

中央社会保険医療協議会 総会（第 639 回）議事次第

令和 7 年 12 月 26 日(金)

9:00～

議 題

- 令和 8 年度診療報酬改定の改定率等について
- 令和 8 年度費用対効果評価制度改革の骨子（案）について
- 令和 8 年度保険医療材料制度改革の骨子（案）について
- 令和 8 年度薬価制度改革の骨子（案）について
- 令和 8 年度診療報酬改定への意見について（各号意見）
- その他

診療報酬改定について

12月24日の予算大臣折衝を踏まえて、令和8年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

令和8年度診療報酬改定は、当初予算段階から所要の歳出歳入を可能な限り織り込む運営への質的転換を図る観点に立ち、令和7年度補正予算における「医療・介護等支援パッケージ」による措置に引き続き、「経済財政運営と改革の基本方針2025」（令和7年6月13日閣議決定）及び「強い経済」を実現する総合経済対策」（令和7年11月21日閣議決定）に基づき、施設類型ごとの費用構造や経営実態を踏まえて経営の改善や従事者の処遇改善につながる的確な対応を行う。あわせて、現役世代の保険料負担の抑制のため、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた対応、適切な在宅医療の推進のための対応、調剤報酬の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化などを行う。

具体的には、以下のとおりとし、その際、令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急的な対応その他の特例的な措置を図ることとする。

1. 診療報酬

＋3.09%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度＋2.41%（国費2,348億円程度（令和8年度予算額。以下同じ。）、令和9年度＋3.77%）

（注）令和8年6月施行

※1 うち、賃上げ分 ＋1.70%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 ＋1.23%、令和9年度 ＋2.18%）。

医療現場での生産性向上の取組と併せ、令和8年度及び令和9年度において、それぞれ＋3.2%分のベースアップ実現を支援するための措置（看護補助者及び事務職員についてはそれぞれ5.7%）を講じ、施設類型ごとの職員の規模や構成に応じた配分となるよう措置する。

賃上げ分＋1.70%のうち＋0.28%については、医療機関等の賃上げ余力が足元で乏しくなっている中で、今回の改定か

ら、令和6年度診療報酬改定においてベースアップ評価料の対象とされた職種に加えて、入院基本料等で措置することとされた職種の賃上げについても、後述する賃上げの実効性確保の取組と併せて賃上げ分として措置することとするこも踏まえ、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い医療関係職種での賃上げを確実にすべく、賃上げ対応拡充時の特例的な対応として措置することとし、今後の関係調査等において実績等を検証し、所要の対応を図る。

※2 うち、物価対応分 +0.76%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%）。

特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62%（令和8年度 +0.41%、令和9年度 +0.82%）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応することとし、それぞれの施設類型ごとの費用関係データに基づき、以下の配分とする。さらに、病院の中でも、その担う医療機能に応じた配分を行う。

病院	+0.49%
医科診療所	+0.10%
歯科診療所	+0.02%
保険薬局	+0.01%

また、我が国経済が新たな「成長型経済」に移行する段階を迎え、賃金と物価がともに緩やかに上昇していくメカニズムが維持されとの認識の下、今回の改定から本格的な物価対応を講じることとする中で、特に、高度機能医療を担う病院（大学病院を含む。）については、医療技術の高度化等の進展の影響を先行的に受けやすい一方で、汎用性が低く、価格競争原理の働きにくい医療機器等を調達する必要性から物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえ、+0.14%を物価対応本格導入時の特例的な対応として措置することとする。今後の関係調査において実績等を検証し、所要の対応を図る。

※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09%。

入院時の食費基準額の引上げ（40 円/食）（患者負担については、原則 40 円/食、低所得者については所得区分等に応じて 20 円～30 円/食）及び光熱水費基準額の引上げ（60 円/日）（患者負担については、原則 60 円/日、指定難病患者等については据え置き）の措置を講じることとする。

※4 うち、令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。

配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。

病院	+0.40%
医科診療所	+0.02%
歯科診療所	+0.01%
保険薬局	+0.01%

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%

※6 うち、※1～5を除く改定分 +0.25%

各科改定率	医科	+0.28%
	歯科	+0.31%
	調剤	+0.08%

2. 薬価等

薬価 ▲0.86%（国費▲1,052億円程度）

材料価格 ▲0.01%（国費▲11億円程度）

合計 ▲0.87%（国費▲1,063億円程度）

（注）令和8年4月施行（ただし、材料価格は令和8年6月施行）

3. 診療報酬制度関連事項

① 令和9年度における更なる調整及び令和10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討

実際の経済・物価の動向が令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には、上記1. ※1～※3（特例的な対応を除く。）について、令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う。そのために必要な足元の情報を正確に把握するため、令和8年度の医療機関の経営状況等について調査を実施する。なお、令和10年度以降の診療報酬改定における実際の経済・物価の動向や経営状況等を踏まえた対応（上記1. ※1～※3（特例的な対応を除く。））のあり方についても、あわせて検討を深めることとする。

② 賃上げの実効性確保のための対応

今回の賃上げ措置は、幅広い医療関係職種において物価上昇を超える賃上げを実現するためのものであり、さらに、看護補助者と事務職員に対しては、他産業との人材獲得競争に直面していることも踏まえた上乘せ措置を講じるものである。こうした政策目的が確実に果たされるよう、令和6年度改定で入院基本料や初・再診料により賃上げ原資が配分された職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者）についても、令和6年度改定でベースアップ評価料の対象とされた職種（看護職員、リハビリテーションを担う職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記の入院基本料等で措置される職種を除く。））と同様に、実際に支給される給与（賞与を含む。）に係る賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する。これにより、賃上げ実績の迅速かつ詳細な把握を行うこととする。

③ 医師偏在対策のための対応

改正医療法に基づき、外来医師過多区域において無床診療所の新規開業者が都道府県知事からの要請に従わない場合には、診療報酬上の減算措置を講じることで、医師偏在対策の実効性を高めることとする。加えて、医師多数区域での診療報酬上での更なるディスインセンティブ措置の在り方や、重点医師偏在対策支援区域における医師手当事業に関する診療報酬での財源確保の在り方については、令和10年度診療報酬改定において結論を得ることとする。

④ 更なる経営情報の見える化のための対応

今回の診療報酬改定から、医療法人の経営情報のデータベース（MCDB）等の活用が可能となっており、データ分析をより精緻化させ、保険料や税を負担する国民が納得できるよう、さらにエビデンスに基づく改定が実施されていく必要がある。例えば、診療所の費用項目には「その他の医業費用」の占める割合が高いが、その実態は把握できず、また、職種別の給与・人数については法人によるデータ提出が任意となっている。

令和10年度以降の診療報酬改定に向けては、「その他の医業費用」の内容も含め、医療機関の経営実態がより詳細に把握可能となるようなMCDB及び医療経済実態調査の報告様式の精緻化に向

けた検討を行う。

MCD Bにおける職種別の給与・人数の報告の義務化を含め、報告のあり方や内容について検討し、令和８年中に必要な見直しについて結論を得る。

さらに、医療法人以外の設置主体による経営情報との連携、データの分析・公表の在り方等について、必要な対応を検討する。

4. 薬価制度関連事項

① 令和８年度薬価制度改革及び令和９年度の薬価改定の実施

令和８年度薬価制度改革において、イノベーションの推進について、製薬企業の予見可能性を高める観点から、市場拡大再算定の類似品の薬価引下げ（いわゆる共連れ）を廃止し、薬価改定以外の機会も含め、自品の販売額による市場拡大再算定の対象とすることとするほか、要件の明確化を行う。また、医薬品の安定供給の確保の観点から、最低薬価について物価動向を踏まえた対応等を行う。

さらに、上記３．①を踏まえ、令和９年度の薬価改定を着実に実施する。その際の対象品目の範囲や適用される各種ルールの在り方については、創薬イノベーションの推進、医薬品の安定供給の確保、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減といった要請についてバランス良く対応するとの基本的な考え方を踏まえて検討する。

② 費用対効果評価制度の更なる活用

医療保険制度の運営の中で費用対効果評価を推進する観点から、費用対効果評価制度の更なる活用のため、令和８年中に、同制度の客観的な検証も踏まえ、既存の比較対照技術と比べて追加的な有用性がなく、単に費用増加となる医薬品に係る価格調整範囲の拡大を図る。引き続き、同制度における適切な評価手法の確立や実施体制の強化を進める中で、対象品目や価格調整の範囲の拡大、診療ガイドラインへの反映を含めた医療現場での普及など、同制度の発展に向けた更なる見直しについて具体的な検討を進め、令和９年度の薬価改定の中で一定の結論を出す。

令和 8 年度費用対効果評価制度改革の骨子（案）

第 1 基本的な考え方

- 1 2019 年の中央社会保険医療協議会での議論を踏まえて、費用対効果評価制度においては、市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とし、評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載した上で価格調整に用いることとしている。2025 年 12 月 1 日現在までに、72 品目が評価の対象となり、53 品目が評価を終了したところである。これまでの実績を踏まえ、制度のあり方及び運用面に関する見直しについて議論を行ってきた。
- 2 今回の改定においては、これまでの実績に基づき中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会（以下「本部会」という。）において実施している客観的な検証等を踏まえて、より適切に制度を運用する観点から、制度の透明性・公平性及び更なる活用に資する分析プロセスの見直しや分析体制の充実等に向けた対応を行うこととする。

第 2 具体的内容

1 費用対効果評価制度の検証について

費用対効果評価制度の客観的な検証として、本部会において、これまで費用対効果評価の対象となった品目について、運用状況等を整理し報告したところであり、以下に結果を示す。

（1）費用対効果評価制度導入前後における保険収載の状況

- 制度導入後の新規収載数について、医薬品は 50 品目前後、医療機器は 25 品目前後であった。

（2）費用対効果評価指定品目の市場規模

- 2025 年 9 月 1 日までに費用対効果評価に指定された 67 品目のうち、収載時の予測市場規模（ピーク時）は中央値 156 億円/年であった。

（参考）

- ・ 令和 7 年 9 月 1 日までに費用対効果評価対象品目として指定された 67 品目の、ピーク時の予測市場規模は、中央値 156 億円/年、25 パーセントイル 117 億円/年、75 パーセントイル 249 億円/年。区分は H1 47 品目、H2 8 品目、H3 2 品目、H5 10 品目。

(3) 2025 年 9 月 1 日までに費用対効果評価が終了した結果

- 費用対効果評価が終了した 49 品目のうち、費用対効果評価分析が実施されたものは 39 品目であった。そのうち、公的分析が実施されず企業分析が受け入れられたものが 2 品目、費用対効果評価専門組織の決定に対して製造販売業者から不服申立てがあったものは 20 品目であった。
- 費用対効果評価が終了した 49 品目のうち、価格調整が行われた 38 品目で、価格全体に対する価格調整額の割合は中央値-4.29%であった。

(参考)

- ・費用対効果評価が終了した 49 品目における価格調整額の割合は、中央値-3.07%、25 パーセンタイル-0.46%、75 パーセンタイル-7.09%。費用対効果評価が終了し、価格調整が行われた 38 品目における価格調整額の割合は、中央値-4.29%、25 パーセンタイル-2.58%、75 パーセンタイル-8.07%。

- 価格調整後の価格を用いて改めて ICER を算出した際に、ICER の区分が変化した品目は 1 品目のみであった。
- 比較対照技術と比べて追加的有用性が示されなかった 18 品目のうち、6 品目においては全ての分析対象集団で追加的有用性が示されなかった。

(4) 今後の対応について

- 本部会において一定の検証を実施した。その過程において指摘された、関係業界からの意見等を踏まえ、半年程度の技術的な議論を行う。今後は、令和 8 年 9 月に中医協での検証報告の議論を行い、それを踏まえ、制度の透明性等を確保する観点から、引き続き分析プロセスの見直しを実施していくこととする。

2 分析方法に関する事項について

費用対効果評価分析のプロセス及び価格調整の方法に係る対応については、以下のとおりとする。

(1) 費用対効果評価終了後の品目指定について

- 「費用対効果評価終了後に国立保健医療科学院の意見を参考にして評価に重要な影響を与える知見が得られたと判断されたもの」の指定手続において、薬価算定組織及び保険医療材料等専門組織での手続を

不要とし、費用対効果評価専門組織からの品目指定の提案を中央社会保険医療協議会総会で承認することとする。

(2) 比較対照技術のあり方について

- 比較対照技術の設定に係る下記の考え方が明確となるよう、以下のとおり整理する。
 - ① 比較対照技術は、臨床的に幅広く用いられているもののうち、治療効果がより高いものを1つ選定する。
 - ② 一意的に決めることが難しい場合、費用対効果の程度を考慮する観点から相対的に安価なものを選択することもありうるが、他の考慮要素等を踏まえつつ、決定する。

(3) 介護費用の取扱いについて

- 介護費用の分析の取扱いに関しては、レケンビの事例で指摘された技術的・学術的な課題を踏まえ、諸外国での介護保険制度や費用対効果評価への活用状況も参考とし、引き続き研究する。
- 介護費用を含めた分析については、過去の事例を分析ガイドラインにおいて参考とできるようにしつつ、引き続き事例を集積する。
- 費用対効果評価における介護費用の取扱いは、医療保険制度の基本的な考え方に関わる問題であり、価格調整への活用については、引き続き議論する。

(4) 追加的有用性について

- 費用対効果評価における追加的有用性と、薬価算定における「有用性」が混同されることから、明確化を図る観点で、「追加的有用性」を「比較技術に対する健康アウトカム指標での改善」と表現する。

(5) 不確実性を踏まえた対応

- ICERは一定の不確実性があることを前提に、「ICERの区分」として幅を持たせて価格調整率を決定してきたことを踏まえ、費用対効果評価の実施にあたっては、これまで通りICERを用いて評価し、不確実性の検討を含めて総合的評価を行うことを基本とする。
- 利便性、効果の持続性、標準的治療法であること等がICERで十分に評価されているかは、諸外国の状況に関する調査を踏まえ、引き続き検討する。

(6) リアルワールドデータの活用について

- 費用対効果評価におけるリアルワールドデータの活用の課題について整理検討する。
- リアルワールドデータが得られた場合の取扱いについて、諸外国での活用事例を踏まえつつ、引き続き検討する。

(7) 価格調整の対象範囲のあり方について

価格調整の対象範囲のあり方について、これまでの費用対効果評価の実績と検証等を踏まえ、議論を進めてきた。

- 令和8年度診療報酬改定において、価格引き上げの条件については、以下のように変更することとする。
 - ・ 「対象品目の薬理作用等が比較対照技術と著しく異なること。」「対象品目の基本構造や作用原理が比較対照技術と著しく異なる等一般的な改良の範囲を超えた品目であること。」とあるものを、「対象品目の薬理作用等が比較対照技術と異なり、臨床上有用な新規の作用機序を有すること。」「対象品目の基本構造や作用原理が比較対照技術と異なり、臨床上有用な新規の機序を有すること。」とする。

(参考) 現行の価格引き上げの条件

薬価算定の基準について（保発 0219 第 1 号令和 7 年 2 月 19 日）（抄）

別表 13 費用対効果評価に基づく価格調整の計算方法

2 価格調整の計算方法

② 価格調整係数（ β ）

ア 対象となる医薬品の費用及び効果が費用対効果評価における比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）より増加し、ICER が算出可能な場合、価格調整係数（ β ）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

- i ICER が 200 万円/QALY 未満の品目であって、価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当するもの 1.25

（一）（略）

（二）対象品目の薬理作用等が比較対照技術と著しく異なること。

イ 対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（ β ）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

- i 価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当する品目 1.5

（一）（略）

（二）対象品目の薬理作用等が比較対照技術と著しく異なること。

特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について（保発 0214 第 3 号令和 6 年 2 月 14 日）（抄）

別表 9 費用対効果評価に基づく価格調整の計算方法

2 価格調整の計算方法

② 価格調整係数（ β ）

ア 対象となる特定保険医療材料の費用及び効果が費用対効果評価における比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）より増加し、ICER が算出可能な場合、価格調整係数（ β ）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

i ICER が 200 万円/QALY 未満の品目であって、価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当するもの 1.25

（一）（略）

（二）対象品目の基本構造や作用原理が比較対照技術と著しく異なる等一般的な改良の範囲を超えた品目であること。

イ 対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（ β ）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

i 価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当する品目 1.5

（一）（略）

（二）対象品目の基本構造や作用原理が比較対照技術と著しく異なる等一般的な改良の範囲を超えた品目であること。

○ 費用対効果を、より活用していく観点から、追加的有用性が示されず、ICER の区分が「費用増加」となった分析対象集団の価格調整について、有用性系加算部分に価格調整係数を乗じる現行の方法ではなく、例えば以下の方法を含め、政策決定の透明性や説明責任を高めるよう、検証を踏まえつつ、見直しを図る。ただし、令和 8 年 4 月以降に評価結果が中医協に報告された品目については、例外的に施行を保留とし、令和 8 年 9 月に中医協での検証報告の議論が終わった後、具体的な方法の詳細について定めた上で、価格調整を実施することとする。

・ 価格調整の方法について

比較対照技術の 1 日薬価（評価対象技術が医療機器の場合は、治療期間における 1 日あたりの医療機器の費用。以下同じ。）を評価対象技術の 1 日薬価で除して得た比を、評価対象技術の価格調整前の価格に乘じた額を価格調整後の価格とする。

- ・ 調整後の価格の下限について
価格調整後の価格の下限は、価格全体の 85%（調整額が価格全体の 15%）とすることを基本に、引き続き議論する。

（８）配慮が必要な対象について

- 配慮が必要な対象について、具体的にどのような疾患や病態に対して配慮を行っているか、諸外国の事例を踏まえながら、引き続き議論していくこととする。

（９）医療機器の特性に応じた対応について

- 医療機器に関する費用対効果評価について、諸外国の費用対効果評価の取扱い等を参考に、引き続き議論していくこととする。

（１０）費用対効果評価の結果の活用について

- 費用対効果評価を終えた医薬品、医療機器等の評価結果をより活用する観点から、厚生労働省及び国立保健医療科学院において、関係学会や関係機関に対して必要な情報提供を行うとともに、各学会における診療ガイドラインへの経済性評価の反映や診療現場での普及を促進する。

3 分析体制の充実に関する事項について

現在は、２大学（立命館大学及び慶應義塾大学）が公的分析班として分析を担当しているが、今後も対象品目の増加が予想される中で公的分析に係る体制の充実が課題となっている。

- 公的分析結果の学術的な取扱いについては、国立保健医療科学院において、報告書としてホームページに公開されている分析結果を論文形式で公的刊行物等に掲載しており、引き続き、こうした取組の進捗状況を確認する。
- 厚生労働省において、引き続き、関係学会等に対する費用対効果評価制度の周知や人材育成並びに分析体制への支援を行い、公的分析班に携わる人材の確保及び組織の充実を行う。
- 海外の評価実施機関における実務経験や研究機会を通じて、国際的に標準となっている知見をより早期に取り入れるための支援を行うことを検討する。



厚生労働省

中医協 総－2 参考
7 . 1 2 . 2 6

中医協 費－2 参考
7 . 1 2 . 2 6

ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

令和 8 年度費用対効果評価制度改革の骨子（案）

（参考資料）

厚生労働省 保険局医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

費用対効果評価対象品目（評価中のもの）（令和7年11月5日時点）

中医協 総－4 参考3
7 . 1 1 . 5

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系 加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	現状
1	10	ゾルゲンスマ (ノバルティスファーマ)	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	H 3（単価が高い）	2020/5/13	分析中断
2	40	パキロビット (ファイザー)	SARS-CoV-2による感染症	12,538.60円（3001シート） 19,805.50円（6001シート）	5%	281億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2023/3/8	分析中断
3	52	トルカブ (アストラゼネカ)	※2	9,263.50円（160mg1錠） 11,244.30円（200mg1錠）	35%	103億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2024/5/15	公的分析中
4	53	エルレフィオ (ファイザー)	再発又は難治性の多発性骨髄腫（標準的な治療が困難な場合に限る）	558,501円（44mg1瓶） 957,222円（76mg1瓶）	10%	165億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2024/5/15	公的分析中
5	55	ブリービアクト (ユー・シー・ビー・ジャパン)	てんかん患者の部分発作（二次性全般化発作を含む）	373.30円（25mg1錠） 609.30円（50mg1錠）	5%	178億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2024/8/7	公的分析中
6	56	ケサンラ (日本イーライリリー)	アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制	66,948円（350mg20mL1瓶）	5%	796億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2024/11/13	企業分析中
7	57	テッペーザ (アムジェン)	活動性甲状腺眼症	979,920円（500mg1瓶）	45%	494億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2024/11/13	企業分析中
8	58	アウィクリ (ノバルティスファーマ)	インスリン療法が適応となる糖尿病	2,081円（300単位1キット）	5%	131億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2024/11/13	企業分析中
9	59	トロデルビ (キリンファーマ・サイエンス)	化学療法歴のあるホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌	187,195円（200mg1瓶）	40%	93億円	H 2（市場規模が 50億円以上）	2024/11/13	企業分析中
10	60	ゼップバウンド (日本イーライリリー)	※3	3,067円（2.5mg0.5mL1キット） 5,797円（5mg0.5mL1キット） 7,721円（7.5mg0.5mL1キット） 8,999円（10mg0.5mL1キット） 10,180円（12.5mg0.5mL1キット） 11,242円（15mg0.5mL1キット）	0%	319億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2025/3/12	企業分析中
11	61	ダトロウェイ (第一三共)	化学療法歴のあるホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌	311,990円（100mg1瓶）	0%	127億円	H 5（トロデルビの類似品目）	2025/3/12	－
12	62	テクベイリ (ヤンセンファーマ)	再発又は難治性の多発性骨髄腫（標準的な治療が困難な場合に限る）	216,930円（30mg3mL1瓶） 1,081,023円（153mg1.7mL1瓶）	0%	87億円	H 5（エルレフィオの類似品目）	2025/3/12	－

※1 収載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。

※2 効能・効果：内分泌療法後に増悪したPIK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を有するホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌

※3 効能・効果：肥満症

ただし、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病のいずれかを有し、食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず、以下に該当する場合に限る。

・BMIが27kg/m²以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する

・BMIが35kg/m²以上

費用対効果評価対象品目（評価中のもの）（令和7年11月5日時点）

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系 加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	現状
13	64	イムデトラ (アムジエン)	がん化学療法後に増悪した小 細胞肺癌	137,100円（1mg1瓶 （輸液安定化液付）） 1,326,870円（10mg1瓶 （輸液安定化液付））	45%	247億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2025/4/9	企業分析中
14	65	ウェリレグ (MSD)	フォン・ヒッペル・リンドウ 病関連腫瘍、がん化学療法後 に増悪した根治切除不能又は 転移性の腎細胞癌	21,916.80円（40mg1錠）	75%	404億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2025/8/6	分析前協議中
15	66	エアウィン (MSD)	肺動脈性肺高血圧症	1,082,630円（45mg1瓶） 1,441,677円（60mg1瓶）	45%	544億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2025/8/6	分析前協議中
16	67	タービー (ヤセンファーマ)	再発又は難治性の多発性骨髄 腫（標準的な治療が困難な場 合に限る）	146,284円（3mg1.5mL1瓶） 1,879,962円（40mg1mL1瓶）	35%	256億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2025/8/6	分析前協議中
17	68	ヨビパス (帝人ファーマ)	副甲状腺機能低下症	571,509円（168μg0.56mL1キット） 584,139円（294μg0.98mL1キット） 596,310円（420μg1.4mL1キット）	5%	129億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2025/10/15	分析前協議中
18	69	ナルティーク (ファイザー)	片頭痛発作の急性期治療及び 発症抑制	2,923.20円（75mg1錠）	5%	218億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2025/11/5	－
19	70	ネクセトール (大塚製薬)	高コレステロール血症、家族 性高コレステロール血症	371.50円（180mg1錠）	5%	183億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2025/11/5	－
20	71	アイザベイ (アステラス製薬)	萎縮型加齢黄斑変性における 地図状萎縮の進行抑制	142,522円（2mg0.1mL1瓶）	5%	153億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2025/11/5	－
21	72	ブレヴィクト (バルティスファーマ)	PSMA陽性の遠隔転移を有す る去勢抵抗性前立腺癌	3,389,878円（7.4GBq1瓶）	5%	421億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2025/11/5	－

費用対効果評価終了品目（令和7年11月5日時点）

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
1	1	テリルジー100エリプタ (グラク・スミスクライン)	COPD（慢性閉塞性 肺疾患）	236億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2019/5/15	4,183.50円（14吸入1キット） 8,853.80円（30吸入1キット）	4,160.80円（14吸入1キット） 8,805.10円（30吸入1キット）	2021/7/1
2	2	キムリア (ノバルティスファーマ)	白血病	72億円	H 3（単価が高い）	2019/5/15	34,113,655円	32,647,761円	2021/7/1
3	3	ユルトミリス (ア礼シカファーマ)	発作性夜間へモグロ ビン尿症	331億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2019/8/28	730,894円	699,570円	2021/8/1
4	4	ビレーズトリエアロスフィア (アストゼ [®] 社)	COPD（慢性閉塞性 肺疾患）	189億円	H 5（テリルジーの 類似品目）	2019/8/28	4,150.30円	4,127.60円	2021/7/1
5	12	エナジア (ノバルティスファーマ)	気管支喘息	251億円	H 5（テリルジーの 類似品目）	2020/8/19	291.90円（中用量） 333.40円（高用量）	290.30円（中用量） 331.50円（高用量）	2021/7/1
6	14	テリルジー200エリプ (グラク・スミスクライン)	COPD（慢性閉塞性 肺疾患）	130億円	H 5（テリルジーの 類似品目）	2021/2/10	4,764.50円（14吸入1キット） 10,098.90円（30吸入1キット）	4,738.50円（14吸入1キット） 10,043.30円（30吸入1キット）	2021/7/1
7	16	イエスカルタ (第一三共)	リンパ腫	79億円	H 5（キムリアの 類似品目）	2021/4/14	34,113,655円	32,647,761円	2021/4/21
8	20	ブレヤンジ (礼バーン)	リンパ腫	82億円	H 5（キムリアの 類似品目）	2021/5/12	34,113,655円	32,647,761円	2021/5/19
9	5	トリンテリックス (武田薬品工業)	うつ病・うつ状態	227億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2019/11/13	168.90円（10mg錠） 253.40円（20mg錠）	161.70円（10mg錠） 242.50円（20mg錠）	2021/11/1
10	6	コララン (小野薬品工業)	慢性心不全	57.5億円	H 2（市場規模が 50億円以上）	2019/11/13	82.90円（2.5mg錠） 145.40円（5mg錠） 201.90円（7.5mg錠）	変更なし	-
11	11	エンレスト (ノバルティスファーマ)	慢性心不全	141億円	H 5（コラランの 類似品目）	2020/8/19	65.70円（50mg錠） 115.20円（100mg錠） 201.90円（200mg錠）	変更なし	-
12	21	ベリキューボ (バ礼ル薬品)	慢性心不全	95億円	H 5（エンレストの 類似品目）	2021/8/4	131.50円（2.5mg錠） 230.40円（5mg錠） 403.80円（10mg錠）	変更なし	-
13	7	ノクサフィル ^{※1} (MSD)	深在性真菌症 ^{※2}	112億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2020/4/8	3,109.10円（100mg錠）	3,094.90円（100mg錠）	2022/2/1
14	9	エンハーツ (第一三共)	乳癌、胃癌 ^{※3}	129億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2020/5/13	168,434円	164,811円	2022/7/1
15	8	カボメテイクス (武田薬品工業)	腎細胞癌、 肝細胞癌 ^{※4}	127億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2020/5/13	8,007.60円（20mg錠） 22,333.00円（60mg錠）	変更なし	-
16	13	リバルサス (ノボ [®] ルデ [®] イスク ファーマ)	2型糖尿病	116億円	H 1（市場規模が 100億円以上）	2020/11/11	143.20円（3mg錠） 334.20円（7mg錠） 501.30円（14mg錠）	139.60円（3mg錠） 325.70円（7mg錠） 488.50円（14mg錠）	2022/11/1

※1 ノクサフィルは内用薬（ノクサフィル錠100mg）のみが費用対効果評価対象。

※2 「造血幹細胞移植患者又は好中球減少が予測される血液悪性腫瘍患者における深在性真菌症の予防」及び「真菌症（侵襲性アスペルギルス症、フサリウム症、ムーコル症、コクシジオイデス症、クロモプラストミコシス、菌腫）の治療（侵襲性アスペルギルス症については令和3年9月27日に効能追加）」

※3 胃癌については令和2年9月25日に効能追加。

※4 肝細胞癌については令和2年11月27日に効能追加。

費用対効果評価終了品目（令和7年11月5日時点）

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
17	15	エムガルディ (日本イーライリリー)	片頭痛	173億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2021/4/14	44,811円（120mg 1mL 1筒） 44,943円（120mg 1mL 1キット）	42,550円（120mg 1mL 1筒） 42,675円（120mg 1mL 1キット）	2023/6/1
18	22	アジヨビ (大塚製薬)	片頭痛	137億円	H5（エムガルディ の類似品目）	2021/8/4	41,167円（225mg 1.5mL 1筒） 41,167円（225mg 1.5mL 1キット）	39,090円（225mg 1.5mL 1筒） 39,090円（225mg 1.5mL 1キット）	2023/6/1
19	23	アイモビーグ (アムジエン)	片頭痛	153億円	H5（エムガルディ の類似品目）	2021/8/4	41,051円（70mg 1mL 1キット）	38,980円（70mg 1mL 1キット）	2023/6/1
20	17	ポライビー (中外製薬)	リンパ腫	120億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2021/5/12	298,825円（30mg 1瓶） 1,364,330円（140mg 1瓶）	変更なし	-
21	19	アリケイス (イヌメド*)	肺非結核性抗酸菌 症	177億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2021/5/12	42,408.40円	38,437.90円	2023/6/1
22	24	レベスティブ (武田薬品工業)	短腸症候群	60億円	H2（市場規模が 50億円以上）	2021/8/4	79,302円（3.8mg 1瓶）	73,683円（3.8mg 1瓶）	2023/6/1
23	25	ベクルリー (キリット・サイエンズ*)	SARS-CoV-2によ る感染症	181億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2021/8/4	63,342円（100mg 1瓶）	61,997円（100mg 1瓶）	2023/6/1
24	18	ダラキューロ (ヤセツファーマ)	多発性骨髄腫、全 身性ALアミロイ ドーシス	370億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2021/5/12	445,064円	変更なし	-
25	28	パドセブ (アステラ製薬)	尿路上皮癌	118億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2021/11/17	99,593円	91,444円	2023/6/1
26	26	Micra 経カテーテルペーシ ングシステム (日本メドニカ)	※5	77億円	H2（市場規模が 50億円以上）	2021/10/13	1,170,000円	1,070,000円	2023/11/1
27	29	Expedium Verse Fenestrated Screw システム (ジョンソン・イントロ・ジョンソン)	※6	76億円	H2（市場規模が 50億円以上）	2021/12/8	101,000円	97,900円	2023/11/1
28	30	リフヌア (MSD)	難治性の慢性咳嗽	160億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2022/4/13	203.20円（45mg 1錠）	187.50円（45mg 1錠）	2023/11/1
29	27	レットヴィモ (日本イーライリリー)	非小細胞肺癌、甲 状腺癌※7、甲状腺 髄様癌※7	156億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2021/11/17	3,680.00円（40mgカプセル） 6,984.50円（80mgカプセル）	3,674.10円（40mgカプセル） 6,973.30円（80mgカプセル）	2024/2/1
30	31	ビヴラッツ (トリスファーマシューティカルズ・ジャパン)	※8	138億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2022/4/13	80,596円（150mg 6mL 1瓶）	変更なし	-
31	32	ピンゼレックス (イシザキ・ジャパン)	尋常性乾癬、膿疱 性乾癬、乾癬性紅 皮症	120億円	H1（市場規模が 100億円以上）	2022/4/13	156,408円（160mg 1mL 1キット） 156,408円（160mg 1mL 1筒）	変更なし	-

※5 主な使用目的：本品は、カテーテルを用いて経皮的に右心室内に留置される電極一体型の植込み型心臓ペースメーカーである。なお、本品は撮像可能条件に適合する場合にのみ限定的にMRI検査が可能となる機器である。

※6 主な使用目的：本品は、胸椎、腰椎および仙椎における、変性疾患（すべり症、脊柱管狭窄症等）、外傷、腫瘍等による不安定性を有する患者、または脊柱変形（脊椎側弯症等）を有する患者に対して、脊椎の一時的な固定、支持またはアライメント補正を目的に使用する。当該患者において、骨粗鬆症、骨量減少症又は悪性脊椎腫瘍により骨強度が低下し、骨内におけるスクリューの固定性が損なわれるおそれがある脊椎に対しては、骨セメントとともに使用する。

※7 甲状腺癌及び甲状腺髄様癌については令和4年2月25日に効能追加された。

※8 効能効果：脳動脈瘤によるくも膜下出血手術後の脳血管攣縮、及びこれに伴う脳梗塞及び脳虚血症状の発症抑制

費用対効果評価終了品目（令和7年11月5日時点）

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
32	33	ウィフガート (アルジエクシグマペン)	全身型重症筋無力症	377億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2022/ 4/13	421,455円 (400mg20mL 1 瓶)	388,792円 (400mg20mL 1 瓶)	2024/ 2/ 1
33	34	ジスバル (田辺三菱)	遅発性ジスキネジア	62億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2022/ 5/18	2,331.20円 (40mgカプセル)	2,297.90円 (40mgカプセル)	2024/ 2/ 1
34	35	オンデキサ (アレクソファーマ)	※ 9	66億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2022/ 5/18	338,671円 (200mg 1 瓶)	変更なし	－
35	36	ケレンディア (パナソニック)	2 型糖尿病を合併す る慢性腎臓病	264億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2022/ 5/18	149.10円 (10mg錠) 213.10円 (20mg錠)	143.90円 (10mg錠) 205.80円 (20mg錠)	2024/ 7/ 1
36	37	ラゲプリオ (MSD)	SARS-CoV-2によ る感染症	138億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2022/ 8/10	2,357.80円 (200mgカプセル)	2,164.90円 (200mgカプセル)	2024/ 7/ 1
37	38	ソーティクツ (アリスト・マイアーズ スクイア)	尋常性乾癬、膿疱性 乾癬、乾癬性紅皮症	225億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2022/11/ 9	2,770.90円 (6mg錠)	2,533.40円 (6mg錠)	2024/8/1
38	39	テゼスバイア (アストラゼネカ)	気管支喘息	145億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2022/11/ 9	176,253円 (210mg1.91mL 1 筒) 178,182円 (210mg1.91mL 1キット) ※10	169,058円 (210mg1.91mL 1 筒) 170,987円 (210mg1.91mL 1キット) ※10	2024/11/1
39	41	マンジャロ (日本イーライリリー)	2 型糖尿病	367億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/ 3/ 8	1,924円 (2.5mg0.5mL1キット) 3,848円 (5mg0.5mL1キット) 5,772円 (7.5mg0.5mL1キット) 7,696円 (10mg0.5mL1キット) 9,620円 (12.5mg0.5mL1キット) 11,544円 (15mg0.5mL1キット)	変更なし	－
40	42	ソコーバ (塩野義)	SARS-CoV-2によ る感染症	192億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/ 3/ 8	7,407.40円 (125mg1錠)	7,090.00円 (125mg1錠)	2025/2/1
41	43	ベスレミ (ファーマシージャパン)	真性多血症	163億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/ 5/17	297,259円 (250µg0.5mL1筒) 565,154円 (500µg0.5mL1筒)	272,587円 (250µg0.5mL1筒) 518,246円 (500µg0.5mL1筒)	2025/2/1
42	44	ゴア CTAG 胸部大動脈 ステントグラフトシステム (日本ゴア合同会社)	※11	92億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2023/ 7/ 5	1,490,000 円	変更なし	－
43	45	リットフォーロ (ファイザー)	円形脱毛症	156億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/ 8/23	5,802.40円 (50mg 1 カプセル)	5,584.30円 (50mg 1 カプセル)	2025/6/1
44	49	エブキンリ (ジェンマ)	※12	307億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/11/15	137,724円 (4mg0.8mL 1 瓶) 1,595,363円 (48mg0.8mL 1 瓶)	133,968円 (4mg0.8mL 1 瓶) 1,551,853円 (48mg0.8mL 1 瓶)	2025/8/1
45	63	ルンスミオ (中外)	再発又は難治性の濾 胞性リンパ腫	286億円	H 5 (エブキンリの 類似品目)	2025/3/12	83,717円 (1mg1mL1瓶) 2,393,055円 (30mg30mL1瓶)	81,434円 (1mg1mL1瓶) 2,327,790円 (30mg30mL1瓶)	2025/8/1

※ 9 効能効果：直接作用型Xa因子阻害剤（アピキサパン、リバーロキサパン又はエドキサパン）投与中の患者における、生命を脅かす出血又は止血困難な出血の発現時の抗凝固作用の中和

※ 10 テゼスバイア皮下注210mgペンは、テゼスバイア皮下注210mgシリンジの収載後、新キット製品として2023年11月22日に薬価収載され、H5区分として価格調整された。

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

※ 12 効能・効果：再発又は難治性の大細胞型B細胞リンパ腫 びまん性大細胞型B細胞リンパ腫、高悪性度B細胞リンパ腫、原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫、再発又は難治性の濾胞性リンパ腫

費用対効果評価終了品目（令和7年11月5日時点）

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
46	46	フォゼベル (協和判)	透析中の慢性腎臓病 患者における高リン 血症の改善	193億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/11/15	234.10円 (5mg1錠) 345.80円 (10mg1錠) 510.90円 (20mg1錠) 641.80円 (30mg1錠)	208.30円 (5mg1錠) 307.80円 (10mg1錠) 454.70円 (20mg1錠) 571.20円 (30mg1錠)	2025/11/1
47	47	レクビオ (バルティスファーマ)	※13	195億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/11/15	443,548円 (300mg1.5mL1筒)	394,758円 (300mg1.5mL1筒)	2025/11/1
48	48	ウゴービ (ノボ ルティスファーマ)	※14	328億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/11/15	1,923円 (0.25mg0.5mL1ｷｯﾄ) 3,281円 (0.5mg0.5mL1ｷｯﾄ) 6,060円 (1mg0.5mL1ｷｯﾄ) 8,101円 (1.7mg0.75mL1ｷｯﾄ) 11,009円 (2.4mg0.75mL1ｷｯﾄ) 6,525円 (1mg1.5mL1ｷｯﾄ) ※15 11,477円 (2mg1.5mL1ｷｯﾄ) ※15 20,703円 (4mg3mL1ｷｯﾄ) ※15 32,853円 (6.8mg3mL1ｷｯﾄ) ※15 44,485円 (9.6mg3mL1ｷｯﾄ) ※15	1,764円 (0.25mg0.5mL1ｷｯﾄ) 3,009円 (0.5mg0.5mL1ｷｯﾄ) 5,557円 (1mg0.5mL1ｷｯﾄ) 7,429円 (1.7mg0.75mL1ｷｯﾄ) 10,096円 (2.4mg0.75mL1ｷｯﾄ) 6,049円 (1mg1.5mL1ｷｯﾄ) ※15 10,590円 (2mg1.5mL1ｷｯﾄ) ※15 19,051円 (4mg3mL1ｷｯﾄ) ※15 30,194円 (6.8mg3mL1ｷｯﾄ) ※15 40,861円 (9.6mg3mL1ｷｯﾄ) ※15	2025/11/1
49	50	レケンビ (イーザイ)	アルツハイマー病に よる軽度認知障害及 び軽度の認知症の進 行抑制	986億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2023/12/13	45,777円 (200mg2mL1瓶) 114,443円 (500mg5mL1瓶)	38,910円 (200mg2mL1瓶) 97,277円 (500mg5mL1瓶)	2025/11/1
50	51	レプロジル (アリストル・マヤース スカイア)	骨髄異形成症候群に 伴う貧血	123億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2024/4/10	184,552円 (25mg1瓶) 551,000円 (75mg1瓶)	169,234円 (25mg1瓶) 505,267円 (75mg1瓶)	2026/2/1
51	54	ピロイ (アステラス製薬)	CLDN18.2陽性の治 癒切除不能な進行・ 再発の胃癌	145億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2024/5/15	65,190円 (100mg1瓶)	62,396円 (100mg1瓶)	2026/2/1

※13 効能・効果：家族性高コレステロール血症、高コレステロール血

ただし、以下のいずれも満たす場合に限る。

- ・心血管イベントの発現リスクが高い
- ・HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分、HMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない

※14 効能・効果：肥満症

ただし、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病のいずれかを有し、食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず、以下に該当する場合に限る。

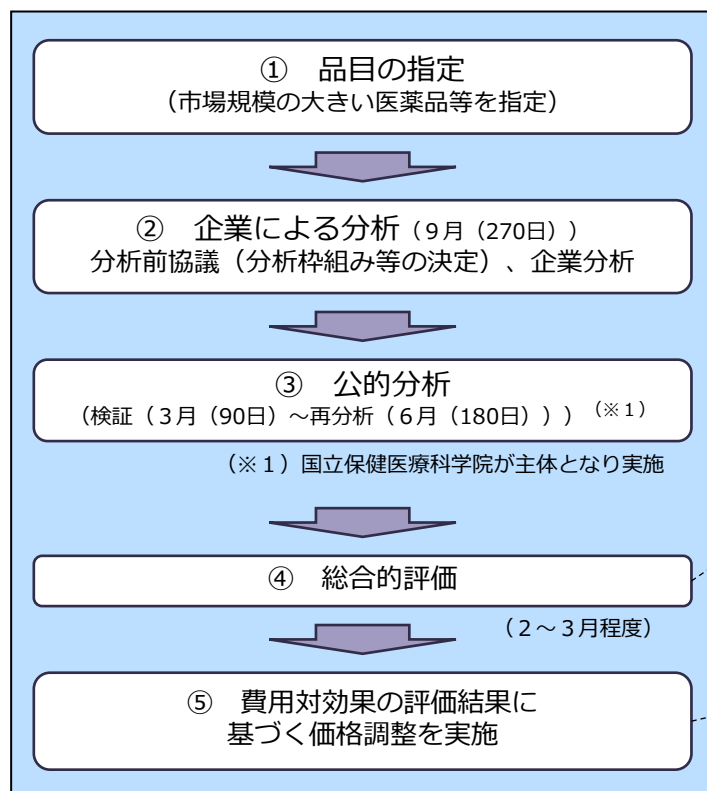
- ・BMIが27kg/m²以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する
- ・BMIが35kg/m²以上

※15 ウゴービ皮下注MDは、ウゴービ皮下注SDの収載後、剤形追加品として2025年5月21日に薬価収載され、H5区分として価格調整された。

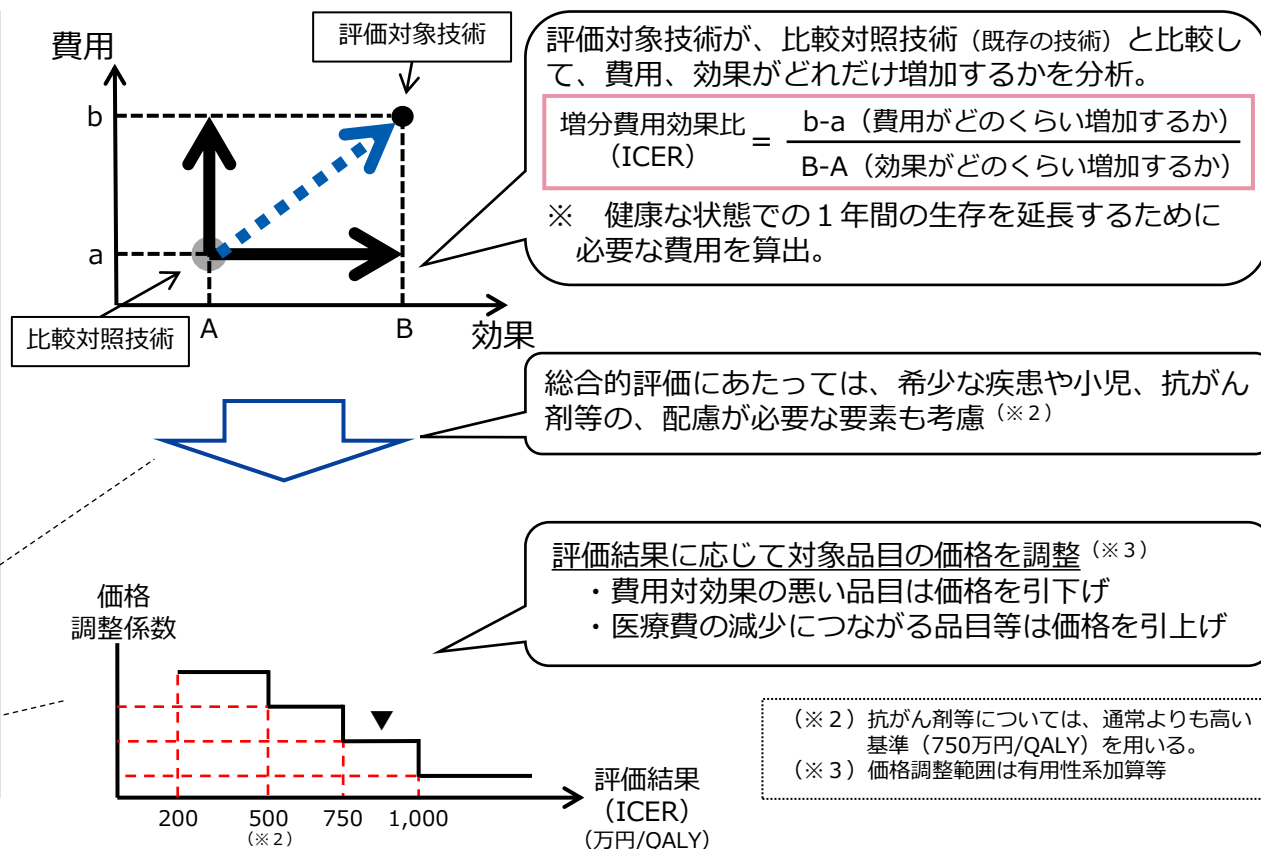
費用対効果評価制度について（概要）

- 費用対効果評価制度については、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年4月から運用を開始した。
- 市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器等を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。
- 評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる（薬価・材料価格制度の補完）。
- 今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

【費用対効果評価の手順】



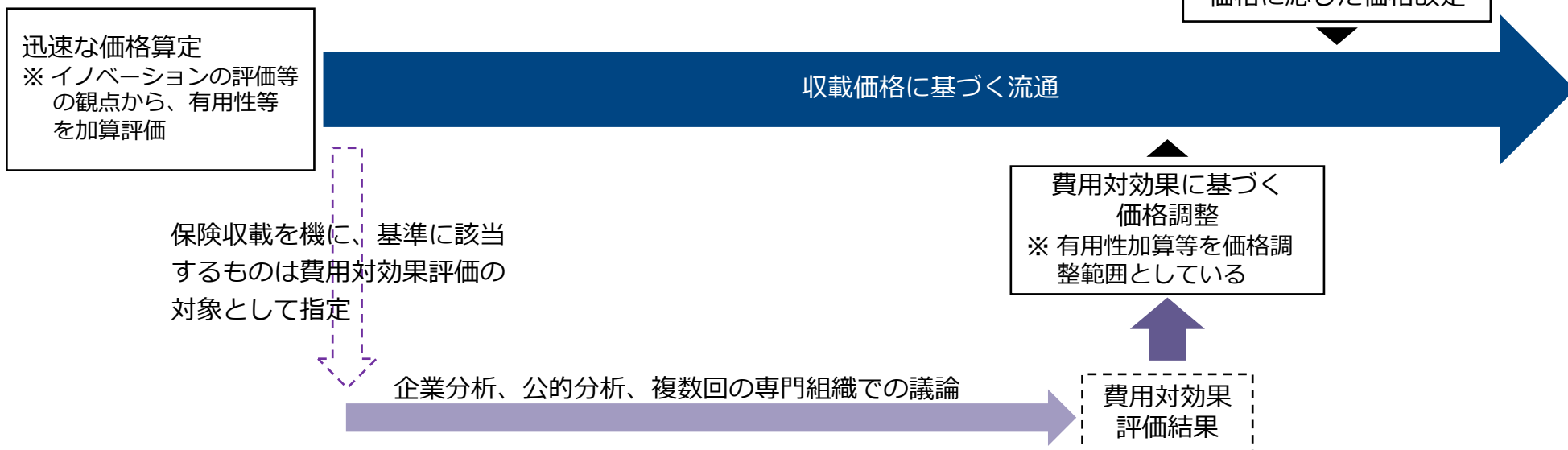
(注) カッコ内の期間は、標準的な期間



費用対効果評価制度について

- 薬価・材料価格制度においては、「モノとしての価格に着目した評価」として、薬効や機能区分に基づく分類に基づく算定（類似薬効比較方式、類似機能区分比較方式）、原価に基づく算定（原価計算方式）に加えて、費用対効果評価は価格と効果を比較するなど「質調整生存年という指標に基づく評価」を行っている。
- 費用対効果評価の結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、収載後の価格調整に用いることとされている。（薬価・材料価格制度の補完）
- そのため、薬効、機能区分や原価に基づく算定価格により保険収載は迅速に行われ、医薬品、医療機器へのアクセスを確保したうえで、費用対効果評価制度により、企業分析、公的分析に加え、複数回の専門組織での議論を経て評価が行われ、「質調整生存年という指標に基づく評価」に基づく価格の調整が行われる。

薬価・材料価格制度と費用対効果評価制度（イメージ）



※ 費用対効果評価のプロセスや価格改定の時期等により、費用対効果評価に基づく価格調整や価格改定の時期等は品目により様々であることに留意が必要

令和8年度保険医療材料制度改革の骨子案

第1 基本的な考え方

保険医療材料制度においては、医療機器及び体外診断用医薬品の特性を踏まえつつ、革新性の高い新規の医療機器等の適切な評価を行うとともに、医療保険財政の適正化等の観点から、内外価格差の是正や実勢価を踏まえた価格の見直し等の施策に取り組んできたところである。

近年の医療機器及び体外診断用医薬品を取り巻く状況としては、物価上昇による原材料費の高騰等が指摘されている。今年度の保険医療材料専門部会では、特定保険医療材料について、実勢価格が償還価格を上回る機能区分数が増加傾向にあることが報告された。

今回改定での制度改革においては、イノベーションの評価やプログラム医療機器の評価について考え方を整理するとともに、医療機器等の安定供給、内外価格差の是正、保険適用の手続等について検討を行った。これらの検討結果をもとに、より適切な保険償還価格を設定するための対応を行うこととする。

第2 具体的内容

1. イノベーションの評価

(1) 使用成績を踏まえた再評価に係る申請(チャレンジ申請)

ア データ収集について

- 製造販売業者が提出する研究計画については、原則として比較試験を求めることとする。具体的にはランダム化比較試験(RCT)が望ましいが、RCT が困難な場合はバイアスのリスクを軽減する方法等を十分に検討した研究計画を示すことを求める。
- チャレンジ権取得を希望する時点で既に開始されている臨床研究等についても、研究計画等の妥当性が示されれば、チャレンジ申請における評価対象となり得ることを明確化する。

イ データ提出方法について

- データの客観性を担保する観点から、審議の前提として、査読付き論文として公表されたデータの提出を求めることとする。また、製造販売業者等による独自の解析等については、評価対象としないことを明確化する。

ウ 手続について

- 既存治療との比較等により新たな知見を得られることが十分に期待でき、実現可能性も高いと考えられる研究計画(RCTであり実現可能性も高いもの等)については、事務局による事前確認を経て保険医療材料等専門組織(以下、「保材専」という。)の委員長が認めた場合に限り、保材専への報告をもってチャレンジ権を付与できることとする。
- 上記に該当しない場合は、研究計画について保材専で検討し、既存治療との比較が困難と判断されるもの(対照が明確でないもの、バイアスが排除されていないもの等)や実現可能性が認められないもの等については、チャレンジ権を付与しないこととし、製造販

売業者にその理由を伝達することとする。

(2) 特定保険医療材料の補正加算

- 有用性系加算（画期性加算、有用性加算、改良加算）の試行案について、別添資料「有用性系加算の定量的評価について」のとおり明確化する。平成 28 年から令和 7 年 9 月に至るまでに該当する品目がみられなかった項目（改良加算「ロ」、「ト」、「チ」）については、引き続き試行案として取り扱うこととし、今後該当する事例が蓄積された場合等には明確化を検討する。

(3) 新たな医療機器や体外診断用医薬品を用いた医療技術の評価

- 保険医療材料等専門組織での審議対象となる、新たな医療機器や体外診断用医薬品を用いた医療技術の評価方法については、令和 7 年度から厚生労働行政推進調査事業費として研究を実施しているところであり、同研究の報告等を踏まえつつ、引き続き検討する。

(4) 体外診断用医薬品の保険適用における評価基準の明確化

- 検査に係る医療技術の評価においては、療養担当規則の趣旨等を踏まえ、临床上の有用性を踏まえた評価を行うこととする。製造販売業者が区分 E3（新項目、改良項目）の保険適用を希望する体外診断用医薬品については、以下のいずれかに該当すると保材専が判断した場合には F 区分とする。
 - 临床上の位置づけ（対象患者、実施時期）が不明確である場合（例：対象患者が明らかではなく、スクリーニングとして実施することが想定される場合）
 - 临床上の位置づけに応じた性能を有していない場合（例：確定診断に用いるとした体外診断用医薬品の特異度が低く、確定診断が困難であると認められる場合）
 - 当該検査の結果により治療が変化する等の临床上の有用性が示されていない場合（例：検査結果に関わらず同じ診断、治療を行う場合）

(5) 希少疾病等の検査に用いる体外診断用医薬品等に対する評価

- 「希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な体外診断用医薬品」の評価については、想定される検査回数が少ない再生医療等製品の適応判定の補助に必要な検査に適応を拡大する。
- 希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な体外診断用医薬品等の技術料については、診療報酬改定の際の見直しの手続きが定められている。見直しにおいては、準用技術料及び年間算定回数等に基づき見直すこととなっている。希少性が重複して評価されることを避けるため、見直しにおいて参照する準用技術料は保険収載時に準用した技術料であることを明確化する。

2. プログラム医療機器の評価

(1) 診療報酬上の評価基準

- プログラム医療機器の診療報酬上の評価については、令和 6 年度改定で示された評価基準等を踏まえ、引き続き、患者の臨床アウトカムの向上が示された場合に限り加算による

評価を検討することとする。

- 医療従事者の労働時間短縮や人員削減等を実現するプログラム医療機器については、引き続き、施設基準の緩和等による評価を検討することとする。

(2) 特定保険医療材料として評価されるプログラム医療機器の算定

- 特定保険医療材料として評価されるプログラム医療機器については、初・再診料、プログラム医療機器指導管理料(導入期加算を含む)、その他の医学管理料等、特定保険医療材料料を組み合わせることで算定できることを明確化する。

(3) 原価計算に含めるべき費用の対象範囲

- 原価計算方式で算定されて保険収載されたプログラム医療機器の数が限定的であることを踏まえ、引き続き事例を蓄積しつつ、プログラム医療機器の費用構造について実態を把握することを検討する。

(4) 選定療養の活用方法

- 主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものについて選定療養を活用する場合に、各医療機関が設定する特別の料金の徴収についての患者への説明は、患者が使用するプログラム医療機器のアプリケーション内で行うことも可能であることを明確化する。

3. 医療機器の安定供給に係る事項

(1) 小児用医療機器

- 小児用医療機器については、その特殊性(成長に伴い使用する医療機器のサイズが変化すること等)や対象患者数が少ないこと等に配慮し、新規機能区分の基準材料価格が外国平均価格の 0.8 倍以下となる場合は、原価計算方式による算定を製造販売業者が希望することとする。
- 機能区分の細分化(例:「小児用」と「成人用」の機能区分を分ける)については、業界の要望等も踏まえつつ、薬事承認事項との整合性も確認しながら引き続き検討する。

(2) 不採算品再算定

- 不採算品再算定の対象品目選定の基準のうち、「ア 代替するものがないこと」(以下、「代替困難性に関する要件」という。)について、同一機能区分内のシェア状況を踏まえつつ、以下のとおり対応する。
 - 1社でシェアの大半を占める場合(以下「パターン1」という。)については、令和6年度改定において、代替困難性に関する要件を満たすことが明確化された。
 - パターン1に該当せず、上位2社で同一機能区分内のシェアの大半を占める場合(以下「パターン2」という。)については、両者が供給困難となった場合においては安定供給に支障をきたすと考えられるため、代替困難性に関する要件を満たすこととする。

- パターン1及び2に該当せず、シェアが分散している場合(以下「パターン3」という。)については、製造販売業者が供給困難となった場合に他の製造販売業者が不足分を供給できないとまではいえないため、不採算品再算定での対応は行わない。

(3) 市場実勢価格が償還価格を上回る機能区分への対応

- 同一機能区分内のシェア状況を踏まえつつ、以下のとおり対応する。
 - パターン1及びパターン2においては、供給側の価格決定力が強いことが想定されるため、市場実勢価格に基づく保険償還価格の引き上げは行わない。
 - パターン3については、競争的市場であり、市場実勢価格の加重平均値や物価変動等を参考にしつつ保険償還価格を設定する。

4. 内外価格差等の是正

- 既収載品に係る外国価格再算定における、アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリアの各国の平均価格については、外国価格調査の結果に加え、国内での使用状況等を考慮した加重平均により算出する。外国平均価格については、従来どおり、各国の平均価格を相加平均して算出する。

5. 市場拡大再算定

(1) 特定保険医療材料

- 機能区分の見直しにおいて単に機能区分の名称のみが変更された場合(当該機能区分に該当する特定保険医療材料に変更がない場合)は、名称変更前の機能区分の設定時期や予想年間販売額等を確認する。
- 機能区分の見直しにより機能区分が新設された場合(機能区分の名称のみ変更した場合は除く。)は、以下のとおり対応する。
 - i 機能区分の見直し前の機能区分(以下、「見直し前の機能区分」という。)が設定された日から10年を経過した後の最初の材料価格改定以前の場合である場合は、見直し前の機能区分の予想年間販売額を基本とし、機能区分の見直し時に企業より提出された予想年間販売額等を参考にしつつ、基準年間販売額を決定する。
 - ii 見直し前の機能区分が設定された日から10年を経過した後の最初の材料価格改定後の場合は、機能区分の見直し後の年間算定額を基準年間販売額とする。
- 機能区分が設定された日から10年を経過した後の最初の材料価格改定以前の場合であって、予想年間販売額が不明である場合は、機能区分が設定された年の翌年度以降の年間算定額や企業提出資料等を参考にしつつ、基準年間販売額について検討する。
- チャレンジ申請により再評価を受け、機能区分が設定される際に原価計算方式以外の方式により算定された特定保険医療材料については、市場拡大再算定の対象となり得ることを明確化する。

(2) 技術料包括の医療機器及び体外診断用医薬品

- 技術料の見直しを行う場合の算定方法については、特定保険医療材料の市場拡大再算定の再算定の式に準じて以下のとおり設定する。

＜技術料の見直しに係る計算方法＞

$$\text{改定後の技術料} = \{(\text{改定前の技術料} \times \beta) \times (0.9)^{\log X / \log 2}\} + \{\text{改定前の技術料} \times (1 - \beta)\}$$

(注)

- ・ $\beta = (\text{医療機器や体外診断用医薬品に係る金額}) / (\text{改定前の技術料の点数に相当する金額})$
- ・ $X(\text{市場規模拡大率}) = (\text{改定前の技術料の年間算定額}) / (\text{当該技術料の基準年間算定額})$
- ・ $(\text{改定前の技術料} \times \beta) \times (0.9)^{\log X / \log 2}$ による算定値については、 $(\text{改定前の技術料} \times \beta)$ の 85/100 に相当する額を下回る場合は当該額とする。

- 技術料の見直しの対象については、保険医療材料等専門組織において検討した上で、中医協総会で議論することとする。

6. 保険適用の手続に係る事項

(1) 医療技術評価分科会での評価を要するもの

- 「新たな技術料の設定や技術料の見直しに当たり、分野横断的な幅広い観点からの評価や他の既存技術に対する評価の見直しがあわせて必要と考えられる場合」の例示を以下のとおり見直す。ただし、制度や指導管理料、基本診療料等に係るもの等(情報通信機器を用いた診療を含む。)であって、医療技術評価分科会における評価対象とならない場合は、必要に応じて総会での審議を検討する。
 - 類似する既存技術に対する評価との整合性の観点から、当該既存技術に対する評価を同時に見直す必要があるもの。
 - 保険適用されていない医療技術(基本診療料等で包括的に評価されている医療技術を除く)を実施する目的で使用する医療機器等(プログラム医療機器を含む。)
 - オンライン診療での実施に係る技術料がない医療技術(基本診療料等で包括的に評価されている医療技術を除く)をオンライン診療で実施することを目的とする医療機器等。
 - 複数分野で使用される医療機器等を用いた技術であり、分野毎に異なる診療報酬点数が算定されるもの。
 - 管理料(医学管理料、在宅療養指導管理料等を含む)の新設についての審議が必要なもの。
- 医療技術評価分科会での検討を要することとなった技術について、患者アクセスの観点等を踏まえ、「保険適用希望書の受理から2年まで」とされている評価療養の対象期間を、直近の診療報酬改定の次の診療報酬改定での保険適用を想定した期間に見直す。

(2) 医薬品等の適応判定を目的として使用される体外診断用医薬品の保険適用時期

- 医薬品等(再生医療等製品を含む。)の適応判定を目的として使用される医療機器、体外

診断用医薬品、PETについては、医療現場への円滑な導入を支える観点から、中医協において了承された保険適用日から保険適用することとする。

(3) A3 区分(既存技術・変更あり)の保険適用希望の取扱い

- 区分 A3(既存技術・変更あり)として保険適用希望書が提出されたもののうち、特定診療報酬算定医療機器の定義における一般的名称の追加のみ等を希望するもの等については、事務局による事前確認を経て、希望内容が軽微な変更にとどまるものとして保材専委員長が認めた場合においては、保材専への報告をもって決定案とする。

(4) 承認事項の一部変更承認等後の保険適用希望に係る取扱い

- 製造販売業者等が承認事項の一部変更承認等を行った後に保険適用希望書を提出する場合において、重複した議論を避けるため、保険適用希望が可能な内容は当該一部変更承認等に係る事項に限ることを明確化する。

(5) 軽微変更届に伴う保険適用希望書の提出

- PMDA への簡易相談を経て適切に軽微変更届が行われたもののうち、構成品やサイズバリエーションの追加、一般的名称の変更等に伴い該当する機能区分の変更を希望する場合等(決定区分 B1(既存機能区分)に該当する場合に限る。)については、保険適用希望書を提出できることとする。

(6) 保険適用希望書の様式の見直し

- 適切なイノベーションの評価及び保険適用に係る迅速な手続の促進の観点から、特に重要な論点(例えば、製品の有効性・安全性に係るデータ、加算項目への該当性等)を踏まえつつ、簡潔に要点を整理して記載するように保険適用希望書の様式を見直す。

(7) 製造販売業者から不服申し立てがあった場合の取扱い

- 製造販売業者が保材専の決定に対して不服を申し立てる場合は、原則として、不服意見書が提出された月の翌月に2回目の保材専を実施することとする。
- 2回目の保材専後に期日内に企業からの同意が得られない場合は、保険適用希望書を取り下げたものとして取り扱うこととする。
- 保険適用希望書の取り下げがあった場合には、再度、保険適用希望書を提出することを妨げない。ただし、この場合、保険適用希望書は別に指定する期限までに提出することとする。
- やむを得ず翌月の保材専に追加資料の準備等が間に合わずに保険適用希望書を取り下げた場合等であって、再度保険適用希望書が提出された場合は、1回目の保材専の決定案を踏まえ、2回目の保材専から手続を再開することとする。

7. その他の事項

- 臨床上の位置づけ等を踏まえながら、機能区分の見直し(細分化、合理化及び定義変更等)を行う。

<別添資料>

「有用性系加算の定量的評価について」

1. 画期性加算、有用性加算

イ 臨床上有用な新規の機序(該当する項目ポイントの合計により算出。a, b はいずれか1つ)			
	a	効果発現のための当該新規材料の作用機序が類似材料と大きく異なる	2p
	b	効果発現のための当該新規材料の要素技術が類似材料と大きく異なる	1p
	c	その他、臨床上市特に有用であると保険医療材料専門組織が認める新規の機序がある	1p
	d	a～cのいずれかを満たす場合であって、標準的治療法が確立されていない重篤な疾病を適応対象とする	+1p
ロ 類似材料に比した高い有効性又は安全性(ロー1とロー2のポイントの積により算出)			
ロー1 高い有効性又は安全性の内容(該当する項目ポイントの合計)			
	a	臨床上市重要な有効性指標において類似材料に比した高い有効性や確実性が示される	1p
	b	重篤な副作用の発現状況など、臨床上市重要な安全性指標において類似材料に比した高い安全性が示される	1p
	c	a又はbを満たす場合であって、高い有効性／安全性が臨床上市特に著しく有用であると保険医療材料専門組織が認める	+1p
ロー2 高い有効性・安全性の示し方(いずれか1つ)			
	a	信頼できる比較対照試験による	2p
	b	その他、客観性及び信頼性が確保された方法による	1p
	c	上記には該当しないが、保険医療材料専門組織が認めるもの	1p
ハ 対象疾病の治療方法の改善(該当する項目ポイントの合計により算出。a, fはいずれか1つ)			
	a	既存の治療方法では効果が不十分な患者群、あるいは安全性等の理由で既存の治療方法が使用できない患者群において効果が認められる	1p
	b	対象疾病に対する標準的治療法として今後位置づけられる	1p
	c	既存の治療方法に比べて効果の発現が著しく速い若しくは効果の持続が著しく長い、又は使用に際して患者の利便性や負担軽減(時間短縮等)が著しく高い	1p
	d	既存の治療方法との併用により臨床上有用な効果の増強が示される	1p
	e	その他の治療方法による著しい改善が示されていると保険医療材料専門組織が認める	1p
	f	b～eのいずれかを満たす場合であって、標準的治療法が確立されていない重篤な疾病を適応対象とする	+1p

2. 改良加算

イ 構造等の工夫により、類似材料に比して、職業感染リスクの低減など医療従事者への高い安全性を有する(a, b はいずれか1つのみ算定)			
	a	主に機能自体で直接的な工夫がなされている	1p
	b	主に係る使用法などの改良が実現されている	1p
	c	その他の工夫により、職業感染リスクの低減など医療従事者への高い安全性を有すると保険医療材料専門組織が認める	1p
	d	a～cのいずれかを満たす場合であって、客観性及び信頼性が特に確保されている(比較対照試験)	+1p
ロ※ 類似材料に比して、当該新規材料の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さい			
	a	当該新規材料の本体品の環境に及ぼす影響が小さい	1p
	b	当該新規材料に係る付属品などの環境に及ぼす影響が小さい	1p
	c	その他、当該新規材料の使用後における廃棄処分などが環境に及ぼす影響が小さいことを保険医療材料専門組織が認める	1p
ハ 構造等における工夫により、類似材料に比して、患者にとって低侵襲な治療や合併症の発生が減少するなど、より安全かつ有効な治療をできる(a, b はいずれか1つのみ算定)			
	a	主に機能自体で直接的な工夫がなされている	1p
	b	主に係る使用法など(その他の間接的な方法を含む)の改良が実現されている	1p
	c	その他の工夫により、患者にとって低侵襲な治療や合併症の発生が減少するなど、より安全かつ有効な治療をできると保険医療材料専門組織が認める	1p
	d	a～cのいずれかを満たす場合であって、客観性及び信頼性が特に確保されている(比較対照試験)	+1p
ニ 小型化、軽量化、設計等の工夫により、それまで類似材料に比して、小児等への適応が拡大			
	a	小型化、軽量化などの工夫による小児等への適用拡大が客観的に示される	2p
	b	その他の工夫により、小児等への適応が拡大していると保険医療材料専門組織が認める	1p
ホ 構造等の工夫により、類似材料に比して、より安全かつ簡易な手技が可能(a, b はいずれか1つのみ算定)			
	a	手術時間の短縮などによる従来の関係者に対する貢献(例えば専門医に対して)	1p
	b	新たな関係者に対する貢献(例えば一般医、他職種への普及など)	1p
	c	その他、関係者に対する貢献で、より安全かつ簡易な手技が可能となると医療材料専門組織が認める	1p
	d	a～cのいずれかを満たす場合であって、特に客観性及び信頼性が高い方法による	+1p

へ 構造等の工夫により、類似材料に比して、形状の保持が可能になるといった耐久性の向上や長期使用が可能(a, b はいずれか1つのみ算定)			
	a	直接的に評価がなされているもの(臨床試験)	1p
	b	間接的に評価がなされているもの(非臨床試験)	1p
	c	a 又は b のいずれかを満たす場合であって、特に客観性及び信頼性が高い方法による	+1p
ト※ 構造等の工夫により、類似材料に比して、操作性等が向上し、患者にとって在宅での療養が安全かつ容易(a, b はいずれか1つのみ算定)			
	a	主に機能自体で直接的な工夫がなされている	1p
	b	主に係る使用法などの改良が実現されている	1p
	c	その他の工夫により、操作性等が向上し、患者にとって在宅での療養が安全かつ容易であると保険医療材料専門組織が認める	1p
	d	a～c のいずれかを満たす場合であって、客観性及び信頼性が特に確保されている(比較対照試験)	+1p
チ※ 生物由来原料として用いた類似材料に比して、全ての生物由来原料等を除いた場合で、かつ、同等の機能を有する			
	a	比較対照試験による	2p
	b	その他、客観性及び信頼性が確保された評価方法による	1p

※ 改良加算「ロ」、「ト」、「チ」は引き続き試行案として取り扱う。

(参考) 逆ザヤの状況

中医協 総－3参考

7 . 1 2 . 2 6

中医協 材－1参考

7 . 1 2 . 2 6

▶ 用語の整理

- 逆ザヤとは、「実勢価格が保険償還価格を上回る状態」を指す。
- 実勢価格は、医療機関と卸業者との間の価格交渉において形成される価格である。

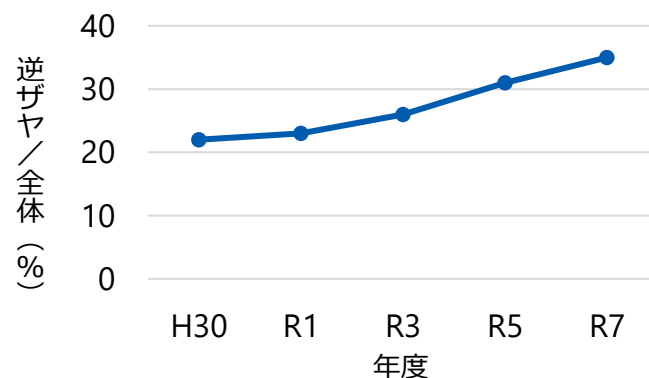
▶ 逆ザヤの機能区分数

- 特定保険医療材料価格調査では、特定保険医療材料の実勢価格や販売個数等について調査を行っている。機能区分全体で逆ザヤとなっている機能区分は、以前から存在していたが、その機能区分数や割合は増加傾向であった。

調査年度	H30	R1	R3	R5	R7
全体の機能区分数	1,197	1,205	1,230	1,295	1,314
逆ザヤの機能区分数	260	278	323	395	460
逆ザヤ／全体（％）	22%	23%	26%	31%	35%

※令和7年度は速報値

＜機能区分数の比率＞



令和 8 年度薬価制度改革の骨子（案）

※ 色付き下線部はたたき台からの変更点

第 1 基本的考え方

これまでの累次の薬価改定の結果や現下の課題などを踏まえ、薬価専門部会において令和 8 年度薬価改定に向けた議論を行ってきた。また、「経済財政運営と改革の基本方針 2025」（令和 7 年 6 月 13 日閣議決定）においては、「国民負担の軽減と創薬イノベーションを両立する薬価上の適切な評価の実施」とされている。これらを踏まえ、以下のとおり、令和 8 年度薬価制度改革を行うこととする。

第 2 具体的内容

1. 国民負担の軽減と創薬イノベーションを両立する薬価上の適切な評価

（1）薬価算定方法

① 類似薬効比較方式における算定方法【基準改正】

- 類似薬効比較方式において、比較薬が補正加算（画期性加算、有用性加算（Ⅰ）及び有用性加算（Ⅱ）を除く）の適用を受けている場合は、比較薬における当該補正加算の加算率に相当する額を控除した額を比較薬の薬価と見なした上で、新薬の一日薬価合わせを行うとともに、比較薬が当該補正加算の適用を受けている場合であっても、新薬が当該補正加算の適用を受けることを可能とすることとする。

② 革新的新薬の評価方法

- 革新的新薬の評価の在り方については、現行の比較薬の判断基準を拡大することを含め、「医療上の必要性が高い革新的医薬品に対する薬価上の評価指標の開発に資する研究」（厚生労働行政推進調査事業費補助金）において検討が行われており、革新的新薬の評価方法等については、この研究結果も踏まえて、次期薬価制度改革において、引き続き検討することとする。

③ 原価計算方式における開示度の向上

- 原価計算方式における薬価の原価の開示は重要であり、これまで薬価の透明性を確保するための取組を行ってきたところであるが、開示度が50%未満にとどまったため、補正加算を適用しても薬価に反映されない例がある一方、医薬品のサプライチェーンの複雑化により原価の詳細な開示が難しくなっているという状況がある。原価計算方式における開示度の取り扱いについては、令和8年度薬価制度改革では見直しを行わず、業界団体における開示度向上に向けた努力を継続することを基本とし、今後の原価計算方式における開示度、補正加算の適用の状況を踏まえた上で、次期薬価制度改革において、引き続き検討することとする。

④ 原価計算方式における販売費及び一般管理費の計上【運用上の対応】

- 原価計算方式における販売費及び一般管理費の係数について、希少疾病用医薬品等では、平均を超えた係数を用いることが妥当とされる場合、上限である70%を超えた係数を用いることが可能であることを明確化することとする。

(2) 新薬の薬価収載時・薬価改定時における評価

① 市場性加算（Ⅰ）【基準改正】

- 成人及び小児の同時開発を促進するため、小児のみが希少疾病用医薬品の指定範囲とされた場合を除き、市場性加算（Ⅰ）と小児加算の併加算を可能とすることとする。
- 原則として、現行の加算率の範囲（下限10%）を維持しつつ、希少疾病用医薬品の指定基準への該当性の内容に応じて加算率を例外的に5%とすることができることとし、治験実施の困難さ等を踏まえて加算率を柔軟に判断することとする。

② 規格間調整のみによる新薬の薬価算定における補正加算【基準改正】

- 規格間調整のみによる新薬の薬価算定において、新薬が市場性加算（Ⅰ）、先駆加算又は迅速導入加算の要件を満たす場合には、これらの補正加算の適用を受けることを可能とすることとする。

③ 標準的治療法に関する薬価改定時の加算の評価【基準改正】

- 薬価収載時に標準的治療法に関する補正加算を適用していない品目について、薬価収載後に、新たに、一般診療に用いられている国内の診療ガイドラインにおいて標準療法となったと評価できる場合は、薬価改定時に加算を適用することとする。

④ 外国平均価格調整の見直し

- 外国平均価格調整に用いるドイツ価格について、ドイツにおける価格交渉後の価格を参照することとする。【運用上の対応】
- ドイツ価格の状況等を把握できるよう、薬価基準収載希望書に以下の事項を記載することを製造販売業者に求めることとする。【その他（通知改正）】
 - ・ ドイツ価格について、ドイツにおける価格交渉後の価格であるか否か

⑤ 報告品目及び後発品への補正加算適用に関する薬価算定組織での検討【その他（通知改正）】

- 報告品目及び後発品について、補正加算の適用の妥当性等について専門的見地からの検討が必要な場合は、薬価算定を行うに際して薬価算定組織での検討を経ることを規定として定めることとする。

（３）新薬創出・適応外薬解消等促進加算

① 新薬創出・適応外薬解消等促進加算の見直し【基準改正】

- 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、わかりやすくするための方策が国内外から求められていることを踏まえ、以下の方針で見直すこととする。

<制度の名称>

- 特許期間中の革新的な新薬の薬価が維持されることをよりわかりやすくするため、制度の名称を「革新的新薬薬価維持制度」（英語名：Patent-period price Maintenance Program for Innovative Drugs (PMP)) に変更することとする。

<品目要件>

- 品目要件への該当性を明確化し、制度の透明性を高める観点から、品目要件から次のものを削除し、今後新たに薬価収載される品目には適用しないこととする。
 - ・ 新規作用機序医薬品又は新規作用機序医薬品に相当すると認められる効能若しくは効果が追加されたものであって、別表 10 の基準に該当する医薬品
 - ・ 新規作用機序医薬品（別表 10 の基準に該当するものに限る。）を比較薬として算定された医薬品又は新規作用機序医薬品を比較薬として算定された医薬品を比較薬として算定された医薬品
- 引き続き、乖離率が平均乖離率を超える品目は対象としないこととする。

<控除>

- 従来どおり、改定前薬価と市場実勢価格に基づく改定額との差額の累積額を控除する。

② 累積額の控除と薬価の下支えに係るルール適用方法【基準改正】

- 革新的新薬薬価維持制度の累積額の控除により最低薬価未満の額に改定される品目が生じることを防ぐため、革新的新薬薬価維持制度の累積額の控除に係るルールを適用してから、薬価の下支えに係るルールを適用することとする。

（４）市場拡大再算定

① 市場拡大再算定の特例の見直し

- イノベーションの評価と国民皆保険の維持を両立するための対応という趣旨を明確化するため、制度の名称を「持続可能性特例価格調整」（英語名：Special Price Adjustment for Sustainable Health System and Sales Scale(SPA-SSS))に変更することとする。【基準改正】

- あわせて、持続可能性特例価格調整の在り方については、引き続き検討を行うこととする。

② 市場拡大再算定又は持続可能性特例価格調整の類似品の取り扱い【基準改正】

- 企業の予見可能性を確保し、国民負担の軽減と創薬イノベーションを両立する観点から、市場拡大再算定又は持続可能性特例価格調整対象品の類似品への市場拡大再算定又は持続可能性特例価格調整の適用は廃止する。
- 市場拡大再算定又は持続可能性特例価格調整対象品目の薬理作用類似薬については、効能追加等の有無に関わらず、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）により使用量を把握し、薬価改定以外の機会も含め、市場拡大再算定又は持続可能性特例価格調整を実施する。

③ 希少疾病、小児の効能等追加に対する市場拡大再算定【運用上の対応】

- 原則、希少疾病、小児の効能等の追加のみをもって、市場拡大再算定の要件である使用実態の変化に該当するとは判断していないこれまでの運用を明確化することとする。

④ 薬価改定の際以外の再算定の実施頻度

- 新薬収載の機会を活用して年4回実施している薬価改定の際以外の再算定の実施頻度については、現場の負担に鑑みて、現行の実施頻度を維持することとする。

⑤ 再生医療等製品に対する市場拡大再算定

- 再生医療等製品に対する市場拡大再算定の適用の在り方については、再生医療等製品の特徴等を踏まえつつ、次期薬価制度改革において、引き続き検討することとする。

(5) イノベーションの推進に向けた長期収載品の薬価の更なる適正化

① 長期収載品の薬価の更なる適正化【基準改正】

- イノベーションの推進に向けて、長期収載品に依存するビジネスモデルからの脱却を促進する観点から、安定供給にも配慮した上で、長期収載品の薬価上の措置については、以下の方針で見直すこととする。
 - ・ 後発品への置換え期間については後発品上市後 5 年とし、5 年を経過した長期収載品の薬価については、後発品置換え率によらず G1 を適用し、後発品の加重平均薬価を基準として段階的に引き下げることにする。Z2、G2 は廃止する。
 - ・ C は廃止し、G1 の補完的引下げについては後発品置換え率によらず薬価の引下げ率を 2.0% とし、G1 の適用後の薬価については、G1 による引下げ後の額と 2.0% の補完的引下げ後の額のうち、いずれか低い額とすることとする。
 - ・ 後発品の加重平均薬価まで価格を引き下げた長期収載品については、G1 を適用しないことにする。
 - ・ 令和 6 年度薬価制度改革時点において G2 に該当した品目については、以下のとおり取り扱うことにする。

令和 6 年度薬価制度改革における該当区分	令和 8 年度薬価制度改革における該当区分
・ G 2 品目に該当してから初めて薬価改定を受けるもの ・ G 2 品目に該当してから 2 年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの	・ G 1 品目に該当してから 2 年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの
・ G 2 品目に該当してから 4 年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの ・ G 2 品目に該当してから 6 年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの	・ G 1 品目に該当してから 4 年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの

② 引下げの下限、円滑実施措置【基準改正】

- 引下げの下限及び円滑実施措置については、廃止することとしてはどうか。ただし、令和 8 年度薬価制度改革における長期収載品の薬価の更なる適正化では、大きな制度変更を行うことから、令和 8 年度薬価改定に限り、適用することとする。

③ バイオ先行品への G1 の適用【基準改正】

- バイオシミラーが収載されているバイオ先行品について、G1 を適用することとする。

(6) オーソライズド・ジェネリック (AG)・バイオ AG の取扱い

① バイオ AG の新規収載時の対応【基準改正】

- 先行品と有効成分、原薬、添加物、製法等が同一のバイオ医薬品であって、後発品として薬事承認を受けたもの（バイオ AG）（今後新たに薬価収載される品目に限る）の薬価は、バイオ後続品（いわゆるバイオシミラー）との適切な競争環境を形成・維持する観点から、バイオ先行品の薬価と同額とすることとする。

② オーソライズド・ジェネリック (AG) の新規収載時の対応

- 後発品の適切な競争環境の形成・維持のため、先発品メーカーの許諾を受けて製造販売されるものであるオーソライズド・ジェネリック (AG) について、まずは、先発品と有効成分、原薬、添加物、製法等が同一の後発品（今後新たに薬価収載される品目に限る）の薬価は、先発品の薬価と同額とすることとする。【基準改正】
- AG であるか否かを客観的に判断することが困難であることから、AG の把握方法については引き続き検討が必要であるため、薬価基準収載希望書に AG であるか否かを記載することを製造販売業者に求めることとする。【その他（通知改正）】

③ AG・バイオ AG の薬価改定時の対応【基準改正】

- 先発品の薬価と同額で算定された AG 又はバイオ AG については、当該 AG 及び先発品、当該バイオ AG 及びバイオ先行品について、薬価改定時にそれぞれ薬価を加重平均し、価格帯を集約することとする。

2. 後発品を中心とした医薬品の安定供給確保のための対応

(1) 後発品の価格帯集約【基準改正】

- 注射薬及びバイオシミラーに係る品目については、同一規格・剤形内の品目数が少なくなっている状況を踏まえ、最高価格の30%を下回る薬価のものを除き、価格帯集約の対象としないこととする。
- G1 品目に係る後発品の1価格帯集約については、廃止することとする。
- 企業指標の評価結果を活用した価格帯集約の特例における対象企業、対象品目、適用条件のいずれの要件も満たす品目については、注射薬又はバイオシミラーに該当しない品目であっても、価格帯集約の対象としないこととする。

(2) 薬価の下支え制度の充実

①最低薬価

- 最低薬価について、以下のとおりとする。【基準改正】
 - ・ 外用塗布剤について、規格単位に応じた最低薬価を設定する。
 - ・ 点眼・点鼻・点耳液について、点眼剤の最低薬価を適用する。
- 最低薬価について、引き上げる。ただし、令和7年度薬価調査結果において、前回の令和6年度薬価調査における最低薬価品目の平均乖離率を超えた乖離率であった品目は引き上げの対象外とする。

※ 引き上げた最低薬価を下回る価格の基礎的医薬品については、引き上げ後の最低薬価と同水準までその薬価を引き上げることとする。

②不採算品再算定

- 不採算品再算定について、以下のとおりとする。【基準改正】
 - ・ 「(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。)」の要件は削除し、該当する類似薬のシェアが5割以上であって他の要件を満たす場合は、不採算品再算定の対象とする。
 - ・ 組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬の乖離率の平均が全ての既収載品の平均乖離率を超える品目は不採算品再算定の対象外とする。

○ 不採算品再算定の適用については、医療上の必要性が特に高い品目を対象とする。具体的な対象品目は、次のいずれかを満たす品目を基本とする。

- ・ 基礎的医薬品とされたものと組成及び剤形区分が同一である品目
- ・ 重要供給確保医薬品に位置付けられている品目
- ・ 極めて長い使用経験があり供給不足による医療現場への影響が大きいと考えられるその他品目など、継続的な確保を特に要する薬剤であって、特定の企業からの供給が途絶えたときに代替供給を確保することが困難な品目

※ その他品目は、昭和 42 年以前に収載された医薬品

3. その他の課題

(1) 高額な医薬品に対する対応

- 令和 4 年度薬価制度改革の骨子に基づく、年間 1,500 億円の市場規模を超えると見込まれる高額な医薬品に対する対応を継続することとする。
- 高額な医薬品に対するこれまでの対応を踏まえ、以下のとおり対応することとする。【基準改正】
 - ・ 年間 1,500 億円の市場規模を超えると見込まれる高額な医薬品及びその類似薬については、効能追加等の有無に関わらず、NDB により使用量を把握し、薬価改定以外の機会も含め、市場拡大再算定又は持続可能性特例価格調整を実施する。
 - ・ 年間 1,500 億円の市場規模を超えると見込まれる高額な医薬品に対する持続可能性特例価格調整の適用について、年間販売額が予測販売額から 10 倍以上かつ 3,000 億円超に急拡大した場合に限り、引き下げ幅の上限値を 50%から引き上げ、66.7%（2/3）とする。
- 薬価調査における販売額が持続可能性特例価格調整の販売額の要件に該当する品目のうち、保険診療外での使用が一定数見込まれるものについては、製造販売業者が適正使用の更なる推進を図ることを前提として、保険診療における販売額を正確に把握する観点から NDB を使用した上で、薬価改定以外の機会も含め、持続可能性特例価格調整を効能追加等の有無に関わらず実施することとする。

(2) 医薬品流通に関する課題

- 「薬剤流通の安定のため」に設定されている調整幅の在り方について、物価の高騰等の状況も踏まえながら、次期薬価制度改革において、引き続き検討することとする。

(3) 販売包装単位の適正化

- 販売包装単位の適正化については、柔軟な対応を行いつつ、関係団体における対応状況を注視し、次期薬価制度改革において、薬価上の対応の必要性を検討することとする。

(4) イノベーションの適切な評価

- 米国の最恵国待遇（MFN）価格政策に関し、日本の薬価が米国の価格に波及する可能性を懸念し、製薬企業が日本への新薬導入に慎重になることでドラッグ・ロス等となるリスクがあるとの意見があることを踏まえ、ドラッグ・ロスの解消、我が国の創薬力を強化する観点等から、機動的な対応ができるよう、革新的新薬の薬価の在り方については引き続き検討することとする。

4. 診療報酬改定がない年の薬価改定

- 「大臣折衝事項」（令和7年12月24日厚生労働省）に基づき、令和9年度薬価改定を着実に実施することとする。その際の対象品目の範囲や適用される各種ルールの在り方については、創薬イノベーションの推進、医薬品の安定供給の確保、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減といった要請についてバランス良く対応するとの基本的な考え方を踏まえて検討することとする。

〔凡例〕

「第2 具体的内容」の各項目における下記の記載の意義については、下記のとおり。

【基準改正】：「薬価算定の基準」の改正により対応する事項

【運用上の対応】：今後の薬価算定等の運用において対応する事項

【その他（通知改正）】：関連通知の改正により対応する事項

以上

令和７年１２月２６日

中央社会保険医療協議会
会長 小塩 隆士 殿

中央社会保険医療協議会
１号（支払側）委員
鳥潟 美夏子
松本 真人
永井 幸子
高町 晃司
奥田 好秀
鈴木 順三
伊藤 徳宇

令和８年度診療報酬改定等に関する１号（支払側）の意見

I. 基本的考え方

社会保障審議会の医療保険部会、医療部会が定めた基本方針において、「物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応」が重点課題とされ、政府予算編成の大臣折衝において、診療報酬本体引上げ財源の大部分を賃上げと物価への対応に充当することが合意された。現下の経済状況に即応して医療サービスの対価としての正当性を担保し、費用を負担する患者・国民と事業主が納得できるよう、確実な賃上げやきめ細かい物価高への対応を行い、その結果を検証できる仕組みにするべきである。

一方で、国民皆保険制度と医療提供体制の持続可能性を両立することも重要である。そのためには、外来受診の抑制や残薬対策、短時間・頻回な訪問看護の是正、門前薬局や敷地内薬局の合理化等を通じた適正化の徹底が不可欠である。また、医療の質を確保しつつ効率化するためには、医療 DX や ICT 連携の本格的な活用と AI 等による生産性向上が課題である。さらに、かかりつけ医機能報告制度や新たな地域医療構想をはじめとする、2040 年頃を見据えた医療提供体制の再構築も意識するべきである。医療機能の強化・分化・連携を推進して地域の医療ニーズを過不足なく充足することは、限られた医療資源を有効活用するものであり、医療機関の健全な運営にとっても必要な要素である。メリハリのある診療報酬により政策課題の解決に取り組むべきである。

Ⅱ. 重点事項

(1) 医科

① 入院医療

人口構造と医療ニーズの変化に合わせて機能の分化・連携・集約化を進め、医療資源の配置を最適化することが必要である。手術なし症例や救急搬送への対応を「重症度、医療・看護必要度」に反映する等の修正を行いつつ、引き続き患者の状態と医療資源の投入量に応じた病棟機能の評価を維持したうえで、新たな地域医療構想で目指すべき方向性や病院の機能や規模による経営状況の違いも踏まえ、全身麻酔手術と救急搬送受入れの実績を主な指標として、これまで以上に病院機能を重視した評価体系に見直すことにより、ケアミックスの在るべき姿も念頭に入れて、病院の再編・統合につなげるべきである。

高度急性期や急性期については、選択と集中が必要である。専門性の高い人材や高額な医療機器は基幹病院に集約化し、重篤な救急搬送の受入れや難易度の高い全身麻酔手術等を集中的に実施する拠点的な急性期機能を確立すべきである。その結果、治療成績の向上と医療の効率化が同時に期待できるが、相対的に病床当たりのコストが高くなるらざるを得ず、物価・賃金上昇による影響を最も大きく受けるため、財源を重点配分すべきである。高齢者等の軽度から中等症までの救急搬送や一般的な手術等に身近な地域で対応する急性期機能も重要である。看護職員や看護補助者のみならず、リハビリ職、管理栄養士、臨床検査技師等がそれぞれの専門性を病棟で発揮することにより、短期間で効率的に急性期の治療を完了することが期待できる。現役世代の人口減と高齢者の人口増が更に進むなかで、高齢者救急を強く意識した地域包括医療病棟への移行を見据えつつ、現時点においては地域包括医療病棟に比べて多様な患者への対応を想定し、患者の安全と質の担保を前提に、様々な職種を柔軟に配置することが考えられるが、多職種がそれぞれの専門性を生かし、円滑に協働するには、病棟業務を中心的に担う看護職員の病棟マネジメントが不可欠である。看護職員に負荷が偏ることなく地域の急性期機能を十分に発揮できる場合には、多職種による病棟業務の成果に見合う評価が考えられる。併せて、DPC/PDPSによる急性期入院の標準化も追求する。

包括期については、複数の医療・介護ニーズを併せ持つ高齢者が増加するなかで、急性増悪した高齢者が入院し、ADLや栄養状態を維持したまま治療を終えて早期の在宅復帰につなげる機能を拡充する必要がある。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟は患者像に共通点が多いが、地域包括医療病棟は令和6年度改定で創設したばかりで、急性期一般病棟や地域包括ケア病棟から直ちに移行できる病棟に届出が限られており、実態として地域に定着するまで一定の期間を要すると考えられる。令和8年度改定においては、地域包括医療病棟は高齢者救急の中心的な受け皿としての役割を確立し、地域包括ケア病棟は急性期と在宅の中間的な幅広い役割を強化すべきである。その際には、急性期

一般病棟とのケアミックスの妥当性も考慮すべきである。一方で、現役世代の急速な人口減少を踏まえれば、急性期の治療を終えた患者に対する専門的なリハビリテーションに特化した医療ニーズは縮小していく。回復期リハビリテーション病棟については、重症患者を集中的に受け入れ、身体機能を確実に回復させた実績をより厳格に評価し、全体として病床数を絞り込むべきである。リハビリ職が活動領域を広げ、多職種配置の急性期一般病棟や地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟における積極的な専門性の発揮につなげる視点も必要である。

慢性期については、医療保険を適用する療養病棟として、在宅医療や介護保険施設で対応できない患者を受け入れる機能をより明確化することが不可欠である。令和6年度改定で細分化した評価区分に医療資源の投入量を適切に反映することや、引き続き中心静脈栄養からの早期離脱を推進することも重要である。療養型病院は経営状況が相対的に安定的であることも踏まえ、メリハリのある対応が必要である。

【高度急性期】

- ・ 特定集中治療室管理料とハイケアユニット入院医療管理料に救急搬送受入れと全身麻酔手術の実績要件を導入すべき。「重症度、医療・看護必要度」の項目を見直す場合は該当患者割合の基準を妥当な水準に設定すべき。
- ・ 特定集中治療室管理料における SOFA スコアの該当患者要件を厳格化すべき。
- ・ 脳卒中ケアユニットに超急性期脳卒中加算と経皮的脳血栓回収術の実績基準を導入し、評価にメリハリを付けるべき。
- ・ 救命救急入院料1、3について、ハイケアユニット用「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合に関する基準を設定すべき。

【急性期】

- ・ 急性期一般入院料1について、救急搬送受入れと全身麻酔手術の基準を導入し、実績が一定以上の場合のみ看護配置7対1の拠点的な急性期一般病棟として認める等、評価を細分化すべき。
- ・ 看護配置7対1と10対1の差分を多職種配置で補充する場合には、患者の安全と質の担保を前提に、それぞれの職種の専門性を生かした協働となるよう、看護職による病棟マネジメントと業務負担のモニタリングの仕組みを実装すべき。
- ・ 急性期一般入院料2～6は、多職種の柔軟な配置の導入や地域包括医療病棟への移行も念頭に入れ、評価区分を整理すべき。
- ・ 総合入院体制加算と急性期充実体制加算について、急性期の拠点的な病院機能の加算として統合し、診療領域等の総合性と手術等の集積性に応じた評価体系とし、産科・小児科・精神科等の総合性を底上げすべき。点数の設定においては、入院初期を手厚くする急性期充実体制加算の方式を基本とすることにより、短期集中的な治療を促進することが考えられる。人口規模の少ない地域へ配慮する場合には、単純

な地域シェア率を考慮するだけでなく、地域に貢献する拠点的な急性期の機能を担保すべき。

【特定機能病院入院基本料】

- ・ 特定機能病院の承認制度の見直しを踏まえ、医師派遣等の地域医療に対する人的協力が要件化された大学病院本院、全国の医師に対する高度な教育等を行う国立高度専門医療研究センター、従来基準が適用されるその他の病院の3類型に評価区分を細分化すべき。

【DPC／PDPS】

- ・ 全ての急性期病棟にDPC／PDPSへの参加を義務付け、急性期医療の標準化を徹底すべき。
- ・ 標準病院群のうち、救急搬送の受入れ件数が少ない病院で包括範囲出来高点数が特に低い傾向を踏まえ、標準病院群を細分化して基礎係数を設定すべき。
- ・ 複雑性指数について、入院期間が長い疾病で係数が高くなり得る仕組みであるため、入院初期の一定期間を評価の対象とするべき。
- ・ 地域医療指数について、体制評価指数に緊急の入院等に柔軟に対応できることを反映するほか、定量評価指数に疾患領域毎の地域シェアを反映させるべき。
- ・ 入院期間Ⅱの基準を在院日数の平均値から中央値に見直し、激変緩和は最小限にとどめ、将来的に中央値に統一すべき。
- ・ 同一傷病で再転棟する場合は、7日間を超えても一連の入院とするべき。
- ・ 患者の重複負担や保険者の重複給付を防止するために、入院での薬剤処方を徹底するべき。

【包括期】

- ・ 地域包括医療病棟入院料については、令和6年度改定で新設したコンセプトが損なわれる見直しは行うべきでない。平均在院日数の基準やADL低下患者5%未満の要件は一律に緩和せず、特に入院期間が長くならざるを得ない患者が多い場合や、ADLが低下しやすい患者が多い場合の基準を設定する等、限定的な対応とすべき。一方で、現行では外科系症例に比べて内科系症例において十分に医療資源投入量が評価に反映されていない実態を踏まえ、内科系疾患の高齢者救急の受入れを阻害しないよう、きめ細かな評価体系に見直すことは合理的である。
- ・ 地域包括ケア病棟において地域包括医療病棟に患者の重症度等は及ばないものの、概ね同等の機能を発揮している場合があることを踏まえ、高機能型の地域包括ケア病棟又は軽装備型の地域包括医療病棟かいずれかの方法で新たな評価が考えられる。
- ・ 高齢者救急や在宅医療の後方支援といった病院機能を評価する場合には、緊急往診、24時間入院体制、下り搬送の受入れ、急性期病棟の併設等の要素を考慮すべき。

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料は、重症患者割合や実績指数の計算方法を是正したうえで適切な基準値を設定するとともに、入院料2、4にも実績指数の基準値を設定すべきである。実績指数における除外範囲の厳格化や、休日リハビリテーションの徹底も必要である。

【慢性期】

- ・ 療養病棟入院基本料2の医療区分2・3の該当患者を6割以上とし、将来的には療養病棟入院基本料1への一本化を検討すべき。
- ・ ADL区分や医療区分の疾患・状態及び処置の組み合わせに応じた医療資源投入量に着目し、よりメリハリのある評価とするべき。
- ・ 経腸栄養管理加算や摂食嚥下機能回復体制加算について、中心静脈栄養からの早期離脱を推進する方向で、実績要件を見直すことは妥当である。

【障害者施設等入院基本料】

- ・ 廃用症候群について、療養病棟に準じた包括評価とするべき。

【短期滞在手術等基本料】

- ・ 短期滞在手術等基本料1については、包括評価による効率化の効果が極めて乏しいことを踏まえ、診療実態に見合った評価に適正化すべき。
- ・ 短期滞在手術等基本料3については、入院で実施することが合理的な範囲を明確化し、外来で実施可能な手術等の評価を適正化すべき。また、同様の手術等は同じ評価とすることが公平であることから、DPC対象病院であるかどうかに関わらず、短期滞在手術等基本料3の算定に統一するべき。

【身体的拘束】

- ・ 身体拘束の定義を明確化したうえで、実施した日の減算を厳格化するべき。

② 外来医療

外来患者数が全国的に減少していく一方で、診療所の経営状況が相対的に堅調なことを踏まえ、かかりつけ医機能報告制度や新たな地域医療構想、医師偏在是正に向けた総合対策を念頭に、限られた医療資源で医療ニーズを過不足なく充足する必要がある。

かかりつけ医機能報告制度の要素を指標にした段階的な加算により、診療所と中小病院の体制・実績の評価にメリハリを付けることで、かかりつけ医機能の発揮を促すことが重要である。その際、外来医師過多区域で開業する場合に都道府県の要請に応じなかった場合の経済的なディスインセンティブとして、当該加算の算定を制限することが考えられる。

患者の納得を得る観点から、診療実績に基づいて生活習慣病管理料Ⅰを適正化することや、医薬分業のインセンティブとしての役割を終えた処方箋料の更なる引下げ、特定疾

患療養管理料の更なる見直し、外来管理加算の廃止又は包括化を進めるべきである。患者の通院負担を軽減する観点からは、長期処方とリフィル処方・分割調剤について、疾患や薬剤の特性に応じて使い分けながら一体的に活用を推進することや、オンライン診療や遠隔医療について、有効な場面や方法を想定しながら適切に活用の幅を広げていくことも必要である。

大病院の逆紹介に関連する減算を厳格化することや、二人主治医制の活用により、地域の診療所や中小病院との役割分担を推進することも重要である。

【かかりつけ医機能】

- ・ 機能強化加算について、地域包括診療料や在宅療養支援診療所等と紐づいた現行の仕組みから離れ、かかりつけ医機能報告制度と整合的な仕組みへと、名称を含めて発展的に組み替えるべき。
- ・ 一次診療が可能な診療領域や疾患の範囲、かかりつけ医機能の研修受講、学生実習・研修医の受入れ、BCP等を指標とし、機能の充実度に応じた評価体系とするべき。
- ・ かかりつけ医機能の報酬体系をエビデンスに基づいて設計する観点で、外来データの提出を求めるべき。
- ・ 地域包括診療料・加算等について、処方前の残薬確認を要件化するとともに、長期処方やリフィル処方を積極的な活用が実効的に促される仕組みとするべき。

【生活習慣病管理料】

- ・ 長期処方・リフィル処方をより積極的に活用して、状態が安定した患者の受診間隔を延長して通院負担を軽減しつつ、予約診療を活用して治療を継続しやすくするべき。
- ・ 療養計画書を定期的に交付する運用やガイドラインに沿って適切なタイミングで検査を実施していない場合、継続受診率が低い場合の減算を導入するべき。糖尿病の管理においては、歯科や眼科の受診指導を適切に行わない場合にも減算するべき。
- ・ 生活習慣病管理料Ⅰについて、検査をはじめとする包括範囲内の医療資源投入量に見合った評価に適正化するべき。

【外来管理加算】

- ・ 地域包括診療加算や特定疾患療養管理料等との計画的な管理の重複評価は依然として解消されておらず、是正するべき。
- ・ 算定要件である「丁寧な問診や詳細な診察、懇切丁寧な説明」等は再診料に含まれる当然の行為であり、加算としての評価を廃止するべき。

【特定疾患療養管理料】

- ・ 診療所と病院の違いや病院の病床規模で差を付けている評価体系を一本化したうえで月1回の算定に見直すとともに、対象疾患を整理すべき。

【処方箋料】

- ・ 医薬分業のインセンティブとして院外処方の評価を高める必要性が乏しいことを踏まえ、処方箋料を更に引き下げるべき。

- ・ 特定の疾患や高齢者に限らず、幅広い患者について、長期処方やリフィル処方の積極的な活用を促すとともに、薬局が服薬状況に応じて調剤日数を柔軟に変更できるように処方箋様式を見直すべき。
- ・ リフィル処方箋について、特別調査における医師の回答結果も踏まえ、処方制限のある医薬品にも活用できるようにするべき。

【逆紹介】

- ・ 病院側から逆紹介の申出がない患者には減算が適用されないことや、逆紹介割合の基準が低いこと等により、患者が身近な地域の医療機関で治療を受ける機会が失われている可能性があるため、逆紹介の運用と基準を厳格化するべき。
- ・ 連携強化診療情報提供料を見直し、大病院と地域の医療機関による二人主治医制を推進することが考えられる。

【療養・就労両立支援指導料】

- ・ 両立支援コーディネーターの活用や支援カードを使った円滑な運用や対象疾患の拡大により、治療を受けながら仕事を続けることができる患者を増やすべき。

【情報通信機器を用いた診療】

- ・ オンライン診療の健全な活用に向けて、不適切な広告等の禁止や急病急変時の対面診療への確実な切替えを担保しつつ、オンライン診療の更なる普及を推進するべき。
- ・ 遠隔医療については、医療の質や医療資源の有効活用等の観点から、特に人口・医療資源の少ない地域において積極的な役割が期待される手段であり、エビデンスに基づいて保険給付の必要性を判断しつつ、「D to P with D」「D to P with N」「D to D」それぞれについて、対象疾患や活用場面を拡大していくべき。

(2) 歯科

ライフステージや個々の患者の特性によって口腔機能の課題が異なることを踏まえ、限られた歯科医療資源で充実が必要な領域や適正化の余地がある領域を判断し、メリハリのある評価により、多様な歯科医療ニーズを過不足なく充足することが重要である。

- ・ 高齢者の口腔機能低下症や小児の口腔機能発達不全症について、機能的な特性だけでなく、通常と異なる特別な管理を行うのであれば、学会の診断基準に基づき口腔機能管理料や小児口腔機能管理料の対象範囲を拡大することは合理性がある。
- ・ 歯科疾患管理料について、歯科医師の手間が初診と再診で変わらないのであれば、初診減算の廃止と合わせて再診時の評価を適正化するべき。継続的な歯科疾患の管理という趣旨が徹底されるよう、算定対象となる患者像を明確化し、初診時に管理計画を患者に説明して理解を得ることも必要である。

- ・ 患者に違いが分かりにくい歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療は財政中立で統合するとともに、実質的に3か月毎のメンテナンスとして運用されている状況を改め、病態に応じた治療を運用面で担保すべき。
- ・ 多職種連携を推進する観点から、周術期等口腔機能管理計画を変更する際も評価することや、医科のリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算や生活習慣病管理料における歯科受診勧奨の受け皿となった場合の評価が考えられる。
- ・ 障害者歯科については、専門施設による重点的な対応を新たに評価する場合には、口腔保健センター等の専門施設が障害児や障害者に対して歯科医学的管理を実施した場合に限る等、適切な運用を担保すべき。
- ・ へき地等の特に人口が少ない地域の患者に必要な歯科医療を提供する観点から、巡回診療車の活用が考えられる。
- ・ 業務の効率化や貴金属価格の影響を受けないようにする観点から、光学印象やCAD/CAM冠の活用を拡大する等、歯科治療のデジタル化を推進すべき。
- ・ 補綴物維持管理料について、患者に不利益が生じないように見直すべき。

(3) 調剤

医療機関に依存する門前薬局から脱するために10年前に厚労省が「患者のための薬局ビジョン」で掲げた「2025年までに全ての薬局がかかりつけ薬局の機能を持つ」との目標は達成できておらず、むしろ敷地内薬局まで現れて目標に逆行している状況である。同ビジョンでは、今後10年で薬局の立地を門前から地域へ移行させる目標も掲げられており、まずは早急に医療機関からの経営的な独立を担保する必要がある。病院と薬局の薬剤師偏在を是正することも念頭に入れ、大都市に小規模乱立する薬局を大規模化して薬局業務を効率化することも重要である。さらに、地域の医薬品供給拠点としての役割や一元的な服薬管理等の在宅を含めた本来の「かかりつけ薬剤師」機能を効果的に発揮できるようにすべきである。

- ・ 敷地内薬局の定義を厳格化し、医療モールを含めて特別な関係にある場合には、全て特別調剤基本料Aを適用することを原則とするべき。
- ・ 医療モールにある薬局は、処方箋枚数が上位3番目までに限らず、モール内にある全ての医療機関を集中率の分子に含めるべき。
- ・ 在宅患者については、訪問指導の有無にかかわらず、処方箋が複数枚の場合に1枚とカウントとするか、集中率の計算から除外して、分母を小さくすることにより、門前薬局等のすり抜けを是正すべき。

- ・ 医療資源が少ない地域で自治体が運営する医療機関の敷地内に薬局を誘致する場合には、条件を明確に定めることや機能としての独立性の担保、妥当な賃借料で契約することを前提として、通常の調剤基本料を例外的に認めることが妥当である。
- ・ 調剤基本料については、将来的に薬局の立地が変わっていくなかで一本化することが望ましいが、経営効率に応じた評価の徹底が必要であり、門前薬局の損益率が高いことを踏まえて調剤基本料2を適正化すべき。
- ・ 調剤処方箋600回超かつ集中率85%の小規模薬局は、薬剤師の人数や医薬品の備蓄が少なく、効率的に後発医薬品を調剤している実態があり、特に損益率が高い大都市の場合は調剤基本料1から除外し、薬局の集約化・大規模化にもつなげるべき。
- ・ 後発医薬品調剤体制加算は廃止して減算の仕組みに移行し、後発医薬品の数量割合の維持は地域支援体制加算の基準として位置付けることも考えられる。
- ・ 地域支援体制加算について、地域の医薬品供給拠点としての機能を担保するために、一定以上の薬剤師の配置や調剤室の面積を要件化し、薬剤師の集約化と薬局の大規模化にもつなげるべき。セルフメディケーション関連機器の設置や高額薬剤の調剤が自薬局で対応できない場合の患者への案内等も推進するべき。
- ・ 特定薬剤管理指導加算3のロについて、長期収載品の選定療養の対象患者を引き続き算定対象とする場合、後発医薬品に変更した場合のみ算定できる実績評価に見直すべき。
- ・ 調剤管理料について、内服薬の処方日数に応じた評価区分を整理し、財政中立で一律点数にするべき。ポリファーマシー対策に逆行する懸念が払拭されない調剤管理加算は廃止するべき。
- ・ 重複投薬・相互作用等防止加算は、電子処方箋の普及により疑義照会の専門的判断や手間の減少を踏まえた適正化や、加算の位置づけを改めて明確化すべき。
- ・ 服用薬剤調整支援については、服薬回数を少なくする取組みや薬物療法への介入を強化し、着実な減薬と有害事象の抑制につなげるために見直すべき。
- ・ 服薬管理指導料については、服薬指導後のフォローアップによる副作用の検出を評価することや、吸入管理指導加算の対象にインフルエンザ等の急性疾患を追加することが考えられる。
- ・ かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料は廃止し、かかりつけ薬剤師として実施した業務の内容を評価するべき。

(4) 在宅医療

更なる高齢化により在宅医療のニーズの増加は確実であり、医療資源と財源に限りがあることを踏まえ、訪問診療・往診、訪問看護、歯科、調剤いずれも、多くの医療機関・薬局の参画を促すとともに、患者の状態や提供する医療やケアの内容、施設と自宅の訪

問先の違い等を踏まえたメリハリのある評価とすることが重要である。特に短時間で効率的な訪問を繰り返す場合の評価は適正化する必要がある。

① 在宅医療を積極的に担う医療機関の評価

- ・ 機能強化型の在宅療養支援診療所・病院について、在宅緩和ケア充実加算の要件を上回る緊急往診や看取りの実績がある医療機関が多いことや、在宅担当医を機能強化型の基準より多く配置する医療機関があること、さらに、在宅医療の教育を通して地域に貢献している医療機関が一定程度あること等を踏まえ、在宅緩和ケア充実加算を統合するかたちで、実績・体制・役割の違いに着目して、よりきめ細かい評価体系に見直し、更に積極的な機能の発揮を促すべき。
- ・ 連携型の機能強化型在宅療養支援診療所については、連携や往診の体制を確保している時間が二極化していることを踏まえ、24 時間体制に協力する度合いに応じて評価にメリハリを付けるべき。

② 往診・訪問診療

- ・ 時間外や夜間の連絡・往診代行の民間の第三者サービスについて、在宅療養支援診療所・病院が活用している場合、「誰が連絡を受け」「誰が往診するのか」を患者が知らない場合、連絡や往診体制の要件を満たしているとは言えないと考えられるため、適切な第三者サービスを活用する枠組みを明確化し、患者の了解を得たうえで運用すべき。
- ・ 包括的支援加算の算定患者割合等が低い医療機関における月 2 回訪問診療について、在宅時医学総管理料・施設入居時等医学総管理料において評価にメリハリを付けるべき。

③ 訪問看護

- ・ 精神科訪問看護について、機能強化型以外の訪問看護ステーションで重点的に実施している実態を適正化する観点から、精神科重症患者を想定している機能強化型 3 の訪問看護ステーションによる対応を推進すべき。また、精神科訪問看護の支援ニーズの高い利用者の状態像を追加する場合には、真に必要な患者に適切な訪問看護が提供されるよう、自治体や公的機関等と連携を条件とすることや、身体症状への対応も併せて促すことも必要である。
- ・ 同じ集合住宅等に居住する利用者 2 人を訪問した場合について、1 人を訪問した場合と同じ評価であることや、介護保険と同一建物の定義が異なることを踏まえ、介護保険に揃えるかたちで同一建物の範囲を広げたうえで、2 人を訪問した場合の評価を適正化すべき。

- ・ 高齢者住宅等に隣接する訪問看護ステーションについては、医療機関に入院中の患者への看護に似たかたちで短時間の訪問看護が頻回に続けて提供されることにより、加算が積み上がって医療費が高額化している実態があるため、効率性も踏まえて適正化する観点から、一連の訪問看護を包括評価する仕組みを導入すべき。併せて、頻回な訪問看護が必要な場合に主治医の指示書に明記することを求めるべき。

④ 歯科訪問診療等

- ・ 歯科訪問診療料について、同一建物に居住する多人数を訪問して1人当たり診療時間が20分未満の場合、適切な処置等が実施されていないと考えられるため、適正化すべき。
- ・ 訪問歯科衛生指導料について、同一建物の患者数が多いほど指導時間が短い傾向を踏まえ、時間区分によるメリハリのある評価体系に見直すべき。

⑤ 訪問薬剤管理指導

- ・ 在宅薬学総合体制加算2について、無菌製剤処理の実績が極めて乏しく、高い加算を算定するために無菌調剤設備を設置している可能性があることから、施設基準から無菌調剤設備を除外すべき。
- ・ 訪問薬剤管理指導を実施している薬局に夜間や休日に連絡がつかず、他の薬局が代わりに対応する事例がみられることを踏まえ、訪問薬剤管理指導料の要件に時間外対応を位置づけるべき。

(5) 賃上げへの対応

医療機関に勤務する労働者の確実な賃上げに向けて、検証が可能な手当での仕組みを創設すべき。その際、看護職員処遇改善評価料やベースアップ評価料は幅広い職種を対象とし、統合した分かりやすい報酬体系とすることや、夜勤における人材確保に向けて夜勤手当の増額等の対応が考えられる。月額給与の引上げに伴い賞与を減額する等の不適切な運用が生じないよう、正当な処遇改善を担保する要件を設定することも必要である。

(6) 物価上昇への対応

医療機関の機能等により物価高の影響が異なることを踏まえ、費用構造の違いを反映した手当とすべきである。物価水準は常に変動するものであり、長期推移も念頭に置き、物価上昇率の見込み値と実績値に差異が生じることを想定した検討も必要である。

Ⅲ.個別事項

(1) 医療 DX

医療の効率化と医療の質向上の恩恵を医療機関・薬局、患者、保険者が享受するために、医療 DX の本格的な活用は不可欠である。マイナ保険証とオンライン資格確認等システムは医療 DX の基盤となるものであるが、既に環境整備は完了し、従来の保険証の発行が停止され、マイナ保険証による受診が原則となったことから、現行の医療 DX 推進体制整備加算と医療情報取得加算を継続する必要性は乏しく、速やかに廃止すべきである。

また、電子処方箋管理サービスと電子カルテ情報共有サービスは医科、歯科、調剤で活用場面や有用性の程度が異なり、一体的に推進することは現実的でない。今後の評価を検討する際には、医科においては電子処方箋と電子カルテの普及を一体的に推進する国の方針や夏頃に普及計画が示されることを踏まえる必要がある。歯科においては、薬剤処方の範囲が限られていることや電子カルテ情報共有サービスに歯科の情報が含まれておらず、閲覧のみに活用が限られる想定であること、調剤においては、電子処方箋が既に普及している一方、電子カルテ情報は閲覧のみに限られることが想定される。こうした違いや、医療 DX を患者との情報共有を進めるツールとして生かしていくことを念頭に入れるとともに、システム運用費用が全国民の保険料で賄われていることを前提とし、減算も含めた対応とすべきである。

(2) 明細書の無料発行

患者中心の透明性のある医療の観点から、明細書を完全に無料発行とすべきであり、診療所のみを対象とする明細書発行体制等加算は、かたちを変えて発行費用を患者もしくは保険料で負担するものであり、直ちに廃止すべき。

(3) 働き方改革

地域医療体制確保加算については、救急搬送 2,000 件以上を要件とする他の加算との統合を含め、加算のあり方を見直すことが望ましい。仮に現行の枠組みを継続するのであれば、時間外労働の上限基準を確実に引き下げることが不可欠である。

また、AI や ICT 機器を積極的に活用して医師や看護職等の事務作業を軽減し、労働生産性を高める取組みは推進すべきである。ただし、現時点では活用できる機器や対応できる医療機関が限られており、実際にどの程度の業務を省力化できるか、引き続き検証が行われるべきことに留意すべきである。

(4) 後発医薬品・バイオ後続品

後発医薬品とバイオ後続品の積極的な使用は、医療関係者、保険者、患者が一体となって医療費を適正化するための最も基礎的な取組みである。

後発医薬品の使用については、数量割合、金額割合ともに相当程度まで上昇したことを踏まえ、薬価制度上の措置による長期収載品の早期薬価引下げも念頭に入れ、長期収載品の選定療養を厳格化することで、後発医薬品の更なる使用促進を図ることが考えられる。医療機関・薬局における後発医薬品の使用に伴うかかり増し経費等を考慮したとしても、これまでと同様の加算の仕組みを継続する妥当性は低い。特に薬局については、地域の医薬品供給拠点機能を評価する他の加算があることを踏まえ、減算を中心とする仕組みに切り替えるべきである。

その一方で、バイオ後続品については、薬剤費が包括評価となっていない成分でバイオ先行品からの置換え率が低調であることを踏まえ、外来における包括評価を検討すべきである。また、医師による一般名処方を評価し、薬局においてバイオ先行品から切り替える取組みを推進することは妥当である。

(5) 救急医療

- ・ 救急患者連携搬送料について、急性疾患の治療を終えた患者を算定対象から除外したうえで、安全性の担保を前提として、自院の緊急自動車を使わずに下り搬送した場合にも算定を可能とすることや、近隣に搬送先が見つからず、搬送が長時間にならざるを得ない場合を想定して長時間加算を設定することが考えられる。
- ・ 入院の医療資源を必要な患者に集中するためには、緊急外来の役割が重要である。院内トリアージ実施料や夜間休日救急搬送医学管理料の評価を再編するとともに、現行では直接的な評価を実施していない体制や取組みについて、救急外来の充実度に応じた評価を導入することが考えられる。
- ・ 救急医療管理加算については、患者の状態を評価する指標に基づいて定量的な基準を設定すべきであり、救急車等やウォークインの救急患者の対応実績に応じて評価にメリハリを付けることも考えられる。

(6) リハビリテーション

- ・ 急性期のリハビリテーションについて、早期リハビリテーション加算、初期加算、急性期リハビリテーション加算の要件として、発症日から3日以内にリハビリテーションを開始することを規定するとともに、休日にリハビリテーションを中断しないよう、必要な体制確保を急性期病棟に求めるべき。
- ・ 運動器リハビリテーションについて、回復期リハビリテーション病棟と同様に他の病棟においても算定上限を1日6単位とするべき。

- ・ ベッド上の訓練については、業務負担が小さく、1日3単位を超えてもFIM利得の改善が乏しいことを踏まえ、評価の適正化と算定上限の厳格化が必要である。
- ・ 退院時リハビリテーション指導料は、入院中にリハビリを実施した患者に算定を限定するべき。

(7) 小児・周産期医療

- ・ 母体・胎児集中治療室(MFICU)について、現行の医師配置要件でユニットを維持できない地域で施設基準を緩和する場合には、周産期医療の体制構築に係る指針に基づく適切な運用を担保するべき。一方で、周産期医療の集約化に向けて、母体搬送や帝王切開の実績要件をMFICUに導入するべき。
- ・ 新生児特定集中治療室(NICU)の実績基準の引下げについては、周産期母子医療センターを集約化する流れに逆行しないよう、適切な基準を設定するべき。
- ・ 小児科療養指導料を算定する患者が成長するなかで、継続的に医療を受けられるように、内科等においても適切な医学管理を担保するべき。

(8) 感染症対策

- ・ 抗菌薬適正使用体制加算について、ガイドラインを踏まえてサーベイランスの評価方法を見直す場合には、Access 抗菌薬の使用比率が低い医療機関の適正使用の底上げも併せて対応するべき。
- ・ 感染症の検査について、マルチプレックス PCR の算定要件を厳格化するとともに、単独の検査等について、スクリーニング目的での実施を厳しく制限するべき。
- ・ 感染対策向上加算1について、薬剤耐性菌の検出割合の違いを踏まえ、微生物学的検査室の有無により、評価にメリハリを付けるべき。

(9) 医療安全

- ・ 医療安全対策加算の要件に、「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」の報告書案に基づく対応を位置付けるべき。
- ・ 検体検査管理加算の施設基準でパニック値の報告・対応を義務付けるべき。

(10) 精神医療

- ・ 精神病床を削減し、医療資源を入院から外来に振り向け、地域移行を進める取組みを推進していくことで、入院期間の短縮を図るべきである。看護配置20対1及び18対1以下の精神病棟入院基本料については、経過措置を終了するか、平均在院日数の要件を設定して着実に病床数を削減し、看護配置15対1以上に集約するべき。

- ・ 患者の特性に応じた治療・ケアの観点で、過度な強制入院につながらないよう、入院の必要性を判断する指標やチェックリストを患者割合要件として活用すべき。
- ・ 補助金事業の指定類型に応じた評価となっている精神科救急医療体制加算について、時間外、休日、深夜の入院件数が指定類型と関連しないことを踏まえ、実態が伴うように要件を見直すべき。
- ・ 精神科急性期医師配置加算について、精神身体合併症への対応を特定機能病院や拠点的な急性期病院に促す方向で見直すべき。
- ・ 通院・在宅精神療法について、初診待機を抑制する観点から、初診日の 60 分未満を再診時と分けて評価する場合には、指定医とそれ以外でメリハリを付けるべき。
- ・ 児童思春期支援指導加算について、患者数が少ない地域があることを踏まえ、患者数の実績要件に応じて評価を細分化するべき。

(11) 透析医療

- ・ 慢性維持透析 1 について、算定回数が極めて多い場合の評価を適正化するべき。
- ・ 血液透析から腹膜透析や腎移植に切り替えて患者の QOL を高める観点から、導入期以外でも適切なタイミングで情報提供する場合を評価することが考えられる。
- ・ 慢性維持透析患者のシャントトラブルへの対応について、自院や連携する医療機関で対応することを基本とするべき。

以上

令和7年12月26日

国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための 令和8年度診療報酬改定に対する二号（診療側）委員の意見

中央社会保険医療協議会
二 号 委 員
江 澤 和 彦
茂 松 茂 人
黒 瀬 巖
小 阪 真 二
太 田 圭 洋
大 杉 和 司
森 昌 平

〔 医 科 〕

I 基本的考え方

わが国では世界に類をみない少子高齢社会が進展し、人生100年時代を迎えようとしている。国民が幸せな生活を持続するために、安心して医療・介護を受けられるようにすることは不可欠である。そして、日本の「国民皆保険」という財産を守り抜き、次世代へつないでいかなければならない。

しかし、昨今、急激な物価高騰・人件費上昇がみられる中、これまで適正化の名の下、社会保障費は削られ続け、診療報酬改定が追いついていないため、医療機関は経営状況が著しくひっ迫しており、過去に例をみない閉院や倒産が続いている。

診療報酬は、国民にとって安心・安全で質の高い医療を提供するための原資であり、原則2年ごとに改定される際に、その間の2年間の賃金や物価の動向が適切かつ十分に反映されるものでなければならない。

社会保障審議会が本年12月9日にとりまとめた「令和8年度診療報酬改定の基本方針」の基本認識では、現下、日本経済は持続的な物価高騰・賃金上昇の中にあり、30年続いたコストカット型経済から脱却し、新たなステージに移行しつつあるとされた。一方で、医療分野は公定価格によるサービス提供が大宗を占めているため、この経済社会情勢の変化に機動的な対応を行うことが難しく、サービス提供や人材確保に大きな影響を受けていることから、医療機関等の経営の安定や現場で働く幅広い職種の賃上げに確実につながる的確な対応が必要とされている。

その上で、安心・安全で質の高い医療を実現するためには、医療技術の進歩や高度化を国民に還元するとともに、医療現場においてICT等を活用し、更なる医療DXを進めていくことが必要である。

そして高齢者人口がピークを迎える2040年の医療提供体制の展望を見据え、実効性のある医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を遂行することで持続可能な制度を実現し、社会保障の更なる充実を図ることも重要である。

以上を踏まえ、令和8年度診療報酬改定では、地域における医療資源を有効活用しつつ、継続して改革を進めるために必要な財源を配分すべきであり、医療者として地域医療を面を守る使命感と倫理観に基づき、国民に質の高い医療を提供し、わが国の医療制度を維持・発展させるため、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

なお、これまで中医協で検討してきた項目については、現下の論点を幅広く議論してきたものであるが、医療機関が置かれている窮状を認識した上での優先順位等を前提に、議論したものであっても実施しないものが出てくることは当然である。

1. 診療報酬体系の見直し

- 医療機関の創意工夫による運営を可能とする告示、通知等を含めた見直し
- 施設基準等の簡素化や要件緩和も含めた適切な見直し
- 人件費、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等の高騰を踏まえた適切な対応

2. あるべき医療提供体制コスト等（医業の再生産費用を含む）の適切な反映

- 「もの」と「技術」の分離の促進（ものから人へ）
- 医学・医療の進歩への速やかな対応
- 無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視
- 出来高払いを原則として、包括払いとの適切な組み合わせの検討
- 医学の進歩・高度化に対応するための設備投資、医療 DX や ICT 連携、業務効率化のための ICT 、AI、IoT 等に必要な経費への確実な手当

3. 大病院、中小病院、診療所が各々に果たすべき機能に対する適切な評価と、地域の医療提供システムの運営の安定化

- 急性期から慢性期に至るまで良好に運営できる診療報酬体系の整備と十分な評価
- 救急医療、精神科救急医療等の不採算医療・政策医療を引き受けてきた医療機関が健全に運営できる診療報酬の設定
- 地域の診療所や中小病院のかかりつけ医が地域包括ケアシステムにおいて担う中核的機能を踏まえた手厚い評価

4. 医師・医療従事者の働き方の実状を踏まえた診療報酬上の対応

- 医師等の働き方改革の推進
- 医療従事者の負担軽減策や勤務環境の改善に向けての取組への評価
- タスク・シェア、タスク・シフトの推進による業務負担の軽減

5. 小児・周産期医療の充実

6. 不合理な診療報酬項目の見直し

7. その他必要事項の手当

Ⅱ 具体的検討事項

以上の基本方針を前提として、特に検討すべき具体的な事項を以下に列挙する。

1. 初・再診料

(1) 初・再診料、外来診療料の適切な評価（引上げ）

医師の技術料の最も基本となる部分であるとともに、経営原資となるものである。急激な物価高騰、人件費の上昇など、現下の経済社会情勢にも対応し、医療機関の健全な経営のために医師の技術を適正に評価し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数に引上げること

(2) 同一医療機関における同一日複数科受診の評価

同一医療機関において、同一日に複数の診療科をそれぞれ異なる疾患で受診した場合、すべての診療科について、初・再診料の区別なく、通減することなく算定できるようにすること

(3) 医療 DX のさらなる推進のための評価

医療 DX を行うための費用（導入費、保守・点検料、維持費）は、医療機関にとって大きな負担となっている。また、今後の電子カルテ情報共有システムの導入など、電子カルテ等の改修に伴う多大な費用負担が発生することから、医療 DX に係る診療報酬上の評価の見直しを行うこと

(4) かかりつけ医機能のさらなる評価

超高齢社会及び新興感染症対応（ワクチン接種など）のため、地域包括ケアシステムの確立に向け、診療報酬上のかかりつけ医機能をより充実させる必要がある。具体的には、地域包括診療加算・地域包括診療料、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料における要件を見直すとともに、点数を引上げること

外来管理加算や特定疾患療養管理料等のかかりつけ医機能の評価に係る点数は、対象疾患への関わりや機能の違いについて中医協で審議した上で導入されたものであり、質の高い生活習慣病の治療・管理に貢献してきたことを踏まえれば、これまでの経緯・運用を軽視するような見直しはすべきではないこと

かかりつけ医は、患者が自由に選択できるものであり、皆保険である日本の優れた医療保険制度において、その根幹であるフリーアクセスを阻害するような評価とならないよう注意が必要であること（受診抑制につながる過度な機能分化やかかりつけ医の制度化などは導入しないこと）

(5) 外来感染対策向上加算の見直し

外来感染対策向上加算は、カンファレンスに年2回、訓練に年1回参加すること、連携強化加算は年4回感染状況を報告すること、サーベイランス強化加算は JANIS 等に参加することなど、様々な施設基準等が設定されている。業務の煩雑さや急激な物価高騰による感染対策費用の増加を考慮すれば、それに見合った適切な評価が必要であること

等

2. 入院基本料

(1) 入院基本料の適切な評価

急激な物価高騰、光熱費等の高騰に対応するとともに、医療機関の設備投資・維持管理費用について明確に評価し、多職種協働によるチーム医療の推進を踏まえ、医療

従事者の人件費について適切に評価すること

(2) 重症度、医療・看護必要度

重症度を適切に示す評価指標は必要であるが、改定のたびに評価項目を変更すること自体、医療現場にとって大きな負担となっており、今改定での評価項目の大幅な見直しは避け、内科系技術の評価等、不合理点の是正に留めるべきである

(3) 入院医療の評価体系

より質の高い入院医療の提供を促す見直しを行うとともに、物価高騰、賃金上昇等が続く中、医療機関は非常に厳しい経営を強いられており、医療機関の運営が継続できる評価体系とするとともに、急激な変更は現場に過大な負担となることから避けるべきである

各医療機関が地域の医療提供体制も踏まえながら、時間をかけて対応できる仕組みとすること

(4) 入院中の患者の他医療機関受診の取扱いの更なる見直し

多くの疾患を有する高齢者の増加や、専門医療が高度化している現在、他医療機関受診時の出来高入院料・特定入院料等の減算は懲罰的な規則であり、国民の受療する権利を阻害している

また、他医療機関での保険請求ができないことで、手続きが非常に煩雑になるとともに、特定入院料等算定医療機関では保険請求すらできず全額持ち出しとなっているため、他医療機関での保険請求を可能とすること

(5) 地域包括ケアシステムに欠かせない有床診療所の評価

地域における身近な入院施設として、地域包括ケアシステムの中でも様々な役割が期待されており、そのニーズに応じた機能を支援すること

複数医師の配置や夜間の医師、看護職員配置が可能となるような入院料の引上げ

等

3. 入院基本料等加算、特定入院料

(1) 医師事務作業補助体制加算の算定病棟拡大、施設基準の見直し

医師の事務作業が多いのはすべての医療機関の問題であり、全病床種別で算定可能とすること。また、緊急入院患者数や全身麻酔による手術年間件数など厳しい施設基準要件となっており、見直しを要する

さらに、外来のみの診療所での算定も可能とすること

(2) 特定集中治療室管理料等の見直し

宿日直を行う医師を配置しつつ地域の高度急性期治療を支える治療室を維持するため、特定集中治療室管理料や母体・胎児集中治療室管理料等の管理料については、臨床現場の実態に合致した適切な評価へと見直しを行うこと

(3) 地域包括医療病棟入院料の施設基準の見直し

施設基準が全般的に厳しく、高齢者救急等を積極的に受け入れても要件のハードルが高く、病棟本来の機能を十分に活かさないため、要件緩和を行うこと

(4) 精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

入院期間が通算 180 日を超える患者については特別入院基本料の算定とされており、在宅復帰に向けた多職種による継続的な支援が不可欠である実態と乖離がみられ

ることから、180日を超えた患者に対する実態に即した評価として、15:1入院基本料の算定を可能とすること

また、多職種による退院支援体制は、精神病棟入院基本料と同様の負担を伴っていることから、看護配置加算及び看護補助加算等の算定も可能とすべき

さらに、「入院患者の7割以上が180日以内に自宅等に退院すること」が施設基準として定められているが、地域における適切な退院先の受皿整備が十分に進んでいない現状を踏まえれば、自宅等移行率に関する要件の緩和が必要であるとともに、各施設基準の一部については経過措置が設けられているものの、地域移行・退院支援の推進を実効性のあるものとするためには、より多くの医療機関が当該入院料を算定できるよう、経過措置期間の再設定を行うこと

(5) 精神病床の適切な評価

入院期間にかかわらず重度の精神症状を呈する患者が増加しているが、多くの精神科病院では急性期以外の低評価な入院料を算定せざるを得ず、医療資源投入量が診療報酬に十分に反映されていないため、精神病床の評価を正当に行うこと

(6) 短期滞在手術等基本料3の見直し

全身麻酔による短期滞在手術等基本料3の手術については、適切な点数がなされていないため医療機関の持ち出しとなっており、地域の医療提供体制にも影響を与えることから、適正な評価とすること

水晶体再建術については、改定の度に点数が引き下げられており、不採算のために手術をやめざるを得なくなる可能性があることから、適切な対応を行うこと

等

4. 医学管理等

(1) 特定疾患療養管理料の対象疾患拡大

医療の進歩により新しい疾患概念や治療法が増加したことや、超高齢社会による疾病構造の変化に適切に対応するために、対象疾患を拡大すること

本管理料は自身では体調などを管理できない患者に対して、医師が早期に介入することによって重症化予防や健康寿命の延伸に寄与しており、その役割に応じた積極的な評価が求められる

(2) 二次性骨折予防継続管理料の適応拡大

入院を要する脊椎椎体骨折症例においても、新たな椎体骨折の発生を予防する観点から骨粗鬆症の継続治療は必須であり、適応を拡大すること

(3) 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の見直し

初期小児救急において、診療終了前後の駆け込み受診や夜間救急の受診ニーズは非常に高く、診療終了後の患者受け入れ拡大が必要であることから、小児科外来診療料の時間外加算等の見直しを行うこと

小児かかりつけ診療料については、小児に対するかかりつけ医機能の強化と安定的な維持を図るため、算定要件及び施設基準の見直しを行うこと

(4) 生活習慣病管理料の算定要件の見直し

患者への丁寧な説明や同意取得の手間等を考慮し、療養計画書のデジタル化または廃止、あるいは様式内容や交付頻度の見直しを行うこと

同月において、主病とは関連のない他の医学管理料を算定できるようにすべきであるとともに、糖尿病を主病とする場合においても、インスリンと関連のない在宅自己注射指導管理料は、算定を可能とすること

(5) ロコモ・フレイル指導管理料の新設

健康寿命の延伸の阻害因子であり、フレイルの大きな要因であるロコモティブシンドロームの改善のため、ロコモのリスクを高める疾患を対象とし、多職種が個別計画的に指導を行う「ロコモ・フレイル指導管理料」を新設すること

等

5. 在宅医療

(1) 機能強化型在宅療養支援診療所における病床の有無による点数格差の是正

有床、無床にかかわらず医療行為は同等であり、無床診療所においては連携後方支援病院への入院依頼などの対応が発生している。このため、無床であっても有床の場合と同等の点数とすること

(2) 下り搬送を受け入れた側の医療機関への評価

前回改定において、三次救急医療機関等に救急搬送された患者を連携する他の医療機関に転院搬送する場合、いわゆる下り搬送の評価が新設されたが、転院搬送を受け入れた側の医療機関に対する評価もあわせて行うこと

(3) 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）の要件緩和

多様で複雑な疾患をもつ患者が増加しており、在宅医療のさらなる推進のためには、主治医の専門以外の診療科を加えたチーム医療が必須であることから、専門的な処置を要する場合など、月に複数回の訪問診療料の算定を可能とすること

(4) 小児在宅医療の充実

在宅小児経管栄養法指導管理料について、「経口摂取が著しく困難な15歳未満の患者、又は15歳以上であっても15歳未満から継続して経口摂取が著しく困難な患者（体重20kg未満に限る）」が算定要件となっているが、15歳未満から経管栄養を継続していれば算定可能とすること

(5) 終末期に向けての意思決定支援管理料の新設

終末期医療において、本人の意思を尊重するための人生会議（ACP）が推奨されているが、医療従事者を交えたACPを評価することにより、本人が望む終末期医療が提供され、尊厳が保持される

等

6. 検査・画像診断

(1) DPC 病院を退院した月と同月の外来における検査料の算定要件緩和

診断群分類（DPC）点数表による算定を行った患者が退院した場合、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）は別に算定することができない規定となっており、他科疾患で入院した場合も、退院後同月内には算定できない検査がある。他科の検査を認める等の除外項目を設けるなどの対応を求める

(2) 原材料費の高騰に伴う検査料の見直し

原材料費のコスト上昇の影響を受け、いわゆる逆ザヤとなっている検査について評

価の見直しを行うこと

- (3) 休日夜間の緊急遠隔読影における医師の要件の見直し

働き方改革、外来医師の負担軽減が可能となるよう画像診断管理加算 2（夜間または休日の緊急遠隔読影）の要件を見直すこと

- (4) コンピューター断層診断の算定回数の見直し

CT 及び MR の特性と診療上の役割を踏まえコンピューター断層診断の算定回数を見直すこと

等

7. 投薬・注射

- (1) ポリファーマシーは、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であり、7 種類以上の内服薬処方時及び向精神薬多剤投与時の処方料、薬剤料、処方箋料の減算の撤廃

多数の疾患を抱える患者、特に高齢者をかかりつけ医が担当するためには多剤投与が必要となるケースは避けられない。かかりつけ医機能を発揮する観点からも、7 種類以上の処方箋料等の減算の廃止を求める

- (2) 院内処方、院内調剤の適正評価

院内処方を行う医療機関と調剤薬局では同一の手間とコストが必要になるにもかかわらず、報酬格差が大きいため、分包した際の評価を行うなど、院内処方の評価を見直すこと

- (3) 高額医薬品管理のための評価の新設

各医療機関においては、高額医薬品は使用に至るまでの適切かつ慎重な薬剤保管及び解凍作業等が必要であるとともに、当該医薬品の管理コストと使用不可・破損のリスクを負っていることから、高額医薬品の管理料を新設する

等

8. リハビリテーション

- (1) リハビリテーションに係る医療・介護・障害連携の推進

医療・介護・障害連携を行うための情報共有を推進するため、ICT システム導入の財政的支援も踏まえ診療報酬で評価を行うこと

リハビリ専門職等を含む医療従事者の確保が困難となる中、限られた医療資源においてスタッフの兼務、設備の兼用を更に推進していくこと

- (2) 運動器リハビリテーション料に係る急性増悪の定義の変更

急性増悪の判定は FIM では十分な評価ができないことが明らかとなってきたことから、運動器疾患の急性増悪の定義として「ロコモ 25」（ロコモ度テスト）を評価の指標として用いることを求める

等

9. 精神科専門療法

- (1) 精神保健福祉法改正に伴う通院・在宅精神療法の評価の新設

精神保健福祉法改正に伴い、令和 7 年 6 月より精神保健指定医を目指す精神科医師に対する病院勤務指導医の役割がより厳格化されたが、この指導的業務に対する評価

- は現在設けられていない。精神保健指定医は厚生労働省が指定する国家資格であり、その取得に必要な指導体制の確立・維持についても治療と同様に適正に評価すべき
- (2) 精神保健福祉法改正に伴う医療保護入院等診療料の評価

改正精神保健福祉法では、医療保護入院等に関する判断がより明確化かつ厳格化され、家族や地域との連携体制に係る新たな業務等が拡充されたことから、現行の医療保護入院等診療料については更なる評価が必要である

等

10. 処置・手術・麻酔

- (1) 人工腎臓における効率性を基にした点数設定の見直し

現在、透析の効率性に基づく評価として、各施設の透析監視装置1台あたりの患者数による評価がなされているが、人員の確保等を工夫し、効率良く治療を行っている医療機関に対して不合理な点数設定となっている。医療の質と関係のない効率性によって処置点数に区分を設ける点数設計を見直す

- (2) 治療用装具の価格上昇に伴う処置の適切な評価

治療用装具の価格上昇に伴い、頸部固定帯、胸部固定帯、腰部固定帯加算の点数よりも納入価格が高くなっていることから、評価を見直す

- (3) 手術料の適正な評価

9割以上の術式において、外保連手術試案上の人件費のみで実際の診療報酬額を上回っていることから、今回改定における一層の増点を求める

- (4) 同一手術野で実施する複数手術の評価

同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定について、主たる手術の所定点数のみならず、同時併施手術すべての所定点数を加えること。一部の複数手術の組み合わせでは、従たる手術の50%の加算が認められているが、併施されるすべての手術の診療報酬を100%合算すること

- (5) 診療材料を多く使う手術点数の評価

診療材料の実費が、診療報酬の50%以上を占める術式が数多く存在している。償還されない診療材料を多く使用する手術については、手術点数を適切に引上げること

- (6) 第11部麻酔の通則における休日・時間外・深夜加算の新設

前回改定において、手術・処置の【休日加算1】・【時間外加算1】・【深夜加算1】の施設基準が見直されたが、医師の働き方改革が一段と進む中、勤務医の負担軽減の観点から、第11部麻酔の通則においても休日・時間外・深夜加算を新設すること

等

11. ベースアップ評価料

ベースアップ評価料は対象職種が限定されている等の課題があることから、基本診療料を中心として上乘せすること

春闘賃上げ2年連続5%超えに比べて、診療報酬改定によるベースアップ評価料は低い水準に留まっており、医療機関に従事するすべての職員を対象とした適切な評価の見直しを求める

等

12. その他

(1) 診療上必要な文書の簡素化等

患者に説明を要するものには「文書」を必須とせず、電子媒体による説明でも可とすること

(2) 改定時における点数告示等の早期化、周知期間の確保、行政によるきめ細かな説明・周知

(3) 電子カルテ規格の標準化

(4) その他必要事項

等

〔 歯 科 〕

I 基本的考え方

社会保障審議会（医療部会・医療保険部会）が取りまとめた令和 8 年度診療報酬改定の基本認識には「2040 年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築」が掲げられている。

少子高齢化・人口減少といった人口構造の変化が急速に進む中、社会の活力を維持・向上し、全世代型社会保障を構築する鍵は「健康寿命の延伸」であり、口腔の健康が全身の健康及び健康寿命の延伸に寄与する多くのエビデンスが示される中、歯科医療の果たす役割や責務は非常に大きいと考える。

具体的には、ライフコースに応じたう蝕や歯周病を含めた口腔疾患の重症化予防及び口腔機能の獲得・維持・向上に資する歯科医療を「かかりつけ歯科医」が中心となって提供することが重要である。また、超高齢社会において増加する要介護者や基礎疾患を有する高齢者への歯科医療や口腔健康管理への対応等を通じ、生活の質の向上に寄与することも責務である。そして、歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、かかりつけ歯科医を含めた多職種連携の強化は重要で、地域において面で支える医療を確立し、歯科医療やサービスを提供する場が変わっても、連携の下、必要な医療を切れ目なく提供することができる体制を構築する必要がある。

歯科医療においても、医療 DX の推進による医療情報の有効活用、ICT の利活用、オンライン診療の推進は重要な課題であり、令和 8 年度診療報酬改定においてさらに推進していくべきである。また、新型コロナウイルス感染拡大時の対応を踏まえ、新興・再興感染症の発生、まん延時にも切れ目なく歯科医療が提供できるよう、平時からの連携協力を含めた歯科医療提供体制を強化することが重要と考える。

一方で、基本的視点の重点課題である「物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応」について、その具体的方向性として「医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応」及び「賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組」が示されている。昨今の急激な物価上昇により歯科医療機関の経営状況は悪化しており、医療経済実態調査の結果からも、個人立歯科診療所においては収入の増加を費用の増加が上回り、設備投資やスタッフの処遇改善もままならない厳しい経営状況が続いていることが明らかになった。歯科医療従事者の賃上げは、他産業の水準に追いついておらず、かつ求人倍率も高止まりしている状況であり、歯科医療関係職種にも応分の対応が急務である。

今後も「国民の健康な生活を支える」という歯科医療提供者の本来の責務を持続的に果たしていくため、以下に掲げる事項を基本方針と定め、歯科診療報酬について所要の改定を求める。

- 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応（重点課題）
 - 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
 - ・ホスピタルフィーとしての評価
 - 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
 - ・医療従事者の処遇改善、歯科衛生士等の定着・確保

- 2040 年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進
 - 「治し、支える医療」の実現
 - ・歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携の強化
 - ・リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
 - ・周術期等口腔機能管理および回復期等口腔機能管理の更なる推進
 - ・更なる医歯薬連携を含めた多職種連携の推進
 - 人口・医療資源の少ない地域への歯科医療の提供
 - ・へき地等歯科医療の提供体制整備と評価の充実
 - かかりつけ歯科医機能の強化と評価の充実
 - ・ライフコースに応じた口腔疾患の継続管理・重症化予防
 - ・医療連携、介護連携、多職種連携、地域連携の推進
 - ・質の高い在宅歯科医療の更なる推進

- 安心・安全で質の高い医療の推進
 - 医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関の体制の評価
 - ・医療 DX に係る情報共有等、質の高い歯科医療提供体制の評価
 - ・歯科医療における ICT 利活用、歯科におけるオンライン診療の推進
 - 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
 - ・安心・安全で質の高い歯科医療の充実
 - ・う蝕・歯周病等の重症化予防の推進
 - ・口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症への対応の充実
 - ・障害児（者）への歯科医療の充実
 - ・歯科治療のデジタル化の推進
 - ・歯科固有の技術に対するあるべき評価
 - ・歯科用貴金属の代替材料の開発・保険収載

- その他
 - 不合理な留意事項通知等の見直し
 - ・留意事項通知、記載要領、施設基準等の整理
 - ・長期継続管理の阻害要因の排除と時間要件等の見直し

- ・算定できない麻酔薬剤料の評価
- ・その他必要な事項

Ⅱ 具体的検討事項

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応

1. ホスピタルフィーとしての評価

昨今の歯科医療機器や材料価格の高騰、光熱水費、歯科技工委託費や医療廃棄物処理等の委託費等の上昇は、もはや歯科医療機関の自助努力で対応できる範疇を超えており、今後も高騰基調が落ち強く見通しが立たない状況にある。特に歯科医療は歯科技工物といった材料への依存度が大きいことから歯科診療所の経営状況は厳しい状況にある。コロナ禍以降実施している従来の標準予防策より更に強化した感染防止対策等による安心・安全で良質な歯科医療提供を継続するためにも、ホスピタルフィーである初診料・再診料での評価拡充が不可欠である。

- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組

2. 医療従事者の処遇改善、歯科衛生士等の定着・確保

医療経済実態調査の結果から、歯科衛生士等の給与水準は、一般病院の医療技術員よりも低い水準にとどまっている。個人立歯科診療所における歯科衛生士の賃上げの状況は、骨太の方針 2025 でも示された 2025 年春季労使交渉の平均賃上げ率 5.26%には到底及ばず、このままの状況が続けば歯科衛生士等の雇用にも大きな影響を及ぼすことが懸念される。医療従事者の処遇改善はホスピタルフィーである初診料・再診料の大幅なプラス改定による対応が必要不可欠である。その際、令和 6 年度改定におけるベースアップ評価料の対応を踏まえ、できる限り簡素で、かつ賃上げの実効性が確保される仕組みとすべきである。さらに、歯科技工所に勤務する歯科技工士の処遇は、製作物に対する技術料の評価を通じて、処遇改善に寄与しており、製作物に対する技術料の評価の充実を求める。

- 「治し、支える医療」の実現

3. 歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携の強化

歯科診療所と病院歯科との役割分担を明確にし、より高度な歯科医療に関しては病院歯科がかかりつけ歯科医と連携の上、対応するようあるべき姿を検討すること。

また、歯科における地域医療連携の核となっている歯科併設の病院や歯科標榜のない病院と地域歯科医療連携室等との連携機能を評価するとともに、歯科を標榜する病院が 2 割ほどしかないことから、地域歯科診療所との更なる連携推進は重要であり、連携の妨げになっている項目を是正し、より推進するよう見直すこと。

- ### 4. リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- 急性期医療におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等と同様に、回復

期医療及び慢性期医療を担う病院における口腔健康管理の推進は重要な視点であり、令和6年度改定で導入された回復期等口腔機能管理を更に推進すること。

5. 周術期等口腔機能管理および回復期等口腔機能管理の更なる推進

周術期等口腔機能管理も長期に及ぶことがあり、放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケアを実施する患者に対する継続的な口腔機能管理の観点から、口腔機能の管理計画の変更があった場合における周術期等口腔機能管理の評価を見直すこと。また、回復期等口腔機能管理については、令和6年度改定に係る検証調査の結果から、入院患者のうち、全体や疾患別でも、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無による退院後の歯科受診状況に大きな差はなく歯科受診率が低いことが明らかになっており、入院患者の口腔衛生などの取り組みとともに、退院後の歯科受診率を増やすための実効性ある取組を検討すること。

6. 更なる医歯薬連携を含めた多職種連携の推進

歯科のない病院の入院患者に対する口腔衛生の取組や、糖尿病患者を含めた生活習慣病患者に歯科への受診指導を行う観点等を踏まえ、医科歯科連携のみならず、多職種連携の推進をさらに検討すること。

➤ 人口・医療資源の少ない地域への歯科医療の提供

7. へき地等歯科医療の提供体制の整備と評価の充実

歯科医師の高齢化の進展等により歯科医療が十分に提供されていない地域等において歯科巡回診療を適切に推進するために、地方自治体等と連携して実施する歯科巡回診療車を用いた巡回診療に関する評価を検討すること。

➤ かかりつけ歯科医機能の強化と評価の充実

8. ラifecycleに応じた口腔疾患の継続管理・重症化予防

乳幼児期から高齢期にわたるLifecycleにおける継続的・定期的な口腔管理と口腔疾患の重症化予防に対する評価の充実を図ること。

また、歯周病や小児及び高齢者のう蝕管理等を含めた長期管理はもとより、口腔機能に着目した小児口腔機能発達不全症や口腔機能低下症等の重症化予防も重要であり、その評価を整理すること。

9. 医療連携、介護連携、多職種連携、地域連携の推進

地域において面で支える医療を確立するために、歯科医療やサービスを提供する場が変わっても、連携の下、必要な歯科医療が切れ目なく提供されるよう検討すること。

10. 質の高い在宅歯科医療の更なる推進

かかりつけ歯科医による歯科訪問診療の更なる推進と充実のため、患者の居宅や介護保険施設、病院等における診療の内容や要する時間を踏まえ、実態に応じた評価を行うこと。

また、患者の外来診療から在宅診療への移行時や入退院時において、かかりつけ歯科医と関係医療職種や医療機関等との連携強化等、幅広い取組が実施できるよう検討するとともに、在宅専門の歯科医療機関のあり方を引き続き検討し、地域における連携を強化すること。

併せて、超高齢社会の実態を踏まえ、様々な居住地での歯科医療提供について更に検討するとともに、後方支援の役割を担う在宅療養支援歯科病院等の評価を見直すこと。

➤ 医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関の体制の評価

1 1. 医療 DX に係る情報共有等、質の高い歯科医療提供体制への評価

国策として実施されたオンライン資格確認導入の原則義務化から 2 年 8 か月が経過し、オンライン資格確認端末の保守期限切れに伴う機種変更や、電子処方箋、将来の電子カルテ共有サービスへの対応も視野に入れた医療 DX に係る取組に関し、必要な機材の購入やインフラ整備に係る費用に一定の補助はあるものの、運用面への診療報酬上の評価がなされておらず医療機関にとって大きな負担となっている。医療 DX により実現する患者の診療情報等を活用した安心・安全で質の高い歯科医療を更に推進するため、サイバーセキュリティ対策を含めて実態に応じた診療報酬上の評価の導入を検討すること。

1 2. 歯科医療における ICT 利活用、歯科におけるオンライン診療の推進

ICT を活用した歯科診療等に関する検討会における議論を踏まえ、歯科におけるオンライン診療の推進や医療 DX の取組を加速すること。また、歯科医療の生産性向上や医療従事者の業務の効率化に資する ICT 活用として、例えば診療録の音声入力、検査結果の音声入力等の好事例や先進的取組を収集し、医療保険のなかで評価すること。

➤ 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進

1 3. 安心・安全で質の高い歯科医療の充実

令和 6 年度改定で新設された歯科外来診療医療安全対策加算、歯科外来診療感染対策加算は歯科医療機関における医療安全対策並びに感染対策に係る体制を評価するものであり、安心・安全な歯科医療提供体制を更に推進するため評価の充実を図ること。

1 4. う蝕・歯周病等の重症化予防の推進

抜歯の 2 大原因疾患であるう蝕・歯周病の重症化予防は「攻めの予防医療」の方向性と一致するものであり、更に推進する方向で検討すること。

1 5. 口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症への対応の充実

乳幼児期における口腔機能の獲得、壮年期における口腔機能の維持、高齢期におけ

る口腔機能の回復等のライフコースに応じた口腔機能管理を推進するため、口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の検査の拡大や実態に応じて頻度等を見直すこと。また、口腔機能管理の取組が更に進むよう診療報酬上の評価を検討すること。あわせて、歯科医師の指示で歯科衛生士が実施する口腔機能に係る指導の評価を拡充すること。

16. 障害児（者）への歯科医療の充実

障害児（者）の生活に寄り添う歯科医療の提供には、居宅、施設、外来等のシームレスな対応が求められ、病院併設歯科や障害児（者）医療施設等と歯科診療所の連携・管理、更に歯科訪問診療の充実も求められる。

近年増加傾向にある重度障害を有する乳幼児の口腔（衛生・機能）管理の対象年齢を拡大し、シームレスな管理を推進すること。

また、障害児（者）や医療的ケア児においては、障害の程度や内容によって、一般に口腔内の衛生状態を困難にする要因を多数持っており、歯科疾患の重症化及び再発リスクが高いため、口腔内の管理に際して配慮すべき点が多い。こうした点を踏まえ、障害児（者）の歯科治療や口腔内の管理を行うために、障害者歯科治療を専門に行う医療機関の評価を検討すること。

17. 歯科治療のデジタル化の推進

患者・国民が求める歯科医療は日を追うごとに進歩している。患者のニーズ等に対応できるよう新規技術、新規医療機器、新規検査を積極的に導入するとともに、その技術に見合った適切な評価を引き続き検討すること。特に、直近の素材価格の急騰を踏まえれば、歯科用貴金属材料を用いないデジタル技術の適用拡大は喫緊の課題であり、一層推進する必要がある。デジタル機器を用いた歯科補綴物の製作等をはじめ、デジタル技術の保険収載や ICT を活用した新技術や連携、新たな検査の導入は喫緊の課題として検討すること。

18. 歯科固有の技術に対するあるべき評価

歯科医療の基本的技術料の中には未だ低評価に据え置かれている項目が多くある。日本歯科医師会が実施した各国の診療行為別歯科医療費との比較においても、日本の歯科治療費は低く評価され厳しい状況にあることが確認されている。良質な歯科医療提供を継続できるよう、我が国の経済情勢や、歯科診療行為の実態に応じた適正な評価を行う必要がある。

19. 歯科用貴金属の代替材料の開発・保険収載

金の価格が最高値を更新し、金パラ価格も最高値を更新し続けている。市場価格の影響を受けやすい歯科用貴金属に代わる材料の開発、保険収載及び適用拡大を推進すること。

➤不合理な留意事項通知等の見直し

20. 留意事項通知、記載要領、施設基準等の整理

歯科点数表で解釈が示されていない内容、及び臨床現場の実情にそぐわない、過度な事務負担を求める不合理かつ詳細すぎる通知等の是正、並びに記載要領の整理を行うこと。また、施設基準等は適切な整理を行うとともに、届出におけるオンライン化を更に推進すること。

2 1. 長期継続管理の阻害要因の排除と時間要件等の見直し

長期にわたる維持管理を推進するにあたって、阻害要因となりかねない規定を見直すこと。特に1 初診1 回の算定制限については見直しが必要である。

2 2. 算定できない麻酔薬剤料の評価

処置、歯冠形成に包括されている浸潤麻酔に係る手技料並びに麻酔薬剤料について、麻酔薬剤料は別途算定できるよう見直すこと。

2 3. その他必要な事項

〔調 剤〕

<保険薬局における調剤報酬関係>

I 基本的考え方

現下の物価高騰・賃上げ等の影響により薬局の経営は年々厳しさを増しており、医薬品の仕入価の高騰、「逆ザヤ」品目の急増及び毎年の薬価改定により、薬局の経営状況は極めて逼迫している。薬局の経営を安定させ、医薬品供給拠点としての機能を維持すること、従業員の賃上げを確実に実施できることが必要である。

薬剤師・薬局は国民・患者のための医薬分業を推進しつつ、地域の医薬品提供体制を担い、かかりつけ機能を強化し、患者への個別最適化した薬物療法の提供や医療DXを活用した医療機関等との連携強化、多職種連携による適切な医療提供に向け、薬剤師・薬局機能の向上や薬局間連携の推進に一層取り組まなければならない。

また、国民・患者が住み慣れた地域で療養環境に関わらず必要な医療・介護が受けられ、安全・安心に医薬品を使用できるよう、かかりつけ機能を基本とした薬剤師・薬局による適切な薬物療法の提供に資する業務の推進や適切な医薬品提供体制を確保することが必要である。

医薬品の供給不安の中でも国民・患者に必要な医薬品を確保できる薬局の体制整備、後発医薬品の使用率の維持・更なる使用促進のため、以下の事項を基本とする取組を進めていくことを求める。

1. 薬局における物価高・賃上げ対応
2. 医薬品供給拠点としての経営基盤・機能の強化
3. かかりつけ薬剤師・薬局機能の推進
4. 医療機関や介護施設と薬局の連携強化
5. 対物業務を基盤とした対人中心業務の推進
6. 多職種連携による在宅薬剤管理指導の推進
7. 医薬品の適正使用や医療安全確保のための病診薬連携の推進
8. 医薬品供給不足問題への対応と後発医薬品・バイオ後続品の更なる普及促進
9. 医療DXの推進や薬局業務の見直しによる働き方の効率化
10. その他

II 具体的検討事項

1. 薬局における物価高・賃上げ対応のための評価
2. 医薬品供給拠点としての経営基盤・機能の強化
 - ・調剤基本料とその加算による評価
3. かかりつけ薬剤師・薬局による取り組みに対する評価
 - ・かかりつけ機能を活用した薬学管理指導の評価
 - ・かかりつけ医・歯科医をはじめとした多職種連携の強化 等
4. 医療機関や介護施設と薬局の連携推進に関する評価
5. 対物業務を基盤とした対人中心業務の適切な評価

- ・医薬品適正使用のための薬学的知見に基づく管理・指導の評価
- ・重複投薬、ポリファーマシー、残薬解消等への対応
- ・服薬モニタリング、調剤後の継続的な服薬支援の充実
- ・薬物療法における医療安全の確保に資する薬学的関与の充実 等
- 6. 医療・介護連携による在宅薬剤管理指導の推進と充実
 - ・在宅訪問薬局の体制整備に係る評価の充実
 - ・医療・介護連携による在宅医療における薬学的管理・指導の評価の充実 等
- 7. 医薬品の適正使用や医療安全確保のための病診薬連携の推進
 - ・病院薬剤師と薬局薬剤師の連携推進に関する評価 等
- 8. 医薬品供給不足問題への対応と後発医薬品・バイオ後続品の更なる普及促進
 - ・医薬品の安定供給、後発医薬品の普及割合の維持、更なる使用促進に向けた評価
 - ・バイオ後続品の使用体制の整備、使用促進の評価
- 9. 医療DXの推進や薬局業務の見直しによる働き方の効率化
- 10. その他必要事項

＜病院・診療所における薬剤師業務関係＞

I 基本的考え方

高齢化に伴う医療・介護ニーズの変化や物価の高騰・人件費の増加等、医療機関を取り巻く環境は一層厳しさが増している。また、2040年頃の医療・介護提供体制を見据えた入院・外来・在宅医療・介護との機能分化や連携を含めた地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築に向けて、これらの基盤となる医療DXの推進も課題となっている。

令和6年4月から実施された第8次医療計画には薬剤師の確保が明記されており、各地域で様々な薬剤師確保・偏在対策が進められているものの医療機関に従事する薬剤師の不足及び偏在問題は深刻で、あらゆる機会を捉えて就労環境の改善に努めることが求められている。シームレスな薬物治療管理体制の構築に向けて、各医療機関が充実した病棟業務を展開してこそ、施設間連携が機能すると考えられ、薬剤師業務のより一層の充実が必要となる。

より良い医療環境の構築のため、以下に示す事項を基本方針として、その実現に向けた環境の整備を求める。

1. 医療従事者の処遇改善
2. チーム医療・地域医療における薬剤情報連携の推進
3. 病棟における薬剤師業務の更なる充実
4. 外来医療の機能分化・強化における薬剤師業務の推進
5. 医薬品の安定供給の確保、後発医薬品・バイオ後続品の更なる普及促進
6. 医療安全の向上及び薬物療法の最適化に向けた取り組みの推進

Ⅱ 具体的検討事項

1. 病院・診療所薬剤師の処遇改善
2. 転院、転所時のポリファーマシー対策を含めた薬剤関連情報の連携に関する評価
3. 回復期リハビリテーション病棟等での病棟薬剤業務の評価
4. 救急外来における薬剤業務の評価
5. 医薬品の安定確保対策、後発医薬品・バイオ後続品の適正使用・使用促進に関する評価
6. 外来腫瘍化学療法診療料の算定対象拡大、無菌製剤処理に関する評価
7. 訪問診療への薬剤師の同行訪問に関する評価

中医協公聴会の開催について（案）

1 目 的

令和８年度診療報酬改定に当たり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の声を聴く機会を設定することを目的として公聴会を開催することとする。

2 会議名

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）

3 開催日時

令和８年１月２１日（水） １０時００分～１２時００分

4 開催方法

- ・オンライン開催（石川県を中心とした北陸地方（意見陳述者））
※中医協委員・事務局は東京
- ・公聴会の様子は、YouTube（中央社会保険医療協議会動画チャンネル）のライブ配信により、公開することといたします。

5 出席者

- ・中医協委員（総会委員）、保険局長、大臣官房審議官
- ・公募による意見発表希望者の中から公益委員が選定した意見発表者（１０名程度）

6 議 事

- ・開会
- ・会長挨拶
- ・開催趣旨等説明
- ・令和８年度診療報酬改定に係る検討状況について（資料説明）
- ・意見発表者による意見発表
- ・会長総括・閉会

7 意見発表者の募集及び傍聴者

- ・厚生労働省ホームページ等により開催を告知し、意見発表者の募集及び傍聴の案内をいたします。
- ・なお、公聴会の様子は YouTube のライブ配信により公開しますので、会場での傍聴はございません。