

- 1 日 時
2025年1月15日(水) 15時00分～17時00分
- 2 場 所
会場とWeb (Zoom) のハイブリッド
- 3 議 題
 - (1) 日病協代表者会議報告
 - (2) 中医協報告
 - (3) 2024年度診療報酬改定に関する疑義解釈等について
 - (4) 2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望書【第1報】に関する検討について
 - (5) 2025年度開催スケジュール(案)について
 - (6) その他

<配布資料>

○日病協代表者会議報告について

資料1 日本病院団体協議会 第241回代表者会議報告書(2024.12.20)

○中医協等報告について

資料2-1 中医協薬師専門部会(第231回 2024.12.18)
資料2-2 中医協調査実施小委員会(第61回 2024.12.18)
資料2-3 中医協総会(第600回 2024.12.18)
資料2-4 中医協薬師専門部会(第232回 2024.12.20)
資料2-5 中医協薬師専門部会(第233回 2024.12.25)
資料2-6 中医協総会(第601回 2024.12.25)
資料2-7 中医協薬師専門部会(第234回 2025.1.15)
資料2-8 中医協総会(第602回 2025.1.15)

○2024年度診療報酬改定に関する疑義解釈等について

資料3-1 令和6年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて
(2024.12.13)
資料3-2 疑義解釈(その17 2024.12.18)

○2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望書【第1報】に関する検討について

資料4-1 2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望事項<日本病院会>
資料4-2 2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望事項<労働者健康安全機構>
資料4-3 2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望事項<全国公私病院連盟>
資料4-4 2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望事項<日本精神科病院協会>
資料4-5 2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望事項<地域包括ケア推進病棟協会>
資料4-6 2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望事項<日本慢性期医療協会>
資料4-7 2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望事項<全国自治体病院協議会>
資料4-8 2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望事項<地域医療機能推進機構>
資料4-9 2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望事項<国立大学病院長会議>
資料4-10 2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望事項<全日本病院協会>
資料4-11 2026年度(令和8年度)診療報酬改定に関する要望事項<日本私立医科大学協会>
資料4-12 【参考資料】診療報酬改定に関する要望書 作成・提出スケジュール
資料4-13 【参考資料】令和6年度(2024年度)診療報酬改定に係る要望書【第1報】

○2025 年度開催スケジュール（案）について

資料 5 2025 年度日病協診療報酬実務者会議 年間スケジュール（案）
 ※第 237 回（8 月開催）の日程を前回提示分から変更

○その他

資料 6 救急時医療情報閲覧に係る診療報酬改定について（周知依頼）※2024 年 12 月 25 日対応済
参考資料 1 第 229 回日病協診療報酬実務者会議 議事報告書（2024.12.11）
参考資料 2 2024 年度日病協診療報酬実務者会議 年間スケジュール
参考資料 3 2024 年度日病協診療報酬実務者会議 委員名簿

以上

< 出席者 >

◎は委員長、○は副委員長

中央社会保険医療協議会

委員 池端 幸彦

//

委員 太田 圭洋

一般社団法人国立大学病院長会議

代理 藤井 靖久

独立行政法人国立病院機構

審議役 重田 みどり

//

代理 福田 亮介

一般社団法人全国公私病院連盟

顧問 園田 孝志

//

常務理事 中野 実

公益社団法人全国自治体病院協議会

副会長 小阪 真二

//

常務理事 大西 祥男

独立行政法人地域医療機能推進機構

理事 山本 圭子

//

代理 森 恩

公益社団法人 全日本病院協会

会長 猪口 雄二

//

常任理事 津留 英智 ◎

一般社団法人 地域包括ケア推進病棟協会

会長 仲井 培雄

//

理事 石川 賀代

P.4 の上

一般社団法人日本医療法人協会	常務理事 西村 直久
一般社団法人日本社会医療法人協議会	副 会 長 加納 繁照
//	監 事 馬場 武彦
一般社団法人日本私立医科大学協会	参 与 小山 信彌
//	大学病院の診療報酬に関する検討委員会 川瀬 弘一
公益社団法人日本精神科病院協会	副 会 長 平川 淳一
//	理 事 大村 重成
一般社団法人日本病院会	副 会 長 島 弘志
//	副 会 長 岡 俊明 ○
//	診療報酬検討委員会委員 富満 弘之
一般社団法人日本慢性期医療協会	副 会 長 矢野 諭
//	副 会 長 井川誠一郎
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会	副 会 長 佐藤 吉冲
独立行政法人労働者健康安全機構	理 事 高野 順子

計 29 名

P.4 の下

中央社会保険医療協議会 総会（第 601 回） 議事次第

令和 6 年 12 月 25 日（水）
薬価専門部会後～

議 題

- 令和 7 年度薬価改定の骨子（案）について
- DPC/PDPS における令和 6 年能登半島地震等を踏まえた対応について
- 中間年改定の年に行う期中の診療報酬改定について

中間年改定の年に行う期中の 診療報酬改定について

- ① 入院時の食費の基準の見直し
- ② 歯科衛生士や歯科技工士のタスクシフト、手間への評価の見直し
- ③ 長期収載品の選定療養化や医薬品供給不安に伴う服薬指導の評価の見直し

95 / 245

資料2-6 1

資料2-6

① 入院時の食費の基準の見直し

96 / 245

資料2-6 2

(参考) 入院時の食費の基準の見直し

入院時の食費の基準の見直し

- 食材費等が高騰していること等を踏まえ、**入院時の食費の基準を引き上げる。**

※ 令和6年6月1日施行。令和6年3月までは重点支援地方交付金により対応。令和6年4月・5月については地域医療介護総合確保基金により対応。

- 今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行う。

	現行	改定後
総額	640円	+30円 670円
自己負担		
一般所得者の場合	460円	+30円 490円
住民税非課税世帯の場合	210円	+20円 230円
住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	+10円 110円

97 / 245

資料2-6 B

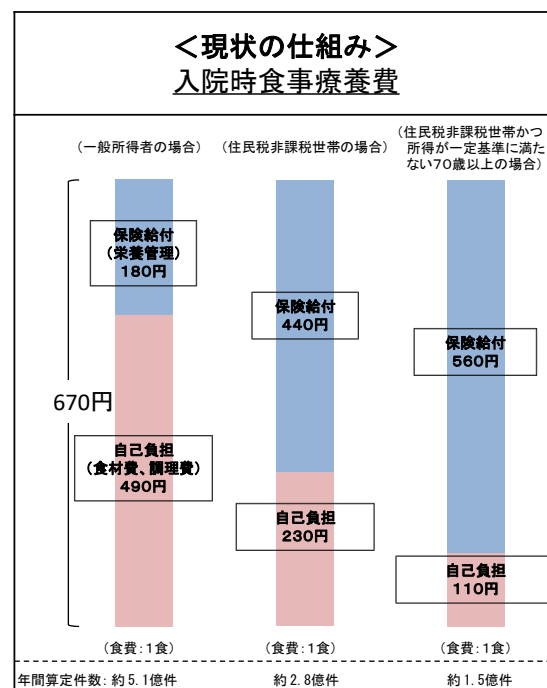
資料2-6

入院時食事療養費の概要

- 入院時に必要な食費は、1食あたりの総額と自己負担を国が定め、その差額を保険給付(入院時食事療養費)として支給している。

- 「入院時食事療養費(保険給付)」
=「食事療養基準額(総額)」－
「標準負担額(自己負担)」

- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。



出典：NDBデータより推計。入院時生活療養費に係る食費の算定件数も含む。住民税非課税世帯については、入院90日以後、保険給付490円・自己負担180円になる場合の件数も含む。

「入院時食事療養費制度」発足以来の食事療養費等の変遷

		総額	自己負担	保険給付
H6.10	1日あたりで算定	1900円	600円	1300円
H8.10			760円	1140円
H9.4		1920円		1160円
H13.1			780円	1140円
H18.4	1食あたりで算定	640円 (1日当たり1920円)	260円	380円
H28.4			360円	280円
H30.4			460円	180円
R6.6		670円 (1日当たり2010円)	490円	180円

※ 平成18年4月から平成30年4月へかけ、
調理費を保険給付から自己負担へと移行

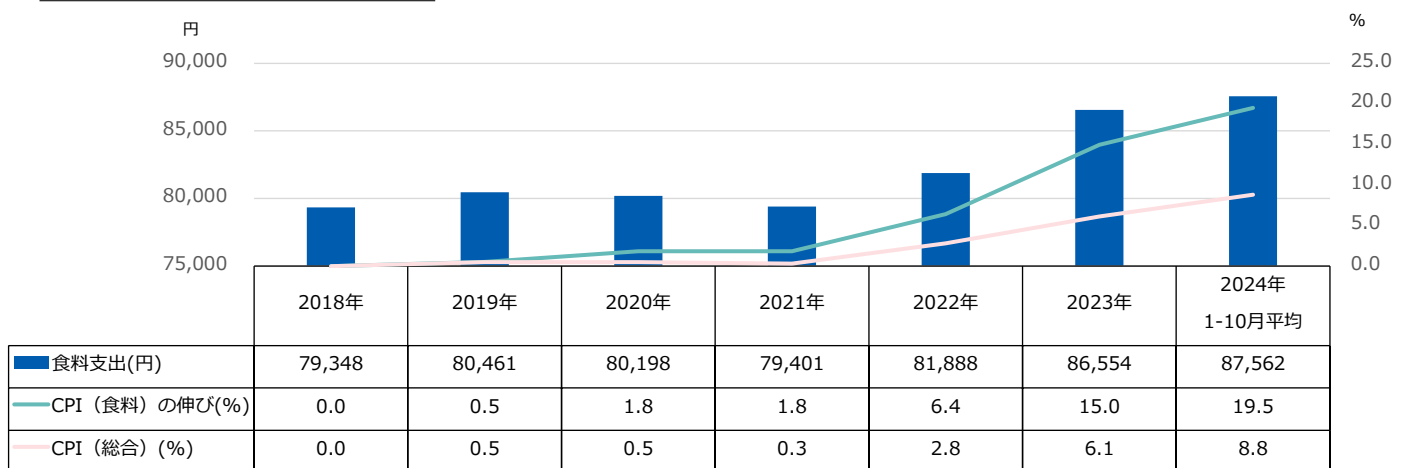
※介護保険99所/245の基準費用額: 約482円(1食当たり換算)

資料2-6 5

資料2-6
入院時の食費をめぐる状況

- 令和6年度診療報酬改定において、食費の基準を1食当たり30円引き上げたが、足元でも食料支出は引き続き伸びている状況。

食料支出・消費者物価指数(CPI)の動向



※CPI (食料) の伸び、CPI (総合) については2018年比の数値
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。

資料2-6

給食管理に携わる管理栄養士・栄養士が物価高騰の対策として行っている工夫

- 物価高騰の対策として、「業者から安価な食材を紹介してもらう」、「価格変動が少ない食材の使用頻度を増やす」、「冷凍食材や加工食品を増やす」などが行われており、長期化すると食事の質の低下が懸念される。

	全体		管理栄養士		栄養士	
業者から安価な食材を紹介してもらう	254	43.8%	206	46.5%	48	35.0%
仕入れ先の変更	208	35.9%	163	36.8%	45	32.8%
価格の変動が少ない食材の使用頻度を増やす	195	33.6%	143	32.3%	52	38.0%
冷凍食材や加工食品を増やす	149	25.7%	114	25.7%	35	25.5%
メディアを活用してレシピや調理法の幅を広げる	138	23.8%	102	23.0%	36	26.3%
手間がかかっても食材ごとの仕入れ先を分ける	132	22.8%	105	23.7%	27	19.7%
提供食数の変動把握を強化する	107	18.4%	89	20.1%	18	13.1%
保存がきくものは1度に大量に仕入れてコストを抑える	94	16.2%	70	15.8%	24	17.5%
大量購入や定期購入で仕入れ値を下げる交渉	93	16.0%	69	15.6%	24	17.5%
単価を下げるために旬の食材を多く取り入れたメニューにする	90	15.5%	59	13.3%	31	22.6%
揚げ物を減らし、蒸し・炒め・煮込み物を増やす	81	14.0%	59	13.3%	22	16.1%
調理工程を見直す	80	13.8%	64	14.4%	16	11.7%
施設側で使用している栄養剤などの見直し	64	11.0%	62	14.0%	2	1.5%
規格外の野菜を取り入れる	45	7.8%	31	7.0%	14	10.2%
個人業者に地元食材やB級品など安く取り扱えないか交渉	43	7.4%	31	7.0%	12	8.8%
給食委託会社との契約の見直し	39	6.7%	36	8.1%	3	2.2%
委託側での発注を必要最低限の発注数に抑えてもらう	27	4.7%	21	4.7%	6	4.4%

調査期間：
2023年7月24日～8月2日
調査対象：
給食のコスト管理業務を行っ
ている全国の管理栄養士・栄
養士580名
調査方法：
Webを使用したアンケート

出典：株式会社エス・エム・エス 管理栄養士・栄養士向けコミュニケーション「エイブル」 「物価高騰による施設等の給食への影響調査」(資料2-6) 7

資料2-6

参照条文

○健康保険法（大正十一年法律第七十号）（抄）

（入院時食事療養費）

第八十五条 被保険者（特定長期入院被保険者を除く。）が、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所のうち自己の選定するものから、電子資格確認等により、被保険者であることの確認を受け、同条第一項第五号に掲げる療養の給付と併せて受けた食事療養に要した費用について、入院時食事療養費を支給する。

2 入院時食事療養費の額は、当該食事療養につき食事療養に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該食事療養に要した費用の額を超えときは、当該現に食事療養に要した費用の額）**から、平均的な家計における食費の状況及び特定介護保険施設等**（介護保険法第五十一条の三第一項に規定する特定介護保険施設等をいう。）**における食事の提供に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める額**（所得の状況その他の事情をしん酌して厚生労働省令で定める者については、別に定める額。以下「食事療養標準負担額」という。）**を控除した額とする。**

3 厚生労働大臣は、前項の基準を定めようとするときは、中央社会保険医療協議会に諮問するものとする。

4 厚生労働大臣は、食事療養標準負担額を定めた後に勘案又はしん酌すべき事項に係る事情が著しく変動したときは、速やかにその額を改定しなければならない。

5～9 （略）

入院時の食費の基準の見直しについて（案）

- 入院時の食費について、令和6年度診療報酬改定において、1食当たり30円引き上げを行ったが、食材費等の高騰は更に続いている。医療の一環として提供されるべき食事の質を確保する観点から、更に1食当たり20円引き上げる。

食事療養及び生活療養の費用額算定表

	(現行)	(見直し案)
第一 食事療養		
1 入院時食事療養(Ⅰ)(1食につき)		
(1) (2)以外の食事療養を行う場合	670円	690円
(2) 流動食のみを提供する場合	605円	625円
2 入院時食事療養(Ⅱ)(1食につき)		
(1) (2)以外の食事療養を行う場合	536円	556円
(2) 流動食のみを提供する場合	490円	510円
第二 生活療養		
1 入院時生活療養(Ⅰ)		
(1) 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養(以下「食事の提供たる療養」という。)(1食につき)		
イ □以外の食事の提供たる療養を行う場合	584円	604円
□ 流動食のみを提供する場合	530円	550円
2 入院時生活療養(Ⅱ)		
(1) 食事の提供たる療養(1食につき)	450円	470円

※入院時の食費の自己負担の観点から、医療保険部会での議論も予定。
 ※見直しの施行日については、2025年度予算編成過程を経て決定。

103 / 245

資料2-6 9

② 歯科衛生士や歯科技工士のタスクシフト、手 間への評価の見直し

(参考) 歯科衛生士による実地指導の推進

歯科衛生実地指導料の見直し

- 歯科衛生実地指導料について、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能に係る指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 歯科衛生実地指導料 口腔機能指導加算 10点

[算定要件]

注3 1及び2について、口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、注1及び注2に規定する実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合は、口腔機能指導加算として、10点を所定点数に加算する。

[算定要件（通知）]

- (9) 「注3」に規定する口腔機能指導加算は、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が以下のいずれかに該当する指導を行った場合に算定する。
- ア 口腔機能の発達不全を認める患者に対して行う正常な口腔機能の獲得を目的とした実地指導
 - イ 口腔機能の低下を認める患者に対して行う口腔機能の回復又は維持・向上を目的とした実地指導
- (11) 歯科口腔リハビリテーション料3を算定した日において、「注3」に規定する口腔機能に係る指導を実施する場合であって、その指導内容が歯科口腔リハビリテーション料3で行う指導・訓練の内容と重複する場合は、当該加算は算定できない。

(参考) 歯科固有の技術の評価の見直し

歯科医師と歯科技工士の連携の評価①

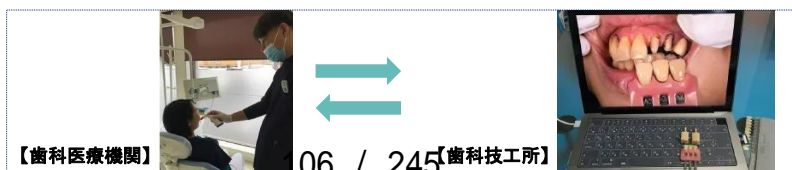
- 歯冠補綴物及び欠損補綴物の製作にあたり、ICTの活用を含め歯科医師と歯科技工士が連携して色調採得等を行った場合の評価を新設する。

(新) 歯科技工士連携加算1（印象採得） 50点

(新) 歯科技工士連携加算2（印象採得） 70点

[算定要件]

- 注1 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠又はCAD/CAM冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算1として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算1は1回として算定する。
- 2 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠又はCAD/CAM冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、70点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算2は1回として算定する。
- 3 注1に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注2に規定する加算並びに咬合採得の注1及び注2並びに仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。
- 4 注2に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注1に規定する加算並びに咬合採得の注1及び注2並びに仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。



【歯科医療機関】

【歯科技工所】

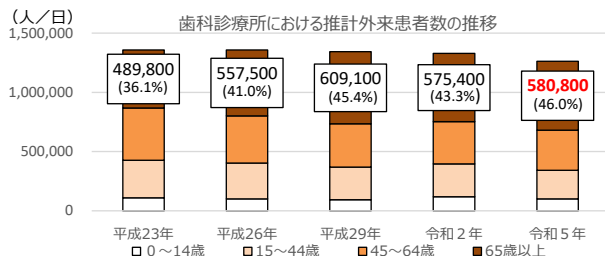
資料2-6

歯科衛生士及び歯科技工士を取り巻く背景と現状

高齢化の進展等により、歯科診療所を受診する高齢者の患者が増加している一方で、専門的な業務を行う歯科衛生士及び歯科技工士が十分に確保できておらず、今後、口腔機能の指導や義歯製作等に支障を来すことが予想される。

<背景>

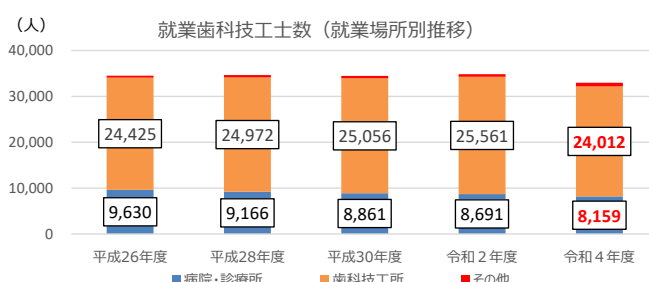
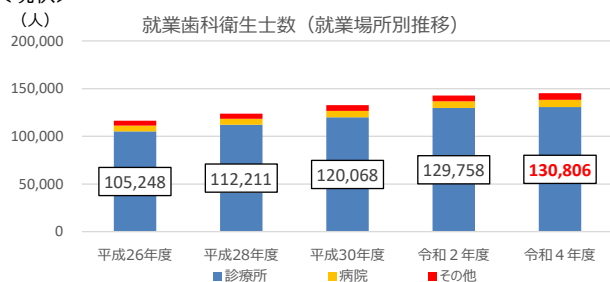
- 歯科診療所を受診する高齢者患者の増加に伴い、口腔機能（嚥む・食べる）等の維持・向上に係る指導や義歯等の多様な補綴物製作のニーズが増加している。一方で、専門的な口腔機能に係る指導を行うことができる歯科衛生士の配置が限定的であることや、就業歯科技工士数の減少等を踏まえると、小規模な歯科診療所等において専門的な業務を行うことができる歯科衛生士・歯科技工士の定着及び確保は急務である。
- また、こうした背景もあり、直近の「経済財政運営と改革の基本方針2024」においても、「歯科衛生士・歯科技工士の人材確保の必要性を踏まえた対応」が記載されている。



<参考>「経済財政運営と改革の基本方針2024」（歯科分抜粋）

全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の活用と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた具体的な取組の推進、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医歯薬連携を始めとする多職種間の連携、**歯科衛生士・歯科技工士等の人材確保の必要性を踏まえた対応**、歯科領域におけるICTの活用の推進、各分野等における歯科医師の適切な配置の推進により、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組むとともに、有効性・安全性が認められた新技術・新材料の保険導入を推進する。

<現状>



※ 歯科診療所に従事する歯科衛生士数の伸びは鈍化。また、令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）を特別集計したところ、個人歯科診療所（N=1343）において、常勤歯科衛生士を配置していない歯科診療所が約2割（246件）存在していたため、令和4年度に比べて、歯科診療所で専門的な口腔機能の指導を行う歯科衛生士が配置されていないことが想定される。

出典：衛生行政報告例

資料2-6 13

資料2-6 歯科衛生士や歯科技工士のタスクシフト、手間への評価の見直し（案）

- 現下の高齢化の進展等により歯科診療のニーズが増加しているなか、歯科診療所等において、より専門的な業務を行う歯科衛生士及び歯科技工士を確保し、限られた人材で歯科医療を効率的に提供する観点から、歯科衛生士及び歯科技工士の業務に係る評価を見直す。

○評価の見直しの具体

（現行）歯科衛生実地指導料 口腔機能指導加算 10点 → （見直し案）12点（+2点）

〔主な算定要件〕

- 口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合は、口腔機能指導加算として所定点数に加算する。

（現行）歯科技工士連携加算1（印象採得）50点 → （見直し案）60点（+10点）

（現行）歯科技工士連携加算2（印象採得）70点 → （見直し案）80点（+10点）

※咬合採得及び仮床試適の同加算についても同様の評価の見直しを行う。

〔主な算定要件〕

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠又はCAD/CAM冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、**歯科医師が歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合**には、歯科技工士連携加算1として所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算1は1回として算定する。
- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠又はCAD/CAM冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、**歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合**には、歯科技工士連携加算2として所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算2は1回として算定する。

③ 長期収載品の選定療養化や医薬品供給不安に伴う服薬指導の評価の見直し

109 / 245

資料2-6 15

資料2-6 診療報酬改定 I-3 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等-①

(参考) 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- 長期収載品の使用について、①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合や、②一般名処方の場合は、選定療養の対象とする。
- ただし、①医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合には、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする。

選定療養の対象品目の範囲

- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、後発品上市後5年を経過した長期収載品については選定療養の対象（※）とする。
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
 - ② また、後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、選定療養の対象とする。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。
- 選定療養に係る負担は、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、上記価格差の4分の1相当分とする。

110 / 245

資料2-6 16

(参考) 重点的に丁寧な説明が必要となる場合の評価

- 服薬指導を行う際に、特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合における評価の新設
- ①特に安全性に関する情報活用が必要となる、医薬品リスク管理計画に基づく説明資料を活用する場合及び緊急安全性情報等の医薬品の安全性に関する情報を提供する場合
 - ②長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして導入された選定療養の対象となる品目が処方された患者に対する制度の説明が必要な場合等

(新) 特定薬剤管理指導加算3

5点

イ 特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合

ロ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合

[主な算定要件]

- (1) 服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、処方された医薬品について、保険薬剤師が患者に重点的な服薬指導が必要と認め、必要な説明及び指導を行ったときに患者1人につき当該医薬品に関して最初に処方された1回に限り算定する。
- (2) 「イ」については、以下の場合をいう。
 - ・RMPの策定が義務づけられている医薬品について、当該医薬品を新たに処方された場合に限り患者又はその家族等に対し、RMPに基づきRMPに係る情報提供資料を活用し、副作用、併用禁忌等の当該医薬品の特性を踏まえ、適正使用や安全性等に関して十分な指導を行った場合
 - ・処方された薬剤について緊急安全性情報、安全性速報が新たに発出された場合に、安全性に係る情報について提供及び十分な指導を行った場合
- (3) 「ロ」については、以下の場合をいう。
 - ・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合
 - ・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合

111 / 245

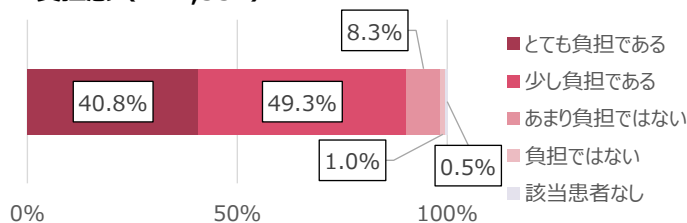
資料2-6 17

資料2-6

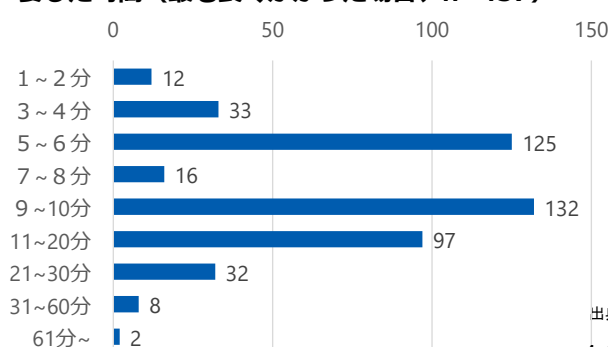
薬局における長期収載品の選定療養等の対応状況

保険薬局における長期収載品の選定療養に関する患者への対応については、約9割の薬局が負担感を訴えている。患者への説明に長時間を要する場合があるほか、業務に支障が出た等の対応困難事例が公表されている。

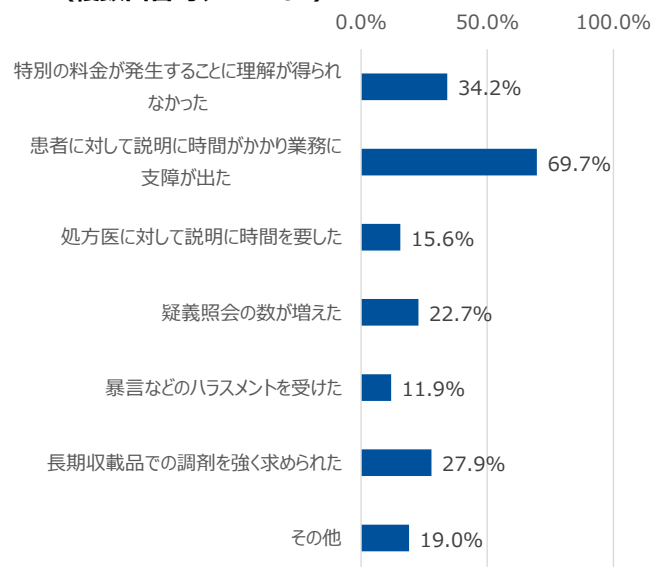
● 長期収載品の選定療養に関する患者への対応の負担感 (n=4,551) ※1



● 長期収載品の選定療養に関する患者への説明に要した時間 (最も長くかった場合、n=457) ※2



● 長期収載品の選定療養に関する対応困難事例等 (複数回答可、n=462) ※2



出典：※1長期収載品に係る選定療養について施行直後の対応状況報告書(2024年12月、日本保険薬局協会、回答期間:11月1日~12月4日)、※2「長期収載品の選定療養に関する薬局での対応状況調査表」の調査結果報告(2024年10月、東京都薬剤師会協会、回答期間:10月15日~10月31日)

112 / 245

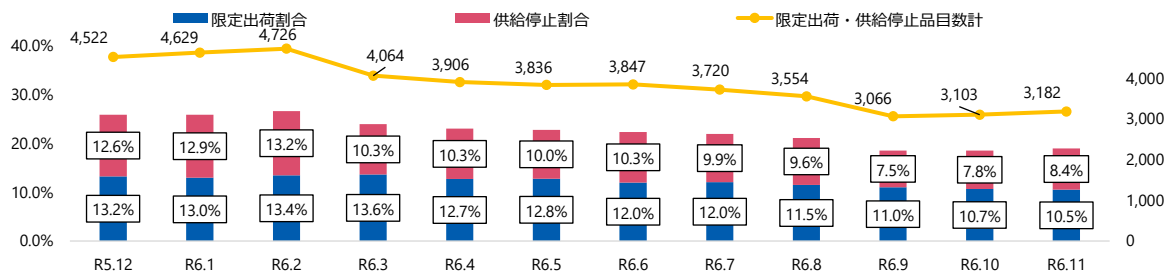
資料2-6 18

資料2-6

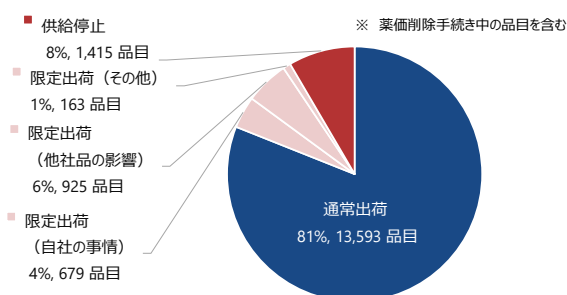
医療用医薬品の供給状況

医療用医薬品の出荷状況は、供給停止・限定出荷が継続しており、2024年11月においても、合計19%（3,182品目）の品目が限定出荷・供給停止となっている。

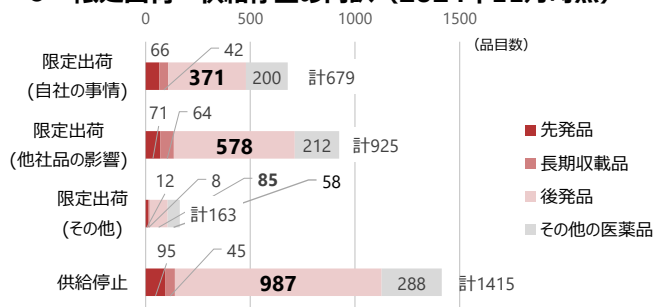
● 医療用医薬品の出荷状況の推移（2023年12月～2024年11月）



● 医薬品全体の出荷状況（2024年11月時点）



● 限定出荷・供給停止の内訳（2024年11月時点）



出典：令和6年度厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課委託事業「医療用医薬品供給に関する緊急調査事業」のデータを基に保険局医療課で作成
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kouhatsu-iyaku/04_00002.html

資料2-619

資料2-619 長期収載品の選定療養等に係る説明等に係る評価の見直し（案）

- 特定薬剤管理指導加算 3 口について、令和 6 年10月 1 日から長期収載品の選定療養が施行され、患者への説明など保険薬局の業務負担が更に増加していること等を踏まえ、評価の見直しを行う。

○ 診療報酬上の特別措置の具体

（現行）特定薬剤管理指導加算 3 口※ 5 点 → （見直し案）10 点（+ 5 点）

※服薬管理指導料の加算であり、かかりつけ薬剤師指導料における同加算についても同様の見直しを行う。

[主な算定要件]

- 服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、処方された医薬品について、保険薬剤師が患者に重点的な服薬指導が必要と認め、必要な説明及び指導を行ったときに患者 1 人につき当該医薬品に関して最初に処方された 1 回に限り算定する。
- 「口」については、以下の場合をいう。
 - ・ 後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合
 - ・ 医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合

資料2-6

中医協 総－3 参考 6 . 1 2 . 2 5

令和6年12月25日
厚生労働省

大臣折衝事項（抄）

8. その他

（2）医療

令和7年度予算における診療報酬上の対応として、次のとおり対応する。

- ・ 医療機関を取り巻く状況変化を踏まえ、入院時の食費基準額を一食当たり20円引き上げる。なお、患者負担については、低所得者に関して、所得区分等に応じて一定の配慮を行う。
- ・ また、地域での希少な医療資源を有効活用する観点から、口腔機能指導や歯科技工士との連携に係る加算について上乗せ加算を講ずるとともに、特に、服薬指導に係る加算については、医薬品の安定供給等に向けた取組等を評価する観点から、上乗せ加算を講ずる。

中央社会保険医療協議会 総会（第 602 回） 議事次第

令和 7 年 1 月 15 日（水）
薬価専門部会終了後～

議 題

- 医療機器の保険適用について
- 令和 7 年度薬価改定について
- 改定時加算について
- 歯科用貴金属価格の随時改定について
- 中間年改定の年に行う期中の診療報酬改定について（諮問）

令和7年度薬価改定に係る薬価算定基準の見直しについて（案）

「令和7年度薬価改定の骨子」（令和6年12月25日中央社会保険医療協議会了解）において実施することとされた事項に関し、令和7年度薬価改定における具体的内容として、薬価算定基準を次のように改正する。
また、こうした改正事項については、「薬価算定の基準について」等の改正により明確化する。

1. 対象品目及び改定方式

《骨子》

改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点のもとより、創薬イノベーションの推進や医薬品の安定供給の確保の要請にきめ細かく対応する観点から、次のとおり、品目ごとの性格に応じて対象範囲を設定する。

- ① 新薬のうち、新薬創出等加算の対象品目
平均乖離率（5.2%）の1.0倍（乖離率5.2%）を超える品目を対象とする。
- ② 新薬のうち、新薬創出等加算の対象外品目
平均乖離率（5.2%）の0.75倍（乖離率3.9%）を超える品目を対象とする。
- ③ 長期収載品
平均乖離率（5.2%）の0.5倍（乖離率2.6%）を超える品目を対象とする。
- ④ 後発品
平均乖離率（5.2%）の1.0倍（乖離率5.2%）を超える品目を対象とする。
- ⑤ その他
平均乖離率（5.2%）の1.0倍（乖離率5.2%）を超える品目を対象とする。

改定方式は、市場実勢価格加重平均値調整幅方式とし、具体的には、以下の算出式で算定した値を改定後薬価とする。

<算出式>

$$\text{新薬価} = \left(\begin{array}{c} \text{医療機関・薬局への販売} \\ \text{価格の加重平均値（税抜} \\ \text{の市場実勢価格）} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} 1 + \text{消費税率} \\ \text{（地方消費税分含む）} \end{array} \right) + \text{調整幅}$$

ただし、改定前薬価（税込み）を上限とする。

※ 調整幅は、改定前薬価の2/100に相当する額

【改正後】

第3章 既収載品の薬価の改定

薬価改定においては、改定前の薬価に対して、次の第1節から第11節までの規定を順に適用して算定される額に改定する。

ただし、令和 7 年度薬価改定においては、次の第 1 節、第 2 節及び第 6 節から第 10 節までの規定を順に適用して算定される額に改定する。

第 1 節 市場実勢価格加重平均値調整幅方式

当該既収載品の薬価を市場実勢価格加重平均値調整幅方式（別表 5）により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、薬価調査により市場実勢価格が把握できない既収載品については、当該既収載品の最類似薬の薬価改定前後の薬価の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

なお、令和 7 年度薬価改定においては、その市場実勢価格の薬価に対する乖離率が全ての既収載品の平均乖離率に次の係数を乗じて得た乖離率を超える既収載品（令和 6 年 10 月以降に新規に薬価基準に収載された品目を除く。）について、本規定の対象とする。

イ 新薬創出等加算の対象品目 1.0

ロ 新薬であって、当該新薬に係る後発品が薬価収載されていないもの（薬価収載の日から 15 年を経過したもの又は第 8 節 1（1）ロの要件に該当しないものに限る。） 0.75

ハ 新薬であって、当該新薬に係る後発品が薬価収載されているもの 0.5

ニ 後発品 1.0

ホ 医薬品医療機器等法の規定により昭和 42 年 9 月 30 日以前に承認された既収載品 1.0

第 6 節 後発品等の価格帯

1 組成、剤形区分及び規格が同一である既収載品群の価格帯

次の（1）から（3）までに定めるいずれかの要件に該当する既収載品（令和 7 年度薬価改定においては、その市場実勢価格の薬価に対する乖離率が全ての既収載品の平均乖離率の 1.0 倍を超える既収載品（令和 6 年 10 月以降に新規に薬価基準に収載された品目を除く。））については、各号に掲げる品目ごとに、本規定の適用前の価格を加重平均する。

2 G 1 品目又は G 2 品目に係る後発品の価格帯

令和 7 年度薬価改定については、令和 6 年度薬価改定において、同項の対象とされた品目のうち、その市場実勢価格の薬価に対する乖離率が全ての既収載品の平均乖離率の 1.0 倍を超える後発品（令和 6 年 10 月以降に新規に薬価基準に収載された品目を除く。）を同項の対象とする。

2. 適用する算定ルール

《骨子》

令和 7 年度薬価改定において適用する算定ルールについては、以下のとおりとする。

（1）基礎的医薬品

- ※ 令和 6 年度改定の際に基礎的医薬品とされたものと組成及び剤形区分が同一である品目について適用する。
- ※ 乖離率の要件（全ての既収載品の平均乖離率以下）を満たさない品目については、対象としない。

（2）最低薬価

最低薬価を引き上げた上で適用する。

※ 引き上げた最低薬価を下回る価格の基礎的医薬品については、引き上げ後の最低薬価と同水準までその薬価を引き上げることとする。

(3) 不採算品再算定

急激な原材料費の高騰、安定供給問題に対応するため、医療上の必要性が特に高い品目を対象として不採算品再算定を臨時・特例的に適用する。具体的な対象品目は、次のいずれかを満たす品目を基本とする。ただし、組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬の市場実勢価格の薬価に対する乖離率の平均が全ての既収載品の平均乖離率を超える品目（厚生労働大臣が増産要請を行った品目を除く）は対象外とする。

- ・基礎的医薬品とされたものと組成及び剤形区分が同一である品目
- ・安定確保医薬品のカテゴリ A 及び B に位置付けられている品目
- ・厚生労働大臣が増産要請（注）を行った品目

（注）2023 年 10 月 18 日、同年 11 月 7 日 感染症対症療法薬等の安定供給に向けた大臣要請を指す

これらの品目のうち、厚生労働大臣が増産要請を行った品目については、通常の不採算品再算定の取扱いの「製造販売に要する原価等が著しく上昇したと認められるもの等」における要件のうち、「（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。）」又は「（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬（新規後発品として薬価収載されたものに限る。）がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。）」の規定を適用しない。また、基礎的医薬品とされたものと組成及び剤形区分が同一である品目及び安定確保医薬品のカテゴリ A 及び B に位置付けられている品目については、これらの規定を「（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬（令和 5 年度及び令和 6 年度の薬価改定において不採算品再算定の対象となったものを除く。）がある場合には、全ての当該類似薬について該当する場合に限る。）」及び「（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬（新規後発品として薬価収載されたもの（令和 5 年度及び令和 6 年度の薬価改定において不採算品再算定の対象となった品目を除く。）に限る。）がある場合には、全ての当該類似薬について該当する場合に限る。）」と読み替えて適用する。

(4) 新薬創出・適応外薬解消等促進加算（加算及び累積額控除）

創薬イノベーションの推進及び国民負担の軽減といった基本的な考え方を踏まえ、加算及び累積額控除（新薬創出等加算対象品目等を比較薬にして算定された品目の取扱いも含む）の両方を適用する。

(5) 後発品等の価格帯

※ 改定の対象品目について、令和 6 年度改定時の価格帯集約の考え方を踏襲して適用する。ただし、組成、剤形区分及び規格が同一である既収載品群の価格帯の特例の適用条件「全ての既収載後発品の中で最も高い価格帯となるものであること」の規定については、「全ての既収載後発品（改定の対象範囲外の品目を含む。）の中で最も高い価格帯となるものであること」と読み替えて適用する。

(6) 既収載品の外国平均価格調整

※ 令和 6 年度薬価制度改革を踏まえた考え方に基づいて適用する。

(7) 既収載品の薬価改定時の加算

※ 令和 6 年度薬価制度改革を踏まえた考え方に基づいて適用する。

(8) 長期収載品の薬価の改定、市場拡大再算定その他の既収載品の算定ルールについて、令和 7 年度改定においては適用しない。

【改正後】(一部再掲)

第 3 章 既収載品の薬価の改定

薬価改定においては、改定前の薬価に対して、次の第 1 節から第 11 節までの規定を順に適用して算定される額に改定する。

ただし、令和 7 年度薬価改定においては、次の第 1 節、第 2 節及び第 6 節から第 10 節までの規定を順に適用して算定される額に改定する。

第 1 節 市場実勢価格加重平均値調整幅方式

当該既収載品の薬価を市場実勢価格加重平均値調整幅方式(別表 5)により算定される額(販売量が少ないことその他の理由により、薬価調査により市場実勢価格が把握できない既収載品については、当該既収載品の最類似薬の薬価改定前後の薬価の比率の指数その他の方法により算定される額)に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

なお、令和 7 年度薬価改定においては、その市場実勢価格の薬価に対する乖離率が全ての既収載品の平均乖離率に次の係数を乗じて得た乖離率を超える既収載品(令和 6 年 10 月以降に新規に薬価基準に収載された品目を除く。)について、本規定の対象とする。

イ 新薬創出等加算の対象品目 1.0

ロ 新薬であって、当該新薬に係る後発品が薬価収載されていないもの(薬価収載の日から 15 年を経過したもの又は第 8 節 1 (1) ロの要件に該当しないものに限る。) 0.75

ハ 新薬であって、当該新薬に係る後発品が薬価収載されているもの 0.5

ニ 後発品 1.0

ホ 医薬品医療機器等法の規定により昭和 42 年 9 月 30 日以前に承認された既収載品 1.0

第 2 節 新薬創出等加算対象品目等を比較薬にして算定された品目の取扱い

(現行の取扱いから変更無し)

第 6 節 後発品等の価格帯

1 組成、剤形区分及び規格が同一である既収載品群の価格帯

次の(1)から(3)までに定めるいずれかの要件に該当する既収載品(令和 7 年度薬価改定においては、その市場実勢価格の薬価に対する乖離率が全ての既収載品の平均乖離率の 1.0 倍を超える既収載品(令和 6 年 10 月以降に新規に薬価基準に収載された品目を除く。))については、各号に掲げる品目ごとに、本規定の適用前の価格を加重平均する。

2 G 1 品目又は G 2 品目に係る後発品の価格帯

令和 7 年度薬価改定については、令和 6 年度薬価改定において、同項の対象とされた品目のうち、その市場実勢価格の薬価に対する乖離率が全ての既収載品の平均乖離率の 1.0 倍を超える後発品（令和 6 年 10 月以降に新規に薬価基準に収載された品目を除く。）を同項の対象とする。

3 組成、剤形区分及び規格が同一である既収載品群の価格帯の特例

(1) 対象企業

別表 12 に基づき A 区分と分類された企業

(2) (略)

(3) 適用条件

以下の条件の全てを満たすこと。ただし、令和 7 年度薬価改定においては、イの「全ての既収載後発品の中で最も高い価格帯となるものであること」とあるのは、「全ての既収載後発品（改定の対象範囲外の品目を含む。）の中で最も高い価格帯となるものであること」と読み替える。

イ 全ての既収載後発品の中で最も高い価格帯となるものであること

ロ及びハ (略)

別表 12

後発品を製造販売する企業の評価

1 評価指標及び評価方法

次の表の評価指標ごとに、右欄に掲げるポイントを合計したポイントを企業指標に基づくポイントとする。~~ただし、令和 6 年度薬価改定においては、評価指標の 1. 及び 2. の各項目並びに 3. ④の項目は適用しない。~~

評価指標	評価方法
1. 後発品の安定供給に関連する情報の公表等	
① 製造販売する品目の製造業者名の公表	「後発品の安定供給に関連する情報の公表等に関するガイドライン」の様式 1 について、製造業者名を記載していない場合 ▲ 5 pt
② 製造販売する品目の原薬の製造国の公表	「後発品の安定供給に関連する情報の公表等に関するガイドライン」の様式 1 について、原薬の製造国を記載していない場合 ▲ 5 pt
③ 他の製造販売業者と共同開発して承認された品目における共同開発先の製造販売業者名の公表	「後発品の安定供給に関連する情報の公表等に関するガイドライン」の様式 1 について、共同開発先企業を記載していない場合 ▲ 5 pt
④ 厚生労働省のウェブサイトの「安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ」における安定供給体制等に関する情報の掲載	厚生労働省のウェブサイトの「安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ」に様式 2 を公表していない場合に ▲ 10pt
⑤ 日本製薬団体連合会が作成した「ジェネリック医薬品供給ガイドライン」に準拠した内容である安定供給に係る文書の作成と運用	厚生労働省のウェブサイトの「安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ」に

	<p>公表している様式2について、様式を公表していない場合▲5pt</p> <p>安定供給体制の確保に関する自主点検の実施が確認できない場合に▲3pt</p> <p>安定供給体制の確保に関する自主点検を実施し不適の場合、自主点検未実施だが実施予定となっている場合、実施結果を記載していない場合に▲2pt</p> <p>不適だが是正措置を実施している場合▲1pt</p>
2. 後発品の安定供給のための予備対応力の確保	
① 製造販売する品目の原薬の複数の製造所を確保	<p>原薬の購買先を複数設定している品目の割合</p> <p>10%未満：0pt、10～30%未満：3pt、30～50%未満 5pt、50～100% 10pt</p>
② 製造販売する「安定確保医薬品」について、品目ごとの一定以上の余剰製造能力又は在庫量の確保	<p>保有する安定確保医薬品のそれぞれについて、以下のとおり算出</p> <p>製造余力指数 保有する安定確保医薬品のうち、AとB^{※1}の合計品目の割合</p> <p>70～100%：5pt、50～70%未満：1pt、50%未満：0pt</p> <p>在庫指数 保有する安定確保医薬品のうち、AとB^{※2}の合計品目の割合</p> <p>70～100%：5pt、50～70%未満：1pt、50%未満：0pt</p> <p>^{※1} 向こう3か月以内に追加で増産して供給できる供給量の指標：A：0.5以上、B、0～0.5</p> <p>^{※2} 3か月分の標準的な在庫量を1とした場合の在庫量の指標：A：1.5以上、B、1～1.5</p>
3. 製造販売する後発品の供給実績	
① 製造販売する品目ごとの月単位の出荷実績（当該品目の製造計画と実際の出荷量を比較した情報を含む。）の公表	<p>製造計画を下回って供給する品目（実績指数（R6.9 単月ではなく、R6.4～9の平均としている）が0.8以下）の割合 0%：0pt、0～30%未満：▲1pt、30～70%未満：▲2pt、70～100%未満：▲3pt、100%：▲5pt</p>
② 製造販売する「安定確保医薬品」の品目数	<p>200品目以上：10pt、100品目以上200品目未満：8pt、50品目以上100品目未満：5pt、10品目以上50品目未満：3pt、1品目以上10品目未満：1pt、0品目：0pt</p> <p>ただし、安定確保医薬品のカテゴリAは1品目で2品目に相当するものとして算出</p>
③ 製造販売業者自らの理由による製造販売する品目の出荷停止又は出荷量の制限の対応 <small>※少量多品目構造の解消に資する品目統合により経過措置となっ</small>	【出荷量制限品目割合】

<p><u>たことが確認できた品目については、計算時に除外する。</u></p>	<p>20%以上：▲ 5 pt、10%以上 20%未満：▲ 3 pt、10%未満（0%を除く。）：▲ 2 pt、0%：0 pt 【出荷停止品目割合】 20%以上：▲10pt、10%以上 20%未満：▲ 7 pt、10%未満（0%を除く。）：▲ 5 pt、0%：0 pt</p>
<p>④ 出荷量が増加した品目、出荷量が減少した品目の割合 <u>※少量多品目構造の解消に資する品目統合により経過措置となつたことが確認できた品目については、計算時に除外する。</u></p>	<p>【出荷量増加品目割合】 50%以上：5 pt、30%以上 50%未満：4 pt、20%以上 30%未満：3 pt、20%未満（0%を除く。）：2 pt、0%：0 pt 【出荷量減少品目割合】 50%以上：▲ 5 pt、30%以上 50%未満：▲ 4 pt、20%以上 30%未満：▲ 3 pt、20%未満（0%を除く。）：▲ 2 pt、0%：0 pt</p>
<p>⑤ 他の製造販売業者が出荷停止又は出荷量の制限を行った品目に関して、組成、剤形区分及び規格が同一の自らの品目の出荷量を増加させた実績</p>	<p>他の製造販売業者が出荷停止又は出荷量の制限を行っている品目に関して、増産対応していると厚生労働省に報告のあったものについて、製造販売業者が製造販売する品目数に占める割合の百分率の数値（小数点以下を四捨五入したもの）をポイントとして加算 ただし、上限は 20pt</p>
<p>⑥ 他の製造販売業者の長期収載品のうち G1 区分の品目の市場撤退に伴う製造販売承認の承継、又は自らの品目の出荷量を増加させた実績</p>	<p>組成及び剤形区分が同一の品目について、G 1 増産対応企業として決定した品目ごとに 5 pt</p>
<p><u>⑦ 製造販売業者が製造販売する後発品について、同一成分内でのシェアが 3 %以下の品目</u></p>	<p><u>製造販売業者ごとの既収載後発品について、同一成分、剤形区分、規格内でのシェアが 3 %以下の品目が、同社が製造販売するすべての品目に占める割合</u> <u>0%：0 pt、0～30%未満：▲ 1 pt、30～50%未満：▲3pt、50～70%未満：▲5pt、70%以上：▲ 7 pt</u></p>
<p>4. 薬価の乖離状況</p>	
<p>① 製造販売業者が製造販売する後発品の全品目の平均乖離率が一定値を超えた実績</p>	<p>製造販売業者ごとの既収載後発品全体の平均乖離率について、薬価調査における全ての既収載後発品の平均乖離率を 100 とした場合の指数を算出し、以下のとおり評価 150 未満：0 pt、150 以上 200 未満：▲ 5 pt、200 以上 250 未満：▲10pt、250 以上：▲15pt</p>
<p>② 製造販売承認を取得した収載 5 年以内の後発品新規後発品について、薬価収載後の 5 年間における薬価改定時の当該品目の乖離率が一定値を超えた実績 <u>※少量多品目構造の解消に資する品目統合により経過措置となつたことが確認できた品目については、計算時に除外する。</u></p>	<p>薬価収載から 5 年以内の後発品に係る製造販売業者ごとの既収載後発品全体の平均乖離率について、薬価調査における全ての既収載後発品の平均乖離率を 100 とした場合の指数を算出し、以下のとおり評価</p>

資料2-8

	150 未満：0 pt、150 以上 200 未満：▲5 pt、200 以上 250 未満：▲10pt、250 以上：▲15pt
③ 新規収載された後発品のうち、5 年以内に市場撤退した品目数	薬価収載から 5 年以内に供給停止事前報告書が提出された品目ごとに▲1 pt
④ 不採算品再算定を受けた品目について、その後の 5 年間ににおける薬価改定時の当該品目の乖離率が一定値を超えた実績	過去 5 年以内に不採算品再算定を受けた品目について、薬価調査における全ての既収載品の平均乖離率を超えた品目ごとに▲1 pt ただし、平均乖離率を複数回超えた当該品目については、2 回目以降は超えるごとにさらに▲1 pt

※ 評価の対象とする品目は、別段の定めがある場合を除き、評価対象となる企業が製造販売する全ての既収載後発品（バイオ後続品を含む。）及び医薬品医療機器等法の規定により昭和 42 年 9 月 30 日以前に承認された既収載品とする。

※ 3. ⑥の「G 1 増産対応企業」は、平成 31 年 3 月 29 日付け厚生労働省医政局経済課事務連絡「後発医薬品への置換えが進んでいる長期収載品（G 1 品目）の供給停止等に係る手続について」の 1（5）に基づき行政より増産依頼を受けた企業を指す。

2 （略）

第 7 節 低薬価品の特例

1 基礎的医薬品

(1) 対象品目の要件

本規定の対象品目は、次の①又は②のいずれかに該当する既収載品（十分な収益性が見込まれるものを除く。）とする。

- ① 次の全ての要件に該当する既収載品（令和 7 年度薬価改定においては、令和 6 年度薬価改定において本節 1（1）①に該当したものに限る。ただし、令和 7 年度薬価改定の際に以下の二の要件に該当しないものについてはこの限りではない。）

イ～ハ（略）

- 二 当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤形区分が同一である類似薬の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないこと。

- ② 次の全ての要件に該当する安定確保医薬品のカテゴリ A（令和 3 年 3 月 26 日付け厚生労働省医政局経済課公表）に位置付けられた既収載品（令和 7 年度薬価改定においては、令和 6 年度薬価改定において本節 1（1）②に該当したものに限る。ただし、令和 7 年度薬価改定の際に以下の八の要件に該当しないものについてはこの限りではない。）

イ 長期収載品の薬価改定の規定に係る次のいずれにも該当しないこと。

- (イ) 先発品（当該先発品に係る後発品が収載されているものに限る。）であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 10 年を経過していないもの
(ロ) (イ) に該当する先発品と組成、剤形区分が同一である類似薬

- (ハ) G 1 品目であって、G 1 品目に該当してから 6 年を経過した後の最初の薬価改定を受けていないもの
- (ニ) G 2 品目であって、G 2 品目に該当してから 10 年を経過した後の最初の薬価改定を受けていないもの
- ロ (略)
- ハ 当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤形区分が同一である全ての類似薬（イを満たすものに限る。）の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないこと。

3 最低薬価

(1) 対象品目の要件

薬価改定の際、本節 1 又は 2 の要件に該当しない既収載品について、本規定の適用前の価格が、別表 9 の左欄に掲げる薬剤の区分に従い、同表の右欄に掲げる額（以下「最低薬価」という。）を下回る場合には、最低薬価に改定する。

また、令和 7 年度薬価改定においては、本節 1 の要件に該当する既収載品の薬価が最低薬価を下回る場合、最低薬価に改定する。

なお、価格帯集約を受けた医薬品であって、価格帯のうちいずれかの品目が最低薬価を下回る場合は、同一の価格帯に含まれる既収載品の中で最も高額な最低薬価を当該価格帯に含まれる全ての医薬品の最低薬価とする。

別表 9 最低薬価

区 分		最低薬価 (改定前)	最低薬価 (改定後)
日本薬局方収載品			
錠剤	1 錠	10.10 円	<u>10.40 円</u>
カプセル剤	1 カプセル	10.10 円	<u>10.40 円</u>
丸剤	1 個	10.10 円	<u>10.40 円</u>
散剤（細粒剤を含む。）	1g※ 1	7.50 円	<u>7.70 円</u>
顆粒剤	1g※ 1	7.50 円	<u>7.70 円</u>
末剤	1g※ 1	7.50 円	<u>7.70 円</u>
注射剤	100mL 未満 1 管又は 1 瓶	97 円	<u>100 円</u>
	100mL 以上 500mL 未満 1 管又は 1 瓶	115 円	<u>119 円</u>
	500mL 以上 1 管又は 1 瓶	152 円	<u>157 円</u>
坐剤	1 個	20.30 円	<u>20.90 円</u>
点眼剤	5mL1 瓶	89.60 円	<u>92.50 円</u>
	1mL	17.90 円	<u>18.50 円</u>
内用液剤、シロップ剤 (小児への適応があるものを除く。)	1 日薬価	9.80 円	<u>10.10 円</u>
内用液剤、シロップ剤	1mL※ 2	10.20 円	<u>10.50 円</u>

(小児への適応があるものに限る。)			
外用液剤	10mL※ 1	10.00 円	<u>10.30 円</u>
(外皮用殺菌消毒剤に限る。)			
貼付剤	10g	8.60 円	<u>8.90 円</u>
	10cm×14cm 以上 1 枚	17.10 円	<u>17.60 円</u>
	その他 1 枚	12.30 円	<u>12.70 円</u>
その他の医薬品			
錠剤	1 錠	5.90 円	<u>6.10 円</u>
カプセル剤	1 カプセル	5.90 円	<u>6.10 円</u>
丸剤	1 個	5.90 円	<u>6.10 円</u>
散剤 (細粒剤を含む。)	1g※ 1	6.50 円	<u>6.70 円</u>
顆粒剤	1g※ 1	6.50 円	<u>6.70 円</u>
末剤	1g※ 1	6.50 円	<u>6.70 円</u>
注射剤	100mL 未満 1 管又は 1 瓶	59 円	<u>61 円</u>
	100mL 以上 500mL 未満 1 管又は 1 瓶	70 円	<u>72 円</u>
	500mL 以上 1 管又は 1 瓶	93 円	<u>96 円</u>
坐剤	1 個	20.30 円	<u>20.90 円</u>
点眼剤	5mL1 瓶	88.80 円	<u>91.60 円</u>
	1mL	17.90 円	<u>18.50 円</u>
内用液剤、シロップ剤	1 日薬価	6.70 円	<u>6.90 円</u>
(小児への適応があるものを除く。)			
内用液剤、シロップ剤	1mL※ 2	6.70 円	<u>6.90 円</u>
(小児への適応があるものに限る。)			
外用液剤	10mL※ 1	6.60 円	<u>6.80 円</u>
(外皮用殺菌消毒剤に限る。)			
貼付剤	10g	8.60 円	<u>8.90 円</u>
	10cm×14cm 以上 1 枚	17.10 円	<u>17.60 円</u>
	その他 1 枚	12.30 円	<u>12.70 円</u>

※ 1 規格単位が 10g の場合は 10g と読み替える。

※ 2 規格単位が 10mL の場合は 10mL と読み替える。

第 8 節 新薬創出・適応外薬解消等促進加算

(現行の取扱いから変更無し)

第 9 節 既収載品の薬価改定時の加算

(1) 対象品目

本規定の対象品目は、次のいずれかに該当する品目 (令和 7 年度薬価改定においては、令和 5 年 11 月から令和 6 年 10 月までの間に該当することとなった品目に限る。) とする。ただし、第 4 節 1 の市場拡大再算定に該当する品目を除く。

第 10 節 既収載品の外国平均価格調整
(現行の取扱いから変更無し)

第 4 章 実施時期等

3 経過措置

(2) 前回の薬価改定において最低薬価とみなして最低薬価に係る規定を適用することとされた既収載品及び令和 7 年 3 月 31 日における薬価が最低薬価を下回る既収載品(以下「みなし最低薬価品目」という。)の薬価については、令和 6 年度薬価改定における最低薬価に対する令和 7 年度薬価改定における最低薬価の比率と同等の比率を当該薬価に乗じて得た額(不採算品再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価)を最低薬価とみなして、最低薬価に係る規定を適用する。ただし、当該薬価(不採算品再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価)が、最低薬価以上のときはこの限りでない。また、令和 7 年度薬価改定においては、みなし最低薬価品目のうち、組成及び剤形区分が同一である類似薬の市場実勢価格の薬価に対する乖離率が全ての既収載品の平均乖離率を超えないものの薬価は、次のいずれか低い額とする。

- イ 別表 9 の最低薬価
- ロ 改定前の薬価の 2 倍

(4) 令和 7 年度薬価改定においては、第 3 章第 7 節 2 の規定を次のとおり適用する。

① 対象品目

第 3 章第 7 節 1 (1) ①の要件を満たす基礎的医薬品と組成及び剤形区分が同一である既収載品、安定確保医薬品のカテゴリ A 及び B (令和 3 年 3 月 26 日付け厚生労働省医政局経済課公表) に位置付けられた既収載品又は感染症対策療法薬等の安定供給に向けて行われた令和 5 年 10 月 18 日及び同年 11 月 7 日の大臣要請等に係る既収載品等のうち、製造販売に要する原価等が著しく上昇したと認められるもの等とする。

ただし、その組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬の市場実勢価格の薬価に対する乖離率が全ての既収載品の平均乖離率を超える既収載品(感染症対策療法薬等の安定供給に向けて行われた令和 5 年 10 月 18 日及び同年 11 月 7 日の大臣要請等に係る既収載品を除く。)については、本規定は適用しない。

② 薬価の改定方式

イ 第 3 章第 7 節 1 (1) ①の要件を満たす基礎的医薬品と組成及び剤形区分が同一である既収載品及び安定確保医薬品のカテゴリ A 及び B に位置付けられた既収載品

次のいずれかの要件に該当する場合は、原価計算方式によって算定される額(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、それぞれについて原価計算方式によって算定される額のうち、最も低い額)を当該既収載品の薬価とする。

ただし、営業利益率は、製造販売業者の経営効率を精査した上で、100 分の 5 を上限とする。

(イ) 保険医療上の必要性が高いものであると認められる既収載品であって、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格

が同一である類似薬（令和５年度及び令和６年度の薬価改定において不採算品再算定の対象となつたものを除く。）がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。）

（ロ）新規後発品として薬価収載された既収載品のうち、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬（新規後発品として薬価収載されたもの（令和５年度及び令和６年度の薬価改定において不採算品再算定の対象となつたものを除く。）に限る。）がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。）

ロ 感染症対策療法薬等の安定供給に向けて行われた令和５年１０月１８日及び同年１１月７日の大臣要請等に係る既収載品（保険医療上の必要性が高いものであると認められる既収載品であつて、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるものに限る。）

原価計算方式によって算定される額（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、それぞれについて原価計算方式によって算定される額のうち、最も低い額）を当該既収載品の薬価とする。

ただし、営業利益率は、製造販売業者の経営効率を精査した上で、１００分の５を上限とする。

３．その他の取扱い

（１）規格間の価格逆転防止

《骨子》

組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の品目の規格間で価格逆転が生じる際には、可能な限り価格の逆転が生じないよう、財政中立の範囲内で、改定の対象とならない規格を含め、価格を調整する。

【改正後】

（現行の取扱いから変更無し）

（２）今年度薬価調査において、取引が確認されなかった品目

《骨子》

類似する品目の乖離率等に基づき、改定の対象か否かを判定する。ただし、本年１０月以降に薬価収載された品目は改定対象としない。

【改正後】（再掲）

第３章 既収載品の薬価の改定

第１節 市場実勢価格加重平均値調整幅方式

当該既収載品の薬価を市場実勢価格加重平均値調整幅方式（別表５）により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、薬価調査により市場実勢価格が把握できない既収載品については、当該既収載品の最類似薬の薬価改定前後の薬価の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

なお、令和7年度薬価改定においては、その市場実勢価格の薬価に対する乖離率が全ての既収載品の平均乖離率に次の係数を乗じて得た乖離率を超える既収載品（令和6年10月以降に新規に薬価基準に収載された品目を除く。）について、本規定の対象とする。

イ 新薬創出等加算の対象品目 1.0

ロ 新薬であって、当該新薬に係る後発品が薬価収載されていないもの（薬価収載の日から15年を経過したもの又は第8節1（1）ロの要件に該当しないものに限る。） 0.75

ハ 新薬であって、当該新薬に係る後発品が薬価収載されているもの 0.5

ニ 後発品 1.0

ホ 医薬品医療機器等法の規定により昭和42年9月30日以前に承認された既収載品 1.0

（3）「薬価改定」を区切りとして品目を選定する規定の取扱い

《骨子》

「薬価改定」を区切りとして品目を選定する次の規定において、令和7年度薬価改定は、当該規定でいう「薬価改定」には含めない。

- ・ 長期収載品の薬価の改定
- ・ 再算定

【改正後】

第3節 長期収載品の薬価の改定

2 後発品収載後10年を経過した長期収載品の後発品価格への引下げ

（1）対象品目

本規定の対象品目は、次のいずれかに該当する品目とする。

- ① （略）
- ② 先発品であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後10年を経過していないもののうち、令和2年度薬価改定以降の薬価改定において後発品置換え率が80%以上であったもので、それ以降の薬価改定（令和3年度薬価改定、令和5年度薬価改定及び令和7年度薬価改定を除く。）において改めて後発品置換え率が80%以上であることが確認され、かつ、①のイからへまでのいずれにも該当しないもの。

（2）薬価の改定方式

① 後発品への置換えが進んでいるもの（G1）

（1）①に該当する品目のうち、最初の後発品の収載後10年が経過した以降に後発品置換え率が80%以上になったもの又は（1）②に該当する品目（先発品と後発品の効能又は効果が同一でないものを除く。以下「G1品目」という。）については、次に掲げる各号の区分に従い当該各号に掲げる額に引き下げる。

ただし、本規定の適用前の価格を超えないこととし、改定後の後発品価格のうち最も高いものを引下げの下限とする。また、下記②に規定するG2品目に該当したことのある品目については、次に掲げる各倍率については、②のイからへまでの適用されたことのある倍率のうち最も低い倍率を上限とする。

イ G1品目に該当してから初めて薬価改定（令和7年度薬価改定を除く。以下、この（2）において同じ。）を受けるもの 後発品価格の加重平均値の2.5倍

第4節 再算定

1 市場拡大再算定

(1) 市場拡大再算定対象品

イ (略)

ロ 薬価収載の日（医薬品医療機器等法第14条第9項の規定に基づき効能又は効果の変更（以下「効能変更等」という。）が承認された既収載品については、当該効能変更等の承認を受けた日）から10年を経過した後の最初の薬価改定（令和7年度薬価改定を除く。）を受けていない既収載品

ハ (略)

なお、基準年間販売額は、次のとおりとする。

① 薬価収載の日から10年を経過した後の最初の薬価改定（令和7年度薬価改定を除く。）以前の場合
(略)

② 効能変更等の承認があった場合であって、薬価収載の日から10年を経過した後の最初の薬価改定（令和7年度薬価改定を除く。）後の場合
基準年間販売額は、効能変更等の承認を受けた日の直前の薬価改定（令和7年度薬価改定を除く。）の時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額
(略)

(2) 市場拡大再算定の特例

次の全ての要件に該当する既収載品（以下「特例拡大再算定対象品」という。）については、別表6に定める算式により算定される額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格の方が低い額に改定される場合は、当該額に改定する。また、(1)に該当する既収載品については、(1)又は(2)のいずれか低い額とする。

イ 薬価収載の日（効能変更等が承認された既収載品については、当該効能変更等の承認を受けた日）から10年を経過した後の最初の薬価改定（令和7年度薬価改定を除く。）を受けていない既収載品
ロ (略)

(3) (略)

2 (略)

3 用法用量変化再算定

(1) 用法用量変化再算定の原則

(略)

主たる効能又は効果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既収載品については、市場規模が100億円を超え、かつ、市場規模が効能変更等の承認を受けた日の直前の薬価改定（令和

7 年度薬価改定を除く。）の時点における年間販売額（同一組成既収載品群の年間販売額をいう。）から 10 倍以上となった場合に、別表 8 に定める算式により算定される額に改定する。
（略）

（４）薬価改定時の加算等の取扱い

《骨子》

令和 7 年度薬価改定においては、令和 5 年 11 月から令和 6 年 10 月までの間に小児又は希少疾病に係る効能又は効果が追加された品目等に関し、薬価改定時の加算の適用対象であるもの又は新薬創出等加算の要件に該当するものとする。

【改正後】

第 9 節 既収載品の薬価改定時の加算

（１）対象品目

本規定の対象品目は、次のいずれかに該当する品目（令和 7 年度薬価改定においては、令和 5 年 11 月から令和 6 年 10 月までの間に該当することとなった品目に限る。）とする。ただし、第 4 節 1 の市場拡大再算定に該当する品目を除く。

※上記のほか、以下の記載整備を行う。

第 2 章 新規収載品の薬価算定

第 2 部 新規後発品の薬価算定

1 新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がない場合

イ （略）

ロ バイオ後続品等に係る特例

当該新規収載品が先発品と組成及び剤形区分が同一のバイオ医薬品又はバイオ後続品である場合には、新薬として薬価収載された既収載品中の当該新規後発品の最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形区分が同一の最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額）に 100 分の 70 を乗じて得た額（ただし、内用薬については、当該新規後発品及び同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品（効能又は効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）の銘柄数が 10 を超える場合は、100 分の 60 を乗じて得た額）に、当該バイオ後続品の製造販売業者が承認を申請するに当たって患者を対象に実施した臨床試験の充実度に応じて、100 分の 10 を上限とする割合を当該額に乗じて得た額を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ただし、当該新規収載品が、先発品と組成及び剤形区分が同一のバイオ医薬品（バイオ後続品を除く。）である後発品の場合は、臨床試験の充実度に応じた加算は行わないものとする。

ハ～ヘ （略）

2 新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がある場合

（１） 新規後発品として薬価収載された既収載品中に、組成、剤形区分及び規格が新規後発品と同一の類似薬がある場合

イ (略)

ロ 薬価算定の特例

次の(イ) から (ハ) に掲げる内用薬について合計した銘柄数が初めて 7 を超える場合には、次の(ロ) に該当する後発品が薬価改定を受けるまでの間は、1 のイのただし書に該当するものとして算定した額を当該新規後発品の薬価とする。

(イ) 当該新規後発品

(ロ) 組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品

(ハ) 当該新規後発品と同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の薬剤（効能又は効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）

ハ (略)

第3章 既収載品の薬価の改定

第8節 新薬創出・適応外薬解消等促進加算

1 加算

(1) 対象品目

新薬創出・適応外薬解消等促進加算（以下「新薬創出等加算」という。）の対象品目は、次に掲げる全ての要件に該当する既収載品とする。

イ (略)

ロ 次のいずれかの要件に該当すること

①～④ (略)

⑤ 薬価収載時に次の全ての要件に該当する医薬品

(イ) 新規作用機序医薬品（加算適用品又は別表10の基準に該当するものに限る。以下⑤において同じ。）を比較薬として算定された医薬品又は新規作用機序医薬品を比較薬として算定された医薬品を比較薬として算定された医薬品であること

(ロ) 薬価収載時に(イ)に該当する既収載品目数（組成又は投与形態が異なるものに限る。）が1以下であること

(ハ) (イ)の新規作用機序医薬品の収載から3年以内に収載された医薬品であること

⑥～⑪ (略)

ハ～二 (略)

第3章 既収載品の薬価の改定

第10節 既収載品の外国平均価格調整

次の全ての要件に該当する品目（原価計算方式で算定された品目にあつては、平成30年3月、類似薬効比較方式（Ⅰ）で算定された品目にあつては、令和6年3月以前に薬価収載された品目については、再算定の対象となったものに限る。）については、本規定の適用前の価格に外国平均価格調整 （令和6年3月以前に薬価収載された品目（再算定の対象となったものを除く。）について行う外国平均価格調整は、別表3の

資料2-8

1に定めるところによる調整に限る。）を行う。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価の100分の120を乗じて得た額を超える場合は、当該額とする。

イ～ハ （略）

資料2-8

薬価調査結果の速報値

中医協薬 - 1
6 . 1 2 . 4

1. 平均乖離率： 約 5.2%

注1) 令和6年9月取引分について、販売サイドから11月1日までに報告があったものを集計

注2) 平均乖離率は右の式で算出（薬価は令和6年9月時点のもの）

$$\frac{(\text{薬価} \times \text{販売数量}) \text{の総和} - (\text{実販売単価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}{(\text{薬価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}$$

注3) 過去2回分の実績

	今回（令和6年度）※	前回（令和5年度）	前々回（令和4年度）※
平均乖離率	5.2%	6.0%	7.0%

2. 後発医薬品のシェア

・数量シェア： 約 85.0%

・金額シェア： 約 62.1%

注1) 後発医薬品の数量シェアは右の式で算出

$$\frac{(\text{後発医薬品の数量})}{(\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}) + (\text{後発医薬品の数量})}$$

注2) 後発医薬品の金額シェアは右の式で算出

$$\frac{(\text{後発医薬品の薬価} \times \text{販売数量})}{(\text{後発医薬品のある先発医薬品の薬価} \times \text{販売数量}) + (\text{後発医薬品の薬価} \times \text{販売数量})}$$

注3) 過去2回分の実績

	今回（令和6年度）※	前回（令和5年度）	前々回（令和4年度）※
後発医薬品数量シェア	85.0%	80.2%	79.0%
後発医薬品金額シェア	62.1%	56.7%	52.2%

149 / 245

※ 販売サイドは2/3の抽出率（営業所ベース）で実施

資料2-8 5

資料2-8

感染症法第53条の22に基づく報告徴収を実施している感染症対症療法薬

令和7年度薬価改定の骨子（令和6年12月25日中医協了承）において、不採算品再算定の適用対象については、基礎的医薬品、安定確保医薬品のカテゴリA及びB、感染症対症療法薬等の安定供給に向けて行われた大臣要請に係る品目を基本とするとされている。

そのうち、大臣要請については、感染症対症療法薬のうち、当時特に需給が逼迫していた鎮咳・去痰薬に対してのみ行われたところであるが、現下の感染症の急激な拡大を踏まえると、それ以外の感染症対症療法薬についても、下支えが必要である。

したがって、感染症法に基づく平時からの報告徴収を求めている解熱・鎮痛薬等についても、大臣要請に係る品目と同様、不採算品再算定の対象とすることとする。（なお、麻酔薬については、安定確保医薬品のカテゴリAであるため、別途不採算品再算定の対象とされていない。）

ただし、解熱・鎮痛薬等については、基礎的医薬品、安定確保医薬品のカテゴリA及びBと同様、乖離率等の要件を課した上で不採算品再算定の適用可否を判断することとする。

薬効分類	成分
麻酔薬	・プロポフォール
解熱鎮痛薬 ※急性上気道炎等の解熱・鎮痛	・アセトアミノフェン ・イブプロフェン ・ロキソプロフェンナトリウム
鎮咳薬 ※気管支炎、上気道炎等の咳嗽	・デキストロメトर्फアン ・ジメモルフアン ・エフェドリン・ノスカピン・クロルフェニラミン剤
鎮咳去痰薬 ※気管支炎等の咳嗽・喀痰喀出困難	・チペピジンヒベンズ酸 ・L-カルボシステイン ・アンブロキシソール
止血剤 ※咽頭痛、扁桃炎、咽喉頭炎	・トリスナリキサン酸

P.35 の下

資料2-8 24

日本病院会 要望内容

1、入院基本料の引き上げ

人件費や委託費のコスト上昇、光熱費や資材の高騰など医療提供にかかるコストの上昇に対応するために大幅な入院基本料の引き上げを要望します。

2、医療 DX 推進に係る費用に対する評価

国が推奨する医療 DX は重要であることは認識していますが、その整備には多額の費用が必要であり病院の負担は年々増してきています。特に電子カルテの導入・更新、サイバーセキュリティ対策には多額の費用がかかり病院の経営を圧迫しています。これらの医療 DX 推進にかかる費用に対する適切な評価を要望します。

3、診療報酬における人員配置の緩和

診療報酬においては様々な人員配置の規定がありますが、今後生産年齢人口の減少により医療従事者の確保が困難となることは明らかです。そのため現在の規定を継続することは病院の運営に支障を来す可能性があり、人員配置の緩和を検討することを要望します。

令和 7 年 1 月 15 日
労働者健康安全機構

2026 年度診療報酬改定要望(日病協)への意見出し

「2026 年度診療報酬改定要望（日病協）」に当たり、当機構からは以下のとおり意見を提出しますので、御検討くださいますようお願いいたします。

1 入院基本料等の見直し

昨今の光熱水費の高騰が病院経営を圧迫しており、特に救急や ICU を 24 時間体制で提供している急性期病院への影響は甚大なものとなっている。また、社会の賃金水準の上昇に伴い、人件費的な性格の強い委託費の著しい増大が見られ、その他の物価高騰の影響も受けて全国的に赤字経営の病院が増加している。

このような状況の継続により、地域の医療現場で求められる医療提供が困難になる事態を避けるため、入院基本料等の適切な水準への引上げを強く要望する。

2 地域包括医療病棟に係る施設基準の見直し

軽症・中等症の高齢者の救急搬送患者の増加に対応するために新設された地域包括医療病棟について、導入する医療機関が限定的であることを踏まえ、その理念・目的に対して実際に現場で提供される医療が有効に機能しているか十分に検証した上での適切な見直しを要望する。

特に、当該病棟の施設基準要件の中で、「ADL が低下した患者割合」が厳しい要件になっていること、「重症度、医療・看護必要度」について一般病棟とは異なる内科系患者の評価を入れる必要があること、といった視点での見直しが必要である。

3 10 対 1 急性期一般病棟の再編

令和 6 年度診療報酬改定の答申書附帯意見の中に「地域包括医療病棟の新設に伴う 10 対 1 急性期一般病棟の再編を含めた評価の在り方の検討」が盛り込まれているが、地域包括医療病棟については、その施設基準や算定要件、診療報酬の点数設定が高齢者救急医療を中心とした医療需要に対して有効に機能しているか十分な検証が必要である。

10 対 1 急性期一般病棟の再編については、拙速な対応が地域の医療提供体制の崩壊にもつながりかねないことから、地域包括医療病棟の検証を含めて慎重な対応を要望する。

資料4-2 < 労働者健康安全機構 >

4 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料の廃止

「看護職員処遇改善評価料」及び「ベースアップ評価料」については、他の診療報酬と比べても点数区分が著しく多く、毎月の要件達成状況の把握に加え、算定区分が変更となる場合の職員給与の見直し等の事務的作業が大きな負担となっており、事務職員の働き方改革にも逆行している。

以上のことから、当該評価料を廃止し、別途入院基本料本体（又は補助金）での評価を要望する。

5 ICT 推進に係る評価

医療 DX に係る診療報酬での評価は、「医療 DX 推進体制整備加算」が新設されたものの、評価が低く（初診患者に月 1 回 8 点）、多額の投資が必要なシステムやそれに係るネットワーク接続費、更新費用等を補う診療報酬となっていないことから、医療 DX の推進に係る診療報酬の更なる評価を要望する。

また、サイバーセキュリティ対策の強化にも多額の投資が必要であることから、医療機関のサイバーセキュリティ強化について診療報酬での評価を要望する。

資料4-3 < 全国公私病院連盟 >

2026 年度（令和 8 年度）診療報酬改定要望について
全国公私病院連盟（2025. 1. 9）

物価高騰等に対応した引き上げ

- 【1】～【6】要旨
- ・診療報酬を物価スライド制にする。
 - ・物価や賃金の上昇に合わせて、毎年改定する。
 - ・入院基本料を抜本的に見直す。
（過去に、入院時医学管理料、看護料、入院環境料、給食料、病衣・洗濯 etc. が、
政治的な判断で変更、外出しなどされて来たので）

【1】診療報酬における物価スライド制の導入

（理由）物価高騰や人件費上昇に適時対応するため。

【2】入院基本料を抜本的に改正し、賃金物価の上昇に見合う様、隔年改定から、毎年改定にする

（理由）最近のインフレに診療報酬、特に人手と機器、薬品、診療材料、食材、光熱費等を要す急性期病院の出費に対して評価が追い付いていないので。

【3】経済動向を敏感に反映した病院側への支払

（理由）自由な価格設定ができず、経済動向（インフレや消費税等）に柔軟に対応することが困難だと感じているので、国策、消費者物価指数、為替等を考慮し、毎月の調整を行った上で、病院への支払いを行うことで、適切かつ持続可能な医療に繋がると考えるため。

【4】入院基本料の引き上げ、各種点数・加算及び DPC 係数の引き上げ

（理由）物価高騰、エネルギー価格高騰、人件費引き上げ等により現在の診療報酬体系では病院経緯の維持が困難であり、地域医療を含めた医療崩壊が迫っているため。
エネルギーコストの上昇や、薬品・材料費など物価上昇による医療提供コストの上昇に対応し、かつ医療従事者に対する適切な処遇改善を実現するために、大幅な入院基本料の引き上げを要望します。

【5】一般病棟入院基本料イ急性期一般入院料 1 点数の引き上げ

（理由）病院経営が下記の理由で圧迫されている

- ・高額な薬剤や診療材料で差益が減少している。
- ・社会保険診療は非課税で国が定めているが、薬剤や診療材料の購入は消費税課税で購入価格も病院毎であり、物価高騰で急性期医療を担う病院は赤字となる構図である。
- ・多くの急性期病院では高額薬剤の使用など「見かけ上」の売上は上がっているが、「増収減益」という状況である。

【6】入院基本料の大幅な引き上げ

（理由）令和 6 年度診療報酬改定では、入院基本料の引き上げが行われたが（例えば、急性期一般入院料 1 は 2.3% アップ）、この引き上げ分は、ほぼすべてが人件費の上昇分に充てられ、病院の経営改善にはほとんど寄与していない。

令和 8 年度改定では、入院基本料のさらなる大幅な引き上げを要望する（例えば、急性期一般入院料 1 では、少なくとも 5% アップが必要ではないか。

資料4-3 < 全国公私病院連盟 >

入院

- 【6】～【10】要旨 ・救急の更なる評価
 【11】要旨 ・病棟における介護職の評価

【7】24時間365日救命救急等の各専門領域で実績を残している病院へのさらなる評価

(理由) 上記の体制を常に維持する病院では、医師だけでなく、看護師、各専門領域のコメディカルを質のみならず一定の人員数を確保することが不可欠であり、人件費や光熱経費等の物価の上昇に伴う費用を回収できるだけの評価が必須である。特定の領域に特化することなく、地域医療の質を維持し、地域住民の身体生命を守る最後の砦となる医療機関をさらに評価しなければ、医療の継続が困難となる。

【8】急性期充実体制加算“医療機関別係数 機能評価係数Ⅰ”での評価

(理由) 急性期充実体制加算では、多くの実績要件や人員配置が施設基準として設けられています。機能評価係数Ⅰでは、医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、医療機関単位での構造的要素を評価するものであるため、総合入院体制加算同様に機能評価係数Ⅰにて評価いただくことを要望します。

【9】一般病棟用重症度医療看護必要度の改善

(理由) 外科系が評価されやすく内科系が評価されにくいと感じている評価について、様々な職種の関わり等を総合的に評価できるものが必要であるため。
 また、今回の改定により一部区分で看護必要度が除外されたことによる影響は点数のみならず、看護師の士気にも関わるため。

【10】総合入院体制加算の要件緩和

(理由) 医療従事者においても人材不足が課題となり、2027年から開始される新たな地域医療構想でも効率的に医療を行うため集約化と機能分化が進むと考えられる。

一方、地方では中核病院が急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能を併せて担うことも想定される。その際、地域包括ケア病棟入院料を算定する病院が急性期拠点機能を果たすこともあるので、地域包括ケア病棟入院料を「(1)へ」の施設基準から外していただきたい。

また、地域では医療従事者が不足する中、子育て中の女性職員の時短勤務など医療従事者の負担軽減や少子化対策に努めているが、薬剤師の当直を必須とすることは、業務負担軽減や女性の社会参加に反することでもあり、オンコール体制でも加算がとれるよう(11)の施設基準の変更をお願いしたい。

【11】病棟における介護専門職の評価の拡大

(理由) 近年、病院に入院する患者は高齢化が進行し、介護が必要な割合が増加しています。

今後ますます増え続ける高齢患者に対応していくためには、病院内で介護業務を担うスタッフの確保が不可欠です。

令和6年度診療報酬改定により、療養病棟や地域包括ケア病棟などでは介護福祉士などの看護補助者の評価が行われることとなりました。

しかしながら、同じく高齢患者に対応している急性期病棟は、今回の改正では対象外となっています。病院医療全体における介護専門職について、適切な評価となるよう、急性期病棟へも評価の拡大を要望します。

資料4-3 < 全国公私病院連盟 >

施設基準・タスクシフト

- 【12】要旨 ・現実的でない人員配置、施設基準の見直し
 【13】要旨 ・タスクシフトを更に推進させるためのインセンティブを

【12】施設基準等の要件緩和

(理由) 働き方改革や地域偏在、今後の働き手減少といった中で、人の配置を前提とする基準や加算の条件を緩和するなど対応しなければ基準や条件を満たせる病院がなくなってしまうため。(医療の質と安全の確保は必要であるが)

例：地域がん診療連携拠点病院の専従の放射線治療に携わる常勤医師算定の見直し
 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準の要件緩和（結核病棟）
 各種委員会やカンファレンスの要件見直し
 常勤・専従・専任要件の見直し
 医師事務作業補助者の経験年数 → 他の医療機関でも可とする

【13】「タスクシフト推進」に対する評価を。タスクシフト推進体制加算を新設。

(理由) 看護師、薬剤師、臨床工学技士等の医療職種に業務を分担することで医師の負担軽減を促進。

当院でも特定行為研修を終了した看護師の活用、薬剤師の病棟における薬学的管理の実施、臨床工学士のカテーテル検査における診療補助等を行っている。こういった、行為について診療報酬点数がついていないため加算の新設を求める。

DX関連

- 【14】～【15】要旨 ・医療DXの推進に更なる補助（お金と人材）を

【14】医療DX推進体制加算 点数の引き上げ

(理由) 医療DX、サイバーセキュリティ対策、電子カルテ導入等のデジタル機器購入費用、更新費用について、補助金だけでは不足している。

現在の点数では、医療DXに係る機器の保守費用や減価償却品を考えると、赤字となる病院も出ていと考えられる。

【15】病院におけるICT推進のための評価

(理由) 現在、国が進めている医療DXの推進は今後の我が国における効率的な医療提供体制の構築に非常に重要です。

しかし病院における電子カルテ、オンライン資格確認システム、電子処方箋システムなどの導入・維持管理は、近年の物価高騰や円安も相まって、病院にとり経営的にも大きな負担となっています。

また、昨今のサイバー攻撃へ対応するためのサイバーセキュリティ体制の構築にも、多額の費用がかかります。

改めて、病院におけるICT推進のための適切な評価を要望します。

資料4-3 < 全国公私病院連盟 >

ベースアップ評価料

【16】ベースアップ評価料の対象の拡大及び適正な引き上げ

(理由) 令和6年度診療報酬改定から、医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組として、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種における処遇改善のためベースアップ評価料が新設され、令和6年度では一定程度の賃上げ率2.3%が措置されています。しかしながら、40歳以上の医師が対象となっておらず医療従事者全体を対象としたものではなく、国が目指している国民全体の賃金上昇と齟齬が生じているものと思料します。また、現在の日本全体の賃上げも春闘などでは2.3%以上の引き上げ状況となっており、この動きに対応しようとしたとき、適正な診療報酬が見込めないことから、病院経営の大きな負担となっています。ベースアップ評価料の対象の拡大及び適正な引き上げを、強く要望します。

入院時食事療養費

【17】～【19】要旨 ・入院時食事療養費、まだまだ評価が足りない

【17】食事療養費の見直し

(理由) 人件費・水道光熱費・物価高騰、運輸業の働き方改革による物流価格高騰、米の価格高騰等で毎年のように給食委託費が上がっていることから、現状の食事療養費で推移すれば食材費を削減せざるを得ません。

食材費を低価格にすることは、同時に治療の質の低下につながりますので、適正な食事療養費の設定をお願いします。

【18】適切な食事療養費の設定

(理由) 入院時食事療養費は、過去20年以上にわたり一食640円と据え置かれていましたが、令和6年度診療報酬改定により30円引き上げられました。

しかしながら、上昇を続ける食材費、人件費の増加により、ほとんどの病院で病院の給食部門は赤字に陥っています。入院時食事療養費の適正な水準への引き上げを、強く要望します。

【19】新たな加算等の新設

(理由) 高齢化や環境の変化により新たに求められる医療（機能）等に適切に対応し、医療の安全と質の向上を図るため

例：食物アレルギー及び摂食嚥下調整に対する「リスク管理評価加算」の新設

【栄養士会の要望書から引用】摂食嚥下低下（またはそのリスクが高い）入院患者や複数の食物アレルギーを有する患者には、嚥下障害への食形態の調整及びアナフィラキシーショックのリスクなど、医療安全の観点から管理栄養士が個別に栄養管理を実施。高齢化に伴い、嚥下調整食を必要とする患者は増えており、当院においても、嚥下調整食は約22%を占めています。嚥下調整食の調理には、通常の一般食をさらに加工するため調理に手間がかかり人手が必要となります。また、嚥下に適した物性にするために、トロミ剤などの嚥下食用特殊食品が必須であり、ゼリー食など嚥下に適した物性のものを調理することが難しい場合には、嚥下調整市販食品を購入する必要もあり、材料費は一般食と比較し高額になっていますが、一般食と同じ入院時食事療養費のみで、特別治療食の対象には含まれていません。

- ・ 医療依存度の高い介護—医療連携体制加算
- ・ 非がん患者の緩和ケア加算
- ・ 糖尿病合併症指導料（フットケア）の対象拡大

資料4-3 < 全国公私病院連盟 >

手 術

【20】ダヴィンチなどロボット支援下における手術

算定のための施設基準（年間症例数）の見直し

（理由）ダヴィンチやヒノトリをはじめ、様々な診療科の手術において、安全性と正確性、患者の予後を踏まえてロボット支援による術式が保険適応となってきた。

研修等を経て、多くの病院で安全に実施できる体制となってきたものの、算定要件となる症例件数は大学病院規模のまま見直しがされていない。

医師の働き方改革が進められる中、高齢化やコロナ禍の影響によるがん患者の重症化なども重なり、自院で行えていた手術であっても施設基準症例数に若干不足し、届出を取下げざるを得ないケースも発生してきた（特に公立の二次医療機関）国からは経営改革の推進も指示さえるなかで、投資後に十分な活用が期待されたにもかかわらず、患者の希望に沿った治療ができないことは、大きな問題であり、改善を求める。

画像診断

【21】画像診断管理加算 1, 2 の施設基準の当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託してはならないとの要件の緩和を要望。

専門性の高い特定機能病院及び地域医療支援病院、もしくは許可病床数 400 床以上である病院について「他の施設に読影又は診断を委託する場合には実施件数の 3 割以下に留めること」とする。

（理由）当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないことが要件とされているが、当院でのCT撮影及びMRI撮影の実施件数は月 4,000 件を超える。

この場合、当院の人材のみで全ての読影及び診断を行うのは困難であることから、ある一定の要件を持って要件の緩和を求める。

リハビリテーション

【22】・リハビリ、上限回数の見直し

【23】・土日のリハビリの評価

【22】リハビリテーション加算点数、上限回数の見直し、対象疾患の拡大

（理由）① 早期離床リハビリテーション加算は、脳疾患別リハビリテーションの 2 単位相当ですが、疾患別リハビリテーションに早期加算、初期加算等を加算すると大きく点数が低くなる。加えて、研修要件もあることから、評価の見直しをお願いします。

② 心臓大血管リハビリテーションは、1 日 3 単位を限度であるが、PT のみならず OT や ST の介入も必要であることから、3 単位を超える実施を認めてください。

③ 腹圧式尿失禁に対する骨盤底筋体操等の筋肉強化訓練の有効性が一般的に認められていることから、疾患別リハビリテーションの対象にしてください。

【23】リハビリテーション栄養口腔連携体制加算について施設基準の緩和を要望

（理由）土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供が平日における 1 日あたりのリハビリテーションの 8 割以上であることが要件とされているが、土日祝日に対応できるリハビリ療法士の確保は困難である。

働き方改革が進められる中、土日祝日の要件は現場の実態にそぐわないと考えため要件の緩和を求める。

資料4-3 < 全国公私病院連盟 >

精神関連

- 【24】～【26】 ・精神科医療への支援（人・物）
【27】 ・認知症へ支援見直し

【24】精神科医療従事者の人材育成を目的とした支援制度の拡充

（理由）医療従事者の不足と負担の増大

精神科医、看護師、心理士などの人材不足が深刻化しており、患者一人ひとりに十分なケアを提供することが困難な状況にあるので。

【25】精神科病院の施設改修および最新設備導入への助成

（理由）医療施設の老朽化と更新の遅れ

多くの精神科病院では、施設や設備の老朽化が進み、現代の医療ニーズに対応するには限界がある。

【26】精神医療の診療報酬体系の見直しおよび適切な財政支援

（理由）財政基盤の脆弱性

精神医療は利益率が低く、収支の均衡を保つことが難しい状況が続いている。これにより必要な設備投資や人材確保が遅れている。

【27】精神科入院料（認知症治療病棟）の見直し

（理由）認知症治療病棟は、精神的な不安定さにプラスして、高齢化に伴う身体合併症管理が必要な患者が多く入院しています。

そのため、ケアするスタッフ数は必要配置数よりも多い人数が必要とされることから、基本料の増額をお願いします。

また、精神科疾患のみならず、身体疾患に関する治療を要する患者も多いため、必要な治療や薬剤について出来高算定ができるようお願いします。

以上

資料4-4 < 日本精神科病院協会 >

令和8年度改定に係る要望書案2（日病協第1弾提出用）

1. 人員配置を基準とした診療報酬体系の抜本的な見直し

現在の診療報酬は、人員配置を基準とした仕組みとなっている。医療においてマンパワーは確かに重要ではあるが、人口減少に伴って少子化が進む今後の状況では、多職種の人材を機能的かつ効率的に活躍させ、また、様々なイノベーションの創出によって医療の質を担保していくことが重要となり、それを評価していく仕組みが求められることになる。したがって、人員配置を基準とした現在の診療報酬体系については、抜本的な見直しが必要である。

2. 職員の配置基準の見直し

施設基準において、「専従」など配置に関する要件が設定されている項目は多い。しかし、働き方改革の観点からは非効率である。医療機関内で職員が効率的に業務を遂行できるよう、配置に関する要件を撤廃あるいは「専任」に統一することを要望する。

3. 人件費を含め物価上昇に連動させた医療費の引き上げ

人件費や物価等の上昇にも関わらず医療費が増加しないことは、医療機関にとって大きな負担となっている。令和6年度改定では人件費については一定の配慮がなされたものの、これも、一般企業の賃金上昇率に比して見劣りするものであった。今後は、人件費および物価等の上昇に連動させた医療費の引き上げを行うべきである。

4. 病院における ICT 推進のための評価

国は、今後の方針として医療DXの推進を掲げているが、そのための設備投資や維持についての評価が不十分であるため、その多くを医療機関の持ち出しで行わざるを得ない状況である。これは病院にとって経営的にも大きな負担となっているため、病院における医療DXに係る評価を見直すべきである。

5. 適切な入院時の食事基準額の設定

令和6年改定において入院時の食事基準額の見直しが行われたが、わずか1食30円、更に期中改定で1食20円引き上げられた。しかし、市場ではすでに精米の価格がさらに上昇するなど、食材費がさらに高騰している。また、給食調理員の人件費も上昇しており、期中改定が行われてもまだ不足している状況である。したがって、次回改定においても食事基準額のさらなる増額が必要である。

6. 病棟における介護を行う看護補助者の評価

資料4-4 < 日本精神科病院協会 >

病院に入院する患者は高齢化が進行し、介護の量が増大しているため、看護職員の業務負担が大きくなっている。そこで、業務の軽減を図るために、ワークシェアリングとして介護を担う看護補助者の労働力が必須であるが、介護業務に習熟している場合であっても評価が低いために、近年、雇用が困難となっている。したがって、介護業務に習熟している看護補助者の十分な評価を求める。

資料4-5 < 地域包括ケア推進病棟協会 >

【日病協提出用】（地域包括ケア推進病棟協会）2026年度診療報酬改定要望事項_第1報

■2026年度要望事項（案）	
項目と内容	
1，入院基本料の引き上げ and / or 医療従事者の人材確保や賃上げのための評価の継続	
以下案1 か案2 のどちらの方向性を取るかは日本病院団体協議会に一任します。	
<p>案1</p> <p>①入院基本料の引き上げ（賃上げは含まず）</p> <p>償還されない医療材料費や水光熱費、諸物価等の高騰、さらには近年頻発する災害対策に対する備えを含む医療提供コストの上昇に対応し、地域に必要な医療を提供するために、2年毎の改定を待たない継続的な入院基本料の引き上げを要望する。</p> <p>②医療従事者の人材確保や賃上げのための評価の継続</p> <p>2024年診療報酬改定でベースアップ評価料が新設されたが、医療従事者に対する適切な処遇改善と人材確保のために、2年毎の改定を待たない継続的な賃上げの実現を要望する。</p>	
<p>案2</p> <p>①入院基本料の引き上げ（賃上げ含む）</p> <p>償還されない医療材料費や水光熱費、諸物価等の高騰、さらには近年頻発する災害対策に対する備えを含む医療提供コストの上昇に対応し、かつベースアップ評価料の評価を含む医療従事者に対する適切な処遇改善と人材確保のために、2年毎の改定を待たない継続的な賃上げの実現を要望する。</p>	
2，病院におけるDXの適切な評価	
<p>医療職の質の向上や負担軽減にはDXが不可欠であるが、IT人材の確保やオンライン診療や電子処方箋、電子カルテの情報共有に関するシステムの導入・維持には、効率化による費用削減効果をはるかに超える高額な費用がかかるため、病院の経営を圧迫している。現状の種々のDXにかかわる加算等では賄えず相応の評価を行ってはどうか。</p>	

資料4-5 < 地域包括ケア推進病棟協会 >

【日病協提出用】（地域包括ケア推進病棟協会）2026年度診療報酬改定要望事項_第1報

3、継続的な食事療養費の評価

食材費等が高騰していることを踏まえ、2024年診療報酬改定で入院時の食費の基準が30円引き上げられ、2025年1月以降にも20円の引き上げが決定したことは評価する。しかし、食材費の高騰や人件費の増加等はそれをはるかに上回っており、依然として病院の給食部門は赤字の状態にある。まずは20円の追加引き上げを早急に実施した後、定期的な検証を行いながら入院食事療養費の適切な水準への引き上げを、2年毎の改定を待たずに実施してはどうか。

4、診療報酬の人員基準（ストラクチャー）についての評価や要件緩和

地域包括医療病棟を含む全ての病棟における生活支援や排泄の質向上に資する介護福祉士配置の更なる活用と評価を行ってはどうか。

地域包括ケア病棟における看護職員配置加算の要件緩和

地域包括ケア病棟における看護職員配置加算の届け出には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制の整備が要件になる。年々人材確保が厳しくなる中、この要件の内「看護職員と他職種との業務分担」と「早出・遅出等の柔軟な勤務体制の工夫」に着目して、薬剤師、リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)、臨床検査技師、臨床工学技士等の他職種が、看護師の早出・遅出等に係る業務を、その専門性を生かす形で代替した場合に、同加算対象の看護職員とみなして、同加算が届け出られるようにしてはどうか。その際、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」が行われ、かつ安全管理や感染対策のプロセス評価が一定程度以上であることを要件としてどうか。

※本要件緩和が認められた暁には、他の入院基本料や特定入院料に関しても横展開してはどうか。

各種チーム医療の専従要件の緩和

病棟業務は高齢虚弱“multimorbidity 患者”の増加とともに、患者横断的チーム医療は欠かせない。この実践には、患者担当の病棟看護師やメディカルスタッフとの情報連携が欠かせない。しかし、各種チーム医療の専従者はその業務に固定されており、原則他業務に携わる事が出来ない。年々人材確保が厳しくなる中、専従職員の経験やスキル等を他のチーム医療に活かすことができれば、医療の質向上と効率化に繋がると考える。そこで、各種チーム医療の専従要件を緩和して、専従の兼務を2つまで可能としてどうか。その際、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」が行われていることを要件としてどうか。

5、重症度、医療・看護必要度の要件基準（プロセス）の緩和

軽症・中等症の高齢救急患者の増加に対して、高齢者救急搬送の受け入れを主に担う地域包括医療病棟の新設と、かかりつけの高齢虚弱“multimorbidity 患者”を受け入れる地域包括ケア病棟の強化が今改定で行われた。しかし、重症度、医療・看護必要度の基準の強化により、本来受け入れるべき誤嚥性肺炎や尿路感染、熱発、めまいなどの内科系疾患が、基準を満たすことが難しくなり受け入れにくくなっている。そこで、重症度、医療・看護必要度の要件基準を緩和して、受け入れを充実させてはどうか。

資料4-6 < 日本慢性期医療協会 >

令和8年度診療報酬改定に係る要望書

日本慢性期医療協会会長

橋本康子

令和22年(2040年)には、日本の高齢化率は35%を超えると予想されている。少子高齢化への対策はどの業界においても喫緊の課題であるが、特に高齢者を支える医療・介護の分野を社会としてどう守っていくかは、診療報酬改定の議論においても重点課題として取り扱われるべきであるといえよう。

しかしながら、診療報酬体系は保険がベースであり、昨今の急激な物価高騰や、政府による賃上げ要請があっても、現在の報酬体系ではどうにも対応できる状況にはない。地域医療を守る立場にありながら、職員の処遇は改善されず、医療や介護を志す若者は減少する一方である。まず、安定した医療サービスを提供するための必要十分な評価がなされていないことが、根本的な問題であると考えます。

次期診療報酬改定においては、新たな地域医療構想も見据え、サービスの質を低下させない評価、実際の医療提供内容や労力に即した報酬体系、地域に視点を置いたサービス体系の構築などが、優先的に取り組むべき検討内容であるだろう。

そこで、当日本慢性期医療協会は、下記の項目を次期診療報酬改定に向けて要望したい。

【日本慢性期医療協会 要望項目】

1. 多職種の処遇改善を含めた病院健全経営のための更なる入院基本料の大幅な評価
2. 介護福祉士を始めとする病院内介護職員の更なる評価
(施設基準上の評価、処遇改善上の評価)
3. 食事療養費の大幅な増点を含めた評価
4. マルチモビリティ患者を治し支える医療実践のための重症度・医療看護必要度や医療区分の実態に即した適切な評価
5. 在宅救急の受入や在宅復帰に関する療養病床ならびに地域包括ケア病棟の更なる評価

以上

資料4-7 < 全国自治体病院協議会 >

令和8年度診療報酬改定に関する要望事項

1. 入院基本料の引き上げ

急性期で入院する患者の高齢化に伴い、急性期においても介護を必要とし、回復にも時間がかかるため現状のDPCⅡの期間で退院に向けるのが難しくなり、DPC期間の評価に高齢患者の状態を含める必要がある。また、入院医療に必要な診療材料、光熱費などの高騰が続いており、現在の入院基本料では費用を賄いきれないことから、入院基本料を入院内容（急性期、慢性期、回復期）に応じた引き上げと急性期患者のDPCのⅠ、Ⅱ期間の延長を要望する。

2. ベースアップ評価料の引き上げ

人件費の高騰分を、現状のベースアップ評価料の引き上げでは補うことができず、他職種並みに上げなければ、人材が流出することが想定される。一方で診療報酬は公定価格であり、人件費を価格転嫁できないため、自助努力だけでは改善できず、病院の経営は急速に悪化することが想定される。地域の医療を維持するにも、令和7年度においても入院・外来のベースアップ評価料を現状に即した引き上げを要望する。

3. 食事療養費の引き上げ

食料品の高騰により、医療としての適切な食事を供給することが予算内で行うことが極めて難しくなっている。昨年6月から1食あたり30円の改定を行い、今年4月からは更に20円アップすることが決まっているが、適切な食事を提供するにはまだ不足している。食事は治療の一環であり、患者の医療においてとても重要である。衰弱した患者の回復を促すには、適切な食事を提供しなければならないため、食事療養費の更なる引き上げを要望する。

4. 医療DX推進に係る評価の引き上げ

日本全体が同一の歩調で医療ICTを推進することは医療の質の維持、向上に必須であると考えられるが、電子カルテ、マイナンバーカードによる新たな保険証認証システム、電子処方箋システムなどを導入するために多くの費用を病院が負担している。また、新たなシステムの導入が進まないことにより、以前の体制と新たな体制を併用することで病院の業務が増している。これらに対応するための費用に見合った評価を要望する。

5. 人員配置要件の見直し

生産人口の減少により、医療人材が不足し医師の働き方改革もあり人員配置が困難になってきている。看護師など医療職種の不足も深刻となっており、一つの職種だけではなくチーム医療で医療が行われているために、職種間のタスクシェアでアウトカムを改善取り組みが大切である。現在の入院基本料、加算等の要件にはさまざまな職種の人員配置が決められているが、人員を配置すれば医療のアウトカムをよくすることができるわけではなく、適切なプロセスが行われることが大切である。ストラクチャー評価から、プロセスもしくはアウトカムの評価に変更することを要望する。

資料4-8 < 地域医療機能推進機構 >

日病協（厚生省）要望書（JCHO）

1. 回復期リハビリテーション入院料の包括の見直し

高齢者は回復期の対象疾患以外にも疾患をもっている場合があります、緊急で手術区分に該当する行為が必要になる場合があります。回復期リハビリテーション入院料届け出病棟において、必要に迫られ行った行為が包括されてしまうため、手術区分の行為を全て包括にするのではなく、特定の条件下では包括対象外として算定可能になることを要望します。

2. 栄養指導等の強化に対する評価の見直し

入院栄養管理体制加算は現在特定機能病院のみで算定ができることとなっています。栄養介入は患者の早期回復・退院につながり、また、医師や看護師が担っている食事調整等の業務を管理栄養士に移行することにより院内のタスクシフトによる業務負担軽減にもなるため、入院栄養管理体制加算の対象拡大を要望します。

また、集団栄養指導は、疾患・病態を知る上での導入方法として、患者のセルフケア向上のための個別栄養指導につなげるものとして行われています。この集団栄養指導の開催においては時間と労力を要するにもかかわらず長期にわたり報酬額の見直しがされていない状態が続いているため、集団栄養指導料の引上げを要望します。

3. 薬剤業務向上加算の算定要件の緩和

厚生労働省の卒後研修プログラムが令和 6 年に策定され、免許取得直後の薬剤師に対する病棟業務等に係る総合的な研修体制の整備が求められている。令和 6 年度診療報酬改定で新設された薬剤業務向上加算については、特定機能病院若しくは急性期充実体制加算 1、2 を対象としているが、薬剤師の卒後研修の充実を図るため、要件に該当する卒後研修を実施している場合はその他の病院においても対象とすべきである。一方で、都道府県における薬剤師確保の取組を実施する部署と連携した自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）への派遣については、地域の薬局における研修や都道府県をまたがる研修等各医療機関の実情に応じた研修を実施することが望ましいため、要件とせず、実施した場合に評価するよう要件の緩和を要望します。

4. 医師事務作業補助体制管理加算の施設基準の見直し

医師事務作業補助体制加算 1 の施設基準において、「当該保険医療機関において 3 年以上の医師事務作業補助者」とあるが、「当該」に限定されると、職員の人事異動の弊害となり、また、外部委託であれば契約先が限定されるため、「当該」を外し「保険医療機関」と変更してほしい。

資料4-8 < 地域医療機能推進機構 >

5. 特定集中治療室管理料等の宿日直にかかる施設基準の見直し

特定集中治療室管理料や新生児特定集中治療室管理料の施設基準において宿日直許可との関係が整理されたが、下位の入院料では大幅な収益減となり、また上位加算の取得を目指して夜勤とすれば医師確保が困難になる等の影響があるため見直していただきたい。

2026年度 診療報酬改定要望

221 / 245

資料4-9 < 国立大学病院長会議 > 2026年度 診療報酬改定 国立大学病院要望事項一覧

優先順位	事項	内容
1	医療従事者等の賃上げへの対応	ベースアップ評価料の増点、働き方改革の一環として医師の処遇改善評価料の新設
2	医師派遣機能の評価	機能評価係数Ⅱ(地域医療係数)の引き上げ
3	医療DXの環境整備と高度化する病院情報システム構築への支援	医療DX推進、病院情報システム更新、サイバーセキュリティ対策の支援
4	高額医薬品管理の評価	高額医薬品の管理料の新設
5	特定入院料の施設基準における宿日直要件の見直し	特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準における宿日直要件の緩和
6	入院時食事療養費の増額	材料費や人件費高騰のため入院時食事療養費の更なる増額

222 / 245

ベースアップ評価料の増点、働き方改革の一環として医師の処遇改善評価料の新設

医療従事者への賃上げに向けた対応と人材確保の目的で2024年6月の診療報酬改定で新設されたベースアップ評価料だが、現行の評価料では人事院勧告に対応した賃上げと比較しても補填としては充分ではない結果となっている。人件費以外の物価も総じて上昇している中、病院職員の賃上げを担保するためベースアップ評価料の増点を要望する。並びに、ベースアップ評価料の算定に伴う事務処理の負担が大きく、業務を圧迫していることから事務作業の負担増とならない措置を要望する。

また、大学病院で勤務する医師は、働き方改革が求められている中で、安全で質の高い医療とケアを提供しており、地域医療を担う外勤による地域医療貢献、ハイリスク症例の診察・手術、自己研鑽によるレベルアップ等が求められている。医師確保の観点からも地域医療構想や医師偏在対策に向けた処遇改善が必要であり、医師の処遇改善評価料の新設を要望する。

2. 医師派遣機能の評価

機能評価係数Ⅱ(地域医療係数)の引き上げ

大学病院は診療に加えて教育・研究という役割、さらには地域の関連病院だけでなく他県への医師派遣といった地域の医療提供体制を維持するための役割(医師偏在の解消)も担っている。地域医療の確保のために医師派遣機能は重要であるが、派遣により大学病院自体の診療能力は低下することとなる。これを補うため、機能評価係数Ⅱ(地域医療係数)の体制評価指数に医師少数地域への医師派遣機能が追加されたと考えるが、現行の評価では十分に補われているとは言えず、現状を考慮した係数の引き上げを要望する。

3. 医療DXの環境整備と高度化する病院情報システム構築への支援

医療DX推進、病院情報システム更新、サイバーセキュリティ対策の支援

医療DXを推進するための環境整備については、2024年6月の診療報酬改定で医療DX推進体制整備加算が新設されたが十分な措置ではなかったにも関わらず、電子カルテシステムは医療の高度化に伴い急激に高機能化している。加えて、サーバやカルテ端末に代表される各種ハードにおいても近年の世界情勢を背景とした物価高騰によりコストが大幅に増加しており、サイバーセキュリティ対策としての機能強化にも相応のコストがかかっていることから、5～7年に一度の更新時に多額の費用増が発生している状況である。これらの体制整備や維持に対する診療報酬上での措置や支援を要望する。

4. 高額医薬品管理の評価

高額医薬品の管理料の新設

超高額医薬品の薬事承認が相次いでおり、使用額は年々増加している。超高額医薬品は使用に至るまでの適切で慎重な薬剤保管（低温フリーザの使用）、解凍作業等が必要となり、医療機関は管理コストと当該薬剤の使用不能・破損リスクを負うばかりか、なんらかの理由により投与中止となった場合に当該薬品費を負担しなければならない。医薬品の価格設定は薬価にて定められており、自助努力での増収は図れないことから、超高額医薬品の管理料の新設を要望する。

5. 特定入院料の施設基準における宿日直要件の見直し

特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準における宿日直要件の緩和

2024年6月の診療報酬改定において上記特定入院料の施設基準で「当該専任の医師は宿日直を行う医師ではないこと」と明記されたが、地方の病院では十分な医師を確保できず、この要件を満たすことが厳しい状況にある。

医師の働き方改革が開始される中で、各医療機関が現行の医療体制の維持に努めているが、この改正によって大きな減収となり、救急・小児・産科の医療体制の維持に影響を及ぼしかねないものとなっているため、宿日直要件の緩和を要望する。

6. 入院時食事療養費の増額

材料費や人件費高騰のため入院時食事療養費の更なる増額

2024年6月の診療報酬改定で30円引き上げられたが、昨今の物価高騰による食材費や人件費の高騰を賄える水準には達しておらず、経営努力だけでは食事療養の提供が厳しい状況である。安心・安全で質の高いサービスの提供を継続するために入院時食事療養費の更なる増額を要望する。

資料4-10 < 全日本病院協会 >

2026 年度(令和 8 年度)診療報酬改定に関する要望(案)【全日本病院協会】

1、入院基本料の引上げ

- 諸物価、人件費、委託費の高騰が著しく、病院経営は逼迫している。入院基本料の大幅な引き上げを要望する。

2、ICT 推進のための適切な評価

- 人口減少、少子超高齢社会に受けて、生産年齢人口の現象が今後加速化すると言われており、業務の効率化と医療の質向上には、医療 DX の推進が欠かせない。しかし、電子カルテ、オンライン資格確認システム、電子処方箋のシステム導入、医事管理コストは病院経営に大きな負担となっている。サイバーセキュリティ対策についても多額の費用がかさむことから、病院における ICT 推進のために適切な評価を要望する。

3、診療報酬が、物価高騰・人件費高騰に対してスライドする仕組みの導入

- 診療報酬改定は 2 年に 1 度であるが、期中であっても、物価、人件費の上昇にスライドして引き上げる仕組みが無いと、診療報酬点数が 2 年間据置ではもはや対応出来ない状況となっている。スライドして対応出来る仕組みを要望する。

資料4-11 < 日本私立医科大学協会 >

令和8年度診療報酬改定に関する要望書（第1報）に関する 項目について

令和7年1月15日

一般社団法人 日本私立医科大学協会

1. 診療報酬改定時期の見直し

経営的にマイナス傾向が強い薬価改定が例年どおり4月に施行され、プラスに働く傾向が強い診療報酬改定が2カ月遅れであった関係から、令和6年度上半期はほとんどの施設で経営が悪化している。入院基本料等の施設基準に係る経過措置期間はほぼ変わらないが、ITベンダーの対応は「退院患者調査」等の期限を基準としていたようで、医療施設側は非常にタイトなスケジュールである。

2. ベースアップ評価料等の継続と評価の見直し

「外来・在宅ベースアップ評価料」や「入院ベースアップ評価料」「看護職員処遇改善評価料」等を原資として医療従事者の処遇改善がはかられているところであるが、本加算の継続及び評価の更なる上乘せを検討していただきたい。

3. 診療報酬請求上加算として扱われる医療材料等の評価の見直し

特定保険医療材料の価格については実勢価格に基づき見直しが繰り返されているが、「無菌調剤処理」や「自動縫合器」「自動吻合器」といった加算として扱われる材料等については長期に渡り放置されている状態である。実態に合わせた点数の見直しと特定保険医療材料と同様に定期的な見直しの仕組みを構築していただきたい。

資料4-11 < 日本私立医科大学協会 >

4. 内視鏡手術支援機器を用いる手術点数について

内視鏡手術支援機器を用いる手術の手技料は、腹腔鏡下手術と同じ評価であることが多いが、手術時に使用する消耗品や機器類のメンテナンス費用等については腹腔鏡よりもかなり割高であるため、実態に合わせた点数もしくは加算を設定していただきたい。

5. 入院時食事療養費の増額と特別治療食加算の拡大について

令和6年度診療報酬改定において1食30円、さらに令和7年度より1食20円増額していただいたが、以降も食材料費、光熱水費、人件費等の高騰が続いている状況であり、安定的な給食業務の維持のために、1食につき〇〇円程度増額を希望する。

また、アレルギー対応食及び嚥下調整食を、安全に提供するためには、普通食より調理上のスキルや調理時間を要し、より多くのチェック体制が必要となるため、特別治療食の加算枠を広げ、食物アレルギー患者に『アレルギー対応食』、嚥下困難患者に『嚥下食』を提供した場合、特別治療食加算として算定していただきたい。

6. 救急救命センター（ER）への薬剤師配置の新設について

救命救急現場では、薬剤使用へのリスクが高く、迅速な薬剤情報等が必要であるため、医師の負担軽減に寄与する救急救命センターへの薬剤師配置に対する適切な評価をお願いしたい。

資料4-12【参考資料】

2026 年度（令和 8 年度）診療報酬改定に関する要望書 作成・提出スケジュール

以下のスケジュールは 2024 年度（令和 6 年度）改定時をベースとしております。

＜スケジュール＞

2024 年 12 月 11 日（水）	2026 年度（令和 8 年度）診療報酬改定に関する要望書【第 1 報】に関する要望事項を各団体に提出依頼
2025 年 1 月 15 日（水）	各団体よりあげていただいた要望事項を 1 団体 3 分程度で説明いただく。それを受け、委員長・副委員長・中医協委員等で 2026 年度（令和 8 年度）診療報酬改定に関する要望書【第 1 報】たたき台を、次回委員会までに作成。
2025 年 2 月 19 日（水）	2026 年度（令和 8 年度）診療報酬改定に関する要望書【第 1 報】たたき台をベースに第 1 回検討
2025 年 3 月 19 日（水）	2026 年度（令和 8 年度）診療報酬改定に関する要望書【第 1 報】の第 2 回の検討・確定 ※最終調整は委員長・副委員長・中医協委員で対応 ※同月開催の代表者会議に諮る。
2025 年 4 月（日付未定）	2026 年度（令和 8 年度）診療報酬改定に関する要望書【第 1 報】厚生労働省保険局医療課に提出
2025 年 6 月 18 日（水）	2026 年度（令和 8 年度）診療報酬改定に関する要望書【第 2 報】に関する要望事項を各団体に提出依頼
2025 年 7 月 16 日（水）	2026 年度（令和 8 年度）診療報酬改定に関する要望書【第 2 報】たたき台をベースに要望事項を検討
2025 年 8 月 20 日（水）	2026 年度（令和 8 年度）診療報酬改定に関する要望書【第 2 報】の 2 回目の検討・確定 ※最終調整は委員長・副委員長・中医協委員で対応 ※同月開催の代表者会議に諮る。
2025 年 8 月～9 月（日付未定）	2026 年度（令和 8 年度）診療報酬改定に関する要望書【第 2 報】厚生労働省保険局医療課に提出

※その後「第 3 報」等の作成・提出は、中医協等の議論を見ながら検討

以上

事 務 連 絡
令和6年12月25日

日本病院団体協議会 御中

厚生労働省
医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室
保険局医療課

救急時医療情報閲覧の運用開始及び診療報酬上の施設基準について（周知）

厚生労働行政の推進につきまして、日ごろより格段の御協力を賜り、御礼申し上げます。

令和6年12月9日より、患者の生命、身体のプロテクトのために必要な場合、マイナ保険証による本人確認を行うことによって、患者の同意取得が困難な場合でも、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧可能となる救急時医療情報閲覧機能の運用が開始されました。

また、令和6年度診療報酬改定において、救急時医療情報閲覧機能を有していることが、総合入院体制加算1～3、急性期充実体制加算1・2及び救命救急入院料1～4の施設基準の一つとなり、令和7年4月1日以降に適用となります。

既に当該加算及び入院料を算定している医療機関につきましては、引き続き算定する場合には令和7年3月31日までに救急時医療情報閲覧機能を導入いただけますようお願いいたします。なお、救急時医療情報閲覧機能を期限までに導入しない場合は、施設基準を満たせず、医療機関の収益が大幅に減少することが見込まれますのでご留意ください。

つきましては、貴会においては、内容を御了知の上、貴会会員等に対して周知等をお願いいたします。また、システム事業者との調整を踏まえ、令和7年3月31日までの導入が難しい等の課題（二要素認証の導入等）が発生している場合は、下記連絡先まで状況をお知らせいただきますよう、合わせて周知等をお願いいたします。

(参考)

- ・救急時医療情報閲覧機能概要案内

<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001243478.pdf>

- ・令和 6 年度診療報酬改定 個別改定項目について (P136、137)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220531.pdf>

- ・「疑義解釈資料の送付について (その 17)」(令和 6 年 12 月 18 日事務連絡)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001358824.pdf>

- ・導入に向けた課題等の連絡先厚生労働省

医政局 特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室

e-mail : iryoushouhousitsu@mhlw.go.jp

令和6年12月スタート

救急時医療情報閲覧 概要案内

【病院の方々へ】

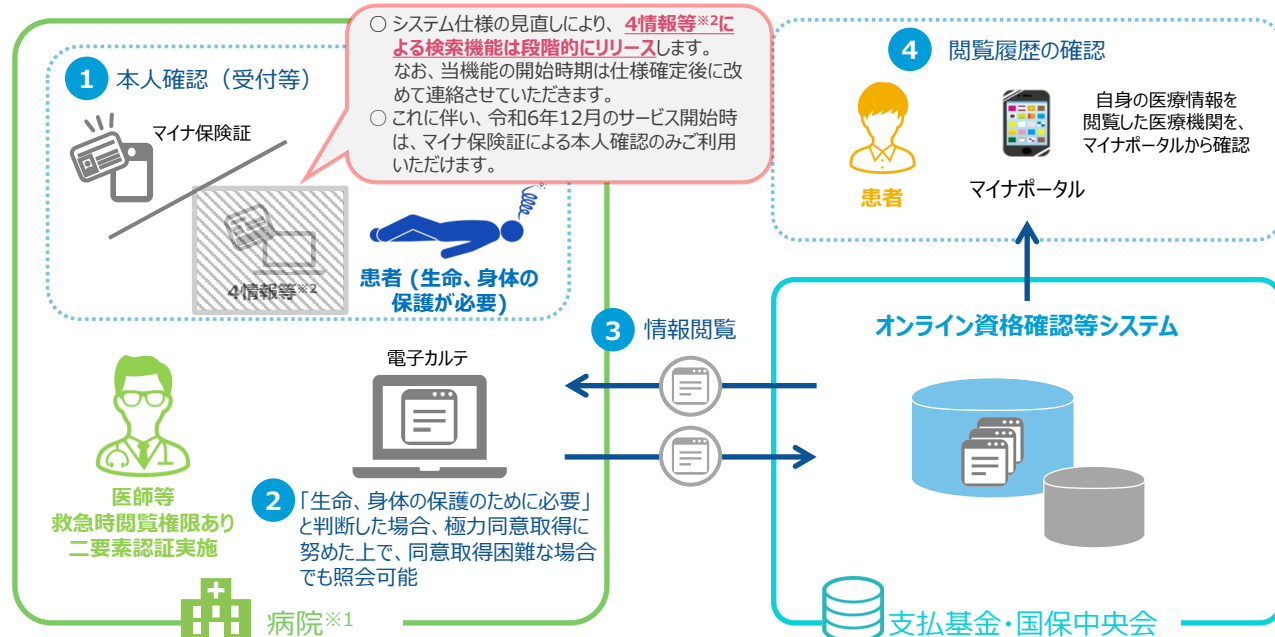
令和6年9月
厚生労働省医政局

改訂履歴

版数	改訂年月	該当箇所	主な改訂内容
1.0	令和5年11月	全体	初版作成
1.1	令和6年2月	「2.閲覧できる情報」	・ オンライン資格確認等システムで管理する情報の保存期間見直しに伴う救急用サマリー、通常表示における期間の更新
		「4.救急時医療情報閲覧機能活用のメリット」	・ 救急時医療情報閲覧機能の活用に係るメリット周知ページの新規追加
		「5.診療報酬加算の要件について」	・ 医療DXの推進による医療情報の有効活用推進を目的とした、診療報酬加算の要件見直しに係る周知ページの新規追加
		「7. Q&A」	・ 診療報酬加算の要件追加による回答の更新
		全体	・ 周知ページ追加によるスライド項番の更新
1.2	令和6年9月	表紙	・ 一部機能の仕様変更によりシステムの追加開発が必要となったため、提供開始時期を令和6年12月に変更。
		「1.救急時医療情報閲覧について」「3.病院でできるようになること」「4.救急時医療情報閲覧機能活用のメリット」	・ 追加開発にあたり仕様・設計の見直しを行うため、提供開始時点では、マイナ保険証を使った閲覧機能からリリースを行う。これに伴い、4情報等による検索機能の表記をグレーアウト。
		「5.診療報酬加算の要件について」	・ 令和6年度診療報酬改定の概要、照会先のURLに差し替え
		「6. 利用開始に向けたスケジュール」	・ 一部機能の仕様変更によりシステムの追加開発が必要となったため、提供開始時期を令和6年12月に変更。これに伴いスケジュール表も更新。
		「7. Q&A」	・ 医療機関向け総合ポータルサイトの救急時医療情報閲覧FAQに合わせて回答を更新 ・ 救急時医療情報閲覧機能とマイナ救急との違いを追加
		全体	文言の統一 ・ マイナンバーカード⇒マイナ保険証 ・ 資格確認書等情報⇒被保険者番号等情報 ・ 検索/患者特定⇒本人確認

1. 救急時医療情報閲覧について

救急時医療情報閲覧機能により、病院においては※1、**患者の生命、身体保護のために必要な場合、マイナ保険証による本人確認を行うことによって、患者の同意取得が困難な場合でも、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧**できるようになります。



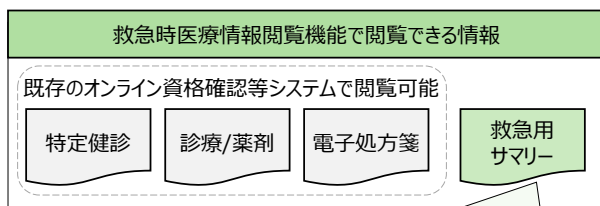
※1 救急時医療情報閲覧機能は、「患者の生命、身体保護のために必要がある場合」を対象とした仕組みであるため、主に救急患者を受け入れる一次救急〜三次救急告示病院および病院を対象とした機能です。病院以外の医療機関等（診療所・薬局）には開放を想定しない機能となります。

※2 4情報等：①氏名 ②生年月日 ③性別 ④住所 または 保険者名称（被保険者番号等情報による本人確認も可能）

2

2. 閲覧できる情報

救急時医療情報閲覧機能では、現行のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療／薬剤情報に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された**救急用サマリー**の閲覧が可能です。



救急用サマリーの項目・期間

項目	期間	参考：通常表示における期間
受診歴	3か月	5年
電子処方箋情報（※1）	45日	100日
薬剤情報（※2）	3か月	5年
手術情報	5年	5年
診療情報（※2）	3か月	5年
透析情報	3か月	5年
健診情報（※2）	健診実施日を表示	5年

※1：電子処方箋情報については、既に電子処方箋管理サービスを導入済みの医療機関等で登録された情報が閲覧可能。（救急用サマリーでは電子処方箋管理サービスに登録された情報のうち調剤情報のみ閲覧可能）

※2：薬剤情報については令和3年9月診療分のレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、診療情報については令和4年6月以降に提出されたレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、特定健診情報については令和2年度以降に実施し順次登録された情報が閲覧可能。

救急用サマリーの表示イメージ（PDF）

救急用 診療／薬剤情報一覧 作成日：2022年8月26日 1 / 1 ページ

氏名 カナ シノベリ 999 保険者番号 12345678
 氏名 診療 太郎 被保険者証等番号 1234567
 生年月日 1962年5月21日 性別 男 年齢 60歳 被保険者証等番号 12345
 検査 00

この診療／薬剤情報は、以下期間の診療行為及び医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。
 （前レセプトや包括の場合など、診療行為／医薬品が表示されない場合があります）

Ⅰ 受診歴 ※直近3か月（2022年8月～2022年8月）までの記録を表示

医療機関名	受診歴
資格クリニック	22年7月
資格医院	22年6月

Ⅱ 調剤結果情報 ※直近3か月（2022年8月～2022年8月）までの記録を表示

調剤	処方 使用	医薬品名	調剤数量
年月 日	区分 区分	（成分名）	※4
22年8月 2日	1	【用法】 1日1回服用 → 1日2回服用の特別指示	調剤数量
22年8月 2日	2	【用法】 1日2回服用 → 1日1回服用の特別指示	調剤数量

Ⅲ レセプトに基づく薬剤実績 ※直近3か月（2022年8月～2022年8月）までの記録を表示

調剤	処方 使用	医薬品名	調剤数量
年月 日	区分 区分	（成分名）	※2
22年7月 19日	1	【用法】 1日1回服用 → 1日2回服用の特別指示	調剤数量
22年7月 19日	2	【用法】 1日2回服用 → 1日1回服用の特別指示	調剤数量

--- 次頁へ続く ---

【注意事項】
 ※1 医薬品の場合、入院/外来/院内で分類し、「外来」とは入院及び院内（薬局）以外で調剤された医薬品を指します。
 また、診療行為の場合、入院/外来で分類しています。
 ※2 処方済調剤レセプトの構成に準拠しています。
 ※3 調剤時の使用量（数量、日数、回数等）と一致しない場合があります。

救急用
 ※データ表示
 期間を限定

3

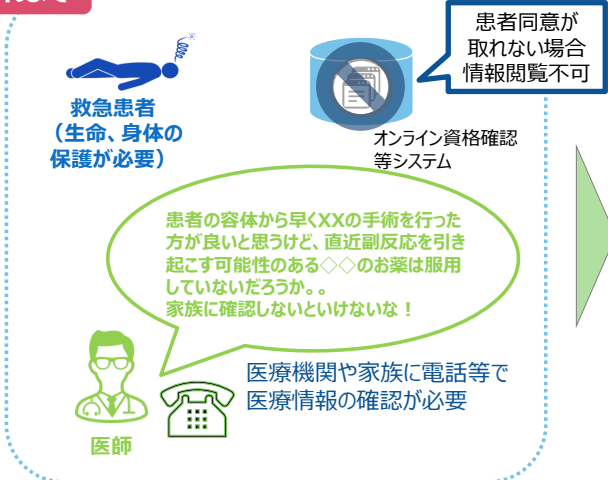
3. 病院でできるようになること

救急時において、意識障害等の同意取得困難な患者に対しても、薬剤情報や手術情報等のレセプトに基づく医療情報を閲覧し、迅速かつ適切な検査・治療等に活用できるようになります。

疾患の推測とそれに伴う治療方針の検討の迅速化

！ 意識障害等の患者についても医療情報を閲覧できることで、**救急時における疾患の推測とそれに伴う治療方針の検討の迅速化**が可能になります。

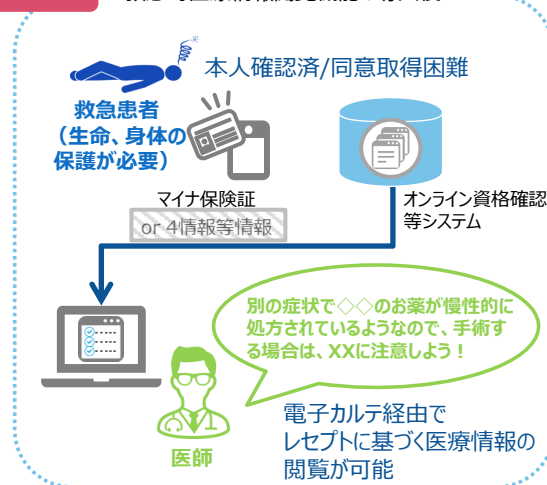
これまで 救急時医療情報閲覧機能の導入前



薬剤情報や手術情報を踏まえた適切な治療

！ 救急時において、意識障害等で同意取得困難な患者についても、薬剤情報や手術情報などの**医療情報を踏まえた適切な検査および治療**に活用いただけます。

これから 救急時医療情報閲覧機能の導入後

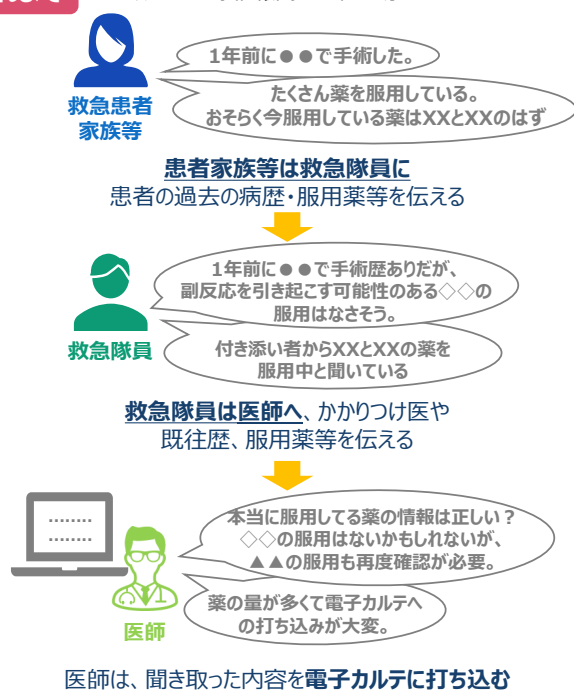


4

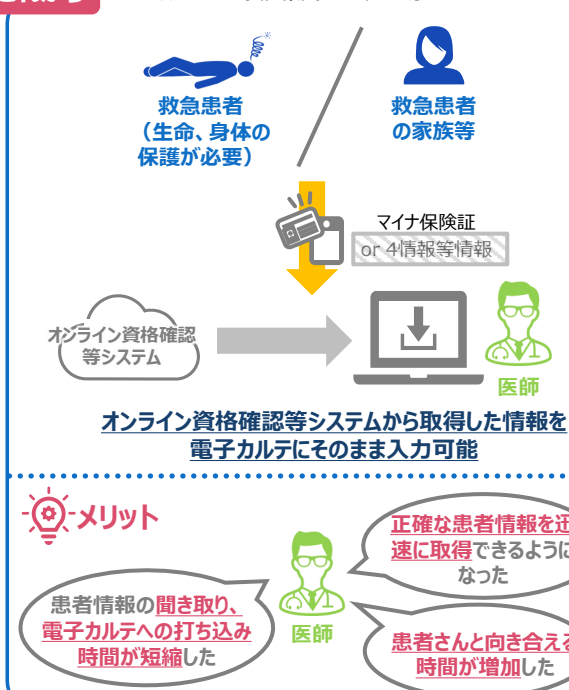
4. 救急時医療情報閲覧機能活用のメリット（1/2）

救急時医療情報閲覧機能によって、**患者の服用薬等の複数回にわたる口頭伝達が軽減可能**です。さらに、電子カルテへの入力作業が効率化され、**業務負荷軽減および医療の質向上**につながります。

これまで 救急時医療情報閲覧機能の導入前



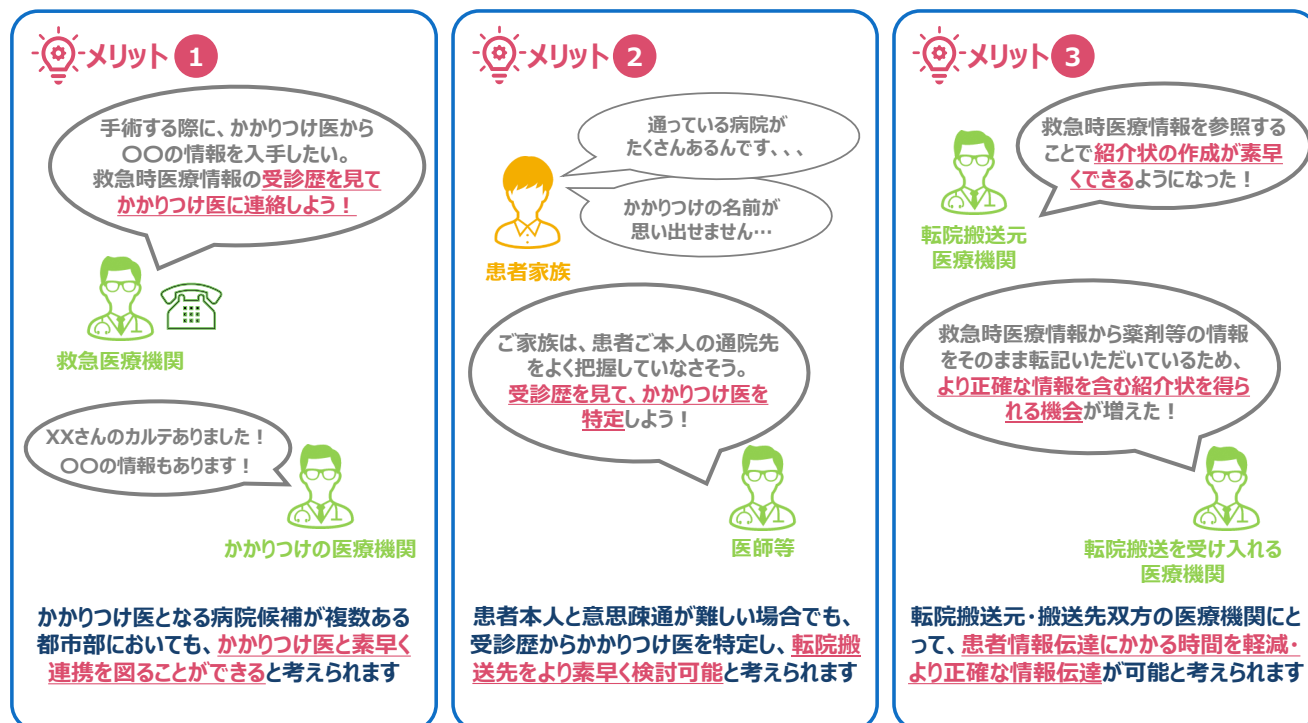
これから 救急時医療情報閲覧機能の導入後



5

4. 救急時医療情報閲覧機能活用のメリット（2/2）

救急時医療情報閲覧機能では患者の直近の受診歴も確認可能なことから、**転院搬送やかかりつけ医と連携を取る場合等に、双方の医療機関にとってより迅速な意思決定・情報伝達が可能**と考えられます。



6

5. 診療報酬加算の要件見直しについて

令和6年度診療報酬改定では、**救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ
的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命
救急入院料について要件が見直されています。**

改定の概要

- 個別改定項目について（P136-137）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220531.pdf>

照会先

- 診療報酬に関する照会先
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001219112.pdf>

6. 利用開始に向けたスケジュール

令和6年10月より運用開始予定であった救急時医療情報閲覧について、一部機能の仕様変更により、システムの追加開発が必要となったため、**令和6年12月より提供開始**とさせていただきます。

なお、利用にあたり、オンライン資格確認を導入している必要があるため、まだ導入していない場合は、お早めに準備をお願いします。（※）

赤字：更新したスケジュール

年	令和5年度					令和6年度																
月	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3					
スケジュール						▼病院における準備手続き開始												▼病院における運用 テスト開始				
																		★救急時医療情報閲覧 機能利用開始 ※マイナ保険証による本人確認のみ				
						システムベンダによる準備作業 (パッケージソフトの改修等)																
						病院における手続き (ベンダに確認/相談、導入・運用準備等)										救急時医療情報閲 覧機能の利用						

（※）オンライン資格確認の導入に必要な作業については、『オンライン資格確認の導入に向けた準備作業の手引き』をご覧ください。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001016689.pdf>

8

7. Q&A

救急時医療情報閲覧について

Question

Answer

既存のオンライン資格確認等システムから何が変わるのですか？

- A. 既存の仕組みでは、患者のマイナ保険証にて受付を行い、患者から同意を取得した場合においてレセプト情報に基づく医療情報等が閲覧可能です。
- 救急時医療情報閲覧機能では、患者の生命、身体の保護のために必要な場合、意識障害等で同意取得困難な患者についても、通常外来のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療/薬剤情報に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された救急用サマリーが閲覧できるようになります。

院内の誰でも救急時医療情報閲覧機能を利用可能ですか？

- A. 病院の管理者により、電子カルテシステム機能にて「救急時閲覧権限」を付与された有資格者のみ本機能を利用可能です。
- ※ 有資格者・・・医師、歯科医師、薬剤師、並びに病院の選定者
- ※ 照会後の救急時医療情報は、各病院における医療情報の安全管理措置に係る規定に従って管理ください。

意識がある患者についても、救急時医療情報閲覧の対象になりますか？

- A. 意識がある患者についても、「患者の生命、身体の保護のために必要」と判断された場合、救急時医療情報閲覧機能がご利用可能です。
- （同意取得困難な場合でも救急用サマリーおよび通常表示を閲覧可能です）

9

7. Q&A

救急時医療情報閲覧の利用開始に向けて

Question

Answer

同意取得困難な場合、患者の同意無しで医療情報を見て本当に大丈夫ですか？

A. 「患者の生命、身体保護のために必要」と判断された場合は、個人情報保護法に基づき、患者の同意なしで医療情報を閲覧することができます。
なお、患者本人は自身の医療情報を閲覧した病院の履歴について、マイナポータルから確認可能です。

全ての医療機関において、救急時医療情報閲覧を導入しなければいけませんか？

A. 救急時医療情報閲覧機能の導入対象医療機関は全国の病院です。救急時に医療情報を閲覧できることにより、生命、身体保護が必要な患者に対する、より質の高い医療の提供が可能になります。特に二次・三次救急病院の皆様におかれましては早期導入の検討をお願いします。

救急時医療情報閲覧機能の利用を開始するためには、まず何をすればよいですか？

A. 利用にあたり、オンライン資格確認を導入している必要があるため、導入していない方は、お早めに準備をお願いします。
詳細につきましては、「救急時医療情報閲覧機能導入に向けた準備作業の手引き」([URL](#))をご参照ください。
なお、導入費用につきましては、電子カルテシステムやシステム契約条件等によって異なりますので、ご契約の電子カルテシステムベンダ様にお問合せください。

10

7. Q&A

救急時医療情報閲覧の利用開始に向けて

Question

Answer

救急時医療情報閲覧機能導入にはどのくらいの費用がかかりますか？

A. 電子カルテシステムやシステム契約条件等によって異なりますので、ご契約の電子カルテシステムベンダ様にお問合せください。
※ 当機能導入に対する補助金の予定はございません。

救急車で患者が運ばれてきた場合、カードリーダーでのマイナ保険証の読み取りは必須ですか？

A. マイナ保険証の券面に掲載された顔写真で本人確認ができる場合、乳幼児又は成年被後見人の法定代理人が代わって暗証番号を入力することができる場合は、マイナ保険証による本人確認をご検討ください。令和6年12月の提供開始時点では、マイナ保険証による本人確認での閲覧機能からリリースとなりますが、4情報、被保険者番号等情報による本人確認での閲覧機能も段階的にリリース予定です。リリース時期および設計変更に伴う技術仕様の変更は改めてご連絡いたします。

救急時医療情報閲覧機能とマイナ救急の違いは何ですか？

A. 救急時医療情報閲覧機能は、病院の医療従事者等が、病院において救急医療時に患者の医療等情報を確認する機能のことです。
マイナ救急は、救急隊が、救急活動中に傷病者の医療等情報を確認する取組みのことです。

11

【Ⅱ－１ 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－⑤】

⑤ 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

第１ 基本的な考え方

救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

第２ 具体的な内容

総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について、救急時医療情報閲覧機能を導入していることを要件とする。

改 定 案	現 行
<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等</p> <p>(5) 24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第692号）に定める第3「救命救急センター」又は第4「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。<u>また、救急時医療情報閲覧機能を有していること。</u></p> <p>2 総合入院体制加算 2 に関する施設基準等</p> <p>(4) 24時間の救急医療提供として、<u>救急時医療情報閲覧機能を有していること。また、以下のいずれかを満たしていること。</u> ア・イ （略）</p> <p>[経過措置] <u>1の(5)及び2の(4)に係る救急時</u></p>	<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等</p> <p>(5) 24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第692号）に定める第3「救命救急センター」又は第4「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。</p> <p>2 総合入院体制加算 2 に関する施設基準等</p> <p>(4) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。 ア・イ （略）</p> <p>[経過措置] (新設)</p>

<p><u>医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする。</u></p> <p>【急性期充実体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 急性期充実体制加算に関する施設基準</p> <p>(5) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。 ア・イ (略) ウ <u>救急時医療情報閲覧機能を有していること。</u></p> <p>[経過措置] <u>1の(5)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする。</u></p> <p>【救命救急入院料】 [施設基準]</p> <p>1 救命救急入院料1に関する施設基準</p> <p>(8) <u>当該病院において救急時医療情報閲覧機能を有していること。</u></p> <p>2 救命救急入院料2に関する施設基準</p> <p>救命救急入院料1の(1)から(5)まで<u>及び(8)の施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料の1又は3の施設基準を満たすものであること。</u></p> <p>[経過措置] <u>1の(8)及び2（救命救急入院料1の(8)に限る。）に規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする。</u></p>	<p>【急性期充実体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 急性期充実体制加算に関する施設基準</p> <p>(5) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。 ア・イ (略) (新設)</p> <p>[経過措置] (新設)</p> <p>【救命救急入院料】 [施設基準]</p> <p>1 救命救急入院料1に関する施設基準 (新設)</p> <p>2 救命救急入院料2に関する施設基準</p> <p>救命救急入院料1の(1)から(5)までの施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料の1又は3の施設基準を満たすものであること。</p> <p>[経過措置] (新設)</p>
---	--

事 務 連 絡
令和 6 年 12 月 18 日

地 方 厚 生 （ 支 ） 局 医 療 課

都道府県民生主管部（局）

国民健康保険主管課（部）

御中

都道府県後期高齢者医療主管部（局）

後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その 17）

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和 6 年厚生労働省告示第 57 号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 4 号）等により、令和 6 年 6 月 1 日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添 1 のとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

医科診療報酬点数表関係

【入院料通則（身体的拘束の最小化）】

問1 医科点数表第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する身体的拘束最小化の基準について、「(6)(1)から(5)までの規定にかかわらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による」とされているが、一般病床と精神病床の両方を有する病院では、身体的拘束最小化チームの設置も含め、(1)から(5)までの基準を満たさない場合、通則第9号に規定する減算の対象となるのか。

(答) そのとおり。一般病床と精神病床の両方を有する病院において、一般病床に入院する患者の身体的拘束は、医療機関として(1)から(5)までの基準をすべて満たした上で取扱う必要があり、精神病床に入院する患者の身体的拘束は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づいて取扱うこととなる。

こうした規定を満たさず、通則第9号に規定する減算の対象となった医療機関では、一般病床及び精神病床で算定される入院料等を含む当該医療機関のすべての入院料等が減算となることに留意すること。

なお、精神病床のみを有する精神科病院では、入院するすべての患者の身体的拘束を、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づいて取扱う限り、通則第9号に規定する減算の対象とはならない。

【救急時医療情報閲覧機能】

問2 「A200」総合入院体制加算、「A200-2」急性期充実体制加算及び「A300」救命救急入院料の施設基準における「救急時医療情報閲覧機能」については、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）において、「機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す」とされているが、具体的な内容はどのようなものか。

(答) 「救急時医療情報閲覧のオンライン資格確認等システムの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書」において示されている、『意識障害等で患者意思を確認できない状況をはじめとした「患者の生命、身体保護のために必要がある場合」において、マイナ保険証による同意取得が困難な場合でも医療情報閲覧利用を可能とする』ための救急時医療情報閲覧機能のうち、令和6年12月18日時点では、マイナ保険証を用いた本人確認による救急時医療情報閲覧機能を指す。

なお、当該施設基準の経過措置は令和 7 年 3 月 31 日までとなっているため、注意されたい。

(参考) 救急時医療情報閲覧のオンライン資格確認等システムの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書 (令和 6 年 9 月 13 日厚生労働省医政局)
<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001252407.pdf>

【慢性腎臓病透析予防指導管理料】

問 3 「B001」特定疾患治療管理料の「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料の算定対象となる患者は、「慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者」とされているが、ここでいう「糖尿病患者」とは具体的にどのような患者を指すのか。

(答) ヘモグロビン A1c (HbA1c) が J D S 値で 6.1%以上 (N G S P 値で 6.5%以上) 又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第 2 期以上の患者を指す。

【多血小板血漿処置】

問 4 区分番号「J003-4」多血小板血漿処置の施設基準における関係学会等から示されている指針とは何を指すのか。

(答) 現時点では、日本皮膚科学会の「多血小板血漿 (PRP) を用いた難治性皮膚潰瘍の治療について」、多血小板血漿 (PRP) 療法研究会の「手順書：多血小板血漿 (PRP) を用いた難治性皮膚潰瘍の治療」、又は日本フットケア・足病医学会、日本形成外科学会、日本皮膚科学会、日本褥瘡学会が作成した「既存治療が奏功しない創傷に対するオートロジェルシステムを用いた多血症板血漿治療の適正使用指針」を指す。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について (その 1)」(令和 2 年 3 月 31 日事務連絡) 別添 1 の問 147 は廃止する。