中央社会保険医療協議会 総会(第603回) 議事次第

令和7年1月29日(水) 10:00~

議題

- ○費用対効果評価専門組織からの報告について
- 〇先進医療会議及び患者申出療養評価会議からの報告について
- ODPC 対象病院の再編に係る報告について
- ○その他
- ○医療 DX に係る診療報酬上の評価の取扱いについて (諮問)
- ○個別改定項目について
- ○答申書附帯意見について
- ○答申について

 中医協
 総一

 1

 2

 9

医薬品・医療機器等の費用対効果評価案について

	品目名	効能・効果	収載時価格	うち有用性系 加算率	市場規模	費用対効果評価区分	総会での 指定日	頁
1	ゴア CTAG 胸部大動脈 ステントグラフトシステム	*	1, 490, 000 円	5 %	92 億円	H 2(市場規模が 50 億円以上)	2023/7/5	2
2	リットフーロカプセル	円形脱毛症(ただし、脱 毛部位が広範囲に及ぶ難 治の場合に限る)	5, 802. 40 円 (50mg 1 カプセル)	5 %	156 億円	H 1 (市場規模が 100 億円以上)	2023/8/23	5

[※] 本品は胸部下行大動脈病変のうち一定の要件をみたす疾患の治療に用いられるステントグラフト及びデリバリーカテーテルからなるステントグラフトシステムである。

医薬品・医療機器等の費用対効果の総合的評価案について

対象品目名:ゴア CTAG 胸部大動脈ステントグラフトシステム (ゴア*TAG*コンフォーマブル胸部大動脈ステントグラフトアクティブコントロールシステム)

製造販売業者名:日本ゴア合同会社

使用目的又は効果:胸部大動脈瘤患者、合併症を伴う Stanford B 型大動脈解離(解離性大動脈瘤を含む) のうち内科的治療が奏功しない患者、外傷性胸部大動脈損傷患者

対象集団	比較対照技術	ICER (円/QALY)	患者割合
对 家未凹	11.4次对 积积7次7例	の区分 ^{※1、2}	(%)
	大動脈用ステントグラフト		
胸部大動脈瘤患者	(胸部大動脈用・メイン部分・	費用削減 ^{※3}	61.1%
	標準型)		
合併症を伴う Stanford B 型大動脈解離	大動脈用ステントグラフト		
(解離性大動脈瘤を含む)のうち、内科的治	(胸部大動脈用・メイン部分・	費用削減※3	38. 9%
療が奏功しない患者	標準型)		

^{※1} 価格決定に当たっては、その時点における対象品目並びに比較対照技術の最新の価格及びその価格を用いた ICER の区分を用いる。

^{※2} 決定された ICER の区分について、価格決定の時点における対象品目及び比較対照技術の最新の価格を用いて、機械的に再計算 し、区分が変更される場合がある。

^{※3} 比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が削減されるもの

(参考) ゴア CTAG 胸部大動脈ステントグラフトシステムの費用対効果評価案策定に係る主な検討事項

1. 分析枠組み

	胸部大動脈用ステントグラフトを用いてステントグラフト内挿術を受ける患者のうち、
	以下の者
分析対象集団	(a)胸部大動脈瘤患者
	(b)合併症を伴う Stanford B 型大動脈解離(解離性大動脈瘤を含む)のうち、内科
	的治療が奏功しない患者
ᄔᅕᅯᅋᆉᄵᄼ	(a)大動脈用ステントグラフト(胸部大動脈用・メイン部分・標準型)
比較対照技術名	(b) 大動脈用ステントグラフト (胸部大動脈用・メイン部分・標準型)
その他	特記事項なし

2. 分析枠組みに係る専門組織での主な検討事項

(専門組織の見解)

外傷性胸部大動脈損傷患者に対する適応は、現場でのニーズが高く非常に重要である。一方で、本品目の適応疾患に占める割合が限定的であることから、提案のとおり分析対象集団に含めないことは妥当である。

(企業の不服意見)

- なし
- 3. 費用対効果評価結果案策定に係る専門組織での主な検討事項 公的分析が再分析を行った主な点は以下の通りである。

(追加的有用性におけるアウトカム指標について)

製造販売業者は、追加的有用性の評価に際し、アウトカムとしてデバイスの初回留置本数、全生存率、再手術発生率、ラピッドペーシング実施率を設定した。ラピッドペーシングの目的は、手技を正確に行うことであり、その実施率の低下が必ずしも安全性の向上を意味するものではない。デバイスの初回留置本数は、費用には大きく関係するものの、それ自体が長期的なアウトカムの改善へ寄与するかについては明らかではない。したがって、ラピッドペーシング実施率及びデバイスの初回留置本数はプロセス指標と考えられ、追加的有用性の評価指標として使用することは妥当ではないと考える。

(追加的有用性の評価で使用するデータについて)

公的分析が実施したシステマティックレビューでは、評価対象技術と比較対照技術を比較したランダム化比較試験および直接比較した臨床研究は同定されなかった。製造販売業者は、評価対象技術に関する唯一の報告である SURPASS レジストリの追跡期間が 1 年間と短期間であることを理由に、評価対象品目の前世代品のレジストリである GREAT レジストリを本品のデータとみなし、他の比較対照技術 (Valiant 等) のレジストリである MOTHER レジストリとの比較により全生存率および再手術発生率に係る追加的有用性を検証した。しかし、前世代品は比較対照技術であるため、GREAT レジス

トリを評価対象技術のデータとして代用することは妥当ではなく、SURPASS レジストリを用いるべきと判断した。

上記の論点に関し、企業側から公的分析の見解に対する意見はなかった。

以上を踏まえ、専門組織で議論し、追加的有用性のアウトカム指標について及びレジストリデータの妥当性について、下記のとおり、公的分析結果が妥当であると考えられた。

- ・ 製造販売業者の提示した追加的有用性評価のアウトカムのうち、デバイス使用本数やラピッドペーシング実施率はプロセス指標である。アウトカム指標としては公的分析が採用した全生存率や再手術率の方が妥当である。
- ・ SURPASS レジストリを用いて全生存率、再手術発生率の評価は困難だったため、追加的有用性が示されているとは判断できなかった。
- ・ デバイスのデリバリーシステムに改良が加えられた新技術により、術者の負担が軽減される ことは臨床現場において感じることはある。しかしながら、このような利点は、定量的なデー タの提示なしには費用対効果評価に反映することは難しい。

また、価格引き上げについては、上記のとおり追加的有用性が示されていないこと、本品と比較対照技術はステントグラフト自体が同じ製品であることから、価格調整係数決定に係る項目(一)対象品目の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であることが、メタ解析及びシステマティックレビューを除く臨床研究により示されていること、(二)対象品目の基本構造や作用原理が比較対照技術と著しく異なる等一般的な改良の範囲を超えた品目であること、いずれにも該当せず、価格引き上げ要件を満たさないと決定された。

上記専門組織の決定について、製造販売業者から、価格引き上げの要件への該当性について不服意見が出された。専門組織では、以下の通り議論され、本費用対効果評価の結果は価格引き上げ要件を満たさず、分析結果等については公的分析結果が妥当であると結論づけられた。

- ・ 企業から新たに提出された結果はレジストリ研究に基づく、アンカーのない間接比較であり、 研究デザイン上の不確実性が大きい。また得られた結果の信頼区間の幅も広く、詳細は不明で あり、何らかの判断を行うことは困難であるものと推測される。
- ・ 本対象品目は前世代品に対し、アクティブコントロール機能を付与した点が異なるものであり、 既存ステントグラフトの一般的な改良の範囲に留まると考えるのが適切である。

<参考:本資料に係る留意事項>

- 総合的評価では、企業分析及び公的分析双方とも一定の科学的妥当性が認められている。
- 「専門組織での主な検討事項」は、双方の主な見解の相違部分を抜粋したものである。
- 費用対効果評価の詳細については、国立保健医療科学院から公表される報告書を参照されたい。

(以上)

医薬品・医療機器等の費用対効果の総合的評価案について

対象品目名:リットフーロカプセル(リトレシチニブトシル酸塩)

製造販売業者名:ファイザー株式会社

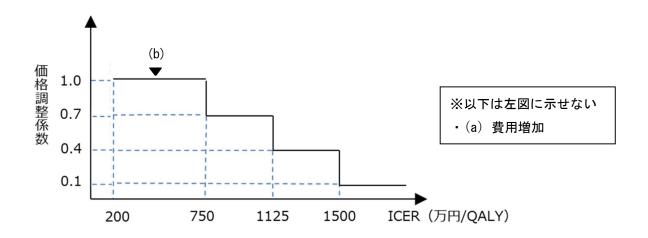
効能・効果:円形脱毛症(ただし、脱毛部位が広範囲に及ぶ難治の場合に限る)

対象集団	比較対照技術	ICER (円/QALY) の区 分*1.2	患者割合 (%)
(a) 頭部全体の概ね 50%以上に脱毛が認 められる成人の円形脱毛症患者	バリシチニブ	費用増加*3	91. 9%
(b) 頭部全体の概ね 50%以上に脱毛が認められる小児の円形脱毛症患者	Best supportive care	200 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満*4	8. 1%

^{※1} 価格決定に当たっては、その時点における対象品目並びに比較対照技術の最新の価格及びその価格を用いた ICER の区分を用いる。

- ※3 比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が増加するもの
- ※4 価格調整における配慮への該当性について、分析対象集団(b)のみ該当あり。

(補足)分析対象集団の ICER の区分(有用性系加算等の価格調整係数)



^{※2} 決定された ICER の区分について、価格決定の時点における対象品目及び比較対照技術の最新の価格を用いて、機械的に再計算 し、区分が変更される場合がある。

(参考)リットフーロカプセルの費用対効果評価案策定に係る主な検討事項

1. 分析枠組み

分析対象集団	(a) 頭部全体の概ね 50%以上に脱毛が認められる成人の円形脱毛症患者
万彻对多条凹	(b) 頭部全体の概ね 50%以上に脱毛が認められる小児の円形脱毛症患者
比較対照技術名	(a) バリシチニブ
比較別無技剛石	(b) Best supportive care
その他	(該当せず)

2. 分析枠組みに係る専門組織での主な検討事項

(専門組織の見解)

- 本剤の対象集団は脱毛範囲の広い患者であり、脱毛による心理的影響は大きいと考えられる。
- ・ 本剤の投与期間については、薬剤を止めると脱毛が再燃するため、通常治療は複数年続けるのではないか。

(企業の不服意見)

- ・なし
- 3. 費用対効果評価結果案策定に係る専門組織での主な検討事項 企業分析を踏まえ、公的分析が再分析を行った主な点は以下の通りである。
 - · 分析対象集団(b)における15歳以降の後治療(バリシチニブ)について

製造販売業者のモデルでは、分析枠組み上の比較対照技術であるBest supportive care (BSC) が生涯にわたって継続されると仮定している。小児集団においては、成人(15歳以上)に達するとバリシチニブが治療選択肢となるが、製造販売業者の分析はこの点の臨床実態を反映していない点で課題がある。この点について公的分析が製造販売業者に照会を行ったところ、製造販売業者は分析期間を3年にすることを提案したが、そのような分析を行った場合にも同様の課題がある上に、短期の分析期間ではリトレシチニブの費用や効果に対する長期的な影響を十分に評価できないと考えられた。

したがって公的分析では、比較対照技術群について 15 歳以降はバリシチニブによる治療を受ける設定での再分析を行った。なお、その際、15 歳以降における両剤の費用をバリシチニブの薬価に統一し、両剤の薬価に差を設定しないことで、リトレシチニブのバリシチニブに対する ICER の値を過大推計しない設定を基本分析として採用した。またシナリオ分析として、分析枠組み上の比較対照技術である BSC が生涯にわたって継続される設定での再分析および分析期間を3年とした場合の再分析を行った。

(製造販売業者の見解)

公的分析の再分析結果に対して製造販売業者から提示された論点は以下のとおりである。

· 分析対象集団(b)について

分析対象集団(b) 小児集団における比較対照技術が「12-14 歳では BSC」、「15 歳以降ではバリシチニブ」とする設定は、分析前協議の決定事項と異なると考える。また、リトレシチニブ

の薬価を 12-14 歳はリトレシチニブ、15 歳以降はバリシチニブの薬価とし、年齢によってリトレシチニブの薬価が変わる設定は、実臨床に即していない。よって、公的分析が行ったシナリオ分析(小児集団の分析期間を 3 年間 [12-14 歳] とし、15 歳以降の期間は分析に含めない)の結果を最終結果として採用することが妥当ではないか。

(専門組織の見解)

以上を踏まえ、主な論点として、分析対象集団(b)における 15 歳以降の後治療について、下記のとおり専門組織で議論が行われ、公的分析の提示したシナリオ分析のうち、分析対象集団(b)における比較対照技術を BSC、評価対象技術をリトレシチニブとした分析の結果を採用することが妥当と考えられた。

- ・ 臨床現場では、15歳以降の治療選択肢は、BSC、バリシチニブまたはリトレシチニブ等、様々な選択肢が考えられる。
- ・ 本薬剤は、小児のアンメットニーズに応える薬剤であるが、企業の提案のように、12歳から 15歳という短い期間を分析期間とすることは、費用対効果の評価の方法論としては十分ではないのではないか。
- ・ 分析期間の大半が成人期であることから、15歳以降の治療を規定することにより分析結果に 大きく影響を与えることを考えると、薬価を揃えて分析した場合や分析結果を3年に限って分析した場合などの企業及び公的分析が提示したもののうち、最終的には、公的分析のシナリオ 分析の結果の1つを採用することが妥当ではないか。

<参考:本資料に係る留意事項>

- 総合的評価では、企業分析及び公的分析双方とも一定の科学的妥当性が認められている。
- ・ 「専門組織での主な検討事項」は、双方の主な見解の相違部分を抜粋したものである。
- 費用対効果評価の詳細については、国立保健医療科学院から公表される報告書を参照されたい。

(以上)

先進医療の実績報告について

7 . 1 . 2 9 | 6.12. 5

令和6年度(令和5年7月1日~令和6年6月30日)実績報告より

	先進医療A	先進医療B	計
① 先進医療技術数 (令和6年6月30日現在)	27種類	49種類	76種類
② 実施医療機関数 (令和6年6月30日現在)	396施設※1	109施設※1	449施設※2
③ 全患者数	175,505人	1,764人	177,269人
④ 保険外併用療養費の総額 (保険診療分)	約798.2億円	約10.7億円	約809.0億円
⑤ 先進医療費用の総額	約113.0億円	約6.5億円	約119.5億円
⑥ 総金額 (④+⑤)	約911.1億円	約17.3億円	約928.4億円
⑦ 全医療費のうち先進医療分の割合 (⑤/⑥)	12. 4%	37. 7%	12. 9%

- ※1 1施設で複数の先進医療技術を実施している場合でも、1施設として計上している。
- ※2 1施設で第2項先進医療と第3項先進医療の両方を実施している場合でも、1施設として計上している。
- ※3 ④~⑥の費用については小数点2桁以下を四捨五入している。

先進医療の実績報告について

令和6年度(令和5年7月1日~令和6年6月30日)実績報告等より

	先進医療A	先進医療B	計
① 先進医療技術数 (令和5年6月30日現在)	28種類	53種類	81種類
② 新規承認技術数	2種類	5種類	7種類
③ 保険収載技術数	2種類	2種類	4種類
④ 実施取り下げ技術数	-	7種類	7種類
⑤ 削除技術数	1種類	-	1種類
⑥ 先進医療技術数 (令和6年6月30日現在)	27種類	49種類	76種類
⑦ 総括報告書受理数	_	6種類	6種類

< 過去5年間の実績 >

	実績報告 対象期間	技術数	実施医療 機関数	全患者数	総金額	保険外併用療養 費の総額 (保険診療分)	先進医療及び 旧高度先進医 療の総額	全医療費のうち先進 医療及び旧高度先 進医療分の割合
令和2年6月30日時点で実施され ていた先進医療の実績※1	R1.7.1~R2.6.30 (12ヵ月)	83	252施設	5,459人	約99億円	約37億円	約62億円	62.6%
令和3年6月30日時点で実施され ていた先進医療の実績	R2.7.1~R3.6.30 (12ヵ月)	83	267施設	5,843人	約103億円	約41億円	約62億円	60.2%
令和4年6月30日時点で実施され ていた先進医療の実績※2	R3.7.1~R4.6.30 (12ヵ月)	83	428施設	26,556人	約151億円	約85億円	約67億円	44.1%
令和5年6月30日時点で実施され ていた先進医療の実績	R4.7.1~R5.6.30 (12ヵ月)	81	477施設	144,282人	約765億円	約664億円	約101億円	13.2%
令和6年6月30日時点で実施され ていた先進医療の実績※3	R5.7.1~R6.6.30 (12ヵ月)	76	449施設	177,269人	約928億円	約809億円	約120億円	12.9%

^{※1} 令和2年度診療報酬改定の際、一部の技術が保険導入又は廃止されたことに留意する必要がある。 ※2 令和4年度診療報酬改定の際、一部の技術が保険導入又は廃止されたことに留意する必要がある。 ※3 令和6年度診療報酬改定の際、一部の技術が保険導入又は廃止されたことに留意する必要がある。

6 . 1 2 . 5

【先進医療A】 令和6年6月30日時点における先進医療に係る費用

令和6年度実績報告(令和5年7月1日~令和6年6月30日)

整理番号	告示 番号	技術名	適用年月日	総合計 (円)	先進医療総額 (円)	平 均 入院期間 (日)	年 間 実施件数 (件)	実施 医療機関数 (機関数)
1	1	陽子線治療	平13.7.1	2,794,008,117	2,215,810,044	14.7	827	19
2	2	重粒子線治療	平15.11.1	1,444,866,644	1,390,037,000	3.2	442	7
3	3	家族性アルツハイマー病の遺伝子診断	平16.12.1	1,006,730	420,000	*	14	2
4	4	末梢血単核球移植による血管再生治療	平17.6.1	-	-	-	0	-
5	5	ウイルスに起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断 (PCR法)	平26.1.1	192,652,374	23,212,882	2.8	816	37
6		細菌又は真菌に起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速 診断(PCR法)	平26.1.1	89,763,305	4,614,276	8.8	165	13
7	7	多項目迅速ウイルスPCR法によるウイルス感染症の早期診 断	平27.5.1	788,155,185	1,642,040	114.2	42	3
8	8	CYP2D6遺伝子多型検査	平27.9.1	6,183,090	2,926,800	*	3	1
9	9	糖鎖ナノテクノロジーを用いた高感度ウイルス検査	平30.1.1	-	-	-	0	-
10	10	血中TARC濃度の迅速測定	平30.4.1	6,053,777	430,000	12.7	10	1
11	11	細胞診検体を用いた遺伝子検査	令2.5.1	87,063,922	16,426,488	3.7	204	4
12	12	内視鏡的憩室隔壁切開術	令2.7.1	2,861,311	466,224	6.7	6	2
13	13	内視鏡的胃局所切除術	令2.9.1	19,725,361	6,037,517	8.2	28	8
14	14	子宮内膜刺激術	令4.4.1	10,235,409,974	868,976,957	0.0	23,723	174
15	15	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	令4.4.1	46,892,571,602	3,642,213,962	0.0	89,316	270
16	16	子宮内膜擦過術	令4.4.1	1,063,441,846	47,279,918	0.0	2,758	112
17	17	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術	令4.4.1	5,668,328,720	337,543,453	0.1	10,209	135
18	18	子宮内膜受容能検査1	令4.4.1	2,159,920,409	692,827,415	0.0	5,252	234
19	19	子宮内細菌叢検査1	令4.4.1	2,768,451,151	420,788,860	0.0	5,935	197
20	20	強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術	令4.4.1	5,667,734,043	288,998,338	0.0	14,040	71
21	21	二段階胚移植術	令4.5.1	1,739,021,804	306,410,253	0.0	2,717	106
22	22	子宮内細菌叢検査2	令4.7.1	3,824,991,440	471,126,250	0.0	9,131	171
23	23	子宮内膜受容能検査2	令4.8.1	550,337,635	183,837,725	*	1,438	45
24	24	流死産検体を用いた遺伝子検査	令4.12.1	19,510,240	12,306,160	0.1	128	15
25	25	膜構造を用いた生理学的精子選択術	令5.3.1	5,093,467,014	360,642,002	0.0	8,299	144
26	26	血中循環腫瘍DNAを用いた微小残存病変量の測定	令6.3.1	-	-	-	0	-
27	27	子宮腺筋症病巣除去術	令6.4.1	2,184,430	705,000	12.0	2	1
		合 計		91,117,710,124	11,295,679,564		175,505	1,772

※入院例なし

【先進医療B】 令和6年6月30日時点における先進医療に係る費用

先-1-1(参考資料2)

令和6年度実績報告(令和5年7月1日~令和6年6月30日)

整理 番号	告示 番号	技術名	適用年月日	総合計 (円)	先進医療総額 (円)	平 均 入院期間 (日)	年 間 実施件数 (件)	実施 医療機関数 (機関数)
1	1	インターフェロンα皮下投与及びジドブジン経口投与の併用療法 成人T細胞白血病リンパ腫(症候を有するくすぶり型又は予後不良因子を有さない慢性型のものに限る。)	平25.8.1	5,318,957	4,386,407	*	3	3
2	2	腹腔鏡下センチネルリンパ節生検 早期胃がん	平26.1.1	-	-	_	0	-
3	4	テモゾロミド用量強化療法 膠芽腫(初発時の初期治療後に 再発又は増悪したものに限る。)	平28.1.1	-		-	0	-
4	5	ハイパードライヒト乾燥羊膜を用いた外科的再建術 再発翼 状片(増殖組織が角膜輪部を超えるものに限る。)	平28.1.1	1,962,405	850,369	3.1	7	4
5	7	ゲムシタビン静脈内投与、ナブ―パクリタキセル静脈内投与 及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法 腹膜播種を伴う 膵臓がん	平28.10.1	4,964,020	373,700	*	1	1
6	8	術後のカペシタビン内服投与及びオキサリプラチン静脈内投与の併用療法 小腸腺がん(ステージが I 期、II 期又はIII期であって、肉眼による観察及び病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。)	平29.4.1	7,650,249	3,626,339	17.6	7	6
7	9	S-1内服投与並びにパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与の併用療法 膵臓がん(遠隔転移しておらず、かつ、腹膜転移を伴うものに限る。)	平29.4.1	26,764,959	4,690,234	22.5	17	10
8	10(1)	陽子線治療 根治切除が可能な肝細胞がん(初発のものであり、単独で発生したものであって、その長径が三センチメートルを超え、かつ、十二センチメートル未満のものに限る。)【陽子線治療を実施する施設】	平29.6.1	26,784,624	20,800,000	6.7	13	7
9	10(2)	陽子線治療 根治切除が可能な肝細胞がん(初発のものであり、単独で発生したものであって、その長径が三センチメートルを超え、かつ、十二センチメートル未満のものに限る。)【外科的治療を実施する施設】	平29.6.1	-	-	-	0	-
10	11	シクロホスファミド静脈内投与及び自家末梢血幹細胞移植術の併用療法 全身性強皮症(ステロイド又は少なくとも一種類のステロイド以外の免疫抑制剤に抵抗性を有するものに限る。)	平29.8.1	-	-	-	0	_
11	12	術後のアスピリン経口投与療法 下部直腸を除く大腸がん (ステージが Ⅲ期であって、肉眼による観察及び病理学的見 地から完全に切除されたと判断されるものに限る。)	平30.2.1	77,716,495	628,820	0.3	396	35
12	14	腎悪性腫瘍手術により摘出された腎臓を用いた腎移植 末期 腎不全(慢性維持透析が困難なものに限る。)	平31.2.1	490,456	490,456	*	4	1
13	15	反復経頭蓋磁気刺激療法 薬物療法に反応しない双極性障害の抑うつエピソード	平31.3.1	8,236,341	8,049,461	*	10	2
14	16	自己軟骨細胞シートによる軟骨再生治療 変形性膝関節症 (軟骨欠損を伴うものであって、高位脛骨骨切り術の適応となるものに限る。)	平31.4.1	41,709,932	28,316,302	34.7	7	1
15	17	自家末梢血CD34陽性細胞移植による下肢血管再生療法 下肢閉塞性動脈硬化症(疼痛又は潰瘍を伴う重症虚血を呈 するものであって、維持透析治療を行っているものに限る。)	令1.7.1	1,970,952	1,499,372	17.0	1	1
16		不可逆電気穿孔法 肝細胞がん(肝内における長径三センチメートル以下の腫瘍が三個以下又は長径五センチメートル以下の腫瘍が一個であって、肝切除術又はラジオ波焼灼療法による治療が困難であり、かつChildーPugh分類による点数が九点以下のものに限る。)	令1.8.1	-	-	-	0	-
17	19	プローブ型共焦点レーザー顕微内視鏡による胃上皮性病変 の診断 胃上皮性病変	令1.11.1	26,480,338	11,757,270	0.4	134	5
18	20	ボツリヌス毒素の膀胱内局所注入療法 神経因性排尿筋過活動による膀胱機能障害(五歳以上十八歳未満の患者に係るものに限る。)	令2.1.1	-	-	-	0	_

整理 番号	告示 番号	技術名	適用年月日	総合計 (円)	先進医療総額 (円)	平 均 入院期間 (日)	年 間 実施件数 (件)	実施 医療機関数 (機関数)
19	21	イマチニブ経口投与及びペムブロリズマブ静脈内投与の併用療法 進行期悪性黒色腫(KIT遺伝子変異を有するものであって、従来の治療法に抵抗性を有するものに限る。)	令2.2.1	23,277,675	19,669,625	5.7	6	4
20	22	偽腔拡大に対する血管内治療 大動脈解離(術後に偽腔が拡大したものに限る。)	令2.2.1	-	-	-	0	_
21	24	周術期デュルバルマブ静脈内投与療法 肺尖部胸壁浸潤がん(化学放射線療法後のものであって、同側肺門リンパ節・縦隔リンパ節転移、同一肺葉内・同側の異なる肺葉内の肺内転移及び遠隔転移のないものに限る。)	令2.3.1	224,894,443	181,901,927	12.4	19	10
22	25	マルチプレックス遺伝子パネル検査 進行再発固形がん(非小細胞肺がん、乳がん、胃がん、大腸がん、膵がん又は胆道がんに限る。)	令2.4.1	-	-	-	0	-
23	26	肺動脈自律神経叢除神経療法 肺高血圧症(薬物療法に抵抗性を有するものに限る。)	令2.6.1	_	-	-	0	_
24	27	遺伝子組換え活性型血液凝固第3四日子製剤静脈内投与療法 脳出血(発症から二時間以内のものに限る。)	令2.11.1	255,447,759	67,583,166	21.8	124	14
25	28	抗腫瘍自己リンパ球移入療法 子宮頸がん (切除が不能と判断されたもの又は術後に再発したものであって、プラチナ製剤に抵抗性を有するものに限る。)	令3.1.1	-	-	-	0	-
26	29	メトホルミン経口投与及びテモゾロミド経口投与の併用療法 膠芽腫(初発のものであって、テモゾロミド経口投与及び放射 線治療の併用療法後のものに限る。)	令3.2.1	161,374	14,544	*	1	1
27	30	シクロホスファミド静脈内投与療法 成人T細胞白血病(末梢 血幹細胞の非血縁者間移植が行われたものに限る。)	令3.3.1	17,811,179	86,749	63.0	2	2
28	31	腫瘍治療電場療法 膠芽腫(当該疾病が発症した時点における年齢が十八歳未満の患者に係るものであって、テント上に位置するものに限る。)	令3.4.1	21,019,843	19,965,743	*	5	4
29	32	自家骨髄単核球移植による血管再生治療 全身性強皮症 (難治性皮膚潰瘍を伴うものに限る。)	令3.7.1	_	-	ı	0	_
30	33	シスプラチン静脈内投与及び強度変調陽子線治療の併用療法 頭頸部扁平上皮がん(喉頭がん、中咽頭がん又は下咽頭がんであって、ステージがIII(p16陽性中咽頭がんに限る。)、IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	令3.9.1	34,237,679	21,693,000	36.8	9	3
31	34	テネクテプラーゼ静脈内投与療法 脳梗塞(発症から四・五時間以内のものに限る。)	令3.9.1	138,130,539	5,661,019	18.8	48	15
32	35	アスピリン経口投与療法 家族性大腸腺腫症	令3.12.1	45,692,680	324,481	1.4	180	20
33	36	自己骨髄由来培養間葉系細胞移植による完全自家血管新生療法 閉塞性動脈硬化症(血行再建術が困難なものであって、フォンタン分類Ⅲ度又はⅣ度のものに限る。)	令4.4.1	2,200,395	2,008,463	4.0	1	1
34	37	ラメルテオン経口投与療法 悪性腫瘍(六十五歳以上の患者に係るものに限る。)	令4.4.1	113,703,554	184,869	22.9	184	3
35	38	反復経頭蓋磁気刺激療法 うつ病(急性期において当該療法が実施された患者に係るものであって、薬物療法に抵抗性を有するものに限る。)	令4.5.1	29,236,174	9,166,845	16.0	49	10
36	39	セボフルラン吸入療法 急性呼吸窮迫症候群(従来の治療法に抵抗性を有するものに限る。)	令4.5.1	_	-	ı	0	-
37	40	自家膵島移植術 慢性膵炎(疼痛を伴うものであって、従来の治療法に抵抗性を有するものに限る。) 又は膵動静脈奇形(従来の治療法に抵抗性を有するものに限る。)	令4.7.1	5,084,940	1,330,000	28.0	1	1
38	41	タクロリムス経口投与療法 不妊症(卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る。)	令4.8.1	15,518,033	9,545,653	*	57	4
39	42	ネシツムマブ静脈内投与療法 切除が不可能なEGFR遺伝子増幅陽性固形がん(食道がん、胃がん、小腸がん、尿路上皮がん又は乳がんに限る。)	令4.9.1	48,173,913	43,622,185	0.9	19	9
40	43	生体肝移植術 切除が不可能な肝門部胆管がん	令4.9.1	7,941,194	2,692,000	35.0	1	1

整理 番号		技術名	適用年月日	総合計 (円)	先進医療総額 (円)	平 均 入院期間 (日)	年 間 実施件数 (件)	実施 医療機関数 (機関数)
41	44	術前のゲムシタビン静脈内投与及びナブ―パクリタキセル静脈内投与の併用療法 切除が可能な膵臓がん(七十歳以上八十歳未満の患者に係るものに限る。)	令4.10.1	76,198,406	27,469,147	5.2	57	17
42	45	自家濃縮骨髄液局所注入療法 特発性大腿骨頭壊死症(非 圧潰病期に限る。)	令4.12.1	9,144,807	1,499,567	7.5	8	2
43	46	アモキシシリン、ホスホマイシン及びメトロニダゾール経口投 与並びに同種糞便微生物叢移植の併用療法 潰瘍性大腸炎 (軽症から中等症までの左側大腸炎型又は全大腸炎型に限 る。)	令5.1.1	33,573,130	31,122,296	0.4	26	3
44	47	集束超音波治療器を用いた前立腺がん局所焼灼・凝固療法 前立腺がん(限局性のものに限る。)	令5.2.1	30,882,360	22,754,500	3.0	34	1
45	48	着床前胚異数性検査 不妊症(卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床若しくは妊娠に至っていない患者若しくは流産若しくは死産の既往歴を有する患者に係るもの又は患者若しくはその配偶者(届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。)が染色体構造異常を持つことが確認されているものに限る。)	令5.4.1	362,934,286	97,475,200	*	332	4
46	49	生体肝移植術 切除が不可能な転移性肝がん(大腸がんから転移したものであって、大腸切除後の患者に係るものに限る。)	令5.7.1	-	-	-	0	_
47	50	タミバロテン経口投与及びペムブロリズマブ静脈内投与の併用療法 切除が不可能な膵臓がん(二種類の従来の治療法に抵抗性を有するもの又は薬物療法が困難なものに限る。)	令6.4.1	562,920	71,179	10.0	1	1
48	51	経皮的前立腺がんマイクロ波焼灼・凝固療法 前立腺がん (限局性のものに限る。)	令6.5.1	-	-	-	0	-
49	52	アルゴンプラズマ高周波焼灼・凝固療法 切除が不可能な食 道表在がん	令6.5.1	_		-	0	_
50	53	脂肪組織由来の多系統前駆細胞を用いた歯周組織再生療法 重度歯周炎(従来の歯周組織再生療法ではその治療に係る効果が認められないものに限る。)	令6.6.1	-	-	-	0	-
	⇒/al+×l	合 計	1,725,877,011	651,310,888		1,764	206	

[※]入院例なし

【先進医療A】 1年間(令和5年7月1日〜令和6年6月30日)の実施件数が O件である先進医療技術に係る医療機関の今後の対応方針等

先 - 1 - 2 6 . 1 2 . 5

告示番号	技術名	実施医療機関名	O件の理由	医療機関の今後の対応方針	(参考) 令和4年7月~令和5年 6月までの実績 (実施可能であるすべて の医療機関の実績)※
4	末梢血単核球移植による血管再生治療	三重大学医学部附属病院	患者の病変の状態が比較的安定していたため	今後も患者の病変の様子を注意深く観察していく。	0件
		医原丛人性对去 人体山門行	新型コロナの流行が継続し、またインフルエンザとの同時感染の疑いがあったときは、抗原検査でなんとか乗り切った。患者数が多く、時間的制約があったためインフルエンザだけをPCRで測定して確定させる時間的余裕がなかったため、院内での検査を行わなかった。	・	
9	糖鎖ナノテクノロジーを用いた高感度ウイルス 検査	埼玉医科大学病院	対象となるインフルエンザ患者の流行が小規模にとどまり、本検査の適応となる入院患者、もしくは合併症を伴う患者が皆無であった。さらに、新型コロナウイルスの流行がいまだ継続しており、新型コロナウイルスを含む多項目同時核酸検査(FilmArray)によるインフルエンザウイルスの同時検出が汎用されていることから、本検査のニーズは限定的であったと考える。	新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、インフルエンザの流行について、いまも予測が困難な状況である。引き続き、いつでも診療ニーズに対応できるよう、体制維持に努めたいと考えている。	0件
		鹿児島大学病院	インフルエンザの流行はあったが、インフルエンザによる入院患者がなく 検査の実施事例がなかったため	今シーズン以降、流行に応じて実施する予定	
		真生会富山病院	検査技師の人数が不足しており、実施することができなかった。	技師の人員を補充できず、再開の見込みが立たず、令和5年12月7日 付で取り下げした。	
		浜松医療センター	スディックスパイオテックから診断試薬としてSGNP nCoV/Flu PCR 検出キットが発売されたため。	SGNP nCoV/Flu PCR 検出キットへの移行が検討される。	
26	血中循環腫瘍DNAを用いた微小残存病変量の 測定	慶應義塾大学病院	慶應義塾大学医学部倫理委員会承認後、施設内の検査の流れ、患者登録手順などの調整に時間を要し、2024年6月より登録を開始したため当該期間の登録例数は0例であった。	登録開始後、すでに2例が登録されており、今後さらなる登録患者増加が見込まれている。	-

※「-」は集計対象期間において未実施の医療技術

【先進医療B】 1年間(令和5年7月1日〜令和6年6月30日)の実施件数が O件である先進医療技術に係る医療機関の今後の対応方針等

	Off Cのる元连医療技術に徐る医療機関の予復の対応力針等				
告示番号	技術名	申請医療機関名	O件の理由 医療機関の今後の対応方針		(参考) 令和4年7月~令和5年6月 までの実績 (実施可能であるすべての医 療機関の実績)※
2	腹腔鏡下センチネルリンパ節生検 早期胃がん	慶應義塾大学病院	本試験は2020年5月に症例登録期間が終了しているため。	該当しない。	0件
4	テモゾロミド用量強化療法 膠芽腫(初発時の初期治療後に再 発又は増悪したものに限る。)	杏林大学医学部付属病院	2022年4月に患者登録を終了した。本報告期間において、当院の「保 険外併用療養費の対象患者」は治療終了などの理由によりいない。	当院では保険外併用療養費の対象患者の治療をすべて終了し、現在追跡期間中である。また本試験は2022年4月に患者登録を終了している。	5件
11	シクロホスファミド静脈内投与及び自家末梢血幹細胞移植術の 併用療法 全身性強皮症(ステロイド又は少なくとも一種類のス テロイド以外の免疫抑制剤に抵抗性を有するものに限る。)	九州大学病院	予定されていた被験者登録、自己末梢血幹細胞移植および観察期間も完了したため。	現在、データ固定、および総括報告書作成を進めている。	1件
18	不可逆電気穿孔法 肝細胞がん(肝内における長径三センチメートル以下の腫瘍が三個以下又は長径五センチメートル以下の腫瘍が三個以下又は長径五センチメートル以下の腫瘍が一個であって、肝切除術又はラジオ波焼灼療法による治療が困難であり、かつChildーPugh分類による点数が九点以下のものに限る。)	東京医科大学病院	当試験に該当する症例がなかったため。	病院ホームページや広報誌への掲載を増やすなどして、患者さん への周知徹底を図る。	1件
20	ボツリヌス毒素の膀胱内局所注入療法 神経因性排尿筋過活動による膀胱機能障害(五歳以上十八歳未満の患者に係るものに限る。)	地方独立行政法人東京都立 病院機構 東京都立小児総 合医療センター	症例登録期間終了となったため	現在、総括報告書作成中である。	4件
22	偽腔拡大に対する血管内治療 大動脈解離(術後に偽腔が拡大したものに限る。)	国立循環器病研究センター	登録期間が終了したため	登録期間は終了しているため、該当なし。	0件
25	マルチブレックス遺伝子パネル検査 進行再発固形がん(非小細胞肺がん、乳がん、胃がん、大腸がん、膵がん又は胆道がんに限る。)	国立がん研究センター中央 病院	2022年3月に症例登録が終了したため	該当しない。	0件
26	肺動脈自律神経叢除神経療法 肺高血圧症(薬物療法に抵抗性を有するものに限る。)	国立循環器病研究センター	登録期間が終了した為該当なし	該当しない。	7件
28	抗腫瘍自己リンパ球移入療法 子宮頸がん (切除が不能と判 断されたもの又は術後に再発したものであって、プラチナ製剤 に抵抗性を有するものに限る。)	慶應義塾大学病院		新たな受託先を選定し、TIL製造の技術移転が終了したため、患者 登録を進める。	0件
32	自家骨髄単核球移植による血管再生治療 全身性強皮症(難 治性皮膚潰瘍を伴うものに限る。)	横浜市立大学附属病院	本医療技術に適当な症例がみられなかったため.	各実施機関の近隣の医療機関に本医療技術を周知するとともに、 学会等による研究者間の交流を通じて広く患者紹介を呼びかけ、 症例の集積に努める予定である.	1件
39	セボフルラン吸入療法 急性呼吸窮迫症候群(従来の治療法に 抵抗性を有するものに限る。)	神戸大学医学部附属病院	該当するARDS患者が入室しなかったため。	多施設研究とする。また適応を拡大することも考えている。	0件

告示	技術名	申請医療機関名	O件の理由	医療機関の今後の対応方針	(参考) 令和4年7月~令和5年6月 までの実績 (実施可能であるすべての医 療機関の実績)※
49	生体肝移植術 切除が不可能な転移性肝がん(大腸がんから 転移したものであって、大腸切除後の患者に係るものに限る。)	京都大学医学部附属病院	候補症例として複数件紹介はされているものの、肝移植の適応基準 に該当せず、登録には至っていない。	外科学領域、消化器内科領域、移植外科領域に関する全国学会で 本臨床試験に関する発表を、ランチョンセミナーも含めて積極的に 行っているところである。 今後は、肝胆膵領域や移植関連の学会だけでなく、大腸癌の学会 や内科系の学会にも積極的に参加し、JCOGの班会議、医師会主 催の研究会など、可能な限り発表の機会を利用して、周知活動を続 けていく。 なお、2024年6月のASCO(国際腫瘍学会)において、切除不能大腸 癌肝転移に対して肝移植が化学療法より有意に予後を改善したこ とが、多施設共同研究・RCTの結果として報告され、主に腫瘍内科 領域に大きなインパクトを与えている。この発表を契機に、腫瘍内 科から問い合わせが相次いているところであり、今後は症例の紹介 が増えることが期待される。	0件
51	経皮的前立腺がんマイクロ波焼灼・凝固療法 前立腺がん(限局性のものに限る。)	京都府立医科大学附属病院	候補患者は複数名いたが、適格基準に合致しない症例や、適格基準に合致するが患者の手術希望の日程等により報告期間内(2024年5月1日~2024年6月30日)では0件だった。	現在、実施予定症例があり、8月中には実施見込みである。今後の症例登録状況により、泌尿器科ホームページで被験者募集の掲示や、関連病院へ先進医療の情報提供を行い、紹介受診などの協力を得ることを検討する。	-
52	アルゴンプラズマ高周波焼灼・凝固療法 切除が不可能な食道表在がん	北海道大学病院	先進医療技術審査部会での承認が得られ試験開始が可能となったのは2024年5月であり、実質上の組入期間は短く、当該期間においては、該当する患者がいなかったため。	本先進医療ならびに臨床試験が当施設において行われている旨を、関連施設に継続的かつ反復して周知し、該当患者の集積を図る。	-
53	脂肪組織由来の多系統前駆細胞を用いた歯周組織再生療法 重度歯周炎(従来の歯周組織再生療法ではその治療に係る効 果が認められないものに限る。)	大阪大学歯学部附属病院	の変更や追加があり、関連する文書の改訂に時間を要した。また、東 北大学病院での先進医療実施に向けて、東北病院の担当者との打ち		-

※「-」は集計対象期間において未実施の医療技術

患者申出療養の実績報告について

中医協 総一2一2 7 . 1 . 2 9 | 6. 11. 2 1

令和6年度(令和5年7月1日~令和6年6月30日)実績報告より

	患者申出療養
① 患者申出療養技術数 (令和6年6月30日現在)	7種類
② 患者申出療養機関数 (令和6年6月30日現在)	13施設※1
③ 保険外併用療養費の総額 (保険診療分)	約1.0億円
④ 患者申出療養費用の総額	約0.9億円
⑤ 総金額 (③+④)	約2.0億円
⑥ 総金額のうち患者申出療養費用の割合 (④/⑤)	46. 8%

^{※1 1}施設で複数の患者申出療養を実施している場合でも、1施設として計上している。

^{※2} ③~⑤の費用については小数点2桁以下を四捨五入している。

患者申出療養の実績報告について

令和6年度(令和5年7月1日~令和6年6月30日)実績報告等より

	患者申出療養
① 患者申出療養技術数 (令和5年6月30日現在)	10種類
② 新規承認技術数	3種類
③ 保険収載技術数	1種類
④ 実施取り下げ技術数	5種類
⑤ 削除技術数	_
⑥ 患者申出療養技術数 (令和6年6月30日現在)	7種類

< 過去5年間の実績 >

	実績報告 対象期間	技術数	実施医療 機関数	全患者数	総金額	保険外併用療養 費の総額 (保険診療分)	患者申出療養 の総額	全医療費のうち患者申 出療養分の割合
令和2年6月30日時点で実施され ていた患者申出療養の実績	R1.7.1~R2.6.30 (12ヵ月)	7	21施設	78人	約0.6億円	約0.3億円	約0.3億円	52.4%
令和3年6月30日時点で実施され ていた患者申出療養の実績	R2.7.1~R3.6.30 (12ヵ月)	8	23施設	208人	約1.9億円	約0.95億円	約0.95億円	50.2%
令和4年6月30日時点で実施され ていた患者申出療養の実績	R3.7.1~R4.6.30 (12ヵ月)	8	24施設	296人	約2.6億円	約1.5億円	約1.1億円	42.0%
令和5年6月30日時点で実施され ていた患者申出療養の実績	R4.7.1~R5.6.30 (12ヵ月)	10	24施設	312人	約2.4億円	約1.1億円	約1.2億円	52.5%
令和6年6月30日時点で実施され ていた患者申出療養の実績	R5.7.1~R6.6.30 (12ヵ月)	7	13施設	287人	約2.0億円	約1.0億円	約0.9億円	46.8%

令和6年(令和5年7月1日~令和6年6月30日)の患者申出療養の費用

患-1(参考資料1-1) 6 . 1 1 . 2 1

告示番号	患者申出療養技術名 (適応症)	開始年月日	総合計 (円)	患者申出療養 費用の総額 (円)	平 均 入院期間 (日)	実施件数 (件)	1件あたりの 患者申出療養費用 (円)	実 施 医療機関数 (機関数)
	マルチプレックス遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく分子標的治療 (根治切除が不可能な進行固形がん)	令1. 10. 1	146,620,728	60,351,379	2.7	258	233,920	13
4	ダブラフェニブ経口投与及びトラメチニブ経口投与の併用療法 (進行固形がん)	令5. 1. 19	7,225,827	3,604,725	9.5	8	450,591	1
5	タゼメトスタット経口投与療法 (悪性固形腫瘍)	令5. 2. 17	30,497,958	21,200,458	24.3	9	2,355,606	1
6	経皮的胸部悪性腫瘍凍結融解壊死療法 (肺悪性腫瘍、縦隔悪性腫瘍、胸膜悪性腫瘍又は胸壁悪性 腫瘍)	令5. 4. 14	6,256,062	5,402,020	4.0	4	1,350,505	1
7	EPI—589経口投与療法 (筋萎縮性側索硬化症)	令5. 7. 20	1,249,318	1,192,618	I	1	1,192,618	1
8	ペミガチニブ経口投与療法 (進行固形がん)	令5. 11. 16	942,940	775,130	I	1	775,130	1
9	遺伝子パネル検査結果等に基づく分子標的治療 (悪性腫瘍)	令6. 1. 18	8,903,080	1,800,000	29.5	6	300,000	1
	合 計			94,326,330		287	6,658,370	19

令和6年度(令和5年7月1日~令和6年6月30日)の患者申出療養の 6 1 1 2 1 開始年月日、終了予定日、協力医療機関数及び年間実施件数

告示番号	患者申出療養技術名 (適応症)	臨床研究中核病院名	開始年月日	終了予定日	協力医療 機関数	年間実施件数 (令和5年7月~ 令和6年6月まで の実績)
2	マルチプレックス遺伝子パネル検査による遺伝子 プロファイリングに基づく分子標的治療 (根治切除が不可能な進行固形がん)	国立がん研究センター中央病院	令1. 10. 1	令10. 8. 31	12	258
	ダブラフェニブ経口投与及びトラメチニブ経口投与 の併用療法 (進行固形がん)	北海道大学病院	令5. 1. 19	令9. 3. 31	-	8
5	タゼメトスタット経口投与療法 (悪性固形腫瘍)	国立がん研究センター中央病院	令5. 2. 17	令10. 2. 29	_	9
6	経皮的胸部悪性腫瘍凍結融解壊死療法 (肺悪性腫瘍、縦隔悪性腫瘍、胸膜悪性腫瘍又は 胸壁悪性腫瘍)	慶應義塾大学病院	令5. 4. 14	令8. 9. 30	_	4
7	EPI—589経口投与療法 (筋萎縮性側索硬化症)	大阪大学医学部附属病院	令5. 7. 20	令6. 12. 31	-	1
8	ペミガチニブ経口投与療法 (進行固形がん)	名古屋大学医学部附属病院	令5. 11. 16	令12. 4. 30		1
9	遺伝子パネル検査結果等に基づく分子標的治療 (悪性腫瘍)	国立がん研究センター中央病院	令6. 1. 18	令10. 12. 31	_	6

[※] 終了予定日は、実施計画の変更状況等の反映を踏まえ、今後変更する可能性がある。

DPC対象病院の再編に係る報告について

1. 概要

O DPC対象病院を含む複数の病院の再編の予定があり、再編前にDPC対象病院等でなかった病院又は再編により新たに開設される病院が、再編後にDPC制度への参加を希望する場合は、DPC制度への参加の可否について厚生労働省保険局医療課において審査及び決定し、中央社会保険医療協議会へ報告することとしている。

○ 1件の再編案件があったため、以下の通り報告する。

2. 再編事例

- (1) 社会医療法人大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪警察病院及び 社会医療法人大阪国際メディカル&サイエンスセンター第二大阪警察病院
- 〇 当該病院は、令和7年1月1日に再編し、再編後についても、DPC制度への参加 を認める。

	再編前病院①	再編前病院②	再編後病院
	社会医療法人	社会医療法人	社会医療法人
	大阪国際メディカル&	大阪国際メディカル&	大阪国際メディカル&
	サイエンスセンター	サイエンスセンター	サイエンスセンター
	大阪警察病院	第二大阪警察病院	大阪警察病院
保険医療機関の	大阪市天王寺区	大阪市天王寺区	大阪市天王寺区
所在地 (予定)	北山町 10-31	烏ヶ辻 2-6-40	烏ヶ辻 2-6-40
所属する医療圏	東部	東部	東部
(予定)			
総病床数	580 床	341 床	650 床
(予定)			
DPC算定病床数	525 床	245 床	609 床
(予定)			

令和6年11月29日保医発第1129第11号 「DPC制度への参加等の手続きについて」の一部改正について(抜粋)

第1 DPC対象病院

(略)

- 3 DPC対象病院の再編等について
 - (1) DPC対象病院を含む複数の病院の再編(合併又は分割等)について

ア (略)

イ 再編前にDPC対象病院等でなかった病院又は再編により新たに開設される病 院が、再編後にDPC制度への参加を希望する場合

(ア) 申請に係る手続き

DPC対象病院等に、他の病院と再編の予定があり、再編前にDPC対象病院等でなかった病院又は再編により新たに開設される病院が、再編後にDPC制度への参加を希望する場合は、再編年月日の6か月前までに、別紙2「DPC対象病院等の再編に係る申請書」及び別紙3「DPC対象病院等の再編に係る申請書(別紙)」を地方厚生(支)局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。当該申請書が提出された場合は、DPC制度への参加の可否について厚生労働省保険局医療課において審査及び決定することとし、必要に応じて中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとする。

(イ) 申請が認められた場合について

申請が認められた場合は、再編後に新たにDPC対象病院としてDPC制度に参加するものとする。

ただし、申請が認められたDPC対象病院であっても、以下の基準のうち1つでも満たしていないことが確認された場合は、確認された月の4か月後の初日にDPC制度から退出するものとする。

- ① 再編又は所在地の変更年月日の直近1年以上、継続してデータが提出されていること。
- ② 再編又は所在地の変更年月日の直近1年の(データ/病床)比が1月当たり0.875以上であること。
- ③ 再編又は所在地の変更後、6か月以上、継続してデータが提出されていること。
- ④ 再編又は所在地の変更後、6か月の(データ/病床)比が1月当たり0.875 以上であること。

この場合、当該DPC対象病院は別紙8「DPC制度からの退出に係る届出書」を地方厚生(支)局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。なお、第2の1の(1)の基準を満たしており、別紙8「DPC制度か

らの退出に係る届出書」と併せて別紙 13「DPC準備病院届出書」及び別紙 14「DPC準備病院届出書(別紙)」を提出した場合は、DPC準備病院となることができる。

(ウ) 申請が認められなかった場合について

審査の決定内容は当該病院に通知するものとし、決定に不服がある病院は、 1回に限り別紙 11「不服意見書」を厚生労働省保険局医療課長に提出すること ができるものとする。この場合、提出された不服意見書を踏まえ、中央社会保 険医療協議会において再度審査を行い、申請の認否を決定するものとする。

上記 (ア) の申請が認められなかった病院は、再編の変更年月日にDPC制度から退出するものとする。この場合、当該病院は別紙8「DPC制度からの退出に係る届出書」を地方厚生(支)局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること(再編又は所在地の変更年月日の前々月の初日以降新たに入院する患者から医科点数表により算定を行うものとする。)。

なお、上記(ア)の申請が認められなかった場合であって、当該病院がDP C準備病院となることを希望する場合は、当該病院をDPC準備病院とするこ との可否について中央社会保険医療協議会において審査及び決定し、かかる申 請が認められた場合は、当該病院はDPC準備病院となることができる。

(略)

DPC対象病院等の再編又は所在地の変更に係る申請に対する審査の運用方法

- DPC制度において、DPC対象病院を含む病院再編(合併、分割及び開設者変更等)が行われる場合における、再編後の取扱いについては、中央社会保険医療協議会「DPC合併・退出等審査会」において審査の上、決定することとしている。
- 審査方法の詳細は、以下のとおり。

【審査の観点】

- 再編等を行うDPC対象病院等がDPC制度への参加を希望する場合は、
 - 再編後の病院が再編前の病院と一連のものとして認められるか
 - ・ 再編後も継続的にDPC制度の参加基準を満たすことが期待されるか 等の観点から、その妥当性を判断する。

【DPC対象病院を含む複数の病院再編(合併・分割等)】

- 再編前にDPC準備病院として認められていた病院又は出来高病院であって、再編前後で医療機関コードに変更がない(=開設者及び所在地に変更がない)病院が、再編後にDPC制度への新規参加を希望する場合、及び再編に伴い新たな病院が開設(医療機関コードが新設)され、当該新たな病院が開設時点からDPC制度への参加を希望する場合は、6ヶ月前に申請を行い、事務局審査又は審査会で審査の上、決定する
- 以下①~⑥の基準を満たす場合には、基本的には、DPC制度への参加の可否について 厚生労働省保険局医療課において審査及び、決定する。
 - ① 再編前の病院数が2つであること。
 - ② 再編後の病院数が1つであること。
 - ③ 再編前において第1の(2)の④イに規定する病床数(以下「対象病床数」という。)が最も多い病院の対象病床数と比較し、再編後の病院の対象病床数の合計が2分の1以上かつ2倍以下であること。
 - ④ 再編後にDPC制度への参加を希望する病院が、再編前にDPC対象病院等であった病院と至近の距離にあること。
 - ⑤ 再編前のDPC対象病院等の患者及び職員が、再編後にDPC制度への参加を希望する病院へ引き継がれること。
 - ⑥ 再編後にDPC制度への参加を希望する病院において、再編後に第1の1の(2) に規定するDPC対象病院の基準を満たすための計画が策定されていること。

【DPC対象病院の単独の再編(開設者変更、所在地変更)】

○ 所在地の変更を行わない場合 (開設者変更のみを行う場合等)及び至近の距離への所在 地の変更を行う場合を除き、6ヶ月前に申請を行い、審査会で審査の上、決定する。

中医協 総-3参考3 7 . 1 . 2 9 中 医 協 総 - 56.10.9(抜粋)

継続参加が認められた病院の医療機関別係数の適用について

1. 医療機関別係数の設定方法

1) 複数の DPC 対象病院が合併する場合

係数	対応
基礎係数	合併前の主たる病院が所属した医療機関群の基礎係数を適用
機能評価係数Ⅱ	合併前の病院の機能評価係数Ⅱの加重平均値(症例数ベース)を適用
救急補正係数	合併前の病院の救急補正係数の加重平均値(症例数ベース)を適用
激変緩和係数	合併前の病院の激変緩和係数の加重平均値(症例数ベース)を適用

(機能評価係数 I は、合併後の病院が満たす施設基準に応じて適用)

2) DPC 対象病院が分割し、複数の DPC 対象病院となる場合

係数	対応
基礎係数	全ての DPC 対象病院に DPC 標準病院群の基礎係数を適用
機能評価係数Ⅱ	分割前の病院の機能評価係数Ⅱを適用
救急補正係数	分割前の病院の救急補正係数を適用
激変緩和係数	分割前の病院の激変緩和係数を適用

(機能評価係数 I は、分割後の病院が満たす施設基準に応じて適用)

3) DPC 対象病床が一定以上増減する場合

係数	対応
基礎係数	病床数増減前の病院の医療機関群の基礎係数を適用
機能評価係数Ⅱ	病床数増減前の病院の機能評価係数 II を適用
救急補正係数	病床数増減前の病院の救急補正係数を適用
激変緩和係数	病床数増減前の病院の激変緩和係数を適用

(機能評価係数 I は、病床数増減後の病院が満たす施設基準に応じて適用)

※ ただし、病床が増減した次の診療報酬改定において、激変緩和係数の最大値は0とする。

中医協総一4-17.129

Press Release

勝利

令和7年1月28日

【照会先】

保険局医療課医療指導監査室

室長補佐 関

室長補佐 半間 渉

(代表電話) 03 (5253) 1111

(直通電話) 03 (3595) 2578

報道関係者 各位

令和5年度における保険医療機関等の 指導・監査等の実施状況について(概況)

1 指導・監査等の実施件数

個別指導1,464件 (対前年度比41件減)新規個別指導6,576件 (対前年度比166件減)適時調査2,748件 (対前年度比445件増)監査46件 (対前年度比6件減)

2 取消等の状況

保険医療機関等 21件 (対前年度比 3件増) (内訳)指定取消 : 8件 (対前年度比 2件増) 指定取消相当 : 13件 (対前年度比 1件増)

 保険医等
 14人
 (対前年度比
 同数)

 (内訳)登録取消
 :13人
 (対前年度比
 2人増)

 登録取消相当
 :1人
 (対前年度比
 2人減)

特徴等

- ・ 保険医療機関等の指定取消処分(指定取消相当を含む)の原因(不正内容)を見ると、架空 請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求など不正の内容は多岐にわたっている。
- ・ 指定取消処分(指定取消相当を含む)に係る端緒としては、保険者、医療機関従事者、医療費通知に基づく被保険者等からの情報提供が18件と指定取消処分(指定取消相当を含む)の件数の大半を占めている。

3 返還金額

保険医療機関等から返還を求めた額は、約46億2千万円(対前年度比約26億5千万円増) (内訳)

・指導による返還分 : 約13億5千万円(対前年度比 約 3億3千万円増)

・適時調査による返還分 :約32億0千万円(対前年度比 約24億0千万円増)

・監査による返還分:約7千万円(対前年度比約8千万円減)

※ 返還金額は、指導・監査等の実施年度に関わらず、令和5年度に返還金額が確定したものを計上したものであるため、指導・監査等の実施年度と返還金額の確定年度は必ずしも 一致するものではない。

<保険診療における指導・監査 HP>

令和5年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況

1. 指導の実施状況

(1) 個別指導

区 分	医 科	歯科	薬 局	合 計
保険医療機関等	525件	512件	427件	1,464件
保 険 医 等	2,774人	990人	661人	4,425人

(2) 新規個別指導

区 分	医 科	歯科	薬 局	合 計
保険医療機関等	2,709件	1,517件	2,350件	6,576件
保 険 医 等	3,887人	1,835人	3,772人	9,494人

(3)集団的個別指導

区 分	医 科	歯科	薬 局	合 計
保険医療機関等	3,421件	3,775件	3,372件	10,568件

2. 適時調査の実施状況

区	分	医	科	歯	科	薬	局	合	計
保険医療	機関等	2,	736件		7件		5件	2	,748件

3. 監査の実施状況

区	分	医	科	歯	科	薬	局	合	計
保険医療機	関等		22件		22件		2件		46件
保 険 医	等		41人		35人		12人		88人

4. 保険医療機関等の指定取消等及び保険医等の登録取消等の状況

区	分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
	指 定 取 消	5件	3件	0件	8件
保険医療機関等	指定取消相当	6件	6件	1件	13件
	計	11件	9件	1件	21件
	登録取消	5人	8人	0人	13人
保 険 医 等	登録取消相当	0人	1人	0人	1人
	計	5人	9人	0人	14人

5. 保険医療機関等の指定取消等に係る端緒

(1) 保険者等からの情報提供 18件 ※保険者、医療機関従事者、医療費通知に基づく被保険者等

(2) その他 3件 ※警察の摘発、個別指導等

6. 返還金額の状況

返還金額は、46億2,338万円であった。

・ 指導による返還分・ 適時調査による返還分13億5,390万円31億9,557万円

・ 監査による返還分 7,391万円

7. 指導・監査等の実施状況等の年度推移

区分		保険	医療機	関 等	(単位:件)		保 険	医	等 (単	单位∶人)	
区万	年度	1	2	3	4	5	年度	1	2	3	4	5
/Œ	医科	1,639	530	307	545	525	医科	9,601	688	439	1,584	2,774
個 別	歯科	1,348	525	372	533	512	歯科	2,480	621	521	1,525	990
指 導	薬局	1,728	742	371	427	427	薬局	2,794	1,101	586	892	661
**	計	4,715	1,797	1,050	1,505	1,464	計	14,875	2,410	1,546	4,001	4,425
新規	医科	2,199	982	1,524	2,490	2,709	医科	2,476	1,120	1,807	3,437	3,887
個	歯科	1,500	781	1,084	1,663	1,517	歯科	1,900	918	1,303	2,074	1,835
別 指	薬局	2,012	1,152	1,845	2,589	2,350	薬局	3,111	1,720	3,030	4,366	3,772
導	計	5,711	2,915	4,453	6,742	6,576	計	7,487	3,758	6,140	9,877	9,494
集個	医科	4,443	0	6,579	5,626	3,421						
田 別	歯科	4,707	0	5,235	5,168	3,775			_			
凹 指 的 導	薬局	4,008	0	4,476	4,504	3,372						
的特	計	13,158	0	16,290	15,298	10,568						
適	医科	3,519	3	18	2,289	2,736						
時	歯科	10	0	1	9	7			_			
調 査	薬局	15	2	14	5	5						
	計	3,544	5	33	2,303	2,748						
監	医科	18	16	20	20	22	医師	63	25	51	31	41
<u>m</u> .	歯科	28	23	24	29	22	歯科医師	45	36	36	44	35
杳	薬局	9	7	7	3	2	薬剤師	21	21	17	15	12
	計	55	46	51	52	46	計	129	82	104	90	88
取取	医科	7	4	8	7	11	医師	6	4	3	5	5
取消相当含む	歯科	11	15	14	9	9	歯科医師	9	14	13	8	9
当合	薬局	3	0	4	2	1	薬剤師	0	0	0	1	0
消む	計	21	19	26	18	21	計	15	18	16	14	14

年度	取消	保険医療	機関等数	(単作	位:件)
取消の端緒	1	2	3	4	5
保険者等からの情報提供	12	12	19	12	18
その他	9	7	7	6	3
合計	21	19	26	18	21

年度		返 還	金	額	(単位:万円)
十段	指導によるもの	適時調査によるもの	監査によるもの	合 計	対前年度比増▲減
1	342,498	504,652	240,205	1,087,355	▲169,647
2	286,594	260,872	48,459	595,925	▲ 491,430
3	147,010	207,423	129,617	484,051	▲111,874
4	101,632	80,345	15,283	197,261	▲286,790
5	135,390	319,557	7,391	462,338	265,077

8. 保険医療機関等の指導・監査等の実施状況(都道府県別)

(単位:件)

8	. и				テンプ								<u> </u> 付果	<i>ו</i> נינ <i>ו.</i>	' ≠ n+	-m -k			E/-	単位	- 117
都	道府県	医科	個別 歯科	押 等 薬局	合計	医科	歯科	別指導薬局	合計	医科	乗 凶 的 ² 歯科	固別 指: 薬局	合計	医科	適時	薬局	合計	医科	歯科	査 薬局	合計
01	北海道	40	19	16	75	80	48	32	160	211	220	181	612	170	0	0	170	0	1	0	1
02	青 森	4	5	3	12	11	5	21	37	31	39	47	117	29	0	0	29	0	0	0	0
03	岩 手	1	1	2	4	11	9	20	40	23	29	44	96	42	0	0	42	0	1	0	1
04	宮城	8	12	7	27	43	29	59	131	64	50	93	207	65	2	0	67	0	0	0	0
05	秋 田	3	3	3	9	14	6	16	36	27	34	37	98	30	0	0	30	0	0	0	0
06	山形	2	1	4	7	12	3	29	44	41	19	47	107	32	0	0	32	0	0	0	0
07	福島	3	10	6	19	17	17	38	72	48	69	70	187	36	0	0	36	0	1	0	1
08	茨 城	9	5	7	21	36	22	44	102	58	64	80	202	60	0	0	60	0	0	0	0
09	栃木	12	5	6	23	28	18	39	85	50	67	69	186	50	0	0	50	0	0	0	0
\vdash	群馬	7	8	12	27	18	17	34	69	56	69	54	179	66	0	0	66	0	1	0	1
	埼 玉	43	63	10	116	121	88	158	367	129	171	177	477	90	0	0	90	0	1	0	1
	千 葉	22	34	1	57	135	68	162	365	120	172	164	456	102	0	0		1	0		1
13		120	96	43	259	584	411	311	1, 306	406	422	138	966	170	1	1	172	9	2	0	11
	神奈川	39	47	87	173	264	96	143	503	234	232	129	595	77	0	3	80	1	2	0	3
-	新潟	2	8	2	12	23	20	25	68	48	84	87	219	39	0	0		0	2	0	2
	山梨	5	5	13	23	7	10	10	21	21	31	35	87	32	1	0	33	0	0		0
17 18	長野富山	9 5	10 7	5	24 16	32 12	18 6	27 26	77 44	53 22	48 32	39 39	140 93	45 48	0	0	45 48	0	0		0
	石川	6	1	0	7	21	6	24	51	27	35	42	104	60	0	0	60	0	0		0
	岐阜	18	5	13	36	24	21	48	93	46	28	76	150	38	0	0	38	1	1	0	2
	静岡	8	2	8	18	61	32	64	157	78	95	127	300	46	0	0	46	0	0	Ů	0
	愛知	36	33	34	103	164	87	157	408	157	142	268	567	56	0	0		0	2	0	2
23	三重	0	6	4	10	10	9	24	43	51	28	64	143	38	0	0		1	0	0	1
	福井	1	3	2	6	7	3	12	22	19	20	12	51	39	0	0	39	0	0	0	0
25		4	0	0	4	21	14	19	54	29	18	34	81	32	0	0	32	0	1	0	1
26	京都	12	12	24	48	56	18	50	124	85	62	38	185	60	0	0	60	0	1	0	1
27	大 阪	18	19	8	45	298	140	262	700	244	421	175	840	51	0	0	51	4	0	1	5
28	兵 庫	16	16	7	39	156	52	110	318	151	231	122	504	88	0	0	88	0	1	0	1
29	奈 良	1	4	1	6	32	14	15	61	46	21	41	108	45	0	0	45	0	0	0	0
30	和歌山	2	3	0	5	12	6	20	38	34	25	27	86	44	0	0	44	0	0	0	0
31	鳥取	3	1	0	4	5	4	10	19	17	15	15	47	43	0	0	43	0	0	0	0
32	島根	3	0	3	6	10	3	13	26	25	19	26	70	46	0	0	46	0	0	0	0
33	岡山	3	2	3	8	16	18	21	55	47	0	59	106	81	0	1	82	0	0	0	0
34		6	17	18	41	43	30	42	115	80	121	93	294	84	1	0		3		1	5
35		7	0	6	13	15	10	11	36	42	47	48	137	68	0			0			-
	徳島	4	1	3	8	8	4	12			19	30	88	24	0						<u> </u>
37		1	2	1	4	10	6	7		36	20	42	98	13	1	0		0			1
38		1	7	2	10	7		13		41	38	49	128	30	0			0	-		<u> </u>
39		4	0	0	- 4	4	6	7		30	24	23	77	27	0			0			1
40		14	18	28	60	128	64	88		167	234	106	507	90	0			1	1	0	l
41 42		1	5 7	3	9	9 17	11	10		20	23 31	39	82 117	79 56	0			0			
42		2	3	4	12 9	25	17	19 28		52 70	27	34 68	165	62	1	0		0			l
44		2	0	4	6	14	9	16			42	39	111	70							1
45		8	2	9	19	11	8	7		34	36	38	108	63	0	0		0	-	0	l
\vdash	西 呵 鹿児島	1	4	7		28	13	22			62	66	172	78	0						1
47		7	0	1	8	49	17	25		38	39	41	118	42	0			1	0		l
合	計	525	512	427	1, 464						3, 775		10, 568		7	5	2, 748		22		
1	н	020	312	74.7	1, 404	2, 100	1, 017	2, 000	5, 570	U, 721	5, 775	5, 572	10,000	2, 700		J	2, 770				1 70

9. 保険医療機関等取消等状況

		Į	保	険	医療機	関 等		保 険	医 等
都	道府県	4名	名 称	区分	指定取消年月日 () は取消相当	返還額	主な事故内容	氏 名	登録取消年月日 () は取消相当
1	北海	道	もり歯科クリニック	歯	R6. 3. 26	精査中	架空請求、付増請求、 振替請求	森・伸一	R6. 3. 26
2	岩	手	松本歯科医院	歯	R5. 10. 17	3,466千円	架空請求、付増請求、 振替請求、二重請求、 その他の請求	松本 覚	R5. 10. 17
3	宮	城	慶真会ソラナデンタルクリニック	歯	(R5. 10. 17)	精査中	付増請求、振替請求、 その他の請求	菅原 真由美	(R5. 10. 17)
4	福	島	デンティスト ワタナベ	歯	(R6. 3. 20)	精査中	付増請求、振替請求、 その他の請求	渡邉 徹	R6. 3. 20
5	埼	玉	宮本歯科医院	歯	(R5. 11. 18)	2,367千円	架空請求、付増請求、 その他の請求	宮本 一彦	R5. 11. 18
6	茨	城	林クリニック	医	R5. 9. 22	880千円	架空請求、付増請求、 二重請求、その他の請求	林 正敏	R5. 9. 22
7	Ŧ	葉	医療法人社団誓心会 長柄メンタルクリニック	医	(R6. 2. 27)	精査中	架空請求、付増請求	佐野 和弘	R6. 2. 27
8	Ŧ	葉	長柄メンタルクリニック	医	(R6. 2. 27)	精査中	架空請求	佐野 和弘	R6. 2. 27
9	東	京	医療法人社団青葉 山田歯科医院	歯	R6. 2. 23	1,258千円	架空請求、付増請求、 振替請求、その他の請求	山田 繁	R6. 2. 23
10	東	京	北條歯科医院	歯	(R5. 9. 27)	精査中	架空請求、付増請求、 振替請求、二重請求、 その他の請求	北條 雅敏	R5. 9. 27
11	神奈	EJII	一般社団法人日本厚生団 長津田厚生総合病院	医	R6. 3. 1	精査中	その他の請求	-	-
12	Ξ	重	おだいじに薬局	薬	(R5. 6. 16)	精査中	付增請求	-	-
13	大	阪	藤沢内科クリニック	医	R5. 8. 4	2,506千円	架空請求、付増請求	藤澤 正佳	R5. 8. 4
14	大	阪	医療法人令和健心会 心斎橋内科皮膚科クリニック	医	(R6. 3. 19)	精査中	その他の請求	-	1
15	大	阪	医療法人FONS ASERAクリニック	医	(R6. 3. 19)	精査中	その他の請求	-	ı
16	大	阪	心斎橋内科クリニック	医	(R6. 3. 19)	精査中	その他の請求	-	-
17	大	阪	医療法人四神会 さんみクリニック	医	R6. 3. 26	精査中	その他の請求	-	-
18	京	都	中川歯科医院	歯	(R6. 3. 19)	-	監査拒否	中川 健司	R6. 3. 19
19	岡	Щ	医療法人 平井小児科	医	(R5. 10. 26)	精査中	架空請求、付増請求、 振替請求、その他の請求	平井 俊太郎	R5. 10. 26
20	福	岡	ひらつか歯科医院	歯	(R5. 5. 18)	138千円	架空請求	平塚 守	R5. 5. 18
21	長	崎	松浦市立青島診療所	医	R6.1.1 R6.6.1に 再指定	18, 783千円	架空請求、付増請求、 その他の請求	川上 泰正	R5. 12. 14
			O保険医療機関等 指定取消 医科 5件 歯科 3件 薬局 0件 計 8件		指定取消相当 6件 6件 1件 13件		〇保険医等 医 師 歯科医師 薬 剤 師 計	登録取消 5人 8人 0人 13人	登録取消相当 0人 1人 0人 1人

10. 保険医療機関等の取消等に係る主な事例

【医科】

保険医療 機関等名	(神奈川県) 一般社団法人日本厚生団 長津田厚生総合病院 【令和6年3月1日指定取消】
不正の区分	その他の請求 (返還金額 精査中)
不正の 内容等	1. 監査に至った経緯 情報提供により個別指導及び適時調査を実施したところ、これまで当該病院が行った一般病棟入院基本料10対1の施設基準の届出について、実際には施設基準の要件を満たしていないにもかかわらず虚偽の内容を記載して届出していた疑義が生じ、個別指導及び適時調査を中断した。当該病院に対して、保存している看護職員の勤務表の提出を指示し、その内容を精査したところ、病棟では勤務していない看護職員が病棟に勤務したとして記載されている月があることが確認された。以上のことから、一般病棟入院基本料10対1の施設基準の虚偽の届出とそれに伴う不正請求を行っていた疑義が濃厚となったため個別指導を中止し、監査要綱の第3の2に該当するものとして平成30年6月13日から令和3年12月10日まで計11日間の監査を実施した。 2. 監査結果 ・請求できない一般病棟入院基本料10対1の診療報酬を不正に請求していた。 3. 処分等 令和6年3月1日 保険医療機関の指定取消

【歯科】

保険医療 機関等名	(岩手県) 松本歯科医院 【令和5年10月17日指定取消】
饭因守石	位个图符区院 [中和 5 年 10 万 17 日祖足取用]
不正の区分	架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求 (返還金額 3,466千円)
不正の 内容等	1. 監査に至った経緯 保険者から東北厚生局岩手事務所に対し、高額療養費の支給対象となる被保険者へ申請勧奨したところ、高額療養費の支給対象となる月には松本歯科医院を受診していない等の情報が寄せられたとの情報提供があった。 個別指導を実施したところ、診療内容に疑義が生じ、開設者及び管理者に質問するものの明確な回答が得られなかったことから、個別指導を中断した。その後、歯科技工所調査及び患者調査を実施し、その結果を踏まえ個別指導を再開したところ、不正請求を認める趣旨の発言があり、発言内容について事実確認を行う必要があることから、個別指導を再度中断した。 歯科技工所調査を追加で実施したところ、診療内容及び診療報酬の請求に関して不正が強く疑われたことから、個別指導を中止し、監査要綱の第3の1及び2に該当するものとして、令和4年12月14日から令和5年6月1日まで計11日間の監査を実施した。 1. 監査結果 ・実際には行っていない保険診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。・実際に行った保険診療に行っていない保険診療を付け増して、診療報酬を不正に請求していた。・実際に行った保険診療を保険点数の高い別の診療に振り替えて、診療報酬を不正に請求していた。・実際に行った保険適用かである診療に係る費用を患者から受領しているにもかかわらず、同診療を保険適用である診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。・クラウン・ブリッジ維持管理期間中のブリッジを製作・装着したにもかかわらず、分うウン・ブリッジ維持管理期間中のア保険請求できないブリッジを製作・装着したにもかかわらず、全部金属冠と有床義歯を製作・装着したとして診療報酬を不正に請求していた。・実際には保険適用外の局部義歯の調整を行ったにもかかわらず、保険適用の局部義歯の調整を行ったにもかかわらず、保険適用の局部義歯の調整を行ったものとして、診療報酬を不正に請求していた。 3. 処分等

※ 指定取消処分(指定取消相当を含む)を行った保険医療機関等については、各地方厚生(支) 局のホームページにおいて公表している。

(用語解説)

I 全般的事項

1 保険医療機関等

保険医療機関及び保険薬局の総称。医療機関又は薬局からの申請に基づき、地方厚生(支)局長が指定する。医療機関又は薬局は、保険医療機関等として指定を受けることにより、いわゆる保険診療(保険調剤を含む。以下同じ。)を提供できることとなる。

2 保険医等

保険医及び保険薬剤師の総称。医師、歯科医師又は薬剤師からの申請に基づき、地方厚生(支) 局長が登録する。医師、歯科医師又は薬剤師は、保険医等として登録を受けることにより、いわ ゆる保険診療に従事できることとなる。

3 不正請求

診療報酬(調剤報酬を含む。以下同じ。)の請求のうち、詐欺や不法行為に当たるもの。架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求に区分される。

① 架空請求

実際に診療(調剤を含む。以下同じ。)を行っていない者につき診療をしたごとく請求すること。診療が継続している者であっても当該診療月に診療行為がないにもかかわらず請求を行った場合、当該診療月分については架空請求となる。

② 付増請求

診療行為の回数(日数)、数量、内容等を実際に行ったものより多く請求すること。

③ 振替請求

実際に行った診療内容を保険点数の高い他の診療内容に振り替えて請求すること。

④ 二重請求

自費診療を行って患者から費用を受領しているにもかかわらず、保険でも診療報酬を請求すること。

⑤ その他の請求

- a 医師数、看護師数等が医療法の標準数を満たしていないにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合
- b 入院患者数の平均が基準以上であるにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合
- c 施設基準の要件を満たしていないにもかかわらず、虚偽の届出を行った場合
- d 保険診療と認められないものを請求した場合(患者の依頼のない往診、健康診断、無診察 投薬、自己診療等) 等。

4 不当請求

診療報酬の請求のうち、算定要件を満たしていない等、その妥当性を欠くもの。

例:「指導の要点」を診療録(カルテ)に記載することを条件に算定が認められている診療報酬について、カルテに指導の要点を記載していない。

5 返還金額

個別指導、新規個別指導、適時調査又は監査の結果、不正又は不当な請求が確認された場合に、 同様の請求の有無について保険医療機関等において全患者等を自主点検のうえ、返還金関係書類 として地方厚生(支)局に提出した金額。

本資料における返還金額は、指導に関するものであれば、令和4年度及び令和3年度以前に個別指導又は新規個別指導を行ったもののうち、保険医療機関等が実施した自主点検結果について、令和4年度中に地方厚生(支)局において返還金関係書類を保険者に通知したもの。

Ⅱ 指導関係

1 指導

保険医療機関等、保険医等に対して、保険診療・保険調剤の質的向上及び適正化を図ることを 目的として、療養担当規則等に定められている診療方針、診療報酬・調剤報酬の請求方法、保険 医療の事務取扱等について周知徹底する。(健康保険法第73条等)

実施対象や方法等により集団指導、集団的個別指導、個別指導に分類される。

2 個別指導

指導の一類型であり、地方厚生(支)局及び都道府県が共同で指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて又は当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。なお、個別指導にはこのほか、厚生労働省が主体となって実施する(特定)共同指導がある。

なお、指導完了後、その内容に応じ、必要な措置(概ね妥当・経過観察・再指導・要監査)が 採られる。

3 新規個別指導

個別指導のうち、新たに指定された保険医療機関等を対象として行われるもの。

4 集団的個別指導

指導の一類型であり、地方厚生(支)局及び都道府県が共同で指導対象となる保険医療機関等を 一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。

Ⅲ 適時調査関係

1 施設基準

一定の人員要件や設備要件を充足している場合に、地方厚生(支)局長へ所定の届出を行うことにより、診療報酬の算定において通常よりも高い点数が算定可能となるもの。具体的には、看護師の配置を手厚くすることにより算定が認められる入院基本料等、約640種類の施設基準がある。

2 適時調査

施設基準を届け出ている保険医療機関等について、地方厚生(支)局が当該保険医療機関等に直接赴いて、届け出られている施設基準の充足状況を確認するために行う調査。

Ⅳ 監査関係

1 監査

保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合 等において、的確に事実関係を把握するために行う(健康保険法第78条等)

なお、監査完了後、確認された事実に応じ、必要な措置(取消処分・戒告・注意)が採られる。 本資料における監査件数(人数)は、令和4年度中に1回以上、監査を実施した保険医療機関 等(保険医等)の件数(人数)を計上している。

2 取消

監査後に採られる行政上の措置の一つ。保険医療機関等の指定取消処分及び保険医等の登録取消処分のことであり、次のいずれかに該当する場合に取消処分の対象となる。

- ① 故意に不正又は不当な診療を行った場合
- ② 故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行った場合
- ③ 重大な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行った場合
- ④ 重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行った場合 取消処分を受けると、その旨が公表されるほか、原則として5年間、保険医療機関等の再指定 及び保険医等の再登録を受けることができないこととなる。

3 取消相当

本来、取消処分(保険医療機関等の指定取消、保険医等の登録取消)を行うべき事案について、 保険医療機関等が既に廃止され、又は保険医等が既にその登録を抹消している等のため、これら 行政処分を行えない場合に行われる取扱いであり、取消処分の場合と同様、取消相当である旨が 公表されるほか、原則として5年間、再指定(再登録)を受けることができないこととなる。

(参考) 厚生労働省ホームページ: 保険診療における指導・監査

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/shidou_kansa.html

収載後の外国平均価格調整

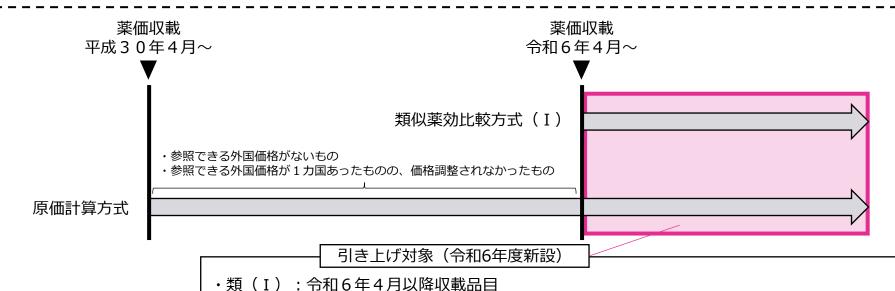
令和6年度薬価制度改革骨子

- ② 収載後の外国平均価格調整【基準改正】
- 収載後の外国平均価格調整について、令和6年度以降に収載される品目に対しては、現行の原価計算方式における対応に加え、類似薬効比較方式(I)で算定される品目についても適用することとし、具体的には、以下に掲げる要件の全てに該当する医薬品については、薬価改定の際に、1回に限り、外国平均価格調整を行うこととする。ただし、当該医薬品に係る後発品が薬価収載されるか、当該医薬品の薬価収載の日から15年を経過するまでの間に限る。
- 価格調整方法は、収載時の外国平均価格調整のルールに準じて対応するが、価格の引上げに関しては、患者負担増への影響等を配慮する必要があることから、改定前薬価の1.20倍を上限とすることとする。

<適用対象となる医薬品>

- ・原薬・製剤を輸入しているもの
- ・薬価収載時に参照できる外国価格がなかったもの
- ・薬価収載後、いずれかの外国価格が初めて掲載されたもの

あった場合(に限る)



正

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っては、平成30年3月、 類似薬効比較方式(I)で算定された品目に あっては、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-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。

(略) イ~ハ

ニ 薬価収載の後、いずれかの外国価格が初め て掲載されたこと又は外国平均価格調整を受け ていない品目について令和6年4月以降に2ヶ 国の外国価格が初めて掲載されたこと

ホ及びへ (略)

誤(令和7年1月15日中医協総-2 16頁)

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っては、平成30年3月、 類似薬効比較方式(I)で算定された品目に あっては、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1に定めるところによる調整に限る。 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。

(略)

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。

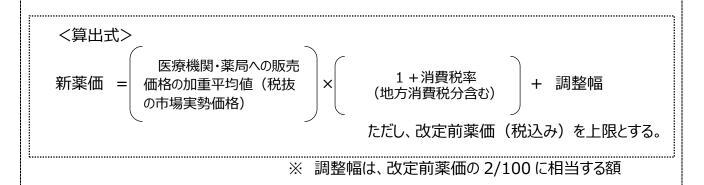
1. 対象品目及び改定方式

《骨子》

改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点はもとより、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。



【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
- □ 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)□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
- 二 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 G1品目又はG2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
- □ 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)□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
- 二 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<u>(令和 7 年度薬価改定において</u>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 G1品目又はG2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3.①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	. 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▲5pt		
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▲5pt		
③ 他の製造販売業者と共同開発して承認され	「後発品の安定供給に関連する情報の公表等に関す		
た品目における共同開発先の製造販売業者名	るガイドライン」の様式1について、共同開発先企業		
の公表	を記載していない場合▲5pt		
④ 厚生労働省のウェブサイトの「安定供給体制	厚生労働省のウェブサイトの「安定供給体制等を指		
等を指標とした情報提供項目に関する情報提供	標とした情報提供項目に関する情報提供ページ」に		
ページ」における安定供給体制等に関する情報の	様式2を公表していない場合に▲10pt		
掲載	MXX 2 で A X O C V V X V V M 日 IC ■ 10 P C		
⑤ 日本製薬団体連合会が作成した「ジェネリック	厚生労働省のウェブサイトの「安定供給体制等を指		
医薬品供給ガイドライン」に準拠した内容である	標とした情報提供項目に関する情報提供ページ」に		
安定供給に係る文書の作成と運用	MCC/CIGHALLY/ALICM / DIRTALLY / / / / / /		

	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▲ 5 pt
	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
	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
	不適だが是正措置を実施している場合▲1pt
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	原薬の購買先を複数設定している品目の割合
確保	10%未満:0pt、10~30%未満:3pt、30~50%未
	満 5 pt、50~100% 10pt
② 製造販売する「安定確保医薬品」について、	保有する安定確保医薬品のそれぞれについて、以下
品目ごとの一定以上の余剰製造能力又は在庫	のとおり算出
量の確保	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
	70~100%:5 pt、50~70%未満:1 pt、50%未
	満: 0 pt
	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
	70~100%:5 pt、50~70%未満:1 pt、50%未
	満: 0 pt
	※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 ^{※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 L×1.5
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	製造計画を下回って供給する品目(実績指数(R6.9
(当該品目の製造計画と実際の出荷量を比較	単月ではなく、R6.4~9の平均としている)が 0.8 以
した情報を含む。)の公表	下)の割合 0%:0pt、0~30%未満:▲1pt、
	30~70%未満:▲ 2 pt、70~100%未満:▲ 3 pt、
	100% : ▲ 5 pt
② 製造販売する「安定確保医薬品」の品目数	200 品目以上: 10pt、100 品目以上 200 品目未満:
	8 pt、50 品目以上 100 品目未満: 5 pt、10 品目以
	上 50 品目未満:3 pt、1 品目以上 10 品目未満:1
	pt、0品目:0pt
	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
③ 製造販売業者自らの理由による製造販売す	【出荷量制限品目割合】
る品目の出荷停止又は出荷量の制限の対応	
※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	

	T
たことが確認できた品目については、計算時に除外する。	20%以上:▲5pt、10%以上 20%未満:▲3pt、
	10%未満(0%を除く。):▲2pt、0%:0pt
	【出荷停止品目割合】
	20%以上:▲10pt、10%以上 20%未満:▲7pt、
	10%未満(0%を除く。):▲ 5 pt、0%:0 pt
④ 出荷量が増加した品目、出荷量が減少した	【出荷量増加品目割合】
品目の割合	50%以上:5pt、30%以上 50%未満:4pt、20%
※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	以上 30%未満:3 pt、20%未満(0 %を除く。):2
たことが確認できた品目については、計算時に除外する。	pt、0%:0pt
	【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
	<.) : ▲ 2 pt、0 % : 0 pt
⑤ 他の製造販売業者が出荷停止又は出荷量	他の製造販売業者が出荷停止又は出荷量の制限を行っ
の制限を行った品目に関して、組成、剤形区分	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
及び規格が同一の自らの品目の出荷量を増加さ	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
せた実績	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点
	ただし、上限は 20pt
⑥ 他の製造販売業者の長期収載品のうち G1	組成及び剤形区分が同一の品目について、G1増産対応
区分の品目の市場撤退に伴う製造販売承認の	企業として決定した品目ごとに 5 pt
承継、又は自らの品目の出荷量を増加させた実	
績	
⑦ 製造販売業者が製造販売する後発品につ	製造販売業者ごとの既収載後発品について、同一成分、
いて、同一成分内でのシェアが3%以下の品目	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
	0%: 0 pt、0~30%未満: ▲ 1 pt、30~50%未満:
	▲3pt、50~70%未満:▲5pt、70%以上:▲7pt
4. 薬価の乖離状況	
① 製造販売業者が製造販売する後発品の全	製造販売業者ごとの既収載後発品全体の平均乖離率に
品目の平均乖離率が一定値を超えた実績	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
② 製造販売承認を取得した収載5年以内の	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
後発品新規後発品について、薬価収載後の5	の既収載後発品全体の平均乖離率について、薬価調査に
年間における薬価改定時の当該品目の乖離率	おける全ての既収載後発品の平均乖離率を 100 とした場
が一定値を超えた実績	合の指数を算出し、以下のとおり評価
※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	
たことが確認できた品目については、計算時に除外する。	

	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	薬価収載から5年以内に供給停止事前報告書が提出さ
市場撤退した品目数	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	過去5年以内に不採算品再算定を受けた品目について、
後の5年間における薬価改定時の当該品目の	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
乖離率が一定値を超えた実績	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「G1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(G1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
- (二) 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

□ (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	最低薬価
		(改定前)	(改定後)
日本薬局方収載品			
錠剤	1 錠	10.10円	10.40円
カプセル剤	1 カプセル	10.10円	10.40円
丸剤	1 個	10.10円	10.40円
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	100円
	100mL以上 500mL未満 1管又は1瓶	115円	119円
	500mL以上 1 管又は1 瓶	152円	157円
坐剤	1個	20.30 円	20.90円
点眼剤	5mL1 瓶	89.60 円	92.50円
	1mL	17.90 円	18.50円
内用液剤、シロップ剤	1 日薬価	9.80 円	10.10円
(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	10.20円	10.50円

(小児への適応があるものに限る。)			
外用液剤	10mL※ 1	10.00円	10.30円
(外皮用殺菌消毒剤に限る。)			
貼付剤	10g	8.60 円	8.90円
	10cm×14cm以上 1枚	17.10 円	17.60円
	その他 1 枚	12.30 円	12.70円
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	6.10円
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	61円
	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	96円
坐剤	1個	20.30円	20.90円
点眼剤	5mL1 瓶	88.80 円	91.60円
	1mL	17.90 円	18.50円
内用液剤、シロップ剤	1 日薬価	6.70 円	6.90円
(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	6.90円
(小児への適応があるものに限る。)			
外用液剤	10mL※ 1	6.60 円	6.80円
(外皮用殺菌消毒剤に限る。)			
貼付剤	10g	8.60 円	8.90円
	10cm×14cm以上 1枚	17.10円	17.60円
	その他1枚	12.30 円	12.70円

^{※1} 規格単位が 10g の場合は 10g 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<u>(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。)</u> 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。

^{※ 2} 規格単位が 10mL の場合は 10mL と読み替える。

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
- □ 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ったものを除く。)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ったものを除く。)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。)
- □ 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
- \Box 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) \Box 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
- 二 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)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<u>7</u>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)

□ 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

八 (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<u>7</u>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 (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限り、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<u>(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。)</u>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である後発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。

八~へ (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)

□ 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<u>7</u>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
- (八) 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。)

八 (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<mark>又は</mark>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)

八~二 (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っては、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っては、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~八 (略)

二 薬価収載の後、いずれかの外国価格が初めて掲載されたこと又は外国平均価格調整を受けていない品目
について <mark>令和6年4月以降に</mark> 2ヶ国の外国価格が初めて掲載されたこと
木及びへ (略)

中医協 総-57.1.29

厚生労働省発保 0129 第 22 号 令 和 7 年 1 月 29 日

中央社会保険医療協議会 会長 小塩 隆士 殿

厚生労働大臣 福 岡 資 麿

諮問書

(医療DXに係る診療報酬上の評価の取扱いについて)

健康保険法(大正11年法律第70号)第82条第1項、船員保険法(昭和14年法律第73号)第59条において準用する健康保険法第82条第1項(船員保険法第54条第2項及び第58条第2項に規定する定めに係る部分に限る。)、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第46条において準用する健康保険法第82条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第71条第1項の規定に基づき、医療DXに係る診療報酬上の評価の取扱いについて、貴会の意見を求めます。

なお、答申に当たっては、別紙「答申書附帯意見」(令和6年7月17日 中央社会保険医療協議会答申書別添)に基づき行っていただくよう求めま す。 「答申書附帯意見」(令和6年7月17日中央社会保険医療協議会答申書別添)(抄)

- 1 医療DX推進体制整備加算に係る令和7年4月以降のマイナ保険証利用率の実績要件の設定に当たっては、令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、本年末を目途に、マイナ保険証の利用状況、保険医療機関・保険薬局における利用促進に向けた取組状況等、実態を十分に勘案した上で検討、設定すること。
- 2 医療DX推進体制整備加算について、電子処方箋及び電子カルテ情報共有 サービスの整備状況や運用の実態等を十分に確認した上で、評価のあり方及 び必要な対応について検討すること。

個別改定項目について

① 医療DXに係る診療報酬上の評価の取扱い

第1 基本的な考え方

- 1. 医療 D X 推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件について、令和6年 12 月 2 日からマイナ保険証を基本とする仕組みへと移行したことやこれまでの利用率の実績を踏まえつつ、今後もより多くの医療機関・薬局が医療 D X 推進のための体制を整備するために必要な見直しを行う。
- 2. 医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX情報活用加算における 電子処方箋の要件については、電子処方箋システム一斉点検の実施を 踏まえた対応や令和7年1月22日に示された電子処方箋に関する今 後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評 価する観点から見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 1. 令和7年4月から9月までにおける、医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件を新たに設定する。
- 2. 医療機関については、医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX 情報活用加算の要件を見直し、電子処方箋の導入の有無に関する要件 を具体化した上で、既に導入した医療機関において電子処方箋管理サ ービスに処方情報を登録する手間を評価する観点から、導入済の医療 機関と未導入の医療機関の間で加算点数に差を設ける。

改定案	現行
【初診料】	【初診料】
[算定要件]	[算定要件]
医科診療報酬点数表	医科診療報酬点数表
第1章第1部第1節 初診料	第1章第1部第1節 初診料
注16 医療DX推進に係る体制とし	注16 医療DX推進に係る体制とし
て別に厚生労働大臣が定める施	て別に厚生労働大臣が定める施
設基準に適合しているものとし	設基準に適合しているものとし
て地方厚生局長等に届け出た保	て地方厚生局長等に届け出た保

険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 D X 推進体制整備加算として、月1回に限り当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算

7

●点

コ 医療DX推進体制整備加算 2

●点

ハ 医療DX推進体制整備加算 3

●点

二 医療DX推進体制整備加算

●点

<u>木</u> 医療 D X 推進体制整備加算 <u>5</u>

●点

<u>へ</u> 医療DX推進体制整備加算 6

●点

歯科診療報酬点数表

第1章第1部第1節 初診料

注15 医療 D X 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定めるものとを選挙に適合しているものと地方厚生局長等に届け出る保険を実施した患者に対して、解 D X を行った場合は、医療 D X 推進体制整備加算として、月1回に投い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算

1 ●点

D 医療 D X 推進体制整備加算

2

<u>●点</u> 医虚尺又推准体制整度加管

ハ 医療 D X 推進体制整備加算

険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 D X 推進体制整備加算として、月 1 回に限り当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算

- 1

11点

口 医療DX推進体制整備加算 2

10点

ハ 医療DX推進体制整備加算 3

8点

(新設)

(新設)

(新設)

歯科診療報酬点数表

第1章第1部第1節 初診料

注15 医療 D X 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定めるものとを選挙に適合しているものと地方厚生局長等に届け出て地方厚生局長等に届ける保険を実施した患者に対して、関を受診した患者に対して、月1回に投げる点数をそれぞれ所定は関する。

イ 医療DX推進体制整備加算

1

9点

D 医療DX推進体制整備加算

2 8点

ハ 医療DX推進体制整備加算

3

6点

●点

二 医療DX推進体制整備加算

4

<u>木</u> 医療 D X 推進体制整備加算

<u>へ</u> 医療 D X 推進体制整備加算

<u>○</u> 点

(新設)

(新設)

(新設)

[施設基準告示]

- 三の八 医療 D X 推進体制整備加算 の施設基準
 - (1) 医療DX推進体制整備加算1 の施設基準

イ~ハ (略)

二 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制<u>又は調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する</u>体制を有していること。

ホ~リ (略)

- (2) (略)
- (3) (略)
- (4) 医療DX推進体制整備加算4 の施設基準

(1) のイからハまで及びホからリまでに掲げる施設基準を満たすものであること。

- (5) 医療DX推進体制整備加算5 の施設基準
 - <u>イ</u> (1)のイからハまで、ホ及び トからリまでに掲げる施設基 準を満たすものであること。
 - <u>ロ</u> 健康保険法第三条第十三項 に規定する電子資格確認に係 <u>る必要な実績を有しているこ</u> と。
- (6) 医療DX推進体制整備加算 6 の施設基準
 - イ (1)のイからハまで、ホ、ト及びチに掲げる施設基準を満たすものであること。
 - <u>ロ</u> 健康保険法第三条第十三項 に規定する電子資格確認に係

[施設基準告示]

- 三の八 医療 D X 推進体制整備加算 の施設基準
 - (1) 医療DX推進体制整備加算1 の施設基準

イ~ハ (略)

二 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を 有していること。

ホ~リ (略)

- (2) (略)
- (3) (略)

(新設)

(新設)

(新設)

る実績を有していること。

[施設基準通知]

- 第1の9 医療DX推進体制整備加 算
- 1 医療 D X 推進体制整備加算 1 に 関する施設基準
 - (1)~(3) (略)
 - (4) 「電子処方箋管理サービスの 運用について」(令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発 1028第1号保発1028第1号厚生 労働省医薬・生活衛生局長・医政 局長・保険局長通知。)に基づき、 電子処方箋管理サービスに処方 情報を登録できる体制(原則とし て院外処方を行う場合には電子 処方箋又は引換番号が印字され た紙の処方箋を発行すること)を 有していること。
 - (5) (略)
 - (6) 医療 D X 推進体制整備加算 1 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率 (同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数では制合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。)が、●%以上であること。

(削る)

- (7) (6)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- (8) 医療DX推進の体制に関する 事項及び質の高い診療を実施す るための十分な情報を取得・活用 して診療を行うことについて、当

[施設基準通知]

- 第1の9 医療DX推進体制整備加 算
- 1 医療 D X 推進体制整備加算 1 に 関する施設基準
 - (1)~(3) (略)
 - (4) 「電子処方箋管理サービスの 運用について」(令和4年10月28 日付け薬生発1028第1号医政発 1028第1号保発1028第1号厚生 労働省医薬・生活衛生局長・医政 局長・保険局長通知。)<u>に基づく</u> 電子処方箋により処方箋を発行 できる体制を有していること。
 - (5) (略)
 - (6) 医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率(同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。)が、令和6年10月1日から同年12月31日までの間においては15%以上であること。
 - (7) (6)について、令和7年1月1 日以降においては、「15%」とあ るのは「30%」とすること。
 - (8) (6)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
 - (9) 医療DX推進の体制に関する 事項及び質の高い診療を実施す るための十分な情報を取得・活用 して診療を行うことについて、当

該保険医療機関の見やすい場所 に掲示していること。具体的には 次に掲げる事項を掲示している こと。

ア~ウ (略)

- (9) (8) の掲示事項について、原則 として、ウェブサイトに掲載して いること。自ら管理するホームペ ージ等を有しない場合について は、この限りではないこと。
- (10) マイナポータルの医療情報 等に基づき、患者からの健康管理 に係る相談に応じる体制を有し ていること。
- 2 医療DX推進体制整備加算2に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(5)まで及び(8) から(10)までの基準を満たすこ と。
 - (2) 医療 D X 推進体制整備加算 2 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、●%以上であること。

(削る)

- (3) (2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 3 医療 D X 推進体制整備加算 3 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(5)まで、<u>(8)</u>及び (9)の基準を満たすこと。
 - (2) 医療 D X 推進体制整備加算 3 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、●%以上であること。
 - (3) (2)について、小児科外来診療

該保険医療機関の見やすい場所 に掲示していること。具体的には 次に掲げる事項を掲示している こと。

ア~ウ (略)

- (10) (9) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- (11) マイナポータルの医療情報 等に基づき、患者からの健康管理 に係る相談に応じる体制を有し ていること。
- 2 医療 D X 推進体制整備加算 2 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(5)まで及び<u>(9)</u> から<u>(11)</u>までの基準を満たすこ と。
 - (2) 医療DX推進体制整備加算2 を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用 率が、令和6年10月1日から同年 12月31日までの間においては 10%以上であること。
 - (3) (2)について、令和7年1月1 日以降においては、「10%」とあ るのは「20%」とすること。
 - (4) (2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 3 医療 D X 推進体制整備加算 3 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(5)まで、(9)及び (10)の基準を満たすこと。
 - (2) 医療DX推進体制整備加算3 を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用 率が、令和6年10月1日から同年 12月31日までの間においては 5%以上であること。
 - (3) (2)について、令和7年1月1

料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日まで)の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が●割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「●%」とあるのは「●%」とすること。

(4) (略)

- 4 医療 D X 推進体制整備加算 4 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(3)まで、(5)及び (8)から(10)まで((8)のウの電子 処方箋に係る事項を除く。)の基 準を満たすこと。
 - (2) 医療 D X 推進体制整備加算 4 を算定する月の3月前のレセプ ト件数ベースマイナ保険証利用 率が、●%以上であること。
 - (3) (2)について、医療DX推進体制整備加算4を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 5 医療 D X 推進体制整備加算 5 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(3)まで、(5)及び (8)から(10)まで((8)のウの電子 処方箋に係る事項を除く。)の基 準を満たすこと。
 - (2) 医療 D X 推進体制整備加算 5 を算定する月の 3 月前のレセプ ト件数ベースマイナ保険証利用 率が、●%以上であること。
 - (3) (2)について、医療DX推進体制整備加算5を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

6 医療DX推進体制整備加算6に

<u>日以降においては、「5%</u>」とあるのは「10%」とすること。

(4) (略)

(新設)

(新設)

(新設)

関する施設基準

- (1) 1の(1)から(3)まで、(5)、(8) (ウの電子処方箋に係る事項を 除く。)及び(9)の基準を満たす こと。
- (2) 医療 D X 推進体制整備加算 6 を算定する月の3月前のレセプ ト件数ベースマイナ保険証利用 率が、●%以上であること。
- (3) (2)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日まで)の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が●割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「●%」とあるのは「●%」とすること。
- (4) (2)について、医療DX推進体制整備加算6を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 7 届出に関する事項
 - (1) (略)
 - (2) 1の(5)については令和7年 9月30日までの間に限り、<u>当該</u>基 準を満たしているものとみなす。
 - (3) 医療 D X 推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(6)、(7)及び(10)、2の(1)のうち1の(10)に係る基準及び2の(2)及び(3)、3の(2)及び(4)、4の(1)のうち1の(10)に係る基準及び4の(2)及び(3)、5の(1)のうち1の(10)に係る基準及び5の(2)及び(3)並びに6の(2)及び(4)については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はないこと。

4 届出に関する事項

- (1) (略)
- (2) <u>1の(4)については、令和7年3月31日までの間に限り、</u>1の(5)については令和7年9月30日までの間に限り、<u>それぞれの</u>基準を満たしているものとみなす。
- (3) 医療 D X 推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(6) から(8) まで及び(11)、2の(1) のうち1の(11) に係る基準及び2の(2) から(4) まで並びに3の(2) から(4) までについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はないこと。

- (4) 令和7年9月30日までの間に 限り、1の(8)のウの事項につい て、掲示を行っているものとみな す。
- (5) 1の(9)については、令和7年 5月31日までの間に限り、当該基 準を満たしているものとみなす。

(削る)

(削る)

【在宅患者訪問診療料 (I)】 「算定要件]

医科診療報酬点数表

- 第2章第2部第1節 在宅患者診療・ 指導料
- 注13 別に厚生労働大臣が定める施 設基準に適合しているものとし て地方厚生局長等に届け出た保 険医療機関において、健康保険法 第3条第13項に規定する電子資 格確認等により得られる情報を 踏まえて計画的な医学管理の下

- (4) 令和7年9月30日までの間に 限り、1の(9)のウの事項につい て、掲示を行っているものとみな す。
- (5) 1の(10)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。
- (6) 医療DX推進体制整備加算の 施設基準のうち、レセプト件数ベ <u>ースマイナ保険証利用率の基準</u> については、令和6年10月1日か ら令和7年1月31日までの間に 限り、レセプト件数ベースマイナ 保険証利用率に代えて、医療DX 推進体制整備加算を算定する月 の2月前のオンライン資格確認 件数ベースマイナ保険証利用率 (同月におけるマイナ保険証に よる資格確認件数を同月のオン ライン資格確認等システムの利 用件数で除した割合であって、社 会保険診療報酬支払基金から報 告されるものをいう。以下同じ。) を用いることができる。
- (7) (6)について、医療DX推進体制整備加算を算定する月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

【在宅患者訪問診療料 (I)】 「算定要件]

医科診療報酬点数表

- 第2章第2部第1節 在宅患者診療・ 指導料
- 注13 別に厚生労働大臣が定める施 設基準に適合しているものとし て地方厚生局長等に届け出た保 険医療機関において、健康保険法 第3条第13項に規定する電子資 格確認等により得られる情報を 踏まえて計画的な医学管理の下

に、訪問して診療を行った場合 は、在宅医療DX情報活用加算と して、月1回に限り、当該基準に 係る区分に従い、次に掲げる点数 をそれぞれ所定点数に加算する。 ただし、区分番号AOOOに掲げ る初診料の注15、区分番号AOO 1に掲げる再診料の注19若しく は区分番号AOO2に掲げる外 来診療料の注10にそれぞれ規定 する医療情報取得加算、区分番号 AOOOに掲げる初診料の注16 に規定する医療DX推進体制整 備加算、区分番号COO3に掲げ る在宅がん医療総合診療料の注 8に規定する在宅医療DX情報 活用加算又は区分番号C005 に掲げる在宅患者訪問看護・指導 料の注17(区分番号C005-1 - 2の注6の規定により準用す る場合を含む。) 若しくは区分番 号IO12に掲げる精神科訪問 看護・指導料の注17にそれぞれ規 定する訪問看護医療DX情報活 用加算を算定した月は、在宅医療 DX情報活用加算は算定できな い。

イ 在宅医療DX情報活用加算

_<u>1</u> ●点

ロ 在宅医療DX情報活用加算

<u>2</u> ●点

【在宅がん医療総合診療料】 [算定要件]

医科診療報酬点数表

第2章第2部第1節 在宅患者診療・ 指導料

注8 別に厚生労働大臣が定める施 設基準に適合しているものとし て地方厚生局長等に届け出た保 険医療機関において、健康保険法 第3条第13項に規定する電子資 格確認等により得られる情報を 踏まえて計画的な医学管理の下

に、訪問して診療を行った場合 は、在宅医療DX情報活用加算と して、月1回に限り10点を所定点 数に加算する。ただし、区分番号 AOOOに掲げる初診料の注15、 区分番号AOO1に掲げる再診 料の注19若しくは区分番号AO 02に掲げる外来診療料の注10 にそれぞれ規定する医療情報取 得加算、区分番号AOOOに掲げ る初診料の注16に規定する医療 DX推進体制整備加算、区分番号 COO3に掲げる在宅がん医療 総合診療料の注8に規定する在 宅医療DX情報活用加算又は区 分番号COO5に掲げる在宅患 者訪問看護・指導料の注17(区分 番号 C O O 5 - 1 - 2 の注 6 の 規定により準用する場合を含 む。) 若しくは区分番号 I O 1 2 に掲げる精神科訪問看護・指導料 の注17にそれぞれ規定する訪問 看護医療DX情報活用加算を算 定した月は、在宅医療DX情報活 用加算は算定できない。

(新設)

(新設)

【在宅がん医療総合診療料】 [算定要件]

医科診療報酬点数表

第2章第2部第1節 在宅患者診療・ 指導料

注8 別に厚生労働大臣が定める施 設基準に適合しているものとし て地方厚生局長等に届け出た保 険医療機関において、健康保険法 第3条第13項に規定する電子資 格確認等により得られる情報を 踏まえて計画的な医学管理の下

に、訪問して診療を行った場合 は、在宅医療DX情報活用加算と して、月1回に限り、当該基準に 係る区分に従い、次に掲げる点数 をそれぞれ所定点数に加算する。 ただし、区分番号AOOOに掲げ る初診料の注15、区分番号AOO 1に掲げる再診料の注19若しく は区分番号AOO2に掲げる外 来診療料の注10にそれぞれ規定 する医療情報取得加算、区分番号 AOOOに掲げる初診料の注16 に規定する医療DX推進体制整 備加算、区分番号COO1に掲げ る在宅患者訪問診療料(I)の注 13(区分番号C001-2の注6 の規定により準用する場合を含 む。)に規定する在宅医療DX情 報活用加算又は区分番号COO 5に掲げる在宅患者訪問看護・指 導料の注17(区分番号C005ー 1-2の注6の規定により準用 する場合を含む。) 若しくは区分 番号IO12に掲げる精神科訪 問看護・指導料の注17にそれぞれ 規定する訪問看護医療DX情報 活用加算を算定した月は、在宅医 療DX情報活用加算は算定でき ない。

<u>イ</u> 在宅医療DX情報活用加算

_<u>1</u> ●点

<u>口</u> 在宅医療 D X 情報活用加算

<u>2</u> ●点

【歯科訪問診療料】 [算定要件] 歯科診療報酬点数表 第2章第2部 歯科訪問診療料 注20 別に厚生労働大臣が定める施 設基準に適合しているものとし て地方厚生局長等に届け出た歯 科診療を実施している保険医療 機関において健康保険法第3条

第13項に規定する電子資格確認

に、訪問して診療を行った場合 は、在宅医療DX情報活用加算と して、月1回に限り10点を所定点 数に加算する。ただし、区分番号 AOOOに掲げる初診料の注15、 区分番号AOO1に掲げる再診 料の注19若しくは区分番号AO 02に掲げる外来診療料の注10 にそれぞれ規定する医療情報取 得加算、区分番号AOOOに掲げ る初診料の注16に規定する医療 DX推進体制整備加算、区分番号 COO1に掲げる在宅患者訪問 診療料 (I) の注13 (区分番号 C 001-2の注6の規定により 準用する場合を含む。)に規定す る在宅医療DX情報活用加算又 は区分番号C005に掲げる在 宅患者訪問看護・指導料の注17 (区分番号 С О О 5 - 1 - 2 の 注6の規定により準用する場合 を含む。) 若しくは区分番号 I O 12に掲げる精神科訪問看護・指 導料の注17にそれぞれ規定する 訪問看護医療DX情報活用加算 を算定した月は、在宅医療DX情 報活用加算は算定できない。

(新設)

(新設)

【歯科訪問診療料】 [算定要件] 歯科診療報酬点数表 第2章第2部 歯科訪問診療料 注20 別に厚生労働大臣が定める施 設基準に適合しているものとし て地方厚生局長等に届け出た歯 科診療を実施している保険医療 機関において健康保険法第3条

第13項に規定する電子資格確認

等により得られる情報を踏まえ て計画的な歯科医学的管理の下 に、訪問して診療を行った場合 は、在宅医療DX情報活用加算と して、月1回に限り、当該基準に 係る区分に従い、次に掲げる点数 をそれぞれ所定点数に加算する。 ただし、区分番号A000に掲げ る初診料の注14若しくは区分番 号AOO2に掲げる再診料の注 11にそれぞれ規定する医療情報 取得加算又は区分番号AOOO に掲げる初診料の注15に規定す る医療DX推進体制整備加算を 算定した月は、在宅医療DX情報 活用加算は算定できない。

イ 在宅医療DX情報活用加算

_<u>1</u> ●点

口 在宅医療DX情報活用加算

2

●点

【在宅患者訪問診療料(I)、在宅が ん医療総合診療料及び歯科訪問診療 料】

[施設基準告示]

- ーの五の三 在宅患者訪問診療料 (I)の注13(在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)の注6の規定により準用する 場合を含む。)、在宅がん医療総合 診療料の注8及び歯科訪問診療料 の注20に規定する別に厚生労働大 臣が定める施設基準
 - (1) <u>在宅医療DX情報活用加算 1</u> の施設基準
 - イ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和五十一年厚生省令第三十六号)第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っているこ

(新設)

(新設)

【在宅患者訪問診療料(I)、在宅が ん医療総合診療料及び歯科訪問診療 料】

[施設基準告示]

- 一の五の三 在宅患者訪問診療料 (I)の注13 (在宅患者訪問診療料 (II)の注6の規定により準用する 場合を含む。)、在宅がん医療総合 診療料の注8及び歯科訪問診療料 の注20に規定する別に厚生労働大 臣が定める施設基準
 - (1) 療養の給付及び公費負担医療 に関する費用の請求に関する命 令(昭和五十一年厚生省令第三十 六号)第一条に規定する電子情報 処理組織の使用による請求を行 っていること。

ہ ط

- <u>ロ</u> 健康保険法第三条第十三項 に規定する電子資格確認を行 う体制を有していること。
- <u>ハ</u> 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。
- 二 電磁的方法により診療情報 を共有し、活用する体制を有 していること。
- ホ 医療 D X 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- へ ホの掲示事項について、原 則として、ウェブサイトに掲 載していること。
- (2) <u>在宅医療DX情報活用加算 2</u> <u>の施設基準</u>

(1)のイ、ロ及び二からへまで に掲げる施設基準を満たすもの であること。

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

[施設基準通知]

第14の5 在宅医療DX情報活用加

- (2) <u>健康保険法第三条第十三項に</u> <u>規定する電子資格確認を行う体</u> <u>制を有していること。</u>
- (3) 電磁的記録をもって作成され た処方箋を発行する体制を有し ていること。
- (4) <u>電磁的方法により診療情報を</u> 共有し、活用する体制を有して いること。
- (5) 医療DX推進の体制に関する 事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、 及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (6) (5) の掲示事項について、原則 として、ウェブサイトに掲載し ていること。

[施設基準通知]

第14の5 在宅医療DX情報活用加

算

- 1 在宅医療 D X 情報活用加算 <u>1</u>に 関する施設基準
 - (1)~(3) (略)
 - (4) 「電子処方箋管理サービスの 運用について」(令和4年10月28 日付け薬生発1028第1号医政発 1028第1号保発1028第1号厚生 労働省医薬・生活衛生局長・医政 局長・保険局長通知。)に基づき、 電子処方箋管理サービスに処方 情報を登録できる体制(原則とし て院外処方を行う場合には電子 処方箋又は引換番号が印字され た紙の処方箋を発行すること)を 有していること。
 - (5)~(7) (略)
- 2 <u>在宅医療 D X 情報活用加算 2 に</u> 関する施設基準
 - (1) 1 の (1) から (3) まで及び (5) から (7) まで ((6) のウの電子処方 **1** 変に係る事項を除く。) の基準を 満たすこと。
- 3 届出に関する事項
 - (1) (略)
 - (2) 1の(5)については令和7年 9月30日までの間に限り、<u>当該</u>基 準を満たしているものとみなす。

(3) • (4) (略)

算

- 1 在宅医療 D X 情報活用加算に関する施設基準
 - (1)~(3) (略)
 - (4) 「電子処方箋管理サービスの 運用について」(令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発 1028第1号保発1028第1号厚生 労働省医薬・生活衛生局長・医政 局長・保険局長通知。) <u>に基づく</u> 電子処方箋により処方箋を発行 できる体制を有していること。

(5)~(7) (略)

(新設)

- 2 届出に関する事項
 - (1) (略)
 - (2) <u>1の(4)については、令和7年3月31日までの間に限り、</u>1の(5)については令和7年9月30日までの間に限り、<u>それぞれの</u>基準を満たしているものとみなす。
 - (3) (4) (略)
- 3. 薬局については、令和7年3月31日までに多くの薬局で電子処方箋の導入が見込まれていること、紙の処方箋も含めた調剤情報を登録する手間を評価する観点から経過措置を終了し、電子処方箋を導入した薬局を基本とした評価とする。

	改定案	現行
	【調剤基本料】	【調剤基本料】
	[算定要件]	[算定要件]
	注 13 医療DX推進に係る体制として別	注 13 医療DX推進に係る体制として別
に厚生労働大臣が定める施設基準		に厚生労働大臣が定める施設基準
	に適合しているものとして地方厚生	に適合しているものとして地方厚生
	局長等に届け出た保険薬局(注2	局長等に届け出た保険薬局(注2

に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。)において調剤を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算

1 ●点

コ 医療DX推進体制整備加算 っ

●点

ハ 医療DX推進体制整備加算

3 ●点

[施設基準告示]

- 五の四 医療DX推進体制整備加算の 施設基準
 - (1) 医療DX推進体制整備加算1の 施設基準

イ~ハ (略)

二 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制及び調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。

ホ~ヌ (略)

(2) • (3) (略)

[施設基準通知]

第95の2 医療DX推進体制整備加算

- 1 医療 D X 推進体制整備加算 1 に 関する施設基準
 - (1)~(3) (略)
 - (4) 「電子処方箋管理サービスの 運用について」に基づく電子処方 箋(以下「電子処方箋」という。) を受け付け、当該電子処方箋により調剤する体制を有するととも に、紙の処方箋を受け付け、調剤 した場合を含めて、原則として、 全てにつき調剤結果を速やかに 電子処方箋管理サービスに登録 すること。

に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。)において調剤を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算 1

<u>7点</u>

ロ 医療 D X 推進体制整備加算

6点

ハ 医療DX推進体制整備加算

4点

[施設基準告示]

- 五の四 医療DX推進体制整備加算の 施設基準
 - (1) 医療DX推進体制整備加算1の 施設基準

イ~ハ (略)

二 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。

ホ~ヌ (略)

(2) • (3) (略)

[施設基準通知]

第95の2 医療DX推進体制整備加算

- 1 医療 D X 推進体制整備加算 1 に 関する施設基準
 - (1)~(3) (略)
 - (4) 「電子処方箋管理サービスの 運用について」に基づく電子処方 箋(以下「電子処方箋」という。) により調剤する体制を<u>有してい</u> ること。

(5)•(6) (略)

(7) 医療DX推進体制整備加算1を 算定する月の3月前のレセプト件 数ベースマイナ保険証利用率(同 月におけるマイナ保険証利用者数 を、同月の患者数で除した割合で あって、社会保険診療報酬支払基 金から報告されるものをいう。以下 同じ。)が、<u>●%</u>以上であること。

(削る)

- (8) (7)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- (9) 医療DX推進の体制に関する 事項及び質の高い医療を提供す るための十分な情報を取得し、及 び活用して調剤を行うことにつ いて、当該保険薬局の見やすい場 所に掲示していること。具体的に は次に掲げる事項を掲示してい ること。

(イ)~(ハ) (略)

- (10) (9) の掲示事項について、原 則として、ウェブサイトに掲載してい ること。ただし、ホームページ等を 有しない保険薬局については、こ の限りではない。
- (11) 最新の厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照し、また、「「薬局におけるサイクリティ対策チェックリティが、東局におけて、薬局におけるサイクリティが、カトマニュアル~薬局・事和5年10月13日付け医政参発1013第1号医薬総発1013第1号医政

(5)•(6) (略)

- (7) 医療DX推進体制整備加算1を 算定する月の3月前のレセプト件 数ベースマイナ保険証利用率(同 月におけるマイナ保険証利用者数 を、同月の患者数で除した割合で あって、社会保険診療報酬支払基 金から報告されるものをいう。以下 同じ。)が、令和6年10月1日から同 年12月31日までの間においては 15%以上であること。
- (8) (7)について、令和7年1月1 日以降においては、「15%」とあ るのは「30%」とすること。
- (9) (7)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- (10) 医療 D X 推進の体制に関する事項及び質の高い医療を提供するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。

(イ)~(ハ) (略)

- (11) (10) の掲示事項について、原 則として、ウェブサイトに掲載してい ること。ただし、ホームページ等を 有しない保険薬局については、こ の限りではない。

局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官・医薬局総務課長通知)の別添1、別添2及び別添4を活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。

- (12) マイナポータルの医療情報 等に基づき、患者からの健康管 理に係る相談に応じる体制を有 していること。
- 2 医療DX推進体制整備加算2に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(6)まで及び<u>(9)</u> から<u>(12)</u>までの基準を満たすこ と。
 - (2) 医療 D X 推進体制整備加算 2 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、●%以上であること。

(削る)

- (3) (2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 3 医療 D X 推進体制整備加算 3 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(6)まで及び<u>(9)</u> から<u>(11)</u>までの基準を満たすこ と。
 - (2) 医療 D X 推進体制整備加算 3 を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用 率が、●%以上であること。

局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官・医薬局総務課長通知)の別添1、別添2及び別添4を活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。

- (13) マイナポータルの医療情報 等に基づき、患者からの健康管 理に係る相談に応じる体制を有 していること。
- 2 医療DX推進体制整備加算2に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(6)まで及び<u>(10)</u> から<u>(13)</u>までの基準を満たすこ と。
 - (2) 医療DX推進体制整備加算2 を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用 率が、令和6年10月1日から同年 12月31日までの間においては 10%以上であること。
 - (3) (2)について、令和7年1月 1日以降においては、「10%」 とあるのは「20%」とするこ と。
 - (4) (2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 3 医療 D X 推進体制整備加算 3 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(6)まで及び<u>(10)</u> から<u>(12)</u>までの基準を満たすこ と。
 - (2) 医療DX推進体制整備加算を 算定する月の3月前のレセプト 件数ベースマイナ保険証利用率 が、令和6年10月1日から同年12 月31日までの間においては5% 以上であること。
 - (3) (2)について、令和7年1月

(削る)

- (3) (2)について、医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 4 届出に関する事項
 - (1) (略)
 - (2) 1の(6)については令和7年 9月30日までの間に限り、<u>当該</u> 基準を満たしているものとみな す。
 - (3) 医療 D X 推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(7)、(8)及び(12)、2の(1)のうち1の(12)に係る基準及び2の(2)及び(3)がでは、3)並びに3の(2)及び(3)については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はないこと。
 - (4) (略)
 - (5) 1の(8)については、令和7年 5月31日までの間に限り、当該基 準を満たしているものとみなす。 (削る)

- 1日以降においては、「5%」 とあるのは「10%」とするこ と。
- (4) (2)について、医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 4 届出に関する事項
 - (1) (略)
 - (2) <u>1の(4)については、令和7</u> <u>年3月31日までの間に限り、</u>1 の(6)については令和7年9月30 日までの間に限り、<u>それぞれの</u> 基準を満たしているものとみな す。
 - (3) 医療 D X 推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(7)から(9)まで及び(13)、2の(1)のうち1の(13)に係る基準及び2の(2)から(4)まで並びに3の(2)から(4)までについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はないこと。
 - (4) (略)
 - (5) 1の<u>(9)</u>については、令和7年 5月31日までの間に限り、当該基 準を満たしているものとみなす。
 - (6) 医療DX推進体制整備加算の 施設基準のうち、レセプト件数ベ ースマイナ保険証利用率の基準 については、令和6年10月1日か ら令和7年1月31日までの間に 限り、レセプト件数ベースマイナ 保険証利用率に代えて、医療DX 推進体制整備加算を算定する月 の2月前のオンライン資格確認 件数ベースマイナ保険証利用率 (同月におけるマイナ保険証利用率 しよる資格確認件数を同月のオン ライン資格確認等システムの利 用件数で除した割合であって、社 会保険診療報酬支払基金から報

	告されるものをいう。以下同じ。)
	<u>を用いることができる。</u>
(削る)	(7) (6)について、医療DX推進体
	制整備加算を算定する月の2月
	前のオンライン資格確認件数べ
	<u>ースマイナ保険証利用率に代え</u>
	て、その前月又は前々月のオンラ
	<u>イン資格確認件数ベースマイナ</u>
	保険証利用率を用いることがで
	<u>きる。</u>

[適用日] 令和7年4月1日から適用する。

中医協 総-6-27.129

「個別改定項目について」の補足説明資料

令和6年6月から9月までに適用

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

▶ オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

(新) 医療DX推進体制整備加算

医療DX推進体制整備加算(歯科点数表初診料)

(新) 医療DX推進体制整備加算(調剤基本料)

8点

6点

4点



[算定要件(医科医療機関)]

(新)

医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。

[施設基準(医科医療機関)]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (医科) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制 を有していること。
 - (歯科) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる 体制を有していること。
 - (調剤) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- <u>(4)(医科・歯科)電子処方箋を発行する体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)</u>
 - (調剤)電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。(経過措置 令和7年9月30日まで)
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。(令和6年10月1日から適用)
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- (8) (調剤) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

令和6年6月から適用中

医療DXの推進③

在宅医療DX情報活用加算の新設

▶ 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービスによるオンライン資格確認により、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い在宅医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

10点

8点

5点

<u>(新)</u> 在宅医療DX情報活用加算 (新) 在宅医療DX情報活用加算(歯科訪問診療料)

(新) 訪問看護医療DX情報活用加算

「対象患者(医科医療機関)〕

在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

「算定要件(医科医療機関)]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り所定点数に8点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17(区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。)若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

[施設基準(医科医療機関)]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (医科) 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有している こと。
- <u>(4)(医科)電子処方箋を発行する体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)</u>
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。(経過措置 令和7年9月30日まで)
- (6) (2) の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (7) (6) の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲示していること。

医療DX推進体制整備加算及び医療情報取得加算の見直し

令和6年6月~9月

医療DX推進体制整備加算		8点
医療DX推進体制整備加算	(歯科)	6点
医療DX推進体制整備加算	(調剤)	4点

※初診時に所定点数を加算

医

療

D

X

進

制

加

筫

医

報

取

筫

[施設基準(医科医療機関)] (要旨) ~中略~

(6) マイナンバーカードの健康保険証利 用について、実績を一定程度有して いること。(令和6年10月1日から 適用)

令和6年10月~

医療DX推進体制整備加算111点医療DX推進体制整備加算1(歯科)9点医療DX推進体制整備加算1(調剤)7点

[施設基準(医科医療機関)] (要旨)

- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、十分な実績を有していること。
- (新) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算2 10点

医療DX推進体制整備加算2 (歯科) 8点

医療DX推進体制整備加算 2 (調剤) 6点 「施設基準(医科医療機関)」(要旨)

- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、必要な実績を有していること。
- (新) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算3 8

医療DX推進体制整備加算3(歯科) 6点 医療DX推進体制整備加算3(調剤) 4点

[施設基準(医科医療機関)] (要旨)

(6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を有していること。

	マイナ保険証利用率(案) (注)利	用率は通知で規定	
利用率実績	令和6年7・8月~	令和6年10・11月~	
適用時期	令和6年10月~	令和6年10月~ 令和7年1月~	
加算1	15%	30%	
加算2	10%	20%	
加算3	5%	10%	

[※] 適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。ただし、令和6年10月~令和7年1月は、適用時期の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることもできる。

※ 令和7年4月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年末を目途に検討、設定。

令和6年6月~11月

初診時 医療情報取得加算1(現行の保険証の場合) 3点 医療情報取得加算2(マイナ保険証の場合) 1点 再診時(3月に1回に限り算定)

調剤時(6月に1回に限り算定)

医療情報取得加算1(現行の保険証の場合) 3点 医療情報取得加算2(マイナ保険証の場合) 1点

令和6年12月~

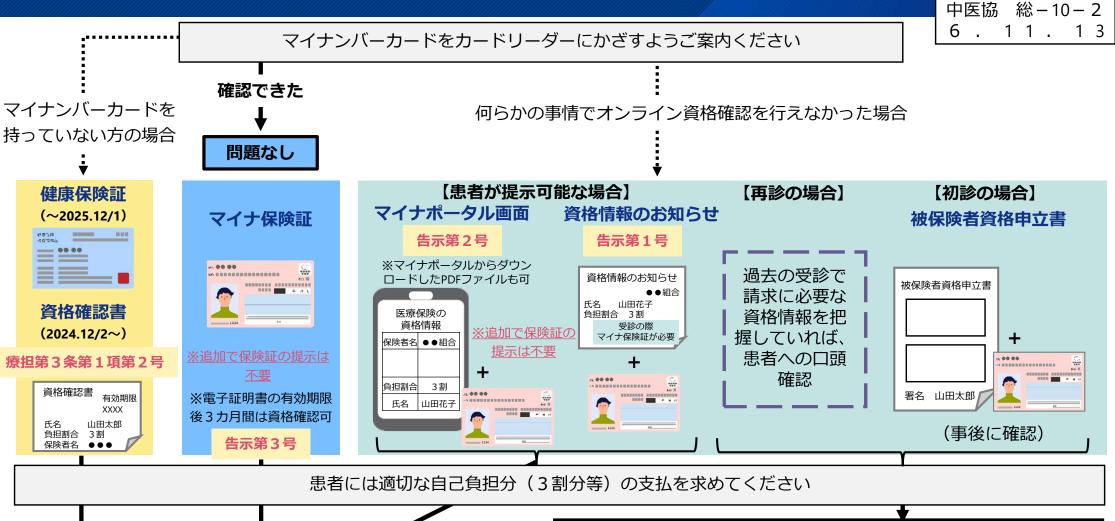


初診時 医療情報取得	加算 1点
再診時(3月に1回に	限り算定)
医療情報取得加算	1点

調剤時(12月に1回に限り算定)

医療情報取得加算 1点

医療機関・薬局での資格確認とレセプト請求(令和6年12月2日以降の取扱い)



上記の方法で確認した被保険者番号等を入力して、 レセプト請求をしてください

※オンライン資格確認等システムから資格情報をダウンロード しておくことで、事後的に被保険者番号等の確認が可能です 以下の①→②→③の順に可能な方法を選択してレセプト請求をしてください

- ① 患者からの聞き取りや過去の受診歴等から確認できた「現在」の被保険者番号等を入力する
- ② オンライン資格確認における「資格(無効)」画面や過去の受診歴等から確認できた「過去」の被保険者番号等を入力する
 - →資格無効の場合には喪失した「旧資格情報」で請求してください
- 3 被保険者資格申立書に記入された患者の住所・連絡先等を摘要欄に記載の上、被保険者番号等は不詳として「7」を必要な桁数分入力する
 - →資格情報なしの場合には「不詳レセプト」として請求をしてください

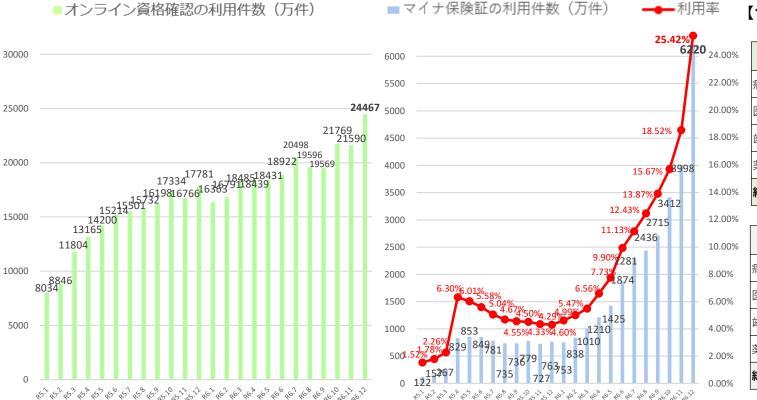
医療機関等の窓口で患者が資格確認を受ける方法(12月2日以降)

		資格確認方法	備考
(T	マイナ保険証 ※顔認証マイナンバーカード含む		医療情報等の提供の同意に基づくよりよい医療を受けることが可能 12月2日以降、電子証明書の有効期限が過ぎても3か月間は引き続き資格確認を受けることが可能
1		マイナポータル画面(PDF含む) + マイナンバーカード	マイナンバーカードで資格確認ができなかった場合に、 窓口でスマートフォンの画面を提示
		資格情報のお知らせ + マイナンバーカード	マイナンバーカードで資格確認ができなかった場合に、 窓口で資格情報のお知らせの用紙を提示
② 資格確認書(・健康保険証)		確認書(・健康保険証)	資格確認書でも保険証と同様に医療を受けることが可能 マイナ保険証を保有しない方には、現行の健康保険証の 期限が切れるまでに申請によらず職権交付
			健康保険証は、12月2日以降、有効期限の範囲内で最長 1年間使用可能

※マイナ保険証の場合には、高齢受給者証、限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証、 特定疾病療養受療証の提示は不要。

オンライン資格確認の利用状況

※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数



【12月分実績の内訳】

	合計	マイナンバー カード	保険証
病院	16,898,688	7,473,852	9,424,836
医科診療所	102,431,093	24,282,479	78,148,614
歯科診療所	18,305,374	7,084,599	11,220,775
薬局	107,031,867	23,357,917	83,673,950
総計	244,667,022	62,198,847	182,468,175

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報(件)	診療情報(件)
病院	1,967,555	1,137,026	3,214,789
医科診療所	6,890,588	9,437,905	21,608,052
歯科診療所	1,828,579	1,525,529	1,727,853
薬局	7,077,103	5,984,204	11,762,143
総計	17,763,825	18,084,664	38,312,837

く参考>

令和6年12月のマイナ保険証利用人数(2,698万人)から、当該月に医療機関に受診した人の推計値(6,913万人)を用いて、一月に医療機関を受診した人のうち、マイナ保険証を利用した人の割合(推計値)を算出すると以下のとおり。

医療機関受診者に占めるマイナ保険証利用者の割合 39.0%

医療機関受診者(MNC保有者)に占めるマイナ保険証利用者の割合 50.6%

医療機関受診者(マイナ保険証登録者)に占めるマイナ保険証利用者の割合 60.4%

※医療機関受診者数とマイナ保険証利用者数は、月内に保険者を異動し、両保険者において医療機関を受診した又はマイナ保険証を利用した場合はダブルカウントされる。

※医療機関受診者数については、加入者数に患者割合をかけることで算出。加入者数については令和6年8月までは医療保険医療費データベースによる実績値、9~12月は過去の伸び率から推計して算出。 患者割合は、令和4年度の医療給付実態調査における診療種別計の患者割合を元に、医療保険医療費データベースにおける直近の入院外+歯科の受診率を用いて推計し算出。

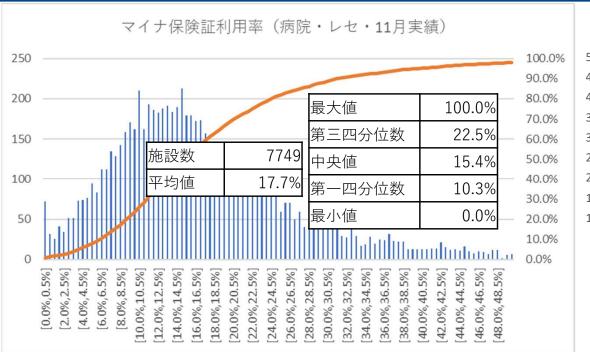
※医療機関受診者のうちMNC保有者及びマイナ保険証保有者の算出は、全人口のうちMNC保有者(77.1%)やMNC保有者のうちマイナ保険証利用登録者(83.7%)を用いて推計。

マイナ保険証利用率について

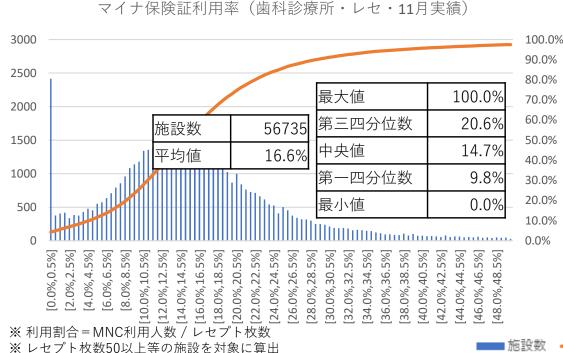
- ① レセプト件数ベース利用率(2か月後に把握可能)
 - = マイナ保険証の利用者数の合計 ÷ レセプト枚数
- ② オンライン資格確認件数ベース利用率(1か月後に把握可能)
 - = マイナ保険証の利用件数 ÷ オンライン資格確認等システムの利用件数

	R6.6	R6.7	R6.8	R6.9	R6.10	R6.11
利用率 (レセプト件数ベース)	9.38%	10.82%	12.65%	14.05%	16.44%	19.75%

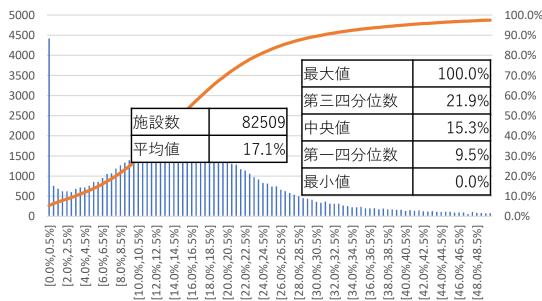
マイナ保険証利用率(レセプト件数ベース・11月実績)について



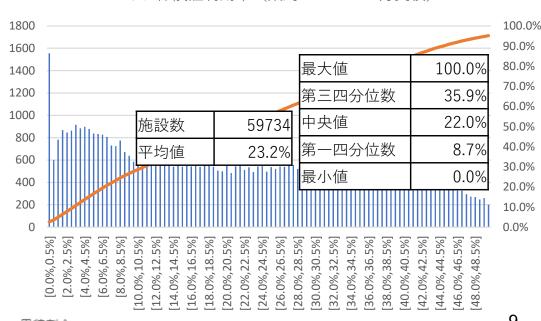
(歯科診療所・レセ・11月実績)



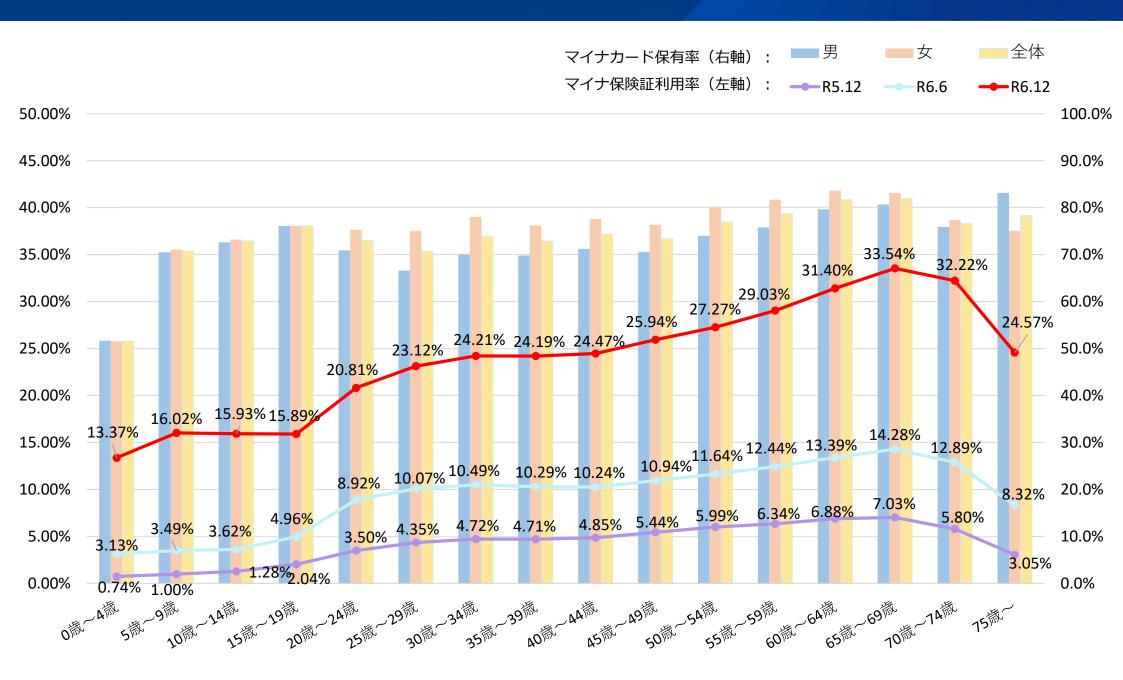
マイナ保険証利用率 (医科診療所・レセ・11月実績)



マイナ保険証利用率(薬局・レセ・11月実績)



マイナ保険証利用率オンライン資格確認件数ベース(年齢階層別)



医療DX推進体制整備加算に係るヒアリング

ヒアリング結果

①病院

<マイナ保険証の利用が進んだ事例について>

- 「マイナンバーカードか保険証はお持ちですか?」と**マイナ保険証の利用を促す積極的な声掛け**や、カードリーダーにおける読み込み時の患者と職員の二人三脚の対応姿勢が利用促進の要因
- **早期からの声かけ、ポスターの掲示**が結果に繋がっていると思う。
- **コンシェルジュを配置**し、他の支援と合わせてマイナ保険証を案内、カードリーダーの操作もサポートすることが利用率向上に繋がっている。

<マイナ保険証の利用が進みにくい事例について>

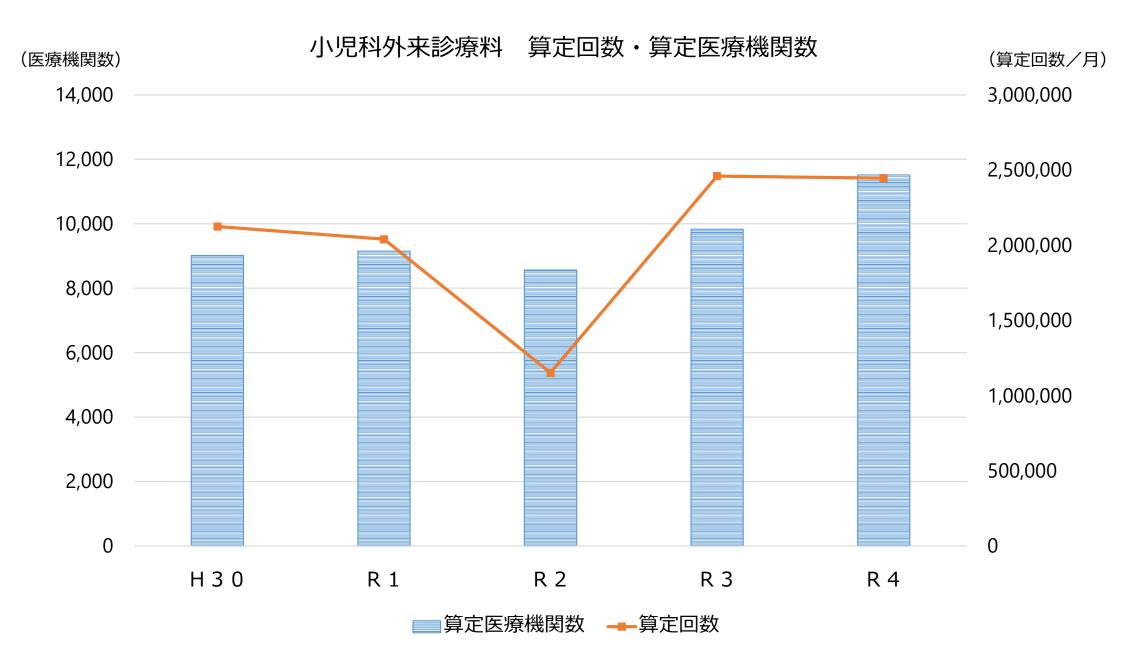
- 子ども病院なので、**患者は全て子ども**。**子どもの場合、顔認証が実施しづらく、マイナ保険証を保有していない子どもが多い**。また、 公費補助(自治体による乳幼児医療無償化)との連携ができておらず、結局公費の受給証も出すことになるため、現状では患者にとっ てマイナ保検証を出してもらうことのメリットを感じづらい。
- 医師、事務職員に**どんなメリットがあるのか理解できていない**ため、窓口での声掛けが進まない。
- 患者へのサポート等を含めると、**マイナ保険証利用の方が時間を要することもある**ため、従来の保険証を利用される傾向にある。
- 患者の中にはそもそもマイナ保険証の利用登録をしていない人も多い。また、マイナ保険証を使う際の情報流出が怖いといった意見も寄せられる。
- 患者側の理解が乏しく、窓口で声かけをしても効果が上がらない。

くその他>

- 利用者資格について、<u>公費関係(難病、透析等)についてはマイナ保険証とリンクしておらず</u>、紙でしか確認できない為、声かけをしても反応が薄い。
- セキュリティ上の懸念から、**オンライン資格確認システムと院内の医療情報システムが連携しておらず**、職員の負担増加懸念から積極的なマイナ保険証利用の推進は行えていない。
- 加算の施設基準のうち、**電子処方箋**については、ほとんどが院内処方であり、**費用対効果を考えた際に電子処方箋の発行状況を取れ るかどうかわからない。**また、人的資源への指導や投資に対して、それに見合った経済的効果があるか検討中であり届出できない。
- 加算の施設基準のうち、**診察室等でマイナ保険証を利用して取得した診療情報を活用できる体制の要件や、電子処方箋の要件**について、現状のシステムは未対応。**高齢の医師が多いことから運用変更にも手間がかかり、システム改修にも費用がかかる**ことから、対応できず届出に至っていない。

小児科外来診療料の算定・届出状況

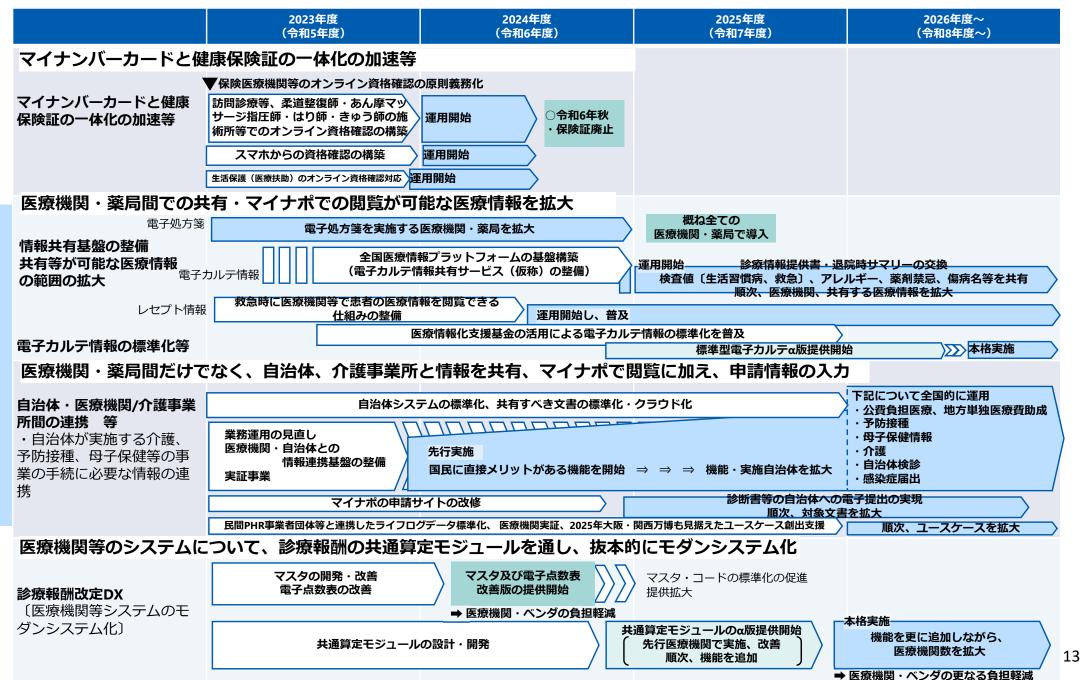
中医協 総 – 3



出典: (届出医療機関数) NDBより保険局医療課にて集計

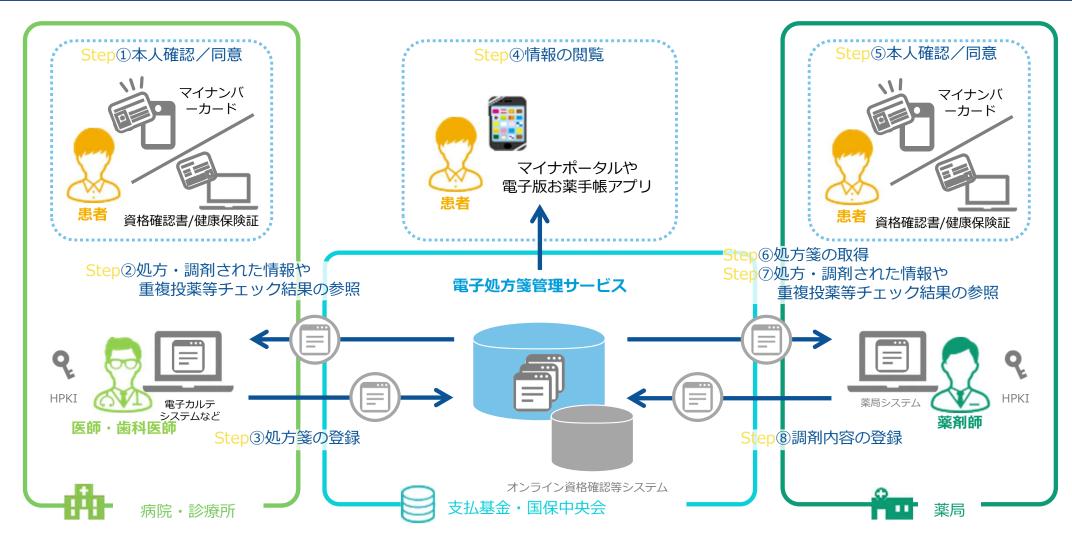
(算定回数) 社会医療診療行為別統計(各年6月審查分)

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



電子処方箋について

電子処方箋とは、オンライン資格確認等システムを拡張し、現在紙で行われている処方箋の運用を、電子で実施する仕組み。オンライン資格確認等システムで閲覧できる情報を拡充し、患者が直近処方や調剤をされた内容の閲覧や、当該データを活用した重複投薬等チェックの結果確認が可能に。(令和5年(2023年)1月~運用開始)



電子処方箋及び紙の処方箋の取り扱いについて(医療機関)

医療機関における電子処方箋・紙の処方箋の取り扱いについて

	Ē	電子処方箋対応医療機関		電子処方箋非	対応医療機関
発行可能な処方箋	電子処方箋	紙の処	<u>L</u> 方箋	紙の処方箋	
電子処方箋管理サービスに登録するもの	電子処方箋 (処方箋原本)	処方箋情報	提供ファイル		
医療機関で患者に渡すもの	処方内容(控え)※	引換番号 が 印字された 紙の処方箋引換番号 		紙の処方箋	<u>二次元コード</u> が 印字された 紙の処方箋
イメージ		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		1001 1001 1000	1001 第

電子処方箋及び紙の処方箋の取り扱いについて(薬局)

薬局における電子処方箋・紙の処方箋の取り扱いについて

		発行元:電子処方箋対応医療機関			発行元:電子処方	箋非対応医療機関
	患者が薬局に 持参するもの (イメージ)		100 mar 10	STRENGIZZASS	1001	1001 万
		処方内容(控え) ※マイナンバーカード <u>以外</u> の方法で 資格確認を行う場合、 調剤には引換番号が必要。 引換番号は、処方内容(控え) 又はマイナポータルから確認が可能。	<u>引換番号</u> が 印字された 紙の処方箋	引換番号及び二次元 コードが印字された 紙の処方箋	紙の処方箋	<u>二次元コード</u> が 印字された 紙の処方箋
電子	処方箋の原本	電子処方箋	紙の処方箋		紙の処	上方箋
電子処方箋対応薬局	電子処方箋管理 サービスから 取り出せるもの	電子処方箋 (処方箋原本)	処方箋情報提供ファイル		_	_
応薬 局	電子処方箋管理 サービスに 登録するもの	調剤結果情報 (電子署名必須)	調剤結果情報(電子署名任意)	調剤結果情報(電子署名任意)

電子処方箋の機能拡充

○ 令和5年1月の運用開始以降、医療現場からの声を踏まえながら、電子処方箋の機能拡充を実施してきた。これまで、院外処方を中心とした機能拡充を行ってきたが、令和7年1月より、院内処方を行った場合の情報登録にも対応。

令和5年1月

電子処方箋の運用開始 (処方箋の作成、変更・削除、重複投薬等チェックなど、電子処方箋の運用における基本的な機能を構築)

令和5年12月

リフィル処方箋、口頭同意による重複投薬等チェック結果の閲覧、マイナンバーカードを活用した電子署名、処方箋ID検索、 調剤結果ID検索といった院外処方に係る機能追加

令和6年3月

調剤済み処方箋の保存サービス、マイナ在宅受付Webや医療扶助におけるオンライン資格確認対応に伴う機能改修

<u>令和6年10月</u>

長期収載品の選定療養対応に伴う機能改修

令和7年1月

院内処方における院内処方等情報の作成、変更・削除、重複投薬等チェックなどの基本的な機能追加

院内処方情報登録のプレ運用の実施について

- 令和5年1月の電子処方箋管理サービスの運用開始以降、院外処方箋の処方・調剤情報のみを取り扱っていたところ、更に処方・調剤情報を拡充するため、令和7年1月より院内処方の情報も取り扱えるようになる。
- ただし、運用開始当初の一定期間は「院内処方機能の本格運用までの課題解決等を目的としたプレ運用」として、<u>電子処方箋の院内処方に関する機能が現場で問題なく利用され、かつ、効果を発揮することを重点的に確認し、検証する</u>方針。
 - (注) プレ運用の期間は電子カルテ情報共有サービスの本格運用開始までの期間などを想定。
- 主に、医療機関が院内処方等情報を問題なく電子処方箋管理サービスに登録でき、かつ、院内処方等情報が他医療機関・薬局で活用できること等を検証する。そのため、プレ運用として開始した医療機関等には、厚生労働省からの運用状況の確認等にご協力いただきながら、参加病院周辺の医療機関・薬局にも院内処方の情報を閲覧できるよう必要に応じてシステム改修を依頼する予定。

プレ運用で巻き込む施設及び検証したい内容



転院先の病院 (慢性期等)



退院後に在宅医療を行うクリニック等

院内処方対応施設と連携 (退院や転院等の場面で) する 医療機関・薬局が院内処方の 情報を閲覧できることのメリット



院内処方 対応施設※

- ・院内処方対応施設が問題なく 情報を登録できること
- ・他の医療機関・薬局の情報を 閲覧できることによるメリット

※対象施設調整中。



院外処方を行う 医療機関



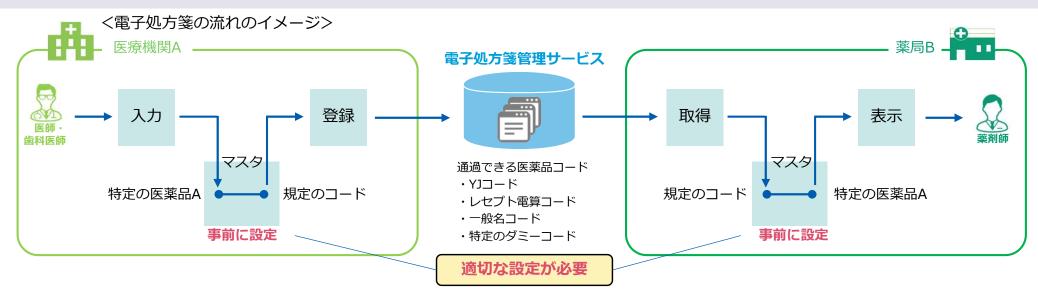
院外処方を行う医療機関や調 剤を行う薬局が院内処方等情 報を閲覧できることのメリット

検証項目 (例)

- 入院患者と外来患者で同意取得方法を分ける場合、患者毎に動線を分けることができるか。(入院患者の場合はマイナ在宅受付Webを活用する等)
- 入院開始時における持参薬確認において、処方・調剤情報を 閲覧することによる効果はあるか。
- 院内処方対応にあたって追加された項目(主に注射に関する項目(投与手技、速度等)等)についても、エラー無く登録できるか。
- 院内処方等情報を送信し、結果が返却されるまでのレスポンスタイムは運用上問題ない程度であるか。
- 院外処方を行う医療機関や薬局において、院内処方の情報を 診察・処方、調剤・服薬指導等に活用できたか。等

電子処方箋システムの一斉点検の実施

- 令和5年1月から運用している電子処方箋について、一部の医療機関や薬局においてシステムが設定された際の不備により、電子処方箋を受ける薬局側のシステムで、医師の処方と異なる医薬品名が表示される事例などが令和6年12月19日までに7件報告されたことを踏まえ、当該システムの設定の点検を促す周知を行う間、同月20日から26日までの7日間、医療機関からの電子処方箋の発行を停止した。令和6年11月に電子処方箋を発行している医療機関2,539件のうち5件を残し厚生労働省の周知に対する確認を終え、かつ、システムベンダーへの厚生労働省の周知に対する確認も全て終えたことから、27日より再開(当該5件の医療機関は引き続き電子処方箋の発行を停止)。
- 当該5件についても、令和7年1月7日時点で長期休診の1件を残し厚生労働省の周知に対する確認がとれたことから、順次再開したところ。
- さらに、医療機関・薬局のシステムの設定について点検を完了し、厚生労働省に報告した医療機関等について、同省HPにて、令和6年12月26日より順次公表しており、令和7年1月20日時点で、令和6年11月に電子処方箋を発行していた医療機関のうち2,135件(約84%)、電子処方箋システムを運用している薬局のうち25,024件(約66%)、システムベンダー119件(約92%)が点検完了済として公表済。



電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応

- 電子処方箋発行の再開を踏まえ、令和6年12月26日、各関係団体宛に、当分の間の対応として、以下の対応について、医療機関・薬局・システムベンダーに周知徹底を促した(参考資料)。
- 医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく、安全に運用できる仕組み・環境を整備するため、令和7年 夏頃までに電子処方箋管理サービスにおけるシステム改修を終える。
- さらに、医薬品コードの仕組みのあり方については、令和7年夏頃を目処に今後の方向性を整理する。

【電子処方箋管理サービスのシステム改修を行うまでの当分の間の継続対応】

(医療機関・薬局・システムベンダー共通)

● 医薬品のマスタの設定等が適切に行われているか等安全に運用できる状態であるかについて確認の上、厚生労働省への点検報告・電子処方箋の適切な運用の実施

(医療機関)

■ 当分の間、適切な電子処方箋の発行が可能な場合を除き、紙の処方箋による発行を依頼

電子処方箋の発行が可能となるのは、医薬品マスタにおける電子処方箋に用いる医薬品コードの設定やダミーコードを使用せずに電子処方箋を発行できる状態であるかについてシステムベンダーとも確認の上、厚生労働省への点検報告を完了した場合のみ

(薬局)

■ 電子処方箋を応需した場合、処方内容(控え)又は送付された医薬品のテキスト情報を合わせて確認し、調剤実施

点検報告が完了した薬局で調剤を受ける予定の患者に対しては、処方内容(控え)が患者に交付されていないことがあることに留意する。

(厚生労働省・実施機関(社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会))

● 上記に関する対応について、モニタリングをした上で、適切に対応できていない場合には必要な確認を実施

【システム上の対応】

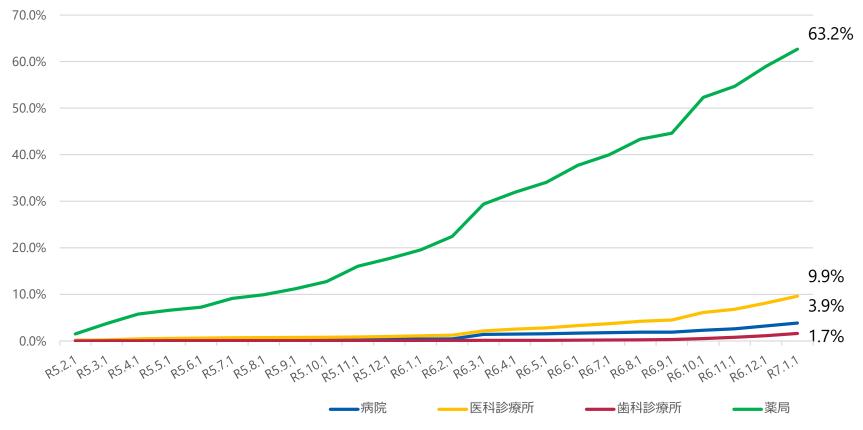
● 電子処方箋管理サービスにおける改修を含む防止策に既に着手したところ、令和7年夏頃までに電子処方箋管理サービスにおける改修を終える

【更なる今後の対応】

● 医薬品コードの仕組みのあり方について、令和7年夏頃を目処に今後の方向性を整理する

電子処方箋の普及状況

- 令和7年1月12日現在、全国47,681施設(22.5%)で電子処方箋の運用開始済。内訳は病院311(3.9%)、 医科診療所8,172(9.9%)、歯科診療所1,010(1.7%)、薬局38,188(63.2%)。
- 医療DXの推進に関する工程表において、「電子処方箋については、概ね全国の医療機関・薬局に対し、2025年3月までに普及させる」としているが、仮に足下の導入実績が継続すると、薬局については年度内に約8割弱の薬局への導入が見込まれるものの、医療機関については、導入率は約1割弱に留まることが見込まれる。



医療現場・ベンダから挙げられる主な導入阻害要因と令和7年の対策

医療現場が導入をためらう要因

- ① 医薬品のマスタの設定等が適切に行われているか 等安全に運用できる状態であるかが分からない
- ② 複数のシステム改修が断続的に必要となることによる負担が大きい。また、他の医療DXに関する開発によりシステムベンダーの体力が奪われている
- ③ 電子処方箋の運用に必要な機能がシステムベン ダーで対応していない
- ④ 電子カルテのシステム更改や切替等によらず、導入する際の費用負担が重い
- ⑤ **周囲の医療機関・薬局が導入していない** (導入施設数が限られ、緊要性を感じない)
- **⑥ 患者からの要請がなく、ニーズを感じない**
- ⑦ 電子カルテを導入しておらず、電子処方箋をいれても効率的にならない

令和7年の対策

- ① 電子処方箋管理サービスにおける改修を含む防止 策の着手及びシステムベンダーに対する医療機関 や薬局の確認作業に係る協力依頼等
- ② 必要な改修を除き、医療機関・薬局側に係る機能の追加を、当分の間見送る。運用する上で「必要最小限の機能」を提示。電子カルテ情報共有サービスの導入とともに導入を促すことで、システムベンダー及び医療機関の負担軽減を図る
- ③ 既存機能のシステムベンダーへ早期導入・開発要請、院内処方機能の課題抽出等を目的としたプレ 運用開始
- ④ 導入補助金を継続(※令和6年度補正予算におい て措置)等
- ⑤ 公的病院等のフォローアップやチェーン薬局等を 中心に継続して導入
- ⑥ 国民向け周知広報の実施(若年世代へのデジタル 広告や薬局における広告等)
- ⑦ 標準型電子カルテを含めたクラウド型電子カルテ の普及を進める

目標の達成状況と今後の課題

目標の達成状況

・目標期限(2025年3月末)までに約8割弱の薬局が導入見込み(立地する市区町村の人口が一率は概ね100%)
 令和7年(2025年)夏頃には概ね全ての薬局での導入が見込まれる※1



薬局は、電子のみならず紙の処方箋についても 調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録

直近の薬剤情報の活用による より良い医療が実現

「主要な施策目標は達成」※2

- ① 複数医療機関を受診する**患者を薬の相互作用リスクから守る**
 - ✓ 薬局が薬の調剤時に重複投薬等チェック、処方・調剤情報を踏ま えた処方監査を実施
- ② 患者の**直近の薬剤情報が整い有事の際に利用可能**に
 - ✓ 災害時における治療継続の支援
 - ✓ 救急車に配備することにより救急時の搬送・受入等に活用

【残された課題】

- **医療機関への普及率は約1割弱**に留まる見込み
- 医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく、安全に運用できる仕組み・環境の整備

電子処方箋に関する今後の対応

- 令和7年(2025年)3月までに概ね全国の医療機関・薬局に普及させることを目標に掲げて取り組んできたが、仮に足下の導入実績が継続すると、同期限までに、薬局は約8割弱、医療機関は約1割弱の導入にとどまる。
- 令和7年(2025年)夏頃には概ね全ての薬局での導入が見込まれるところ、電子処方箋の意義を発揮し、 医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく安全に運用できる仕組み・環境を整えつつ、医療機関への導入 に取り組む。
- 導入されていない医療機関等に対するフォローアップ

国民が全国どこでも電子処方箋による質の高い医療を受けるためにも、**電子処方箋システムを導入した薬局における電子処方箋管理サービスへ** の調剤結果登録・重複投薬等チェックの徹底を要請するとともに、電子処方箋を利用しやすく安全に運用できる仕組み・環境を整えつつ、<u>導入</u> されていない医療機関等への対応は不可欠であり、フォローアップを実施 (医療機関の規模、医科・歯科、診療科等のセグメントごとに導入阻 害要因を更に分析し、その結果を踏まえ必要な施策の検討)。

更なる導入策の措置

導入状況やフォローアップを踏まえ、**これまでの導入策や診療報酬による対応に加え、公的病院等への導入再要請や、システムベンダーへの早期導入・開発要請、医療機関・医師を中心とした医療関係者等向けの周知広報の強化、都道府県による電子処方箋の導入支援施策、医療機関 内・薬局内のシステムとの連携推進も含め、更なる導入策を講じる**。電子カルテ情報共有サービスの導入等とも併せ、医療機関の負担が小さくなる形で導入できるよう施策の検討を進める。

機能の追加実装の一時停止

電子処方箋の機能については、**現状存する機能をもって「必要最小限の基本機能」が開発された**ことから、**更なる機能の追加については、必要な改修を除き、当分の間行わない。**

医療機関等における利活用状況や効果等の調査

電子処方箋活用による効果を提示し、医療関係者の理解向上・活用促進に繋がるよう、早期に電子処方箋を導入した医療機関等に対して、電子 処方箋の利活用状況や効果等について調査を実施する。

医療DX推進体制整備加算等に関する課題と論点

課題

(医療DX推進体制整備加算について)

- 医療DX推進体制整備加算に係る令和7年4月以降のマイナ保険証利用率の実績要件については、令和6年7月17日の中医協答申書附帯意見において、「令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、(略)マイナ保険証の利用状況、保険医療機関・保険薬局における利用促進に向けた取組状況等、実態を十分に勘案した上で検討、設定すること。」とされている。
- また、マイナ保険証利用率について、年齢階層別にみると、小児の利用率が成人と比較して低くなっている。 (医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX情報活用加算について)
- 医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX情報活用加算に係る**電子処方箋の導入要件の経過措置が令和7年3月 末で終了**するところ。
- 令和6年7月17日の中医協答申書附帯意見において、「電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備状況や運用の実態等を十分に確認した上で、評価のあり方及び必要な対応について検討すること。」とされている。

論点

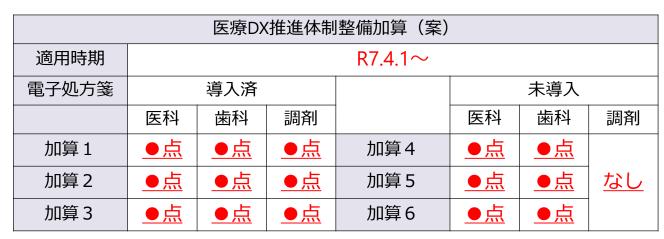


- 現状のマイナ保険証利用率や、令和7年2月からレセプト件数ベースのマイナ保険証利用率のみを用いること、 年齢階層別に利用率が異なることを踏まえ、医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件について、 次のページのとおりとしてはどうか。
- 電子処方箋の医療機関・薬局での導入状況、電子処方箋に関する今後の対応や電子処方箋管理システムの一斉 点検の実施を踏まえた対応が新たに示されたことを踏まえ、令和7年4月以降の評価のあり方について、次の ページのとおりとしてはどうか。

医療DX推進体制整備加算の見直しについて(案)

- 医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件について、令和6年12月2日からマイナ保険証を基本とする仕組みへと 移行したことやこれまでの利用率の実績を踏まえつつ、今後もより多くの医療機関・薬局で医療DX推進のための体制を整備いただ くため、令和7年4月から9月までにおけるマイナ保険証利用率の実績要件を新たに設定する。
- 電子処方箋については、電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応や新たに示された電子処方箋に関する今後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評価する観点から見直しを行う。(令和7年4月1日より適用)
 - 医療機関については、医療DX推進体制整備加算の要件を見直し、電子処方箋の導入の有無に関する要件を具体化した上で、既に 導入した医療機関において電子処方箋管理サービスに処方情報を登録する手間を評価する観点から、導入済の医療機関と未導入の 医療機関の間で加算点数に差を設ける。
 - ・ 薬局については、令和7年3月31日までに多くの薬局での導入が見込まれていること、紙の処方箋も含めた調剤情報を登録する 手間を評価する観点から経過措置を終了し、電子処方箋を導入した薬局を基本とした評価とする。

医療DX推進体制整備加算					
適用時期		∼R7.3.31			
電子処方箋	_				
	医科 歯科 調剤				
加算1	11点	9点	7点		
加算 2	10点 8点 6点				
加算3	8点	6点	4点		



マイナ保険証利用率(案)					
利用率実績	R6.7∼	R6.10∼	R7.1∼		
適用時期	R6.10.1~R6.12.31	R7.1.1~R7.3.31	R7.4.1~R7.9.30		
加算1・4	15%	30%	<u>• %</u>		
加算2・5	10%	20%	<u>• %</u>		
加算3・6	5%	10%	<u>● %</u> *		

※小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日まで)の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が●割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「●%」とあるのは「●%」とする。

通知等の規定事項について(案)①

施設基準通知等の規定事項(案)

<マイナ保険証利用率に関する事項について>

- **令和7年4月1日から同年9月30日までのマイナ保険証利用率の実績要件を設定**すること。
- 医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用率要件については、**適用月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険 証利用率を用いる**こと。また、適用月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、**適用月の4月前 又は5月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる**(※1)こと。
 - (例) 令和7年4月適用分:同年1月実績のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率 → 令和6年11月、12月実績も可(※1) 「オンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる」という規定は削除。
- 加算3及び加算6のマイナ保険証利用率要件について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日まで)の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が●割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「●%」とあるのは「●%」とすること。

く電子処方箋に関する事項について>

- 医薬品のマスタの設定等が適切に行われているか等安全に運用できる状態であるかについて、<mark>厚生労働省が示す</mark> **チェックリストを用いた点検が完了した医療機関・薬局を「電子処方箋導入済み」として取り扱う**こと。(疑義解釈通 知で規定予定)
- ○(医科・歯科)医療DX推進体制整備加算の電子処方箋要件については、電子処方箋管理サービスに処方情報を登録で **きる体制(原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること)**を 有していること。
- (調剤) 電子処方箋を受け付け、当該電子処方箋に基づき調剤するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、原則として、全てにつき調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録すること。
 - (注) 電子処方箋に係る経過措置は終了。

通知等の規定事項について(案)②

施設基準通知等の規定事項(案)

<届出について>

- 令和7年3月31日までに医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出ていない保険医療機関・薬局であって、 同年4月1日以降に医療DX推進体制整備加算を算定する場合には、新たな様式で施設基準の届出が必要であること。
- 令和7年3月31日時点で既に医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出た保険医療機関・薬局において、マイナ保険証利用率要件が基準に満たない場合には、<mark>届出直し・辞退届出は不要</mark>であるが、加算を算定できないこと。 (^{疑義解釈通知で規定予定)}
- 加算3及び加算6のマイナ保険証利用率要件について、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、 「●%」とあるのを「●%」とする場合には、新たな様式で施設基準の届出が必要であること。
- ○(医科・歯科)令和7年3月31日時点で既に医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出た保険医療機関において、同年4月1日以降に<u>「電子処方箋未導入」の加算を算定する場合には、届出直しは不要</u>であるが、<u>「電子処方</u> <u>箋導入済み」の加算を算定する場合には、</u>同年4月1日までに新たな様式で<u>届出直しが必要</u>なこと。(疑義解釈通知で 規定予定)
- (調剤) 令和7年3月31日時点で既に医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出た保険薬局において、**電子処 方箋未導入の保険薬局は辞退届出が必要**なこと。 (疑義解釈通知で規定予定)

在宅医療DX情報活用加算の見直しについて(案)

- 医療DX推進体制整備加算と同様、電子処方箋については、電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応 や新たに示された電子処方箋に関する今後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評価す る観点から見直しを行う。
- 具体的には、電子処方箋の導入の有無に関する要件を具体化した上で、既に導入した医療機関において電子処方 箋管理サービスに処方情報を登録する手間を評価する観点から、**導入済の医療機関と未導入の医療機関の間で加算** に差を設ける。

現状

在宅医療DX情報活用加算(※)

10点

在宅医療DX情報活用加算(歯科訪問診療料) 8点

(※) 在宅患者訪問診療料(I)の1、在宅患者訪問診療 料(Ⅰ)の2、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)及び在宅が ん医療総合診療料を算定する患者が対象

「施設基準(医科医療機関)」(要旨)

(4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)

見直し(案)(変更点は赤字)

在宅医療DX情報活用加算1(医科)

●点

在宅医療DX情報活用加算1(歯科訪問診療料)

●点

「施設基準(医科医療機関)」(要旨)

(4) 電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制 (原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換 番号が印字された紙の処方箋を発行すること)を有してい ること。

在宅医療DX情報活用加算 2(医科)

●点

在宅医療DX情報活用加算 2 (歯科訪問診療料)

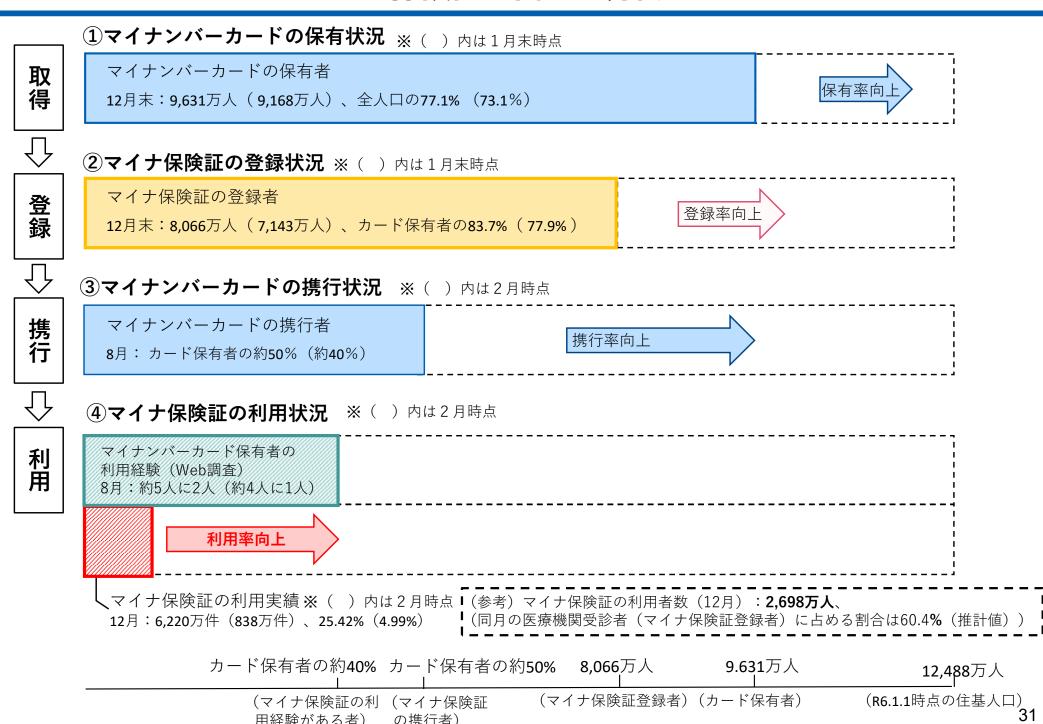
●点

「施設基準(医科医療機関)] (要旨)

(※) 電子処方箋要件なし

参考資料

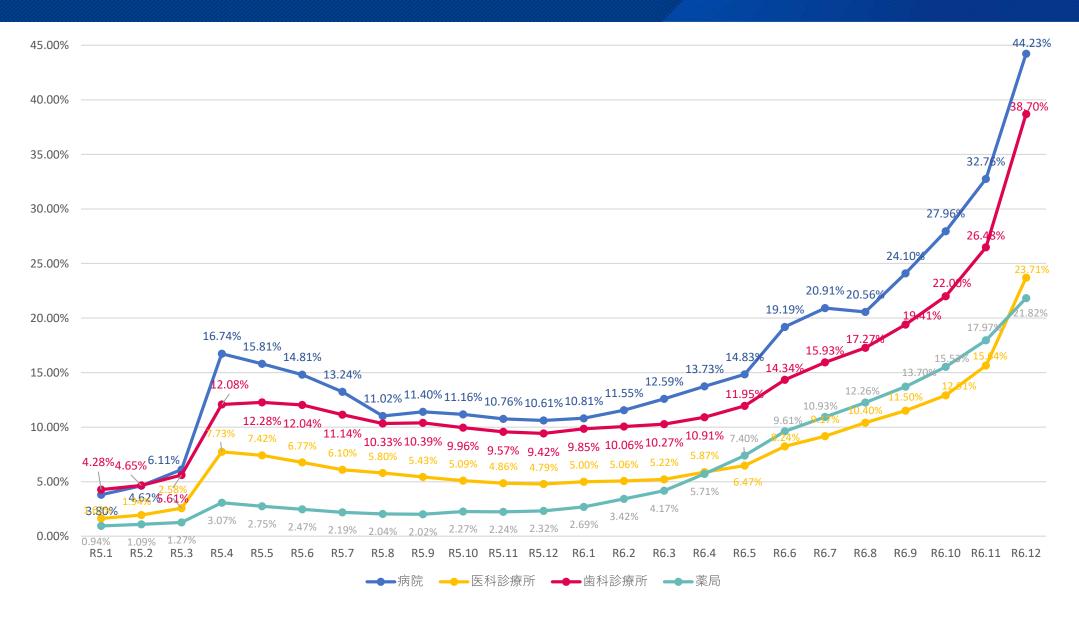
マイナ保険証に関する現状



(マイナ保険証の利 (マイナ保険証 用経験がある者) の携行者)

(マイナ保険証登録者)(カード保有者)

施設類型別のマイナ保険証利用率の推移



マイナ保険証の利用状況

■マイナ保険証利用割合ごとの施設数の分布(利用件数割合) 令和5年12月、令和6年12月時点 医科診療所 病院 3%未満の施設が占める割合 22986 3%未満の施設が占める割合 3586 43.8%(R5.12)→3.1%(R6.12) 21.2%(R5.12)→2.1%(R6.12) 20000 16984 16000 2500 全体 9545 12000 2000 1333 130 10646556 1500 55948 8000 762 1000 3%未満の施設が占める割合 1543 110 374 1186 49334 401 4000 1351 1039 5165 500 3015 2230 49.2%(R5.12) →3.1%(R6.12) 1449 464 2-2.99408 40000 30000 令和5年12月 →令和6年12月 → 令和6年12月 令和5年12月 19513203 20000 20306 2143 10000 20%以上の施設が占める割合 3164 歯科診療所 **滋**局 $14.8\%(R5.12) \rightarrow 66.6\%(R6.12)$ 3%未満の施設が占める割合 3%未満の施設が占める割合 24000 21009 72.0%(R5.12)→5.2%(R6.12) 27.9%(R5.12)→0.7%(R6.12) 20000 16000 13407 16000 **一** 令和5年12月 → 令和6年12月 12366 12000 12000 69597755 6080 6867 5352 8000 2700 348 8000 4970 1340 4000 1783 419 941 3 236 000990881 1285 2256 988 3-299458

一一令和5年12月

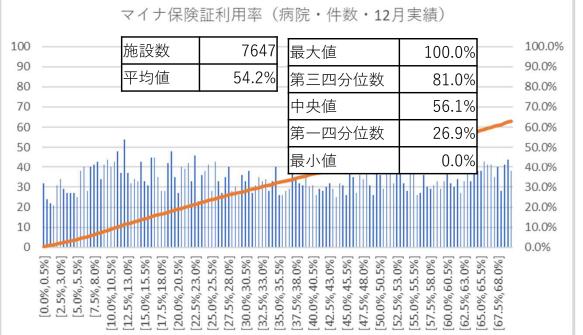
→ 令和6年12月

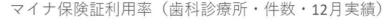
→ 令和6年12月

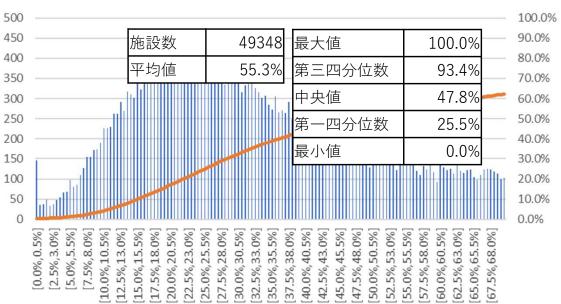
令和5年12月

[※] 利用割合=MNC利用件数 / オン資利用件数

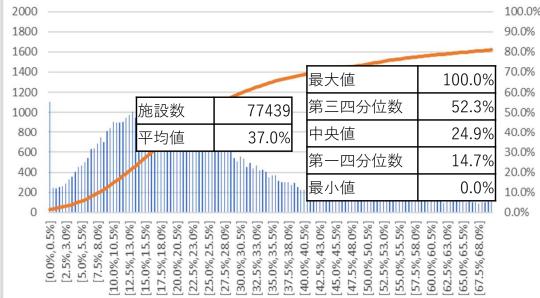
マイナ保険証利用率(オンライン資格確認件数ベース・12月実績)について



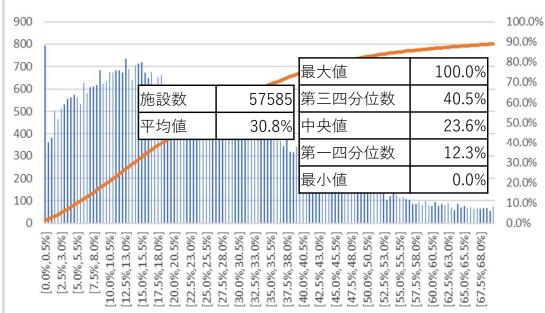




マイナ保険証利用率(医科診療所・件数・12月実績)



マイナ保険証利用率(薬局・件数・12月実績)



[※] 利用割合=MNC利用件数 / オン資利用件数

[※] オンライン資格確認利用件数50以上等の施設を対象に算出

オンライン資格確認 マイナ保険証の利用実績 (都道府県別の医療機関・薬局での利用(令和6年1<u>2月))</u>

○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率(令和6年12月)は以下のとおり。 ※黄色=上位5県 灰色=下位5県

都道府県名	利用率
北海道	25.44% (+6.57%)
青森県	25.79% (+8.37%)
岩手県	28.14% (+7.96%)
宮城県	23.76% (+7.33%)
秋田県	24.19% (+6.51%)
山形県	27.82% (+7.72%)
福島県	32.03% (+8.69%)
茨城県	27.75% (+7.63%)
栃木県	28.79% (+6.92%)
群馬県	27.73% (+7.52%)
埼玉県	23.70% (+6.87%)
千葉県	26.62% (+7.44%)
東京都	22.93% (+6.12%)
神奈川県	23.97% (+6.31%)

全国	25.42% (+6.90%)
----	------------------------

都道府県名	利用率
新潟県	32.15% (+8.03%)
富山県	34.88% (+8.27%)
石川県	31.49% (+7.50%)
福井県	35.31% (+10.10%)
山梨県	24.07% (+6.74%)
長野県	22.61% (+6.40%)
岐阜県	25.68% (+7.03%)
静岡県	28.16% (+7.46%)
愛知県	23.56% (+6.59%)
三重県	24.19% (+6.82%)
滋賀県	29.41% (+8.16%)
京都府	26.26% (+6.67%)
大阪府	23.32% (+6.05%)
兵庫県	25.54% (+7.14%)
奈良県	25.83% (+7.11%)
和歌山県	19.82% (+6.51%)

都道府県名	利用率
鳥取県	28.84% (+7.44%)
島根県	32.62% (+7.80%)
岡山県	25.23% (+6.46%)
広島県	28.19% (+7.11%)
山口県	31.04% (+7.31%)
徳島県	26.76% (+8.88%)
香川県	27.88% (+7.43%)
愛媛県	20.69% (+6.17%)
高知県	23.70% (+6.66%)
福岡県	24.84% (+6.96%)
佐賀県	27.55% (+7.14%)
長崎県	27.11% (+7.34%)
熊本県	28.28% (+8.46%)
大分県	25.33% (+6.80%)
宮崎県	27.49% (+6.91%)
鹿児島県	31.11% (+7.92%)
沖縄県	15.27% (+5.91%)

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 : オンライン資格確認利用件数

(括弧内の値は令和6年11月の値からの変化量(%ポイント))

【医科診療所】

順位 R6.11順位 都道府県 利用率 MNC利用件数 オン資件数 147,491 福井 33.19% 444,375 (1) 秋田 32.95% 183,456 556,802 (5) 3 青森 32.25% 257,160 797,346 (8) 新潟 470,856 1,463,706 4 32.17% (2) 5 222,607 697,809 富山 31.90% (3) 380,064 1,276,852 6 鹿児島 29.77% (4) 917,573 3,128,063 7 静岡 29.33% (9) 151,959 8 島根 29.33% 518,063 (7) 254,246 9 滋賀 29.18% 871,347 (10)10 宮崎 28.51% 224,283 786,749 (6) 11 山形 257,343 939,506 (18)27.39% 12 福島 27.38% 355,685 1,298,886 (19)13 岩手 230,470 27.31% 843,875 (15)14 鳥取 27.18% 111,220 409,225 (14)15 347,638 1,282,816 山口 27.10% (11)16 栃木 393,850 1,464,088 26.90% (12)17 北海道 26.50% 918,247 3,465,404 (16)18 219,541 832,451 石川 26.37% (13)19 164,057 629,316 香川 26.07% (17)20 茨城 26.00% 457,861 1,760,775 (20)**25.34%** 1,066,906 4,210,665 21 千葉 (21)22 群馬 395,678 1,593,719 (22)24.83% 23 宮城 24.51% 486,812 1,986,041 (26)410,164 1,726,910 24 熊本 23.75% (25)25 広島 628,013 2,653,013 (24)23.67% 26 京都 401,582 1,702,923 23.58% (23)27 岐阜 23.55% 431,908 1,833,783 (27)28 兵庫 23.10% 1,048,987 4,541,760 (30)29 山梨 22.75% 121,058 532,183 (36)30 愛知 22.62% 1,674,242 7,401,182 (33)

【病院】

順位。	R6.11順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	栃木	57.20%	129,456	226,312
2	(2)	山形	56.57%	86,003	152,041
3	(3)	富山	53.41%	122,555	229,441
4	(4)	茨城	52.61%	180,237	342,622
5	(12)	山梨	52.45%	47,046	89,699
6	(6)	新潟	52.24%	137,111	262,466
7	(11)	島根	51.15%	49,222	96,226
8	(5)	千葉	50.93%	375,346	736,976
9	(10)	香川	50.08%	68,985	137,752
10	(9)	山口	49.08%	99,988	203,729
11	(8)	京都	49.07%	157,880	321,712
12	(17)	鳥取	49.05%	38,753	79,007
13	(14)	北海道	48.94%	450,550	920,582
14	(13)	宮城	48.76%	138,236	283,510
15	(7)	石川	48.60%	94,000	193,424
16	(15)	岐阜	48.42%	121,687	251,300
17	(37)	福井	47.76%	68,341	143,107
18	(28)	滋賀	46.80%	69,102	147,650
19	(16)	福島	46.28%	124,709	269,449
20	(20)	岩手	46.11%	86,839	188,335
21	(26)	青森	45.76%	89,823	196,287
22	(36)	三重	45.63%	104,328	228,664
23	(24)	群馬	45.62%	117,642	257,875
24	(31)	長野	45.53%	138,091	303,297
25	(23)	奈良	45.47%	83,842	184,388
26	(18)	大分	45.17%	102,923	227,845
27	(21)	鹿児島	44.90%	147,652	328,863
28	(19)	広島	44.69%	172,186	385,254
29	(22)	長崎	44.57%	100,771	226,120
30	(27)	神奈川	44.32%	397,355	896,607

【医科診療所】

MNC利用件数 オン資件数 順位 R6.11順位 都道府県 利用率 31 埼玉 **22.61%** 1,197,875 5,297,577 (31)32 愛媛 22.60% 226,624 1,002,737 (41)33 徳島 22.59% 117,046 518,040 (44)34 奈良 238,490 1,056,930 22.56% (28)神奈川 35 1,840,548 8,204,096 22.43% (29)36 長崎 22.36% 292,774 1,309,491 (32)37 188,363 852,375 大分 22.10% (37)38 三重 371,655 1,683,762 22.07% (34)39 長野 22.04% 318,420 1,444,986 (40)40 岡山 21.74% 325,596 1,497,421 (35)41 大阪 1,517,899 7,089,324 (38)21.41% 42 東京 **21.22%** 2,726,31412,850,311 (39)43 佐賀 20.76% 175,094 843,270 (42)44 福岡 **20.67%** 1,052,186 5,090,852 (43)45 高知 20.14% 77,053 382,617 (45)46 和歌山 872,905 17.93% 156,498 (46)47 沖縄 16.45% 129,087 784,766 (47)

【病院】

順位	R6.11順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(38)	愛媛	43.21%	90,685	209,872
32	(32)	静岡	43.17%	201,452	466,611
33	(25)	宮崎	42.82%	90,654	211,728
34	(33)	秋田	42.80%	46,401	108,414
35	(29)	岡山	42.36%	133,861	315,982
36	(30)	兵庫	42.17%	286,047	678,291
37	(35)	東京	41.83%	667,449	1,595,602
38	(34)	大阪	41.35%	416,970	1,008,500
39	(39)	佐賀	40.59%	63,037	155,300
40	(46)	徳島	40.13%	65,156	162,376
41	(41)	埼 <u>玉</u>	39.80%	348,881	876,655
42	(40)	熊本	39.41%	141,826	359,884
43	(42)	愛知	38.56%	370,755	961,583
44	(44)	和歌山	37.49%	56,695	151,235
45	(43)	福岡	36.77%	291,901	793,768
46	(45)	高知	35.88%	53,189	148,253
47	(47)	沖縄	26.20%	48,234	184,094

【歯科診療所】

順位 R6.11順位 MNC利用件数 オン資件数 都道府県 利用率 宮崎 53.51% 61,130 114,248 1 (1) 岐阜 144,925 286,581 50.57% (3) 78,167 3 (7) 山梨 50.43% 39,417 富山 50.39% 75,836 150,497 4 (2) 230,077 三重 49.70% 114,337 (6) 6 99,520 203,719 (8) 山口 48.85% 7 岩手 48.81% 67,934 139,174 (4) 鹿児島 109,449 226,014 8 48.43% (5) 石川 64,498 135,857 9 (10)47.47% 10 福井 42,445 47.12% 90,088 (15)11 56,242 119,666 秋田 47.00% (9) 12 山形 46.21% 72,796 157,535 (16)13 福島 46.15% 105,071 227,662 (18)14 広島 46.02% 184,417 400,765 (12)15 長崎 45.96% 87,867 191,181 (21)16 和歌山 40,004 45.64% 87,659 (14)17 静岡 (17)45.54% 253,722 557,200 18 京都 45.35% 123,062 271,383 (13)19 熊本 45.34% 114,692 252,939 (19)20 (11)奈良 44.98% 69,422 154,349 21 107,644 241,191 長野 44.63% (20)22 482,378 1,093,833 愛知 44.10% (22)滋賀 23 44.05% 74,850 169,915 (25)24 大分 42.86% 51,387 119,902 (26)25 栃木 42.51% 134,962 317,496 (23)26 群馬 41.86% 119,022 284,345 (24)27 佐賀 48,722 117,526 41.46% (27)28 青森 63,992 154,719 41.36% (29)29 兵庫 40.21% 286,411 712,305 (28)30 徳島 40.10% 36,967 92,183 (40)

【薬局】

順位	R6.11順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(2)	佐賀	31.29%	172,890	552,520
2	(3)	福島	31.22%	387,099	1,239,968
3	(1)	島根	30.79%	139,185	452,025
4	(7)	福井	30.51%	121,016	396,631
5	(4)	石川	29.86%	224,214	750,850
6	(6)	富山	29.17%	230,545	790,285
7	(5)	山口	29.10%	336,130	1,155,117
8	(8)	新潟	28.51%	541,007	1,897,690
9	(12)	熊本	27.88%	352,406	1,264,104
10	(9)	広島	27.47%	570,818	2,077,823
11	(10)	長崎	25.69%	241,270	939,085
12	(16)	鹿児島	25.69%	318,938	1,241,450
13	(17)	福岡	25.07%	975,243	3,889,975
14	(11)	鳥取	25.01%	93,127	372,433
15	(18)	滋賀	24.78%	259,931	1,048,940
16	(15)	群馬	24.73%	329,019	1,330,609
17	(13)	栃木	24.09%	410,673	1,704,576
18	(14)	徳島	23.96%	106,619	445,051
19	(20)	香川	23.77%	163,739	688,974
20	(22)	茨城	23.60%	557,467	2,361,688
21	(23)	兵庫	22.95%	946,058	4,121,739
22	(19)	岡山	22.94%	290,998	1,268,695
23	(21)	静岡	22.83%	872,592	3,821,546
24	(27)	岩手	22.76%	235,417	1,034,477
25	(26)	千葉	22.68%	1,123,824	4,954,311
26	(25)	奈良	22.28%	196,406	881,721
27	(24)	山形	22.04%	261,950	1,188,601
28	(28)	京都	21.60%	370,275	1,713,851
29	(29)	神奈川	21.45%	1,758,865	8,200,927
30	(30)	大分	20.90%	182,425	872,963

【歯科診療所】

順位 R6.11順位 都道府県 MNC利用件数 オン資件数 利用率 31 島根 39.45% 42,869 108,661 (30)32 茨城 379,679 39.22% 148,910 (32)33 福岡 296,821 757,919 (31)39.16% 34 大阪 37.30% 432,242 1,158,855 (33)35 高知 36.61% 34,493 94,230 (34)36 新潟 36.33% 138,472 381,180 (35)37 埼玉 36.23% 375,741 1,037,201 (36)38 405,328 宮城 35.56% 144,148 (37) 39 神奈川 487,174 1,407,477 (39)34.61% 40 香川 49,822 145,574 34.22% (45)41 106,133 313,307 岡山 33.88% (41)42 鳥取 33.85% 34,476 101,847 (38)43 千葉 33.41% 343,996 1,029,668 (43)44 北海道 307,875 32.61% 944,181 (42)45 愛媛 31.33% 70,552 225,198 (47)46 706,719 2,330,085 東京 30.33% (44)47 沖縄 31,035 29.06% 106,808 (46)

【薬局】

順位	R6.11順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(34)	東京	20.86%	2,556,493	12,256,364
32	(31)	岐阜	20.83%	384,221	1,844,665
33	(35)	宮崎	20.82%	219,151	1,052,817
34	(39)	埼 <u>玉</u>	20.38%	1,310,356	6,430,017
35	(33)	大阪	20.04%	1,275,228	6,361,975
36	(37)	三重	19.90%	335,309	1,684,633
37	(32)	高知	19.89%	86,320	434,059
38	(36)	北海道	19.65%	1,086,014	5,527,689
39	(38)	愛知	19.51%	1,443,871	7,399,556
40	(40)	山梨	18.78%	138,284	736,386
41	(42)	宮城	18.59%	481,038	2,587,283
42	(44)	青森	18.00%	265,090	1,472,957
43	(41)	秋田	16.98%	226,365	1,333,483
44	(43)	長野	16.73%	324,804	1,941,897
45	(46)	和歌山	15.49%	117,382	757,729
46	(45)	愛媛	14.76%	224,580	1,521,590
47	(47)	沖縄	11.00%	113,265	1,030,142

システム事業者における開発・導入状況(病院向け)

- 合計約4,700弱のユーザー施設(病院)をもつシステム事業者から開発状況等を確認。 ※令和2年の医療施設調査(厚生労働省)によると、令和2年時点の病院の電子カルテ導入数は4,109施設
- 令和6年12月末時点で、全ての機能に対応できているベンダは、23ベンダ中16ベンダのみ(約70%)。

	ベンダ名	基本機能	追加機能 (リフィル処方箋機能、	リモート署名 ※下欄は本人認証方式でいずれもHPKIの申請要	
	7,294	圣 华城能	口頭同意機能)	HPKI又はスマホ	マイナンバーカード
1	ウィーメックスヘルスケアシステムズ株式会社	0	0	0	0
2	ウィーメックス株式会社	0	0	0	0
3	キヤノンメディカルシステムズ株式会社	0	0	0	0
4	ソフトマックス株式会社	0	0	2024年11月	2024年11月
5	タック株式会社	0	0	0	0
6	メディカルウイズ株式会社	0	0	2025年3月	2025年3月
7	株式会社SBS情報システム	0	0	0	0
8	株式会社エーアイクリエイト	0	Δ	0	0
9	株式会社エーシーエス	0	2025年1月	0	0
10	株式会社シーエスアイ	0	0	0	0
11	株式会社ソフトウェア・サービス	0	0	0	0
12	株式会社ナイス	0	0	0	0
13	株式会社ファインデックス	0	0	0	0
14	株式会社メディカルJSP	0	0	0	0
15	株式会社メディサージュ	0	Δ	0	0
16	株式会社レスコ	0	0	0	0
17	株式会社レゾナ	0	Δ	2025年3月	2025年3月
18	株式会社ワイズマン	0	0	2025年1月	2025年1月
19	亀田医療情報株式会社	0	0	0	0
20	東亜システム株式会社	0	0	0	0
21	日本アイ・ビー・エム株式会社	0	0	0	0
22	日本電気株式会社(NEC)	0	0	0	0
23	富士通Japan株式会社	0	0	0	0

システム事業者における開発・導入状況(医科診療所向け)

- 合計50,000弱のユーザー施設(医科診療所)をもつシステム事業者から開発状況等を確認。
 - ※令和2年の医療施設調査(厚生労働省)によると、令和2年時点の医科診療所の電子カルテ導入数は51,199施設
- 令和6年12月末時点で、全ての機能に対応できているベンダは、26ベンダ中16ベンダのみ(約62%)。

	ベンダ名	基本機能	追加機能 (リフィル処方箋機能、	リモー ※下欄は本人認証方式で	
	~ ~ ~		口頭同意機能)	HPKI又はスマホ	マイナンバーカード
1	ウィーメックスヘルスケアシステムズ株式会社	0	0	0	0
2	ウィーメックス株式会社	0	0	0	0
3	セコム医療システム株式会社	2025年3月	2025年3月	2025年12月	2025年12月
4	ソフトマックス株式会社	0	0	2024年11月	2024年11月
5	タック株式会社	0	0	0	0
6	メディカルウイズ株式会社	0	0	2025年3月	2025年3月
7	メディカルストラクチャー株式会社	0	0	ローカル接続は完了。リモート 接続は2024年12月	0
8	株式会社EMシステムズ	0	0	0	0
	株式会社SBS情報システム	0	0	0	0
	株式会社エーシーエス	0	2025年1月	0	0
11	株式会社シーエスアイ	0	0	0	0
12	株式会社ソフトウェア・サービス	0	0	0	0
13	株式会社ダイナミクス	0	0	実装しない	
14	株式会社ビー・エム・エル	0		2025年1月	
15	株式会社ファインデックス	0	0	0	0
16	株式会社メディカルJSP	0	0	0	0
17	株式会社メドレー	0	0	0	0
18	株式会社ユヤマ	0	0	0	0
19	株式会社ラボテック	0	Δ	2025年2月	2025年2月
20	株式会社レスコ	0	0	0	0
21	株式会社レゾナ	0	\triangle	2025年3月	2025年3月
22	株式会社ワイズマン	0	0	2025年1月	2025年1月
23	亀田医療情報株式会社	0	0	0	0
24	東亜システム株式会社	0	0	0	0
25	日本アイ・ビー・エム株式会社	0	0	0	0
26	富士通Japan株式会社	0	0	0	0

システム事業者における開発・導入状況(歯科診療所向け)

- 合計20,000強のユーザー施設(歯科診療所)をもつシステム事業者から開発状況等を確認。
- 令和6年12月末時点で、全ての機能に対応できているベンダは、9ベンダ中2ベンダのみ(約22%)。

			追加機能	リモート署名 ※下欄は本人認証方式でいずれもHPKI <i>の</i> 申請要	
	ベンダ名	基本機能	(リフィル処方箋機能、 口頭同意機能)	HPKI又はスマホ	マイナンバーカード
1	ウィーメックスヘルスケアシステムズ株式会社	0	0	0	0
2	エヌディーエル株式会社	2025年1月以降	2025年1月以降	2025年1月以降	2025年1月以降
3	デンタルシステムズ株式会社	2024年12月		2025年12月	
4	メディア株式会社	0	0	0	
5	メディカルストラクチャー株式会社	0	0	ローカル接続は完了。リモート 接続は2024年12月	0
6	株式会社エーアイクリエイト	0	Δ	0	0
7	株式会社ナイス	0	0	0	0
8	株式会社ミック	0	0	実装しない	実装しない
9	株式会社モリタ	0	Δ		

システム事業者における開発・導入状況(薬局向け)

- 合計50,000強のユーザー施設(薬局)をもつシステム事業者から開発状況等を確認。
- 令和6年12月末時点で、全ての機能に対応できているベンダは、10ベンダ中10ベンダ(100%)。

	ベンダ名	基本機能	追加機能 (リフィル処方箋機能、 口頭同意機能)	リモート署名 ※下欄は本人認証方式でいずれもHPKIの申請要	
				HPKI又はスマホ	マイナンバー カード
1	アイテック阪急阪神株式会社	0	0	0	0
2	ウィーメックスヘルスケアシステムズ株式会社	0	0	0	0
3	ウィーメックス株式会社	0	0	0	0
4	株式会社EMシステムズ	0	0	0	0
5	株式会社シグマソリューションズ	0	0	0	0
6	株式会社ネグジット総研	0	0	0	0
7	株式会社モイネットシステム	0	0	0	0
8	株式会社ユニケソフトウェアリサーチ	0	0	0	0
9	東邦薬品株式会社	0	0	0	0
10	三菱電機ITソリューションズ株式会社	0	0	0	0

答申書附帯意見(案)

- 1 医療DX推進体制整備加算に係る令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件の設定に当たっては、マイナ保険証利用率の更なる向上に向け、本年7月頃を目途に、マイナ保険証の利用状況、保険医療機関・保険薬局における利用促進に関する取組状況等、実態を十分に勘案した上で検討、設定すること。
- 2 電子処方箋については、令和7年度夏を目途に見直しを行うこととされている電子処方箋に関する新たな目標の達成等に資するよう、その評価の在り方及び実効的な措置について、次期診療報酬改定に向けて検討すること。

個別改定項目について

① 入院時の食費基準額の見直し

第1 基本的な考え方

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、入院時の食費基準額を引き上げる。

第2 具体的な内容

入院時食事療養(I)・(II)の費用の額及び入院時生活療養(I)・(II)のうち食事の提供たる療養の費用の額について、それぞれ 1 食当たり 20円引き上げる。

改定案	現行
【食事療養及び生活療養の費用額算定	【食事療養及び生活療養の費用額算定
表】	表】
第一 食事療養	第一 食事療養
1 入院時食事療養(!)(1食につき)	1 入院時食事療養(!)(1食につき)
(1) (2)以外の食事療養を行う場合 690円	(1) (2)以外の食事療養を行う場合 670円
(2) 流動食のみを提供する場合	(2) 流動食のみを提供する場合
<u>625円</u> 注 (略)	<u>605円</u> 注 (略)
2 入院時食事療養(1)(1食につき)	2 入院時食事療養(三)(1食につき)
(1) (2)以外の食事療養を行う場合 556円	(1) (2)以外の食事療養を行う場合 536円
(2) 流動食のみを提供する場合 510円	(2) 流動食のみを提供する場合 490円
注 (略)	注 (略)
第二 生活療養	第二 生活療養
1 入院時生活療養(!)	1 入院時生活療養(i)
(1) 健康保険法第六十三条第二項	(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	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	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	項第二号イに掲げる療養(以下
「食事の提供たる療養」とい	「食事の提供たる療養」とい
う。)(1食につき)	う。)(1食につき)

イ ロ以外の食事の提供たる

イ ロ以外の食事の提供たる

療養を行う場合	療養を行う場合
<u>604円</u>	<u>584円</u>
ロ 流動食のみを提供する場	ロ 流動食のみを提供する場
合	合
<u>550円</u>	<u>530円</u>
(2) (略)	(2) (略)
注(略)	注(略)
2 入院時生活療養(I)	2 入院時生活療養(1)
(1) 食事の提供たる療養(1食に	(1) 食事の提供たる療養(1食に
つき)	つき)
<u>470円</u>	<u>450円</u>
(2) (略)	(2) (略)
注(略)	注(略)

[適用日] 令和7年4月1日から適用する。

② 口腔機能指導加算及び歯科技工士連携加算の見 直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

- 1. 歯科衛生実地指導料 口腔機能指導加算を2点引き上げる。
- 2. 歯科技工士連携加算1 (印象採得)及び歯科技工士連携加算2 (印象採得)を10点ずつ引き上げる。
- ※ 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。

改定案現 行【歯科衛生実地指導料】【歯科衛生実地指導料】[算定要件][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又は注 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、 12点を所定点数に加算する。

【印象採得】 [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してい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、区分番号MO11に掲げるレジン前装金属冠、区分番号MO11—2に掲げるレジン前装チタン

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又は注 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。

【印象採得】 [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してい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、区分番号MO11に掲げるレジン前装金属冠、区分番号MO11 — 2に掲げるレジン前装チタン

冠又は区分番号MO15—2に 掲げるCAD/CAM冠を目的として、前歯歯歯歯歯を行うに当たってに当たってに当たってに当なが歯科技工士とものでをした場合には、当該補綴物の製作として、60点を所定としても、60点を所に2とたがした場合であっただし、60点を所に2とたまりであった場合である。

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してい 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、 区分番号M011に掲げるレジ ン前装金属冠、区分番号M011 ―2に掲げるレジン前装チタン 冠又は区分番号M015-2に 掲げる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、80 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。

【咬合採得】

[算定要件]

注1 2のイ(2)並びに口(2)及び(3) について、別に厚生労働大臣が定 める施設基準に適合しているも 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、ブリ ッジ又は有床義歯を製作するこ とを目的として、咬合採得を行う 1について、別に厚生労働大臣 が定める施設基準に適合してい 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、 区分番号M011に掲げるレジ ン前装金属冠、区分番号M011 —2に掲げるレジン前装チタン 冠又は区分番号M015-2に 掲げる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。

【咬合採得】

[算定要件]

注1 2のイ(2)並びに口(2)及び(3) について、別に厚生労働大臣が定 める施設基準に適合しているも 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、ブリ ッジ又は有床義歯を製作するこ とを目的として、咬合採得を行う

- に当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合状態の確認等を行い、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、60点を所定点数に加算する。
- 2 2のイ(2)並びに口(2)及び(3) について、別に厚生労働大臣が定 める施設基準に適合しているも 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、づ 出た保険医療機関において、ず とを目的として、咬合採得を行す とき目的として、咬合採得を行工 ときまたって、歯科医師が歯科技工 士とともに情報通信機器を行い、当に は、歯科技工士連携加算2として、80点を所定点数に加算する。

【仮床試適】

[算定要件]

- 注1 2及び3について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関るいて、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行って、歯科医師が歯科技工士ともに対面で床の適合状況の確認等を行い、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、60点を所定点数に加算する。
 - 2 2及び3について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して地方厚生局しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関ることを目的として、仮床試適を行って、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を行い、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

- に当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合状態の確認等を行い、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。

【仮床試適】

[算定要件]

- 注1 2及び3について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生 長等に届け出た保険医療機するで、有床義歯等を製作するで、歯科医師が歯科技に当たって、歯科医師が歯科状況の確認等を行い、当該補綴物の大に活用した場合には、歯科技に大連携加算1として、50点を所に対した場合には、50点を所に対した場合には、50点を所に対した場合には、50点を所に対した場合には、50点を所に対した場合には、50点を所に対した場合には、50点を所に対して、50点を所に対して、50点を所に対した場合には、50点を所に対した場合には、50点を所に対して、50点を所に対して、50点を所に対して、50点を所に対して、50点を所に対して、50点を所に対して、50点を所に対して、50点を所に対して、50点を所に対して、50点を対して、50点を対して、50点を対して、50点を対して、50点を対して、50点を対して、50点を対して、50点を対して、50点を対して、50点を対して、50点を対して、50点を対しては対しては対しているが表述がある。
 - 2 2及び3について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、有床義歯等を製作する行として、仮床試適を行こので、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を行い、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、 <u>80点</u> を所定点数に加算す	して、 <u>70点</u> を所定点数に加算す
る。	る。

[適用日] 令和7年4月1日から適用する。

③ 特定薬剤管理指導加算の見直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

特定薬剤管理指導加算3口を5点引き上げる。

※ 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。

改 定 案	現行
【服薬管理指導料】	【服薬管理指導料】
[算定要件]	[算定要件]
注7 調剤を行う医薬品を患者が選	注7 調剤を行う医薬品を患者が選
択するために必要な説明及び指	択するために必要な説明及び指
導を行ったイ又は口に掲げる場	導を行ったイ又は口に掲げる場
合には、特定薬剤管理指導加算3	合には、特定薬剤管理指導加算3
として、患者1人につき当該品目	として、患者1人につき当該品目
に関して最初に処方された1回	に関して最初に処方された1回
に限り、次に掲げる点数をそれぞ	に限り、 <u>5点を</u> 所定点数に加算す
<u>れ</u> 所定点数に加算する。	る。
イ 特に安全性に関する説明が	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	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	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	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	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	に関する資料を当該患者に対
して最初に用いた場合	して最初に用いた場合
<u>5点</u>	
ロ 調剤前に医薬品の選択に係	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	る情報が特に必要な患者に説
明及び指導を行った場合	明及び指導を行った場合

【かかりつけ薬剤師指導料】

[算定要件]

10点

注 5 調剤を行う医薬品を患者が選 | 注 5 調剤を行う医薬品を患者が選

【かかりつけ薬剤師指導料】

「算定要件」

択するために必要な説明及び指導を行ったイ又は口に掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

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

<u>5点</u>

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 択するために必要な説明及び指導を行ったイ又は口に掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、5点を所定点数に加算する。

- 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

10点

「適用日」 令和7年4月1日から適用する。

個別改定項目について

① 医療DXに係る診療報酬上の評価の取扱い

第1 基本的な考え方

- 1. 医療 D X 推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件について、令和6年 12 月 2 日からマイナ保険証を基本とする仕組みへと移行したことやこれまでの利用率の実績を踏まえつつ、今後もより多くの医療機関・薬局が医療 D X 推進のための体制を整備するために必要な見直しを行う。
- 2. 医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX情報活用加算における 電子処方箋の要件については、電子処方箋システム一斉点検の実施を 踏まえた対応や令和7年1月22日に示された電子処方箋に関する今 後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評 価する観点から見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 1. 令和7年4月から9月までにおける、医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件を新たに設定する。
- 2. 医療機関については、医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX 情報活用加算の要件を見直し、電子処方箋の導入の有無に関する要件 を具体化した上で、既に導入した医療機関において電子処方箋管理サ ービスに処方情報を登録する手間を評価する観点から、導入済の医療 機関と未導入の医療機関の間で加算点数に差を設ける。

改定案	現行
【初診料】	【初診料】
[算定要件]	[算定要件]
医科診療報酬点数表	医科診療報酬点数表
第1章第1部第1節 初診料	第1章第1部第1節 初診料
注16 医療DX推進に係る体制とし	注16 医療DX推進に係る体制とし
て別に厚生労働大臣が定める施	て別に厚生労働大臣が定める施
設基準に適合しているものとし	設基準に適合しているものとし
て地方厚生局長等に届け出た保	て地方厚生局長等に届け出た保

険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 D X 推進体制整備加算として、月1回に限り当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算

ı

<u>12点</u>

D 医療DX推進体制整備加算

2

<u>11点</u>

ハ 医療DX推進体制整備加算 3

10点

二 医療 D X 推進体制整備加算

4

10点

<u>木</u> 医療 D X 推進体制整備加算

<u>5</u> 9点

へ 医療 D X 推進体制整備加算

<u>6</u> 8点 険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療D X推進体制整備加算として、月1 回に限り当該基準に係る区分に 従い、次に掲げる点数をそれぞれ 所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算

ı

11点

口 医療 D X 推進体制整備加算

10点

ハ 医療DX推進体制整備加算 3

8点

(新設)

(新設)

(新設)

歯科診療報酬点数表

第1章第1部第1節 初診料

注15 医療 D X 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定めるものとを選挙に適合しているものと地方厚生局長等に届け出る保険を実施した患者に対して、解 D X を行った場合は、医療 D X 推進体制整備加算として、月1回に投い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算

1

<u>11点</u>

コ 医療 D X 推進体制整備加算

2

10点

ハ 医療 D X 推進体制整備加算

歯科診療報酬点数表

第1章第1部第1節 初診料

注15 医療 D X 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定めるものとを選挙に適合しているものと地方厚生局長等に届け出て地方厚生局長等に届ける保険を実施した患者に対して、関を受診した患者に対して、月1回に投げる点数をそれぞれ所定は関する。

イ 医療DX推進体制整備加算

1

9点

D 医療DX推進体制整備加算

2

8点

ハ 医療 D X 推進体制整備加算

3

6点

8点

二 医療DX推進体制整備加算

4

点

<u>木</u> 医療DX推進体制整備加算

<u>으</u> 总点

<u>へ</u> 医療 D X 推進体制整備加算

<u>6</u> 6点 (新設)

(新設)

(新設)

[施設基準告示]

- 三の八 医療 D X 推進体制整備加算 の施設基準
 - (1) 医療DX推進体制整備加算1 の施設基準

イ~ハ (略)

二 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制<u>又は調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する</u>体制を有していること。

ホ~リ (略)

- (2) (略)
- (3) (略)
- (4) 医療DX推進体制整備加算4 の施設基準

(1) のイからハまで及びホからリまでに掲げる施設基準を満たすものであること。

- (5) 医療DX推進体制整備加算5 の施設基準
 - イ (1)のイからハまで、ホ及び トからりまでに掲げる施設基 準を満たすものであること。
 - <u>ロ</u> 健康保険法第三条第十三項 に規定する電子資格確認に係 <u>る必要な実績を有しているこ</u> と。
- (6) 医療DX推進体制整備加算 6 の施設基準
 - <u>イ</u> (1)のイからハまで、ホ、ト 及びチまでに掲げる施設基準 を満たすものであること。
 - <u>ロ</u> 健康保険法第三条第十三項 に規定する電子資格確認に係

[施設基準告示]

- 三の八 医療 D X 推進体制整備加算 の施設基準
 - (1) 医療DX推進体制整備加算1 の施設基準

イ~ハ (略)

二 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を 有していること。

ホ~リ (略)

- (2) (略)
- (3) (略)

(新設)

(新設)

(新設)

る実績を有していること。

[施設基準通知]

- 第1の9 医療DX推進体制整備加 算
- 1 医療 D X 推進体制整備加算 1 に 関する施設基準
 - (1)~(3) (略)
 - (4) 「電子処方箋管理サービスの 運用について」(令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発 1028第1号保発1028第1号厚生 労働省医薬・生活衛生局長・医政 局長・保険局長通知。)に基づき、 電子処方箋管理サービスに処方 情報を登録できる体制(原則とし て院外処方を行う場合には電子 処方箋又は引換番号が印字され た紙の処方箋を発行すること)を 有していること。
 - (5) (略)
 - (6) 医療DX推進体制整備加算1 を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用 率(同月におけるマイナ保険証利用 利用者数を、同月の患者数で除 した割合であって、社会保険診 療報酬支払基金から報告される ものをいう。以下同じ。)が、45% 以上であること。

(削る)

- (7) (6)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- (8) 医療DX推進の体制に関する 事項及び質の高い診療を実施す るための十分な情報を取得・活用 して診療を行うことについて、当

[施設基準通知]

- 第1の9 医療DX推進体制整備加 算
- 1 医療 D X 推進体制整備加算 1 に 関する施設基準
 - (1)~(3) (略)
 - (4) 「電子処方箋管理サービスの 運用について」(令和4年10月28 日付け薬生発1028第1号医政発 1028第1号保発1028第1号厚生 労働省医薬・生活衛生局長・医政 局長・保険局長通知。)<u>に基づく</u> 電子処方箋により処方箋を発行 できる体制を有していること。
 - (5) (略)
 - (6) 医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率(同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。)が、令和6年10月1日から同年12月31日までの間においては15%以上であること。
 - (7) (6)について、令和7年1月1 日以降においては、「15%」とあ るのは「30%」とすること。
 - (8) (6)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
 - (9) 医療DX推進の体制に関する 事項及び質の高い診療を実施す るための十分な情報を取得・活用 して診療を行うことについて、当

該保険医療機関の見やすい場所 に掲示していること。具体的には 次に掲げる事項を掲示している こと。

ア~ウ (略)

- (9) (8) の掲示事項について、原則 として、ウェブサイトに掲載して いること。自ら管理するホームペ ージ等を有しない場合について は、この限りではないこと。
- (10) マイナポータルの医療情報 等に基づき、患者からの健康管理 に係る相談に応じる体制を有し ていること。
- 2 医療DX推進体制整備加算2に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(5)まで及び<u>(8)</u> から<u>(10)</u>までの基準を満たすこ と。
 - (2) 医療DX推進体制整備加算2 を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用 率が、30%以上であること。

(削る)

- (3) (2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 3 医療 D X 推進体制整備加算 3 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(5)まで、(8)及び(9)の基準を満たすこと。
 - (2) 医療 D X 推進体制整備加算 3 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、15%以上であること。
 - (3) (2)について、小児科外来診療

該保険医療機関の見やすい場所 に掲示していること。具体的には 次に掲げる事項を掲示している こと。

ア~ウ (略)

- (10) (9) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- (11) マイナポータルの医療情報 等に基づき、患者からの健康管理 に係る相談に応じる体制を有し ていること。
- 2 医療 D X 推進体制整備加算 2 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(5)まで及び<u>(9)</u> から<u>(11)</u>までの基準を満たすこ と。
 - (2) 医療DX推進体制整備加算2 を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用 率が、令和6年10月1日から同年 12月31日までの間においては 10%以上であること。
 - (3) (2)について、令和7年1月1 日以降においては、「10%」とあ るのは「20%」とすること。
 - (4) (2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 3 医療 D X 推進体制整備加算 3 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(5)まで、<u>(9)</u>及び <u>(10)</u>の基準を満たすこと。
 - (2) 医療DX推進体制整備加算3 を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用 率が、令和6年10月1日から同年 12月31日までの間においては 5%以上であること。
 - (3) (2)について、令和7年1月1

料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日まで)の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「15%」とあるのは「12%」とすること。

(4) (略)

- 4 医療 D X 推進体制整備加算 4 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(3)まで、(5)及び (8)から(10)まで((8)のウの電子 処方箋に係る事項を除く。)の基 準を満たすこと。
 - (2) 医療 D X 推進体制整備加算 4 を算定する月の3月前のレセプ ト件数ベースマイナ保険証利用 率が、45%以上であること。
 - (3) (2)について、医療DX推進体制整備加算4を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 5 医療 D X 推進体制整備加算 5 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(3)まで、(5)及び (8)から(10)まで((8)のウの電子 処方箋に係る事項を除く。)の基 準を満たすこと。
 - (2) 医療 D X 推進体制整備加算 5 を算定する月の 3 月前のレセプ ト件数ベースマイナ保険証利用 率が、30%以上であること。
 - (3) (2)について、医療DX推進体制整備加算5を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

6 医療DX推進体制整備加算6に

<u>日以降においては、「5%</u>」とあるのは「10%」とすること。

(4) (略)

(新設)

(新設)

(新設)

関する施設基準

- (1) 1の(1)から(3)まで、(5)、(8) (ウの電子処方箋に係る事項を 除く。)及び(9)の基準を満たす こと。
- (2) 医療 D X 推進体制整備加算 6 を算定する月の3月前のレセプ ト件数ベースマイナ保険証利用 率が、15%以上であること。
- (3) (2)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日まで)の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「15%」とあるのは「12%」とすること。
- (4) (2)について、医療DX推進体制整備加算6を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 7 届出に関する事項
 - (1) (略)
 - (2) 1の(5)については令和7年 9月30日までの間に限り、<u>当該</u>基 準を満たしているものとみなす。
 - (3) 医療 D X 推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(6)、(7)及び(10)、2の(1)のうち1の(10)に係る基準及び2の(2)及び(3)、3の(2)及び(4)、4の(1)のうち1の(10)に係る基準及び4の(2)及び(3)、5の(1)のうち1の(10)に係る基準及び5の(2)及び(3)並びに6の(2)及び(4)については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はないこと。

4 届出に関する事項

- (1) (略)
- (2) <u>1の(4)については、令和7年3月31日までの間に限り、</u>1の(5)については令和7年9月30日までの間に限り、<u>それぞれの</u>基準を満たしているものとみなす。
- (3) 医療 D X 推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(6) から(8) まで及び(11)、2の(1) のうち1の(11) に係る基準及び2の(2) から(4) まで並びに3の(2) から(4) まで立ては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はないこと。

- (4) 令和7年9月30日までの間に 限り、1の(8)のウの事項につい て、掲示を行っているものとみな す。
- (5) 1の(9)については、令和7年 5月31日までの間に限り、当該基 準を満たしているものとみなす。

(削る)

(削る)

【在宅患者訪問診療料 (I)】 「算定要件]

医科診療報酬点数表

- 第2章第2部第1節 在宅患者診療・ 指導料
- 注13 別に厚生労働大臣が定める施 設基準に適合しているものとし て地方厚生局長等に届け出た保 険医療機関において、健康保険法 第3条第13項に規定する電子資 格確認等により得られる情報を 踏まえて計画的な医学管理の下

- (4) 令和7年9月30日までの間に 限り、1の(9)のウの事項につい て、掲示を行っているものとみな す。
- (5) 1の(10)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。
- (6) 医療DX推進体制整備加算の 施設基準のうち、レセプト件数ベ <u>ースマイナ保険証利用率の基準</u> については、令和6年10月1日か ら令和7年1月31日までの間に 限り、レセプト件数ベースマイナ 保険証利用率に代えて、医療DX 推進体制整備加算を算定する月 の2月前のオンライン資格確認 件数ベースマイナ保険証利用率 (同月におけるマイナ保険証に よる資格確認件数を同月のオン ライン資格確認等システムの利 用件数で除した割合であって、社 会保険診療報酬支払基金から報 告されるものをいう。以下同じ。) を用いることができる。
- (7) (6)について、医療DX推進体制整備加算を算定する月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

【在宅患者訪問診療料 (I)】 「算定要件]

医科診療報酬点数表

- 第2章第2部第1節 在宅患者診療・ 指導料
- 注13 別に厚生労働大臣が定める施 設基準に適合しているものとし て地方厚生局長等に届け出た保 険医療機関において、健康保険法 第3条第13項に規定する電子資 格確認等により得られる情報を 踏まえて計画的な医学管理の下

に、訪問して診療を行った場合 は、在宅医療DX情報活用加算と して、月1回に限り、当該基準に 係る区分に従い、次に掲げる点数 をそれぞれ所定点数に加算する。 ただし、区分番号AOOOに掲げ る初診料の注15、区分番号AOO 1に掲げる再診料の注19若しく は区分番号AOO2に掲げる外 来診療料の注10にそれぞれ規定 する医療情報取得加算、区分番号 AOOOに掲げる初診料の注16 に規定する医療DX推進体制整 備加算、区分番号COO3に掲げ る在宅がん医療総合診療料の注 8に規定する在宅医療DX情報 活用加算又は区分番号C005 に掲げる在宅患者訪問看護・指導 料の注17(区分番号C005-1 - 2の注6の規定により準用す る場合を含む。) 若しくは区分番 号IO12に掲げる精神科訪問 看護・指導料の注17にそれぞれ規 定する訪問看護医療DX情報活 用加算を算定した月は、在宅医療 DX情報活用加算は算定できな い。

イ 在宅医療DX情報活用加算

<u>1</u> 11点

ロ 在宅医療DX情報活用加算

<u>2</u> 9点

【在宅がん医療総合診療料】 [算定要件]

医科診療報酬点数表

第2章第2部第1節 在宅患者診療・ 指導料

注8 別に厚生労働大臣が定める施 設基準に適合しているものとし て地方厚生局長等に届け出た保 険医療機関において、健康保険法 第3条第13項に規定する電子資 格確認等により得られる情報を 踏まえて計画的な医学管理の下

に、訪問して診療を行った場合 は、在宅医療DX情報活用加算と して、月1回に限り10点を所定点 数に加算する。ただし、区分番号 AOOOに掲げる初診料の注15、 区分番号AOO1に掲げる再診 料の注19若しくは区分番号AO 02に掲げる外来診療料の注10 にそれぞれ規定する医療情報取 得加算、区分番号AOOOに掲げ る初診料の注16に規定する医療 DX推進体制整備加算、区分番号 COO3に掲げる在宅がん医療 総合診療料の注8に規定する在 宅医療DX情報活用加算又は区 分番号COO5に掲げる在宅患 者訪問看護・指導料の注17(区分 番号 C O O 5 - 1 - 2 の注 6 の 規定により準用する場合を含 む。) 若しくは区分番号 I O 1 2 に掲げる精神科訪問看護・指導料 の注17にそれぞれ規定する訪問 看護医療DX情報活用加算を算 定した月は、在宅医療DX情報活 用加算は算定できない。

(新設)

(新設)

【在宅がん医療総合診療料】 [算定要件]

医科診療報酬点数表

第2章第2部第1節 在宅患者診療・ 指導料

注8 別に厚生労働大臣が定める施 設基準に適合しているものとし て地方厚生局長等に届け出た保 険医療機関において、健康保険法 第3条第13項に規定する電子資 格確認等により得られる情報を 踏まえて計画的な医学管理の下

に、訪問して診療を行った場合 は、在宅医療DX情報活用加算と して、月1回に限り、当該基準に 係る区分に従い、次に掲げる点数 をそれぞれ所定点数に加算する。 ただし、区分番号AOOOに掲げ る初診料の注15、区分番号AOO 1に掲げる再診料の注19若しく は区分番号AOO2に掲げる外 来診療料の注10にそれぞれ規定 する医療情報取得加算、区分番号 AOOOに掲げる初診料の注16 に規定する医療DX推進体制整 備加算、区分番号COO1に掲げ る在宅患者訪問診療料(I)の注 13(区分番号C001-2の注6 の規定により準用する場合を含 む。)に規定する在宅医療DX情 報活用加算又は区分番号COO 5に掲げる在宅患者訪問看護・指 導料の注17(区分番号C005ー 1-2の注6の規定により準用 する場合を含む。) 若しくは区分 番号IO12に掲げる精神科訪 問看護・指導料の注17にそれぞれ 規定する訪問看護医療DX情報 活用加算を算定した月は、在宅医 療DX情報活用加算は算定でき ない。

<u>イ</u> 在宅医療DX情報活用加算

<u>1</u> 11点

口 在宅医療DX情報活用加算

<u>2</u> 9点

【歯科訪問診療料】 [算定要件] 歯科診療報酬点数表 第2章第2部 歯科訪問診療料 注20 別に厚生労働大臣が定める施 設基準に適合しているものとし て地方厚生局長等に届け出た歯 科診療を実施している保険医療 機関において健康保険法第3条

第13項に規定する電子資格確認

に、訪問して診療を行った場合 は、在宅医療DX情報活用加算と して、月1回に限り10点を所定点 数に加算する。ただし、区分番号 AOOOに掲げる初診料の注15、 区分番号AOO1に掲げる再診 料の注19若しくは区分番号AO 02に掲げる外来診療料の注10 にそれぞれ規定する医療情報取 得加算、区分番号AOOOに掲げ る初診料の注16に規定する医療 DX推進体制整備加算、区分番号 COO1に掲げる在宅患者訪問 診療料 (I) の注13 (区分番号 C 001-2の注6の規定により 準用する場合を含む。)に規定す る在宅医療DX情報活用加算又 は区分番号C005に掲げる在 宅患者訪問看護・指導料の注17 (区分番号 С О О 5 - 1 - 2 の 注6の規定により準用する場合 を含む。) 若しくは区分番号 I O 12に掲げる精神科訪問看護・指 導料の注17にそれぞれ規定する 訪問看護医療DX情報活用加算 を算定した月は、在宅医療DX情 報活用加算は算定できない。

(新設)

(新設)

【歯科訪問診療料】 [算定要件] 歯科診療報酬点数表 第2章第2部 歯科訪問診療料 注20 別に厚生労働大臣が定める施

設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認

等により得られる情報を踏まえ て計画的な歯科医学的管理の下 に、訪問して診療を行った場合 は、在宅医療DX情報活用加算と して、月1回に限り、当該基準に 係る区分に従い、次に掲げる点数 をそれぞれ所定点数に加算する。 ただし、区分番号A000に掲げ る初診料の注14若しくは区分番 号AOO2に掲げる再診料の注 11にそれぞれ規定する医療情報 取得加算又は区分番号AOOO に掲げる初診料の注15に規定す る医療DX推進体制整備加算を 算定した月は、在宅医療DX情報 活用加算は算定できない。

イ 在宅医療DX情報活用加算

<u>1</u> 9点

口 在宅医療DX情報活用加算

<u>2</u> 8点

【在宅患者訪問診療料(I)、在宅が ん医療総合診療料及び歯科訪問診療 料】

[施設基準告示]

- ーの五の三 在宅患者訪問診療料 (I)の注13(在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)の注6の規定により準用する 場合を含む。)、在宅がん医療総合 診療料の注8及び歯科訪問診療料 の注20に規定する別に厚生労働大 臣が定める施設基準
 - (1) <u>在宅医療DX情報活用加算 1</u>の施設基準
 - イ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和五十一年厚生省令第三十六号)第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っているこ

(新設)

(新設)

【在宅患者訪問診療料(I)、在宅が ん医療総合診療料及び歯科訪問診療 料】

[施設基準告示]

- ーの五の三 在宅患者訪問診療料 (I)の注13 (在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)の注6の規定により準用する 場合を含む。)、在宅がん医療総合 診療料の注8及び歯科訪問診療料 の注20に規定する別に厚生労働大 臣が定める施設基準
 - (1) 療養の給付及び公費負担医療 に関する費用の請求に関する命 令(昭和五十一年厚生省令第三十 六号)第一条に規定する電子情報 処理組織の使用による請求を行 っていること。

ہ ط

- <u>ロ</u> 健康保険法第三条第十三項 に規定する電子資格確認を行 う体制を有していること。
- <u>ハ</u> 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。
- 二 電磁的方法により診療情報 を共有し、活用する体制を有 していること。
- ホ 医療 D X 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- へ ホの掲示事項について、原 則として、ウェブサイトに掲 載していること。
- (2) <u>在宅医療DX情報活用加算2</u>の施設基準

(1)のイ、ロ及び二からへまで に掲げる施設基準を満たすもの であること。

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

[施設基準通知]

第14の5 在宅医療DX情報活用加

- (2) <u>健康保険法第三条第十三項に</u> <u>規定する電子資格確認を行う体</u> 制を有していること。
- (3) 電磁的記録をもって作成され た処方箋を発行する体制を有し ていること。
- (4) <u>電磁的方法により診療情報を</u> 共有し、活用する体制を有して いること。
 - (5) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (6) (5) の掲示事項について、原則 として、ウェブサイトに掲載し ていること。

[施設基準通知]

第14の5 在宅医療DX情報活用加

算

- 1 在宅医療 D X 情報活用加算 <u>1</u>に 関する施設基準
 - (1)~(3) (略)
 - (4) 「電子処方箋管理サービスの 運用について」(令和4年10月28 日付け薬生発1028第1号医政発 1028第1号保発1028第1号厚生 労働省医薬・生活衛生局長・医政 局長・保険局長通知。)に基づき、 電子処方箋管理サービスに処方 情報を登録できる体制(原則とし て院外処方を行う場合には電子 処方箋又は引換番号が印字され た紙の処方箋を発行すること)を 有していること。
 - (5)~(7) (略)
- 2 <u>在宅医療 D X 情報活用加算 2 に</u> 関する施設基準
 - (1) 1 の (1) から (3) まで及び (5) から (7) まで ((6) のウの電子処方 **1** 変に係る事項を除く。) の基準を 満たすこと。
- 3 届出に関する事項
 - (1) (略)
 - (2) 1の(5)については令和7年 9月30日までの間に限り、<u>当該</u>基 準を満たしているものとみなす。

(3) • (4) (略)

算

- 1 在宅医療 D X 情報活用加算に関する施設基準
 - (1)~(3) (略)
 - (4) 「電子処方箋管理サービスの 運用について」(令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発 1028第1号保発1028第1号厚生 労働省医薬・生活衛生局長・医政 局長・保険局長通知。) <u>に基づく</u> 電子処方箋により処方箋を発行 できる体制を有していること。

(5)~(7) (略)

(新設)

- 2 届出に関する事項
 - (1) (略)
 - (2) <u>1の(4)については、令和7年3月31日までの間に限り、</u>1の(5)については令和7年9月30日までの間に限り、<u>それぞれの</u>基準を満たしているものとみなす。
 - (3) (4) (略)
- 3. 薬局については、令和7年3月31日までに多くの薬局で電子処方箋の導入が見込まれていること、紙の処方箋も含めた調剤情報を登録する手間を評価する観点から経過措置を終了し、電子処方箋を導入した薬局を基本とした評価とする。

改定案	現行
【調剤基本料】	【調剤基本料】
[算定要件]	[算定要件]
注 13 医療DX推進に係る体制として別	注 13 医療DX推進に係る体制として別
に厚生労働大臣が定める施設基準	に厚生労働大臣が定める施設基準
に適合しているものとして地方厚生	に適合しているものとして地方厚生
局長等に届け出た保険薬局(注2	局長等に届け出た保険薬局(注2

に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。)において調剤を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算

1 10点

ロ 医療 D X 推進体制整備加算

8点

ハ 医療 D X 推進体制整備加算

6点

[施設基準告示]

- 五の四 医療DX推進体制整備加算の 施設基準
 - (1) 医療DX推進体制整備加算1の 施設基準

イ~ハ (略)

二 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制及び調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。

ホ~ヌ (略)

(2) • (3) (略)

[施設基準通知]

第95の2 医療DX推進体制整備加算

- 1 医療 D X 推進体制整備加算 1 に 関する施設基準
 - (1)~(3) (略)
 - (4) 「電子処方箋管理サービスの 運用について」に基づく電子処方 箋(以下「電子処方箋」という。) を受け付け、当該電子処方箋により調剤する体制を有するととも に、紙の処方箋を受け付け、調剤 した場合を含めて、原則として、 全てにつき調剤結果を速やかに 電子処方箋管理サービスに登録 すること。

に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。)において調剤を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算 1

7点

ロ 医療DX推進体制整備加算

6点

ハ 医療DX推進体制整備加算

3

4点

[施設基準告示]

- 五の四 医療DX推進体制整備加算の 施設基準
 - (1) 医療DX推進体制整備加算1の 施設基準

イ~ハ (略)

二 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。

ホ~ヌ (略)

(2) • (3) (略)

[施設基準通知]

第95の2 医療DX推進体制整備加算

- 1 医療 D X 推進体制整備加算 1 に 関する施設基準
 - (1)~(3) (略)
 - (4) 「電子処方箋管理サービスの 運用について」に基づく電子処方 箋(以下「電子処方箋」という。) により調剤する体制を<u>有してい</u> ること。

- (5)•(6) (略)
- (7) 医療DX推進体制整備加算1を 算定する月の3月前のレセプト件 数ベースマイナ保険証利用率(同 月におけるマイナ保険証利用者数 を、同月の患者数で除した割合で あって、社会保険診療報酬支払基 金から報告されるものをいう。以下 同じ。)が、45%以上であること。

(削る)

- (8) (7)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- (9) 医療DX推進の体制に関する 事項及び質の高い医療を提供す るための十分な情報を取得し、及 び活用して調剤を行うことにつ いて、当該保険薬局の見やすい場 所に掲示していること。具体的に は次に掲げる事項を掲示してい ること。

(イ)~(ハ) (略)

- (10) (9)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険薬局については、この限りではない。

(5)•(6) (略)

- (7) 医療DX推進体制整備加算1を 算定する月の3月前のレセプト件 数ベースマイナ保険証利用率(同 月におけるマイナ保険証利用者数 を、同月の患者数で除した割合で あって、社会保険診療報酬支払基 金から報告されるものをいう。以下 同じ。)が、令和6年10月1日から同 年12月31日までの間においては 15%以上であること。
- (8) (7)について、令和7年1月1 日以降においては、「15%」とあ るのは「30%」とすること。
- (9) (7)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- (10) 医療 D X 推進の体制に関する事項及び質の高い医療を提供するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。

(イ)~(ハ) (略)

- (11) (10) の掲示事項について、原 則として、ウェブサイトに掲載してい ること。ただし、ホームページ等を 有しない保険薬局については、こ の限りではない。
- (12) 最新の厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照し、また、「「薬局におけるサイクリティ対策チェックで、薬局におけて、薬局におけるサイクリティが、カーセキュリティ対策のサイクリティンで、第日で、事について」(令和5年10月13日付け医政参発1013第1号医政

局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官・医薬局総務課長通知)の別添1、別添2及び別添4を活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。

- (12) マイナポータルの医療情報 等に基づき、患者からの健康管 理に係る相談に応じる体制を有 していること。
- 2 医療 D X 推進体制整備加算 2 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(6)まで及び<u>(9)</u> から<u>(12)</u>までの基準を満たすこ と。
 - (2) 医療 D X 推進体制整備加算 2 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、30%以上であること。

(削る)

- (3) (2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 3 医療 D X 推進体制整備加算 3 に 関する施設基準
 - (1) 1 の (1) から (6) まで及び <u>(9)</u> から <u>(11)</u>までの基準を満たすこ と。
 - (2) 医療 D X 推進体制整備加算<u>3</u> を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>15%</u>以上であること。

局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官・医薬局総務課長通知)の別添1、別添2及び別添4を活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。

- (13) マイナポータルの医療情報 等に基づき、患者からの健康管 理に係る相談に応じる体制を有 していること。
- 2 医療 D X 推進体制整備加算 2 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(6)まで及び<u>(10)</u> から<u>(13)</u>までの基準を満たすこ と。
 - (2) 医療DX推進体制整備加算2 を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用 率が、令和6年10月1日から同年 12月31日までの間においては 10%以上であること。
 - (3) (2)について、令和7年1月 1日以降においては、「10%」 とあるのは「20%」とするこ と。
 - (4) (2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 3 医療 D X 推進体制整備加算 3 に 関する施設基準
 - (1) 1の(1)から(6)まで及び<u>(10)</u> から<u>(12)</u>までの基準を満たすこ と。
 - (2) 医療DX推進体制整備加算を 算定する月の3月前のレセプト 件数ベースマイナ保険証利用率 が、令和6年10月1日から同年12 月31日までの間においては5% 以上であること。
 - (3) (2)について、令和7年1月

(削る)

- (3) (2)について、医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 4 届出に関する事項
 - (1) (略)
 - (2) 1の(6)については令和7年 9月30日までの間に限り、<u>当該</u> 基準を満たしているものとみな す。
 - (3) 医療 D X 推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(7)、(8)及び(12)、2の(1)のうち1の(12)に係る基準及び2の(2)及び(3)がでは、3)並びに3の(2)及び(3)については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はないこと。
 - (4) (略)
 - (5) 1の(8)については、令和7年 5月31日までの間に限り、当該基 準を満たしているものとみなす。 (削る)

- 1日以降においては、「5%」 とあるのは「10%」とするこ と。
- (4) (2)について、医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- 4 届出に関する事項
 - (1) (略)
 - (2) <u>1の(4)については、令和7</u> <u>年3月31日までの間に限り、</u>1 の(6)については令和7年9月30 日までの間に限り、<u>それぞれの</u> 基準を満たしているものとみな す。
 - (3) 医療 D X 推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(7)から(9)まで及び(13)、2の(1)のうち1の(13)に係る基準及び2の(2)から(4)まで並びに3の(2)から(4)までについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はないこと。
 - (4) (略)
 - (5) 1の<u>(9)</u>については、令和7年 5月31日までの間に限り、当該基 準を満たしているものとみなす。
 - (6) 医療DX推進体制整備加算の 施設基準のうち、レセプト件数ベ ースマイナ保険証利用率の基準 については、令和6年10月1日か ら令和7年1月31日までの間に 限り、レセプト件数ベースマイナ 保険証利用率に代えて、医療DX 推進体制整備加算を算定する月 の2月前のオンライン資格確認 件数ベースマイナ保険証利用率 (同月におけるマイナ保険証利用率 しよる資格確認件数を同月のオン ライン資格確認等システムの利 用件数で除した割合であって、社 会保険診療報酬支払基金から報

	告されるものをいう。以下同じ。)
	<u>を用いることができる。</u>
(削る)	(7) (6)について、医療DX推進体
	制整備加算を算定する月の2月
	前のオンライン資格確認件数べ
	<u>ースマイナ保険証利用率に代え</u>
	て、その前月又は前々月のオンラ
	<u>イン資格確認件数ベースマイナ</u>
	保険証利用率を用いることがで
	<u>きる。</u>

[適用日] 令和7年4月1日から適用する。

(調剤) 10点

加

算

医

療

加

算

令和6年10月 ~ 令和7年3月

医療DX推進体制整備加算1

11点 9点

医療DX推進体制整備加算1(歯科) 医療DX推進体制整備加算1(調剤) 7点

(※) 初診時に所定点数を加算

「施設基準(医科医療機関)](要旨)

(4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)

医療DX推進体制整備加算2

10点

医療DX推進体制整備加算2(歯科) 8点 医療DX推進体制整備加算2(調剤) 6点

[施設基準(医科医療機関)] (要旨)

(4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)

医療DX推進体制整備加算3

8点 6点

医療DX推進体制整備加算3(歯科) 医療DX推進体制整備加算3(調剤) 4点

「施設基準 (医科医療機関)] (要旨)

(4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)

令和7年4月 ~

医療DX推進体制整備加算1(医科)12点 (歯科)11点 医療DX推進体制整備加算2(医科)11点

(歯科)10点 (調剤) 8点 (調剤) 6点 医療DX推進体制整備加算3 (医科) 10点 (歯科) 8点

「施設基準(医科医療機関)」(要旨)

(4) 電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制(原則として院外処方を行う場 合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること)を有してい ること。

医療DX推進体制整備加算4(医科)10点 (歯科) 9点 医療DX推進体制整備加算 5 (医科) 9点 8点 (歯科) 医療DX推進体制整備加算 6 (医科) 8点 6点 (歯科)

[施設基準(医科医療機関)] (要旨)

(※) 電子処方箋要件なし

	マイナ保険証利用率	(注)利用率は通知で規	定
適用時期	令和6年10~12月	令和7年1~3月	令和7年4~9月
利用率実績	令和6年7月~	令和6年10月~	令和7年1月~ ^{※2}
加算1・4	15%	30%	45%
加算2・5	10%	20%	30%
加算3・6	5 %	10%	15% [*] ¹

- ※1 小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日ま で)の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から 同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とする。
- ※2 適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。
- ※3 令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年7月を目途に検討、設定。

令和6年6月 ~ 令和7年3月

在宅医療DX情報活用加算(※) 10点

在宅医療DX情報活用加算(歯科訪問診療料) 8点 (※) 在宅患者訪問診療料(I)の1、在宅患者訪 問診療料(Ⅰ)の2、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)及 び在宅がん医療総合診療料を算定する患者が対象 「施設基準(医科医療機関)」(要旨)

(4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)

令和7年4月 ~

在宅医療DX情報活用加算1(医科)11点 (歯科訪問診療料)9点

「施設基準(医科医療機関)」(要旨)

(4) 電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制(原則として院外処方を行う場 合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること)を有してい ること。

在宅医療DX情報活用加算2(医科) 9点 (歯科訪問診療料)8点

「施設基準(医科医療機関)] (要旨)

(※) 電子処方箋要件なし

中医協 総 - 9 - 1 7 . 1 . 2 9

令和7年1月29日

厚生労働大臣

福岡 資麿 殿

中央社会保険医療協議会 会 長 小塩 隆士

答 申 書

(入院時の食費基準額の取扱い、口腔機能指導加算及び歯科技工士連携 加算の取扱い並びに特定薬剤管理指導加算の取扱いについて)

令和7年1月15日付け厚生労働省発保0115第1号をもって諮問の あった件について、別紙1から3までの改正案を答申する。

別紙1 入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準 【令和七年四月一日施行】

改正後	改 正 前
別表	別表
食事療養及び生活療養の費用額算定表	食事療養及び生活療養の費用額算定表
第一 食事療養	第一 食事療養
1 入院時食事療養(I) (1食につき)	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 690円	(1) (2)以外の食事療養を行う場合 <u>670円</u>
(2) 流動食のみを提供する場合 625円	(2) 流動食のみを提供する場合 <u>605円</u>
注(略)	注 (略)
2 入院時食事療養(1) (1食につき)	2 入院時食事療養(1) (1食につき)
(1) (2)以外の食事療養を行う場合 556円	(1) (2)以外の食事療養を行う場合 <u>536円</u>
(2) 流動食のみを提供する場合 <u>510</u> P	(2) 流動食のみを提供する場合 <u>490円</u>
注(略)	注 (略)
第二 生活療養	第二 生活療養
1 入院時生活療養(1)	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	(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	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)	以下「食事の提供たる療養」という。)(1食につき)
イ ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 604円	イ ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 <u>584円</u>
ロ 流動食のみを提供する場合 550円	<u>ロ</u> 流動食のみを提供する場合 <u>530円</u>
(2) (略)	(2) (路)
注(略)	注 (略)
2 入院時生活療養(Ⅱ)	2 入院時生活療養(Ⅱ)
(1) 食事の提供たる療養 (1食につき) <u>470</u> P	(1) 食事の提供たる療養(1食につき) <u>450円</u>
(2) (略)	(2) (路)
注(略)	注 (略)

改 Æ 後 正 改 前 別表第二 別表第二 歯科診療報酬点数表 歯科診療報酬点数表 「目次】 [目次] (略) (略) 第1章 (略) 第1章 (略) 第2章 特掲診療料 第2章 特揭診療料 第1部 医学管理等 第1部 医学管理等 区分 区分 B000~B001 (略) $B000\sim B001$ (略) B001-2 歯科衛生実地指導料 B 0 0 1 - 2 歯科衛生実地指導料 1 • 2 (略) 1 • 2 (略) 注1 • 2 (略) 注1・2 (略) 3 1及び2について、口腔機能の発達不全を 3 1及び2について、口腔機能の発達不全を くう 有する患者又は口腔機能の低下を来している 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 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又は注2に規定する実地指 歯科衛生士が、注1又は注2に規定する実地指 くう 導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合 くう 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、12点を所定点 は、口腔機能指導加算として、10点を所定点 数に加算する。 数に加算する。 4·5 (略) 4·5 (略) $B 0 0 1 - 3 \sim B 0 1 8$ (略) $B 0 0 1 - 3 \sim B 0 1 8$ (略) 第2部~第11部 (略) 第2部~第11部 (略)

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

(略)

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

区分

(歯冠修復及び欠損補綴診療料)

 $M \ 0 \ 0 \ 0 \sim M \ 0 \ 0 \ 2 - 2$ (8)

M003 印象採得

 $1 \sim 3$ (略)

注1 1について、別に厚生労働大臣が定める施設 基準に適合してい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、区分番号M 011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M 011-2に掲げるレジン前装チタン冠又は区 分番号M015-2に掲げる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、60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

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

(略)

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

区分

(歯冠修復及び欠損補綴診療料)

 $M000\sim M002-2$ (略)

M003 印象採得

 $1 \sim 3$ (略)

注1 1について、別に厚生労働大臣が定める施設 基準に適合してい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、区分番号M 011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M 011-2に掲げるレジン前装チタン冠又は区 分番号M015-2に掲げる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 基準に適合してい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、区分番号M 011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M 011-2に掲げるレジン前装チタン冠又は区 分番号M015-2に掲げる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、80 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。

 $3 \sim 5$ (略)

 $M003-2\sim M005-2$ (略)

M006 咬合採得

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 基準に適合してい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、区分番号M 011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M 011-2に掲げるレジン前装チタン冠又は区 分番号M 0 1 5 — 2 に掲げる C A D / C A M 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。

 $3 \sim 5$ (略)

 $M003-2\sim M005-2$ (略)

M006 咬合採得

- 注1 2のイ(2)並びにロ(2)及び(3)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合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咬合状態の確認等を行い、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、60点を所定点数に加算する。
 - 2 2のイ(2)並びにロ(2)及び(3)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合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咬合状態の確認等を行い、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、80点を所定点数に加算する。

1 • 2 (略)

- 注1 2のイ(2)並びに口(2)及び(3)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合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咬合状態の確認等を行い、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。
 - 2 2のイ(2)並びにロ(2)及び(3)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合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咬合状態の確認等を行い、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。

 $3 \sim 5$ (略)

 $3\sim5$ (略)

M007 仮床試適(1床につき)

$1 \sim 4$ (略)

- 注1 2及び3について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で床の適合状況の確認等を行い、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、60点を所定点数に加算する
 - 2 2及び3について、別に厚生労働大臣が定め る施設基準に適合してい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、有床 義歯等を製作することを目的として、仮床試適 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床の適合状況の確認 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、80点を所定

M007 仮床試適(1床につき)

$1 \sim 4$ (略)

- 注1 2及び3について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で床の適合状況の確認等を行い、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
 - 2 2及び3について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて床の適合状況の確認等を行い、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。 3 ~ 5 (略) M 0 0 8 ~ M 0 4 1 (略) 第 2 節・第 3 節 (略) 第 13 部 ~ 第 15 部 (略) 点数に加算する。 3 ~ 5 (略) M 0 0 8 ~ M 0 4 1 (略) 第 2 節・第 3 節 (略) 第 13 部 ~ 第 15 部 (略)

改 正 後	改 正 前
別表第三	別表第三
調剤報酬点数表	調剤報酬点数表
[目次]	[目次]
(略)	(略)
通則	通則
(略)	(略)
第1節 (略)	第1節 (略)
第2節 薬学管理料	第2節 薬学管理料
区分	区分
10・10の2 (略)	10・10の2 (略)
10の3 服薬管理指導料	10の3 服薬管理指導料
$1 \sim 4$ (略)	$1 \sim 4$ (略)
注1~6 (略)	注 1 ~ 6 (略)
7 調剤を行う医薬品を患者が選択するために必	7 調剤を行う医薬品を患者が選択するために必
要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場	要な説明及び指導を行ったイ又は口に掲げる場
合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者	合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者
1人につき当該品目に関して最初に処方された	1人につき当該品目に関して最初に処方された
1回に限り、 <u>次に掲げる点数をそれぞれ</u> 所定点	1回に限り、 <u>5点を</u> 所定点数に加算する。
数に加算する。	
イ 特に安全性に関する説明が必要な場合とし	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	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	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	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 5点	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	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 <u>10点</u>	要な患者に説明及び指導を行った場合

8~15 (略)

 $1.1 \sim 1.3$ (略)

13の2 かかりつけ薬剤師指導料

76点

注1~4 (略)

5 調剤を行う医薬品を患者が選択するために必 要な説明及び指導を行ったイ又は口に掲げる場 合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者 1人につき当該品目に関して最初に処方された 1回に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点 数に加算する。

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 10点

 $6 \sim 10$ (略)

 $1303\sim19$ (略)

第3節~第5節 (略) 8~15 (略)

 $1.1 \sim 1.3$ (略)

13の2 かかりつけ薬剤師指導料

76点

注1~4 (略)

5 調剤を行う医薬品を患者が選択するために必 要な説明及び指導を行ったイ又は口に掲げる場 合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者 1人につき当該品目に関して最初に処方された 1回に限り、5点を所定点数に加算する。

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

 $1303\sim19$ (略)

第3節~第5節 (略)

 $6 \sim 10$ (略)

中医協 総 - 9 - 2 7 . 1 . 2 9

令和7年1月29日

厚生労働大臣

福岡 資麿 殿

中央社会保険医療協議会 会長 小塩 隆士

答 申 書

(医療DXに係る診療報酬上の評価の取扱いについて)

令和7年1月29日付け厚生労働省発保0129第22号をもって諮問のあった件について、別紙1から3までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

答申書附帯意見

- 1 医療DX推進体制整備加算に係る令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件の設定に当たっては、マイナ保険証利用率の更なる向上に向け、本年7月頃を目途に、マイナ保険証の利用状況、保険医療機関・保険薬局における利用促進に関する取組状況等、実態を十分に勘案した上で検討、設定すること。
- 2 電子処方箋については、令和7年度夏を目途に見直しを行うこととされている電子処方箋に関する新たな目標の達成等に資するよう、その評価の在り方及び実効的な措置について、次期診療報酬改定に向けて検討すること。

改 正 後	改 正 前
】	別表第一
医科診療報酬点数表	医科診療報酬点数表
[目次]	[目次]
(略)	(略)
第1章 基本診療料	第1章 基本診療料
第1部初・再診料	第1部の初・再診料
通則	通則
(略)	(略)
第1節 初診料	第1節 初診料
区分	区分
A O O O 初診料 291点	A000 初診料 291点
注 1 ~15 (略)	注 1 ~15 (略)
16 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働	16 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働
大臣が定める施設基準に適合しているものとし	大臣が定める施設基準に適合しているものとし
て地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受	て地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受
診した患者に対して初診を行った場合は、医療	診した患者に対して初診を行った場合は、医療
DX推進体制整備加算として、月1回に限り、	DX推進体制整備加算として、月1回に限り、
当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を	当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を
それぞれ所定点数に加算する。	それぞれ所定点数に加算する。
イ 医療DX推進体制整備加算1 12点	イ 医療DX推進体制整備加算1 11点
口 医療DX推進体制整備加算 2 <u>11点</u>	口 医療DX推進体制整備加算 2 <u>10点</u>
ハ 医療DX推進体制整備加算3 10点	ハ 医療DX推進体制整備加算3 8点
<u>二</u> 医療DX推進体制整備加算 4 10点	(新設)
<u>ホ</u> 医療DX推進体制整備加算 5 9 点	(新設)
<u>◇ 医療DX推進体制整備加算6</u> 8点	(新設)

第2節 (略)

第2部 (略)

第2章 特揭診療料

第1部 (略)

第2部 在宅医療

通則

(略)

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000 (略)

C001 在宅患者訪問診療料(I)(1日につき)

1 • 2 (略)

注1~12 (略)

13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し てい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、健康保険法第3条第13項 に規定する電子資格確認等により得られる情報 を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して 診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加 算として、月1回に限り、当該基準に係る区分 に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に 加算する。ただし、区分番号A000に掲げる 初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診 料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外 来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取 得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注 16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分 番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料 の注8に規定する在宅医療DX情報活用加算又 は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護 | 第2節 (略)

第2部 (略)

第2章 特揭診療料

第1部 (略)

第2部 在宅医療

通則

(略)

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000 (略)

C 0 0 1 在宅患者訪問診療料□ (1日につき)

1 • 2 (略)

注 1~12 (略)

13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し てい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、健康保険法第3条第13項 に規定する電子資格確認等により得られる情報 を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して 診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加 算として、月1回に限り10点を所定点数に加算 する。ただし、区分番号A000に掲げる初診 料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の 注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診 療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加 算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に 規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号 COO3に掲げる在宅がん医療総合診療料の注 8に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区 分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指 導料の注17 (区分番号C005-1-2の注6 ・指導料の注17(区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。)若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

イ 在宅医療DX情報活用加算1

<u>11点</u> 9点

口 在宅医療DX情報活用加算 2

 $C \ 0 \ 0 \ 1 - 2 \sim C \ 0 \ 0 \ 2 - 2$ (8)

C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)

1 • 2 (略)

注1~7 (略)

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し てい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、健康保険法第3条第13項 に規定する電子資格確認等により得られる情報 を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して 診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加 算として、月1回に限り、当該基準に係る区分 に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に 加算する。ただし、区分番号A000に掲げる 初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診 料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外 来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取 得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注 16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分 番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料 []の 注13 (区分番号C001-2の注6の規定によ り準用する場合を含む。) に規定する在宅医療 DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げ の規定により準用する場合を含む。) 若しくは 区分番号 I O 1 2 に掲げる精神科訪問看護・指 導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療 D X情報活用加算を算定した月は、在宅医療 D X 情報活用加算は算定できない。

(新設)

(新設)

 $C \ 0 \ 0 \ 1 - 2 \sim C \ 0 \ 0 \ 2 - 2$ (8)

C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)

1 • 2 (略)

注1~7 (略)

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し てい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、健康保険法第3条第13項 に規定する電子資格確認等により得られる情報 を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して 診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加 算として、月1回に限り10点を所定点数に加算 する。ただし、区分番号AOOOに掲げる初診 料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の 注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診 療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加 算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に 規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号 C 0 0 1 に掲げる在宅患者訪問診療料 [] の注13 (区分番号C001-2の注6の規定により準 用する場合を含む。)に規定する在宅医療DX 情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在 宅患者訪問看護・指導料の注17(区分番号С0 る在宅患者訪問看護・指導料の注17(区分番号 C005-1-2の注6の規定により準用する 場合を含む。)若しくは区分番号 I 0 1 2 に掲 げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ 規定する訪問看護医療 D X 情報活用加算を算定 した月は、在宅医療 D X 情報活用加算は算定で きない。

イ 在宅医療DX情報活用加算1

11点

口 <u>在宅医療DX</u>情報活用加算 2

9点

9 (略)

 $C004\sim C015$ (略)

第2節~第4節 (略)

第3部~第14部 (略)

第3章・第4章 (略)

05-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。)若しくは区分番号 I 0 1 2 に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療D X 情報活用加算を算定した月は、在宅医療D X 情報活用加算は算定できない。

(新設)

(新設)

9 (略)

 $C004\sim C015$ (略)

第2~第4節 (略)

第3部~第14部 (略)

第3章・第4章 (略)

改正後	改 正 前
別表第二	別表第二
歯科診療報酬点数表	歯科診療報酬点数表
[目次]	[目次]
(略)	(略)
第1章 基本診療料	第1章 基本診療料
第1部の初・再診料	第1部 初・再診料
通則	通則
(略)	(略)
第1節 初診料	第1節 初診料
区分	区分
A000 初診料	A000 初診料
1 • 2 (略)	1 ・ 2 (略)
注 1 ~14 (略)	注 1 ~14 (略)
15 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働	15 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働
大臣が定める施設基準に適合しているものとし	大臣が定める施設基準に適合しているものとし
て地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施し	て地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施し
ている保険医療機関を受診した患者に対して初	ている保険医療機関を受診した患者に対して初
診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算	診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算
として、月1回に限り、当該基準に係る区分に	として、月1回に限り、当該基準に係る区分に
従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加	従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加
算する。	算する。
イ 医療DX推進体制整備加算1 11点	イ 医療DX推進体制整備加算1 9点
口 医療DX推進体制整備加算 2 <u>10点</u>	口 医療DX推進体制整備加算 2 <u>8 点</u>
ハ 医療DX推進体制整備加算3 8点	ハ 医療DX推進体制整備加算3 6点
<u>二 医療DX推進体制整備加算 4</u> <u>9 点</u>	(新設)

本 医療DX推進体制整備加算 5

~ 医療DX推進体制整備加算 6

8点

6点

16 (略)

A001 (略)

第2節 (略)

第2部 (略)

第2章 特揭診療料

第1部 (略)

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料(1日につき)

 $1 \sim 5$ (略)

注1~19 (略)

20 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学的管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注14若しくは区分番号A000に掲げる初診料の注14若しくれぞれ規定する医療情報取得加算又は区分番号A000に掲げる初診料の注15に規定する医療DX推進体制整備加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

<u>イ</u> 在宅医療DX情報活用加算 1

9点

口 在宅医療DX情報活用加算2

8点

(新設)

(新設)

16 (略)

A 0 0 1 (略)

第2節 (略)

第2部 (略)

第2章 特揭診療料

第1部 (略)

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料(1日につき)

 $1 \sim 5$ (略)

注 1~19 (略)

20 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学的管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注14若しくは区分番号A000に掲げる初診料の注11にそれぞれ規定する医療情報取得加算又は区分番号A00に掲げる初診料の注15に規定する医療DX情報活用加算な算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

(新設)

(新設)

 C001~C008
 (略)

 第3部~第15部
 (略)

 第3部~第15部
 (略)

改 正 後	改 正 前
別表第三	別表第三
調剤報酬点数表	調剤報酬点数表
[目次]	[目次]
(略)	(略)
通則	通則
(略)	(略)
第1節 調剤技術料	第1節 調剤技術料
区分	区分
00 調剤基本料(処方箋の受付1回につき)	00 調剤基本料(処方箋の受付1回につき)
$1 \sim 4$ (略)	$1 \sim 4$ (略)
注 1~12 (略)	注 1~12 (略)
13 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働	13 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働
大臣が定める施設基準に適合しているものとし	大臣が定める施設基準に適合しているものとし
て地方厚生局長等に届け出た保険薬局(注2に	て地方厚生局長等に届け出た保険薬局(注2に
規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を	規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を
除く。)において調剤を行った場合は、医療D	除く。)において調剤を行った場合は、医療D
X推進体制整備加算として、月1回に限り、当	X推進体制整備加算として、月1回に限り、当
該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそ	該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそ
れぞれ所定点数に加算する。	れぞれ所定点数に加算する。
イ 医療DX推進体制整備加算1 10点	イ 医療DX推進体制整備加算1
ロ 医療DX推進体制整備加算 2 <u>8 点</u>	ロ 医療DX推進体制整備加算 2 <u>6 点</u>
ハ 医療DX推進体制整備加算 3 <u>6 点</u>	ハ 医療DX推進体制整備加算 3 <u>4 点</u>
0 1 (略)	0 1 (略)
第2節~第5節 (略)	第2節~第5節 (略)