

医療扶助・健康管理支援等に関する検討会（第6回）

令和8年6月12日

資料1

## 【資料1】

### 医薬品の適正使用・適正受診等

# 「医療扶助・健康管理支援等に関する検討会」の当面の進め方

- 当面は、「中間的な整理」において「引き続き検討」とされた内容を中心に、さらに議論を深めていく。
- 併せて、「中間的な整理」を踏まえた各種見直しの取組状況等も随時報告。より効果的な取組となるようご意見をいただく。

## <当面の主な検討項目>

<p><b>効果的な健康管理支援</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 健康状態の把握に係る実効的な対策について、今年度、国の調査研究事業において実態把握・課題整理を進め、その結果等も踏まえつつ、本検討会で議論</li> <li>● R8.3に手引きを改正した健康管理支援事業について、国・自治体の取組状況を随時報告</li> </ul>
<p><b>医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医薬品の適正使用に係る論点（残薬への対応、個人情報への取扱い、向精神薬の不正入手等への対応など）等について、順次議論</li> <li>● 新たな取組（かかりつけ医等の普及・推進、訪問看護の適切な実施、診療・処方等に係るガイドラインや基準・ルール）について、NDBデータ分析の状況等も踏まえ、順次議論</li> <li>● R8.3の告示・通知改正に基づく各種取組について、取組状況を随時報告</li> </ul>
<p><b>医療扶助・健康管理支援や介護扶助におけるデジタル化やデータ活用</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療扶助等の給付手続の効率化・デジタル化について、ワーキンググループや医療DX関連施策（診断書等の電子的提出など）の検討状況等も踏まえ、順次議論</li> <li>● 健康・医療データの利活用について、調査研究事業等の状況等も踏まえつつ、順次議論</li> </ul>
<p><b>実施体制の構築・強化</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 保健医療専門職との連携等や都道府県による市町村支援等に関する取組状況を随時報告</li> </ul>

# 医薬品の適正使用に係る論点

## 医療扶助・健康管理支援等に関する検討会「中間的な整理」（令和7年12月17日取りまとめ）

### 2-1 医薬品の適正使用に向けた取組

#### (1) 福祉事務所による重複・多剤投与対策

- こうした対策で最も重要なポイントは、医師・薬剤師による対応（服薬に関する相談対応、服薬管理方法の見直しに向けた助言・指導、処方内容の調整等）に「つなげること」であり、国において、関係団体の協力も得ながら、具体的な取組内容、訪問調査時に残薬を確認した際の対応方法、関係機関との連携に向けた調整方法や個人情報の取扱いを提示するなど、丁寧な技術的支援を行うことが適当である。

#### (2) 医療現場における医薬品の適正使用に向けた取組 (略)

このほか、医療機関・薬局において向精神薬の不正入手が疑われるケースを把握した場合等の対応について、福祉事務所との円滑な連携が進むよう、国において整理・周知を行う。

## 生活保護の医療扶助における医薬品の適正使用の推進について（厚生労働省保護課長通知／令和8年3月6日全部改正）

### 5 その他

#### (3) その他

- ・ ケースワーカーによる家庭訪問や、訪問看護・訪問介護等の従事者による訪問の際に「残薬」が確認された者について、有効期限内の薬剤の有効活用や適切な服薬管理指導等の観点から、薬剤師による専門的な対応（服薬状況等の確認、患者に対する服薬管理方法の見直しに向けた助言・指導、処方医に対する処方内容に関する疑義照会や相談等）につなぐ優先順位は高い。このため、令和8年中を目途に、国において、残薬が確認された場合の対応方法等を整理・周知する予定としていること。

### 2. 医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等

#### 2-3 その他の取組

##### (2) 今後に向けた新たな取組

- 生活保護受給者に関しては、国民全体よりもさらに高齢化が進行しており、糖尿病など生活習慣病の外来受療率が高く、外来の受診日数や処方される医薬品の種類数が多い傾向が見られる状況にある。併せて、医療扶助は自己負担が無く、一般論として、本来のニーズを超える給付が発生しやすいという制度的な課題もある。

こうした中、患者の状態に応じた必要な医療が提供されるよう、制度的な対応を含め、以下の対応を進めることが適当である。

##### ① 「かかりつけ医」等をもつことなど上手な医療のかかり方の普及・推進

生活保護受給者であるか否かを問わず、本人のより適切な健康管理等の観点から、気軽に相談できる「かかりつけ医」や「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師」をもつなど、上手な医療のかかり方を普及していくことは重要である。

生活保護受給者の高齢化や生活習慣病の外来受療率が高い状況等を踏まえ、現在の外来受診の実態等を分析しつつ、効果的な普及啓発や推進方策について引き続き検討を進める必要がある。

##### ② 医療扶助の訪問看護に係る実態把握・課題分析等の対応

算定回数や1件当たり請求額等が大幅に増加傾向にある給付等に関しては、NDBデータの分析や、生活保護法に基づく指定医療機関への個別指導等を通じて、適正な給付となっているか実態把握を進めることが重要である。

近年、医療扶助の訪問看護について、1件当たり請求額が大幅に増加しているところ、適切に提供されていない訪問看護に対して必要な対策を講じることができるよう、まずは、国において、NDBデータ等により、例えば利用者の状態像や訪問頻度等に係る実態把握や課題分析を進めることが適当である。

また、指導権限を有する都道府県等に対し、個別指導の対象医療機関を選定する際の参考資料として、レセプトの分析結果（1件当たり請求額等）を提供し、個別指導の実施を促すことが適当である。その際、指導方法・内容に関するポイントを整理・周知するなど丁寧な技術的支援を行うとともに、都道府県等と地方厚生局との共同指導が効果的に実施されるよう対応を検討する必要がある。

##### ③ 投薬・診療等に係るガイドラインや基準・ルールの設定

医療扶助について、NDBデータの分析等を通じて、医療保険の状況とも比較しながら、その実態・課題を整理し、必要な対策を講じていくことが重要である。

診療報酬や医療費適正化計画の動向等も踏まえつつ、例えば、多剤投与の実態、外来受診の頻度・間隔の実態等について分析を進め、当該投薬・診療等の必要性や妥当性について一定のエビデンスが得られる場合には、投薬・診療等に係るガイドラインや基準・ルールの設定について、引き続き検討を進める必要がある。

## 【検討の全体像】医療扶助の給付事務の見直し（各事務の意義と課題）

	被保護者による医療扶助の申請（事前連絡）	医療機関が作成する要否意見書を踏まえた医療扶助の決定	受診時の資格確認（オンライン資格確認、医療券・調剤券）		参考：事後的な対応（被保護者への指導等）
			医療機関	薬局	
意義	<p>被保護者による申請を踏まえ、福祉事務所において<u>受診する医療機関を選定</u></p> <p>※受診者のうち、<u>受診した医療機関数が「1件」の割合は他制度よりも高い</u></p>	<p>受診する医療機関による意見書を踏まえ、福祉事務所において<u>医療扶助を決定</u></p> <p>※福祉事務所アンケートでは「<u>医療要否意見書は廃止すべき（手続が形骸化、医療扶助適正化の取組と重複等）</u>」との意見あり</p>	<p>医療機関における<u>資格確認</u>（本人確認、自医療機関への委託の有無の確認）</p>	<p>薬局における<u>資格確認</u>（本人確認、自薬局への委託の有無の確認）</p>	<p>審査済みレセプトにより、受診・投薬の状況（頻回受診、重複投薬等）を確認の上、<u>被保護者本人への指導等</u>を実施</p> <p>※審査済みレセプトが福祉事務所に届くのは診療月の翌々月</p> <p>※レセプト管理システムによる抽出のほか、外部委託を活用する福祉事務所もある</p>
課題	<p>現行どおり運用</p> <p>※オン資の場合も事前申請が必要である旨を徹底</p>	<p><u>事後的な対応との関係やバランスも踏まえつつ、要否意見書の意義を精査</u>する必要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・記載を依頼する内容</li> <li>・医療機関に作成を依頼するタイミング 等</li> </ul>	<p><u>適正な資格確認</u>の確保</p> <p>※<u>オン資実績ログ</u>を活用した受診状況の随時確認（未委託受診、頻回受診傾向等）</p>	<p><u>適正な資格確認</u>の確保</p> <p>※利用する薬局を事前選定する取扱いとしていない中、<u>事前委託を前提とした運用（調剤券）の必要性等を精査</u>する必要</p>	<p><u>レセプト管理システムの機能強化（抽出機能の充実等）</u></p>
	<p>業務効率化観点</p> <p>現行どおり運用</p>	<p><u>福祉事務所・医療機関の実務に配慮した運用</u>（様式、提出時期等）</p> <p><u>オンライン化</u>の導入</p>	<p><u>オン資の効率的運用</u></p> <p><u>オン資の利用率向上</u>を通じた紙・オンライン併用コストの最小化</p>	<p><u>オン資の効率的運用</u></p> <p><u>オン資の利用率向上</u>を通じた紙・オンライン併用コストの最小化</p>	<p><u>レセプト管理システムの機能強化（抽出機能の充実等）</u></p>

## 1. 医療扶助制度の概要

## 2. 想定される論点

## 3. 参考資料

- ・ 本検討会におけるこれまでの議論
- ・ 医療扶助関係
- ・ 診療報酬における対応等：医薬品の適正使用関係等
- ・ 診療報酬における対応等：適正受診関係等
- ・ 詳細な資料

# 【医療扶助】医療保険との主な相違点

	提供側（医療機関等）			患者側
	診療報酬	診療方針	医療機関等に対する指導等	
医療保険	<p><b>診療報酬の内容は共通</b></p>	<p><b>診療方針の内容は共通</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 保険医療機関及び保険医療養担当規則</li> <li>● 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 厚生局等において指導・監査等を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自己負担あり</li> <li>● フリーアクセス</li> <li>● 保険者等が実施する保健事業として、医薬品の適正使用等に向けた指導を実施</li> </ul>
医療扶助	<p>* 生活保護法上、医療扶助の診療報酬は国民健康保険の例によることとされている。</p> <p>* ただし、医療扶助では、保険外併用療養費（評価療養、患者申出療養、選定療養）は給付対象外としている。</p> <p>※例外的に、一部の長期入院選定療養は医療扶助の給付対象</p> <p>※なお、大病院の初診・再診に係る選定療養において、公費負担医療制度の受給対象者は対象から除外されており、特別の料金は徴収されていない</p>	<p>* 生活保護法上、医療扶助の診療方針は国民健康保険の例によることとされている。</p> <p style="text-align: center;"><b>+</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>生活保護法上、後発医薬品使用の原則を規定</b></li> </ul> <p>※被保険者には自己負担があり、先発医薬品使用による自己負担額の増加が後発医薬品使用の動機付けになると考えられる。</p> <p>他方、<b>医療扶助受給者は自己負担が発生せず、後発医薬品を選択する動機付けが働きにくい状況を踏まえ、措置されたもの。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>療担規程上、服薬状況等の確認手段として「お薬手帳等の活用」を明記</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 都道府県・指定都市・中核市において指導・検査等を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自己負担なし</li> <li>● 被保護者の申請に基づき、福祉事務所が選定・委託した指定医療機関を受診</li> </ul> <p>※選定に当たっては、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者本人の希望を参考</li> <li>・居住地等の比較的近距离に所在する医療機関を基本</li> <li>・200床以上の医療機関は、紹介状がある場合、緊急その他やむを得ない事情がある場合等に限定</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>受診時・薬局利用時にお薬手帳の持参を原則</b></li> <li>● 福祉事務所において、適正受診、医薬品の適正使用等に向けた指導を実施</li> </ul>

## 【医療扶助】医療保険との主な相違点

自立支援医療を受給する場合の取扱い		
	患者負担等（概要）	保険者・福祉事務所の関与
医療保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者負担は「1割」又は「所得区分に応じて定められる負担上限額」</li> <li>●医療保険から7割給付</li> <li>●医療保険制度の自己負担額（3割）から、患者負担とされる額（1割又は負担上限額）を差し引いた額を、自立支援医療費として支給</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療保険の給付分は保険者に請求</li> <li>●自立支援医療費は都道府県等の実施主体に請求</li> </ul>
医療扶助	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者負担は無し</li> <li>●自立支援医療費として全額支給（医療扶助による給付は無し）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●全額（自立支援医療費）は都道府県等の実施主体に請求</li> </ul> <p>※ 医療扶助による給付がないため、福祉事務所への事前申請や医療券発行はなく、基本的に、福祉事務所では自立支援医療のレセプト情報は把握していない（例：精神科の入院状況はレセプトで把握できるものの、精神科の通院・処方の状況はレセプトで把握できない）</p>

<参考：自立支援医療制度>

心身の障害を除去・軽減するための医療について、医療費の自己負担額を軽減する公費負担医療制度【障害者総合支援法】

	対象者	対象となる主な障害と治療例
精神通院医療	精神保健福祉法第5条に規定する統合失調症などの精神疾患を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する者	精神疾患→向精神薬、精神科デイケア等
更生医療	身体障害者福祉法に基づき身体障害者手帳の交付を受けた者で、その障害を除去・軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できる者（18歳以上）	肢体不自由 関節拘縮→人工関節置換術 視覚障害 白内障→水晶体摘出術 内部障害 心臓機能障害→弁置換術、ペースメーカー埋込術、腎臓機能障害→腎移植、人工透析
育成医療	身体に障害を有する児童で、その障害を除去・軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できる者（18歳未満）	

# 【医療扶助】各段階における適正運用に関連した対応

	事前手続 申請→要否意見書→医療扶助決定	受診時 薬局利用時	事後的な対応 審査済レセプト等を活用した対応
患者側	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 被保護者の申請に基づき、福祉事務所において受診する医療機関を選定                     <ul style="list-style-type: none"> <li>※選定する際の取扱い【医療扶助運営要領】                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者本人の希望を参考</li> <li>・居住地等の比較的近距离に所在する医療機関を基本</li> <li>・200床以上の医療機関は、紹介状がある場合、緊急その他やむを得ない事情がある場合等に限定</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● 受診する医療機関による意見書を踏まえ、福祉事務所において医療扶助を決定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 受診時・薬局利用時にお薬手帳の持参を原則【医療扶助運営要領】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 福祉事務所において、適正受診、医薬品の適正使用等に向けた指導を実施                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・重複・多剤投与対策（レセプト抽出）</li> <li>・頻回受診対策（レセプト抽出、オンライン資格確認実績ログの活用）</li> <li>・長期入院対策（レセプト抽出）</li> </ul> </li> </ul>
提供側 (医療機関等)	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 保険外併用療養費（評価療養、患者申出療養、選定療養）は給付対象外【生活保護法に基づく診療方針・診療報酬告示】</li> <li>● 後発医薬品使用の原則【生活保護法】</li> <li>● 服薬状況等の確認手段として「お薬手帳等の活用」を明記【療担規程】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 福祉事務所において、請求内容に疑義のあるケースについて、主治医等に状況を確認                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・頻回転院対策（レセプト抽出）</li> <li>・重複受診、過剰な検査と疑われるケース等（レセプト点検）</li> </ul> </li> </ul>

# 医療要否意見書（様式）

様式第13号

（表 面）

## 医療要否意見書

※ 1 医科 2 歯科	※ 1 新規 2 継続(単・併)	※ 受 理 年 月 日	年 月 日
(氏名) ( 歳)			
に係る医療の要否について意見を求めます。			
令和 年 月 日			
院(所)長殿		福祉事務所長	

傷病名又は部位	(1)	初診	(1) 年 月 日	転 帰 (継続の とき記入)	年 月 日		
	(2)	年月	(2) " " "		治 癒	死 亡	中 止
	(3)	日	(3) " " "				

主要症状及び今後の診療見込 (今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入して下さい。)

治療見込期間	入院外	か月 日間	概算 医療 費	(1) 今回診 療日以降 1か月間	(2) 第2か月 目以降6か 月目まで	福 祉 事 務 所 へ 項 目 別 連 絡 事 項
	入院	期 間		円	円	
		(予定) 年月日		円	円	

上記のとおり(1入院外 2入院)医療を(1要する 2要しない)と認めます。

令和 年 月 日

福祉事務所長 殿  
指定医療機関の所在地及び名称  
院(所) 長  
担 当 医 師 ( 診 療 科 名 )

※囑託医の意見

(切 取 線)

※発行年月日	年 月 日	診察料・検査料請求書			
※受理年月日	年 月 日	令和 年 月 日			
福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名					
下記のとおり請求します。					
この券による 診察年月日	年 月 日	※ 受診者氏名	( 歳)		
請求額	診 察 料	初・再	点	(検査名)	
	"	"	"		
	"	"	"		
合 計		点 円	※社保等負担額	円	差引計 円

※発行取扱者

(※)「生活保護法による医療扶助運営要領について」  
(昭和36年9月30日社発第727号厚生省社会局長  
通知)において規定(様式第13号)。

# 選定療養に係る生活保護制度上の取扱い

- 医療保険制度では、患者の選択により特別の料金を支払うことで、保険外の診療と保険診療を併用する「選定療養」が認められている（保険外併用療養費を支給）。
- 生活保護制度では、最低生活の保障としての医療は、従来の保険給付によって確保されている等の考え方の下、選定療養は、原則として医療扶助の対象としていない（保険適用部分も含め、療養の全体が給付対象外）。
- その上で、真にやむを得ないと認められる一部の療養について、例外的に医療扶助の対象とされている。

## 選定療養の種類

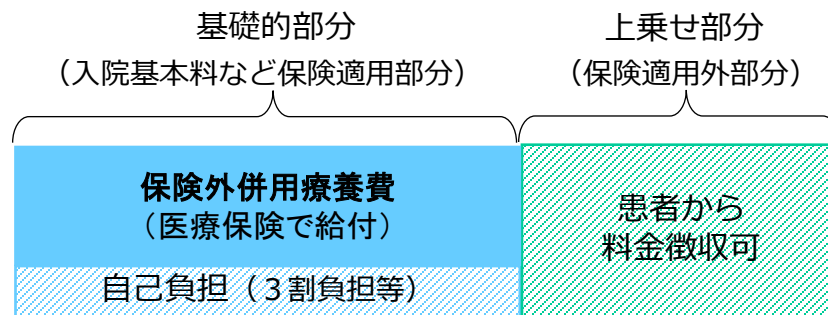
### 180日以上入院を除き、医療扶助の給付対象外

- ・ 特別の療養環境（差額ベッド）
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ **180日以上入院**
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ
- ・ 保険適用期間終了後のプログラム医療機器
- ・ 間歇スキャン式持続血糖測定器
- ・ 精子の凍結及び融解
- ・ 長期収載品
- ・ 近視進行抑制薬

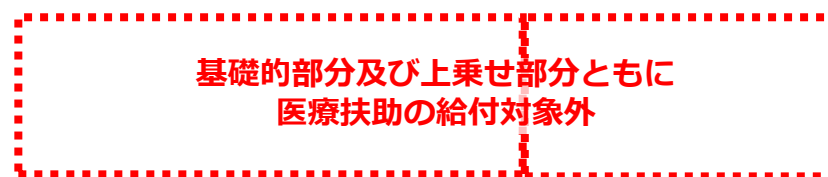
### 以下の項目は、選定療養制度において公費負担医療受給者は対象外

- ・ **大病院の初診（公費負担医療受給者を除く）**
- ・ **大病院の再診（公費負担医療受給者を除く）**

## 選定療養（保険外併用療養費）の仕組み



＜医療扶助の取扱い＞ ※「180日以上入院」を除く



大病院の初再診（選定療養制度において公費負担医療受給者は対象外）



# 生活保護における後発医薬品の使用促進の取組

## 平成30年法改正(後発医薬品使用原則化)の概要

- 医師等が医学的知見等に基づいて、後発医薬品を使用することができるものと認めたもの(※1)については、原則(※2)として、後発医薬品による給付を行うことを法律に規定(平成30年10月1日施行)

第34条第3項 (略)医療を担当する医師又は歯科医師が医学的知見に基づき後発医薬品・・・を使用することができるものと認めたものについては、原則として、後発医薬品によりその給付を行うものとする。

※1 具体的には、処方医が一般名処方を行っている場合又は銘柄名処方であって後発医薬品への変更を不可としていない場合。

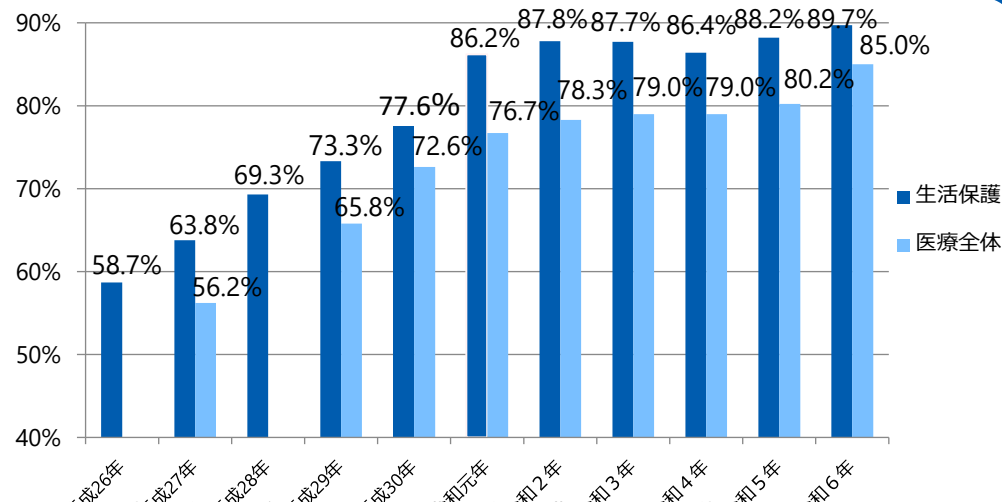
※2 例外としては、後発医薬品の薬価が先発医薬品の薬価と比べて同額以上となっている場合や、薬局に後発医薬品の在庫が無い場合。

## 後発医薬品使用原則化による効果

- 令和6年6月社会保険診療報酬支払基金審査分レセプトにおける、後発医薬品使用割合は、89.7%(前年比1.5%増)となった。

※令和6年医療扶助実態統計

- 伸び率については、原則化前(平成30年)より12.1%増となっており、後発医薬品の使用を原則化した効果があったものといえる。



使用割合(数量シェア)の出自: 医療扶助実態統計(令和2年以前は医療扶助実態調査)(各年8月審査分)、医薬品価格調査(薬価本調査)速報値(各年9月取引分) ※H28年分除く

## 参考: 平成25年法改正時の見直し

- 後発医薬品の使用を促すことを規定(平成26年1月1日施行)

※ 後発医薬品の使用が可能であるにもかかわらず、先発医薬品を希望する受給者に対しては、

- ・ 薬局は、先発医薬品を希望する理由を確認した上で、先発医薬品を一旦調剤する。
- ・ その理由が「先発医薬品の方が高額だから」「理由を言わない」等の場合については、福祉事務所の健康管理指導の対象とする。

# 医療扶助に係るレセプト情報の活用（レセプト点検）①

- 医療扶助に係るレセプト情報の活用：平成12年通知（※1）にて明確化。  
⇒ 以降、同通知や平成27年通知（※2）等に基づき、各福祉事務所において、適切な対応がなされてきた。
- 平成12年通知で示した、レセプト点検の実施方法や点検結果の活用方法等は、以下のとおり。

（※1）「生活保護法による医療扶助の適正な運営について」（平成12年12月14日厚生省社会・援護局長通知）

（※2）「レセプト点検の適切な実施等について」（平成27年3月31日厚生労働省社会・援護局保護課長通知）

## レセプト点検の方法・点検体制の整備

資格審査	支払基金から送付されたレセプトが、 <b>福祉事務所が発行した医療券、調剤券に基づく有効なレセプトであるか</b> 否かを審査。
内容点検	<b>レセプトに記載された診療日数、診察内容及び請求点数等</b> を点検することにより、以下の誤り等がないか確認。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療実日数と入院日数の不一致</li> <li>・ 受給者の状況や受給期間により算定できない項目の算定誤り又は請求点数誤り</li> </ul>
縦覧点検	以下に係るレセプトにつき、 <b>受給者別に、概ね3ヶ月以上の必要な期間にわたってレセプトを縦覧</b> し点検。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 内容点検により特異な診療傾向が認められる指定医療機関</li> <li>・ 連続月あるいは一定期間内に重複算定できない診療内容</li> <li>・ 単月ではその適否が判断できない診療内容等</li> </ul>

## レセプト点検結果の活用方法

### 受給者の病状把握と指導援助への活用

- 個別ケースごとに直近6ヶ月程度のレセプトを整理し、レセプトに記載された診療日数、診療内容及び請求点数等を点検する。  
⇒ 個々の受給者の病状及び受診状況等の把握に努め、その結果に基づいて適切な処遇方針を設定した上で、就労又は療養の助言・指導を行う。

### 頻回受診者に対する指導等

- 外来患者について、レセプト点検等により診療日数を把握した上、嘱託医や主治医との協議により必要な診療の程度（受診回数）を確認し、診療日数が過度に多い者に対して、適正な受診について助言指導を行う。

### 診療方針に基づく診療の徹底

- 法の診療方針を理解していないために、診療方針に認められていない診療を行っている等の事例が認められる指定医療機関に対して、診療方針の徹底に努めるよう指導する。

### 医療関連情報のデータベース化とその活用

- 毎月のレセプトから診療日数、診療内容及び受診医療機関名等の医療情報をデータベース化し、被保護者ごとの受診状況や指定医療機関ごとの診療の状況が把握できる仕組みを整える。  
⇒ 迅速かつ的確な被保護者への助言指導や、毎月の医療費の額及び診療日数等の通知等を行うことができる等、医療扶助の適正実施に効果的。

## 審査・点検体制の整備

- 審査・点検を行うため、以下の体制を整備する。
- ・ 本庁：技術吏員とその他の職員が一体となって審査・点検業務を実施できる体制を整える。
  - ・ 福祉事務所：医療扶助担当者及び地区担当員だけでなく、嘱託医等との連携を図るなどして実施の効果をあげられる体制を整備する。

# 医療扶助に係るレセプト情報の活用（レセプト点検）②

○ 平成27年通知（※）においては、生活保護版レセプト管理システムを活用したレセプト点検の精度の向上及び平準化や、網羅性の向上を図る観点から、同システムの活用事例（下表）等を提示。

（※）「レセプト点検の適切な実施等について」（平成27年3月31日厚生労働省社会・援護局保護課長通知）

1	第三者加害行為の確認	第三者の不法行為等により生じた医療扶助等の給付について、該当レセプトを抽出。損害賠償請求等が適切に行われているかを確認する。
2	通院実績の確認	医療扶助における移送の給付における通院証明書について、レセプト上の通院日数と突合し、適正な給付が行われているかを確認する。
3	健康管理支援への活用	糖尿病により医療機関を受診している者に対し、重症化予防等の健康管理支援を実施する。
4	時間外等受診の確認	時間外等の受診について、医療機関が表示する診療時間内に受診が可能であるか確認する。
5	往診料等の算定に関する確認	往診料は、定期的ないし計画的な診療は算定できず、在宅患者訪問診療料は、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならないとされている。また、同一建物居住者の場合については、報酬単位が下がる。往診料等が算定されているケースについて、適切な算定となっているか確認する。
6	過剰な検査と疑われるケースの確認	同一の検査が短期間に複数回行われているレセプトを抽出し、主治医等を確認を行う。
7	重複算定できない医学管理料の確認	同一月に算定できない医学管理等（特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング等）が重複算定されていないか確認を行う。
8	ケースワークへの活用	家庭訪問等の際に、当該被保護者のレセプトを確認し、訪問時の体調や、服薬状況の確認等に活用する。
9	特別養護老人ホーム等における給付の確認	特別養護老人ホーム等においては、配置医師による初診料、再診料等は算定できない取扱いとなっており、不適切な算定が行われていないか確認を行う。
10	治験に対する給付の確認	保険外併用療養である治験にかかる診療については、原則として医療扶助の給付対象ではないため、不適切な給付が行われていないか確認を行う。
11	傷病手当金の支給に関する確認	傷病手当金意見書交付料が算定されているレセプトを確認し、傷病手当金が適切に収入認定されているか確認を行う。
12	入院患者の他医療機関受診の場合の入院基本料の確認	入院中の患者が他医療機関を受診した場合、入院料が30%（又は15%）控除された点数により算定される取扱いとなっており、適切な算定が行われているか確認を行う。
13	医科と施術の給付に関する確認	指定医療機関の医療の給付が行われている期間は、その疾病にかかるはり・きゅうは、給付の対象とはならない取扱いとなっており、当該給付が適切なものであるか確認を行う。

## 1. 医療扶助制度の概要

## 2. 想定される論点

## 3. 参考資料

- ・ 本検討会におけるこれまでの議論
- ・ 医療扶助関係
- ・ 診療報酬における対応等：医薬品の適正使用関係等
- ・ 診療報酬における対応等：適正受診関係等
- ・ 詳細な資料

## 医療扶助の給付事務の在り方

### ● 「適正な運用の確保」と「業務の削減・簡素化」の双方を踏まえた給付事務の在り方

- ・ 「事前手続」の在り方

例：「医療要否意見書」の意義、記載内容や作成のタイミング 等

- ・ 「事後的な対応」の在り方

例：レセプト管理システムを活用した診療・処方状況等の点検や必要な対応 等

### ● 福祉事務所における給付事務に係る実施体制の在り方

- ・ 専門職の関わりや連携体制の在り方

例：嘱託医の関わり、地域の医療関係団体・関係者との連携 等

- ・ 生活保護システム（レセプト管理システム）の機能強化の在り方

例：対象者抽出の柔軟な条件設定 等

など

## 医薬品の適正使用に向けた取組の在り方

### ● 薬局・医療機関等や福祉事務所が連携した取組の在り方

- ・ 残薬が確認された場合の対応の在り方

例：ケースワーカーの対応、関係者・関係機関の連携 等

- ・ 薬局・医療機関等において適切な対応を行うための情報共有の在り方

例：服薬支援等に必要となる患者の生活状況・課題の共有、個人情報保護法等との関係 等

- ・ 向精神薬等の不正入手が疑われるケースへの対応の在り方

例：薬局等において不正入手が疑われるケースを把握した場合の対応、関係機関の連携 等

### ● 医薬品の適正使用に向けたガイドラインや基準・ルールの設定の在り方

など

上記のほか、R8.3の告示・通知改正に基づく各種取組（お薬手帳の持参原則化、薬剤一覧を活用した重複・多剤投与対策）について、取組状況をフォローアップし、より効率的・効果的な取組としていく必要

### 適正受診に向けた取組等の在り方

- **本人の健康管理等の観点も含めた適切な外来受診に向けた取組の在り方**
  - ・ 「かかりつけ医」等をもつことなど上手な医療のかかり方の普及・推進
- **適正な外来受診や訪問看護等に向けたガイドラインや基準・ルールの設定の在り方**

など

上記のほか、R8.3の通知改正に基づく各種取組（オンライン資格確認を活用した適正受診対策等）について、取組状況をフォローアップし、より効率的・効果的な取組としていく必要

## 【参考】NDBデータ分析に係る研究（厚生労働科学研究費補助金）

### 課題名

匿名レセプト情報等を用いた被保護者の健康課題に関する実態把握と効果的な疾病予防・重症化予防等に資する研究（令和7～9年度）

### 研究代表者

明神 大也（浜松医科大学 医学部健康社会医学講座 准教授）

### 概要

- 被保護者の健康管理支援に資する取組に関して、レセプト情報等を活用して詳細な分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を把握する。  
分析結果を基に、有用な施策（対象者の選定方法や介入策等）を提言する。
- 令和8年度以降、NDBデータを用いた分析を実施。  
※令和7年度は分析に向けた予備調査等を実施。

## 参考資料

(本検討会におけるこれまでの議論)

# 「中間的な整理」（令和7年12月17日）を踏まえた今後の対応

赤：国の取組  
青：自治体の取組  
緑：医療現場の取組

	令和7年度 (R8.1~3)	令和8年度	令和9年度	令和10年度~	
医薬品の 適正使用	<p><b>お薬手帳の持参原則化</b> (通知改正)</p> <p><b>医療現場の対応</b> (告示改正)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●医療機関・薬局におけるお薬手帳や電子処方箋による服薬状況等の確認</li> </ul> <p><b>福祉事務所の対応</b> (通知改正)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●お薬手帳持参の周知・指導等</li> <li>●重複・多剤投与対策の見直し(向精神薬を含む)</li> <li>●年次報告の簡素化</li> </ul> <p>現行の通知に基づく <b>重複・多剤投与対策</b></p>	<p>医療機関の受診時・薬局利用時にお薬手帳を持参</p> <p>医療機関・薬局において、お薬手帳や電子処方箋を活用して服薬状況等を確認</p>	<p><b>お薬手帳持参の周知・指導等</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●令和7年度末以降、各種タイミングでの周知(郵送物同封、訪問調査時など)、医療機関等からの情報提供に基づく指導等を実施</li> </ul>		
	<p><b>改正通知に基づく重複・多剤投与対策に移行</b> ~薬学的リスクに応じてメリハリを付けつつ、薬局等への相談勧奨を実施~</p> <p>①重点的な対応(対面指導・同行支援等) …令和8年度以降、従来対象者(15剤以上)を「複数医療機関受診・お薬手帳不持参」等の条件で絞り込み対応</p> <p>②文書通知等を活用した効率的な対応 …令和8年度以降、順次、「6剤以上かつ複数医療機関受診」を基本に、優先順位も付けつつ対応</p> <p>*福祉事務所の対応について、いずれも、令和7年度補正(モデル事業)、令和8年度予算案(適正実施総合事業)を活用可能</p> <p>*国においても、対象者抽出を始めとする各種業務を効率的・効果的に実施可能とする方策を検討(次頁参照)</p>				
適正受診等	<p>現行の通知に基づく各種対策</p> <p><b>頻回受診対策等の見直し</b> (通知改正)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●オン資実績ログ活用(頻回受診傾向等)</li> <li>●地域の状況に応じた取組の重点化(頻回受診、長期入院、頻回転院)</li> <li>●年次報告等の簡素化</li> </ul> <p><b>医療扶助の訪問看護への個別指導に係る対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●個別指導の対象選定の参考資料(レセプト分析)に訪問看護ステーションを追加</li> </ul>	<p><b>改正通知に基づく各種対策に移行</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●オン資実績ログ活用 : 簡易活用ツールの普及等を通じて、順次、取組を推進</li> <li>●地域の状況に応じた取組の重点化 : 令和8年度以降、指導対象者が減少している自治体等において業務を簡素化</li> </ul>	<p><b>指導権限を有する都道府県等による個別指導</b></p> <p>※個別指導を通じて把握された実態・課題については、下段の「新たな取組の検討」の中で活用</p>		
	<p><b>新たな取組の検討</b>(かかりつけ医等の普及・推進、訪問看護の適切な実施、投薬・診療等に係るガイドラインや基準・ルール)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●厚生労働科学研究等において、順次、NDBデータを用いた分析を実施。把握された実態・課題等を踏まえつつ、順次、検討会において議論。</li> </ul>				

## 【参考】本検討会における主なご意見

### 医薬品の適正使用

- 医薬品の適正使用に関する課題は、たくさんの課題が複合的に絡んでいるケースが多い。多剤投薬の場合、おそらく残薬が多い状況。残薬が多いということは「飲めない」「飲みづらい」という理由が存在。あわせて、複数科の受診、ヘルスリテラシーの状況、フレイルのリスクなど、複合的な要因が絡んでいる。
- 生活保護分野ではないが、残薬について、医療機関から出されたお薬だからちゃんと飲まなくてはいけないと指導されたことがあった。全部飲むと体調が悪くなる。いつもは間引いて飲んでいて、本当は要らない薬まで手元にあったということ。残薬の状態の確認は重要。残薬がある人に「全部飲んで」という指導はしないよう明確にした方がよいのではないか。
- ケースワーカーは被保護者の生活状況をきめ細かに把握。この情報を、連携する地域の医療資源にいかにか共有いただくか。医師は来られたら処方するし、処方されるとそれに基づいて調剤をする。生活状況等々を知らずに医療を提供することが、ポリファーマシーを生んでいる原因の一つになっていることは間違いない。個人情報保護など様々な課題はあると思うが、福祉事務所が把握している情報を医療機関・薬局に共有する、また、医療関係者も患者から知り得た情報や患者にお伝えしたポイント等をフィードバックするような仕組みを考えなければならないのではないか。
- 福祉事務所が医療機関・薬局と連携して取組を進めることが重要。連携する際の個人情報の取扱いに関する考え方や、連携事例等について、自治体で活用できるよう国から共有してほしい。
- 医療機関・薬局では、向精神薬の不正入手などが大きな課題。福祉事務所と医療機関・薬局との緊密な連携体制が必要。例えば、受診時・来局時の対応方法の共有、医師会・薬剤師会との情報共有体制の構築等が重要。
- 医療扶助だけではなく自立支援医療など他制度のレセプトも併せて点検をする仕組みが必要。今後デジタル化が進み、情報が集約されるのが理想だが、まずは、例えば医療扶助と他制度との間での重複投薬の状況など、実態把握してはどうか。
- マイナンバーカードを利用した薬のデジタル管理といった観点も重要。

## 【参考】本検討会における主なご意見

### 「かかりつけ医」等をもつことなど上手な医療のかかり方の普及・推進

- かかりつけ医について、医師側の観点で、患者の服薬状況や診療の状況を把握できるほか、患者側の観点からも、かかりつけ医を持っている患者の方が、暴飲暴食をしないといった健康行動をするという調査結果がある。生活保護の指定医療機関に「かかりつけ医」のような機能を持っていただくのは被保護者から見ても良いのではないかと。
- 自分の社会生活の状況も含めて相談が可能な地域の「かかりつけ医」、総合診療医に基本的に受診するといったことになれば、重複・多剤投与の問題等をクリアできるほか、福祉事務所や薬局とも情報共有しやすくなるのではないかと。

### 医療扶助の訪問看護に係る実態把握・課題分析等の対応

- 昨今、有料老人ホーム等で入所者を囲い込み、連携した介護・医療サービスが提供されている事例もあるが、外形上は医師の指示や要否意見書が出ている。要否意見書で主治医が必要と判断している中で、それらの回数まで自治体が踏み込んでいくことはできないのが現状。
- 医療扶助の訪問看護1件当たり費用の増加について、年齢区分や疾患別に理由を検討することが重要。こうした状況は訪問看護に限ったことなのか、全体像を踏まえて幅広い検討が必要。必要な方に必要なケアを提供する観点からは、施設における医療扶助の実態、主治医による訪問看護指示書と訪問看護事業所によるケア提供の実態等を踏まえて、対策を講ずる必要があるのではないかと。

## 【参考】本検討会における主なご意見

### 投薬・診療等に係るガイドラインや基準・ルールの設定

- 医療保険の場合、価格を調整することでインセンティブやディスインセンティブをつけられるが、医療扶助の場合、価格面で調整することができないため、別の仕掛けが必要。健康面で悪影響が出てくるといった専門的な知見や、データ分析により「ここまで投薬するのはまずい」「これだけ頻回受診しても効果が無い」など明らかにできれば、ある程度のガイドラインは作っていいのではないか。現場で混乱が生じないように、明確なガイドラインの提示が必要。
- 医療サービスを提供している人たちの行動を規制する場合も、科学的なエビデンスに基づいた指導が必要。これとこの飲み合わせはまずいとか、こういう診療の受け方は問題ということが科学的に分かれれば、それをベースにした指針を出して、医師・薬剤師がそれに対応して行動するというような仕掛けが必要。
- 後発医薬品は、法改正により原則化されたことで取組が進んでいる。多剤や適正受診は、明確な基準は難しいものの、国においてルールや基準が定められれば、自治体としても説明しやすい。
- 県が策定する医療費適正化計画について、今回、国の方針で「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘された医療」として急性呼吸器感染症の抗菌薬処方や、「医療資源の投入量に地域差がある医療」について、新たに計画に盛り込んで取組を推進することとされた。医療扶助も例外ではなく、歩調を合わせた対応が必要。
- 一般論として、医療費無料の課題について、一つはモラルハザード、ニーズがあまりないのに受診行動してしまうこと、もう一つは誘発需要、医療機関においてやや過剰なニーズに合わない医療が提供されてしまうこと、この2つの課題が知られている。誘発需要の場合、患者ではなく構造にアプローチしないと大きな成果は得られない。実態調査や給付ルールの基準決めなどが必要ではないか。
- 医療扶助は自己負担がないだけに、どうしても患者・医療機関の双方で歯止めがかからない。医療機関としては自己負担がないだけに簡単に出しやすいくということもあるし、患者としてもせっかくだから受け取ろうみたいなこともあるし、その結果として多剤状態になっていることもあるのではないか。

## 【参考】本検討会における主なご意見

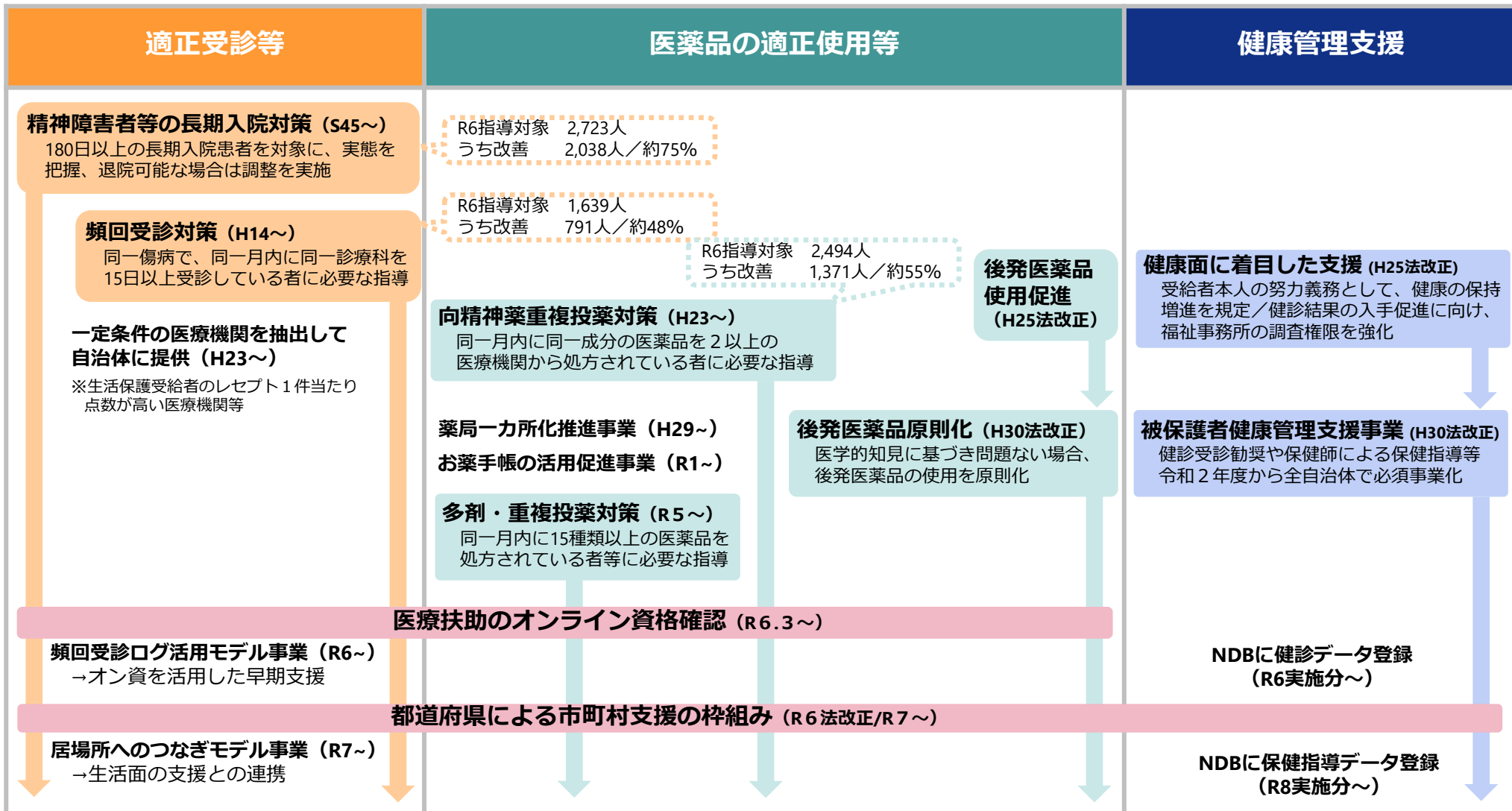
### 前回（5/15）にいただいたご意見（医薬品の適正使用・適正受診等関連）

- 医療扶助の適正化を進めるに当たっては、例えば医療行為の妥当性の解釈等が必要になってくる。専門職として、例えば嘱託医など医師の関わりが必要。
- お薬手帳の持参について、個人の行動に責任が乗っかるような仕組み一辺倒にするのではなく、例えば福祉事務所が被保護者の方々が持っていきやすいようなものを作ってお渡しするような方法などモデル事例を共有すること、また、現場の活用状況についてモニタリングしていくことが重要。
- 令和7年度末に発出された通知について、自治体と医療機関・薬局との関係性を密にする必要。通知発出以降、ある市とある地域の薬剤師会では早速会合を持った、対応方法について継続的に協議を続けることになったという事例も耳にしている。このような地域における関係性強化に向け、国からも自治体に向けて周知を継続していただきたい。
- 多剤投薬対策について、レセプト管理システムで「6種類以上」を検索できるのかを調べてみたが、やり方が分からない部分があった。今後、レセプト管理システムの抽出機能も見直しを検討していくと聞いているが、併せてマニュアル等の整理など、各福祉事務所で対応できるように取組を進めてほしい。
- レセプト管理システムの機能強化に関し、対象者抽出については、多過ぎても少な過ぎてもよくない。抽出機能について、例えば重複投薬や頻回受診、あるいは糖尿病などの重症化予防のリスクがあるといった取り組む課題・目的の種類が容易に判別できるような機能。複数医療機関を受診している者の抽出や、例えば向精神薬など特定の薬剤が重複投薬されている者の抽出。処方日数や受診間隔も非常に重要なファクター。

# 参考資料

## (医療扶助関係)

# 適正受診・医薬品の適正使用・健康管理支援の取組



**長期入院▲約24%**  
約6.2万人→約4.7万人

**頻回受診▲約53%**  
約1.7万人→約0.8万人

**向精神薬重複▲約30%**  
約0.7万人→約0.4万人

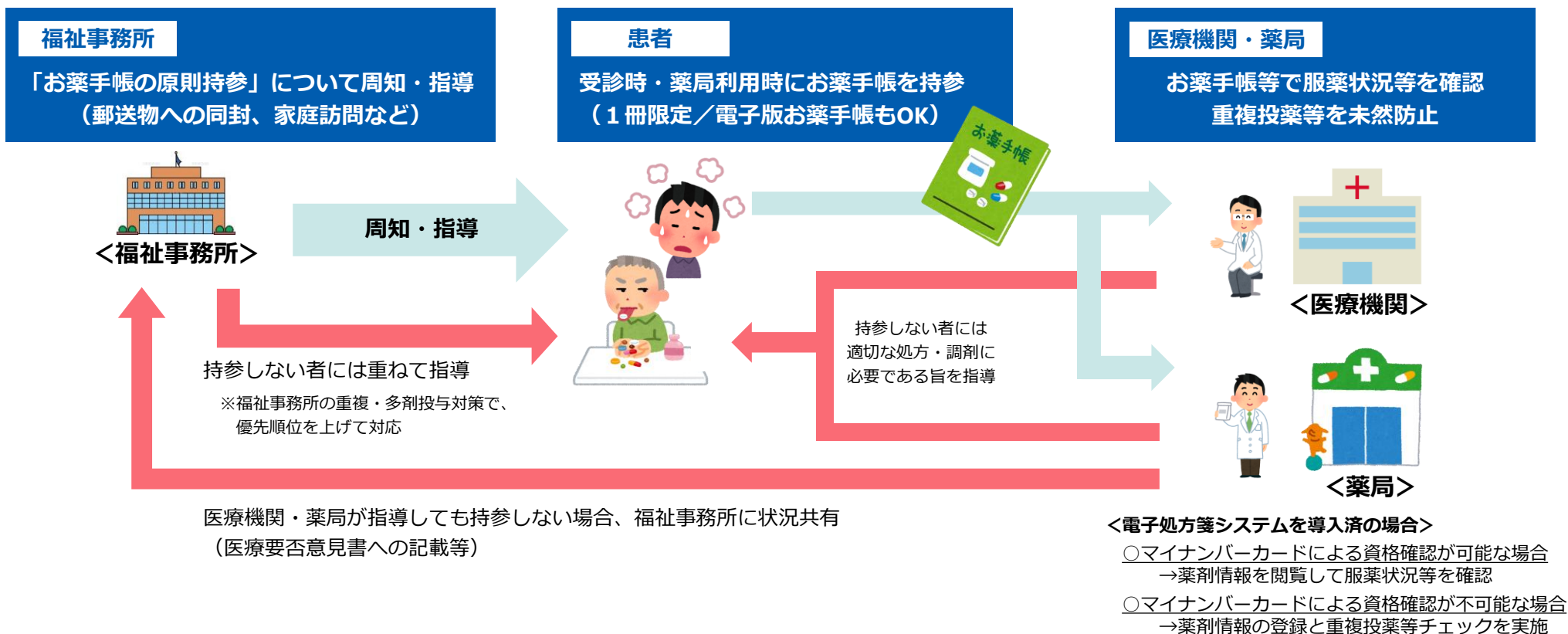
**後発使用+12.1%**  
約77.6%→約89.7%

※H25実績→R6実績

※医療全体では85.0%

# 医療現場における医薬品の適正使用に向けた対応の強化

- 生活保護受給者の高齢化が進行。全年齢層でも、他制度と比べ、外来受診者の薬剤数が多く、重複投薬の割合も高い傾向。
- 薬物有害事象のリスク低減と医療扶助の適正化の観点から、医療現場において、重複投薬や併用禁忌の薬剤投与の防止等に向けて適切に対応されるよう取組を進める。
  - 生活保護受給者について、医療機関の受診時と薬局の利用時に、お薬手帳（1冊限定）を持参することを原則とする。
  - 医療機関・薬局について、これまでも、診察時・調剤時には、患者の服薬状況等を確認しなければならないこととしているところ、医療扶助の給付に当たっては、お薬手帳等を活用して当該確認を行うこととする。

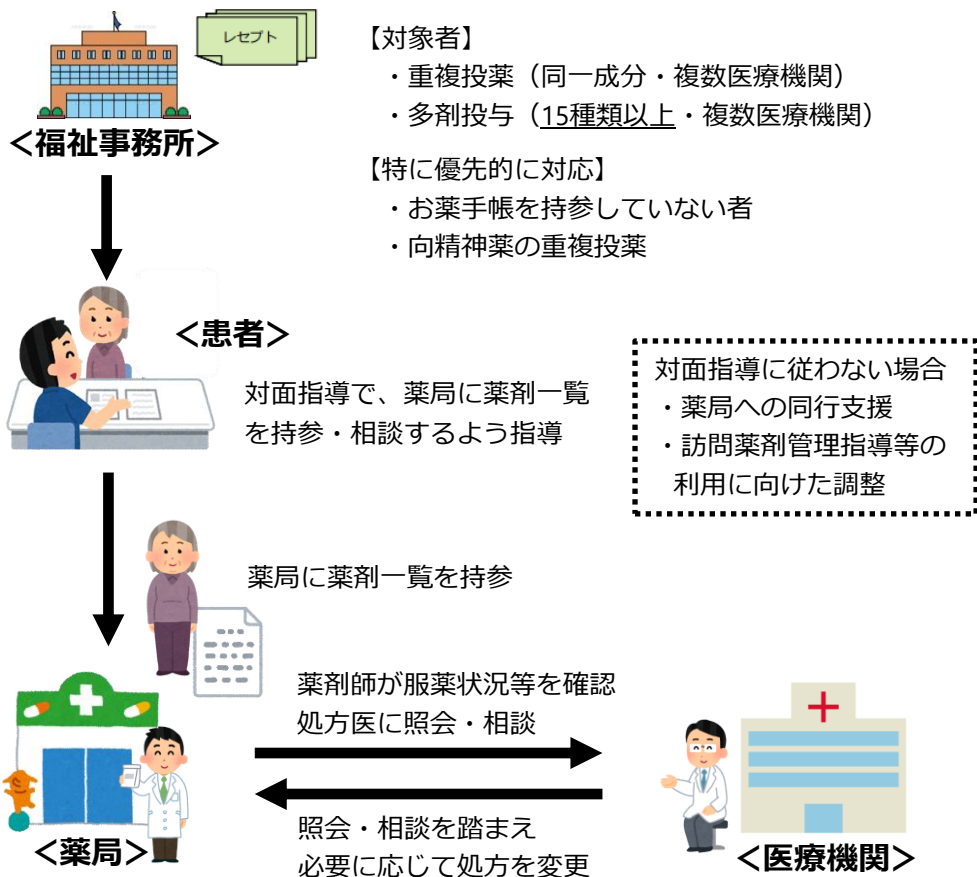


\* 将来的には、「電子処方箋管理サービス」を活用した服薬状況の確認を主たる取扱いとすることを目指す。  
(現状、医療機関等における医療扶助オンライン資格確認の導入率は約60%、生活保護受給者におけるマイナンバーカードの利用登録率は約40%)

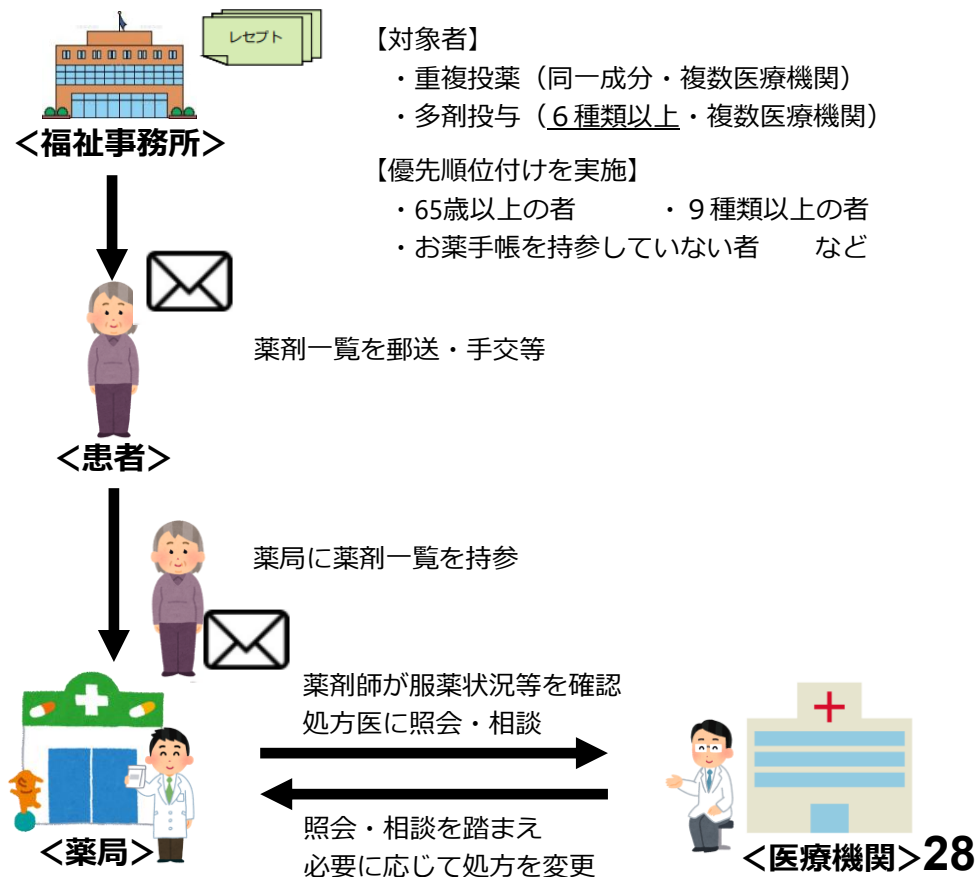
# 福祉事務所による重複・多剤投与対策の強化

- 医療現場の取組と併せて、福祉事務所において、特に薬物有害事象のリスクが高い「重複・多剤投与者」を確認し、薬剤師等の専門職による対応につないでいくことも重要。福祉事務所の実施体制を踏まえ、リスクに応じた段階的なアプローチを実施。
  - 重複・多剤投与の該当者に「薬剤一覧（服薬情報）」を提供、薬局利用時に薬剤一覧を持参、薬局において専門的な対応を実施
  - 特にリスクが高い者（15剤以上・複数医療機関・お薬手帳持参無しなど）は、対面で薬剤一覧を手交・指導するなど重点的に対応

## 重点的な対応（特にリスクが高い者を対象）



## 文書を活用した対応（一定のリスクがある者を対象）

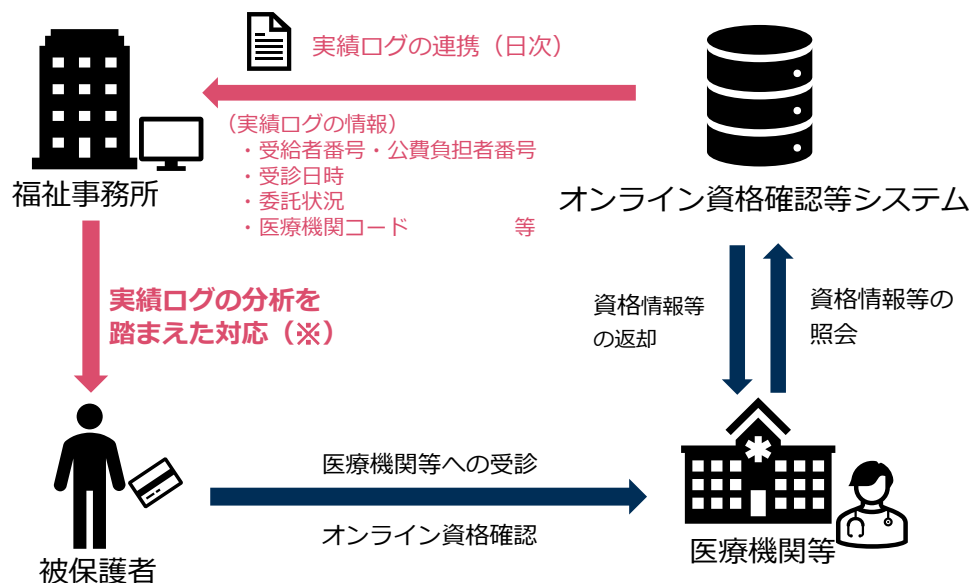


# 頻回受診等に係る効果的・効率的な対策

- 頻回受診対策等の取組に関しては、長期にわたる対策を通じて効果が発現。指導対象者の減少や、効果的な対策に向けた課題（受診行動の習慣化、孤独・孤立等の背景要因等）を踏まえ、より効果的・効率的な対策を講じていく必要。
- このため、①オンライン資格確認の実績ログ機能を活用した適正受診指導を進めるとともに、②福祉事務所の状況に応じた取組の重点化（一定の取組の停止・中断）を可能とする。

## ①医療扶助のオンライン資格確認を活用した適正受診指導

- 福祉事務所において、オンライン資格確認の実績ログを集計・分析（資格確認を実施した患者、医療機関、日時を把握可能）
- 把握した結果を踏まえ、以下の対応を実施
  - 未委託で受診している者への早期の指導
  - 頻回受診の傾向のある者（同一月内で15日以上資格確認）に対する早期の状況確認とその結果に応じた対応 等



## ②福祉事務所の状況に応じた取組の重点化

### 取組の停止・中断

- オンライン資格確認（実績ログ機能）を活用した取組を実施する福祉事務所は、**頻回受診指導の停止を可能とする。**
  - 一定の福祉事務所（※）は、**頻回受診指導等の中断を可能とする。**
- （※）指導対象者がいない、又は、新たな把握対象者がいない福祉事務所  
・ 他の適正受診に資する取組に重点化する福祉事務所 等

### 停止・中断中の取組

- 年一回、**レセプト抽出により対象者（指導候補者）の数を把握**

### 中断した取組の再開

- 年一回のレセプト抽出において、**対象者数に一定（※）の増加**が認められる場合には、取組を再開する
- （※）中断した際よりも、対象者が「5人」増加している場合、又は、被保護者数に対する対象者数の割合が2割増加している場合

## 中断を可能とする取組

### 頻回受診者に対する適正受診指導

「頻回受診者に対する適正受診指導について」（平成14年3月22日付社援発第0322001号厚生労働省社会・援護局保護課長通知）

### 長期入院患者の実態把握

「医療扶助における長期入院患者の実態把握について」（昭和45年4月1日付社保第72号厚生省社会局保護課長通知）

### 頻回転院患者の実態把握

「医療扶助における転院を行う場合の対応及び頻回転院者の実態把握について」（平成26年8月20日付社援発第0820第1号厚生労働省社会・援護局保護課長通知）

## 5. 制度の信頼性の確保

### (2) 生活保護の医療扶助費の適正化

#### (頻回受診対策)

- なお、不適切な頻回受診を抑制するため窓口負担を求めるべきという考え方については、子どもを対象外としたり、過度な負担にならないような上限額を設けたりするなどの工夫により実現可能という意見もあったものの、最低生活保障との両立が難しくなるという懸念や、必要な医療の受診まで抑制され、むしろ長期的には医療費が増えるという懸念、仕組みによっては医療機関の未収金やケースワーカーの事務負担の増加につながるといった懸念もあることから、反対する意見が多数であった。

# 地方自治法第99条の規定に基づく意見書（一例）

令和8年3月27日可決

## 生活保護における医療扶助制度の適正化に関する意見書

衆議院議長 参議院議長  
内閣総理大臣 総務大臣  
厚生労働大臣

各あて

生活保護制度は、憲法第25条に基づき、生活に困窮する国民に対して最低限度の生活を保障する最後のセーフティネットとして、極めて重要な役割を果たしている。

しかしながら、近年は生活保護受給者の高齢化に加え、社会的孤立や就労環境の変化などを背景として、うつ病や不安障害などの精神疾患による通院医療の需要が増加しており、自立支援医療（精神通院医療）の利用者数も増加している。

こうした精神医療の長期的な通院治療の増加は、生活保護申請の増加要因の一つとなっていると指摘されているが、これは適切な早期治療や社会復帰支援が十分に機能していないことの裏返しでもあり、単なるコスト抑制の観点のみならず、回復と自立を促す体系的な支援の構築が急務となっている。

また海外に目を向けると、低所得者向け医療制度においても制度の持続可能性と公平性を確保する観点から、一定の自己負担や受診管理制度を設けている例が多く見られる。我が国においても、低所得層の一般世帯が保険料や窓口負担を抱えながら生活している現状（逆転現象）を鑑みれば、制度に対する国民の信頼と公平性を維持することは不可欠である。

生活保護制度は国の法定受託事務であり、自治体が独自に給付基準を定めることはできないが、制度の持続可能性と公平性を確保する観点から、医療扶助制度の在り方について改めて検討する必要がある。

よって国におかれては、次の事項について検討を行うよう強く要望する。

記

1. 生活保護における医療扶助について、診療ガイドライン等に基づく標準的医療の徹底及びマイナナンバーカードの活用によるリアルタイムな重複受診、多剤投与の抑制など、効果的かつ効率的な医療費の適正化に向けた制度の整備を進めること。
2. 制度の持続可能性及び公平性の観点から、徴収コストや受診抑制による重症化リスクを十分に精査したうえで、生活保護における医療費の一部自己負担の導入や負担後に運付する制度など適切な負担の在り方について検討すること。
3. 精神疾患を抱える受給者等に対し医療扶助による治療のみならず、専門的カウンセリングや就労支援、居場所づくり等の福祉的支援を一体的に提供できる体制を強化し、医療への依存を防ぎ、早期の社会復帰を後押しする実効性ある施策を講ずること。

以上、地方自治法第99条の規定により意見書を提出する。

# 医療扶助の訪問看護に係る個別指導

- 近年、医療扶助の訪問看護について、レセプト1件当たり請求額が大幅に増加。適切に提供されていない訪問看護に対して対策を講じていくことが必要。
- 令和7年度末に、指導権限を有する都道府県等に対し、個別指導の対象医療機関を選定する際の参考資料として、レセプトの分析結果（1件当たり点数が高い訪問看護ST等）を提供【令和8年3月31日付け】。また、先行して個別指導を実施している自治体へのヒアリング等を参考に、個別指導に当たっての留意点を整理・周知【令和8年6月11日付け】。

## ① レセプトの分析結果の提供

- 厚生労働省では、社会保険診療報酬支払基金に診療報酬請求データの分析を依頼。個別指導の対象医療機関等を選定する際の参考資料として、当該分析結果を都道府県等に提供。
- 令和7年度末の配布分から「訪問看護」のデータを追加。

### 【都道府県等への提供データ】

- (1) 生活保護受給者のレセプト件数が多い訪看ST
- (2) 生活保護受給者のレセプト合計点数が高い訪看ST
- (3) 生活保護受給者のレセプト1件当たりの点数が高い訪看ST
- (4) 生活保護受給者以外の訪問日数に比べて生活保護受給者の訪問日数が多い訪看ST
- (5) 全体の請求件数に比べて生活保護受給者の件数割合が高い訪看ST
- (6) 生活保護受給者以外の請求点数に比べて生活保護受給者のレセプト1件当たりの点数が高い訪看ST
- (7) 生活保護受給者の居住地からみて県外利用が多い訪看ST

※ (4) (5) (6)の「生活保護受給者以外」は、支払基金が審査・支払を実施している被用者保険の被保険者であることに注意が必要。

## ② 個別指導に当たっての留意点の整理・周知（事務連絡）

- 先行自治体の取組状況を踏まえ、実施に当たり参考とし得る点を周知。

### 1. 個別指導対象の選定

- ・ レセプト1件当たりの金額が高い訪看STや、レセプト上の訪問回数や加算状況に疑義（夜間・早朝訪問看護加算や深夜訪問看護加算が毎日算定されているなど）がある訪看ST

### 2. 個別指導当日までの準備等

- ・ 福祉事務所との連携（訪問看護要否意見書、レセプト等）
- ・ 関係者への聞き取り（医師、ケースワーカー等への聞き取り）
- ・ 訪看STへの資料提出要請

### 3. 個別指導当日の対応

- ・ 実施体制について、医系職員（医師、看護師・保健師等）を含めた体制が効果的であるものの、必須とはしておらず、各都道府県等の人的体制等に応じて検討。

※ 上記のほか、医療保険分野において訪看ST指導時の確認事項等を整理した通知・事務連絡を紹介。

※ 今後も、各都道府県等における個別指導の実施状況をフォローアップし、本事務連絡の内容の見直しを検討。

## 参考資料

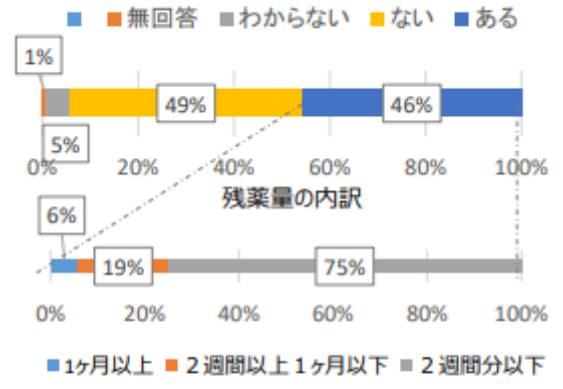
(診療報酬における対応等：医薬品の適正使用関係等)

# 残薬に対する患者意識

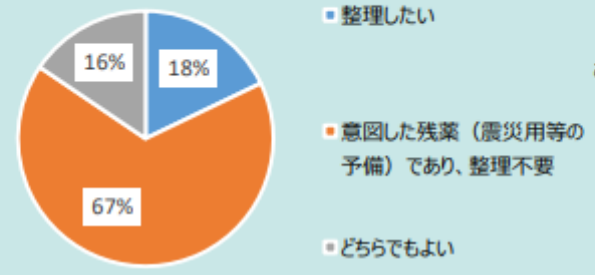
残薬関係の参考資料（中医協資料）  
※生活保護受給者を対象とした調査ではない

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

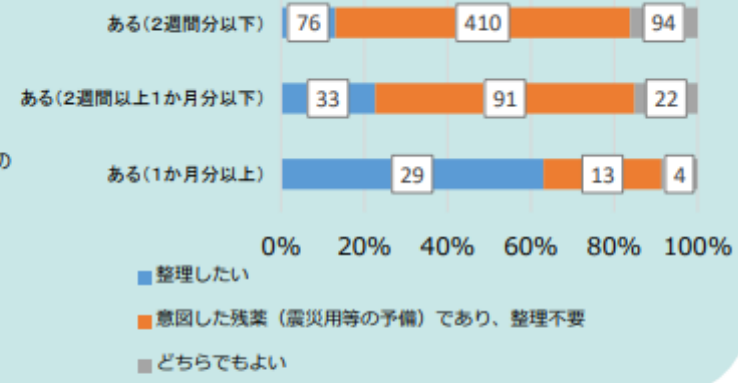
■ 自宅における残薬の有無(n=1690)



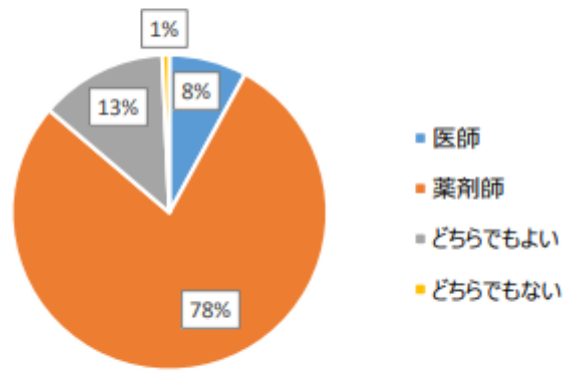
■ 残薬の整理への意識 n=772



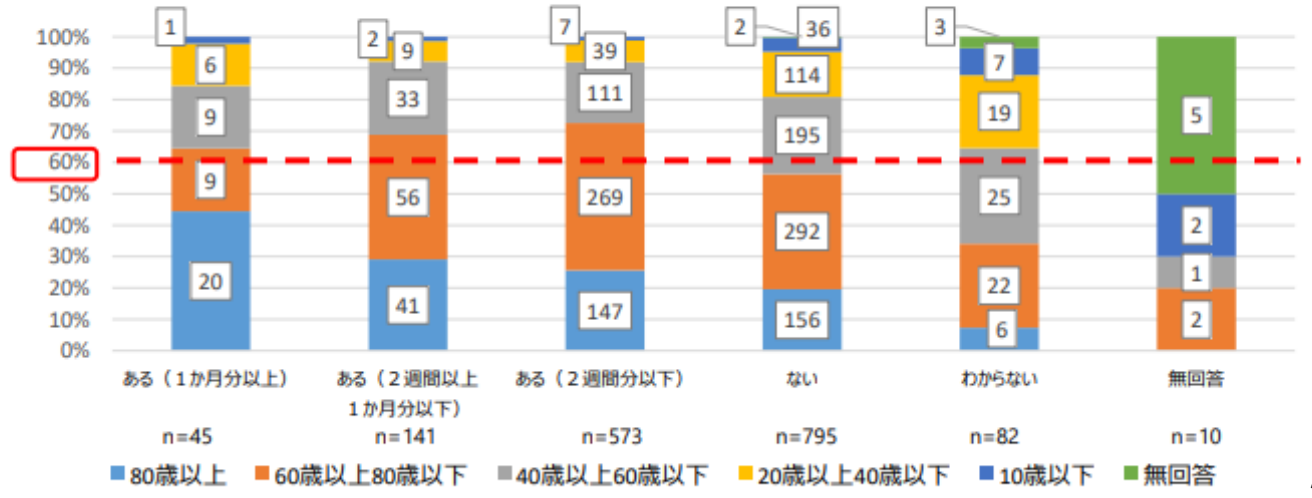
■ 残薬の量と整理への意識 n=772



■ 患者が残薬の相談をしやすい相手 n=138



■ 残薬量別年齢層



出典：令和7年度薬局および医療機関における薬剤師の業務実態調査（患者票）

# 残薬対策の現状

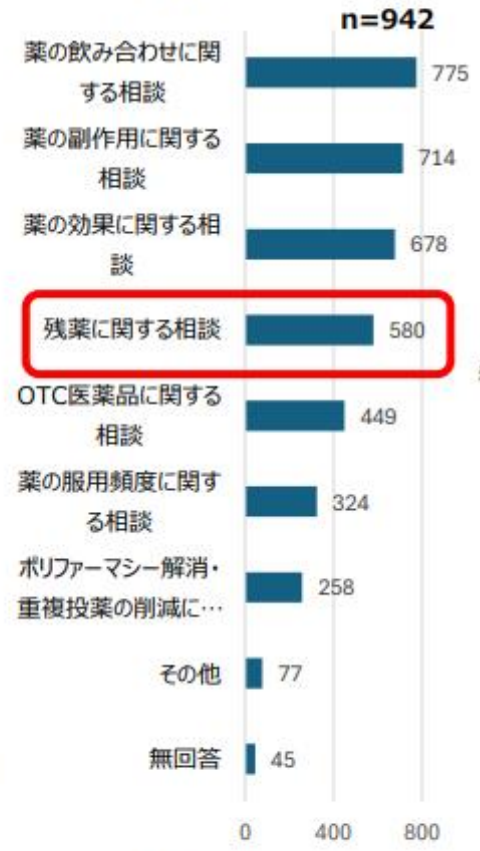
残薬関係の参考資料（中医協資料）  
※生活保護受給者を対象とした調査ではない

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

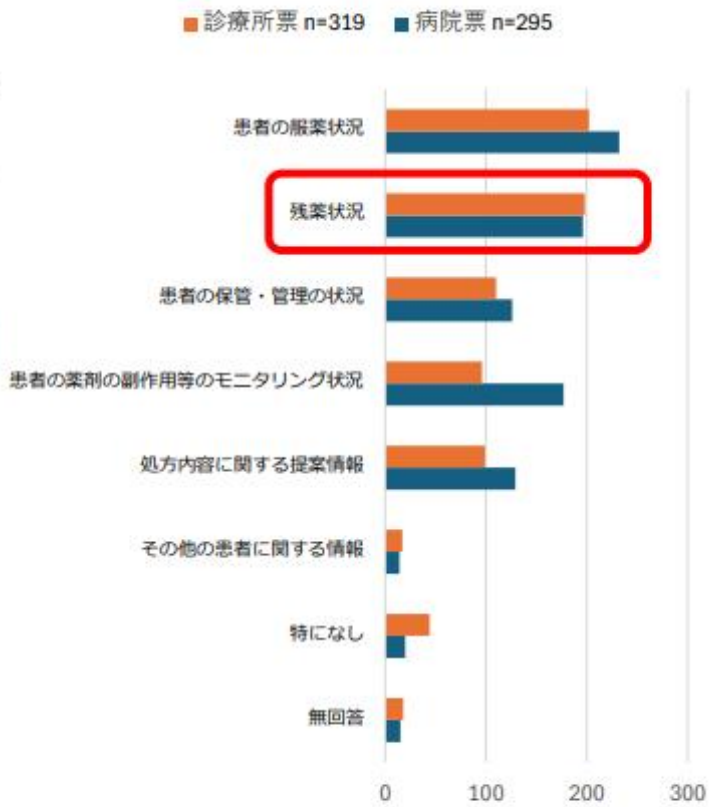
■ 残薬に対応するきっかけ（上位3つを選択） n=1074



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



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

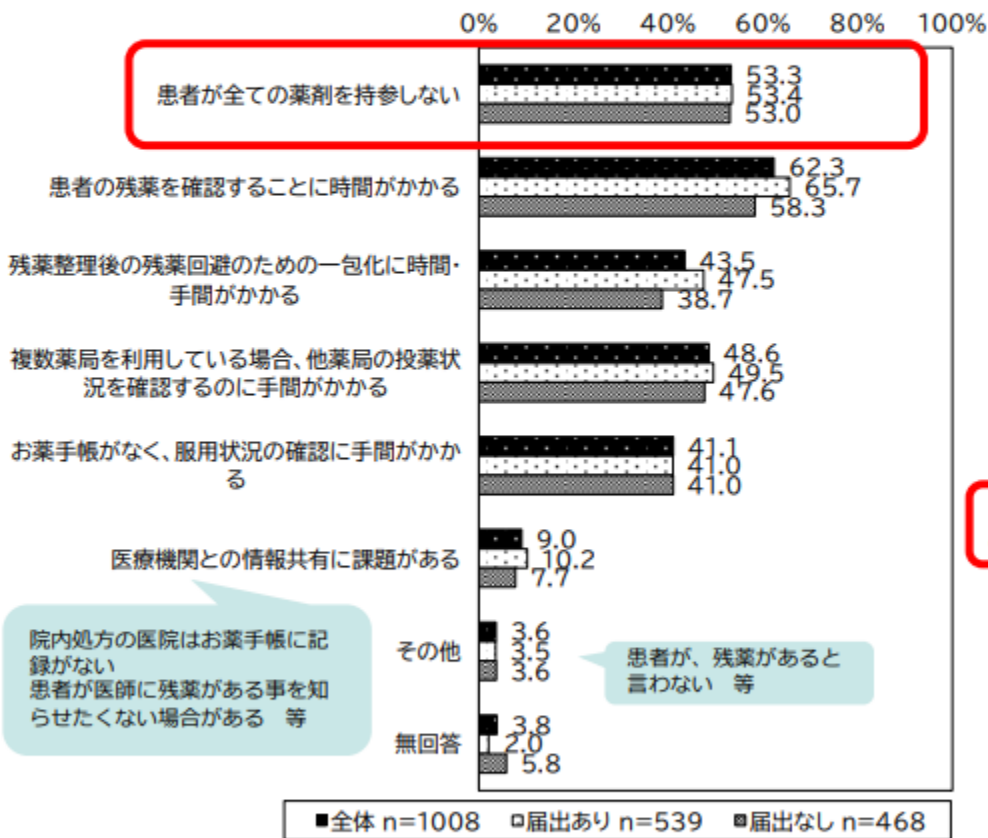


出典：平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成31年調査）

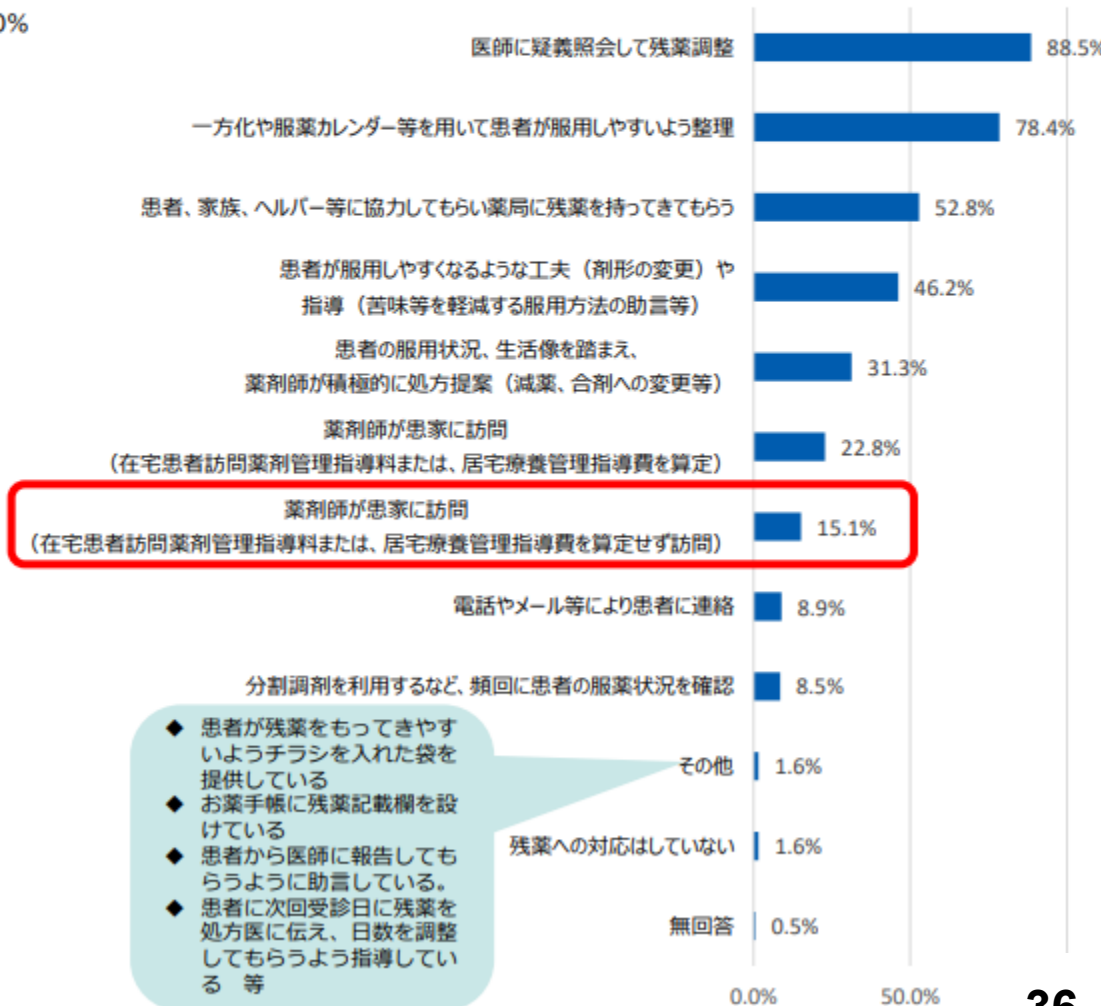
令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和7年度調査）

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

## ■ 残薬調整での問題点（複数回答）（地域支援体制加算の届出有無別）



## ■ 残薬解消のためにやっている具体的な取組（複数回答可） n=1097



# 残薬対策に関する主な改定項目

## 処方時の対応

### ● 処方時の残薬確認

- ・在宅医療等においては、患家での残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを求める。

### ● 処方箋様式の見直し

- ・処方箋様式に指示欄を設け、予め医師が指示していれば、「**調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関に情報提供する**」ことを可能とする。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応

- 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
- 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供**

## 調剤時の対応

### ● 薬局による残薬の確認と調整の評価

- ・調剤報酬に、残薬を発見して調剤する薬剤を減量したときの評価 **(新) 調剤時残薬調整加算**を新設

## 在宅訪問時の対応

### ● 訪問看護の情報連携推進（訪問看護の運営基準での明確化）

- ・指定訪問看護の提供に当たり、**服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認**も含めて利用状況等の把握を行う必要があることを規定する。
- ・服薬状況については、**薬局への情報提供**を行うことが望ましいことを規定する。

### ● かかりつけ薬剤師による残薬の確認

- ・かかりつけ薬剤師の患家への訪問による服薬管理、残薬状況の確認等の推進を行うため、**(新)かかりつけ薬剤師訪問加算**を新設

# 薬剤給付の適正化の観点からのこれまでの対応

## H24年度診療報酬改定

### ○ 単なる栄養補給目的でのビタミン剤の投与

ビタミン剤については、① 当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、② 必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、③ 医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

## H26年度診療報酬改定

### ○ 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

## H28年度診療報酬改定/R4年度診療報酬改定

### ○ 外来患者について、**1処方につき計63枚※を超えて投薬する湿布薬** ※H28年度診療報酬改定において70枚、R4年度診療報酬改定において63枚に改定

- ① 外来患者に対して、1処方につき計63枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
- ② 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量その他1日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

## H30年度診療報酬改定

### ○ 疾病の改善の目的外での血行促進・皮膚保湿剤の処方

入院中の患者以外の患者に対して、血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）を処方された場合で、疾病の治療を目的としたものであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

## R8年度診療報酬改定

### ○ 外来患者について、**栄養保持を目的とした医薬品**

外来患者に対して、栄養補給を目的とした医薬品を投薬する場合は、当該栄養保持を目的とした医薬品に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。ただし、①手術後の患者である場合はその旨、②経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨、③必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

## 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

### 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

- 保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の要件を以下の通り見直す。

入院中の患者以外の患者に対して、薬効分類がたん白アミノ酸製剤に分類される医薬品のうち、効能又は効果が「一般に、手術後患者の栄養保持」であるものであって、用法及び用量に経口投与が含まれる栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合については、

- 手術後の患者である場合は**その旨**
- 経管により栄養補給を行っている患者である場合は**その旨**
- 必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合は**その理由**

を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで保険給付の対象とする。

#### 現行

【第5部 投薬】  
通則  
1～5 (略)  
(新設)



#### 改定後

【第5部 投薬】  
通則  
1～5 (略)  
**6** 入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

栄養保持を目的とした医薬品（令和8年3月現在）

- |             |                 |               |
|-------------|-----------------|---------------|
| ・イノラス配合経腸用液 | ・エネーボ配合経腸用液     | ・エンシュア・H      |
| ・エンシュア・リキッド | ・ツインラインNF配合経腸用液 | ・ラコールNF配合経腸用液 |

# 一部保険外療養の創設

## 趣旨・概要

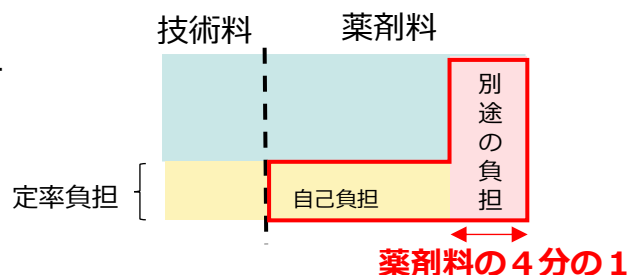
- ①医療用医薬品の給付を受ける患者とOTC医薬品で対応している患者との公平性の確保  
②現役世代を中心とする保険料負担上昇の抑制の観点から行うもの。
- OTC医薬品（要指導医薬品又は一般用医薬品）との代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑みその要する費用のうち一部を保険給付の対象としないものとする療養として厚生労働大臣が定めるもの（「一部保険外療養」という。）を創設。（令和9年3月施行を想定）

## ○ 別途の負担の対象となる医薬品の範囲・別途の負担の設定

**対象医薬品の範囲：**77成分（約1,100品目）

主な対応症状は、鼻炎、胃痛・胸やけ、便秘、解熱・痛み止め、風邪症状全般、腰痛・肩こり、みずむし、口内炎、皮膚のかゆみ・乾燥肌 等。

**別途の負担：**対象薬剤の薬剤費の1/4



## ○ 配慮が必要な者

こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討。

※上記の事項については、告示事項。

※選定療養に係る「特別の料金」には別途消費税がかかっている。

※上記の事項に係る厚生労働大臣の定めのある在り方等について検討し、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする検討規定を法附則で規定。

# 薬剤の使用状況を把握する取組（おくすり問診票：国立長寿医療研究センター）

- 国立長寿医療研究センターでは、副作用やくすりの飲み方など、薬に関するトラブルを入院時に確認。
- くすりの使用状況を簡単に把握できるよう、患者さん自身やご家族が回答できるように作られている。

記入日： 年 月 日

**おくすり問診票**

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 ) 性別 \_\_\_\_\_

わかる範囲でお答えください。

問診票の記入について教えてください →  本人  家族  その他介護者( )

- 過去に副作用を経験したことがありますか？  
 なし  あり( )
- アレルギー歴はありますか？  
 なし  あり( )
- 一般用医薬品・サプリメント・健康食品を使用していますか？  
 なし  あり(商品名: \_\_\_\_\_)
- おくすりはだれが管理していますか？  
 自分  自分と家族等  家族等  施設  その他( )
- おくすりを使用するときに介助が必要ですか？  
 いいえ  はい(  一部介助が必要  すべて介助が必要 ) **はいの場合** → 介助が必要な内服薬  外用薬  注射薬 (複数回答可)
- おくすりの管理方法について工夫していることはありますか？(複数回答可)  
 1包化  おくすりBOXやカレンダー  その他( )  なし
- おくすりについて困っていることはありますか？(複数回答可)  
 くすりの飲み忘れ  くすりが見えない  くすりの説明が聞き取れない  
 くすりを取り出しづらい  くすりが飲み込みにくい  
 その他( )  なし
- おくすりを飲むときに工夫をしていますか？  
 なし  あり(  粉碎  ゼリーやとろみ水で服用  オブラート  経管投与 )
- おくすりに関する調整などを希望されますか？(複数回答可)  
 いいえ  はい **はいの場合** →  くすりが多いから減らしたい  飲む回数を減らしたい  
 飲みにくい調整してほしい  管理方法を工夫してほしい  
 くすりの説明してほしい  副作用かどうか相談したい

裏面もあります

## くすりの副作用チェック

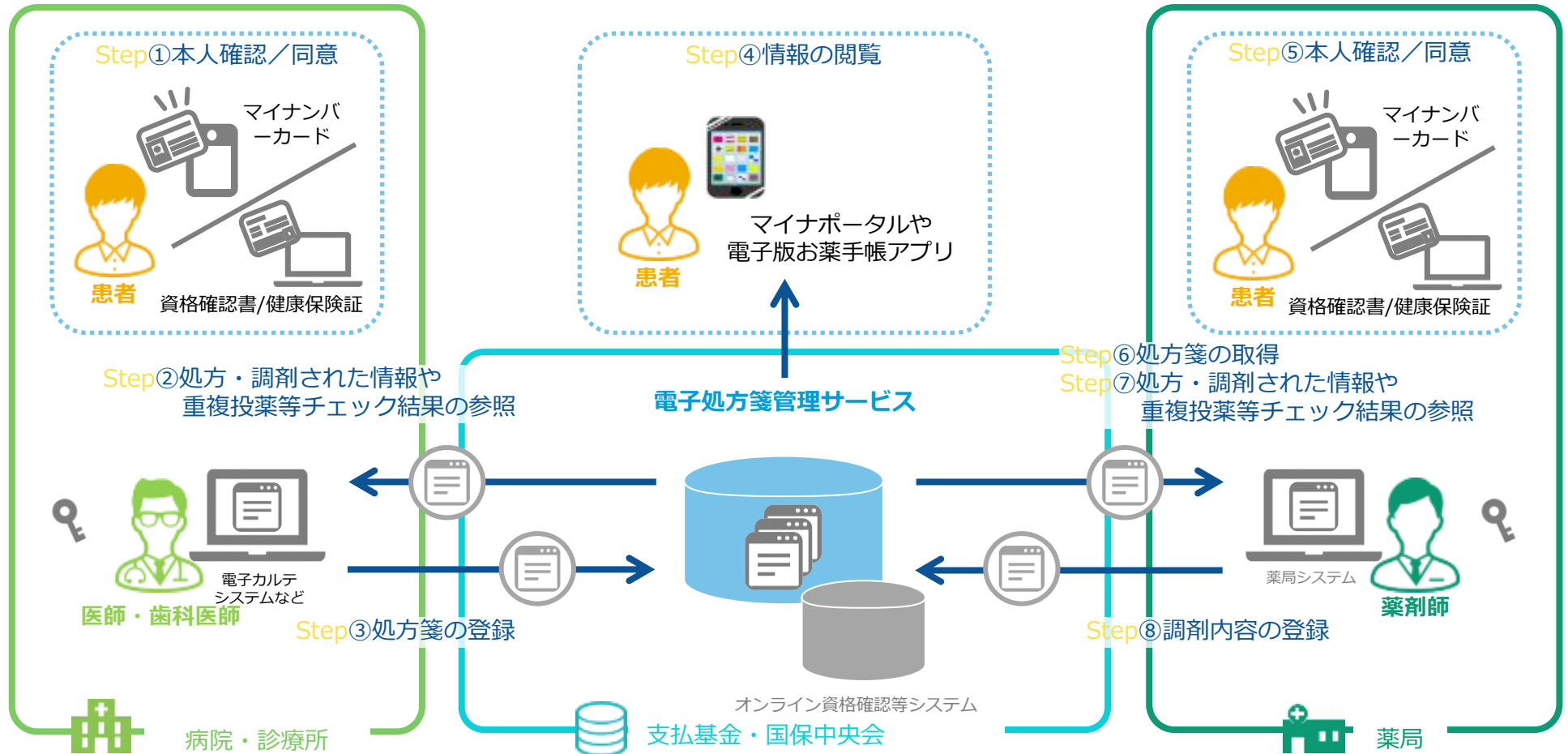
下記の症状が直近1ヶ月以内であるかどうかお答えください。  
 なお、本人に聞き取り・確認することができない場合は下記にチェックを入れてください。  
 本人に聞き取り・確認することができない。

- 日中の眠気が続くことがありますか？  
 いいえ  はい  
 1日の睡眠時間 \_\_\_\_\_ 時間
- この2週間で、わけもなく疲れたような感じがありますか？  
 いいえ  はい
- 周りの人から「いつも同じことを聞く」などのもの忘れがあるとされますか？  
 いいえ  はい
- 食欲が低下したと感じますか？  
 いいえ  はい
- ふらつきやめまいを感じることはありますか？  
 いいえ  はい  
 目が回る感じ  フワフワ・ユラユラしているような感じ
- 過去6カ月で転倒したことがありますか？  
 いいえ  はい
- 排尿に関して困難を感じますか？  
 いいえ  はい  
 1日の排尿回数 合計 \_\_\_\_\_ 回  
 (日中 \_\_\_\_\_ 回 夜 \_\_\_\_\_ 回)
- 排便に関して困難を感じますか？  
 いいえ  はい  
 排便回数 \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ 回
- 口の渇きが気になりますか？  
 いいえ  はい
- お茶や汁物等でむせることがありますか？  
 いいえ  はい

ご回答ありがとうございました

# 電子処方箋について

電子処方箋とは、オンライン資格確認等システムを拡張し、現在紙で行われている処方箋の運用を、電子で実施する仕組み。オンライン資格確認等システムで閲覧できる情報を拡充し、患者が直近処方や調剤をされた内容の閲覧や、当該データを活用した重複投薬等チェックの結果確認が可能に。(令和5年(2023年)1月～運用開始)



# 現在の施策報告について

## 電子処方箋管理サービスにおける重複投薬等チェックを踏まえた対応について（1/2）

- 重複投薬等チェックに関して、医療機関、薬局から重複投薬アラートが多数発生の方がいるとの問合せが複数あり、照会を受けて社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会において調査を行ったところ、以下のような事例があった。
- 他方、事例にある薬剤を含め、一部医薬品の重複投薬等チェック前と調剤結果後の薬剤数を機械的に比較した結果、マクロとしては重複投薬等チェックによる薬剤数の減少が確認された。

### 問い合わせ

### 登録されていた調剤情報（調査時から直近100日の範囲で調査）

事例A	<p><b>【対象薬剤】</b> マイスリー錠10mg</p> <p><b>【問合せ内容】</b> 「同一投与経路で成分が重複しています。」のメッセージが数十個、出ている。システム上障害は発生していないか。</p>	<p><b>【調剤情報】</b> ※調査時から直近100日の範囲で調査 マイスリー錠10mg 2,157錠</p> <p>それぞれ異なる薬局29施設から、延べ81回調剤結果登録</p>
事例B	<p><b>【対象薬剤】</b> ゾルピデム酒石酸塩錠10mg</p> <p><b>【問合せ内容】</b> 成分重複に関する同じ警告が多数表示されているが、システム上でエラーは発生していないか。</p>	<p><b>【調剤情報】</b> ゾルピデム酒石酸塩錠10mg 1,430錠 マイスリー錠10mg 120錠</p> <p>それぞれ異なる薬局24施設から、延べ54回調剤結果登録 問い合わせのあったゾルピデム以外にも多量の向精神薬の調剤結果が登録されていた</p>
事例C	<p><b>【対象薬剤】</b> エチゾラム0.5mg</p> <p><b>【問合せ内容】</b> 重複投薬等チェックをしたところ、データが多数表示された。アラートも多数出ているが、システムのエラーではないか。</p>	<p><b>【調剤情報】</b> エチゾラム錠0.5mg 3,494錠 ゾルピデム酒石酸塩錠10mg 4,108錠 マイスリー錠10mg 870錠 デパス錠0.5mg 300錠</p> <p>それぞれ異なる薬局52施設から、延べ157回調剤結果登録 問い合わせのあったエチゾラム以外にも多量の向精神薬の調剤結果が登録されていた</p>

# 現在の施策報告について 電子処方箋管理サービスにおける重複投薬等チェックを踏まえた対応について（2/2）

第5回電子処方箋推進会議（令和7年9月29日開催）において、電子処方箋管理サービスにおける重複投薬等チェックによるアラートが多数確認された事例が示されたところ、医薬品の適正使用の観点から、電子処方箋を活用する薬局及び薬剤師における対応について、以下のとおり整理（令和7年12月19日発出通知概要）。

① 重複投薬等チェックのアラートが確認された場合、**基本的には、その数によらず、正常に機能した結果として扱い、調剤にあたること。**

② マイナ保険証等によりオンライン資格確認を行う際には、医薬品の処方内容が適切であるか確認し、重複投薬等防止のメリットを患者に説明の上、**過去の薬剤情報等の閲覧の同意を取得するよう努めること。** ※閲覧同意が取得できず、重複投薬等アラートが確認された場合には、**口頭等での同意の取得に努める。**

③ 薬局において、電子処方箋管理サービスにおける重複投薬等アラートが確認され、処方箋中に疑わしい点があると判断した場合には、**疑義照会を行い、必要に応じて処方内容の変更を求めること。疑義照会以降の対応に関して以下を参考にいただきたい。**

## － 過去の薬剤情報の閲覧の同意（口頭等による同意を含む）を得ている場合 －

疑義照会を行ったが、処方変更がなされなかった場合であって、重複投薬等アラートが検知された過去の薬剤名、処方・調剤日、用法・用量、回数等を踏まえ、**なお薬学的知識により全く疑わしいと客観的に判断され得るものについて、調剤を拒否する正当な理由として認められる。**（薬剤師法第21条）

## － 過去の薬剤情報等の閲覧の同意が得られない場合 －

疑義照会を行ったが処方変更がなされなかった場合において、調剤された薬剤を使用しようとする者に他の薬剤等の使用状況等の必要事項を確認し、その上で必要な情報提供及び薬学的知見に基づく指導を実施した際に、**薬剤師が薬剤の適正な使用の確保ができないと判断した場合、薬局開設者が薬剤の販売・授与をしないことが認められる。**（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第9条の4第1項から第3項）

## － 処方箋を発行した医師又は歯科医師に連絡がつかず、疑義照会ができない場合 －

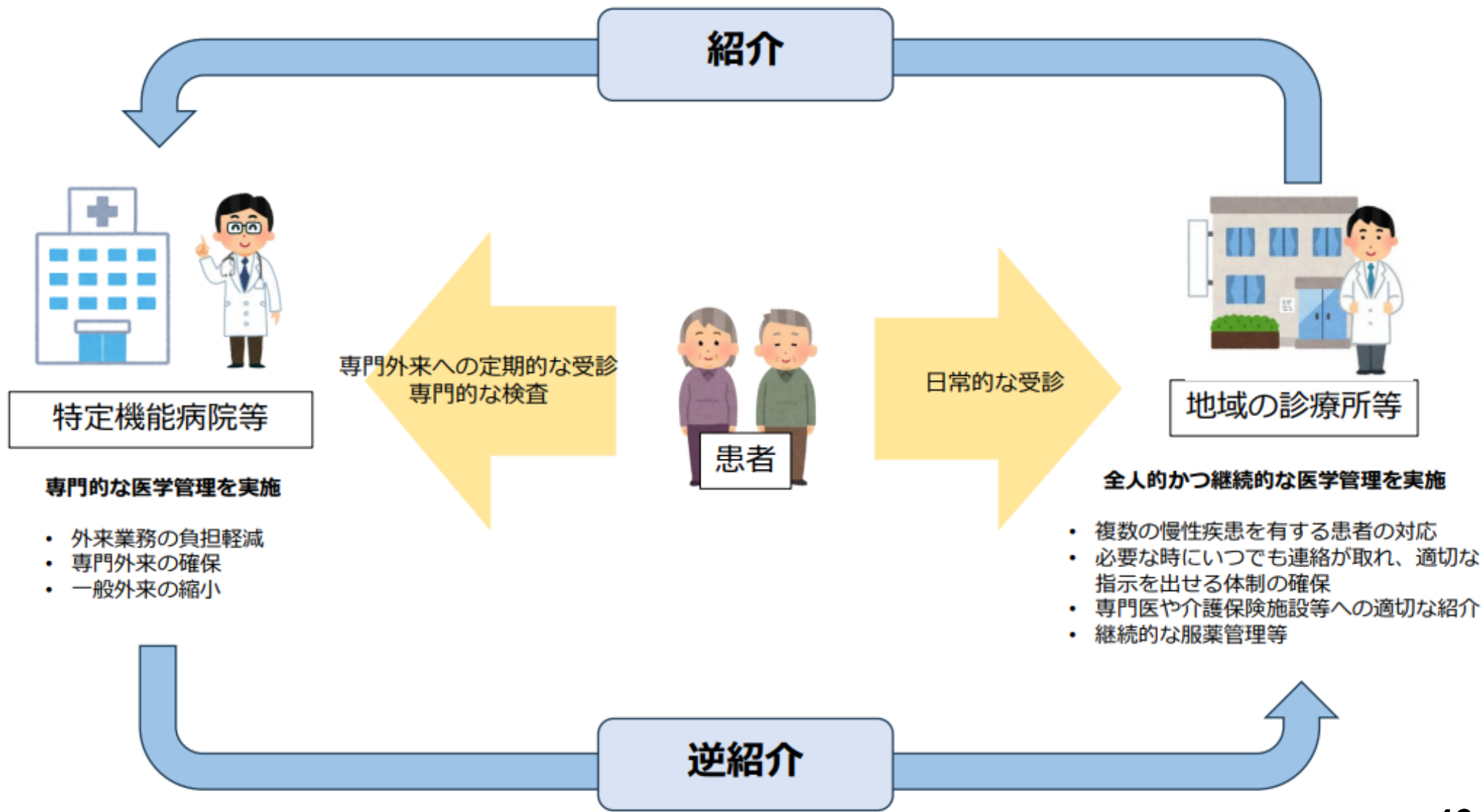
処方箋中に疑わしい点があるときは、その処方箋を交付した医師等に問い合わせ、**その疑わしい点を確認した後でなければ調剤してはならないこと。また、調剤を拒否する正当な理由として認められること。**（薬剤師法第21条、第24条）ただし、薬局の近隣の患者の場合は処方箋を預かり、時間をおいてから疑義照会して調剤すること。

※「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」及び「指定医療機関医療担当規程」に反するものではない。

## 参考資料

(診療報酬における対応等：適正受診関係等)

## 外来医療の機能分化のイメージ



# 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

### 現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
- ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）

※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円



### 見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
- ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**

※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円



定額負担 <b>7,000円</b>	
医療保険から支給 (選定療養費) <b>5,600円</b> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <b>2,400円</b> (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用**。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

## 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

## 現行制度

## 【対象患者】

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
  - ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者
- ※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。
- ※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

## 《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

## 見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

## 【初診の場合】

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

## 【再診の場合】

- ①—自施設の他の診療科を受診している患者
- ②—医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③—特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥—地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦—治験協力者である患者
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度**における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため、要件から削除。

# かかりつけ医機能が発揮される制度整備

## 趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

## 概要

### (1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

### (2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

### (3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

# 生活習慣病管理料による医学管理のイメージ



医療DXを活用した情報共有の推進



治療に係る情報についての  
療養計画書を用いた説明



歯科医師、薬剤師、看護師、  
管理栄養士等による多職種連携

診療ガイドライン等を参考とした  
質の高い疾病管理



糖尿病患者についての  
眼科医療機関・歯科医療機関との連携

継続した受診・定期的な検査の実施

リフィル処方及び長期処方の活用



# 質の高い訪問看護の推進に係る全体像〔改定項目まとめ〕

## 利用者のニーズへの対応

## 適正な訪問看護の提供体制

## 同一建物居住者等への訪問看護

### 過疎地域等に配慮した評価の見直し

- ・ 遠方への移動負担を考慮した要件の見直し

### 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護に係る評価の見直し

- ・ 「在宅難治性皮膚疾患処置指導管理」を別表第8に追加

### 訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進

- ・ ICTで診療情報等を活用した場合の評価新設

### 地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価

- ・ 機能強化型訪問看護管理療養費4の新設

### 乳幼児加算の評価の見直し

- ・ 別に厚生労働大臣が定める者（超重症児等）以外の評価の見直し

### 訪問看護遠隔診療補助料の新設

- ・ D to P with N のオンライン診療の補助の評価を新設

### 適正な訪問看護の推進

- ・ 記録書等への実際の訪問開始時刻と終了時刻の記載の明確化 等

### 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し

- ・ 適正な手続きの確保、安全管理の体制確保、記録の整備、残薬対策等を新たに規定

### 保険医療機関及び保険医療養担当規則の見直し

- ・ 特定の訪問看護ステーション等を利用すべき旨の指示等を行うこととの対償として、財産上の利益を収受することを禁止

### 訪問看護管理療養費の見直し

- ・ 月の初日の評価の充実、訪問日数・単一建物居住利用者数による評価の細分化
- ・ 同一建物には同一敷地も含むこと新たに規定 等

### 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

- ・ 訪問日数・同一建物居住利用者数による評価の細分化 等

### 包括型訪問看護療養費の新設

- ・ 高齢者住まい等に併設・隣接する場合に1日当たりで算定する包括型訪問看護を新設

物価上昇に対応するための評価の新設

## 参考資料

(詳細な資料)



# 【生活保護】 指定医療機関の診療方針及び診療報酬に係る関係法令

## 生活保護法 (昭和25年法律第144号)

(診療方針及び診療報酬)

第五十二条 指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、国民健康保険の診療方針及び診療報酬の例による。

- 2 前項に規定する診療方針及び診療報酬によることのできないとき、及びこれによることを相当としないときの診療方針及び診療報酬は、厚生労働大臣の定めるところによる。

## 生活保護法第五十二条第二項の規定による診療方針及び診療報酬 (昭和34年厚生省告示第125号)

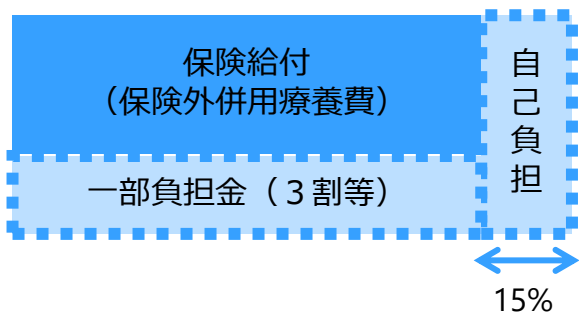
- 1 歯科の歯冠修復及び欠損補綴の取扱において、歯科材料として金を使用することは、行なわない。
- 2 国民健康保険の診療方針及び診療報酬のうち、保険外併用療養費の支給に係るもの（厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第七号に規定する療養（次項において「長期入院選定療養」という。）につき別に定めるところによる場合を除く。第四項において同じ。）は指定医療機関及び医療保護施設には適用しない。
- 3～8 (略)

# 長期入院選定療養に係る生活保護制度上の取扱い

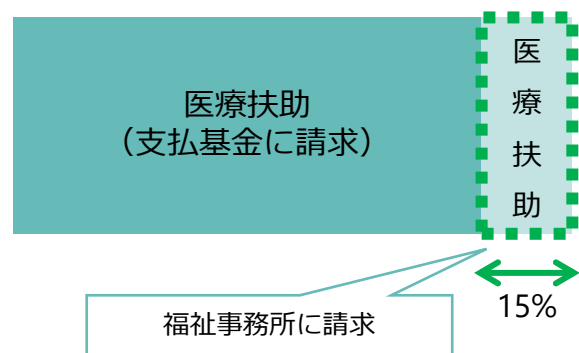
- 医療保険制度では、入院医療の必要性が低いが、患者側の事情により長期にわたり入院している者への対応を図る観点から、180日を超える入院については、患者の自己の選択に係るもの（選定療養）として、その費用を患者から徴収することができることとされている※。 ※入院基本料に係る基本点数の15%程度。難病患者など一定の状態の患者に係る入院を除く。
- 生活保護制度では、選定療養は医療扶助の対象としていないため、原則として、180日を超過するまでに退院を指導。他方、いかなる方法によっても退院後の受入先が確保できず、やむを得ないと判断される場合、退院後の受入先が確保されるまでの間は、保険給付の対象とならない15%相当分も含め、医療扶助として給付。

## 長期入院選定療養に係る給付

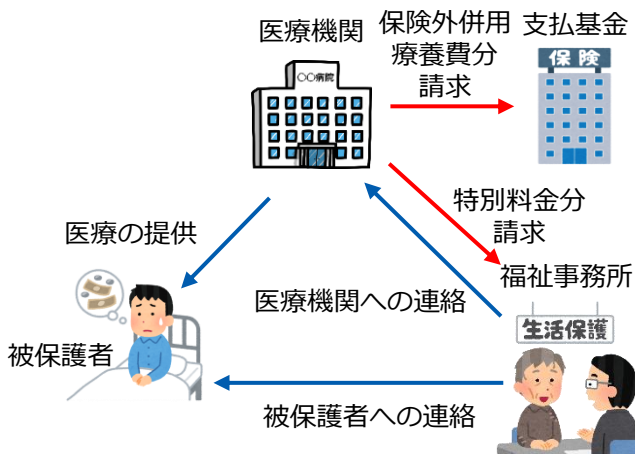
### ●医療保険



### ●生活保護



## 医療扶助における給付フロー



- 福祉事務所は、対象病棟に被保護者が入院した場合等には、常に退院後の受入先について確認・把握。
- 入院期間が180日を超えた時点で、難病等の状態にある者に該当しないことを確認した場合、介護保険サービスや他の社会福祉施設等への入所など、受入先の確保に向けて調整を実施。

- ・ 福祉事務所は、退院後の受入先が確保できない場合、保険外併用療養費の対象とならない部分（特別料金分）について特別基準を設定し、被保護者及び医療機関に連絡。
- ・ 医療機関は、保険外併用療養費分を引き続き支払基金に請求するとともに、特別料金分については、福祉事務所に直接請求。
- ・ 福祉事務所は、特別料金分が請求された場合は、保険外併用療養費分と特別料金分の合計が、例外的給付の対象となる入院基本料相当額の上限を超えていないか確認した後に、特別料金分を医療機関に支払う。

# 生活保護版レセプト管理システムの標準仕様書における、点検機能に関する項目 ①

○ 生活保護版レセプト管理システムの標準仕様書においても、レセプト点検を行うための機能の搭載を規定。

項目	機能名称	機能要件	実装区分
データ管理	適用情報取込	生活保護システムから適用情報(被保護者・医療券等)を取り込み、管理できること。 ※1 共通基盤等との連携を含む ※2 データの参照、取り込み(サブセット化)は問わず、本システムで利用できること ※3 連携頻度は日次・月次等とする ※4 各事業の対象者及び関係者の異動者及び異動内容をEUC機能等により確認できること	実装必須
データ管理	適用情報取込	生活保護システムから出力された実施機関別の適用情報を結合して一括取り込みできること。	標準オプション
データ管理	-	適用情報(被保護者・医療券等)を直接入力によって登録・更新・削除できること。	標準オプション
データ管理	電子レセプトCSV取込	医療情報基盤・診療報酬審査支払機構が提供する、レセプト電子データの取込、管理ができること。	実装必須
データ管理	電子レセプトCSV取込	医療情報基盤・診療報酬審査支払機構から提供される実施機関別のレセプト電子データを一括取り込みできること。	標準オプション
データ管理	固有テキスト・画像取込	医療情報基盤・診療報酬審査支払機構が提供するレセプト固有テキスト情報、画像ファイルの取込、管理ができること。	実装必須
データ管理	連名簿データ取込	医療情報基盤・診療報酬審査支払機構が提供する連名簿データの取込、管理ができること。	実装必須
データ管理	連絡事項等取込	以下の情報取り込み、管理できること。 - 自治体からの連絡事項等	標準オプション
データ管理	一括取込	適用情報(被保護者・医療券等)、レセプトデータ、再審査請求結果データ等、データ取込では一括取り込みができること。	標準オプション
データ管理	取込結果確認	適用情報(被保護者・医療券等)、レセプトデータ、再審査請求結果データ等、データ取込では、データ取込結果とエラー情報一覧が確認できること。 【管理項目】・処理機能・処理結果・処理日・エラー内容	実装必須

## 生活保護版レセプト管理システムの標準仕様書における、点検機能に関する項目 ②

項目	機能名称	機能要件	実装区分
データ管理	取込結果確認	適用情報(被保護者・医療券等)、レセプトデータ、再審査請求結果データ等、データ取込では、データ取込結果とエラー情報一覧が確認できること。 【管理項目】 ・データ取込エラー結果一覧 ・再審査請求データ取込結果一覧 ・オンライン再審査請求提出時エラー結果一覧	標準オプション
データ管理	レセプト紐付け	レセプト情報と適用情報を紐づけられること。	実装必須
データ管理	返付依頼 レセプト紐付け	返付依頼と紐づいていないレセプトを手動で返付登録できること。	実装必須
データ管理	返付依頼 レセプト紐付け	医療情報基盤・診療報酬審査支払機構から配信される明細書返付の一覧が出力できること。	標準オプション
データ管理	確定処理	保存期間が過ぎたレセプト情報を物理削除できること。	標準オプション
資格審査	－	レセプトデータ取込時、レセプトの資格審査ができること。 【チェック内容】 ・都道府県コードチェック ・実施機関番号チェック ・点数表コードチェック ・診療開始日チェック ・保険種別 1 チェック ・保険種別 2 チェック ・診療別区分チェック ・性別チェック ・医療機関コードチェック ・診療月 2 年前チェック ・診療月 3 年以上前チェック	実装必須
資格審査	－	レセプトデータ取込時、レセプトの資格審査ができること。 【チェック内容】 ・保護開始終了チェック ・保護廃止月受診チェック ・保護廃止後受診チェック ・保護開始月(生年誕生月)受診チェック ・保護開始月受診チェック ・保護開始月前受診チェック ・受給者番号重複チェック ・受給者番号チェック ・有効期間チェック ・指定医療機関コードチェック ・本人支払額チェック ・単独券併用券区分チェック ・加入者番号未付与チェック	実装必須
資格審査	－	レセプトデータ取込時、レセプトの資格審査ができること。 【チェック内容】 ・交付番号チェック	標準オプション
資格審査	資格エラー リスト出力	レセプトデータの取込時に、資格審査が行われなかった場合や不備修正後の確認の為に資格エラーリストが出力できること。	標準オプション

## 生活保護版レセプト管理システムの標準仕様書における、点検機能に関する項目 ③

項目	機能名称	機能要件	実装区分
資格審査	資格エラーリスト出力	資格エラーリストを実施機関ごとに出力できること。	標準オプション
資格審査	資格点検項目設定	資格点検の対象項目を設定できること。	実装必須
内容点検	単月点検	点検対象月のレセプトを対象に点検できること。	実装必須
内容点検	縦覧点検	同一医療機関の同一患者のレセプトを複数月にまたがり点検できること。	実装必須
内容点検	横欄点検	同一患者の同一月の複数枚レセプトを対象に点検できること。 (異なる医療機関のレセプト、同一医療機関の入院・外来レセプトを含む。)	実装必須
内容点検	突合点検	医療機関が発行したレセプトと、その処方せんに基づいて発行された調剤レセプトを対象に点検できること。	実装必須
内容点検	突合点検	医科レセプトと調剤レセプトのリンク登録ができること。	実装必須
内容点検	外傷性点検	第三者行為の疑いのあるレセプトを抽出し、負傷原因などの点検調査ができること。	標準オプション
内容点検	任意設定点検	任意の抽出条件を設定し、点検できること。	実装必須
内容点検	点検分担	レセプト点検の分担設定ができること。	標準オプション
内容点検	点検状況確認	点検者の点検進捗状況を確認できること。	標準オプション
内容点検	自動点検	各種点検が自動で実行できること。	標準オプション
内容点検	自動点検	自動点検を実施するための、点検ルールが詳細に設定できること。	標準オプション
内容点検	自動点検	自動実行のタイミングを設定できること。	標準オプション
内容点検	委託業者向けレセプトデータ作成	外部点検業者提供用として、医療情報基盤・診療報酬審査支払機構提供のレセプトデータ一式を出力できること。	実装必須

# 生活保護版レセプト管理システムの標準仕様書における、点検機能に関する項目 ④

項目	機能名称	機能要件	実装区分
再審査請求	再審査請求データ作成	再審査請求データを作成、出力できること。	実装必須
再審査請求	再審査請求データ作成	再審査請求データ出力後、再審査確定処理ができること。また、確定処理後に再審査確定解除ができること。	標準オプション
再審査請求	再審査請求データ作成	再審査請求データ作成後、「非原本」となったステータスを解除できること。	標準オプション
再審査請求	再審査請求データ作成	外部点検事業者が実施機関別に作成する再審査請求データを一括して読み込み、登録できること。	標準オプション
再審査請求	再審査請求データ作成	以下の帳票を作成できること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>再審査請求内訳票(資格審査等)</li> <li>再審査請求内訳票(診療内容・事務上再審査請求等)</li> <li>再審査請求内訳票(処方箋による調剤に係る審査)</li> <li>再審査等請求書</li> <li>参考資料等添付票</li> <li>参考資料等添付票送付書</li> <li>CDラベル</li> <li>FDラベル</li> </ul>	実装必須
再審査請求	再審査請求データ作成	以下の帳票を作成できること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>点検結果集計表</li> <li>CDケース表紙</li> <li>電子媒体返却書</li> </ul>	標準オプション
再審査請求	再審査請求データ作成	以下の情報をシステム上の画面で確認できること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>レセプト点検結果集計表</li> </ul>	標準オプション
再審査請求	送達状作成	再審査請求データを医療情報基盤・診療報酬審査支払機構に送付する際の、送達状が作成できること。	標準オプション
再審査請求	再審査請求結果データ出力	再審査等請求結果データ(診療報酬等請求内訳データ等)を出力できること。	標準オプション
再審査請求	点検会社納品データ取込	以下の情報取り込み、管理できること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>-外部点検業者等が作成した再審査請求情報</li> <li>-外部点検業者等が作成した原本管理情報</li> </ul>	実装必須
再審査請求	再審査請求結果データ取込	医療情報基盤・診療報酬審査支払機構が提供する、再審査請求結果データの取込、管理ができること。	実装必須

# 生活保護版レセプト管理システムの標準仕様書における、点検機能に関する項目 ⑤

項目	機能名称	機能要件	実装区分
再審査請求	再審査請求結果データ取込	再審査請求結果データ取込時に、受付エラー情報一覧を表示できること。 【管理項目】・再審査請求年月日 ・レセプト整理番号・エラー内容	標準オプション
再審査請求	再審査請求結果データ取込	以下の情報取り込み、管理できること。 -レセプト返付依頼	実装必須
再審査請求	再審査請求結果一覧表示	レセプト再審査請求結果を表示できること。	実装必須
再審査請求	再審査請求結果一覧表示	以下の情報をシステム上の画面で確認できること。 ・再審査請求結果一覧	標準オプション
再審査請求	再審査請求結果一覧表示	以下の情報をシステム上の画面で確認できること。 ・再審査請求結果一覧(該当月集計表)	標準オプション
再審査請求	付箋作成	レセプト毎に付箋情報を作成できること。 【管理項目】・原票種別(資格関係、診療内容・事務上、突合再審査) ・状態(返戻、削除、保留) ・返戻理由番号コード ・請求理由内容コード ・返付依頼整理番号	実装必須
再審査請求	付箋作成	レセプト毎に付箋情報を作成できること。 【管理項目】・テキスト ・メッセージ(理由番号補足、補足、フリー入力) ・点検者間コメント	標準オプション
再審査請求	付箋作成	付箋情報の表示・非表示が選択できること。	標準オプション
再審査請求	付箋作成	以下の情報をシステム上の画面で確認できること。 ・付箋情報一覧	標準オプション
再審査請求	メモ作成	レセプト毎にメモ情報を作成できること。 【管理項目】・メモNo ・メモ内容	実装必須
再審査請求	メモ作成	メモ情報の表示・非表示が選択できること。	標準オプション

## 医師と薬剤師の同時訪問の推進（再掲）

医科

### 訪問診療薬剤師同時指導料の新設

- 在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。

**（新） 訪問診療薬剤師同時指導料（6月に1回） 300点**

#### 【算定要件】

- 当該保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、他の保険医療機関又は保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者に対し、計画的に訪問診療を実施している保険医である医師と、訪問薬剤管理指導を行っている別の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が、事前に当該患者の同意を得た上で、患家に同時に訪問し処方調整等の必要な対応を共同して行った場合に算定する。
- 患者の生活実態に即した薬物療法の最適化を図る観点から、患家における残薬・服薬状況の確認、副作用の早期兆候把握、剤形・用法の変更等を患家において医師と薬剤師が協議し、必要に応じて、医師による処方設計の見直し及び薬剤師による即応的な薬学的支援を実施すること。
- 医師と薬剤師の協議の結果、処方内容に変更がない場合であっても当該指導料を算定することができる。
- 医師及び薬剤師が共同して行った指導の内容及び医師が処方薬の調整を行っていればその要点等について、診療録に記載すること。
- 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする。

調剤

### 訪問薬剤管理医師同時指導料の新設

**（新） 訪問薬剤管理医師同時指導料（6月に1回） 150点**

#### 【算定要件】

- 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対し、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に患家を訪問し、薬学的管理指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。
- 算定対象患者は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（いずれも個人宅への訪問の場合に限る。）を算定する患者とする。
- 同時に訪問を行う「訪問診療を実施している保険医療機関の保険医」は、所属する保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、当該患家の患者の主治医であるものとする。
- 在宅患者緊急時等共同指導料又は在宅移行初期管理料に係る必要な指導等を同日に行った場合は、算定しない。

# かかりつけ薬剤師による残薬解消に向けたフォローアップの評価の新設

- ▶ かかりつけ薬剤師が継続的な服薬指導や患家を訪問しての残薬対策を実施した場合の加算を新設する。

**(新) 注13 かかりつけ薬剤師フォローアップ加算** **50点 (3月に1回)**

**(新) 注14 かかりつけ薬剤師訪問加算** **230点 (6月に1回)**

[対象患者]

服薬管理指導料 1 のイ又は 2 のイを算定している患者

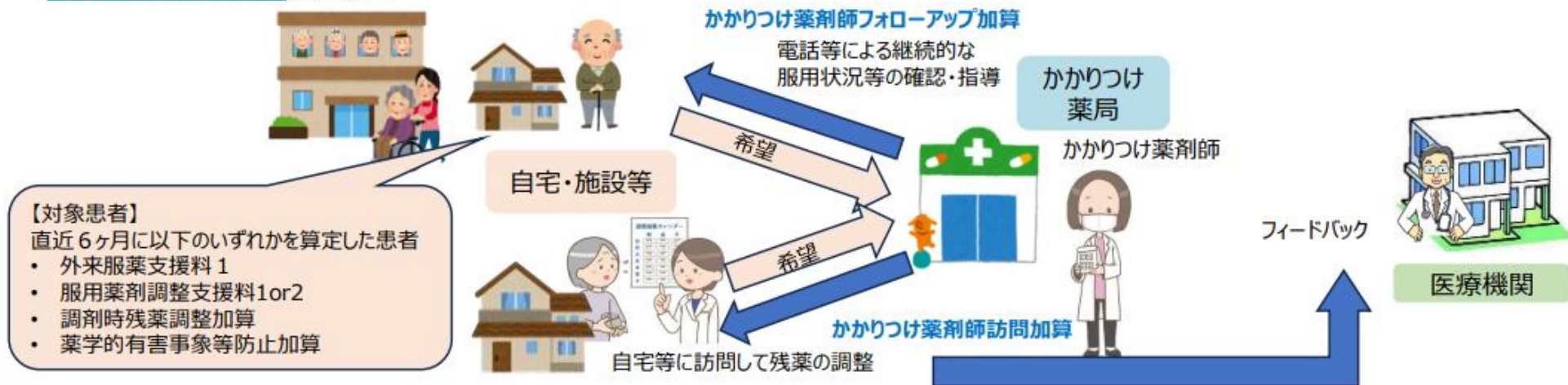
[算定要件]

注13

区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料1、区分番号14の3に掲げる服用薬剤調整支援料1若しくは2又は区分番号10の2に掲げる調剤管理料の調剤時残薬調整加算若しくは薬学的有害事象等防止加算を算定したものに対して、患者又はその家族等の求めに応じて、前回の調剤後、当該患者が再度処方箋を持参するまでの間に、**かかりつけ薬剤師が電話等により、服薬状況や残薬状況等の継続的な確認及び必要な指導等を実施**していた場合

注14

患者又はその家族等の求めに応じて、**患家に訪問して、服用薬の服薬管理、残薬状況の確認等を行い、その結果を保険医療機関に情報提供**した場合



## 残薬対策に係る地域包括診療加算等の見直し①

### 地域包括診療加算等の服薬管理等に係る要件の見直し

- 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、診療の際、**患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件**とする。
- 地域包括診療加算及び地域包括診療料の算定患者への**処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化**する。

#### 現行

【地域包括診療加算】 【地域包括診療料】

【算定要件】

- オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
- (イ) (略)
  - (ロ) 他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

(ハ)～(ル) (略)

#### 改定後

【地域包括診療加算】 【地域包括診療料】

【算定要件】

- オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
- (イ) (略)
  - (ロ) 他の保険医療機関と連携並びにオンライン資格確認及び電子処方箋システム等を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。また、当該情報に基づき、薬物有害事象のリスクの低減、患者の服薬アドヒアランスの向上や服薬負担の軽減のために処方内容の調整を行う必要がある場合には、当該他の保険医療機関へ処方の変更を依頼するなどにより、処方内容の調整を行うこと。併せて、患者における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

(ハ)～(ル) (略)

### 在宅時医学総管理料等の要件の新設

- 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、**診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件**とする。

#### 現行

【在宅時医学総管理料・施設入居時等医学総管理料】

【算定要件】

(新設)

#### 改定後

【在宅時医学総管理料・施設入居時等医学総管理料】

【施設基準】

患者における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

### 残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

- 保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、**「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す。**

## 残薬対策に係る地域包括診療加算等の見直し②

### 訪問看護の運営基準の見直し

- 指定訪問看護の提供に当たり、服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認も含めて状況等の把握を行う必要があることを明確化する。
- また、服薬状況について、主治医への情報提供とともに、薬局への情報提供を行うことが望ましいことを規定する。

#### 現行

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】  
（心身の状況等の把握）

第九条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者(以下「利用者」という。)の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。



#### 改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】  
（心身の状況等の把握）

第九条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者(以下「利用者」という。)の心身の状況、**服薬状況**、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

### 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（通知）

#### 4 運営に関する事項

##### (5) 心身の状況等の把握（基準省令第9条関係）

基準省令第9条は、適切な指定訪問看護が提供されるようにするため、利用者の病歴、病状、**服薬状況（残薬の状況を含む。）**、介護の状況、家屋の構造等の家庭環境、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるべきことを規定したものであり、これらの利用者に関する記録は、訪問看護記録書に記入し、基準省令第30条の規定に基づき保存しておかなければならないものであること。

(6)～(9) 略

##### (10) 主治医との関係（基準省令第16条関係）

①～④（略）

⑤ 訪問看護の実施に当たっては、特に保険医療機関内の場合と異なり、看護師が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。**また、主治医に対して、指定訪問看護の提供に当たり把握した利用者の心身の状況、服薬状況（残薬の状況を含む。）等に係る必要な情報の提供を行うこと。服薬状況（残薬の状況を含む。）については、必要に応じ、利用者の同意を得て利用者に対し調剤を行う保険薬局に情報を提供することが望ましい。**

# 残薬調整を実施した場合の評価（新設）

## 調剤時残薬調整加算

- 実効性の高い残薬対策を評価する観点から残薬調整に係る
- 評価項目を新設する。

### （新）調剤時残薬調整加算



**【算定患者】**  
 調剤管理料を算定する患者であって、飲み残した医薬品や飲み忘れた医薬品（残薬）が確認されたもの

**【算定要件】**  
 患者又はその家族等からの情報等に基づいて残薬が確認された患者において、残薬の調整のために処方医の指示の下に、7日分以上相当の調剤日数の変更が行われた場合、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 在宅患者へ処方箋を交付する前に処方内容を処方医に相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合	50点
ロ 在宅患者に対して実施した場合（イの場合を除く。）	50点
ハ かかりつけ薬剤師により調剤日数の変更が行われた場合（イ又はロの場合を除く。）	50点
ニ イからハまで以外の場合	30点

※ 6日分以下の調剤日数変更についてはその理由を調剤報酬明細書に明記する必要がある。

処方箋  
（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号	保険者番号
公費負担医療の受給者番号	被保険者資格に係る記号・番号 (特修)
氏名	保険医療機関の所在地及び名称
生年月日	電話番号
区分	被保険者 被扶養者
交付年月日	令和 年 月 日
処方箋の処方期間	令和 年 月 日
処方不可 不可 不可	患者希望
個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「シ」又は「×」を記載し、「保険医療機関」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 リファイル可 <input type="checkbox"/> ( 30 ) <small>（リファイル処方箋とは、原状が変更している患者に発行し、最大3回まで処方利用可能な処方箋）</small>	
保険医署名	「変更不可」欄に「シ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。
備考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「シ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供 <small>※ 調剤時残薬（調剤回数に応じて、「ロ」に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び処方調剤手定日を記載すること。）</small> <input type="checkbox"/> 1回目調剤日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 4回目調剤日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 5回目調剤日 ( 年 月 日 )
調剤年月日	令和 年 月 日
保険薬局の所在地 記し名 保険薬局記号	公費負担医療の受給者番号

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応

- 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
- 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供

## 一部保険外療養の対象となる医薬品の成分一覧（案）

## 特別料金の対象となる医薬品の成分一覧(案)

※ OTC医薬品と成分・投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品を機械的に選定。

No	有効成分	用途
1	アシクロビル	抗ウイルス薬
2	アシタザノラスト水和物	抗アレルギー薬
3	アスコルビン酸	ビタミン剤
4	アンモニア水	鎮痛鎮痙収斂消炎剤
5	イソコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
6	イソプロパノール	殺菌消毒剤
7	イトブリド塩酸塩	胃薬
8	イブプロフェン	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)
9	イブプロフェンピコノール	非ステロイド系消炎鎮痛剤
10	インドメタシン	鎮痛消炎剤
11	エタノール	殺菌消毒剤
12	エピナステン塩酸塩	抗アレルギー薬
13	レーカルボシステイン	去痰薬
14	塩酸テラヒドロソリン・プレドニソロン	点鼻用血管収縮剤
15	オキシコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
16	オキシテラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン	抗生物質・副腎皮質ホルモン配合剤
17	オキシドール	殺菌消毒剤
18	オリブ油	皮膚保護剤
19	希コードチンキ	殺菌消毒剤
20	クロトリマゾール	抗真菌薬
21	クロラムフェニコール	抗生物質
22	クロラムフェニコール・フラジオマイシン硫酸塩・プレドニソロン	抗生物質
23	クロルヘキシジングルコン酸塩	殺菌消毒剤
24	ゲトチフェンフマル酸塩	抗アレルギー薬
25	サリチルアミド・アセトアミノフェン・無水カフェイン・プロメタジンメチレンジサリチル酸塩	総合鎮痛剤
26	サリチル酸	寄生性皮膚疾患剤
27	サリチル酸メチル-dl-カンフル-トウガラシエキス	鎮痛消炎剤
28	サリチル酸メチル-t-メントール-dl-カンフル	鎮痛消炎剤
29	サリチル酸メチル-t-メントール-dl-カンフル-グリチルレチン酸	鎮痛消炎剤
30	酸化マグネシウム	制酸・緩下剤
31	酸化亜鉛	収れん・消炎・保護剤
32	次亜塩素酸ナトリウム	殺菌消毒剤
33	ジクロフェナクナトリウム	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)
34	消毒用エタノール	殺菌消毒剤

No	有効成分	用途
35	硝基血管薬エキス	痔治療薬
36	精製水	溶剤
37	炭酸水素ナトリウム	胃腸薬
38	沈降炭酸カルシウム・コレカルシフェロール・炭酸マグネシウム	カルシウム配合剤
39	チンク油	消炎薬
40	チキサメタゾン	ステロイド
41	テルビナフィン塩酸塩	抗真菌薬
42	トコフェロール酢酸エステル	ビタミン剤
43	トリアムシノロンアセトヒド	口内炎・舌炎薬
44	尿素	皮膚軟化剤
45	白色ワセリン	軟膏基剤
46	ハチミツ	鎮痛剤
47	ピコスルファートナトリウム水和物	緩下剤
48	ビスコジル	便秘薬
49	ビダラビン	抗ウイルス薬
50	ヒドロコルチゾン酢酸エステル	ステロイド
51	フェキソフェナジン塩酸塩	抗アレルギー薬
52	フェキソフェナジン塩酸塩・塩酸プロピドエフェドリン	抗アレルギー薬
53	フェルビナク	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)
54	ブテナフィン塩酸塩	抗真菌薬
55	緩方ヨード・グリセリン	口腔用殺菌消毒剤
56	ブドウ酒	滋養強壮薬
57	フラボキサート塩酸塩	鎮痛・抗不安薬
58	フルチカゾンプロピオン酸エステル	ステロイド
59	プレドニソロン吉草酸エステル酢酸エステル	ステロイド
60	ベタメタゾン吉草酸エステル	ステロイド
61	ベタメタゾン吉草酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩	ステロイド
62	ヘパリン類似物質	血栓促進・皮膚保護剤
63	ベトタステチンベシル酸塩	抗アレルギー薬
64	ベミロラスタカリウム	抗アレルギー薬
65	ベルベリン塩化物水和物・ゲンノショウコエキス	止瀉剤
66	ベンザルコニウム塩化物	殺菌消毒剤
67	ホウ砂	眼科用剤
68	ホウ酸	歯洗浄・消毒薬
69	ポピドンヨード	殺菌消毒剤
70	ポリエンホスファチジルコリン	高血圧薬
71	マルツエキス	乳幼児用便秘薬
72	ミコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
73	塩水エタノール	殺菌消毒剤
74	モメタゾンフランカルボン酸エステル水和物	アレルギー性鼻炎治療薬
75	ヨウ素	殺菌消毒剤
76	ロキソプロフェンナトリウム水和物	解熱消炎鎮痛剤
77	ロラタジン	抗アレルギー薬

# 医療扶助の電子処方箋対応について

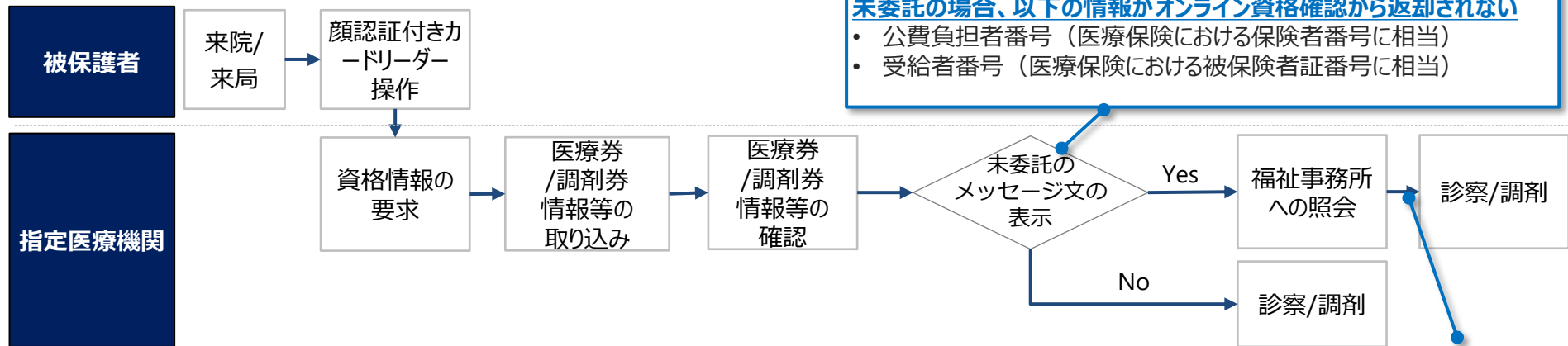
- 医療扶助のオンライン資格確認が令和6年3月から開始。同年4月から生活保護受給者（被保護者）に対しても電子処方箋の発行が可能。

(注) 前提として、被保護者が医療行為/調剤行為を受けるためには、福祉事務所から発行される医療券/調剤券（マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認による場合を含む）が必要となる。なお、福祉事務所から委託された指定医療機関で受診等する必要がある運用は従前と同じ。

- 被保護者の場合も、電子処方箋管理サービスへの電子処方箋や処方情報、調剤結果登録（以下「電子処方箋の発行等」とする）に当たっては、オンライン資格確認で取得する等した患者の有効な資格情報に紐づけてデータを登録することとなる。なお、未委託の指定医療機関では患者の資格情報に相当する公費負担者番号等をオンライン資格確認で確認できず、電子処方箋の発行等はできない。

## 医療扶助におけるオンライン資格確認の運用（令和6年3月～）

※現行の制度の考え方に基づき、委託先の指定医療機関での受診等を原則とする。



## 電子処方箋の発行等にあたって

- ✓ 電子処方箋の発行等にあたっては、指定医療機関がオンライン資格確認での照会等による有効な資格情報にひも付ける形で情報を登録する。
- ✓ **未委託の指定医療機関に被保護者が訪れた場合、医療保険における保険者番号、被保険者証番号に相当する公費負担者番号、受給者番号をオンライン資格確認から取得できないため、電子処方箋を発行できず、従来どおり紙の処方箋を発行する。**

## <公費負担者番号と受給者番号が把握できた場合の重複投薬等チェック>

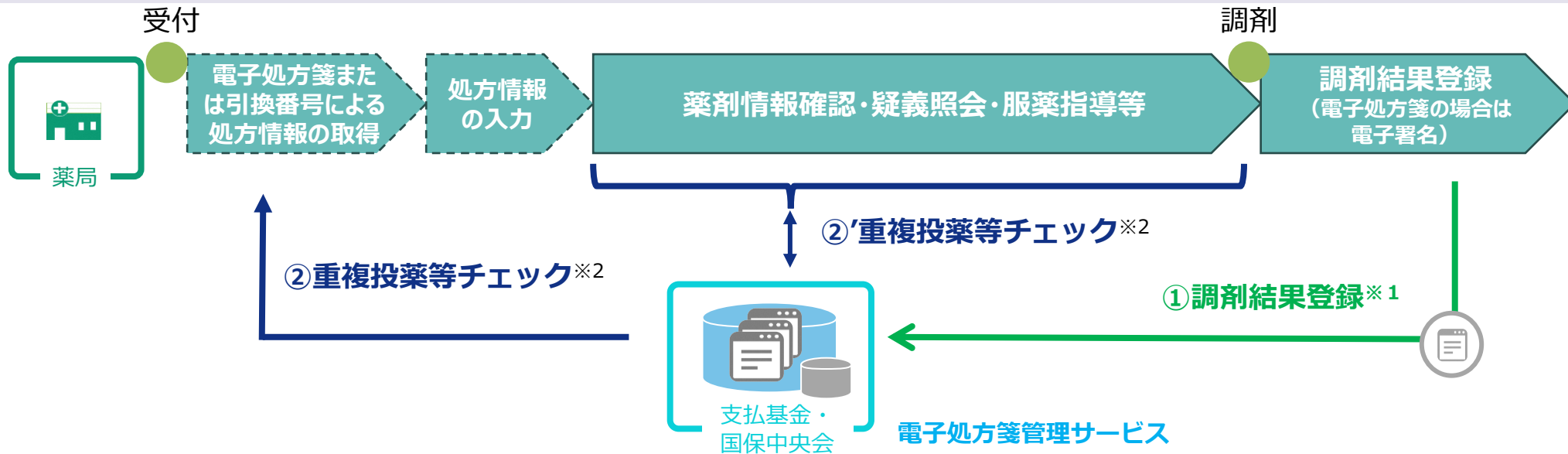
- 未委託のメッセージ文が表示された場合、福祉事務所への照会により公費負担者番号と受給者番号を把握可能（当該指定医療機関への委託が前提）。なお、オンライン資格確認ではなく医療券・調剤券による受診等の場合、医療券等の券面記載により公費負担者番号と受給者番号を把握可能。
- 医療機関や薬局システムに両番号を入力することで、重複投薬等チェックは可能。  
※なお、医療扶助オンライン資格確認に対応していない医療機関や薬局システムであっても、電子処方箋の発行等や重複投薬等チェックは可能

## 2.1.2 調剤結果登録と重複投薬等チェックの実施のお願い

○ 薬局におかれては、患者を薬の相互作用リスクから守るため、

- ① 全ての調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録する※1
- ② 1回以上の重複投薬等チェックの実行する※2

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



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

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

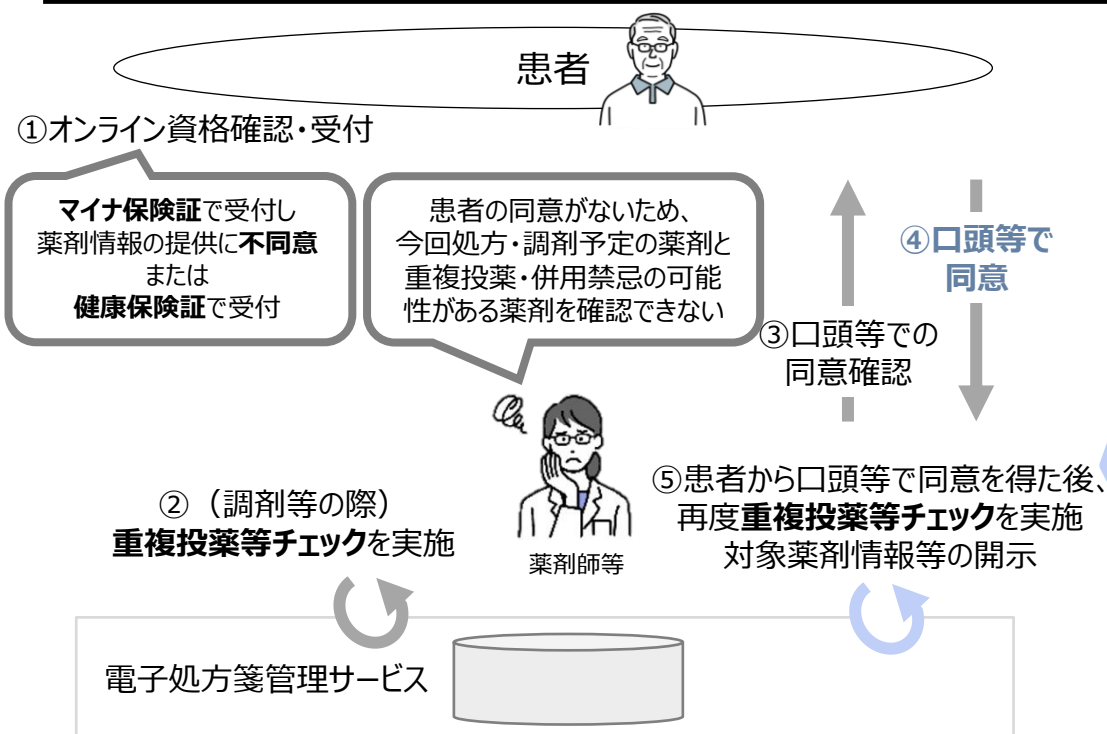
② 「電子処方箋の受付時」または「引換番号が印字された紙処方箋で受付し、処方情報を取得する際」に必ず実行される重複投薬等チェック（それ以外の対応時では実行されない）

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

## 口頭同意による重複投薬等チェック結果の閲覧

- 従来は、患者がマイナ保険証で受付しても「過去の薬剤情報の提供」に同意しなかった場合、または健康保険証で受付した場合は、重複投薬等チェックで重複投薬・併用禁忌が検知されても、薬剤師等は過去のどの薬剤の関係で重複投薬・併用禁忌となっているのかを確認することができませんでした。
- 患者の医療上の安全性を確保するため、重複投薬等が検知された際、患者から口頭で同意を得ることで、今回処方・調剤する薬剤と重複投薬・併用禁忌の可能性のある過去の薬剤に限り、確認できるようになりました。

### 口頭同意を取得する流れ



「過去の薬剤情報の提供」に未・不同意の場合でも、  
患者から口頭等で同意を得ることで、**処方・調剤予定の薬剤と  
重複投薬・併用禁忌の可能性のある薬剤に限り確認できる。**

※口頭等で同意を得られた際は、医療機関等のシステムにおいて、  
口頭同意を取得した旨の記録を残す必要があります

口頭同意ではあくまで重複投薬等が検知された場合のみの確認です。  
薬剤情報等を一覧で確認するためにはマイナンバーカードが必要です。**68**

## 適正な訪問看護の推進

- 指定訪問看護の実施にあたって利用者の心身の状況等に応じて妥当適切に行い、漫然かつ画一的なものにならないよう看護目標及び訪問看護計画に沿って行うことを明記する。

### 【算定留意事項通知】

【第4 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について】

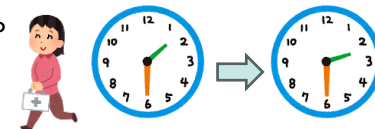
- 2 指定訪問看護の実施時間は、1回の訪問につき、訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)については30分から1時間30分程度を標準とする。なお、標準の実施時間に応じた訪問看護計画を作成し、当該計画に基づき訪問したが、訪問時の利用者側のやむを得ない事情により標準の時間を下回る指定訪問看護の実施となった場合等を除き、標準の時間を下回る指定訪問看護の実施が、同一日に、同一の利用者に複数回又は複数の利用者に行われるなど、頻繁に行われている場合には、指定訪問看護を実施したとは認められないことに留意すること。
- 3 指定訪問看護の実施にあたっては、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」第14条第1項に規定しているように、利用者の心身の状況等に応じて妥当適切に行い、漫然かつ画一的なものとならないよう、看護目標及び訪問看護計画に沿って行うこと。利用者の心身の状況等を踏まえずに一律に指定訪問看護の日数、回数、実施時間及び人数（この項において「指定訪問看護の日数等」という。）を定めることや、定期的な指定訪問看護を実施していない者が指定訪問看護の日数等を定めることは認められないことに留意すること。
- 4 指定訪問看護の提供に当たっては、目標達成の程度及びその効果等について評価を行うとともに、評価に関する内容を訪問看護記録書に記録すること。また、必要に応じて訪問看護計画書の見直しを行い、指定訪問看護の改善を図る等に努めなければならないものであること。

- 指定訪問看護の実施に係る記録書等において、指定訪問看護の内容に係る評価の記載を求めるとともに、実際の訪問開始時刻と終了時刻を記載する必要があることを明確化する。

### 【算定留意事項通知】

【第4 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について】

- 6 毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護の実施に要した時間等の概要・・・（略）・・・を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（実際の指定訪問看護の開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。



# 訪問看護管理療養費の見直し

## 訪問看護管理療養費の見直し

- 月の初日の訪問看護管理療養費について評価を充実する。
- 月の2日目以降の訪問看護管理療養費について、訪問看護管理療養費1と2を統合し施設基準の届出を不要とするとともに、**訪問日数及び単一建物居住利用者の人数によって評価を細分化**する。

現行	改定後
<p><b>【訪問看護管理療養費】</b></p>	
<p>1 月の初日の訪問の場合</p>	
イ 機能強化型訪問看護管理療養費1 13,230円	イ 機能強化型訪問看護管理療養費1 <b>13,760円</b>
ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2 10,030円	ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2 <b>10,460円</b>
ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3 8,700円	ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3 <b>9,030円</b>
ニ イから八まで以外の場合 7,670円	<b>ニ 機能強化型訪問看護管理療養費4 9,030円</b>
	<b>ホ イから二まで以外の場合 7,710円</b>
<p>2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）</p>	
イ 訪問看護管理療養費1 3,000円	イ <b>単一建物居住利用者が20人未満 3,010円</b>
ロ 訪問看護管理療養費2 2,500円	<b>ロ 単一建物居住利用者が20人以上50人未満</b>
	<b>(1) 月15日目まで 2,510円</b>
	<b>(2) 月16日目以降24日目まで 2,310円</b>
	<b>(3) 月25日目以降 2,210円</b>
	<b>ハ 単一建物居住利用者が50人以上</b>
	<b>(1) 月15日目まで 2,410円</b>
	<b>(2) 月16日目以降24日目まで 2,210円</b>
	<b>(3) 月25日目以降 2,010円</b>



＜単一建物居住利用者の人数＞  
 当該利用者が居住する建物に居住する者のうち、同月において当該訪問看護ステーションが訪問看護管理療養費又は包括型訪問看護療養費を算定する者の人数をいう。

[算定要件]

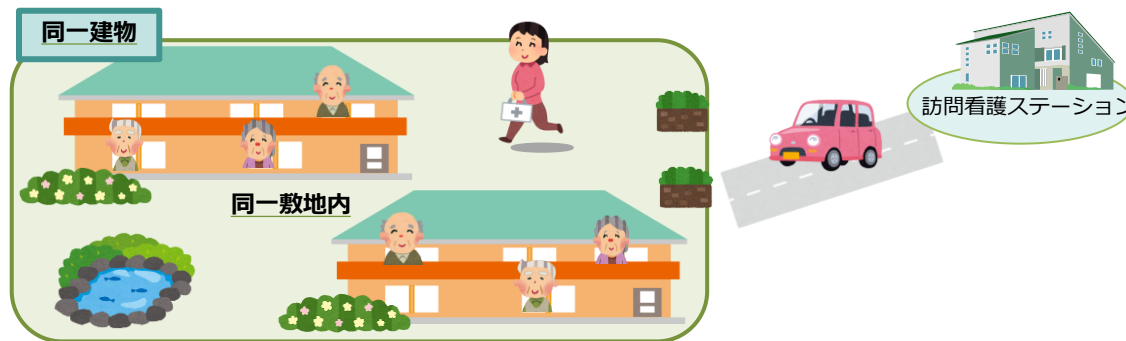
注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（1のイから二までについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合（2については、**訪問日数及び単一建物居住利用者の人数に従う。**）に、訪問の都度算定する。

# 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し①

## 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等の見直し

- 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等について、**1月当たりの訪問日数や同一建物に居住する利用者の人数に応じたきめ細かな評価**に見直す。

現行		
	同一日に2人	同一日に3人以上
イ 看護師等	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで 2,780円 週4日目以降 3,280円
ロ 准看護師等	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで 2,530円 週4日目以降 3,030円
ニ 理学療法士等	5,550円	2,780円



改定後					
同一日の人数	2人	3人以上 <b>9人以下</b>	<b>10人以上19人以下</b>	<b>20人以上49人以下</b>	<b>50人以上</b>
イ 看護師等	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで 2,780円 週4日目以降 3,280円	月20日目まで <b>2,760円</b> 月21日目以降 <b>2,660円</b>	月20日目まで <b>2,710円</b> 月21日目以降 <b>2,610円</b>	月20日目まで <b>2,610円</b> 月21日目以降 <b>2,510円</b>
ロ 准看護師等	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで 2,530円 週4日目以降 3,030円	月20日目まで <b>2,520円</b> 月21日目以降 <b>2,420円</b>	月20日目まで <b>2,470円</b> 月21日目以降 <b>2,370円</b>	月20日目まで <b>2,370円</b> 月21日目以降 <b>2,270円</b>
ニ 理学療法士等	5,550円	2,780円	月20日目まで <b>2,760円</b> 月21日目以降 <b>2,660円</b>	月20日目まで <b>2,710円</b> 月21日目以降 <b>2,610円</b>	月20日目まで <b>2,610円</b> 月21日目以降 <b>2,510円</b>

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様。

- 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定する場合の取り扱いについて以下の規定を設ける。
  - ・ **訪問看護療養費を算定するに適切な時間の指定訪問看護を実施したうえで、それを訪問看護記録書に記載し算定する。**
  - ・ **適切な時間の指定訪問看護とは、30分以上を標準とし、20分を下回らないものであること。**
- 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等の算定要件における同一建物について、**同一敷地内の建物も同一建物とする**規定に見直しを行う。

# 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し②

## 難病等複数回訪問加算等の見直し

- 難病等複数回訪問加算、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算について、頻回の訪問看護を必要とする利用者に、高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションにおいて24時間体制で対応を行う場合については別の評価を設ける（II-5-2⑧包括型訪問看護療養費の新設を参照）とともに包括型訪問看護療養費以外を算定する場合、**同一建物居住者に同一日に当該加算等を算定している人数及び1月当たりの当該加算の算定日数に応じた評価**に見直す。

### 【難病等複数回訪問加算】

現行			改定後				
	同一建物内 1人又は2人	同一建物内 3人以上	同一建物内 1人又は2人	同一建物内 3人以上 <b>9人以下</b>	<b>同一建物内 10人以上19人以下</b>	<b>同一建物内 20人以上49人以下</b>	<b>同一建物内 50人以上</b>
1日に 2回の場合	4,500円	4,000円	4,500円	<b>4,000円</b>	<b>3,700円</b>	<b>3,500円</b>	<b>3,300円</b>
1日に 3回以上の場合	8,000円	7,200円	8,000円	<b>月20日目まで 7,200円 月21日目以降 6,900円</b>	<b>月20日目まで 6,300円 月21日目以降 5,200円</b>	<b>月20日目まで 4,800円 月21日目以降 3,500円</b>	<b>月20日目まで 4,100円 月21日目以降 3,000円</b>

### 【夜間・早朝訪問看護加算】

現行	改定後				
	同一建物内1人は又2人	同一建物内 3人以上 <b>9人以下</b>	<b>同一建物内 10人以上19人以下</b>	<b>同一建物内 20人以上49人以下</b>	<b>同一建物内 50人以上</b>
規定なし					
2,100円	2,100円	<b>月15日目まで 2,100円 月16日目以降 1,900円</b>	<b>月15日目まで 1,800円 月16日目以降 1,300円</b>	<b>月15日目まで 1,200円 月16日目以降 950円</b>	<b>月15日目まで 1,000円 月16日目以降 800円</b>

### 【深夜訪問看護加算】

現行	改定後				
	同一建物内1人は又2人	同一建物内 3人以上 <b>9人以下</b>	<b>同一建物内 10人以上19人以下</b>	<b>同一建物内 20人以上49人以下</b>	<b>同一建物内 50人以上</b>
規定なし					
4,200円	4,200円	<b>月15日目まで 4,200円 月16日目以降 4,000円</b>	<b>月15日目まで 3,900円 月16日目以降 2,300円</b>	<b>月15日目まで 2,100円 月16日目以降 1,500円</b>	<b>月15日目まで 1,800円 月16日目以降 1,300円</b>

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様。

# 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し③

## 複数名訪問看護加算等の見直し

- 複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算について、**同一建物居住者に同一日に当該加算等を算定している人数に応じた評価**に見直す。

### 現行

	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者	算定日数等	同一建物内 1人又は2人	同一建物内 3人以上
イ～二	看護職員※1	看護師等（准看護師を除く）※2	週1日	4,500円	4,000円
イ～二	看護職員	准看護師	週1日	3,800円	3,400円
二～ハ	看護職員	その他職員※3	週3日	3,000円	2,700円
イ～ハ	看護職員	その他職員	1日に1回	3,000円	2,700円
			1日に2回	6,000円	5,400円
			1日に3回	10,000円	9,000円

イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者  
 □ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者  
 ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者  
 ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者  
 ホ 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者  
 ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者

※1 保健師、助産師、看護師、准看護師  
 ※2 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士  
 ※3 保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護補助者



### 改定後

	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者	算定日数等	同一建物内 1人又は2人	同一建物内 3人以上9人以下	同一建物内 10人以上19人以下	同一建物内 20人以上49人以下	同一建物内 50人以上
イ～二	看護職員	看護師等（准看護師を除く）	週1日	4,500円	4,000円	3,400円	3,000円	2,700円
イ～二	看護職員	准看護師	週1日	3,800円	3,400円	2,800円	2,500円	2,200円
二～ハ	看護職員	その他職員	週3日	3,000円	2,700円	2,100円	1,900円	1,600円
イ～ハ	看護職員	その他職員	1日に1回	3,000円	2,700円	2,100円	1,900円	1,600円
			1日に2回	6,000円	5,400円	3,800円	3,450円	3,300円
			1日に3回	10,000円	9,000円	5,500円	4,800円	4,500円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様。

# 包括型訪問看護療養費の新設

## 包括型訪問看護療養費の新設

- 高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが、当該住まいに居住する利用者（別表第7、8及び特別訪問看護指示）に **24時間体制で計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護を行った場合の、1日当たりの訪問時間及び単一建物に居住する利用者の人数に従い算定する包括型訪問看護療養費**を新設する。

### (新) 04 包括型訪問看護療養費(1日につき)

【※1の二、2の二及び3の二に規定する厚生労働大臣が定める場合】  
 ✓ 包括型訪問看護療養費に規定する厚生労働大臣が定める者に、訪問看護ステーションが緊急時において即時に適切な指定訪問看護が実施できる体制がある  
 ✓ 当該訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施し、包括型訪問看護療養費を算定する利用者全員における訪問看護の実施時間の1日当たりの平均が120分以上

	イ	ロ	ハ	ニ
	訪問看護時間が30分以上60分未満	訪問看護時間が60分以上90分未満	訪問看護時間が90分以上	訪問看護時間が90分以上 (別に厚生労働大臣が定める場合※)
1 単一建物居住利用者が20人未満の場合	7,010円	11,010円	14,010円	15,510円
2 単一建物居住利用者が20人以上50人未満の場合	6,310円	9,910円	13,730円	15,200円
3 単一建物居住利用者が50人以上の場合	5,960円	9,360円	13,450円	14,890円

#### [算定要件(概要)]

- 包括型訪問看護療養費を算定するとして届出を行った建物に居住する、別表第7、8及び特別訪問看護指示に該当する利用者に対して、24時間の対応体制で、計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、1日当たりの訪問時間及び単一建物居住利用者の人数に従い算定する。
- 訪問看護時間は、1日に行った複数回の指定訪問看護において実際に看護を提供した時間を合算して算出する。
- 日中及び夜間に少なくともそれぞれ1回ずつの指定訪問看護を行う必要がある。また、指定訪問看護の実施時間が1日当たり60分以上である場合には、1日当たり3回以上の訪問看護を実施すること。1日に1回以上、看護職員（准看護師を除く。）によるものが含まれること。

#### [施設基準(概要)]

- 訪問看護ステーションが併設又は隣接する高齢者向け住まい等の建物であって、包括型訪問看護療養費を算定する利用者が居住する建物を訪問看護ステーションにつき1か所指定し、その建物を単位として指定訪問看護を行うものであること。
- 医療安全及び衛生管理に関する組織的な取り組みを行っていること。
- 合同の研修及び事例検討会等の地域の保険医療機関又は訪問看護ステーションとの連携について相当な実績を有すること。（令和9年5月31日まで経過措置）
- 厚生労働大臣が実施する調査に適切に参加すること。
- 指定訪問看護に係る記録は電子的方法によって記録し保存すること。
- 包括型訪問看護療養費の1のハ二、2のハ及び二及び3のハ又は二を算定する利用者に対しては、当該訪問看護ステーションにおいて、夜間帯（午後6時から午前8時までをいう。）の対応を行う看護職員の数、常時1名以上（ただし、当該訪問看護ステーションにおいて1、2及び3のハ又は二を算定する利用者の数の合計が31以上80以下の場合には2以上、81以上の場合50又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上）、当該建物において、計画的な指定訪問看護を実施しているか、随時の指定訪問看護に対応出来る状況で勤務していること。
- 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。