

中央社会保険医療協議会 総会（第 631 回）議事次第

令和 7 年 11 月 28 日（金）
消費税分科会終了後～

議 題

- 診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」からの報告について
- 調剤について（その 2）
- 個別事項について（その 10）人口・医療資源の少ない地域、救急医療、業務の簡素化

控除対象外消費税の診療報酬による 補てん状況の把握 〈令和7年度〉

診療報酬による消費税補てん状況の把握について（案）

- 前回（令和5年度）に実施した方法に倣って、以下のとおり実施することとしてはどうか。

1. 目的

令和元年に行われた、消費税率10%への引上げに伴う診療報酬による補てん（5%～10%部分）について、令和5年度、令和6年度の状況を把握する。

（※）薬価・特定保険医療材料は、税抜きの世界実勢価格に消費税を上乗せし、個々の薬価等に反映されているため、対象としない。

2. 補てん状況の把握方法について

○ 対象医療機関

現在実施中の第25回医療経済実態調査（医療機関等調査）の調査対象となっている医療機関等を対象とする。

○ 使用するデータ

個々の医療機関等について、収入のうち令和元年診療報酬改定により診療報酬本体へ上乗せされている消費税分と、支出のうち課税経費の消費税相当額とを把握するため、以下のデータを使用する。

- ・ 収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分については、レセプト情報・特定健診等情報データベースから抽出した算定回数等のデータを使用する。（令和5年度・6年度分のデータを収集）
- ・ 支出のうち課税経費の消費税相当額については、第25回医療経済実態調査のデータを使用する。（各医療機関における、直近の事業年度（令和5年度・6年度）のデータを収集）

3. 補てん状況の把握のための収入と支出の対比について

個々の医療機関における補てん状況を推計し、医療経済実態調査の損益状況の集計区分と同様に、開設者別、病院機能別、入院基本料別に区分して比較する。

4. 報告時期

令和7年12月を目途として報告する。

【論点】

- ・ 令和元年に行われた消費税率10%への引上げ以降、消費税率は変わっていない一方、診療報酬改定を重ねてきていること、収支双方に新型コロナウイルスによる影響を受けていること、近時は物価の上昇により課税経費が増加していること等も踏まえて、補てんの在り方の議論に資するよう、補てん状況をどのように評価するか。

(参考) 補てん状況把握のイメージ

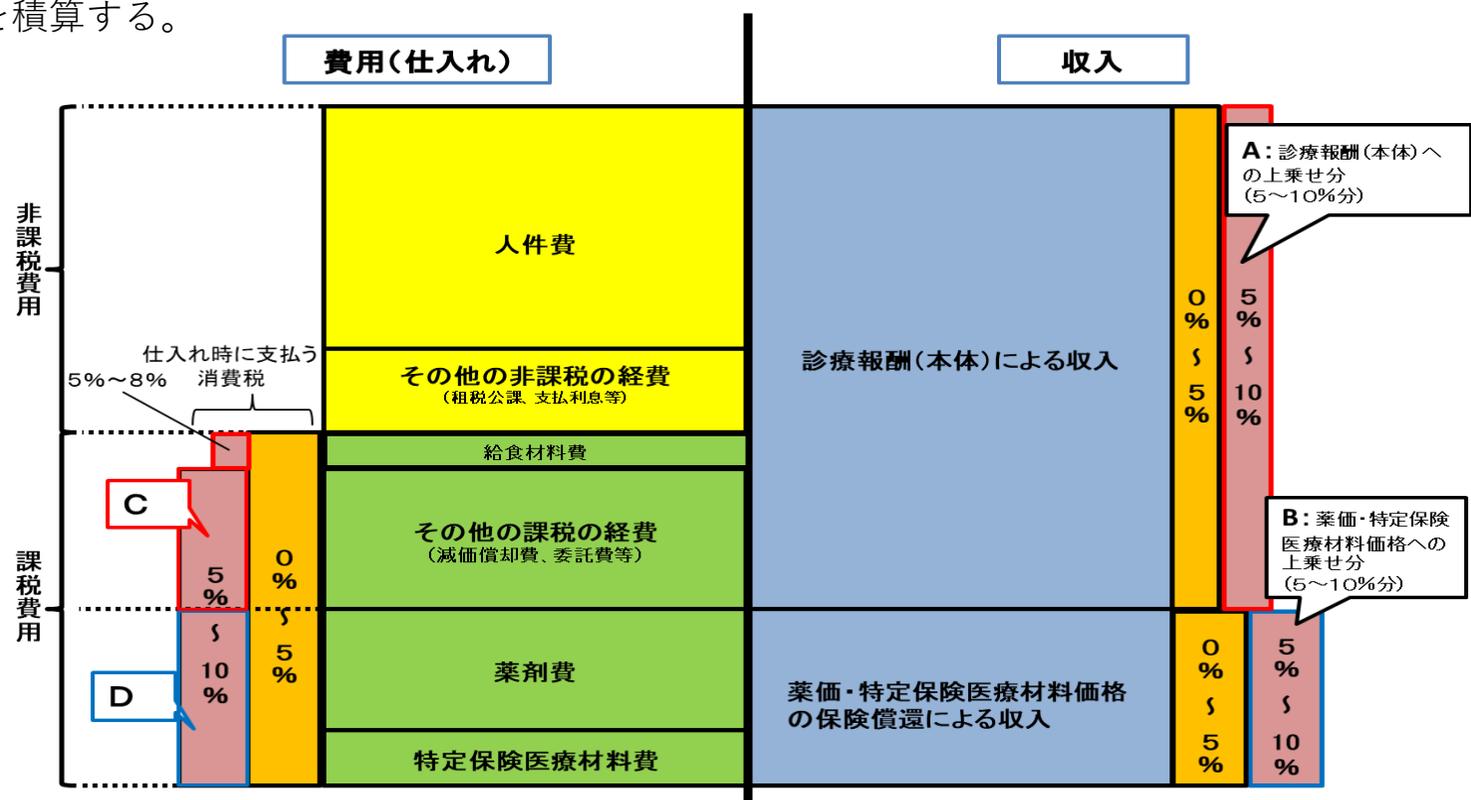
○ 収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分（下図のAの部分）と、支出のうち課税経費の消費税相当額（下図のCの部分）とを比較し、補てん状況を把握する。

・ **収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分（Aの部分）**

消費税10%引上げに伴い上乗せした各診療項目（初・再診料、入院料等）の点数に、レセプト情報・特定健診等情報データベースから抽出した算定回数に乗じて積算する。

・ **支出のうち課税経費の消費税相当額（Cの部分）**

第24回医療経済実態調査のデータより、個々の医療機関等の課税経費額を推計し、「その他の課税の経費」の消費税5%分を積算する。



補てん状況の把握方法 ①

(支出)

- 第25回医療経済実態調査（医療機関等調査）に回答した医療機関等を対象として、各医療機関等の同調査の令和5年度、令和6年度の課税経費（消費税5～10%部分）を使用。

(収入)

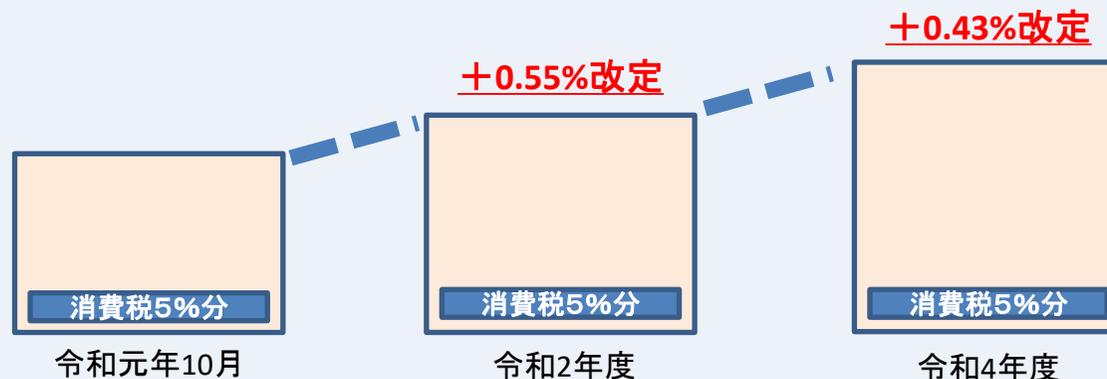
- レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）により、上記の各医療機関等の令和5年4月から令和6年3月、令和6年4月から令和7年3月の消費税上乗せ項目の算定回数を抽出し、各項目の消費税上乗せ点数（消費税5～10%部分）を乗じて、年間の消費税上乗せ分の合計を算出。
 - ・ 令和6年度改定により改正されている項目は、改定前の同様の項目と同程度の上乗せ点数が含まれているものとしている。
 - ・ 特定入院料等のうち包括入院料については、薬剤費の消費税上乗せ分相当の点数も含まれるため、報酬本体の消費税上乗せ分相当として今回用いる点数は、各包括入院料の上乗せ分相当の点数全体から、薬剤費の消費税上乗せ分相当の点数を控除したものである。
 - ・ DPC病院の包括部分については、DPC病院から厚生労働省に提出されるDPCデータを用いて、医療経済実態調査に回答したDPC病院について、包括部分の消費税上乗せ分相当の点数、医療機関別の係数、入院日数から算出している。

(その他)

- 医療機関等種別ごとの平均補てん率を算出するに当たって、病院は病院種別（一般病院、精神科病院、特定機能病院、こども病院）ごとの施設数による加重平均、一般診療所は入院診療収益の有無ごとの施設数による加重平均、歯科診療所及び保険薬局は開設者種別（法人、個人）ごとの施設数による加重平均を行っている。また、病院のうち一般病院は、開設者種別（国立、公立、公的、社保関係法人、医療法人、その他法人、個人）ごとの施設数による加重平均を行っている。
- 今回の補てん状況の把握の客体は、原則として、医療経済実態調査に回答した医療機関等（病院においては介護収益2%未満（集計1に該当）、一般診療所・歯科診療所においては青色申告を行っている施設も含む）としているが、材料費がゼロ、その他の医業・介護費用（控除対象外消費税など）がゼロ、NDBの算定回数がゼロ、医療・介護収益における社会保険診療分の割合が50%未満など、外れ値と考えられる医療機関等は対象としていない。

(留意点)

- 支出については、サンプル調査（医療経済実態調査）を基にしており、対象医療機関等が調査ごとに異なる。収入についても、当該調査に回答した医療機関等を対象にしている。
- 診療報酬による補てんについては、個々の医療機関等ごとに消費税負担が異なる状況を踏まえつつ、類型ごとに平均的な医療機関等について補てんできるよう配点しているが、改定後の時間の経過とともに、医療機関等の消費税負担の状況は変化し、また、初・再診料や入院基本料等の算定回数も変化する。
- 消費税分を上乗せした項目の一部がその後の通常改定で改定されている。
- 令和元年10月の改定後、令和2年度に+0.55%、令和4年度に+0.43%、令和6年度に+0.88%のプラス改定を行っている。



令和7年度 補てん状況把握結果① 【全体】

(1施設・1年間当たり)

| 令和6年度 | 医科全体 | 病院 | 一般診療所 | 歯科診療所 | 保険薬局 |
|------------------------------|-----------|-------------|-----------|----------|-----------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 4,564千円 | 46,397千円 | 1,359千円 | 758千円 | 617千円 |
| 5%相当負担額 (B) | 4,497千円 | 44,233千円 | 1,453千円 | 841千円 | 595千円 |
| 補てん差額 (A-B) | 66千円 | 2,164千円 | ▲ 95千円 | ▲ 83千円 | 22千円 |
| 補てん率 (A/B) | 101.5% | 104.9% | 93.5% | 90.1% | 103.7% |
| 医業・介護収益 (C) | 388,582千円 | 3,518,982千円 | 148,759千円 | 67,934千円 | 175,314千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.02% | 0.06% | ▲0.06% | ▲0.12% | 0.01% |
| 集計施設数 | (2,836) | (804) | (2032) | (465) | (1,064) |

| 令和5年度 | 医科全体 | 病院 | 一般診療所 | 歯科診療所 | 保険薬局 |
|------------------------------|-----------|-------------|-----------|----------|-----------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 4,586千円 | 45,649千円 | 1,406千円 | 761千円 | 629千円 |
| 5%相当負担額 (B) | 4,435千円 | 42,958千円 | 1,452千円 | 788千円 | 585千円 |
| 補てん差額 (A-B) | 151千円 | 2,692千円 | ▲ 46千円 | ▲ 27千円 | 44千円 |
| 補てん率 (A/B) | 103.4% | 106.3% | 96.8% | 96.6% | 107.5% |
| 医業・介護収益 (C) | 388,468千円 | 3,437,191千円 | 152,404千円 | 66,468千円 | 170,509千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.04% | 0.08% | ▲ 0.03% | ▲0.04% | 0.03% |
| 集計施設数 | (2,838) | (805) | (2033) | (464) | (1,064) |

※ 医療機関等種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。
 ※ 医業・介護収益には、新型コロナ関連補助金を含まない。(以下同様)

※ 調査年度ごとに、外れ値を除いているため集計施設数、平均病床数は必ずしも一致しない。(以下同様)

令和7年度 補てん状況把握結果②【病院】

(1施設・1年間当たり)

| 令和6年度 | 病院全体 | 一般病院 | 精神科病院 | 特定機能病院 | こども病院 |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 46,397千円 | 43,912千円 | 20,639千円 | 492,819千円 | 213,093千円 |
| 5%相当負担額 (B) | 44,233千円 | 41,636千円 | 18,816千円 | 486,811千円 | 235,860千円 |
| 補てん差額 (A-B) | 2,164千円 | 2,276千円 | 1,823千円 | 6,008千円 | ▲ 22,767千円 |
| 補てん率 (A/B) | 104.9% | 105.5% | 109.7% | 101.2% | 90.3% |
| 医業・介護収益 (C) | 3,518,982千円 | 3,347,729千円 | 1,491,550千円 | 37,232,906千円 | 15,252,158千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.06% | 0.07% | 0.12% | 0.02% | ▲0.15% |
| 集計施設数 | (804) | (580) | 133 | 68 | 23 |
| 平均病床数 | (255) | (186) | 235 | 817 | 463 |

| 令和5年度 | 病院全体 | 一般病院 | 精神科病院 | 特定機能病院 | こども病院 |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 45,649千円 | 43,002千円 | 20,952千円 | 490,119千円 | 223,428千円 |
| 5%相当負担額 (B) | 42,958千円 | 40,551千円 | 18,537千円 | 462,874千円 | 227,488千円 |
| 補てん差額 (A-B) | 2,692千円 | 2,451千円 | 2,415千円 | 27,246千円 | ▲ 4,060千円 |
| 補てん率 (A/B) | 106.3% | 106.0% | 113.0% | 105.9% | 98.2% |
| 医業・介護収益 (C) | 3,437,191千円 | 3,274,942千円 | 1,504,681千円 | 35,591,976千円 | 14,673,917千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.08% | 0.07% | 0.16% | 0.08% | ▲0.03% |
| 集計施設数 | (805) | (581) | 131 | 70 | 23 |
| 平均病床数 | (256) | (186) | 237 | 812 | 463 |

※ 病院全体、一般病院の値は、施設種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

令和7年度 補てん状況把握結果③ 【一般病院：開設主体別】

(1施設・1年間当たり)

| 令和6年度 | 一般病院全体 | 医療法人 | 国立 | 公立 | 国公立除く |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 43,912千円 | 29,905千円 | 84,146千円 | 71,274千円 | 46,529千円 |
| 5%相当負担額 (B) | 41,636千円 | 25,292千円 | 77,621千円 | 85,648千円 | 40,916千円 |
| 補てん差額 (A-B) | 2,276千円 | 4,613千円 | 6,525千円 | ▲ 14,374千円 | 5,613千円 |
| 補てん率 (A/B) | 105.5% | 118.2% | 108.4% | 83.2% | 113.7% |
| 医業・介護収益 (C) | 3,347,729千円 | 2,171,650千円 | 6,251,532千円 | 5,829,678千円 | 3,457,431千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.07% | 0.21% | 0.10% | ▲0.25% | 0.16% |
| 集計施設数 | (580) | 288 | 22 | 126 | 432 |
| 平均病床数 | (186) | 139 | 274 | 224 | 170 |

| 令和5年度 | 一般病院全体 | 医療法人 | 国立 | 公立 | 国公立除く |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 43,002千円 | 29,109千円 | 82,093千円 | 70,564千円 | 45,720千円 |
| 5%相当負担額 (B) | 40,551千円 | 24,731千円 | 73,713千円 | 83,392千円 | 39,959千円 |
| 補てん差額 (A-B) | 2,451千円 | 4,378千円 | 8,380千円 | ▲ 12,828千円 | 5,762千円 |
| 補てん率 (A/B) | 106.0% | 117.7% | 111.4% | 84.6% | 114.4% |
| 医業・介護収益 (C) | 3,274,942千円 | 2,131,540千円 | 6,060,813千円 | 5,669,780千円 | 3,382,048千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.07% | 0.21% | 0.14% | ▲0.23% | 0.17% |
| 集計施設数 | (581) | 288 | 22 | 126 | 433 |
| 平均病床数 | (186) | 138 | 274 | 224 | 170 |

※ 一般病院全体の値は、施設種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

令和7年度 補てん状況把握結果④-1 【病院うちDPC病院】

(1施設・1年間当たり)

| 令和6年度 | 一般病院 | 精神科病院 | 特定機能病院 | こども病院 |
|------------------------------|-------------|-------|--------------|--------------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 107,615千円 | — | 492,819千円 | 213,093千円 |
| 5%相当負額分 (B) | 108,523千円 | — | 486,811千円 | 235,860千円 |
| 補てん差額 (A-B) | ▲ 908千円 | — | 6,008千円 | ▲ 22,767千円 |
| 補てん率 (A/B) | 99.2% | — | 101.2% | 90.3% |
| 医業・介護収益 (C) | 8,464,649千円 | — | 37,232,906千円 | 15,252,158千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | ▲0.01% | — | 0.02% | ▲0.15% |
| 集計施設数 | 205 | — | 68 | 23 |
| 平均病床数 | 294 | — | 817 | 463 |

| 令和5年度 | 一般病院 | 精神科病院 | 特定機能病院 | こども病院 |
|------------------------------|-------------|-------|--------------|--------------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 105,582千円 | — | 490,119千円 | 223,428千円 |
| 5%相当負額分 (B) | 105,228千円 | — | 462,874千円 | 227,488千円 |
| 補てん差額 (A-B) | 354千円 | — | 27,246千円 | ▲ 4,060千円 |
| 補てん率 (A/B) | 100.3% | — | 105.9% | 98.2% |
| 医業・介護収益 (C) | 8,194,510千円 | — | 35,591,976千円 | 14,673,917千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.00% | — | 0.08% | ▲0.03% |
| 集計施設数 | 206 | — | 70 | 23 |
| 平均病床数 | 293 | — | 812 | 463 |

令和7年度 補てん状況把握結果④-2 【病院うち非DPC病院】

(1施設・1年間当たり)

| 令和6年度 | 一般病院 | 精神科病院 | 特定機能病院 | こども病院 |
|------------------------------|-------------|-------------|--------|-------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 23,657千円 | 20,639千円 | — | — |
| 5%相当負額分 (B) | 21,141千円 | 18,816千円 | — | — |
| 補てん差額 (A-B) | 2,516千円 | 1,823千円 | — | — |
| 補てん率 (A/B) | 111.9% | 109.7% | — | — |
| 医業・介護収益 (C) | 1,681,148千円 | 1,491,550千円 | — | — |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.15% | 0.12% | — | — |
| 集計施設数 | 375 | 133 | — | — |
| 平均病床数 | 127 | 235 | — | — |

| 令和5年度 | 一般病院 | 精神科病院 | 特定機能病院 | こども病院 |
|------------------------------|-------------|-------------|--------|-------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 23,318千円 | 20,952千円 | — | — |
| 5%相当負額分 (B) | 20,678千円 | 18,537千円 | — | — |
| 補てん差額 (A-B) | 2,640千円 | 2,415千円 | — | — |
| 補てん率 (A/B) | 112.8% | 113.0% | — | — |
| 医業・介護収益 (C) | 1,664,234千円 | 1,504,681千円 | — | — |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.16% | 0.16% | — | — |
| 集計施設数 | 375 | 131 | — | — |
| 平均病床数 | 126 | 237 | — | — |

令和7年度 補てん状況把握結果⑤-1 【一般病院：届出入院基本料別】

(1施設・1年間当たり)

| 令和6年度 | 一般病棟入院基本料届出病院 | 療養病棟入院基本料届出病院 | 結核病棟入院基本料届出病院 | 精神病棟入院基本料届出病院 |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 64,927千円 | 27,581千円 | 118,415千円 | 116,593千円 |
| 5%相当負額分 (B) | 65,563千円 | 23,537千円 | 146,504千円 | 132,837千円 |
| 補てん差額 (A-B) | ▲ 637千円 | 4,044千円 | ▲ 28,089千円 | ▲ 16,244千円 |
| 補てん率 (A/B) | 99.0% | 117.2% | 80.8% | 87.8% |
| 医業・介護収益 (C) | 5,075,633千円 | 1,872,050千円 | 10,744,069千円 | 10,010,766千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | ▲0.01% | 0.22% | ▲0.26% | ▲0.16% |
| 集計施設数 | 420 | 203 | 13 | 43 |
| 平均病床数 | 203 | 159 | 342 | 420 |

| 令和5年度 | 一般病棟入院基本料届出病院 | 療養病棟入院基本料届出病院 | 結核病棟入院基本料届出病院 | 精神病棟入院基本料届出病院 |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 63,781千円 | 26,969千円 | 117,068千円 | 116,505千円 |
| 5%相当負額分 (B) | 63,619千円 | 22,898千円 | 141,683千円 | 130,110千円 |
| 補てん差額 (A-B) | 162千円 | 4,071千円 | ▲ 24,615千円 | ▲ 13,604千円 |
| 補てん率 (A/B) | 100.3% | 117.8% | 82.6% | 89.5% |
| 医業・介護収益 (C) | 4,933,790千円 | 1,845,994千円 | 10,505,457千円 | 9,697,880千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.00% | 0.22% | ▲0.23% | ▲0.14% |
| 集計施設数 | 422 | 202 | 13 | 43 |
| 平均病床数 | 203 | 159 | 342 | 420 |

※ 入院基本料の届出は令和6年事業年度末時点。(以下同様)

※ 特別入院基本料を除く。(以下同様)

令和7年度 補てん状況把握結果⑤-2 【一般病院：届出入院基本料別】

(1施設・1年間当たり)

| 令和6年度 | 特定機能病院入院基本料届出病院 | | | 専門病院入院基本料届出病院 | 障害者施設等入院基本料届出病院 |
|------------------------------|-----------------|--------------|--------------|---------------|-----------------|
| | 一般病棟 | 結核病棟 | 精神病棟 | | |
| 報酬上乘せ分 (A) | 492,819千円 | 445,787千円 | 496,677千円 | — | 52,130千円 |
| 5%相当負額分 (B) | 486,811千円 | 455,078千円 | 500,250千円 | — | 46,430千円 |
| 補てん差額 (A-B) | 6,008千円 | ▲ 9,291千円 | ▲ 3,573千円 | — | 5,700千円 |
| 補てん率 (A/B) | 101.2% | 98.0% | 99.3% | — | 112.3% |
| 医業・介護収益 (C) | 37,232,906千円 | 32,453,387千円 | 36,723,244千円 | — | 3,887,717千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.02% | ▲0.03% | ▲0.01% | — | 0.15% |
| 集計施設数 | 68 | 8 | 52 | — | 54 |
| 平均病床数 | 817 | 799 | 832 | — | 226 |

| 令和5年度 | 特定機能病院入院基本料届出病院 | | | 専門病院入院基本料届出病院 | 障害者施設等入院基本料届出病院 |
|------------------------------|-----------------|--------------|--------------|---------------|-----------------|
| | 一般病棟 | 結核病棟 | 精神病棟 | | |
| 報酬上乘せ分 (A) | 490,119千円 | 448,734千円 | 494,278千円 | — | 51,461千円 |
| 5%相当負額分 (B) | 462,874千円 | 425,657千円 | 471,431千円 | — | 45,785千円 |
| 補てん差額 (A-B) | 27,246千円 | 23,078千円 | 22,847千円 | — | 5,677千円 |
| 補てん率 (A/B) | 105.9% | 105.4% | 104.8% | — | 112.4% |
| 医業・介護収益 (C) | 35,591,976千円 | 30,719,764千円 | 35,026,621千円 | — | 3,793,300千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.08% | 0.08% | 0.07% | — | 0.15% |
| 集計施設数 | 70 | 8 | 54 | — | 54 |
| 平均病床数 | 812 | 799 | 824 | — | 226 |

令和7年度 補てん状況把握結果⑥ 【一般病院：看護配置基準別】

(1施設・1年間当たり)

| 令和6年度 | 単純平均 | 急性期一般入院料1 | 急性期一般入院料2～6 | 地域一般入院料1、2 | 地域一般入院料3 |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 報酬上乘せ分(A) | 65,387千円 | 115,606千円 | 39,154千円 | 13,938千円 | 16,952千円 |
| 5%相当負担額(B) | 66,093千円 | 120,284千円 | 36,714千円 | 16,752千円 | 16,946千円 |
| 補てん差額(A-B) | ▲705千円 | ▲4,679千円 | 2,440千円 | ▲2,814千円 | 6千円 |
| 補てん率(A/B) | 98.9% | 96.1% | 106.6% | 83.2% | 100.0% |
| 医業・介護収益(C) | 5,116,180千円 | 9,510,915千円 | 2,708,500千円 | 1,066,489千円 | 1,329,333千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | ▲0.01% | ▲0.05% | 0.09% | ▲0.26% | 0.00% |
| 集計施設数 | 415 | 158 | 206 | 20 | 31 |
| 平均病床数 | 204 | 304 | 150 | 79 | 133 |

| 令和5年度 | 単純平均 | 急性期一般入院料1 | 急性期一般入院料2～6 | 地域一般入院料1、2 | 地域一般入院料3 |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 報酬上乘せ分(A) | 64,229千円 | 113,028千円 | 38,351千円 | 13,790千円 | 16,871千円 |
| 5%相当負担額(B) | 64,125千円 | 115,460千円 | 35,951千円 | 16,681千円 | 16,995千円 |
| 補てん差額(A-B) | 105千円 | ▲2,432千円 | 2,400千円 | ▲2,891千円 | ▲125千円 |
| 補てん率(A/B) | 100.2% | 97.9% | 106.7% | 82.7% | 99.3% |
| 医業・介護収益(C) | 4,972,907千円 | 9,153,820千円 | 2,656,001千円 | 1,056,923千円 | 1,316,652千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C) | 0.00% | ▲0.03% | 0.09% | ▲0.27% | ▲0.01% |
| 集計施設数 | 417 | 160 | 206 | 20 | 31 |
| 平均病床数 | 203 | 302 | 150 | 79 | 133 |

令和7年度 補てん状況把握結果⑧ 【一般診療所】

(1施設・1年間当たり)

| 令和6年度 | 全体 | 個人 | 医療法人・その他 |
|-------------------------------|-----------|----------|-----------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 1,359千円 | 988千円 | 1,562千円 |
| 5%相当負担額 (B) | 1,453千円 | 852千円 | 1,788千円 |
| 補てん差額 (A-B) | ▲ 95千円 | 136千円 | ▲ 225千円 |
| 補てん率 (A/B) | 93.5% | 115.9% | 87.4% |
| 医業・介護収益 (C) | 148,759千円 | 89,701千円 | 181,618千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合 ((A-B)/C) | ▲0.06% | 0.15% | ▲0.12% |
| 集計施設数 | (2032) | 777 | 1,255 |

| 令和5年度 | 全体 | 個人 | 医療法人・その他 |
|-------------------------------|-----------|----------|-----------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 1,406千円 | 1,017千円 | 1,617千円 |
| 5%相当負担額 (B) | 1,452千円 | 848千円 | 1,783千円 |
| 補てん差額 (A-B) | ▲ 46千円 | 170千円 | ▲ 167千円 |
| 補てん率 (A/B) | 96.8% | 120.0% | 90.7% |
| 医業・介護収益 (C) | 152,404千円 | 91,931千円 | 185,736千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合 ((A-B)/C) | ▲0.03% | 0.18% | ▲0.09% |
| 集計施設数 | (2033) | 778 | 1,255 |

※ 全体の値は、施設種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

令和7年度 補てん状況把握結果⑨ 【歯科診療所】

(1施設・1年間当たり)

| 令和6年度 | 全体 | 個人 | 医療法人・その他 |
|-------------------------------|----------|----------|-----------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 758千円 | 625千円 | 1,122千円 |
| 5%相当負担額 (B) | 841千円 | 668千円 | 1,316千円 |
| 補てん差額 (A-B) | ▲ 83千円 | ▲ 43千円 | ▲ 194千円 |
| 補てん率 (A/B) | 90.1% | 93.6% | 85.3% |
| 医業・介護収益 (C) | 67,934千円 | 52,025千円 | 111,650千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合 ((A-B)/C) | ▲0.12% | ▲0.08% | ▲0.17% |
| 集計施設数 | (465) | 351 | 114 |

| 令和5年度 | 全体 | 個人 | 医療法人・その他 |
|-------------------------------|----------|----------|-----------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 761千円 | 627千円 | 1,144千円 |
| 5%相当負担額 (B) | 788千円 | 629千円 | 1,242千円 |
| 補てん差額 (A-B) | ▲ 27千円 | ▲ 2千円 | ▲ 98千円 |
| 補てん率 (A/B) | 96.6% | 99.7% | 92.1% |
| 医業・介護収益 (C) | 66,468千円 | 50,873千円 | 111,120千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合 ((A-B)/C) | ▲0.04% | ▲0.00% | ▲0.09% |
| 集計施設数 | (464) | 348 | 116 |

※ 全体の値は、開設者種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

令和7年度 補てん状況把握結果⑩ 【保険薬局】

(1施設・1年間当たり)

| 令和6年度 | 全体 | 個人 | 法人 |
|-------------------------------|-----------|----------|-----------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 617千円 | 335千円 | 634千円 |
| 5%相当負担額 (B) | 595千円 | 301千円 | 612千円 |
| 補てん差額 (A-B) | 22千円 | 33千円 | 21千円 |
| 補てん率 (A/B) | 103.7% | 111.0% | 103.5% |
| 医業・介護収益 (C) | 175,314千円 | 74,801千円 | 181,285千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合 ((A-B)/C) | 0.01% | 0.04% | 0.01% |
| 集計施設数 | (1,064) | 39 | 1025 |

| 令和5年度 | 全体 | 個人 | 法人 |
|-------------------------------|-----------|----------|-----------|
| 報酬上乘せ分 (A) | 629千円 | 348千円 | 647千円 |
| 5%相当負担額 (B) | 585千円 | 304千円 | 603千円 |
| 補てん差額 (A-B) | 44千円 | 44千円 | 44千円 |
| 補てん率 (A/B) | 107.5% | 114.5% | 107.3% |
| 医業・介護収益 (C) | 170,509千円 | 75,739千円 | 176,521千円 |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合 ((A-B)/C) | 0.03% | 0.06% | 0.02% |
| 集計施設数 | (1,064) | 39 | 1025 |

※ 全体の値は、開設者種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

令和8年度診療報酬改定における対応(案)

中医協 総-1-2
7. 11. 28

診調組 税-2
7. 11. 28

- 令和7年度の第25回医療経済実態調査に回答いただいた医療機関等を対象として、消費税負担(5~10%部分)の診療報酬による補てん状況の把握を実施し、これを基に医科、歯科、調剤を合わせた全体の補てん率を計算すると、令和5年度103.1%、令和6年度100.3%となった。
- このため、令和8年度診療報酬改定においては、診療報酬の上乗せ点数の見直しは行わないこととしてはどうか。
- 一方で、令和元年に行われた消費税率10%への引上げ以降、診療報酬改定を重ねてきていること等を踏まえ、
 - ・ 今後も補てん状況の把握を行うべきか
 - ・ 行う場合にどのように把握を行うか
 - ・ 個別の医療機関間でのバラつきに対応できる診療報酬上の対応の方法があるか
 等について、引き続き議論を行うこととしてはどうか。

| 令和6年度の補てん状況 (1施設・1年間あたり) | 医科全体 | 病院 | 一般診療所 | 歯科診療所 | 保険薬局 | (参考) 全体補てん率 |
|-----------------------------|---------|---------|--------|--------|---------|----------------|
| 補てん差額 (A-B) | 66千円 | 2,164千円 | ▲ 95千円 | ▲ 83千円 | 22千円 | 100.3% |
| 補てん率 (A/B) | 101.5% | 104.9% | 93.5% | 90.1% | 103.7% | |
| 集計施設数 | (2,836) | (804) | (2032) | (465) | (1,064) | |

| 令和5年度の補てん状況 (1施設・1年間あたり) | 医科全体 | 病院 | 一般診療所 | 歯科診療所 | 保険薬局 | (参考) 全体補てん率 |
|-----------------------------|---------|---------|--------|--------|---------|----------------|
| 補てん差額 (A-B) | 151千円 | 2,692千円 | ▲ 46千円 | ▲ 27千円 | 44千円 | 103.1% |
| 補てん率 (A/B) | 103.4% | 106.3% | 96.8% | 96.6% | 107.5% | |
| 集計施設数 | (2,838) | (805) | (2033) | (464) | (1,064) | |

※ 病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局の値は、施設の類型別に算出した値を、施設数に応じて加重平均したものの。

(A) 報酬上乗せ分 (B) 5%相当負担額

※ 医科全体の値は、病院、一般診療所の値を施設数に応じて加重平均したものの。

※ 全体の補てん率は、病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局の値を国民医療費の構成比率等によって算出したものの。

※ 調査年度ごとに、外れ値を除いているため集計施設数、平均病床数は必ずしも一致しない。

調剤について（その2）

1. 薬局のあり方について
2. 医薬品提供拠点に係る評価体系の見直し
3. 対人業務の見直し
4. その他

（調剤報酬）

- 21 調剤報酬に関しては、地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、**かかりつけ機能を発揮して地域医療に貢献する薬局の整備を進める**ため、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局・薬剤師業務の専門性をさらに高め、**質の高い薬学的管理の提供への転換**を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

薬局再編の全体像

～ 立地 から 機能 へ～

平成27年10月23日公表

現状

57,000薬局あるが、門前中心に医薬分業のメリットを実感しにくいとの声

様々な医療機関からの処方箋を受付

特定の診療所からの処方箋を受付

特定の病院からの処方箋を受付

面分業

門前薬局を含め、すべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことを目指す

診療所門前

中小病院門前

大病院門前

2025年まで

すべての薬局を「かかりつけ薬局」へ

かかりつけ薬局

- ・ ICTを活用し、服薬情報の一元的・継続的把握
- ・ 24時間対応・在宅対応
- ・ 医療機関をはじめとする関係機関との連携

+

- ・ **健康サポート機能**
(地域住民による主体的な健康の維持・増進の支援)

※ **健康サポート薬局**として活動
(日常生活圏域ごとに必要数確保)

- ・ **高度薬学管理機能**
(抗がん剤等の薬学的管理)

2035年まで

- 団塊の世代が要介護状態の方が多い85歳以上に到達
- 一般的な外来受診はかかりつけ医が基本となる

立地も地域へ

既に地域に立地

建替え時期等を契機に立地を地域へ移行

日常生活圏域でのかかりつけ機能の発揮

「患者のための薬局ビジョン」

～「**門前**」から「**かかりつけ**」、そして「**地域**」へ～

平成27年10月23日公表

健康サポート薬局

健康サポート機能

- ☆ 国民の**病気の予防**や**健康サポート**に貢献
 - ・ 要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
 - ・ 健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

- ☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
 - ・ 専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

- ☆ **副作用**や**効果**の継続的な確認
- ☆ **多剤・重複投薬**や**相互作用の防止**
 - ICT（電子版お薬手帳等）を活用し、
 - ・ 患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**
 - ・ 一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

- ☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
 - ・ **24時間**の対応
 - ・ **在宅患者**への薬学的管理・服薬指導
- ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

- ☆ 処方内容の照会・処方提案
- ☆ 副作用・服薬状況のフィードバック
- ☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有
- ☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応
- ☆ 医療機関への受診勧奨

薬局ビジョン策定後の状況

○ 『患者のための薬局ビジョン ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～』（平成27年10月23日）の策定後、処方箋集中率が高い薬局（いわゆる門前薬局）の割合はむしろ増加し、薬局が医療モールを経営する事例があるなど、目標達成の目処が立たないまま10年が経過した。

西暦（年）

2015

■ 患者のための薬局ビジョンの作成

薬局の目指すべき姿として、面分業の推進を提示（**2025年までにすべての薬局がかかりつけ薬局の機能を持つこと、2035年には立地も地域へ移行すること**）

■ 処方箋集中率が高い薬局数（いわゆる門前薬局数）の推移

| 処方箋集中率 | 2015*1 | 2024*2 |
|-----------|--------|--------|
| 95%以上薬局割合 | 14.0% | 17.3% |
| 85%以上薬局割合 | 32.5% | 39.3% |

2016

■ H28診療報酬改定 かかりつけ薬剤師指導料 新設

診療報酬において、かかりつけ薬剤師を評価

* 1) 平成27年7月1日の厚生局届出より保険局医療課作成(n=45147)

* 2) 令和6年8月1日の厚生局届出より保険局医療課作成(n=60086)

約
10
年

診療報酬改定では都度、対物業務から対人業務へ切り替えてきた。

2025

現在：いわゆる門前型薬局や医療モール型薬局の設立が続出



薬局ビジョン策定後、10年経過したが、多くの薬局は依然として、**立地に依存しており、このままでは地域への移行も全く進まないおそれ**

目標

2035年 立地も地域へ 地域で暮らす患者本位の医療分業の実現



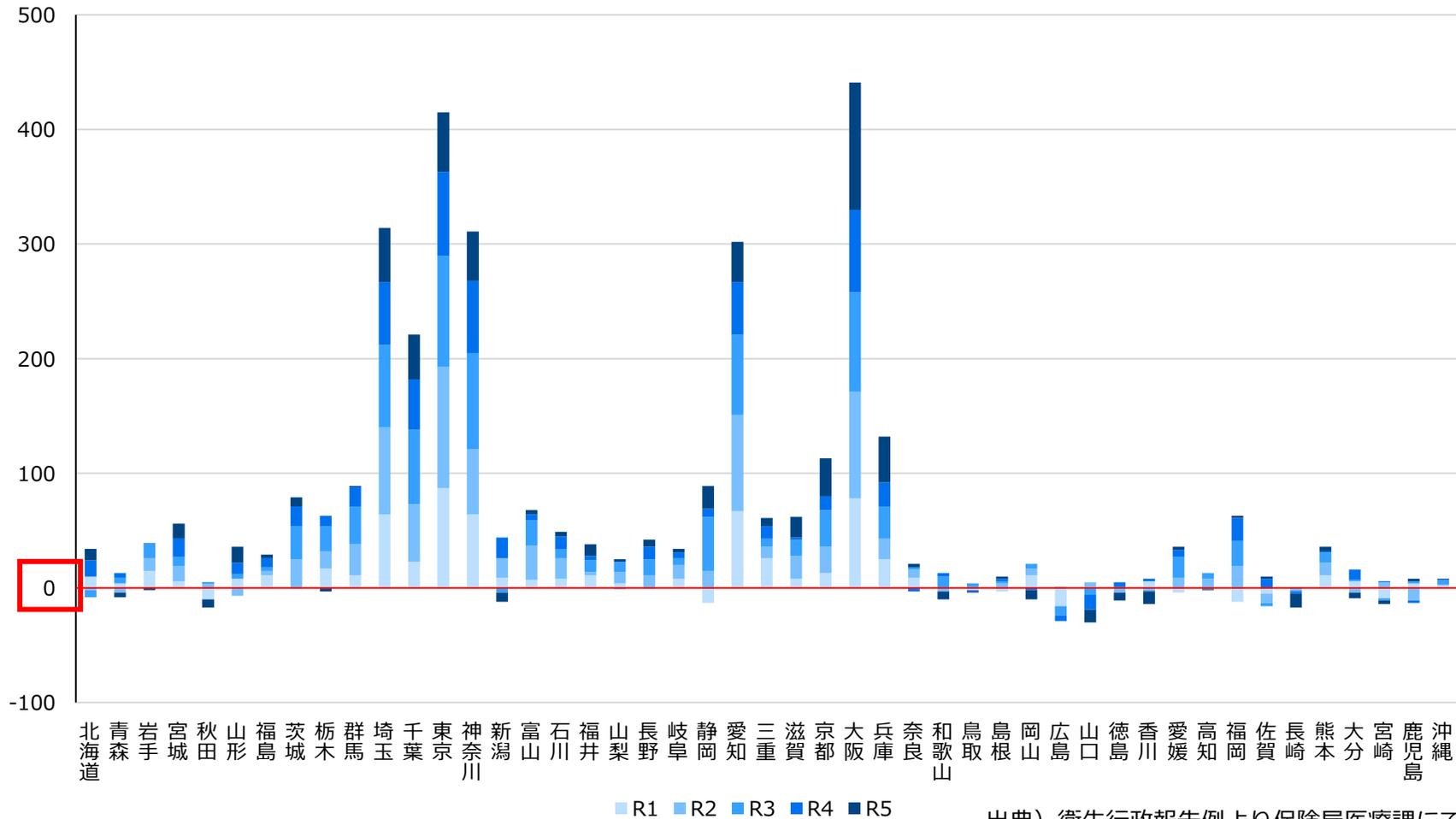
※生成AIにより作成

薬局数の各都道府県の増減

○ 薬局数は、東京都や大阪府などで増加しているが、都道府県によっては減少しているところもある。

都道府県別薬局数の対前年増減状況（5年間推移）

薬局数

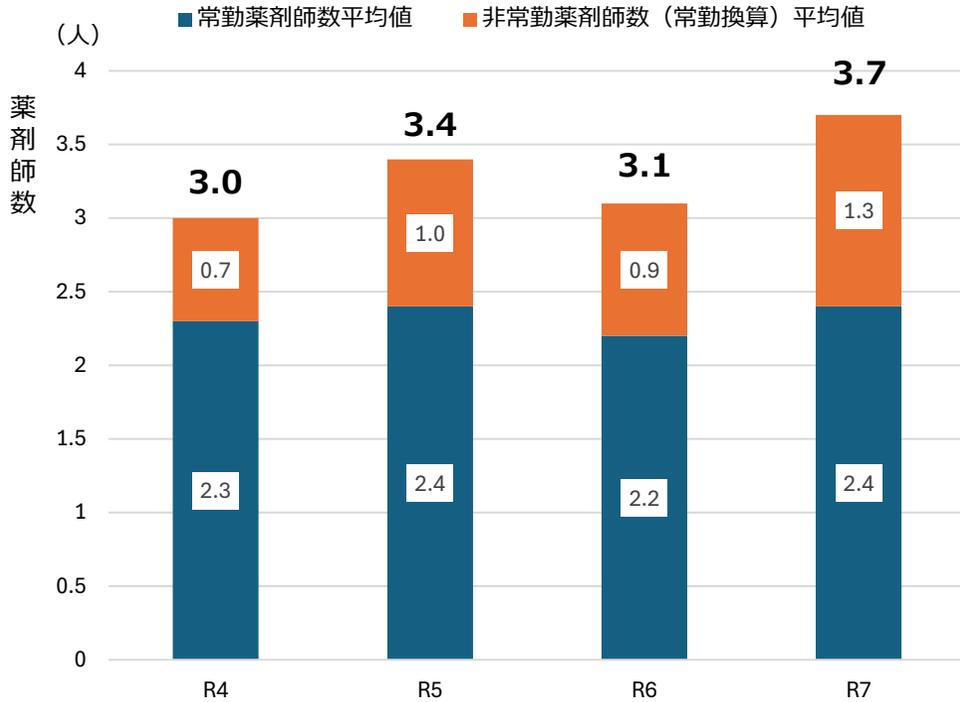


出典) 衛生行政報告例より保険局医療課にて作成

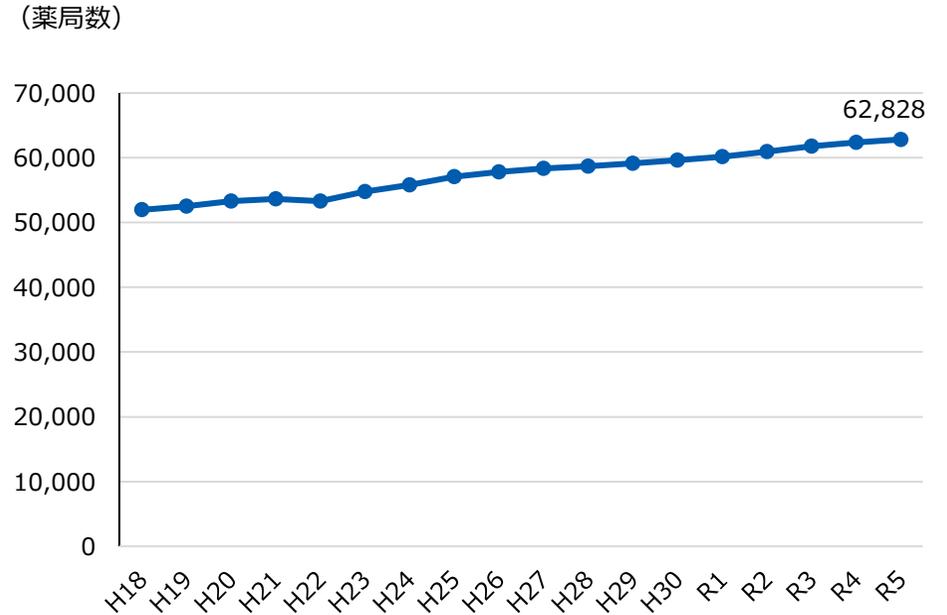
薬局規模の推移

○ 薬局数は増加し続けているが、薬局の平均常勤換算薬剤師数は増えておらず、薬局の規模は大きくなっていない。

■ 薬局の平均薬剤師数推移



■ 薬局数の推移



※平成22年度は、東日本大震災の影響により、宮城県及び福島県の一部は集計されていない。

出典) (薬局数) 衛生行政報告例

■ 回答施設数

| | R4 | R5 | R6 | R7 |
|---------|-----|-----|-----|-----|
| 常勤薬剤師数 | 431 | 396 | 604 | 671 |
| 非常勤薬剤師数 | 287 | 396 | 400 | 569 |

薬局・薬剤師の偏在により生じる課題

✓ 地方・過疎地域における薬局・薬剤師の不足

- ・地域における医療提供体制の維持に支障が生じ、とりわけ、医薬品提供体制を維持することに加え、服薬指導、在宅サービスに対するニーズに応えることが困難になる。
- ・薬剤師1人又は薬局1つ当たりの高齢者人口が増加し、仮に薬剤師1人又は薬局1つが欠けるだけでも地域全体に及ぼす影響が大きいなど、地域における医療提供体制が脆弱になる。

✓ 都市部における薬局・薬剤師の集中

- ・店舗内における組織的な対応や、在宅訪問等の高度な薬学管理など、十分な機能を有さない小規模な薬局の設置を誘発するおそれがある（小規模乱立）。
- ・小規模乱立の結果、薬局1つ当たりの受付処方箋枚数が減少し、地域における医療提供体制が非効率になる。
- ・小規模乱立の結果、医薬品配送先の薬局数が多くなるだけでなく1回あたりの配送数量も少なくなるため、卸による医薬品の配送が非効率になるなど、流通に負荷をかける。
- ・小規模乱立の結果、多数の薬局がそれぞれ医薬品の在庫を持つことになるため、過剰な流通在庫を生じさせるだけでなく、供給不安発生時に医薬品の供給不足を助長する。
- ・小規模乱立の結果、患者が薬局を近さのみで選び、薬歴の一元化が成立しにくい。
- ・過当競争の結果、効率的収入を求め、特定の医療機関の処方箋を集中的に調剤する門前薬局等が乱立し、結果として薬剤師の質の低下やかかりつけ薬剤師機能の脆弱化、医療アクセスの偏在等に伴う患者不利益の可能性がある。

1. 薬局のあり方について
2. 医薬品提供拠点に係る評価体系の見直し
 - I. 調剤報酬簡素化
 - II. 調剤基本料関係
 - III. 地域支援体制加算関係
 - IV. 在宅薬学総合体制加算関係
3. 対人業務の見直し
4. その他

調剤報酬の簡素化

- 調剤報酬体系が複雑化しており、診療報酬体系の簡素化が求められている。

答申書附帯意見 (全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していること及び医療 DX の推進において簡素化が求められていることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

| | |
|----------------------------------|---------|
| ○服薬管理指導料 4 | |
| 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 | |
| イ 原則 3 月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 | 4 5 点 |
| ロ イの患者以外の患者に対して行った場合 | 5 9 点 |
| 麻薬管理指導加算 | 2 2 点 |
| 乳幼児加算 | 1 2 点 |
| 小児特定加算 | 3 5 0 点 |
| ○在宅患者オンライン薬剤管理指導料 | 5 9 点 |
| 麻薬管理指導加算 | 2 2 点 |
| 乳幼児加算 | 1 2 点 |
| 小児特定加算 | 3 5 0 点 |
| ○在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 | 5 9 点 |
| 麻薬管理指導加算 | 2 2 点 |
| 乳幼児加算 | 1 2 点 |
| 小児特定加算 | 3 5 0 点 |

| | |
|--|-------|
| ○調剤管理料 | |
| 重複投薬・相互作用等防止加算 | |
| イ 残薬調整に係るもの以外の場合 | 4 0 点 |
| ロ 残薬調整に係るものの場合 | 2 0 点 |
| ○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 | |
| 1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合 | |
| イ 残薬調整に係るもの以外の場合 | 4 0 点 |
| ロ 残薬調整に係るものの場合 | 2 0 点 |
| 2 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合 | |
| イ 残薬調整に係るもの以外の場合 | 4 0 点 |
| ロ 残薬調整に係るものの場合 | 2 0 点 |

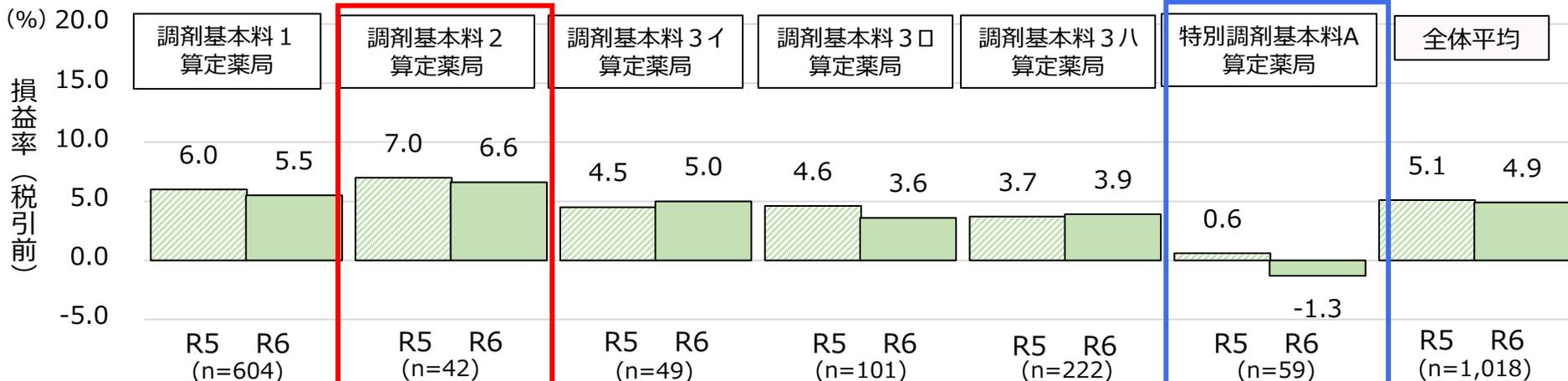
1. 薬局のあり方について
2. 医薬品提供拠点に係る評価体系の見直し
 - I. 調剤報酬簡素化
 - II. 調剤基本料関係
 - III. 地域支援体制加算関係
 - IV. 在宅薬学総合体制加算関係
3. 対人業務の見直し
4. その他

薬局の調剤基本料別の損益率、損益差額

- 調剤基本料2を算定する薬局において、および損益差額が高かった。
- 調剤基本料Aを算定する薬局において、損益率および損益差額が令和6年度診療報酬改定後にマイナスとなった。

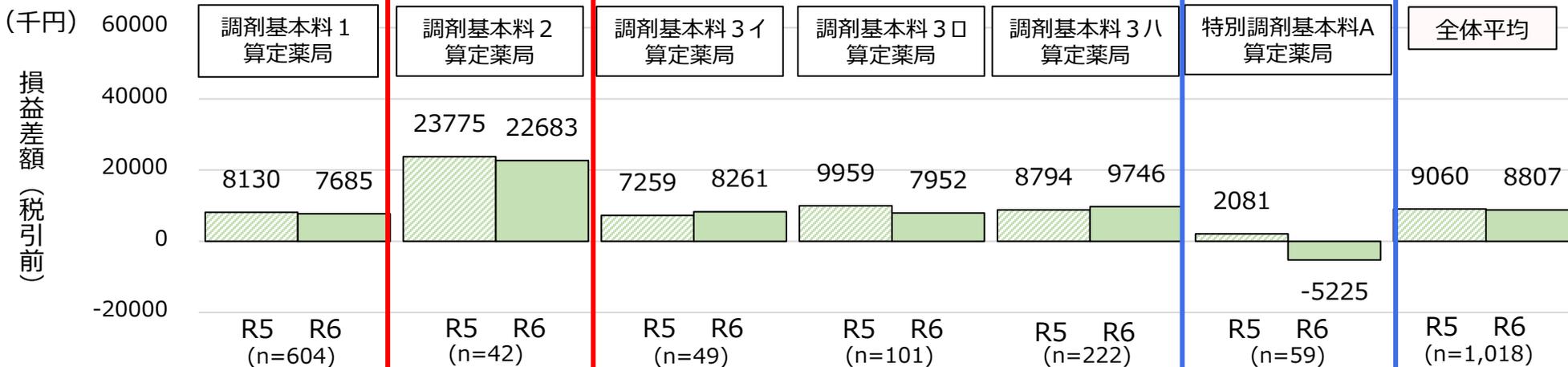
損益率※（税引前）

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



損益差額※（税引前）

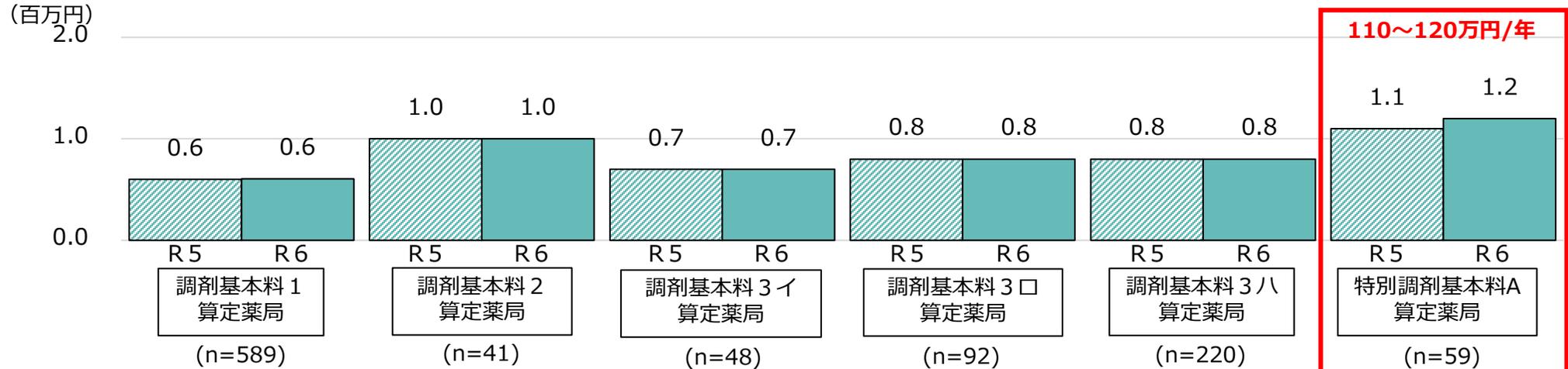
※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



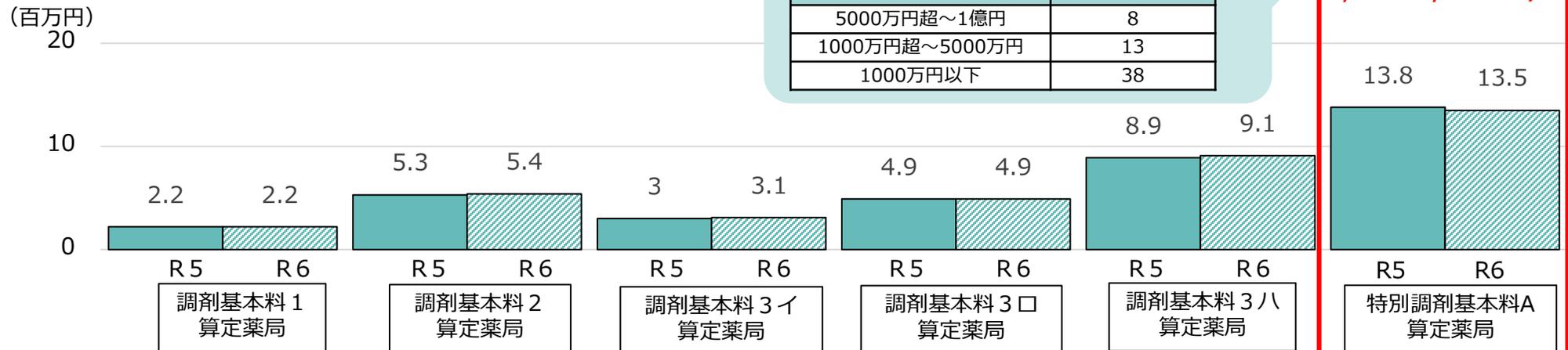
薬局における土地賃借料、建物賃借料（基本料別）

○ 特別調剤基本料Aを算定する薬局においては、医療経済実態調査における「その他の経費」に占める土地賃借料、建物賃借料の額が高く、医療機関との不動産取引による影響が考えられる。

■ その他の経費に占める土地賃借料



■ その他の経費に占める建物賃借料



(参考) 土地賃借料と建物賃借料の総額 (R6)

| 総額 | 薬局数 (n=59) |
|----------------|------------|
| 5000万円超~1億円 | 8 |
| 1000万円超~5000万円 | 13 |
| 1000万円以下 | 38 |

薬局立地別の損益率

- 令和6年度改定後の損益率は医療モール内および病院（500床未満）敷地内の薬局（特別調剤基本料A算定薬局を除く）で増加していた。
- 医療モール内、診療所敷地内の薬局（特別調剤基本料A算定薬局を除く）の損益率が高かった。

第25回医療実態調査（今回の調査）

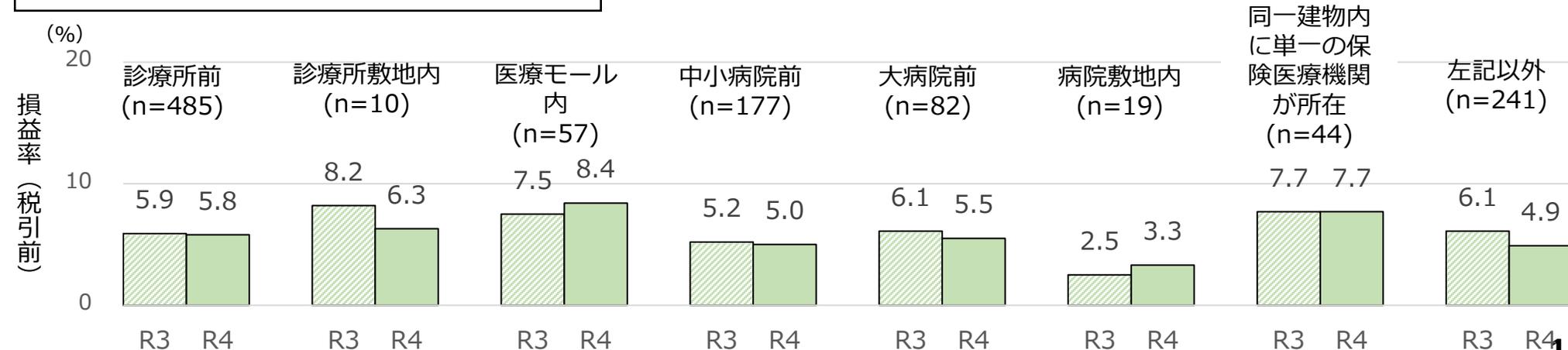
※ 損益率は新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出

※ 特別調剤基本料Aを算定している薬局は除いて算出



（参考）第24回医療実態調査（前回の調査）

※ 損益率は新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



処方箋応需状況別の損益率、損益差額

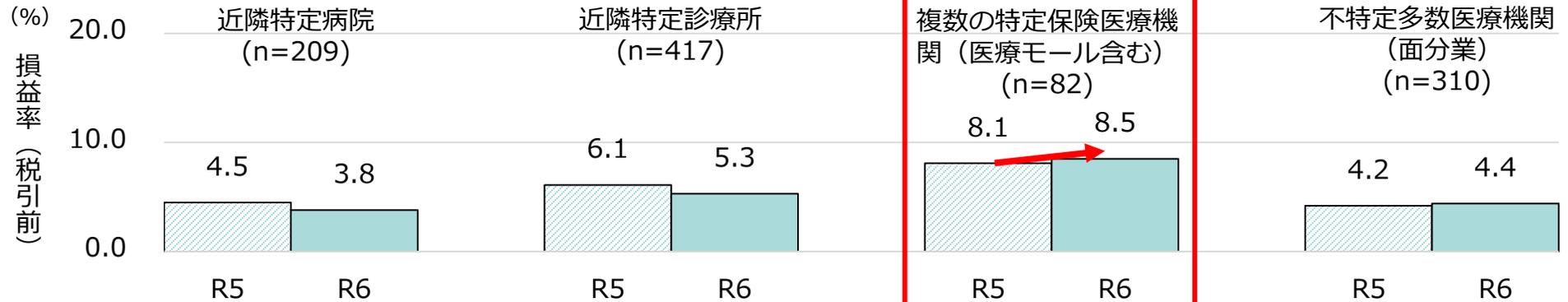
○ 令和6年度改定後の損益率は処方箋応需状況が複数の保険医療機関（医療モール含む）の薬局で増加しており、損益差額も増加していた。

第25回医療実態調査（今回の調査） 処方箋の応需状況別

損益率※（税引前）

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出

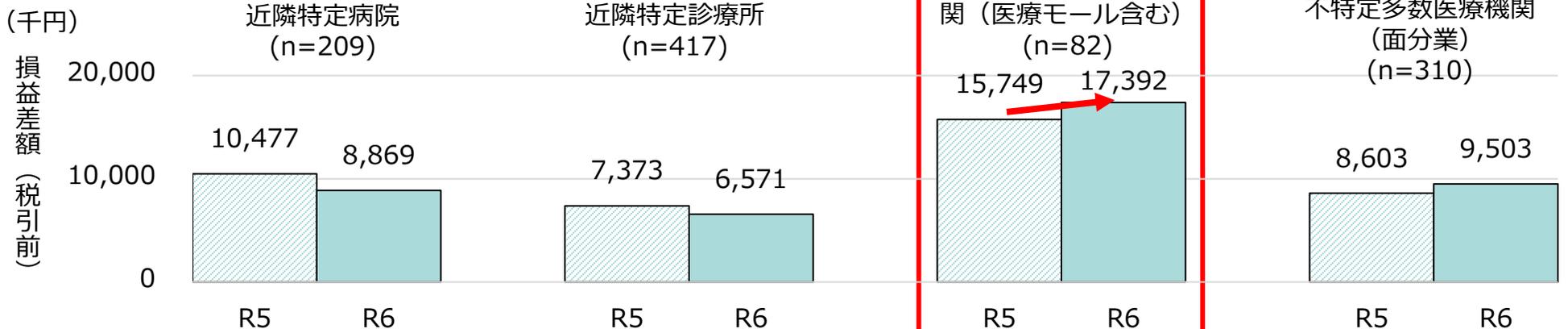
※ 特別調剤基本料Aを算定している薬局は除いて算出



損益差額※（税引前）

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出

※ 特別調剤基本料Aを算定している薬局は除いて算出



地域別の損益率、損益差額

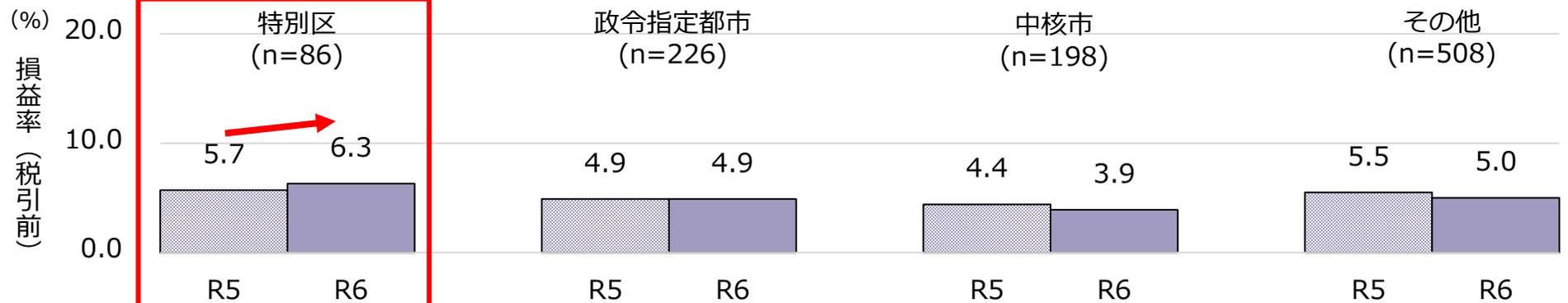
○ 令和6年度改定後の損益率は特別区の薬局で増加しており、中核市では低下していた。

第25回医療実態調査（今回の調査）

損益率※（税引前）

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出

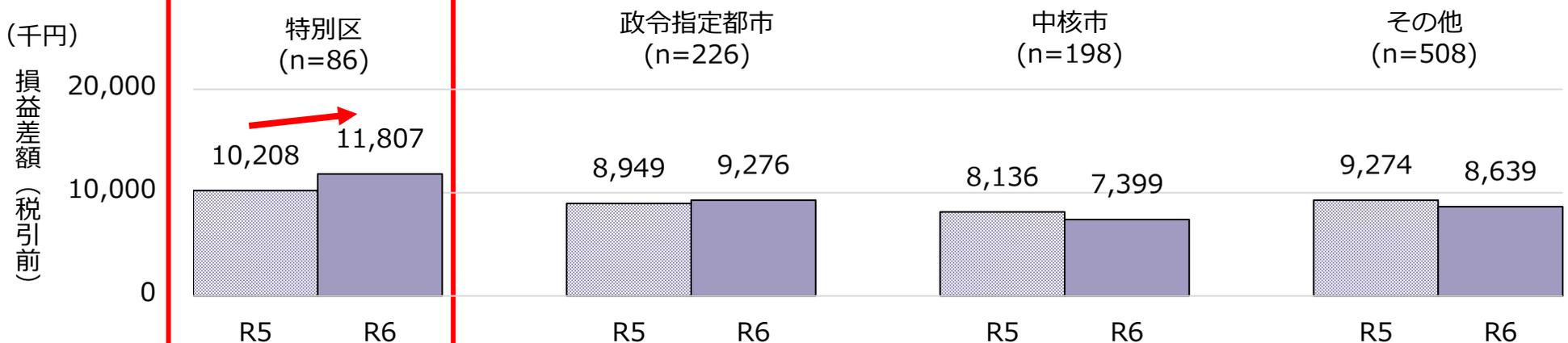
※ 特別調剤基本料Aを算定している薬局は除いて算出



損益差額※（税引前）

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出

※ 特別調剤基本料Aを算定している薬局は除いて算出

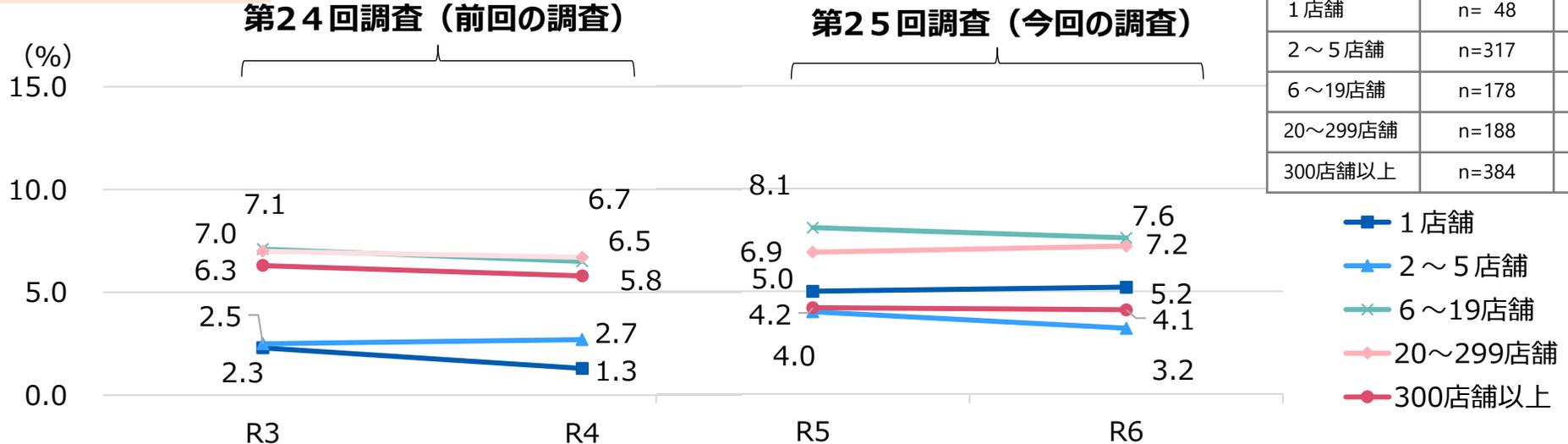


法人店舗数別の薬局の損益率、損益差額

○ 令和6年度改定後は1店舗、20～299店舗の薬局では損益率が微増しているが、それ以外の薬局では損益率は減少している。

損益率※（税引前）

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出
 ※ 第25回調査は特別調剤基本料Aを除外して算出



| | R3～R4 | R5～R6 |
|----------|-------|-------|
| 1店舗 | n= 48 | n=59 |
| 2～5店舗 | n=317 | n=317 |
| 6～19店舗 | n=178 | n=151 |
| 20～299店舗 | n=188 | n=176 |
| 300店舗以上 | n=384 | n=315 |

損益差額*（税引前）

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出
 ※ 第25回調査は特別調剤基本料Aを除外して算出



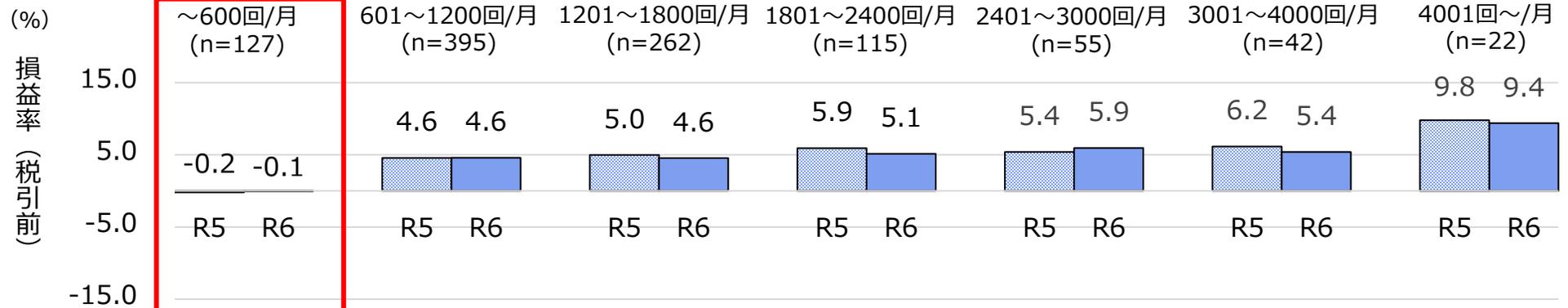
処方箋受付回数別の損益率、損益差額

○ 処方箋受付回数が月当たり600回以下の薬局においては、損益率、損益差額ともにマイナスであった。

第25回医療実態調査（今回の調査）

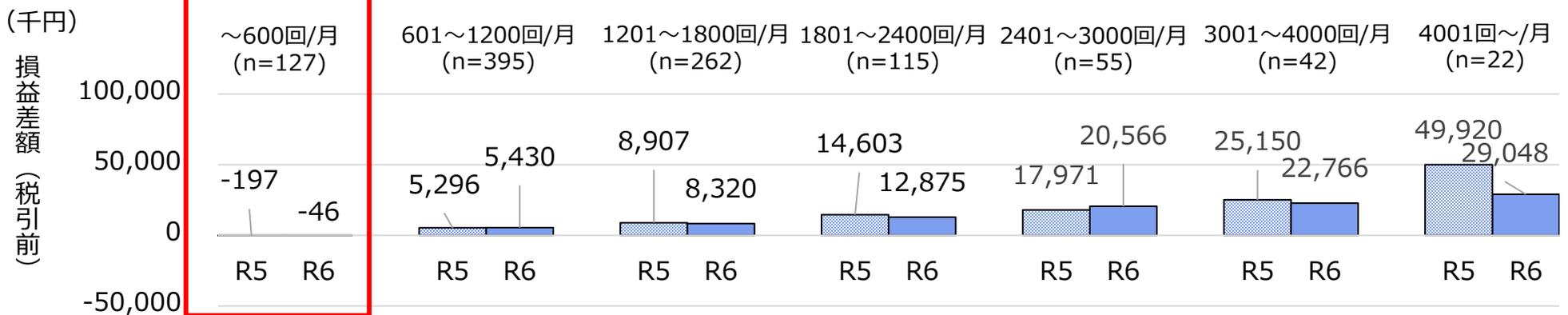
損益率※（税引前）

※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出
 ※ 特別調剤基本料Aを算定している薬局は除いて算出



損益差額※（税引前）

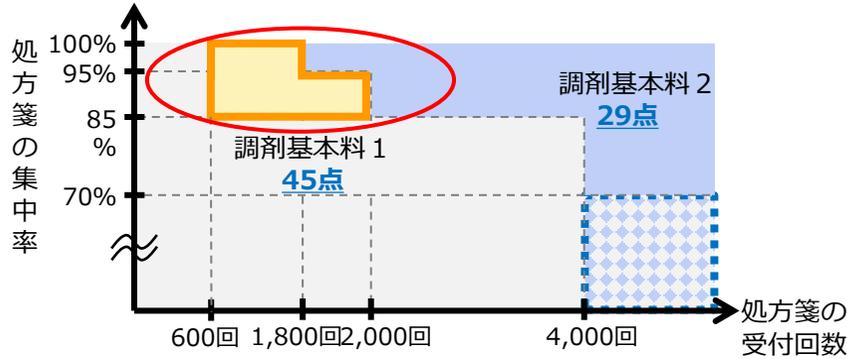
※ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出
 ※ 特別調剤基本料Aを算定している薬局は除いて算出



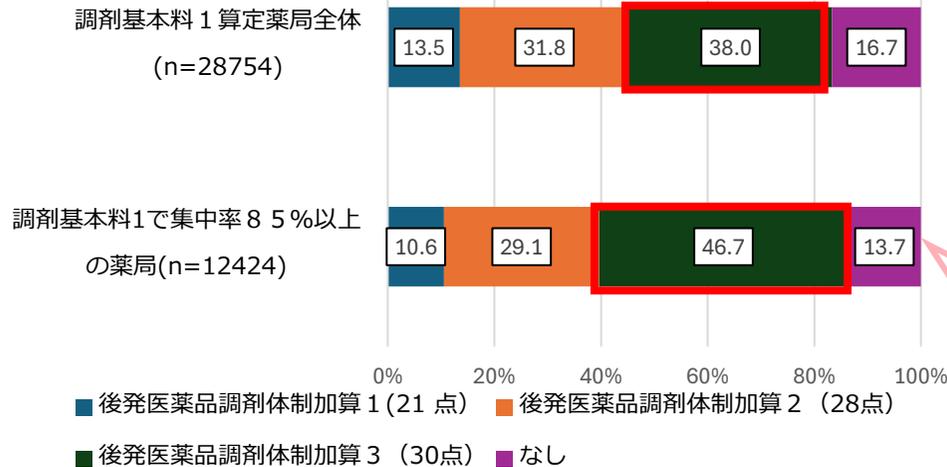
処方箋集中率が高い調剤基本料 1 算定薬局の現状

○ 処方箋受付回数600回超で調剤基本料 1 を算定している薬局は、集中率が高い薬局ほど備蓄品目数が少ないにもかかわらず、他の加算より高い点数の後発医薬品体制加算 3 を算定していた。

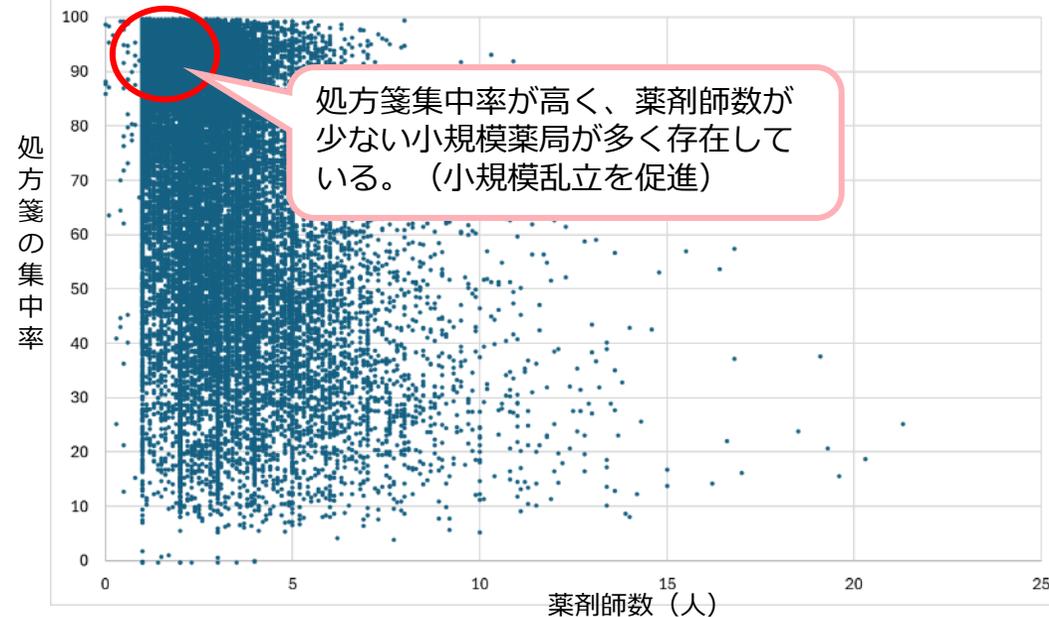
■ 調剤基本料区分



■ 処方箋受付回数600回超かつ調剤基本料 1 の薬局における後発医薬品調剤体制加算の算定割合



■ 処方箋受付回数600超、調剤基本料 1 算定薬局の処方箋集中率と薬剤師数の関係



処方箋集中率が高く、薬剤師数が少ない小規模薬局が多く存在している。(小規模乱立を促進)

■ 処方箋受付回数600回超かつ調剤基本料 1 の薬局における処方箋集中率別、備蓄医薬品品目数

| 処方箋集中率 | 品目数 |
|-------------------|------|
| 95%超(n=5630) | 794 |
| 95%以下85%超(n=6795) | 1131 |
| 85%以下70%超(n=5775) | 1301 |
| 70%以下(n=10551) | 1496 |

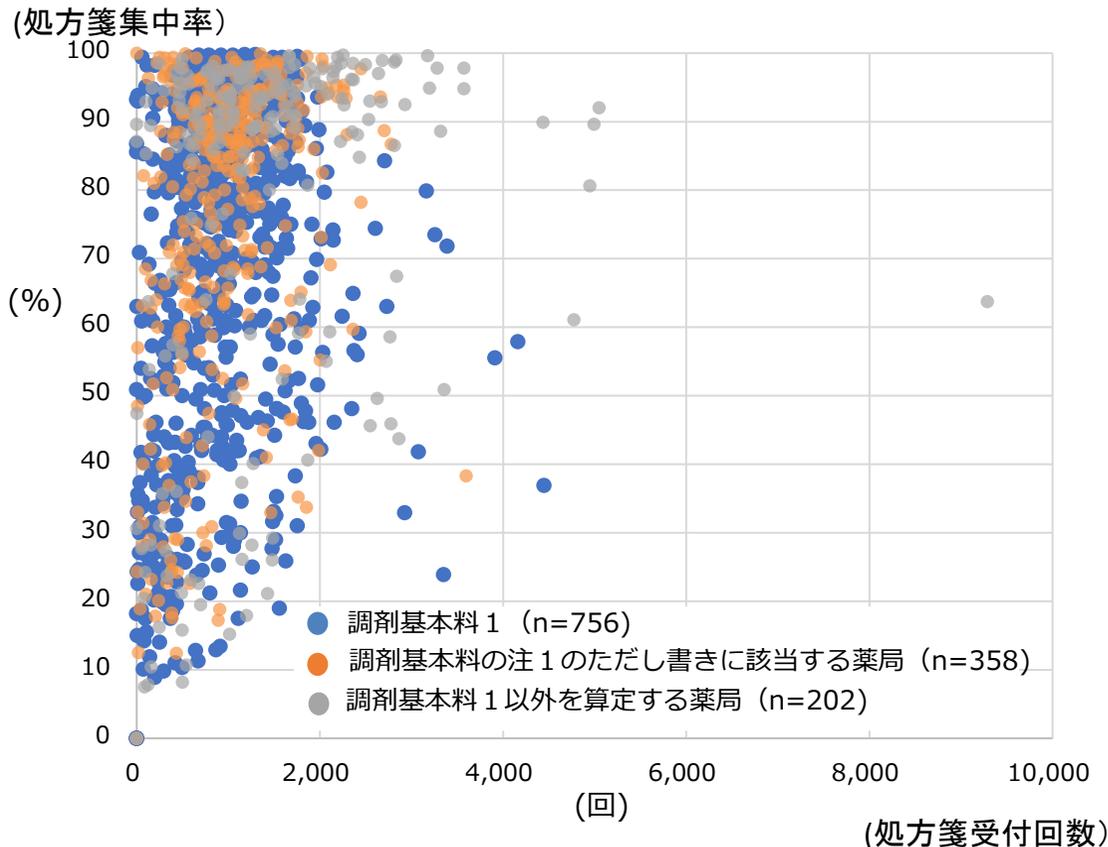
処方箋集中率が高い薬局ほど備蓄品目数が少なく、より低コストで後発医薬品体制加算 3 を算定している

医療資源の少ない地域にある薬局

- 医療資源の少ない地域にある薬局は、1,316であり、薬局全体の2.2%。
- 特例の薬局(注1のただし書きに該当する薬局)は、358。
- 調剤基本料1を算定する薬局の36.7%は、備蓄品目数が1,000品目以下の小規模の薬局であった。

■ 医療資源の少ない地域にある薬局の処方箋の受付回数と処方箋集中率の状況

届出のあった薬局59,396施設のうち
医療資源の少ない地域にある薬局: 1,316 (2.2%)



■ 医療資源の少ない地域にある薬局の処方箋の受付回数と処方箋集中率の特徴

・月あたりの処方箋受付回数

処方箋受付回数(平均値): 1,013回
1,500回未満の薬局数: 1067施設 (81.0%)

・処方箋集中率

処方箋集中率(平均値): 73.3%
処方箋集中率90%以上の薬局数: 453施設 (34%)



処方箋集中率90%以上かつ処方箋受付回数1,500回未満の薬局数: 304施設 (23.1%)

■ 医療資源の少ない地域にある薬局の処方箋の医薬品備蓄品目数

・備蓄品目数

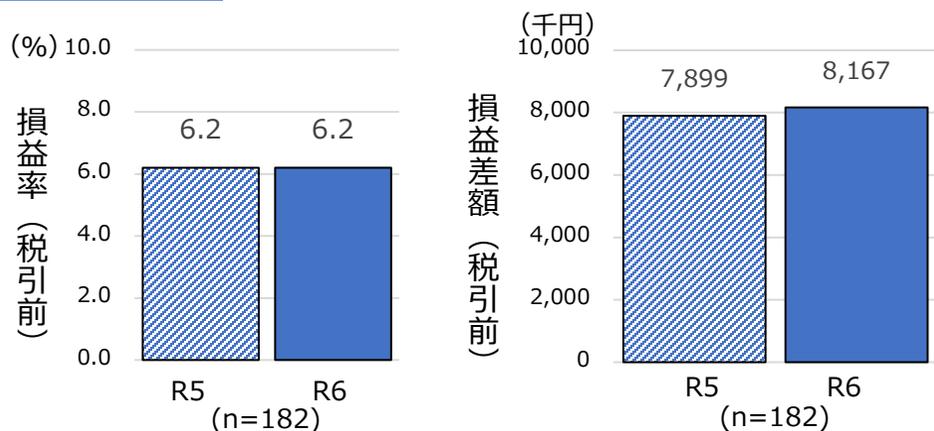
備蓄品目数(平均値): 1,164品目
備蓄品目1000品目以下の薬局数: 483施設 (36.7%)

処方箋集中率が高い薬局の損益率、損益差額の推移

- 処方箋集中率が85%以上であり、調剤基本料1を算定している特別区又は政令指定都市にある薬局（処方箋受付枚数7201～24000枚/年）は、調剤基本料1を算定している薬局全体の損益率より高かった。

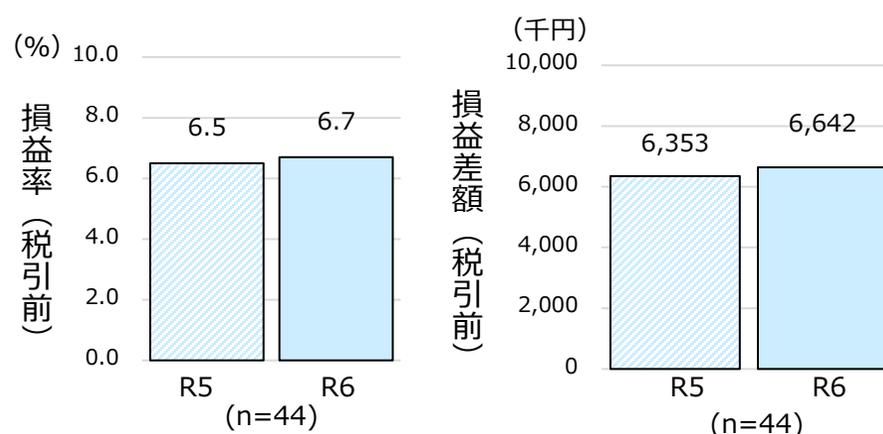
特別区、政令指定都市にある調剤基本料1の薬局

調剤基本料1

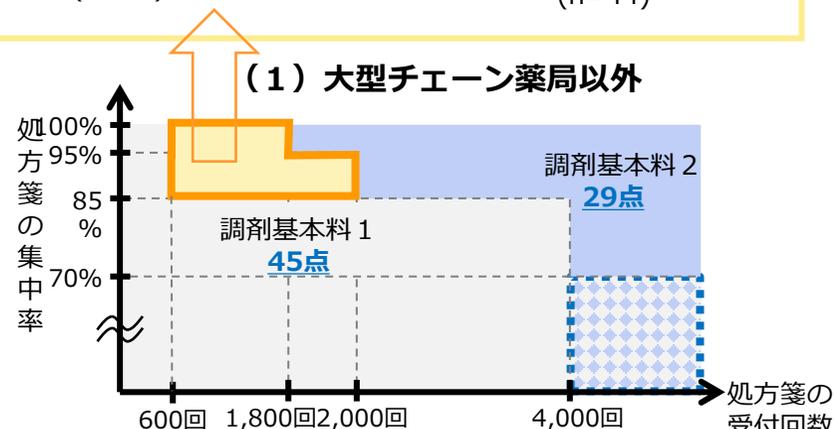


調剤基本料1、処方箋集中率85%以上、特別区又は政令指定都市にある薬局
(処方箋受付枚数7201～24000枚/年)

調剤基本料1



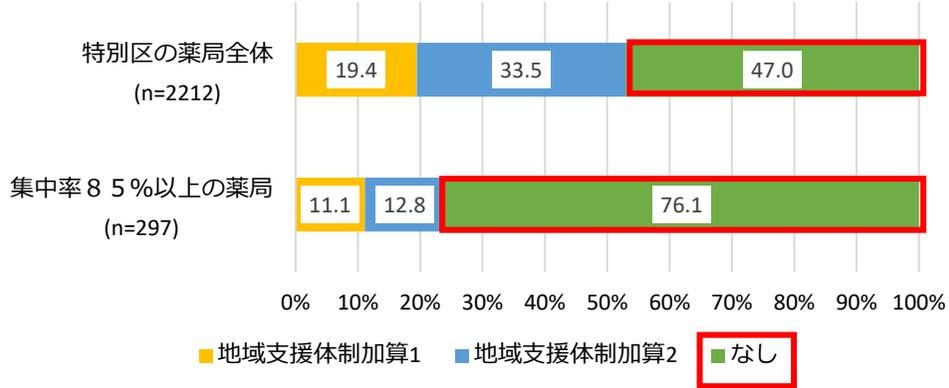
| | 処方箋受付回数等及び処方箋集中率 | 点数 |
|--------|---|-----|
| 調剤基本料1 | 調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外 | 45点 |
| 調剤基本料2 | ① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回かつ処方箋集中率85%超 ② 処方箋受付回数が月4,000回超かつ上位3の医療機関の処方箋集中率の合計70%超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回かつ処方箋集中率95%超 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超 | 29点 |



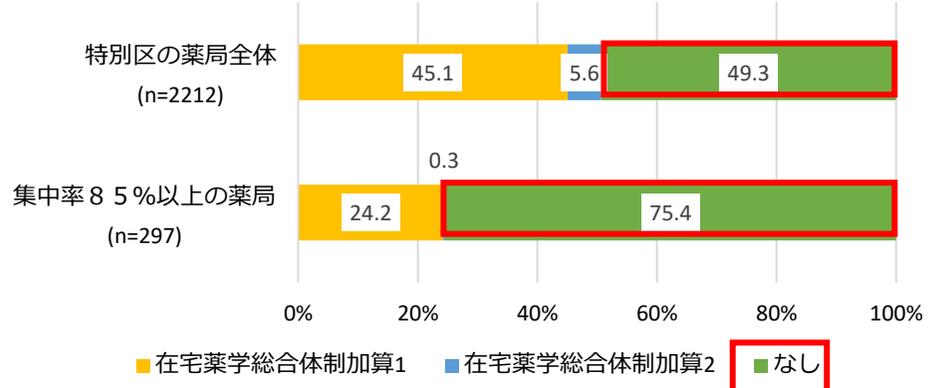
特別区、政令指定都市における薬局の実態

○ 特別区における、処方箋受付回数600回超、処方箋集中率85%以上で調剤基本料1を算定している薬局は、特別区の薬局全体に比べて地域支援体制加算及び在宅薬学総合体制加算の届出状況が低く、薬局として提供することが望ましい機能が限定されていた。

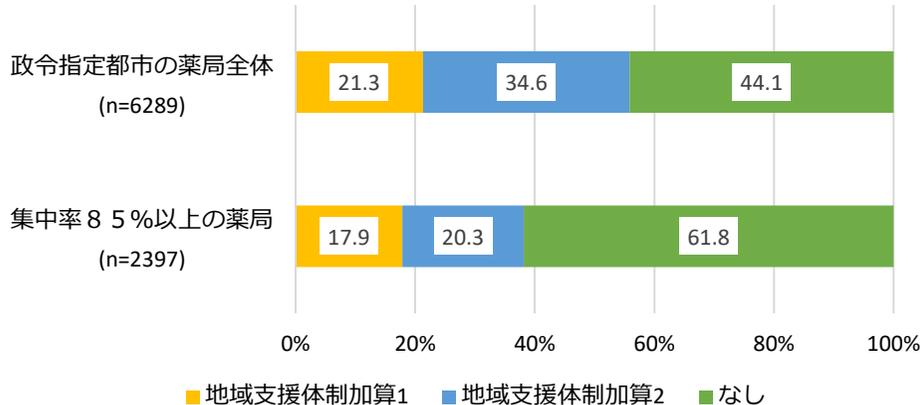
■ 特別区における、処方箋受付回数600回超、調剤基本料1算定薬局の地域支援体制加算の届出状況



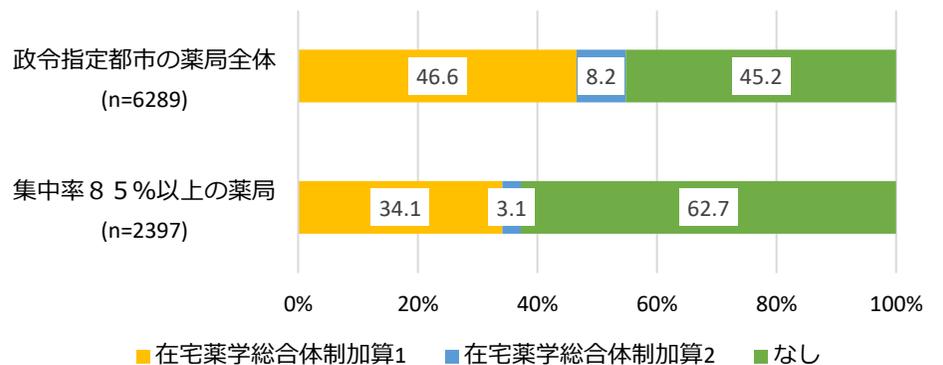
■ 特別区における、処方箋受付回数600回超、調剤基本料1算定薬局の在宅薬学総合体制加算の届出状況



■ 政令指定都市における、処方箋受付回数600回超、調剤基本料1算定薬局の地域支援体制加算の届出状況



■ 政令指定都市における、処方箋受付回数600回超、調剤基本料1算定薬局の在宅薬学総合体制加算の届出状況



門前薬局や敷地内薬局等、特定の医療機関の処方箋を応需する薬局

- 薬局ビジョンの背景にある、医薬分業の推進において、薬剤師はその専門性において医療の質の向上に寄与しなければならない。
- 複数医療機関を受診しているが、かかりつけ薬局で服用薬を一元管理している患者の割合（一元化率）は、薬局数が少ない地域の方が高い。
- 一元化管理をされている患者は一元化管理されていない患者に比べ、服用薬剤数が少ない。

■ 医薬分業が目指すもの

医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、**医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担することによって、医療の質の向上を図ること。**

■ 薬剤師が担う専門性と医療の質の向上

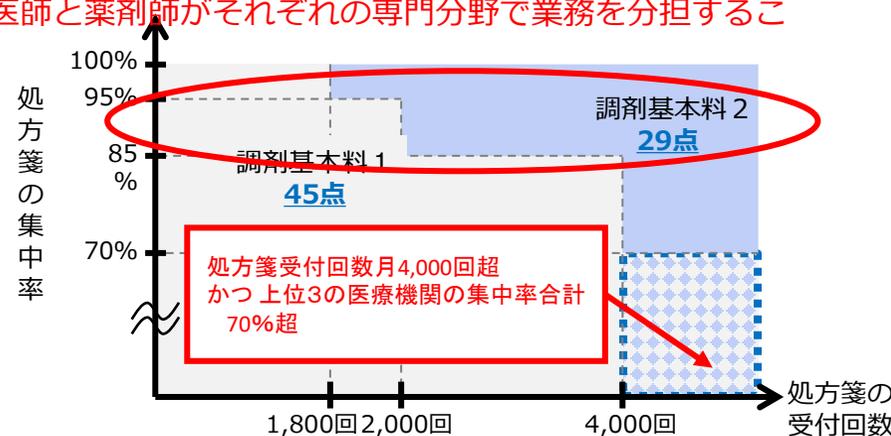
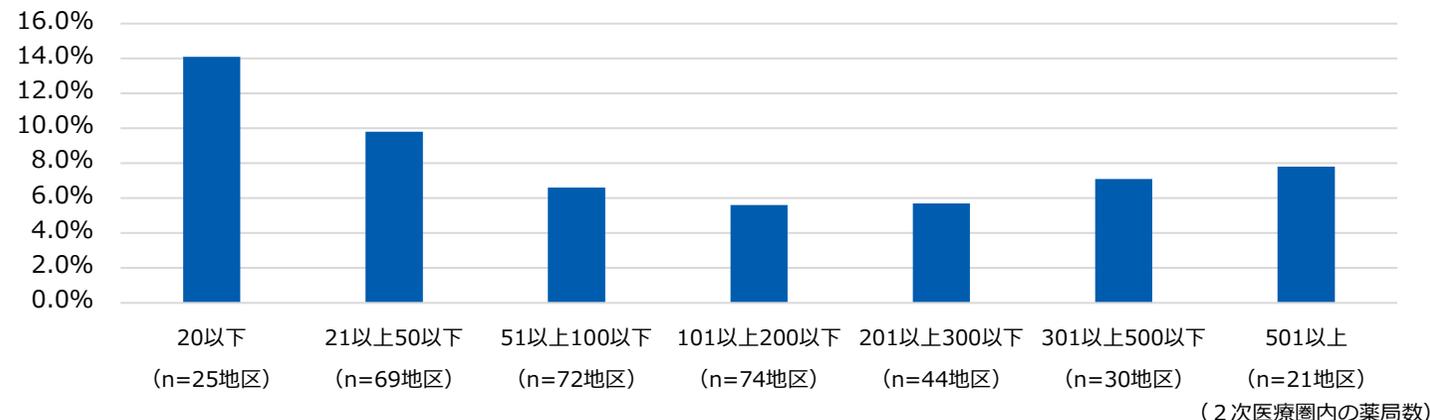
➡ **服薬状況の一元的・継続的管理の必要性**

■ 地域包括ケアにおける薬局の役割

➡ **地域支援体制への薬局の取組の必要性**

■ 2次医療圏内薬局数別の一元化率

※一元化率：複数医療機関を受診しているが、薬局は一つだけ利用している患者の割合



■ 一元化の有無別患者の薬剤数

| | |
|------------------------------|-------|
| 非一元化患者の薬剤数 (n=29,160,003) | 9.98剤 |
| 一元化患者の薬剤数 (n=4,192,281) | 8.75剤 |

※2021年4～9月に処方を受けた全患者（76,529,643名）をNDBで抽出後、複数医療機関を受診した43.58%を対象とした

薬剤疫学会学術総会（第30回） 宮崎長一郎ら 「NDBを用いた薬局における患者一元管理に関する都道府県や2次医療圏単位での実態調査および患者の使用薬剤数に及ぼす影響」より

門前薬局の現状

○ 薬局ビジョンにおいては、「いわゆる門前薬局など立地に依存し、便利さだけで患者に選択される存在から脱却」することを目指すとされているにもかかわらず、約7割の病院には門前薬局が存在している。

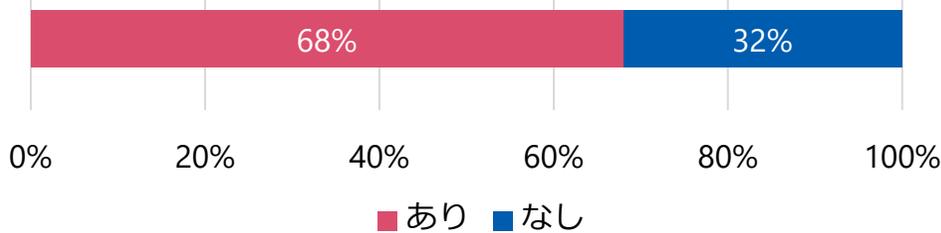
薬局ビジョンより抜粋

➢ いわゆる門前薬局など立地に依存し、便利さだけで患者に選択される存在から脱却し、薬剤師としての専門性や、24時間対応・在宅対応等の様々な患者・住民のニーズに対応できる機能を発揮することを通じて患者に選択してもらえようとする。

令和7年9月10日中医協総会（調剤その1）より

➢ 薬局ビジョンにおいては、2035年までに薬局の立地も門前から地域へ移行させるという目標も掲げられておりますけれども、前回の総会に示された資料を見る限りでは、66%の薬局が門前というのが現状でございますので、これまでの延長で今後も対応するのか、丁寧に検討する必要があるということをもっと最初に述べたいと思います。

■ 病院周辺に門前薬局の有無（病院回答）(n=737)



■ 門前薬局の数別、門前薬局のある医療機関数(n=501)



※生成AIにより作成

病院の前に門前薬局が複数並んでおり、大病院からの処方箋集中率が高い場合も。

■答申書（令和6年度診療報酬改定について）（令和6年2月14日）

Ⅲ-8 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進-④

④ いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

● 第1 基本的な考え方

いわゆる同一敷地内薬局への対応として、医薬品の備蓄等の効率性、医療経済実態調査に基づく薬局の費用構造や損益率の状況、同一敷地における医療機関との関係性等を踏まえ、特別調剤基本料を算定する薬局の調剤及び当該同一敷地における医療機関の処方について、評価を見直す。

● 第2 具体的な内容

1. 特別調剤基本料についてA及びBの区分を設け、評価を見直す。
2. いわゆる一敷地内薬局を対象とする特別調剤基本料Aにおいては、調剤基本料1、2及び3のイ～ハと同様に調剤基本料の施設基準の届出を求める。
3. 調剤基本料にかかる施設基準の届出を行っていない保険薬局に対しては特別調剤基本料Bの算定区分を適用するとともに、調剤基本料の諸加算の算定を不可とする。

■答申書付帯意見

（敷地内薬局）

- 22 いわゆる同一敷地内薬局については、**同一敷地内の医療機関と薬局の関係性**や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、引き続き検討すること。

特別調剤基本料Aの薬局を有する開設者の体制評価に関する議論について

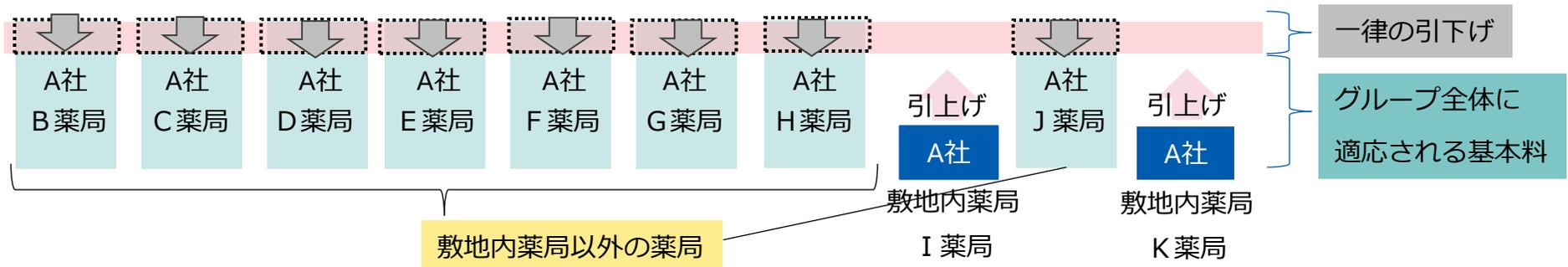
- 特別調剤基本料Aを算定しているグループの薬局について、一律の減算をする、いわゆるグループ減算については、令和6年度診療報酬改定の附帯意見で引き続き検討することとされている。

第622回 中央社会保険医療協議会（個別事項について（その3） 敷地内薬局）（令和7年10月24日）

- ルールのすり抜け、解釈の逸脱と言わざるを得ない対応が続いている。
- 令和6年度改定では、参考資料38ページにあるグループ減算について、中医協で議論を行い、結果的に答申書付帯意見に落ち着いたところですが、敷地内薬局問題の改善が見えないのであれば、このグループ減算も含め、あらゆる措置を引き続き検討していく必要がある。

グループ減算とは

- 例えば、敷地内薬局の調剤基本料を特例で引き下げるだけでなく、敷地内薬局の調剤基本料は通常の処方箋集中率等で評価するとともに（現行の特別調剤基本料から引き上がる）、敷地内薬局の開設実態に応じて開設者全体の薬局の調剤基本料で調整すること。

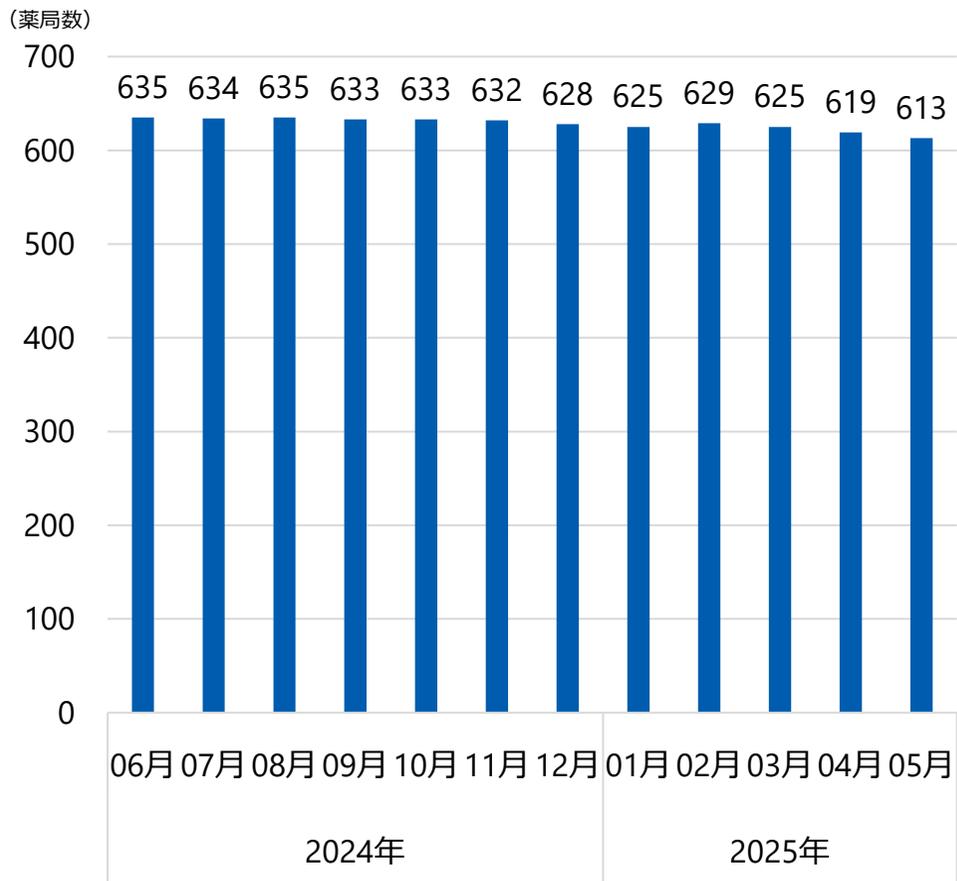


※ 特別調剤基本料を算定している薬局における地域支援体制加算/後発医薬品調剤体制加算、服薬情報等提供料の取扱いは、個々の評価の見直しはあり得るとしても、引き続き敷地内薬局に限る措置とすることが考えられる。

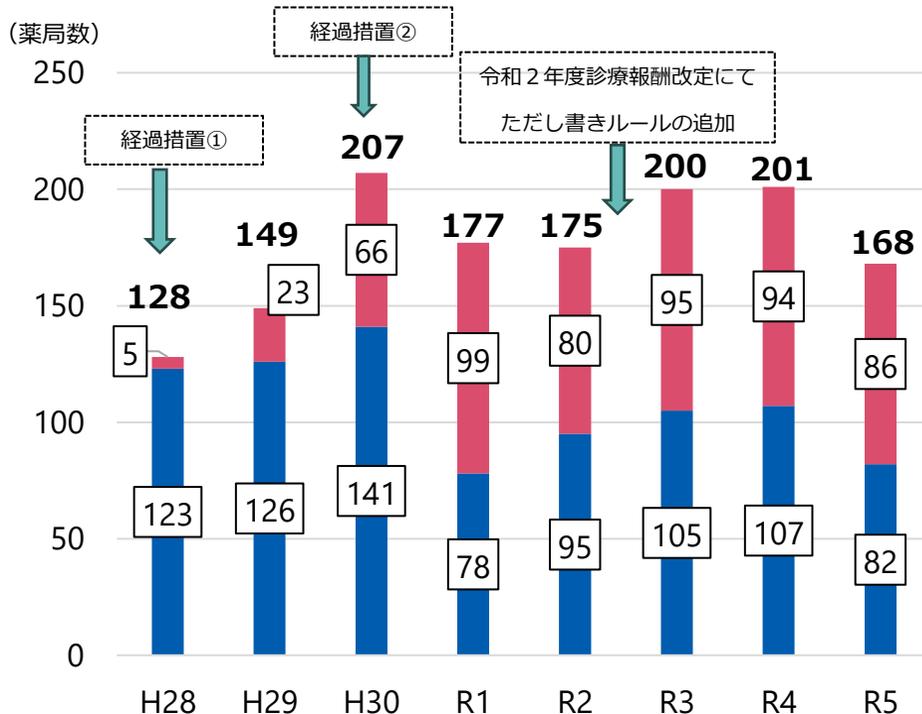
特別調剤基本料A算定薬局の推移

- 令和6年度診療報酬改定後に特別調剤基本料Aの算定薬局数は微減した。
- 医療機関と特別な関係のある薬局で特別調剤基本料Aを算定していない薬局は毎年一定数新規指定されている。

■ 令和6年度診療報酬改定以降の特別調剤基本料Aを算定する薬局数推移



■ 令和6年8月1日時点で医療機関との間に特別な関係のある薬局の新規指定を受けた年度の内訳



■ 特別調剤基本料Aの薬局新規指定数

■ 特別な関係のある薬局の新規指定数 (特別調剤基本料Aを除いた分)

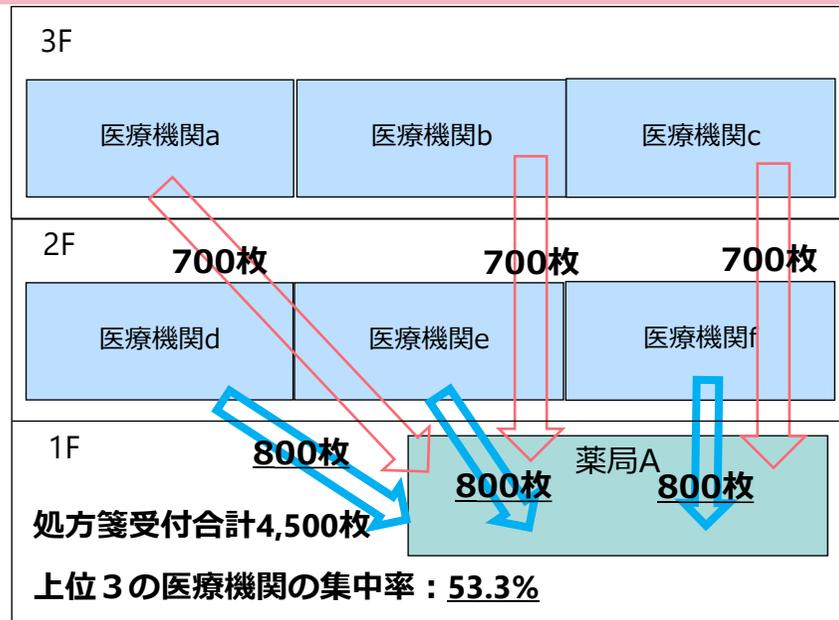
経過措置①：平成28年9月30日以前に新規開局し、指定を受けた薬局であって、平成28年9月30日以前より病院との賃貸借関係にある場合を除く

経過措置②：平成30年3月31日以前に新規開局し、指定を受けた薬局であって、平成30年3月31日以前より診療所との賃貸借関係にある場合を除く

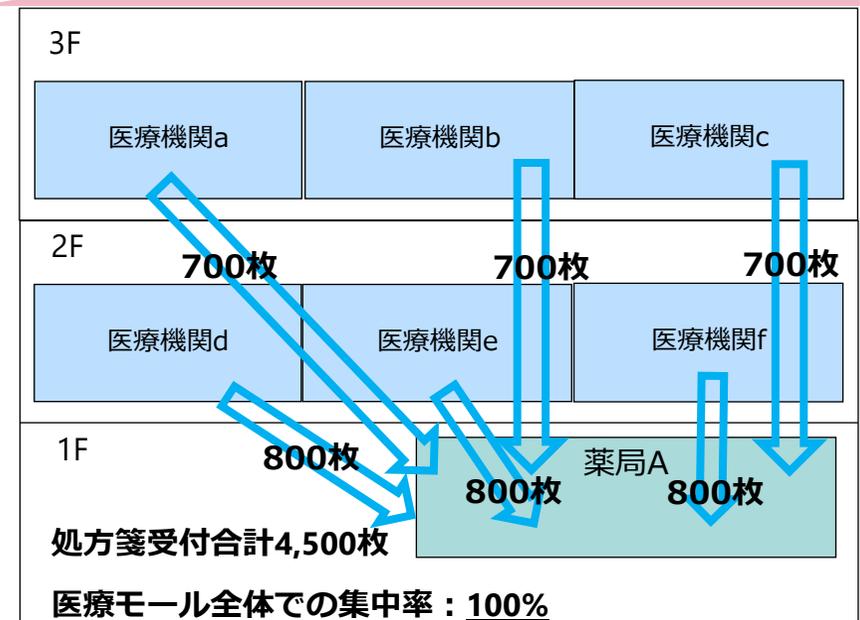
医療モールにおける処方箋集中率

- 現行の調剤基本料 2 では、処方箋受付回数が月4,000枚超かつ処方箋受付回数が多い上位 3 の保険医療機関の合計処方箋集中率（70%）が基準の 1 つとなっているが、医療機関が 3 つ以上存在する医療モールにある薬局においては、この基準を下回る場合がある。

医療モールにおける現行の処方箋集中率



同一医療モール全体で見た場合の処方箋集中率



2 調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点

(3) 処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、処方箋集中率を算出する際に、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋の受付回数は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めない。1のアの（イ）の「処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合」は、上位3の保険医療機関それぞれの処方箋集中率を合計して得た値とする。

処方箋集中率の計算

- 処方箋集中率の計算方法は次のとおり。
 - ① 居宅療養管理指導費を算定する単一建物居住者や在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する単一建物診療患者の処方箋は、複数枚であっても1枚とカウント
 - ② 居宅療養管理指導費を算定しない単一建物居住者や在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定しない単一建物診療患者の処方箋は、複数枚である場合は複数枚とカウント
- 門前薬局であるにもかかわらず、意図的に単一建物居住者や単一建物診療患者の処方箋をまとめて応需することで処方箋集中率が下がり、より点数の高い調剤基本料を算定することができてしまう。

受付回数：2500回

集中率：84%

基本料：調剤基本料1 (45点)

調剤基本料3ハ (35点)

施設



外来処方箋
として応需

処方箋200枚/月

施設



処方箋200枚/月

受付回数：2100回

集中率：100%

基本料：調剤基本料2 (29点)

調剤基本料3イ (24点)

調剤基本料3ロ (19点)



クリニック

処方箋2100枚/月



門前薬局

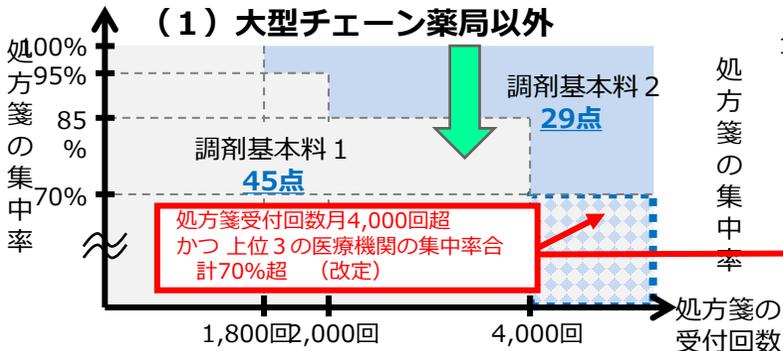
2 調剤基本料2及び3の施設基準に関する留意点

(1) 処方箋の受付回数

イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋。ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が1人の場合は受付回数の計算に含める。

ウ 介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）別表の「5」の居宅療養管理指導費のハの(2)又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）別表の「4」の介護予防居宅療養管理指導費のハの(2)の基となる調剤に係る処方箋。ただし、単一建物居住者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。

近隣ではなくわざわざ遠方の施設からの処方箋を応需する場合も

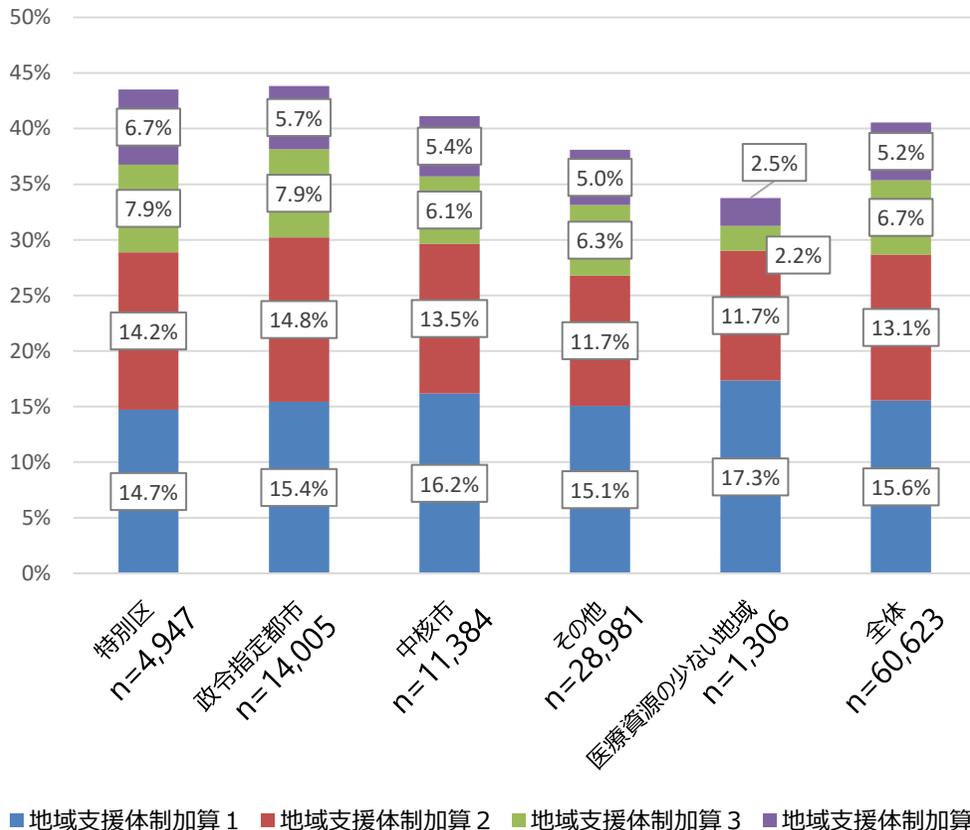


1. 薬局のあり方について
2. 医薬品提供拠点に係る評価体系の見直し
 - I. 調剤報酬簡素化
 - II. 調剤基本料関係
 - III. 地域支援体制加算関係
 - IV. 在宅薬学総合体制加算関係
3. 対人業務の見直し
4. その他

地域支援体制加算の地域別届出状況

- 特別区や政令指定都市以外の地域では、特別区や政令指定都市に比べて、地域支援体制加算の届出割合が低い傾向にある。
- 特に、医療資源の少ない地域では、患者数が少ないため、実績要件の基準が高い地域支援体制加算 3 及び同加算 4 の届出割合が低い傾向にある。

市区町村別の地域支援体制加算の届出割合



○上記の(1)地域医療に貢献する体制を有することを示す実績

(①～⑨は処方箋 1 万枚当たりの年間回数、⑩は薬局当たりの年間の回数)

| 要件 | 基本料1 | 基本料1以外 |
|---|-------|--------|
| ①夜間・休日等の対応実績 | 40回以上 | 400回以上 |
| ②麻薬の調剤実績 | 1回以上 | 10回以上 |
| ③重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 | 20回以上 | 40回以上 |
| ④かかりつけ薬剤師指導料等の実績 | 20回以上 | 40回以上 |
| ⑤外来服薬支援料 1 の実績 | 1回以上 | 12回以上 |
| ⑥服用薬剤調整支援料の実績 | 1回以上 | 1回以上 |
| ⑦単一建物診療患者が 1 人の在宅薬剤管理の実績 | 24回以上 | 24回以上 |
| ⑧服薬情報等提供料に相当する実績 | 30回以上 | 60回以上 |
| ⑨小児特定加算の算定実績 | 1回以上 | 1回以上 |
| ⑩薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議への出席 | 1回以上 | 5回以上 |

【調剤基本料 1 の薬局】

- ・地域支援体制加算 1 32点
④を含む 3 つ以上
- ・地域支援体制加算 2 40点
①～⑩のうち 8 つ以上

【調剤基本料 1 以外の薬局】

- ・地域支援体制加算 3 10点
④、⑦を含む 3 つ以上
- ・地域支援体制加算 4 32点
①～⑩のうち 8 つ以上

薬局における調剤室の面積について

- 調剤室の面積については、薬局等構造設備規則において規定が設けられている。
- 備蓄品目数については、平成22年度調剤報酬改定で500品目の基準（当時の基準調剤加算）が設けられたが、現在では1200品目に基準（地域支援体制加算）が引き上げられ、備蓄等のためにより広いスペースが必要となっている（2.4倍）。
- 更に、在宅患者への医薬品提供のための無菌調製設備（クリーンベンチ等）や、今後使用促進が期待されるバイオ後続品の保管管理に用いられる保冷庫を調剤室に設置する場合には、より大きな面積が求められる。

○薬局等構造設備規則

(昭和三十六年二月一日)
(厚生省令第二号)

(薬局の構造設備)

第一条 薬局の構造設備の基準は、次のとおりとする。

四 面積は、おおむね一九・八平方メートル以上とし、薬局の業務を適切に行なうことができるものであること。

十 次に定めるところに適合する調剤室を有すること。

イ 六・六平方メートル以上の面積を有すること。

| | 基準調剤加算 1 (平成 2 2 年) | 地域支援体制加算 (令和 6 年) |
|-------|------------------------|----------------------|
| 備蓄品目数 | 500品目 | 1200品目 |

約2.4倍

約4畳



■ニーズに合わせた薬局の対応の必要性

- ・ 備蓄品目数の増加に合わせた調剤棚等の設置
- ・ バイオ後続品に用いられる保冷庫の拡大
- ・ 無菌調製等設備の設置

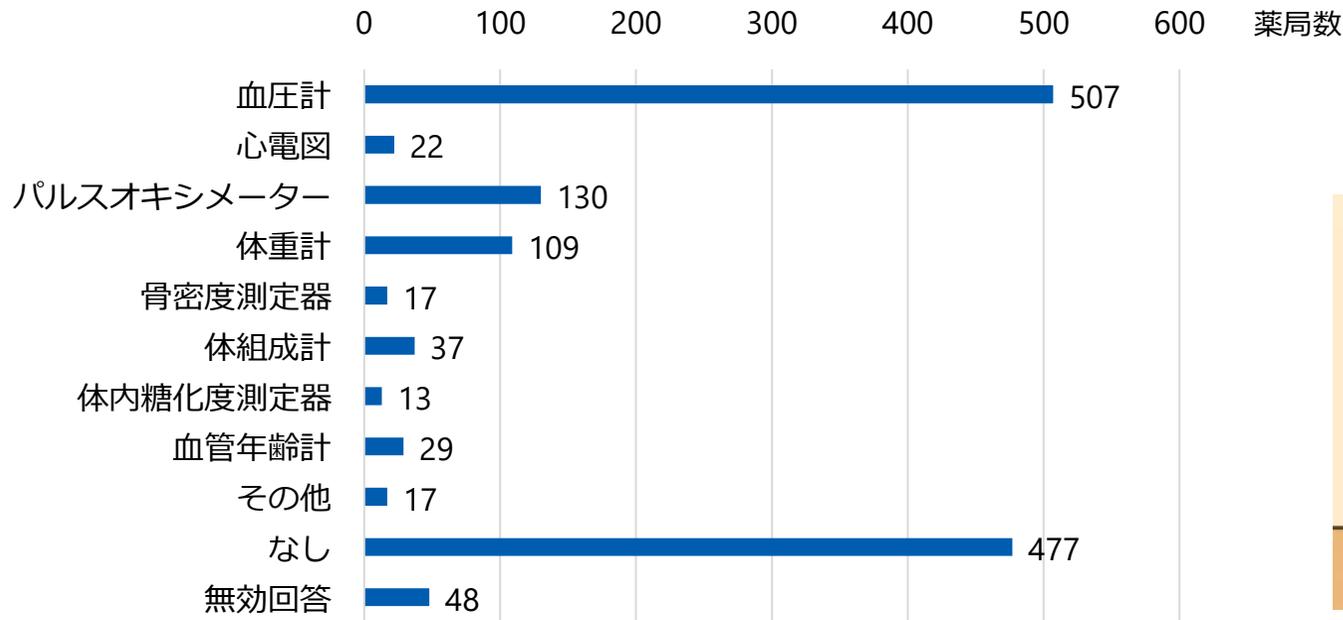
セルフメディケーション関連機器の設置状況

- 「薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会」では、地域における薬局・薬剤師のあり方に関する議論にて、地域における薬局の役割として、セルフケア・セルフメディケーションの推進を挙げている。
- 薬局に設置しているセルフメディケーション関連機器としては、血圧計が多かった。

地域における薬局・薬剤師の主な役割

- 医療・介護関係者等との連携による地域の住民の薬物治療（外来・在宅医療）の提供
- 医薬品の適正使用の推進など公衆衛生の向上・増進
- 薬剤師の資質向上
- セルフケア・セルフメディケーションの推進など、地域住民の健康維持・増進の取組等の支援 等

■ セルフメディケーション関連機器の設置状況（複数回答可）（n=1133）

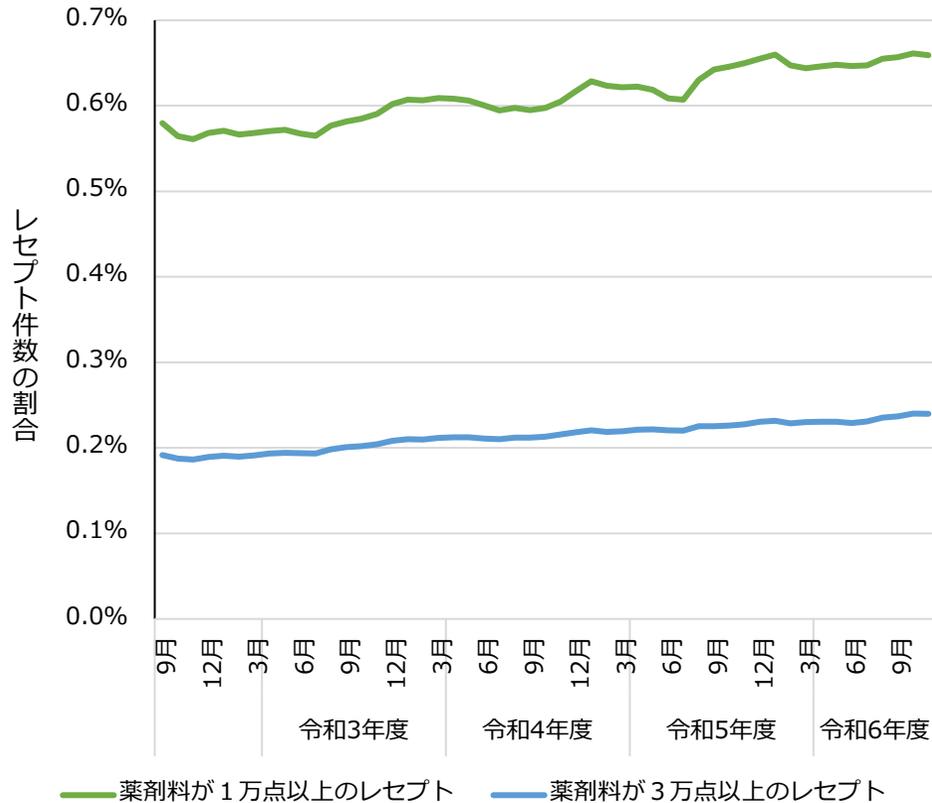


※生成AIにより作成

高額医薬品提供体制における薬局の評価

- 高額医薬品を含む高額レセプト件数は年々増加傾向であるが、調剤の求めがあっても、高額医薬品の在庫を持っていないため、応需できない薬局がある。
- 自薬局で高額医薬品の調剤に応需できなかった場合、一般的には患者に近隣薬局を紹介するが、紹介先でも在庫がないために応需できず、紹介先でも更に別の薬局を再度紹介するケースが発生している。

レセプト件数の割合



近隣薬局の在庫を確認せずに、患者に案内する【紹介先の薬局で更に別の薬局を紹介される可能性】

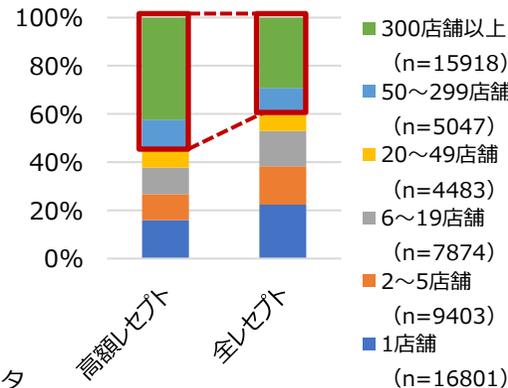


近隣薬局の在庫を確認した上で、患者に案内する【望ましい姿】

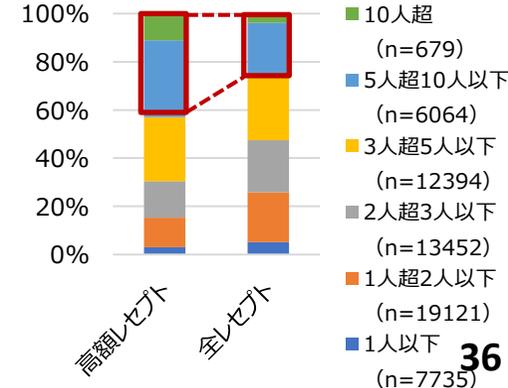


※生成AIにより作成

店舗数別高額レセプト対応割合



薬局人数別高額レセプト対応割合

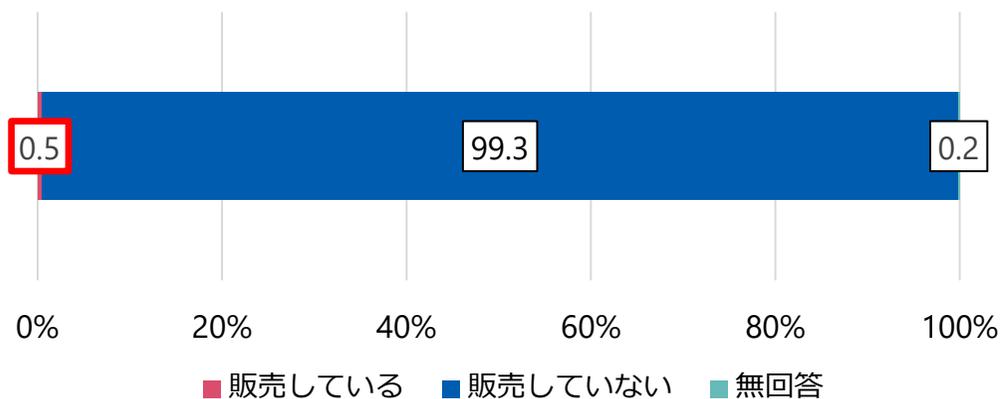


出典：NDBデータ

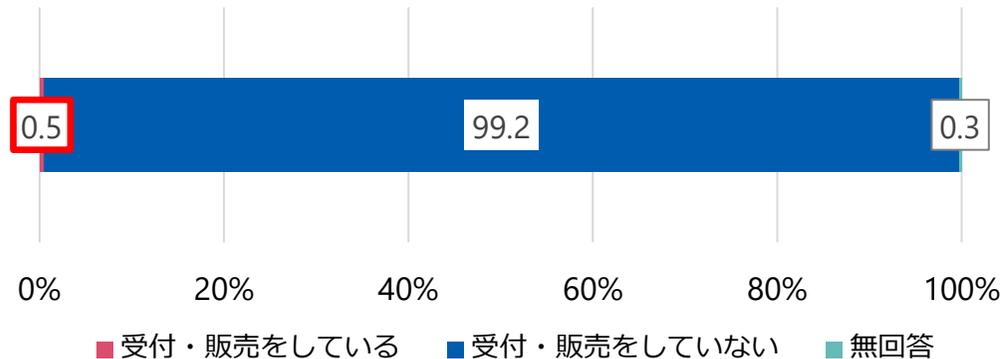
薬事未承認の研究用試薬・検査サービス

- 「研究用」と称して市販されている試薬や検査キットは、国が薬事承認しておらず、性能等が担保されていないため、国が薬事承認した「体外診断用医薬品」を選ぶよう周知しているが、0.5%の薬局が薬事未承認の研究用試薬又は検査サービスを販売していた。

■ 薬事未承認の研究用試薬の販売状況 (n=1133)



■ 薬事未承認の検査サービスの販売状況 (n=1133)



! 新型コロナウイルスの抗原定性検査キットは国が承認した「体外診断用医薬品」を選んでください！

「研究用」と称して市販されている抗原定性検査キットは、国が承認した「体外診断用医薬品」ではなく、性能等が確認されたものではないことにご注意ください。

! 国が承認した医薬品を使いましょう！
※「研究用」は国が承認したものではありません。

国が承認した医療用医薬品又は一般用医薬品（OTC）の抗原定性検査キットは、

- **【体外診断用医薬品】**又は**【第1類医薬品】**と表示されています。
- **取扱い薬局・薬店（インターネット含む）で薬剤師に相談して購入してください。**

体外診断用医薬品

新型コロナウイルス
抗原定性検査キット

・購入時に薬剤師から使い方などについて説明があります。

研究用

新型コロナウイルス
抗原定性検査キット

・「医薬品」との表示はありません
(注) ○×は承認の有無を示します。

(※1) 「研究用」は健康フォローアップセンターでの登録等には使えません。
(※2) 体外診断用医薬品によるセルフチェックを行った場合であっても診断にはなりませんので、留意してください。

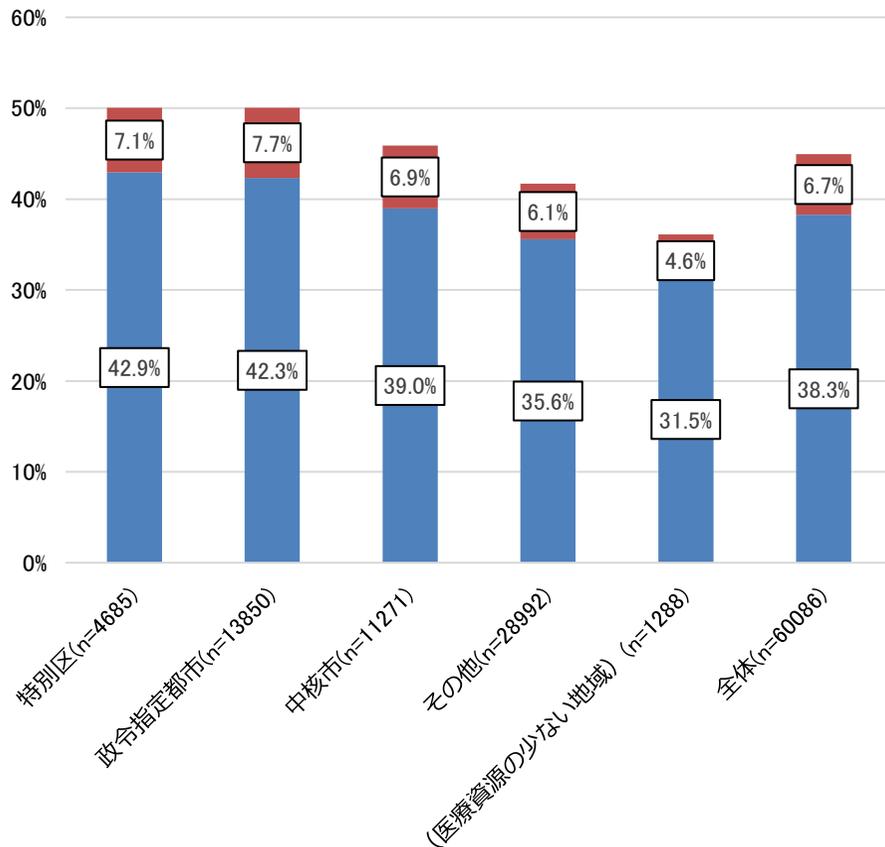
キットを使用し、新型コロナウイルスの感染が疑われる場合には、受診等が必要ですので、薬剤師からの情報に従ってください。

1. 薬局のあり方について
2. 医薬品提供拠点に係る評価体系の見直し
 - I. 調剤報酬簡素化
 - II. 調剤基本料関係
 - III. 地域支援体制加算関係
 - IV. 在宅薬学総合体制加算関係
3. 対人業務の見直し
4. その他

在宅薬学総合体制加算の地域差

- 特別区や政令指定都市以外の地域では、特別区や政令指定都市に比べて、患者数が少ないため、実績要件の基準が設けられている在宅薬学総合体制加算の届出が少ない傾向がある。

市区町村種別の在宅薬学総合体制加算の届出割合



■在宅薬学総合体制加算 1 ■在宅薬学総合体制加算 2

■在宅薬学総合体制加算 1 (処方箋受付 1 回につき + 15 点)

[施設基準]

(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出

(2) 在宅薬剤管理の実績 24 回以上/年

(3) 開局時間外における在宅業務対応 (在宅協力薬局との連携含む)

(4) 在宅業務実施体制に係る地域への周知

(5) 在宅業務に関する研修 (認知症・緩和医療・ターミナルケア) 及び学会等への参加

(6) 医療材料及び衛生材料の供給体制

(7) 麻薬小売業者の免許の取得

■在宅薬学総合体制加算 2 (処方箋受付 1 回につき + 50 点)

[施設基準]

(1) 加算 1 の施設基準を全て満たしていること

(2) 開局時間の調剤応需体制 (2 名以上の保険薬剤師が勤務)

(3) かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数の合計 24 回以上/年

(4) 高度管理医療機器販売業の許可

(5) ア又はイの要件への適合

ア がん末期などターミナルケア患者に対する体制

① 医療用麻薬の備蓄・取扱 (注射剤 1 品目以上を含む 6 品目以上)

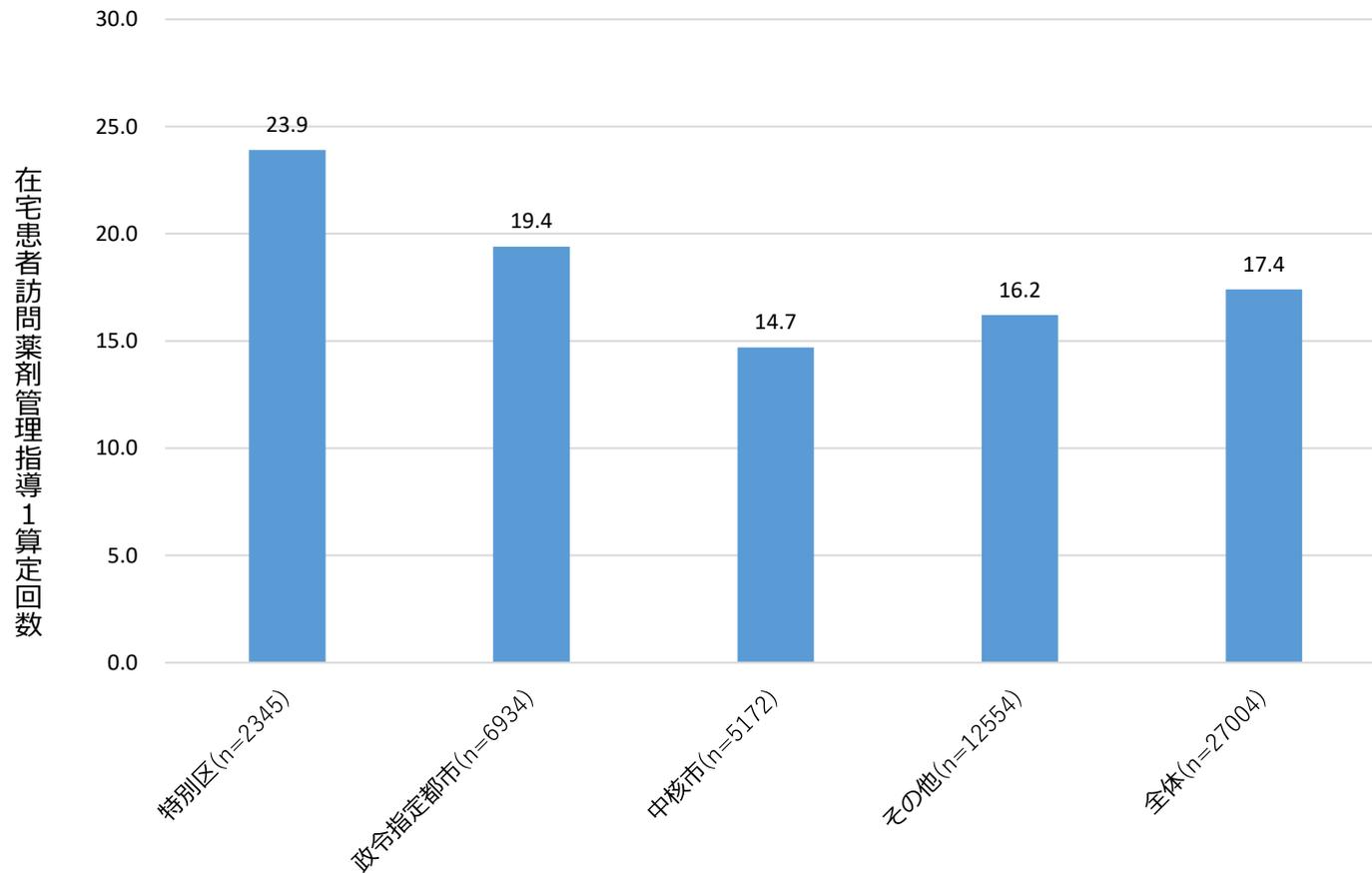
② 無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの整備

イ 小児在宅患者に対する体制 (在宅訪問薬剤管理指導等に係る小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数の合計 6 回以上/年)

地域別在宅患者訪問薬剤管理指導件数分布

○ 在宅薬学総合体制加算届出薬局のうち、在宅患者訪問薬剤管理指導料1の年間あたりの算定件数の平均を地域別に確認すると、特別区において多い状況であった。

■ 在宅薬学総合体制加算届出薬局のうち、地域別在宅患者訪問薬剤管理指導料1算定件数平均(n=27004)

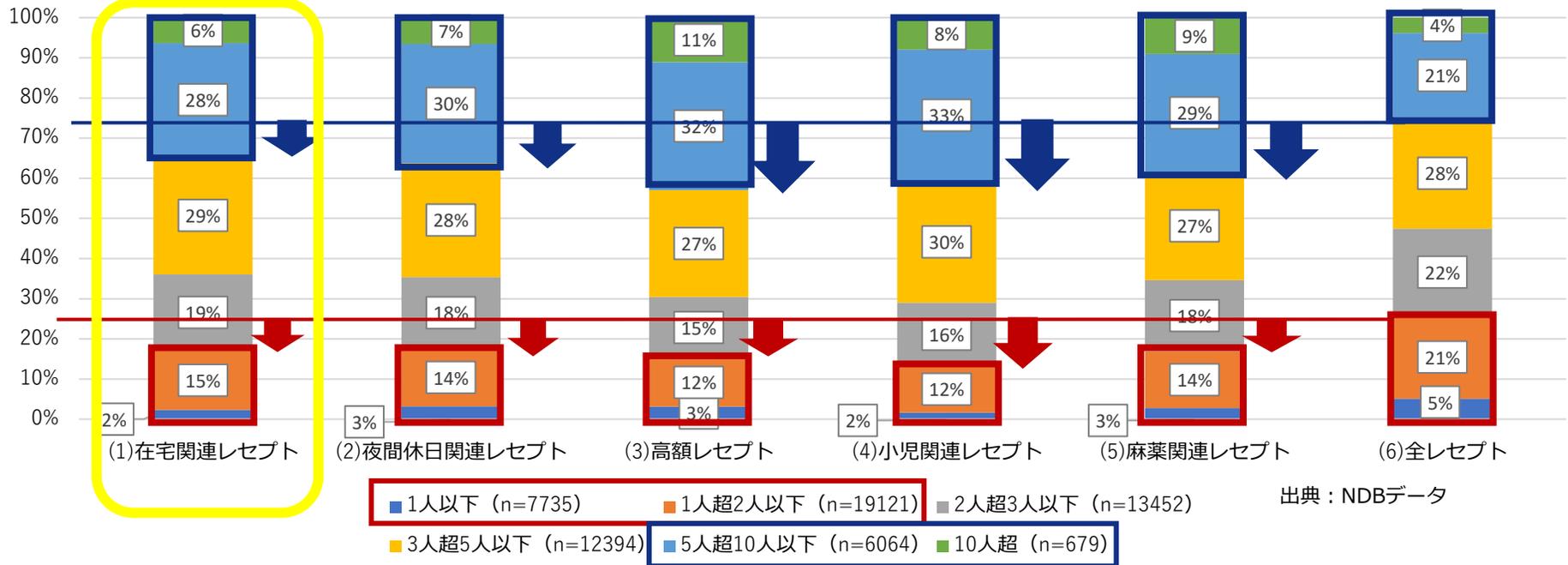


薬局における薬剤師の人数について

- 薬局にとって負荷が大きい在宅、夜間休日、高額薬剤、小児、麻薬等に関連する処方箋に対する対応については、常勤換算の薬剤師数2人以下の薬局の実施割合が低い一方、常勤換算の薬剤師数5人超の薬局の実施割合が高い。
- 薬局間連携によって対応可能となる場合もあるが、そもそも薬局間連携の実施割合が低い薬局が多いことに加え、薬局では機能分化が不十分であるため限界がある。

■ 常勤薬剤師人数別の処方箋割合

薬剤師の人数は保険局医療課調べ
(令和6年8月1日時点) 常勤換算



■ 1人しか薬剤師がいない薬局の課題

- ・在宅、夜間休日、高額薬剤、小児、麻薬に関連する処方箋に対応している割合が低い。
- ・薬剤師が急病等により急遽対応できなくなった場合、患者が継続的フォローを受けられない。

現状と課題①

(医薬分業)

- 薬局ビジョンの策定から10年が経過し、「いわゆる門前薬局など立地に依存し、便利さだけで患者に選択される存在から脱却」という目標を含め対応してきたが、処方箋集中率が85%を超える薬局数の割合は増加した。

(調剤報酬簡素化)

- 答申書付帯意見において、診療報酬体系が複雑化しており、より患者にわかりやすい診療報酬体系となるよう検討することとされている。

(調剤基本料関係)

- 薬局の損益率・損益差額について、調剤基本料別では調剤基本料2の薬局、立地別では医療モール内の薬局が、他の分類の薬局と比較して高い。
- 同一グループの店舗数が300店舗以上の薬局については、令和6年度改定後、損益率はグループ店舗数2～5の薬局に次いで低い。
- 処方箋集中率が85%以上であり、調剤基本料1を算定している月当たり処方箋受付回数が2,000回以下の薬局は、備蓄品目数が少ないにもかかわらず、令和6年度改定後、損益率は微増している。
- 薬局の所在地別に損益率・損益差額を比較すると、特別区の薬局では令和6年度改定後にいずれも増加している。
- 複数医療機関を受診しているが、かかりつけ薬局で服用薬を一元管理している患者の割合（一元化率）は、薬局数が少ない地域の方が高い。
- 特別調剤基本料Aの薬局について、損益率・損益差額は、令和6年度診療報酬改定後にマイナスに転じているが、建物賃借料・土地賃借料は他の調剤基本料の薬局のものより高かった。
- 他方、へき地等における自治体開設診療所の敷地内薬局の中には、特別調剤基本料Aを算定している薬局もある。
- 調剤基本料2は、処方箋受付回数が月4,000枚超かつ処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関の合計処方箋集中率（70%）が基準の1つとなっているが、医療機関が3つ以上存在する医療モールにある薬局においては、この基準を下回る場合がある。
- 処方箋集中率基準（85%超など）をわずかに超える薬局の場合、処方箋集中率の基準を下回らせ、点数の高い調剤基本料に変えるために、意図的に遠方の高齢者施設等の入居者の処方箋を受け入れる事例がある。

現状と課題①

(地域支援体制加算関係)

- 特別区や政令指定都市以外の地域では、特別区や政令指定都市に比べて、地域支援体制加算の届出割合が低い傾向にある。
- 地域支援につながる施設基準として、ニーズに合わせた薬局の面積や、セルフメディケーション関連機器の設置等が挙げられる。

(在宅薬学総合体制加算関係)

- 特別区、政令指定都市、中核市、その他で比較すると、特別区、政令指定都市にある薬局よりも、それ以外の地域にある薬局では、在宅薬学総合体制加算の届出が少ない傾向がある。
- 夜間・休日の処方箋応需や、小児特定加算を算定する調剤の実施等、在宅に関連するレセプトの対応する薬局について、常勤薬剤師数が多いほど取り組まれているが、現在、常勤に係る在宅薬学総合体制加算の要件はない。

調剤についての論点①

【論点】

【調剤報酬簡素化】

- 調剤報酬全体の簡素化について、どのように考えるか。

【調剤基本料関係】

- 薬局の調剤基本料別、立地別、地域別、同一グループの店舗数、処方箋受付回数・処方箋集中率の区分別の収益状況等を踏まえ、調剤基本料について、どのように考えるか。
- 医薬分業の趣旨を踏まえ、門前薬局の在り方について、どのように考えるか。
- 特別調剤基本料Aのただし書き適用範囲、へき地等における診療所敷地内薬局への特別調剤基本料Aの適用、薬学管理料の算定制限等について、収益状況等を踏まえ、どのように考えるか。
- 医療機関が3つ以上存在する医療モールや、遠方の高齢者施設等の入居者の処方箋を受け入れている事例を踏まえ、適正化の観点から、医療モールの在り方や、処方箋集中率の算出方法について、どのように考えるか。

【地域支援体制加算関係】

- 都市部とそれ以外における薬局の地域支援体制加算の届出状況の差を踏まえ、実績要件の区分について、どのように考えるか。
- また、その他の要件の見直しについて、どのように考えるか。

【在宅薬学総合体制加算関係】

- 都市部とそれ以外における薬局での届出状況の差を踏まえ、在宅薬剤管理の実績要件と、かかりつけ薬剤師指導等の実績要件について、どのように考えるか。

1. 薬局のあり方について
2. 医薬品提供拠点に係る評価体系の見直し
3. 対人業務の見直し
 - I. 調剤管理料関係
 - II. 服薬管理指導関係
 - III. かかりつけ薬剤師関係
4. その他

調剤管理料の見直し

- 令和4年度調剤報酬の評価体系の見直しにより、調剤料を廃止し、処方日数に関わらず一定の対物業務を評価とする「薬剤調製料」と、処方内容の薬学的分析、調剤設計等に係る対人業務の評価のための薬学管理料として調剤管理料を新設した。

【調剤管理料】

- | | |
|----------------------------------|-----|
| 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）を調剤した場合（1剤につき） | |
| イ 7日分以下の場合 | 4点 |
| ロ 8日分以上14日分以下の場合 | 28点 |
| ハ 15日分以上28日分以下の場合 | 50点 |
| ニ 29日分以上の場合 | 60点 |
| 2 1以外の場合 | 4点 |

[算定要件]

- 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、**必要な薬学的分析を行った上で**、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。
- 1については、服用時点が同一である内服薬は、投薬日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤以上の部分については算定しない。

薬学管理料

薬剤師の**対人業務（患者や医療関係者とのやり取り）**などを評価したもの

調剤管理料

患者ごとの処方内容の薬学的分析、調剤設計、調剤録・薬剤服用歴の記録・保存、残薬の整理など

令和7年9月10日中医協総会（調剤その1）より

- 調剤管理料は、薬学的知見に基づく処方監査、調剤設計など、医薬分業の根幹を成す重要な対人業務の評価と言えます。かかりつけ機能を強化し、それぞれの患者に合わせて個別最適化した調剤、地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ医・かかりつけ歯科医等と連携して患者・地域住民の医療・健康を支えていくため、調剤管理料の充実が必要です。
- 対人業務の拡充ですが、まず調剤管理料につきましては、内服薬の処方日数に応じた評価そのものについて問題意識を持っております。令和4年度改定で日数倍数制が廃止をされましたが、基本は一律点数が望ましいと考えておりますので、さらなる見直しについて、ぜひ議論させていただきたいと考えております。

調剤管理加算の見直し

- 調剤報酬については、答申書付帯意見において患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討することとされている。
- 調剤管理加算は、ポリファーマシーの是正に逆行するのではないかと指摘がある。

答申書付帯意見 (全般的事項)

1 近年、**診療報酬体系が複雑化**していること及び医療 DX の推進において**簡素化が求められている**ことを踏まえ、**患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系**となるよう検討すること。

- 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は2回目以降の利用において処方内容が変更された場合であって、当該患者が服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価。

調剤管理料 調剤管理加算

イ 初めて処方箋を持参した場合 3点

ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合 3点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。

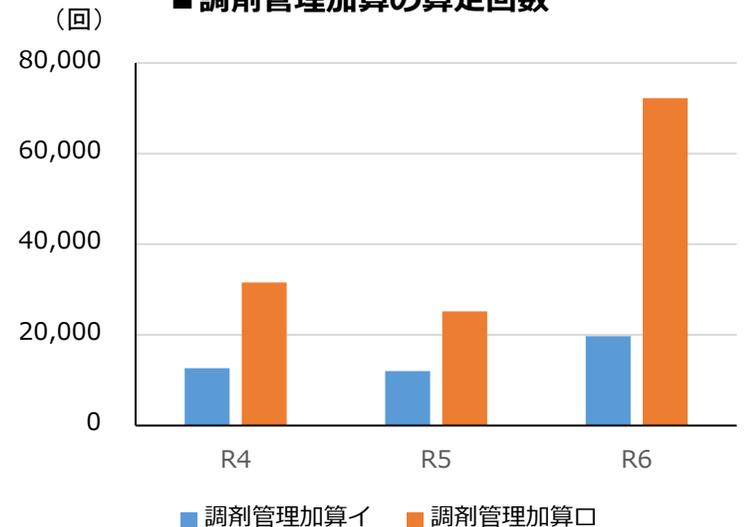
[施設基準]

重複投薬等の解消に係る取組の実績（過去一年間に服用薬剤調整支援料を1回以上算定した実績）を有している保険薬局であること。

令和7年9月10日中医協総会（調剤その1）より

- ・ 調剤管理加算については、令和4年度改定に新設した際、**ポリファーマシーの是正に逆行するのではないかと**いうことを支払い側から指摘し、初めて薬局に来た患者や処方変更の患者に限ることになったと承知しております。

■ 調剤管理加算の算定回数



重複投薬・相互作用等防止加算について

- 重複投薬・相互作用の防止については、オンライン資格確認の普及により、機械的にチェックすることが可能となっているのではないかと指摘がある。
- 一方で、重複投薬・相互作用等防止加算は、その検知のみならず、疑義照会の要否の専門的判断や、疑義照会を行うことの手間を評価した加算である。

令和7年10月17日中医協総会（個別事項その1）より

- 電子処方箋が薬局に広く普及し、重複投薬や禁忌薬剤の使用が自動でチェックできる環境が整ってきたことを前提とすれば、重複投薬・相互作用等防止加算を見直すことも必要だと考える。
- 重複投薬・相互作用等防止加算は情報を集めることを評価しているわけではなく、集まった情報から薬剤師が薬学的に判断し、医師に疑義照会を行い、その結果、処方が変わったことを評価しているものである。オンライン資格確認の情報で、重複投与のアラートが16%出るという結果がある。その全てを医師に連絡すると、医師も業務が滞ってしまう。どのようなアラートが出ているのか、しっかりと薬局で評価し、医師に疑義照会すべきか、重複していても問題ないか、といったことを含め疑義照会の対応をしている

薬剤師法第24条

薬剤師は、処方箋中に疑わしい点があるときは、その処方箋を交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせその疑わしい点を確認した後でなければ、これによって調剤してはならない



※生成AIにより作成

【重複投薬・相互作用等防止加算】

| | |
|------------------|-----|
| イ 残薬調整に係るもの以外の場合 | 40点 |
| ロ 残薬調整に係るものの場合 | 20点 |

■ 疑義照会実施状況

| | 件数（枚数） |
|--|-----------------------|
| ① 応需処方箋総枚数 | 1 4 3, 7 0 1 |
| ② 上記①における、疑義照会件数 | 3, 0 6 4 (①の2.1%) |
| ③ 上記②のうち、薬学的疑義照会件数 (形式的な疑義照会を除いた件数) | 2, 9 1 0 (②の95.0%) |
| ④ 上記③のうち、処方変更有の件数 | 2, 4 4 0 (③の83.8%) |

■ 薬学的疑義照会内容の一例

- ◆ 処方意図（保険適応上の疑義を含む）確認
- ◆ 処方の記入漏れ
- ◆ 配合禁忌・配合注意等に関する疑義
- ◆ 投与禁忌・慎重投与に関する疑義
- ◆ 副作用歴や副作用の疑いに関する疑義
- ◆ 妊婦・授乳婦への影響に関する疑義
- ◆ 食品・OTCを含む相互作用に関する疑義

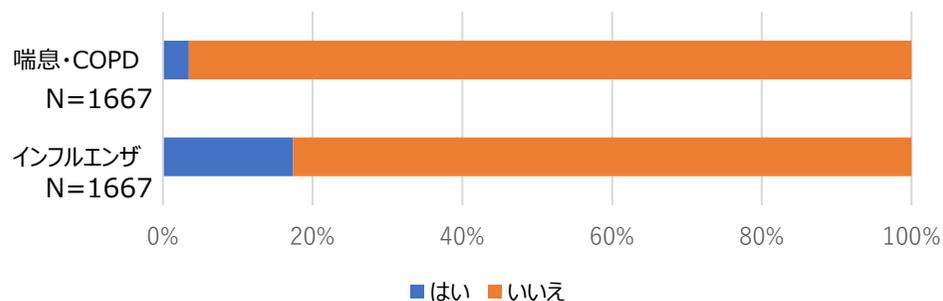
日本薬剤師会提供資料を基に保険局医療課作成

1. 薬局のあり方について
2. 医薬品提供拠点に係る評価体系の見直し
3. 対人業務の見直し
 - I. 調剤管理料関係
 - II. 服薬管理指導関係
 - III. かかりつけ薬剤師関係
4. その他

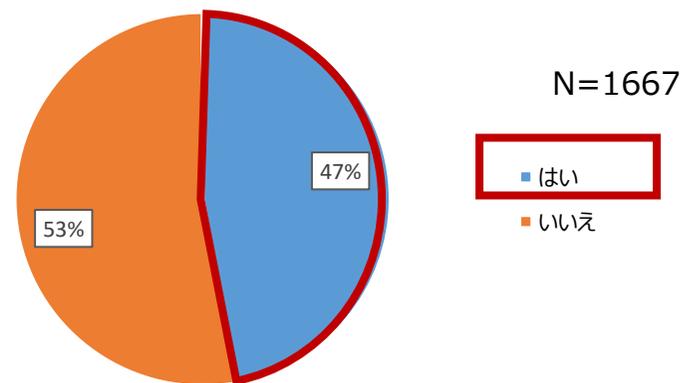
吸入薬指導加算について

- インフルエンザ吸入薬指導にあたっては、喘息やCOPDに対する吸入薬指導と同程度の時間を要している。
- 更に、インフルエンザ吸入薬指導については、感染症対策として個室を整備することや、確実に吸入していることを確認するために薬剤師の目の前で実際に吸入してもらうこと等、相応の労力を要しており、更に曝露の懸念もあるが、これに対する診療報酬上の評価がない。

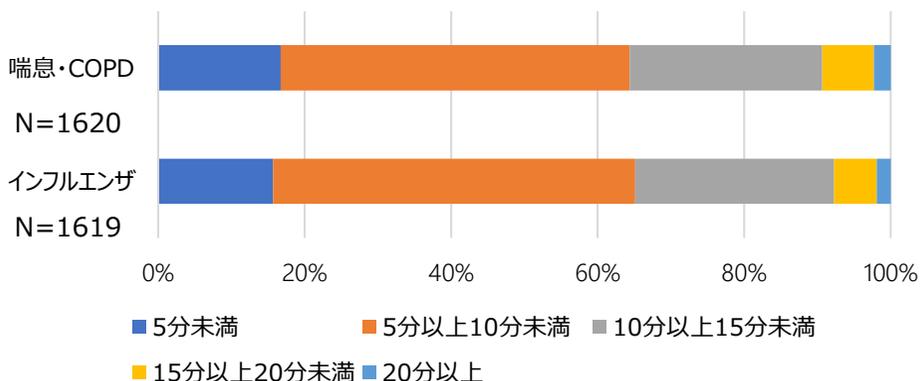
■ 個室指導



■ インフルエンザ吸入薬の指導時に薬剤師の前で実際に吸入させ服用できているか確認しているか



■ 指導時間



服薬指導のフォローアップについて

- 服薬指導後の患者フォローアップにより副作用検出率が上昇することが報告されている。
- 患者フォローアップに対する患者の評価はほぼすべての患者が「よかった」と答えており、その理由については、「服薬後の症状や体調の経過に問題ないことを確認してもらい安心できた」が最も高かった。

■ 患者フォローアップが薬局での服薬指導時の副作用検出に与える影響（3群比較）

| | 患者フォローアップ 未実施 | 患者フォローアップ実施 | | P値 |
|--------------|------------------|-------------|-----------|------------|
| | | 応答割合下位75% | 応答割合上位25% | |
| 対象薬歴数 | 990,426 | 35,933 | 12,164 | - |
| 副作用検出薬歴数 | 33,323 | 1,931 | 846 | - |
| 副作用検出率 (%) ※ | 3.36 | 5.37 | 6.95 | < 0.001 a) |

※ハイリスク薬に関する薬学的管理を受けた患者における、ハイリスク薬に関連した副作用の検出率を示している

a) χ^2 検定

(薬局薬剤師による患者フォローアップが薬局での服薬指導時の副作用検出に与える影響より)

■ 服薬期間中のフォローアップを受けてよかった理由（複数回答）（患者票）【かかりつけ薬剤師の有無別】

■ 服薬期間中のフォローアップに対する評価（患者票）

【かかりつけ薬剤師の有無別】

| | 合計 | かかりつけ薬剤師 有り | かかりつけ薬剤師 なし |
|--------|------|----------------|----------------|
| 回答数（件） | 231 | 182 | 47 |
| よかった | 97.8 | 98.9 | 93.6 |
| よくなかった | 2.2 | 1.1 | 6.4 |
| 無回答 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |

| | 合計 | かかりつけ 薬剤師有り | かかりつけ 薬剤師なし |
|------------------------------------|------|----------------|----------------|
| 回答数（件） | 226 | 180 | 44 |
| 服薬後の症状や体調の経過に問題がないことを確認してもらい安心できた | 76.5 | 77.2 | 75.0 |
| 服薬状況の確認や服薬に関する再指導をしてもらい安心できた | 42.0 | 44.4 | 31.8 |
| 薬局薬剤師から担当の処方医に処方薬の確認や相談をしてもらい安心できた | 22.1 | 25.6 | 6.8 |
| その他 | 2.2 | 1.7 | 4.5 |
| 無回答 | 1.3 | 1.1 | 0.0 |

出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況査」（患者票）

1. 薬局のあり方について
2. 医薬品提供拠点に係る評価体系の見直し
3. 対人業務の見直し
 - I. 調剤管理料関係
 - II. 服薬管理指導関係
 - III. かかりつけ薬剤師関係
4. その他

かかりつけ薬剤師に関する主なご意見

令和7年9月10日中医協資料（調剤その1）より

- 「患者のための薬局ビジョン」でございますけれども、ちょうど右側のところに、「～『門前』から『かかりつけ』、そして『地域』へ～」というサブタイトルがついております。全ての薬局がかかりつけ薬局になるとされていた目標年次がまさに今年、2025年でございます。
- かかりつけ機能が実際に発揮されているのか、対物業務から対人業務へのシフトが本当に進んだかということにつきましては、十分に達成されたとはなかなか感じられないというのが率直な印象でございます。

■ かかりつけ薬剤師指導料について

かかりつけ薬剤師指導料

かかりつけ薬剤師が、保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行った場合 76点

⇕ 併算定不可

(参考) 服薬管理指導料

- | | | |
|---|------------------------------|-----|
| 1 | 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 | 45点 |
| 2 | 1以外の患者の場合 | 59点 |
| 3 | 介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合 | 45点 |
| 4 | 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 | |
| イ | 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 | 45点 |
| ロ | 1以外の患者の場合 | 59点 |

かかりつけ薬剤師に対する患者の評価①

○ かかりつけ薬剤師がいる患者では、いない患者に比べて、服薬指導が役に立ったという回答の割合が16.6ポイント高かった。

■ かかりつけ薬剤師有無別服薬指導の評価

(直近1ヶ月以内に服薬指導を受けた患者が対象)

| | 合計 | いる | いない |
|-----------------|------|------|------|
| 回答数(件) | 798 | 445 | 349 |
| 役に立った | 69.0 | 76.2 | 59.6 |
| どちらかという役に立った | 27.9 | 22.2 | 35.5 |
| どちらかという役に立たなかった | 1.6 | 0.9 | 2.6 |
| 役に立たなかった | 0.9 | 0.0 | 2.0 |
| 無回答 | 0.5 | 0.7 | 0.3 |

■ かかりつけ薬剤師有無別の役に立ったと感じた理由

(服薬指導が「役に立った」「どちらかという役に立った」と回答した患者が対象)

| | 合計 | いる | いない |
|-----------------------|------|------|------|
| 回答数(件) | 774 | 438 | 332 |
| 薬の効果・効能や副作用の理解が深まったから | 64.1 | 60.0 | 69.3 |
| 疑問や不安が解消したから | 55.3 | 63.0 | 45.2 |
| その他 | 3.7 | 4.6 | 2.4 |
| 無回答 | 0.8 | 0.7 | 0.9 |

かかりつけ薬剤師



※生成AIにより作成

患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が以下の業務を実施

- ・服用歴(OTC医薬品を含む)、副作用歴等を一元的に把握
- ・相互作用や重複投与、副作用等の観点から処方内容を確認し、服薬管理
- ・調剤時のみならず、継続的な服薬状況の把握

かかりつけ薬剤師に対する患者の評価②

- 現在の調剤報酬体系においては、かかりつけ薬剤師指導料について、通常の服薬管理指導料よりも高い点数を設定している。
- これにより、かかりつけ薬剤師指導料の算定回数のノルマ化や、薬剤師からの定型的な打診が発生しており、患者がかかりつけ薬剤師を選ぶような構造となっていない。

COMLに届く相談の声

- 「同意」は慎重にしたいのに、初めて会ったような薬剤師が「私がかかりつけ薬剤師として同意してください」と軽く頼んでくる。
- A薬剤師は話しやすくいつも相談していた。ところが最も話しにくいB薬剤師から「私がかかりつけ薬剤師として同意してほしい」と言われ、「いつもA薬剤師さんに相談しているので、かかりつけ薬剤師ならA薬剤師に」と言うと「A薬剤師はかかりつけ薬剤師の資格がないので」と言われ困惑。もうあの薬局には行けない。
- 薬局に行くたびにかかりつけ薬剤師の同意を求められるので、薬局に行くのが苦痛。

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 山口理事長から提供

現行

私がかかりつけ薬剤師にしませんか？

点数↑
ノルマ



同意は慎重に行いたい…。

目指す姿

是非、私のかかりつけ薬剤師になってほしい。

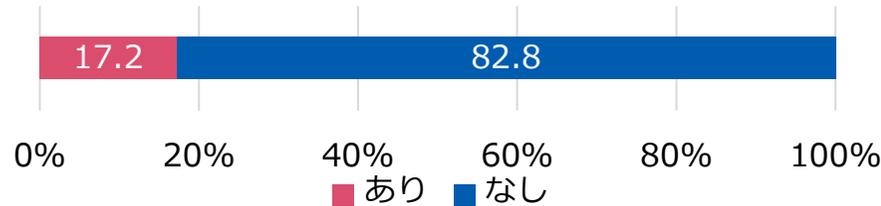


※生成AIにより作成

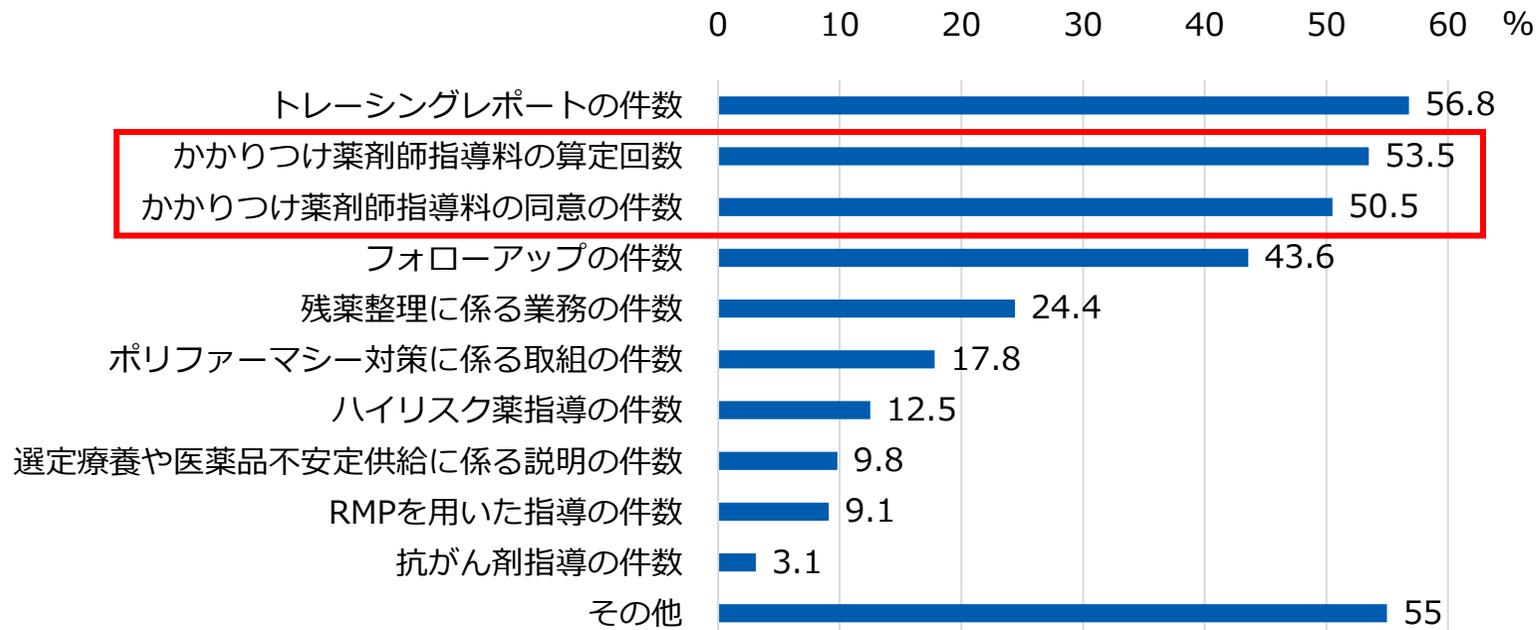
保険薬局におけるかかりつけ薬剤師指導料関連の業務ノルマの現状

- 業務ノルマを課している薬局のうち、約半数の薬局でかかりつけ薬剤師指導料の算定回数、かかりつけ薬剤師指導料に関する業務ノルマがあった。

■ 業務ノルマの有無(n=1673)



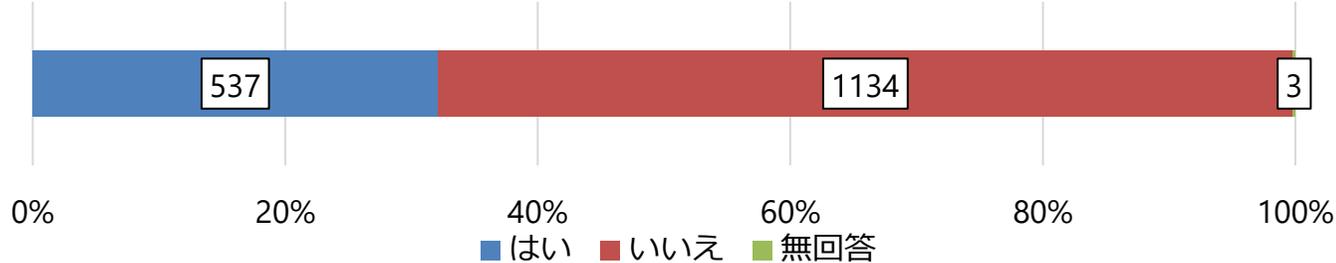
■ 業務ノルマの内容(複数回答可)



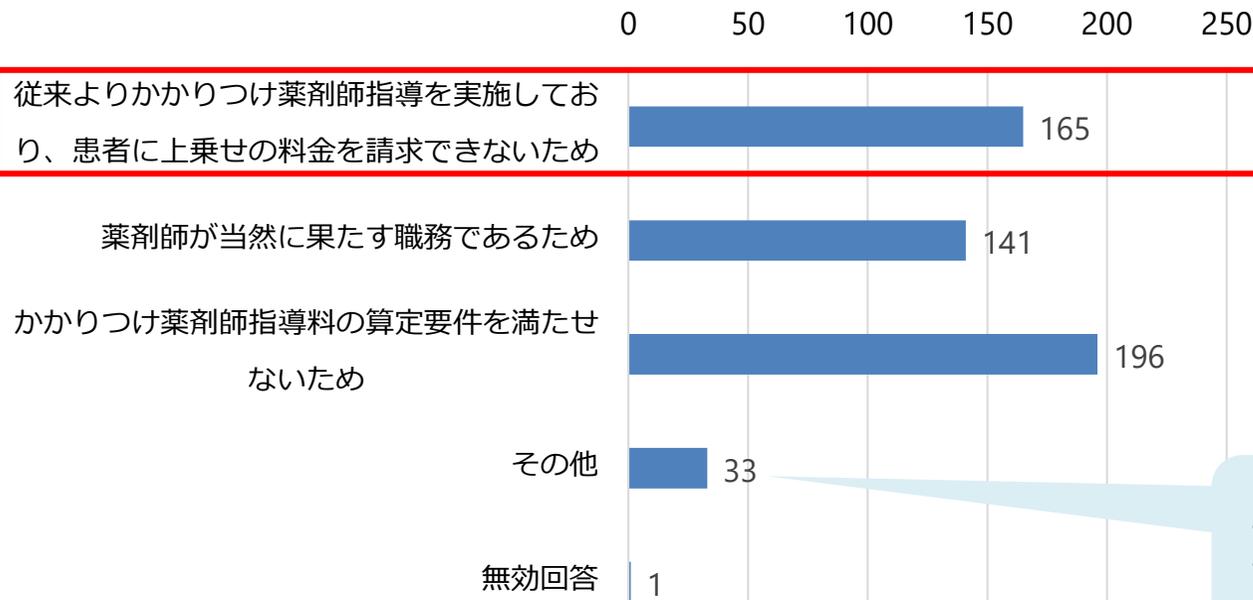
保険薬局におけるかかりつけ薬剤師指導料の課題

- かかりつけ薬剤師指導料の創設前から、かかりつけ薬剤師業務を実施しているため、患者との関係も考慮して、患者に上乗せ料金（かかりつけ薬剤師指導料）を請求していないとの意見があった。

■ かかりつけ薬剤師指導で求められる指導を行っているが、かかりつけ薬剤師指導料を算定していない患者の有無(n=1673)



■ 算定していない理由(複数回答可、n=536)

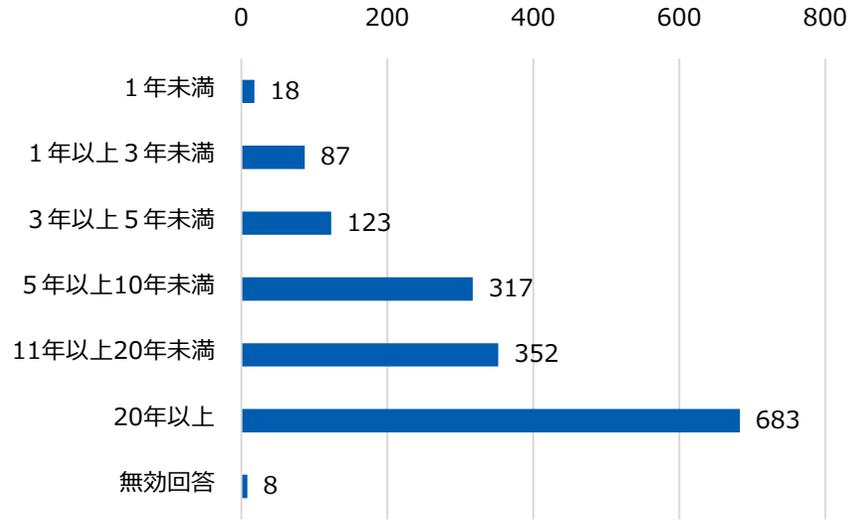


- ・ 料金上乗せについて患者同意が得られない
- ・ 他薬局にかかりつけ薬剤師がいるため 等

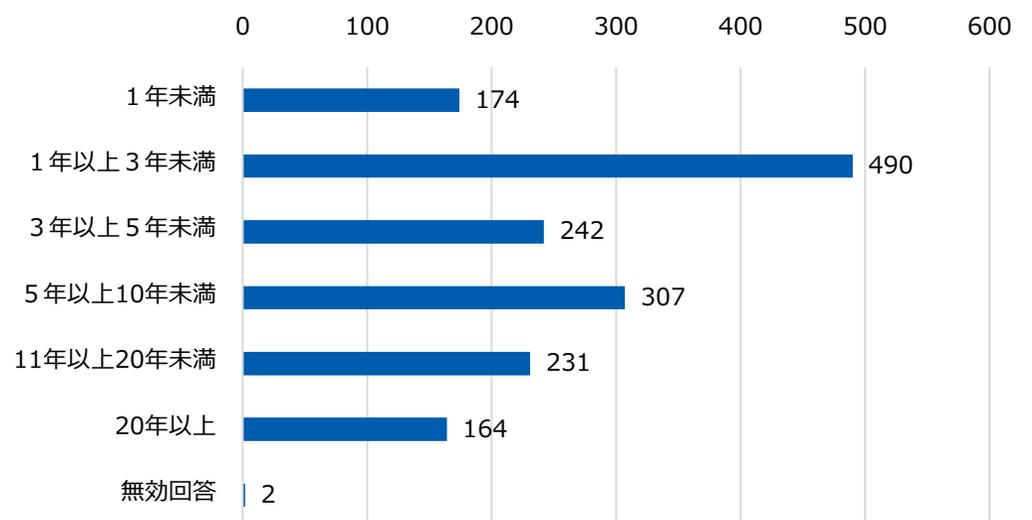
薬剤師の勤務年数

○ かかりつけ薬剤師指導料の届出の施設基準として、保険薬剤師としての3年以上の保険薬局勤務経験および当該保険薬局における1年以上の在籍が定められている。

■ 薬剤師としての勤務年数(n=1673)



■ 同一店舗での勤務年数(n=1673)



1 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に関する施設基準

以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されていること。

(1) 以下に掲げる勤務経験等を有していること。

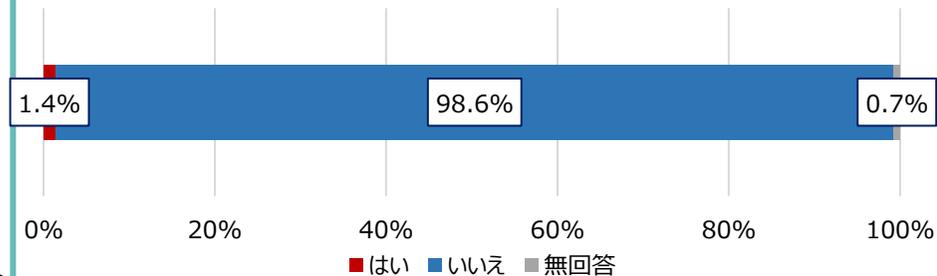
ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の保険薬局勤務経験がある。

(なお書き略)

イ略

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して1年以上在籍している。

■ 派遣薬剤師がかかりつけ薬剤指導料を算定しているか (n=1133)



現状と課題②

(調剤管理料関係)

- 調剤管理料は、令和4年度調剤報酬の評価体系の見直しにて、対人業務を評価する薬学管理料として新設した算定項目であるが、激変緩和の観点から、それまで調剤料で用いられていた調剤日数による点数区分を引き継いでいる。
- 調剤管理加算は、ポリファーマシー対策に逆行する可能性を指摘されている。

(服薬管理指導料関係)

- 吸入薬指導加算は、喘息などの慢性疾患に対する吸入薬指導した際の評価であるが、現在、インフルエンザなどの急性疾患に対する評価は対象外となっている。
- 服薬指導後の患者フォローアップにより副作用検出率が上昇することが報告されている。

(かかりつけ薬剤師関係)

- かかりつけ薬剤師指導料について、通常服薬管理指導料よりも高い点数を設定しているが、業務ノルマが設けられている薬局のうち、約半数の薬局においてかかりつけ薬剤師指導料の算定回数や同意件数のノルマがあった。
- かかりつけ薬剤師業務として設定されている内容を、かかりつけ薬剤師指導料の創設前からそうした取組を実施している薬局においては、患者に上乗せ料金を請求できないと考えるので算定していないとの意見があった。

調剤についての論点②

【論点】

【調剤管理料関係】

- 対人業務を評価する観点から、調剤管理料の日数による点数区分について、どのように考えるか。
- 6種以上の内服薬に対して評価をする調剤管理加算について、どのように考えるか。
- 医療DXの進展により重複投薬や相互作用の機械的な検出が可能となる一方、検出された重複投薬や相互作用について薬学的疑義照会の手間がかかることを踏まえ、重複投薬・相互作用等防止加算について、どのように考えるか。

【服薬管理指導関係】

- 時間と労力が必要なインフルエンザ等の急性疾患に対する吸入指導は評価がされていない現状を踏まえ、吸入管理指導加算の算定対象について、どのように考えるか。
- 調剤後フォローアップによる副作用検出率の向上を踏まえ、フォローアップ業務に対する調剤報酬上の評価について、どのように考えるか。

【かかりつけ薬剤師関係】

- かかりつけ薬剤師は患者の意志により選択されるべきであるが、かかりつけ薬剤師指導料の同意取得数や算定数にノルマを課している薬局があることや、薬局にいく度にかかりつけ薬剤師の同意を求められる患者がいる現状を踏まえ、かかりつけ機能をさらに推進する観点から、かかりつけ薬剤師指導料の在り方をどのように考えるか。

1. 薬局のあり方について
2. 医薬品提供拠点に係る評価体系の見直し
3. 対人業務の見直し
4. その他

薬剤調製料の無菌製剤処理加算について

- 乳幼児では、乳幼児用の製剤がないことや体内動態が成人と異なることから、個々に乳幼児患者に応じた無菌調製を行う必要があることを踏まえ、当該無菌調製を評価する項目を設けている。
- しかし、乳幼児でなくても15歳以下であれば年齢に応じた調製が必要となる薬剤があるが、乳幼児でないため評価されない場合もある。

【区分01 薬剤調製料】

5 注射薬

26点

注 1回の処方箋受付において、注射薬を調剤した場合は、調剤数にかかわらず、所定点数を算定する。

注2 5の注射薬について、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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、1日につきそれぞれ69点、79点又は69点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、1日につきそれぞれ137点、147点又は137点）を所定点数に加算する

○医療用医薬品の添付文書等の記載要領の留意事項について

(平成29年6月8日)
(薬生安発0608第1号)

第2 各項目に関する留意事項

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

(5) 「9. 7 小児等」の記載に当たって、新生児、乳児、幼児又は小児とはおおよそ以下を目安とする。ただし、具体的な年齢が明確な場合は「〇歳未満」、「〇歳以上、〇歳未満」等と併記すること。なお、これ以外の年齢や体重による区分を用いても差し支えないこと。

- ①新生児とは、出生後4週未満の児とする。
- ②乳児とは、生後4週以上、1歳未満の児とする。
- ③幼児とは、1歳以上、7歳未満の児とする。
- ④小児とは、7歳以上、15歳未満の児とする。



日本静脈経腸栄養学会
静脈経腸栄養ガイドライン
(第三版)より抜粋

成人必要エネルギー投与量

【簡易式】25～30kcal/kg/day

【予測】Harris-Benedict式の利用

小児必要エネルギー投与量

未熟児 110～120kcal/kg/day

1歳未満 90～100kcal/kg/day

1～7歳 75～90kcal/kg/day

7～12歳 60～75kcal/kg/day

12～15歳 40～60kcal/kg/day

患者への経済上の利益の提供について

平成29年1月25日事務連絡

保険調剤等においては、調剤料や薬価が中央社会保険医療協議会における議論を経て公定されており、これについて、ポイントのような付加価値を付与することは、医療保険制度上、ふさわしくないこと

✓ 患者が保険薬局等を選択するに当たっては、保険薬局が懇切丁寧に保険調剤等を担当し、保険薬剤師が調剤、薬学的管理及び服薬指導の質を高めることが本旨であり、適切な健康保険事業の運営の観点から、ポイントの提供等によるべきではないこと

その上で、当面は、以下の1から3までのいずれかに該当する保険薬局に対し、口頭により指導を行い、その上で改善が認められない事例については、必要に応じ個別指導を行っていただくようお願いいたします。

- ① ポイントを用いて調剤一部負担金を減額することを可能としているもの
- ② 調剤一部負担金の1%を超えてポイントが付与しているもの
- ③ 調剤一部負担金に対するポイントの付与について大々的に宣伝、広告を行っているもの(具体的には、当該保険薬局の建物外に設置した看板、テレビコマーシャル等)

○保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

第二条の三の二 保険薬局は、患者に対して、第四条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険薬局における商品の購入に係る対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、当該患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。



※生成AIにより作成

ポイント付与関連の一例

- 処方箋受付サイトを通じて調剤を求めた患者に対し、利用後にアンケートを回答させた上でアンケートに対する謝礼を名目上の理由としたとしても、謝礼の原資が薬局から支払われた手数料である以上、当該謝礼は患者への経済上の利益の提供にあたるおそれがある（トンネルを通じた提供）。



処方箋ネット受付利用についての
アンケート謝礼として

対象者もれなく
全員に

GIFT
CARD

500円分
プレゼントキャンペーン

キャンペーンに
エントリーする

応募方法

■処方箋ネット受付利用のイメージ

～応募方法～

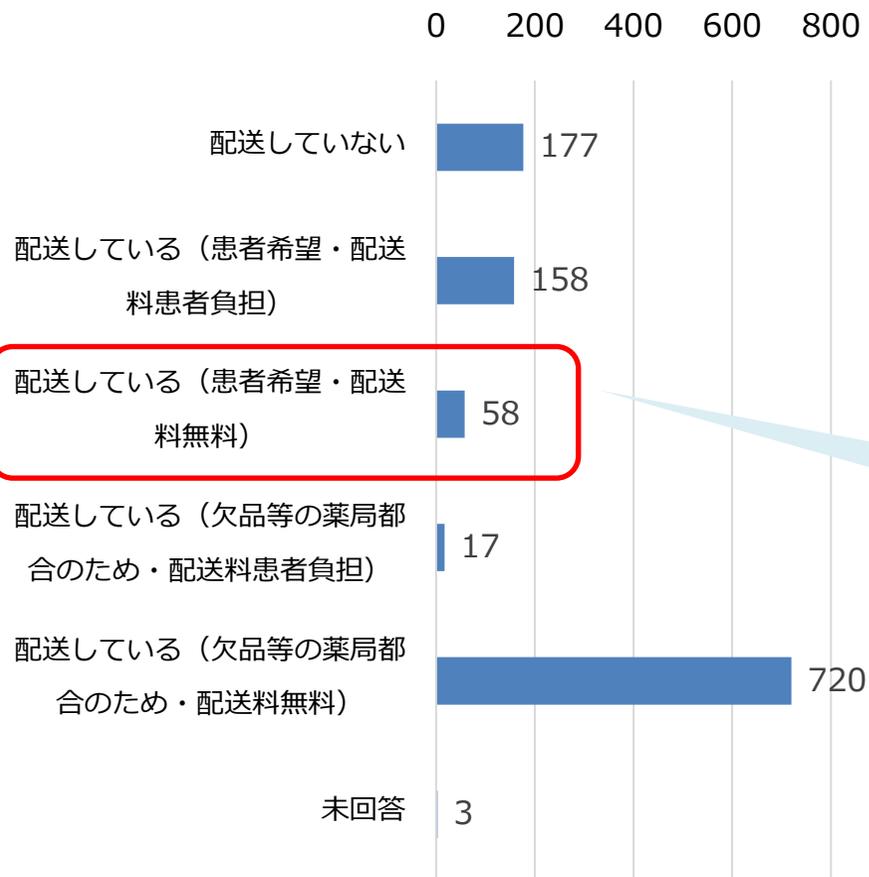
1. エントリーする
2. 処方箋ネット受付を利用する
3. アンケートに回答する
(処方箋ネット受付の利用後に簡単なアンケート)

- ✓ アンケートに対する謝礼としてギフトカードをプレゼントすることで患者を誘引している
- ✓ 薬局は処方箋受付1枚につき所定の手数料を支払っており、それが原資となって患者に謝礼が支払われている

患者希望による配送の費用

- 配送料無料であることをHP等で宣伝した上で、患者希望により薬剤を配送した場合、患者への経済上の利益の提供に当たるおそれがある。
- 一方で、欠品等の理由によって患者希望によらずに薬剤を配送する場合もあるが、HP等での宣伝を伴っておらず、患者誘引には該当しないと考えられる。

■薬の配送による薬剤交付・配送料の状況(n=1133)



令和7年7月16日中医協総会（外来その1）より

- ✓ オンライン服薬指導では、服薬指導後、配送等によって患者さんへ薬剤を交付する必要がありますが、ホームページで配送料無料等、不適切と思われる事項を宣伝している薬局があります。
- ✓ 郵送料等無料等は、健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の供与として、薬担規則で禁止される行為に当たるのではないかと考えます。 郵送料等無料などの取扱いを令和8年度診療報酬改定に向けた議論の中で取り上げていただきますよう、事務局に要望させていただきます。

■患者希望による配送に対して配送料無料であることを掲示やHP等で周知しているか(n=58)



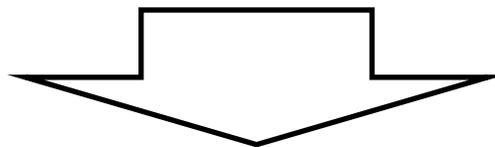
現状と課題・論点③

(薬剤調製料関係)

- 無菌製剤処理加算について、現在6歳未満の乳幼児の場合に加点があるが、医薬品の添付文書上、小児とは15歳未満の児を指すことが多く、15歳未満の患者に対する注射薬の調製においては、体重ごとに投与量調整が必要となることが多い。

(その他)

- ポイント付与や、患者希望による薬の配送料無料などにより、患者の誘引が疑われる事例が散見される。



【論点】

【薬剤調製料 無菌製剤処理加算関係】

- 6歳以上の小児の薬剤調製の実情に鑑み、無菌製剤処理加算に加点する患者対象年齢の範囲について、どのように考えるか。

【その他】

- 過度な患者誘引につながる恐れがある薬局の現状を踏まえ、ポイント付与や、配送料無料の広告の対策について、どのように考えるか。

調剤について（その2）
（参考資料）

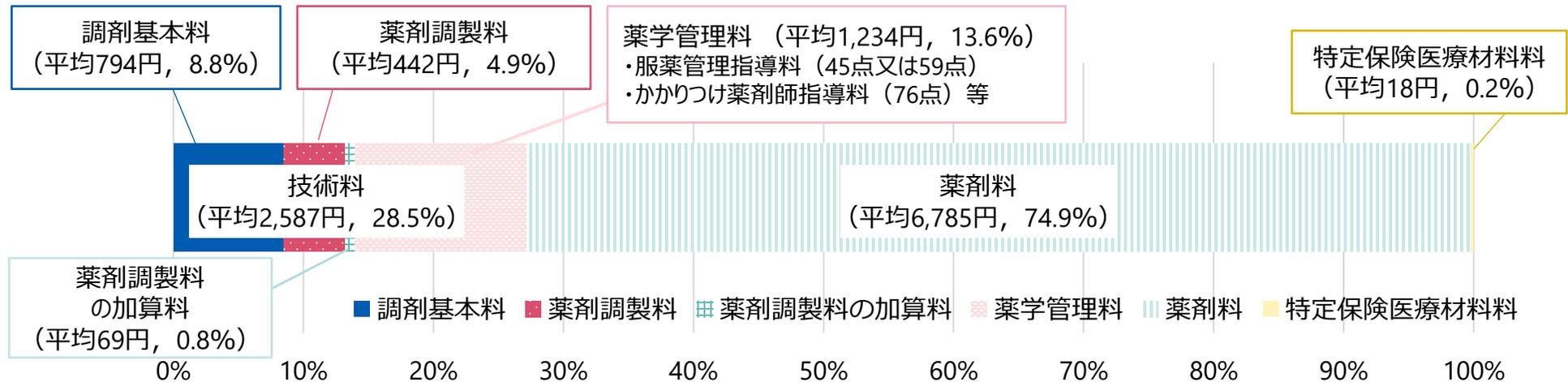
調剤医療費の内訳

- 令和5年度の調剤医療費の内訳は、技術料が約2.2兆円、薬剤料が約6兆円であった。
- 技術料（約2.2兆円）の内訳は、調剤基本料が約7,024億円、薬剤調製料が約3,919億円、加算料が約610億円、薬学管理料が約1.1兆円であった。

調剤医療費の内訳（令和5年度分）

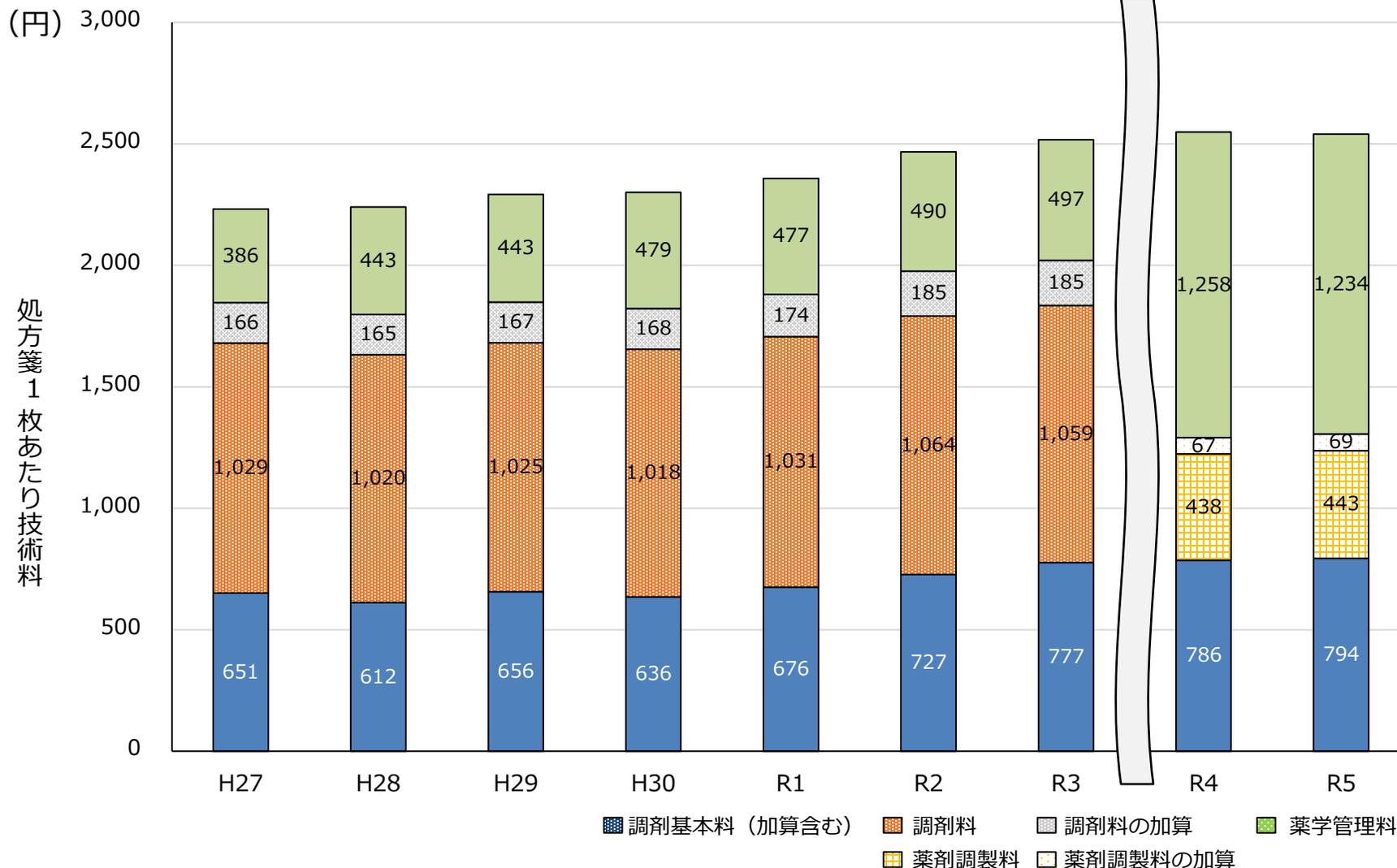
| | 金額（億円） |
|-----------|--------|
| 技術料 | 22,474 |
| 調剤基本料 | 7,024 |
| 薬剤調製料 | 3,919 |
| 薬剤調製料の加算料 | 610 |
| 薬学管理料 | 10,921 |
| 薬剤料 | 60,041 |

（参考）処方箋1枚あたりの調剤報酬（平均9,064円、令和5年度）の内訳



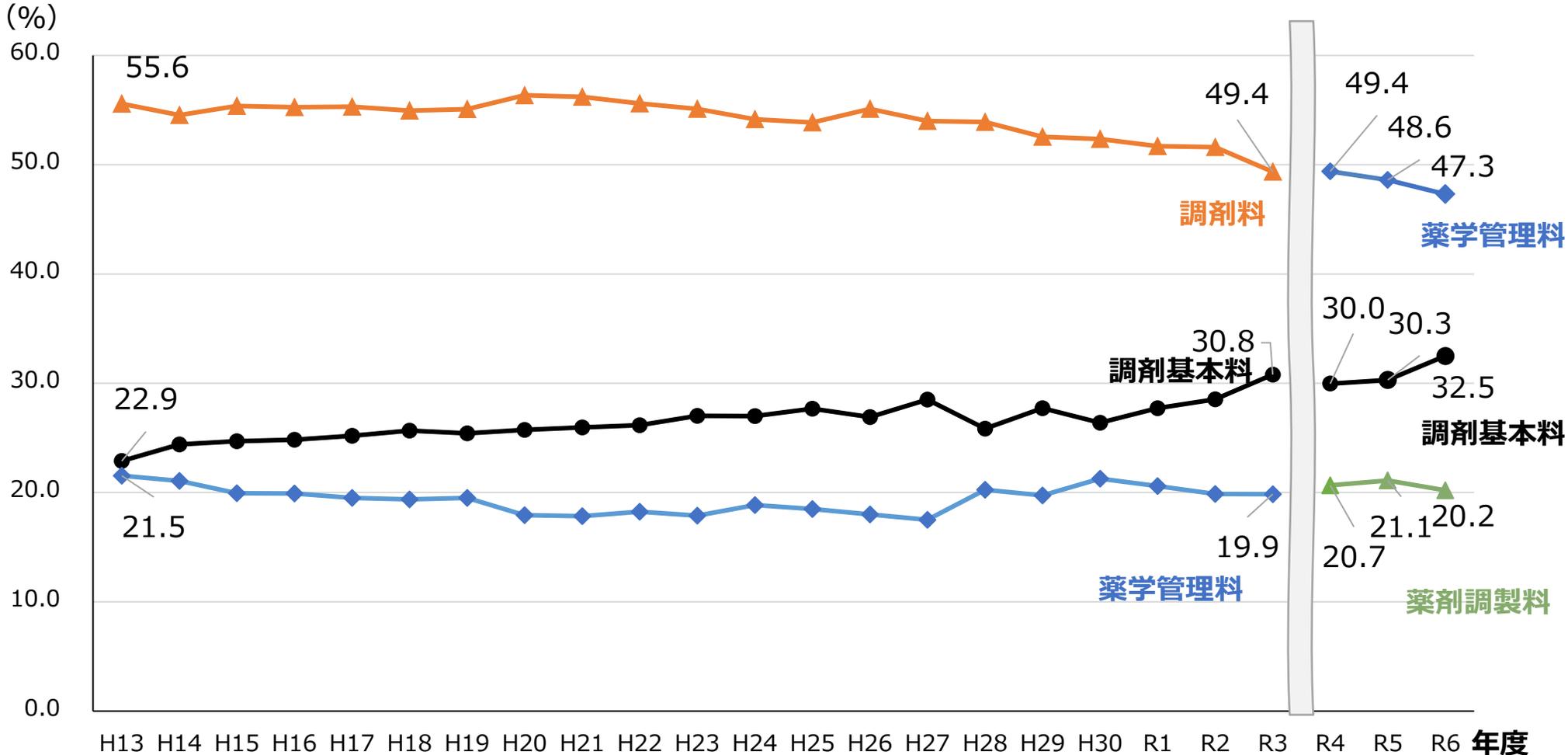
技術料の内訳（処方箋1枚あたり）の推移

○ 処方箋1枚あたりの技術料における調剤基本料、調剤料／薬剤調製料、薬学管理料の推移は以下のとおり。



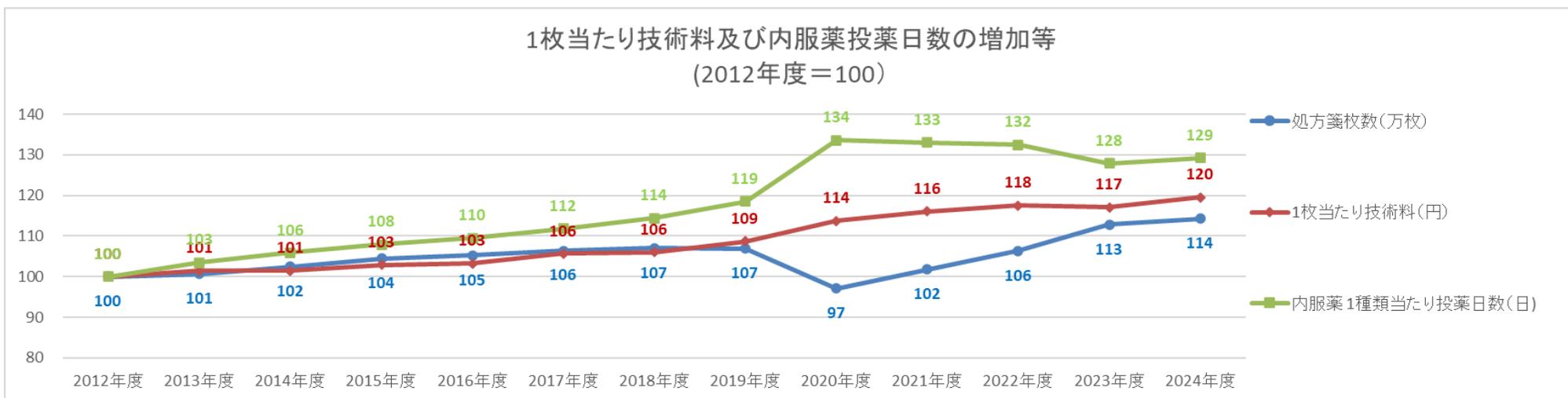
技術料の内訳（割合）の推移

- 技術料における調剤基本料、調剤料／薬剤調製料、薬学管理料の割合の推移は以下のとおり。
- 令和4年度改定において評価体系の見直しがあり、調剤料の一部が薬学管理料に再編されたため、令和3年度以前との比較には留意が必要であるが、対人業務の評価のシフトが進んでいる。



調剤医療費（電算処理分に限る）における調剤技術料の動向

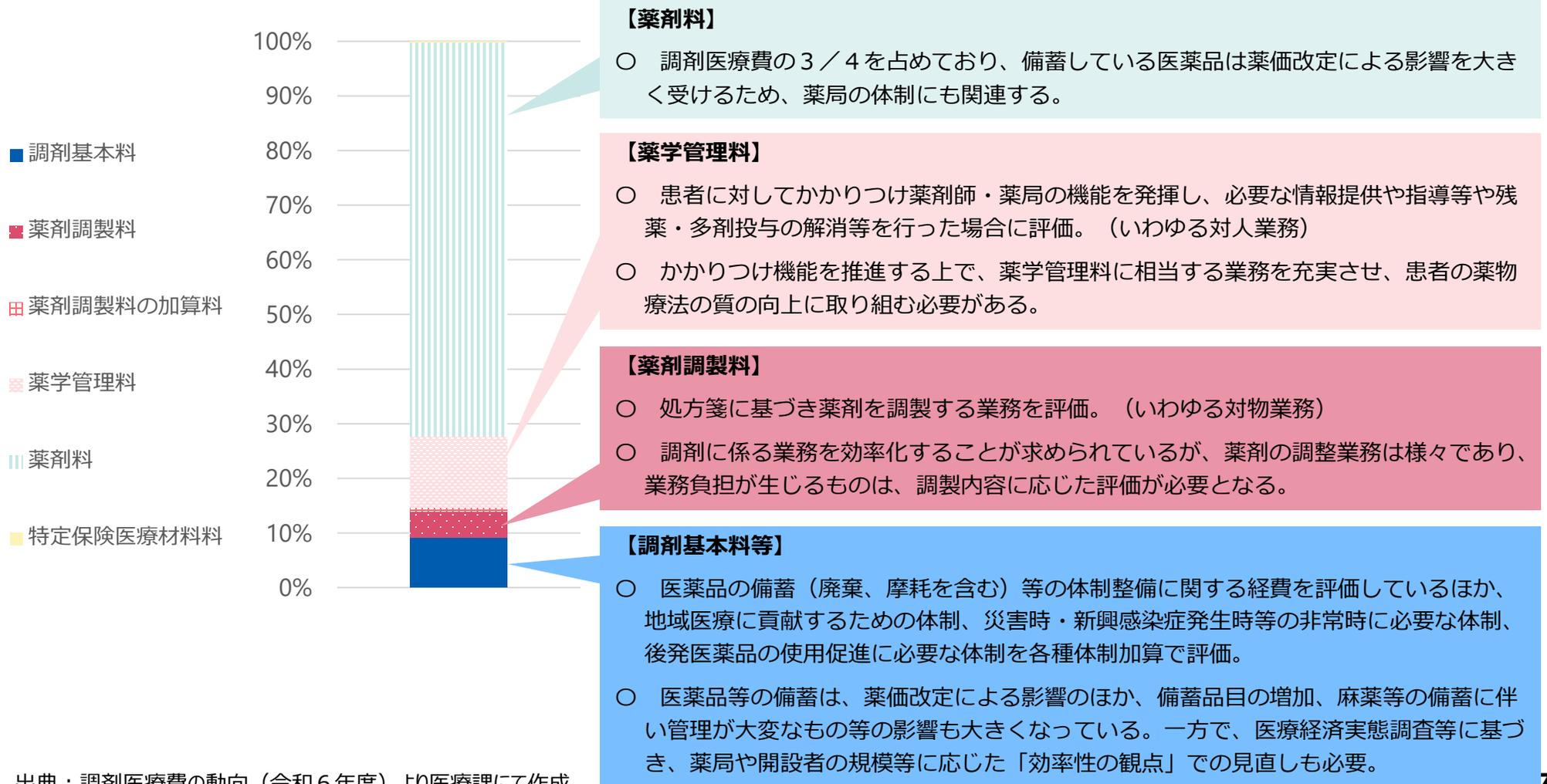
- 調剤医療費（電算処理分に限る）における処方箋枚数、処方箋1枚当たり技術料、内服薬1種類当たり投薬日数は2012年度を起点に増加傾向である。



| | 2012年度 | 2013年度 | 2014年度 | 2015年度 | 2016年度 | 2017年度 | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 | 2024年度 |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 処方箋枚数(万枚) | 78,452 | 78,958 | 80,359 | 81,912 | 82,527 | 83,445 | 83,930 | 83,869 | 76,135 | 79,870 | 83,401 | 88,489 | 89,634 |
| 1枚当たり技術料(円) | 2,169 | 2,200 | 2,200 | 2,232 | 2,240 | 2,292 | 2,301 | 2,357 | 2,467 | 2,517 | 2,550 | 2,540 | 2,594 |
| 内服薬1種類当たり投薬日数(日/種類) | 21.1 | 21.8 | 22.3 | 22.8 | 23.1 | 23.6 | 24.1 | 25.0 | 28.2 | 28.1 | 27.9 | 27.0 | 27.3 |
| 【参考】電算化率(%) | 99.3 | 99.4 | 99.4 | 99.4 | 99.4 | 99.5 | 99.5 | 99.5 | 99.5 | 99.6 | 99.6 | 99.7 | 99.7 |

調剤医療費における課題

- 「患者のための薬局ビジョン」の策定（H27.10）以降、患者本位の医薬分業を目指し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進するために累次にわたる調剤報酬の改定を行っている。
- 調剤医療費の構造を踏まえると、かかりつけ機能の推進のほか、医薬品の供給拠点として必要な体制維持も薬局にとって一層重要となっている。

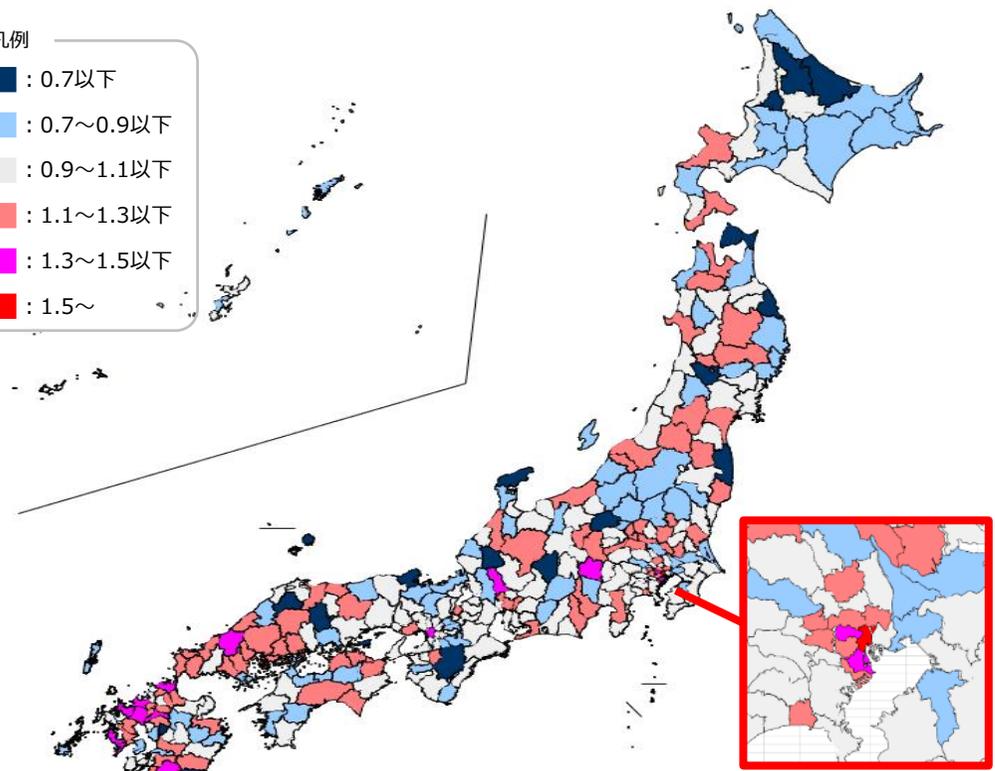


二次医療圏別に見た薬局数（処方箋発行枚数あたり）

- 二次医療圏で比較した場合、処方箋発行枚数（処方箋を発行した医療機関の所在地ごと）あたりの薬局数（薬局の所在地ごと）には最大約6倍の差がある。
- 二次医療圏を大都市型、地方都市型、過疎地域型の地域区分に分けた場合、過疎地域型は、他の地域区分に比べ、処方箋発行枚数あたりの薬局数は、全国平均を下回る地域が多い傾向がある。

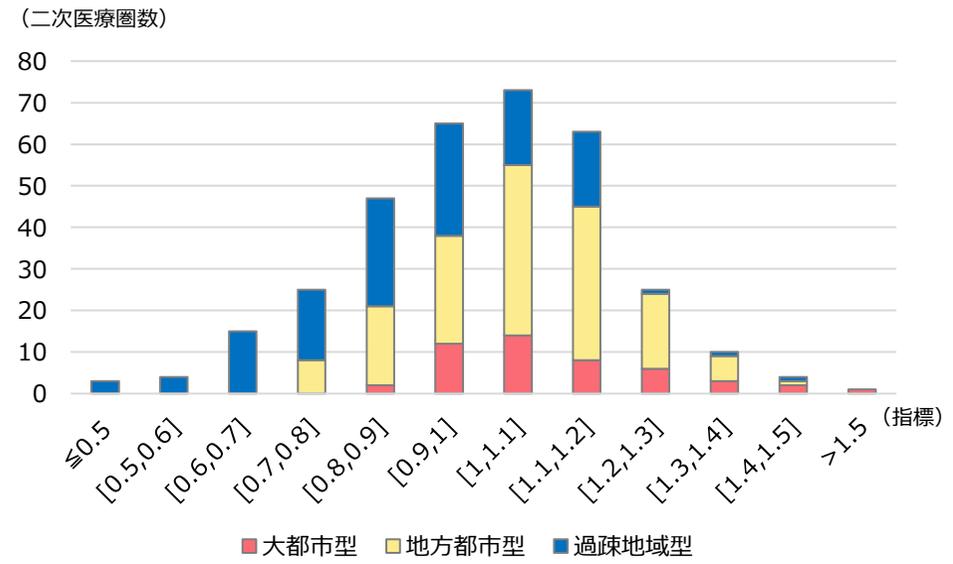
二次医療圏別

- 凡例
- : 0.7以下
 - : 0.7~0.9以下
 - : 0.9~1.1以下
 - : 1.1~1.3以下
 - : 1.3~1.5以下
 - : 1.5~



処方箋発行枚数あたりの薬局数の全国平均を1とした指標とし、二次医療圏（335）別に凡例のとおり色分け。

地域区分別（二次医療圏数）

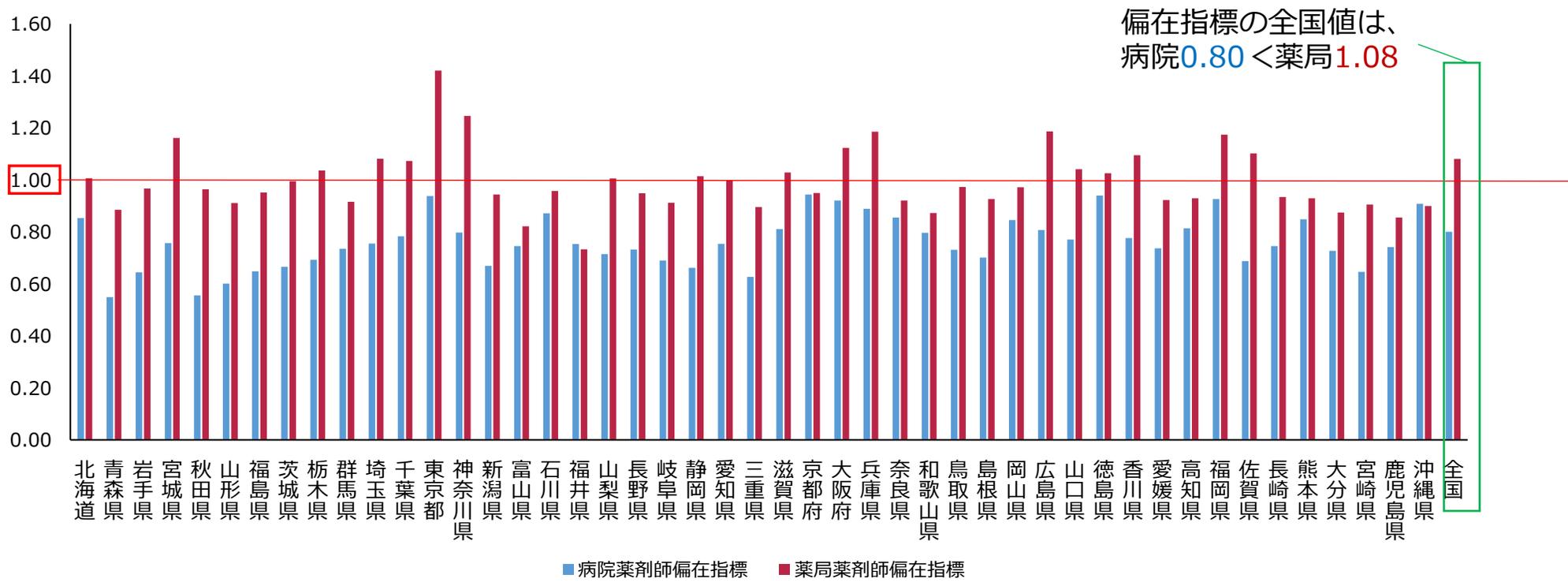


大都市型 : 人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
地方都市型 : 人口が20万人以上（又は）人口10~20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
過疎地域型 : 上記以外

薬局数：地方厚生局公表データ、
処方箋発行枚数：NDBデータより保険局医療課にて作成

現在の人口比率を用いた偏在指標（現在の医療需要の反映）

- 薬剤師偏在指標が1.0を超える病院薬剤師数を確保している都道府県はなかった。
- 薬局薬剤師数に関しては、18都道府県で偏在指数が1.0を超えていた。



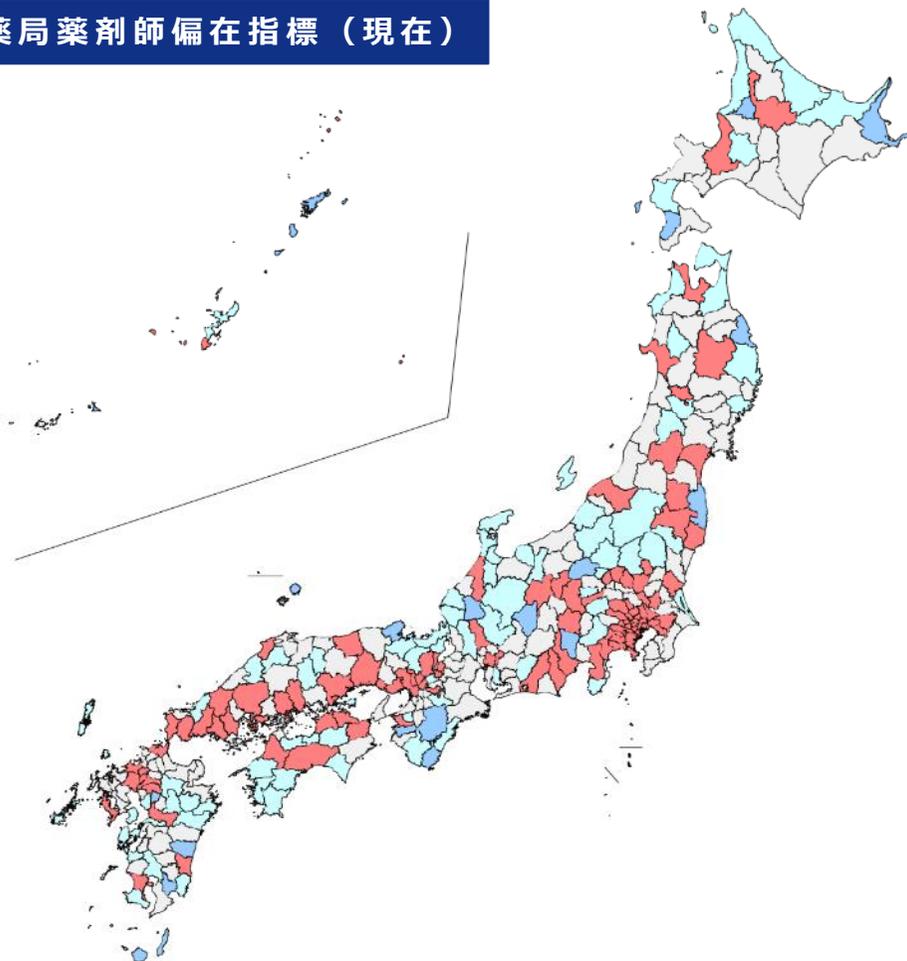
$$\text{薬剤師偏在指数} = \frac{\text{地域ごとに業種や年齢を考慮した地域で提供されている薬剤師の労働量（現在の労働量）}}{\text{地域住民の年齢構成等で推計した地域に必要な薬剤師サービスを提供するための業務量（必要な業務量）}}$$

※薬剤師偏在指数：上記計算に従い、必要な業務量に対する現在の労働量の割合。目標偏在指標は1.0となる。

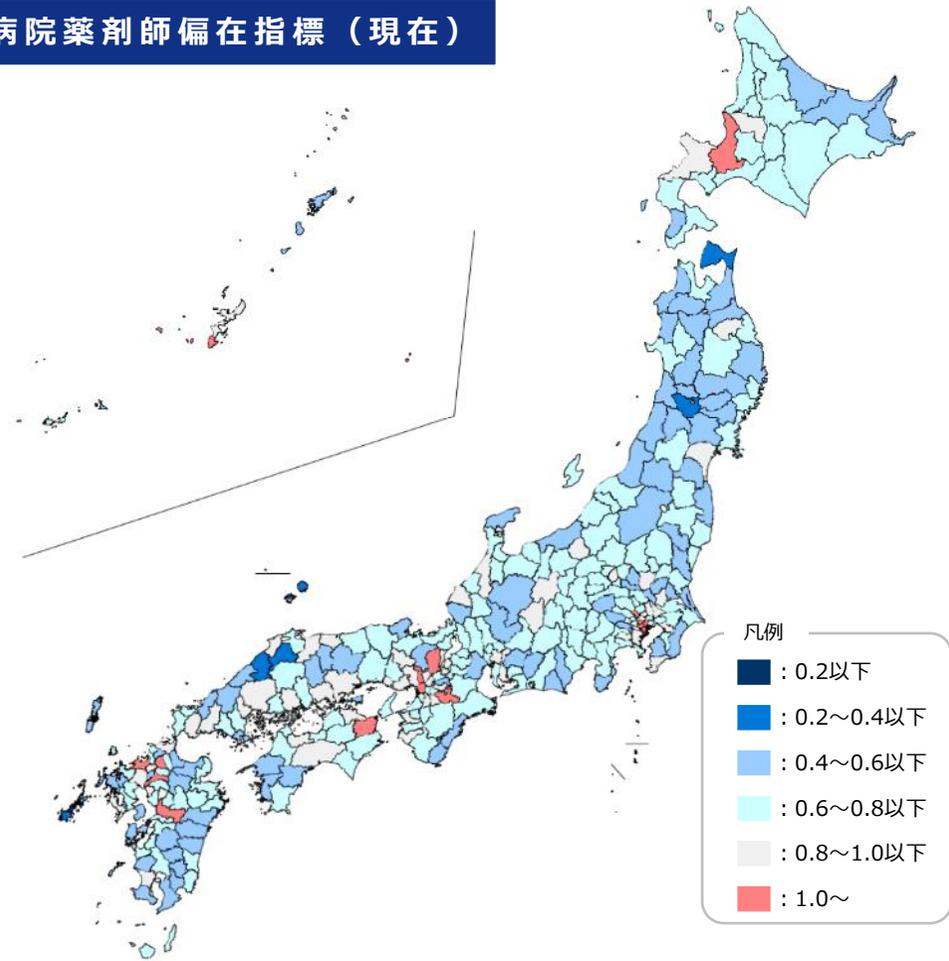
薬剤師偏在指標（現在）

- 全国に335ある二次医療圏のうち、薬剤師偏在指標1.0を超える医療圏は、薬局薬剤師は107、病院薬剤師は17であった。
- 同一都道府県内においても、偏在指標に差があり、薬剤師の従事先には、業態、地域偏在があることが分かる。

薬局薬剤師偏在指標（現在）



病院薬剤師偏在指標（現在）



地域における薬局・薬剤師の役割・機能

薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会「これまでの議論のまとめ（地域における薬局・薬剤師のあり方）（R6.9.30）」における「地域における薬局・薬剤師の役割・機能」の全体像（R7.8.29時点版）

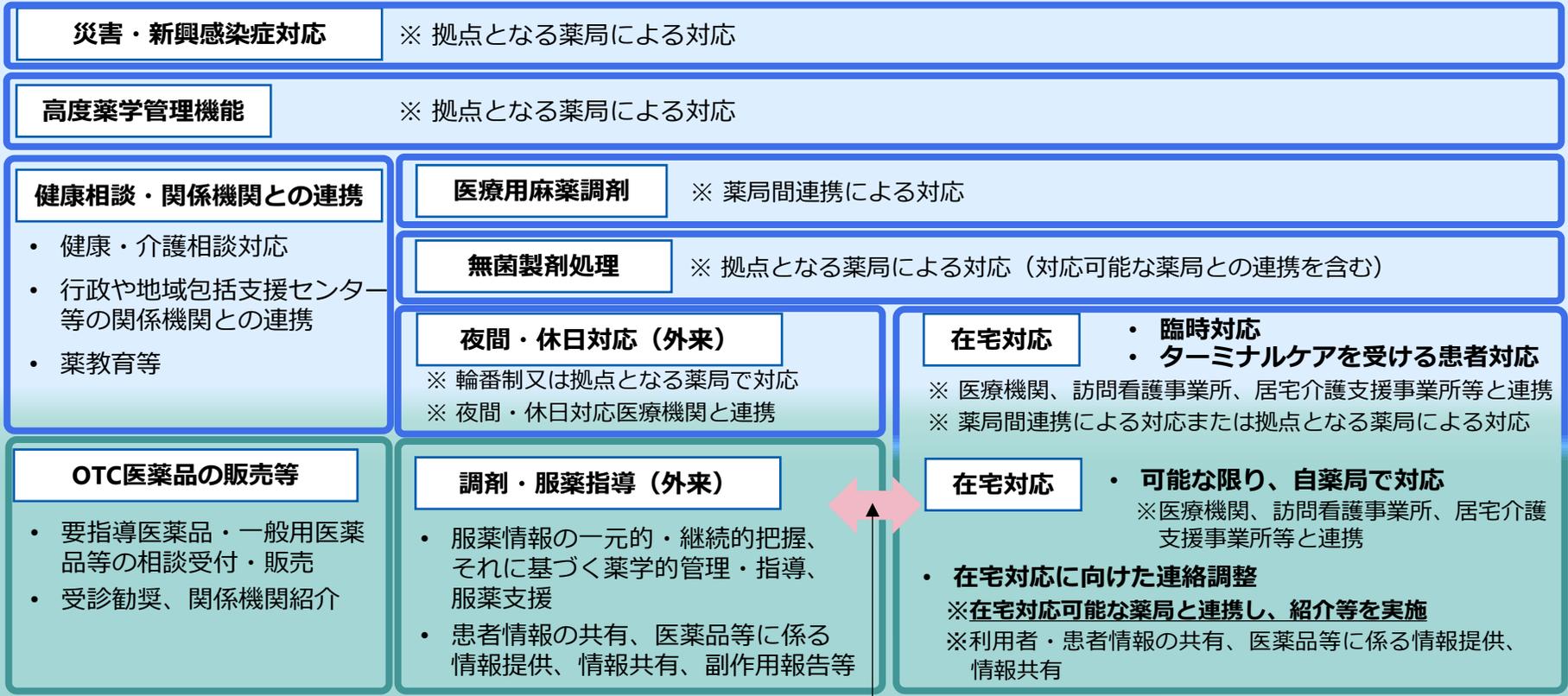
地域における薬局・薬剤師の主な役割

- 医療・介護関係者等との連携による地域の住民の薬物治療（外来・在宅医療）の提供
- 医薬品の適正使用の推進など公衆衛生の向上・増進
- 薬剤師の資質向上
- セルフケア・セルフメディケーションの推進など、地域住民の健康維持・増進の取組等の支援 等

地域における薬局の機能*

地域・拠点で確保すべき機能

個々の薬局に必要な機能



薬剤師の教育・研修

・ 医療機関・薬局・訪問看護・介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携し、入院・外来と在宅の移行が円滑にできるよう必要な対応を実施



* 地域のすべての薬局が「個々の薬局に必要な機能」を持つことを前提に、薬局間連携による対応や医療機関等の関係機関との連携体制の構築など、その機能ごとに地域の状況に応じ、地域の薬局全体で実効性のある体制を構築・維持することが必要。

薬局経営の効率性と薬局の機能（体制）を踏まえた調剤基本料の設定

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する地域支援体制加算、連携強化加算、後発医薬品調剤体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中率が高い
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくてすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
→ 規模が大きいことによるメリットがある

医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価
→ 体制・実績に応じて地域支援体制加算を設定
- 災害時・新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制整備を行う薬局を評価
→ 地域支援体制加算の上乗せとして連携強化加算を設定
- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価
→ 後発医薬品の調剤数量割合に応じて後発医薬品調剤体制加算を設定
- 電子処方箋の整備など医療DXに対応する体制を確保する薬局を評価
→ 医療DX推進体制整備加算を設定
- 在宅訪問を十分行うための体制を整備する薬局を評価
→ 体制・実績に応じて在宅薬学総合体制加算を設定

かかりつけ薬剤師について(令和4年度改定後)

かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

かかりつけ薬剤師指導料 79点(1回につき)

※ 服用薬剤管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[かかりつけ薬剤師の主な業務]

- ・薬の一元的・継続的な把握
- ・薬の飲み合わせなどのチェック
- ・薬に関する丁寧な説明
- ・時間外の電話相談
- ・医師への情報提供
- ・調剤後のフォロー
- ・飲み残した場合の薬の整理
- ・在宅療養が必要になった場合の対応
- ・血液・生化学検査結果等をもとにした説明

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

- (1) 以下の経験等を全て満たしていること。
 - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。
 - イ 当該保険薬局に週32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあつては、週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務していること。
 - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。
- (2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。
- (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。
- (4) 患者との会話のやり取りが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること

かかりつけ薬剤師指導料の経緯

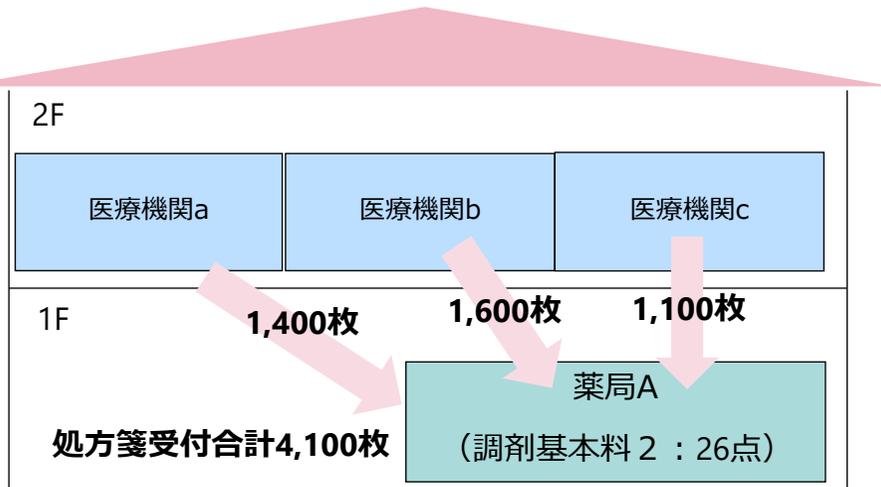
| 年度 | 経緯 |
|-----|--|
| H28 | <ul style="list-style-type: none"> ● かかりつけ薬剤師指導料（70点）、かかりつけ薬剤師包括指導料（270点）の新設 |
| H30 | <ul style="list-style-type: none"> ● 点数の充実（70点→73点、270点→280点） ● 算定する薬剤師の当該薬局の在籍要件改正（半年→1年） ● 算定する薬剤師の勤務時間について、育児・介護休業法の短時間勤務を行う際の例外規定を追加 |
| R元 | <ul style="list-style-type: none"> ● 消費税増税に伴う点数の改正（280点→281点） |
| R2 | <ul style="list-style-type: none"> ● 点数の充実（73点→76点、281点→291点） ● 施設基準にプライバシーへの配慮の規定を追加 <p>（R2より個別業務の評価として吸入薬指導加算、調剤後服薬管理指導加算が新設されたが同様に算定不可となっている）</p> |
| R4 | <ul style="list-style-type: none"> ● かかりつけ薬剤師指導料を算定できる患者に対して薬局内の他の薬剤師（1名まで）が対応した場合の評価を新設（服薬管理指導料の特例 59点） |
| R6 | <ul style="list-style-type: none"> ● かかりつけ薬剤師指導料を算定できる患者に対して薬局内の他の薬剤師（1名まで）が対応した場合の評価の見直し（服薬管理指導料の特例 59点）→対応する薬剤師を複数名可とした。 ● 吸入薬指導加算、調剤後薬剤管理指導料 1（糖尿病） 2（心不全）の算定を可とした。 ● 同意書の見直し ● 24時間対応に係る要件を休日・夜間等ののやむを得ない場合は薬局単位での対応へ見直し |

○かかりつけ薬剤師指導料は、調剤後の服用期間中のフォローアップ、医師への情報提供を行うことを前提に評価している算定項目のため、服薬情報等提供料などの算定項目は併算定不可としている。

処方箋受付回数が多い薬局と集中率の関係

- 同一建物内に複数の保険医療機関が所在するいわゆる医療モールに所在する保険薬局は、特定の保険医療機関から多くの処方箋の受付が見込まれ効率的な運用を行うことができる観点から、当該建物内の保険医療機関に係る処方箋受付回数を合算して、調剤基本料2(26点)の該当性が評価されている。
- 一方、薬局近隣の同一区画内等に開設される複数の医療機関から処方箋を応需する場合は、いわゆる医療モールと類似した形態ではあるが、医療機関ごとの受付回数で判断するため、全体の受付回数が月4,000回を超えたとしても、調剤基本料1(42点)又は調剤基本料3ハ(32点)で評価されている。

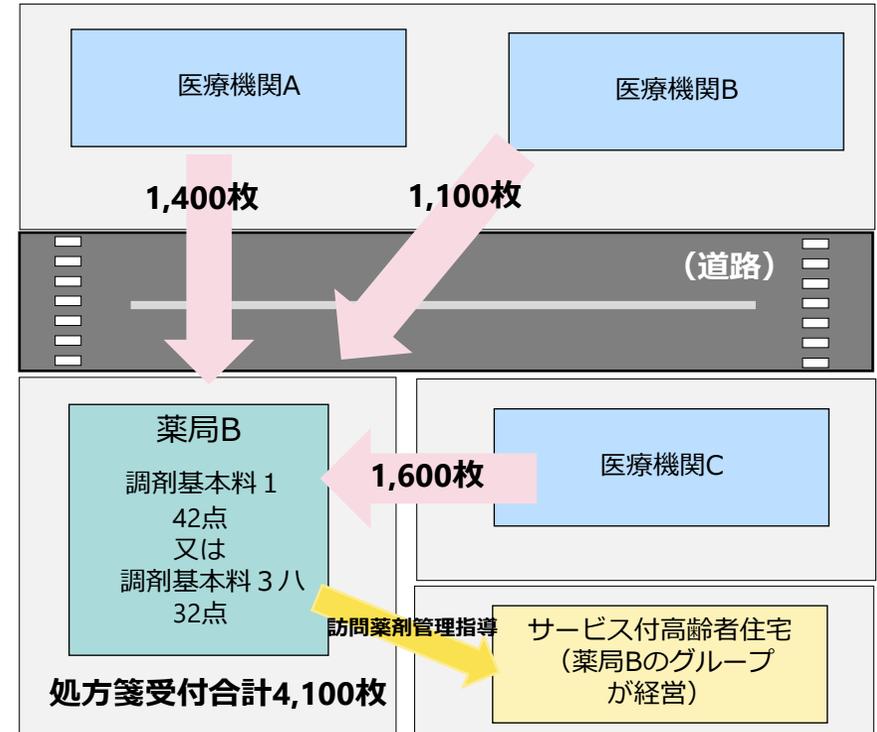
いわゆる医療モール



調剤基本料2

- イ 特定の保険医療機関からの処方箋受付回数に基づく基準
 - (イ) 特定の保健医療機関に係る処方箋の受け付け回数
(同一建物内に複数の保険医療機関が所在するいわゆる医療モールの場合にあっては、当該建物内の全ての保険医療機関に係る処方箋の受け付け回数は当該建物内の全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数を合算したものとする。)が1月に4,000回を超える。

薬局の近隣に医療機関が多く存在する場合

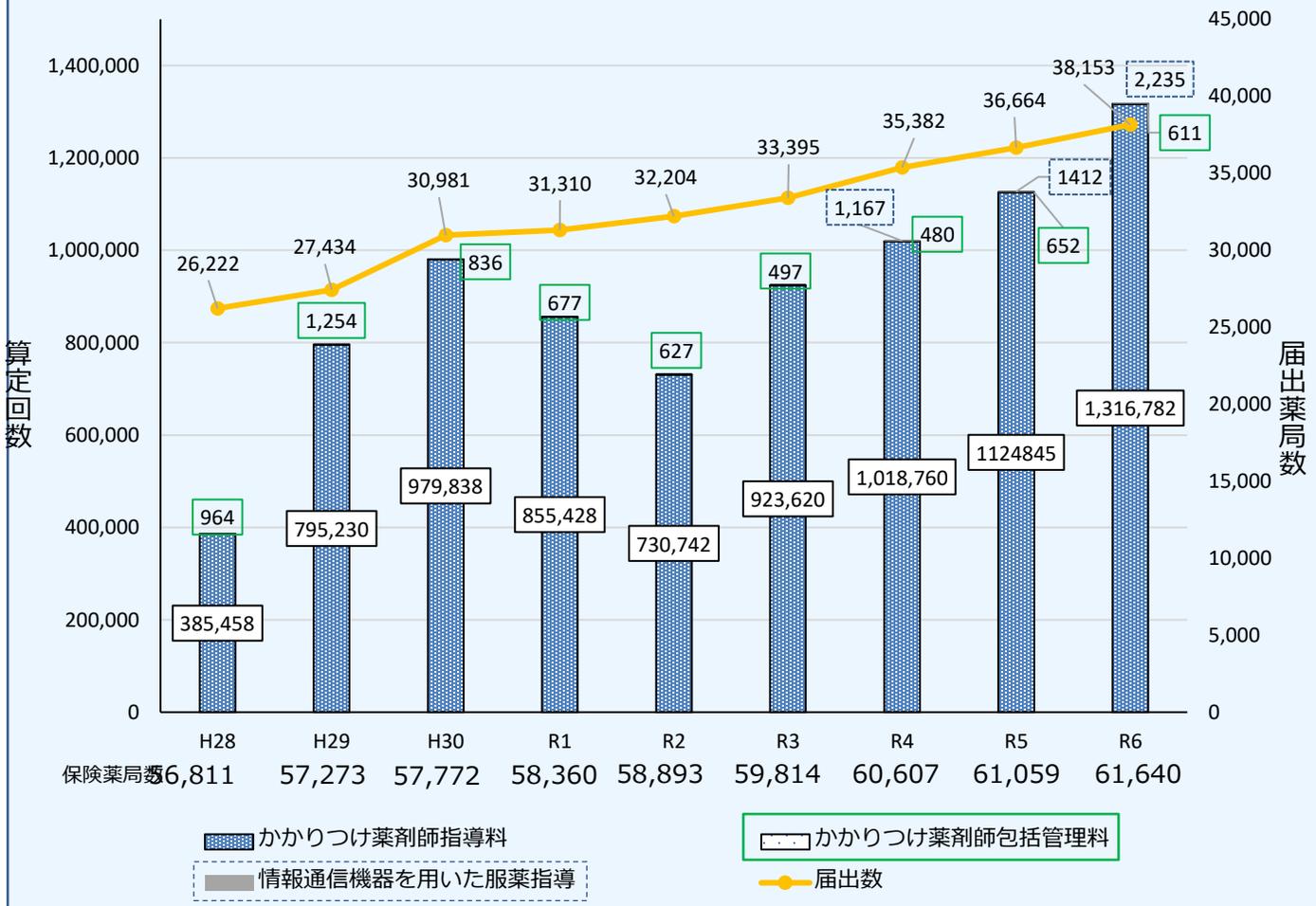


- ・それぞれの医療機関の門前薬局ではあるが、①処方箋集中度が低く、②同一建物内ではなく処方箋受付回数が合算されないため、調剤基本料2の要件には該当しない。
- ・薬局のグループ企業が医療機関等を誘致する場合もある。

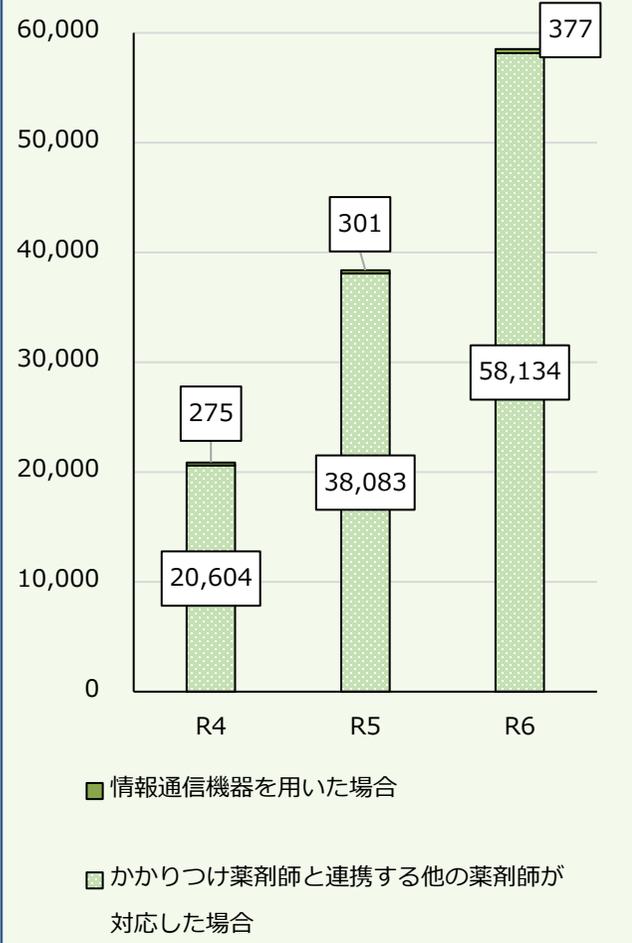
かかりつけ薬剤師指導料等の算定状況

- かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数・届出薬局数は増加傾向。
- 届出薬局数は保険薬局全体の約6割であった。

■ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数・届出薬局数



■ かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合における算定状況

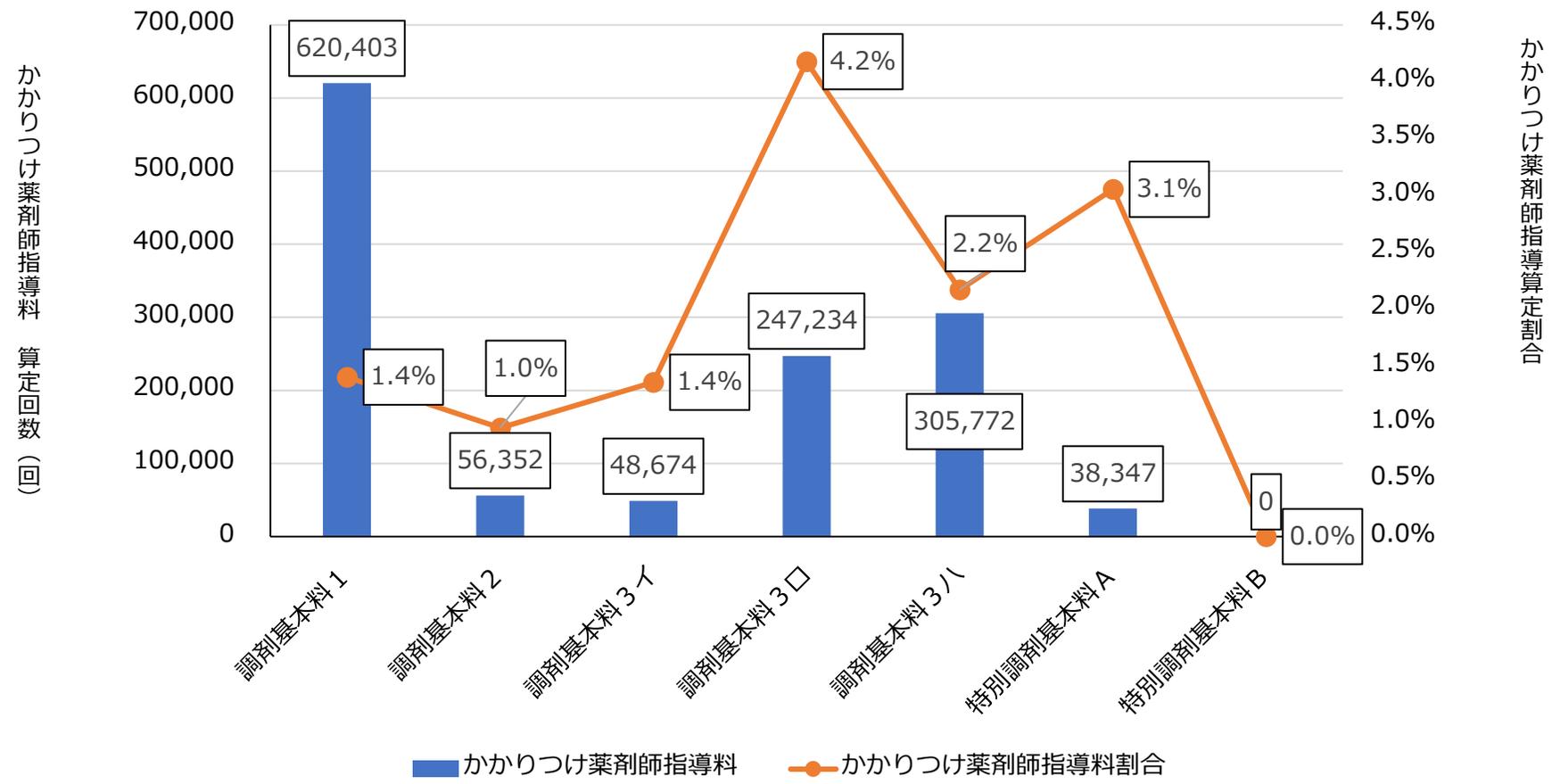


出典：社会医療診療行為別統計（令和5年まで6月審査分、令和6年8月審査分）
施設基準の届出状況の報告、保険局医療課調べ

かかりつけ薬剤師指導料の算定割合

○ 処方箋受付回数における、かかりつけ薬剤師指導料の算定割合は、調剤基本料3口、八、特別調剤基本料Aの届出施設が高かった。

■ かかりつけ薬剤師指導料の算定割合（調剤基本料別）

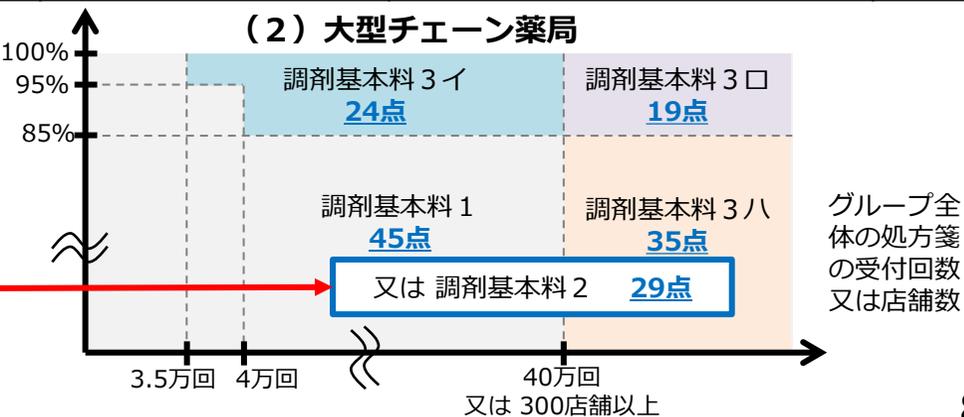
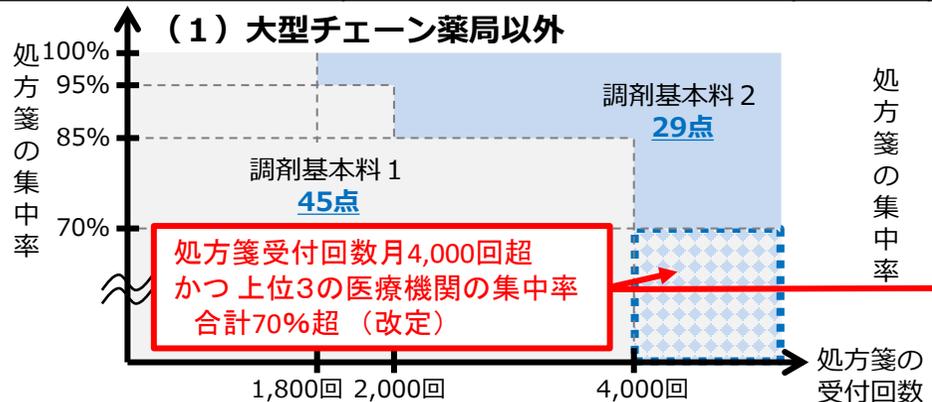


調剤基本料の見直し

調剤基本料の見直し

- 調剤基本料2の算定対象となる薬局に、1月における処方箋の受付回数が4,000回を超え、かつ、処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が7割を超える薬局を加える。

| | | 処方箋受付回数等及び処方箋集中度 | 点数 | | |
|----------|---|---|----------|-------------|----|
| 調剤基本料1 | 調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外 | | 45点 | | |
| 調剤基本料2 | ① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回かつ処方箋集中度85%超 ② 処方箋受付回数が月4,000回超かつ 上位3の医療機関の処方箋集中度の合計70%超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回かつ処方箋集中度95%超 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超 | | 29点 | | |
| 調剤基本料3 | イ | 同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回かつ処方箋集中度95%超 | 24点 | | |
| | | 同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回かつ処方箋集中度85%超 | | | |
| | ロ | 同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中度85%超 | 19点 | | |
| | ハ | 同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中度85%以下 | 35点 | | |
| 特別調剤基本料A | いわゆる同一敷地内薬局 | 5点 | 特別調剤基本料B | 基本料の届出がない薬局 | 3点 |



地域支援体制加算要件

○地域支援体制加算の施設基準 (4)のウは薬局当たりの年間の回数)

○現在の地域支援体制加算は、薬局の立地と規模に伴う評価で要件が定められており、地域の状況を反映していない。

| | |
|---|--|
| (1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績 (下記の要件) | (5) 医療安全に関する取組の実施 ア プレアボイド事例の把握・収集 イ 医療安全に資する取組実績の報告 ウ 副作用報告に係る手順書を作成 |
| (2) 地域における医薬品等の供給拠点としての対応 ア 十分な数の医薬品の備蓄、周知 (医療用医薬品1200品目) イ 薬局間連携による医薬品の融通等 ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制 エ 麻薬小売業者の免許 オ 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合70%以上 カ 取り扱う医薬品に係る情報提供体制 | (6) かかりつけ薬剤師の届出 |
| (3) 休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制 ア 一定時間以上の開局 イ 休日、夜間の開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制 ウ 当該薬局を利用する患者からの相談応需体制 エ 夜間・休日の調剤、在宅対応体制 (地域の輪番体制含む) の周知 | (7) 管理薬剤師要件 |
| (4) 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応 ア 診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携 イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制 ウ 在宅薬剤管理の実績 24回以上 エ 在宅に係る研修の実施 | (8) 患者毎に服薬指導の実施、薬剤服用歴の作成 |
| | (9) 研修計画の作成、学会発表などの推奨 |
| | (10) 患者のプライバシーに配慮、椅子に座った状態での服薬指導 |
| | (11) 地域医療に関連する取組の実施 ア 一般用医薬品及び要指導医薬品等 (基本的な48薬効群) の販売 イ 健康相談、生活習慣に係る相談の実施 ウ 緊急避妊薬の取扱いを含む女性の健康に係る対応 エ 当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱い オ たばこの販売禁止 (併設する医薬品店舗販売業の店舗を含む) |

○上記の(1)地域医療に貢献する体制を有することを示す実績 (①～⑨は処方箋1万枚当たりの年間回数、⑩は薬局当たりの年間の回数)

| 要件 | 基本料1 | 基本料1以外 |
|---|-------|--------|
| ①夜間・休日等の対応実績 | 40回以上 | 400回以上 |
| ②麻薬の調剤実績 | 1回以上 | 10回以上 |
| ③重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 | 20回以上 | 40回以上 |
| ④かかりつけ薬剤師指導料等の実績 | 20回以上 | 40回以上 |
| ⑤外来服薬支援料1の実績 | 1回以上 | 12回以上 |
| ⑥服用薬剤調整支援料の実績 | 1回以上 | 1回以上 |
| ⑦単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 | 24回以上 | 24回以上 |
| ⑧服薬情報等提供料に相当する実績 | 30回以上 | 60回以上 |
| ⑨小児特定加算の算定実績 | 1回以上 | 1回以上 |
| ⑩薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議への出席 | 1回以上 | 5回以上 |

| | |
|----------------------|-----|
| 【調剤基本料1の薬局】 | |
| ・地域支援体制加算1 | 32点 |
| ④を含む3つ以上 | |
| ・地域支援体制加算2 | 40点 |
| ①～⑩のうち8つ以上 | |
| 【調剤基本料1以外の薬局】 | |
| ・地域支援体制加算3 | 10点 |
| ④、⑦を含む3つ以上 | |
| ・地域支援体制加算4 | 32点 |
| ①～⑩のうち8つ以上 | |

医療資源の少ない地域（令和6年度診療報酬改定）

| 都道府県 | 二次医療圏 | 市町村 |
|------|-------------|--|
| 北海道 | 南檜山 | 江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町 |
| | 日高 | 日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町 |
| | 宗谷 | 稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町 |
| | 根室 | 根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町 |
| 青森県 | 西北五地域 | 所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町 |
| | 下北地域 | むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村 |
| 岩手県 | 岩手中部 | 花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町 |
| | 気仙 | 大船渡市、陸前高田市及び住田町 |
| | 宮古 | 宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村 |
| | 久慈 | 久慈市、普代村、野田村及び洋野町 |
| 秋田県 | 県南 | 大仙市、仙北市、美郷町、 横手市 、湯沢市、羽後町、東成瀬村 |
| 山形県 | 最上 | 新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村 |
| 東京都 | 島しょ | 大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村 |
| 新潟県 | 魚沼 | 十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町 |
| | 佐渡 | 佐渡市 |
| 石川県 | 能登北部 | 輪島市、珠洲市、穴水町、能登町 |
| 福井県 | 奥越 | 大野市、勝山市 |
| 山梨県 | 峡南 | 市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町 |
| 長野県 | 木曾 | 木曾郡 |
| | 大北 | 大町市及び北安曇野郡 |
| 岐阜県 | 飛騨 | 高山市、飛騨市、下呂市及び白川町 |
| 愛知県 | 東三河北部 | 新城市、設楽町、東栄町及び豊根村 |
| 滋賀県 | 湖北 | 長浜市及び米原市 |
| | 湖西 | 高島市 |
| 兵庫県 | 但馬 | 豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町 |
| 奈良県 | 南和 | 五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村 |
| 島根県 | 雲南 | 雲南市、奥出雲町及び飯南町 |
| | 隠岐 | 海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町 |
| 香川県 | 小豆 | 小豆郡 |
| 長崎県 | 五島 | 五島市 |
| | 上五島 | 小値賀町、新上五島町 |
| | 壱岐 | 壱岐市 |
| | 対馬 | 対馬市 |
| 鹿児島県 | 熊毛 | 西之表市、熊毛郡 |
| | 奄美 | 奄美市、大島郡 |
| 沖縄県 | 宮古 | 宮古島市、多良間村 |
| | 八重山 | 石垣市、竹富町、与那国町 |

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

薬局における対人業務の評価の充実

調剤後薬剤管理指導加算の見直し

- ▶ 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、調剤後薬剤管理指導加算について、評価を見直す。

現行

【薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算】
調剤後薬剤管理指導加算 30点

改定後

【**服薬管理指導料** 調剤後薬剤管理指導加算】
調剤後薬剤管理指導加算 **60点**

[対象保険薬局]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局

[対象患者]

インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤（以下「インスリン製剤等」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たにインスリン製剤等が処方されたもの又はインスリン製剤等に係る投薬内容の変更が行われたもの

[算定要件]

患者等の求めに応じて、

- ① 調剤後に電話等により、その使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導
- ② その結果等を保険医療機関に文書により情報提供を行った場合に算定する。



① 医師の指示
退院時共同指導時に依頼

③ フィードバック



① 患者・家族からの求め
(医師の了解)

② フォロースアップ
(電話、訪問等)



薬剤調製料・調剤管理料の算定要件（令和6年度改定時点）

| 薬剤調製料の算定点数及び算定要件 | |
|------------------|---|
| 内服薬 | ○内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））24点 ※服薬時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず1剤として算定。4剤分以上の部分については算定しない。 |
| | ○屯服薬 21点 ※1回の処方せん受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。 |
| | ○浸煎薬（1調剤につき）190点 ※4調剤以上の部分については算定しない。 |
| | ○湯薬（1調剤につき） ※4調剤以上の部分については算定しない。 イ 7日分以下の場合 190点 ロ 8日分以上28日分以下の場合 （1）7日目以下の部分 190点 （2）8日目以上の部分（1日分につき）10点 ハ 29日分以上の場合 400点 |
| | ○内服用滴剤 ※内服用滴剤を調剤した場合は1調剤につき、10点を算定する。 |
| 注射薬 | ○注射薬 26点 ・注射薬の調剤料は、調剤した調剤数、日数にかかわらず、1回の処方せん受付につき所定点数を算定。 |
| 外用薬 | ○外用薬（1調剤につき）10点 ・外用薬の調剤料は、投与日数にかかわらず、1調剤につき算定。 ・外用薬の調剤料は、1回の処方せん受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。 |

| 調剤管理料の算定点数及び算定要件 | |
|------------------|--|
| 内服薬 | 1. 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（1剤につき） イ 7日分以下の場合 4点 ロ 8日分以上14日分以下の場合 28点 ハ 15日分以上28日分以下の場合 50点 ニ 29日分以上の場合 400点 2. 1以外の場合 4点 ※1については、服用時点が同一である内服薬については、投与日数にかかわらず1剤として算定。4剤分以上の部分については算定しない。 |

※薬局の薬剤調整料（内服薬）、調剤管理料は、「1剤」あたりの点数として設定されている。剤数は、服用時点が同一であるものは1剤とされており、1処方での剤数は最大で3。

薬剤調製料・調剤管理料の主な加算（令和6年度改定時点）

| 薬剤調製料の主な加算の点数及び算定要件 | |
|---------------------|--|
| 自家製剤加算 | <p>次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき（イの（1）に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤（※）についてはこの限りではない。（※薬価基準に記載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。ただし、当該医薬品が薬価基準に記載されている場合であっても、供給上の問題により当該医薬品が入手困難であり、調剤を行う際に必要な数量を確保できない場合は除く。なお、医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合には、調剤報酬明細書の摘要欄に調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。）</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 内服薬及び屯服薬 <ul style="list-style-type: none"> （1）錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点 （2）錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点 （3）液剤 45点 ロ 外用薬 <ul style="list-style-type: none"> （1）錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 90点 （2）点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤 75点 （3）液剤 45点 |
| 計量混合調剤加算 | <p>2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、所定点数に、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 液剤の場合 35点 ロ 散剤又は顆粒剤の場合 45点 ハ 軟・硬膏剤の場合 80点 |
| 無菌製剤処理加算 | <p>注射薬について、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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、1日につきそれぞれ69点、79点又は69点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、1日につきそれぞれ137点、147点又は137点）を所定点数に加算する。</p> |

| 調剤管理料の主な加算の点数及び算定要件 | |
|---------------------|--|
| 調剤管理加算 | <p>別に厚生労働大臣が定める保険薬局（注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、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 初めて処方箋を持参した場合 3点 ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であつて処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があつた場合 3点 |

個別事項について（その10）

人口・医療資源の少ない地域
救急医療
業務の簡素化

1. 人口・医療資源の少ない地域について
2. 救急医療について
3. 業務の簡素化について

1. 人口・医療資源の少ない地域について
2. 救急医療について
3. 業務の簡素化について

これまでの人口・医療資源の少ない地域に関する主な意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

（人口・医療資源の少ない地域における対応）

- 巡回診療、医師派遣、代診医派遣は、へき地医療拠点病院やへき地医療拠点病院以外の医療機関においても実施されているとのヒアリング調査を踏まえ、このような派遣元の医療機関が果たしている機能に着目した評価の在り方について検討することは、地域医療の継続的な確保に資するのではないかとこの意見があった。
- 人口の少ない二次医療圏では、総合入院体制加算や急性期充実体制加算の件数要件の達成が困難な場合があるため、地域の実情を踏まえた基準緩和や代替的な評価の検討が必要ではないかとこの意見があった。
- 人口・医療資源の少ない地域におけるオンライン診療は、外来医療について代替手段が乏しく、医療アクセスが困難である地域への補完という特性を有しており、都市部における利便性向上を目的としたオンライン診療とは性質が異なるとの意見があった。
- D to P with N は、看護師の同席により、オンライン診療では対応困難な検査・処置の実施や、患者の状況把握、生活に即した療養支援が可能となるなどの利点があり、これらの実態を踏まえて今後の評価の在り方を議論すべきではないかとこの意見があった。

1. 人口・医療資源の少ない地域について

1 - 1. 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況

1 - 2. 医療資源の少ない地域について

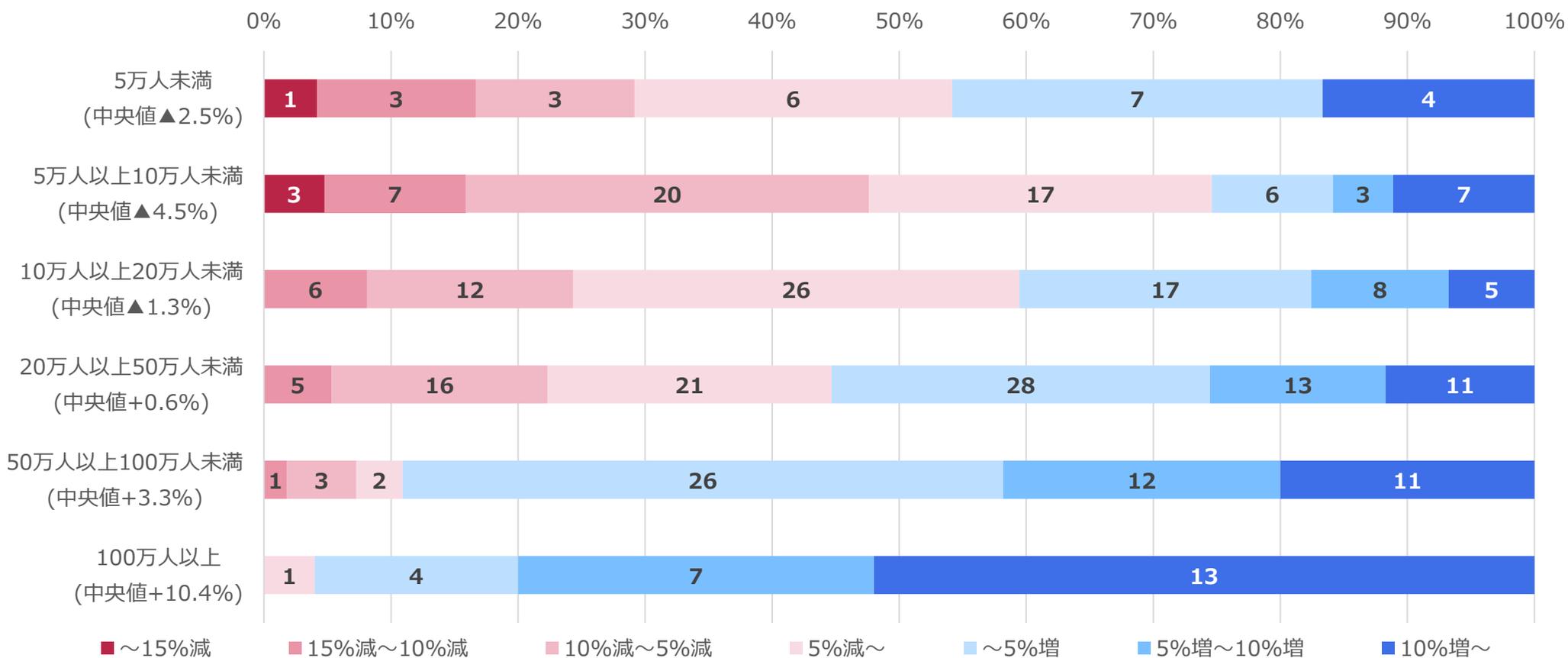
1 - 3. 人口の少ない地域の外来医療について

令和6年8月26日

人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

- ・人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にある。
- ・50万人以上100万人未満、100万人以上の二次医療圏では、2012年から2022年にかけて診療所数が増加傾向にある。

2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）



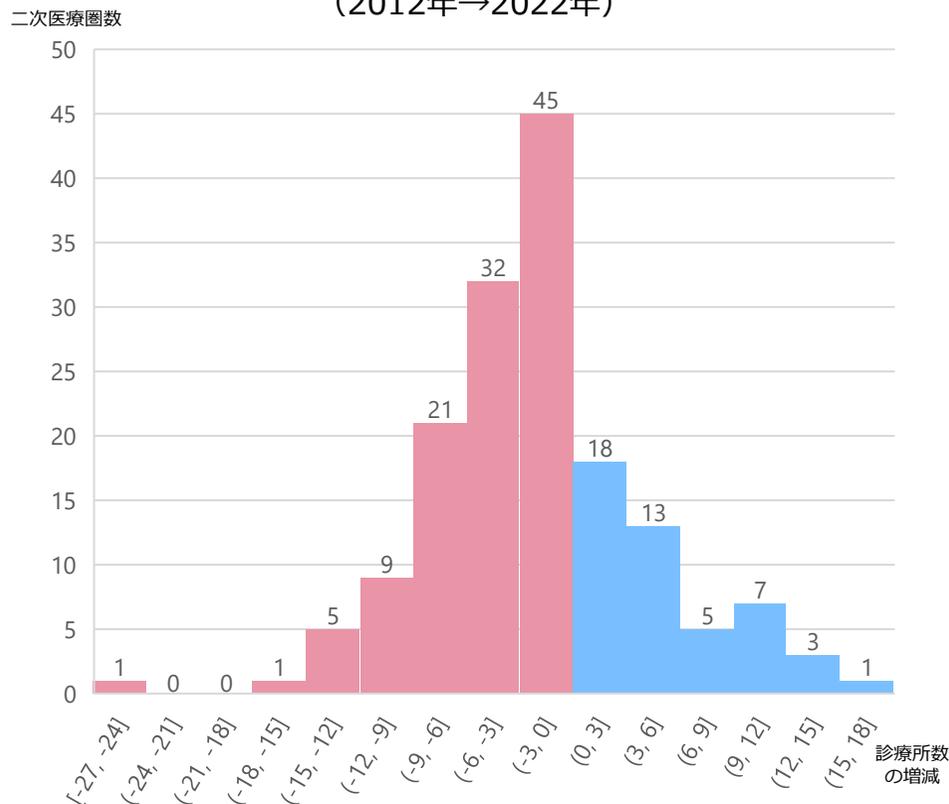
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

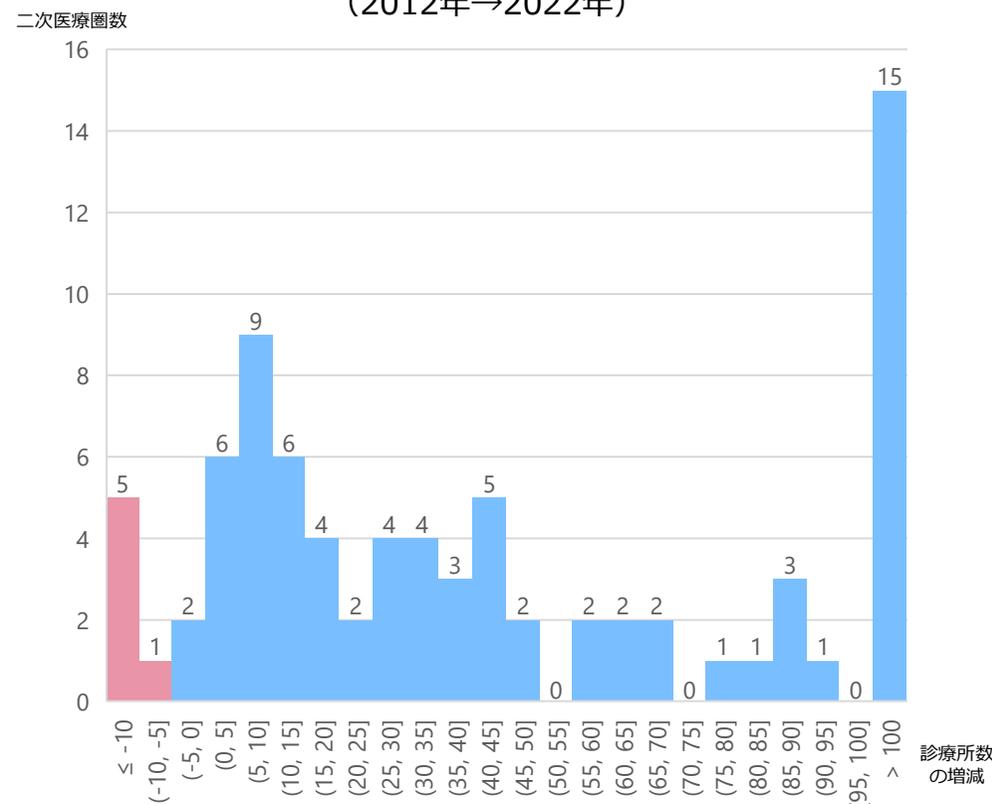
人口規模別の二次医療圏における診療所数の変化（2012年→2022年）

人口20万人未満の二次医療圏の診療所数は減少傾向、人口50万人以上の二次医療圏の診療所数は増加傾向にある。

人口20万人未満の二次医療圏での診療所数の増減 (2012年→2022年)



人口50万人以上の二次医療圏での診療所数の増減 (2012年→2022年)



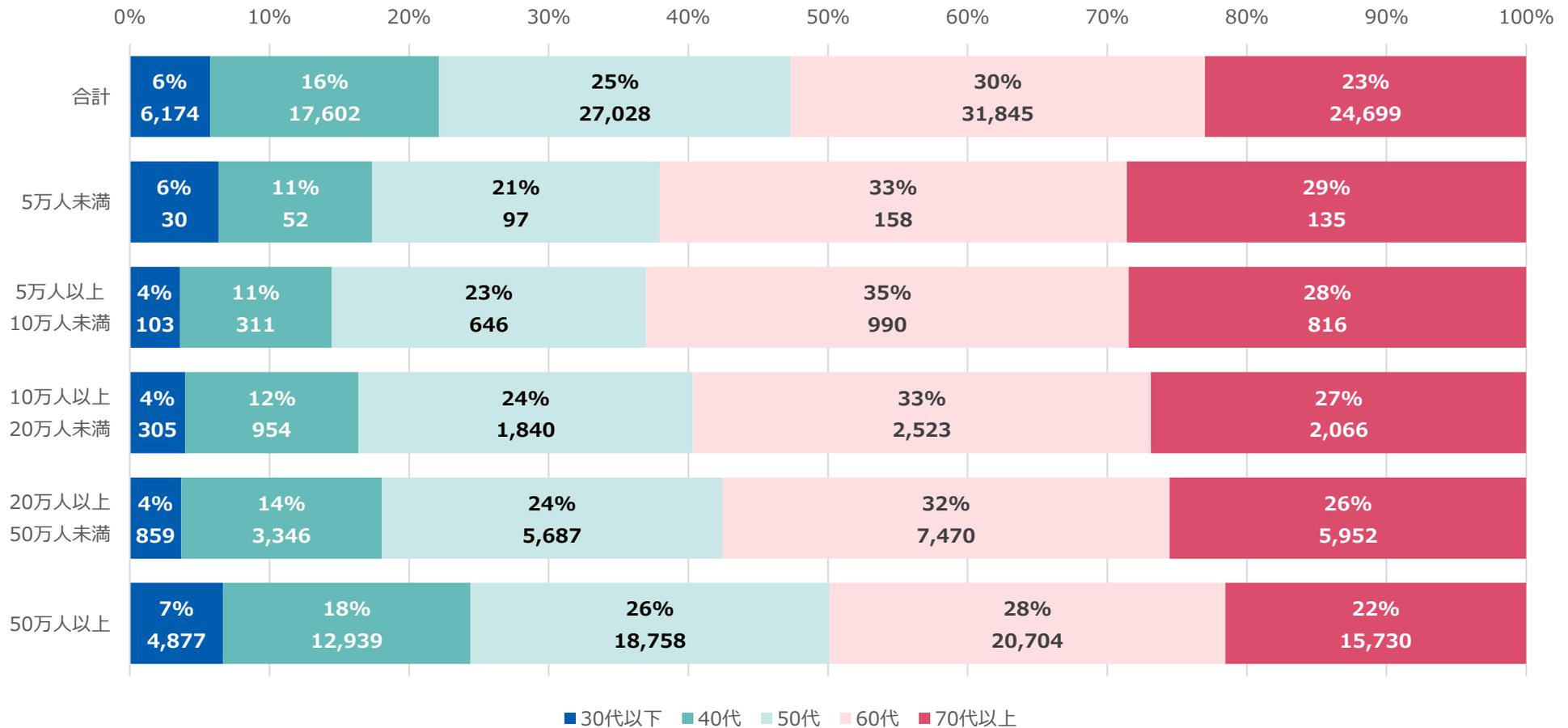
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

人口規模別にみた診療所医師の年齢階級別の分布

診療所の医師は過半数が60代以上であり、人口20万人未満の二次医療圏では、60代以上の医師が60%以上を占める。

人口規模ごとの二次医療圏別にみた年齢階級別の診療所医師数



■ 30代以下 ■ 40代 ■ 50代 ■ 60代 ■ 70代以上

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（令和4年）の届出票情報を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において特別集計したものの。

※届出票情報を利用し独自集計したため、医師・歯科医師・薬剤師統計の公表値とは一致しない場合がある。

へき地医療拠点病院の概要

へき地医療拠点病院の目的、指定要件等については「へき地保健医療対策等実施要綱」(令和4年7月29日医政発0729第13号医政局長通知)に定められている。

1 目的

へき地診療所への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県単位で「へき地医療拠点病院」として編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行い、へき地における住民の医療を確保する。

2 指定要件

都道府県知事は、次に掲げる事業(ア、イ又はカのいずれかの事業は必須)を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められる病院をへき地医療拠点病院として指定する。

- ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関する事。
- イ へき地診療所等への代診医等の派遣(継続的な医師派遣も含む)及び技術指導、援助に関する事。
- ウ 特例措置許可病院への医師の派遣に関する事。
- エ 派遣医師等の確保に関する事。
- オ へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関する事。
- カ 遠隔医療等の各種診療支援に関する事。
- キ 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関する事。
- ク その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関する事。

3 へき地医療拠点病院における医療活動の実施状況

(期間:令和5年4月1日～令和6年3月31日) ※対象病院358施設

| 4事業(必須事業) | | | | | | へき地診療所等への遠隔医療による支援 | 主要3事業を合計で年12回以上実施している病院数(割合) | 4事業(必須事業)のいずれの事業の実施もなかった病院数(割合) |
|-------------|--------|---------------|--------|-----------------|--------|--------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 主要3事業 | | | | | | | | |
| 無医地区等への巡回診療 | | へき地診療所等への医師派遣 | | へき地診療所等への代診医等派遣 | | 実施病院数(割合) | | |
| 延べ実施回数 | 平均実施回数 | 延べ実施回数 | 平均実施回数 | 延べ実施回数 | 平均実施回数 | | | |
| 4,507回 | 13回 | 16,810回 | 47回 | 3,280回 | 9回 | 122病院(34.1%) | 254病院(70.9%) | 39病院(10.9%) |

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施

- ・医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ

- ・若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施

- ・人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。
- ・医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ・是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R8年度全体策定

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

- ・管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする

- ・要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

③ 保険医療機関の管理者要件

- ・保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3) 経済的インセンティブ

- ・診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- ・派遣医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)※保険給付と関連の乏しい用途に当たるとはならないかとの意見あり
- ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援

- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

- ・医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

(5) リカレント教育の支援

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

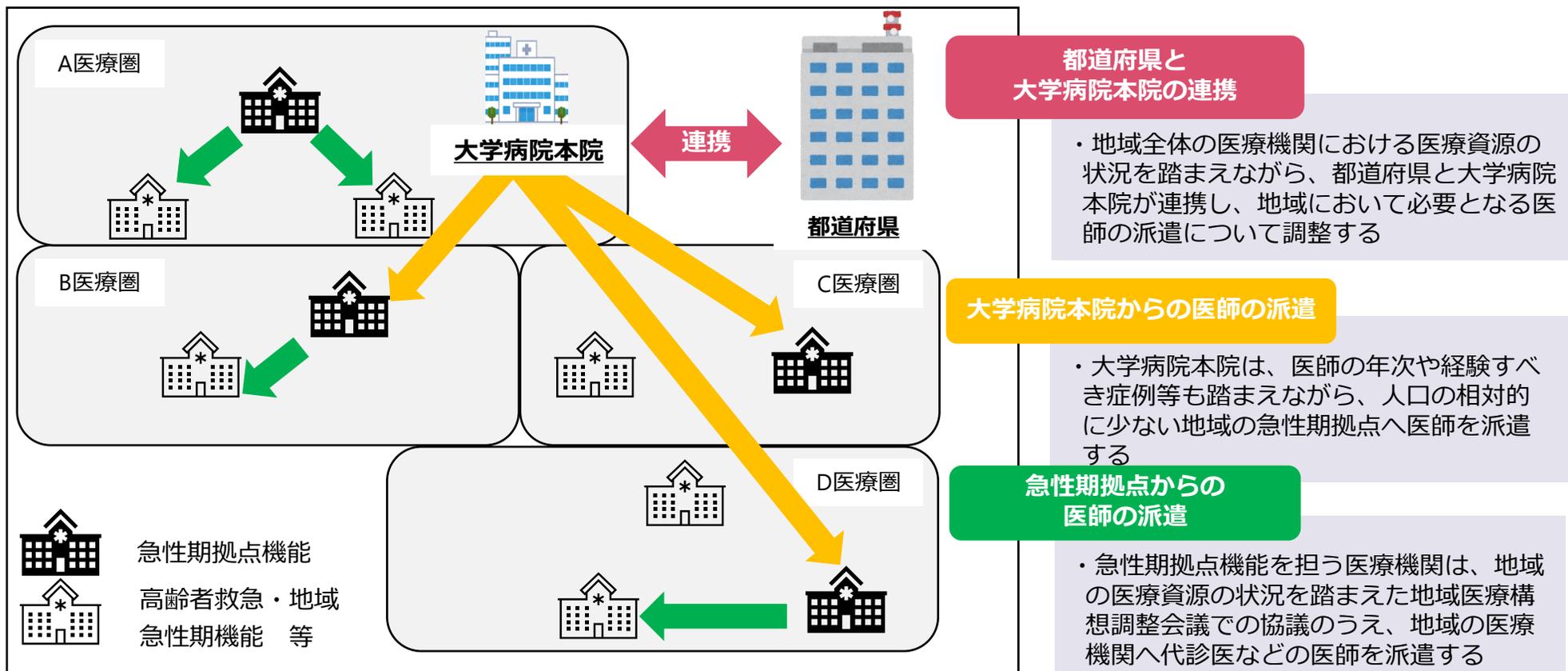
(7) 医師偏在指標のあり方

(8) 医師養成過程を通じた取組

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

2040年に向けた取組の広域な圏域のイメージ

- 都道府県内には、県庁所在地等の医療資源が相対的に豊富な地域と、相対的に資源の少ない地域が存在する。都道府県が大学病院本院等と連携し、急性期の拠点機能を有する病院等に対して、医師の派遣や教育体制の確保等の取組を行う等、県全体として効率的な提供体制を確保できるよう、各圏域の提供体制を構築することが必要。



1. 人口・医療資源の少ない地域について

1 - 1. 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況

1 - 2. 医療資源の少ない地域について

1 - 3. 人口の少ない地域の外来医療について

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価（概要）

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、施設基準の緩和等、その特性に配慮した評価を行っている。
- 急性期から回復期における機能分化が困難である観点から一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料について要件緩和や混合病棟を認める等の対応を行っている。

<評価の概要>

| 項目名 | 医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等 | 緩和の対象 |
|------------------------|--|----------------|
| A100 一般病棟入院基本料* | 病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能 | 入院料の算定 |
| A108 有床診療所入院基本料 | 入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること | （入院料の要件） |
| A205-2 超急性期脳卒中加算 | 情報通信機器を用いて他の保険医療機関と連携し、診療を行う場合にも届出可能 | 施設基準の緩和 |
| A207 医師事務補助体制加算 | 20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする | 施設基準の緩和 |
| A226-2 緩和ケア診療加算* | 医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和 | 人員配置 |
| A233-2 栄養サポートチーム加算* | 看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和 | 人員配置 |
| A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算* | 看護師等の専従要件の緩和 | 人員配置 |
| A246 入退院支援加算* | 看護師・社会福祉士の要件の緩和 | 人員配置 |
| A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、病室単位で届出が可能 | 施設基準の緩和 |
| A308-3 地域包括ケア病棟入院料 | 看護職員配置が15対1以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3） 「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件の緩和（地域包括ケア病棟入院料2及び4） | 人員配置 病床数 |
| A317 特定一般病棟入院料 | 一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし | 人員配置 夜勤の要件 |
| A248 精神疾患診療体制加算 | 許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上） | 病床数 |
| A249 精神科急性期医師配置加算 | 許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上） | 病床数 |
| 在宅療養支援病院 | 許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満） 24時間の往診体制について、D to P with Nを実施できる体制でも可能とする（在支診も同様） | 病床数 施設基準の緩和 |
| 在宅療養後方支援病院 | 許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上） | 病床数 |
| B001 24 外来緩和ケア管理料* | 医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和 | 人員配置 |
| B001 27 糖尿病透析予防指導管理料* | 医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和 | 人員配置 |
| 24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費） | 複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大 | 施設基準の要件 |

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

改定年度

改定内容

平成24年

- 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とした
- ※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く
- 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設
- チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設

平成26年

- 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入
- 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えた
- チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和

平成28年

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し
 <対象地域に関する要件>
 - 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※
 - 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加
- 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加えた
 (特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く)

※要件①かつ②
 ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2
 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%

平成30年

- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く）
- 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和
 <対象>
 - 地域包括ケア入院医療管理料1～4
 - 地域包括ケア病棟入院料1・3
 - 精神疾患診療体制加算
 - 精神科急性期医師配置加算
 - 在宅療養支援診療所
 - 在宅療養支援病院
 - 在宅療養後方支援病院

令和2年

- 医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和（※）するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した
- ※ 「人口当たり医師数が下位1/3」→「人口当たり医師数が下位1/2」
- へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とした

令和4年

- 入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。
- 超急性期脳卒中加算の遠隔医療の体制構築の要件の見直し。

令和6年

- 回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、届出を病室単位で可能な区分を新設
- 地域包括ケア病棟入院料2及び4の施設基準における、「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件を緩和
- 在宅療養支援病院・診療所に係る24時間の往診体制の要件について、D to P with Nの実施体制を整備することで要件を満たすこととする緩和

医療資源の少ない地域（令和6年度診療報酬改定）

| 都道府県 | 二次医療圏 | 市町村 |
|------|-------------|--|
| 北海道 | 南檜山 | 江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町 |
| | 日高 | 日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町 |
| | 宗谷 | 稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町 |
| | 根室 | 根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町 |
| 青森県 | 西北五地域 | 五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町 |
| | 下北地域 | むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村 |
| 岩手県 | 岩手中部 | 花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町 |
| | 気仙 | 大船渡市、陸前高田市及び住田町 |
| | 宮古 | 宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村 |
| | 久慈 | 久慈市、普代村、野田村及び洋野町 |
| 秋田県 | 県南 | 大仙市、仙北市、美郷町、 横手市 、湯沢市、羽後町、東成瀬村 |
| 山形県 | 最上 | 新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村 |
| 東京都 | 島しょ | 大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村 |
| 新潟県 | 魚沼 | 十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町 |
| | 佐渡 | 佐渡市 |
| 石川県 | 能登北部 | 輪島市、珠洲市、穴水町、能登町 |
| 福井県 | 奥越 | 大野市、勝山市 |
| 山梨県 | 峡南 | 市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町 |
| 長野県 | 木曾 | 木曾郡 |
| | 大北 | 大町市及び北安曇野郡 |
| 岐阜県 | 飛騨 | 高山市、飛騨市、下呂市及び白川村 |
| 愛知県 | 東三河北部 | 新城市、設楽町、東栄町及び豊根村 |
| 滋賀県 | 湖北 | 長浜市及び米原市 |
| | 湖西 | 高島市 |
| 兵庫県 | 但馬 | 豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町 |
| 奈良県 | 南和 | 五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村 |
| 島根県 | 雲南 | 雲南市、奥出雲町及び飯南町 |
| | 隠岐 | 海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町 |
| 香川県 | 小豆 | 小豆郡 |
| 長崎県 | 五島 | 五島市 |
| | 上五島 | 小値賀町、新上五島町 |
| | 壱岐 | 壱岐市 |
| | 対馬 | 対馬市 |
| 鹿児島県 | 熊毛 | 西之表市、熊毛郡 |
| | 奄美 | 奄美市、大島郡 |
| 沖縄県 | 宮古 | 宮古島市、多良間村 |
| | 八重山 | 石垣市、竹富町、与那国町 |

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

医療資源の少ない地域の見直しのシミュレーション

- 医療資源の少ない地域について、令和5年医療施設静態調査等の直近の統計を用いて見直しのシミュレーションを行った。
- 医療資源の少ない地域に該当していた37医療圏のうち5医療圏が同地域に該当しなくなる。

(令和6年度
改定)
37医療圏

| | |
|-------------------|---------------------|
| 引き続き要件に該当する二次医療圏数 | 32医療圏 ^{※1} |
| 新たに要件に該当する二次医療圏数 | 7医療圏 |
| 要件に該当しない二次医療圏数 | 5医療圏 |

(令和8年度
改定)
39医療圏^{※1}

参考：医療資源の少ない地域の基準：①かつ②を満たすこと

① 医療従事者の確保が困難な地域

「人口当たり医師数^{※2}が下位1/2」かつ「人口当たり看護師数^{※2}が下位1/2」

② 医療機関が少ない地域

「病院密度^{※3}が下位15%」または「病床密度^{※3}が下位15%」

※1 上記参考の基準を満たす場合のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域が対象に含まれる。

※2 人口については、令和2年国勢調査（令和2年10月1日時点）、医療従事者数については、令和5年医療施設（静態・動態）調査（令和5年10月1日時点。病院従事者数の医師総数並びに保健師、助産師、看護師、准看護師及び看護業務補助者数）を用いて算出。

※3 面積については、全国都道府県市区町村別面積調（令和2年10月1日時点）、医療従事者数については、令和5年医療施設（静態・動態）調査（病院施設数及び病院病床数）を用いて算出。

1. 人口・医療資源の少ない地域について

1 - 1. 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況

1 - 2. 医療資源の少ない地域について

1 - 3. 人口の少ない地域の外来医療について

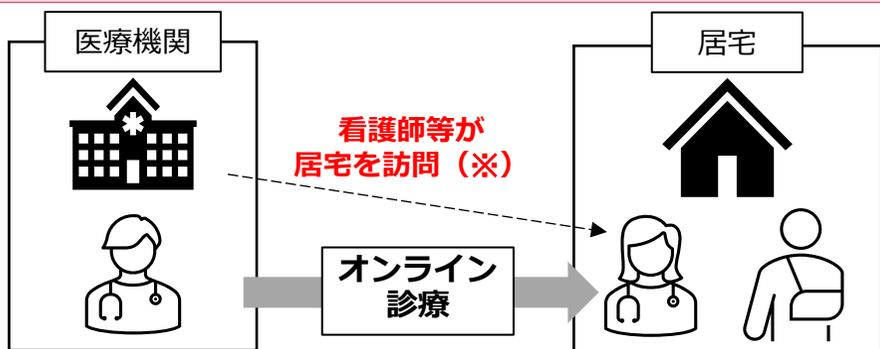
| | 医療機関の主な意見等 |
|----------|---|
| 外来医療について | <ul style="list-style-type: none"> 地域人口が減少しており、外来患者は減少している。 各地域の診療所が医師不足により閉鎖することが多く、へき地医療拠点病院でありながら、かかりつけ医の役割も担っている。 隣接自治体の診療所で診療できる医師がいなくなり、当診療所にも医師派遣をしている近隣病院（注：へき地医療拠点病院ではない病院）が新たに医師派遣を担うことになった。ただ、派遣元となる近隣病院にとっては、さらに派遣先が増えることになり、当診療所への派遺回数を今年から減らしたいとの要望があった。現状、なんとか維持してほしいと交渉して続けていただいている状況であるが、こうした病院からの派遣医師がなくなると、地域の診療体制が軒並み潰れるか縮小せざるを得ない。 外来・在宅医療の維持には、地域自治体による支援（補助金、デマンドタクシー等の移動手手段の整備等）が必要不可欠である。 |
| 在宅医療について | <ul style="list-style-type: none"> 患者の高齢化に伴い、来院する手段が限られているため、訪問診療の実施が必要と考えている。 訪問診療を実施する上で、以下のような課題を感じている。 <ul style="list-style-type: none"> ① 訪問診療実施中における通常診療の維持（時間や人員の制約） ② 交通費や燃料費の負担 24時間対応は困難であるため、患者の理解を得ながら、時間外の急変には連携する基幹病院の救急が対応している。医師は連携する基幹病院から派遣されているため、平時から診療情報の共有はこまめに行うことができている。 訪問診療の必要性を感じているが、医師や看護師が不足しているため実施を制限し、患者側の自助努力により来院をしていただく形を基本とせざるを得ない。 管理栄養士による訪問栄養指導ができる体制は整えているものの、実際に訪問したケースはまだない。訪問の必要な方がいれば依頼しようと思うが、管理栄養士も人員不足で病院から在宅に出すことは厳しい状況にある。 |

| | 医療機関の主な意見等 |
|------------------------|--|
| <p>救急医療体制 について</p> | <ul style="list-style-type: none"> 離島地域においては、定期船による搬送が主となるが、本数が少ない。 離島地域では、ドクターヘリが生命線となっている。 現状、転院搬送の受入れを近隣病院から拒否されることは比較的少ないが、今後、受入側医療機関の人員不足による病床削減により、転院搬送の受入れについて影響を受ける可能性があると感じている。 遠隔診療のシステムが構築されている医療機関では、初療について高次救急医療機関の判断を仰ぎ対応する事例もある。 |
| <p>その他</p> | <ul style="list-style-type: none"> 地域内における産婦人科が医師不足により継続不可となり、別の地域の医療機関で出産をしてもらうことが多くなっている。地域における若年層が定着しない要因となっており、医療従事者不足にも影響を与えている。 へき地診療所においては、へき地医療拠点病院やへき地医療拠点病院以外からの医師派遣が生命線となっている。 全ての課題は「人材不足」に関連して生じている。 人材不足を補うための対策（例：オンライン診療等）についても、これらを導入・実施する人材自体がないため、積極的に取り組めない。 |

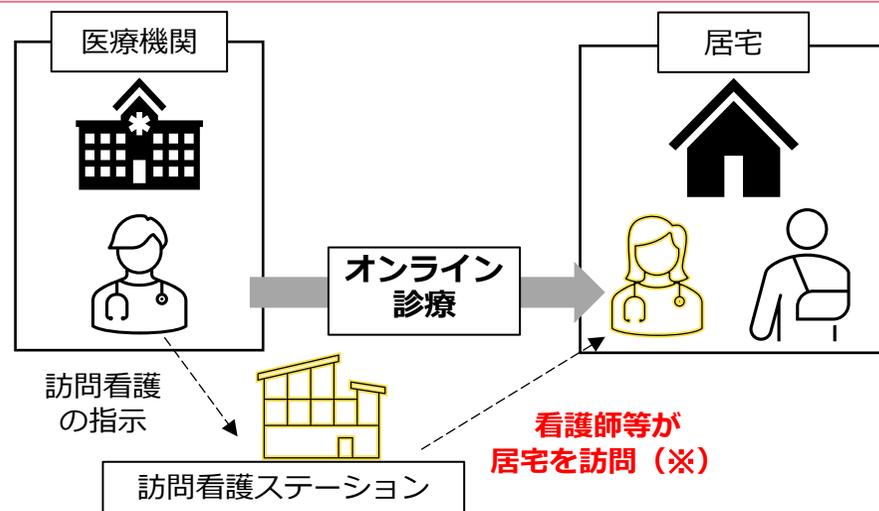
D to P with Nとして想定される診療形態

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

医師と同一の医療機関の看護師等の場合

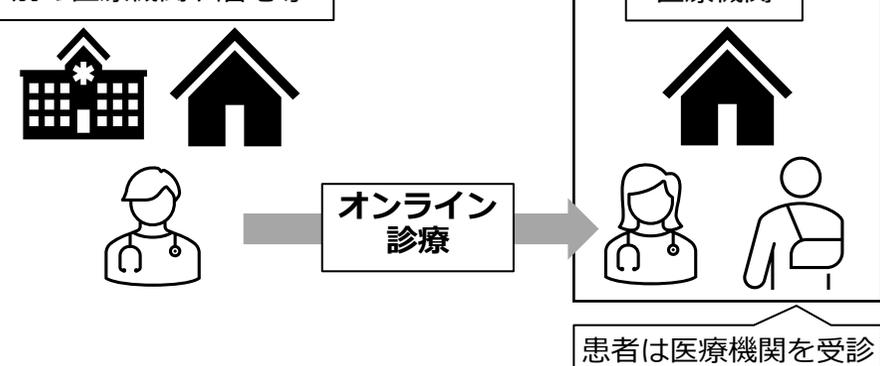


訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等の場合



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

別の医療機関や居宅等

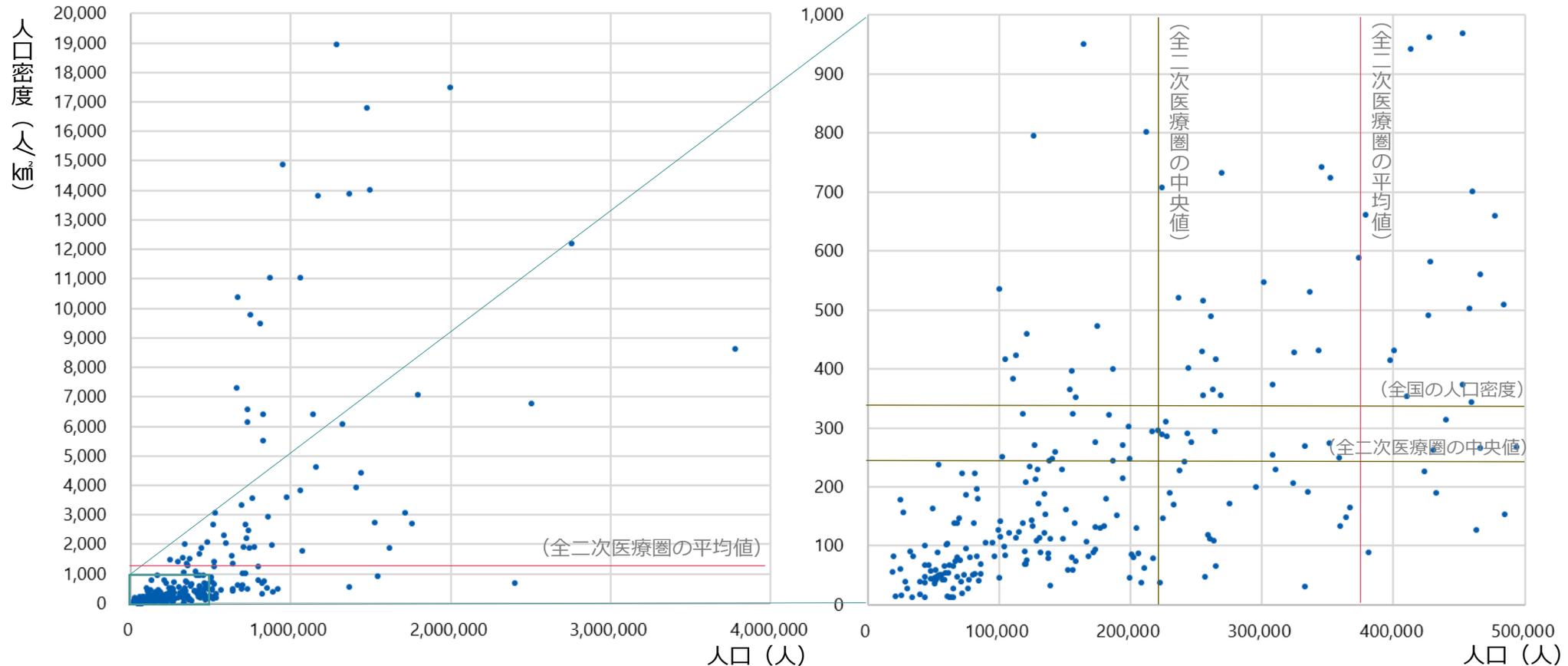


(※) **看護師等が患者の居宅を訪問**する場合における、**訪問看護との関係**

| 状況 | 想定される事例 |
|---------------------------------|--|
| 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護） | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 訪問時に緊急に医師の診察が必要であると判断した場合 ✓ 予め訪問看護と医師の診察を同時刻に予定している場合 |
| 予定された訪問看護がない場合 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合 |

二次医療圏の人口・人口密度の分布

- 二次医療圏ごとの人口・人口密度の分布を示したものは以下のとおり。
- 全二次医療圏の人口平均値は約38.2万人であり、中央値は約22.3万人であった。二次医療圏の人口密度にはばらつきがあり、全二次医療圏の平均値以下である二次医療圏は268医療圏であり、全国の人口密度以下である二次医療圏は194医療圏であった。



| | 最大値 | 第三四分位数 | 平均値 | 中央値 | 第一四分位数 | 最小値 | (参考) 全国 |
|---------------------------|-----------|---------|---------|---------|---------|--------|-------------|
| 人口密度 (人/km ²) | 18,938.8 | 693.5 | 1,212.1 | 244.5 | 88.7 | 12.5 | 338.2 |
| 人口 (人) | 3,777,491 | 482,440 | 382,261 | 223,258 | 100,834 | 19,122 | 126,146,099 |

※人口・面積は、令和2年国勢調査結果。二次医療圏は、令和6年4月1日時点（330医療圏）。

小規模な二次医療圏（※人口・人口密度が一定基準未満である医療圏を想定）

① へき地診療所等



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

② へき地診療所等への支援を実施する病院



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

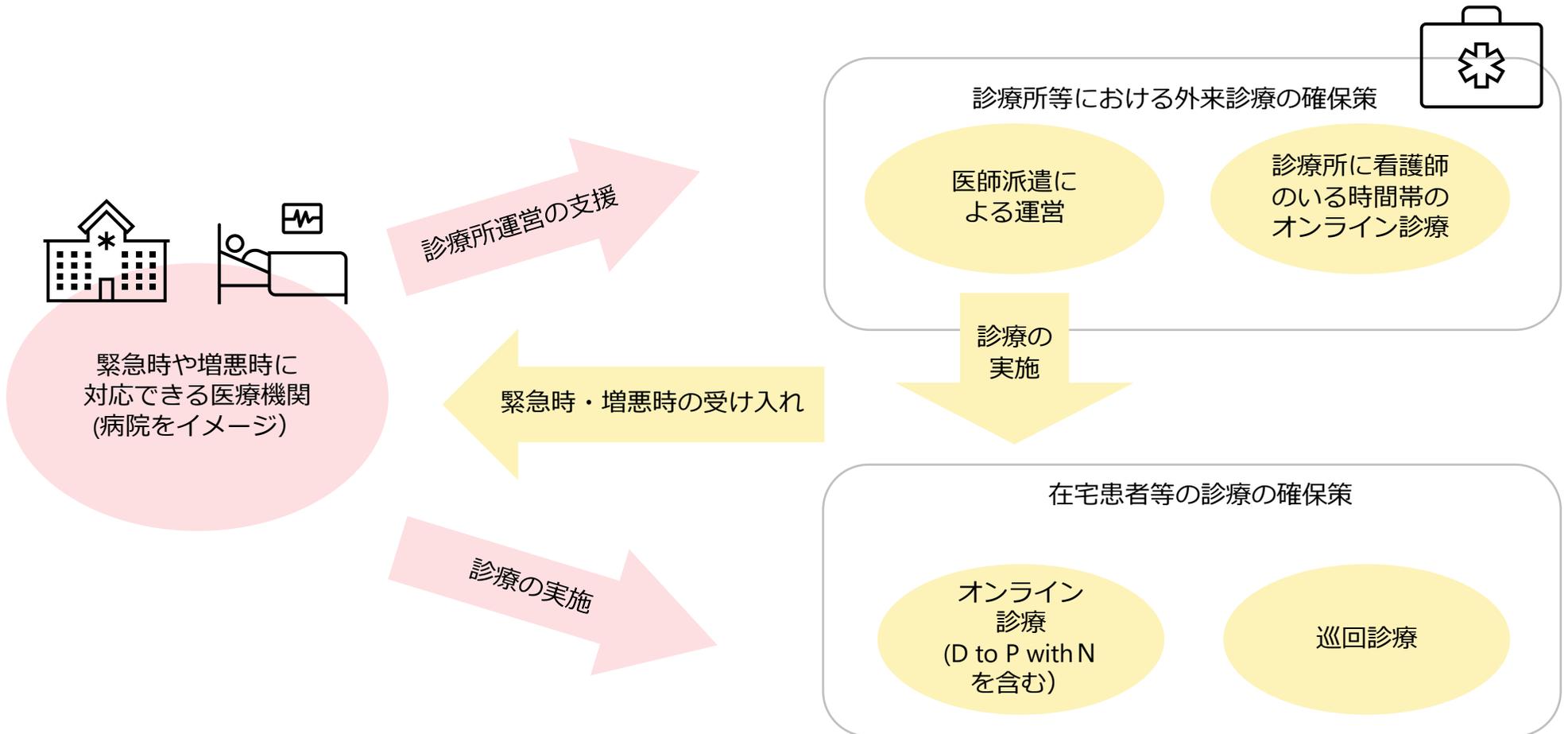
③ 拠点的功能を有する病院



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

人口の少ない地域で外来医療を確保する仕組み（イメージ）

- 人口が減少し、診療所も減少する中で、人口の少ない地域で外来医療を守るためには、診療所運営の支援や診療支援として、医師派遣、巡回診療及び情報通信機器を用いた診療等を行う仕組みを地域の実情に応じて組み合わせていくことが求められるのではないか。
- また、そうした仕組みは、緊急時や増悪時に対応できる医療機関と連携して機能する必要があるのではないか。



人口・医療資源の少ない地域についての現状と課題

(人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況)

- 人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にあり、従事する医師の高齢化も進んでいる。
- へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行うこととされている。へき地診療所等への医師派遣、代診医派遣、巡回診療を合わせて「主要3事業」と呼び、情報通信技術を活用した遠隔医療と合わせて「必須事業」と呼ぶ。
- 急性期拠点機能を担う医療機関は、地域の医療資源の状況を踏まえた地域医療構想調整会議での協議のうえ、地域の医療機関へ代診医などの医師を派遣することが想定されている。

(医療資源の少ない地域について)

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 医療資源の少ない地域について、令和5年医療施設静態調査等の直近の統計を用いて見直しのシミュレーションを行ったところ、医療資源の少ない地域に該当していた37医療圏のうち32医療圏が引き続き該当、7医療圏が新たに該当、5医療圏が同地域に該当しないとの結果であった。

(人口の少ない地域の外来医療について)

- 医療資源の少ない地域に関するヒアリング調査では、地域の外来診療を、へき地医療拠点病院ではない近隣病院からの医師派遣に頼っている現状に関する意見があった。
- 過疎地域等に所在する医療機関は、へき地診療所等への支援を実施する病院や地域の救急患者や入院患者を受け入れる病院から、オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師・代診医派遣等の支援を受けている例がある。
- 全二次医療圏の人口平均値は約28.2万人であり、中央値は約22.3万人であった。二次医療圏の人口密度にはばらつきがあり、全二次医療圏の平均値以下である二次医療圏は268医療圏であり、全国の人口密度以下である二次医療圏は194医療圏であった。
- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っているへき地医療拠点病院は83施設、へき地診療所は134施設。へき地拠点病院において、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関は7施設であり、実施した巡回診療のうちほとんどをオンライン診療で実施している医療機関もみられた。
- 離島等におけるオンライン診療の活用事例としてD to P with Nが挙げられ、これは患者が医療機関を受診していることとされている。また、D to P with D 型の特徴として、医療資源が限られる地域においても専門の医師等による診察を受けることができることが挙げられる。

人口・医療資源の少ない地域についての論点

【論点】

（医療資源の少ない地域について）

- 医療資源の少ない地域について、令和5年医療施設静態調査等の直近の統計を用いて見直しを行うこととしてはどうか。
- 対象地域の見直しにより当該地域から除外された医療圏に所在している医療機関であって、現に入院料等の届出を行っているものについては2年間の経過措置を設けているが、医療資源の少ない地域に配慮した施設基準等による届出を行った医療機関の運営の安定性を担保する観点から、その期間を延長することについてどのように考えるか。

（人口の少ない地域の外来医療について）

- 人口の少ない地域における外来診療体制を確保する観点から、人口・人口密度が少ない二次医療圏において、継続的な巡回診療、医師派遣、代診医派遣による診療や、D to P with N、D to P with Dを含む情報通信機器を用いた診療を活用し、地域の外来診療確保やそのための支援を行うとともに、増悪した急性期の患者を受け入れることのできる医療機関について評価を行うことについてどのように考えるか。

1. 人口・医療資源の少ない地域について
2. 救急医療について
3. 業務の簡素化について

2. 救急医療について

2-1. 救急医療をとりまく状況

2-2. 救急患者連携搬送に関する評価

2-3. 救急外来応需体制に関する評価

2-4. 救急入院医療に関する評価

救急出動件数と搬送人員の推移

- 「令和6年中の救急出動件数等（速報値）」によれば、令和6年中の救急自動車による救急出動件数、搬送人員は、集計を開始した昭和38年以降、最多となった。
- 過去20年における年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移をみると、「高齢者」の搬送人員、構成比が増加している。

図1 救急自動車による救急出動件数及び搬送人員の推移

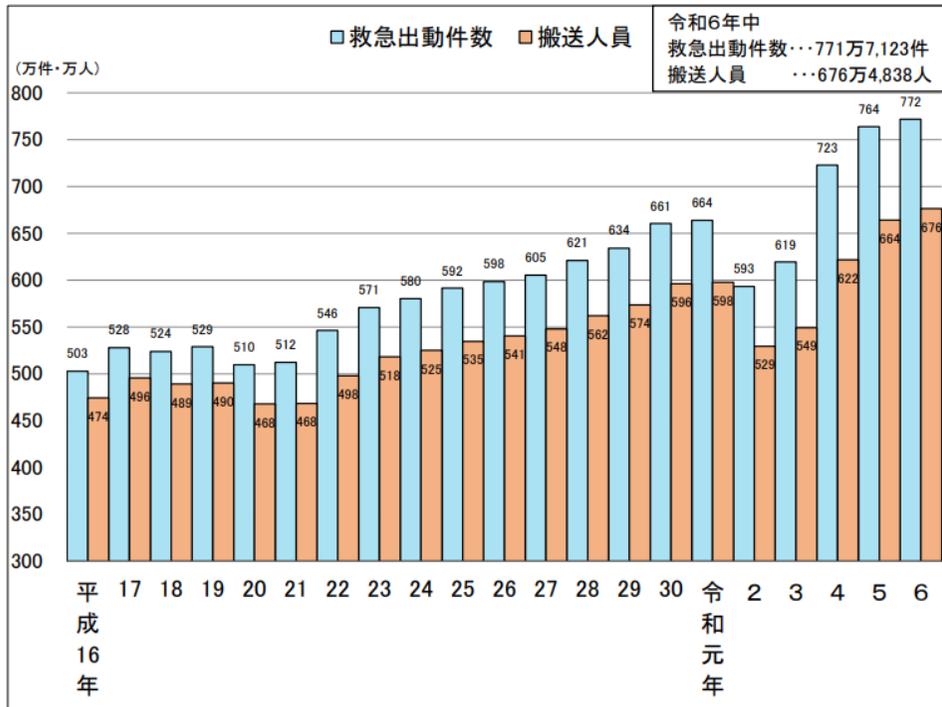
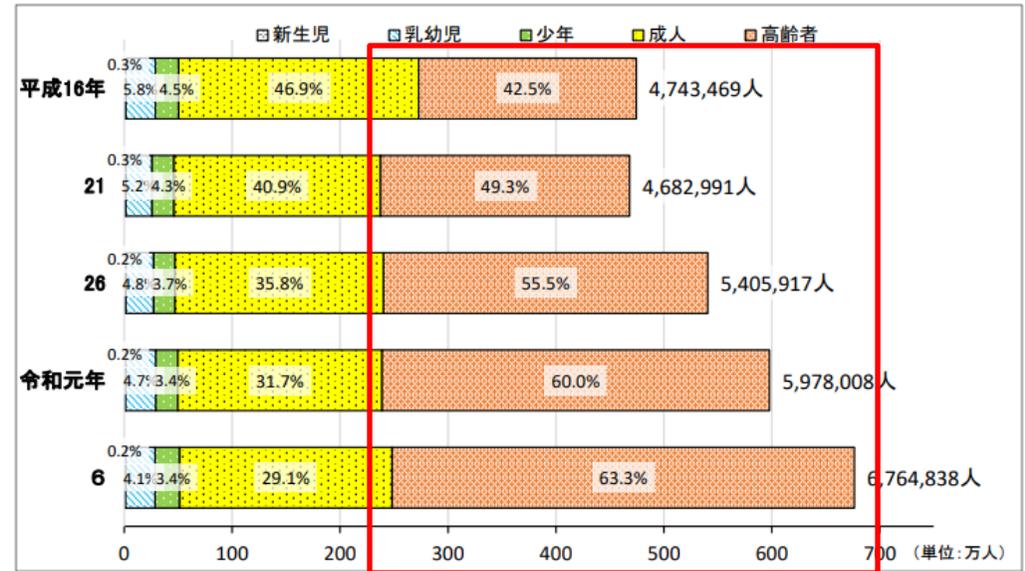


図8 年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



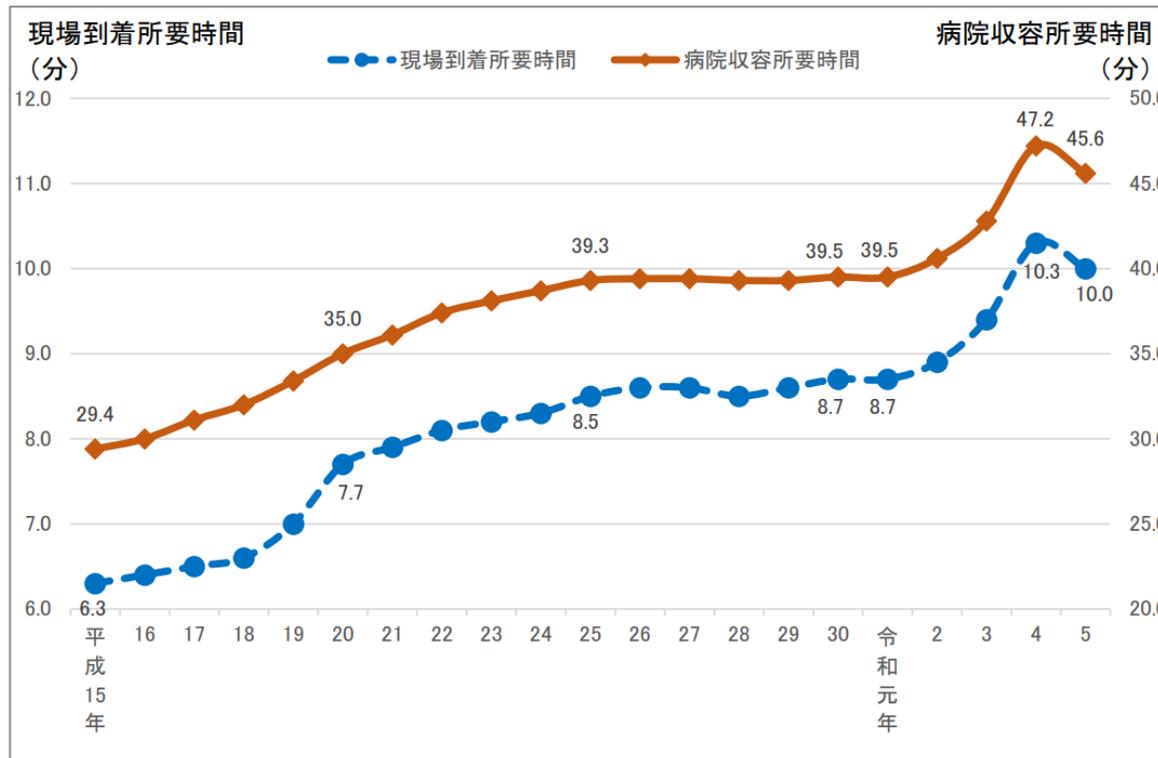
1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。
 2 年齢区分の定義
 新生児：生後28日未満の者
 乳幼児：生後28日以上満7歳未満の者
 少年：満7歳以上満18歳未満の者
 成人：満18歳以上満65歳未満の者
 高齢者：満65歳以上の者

救急自動車による現場到着所要時間等の推移

診調組 入-3
7. 7. 3

- 令和5年中の救急自動車による現場到着所要時間は、全国平均で約10.0分であった。また、救急自動車による病院収容所要時間は、全国平均で約45.6分であった。
- 新型コロナウイルス感染症の発生前の令和元年と比べ、現場到着所要時間は約1.3分、病院収容所要時間は約6.1分それぞれ延伸している。

図11 現場到着所要時間及び病院収容所要時間の推移



※東日本大震災の影響により、平成22年及び平成23年の釜石大槌地区行政事務組合消防本部及び陸前高田市消防本部のデータを除いた数値により集計している。

- ・現場到着所要時間：119番通報を受けてから現場に到着するまでに要した時間
- ・病院収容所要時間：119番通報を受けてから医師に引き継ぐまでに要した時間

救急医療体制体系図

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和5年3月31日付け医政地発0331第14号)抜粋)
(救急医療対策事業実施要綱(令和5年5月16日付け一部改正医政発0516第21号)抜粋)

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（312カ所）
（うち、高度救命救急センター（50カ所））

令和7年4月1日現在

ドクターヘリ（57カ所）

令和6年2月1日現在

入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制（389地区、2,473カ所）

共同利用型病院（19カ所）

令和5年4月1日現在（令和5年度救急医療提供体制の現況調べより）

初期救急医療

在宅当番医制（668地区）

休日夜間急患センター（547カ所）

令和5年4月1日現在（令和5年度救急医療提供体制の現況調べより）

○重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本とし、原則として、重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

高度救命救急センターは、特に高度な診療機能を有し、通常の救命救急センターでは対応困難な外傷や疾患等の診療を担うもの。

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者を受け入れるもの。

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者を受け入れるもの。

救急医療体制等に関連する主な評価について

診調組 入-3
7. 7. 3

救急医療体制に関連する評価

| | |
|-------------------------------|--|
| <p>A200 総合入院体制加算</p> | <ul style="list-style-type: none"> 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価したもの。 <p>【主な施設基準】 (加算1) 高度救命救急センター・救命救急センターの設置 (加算2) 高度救命救急センター・救命救急センターの設置又は二次救急医療機関等 かつ 年間救急搬送件数2,000件以上 (加算3) 高度救命救急センター・救命救急センターの設置又は二次救急医療機関等</p> |
| <p>A200-2 急性期充実体制加算</p> | <ul style="list-style-type: none"> 手術等の高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制を評価したもの。 <p>【主な施設基準】 次のいずれかを満たしていること。 ・ 高度救命救急センター又は救命救急センターの設置 ・ 年間救急搬送件数2,000件以上</p> |
| <p>A252 地域医療体制確保加算</p> | <ul style="list-style-type: none"> 地域の救急医療体制、周産期医療体制又は小児救急医療体制において重要な機能を担うとともに、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する取組を実施する体制を評価するもの。 <p>【主な施設基準】 次のいずれかを満たしていること。 ・ 年間救急搬送件数2,000件以上 ・ 年間救急搬送件数1,000件以上かつ小児・周産期医療に関する加算等の届出 ・ 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター</p> |
| <p>A308-3 地域包括ケア病棟入院料</p> | <ul style="list-style-type: none"> 急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有する病棟又は病室において算定するもの。 <p>【主な施設基準】 二次救急医療機関又は救急告示病院であること。（許可病床数200床未満の医療機関の一般病床において算定する場合は、救急外来を有する又は24時間救急患者を受け入れていることにより満たすものとみなす。）</p> |
| <p>A304 地域包括医療病棟入院料</p> | <ul style="list-style-type: none"> 高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担う病棟において算定するもの。 <p>【主な施設基準】 二次救急医療機関又は救急告示病院であること。</p> |
| <p>DPC/PDPS 機能評価係数Ⅱ</p> | <ul style="list-style-type: none"> 救急医療指数（救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価） 体制評価指数（救命救急センター等の体制や救急車で来院し入院となった患者数の実績を評価） |

在宅医療を担う医療機関や介護保険施設等との連携に関連する評価

| | |
|--|---|
| <p>在宅療養支援病院・診療所 在宅療養後方支援病院 地域包括ケア病棟入院料</p> | <ul style="list-style-type: none"> 地域において、介護保険施設等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて協力医療機関として定められることが望ましい。 |
| <p>A206 在宅患者緊急入院診療加算</p> | <ul style="list-style-type: none"> 在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価したもの。 |
| <p>A253 協力対象施設入所者入院加算</p> | <ul style="list-style-type: none"> 介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価 |

救急搬送・救急診療に関連する主な評価について

診調組 入-3
7. 7. 3

救急搬送に対する評価

| | |
|---------------------|--|
| C004 救急搬送診療料 | <ul style="list-style-type: none"> 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合の評価。 |
| C004-2 救急患者連携搬送料 | <ul style="list-style-type: none"> 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上、自院又は搬送先の医療機関に属する緊急自動車を用いて転院搬送する場合の評価。 【対象医療機関】年間救急搬送件数2,000件以上 |

救急外来応需体制に対する評価

| | |
|---------------------------|--|
| B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 | <ul style="list-style-type: none"> 地域の他の医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するもの。夜間、休日又は深夜であって、あらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。 |
| B001-2-5 院内トリアージ実施料 | <ul style="list-style-type: none"> 夜間、休日又は深夜に受診した、初診料を算定する患者（救急自動車等で搬送された者を除く。）に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。 |
| B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 | <ul style="list-style-type: none"> 診療時間以外の夜間や休日、深夜において、救急搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、初診料を算定する初診の日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす第二次救急医療機関（第三次救急医療機関併設を除く。）又は精神科救急医療施設 <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院 |
| B006 救急救命管理料 | <ul style="list-style-type: none"> 患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。 |

救急入院医療に対する評価

| | |
|------------------|---|
| A205 救急医療管理加算 | <ul style="list-style-type: none"> 緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす救急医療機関又は精神科救急医療施設 <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院 |
| A300 救命救急入院料 | <ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターを有している病院の治療室において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に算定する。 【対象医療機関】・救命救急センター |

2. 救急医療について

2-1. 救急医療をとりまく状況

2-2. 救急患者連携搬送に関する評価

2-3. 救急外来応需体制に関する評価

2-4. 救急入院医療に関する評価

これまでの救急医療に関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

（救急搬送に関する評価について）

- 救急患者連携搬送料は搬送元医療機関で算定するものである一方、受入側医療機関の評価がない。救急患者連携搬送は受入側医療機関の協力を前提とした制度であることから、受入側にも一定の評価を設けることが必要ではないかとの意見があった。
- 地域包括ケア病棟において「救急患者連携搬送料」を算定した患者を受け入れた場合について、在宅患者支援病床初期支援加算の対象としたことには意義がある。救急連携搬送における受入側医療機関への評価をさらに充実させることで、医療機関間の機能分担や連携の促進につながるのではないかとの意見があった。
- 救急患者連携搬送にあたっては、病院救急車だけでなく、患者等搬送事業者を活用することについても、今後検討の余地があるのではないかとの意見があった。

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

- 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

(新) 救急患者連携搬送料

| | | |
|---|----------------|--------|
| 1 | 入院中の患者以外の患者の場合 | 1,800点 |
| 2 | 入院1日目の患者の場合 | 1,200点 |
| 3 | 入院2日目の患者の場合 | 800点 |
| 4 | 入院3日目の患者の場合 | 600点 |



[算定要件]

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、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

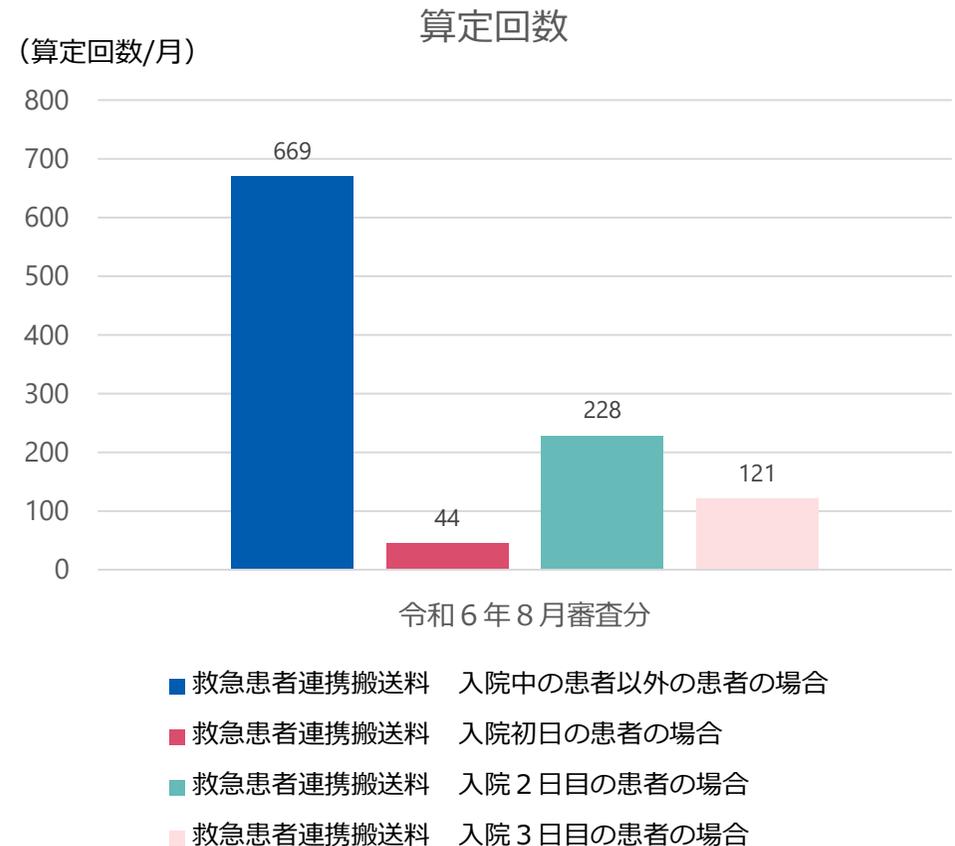
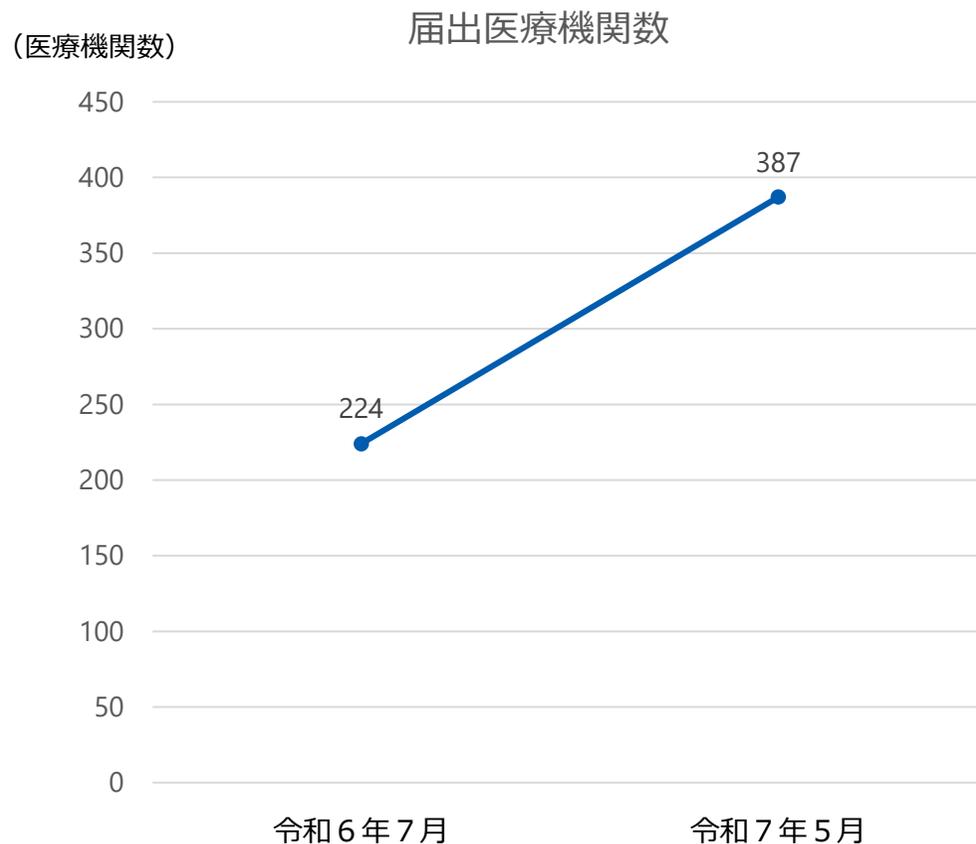
- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

救急患者連携搬送料の届出医療機関数と算定回数

診調組 入-3
7. 7. 3

- 救急患者連携搬送料の届出医療機関数は、令和6年診療報酬改定直後の令和6年7月と比較して、令和7年5月には大幅に増加した。
- 算定回数は、「入院中の患者以外の場合」が最も多く、次いで「入院2日目の患者の場合」が多かった。



出典：

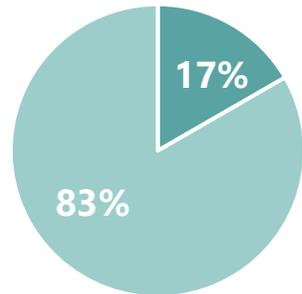
(届出医療機関数) 保険局医療課調べ。 ※データ抽出方法の違いにより、他の公表情報と数値が若干異なる場合がある。

(算定回数) 社会医療診療行為別統計

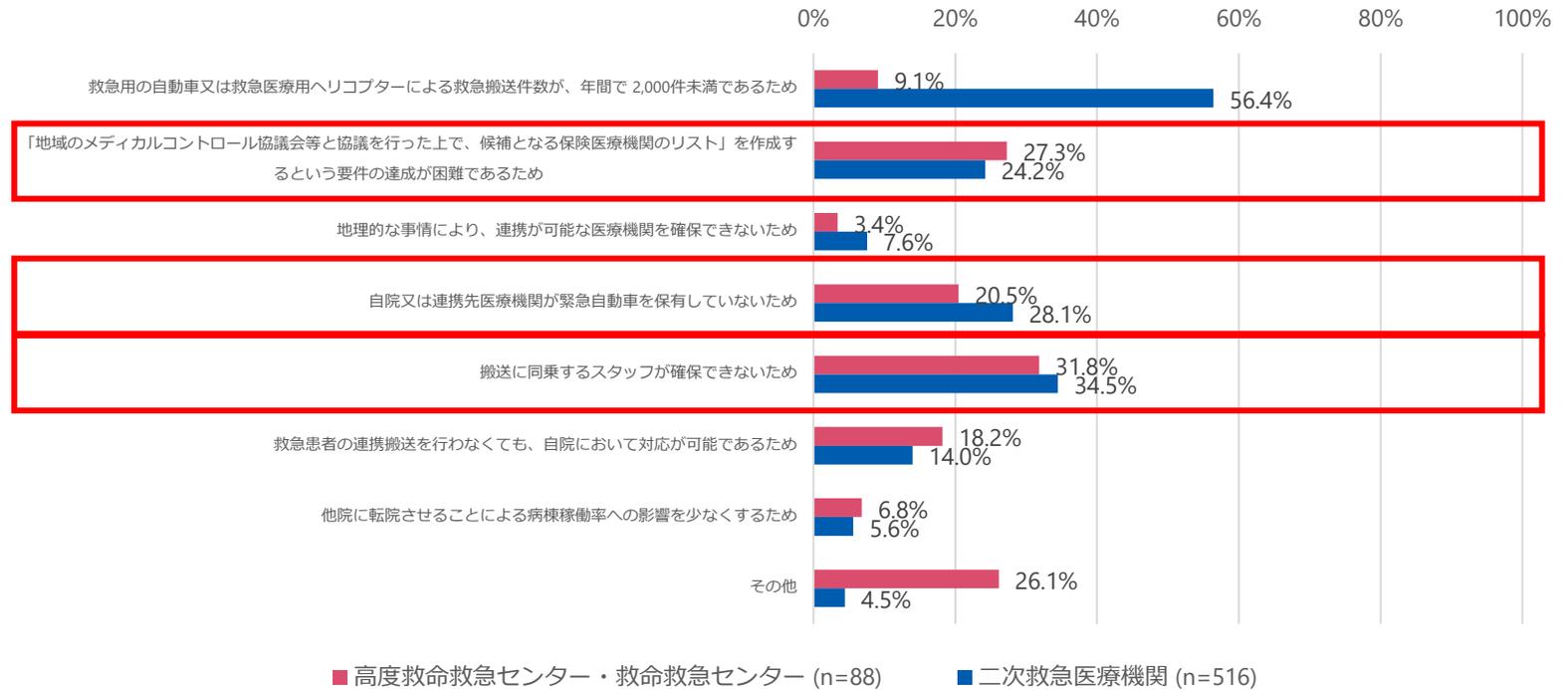
救急患者連携搬送料の届出状況

- 高度救命救急センター、救命救急センター及び二次救急医療機関であって、救急患者連携搬送料を届け出ていると回答した医療機関は、17%であった。
- 救急患者連携搬送料を届け出していない理由としては、「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で2,000件未満であるため」「搬送に同乗するスタッフが確保できないため」「自院又は連携先医療機関が緊急自動車を保有していないため」「地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリスト」を作成するという要件の達成が困難であるため」等が多かった。

救急患者連携搬送料の届出状況(n=1,063)



救急患者連携搬送料を届け出していない理由（複数選択可）



・その他（自由記載）の例（抜粋要約）

・現在届出の準備中、院内調整が図れないため、搬送対象となる患者が少ないため、MC協議会の開催待ち 等

救急患者連携搬送料の算定患者

- 令和6年10月1か月に「救急患者連携搬送料」を算定した患者の状況は以下のとおり。
- 算定患者数が多い医療機関もある一方で、ほとんどの医療機関において、実際に搬送・受入を行った患者数は少数であった。
- 算定患者の中には、急性疾患に対する治療を終了し、必ずしも緊急自動車等による搬送が必要でない可能性のある患者が一定程度含まれていた。

救急患者連携搬送料を算定した患者の状況（令和6年10月1か月） （複数の事情に当てはまる患者については、最も当てはまるもののみ算入）

| | 回答した医療機関数 | 最大値（人） | 75%tile（人） | 中央値（人） | 平均値（人） | 25%tile（人） | 最小値（人） |
|-------------------------------------|-----------|--------|------------|--------|--------|------------|--------|
| 救急患者連携搬送料を算定した患者数 | 147 | 59.0 | 6.0 | 1.0 | 4.4 | 0.0 | 0.0 |
| うち、緊急手術・処置等を必要とする患者 | 128 | 7.0 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 0.0 | 0.0 |
| うち、緊急での手術・処置は要しないが、予定手術・処置を必要とする患者 | 130 | 10.0 | 0.0 | 0.0 | 0.3 | 0.0 | 0.0 |
| うち、上記以外で、急性疾患に対する治療を必要とする状態であった患者 | 136 | 59.0 | 3.0 | 0.0 | 3.0 | 0.0 | 0.0 |
| うち、急性疾患に対する治療は終了し、リハビリが必要であった患者 | 136 | 8.0 | 1.0 | 0.0 | 0.8 | 0.0 | 0.0 |
| うち、急性疾患に対する治療は終了し、社会資源等の調整が必要であった患者 | 134 | 11.0 | 0.0 | 0.0 | 0.5 | 0.0 | 0.0 |

救急患者連携搬送料を算定する患者の搬送先医療機関における受入患者数（令和6年10月1か月）

| | 回答した医療機関数 | 最大値（人） | 75%tile（人） | 中央値（人） | 平均値（人） | 25%tile（人） | 最小値（人） |
|------------------------------|-----------|--------|------------|--------|--------|------------|--------|
| 連携している医療機関から搬送を受け入れた患者数 | 171 | 63.0 | 1.0 | 0.0 | 2.4 | 0.0 | 0.0 |
| うち、急性増悪等により、搬送元医療機関へ再転院した患者数 | 161 | 4.0 | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 0.0 | 0.0 |

- 総務省消防庁の「救急業務のあり方に関する検討会」において、増加する救急需要への対策に関する検討として、「転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用」が挙げられ、地域の実情に応じた患者等搬送事業者を活用する体制の整備が望まれている。

総務省消防庁「令和6年度 救急業務のあり方に関する検討会 報告書」（令和7年3月）

第2章 増加する救急需要への対策に関する検討

3 転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用

（中略）

エ 患者等搬送事業者の活用に向けて

今回、消防本部に対する調査を通じて、都市部を中心に、患者等搬送事業者に対するニーズが高いと考えられることや、転院搬送において患者等搬送事業者が担う役割には地域差が大きいことが明らかになった。

また、人員体制（救急救命士の有無等）、積載資器材の状況、搬送先の内訳及び料金設定等、患者等搬送事業者の活動実態については事業者によって様々であることも改めて明らかになった。

こうした点を踏まえると、転院搬送における患者等搬送事業者の活用方法については、必ずしも全国一律ではなく、それぞれの地域においてその最適化を考えていく必要がある。

（中略）

救急需要が増大の一途を辿る中、平時から緊急度に応じた社会資源として、地域の実情に応じて、患者等搬送事業者を活用する体制が整備されることが望まれる。

※下線部は引用時に付記

概要

○ 寝たきりの高齢者、身体障害者、傷病者等（＝患者等）を対象に、医療機関への入退院、通院及び転院並びに社会福祉施設への送迎に際し、ベッド等を備えた専用車を用いて搬送を実施する事業（**緊急性のない者が搬送対象**）。

※ 民間の搬送事業者のうち、以下の一定の要件を満たす者を指すものであり、一般的な通称として「民間救急」と呼称されているものと厳密には一致しない。

患者等搬送事業者の認定

○ 各消防本部は、消防庁が示す「患者等搬送事業認定基準」を参考にそれぞれ認定基準を定め、民間の搬送事業者のうち、一定の要件を満たす者を患者等搬送事業者として認定（有効期間5年間・要認定更新申請）。

○ 認定対象となる患者等搬送事業者は、道路運送法に定める以下の者

- ①一般乗用旅客自動車運送事業の許可を受けた者 ②一般貸切旅客自動車運送事業の許可を受けた者
③特定旅客自動車運送事業の許可を受けた者 ④自家用有償旅客運送の登録を受けた者

○ 認定状況等（①～③：R7.4.1現在 ④：R6.4.1～R7.3.31）

- ①認定事業所数：1,963事業所 ②認定車両台数：2,825台（うち車椅子専用592台）
③適任証保有者数：4,836人（うち車椅子専用259人） ④搬送件数：1,460,688件（うち転院搬送357,265件）



患者等搬送事業者の指導

○ 各消防本部は、搬送事業に密接な関係があり、傷病者や搬送中の傷病者管理に精通する者として、容体の急変、患者等間の疾病の感染等の不測の事態に対して、利用者の安全・利便を確保する観点から、患者等搬送事業者を指導することで事業の質を担保。

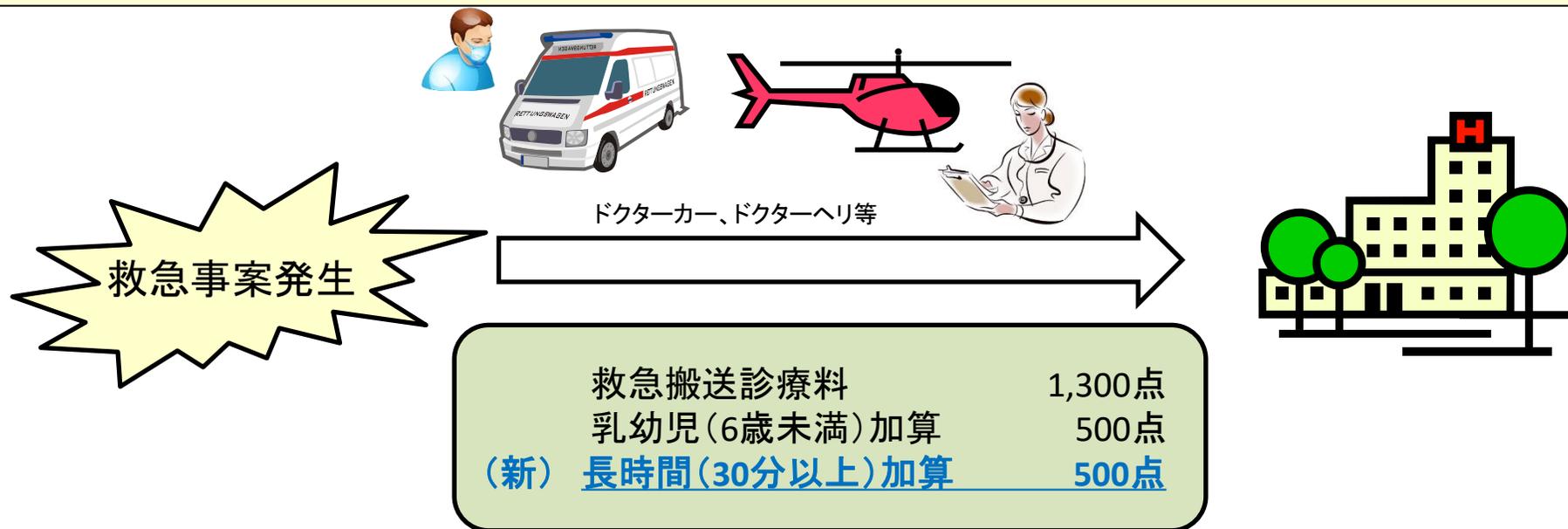
| 乗務員の質の担保 | 搬送用自動車の質の担保 | 積載資器材の質の担保 |
|--|--|---|
| <p>●乗務員の要件</p> <ul style="list-style-type: none"> 消防機関の行う適任者講習(※)を修了した者 (※) 観察要領・応急措置、体位管理、搬送法等、計24時間（車椅子専用は計16時間） 救急救命士有資格者、消防法施行規則第51条に定める救急業務に関する講習課程を修了した者等も、乗務員となることが可能。 該当者には患者等搬送乗務員適任証を交付 有効期間は2年間だが、2年に1回以上、消防機関の行う定期講習（計3時間）を受講することで、さらに2年間有効（以降同様）となる。 | <p>●搬送用自動車の要件</p> <ul style="list-style-type: none"> 十分な緩衝装置 換気及び冷暖房の装置 乗務員が業務を実施するために必要なスペース ストレッチャー及び車椅子等を使用したまま確実に固定できる構造 車椅子の乗降を容易にするための装置 携帯が可能な通信機器等、連絡に必要な設備 <p>※ 患者等搬送用自動車は、サイレン又は赤色警告灯を装備するなど、救急自動車と紛らわしい外観を呈さないこと。</p> | <p>●積載すべき資器材</p> <ul style="list-style-type: none"> 呼吸管理用資器材（バッグバルブマスク、ポケットマスク） 保温・搬送用資器材（保温用毛布、担架等） 創傷等保護用資器材（三角巾、ガーゼ、包帯等） 消毒用資器材（噴霧消毒器、各種消毒薬） その他の資器材（はさみ、手袋、体温計等） <p>※ AEDは任意の積載</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">    </div> |

救急医療の推進③

一定時間以上の救急搬送診療に対する適切な評価

- 医師が救急車等に同乗して診療を行った場合の評価である救急搬送診療料について、30分以上診療を行っている場合の加算を新設し、ドクターカー等による救急搬送診療を適切に評価する。

| | |
|------------------|--------|
| 救急搬送診療料 | 1,300点 |
| (新) 長時間(30分以上)加算 | 500点 |



2. 救急医療について

2-1. 救急医療をとりまく状況

2-2. 救急患者連携搬送に関する評価

2-3. 救急外来応需体制に関する評価

2-4. 救急入院医療に関する評価

これまでの救急医療に関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

（救急外来応需体制に関する評価について）

- 救急患者を多数受け入れる医療機関においては、医師・看護師等の人員配置に加え、24時間体制で検査・処方等が可能な診療体制の整備が不可欠である。こうした体制を構築し、地域の救急医療において重要な役割を果たしている医療機関については、適切な評価がなされるべきではないかとの意見があった。

院内トリアージ実施料の概要

B001-2-5 院内トリアージ実施料 300点

注 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、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号A000に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。

【算定留意事項通知】

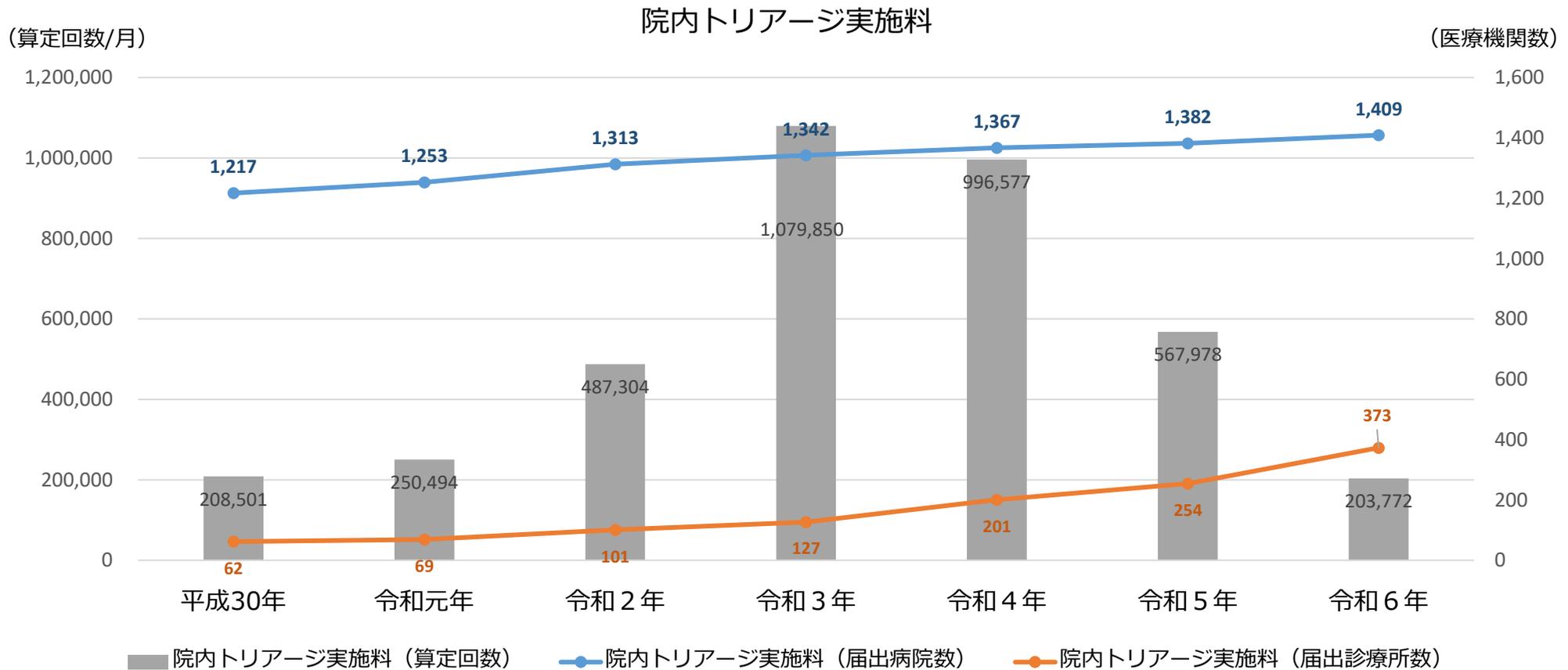
- (1) 院内トリアージ実施料については、院内トリアージ体制を整えている保険医療機関において、夜間、休日又は深夜に受診した患者であって初診のものに対して当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われ、診療録等にその旨を記載した場合に算定できる。ただし、「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者については算定できない。
- (2) 院内トリアージを行う際には患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。

【院内トリアージ実施料の施設基準】

- (1) 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。
 - ア トリアージ目標開始時間及び再評価時間
 - イ トリアージ分類
 - ウ トリアージの流れなお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。
- (2) 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。
- (3) (2)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。
- (4) 専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

院内トリアージ実施料の算定回数等

- 「院内トリアージ実施料」の算定医療機関数は、やや増加傾向である。算定回数は、新型コロナウイルス感染症流行後に大幅に増加したが、令和6年には以前の水準まで減少している。



出典：
 (算定回数) 社会医療診療行為別統計 (令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分) ※新型コロナウイルス感染症臨時的取扱いを除く。
 (届出医療機関数) 各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

夜間休日救急搬送医学管理料の概要

| | | | |
|-----------------|----------------------|----------------------------|-------------|
| B001-2-6 | 夜間休日救急搬送医学管理料 | (初診料を算定する初診の日に限り算定) | 600点 |
| | 精神科疾患患者等受入加算 | 400点 | |
| | 救急搬送看護体制加算 1 | 400点 | |
| | 救急搬送看護体制加算 2 | 200点 | |

【算定留意事項通知】

- (1) 夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関（都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。）又は都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外（土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。）、休日に、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定する。
- なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同様である。
- (2) 「注2」に規定する精神科疾患患者等受入加算の対象患者は、深夜、時間外又は休日に救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、以下のいずれかのものとする。
- イ 過去6月以内に精神科受診の既往がある患者
 - ロ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者
- (3) B001-2-5「院内トリアージ実施料」を算定した患者には夜間休日救急搬送医学管理料は算定できない。

【夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準】

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。
- ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）
 - イ 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- なお、精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

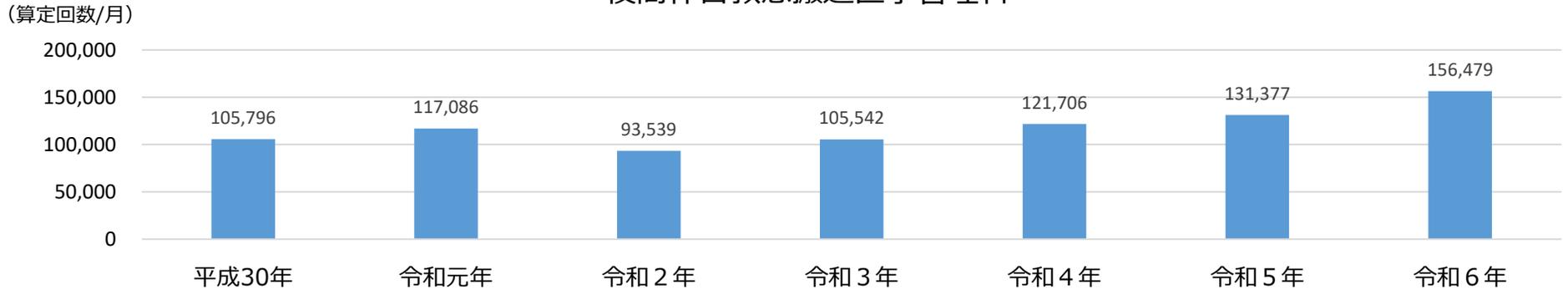
【救急搬送看護体制加算の施設基準】（抜粋）

- (加算1) ・救急搬送件数が年間で1,000件以上であること。 ・救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること。
- (加算2) ・救急搬送件数が年間で200件以上であること。 ・救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が配置されていること。

夜間休日救急搬送医学管理料の算定回数等

- 「夜間休日救急搬送医学管理料」の算定回数は、令和2年以降増加傾向である。
- 「救急搬送看護体制加算」の届出医療機関数は、令和2年以降ほぼ横ばいである一方、算定回数は増加傾向である。

夜間休日救急搬送医学管理料



救急搬送看護体制加算



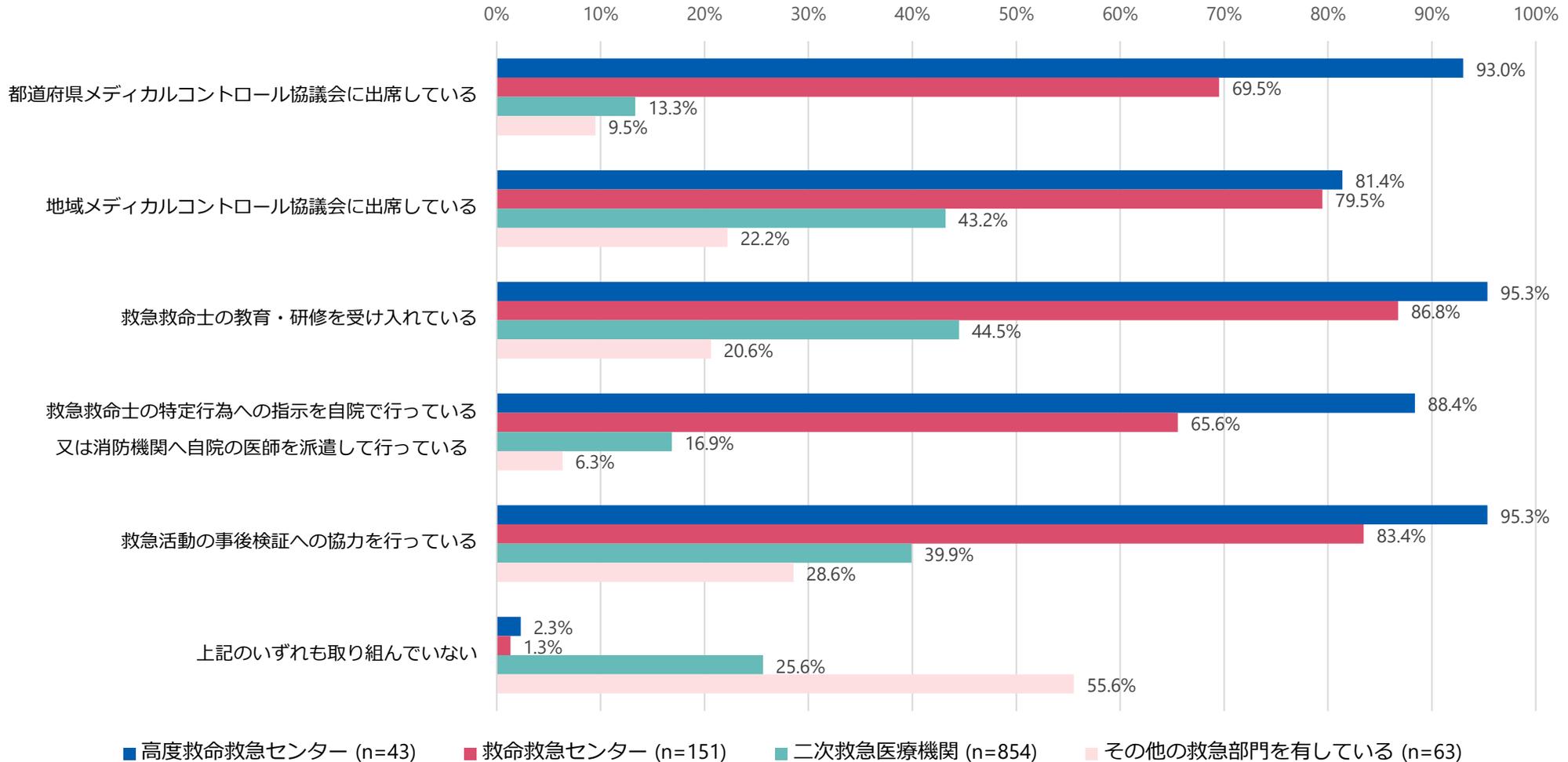
■ 救急搬送看護体制加算2 (算定回数)
 ■ 救急搬送看護体制加算1 (算定回数)
 ■ 救急搬送看護体制加算 (算定回数)
● 救急搬送看護体制加算1 (届出医療機関数)
 ● 救急搬送看護体制加算2 (届出医療機関数)
 ※令和元年以前の「救急搬送看護体制加算」は、現在の「救急搬送看護体制加算2」と同等の施設基準

出典：(算定回数) 社会医療診療行為別統計 (令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分)
(届出医療機関数) 各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

地域の救急医療に関する取組状況

○ 高次の救急医療機関であるほど、地域の救急医療に関する取組への参加割合が高かった。

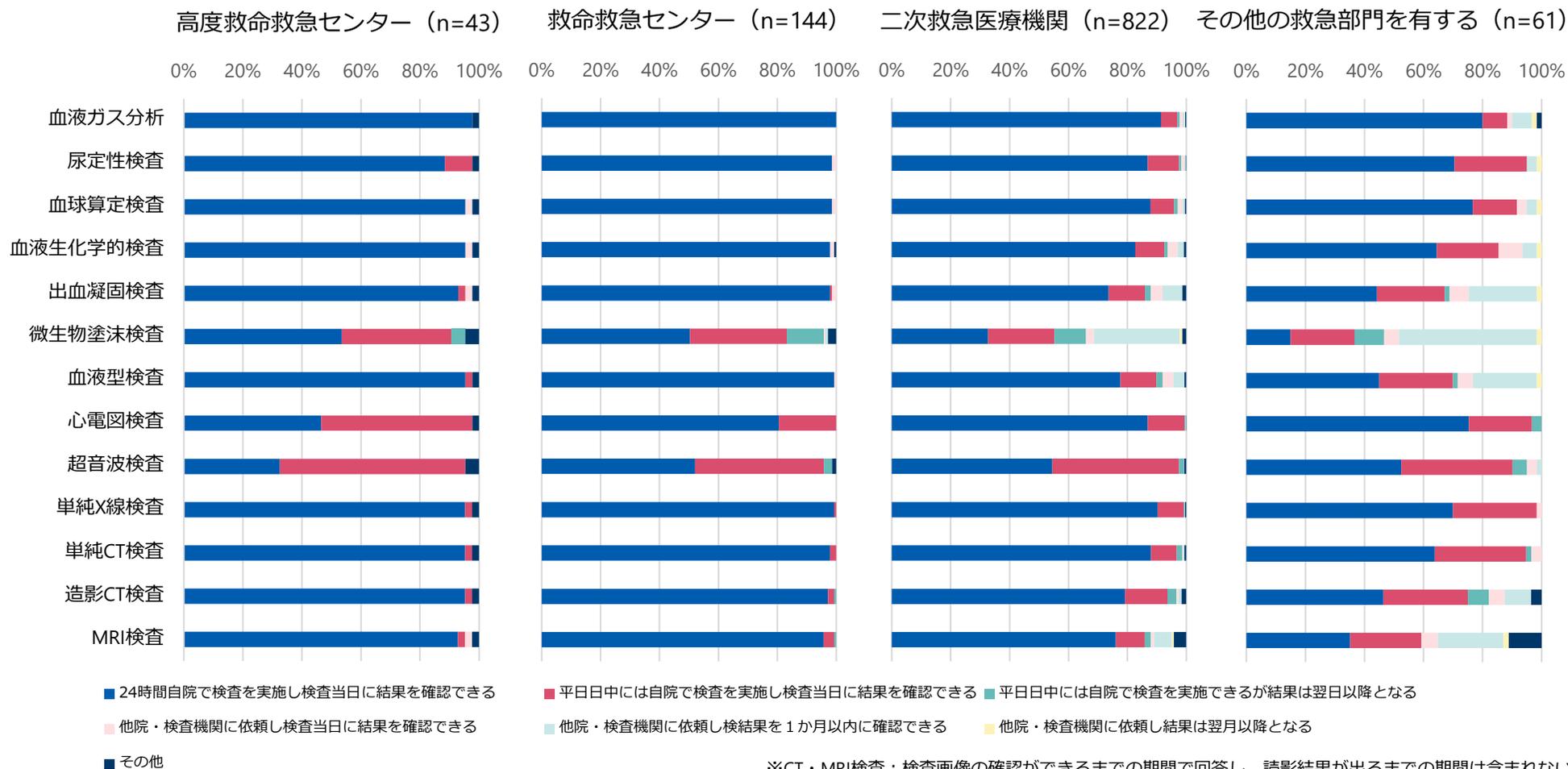
地域の救急医療に関する取組状況



■ 高度救命救急センター (n=43) ■ 救命救急センター (n=151) ■ 二次救急医療機関 (n=854) ■ その他の救急部門を有している (n=63)

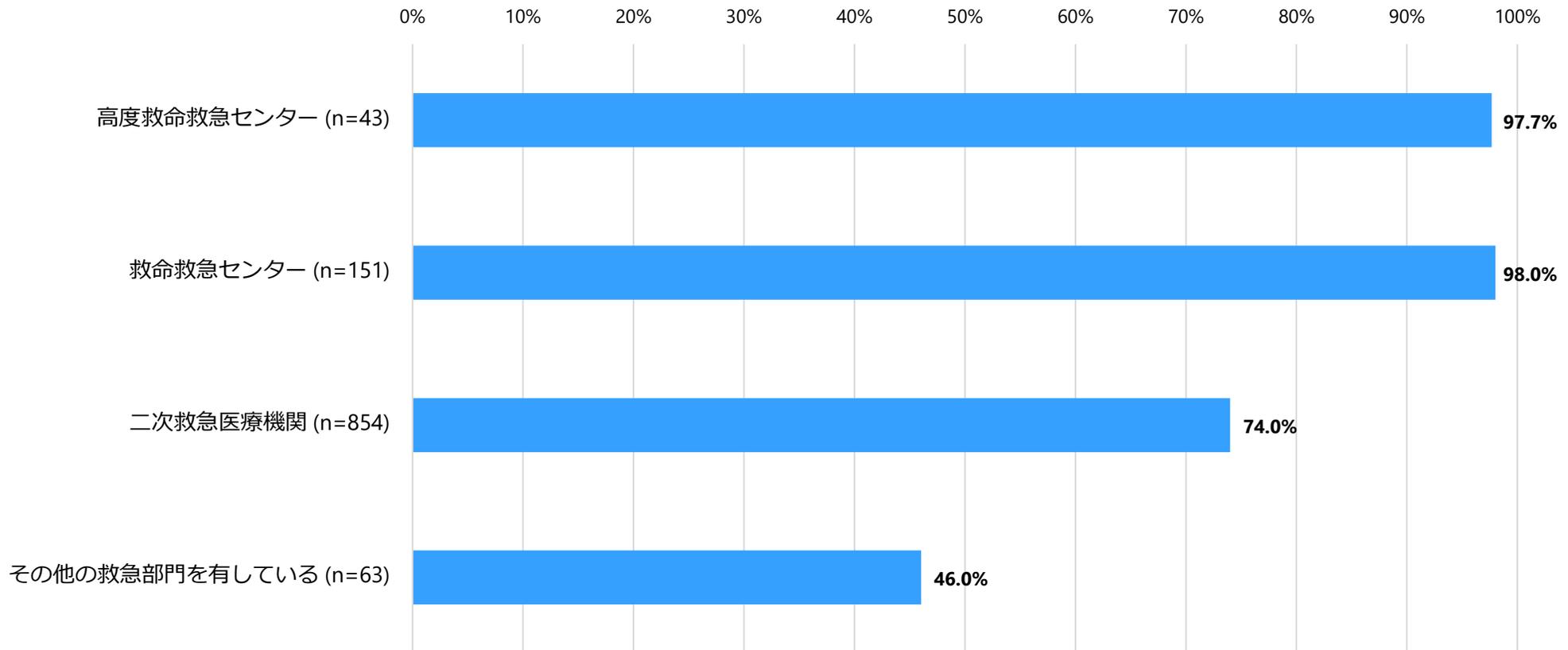
救急医療機関の検査体制

- 救急医療機関における各検査項目の実施体制は以下のとおり。高次の救急医療機関であるほど、24時間の検査体制又は自院での検査体制を、多くの検査項目で有している傾向があった。
- 救命救急センターの一部には、夜間休日に「微生物塗抹検査」「心電図検査」「超音波検査」の検査体制を有しない病院があった。



- 高次の救急医療機関であるほど、救急外来の業務を行う看護師の24時間配置を実施している割合が高かった。

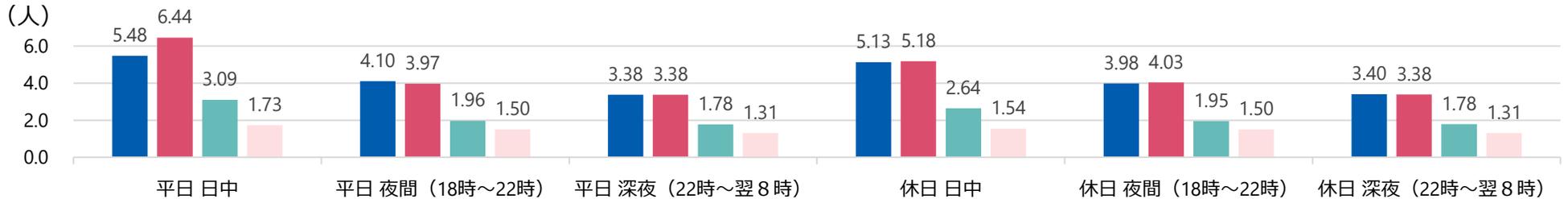
救急外来の業務を行う看護師の24時間配置を実施している割合



救急外来の業務を行う看護師・薬剤師・救急救命士の人数

○ 救急外来に従事するために常時配置されている実人数（施設平均）は、看護師では高度救命救急センター、救命救急センターでは3人以上であり、その他の救急医療機関でも、時間帯を問わず1人以上であった。薬剤師、救急救命士の実人数（施設平均）は、高度救命救急センター、救命救急センターでは、平日日中で1人以上であり、その他の救急医療機関でも、時間帯により配置を行っている医療機関があった。

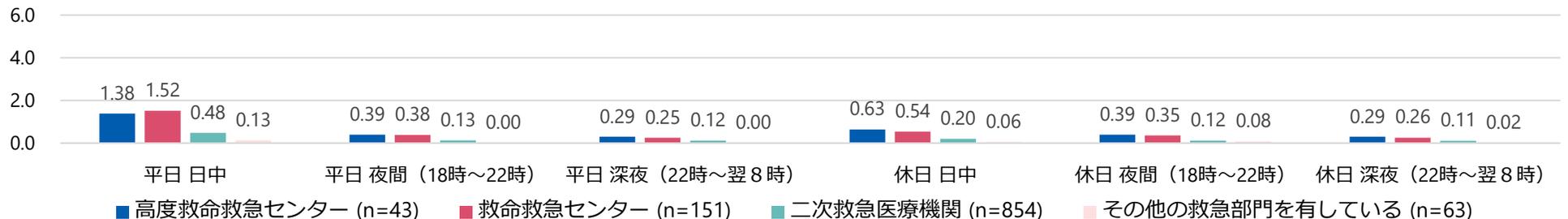
救急外来に従事するために常時配置されている看護師の実人数（施設平均）



救急外来に従事するために常時配置されている薬剤師の実人数（施設平均）



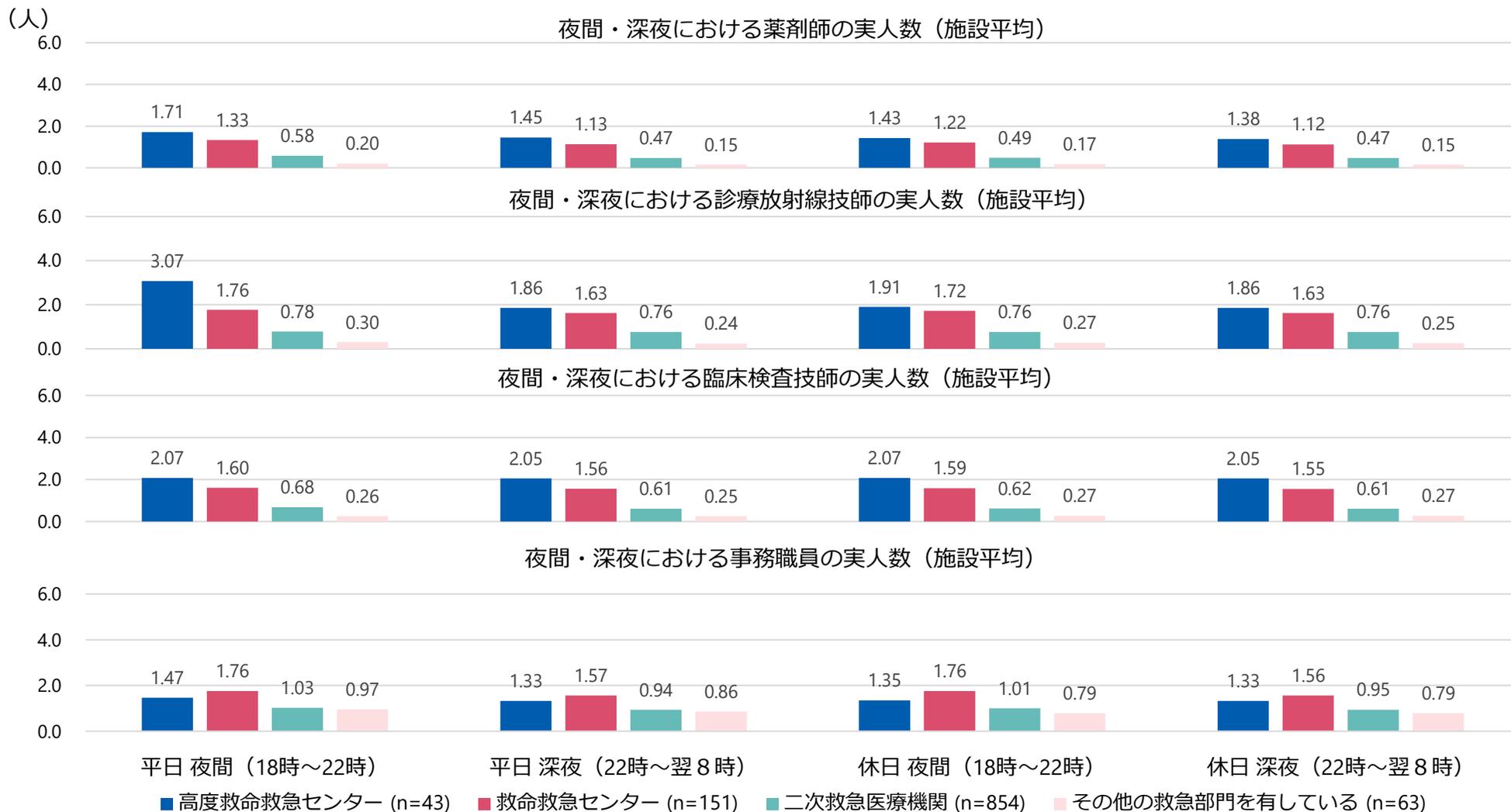
救急外来に従事するために常時配置されている救急救命士の実人数（施設平均）



■ 高度救命救急センター (n=43) ■ 救命救急センター (n=151) ■ 二次救急医療機関 (n=854) ■ その他の救急部門を有している (n=63)

夜間・深夜における院内職員の人数

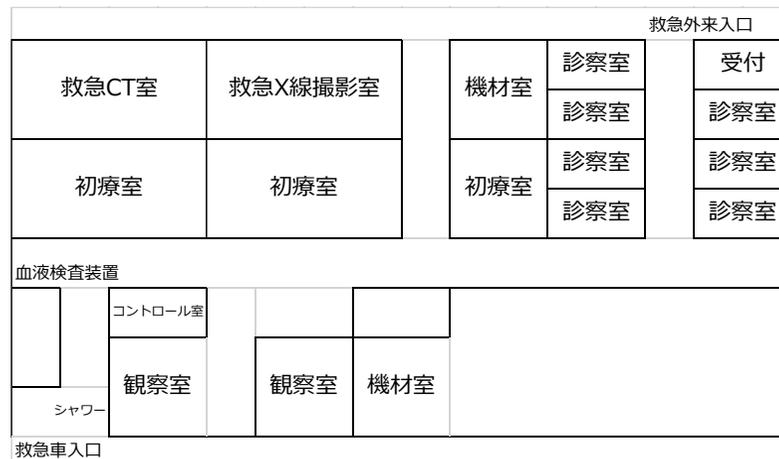
○ 高次の救急医療機関であるほど、夜間・深夜において院内に配置されている薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、事務職員の実人数（施設平均）が多い傾向があった。



- 救急外来における体制の例は以下のとおり。診察室、初療室、観察室等を含む専用の区画を有し、救急患者に対応できる医師、看護師、薬剤師等の職員を配置し、24時間検体検査・画像検査・処方等を実施できる体制を有している。

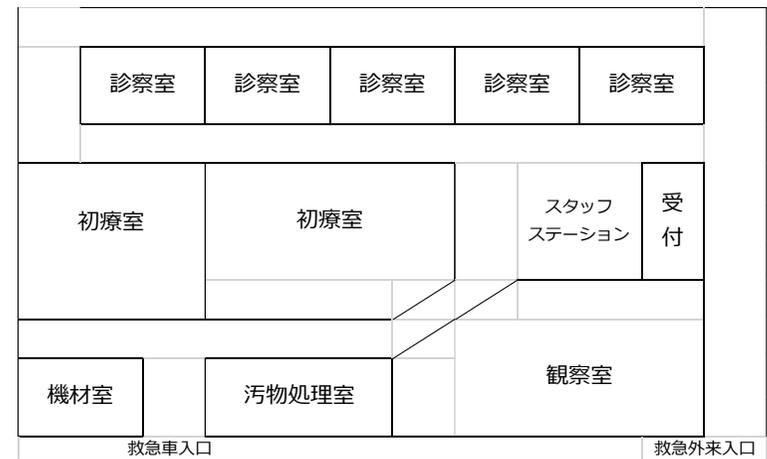
大学病院・救命救急センター（1,200床程度）の例

- ・ 二次医療圏人口約100万人程度の大都市地域に立地する大学病院
- ・ 救命救急センター・二次救急医療機関
- ・ 救命救急センター病床数 約20床、特定集中治療室 約40床
- ・ 年間救急車受け入れ件数 約6,000台超
- ・ 救急担当専任医師数 約30名、救急科専門医数 約10名
- ・ 救急担当専任看護師数 約70名
- ・ 薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士等の当直体制あり
- ・ 24時間の血液検査、CT、MRI検査対応



地方公立・第二次救急医療機関（420床程度）の例

- ・ 二次医療圏人口約40万人程度の地域に立地する地方公立病院
- ・ 二次救急医療機関
- ・ ハイケアユニット 約12床
- ・ 年間救急車受け入れ件数 約4,700台超
- ・ 年間ウォークイン受入患者数 約13,000名
- ・ 救急担当専任医師数 約2名、救急科専門医数 約2名
- ・ 救急担当専任看護師数 約24名
- ・ 薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師等の夜勤体制あり
- ・ 24時間の血液検査、CT、MRI検査対応



(参考) 救命救急センターにおける施設評価の例

- 「救命救急センターの充実段階評価」では、主に以下のような項目で評価を行っている。
- 「A300 救命救急入院料」における「救急体制充実加算」は、当該評価の区分に従い算定できる点数に差を設けている。

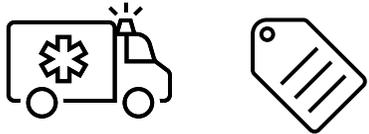
| | | | |
|-----|--|------|---|
| 1 | 救命救急センター専従医師数 | 22 | 救命救急センターの機能及び診療体制等に関する会議 |
| 2 | 1のうち、救急科専門医数 | 23 | 第三者による医療機能の評価 |
| 3.1 | 休日及び夜間帯における医師数 | 24 | 休日及び夜間勤務の適正化 |
| 3.2 | 休日及び夜間帯における救急専従医師数 | 25 | 救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員 |
| 4 | 救命救急センター長の要件 | 26 | 救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組 |
| 5 | 転院及び転棟の調整を行う者の配置 | 27 | 院内急変への診療体制 |
| 6 | 診療データの登録制度への参加と自己評価 | 28 | 脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等 |
| 7.1 | 年間に受け入れた重篤患者数（来院時） | 29 | 救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備 |
| 7.2 | 地域貢献度 | 30 | 救急医療領域の虐待に関する整備 |
| 8 | 救命救急センターに対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組 | 31 | 地域の救急搬送 |
| 9 | 救急外来のトリアージ機能 | 32 | 地域の関係機関との連携 |
| 10 | 内因性疾患への診療体制 | 33 | 都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会等への参画 |
| 11 | 電子的診療台帳の整備等 | 34 | 救急医療情報センター（広域災害・救急医療情報システム）への関与 |
| 12 | 外因性疾患への診療体制 | 35 | ウツタイン様式調査への協力状況 |
| 13 | 精神科医による診療体制 | 36 | メディカルコントロール体制への関与 |
| 14 | 小児（外）科医による診療体制 | 37.1 | 救急救命士の挿管実習および薬剤投与実習の受入状況 |
| 15 | 産（婦人）科医による診療体制 | 37.2 | 救急救命士の病院実習受入状況 |
| 16 | 医師事務作業補助者の有無 | 38 | 臨床研修医の受入状況 |
| 17 | 薬剤師の配置 | 39 | 専攻医の受入状況 |
| 18 | 臨床工学技士の配置 | 40 | 医療従事者への教育 |
| 19 | 医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担 | 41 | 災害に関する教育 |
| 20 | C T ・ M R I 検査の体制 | 42 | 災害に関する計画の策定 |
| 21 | 手術室の体制 | | |

出典：「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成30年2月16日医政地発0216第1号）

- (参考) A300 救命救急入院料 注3「救急体制充実加算」
- | | | |
|------------|------------|--------|
| 充実段階Sであるもの | 救急体制充実加算 1 | 1,500点 |
| 充実段階Aであるもの | 救急体制充実加算 2 | 1,000点 |
| 充実段階Bであるもの | 救急体制充実加算 3 | 500点 |

救急外来における診療と診療報酬の算定例

診療前



- 救急救命士への指示

救急救命管理料

- 院内トリアージ

院内トリアージ実施料

救急外来 初期診療



- 気道、呼吸、循環、意識状態、体温等の確認
- 問診・診察
- 検査・処置の必要性の判断

夜間休日救急搬送医学管理料
※夜間休日における
初診の救急搬送患者のみが対象

検査 処置・手術



- 生理検査（心電図、超音波検査等）
- 血液検査
- 画像検査（CT・MRI等）
- 注射・投薬・輸血
- 緊急手術

検体検査料・生体検査料
薬剤料・注射料・手術料 等

入院・転院 帰宅



- 集中治療室、急性期病棟等への入室

救命救急入院料
救急医療管理加算 等

- 転院搬送への同乗

救急患者連携搬送料 等

- 救急隊からの患者受入要請への対応
- 受診相談電話への対応
- 診療スタッフの確保
- 救急隊からの引継ぎ

- 上記管理料の対象とならない患者に対する医学管理

- 転帰（入院・転院・帰宅等）の判断
- 患者・家族への説明

24時間救急診療を応需する体制の確保

- 救急外来に従事する医師、看護師等の配置
- 緊急に血液検査・画像検査を実施できる体制
- 緊急手術を行う外科医・麻酔科医・手術室スタッフの体制
- 救急患者へ注射薬・内服薬の調剤を実施できる体制 等

地域の救急医療に関する取組

- 都道府県MC協議会、地域MC協議会への参加
- 救急救命士の教育・研修の受入
- 救急活動の事後検証への協力
- 院内外の医療従事者に対する救急に関する教育コースの実施 等

直接的な評価を実施していない主なもの

2. 救急医療について

2-1. 救急医療をとりまく状況

2-2. 救急患者連携搬送に関する評価

2-3. 救急外来応需体制に関する評価

2-4. 救急入院医療に関する評価

救急医療管理加算の算定要件・対象患者

A205 救急医療管理加算 (1日につき/入院した日から起算して7日を限度)

- 1 救急医療管理加算 1 1,050点
- 2 救急医療管理加算 2 420点

(加算2を算定する患者のうち5割以上が「その他の重症な状態」である医療機関において加算2を算定する場合は210点)

【算定要件】 (抜粋)

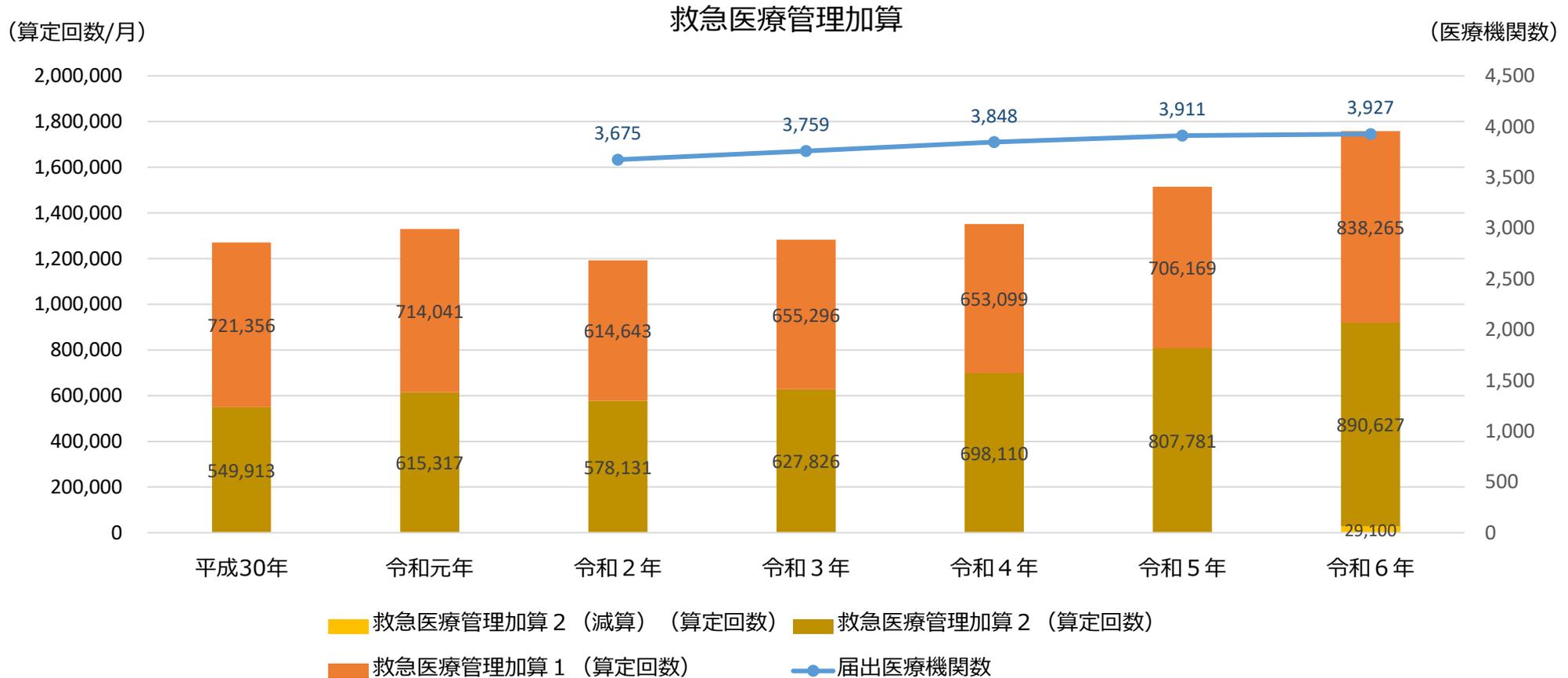
- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、別表に掲げる状態のうち一から十二のいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、入院時点で重症であり緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、入院後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症ではない患者は含まれない。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でも算定できる。
- 救急医療管理加算2の対象となる患者は、別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態にあって、医師が診察等の結果、入院時点で重症であり緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、入院後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症ではない患者は含まれない。なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でも算定できる。
- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ・ 別表の一から十二までのうち該当する状態
 - ・ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの 等

| 別表第七の三 救急医療管理加算に係る状態 | | 診療報酬明細書の摘要欄に記載する内容・指標等 |
|----------------------|------------------------------------|---|
| 一 | 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 | - |
| 二 | 意識障害又は昏睡 | JCS (Japan Coma Scale) (JCS 0の状態については、緊急入院が必要である根拠) |
| 三 | 呼吸不全で重篤な状態 | P/F 比 (P/F 比 400 以上の状態については、緊急入院が必要である根拠等) |
| 四 | 心不全で重篤な状態 | NYHA分類 (NYHA I 度の状態については、緊急入院が必要である根拠) |
| 五 | 急性薬物中毒 | - |
| 六 | ショック | 平均血圧70mmHg以上又は未満、昇圧剤の使用の有無 |
| 七 | 重篤な代謝障害 (肝不全、腎不全、重症糖尿病等) | 肝不全: AST値、ALT値 腎不全: eGFR値 (腎不全) 重症糖尿病: HbA1c (JSD/NGSP)、随時血糖値 |
| 八 | 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 | Burn Index (顔面熱傷・気道熱傷以外でBurn Index 0の状態については、緊急入院が必要である根拠) |
| 九 | 外傷、破傷風等で重篤な状態 | - |
| 十 | 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA 療法を必要とする状態 | - |
| 十一 | 消化器疾患で緊急処置 (注) を必要とする重篤な状態 | - |
| 十二 | 蘇生術を必要とする重篤な状態 | - |
| 十三 | その他の重症な状態 | - |

(注) 緊急処置は、「J034」イレウス用ロングチューブ挿入法及び「J034-3」内視鏡的結腸軸捻転解除術を指す。(令和6年4月12日付け保険局医療課事務連絡)

救急医療管理加算の算定回数等

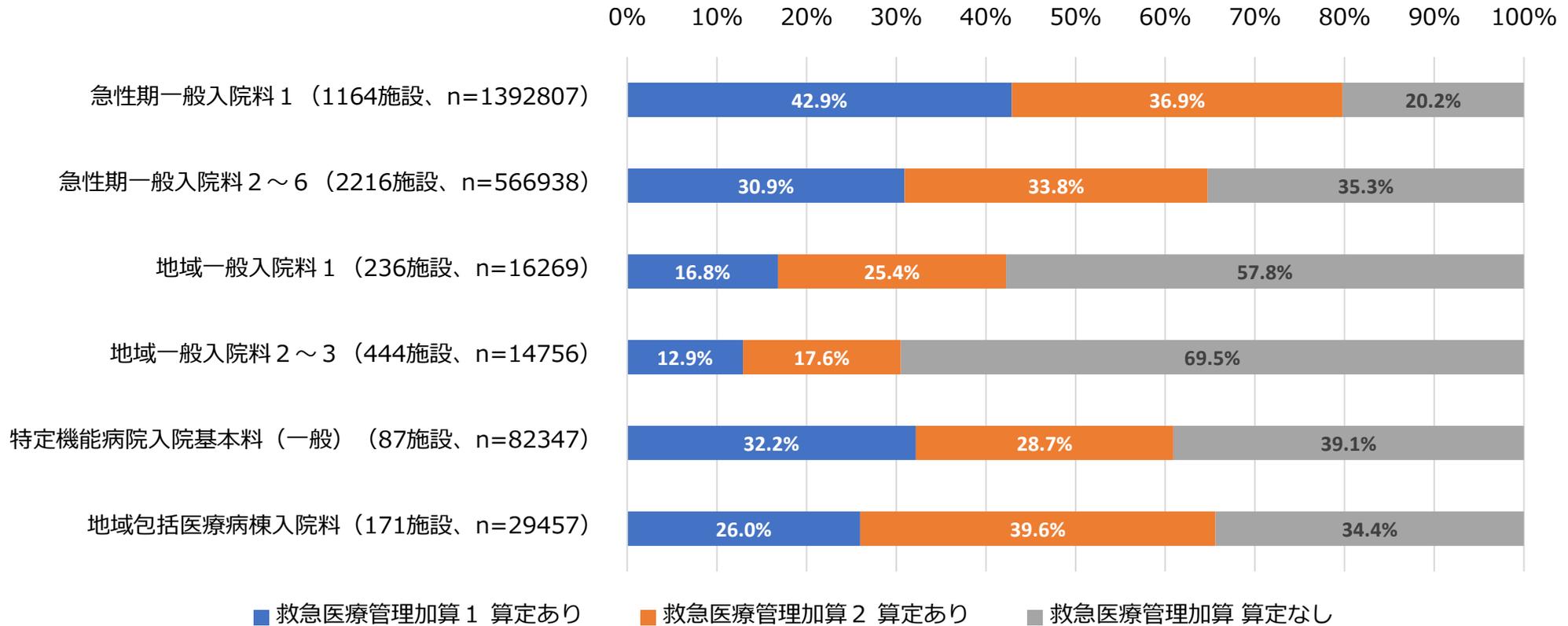
○ 「救急医療管理加算」の算定回数は、令和2年に減少したものの、以降は増加傾向である。届出医療機関数は、令和2年以降横ばい～やや増加傾向である。



救急搬送患者における救急医療管理加算の算定状況

- 救急搬送され入院した患者における入院初日の「救急医療管理加算」の算定割合は以下のとおり。
- 急性期一般入院料1を算定する患者の算定割合は、約80%であった一方、地域一般入院料2～3では、約31%であった。

救急搬送され入院した患者における入院初日の「救急医療管理加算」算定状況

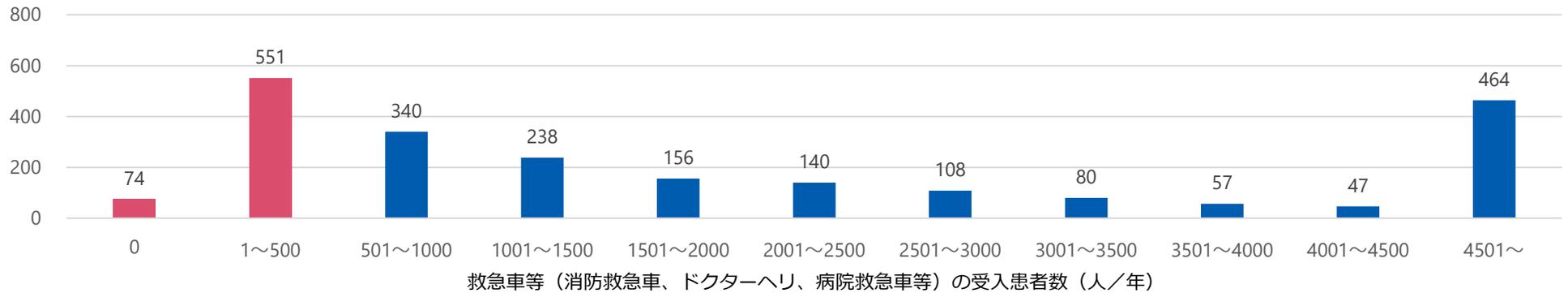


救急医療管理加算を算定する医療機関の救急搬送件数

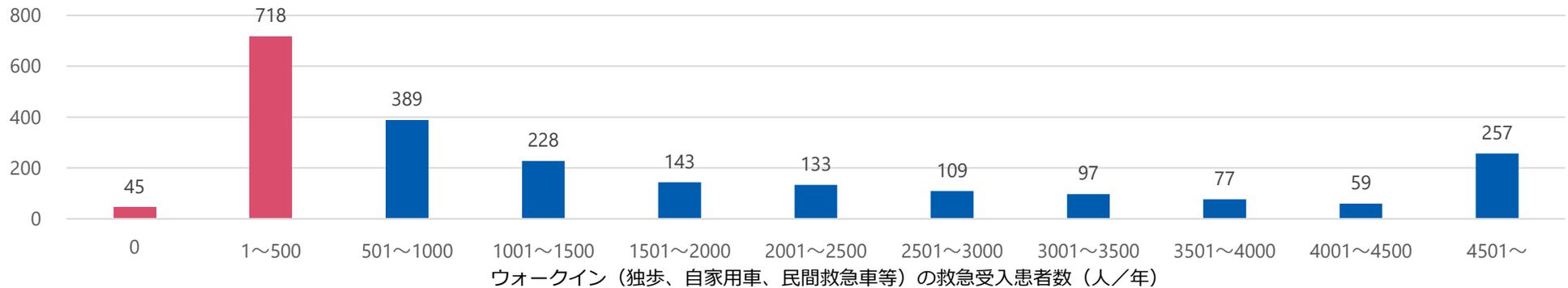
- 「救急医療管理加算」を算定する医療機関の救急車等の受入患者数の分布は以下のとおり。
- 救急車等の受入患者数が500件以下である医療機関は約27.7%であり、ウォークインの救急受入患者数が500件以下である医療機関は約33.8%であった。

(医療機関数)

「救急医療管理加算」を年間10件以上算定する医療機関 (n=2,255) における救急車等の受入患者数



「救急医療管理加算」を年間10件以上算定する医療機関 (n=2,255) におけるウォークインの救急受入患者数



救急医療についての現状と課題

(救急医療をとりまく状況)

- 令和6年中の救急自動車による救急出動件数、搬送人員は、集計を開始した昭和38年以降、最多となった。年齢区分別の搬送人員と構成比の推移をみると、「高齢者」が増加している。
- 救急自動車による現場到着所要時間及び病院収容所要時間は、新型コロナウイルス感染症の発生以降大幅に延長し、令和5年においても、以前の水準には戻っていない。

(救急患者連携搬送に関する評価)

- 救急医療の体制構築に係る指針では、増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化することや、救急医療機関が新たな患者を受け入れられるよう、他の医療機関と連携を強化し、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進することが求められている。
- 「救急患者連携搬送料」は、算定患者数が多い医療機関もある一方で、ほとんどの医療機関において、実際に搬送・受入を行った患者数は少数であった。算定患者の中には、急性疾患に対する治療を終了し、必ずしも緊急自動車等による搬送が必要でない可能性のある患者が一定程度含まれていた。
- 総務省消防庁の「救急業務のあり方に関する検討会」において、増加する救急需要への対策に関する検討として、「転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用」が挙げられ、地域の実情に応じた患者等搬送事業者を活用する体制の整備が望まれている。
- 「救急搬送診療料」については、当該診療に要した時間が30分を超えた場合の評価として、長時間加算を設けている。
- 地域包括ケア病棟においては、「救急患者連携搬送料」を算定し搬送された患者について、在宅患者支援病床初期加算の対象となっている。

(救急外来応需体制に関する評価)

- 救急外来医療に対する評価として「院内トリアージ実施料」「夜間休日救急搬送医学管理料」がある。
- 高次の救急医療機関であるほど、地域の救急医療に関する取組への参加割合や、24時間の検査体制又は自院での検査体制を有する割合、救急外来の業務を行う看護師、薬剤師等の配置を実施している割合が高かった。
- 救急外来における体制として、診察室、初療室、観察室等を含む専用の区画を有し、救急患者に対応できる医師、看護師、薬剤師等の職員を配置し、24時間検体検査・画像検査・処方等を実施できる体制を有している例がある。

(救急入院医療に関する評価)

- 緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合の評価として、「救急医療管理加算」がある。
- 急性期一般入院料1を算定する患者の救急医療管理加算算定割合は、約80%であった一方、地域一般入院料2～3では、約31%であった。
- 「救急医療管理加算」を年間10件以上算定する医療機関のうち、救急車等の受入患者数が500件以下である医療機関は約27.7%であり、ウォークインの救急受入患者数が500件以下である医療機関は約33.8%であった。

救急医療についての論点

【論点】

(救急患者連携搬送に関する評価)

- 救急患者の適切な受入の促進に向けて、救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関での入院が適切と判断された救急患者について、自院等の救急自動車で搬送できない場合や搬送先が遠距離な場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から「救急患者連携搬送料」の評価のあり方についてどのように考えるか。また、受入側医療機関における連携体制の確保や受入を促すための評価のあり方についてどのように考えるか。

(救急外来応需体制に関する評価)

- 救急医療機関においては、夜間休日を含め医師・看護師等を配置し、検査・処方等が可能な体制を備え、地域の救急医療に関する取組を担っている現状を踏まえ、このような体制をとる救急医療機関における救急外来診療を評価をすることについてどのように考えるか。

(救急入院医療に関する評価)

- 「救急医療管理加算」は、緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合の評価であることや、当該加算の救急搬送患者への算定状況、算定医療機関における救急搬送件数等の現状を踏まえ、その評価のあり方についてどのように考えるか。

1. 人口・医療資源の少ない地域について
2. 救急医療について
3. 業務の簡素化について

3. 業務の簡素化について

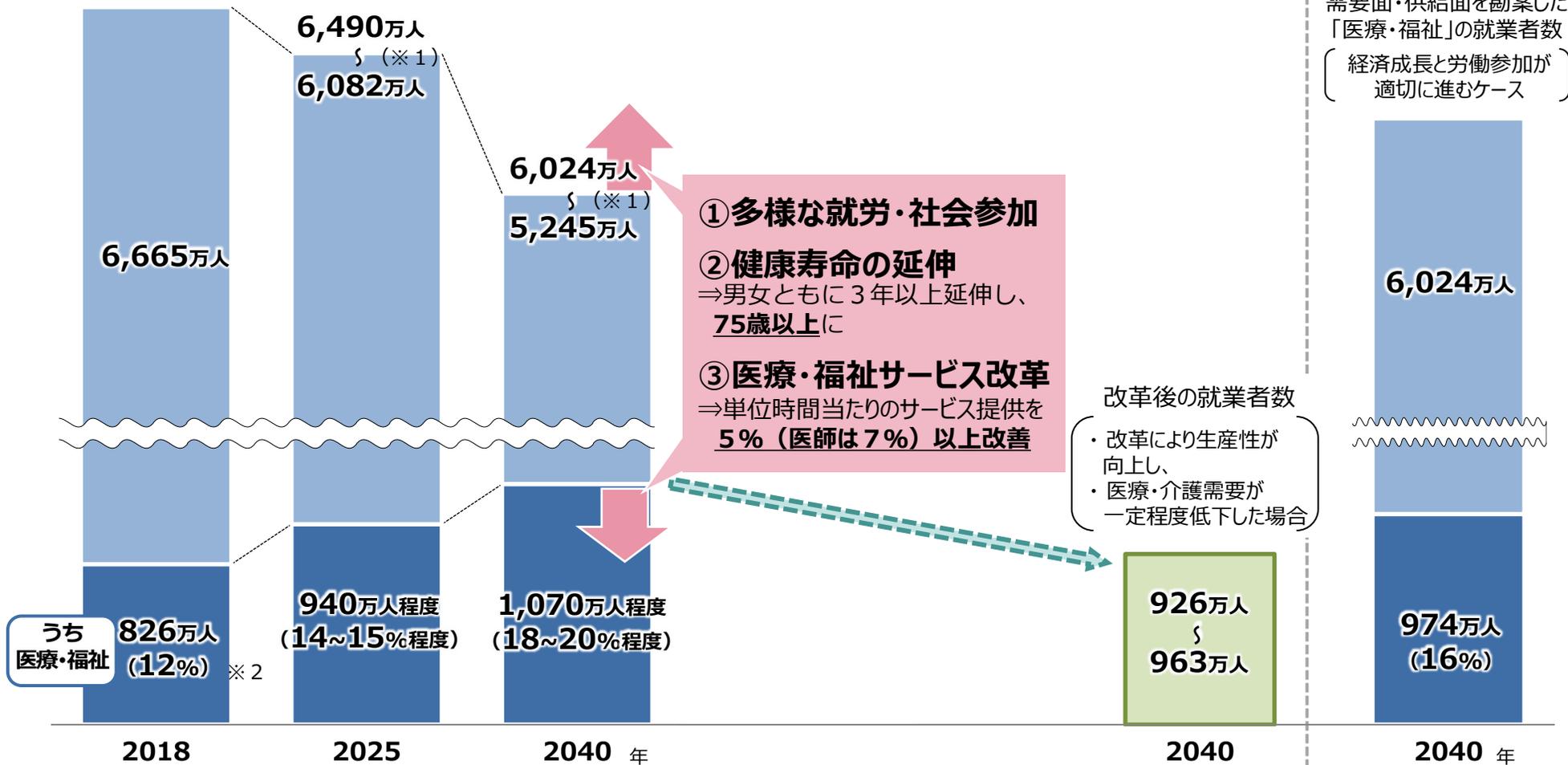
3 - 1. 診療に係る業務の簡素化について

3 - 2. 届出に係る業務の簡素化について

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

これまでの業務の簡素化に関する主な意見

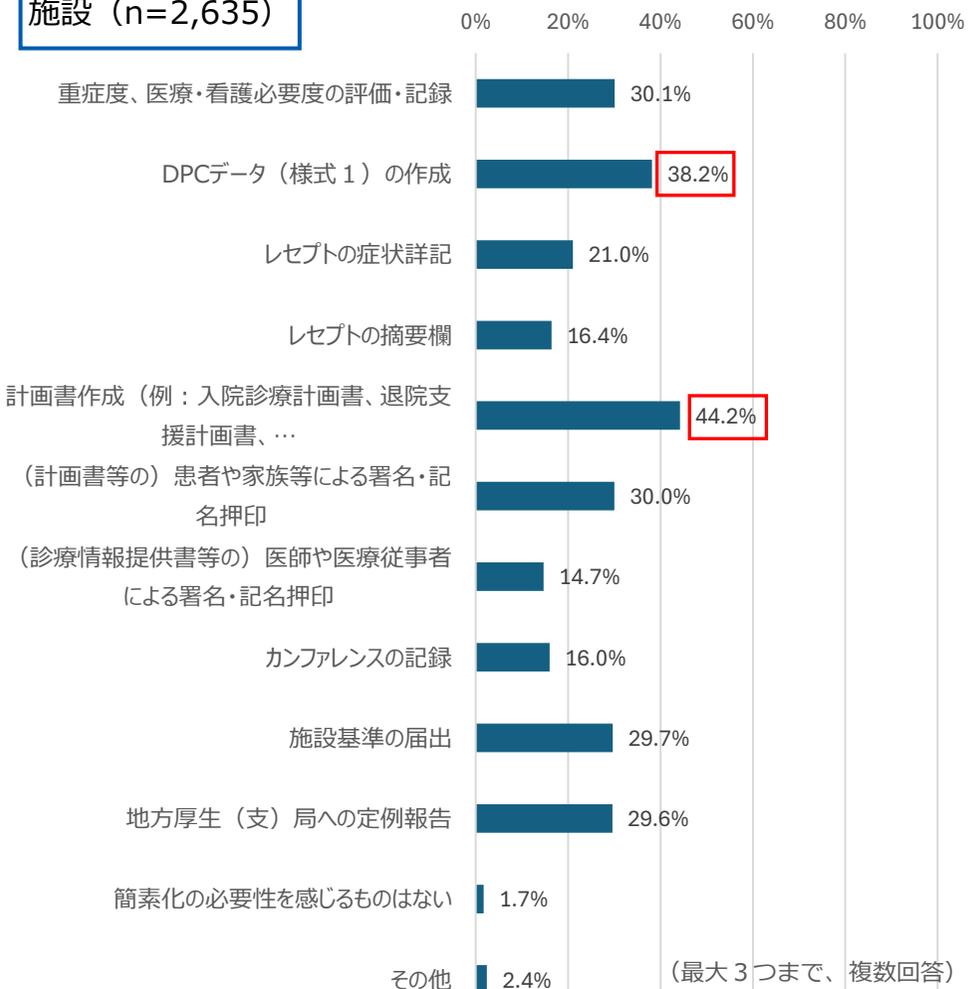
<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- 業務の簡素化は、積極的に進めるべき。入院すると患者は何度も署名を求められるが形式的なものも多いため、患者負担軽減の観点からも計画書等の署名の必要性は検討すべきとの意見があった。
- リハ計画書の説明は重要だが、適時に医師が患者や家族に説明をするのは難しい場合も多く、医師の指示を受けた療法士等が説明して同意を得る仕組みも必要ではないかとの意見があった。
- 電子署名やIT機器を活用した業務の簡素化は重要だが、導入費用がかかることも認識して検討する必要があるとの意見があった。
- 訪問看護指示書が例示されているが、この医師の署名は入院診療計画書等とは違うため、各様式の趣旨を考慮しながら簡素化を検討する必要があるとの意見があった。

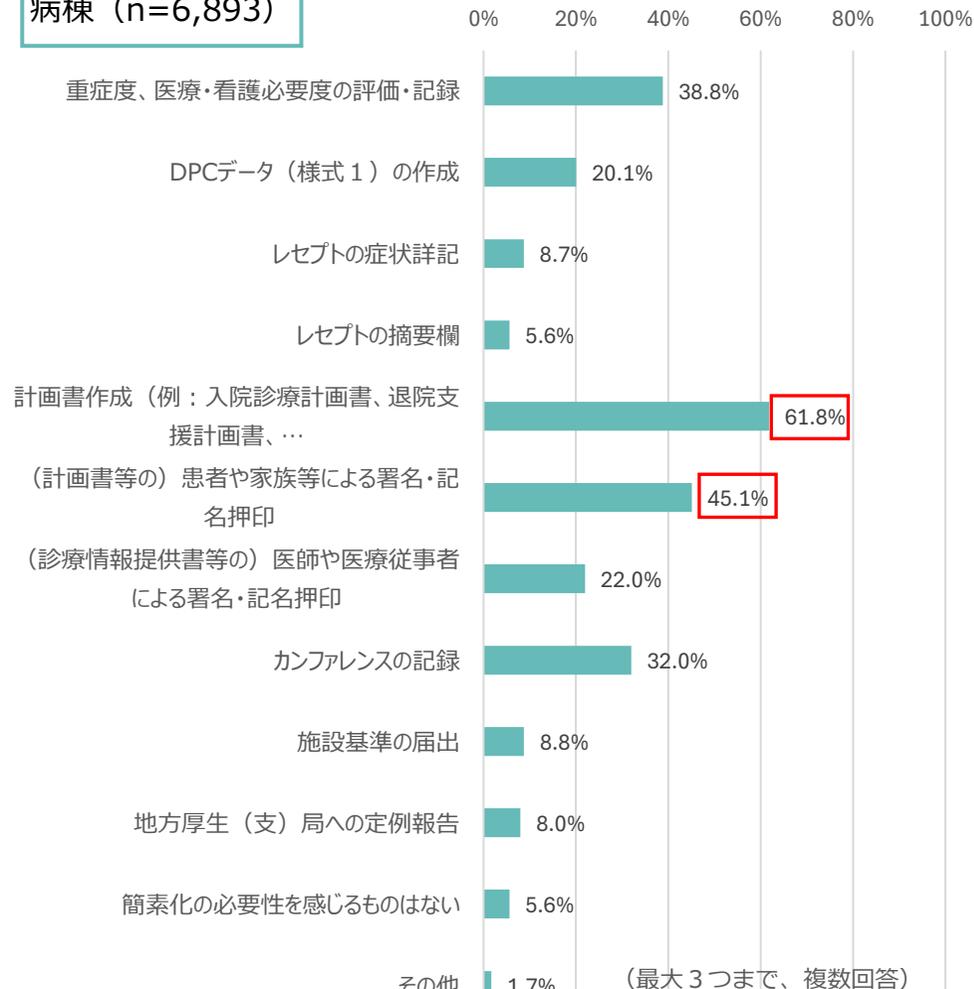
記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるもの

- 診療報酬上求められる記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるものについて、施設と病棟のいずれも「計画書作成」が最も多く、次いで施設では「DPCデータ（様式1）の作成」、病棟では「（計画書等）患者や家族等による署名・記名押印」が多かった。

施設 (n=2,635)



病棟 (n=6,893)



留意事項通知で示す様式の共通項目について

- 診療報酬算定に係る留意事項通知で示す各種様式には共通項目もあるが、記載が統一されていないことが多い。

(例1) 生年月日

(別紙様式1) 退院証明書

患者氏名
患者住所
電話番号
生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日 (歳)

(別紙様式12の4)
指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書 (退院時)

| | |
|------|--------------------|
| 患者氏名 | (ふりがな) |
| | 生年月日:西暦 年 月 日 (歳) |

(別紙様式32) 認知症療養計画書

| | | | |
|------|----|----|------|
| 患者氏名 | 性別 | 年齢 | 生年月日 |
| | | | |

(例2) 要介護度

(別紙様式6の3) 退院支援計画書

障害者手帳 取得済[級] 申請予定(年 頃まで) 不要
障害支援区分 認定済[区分] 申請予定(年 頃まで) 不要
要介護認定 認定済[] 申請予定(年 頃まで) 不要

(別紙様式21) リハビリテーション実施計画書

要介護状態区分等
 申請中 要支援状態区分(1 2)
 要介護状態区分(1 2 3 4 5)

(別紙様式32) 認知症療養計画書

| | | |
|------|----------|----------------------------------|
| 介護認定 | 申請予定・申請中 | 非該当・要支援(I・II)・要介護(I・II・III・IV・V) |
|------|----------|----------------------------------|

- 入院診療計画書や退院支援計画書の様式には署名欄が設けられており、主治医や患者又はその家族等の署名が必要である。
- 入院支援計画書は全ての入院患者に作成し説明に用いた文書は患者に交付するとともに、その写しを診療録に添付する必要がある。

【入院診療計画書 (別紙2)】

別紙2

入院診療計画書

(患者氏名) _____ 年 月 日

| | |
|------------------------------------|----------------|
| 病棟 (病室) | |
| 主治医以外の担当者名 | |
| 在宅復帰支援担当者名 * | |
| 病名 (他に考え得る病名) | |
| 症状 | |
| 治療計画 | |
| 検査内容及び日程 | |
| 手術内容及び日程 | |
| 推定される入院期間 | |
| 特別な栄養管理の必要性 | 有 ・ 無 (どちらかに○) |
| その他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画 | |
| 在宅復帰支援計画 * | |
| 総合的な機能評価 ◇ | |

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) *印は、地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) を算定する患者にあっては必ず記入すること。

注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

- 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (通知)

別添2 入院基本料等の施設基準等より抜粋

入院診療計画の基準

- 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添6の別紙2又は別紙2の3を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添6の別紙2の2を参考にすること。なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導(栄養・服薬)・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。
- 説明に用いた文書は、患者(説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等)に交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。

入院診療計画書について

- 医療法において、入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画等を記載する入院診療計画書の作成等が規定されているが、患者が短期間で退院することが見込まれる場合はこの限りでないとしている。

医療法

第六条の四 病院又は診療所の管理者は、患者を入院させたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該患者の診療を担当する医師又は歯科医師により、次に掲げる事項を記載した書面の作成並びに当該患者又はその家族への交付及びその適切な説明が行われるようにしなければならない。ただし、**患者が短期間で退院することが見込まれる場合**その他の厚生労働省令で定める場合は、この限りでない。

- 一 患者の氏名、生年月日及び性別
- 二 当該患者の診療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名
- 三 入院の原因となつた傷病名及び主要な症状
- 四 入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画
- 五 その他厚生労働省令で定める事項

医療法施行規則

第一条の五 患者の診療を担当する医師又は歯科医師は、法第六条の四第一項の規定により、**入院した日から起算して七日以内**に同項に規定する書面（以下「**入院診療計画書**」という。）を作成し、当該患者又はその家族に対し当該書面を交付して適切な説明を行わなければならない。

第一条の六 法第六条の四第一項に規定する厚生労働省令で定める場合は、次に掲げる場合とする。

- 一 **患者が短期間で退院することが見込まれる場合**
- 二 当該書面を交付することにより、当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合
- 三 当該書面を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正する法律の一部について」（平成19年3月30日医政発第0330010号）

第1 医療に関する情報の提供に関する事項（抜粋） 2 入院診療計画書及び退院療養計画書に関する事項について

(1) 入院診療計画書について

② 入院診療計画書の交付及び適切な説明を行うことを要しない場合として、次の場合を定めるものであること。

- ア **患者が入院した日から起算して7日以内で退院することが見込まれる場合**
 - イ 入院診療計画書を交付することにより、病名等について情報提供することとなり、当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合
 - ウ 入院診療計画書を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合
- なお、イに該当するとの判断を行う場合については、当該患者の家族とよく話し合うことが必要であること。

平成18年度診療報酬改定「疑義解釈資料の送付について（その8）」（平成19年6月1日事務連絡）

（問5）「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正する法律の一部について」（平成19年3月30日医政発第0330010号）（以下「医政局長通知」という。）で、次の場合には入院診療計画書の交付及び適切な説明を行うことを要しないとされたが、診療報酬上の取扱いはどうになるのか。

- ア 患者が入院した日から起算して7日以内で退院することが見込まれる場合
- イ 入院診療計画書を交付することにより、病名等について情報提供することとなり、当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合
- ウ 入院診療計画書を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合

（答）入院基本料等の施設基準の要件とされている「入院診療計画書の作成及び患者等への説明」については、次のとおりである。

- 例えば、**緊急入院で数時間後に死亡した場合や日帰り入院などの7日以内の入院であっても、従前どおり、入院診療計画の策定等が必要である。**
- 例えば、悪性腫瘍等で患者本人に告知していないなどの場合には、従前どおり、当該患者の家族とよく話し合った上で、可能な範囲において患者本人に入院診療計画の交付及び説明を行うことが必要である。なお、その場合においては、病名等について情報提供することが当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがあると判断した客観的な理由及び説明内容などをカルテに記載すること。
- 一般的には、保険医療機関において、療養の給付を行なう際に、入院診療計画を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合は想定できない。

規制改革推進に関する答申～利用者起点の社会変革～（抜粋）

- 規制改革推進に関する答申において、医療機関等又は医師等の負担軽減の観点から、診療報酬上の書面について、署名又は記名・押印を不要とすること等の可否の検討が求められている。

規制改革推進に関する答申～利用者起点の社会変革～ 抜粋（令和6年5月31日 規制改革推進会議）

（6）健康・医療・介護

（iii）医療・介護等分野における基盤整備・強化

イ 診療報酬上の書面要件の廃止・デジタル化

【a：措置済み、b,c：令和6年検討開始、令和7年度結論・措置】

- a 厚生労働省は、診療報酬の算定要件として書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目の全てについて、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」遵守を前提に、「構造改革のためのデジタル原則」（令和3年12月22日デジタル臨時行政調査会）に倣い、電磁的方法による作成又は電磁的方法での情報提供が可能であることについて明確化する。
- B 厚生労働省は、医療機関等又は医師等の負担軽減の観点から、診療報酬上の書面のうち、以下の事項について、検討し、必要に応じて、見直す。
 - ・ 署名又は記名・押印を要する文書（診療情報提供書、療養・就労両立支援指導料の主治医意見書等）について、署名又は記名・押印を不要とすること等の可否。
 - ・ 電磁的方法による作成又は電磁的方法での情報提供を行う場合において、電子署名を不要とすること等の可否。
- C 厚生労働省は、診療報酬に関し、厚生労働省が発出する疑義解釈については、ファイル形式による電子データにより厚生労働省ホームページに掲載されているが、医療分野における透明性及び公正性の一層の確保及び利用者の利便性向上の観点から、地方厚生局等に寄せられる疑義を幅広く踏まえて、疑義解釈を示すとともに、厚生労働省が発出する疑義解釈の電子データについて、検索性、一覧性及び視認性をもって確認できるように整理した上で公表する。

- 診療報酬上、留意事項通知等で署名又は記名押印を求めている様式としては、以下のような例がある。

| 署名又は記名押印 | | 様式（例） |
|--------------|-------|---|
| 医師 | 患者・家族 | |
| ○ | ○ | <ul style="list-style-type: none"> 入院診療計画書 リハビリテーション実施計画書 目標設定等支援・管理シート 職場復帰の可否等についての主治医意見書 短期滞在手術等同意書 |
| ○ | — | <ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供書 訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書 介護職員等喀痰吸引等指示書 |
| — | ○ | <ul style="list-style-type: none"> 緩和ケア実施計画書 生活習慣病療養計画書 認知症療養計画書 「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」に関する同意書 |
| <参考> 記名のみ | | <ul style="list-style-type: none"> 退院証明書 栄養管理計画書 精神科リエゾンチーム診療実施計画書 |

※署名又は記名押印を要する文書については、電子的な署名を含む。

診療報酬上、様式で求める署名又は記名・押印について

- 診療報酬上、様式で求める署名又は記名・押印については、以下のように、代替方法が考えられるものもある。

| | 種類 | 様式（例） | 署名／ 記名・押印 | | 代替方法についての検討の考え方 |
|-----------------------------|---------------|--------------------------|--------------|-----------|---|
| | | | 医師 | 患者・ 家族 | |
| 院内や、医療機関と患者 本人との間で使用するもの | 計画書 | 入院診療計画書 | ○ | ○ | <ul style="list-style-type: none"> 院内で使用したり、院内で直接患者に手渡されるものであるため、医療従事者の署名は記名で代替しうるのではないか。 患者・家族の署名について、個々の書類におけるその意義を踏まえどう考えるか。 |
| | | リハビリテーション実施計画書 | ○ (説明者) | ○ | |
| | | 生活習慣病 療養計画書 | — | ○ | |
| | 評価書 | 神経学的検査チャート | ○ | — | |
| | 同意書 | 輸血同意書 | — | ○ | |
| 他機関との間で 使用するもの | 情報提供書、 意見書 | 診療情報提供書 | ○ | — | <ul style="list-style-type: none"> 他機関に交付される書類であっても、作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合等、記名で代替しうる場合があるのではないか。 患者・家族の署名について、個々の書類におけるその意義を踏まえどう考えるか。 |
| | | 職場復帰の可否等についての 主治医意見書 | ○ | ○ | |
| | 医師からの 指示書 | 訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書 | ○ | — | |
| | | 介護職員等喀痰吸引等指示書 | ○ | — | |

診療に係る業務の簡素化に係る課題と論点

(医療DXへの対応を見据えた様式項目の標準化について)

- 診療報酬算定に係る留意事項通知で示す各種様式には共通項目もあるが、記載が統一されていないことが多い。
- 診療報酬改定DX対応方針の4つのテーマの1つである「標準様式のアプリ化とデータ連携」の取組の一環として、診療報酬に係る留意事項通知で示す76様式のデータテーブルが作成され、一定程度の共通項目の標準化が可能となっている。

(業務負担軽減のための様式の整理・見直しについて)

- 診療報酬上求められる記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるものについて、施設と病棟のいずれも「計画書作成」が最も多く、次いで施設では「DPCデータ(様式1)の作成」、病棟では「(計画書等)患者や家族等による署名・記名押印」が多かった。
- 入院診療計画書のように法令上は患者が短期間で退院することが見込まれる場合は作成しなくてもよいとされているが、診療報酬上は全患者に作成を求めているものがある。
- 規制改革推進に関する答申において、医療機関等又は医師等の負担軽減の観点から、診療報酬上の書面について、署名又は記名・押印を不要とすること等の可否の検討が求められている。
- 診療報酬上、様式で求める署名又は記名・押印には、それぞれ役割があるが、代替方法が考えられるものもある。

【論点】

(医療DXへの対応を見据えた様式項目の標準化について)

- 医療DXへの対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図ることについて、どのように考えるか。

(業務負担軽減のための様式の整理・見直しについて)

- 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うことをどのように考えるか。
- 各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止することについて、どのように考えるか。

3. 業務の簡素化について

3 - 1. 診療に係る業務の簡素化について

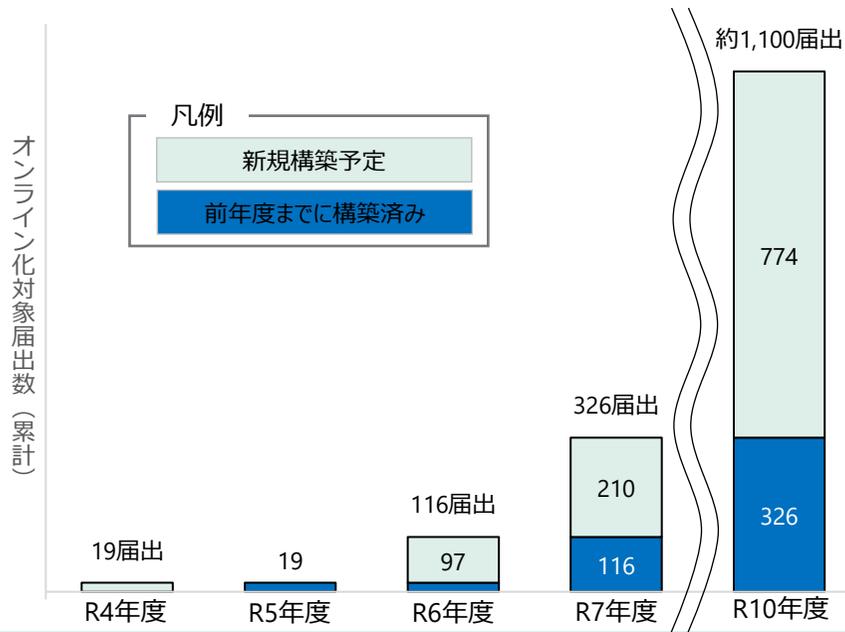
3 - 2. 届出に係る業務の簡素化について

施設基準等届出のオンライン化について

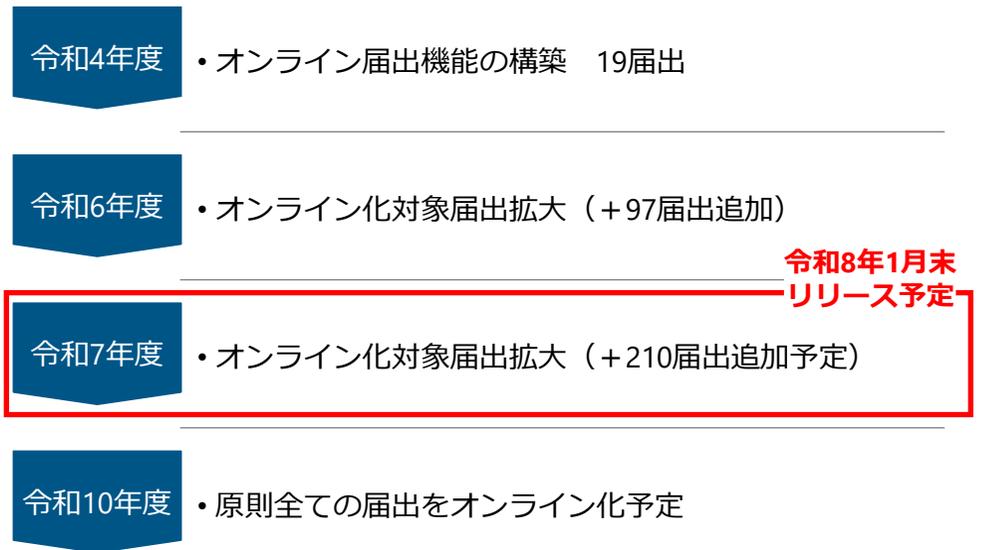
- 施設基準等届出（令和6年度診療報酬改定時：約1,100件）のオンライン化については、令和4年4月から段階的に実施しており、令和6年度までに116件の届出のオンライン化を実施、令和7年度は新たに210件の届出をオンライン化する予定。（令和7年度中には合計326件の届出を実施予定）
- 残る約800件の届出についても、施設基準届出等の電子化に関するワーキンググループでの検討結果や、診療報酬改定に係る告示・通知等に基づき、令和10年度の全届出オンライン化に向けて改修を進めていく予定。

| 令和7年度 オンライン化対象届出（計210件） | | | | |
|-------------------------|-------|-------|-----------|------|
| 対象届出 | | | | 届出数 |
| 医科 | 基本診療料 | A | 入院基本料等加算 | 74 |
| | | 特掲診療料 | B | 医学管理 |
| | | C | 在宅医療 | 36 |
| | | D | 検査 | 49 |
| | | E | 画像診断 | 22 |
| | | F | 投薬 | 2 |
| | | G | 注射 | 3 |
| | | H | リハビリテーション | 20 |
| | | L | 麻酔 | 3 |

今後の予定



オンライン化対象届出拡大のスケジュール（予定）



入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式9）

- 基本診療料の施設基準等の届出の際に、届出書である別添7の添付書類として、入院患者の数や看護要員の数等を確認するための「様式9」の提出が求められる。
- 「様式9」は適時調査においても事前提出書類とされ、施設基準との整合を確認するために用いられる。

基本診療料の届出

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）（令和6年3月5日保医発0305第5号）

第2 届出に関する手続き（抜粋）

2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添7の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。）を1通提出するものであること。

様式9「入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類」

【別添7に様式9の添付が必要な基本診療料】

- **入院基本料**：一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料
- **入院基本料等加算**：急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、特殊疾患入院施設管理加算、看護配置加算、看護補助加算、精神科応急入院施設管理加算
- **特定入院料**：地域包括医療病棟入院料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

【様式9で報告する事項】

- **入院基本料・特定入院料の届出**
- **看護要員の配置に係る加算の届出**
- **入院患者の数及び看護要員の数**（① 1日平均入院患者数、② 月平均1日当たり看護職員配置数、③ 看護職員中の看護師の比率、④ 平均在院日数、⑤ 夜勤時間帯、⑥ 月平均夜勤時間数、⑦ 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数、⑧ 月平均1日当たり看護補助者配置数、⑨ 月平均1日当たり看護補助者夜間配置数、⑩ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数、⑪ 月平均1日当たり看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数）
- **勤務実績表**
- **勤務体制及び申し送り時間**

4. 勤務実績表

| 種別 ¹⁾ | 職名 | 氏名 | 雇用・勤務形態 ²⁾ | 看護補助者の業務 ³⁾ | 夜勤の有無 担当する一週勤務者 の人数 ⁴⁾ | 日付別の勤務時間数 ⁵⁾ | | | | 月延べ勤務時間数 | (再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない夜勤時間数 ⁶⁾ |
|-----------------------------------|----|----------------------------------|-----------------------|------------------------|---|-------------------------------|----|----|---|----------------|--|
| | | | | | | 1日 | 2日 | 3日 | 日 | | |
| 看護師 | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 夜勤従事職員数の計 | | | | | (B) | 月延べ勤務時間数 (上段と中段の計) | | | | (C) | |
| 月延べ夜勤時間数 | | | | | (D-E) | 月延べ夜勤時間数 (中段の計) | | | | (D) ** | (E) |
| (再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計 | | | | | | (F) ** | | | | | |
| 1日看護職員配置数 (必要数) ¹⁰⁾ | | [(A/配置区分の数 ¹¹⁾) × 3] | | | | 月平均1日当たり看護職員配置数 | | | | [(C)/(日数 × 8)] | |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上掲) | | [(A/200) × 3] | | | | 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 | | | | [(F)/(日数 × 8)] | |

注1) 1日看護職員配置数 ≤ 月平均1日当たり看護職員配置数
注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

5. 勤務体制及び申し送り時間

| 勤務体制 | | | |
|--------|----|-----------|--------------|
| 3交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 夜勤 (: ~ :) |
| 2交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 夜勤 (: ~ :) |
| その他 | 日勤 | (: ~ :) | (: ~ :) |
| 申し送り時間 | | | |
| 3交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 夜勤 (: ~ :) |
| 2交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 夜勤 (: ~ :) |
| その他 | 日勤 | (: ~ :) | (: ~ :) |

適時調査における様式9（適時調査実施要項）2 事前準備（2）事前提出書類の調査手順（抜粋）

- ② 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式9）と勤務実績表は事前に照合を行い、不整合の内容について調査当日に確認する。

様式9 (小数点以下の処理)

○ 様式9における入院患者の数や看護要員等の算出の際、項目によって小数点以下の処理方法が異なっている。

■ 入院患者の数及び看護要員の数 (小数点以下の取扱いについて記載のあるものを抜粋)

| 項目 | 小数点処理 |
|--|----------------|
| ① 1日平均入院患者数 | 小数点以下切り上げ |
| ② 月平均1日当たり看護職員配置数 | 小数点以下第2位以下切り捨て |
| 1日看護職員配置数 (必要数) | 小数点以下切り上げ |
| ④ 平均在院日数 | 小数点以下切り上げ |
| ⑥ 月平均夜勤時間 | 小数点第2位以下切り捨て |
| ⑦ 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数 | 小数点以下第2位以下切り捨て |
| 最小必要数以上の看護職員配置数 (必要数) | 小数点以下切り上げ |
| ⑧ 月平均1日当たり看護補助者配置数 | 小数点以下第2位切り捨て |
| 1日看護補助者配置数 (必要数) | 小数点以下切り上げ |
| ⑨ 月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 | 小数点以下第2位以下切り捨て |
| 夜間看護補助者配置数 (必要数) | 小数点以下切り上げ |
| ⑩ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 | 小数点第3位以下切り捨て |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限) | 小数点第3位以下切り捨て |
| ⑪ 月平均1日当たり看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数 | 小数点以下第2位以下切り捨て |
| 1日看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数 (必要数) | 小数点以下切り上げ |

■ 小数点処理が必要な項目が多数存在する。

■ 配置数と必要数で「少数点以下切り上げ」「小数点以下第2位以下切り捨て」など、小数点以下の処理方法が異なっている。

3. 入院患者の数及び看護要員の数

① 1日平均入院患者数 [A] _____人 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

※小数点以下切り上げ

② 月平均1日当たり看護職員配置数 _____人 [C / (日数 × 8)] ※小数点以下第2位以下切り捨て

(参考) 1日看護職員配置数 (必要数) : _____ = [(A / 配置区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ

③ 看護職員中の看護師の比率 _____%

[月平均1日当たり看護職員配置数のうちの看護師数 / 1日看護職員配置数]

④ 平均在院日数 _____日 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

※小数点以下切り上げ

⑤ 夜勤時間帯 (16時間) _____時 _____分 ~ _____時 _____分

⑥ 月平均夜勤時間 _____時間 [(D - E) / B] ※小数点第2位以下切り捨て

⑦ 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数 _____人

※小数点以下第2位以下切り捨て

<看護職員配置加算 (A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注3) を掲げる場合に記載>

(参考) 最小必要数以上の看護職員配置数 (必要数) : _____ = [(A / 50) × 3] ※小数点以下切り上げ

⑧ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____人 ※小数点以下第2位以下切り捨て

<看護補助加算・看護補助体制充実加算 (A106 障害者施設等入院基本料の注9・注10)、A207-3 急性期看護補助体制加算、A214 看護補助加算、看護補助体制加算 (A304 地域包括医療病棟入院料の注5)、看護補助加算・看護補助体制充実加算 (A307 小児入院医療管理料の注9・注10)、看護補助者配置加算・看護補助体制充実加算 (A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注4・注5) 等を掲げる場合に記載>

(参考) 1日看護補助者配置数 (必要数) : _____ = [(A / 配置区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ

⑨ 月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____人 ※小数点以下第2位以下切り捨て

<看護補助加算・看護補助体制充実加算 (A106 障害者施設等入院基本料の注9・注10)、A207-3 夜間急性期看護補助体制加算、A214 夜間75対1看護補助加算、夜間看護補助体制加算 (A304 地域包括医療病棟入院料の注6)、看護補助加算・看護補助体制充実加算 (A307 小児入院医療管理料の注9・注10) を掲げる場合に記載>

(参考) 夜間看護補助者配置数 (必要数) : _____ = [(A / 配置区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ

⑩ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____人 [(F / (日数 × 8))]

※小数点第3位以下切り捨て

(参考) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限) : _____ = [(A / 200) × 3]

※小数点第3位以下切り捨て

⑪ 月平均1日当たり看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数 _____人

※小数点以下第2位以下切り捨て

<A315 精神科地域包括ケア病棟入院料を掲げる場合に記載>

(参考) 1日看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数 (必要数) : _____ = [(A / 13) × 3] ※小数点以下切り上げ

様式9 (勤務体制及び申し送り時間)

- 様式9には「勤務体制及び申し送り時間」を報告する欄が設けられている。
- 勤務形態が多様化しており勤務実績表に用いる記号が増えているため、医療機関は適時調査や監査指導の際、勤務記号表など勤務実績を確認するのに必要な書類を別に提出している。

適時調査実施要領等 (抜粋)

I. 事前に提出していただく書類

1. 基本診療料の施設基準に係る書類

(1) 入院基本料等 (共通)

① 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類 (様式9) (「様式9」で届け出る特定入院料を含む。)

※月平均夜勤時間数を4週間で計算している場合は、4週間で作成した「様式9」も併せて提出してください。

② 入院基本料等及び特定入院料を算定している病棟 (治療室含む。) の勤務実績表

③ 勤務実績を確認する際に必要な次の書類

- ・ 勤務実績表に用いている記号等の内容及び申し送り時間が分かる一覧表
- ・ 勤務形態 (日勤、準夜勤、深夜勤など) ごとの勤務時間が分かる書類
- ・ 会議、研修、他部署勤務の時間及び出席者が分かる一覧表

4. 勤務実績表

| 種別 ¹⁾ | 番号 | 病種名 | 氏名 | 雇用・勤務形態 ²⁾ | 看護補助者の業務 ³⁾ | 夜勤の有無 | | 日付別の勤務時間数 ⁴⁾ | | | | | | | 月延べ勤務時間数 | (両掲) 月平均夜勤時間数の計(中に含まれない者の夜勤時間数) ⁵⁾ |
|-----------------------------------|----|--------------------------------|----|-------------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------|----|----|-----|---|--|--------|--------------|---|
| | | | | | | 該当する一対応患者数 ⁶⁾ | 数 ⁷⁾ | 1日 | 2日 | 3日 | ... | 日 | | | | |
| 看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | / | 有無 | 夜等 | | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | / | 有無 | 夜等 | | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | / | 有無 | 夜等 | | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | / | 有無 | 夜等 | | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有無 | 夜等 | | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有無 | 夜等 | | | | | | | | | |
| その他 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | / | 有無 | 夜等 | | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | / | 有無 | 夜等 | | | | | | | | | |
| 夜勤従事職員数の計 | | | | | | (B) | 月延べ勤務時間数 (上段と中段の計) | | | | | | | (C) | | |
| 月延べ夜勤時間数 | | | | | | (D-E) | 月延べ夜勤時間数 (中段の計) | | | | | | | (D) ** | (E) | |
| (両掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計 | | | | | | | | | | | | | | (F) ** | | |
| 1日看護職員配置数 (必要数) ⁸⁾¹⁰⁾ | | [(A/配置区分の数 ¹¹⁾ × 3] | | 月平均1日当たり看護職員配置数 | | | | | | | | | | | (C)/(日数 × 8) | |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上掲) | | [(A/200) × 3] | | 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 | | | | | | | | | | | (F)/(日数 × 8) | |

注1) 1日看護職員配置数 ≤ 月平均1日当たり看護職員配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

5. 勤務体制及び申し送り時間

| 勤務体制 | | | | |
|--------|----|-----------|-----------|-----------|
| 3交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 準夜勤 | (: ~ :) |
| 2交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 夜勤 | (: ~ :) |
| その他 | 日勤 | (: ~ :) | (: ~ :) | (: ~ :) |
| 申し送り時間 | | | | |
| 3交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 準夜勤 | (: ~ :) |
| 2交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 夜勤 | (: ~ :) |
| その他 | 日勤 | (: ~ :) | (: ~ :) | (: ~ :) |

(例) ■ 勤務記号表 (夜勤時間帯 17:00~9:00、申し送り時間は申し送る側から除外)

| 記号 | 始業時間 | 終業時間 | 日勤帯勤務時間数 | 夜勤帯勤務時間数 | 申し送り |
|----|-------|-------|----------|----------|-------------|
| 日1 | 8:00 | 16:30 | 7.25 | 1 | 16:15~16:30 |
| 日2 | 8:30 | 17:00 | 7.75 | 0.5 | 16:45~17:00 |
| 長日 | 8:30 | 20:30 | 8 | 3.75 | 20:15~20:30 |
| ・ | | | | | |
| ・ | | | | | |
| 遅 | 12:30 | 20:00 | 4.5 | 3.5 | なし |
| 夜1 | 16:00 | 8:30 | 1 | 15.25 | 8:15~8:30 |
| 夜2 | 16:30 | 9:00 | 0.5 | 15.75 | 8:45~9:00 |
| 夜3 | 20:00 | 9:00 | 0 | 12.75 | 8:45~9:00 |

■ 看護職員の負担軽減のため勤務形態が多様化しており、勤務表作成に用いる記号が膨大な数になっている。

施設基準及び選定療養の届出状況等の報告について

- 施設基準の届出を行った保険医療機関は、「毎年8月1日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行う」こととされており、毎年自己点検を行い、病院・有床診療所（医科）は要件を全て満たしているか否かに関わらず、診療所（医科・歯科）・薬局は要件を満たしていない場合、地方厚生（支）局に報告を提出している。
- その際、下記の報告様式について、対象となる場合は提出を求めている。
 - ・ 診療報酬改定等に必要となる届出実態を把握するため、厚生労働省に提出する様式
 - ・ 適合性等を確認するため、施設基準通知等で定められている様式

- 診療報酬改定等に活用するため厚生労働省に提出する様式の例（全32様式）

| 様式 | 名称 | 対象 |
|-------|-----------------------------|---------------|
| 別紙様式1 | 入院基本料等に関する実施状況報告書 | 入院料を算定する全医療機関 |
| 別紙様式2 | 有床診療所入院基本料等に関する実施状況報告書 | 該当入院料を算定する診療所 |
| 別紙様式3 | 保険薬局における施設基準届出状況報告書 | 全保険薬局 |
| 別紙様式4 | 特別の療養環境の提供に係る届出状況報告書 | 設定している全医療機関 |
| 別紙様式5 | 選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書（歯科） | 該当実績がある歯科医療機関 |

- 適合性等を確認するために地方厚生（支）局に提出する様式の例（病院33様式、有床診療所15様式、診療所 医科:8様式 歯科:2様式等）

| 様式 | 名称 | 対象 |
|------------|--------------------------|--------|
| （基本）様式5の7 | 療養病棟入院基本料の施設基準に係る届出書 | 届出医療機関 |
| （基本）様式13 | 総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類 | 届出医療機関 |
| （基本）様式13の2 | 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 | 届出医療機関 |
| （基本）様式13の3 | 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 | 届出医療機関 |

- またこの他、毎年10～11月に報告が必要となる受結率等にかかる報告書では、大部な添付書類が必要とされており、医療機関等の負担が大きい。
- 上記のほか、施設基準等の適合性の確認や実績の把握方法としては、以下のようなものもある。
 - 【施設基準等の適合性】 適時調査 I 自己点検（毎年）II 臨場による確認（病院の場合は、概ね1～3年に1回）
特定共同指導、共同指導
 - 【診療報酬に係る実績】 入院・外来医療等における実態調査、DPCデータ、NDBデータ

歯科診療報酬における保険適用の判断に係る取扱いについて

- 歯科診療報酬においては、以下のとおり、事前に保険適用について厚生局に判断を求めることとされているが、通知等で明確化されているものも含まれている。

歯冠修復及び欠損補綴 通則

20 次の場合において、ブリッジ又は小児義歯を適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、保険適応の有無について判断を求める。なお、それぞれの取扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからホまで以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が1歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取扱いとする。

イ M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の(10)により、「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した場合において、外傷、腫瘍等（歯周病が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合

ロ M017に掲げるポンティックの(15)により、有床義歯では目的が達せられないか又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合であってブリッジを行う以外に方法がない場合

ハ M017に掲げるポンティックの(19)により、矯正・先天性欠如等により第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は3歯であるが、間隙のほうが1歯分程度小さく2歯分となる場合

ニ M017に掲げるポンティックの(19)により、移植歯を支台歯とするブリッジを製作する場合

ホ M018に掲げる有床義歯の(10)により、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外は咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合

届出に係る業務の簡素化に係る課題と論点

(施設基準等届出のオンライン化について)

- 施設基準等届出(令和6年度診療報酬改定時:約1,100件)のオンライン化は、令和4年4月から段階的に実施。令和7年度中に合計326件の届出について実施予定で、令和10年度の全届出オンライン化に向けて改修を進めていく予定である。

(様式9について)

- 基本診療料の施設基準等の届出の際に、届出書である別添7の添付書類として、入院患者の数や看護要員の数等を確認するための「様式9」の提出が求められる。
- 様式9は、記載にあたって参考にすべき注意事項が多い、看護要員等の算出の際の小数点以下の処理方法が項目によって異なるといった状況があり、その作成は煩雑であるという指摘がある。

(施設基準及び選定療養の届出状況等の報告について)

- 診療報酬の算定要件となる施設基準や保険外併用療養費制度として認められた選定療養等について、その適合性や実績を確認するため、多数の様式について、毎年、地方厚生(支)局長や厚生労働省に報告を求めているが、適合性や実績については、他の把握方法もある。
- 「妥結率、取引に係る状況並びに流通改善に係る取組状況」のように、毎年、大量の添付書類を求めている報告がある。

(歯科診療報酬における保険適用の判断に係る取扱いについて)

- 歯科診療報酬において、保険適用の判断を事前に厚生局に求めることを独自に設けているが、その適用について明確なものも含まれている。

【論点】



- 施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目の最小化に取り組むことについて、どのように考えるか。
- 作成が煩雑であるという指摘がある様式9について、業務の簡素化の観点から、注意事項の記載の整理や小数点以下の処理を可能な限り統一する等の見直しを行うことについて、どのように考えるか。
- 施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生(支)局長や厚生労働省に報告を求めている様式を、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものを限定したり、添付書類を省略するなど簡素化を図ることについて、どのように考えるか。
- 歯科診療報酬において保険適用について事前承認を求めることとされているもののうち、通知等で明確化されているものを、厚生局への事前承認の対象から除外とすることについて、どのように考えるか。

參考資料

医療資源の少ない地域（令和2年度診療報酬改定）

中医協 総-2
3. 8. 25

| 都道府県 | 二次医療圏 | 市町村 |
|------|-------|--|
| 北海道 | 南檜山 | 江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町 |
| | 日高 | 日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町 |
| | 十勝 | 帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町 |
| | 宗谷 | 稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町 |
| 青森県 | 根室 | 根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町 |
| | 西北五地域 | 所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町 |
| | 下北地域 | むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村 |
| 岩手県 | 岩手中部 | 花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町 |
| | 気仙 | 大船渡市、陸前高田市及び住田町 |
| | 宮古 | 宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村 |
| | 久慈 | 久慈市、普代村、野田村及び洋野町 |
| 秋田県 | 北秋田 | 北秋田市及び上小阿仁村 |
| | 大仙・仙北 | 大仙市、仙北市及び美郷町 |
| | 湯沢・雄勝 | 湯沢市、羽後町及び東成瀬村 |
| 山形県 | 最上 | 新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村 |
| 東京都 | 島しょ | 大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村 |
| 新潟県 | 魚沼 | 十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町 |
| | 佐渡 | 佐渡市 |
| 福井県 | 奥越 | 大野市、勝山市 |
| 山梨県 | 峡南 | 市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町 |
| 長野県 | 木曾 | 木曾郡 |
| | 大北 | 大町市及び北安曇野郡 |
| 岐阜県 | 飛騨 | 高山市、飛騨市、下呂市及び白川町 |
| 愛知県 | 東三河北部 | 新城市、設楽町、東栄町及び豊根村 |
| 滋賀県 | 湖北 | 長浜市及び米原市 |
| | 湖西 | 高島市 |
| 兵庫県 | 但馬 | 豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町 |
| 奈良県 | 南和 | 五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村 |
| 島根県 | 雲南 | 雲南市、奥出雲町及び飯南町 |
| | 大田 | 大田市及び邑智郡 |
| | 隠岐 | 海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町 |
| 香川県 | 小豆 | 小豆郡 |
| 長崎県 | 五島 | 五島市 |
| | 上五島 | 小値賀町、新上五島町 |
| | 壱岐 | 壱岐市 |
| | 対馬 | 対馬市 |
| 鹿児島県 | 熊毛 | 西之表市、熊毛郡 |
| | 奄美 | 奄美市、大島郡 |
| 沖縄県 | 宮古 | 宮古島市、多良間村 |
| | 八重山 | 石垣市、竹富町、与那国町 |

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

機能評価係数Ⅱの評価内容③（体制評価指数）

| 評価項目 | DPC標準病院群 | 大学病院本院群 | DPC特定病院群 |
|------|--|---|----------|
| 周産期 | 「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P） | <ul style="list-style-type: none"> 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） 「地域周産期母子医療センターの指定」（0.5P） | |
| へき地 | <ul style="list-style-type: none"> 「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P） 「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P） | | |
| 救急 | 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P) | 救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P） | |
| | 上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P） | 上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P） | |
| 感染症 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P） <u>（令和6年度で終了）</u> ・ 新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P） <u>（令和6年度で終了）</u> ※ 上記のいずれも満たした場合（0.75P） <u>（令和6年度で終了）</u> ・ GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P） <u>（令和6年度で終了）</u> ・ <u>第一種協定指定医療機関に該当（0.5P）（令和7年度以降の評価）</u> ・ <u>流行初期医療確保措置の対象となる協定の締結(入院に係るものに限る)（0.5P）（令和7年度以降の評価）</u> | | |

機能評価係数Ⅱの評価内容④（体制評価指数）

| 評価項目 | DPC標準病院群 | 大学病院本院群 | DPC特定病院群 |
|-----------------------|--|--|-----------|
| <u>治験等の実施</u> | 右記のいずれか1項目を満たした場合（1P） | <p>治験等の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) <p>（※）協力施設としての治験の実施を含む。</p> | |
| <u>臓器提供の実施</u> | <ul style="list-style-type: none"> ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P） | <ul style="list-style-type: none"> ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P） ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（0.5P） | |
| <u>医療の質向上に向けた取組</u> | <ul style="list-style-type: none"> ・医療の質指標に係るDPCデータの提出(0.5P)（令和7年度以降の評価） ・病院情報の自院のホームページでの公表(0.25P)(※) ・医療の質指標の自院のホームページでの公表(0.25P)（令和7年度以降の評価） <p>（※）令和6年度は1Pとして評価</p> | | |
| <u>医師少数地域への医師派遣機能</u> | (評価は行わない) | <ul style="list-style-type: none"> ・「<u>医師少数地域</u>」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に3年以上在籍しているものに限る）（1P） | (評価は行わない) |

へき地医療におけるオンライン診療の活用状況

診調組 入-1
7.6.19改

- へき地医療の現場において、オンライン診療による巡回診療が一部実施されており、実施した巡回診療のうちほとんどをオンライン診療で実施している医療機関もみられた。
- へき地診療所におけるオンライン診療について、受診者が患家にいる場合よりも診療所にいる場合の方が多く、そのような形態でのオンライン診療の活用の推進が考えられる。

| | 施設数（※1） | 情報通信機器を用いた診療の届出数（※2） |
|-----------|-------------|----------------------|
| へき地医療拠点病院 | 358施設 | 83施設 |
| へき地診療所 | 1,120施設（※3） | 134施設 |

※1 令和6年4月1日時点
 ※2 令和7年4月1日時点、
 ※3 全体の施設数には歯科診療所を含む

○ へき地拠点病院

| | |
|--|-----------------|
| 巡回診療を実施した医療機関のうち、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関数 | 7 / 98 (7.1%) |
| 代診医派遣を実施した医療機関のうち、オンライン診療による代診医派遣を実施した医療機関数 | 0 / 100 (0%) |
| ICTによるへき地医療の診療支援の実施状況として、へき地の住民に対するオンライン診療（D to P※）で活用と回答した医療機関数 ※D to P with N、D to P with Dを含む | 31 / 358 (8.7%) |

| | 延べ実施回数 | 延べ受診患者数 |
|-----------------------------|-------------------|---------------------|
| 北部上北広域事務組合公立野辺地病院（青森県） | 8 / 22 (36.4%) | 37 / 91 (40.7%) |
| 村上総合病院（新潟県） | 153 / 155 (98.7%) | 513 / 1,382 (37.1%) |
| 長野県立木曽病院（長野県） | 4 / 12 (33.3%) | 4 / 12 (33.3%) |
| 独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター（山口県） | 12 / 24 (50.0%) | 31 / 175 (17.7%) |
| 山口県立総合医療センター（山口県） | 4 / 98 (4.1%) | 19 / 472 (4.0%) |
| 小国公立病院（熊本県） | 23 / 23 (100%) | 12 / 12 (100%) |
| 県立大島病院（鹿児島県） | 10 / 51 (19.6%) | 201 / 1,110 (18.1%) |

○ へき地診療所

| | |
|--|-------------------|
| ICTによるへき地医療の診療支援の実施状況として、へき地の住民に対するオンライン診療（D to P※）で活用と回答した医療機関数 ※D to P with N、D to P with Dを含む | 75 / 1,120 (6.7%) |
| 上記医療機関におけるオンライン診療のうち受診者が患家にいるケースの件数 | 462件 |
| 上記医療機関におけるオンライン診療のうち受診者が診療所にいるケースの件数 | 3,604件 |

Case9 鳥羽市立神島診療所

—基礎情報—

- 所在地 : 三重県鳥羽市神島 (人口 17,525 人) (参考 神島 309 人)
- 設立主体 : 公立 (鳥羽市)
- 病床数 : -
- 医療機関種別 : 診療所
- 主な診療科 : 内科
- 勤務医師数
 - 常勤医 : 1 名
 - 非常勤医 : 0 名
- 利用システム : 専用システム



主な特徴

| 導入費用 | 運営費用 | 予約 | ビデオ通話 | 決済 |
|------|------|----|-------|----|
| 有 | 有 | 無 | 有 | 無 |

—導入経緯—

- 近隣地域のへき地診療所当たりの患者数が年々減少しているため、各へき地診療所に医師が常駐するよりも少ない医師で対応できるグループ診療の仕組みを 2020 年に取り入れた。
- グループ診療の仕組みにおいて、医師が島外の診療所に勤務している場合でも、島内の患者を診察できるよう、オンライン診療を導入することとした。また、島外でも患者の医療情報を参照するために、クラウド型の電子カルテシステムを併せて導入した。

—実施しているオンライン診療の特徴—

(利用方法)

- 週 4 回は島を訪れての対面診療を実施しており、オンライン診療は、それ以外の曜日や夜間・休日、船の欠航等により島を訪問できない日の代替手段として実施している。
- 島内に居住する看護師が常駐し、患者の来院に対応している。患者が診療所に来院し、診療所内に設置したデバイスを用いてオンライン診療を実施する。患者のほとんどが高齢者のため、オンライン診療を実施する際は看護師の補助が必須である。機会は少ないが、夜間・休日等に看護師が患者宅を訪問した上でオンライン診療を実施することもある。
- 初診からのオンライン診療は行っていない。

(利用する患者像)

- 患者は島内の居住者に限られており高齢者が多い。担当の医師はほとんどの島民と面識がある。
- どのような疾患であっても、希望があれば一度はオンライン診療に応じ、対面診療への切替への

必要性については適宜医師が判断することとしている。

(職員や患者への理解促進)

- 離島という性質上、職員全員がオンライン診療の必要性、意義を理解している。通信機器の使用方法については、導入時にベンダーによる説明会を開催して理解を促進した。
- 日々の対面診療で患者との信頼関係を構築できている、高齢の患者もオンライン診療を受け入れている。通信機器の使用は看護師や事務職員が行うため、患者は不安なく利用できている。

(処方箋・薬剤の受渡し方法)

- 島内に薬局がないため、患者に本土の薬局まで行ってもらうこともある。2022 年 12 月から一部薬剤について、本土の薬局からのオンライン服薬指導+患者宅への配送の運用を開始している。

(受診料の回収方法)

- 受診料については、患者が診療所に来院してオンライン診療を受けるため、その場で看護師又は事務職員へ支払う。夜間・休日等に看護師が患者宅へ訪問した上でオンライン診療を行う場合は、翌営業日に患者が診療所にて支払う仕組みとしている。

(その他の工夫)

- 在宅患者のベッド付近にバイタルアラートとスマートフォンを付けて、バイタル危険値が出た場合には、医師が所持する iPad に連絡が届く仕組みを利用している。



バイタルサインを測定する
スマートフォンのイメージ

—課題と解決策—

課題

- 市立の診療所であるため、導入するシステム等については、市役所担当職員との調整が必要となる。2017 年ごろから電子カルテやオンライン診療の導入を市役所と調整しているが、医療機関側の意向と合致せずに導入が困難であった。

解決

- 市役所担当職員と地域医療体制を検討する上で、継続的な議論を続け、電子カルテやオンライン診療の導入が実現。
- さらに、国土交通省「スマートアイランド推進実証調査」を活用して導入費用を確保し、導入に至ることができた。

—導入の効果—

(医療機関)

- クラウド型電子カルテと併用することで、医師が島外に居ながらにして、患者情報を閲覧できるとともに、即時に処方箋を交付できることで、オンライン診療時にも対面診療とほとんど変わらない対応が可能になった。

(患者)

- 情報基盤が拡充されたことにより、情報の面でも不安なく、画面越しに医師の顔を見ながら診療を受けられるようになり、継続的に適切に診察を受けることができるようになった。

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

- へき地医療において、患者が看護師等という場合のオンライン診療（D to P with N）が有効であることを踏まえ、へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、D to P with Nを実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に新設する。

（新） 看護師等遠隔診療補助加算 50点

[算定要件]

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、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、所定点数に加算する。

[施設基準]

次のいずれにも該当すること。

- (1) 「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定を受けていること。
- (2) 当該保険医療機関に、へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修な研修を修了した医師を配置していること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。



へき地診療所又はへき地医療拠点病院の医師



情報通信機器を用いた診療



患者が看護師等という場合

1 診断を目的とする場合 750点 2 その他の場合 500点

注1 1については、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、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

注2 2については、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、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

[対象患者]

- 注1
- ・ 指定難病の疑いがある患者
 - ・ てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者
- 注2
- ・ 指定難病の患者
 - ・ てんかんの患者（知的障害を有する者に限る。）

[対象医療機関] ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院
- ・ てんかん診療拠点機関

[算定要件]

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。
- ・ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について
患者説明・同意



主治医のもとで遠隔地の医師が
オンライン診療を行う（初診も可）



- 「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」（令和5年6月）において、遠隔医療に期待される役割として以下のとおり整理されている。
- また、D to P with D 型の特徴として、医療資源が限られる地域においても専門の医師等による診察を受けることができることや、主治医等にとって、専門の医師等との情報共有がスムーズとなることが挙げられている。

通院に伴う患者負担の軽減及び 継続治療の実現

- ・ 定期的な対面診療にオンライン診療を組み合わせることによる、物理的な距離の解消。医学管理の継続性確保や服薬コンプライアンス等の向上。



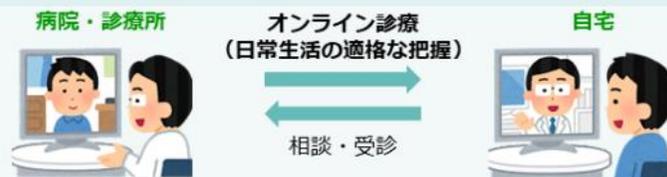
訪問診療および往診等に伴う医療従事者の 負担軽減・医療資源の柔軟な活用

- ・ 対面診療と組み合わせたオンライン診療による、訪問診療の継続実施や往診。
- ・ 医療資源の少ない地域や医師の偏在に対応した医療の確保



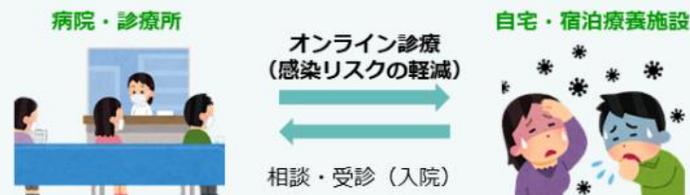
日常生活の的確な把握 対面に伴う心理的負担の軽減

- ・ 患者の居宅等の日常生活の状況下にある環境での診療が可能になり、医療従事者は日常生活の的確な把握が可能。
- ・ 患者の受診時の抵抗感が軽減し、医師とより率直にコミュニケーションを取ることが可能。



感染リスクの軽減

- ・ 医療従事者及び患者等の感染リスクを軽減。



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

D to P with D型のオンライン診療

- 具体的なシーンとしては、次のような場合が考えられるのではないか。
- 希少性の高い疾患等であり、地理的に近隣の医療機関では診断・治療が困難な疾患について、専門の医師と地域のかかりつけ医と連携して治療方針を決定する場合
 - かかりつけ医を受診する患者に、専門の医師の診療技術の提供が期待される<有用性>
 - 地理的に専門医への受診が困難な患者が、専門的な診療を受けることができる<非代替性>
 - (例) 指定難病、てんかん、希少がん、医療的ケア児(者)等
- 在宅医療において、一部の診療科や多職種チームでなければ対応困難な場合
 - 外来の受診が困難な患者に、専門の医師の診療技術の提供が期待される<有用性>
 - 専門医が往診を行うよりも効率的である<効率性>
 - (例) 眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科等の診療科、緩和ケアチーム等

D to D型の遠隔医療

① 検査・画像診断支援

- 検査・画像診断等に関する専門の医師がいない被支援施設の医師に代わり、専門施設の専門の医師が検査・画像診断等を実施する場合
 - 非支援施設の患者に、専門施設と同等の診断技術の提供が期待される<有用性>
 - 集約的に診断を行うことで、各医療機関で行うよりも効率的に実施できる場合も想定される<効率性>
 - (例) 遠隔画像診断、遠隔病理診断、遠隔脳波診断等、エキスパートパネル(がん遺伝子パネル検査)

② 診療支援

- 緊急性が高い病態の患者に専門の医師の助言により治療方針が変更となり得る場合に、リアルタイムに患者の診療情報を共有し、専門の医師が被支援施設の医師に専門的な助言を行う
 - 専門の医師の診断技術の提供により患者のアウトカムが向上することが期待される<有用性>
 - 専門の医師が不在の施設の患者について、緊急に必要な専門的判断を提供できる<非代替性>
 - (例) 遠隔ICU、超急性期脳卒中加算

医療機関における業務の効率化・合理化

➤ 医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

会議や研修の効率化・合理化

会議 ➡ ・安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。



院内研修 ➡ ・抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化。
・急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件を見直す。

院外研修 ➡ ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。

記録の効率化・合理化

診療録 ➡ ・栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。
・在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

レセプト摘要欄 ➡ ・画像診断の撮影部位や算定日等について選択式記載とする。

事務の効率化・合理化

● 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。

● 文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。



医療機関におけるICTを活用した業務の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
- ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
- ◆ 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、**当該基準の適合性の有無に影響が生じない場合の届出を不要**とする。また、同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている訪問看護療養費等の加算について、**同じ金額の評価区分を統合**する。
- ◆ 小児科外来診療料等の**施設基準の届出を省略**する。

現行

【小児科外来診療料】

〔算定要件〕

注1 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小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。



改定後

【小児科外来診療料】

〔算定要件〕

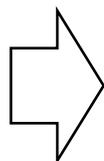
注1 **小児科を標榜する保険医療機関において**、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

- ◆ レセプト摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について**選択式記載**とする。また、一部の検査等の診療行為について、**レセプト請求時にあらかじめ検査値の記載**を求め、審査支払機関からの**レセプト返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減**を図る。

〔例：テセントリク点滴静注840mg・同1200mgを請求する場合に記載を求めている項目〕

・「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載すること。

| コード | レセプト表示文言 |
|------------------|---------------|
| 8201xxxxx | 施設要件 ア |
| 8201xxxxx | 施設要件 イ |
| (略) | ウ～オ (略) |



〔レセプト表示イメージ〕

| | | |
|-----|------------------|------------|
| 33: | 点滴注射 | 95X 1 |
| | テセントリク点滴静注1200mg | 44,886 X 1 |
| | 施設要件 ア | |
| | 医師要件 イ | |
| | 併用投与 ア | |

医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
 - ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている保守管理の計画書や研修修了証の写し等について、[添付資料の低減等](#)を行う。
 - ◆ 施設基準の届出について、1つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合を行う。
 - ◆ レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行う。

【現行】

| 記載事項 | 選択式コード | レセプト表示文言 |
|---|-----------|----------------------------------|
| (月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合) 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。 | 820100005 | 月の途中まで乳幼児 |
| (在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を当該月に算定している場合) 当該往診を行った年月日を記載すること。 | 850100093 | 往診を行った年月日;(元号)yy"年 "mm"月"dd"日 |

【改定後】



記載不要

- 施設基準の届出について、現在主に紙で届け出ることとされている施設基準について[電子的な届出を可能にする](#)ことで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

診療報酬改定DX対応方針

診療報酬改定DXの射程と効果

○ 最終ゴール

進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等(※)における負担の極小化をめざす

- ・ 共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携
- ・ 中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供も検討

(※) 病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションのこと。

4つのテーマ

○ 最終ゴールをめざして、医療DX工程表に基づき、令和6年度から段階的に実現

共通算定モジュールの開発・運用

- 診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
- 次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討
- モジュールとの接続は、クラウド型レセコンとのクラウド間連携による提供を基本(※)
- レセプトの作成・請求をできるように支援する機能を追加実装

共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善

- 基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備
- 地単公費マスタの作成と運用ルールを整備

標準様式データ項目の構造化とデータ連携

- 各種帳票様式※1データの標準マスタ作成とコード化・構造化、統一的なAPI仕様等の作成による互換性確保
※1 医療機関で作成する診療計画書や同意書など。
- 施設基準届出等の電子申請をシステム改修により更に推進

診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等

- 診療報酬改定の施行時期を後ろ倒しし、システム改修コストを低減
- 診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化

(※) オンプレミス型レセコンの医療機関等への対応は、当該レセコンベンダにオンプレミス型レセコン向けモジュールの提供から開始

診療報酬改定DXに関する調査研究（データテーブルの作成）

- 診療報酬改定DX対応方針の4つのテーマの1つである「標準様式データ項目の構造化とデータ連携」の取組の一環として、診療報酬に係る留意事項通知で示す76様式について、データテーブルを作成した。
- 本データテーブルでは、76様式の記載項目（約3000）が、どの様式でどのような項目名で使用されているか、どの項目が共通しているかなどを整理した。

■データテーブル（イメージ）

| | | | | | | | | | 退院証明書 | 緩和ケア実施計画書 | 児童・思春期精神医療入院診療計画書 | ... |
|--------|------|------|------|-------|------------------|--------|----------------|------|-----------------|----------------|-------------------|-----|
| データID | 分類1 | 分類2 | 分類3 | 分類4 | 項目名 | データ型 | リスト値 | カウント | 別紙様式01 | 別紙様式03 | 別紙様式04 | ... |
| AA0001 | 患者情報 | 基本情報 | 氏名 | ふりがな | 患者氏名（ふりがな） | テキスト型 | - | 5 | | (ふりがな) | | |
| AA0002 | 患者情報 | 基本情報 | 氏名 | ふりがな | 患者氏名（フリガナ） | テキスト型 | - | 2 | | | | |
| AA0003 | 患者情報 | 基本情報 | 氏名 | 保護者 | 保護者氏名 | ファイル型 | - | 2 | | | | |
| AA0004 | 患者情報 | 基本情報 | 氏名 | 本人・家族 | 本人・家族氏名 | テキスト型 | - | 1 | | | | |
| AA0005 | 患者情報 | 基本情報 | 氏名 | 漢字 | 患者氏名 | テキスト型 | - | 58 | 患者氏名 | 氏名 | 患者氏名 | |
| AA0006 | 患者情報 | 基本情報 | 氏名 | 漢字 | 患者氏名2 | テキスト型 | - | 3 | | | (患者氏名) | |
| AA0007 | 患者情報 | 基本情報 | 性別 | | 性別 | テキスト型 | - | 2 | | | | |
| AA0008 | 患者情報 | 基本情報 | 性別 | | (例1) 生年月日 | 選択リスト型 | 男;女 | 32 | 性別（男・女） | | (男・女) | |
| AA0009 | 患者情報 | 基本情報 | 生年月日 | | 生年月日 | 日付型 | - | 42 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日生 | |
| AA0010 | 患者情報 | 基本情報 | 生年月日 | 元号 | 生年月日（元号（平成・令和）） | 選択リスト型 | 平成;令和 | 1 | | | | |
| AA0011 | 患者情報 | 基本情報 | 生年月日 | 元号 | 生年月日（元号（明・令）） | 選択リスト型 | 明;大;昭;平;令 | 11 | 生年月日（明・大・昭・平・令） | 生年月日 明・大・昭・平・令 | | |
| AA0012 | 患者情報 | 基本情報 | 生年月日 | 元号 | 生年月日（元号（明・昭）） | 選択リスト型 | 明;大;昭 | 2 | | | | |
| AA0013 | 患者情報 | 基本情報 | 生年月日 | 元号 | 生年月日（元号（明治・令和）） | 選択リスト型 | 明治;大正;昭和;平成;令和 | 1 | | | | |
| AA0014 | 患者情報 | 基本情報 | 生年月日 | 元号 | 生年月日（元号（昭・令）） | 選択リスト型 | 昭;平;令 | 1 | | | 生年月日 昭・平・令 | |
| AA0015 | 患者情報 | 基本情報 | 生年月日 | 元号 | 生年月日（元号（昭和・令和）） | 選択リスト型 | 昭和;平成;令和 | 1 | | | | |
| ... | | | | | | | | | | | | |

様式9 (記載上の注意事項)

○ 様式9作成にあたっては、様式に記載された算出方法や記載上の注意事項等の他に、別添6別紙4に定める「平均在院日数の算定方法」や別紙5の「看護要員の配置状況(例)」等を参考にして記載する必要があり煩雑である。

届出ごとの看護補助者や看護職員の算出方法

〔急性期看護体制別計算・看護補助加算等を行う場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|--|----------------------------|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔G〕 | 〔C〕 - (1日看護職員配置数 × 日数 × 8) |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔H〕 | |
| 看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔I〕 | 看護補助者(みなしを除く)のみの〔D〕 |
| 1日看護補助者配置数(必要数)※10〔J〕 | 〔A/配置区分の数※11〕 × 3 |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者を含む)〔G+H〕/〔日数×8〕 | |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者を除く)〔K※12〕 | 〔G/〔日数×8〕〕 |
| 夜間看護補助者配置数(必要数)※10 | A/配置区分の数※11 |
| 月平均1日当たり夜間看護補助者配置数 | 〔I/〔日数×16〕〕 |
| 看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合〔%〕 | 〔(K/J) × 100〕 |

〔看護職員配置加算(地域包括ケア病棟入院科の注3)を行う場合の看護職員数の算出方法〕

| | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1日看護職員配置数(必要数)※10〔L〕※12 | 〔(A/13) × 3〕 |
| 月平均1日当たり看護職員配置数 | 〔C/〔日数×8〕〕 |
| 月平均1日当たり当該入院科の施設基準の最小必要数以上の看護職員配置数 | 〔(C - (L × 日数 × 8)) / (日数 × 8)〕 |

〔記載上の注意〕

- 看護師及び看護補助者と看護職者を別記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護職者の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該施設医療機関関係の看護師養成所等、病棟以外の従事する者については、記載しないこと。
- 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外(外来)に従事する場合は病棟の業務と「専任」の要件に該当する場合は雇用・勤務形態の「業務」に○を記入すること。
- 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定められた事務的業務を行った時間が占める割合が8割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
配置数の上限〔(A/2.0) × 3〕を超えたとし事務的業務を行う看護補助者は様式9に記載しないこと。
- 夜勤専従者は「夜勤」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者(短時間正職員においては12時間未満の者)、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は○を記入すること。
- 夜勤専従に該当する者について、夜勤を含めた交代性勤務を行う者(夜勤専従者は含まない)は1を記入すること。ただし、夜勤時間外(病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間外に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間(病棟と病棟以外を合計)で除いて得た数を記入すること。
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- 上記は日勤勤務、中夜夜勤時間外において当該病棟で勤務した時間、夜勤は夜勤時間外において当該病棟以外で勤務した時間とし、夜勤時間外は夜勤時間外にそれぞれ記入すること。
- 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
①夜勤専従者、②急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者(短時間正職員においては12時間未満の者)、③急性期一般入院基本料の者
※8〔D〕は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」(月延べ夜勤時間数)の平均である。
※9〔F〕は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
※10 小数点以下切り上げとする。
※11 「配置区分の数」とは、当該届出に係る入院基本料又は加算において求める看護配置数(例えば、急性期一般入院科1の場合「7」、10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護体制別計算の場合「25」、夜間30対1急性期看護体制別計算の場合「30)」をいう。
※12 地域包括ケア病棟入院科の注4に掲げる看護職員配置加算及び注5に掲げる看護体制別計算加算は、みなし看護補助者を除いて要件を満たす必要がある。
※13 地域包括ケア病棟入院科を届け出る場合には、13対1の「13」で計算するが、地域包括ケア病棟入院科の注2の届出を行う場合においては、15対1の「15」で計算すること。

※14 地域移行機能強化病棟入院科を届け出る場合には、作業療法士及び精神保健福祉士を看護職員配置数に含めることができること。この場合、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士は、勤務実績表において看護師として記入すること。
※15 精神科急入院医療管理科、特別疾患病棟入院科又は精神後援病棟入院科を届け出る場合には、月平均1日当たり看護職員配置数は「月平均1日当たり看護職員及び看護補助者配置数」、1日看護職員配置数(必要数)は「1日看護職員及び看護補助者配置数(必要数)」と読み替えること。この場合、看護職員数及び看護補助者数の合計が基準を満たすこと。
※16 精神科地域包括ケア病棟入院科を届け出る場合には、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師は、勤務実績表において「その他」欄に記入すること。

〔届出上の注意〕

- 届出を提供しているが医療資源の少ない地域に属する医療機関において、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行う場合は、一般病棟入院基本料の届出は、同一の看護配置の病棟ごとにそれぞれ届出を作成すること。
- 届出前1か月の各病棟の夜勤時間数を算定する場合は、看護職員の採用状況等に関する書類を添付すること。
- 月平均夜勤時間数計算を算定する場合には、看護職員の採用状況等に関する書類を添付すること。
- 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 夜勤時間特別入院基本料・看護補助付加算(※10) 療養病棟入院基本料の注12-注13)、A207-4 看護職員夜間勤務加算、看護職員夜間勤務加算(A304 地域包括医療病棟入院科の注9)、A309-3 地域包括ケア病棟入院科の注9、A211 精神科急性期病棟入院科の注4、A311-3 精神科急性・合併症入院科の注4)は、夜間16対1(A207-4 看護職員夜間勤務加算及びA304 地域包括医療病棟入院科の注9)は、12対1の場合も含む。を満たす必要があるため、日々入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際は、届出前1か月の入院患者数により夜間の看護職員配置状況が分かる書類(様式9の2を参照)を添付すること。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知)(令和6年3月5日保医発0305第5号)

別添2 入院基本料等の施設基準等

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準(抜粋)

3 平均在院日数については次の点に留意すること。

(2) 平均在院日数については、直近3か月間の数値を用いて別添6の別紙4により計算すること。なお、平均在院日数は小数点以下は切り上げること。

4 入院患者の数及び看護要員の数等については上記のとおりとする。

(3) ケ上記(2)のAからクまで及び(3)のAからクまでに係る看護要員の配置数、人員構成及び夜間勤務に係る具体的な算出方法等については、別添6の別紙5の例を参考とすること。

■ 様式9の記載には、各項目に記載された算出方法の他に、〔記載上の注意〕と〔届出上の注意〕を確認して記載する。

■ その他に、上記に示すとおり、施設基準通知の別添6別紙4「平均在院日数の算定方法」や別添6別紙5「看護要員(看護職員及び看護補助者をいう)の配置状況(例)」も参考に記載する。

赤枠内が〔記載上の注意〕と〔届出上の注意〕