

中央社会保険医療協議会 総会（第 638 回）議事次第

令和 7 年 12 月 24 日（水）
10 時 30 分～

議 題

- 個別事項について（その 20）技術的事項（その 2）・これまでの御指摘に対する回答
- 医療法等改正を踏まえた対応について

個別事項について（その20）

技術的事項（その2）・
これまでの御指摘に対する回答

1. 技術的事項

1. 1. 骨密度検査について

1. 2. 情報通信機器を用いた心大血管疾患 リハビリテーションについて

1. 3. 新型コロナウイルス感染症治療薬に ついて

2. これまでの御指摘に対する回答

骨粗鬆症と骨密度検査

- 骨粗鬆症の診断や経過観察の際に用いられる骨塩定量検査の測定間隔について、関連学会のガイドラインでは、一般的に開始1年後、治療法が確立された後は1年間以上の間隔でよいとされている。また、年に1回以上の測定を要する場合として、新規の骨折が発生した場合やビスホスホネート薬治療を一時的に中止する可能性を検討する場合等が挙げられている。
- D217 骨塩定量検査は、患者1人につき4月に1回に限り算定するとされている。

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2025年版（抜粋）

- ・ 測定間隔は患者の年齢、治療開始時骨密度、治療薬の種類、骨減少に関係する臨床因子によって個々に検討する必要がある。一般的に開始1年後、治療法が確立された後は1年間以上の間隔でよい。
- ・ 治療経過観察中であっても、**新規骨折発生や新たな骨折危険因子が増えたタイミング**、またはビスホスホネート薬治療を一時的に中止する可能性を検討する場合においては、骨密度測定を行うことが推奨される。
- ・ 上記、原則に則らず、観察期間を短縮する必要がある場合としては、**急激な骨減少・増加をきたす薬剤の投与（グルココルチコイド、アロマターゼ阻害薬、抗アンドロゲン療法、骨形成促進薬）**あるいは**急激な骨減少・増加をきたす病態（吸収不良、全身性炎症疾患、長期不動、人工閉経）**がある。

D217 骨塩定量検査

1 DEXA法による腰椎撮影 360点

注 同一日にDEXA法により大腿骨撮影を行った場合には、大腿骨同時撮影加算として、90点を所定点数に加算する。

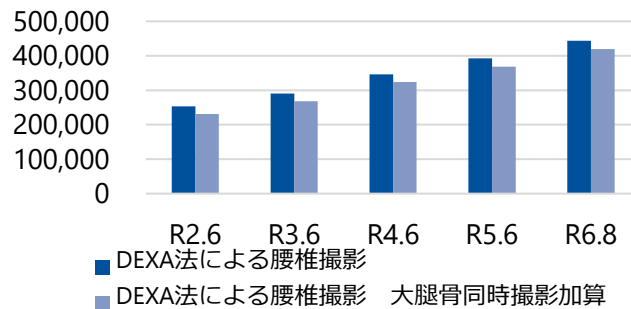
2 REMS法（腰椎） 140点

注 同一日にREMS法により大腿骨の骨塩定量検査を行った場合には、大腿骨同時検査加算として、55点を所定点数に加算する。

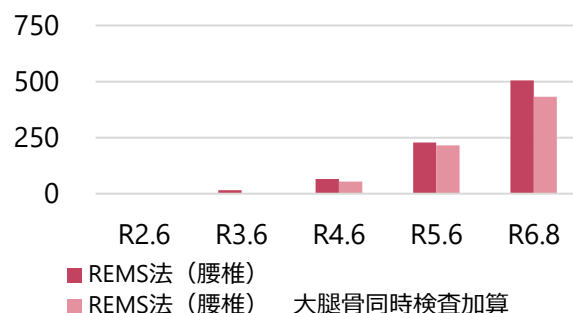
3 MD法、SEXA法等 140点 4 超音波法 80点

注 検査の種類にかかわらず、**患者1人につき4月に1回に限り算定**する。

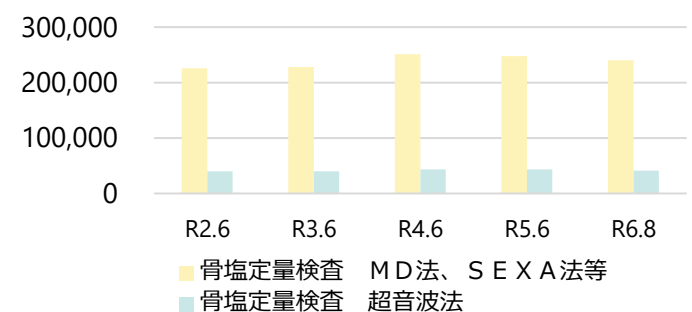
DEXA法による腰椎撮影



REMS法（腰椎）



MD法、SEXA法等、超音波法



1. 技術的事項

1. 1. 骨密度検査について

1. 2. 情報通信機器を用いた心大血管疾患
リハビリテーションについて

1. 3. 新型コロナウイルス感染症治療薬に
ついて

2. これまでの御指摘に対する回答

情報通信機器を用いた心大血管疾患リハビリテーション

- 専用のエルゴメータとウェアラブル心電計を併用し、遠隔で在宅の患者を最大8名同時にモニタリングし、遠隔で心臓リハビリテーションを実施するプログラム医療機器が薬事承認されたところ。
- 医師主導治験において、入院中の集団心大血管疾患リハビリテーション及び退院後3～4週間の通院による心大血管リハビリテーション後に患者を無作為に割り付け、当該製品を用いた遠隔心リハを実施した群と通院群を比較したところ、12週間の介入終了時の6分間歩行距離の変化量の非劣性が示された。

医療者側（医療機関）

患者側（自宅など）

医療者用ソフトウェア
(クラウドソフトウェア)

患者用ソフトウェア
(インストール型)

併用機器
エルゴメータ

併用機器
ウェアラブル心電計

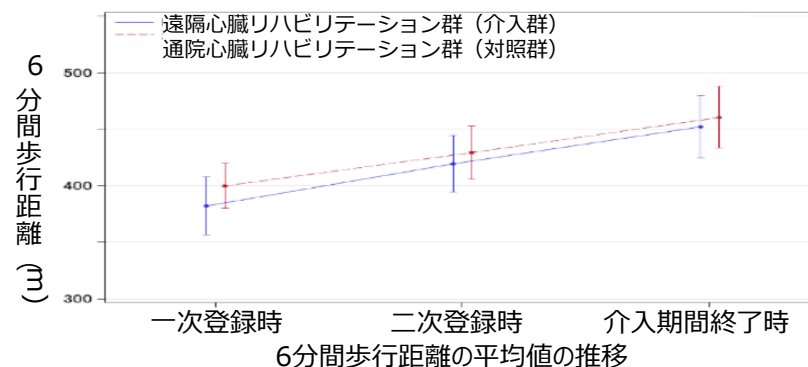
プログラム医療機器（リモハブ CR U）

主な機能

リハビリ管理機能	患者毎に目標運動時間、負荷量を設定し、複数患者（最大8名）の非能動型展伸・屈伸回転運動装置を同時に制御 患者毎のリハビリ状態に合わせて患者への指示及び非能動型展伸・屈伸回転運動装置の制御 急変時は複数の患者のリハビリを一斉に中止可
患者管理機能	複数患者の入力情報、リハビリ実施履歴（心電データ、心拍数、運動状態データ（負荷量、回転数））を記録及び表示
心拍数計算・不整脈検出機能	複数の患者の心電データをリアルタイムに解析し、心拍数の計算、不整脈の検出を行い、不整脈検出時にアラートを発出
その他（ビデオ通話機能、外部装置との入出力機能、リハビリ実施機能）	

遠隔心臓リハビリテーションの効果・安全性

- ・ 医師主導治験において、入院中に集団心リハを実施し、退院後導入期間に通院心リハを実施した患者を無作為に割り付け、当該製品を用いた遠隔心リハを実施した群と通院群を比較したところ、12週間の介入終了時の6分間歩行距離の変化量の非劣性が示された。
- ・ 本品の安全性に関して、有害事象の発生率は遠隔心リハ群49.1%、通院心リハ群35.7%で、有害事象はいずれも本品使用との因果関係は否定された。



対象患者（症例数）	心リハの適応となる心不全患者（108例）、狭心症、開心術後、大血管疾患、末梢動脈閉塞性疾患（各5例）
主要評価項目	一次登録時から介入期間終了時の6分間歩行距離の変化量
安全性評価項目	有害事象、不具合

対象患者

心不全、狭心症、開心術後、大血管疾患、末梢動脈閉塞性疾患

情報通信機器を用いた心大血管疾患リハビリテーション

- 心大血管リハビリテーション料の算定要件や施設基準には、対象患者の安全管理に関する規定や施設に備えるべき装置等についての規定が設けられている。関連学会の指針では、緊急時対応の観点でケアギバーが状況把握できることが望ましいとされている。
- 現時点では情報通信機器を用いた場合の規定は示されていない。

H000 心大血管リハビリテーション料

1 心大血管リハビリテーション料（I）（1単位） 205点

（主な算定要件）

- ・ 心大血管疾患リハビリテーションは、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢であること。この場合、入院中の患者以外の患者については、当該療法を担当する医師又は理学療法士、作業療法士及び看護師の1人当たりの患者数は、それぞれ、1回20人程度、1回8人程度とする。

（主な施設基準）

- ・ 届出保険医療機関において、循環器内科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- ・ 専用の機能訓練室（少なくとも病院は30m²以上）を有していること。
- ・ 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。酸素供給装置、除細動器、心電図モニター装置、トレッドミル又はエルゴメータ、血圧計、救急カート
- ・ また、当該保険医療機関内に運動負荷試験装置を備えていること。
- ・ 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。

（参考）C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

- 1 同一建物居住者以外の場合 300点
- 2 同一建物居住者の場合 255点

- ・ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者又はその家族等患者の看護に当たる者に対して、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて、患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導を20分以上行った場合に算定する。

心大血管疾患における遠隔リハビリテーションに関するステートメント （日本心臓リハビリテーション学会 2023年10月）



Ⅶ 安全性の確保 3 緊急時の対応

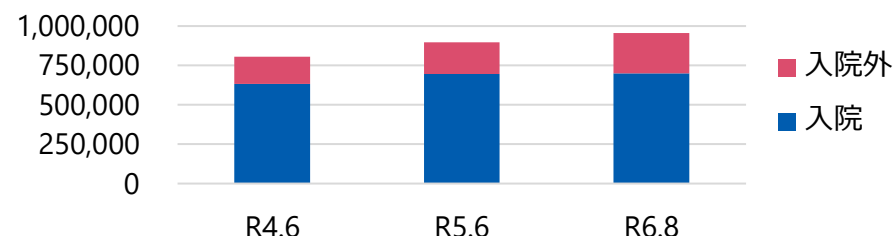
3.1 緊急時の対応方法の確認

- ・ 心リハ中の心事故は極めて稀であるものの、実際に生じた際にどのような対応をとるか、患者本人のみならずケアギバーを含めて、遠隔心リハ導入時に確認しておくことが必要である。緊急時には「いかに安全に医療施設に搬送するか」という点が重要であり、基本的には救急車の要請になる。

3.2 ケアギバー

- ・ ケアギバーが傍にいる場合には、救急要請、その状態のケアなど含めて、対応がより迅速に行える可能性がある。緊急時の対応を考える上では、遠隔心リハ中にケアギバーも状態を把握できる状況にあることが望ましい。
- ・ 独居で近傍にもサポートできるケアギバーがいない場合には、遠隔心リハの適応には慎重を期する。

心大血管疾患リハビリテーション料（I） 1単位



1. 技術的事項

1. 1. 骨密度検査について

1. 2. 情報通信機器を用いた心大血管疾患
リハビリテーションについて

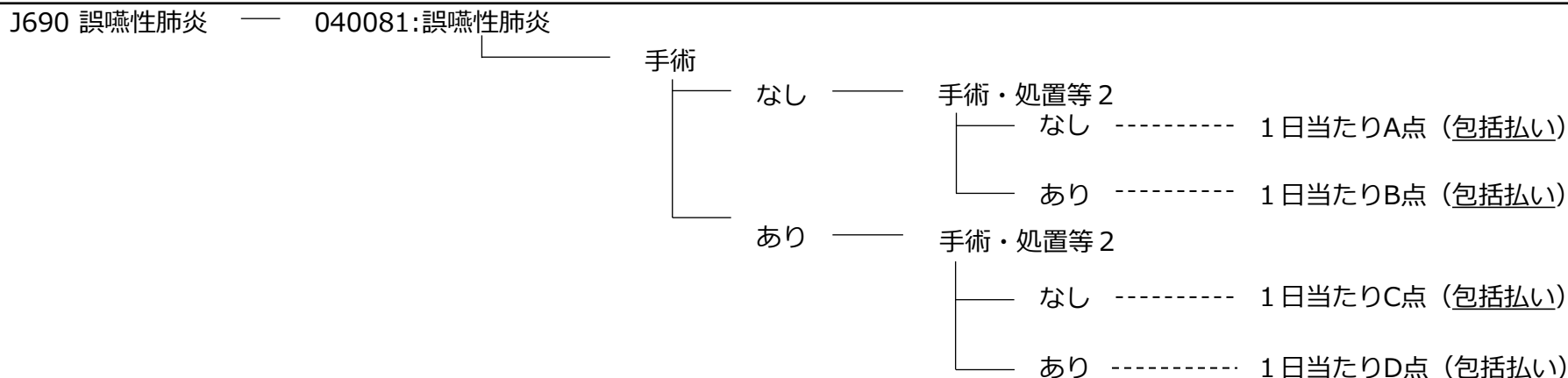
1. 3. 新型コロナウイルス感染症治療薬に
ついて

2. これまでの御指摘に対する回答

DPC/PDPSにおける新型コロナウイルス感染症の扱い①

- DPC/PDPSにおいては、原則として、「診断（Diagnosis）（医療資源を最も投入した傷病名）」と「診療行為（Procedure）（手術、処置等）等」の「組合せ（Combination）」（診断群分類）に基づく、1日当たりの包括払いを行っている。
- DPC/PDPSにおける診断群分類の見直しは、入院・外来医療等の調査・評価分科会の下に設置される「MDC 毎の診断群分類見直し技術班」において、原則として診療報酬改定に合わせて行われる。
- 新型コロナウイルス感染症については、流行開始以降、診断群分類は設定されず、医療資源病名として新型コロナウイルス感染症が選択された患者の入院料等、及び新型コロナウイルス感染症に係る抗ウイルス薬を投与した場合の当該薬剤に係る薬剤料については、出来高算定することとしている。

DPC/PDPSにおける一般的な疾患に対する入院料等の扱い（包括払い）



DPC/PDPSにおける医療資源病名として新型コロナウイルス感染症が選択された患者の入院料等の扱い（出来高算定）

U071 COVID-19 — 診断群分類なし ----- 出来高算定

DPC/PDPSにおける新型コロナウイルス感染症に係る抗ウイルス剤の扱い（出来高算定）

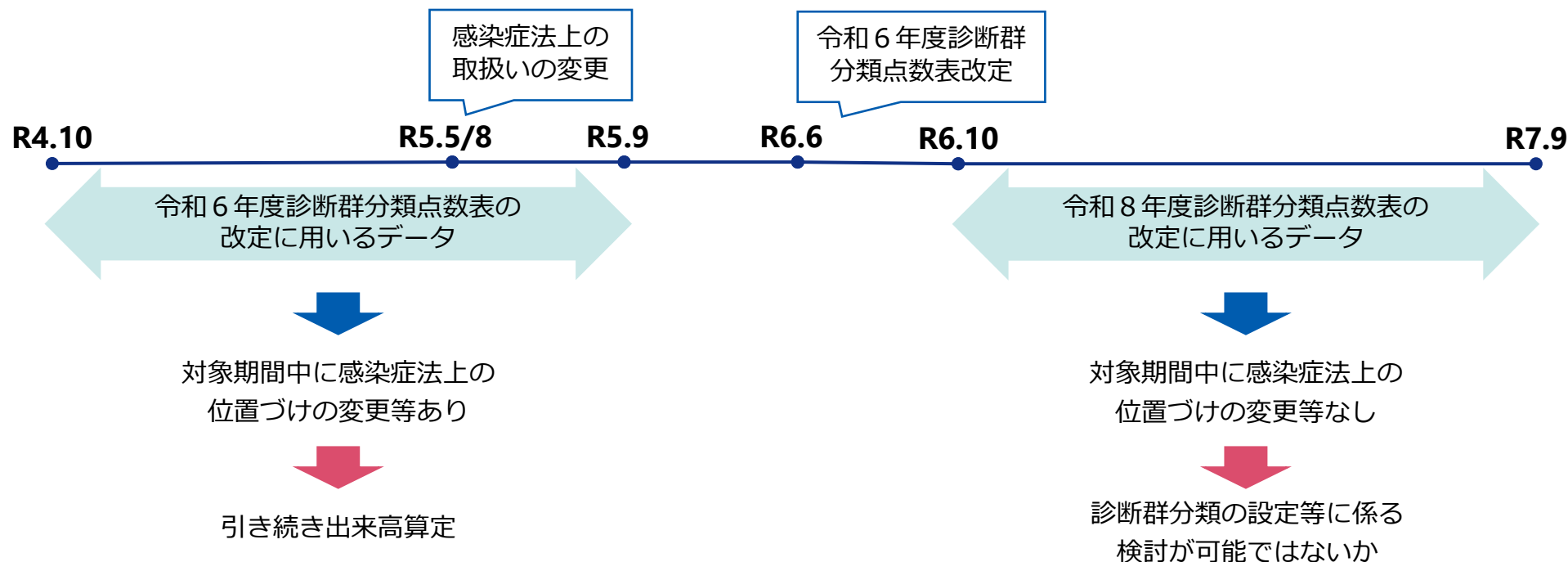
令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について
（厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和6年3月5日）

- ① 新型コロナウイルス感染症患者であって、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第93号）に基づき療養に要する費用の額を算定する患者（同告示別表19の診断群分類点数表に基づき療養に要する費用の額を算定する患者以外の患者を除く。）に対し、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）を投与した場合にあっては、当該薬剤に係る費用を別に算定できる。

DPC/PDPSにおける新型コロナウイルス感染症の扱い②

- 新型コロナウイルス感染症について、令和6年度診療報酬改定における診断群分類点数表の改定にあたっては、改定に用いるデータの対象期間中（令和4年10月～令和5年9月）に、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等が行われており、入院診療の実態も大きく変化していると考えられたため、医療資源病名として新型コロナウイルス感染症が選択された患者については、引き続き出来高算定することとされた。（令和5年12月13日中医協総会承認）
- 令和8年度診療報酬改定における診断群分類点数表の改定にあたっては、改定に用いるデータの対象期間中（令和6年10月～令和7年9月）に新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等を行われていない。

診断群分類点数表の改定における新型コロナウイルス感染症の扱い



当面の間継続されていた新型コロナウイルス感染症に係る取扱い

- 令和6年4月以降、通常の医療提供体制に移行した後も、新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有する抗ウイルス剤は、引き続き別表第五の一等における除外薬剤とみなして当該薬剤に係る薬剤料を算定できることとされていた。
- 入院中及び入所中の患者において、薬剤が処方されていた頻度は以下のとおり。

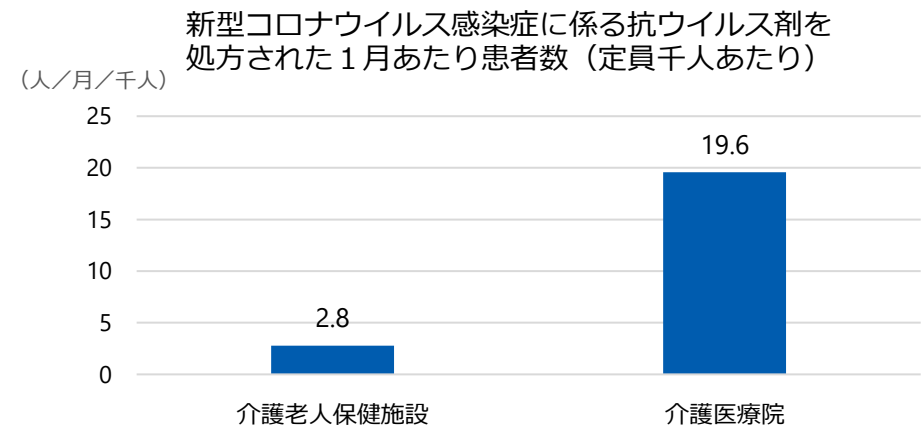
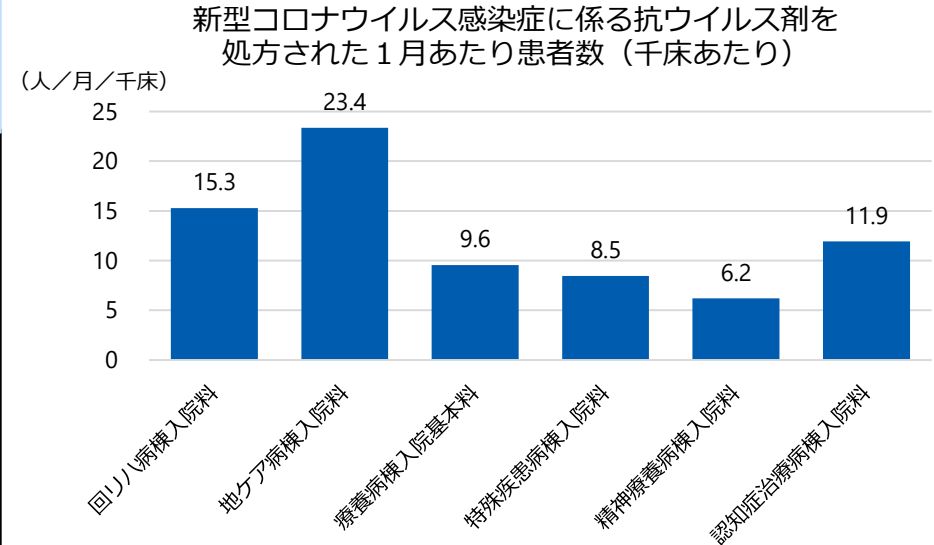
令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について
(厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和6年3月5日)

令和6年4月以降も当面の間継続する取扱いについて（抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の特性を踏まえた対応）

② 地域包括ケア病棟入院料や療養病棟入院基本料等の基本診療料の施設基準等（令和4年3月4日厚生労働省告示第55号）別表第五の一の二、三、四及び五に規定されている入院料を算定している病棟に入院している新型コロナウイルス感染症患者については、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）を療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行ったうえで投与した場合に、抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）とみなして、本剤に係る薬剤料を算定できる。（略）

③ 介護医療院又は介護老人保健施設に入所する新型コロナウイルス感染症患者に対して、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）を、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行った上で投与した場合に、特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）第16第2号に規定する内服薬及び第3号に規定する注射薬のうち、「抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。）」とみなして、本剤に係る薬剤料を算定できる。（略）

※①はDPC/PDPSに係る取扱であり、略。



※いずれも令和5年度の年間平均

各項目についての課題と論点

【骨密度検査について】

- 骨粗鬆症の診断及び経過観察で用いられる骨塩定量検査の測定間隔について、関連学会のガイドラインにおいて、一部の場合を除き、一般的に開始1年後、治療法が確立された後は1年間以上の間隔でよいとされているが、現在の要件は、患者1人につき4月に1回に限り算定となっている。

【情報通信機器を用いた心大血管疾患リハビリテーションについて】

- 遠隔で心臓リハビリテーションを実施するプログラム医療機器が薬事承認されたが、現時点で心大血管疾患リハビリテーションには情報通信機器を用いた場合の規定がない。心大血管リハビリテーション料の算定要件や施設基準には、対象患者の安全管理に関する規定や施設に備えるべき装置等についての規定が設けられており、関連学会の指針では、緊急時対応の観点でケアギバーが状況把握できることが望ましいとされている。

【入院料等における新型コロナウイルス感染症の扱いについて】

- DPC/PDPSにおいては、入院期間において治療の対象となった傷病のうち最も医療資源を投入した傷病名（以下、「医療資源病名」という。）をICD-10コードから選択し、診断群分類区分の適用を判断することとしている。
- 新型コロナウイルス感染症の流行開始以降、医療資源病名として新型コロナウイルス感染症が選択された患者については、出来高算定することとしている。
- 令和6年度診療報酬改定における診断群分類点数表の改定にあたっては、改定に用いるデータの対象期間中（令和4年10月～令和5年9月）に、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等が行われており、入院診療の実態も大きく変化していると考えられたため、医療資源病名として新型コロナウイルス感染症が選択された患者については、引き続き出来高算定することとされた。（令和5年12月13日中医協総会承認）
- 令和8年度診療報酬改定における診断群分類点数表の改定にあたっては、改定に用いるデータの対象期間中（令和6年10月～令和7年9月）に新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等が行われていない。
- その他の薬剤料が包括される入院料を算定している患者及び介護保険施設入所中の患者についても、当面の間、包括範囲からの除外薬剤として薬剤料を算定できるとされていた。令和5年度の千床あたり1月あたりの患者数は、最も多い地域包括ケア病棟で23.4人であった。

各項目についての課題と論点

【論点】

【骨密度検査について】

- 関連学会のガイドラインにおける推奨を踏まえ、骨塩定量検査の算定要件について、どのように考えるか。

【情報通信機器を用いた心大血管疾患リハビリテーションについて】

- 情報通信機器を用いた心大血管疾患リハビリテーションについて、現行の評価の算定要件や施設基準に対象患者の安全管理に関する規定や施設に備えるべき装置等についての規定があること、緊急時対応における関係学会の指針での推奨を踏まえ、評価のあり方についてどのように考えるか。

【入院料等における新型コロナウイルス感染症の扱いについて】

- 令和5年5月8日に新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5類感染症へと変更されており、令和8年度診療報酬改定における診断群分類点数表の改定に用いるデータの対象期間中には、感染症法上の位置づけの変更等がなかった点等を踏まえ、「MDC 毎の診断群分類見直し技術班」において、新型コロナウイルス感染症に係る診断群分類の検討を行うことについて、どのように考えるか。
- 令和6年4月以降、通常の医療提供体制へ移行していることを踏まえ、その他の入院料を算定する患者や入所中の患者における新型コロナウイルス感染症に対する抗ウイルス剤に係る薬剤の算定方法の特例的な取扱いを終了することについて、どのように考えるか。

1. 技術的事項

1. 1. 骨密度検査について

1. 2. 情報通信機器を用いた心大血管疾患
リハビリテーションについて

1. 3. 新型コロナウイルス感染症治療薬に
ついて

2. これまでの御指摘に対する回答

価格差 1 / 4 が500円以上の医薬品

- 長期収載品の選定療養の対象となっている医薬品（1,006品目）のうち、長期収載品と後発医薬品の価格差が500円以上であるものは28品目あり、以下のとおりである。

【注射剤】 ★は在宅自己注射指導管理料の対象薬剤

	成分名	規格	主な効能効果	価格差1/4（円）
1	ドセタキセル水和物	20mg0.5mL 1 瓶（溶解液付）	乳癌	634.75
2	ドセタキセル水和物	20mg 1 mL 1 瓶	乳癌	634.75
3	エポプロステノールナトリウム	0.5mg 1 瓶	肺動脈性肺高血圧症	706.00
4	オキサリプラチン	50mg10mL 1 瓶	治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	718.50
5	リュープロレリン酢酸塩★	1.88mg 1 筒	子宮内膜症	721.00
6	パロノセトロン塩酸塩	0.75mg50mL 1 袋	抗悪性腫瘍剤（シスプラチン等）投与に伴う消化器症状（悪心、嘔吐）（遅発期を含む）	786.00
7	ドキソルビシン塩酸塩	50mg 1 瓶	悪性リンパ腫	848.25
8	アルプロスタジル アルファデクス	500μg 1 瓶	慢性動脈閉塞症（バージャー病、閉塞性動脈硬化症）における四肢潰瘍ならびに安静時疼痛の改善	863.75
9	ダブトマイシン	350mg 1 瓶	敗血症	977.75
10	パロノセトロン塩酸塩	0.75mg 5 mL 1 瓶	抗悪性腫瘍剤（シスプラチン等）投与に伴う消化器症状（悪心、嘔吐）（遅発期を含む）	993.00
11	ホスアプレピタントメグルミン	150mg 1 瓶	抗悪性腫瘍剤（シスプラチン等）投与に伴う消化器症状（悪心、嘔吐）（遅発期を含む）	1144.00

価格差 1 / 4 が500円以上の医薬品

- 長期収載品の選定療養の対象となっている医薬品（1,006品目）のうち、長期収載品と後発医薬品の価格差が500円以上であるものは28品目あり、以下のとおりである。

【注射剤】 ★は在宅自己注射指導管理料の対象薬剤

	成分名	規格	主な効能効果	価格差1/4（円）
12	ゾレドロン酸水和物	4 mg 5 mL 1 瓶	悪性腫瘍による高カルシウム血症	1115.75
13	リュープロレリン酢酸塩★	3.75mg 1 筒	子宮内膜症	1392.00
14	エポプロステノールナトリウム	1.5mg 1 瓶	肺動脈性肺高血圧症	1546.50
15	ガンシクロビル	500mg 1 瓶	後天性免疫不全症候群などにおけるサイトメガロウイルス感染症	1525.50
16	アザシチジン	100mg 1 瓶	骨髄異形成症候群	2509.50
17	ドセタキセル水和物	80mg 2 mL 1 瓶（溶解液付）	乳癌	2181.00
18	ドセタキセル水和物	80mg 4 mL 1 瓶	乳癌	2181.00
19	ペメトレキセドナトリウム水和物	100mg 1 瓶	悪性胸膜中皮腫	2761.50
20	オキサリプラチン	200mg40mL 1 瓶	治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	4228.25
21	ボルテゾミブ	3 mg 1 瓶	多発性骨髄腫	11238.00
22	ベンダムスチン塩酸塩水和物	100mg 4 mL 1 瓶	低悪性度B細胞性非ホジキンリンパ腫及びマンテル細胞リンパ腫	11317.25
23	ペメトレキセドナトリウム水和物	500mg 1 瓶	悪性胸膜中皮腫	11940.00

価格差 1 / 4 が500円以上の医薬品

- 長期収載品の選定療養の対象となっている医薬品（1,006品目）のうち、長期収載品と後発医薬品の価格差が500円以上であるものは28品目あり、以下のとおりである。

【内服薬】

	成分名	規格	主な効能効果	価格差1/4（円）
24	アレンドロン酸ナトリウム水和物	900 μ g100mL 1 袋	骨粗鬆症	550.50
25	ボセンタン水和物	62.5mg 1 錠	肺動脈性肺高血圧症	682.75
26	リネゾリド	600mg300mL 1 袋	敗血症	769.00
27	アプレピタント	1 セット	抗悪性腫瘍剤（シスプラチン等）投与に伴う消化器症状（悪心、嘔吐）（遅発期を含む）	784.93

【外用薬】

	成分名	規格	主な効能効果	価格差1/4（円）
28	ブセレリン酢酸塩	15.75mg10mL 1 瓶	子宮内膜症	564.13

医療法等改正を踏まえた 対応について

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

*を付した事項は衆議院による修正部分（概要）

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ①-1 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- ①-2 厚生労働大臣は5疾病・6事業・在宅医療に関し、目標設定・取組・評価が総合的に推進されるよう都道府県に必要な助言を行う。*
- ①-3 都道府県は病床数の削減を支援する事業を行える（削減したときは基準病床数を削減）ほか、国は予算内で当該事業の費用を負担する。*
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ①-1 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等を実現し*、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- ①-2 2030年末までに電子カルテの普及率約100%を達成するよう、医療機関業務の電子化（クラウド技術等の活用を含む）を実現する。*
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

4. その他（検討規定）*

- ①外来医師過多区域での新たな診療所開設の在り方、②医師手当事業に関して保険者等が意見を述べられる仕組みの構築、
③介護・福祉従事者の適切な処遇の確保

等

施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①-2及び①-3並びに4②及び③）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びに4①）、令和8年10月1日（1①-1の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①-1の一部及び①-2）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①-1の一部及び3②）等）

○ 中央社会保険医療協議会における議論が必要な事項

- ・ 外来医師過多区域における診療報酬上の対応

地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じない等の理由により、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関の診療報酬上の対応。

- ・ オンライン診療に関する総体的な規定の創設に伴う対応

新たに設けられたオンライン診療受診施設について保険診療における位置付けを規定

- ・ 保険医療機関の管理者の責務創設に伴う対応

健康保険法において厚生労働省令で定めることとされた保険医療機関の管理者の責務の設定（療担規則への規定を想定）。
等

※ この他、健康保険法において厚生労働省令で定めることとされた、保険医療機関の管理者の保険診療従事要件に代替する経験要件、保険医療機関の期限付指定に係る具体的な要件と期限等について、医療保険部会等において議論を行う予定。

1. 外来医師過多区域における診療報酬上の対応
2. オンライン診療に関する総体的な規定の創設に伴う対応

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施

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

② 全ての世代の医師へのアプローチ

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

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施

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

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

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

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

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

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

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

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

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

③ 保険医療機関の管理者要件

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

(3) 経済的インセンティブ

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

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

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

(5) リカレント教育の支援

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

(7) 医師偏在指標のあり方

(8) 医師養成過程を通じた取組

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能の提供等の要請等のフローイメージ（案）

医療法 （都道府県）

健康保険法 （厚生労働大臣）

外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容の公表

※ 外来医療の協議の場合における協議内容を踏まえる

提供する予定の医療機能を記載した事前届出

不足する機能等を提供する

不足する機能等を提供しない

外来医療の協議の場合への参加・理由等の説明の求め

① 外来医療の協議の場合での調整

不足する機能等を提供する・やむを得ない理由等である

不足する機能等を提供しない・やむを得ない理由等でない

期限を定めて要請

※ 地域で不足する機能、医師不足地域での医療の提供の要請

要請に応じる

要請に応じない

提供している

提供していない

都道府県医療審議会への出席・理由等の説明の求め

やむを得ない理由等である

やむを得ない理由等でない

※ 要請時と事情が変更した場合等

勧告

※ 都道府県医療審議会の意見を事前に聴く

提供している

提供していない

公表

開業3年後の指定期間が3年の場合、毎年1回、外来医療の協議の場合への参加を求める。

開業
6か月前

通知

開業

保険医療機関の指定を3年とする

※ 年に1回、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場合への参加を求める。

指定期間が3年の間、以下の措置を講じる(例)
・ 医療機関名等の公表
・ 診療報酬上の対応
・ 保健所等による確認
・ 補助金の不交付

通知

指定を6年とする

再度指定を3年とする
※ 3年以内も可

開業
3年後

※ 上記と同じ

要請された機能等を提供していることの報告・確認（随時）

② 要請に従い、不足する機能等を提供しているか

③ 要請された機能等を提供しない理由等はやむを得ないか

④ 勧告に従い、不足する機能等を提供しているか

※ 都道府県における外来医師過多区域対応事業（地域医療介護総合確保基金）

※ ④を3年ごとに実施

1. 外来医師過多区域における診療報酬上の対応
2. オンライン診療に関する総体的な規定の創設に伴う対応

1 現状

- 医事法制上、オンライン診療は解釈運用によって、機動的・柔軟にその実施が図られてきた。
- 法制上の位置づけを明確化し、適切なオンライン診療を更に推進していくため、現行制度の運用を活かす形で、医療法にオンライン診療の総体的な規定を設ける。

2 改正の内容

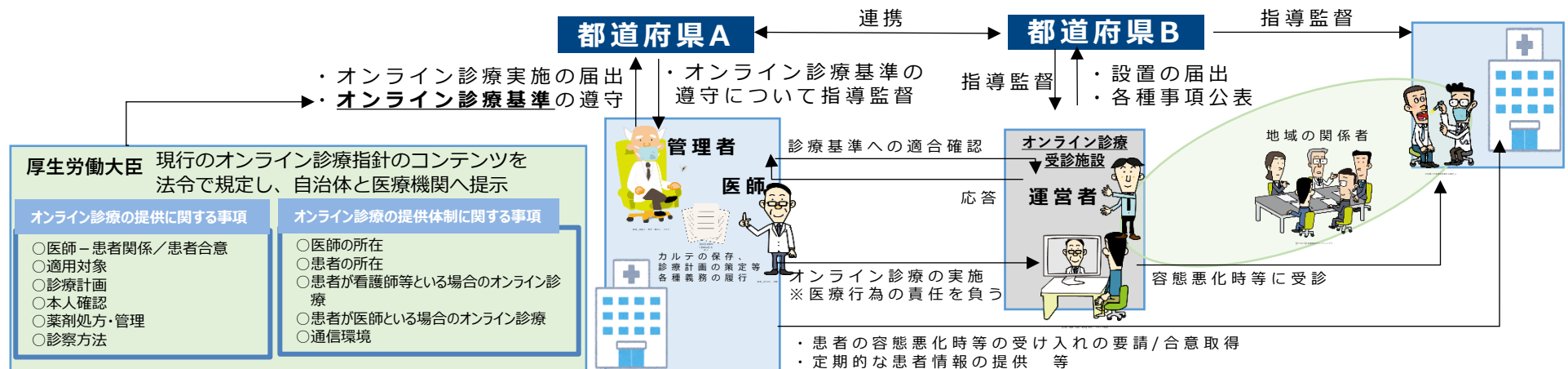
オンライン診療を行う医療機関

- 医療法にオンライン診療を定義づけ、オンライン診療を行う医療機関はその旨を届け出る（都道府県Aへの届出）。
- 厚生労働大臣は、オンライン診療の適切な実施に関する基準（オンライン診療基準）を定め、オンライン診療は同基準に従って行うこととする。
- オンライン診療を行う医療機関の管理者は、オンライン診療基準を遵守するための措置を講じることとする。

オンライン診療受診施設

- 患者がオンライン診療を受ける専用の施設として、医療法に「オンライン診療受診施設」を創設する。
（定義）施設の設置者が、業として、オンライン診療を行う医師又は歯科医師の勤務する病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、その行うオンライン診療を患者が受ける場所として提供する施設
- オンライン診療受診施設の設置者は、設置後10日以内に届け出る（都道府県Bへの届出）。
- オンライン診療を行う医療機関の管理者が、オンライン診療受診施設の設置者に対して、オンライン診療基準への適合性を確認することとする。
- オンライン診療受診施設の広告・公表事項等は省令で定めることとする。

(※) オンライン診療を行う医療機関の管理者は、容態急変の事態に備え、患者の所在地近隣の医療機関と受け入れの合意等を取得し、その過程で、地域医療に与える影響やその可能性について、地域の関係者と連携して把握することとする。



関連条文

○保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）

（経済上の利益の提供による誘引の禁止）

第二条の四の二 保険医療機関は、患者に対して、第五条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

- 2 保険医療機関は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。
（特定の保険薬局への誘導の禁止）

第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。

- 2 保険医療機関は、保険医の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

○保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）

（健康保険事業の健全な運営の確保）

第二条の三 保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、次の各号に掲げる行為を行つてはならない。

- 一 保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行うこと。
- 二 保険医療機関又は保険医に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、金品その他の財産上の利益を供与すること。
- 2 前項に規定するほか、保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

（経済上の利益の提供による誘引の禁止）

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

- 2 保険薬局は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。

保険薬局内のオンライン診療受診施設の開設

- 医療法改正により、オンライン診療受診施設という新たな施設類型が生まれることから、医薬分業に関する療担規則及び薬担規則の規定やその趣旨を踏まえ、オンライン診療受診施設の保険薬局内での開設の是非や取り扱い等に関して、両者の独立性、患者の特定の保険薬局への誘導及び経済上の利益の提供による誘引といった観点から整理する必要がある。

薬局以外に開設する場合

公民館・郵便局・
駅ナカブース・
職場・介護事業所
等



医療機関



薬局

薬局内に開設する場合



薬局内



オンライン診療
受診施設



医療機関

論点	保険薬局と保険医療機関の関係に関する現行の取り扱い	保険薬局内にオンライン受診施設を開設する場合の課題
①独立性	<ul style="list-style-type: none"> ● 薬担規則※では健康保険事業の健全な運営の確保の観点から、保険薬局は保険医療機関と一体的な構造・経営が禁止されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険薬局内で患者が保険医療機関による診療を受ける状況となることについて、独立性の観点から、あり方を整理する必要があるのではないか。
②特定の保険薬局への誘導	<ul style="list-style-type: none"> ● 療担規則※※では保険医療機関が特定の保険薬局へ誘導することが禁止されている。 ● 薬担規則では保険薬局が当該薬局への誘導の対償として、保険医療機関又は保険医に対し金品その他の財産上の利益を供与することが禁止されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 薬局内で患者が受けたオンライン診療にて発行された処方箋は、概ね当該薬局で調剤されると想定される。保険薬局でのオンライン診療受診施設は、当該薬局で調剤を受けるよう誘導する効果を生むことを踏まえ、あり方を整理する必要があるのではないか。
③経済上の利益の提供による誘引	<ul style="list-style-type: none"> ● 薬担規則※では、事業者又はその従業員に対し、患者を紹介する対価として金品その他経済上の利益を提供することにより、当該患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引することが禁止されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険薬局が、自らオンライン診療受診施設を開設しない場合でも、オンライン診療受診施設を運営する事業者に場所を提供する場合、事業者に経済上の利益を提供し患者が自己の保険薬局にて調剤を受けるよう誘因する効果を生じることを踏まえ、あり方を整理する必要があるのではないか。

※ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号） ※※ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）
注）医療法上は、オンライン診療受診施設の設置場所の制限はなく、保険薬局内にオンライン診療受診施設を設置することも可能。

医療法等改正を踏まえた対応についての課題と論点

(外来医師過多区域における診療報酬上の対応について)

- 都道府県は、外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を行うことが可能となる。当該要請に応じない場合、保険医療機関の指定について、3年以内の期限を付することができることとしている。

(オンライン診療に関する総体的な規定の創設に伴う対応について)

- 医療法の改正に伴い、オンライン診療の総体的な規定を設けるほか、オンライン診療受診施設が新たに設けられるところ。
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則や保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則において、保険薬局と保険医療機関との間には、一体的な構造・経営の禁止、経済上の利益の提供による誘引の禁止や、特定の保険薬局への誘導の禁止に係る規定が設けられている。

【論点】

- 地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置づけであることを踏まえ、当該医療機関について、機能強化加算や地域包括診療加算等のかかりつけ医機能や地域医療提供体制への貢献に関する評価が含まれる診療報酬項目の評価についてどのように考えるか。
- 医療法の改正に伴い、オンライン診療受診施設が新たに設けられるが、医薬分業に関するこれまでの取り扱いとその趣旨を踏まえ、保険診療の受診が可能なオンライン診療受診施設の、保険薬局内への開設のあり方について、その是非や取り扱いを含め、どう考えるか。また、医療資源が少ない地域の医療提供体制の確保等を踏まえた配慮についてどう考えるか。

参考資料

○医療法（昭和23年法律第205号）【令和8年4月1日施行時点】

第三十条の十八の六 都道府県知事は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるものがある場合において、当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域があると認めるときは、当該区域を指定するものとする。

- 2 都道府県知事は、前項の指定をしたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を公示しなければならない。
- 3 第一項の指定を受けた区域において、診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。
- 4 都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する協議の場における協議に参加し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について説明をするよう求めることができる。
- 5 届出者等は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、当該協議の場における協議に参加し、理由等について説明をするよう努めなければならない。
- 6 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。
- 7 都道府県知事は、前項の規定による要請を受けた届出者等により開設された診療所の開設者又は管理者が、当該要請に係る地域外来医療の提供をしていないと認めるときは、当該開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう求めることができる。
- 8 当該診療所の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう努めなければならない。
- 9 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、当該診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを勧告することができる。
- 10 都道府県知事は、前項の規定による勧告をした場合において、当該勧告を受けた診療所の開設者又は管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。
- 11 都道府県知事は、第六項の規定による要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき、第九項の規定による勧告をしたとき又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を厚生労働大臣に通知するものとする。

○健康保険法（大正11年法律第70号）【令和8年4月1日施行時点】

（保険医療機関の期限付指定）

第六十八条の二 厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかつた場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかつた場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。

- 2 前項の規定により期限が付された第六十三条第三項第一号の指定については、前条第二項の規定は、適用しない。

○医療法（昭和23年法律第205号）【令和8年4月1日施行時点】

第二条の二 この法律において、「オンライン診療」とは、医師又は歯科医師の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下この項において同じ。）と患者の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織を使用し、映像及び音声の送受信により、医師又は歯科医師及び遠隔の地にある患者が相手の状態を相互に認識しながら通話することが可能な方法による診療をいう。

2 この法律において、「オンライン診療受診施設」とは、当該施設の設置者が、業として、オンライン診療を行う医師又は歯科医師の勤務する病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、その行うオンライン診療を患者が受ける場所として提供する施設をいう。

第三条 （略）

2・3 （略）

4 オンライン診療受診施設でないものは、これにオンライン診療受診施設その他オンライン診療受診施設に紛らわしい名称を付けてはならない。

第六条の七の二 何人も、オンライン診療受診施設に関して、文書その他いかなる方法によるを問わず、医療を受ける者による医療に関する適切な選択が阻害されるおそれが少ない場合として厚生労働省令で定める場合を除いては、広告をしてはならない。

第八条 （略）

2 オンライン診療受診施設の設置者は、設置後十日以内に、オンライン診療受診施設の所在地の都道府県知事（その所在地が保健所を設置する市又は特別区の区域にある場合においては、当該保健所を設置する市の市長又は特別区の区長）に届け出なければならない。

第十四条の三 厚生労働大臣は、厚生労働省令で、オンライン診療の適切な実施に関する基準を定めなければならない。

2 前項の基準は、次に掲げる事項について定めるものとする。

- 一 オンライン診療を行うに当たり病院又は診療所において必要な施設及び設備並びに人員の配置に関する事項
- 二 患者がオンライン診療を受ける場所に関する事項
- 三 オンライン診療を行うに当たり患者に対して行う説明に関する事項
- 四 他の病院又は診療所との連携その他の患者の病状が急変した場合において適切な治療を提供するための体制の確保に関する事項
- 五 その他オンライン診療の適切な実施に関し必要な事項

3 オンライン診療は、第一項の基準に従って行われなければならない。

第十四条の四 オンライン診療を行う医師又は歯科医師が勤務する病院又は診療所（次条において「オンライン診療実施病院等」という。）の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、当該医師又は歯科医師が行うオンライン診療を前条第一項の基準に適合させるために必要な措置を講じなければならない。

第十四条の五 オンライン診療受診施設の設置者は、厚生労働省令で定めるところにより、当該オンライン診療受診施設が第十四条の三第二項第二号に掲げる事項に係る同条第一項の基準に適合する旨その他のオンライン診療実施病院等の管理者のオンライン診療受診施設の選択に資するものとして厚生労働省令で定める事項を公表しなければならない。