

NICHII 医事ニュース

2025年12月10日

発行
第432号

発行元：医療関連事業本部 運用企画部 運用企画課

主旨

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

今月のピックアップ

2026年診療報酬改定の方向性（その5）～中医協総会資料より～

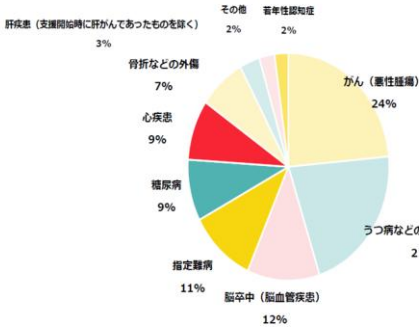
2025年10月25日～11月19日までの中医協総会の資料から、外来、在宅、入院、個別事項等（医科のみ）を抜粋してお示しいたします。中医協の議論もかなり具体化してきました。改定に向けて準備すべきことを整理しておきましょう。

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	
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	
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	
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	
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	
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	

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%））

「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。

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）
肝疾患	○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職務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年度厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業）
慢性認知症	○慢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 老人保健健康増進等事業「慢性認知症患者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休暇制度等職場整備推進事業）
精神疾患	○＜治療と仕事の両立支援＞メンタルヘルス不調者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）
胃疾患	○慢性胃腸病（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年度厚生労働科学研究費補助金 難病政策研究事業）

- 「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の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う考えるか。

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、それ以外の算定要件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	2回目以降	2回目以降	疾患名
1	20	2月	8月	第3月	第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	第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	第3月	-	悪性腫瘍
10	6	2月	5月	7月	-	悪性腫瘍
11	5	11月	第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	第4月	-	-	悪性腫瘍
16	5	11月	第1月	第2月	第3月	心疾患
17	5	11月	12月	第1月	第3月	心疾患
18	5	11月	12月	第1月	第3月	心疾患
19	5	4月	5月	6月	8月	糖尿病
20	4	2月	5月	-	-	悪性腫瘍

（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

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、がん研究会有明病院、労災病院12機関） 13

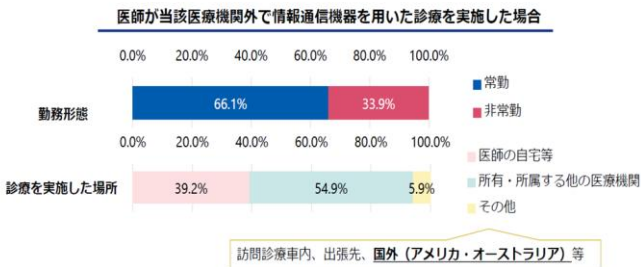
算定期間（初回から3月以内）を満たさなかったため算定できなかったが、それ以外の算定要件は満たしている事例の平均指導期間は、6.8ヶ月であった。

- 2回目以降指導について、算定上限である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、その算定上限を見直すことについてどのように考えるか。

情報通信機器を用いた診療のうち、「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は4.9%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。



A000 初診料 [算定要件]
○ 「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、事後的に確認可能な場所であること。**
ウ～キ (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、他医療機関で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">当該医療機関への受診患者への往診当該医師の電話対応24時間の救急応答体制の整備
② 他医療機関での対応	<ul style="list-style-type: none">緊急時の受入医療機関として事前合意あり緊急時（狭心症患者の胸痛等）は救急要請患者に対し他医療機関への受診を指示医療情報ネット「ナビイ」の利用事前合意はないが、当該医療機関から他医療機関へ電話・FAXでの受入確認や診療情報提供書の送付を実施
③ その他	<ul style="list-style-type: none">当該医療機関のかかりつけ患者に限って実施来院の必要がない再診時に限って実施再診患者に対し、対面診療と組み合わせ実施

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。

- 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

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

休日の
相談

※当院は、保険相談をメインとしたクリニックです。
※医師の診察により、診断書の発行ができない場合もあります。

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！

主に休職・復職相談に特化し、
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、休職の診断書はPDFデータで即日受取可能です。

プライバシーも安心！
オンラインでの診療

（参考2）オンライン診療のみでピルを処方可能としている医療機関

ご利用の流れ

Step 1 LINEで診察予約
Step 2 医師とオンライン診療
Step 3 処方箋印刷
Step 4 薬局でピルを届く
お薬の届き方詳細はこちら

保険診療特化の
オンラインピル処方

いつでもどこでもスマホで診療！自宅でもピルが受け取れます

受診にあたってのご注意

下記の全てを満たす方のみ処方可能となります

1. 過去1年以内に婦人科を診察して、ピルを処方されたことがある
2. 調剤ががん・チョコレート嚢腫と診断を受けていない
※調剤ががん・子宮がん・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。

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。

D to P with D型のオンライン診療	D to D型の遠隔医療
<p>○ 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。</p> <p>➢ 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＞ → 地理的に専門医へを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(者)等</p> <p>➢ 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</p>	<p>① 検査・画像診断支援</p> <p>➢ 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、遠隔脳波診断等、エクスパートパネル(がん遺伝子パネル検査)</p> <p>② 診療支援</p> <p>➢ 緊急性が高い病態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、リアルタイムに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う → 専門の医師の診断技術の提供により患者のアウトカムが向上することが期待される＜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、超急性期脳卒中加算</p>

※こうした遠隔医療の活用にあたっては、質の確保や安全性の確保が前提となる。

41

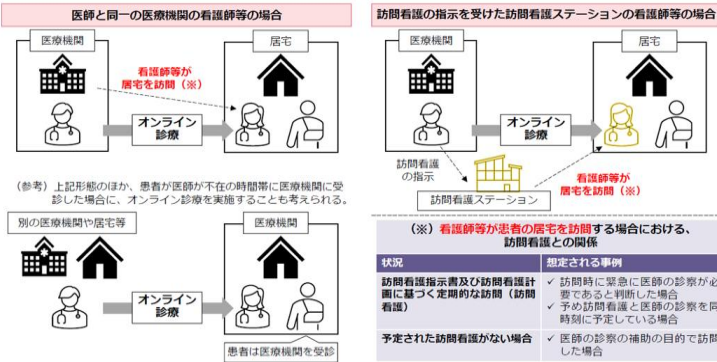
- オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針における遠隔医療に期待される役割や、これまでの診療報酬上の評価を踏まえ、D to P with D 型及び D to D 型の遠隔医療の診療報酬上の評価を一定の考え方を踏まえて検討することについてどのように考えるか。
- 遠隔連携診療料に関する調査結果や事例等を踏まえ、上記の一定の考え方に沿った、入院、外来及び在宅におけるD to P with Dの対象疾患や評価のあり方についてどのように考えるか。

- 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。

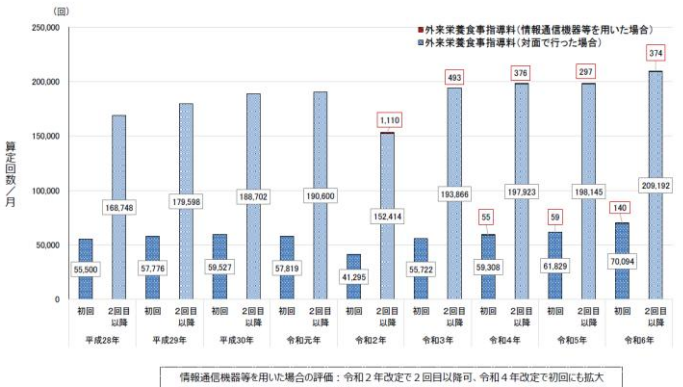
○ また、看護師等が患者の居宅を訪問する場合には、訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問(訪問看護)として看護師等が患者の居宅を訪問した際にオンライン診療を実施する場合と、事前に予定された訪問看護がない場合に看護師等が患者の居宅に訪問し、オンライン診療を実施する場合等が想定される。



- 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事指導料は、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。



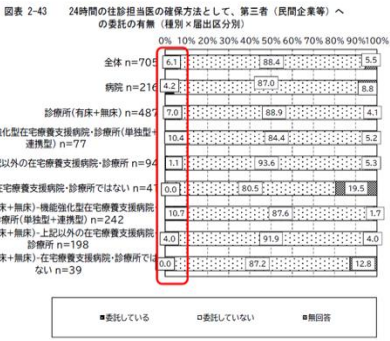
外来栄養食事指導料については、令和2年度から初回の情報通信機器等の活用が評価され、令和4年度からは2回目以降も算定可能となっているが、算定回数は極めて少なく、規制改革実施計画において、オンライン診療の特性を十分に活かした活用が進まない算定要件となっていると指摘されている。

- 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ことの明確化や、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。

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

中區 第 2 7 . 8 . 2

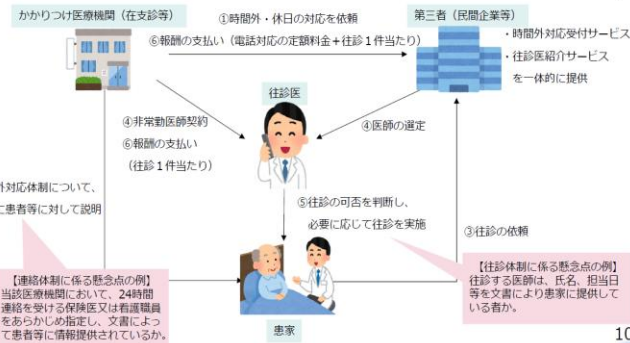
- 24時間の往診体制確保のため、第三者（民間企業等）への委託を行っている在宅医療提供医療機関は、6.1%存在した。
- 機能強化型在宅療養支援病院・診療所において、委託を行っている医療機関の割合が高かった。



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、在宅診療業務管理及び訪問看護の実施状況調査」（医療機関調査）

時間外や夜間の連絡・往診代行サービスの流れ（イメージ）

- 24時間連絡体制の確保のため、連絡窓口（コールセンター業務）をサービス会社に委託している事例がある。さらに、24時間往診体制の確保のため、サービス会社に登録されている医師がその場でかかりつけ医療機関の非常勤医師として雇用契約を結ぶことで、当該医療機関の医師として往診が行われる事例がある。
- この場合、時間外や夜間に誰が連絡応需や往診を行うかについて、患者への事前説明が十分になされていないのではないかといった懸念が指摘されている。



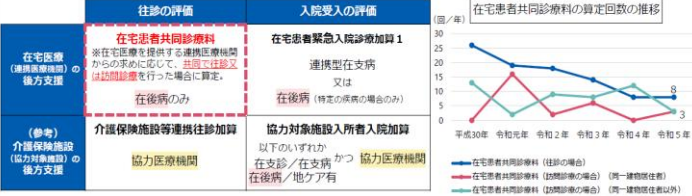
● 地域を面で支える在宅医療提供体制の構築を推進する観点から、24時間体制の確保に当たって保険医療機関以外の第三者（株式会社等）によるサービスを利用する場合における、在宅療養支援診療所及び病院の連絡体制及び往診体制に係る要件をどのように考えるか。

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。

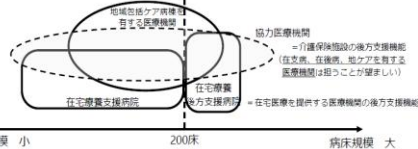
在宅患者共同診療料について

- 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



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

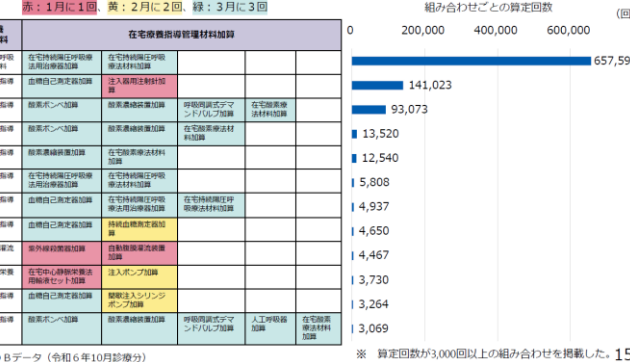
- 在宅療養指導管理材料加算は複数種類算定することができるが、加算ごとに算定ルールが異なることから、診療頻度の調整が生じることがある。

算定頻度	在宅療養指導管理材料加算
1月1回算定	C151 注入院時給付加算 C152 注入院時給付加算 C154 海外線内回線加算 C155 移動体通信回線加算 C156 海外の回線回線加算 C160 在宅中心診療・在宅診療・在宅診療セット加算 C161 在宅中心診療・在宅診療・在宅診療セット加算 C164 人工呼吸器加算 C166 在宅療養指導管理材料加算 C167 在宅療養指導管理材料加算 C168 在宅療養指導管理材料加算 C169 在宅療養指導管理材料加算 C170 在宅療養指導管理材料加算 C171 在宅療養指導管理材料加算 C175 在宅療養指導管理材料加算
2月に2回算定可能	C152 在宅中心診療・在宅診療・在宅診療セット加算 C153 在宅中心診療・在宅診療・在宅診療セット加算 C154 在宅中心診療・在宅診療・在宅診療セット加算 C160 在宅中心診療・在宅診療・在宅診療セット加算 C161 在宅中心診療・在宅診療・在宅診療セット加算 C164 人工呼吸器加算 C166 在宅療養指導管理材料加算 C167 在宅療養指導管理材料加算 C168 在宅療養指導管理材料加算 C169 在宅療養指導管理材料加算 C170 在宅療養指導管理材料加算 C171 在宅療養指導管理材料加算 C175 在宅療養指導管理材料加算
3月に3回算定可能	C152 在宅中心診療・在宅診療・在宅診療セット加算 C153 在宅中心診療・在宅診療・在宅診療セット加算 C154 在宅中心診療・在宅診療・在宅診療セット加算 C160 在宅中心診療・在宅診療・在宅診療セット加算 C161 在宅中心診療・在宅診療・在宅診療セット加算 C164 人工呼吸器加算 C166 在宅療養指導管理材料加算 C167 在宅療養指導管理材料加算 C168 在宅療養指導管理材料加算 C169 在宅療養指導管理材料加算 C170 在宅療養指導管理材料加算 C171 在宅療養指導管理材料加算 C175 在宅療養指導管理材料加算

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。

在宅療養指導管理材料加算の算定の組み合わせ



● 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。

● 医師が支給を決定した衛生材料及び特定保険医療材料について、医療機関や薬局からの送付だけでなく、医師の指示に基づき企業等から自宅に直接郵送できることとするについて、どのように考えるか。

- 在宅療養を行っている患者が使用する衛生材料及び保険医療材料の提供に当たっては、①保険医療機関が提供する場合、②保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、地域支援体制加算又は在宅薬学総合体制加算の届出を行っているものに限る。）に対して、保険医療機関が必要な衛生材料等の提供を指示した場合が認められているが、③保険医療機関からの指示に基づき、衛生材料等を製造している企業から直接患者宅へ衛生材料等を郵送することについては、明確になっていない。



薬剤師と医師の連携（同行訪問）

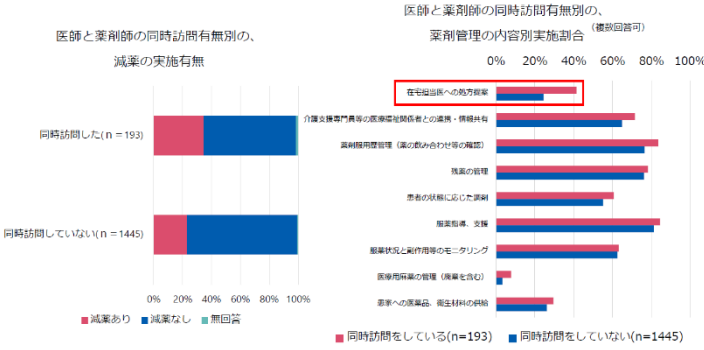
中巻 前-2
5. 7. 12

- 薬剤師が医師の訪問に同行した場合、同行していない場合に比べ、特に「患者の状況に合わせた処方提案」、「薬物治療に関する助言」の薬学的管理が多く実施されている。
- 医師が同行した薬剤師に期待することも「患者の服薬状況に合わせた処方提案」、「服薬状況の確認と残薬の整理」の回答が期待される。



医師と薬剤師の同時訪問による患者の服薬管理への効果

- 医師と薬剤師が同時に訪問する体制を取っている場合、減薬の実施に繋がることや、在宅担当医への処方提案など、充実した薬剤管理に繋がることから、より適切な処方やポリファーマシー対策に繋がる可能性がある。



医師と薬剤師が同時に訪問する体制を取っている場合、減薬の実施に繋がることや、在宅担当医への処方提案など、充実した薬剤管理に繋がることから、より適切な処方やポリファーマシー対策に繋がる可能性がある。

● 訪問診療に当たって薬剤師が同時訪問をすることにより、ポリファーマシー対策等のメリットが期待されることを踏まえ、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

表皮水疱症の患者に対する訪問看護のケア

- 表皮水疱症の患者に対する訪問看護のケアとして、皮膚状態の観察を行い、状態に応じて、洗浄や水疱穿刺、ドレッシング材の選択等を行っている。週4日以上水疱が繰り返すことに伴い、ケアを繰り返し実施する必要がある。

ケア内容	ドレッシング材の選択	水疱穿刺	軟膏 / ドレッシング材による保護
・ 利用者の状態に即して、自立を促す必要あり ・ 利用者が肌荒れや痒み、痒みを感じた場合、ケアが必要	・ バイオサイザンを確認し、顔や体の他の部分に使用可能なものを確認。 ・ ドレッシング材の特性や状態と部位を考慮し、適切なドレッシング材を選択。 ・ 顔や体の他の部分に使用可能なものを確認。 ・ 利用者の言葉や姿勢から可動域や痛みの確認を要する。	・ 新生水疱の確認を行い、再発防止のために水疱の破裂を抑制する。 ・ 水疱の内部の滲出液を拭き取る。 ・ 消毒の後の消毒を要する。	・ 創部の観察を行ったうえで、処方されている軟膏や外用薬が適切なものを確認。 ・ 使用可能な軟膏や外用薬が適切なものを確認。 ・ 患者の可動域の制限にならないようドレッシング材で固定する。 ・ 変化した皮膚や注意事項を家族や本人に伝達、指導。



在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料算定者の訪問看護における評価

- 表皮水疱症患者に対して、在宅で行う皮膚処置に関する指導管理を行った場合の評価として在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料がある。
- 現在、週4日以上訪問看護が可能となる別表第8に当該管理は対象となっていない。

在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料（1,000点/月）

（算定留意事項）（注）
（1）在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料は、表皮水疱症患者又は水疱型先天性免疫不全性皮膚症患者であって、難治性の皮膚疾患に対する特殊な処置が必要なものに対して、水疱、ひらん又は潰瘍等の皮膚の状態に応じた薬剤の選択及び処置材の選択等について療養上の指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

特掲診療料の施設基準等 別表第8

- 1 在宅療養者に対する指導管理、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理又は在宅難治性皮膚疾患処置指導管理若しくは在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己管理指導管理
在宅血透指導管理
在宅透析指導管理
在宅中心静脈置管指導管理
在宅成分血置管指導管理
在宅人工呼吸器指導管理
在宅持続性呼吸器指導管理
在宅自己管理指導管理
在宅難治性皮膚疾患処置指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 皮膚を越える病態の状態にある者
- 5 在宅患者訪問診療指導管理料を算定している者

- 潰瘍や水疱が発生することに伴い、ケアを繰り返し実施する必要がある、看護では皮膚状態の観察を行い、状態に応じて、洗浄や水疱穿刺、ドレッシング材の選択等を行っている。
- 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理は週4日以上訪問看護が可能な別表第8に規定されていない。

● 訪問看護による手厚いケアのニーズがある重症な難治性皮膚疾患の利用者の状況を踏まえ、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を別表第8に追加することについてどう考えるか。

- 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、母への育児指導を行うことがある。
- 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の指摘がある。

■ヒアリングの概要：母子を中心とした訪問看護を提供している訪問看護ステーションに訪問看護の状況に関するヒアリングを実施

訪問看護指示	疾患名	背景	訪問看護のケア
事例A	母に対する精神科訪問看護	統合失調症	父がADHD、DV歴あり ・母の体調管理、精神症状のケアを行うにつ、母への育児指導を要。 ・子の体面管理や沐浴を要し、発育状況を母に説明することで、母の自信回復や不安の軽減を図っている。 ・母が自身の体調に気づけず育児を怠り、発育状況を悪化させている。
事例B	母に対する精神科訪問看護	精神過敏、気分障害	母と子のみの時間差の心的負担が大きい。保育所の送迎後、家族が帰宅するまでの時間差に訪問。 母が不安定な時に育児放棄ととなり子が体面管理不良となっていたため、母の精神安定を目的とし、下の妹と兄とを育てる育児支援を行っている。
事例C	母に対する精神科訪問看護	うつ病	父が精神疾患 ・母が育児の負担で悩まれているため、朝に訪問し母の生活リズムの確立や育児指導を支援しつつ、そのほかの必要となる育児支援を、母の負担軽減のため、父に委ねるよう指導の配慮を実施。 ・母の精神状態は安定し、父の支援が得られ、訪問看護が徐々に減り、訪問看護を終了。
事例D	母に対する精神科訪問看護	うつ病	虐待経験あり ・妊婦期から介入し、出産後も訪問を継続。 ・産後うつや産後鬱などの産後うつなどの虐待リスクに対して早期対応し、育児支援をしながら家族の自立を支援した結果、母親が回復し社会復帰できた。
事例E	子に対する訪問看護	聴覚障害児	母が聴覚障害の経験（未詳） ・子の通学が苦痛、親でない母、母で過ごすことが難しい状況で児童相談所とも連携。 ・行政や医療機関とのコミュニケーションに際しては、訪問看護のスタッフのみのみで会議できる状態のため、訪問看護に「見守り」を要。 ・子のバイタルサイン確認や発達フォロー、母の育児相談や自立支援も実施。

その他

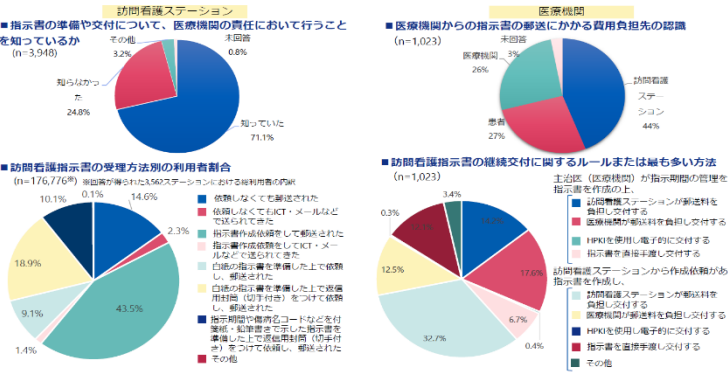
- ・訪問看護指示書の範囲内での看護ケアを意図しており、目的に沿った事業やサービスを紹介するようにしている。
- ・行政や医療機関との情報共有、連携を図っている。
- ・おおむね半年～1年程度の間隔で、子の保育施設入園等のタイミングで訪問看護を卒業するケースが多い。

出典：ヒアリングをもとに訪問看護実践について作成

- 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。



- 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料について、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。

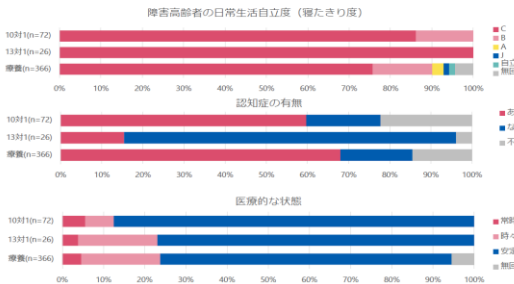
入院

慢性期の病棟における廃用症候群の入院医療の状況

（参考）肢体不自由の定義

- 廃用症候群を主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。
- レセプト請求点数は、障害者施設等入院基本料で他の入院料より高かった。

廃用症候群を主病名とする患者の状態



- 過去の中医師協会の「車庫の肢体不自由（若）」の範囲は身体障害者福祉法施行規則附表第5号に定める身体障害者障害程度等級表の1、2級に相当する範囲と整理されている。
- なお、特殊医療施設入院料2における「重度の肢体不自由（若）」とは、日常生活自立度ランクB以上に限ることとされており、例えば肢体不自由二級で一上肢機能が全廃していても、寝たきりでない場合は該当しない。

身体障害者福祉法施行規則 別表第5号

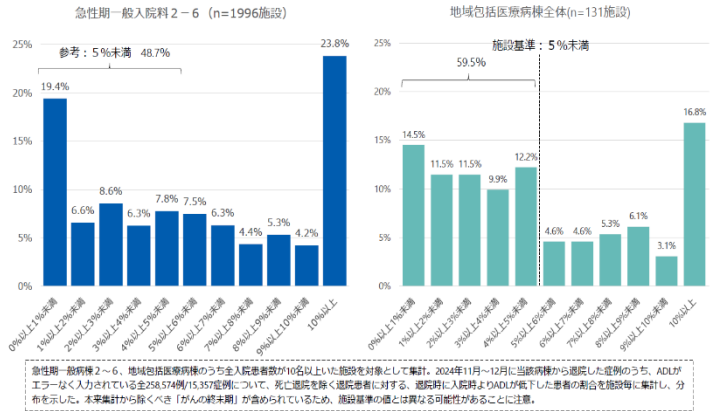
肢体不自由			
上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害
			上肢機能 移動機能
1. 両上肢の機能を全廃したものの 2. 両上肢を肘関節以上で欠くもの	1. 両下肢の機能を全廃したものの 2. 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	1. 両上肢の機能を全廃したものの 2. 両上肢を肘関節以上で欠くもの	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの
1. 両上肢の機能を著しい障害 2. 両上肢の機能を著しい障害 3. 一上肢を上肢の2分の1以上で欠くもの 4. 一上肢の機能を全廃したものの	1. 両下肢の機能を著しい障害 2. 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	1. 体幹の機能障害により歩行が不可能なことができないもの 2. 体幹の機能障害により歩行が不可能なことができないもの	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの

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

- 第13の1 特殊医療施設入院料1に関する施設基準（3）特殊医療施設入院料2の施設基準
- 次のいずれかに該当する一般病棟又は精神病棟
- （イ）当施設が2024年4月2日現在に定める医療費国庫負担率（L1）が国庫負担率第6条の2の2第3項に規定する指定医療機関であること。（略）

- 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。

- 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。



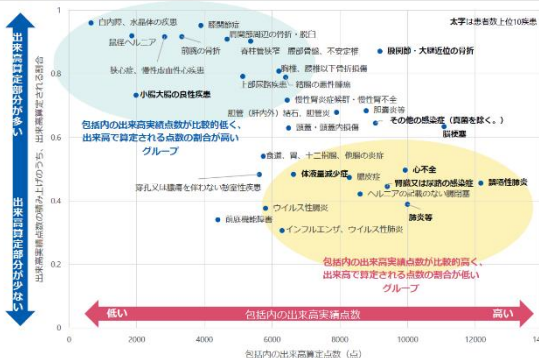
出典：DPCデータ (2024年10月～12月)

- 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。

- 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。

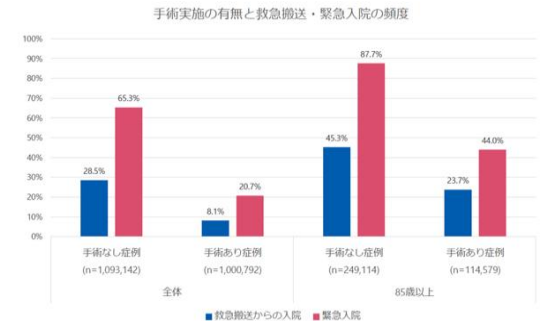
地域包括医療病棟における疾患ごとの包括内出来高実績点

- 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が高く、出来高算定部分が少ない。



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。



- 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たる疾患は、急性期病棟の併設状況や、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。急性期病棟のない地域包括ケア病棟では、内科系疾患の直接入院が比較的多い。

【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括ケア病棟 (急性期併設あり 1,686施設)		(平均) 地域包括ケア病棟	
1 白内障、水晶体の疾患 (両眼手術)	6.4%	1 脳神経系疾患	4.2%
2 小脳大脳の良性疾患	4.1%	2 脳神経系疾患	4.1%
3 脳梗死、脳挫以下骨折損傷	1.8%	3 脳神経系疾患 (市町村から75歳以上)	4.2%
4 腎臓又は尿路の感染症	1.1%	4 脳神経系疾患	3.2%
5 肺炎等 (市町村から75歳以上)	1.1%	5 心不全	2.5%
6 前庭神経障害 手術なし	1.1%	6 脳神経系疾患	2.6%
7 白内障、水晶体の疾患 (両眼手術)	0.9%	7 体位異常減少症	2.2%
8 心不全	0.9%	8 脳神経系疾患	2.1%
9 体位異常減少症	0.9%	9 脳神経系疾患	2.0%
10 2週間以内	0.9%	10 インフルエンザ、ウイルス性肺炎	1.6%

地域包括ケア病棟 (急性期併設なし 882施設)		(平均) 地域包括ケア病棟	
1 肺炎等 (市町村から75歳以上)	3.6%	1 脳神経系疾患	3.6%
2 脳神経系疾患	3.1%	2 脳神経系疾患	3.1%
3 脳梗死、脳挫以下骨折損傷	2.7%	3 脳神経系疾患	2.7%
4 腎臓又は尿路の感染症	2.6%	4 脳神経系疾患	2.6%
5 脳神経系疾患	2.3%	5 心不全	1.9%
6 体位異常減少症	2.2%	6 肺炎等 (市町村から75歳以上)	0.8%
7 脳神経系疾患	2.1%	7 脳神経系疾患	0.7%
8 脳神経系疾患	1.5%	8 脳神経系疾患	0.5%
9 その他の感染症 (両眼を除く)	1.5%	9 脳神経系疾患	0.5%
10 脳神経系疾患	1.3%	10 脳神経系疾患	0.5%

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

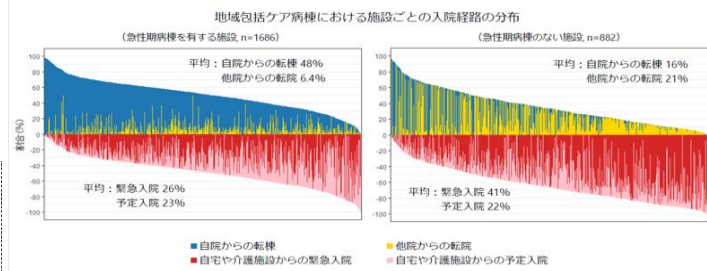
(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

(参考) DPC診療データ集計について 3 留意事項

出典：DPCデータ (2024年10月～12月)

地域包括ケア病棟における直接入院患者の割合

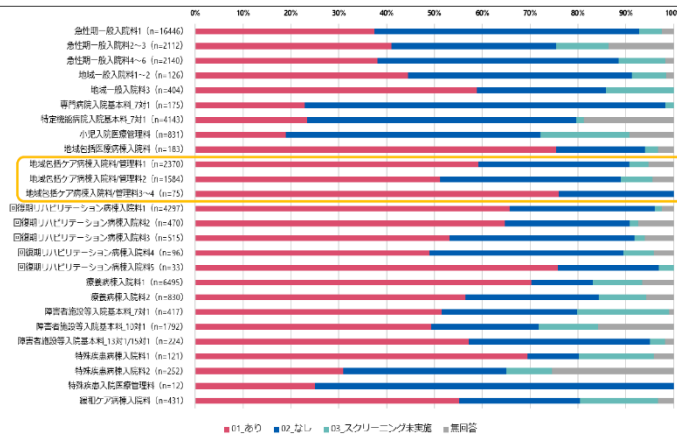
- 地域包括ケア病棟における転院・転棟を除く直接入院の割合は、施設毎に様々である。
- 急性期病棟を有する施設では、有さない施設に比べ、直接入院する患者の割合は少ない施設が多いものの、施設によっては直接入院患者を多く受け入れている。また、直接入院のうち、緊急入院の患者が少なく傾向にある。



- 地域包括ケア病棟の初期加算は、転院・転棟とそれ以外の差は大きく設定されている一方、直接入院のうち救急搬送からの入院と予定入院との差は小さい。実際の包括内出来高点数は、転院・転棟や直接の予定入院と比べ、直接の緊急入院の場合は高いこと等を踏まえ、その在り方について、どのように考えるか。

● 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。

○ 入院時栄養スクリーニングで低栄養リスクを有すると認知された患者は、急性期一般病棟より4割、地域包括医療病棟などでは約8割だった。地域包括ケア病棟では地域包括医療病棟より、低栄養リスクについて認知された割合が低かった。



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

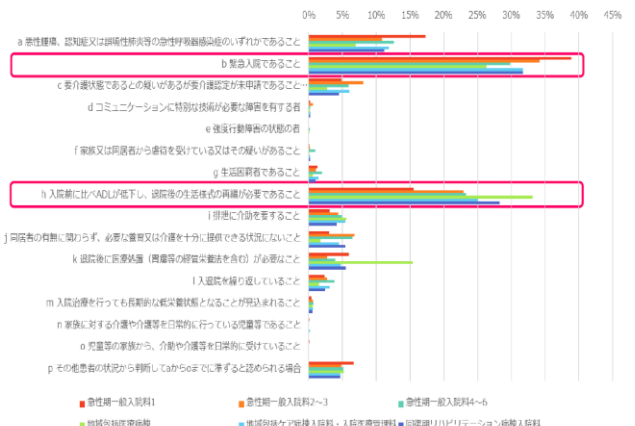
評価対象	具体的な指標	データ取得の実現性	評価観点	懸念点	在宅	施設
救急搬送受入件数	外来診療のみで帰宅した症例を含む救急応需件数	病棟機能報告を利用、又は別途報告を要する	入院しなかった症例も含まれるため、入院を誘発するおそれなく、救急外来そのもののパフォーマンスを評価できる	搬送手段として救急搬送が選択されないか	○	○
下り搬送受入件数	下り搬送を応需した件数	既存データでは把握不能のため、別途報告を要する	自宅で生活し救急受入を行っていないことも、他院との連携による機能分化を評価できる	下り搬送の定義について要検討	○	○
当該病棟への緊急入院件数	当該病棟へ自宅又は施設等から直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	在宅等で加算可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
後方支援に係る加算の算定件数	A206に在宅患者緊急入院診療加算、A253協力対象施設入所者入院加算の算定回数/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き入院医療の提供について評価できる	同上。現状はA253は在宅、後方支援病院、地域ケアを有する病院に限られており要調整	○	A206、A253
自宅等からの入院件数	（地ケアのみ）A308-03の注6在宅患者支援病棟初回加算の算定回数	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	在宅等で加算可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
介護対象施設である介護施設への往診	C000の注10介護施設等連携往診加算の算定回数	レポートから把握、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	外来受診できる状態でも往診が選択されないか。A253と同様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」

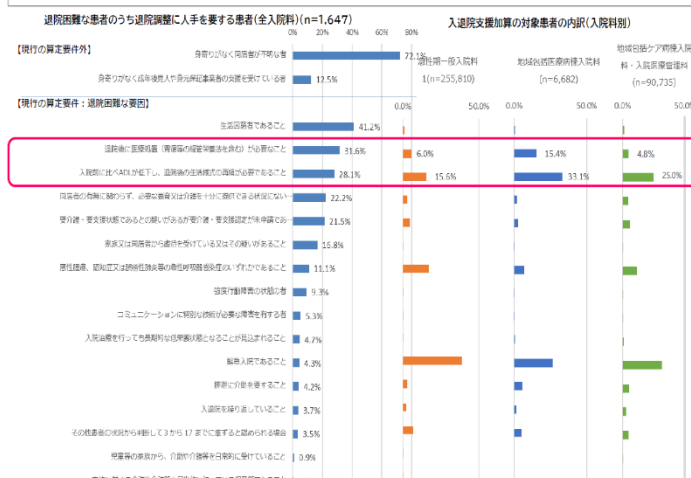
- 入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」としては、「緊急入院であること」が最も多く、特に急性期一般入院1において高かった。
- 次に「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が多く、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟において高かった。



出典：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））

退院調整に人手を要する患者への入退院支援について

- 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。



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））、令和6年度入院・退院患者票（A票、B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されている。
- 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「専従の社会福祉士」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「専従の精神保健福祉士」を兼ねることはできないと解されている。

【施設基準等】

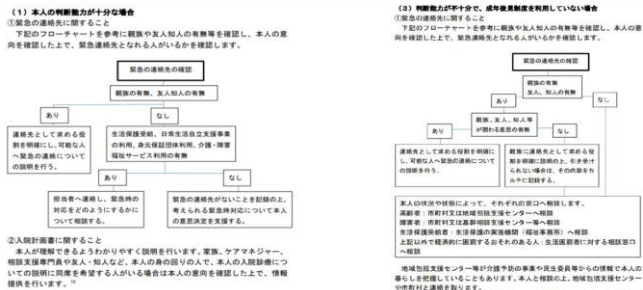
	A 2 4 6 入退院支援加算 1	A 2 4 6-2 精神科入退院支援加算
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置 ※ 入退院支援部門と、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病院入院科の退院支援部署又は精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と同一でもよい
入退院支援部門の人員配置	<ul style="list-style-type: none">入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師「A307」小児入院医療管理科（精神科併設）又は「A309」特殊医療入院科（精神科併設）を、を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する入退院支援を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない	<ul style="list-style-type: none">次のア又はイを満たすこと 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社会福祉士が1名以上 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任の精神保健福祉士が1名以上更に、専任の精神保健福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が1名以上
病棟への入退院支援職員配置	<ul style="list-style-type: none">入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病棟数の算出には含める病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない	<ul style="list-style-type: none">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、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置当該専任の看護師又は精神保健福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病棟数の算出には含める病棟に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職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない

- 入退院支援加算と精神科入退院支援加算の両方を届け出た場合、入退院支援部門に配置が求められる専従職員が、同一の入退院支援部門で双方の業務を兼ねることについてどのように考えるか。

身寄りがい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

診療組 入-1
7、8、28

- 「身寄りがい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い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。



出典：身寄りがい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>

90

地域連携診療計画加算について

- 入退院支援加算の注加算である地域連携診療計画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・画像情報に係る退院時診療状況添付加算及び検査・画像情報提供加算の併算定が不可となっており、検査結果・画像情報に係る加算が算定できない。
- 地域において、適切に必要な情報が連携され、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。

- 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。

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

入退院支援ルールを活用による地域連携の促進

- 市町村が実施する在宅医療介護連携推進事業等において、要介護・要支援の入院患者の円滑な入退院の実現に向けて、
 - 入院や退院予定日が決まった際に、医療機関が当該患者を担当する介護支援専門員への連絡し必要事項を確認する時機
 - 退院後に必要となる介護サービス提供に向けた手続・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
 - 介護支援専門員が決まっていなかった場合における、医療機関からの相談連絡先と連絡の時機や、関係者が情報共有に用いる統一した様式（介護保険利用状況、療養生活上の課題等）等について、地域であらかじめ標準的なルール（入退院支援ルール）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
地域の連携に促す、都道府県と都府県医師会が密接に連携し、保健所等活用しつつ、入退院に関する地域ルールの作成は全県又は複数の市町村にわたって取り組むことにより、入退院時の医療介護連携を促進する。
地域の市町村医師会、入院医療機関、在宅介護支援事業所、市町村等による協議を通じて、医療機関と介護支援専門員等との間の入院時の医療機関から介護支援専門員への退院調整の連携割合の増加を図る等の取組が検討される。

県全域への入退院支援ルールの普及促進(福井県)

- 主な取組内容
- 調整の流れ
- 全県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・議論した。
- ① 県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を確認。
- ② 全県の介護支援専門員を対象に入退院時の連携の実態を調査。
- ③ 県内すべての保健所が関係者の協議の場を位置。
- 医療機関、介護支援専門員、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、入退院支援ルールについての意見のとりまとめを実施。その中で、市町や医療機関をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。



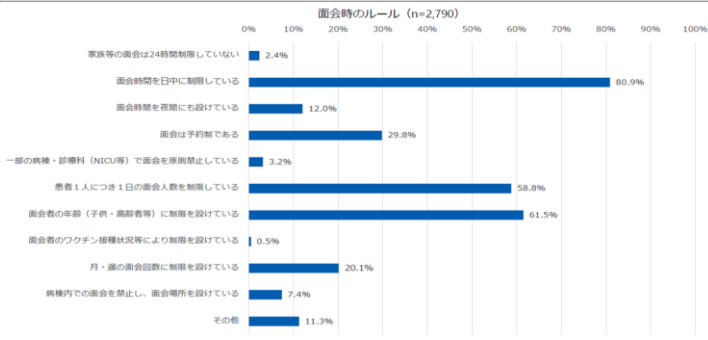
出典：かかりつけ医療の確保に関するガイドライン、別冊資料からかかりつけ医療に関する取組事例集（第1版）。

94

- 要介護・要支援者の円滑な入退院の実現に向けて、市町村が実施する在宅医療介護連携推進事業等による地域の医療・介護関係者の協議によって策定された「入退院支援ルール」に基づき入退院支援を行った場合の評価についてどのように考えるか。

- 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。



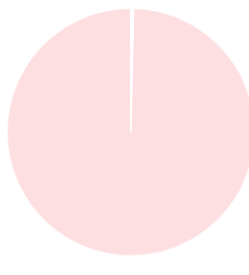
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（共通A～D票））

高齢者施設等への患者紹介に係る金銭等の授受の状況

総調組 入～1
7・8・2・8

- 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)

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 (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

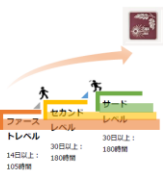
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票～D票））

- 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。

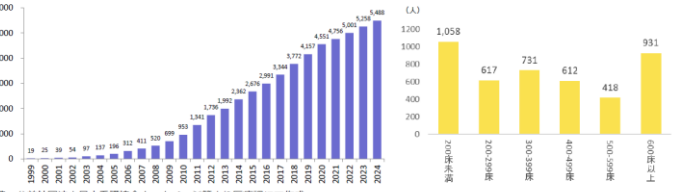
看護の管理能力を向上する取組について

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す。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、看護管理者の資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。

	ファーストレベル	セカンドレベル	サードレベル
目的	看護専門職として必要な管理に関する基本的知識・技術・態度を習得する。	看護管理者として基本的業務を遂行するために必要な知識・技術・態度を習得する。	多様なヘルスケアニーズをもつ個人、家族、地域住民及び社会に対して、質の高い組織的看護サービスを提供するために必要な知識・技術・態度を習得する。
受講要件	・日本国の看護免許を有する者 ・看護免許取得後、実務経験が3年以上ある者 ・「管理業務」に関心がある者	・日本国の看護免許を有する者 ・看護免許取得後、実務経験が3年以上ある者 ・認定看護管理者候補者ファーストレベルを修了している者。または看護部候補者の職位にある者。もしくは認定看護部長候補の職位に1年以上就いている者	・日本国の看護免許を有する者 ・看護免許取得後、実務経験が3年以上ある者 ・認定看護管理者候補者ファーストレベルを修了している者。または看護部候補者の職位にある者。もしくは認定看護部長候補の職位に1年以上就いている者
カリキュラム	認定看護管理者候補（ファーストレベル）（1年以内・100時間）：ヘルスケアシステム論、組織管理論、人材管理、資源管理、質管理、統合管理	認定看護管理者候補（セカンドレベル）（1年以内・100時間）：ヘルスケアシステム論、組織管理論、人材管理、資源管理、質管理、統合管理	認定看護管理者候補（サードレベル）（1年以内・100時間）：ヘルスケアシステム論、組織管理論、人材管理、資源管理、質管理、統合管理



【認定看護管理者 登録者数（2024年12月末現在）】 ※各年12月末の登録者数



出典：公益社団法人日本看護協会ホームページ等より医療課にて作成

- 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であることを踏まえ、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。

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」とであるとしている。
- 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

	算入可（例）	算入不可/除外可（例）
施設基準適用	○ 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 ○ 看護勤務と外歩勤務、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、勤務実績表による病棟勤務の時間 ○ 臨時職員であっても継続して勤務に就する者 ○ 職業紹介事業を行う者からの紹介又は労働者供給事業を行う者からの供給により看護要員を雇用した場合 ○ 紹介予定派遣として派遣された場合及び産前産後休業、育児休業、育児休業に準ずる休業又は介護休業中の看護要員の勤務を派遣労働者が代替する場合 ○ 小児病棟又は特殊疾患入院施設加算を算定している病棟等において小児患者の保育に当たっている保育士の数 ○ 主として事務的業務を行う看護補助者が、当該病棟において事務的業務以外の業務を行った時間数も含めた、当該看護補助者の勤務時間数	○ 看護部長等（専ら、病棟全体の看護管理に専事する者）、当該保険医療機関関係の看護業務の専任の専任職員、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入院料（「A317」に掲げる特定一般病棟入院料を除く）に係る看護並びに「基本診療科の施設基準等」の別表第三に規定する診療科、病室、短期滞在手術基本料1に係る回復室及び外来化学療法に係る専用施設に勤務する看護要員の数（事務者を除く） ○ 小児入院医療管理料の加算に係る保育士の数 ○ 1か月以上長期欠勤の看護要員、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、掃除等の業務を行う者 ○ 夜勤時間帯の中で、申し送った従事者の申し送りを受けた時間は夜勤時間から除外可
様式9	○（4）勤務実績表「日付別の勤務時間数」について）上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総勤務時間数をそれぞれ記入すること。	○ 休憩時間以外の病棟で勤務しない時間 ○ 有給休暇や残業時間 ○ 日勤時間から除外可
経費算定	○ 通常の体時間 ○ 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「看護対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要とする院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、看護対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間 ○ 一般病棟入院基本料の算出に入院している患者に対して、当該病棟の看護部が行ったがん患者カウンセリング料の算定に係る業務の時間	○ 休憩時間以外の病棟で勤務しない時間 ○ 有給休暇や残業時間 ○ 日勤時間から除外可

- 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。

- 「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 |

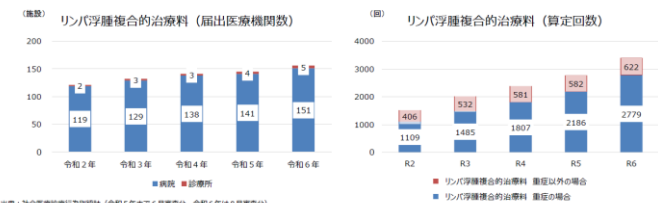
鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節増殖を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と確定診断されたものであって、国際リンパ学会による病期分類1期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。

【施設基準（概要）】

- 当該保険医療機関が、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること又はリンパ浮腫の診断等に係る連携先として届け出た保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。

【算定要件（抜粋）】

- 「1」は月1回（当該治療を開始した日の属する月から起算して2月以内は計11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。

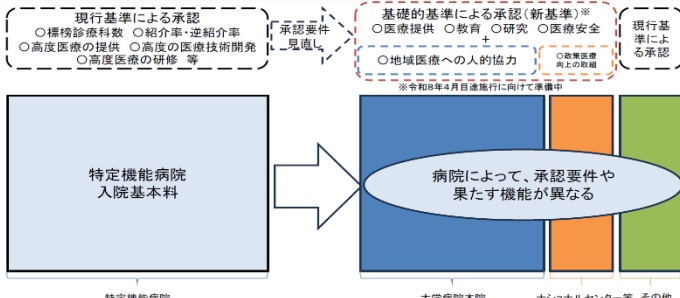


73

- リンパ浮腫複合的治療料は、現行の算定要件（１回２０分ないし４０分）に比して、１回の指導に比較的長い時間を要することや、アクセス困難な地域があることを踏まえ、その評価についてどのように考えるか。

特定機能病院の承認要件の見直し②

- 「基礎的基準」については、大学病院本院を念頭として、現在の「承認要件」に地域医療への人的協力などの新たな要件を加えた基準として整理された。
- 「ナショナルセンター等」については、全国の医師等に対する高度な評価・研修を行っているものについて、大学病院本院の地域医療への人的協力等に準じた役割を果たしていることを評価することとなった。
- 一方で、特定機能病院/大学病院材料については、量産度、医療・看護必要率等の設定基準を満たせば、特定機能病院であれば、その果たす役割や機能が異なる高度で、同じ大学病院系を認定可能とされている。



- 特定機能病院の承認要件については、現在の承認要件を基本としつつ、大学病院本院が求められる役割を果たすことができる水準を確保するための基礎的基準が設定され、①当該基準を満たす病院、②当該基準で求められる水準に準ずる役割を果たすと評価できるナショナルセンター等、③現在の承認要件を満たすその他の特定機能病院の3つに分かれることとなった。これらの病院の果たす役割や機能の違いを踏まえ、特定機能病院入院基本料の評価のあり方についてどのように考えるか。

- 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測できないことや、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。



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：一般病院入院基本科、専門病院入院基本科等を算定する病棟を有する施設))

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、均てん化の促進に取り組んでおり、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により、がん医療提供体制を構築してきている。
- 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り組むとともに、持続可能ながん医療提供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みとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるように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。また、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、効率的な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る。

都道府県又は更に広域 (※1)での集約化の検討が必要な医療

がん医療又は複数のがん医療単位の集約化の検討が必要な医療

更なる均てん化が望ましい医療

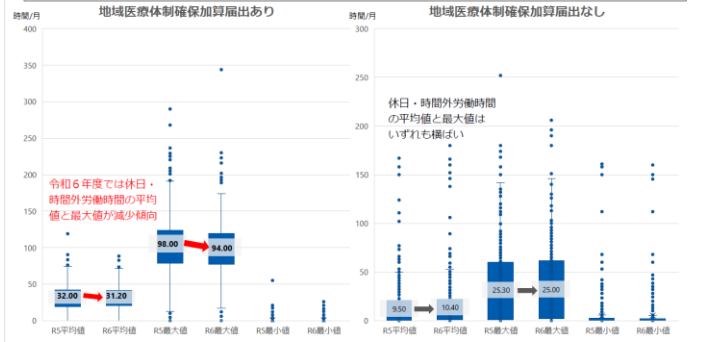
想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
<ul style="list-style-type: none">国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	<p>特に集約化の検討が必要な医療についての考え方 (医療技術の観点)</p> <ul style="list-style-type: none">がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般の標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。診断や治療に高度な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率的な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。 <p>(医療需給の観点)</p> <ul style="list-style-type: none">症例数が少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、効率的な観点から集約化が望ましい医療。※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。
<ul style="list-style-type: none">患者にとって身近な診療所・病院 (かかりつけ医を含む)	<p>更なる均てん化が望ましい医療についての考え方</p> <ul style="list-style-type: none">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) 国単位で確保することが望ましい医療として、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。



出典：令和 6 年度入院・外来医療等における実態調査 (施設調査票 A 票 (対象：一般病院入院基本科、専門病院入院基本科等を算定する病棟を有する施設))

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しされ、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 都道府県で指定	中核的な市を個別に指定(※)
1級地	20%	—	東京都特別区
2級地	16%	東京都	横浜市、大阪市 等
3級地	12%	神奈川県、大阪府	さいたま市、千葉市、名古屋 等
4級地	8%	愛知県、京都府	仙台市、静岡市、神戸市、広島市、福岡市 等
5級地	4%	茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、静岡県、三重県、滋賀県、兵庫県、奈良県、広島県、福岡県	札幌市、岡山市、高松市 等

※ 国家公務員が在籍している地域のみ掲げている。

区分	支給割合	見直し前
1級地	20%	東京都特別区
2級地	16%	横浜市、大阪市 等
3級地	15%	さいたま市、千葉市、名古屋市 等
4級地	12%	神戸市 等
5級地	10%	京都市、広島市、福岡市 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

出典：人事院公表資料を基に保険局医療課にて作成

48

- 「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。

- 郵道府県別出向元病院の内訳**

出向元病院の所在地(都道府県)	人数
北海道	0
宮城県	0
福島県	0
茨城県	0
千葉県	0
東京都	0
神奈川県	0
石川県	0
静岡県	0
愛知県	0
奈良県	0
和歌山県	0
京都府	0
大阪府	0
三重県	0
滋賀県	0
岐阜県	0
長野県	0
富山県	0
福井県	0
山梨県	0
新潟県	0
秋田県	0
岩手県	0
青森県	0
大分県	0

■ 病院機能別偏出し状況

特定機能病院	総合病院等施設別第1	総合病院等施設別第2
26%	32%	4%

■ 薬剤業務向上加算を算定することによる採用増加への影響について

採用あり	採用なし
22%	18%

■ 採用人数と採用のタイミングの内訳

採用日	R7.2時点	R7.9時点
3月1日	2	0
4月1日	5	0
5月1日	0	7
6月1日	0	5

■ 出向終了人数

調査時点で出向中	調査時点で出向終了
0人	18人
1人	12人
2人	2人
3人	2人
5人	2人
8人	2人

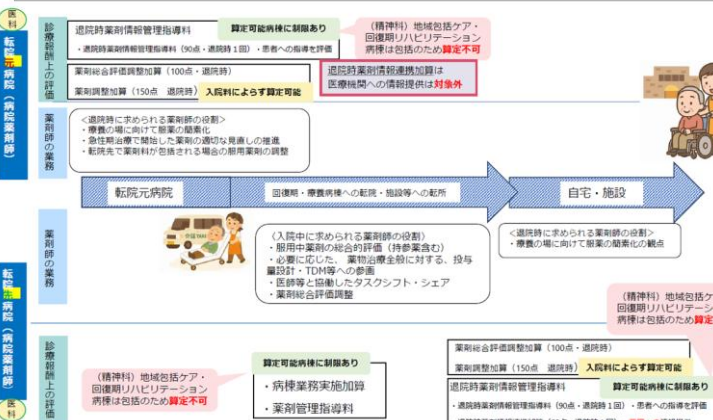
車庫に出向させている医療機関は3施設(7.7%)

採用(予定)人数

● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7

日本病院薬剤師会提供資料より保険局医療課作成 58

○ 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。



61

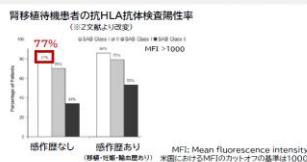
認定ドナーコーディネーターの配置による利点

- 令和7年10月の「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）の改定により、臓器提供における説明・同意取得等の行為を実施することが可能となった認定ドナーコーディネーターを院内に配置することにより、臓器提供の過程においてあつせん機関のコーディネーターの到着を待つ時間が短縮されることから、希望する国民の意思をより尊重し、脳死臓器提供機会の確保等に繋がることが期待されることを踏まえ、脳死臓器提供管理料等の評価のあり方について、どのように考えるか。

○ 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抗体検査測定を実施し、臓器生着率の向上を目指すことが望まれる。

一般健康男性(感作歴なし)の
抗HLA抗体検査陽性率(※1文献より改定)

MFI	Class I (%)	Class II (%)	Class I and II (%)	Total (%)
MFI >500	~45	~10	~45	~100
MFI >1000	~45	~10	~45	63
MFI >5000	~15	0	0	~15



感作症のないシシメント 78例

抗体スクリーニング(A/Screen Mix)陽性 78例

再検査受 348例 (single tests) / 348例 (抗体陽性)

32.2% (29例/78例)

2次陽性 9例

3次陽性 13例

3.84% (3例/78例)

抗体陽性 13例

- 出典：健康・生活衛生局難病対策課移植医療対策推進室より提供

出典：健康・生活衛生局難病対策課移植医療対策室より提供
 ※1 Morales-Buenrostro et al. Transplantation. 2008 Oct 27;86(8):1111-5. ※2 Gombos P, et al. Am J Transplant. 2013 Aug;13(8):2075-82.
 ※3 第61回日本移植学会総会シンポジウム発表データ(奈良医科大学腎臓病科部門 池野教授)

「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、1.7改

- 医療機関の短期滞在手術等^{※1}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	病 院	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
		出来高算定	短期滞在手術基本料1（一部の検査は包括） ※出来高算定
診 療 所		出来高算定	短期滞在手術基本料1（一部の検査は包括） ※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	DPC対象病院（DPC算定病院）	4泊5日まで	5泊以上
		DPC算定※2	DPC算定※3
DPC対象病院（DPC算定病院以外）		出来高算定※2	出来高算定
		短期滞在手術等基本料3※4	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※2	出来高算定

- ※1 短期滞在手術等基本料の対象となる手術を指す。
- ※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保険医療機関において、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く。
- ※5 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。
- ※6 短期滞在手術等基本料1により包括的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よう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と、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

図表 7-43 先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えよう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※ 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※ 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と、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	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

25

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が一部検査料等を含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。

	①外来と入院の比較		②入院における支払方式による比較		
	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

- ※1 R6年10月NDB、手術算定月における、1手術当たりの平均的な総請求点数。
- ※2 保険局医療費について作成（医療機関別係数約1.5として、「060100x01xxxx 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「020110xx97xxxx0 白内障、水晶体の疾患 手術なし 片側」について、入院期間Ⅱまで入院したものとして推計。）
- ※3 短期滞在手術等基本料3の点数。「水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）」については、片側を指す。
- ※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請求点数。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。

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よう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

図表 8-45 先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えよう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	100	2	10	15	9	10	9	21	20	3	1
特別の料金が現在の2倍程度になる場合※ 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※ 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と、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

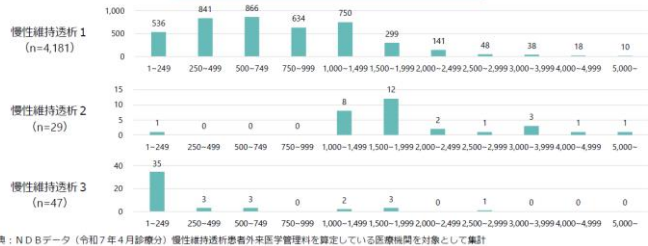
- 現在、患者希望で長期収載品を使用した場合、長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を患者負担としているが、この水準を価格差の2分の1、4分の3又は1分の1に引き上げることについて、どのように考えるか

慢性維持透析について

- 平成30年度診療報酬改定において、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	透析用監視装置一台当たりの患者数（外来患者の「1」から「3」を算定した場合）			
	3.5未満	3.5以上4.0未満	4.0以上	
透析用監視装置の台数	26未満	慢性維持透析1	慢性維持透析2	慢性維持透析3
	26日以上	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：NID Bデータ（令和7年4月診療分）慢性維持透析患者外来患者管理科を算定している医療機関を対象として集計

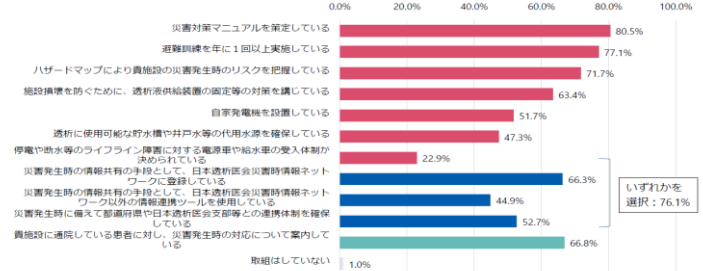
- 災害時の透析医療継続のための対策について、個別の対策の位置づけや、日本透析医学会災害時情報ネットワーク等への登録や自治体等との連携体制の確保に係る評価のあり方についてどのように考えるか。

透析医療の災害対策の取組

診療録 入-1
7. 9. 18

- 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。
- 日本透析医学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））

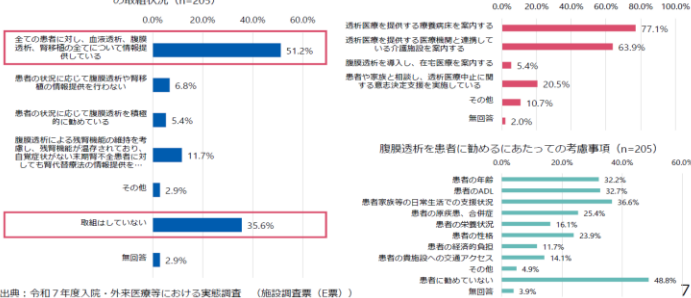
73

腎代替療法に関する情報提供

診療録 入-1
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、施設透析の導入を含めた在宅医療への案内は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。
- 施設透析を進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%）の順が多い。

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・外来医療における実態調査（施設調査票（E票））

75

- 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。

バスキュラーアクセス（シャント）に係る処置の評価について

- 血液透析に用いられるバスキュラーアクセス（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、シャント拡張術は第一選択の治療となる。
- 経皮的シャント拡張術・血栓除去術については、初回実施後3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回を限度として算定可能としている。算定回数は増加傾向であり、入院外の算定回数が75%程度である。
- 入院が必要であったり、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月以内に実施する場合 12,000点

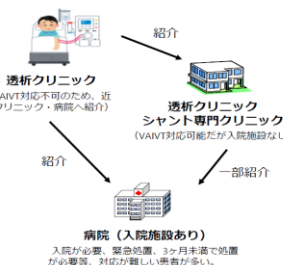
【算定要件（8要件）】
・「1」については、3月に1回に限り算定する。
・「1」を算定してから3月以内に実施する場合は、次のいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす医療機関等の医学的専門技術と診療報酬明細書の記載に記載すること。
ア 経皮的シャント拡張術の場合
イ 経皮的シャント拡張術において、シャント血流量が400ml以下又は血管壁抗力値（RI）が0.6以上の場合（2つの場合を除く。）

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術



出典：社会医療診療行為別統計（令和4・5年は6月調査分、令和6年は8月調査分）

バスキュラーアクセスの管理の状況



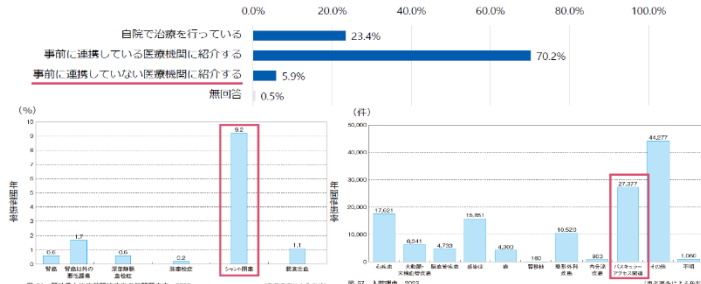
- シャントトラブルに対する対応として、自院で治療する施設、事前に連携している医療機関に紹介する施設又は事前に連携していない医療機関に紹介している施設があることを踏まえ、慢性維持透析患者のシャントトラブルへの対応に関する評価のあり方についてどのように考えるか。

シャントトラブルに対する取組

診療録 入-1
7. 9. 18

- 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。

自施設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）



出典：令和7年度入院・外来医療における実態調査（施設調査票（E票））
日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の実況（2023年12月31日現在）」

78

- 現状、腹膜透析の患者の管理には地域差があること、一部の地域において、病診連携により、PD導入後もかかりつけ医による診療を継続しつつ、合併症治療や入院管理を要する場合には、基幹病院で対応している例があることを踏まえ、在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定要件についてどのように考えるか。

緩和ケア病棟入院料の包括範囲と専門的緩和ケアの提供状況

- 緩和ケア病棟入院料について、放射線照射は包括範囲外として出来高算定可能だが、神経ブロックは包括範囲内である。
- 他の病棟で緩和ケア診療加算を算定したがん患者に対して実施したことがある専門的緩和ケアについて、同一医療機関の緩和ケア病棟入院患者にも実施しているかを見ると、放射線治療と比較して、神経ブロックの実施割合が低い。

緩和ケア病棟入院料における診療行為の包括範囲

診療行為	出来高算定
入院基本料等加算	一部○
医学管理料	×
在宅療養指導管理料	○
検査・画像診断・病理診断	×
投薬・注射	×
リハビリテーション	×
精神科専門療法	×
処置・手術	×
麻酔（神経ブロックを含む）	×
放射線治療	○
その他（ベースアップ評価料等）	○

療とケア診療加算を算定したが、がん患者に対して実施したことがある診療行為について、同一医療機関の緩和ケア病棟入院患者に対してても実施したことがある医療機関割合

診療項目	割合 (%)
緩和ケア診療(N=124)	83%
ブロック(N=40)	38%

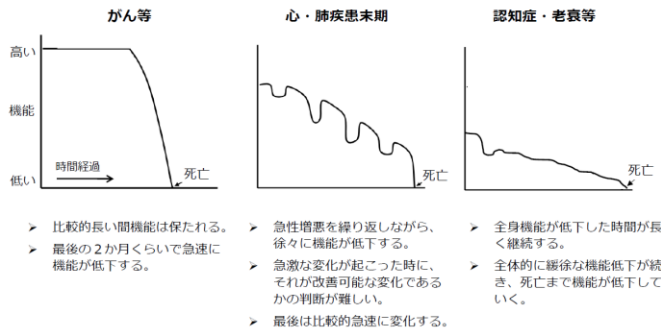
令和6年12月～令和7年5月において、緩和ケア病棟入院料とがん診療加算のいずれも算定実績のある保険診療機関156施設について集計。

緩和ケア診療は「FM01(体外照射)」、神経ブロックは第11部第2章「緩和ケア診療」を参照。

出典：DPCデータ（令和6年12月～令和7年5月診療分）

疾患群別の予後経過

- 疾患により臨床経過は様々であり、悪性腫瘍と、心疾患・呼吸器疾患の予後経過は異なる。



出典：JAMA. 2001 Feb 21;285(7):925-32.

- 末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者に対する緩和ケア診療の評価のあり方についてどのように考えるか。また、透析を中止した末期の腎不全患者は、末期のがん患者と同様に急速に身体機能が悪化し密度の高い緩和ケアを要することを踏まえ、緩和ケア病棟の対象患者についてどう考えるか。

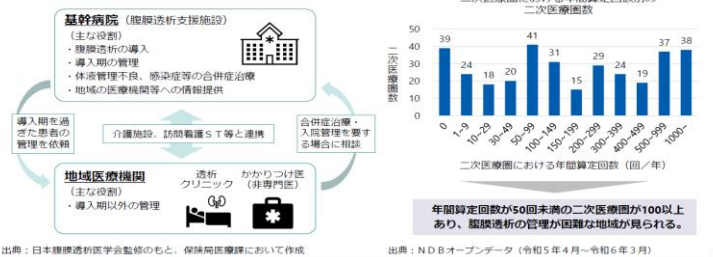
療養病棟における緩和ケアの取扱い

- 悪性腫瘍であって医療用麻薬等による疼痛コントロールが必要な場合については、医療区分2として入院料が算定される。悪性腫瘍以外の疼痛コントロール等については、医療区分2/3の条件に該当しない。

[illegible]

- 施設運営の導入、導入期及び合併施設直後は、腎臓科専門医と透析専門医による管理が必要となるが、それ以外の場合には、地域のかかりつけ医による管理が可能となる。
- 施設運営の管理を担った在宅自己透析施設管理医については、年間固定回数0回の外来患者は39、年間固定回数50回未満の患者が101となっていた。一方で、血液透析の管理を担当した施設は透析患者の外来患者管理については、年間固定回数が400回未満の二次施設は0であり、療養施設と地域における区別が明確になる。
- 一部の地域においては、腎臓病治療へのPQ導入を地方から大都市圏による医師を継続しつつ、合併症治療や入院管理を要する場合に、PQ導入を希望する患者が、基幹病院や地域の療養施設に入院し、PQ導入に関する診療を受けることで、施設運営の管理医の役割の充実に資している。このような地域では、在宅自己透析施設管理医の認定数が多い。（福岡県北九州市3,309例、徳島県2,691例）

地域における病診連携の取組例



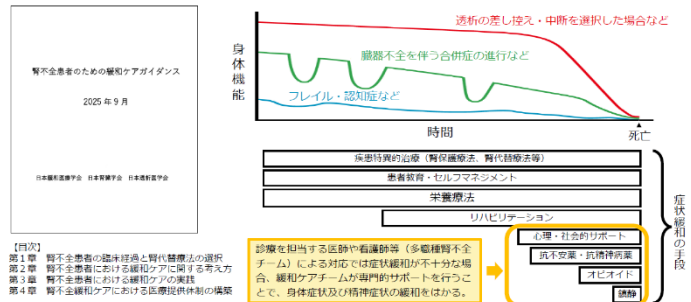
出典：日本腹膜透析医学会監修のもと、保険局医療課において作成

出典：NDBオープンデータ（令和5年4月～令和6年3月）

- 緩和ケア病棟入院料において、緩和的放射線照射については包括範囲外とされている取扱いを参考にして、当該入院料における神経ブロックの評価のあり方をどのように考えるか。

人生の最終段階における腎疾患の経過と主な症状緩和の手段

- 令和7年9月に関係学会により「腎不全患者のための緩和ケアガイドンス」が公表され、腎不全患者に対する緩和ケアの具体的な実践方法について示されている。
- 腎不全患者の人生の最終段階においては、代替腎療法の選択や合併症、身体機能に際して臨床経過は様々である。そのうえで、人生の最終段階においても疾患特異的治療やリハビリテーション等の基本的な治療を継続し、さらに緩和ケアを加えていくことが基本的な考え方である。



119 出典：腎不全患者のための緩和ケアガイダンスを元に健康・生活衛生部がん・疾病対策課が作成

- 末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者に対する緩和ケア診療の評価のあり方についてどのように考えるか。また、透析を中止した末期の腎不全患者は、末期のがん患者と同様に急速に身体機能が悪化し密度の高い緩和ケアを要することを踏まえ、緩和ケア病棟の対象患者についてどう考えるか。

- 療養病棟における、悪性腫瘍以外の医療用麻薬による疼痛コントロールを要する病態の医療区分の取扱いについて、どのように考えるか。

母体・胎児集中治療室管理料の地域別変化

詳細編 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)



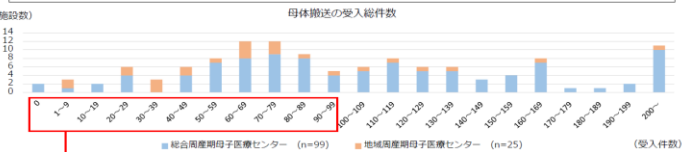
夜間の院内当直医師数が1人であると回答した30施設を対象(調査回答73施設中41%が該当)
内訳: 総合周産期母子医療センター: 22施設、地域周産期母子医療センター: 8施設
母体・胎児集中治療室管理料の届出施設 30施設中20施設

- 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

詳細編 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。



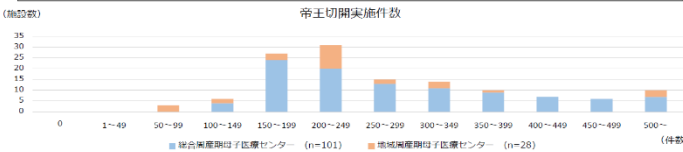
受入件数ごとの地域別施設数	0	1~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80~89	90~99	(施設数)
北海道	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	9
東北	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	5
関東信越	2	1	0	3	1	1	2	4	6	0	2	21
東海北陸	0	1	0	0	0	1	1	3	0	2	1	11
近畿	0	1	0	1	1	2	2	3	3	2	0	17
中国	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	7
四国	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	6
九州	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	7
合計	2	3	2	6	3	6	8	12	12	9	5	101

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

帝王切開実施件数

詳細編 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。



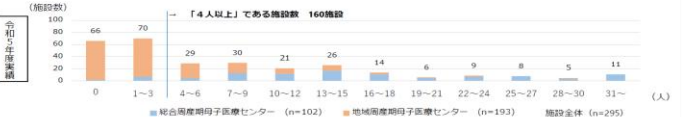
実施件数ごとの地域別施設数	0	1~49	50~99	100~149	150~199	200~249	250~299	300~349	350~399	400~449	450~499	500~	(施設数)
北海道	0	0	1	0	1	2	1	0	1	0	0	0	6
東北	0	0	0	2	4	0	0	1	0	1	0	0	9
関東信越	0	0	0	1	5	11	4	9	2	3	1	0	36
東海北陸	0	0	1	2	2	4	1	1	2	1	2	1	20
近畿	0	0	1	0	7	7	4	2	1	2	1	2	27
中国	0	0	0	1	2	2	1	0	1	0	0	0	10
四国	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	5
九州	0	0	0	0	6	2	4	1	1	0	1	1	17
合計	0	0	3	6	27	31	15	14	10	7	6	10	143

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

- 「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)

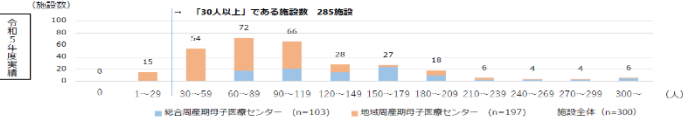
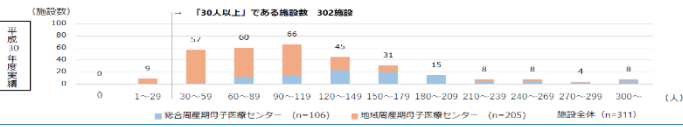
- 新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関である周産期母子医療センターにおける出生体重1,000g未満の入院児数の年間実施件数別の施設数分布は以下のとおり。
- 平成30年度と令和6年度を比較すると、入院児数が4人以上である施設数は減少していた。



出典: 平成31年度、令和6年度周産期医療体制調査(平成30年度、令和5年度実績)
[注1] 新生児特定集中治療室管理料1、2、総合周産期母子医療センター2(新生児集中治療室管理料)の届出医療機関である周産期母子医療センターを対象に集計。
[注2] 報告値が「不明」である医療機関は除外

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。



出典: 平成41年度、令和6年度周産期医療体制調査(平成40年度、令和5年度実績)
[注1] 新生児特定集中治療室管理料1、2、総合周産期母子医療センター2(新生児集中治療室管理料)の届出医療機関である周産期母子医療センターを対象に集計。
[注2] 報告値が「不明」である医療機関は除外

- 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。

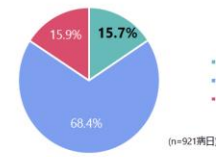
○療養病棟には、少数ではあるが20歳以下の患者が入院している。食事や移動、排泄は全介助の患者が約8割であり、気管孔の処置、胃ろう・腸ろうによる栄養管理、喀痰吸引、体位交換等が必要とする割合が高い。

療養病棟に入院している小児の状況

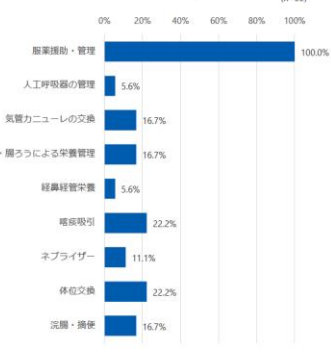
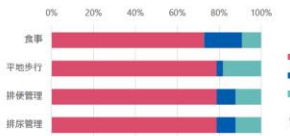
・入院患者のうち、15歳以下は0.35%、20歳以下は0.45%

20歳以下の患者における必要な医療処置・ケア (n=33)

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



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

医療的ケア児（者）に対する円滑な医療提供の観点から、療養病棟において、超重症児（者）加算・準超重症（者）加算を算定する医療的ケア児（者）を医療区分3・2として評価することについて、どのように考えるか。

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、小児慢性特定疾病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、小児慢性特定疾病は801疾病、指定難病は348疾病が指定されている。

B001 5 小児科療養指導料 270点

小児科を標榜する保険医療機関において、慢性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以外のものに対して、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 0 1に掲げる特定医療療養指導料、区分番号B 0 0 1の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B 0 0 1の18に掲げる小児慢性特定疾病指導管理料を算定している患者については算定しない。

【算定留意事項通知】（抜粋）

小児科のみを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険医療機関が標榜する他の診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、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脳脊髄液減少症、腎臓、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性聴覚神経障害、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、小児慢性特定疾病（小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）、児童福祉法第56条の6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

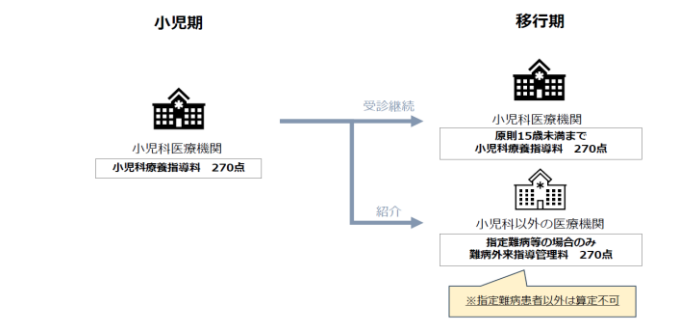
入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

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（平成二十六年法律第五十号）第五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46年4月17日衛発第242号）に掲げる疾患「先天性血友病遺伝子障害等治療研究事業実施要綱について」（平成元年7月24日健発第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。



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

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、投与回数が少ないことが特徴である。
○「パリズマブ」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：バイフォータス®（一般名：ニルセビマブ）
- 効能又は効果
- 1. 生後初回又は2回目のRSウイルス（Respiratory Syncytial Virus）感染流行期の属するRSウイルス感染症のリスクを有する新生児、乳児及び幼児における、RSウイルス感染症による下気道疾患の発症抑制
- 2. 生後初回のRSウイルス感染流行期の1.以外のすべての新生児及び幼児におけるRSウイルス感染症による下気道疾患の予防
- 薬価：バイフォータス錠50mgシリンジ 1回459,147円 100mgシリンジ 1回906,302円

日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会「日本におけるニルセビマブの使用に関するコンセンサスガイドライン Q&A（第2版）」2024年9月2日改訂（抜粋）
4.パリズマブとニルセビマブのどちらを使用したいですか？
以下のいずれかに該当する場合はパリズマブとニルセビマブのどちらも健康保険が適用されますので、どちらでも使用可能です。ニルセビマブの方がパリズマブよりも投与回数が少く済みます。
○生後初回のRSウイルス感染流行期の、流行初期において
・在胎期間 28 週以下の早産で、12 か月齢以下の新生児及び乳児 ・在胎期間 29～35 週の早産で、6 か月齢以下の新生児及び乳児
○生後初回及び生後 2 回目のRSウイルス感染流行期の、流行初期において
・過去 6 か月以内に慢性肺疾患の治療を受けた 24 か月齢以下の新生児、乳児及び幼児
・24 か月齢以下の血行動態に異常のある先天性心疾患の新生児、乳児及び幼児
・24 か月齢以下の発症不全を伴う新生児、乳児及び幼児 ・24 か月齢以下のダウン症候群の新生児、乳児及び幼児
また、2024 年 3 月 26 日に、パリズマブのみが、RSウイルス感染症の重症化リスクの高い、特低形成、気道狭窄、先天性食道閉鎖症、先天性心疾患、神経経路疾患を有する 24 か月齢以下の新生児、乳児、幼児に対して効能又は効果が追加されており、健康保険適用がある一方、これらの疾患については、ニルセビマブは、健康保険適用にならないことに留意する必要があります。
パリズマブとニルセビマブは、用法・用量が異なるため、投与時に処方文書の記載を十分に確認の上、注意して投与する必要があります。

令和6年8月29日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「経費精算資料の送付について（その11）」（抜粋）
問1「B 0 0 1 - 2」小児科外来診療料は、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しない定められており、この厚生労働大臣が定める薬剤とは、RSウイルス感染症に対する抗体製剤である「パリズマブ」が告示されているが、令和6年5月22日（薬価収載）されたニルセビマブは、RSウイルス感染症に対する抗体製剤である「ニルセビマブ」については、どのように取り扱うのか。
（答）小児科外来診療料については、「ニルセビマブ」は「パリズマブ」と同様扱うこととする。

「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の注射当日の診療は、パリズマブと同様、小児科外来診療料ではなく出来高で算定することとしてはどうか。

「造血器腫瘍又は類縁疾患ゲノムプロファイリング検査」

○「造血器腫瘍又は類縁疾患ゲノムプロファイリング検査」は、造血器腫瘍等の治療法の選択等を目的として、造血器腫瘍及び類縁疾患の関連遺伝子を検出・解析する検査であり、令和7年3月1日に保険適用されている。
○同検査は、小児入院医療管理料、特定集中治療管理料等において、包括的に評価されている。

- 検査料
造血器腫瘍又は類縁疾患ゲノムプロファイリング検査 44,000点
- 主な算定留意事項
造血器腫瘍又は類縁疾患ゲノムプロファイリング検査は、造血器腫瘍の腫瘍細胞、血液、骨髄液又は体腔液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異を検出するゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に、本区分のがんゲノムプロファイリング検査を適用して算定する。

○関連学会のガイドラインの記載（一般社団法人 日本血液学会「造血器腫瘍ゲノム検査ガイドライン2023年版版」）
疾患・病期別/ニルセビマブ推奨度

疾患	総合推奨度	初発時			総合推奨度	再発・難治時		
		診断	治療法選択	予後予測		診断	治療法選択	予後予測
急性骨髄性白血病	SR	R	SR	SR	SR	NR	SR	NR
急性リンパ性白血病（小児）	SR	R	NR	SR	R (25SR)	NR	R (25SR)	NR
アグレンジシブB細胞非ホジキンリンパ腫	SR	SR	NR	CO	CO	NR	CO	NR
インドレニブB細胞非ホジキンリンパ腫	R (25SR)	R (25SR)	CO	CO	SR	NR	SR	NR
T細胞/NK細胞非ホジキンリンパ腫	R (25SR)	R (25SR)	CO	CO	SR	NR	SR	NR

SR：強く推奨する（Strong recommendation）、R：推奨する（Recommendation）、CO：考慮してもよい（Clinical option）、NR：推奨しない（No recommendation）
※1 フィアタリファブ（急性骨髄性白血病）リンパ性白血病の場合
※2 従来法による検査を行うことができない場合や、反応性肺炎や他の成熟B細胞性腫瘍との鑑別が困難な場合
※3 従来法による検査を行うことができない場合や、反応性肺炎や他の成熟T細胞性腫瘍との鑑別が困難な場合

「造血器腫瘍又は類縁疾患ゲノムプロファイリング検査」は、その検査料が44,000点と極めて高額である一方で、入院中に実施すべき必要性が特に強いこと等を踏まえ、小児入院医療管理料、特定集中治療室管理料等の包括範囲外として

出典：DPCデータ（2024年10月～12月）、NHO・ICHO調べ

100

- 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。

- 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。

CDI/ESBL産生腸内細菌目細菌感染症の概要と院内感染対策

CDIの概要

- クロストリディオイデス・ディフィシル感染症（CDI）は下痢や偽膜性腸炎などを引き起こす感染症で、高齢者を中心に車輪化し、発症により入院期間が平均10日程度延長する。
- ESBL産生菌はWHOにおいて「最も重要な耐性菌の一つ」と警告されており、大腸菌の約30%、肺炎桿菌の約15%がESBL産生菌である。治療可能な抗菌薬が限られ、血流感染を起こした場合、非耐性菌感染に比べ全死亡率が1.7倍に上昇する。
- いずれの感染症も、院内感染の予防策として、個室隔離が重要な感染症である。

ESBL産生腸内細菌目細菌感染症の概要

- 1. 国内の発生状況
 - 日本では大腸菌の約30%、肺炎桿菌の約15%がESBL産生菌とされており、全国の病院で約9割でこれらの菌が見つかったという。感染率0.1人/1,000患者より多い報告がある。
- 2. 接触感染対策の必要性
 - 高齢者を中心に車輪化する感染症で、発症により入院期間が平均10日程度延長し、1人あたりの総入院費が1.3～1.8倍程度増加するという報告がある。
 - CDIの原因菌は**アルコール消毒では死滅しない「芽胞」を作ため、感染を広げないためには、患者を個室に隔離し、手袋とカフンを着用して対応することが推奨。**
- 3. 接触感染対策の必要性
 - ESBL産生菌感染症は、治療可能な抗菌薬が限られるため治療が難航する感染症であり、血流感染では非耐性菌感染に比べ全死亡率が1.7倍以上昇。
 - 接触感染により拡散するため、特に、**気道分泌物や創部浸出液が多い患者は環境を汚染するリスクが高く、個室隔離を優先的に実施することが望ましい。**

出典: Kato, et al. Anaerobe. 2019, Clostridioides difficile 感染対策ガイド、厚生労働省、薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書 2024
 静岡県立静岡がんセンター 医療関連感染サバイランスとリスクアセスメント、Paricheh Shamsrizi, et al, BMJ Open. 2020,
 日本環境感染症学会、薬剤耐性グラム陰性菌感染制御のためのポジティブペーパー第2版

106

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 (今後、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等を踏まえ、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、Plt、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	パニック値を報告された医師は、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。

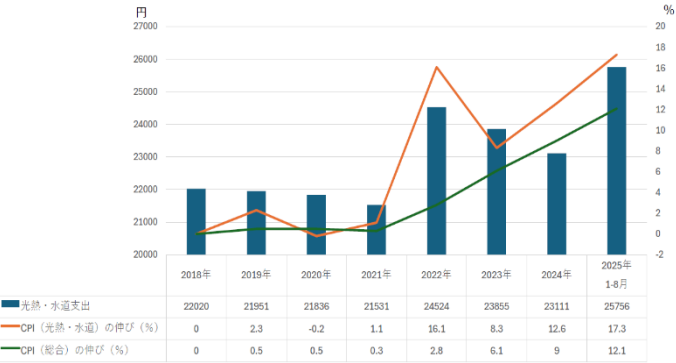
医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 報告書（案）	
4. 今後の方向性（抄）	
(2) 医療事故調査制度	
（再発防止による医療安全向上の促進）	
○ センターに蓄積された情報を再発防止へさらに活用していく観点から、センターが作成する提言等について、それらの医療機関や学会等への周知、関係する安全対策の医療機関における実践、企業による製品の改善・開発への活用等がさらに推進されるべきである。	

出典：医政局地域医療計画課医療安全推進・医路指導室より提供

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）

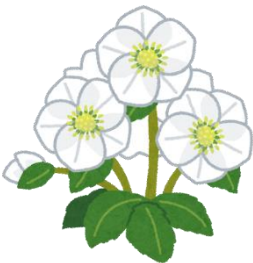
告示改正

- 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。

短期入所サービス★、施設サービス

- 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。

- 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。





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

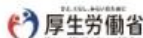
マイナバーカードは健康保険証として利用できるだけでなく、日常生活の中で利用できるシーンが広がっています。ぜひ日頃から持ち歩いて、ご活用ください！

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で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る方には、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。



関連文書をお示いたしますので、確認していただき、取り扱いに漏れ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

【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>

