

中央社会保険医療協議会 総会（第 637 回）議事次第

令和 7 年 12 月 19 日(金)

9:30～

議 題

- 個別事項について（その 1 7）これまでの御指摘に対する回答について
- 個別事項について（その 1 8）医療 D X
- 個別事項について（その 1 9）残薬対策

個別事項について（その17）

これまでの御指摘に対する回答について

- (1) 訪問看護に係る指摘事項
- (2) 特定疾患療養管理料に係る指摘事項
- (3) 身体的拘束の最小化に向けた取組に係る指摘事項
- (4) 障害者施設等入院基本料における廃用症候群に係る指摘事項
- (5) 短期滞在手術に係る指摘事項
- (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料における重症患者割合に係る指摘事項
- (7) ICU・HCU用 重症度、医療・看護必要度に係る指摘事項
- (8) 情報通信機器を用いた精神療法に係る指摘事項

(1) 訪問看護に係る指摘事項

(10月1日 中央社会保険医療協議会 総会)

【在宅(その2)】

- 同一建物・単一建物利用者の人数や訪問回数に応じた提供コストを踏まえた評価の在り方について提案されているが、こちらも単に適正化の観点から、コストに着目した議論をするのではなく、個々の患者の医療の必要度や提供サービスの内容も加味した上で、きめの細かい評価の在り方を検討すべき。
- 頻回に訪問看護を実施する利用者の中には、末期の悪性腫瘍や、別表第7に該当する利用者が9割ということも踏まえる必要がある。
- 頻回訪問は、高齢者住宅等に居住していない利用者に対して、訪問看護を行うステーションとは、看護の提供の仕方が異なることから、別途、一連の訪問看護について包括的な評価の仕方を検討するなど、適正化を検討していくべき。

- 利用者ごと1月当たり平均医療費が高額である訪問看護ステーションは、利用者ごとの1日当たり医療費が高額で訪問日数が多いため、1月当たりの医療費が高額となっている。
- 1月当たり平均医療費が高額である訪問看護ステーションでは、同一建物に居住する利用者に訪問看護を実施する場合に効率的に実施・算定可能である加算等の算定割合や日数が多い。

- 訪問看護療養費のNDBデータ（令和7年3月実施分）を、について、訪問看護ステーションごとに集計（1月あたりレセプト件数10件以上の訪問看護ステーションのみ）。
- 全訪問看護ステーションと、利用者ごとの1月当たり平均医療費の高額順100ステーションをそれぞれ集計。

	ステーション数	合計金額 (平均)	1月あたり医療費	1日あたり医療費	1件あたり日数	レセプト件数	別表7該当割合	別表8該当割合
全訪問看護ステーション	11,685	4,077,709	114,427	11,602	9.3	39.6	34.7%	29.4%
(内) 1月当たり平均医療費 上位100ステーション	100	23,852,565	621,945	22,288	28.1	38.7	88.5%	46.5%

	訪問看護基本療養費Ⅰ		訪問看護基本療養費Ⅱ		精神科訪問看護基本療養費Ⅰ		精神科訪問看護基本療養費Ⅲ	
	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)
全訪問看護ステーション	55.9%	4.7	11.3%	2.1	29.7%	1.9	6.0%	0.5
(内) 1月当たり平均医療費 上位100ステーション	1.7%	0.3	97.6%	27.7	0.2%	0.0	0.6%	0.1

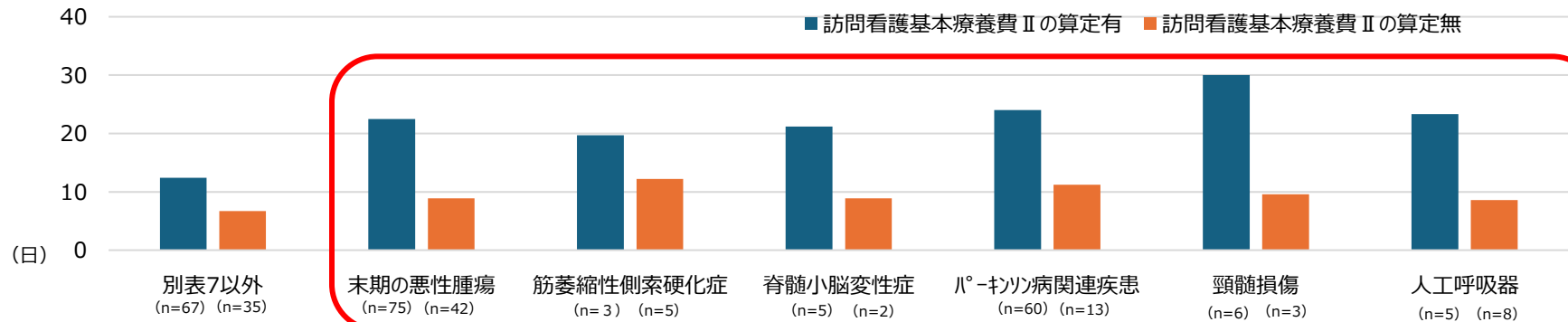
	難病等複数回訪問加算		複数名訪問看護加算		夜間・早朝訪問看護加算		深夜訪問看護加算		緊急訪問看護加算	
	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)
全訪問看護ステーション	22.9%	2.7	6.3%	0.6	11.5%	1.5	6.4%	1.1	4.5%	0.1
(内) 1月当たり平均医療費 上位100ステーション	97.8%	27.5	70.7%	17.3	87.9%	24.0	82.5%	22.5	9.7%	1.3

利用者の疾病や状況別の訪問日数等

- 訪問看護基本療養費Ⅱを算定する利用者は、別表第7に該当や疾病によらず、1月あたり訪問日数、訪問回数、難病等複数回訪問加算の算定日数が多い傾向。

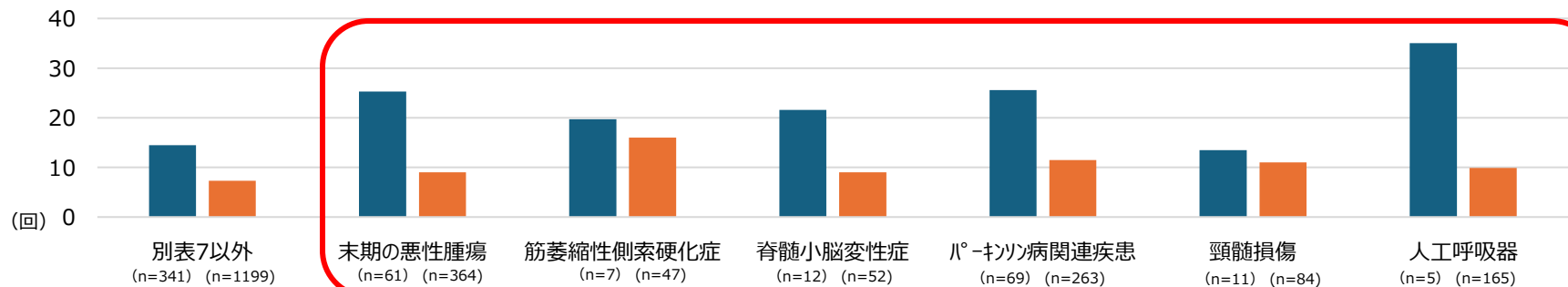
■ のべ訪問日数（平均・1月当たり）

※各項目のn数に、ばらつきがあることに留意が必要

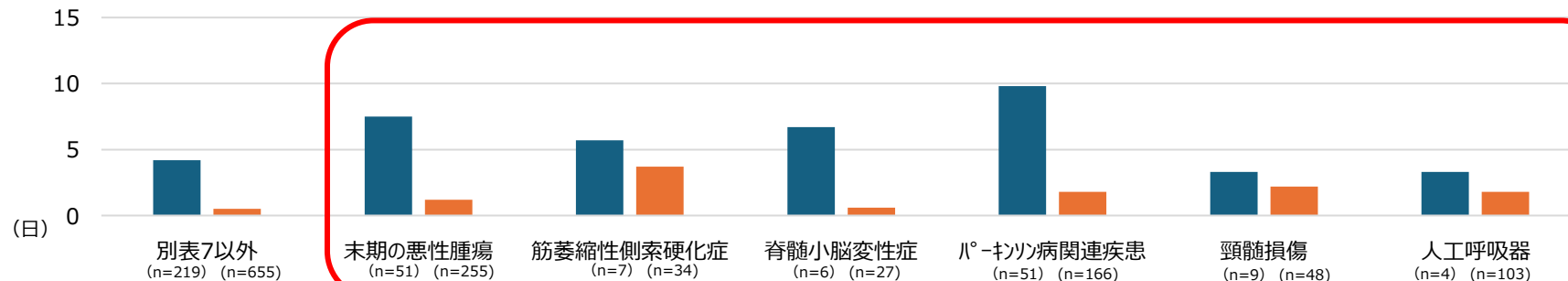


別表7 該当

■ のべ訪問回数（平均・1月当たり）



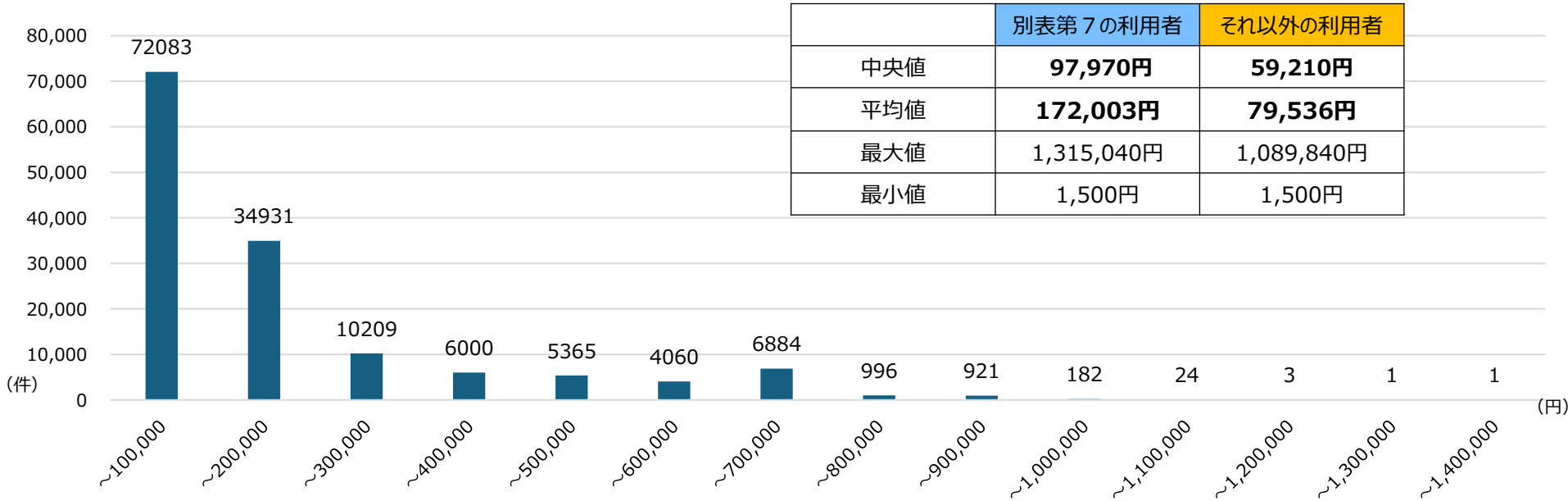
■ 難病等複数回訪問加算の算定日数（平均・1月あたり）



別表第7該当とそれ以外の利用者の訪問看護に係る1月あたり医療費

- 別表第7に該当する利用者の訪問看護に係る1月あたり医療費の平均はそれ以外の利用者のほぼ倍であり、50万円以上も約13,000件みられる。
- 訪問看護ステーションごとにみた別表第7に該当する利用者の割合が8割以上のステーションのほうが2割未満のステーションよりも、利用者1人あたりの医療費は高額である。

■別表第7に該当する利用者の1月あたり医療費（件数）



	別表第7の利用者	それ以外の利用者
中央値	97,970円	59,210円
平均値	172,003円	79,536円
最大値	1,315,040円	1,089,840円
最小値	1,500円	1,500円

■別表第7利用者割合でみた訪問看護ステーションごとの利用者1人あたり医療費

		別表第7利用者8割以上	別表第7利用者2割未満
	ST数	826件	4,255件
1日あたり	中央値	13,114円	10,366円
	平均値	14,673円	10,665円
1月あたり	中央値	149,522円	78,924円
	平均値	277,188円	87,010円

出典：NDBデータ（訪問看護療養費：令和7年5月実施分）

訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し②

訪問看護管理療養費の見直し（月の2日目以降の訪問の場合）

➤ 多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費の要件及び評価を見直す。

現行	改定後
【訪問看護管理療養費】 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき） 3,000円	【訪問看護管理療養費】 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき） <u>(新) イ 訪問看護管理療養費 1</u> 3,000円 <u>(新) ロ 訪問看護管理療養費 2</u> 2,500円

[算定要件]
指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（1のイ、ロ及び八並びに2のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

[施設基準]
・ **訪問看護管理療養費 1 の基準**
訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものが占める割合が7割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。
イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。
ロ 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が40以下の利用者の数が月に5人以上であること。
・ **訪問看護管理療養費 2 の基準**
訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が7割以上であること又は当該割合が7割未満であって上記のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。

[経過措置]
令和6年3月31日時点において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和6年9月30日までの間に限り、訪問看護管理療養費 1 の基準に該当するものとみなす。

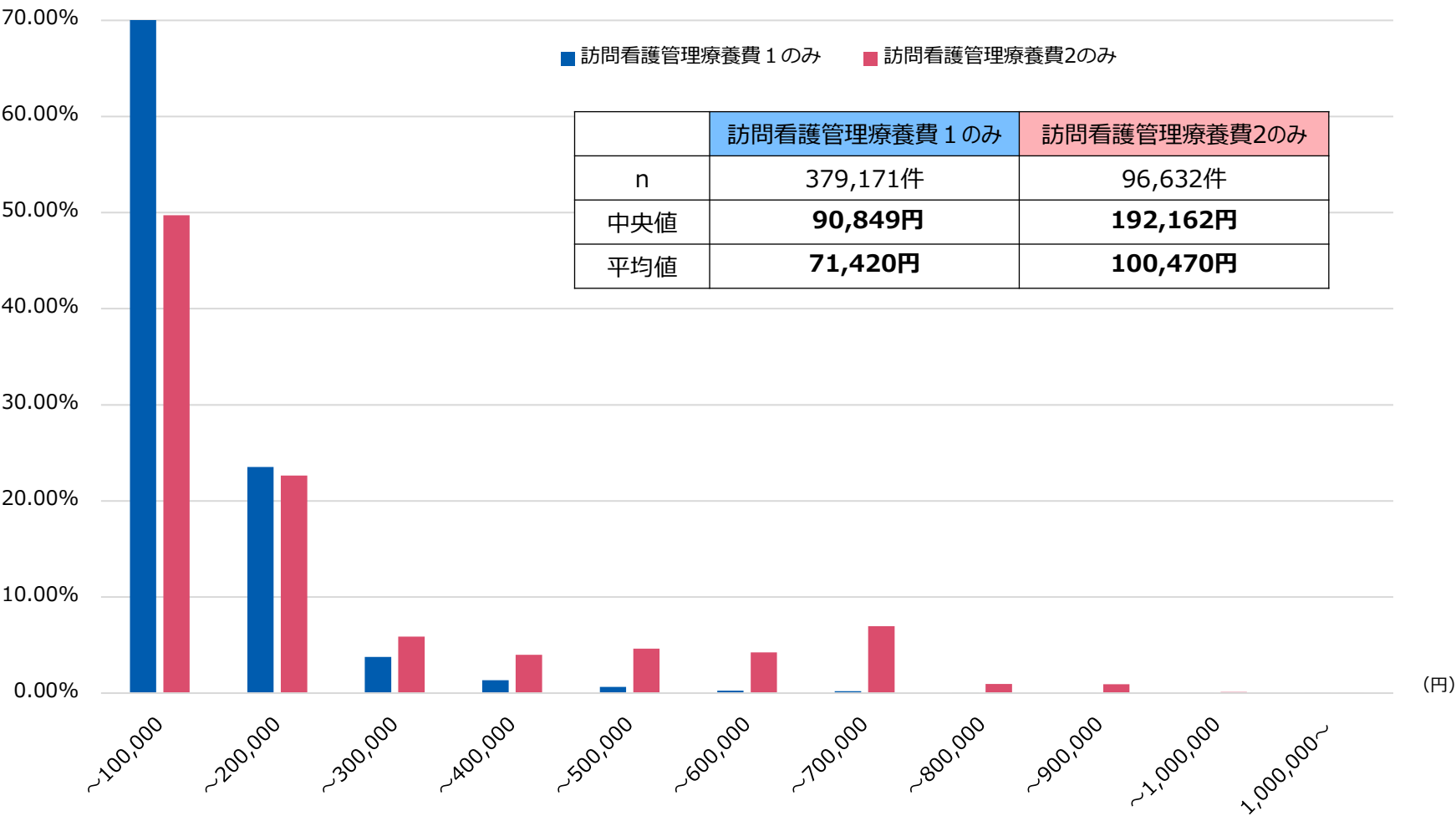
すべての事業所で
届出が必要です



月の2日目以降の訪問看護管理療養費算定種別の利用者ごと1月あたり医療費の分布

- 月の2日目以降の訪問看護管理療養費算定種別の利用者ごと1月あたり医療費をみると、訪問看護管理療養費 1 のみの利用者は中央値が90,849円で7割が10万円以下となっている一方で、訪問看護管理療養費 2 のみの利用者の中央値は192,162円であり、1月あたり医療費は訪問看護管理療養費 2 のみの方が高い傾向である。

■ 訪問看護管理療養費の各種別算定全件数に占める利用者ごと1月あたり医療費区分別件数の割合

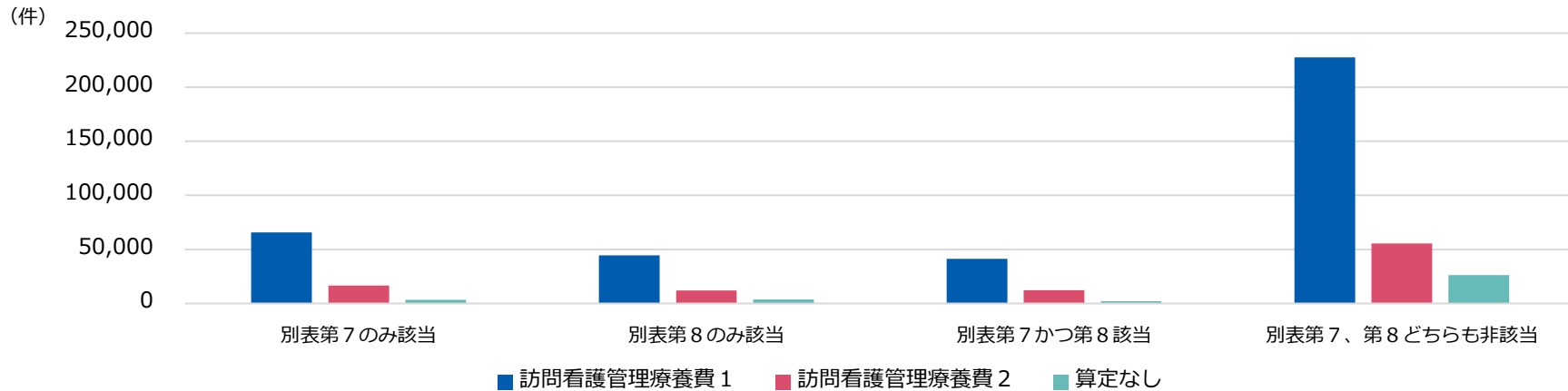


出典：NDBデータ（訪問看護療養費：令和 7 年 5 月実施分）

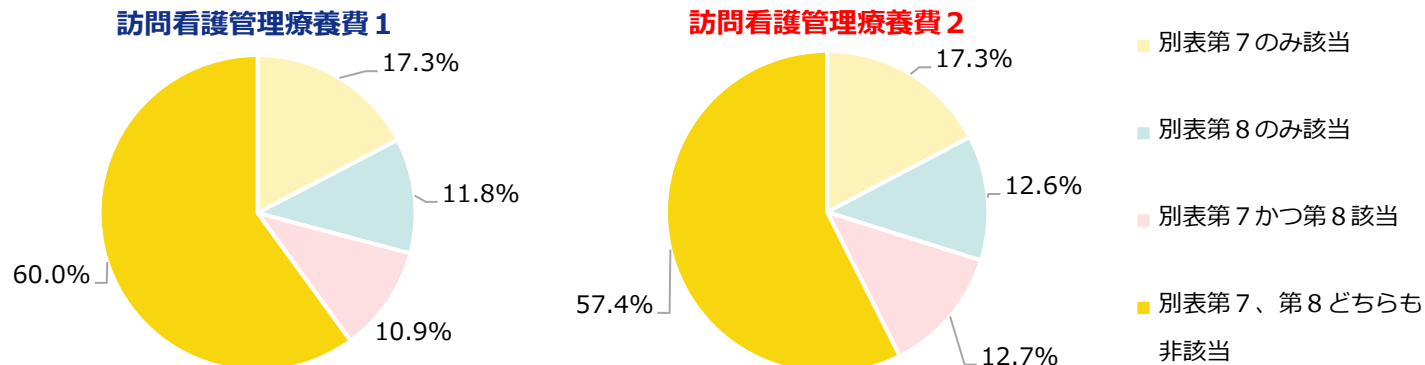
月の2日目以降の訪問看護管理療養費算定種別の利用者の状況

- 別表第7に該当するのは訪問看護管理療養費1を算定している利用者では65,783人、訪問看護管理療養費2を算定している利用者では16,708人。
- 訪問看護管理療養費算定種別の利用者数における別表第7の該当者を割合で見ると、訪問看護管理療養費1と2で傾向に大きな差異はない。

■ 訪問看護管理療養費の算定種別の利用者の状況（件数）



■ 訪問看護管理療養費算定種別利用者の別表7等の該当状況（割合）



訪問看護に係る課題と論点

【前回の論点】

- 高齢者住まい等に居住する利用者については、多人数への頻回な訪問看護が行われ、移動時間や提供時間が短いなど効率的に実施されており、訪問看護基本療養費等における、同一建物・単一建物利用者の人数や訪問回数に応じた提供コストを踏まえた評価のあり方についてどう考えるか。
- 高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションは、居住者に短時間で頻回の訪問看護を効率的に実施することができるが、訪問看護療養費には短時間で頻回の訪問看護を評価する体系がないことから、こうした一連の訪問看護の評価を設けることについてどう考えるか。また、頻回な訪問看護を必要とする場合には、主治医が交付する訪問看護指示書に明記するよう求めることについてどう考えるか。
- 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準においても、適正な請求等に関する規定等、療養担当規則と同様の規定を設けることについてどう考えるか。

【今回追加されたデータ】

- ・ 訪問看護基本療養費Ⅱを算定する利用者は、別表第7に該当や疾病によらず、1月あたり訪問日数、訪問回数、難病等複数回訪問加算の算定日数が多い傾向。
- ・ 別表第7に該当する利用者の訪問看護に係る1月あたり医療費の平均はそれ以外の利用者のほぼ倍である。訪問看護ステーションごとにみた別表第7に該当する利用者の割合が8割以上のステーションのほうが2割未満のステーションよりも、利用者1人あたりの医療費は高額である。
- ・ 月の2日目以降の訪問看護管理療養費算定種別の利用者ごと1月あたり医療費をみると、訪問看護管理療養費1のみの利用者より訪問看護管理療養費2のみの方が高い傾向である。
- ・ 月の2日目以降の訪問看護管理療養費算定種別の利用者数における別表第7の該当者を割合でみると、訪問看護管理療養費1と2で傾向に大きな差異はない。

【論点】

- 追加のデータも踏まえ、高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーション等により、同一建物・単一建物利用者への訪問看護について、評価のあり方をどう考えるか。特に、頻回又は画一的に加算等が算定される場合の評価の水準や、複数回の訪問の時間を合算する考え方等も含め、具体的なあり方をどう考えるか。

(2) 特定疾患療養管理料に係る指摘事項

(10月17日 中央社会保険医療協議会 総会)

【外来(その2)】

- 特定疾患療養管理料については、主傷病名の分析に加え、副傷病名や処方状況も含めたさらなる調査・分析が必要である。適切な運用が行われていない場合には、制度の是正を図るべきである。
- 特定疾患療養管理料については、これまでの議論の積み重ねを踏まえた制度となっており、その意義を十分に理解するべきである。

特定疾患療養管理料の対象疾患の経緯

診調組 入－1
7. 6. 19

中医協 総－3
7. 7. 16

平成4年	結核、新生物（良性新生物、上皮内癌、性状不詳の新生物及び性質の明示されない新生物を除く。）、甲状腺の障害、糖尿病、脂質代謝障害、高血圧性疾患、狭心症、不整脈、心不全、脳血管疾患、慢性気管支炎、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎	
平成6年	結核、新生物（良性新生物、上皮内癌、性状不詳の新生物及び性質の明示されない新生物を除く。）、甲状腺の障害、糖尿病、脂質代謝障害、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、慢性気管支炎、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎	<ul style="list-style-type: none"> 「脂質異常症」を追加 「狭心症」を「虚血性心疾患」に拡大
平成8年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎	<ul style="list-style-type: none"> 病名の大幅変更
平成10年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常	<ul style="list-style-type: none"> 「思春期早発症」、「性染色体異常」を追加
令和6年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群	<ul style="list-style-type: none"> 「高血圧性疾患」「糖尿病」を除外 脂質異常症等を遺伝性疾患に限る 「アナフィラキシー」、「ギラン・バレー症候群」を追加

特定疾患療養管理料に係る主傷病名

- 特定疾患療養管理料の算定時に係る**主傷病名**の上位50位は以下の通り。
- 同管理料の全算定患者数に占める各主傷病名の割合は、気管支喘息が12.8%、慢性胃炎が9.2%であった。

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			実患者数	構成割合(%)
計	特定疾患療養管理料の全算定患者数		8,799,980	100.0%
1	気管支喘息	J459	1,128,257	12.8%
2	慢性胃炎	K295	812,985	9.2%
3	狭心症	I209	530,316	6.0%
4	高血圧症	I10	343,228	3.9%
5	慢性心不全	I509	329,605	3.7%
6	脳梗塞	I639	260,559	3.0%
7	甲状腺機能低下症	E039	201,351	2.3%
8	非弁膜症性心房細動	I489	183,959	2.1%
9	胃潰瘍	K259	179,339	2.0%
10	胃炎	K297	156,801	1.8%
11	心房細動	I489	134,313	1.5%
12	慢性気管支炎	J42	112,071	1.3%
13	脂肪肝	K760	111,707	1.3%
14	脳梗塞後遺症	I693	111,562	1.3%
15	心不全	I509	108,923	1.2%
16	慢性肝炎	K739	91,995	1.0%
17	高コレステロール血症	E780	87,265	1.0%
18	前立腺癌	C61	86,696	1.0%
19	うっ血性心不全	I500	82,593	0.9%
20	乳癌	C509	81,420	0.9%
21	バセドウ病	E050	77,760	0.9%
22	糖尿病	E14	76,907	0.9%

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			実患者数	構成割合(%)
23	* * 未コード化傷病名 * *		75,576	0.9%
24	アレルギー性鼻炎	J304	69,979	0.8%
25	陳旧性心筋梗塞	I252	65,119	0.7%
26	高脂血症	E785	62,535	0.7%
27	心室期外収縮	I493	60,366	0.7%
28	慢性閉塞性肺疾患	J449	59,093	0.7%
29	不整脈	I499	56,659	0.6%
30	橋本病	E063	55,347	0.6%
31	2型糖尿病	E11	53,725	0.6%
32	萎縮性胃炎	K294	53,224	0.6%
33	甲状腺機能亢進症	E059	52,912	0.6%
34	急性気管支炎	J209	50,486	0.6%
35	発作性心房細動	I480	46,679	0.5%
36	脂質異常症	E785	45,061	0.5%
37	COVID-19	U071	44,001	0.5%
38	家族性高コレステロール血症	E780	41,681	0.5%
39	頻脈性不整脈	R000	39,669	0.5%
40	便秘症	K590	37,879	0.4%
41	逆流性食道炎	K210	36,419	0.4%
42	陳旧性脳梗塞	I693	36,088	0.4%
43	虚血性心疾患	I259	35,958	0.4%
44	虚血性脳血管障害	I678	35,928	0.4%
45	急性上気道炎	J069	34,559	0.4%
46	慢性腎不全	N189	34,552	0.4%
47	内頸動脈狭窄症	I652	34,470	0.4%
48	胃癌	C169	32,984	0.4%
49	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	K210	32,859	0.4%
50	心筋梗塞	I219	32,752	0.4%

特定疾患療養管理料に係る全ての傷病名

- 特定疾患療養管理料の算定時に係る**全ての傷病名**の上位50位は以下の通り。
- 同管理料の全算定患者数に占める各傷病名の割合は、気管支喘息が12.8%、慢性胃炎が9.2%であった。

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			実患者数	構成割合(%)
計	特定疾患療養管理料算定全患者		8,799,980	100.0%
1	高血圧症	I10	4,371,449	49.7%
2	慢性胃炎	K295	2,419,196	27.5%
3	アレルギー性鼻炎	J304	2,307,086	26.2%
4	気管支喘息	J459	2,189,500	24.9%
5	便秘症	K590	1,981,197	22.5%
6	高コレステロール血症	E780	1,929,704	21.9%
7	糖尿病	E14	1,751,447	19.9%
8	不眠症	G470	1,659,745	18.9%
9	高脂血症	E785	1,629,386	18.5%
10	腰痛症	M5456	1,534,511	17.4%
11	狭心症	I209	1,393,556	15.8%
12	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	K210	1,365,602	15.5%
13	逆流性食道炎	K210	1,360,410	15.5%
14	慢性心不全	I509	1,146,638	13.0%
15	高尿酸血症	E790	1,092,247	12.4%
16	脂質異常症	E785	1,081,334	12.3%
17	骨粗鬆症	M8199	956,339	10.9%
18	2型糖尿病	E11	936,453	10.6%
19	胃潰瘍	K259	848,584	9.6%
20	鉄欠乏性貧血	D509	789,478	9.0%
21	** 未コード化傷病名 **		781,736	8.9%
22	湿疹	L309	716,248	8.1%

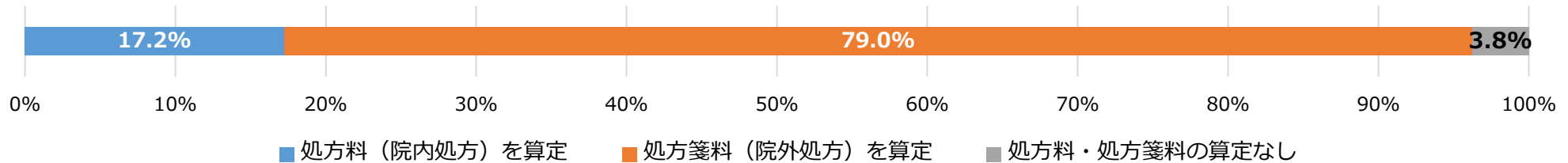
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			実患者数	構成割合(%)
23	脂肪肝	K760	690,982	7.9%
24	アレルギー性結膜炎	H101	665,431	7.6%
25	胃炎	K297	640,488	7.3%
26	変形性膝関節症	M171	620,887	7.1%
27	慢性気管支炎	J42	620,597	7.1%
28	心不全	I509	607,190	6.9%
29	皮脂欠乏症	L853	604,013	6.9%
30	甲状腺機能低下症	E039	599,257	6.8%
31	肝機能障害	K769	590,340	6.7%
32	脳梗塞	I639	564,064	6.4%
33	前立腺肥大症	N40	531,523	6.0%
34	難治性逆流性食道炎	K210	496,370	5.6%
35	過活動膀胱	N328	489,170	5.6%
36	急性気管支炎	J209	472,461	5.4%
37	頸肩腕症候群	M5312	472,283	5.4%
38	頭痛	R51	464,917	5.3%
39	肩関節周囲炎	M750	461,802	5.2%
40	末梢神経障害	G629	443,182	5.0%
41	不安神経症	F411	435,659	5.0%
42	非弁膜症性心房細動	I489	414,625	4.7%
43	不整脈	I499	407,850	4.6%
44	うつ血性心不全	I500	390,214	4.4%
45	心房細動	I489	368,000	4.2%
46	COVID-19	U071	364,129	4.1%
47	慢性肝炎	K739	351,940	4.0%
48	筋肉痛	M7919	328,289	3.7%
49	変形性腰椎症	M4786	312,765	3.6%
50	めまい症	R42	305,561	3.5%

特定疾患療養管理料算定患者の処方状況

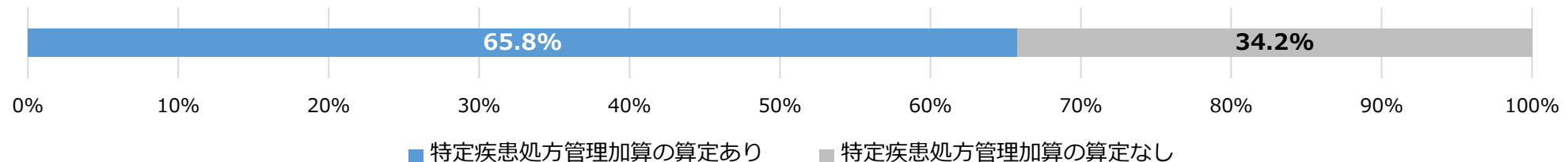
- 特定疾患療養管理料の算定患者のうち、処方料・処方箋料のいずれも算定がない患者は、3.8%であった。
- 特定疾患療養管理料の算定患者のうち、特定疾患処方管理加算の算定のある患者は、65.8%であった。

特定疾患療養管理加算算定患者（n=8,799,980）の処方に関する状況（実患者数）

処方料・処方箋料の算定状況



特定疾患処方管理加算の算定状況



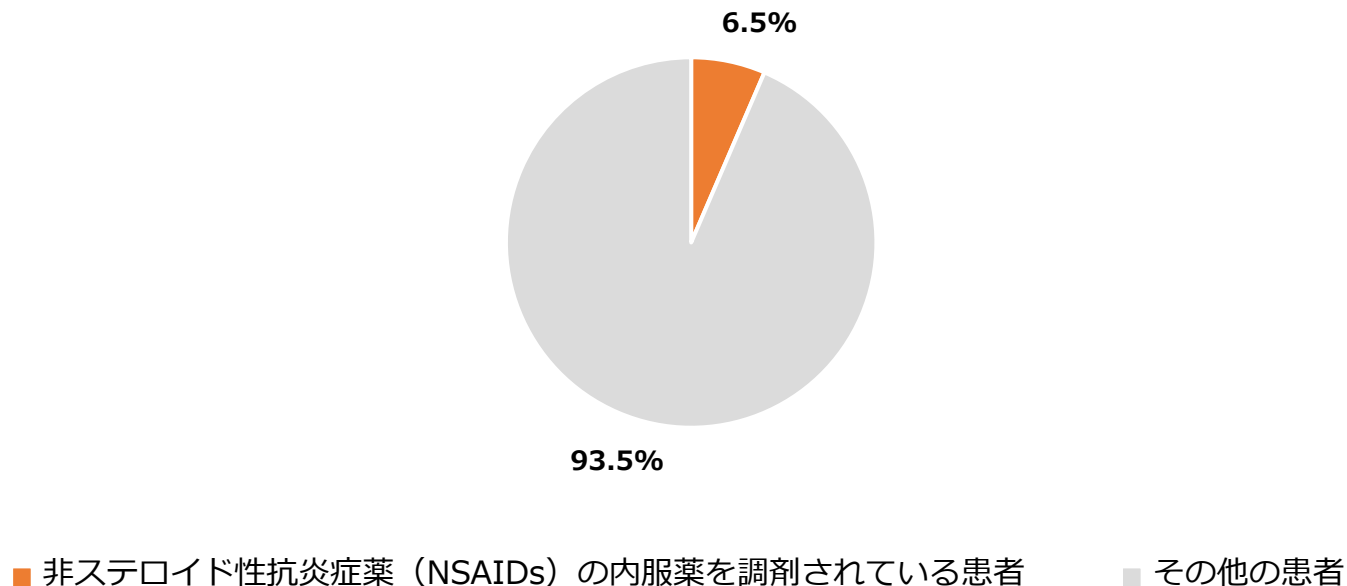
（参考）特定疾患処方管理加算 56点

診療所又は許可病床数が200床未満の病院において、入院中の患者以外の患者（特定疾患療養管理料の対象となる疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上（リフィル処方箋の合計処方期間が28日以上の処方を含む。）の処方を行った場合、処方料又は処方箋料に加算する。

胃潰瘍患者に対するNSAIDs処方状況

- 特定疾患療養管理料を算定する患者であって、主傷病名が「胃潰瘍」に関連する患者のうち、非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）の内服薬を調剤されている患者が約6.5%あった。

特定疾患療養管理料を算定する患者であって、主傷病名が「胃潰瘍」に関連する患者（※）のうち、
非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）の内服薬を調剤されている患者が占める割合



出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

※ 「胃潰瘍」のほか、「慢性胃潰瘍」「薬剤性胃潰瘍」等を含む。特定疾患療養管理料算定患者の8,799,980人のうち、約2.1%を占める185,633人が該当。16

（３）身体的拘束の最小化に向けた取組に係る指摘事項

（10月29日 第623回中央社会保険医療協議会 総会）

【入院について（その３）】

- 回復期リハビリテーション病棟において、身体的拘束を実施されている患者さんには、脳梗塞等を主病名とする方が多く、例えば、片麻痺になった場合に、これくらいできると思って転倒してしまうケースなどがある。こうした危険性があるため、やむを得ず、身体的拘束をせざるを得ないことがある。この身体的拘束は、抑制帯等で物理的に四肢を固定するようなものではなく、クリップセンサーや離床センサーといった、むしろ患者さんが動けることを前提に、未然に転倒・転落を防止する見守りのために行っているものも含まれており、回復期リハビリテーション病棟では、これらのクリップセンサー等を使用している割合が高かったとの結果がある。拘束の種類も含めて一考の余地があるのではないか。
- 療養病棟において、認知症の有無やデバイスの有無にかかわらず、施設によって身体拘束の有無に差があることが指摘されているが、身体的拘束がなされている患者さんの状態、認知症の程度や使用しているデバイスなども施設によって異なると思われるため、その辺りをもう少し詳しく見てみないと、判断が難しいのではないか。最近の傾向として、胃瘻よりも経鼻経管栄養あるいは中心静脈栄養を希望されることが増えていることも背景にあり、身体的拘束に対してどのように取り組んでいるかなどの、より詳細な分析が先決と考える。

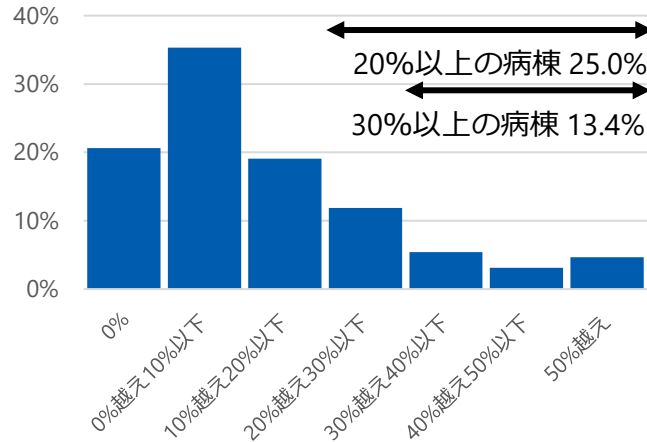
入院料ごとの常時の四肢又は体幹拘束の実施状況

- 回復期リハビリテーション病棟、療養病棟では、身体的拘束のうち、常時の手指・四肢・体幹抑制についても比較的多くの患者に実施している病棟がみられる。

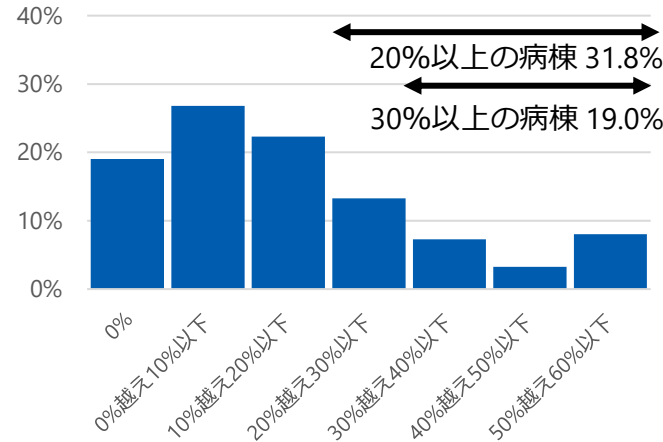
身体的拘束*の実施率の分布

※常時の手指/四肢/体幹の抑制のほか、夜間や処置時等の一時的な抑制、クリップセンサー等の使用を含む。

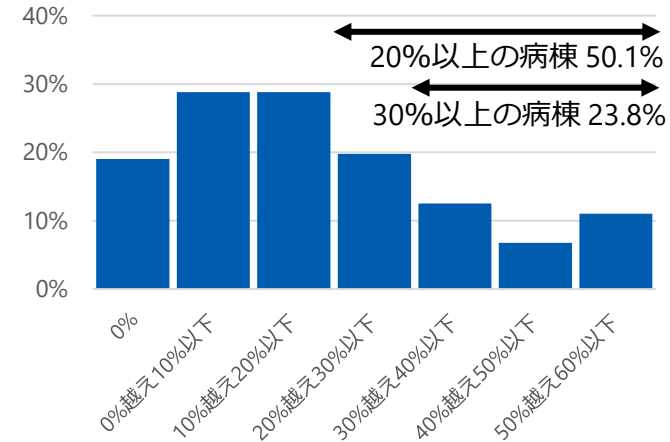
地ケア病棟(n=388)



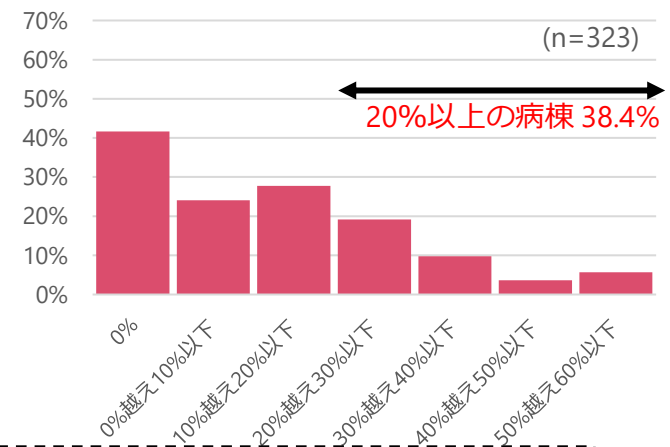
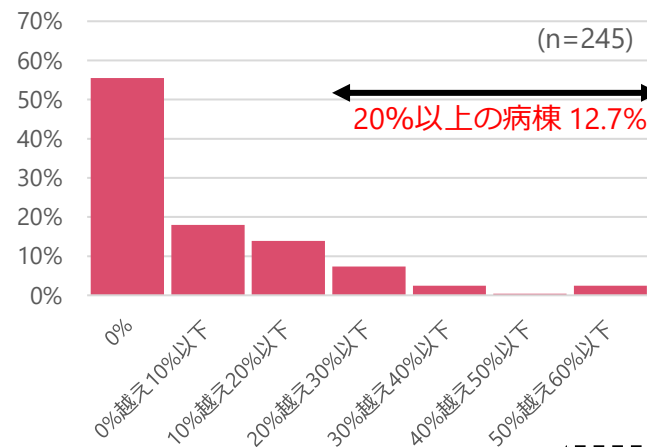
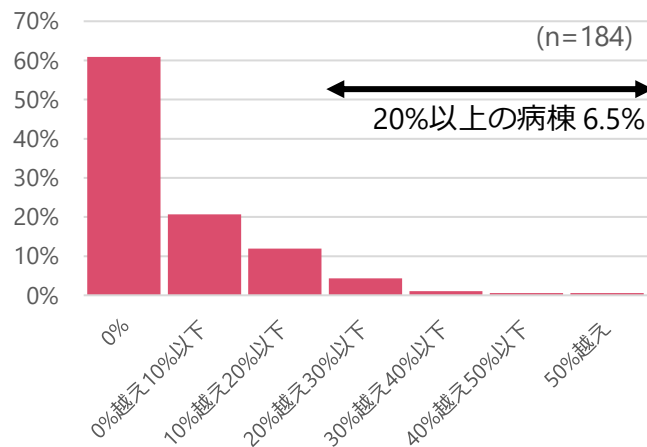
回リハ病棟(n=399)



療養病棟(n=504)



身体的拘束のうち、常時の手指/四肢/体幹抑制の実施率の分布



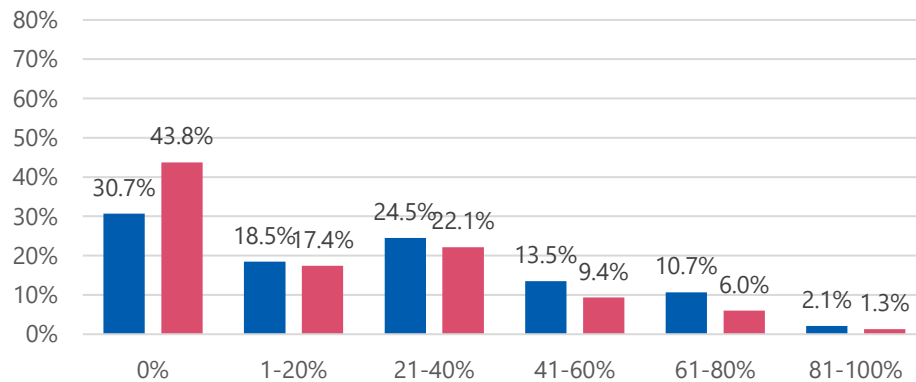
身体的拘束の実施率 = 令和6年10月の1か月間における①/②
①身体的拘束を実施した患者数(実人数) ②実入院患者数
常時の手指/四肢/体幹抑制については、患者票の回答があり、身体的拘束の内訳の情報が得られた病棟に限定して集計した。

療養病棟における患者像をふまえた身体的拘束の実施状況

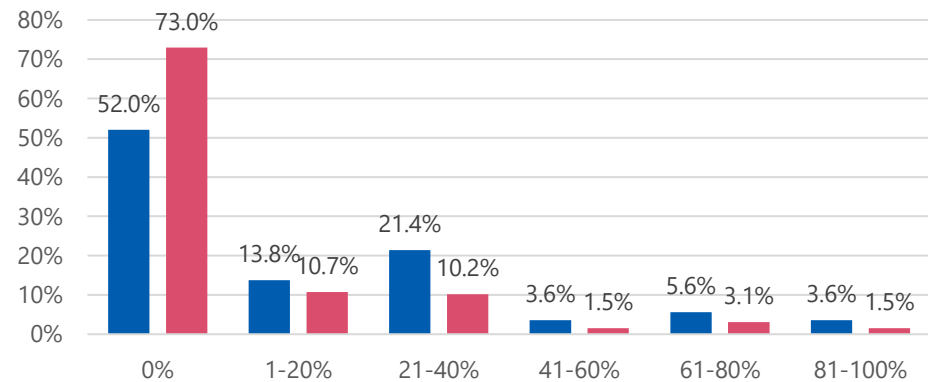
- 何らかのデバイス（※1）が挿入されている患者について、常時の手指/四肢/体幹の抑制のみを見た場合でも、身体的拘束の実施率（※2）について医療機関間の差が大きい。
- デバイスも認知症もない患者の場合、常時の手指/四肢/体幹抑制が実施されている病棟は少ないことから、身体的拘束を実施している場合でも、クリップセンサー等が使われている場合が多いと考えられる。一方、デバイスがなくとも認知症がある場合は、一定数の病棟で常時の手指/四肢/体幹抑制が実施されている。

■ 身体的拘束（夜間のみ・一時的な抑制や、クリップセンサー等の使用を含む） ■ 常時の手指/四肢/体幹の抑制

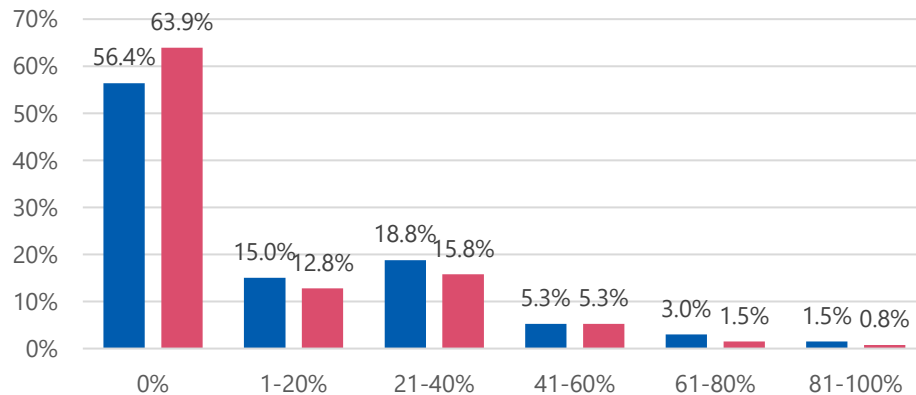
デバイス※1あり×認知症ありの患者（n=384病棟）



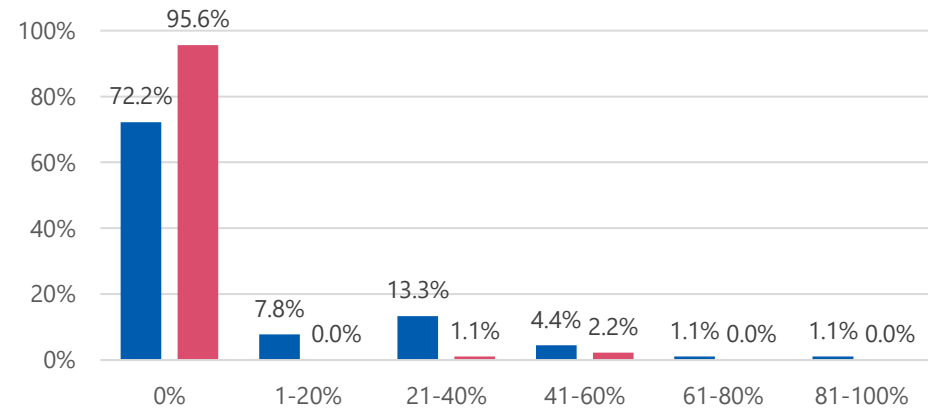
デバイスなし×認知症ありの患者（n=196病棟）



デバイスあり×認知症なしの患者（n=133病棟）



デバイスなし×認知症なしの患者（n=90病棟）

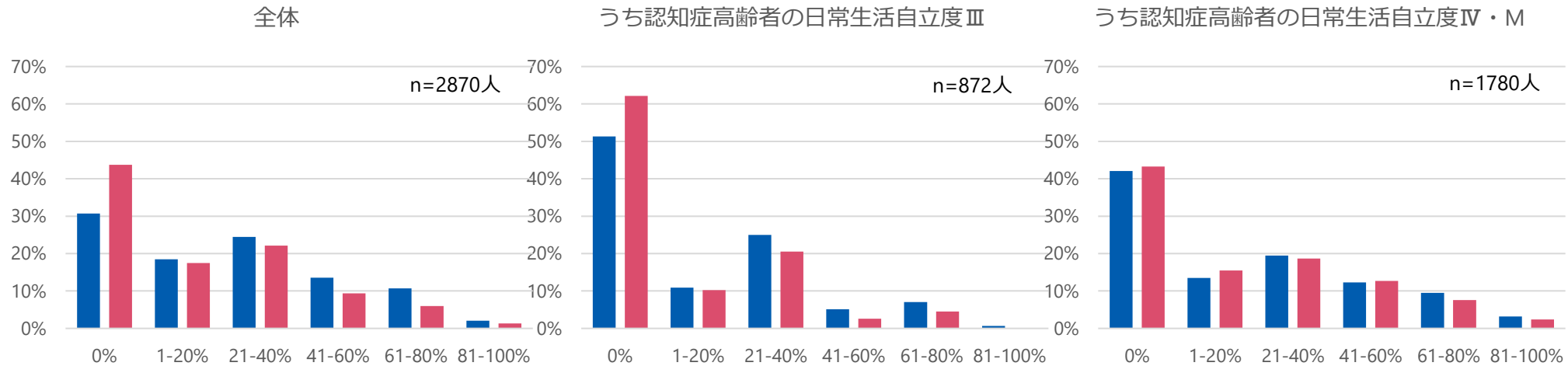


療養病棟における認知症と身体的拘束の実施状況

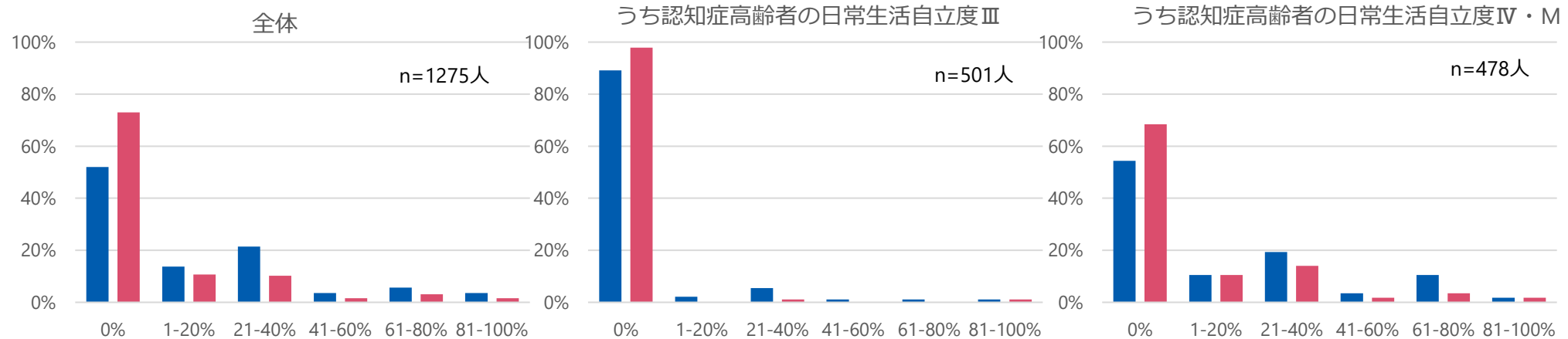
- デバイスが挿入されている患者において、常時の手指/四肢/体幹の抑制が実施されている患者の多い医療機関がある。
- デバイスの挿入がない患者では、身体的拘束を受けている認知症患者の多くが日常生活自立度Ⅲ・Ⅳである。

■ 身体的拘束（夜間のみ・一時的な抑制や、クリップセンサー等の使用を含む） ■ 常時の手指/四肢/体幹の抑制

デバイス※¹あり×認知症ありの患者における身体的拘束の実施率※²（n=384病棟）



デバイスなし×認知症ありの患者における身体的拘束の実施率（n=196病棟）



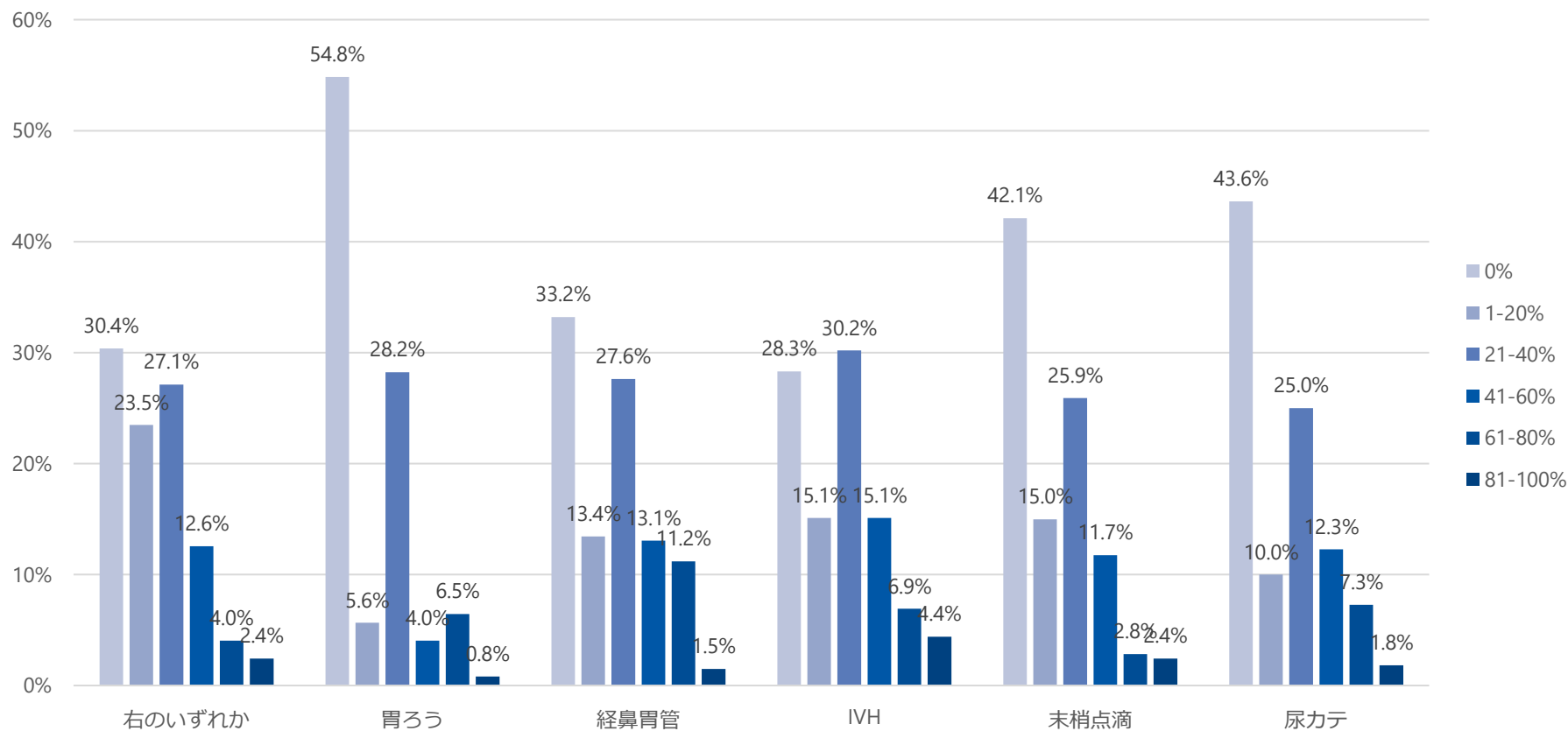
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査
(入院患者票（C票）)

※¹ 中心静脈栄養、経鼻胃管、胃ろう・腸ろう、末梢点滴、尿道カテーテル、人工呼吸器のいずれか。
※² 身体的拘束の実施率=身体的拘束を過去7日以内に実施された患者人数/各群に該当する患者全体の人数（いずれも患者票で回答された患者）

療養病棟におけるデバイスごとの身体的拘束の実施状況

- 挿入されているデバイス別に、身体的拘束の実施率ごとの病棟の分布をみると、胃ろうを有する患者では実施率0%である病棟が比較的多く、経鼻胃管やIVHの患者では身体的拘束実施率の高い病棟が多かった。

療養病棟における挿入デバイスごとの身体的拘束※の実施状況の分布



※常時の手指/四肢/体幹の抑制のほか、処置時等の一時的な抑制、クリップセンサー等の使用を含む。

身体的拘束の最小化に向けた取組に係る課題と論点

【前回の論点】

（身体的拘束の最小化に向けた取組について）

- 以下のような点等を踏まえ、身体的拘束を実施した場合の評価について、どのように考えるか。
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟はADL向上等をめざした病棟であるが、比較的多くの患者に対して身体的拘束を実施している病棟があること。
 - ・ 療養病棟では、常時、毎日の四肢体幹拘束の割合が多く、施設により身体的拘束の実施状況に差がみられること。

【今回追加されたデータ】

（回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況について）

- ・ 身体的拘束全体と比較して、常時の手指/四肢/体幹抑制を一定割合以上実施している病棟は少ないため、クリップセンサー等による行動の把握が多く行われていると考えられた。しかし、1割以上の病棟では、常時の手指/四肢/体幹の抑制を20%以上の患者に実施していた。

（療養病棟における身体的拘束の実施状況について）

- ・ 常時の手指/四肢/体幹抑制を一定割合以上実施している病棟が比較的多かった。
- ・ 挿入デバイスや認知症の有無別に身体的拘束の実施状況をみると、デバイスありの患者では常時の手指/四肢/体幹の抑制の実施率が高い病棟もあり、医療機関ごとの差が大きかった。
- ・ デバイスも認知症もない患者の場合、常時の手指/四肢/体幹抑制の実施ゼロの病棟が多いものの、デバイスがなくても認知症がある場合は、一定数の病棟で常時の手指/四肢/体幹抑制が実施されており、ほとんどは認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ・Ⅴの患者であった。
- ・ 挿入されているデバイスの種類をみると、胃ろうの場合、身体的拘束実施率0%である病棟が比較的多く、経鼻胃管やIVHの場合は身体的拘束実施率の高い病棟が多かった。

【論点】

- 追加のデータも踏まえ、身体的拘束の最小化に向けた評価に際して、留意すべき点等についてどのように考えるか。

(4) 障害者施設等入院基本料における廃用症候群に係る指摘事項

(10月29日 第623回中央社会保険医療協議会 総会)

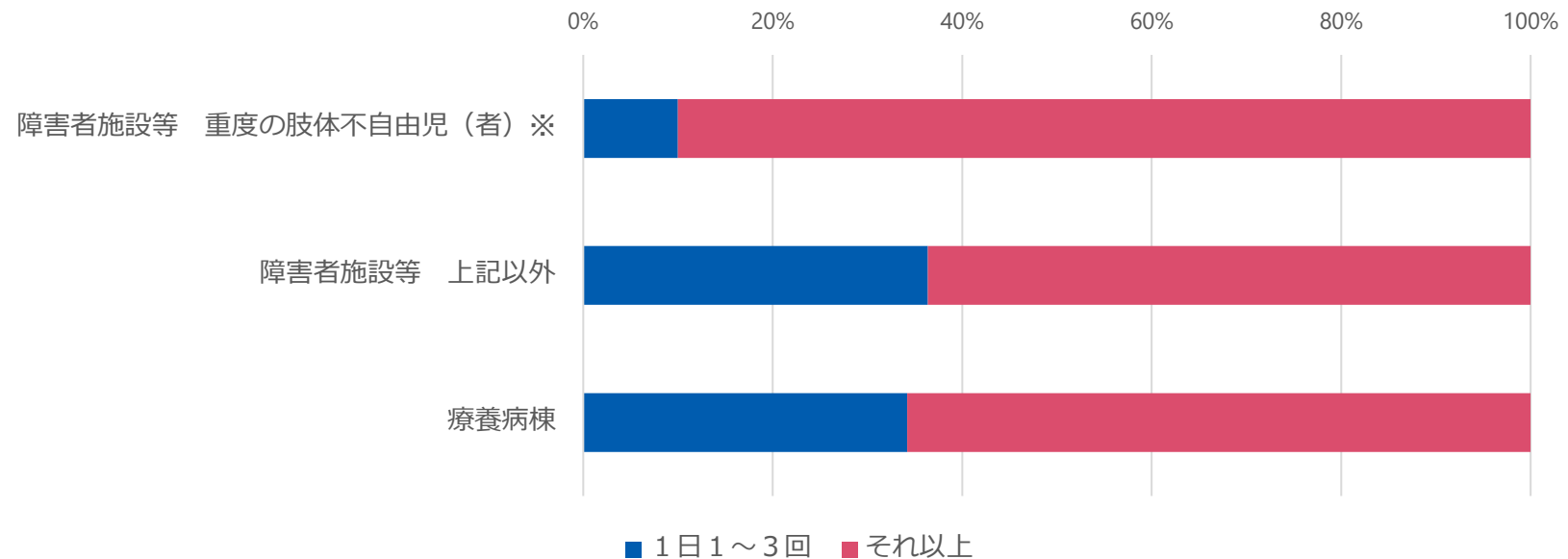
【入院について(その3)】

- 10対1から15対1の障害者施設等入院基本料において、廃用症候群の患者割合が多く、療養病棟と類似していることが指摘されている。しかし、障害者施設等入院基本料の患者割合を満たす該当患者は、身体障害者障害程度等級の1級、2級相当とされており、脊髄損傷などの障害が固定した状態にあり、廃用症候群からの回復が困難な場合も多い。一方で、器質的障害のない廃用症候群は、ときを経てもしばしば改善するなど、同じ廃用症候群にであっても病態により異なるため、評価の在り方については、より詳細な分析が必要と考える。

廃用症候群を主傷病とする患者の入院料・状態別の入院医療の状況

- 障害者施設等入院基本料を算定する「廃用症候群」が主傷病名の患者について、身体障害者障害程度等級表の1, 2級以外の患者では療養病棟と看護提供の頻度の分布が類似しているのに対し、1, 2級の患者においては、より頻回な看護提供を必要とする患者の割合が高かった。

「廃用症候群」を主傷病名とする患者に対する看護提供の頻度



※ 身体障害者障害程度等級表の1, 2級以外の患者

(5) 短期滞在手術に係る指摘事項

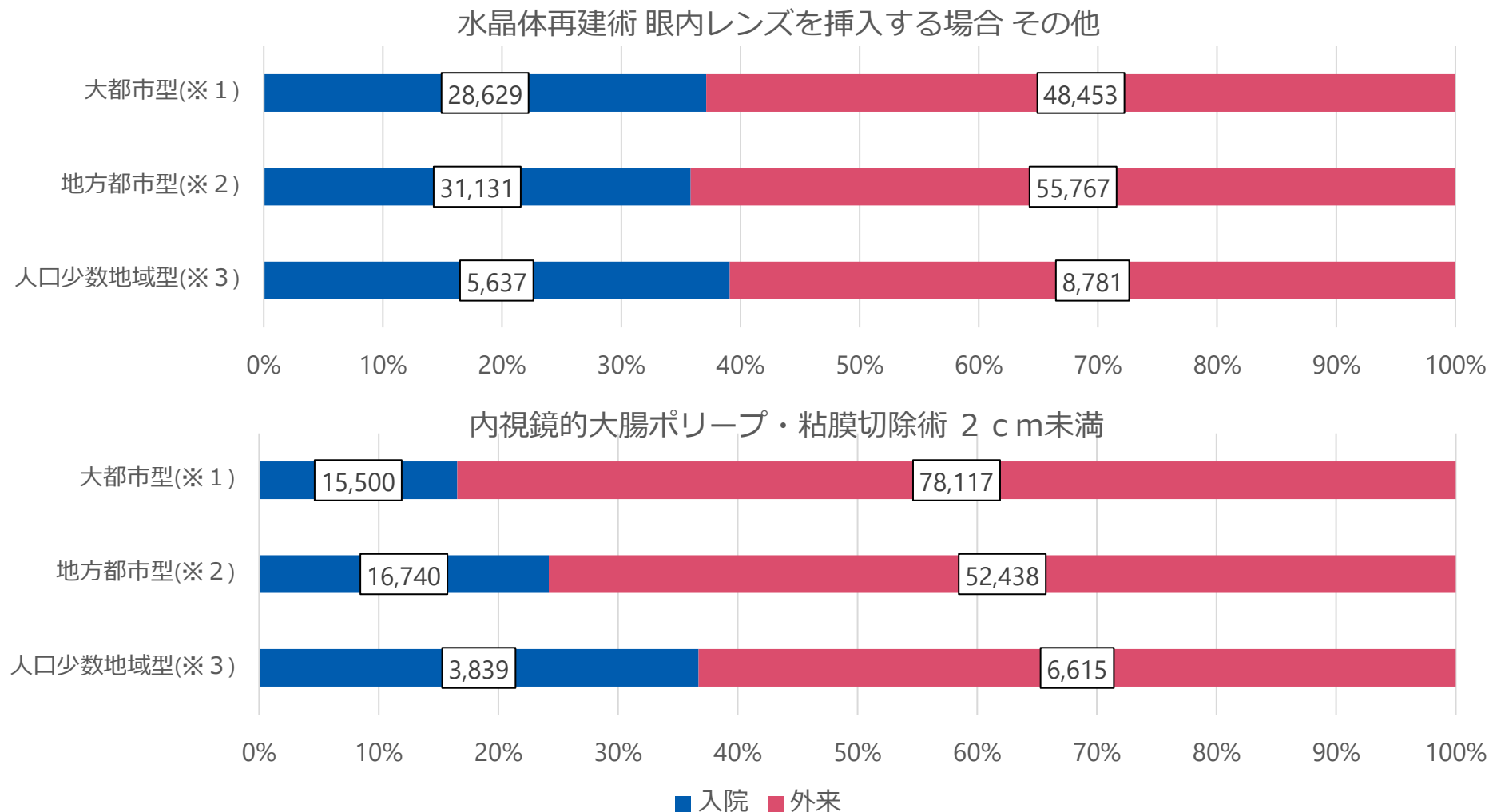
(11月7日 中央社会保険医療協議会 総会)

【個別事項について(その6) 入院から外来への移行】

- 短期滞在手術の入院及び外来での手術状況について、大都市型、地方都市型、過疎地域型等の類型に応じて、精査すべきではないか。

二次医療圏の類型毎の短期滞在手術の実施状況

○ 二次医療圏の類型別の、「水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他」及び「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 c m未満」の外来実施率については、以下のとおり。



出典：令和6年10月NDBデータ

※1 人口100万人以上又は人口密度2,000人/km²以上の二次医療圏

※2 人口20万人以上又は人口密度200人/km²以上の二次医療圏

※3 ※1 ※2 以外の二次医療圏

(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る指摘事項

(11月14日 中央社会保険医療協議会 総会)

【入院(その5)】

- 重症患者の範囲を見直す場合、回復期リハビリテーション病棟入院料ごとに範囲を見直した後の重症患者割合のシミュレーションを示すべき。
- 日常生活機能評価表とFIMでは各項目の比重が異なるため、日常生活機能評価を縮小していくのであれば、施設によって特段大きな影響が出ることがないのかどうか精査をしていく必要があるのではないか。

重症患者の基準及び重症患者割合のシミュレーション

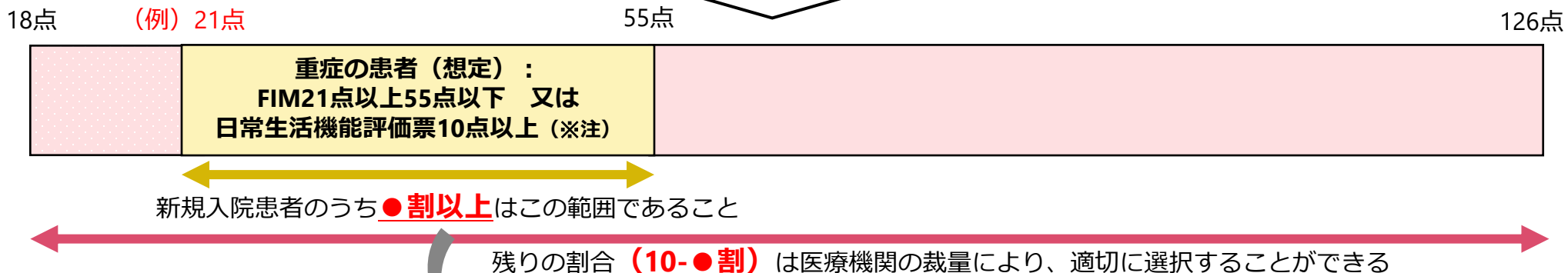
- 施設基準において定める重症患者の範囲を狭め、重症患者割合の基準を引き下げた場合、医療機関が自らの裁量により適応を判断することのできる割合が増える。
- 仮にこのような変更を行った場合の、重症患者に該当する患者割合のシミュレーションを行う。

【例：回復期リハビリテーション病棟入院料1の場合】

＜現行の施設基準＞



重症患者の範囲を狭めた場合



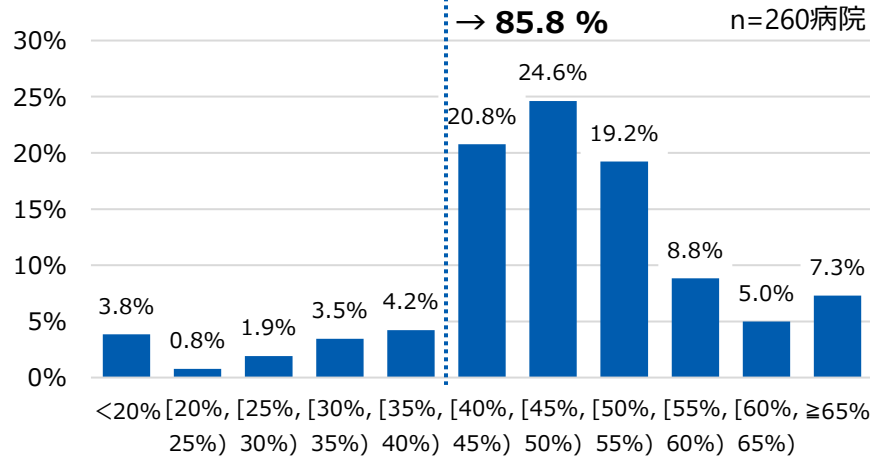
シミュレーションを行う

（※注）FIM20点未満の患者を除く

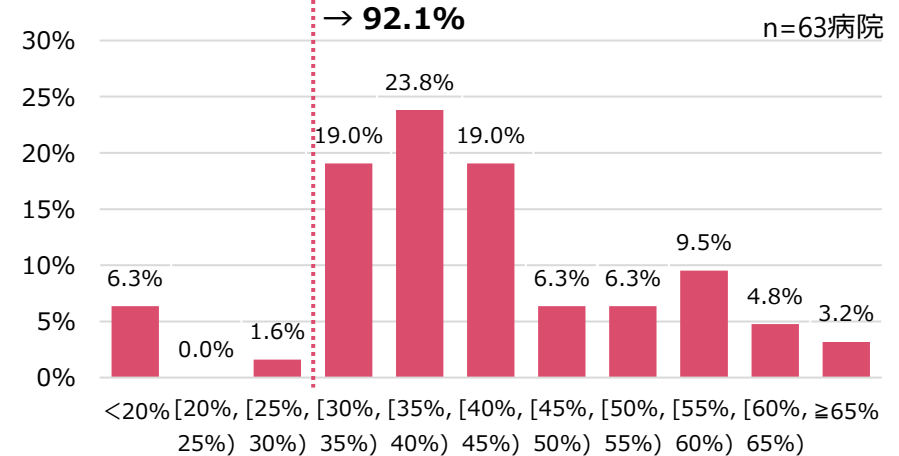
重症患者の基準に下限を設定した場合のシミュレーション結果

- 入棟時FIM20点以下の患者を施設基準上求める重症患者の範囲から除いた場合の、重症患者割合の分布の変化は以下のとおり。

回りハ 1・2 における重症患者の割合（現行）

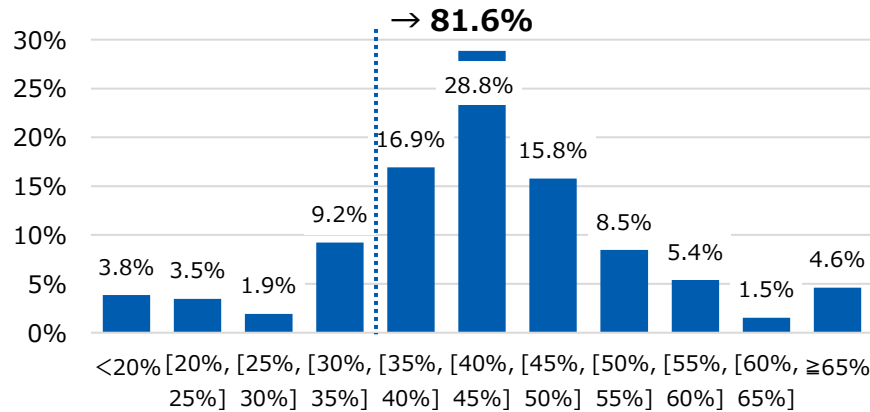


回りハ 3・4 における重症患者割合の分布（現行）



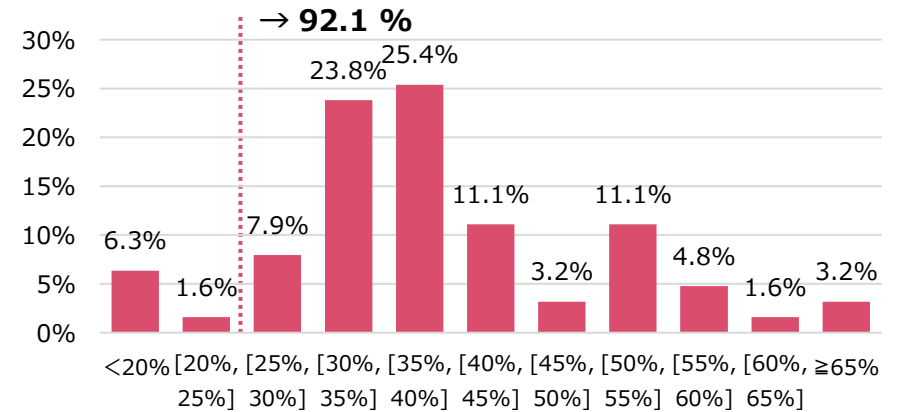
回りハ 1・2 における重症患者割合の分布から

FIM20点以下を除外した割合の分布



回りハ 3・4 における重症患者割合の分布から

FIM20点以下を除外した割合の分布



出典：DPCデータ 令和6年5月～10月及び、令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（B票））

注：集計期間の途中で算定する入院料が変わった病棟を含むため、施設基準よりも割合の低い病棟が存在する。

なお、新規入院患者のうち重症の患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、届出の変更は必要でない。

(7) ICU・HCU用 重症度、医療・看護必要度に係る指摘事項

(11月26日 中央社会保険医療協議会 総会)

【入院（その7）】

- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合をみると、救急救命入院料2を除けば、動脈圧測定のみで現行の該当患者割合基準を満たしていることが示されている。また、シミュレーション結果によれば、蘇生術の施行、抗不整脈薬の使用、一時的ペーシングの3項目を追加する影響はごくわずかである。このため、動脈圧測定を現行どおりとした場合、他の評価項目の意義が乏しいと思われる。動脈圧測定の位置づけを変更した場合の影響について、改めてシミュレーションを行うべき。
- 特定集中治療室等の評価項目から動脈圧測定を外す場合のシミュレーションについて検討することはよいが、集中治療の現場では、必要な患者のみを入室させ、過剰な入室は行っていないと認識している。特定集中治療室等の機能は、非常に不安定な患者をモニタリングし、何かあった場合にはすぐに対応することであり、必ずしも高度な処置を行うことが集中治療の条件ではない。特定集中治療室等の役割を踏まえ、患者の安全に影響を及ぼさないよう慎重に検討することが求められる。

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度

【特定集中治療室用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、 ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり
基準	A 得点 2 点以上		

【ハイケアユニット用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	なし	あり
4 注射薬剤 3 種類以上の管理（最大 7 日間）	なし	あり
5 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
6 シリンジポンプの管理	なし	あり
7 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
8 人工呼吸器の管理	なし	あり
9 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
10 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり
11 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	あり

基準①	2, 7, 8, 9, 10又は11のうち 1 項目以上に該当
基準②	1～11のうち 1 項目以上に該当

基準に該当する患者割合の要件	
特定集中治療室管理料 1、2	8 割以上
特定集中治療室管理料 3、4	7 割以上
特定集中治療室管理料 5、6	7 割以上
救命救急入院料 2、4	特定集中治療室管理料 1 又は 3 の基準

基準に該当する患者割合の要件	
ハイケアユニット入院医療管理料 1	1 割 5 分以上が基準①に該当かつ 8 割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料 2	1 割 5 分以上が基準①に該当かつ 6 割 5 分以上が基準②に該当
救命救急入院料 1、3	測定評価していること

（参考）特定集中治療室用、ハイケアユニット用共通B項目（B得点については、基準の対象ではないが、毎日測定を行うこと。）

B 患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
	0点	1点	2点		0	1
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	-	-
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
口腔清潔	自立	要介助	-		実施なし	実施あり
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-		-	-
危険行動	ない	-	ある		-	-

特定集中治療室管理料等の算定患者における該当割合

診調組 入-1 参考
7. 9. 1 1 改

- 現行の基準を満たす患者は、全体の約92%であった。現行の評価項目には検査で2点となる項目があるが、特に「動脈圧測定」は該当患者割合が高く、平均で約84%であった。
- 現行の評価項目以外の項目では、「蘇生術の施行（電氣的除細動を含む）」に該当する患者割合は約5%、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約12%、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約1%であった。

	患者総数 (人日)	基準（2 点以上） を 満たす患 者割合	現行の「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」の評価項目							現行の評価項目でないもの		
			動脈圧 測定	シリンジ ポンプの 管理	中心静脈 圧測定	人工呼吸 器の管理	輸血や血 液製剤の 管理	肺動脈圧 測定	特殊な治 療法等	蘇生術の 施行	抗不整脈 剤の使用 (注射 剤)	一時的 ペーシン グ
			2点	1点	2点	2点	2点	2点	2点			
全体	352,656	92.4%	84.4%	45.0%	23.5%	46.8%	24.2%	5.9%	15.0%	5.4%	12.2%	0.5%
特定集中治療室管理料 1	90,323	94.9%	89.0%	48.2%	29.4%	47.4%	28.5%	7.7%	16.7%	4.3%	14.1%	0.4%
特定集中治療室管理料 2	59,582	95.0%	88.8%	46.6%	27.0%	52.6%	28.7%	7.4%	19.7%	5.9%	13.2%	0.8%
特定集中治療室管理料 3	39,853	90.5%	80.6%	44.2%	27.4%	41.6%	22.7%	6.8%	13.8%	4.1%	12.9%	0.4%
特定集中治療室管理料 4	13,535	89.2%	80.8%	40.6%	19.9%	44.6%	26.7%	5.5%	11.7%	3.7%	12.1%	0.3%
特定集中治療室管理料 5	87,758	89.9%	79.3%	44.6%	20.2%	38.7%	20.4%	4.8%	11.4%	3.6%	11.6%	0.5%
特定集中治療室管理料 6	18,110	93.7%	86.2%	45.4%	24.7%	47.0%	24.3%	3.5%	15.9%	5.3%	10.5%	0.4%
救命救急入院料 2	6,974	87.3%	73.6%	31.0%	13.9%	54.9%	15.5%	2.4%	13.7%	10.3%	7.7%	1.4%
救命救急入院料 4	36,521	92.0%	84.5%	40.9%	9.2%	60.6%	17.8%	2.9%	14.5%	12.4%	7.8%	0.6%

※「蘇生術の施行」は「ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度」の「蘇生術の施行」に準ずる。

※「抗不整脈剤の使用（注射剤）」は、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の「A6専門的な治療・処置（⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）」に準ずる。

※「一時的ペーシング」は、「J044-2 体表ペーシング法又は食道ペーシング法」「K596 体外ペースメーカー術」の該当割合。

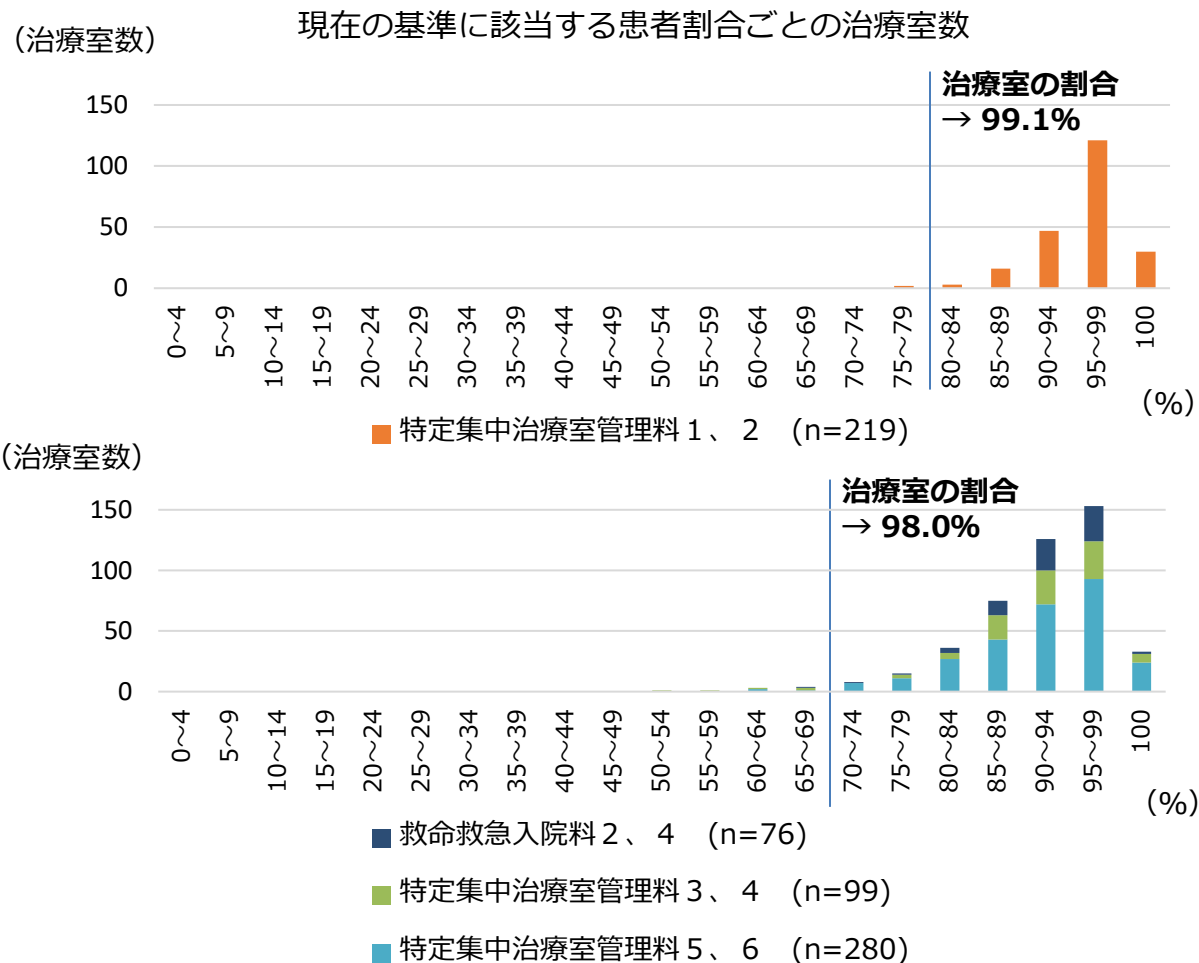
ICU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（現行）

中医協 総-2
7. 11. 26

【特定集中治療室用】 現行

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定 （スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり

基準	A得点2点以上
基準に該当する患者割合の要件	
特定集中治療室管理料 1、2	8割以上
特定集中治療室管理料 3、4	7割以上
特定集中治療室管理料 5、6	7割以上
救命救急入院料 2、4	特定集中治療室管理料 1 又は 3 の基準



【特定集中治療室用】（パターン1）新たに3項目を導入

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定 （スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり
8 <u>蘇生術の施行</u>	<u>なし</u>	-	<u>あり</u>
9 <u>抗不整脈剤の使用（注射剤）</u>	<u>なし</u>	-	<u>あり</u>
10 <u>一時的ペーシング</u>	<u>なし</u>	-	<u>あり</u>

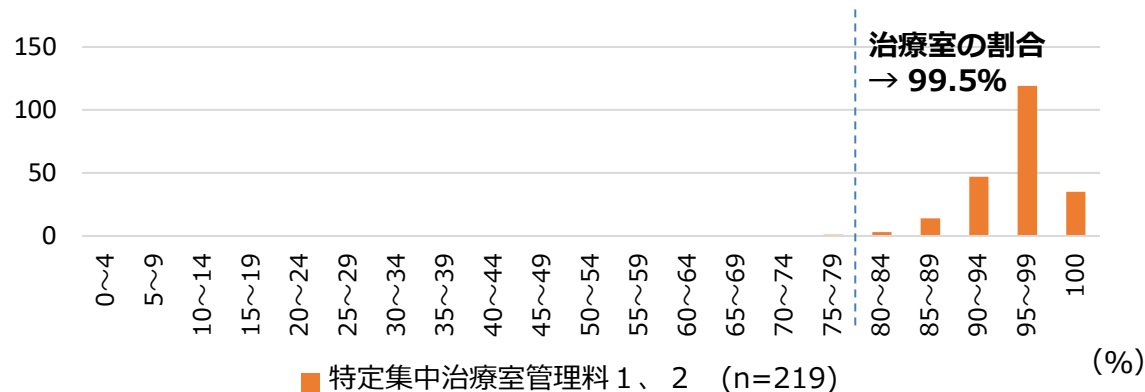
基準	A得点2点以上
----	---------

基準に該当する患者割合の要件		8割
特定集中治療室管理料1、2	該当治療室割合	99.5%
	該当治療室の患者割合	99.6%

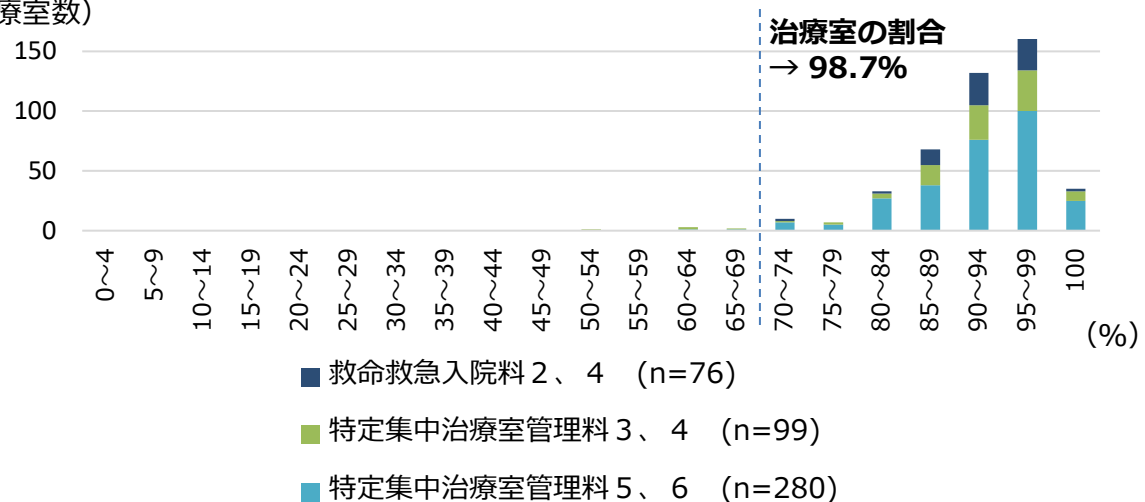
基準に該当する患者割合の要件		7割
救命救急入院料2、4 特定集中治療室管理料3～6	該当治療室割合	98.7%
	該当治療室の患者割合	99.4%

(治療室数)

基準に該当する患者割合ごとの治療室数



(治療室数)



ICU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（2）

【特定集中治療室用】（パターン2）測定2項目を1点に変更、新たに3項目を導入

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり	-
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり	-
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり
8 蘇生術の施行	なし	-	あり
9 抗不整脈剤の使用（注射剤）	なし	-	あり
10 一時的ペーシング	なし	-	あり

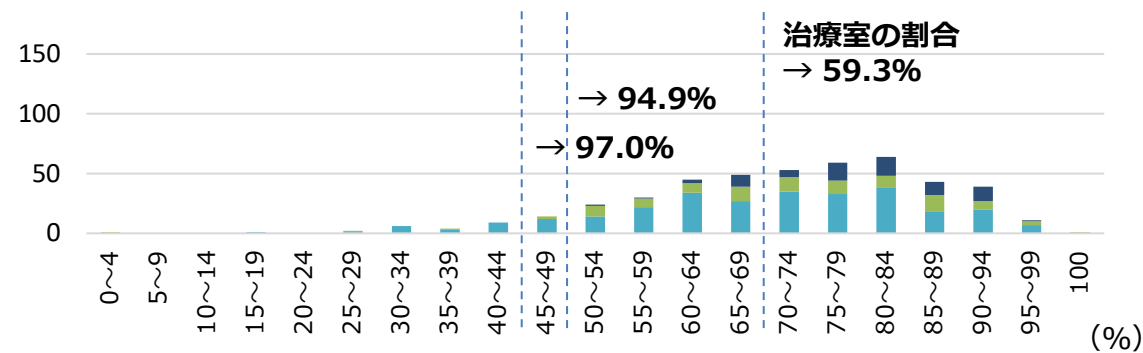
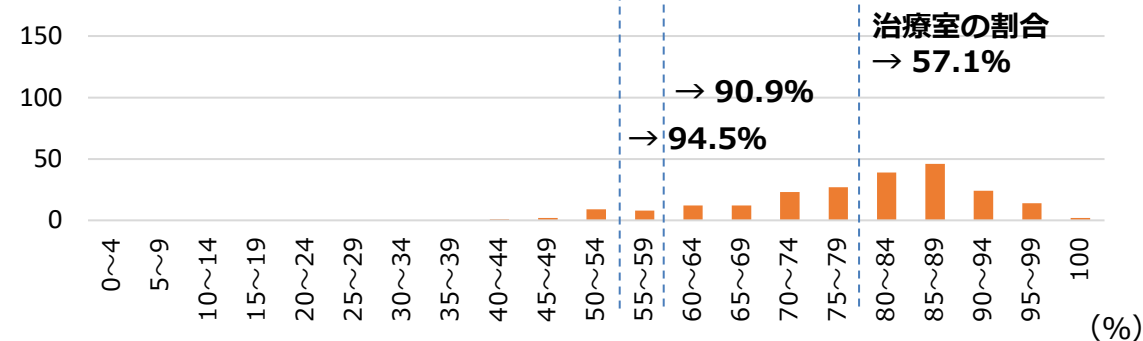
基準	A得点2点以上
----	---------

基準に該当する患者割合の要件		5.5割	6割	8割
特定集中治療室管理料 1, 2	該当治療室割合	94.5%	90.9%	57.1%
	該当治療室の患者割合	92.8%	89.7%	55.1%

基準に該当する患者割合の要件		4.5割	5割	7割
救命救急入院料 2, 4 特定集中治療室管理料 3～6	該当治療室割合	97.0%	94.9%	58.6%
	該当治療室の患者割合	96.5%	94.4%	63.0%

（治療室数）

基準に該当する患者割合ごとの治療室数



ICU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（3）

【特定集中治療室用】（パターン3）測定1項目を1点に変更、新たに3項目を導入

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり	-
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり
8 蘇生術の施行	なし	-	あり
9 抗不整脈剤の使用（注射剤）	なし	-	あり
10 一時的ペーシング	なし	-	あり

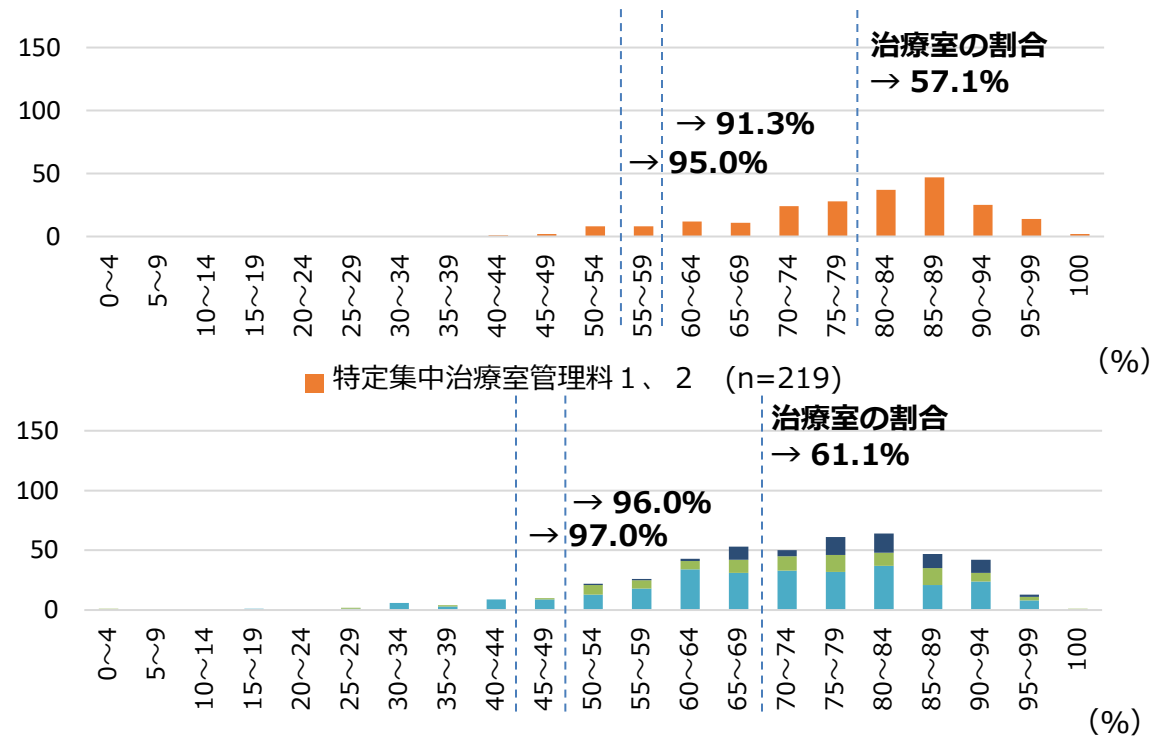
基準	A 得点2点以上
----	----------

基準に該当する患者割合の要件		5.5割	6割	8割
特定集中治療室管理料1、2	該当治療室割合	95.0%	91.3%	57.1%
	該当治療室の患者割合	94.5%	90.2%	55.1%

基準に該当する患者割合の要件		4.5割	5割	7割
救命救急入院料2、4 特定集中治療室管理料3～6	該当治療室割合	97.0%	96.0%	62.6%
	該当治療室の患者割合	96.5%	94.9%	64.6%

(治療室数)

基準に該当する患者割合ごとの治療室数



HCU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（現行）

中医協 総-2
7. 1 1. 2 6

【ハイケアユニット用】 現行

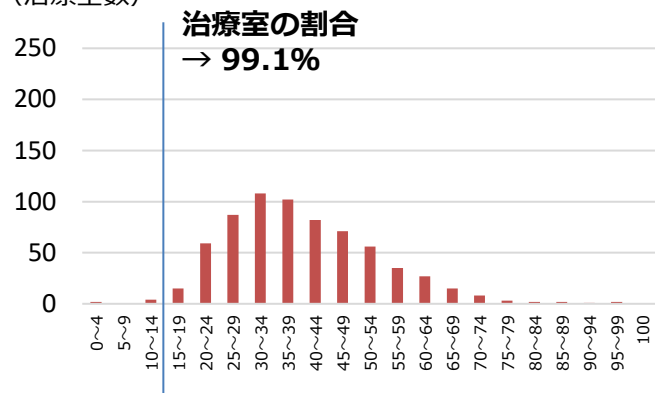
A モニタリング及び処置等	基準①	基準②
1 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	-	○
2 蘇生術の施行	○	○
3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	-	○
4 注射薬剤 3 種類以上の管理（最大 7 日間）	-	○
5 動脈圧測定（動脈ライン）	-	○
6 シリンジポンプの管理	-	○
7 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	○	○
8 人工呼吸器の管理	○	○
9 輸血や血液製剤の管理	○	○
10 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	○	○
11 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	○	○

基準①	2, 7, 8, 9, 10又は11のうち 1項目以上に該当
基準②	1～11のうち1項目以上に該当

基準に該当する患者割合の要件	
ハイケアユニット 入院医療管理料 1	基準① 1.5割以上 かつ 基準② 8割以上
ハイケアユニット 入院医療管理料 2	基準① 1.5割以上 かつ 基準② 6.5割以上

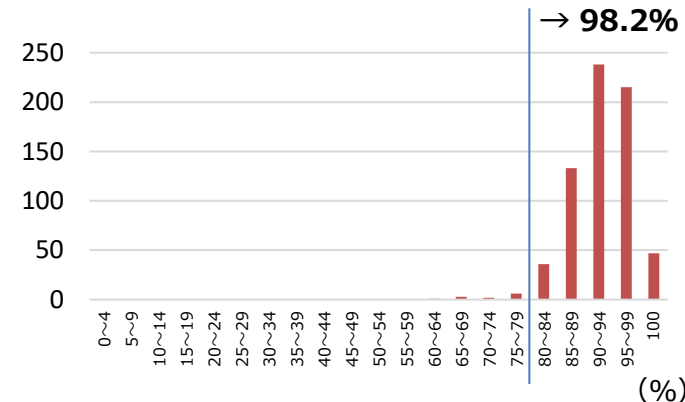
基準①

(治療室数)



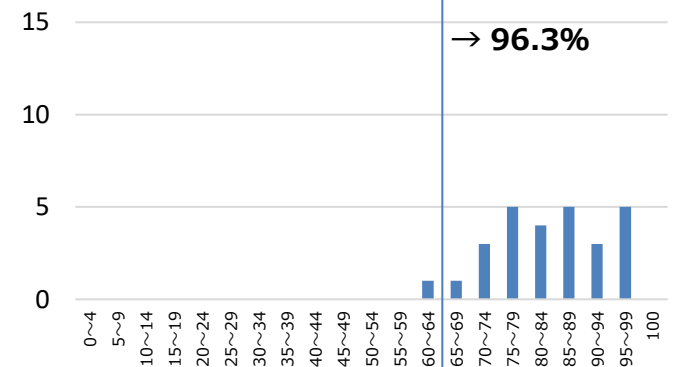
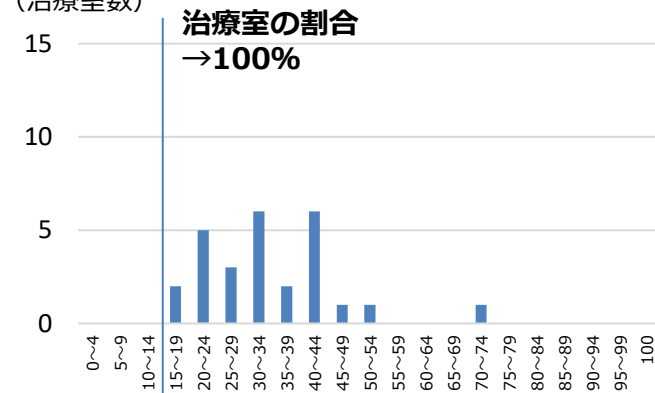
基準②

患者割合ごとの治療室数



■ ハイケアユニット入院医療管理料 1 (n=681)

(治療室数)



■ ハイケアユニット入院医療管理料 2 (n=27)

(%)

HCU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（1）

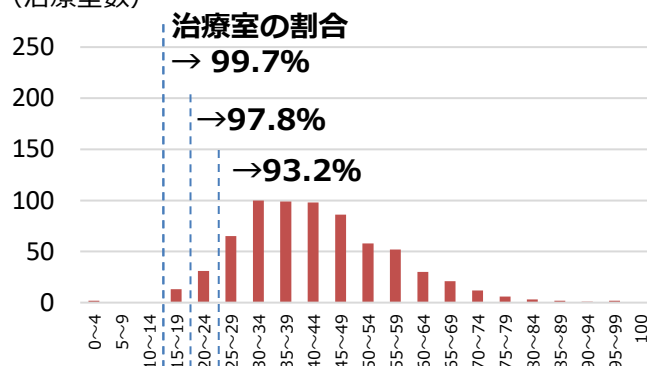
中医協 総-2
7.11.26改

【ハイケアユニット用】（パターン1）新たに2項目を導入

A モニタリング及び処置等	基準①	基準②
1 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	-	○
2 蘇生術の施行	○	○
3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	-	○
4 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	-	○
5 動脈圧測定（動脈ライン）	-	○
6 シリンジポンプの管理	-	○
7 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	○	○
8 人工呼吸器の管理	○	○
9 輸血や血液製剤の管理	○	○
10 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	○	○
11 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	○	○
12 抗不整脈剤の使用（注射剤）	○	○
13 一時的ペーシング	○	○

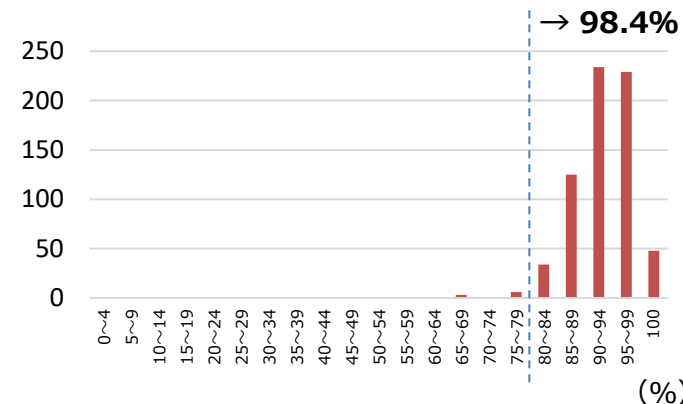
基準①

（治療室数）



基準②

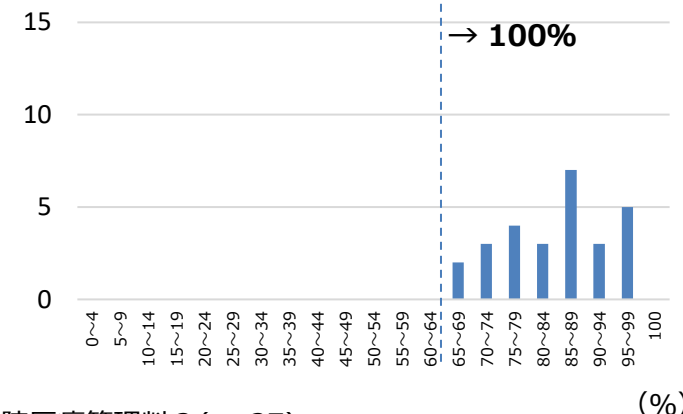
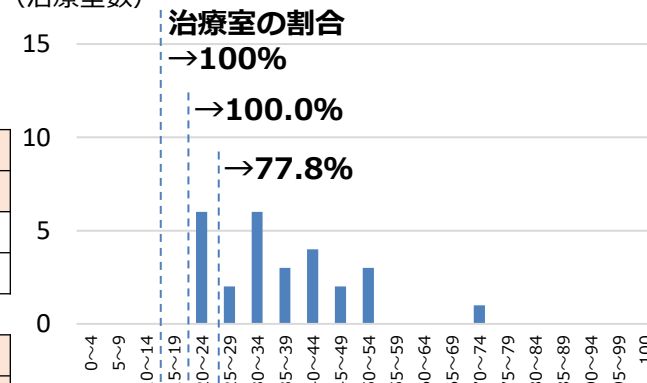
患者割合ごとの治療室数



■ ハイケアユニット入院医療管理料1 (n=681)

基準①	2, 7, 8, 9, 10, 11, 12又は13のうち 1項目以上に該当
基準②	1～13のうち1項目以上に該当

（治療室数）



■ ハイケアユニット入院医療管理料2 (n=27)

基準に該当する患者割合の要件		基準①			基準②
		1.5割	2割	2.5割	8割
ハイケアユニット 入院医療管理料1	該当治療室割合	99.7%	97.8%	93.2%	98.4%
	該当治療室の患者割合	100.0%	97.7%	91.5%	98.3%

基準に該当する患者割合の要件		基準①			基準②
		1.5割	2割	2.5割	6.5割
ハイケアユニット 入院医療管理料2	該当治療室割合	100.0%	100.0%	77.8%	100%
	該当治療室の患者割合	100.0%	100.0%	67.1%	100%

HCU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（2）

【ハイケアユニット用】（パターン2）測定1項目を基準①から除外、新たに2項目を導入

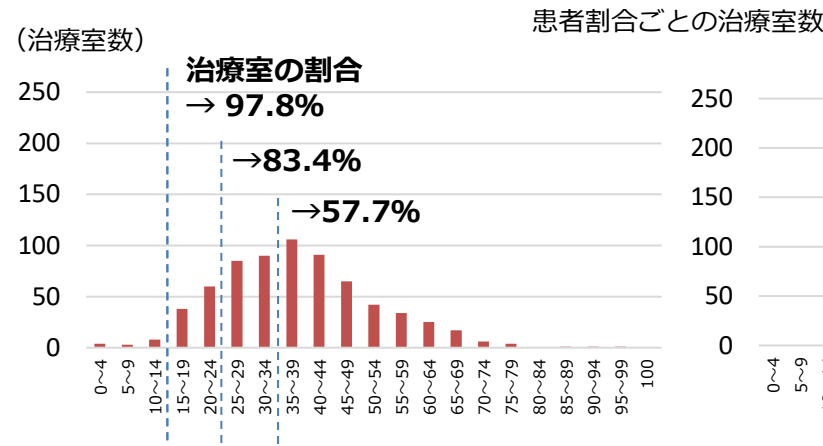
A モニタリング及び処置等	基準①	基準②
1 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	-	○
2 蘇生術の施行	○	○
3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	-	○
4 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	-	○
5 動脈圧測定（動脈ライン）	-	○
6 シリンジポンプの管理	-	○
7 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	-	○
8 人工呼吸器の管理	○	○
9 輸血や血液製剤の管理	○	○
10 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	○	○
11 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	○	○
12 抗不整脈剤の使用（注射剤）	○	○
13 一時的ペースング	○	○

基準①	2, 7, 8, 9, 10, 11, 12又は13のうち1項目以上に該当
基準②	1～13のうち1項目以上に該当

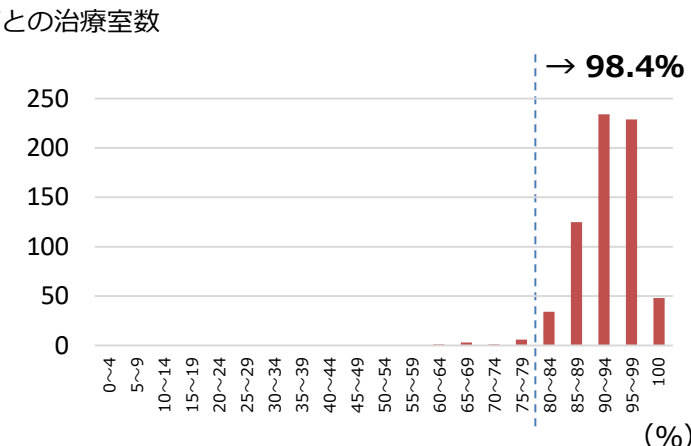
基準に該当する患者割合の要件		基準①			基準②
		1.5割	2.5割	3.5割	8割
ハイケアユニット 入院医療管理料1	該当治療室割合	97.8%	83.4%	57.7%	98.4%
	該当治療室の患者割合	98.0%	80.3%	48.8%	98.3%

基準に該当する患者割合の要件		基準①			基準②
		1.5割	2.5割	3.5割	6.5割
ハイケアユニット 入院医療管理料2	該当治療室割合	100.0%	70.4%	40.7%	100%
	該当治療室の患者割合	100.0%	57.3%	34.4%	100%

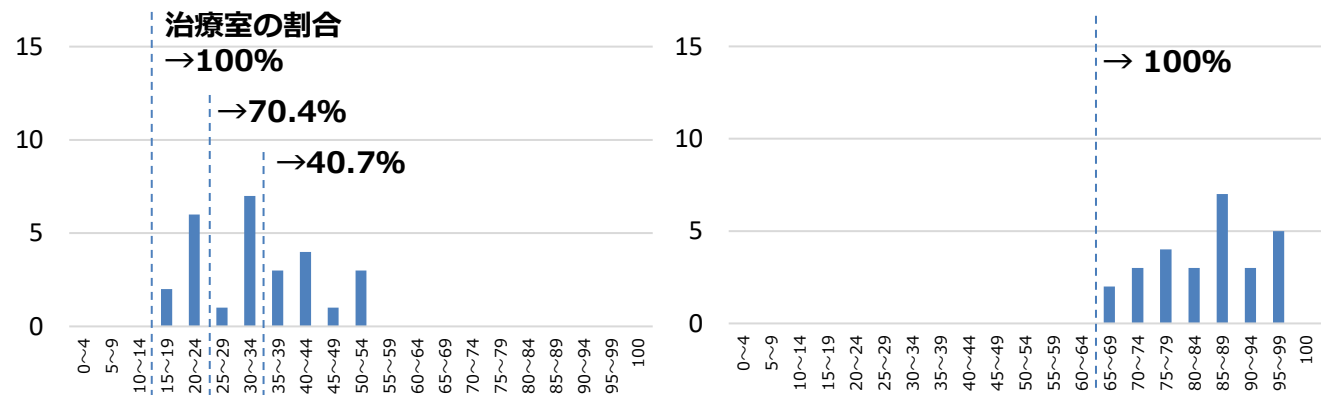
基準①



基準②



■ ハイケアユニット入院医療管理料1 (n=681)



■ ハイケアユニット入院医療管理料2 (n=27)

(8) 情報通信機器を用いた精神療法に係る指摘事項

(12月5日 中央社会保険医療協議会 総会)

【個別事項について(その13) 精神医療②】

- 情報通信機器を用いた通院精神療法については、令和6年度診療報酬改定において、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」が整備されたことを踏まえ、指定医による再診に限ることを条件として、評価を了解した経緯がある。今回、当該指針の改訂においてオンライン初診精神療法を認めた理由や、前回改定の検証結果など、実態の分かるデータを改めて示してほしい。

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な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。

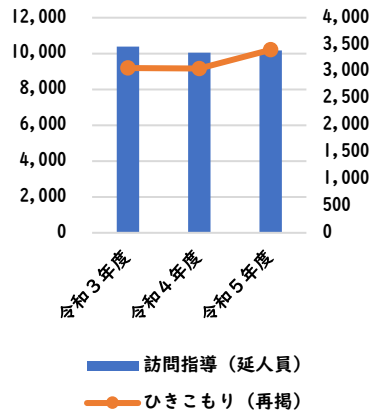
初診におけるオンライン精神療法に係る議論の経緯

精神保健福祉の現状

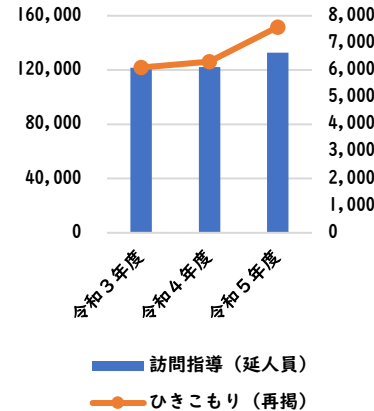
- 精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等によるひきこもり等への訪問指導（行政が行うアウトリーチ支援）の対応件数は増加傾向である。こうした方は医療機関への受診が困難な場合もあり、行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が求められている。
- 十分な情報がない、初めて診察を受ける患者に対し、情報通信機器による精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見は明らかではないが、医療機関と行政職員との連携体制が構築され、行政が行うアウトリーチ支援により蓄積した情報を医療機関が適切に活用ができる場合には、初診からの適切なオンライン精神療法の実施が可能になるとの意見がある。

行政における精神保健福祉（ひきこもり）に関する訪問指導

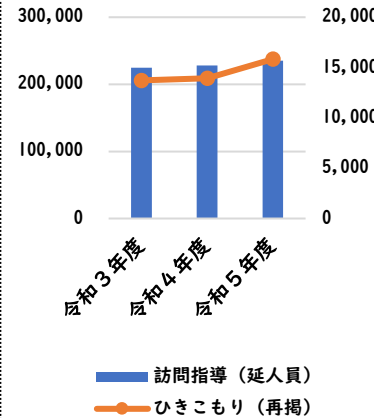
精神保健福祉センターにおける訪問指導件数（延人員）



保健所における訪問指導件数（延人員）（※2）



市区町村における訪問指導件数（延人員）（※2）



オンライン通院精神療法を実施する医療機関からのヒアリングでの御意見

- ・ 保健所や市町村等から未治療者、治療中断者や引きこもりの者等に関する依頼があるが、診察の機会は限られている。医療機関と行政職員との連携体制が構築され、情報収集や情報共有ができる場合には、初診からの適切なオンライン精神療法の実施が可能になると考えられる。

精神保健福祉の検討会の方向性

- 一定の条件のもと、患者自身の希望がある場合には、初診におけるオンライン精神療法を活用して、継続した医療につなげていくことを可能とする指針案が示されている。



精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会の概要

1. 趣旨

- 近年の精神保健医療福祉施策は、「入院医療中心から地域生活中心へ」「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という理念の下、精神障害者等に対する支援の充実が図られてきた。令和4年に成立した精神保健福祉法の改正法では、患者の権利擁護を一層進めるため、医療保護入院の入院期間を法定化する等の措置が盛り込まれ、令和6年4月1日から本格的に施行されたところである。
- こうした状況を踏まえ、精神保健医療福祉の今後の施策推進について、幅広く検討する場として、「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」を開催する。

2. 検討事項

- (1) 精神保健医療福祉に関する現状と課題について
- (2) 課題への対応について
- (3) その他

3. 開催状況

第1回	令和6年5月20日	第8回	令和7年8月20日
第2回	令和6年8月7日	第9回	令和7年9月8日
第3回	令和6年10月3日	第10回	令和7年9月29日
第4回	令和7年1月15日	第11回	令和7年10月20日
第5回	令和7年3月10日	第12回	令和7年12月1日
第6回	令和7年5月12日		
第7回	令和7年6月9日		

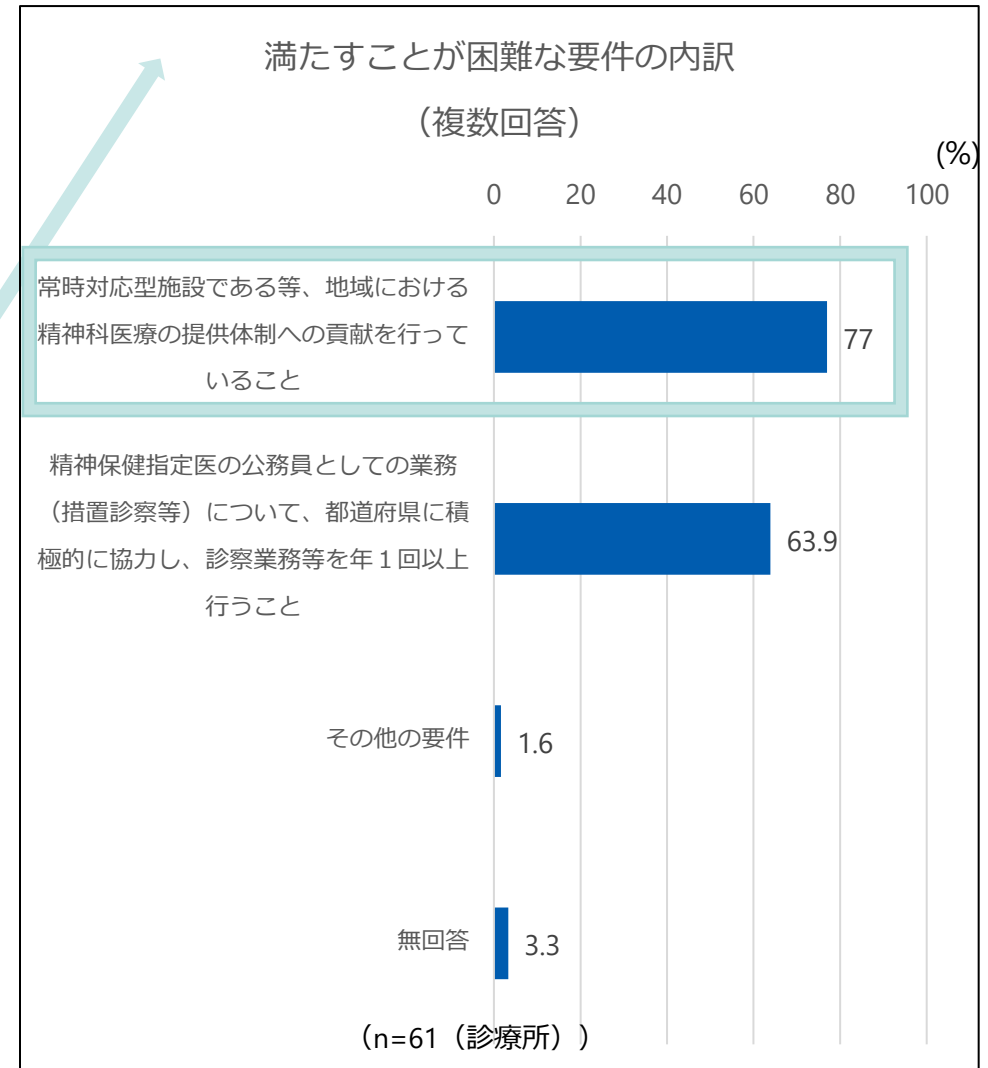
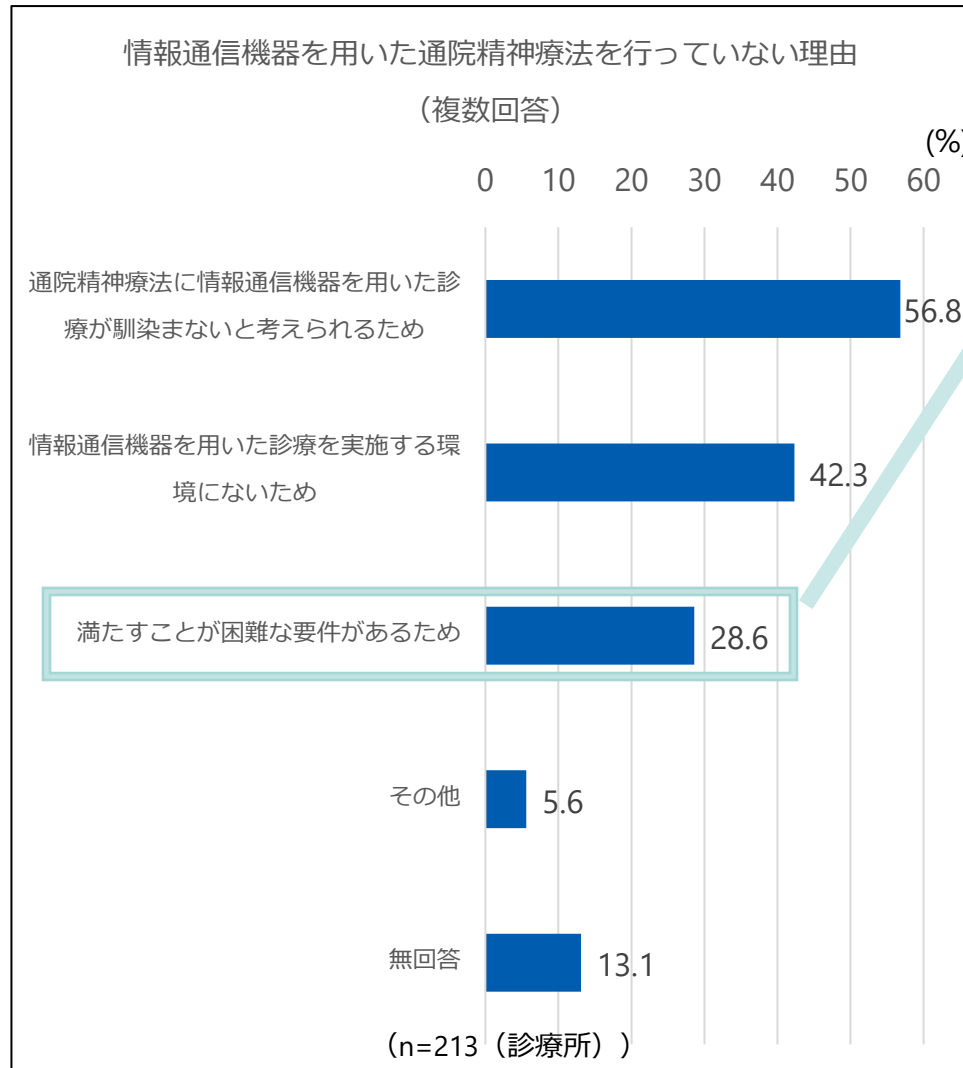
4. 構成員

- | | |
|--------|---------------------------------|
| 家保 英隆 | 高知県理事（保健医療担当） |
| 池原 毅和 | 東京アドヴォカシー法律事務所 代表弁護士 |
| 岩上 洋一 | （一社）全国地域で暮らそうネットワーク 代表理事 |
| 上田 容子 | （公社）日本精神神経科診療所協会事務局長 常任理事 |
| 江澤 和彦 | （公社）日本医師会 常任理事 |
| 岡田 久実子 | （公社）全国精神保健福祉会連合会理事長 |
| 岡部 正文 | 日本相談支援専門員協会理事 |
| 柄澤 尚江 | 北広島市保健福祉部 理事 |
| ○神庭 重信 | 九州大学 名誉教授 |
| 北村 立 | （公社）全国自治体病院協議会 常務理事 |
| 吉川 隆博 | （一社）日本精神科看護協会 会長 |
| 桐原 尚之 | 全国「精神病」者集団運営委員 |
| 柑本 美和 | 東海大学法学部法律学科 教授 |
| 小阪 和誠 | （一社）日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構 代表理事 |
| 小嶋 修一 | TBSテレビ報道局 特別解説委員 |
| ○田辺 国昭 | 東京大学大学院法学政治学研究科 教授 |
| 田村 綾子 | （公社）日本精神保健福祉士協会 会長 兼 聖学院大学 副学長 |
| 辻本 哲士 | 滋賀県立精神保健福祉センター 所長 |
| 長瀬 幸弘 | （公社）日本精神科病院協会 理事 |
| 長谷川 花 | 静岡赤十字病院精神神経科 部長 |
| 花村 温子 | （公社）日本公認心理師協会 理事・保健医療分野委員長 |
| 藤井 千代 | NCNP 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部長 |
| 松本 珠実 | （公社）日本看護協会 常任理事 |
| 水野 紀子 | 東北大学名誉教授 兼 白鷗大学教授 |
| 森 敏幸 | 精神保健福祉事業団体連絡会 共同代表 |
| 山口 文佳 | 長崎県上五島保健所長 |

◎座長、○座長代理（五十音順、敬称略）

情報通信機器を用いた通院精神療法を行っていない理由

- 情報通信機器を用いた通院精神療法を行っていない理由として、地域における精神科医療の提供体制への貢献に係る要件を満たすことが難しいことあげる診療所が一定ある。



参考資料

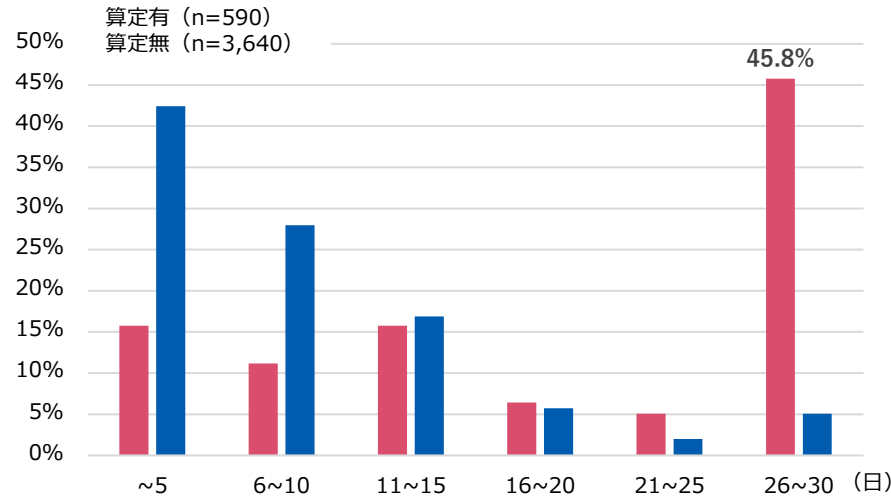
同一建物に居住する利用者がある場合の訪問看護の状況

中医協 総一 2
7 . 1 0 . 1

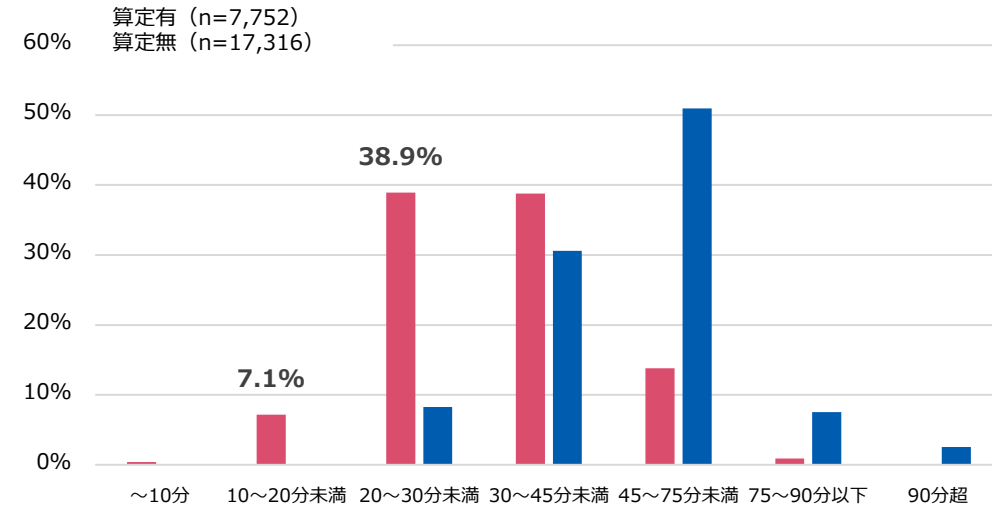
- 訪問看護基本療養費Ⅱを算定する場合の訪問看護は、1月あたり訪問日数が多く、1回あたりの訪問時間は短い傾向。
- 同一建物に居住する利用者数が増えると、1回の訪問時間は短くなる傾向。

■ 訪問看護基本療養費（Ⅱ）算定有 ■ 訪問看護基本療養費（Ⅱ）無

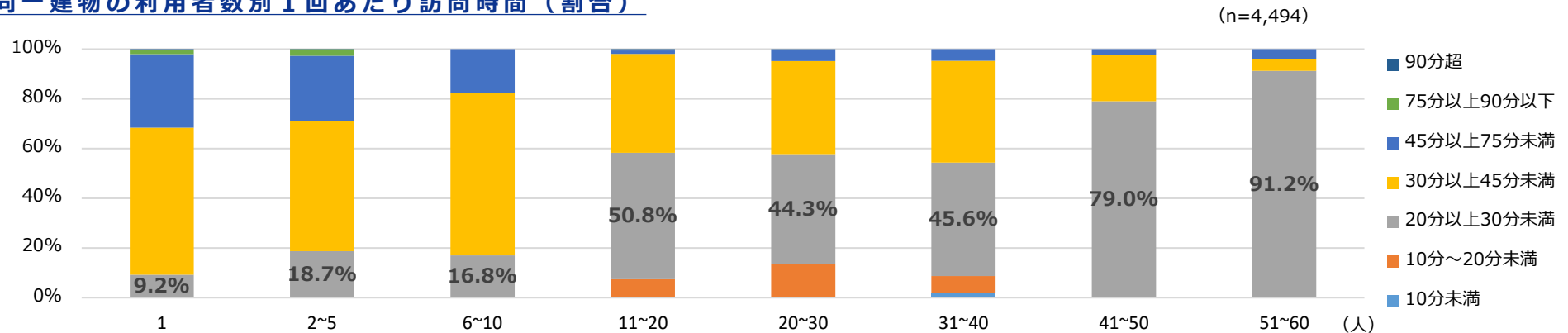
■ 訪問看護基本療養費Ⅱ算定有無別1月あたり訪問日数（割合）



■ 訪問看護基本療養費Ⅱ算定有無別1回あたり訪問時間（割合）



■ 同一建物の利用者数別1回あたり訪問時間（割合）



訪問看護管理療養費 1 及び 2 の届出状況

中 医 協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

- 令和 6 年度診療報酬改定において、訪問看護管理療養費（月の 2 日目以降の訪問の場合）の要件及び評価が見直された。
- 令和 7 年 7 月 1 日時点で、訪問看護管理療養費 1 を届け出たステーション数は 12,317 事業所、訪問看護管理療養費 2 を届け出たステーション数は 7,403 事業所である。

訪問看護管理療養費の見直し（月の 2 日目以降の訪問の場合）

改定後

【訪問看護管理療養費】

2 月の 2 日目以降の訪問の場合（1 日につき）

<u>（新）</u>	<u>イ</u>	<u>訪問看護管理療養費 1</u>	<u>3,000円</u>
<u>（新）</u>	<u>ロ</u>	<u>訪問看護管理療養費 2</u>	<u>2,500円</u>

[施設基準]

・ 訪問看護管理療養費 1 の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものが占める割合が 7 割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。

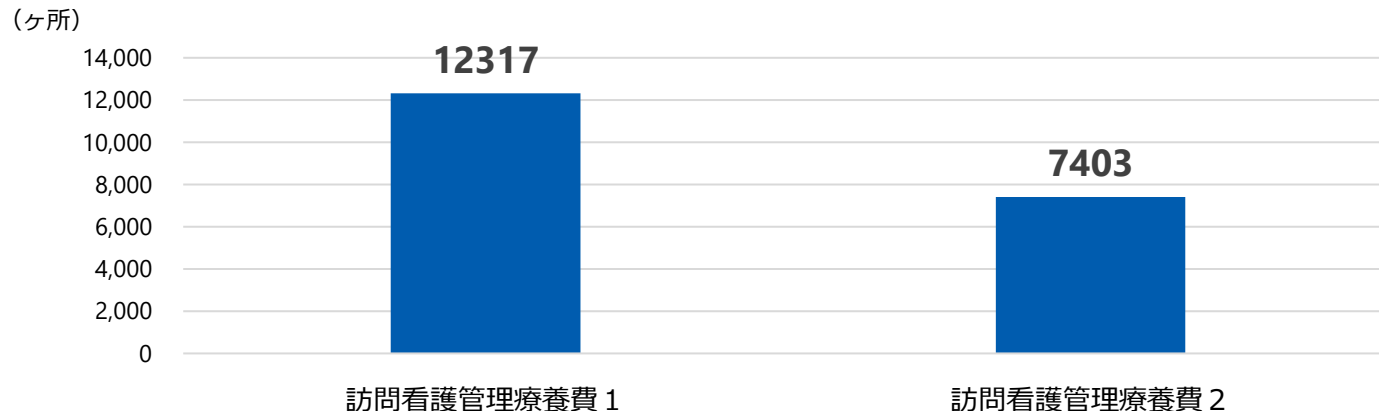
イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。

ロ 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF 尺度による判定が 40 以下の利用者の数が月に 5 人以上であること。

・ 訪問看護管理療養費 2 の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が 7 割以上であること又は当該割合が 7 割未満であって上記のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。

■ 訪問看護管理療養費（月の 2 日目以降の訪問の場合）の届出状況



○ 高齢者住まい等に居住する利用者に対して、住まいに併設する訪問看護ステーション等の看護職員から短時間で頻回に実施される看護は、医療機関に入院中の患者への看護と同様に継続・断続的に提供されている状況も想定されるが、訪問看護療養費の算定はその一部である。また、併設する訪問看護ステーションからは効率的に訪問看護を行うことが可能であり、その場合の1月あたり訪問看護療養費の算定は高額となる。

高齢者住まいに居住中の利用者であり、以下の状況を想定した場合の例

- 当該住まいには別表第7の疾病等に該当する利用者が50名居住しており、全員に対して併設する訪問看護ステーションから訪問看護が行われている。また「看護師による24時間のケアや見守り」を提供しているとホームページ等で提示。

■ 1人の利用者への対応スケジュール例（1日）

0（時）		8		16		24	
【看護の例】	巡視	★ 巡視 おむつ交換	食事介助 （申し送り） おむつ交換	★ 観 カ 入 入 浴 介 助 カ テ ー テ ル 管 理 観 察	食事介助 おむつ交換 （申し送り）	★ 巡視 おむつ交換	巡視
					食事介助 観察 薬剤投与		

※上記以外にナースコール対応等の断続的な対応も想定される。

■ 1月当たり（30日分）の訪問看護療養費算定例（上記1日スケジュールの★部分に対して算定）

		単価（円）	算定日数	計（円）
訪問看護基本療養費Ⅱ	同一日に3人以上、週3日まで	2,780	14	38,920
	同一日に3人以上、週4日以上	3,280	16	52,480
難病等複数回訪問加算	1日に3回以上、同一建物内3人以上	7,200	30	216,000
複数名訪問看護加算	看×補 同一建物内3人以上（1日3回）	9,000	30	270,000
夜間・早朝訪問看護加算		2,100	30	63,000
深夜訪問看護加算		4,200	30	126,000
緊急訪問看護加算	月14日目まで	2,650	10	26,500
訪問看護管理療養費	月の初日（機能強化型以外）	7,670	1	7,670
	2日目以降(2)	2,500	29	72,500
24時間対応体制加算	月に1回	6,800	1	6,800
特別管理加算	月に1回	5,000	1	5,000
合計				884,870

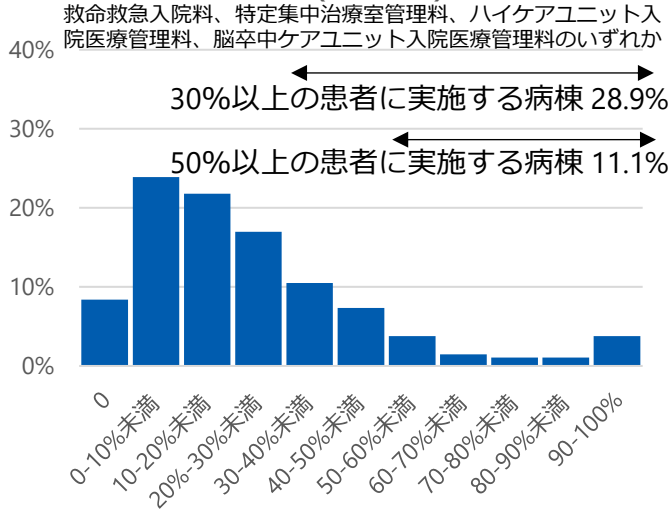
※訪問看護療養費のほかに、訪問診療等による診療報酬や訪問介護による介護給付費等の費用も想定される。

入院料ごとの身体的拘束の実施状況

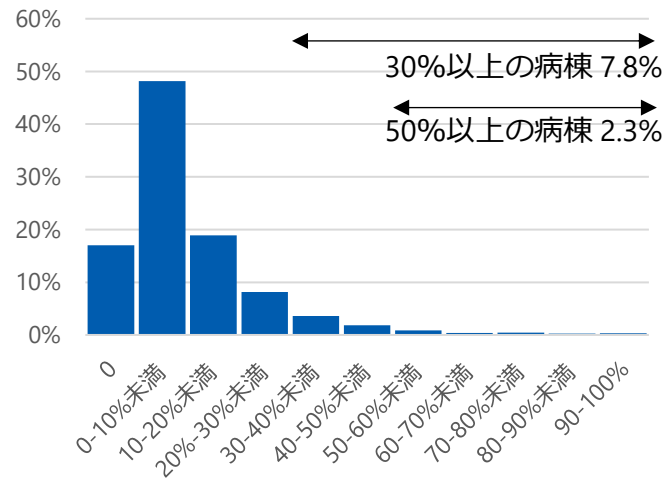
中医協 総-3
7. 10. 29

- 身体的拘束を実施している患者の割合はいずれの入院料においても0～10%をピークとして分布している。治療室、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟では、右になだらかな分布を示し、一定以上の割合の患者に身体的拘束を実施している病棟の割合が比較的高い。

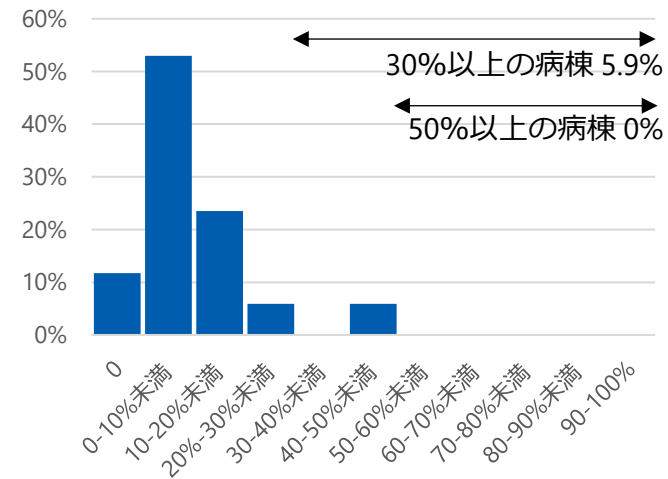
治療室(n=477)



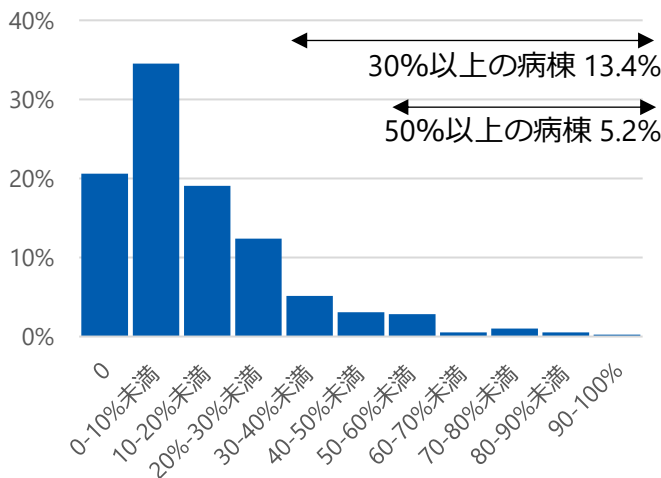
急性期一般入院料(n=2362)



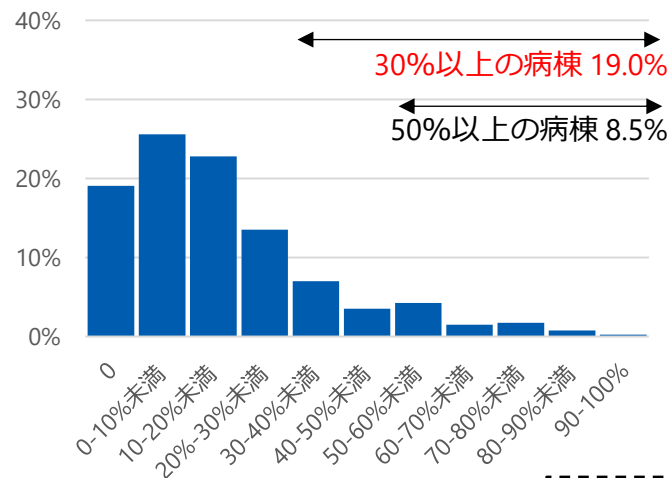
地域包括医療病棟入院料(n=17)



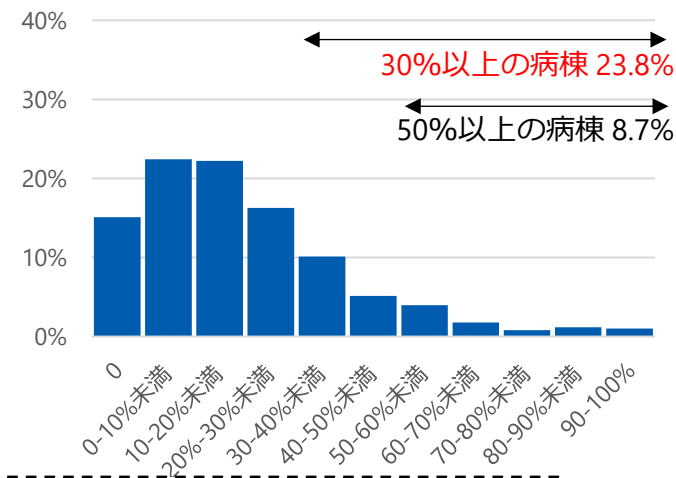
地ケア病棟 (n=388)



回リハ病棟 (n=399)



療養病棟 (n=504)



(※) 身体的拘束の実施率 = 令和6年10月の1か月間における①/②
①身体的拘束を実施した患者数(実人数) ②実入院患者数

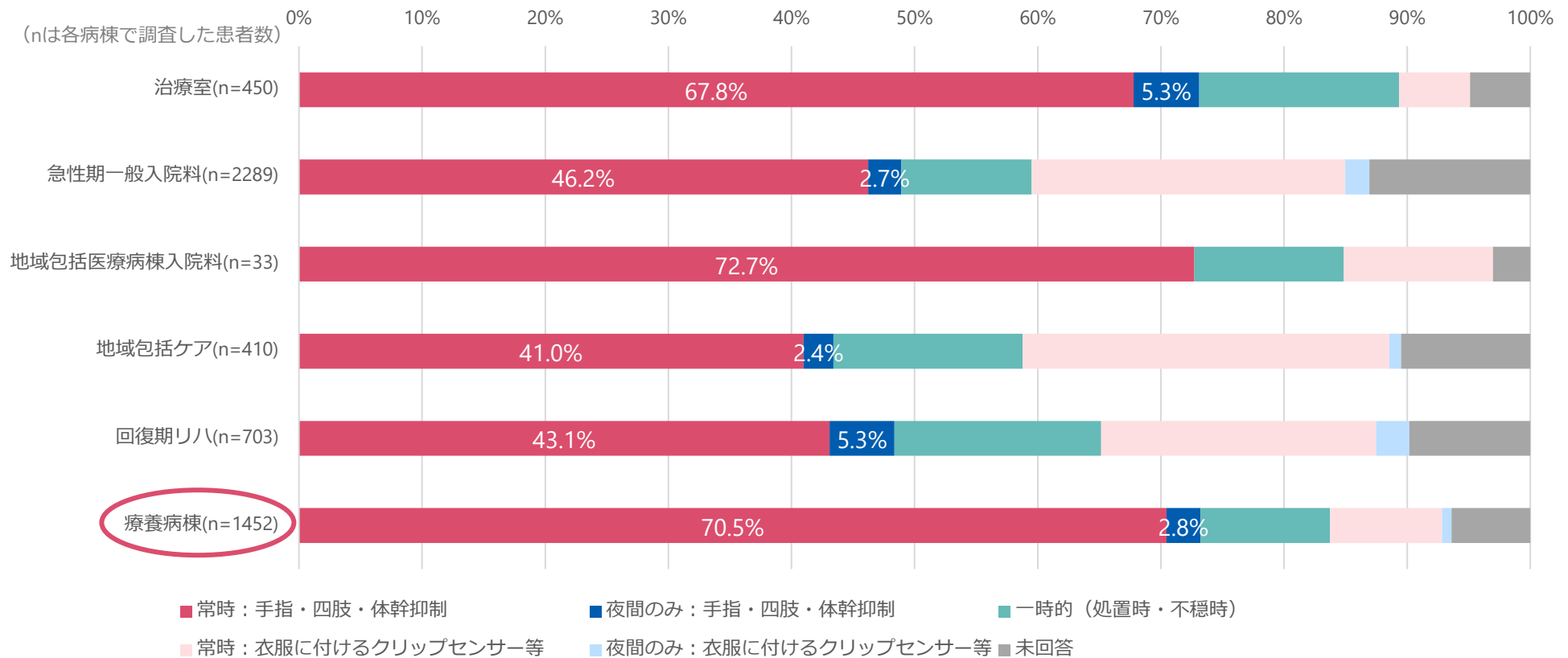
入院料ごとの身体的拘束の時間・方法

中医協 総-3
7. 10. 29

- 身体的拘束が行われている患者のうち手指・四肢・体幹の抑制を常時行っている割合は、治療室、地域包括医療病棟、療養病棟で約7割であった。地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟では処置時等の一時的な身体的拘束が多かった。また、急性期一般入院料・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟では、衣服等に装着して患者の離床等を把握するクリップセンサー等を使用している割合が高かった。

入院料ごとの身体的拘束の時間と方法

(直近で身体的拘束を行った1日の状況を患者ごとに回答。nは各病棟で調査した患者数)



療養病棟における認知症有無別の処置ごとと身体的拘束実施率

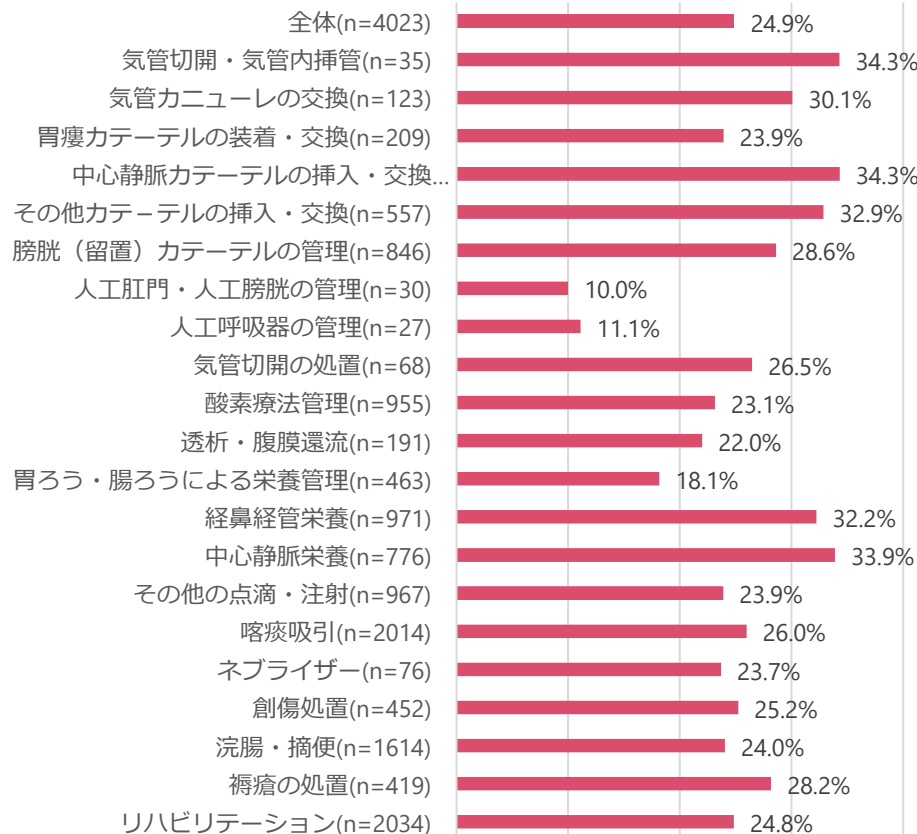
中医協 総-3
7. 10. 29

- 認知症のある患者においては、気管カニューレや経鼻胃管、中心静脈カテーテル等が挿入されている場合に、30%以上の患者においてなんらかの身体的拘束が実施されていた。
- 認知症のない患者においては、認知症のある患者と比べて全体的に身体的拘束の実施割合は低いものの、中心静脈カテーテルや経鼻胃管が挿入されている患者では20%近い割合で身体的拘束が実施されていた。

調査日を含む過去7日間以内に身体的拘束を実施した患者の割合

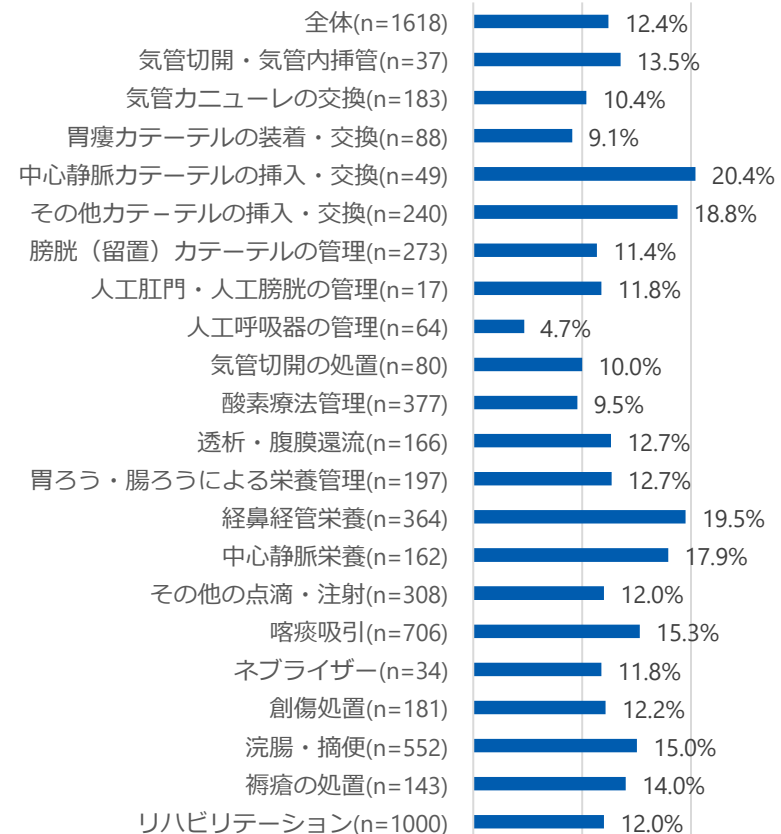
認知症あり

0% 10% 20% 30% 40%



認知症なし

0% 10% 20% 30% 40%



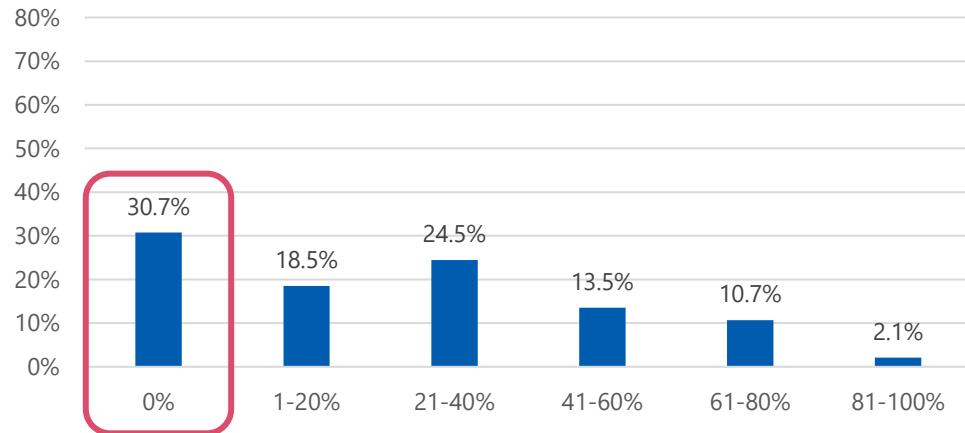
療養病棟における患者像をふまえた身体的拘束の実施状況

診調組 入-2
7. 8. 21

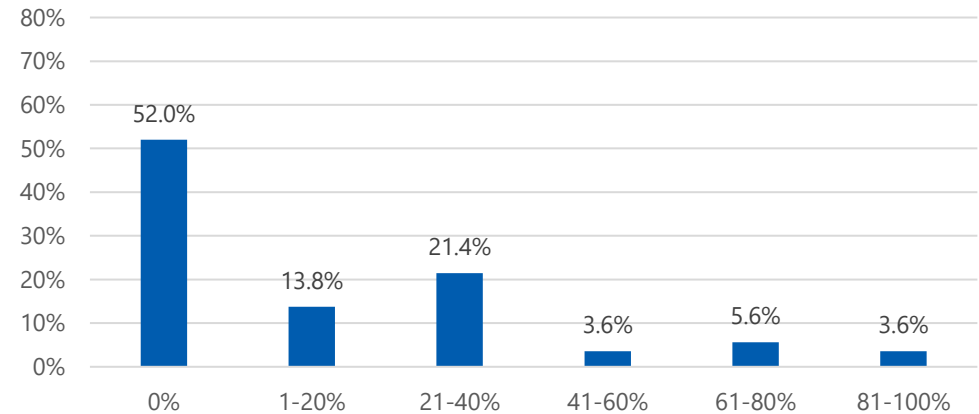
- デバイス（※1）の有無と認知症の有無で群分けした患者ごとに、各施設における調査日から7日間以内の身体的拘束の実施率（※2）を集計すると、デバイスや認知症の有無によって身体的拘束の実施状況には違いがあった。
- デバイスが入っている認知症の患者に対して身体的拘束を実施していない病棟が約3割ある一方、デバイスが入っておらず認知症なしと判断された患者に対して20%以上身体的拘束を実施している施設が約2割存在した。

身体的拘束の実施率ごとの病棟の割合

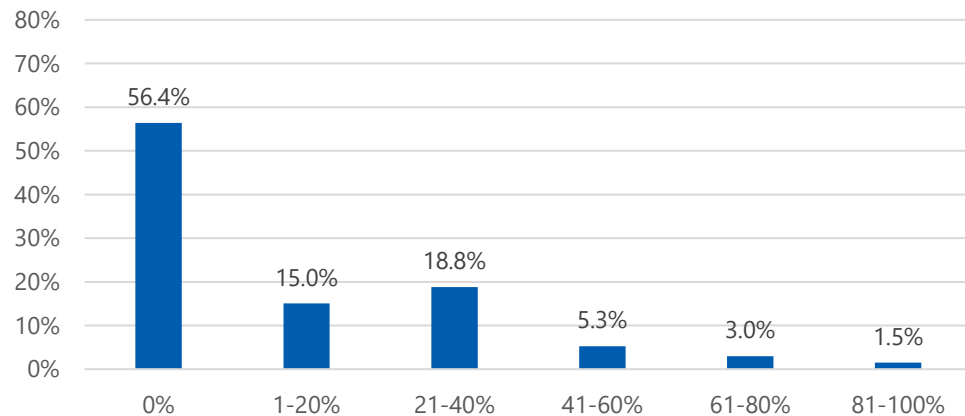
デバイスあり×認知症ありの患者（n=384病棟）



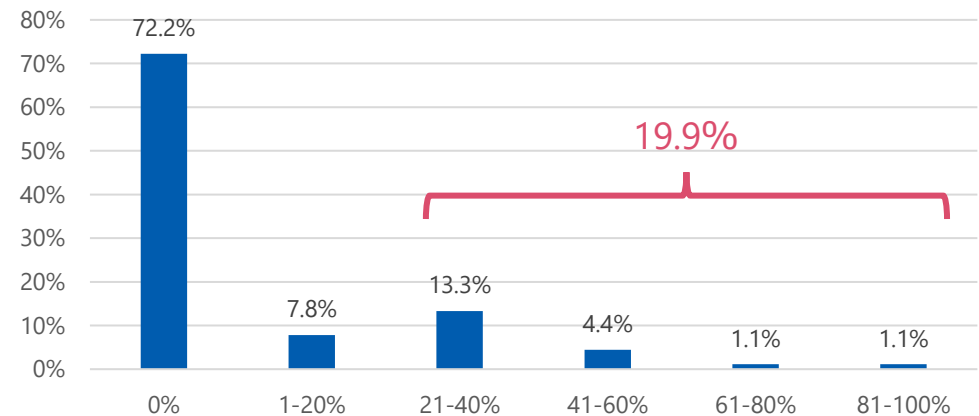
デバイスなし×認知症ありの患者（n=196病棟）



デバイスあり×認知症なしの患者（n=133病棟）



デバイスなし×認知症なしの患者（n=90病棟）



※1 中心静脈栄養、経鼻胃管、胃ろう・腸ろう、末梢点滴、尿道カテーテル、人工呼吸器のいずれか。
 ※2 身体的拘束の実施率=身体的拘束を過去7日以内に実施された患者人数/各群に該当する患者全体の人数（いずれも患者票で回答された患者）

障害者施設等入院基本料等を算定する患者の傷病名

中医協 総-3
7. 10. 29

- 慢性期の入院料別の主たる傷病名ごとの患者数は以下のとおりであり、障害者施設等入院基本料7対1入院料とそれ以外では、疾患の傾向や平均年齢が異なっている。
- 廃用症候群は、障害者施設等入院基本料10対1～15対1と療養病棟の双方に多く入院していた。
- 障害者施設等入院基本料においては、廃用症候群は肢体不自由として対象患者となっている割合が高かった。

入院料別の入院患者数が多い主傷病名上位5疾患

		主傷病名	割合	平均年齢	平均年齢 (療養)	肢体不自由 割合
7 対 1	1	脳性麻痺	48.5%	45歳	47歳	89%
	2	低酸素性脳症	4.4%	35歳	65歳	61%
	3	筋萎縮性側索硬化症	3.6%	75歳	71歳	6.7%
	4	てんかん	2.7%	49歳	72歳	100%
	5	筋強直性ジストロフィー	2.7%	41歳	81歳	9.1%
10 対 1	1	脳性麻痺	26.0%	40歳	47歳	94%
	2	廃用症候群	5.0%	85歳	85歳	79%
	3	末期腎不全	2.8%	73歳	78歳	81%
	4	低酸素性脳症	2.5%	43歳	65歳	100%
	5	てんかん	2.3%	52歳	72歳	77%
13 対 1 ・ 15 対 1	1	廃用症候群	11.8%	89歳	85歳	85%
	2	脳性麻痺	10.0%	35歳	47歳	100%
	3	慢性腎不全	5.9%	79歳	79歳	15%
	4	てんかん	5.0%	48歳	72歳	82%
	5	誤嚥性肺炎	4.5%	86歳	86歳	70%

		主傷病名	割合	平均年齢	平均年齢 (療養)	肢体不自由 割合
療 養 病 棟	1	脳梗塞・脳梗塞後遺症	9.4%		86歳	
	2	廃用症候群	5.4%		85歳	
	3	アルツハイマー型認知症	4.7%		88歳	
	4	慢性心不全	4.0%		88歳	
	5	誤嚥性肺炎	3.8%		86歳	

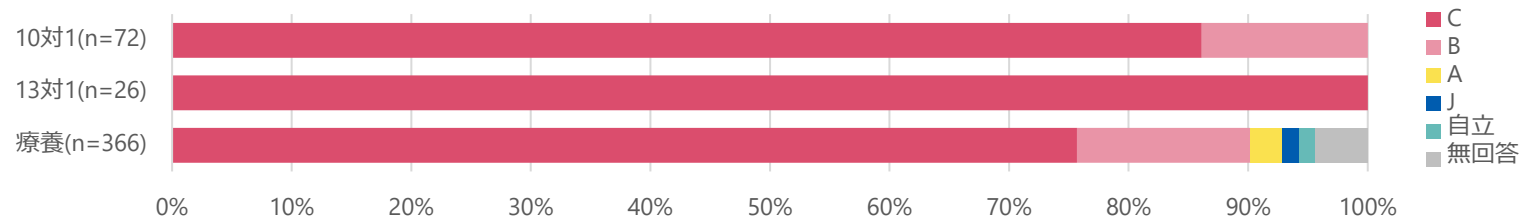
慢性期の病棟における廃用症候群の入院医療の状況

中医協 総-3
7. 10. 29

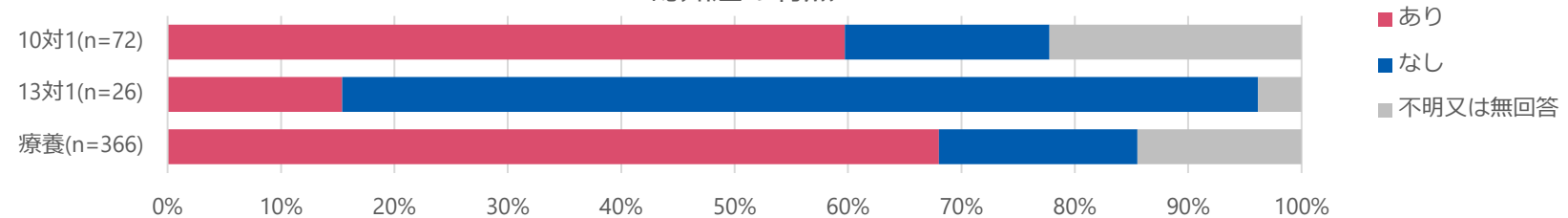
- 廃用症候群を主傷病名として入院する患者の状態は、障害者施設等入院基本料と療養病棟入院料で類似していた。
- レセプト請求点数は、障害者施設等入院基本料で他の入院料より高かった。

廃用症候群を主傷病とする患者の状態

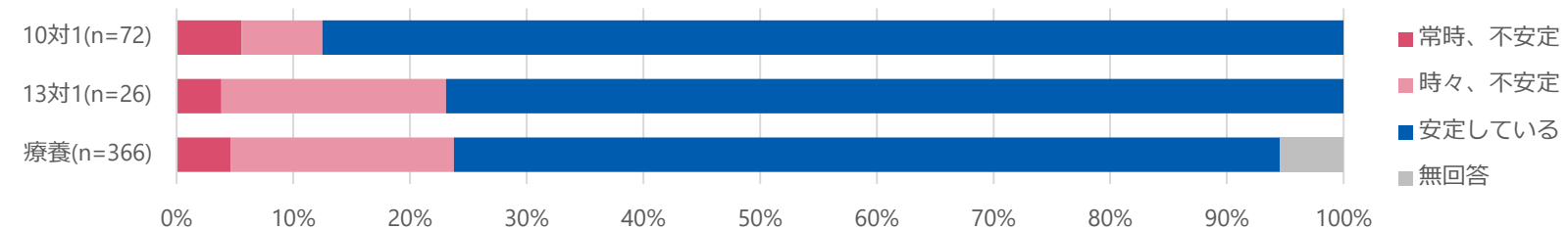
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）



認知症の有無

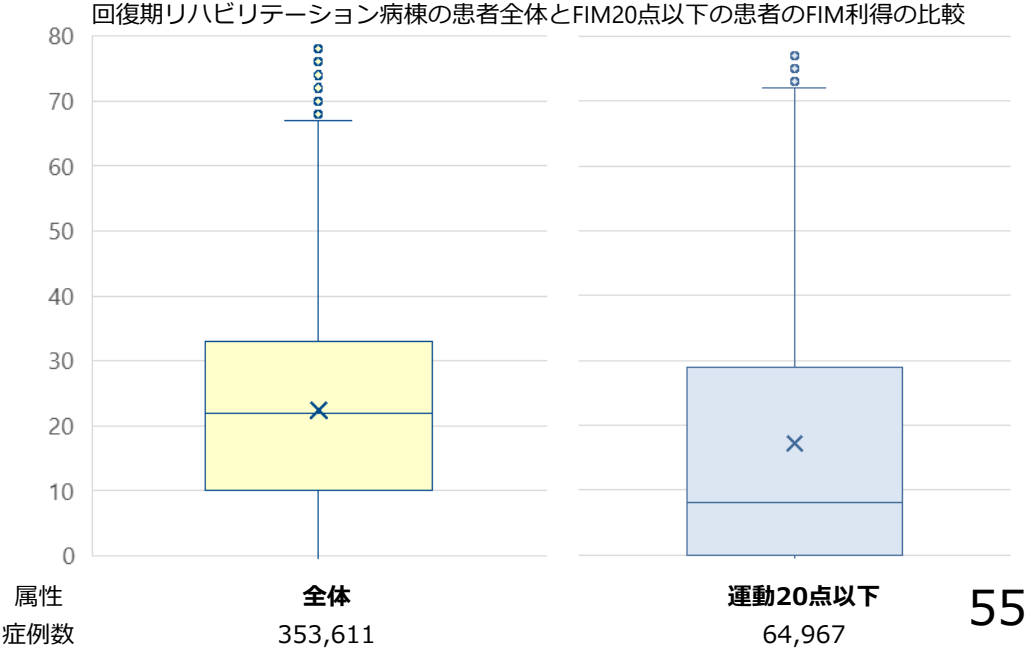
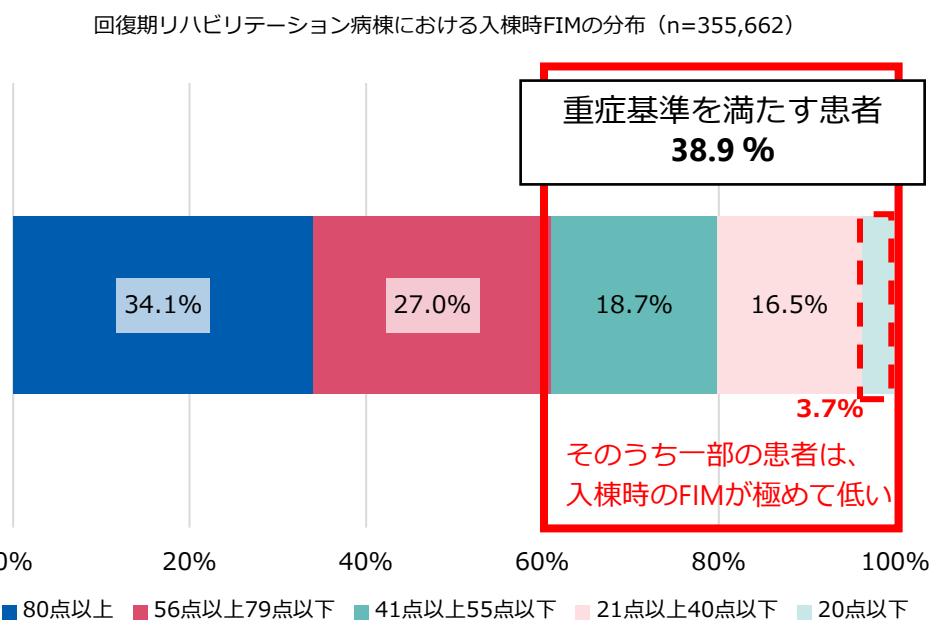


医療的な状態



- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 ～ 4 の施設基準において、「日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下」に該当する重症の患者の入棟基準を設けている。
- 重症の患者は回復期リハビリテーション病棟全体の約 4 割であった。そのうちの約 1 割は、FIM 得点20点以下、即ちFIM運動得点・認知得点ともにほとんどが 1 点（全介助）又はそれに準じる状態であり、これらの患者はFIM利得が全体と比べて小さく、極めて低い患者も多い。

施設基準	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5
新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		－
重症の患者の基準	日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下				
入院時に重症であった患者の退院時の日常生活機能評価（）内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16点）以上改善		3 割以上が 3 点（12点）以上改善		－



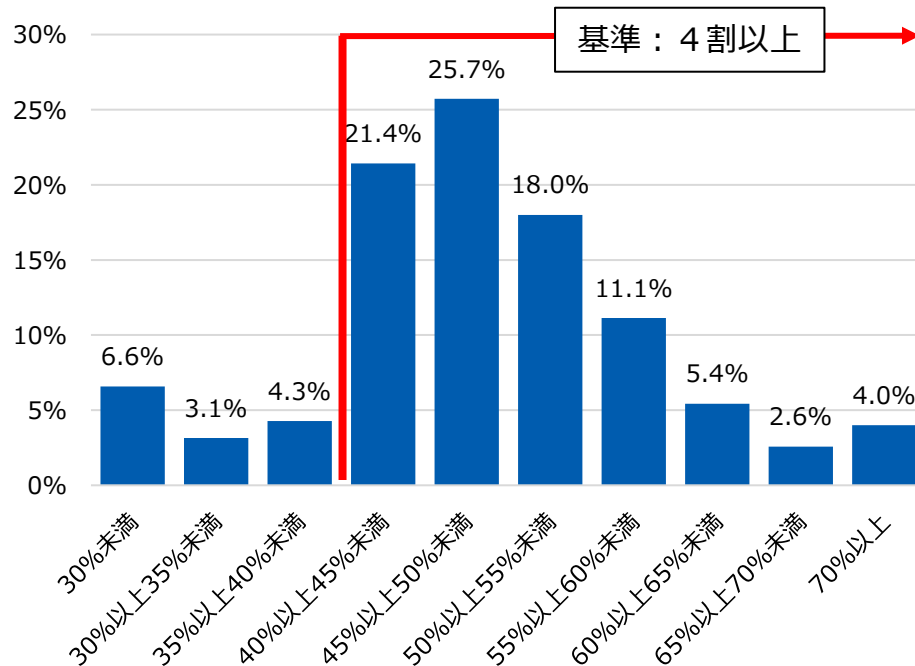
回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの重症患者割合

中医協 総-2
7.11.14

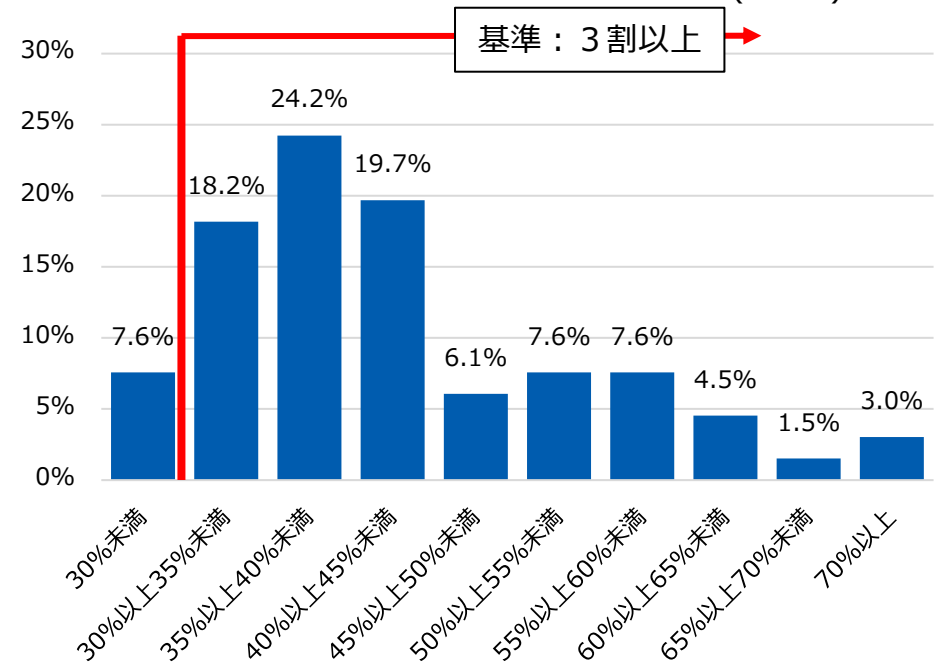
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟ごとの重症患者割合については、各入院料の基準値に近い病棟が多い。特に高い重症患者割合を求めている回復期リハビリテーション病棟入院料1, 2において、その傾向が顕著であった。

重症患者の定義： 日常生活機能評価10点以上 又は FIM得点55点以下

回りハ1・2における重症患者割合の分布(n=350)



回りハ3・4における重症患者割合の分布(n=66)



回りハ入院料1・2では、重症患者4割という高い基準を満たすために、**本来なら回りハ病棟における集中的なリハビリテーションは難しいような患者の入棟を受け入れなければならない状況になっているのではないか。**

効果の実績の評価基準

- 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\sum (\text{FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差})}{\sum \left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right)}$$

<実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
○ ただし、以下の患者を除外する(できる)。

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の**3割以下の範囲で除外**できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者
- ・ 「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後」の状態

リハビリをして効果が上がっても、**FIM運動利得という形では結果が表現されない患者の入棟が制限されないための仕組み**

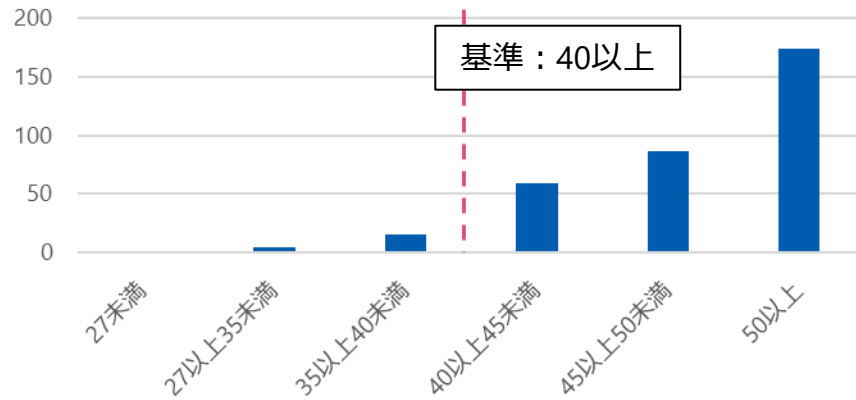
除外患者の割合が多いほど、リハビリテーションの効果が得られにくい患者の割合も増える可能性がある

リハビリテーション実績指数の分布

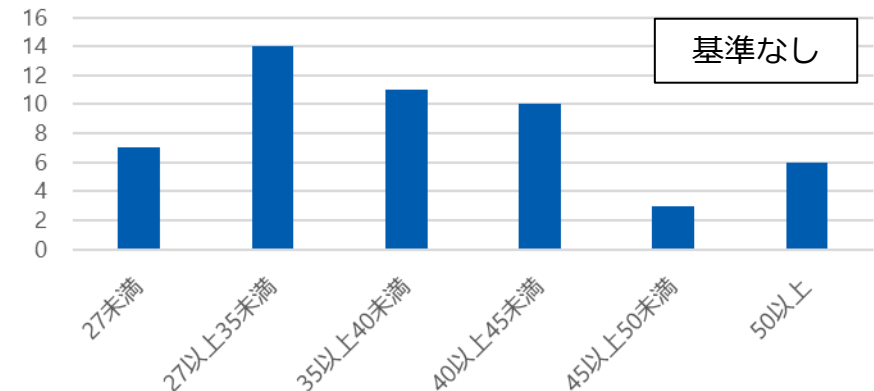
中医協 総-3
7.7.23改

- 実績指数の要件がある入院料 1, 3 では、基準を満たす病棟が大半であり、基準を大きく上回る病棟も見られる。
- 実績指数の要件がない入院料 2, 4 では、実績指数が低い病棟が存在する。

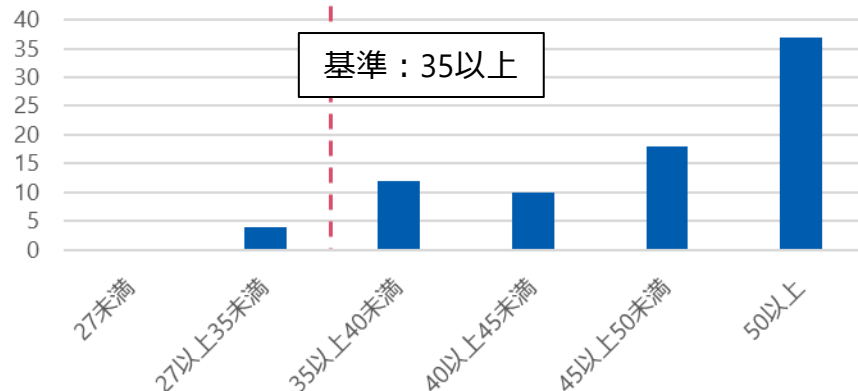
回復期リハビリテーション病棟入院料 1 届出施設の実績指数
(n=339)



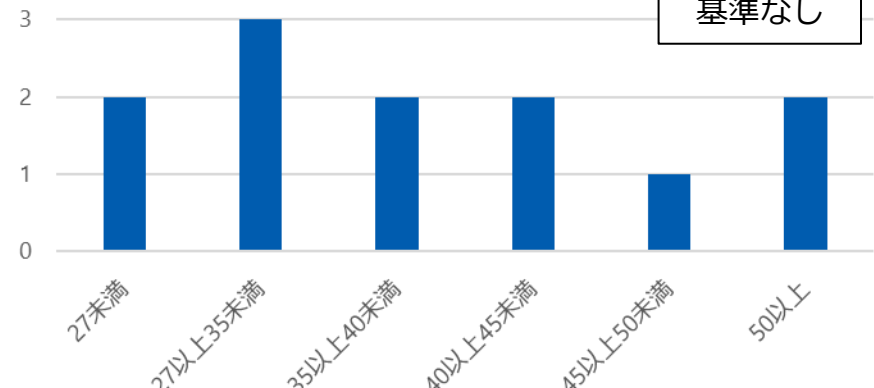
回復期リハビリテーション病棟入院料 2 届出施設の実績指数
(n=51)



回復期リハビリテーション病棟入院料 3 届出施設の実績指数
(n=81)



回復期リハビリテーション病棟入院料 4 届出施設の実績指数
(n=12)



※本集計では除外可能対象者も含まれているため、実際に届け出ている実績指数とは誤差がある。

リハビリテーション実績指数の各除外基準に該当する患者の割合

中医協 総-2
7. 11. 14

- リハビリテーション実績指数の算出から除外できる基準のうち、「年齢が80歳以上のもの」に該当する患者が40%以上である施設がほとんどである。
- 回復期リハビリテーション病棟を有する全ての施設で、主な除外基準のいずれか（※）に該当する患者割合が40%を超えており、計算から除外できる患者を選択できる状況と考えられる。

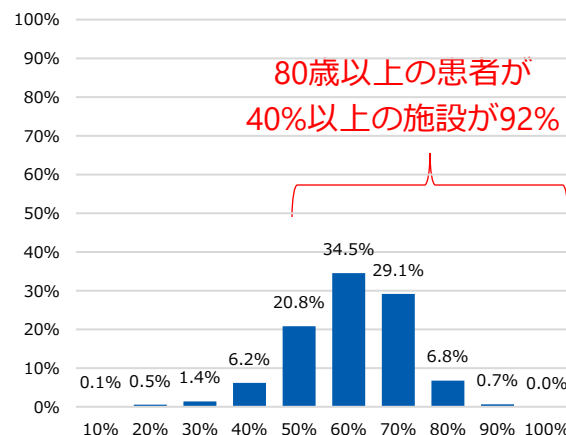
【対象】

令和4年4月- 令和6年5月に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している施設（n = 1,535施設）。死亡症例は除外。

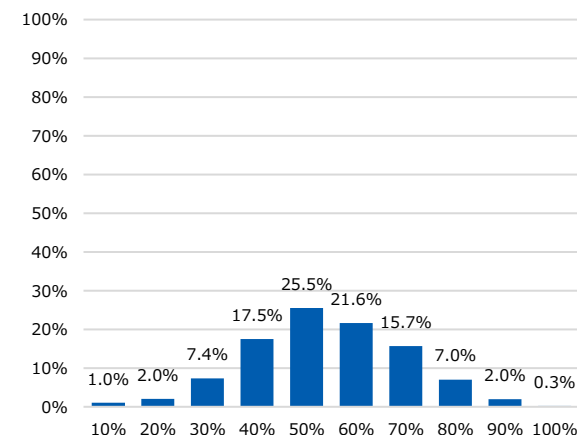
【集計方法】

入棟時情報を元に、各病院におけるそれぞれの項目が占める割合を施設単位で算出し、10%単位でヒストグラムを作成（除外基準の一つである心大血管疾患等に該当する患者は、症例数が少ないこともあり割愛）。

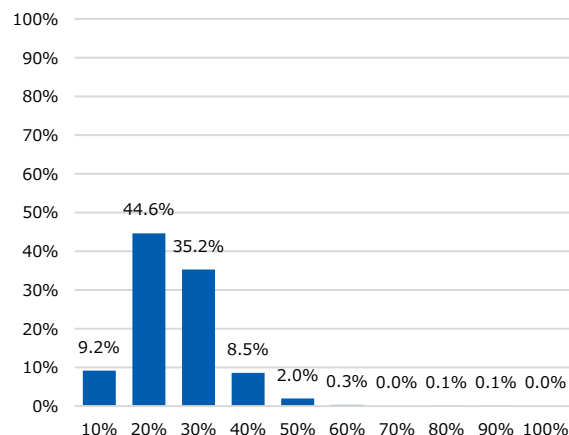
入棟時年齢80歳以上が占める割合



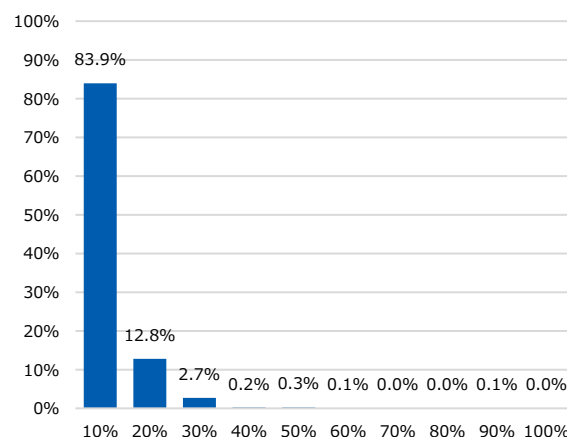
入棟時FIM認知項目24点以下が占める割合



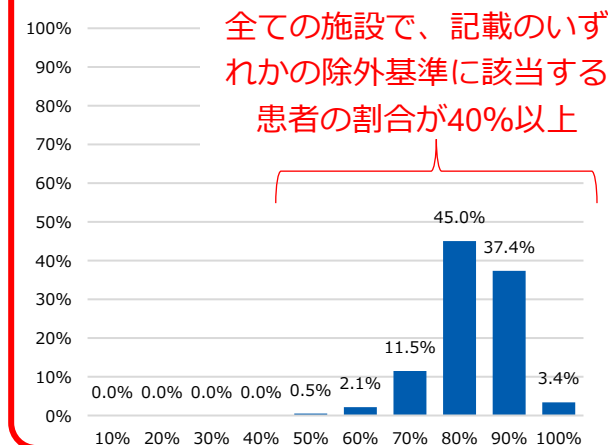
入棟時FIM運動項目20点以下が占める割合



入棟時FIM運動項目76点以上が占める割合



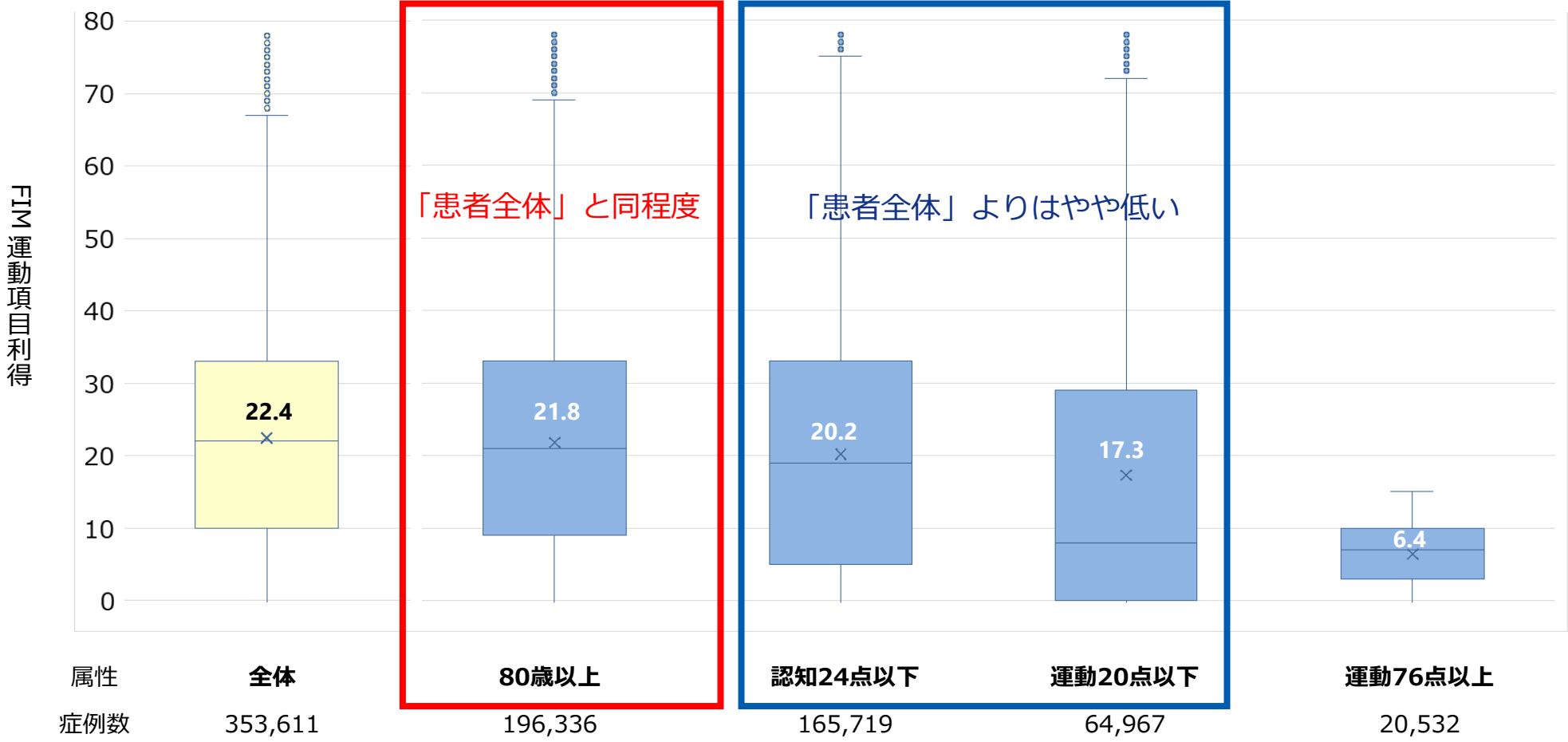
記載のいずれかの除外基準が占める割合 ※



リハビリテーション実績指数の除外基準に該当する患者のFIM利得

- 回復期リハビリテーション病棟における患者全体と除外基準に該当する患者のFIM運動利得を比較すると、「年齢が80歳以上のもの」は患者全体と変わらなかった。
- 一方、「FIM認知項目の得点が24点以下のもの」は全体よりわずかにFIM運動利得が低い範囲に分布しており、「FIM運動項目の得点が20点以下のもの」はさらに低かった。

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者の、属性ごとのFIM運動利得の分布



個別事項について（その18）

医療 D X

1. 医療DXの診療報酬上の評価について
2. マイナ保険証とオンライン資格確認等システム
3. 電子処方箋
4. 電子カルテ・電子カルテ情報共有サービス
5. 救急時医療情報閲覧機能
6. サイバーセキュリティ

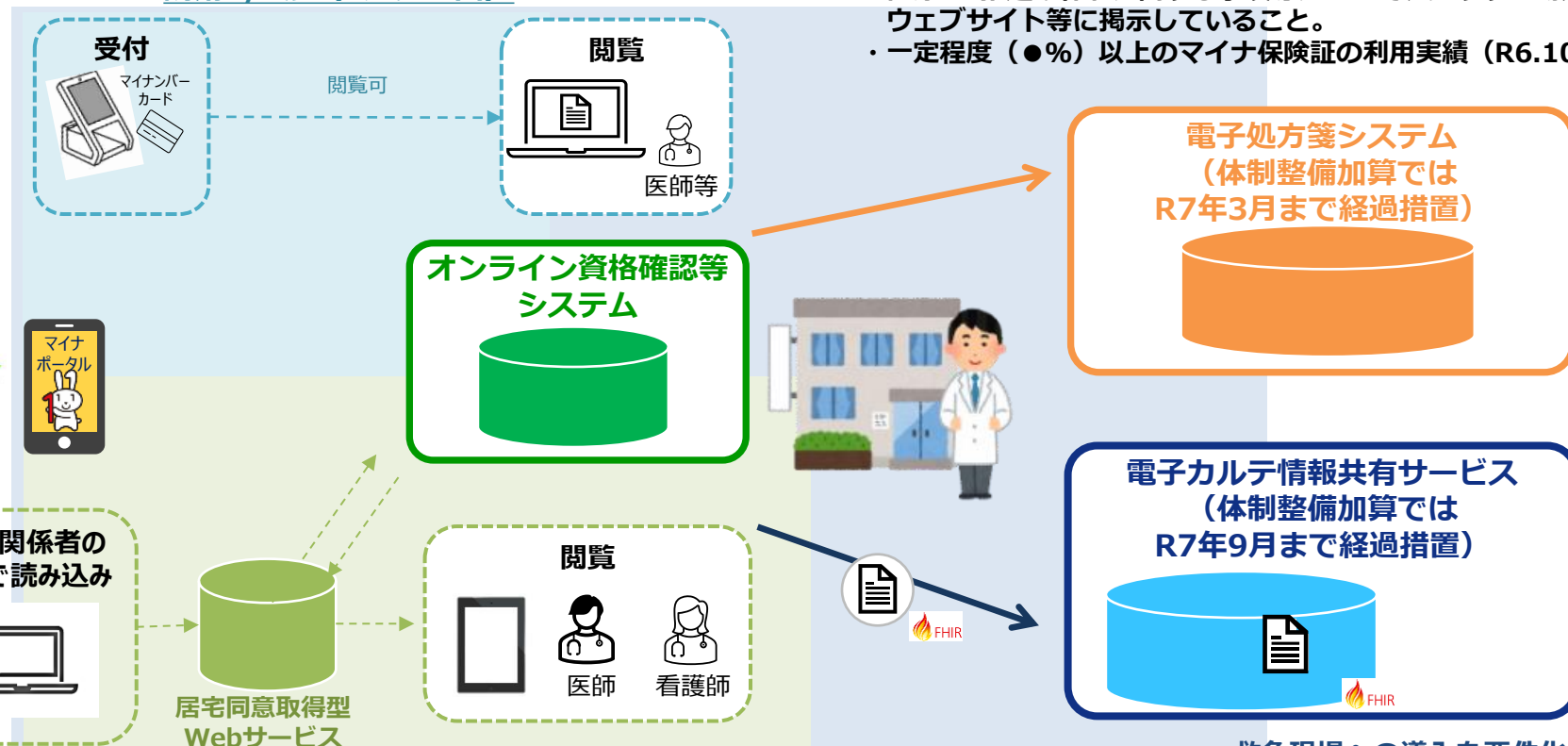
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

（新）医療情報取得加算 初診3/1点 再診2/1点（3月に1回）
調剤3/1点（6月に1回）

（新）医療DX推進体制整備加算 8点、6点（歯科）、4点（調剤）

- ・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
- ・一定程度（●%）以上のマイナ保険証の利用実績（R6.10～）等



（新）在宅医療DX情報活用加算 10点

（新）訪問看護医療DX情報活用加算 5点

（新）在宅医療DX情報活用加算（歯科） 8点

救急現場への導入を要件化
急性期充実体制加算・総合入院体制加算
・救命救急入院料
（救急時医療情報閲覧機能の評価）

※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

令和6年6月から11月までに適用

医療DXの推進①

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

- 保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

現行

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

初診時	
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1	4点
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2	2点



改定後

【医療情報取得加算】

初診時	
医療情報取得加算 1	3点
医療情報取得加算 2	1点
再診時（3月に1回に限り算定）	
医療情報取得加算 3	2点
医療情報取得加算 4	1点



- 以下の場合を新たに評価
- 電子資格確認（オンライン資格確認）により当該患者に係る診療情報を取得等した場合
 - 他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合

【施設基準】

- 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

【施設基準】

- 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

令和6年6月から9月までに適用

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

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

<u>(新)</u>	<u>医療DX推進体制整備加算</u>	<u>8点</u>
<u>(新)</u>	<u>医療DX推進体制整備加算（歯科点数表初診料）</u>	<u>6点</u>
<u>(新)</u>	<u>医療DX推進体制整備加算（調剤基本料）</u>	<u>4点</u>



[算定要件（医科医療機関）]

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

[施設基準（医科医療機関）]

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

令和6年6月から令和7年3月までに適用

医療DXの推進③

在宅医療DX情報活用加算の新設

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

<u>(新)</u>	<u>在宅医療DX情報活用加算</u>	<u>10点</u>
<u>(新)</u>	<u>在宅医療DX情報活用加算（歯科訪問診療料）</u>	<u>8点</u>
<u>(新)</u>	<u>訪問看護医療DX情報活用加算</u>	<u>5点</u>



〔対象患者（医科医療機関）〕
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

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

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

訪問看護医療DX情報活用加算の新設

訪問看護医療DX情報活用加算

- 指定訪問看護ステーション等において、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを通じて利用者の診療情報を取得し、当該情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

(新) 訪問看護医療DX情報活用加算

50円



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第3条第13項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等した上で指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合は、訪問看護医療DX情報活用加算として、月1回に限り、50円を所定額に加算する。

[施設基準]

- (1) 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成4年厚生省令第5号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護を行うことについて、当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

令和6年3月31日において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和7年5月31日までの間に限り、(3)の基準に該当するものとみなす。

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料についても同様

医療DX推進体制整備加算及び医療情報取得加算の見直し

中医協 総－9
6. 7. 17改

令和6年6月～9月

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

※初診時に所定点数を加算

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）
～中略～

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

令和6年10月～令和7年3月

医療DX推進体制整備加算 1	11点
医療DX推進体制整備加算 1（歯科）	9点
医療DX推進体制整備加算 1（調剤）	7点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**十分な実績**を有していること。

（新）マイナポータルでの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算 2	10点
医療DX推進体制整備加算 2（歯科）	8点
医療DX推進体制整備加算 2（調剤）	6点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**必要な実績**を有していること。

（新）マイナポータルでの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算 3	8点
医療DX推進体制整備加算 3（歯科）	6点
医療DX推進体制整備加算 3（調剤）	4点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**実績**を有していること。

マイナ保険証利用率（案）（注）利用率は通知で規定

利用率実績	令和6年7・8月～	令和6年10・11月～
適用時期	令和6年10月～	令和7年1月～
加算 1	15%	30%
加算 2	10%	20%
加算 3	5%	10%

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

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

令和6年6月～11月

初診時	医療情報取得加算 1（現行の保険証の場合）	3点
	医療情報取得加算 2（マイナ保険証の場合）	1点
再診時（3月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算 3（現行の保険証の場合）	2点
	医療情報取得加算 4（マイナ保険証の場合）	1点

調剤時（6月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算 1（現行の保険証の場合）	3点
	医療情報取得加算 2（マイナ保険証の場合）	1点

令和6年12月～

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

調剤時（12月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算	1点

医療DX推進体制整備加算の見直し（令和7年4月1日から適用）

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



	改定後		
	(医科)	(歯科)	(調剤)
医療DX推進体制整備加算 1	12点	11点	10点
医療DX推進体制整備加算 2	11点	10点	8点
医療DX推進体制整備加算 3	10点	8点	6点
医療DX推進体制整備加算 4	10点	9点	なし
医療DX推進体制整備加算 5	9点	8点	なし
医療DX推進体制整備加算 6	8点	6点	なし

マイナ保険証利用率実績（令和7年4～9月）		
医療DX推進体制整備加算 1・4	30%※1	→ 45%
医療DX推進体制整備加算 2・5	20%※1	→ 30%
医療DX推進体制整備加算 3・6	10%※1	→ 15%※2

※1 加算1～3における令和7年1～3月のマイナ保険証利用率実績。

※2 「小児科特例」：小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年（令和6年1月1日から同年12月31日まで）の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とする。

（注2）令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年7月を目途に検討、設定。

【施設基準】

- （1）オンライン請求を行っていること。
- （2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （3）（医科・歯科）医師・歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
（調剤）保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- （4）（医科・歯科）電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。（加算1～3のみ）
（調剤）電子処方箋を受け付け、当該電子処方箋により調剤する体制を有するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、原則として、全てにつき調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録すること。（加算1～3のみ）
- （5）**電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）**
- （6）マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。
- （7）医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- （8）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。
- （9）（調剤）電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

在宅医療DX情報活用加算の見直し（令和7年4月1日から適用）

- 電子処方箋の要件について、電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応や令和7年1月22日に示された電子処方箋に関する今後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評価する観点から見直しを行う。



改定後

（医科（※））（歯科訪問診療料）

在宅医療DX情報活用加算 1

11点

9点

在宅医療DX情報活用加算 2

9点

8点

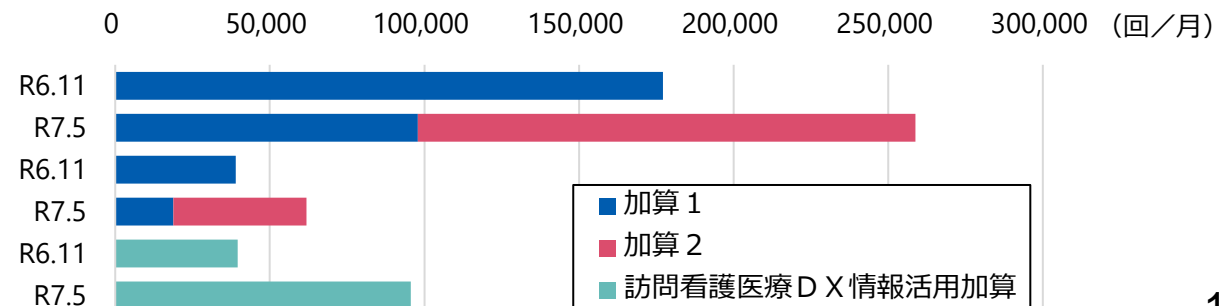
（※）在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者が対象

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

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

在宅医療DX情報活用加算

訪問看護医療DX情報活用加算 算定回数



医療DX推進体制整備加算の見直し（令和7年10月以降）

- マイナ保険証利用率の実績要件について、これまでの利用率の実績や発行済みの健康保険証の経過措置が令和7年12月1日までに終了することを踏まえ、今後もより多くの医療機関・薬局が医療DX推進のための体制を整備いただきつつ、時期に応じたメリハリのある評価を行うため、令和7年10月から令和8年2月までと令和8年3月から同年5月までの2つの時期に分けて新たに設定する。
- 「小児科特例」について、これまでの年齢階級別の利用実績を踏まえ、対応を継続する。
- 電子カルテ情報共有サービスの要件については、先の通常国会に提出された「医療法等の一部を改正する法律案」の成立・施行により本格稼働となるところ、現在、当該法律案が未成立であることや電子カルテ情報共有サービスに関する対応等を踏まえ、経過措置を令和8年5月31日まで延長する。

マイナ保険証利用率実績（令和7年10月～令和8年5月）				電子カルテ情報共有サービス		
	R7.4.1～9.30	R7.10.1～R8.2.28	R8.3.1～5.31	適用時期	～R7.9.30	R7.10.1～
医療DX推進体制整備加算1・4	45%	→ 60%	→ 70%	経過措置	令和7年 9月30日まで	令和8年 5月31日まで
医療DX推進体制整備加算2・5	30%	→ 40%	→ 50%			
医療DX推進体制整備加算3・6	15%※1	→ 25%※1	→ 30%※1			

※1「小児科特例」：小児科外来診療料を算定している医療機関であって、令和6年1月1日から同年12月31日までの延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とし、**令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間に限り、「25%」とあるのは「22%」とし、令和8年3月1日から同年5月31日までの間に限り、「30%」とあるのは「27%」とする。**

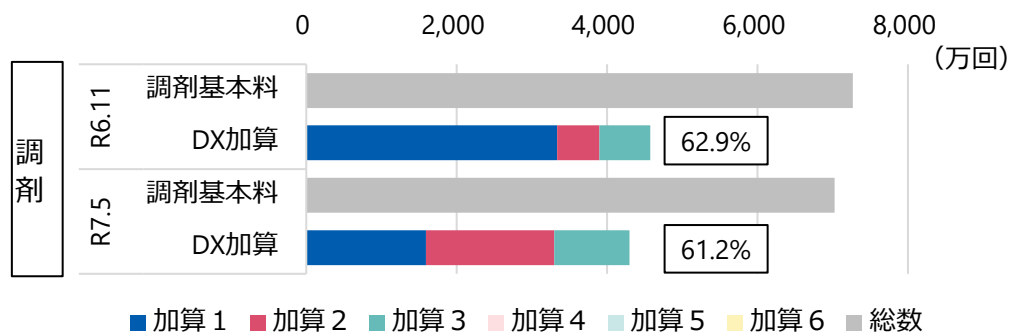
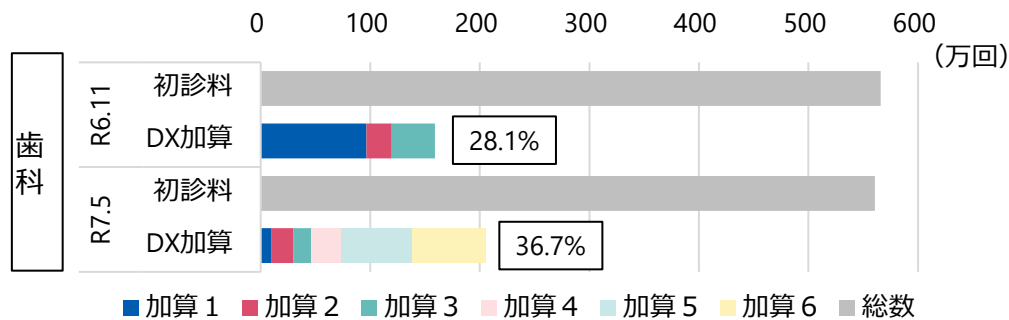
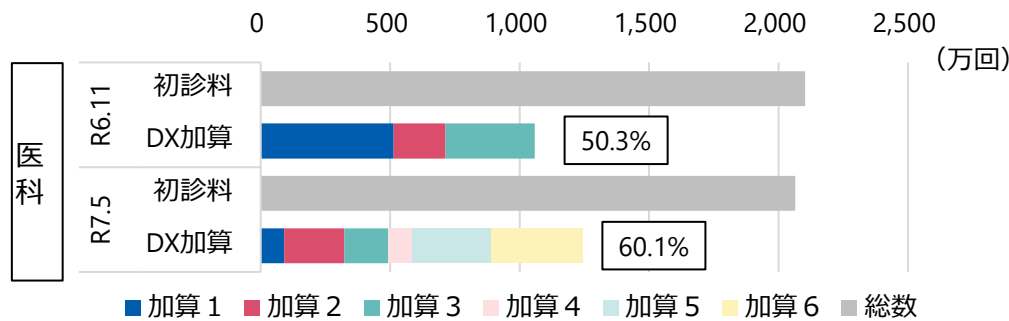
[施設基準]

- （1）オンライン請求を行っていること。
- （2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （3）（医科・歯科）医師・歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
（調剤）保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- （4）（医科・歯科）電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。（加算1～3のみ）
（調剤）電子処方箋を受け付け、当該電子処方箋により調剤する体制を有するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、原則として、全てにつき調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録すること。（加算1～3のみ）
- （5）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 **令和8年5月31日まで**）
- （6）マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。
- （7）医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- （8）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。
- （9）（調剤）電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

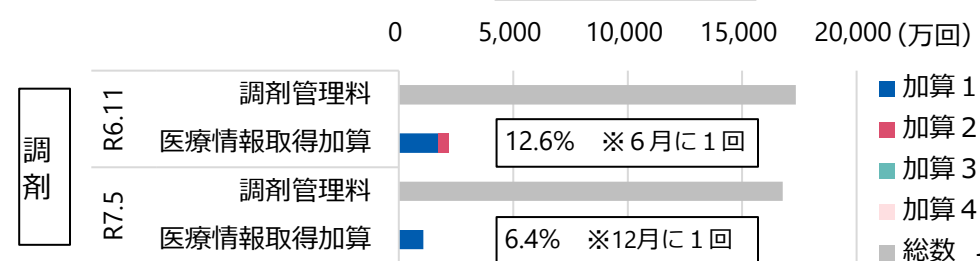
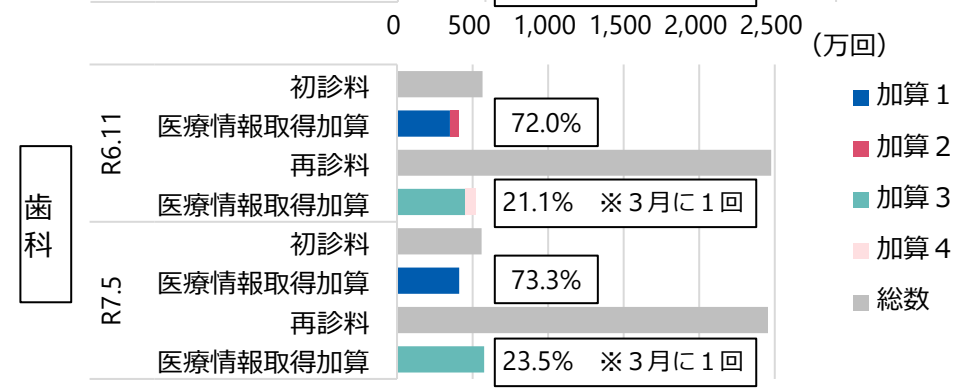
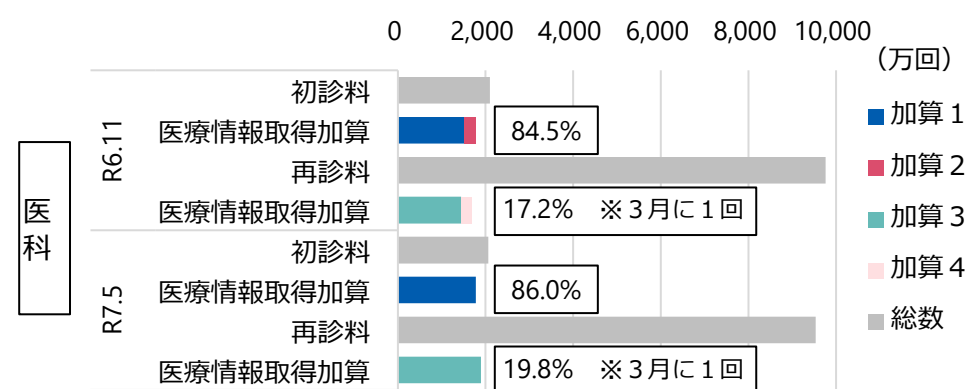
医療DX推進体制整備加算等の算定状況

- 医療DX推進体制整備加算について、医科・歯科は算定施設数、算定回数ともに増加傾向。調剤は算定施設数、算定回数は減少しているが、マイナ保険証利用率の高い加算1の割合は相対的に高い。

医療DX推進体制整備加算 算定回数



医療情報取得加算 算定回数



救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

救急時医療情報閲覧機能の導入の要件化

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

現行

【急性期充実体制加算】

〔施設基準〕

第1の2 急性期充実体制加算

1 急性期充実体制加算に関する施設基準

(1) ～ (4) (略)

(5) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア・イ (略)

(新設)



改定後

【急性期充実体制加算】

〔施設基準〕

第1の2 急性期充実体制加算

1 通則

(1) ・ (2) (略)

(3) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア・イ (略)

ウ 救急時医療情報閲覧機能を有していること。

〔経過措置〕

1の(3)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする

診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

- 適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、非常時に備えたサイバーセキュリティ対策等の整備に係る要件及び評価を見直す。

現行

【診療録管理体制加算 1】 100点
[施設基準]

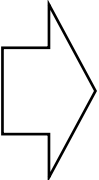
・許可病床数400床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。

(新設)

(新設)

【診療録管理体制加算 2】 30点
・区分の見直し（診療録管理体制加算 1 → 2）

(新設)
・区分の見直し（診療録管理体制加算 2 → 3）



改定後

【診療録管理体制加算 1】 140点
[施設基準]

・許可病床数200床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。

・非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。

・非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画（BCP）を策定し、少なくとも年 1 回程度、定期的に訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。

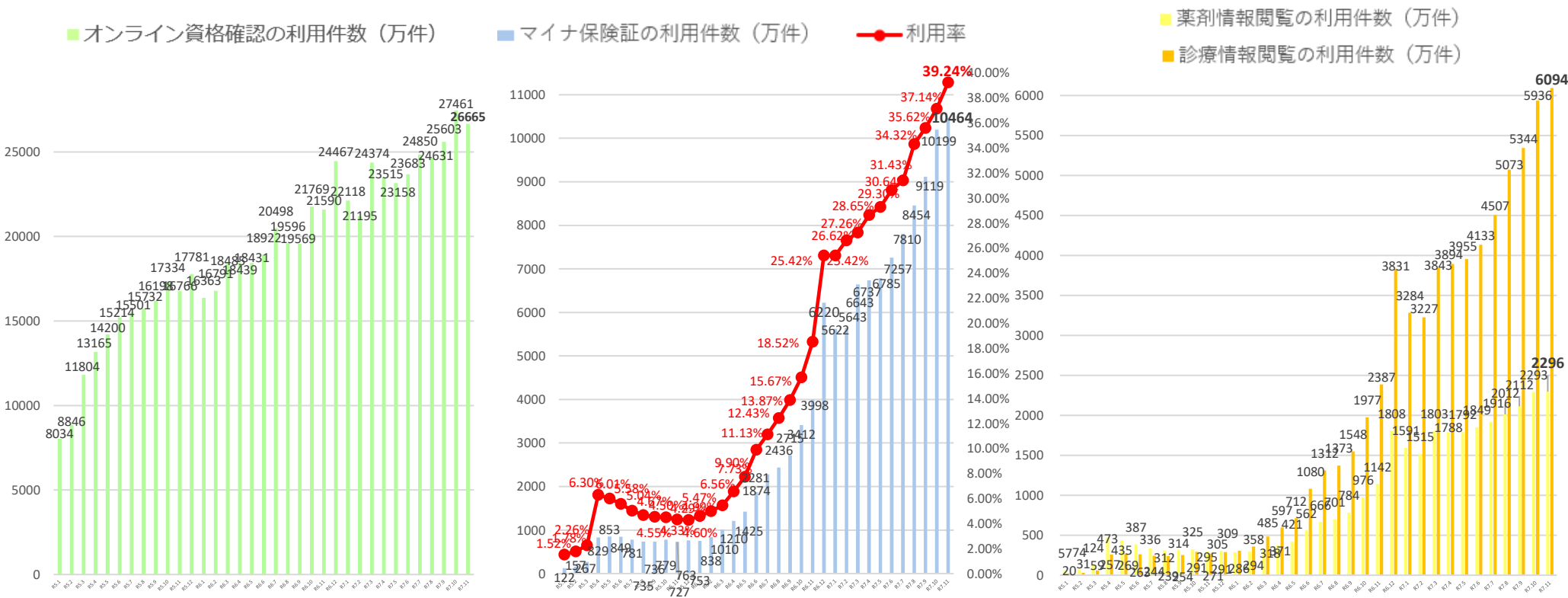
【診療録管理体制加算 2】 100点
・許可病床数200床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。

【診療録管理体制加算 3】 30点

1. 医療DXの診療報酬上の評価について
2. マイナ保険証とオンライン資格確認等システム
3. 電子処方箋
4. 電子カルテ・電子カルテ情報共有サービス
5. 救急時医療情報閲覧機能
6. サイバーセキュリティ

オンライン資格確認の利用状況

※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数



【11月分実績の内訳】

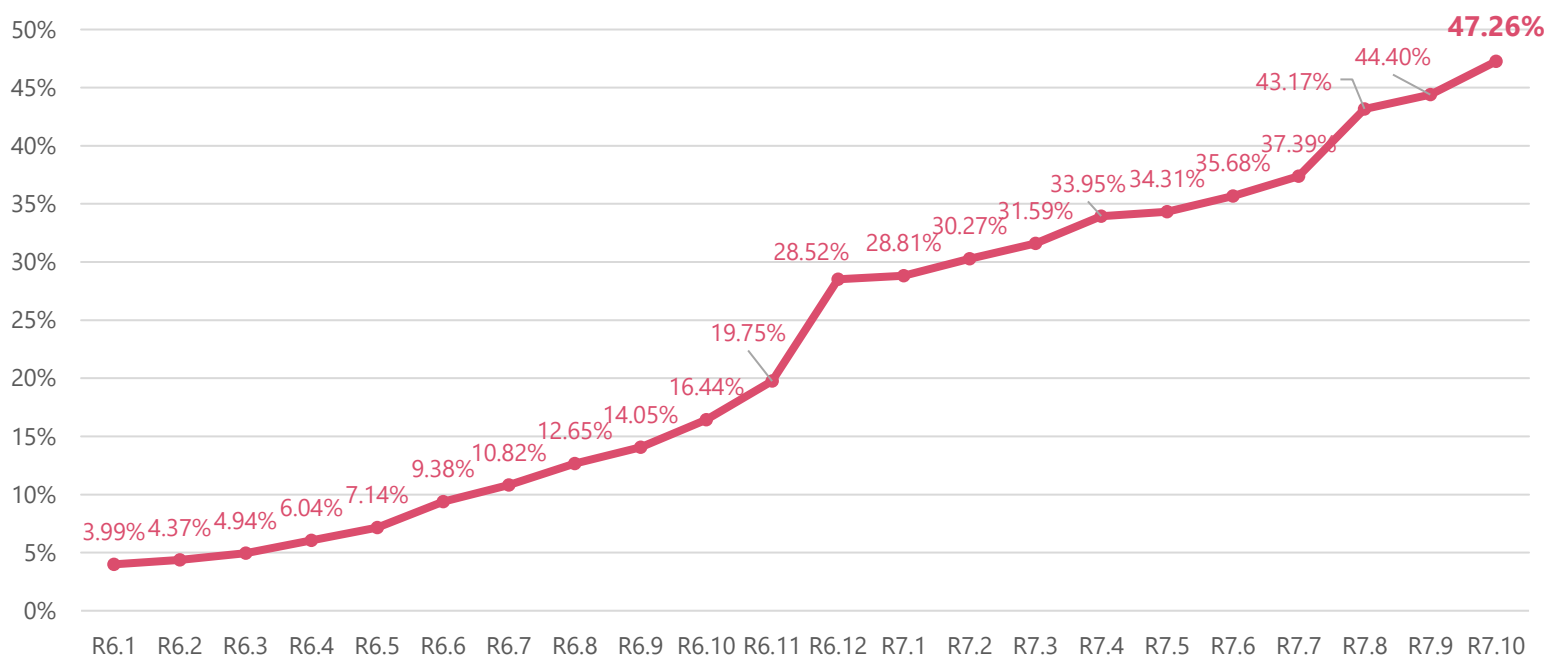
	合計	マイナンバーカード	保険証		特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	21,558,863	12,666,507	8,892,356	病院	3,704,823	1,410,346	6,403,452
医科診療所	115,206,715	45,031,005	70,175,710	医科診療所	11,553,111	11,928,506	29,901,700
歯科診療所	22,751,762	12,022,848	10,728,914	歯科診療所	3,364,727	2,519,896	3,367,791
薬局	107,133,070	34,923,491	72,209,579	薬局	11,996,932	7,101,384	21,268,397
総計	266,650,410	104,643,851	162,006,559	総計	30,619,593	22,960,132	60,941,340

マイナ保険証の利用状況について

令和7年10月のマイナ保険証の利用状況に関して、医療機関・薬局の受診時に発行されるレセプトの枚数に占めるマイナ保険証の利用人数の割合（レセプト件数ベース利用率）は47.26%。

※ レセプト件数ベース利用率＝マイナ保険証利用人数 / レセプト件数

レセプト件数ベース利用率



<参考>

レセプト件数ベース利用率については、医療機関・薬局の受診時に発行されるレセプトの枚数に占めるマイナ保険証の利用人数の割合で算出されるため、その月に実際に医療機関等を受診した人数に基づくマイナ保険証利用状況を把握できる指標である一方、レセプトの枚数は受診月の翌月の一連の請求に関する手続きが終わって初めて集計可能となるため、受診月から2か月遅れの数字になる。

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和7年度調査）

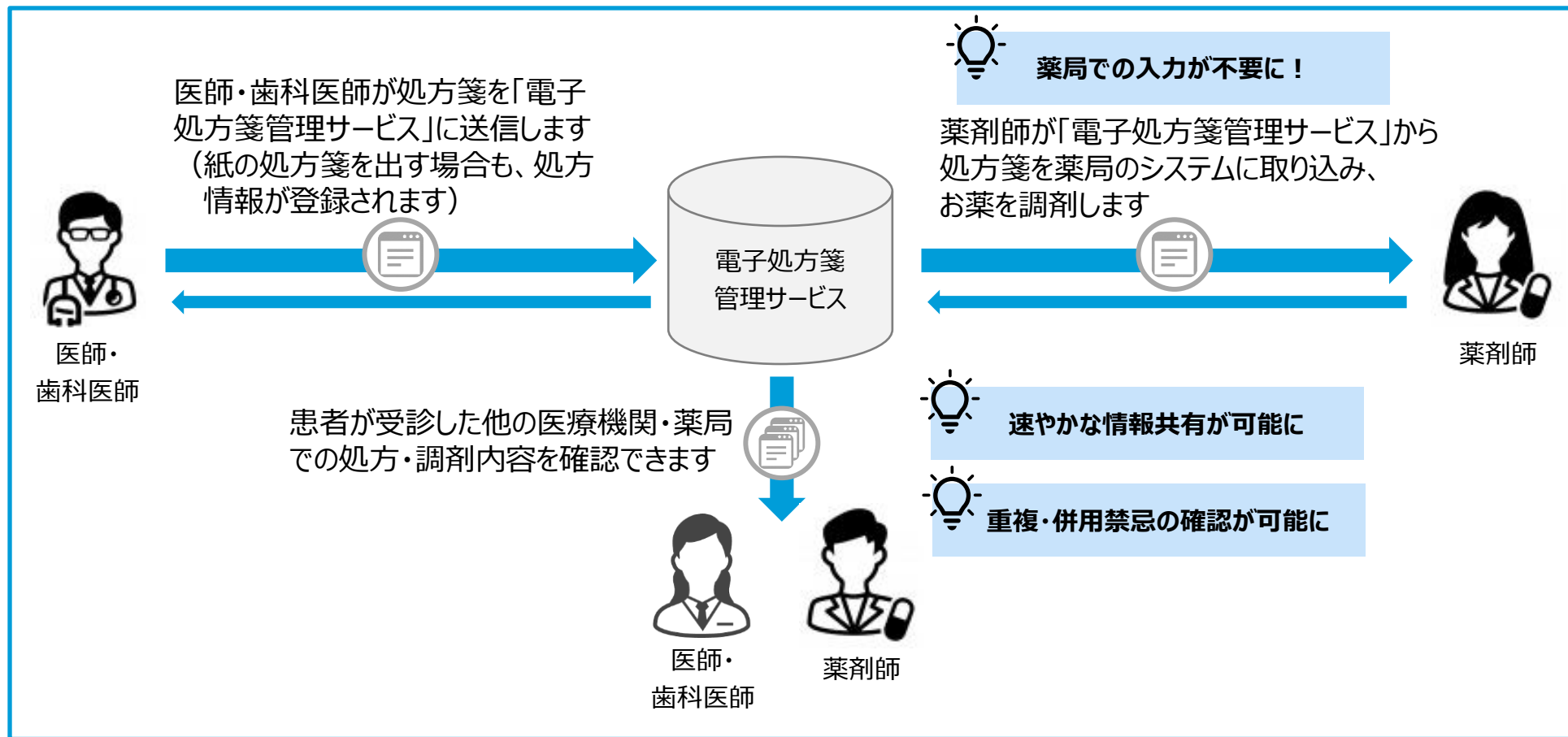
- マイナ保険証の課題として、「ITに不慣れな患者への対応による負担が増加していること」、「システム障害時、診療に影響が出ること」、「システムの導入や運用に費用負担がかかること」の割合が高い。

マイナンバーカードの健康保険証利用の課題（複数回答可）

	病院	医科 診療所	歯科 診療所	薬局
回答数（件）	579	526	599	864
ITに不慣れな患者への対応による負担が増加していること	<u>70.8%</u>	<u>65.4%</u>	<u>71.8%</u>	<u>78.6%</u>
登録情報の不備によるトラブル対応による負担が増加していること	36.8%	37.1%	41.2%	28.9%
スタッフが機器操作を習得するまでに時間を要すること	17.4%	16.7%	27.2%	16.2%
システム障害時、診療に影響が出ること	<u>56.3%</u>	<u>71.9%</u>	<u>68.8%</u>	<u>48.6%</u>
システムの導入や運用に費用負担がかかること	<u>61.1%</u>	<u>57.8%</u>	<u>58.4%</u>	<u>44.4%</u>
個人情報保護等、万全なセキュリティ対策が必要となること	28.3%	31.2%	36.4%	37.3%
マイナンバーカード及び電子証明書に有効期限があること	53.5%	52.1%	54.8%	52.4%
その他	9.7%	10.1%	6.2%	7.8%
無回答	0.5%	1.0%	0.3%	0.6%

1. 医療DXの診療報酬上の評価について
2. マイナ保険証とオンライン資格確認等システム
3. 電子処方箋
4. 電子カルテ・電子カルテ情報共有サービス
5. 救急時医療情報閲覧機能
6. サイバーセキュリティ

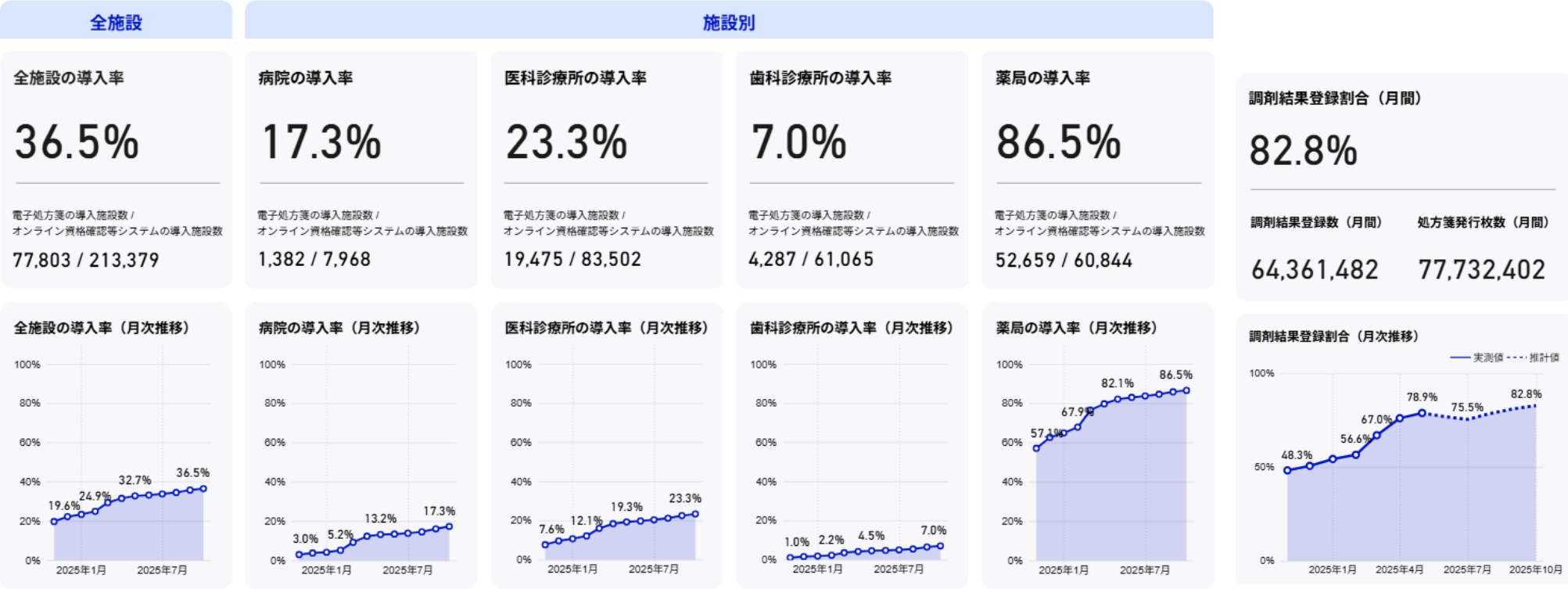
電子処方箋とは



これからの、質の高い医療の基盤になります

電子処方箋の導入状況及び調剤結果登録割合について

- 電子処方箋は、令和7年10月時点で薬局の86.5%に導入され、調剤結果登録割合は全処方箋の8割を超えている。
- 一方で、病院、医科診療所、歯科診療所の導入率はそれぞれ17.3%、23.3%、7.0%となっている。



2025年10月時点の数字

厚生労働省 | デジタル庁

- ※ 1 各月の最終日曜日の状況で集計。
- ※ 2 電子処方箋の導入率は、「電子処方箋の導入施設数」÷「オンライン資格確認システム導入施設数」により算出。
- ※ 3 調剤結果登録割合は、「調剤結果登録数」÷「処方箋発行枚数」により算出。直近の値は、レセプトベースの処方箋枚数の値が得られていないため、6カ月前のレセプトベースの処方箋枚数の対前年同月比を用いて推計。

処方箋種別ごとの電子処方箋システム対応薬局における業務の流れ

- 電子処方箋システムを導入している薬局において、いずれの処方箋種別を受け付けた場合においても調剤結果登録を行うことで、電子処方箋管理サービス上での即時性の高い薬剤情報の共有・閲覧が実現される。

	処方箋（紙）	引換番号付き紙処方箋	電子処方箋
①受付	・ 患者がマイナ保険証又は資格確認書を用いて受付する。		
②処方入力	・ 薬局システムへ処方内容を入力。 ※処方箋に二次元コードが印字され、薬局が読み取り対応可能な場合は処方情報の読み取り可能。	・ 顔認証付きカードリーダーまたは引換番号により処方内容を取り込み。電子処方箋管理サービスで処方箋内容の形式不備チェックされた情報を取得できる。 ・ 処方内容取り込み時に重複投薬等チェックが自動でかかり、その結果の取込が可能。また医療機関の記録によって、処方意図も取り込んだ上での以後の対応が可能。	
③処方監査	・ 処方入力データをもとに 手動で重複投薬等チェックを実施。	・ 上記の自動の重複投薬等チェックに加え、手動で重複投薬等チェックが可能。	
	・ お薬手帳やオンライン資格確認等システムの薬剤情報等の確認（ 直近の薬剤情報の取得も可能 ） ※ お薬手帳情報がない場合にも直近の薬剤情報確認が可能で、患者の聞き取り手間を削減、より高度な薬学的管理が可能。		
④疑義照会	・ 処方内容に関して疑義がある場合は、患者に確認し、医療機関に疑義照会を行う。		
⑤最終監査	・ 調剤した薬剤と処方内容が一致しているか確認する。		
⑥服薬指導・会計	・ 薬剤情報提供書に基づき、服薬指導を行い、お薬手帳を返却する。		
⑦調剤録作成	・ 調剤録を作成。		
⑧薬歴作成	・ 服薬指導で確認した服薬状況・相談内容等を踏まえて、薬歴を作成する。		
⑨処方箋の処理	・ 調剤済みの旨、調剤年月日等を記入し、記名押印又は署名		・ 電子署名
⑩調剤結果登録	・ 電子処方箋管理サービスへの調剤結果登録 ※これにより、 各薬局で調剤された薬剤情報が即時に施設を跨いで閲覧可能。重複投薬等チェックの参照データともなることで、チェックの実行性向上（重複・併用禁忌アラート検知数向上） ※都度の調剤結果登録も可能だが、ネットワーク負荷がかかることによって、薬局によっては始業前や終業時に一斉登録が必要。場合によっては、処理完了まで確認しないと終業できない。		

※ 青字部分は、電子処方箋システムにより、医薬品の適正使用の推進や患者の医療安全向上につながるもの。



電子処方箋を活用し、 災害時にも患者が調剤を受けられる医療提供体制を！

中医協 総－3
7. 7. 16

**POINT：オンライン診療を受けた患者が、処方箋の郵送が困難な被災地にいるときも、
原本がデータである電子処方箋を使えば現地の薬局で調剤を受けられます**

事例

- 令和6年能登半島地震において、被災地にいる患者にオンライン診療を実施し電子処方箋を発行することで、患者は現地の電子処方箋対応薬局で調剤を受けられた事例。
- 震災による道路の寸断等の影響で、患者の居住地は、通院はおろか、処方箋を郵送で受け取ることすら困難な状況であった。一方、通信インフラは回復していたことから、患者が現地の電子処方箋対応薬局を利用できることを確認し、当該患者に対しオンライン診療を行った上で、電子処方箋を発行した。
- これにより、患者は電子処方箋対応の薬局で調剤を受けることができた。

(注) 処方内容(控え)は交付せず、引換番号は必要に応じて口頭等で伝達。

【参考】 公立松任石川中央病院 (石川県)

石川県においてはいしかわネット(※1)の利用をはじめとした医療DXを進めてきました。今回は、電子処方箋とオンライン診療により、被災地の患者が現地の薬局で調剤を受けることができ、健康の維持を支援することができました。

当院がある白山市、野々市市の医療圏では、電子処方箋を運用する仕組みが、全国最速で整いつつあります。(※2) 対応施設を増やし、面で広く展開してこそ電子処方箋の最大のメリットが発揮されると考えます。

(※2) 白山市の薬局の運用開始率は83.7%、野々市市は68.3%
(令和6年3月24日時点)



PETセンター長 横山 邦彦さん

※1 いしかわネット(いしかわ診療情報共有ネットワーク) とは

石川県の31の基幹病院と、その他病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等の医療機関・施設との間で、患者の同意に基づき診療情報を共有する仕組みです。約6万人の県民が登録し、650以上の医療機関・施設間で情報が共有されています。(令和6年3月13日時点。) 令和6年能登半島地震においては、被災地の医療機関の診療情報が避難先の医療機関や避難所で共有されるため、継続した診療が受けられるなど、積極的に活用されています。

電子処方箋をはじめとした医療DXにより、災害時にも安心して医療を受けられる体制が整ってきています。 23

向精神薬の重複投薬の例

- 複数医療機関を受診し、用法及び用量から通常想定される処方の量を大きく超えてゾルピデム製剤の処方を受けている患者がいる。

■ゾルピデム製剤の処方量と患者数

	通常想定される処方の量を大きく超える（1200mg/月）場合	左記以外の場合	全体
患者数（人）	2,883	1,369,667	1,372,550
患者割合（%）	0.2	99.8	100

【参考】マイスリー錠の用法及び用量

6. 用法及び用量

通常、成人にはゾルピデム酒石酸塩として1回5～10mgを就寝直前に経口投与する。なお、高齢者には1回5mgから投与を開始する。年齢、症状、疾患により適宜増減するが、1日10mgを超えないこととする。

→用法及び用量通りの処方であれば、月当たり150～300mg

■ゾルピデム製剤の調剤数量と、処方した医療機関数の例

患者	5mg製剤合計調剤数	10mg製剤合計調剤数	合計調剤成分量（mg）	処方した医療機関数
A	150	3,064	31,390	105
B	0	2,738	27,380	92
C	68	2,540	25,740	81
D	180	2,252	23,420	75
E	60	2,035	20,650	65
F	0	1,845	18,450	55
G	386	1,615	18,080	51
H	116	1,679	17,370	59

1. 医療DXの診療報酬上の評価について
2. マイナ保険証とオンライン資格確認等システム
3. 電子処方箋
4. 電子カルテ・電子カルテ情報共有サービス
5. 救急時医療情報閲覧機能
6. サイバーセキュリティ

電子カルテシステムの普及状況の推移

出典：医療施設調査（厚生労働省）

	一般病院 (※1)	病床規模別			一般診療所 (※2)
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成 20年	14.2 % (1,092/7,714)	38.8 % (279/720)	22.7 % (313/1,380)	8.9 % (500/5,614)	14.7 % (14,602/99,083)
平成 23年 (※3)	21.9 % (1,620/7,410)	57.3 % (401/700)	33.4 % (440/1,317)	14.4 % (779/5,393)	21.2 % (20,797/98,004)
平成26年	34.2 % (2,542/7,426)	77.5 % (550/710)	50.9 % (682/1,340)	24.4 % (1,310/5,376)	35.0 % (35,178/100,461)
平成 29年	46.7 % (3,432/7,353)	85.4 % (603/706)	64.9 % (864/1,332)	37.0 % (1,965/5,315)	41.6 % (42,167/101,471)
令和 2年	57.2 % (4,109/7,179)	91.2 % (609/668)	74.8 % (928/1,241)	48.8 % (2,572/5,270)	49.9 % (51,199/102,612)
令和 5年	65.6 % (4,638/7,065)	93.7 % (609/650)	79.2 % (956/1,207)	59.0 % (3,073/5,208)	55.0 % (57,662/104,894)

【注 釈】

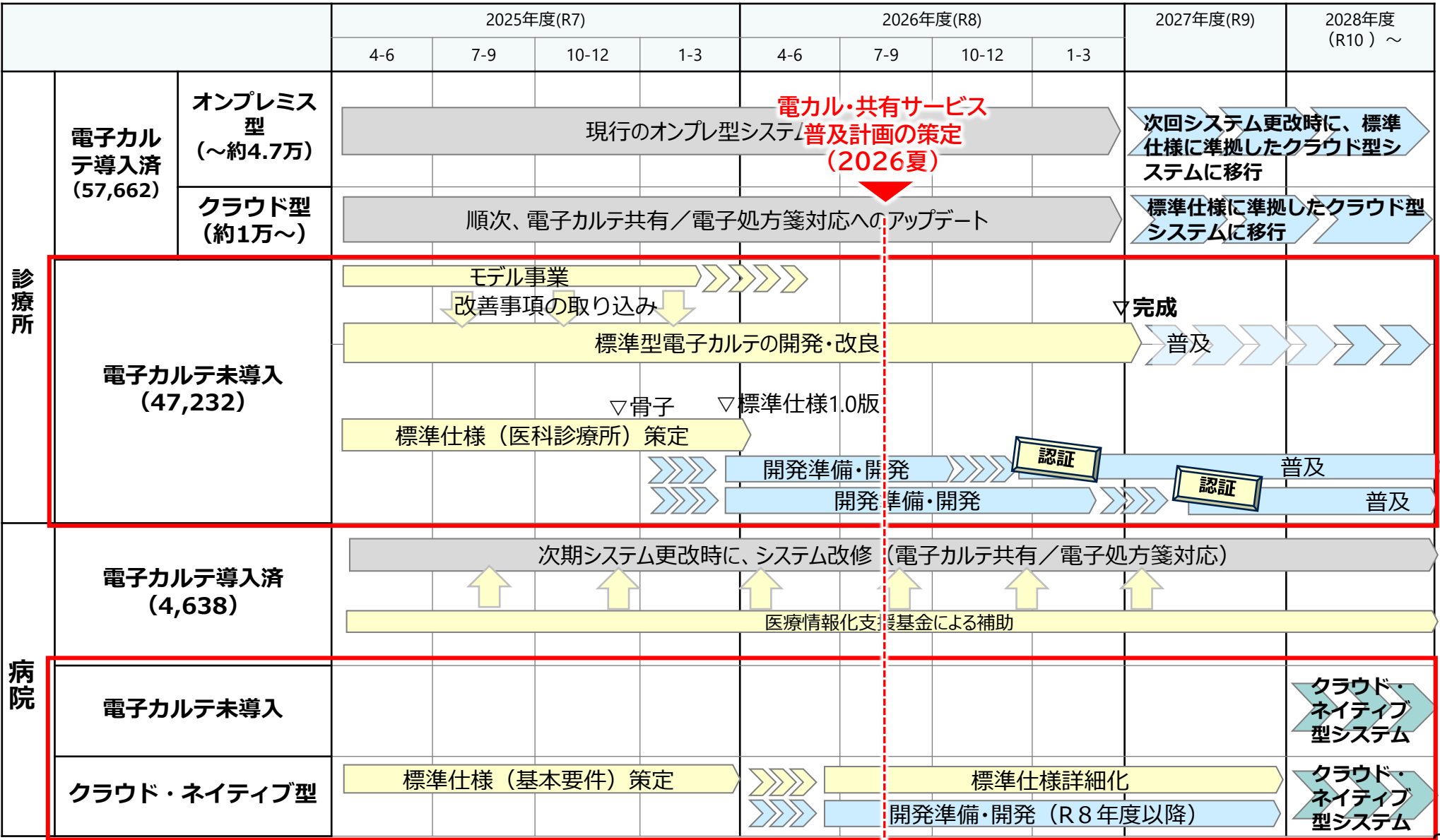
(※1) 一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

(※2) 一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

(※3) 平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について

現行システムの改修等 新たなシステムの導入・開発・普及 厚生省・デジタル庁の取組



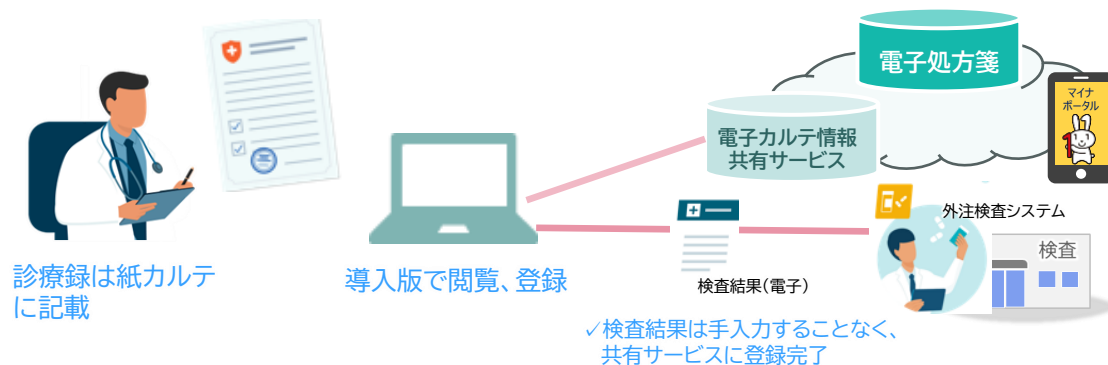
現在、開発中の医科無床診療所向けの標準型電子カルテ(クラウドネイティブ)の中で、国の医療DX対応機能に限定した「導入版」を開発中です。
2026年度中の完成を目指しています。

厚生労働省・デジタル庁
共同プロジェクト

標準型電子カルテ(導入版)のコンセプト

医療DX対応を中心とした画面構成で、クリック操作を主とする感覚的に使いやすいシンプルな画面設計です。
紙カルテや現行の電子カルテの業務はそのままに、国の医療DXに対応できるようになります:

- 電子カルテ情報共有サービスを利用する病院や診療所からの「診療情報提供書」や「検査データ」を本アプリから閲覧可能になります。 ※
- 本アプリに情報を入力すれば、「診療情報提供書」を病院や診療所に送付することや、電子処方箋の発行が可能になります。
- アプリと外注の検査機関を連携することで、自院の「検査データ」を国の電子カルテ情報共有サービスに簡単に登録できます。



標準仕様（基本要件）に関する検討について

- 電子カルテ(医科)の標準仕様(基本要件)としては、次のような事項を想定。今後、関係者の意見を聴きながら、更に検討を進める。当該要件に準拠した電子カルテ製品については、今後、厚生労働省等が認証を行うことを想定。
- 認証された電子カルテの普及方策については、今後、検討。

項目	具体的内容の例
①共有サービス・電子処方箋への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェイス</u> ・<u>電子処方箋サービスとの接続インターフェイス</u>
②モダンな技術を活用したクラウド・ネイティブ型の電子カルテ	<ul style="list-style-type: none"> ・ガバメントクラウドへの対応が可能となる<u>モダンな技術の採用</u> 例：マルチテナント方式を採用 マネージドサービスの利用(コンテナ利用/スケールアウト/運用の自動化等) 疎結合なアーキテクチャ 多要素認証(MFA)の導入
③関係システムへの標準APIの搭載	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>標準外部インターフェイス・交換規約を規定</u> 例：電子カルテと外注検査等とのインターフェイスレイアウトを規定 最新技術・サービス(予約や生成AI等)とのAPI仕様を規定
④データ引き継ぎが可能な互換性の確保等	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>データ出力・取込のインターフェイスのフォーマット</u>(例:json, xml, csv)／<u>レイアウトを規定</u>
⑤その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医薬品・検査等の標準マスタ・コードの規定 ・医療情報システムの安全管理に関するガイドラインへの準拠 ・一般的な電子カルテの機能要件・非機能要件を備えることやその開示(病院向け) ・一定数以上の施設への導入・稼働実績があること（認証要件） ・価格(導入費用／基本利用料／オプション利用料)の公開(認証要件)

電子カルテ情報共有サービスの概要

制度の概要

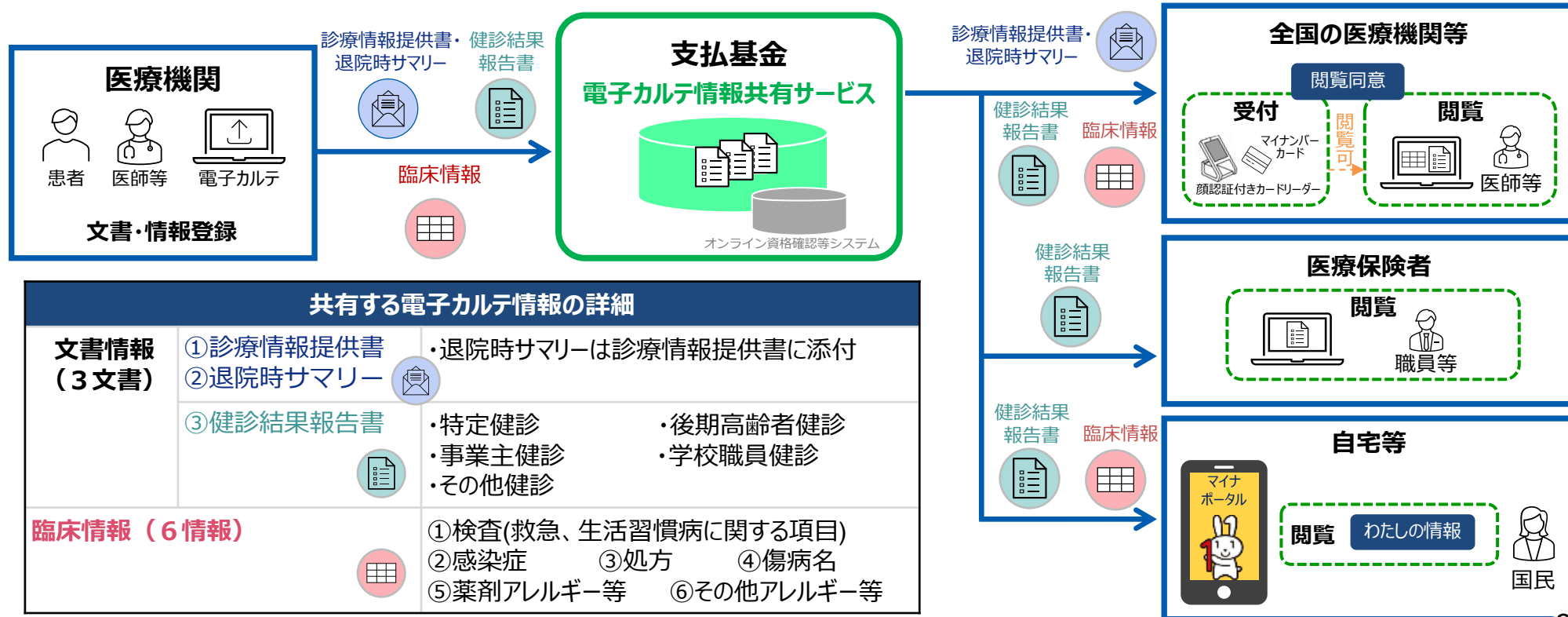
- 全国の医療機関等において、電子カルテ情報を共有・閲覧することができるようにするサービス。
 - ・ 医療機関間で診療情報提供書や検査結果等を電子的に共有。
 - ・ 医療機関から医療保険者に健診結果報告書の情報を提供。
 - ・ 患者が自身のマイナポータルで健診結果報告書等の情報を閲覧。

※ 全国10地域でモデル事業を実施中。

登録

保存管理

取得・閲覧



モデル事業の進捗報告

現状と主な課題

- 臨床情報（6情報）と文書情報（3文書）について、臨床情報と文書情報では検証項目が異なるため、令和7年2月のモデル事業開始後、臨床情報の登録から検証を開始したところ。
- 医療機関や電子カルテによって違いはあるものの、臨床情報の登録に当たって課題が複数発生しており、その原因特定、解決が必要な状況。
（注）令和7年夏頃をピークに、登録に関する課題は減少傾向にある。
- 今後、情報を登録する医療機関と閲覧する医療機関の両者の改修を行った地域から、閲覧の検証も開始予定。登録、閲覧双方について課題の把握・解消を図るとともに、医療現場の運用フローの検証も必要となる見込み。
- 文書情報についても、今後臨床情報の検証と並行して検証準備ができた地域から実証を行う予定で準備を進めている。

電子カルテ情報共有サービスの今後の対応方針

【今後の対応方針】

- 全国での運用開始に向け、現在モデル事業で確認されている課題への対応を行う必要がある。
- モデル事業で明らかになった課題への対応を行うためには、電子カルテ情報共有サービス、対応する電子カルテ両者のシステムに一部改修を加えた上で、改めてシステムの動作確認、現場運用の検証を行うことが想定される。改修後に改めて検証にご協力いただく地域を選定し、検証を行うこととする。
- この検証を経て、致命的な課題がないことを確認の上、3文書6情報のうち臨床現場で支障なく運用が可能な文書・情報から、来年の冬頃をメドに全国で利用可能な状態にすること（運用開始）を目指す。

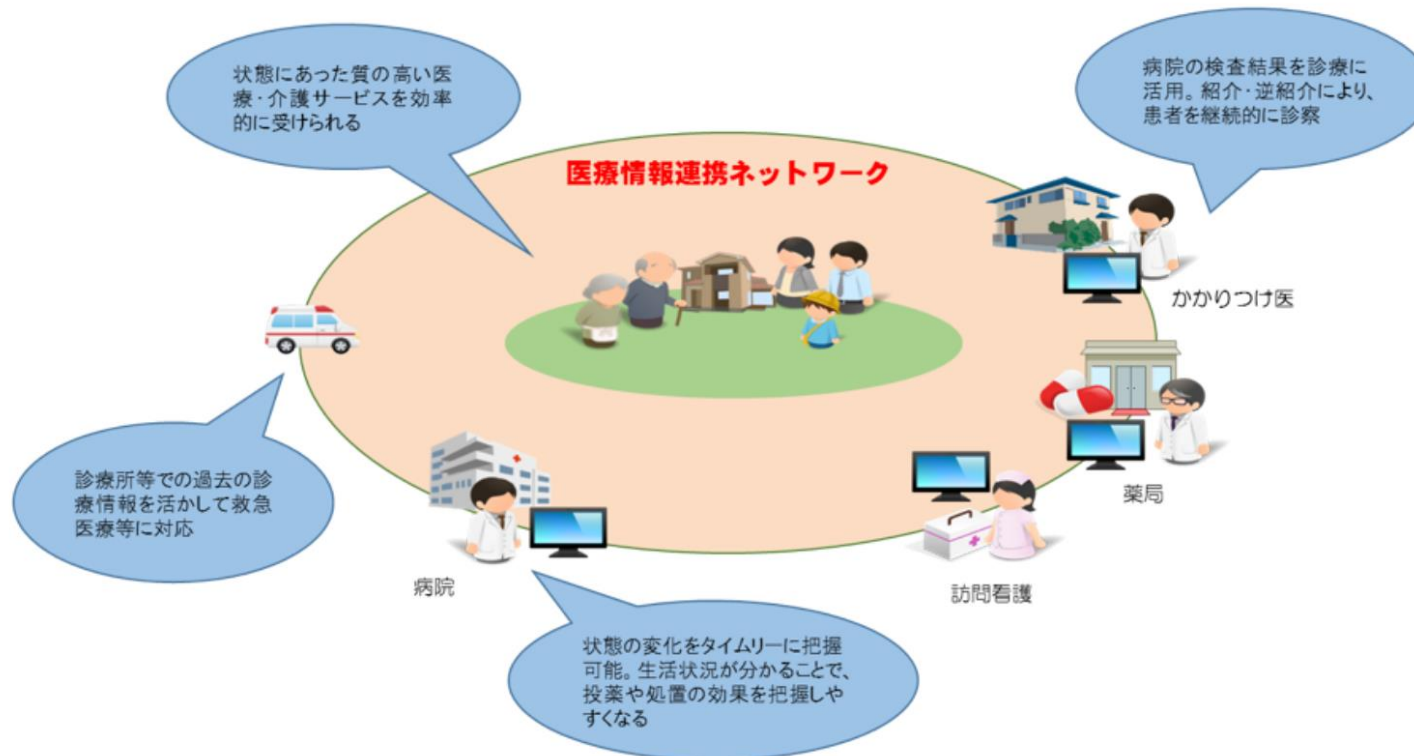
【スケジュール】



I C T を用いた平時からの診療情報の連携について①

中医協 総-1
5. 12. 15

- 医療情報連携ネットワークとは、患者の同意のもと、医療機関等の間で、診療上必要な医療情報（患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等）を電子的に共有・閲覧できることを可能とする仕組みである。
- 関係医療機関等の間で効率的に患者の医療情報を共有することが可能になることから、例えば、
 - ・患者に関する豊富な情報が得られ、患者の状態に合った質の高い医療の提供
 - ・高度急性期医療、急性期医療、回復期医療、慢性期医療、在宅医療・介護の連携体制の構築
 - ・投薬や検査の重複が避けられることによる患者負担の軽減などの効果が期待されている。



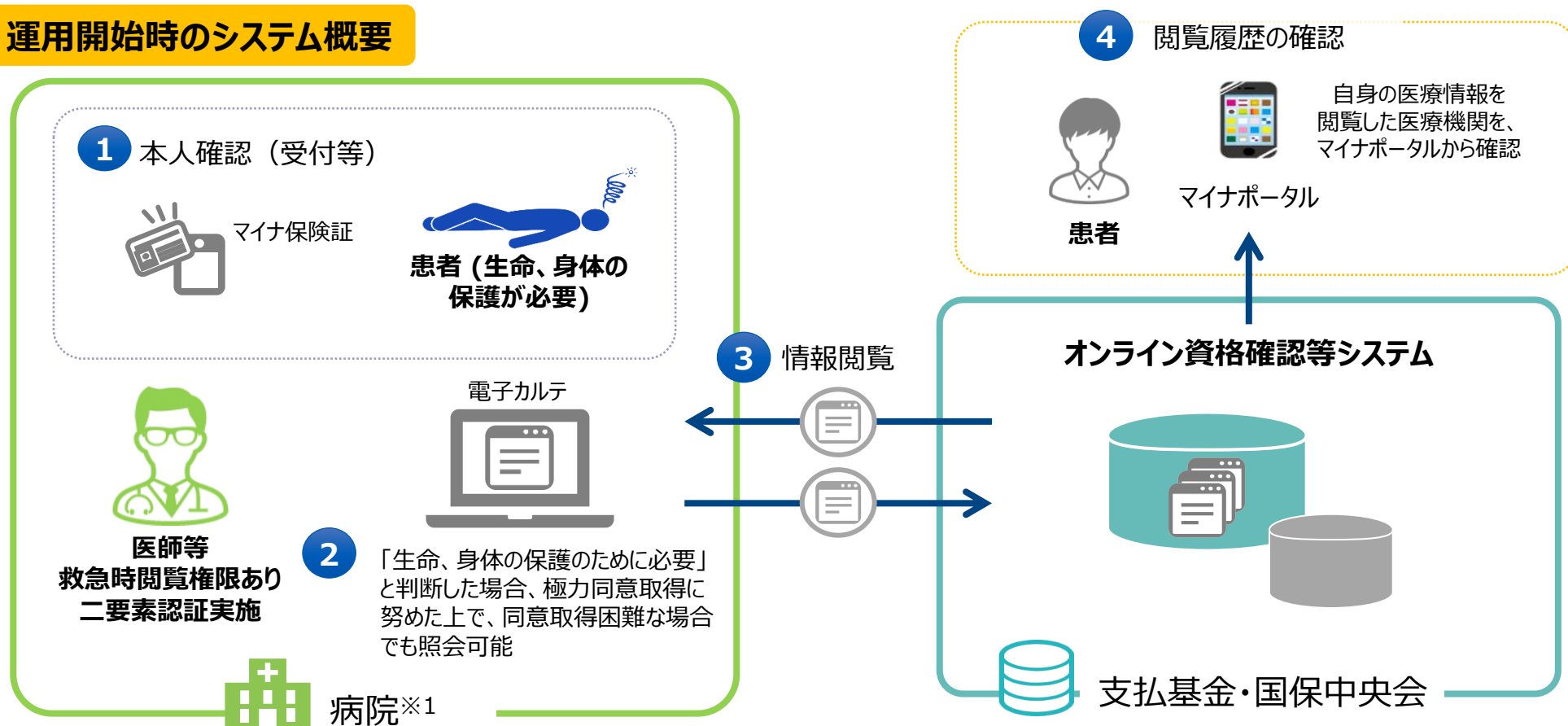
1. 医療DXの診療報酬上の評価について
2. マイナ保険証とオンライン資格確認等システム
3. 電子処方箋
4. 電子カルテ・電子カルテ情報共有サービス
5. 救急時医療情報閲覧機能
6. サイバーセキュリティ

救急時医療情報閲覧の機能について

○救急時医療情報閲覧機能により、病院においては※1、**患者の生命、身体のプロのために必要な場合、マイナ保険証により本人確認を行うことによって、患者の同意取得が困難な場合でも、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧可能**となる。

○令和6年12月よりサービス開始

運用開始時のシステム概要



※1 救急時医療情報閲覧機能は、「患者の生命、身体のプロのために必要がある場合」を対象とした仕組みであるため、主に救急患者を受け入れる一次救急～三次救急病院を念頭においた機能であるが、病院であれば導入可能。病院以外の医療機関等（診療所・薬局）には開放を想定していない。

救急時医療情報閲覧機能で閲覧できる情報

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

救急時医療情報閲覧機能で閲覧できる情報

既存のオンライン資格確認等システムで閲覧可能

特定健診

診療/薬剤

電子処方箋

救急用サマリー

救急用サマリーの項目・期間

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

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

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

救急用サマリーの表示イメージ（PDF）

救急用 診療／薬剤情報一覧

作成日：2022年8月26日 1 / 1 ページ

氏名カナ シリヤ 和子

保険者番号 12345678

氏名 診療 太郎

被保険者証等記号 1234567

生年月日 1962年5月21日 性別 男 年齢 60歳

被保険者証等番号 12345

枝番 00

この診療／薬剤情報一覧は、以下期間の診療行為及び医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。
(紙レセプトや包括の場合など、診療行為／医薬品が表示されない場合があります)

受診歴 ※直近3か月分(XXXX年X月～XXXX年X月まで)の記録を表示

医療機関名	受診歴
資格クリニック	22年7月
資格医院	22年6月

調剤結果情報 ※直近45日分(XXXX年X月～XXXX年X月まで)の記録を表示

調剤	処方 使用	医薬品名*4 (成分名)*4	調剤数量
年月 日	*1	【用法】 / < 1 回用量 > / 【用法等の特別指示】	
22年8月 2日	テスト薬局 (テスト病院)		
院外 外用 1.	フルティフォーム125エアゾール56吸入用 (フルチカゾンプロピオン酸エステル・ホルモテロールフル酸塩水和物) 【1日2回朝夕食後 服用】	42吸引 1処方分	

レセプトに基づく薬剤実績 ※直近3か月分(XXXX年X月～XXXX年X月まで)の記録を表示

調剤	処方 使用	医薬品名 (成分名)	調剤数量*3
年月 日	*1	【用法】 *2 / < 1 回用量 > *2 / 【用法等の特別指示】 *2	
22年7月 19日	資格クリニック		
院外 外用 1.	ゲンタマイシン硫酸塩軟膏0.1%「イウキ」 1mg (ゲンタマイシン硫酸塩)	10g 1処方分	
22年6月 18日	オンライン薬局 (資格医院)		
院外 内服 1.	向 マイスリー錠5mg (ゾルピデム酒石酸塩) 【1日1回就寝前服用】	1錠 14日分	

----- 次頁へ続く -----

【注意事項】

*1 医薬品の場合、入院/外来/院外で分類し、「外来」とは入院及び院外（薬局）以外で調剤された医薬品を指します。
また、診療行為の場合、入院/外来で分類しています。
*2 抽出元が調剤レセプトの場合に表示しています。
*3 調剤時の使用方法（数量、日数、回数等）と一致しない場合があります。

救急用
※データ表示
期間を限定

救急時医療情報閲覧機能を活用した医師の声

救急科の 医師の声①



患者本人が意識不明の時、「救急時医療情報閲覧」で、薬剤情報を即座に確認でき、抗凝固薬の服用の有無がわかる。脳出血のケースでは、抗凝固薬を服用しているか否かで、拮抗薬投与の判断が生死を分ける。「救急時医療情報閲覧」で、適切な治療判断ができ、かつ迅速な治療につなげることで、患者の治療の向上につなげることができた。



薬剤情報に基づく迅速な治療判断につながる

初診の患者でも、「救急時医療情報閲覧」を活用して、これまでの受診歴を頼りに、かかりつけ医療機関を特定して問い合わせることができた。その結果、過去にどのような手術を受けたかなど、より具体的かつ詳細な情報を把握できた。これまでは、ご家族からの聞き取りに頼らざるを得なかったが、情報の正確性・網羅性が向上した。



受診歴・手術歴の正確な確認が可能に

救急科の 医師の声②



救急科の 医師の声③



「救急時医療情報閲覧」では、特に救急科の医師にとって必要な情報がすぐに参照でき、治療方針の判断に直結する。その情報をもとに、迅速な治療リスクの評価や処置の判断等ができるようになった。



救急時サマリによる必要情報の一元的把握

救急時医療情報閲覧により、意識不明等により同意の取得が困難な患者においても、薬剤情報・受診歴・手術歴等を迅速かつ正確に把握でき、救急現場での治療判断の質とスピードの向上につながることがヒアリングからも確認できている。

1. 医療DXの診療報酬上の評価について
2. マイナ保険証とオンライン資格確認等システム
3. 電子処方箋
4. 電子カルテ・電子カルテ情報共有サービス
5. 救急時医療情報閲覧機能
6. サイバーセキュリティ

診療録管理体制加算 概要

A207 診療録管理体制加算（入院初日）

1	診療録管理体制加算 1	140点
2	診療録管理体制加算 2	100点
3	診療録管理体制加算 3	30点

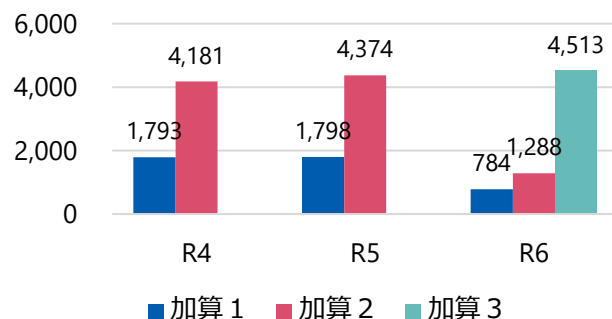
注1 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

〔診療録管理体制加算 1 に関する施設基準（抜粋）〕

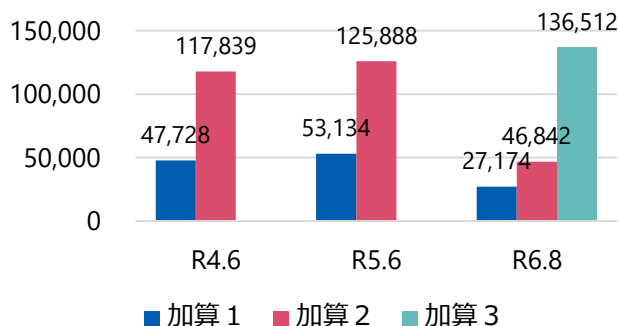
- ・ **許可病床数が200床以上の保険医療機関については、「安全管理ガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。**また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。
- ・ 非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。また、例えば、日次でバックアップを行う場合、数世代（少なくとも3世代）確保する等の対策を行うこと。なお、ネットワークから切り離れたオフラインで保管していることについては、医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているか確認し、当該契約書等の記載部分についても届出の添付資料とすること。
- ・ 「安全管理ガイドライン」に基づき、非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画（以下単に「BCP」という。）を策定し、医療情報システム安全管理責任者の主導の下、少なくとも年1回程度、定期的に当該BCPに基づく訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。訓練・演習については、診療を中断して実施する必要はないが、より実効性のあるものとするために、必要に応じてシステム関連事業者も参加した上で行うこと。

なお、当該BCPには「安全管理ガイドライン」の経営管理編「情報セキュリティインシデントへの対策と対応」、企画管理編「非常時（災害、サイバー攻撃、システム障害）対応とBCP策定」等に記載している事項について含める必要がある。また、作成に当たっては関係団体等が作成したマニュアル（医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト）についても参考にすること。

診療録管理体制加算 届出数



診療録管理体制加算 算定回数



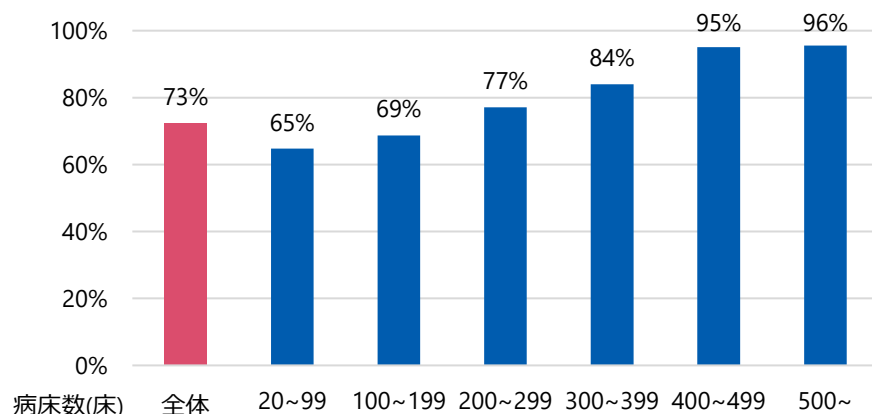
令和7年度版 医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト

項目	確認項目	確認結果	備考
1 医療機関のサイバーセキュリティ対策の基本的な考え方	医療機関のサイバーセキュリティ対策の基本的な考え方を定めていること。	○	
2 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施体制	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施体制を定めていること。	○	
3 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施計画	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施計画を定めていること。	○	
4 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施状況	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施状況を定めていること。	○	
5 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施評価	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施評価を定めていること。	○	
6 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施改善	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施改善を定めていること。	○	
7 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施報告	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施報告を定めていること。	○	
8 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施記録	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施記録を定めていること。	○	
9 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施監査	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施監査を定めていること。	○	
10 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施研修	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施研修を定めていること。	○	
11 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施相談	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施相談を定めていること。	○	
12 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施連携	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施連携を定めていること。	○	
13 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施評価	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施評価を定めていること。	○	
14 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施改善	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施改善を定めていること。	○	
15 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施報告	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施報告を定めていること。	○	
16 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施記録	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施記録を定めていること。	○	
17 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施監査	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施監査を定めていること。	○	
18 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施研修	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施研修を定めていること。	○	
19 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施相談	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施相談を定めていること。	○	
20 医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施連携	医療機関のサイバーセキュリティ対策の実施連携を定めていること。	○	

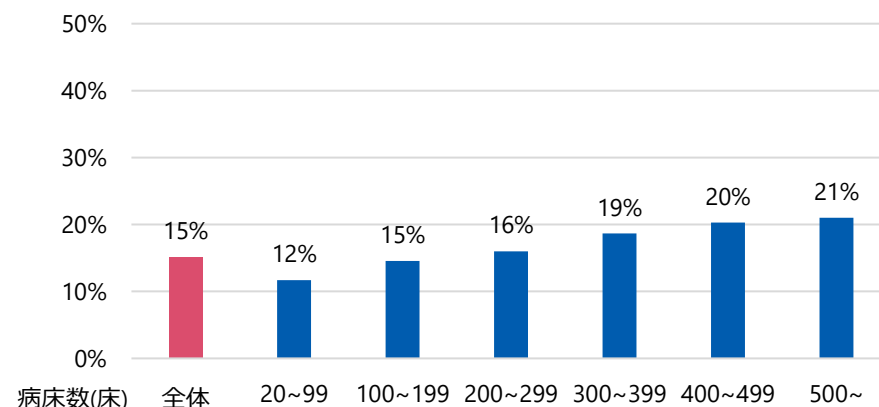
病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策に係る調査

- 調査によると、情報セキュリティの統括責任者（CISO：Chief Information Security Officer）を設置している病院は73%であり、そのうち、医療情報に関連した資格を保持していた割合は15%程度であった。
- 病床数の多い病院では情報セキュリティマネジメント試験や情報処理安全確保支援士の所持者が多い傾向があった。

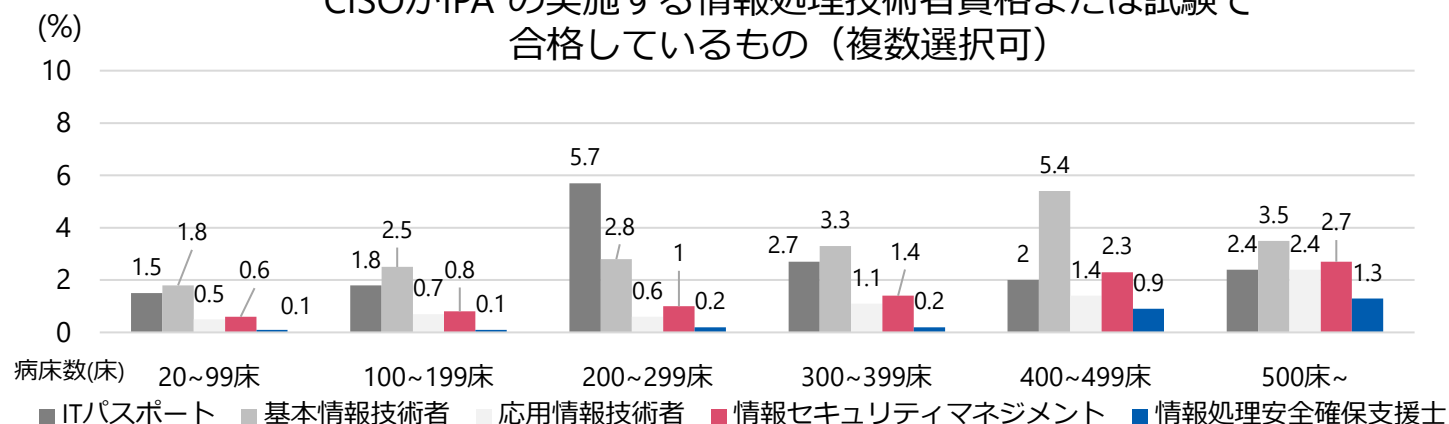
CISOを設置している



CISOが医療情報に関連した資格を保持している

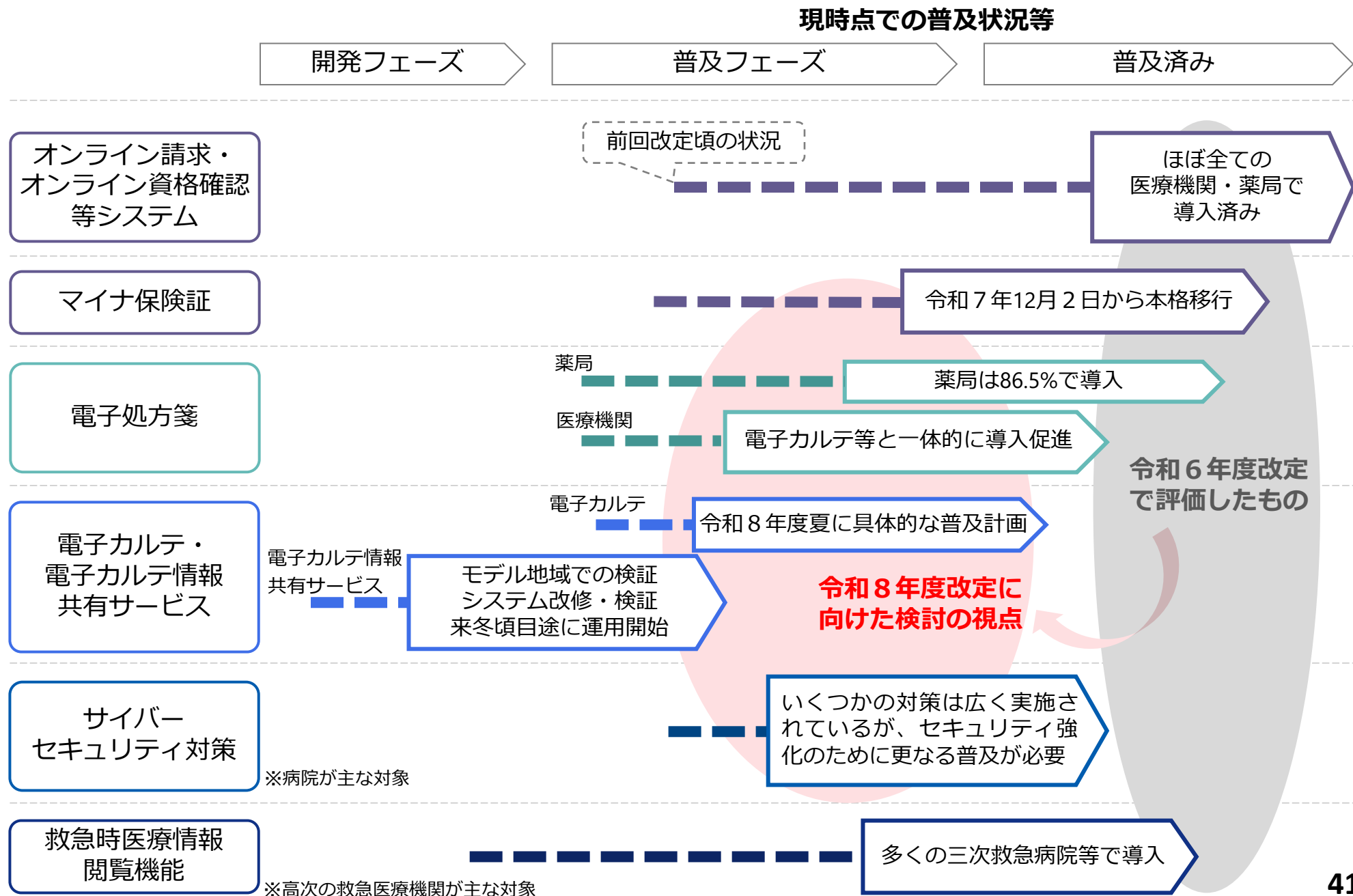


CISOがIPA*の実施する情報処理技術者資格または試験で合格しているもの（複数選択可）



* IPA：情報処理推進機構（Information technology Promotion Agency）

医療DXの普及状況と診療報酬上の評価の視点（イメージ）



医療DXについての課題と論点

(マイナ保険証とオンライン資格確認等システム)

- 令和7年10月時点でのマイナ保険証利用率は47.26%であり、オンライン資格確認で取得した診療情報等の活用により、マイナ保険証を用いた質の高い医療の提供が進んでいる。
- マイナ保険証の課題として、ITに不慣れな患者への対応による負担が増加していることが挙げられている。

(電子処方箋)

- 令和7年11月時点での電子処方箋の普及状況は、薬局では86.5%、医科診療所では23.3%、病院では17.3%、歯科診療所では7.0%であり、月当たりの調剤結果登録割合は、82.8%となっている。
- 調剤結果を遅滞なく反映するため、薬局では速やかに調剤結果を登録している。
- 電子処方箋を活用することでオンライン診療・オンライン服薬指導がスムーズに実施できたという報告がある。
- 複数医療機関を受診し、用法及び用量から通常想定される処方量を大きく超えてゾルピデム製剤の処方を受けている患者がいる。これは電子処方箋サービスの重複投薬等チェックにより防ぐことができる可能性がある。

(電子カルテ・電子カルテ情報共有サービス)

- 2026年夏までに、電子カルテ／共有サービスの具体的な普及計画を策定する予定。(歯科医療機関は2026年度中に対応方針決定)
- 電子カルテ情報共有サービスについては、現在モデル事業で確認されている課題への対応を行っているところであり、改修、検証を経て来年の冬頃をメドに全国で利用可能な状態にすること(運用開始)を目指す。

(救急時医療情報閲覧)

- 意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧を使用することで薬剤情報等を確認し、適切な治療に繋げることができたという事例がある。

(サイバーセキュリティ対策)

- 令和6年度診療報酬改定の見直しにより、BCPやオフラインバックアップに取り組む医療機関が増加した。
- 情報セキュリティの統括責任者について、情報処理技術にかかる資格の取得者が少ない状況。

【論点】

- 医療DXにかかる各サービスの進捗状況や医療現場での患者メリットを踏まえ、医療DXの診療報酬上の評価について、これまでの評価により大きく普及した取り組みの実施を基本としつつ、更に普及を図るべき取り組みに着目した評価を行うことについて、どう考えるか。

参考資料

マイナ保険証に関する現状

① マイナンバーカードの保有状況 ※（ ）内は令和6年1月末時点

取得

マイナンバーカードの保有者
R7.10月末：9,948万人（9,168万人）、全人口の79.9%（73.1%）

保有率向上



② マイナ保険証の登録状況 ※（ ）内は令和6年1月末時点

登録

マイナ保険証の登録者
R7.10月末：8,730万人（7,143万人）、カード保有者の87.8%（77.9%）

登録率向上



③ マイナ保険証の利用状況 ※（ ）内は令和6年3月時点

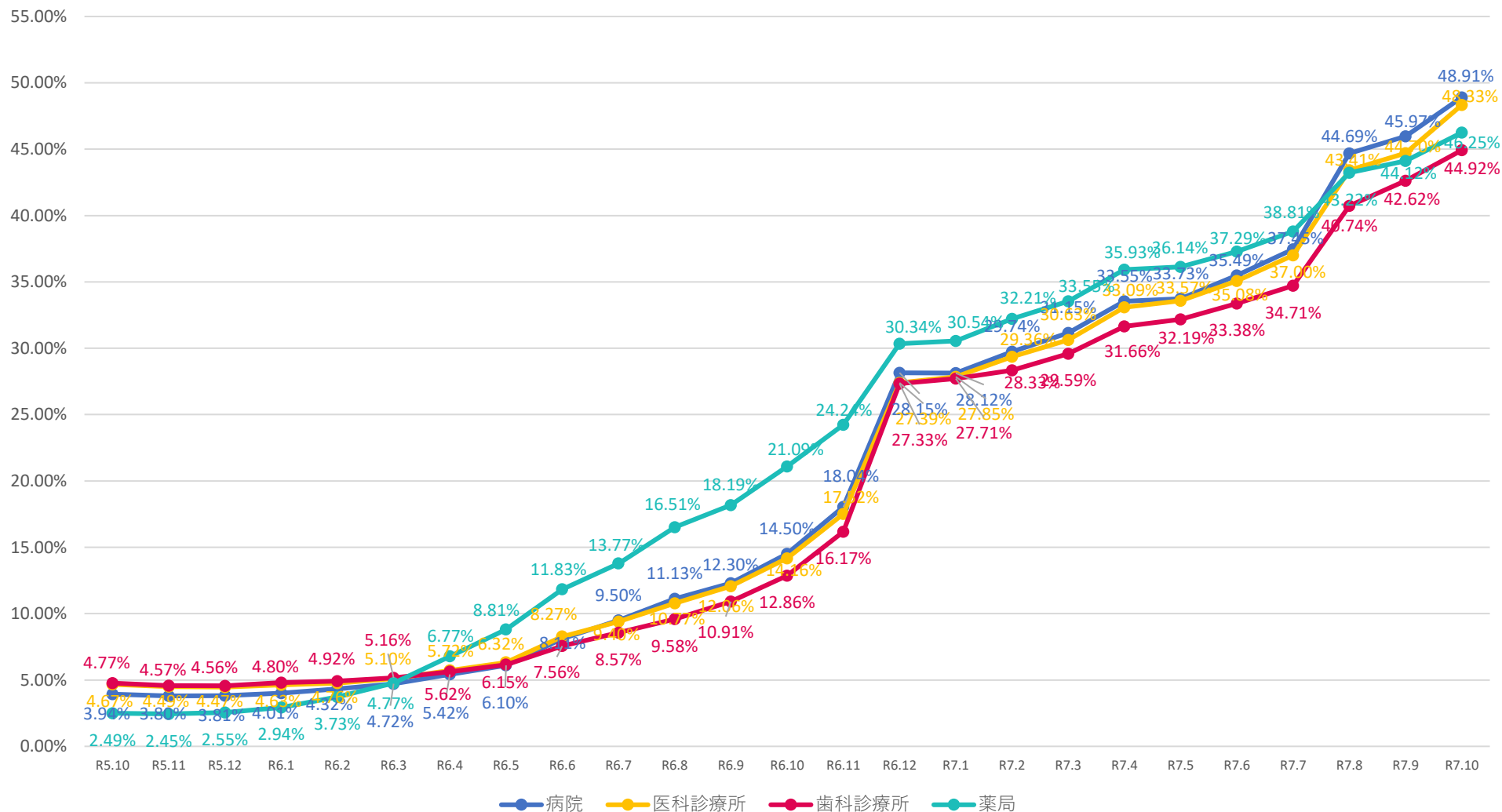
利用

マイナ保険証の利用実績・利用率
R7.10月：10,199万件（838万件）47.26%（4.94%）

利用率向上

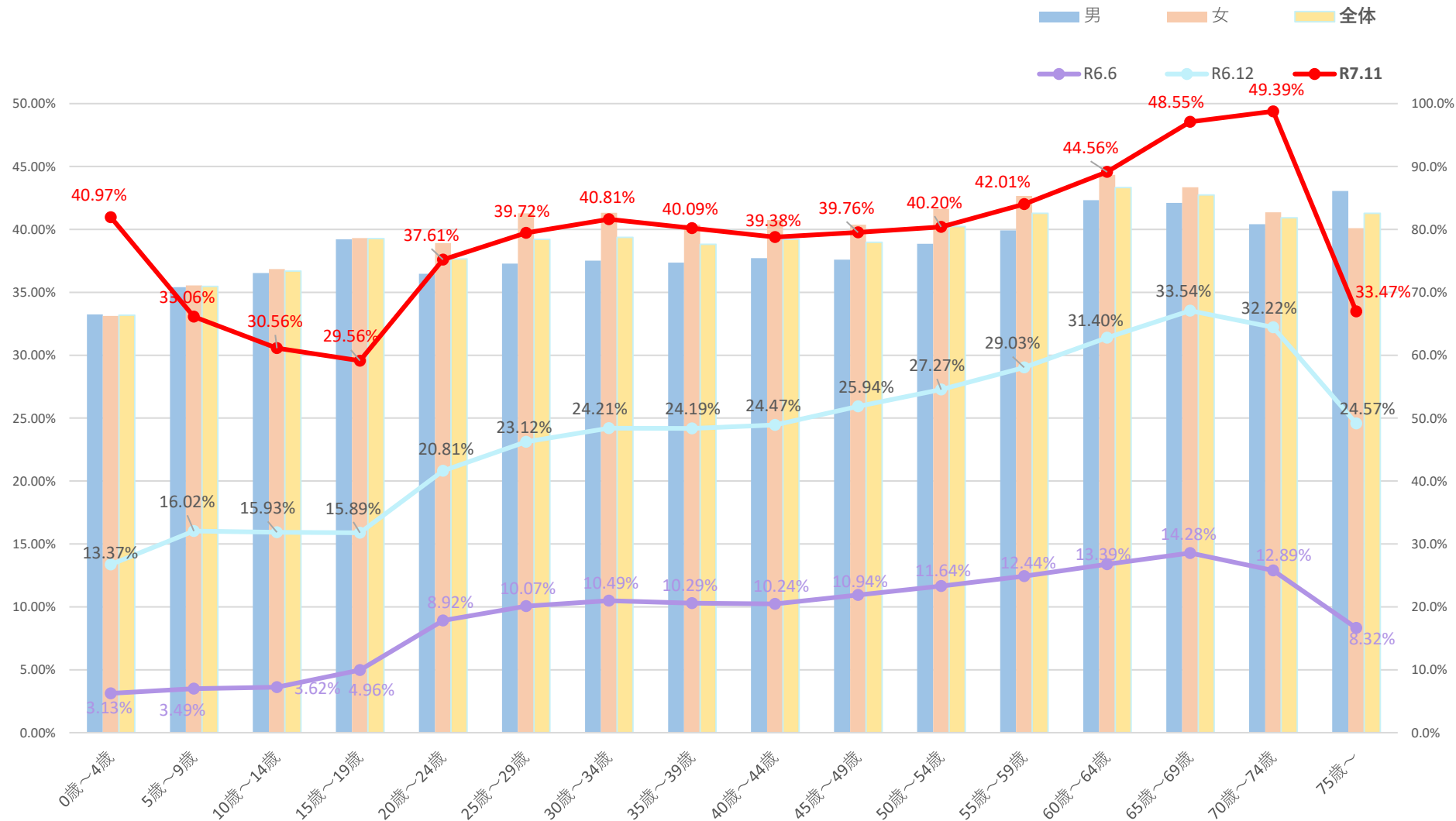
8,730万人 9,948万人 12,433万人
（マイナ保険証登録者） （R7.1.1時点の住基人口）
（カード保有者）

施設類型別のマイナ保険証利用率の推移



※ 利用割合 = MNC利用人数 / レセプト件数

マイナ保険証利用率（年齢階層別）



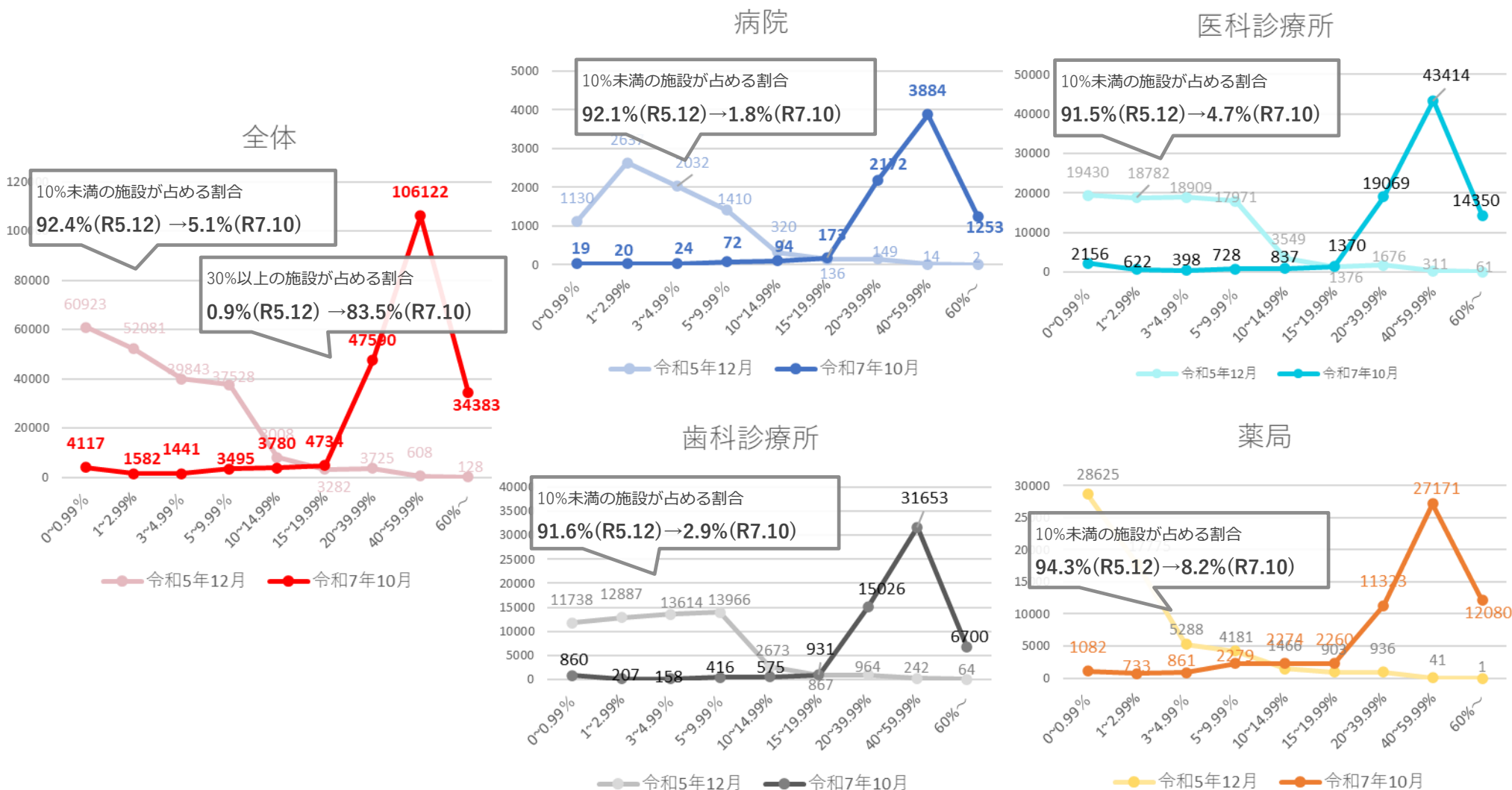
※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数

※マイナカード保有率は令和7年9月時点のデータ

マイナ保険証の利用状況

■マイナ保険証利用割合ごとの施設数の分布（レセプトベース利用割合）

令和5年12月、令和7年10月時点

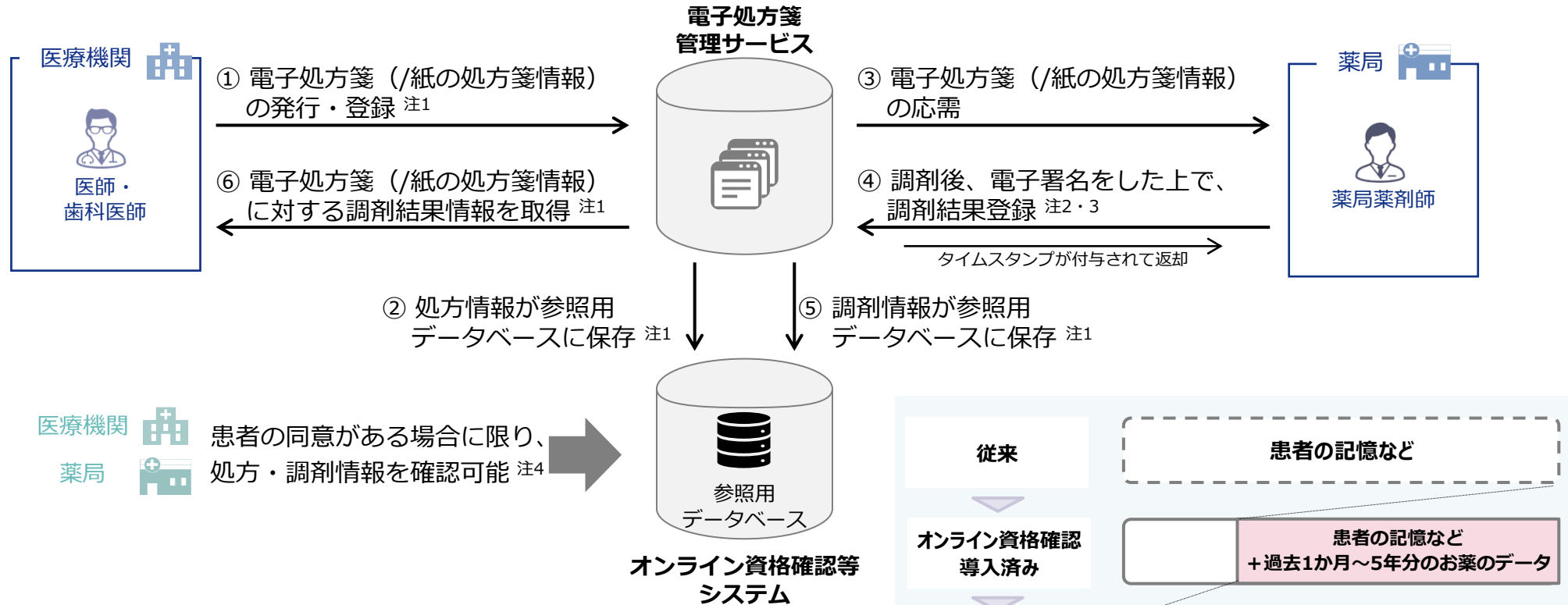


※ 利用割合 = MNC利用人数 / レセプト件数

※ レセプト件数50以上等の施設を対象に算出（施設数：206,126(R5.12)、207,244(R7.10)）

電子処方箋管理サービスへの処方・調剤情報の登録と閲覧の概要図

- 電子処方箋の導入により、患者が情報提供に同意した場合には、複数の医療機関・薬局で処方・調剤された医薬品について、レセプトからの情報抽出前の“直近の”情報まで一元的に確認できるようになっている。



(注)

- 電子処方箋管理サービスに登録される情報 (①・④) と、オンライン資格確認等システムに保存される情報 (②・⑤) には一部差異がある。
- 電子処方箋 (電子原本) については、医療機関からの処方箋登録時、薬局からの調剤結果登録時に電子署名を行うこととなる。紙原本の場合は電子署名は任意。
- 薬局は、電子処方箋管理サービスを介さない紙の処方箋を応需した場合にも、調剤結果登録が可能。
- 患者がマイナンバーカードを利用し、「過去のお薬の情報提供」に同意している場合は、レセプト由来の薬剤情報を含めたデータが確認できる。
(同意をしていない場合や資格確認書を利用している場合も、重複投薬等チェックの機能により、過去の処方・調剤との重複や併用禁忌の有無は確認することは可能。口頭等同意機能を実装した施設においては、口頭等での同意取得により、重複投薬等が確認された医薬品に限定して過去の処方・調剤情報を閲覧することが可能)

凡例

- お薬手帳や患者とのコミュニケーションを基に把握する情報
- 電子処方箋管理サービスなどに記録されたお薬のデータを基に把握する情報

電子処方箋システム対応薬局での服薬管理指導の改善

- 電子処方箋システムを導入している薬局においては、お薬手帳やオンライン資格確認等システムによって得られる情報の他、電子処方箋管理サービスの即時性の高い薬剤情報や機能を活用して服薬管理指導ができる。

①受付 ②処方内容入力

③処方監査 ④最終監査 ⑤服薬指導・会計

以下のような情報を活用し、患者の服薬状況等を踏まえ、薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関する必要な指導を行う。

- 重複投薬等チェック※1
- お薬手帳
- オンライン資格確認等システムの薬剤情報等確認（直近の薬剤情報取得も可能）※2

※1 受付方法（マイナンバーカード/資格確認証）問わず、調剤しようとするそれぞれのお薬が重複投薬等に当たるのかのチェックが可能。患者の同意がある場合は、過去のどの施設で出されたお薬が重複投薬等に当たるかまで確認可能。

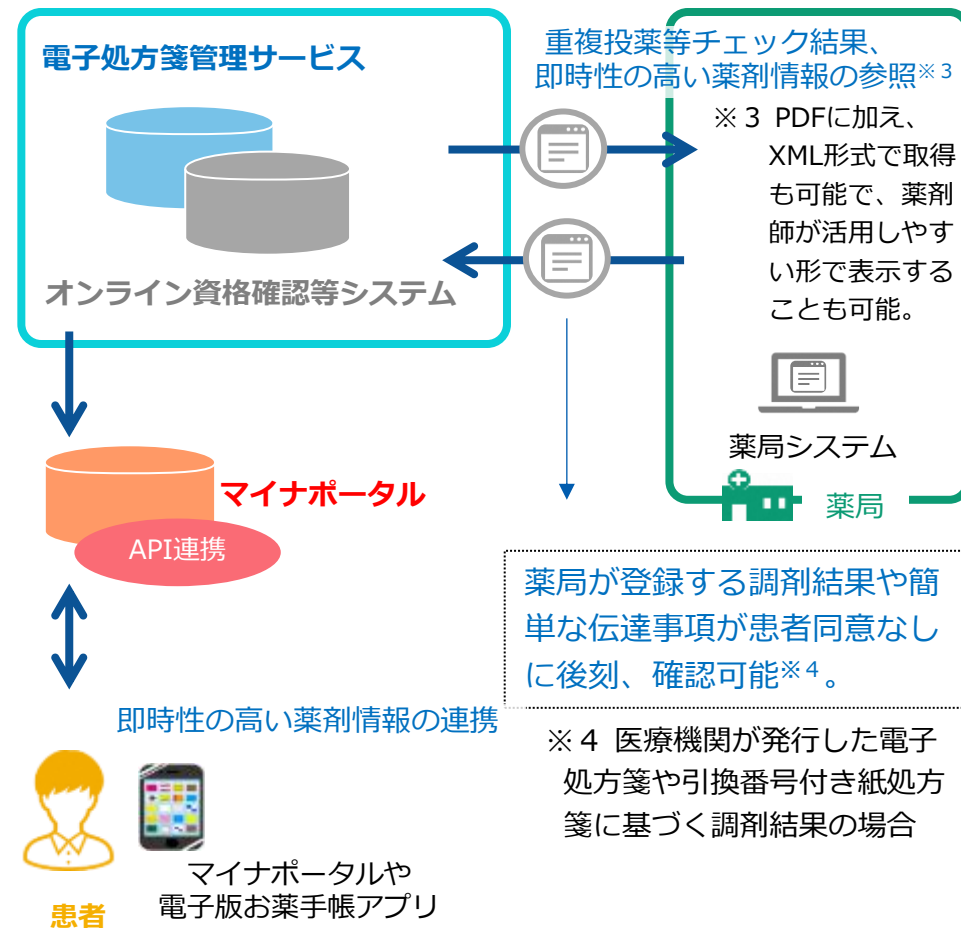
※2 マイナ保険証の同意で確認できるようになる。直近の薬剤情報や医療機関・薬局名の確認が可能でお薬手帳情報がない場合の情報補完となる。診療情報、特定健診情報等を踏まえた対応も可能で、これらデータを薬局システムへ取り込んだ上、効率的に活用することも可能。

⑦調剤録作成 ⑧薬歴作成 ⑨処方箋の処理

⑩調剤結果登録

- 電子処方箋や引換番号付き紙処方箋の場合は、調剤結果の他、発行した医療機関向けの簡単な伝達事項も返すことが可能で、医療機関は患者同意なしにそれら確認が可能。
- マイナポータル連携している電子版お薬手帳の場合は、電子処方箋管理サービスに薬局が登録した調剤結果登録が反映される（過去の分も含めて反映可能）。

電子処方箋システムによって更に活用できる情報



薬局が登録する調剤結果や簡単な伝達事項が患者同意なしに後刻、確認可能※4。

※4 医療機関が発行した電子処方箋や引換番号付き紙処方箋に基づく調剤結果の場合

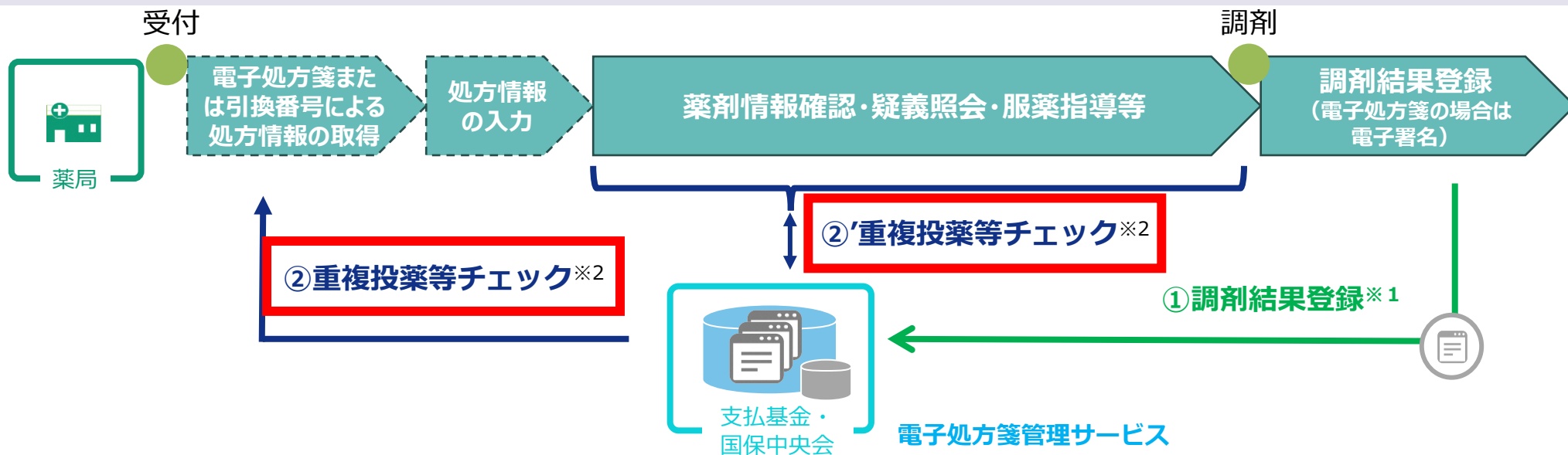
調剤結果登録と重複投薬等チェックの実施のお願い

○ 薬局におかれては、患者を薬の相互作用リスクから守るため、

① 全ての調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録する※1

② 1回以上の重複投薬等チェックの実行する※2

この2点が業務フローに組み込んでいるか等を確認の上、確実に対応いただきたい。



※1 令和7年4月より、薬局の医療DX推進体制整備加算の施設基準通知に「紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、原則として、全てにつき調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録すること」が明記される。

※2 重複投薬等チェックは上図のとおり、2通りあるが、1回以上の重複投薬等チェックの実行が必要

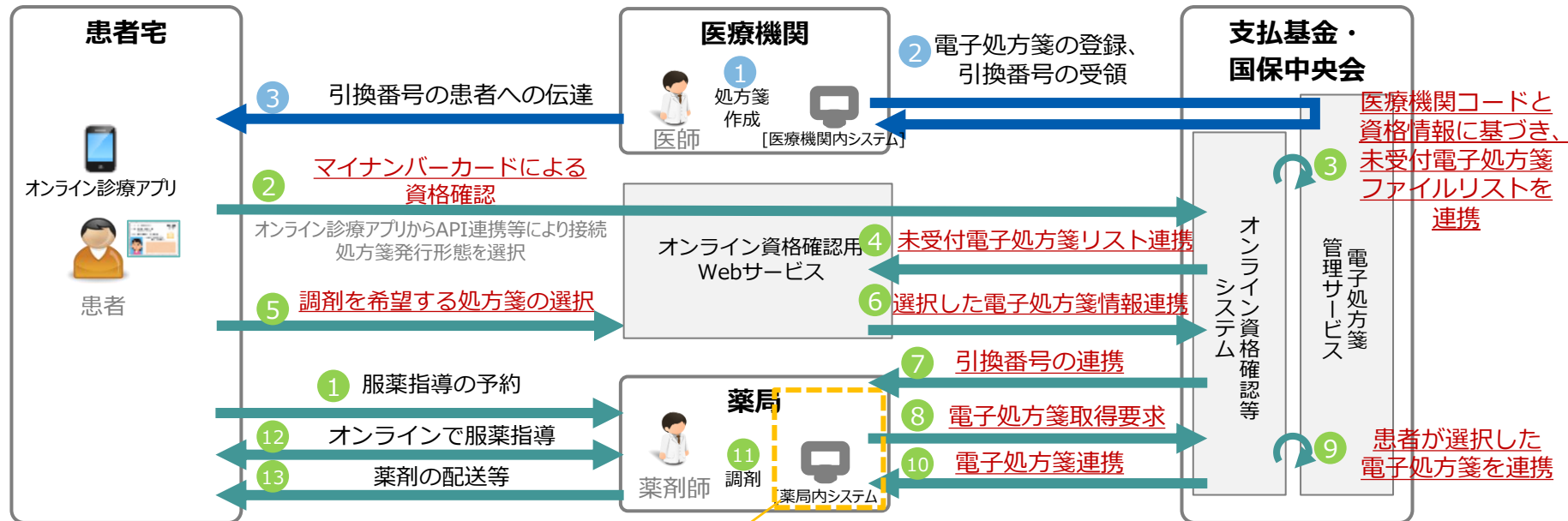
② 「電子処方箋の受付時」または「引換番号が印字された紙処方箋で受付し、処方情報を取得する際」に必ず実行される重複投薬等チェック（それ以外の対応時では実行されない）

②' 実施タイミングや回数制限がなく、どの処方箋対応時でも実行可能な重複投薬等チェック

電子処方箋におけるマイナ在宅受付Webの活用

- オンライン診療・オンライン服薬指導の業態で電子処方箋の発行・受付はできるものの、マイナンバーカードによる受付ができないため、過去の薬剤情報閲覧等の同意等ができないといった制約があったが、マイナ在宅受付Webの開始に伴い、医師・薬剤師等が処方・調剤情報を閲覧できるようになっている。
- また、薬局で処方箋の受付を行う際、患者が顔認証付きカードリーダーで調剤対象の処方箋を選択することができるが、オンライン服薬指導の場合でも、自宅等で患者のスマホからマイナ在宅受付Webを活用し、調剤対象の処方箋を選択できるようになっている。
- その後、患者が指定した薬局において資格確認等を行った場合、オンライン資格確認等システムから資格情報と共に患者が選択した処方箋の引換番号を返却することで、薬局は従来どおり、資格情報と引換番号をもとに処方箋の受付ができるようになる。

(既存方式との差異を赤字・下線で記載)



薬局が資格確認を行う際に、引換番号も取得できるようにする。
(これにより、従来どおり、引換番号と資格情報をもとに処方箋の取得が可能となる)

メリット④ オンライン診療等において、紙の処方箋を郵送する手間を削減できます

- オンライン診療において、従来は処方箋原本を患者に送付する、あるいは、患者が利用を希望する薬局にFAXで送信（合わせて原本送付）する必要がありましたが、処方箋の電子化に伴い、本対応が不要となります。
- 電子処方箋を選択することにより、オンライン診療後に対面で服薬指導を受けたり、対面での診察後にオンライン服薬指導を受けるなど、柔軟な対応が取りやすくなります。
- なお、従来は、オンライン診療では健康保険証の受付のみ対応できていましたが、令和6年4月からは「マイナ在宅受付Web」というWebサービスの開始に伴い、患者のスマートフォン等を利用してマイナ保険証による受付も可能となり、患者の同意に基づき、過去の処方・調剤情報を活用できるようになります※。

※アプリベンダの状況によりますので、ご活用いただけるかはアプリベンダにご確認ください。



医療機関

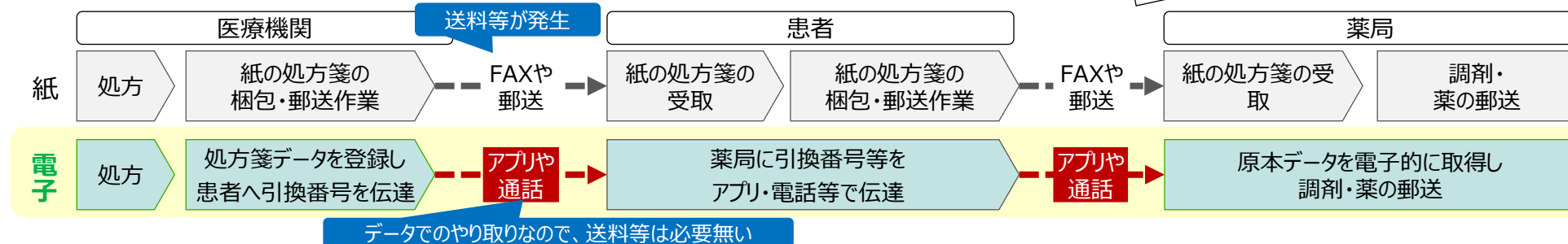
医療機関では、データを用いたやり取りによって、処方箋原本発送の手間やFAXなどの設備が不要となり、事務作業にかかるコストも削減。



- ・ 処方後は、患者に引換番号を伝え、それを患者が薬局に伝達するため、医療機関から薬局へのFAX・メール送付、FAX番号・アドレスの確認等が不要に。
- ・ 患者が利用する薬局が電子処方箋のデータを取り込むと、それが処方箋原本の取得となるため、郵送等にかかる送料や事務作業の負担を削減。

マイナ在宅受付Webの開始に伴い、今後オンライン診療等でもマイナ保険証で受付を行い、電子処方箋を発行・受付できるようになる予定です。

電子処方箋を利用することで、オンライン診療・服薬指導をより柔軟に実施することが可能になります。
⇒詳細はP.42へ



電子処方箋・電子カルテの目標設定等の概要①

1. 電子処方箋の新目標

- 電子処方箋については、「概ね全国の医療機関・薬局に対し、2025年3月までに普及させる」※¹ こととしていた。
2025年6月時点で運用開始済の薬局は8割を超えており、薬局については今夏には概ね全ての薬局での導入が見込まれる。
一方、医療機関への導入は1割程度に留まる。
- 医療機関において電子処方箋の導入を進めるにあたっては、電子カルテが導入されていることが重要であるため、**電子処方箋の新たな目標では、電子カルテ／共有サービスと一体的な導入を進めることとし、「患者の医療情報を共有するための電子カルテを整備するすべての医療機関への導入を目指す」。**

歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

※1 医療 DX の推進に関する工程表 2023.6.2 医療 DX 推進本部

2. 電子カルテ／共有サービスの普及策

- 電子カルテについては、「遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」※¹ こととしている。この目標達成に向け、オンプレ型で、かつ、カスタマイズしている現行の電子カルテから、いわゆるクラウドネイティブを基本とする廉価なものへと移行することを図りつつ、
 - ① 電子カルテ導入済の医療機関※² には、次回更改時に、共有サービス／電子処方箋に対応するシステム改修等の実施、
 - ② 電子カルテ未導入の医療機関※² には、**共有サービス／電子処方箋に対応できる標準化された電子カルテの導入**を進める。

※2 医科診療所／病院が対象。歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

今後の主な対応方針

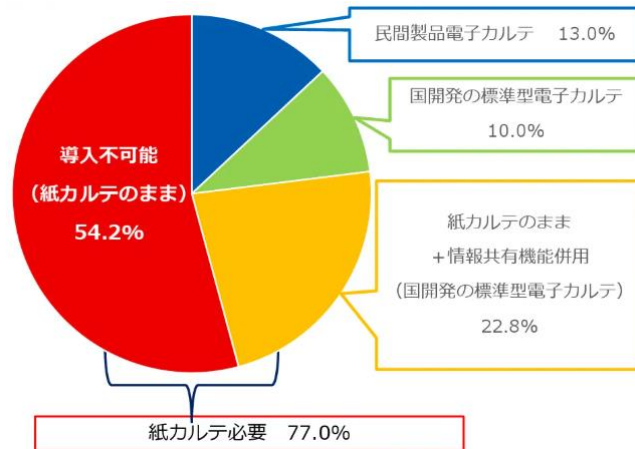
- 標準型電子カルテ（デジタル庁で開発中）について、本格運用の具体的内容を2025年度中に示した上で、**必要な支援策の具体化を検討するとともに、2026年度中目途の完成を目指す。**
- 併せて、標準型電子カルテの要件※³ を参考として、**医科診療所向け電子カルテの標準仕様（基本要件）を2025年度中に策定する。**
 - ※3 小規模な医療機関でも過度な負担なく導入が可能となるよう、①共有サービス・電子処方箋管理サービスへの対応、②ガバメントクラウドへの対応が可能となり、かつ、1つのシステムを複数の医療機関で共同利用することで廉価なサービス提供が可能となるマルチテナント方式（いわゆるSaaS型）のクラウド型サービスとする、③関係システムへの標準APIを搭載する、④データ引き継ぎが可能な互換性を確保すること等を要件とする方向。
- **2026年夏までに、電子カルテ／共有サービスの具体的な普及計画を策定する。**

＜参考＞ 日本医師会（紙カルテ利用の診療所の電子化対応可能性に関する調査）

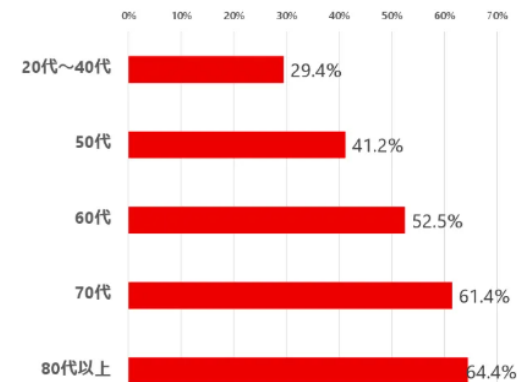
2025/8記者会見

- ✓ 日本医師会が、全国の紙カルテ利用中の診療所に対し、電子カルテの導入可能性に関するアンケート調査を実施（調査期間：本年4/18～6/1、有効回答数：5,466件）。

▶ 調査では54.2%が「導入不可能」である旨の回答

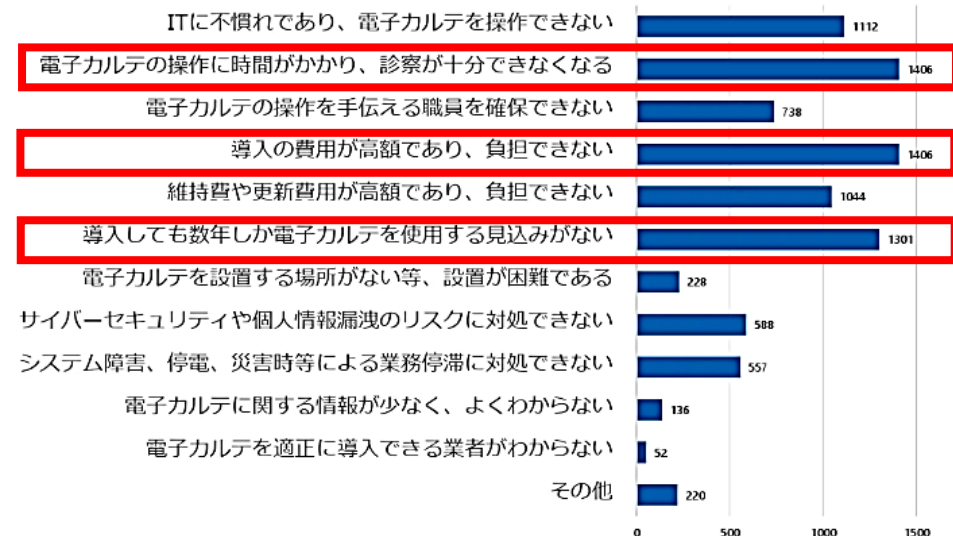


▶ ただし、「導入不可能」と回答する割合は高齢者ほど高い



▶ 「導入できない理由(3つ選択可)」では、

- ・ ITに不慣れ(電子カルテ操作に時間がかかる)、
 - ・ 導入費用が高額、
 - ・ 導入しても数年しか使用する見込みがない、
- といった回答が多くなっている。



電子カルテの目標設定等の概要

1. 電子処方箋の新目標

- 電子処方箋については、「概ね全国の医療機関・薬局に対し、2025年3月までに普及させる」※1こととしていた。
2025年6月時点で運用開始済の薬局は8割を超えており、薬局については今夏には概ね全ての薬局での導入が見込まれる。
一方、医療機関への導入は1割程度に留まる。
- 医療機関において電子処方箋の導入を進めるにあたっては、電子カルテが導入されていることが重要であるため、**電子処方箋の新たな目標では、電子カルテ／共有サービスと一体的な導入を進めることとし、「患者の医療情報を共有するための電子カルテを整備するすべての医療機関への導入を目指す」。**
歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

※1 医療DXの推進に関する工程表2023.6.2 医療DX推進本部

2. 電子カルテ／共有サービスの普及策

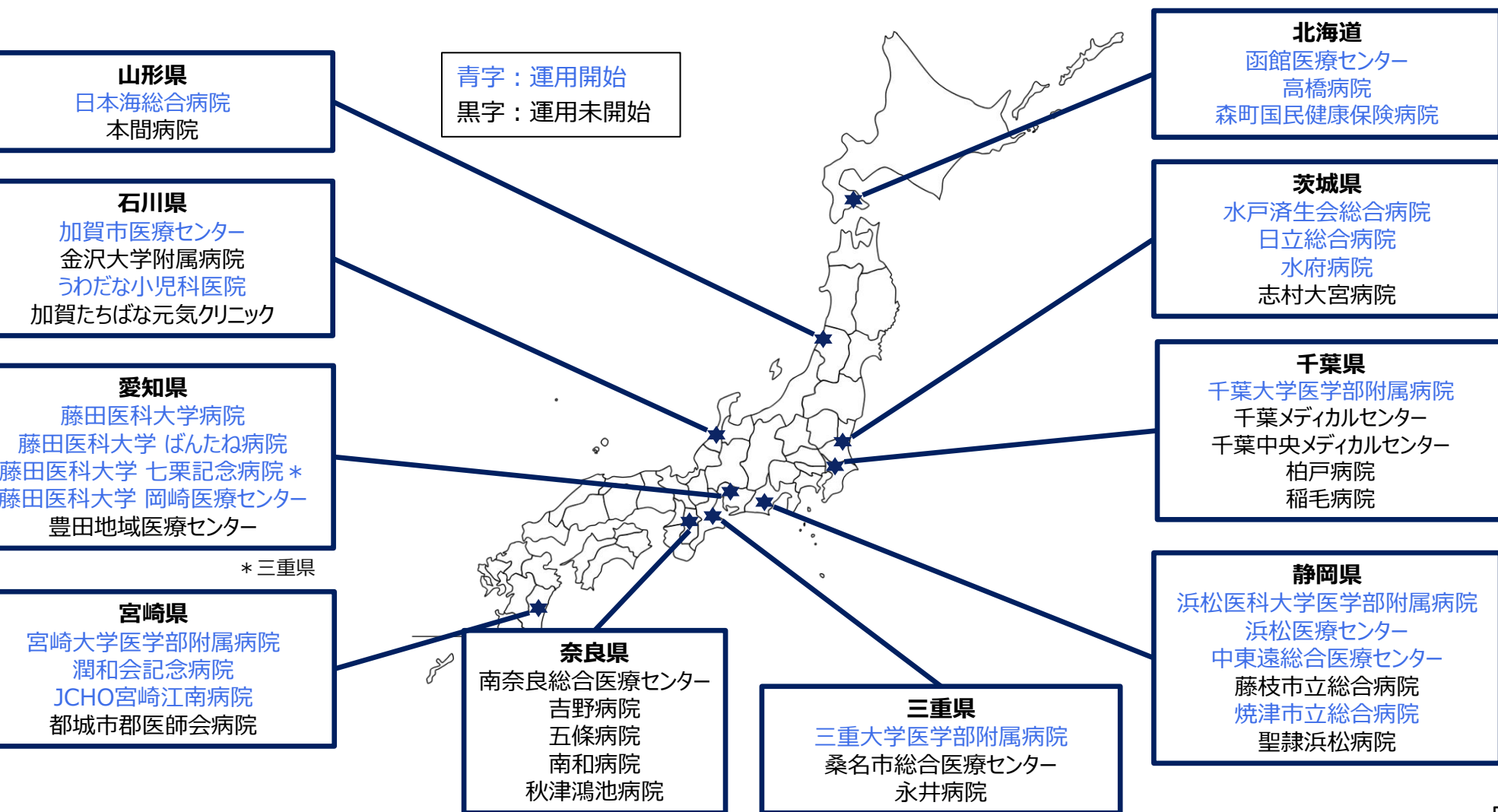
- 電子カルテについては、「遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」※1こととしている。この目標達成に向け、**オンプレ型で、かつ、カスタマイズしている現行の電子カルテから、いわゆるクラウドネイティブを基本とする廉価なものへと移行**することを図りつつ、
 - ① 電子カルテ導入済の医療機関※2には、次回更改時に、共有サービス／電子処方箋に対応するシステム改修等の実施、
 - ② 電子カルテ未導入の医療機関※2には、**共有サービス／電子処方箋に対応できる標準化された電子カルテの導入**を進める。※2 医科診療所／病院が対象。歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

今後の主な対応方針

- 標準型電子カルテ（デジタル庁で開発中）について、本格運用の具体的内容を2025年度中に示した上で、**必要な支援策の具体化を検討するとともに、2026年度中目途の完成**を目指す。
- 併せて、標準型電子カルテの要件※3を参考として、**医科診療所向け電子カルテの標準仕様（基本要件）を2025年度中に策定**する。
※3 小規模な医療機関でも過度な負担なく導入が可能となるよう、①共有サービス・電子処方箋管理サービスへの対応、②ガバメントクラウドへの対応が可能となり、かつ、1つのシステムを複数の医療機関で共同利用することで廉価なサービス提供が可能となるマルチテナント方式（いわゆるSaaS型）のクラウド型サービスとする、③関係システムへの標準APIを搭載する、④データ引き継ぎが可能な互換性を確保すること等を要件とする方向。
- **2026年夏までに、電子カルテ／共有サービスの具体的な普及計画**を策定する。

モデル事業参加医療機関(予定含む) ※令和7年12月8日時点

令和7年2月からモデル事業を順次開始。現在、10地域でモデル事業を実施中。(9地域22医療機関で運用開始済)
システムのみならず現場の運用・業務フロー等について検証を行っている。



病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策に係る調査（概要）

背景・目的

- 病院に対するランサムウェア等のサイバー攻撃が増加し、長期にわたり診療が停止した事例が確認されていることから、病院におけるランサムウェアのリスクを把握するとともに、長期に診療が停止することがないように早急に有効な対策の実施を促すことが必要である。
- 本調査の目的は、病院が保有する電子カルテシステム等の医療情報システムのサイバーセキュリティ対策の実態を調査し、これまでの政策の効果確認に加え、今後の政策方針の決定に資するものとするものである。

調査方法・対象

- G-MIS（Gathering Medical Information System）を用いて、病院のサイバーセキュリティ対策の実態に関するアンケート調査を実施。
- 調査対象は、G-MIS IDが付与されている、8,117の病院。
- 有効回答数：5,842（72.0%）施設（昨年度：65.5%）
- 令和5年5月31日に発出された「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（6.0版）」、令和7年5月に発出された「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」及び厚生労働省等から発出された通知・事務連絡等において周知した対策への取組状況について質問する。

調査期間

- ・ 令和7年1月27日（月）～ 令和7年3月7日（金）

個別事項（その19）

残薬対策

1. 残薬について

2. 残薬の発生を抑制するための対策

3. 残薬の確認に関する対策

4. 残薬解消に関する対策

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針

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7月20日厚生労働省告示第234号

一部改正 令和6年11月1日厚生労働省告示第326号

～以下、抜粋～

また、後発医薬品の使用促進については、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、医療関係者等に対する啓発資料の提供や情報提供を進めるとともに、安定供給体制の確保について、医薬品の製造販売業者への指導等を行う。バイオ後続品への移行状況については成分ごとにばらつきがあり、全体では後発医薬品ほどは使用が進んでいない。このことを踏まえて、バイオ後続品の普及促進に向けてロードマップの別添「バイオ後続品の使用促進のための取組方針」（令和6年9月）を示した。**残薬、重複投薬、不適切な複数種類の医薬品の投与及び長期投薬を減らすための取組など**の医薬品の適正使用の推進については、医療関係者や保険者等と連携し、国民に対し、かかりつけ薬剤師・薬局の必要性の周知や、処方医との連携を通じたかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化のための支援等を行っていく。

残薬対策に対する基盤と報酬上の評価

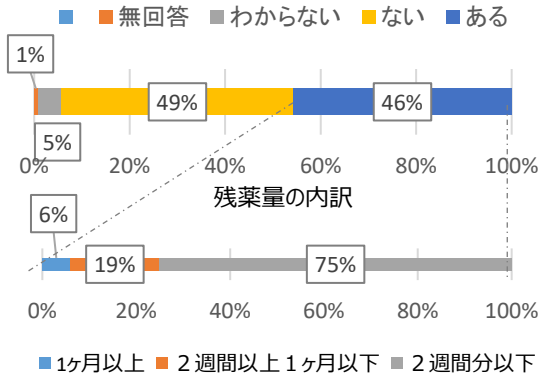
- 残薬への対応については、発生の抑制、残薬の確認、残薬の解消等の観点があり、それぞれの観点から、報酬上の対応等が図られている。

		残薬の発生の抑制	残薬の確認	残薬の解消
基盤となる仕組み	外来在宅共通	<ul style="list-style-type: none"> ◆ かかりつけ医機能 ◆ かかりつけ薬剤師制度 ◆ 電子処方箋・オンライン資格確認 ◆ ポリファーマシー対策 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ かかりつけ薬剤師制度 ◆ お薬手帳の活用 	◆ 薬剤師等の情報提供を受けた医師による処方変更
	在宅		◆ 医療従事者による在宅訪問	
具体的な取り組みと関連する報酬	外来在宅共通	<ul style="list-style-type: none"> ◆ お薬カレンダー等による服薬支援 ◆ ポリファーマシー対策関係 ◆ オンライン資格確認・電子処方箋 →【医科・調剤】医療DX推進体制整備加算		<ul style="list-style-type: none"> ◆ 疑義照会・処方変更の円滑化 →【医科】処方箋様式の変更（H28改定） <ul style="list-style-type: none"> □ 医療機関と薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施
	外来	→【医科】薬剤総合評価調整管理料、地域包括診療料、薬剤適正使用連携加算等 →【調剤】かかりつけ薬剤師指導料、外来服薬支援料1、服用薬剤調整支援料等	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 薬局における残薬の確認 →【調剤】重複投薬・相互作用等防止加算 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 節薬バッグ（ブラウンバッグ） →【調剤】外来服薬支援料1	
	在宅	→【医科】在宅時医学総合管理料等	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 在宅における残薬の確認 →【調剤】在宅患者訪問薬剤指導料、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、在宅移行初期管理料等	

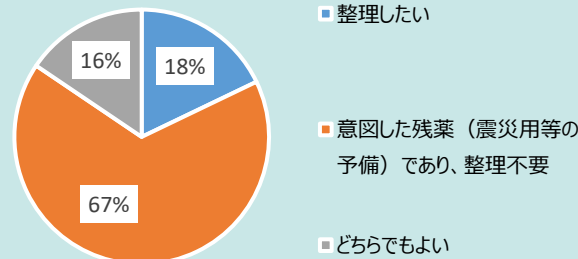
残薬に対する患者意識

- 患者調査の結果によると、自宅に残薬があると回答している患者は、全体の約半数であるが、そのうち残薬を「整理したい」と答えた患者は約2割であった。
- 1ヶ月分以上の残薬がある患者は残薬整理を希望しており、その相談しやすい相手として薬剤師と答える患者は78%であった。
- 年齢層別では、残薬があると答えた患者は60歳以上が6割であり、高齢者に多い傾向であった。

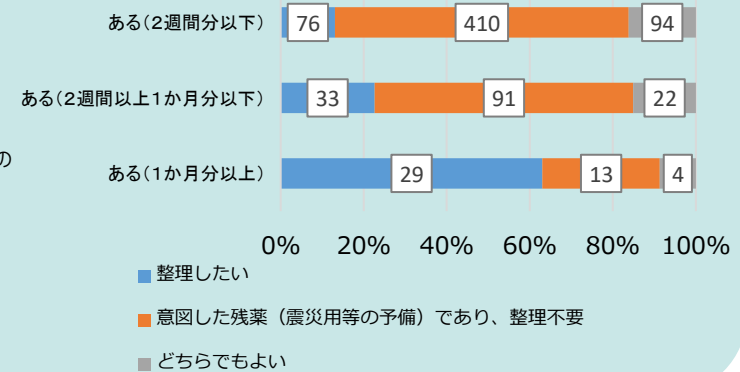
■ 自宅における残薬の有無(n=1690)



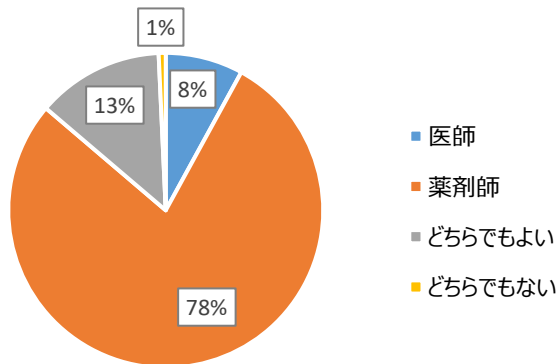
■ 残薬の整理への意識 n=772



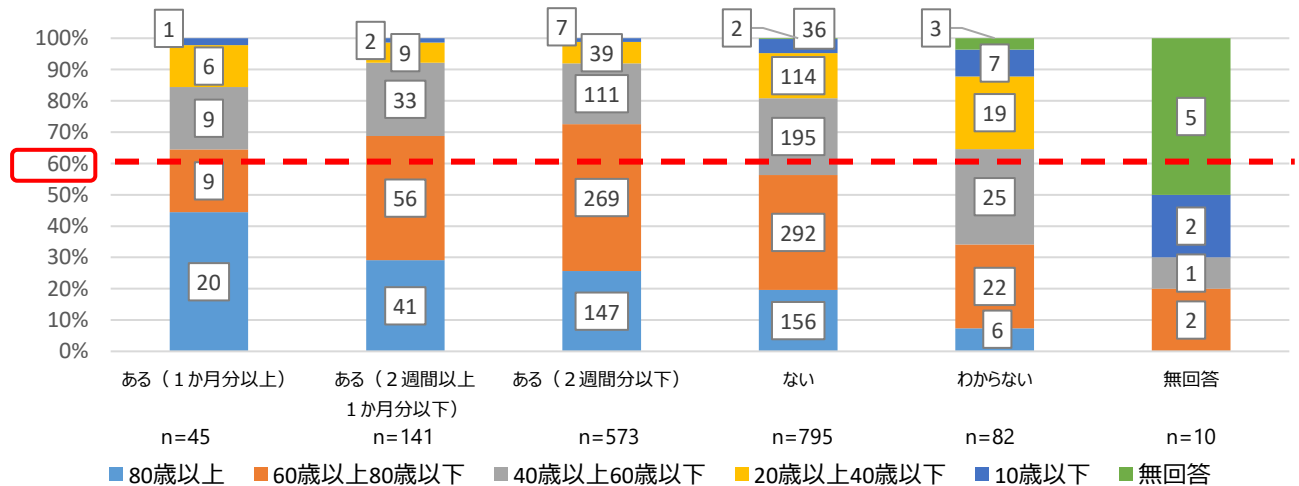
■ 残薬の量と整理への意識 n=772



■ 患者が残薬の相談しやすい相手 n=138



■ 残薬量別年齢層



残薬に対する患者意識向上に係る取組

- 残薬を減らすための取組であるブラウンバッグ運動について、調剤報酬（外来服薬支援料1）での患者又はその家族等への周知を要件としている他、「薬と健康の週間」において国民への周知も実施している。

調剤

区分14の2 外来服薬支援料

1 外来服薬支援料1 185点

(3) 略 患者が保険薬局に持参した服用中の薬剤等の服薬管理を行い、その結果を関係する保険医療機関へ情報提供した場合に算定できる。算定に当たっては、**あらかじめ、患者又はその家族等に対して、保険薬局へ服用中の薬剤等を持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を提供し、患者等が薬剤等を持参することで服薬管理を行う取組（いわゆるブラウンバッグ運動）を周知しておく。**この場合において、外来服薬支援料1は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

4 かかりつけ薬剤師・薬局を選びましょう

薬に関する情報を一元的に把握し、薬の飲み合わせや重複を確認したり、効果や副作用を継続的に確認したりしてもらえます。また、いざというときや困ったときには、休日・夜間を含め、電話等で相談ができます。

① かかりつけ薬剤師・薬局の主なメリット

○同じような薬が重複していないか、飲み合わせの悪い薬が出されていないかをチェックします。



○生活習慣を把握し、あなたに合った方法を提案することで、飲み忘れや飲み残しを防ぐことができます。



○在宅での療養が必要になっても、薬の管理、説明を受けられます。



～ポリファーマシーとは～

「ポリファーマシー」とは、単に薬の数が多くことではなく、それに関連した薬による有害事象が増えるなどの問題につながる状態のことを言います。複数の医療機関の受診によって薬の数が多くなり、処方箋全体が把握されていない場合に起こります。

特に高齢者では、生活習慣病などが重なり、治療薬や症状を緩和するための処方が増えて、ポリファーマシーの状態になりやすい傾向があります。気になる点がありましたら、自己判断せず、医師や薬剤師に自らが服用している薬の情報を伝えて相談するようにしましょう。

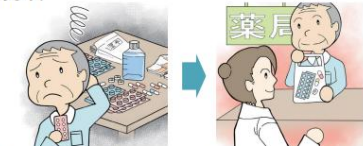


10



ブラウンバッグ運動を知っていますか

ブラウンバッグ運動とは、患者宅に残った薬を薬局に持ってきてもらい、服薬管理を行う取組のことです。薬局で袋が配布される場合もあります。



患者が持参した薬剤を、薬局薬剤師と確認し、使用期限切れの薬剤については廃棄しつつ、また使用できる薬剤があれば、必要に応じ、処方した医師へ処方日数を調整するよう薬剤師が提案する等の服薬管理を行うことが可能です。

家に薬が残っている場合には、かかりつけ薬剤師や医師に相談しましょう。薬局や医療機関に行くときに、薬局で配布された袋でなくても構いませんので、残っている薬を入れて持って行きましょう。

② 処方箋は「かかりつけ薬剤師・薬局」に持っていきましょう

複数の医療機関から処方箋をもらった場合でも、ご自分で選んだ1か所の薬局に処方箋を持っていきましょう。

身近な薬局で信頼できる薬剤師・薬局を、あなたの「かかりつけ薬剤師・薬局」として選びましょう。



医療情報ネット（ナビイ）では、全国の薬局を探すことができます。かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶ際の参考にしてください。



出典：令和7年度「薬と健康の週間」パンフレットより抜粋

（厚生労働省・都道府県・日本薬剤師会及び都道府県薬剤師会）

1. 残薬について
2. 残薬の発生を抑制するための対策
3. 残薬の確認に関する対策
4. 残薬解消に関する対策

- 薬物療法では、有害事象が起こりやすいことや、服薬アドヒアランスを低下させる要因が多岐にわたることを踏まえた工夫や配慮が必要となる。
- また、家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行うことが重要であり、介護状況に応じた介護保険サービスの導入等の対応を行うことが望ましい。

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」

- ・ 有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し、実践する。

4.1. 高齢者では有害事象が起こりやすい。薬物動態や薬力学の加齢変化を理解し、原則的に少量から薬物を開始し、薬物に対する反応・薬物有害事象をモニターしながら漸増する。多剤併用（特に6剤以上）に伴って予期せぬ相互作用や薬物有害事象の危険性は高くなるため、可能な限り多剤併用は避ける。また、高齢者に対して有害事象を起こしやすい薬物が知られており、それらの薬に関しては特に慎重に適用を考慮する。

4.2. 認知機能の低下、巧緻運動障害、嚥下障害、薬局までのアクセス不良、経済的事情、多剤併用など薬剤療法に対するアドヒアランスを低下させる要因は多岐に渡る。服薬アドヒアランスについて、本人だけでなく家族や介護者からも定期的に情報を収集し、アドヒアランスを低下させる要因を同定し、予防・改善に努める。また、合剤の使用や一包化、剤形の変更など服用が簡便になるよう工夫する。

（中略）

6. 「家族などの介護者もケアの対象に」

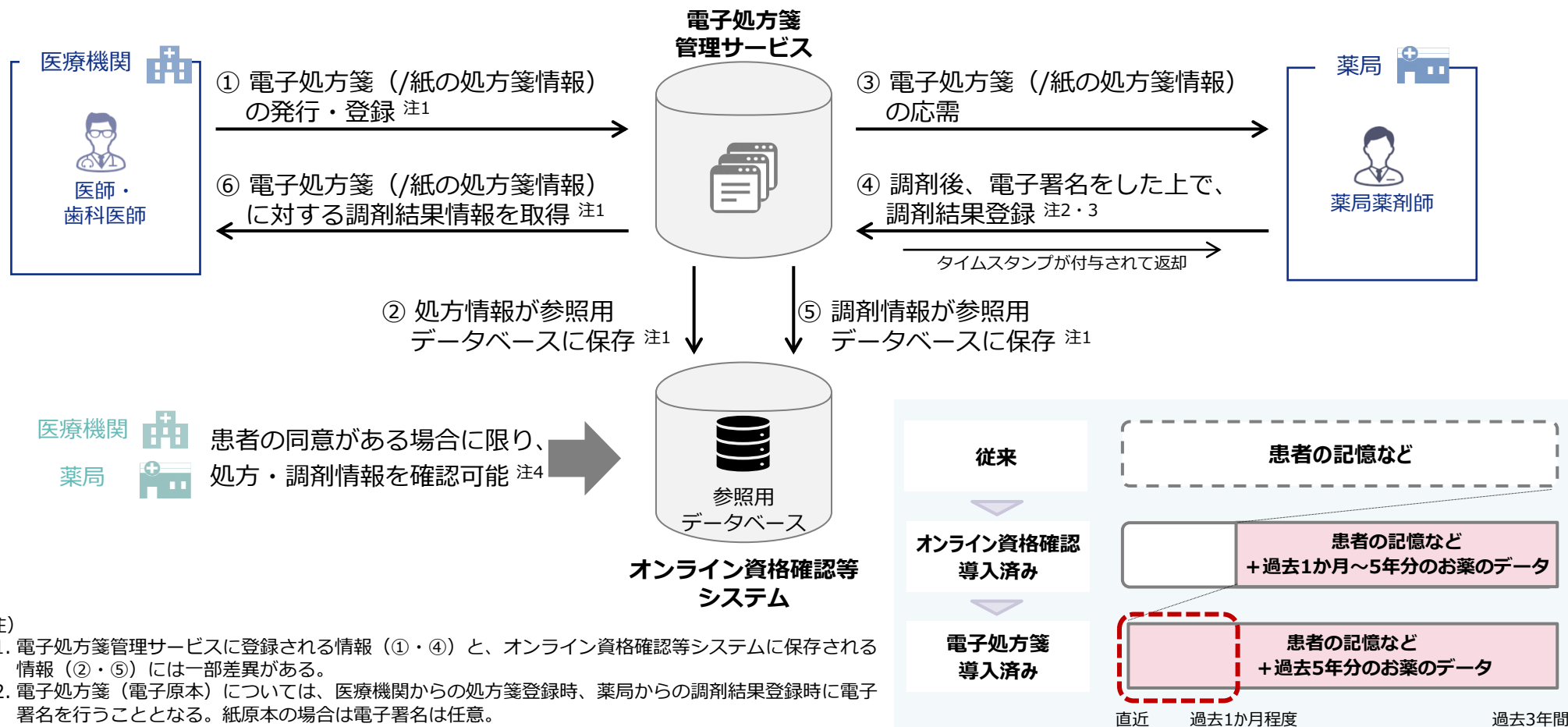
- ・ 家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行う。

（中略）

6.2. 本邦においては少子高齢化や核家族化の影響から、独居高齢者、高齢者が高齢者を介護するいわゆる「老老介護」、認知症患者が認知症患者を介護するいわゆる「認認介護」が社会問題化している。そうした介護状況には格別の注意が必要であり、早期に家族等と相談し、介護能力を考慮した上で、介護保険サービスの導入等の対応を行うことが望ましい。

電子処方箋管理サービスへの処方・調剤情報の登録と閲覧の概要図

- 電子処方箋の導入により、患者が情報提供に同意した場合には、複数の医療機関・薬局で処方・調剤された医薬品について、レセプトからの情報抽出前の“直近の”情報まで一元的に確認できるようになっている。



(注)

1. 電子処方箋管理サービスに登録される情報（①・④）と、オンライン資格確認等システムに保存される情報（②・⑤）には一部差異がある。
2. 電子処方箋（電子原本）については、医療機関からの処方箋登録時、薬局からの調剤結果登録時に電子署名を行うこととなる。紙原本の場合は電子署名は任意。
3. 薬局は、電子処方箋管理サービスを介さない紙の処方箋を応需した場合にも、調剤結果登録が可能。
4. 患者がマイナンバーカードを利用し、「過去のお薬の情報提供」に同意している場合は、レセプト由来の薬剤情報を含めたデータが確認できる。
（同意をしていない場合や資格確認書を利用している場合も、重複投薬等チェックの機能により、過去の処方・調剤との重複や併用禁忌の有無は確認することは可能。口頭等同意機能を実装した施設においては、口頭等での同意取得により、重複投薬等が確認された医薬品に限定して過去の処方・調剤情報を閲覧することが可能）

凡例



お薬手帳や患者とのコミュニケーションを基に把握する情報



電子処方箋管理サービスなどに記録されたお薬のデータを基に把握する情報

薬局における残薬対策の評価

- かかりつけ薬剤師指導料においては、残薬対策を包括的に評価する要件がある。
- かかりつけ薬剤師による一元管理の更なる推進に向けて、中医協で見直しの議論を行った。

かかりつけ薬剤師の評価

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

かかりつけ薬剤師指導料

76点(1回につき)

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

[かかりつけ薬剤師の主な業務]

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

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

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

第631回 中央社会保険医療協議会（調剤について（その2））（令和7年11月28日）

- ◆ かかりつけ薬剤師は患者の求めに応じて対応することが本来のあるべき姿であり、同意書の取得や算定をノルマ化することは、本来のあるべき姿ではない。安全で個別最適化した質の高い薬剤サービスのためには、かかりつけ機能の推進とともに、**かかりつけ薬剤師による一元的、継続的、全人的な薬学管理を通じた質の高い業務を評価するような見直しが必要**と考える。

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について

- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものであり、在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、総合的な医学管理を行った場合の評価である。
- 医学管理の具体的内容について、他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めることとされているが、残薬確認等は定められていない。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料（月1回）

【趣旨】

- 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである。
- 在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅時医学総合管理料は算定できない。

【医学管理の具体的内容として明記されている事項】

- 個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載すること。
- 他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。
- 当該患者が診療科の異なる他の保険医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を当該保険医療機関に交付する等十分な連携を図るよう努めること。

地域包括診療料・加算について

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月 1 回)		地域包括診療加算 1 28点 地域包括診療加算 2 21点 (1 回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ) ・連携強化診療情報提供料 ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。) 又は、認知症の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。 <u>認知症に係る研修を修了していることが望ましい。</u>		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること。 等 ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする。 等 ・他の医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、診療録に記載する。 ・原則として院内処方を行う。 ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する。 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。 ・<u>28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示。</u> 		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨、<u>介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨</u>の院内掲示。 ・主治医意見書の作成を行っていること。 ・<u>サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていること のいずれかを満たすこと。</u> 等 		
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ・外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。(地域包括診療料1及び地域包括診療加算1に限る。) 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす。 ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす。 ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす。 ①時間外対応加算1～4の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u> ・<u>患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。</u> 		

認知症地域包括診療料・加算について

	認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月 1 回)		認知症地域包括診療加算 1 38点 認知症地域包括診療加算 2 31点 (1 回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ) ・連携強化診療情報提供料 ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象患者	<p>以下の全ての要件を満たす認知症患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者 		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。 認知症に係る研修を修了していることが望ましい。		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること。等 ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする。等 ・他の医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、診療録に記載する。 ・原則として院内処方を行う。 ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する。 ・28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示。 		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていること のいずれかを満たすこと。 等 		
在宅医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ・外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。(地域包括診療料1及び地域包括診療加算1に限る。) 		
施設基準	<p>それぞれ以下の届出を行っていること。</p> <p>診療料1：地域包括診療料1 診療料2：地域包括診療料2</p>		<p>それぞれ以下の届出を行っていること。</p> <p>加算1：地域包括診療加算1 加算2：地域包括診療加算2</p>
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ・患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。 		

薬剤適正使用連携加算について

薬剤適正使用連携加算

- 地域包括診療料・加算等の算定患者が入院・入所した場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合の評価（平成30年度診療報酬改定において新設）

地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算 薬剤適正使用連携加算 80点

[算定要件]

- 地域包括診療料・加算又は認知症地域包括診療料・加算を算定する患者であって、**他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所しているもの**について、以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに1回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。

ア 患者の同意を得て、**入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供**していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。

イ 入院又は入所先の他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。

ウ 退院又は退所後1か月以内に、ア又はイを踏まえて調整した入院・入所中の処方内容について、入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。

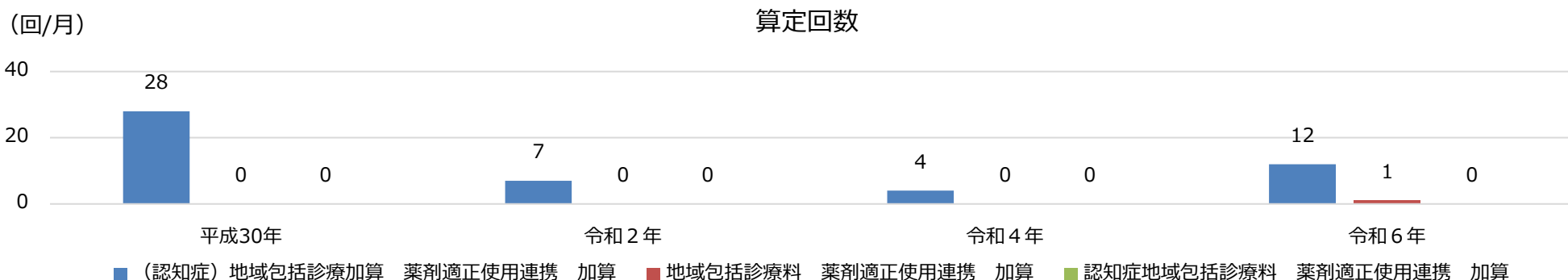
エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。

(イ) ウで入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供された入院・入所中の処方内容のうち、内服薬の種類数

(ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数

入院・入所患者 のみが対象

※例えば、他院にも併せて通院する外来患者に関する情報提供は対象外



これまでの薬剤適正使用連携加算に関する主な意見

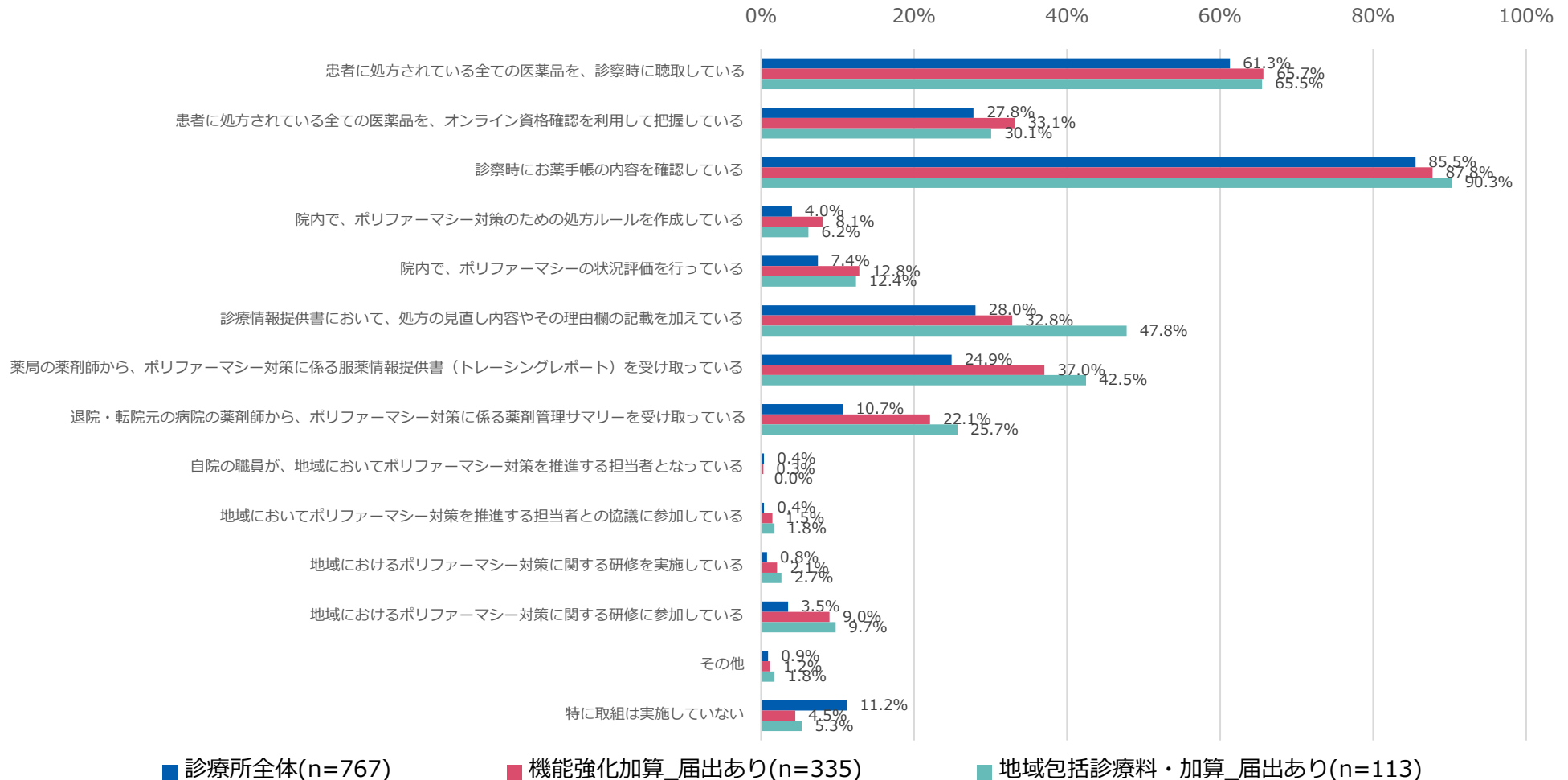
＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

（ポリファーマシー対策・薬剤情報連携について）

- 薬剤適正使用連携加算の算定回数は極めて少なく、算定要件が厳しすぎるのではないか。現状、入院・入所患者を対象とした評価となっているが、他院にも併せて通院する外来患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を他院へ行った場合には、評価の対象としてはどうか、との意見があった。

- 診療所におけるポリファーマシー対策の取組状況は以下のとおり。「機能強化加算」「地域包括診療料・加算」の算定医療機関において、より多く取り組まれている傾向があった。

ポリファーマシー対策に関する取組



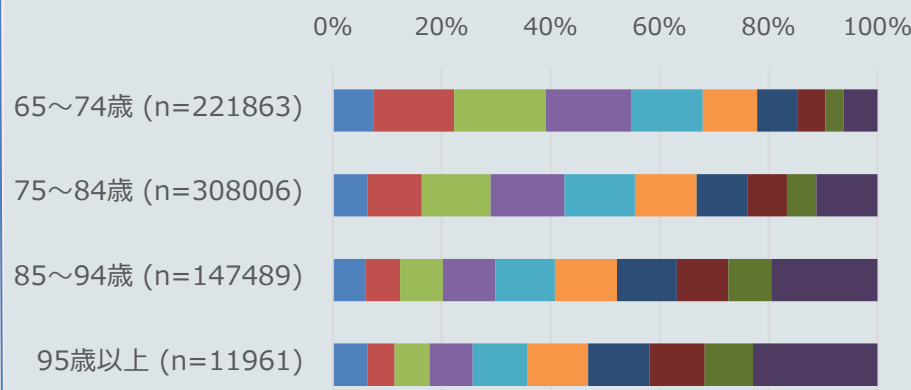
年齢階級別にみた一患者あたりの院外処方薬剤種類数

- 一患者あたりの院外処方薬剤種類数を、年齢別に示したものは以下のとおり。
- 地域包括診療加算（複数疾病を有することが要件となっている。）の算定患者は、処方薬剤種類数が多い傾向があった。機能強化加算の算定施設による大きな差はみられなかった。

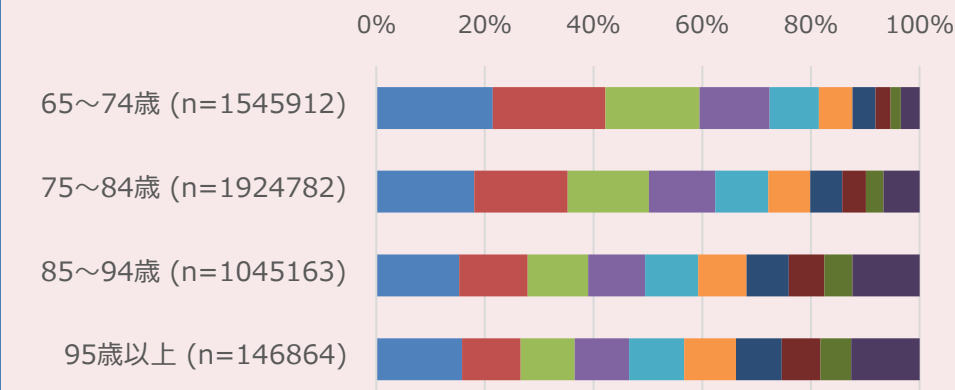
院外処方

地域包括診療加算 算定患者

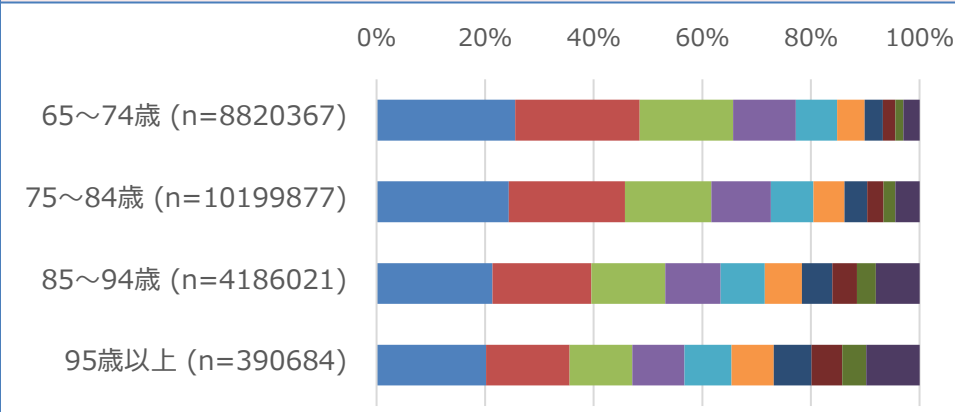
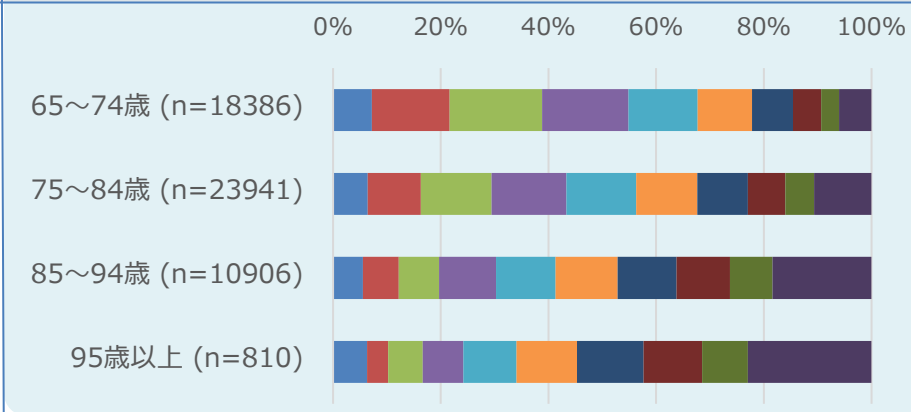
機能強化加算
算定施設



地域包括診療加算 算定患者以外



機能強化加算
算定施設以外



1種類 2種類 3種類 4種類 5種類 6種類 7種類 8種類 9種類 10種類以上

出典：NDBデータ（令和6年7月）

※薬剤種類数は、薬価基準収載医薬品コード左8桁ごとに集計。複数医療機関受診者の薬剤種類数は合算し、いずれかの医療機関で加算を算定していれば「算定患者・施設」に分類した。

1. 残薬について
2. 残薬の発生を抑制するための対策
3. 残薬の確認に関する対策
4. 残薬解消に関する対策

重複投薬・多剤投与、残薬解消等の評価に関する経緯

年度	経緯
H28まで	<ul style="list-style-type: none"> ● 重複投薬・相互作用防止加算（疑義照会した場合の評価：処方変更あり20点、処方変更なし10点）
H28	<ul style="list-style-type: none"> ● 疑義照会した場合の評価の改正（算定可能範囲拡大、処方変更があった場合のみに限定、名称を「重複投薬・相互作用等防止加算」に変更、在宅訪問時の「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」を新設） ● 外来服薬支援料（185点）に患者が持参した残薬バッグによる服薬管理等の評価を新設 ● 処方箋に残薬日数調整チェック欄の新設
H30	<ul style="list-style-type: none"> ● 服用薬剤調製支援料新設（処方医に減薬の提案を行い、内服薬が減少した場合の評価：125点）
R2	<ul style="list-style-type: none"> ● 服用薬剤調製支援料2の新設（処方医に処方提案の報告書を行った場合の評価：100点）
R4	<ul style="list-style-type: none"> ● 服用薬剤調製支援料2について、実績の有無に応じた評価に改正（重複投薬等の解消に係る実績を有している場合110点、有していない場合90点） ● 一包化及び必要な服薬指導を行い、患者の服薬管理を支援した場合の評価を外来服薬指導料2として新設（従来の外来服薬支援料は、外来服薬支援料1とした）
R6	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について、薬剤師が医師に対して処方提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合を新たに評価（残薬調整に係るもの以外の場合：40点、残薬調整に係るものの場合：20点） ● 患者重複投薬・相互作用等防止加算について、算定要件を含めて見直し（残薬調整に係るもの以外の場合：40点、残薬調整に係るものの場合：20点）

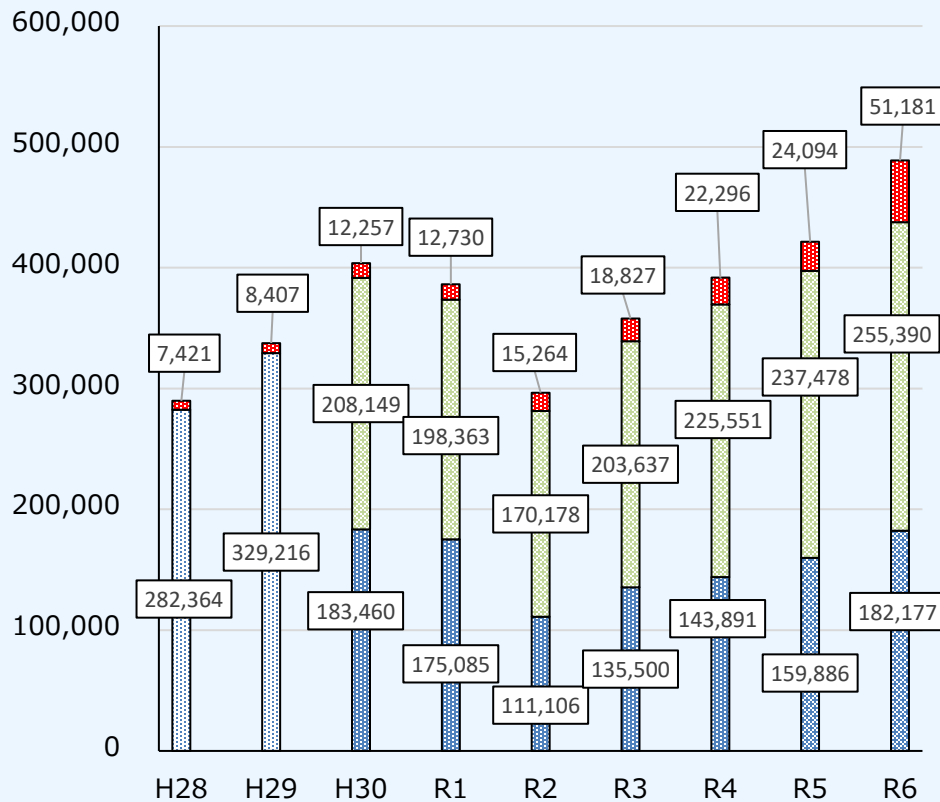
項目	点数
重複投薬・相互作用等防止加算	残薬調整に係るもの以外 40点 残薬調整に係るもの 20点
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1 (処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合)	残薬調整に係るもの以外 40点 残薬調整に係るもの 20点
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2 (患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合)	残薬調整に係るもの以外 40点 残薬調整に係るもの 20点
外来服薬支援料1	185点／月1回まで
外来服薬支援料2	34点／7日分ごと、240点／43日以上
服用薬剤調製支援料1	125点
服用薬剤調製支援料2	重複投薬等の実績あり 110点 重複投薬等の実績なし 90点

- 医師への疑義照会により処方内容が変更され、重複投薬・相互作用等防止加算を算定した割合は、平成30年以降同程度で推移。

■ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む

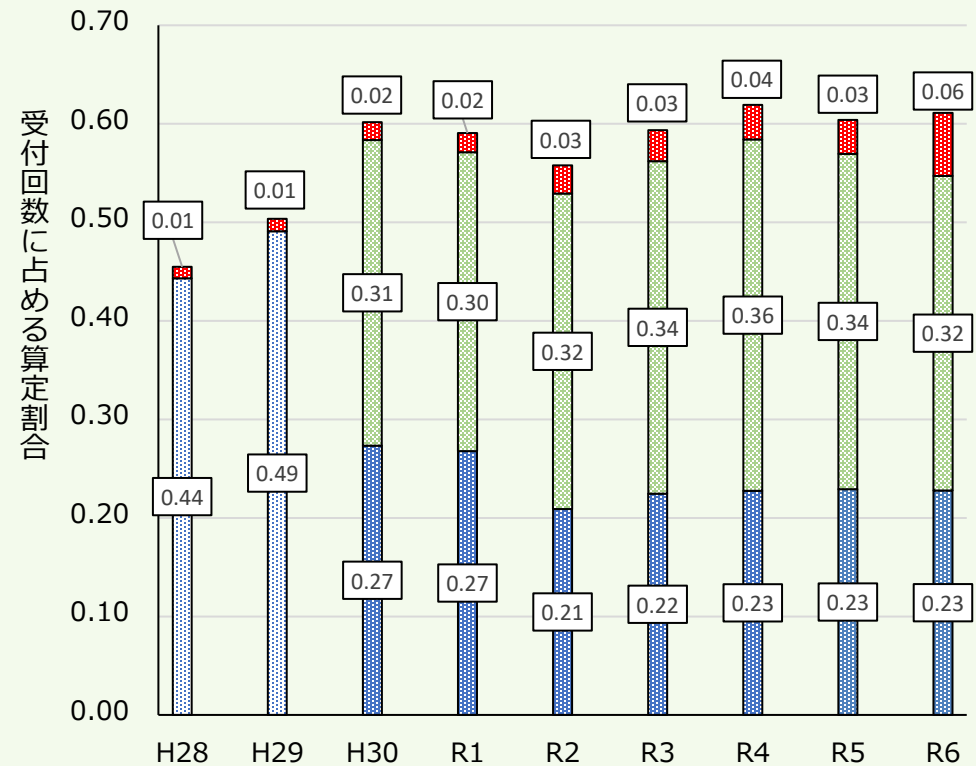
(回)



■ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定割合

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む

(%)



■ 処方変更あり ■ 処方変更なし ■ 残薬調整以外 ■ 残薬調整

■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（「平成30年度～令和6年度」は残薬調整の有無を問わない）

薬局における残薬確認・報告の評価

- 残薬調整にかかる疑義照会等の業務に対しては、外来・在宅それぞれにおいて報酬上の評価を設けているが、薬の一元的把握に関する要件や評価項目はない。

- 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算について、薬剤師から処方医への照会により残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す。（令和6年度改定）

【重複投薬・相互作用等防止加算】

- 算定する場合においては、残薬及び重複投薬が生じる理由を分析するとともに、処方医に対して連絡・確認する際に必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。
- イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
- **残薬調整に係るものの場合** 20点

- 在宅医療において、薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、薬剤師が医師に対して処方提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合の評価を設ける。
- 残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す（令和6年度改定）

【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】

- 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合
 - イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
 - **残薬調整に係るものの場合** 20点
 - 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合
 - イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
 - **残薬調整に係るものの場合** 20点
- 退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価を設ける。



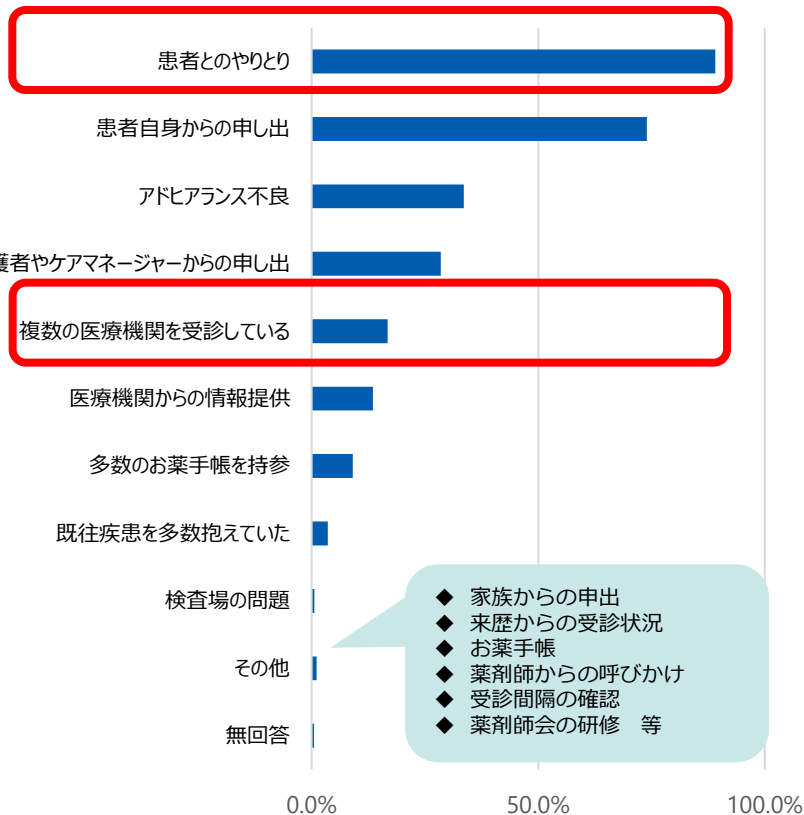
【在宅移行初期管理料】

- （2）薬物療法に係る円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続の観点から、以下に掲げる業務を実施すること。
- ア 患者及びその家族等から、服薬状況、居住環境、家族関係等の薬学的管理に必要な情報を収集すること。
- イ **患家における残薬の確認及び整理並びに服薬管理方法の検討及び調整を行うこと。**
- ウ 日常の服薬管理を適切に行うことができるよう、ポリファーマシーへの対応や服用回数を減らすための観点も踏まえ、必要に応じて医師等と使用する薬剤の内容を調整すること。
- エ 在宅での療養に必要な情報を当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の多職種と共有すること。
- オ 退院直後の患者の場合は、入院していた医療機関と連携し、入院中の処方内容に関する情報や、患者の退院に際して実施された指導の内容などに関する情報提供文書を活用した服薬支援を実施することが望ましい。

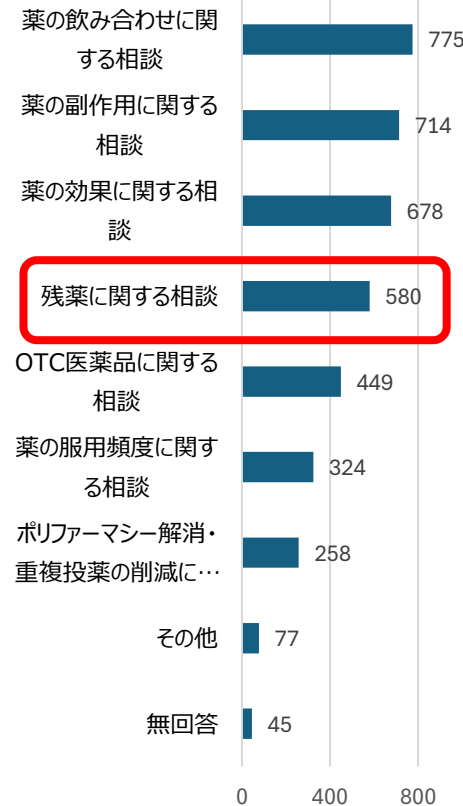
残薬対策の現状

- 残薬に対応するきっかけとして最も多いのは「患者のやりとり」であった。
- 特に、かかりつけ薬剤師が患者から受ける相談の約6割は残薬に関するものである。
- 医療機関において、薬局から情報提供される情報のうち、診療の役に立つ情報としては「患者の服用状況」に次いで「残薬状況」が多い回答であり、ニーズが高いことが示唆される。

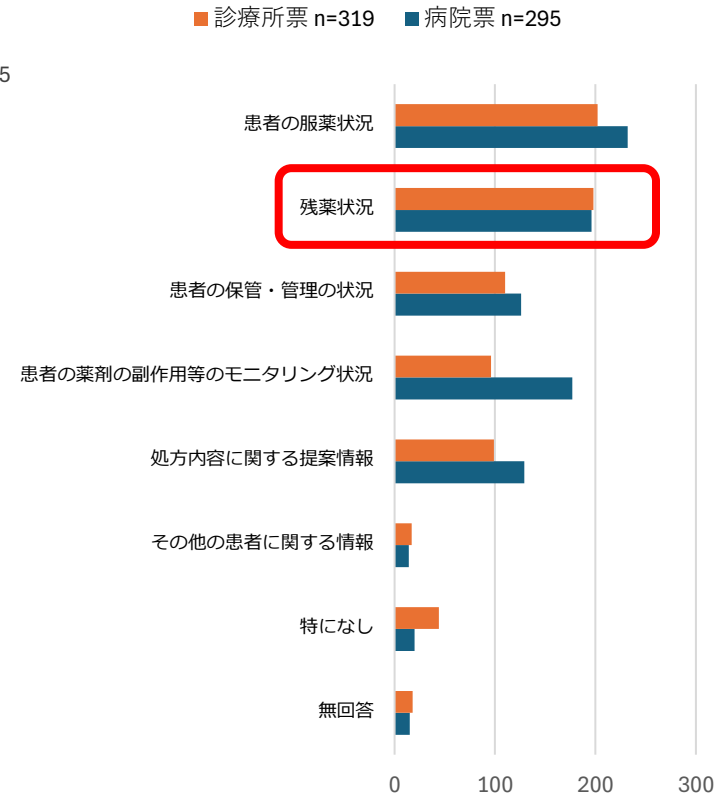
■ 残薬に対応するきっかけ（上位3つを選択） n=1074



■ かかりつけ薬剤師として患者から相談を受けた具体的な内容（複数回答可） n=942



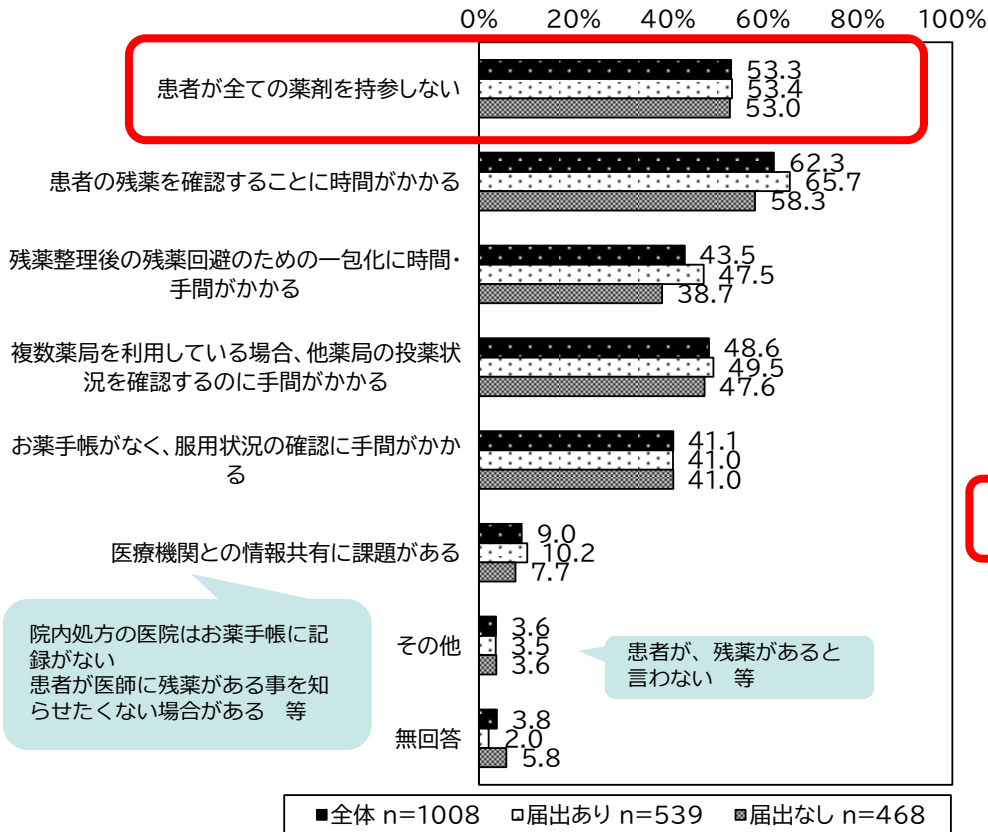
■ フォローアップに関して薬局からフィードバックされる情報のうち診療の役に立つと考えられる情報（複数回答可）



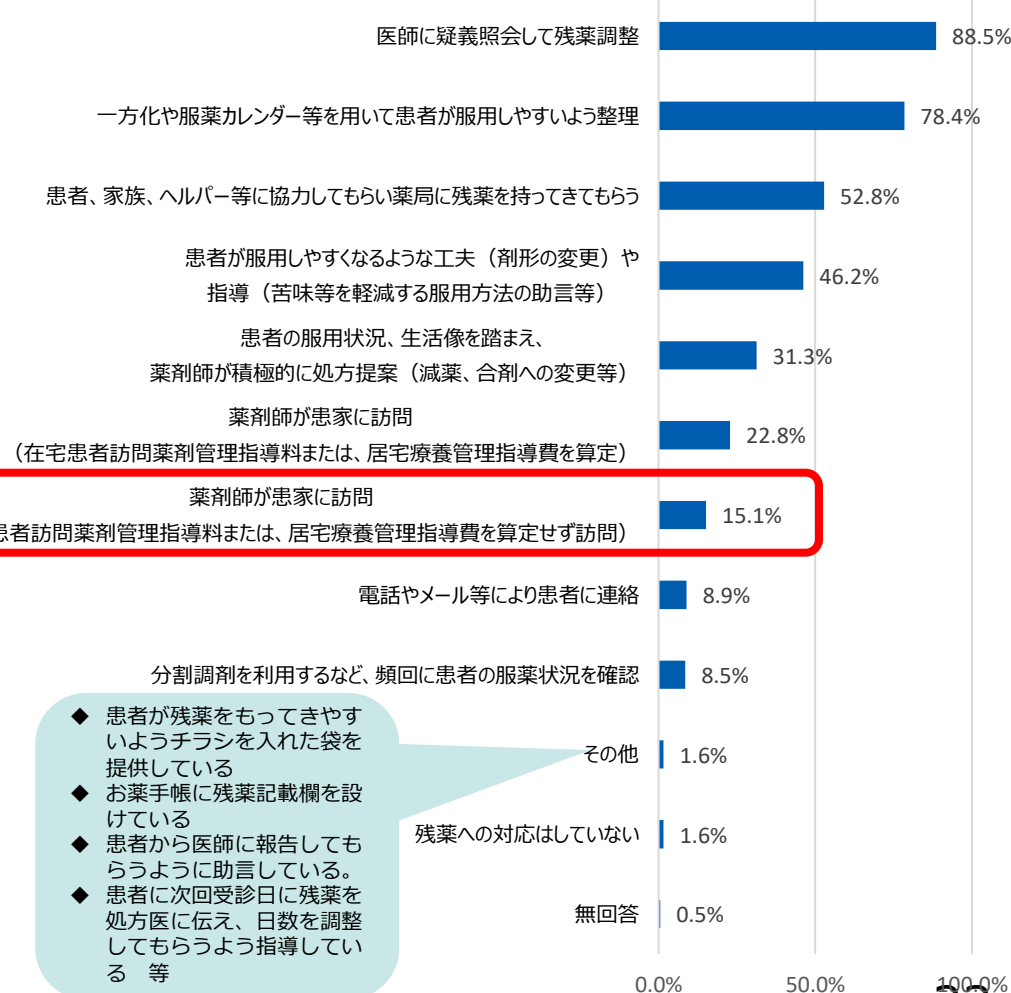
残薬対策における課題

- 残薬調整を薬局で実施する際の問題点として、「患者が全ての薬剤を持参しない」ことを挙げる薬剤師が半数を超えている。
- 中には、在宅患者訪問薬剤管理指導料等が算定できない患者に対して、患家を訪問し残薬整理をしている事例がある。

■ 残薬調整での問題点（複数回答）（地域支援体制加算の届出有無別）



■ 残薬解消のためにやっている具体的な取組（複数回答可） n=1097



医師と薬剤師の同時訪問による患者の服薬管理への効果

中医協 総-2
7. 1 1. 1 2

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

医
科

調
剤

医師と薬剤師の同時訪問有無別の、

減薬の実施有無

医師と薬剤師の同時訪問有無別の、

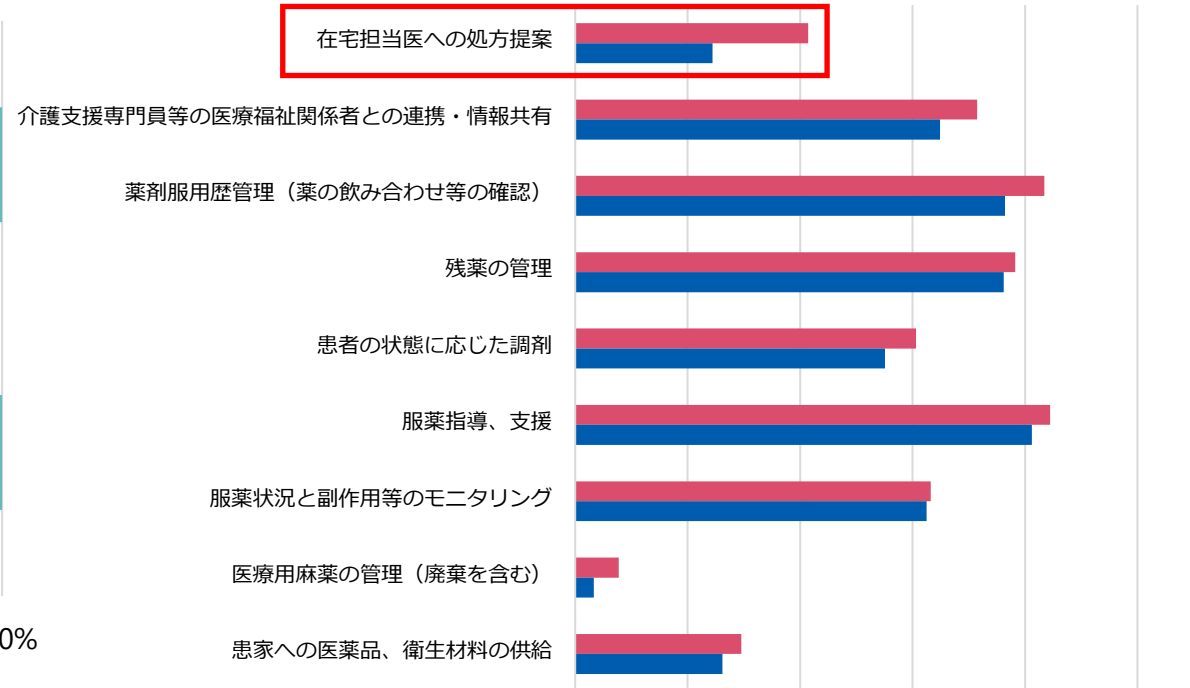
薬剤管理の内容別実施割合 (複数回答可)

0% 20% 40% 60% 80% 100%

同時訪問した(n = 193)

同時訪問していない(n = 1445)

■ 減薬あり ■ 減薬なし ■ 無回答



■ 同時訪問をしている(n=193) ■ 同時訪問をしていない(n=1445)

居宅への訪問における残薬対策の状況

- 居宅を訪問して残薬を発見する可能性がある事業の運営に関する基準のうち、指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準等において、服薬状況（残薬状況）の情報提供について明記されていないものもある。

■各基準における服用状況確認への記載

【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準】

訪問介護	居宅介護支援事業者等に対し、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の 服薬状況 、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこと。
訪問看護	記載なし

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

訪問看護	記載なし
------	------

参考:指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

介護支援専門員	介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の 服薬状況 、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て 主治の医師等又は薬剤師に提供するものとする 。
---------	--

1. 残薬について
2. 残薬の発生を抑制するための対策
3. 残薬の確認に関する対策
4. 残薬解消に関する対策

医薬品の適正使用の推進⑤

医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

- 医療機関と薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方等の仕組みを見直す。

- ① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。
- ② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、
 - a. 医療機関へ疑義照会した上で調剤
 - b. 医療機関へ情報提供のいずれかの対応を行う。

処 方 せ ん												
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)												
公費負担者番号				保 険 者 番 号								
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号								
患 者	氏 名				保険医療機関の所在地及び名称							
	生年月日		明大 年 月 日		電 話 番 号							
	男・女				保 険 医 氏 名							
区 分	被保険者		被扶養者		都道府県番号		点数表番号		医療機関コード			
交付年月日		平成 年 月 日		処方せんの使用期間		平成 年 月 日						
処 方	変更不可		個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）
☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供

考											
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											
調剤済年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称				公費負担医療の受給者番号							

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、日本工業規格 A 列 5 番を標準とすること。

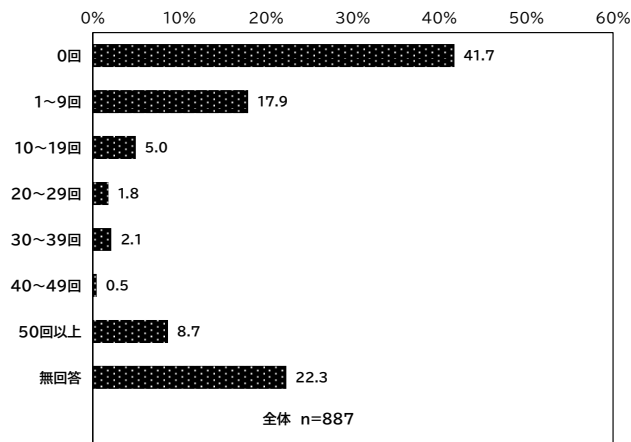
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

残薬対策に向けた処方箋の記載について

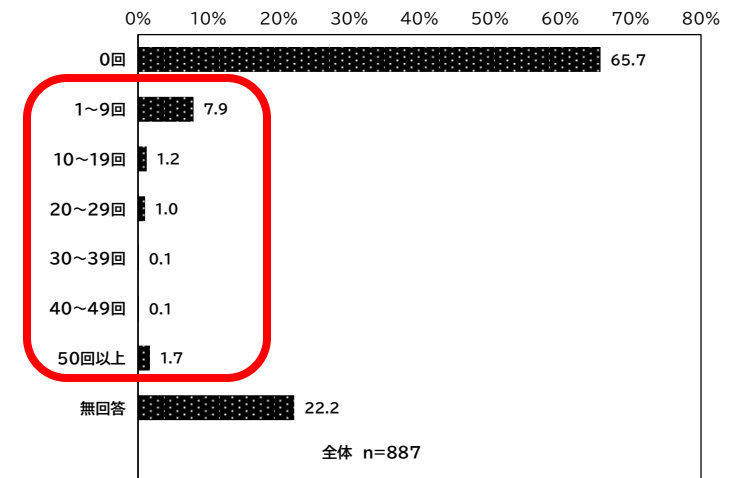
- 令和3年度に実施した調査によると、医療機関が備考欄に「残薬調整後報告可」の記載をし、薬局との連携により残薬調整に取り組んでいる事例があった。

残薬を確認した際の対応を指示する処方箋の受付状況（令和3年6月の1か月間）

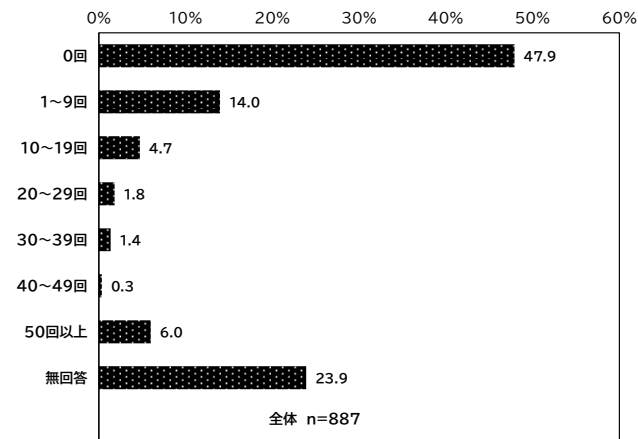
1) 「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」のチェックありの場合の処方箋受付回数



3) 備考欄に「**残薬調整後報告可**」の記載ありの場合の処方箋受付回数



2) 「保険医療機関へ情報提供」のチェックありの場合の処方箋受付回数



	施設数（件）	平均値	標準偏差	中央値
1) 「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」のチェックありの場合の処方箋受付回数	689	70.6	259.8	0.0
2) 「保険医療機関へ情報提供」のチェックありの場合の処方箋受付回数	675	46.5	263.7	0.0
3) 備考欄に「残薬調整後報告可」の記載ありの場合の処方箋受付回数	690	10.1	108.5	0.0

※ 無回答を除く。

残薬対策についての現状と課題

(残薬の発生を抑制するための対策)

- 地域包括診療料・加算を算定する患者について、他の医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、診療録に記載することを要件としている。
- 地域包括診療料・加算を算定する患者は、7剤投与の減算規定の対象外となる。一方、認知症地域包括診療料・加算は、「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」に該当する患者には算定できない。
- 地域包括診療加算の算定患者は、処方薬剤種類数が多い傾向があった。
- 地域包括診療料・加算等の算定患者が医薬品の適正使用に係る連携を行った場合の評価である「薬剤適正使用連携加算」は、現在、入院・入所患者のみが対象であり、他院にも併せて通院する外来患者に関する情報提供は対象外となっている。

(残薬の確認に関する対策)

- 調剤報酬においては、残薬調整にかかる疑義照会等の業務に対して、外来・在宅それぞれの場合に報酬上の評価を設けているが、薬の一元的把握に関する要件や評価項目はない。
- 在宅患者については、医師と薬剤師の同時訪問にて、残薬の管理を実施している事例がある。
- 居宅を訪問して残薬を発見する可能性がある事業の運営に関する基準のうち、指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準等において、服薬状況（残薬状況）の情報提供について明記されていないものもある。
- 薬剤師が残薬調整に対応するきっかけとして、患者とのやりとりや複数医療機関への受診等、患者との継続的な関わり、服薬の一元的管理等を通じて実施している事例がある。
- かかりつけ薬剤師が患者から受ける相談の約6割は残薬に関するものである。
- 一方で薬局では、残薬調整時に患者が全ての薬剤を薬局に持参しないことで、正確な残薬数の把握が難しいとする薬剤師は半数を超えており、中には患家まで訪問している事例もある。

(残薬解消に関する対策)

- 令和3年度に実施した調査によると、医療機関が備考欄に「残薬調整後報告可」の記載をし、薬局との連携により残薬調整に取り組んでいる事例があった。

残薬対策についての論点

【論点】

（残薬の発生を抑制するための対策）

- 地域包括診療料・加算、在宅時医学総合管理料等について、診療の際、患家における残薬を確認した上で適切な服薬指導を行うことの評価についてどのように考えるか。
- 地域包括診療料・加算の算定患者に対する処方薬剤種類数が高患者と比較して多い傾向を踏まえ、当該診療料・加算を算定する患者への処方のあり方について、次のような観点も含め、どのように考えるか。
 - ・ 処方薬を把握し管理する手段としての電子処方箋管理サービスの活用
 - ・ 現在、退院患者等が対象となっている薬剤適正使用連携加算について、他院にも通院する外来患者の薬剤が他院との連携により種類数が減少した場合の取り扱い

（残薬の確認に関する対策）

- 薬局薬剤師による外来患者に対する残薬確認の実効性を高める観点から、残薬状況を薬剤服用歴に明記して継続的に管理することや、患者や家族の求めに応じて患家訪問し残薬確認を行うことの評価について、どのように考えるか。
- 指定訪問看護の実施時等に、居宅において残薬を発見した際の、医師や薬剤師への情報提供のあり方について、どのように考えるか。

（残薬解消に関する対策）

- 薬局との連携により残薬調整を実施する取組を踏まえ、医師が事前に、薬局で残薬を確認した際の実施について円滑に指示を行うことができるように、処方箋様式を見直すことについてどのように考えるか。

参考資料

残薬対策

ポリファーマシーに対する取組に係る診療報酬上の評価

医
科

1. 医療機関における取組の評価

○入院患者に対するポリファーマシー解消の取組の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、入院中に内服薬の総合的な評価及び処方内容の変更の評価と、減薬に至った場合を評価

【入院時】

6種類以上の内服薬

医療機関

薬剤総合評価調整加算

多職種の連携によって
・内服薬の総合的な評価
・処方内容を変更した場合
→100点

更に

薬剤調整加算

退院時に2種類以上の減薬に至った場合
→150点



○外来/在宅患者に対する減薬の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、外来受診時に内服薬の総合的な評価調整し、減薬に至った場合を評価



【外来受診時】
6種類以上の内服薬

患者



医療機関

連携管理加算

薬局と調整し報告等
→50点

薬剤総合評価調整管理料

処方内容を総合的に評価調整し、
2種類以上の減薬に至った場合
→250点

調整

薬局



※ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（多剤服用の中でも害をなすものをポリファーマシー）

調
剤

2. 薬局における取組の評価

○薬局における減薬の取組の評価

- 薬局が医師に減薬の提案を行い、その結果処方される内服薬が2種類以上減少した場合の評価

患者

6種類以上の内服薬



薬局



①減薬の提案（文書）

②2種類以上減薬（処方箋）



医療機関

服用薬剤調整支援料1

→125点

○複数医療機関の処方による重複投薬解消の提案の評価

- 薬局が患者の服用薬を一元的に把握し、複数医療機関の処方による重複投薬等の解消の提案した場合の評価

患者

複数医療機関からの処方（6種類以上）



処方箋

処方箋



医療機関

①服用薬の一元的把握

②重複投薬解消の提案（文書）

薬局



服用薬剤調整支援料2

→110点※・90点

※重複投薬の解消に係る実績がある薬局の場合

○重複投薬等に関する疑義照会等に関する評価

- 薬歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、薬剤師が処方医へ疑義照会等を行い、処方内容が変更された場合の評価

重複投薬・相互作用等防止加算（残薬調整以外）
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（残薬調整以外）

→40点

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

■ 医薬分業が目指すもの

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

■ 薬剤師が担う専門性と医療の質の向上

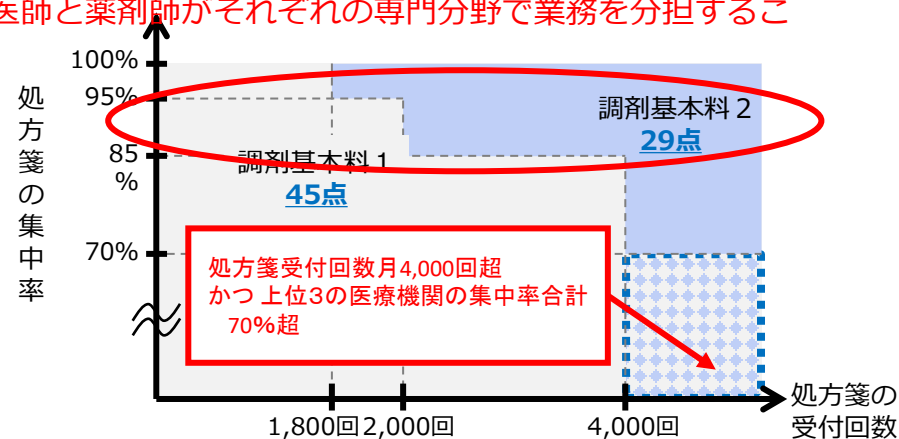
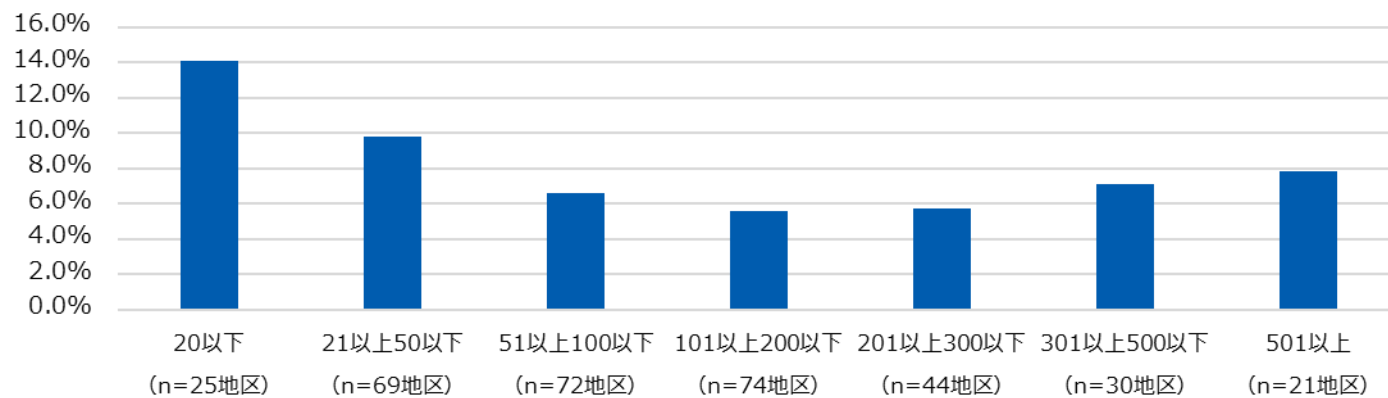
服薬状況の一元的・継続的管理の必要性

■ 地域包括ケアにおける薬局の役割

地域支援体制への薬局の取組の必要性

■ 2次医療圏内薬局数別の一元化率

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



■ 一元管理の有無別患者の薬剤数

非一元管理患者の薬剤数 (n=29,160,003)	9.98剤
一元管理患者の薬剤数 (n=4,192,281)	8.75剤

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

医療DX推進体制整備加算の見直し（令和7年4月1日から適用）

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



	改定後		
	(医科)	(歯科)	(調剤)
医療DX推進体制整備加算 1	12点	11点	10点
医療DX推進体制整備加算 2	11点	10点	8点
医療DX推進体制整備加算 3	10点	8点	6点
医療DX推進体制整備加算 4	10点	9点	なし
医療DX推進体制整備加算 5	9点	8点	なし
医療DX推進体制整備加算 6	8点	6点	なし

マイナ保険証利用率実績（令和7年4～9月）		
医療DX推進体制整備加算 1・4	30%※1	→ 45%
医療DX推進体制整備加算 2・5	20%※1	→ 30%
医療DX推進体制整備加算 3・6	10%※1	→ 15%※2

※1 加算1～3における令和7年1～3月のマイナ保険証利用率実績。

※2 **「小児科特例」**：小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年（令和6年1月1日から同年12月31日まで）の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とする。

（注2）令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年7月を目途に検討、設定。

【施設基準】

- （1）オンライン請求を行っていること。
- （2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （3）（医科・歯科）医師・歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
（調剤）保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- （4）（医科・歯科）電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。（加算1～3のみ）
（調剤）電子処方箋を受け付け、当該電子処方箋により調剤する体制を有するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、原則として、全てにつき調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録すること。（加算1～3のみ）
- （5）**電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）**
- （6）マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。
- （7）医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- （8）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。
- （9）（調剤）電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

在宅医療DX情報活用加算の見直し（令和7年4月1日から適用）

- 電子処方箋の要件について、電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応や令和7年1月22日に示された電子処方箋に関する今後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評価する観点から見直しを行う。



改定後

（医科（※））（歯科訪問診療料）

在宅医療DX情報活用加算 1

11点

9点

在宅医療DX情報活用加算 2

9点

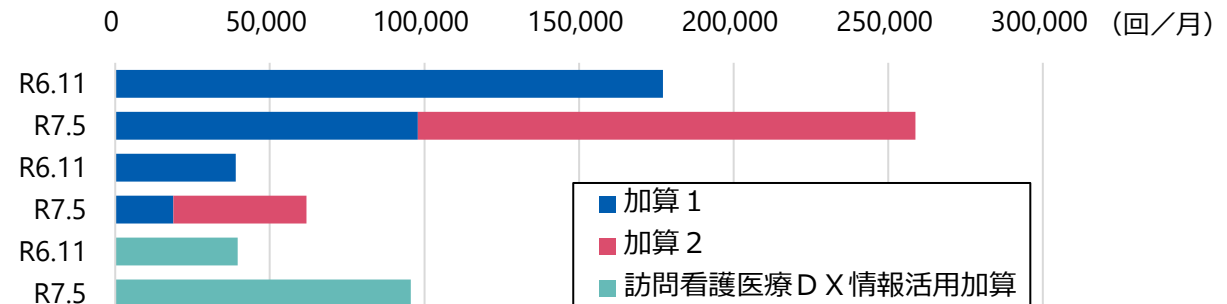
8点

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

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

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

在宅医療DX情報活用加算
訪問看護医療DX情報活用加算 算定回数



医療DX推進体制整備加算の見直し（令和7年10月以降）

- マイナ保険証利用率の実績要件について、これまでの利用率の実績や発行済みの健康保険証の経過措置が令和7年12月1日までに終了することを踏まえ、今後もより多くの医療機関・薬局が医療DX推進のための体制を整備いただきつつ、時期に応じたメリハリのある評価を行うため、令和7年10月から令和8年2月までと令和8年3月から同年5月までの2つの時期に分けて新たに設定する。
- 「小児科特例」について、これまでの年齢階級別の利用実績を踏まえ、対応を継続する。
- 電子カルテ情報共有サービスの要件については、先の通常国会に提出された「医療法等の一部を改正する法律案」の成立・施行により本格稼働となるところ、現在、当該法律案が未成立であることや電子カルテ情報共有サービスに関する対応等を踏まえ、経過措置を令和8年5月31日まで延長する。

マイナ保険証利用率実績（令和7年10月～令和8年5月）				電子カルテ情報共有サービス		
	R7.4.1～9.30	R7.10.1～R8.2.28	R8.3.1～5.31	適用時期	～R7.9.30	R7.10.1～
医療DX推進体制整備加算1・4	45%	→ 60%	→ 70%	経過措置	令和7年 9月30日まで	令和8年 5月31日まで
医療DX推進体制整備加算2・5	30%	→ 40%	→ 50%			
医療DX推進体制整備加算3・6	15%※1	→ 25%※1	→ 30%※1			

※1「小児科特例」：小児科外来診療料を算定している医療機関であって、令和6年1月1日から同年12月31日までの延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とし、**令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間に限り、「25%」とあるのは「22%」とし、令和8年3月1日から同年5月31日までの間に限り、「30%」とあるのは「27%」とする。**

[施設基準]

- （1）オンライン請求を行っていること。
- （2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （3）（医科・歯科）医師・歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
（調剤）保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- （4）（医科・歯科）電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。（加算1～3のみ）
（調剤）電子処方箋を受け付け、当該電子処方箋により調剤する体制を有するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、原則として、全てにつき調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録すること。（加算1～3のみ）
- （5）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 **令和8年5月31日まで**）
- （6）マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。
- （7）医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- （8）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。
- （9）（調剤）電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

- 薬局におけるポリファーマシー対策について、医療機関への減薬の提案に対する評価として「服用薬剤調製支援料1」、服用薬を一元的把握し、重複投薬等の解消提案に対する評価として「服用薬剤調製支援料2」、重複投薬等に関する疑義照会に対する評価として「重複投薬・相互作用等防止加算」がある。
- 算定状況は、いずれも年々増加傾向である。

薬局のポリファーマシーに対する取組の評価

①服用薬剤調整支援料1(月1回 125点)

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

②服用薬剤調整支援料2(イ 重複投薬等の解消に係る実績のある薬局 110点 ロ それ以外90点)

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者に対して患者の求めに応じて

- 1 当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行う
- 2 重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案(※)を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定

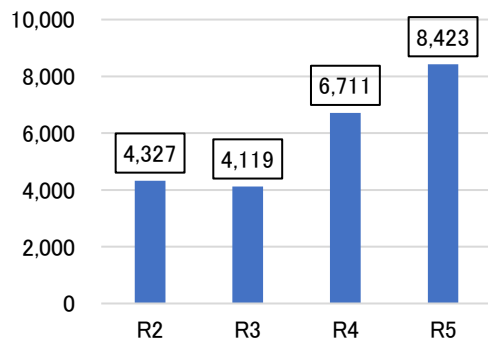
(※ 重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案)

③ 重複投薬・相互作用等防止加算(残薬調整以外)(40点)

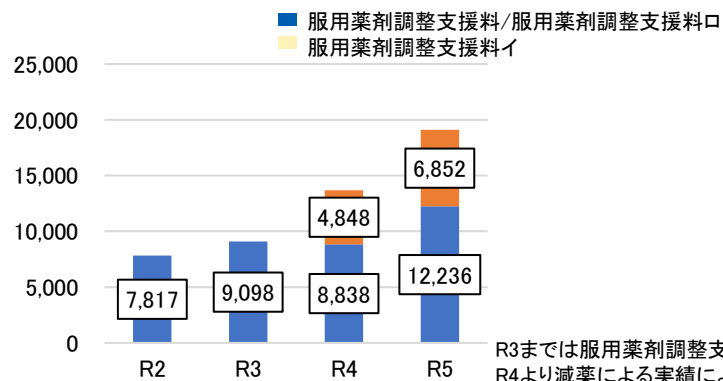
薬剤服用歴等又は患者およびその家族等からの情報等に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定。

- イ 併用薬との重複投薬
- ロ 併用薬、飲食物等との相互作用
- ハ 薬学的観点から必要と認める事項

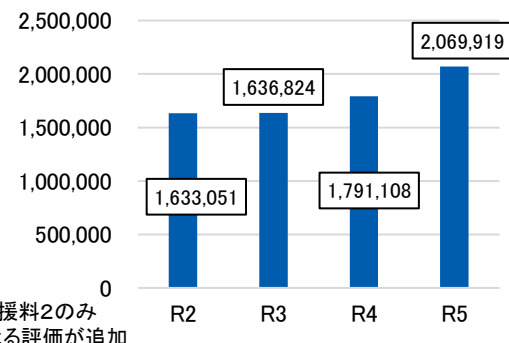
服用薬剤調整支援料1



服用薬剤調整支援料2



重複投薬・相互作用等防止加算
(薬剤服用歴管理指導料・残薬以外)



R3までは服用薬剤調整支援料2のみ
R4より減薬による実績による評価が追加

○高齢者施設において、誤薬・医療安全の観点、患者本人への負担の軽減、与薬による職員負担の軽減から服薬簡素化提言が提唱されている。

高齢者施設の服薬簡素化提言

【提言1】服薬回数を減らすことには多くのメリットがある。

服薬回数を減らすと、誤薬リスクの低下と医療安全の向上に加えて、入所者/入居者にとっては服薬負担の軽減と服薬アドヒアランスの向上、施設職員にとっては与薬負担の軽減と勤務の平準化が期待できる。

【提言2】服薬は昼1回に：昼にまとめられる場合は積極的に検討する

施設職員の多い昼の時間帯に服薬を集約することで、さらなるメリットが期待できる。昼服用に適さない薬剤もあり、また療養場所が変わったときには再度の見通しが必要になるなど制限もある。

服薬簡素化のイメージ



高齢者施設の服薬簡素化フローチャート

処方と服薬回数の見直し。必要時多職種での経過観察と服薬状況の把握、服薬簡素化の必要性の確認を行う

- ステップ1: 服薬簡素化の対象となる薬剤の特定
- ステップ2: 服薬簡素化の実施可能性を検討
- ステップ3: 多職種で変更の協議
- ステップ4: 本人やキーパーソンへの説明
- ステップ5: 処方変更の実施
- ステップ6: 継続的な経過観察・多職種で評価

ステップ7: 退所・退居、入院先に服薬簡素化の旨を情報共有



- 医薬品の使用を最適化し、健康状態を改善することを目的とした患者の医薬品に関する構造的評価の実施
- 救急外来を受診する患者数の減少やポリファーマシーの減少、最も適切な医薬品や処方を選択等の薬物療法に関連する問題の発見に寄与する報告がある。

目的

- 患者の生活の質と健康上のアウトカムを向上させる
- 患者の服用薬を調整する
- 安全で有効かつ適切な薬剤使用を実現する
- 患者の薬剤に関する知識と理解を向上させる
- 協力的な人間関係を促進する

包括的な薬物治療の評価・介入により
薬物治療を適正化させることが目的

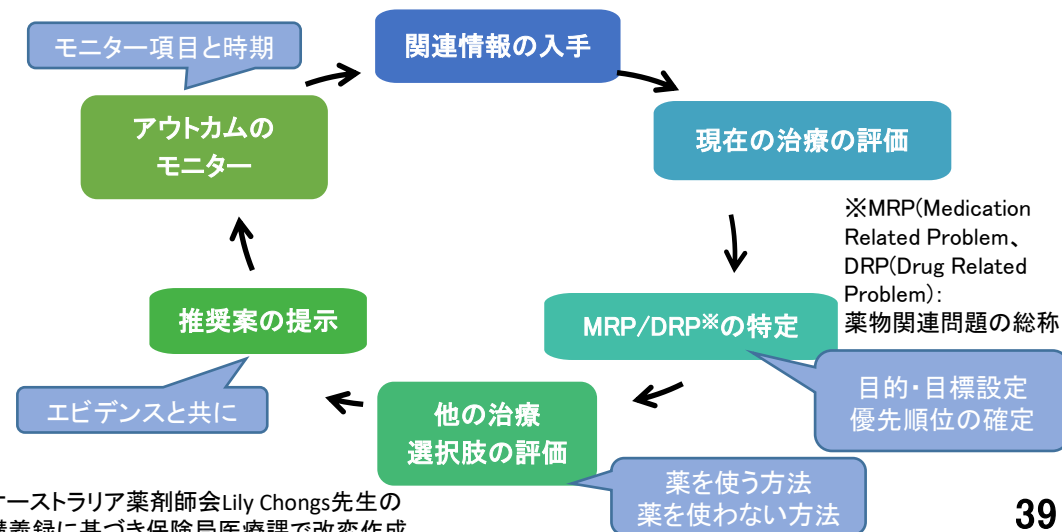
取組の手順

1. 薬物治療評価の準備
 1. 包括的評価のため一定スキルを持った薬剤師の選定
 2. 患者やその家族への質問リストの準備
 3. 患者説明のための準備
2. 情報収集
 1. 服用薬の整理
 2. 薬剤の管理状況
 3. 疾患の状態の確認
 4. 生活環境
3. 解決すべき薬剤関連問題の特定
 1. 患者評価・治療目標の設定
 2. 薬物療法の適否の判断
 3. リスクベネフィットによる薬物療法の適正化
 4. 方針決定・妥当性評価
 5. モニタリング、再評価
4. 情報の伝達
 1. 文書化(医師への報告書)
 2. 薬物療法の変更の提案
 3. アウトカムのモニターとフォローアップ方法

対象

- ◆ 高齢である
- ◆ 5種類以上の薬剤の常用がある
- ◆ 1日12種以上服用の薬剤がある(頓用・外用を含む)
- ◆ 過去3ヶ月以内に、退院等で薬物療法の大幅な変更がある
- ◆ ハイリスク薬使用がある
- ◆ アドヒアランス等管理上の問題がある
- ◆ 薬物療法のモニタリングが必要である
- ◆ 有害事象の懸念がある
- ◆ 慢性疾患の管理を要する
- ◆ 向精神薬の長期服用がある
- ◆ 複数の診療科受診がある
- ◆ 医療リテラシーへの懸念等、自己管理が難しい
- ◆ コミュニケーションに問題がある

薬物療法を最適化するサイクル



薬局における残薬解消状態を維持するための評価

- ブラウンバッグ運動等の残薬対策に対して、外来服薬支援料として、調剤報酬上の評価を設けている。

外来服薬支援料

【外来服薬支援料】

外来服薬支援料 1

185点

外来服薬支援料 2

イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数

ロ 43日分以上の場合 240点

【算定要件】

- 1 については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。ただし、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。
- 1 については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、**患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定**できる。
- 2 については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。

自己による服薬管理が困難な患者

相談

薬局

節薬バッグの活用等により服用薬を持参

残薬がある患者

外来服薬支援料 2

一包化、服薬カレンダーの利用等による服薬管理の支援

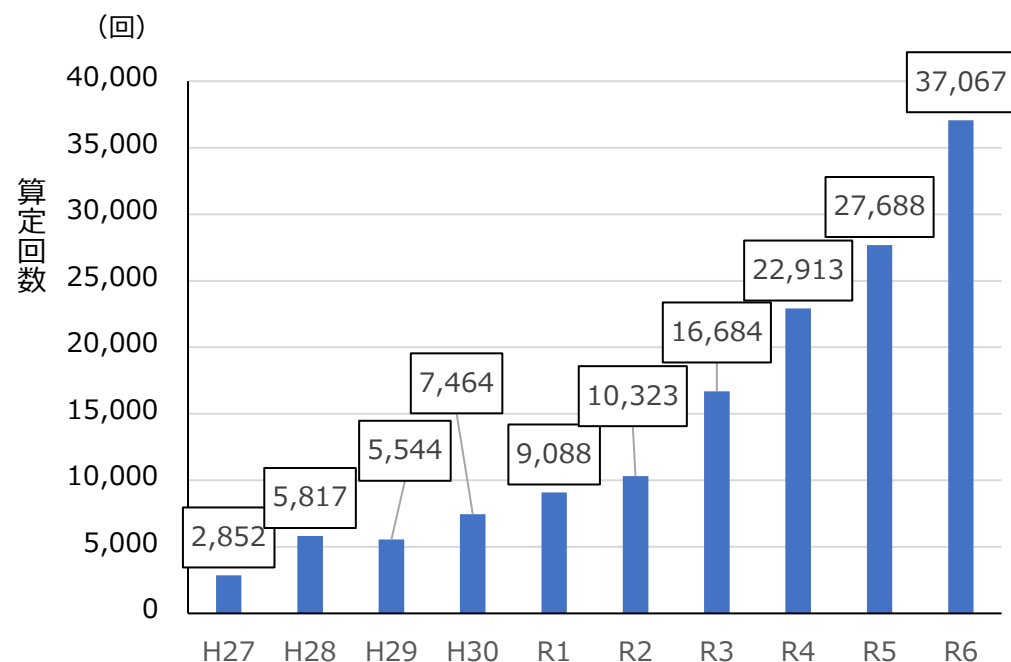
外来服薬支援料 1

残薬の整理等
(医療機関にはその結果を連絡)



- 外来服薬支援料 1（残薬解消等の服薬支援）、服用薬剤調整支援料（減薬の取組）の算定回数は増加傾向にある。

■ 外来服薬支援料 1 の算定回数



■ 服用薬剤調整支援料の算定回数

