため、臨床検査情報システム・電子カルテ・検査結果報告書において、一目で「パニック値」であることがわかる表示を検討する。
- パニック値に関する院内の体制整備**
- 提言5 パニック値に関する院内の運用を検討する担当者や担当部署の役割を明確にし、定期的に運用ルールを評価する体制を整備する。さらに、決定した運用ルールを院内で周知する。

## 医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 報告書（案）

4. 今後の方向性（抄）
- (2) 医療事故調査制度  
(再発防止による医療安全向上の促進)
- センターに蓄積された情報を再発防止へさらに活用していく観点から、センターが作成する提言書について、それらの医療機関や学会等への周知、関係する安全対策の医療機関における実績、企業による製品の改善・開発への活用等がさらに推進されるべきである。

126

出典：医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室より提供

## 入院時の光熱水費

## 光熱・水道支出、消費者物価指数（CPI）の動向

- 光熱・水道支出は2022年に大きく増加し、その後に減少傾向に転じたものの、足もとでは再び増加しており、2021年以前の水準と比較すると、大きく増加している。消費者物価指数についても概ね同様の傾向が見られる。



※CPIの伸びについては2018年比の数値

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

## 介護保険における対応（令和6年度介護報酬改定）

令和6年1月22日  
第239回社会保障審議会介護給付費分科会資料1

## その他

## 基準費用額（居住費）の見直し（令和6年8月施行）

告示改正

- 令和4年の家計調査によれば、高齢者世帯の光熱・水道費は令和元年家計調査に比べると上昇しており、在宅で生活する者との負担の均衡を図る観点や、令和5年度介護経営実態調査の費用の状況等を総合的に勘案し、基準費用額（居住費）を60円／日引き上げる。

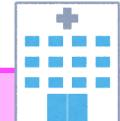
## 短期入所系サービス★、施設系サービス

- 基準費用額（居住費）を、全ての居室類型で1日当たり60円分増額する。
- 従来から補足給付の仕組みにおける負担限度額を0円としている利用者負担第1段階の多床室利用者については、負担限度額を据え置き、利用者負担が増えないようにする。

25

- 近年の光熱・水道費の高騰を踏まえた対応を行う観点から、家計における光熱・水道支出を勘案して行われた令和6年度介護報酬改定による多床室の居住費の基準費用額の引上げを踏まえ、入院時の光熱水費の基準額の見直しについてどのように考えるか。





いきいきホスピタル

## マイナ保険証等の移行期における暫定措置

厚生労働省保険局2025年11月12日付で事務連絡「マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行について（周知）」を医療関係団体に通知しました。一般向けには、従来の健康保険証の有効期限は、2025年12月1日で満了となり、2025年12月2日以降は、医療機関・薬局の受付では、マイナ保険証を持っている方は「マイナ保険証」を、マイナ保険証を持っていない方は「資格確認書」をご提示することになるとされています。

しかし、移行期における暫定措置として、加入している保険者の違いなく、すべての保険証が2026年3月末まで使えることになる、という通知が発信されました。12月2日以降、期限切れに気がつかずに健康保険証を引き続き持参してしまった患者や、保険者から通知された「資格情報のお知らせ」のみを持参する患者に対しての対応ということになります。関係している部分をその通知文書より抜粋してお示しいたします。

お手元の健康保険証の有効期限は、  
令和7年12月1日で満了です。  
健康保険証の有効期限が切れたあとは、  
**マイナ保険証か資格確認書**  
で医療機関・薬局にて受付をしてください。

### マイナ保険証ならではのメリット

- 過去のお薬・診療データに基づく、より良い医療が受けられる
- 突然の手術・入院でも高額支払いが不要になる
- 救急現場で、搬送中の適切な応急処置や病院の選定などに活用される
- マイナンバーカードは健康保険証として利用できるだけでなく、日常生活の中で利用できるシーンが広がっています。  
ぜひ日頃から持ち歩いて、ご活用ください！

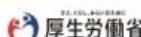


### マイナ保険証の利用登録について

受診する際にマイナバーカードをお持ちください。

医療機関等の受付窓口に設置されている顔認証付きカードリーダーにマイナバーカードを置くと、利用登録が済んでいない方には、その場で利用登録の案内がされます。

医療機関等に行く機会が少ない方は、マイナポータルでの事前登録がおすすめです！



公益社団法人日本医師会  
公益社団法人日本歯科医師会  
公益社団法人日本薬剤師会  
一般社団法人日本病院会  
公益社団法人全日本病院協会  
公益社団法人日本精神科病院協会  
一般社団法人日本医療法人協会  
一般社団法人日本チェーンドラッグストア協会  
一般社団法人日本保険薬局協会

御中

厚生労働省保険局医療介護連携政策課

マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行について（周知）

医療保険制度の円滑な運営に当たり、平素より格段の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

本年12月2日に、全ての保険者において発行済みの健康保険証の有効期限が到来し、マイナ保険証（健康保険証の利用登録がなされたマイナバーカードをいう。以下同じ。）を基本とする仕組みへと移行することになります。

全ての保険者で、健康保険証からマイナ保険証あるいは資格確認書へと切り替えを迎える中で、12月以降、従来よりもマイナ保険証を持参して来られる患者が増えることが想定されます。

つきましては、マイナ保険証による資格確認を基本とした運用を行っていく上で留意事項について、従来お示ししてきたものと変わるものではありませんが、改めて下記のとおりお示しいたしますので、貴会内での周知にご協力いただきますよう、お願い申し上げます。なお、実際の運用に当たって医療機関・薬局で活用できる資料も別途送付予定ですので、あらかじめ御承知おき下さい。

該当部分のみ抜粋

### （2）移行期における暫定的な取扱い

12月2日以降、期限切れに気がつかずに健康保険証を引き続き持参してしまった患者や、保険者から通知された「資格情報のお知らせ」のみを持参する患者については、保険証等単体で有効なものとして取り扱うものではありませんが、加入している保険者によらず、保険給付を受ける資格を確認した上で適切に受診が行われるよう、被保険者番号等によりオンライン資格確認等システムに照会するなどした上で、3割等の一定の負担割合を求めてレセプト請求を行うこととする運用は、暫定的な対応として差し支えないと考えます。こうした対応は令和8年3月末までの暫定的な対応であり、次回以降の受診時にはマイナ保険証か資格確認書を必ず持参いただくよう呼びかけて下さい。



## 新型コロナウイルス感染症患者等の公費支援に係る取扱いについて

2025年11月14日、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課より、上記に関する連絡文書が発信されています。それを受けまして、2025年12月請求分より2026年2月請求分まで、医療機関からの再審査請求を含めたすべての請求について、審査支払機関において返戻処理せず取り扱うこととした旨、社会保険診療報酬支払基金と公益社団法人国民健康保険中央会の連名で、11月21日に「事務連絡」が発信されております。

関連文書をお示しいたしますので、確認していただき、取り扱いに漏れのないようにご請求願います。なお、この件に関する問い合わせに関しては、各都道府県の支払基金及び国保連合会へ連絡願います。

[https://www.ssk.or.jp/oshirase/coronavirus\\_oshirase.files/covid-19\\_r071121\\_1.pdf](https://www.ssk.or.jp/oshirase/coronavirus_oshirase.files/covid-19_r071121_1.pdf)



### 【全文】

11月14日連絡文書

平素より、感染症対策等にご尽力を賜り、誠にありがとうございます。

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）による新型コロナウイルス感染症患者等の公費支援については、「新型コロナウイルス感染症患者等の公費支援等に係る取扱いについて」（令和7年5月21日厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課事務連絡）において、令和7年4月請求分までの請求に係る再審査請求に対する公費支援の取扱いについて整理すること、当該取扱いが整理されるまでの間、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会（以下「審査支払機関」という。）において医療機関及び薬局（以下「医療機関等」という。）からの再審査請求を含めた全ての請求を返戻又は保留することをお示ししていたところです。

今般、医療機関等からの請求に対する公費支援を実施するために必要な予算を厚生労働省において確保したため、法別番号「28」のうち、「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養における公費負担医療の提供に係る費用の請求に関する診療報酬明細書等の記載等について」（令和2年4月30日保医発0430第4号厚生労働省保険局医療課長通知）及び「新型コロナウイルス感染症の令和5年10月以降の公費支援の費用の請求に関する診療報酬明細書の記載等について」（令和5年9月28日保医発0928第1号厚生労働省保険局医療課長通知、令和5年11月7日最終改正）による公費負担者番号に係る請求については、令和7年12月請求分より、医療機関等からの再審査請求を含めた全ての請求を受け付けていただくよう、「新型コロナウイルス感染症患者等の公費支援の実施について（依頼）」（令和7年11月14日社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会宛て厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課事務連絡）により審査支払機関に対して依頼したところです。

新たに確保した予算は令和8年2月請求分までが対象となりますので、内容についてご了知の上、貴会会員に対し、未請求のレセプトがある場合は早急に請求を行うよう周知をお願いいたします

### 関連文書名及び該当箇所のURL

### 二次元バーコード

「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養における公費負担医療の提供に係る費用の請求に関する診療報酬明細書等の記載等について」（令和2年4月30日保医発0430第4号厚生労働省保険局医療課長通知）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000626868.pdf>



「新型コロナウイルス感染症の令和5年10月以降の公費支援の費用の請求に関する診療報酬明細書の記載等について」（令和5年9月28日保医発0928第1号厚生労働省保険局医療課長通知、令和5年11月7日最終改正）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001165072.pdf>

