

中央社会保険医療協議会 総会（第 633 回）議事次第

令和 7 年 12 月 5 日(金)
9:30～

議題

- 個別事項について（その 12）後発医薬品・バイオ後続品の使用体制②
- 個別事項について（その 13）精神医療②
- 個別事項について（その 14）技術的事項
- 賃上げについて（その 1）

個別事項(その12)

後発医薬品、バイオ後継品の使用体制②

令和6年度診療報酬改定の答申書附帯意見

令和6年度診療報酬改定

■後発医薬品安定供給・使用促進について

◆長期収載品の保険給付のあり方の見直し（選定療養の導入）

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行い、選定療養の仕組みを導入。

◆医薬品の安定供給に資する取組の推進

□一般名処方加算の見直し（施設基準を規定）

医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

□後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算の見直し（施設基準の追加）

医薬品の供給が不足した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること及び当該体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること

■バイオ後続品使用促進について

◆バイオ後続品使用促進に資する取組

□バイオ後続品使用体制加算の新設

入院医療においてバイオ後続品を使用している保険医療機関において、患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行った上で使用し、成分の特性を踏まえた使用目標を達成した場合の評価を新設

□バイオ後続品導入初期加算の見直し（対象拡大）

外来におけるバイオ後続品導入初期加算の対象患者について、外来化学療法を実施している患者から、医療機関において注射するバイオ後続品を使用する全ての患者に対象を拡大。

令和6年度改定答申書附帯意見

（後発医薬品の使用促進）

24 バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

これまでの議論のまとめ

第621回 中央社会保険医療協議会（個別事項について 後発医薬品・バイオ後続品・服用薬剤調整支援等の評価）（令和7年10月17日）

◆後発医薬品について

- 保険薬局における取組として、医薬品の供給が不安定である状況で、後発医薬品の提供体制を維持する取組などについて着目されているが、これは、保険薬局に限ったことではなく、病院も診療所も同じ
- 今後も後発医薬品の使用を止めたり、後戻りしたりするようなことがないよう、**後発医薬品の使用率の維持や使用促進はもちろん、医療現場の医薬品の安定した提供体制の確保を支えるための評価は不可欠。**
- 後発医薬品調剤体制加算はインセンティブの役割は終えたということで廃止し、例えば、**地域支援体制加算に後発品調剤割合やカットオフ値を設定し、基準を満たさない場合に減算するといった仕組みに移行すべき。**

◆バイオ後続品について

- 現在のバイオ後続品使用体制加算は、入院初日にバイオ医薬品を使用する患者さんについて算定することになっているが、入院初日においては、バイオ医薬品を使用するかどうかは明確になっていないこともある。さらには、バイオ後続品を最初から使用するかどうか、切り替えるかどうかについては、患者の意向もあり、医療機関単位での先発品かバイオ後続品かのオール・オア・ナンの選択は難しい実情もある。これらの現場の実態を十分に踏まえて、手直しをする必要がある。
- バイオ後続品の特性として、（中略）同一ではなく同等、同質、つまりシミラーという位置づけであること。また、**低分子の医薬品と比べて価格が高額であることや、注射剤であることなどの特徴があり、これらを踏まえた形での使用促進の取組が必要。**

第627回 中央社会保険医療協議会（個別事項について（その7）長期収載品の選定療養①）（令和7年11月14日）

- ◆院内処方における後発医薬品への置換えが60%台で、調剤薬局と比べると非常に低い。後発品への置換えが進むように、その他の施策も含めて推進していくべき。

1. 後発医薬品の安定供給・使用促進等について

2. バイオ後続品の使用促進について

安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ

(再掲)

概 要

令和6年9月30日策定

- 2013年（平成25年）に策定した「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」（旧ロードマップ）を改訂。
- 現下の後発医薬品を中心とした医薬品の供給不安に係る課題への対応を基本としつつ、後発医薬品を適切に使用していくための取組も整理。
- バイオ後継品の取組方針については、その特性や開発状況等が化学合成品である後発医薬品とは大きく異なるため、ロードマップの別添として別途整理。

数値目標

- 主目標 : 医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上（旧ロードマップから継続）
- 副次目標① : 2029年度末までに、バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上
- 副次目標② : 後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上

取組施策

（1） 安定供給・国民の信頼確保に向けた取組

○品質確保に係る取組

- ・医薬品医療機器総合機構と都道府県による、リスクの高い医薬品製造所に対する、合同による、無通告立入検査の実施【令和5年度開始】
- ・全ての後発医薬品企業による、製造販売承認書と製造実態に係る自主点検の実施【令和6年度実施】
- ・日本ジエネリック製薬協会を中心とした、外部研修や人事評価等による、クオリティカルチャー醸成に向けた、企業の人材育成【令和6年度開始】 等

○安定供給に係る取組

- ・供給不足が生じるおそれがある場合（供給不安報告）又は生じた場合（供給状況報告）に、企業が厚労省へ報告する制度を整備【令和6年度開始】
- ・後発医薬品企業による、安定供給に係る情報の公表【令和6年度開始】
- ・自社の供給リスクを継続的に把握・分析することを可能とする、医薬品企業向けのマニュアルの作成【令和6年度実施】
- ・市場参入時に安定供給確保を求め、医薬品の需給状況の把握・調整を行うほか、供給不安発生時には供給不安解消策を講じる「安定供給確保に係るマネジメントシステム」の法的枠組の検討【令和6年度結論】
- ・日本ジエネリック製薬協会は、安定供給責任者会議を開催し、安定供給に係る各企業の好事例や競争政策上の観点に留意しつつ供給不安解消に向けた企業間での情報共有等を促す【令和6年度開始】 等

（2） 新目標の達成に向けた取組

○使用環境の整備に係る取組

- ・的を絞った使用促進を可能とするため、数量ベースに加え、金額ベースでの薬効分類別等の後発医薬品置換率情報の提供【令和6年度開始】
- ・都道府県協議会を中心として、金額ベースでの薬効分類別等の後発医薬品置換率も参考に、後発医薬品の使用促進を実施【令和6年度開始】
- ・都道府県医療費適正化計画への、後発医薬品の数量・金額シェア、普及啓発等の施策に関する目標や取組の設定等による、後発医薬品の使用促進【引き続き実施】
- ・差額通知事業の推進による、患者のメリットの周知【引き続き実施】 等

○医療保険制度上の事項に係る取組

- ・長期収載品について、保険給付の在り方を見直し、選定療養の仕組みを導入【令和6年10月から開始】
- ・後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き中央社会保険医療協議会等で検討【引き続き実施】 等

※（1）及び（2）の取組に加え、取組の実施状況や数値目標の達成状況は定期的にフォローアップするとともに、令和8年度末を目途に状況を点検し必要に応じ目標の在り方を検討

※「後発医薬品産業の在るべき姿」を実現するための対策に係る取組については、引き続き検討が必要であることから、別途、本ロードマップの別添として策定予定

(再掲)

後発医薬品の使用に対する体制加算について

後発医薬品の使用に対する診療報酬上の加算は、

- ・先発医薬品に加えて後発医薬品の在庫も抱えることによる追加的なコスト（※1） 、
- ・供給不安が生じることの多い後発医薬品を取り扱うことに伴い発生する作業等の手間（※2）

について、保険医療機関や薬局に対する評価を行うために設けたものである。

（※1）スペースの確保、使用期限切れによる廃棄等を含む在庫管理に要する費用が追加的に発生する。

（※2）供給不安のために後発医薬品の在庫がなくなると、入手するために複数の医薬品卸に問い合わせを行う、他の薬局から融通してもらうなどの作業が追加的に発生する。

一般名処方加算は、

- ・保険医療機関における処方箋発行時に、同一成分である他の医薬品のどれに置き換えて医学的に問題ないとの判断
- ・処方箋を発行する電子カルテシステム等の導入・運用コスト（※3）
- ・一般名処方の趣旨についての患者への説明（※4）及び院内掲示

等について、保険医療機関に対する評価を行うために設けたものである。

（※3）電子カルテシステムにより、複雑な一般名を呼び出したり、銘柄名を一般名に置き換えたりする機能を付加できる。

（※4）現状の後発医薬品普及割合に関わらず、新たに後発医薬品が承認されれば、従来は後発医薬品がなかった先発医薬品を用いていた患者への説明が新たに必要となる。

	名称	概要
調剤	後発医薬品調剤体制加算	薬局において、調剤した後発医薬品の使用数量割合に応じて、処方箋を受ける際に、調剤基本料に加算して算定できるもの。 ・90%以上 30点 ・85%以上 28点 ・80%以上 21点
医科	後発医薬品使用体制加算	保険医療機関において、調剤した後発医薬品の使用数量割合に応じて、入院患者に対して入院初日に算定できるもの。 ・90%以上 87点 ・85%以上 82点 ・75%以上 77点
医科	外来後発医薬品使用体制加算	診療所において、調剤した後発医薬品の使用数量割合に応じて、院内処方を受ける患者に対して、処方料に加算して算定できるもの。 ・90%以上 8点 ・85%以上 7点 ・75%以上 5点
医科	一般名処方加算	保険医療機関において、後発医薬品のある医薬品について、一般的名称を記載して処方箋を交付した場合に算定できるもの。 ・後発品のある全ての医薬品（2品目以上）を一般名処方した場合 10点 ・後発品のある医薬品を一般名処方した場合（上記以外の場合） 8点

令和6年度 調剤医療費（電算処理分）の動向 <後発医薬品割合（数量ベース）の推移>

中 医 協 総 - 2
7 . 1 0 . 1 7

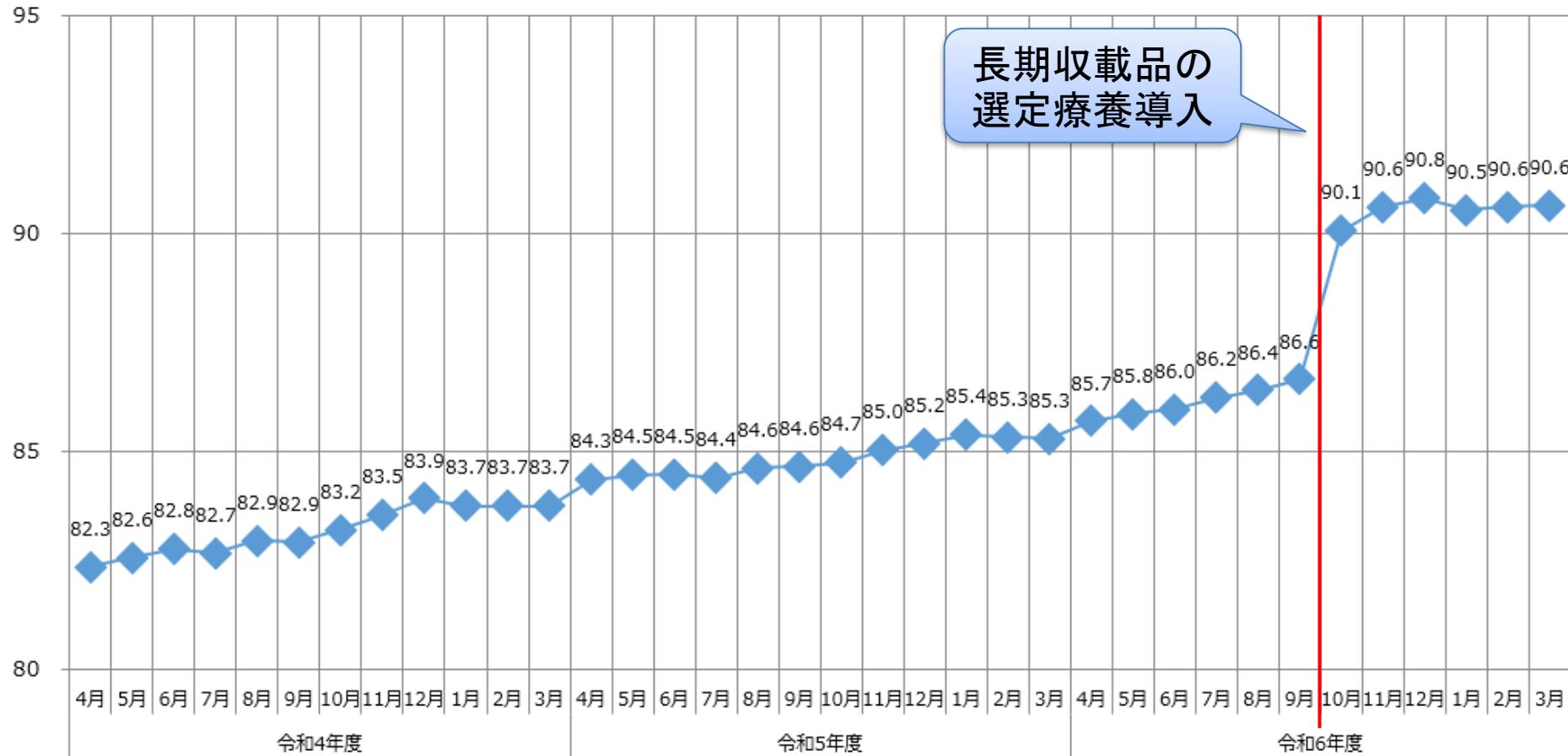
- 後発医薬品割合（数量ベース、新指標）は、令和6年度末（令和7年3月）時点で90.6%。
- 令和6年10月、長期収載品の選定療養の制度が開始された。

(再掲)

(%)

後発医薬品割合（数量ベース）の推移

長期収載品の
選定療養導入



注1) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注2) 「後発医薬品割合（数量ベース）」は、〔後発医薬品の数量〕/〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕で算出している。

医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が順守すべきガイドラインの概要①

中医協総 - 2

(再掲)

7 . 1 0 . 1 7

- 「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」での議論を踏まえ、流通改善を図っていくため、流通改善ガイドラインを策定・改訂している。

<医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン>（抄）

（平成30年1月23日施行、令和6年3月1日改訂）

経緯と目的：

薬価調査における適切な市場実勢価の把握を行うに当たっては、流通関係者が、公的医療保険制度における薬価基準で定められた公定価格を踏まえつつ、透明な市場実勢価の形成に努めることが必要である。（略）流通関係者から構成されるワーキングチームを発足させ、これらの要請に対して流通改善のための取組を厚生労働省も行ってきたところである。（略）国が主導し、流通改善の取組を加速するため、「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」（以下「流通改善ガイドライン」という。）を作成し、遵守を求めるとともに、流通改善ガイドラインの趣旨・内容を「未妥結減算制度」に取り入れるなど、診療報酬等における対応を検討することを含め、保険制度上の施策をはじめとする総合的な取組を実施することとした。

～中略～

3 卸売業者と保険医療機関・保険薬局との関係において留意する事項

- （1）早期妥結と単品単価交渉に基づく単品単価契約の推進
- （2）医薬品の価値を無視した過大な値引き交渉及び不当廉売の禁止
- （3）頻繁な価格交渉の改善

妥結率が低い場合（未妥結減算制度）

・初診料、再診料、調剤基本料等からの減算

流通関係者：

医薬品メーカー、卸売業者、保険医療機関及び保険薬局といった、医薬品の取引に関する者を指す。

4 流通当事者間で共通して留意する事項

- (1) **返品**の扱い
- (2) **回収**の扱い
- (3) 公正な競争の確保と法令の遵守
- (4) カテゴリーごとの流通のあり方

5 流通の効率化と安全性・安定供給の確保

- ◆ 卸売業者は、**頻回配送・急配**の回数やコスト負担等について、取引先の保険医療機関・保険薬局に対し、かかるコストの根拠等に基づき説明を行い理解を求める。また、安定供給に支障を来す場合や、卸売業者が費用負担を求める場合には、当事者間で契約を締結すること。
- ◆ 流通関係者全体が、流通の効率化と安定供給の確保のため、**常に適正な在庫量を維持**し、卸売業者は必要な提案等を行うこと。
- ◆ 「医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議」の取りまとめを踏まえ、サプライチェーンの安定性確保のため、過剰な在庫確保や不必要的急配を控えるとともに、実際に供給不安が生じた際には、「医療用医薬品の供給不足が生じる場合の対応スキーム」（令和3年5月28日付医政経発0528 第3号厚生労働省医政局経済課長通知）を実施するなど、安定供給の確保のための取組を行うこと。また、安定確保医薬品については、医療上の重要性に鑑み、特に安定供給の確保に配慮すること。
- ◆ 医薬品の供給量が不足している状況においては、流通関係者は、以下の項目について留意すること。
 - メーカー及び卸売業者は、在庫の偏在防止に努める。
 - 卸売業者及び**保険医療機関・保険薬局**は、必要な患者に必要な医薬品が行き渡るよう、**過剰な発注は控え**、当面の必要量に見合う量のみの購入を行う。
 - 保険薬局は、自らの店舗で不足している医薬品について、系列店舗や地域における連携により、可能な限り不足している医薬品の調整に努める。

流通改善ガイドラインの対応状況について（薬局）

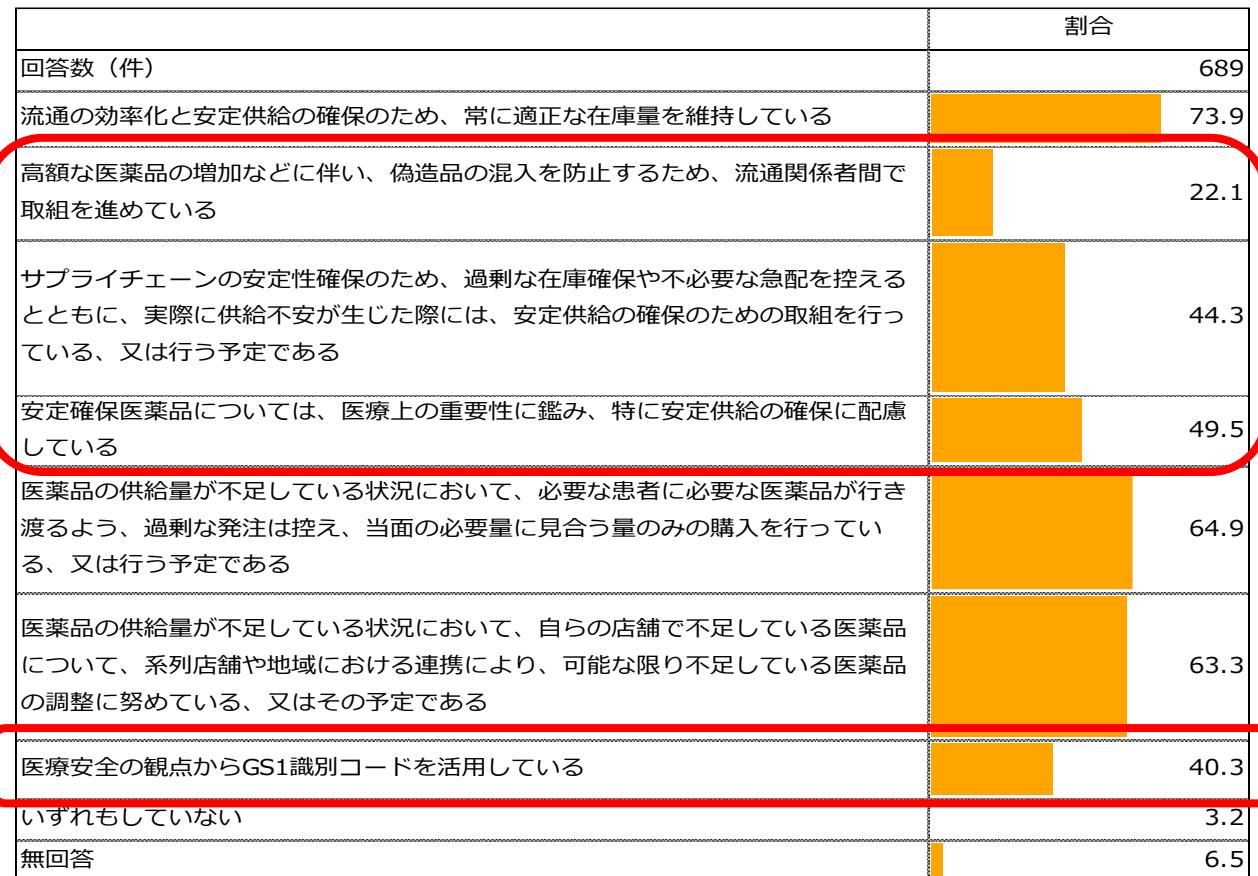
- 流通改善ガイドラインでは、流通関係者（保険薬局を含む）が遵守すべき項目を定めているが、薬局における認知度について調査した結果は、約半数が「知らない」という回答であった。
- 流通の効率化と安全性・安定供給の確保状況に関する調査結果においては、取り組んでいる薬局が半数以下である項目があった。特に、「偽造品の混入を防止するため、流通関係者間で取組を進めている」薬局は3割未満で最も少ない。

■薬局における流通改善

ガイドラインの認知について

	割合
回答数（件）	689
知っている	46.7
知らない	50.1
無回答	3.2

■流通の効率化と安全性・安定供給の確保状況



後発医薬品の供給体制に係る現状（薬局）

- 薬局における後発医薬品供給体制について、「支障を来している」と回答した薬局は約78%であり、1年前と比較して、供給体制の変化については「変わらない」と回答した薬局が約60%であった。
- 供給不安報告制度の開始前と比較し、後発医薬品の使用割合が減った薬局において、減少した理由については「後発医薬品の在庫がない、あるいは入庫（入手）できないのでやむをえず先発を調剤した」と答えた薬局が9割を超えていた。

■現時点での後発医薬品の供給体制についての考え方

	割合
回答数（件）	689
支障を来たしている	77.9
影響はあるが大きな支障は無い	21.3
支障は無い	0.7
無回答	0.0

■供給不安報告制度の開始前（令和2年12月以前）と比較し、後発医薬品の調剤割合が「かなり減った」または「やや減った」と回答した薬局において、後発医薬品の調剤割合が減った理由（後発調剤体制加算別）

	割合
回答数（件）	689
後発医薬品の調剤割合がかなり減った	1.3
後発医薬品の調剤割合がやや減った	13.1
後発医薬品の調剤割合の変化はほとんどなかった	32.8
後発医薬品の調剤割合が増えた	35.4
分からない	14.9
無回答	2.5

■1年前と比較した後発医薬品の供給体制の変化

	割合
回答数（件）	689
改善した	15.5
変わらない	59.1
悪化した	24.2
無回答	1.2

	全体	後発医薬品調剤体制加算1	後発医薬品調剤体制加算2	後発医薬品調剤体制加算3	届出(算定)なし
回答数(件)	99	3	17	69	9
後発医薬品を調剤できる処方箋が減った	2.0	0.0	0.0	2.9	0.0
患者(家族含む)が先発医薬品を希望した	1.0	0.0	5.9	0.0	0.0
後発医薬品の在庫が無い、あるいは入庫(入手)できないのでやむをえず先発医薬品を調剤した	97.0	100.0	94.1	97.1	100.0
その他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

後発医薬品の供給体制に係る現状（病院）

- 後発医薬品の供給状況に関する調査において、供給体制の変化は1年前と比較して「悪化した」、病院における後発医薬品に係る対応の業務量は1年前と比較して「増えた」と答える病院が、いずれも半数を超えている。
- 後発医薬品の使用を進めるために必要な対応として、「後発医薬品に関する安定供給体制の確保」と答える病院は9割を超えている。

■ 1年前と比較した後発医薬品の供給体制の変化

	割合
回答数（件）	221
改善した	7.7
変わらない	35.3
悪化した	54.8
無回答	2.3

■ 後発医薬品の使用を進めるために必要な対応

	割合
回答数（件）	221
厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底	27.1
後発医薬品メーカー・卸による品質保証が十分であること	51.1
後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保	42.5
後発医薬品に関する安定供給体制の確保	91.0
後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合	34.8
後発医薬品の在庫管理の負担軽減	30.3
先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダリングシステムの導入	16.7
後発医薬品に対する患者の理解	16.7
後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価	29.9
後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価	23.1
後発医薬品の出荷停止・出荷調整等を含む安定供給に係る特例措置	56.6
後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国、共同開発などの情報開示	23.1
調剤に関する保険薬局との連携	6.8
患者負担が軽減されること	12.2
その他	4.1
特に対応は必要ない	0.9
無回答	3.2

処方等に関する評価の見直し

医科

リフィル処方及び長期処方の推進

- リフィル処方及び長期処方を適切に推進する観点から、以下の見直しを行う。
- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す(66点→56点)。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。
- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。

医科

処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

- 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行

【一般名処方加算】	
一般名処方加算1	7点
一般名処方加算2	5点
【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算1	47点
後発医薬品使用体制加算2	42点
後発医薬品使用体制加算3	37点
【外来後発医薬品使用体制加算】	
外来後発医薬品使用体制加算1	5点
外来後発医薬品使用体制加算2	4点
外来後発医薬品使用体制加算3	2点
【薬剤情報提供料】	10点
【処方箋料】	
1 向精神薬他剤投与を行った場合	28点
2 1以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	40点
3 1及び2以外の場合	68点



改定後

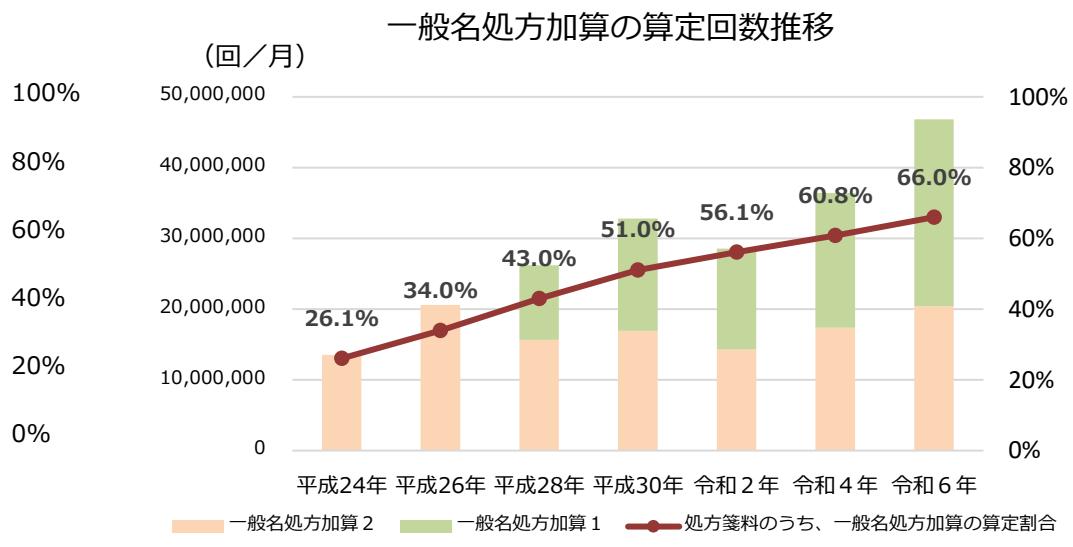
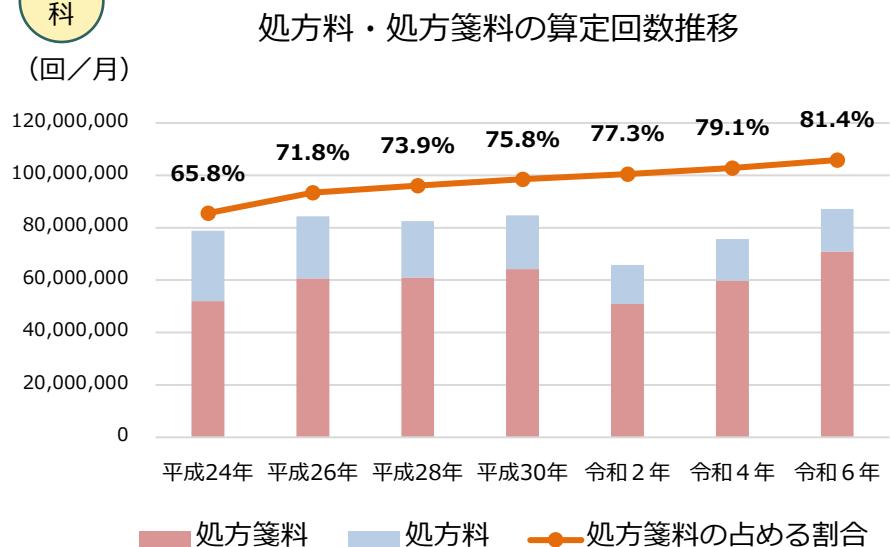
【一般名処方加算】	
一般名処方加算1	<u>10点</u>
一般名処方加算2	<u>8点</u>
【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算1	<u>87点</u>
後発医薬品使用体制加算2	<u>82点</u>
後発医薬品使用体制加算3	<u>77点</u>
【外来後発医薬品使用体制加算】	
外来後発医薬品使用体制加算1	<u>8点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2	<u>7点</u>
外来後発医薬品使用体制加算3	<u>5点</u>
【薬剤情報提供料】	<u>4点</u>
【処方箋料】	
1 向精神薬他剤投与を行った場合	<u>20点</u>
2 1以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	<u>32点</u>
3 1及び2以外の場合	<u>60点</u>

処方箋料・一般名処方加算

- 「処方箋料」「処方料」の算定回数合計のうち「処方箋料」の算定回数が占める割合と、「処方箋料」の算定回数のうち「一般名処方加算」の算定回数が占める割合は、いずれも増加傾向である。



(回/月)



※平成26年改定以前の「一般名処方加算」は、「一般名処方加算2」に相当する。

(参考)

【処方料】(院内処方)

入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定

- 1 向精神薬他剤投与を行った場合 **18点**
- 2 1以外の場合の他剤投与又は
向精神薬長期処方を行った場合 **29点**
- 3 1及び2以外の場合 **42点**

- 外来後発医薬品使用体制加算1 (使用割合90%以上等) **8点**
 外来後発医薬品使用体制加算2 (使用割合85%以上等) **7点**
 外来後発医薬品使用体制加算3 (使用割合75%以上等) **5点**

【処方箋料】(院外処方)

薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に算定

- 1 向精神薬他剤投与を行った場合 **20点**
- 2 1以外の場合の他剤投与又は
向精神薬長期処方を行った場合 **32点**
- 3 1及び2以外の場合 **60点**

- 一般名処方加算1 **10点**

(後発医薬品のある全ての医薬品(2品目以上に限る。)が一般名処方されている場合)

- 一般名処方加算2 **8点**

(1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合)

処方等に関する評価の見直しによる影響

- 令和6年度改定による「処方箋料の見直し」による処方への影響を医師に聞いたところ、「特に処方の判断に変化はない」が97.3%と最も多かった。
- 一般名処方の件数が増えたと回答した医師に対して、一般名処方が増えた理由を聞いたところ「オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されたから」「一般名処方加算の点数が引き上げられたから」が多かった。

医科

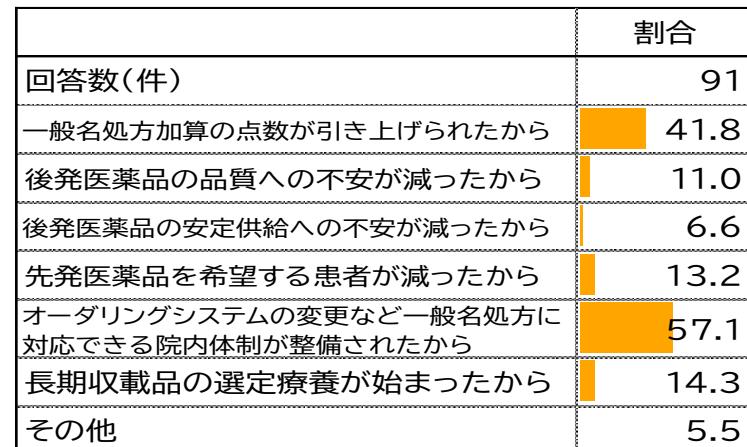
図表 3-18 令和6年度診療報酬改定による処方箋料の見直しによる処方への影響
(個人の処方経験別)

	全体	長期処方有・リ フィル処方有	長期処方有・リ フィル処方無	長期処方無
回答数(件)	400	112	246	42
特に処方の判断に変化はない	97.3	95.5	97.6	100.0
院内処方が増えた	0.0	0.0	0.0	0.0
処方日数を増やした	2.8	4.5	2.4	0.0
無回答	0.0	0.0	0.0	0.0

図表 6-5 1年前と比較した一般名処方の件数の変化

	今回調査	参考:令和6年度調査
回答数(件)	215	210
増えた	42.3	46.7
変わらない	54.4	49.5
減った	3.3	2.9
無回答	0.0	1.0

2.⑥ 一般名処方が増えた理由



地域フォーミュラリの作成状況調査（令和7年5月）

- 全都道府県に対して、地域フォーミュラリの策定主体や医薬品の種類等の実態調査を令和7年5月に行い、同年9月に厚労省HPにて公表した。
 - 全国での策定件数は18件（策定中も含む。）、12府県で1件以上策定されていた（※）。
- （※）山形県、茨城県（2件）、埼玉県、神奈川県（2件）、石川県（策定中）、長野県、愛知県（2件）、大阪府（3件）、兵庫県、和歌山県（策定中）、広島県（2件）、沖縄県。なお、上記数字は都道府県が把握しているものに限られ、例えば市町村のみが把握しているものなどは含まれないことから、過小な結果となっている可能性がある。
- 今後さらにアンケート等を実施し地域フォーミュラリの実態を把握・分析した上で、自治体や関係団体の意見も伺いつつ、全国展開に資する方策を引き続き検討する見込み。

参加主体

策定に参加する主体としては薬剤師会、その次に医師会が多かった。また、その内で中心的役割を果たす主体についても同様の傾向が見られた。

医師会	13件
歯科医師会	12件
薬剤師会	15件
医療機関	9件
その他	11件

策定に係る検討の場

策定に係る検討の場としては新規に立ち上げたものが一番多く、次に後発医薬品使用促進協議会などの既存の協議会を活用したものが多かった。

新規立ち上げ	12件
後発医薬品使用促進協議会を活用	1件
その他既存の協議会を活用	4件
その他	1件

対象となる医薬品の種類

都道府県が把握している17件の中では、プロトンポンプ阻害剤（12件）が最も多く、HMG-CoA還元酵素阻害薬（11件）、アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬（9件）が続いた。

後発医薬品安心使用促進事業を活用した取組（大阪府）

- 大阪府では、後発医薬品安心使用促進事業の重点地域使用促進強化事業として、次のモデル地域において、地域フォーミュラリ策定に向けた地域協議会等の取組を実施。（大阪府薬剤師会への委託事業）

地域(年度)	策定・運用状況	特徴
八尾市 (H30～R3)	○抗インフルエンザ薬 ○消化性潰瘍治療薬(PPI・P-CAB) ※R4年度以降も自主事業により 高脂血症治療薬(スタチン)、 高血圧治療薬(ARB)など薬効群を拡充	<u>市立病院等基幹病院の院内フォーミュラリの取組みから始まり</u> 、八尾市薬剤師会を中心に地域医師会・歯科医師会・基幹病院の関係者からなるフォーミュラ委員会を組織。
大阪市 天王寺区 (R4-5)	○アレルギー性鼻炎治療薬 ○痛風治療薬(尿酸生成抑制薬) ○高血圧治療薬(Ca拮抗薬/ARB) ○高脂血症治療薬(多価不飽和脂肪酸製剤)	地域医師会・歯科医師会の委員に加え、日頃からの吸入指導などを通じた薬局薬剤師と病院の薬剤師による病薬連携の基盤を活かし、 <u>病院薬剤師が地域フォーミュラリへ積極的に参画</u> 。
高槻市 (R4-5)	○痛み止め薬(消炎・鎮痛剤) ○消化性潰瘍治療薬(PPI・P-CAB) ○骨粗しょう症治療薬(ビスホスホネート製剤) ○痛風治療薬(尿酸生成抑制薬)	<u>地域医師会・歯科医師会・薬剤師会の連携を基盤とし、対象薬効群の選定期階から医師・歯科医師の意見を反映して歯科を含む比較的幅広い診療科で使用される消炎・鎮痛剤などを対象に含めている。</u> フォーミュラリ策定後に、市内の病院薬剤部へ共有。

令和6年度の重点地域使用促進事業(地域フォーミュラリ)の取組み

●地域フォーミュラリ関連医薬品等使用実績見える化プロジェクト

国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータから地域別(都市区別)に後発医薬品を採用する参考となる医薬品の使用実績リストを作成・公表
<https://www.pref.osaka.lg.jp/o100100/yakumu/generic/gelist.html>

※R4に二次医療圏別から都市区別のデータ。R5には後発医薬品のない先発医薬品のデータも掲載。R6はデータの更新予定。

→医療関係者に活用を働きかけ、地域フォーミュラリ作成のための基礎資料として活用

●地域フォーミュラリ策定支援プロジェクト

①新たに2つのモデル地域(堺市、守口市)において、地域フォーミュラリ策定に向けた地域協議会等の取組みを実施(大阪府薬剤師会への委託事業)

※ 地域フォーミュラリの活用状況に関する医療機関向けアンケート調査
(既存のモデル地域である八尾市、大阪市天王寺区、高槻市)を実施

②医療機関における地域参画促進事業

・病院薬剤師・薬局薬剤師向け地域フォーミュラリに関する研修会(大阪府病院薬剤師会への委託事業)

※令和6年度第1回大阪府後発医薬品安心使用促進のための協議会
(令和6年9月30日開催) 資料1より抜粋

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針 (令和5年厚生労働省告示第234号)

- 第1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項
- 二 計画の内容に関する基本的事項
- 3 目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
 - (2) 医療の効率的な提供の推進
 - ② 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

第四期都道府県医療費適正化計画においては、各都道府県が設定する後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進に関する数値目標の達成に向け、都道府県域内における後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進策等について記載することが考えられる。こうした施策としては、例えば、後発医薬品及びバイオ後続品を医療関係者や患者が安心して使用することができるよう、医療関係者、保険者等や都道府県担当者等が参画する後発医薬品の使用促進に関する協議会を活用して、医療関係者への情報提供など都道府県域内における後発医薬品及びバイオ後続品の使用に関する普及啓発等に関する施策を策定・実施することが考えられる。また、都道府県域内の後発医薬品の薬効別の使用割合のデータ等を把握・分析することにより、使用促進の効果が確認されている差額通知の実施等の保険者等による後発医薬品の使用促進に係る取組を支援することのほか、**医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリについて、都道府県域内の医療関係者に対して「フォーミュラリの運用について」（令和5年7月）の周知をはじめとした必要な取組を進めることが考えられる。**

後発医薬品の安定供給・使用促進等についての現状・課題と論点

【後発医薬品使用推進から医薬品の安定供給に資する取組の推進へ】

- ・ 薬局における後発医薬品の使用割合は、9割を超えている。
- ・ 一方で、薬局や病院において、先発医薬品に加えて後発医薬品の在庫も相当量を抱えること等による追加的なコストに加え、後発医薬品の供給状況は悪化し、現場での業務負担が増大しており、医療提供の安定性に課題が生じている。
- ・ 医薬品の安定供給については、流通改善ガイドラインにおいて、流通関係者（薬局を含む）が取り組むべき適正な在庫確保や配送、返品についての規定があるが、その認知度は低い。
- ・ 地域フォーミュラリについて、12都道府県において、策定もしくは策定中にあるものが18件であった。
- ・ 令和6年度改定において、後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、処方箋料、一般名処方加算等の見直しを行った。改定結果検証調査では、「処方箋料の見直し」による処方への影響について、「特に処方の判断に変化はない」が最も多い結果であった。

【論点】



- ・ 後発医薬品の使用割合の維持や使用促進のみならず、医薬品の安定供給体制を支える取組を促進する観点から、流通改善ガイドライン等を踏まえ、多くの医薬品を在庫管理する体制を含めた報酬上の評価をどのように考えるか。
- ・ 後発医薬品の使用促進の推進等の観点から、処方箋料、一般名処方加算等の評価のあり方についてどのように考えるか。

1. 後発医薬品の安定供給・使用促進等について
2. バイオ後続品の使用促進について

先行バイオ医薬品の保険給付の在り方の見直しに係る論点

一部改

論点

- 一般的に、低分子医薬品と比較するとバイオ医薬品は薬価が高いとともに、製造工程が複雑なため製造体制の確保に時間要する。
- また、バイオ後続品は先行バイオ医薬品と同等・同質の品質、安全性・有効性を有することが臨床試験等で検証されているが、
 - ・ 有効成分が同一ではなく、バイオ後続品に切り替えるには医師の判断が必要（変更調剤できない）
 - ・ 低分子医薬品は先発品と後発品に共通の一般名があるが、バイオ医薬品には先行品と後続品に共通の一般名が存在しない
 - ・ 後発医薬品については一般名処方加算（医科）や後発医薬品調剤体制加算（調剤）があり、患者が後発医薬品を選択できる体制が整備されてきたが、バイオ後続品については、一般名処方加算やバイオ後続品を調剤できる体制を評価する点数がないといった特徴がある。
- 他方で、バイオ後続品への置き換え率は金額ベースで33.7%（令和6年薬価調査）と低いとともに、バイオ後続品の数値目標（※）にも達していないため、引き続き置き換えを促していく必要がある。
(※) 2029年度までに、バイオ後続品が80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上とすることを目標としているが、現状（2024年度）では、バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数は22.2% (=4成分/18成分)。
- バイオ後続品の使用を促進する観点から、保険医療機関・保険薬局における体制整備等について中医協において議論が進められているが、現時点におけるバイオ医薬品を取り巻く状況を踏まえ、**患者がバイオ後続品を選択できるよう、環境整備を進めていくために、どのような方策が考えられるか。**

バイオ後続品の一般名処方について

- 一般名処方加算は、現在「後発医薬品のある医薬品」の一般名処方のみを評価の対象としている。
- 一般名処方を行う際の標準的な記載を定めた「一般名処方マスタ」には、バイオ医薬品は掲載されていない。

The screenshot shows the official website of the Ministry of Health, Labour and Welfare (厚生労働省) in Japan. The main navigation bar includes links for Home, Contact Us, About the Agency, Policies, Statistics, Legal Information, Application Forms, and English version. A search bar and a link for comments are also present. The page title is 'General Prescription Master' (一般名処方マスタ). The content area discusses the standard notation for general prescriptions (general name prescription) and its application from August 14, 2017. It includes a table titled 'General Prescription Master' (General Name Prescription Master) comparing generic names with brand names and their respective prices.

ひとくらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

ホーム ■ ホーム ■ お問い合わせ ■ よくあるご質問 ■ ワイドマップ ■ 地図ダウンロード ■ サイト閲覧支援ツール ■ English

文字サイズの変更 ■ 大 ■ 特大 ■ Google 検索 ■ 検索

御意見募集やパブリックコメントはこちら ■ 国民参加の場

■ 政策について ■ 厚生労働省について ■ 統計情報・白書 ■ 所管の法令等 ■ 申請・募集・情報公開

テーマ別に探す ■ 報道・広報

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 医療保険が適用される医薬品について > 処方箋に記載する一般名処方の標準的な記載(一般名処方マスタ)について(令和7年8月14日適用)

8月14日適用

処方箋に記載する一般名処方の標準的な記載(一般名処方マスタ)について(令和7年8月14日適用)

平成24年4月1日以降、後発医薬品が存在する医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載(以下「一般名処方」という。)による処方箋を交付した場合に、医療機関において一般名処方加算を算定できることとなりました。

また、平成20年4月1日以降、従来の加算を「一般名処方加算2」とし、これに加えて、後発医薬品のある全ての医薬品(2品目以上の場合に限る。)が一般名処方されている場合に「一般名処方加算1」を算定できることとなりました。

一般名処方加算1及び一般名処方加算2の対象となるすべての成分・規格(院外処方が想定されないものを除く。)についての、処方箋に記載する一般名処方の標準的な記載は、一般名処方マスタに示したとおりですので、一般名処方を行って参考ください。

なお、一般名処方加算2については、後発医薬品のある先発医薬品(昭和42年以前に承認・薬価収載された医薬品(その後の剤形・規格追加等を含む))のうち、価格差のある後発品があることから「先発医薬品に準じたもの」とみなされるものを含む。)が対象となります。一般名処方加算1では、これに加えて、診療報酬上の評価の対象となる後発医薬品の全てが対象となります。

現在、一般名処方に対応している薬剤は、化成品のみであり、バイオ医薬品については掲載がない。

一般名処方マスタ

令和7年8月14日適用

区分	一般名コード	一般名処方の標準的な記載	成分名	規格	一般名処方加算対象	例外コード	同一剤形・規格外の最低基準	備考
内用薬	1124001F2ZZZ	【般】エスクソラム錠 2 mg	エスクソラム	2 mg 1錠	加算1,2		6.60	
内用薬	1124003C1ZZ	【般】ニトラゼバム細粒 1%	ニトラゼバム	1% 1 g	加算1		10.60	
内用薬	1124003F2ZZZ	【般】ニトラゼバム錠 5 mg	ニトラゼバム	5 mg 1錠	加算1,2		5.70	
内用薬	1124003F3ZZZ	【般】ニトラゼバム錠 1 0 mg	ニトラゼバム	1 0 mg 1錠	加算1,2		5.90	
内用薬	1124007F1ZZZ	【般】トリアソラム錠 0_ 1 2 5 mg	トリアソラム	0_ 1 2 5 mg 1錠	加算1,2		5.90	
内用薬	1124007F2ZZZ	【般】トリアソラム錠 0_ 2 5 mg	トリアソラム	0_ 2 5 mg 1錠	加算1,2		6.10	
内用薬	1124008F1ZZZ	【般】フルニトラゼバム錠 1 mg	フルニトラゼバム	1 mg 1錠	加算1,2		5.90	
内用薬	1124008F2ZZZ	【般】フルニトラゼバム錠 2 mg	フルニトラゼバム	2 mg 1錠	加算1,2		6.10	
内用薬	1124009F1ZZZ	【般】プロチソラム 0_ 2 5 mg	プロチソラム	0_ 2 5 mg 1錠	加算1,2		10.40	
内用薬	1124009F2ZZZ	【般】プロチソラム口腔内崩壊錠 0_ 2 5 mg	プロチソラム	0_ 2 5 mg 1錠	加算1,2		10.40	
内用薬	1124017F2ZZZ	【般】ジアゼバム錠 2 mg	ジアゼバム	2 mg 1錠	加算1,2		5.90	
内用薬	1124017F4ZZZ	【般】ジアゼバム錠 5 mg	ジアゼバム	5 mg 1錠	加算1,2		6.00	



■ 処方箋料

注6 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、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

一般名処方加算1

10点 (全ての医薬品 2点以上)

一般名処方加算2

8点 (上記以外)

【算定留意事項】 (抜粋)

「注6」に規定する一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載(以下「一般名処方」という。)による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。

※後発医薬品のある医薬品のみが対象

バイオ後続品と先行バイオ医薬品を取り扱う薬局への負担

- バイオ医薬品の取扱いにおいては、その特性から、保冷庫管理の必要性に伴うコストや、高額であることから在庫を抱えることへのリスク等、薬局には管理上の負担が生じる。
- バイオ後続品を院外処方するにあたって、処方医が薬局薬剤師に望むこととしては、「患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うこと」が最も多く6割を超えていた。

■薬局における保冷庫の逼迫状況



○ : バイオ後続品が薬価収載されている薬剤

第621回 中央社会保険医療協議会（個別事項について 後発医薬品・バイオ後続品・服用薬剤調整支援等の評価）（令和7年10月17日）

低分子の医薬品と比べて価格が高額であることや、熱による安定性が低い注射剤であるといった特性がある。これらの**バイオ後続品の特性を踏まえた形での使用促進の取組が必要**。

■バイオ後続品を院外処方するにあたって薬局・薬剤師に望むこと（複数回答） (バイオ後続品使用体制加算の算定有無別)

	割合
回答数（件）	86
「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、予め合意した方法で情報提供を受けること	27.9
「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、合意方法や頻度により情報提供を受けること	19.8
患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うこと	66.3
患者に対して、バイオ後続品の旨及啓発を行うこと	29.1
その他	3.5
無回答	5.8

区分10の3 服薬管理指導料

注7 調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行った又は口に掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

□ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合 10点

バイオ医薬品
は対象外

バイオ後続品使用体制加算の概要

バイオ後続品使用体制加算（入院初日） 100点

▶ バイオ後続品の品質、有効性、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえバイオ後続品の採用を決定する体制が整備されている医療機関を評価したもの。

[算定要件]

以下の要件を満たす保険医療機関において、**バイオ後続品のある先発バイオ医薬品及びバイオ後続品を使用する患者について、入院初日に算定する。**

- ・バイオ後続品使用体制加算は、入院及び外来においてバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行っている旨を見やすい場所に掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載している。
- ・保険医療機関の調剤したバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が各成分に定められた割合以上である。

※入院日時点において
バイオ医薬品を使用するか否
かが不確定であるケースがある。

[主な施設基準]

- ・バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- ・バイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- ・以下の①～③を満たすこと。ただし②と③については、直近1年間における当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。
 - ① 直近1年間におけるバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品の使用回数の合計 > **100回**
 - ② $\frac{(1) \text{に掲げるバイオ医薬品の内、バイオ後続品の規格単位数量の合計}}{(1) \text{に掲げるバイオ医薬品の規格単位数量の合計 (バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品を除く)}} \geq 0.8$
 - ③ $\frac{(2) \text{に掲げるバイオ医薬品の内、バイオ後続品の規格単位数量の合計}}{(2) \text{に掲げるバイオ医薬品の規格単位数量の合計 (バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品を除く)}} \geq 0.5$

(1) 80%以上を基準とする成分

- (イ) エポエチン
- (ロ) リツキシマブ
- (ハ) トラスツズマブ
- (ニ) テリパラチド

(2) 50%以上を基準とする成分

- | | |
|----------------|----------------|
| (イ) ソマトロピン | (ロ) インフリキシマブ |
| (ハ) エタネルセプト | (ニ) アガルシダーゼベータ |
| (ホ) ベバシズマブ | (ヘ) インスリンリスプロ |
| (ト) インスリニアスパルト | (チ) アダリムマブ |
| (リ) ラニビズマブ | |

バイオ後続品使用体制加算届出施設数（令和6年8月1日時点）

468 病院

算定回数（令和6年8月審査分）

8,704 回／月

バイオ後続品についての現状・課題と論点

【患者がバイオ後続品を選択できるための環境整備について】

- 一般名処方加算は、現在「後発医薬品のある医薬品」の一般名処方のみを評価の対象としている。
- 一般名処方を行う際の標準的な記載を定めた「一般名処方マスタ」には、バイオ医薬品は掲載されていない。

【バイオ医薬品の特性について】

- バイオ医薬品は、その特性から、冷所保管、高額薬剤であるものが多いため、先行品と後続品の在庫を抱える薬局の費用負担は大きい。
- また、バイオ後続品を処方する医師から、薬局薬剤師に対して、「患者に対して、品質や有効性、安全性に関する情報提供を行うこと」が期待されている。

【バイオ後続品使用体制加算について】

- 「バイオ後続品使用体制加算」は、バイオ後続品の品質、有効性、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえバイオ後続品の採用を決定する体制が整備されている医療機関を評価したものであり、バイオ後続品のあるバイオ医薬品を使用する患者の入院初日に算定する。

【論点】



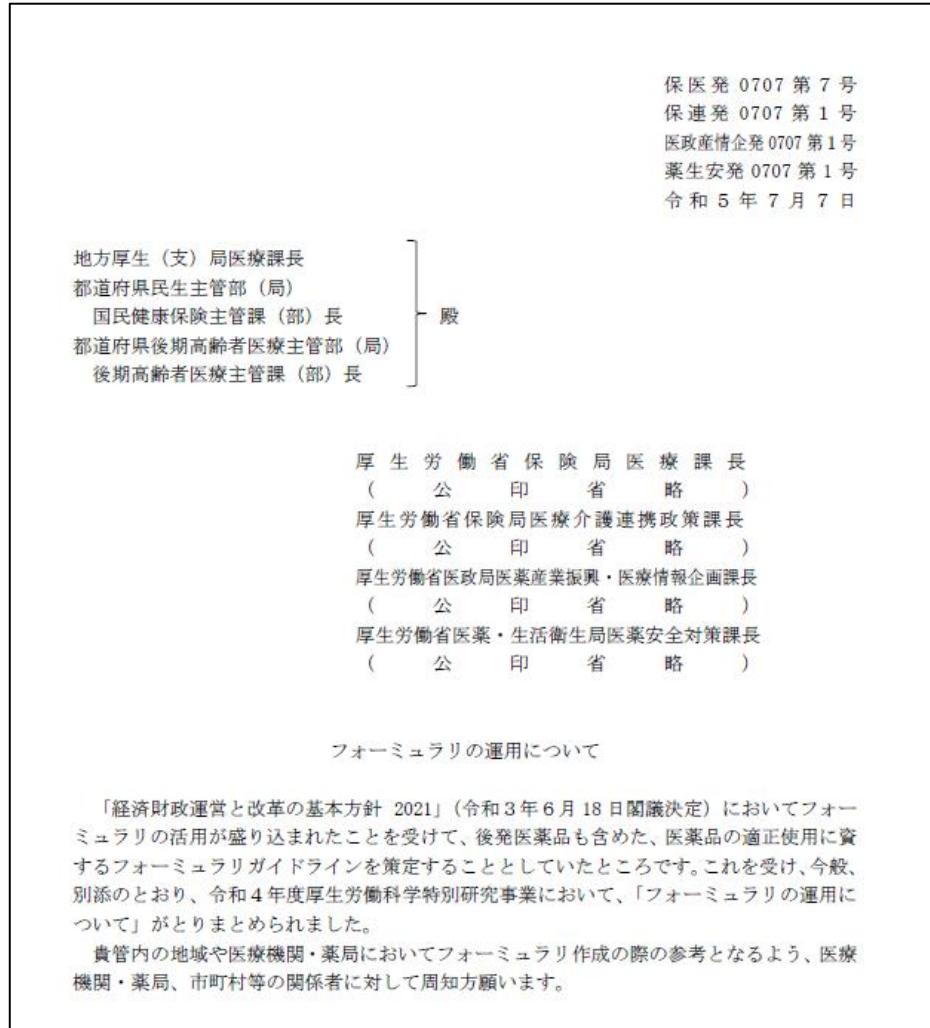
- バイオ後続品使用促進の観点から、バイオ医薬品に係る一般名処方マスタの掲載を検討してはどうか。併せて、バイオ医薬品についても、一般名処方加算の対象としてはどうか。
- バイオ後続品の提供体制を整備するために、薬局における在庫管理のコスト等に鑑み、バイオ後続品と取り扱う薬局の体制の評価について、どのように考えるか。
- バイオ後続品の使用促進にあたって、バイオ後続品はバイオ先行品と同一成分ではないことを踏まえ、患者への品質や有効性、安全性等の説明について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。
- 「バイオ後続品使用体制加算」について、入院日時点においてバイオ医薬品を使用するか否かが不確定であるケースがあることから、その算定日について見直すことについてどのように考えるか。

個別事項(その12)

後発医薬品、バイオ後継品の使用体制②
(参考資料)

地域フォーミュラリガイドライン

関係部局から令和5年7月7日付けで都道府県あてに通知してフォーミュラリの考え方について周知している。



フォーミュラリの運用について

「経済財政運営と改革の基本方針 2021」（令和3年6月18日閣議決定）においてフォーミュラリの活用が盛り込まれたことを受けて、後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラリガイドラインを策定することとしていたところです。これを受け、今般、別添のとおり、**令和4年度厚生労働科学特別研究事業**において、「**フォーミュラリの運用について**」がとりまとめられました。

貴管内の地域や医療機関・薬局においてフォーミュラ作成の際の参考となるよう、医療機関・薬局、市町村等の関係者に対して周知方願います。

(※) 「フォーミュラリの運用について」抜粋

この文書において「地域フォーミュラリ」とは、「地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針」であり、以下「フォーミュラリ」と記載する。

個別事項について（その13）

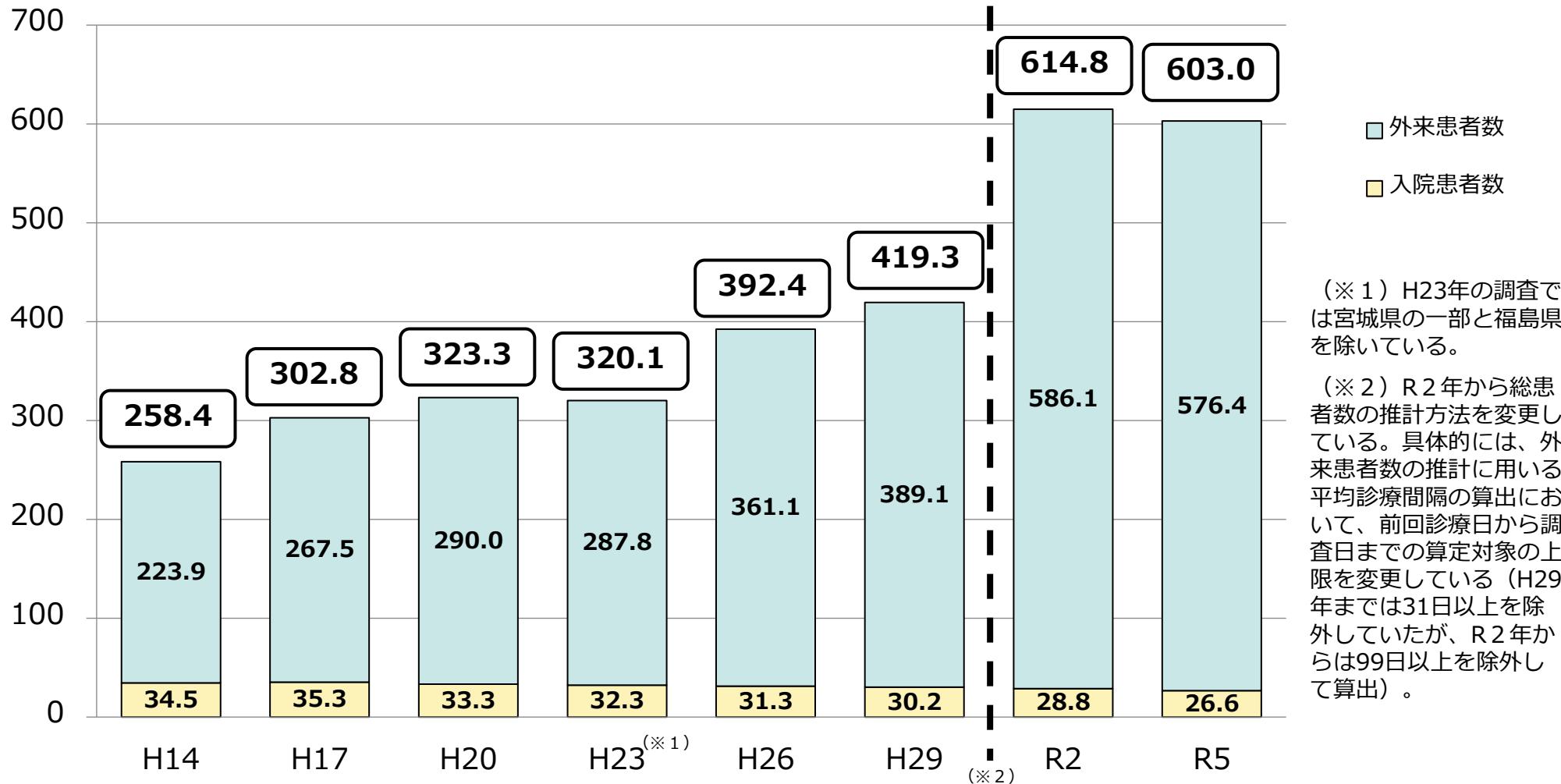
精神医療②

1. 精神医療の現状等について
2. 外来医療について
3. 個別事項について

精神疾患有する総患者数の推移

- 精神疾患有する総患者数は、約603.0万人（入院：約26.6万人、外来：約576.4万人）。

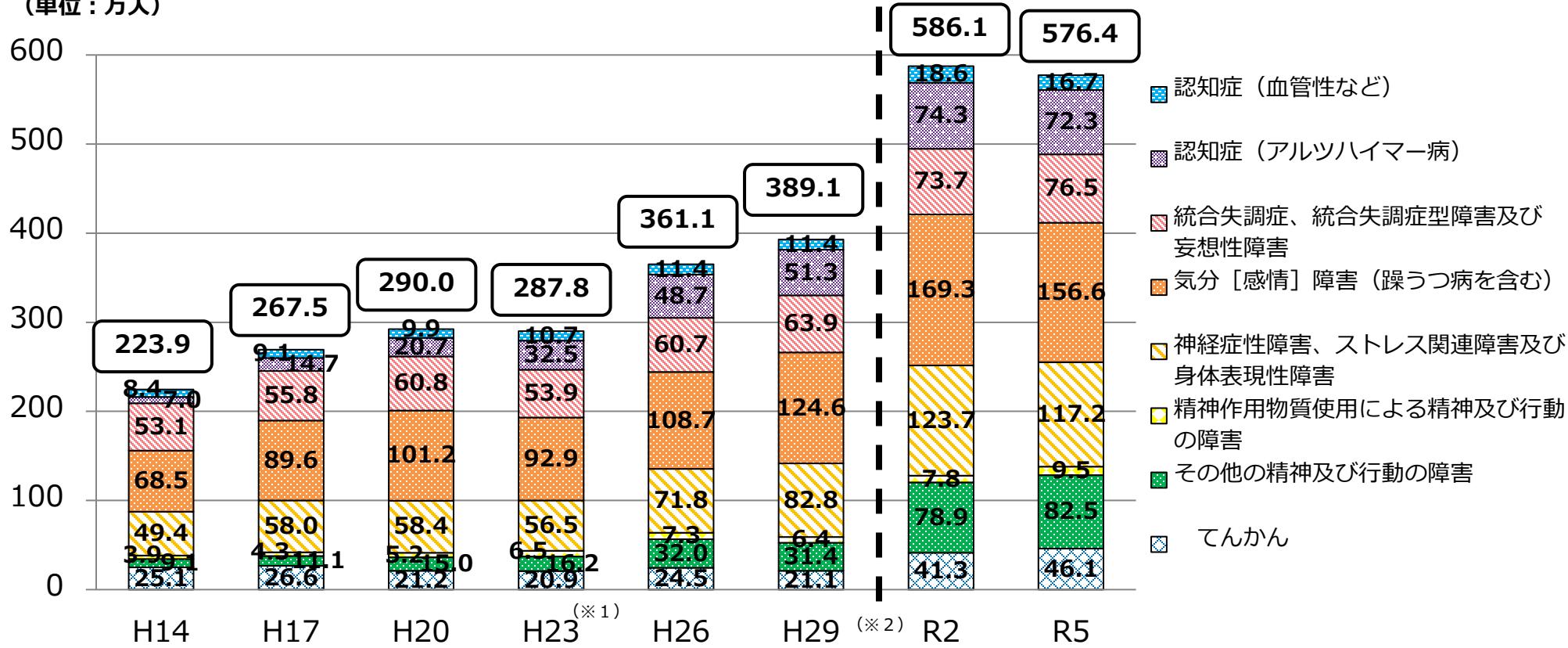
(単位：万人)



精神疾患有する外来患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患有する外来患者数は、約576.4万人。
- 傷病分類別では、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「その他の精神及び行動の障害」の順に多い。

(単位：万人)



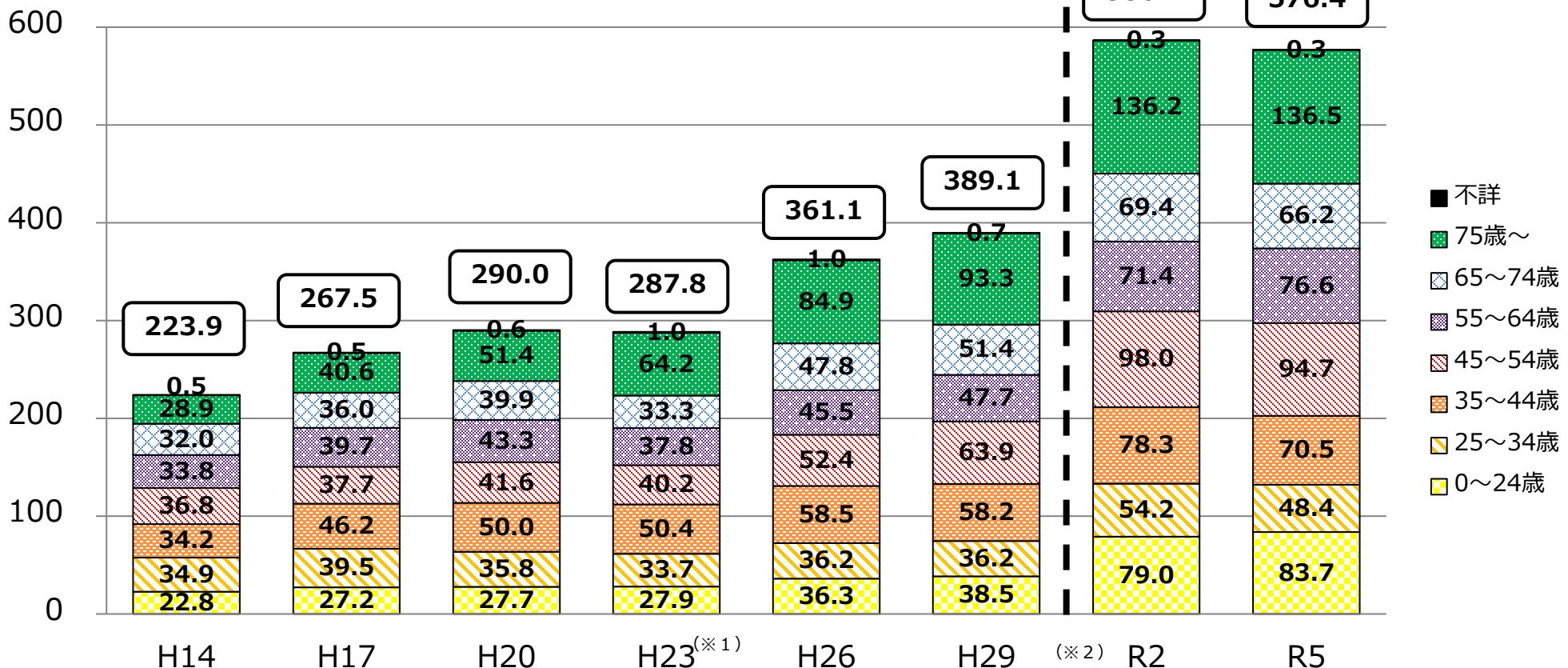
(※ 1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

(※ 2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している(H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出)。

精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約576.4万人。
- 年齢別では、入院患者と比べて、65歳未満の患者の割合が多い。

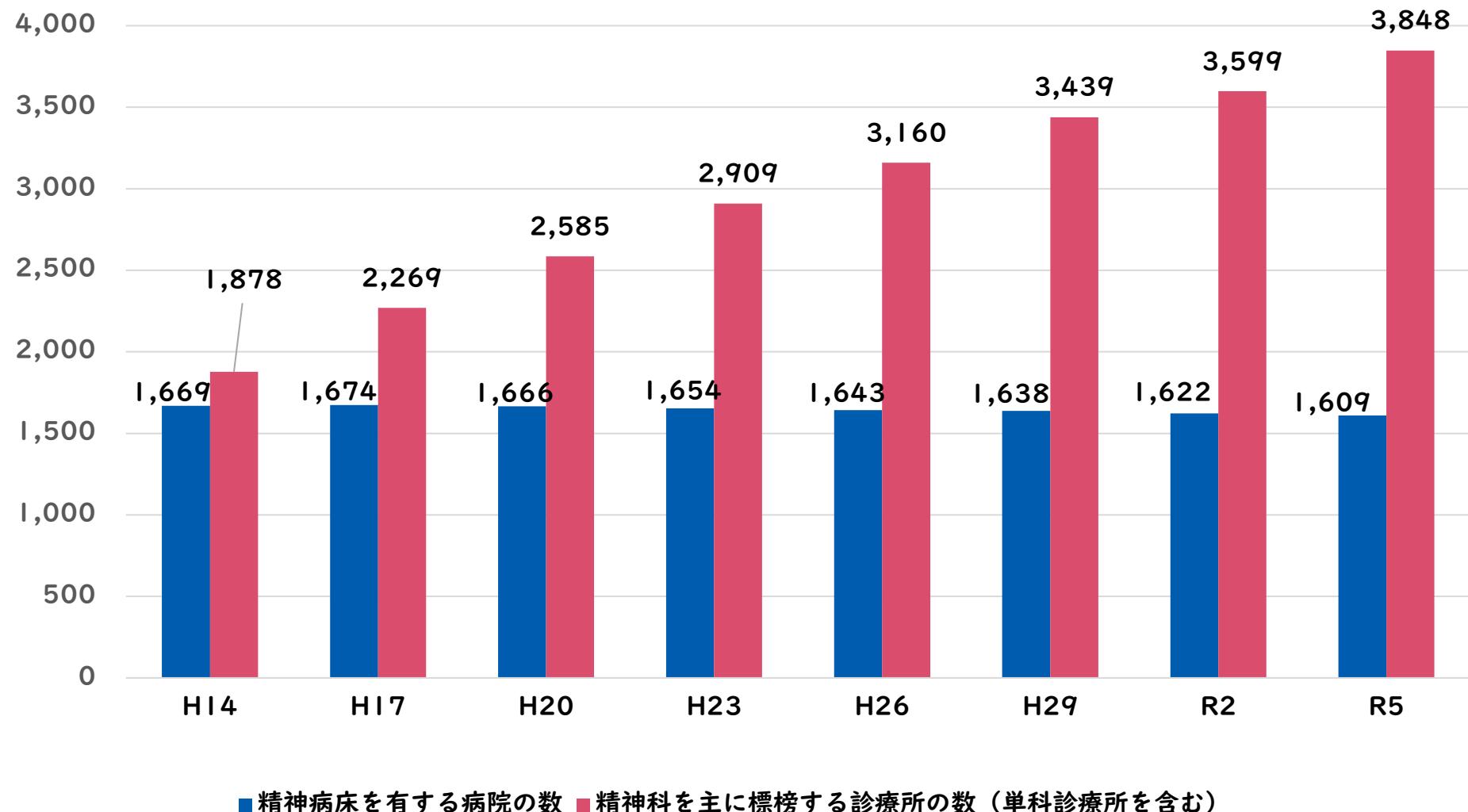
(単位：万人)



(※ 1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

(※ 2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している(H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出)。

精神病床を有する病院数と精神科を主に標榜する診療所数

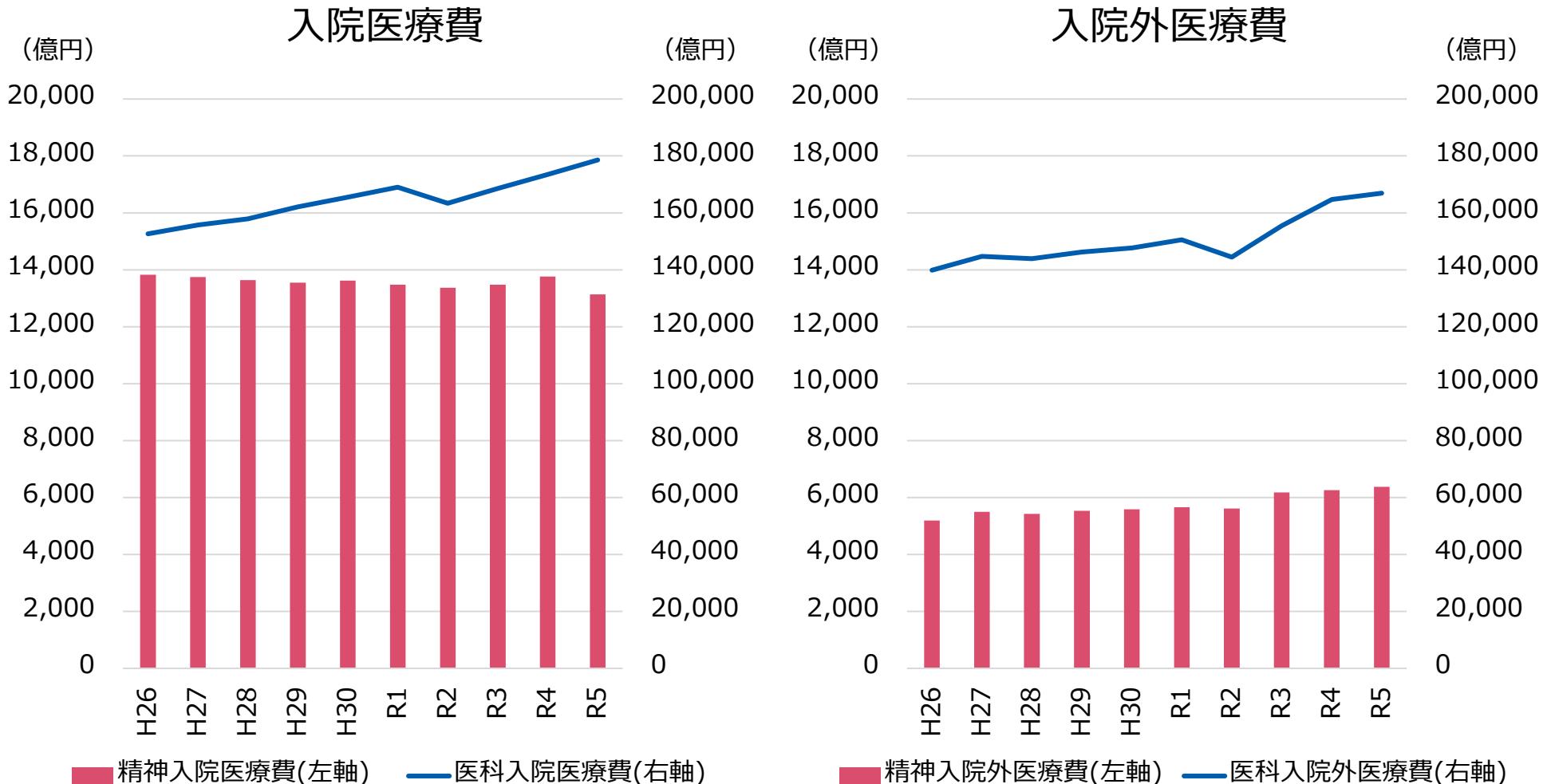


■ 精神病床を有する病院の数 ■ 精神科を主に標榜する診療所の数 (単科診療所を含む)

精神医療に係る医療費の推移

中医協 総-1
7. 10. 24

- 精神医療に係る医療費は、入院医療費については横ばい、入院外医療費については近年増加傾向である。



※ 精神医療費：疾病分類が「V 精神及び行動の障害」である医療費

1. 精神医療の現状等について
2. 外来医療について
 - 2-1 通院・在宅精神療法について
 - 2-2 早期診療体制充実加算について
 - 2-3 情報通信機器を用いた精神療法について
 - 2-4 児童思春期支援指導加算について
3. 個別事項について

通院・在宅精神療法

- 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定することとされており、診察時間や実施者が精神保健指定医であるかによって、評価が分かれている。

第8部 精神科専門療法

通則

- 精神科専門療法の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 精神科専門療法料は、特に規定する場合を除き、精神科を標榜する保険医療機関において算定する。

I 002 通院・在宅精神療法

1 通院精神療法		
イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合		660点
<input type="checkbox"/> 初診日に60分以上	精神保健指定医による場合	600点
	精神保健指定医以外の場合	550点
ハ イ及び口以外の場合	30分以上	精神保健指定医による場合 410点
		精神保健指定医以外の場合 390点
	30分未満	精神保健指定医による場合 315点
		精神保健指定医以外の場合 290点
2 在宅精神療法		
イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合		660点
<input type="checkbox"/> 初診日に60分以上	精神保健指定医による場合	640点
	精神保健指定医以外の場合	600点
ハ イ及び口以外の場合	60分以上	精神保健指定医による場合 590点
		精神保健指定医以外の場合 540点
	30分以上60分未満	精神保健指定医による場合 410点
		精神保健指定医以外の場合 390点
	30分未満	精神保健指定医による場合 315点
		精神保健指定医以外の場合 290点

【留意事項】（一部抜粋）

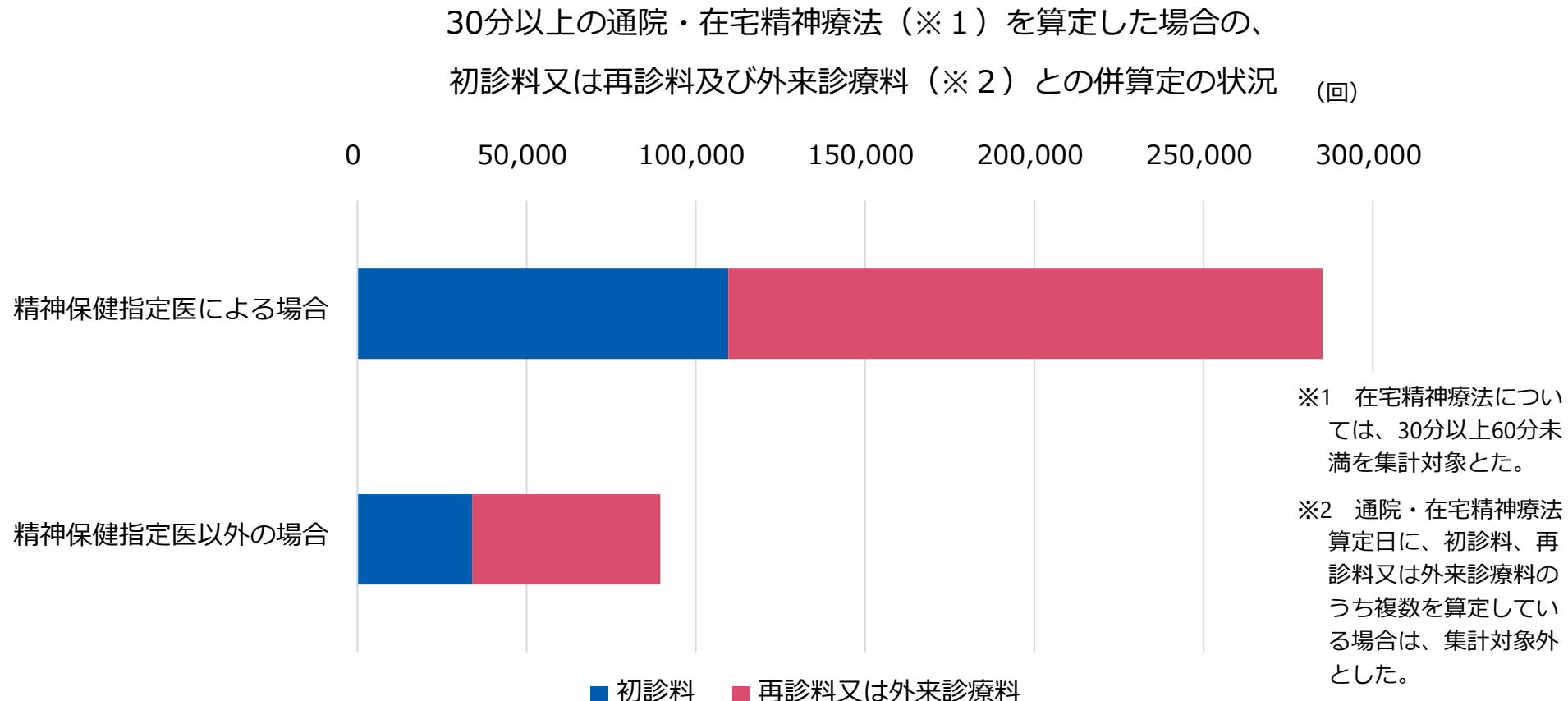
(1) 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。以下この区分において同じ。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。

(2) 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定する。

(3) 通院・在宅精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象に集団的に行われた場合には算定できない。

通院・在宅精神療法算定時における初診、再診の割合

- 通院・在宅精神療法が30分以上実施された場合、そのうち一定程度は初診患者に対する精神療法であった。



精神科の診療について（うつ病）

- 精神科の診察において、例えばうつ病では把握すべき情報等が多岐に渡っており、このような情報等は初診時に把握することが望ましいと考えらえる。

把握すべき情報のリスト

(治療者・患者関係の形成を勘案しながら確認)

- 1) 言い間違い・迂遠さの有無を観察
- 2) 身長・体重・バイタルサイン（栄養状態を含む）
- 3) 一般神経学的所見（パーキンソン症候群、不随意運動を含む）
- 4) 既往歴：糖尿病・閉塞隅角緑内障の有無を確認
- 5) 家族歴：精神疾患・自殺者の有無を含めて
- 6) 現病歴：初発時期、再発時期、病相の機転、「きっかけ」、「悪化要因」、生活上の不都合（人間関係、仕事、家計など）
- 7) 生活歴：発達歴・学歴・職歴・結婚歴・飲酒歴・薬物使用歴を含めて
- 8) 病前のパーソナリティ傾向：他者配慮性・対人過敏性・発揚性・循環性・気分反応性の有無を含めて
- 9) 病前の適応状態：家庭・学校、職場などにおいて
- 10) 睡眠の状態：夜間日中を含めた睡眠時間、いびき・日中の眠気の有無の聴取
- 11) 意識障害・認知機能障害・知能の低下の有無
- 12) 女性患者の場合：妊娠の有無、月経周期に伴う気分変動、出産や閉経に伴う気分変動

注意すべき情報のリスト

- 1) 自殺念慮・自殺企図の有無と程度
- 2) 自傷行為・過量服薬の有無と状況
- 3) 他の医学的疾患による抑うつ障害の除外
- 4) 身体合併症・併用薬物の有無と状況
- 5) 併存症：不安症、強迫症、心的外傷後ストレス障害、神経発達症（自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症）、パーソナリティ障害、アルコール・薬物などの使用障害、原発性睡眠障害他
- 6) 不安性の苦痛を伴うもの
- 7) 混合性の特徴を伴うもの（躁/軽躁病の症状の一部の混入）
- 8) 混合性抑うつ状態（焦燥感の強いうつ状態）
- 9) 双極性うつ病（例：若年発症、抑うつ病相の多さ、双極性障害の家族歴）
- 10) 過去の（軽）躁状態
 - ・活動性の変化（例：「いつもより活動的で調子良いと感じた時期」「普段より仕事がはかどった時期」「よりたくさんアイデアが浮かんだ時期」）
 - ・生活歴の確認（例：職歴などの変化）
- 11) 精神病症状（例：気分に一致する微小妄想、気分に一致しない被害妄想・幻聴。若年者では統合失調症との鑑別）

入院外医療等に関する方向性の整理

第12回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

かかりつけ精神科医機能

- ◆ かかりつけ精神科医機能については、以下の内容の御議論があった。
- 地域において必要な入院外医療の機能を確保する取り組みの一環として、特定機能病院及び歯科医療機関以外の全ての医療機関が、かかりつけ医機能報告制度を実施することを踏まえ、これまで使用してきた「かかりつけ精神科医機能」は、名称の混乱もあることから使用しないこととし、「精神科におけるかかりつけ医機能」として、引き続き必要な機能を確保することとする。
- その際、かかりつけ医機能報告制度において、地域における協議の場で必要な対策を議論し、講じていくという取り組みが始まる予定であるため、精神科領域においても、この取り組みを行い、地域に必要な機能を、複数の医療機関が補完しあいながら面として確保していくこと。

初診待機

- ◆ 初診待機については、以下の内容の御議論があった。
- 初診にかかる前の相談支援体制を確保する観点から、都道府県や市町村等において実施している精神保健に関する相談支援や地域において医療機関等が実施している相談体制等を活用することが重要であるため、それらの情報を整理して、初診の前に当該相談を希望される方が利用できるように、住民に対して広く周知を行うことを進めていくこと。
- 初診の前に実施した相談によって受診が推奨される場合には、速やかに医療機関を受診できるようにする必要があり、医療機関の紹介や相談者本人の同意のもと相談内容を医療機関に提供する等の連携を行うことを推進すること。
- また、初診待機が課題であるとされていることを踏まえ、地域において医療機関が初診を優先的に受ける輪番体制を組むことや可能な患者については再診の受診間隔をあけることを含め、医療機関が初診をより積極的に診療することを促していくこと。

情報通信機器を用いた精神療法

- ◆ 情報通信機器を用いた精神療法については、以下の内容の御議論があった。
- 「にも包括」に資することを前提に、患者自身の希望を踏まえ、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせることを引き続き基本とする。
- 情報通信機器を用いた精神療法については、初診を適切に実施できることを示す科学的知見が明らかではなく、科学的知見の集積が期待される。
- 他方で、情報通信機器を用いた精神療法に十分な経験がある医師が行うことを前提に、自治体が対応を行う未治療者、治療中断者やひきこもりの者等を対象に、医療機関と行政との連携体制が構築され、診察時に患者の側に保健師等がいる状況で、十分な情報収集や情報共有が可能であって、患者自身の希望がある場合には、初診による情報通信機器を用いた精神療法を活用して、継続した治療につなげることを可能とする。

精神科訪問看護

- ◆ 精神科訪問看護については、以下の内容の御議論があった。
- 精神科訪問看護については、一部の事業所において利用者の意向とは異なる過剰なサービスを提供しているのではないかとの指摘があることに留意して体制整備を行うとともに、地域包括ケアシステムの推進のため、精神障害者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる訪問看護事業所※が求められること。

※ 24時間対応できる体制を構築しており、必要に応じて利用者又は家族などの求めに応じ緊急に訪問看護を提供すること、措置入院を経て退院した利用者等への精神科訪問看護の提供体制が確保されていること、長期間の利用者を含め包括的なマネジメントを行い、訪問看護計画を立案するとともに、医療機関や障害福祉サービス事業所等と連携して定期的にカンファレンスを行っていること等の役割が期待される。

行政が行うアウトリーチ支援

- ◆ 行政が行うアウトリーチ支援については、以下の内容の御議論があった。
- 未治療者、治療中断者やひきこもり状態の者等に対する行政が行うアウトリーチ支援を充実する観点から、当事者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえで必要な方を医療機関につなぐ等の体制を推進すること。

1. 精神医療の現状等について
2. 外来医療について
 - 2-1 通院・在宅精神療法について
 - 2-2 早期診療体制充実加算について
 - 2-3 情報通信機器を用いた精神療法について
 - 2-4 児童思春期支援指導加算について
3. 個別事項について

早期診療体制充実加算

- 早期診療体制充実加算は、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施するとともに、精神疾患有する患者に対し、質の高い診療を継続的に行う体制を評価するものであり、精神科救急医療の提供や時間外診療体制の確保等を求めている。

早期診療体制充実加算

【趣旨】

- 地域において、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施するとともに、精神疾患有する患者に対し、質の高い診療を継続的に行う体制を評価するもの。

	(1) 最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合	(2) (1) 以外の場合
病院の場合	<u>20点</u>	<u>15点</u>
診療所の場合	<u>50点</u>	<u>15点</u>

【主な施設基準】

初診、30分以上の診療等の診療実績

過去6か月間の30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数／通院・在宅精神療法の算定回数 $\geq 5\%$

【診療所】過去6か月間の「初診日に60分以上」の通院・在宅精神療法の算定回数（合計）／勤務する医師数 ≥ 60

地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療の提供等）

アからウまでのいずれかを満たすこと。

- ア 常時対応型施設（精神科救急医療確保事業） 又は 身体合併症救急医療確保事業において指定
イ 病院群輪番型施設（精神科救急医療確保事業）であって、
時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上 又は 外来対応件数が年10件以上
ウ 外来対応施設（精神科救急医療確保事業） 又は 時間外対応加算1の届出
かつ 精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

精神保健指定医、多職種の配置等

常勤の精神保健指定医を1名以上配置し、常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。

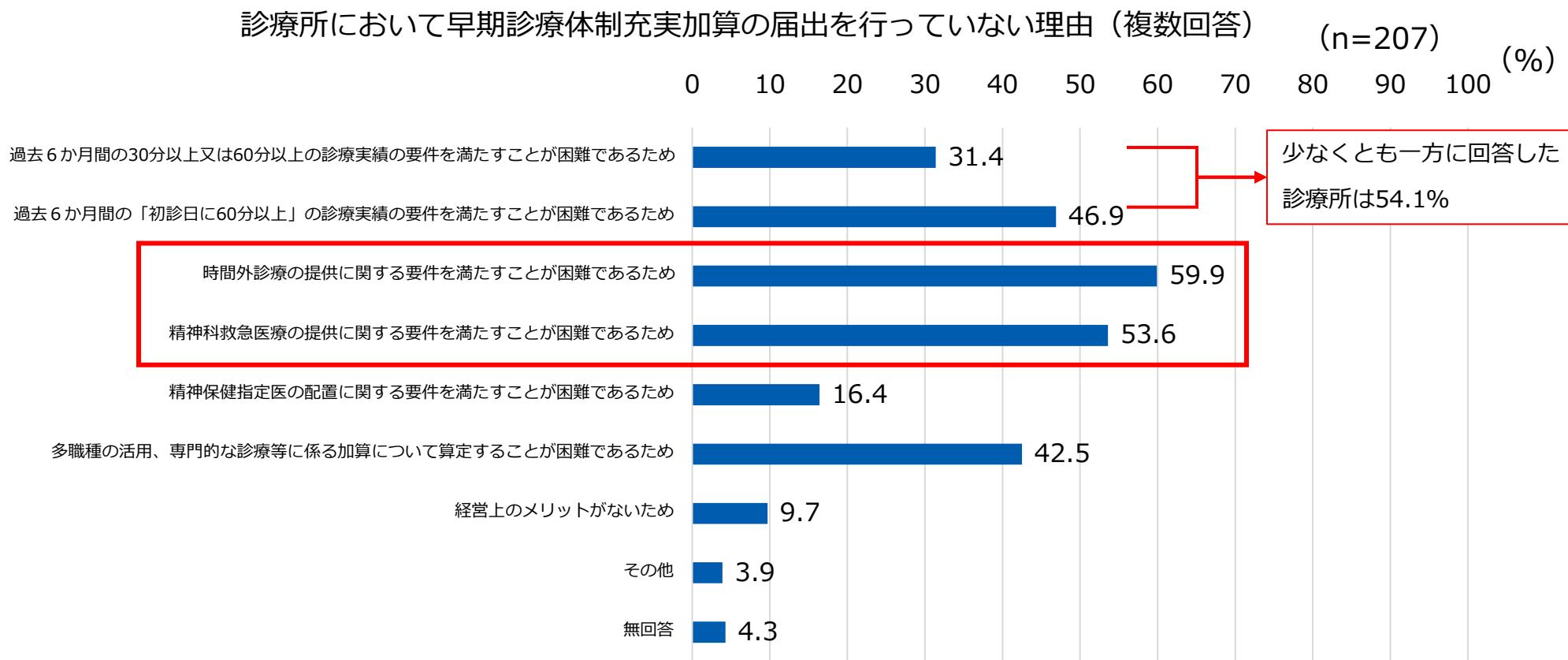
多職種の活用、専門的な診療等に係る加算（療養生活継続支援加算等）のうちいずれかを届出

【届出医療機関数】（各年8月時点）

	令和6年	令和7年
病院	185	185
診療所	32	76

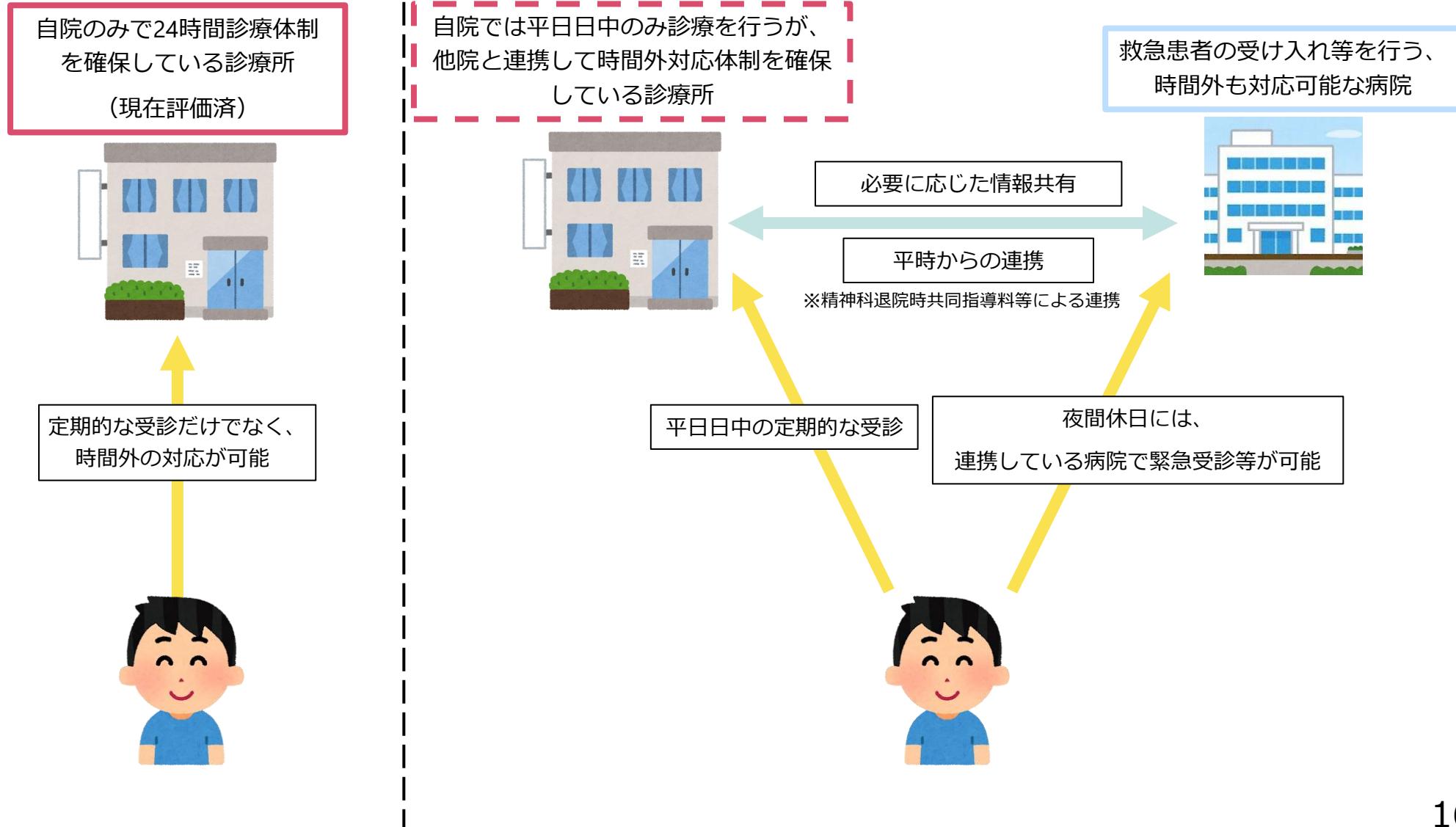
診療所において早期診療体制充実加算の届出を行っていない理由

- 診療所において早期診療体制充実加算の届出を行っていない理由は、「時間外診療の提供に関する要件を満たすことが困難であるため」が 59.9%と最も多く、次いで「精神科救急医療の提供に関する要件を満たすことが困難であるため」が多かった。
- 「過去 6か月間の30分以上又は60分以上の診療実績の要件を満たすことが困難であるため」又は「過去 6か月間の「初診日に60分以上」の診察実績の要件を満たすことが困難であるため」のいずれかを選択した施設は 54.1%であった。



病院との連携によって時間外対応体制を構築する診療所の例

- 自院の診療時間は平日日中のみであるものの、救急患者の受け入れ等を行う病院と平時から情報共有等を行う診療所においては、時間外もかかりつけ患者の対応が十分可能と考えられる体制を構築している。



1. 精神医療の現状等について
2. 外来医療について
 - 2-1 通院・在宅精神療法について
 - 2-2 早期診療体制充実加算について
 - 2-3 情報通信機器を用いた精神療法について
 - 2-4 児童思春期支援指導加算について
3. 個別事項について

情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

- 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合について、新たな評価を行う。



(新) 通院精神療法 八 情報通信機器を用いて行った場合

- | | |
|--------------------------------|-------------|
| <u>(1) 30分以上（精神保健指定医による場合）</u> | <u>357点</u> |
| <u>(2) 30分未満（精神保健指定医による場合）</u> | <u>274点</u> |

[対象患者]

情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去1年以内の期間に対面診療を行ったことがある患者

[算定要件] (概要)

- (1) 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（以下「オンライン精神療法指針」という。）に沿った診療及び処方を行うこと。

- (2) 当該患者に対して、1回の処方において3種類以上の抗うつ薬または3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。

[施設基準] (概要)

- (1) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

- (2) オンライン精神療法指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

- (3) オンライン精神療法指針において、「オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる」とされていることから、以下のア及びイを満たすこと。

ア 地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関 ※ (イ) から (ハ) までのいずれかを満たすこと

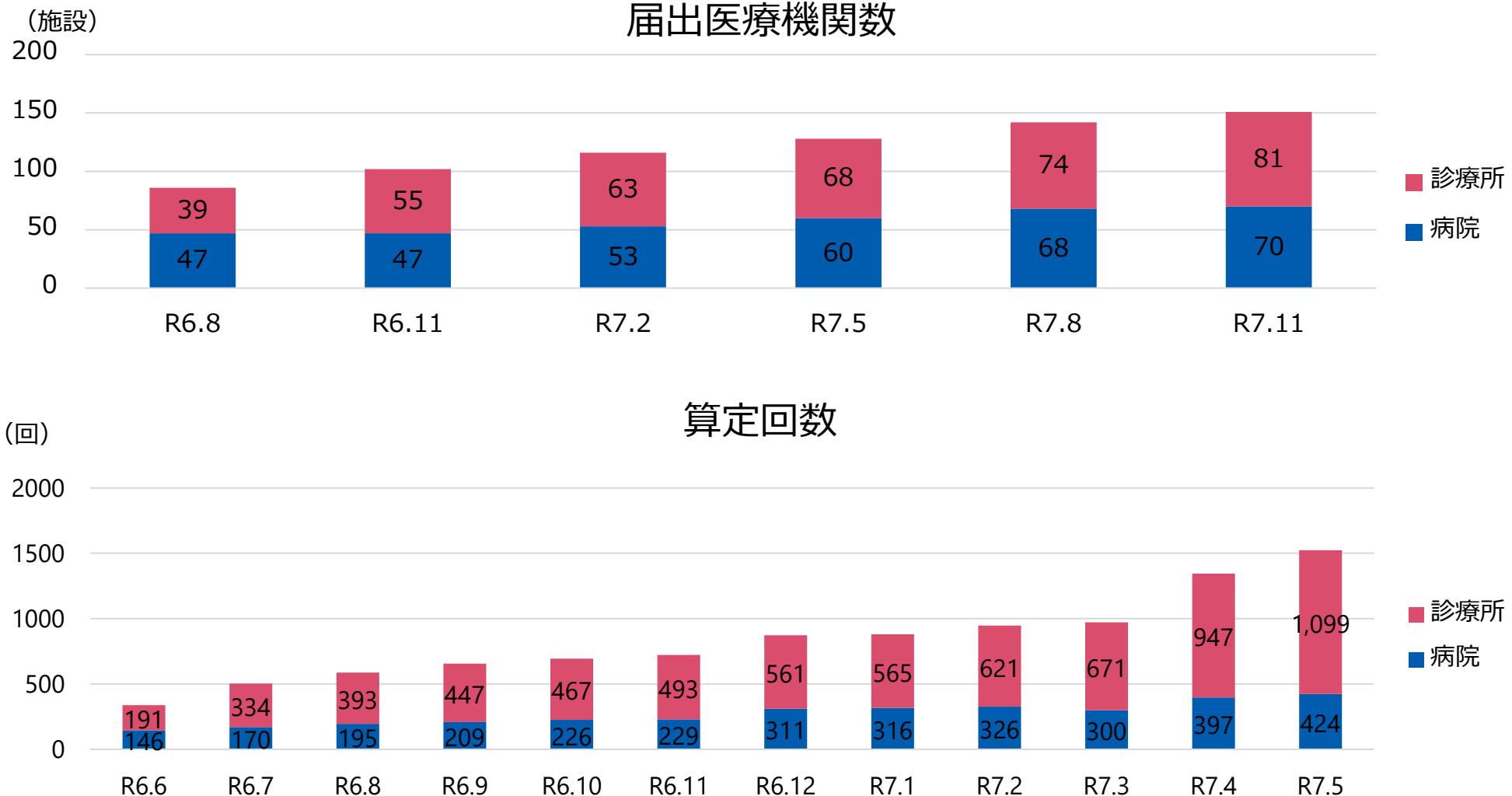
(イ)	(ロ)	(ハ)
<ul style="list-style-type: none"> 常時対応型施設（★）又は 身体合併症救急医療確保事業において指定 （★）精神科救急医療体制整備事業における類型 	<ul style="list-style-type: none"> 病院群輪番型施設（★） 時間外、休日又は深夜において、 入院件数が年4件以上 又は 外来対応件数が年10件以上 	<ul style="list-style-type: none"> 外来対応施設（★）又は 時間外対応加算1の届出 精神科救急情報センター、保健所等からの 問い合わせ等に原則常時対応できる体制

イ 情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保へ協力 ※ (イ) 又は (ロ) のいずれかの実績

(イ)	(ロ)
<ul style="list-style-type: none"> 時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療 又は 救急医療機関への診療協力を、年6回以上行うこと。 	<ul style="list-style-type: none"> 精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上 行っていること。

情報通信機器を用いた通院精神療法の算定状況等

- 情報通信機器を用いた通院精神療法の届出医療機関数及び算定回数は、限定的である。



出典：（上図）保険局医療課調べ、（下図）NDBデータ

情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針（案）

I 策定の経緯等

- 令和4年度障害者総合福祉推進事業において、これまで明確に示されていなかった、情報通信機器を用いた精神療法（以下、「オンライン精神療法」という。）を実施する場合に必要と考えられる留意点等について、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を策定した。
- その後、規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）において、安全性・必要性・有効性の観点から、令和7年末までに適切なオンライン精神療法の普及を推進するために、新たな指針を策定・公表することのほか、良質かつ適切な精神医療の提供の確保に向け、初診・再診ともにオンライン精神療法がより活用される方向で検討することが求められたことを踏まえ、精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会において、情報通信機器を用いた診療についての議論が行われた。その見直しの方向性を踏まえ、「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」（以下、「本指針」という。）を策定した。

II 適正かつ幅広い活用に向けた基本的な考え方

- オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる。
- その上で、医師不足や有事になって急にはオンライン診療を活用することが難しいという指摘もあることから、平時からオンライン診療を活用できることが望ましく、オンライン再診精神療法を適切に実施できる医療機関をしっかりと拡充していくことが期待される。

III 情報通信機器を用いた精神療法を実施するに当たっての具体的な指針

- オンライン精神療法を実施する場合は、オンライン診療指針及び本指針を遵守すること。
- オンライン精神療法は、日常的に対面診療を実施している患者に対して、継続的・計画的に診療を行いながら、対面診療と組み合わせつつ必要に応じて活用すること。なお、オンライン初診精神療法については、オンライン再診精神療法に十分な経験がある医師が診察を行うことを前提として、行政が対応を行っている未治療者、治療中断者又はひきこもりの者等に対して、診察を担当する医療機関と訪問指導等を担当する行政との連携体制が構築されており、診察時に患者の側に保健師等がいる状況であり、十分な情報収集や情報共有が可能であって、患者自身の希望がある場合に行うこと。
- オンライン精神療法を実施する医師は、精神科における診療の一定の経験や資質を有すること。
- 患者の急病・急変時に適切に対応する観点から、患者が希望した場合や緊急時等の対面での診療が必要である際に、オンライン精神療法を実施した医師自らが速やかに対面で診療を行うことができる体制を整えていること、時間外や休日にも医療を提供できる体制において実施されることが望ましい。ただし、自らの医療機関において時間外や休日の対応が難しい場合には、患者の居住する地域の医療提供体制を踏まえ、平時から地域の精神科病院との十分な連携体制を確保することにより、当該精神科病院が時間外や休日の対応を担う場合には、当該体制が確保されているものとみなす。
- 精神科救急対応や時間外の対応、緊急時の入院受け入れ等を行っている医療機関等と連携するなどしながら、入院や身体合併症の対応が必要となった場合（精神病床に限るものではなく、身体疾患等で入院医療が必要となり一般病床に入院する場合も含む。）に対応可能な体制を確保しておくことが望ましい。
- 向精神薬等の不適切な多剤・大量・長期処方は厳に慎むと同時に、オンライン診療を実施している患者に乱用や依存の傾向が認められないか、細心の注意を払う必要がある。乱用や依存の傾向が認められる場合には、安全性の観点から、速やかに適切な対面診療につなげた上で、詳細に精神症状を把握すると共に、治療内容について再考することが適当である。

規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）

- 規制改革実施計画において、新たな指針を踏まえたオンライン診療における精神療法の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずることが閣議決定されている。

規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）（抄）

II 実施事項

3. 革新的サービスの社会実装・国内投資の拡大

（6）健康・医療・介護 （i）デジタルヘルスの推進

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管府省
1	身近な場所でのオンライン診療の更なる活用・普及	a 厚生労働省は、通所介護事業所等についても、居宅と同様、療養生活を営む場所として、患者が長時間にわたり滞在する場合にはオンライン診療を受診できる場であることを明らかにする。あわせて、オンライン診療時に、医療補助行為や医療機器の使用等がされないこと及び自らが医療提供を行わないことを前提として、居宅同様に、通所介護事業所や職場などの療養生活を営む場においても、新たに診療所が開設されなくとも、患者がオンライン診療を受診できることを明示する。なお、医療補助行為や医療機器の具体については、明確化する。さらに、通所介護事業所、学校等が、医療法（昭和23年法律第205号）の各種規制（清潔保持、医療事故の報告、報告徴収等）の対象とならないこと等を明確にした上で、当該施設の利用者等に対し、当該施設内において、オンライン診療の受診が可能であることについて周知すること及び機器操作のサポートを当該施設の職員等が行うことが可能であることを明確化する。 b 厚生労働省は、へき地等に限ってオンライン診療のための医師非常駐の診療所を開設可能とする旨の医療法の運用（令和5年5月18日厚生労働省医政局総務課長通知）を改正し、①「へき地等」か否かを問わず、患者の必要に応じ、都市部を含めいずれの地域においても、オンライン診療のための医師非常駐の診療所を開設可能であることとする。②その際、診療所の開設に関する要件を設ける場合には、オンライン診療の受診を当該診療所において希望する患者が存在することを示すなどの簡潔な説明で足りることとするよう検討する。さらに、事後的な検証の観点から、実施状況の報告を求め、オンライン診療のための医師非常駐の診療所の開設状況及び具体的な事例を定期的に公表するなど、オンライン診療に関する情報発信・環境整備を行う。 c 厚生労働省は、精神科や小児科などの診療において、オンライン診療が技術的には可能であっても診療報酬上算定が認められていない項目がある結果、医療機関がオンライン診療を行なうセンティブが必ずしも十分ではなく、オンライン診療の普及の弊害になっていることや、また、対面診療とオンライン診療の評価の在り方に關して指摘があること、これらの診療科においては対面診療に比してオンライン診療のアウトカムが同等である場合も存在することを踏まえ、オンライン診療の更なる普及・促進を通じた患者本位の医療を実現するため、精神科・小児科などの診療におけるオンライン診療の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずる。 d 厚生労働省は、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（令和5年3月株式会社野村総合研究所（厚生労働省令和4年度障害者総合福祉推進事業））において、初診精神療法をオンライン診療で実施することは「十分な情報が得られず、信頼関係が前提とされない」、「対面診療の補完としての活用を期待する声もある一方で、安全性・有効性の確保が課題との指摘もある」という理由で行わないこととされているが、患者団体や研究者からは初診精神療法のオンライン診療の必要性が求められていること、英米等においては初診精神療法をオンライン診療で実施されていること、精神疾患に対するオンライン診療が対面診療と同等の有用性を示すエビデンスが国内外において示されていること、当該指針は「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月厚生労働省）と同様に、厚生労働省が公開の議論を経て策定する必要があるとの指摘があることなどを踏まえ、安全性・必要性・有効性の観点から、適切なオンライン精神療法の普及を推進するために、新たな指針を策定・公表する。なお、その際、オンライン診療は対面診療と大差ない診療効果がある場合も存在し得ることから、良質かつ適切な精神医療の提供の確保に向け、初診・再診ともにオンライン精神療法がより活用される方向で検討する。 e 厚生労働省は、d の新たに策定・公表する指針を踏まえ、オンライン診療の更なる普及・促進を通じた患者本位の医療を実現するため、オンライン診療における精神療法の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずる。	a : 措置済み b : (前段・中段) 措置済み、(後段) 令和6年開始、令和6年度まで継続的に措置 c : 措置済み d : 令和6年検討開始、令和7年までに結論・措置 e : 令和7年度検討・結論・措置	厚生労働省

1. 精神医療の現状等について
2. 外来医療について
 - 2-1 通院・在宅精神療法について
 - 2-2 早期診療体制充実加算について
 - 2-3 情報通信機器を用いた精神療法について
 - 2-4 児童思春期支援指導加算について
3. 個別事項について

児童思春期支援指導加算の新設

- 児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

(新) 児童思春期支援指導加算

<input checked="" type="checkbox"/> イ	<u>60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合</u>	<u>1,000点</u>
	<u>(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内に1回限り)</u>	
<input type="checkbox"/> □	<u>イ以外の場合</u>	
	<u>(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内</u>	<u>450点</u>
	<u>(2) (1)以外の場合</u>	<u>250点</u>



[算定要件] (概要)

(1) 通院精神療法を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科を担当する医師の指示の下、**児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師**が、当該患者に対して、対面による**療養上必要な指導管理を30分以上実施**した場合に算定する。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。

(2) **多職種が共同して支援計画を作成すること。**

(3) 指導管理及び支援計画の内容に関して、患者等の同意を得た上で、学校等、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援センター等の関係機関に対して、文書による情報提供や面接相談を適宜行うこと。

(4) 患者の支援方針等について、**概ね3月に1回以上**の頻度でカンファレンスを実施し、必要に応じて支援計画の見直しを行うこと。

(5) **1週間当たりの担当患者数は30人以内**とする。

(6) 20歳未満加算又は児童思春期精神科専門管理加算を算定した場合は、算定しない。

[施設基準] (概要)

(1) 児童思春期の患者に対する精神医療に係る**適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師が1名以上**配置されていること。

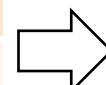
(2) 児童思春期の患者に対する当該支援に**専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が2名以上かつ2職種以上**配置されており、そのうち**1名以上**は児童思春期の患者に対する精神医療に係る**適切な研修を修了した者**であること。

(3) 当該保険医療機関が過去6か月間に**初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均8人以上**であること。

- 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算について、評価を見直す。

現行

【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】350点



改定後

【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】320点

20歳未満の精神疾患総患者数（疾病別内訳）

(単位：万人)

70

60

50

40

30

20

10

0

H14

H17

H20

H23
※1)

H26

H29

(※2)

R2

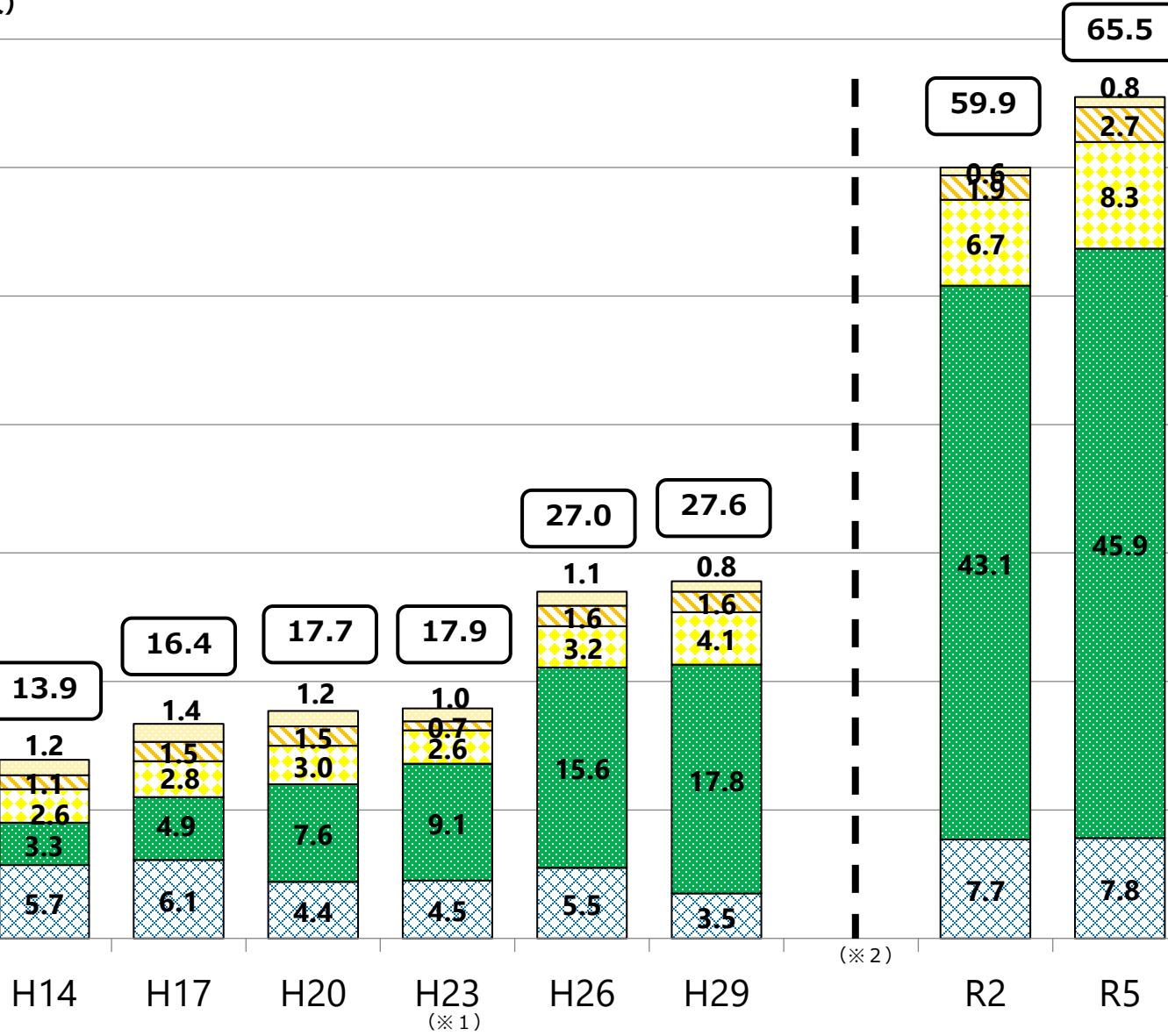
R5

- 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
- 気分【感情】障害（躁うつ病を含む）
- 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
- その他の精神及び行動の障害
- ▨ てんかん

※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

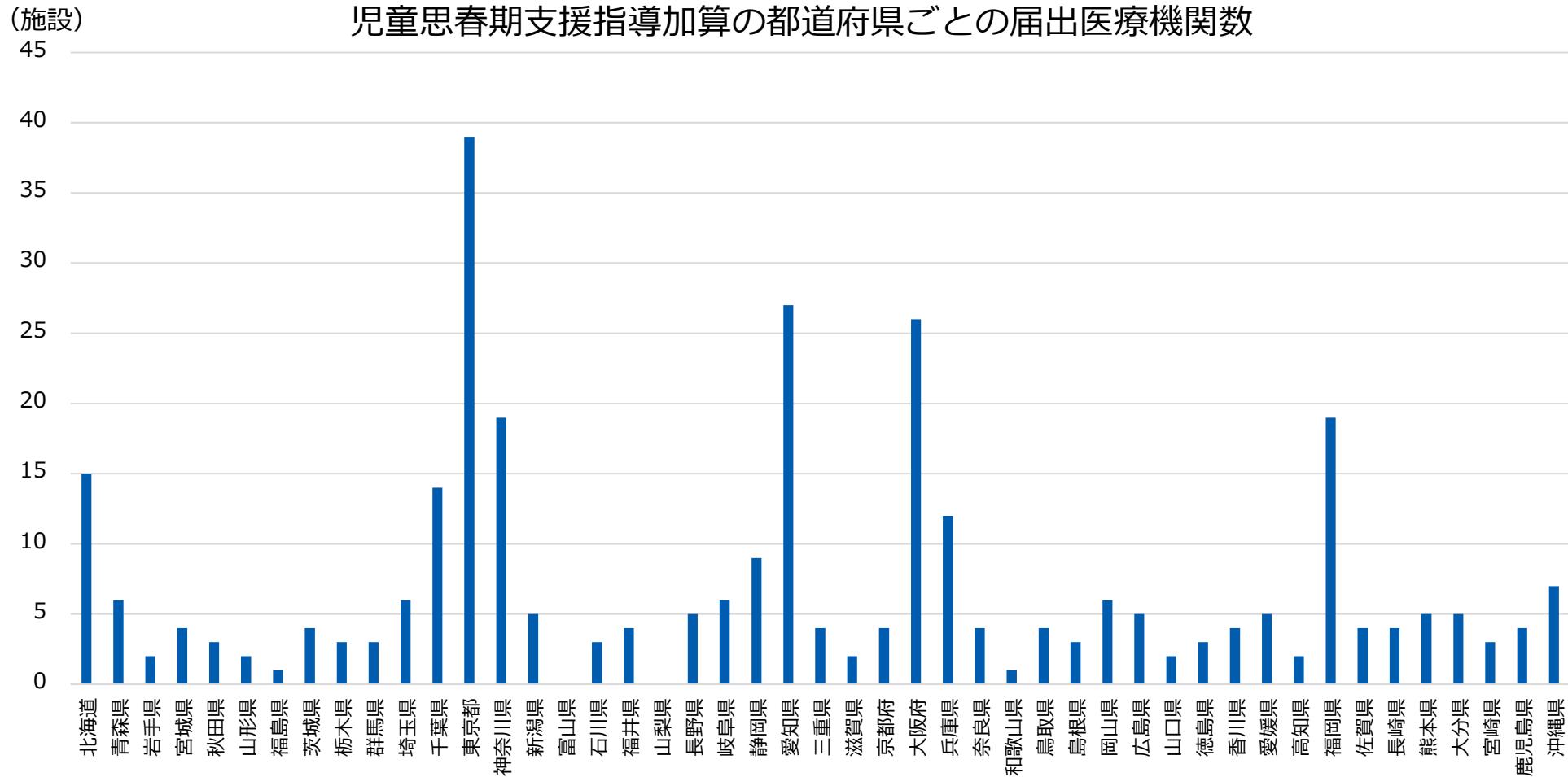
※2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省保健福祉部で作成



児童思春期支援指導加算の届出状況

- 児童思春期支援指導加算の都道府県ごとの届出状況を見ると、16県において、届出医療機関が3施設以下であった。

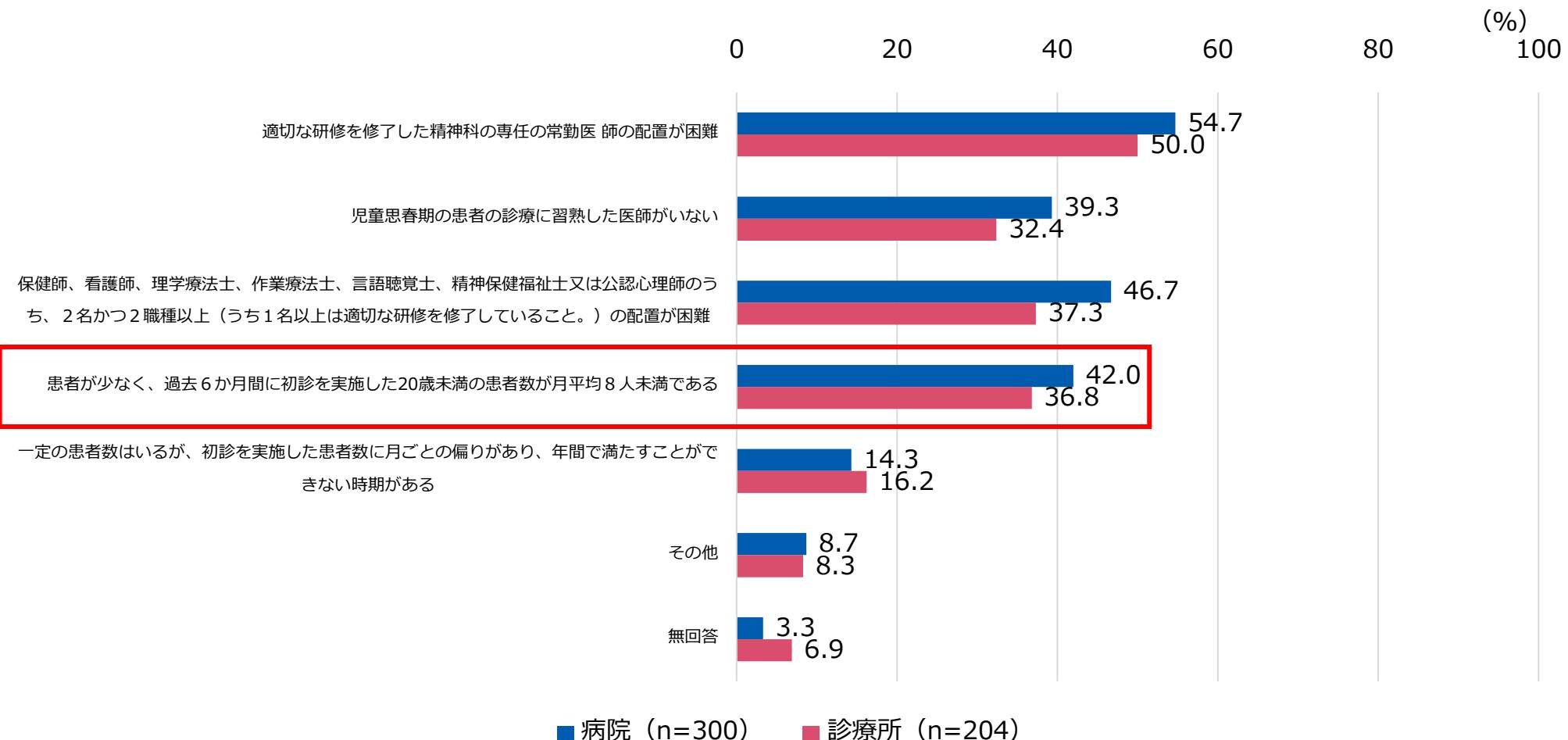


出典：保険局医療課調べ（令和7年8月1日時点）

児童思春期支援指導加算の届出を行っていない理由

- 児童思春期支援指導加算の届出を行っていない理由は、「患者が少なく、過去6か月間に初診を実施した20歳未満の患者数が月平均8人未満である」と回答した病院が42.0%、診療所が36.8%であった。

児童思春期支援指導加算の届出を行っていない理由（複数回答）



医療機関における発達障害の初診待機の状況

中医協 総-3
5. 11. 22

- 日本全国で発達障害診療に従事する小児科医、小児神経科医、児童精神科医を対象にした、2019年のアンケート調査では、発達障害児者の初診待機期間は平均2.6か月(0~54か月)であった。
- 報告書の中では、待機期間短縮のための手段として、①初診対象者の選択や②診療時間・診療継続時間の適正化、③コメディカルスタッフの関与、④相談機関・介入機関との連携等が挙げられた。

【方法】関連学会の会員8,466名にWebアンケートへの回答を依頼。有効回答798件(回答率:9.4%)。

■発達障害に対する専門的な診療を行う医療機関における発達障害児者の初診待機期間

	平均	最小	最大
令和元年	2.6か月	0か月	54か月

■各医療機関における初診待機を短縮するための工夫

- ① 初診対象者の選択（緊急枠設定、トリアージ対応）
- ② 診療時間・診療継続期間の適正化
- ③ コメディカルスタッフの関与
- ④ 相談機関・介入機関との連携
- ⑤ かかりつけ医との関係構築
- ⑥ 予約法の検討
- ⑦ 診療医師の診断・治療力の向上

出典:令和元年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「発達障害児者の初診待機等の医療的な課題と対応に関する調査」研究報告書
(事業主体:国立大学法人信州大学)

1. 精神医療の現状等について
2. 外来医療について
3. 個別事項について
 - 3-1 公認心理師及び心理支援等について
 - 3-2 精神保健福祉士による継続的な支援について

公認心理師の概要

1. 公認心理師制度創設の背景（公認心理師法案の提出理由）

近時の国民が抱える心の健康の問題等をめぐる状況に鑑み、心理に関する支援を要する者等の心理に関する相談、援助等の業務に従事する者の資質の向上及びその業務の適正を図るため、公認心理師の資格を定める必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

※平成27年9月9日成立・9月16日公布（議員立法）、平成29年9月15日全面施行

2. 公認心理師とは

公認心理師登録簿への登録を受け、公認心理師の名称を用いて、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう。【名称独占】

- ① 心理に関する支援を要する者の心理状態の観察、その結果の分析
- ② 心理に関する支援を要する者に対する、その心理に関する相談及び助言、指導その他の援助
- ③ 心理に関する支援を要する者の関係者に対する相談及び助言、指導その他の援助
- ④ 心の健康に関する知識の普及を図るために教育及び情報の提供

3. 公認心理師試験・登録

- ・試験事務・登録事務については、法に基づく指定試験機関及び指定登録機関である「一般財団法人公認心理師試験研修センター」が実施。
- ・公認心理師試験：平成30年に第1回公認心理師試験を実施（毎年1回以上実施）
第8回試験は、令和7年3月2日（日）実施
- ・登録者数：73,743人（令和7年3月末日現在）
※合格者が公認心理師登録簿に登録されることで公認心理師となる。

4. 公認心理師の配置状況

保健医療分野：病院、診療所、保健所など

福祉分野：障害者支援施設、児童福祉施設、児童相談所など

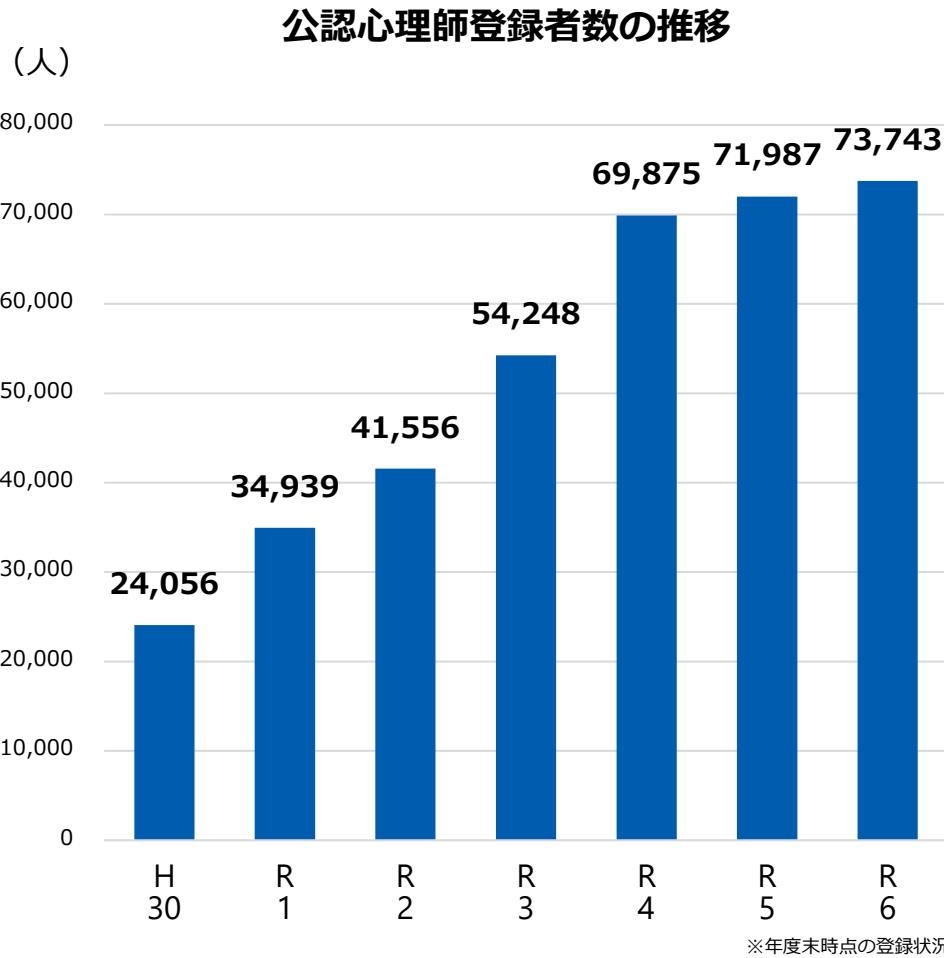
教育分野：学校、教育相談機関、学生相談室など

司法・犯罪分野：裁判所、刑務所、少年鑑別所、犯罪被害者支援など

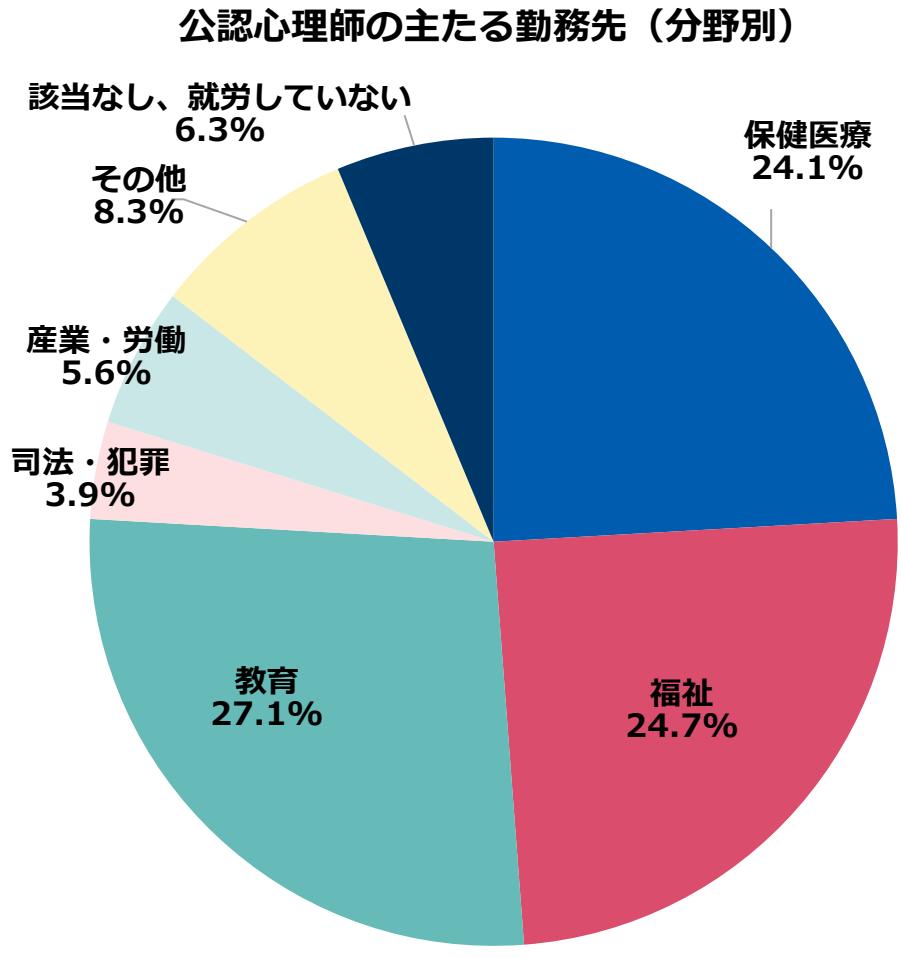
産業・労働分野：各事業所など

公認心理師の登録者数の推移及び主たる勤務先（分野別）の内訳

- 公認心理師の登録者数は増加傾向にあり、令和6年度末時点で73,743人。
- 令和5年度調査によると、主たる勤務先としては、教育分野（27.1%）、福祉分野（24.7%）、保健医療分野（24.1%）の順に多い。



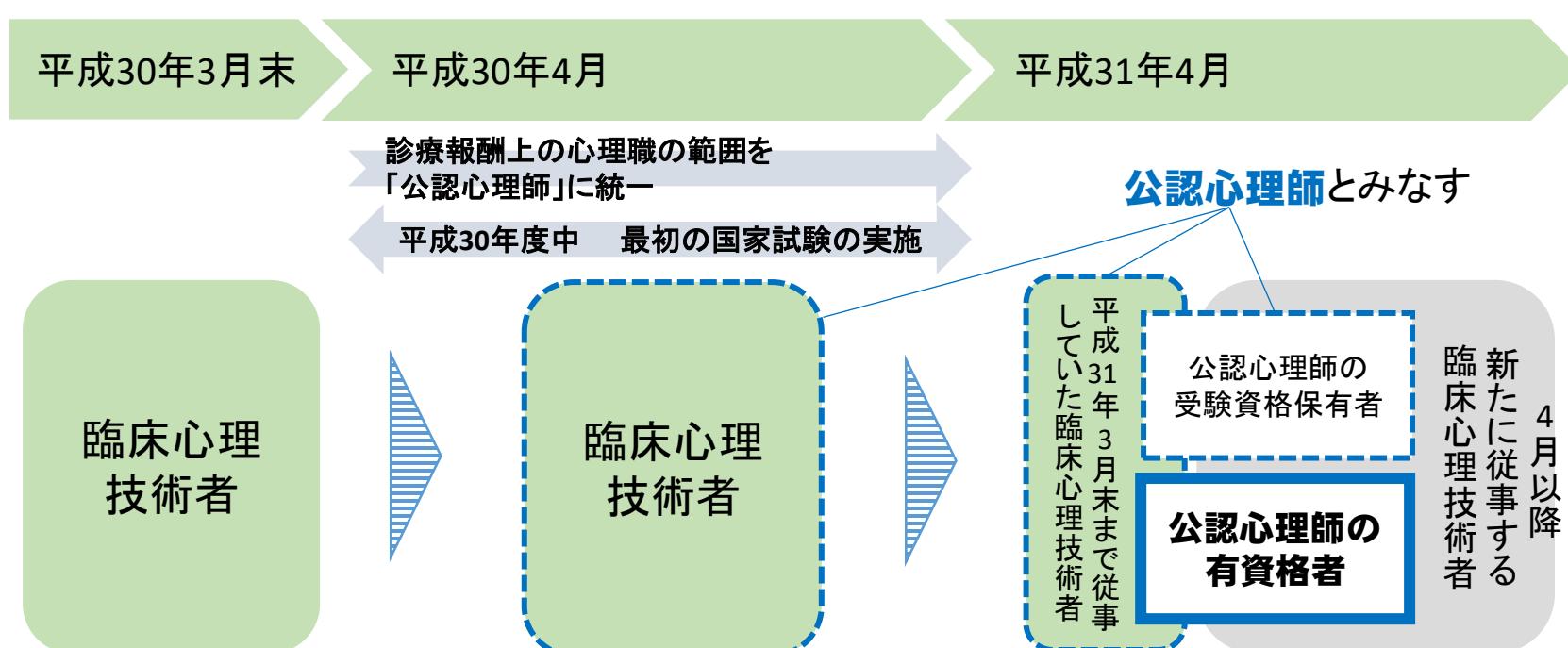
出典：一般財団法人公認心理師試験研修センター



出典：令和5年度公認心理師活動状況等調査（公認心理師試験研修センター）

公認心理師の評価

- 公認心理師に関する国家試験が開始されることを踏まえ、診療報酬上評価する心理職については、経過措置を設けた上で、「公認心理師」に統一する。
- 最初の国家試験が行われる平成30年度については、従来の「臨床心理技術者」に該当する者を、公認心理師とみなす。
- 平成31年度以降、当面の間、以下のいずれかに該当する者を公認心理師とみなす。
 - (1) 平成31年3月末まで保険医療機関で従事していた臨床心理技術者
 - (2) 平成31年4月以降新たに臨床心理技術者として従事する者の中公認心理師の受験資格を有する者



心理支援加算

- 心理支援加算の対象患者は、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する者となっている。

心理支援加算

250点（月2回）

[算定要件] (概要)

(1) **心理に関する支援をする患者**に対して、**精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師**が、対面による**心理支援を30分以上実施**した場合に、初回算定日の属する月から起算して**2年を限度**として、月2回に限り算定できる。（通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定可。）

(2) 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 対象患者：**外傷体験**（※1）**を有し、心的外傷に起因する症状**（※2）**を有する者**として、精神科医が心理支援を必要と判断したもの
(※1) 身体的暴力、性的暴力、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等
(※2) 侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状

イ 医師は当該患者等に外傷体験の有無等を確認した上で、当該外傷体験及び心的外傷に起因する症状等について診療録に記載する。

DSM-5 PTSDの診断基準（抄） 成人、青年、6歳を超える子供の場合

A 実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への曝露。（※1）
B 心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した侵入症状の存在。
C 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。
D 心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。
E 心的外傷的出来事と関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。
F 障害（基準B、C、DおよびE）の持続が1カ月以上。
G その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
H その障害は、物質（例：医薬品またはアルコール）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

心理支援加算の対象患者

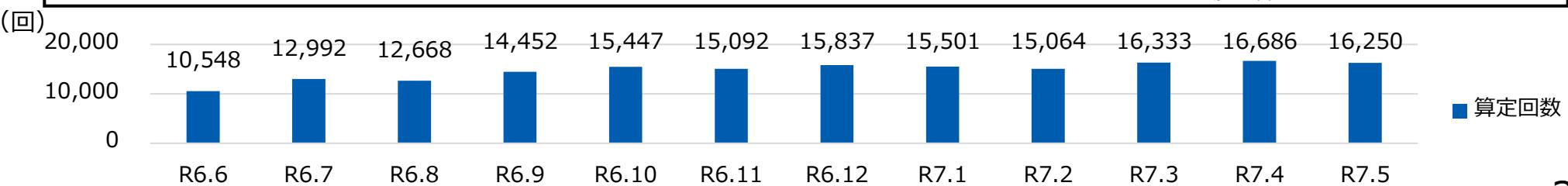
A 外傷体験

+

BからEまでのいずれか
又は解離症状

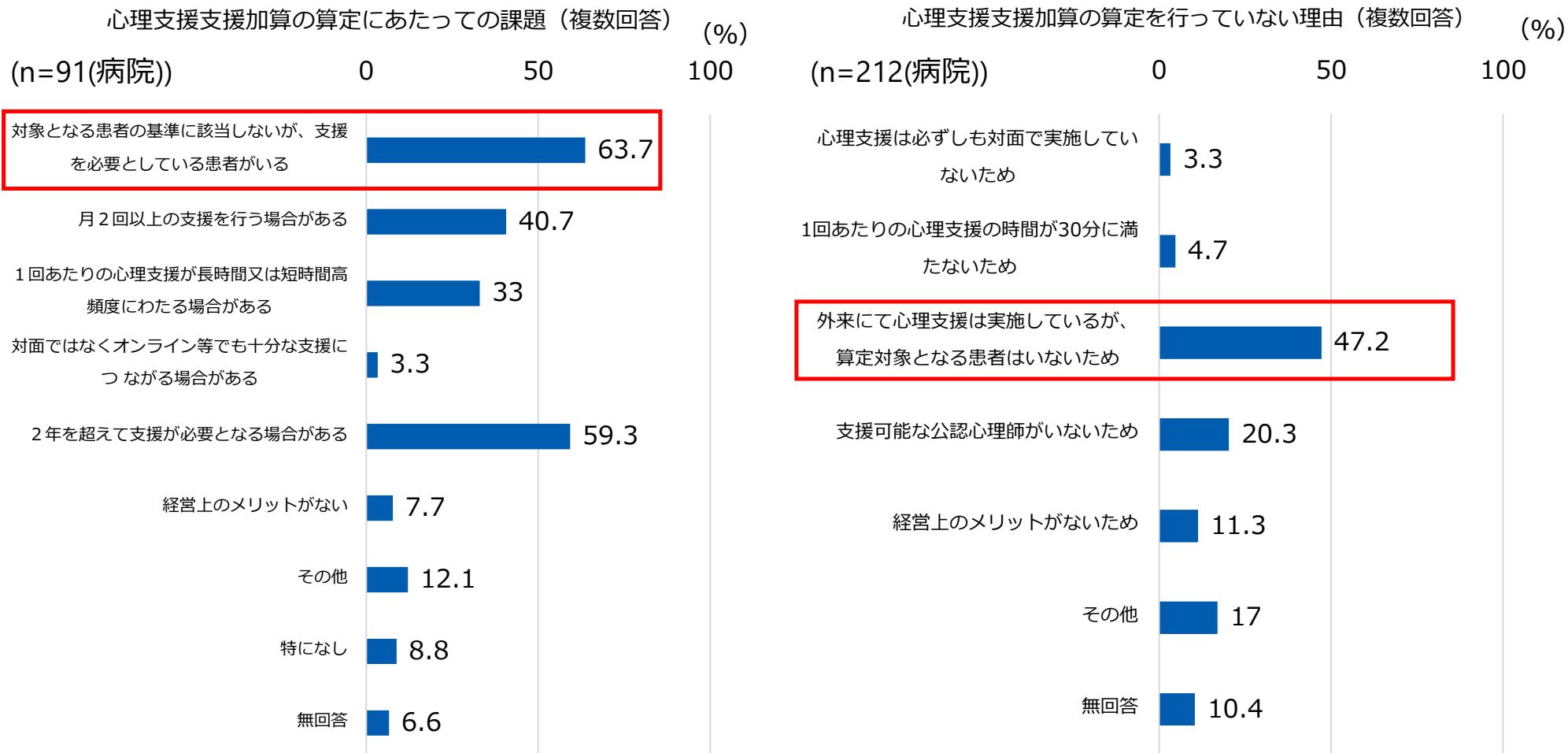
を有する者として、精神科医が
心理支援を必要と判断したもの

（※1）について、直接体験したものの他、直接
目撃したものや、近親者又は親しい友人に起
こった暴力的な出来事等の外傷体験に起因す
る場合も含まれる。

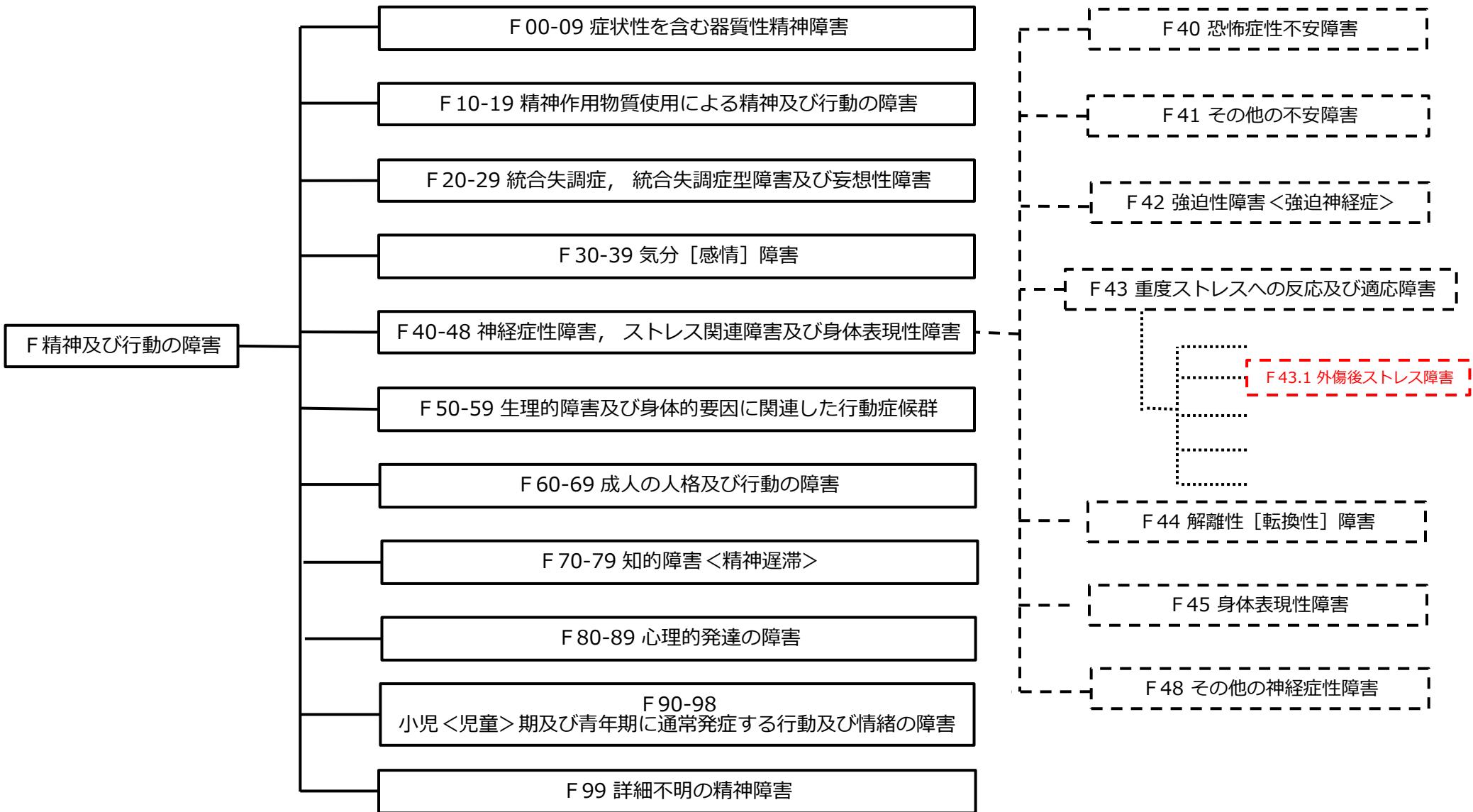


心理支援加算の算定を行っていない理由等

- 心理支援加算の算定にあたっての課題について、「対象となる患者の基準に該当しないが、支援を必要としている患者がいる」という回答が63.7%と最多であった。
- 心理支援加算の算定を行っていない理由について、「外来にて心理支援は実施しているが、算定対象となる患者はいなかっため」という回答が47.2%と最多であった。



I C D – 10における「F 精神及び行動の障害」の分類



公認心理師による心理支援の効果に関する研究

- 精神科外来に通院中の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（ICD-10におけるF40-F48）等の患者に対し、通院精神療法に加えて公認心理師による心理支援を導入した場合、患者の状態のさらなる改善が認められ、より効果的な通院精神療法の実施に寄与した。

公認心理師による心理支援の効果に関する研究

方法

- 精神科外来に通院中の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（F40-F48）等の患者で、公認心理師による心理的支援が必要と医師が判断し、通院精神療法に加えて心理的支援が実施された群（心理的介入群：59例）と、心理支援が必要と医師が判断したが患者の都合により通院精神療法のみ実施された群（通常治療群：38）について、支援の前後のCGI-S（臨床全般重症度）と、支援実施後のCGI-I（臨床全般改善度）を比較した。
- 公認心理師による心理支援：精神疾患を持つ患者に対し、不安の軽減・解消、自己・疾患理解の促進、症状等の緩和・軽減、対処スキルの向上、自己効力感回復等を目的とし、必要に応じて心理療法の理論や技法に基づくアプローチ等を組み合わせて実施
- 平均診察回数：心理的介入群19.86±4.32回、通常治療群17.05±6.79回

CGI-S（臨床全般重症度）	
1.	症状なし、正常
2.	正常と病的状態の境界の状態
3.	軽度の病的状態
4.	中等度の病的状態
5.	やや重度の病的状態
6.	重度な病的状態
7.	最も重度な病的状態

CGI-I（臨床全般改善度）	
1.	著明改善
2.	中等度改善
3.	軽度改善
4.	不变
5.	やや悪化
6.	悪化
7.	重篤に悪化

○ CGI-Sの分析結果

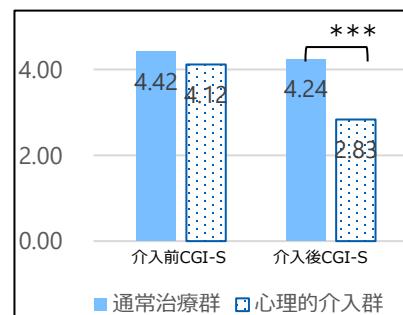
CGI-Sについて、心理的介入群と通常治療群（実験参加者間要因）、治療介入前後（実験参加者内要因）の2要因混合分散分析を行った結果、心理的介入群*通常治療群の交互作用が有意であった ($F(1,95) = 27.9, p < .001$)（表1）。

	平方和SS	自由度1	自由度2	2乗平均	F値	p値
治療群	33.7	1	95	33.74	16	<.001***
介入前後	25.1	1	95	25.05	49.7	<.001***
治療群*介入前後	14.1	1	95	14.08	27.9	<.001***

▲表1 2要因分散分析の結果

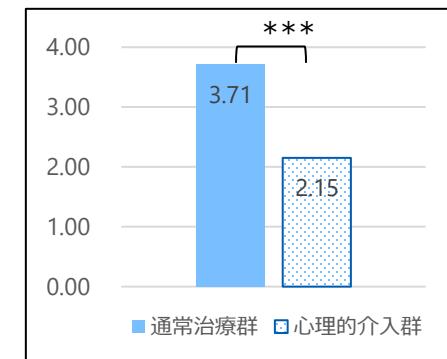
下位検定を行った結果、介入前の心理的介入群と通常治療群のCGI-Sに有意差はなかった。介入後のCGI-Sは、心理的介入群と通常治療群の間に有意差が得られた ($t(95) = 5.48, p < .001$)。さらに効果量は1.22であり、大きいと言える。

図1 介入前後における2群間のCGI-Sの差▶



○ CGI-Iの分析結果

t検定を行ったところ、心理的介入群と通常治療群に.05水準で有意差が認められた ($t(95)=8.64, p < .001$)（図2）。効果量は1.80であり、非常に大きな効果が認められた。



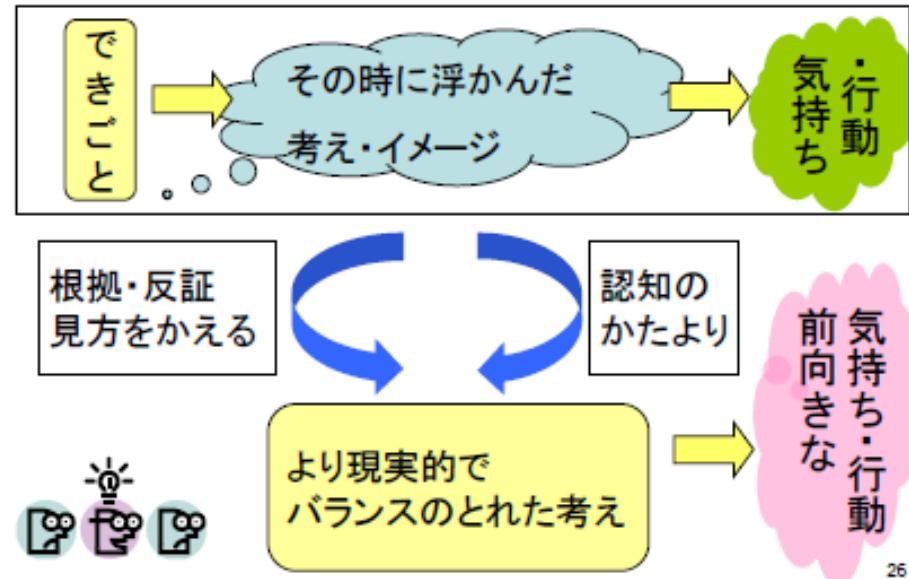
▲図2 2群間の介入後のCGI-Iの差

認知療法・認知行動療法

- 入院中以外の気分障害や不安障害の患者に対する認知療法・認知行動療法が診療報酬上評価されている。

認知療法・認知行動療法の内容

- 精神療法(心理療法)の一種で、認知(ものの受け取り方や考え方)に働きかけて気持ちを楽にするもの。
- 人はストレスを感じると悲観的に考えがちになり、自らの心を問題を解決できない状態に追いやることがあるが、認知療法・認知行動療法では、こうした考え方のバランスを取って、ストレスに上手に対応できる心の状態を作る。
- 気持ちが大きく動揺したりつらくなったりしたときに患者の頭に浮かんでいた考え(自動思考)に目を向け、それがどの程度現実と食い違っているかを検証し、思考のバランスを取っていく。
(国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センターウェブサイトの記載を一部要約)



出典:うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)

認知療法・認知行動療法（医師及び看護師が共同して行う場合）

- 認知療法・認知行動療法について、医師及び看護師が共同して行う場合、毎回の看護師による面接後に、専任の医師による面接を要件としており、届出医療機関数及び算定件数は限定的である。

I 003-2 認知療法・認知行動療法（一連の治療につき16回まで算定可能）

2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点

【留意事項通知】

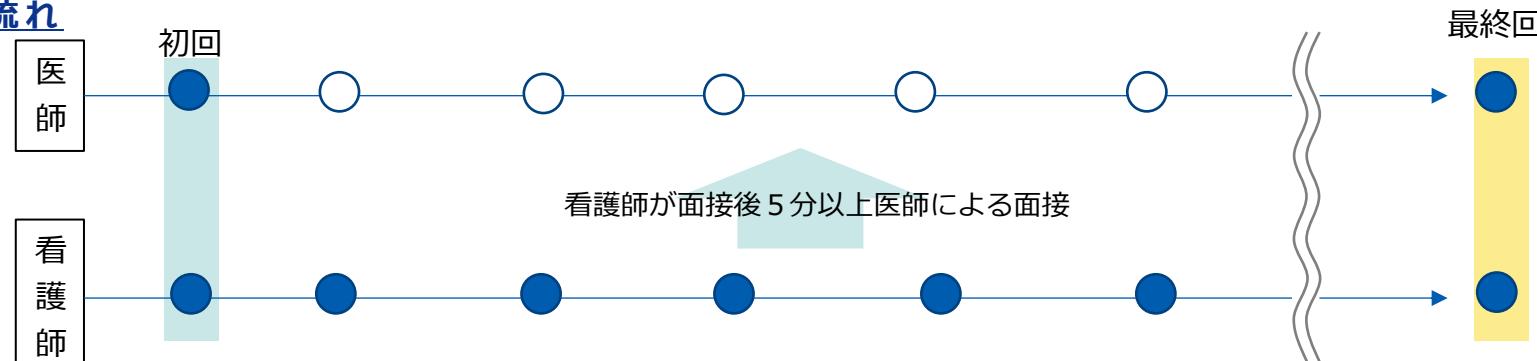
(12) 認知療法・認知行動療法の「2」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、医師が治療を行うに当たり、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。ただし、この場合にあっては、次の全てを満たすこと。

ア 初回時又は治療終了時を予定する回の治療に係る面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席すること。

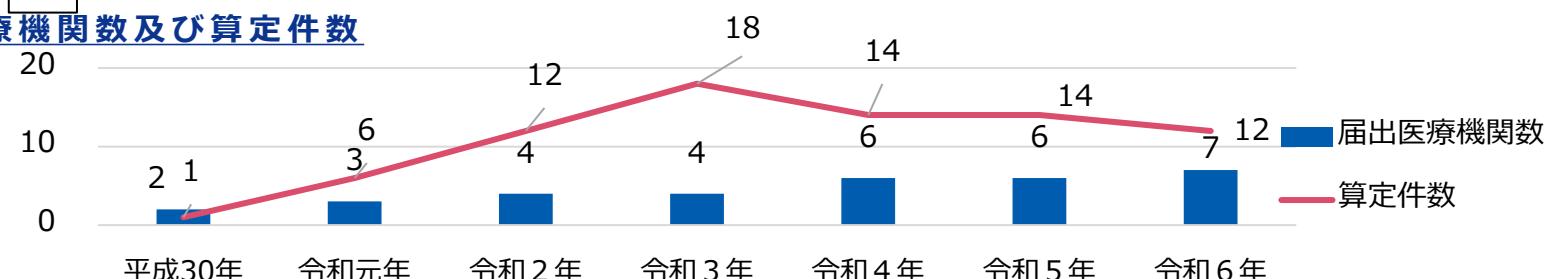
イ 初回から治療を終了するまでの間の治療は、初回時に同席した看護師が実施し、当該看護師による面接後に、専任の医師が患者と5分以上面接すること。

ウ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音し、専任の医師はその内容を、指示又は指導の参考とすること。

■ 実施の流れ



■ 届出医療機関数及び算定件数



出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）、算定件数は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）

公認心理師による認知行動療法的アプローチに基づく心理支援の効果

- 現行の心理支援加算の枠組みを用いて基本的な心理支援を実施した群と、医師が必要性や適性を判断した上で、認知行動療法的アプローチ等を用いることで、より専門性の高い心理支援を実施した群を比較したところ、後者の方がより短期間での、患者の状態のさらなる改善が認められ、より効果的な通院精神療法の実施に寄与する結果となった。

公認心理師の専門的心理支援による効果

方 法

➤ 精神科外来に通院中のPTSDの患者であって、現行の心理支援加算の枠組みにおいて基本的な心理支援が実施された群（心理支援群：12例）と、医師が必要性を判断し、通院精神療法に加えて専門的心理的支援が実施された群（専門的心理支援実施群：29例）について、支援の前後のCGI-S（臨床全般重症度）と、支援実施後のCGI-I（臨床全般改善度）を比較した。

※心理支援（心理支援加算）：支援期間平均8.56か月、回数平均17.1回、月2回、1回30分以上実施。不安の軽減・解消、日常生活上の課題への対処スキルの向上、自己効力感回復等を目的とし、必要な支援を実施。

※専門的心理支援：支援期間平均6.09か月、支援回数平均24.39回、週1回、1回45分実施。カウンセリング、心理教育、認知再構成や曝露療法といった認知行動療法に基づく技法、リラクセーション、患者による主体的な課題設定及び実施等、PTSD症状に焦点化した心理療法の理論や技法に基づくアプローチ等を組み合わせて実施。

CGI-S（臨床全般重症度）

1.	症状なし、正常
2.	正常と病的状態の境界の状態
3.	軽度の病的状態
4.	中等度の病的状態
5.	やや重度の病的状態
6.	重度な病的状態
7.	最も重度な病的状態

CGI-I（臨床全般改善度）

1.	著明改善
2.	中等度改善
3.	軽度改善
4.	不变
5.	やや悪化
6.	悪化
7.	重篤に悪化

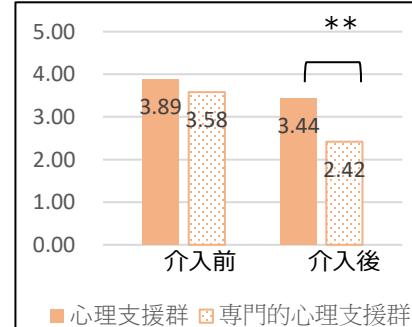
○ CGI-S の分析結果

CGI-Sについて、心理支援群と専門的心理支援群（実験参加者間要因）、治療介入前後（実験参加者内要因）の2要因混合分散分析を行った結果、心理支援群*専門的心理支援群の交互作用が有意であった ($F(1,39) = 7.47$, $p=.009$)。

	平方和SS	自由度1	自由度2	2乗平均	F値	p 値
治療群	5.22	1	39	5.22	2.69	.109
介入前後	12.95	1	39	12.95	19.54	<.001 ***
治療群*介入前後	4.95	1	39	4.95	7.47	.009 **

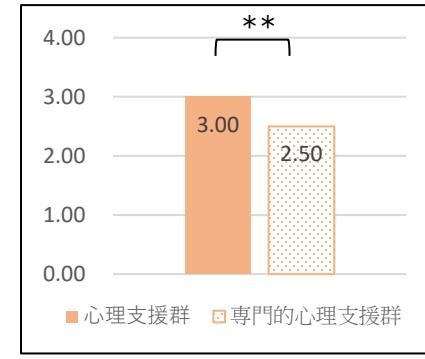
下位検定を行った結果、介入前の心理支援群と専門的心理支援群のCGI-Sに有意差はなかった。介入後のCGI-Sは、心理支援群と専門的心理支援群の間に有意差が得られた ($t(39)=2.98, p=.005$)。効果量は1.02であり、非常に大きな効果がみられた。

介入前後における2群間のCGI-Sの差▶



○ CGI-I の分析結果

t検定を行ったところ、心理支援群と専門的心理支援群に.05水準で有意差が認められた ($t(39)=2.81, p=.008$)。効果量は1.03であり、非常に大きな効果が認められた。



▲ 2群間の介入後のCGI-Iの差

出典：国立精神・神経医療研究センター

1. 精神医療の現状等について
2. 外来医療について
3. 個別事項について
 - 3-1 公認心理師及び心理支援等について
 - 3-2 精神保健福祉士による継続的な支援について

精神保健福祉士に病棟専従配置等を求めている入院料

- 精神科救急急性期医療入院料等の手厚い配置を求めている入院料を中心に、精神保健福祉士の病棟専従配置等を求めている入院料がある。

入院料	施設基準等
精神科救急急性期医療入院料	<ul style="list-style-type: none">（看護職員夜間配置加算の施設基準）当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置・当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置
精神科急性期治療病棟入院料	<ul style="list-style-type: none">・当該各病棟に精神保健指定医及び精神保健福祉士又は公認心理師が常勤していること。
精神科救急・合併症入院料	<ul style="list-style-type: none">（看護職員夜間配置加算の施設基準）当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置・当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置
児童・思春期精神科入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none">・当該病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の公認心理師がそれぞれ1名以上配置（精神科養育支援体制加算の施設基準）当該保険医療機関内に、以下（ア～エ）から構成される虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者への支援（以下「精神科養育支援」という。）に係るチーム（以下「精神科養育支援チーム」という。）が設置 ウ 20歳未満の精神疾患を有する患者の支援に係る経験を有する専任の常勤精神保健福祉士（当該専任の医師、看護師、精神保健福祉士又は公認心理師については、週3日以上勤務、かつ、週22時間以上勤務の専任の非常勤2名以上の組み合わせにより、常勤と同時間帯に非常勤配置の場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。）
認知症治療病棟入院料	<ul style="list-style-type: none">（認知症夜間対応加算の施設基準）当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置・（認知症治療病棟入院料1の施設基準）当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士又は専従する公認心理師がいずれか1人以上勤務医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師、精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。
地域移行機能強化病棟入院料	<ul style="list-style-type: none">当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、看護補助を行う看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上当該病棟において、看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数の六割以上が看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数（当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数）の二割以上が看護師当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員、作業療法士及び精神保健福祉士が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員・当該病棟に1名以上の専従の常勤精神保健福祉士が配置当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか1名）が配置退院支援相談員を、当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。また、退院支援相談員のうち1名以上（入院患者数が40を超える場合は2名以上）は、当該病棟に専任の常勤の者であること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。ア 精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可）

その他の専従要件について

中医協 総-3
7. 1 2. 3

- その他、以下のような専従要件についても、専従の趣旨や医療の質を担保することに配慮しつつ、行える業務の範囲や分担の在り方、従事する場所等について、更に明確化することができるのではないか。

算定区分	専従要件と主な業務規定や緩和要件	課題
------	------------------	----

【チームで診療を提供する項目に係る専従要件】

A234 医療安全対策加算	適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。	
A234-2 感染対策向上加算 注3に規定する抗菌薬適正使用支援加算	要件を満たす医師又は看護師のうち1名は専従。 <ul style="list-style-type: none">・ 抗菌薬適正使用支援チームの業務、他の保険医療機関等に関する助言の業務を行っても専従とみなす（赴いて助言する時間は月10時間以下）・ 医療安全対策加算に定める医療安全管理者との兼任不可	<ul style="list-style-type: none">・ 専従の職員が、加算に係る業務を行わない時間に行うことのできる業務が示されていない。・ 病床数によって、業務の量に差があると考えられるが、例えば規模の大きい病院で複数名の要件を満たす担当者がいる場合、加算に係る業務を分担しうるのではないか。その場合、加算に従事しない一定の時間は他の業務を行うことが考えられるのではないか。

【入院料に係る専従要件】

A304 地域包括医療病棟入院料	専従の常勤理学療法士等が2名以上 常勤の管理栄養士が1名以上	
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	専従の常勤理学療法士等が1名以上	病棟に専従であっても、病棟の患者に係る院外における指導等を行うのではないか。

【精神医療に係る専従要件】

A103 精神病棟入院基本料の注7に規定する精神保健福祉士配置加算	専従の常勤精神保健福祉士が1名以上	
A230-2 精神科地域移行実施加算	地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上 <ul style="list-style-type: none">・ 当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務に専従していることが必要	従事できる業務の範囲や、業務を行う場所について、今後、議論予定。
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料	専従の常勤精神保健福祉士が1名以上	
A314 認知症治療病棟入院料 等		

精神科病院における精神保健福祉士の役割と専門性

- 精神保健福祉士は入院前から退院後までのあらゆる場面において、院内で多職種と連携した相談援助の実践や、行政や地域の支援機関との連携等をとおした、シームレスな患者支援を行うことが求められている。

入院前

- 病状や生活状況、福祉サービス等の利用状況の確認
- 入院や通院の受け入れ調整

入院初期

- 行政、障害福祉サービス事業所等との状況共有
- 安心して治療を受けるための療養支援
- 退院後の居住地や必要な支援の検討
- 院内多職種チームとの情報共有やカンファレンスの開催調整

入院中期

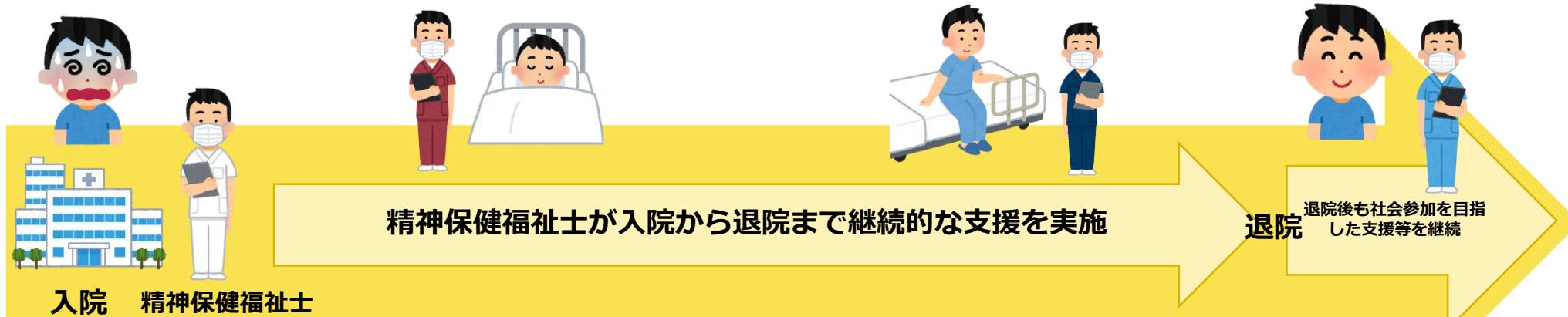
- 退院に向けた支援計画の作成
- 居住支援や障害福祉サービス等の調整
- 通院先や訪問看護等の医療継続の支援
- 同行訪問等による生活環境調整

入院後期

- 通院状況や障害福祉サービス等の利用状況等の確認本人、家族等の相談支援の継続
- 支援計画の見直しやカンファレンスの開催調整

外来移行後

精神科病院・診療所・行政・障害福祉サービス事業所等と共同カンファレンスの開催等、継続的な連携



精神保健福祉士は、本人や家族、関係機関等と継続したかかわりを持つことで安心感を育み、信頼関係を構築し、退院後の本人が希望する生活の実現に向けて支援を行う

入院医療に関する方向性の整理

第12回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

第1回から第11回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

入院機能・地域移行

- ◆ 入院機能等については、以下の内容の御議論があった。
- 将来的に期待される精神科の主な入院機能については、地域と密着して環境面を整えながら地域での生活を後押しすることを前提として、救急※を含む急性期の時期を中心とした医療を提供し早期の退院を目指す機能や急性期からやむを得ず急性期を超えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。
※ 単に入院形態ではなく、緊急的な医療的介入の必要性を踏まえたもの
- その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療により地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。
- また、小規模な病院において、地域と密着して患者の地域生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、障害福祉サービスを一体的に提供し、必要に応じて入院サービスを提供することが求められること。
- なお、高齢の長期入院者への退院支援に当たっては、当該患者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者の介護ニーズへの対応については、介護保険制度に基づく在宅や施設サービスが受け皿となり得ること。また、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療によって地域や施設等の対応能力を高めることで、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。
注 精神医療における地域医療構想の取り組みについて、精神医療を位置付けることを含む医療法等改正法案の法律事項は法案成立後、然るべき場において改めて検討を行うことを想定。

人員配置

- ◆ 人員配置については、以下の内容の御議論があった。
- 精神病床においては、身体合併症対応を含めた身体的ケアや患者の高齢化や入院の長期化に伴う身体機能の低下防止の充実等を図るため、医師、看護職員をはじめ精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含めた多職種による手厚い医療を提供できる体制を確保し、地域移行に向けた取組を推進していくこと。また、一般病床と同様にリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組を推進していくこと。
- 精神科医療機関に従事する精神保健福祉士は、入院前から退院後までのあらゆる場面において活躍が期待されている一方で、精神科医療機関を選択する精神保健福祉士の減少に伴い人員の確保が困難であることや、制度改革に伴う事務的な作業の増加が指摘されていることを踏まえ、病棟や入退院支援部門等における精神保健福祉士のタスクシェアや事務的な作業等への精神保健福祉士以外の活用等を推進していくこと。

身体合併症について

- ◆ 身体合併症については、以下の内容の御議論があった。
- 地域ごとに人口規模や医療資源の状況等が大きく異なることや身体合併症を有する患者の受け入れ体制が異なることを踏まえ、医療需要を踏まえた検討や精神科以外の医療との連携が重要であることから、一定の仮定に基づくデータ等を参考に、地域における議論の場※等を活用し、医療機関の役割分担を明確にしていくこと。
※地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。
- 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたって、精神病床を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。
- 精神科病院においては、入院患者の高齢化に伴って、生活習慣病等の身体合併症への対応を要する慢性期の患者が多くなってきており、そのため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層内科医等が関わりながら対応できる体制の構築や専門性の高い看護師の活用を進めていくこと。
- また、慢性期の身体合併症では特に高い専門性が求められる透析、緩和ケア等については、医療計画において対応する医療機関の明確化を図るとともに、精神科医療機関及び精神科以外の医療機関との連携体制の構築を進めていくこと。
- 精神病棟以外の入院患者に対応する精神科リエゾンチームについては、多様な疾患に対して幅広く活躍することで、身体科による精神科疾患有する患者の受け入れが進み、結果として精神科医療を特別視しない素地も期待されるため、より積極的な活用を進めていくこと。

精神医療に係る現状と課題

(外来医療について)

- 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定することとされており、診察時間や実施者が精神保健指定医であるかによって、評価が分かれている。
- 通院・在宅精神療法が30分以上実施された場合、そのうち一定程度は初診患者に対する精神療法であった。
- 精神科の診察において、例えばうつ病では把握すべき情報等が多岐に渡っており、このような情報等は初診時に把握することが望ましいと考えられる。
- 早期診療体制充実加算は、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施するとともに、精神疾患有する患者に対し、質の高い診療を継続的に行う体制を評価するものであり、精神科救急医療の提供や時間外診療体制の確保等を求めている。
- 診療所において早期診療体制充実加算の届出を行っていない理由は、「時間外診療の提供に関する要件を満たすことが困難であるため」が 59.9%と最も多く、次いで「精神科救急医療の提供に関する要件を満たすことが困難であるため」が多かった。また、「過去6か月間の30分以上又は60分以上の診療実績の要件を満たすことが困難であるため」又は「過去6か月間の「初診日に60分以上」の診察実績の要件を満たすことが困難であるため」のいずれかを選択した施設は 54.1%であった。
- 自院の診療時間は平日日中のみであるものの、救急患者の受け入れ等を行う病院と平時から情報共有等を行う診療所においては、時間外もかかりつけ患者の対応が十分可能と考えられる体制を構築している。
- 情報通信機器を用いた通院精神療法の届出医療機関数及び算定回数は、限定的である。
- 情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針は、一定の条件のもと初診を行うこととする等、見直しが行われる予定である。
- 規制改革実施計画において、新たな指針を踏まえたオンライン診療における精神療法の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずることが閣議決定されている。
- 児童思春期支援指導加算の都道府県ごとの届出状況を見ると、16県において、届出医療機関が3施設以下であった。届出を行っていない理由については、「患者が少なく、過去6か月間に初診を実施した20歳未満の患者数が月平均8人未満である」が病院42.0%、診療所36.8%であった。

精神医療に係る現状と課題

(個別的事項について)

- ・ 公認心理師の登録者数は増加傾向にあり、令和6年度末時点で73,743人となっている。
- ・ 平成30年診療報酬改定において診療報酬上評価する心理職については、経過措置を設けた上で、「公認心理師」に統一することとされ、当面の間、経過措置が置かれている。
- ・ 心理支援加算の対象患者は、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する者となっている。
- ・ 心理支援加算の算定にあたっての課題について、「対象となる患者の基準に該当しないが、支援を必要としている患者がいる」という回答が63.7%と最多であり、心理支援加算の算定を行っていない理由について、「外来にて心理支援は実施しているが、算定対象となる患者はいないため」という回答が47.2%と最多であった。
- ・ 精神科外来に通院中の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(ICD-10におけるF40-F48)等の患者に対し、通院精神療法に加えて公認心理師による心理支援を導入した場合、患者の状態のさらなる改善が認められ、より効果的な通院精神療法の実施に寄与した。
- ・ 認知療法・認知行動療法について、医師及び看護師が共同して行う場合、毎回の看護師による面接後に、専任の医師による面接を要件としており、届出医療機関数及び算定件数は限定的である。
- ・ 現行の心理支援加算の枠組みを用いて基本的な心理支援を実施した群と、医師が必要性や適性を判断した上で、認知行動療法的アプローチ等を用いることで、より専門性の高い心理支援を実施した群を比較したところ、後者の方がより短期間での、患者の状態のさらなる改善が認められ、より効果的な通院精神療法の実施に寄与する結果となった。
- ・ 精神科救急急性期医療入院料等の手厚い配置を求めていた入院料を中心に、精神保健福祉士の病棟専従配置等を求めていた入院料がある。
- ・ 精神保健福祉士は入院前から退院までのあらゆる場面において、院内で多職種と連携した相談援助の実践や、行政や地域の支援機関との連携等をとおした、シームレスな患者支援を行うことが求められている。

精神医療に係る論点

【論点】

(外来医療について)

- 精神科外来において初診をより積極的に診療する体制を確保する必要があることや、精神保健指定医が地域で果たす役割をさらに評価する観点から、通院・在宅精神療法における初診・再診の評価のあり方について、どのように考えるか。
- 早期診療体制充実加算に関して、地域の精神科救急医療提供体制を担う病院との連携体制を構築した上で、入院患者の地域移行・地域定着等に積極的に取り組む診療所についても評価の対象とすることについて、どのように考えるか。
- 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」の見直しの状況を踏まえ、指針に沿った形で行われている初診精神療法についても評価を行うことについて、どのように考えるか。またその際、再診精神療法と同様に質の高い精神医療の提供に資する施設基準を設定することについて、どのように考えるか。
- 児童思春期の精神疾患患者の受入体制をさらに確保する観点から、児童思春期支援指導加算の評価のあり方について、どのように考えるか。

(個別的事項について)

- 公認心理師の養成状況を踏まえ、診療報酬上の臨床心理技術者に係る経過措置を終了することについて、どのように考えるか。
- 公認心理師による心理支援の提供実態や効果をふまえ、心理支援加算の対象疾患の拡大や、認知行動療法的アプローチに基づく心理支援への評価を新たに行うことについて、どのように考えるか。また、認知療法・認知行動療法の実施に際して毎回医師の介入を求める要件等を緩和することについて、どのように考えるか。
- 同一の精神保健福祉士による継続的な伴走支援を推進する観点から、病棟に専従配置されている精神保健福祉士が、当該病棟からの転棟後の患者等の継続的な支援を行えるようにするなど、専従となっている職務の範囲を柔軟化することについて、どのように考えるか。

個別事項について（その14）

技術的事項

1. 全身麻酔の評価について
2. ロボット手術の評価について
3. 臓器移植施設の体制整備について
4. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について
5. 検体検査等について
6. 睡眠医療について
7. 情報通信機器を用いた医学管理等について
8. カルタヘナ法を遵守した医学管理について
9. 慢性心不全の再入院予防について
10. 心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について
11. 診療報酬における使用医薬品について

全身麻酔の評価の概要

- 全身麻酔の診療報酬上の評価は、主に麻醉の投与経路、時間により分類されている。
- 麻酔管理料は、手術前後の診察も含めた麻醉の安全管理体制に係る評価であり、麻酔科標榜医の関与の度合いで分かれており、全身麻酔ではL008のみ算定可能である。

全身麻酔の評価体系 (概要)

(※1) 筋肉注射、注腸の場合
L001 筋肉注射による全身麻酔、
注腸による麻酔 120点

		麻酔の投与経路（※1）	
		吸入麻酔	静脈麻酔
麻酔時間	10分未満	L000 迷もう麻酔 31点	L001-2 静脈麻酔 1 短時間のもの 120点
	10分以上 20分未満	L007 開放点滴式全身麻酔 310点	L001-2 静脈麻酔 十分な体制で行われる長時間のもの 2 単純な場合 600点 3 複雑な場合 1,100点 ※麻酔科標榜医 注2 麻酔時間管理加算（2時間超）
	20分以上	L008 マスク又は気管内挿管による 閉鎖循環式全身麻酔 6,000点～	(閉鎖循環式全身麻酔器を用いた場合) L008 マスク又は気管内挿管による 閉鎖循環式全身麻酔 6,000点～

麻酔管理料の評価体系（概要）

	麻酔前後の診察	手術中の麻酔	主な施設基準
L009 麻酔管理料（I） 1,050点	常勤の麻酔科標榜医が実施	専ら常勤の麻酔科標榜医が実施	麻酔科標榜医が1名以上配置 常勤の麻酔科標榜医による安全管理体制 等
L010 麻酔管理料（II） 450点	担当医師（※2）又は常勤の麻酔科標榜医が実施	担当医師が実施 (麻酔科標榜医の管理下)	常勤の麻酔科標榜医が5名以上配置（※3） 常勤の麻酔科標榜医による安全管理体制 24時間緊急手術の麻酔に対応する体制 麻酔科標榜医と担当医師が共同して麻酔を実施する体制 等

(※2) 常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの
(※3) 麻酔科標榜医である複数の非常勤医師の組み合わせによる常勤換算の規定あり

鎮静と全身麻酔の分類

- 麻酔管理の際は、使用する医薬品の種類や投与経路に関わらず、鎮静薬・麻酔薬の投与量に伴って鎮静のレベルが連続的に変化するため、患者の反応や生理学的状態に応じて、気道確保等の必要な対応が行われる。
- 中等度鎮静と深鎮静以上の鎮静レベルでは、反応性、気道、呼吸において患者の状態が大きく異なり、特に深鎮静では全身麻酔と同様に慎重な管理が必要である。関連学会のガイドラインでは、バックアップ体制の構築や急変時のフローチャートの整備等の院内管理体制の構築が推奨されている。

鎮静と全身麻酔の分類と定義

	最小鎮静	中等度鎮静	深鎮静	全身麻酔
反応性	呼びかけに正常に反応する	呼びかけ、接触刺激で合目的的に反応	繰り返し、有痛刺激後、合目的的に反応	有痛性刺激で未覚醒
気道	影響されない	介入不要	介入必要なことがある	しばしば介入必要
自発呼吸（換気）	影響されない	適切	不十分なことがある	頻繁に不十分
心血管機能	影響されない	通常は維持	通常は維持	障害されることがある

慎重な管理が必要

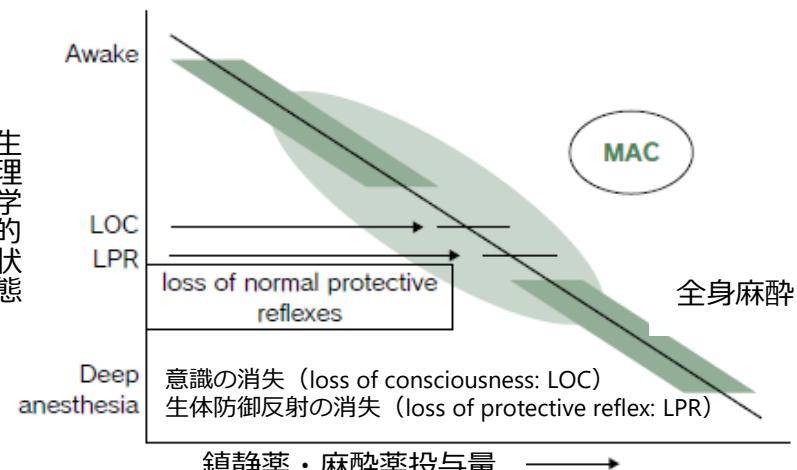


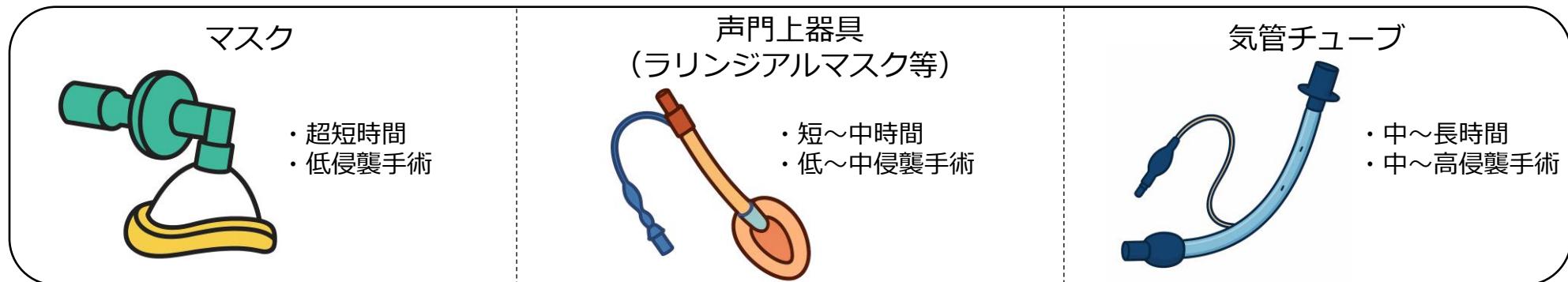
図 監視下麻酔管理 (monitored anesthesia care : MAC)

緊急時ためのバックアップ体制

- ・ 鎮静時には、緊急時、蘇生時に必要となる設備・機器がすぐに利用可能であるように必ず準備し、緊急対応する人員を事前に配置しておかなければならない。
- ・ 鎮静中は患者の看護に専念する医師（または看護師）を配置しなければならない。必要時は的確に緊急時対応バックアップチームに連絡し、バックアップチームが到着するまでの間、基本的な救命処置、少なくともバッグマスクによる用手換気を実施することができる人員でなければならない。
- ・ 麻酔科医や救急医など、緊急時対応の専門医師が院内にいる場合は、これらの専門医師が緊急時の鎮静実施体制に関わることを強く推奨する。

全身麻酔と気道確保デバイス

- 「L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」では、マスク、声門上器具又は気管チューブによる気道確保が想定され、気道確保手技による評価の違いは見られない。
- 現状の算定要件では、麻酔時間が20分以上であれば、閉鎖循環式麻酔器と患者をマスクのみで接続した場合でも算定可能であるような記載となっている。



L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

(算定要件)

- ・ ガス麻酔器を使用する閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を20分以上実施した場合は、本区分により算定する。
- ・ 静脈注射用麻酔剤を用いて全身麻酔を実施した場合であって、マスク又は気管内挿管による酸素吸入又は酸素・亜酸化窒素混合ガス吸入と併用する場合は、20分以上実施した場合は、本区分により算定する。
- ・ 本区分の全身麻酔の実施時間は、当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時点を開始時間とし、患者が当該麻酔器から離脱した時点を終了時間とする。なお、これ以外の観察等の時間は実施時間に含めない。

1. 全身麻酔の評価について
2. ロボット手術の評価について
3. 臓器移植施設の体制整備について
4. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について
5. 検体検査等について
6. 睡眠医療について
7. 情報通信機器を用いた医学管理等について
8. カルタヘナ法を遵守した医学管理について
9. 慢性心不全の再入院予防について
10. 心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について
11. 診療報酬における使用医薬品について

ロボット手術について

- 内視鏡手術用支援機器を用いた内視鏡手術（ロボット手術）は、平成24年度診療報酬改定以降、累次の改定毎に新たな技術が保険適用され、現在、32項目のロボット手術が保険適用されている。
- 平成30年度診療報酬改定では、ロボット手術のうち、既存技術と同等程度の有効性・安全性があると評価されたものについては、対応する優先度が高い技術とし、その診療報酬上の評価は、既存技術と同程度とすることとされた。現時点で既存技術と比較して追加評価されている術式は6項目に留まっている。

診療報酬項目	診療報酬項目	診療報酬項目
K082-7 人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	K655-5_1, 3 腹腔鏡下噴門側胃切除術 1 単純切除術 3 悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	K754-2 腹腔鏡下副腎摘出術
K374-2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）	K657-2_1, 4 腹腔鏡下胃全摘術 1 単純全摘術 3 悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	K755-2 腹腔鏡下副腎摘出術（褐色細胞腫）
K394-2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術 1 切除 2 全摘	K674-2 腹腔鏡下総胆管拡張症手術	K773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの） 1 原発病巣が7センチメートル以下のもの 2 その他のもの
K502-5 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	K695-2 腹腔鏡下肝切除術 1 部分切除 イ 単回の切除によるもの □ 複数回の切除を要するもの 2 外側区域切除 3 亜区域切除 4 1区域切除（外側区域切除を除く。） 5 2区域切除 6 3区域切除以上のもの	K773-6 腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
K504-2 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	K702-2 腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術 1 脾同時切除の場合 2 脾温存の場合	K778-2 腹腔鏡下腎盂形成手術
K513_3, 4 胸腔鏡下肺切除術 3 区域切除 4 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	K703-2 腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術 1 脾頭十二指腸切除術の場合 2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	K803-2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 1 全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの） 2 全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行つもの） 3 全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）
K513-2 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	K719-3 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	K843-4 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
K514-2_2, 3 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 2 区域切除 3 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術 1 切除術 2 低位前方切除術 3 超低位前方切除術 4 経肛門吻合を伴う切除術 5 切断術	K860-3 腹腔鏡下腔断端挙上術
K529-2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの 2 胸部、腹部の操作によるもの		K865-2 腹腔鏡下仙骨腔固定術
K529-3 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術		K877-2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術
K554-2 胸腔鏡下弁形成術 1 1弁のもの 2 2弁のもの		K879-2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮外因に限る。）
K555-3 胸腔鏡下弁置換術 1 1弁のもの 2 2弁のもの		
K655-2_1, 3 腹腔鏡下胃切除術 1 単純切除術 3 悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）		

※ 既存手術と比較して追加的に評価されている技術は赤字

手術等医療技術の適切な評価④

➤ 保険導入を行う新規技術の例(1) ロボット支援下内視鏡手術 その1

(医療技術分科会における議論)

- ・現在保険適用されていないロボット支援下内視鏡手術については、既存技術と比較した優越性についての科学的根拠を現時点で示すことが困難な状況。
- ・一方で、内視鏡の操作性の高さ等のロボット支援下内視鏡手術の利点が指摘されており、また、現在保険適用されていないロボット支援下内視鏡手術の中には、既存技術と同等程度の医学的有効性および安全性を有するものも存在すると考えられる。



- ・ロボット支援下内視鏡手術については、各手術の有効性・安全性について個別に評価を行い、既存技術と同等程度の有効性・安全性を有すると考えられるものについては、改定において優先的に対応してはどうか。
- ・ロボット支援下内視鏡手術を保険適用する際には、その安全性を担保し、データを蓄積するための施設基準を設けるべきではないか。
- ・既存技術と同等程度の有効性・安全性を有すると考えられるものの、優越性を示すまでには至っていない手術については、その診療報酬上の評価は、既存技術と同程度とすることが適切ではないか。



- 医療技術評価分科会に提案のあったロボット手術等のうち、既存技術と同等程度の有効性・安全性があると評価されたものについては、診療報酬改定において対応する優先度が高い技術とする。

- 保険適用に当たっては、施設基準として、当該ロボット支援下内視鏡手術又は関連する手術の実績や、関係学会によるレジストリに参加する等の要件を設ける。

ロボット手術と腹腔鏡下等手術の医療材料費

- ロボット手術は、腹腔鏡下・胸腔鏡下手術（腹腔鏡下等手術）と比較して、医療機器の導入コストや手術1回当たりの医療材料費が相対的に高い。

ロボット手術と腹腔鏡下等手術の償還できない医療材料費

術式	ロボット手術	腹腔鏡下等手術
肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもの）	511,584円	175,762円
大動脈弁置換術	860,867円※	347,589円
胃悪性腫瘍手術・全摘（広汎）	697,582円	346,240円
結腸悪性腫瘍手術	583,128円	193,949円
肝切除術（亜区域切除）	855,894円	386,914円
脾頭十二指腸切除術	886,314円	413,104円

- ・ 外保連試案2026において、ロボット手術と腹腔鏡下等手術が保険収載されている手術のうち、令和6年10～11月に関係学会が実態調査を行ったものを対象とした。

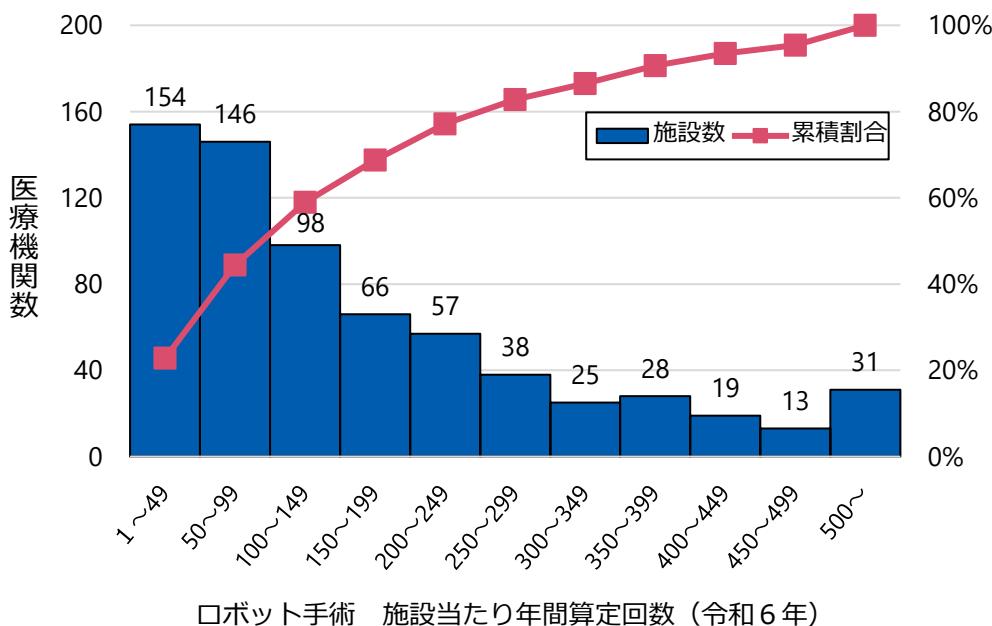
- ・ 金額は償還できない費用（基本セット、一部償還できる医療材料、償還できない材料、特殊縫合糸の合計）を計上

※「弁置換術（1弁）（ロボット支援）」を記載

ロボット手術の算定状況

- 令和6年におけるロボット支援下内視鏡手術の算定医療機関数は675施設で、総算定回数は約11.3万回である。
- 年間算定回数が150回未満の医療機関が全体の59%、250回以上の医療機関は全体の22.8%となっている。また、年間算定回数が150回未満の医療機関で実施されているロボット手術は全体の23.1%未満、250回以上の医療機関実施されているロボット手術は全体の55.5%となっている。

ロボット手術
年間算定回数別施設数・累積割合



ロボット手術
施設規模別の年間算定回数・累積割合

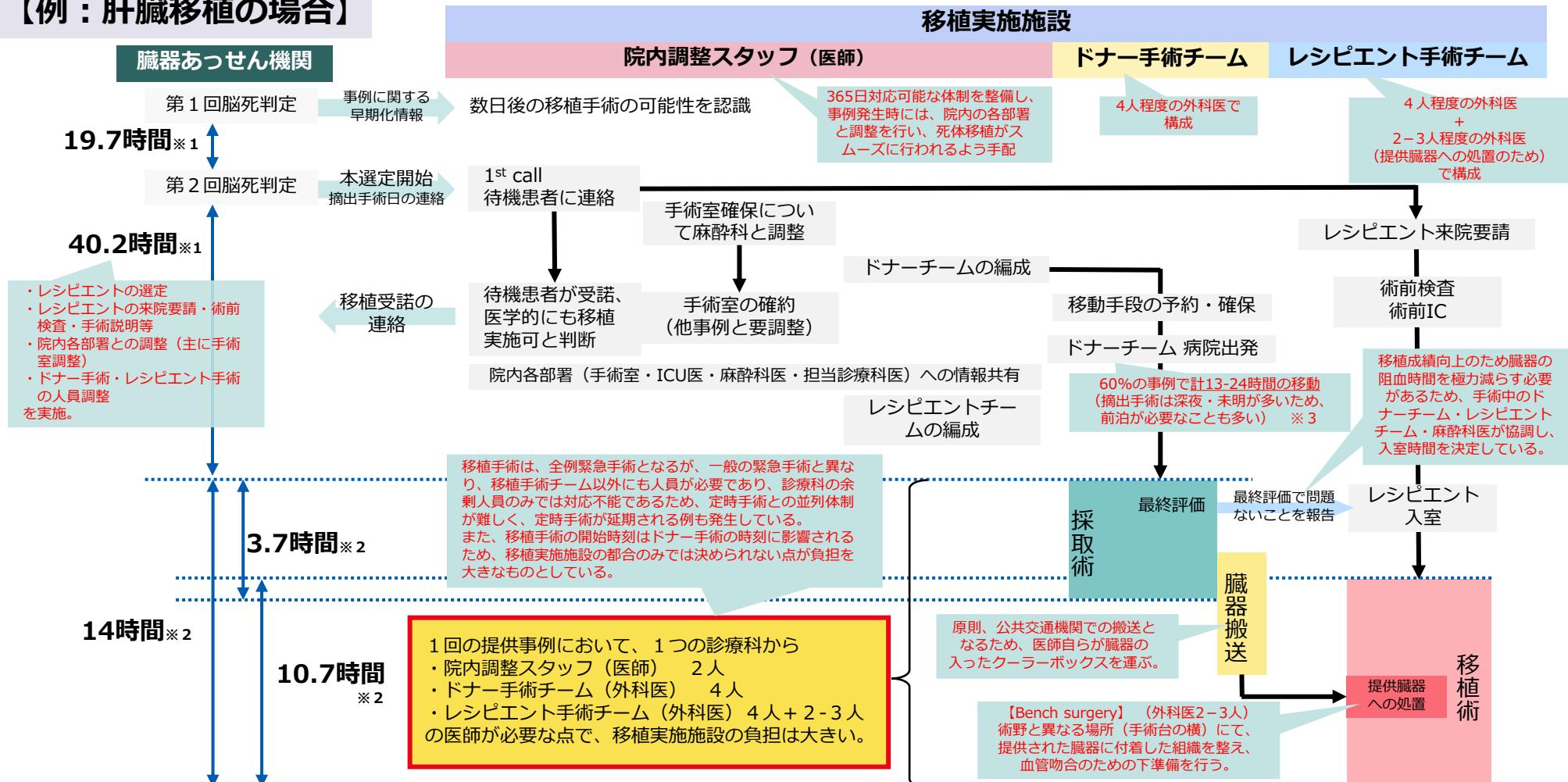


1. 全身麻酔の評価について
2. ロボット手術の評価について
3. 臓器移植施設の体制整備について
4. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について
5. 検体検査等について
6. 睡眠医療について
7. 情報通信機器を用いた医学管理等について
8. カルタヘナ法を遵守した医学管理について
9. 慢性心不全の再入院予防について
10. 心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について
11. 診療報酬における使用医薬品について

臓器提供の発生時における臓器移植実施施設の動き

- 臓器移植の実施体制を有する大学病院等において移植を担当する診療科は、多くとも年間30件の移植手術に対応するため、臓器あっせん機関からの連絡に備え、チームとして365日対応可能な体制を整えている。
- 臓器移植を実施するに当たって、脳死症例発生の可能性に係る連絡を受けてから移植手術終了まで、10名程度の医師が約3日間業務に当たることとなる。

【例：肝臓移植の場合】



※ 健康・生活衛生局難病対策課移植医療対策推進室にて作成。 ※ 1 2020年度から2024年度の脳死下臓器提供事例に関するJOTのデータを基に、移植医療対策推進室にて解析した。

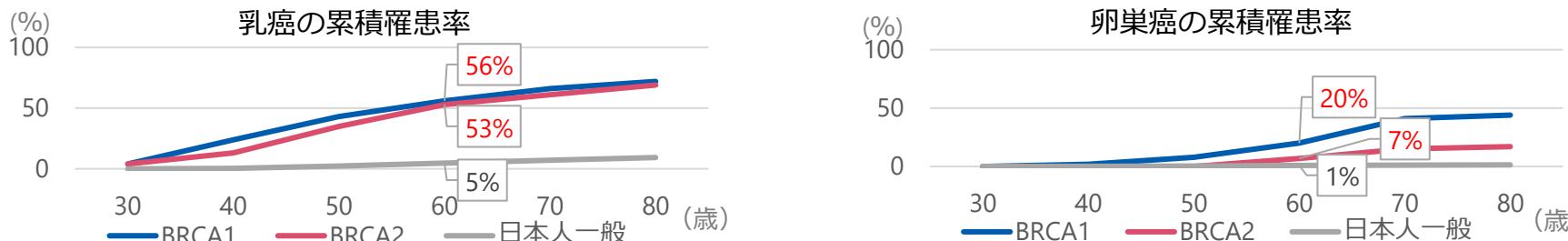
※ 2 2025年1~9月の脳死下臓器提供事例に関するJOTのデータを基に、移植医療対策推進室にて解析し、肝臓移植の場合を示している。 ※ 3 日本移植学会 働き方改革委員会 笠原ら、移植、2022、57巻、1号、p. 67-74。

1. 全身麻酔の評価について
2. ロボット手術の評価について
3. 臓器移植施設の体制整備について
4. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について
5. 検体検査等について
6. 睡眠医療について
7. 情報通信機器を用いた医学管理等について
8. カルタヘナ法を遵守した医学管理について
9. 慢性心不全の再入院予防について
10. 心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について
11. 診療報酬における使用医薬品について

遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）の概要

- 遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）は、生殖細胞系列（※1※2）のBRCA1/2遺伝子変異により、乳がんや卵巣がんなどの発症リスクが上昇する疾患概念であり、BRCA1/2遺伝子変異陽性患者における、乳癌及び卵巣癌の60歳までの累積罹患率は、乳癌で56%/53%、卵巣癌で20%/7%である。
- HBOCについては、現時点では、乳癌又は卵巣癌を既に発症した患者に対するBRCA1/2遺伝子検査並びに対側乳房切除及び卵巣・卵管切除が保険適用されている。
- 乳癌・卵巣癌未発症のHBOCに対する両側乳房切除及び卵管・卵巣切除については、いずれも乳癌/卵巣癌発症リスクの低減効果及び全生存期間の延長に係る一定のエビデンスが示されており、関係学会において、ガイドラインが取りまとめられている。

BRCA1/2遺伝子変異陽性患者の乳癌及び卵巣癌の累積罹患率



Kuchenbaecker KB, et al. JAMA. 2017;317(23):2402-2416. 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」より健康・生活衛生局がん・疾病対策課にて作成

BRCA1/2遺伝子検査に係る主な算定要件等（※1）

D006-18 B R C A 1 / 2 遺伝子検査 血液を検体とするもの	
対象患者	○ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる乳癌若しくは卵巣癌患者

BRCA1/2遺伝子変異陽性患者に対する両側乳房切除及び卵巣・卵管切除に係るエビデンス及び学会ガイドラインの記載

CQ. BRCA病的バリアントをもつ乳癌未発症者に対して、両側リスク低減乳房切除術（BRRM）は勧められるか？

→弱く推奨

○乳癌発症リスクの低減効果【エビデンスの確実性：強】

[HR 0.11 (95%CI 0.04-0.32)]

BRRMが両側乳房の乳癌発症リスクを減少させることはほぼ確実

○全生存期間（OS）【エビデンスの確実性：弱】

[HR 0.23 (95%CI 0.05-1.01)]

全生存期間の改善に関しては、RRSOの影響があり、不確実性が残る

CQ. BRCA病的バリアントをもつ女性にリスク低減卵管卵巣摘出術（RRSO）は勧められるか？

→強く推奨

○卵巣卵管癌発症リスクの低減効果【エビデンスの確実性：強】

[HR 0.16 (95%CI 0.12-0.21)]

RRSOが卵巣癌、卵管癌の発症予防効果を認めることは確実

○全生存期間（OS）【エビデンスの確実性：強】

[HR 0.28 (95%CI 0.18-0.42)]

RRSOがBRCA1/2変異陽性者の全生存期間の延長効果を認めることは確実

一般社団法人日本乳癌学会「乳癌診療ガイドライン2022年版」, Li X, et al. Clin Cancer Res. 2016;22(15):3971-3981. (※1)

※1 生殖細胞（卵子または精子）に生じた遺伝子の変化を指す。子のすべての細胞のDNAに受け継がれる。

※2 HBOCの遺伝様式は常染色体顕性遺伝であり、病的バリアント保持者の一度近親者（父母、子、兄弟姉妹）が病的バリアントを保持する確率は50%である。

1. 全身麻酔の評価について
2. ロボット手術の評価について
3. 臓器移植施設の体制整備について
4. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について
5. 検体検査等について
6. 睡眠医療について
7. 情報通信機器を用いた医学管理等について
8. カルタヘナ法を遵守した医学管理について
9. 慢性心不全の再入院予防について
10. 心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について
11. 診療報酬における使用医薬品について

フィブリノゲン製剤の投与にかかる検査について

- 産科危機的出血に伴う後天性低フィブリノゲン血症におけるフィブリノゲン製剤の投与に際しては、血中フィブリノゲン値を測定する必要があるが、一般的なフィブリノゲン値の測定と異なり、迅速性がより強く求められるため、臨床検査室等ではなく、手術室等で行う必要がある。

フィブリノゲン製剤の適応拡大に係るこれまでの経緯

- フィブリノゲン製剤については、後天性低フィブリノゲン血症のうち、①産科危機的出血、及び②心臓血管外科手術への適応拡大について、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議の報告に基づき、令和3年9月26日の医薬品第二部会において、いずれも公知該当と判断された。
 - 一方で、関連学会による適正使用に係る調査の実施と企業による安定供給確保のため、まずは効能・効果を①産科危機的出血に限定することとし（令和4年3月28日承認）、状況が整った後に②心臓血管外科手術への適応拡大に係る公知申請を行うこととされた。
 - その後、令和4年3月28日に、効能・効果として「産科危機的出血に伴う後天性低フィブリノゲン血症に対するフィブリノゲンの補充」を追加することが承認された。
 - 今般、令和7年6月26日に、②心臓血管外科手術への適応拡大に係る公知申請がなされ、審査中。
-
- 「新たに薬事・食品衛生審議会において公知申請に関する事前評価を受けた後天性低フィブリノゲン血症における乾燥人フィブリノゲンの使用に当たっての留意事項について」（薬生薬審発0906第6号薬生安発0906第20号薬生血発0906第1号令和3年9月6日）（抄）
4. 本剤の適正使用の方策について
本剤の「産科危機的出血に伴う後天性低フィブリノゲン血症に対するフィブリノゲンの補充」における使用は、産科危機的出血を適切に管理できる医療機関において、適切な投与対象に対して行われる必要がある。そのため、本剤投与は、血中フィブリノゲン値の迅速測定が可能で、かつ産科危機的出血の管理に精通した医師が常駐するなど、日本産科婦人科学会等(以下「学会」という。)が定める使用施設の条件を満たした医療機関において使用すること。

フィブリノゲンに係る検査の概要及び診療報酬上の評価

一般的な血液検査として実施されるもの		迅速に測定結果が得られるもの
目的	播種性血管内凝固症候群（DIC）等の診療	主として産科危機的出血等におけるフィブリノゲン製剤の適応判定
所要時間	数十分（院内で実施する場合）	数分
測定場所	臨床検査室または衛生検査所等	手術室等
測定原理	トロンビン時間法、免疫比濁法等	粘稠・散乱光法
診療報酬上の評価	D006 出血・凝固検査 フィブリノゲン定量 23点	

一般社団法人 日本臨床検査医学会提供資料

医薬局医薬品審査管理課及び血液対策課において作成

※ここでいう「フィブリノゲン製剤」とは、フィブリノゲンを有効成分とする医薬品のうち、先天性低フィブリノゲン血症の出血傾向及び産科危機的出血に伴う後天性低フィブリノゲン血症に対するフィブリノゲンの補充を効能・効果として有するものに限る。

1. 全身麻酔の評価について
2. ロボット手術の評価について
3. 臓器移植施設の体制整備について
4. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について
5. 検体検査等について
6. 睡眠医療について
7. 情報通信機器を用いた医学管理等について
8. カルタヘナ法を遵守した医学管理について
9. 慢性心不全の再入院予防について
10. 心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について
11. 診療報酬における使用医薬品について

C P A P 療法の導入基準及び適切な管理について

- 睡眠時無呼吸症候群の診療ガイドラインにおいて、保険診療を考慮した診断・治療のアルゴリズムが提示されており、A H I（無呼吸低呼吸指数）に応じてC P A P 療法の可否が判断される。
- 各国を比較すると、過度の眠気等の自覚症状のある患者に対する、保険上のC P A P の導入基準となるA H Iの値は15又は5以上としている国が多い。
- 患者のC P A P 装置使用状況を把握可能な機器が広く上市されているところ、1晩あたり4時間以上のC P A P 使用が適切であることや、短時間の使用では有効性が乏しいことが指摘されている。

保険診療を考慮した睡眠時無呼吸の診断と治療の

アルゴリズム（C P A P 療法に繋がる部分のみ抜粋）

睡眠時無呼吸が疑われる患者

簡易モニター

（D 2 3 7 1 携帯用装置を使用した場合）等

A H I <40/hr

A H I ≥40/hr

終夜睡眠ポリグラフィー

（D 2 3 7 3 イ安全制度管理下で行うもの 等）

A H I ≥20/hr

C P A P 療法

自覚症状のある患者に対するC P A P 導入基準となるA H I

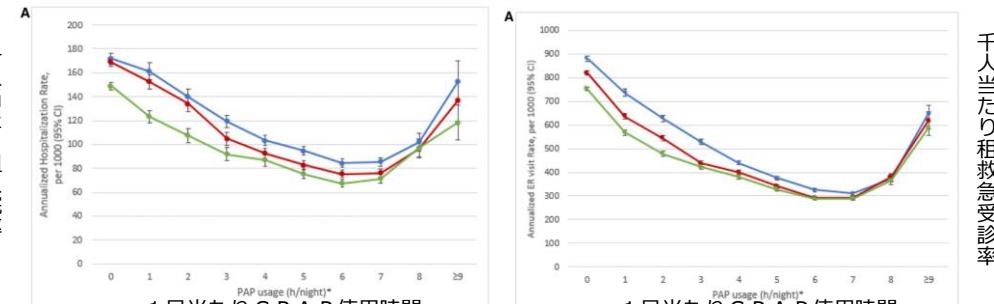
国名	米	独	仏	西	英	豪	日本
A H I	5	5	15	15	5	15	20

出典：日本睡眠学会より提供

2023年改訂版 循環器領域における睡眠呼吸障害の診断・治療に関するガイドライン

C P A P 導入患者の一部には、アドヒアランスが良好に維持できない例や、C P A P 治療導入当初の自覚症状の改善は著しかったが、その後、昼間の眠気が残存する例、鼻閉や夜間中途覚醒後の再装着が煩わしいなどの理由からC P A P 治療に対するモチベーションが低下する例も経験する。C P A P 治療ではアドヒアランスを良好に維持することが臨床効果を得るために重要である。一般的には、高血圧や心血管イベントの頻度を抑制するためには、1晩あたり4時間以上のC P A P 使用が適切とされている。

1日当たりC P A P 使用時間と入院回数・救急受診回数の関係



出典：Ann Am Thorac Soc. 2023 Jun;20(6):891-897.
日本呼吸器学会より提供

出典：睡眠時無呼吸症候群（S A S）の診療ガイドライン2020
(日本呼吸器学会等監修)を参考に保険局医療課にて作成

終夜睡眠ポリグラフィーについて

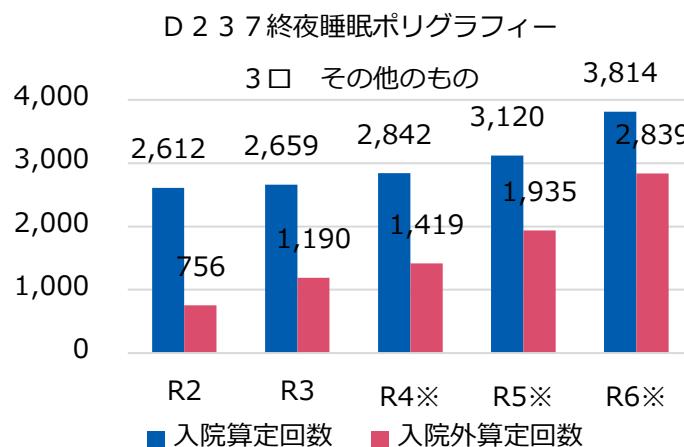
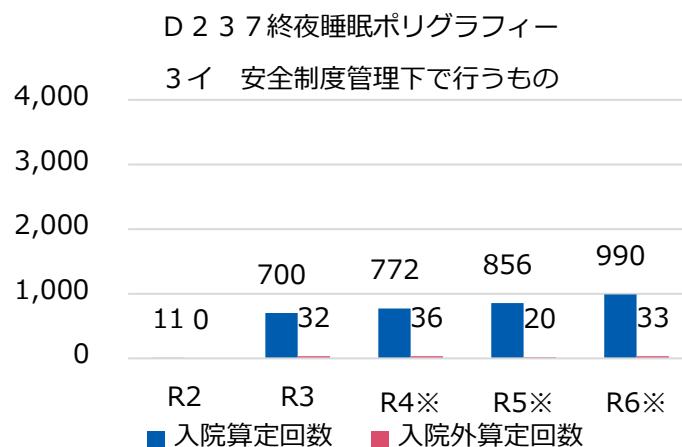
- 終夜睡眠ポリグラフィーについては、近年は在宅で実施できる機器が開発され、一定割合が在宅で実施されている。
- 在宅で実施する方法は、在宅に検査装置を送付し、患者等が自ら装置を取り付けるもの、医療者が訪問等を行い取り付けるものなどが含まれるが、診療報酬上は、入院で実施する場合と在宅で実施する場合等に差は設けられていない。

入院外の実施方法	実施回数（※1）
施設内	1,652
施設外（在宅など）	783
うち、取り付けを患者又は家族が行った件数	753
うち、取り付けを技師など医療者が行った件数	30

入院外の実施方法	解析不可となつた検査割合（%）
取り付けを患者又は家族が行った場合	14.9※1～15.9※2
取り付けを技師など医療者が行った場合	4.7※3～7.0※4

出典：日本睡眠学会より提供（学会員を対象に調査した令和6年における年間実績）

出典：日本睡眠学会より提供
 ※1 Ferretti D. J Sleep Res. 2024
 ※2 Punjabi N. Sleep Adv. 2022
 ※3 Bruyneel M. J Sleep Res. 2011
 ※4 Campbell A. J Sleep Res. 2011



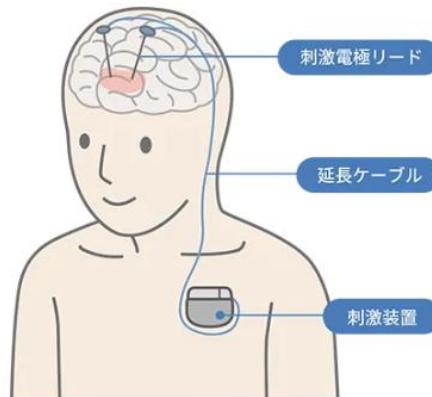
出典：社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分）

※ R4以降の入院算定回数には、短期滞在手術等基本料3の回数を含む。

1. 全身麻酔の評価について
2. ロボット手術の評価について
3. 臓器移植施設の体制整備について
4. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について
5. 検体検査等について
6. 睡眠医療について
7. 情報通信機器を用いた医学管理等について
8. カルタヘナ法を遵守した医学管理について
9. 慢性心不全の再入院予防について
10. 心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について
11. 診療報酬における使用医薬品について

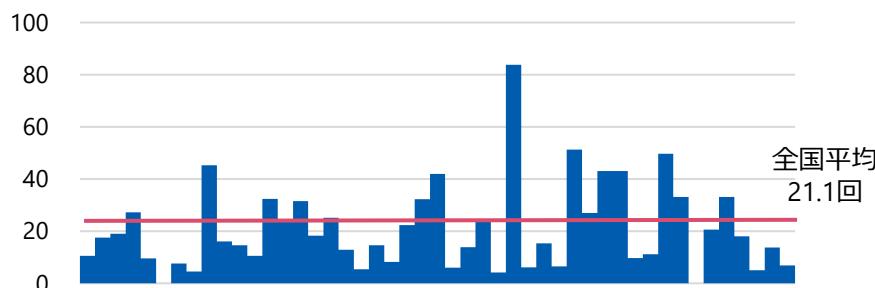
脳深部刺激療法

- 脳深部刺激療法 (deep brain stimulation: DBS) は、脳の奥深くにある特定の領域に刺激電極を留置し、前胸部などに埋め込んだ刺激装置から電気パルスを送り刺激することにより不随意運動症（パーキンソン病・本態性振戦・ジストニア）を治療する方法である。刺激装置の植え込み手術後、刺激条件の調整を行う。手術直後や症状増悪時には、早期に刺激調整を行うことが重要である。
- 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の都道府県別の算定回数は以下のとおりで、年間算定回数が10回未満の都道府県もあり、提供体制にはらつきがある。



出典：一般社団法人日本定位・機能神経外科学会

在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 都道府県別算定回数（人口10万人対）



出典：NDBオープンデータ（令和5年度）

C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810点

注1 振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦等管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

注2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

(留意事項通知)

- 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料は、植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調節等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。

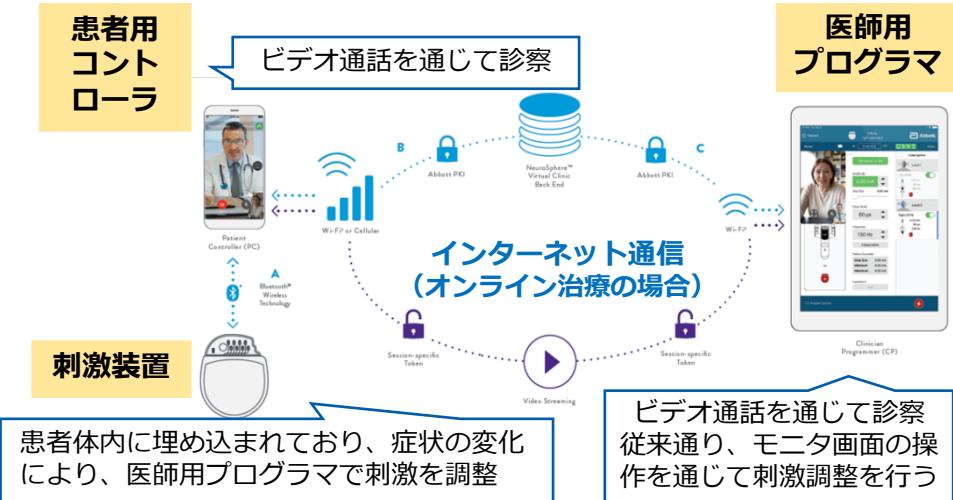
C167 疼痛等管理用送信器加算 600点

注1 痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛管理、在宅振戦管理又は在宅てんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛等管理用送信器（患者用プログラマを含む。）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

脳深部刺激療法における遠隔プログラミング

- インターネット回線を介して遠隔で治療設定機能の変更が可能なプログラム医療機器が令和4年11月に薬事承認され、対面診療と遠隔プログラミングによる刺激調整を比較した海外のRCTにおいて、有用性・安全性が示された。
- 関連学会が作成した手引き（案）では対面診療と遠隔プログラミングを適切に組み合わせて診療することが推奨されている。

遠隔プログラミングによる診療



出典：アボットメディカルジャパン合同会社

【試験デザイン】前向き、多施設共同、非盲検無作為化市販後臨床試験

【対象患者】アボット社製のDBS製品が植込まれた患者を対象と、本試験の選択基準に合致する患者を非盲検下でオンライン群※と対面群に無作為化割付し、対面による初回プログラミングを実施

(※) オンライン群では、患者は刺激調整プログラミングの実施に関して、オンライン診療もしくは対面診療のいずれかを選択可能

【主要有効性評価項目】

患者による全般的な病状の改善度（PGI-C）における1ポイントの改善が認められた平均日数が、オンライン群で 39.1 ± 3.3 日、対面群で 54.2 ± 3.7 日であった。

出典：Alireza Gharabaghi, et al. Communications Medicine. 2025; 5: 31

脳深部刺激療法（DBS）における遠隔プログラミングの手引き（案） 日本定位・機能神経外科学会

遠隔プログラミングを行う条件（抜粋）	<ul style="list-style-type: none">DBSの適応疾患に対し、適切に電極留置、刺激装置植込が行われた患者通常の対面診療で確認する刺激条件・神経症状評価・副作用確認などが、遠隔プログラミングでも取得・確認可能「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（厚生労働省）を遵守して診療を行うこと
遠隔プログラミング開始のタイミング（抜粋）	<ul style="list-style-type: none">DBS術後退院後の初回外来は対面診療を原則とする。初回外来以降は、「遠隔プログラミングを行う条件」を満たしていれば、遠隔プログラミング導入を可能とする。他院でDBS手術が行われ、刺激調整のみを行う施設の場合、初回は対面診療を原則とする。
緊急時の対応（抜粋）	<ul style="list-style-type: none">遠隔診療中に症状の変動、副作用、機器トラブル等が発生した場合には、速やかに対面診療へ切り替えるものとする。また、刺激設定の大幅な変更、バッテリー残量の低下、機器交換の必要性等が認められる場合には、必ず当該施設において評価を行うものとする。
遠隔プログラミングの間隔（抜粋）	<ul style="list-style-type: none">6ヶ月に1回は対面での診療を実施する。ただし、術後早期や症状の増悪期など、刺激条件の調整を頻回に行う必要ある患者で、本来は来院が望ましいが頻回に来院できない患者の場合などは、月1回など症状に応じて遠隔プログラミングを活用する。術後1年以降で症状が安定した状況であれば、対面での診療間隔を1年とすることは許容される。大きな症状変動や機器トラブルがある場合には、隨時対面診療を優先する。

出典：日本定位・機能神経外科学会提供資料

外来栄養食事指導(情報通信機器の活用)の見直し

外来栄養食事指導料の見直し

- 栄養食事指導の効果を高めるため、外来における栄養食事指導における継続的なフォローアップについて、情報通信機器等を活用して実施した場合の評価を見直す。

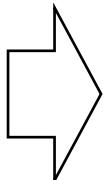
現行

【外来栄養食事指導料】

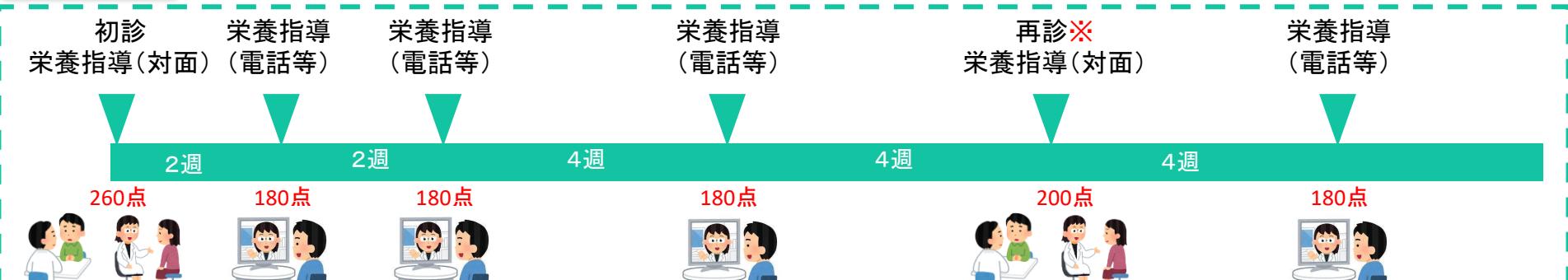
イ 初回 260点
ロ 2回目以降 200点

[算定要件]

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、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、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。



算定の例



改定後

【外来栄養食事指導料】

イ 初回 260点
ロ 2回目以降
(1) 対面で行った場合 200点
(2) 情報通信機器を使用する場合 180点



[算定要件]
注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、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、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。
2 ロの(2)については、医師の指示に基づき管理栄養士が電話等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

在宅療養指導料

- 在宅療養指導料は、外来において保健師、助産師又は看護師が個別に療養上の指導を行った場合に算定できる。

B001・13 在宅療養指導料 170点

第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあっては、月2回）に限り算定する。

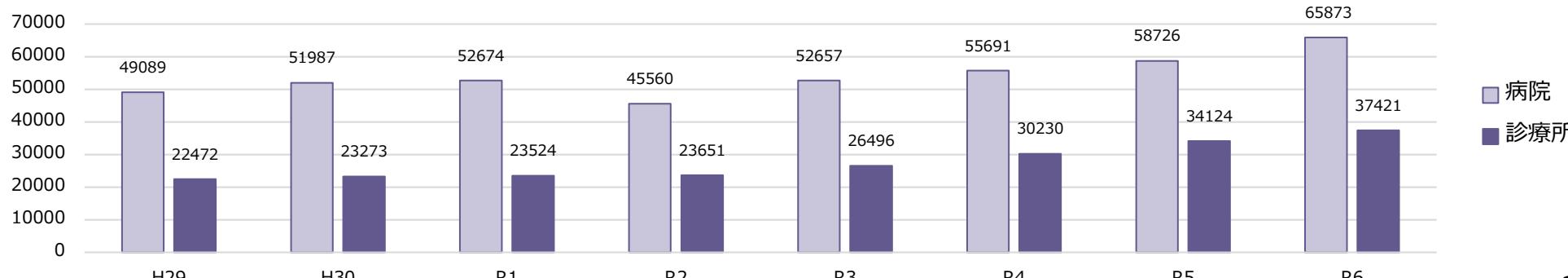
【対象患者】

- ア 在宅療養指導管理料を算定している患者
- イ 入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者
- ウ 退院後1月以内の患者であって、過去1年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、1回以上ある慢性心不全の患者（治療抵抗性心不全の患者を除く。）

【算定要件】

- 初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。
- 保健師、助産師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者を行った場合や指導の時間が30分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであって、患家において行った場合には算定できない。
- 療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。
- 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。

【算定回数の推移】



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年は8月審査分）

情報通信機器を用いた療養指導について①

- 情報通信機器を活用した糖尿病患者に対する療養指導を行うことで、セルフケア支援を行うことが可能となり、良好なコントロール維持につながっている報告がある。

【研究方法・対象】

- 無作為化比較試験。
- 糖尿病腎症2～4期の成人患者40名を直接面談+電話指導群と、面談の一部をタブレット端末による遠隔面談に置き換えた遠隔群に割り付け。
- 6か月間の教育プログラムと、その後6か月のフォローアップ（計12か月）。

表2 遠隔面談群と直接面談群のセルフマネジメント行動指標における変化率

項目	遠隔面談群(n=17)			直接面談群(n=14)			遠隔面談群と直接面談群の変化率の差 ^a (両側95%信頼区間)	
	n	登録時	12ヶ月後	平均変化率 ^{b,c}	n	登録時	12ヶ月後	
食事療法	17	2.6±0.6	4.1±1.0	68.39±11.90 ^b	14	2.4±0.9	3.8±0.6	73.58±13.22 ^b -5.25(-42.01~31.51)
運動療法	17	2.9±0.7	3.8±1.1	30.69±36.10 ^c	14	2.8±1.1	3.8±0.9	60.71±73.92 ^c 交互作用あり
薬物療法	17	4.4±0.6	4.9±0.2	7.88±1.10 ^b	13 ^c	4.9±0.3	5.0±0.0	10.62±1.28 ^b -2.78(-6.43~0.91)
セルフモニタリング	17	2.4±0.6	4.1±1.0	86.55±15.11 ^b	14	2.1±1.3	4.1±0.8	155.03±16.67 ^b -68.48(-114.92~-22.05)

【結果】

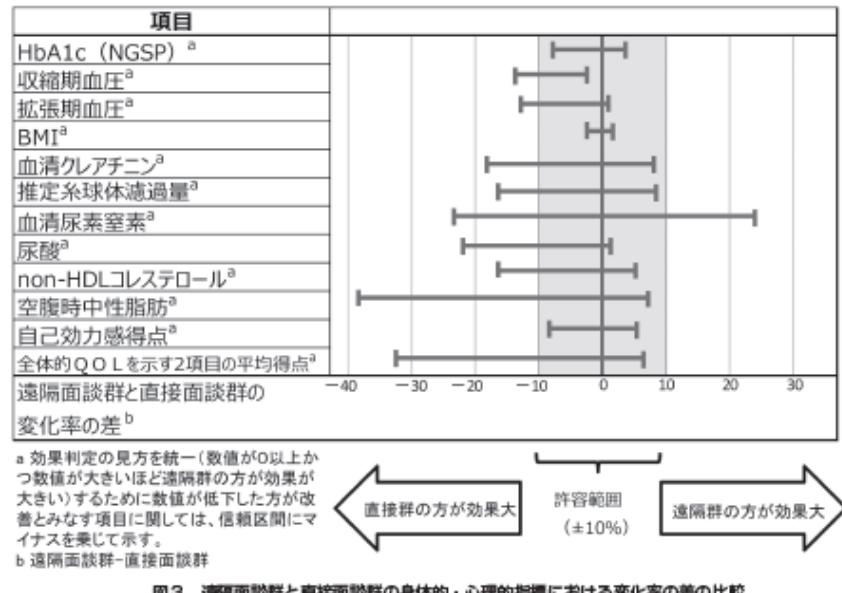
- 両群ともに12か月間でセルフマネジメント行動（食事・運動・自己測定など）、自己効力感、QOLが有意に改善。
- HbA1cや腎機能指標（eGFRなど）も、両群で全般に悪化抑制または軽度改善が認められ、遠隔群も直接面談群と同等レベルの改善パターンを示した。
- 非劣性解析の結果、多くの主要アウトカム（薬物療法アドヒアランス、自己効力感、HbA1c、BMIなど）で遠隔面談型教育は直接面談型教育に劣らないことが示された。
- 総合的には遠隔面談においても十分な教育効果が得られると結論づけられた。

【情報通信機器を用いた療養指導による期待される効果】

- 自己注射を行っている患者に対して、看護職員が情報通信機器を用いた療養指導を行うことで、通院の負担軽減や通院中断の回避、患者のセルフケア支援の充実につなげられることが期待される。
- 在宅自己注射指導管理料は情報通信機器を用いた場合の算定が可能。自己注射は導入時の療養指導回数が多いため、オンライン化による効率化に効果が期待される。また医師からのタスク・シフト/シェアにつながり、働き方改革に貢献することも期待できる。

【介入内容】

- 病院で糖尿病療養指導経験のある看護師が、糖尿病治療ガイドラインに基づくセルフマネジメント支援を実施。
- 遠隔支援群は3回の対面面談をタブレット端末によるビデオ面談に変更し、オンラインで療養指導を実施した。



情報通信機器を用いた療養指導について②

- 情報通信機器を活用した慢性心不全患者に対する療養指導を行うことで、セルフケア支援を行うことが可能となり、再入院を回避することにつながっている報告がある。

【研究方法・対象】

- 1群事前事後デザイン。
- 入退院を繰り返す65歳以上の慢性心不全患者11名（平均年齢72.7歳、男性7名・女性4名）。
- 遠隔看護介入を1年間実施し、介入前1年間・介入中1年間・介入後1年間の生理学的指標、入院状況、QOL等を比較。

【介入内容】

- スマートフォンのビデオ通話を用いた遠隔支援を実施。
- 退院後1か月間は週1回、その後2~12か月は月1回の頻度で看護師がビデオ通話を行い、体重・血圧・BNP・症状・生活状況を確認しながら、セルフモニタリングの方法と受診・生活調整の判断を支援。

表2 介入前・介入中・介入後1年間の入院回数と1回あたりの入院期間

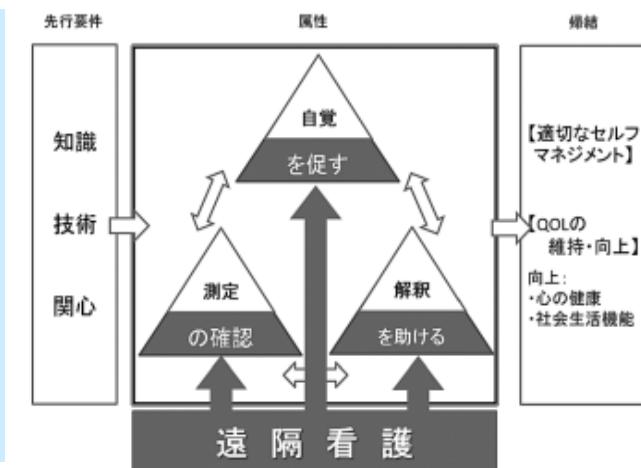
入院回数	介入前1年間		介入中1年間		介入後1年間	
	入院回数	1回入院当たりの入院期間	入院回数	1回入院当たりの入院期間	入院回数	1回入院当たりの入院期間
A 氏	4回	2~3か月	0回	—	—	—
B 氏	4回	1~2か月	0回	—	0回	—
C 氏	3回	1~2か月	0回	—	0回	—
D 氏	3回	1か月	0回	—	0回	—
E 氏	2回	1か月	0回	—	0回	—
F 氏	2回	1か月	0回	—	0回	—
G 氏	3回	1~2か月	0回	—	1回	15日間
H 氏	3回	1~2か月	0回	—	1回	23日間
I 氏	5回	1~2か月	0回	—	2回	10日間・18日間
J 氏	5回	1か月	1回	3週間	—	—
K 氏	4回	1か月	1回	3週間	—	—

【結果】

介入前：入院回数の変化：介入前1年間は全対象者が2回以上入院し、平均入院回数 3.5 ± 1.0 回、1回あたり入院期間は 1.6 ± 0.7 か月であった。

介入後：介入中1年間は11名中9名が入院ゼロとなり、残る2名のみが3週間の入院を1回ずつ経験。介入後1年間も9名中5名が入院ゼロ、他4名も入院回数・期間が大きく減少。

- 通話時間：1回あたり平均 11.5 ± 3.6 分と短時間の介入で運用可能。
- QOL：SF-36による心理的側面（心の健康、活力など）の得点が介入後に有意に上昇し、心理的QOLの改善が認められた。
- 生理指標：体重・血圧・BNP値には大きな変化はみられなかった。
- 入院リスク軽減とQOL改善というアウトカムが示された。



出典：1) 石橋 信江他 (2018) : 高齢慢性心不全患者のセルフモニタリングを促す遠隔看護介入モデルの実践と有用性の検証.日本看護科学会誌, 38, 219-228.

2) 服部 容子他 (2010) : 心不全患者のセルフモニタリングの概念分析, 日本看護科学会誌, 30(2), 74-82.

3) Wilde, M. H. et al. (2007): A concept analysis of self monitoring, Journal of Advanced Nursing. 57(3), 339-350.

1. 全身麻酔の評価について
2. ロボット手術の評価について
3. 臓器移植施設の体制整備について
4. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について
5. 検体検査等について
6. 睡眠医療について
7. 情報通信機器を用いた医学管理等について
8. カルタヘナ法を遵守した医学管理について
9. 慢性心不全の再入院予防について
10. 心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について
11. 診療報酬における使用医薬品について

医療機関におけるカルタヘナ法遵守に係る対応について

- 遺伝子治療薬等に用いられるウイルスベクターは、カルタヘナ法における遺伝子組換え生物等に該当するため、その取り扱いにあたっては、第三者への曝露・拡散防止の観点から、法に基づく第一種使用規程を遵守する必要がある。
- 治療施設では、PPE（個人防護具）など消耗品類の費用負担に加え、院内手順書の整備、関係者への教育・訓練、専門家の育成等といった多面的な対応が求められている。

遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律（カルタヘナ法）

国際的に協力して生物の多様性の確保を図るために、遺伝子組換え生物等の使用等の規制に関する措置を講ずることにより、生物多様性条約カルタヘナ議定書の的確かつ円滑な実施を確保

区分	使用方法	例
第一種使用等 (承認)	開放系 閉鎖系による拡散防止措置をとることなく、遺伝子組換え生物等を使用	遺伝子治療用ウイルスベクターの臨床投与等
第二種使用等 (確認)	閉鎖系 閉鎖系で遺伝子組換え生物等を使用	実験室や工場内などにおける実験、製造等

事前に使用規程を定め、主務大臣の承認を受ける※必要がある

*主に製造販売業者が申請

- 原液の保管方法
- 原液の希釈液の調製及び保管方法
- 運搬方法
- 患者への投与方法
- 投与後の患者からの排出の管理方法
- 患者検体の取り扱い方法
- 感染性廃棄物等の処理方法

市販後はすべての治療施設で遵守が求められる

(守らない場合はカルタヘナ法違反)

使用規定の内容は製品毎に異なり
それぞれ対応の検討が必要

カルタヘナ法に基づく対応が必要な再生医療等製品

(25年12月現在)

製品名（製販業者）	効能・効果または性能	遺伝子組換え生物等の種類
ゾルゲンスマ® (ノバルティス)	脊髄性筋萎縮症	遺伝子組換えアデノ随伴ウイルス
デリタクト® (第一三共)	悪性神経膠腫	遺伝子組み換ヒト単純ヘルペスウイルス1型
ルクスターNA® (ノバルティス)	両アレル性RPE65遺伝子変異による遺伝性網膜ジストロフィー	遺伝子組換えアデノ随伴ウイルス2型
エレビジス® (中外)	デュシェンヌ型筋ジストロフィー	遺伝子組換えアデノ随伴ウイルス
バイジュベック® (Krystal Biotech)	栄養障害型表皮水疱症	遺伝子組換え単純ヘルペスウイルス1型

アデノ随伴ウイルスベクターにおける作業ごとのPPEの使用例

作業内容	最低限必要と考えられるPPEの装着
製品納入の受領時（外観チェック時） 保管庫から製品を払い出す時 製品の運搬	マスク、手袋
調製時（無菌調製時を含む）	マスク、手袋、調製用ガウン、キャップ、靴カバーあるいは専用の靴、アイシールド
投与時（投与者、投与の補助者、付き添い）	マスク、手袋、ガウン、キャップ、ゴーグル
製品及び希釈液の漏出時	マスク、手袋、ガウン、キャップ、ゴーグル、靴カバー
感染性廃棄物等の処理時 検体採取時 患者ケア時	【投与後24時間以内】 マスク、手袋、ガウン、患者の体液に曝露する可能性がある場合はゴーグル又は保護眼鏡、キャップを装着 【投与後24時間から排出期間終了まで】 マスク、手袋、ガウン又はエプロン

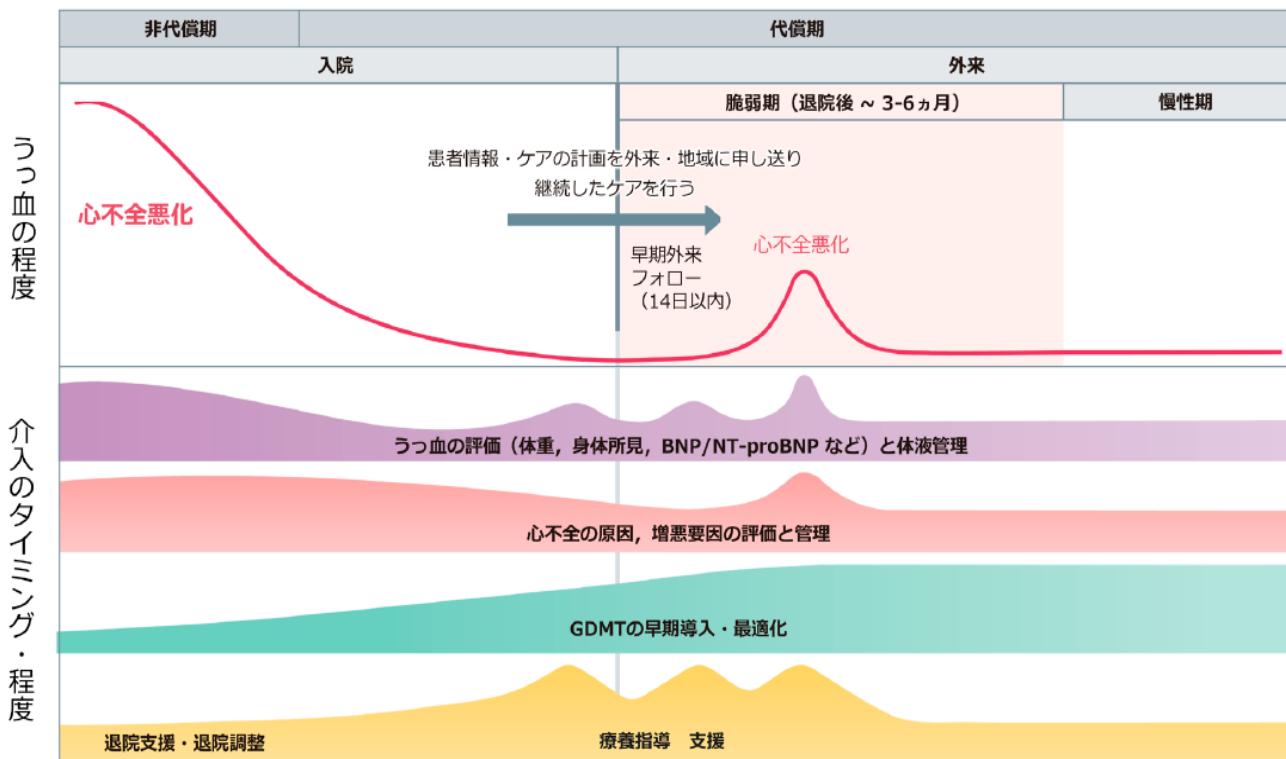
出典：アデノ随伴ウイルスベクターを用いたin vivo遺伝子治療のカルタヘナ法第一種使用規程対応マニュアル 第2版
国立成育医療センター/国立精神・神経医療研究センター

1. 全身麻酔の評価について
2. ロボット手術の評価について
3. 臓器移植施設の体制整備について
4. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について
5. 検体検査等について
6. 睡眠医療について
7. 情報通信機器を用いた医学管理等について
8. カルタヘナ法を遵守した医学管理について
9. 慢性心不全の再入院予防について
10. 心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について
11. 診療報酬における使用医薬品について

移行期の心不全管理と心臓リハビリテーション

- 慢性心不全患者は退院後の心不全悪化による再入院率が25~30%と高く、多くは退院から3~6ヶ月以内に発生する。関係学会のガイドラインでは、心不全入院患者の非代償期から代償期への移行期管理について、①うつ血の評価と体液管理、②心不全の原因及び増悪要因の評価と管理、③診療ガイドラインに基づいた標準治療の早期導入・最適化、④退院支援を含む療養指導・支援等を、入院時及び退院後早期に適切なタイミングで実施することが推奨されている。
- 医療計画では、慢性心不全患者の再入院率改善や心不全増悪予防として、多職種チームによる多面的な介入を、地域の医療機関間の連携により入院中から退院後まで継続して行うことが重要とされている。

心不全の非代償期から代償期への移行期管理



第8次医療計画
心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針（抜粋）

- 慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されている。慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行うことが重要である。

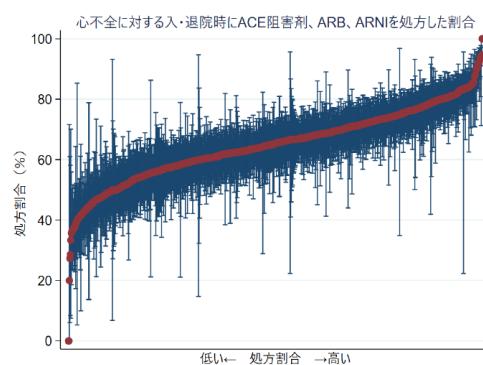
- 心不全増悪予防には、ガイドラインに沿った薬物療法・運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種（医師・薬剤師・看護師・管理栄養士・理学療法士等）によるチームで行うことが重要である。

心不全診療の診療実態

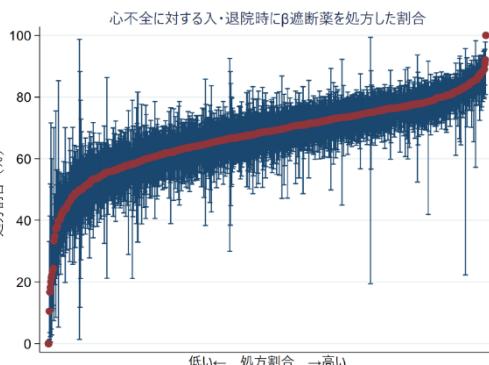
- 症候性心不全の薬物治療、特にHFrEF患者に対するガイドラインに基づく標準治療は、予後改善が示されている4種類の薬剤（ACE阻害薬/ARB/ARNI、β遮断薬、MRA、SGLT2阻害薬）を早期に導入し、忍容性がある限り目標量まで増量することられているが、関係学会の調査によると、当該薬剤の処方率は医療機関間でばらつきがみられる。
- 心臓リハビリテーションについても、心不全増悪や再入院の防止には、心不全増悪による入院中より心臓リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要とされているが、入院中の施行割合にはばらつきがみられる。

医療機関別的心不全患者に対する入・退院時の処方割合

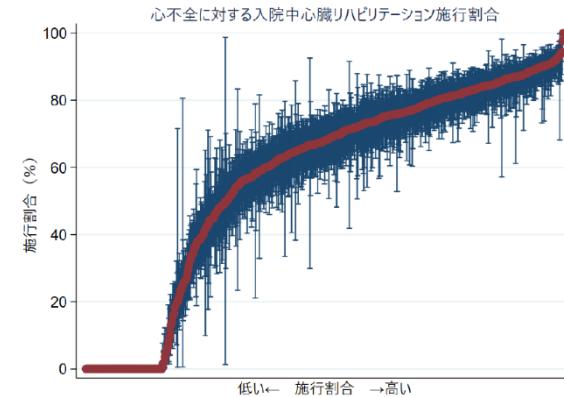
ACE阻害薬/ARB/ARNI



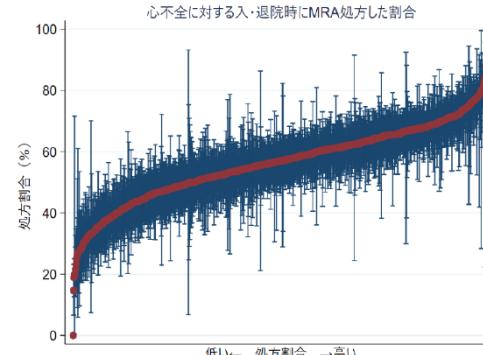
B遮断薬



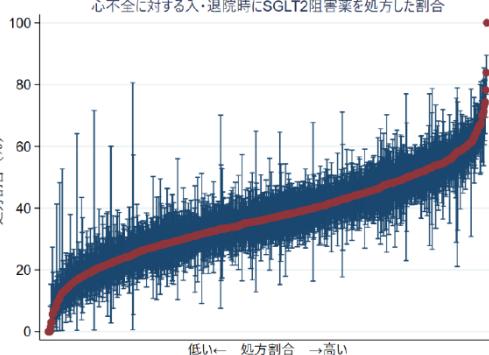
医療機関別的心不全患者に対する
入院中の心臓リハビリテーション施行割合



MRA



SGLT2阻害薬



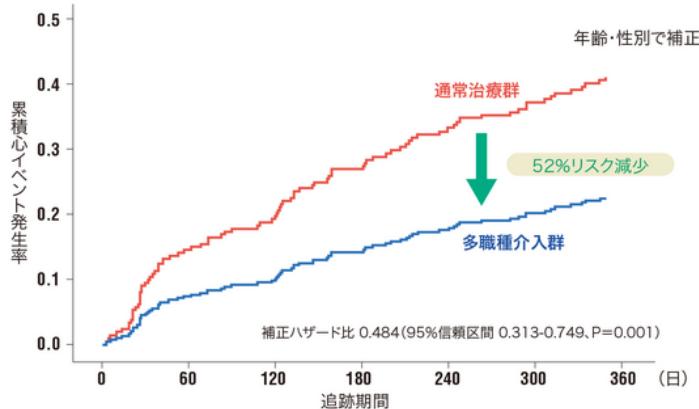
(注) 個別の患者ごとに適応を判断するため100%でなければならないものではなく、また、医療機関ごとに入院患者の属性が異なる可能性がある点には留意が必要。

出典：「DPCデータを用いた心疾患における医療の質に関する事業」報告書（2023年度JROAD_DPC）

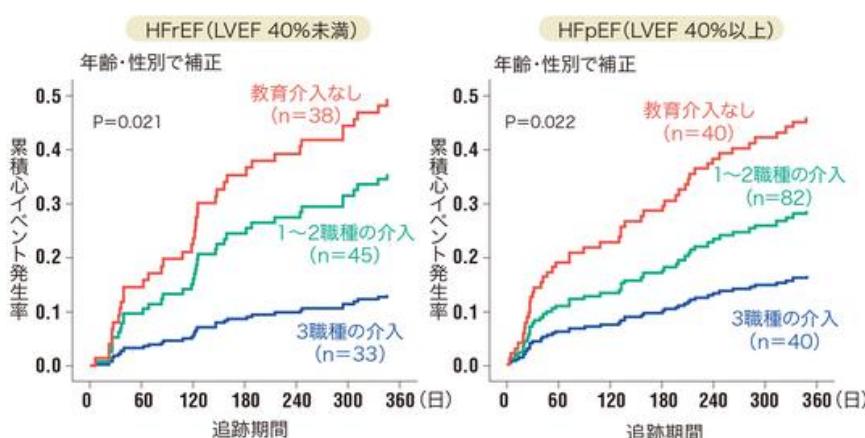
多職種介入と地域連携

- 多職種介入により、通常治療群と比較して退院後的心イベントの累積発生率が低下したという報告がある。
- 慢性心不全患者の診療連携として、6～12か月毎の定期併診や、定期的な研修会による連携に取り組む地域がある。

多職種介入による心イベントの抑制効果

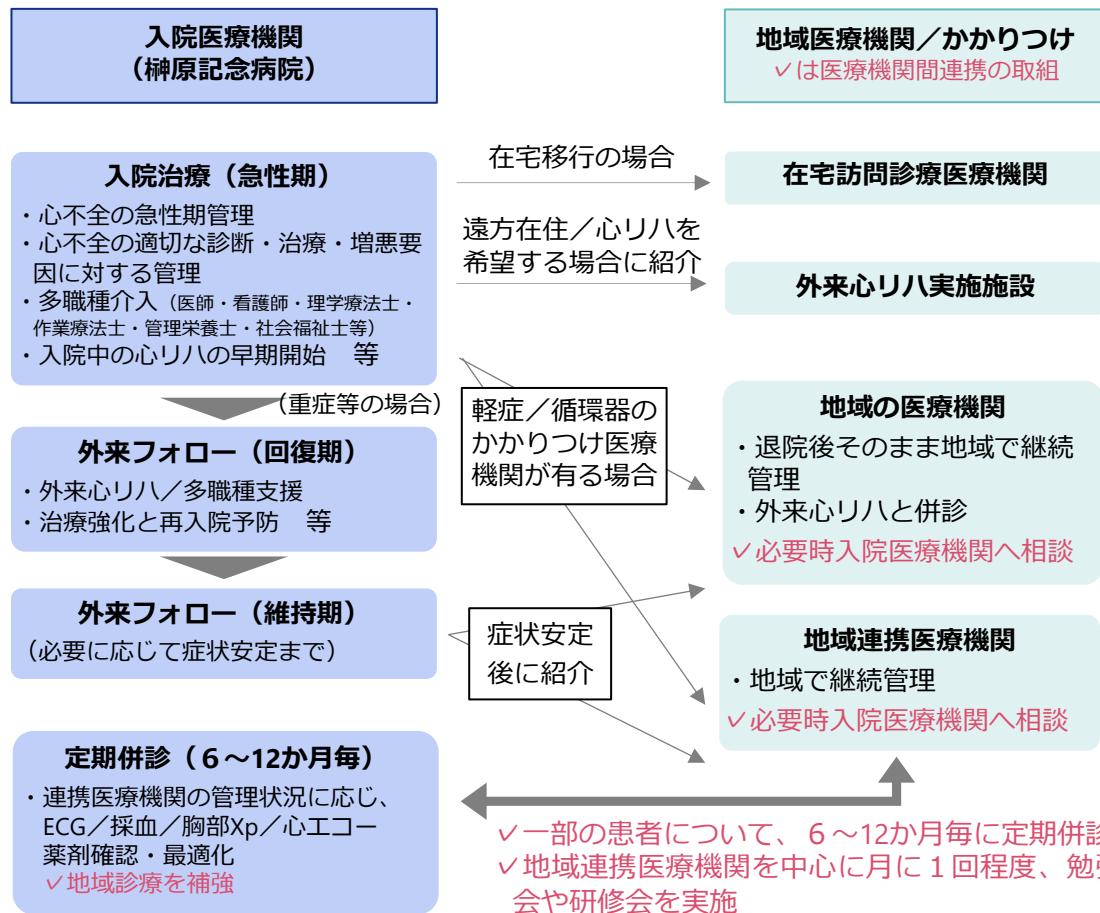


包括的な教育介入による心イベントの抑制効果



(Kinugasa Y, et al. Health Serv Res. 14:351.2014)

地域における医療機関間の連携例



出典：榎原記念病院提供資料より保険局医療課において作成

慢性心不全に対する診療報酬上の評価



入院時



- ・ 診断（病歴、症状、身体所見、心電図、胸部X線、血液検査、経胸壁心エコー）
- ・ 形態・機能評価、原因精査、リスク評価
- ・ 薬物治療、非薬物治療（ICD/CRT、カテーテル治療、弁膜症手術、補助人工心臓、心臓移植）
検査料・画像診断料・薬剤料・注射料・手術料等（一部DPC包括）
- ・ 療養指導（患者教育）、服薬管理
薬剤管理指導料
- ・ 栄養管理
入院栄養食事指導料、栄養情報提供料等
- ・ 運動療法（心大血管リハビリテーション）
心大血管リハビリテーション料、早期離床・リハビリテーション加算
- ・ 退院支援・退院調整
入院退院支援加算



外来 (退院後から3~6か月)



- ・ うつ血の評価（体重、身体所見、BNP / NT-proBNPなど）と体液管理
- ・ 心不全の原因、増悪要因の評価と管理
- ・ ガイドラインに基づく標準治療の早期導入・最適化
検査料・画像診断料・薬剤料・注射料等
在宅療養指導料（一部）
薬剤管理指導料
- ・ 療養指導（患者教育）、服薬管理
外来栄養食事指導料
- ・ 栄養管理
特定疾患療養管理料（200床未満）
地域包括診療料・地域包括診療加算（複数の慢性疾患患者）
- ・ 運動療法（心大血管リハビリテーション）
心大血管リハビリテーション料



外来（慢性期）



- ・ ガイドラインに基づく治療の最適化
- ・ 心不全症状のモニタリング
- ・ 心不全症状の増悪時の評価
検査料・画像診断料・薬剤料・注射料等
- ・ 療養指導（患者教育）、服薬管理
- ・ 栄養・運動療法

特定疾患療養管理料（200床未満）
地域包括診療料・地域包括診療加算
(複数の慢性疾患患者)

診療情報提供料

地域連携・地域包括ケア

- ・ 地域のかかりつけ医と入院医療機関の連携
- ・ 定期的（3~6か月）な併診

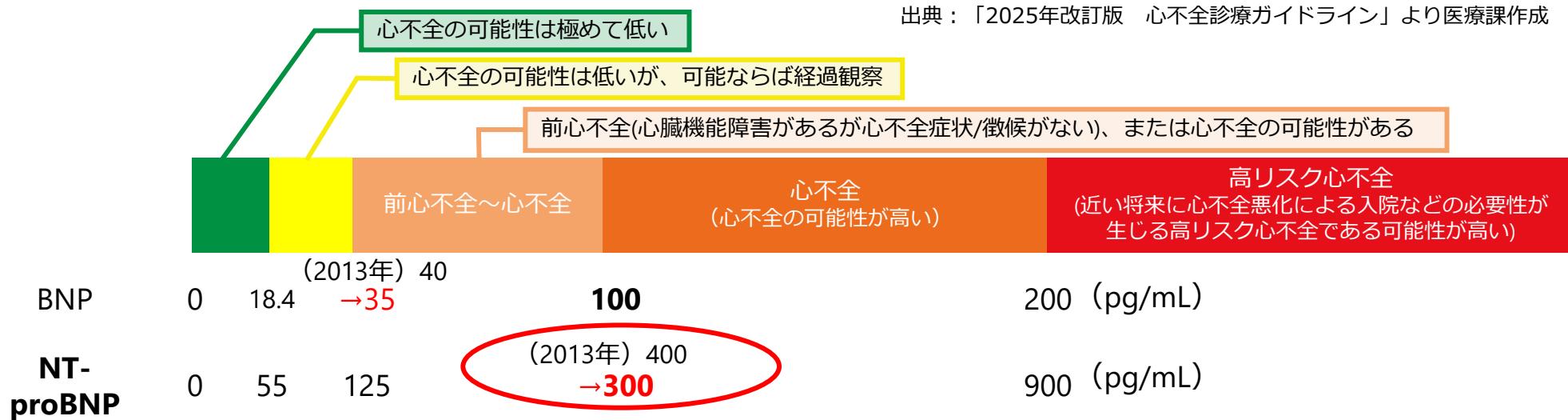
- ・ 医療・介護・福祉との連携
- ・ 地域における心不全治療に関する研修の開催

1. 全身麻酔の評価について
2. ロボット手術の評価について
3. 臓器移植施設の体制整備について
4. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について
5. 検体検査等について
6. 睡眠医療について
7. 情報通信機器を用いた医学管理等について
8. カルタヘナ法を遵守した医学管理について
9. 慢性心不全の再入院予防について
10. 心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について
11. 診療報酬における使用医薬品について

心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準

- 心不全の可能性が高い基準について、心不全診療ガイドラインにおいて、心不全の可能性が高いと判断するNT-proBNP値が 400 pg/mL 以上から 300 pg/mL 以上に変更された。
- NT-proBNP 400 pg/mL以上を基準とする、現行の心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全の対象患者の基準とそれが生じている。

【心不全診療ガイドラインにおけるBNP/NT-proBNPを用いた心不全診療のカットオフ値】



【心大血管疾患リハビリテーション料の概要】

1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）

- イ 理学療法士による場合 205点
- ロ 作業療法士による場合 205点
- ハ 医師による場合 205点
- ニ 看護師による場合 205点
- ホ 集団療法による場合 205点

2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）

- イ 理学療法士による場合 125点
- ロ 作業療法士による場合 125点
- ハ 医師による場合 125点
- ニ 看護師による場合 125点
- ホ 集団療法による場合 125点

【対象患者（抜粋）】

- 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、以下のいずれかに該当するものをいう。
 - (イ) 慢性心不全であって、左室駆出率40%以下、最高酸素摂取量が基準値80%以下、脳性N_a利尿ペプチド（BNP）が80pg/mL以上の状態のもの又は脳性N_a利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）が400pg/mL以上の状態のもの
 - (ロ) 未梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態のもの
 - (ハ) 肺高血圧症のうち肺動脈性肺高血圧症又は慢性血栓塞栓性肺高血圧症であって、WHO肺高血圧症機能分類がI～III度の状態のもの

1. 全身麻酔の評価について
2. ロボット手術の評価について
3. 臓器移植施設の体制整備について
4. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について
5. 検体検査等について
6. 睡眠医療について
7. 情報通信機器を用いた医学管理等について
8. カルタヘナ法を遵守した医学管理について
9. 慢性心不全の再入院予防について
10. 心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について
11. 診療報酬における使用医薬品について

治療の一環として用いられるワクチン

【背景】

- 発作性夜間ヘモグロビン尿症等の治療に用いられる医薬品（ペグセタコプラン（補体B因子阻害剤）及びイプタコパン塩酸塩水和物（補体C3阻害剤））については、その薬理作用から莢膜形成細菌による感染症を発症しやすくなるおそれがあるため、原則として、治療の一環として、その投与前に、髄膜炎菌、肺炎球菌及びインフルエンザ菌b型（Hib）に対するワクチンの事前接種が必要とされている。（警告）
- 現在、Hibに対する単味のワクチンとして薬価収載されているアクトヒブが事前接種に用いられているが、製造販売業者は、アクトヒブの供給を全世界的に停止することを決定しているため、ペグセタコプラン等への治療アクセスを引き続き確保する必要がある。
- アクトヒブ以外に、Hibを含むワクチンとして、5種混合ワクチン（百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ・Hib）が薬事承認されているが、予防接種を目的としていることから、薬価収載されていない。このため、アクトヒブの代わりに、薬価収載されていない5種混合ワクチンを事前接種した後、薬価収載されているペグセタコプラン等を投与した場合、混合診療となるおそれがある。
- 5種混合ワクチンのような感染症予防ワクチンは、保険診療において使用される数量が少なく、ほとんどが保険診療外の予防接種に用いられるものであるため、保険診療において使用されることを前提として適正な薬価を算定することには限界がある場合がある。

(参考) 効能又は効果としてHibの予防を含む薬事承認済みのワクチン一覧

販売名	効能又は効果
単味ワクチン アクトヒブ	Hibによる感染症の予防
5種混合ワクチン クイントバック水性懸濁注射用	百日咳、ジフテリア、破傷風、急性灰白髄炎及びHibによる感染症の予防
	ゴービック水性懸濁注シリンジ

致死率の高い重点感染症に対する即応的な治療手段となるMCM

【背景】

- 重点感染症の中には致死率の高い疾患も含まれ、国民の生命を守るために早期治療による救命・重症化の回避を含めて即応的な治療手段を確保する必要がある。
- 重点感染症に対する危機対応医薬品等（Medical countermeasures : MCM）のうち、致死率の高い重点感染症に対する即応的な治療手段となる医薬品（※）については、国が保有・管理するものがある。これらの医薬品は、一般的には平時において感染症の発生時期・規模等が予測できないなど市場の原理が働きにくいために、一般的に、市場流通しないため、卸と医療機関・薬局との間の取引価格が形成されることではなく、薬価収載には馴染まない。
- 一方で感染症は誰もが意図せずに罹患しうるものであり、保険診療下で治療を行われることが想定されるが、薬価収載されていないMCMを用いて治療した場合、混合診療にあたる可能性がある。
- 即応的な治療体制を構築するため、致死率の高い重点感染症に対する即応的な治療手段となるMCMの診療報酬上の取扱いについて検討が必要である

※天然痘、エボラ出血熱等の重点感染症に対する医薬品が想定される。

診療報酬における使用医薬品

- 保険医は、薬価収載されている医薬品以外に、投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第3に収載されている医薬品（体外診断用薬等）を、患者に施用し、又は処方できる。

<保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）>

（使用医薬品及び歯科材料）

第十九条 **保険医は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物を患者に施用し、又は処方してはならない。**ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第十七項に規定する治験（以下「治験」という。）に係る診療において、当該治験の対象とされる薬物を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

<療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）>

第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品

使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）の別表に収載されている医薬品（令和七年十月一日以降においては別表第1に収載されている医薬品を、令和八年四月一日以降においては別表第2に収載されている医薬品を除く。）**並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第3に収載されている医薬品**（令和八年四月一日以降においては別表第4に収載されている医薬品を除く。）

技術的事項に係る課題

(全身麻酔の評価について)

- ・ 全身麻酔の診療報酬上の評価は、主に麻酔の投与経路、時間により分類されているところ、臨床的には、投与する医薬品や投与経路に関わらず、麻酔に伴う患者の生理学的な状態に応じて必要な管理が行われている。
- ・ 中等度鎮静と深鎮静以上の鎮静レベルでは、反応性、気道、呼吸において患者の状態が大きく異なり、特に深鎮静では全身麻酔と同様に慎重な管理が必要である。関連学会のガイドラインでは、バックアップ体制の構築や急変時のフローチャートの整備等の院内管理体制の構築が推奨されている。
- ・ 「L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」の算定要件では、麻酔時間が20分以上であれば、閉鎖循環式麻酔器と患者をマスクのみで接続した場合でも算定可能であるような記載となっている。

(ロボット手術の評価について)

- ・ 内視鏡手術用支援機器を用いた内視鏡手術（ロボット手術）は、平成30年度診療報酬改定において、既存技術と同等程度の有効性・安全性があると評価されたものの診療報酬上の評価は、既存技術と同程度とすることとされたところ、現時点で既存技術と比較して追加評価されている術式は6項目に留まっている。
- ・ 令和6年におけるロボット支援下内視鏡手術の算定医療機関数は675施設で、年間算定回数が150回未満の医療機関が全体の59%、250回以上の医療機関は全体の22.8%となっている。

(臓器移植施設の体制整備について)

- ・ 臓器移植の実施体制を有する大学病院等において移植を担当する診療科は、チームとして365日対応可能な体制を整える必要がある。また、実際に脳死症例発生の可能性に係る連絡を受けた際は、移植手術終了までの間、10名程度のスタッフが約3日間業務に当たることとなる。

(遺伝性乳癌卵巣癌症候群について)

- ・ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群は、生殖細胞系列のBRCA1/2遺伝子変異により、乳がんや卵巣がんなどの発症リスクが上昇する疾患概念であり、乳癌又は卵巣癌の既発症者に対するBRCA1/2遺伝子検査等が保険適用されている。
- ・ 未発症者に対する両側乳房切除及び卵管・卵巣切除については、いずれも乳癌/卵巣癌発症リスクの低減効果及び全生存期間の延長に係る一定のエビデンスが示されており、関係学会において、ガイドラインが取りまとめられている。

技術的事項に係る課題

(検体検査等について)

- 産科危機的出血に伴う後天性低フィブリノゲン血症におけるフィブリノゲン製剤の投与に際しては、血中フィブリノゲン値を測定する必要があるが、一般的なフィブリノゲン値の測定と異なり、迅速性がより強く求められるため、臨床検査室等ではなく、手術室等で行う必要がある。

(睡眠医療について)

- 過度の眠気等の自覚症状のある患者に対する、保険上のC P A P 療法の導入可否基準について各国を比較すると、A H I の値を15又は5以上としている国が多い一方で、日本では20以上となっている。
- 患者のC P A P 装置使用状況を把握可能な機器が広く上市されているところ、1晩あたり4時間以上のC P A P 使用が適切であることや、短時間の使用では有効性が乏しいことが指摘されている。
- 終夜睡眠ポリグラフィーは、近年一定割合が在宅で実施されており、在宅に検査装置を送付し、患者等が自ら装置を取り付けるもの、医療者が訪問等を行い取り付けるものなどが含まれるが、診療報酬上は差が設けられていない。

(情報通信機器を用いた医学管理等について)

- 脳深部刺激療法（DBS）では、刺激装置の植え込み手術直後や症状増悪時には、早期に刺激調整を行うことが重要であるが、当該管理の評価にあたる在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の算定回数は都道府県間で差がある。
- インターネット回線を介して遠隔で治療設定機能の変更が可能なプログラム医療機器が令和4年11月に薬事承認、関連学会が作成した手引きにおいて、対面診療と遠隔プログラミングを適切に組み合わせて診療することが推奨されているが、当該管理料には情報通信機器を用いた場合の規定がない。
- 情報通信機器等を活用した療養指導を行うことで、糖尿病患者のセルフケア支援を行うことが可能となり、良好な血糖コントロール維持につながっている報告がある。また、慢性心不全患者に対しても、再入院を回避することにつながっている報告がある。

技術的事項に係る課題

(カルタヘナ法を遵守した医学管理について)

- カルタヘナ法を遵守するに当たって、第三者への曝露・拡散防止の観点から、治療施設においてPPE（個人防護具）など消耗品類の費用負担に加え、院内手順書の整備、関係者への教育・訓練、専門家の育成等といった多面的な対応が求められている。

(慢性心不全の再入院予防について)

- 慢性心不全患者は退院後の心不全悪化による再入院率が25～30%と高く、多くは退院から3～6か月以内に発生する。関係学会のガイドラインでは、非代償期から代償期への移行期管理について、入院時及び退院後早期に適切なタイミングでの介入が推奨されている。
- DPCデータを用いた関係学会の調査によると、ガイドラインに基づく標準治療や入院中の心臓リハビリテーション施行割合は、医療機関間でばらつきがある。
- 多職種介入により、通常治療群と比較して退院後の心イベントの累積発生率が低下したという報告があり、6～12か月毎の定期併診や、定期的な研修会による連携に取り組む地域がある。

(心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について)

- 心不全の可能性が高い基準について、心不全診療ガイドラインにてBNP値100pg/mLに対応するNT-proBNP値が400pg/mL以上から300pg/mL以上に変更された。BNP 80pg/mL以上又はNT-proBNP 400pg/mL以上という現行的心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の対象基準とそれが生じている。

(診療報酬における使用医薬品について)

- 保険診療上必要となる治療の一環として用いられるワクチンについて、薬事承認されている感染症予防ワクチンはほとんどが医療保険外の予防接種に用いられるものである。このため、医療保険の中で使用されることを前提として適正な薬価を算定することには限界がある場合があるが、こうしたワクチンの事前投与を必要とする医薬品について患者の治療アクセスを確保する必要がある。
- 致死率の高い重点感染症に対する即応的な治療手段となる危機管理等医薬品（MCM）について、平時において感染症の発生時期・規模等が予測できないなど市場の原理が働きにくいために、一般的に、市場流通しないため、卸と医療機関・薬局との間の取引価格が形成されることはなく、薬価収載には馴染まないが、感染症は誰もが意図せずに罹患しうるものであり、保険診療下で即応的な治療体制を構築する必要がある。

技術的事項に係る論点

【論点】

(全身麻酔の評価について)

- 臨床における麻酔管理の実態、関連学会のガイドライン及びL008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の算定状況を踏まえ、全身麻酔の評価のあり方について、どのように考えるか。

(ロボット手術の評価について)

- ロボット手術について、各医療機関の算定回数の分布にはらつきがあること、現時点では既存技術との比較で優越性が示されていない技術が大半であること、診療材料のコストがあることを踏まえ、ロボット手術の評価のあり方について、どのように考えるか。

(臓器移植施設の体制整備について)

- 臓器移植に当たって、移植側施設における体制整備に係る特殊性を踏まえ、臓器採取術及び移植術の評価について、どのように考えるか。

(遺伝性乳癌卵巣癌症候群について)

- BRCA1/2陽性患者のうち、乳癌・卵巣癌未発症患者における、両側乳房切除及び卵管・卵巣切除に係るエビデンスが示され、関係学会においてもガイドラインが取りまとめられた点等を踏まえ、乳癌・卵巣癌未発症患者に対するBRCA1/2遺伝子検査等を診療報酬上の評価の対象とすることについて、どのように考えるか。

(検体検査等について)

- 血液製剤の適正使用の観点から、フィブリノゲン製剤の適応判定に必要な迅速フィブリノゲン測定に対する診療報酬上の評価について、どう考えるか。

(睡眠医療について)

- CPAP療法の適応に係る最新の国際的な基準、日々の使用時間と有効性に関する科学的知見、終夜睡眠ポリグラフィーの在宅での検査実施に係る各種調査結果等を踏まえ、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び終夜睡眠ポリグラフィーの評価について、どのように考えるか。

技術的事項に係る論点

【論点】

(情報通信機器を用いた医学管理等について)

- インターネット回線を介して遠隔で治療設定機能の変更が可能なプログラム医療機器を用いた脳深部刺激療法の管理の評価のあり方について、どのように考えるか。
- 在宅療養指導料の算定対象者のうち在宅自己注射指導管理料を算定している者及び慢性心不全患者について、情報通信機器等を活用した療養上の指導の評価について、どのように考えるか。

(カルタヘナ法を遵守した医学管理について)

- カルタヘナ法の遵守に当たって、医療機関において入院中の個室管理や環境整備等の対応が発生することについて、製造販売業者が果たすべき役割との関係性も踏まえ、入院・外来・在宅それぞれの場面における診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

(慢性心不全の再入院予防)

- 関係学会のガイドラインに基づいた治療管理、多職種介入及び地域における医療機関間連携の取組を踏まえ、慢性心不全の治療管理の評価のあり方について、どのように考えるか。

(心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全患者の基準について)

- 心不全の生化学的診断基準の変化を踏まえ、心大血管疾患リハビリテーション料における慢性心不全の対象患者に係る基準を変更することについて、どのように考えるか。

(診療報酬における使用医薬品について)

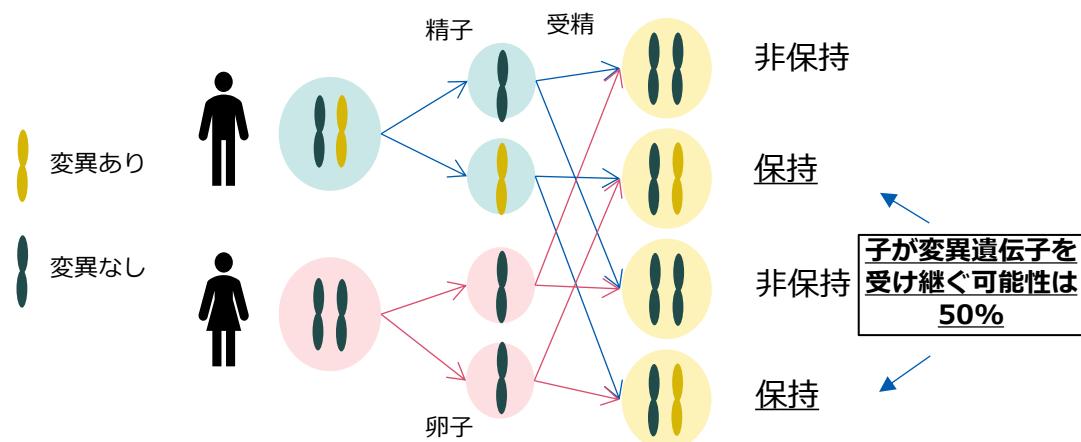
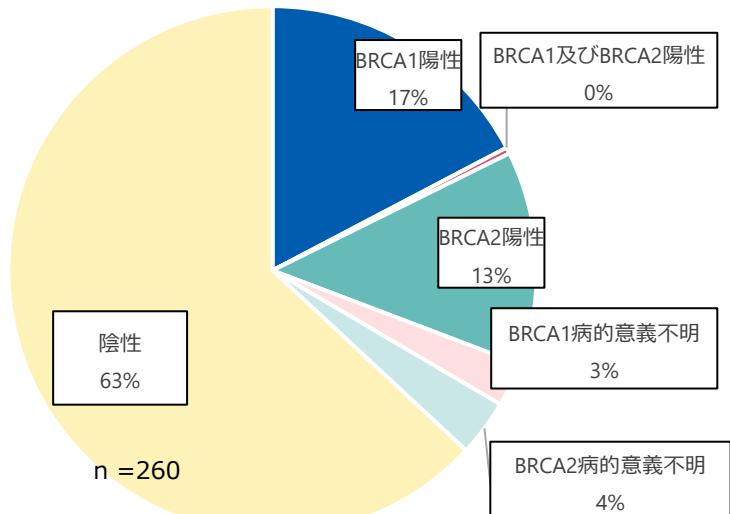
- ワクチンは主に医療保険外の予防接種に用いられ、適正な薬価を算定することには限界がある。このことを踏まえ、保険診療上必要となる治療の一環として用いられるワクチンの保険償還について、どのように考えるか。
- 危機管理等医薬品（MCM）は市場流通せず、取引価格が形成されないため薬価収載になじまない。このことを踏まえ、致死率の高い重点感染症に対する即応的な治療手段となる危機管理等医薬品（MCM）の保険償還について、どのように考えるか。

參考資料

遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）の概要

- 遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）は、生殖細胞系列のBRCA 1 遺伝子又はBRCA 2 遺伝子の変異（「BRCA1/2 遺伝子変異」）により、乳がんや卵巣がんなどの発症リスクが上昇する疾患概念である。
- HBOCの遺伝様式は常染色体顕性遺伝であり、病的バリアント保持者の一度近親者（父母、子、兄弟姉妹）が病的バリアントを保持する確率は50%である。

HBOCハイリスク乳癌患者※におけるBRCA1/2遺伝子変異の割合 HBOCの遺伝形式（常染色体顕性遺伝）



Breast Cancer. 2015 Sep;22(5):462-8.

※ 以下のいずれかに該当する患者（①40歳未満発症、②50歳未満発症かつ50歳未満乳癌発症または卵巣癌の家族歴、③50歳未満かつ2つ以上の原発乳癌発症、④2人以上の乳癌卵巣癌家族歴、⑤男性乳癌の家族歴、⑥卵巣癌の既往、⑦変異保持者の多い民族、⑧男性乳癌の既往

BRCA1/2遺伝子検査等の診療報酬上の評価

- 乳癌又は卵巣癌を既に発症した患者に対する、HBOCの診断を目的としたBRCA1/2遺伝子検査並びに対側乳房切除及び卵巣・卵管切除が保険適用されている。
- BRCA1/2遺伝子検査等の届出医療機関数は以下のとおりであり、検査、遺伝カウンセリング及び手術に係る体制は経時に拡充されてきた。

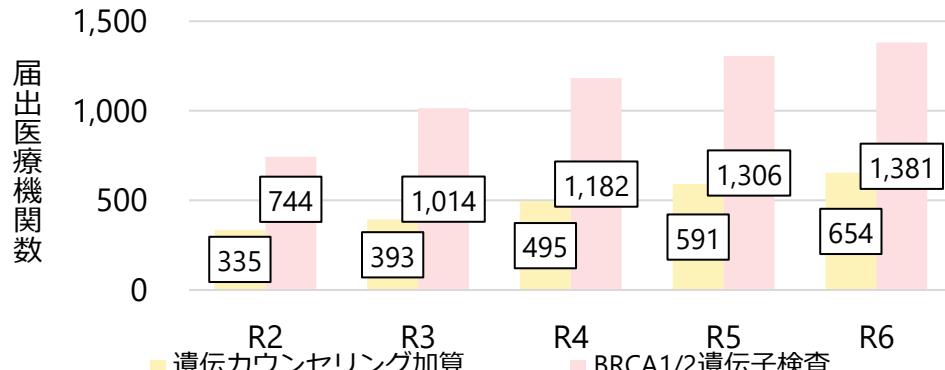
BRCA1/2遺伝子検査に用いられる医療機器の薬事上の使用目的（抄）

- 本品はBRCA関連遺伝性乳癌卵巣癌（HBOC）症候群のリスクが高い患者を特定し、医学的管理を決定するための補助に用いられる。

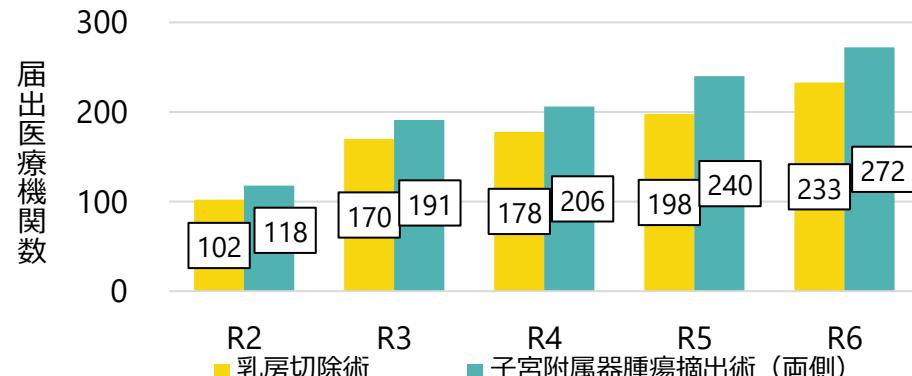
BRCA1/2遺伝子検査等に係る主な算定要件等（※1）

D006-18 B R C A 1 / 2 遺伝子検査 血液を検体とするもの	
対象患者	○ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる 乳癌若しくは卵巣癌患者
主な施設基準 (※1)	○ 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること ○ 下記の（A）又は（B）
K475 乳房切除術 K888子宮附属器腫瘍摘出術（両側）	
主な施設基準 (※1)	○ 臨床遺伝学の診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が配置されていること。（※2） ○ 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。 ○ 乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が配置されていること。（※2）（A） ○ 産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が配置されていること。（※2）（B）

BRCA1/2遺伝子検査等の届出医療機関数の推移



HBOCに係る手術の届出医療機関数の推移



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）。

※1 HBOCに係る主なもののみ抜粋。※2 HBOCに係る研修の受講が必須。

BRCA1/2遺伝子変異陽性患者に対する両側乳房切除及び卵巣・卵管切除

- BRCA1/2遺伝子変異陽性患者に対する両側乳房切除及び卵管・卵巣切除については、いずれも乳癌/卵巣癌発症リスクの低減効果及び全生存期間の延長に係る一定のエビデンスが示されており、関係学会において、以下のとおりガイドラインが取りまとめられている。

BRCA1/2遺伝子変異陽性患者に対する両側乳房切除及び卵巣・卵管切除に係るエビデンス及び学会ガイドラインの記載

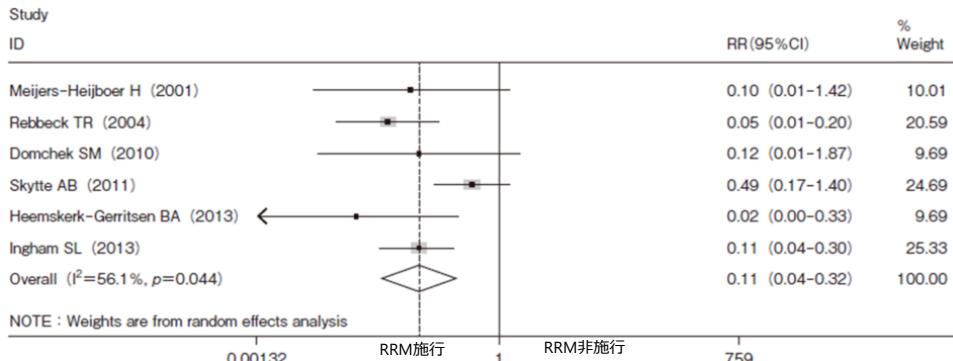
CQ. BRCA病的バリアントをもつ乳癌未発症者に対して、両側リスク低減乳房切除術（BRRM）は勧められるか？

→弱く推奨

(推奨の強さ：2、エビデンスの強さ：中、合意率：100% (38/38))

○乳癌発症リスクの低減効果【エビデンスの確実性：強】
〔HR 0.11 (95%CI 0.04-0.32) 〕 (※ 1)

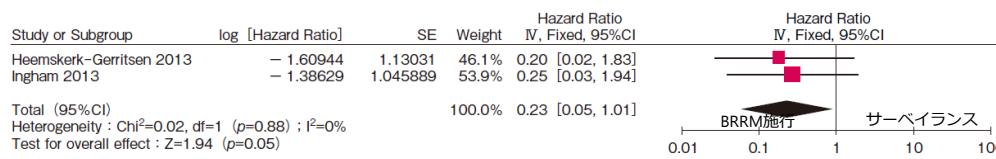
BRRMが両側乳房の乳癌発症リスクを減少させることはほぼ確実



○全生存期間 (OS) 【エビデンスの確実性：弱】

〔HR 0.23 (95%CI 0.05-1.01) 〕 (※ 2)

全生存期間の改善に関しては、RRSOの影響があり、不確実性が残る



出典：一般社団法人日本乳癌学会「乳癌診療ガイドライン2022年版」, Li X, et al. Clin Cancer Res. 2016;22(15):3971-3981. (※ 1)

※ 1 乳癌未発症BRCA1/2変異保持女性計2,555人を3~13年追跡したBRRMの乳癌発症リスク低減効果に関する6報の論文のメタアナリシス

※ 2 癌未発症BRCA1/2変異保持女性計1,261人を8~13年追跡したBRRMの全生存期間延長に関する2報の論文のメタアナリシス

※ 3 卵巣癌未発症BRCA1/2変異保持女性計14,876人を2~8年追跡したRRSOの卵巣卵管癌発症リスク低減効果に関する7報の論文のメタアナリシス

※ 4 卵巣癌未発症BRCA1/2変異保持女性計2,451人を4~13年追跡したRRSOの全生存期間延長に関する3報の論文のメタアナリシス

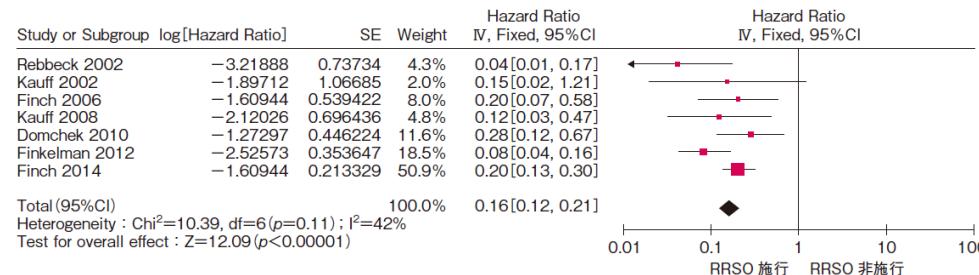
CQ. BRCA病的バリアントをもつ女性にリスク低減卵管卵巣摘出術 (RRSO) は勧められるか？

→強く推奨

(推奨の強さ：1、エビデンスの強さ：中、合意率：92% (36/39))

○卵巣卵管癌発症リスクの低減効果【エビデンスの確実性：強】
〔HR 0.16 (95%CI 0.12-0.21) 〕 (※ 3)

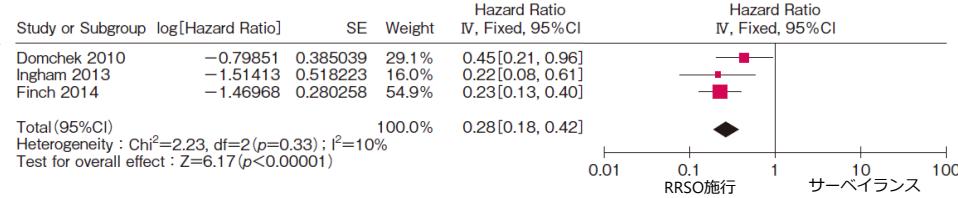
RRSOが卵巣癌、卵管癌の発症予防効果を認めるることは確実



○全生存期間 (OS) 【エビデンスの確実性：強】

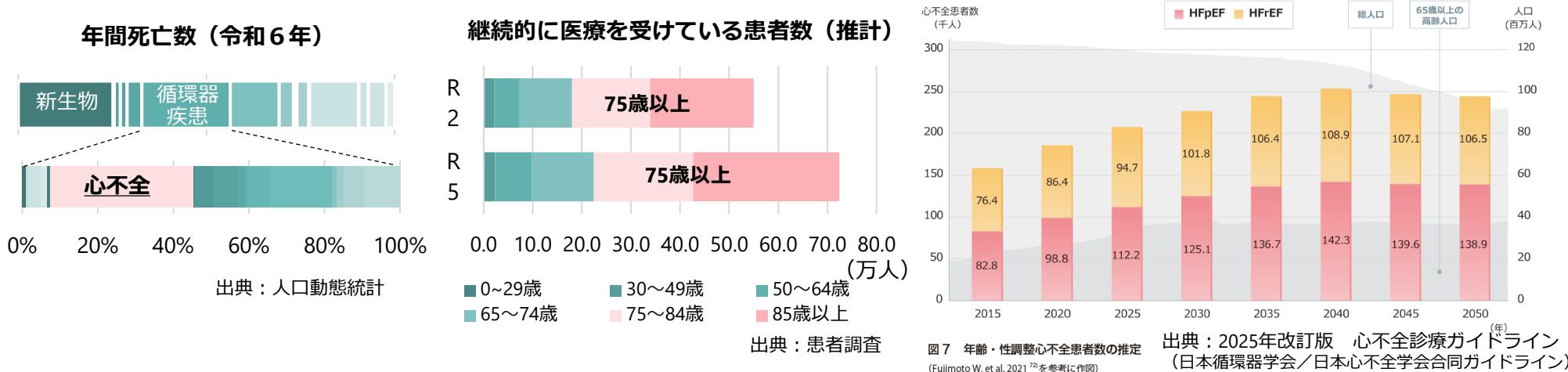
〔HR 0.28 (95%CI 0.18-0.42) 〕 (※ 4)

RRSOがBRCA1/2変異陽性者の全生存期間の延長効果を認めるることは確実



心不全の疫学と医療提供体制

- 心不全は心疾患の中で最も死亡数が多く、継続的な医療を受けている心不全の患者数は令和5年調査では約72万人と推計され、そのうち69%が75歳以上の高齢者であり、2030年には130万人に達するという予測もある。また、心不全で入院した患者の1年以内の死亡率は20~23%、退院後の心不全悪化による再入院率は25~30%に達し、心不全再入院の多くは退院から3~6ヶ月以内に発生するという報告もある。
- 慢性心不全の診療提供体制を構築するに当たっては、再入院予防の観点が重要であり、心血管疾患の専門的医療を行う施設のみではなく、地域のかかりつけ医等も含めた幅広い施設での管理を検討する必要がある。また、再入院予防対策に加えて、急性期診療との連携体制に関する検討が必要である。



脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の整備について (健発0731第2号平成29年7月31日厚生労働省健康局長通知)

3. 心血管疾患の診療提供体制を構築するまでの考え方 (2) 心血管疾患の回復期～維持期の診療提供体制を構築するまでの考え方 (抜粋)
 - 回復期～維持期の診療提供体制の基本的な考え方
 - 心血管疾患の回復期～維持期の診療提供体制を検討するに当たっては、心血管疾患患者の再発予防・再入院予防の観点が重要である。
 - 心臓病の再発予防・再入院予防に向けた考え方
 - 疾病管理プログラムとして的心臓病リハビリテーションを提供する体制の検討に当たっては、地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制を検討する必要がある。
 - 慢性心不全対策の考え方
 - 慢性心不全患者の管理体制としては、かかりつけ医等の総合的診療を中心とし、専門的医療を行う施設が急性増悪時の入院治療、疾病管理プログラムとしての心臓病リハビリテーション等で連携・支援する、地域全体で慢性心不全患者を管理する体制の検討が必要である。

感染症危機対応医薬品等（MCM）の利用可能性確保と「重点感染症」の指定

感染症危機対応医薬品等（MCM: Medical Countermeasures）とは

- 公衆衛生危機管理において、救命、流行の抑制、社会活動の維持等、危機への医療的な対抗手段となる重要性の高い医薬品や医療機器等

感染症危機対応医薬品等（MCM）の例

ワクチン

- 不活化ワクチン
- mRNAワクチン
- ウイルスベクターワクチン等

治療薬

- 微生物薬
- 抗炎症薬
- 抗体医薬等

診断技術

- 診断機器
- 迅速診断キット
- 抗原、抗体、遺伝子検査等

その他の治療法

- 酸素療法（人工呼吸器等）
- 体外循環装置等

感染予防・管理

- 個人防護具（PPE）
- 院内感染対策
- 環境工学的制御等

狭義のMCM (DVT : Diagnostics Vaccines and Therapeutics)

感染症危機対応医薬品等（MCM）の利用可能性確保の考え方

利用可能なMCMが存在する

利用可能なMCMが存在しない

確保

研究開発

MCMの確保・研究開発上の優先順位を設定するための「重点感染症」指定の必要性

Group X 予見不可能かつ社会的インパクトが甚大な未知の感染症※1であり、対策において、Group AおよびBの開発を通じた基礎研究・基盤要素技術・開発/調達メカニズム等が必要な感染症
 ※1 科学的に特定されていない、またはヒトへの感染が特定されていないウイルス・細菌等による感染症

- 現時点で、未知の感染症であり、該当する感染症はない。

Group A

- ・パンデミック及び大規模流行のおそれがあり、社会的インパクトが甚大だが比較的予見困難な新たな感染症
- ・過去に流行した感染症と近縁な病原体による新たな感染症、根絶された感染症、人為的な改変や使用が疑われる感染症

- 次の病原体による新たな感染症

- ・重症急性呼吸器感染症をきたす病原体：新たなインフルエンザウイルス、新たなコロナウイルスなど

- ・新たなエンテロウイルス※2

※2 パンデミック及び大規模流行を起こす場合は、呼吸器感染症を主病態とする可能性が高いが、抗原性の異なる多くのエンテロウイルスが存在し、様々な病態を呈することから個別の記載とする

- ・ウイルス性出血熱をきたす新たな病原体：フィロウイルス、アレナウイルス、ブニヤウイルスなど

- ・重症脳炎・脳症をきたす新たな病原体：パラミクソウイルスなど

- 人為的な改変や使用が疑われる感染症：遺伝子操作等を加えた新たな病原体による感染症

- 根絶された感染症：天然痘

Group B

- ・定期的または突発的に国内外で一定レベル以上の流行を起こす既知の感染症
- ・Group Aと近縁な病原体による感染症

- 呼吸器感染症：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）、重症急性呼吸器症候群(SARS)、中東呼吸器症候群(MERS)
 季節性及び動物由来インフルエンザ、RSウイルス感染症

●エンテロウイルス（A71/D68含む）感染症※3

※3 抗原性の異なる多くのエンテロウイルスが存在し、様々な病態を呈することから個別の記載とする

●出血傾向をきたす感染症：重症熱性血小板減少症候群(SFTS)、エボラ出血熱（エボラウイルス病）、ラッサ熱、マールブルグ病、クリミア・コンゴ出血熱

●節足動物媒介感染症：デング熱、ジカウイルス感染症、チクングニア熱

●人獣共通感染症：エムポックス、二バウイルス感染症

Group C 薬剤耐性（AMR）の発生を抑えるために抗菌薬等の適正使用が必要であることから、その使用機会が制限される等、新規のMCM研究開発のインセンティブが乏しい感染症

薬剤耐性結核、多剤耐性アシнетバクター属菌、多剤耐性緑膿菌、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌、第3世代セファロスボリン耐性腸内細菌目細菌、
 薬剤耐性淋菌、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌、薬剤耐性サルモネラ属菌、非結核性抗酸菌(NTM)、カンジダ アウリス、アスペルギルス フミガタス

Group D

- ・国内において発生は稀だが一定の頻度がある輸入感染症、希少感染症（自然発生する、生物兵器・テロ関連病原体・毒素によるものを含む）、生物毒のうちMCMの確保が必要なものや、国内と国外に利用可能性のギャップがある感染症

●輸入感染症：狂犬病、マラリア

●希少感染症：炭疽、ボツリヌス症、ペスト

●生物毒：ヘビ毒、クモ毒

賃上げについて（その1）

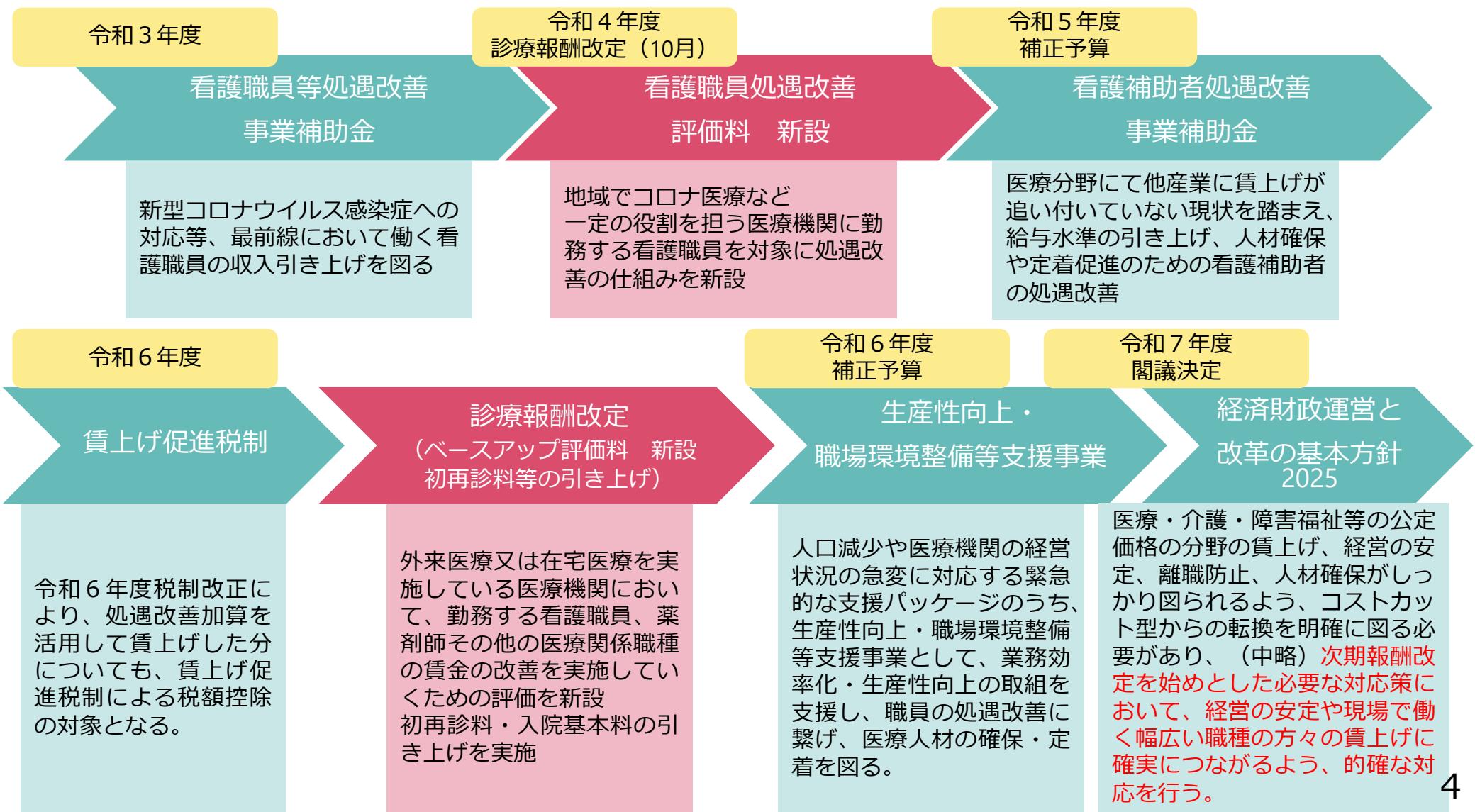
1. 医療機関における賃上げに係る状況等について
2. 賃上げに関する診療報酬上の評価の方法について
3. 幅広い医療機関の賃上げに向けた簡素化等について

1. 医療機関における賃上げに係る状況等について
2. 賃上げに関する診療報酬上の評価の方法について
3. 幅広い医療機関の賃上げに向けた簡素化等について

医療機関等における賃上げに係る施策の整理

診調組 入-2
7.8.21

- 医療機関等における賃上げに係る近年の施策について、主な事項とその目的は以下のとおり。

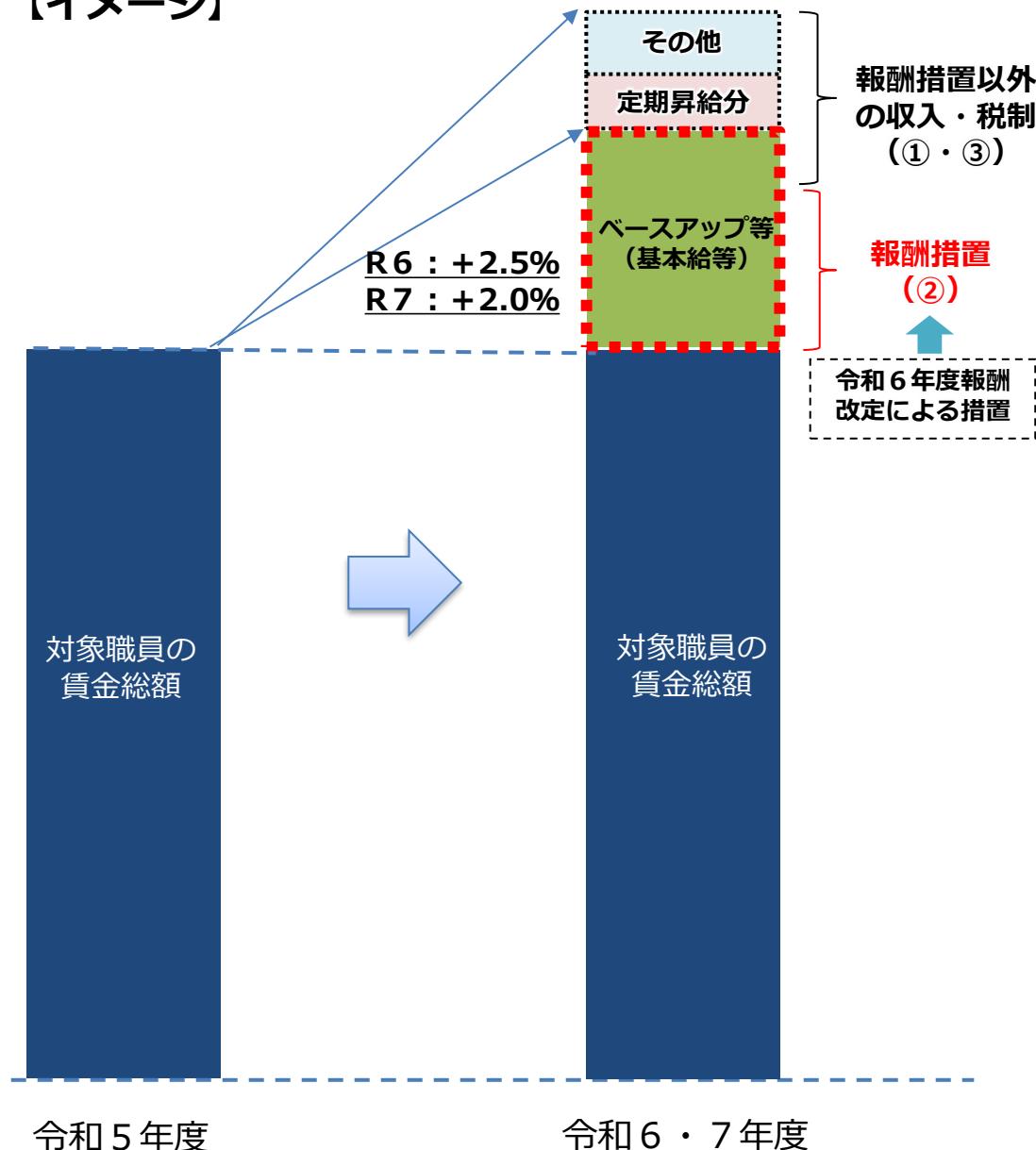


令和6年度及び令和7年度における賃上げのイメージ

【基本的な方針】

- 次の①～③を組み合わせた賃上げ対応
 - ① 医療機関や事業所の過去の実績をベースにしつつ、更に
 - ② 今般の報酬改定による上乗せの活用
 - ③ 賃上げ促進税制の活用
- 令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%のベースアップを実施し、定期昇給なども合わせて、昨年を超える賃上げの実現を目指す。

【イメージ】



令和6・7年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）

診調組 入-2
7.8.21

- 令和6年度計画書及び令和7年度計画書をいずれも簡素化前の届出書で提出した医療機関における、ベースアップ評価料の対象職員に係る令和5年度と比較した賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

		対象職員全体				
		全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所 (無床)	歯科診療所 (無床)
医療機関数		7,318	4,488	692	1,562	576
令和6年度	加重平均値 (%)	2.69	2.71	2.46	2.11	2.09
	(職員数) (人)	1,076,575	1,031,834	17,825	23,234	3,681
令和7年度 R5⇒R7 (2年計)	加重平均値 (%)	3.40	3.43	2.98	2.57	2.30
	(職員数) (人)	1,102,271	1,057,665	17,888	23,087	3,632
(参考) R6⇒R7 賃金増率	差分 (ポイント)	0.71	0.72	0.52	0.46	0.21

令和7年度計画書を簡素化前の届出書で提出した医療機関（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（I）の専用届出様式による届出39,681件及び記載不備等18,426件を除く、9,153件）のうち、令和6年度において未算定、計画書記載不備及び外れ値等の1,835件を除いた7,318件の賃金改善計画書を集計。

※「賃金増率」 = 「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」 ÷ 「賃金改善する前の基本給等総額」

なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

令和6年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（実績値）

中医協 総-4
7. 10. 29

- 令和5年度時点と比較した、病院機能区別に見たベースアップ評価料の対象職員に係る令和6年度の賃金増率は、以下のとおり。

令和7年9月12日時点集計値

	対象職員全体				
	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所 (無床)	歯科診療所 (無床)
医療機関数	36,756	5,892	1,567	18,460	10,837
第1四分位数	1.99	2.39	1.82	1.93	1.88
中央値	2.59	2.81	2.46	2.46	2.50
第3四分位数	3.43	3.42	3.01	3.47	3.49
最大値	6.49	6.49	6.44	6.49	6.49
職員数	1,576,328	1,340,100	32,204	142,552	61,472
加重平均値	3.07	3.16	2.48	2.53	2.53

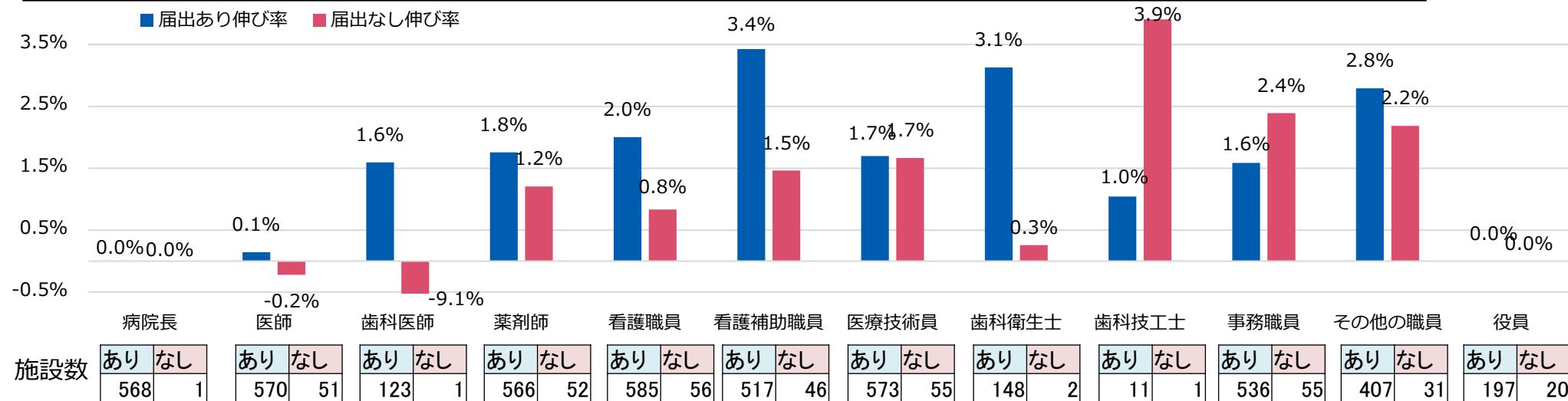
医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和6年度賃金改善実績報告書の数値（記載不備等27,765件及び外れ値3,261件（うち、賃金増率が0%以下のもの69件を含む。）を除く、36,756件）を集計。

※「賃金増率」 = 「ベア等の実施による賃金改善額」 ÷ 「賃金改善する前の基本給等総額」
なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

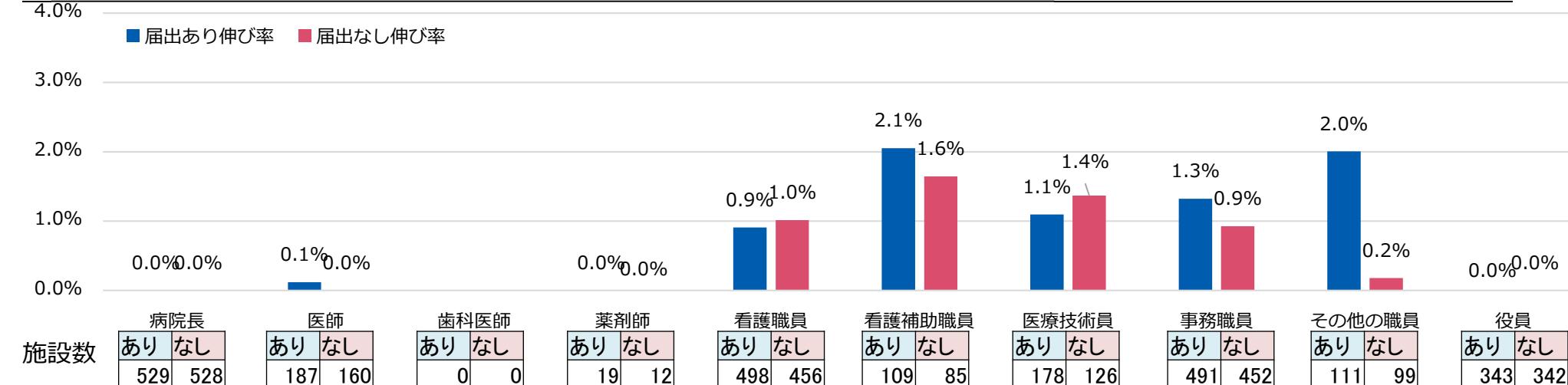
ベースアップ評価料算定有無別の職種別給与の伸び率

- 病院と診療所のそれぞれについて、ベースアップ評価料の算定の有無別に、職種別の令和5年度から令和6年度への平均年収の伸び率を医療機関ごとに算出したところ、その中央値は以下のとおり。

●ベースアップ評価料の算定の有無別にみた、平均年収（※）の伸び率の中央値（病院）（令和5→6年度）



●ベースアップ評価料の算定の有無別にみた、平均年収（※）の伸び率の中央値（一般診療所）（令和5→6年度）



これまでの賃上げに関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

（届出状況・様式の煩雑さについて）

- 看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料の双方について、（中略）、書類の作成が非常に煩雑であり、両者を統合することについては検討の余地があるとの意見があった
- 病床規模の小さい医療機関におけるベースアップ評価料の届出が進んでおらず、その背景として、事務職員が不足している中、届出書類の作成に係る事務負担が挙げられるとの意見があった。
- 賃上げの原資は入院基本料等の増分から賄われるべきであり、ベースアップ評価料を入院基本料等に統合すべきであるが、難しければ、届出書類の簡素化や対象職種の見直し等を講じるべきとの意見があった。
- 入院ベースアップ評価料のみならず、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）についても簡素化を図るべきとの意見があった。

（看護職員について）

- 子育てや介護を担う職員への配慮が進んでいる一方で、夜勤が可能な職員の確保や負担軽減が課題となっている。夜勤手当は2010年代に入ってほとんど増加が見られず、割増賃金のみの支給にとどまる病院も4.4%存在する状況などがあるため、夜勤者の確保に向け夜勤手当の引き上げが必要ではないかとの意見があった。

1. 医療機関における賃上げに係る状況等について
2. 賃上げに関する診療報酬上の評価の方法について
3. 幅広い医療機関の賃上げに向けた簡素化等について

入院患者に対して算定される賃上げに係る評価の要件整理

診調組 入-2
7 . 8 . 21

- 入院患者に対して算定される賃上げに係る評価料について、主な要件の整理は、以下の通りである。

	看護職員処遇改善評価料	入院ベースアップ評価料
新設時期	令和4年10月	令和6年6月
算定回数		1日につき1回
区分設定	区分1（1点）～区分165（340点）	区分1（1点）～区分165（165点）
算定する区分の決定方法	看護職員の賃金を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるために必要な額が得られるよう、医療機関ごとに計算	対象職員の令和5年度賃金を2.3%引き上げるために必要な額が得られるよう、医療機関ごとに計算
区分決定に必要な事項	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員数 ・延べ入院患者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の給与総額 ・延べ入院患者数 ・初再診料等、訪問診療料等の算定回数
区分変更の届出時期		毎年3、6、9、12月
主な施設基準	<p>以下のいずれかに該当すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急医療管理加算の届出医療機関であつて、年間200台以上の救急搬送実績があること。 ・救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること。 	<p>以下の事項に係る収入金額の合計額が、総収入の8割を超えること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会保険診療 ・健康増進事業 ・予防接種 ・助産（50万円を限度とする。） ・介護保険給付 ・障害児者へのサービスに係る収入 ・国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等

看護職員処遇改善評価料の新設①

- ▶ 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、令和4年10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設する。

<u>(新)</u>	<u>看護職員処遇改善評価料1</u>	<u>1点</u>	<u>(1日につき)</u>
	<u>看護職員処遇改善評価料2</u>	<u>2点</u>	
↓	<u>看護職員処遇改善評価料165</u>	<u>340点</u>	

[算定要件]

- ・看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき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入院している、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

[施設基準の概要]

- (1) 次のいずれかに該当すること。

- 救急医療管理加算の届出を行っており、救急搬送件数が年間で200件以上であること。
 救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること。

- (2) (1) のイの救急搬送件数は、賃金の改善を実施する期間を含む年度の前々年度1年間（新規届出の場合は、前年度1年間（※1））における実績とする。ただし、現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関について、当該実績が同イの基準を満たさなくなった場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する6か月間ににおいて、救急搬送件数が100件以上である場合は、同イの基準を満たすものとみなすこと。

- (3) 当該保険医療機関に勤務する看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金（基本給、手当、賞与等を含む。）の改善を実施しなければならない。この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関の実情に応じて、看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表1に定めるコメディカルである職員も加えることができる。

- (4) (3) について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

- (5) (3) 賃金改善の合計額の3分の2以上（※2）は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ること。

※1 令和4年度中に新規届出を行う「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和2年度における実績とする。

※2 「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。

看護職員処遇改善評価料の新設②

(6) 次の式により算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分を届け出ること。

$$\boxed{[A] = \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額 (当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12,000\text{円} \times 1.165)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10\text{円}}}$$

(7) (6)について、算出を行う月、その際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表3のとおりとする（新規届出時は、直近の別表3の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いる）。また、**毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出**を行い、区分に変更がある場合は届け出ること。ただし、前回届け出た時点と比較して、対象となる3か月の「看護職員等の数」、「延べ入院患者数」及び【A】のいずれの変化も**1割以内である場合においては、区分の変更を行わない**ものとすること。

(8) **「賃金改善計画書」**を毎年4月に作成し、毎年7月において、地方厚生局長等に提出すること。

(9) 每年7月において、前年度における取組状況を評価するため、**「賃金改善実績報告書」**を作成し、地方厚生局長等に報告すること。

【別表1】 看護補助者、理学療法士及び作業療法士以外の賃金の改善措置の対象とができるコメディカル

視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、公認心理師、その他医療サービスを患者に直接提供している職種

【別表3】 算出を行う月、対象となる期間、算定する期間

算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年12月～2月	4月
6月	3～5月	7月
9月	6～8月	10月
12月	9～11月	翌年1月

【別表2】 看護職員処遇改善評価料の区分

【A】	看護職員処遇改善評価料の区分	点数
1.5未満	看護職員処遇改善評価料1	1点
1.5以上2.5未満	看護職員処遇改善評価料2	2点
2.5以上3.5未満	看護職員処遇改善評価料3	3点
3.5以上4.5未満	看護職員処遇改善評価料4	4点
4.5以上5.5未満	看護職員処遇改善評価料5	5点
5.5以上6.5未満	看護職員処遇改善評価料6	6点
↓	↓	↓
144.5以上147.5未満	看護職員処遇改善評価料145	145点
147.5以上155.0未満	看護職員処遇改善評価料146	150点
155.0以上165.0未満	看護職員処遇改善評価料147	160点
↓	↓	↓
335.0以上	看護職員処遇改善評価料165	340点

看護職員処遇改善評価料の令和6年度実績報告の状況

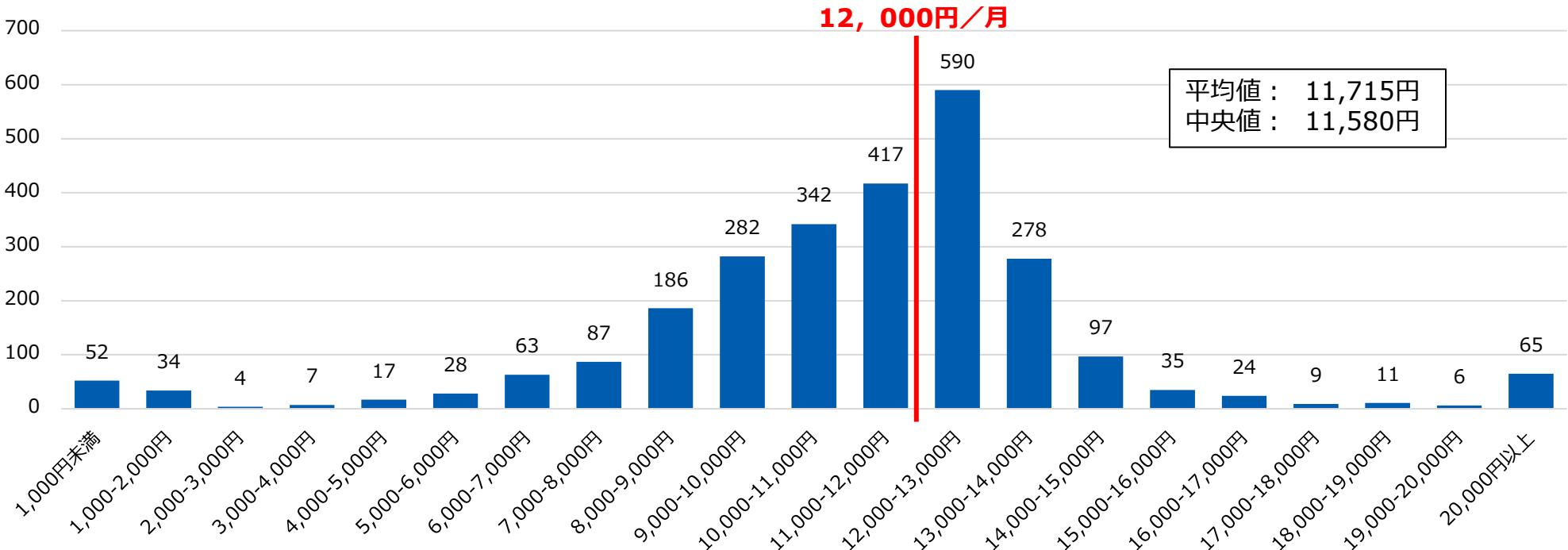
- 一人あたり賃金改善目標額12,000円／月（給与の3%相当額）に対し、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）への賃金改善の実績（事業主負担相当額を除く）は11,715円／月であった。

●看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）における賃金改善の実績

① 1人あたりの賃金改善額	② ①のうち、ベア等の金額	③ ベア等の割合
11,715円／月	10,807円／月	93.0%

※ ①、②ともに事業主負担相当額（16.5%）を抜いた実質的な賃金の上昇額

■看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対する1人あたり賃金改善額の実績の分布

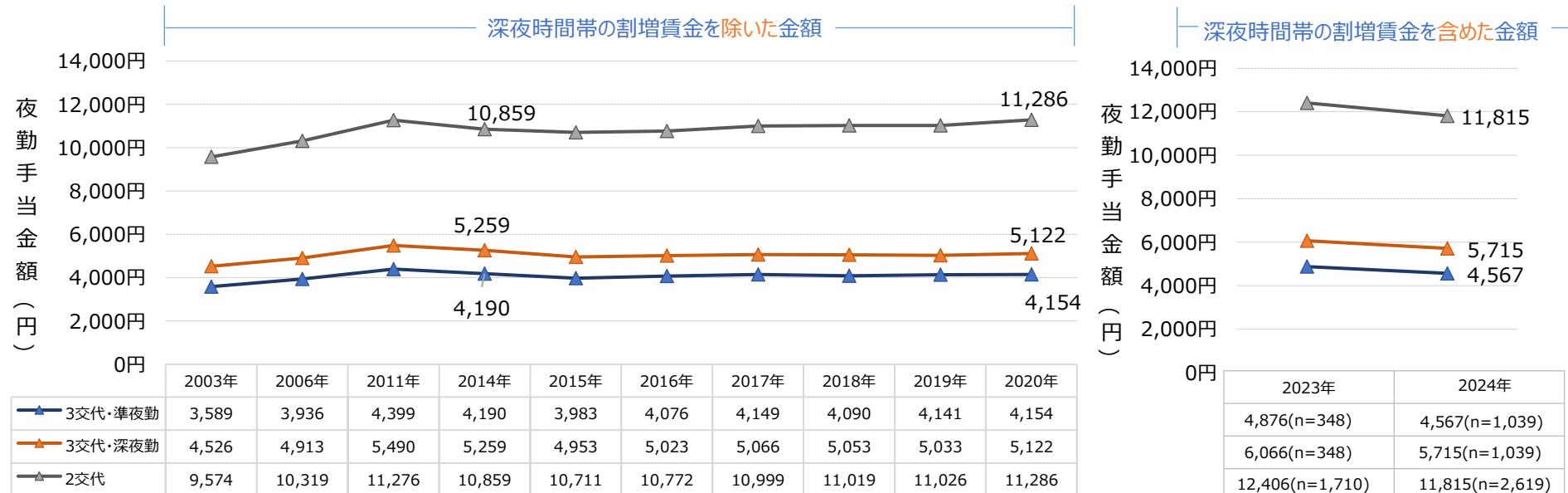


夜勤手当（夜勤1回当たり）の推移

中医協 総－7
7. 1 1. 5

- 病院勤務看護職員の夜勤手当（夜勤1回あたり）額は、2010年代に入ってからは概ね横ばい。
- 9割以上の病院で、深夜時間帯の割増賃金分と夜勤手当を支給しているが、深夜の割増賃金のみを支給している病院も131施設（4.4%）ある。

◆夜勤手当金額※（夜勤1回あたり）

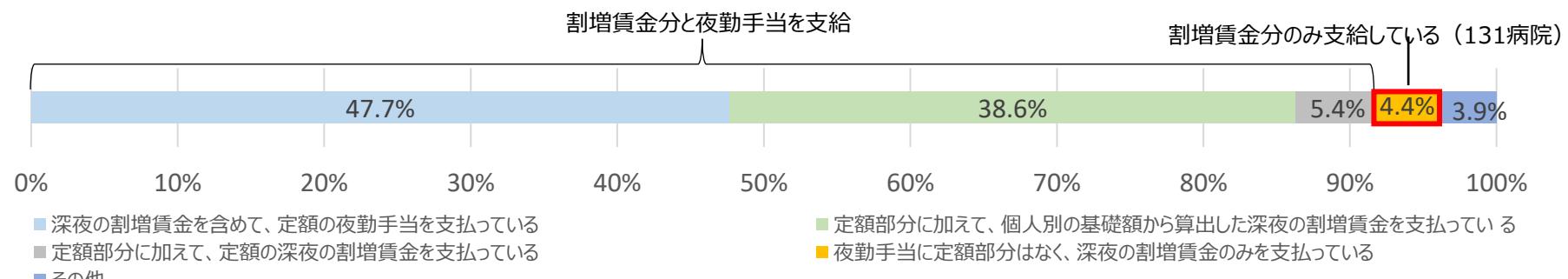


出典：各年の「病院看護実態調査」「病院における看護職員需給状況調査」、「2024年 看護職員の賃金に関する実態調査」（いずれも日本看護協会）

※2003年～2020年は、深夜時間帯（22時から5時まで）の割増賃金を除いた手当金額

※2023年・2024年は、深夜時間帯（22時から5時まで）の割増賃金を含んだ手当金額

◆深夜時間帯の割増賃金の支払い方法（2,992病院が回答）



出典：2024年度 看護職員の賃金に関する実態調査 報告書

入院ベースアップ評価料創設時の検討経緯

- 令和6年度診療報酬改定において、ベースアップ評価料を新設するにあたり、設計方法の検討を行った際の主な論点は、以下の通りであった。

病院及び有床診療所における評価の設計についての論点整理

中医協 総 - 2
6 . 1 . 1 0

設計方法（案）	論点
① 一律の評価を設定	<ul style="list-style-type: none">○ <u>制度設計は単純であり、医療機関の事務負担は小さくなることが想定されるとともに、同様のサービスに対する評価が同じとなる一方で、賃上げの対象職種の在籍状況や給与の状況、算定回数等によって過不足のばらつきが大きくなることをどのように考えるか。</u>
② 点数を複数に分け、病院ごとに評価を設定	<ul style="list-style-type: none">○ 賃上げの対象職種の在籍状況や給与の状況、算定回数等に応じたものになるため、<u>過不足のばらつきを最小限に抑えることが可能となるが、医療機関の事務負担※が大きくなることが想定されることをどのように考えるか。</u> ※ 医療機関において、シミュレーションで行っているような必要な点数の計算を行うこととなる。○ 同様のサービスに対する評価が異なることとなることをどのように考えるか。 ※ 看護職員処遇改善評価料においては、医療機関の状況に応じた評価をしているところ。

賃上げに向けた評価の新設⑩

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の2.3%未満であること。
- (4) 下記の式により算出した数【B】に基づき、該当する区分を届け出ること。

$$[B] = \frac{\left[対象職員の給与総額 \times 2.3\% - (外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) により算定される点数の見込み) \times 10 円 \right]}{当該保険医療機関の延べ入院患者数 \times 10 円}$$

入院ベースアップ評価料の区分

【B】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0以上1.5未満	入院ベースアップ評価料1	1点
1.5以上2.5未満	入院ベースアップ評価料2	2点
↓		
164.5以上	入院ベースアップ評価料165	165点

賃上げに向けた評価の新設⑪

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】(続き)

[施設基準の概要]

(5) (4)について、届出に当たっては、別表に示した期間において【B】の算出を行うこと。

また、別表のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「延べ入院患者数」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとすること。

(6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。

(7) (6)について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。度なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

(8) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

(9) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。

(10) 当該保険医療機関において、社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。

【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

【B】の算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「ベースアップ評価料」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年3月～2月	前年12月～2月	4月
6月	前年6月～5月	3～5月	7月
9月	前年9月～8月	6～8月	10月
12月	前年12月～11月	9～11月	翌年1月

賃上げに向けた評価の新設②

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は下に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。

主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゅう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	（医師及び歯科医師を除く。）
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (4) (3)について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合（令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (5) 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。
- (6) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

賃上げに向けた評価の新設⑤

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定していない保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）を届け出ている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍が、対象職員の給与総額の1.2%未満であること。
- (4) 下記の式【A】に基づき、該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（II）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）の施設基準の届出を行う場合は、同一の区分を届け出ること。

$$[A] = \frac{\left\{ \text{対象職員の給与総額} \times 1.2\% - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込み}) \times 10\text{円} \right\}}{\left\{ (\text{外来・在宅ベースアップ評価料（II）イの算定回数の見込み} \times 8) + (\text{外来・在宅ベースアップ評価料（II）ロの算定回数の見込み} + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）イの算定回数の見込み} \times 8 + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）ロの算定回数の見込み}) \times 10\text{円} \right\}}$$

外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分

【A】	外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分	点数 (イ)	点数 (ロ)
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（II）1	8点	1点
1.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（II）2	16点	2点
↓			
7.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（II）8	64点	8点

賃上げに関する診療報酬上の評価として考えられる方法について

- 診療報酬において、今後も賃金改善に関する評価を行う場合には、様々な方法が考えられる。
- それぞれの方法において、個々の医療機関の賃金改善額を精緻に報酬に反映することと、事務負担を減らすことについては、トレードオフの関係にある。

考えられる方法の分類	用いられている例	特徴	事務負担
医療機関ごとに、給与総額や賃金改善総額等をベースにした上で、実績に応じた評価を行う方法	給与総額や賃金改善総額そのものを評価の基礎とする方法	<ul style="list-style-type: none"> ・入院ベースアップ評価料 ・外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） ・看護職員処遇改善評価料 	<ul style="list-style-type: none"> ・正確であるが、給与総額や賃金改善総額の算出に手間を要する。
	給与総額に近い指標を基礎とする方法 (例) <ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関等の社会保険収入総額に、人件費割合に近い何らかの割合を乗じたもの ● 医療従事者の常勤換算人数に人件費の平均値を乗じたもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員等処遇改善加算（介護報酬） 	<ul style="list-style-type: none"> ・上に比べて算出が容易になるが、医療機関の特性（100床当たりの配置人数や医療機関毎の人員費率の違い）によっては、補填のばらつきが生じうる。
	基本診療料のほか、（高額又は人手を要する）特定の診療報酬項目に上乗せする方法		<ul style="list-style-type: none"> ・下に比べてばらつきが少ない可能性があるが、どのような項目に上乗せるべきかの検討が難しい。 ・医療機関の事務負担は小さい。
	基本診療料に一定額を上乗せする方法	<ul style="list-style-type: none"> ・外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） <p>※診療報酬への消費税の補填方法も同様の考え方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診療内容やコスト構造によりある程度の補填のばらつきが生じうる。 ・医療機関の事務負担は小さい。

過去の賃金改善を今後の報酬に反映する方法について

- 賃金改善の実績に応じた評価を継続する場合、過去の賃金改善分の取り扱いについても検討が必要である。
- 過去分についても精緻な算出方法を取る方が精緻と考えられるが、長期に続けると、給与体系が変化する等により、算出が難しくなる可能性がある。

①R 4改定で創設された看護職員待遇改善評価料、②R 6改定で創設されたベースアップ評価料による過去の賃金改善分の評価を今後継続させる場合の考え方の例

考えられる方法	R 8以降に医療機関が求められる具体的な算出方法の例	特徴		事務負担
		金額の精緻さ	実務的な困難性	
体系をそのまま維持	過去の仕組みによる賃金改善額を今後もそれぞれ算出して、加算区分を算出 ※今後の賃金改善分について新たな評価方法を設ける場合には、3種類の改善額を算出	<ul style="list-style-type: none"> 最も精緻 	<ul style="list-style-type: none"> 経年的に、医療機関の給与体系が変化していくと、賃金改善額の算出ができないくなる可能性 	 負担大
	R 8の賃金がR 7と同等以上の場合には、R 7年度に取得していた加算区分をそのまま維持 ※今後の賃金改善分について新たな評価方法を設ける場合には、別途必要な算出を行う	<ul style="list-style-type: none"> 概ね精緻だが、従事者数が変化した場合にも加算区分が変動しないため、賃金改善額と一定のずれが生じうる 	<ul style="list-style-type: none"> 過去の仕組みに基づく賃金改善額を算出する必要はないため、実務上の困難はない 	
基本診療料等に溶け込ませる	医療機関が過去の賃金改善額を算出する必要はない	<ul style="list-style-type: none"> 仮に、届出の有無によらず同一の報酬とすれば、届出していた医療機関の報酬が減り、届出していなかつた医療機関の報酬が上がる。 (そのような不都合を減らすために、一定の加減算を行う等の仕組みも考えられうる。) 	<ul style="list-style-type: none"> 最も簡便 	 負担小

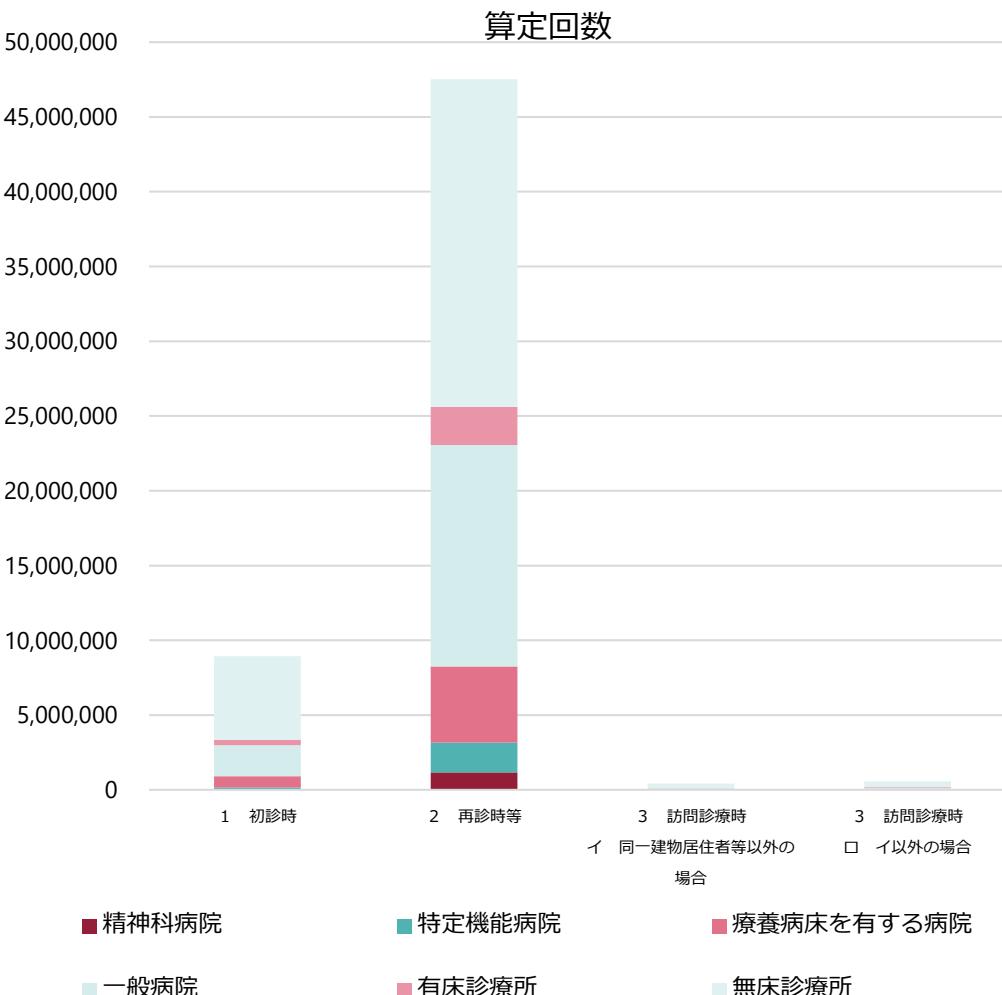
※上記のほか、①②の過去の賃金改善分を、一つの新たな評価方法により反映して対応することも考えられる。 22

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定状況

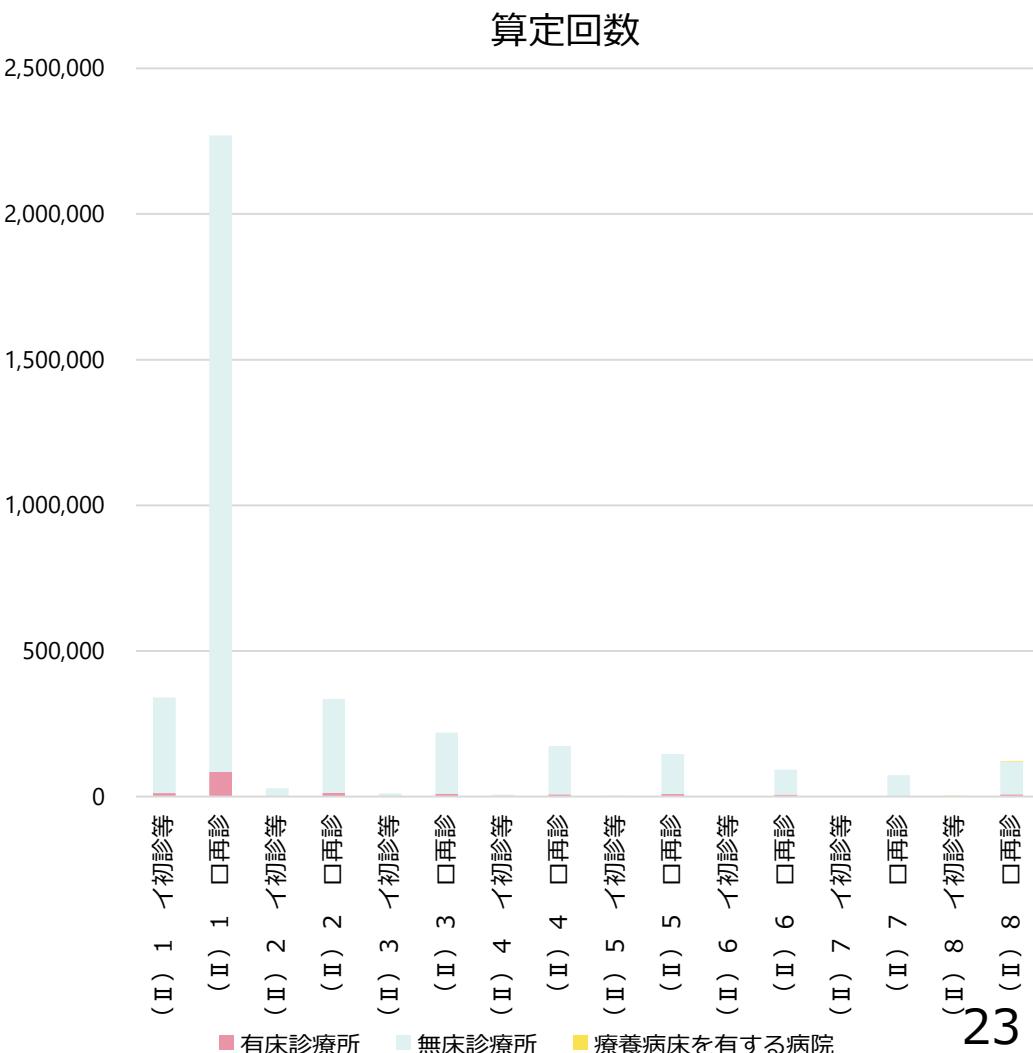
診調組 入-2
7.8.21

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定状況については以下のとおり。
- 評価料（Ⅱ）について、区分1の算定割合が多い傾向にある。

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）



外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）



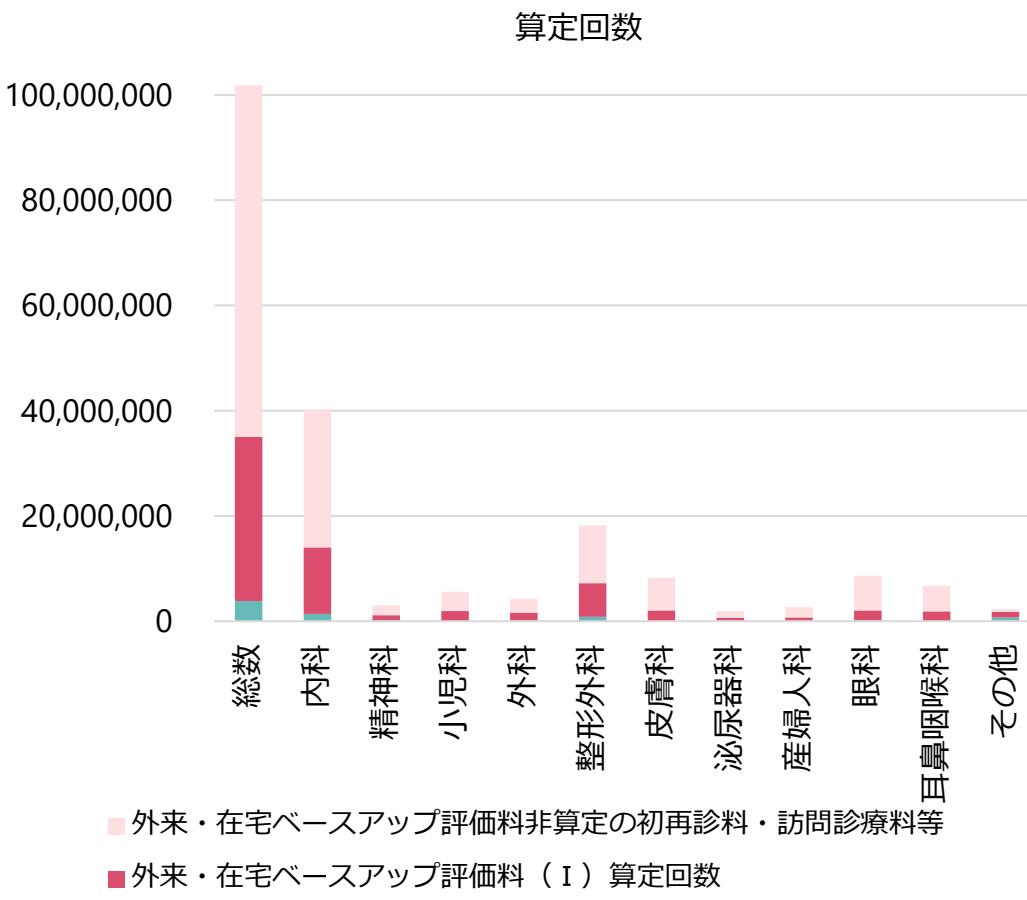
出典：社会医療診療行為別統計（令和6年8月審査分）

診療所の診療科ごとの外来・在宅ベースアップ評価料算定状況

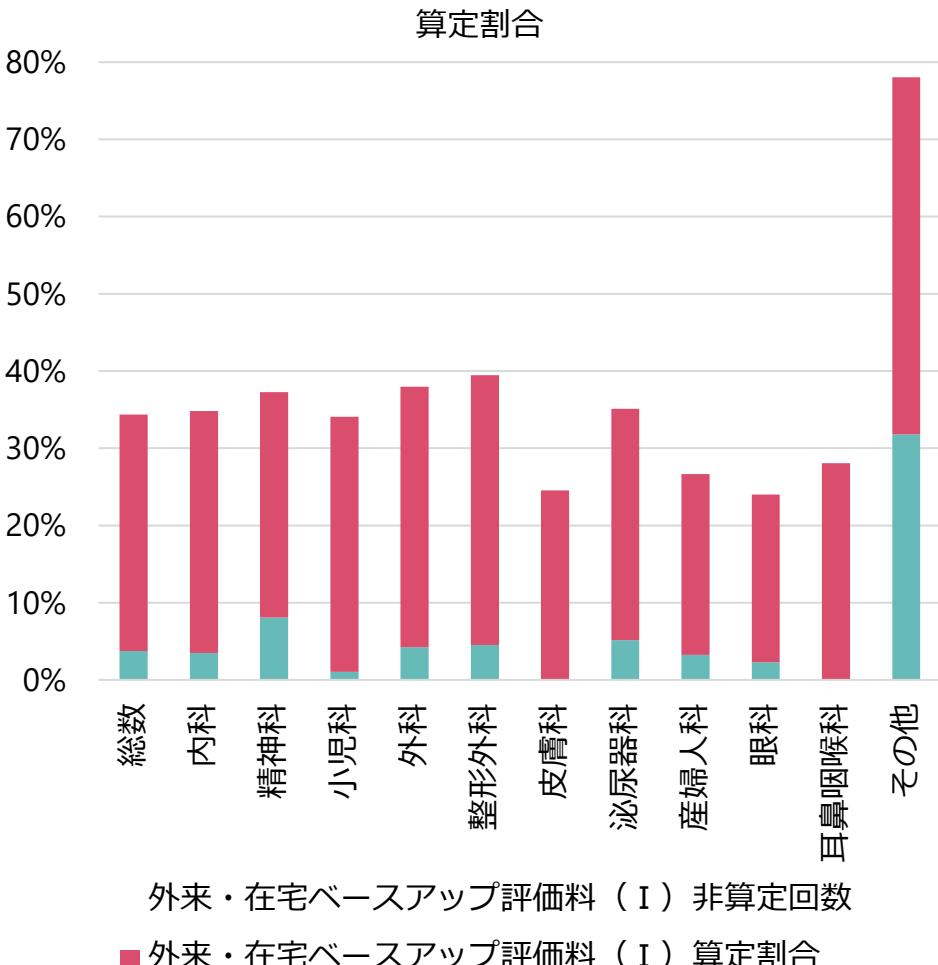
診調組 入-2
7.8.21

- 診療所の診療科ごとの、初再診料・訪問診療料等に占める外来・在宅ベースアップ評価料の算定回数やその割合は以下のとおり。
- 小児科、皮膚科、耳鼻咽喉科について、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定割合が低い。

初再診料等に占める外来・在宅ベースアップ評価料の



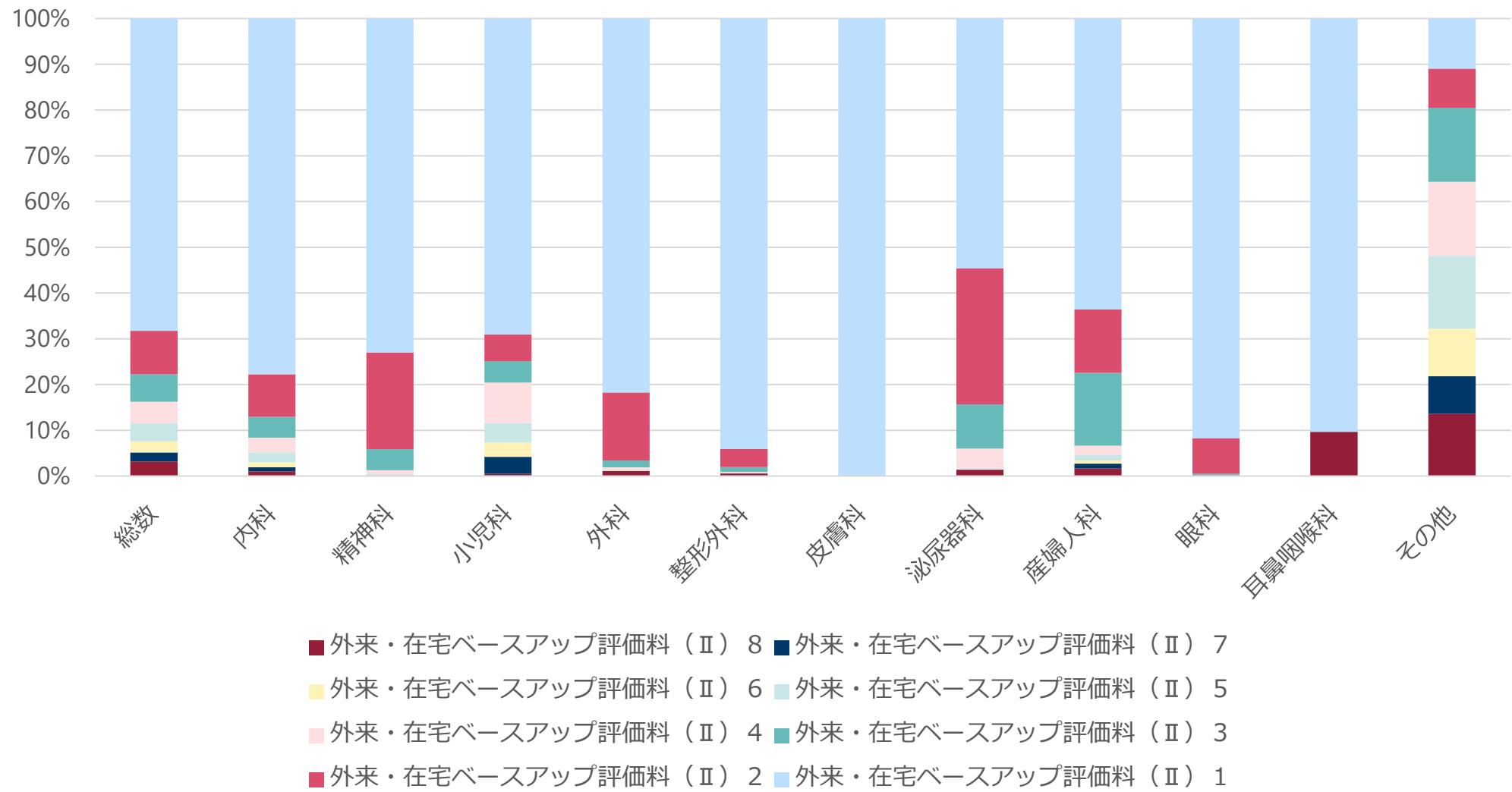
初再診料等に占める外来・在宅ベースアップ評価料の



診療所の診療科ごと外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定状況

診調組 入-2
7.8.21

- 診療科ごとの外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数について、区分ごとに占める割合は以下のとおり。
- 診療科別でみると、整形外科、皮膚科、眼科を中心に、区分2以上の算定割合が少ない傾向にある。



外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）との併算定に特徴的な診療行為

診調組 入-2
7.8.21

- 診療行為ごとに、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数に占める評価料（Ⅱ）の算定割合の大きい順に並べると、以下のとおり。
- 血液透析に関連した診療行為が上位を占めている。

No.	診療行為	算定回数(Ⅱ)	算定割合	No.	診療行為	算定回数(Ⅱ)	算定割合
1	時間外・休日加算（人工腎臓）	119,436	41.5%	26	重度認知症患者デイ・ケア料	23,445	19.0%
2	慢性維持透析濾過加算（人工腎臓）	626,924	38.6%	27	プロゲステロン	7,304	18.5%
3	人工腎臓（慢性維持透析2）（4時間以上5時間未満）	10,403	37.2%	28	体液量測定	6,341	17.9%
4	透析時運動指導等加算（人工腎臓）	5,513	36.7%	29	アルブミン定量（尿）	24,097	16.5%
5	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	58,319	35.4%	30	カリウム（尿）	5,388	16.1%
6	慢性維持透析患者外来医学管理料	61,222	35.2%	31	早期加算（重度認知症患者デイ・ケア料）	5,689	15.5%
7	人工腎臓（慢性維持透析1）（4時間以上5時間未満）	636,010	35.2%		短期滞在手術等基本料1（イ以外の場合）（1以外の場合）	8,689	15.4%
8	透析液水質確保加算（人工腎臓）	812,675	34.7%	32	ナトリウム及びクロール（尿）	19,796	15.3%
9	障害者等加算（人工腎臓）	216,529	33.9%	33	外来栄養食事指導料1（2回目以降）（対面）	23,728	15.3%
10	人工腎臓（慢性維持透析1）（5時間以上）	72,559	33.8%	34	リハビリテーション総合計画評価料1	113,424	14.9%
11	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（作業療法士による場合）	4,718	33.5%	35	疾患別等診療計画加算（精神科デイ・ナイト・ケア）	10,520	14.6%
12	人工腎臓（その他）	5,595	31.0%	36	精神科デイ・ナイト・ケア	10,122	14.5%
13	リハビリテーションデータ提出加算	20,515	30.5%	37	クレアチニン（尿）	33,325	14.2%
14	長時間加算（人工腎臓）	7,245	29.5%	38	レーザー前房蛋白細胞数検査	5,646	14.1%
15	早期診療体制充実加算（診療所）（（1）以外の場合）	4,057	29.4%	39	サーベイランス強化加算（再診）	199,863	14.0%
16	障害児（者）リハビリテーション料（6歳未満）	5,241	29.0%		運動器リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	352,821	14.0%
17	人工腎臓（慢性維持透析1）（4時間未満）	86,194	29.0%	40	E 2	12,242	13.8%
18	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（理学療法士による場合）	7,925	27.2%	41	通院・在宅精神療法（20歳未満）加算	6,919	13.7%
19	糖尿病合併症管理料	5,252	26.7%	42	酸素吸入	5,693	13.2%
20	生殖補助医療管理料1	5,903	25.8%	43	外来データ提出加算（生活習慣病管理料1・2）	35,744	13.0%
21	障害児（者）リハビリテーション料（6歳以上18歳未満）	5,299	22.9%	44	時間外応加算1	736,661	13.0%
22	下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）	4,238	22.1%	45	遠隔画像診断管理加算2（コンピューター断層診断）	3,452	12.8%
23	腎代替療法実績加算	6,612	21.5%	46	尿蛋白	17,954	12.6%
24	児童思春期精神科専門管理加算（16歳未満）（（1）以外）	4,034	20.6%	47	L H	9,245	12.5%
25	時間外対応加算4	31,244	19.2%	48	精神科継続外来支援・指導料	5,050	12.0%

出典：令和7年3月NDBデータ

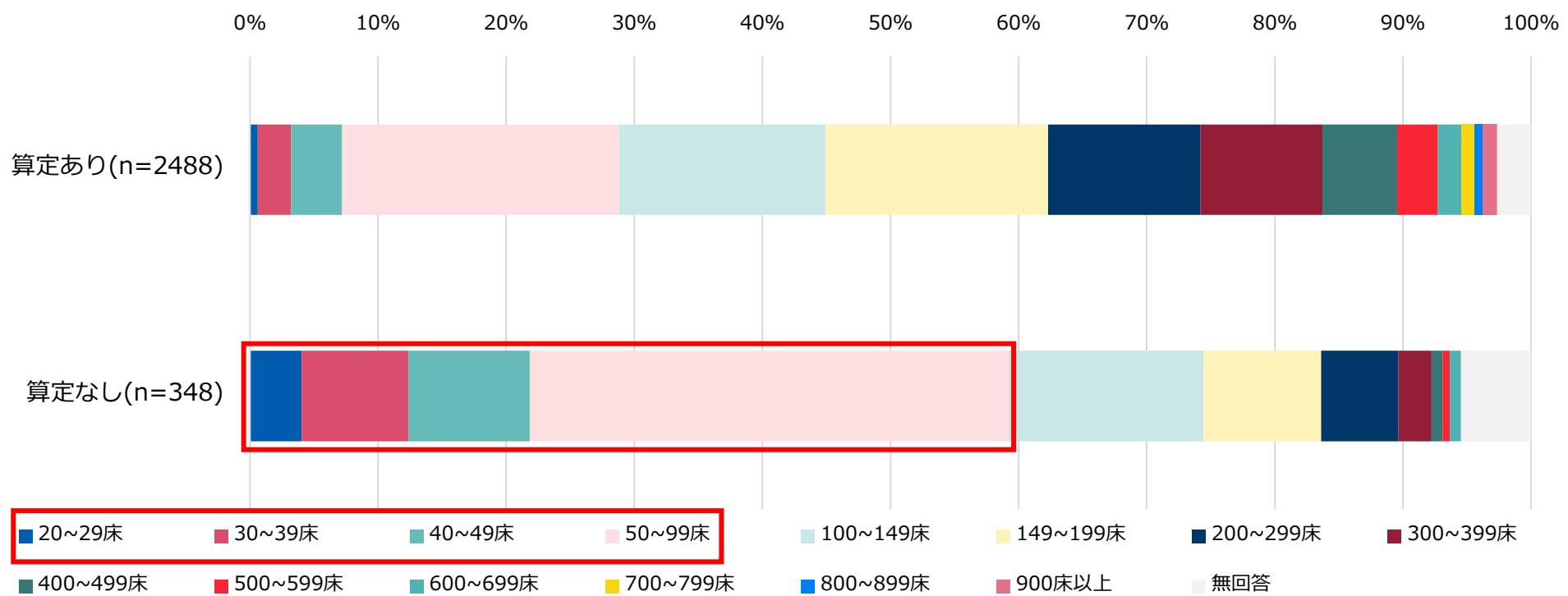
※ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の総算定回数のうち0.1%以上を占める診療行為について抽出した。 26

1. 医療機関における賃上げに係る状況等について
2. 賃上げに関する診療報酬上の評価の方法について
3. 幅広い医療機関の賃上げに向けた簡素化等について

ベースアップ評価料の届出有無と許可病床数別の病院数の分布について

- ベースアップ評価料の届出有無ごとの、医療機関の許可病床数を見ると、届け出ていない病院については、許可病床数100床未満の規模が小さい病院が多かった。

ベースアップ評価料の届出有無ごとの、許可病床数別の病院数

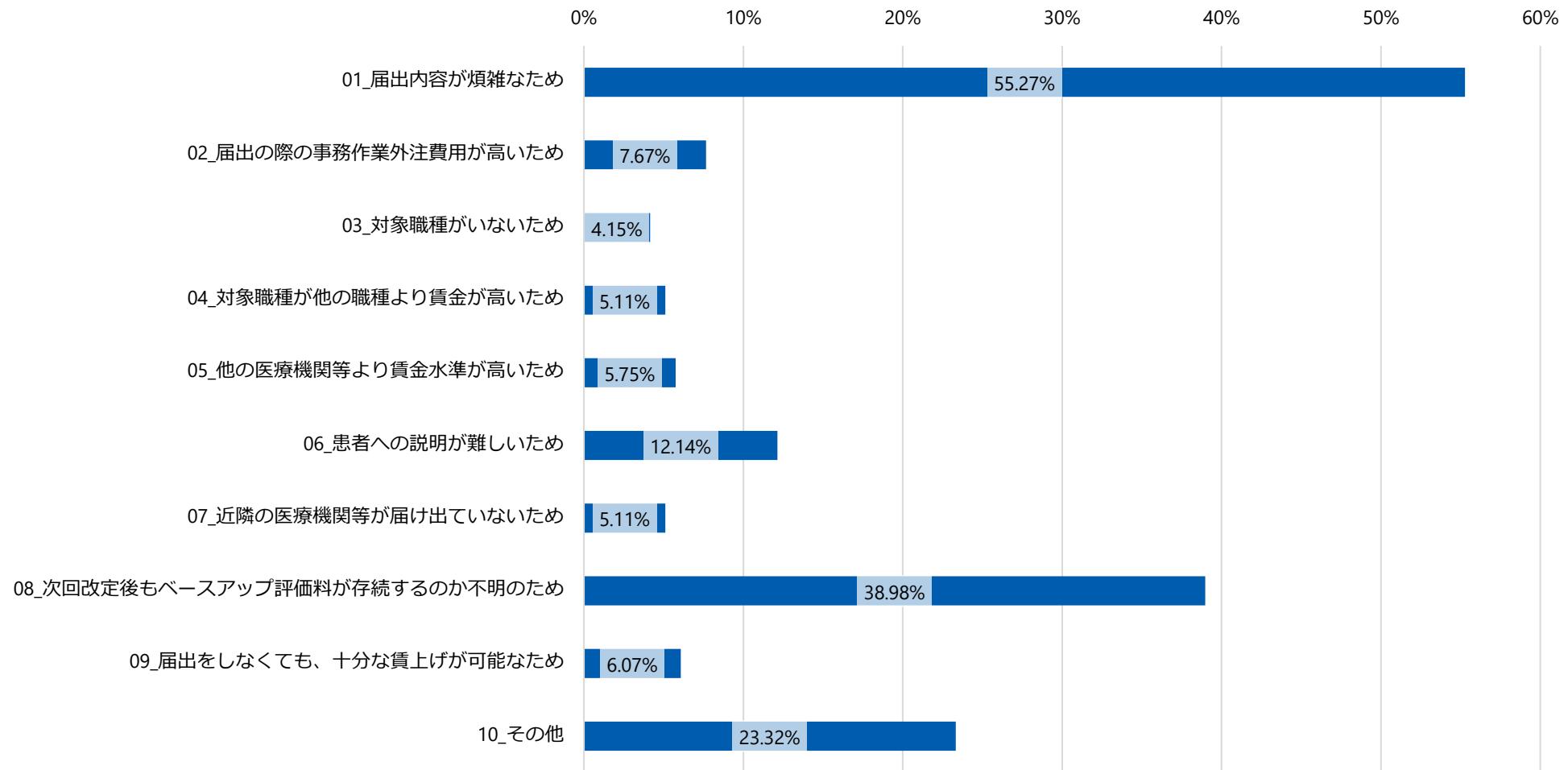


ベースアップ評価料を届け出でていない理由について

診調組 入-2
7 . 8 . 21

- ベースアップ評価料を届け出でていない病院において、その理由として最も多いものは「届出内容が煩雑なため」であった。

ベースアップ評価料を届け出でていない理由 (n=313)



これまでのベースアップ評価料の届出書類簡素化の経緯について

- ベースアップ評価料の算定に必要な「届出書添付書類」、「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」については、過去3度に渡って記載項目及び計算過程の簡素化を実施した。

【令和6年9月11日 事務連絡】

- 「賃金改善計画書」のベースアップ評価料対象外職種の基本給等に係る事項における給与総額の記載項目の削除。
- 「（診療所）賃金改善計画書」及び「（歯科診療所）賃金改善計画書」の基本給等に係る事項における職種グループ別の記載項目の削除。
- その他、記載上の注意等の文言に係る修正。

【令和7年1月10日 事務連絡】

- 「賃金改善計画書」の基本給等総額における、「医療保険の利用者割合」を乗じる計算処理の削除。
- 「賃金改善計画書」のベースアップ評価料対象外職種の基本給等に係る事項における、給与総額の記載項目の削除。
- 「賃金改善計画書」の基本給等に係る事項における、職種グループ別の記載項目の削除。
- その他、記載上の注意等の文言に係る修正。

【令和7年3月31日 事務連絡】

- 賃金引上げの実施方法欄の削除。
- ベースアップ評価料の算定実績の記載方法の簡略化。
- 全体の賃金改善の実績額の記載の削除。
- 基本給等に係る事項の簡略化。
- ベースアップ評価料対象外職種の基本給等に係る事項における給与総額の記載の削除。
- その他記載上の注意にかかる加筆及び修正

【参考】ベースアップ評価料の届出に係る記載項目とその必要性について

- ベースアップ評価料の届出に必要な書類の記載項目について、これまでに簡素化してきたものも含め、それぞれの必要性についてまとめると、以下のように整理される。

	外来・在宅ベースアップ 評価料（I）	外来・在宅ベースアップ 評価料（II）	入院ベースアップ 評価料	請求等における 必要性
■報酬区分の決定等に必要な情報				
①初・再診料算定回数及び 延べ入院患者数 (届出書添付書類)	④算定金額見込み額 の計算に必要	③報酬区分 ④算定金額見込み額 の計算に必要	③報酬区分 ④算定金額見込み額 の計算に必要	※③の算出に必要な 情報
②対象職員の給与総額 (届出書添付書類)	削除 (簡素化済み)	③報酬区分 の計算に必要	③報酬区分 の計算に必要	
③報酬区分	— ※1種類のみのため 区分の算出は不要	①②から計算される	①②から計算される	外来（II）及び入院 においては、請求上 必要
④算定金額の見込み額 (賃金改善計画書)	①から自動計算 (簡素化済み)	①③から自動計算 (簡素化済み)	①③から自動計算 (簡素化済み)	
■医療機関における賃金改善の計画作成や、国における実績・実態把握を目的とした情報				
⑤賃金改善の見込み額 (賃金改善計画書) ※⑥との比較で賃金増率も算出可能	医療機関が算出	医療機関が算出	医療機関が算出	国において、賃金改 善の動向の把握の目 的のみに活用
⑥基本給等総額 (賃金改善計画書・賃金改善実績報 告書)	医療機関が算出	医療機関が算出	医療機関が算出	
⑦賃金改善の実績額 (賃金改善実績報告書) ※⑥との比較で賃金増率も算出可能	医療機関が算出	医療機関が算出	医療機関が算出	医療機関が賃金改善 を実施しているかの 実績報告として必要

医療機関において届出時に比較

賃上げに係る課題と論点

(医療機関における賃上げに係る状況等について)

- 令和6年度にベースアップ評価料を届け出していた医療機関において、賃金改善実績報告書を基に、令和5年度と比較した対象職員の令和6年度賃金増率は、3.07%であった。
- 入院・外来医療等の調査・評価分科会において、以下の点が検討事項として挙げられている。
 - 看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料の双方について、両者を統合すること
 - 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）についての簡素化
 - ベースアップ評価料の届出書類の作成に係る事務負担軽減
 - 夜勤者の確保に向け夜勤手当の引き上げが必要ではないか

(賃上げに関する診療報酬上の評価の方法について)

- 看護職員処遇改善評価料については、2／3以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図るとされている。
- 賃上げに関する診療報酬上の評価の考え方について、今後も賃金改善に関する評価を行う場合には、「給与総額や賃金改善総額を算出した上で、実績に応じた評価」「基本診療料等の報酬項目に一定額を上乗せする評価」など様々な方法が考えられる。
- さらに、過去の賃金改善分の取り扱いについても同様に検討が必要である。
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出ている医療機関は「評価区分1」が最も多く算定されている。
- また、診療科別の外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数については、整形外科、皮膚科、眼科を中心に、「評価区分2」以上の算定割合が少ない傾向にある。
- 診療行為ごとに、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数に占める評価料（Ⅱ）の算定割合の大きい順に並べると、血液透析、リハビリテーション料、児童精神に関連した診療行為が上位を占めている。

(幅広い医療機関の賃上げに向けた簡素化等について)

- ベースアップ評価料を届け出ていない病院は、許可病床数100床未満の規模が小さい病院が多い傾向にある。また、届け出ていない理由として最も多い意見として、届出内容が煩雑であることが挙げられている。
- これまで、届出様式については、3度の様式簡素化を実施し、記載項目の中で「賃金改善の見込み額」については、算定要件にも組み込まれていない。

賃上げに係る課題と論点

【論点】

(賃上げに関する診療報酬上の評価の方法について)

- 賃上げに係る報酬上の評価については、精緻な評価を行うことと、医療機関の事務負担の軽減を図ることとの間にトレードオフがある中で、評価体系のあり方や、看護職員処遇改善評価料やベースアップ評価料による賃上げの評価を継続する際の評価方法等についてどう考えるか。

(幅広い医療機関の賃上げに向けた簡素化等について)

- 賃上げに係る診療報酬の届出にあたり、事務負担等のために小規模医療機関等において届出が難しい状況であることを踏まえ、算出すべき数値や届出様式の簡素化のあり方について、どのように考えるか。

參考資料

ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）

令和7年3月時点集計値

	対象職員全体				
	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所 (無床)	歯科診療所 (無床)
医療機関数	36,348	6,329	1,617	16,946	11,456
医療機関ごとの賃金増率※分布	最小値 (%)	0.0001	0.02	0.01	0.0001
	第1四分位数 (%)	1.93	2.03	1.98	2.06
	中央値 (%)	2.50	2.50	2.50	2.30
	第3四分位数 (%)	3.06	3.10	3.07	3.10
	最大値 (%)	5.41	5.41	5.40	5.41
職員数（人）	1,666,023	1,447,595	33,493	123,809	61,126
加重平均値 (%)	2.74	2.79	2.46	2.41	2.35

ベースアップ評価料届出時の賃金改善計画書の数値（簡素化様式による届出分や記載不備等10,595件及び外れ値3,092件を除く、36,348件）を集計。なお、対象職員全体の賃金増率が0%以下となっている医療機関の計画値は、集計対象からは除外している。

※「賃金増率」 = 「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」 ÷ 「賃金改善する前の基本給等総額」

なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

令和7年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）

診調組 入-2
7 . 8 . 21

- 令和5年度時点と比較した、ベースアップ評価料の対象職員に係る令和7年度賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

R5年度⇒R7年度（2年計）	対象職員全体				
	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所 (無床)	歯科診療所 (無床)
医療機関数	8,438	5,090	848	1,792	709
最小値	0.0026	0.02	0.00	0.0026	0.0481
第1四分位数	2.18	2.50	2.11	1.61	1.56
中央値	2.81	3.08	2.64	2.22	2.12
第3四分位数	3.75	3.97	3.49	3.24	2.93
最大値	6.95	6.95	6.94	6.89	6.92
職員数	1,202,599	1,146,429	21,682	26,137	8,351
加重平均値	3.44	3.47	2.92	2.55	2.89

医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和7年度賃金改善計画書の数値（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（I）の専用届出様式による届出39,681件、記載不備等18,426件及び外れ値715件（うち、賃金増率が0%以下のもの46件を含む。）を除く、8,438件）を集計。

※「賃金増率」 = 「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」 ÷ 「賃金改善する前の基本給等総額」
なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

- 令和6年度計画書及び令和7年度計画書をいずれも簡素化前の届出書で提出した医療機関における、ベースアップ評価料の対象職種別の令和5年度と比較した賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

		対象職種				
		看護職員等	薬剤師	看護補助者	歯科衛生士	その他職員
医療機関数		5,303	4,732	4,795	0	5,154
令和6年度	加重平均値 (%)	2.71	2.41	3.52	—	2.86
	(職員数) (人)	625,155	32,492	110,150	—	331,455
令和7年度 R5⇒R7 (2年計)	加重平均値 (%)	3.58	2.87	4.21	—	3.37
	(職員数) (人)	620,208	32,511	115,113	—	334,112
(参考) R6⇒R7 賃金増率	差分 (ポイント)	0.87	0.46	0.69	—	0.51

令和7年度計画書を簡素化前の届出書で提出した医療機関（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（I）の専用届出様式による届出39,681件及び記載不備等18,426件を除く、9,153件）のうち、令和6年度において未算定、各職種について記載不備（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値等を除いたベースアップ評価料の賃金改善計画書の数値を集計。

- 40歳未満医師の賃上げについては、初再診料、入院基本料等の引き上げ等により、対応することとしている。
- 令和5年時点と比較した、40歳未満医師の令和7年度賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

R5年度⇒R7年度（2年計）	対象外職種（40歳未満医師）				
	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所（無床）	歯科診療所（無床）
医療機関数	1,421	1,319	14	39	49
最小値	0.0102	0.01	0.20	0.06	0.20
第1四分位数	1.00	1.01	1.39	0.74	0.80
中央値	1.97	2.00	1.72	1.82	1.89
第3四分位数	2.96	2.97	2.47	2.97	2.77
最大値	7.93	7.93	4.50	7.27	6.43
職員数	45,387	44,639	23	128	1,656
加重平均値	2.89	2.90	2.51	2.35	2.47

医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和7年度賃金改善計画書の数値（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（I）の専用届出様式による届出39,681件、40歳未満医師の賃金増率について記載不備（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値を除く、1,421件）を集計。

※「賃金増率」 = 「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」 ÷ 「賃金改善する前の基本給等総額」
 なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

- 事務職員の賃上げについては、初再診料、入院基本料等の引き上げ等により、対応することとしている。
- 令和5年時点と比較した、事務職員の令和7年度賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

R5年度⇒R7年度（2年計）	対象外職種（事務職員）				
	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所（無床）	歯科診療所（無床）
医療機関数	4,964	3,710	390	791	73
最小値	0.0000	0.00	0.00	0.06	0.44
第1四分位数	1.98	2.03	1.73	1.66	1.49
中央値	2.78	2.87	2.47	2.56	2.50
第3四分位数	3.92	3.92	3.60	4.15	3.85
最大値	7.90	7.90	7.63	7.81	7.73
職員数	119,792	112,963	2,259	3,907	2,458
加重平均値	3.18	3.19	2.77	2.97	3.71

医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和7年度賃金改善計画書の数値（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（I）の専用届出様式による届出39,681件、事務職員の賃金増率について記載不備（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値を除く、4,964件）を集計。

※「賃金増率」 = 「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」 ÷ 「賃金改善する前の基本給等総額」
 なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

- 令和6年度計画書及び実績報告書をいずれも提出した医療機関における、ベースアップ評価料の対象職員に係る令和5年度と比較した賃金増率の計画値と実績値の差分は、以下のとおり。

令和7年9月12日時点集計値

		対象職員全体				
		全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所 (無床)	歯科診療所 (無床)
医療機関数		26,926	5,185	1,218	12,470	8,053
令和6年度 計画値	加重平均値 (%)	2.70	2.75	2.42	2.32	2.25
	(職員数) (人)	1,310,856	1,146,674	25,871	95,251	43,061
令和6年度 実績値	加重平均値 (%)	2.93	3.00	2.51	2.47	2.35
	(職員数) (人)	1,313,594	1,143,358	25,989	96,992	47,255
(参考) R6計画値 ⇒R6実績値 賃金増率	差分 (ポイント)	0.23	0.25	0.09	0.15	0.10

令和6年度実績報告書を提出した医療機関（記載不備等27,765件及び外れ値3,261件（うち、賃金増率が0%以下のもの69件を含む。）を除く、36,756件）と令和6年度計画書提出した医療機関36,348件を対照。医療機関データなしの8,363件、外れ値の1,467件を除いた26,926件の賃金改善計画書・実績報告書を集計。

※「賃金増率」 = 「ベア等の実施による賃金改善額」 ÷ 「賃金改善する前の基本給等総額」
 なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

令和6年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（実績値）（対象職種別）

- 令和5年度と比較した、ベースアップ評価料の対象職員に係る令和6年度の賃金増率は、以下のとおり。

令和7年9月12日時点集計値

	対象職種				
	看護職員等	薬剤師	看護補助者	歯科衛生士	その他職員等
医療機関数	7,370	5,640	6,308	876	6,937
第1四分位数	2.12	1.50	2.55	2.40	2.17
中央値	2.59	2.05	3.35	3.00	2.66
第3四分位数	3.15	2.60	4.23	3.90	3.24
最大値	5.23	4.58	7.65	7.35	5.32
職員数	720,530	40,549	135,842	3,496	372,054
加重平均値	2.91	2.49	3.54	3.22	2.90

医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和6年度賃金改善実績報告書の数値のうち、令和6年度において未算定、各職種について記載不備（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値等を除いた、各対象職種ごとのベースアップ評価料の賃金改善実績報告書の数値を集計。

※「賃金増率」 = 「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」 ÷ 「賃金改善する前の基本給等総額」
なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

令和6年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（実績値）（対象外職種）

- 40歳未満医師および事務職員の賃上げについては、初再診料、入院基本料等の引き上げ等により、対応することとしている。
- 令和5年度と比較した、40歳未満医師および事務職員の令和6年度賃金増率は、以下のとおり。

対象外職種（40歳未満医師）					
R 5年度⇒R 6年度	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所 (無床)	歯科診療所 (無床)
医療機関数	2,301	1,533	25	198	545
職員数	50,343	49,122	39	282	2,853
加重平均値	2.40	2.39	1.96	2.15	3.17

対象外職種（事務職員）					
R 5年度⇒R 6年度	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所 (無床)	歯科診療所 (無床)
医療機関数	11,977	4,333	733	6,045	866
職員数	158,118	130,604	4,012	21,588	1,913
加重平均値	2.88	2.92	2.45	2.74	2.78

【40歳未満医師】医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和6年度賃金改善実績報告書の数値（40歳未満医師の賃金増率について記載不備65,195件（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値を除く、2,301件）を集計。

【事務職員】医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和6年度賃金改善実績報告書の数値（事務職員の賃金増率について記載不備等54,870件（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値を除く、11,977件）を集計。

※「賃金増率」＝「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」÷「賃金改善する前の基本給等総額」
なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

看護職員処遇改善評価料の届出区分の分布

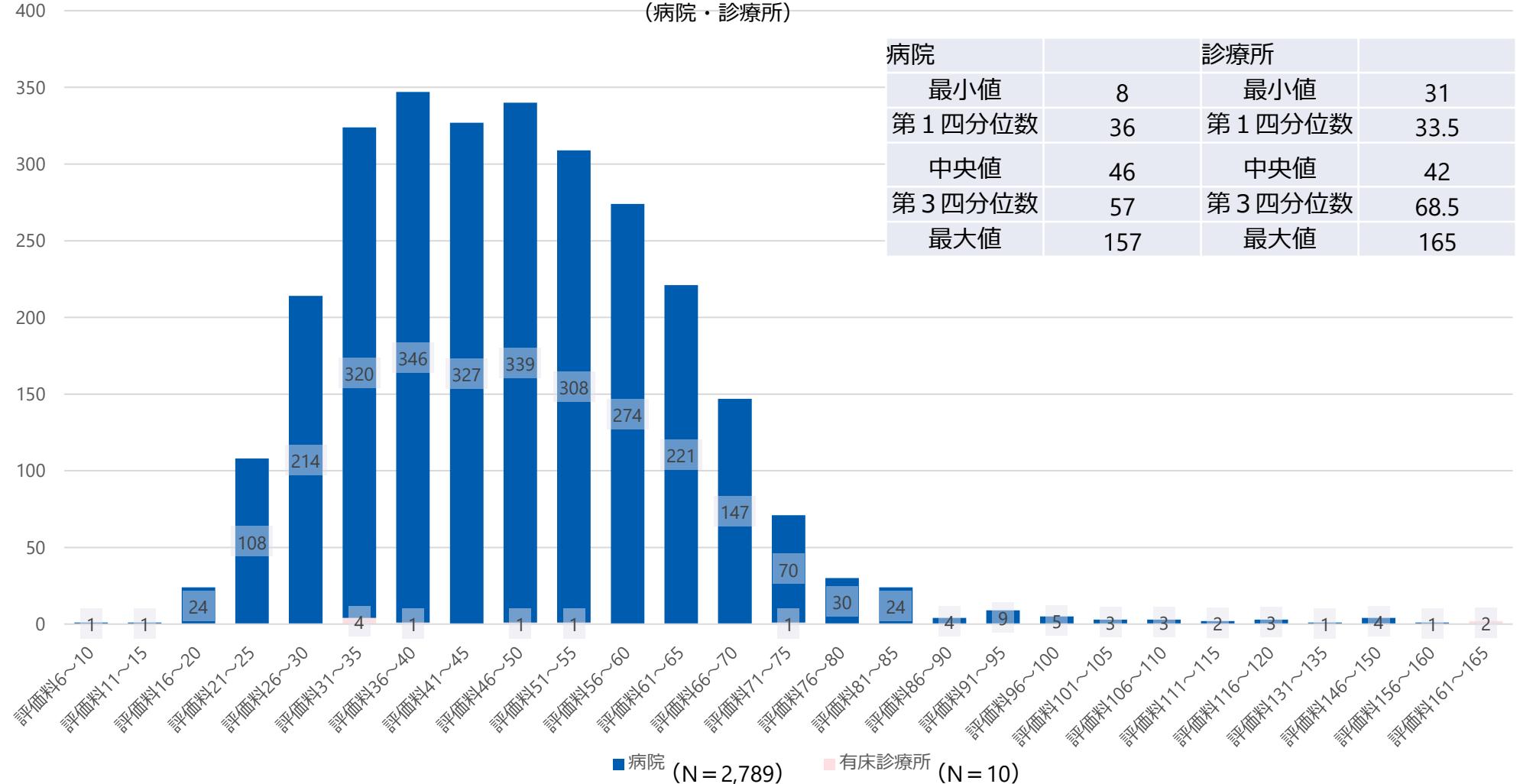
診調組 入-2
7 . 8 . 21

- 看護職員処遇改善評価料を届け出ている医療機関における、届出区別の分布は、以下のとおり。

(N = 2,799)

届出区別医療機関数

(病院・診療所)



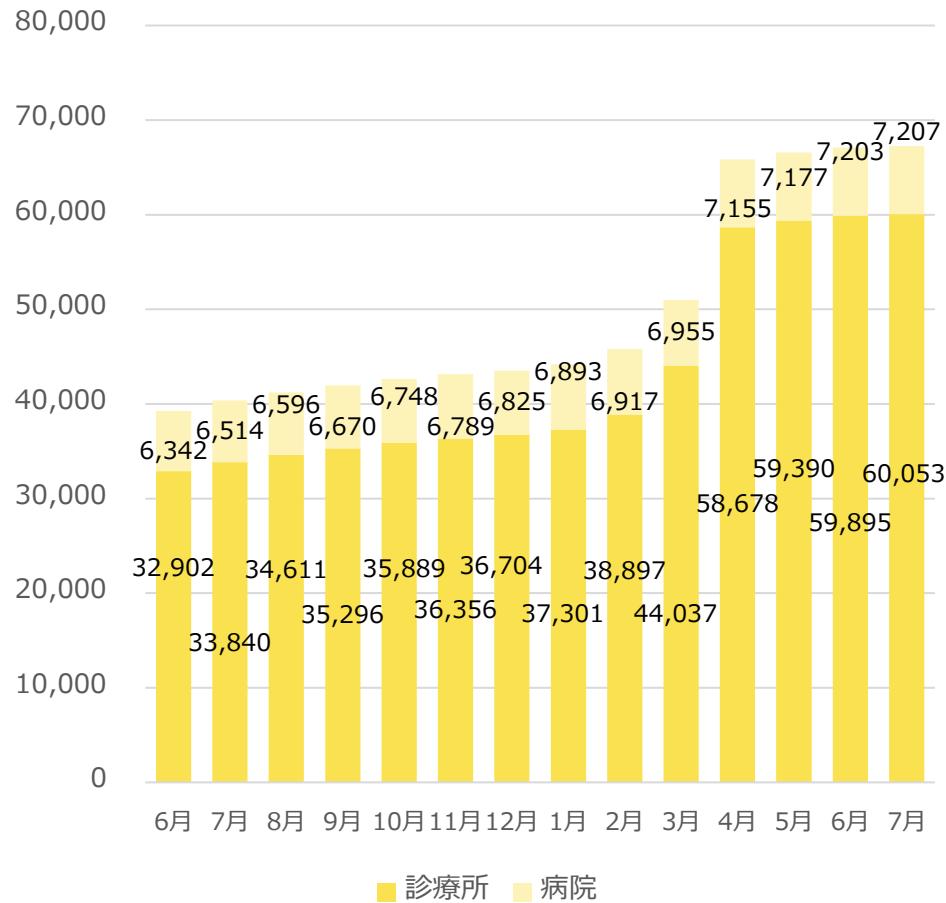
病院	診療所		
	最小値	最小値	
第1四分位数	36	第1四分位数	33.5
中央値	46	中央値	42
第3四分位数	57	第3四分位数	68.5
最大値	157	最大値	165

外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出状況

診調組 入-2
7 . 8 . 21

- 外来・在宅ベースアップ評価料（I）は、病院の約9割、診療所の約4割が届出を行っている。

月別推移



届出受理医療機関割合（令和7年7月7日時点）

	医療機関数	届出受理数	届出受理割合
病院	8,045	7,207	89.6%
診療所	154,904	60,053	38.8%
有床診療所	5,339	2,703	50.6%
医科診療所	84,035	33,830	40.3%
歯科診療所	65,530	23,520	35.9%
合計	162,949	67,260	41.3%

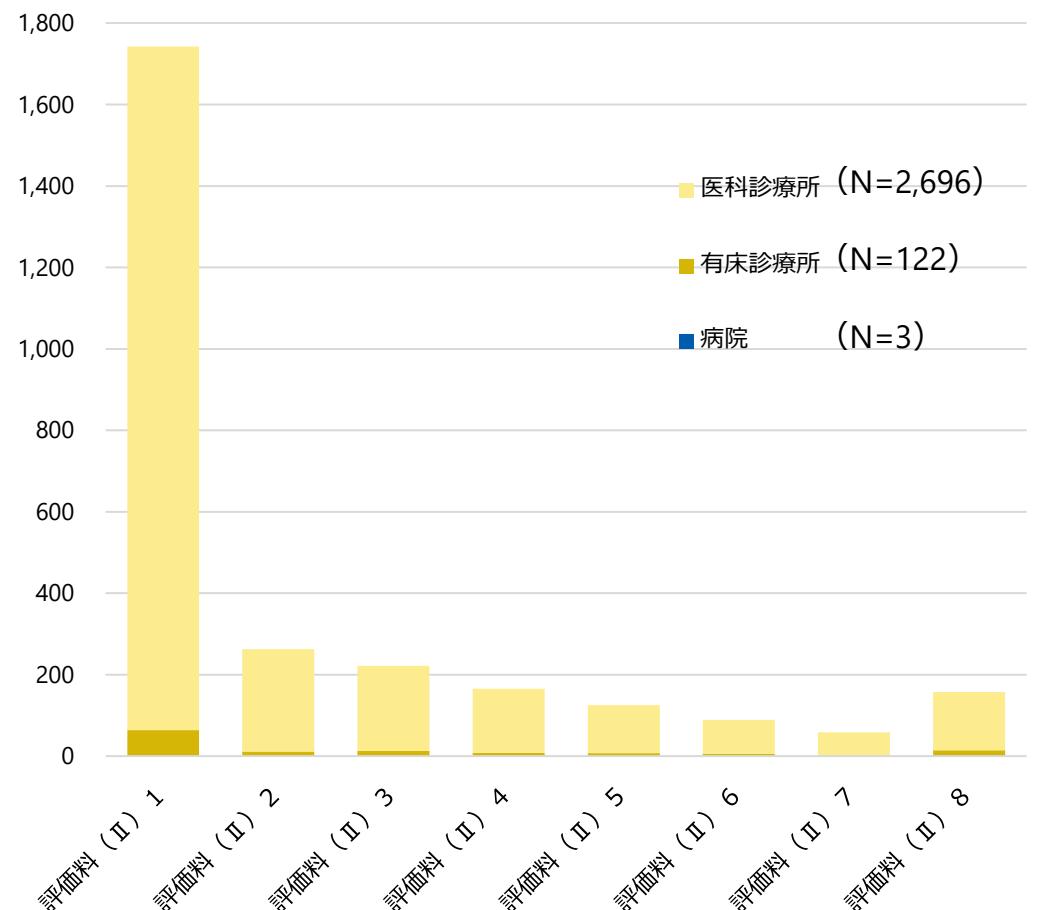
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出状況

診調組 入-2
7 . 8 . 21

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区別の届出状況について、評価料（I）を届け出ている医療機関のうち、約4%が評価料（Ⅱ）を届け出していた。

評価区分別届出数

(N=2,821)



評価区分別届出受理医療機関割合

(令和7年7月7日時点)

評価区分	病院	有床診療所	医科診療所	総計
評価料(Ⅱ) 1		64	1,678	1,742
評価料(Ⅱ) 2		11	252	263
評価料(Ⅱ) 3		13	209	222
評価料(Ⅱ) 4		8	157	165
評価料(Ⅱ) 5		7	118	125
評価料(Ⅱ) 6	1	5	83	89
評価料(Ⅱ) 7		2	56	58
評価料(Ⅱ) 8	2	12	143	157
合計	3	122	2,696	2,821
(外来ベースアップ評価料I届出のうち割合)				4.19%

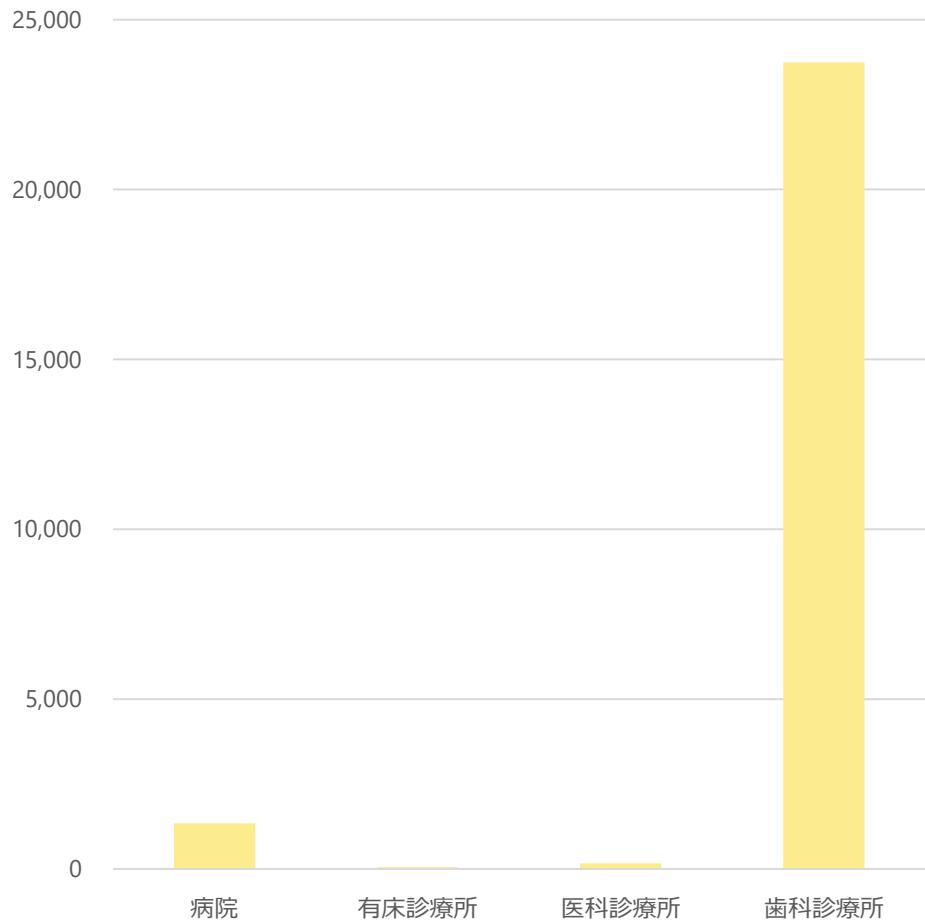
出典：保険局医療課調べ（保険医療機関等管理システムより集計）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出状況

診調組 入-2
7 . 8 . 21

- 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）について、歯科診療所の36%が届出を行っている。

医療機関区分別届出数



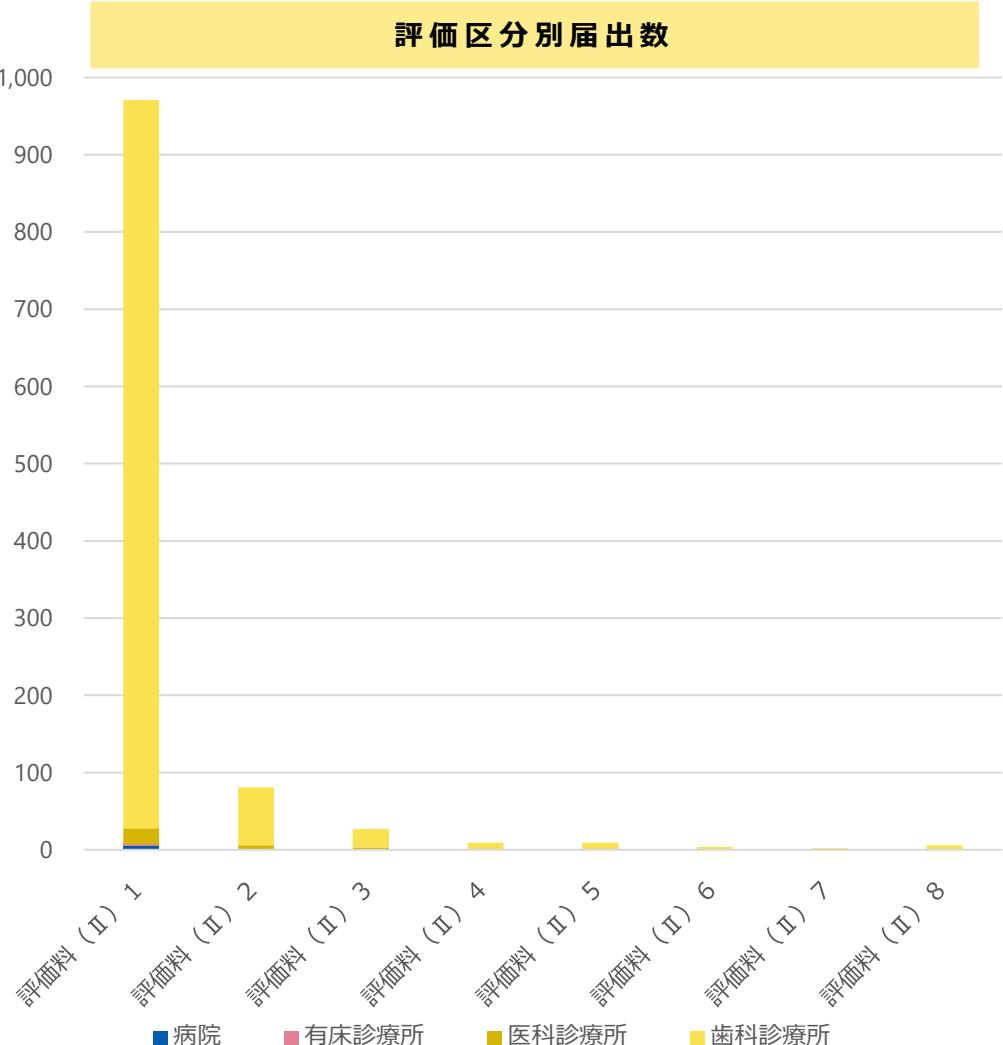
届出受理医療機関割合（令和7年7月7日時点）

	医療機関数	届出受理数	届出受理割合
病院	8,045	1,347	16.7%
診療所	154,904	23,963	15.5%
有床診療所	5,339	54	1.0%
医科診療所	84,035	165	0.2%
歯科診療所	65,530	23,744	36.2%
合計	162,949	25,310	15.5%

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出状況

診調組 入-2
7 . 8 . 21

- 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出状況について、評価料（Ⅰ）を届け出ている医療機関の約4%が評価料（Ⅱ）を届け出している。



評価区分別届出受理医療機関割合
(令和7年7月7日時点)

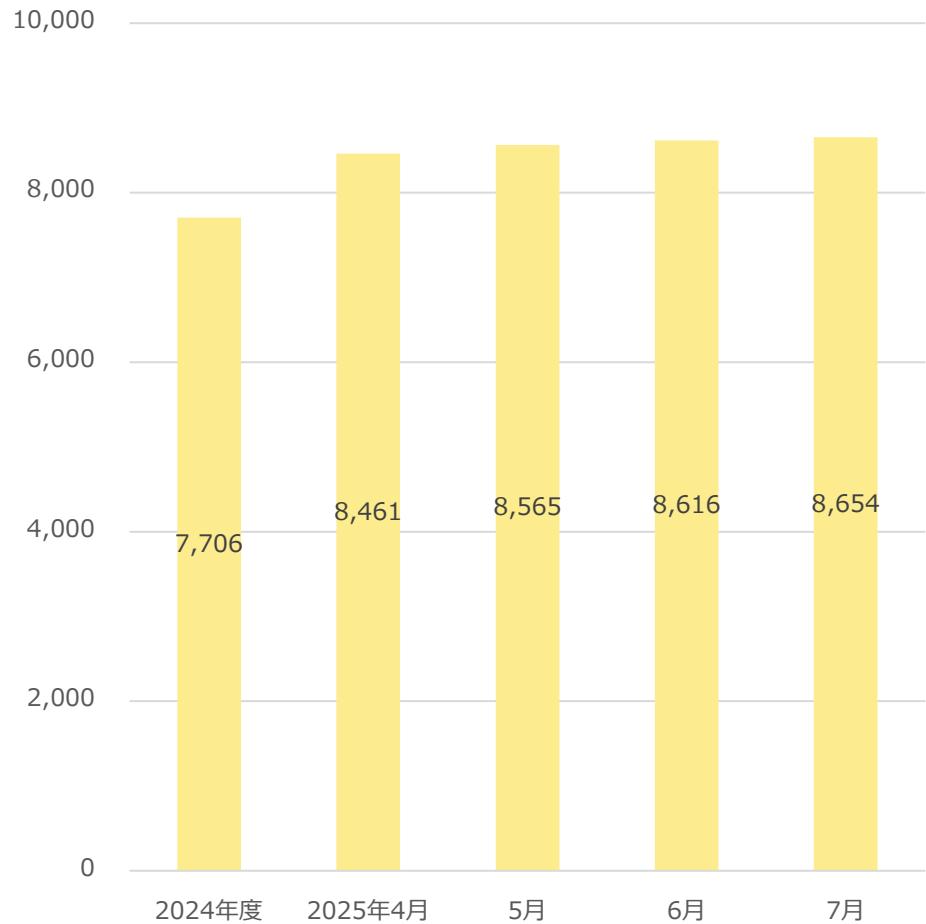
評価区分	病院	有床診療所	医科診療所	歯科診療所	総計
評価料(Ⅱ) 1	5	2	21	943	971
評価料(Ⅱ) 2		6	75	81	
評価料(Ⅱ) 3		3	24	27	
評価料(Ⅱ) 4			1	8	9
評価料(Ⅱ) 5				9	9
評価料(Ⅱ) 6			1	3	4
評価料(Ⅱ) 7				2	2
評価料(Ⅱ) 8				6	6
合計	5	2	32	1,070	1,109
(歯科外来ベースアップ評価料Ⅰ届出のうち割合)					4.38%

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出状況

診調組 入-2
7 . 8 . 21

- 訪問看護ステーションにおけるベースアップ評価料の届出割合は約43%であった。

月別推移



届出受理ステーション割合（令和7年7月7日時点）

ステーション数	届出受理数	届出受理割合
合計	20,152	8,654

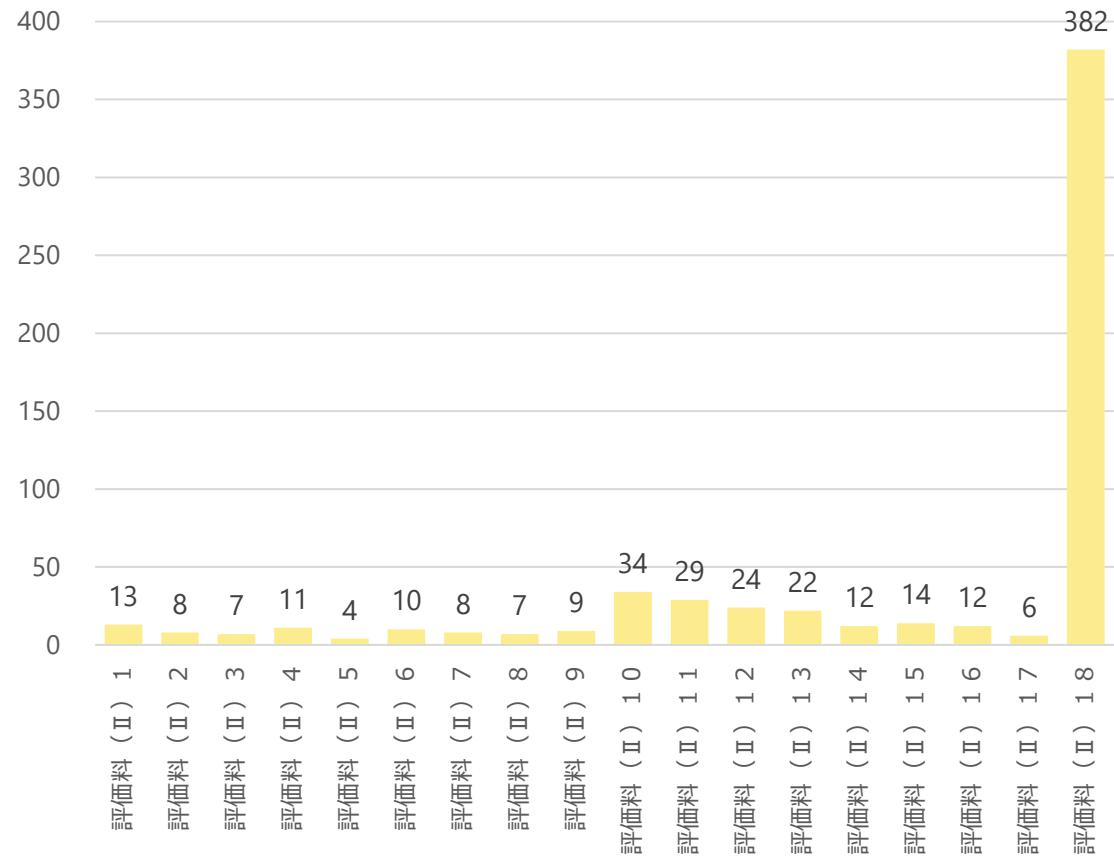
※2024年度：（令和6年6月～令和7年3月）届出医療機関の総数

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出状況

診調組 入一2
7.8.21

- 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている訪問看護ステーションのうち、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出割合は約7%であった。

評価区分別届出数



評価区分別届出受理ステーション割合

(令和7年7月7日時点)

評価料区分	届出受理数	受理割合 (評価料Ⅰのうち)
区分1	13	
区分2	8	
区分3	7	
区分4	11	
区分5	4	
区分6	10	
区分7	8	
区分8	7	
区分9	9	
区分10	34	
区分11	29	
区分12	24	
区分13	22	
区分14	12	
区分15	14	
区分16	12	
区分17	6	
区分18	382	
合計	612	7.07%

出典：保険局医療課調べ（保険医療機関等管理システムより集計）