

Dr武藤のミニ動画 (57) 後発医薬品産業構造検討会 (6)



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
理事 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長



衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次

- パート 1
 - 後発品産業構造検討会
- パート 2
 - 品質自主点検
- パート 3
 - 人材育成の在り方
- パート 4
 - 論点



パート1

後発医薬品産業構造検討会



2024年3月1日

後発医薬品の安定供給等の実現に向けた
産業構造のあり方に関する検討会
構成員名簿

	氏 名	現 職
○	川 上 純 一	国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院 教授・薬剤部長
	櫻 井 信 豪	東京理科大学薬学部 教授
	田 極 春 美	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 政策研究事業本部 主任研究員
	堤 崇 士	グロービス経営大学院 教授
	鳥 巢 正 憲	長島・大野・常松法律事務所 弁護士
	野 澤 昌 史	株式会社日本政策投資銀行企業金融第6部 ヘルスケア室長
	福 田 彰 子	デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー合同会社 LSHC M&Aトランザクションサービス シニアヴァイスプレジデント
	間 宮 弘 晃	国際医療福祉大学薬学部 准教授
◎	武 藤 正 樹	社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ 理事
	安 本 篤 史	ネクスレッジ株式会社 代表取締役社長
	柳 本 岳 史	ポストン コンサルティング グループ マネジング・ディレクター&パートナー

(◎は座長、○は座長代理) (計11名、氏名五十音順)

回数	開催日	議題等	議事録／議事要旨	資料等	開催案内
第10回	2024年3月1日 (令和6年3月1日)	<ol style="list-style-type: none"> 後発医薬品の信頼確保へのさらなる取り組みについて 後発医薬品産業における人材育成の課題について 医薬品の製造委受託における安定供給の確保について 後発医薬品産業の在るべき姿と対策の方向性（論点）について 	－	・資料	・開催案内
第9回	2024年2月8日 (令和6年2月8日)	<ol style="list-style-type: none"> 業界団体からのヒアリング その他 	－	・資料	・開催案内
第8回	2024年1月31日 (令和6年1月31日)	<ol style="list-style-type: none"> 少量多品目構造の解消について（3） 安定供給等のための企業情報の可視化について（3） これまでの議論の整理等について（2） 	－	・資料	・開催案内
第7回	2023年12月25日 (令和5年12月25日)	<ol style="list-style-type: none"> 各会議体における議論の報告について 後発医薬品産業在るべき姿の明確化について 	・議事要旨	・資料	・開催案内
第6回	2023年12月4日 (令和5年12月4日)	<ol style="list-style-type: none"> 各会議体における議論の報告について 品質管理の在り方について（2） その他 	・議事要旨	・資料	・開催案内
第5回	2023年11月13日 (令和5年11月13日)	<ol style="list-style-type: none"> 厚生労働省事務局からの報告について 生産効率の向上について 品質管理の在り方について 	・議事要旨	・資料	・開催案内
－	－	後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会 中間取りまとめ	－	・中間とりまとめ	－
第4回	2023年10月11日 (令和5年10月11日)	<ol style="list-style-type: none"> 中間とりまとめ（案）について これまでの議論の整理等について 	・議事要旨	・資料	・開催案内
第3回	2023年9月19日 (令和5年9月19日)	<ol style="list-style-type: none"> 安定供給等のための企業情報の可視化について（2） 少量多品目構造の解消について（2） 	・議事要旨	・資料	・開催案内
第2回	2023年8月21日 (令和5年8月21日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本検討会において検討すべき事項等について 2. 安定供給等のための企業情報の可視化について 3. 少量多品目構造の解消について 	・議事要旨	・資料等	・開催案内
第1回	2023年7月31日 (令和5年7月31日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 後発医薬品産業における現状について 2. 本検討会において検討すべき事項等について 	・議事要旨	・資料等	・開催案内

パート 2

品質自主点検



品質確保・信頼性確保のための さらなる自主点検の実施

第10回 後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会

厚生労働省 医政局

医薬産業振興・医療情報企画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

品質確保・信頼性確保のためのさらなる自主点検の実施

1. 現状と課題

今までも、H28.1.19付審査課長*に基づく一斉点検、日本ジェネリック製薬協会（JGA）作成チェックリストに基づく自主点検など様々な取り組みが行われてきたところであるが、以下のような課題が挙げられた。

- ・自主点検をしても、見逃されているものがあるのではないか
- ・今までの方法では、意図的／無意識にかかわらず、隠している／隠れているものは見つからないのではないか
- ・JGA会員以外の会社へはどう対応するか

* 「医薬品の製造販売承認書と製造実態の整合性に係る点検の実施について」審査管理課長通知（薬生審査発0119第3号平成28年1月19日）

2. 方向性

これまでの自主点検の課題を踏まえ、より実効性のあるものとするために、業界に対して以下のような自主点検の実施を求めることとする。

1) 点検の実施主体

JGA加盟・非加盟によらず、後発医薬品の製造販売承認をもつ企業

※ 外部機関を活用した点検の組み合わせも推奨する。

2) 対象

後発医薬品に係る承認書の「製造方法欄」、「別紙規格欄」及び「規格及び試験方法欄」と対応する手順書及び実際の業務内容

3) 方法

書面による点検に加え、最近の不適切事案を教訓に、各種の「書面」と「実際」の乖離がないかを確認するため、製造・試験等に従事している従業員等へのヒアリングも実施（統一的なチェックリストを用意）（公益通報窓口の社内周知も同時に実施）

4) 公表

点検の実施主体（企業自体か外部機関か）を明確にした上で、公表（別途検討中の「企業情報の可視化」の取組の中で公表することも検討）

5) スケジュール

- 既に自主点検を行っている項目については速やかに実施状況を（点検実施主体を明確にして）公表するとともに、厚労省にその旨を報告
- 今回新たな点検項目としてこれから実施する企業については品目数に応じて遅くとも6ヶ月間（4月から10月を目途）で実施し、速やかにその結果を公表すること。
- 6ヶ月間の調査結果を業界団体としてまとめ、厚労省に報告すること。また、各自主点検結果については、所管の都道府県にも報告することを想定。

6) 行政による実効性の担保

都道府県においても、全後発医薬品製造施設を対象範囲として、自主点検の内容を踏まえてリスクを評価の上、無通告立入検査を計画・実施するとともに、自主点検後に行政による無通告立入検査が続くことを事前に周知することで、企業による自主点検の実効性を担保する。さらに、都道府県の無通告立入検査については、都道府県の状況に応じて、PMDAが実施・支援できる体制とする。

薬事監視の質の向上を図るための課題

- ① 製造所における管理体制に係る評価項目の見直し
- ② 都道府県における薬事監視の体制の強化
- ③ 国と都道府県の薬事監視の速やかな情報共有を含めた連携体制の整備

(第1章 医薬品産業を取り巻く現下の諸課題「1.1.1後発品産業構造上の課題」より抜粋)

- 加えて、後発品企業での製造工程の複雑化や業務量の増大といった製造実態の変化に対して、製造所への立入検査などにより、それらの問題をチェックする各都道府県の薬事監視の体制は必ずしも十分に機能しているとは言い難く、また、国と都道府県の薬事監視の情報共有を含めた連携体制も十分に整備されていない状況にあった。
- さらに、前述のとおり、製造所への立入検査などによりそれらの問題をチェックする各都道府県の薬事監視についても、徹底が図られているとは言い難い状況にあった。

(第2章 医薬品の迅速・安定供給実現に向けた対策の方向性「2.1.1後発品産業構造の見直し」より抜粋)

- 後発品企業においては、これまでの数次にわたる法令違反の事案を踏まえ、引き続き、製造管理及び品質管理の徹底を図ることが必要である。
- その上で、製造所における管理体制に係る評価項目の見直しを含め都道府県における薬事監視の体制を強化するとともに、国と都道府県の薬事監視の速やかな情報共有を含めた連携体制の整備を行い、薬事監視の質的な向上を図る必要がある。

薬事監視の質の向上を図るための課題

- ① 製造所における管理体制に係る評価項目の見直し
- ② 都道府県における薬事監視の体制の強化
- ③ 国と都道府県の薬事監視の速やかな情報共有を含めた連携体制の整備

対応

①製造所における管理体制に係る評価項目の見直し

- ✓ 令和3年7月、都道府県に対して、医療用後発医薬品の承認審査時に行われるGMP適合性調査について、調査対象の製造所において、製造品目数、製造量等に見合った製造・品質管理体制が確保されていることを確認することを依頼済み※。

※令和3年7月2日付け薬生薬審発0702第5号厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長、薬生監麻発0702第5号監視指導・麻薬対策課長連名通知

- ✓ 今後さらに、後発医薬品のGMP適合調査において重点的に調査すべき事項を整理し都道府県へ周知を図る。

②都道府県における薬事監視の体制の強化

- ✓ 現状、「GMP調査要領」に基づき、各都道府県において、製造所のリスク評価が実施され、各製造所に対する調査頻度や調査方法（実地（通告/無通告調査）又は書面）等が決定されている。
- ✓ 令和5年度からは、都道府県及び厚生労働省が連携の上、全国の製造所から相対的に高リスク製造所※を抽出し、PMDAと都道府県が合同で無通告立入検査を行う、「合同無通告立入検査」の取組を開始する。高リスク製造所を対象に、都道府県がPMDAと連携することで重点的かつより高度な立入検査を可能とするとともに、都道府県調査員に対してPMDAの実践的な調査能力を習得する機会を提供する。

※直近の被調査実績や取り扱う医薬品の種類や品目数、その他当該製造所における品質管理の状況に懸念を生じさせる情報の有無等に基づき抽出。

有識者会議の議論への対応案②

薬事監視の質の向上を図るための課題

- ① 製造所における管理体制に係る評価項目の見直し
- ② 都道府県における薬事監視の体制の強化
- ③ **国と都道府県の薬事監視の速やかな情報共有を含めた連携体制の整備**

対応

③国と都道府県の薬事監視の速やかな情報共有を含めた連携体制の整備

- ✓ 令和4年度から、国内のGMP査察能力を向上させるため、PMDAにおいて、都道府県調査員の教育訓練や都道府県による査察への同行による知識共有等を行うとともに、PMDAの調査員及び外部専門人材の確保を行う、「GMP管理体制強化等事業」を実施。
- ✓ 令和6年度からは、本事業を拡充し、国と都道府県の薬事監視の速やかな情報共有を含めた連携体制の整備を行い、薬事監視の質的な向上を図るため、PMDAにおいて、全国のGMP調査において判明した不備事項を収集・蓄積・共有・分析等を行う体制の検討・構築を行う。

事業スキーム



184社、9341品目を対象とした 承認書と製造実態の整合性を確認す る自主点検と無通告立ち入り

4月から半年間
で100%実施！



パート3 人材育成



後発医薬品産業における人材育成の課題

ネクスレッジ株式会社

安本 篤史

YOUR EXPERTNER



GMP省令における教育訓練は以下のように記載されており“具体的な基準やガイダンスでは無い”

(教育訓練)

第十九条 製造業者等は、あらかじめ指定した者に、手順書等に基づき、次に掲げる業務を行わせなければならない。

一 製造・品質関連業務に従事する職員に対して、製造管理及び品質管理に関する必要な教育訓練を計画的に実施すること。

二 教育訓練の実施状況を品質保証に係る業務を担当する組織及び製造管理者に対して文書により報告すること。

三 教育訓練の実施の記録を作成し、これを保管すること。

四 教育訓練の実効性を定期的に評価し、必要に応じて改善を図るとともに、その記録を作成し、これを保管すること。

後発医薬品産業における人材育成の課題

- 先発薬産業と後発薬産業の人材育成の相違点
- 後発薬産業の人材育成の課題
- 医薬品の安定供給を達成するための人材育成の在り方

先発薬産業と後発薬産業の人材育成の相違点

先発医薬品メーカー

- 新卒採用がメイン、中途採用はプロフェッショナル採用が中心(中途採用の給与水準が高い)
- 勤続年数は15年以上、ほぼ終身雇用の平均年齢

平均勤続年数

➢ 武田薬品	14.0年	42.8歳
➢ 第一三共	20.3年	45.3歳
➢ アステラス	16.2年	42.4歳

平均年齢

- 能力開発、スキルトレーニングを体系的に継続

後発医薬品メーカー

- 未経験中途採用も戦力化、異業種からの転職者も多い(中途採用の給与水準は相対的に低い)
- 勤続年数は7年程度、平均年齢が低く経験が浅い

平均勤続年数

➢ 日本ジェネリック	5.9年	36.3歳
➢ 沢井製薬	6.3年	38.8歳
➢ 東和薬品	10.3年	37.0歳

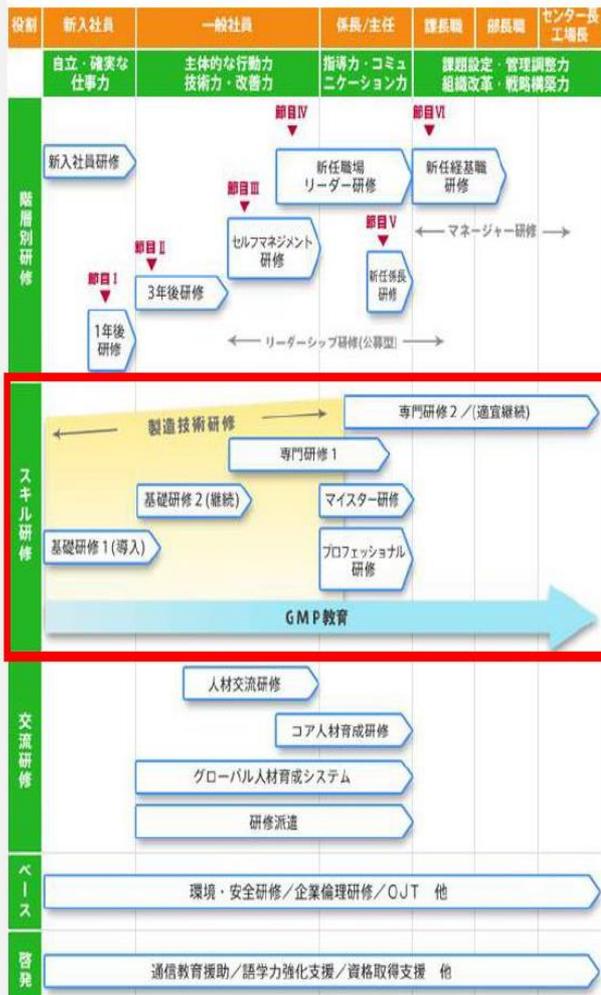
平均年齢

- 勤続年数が短いため、職能教育が比較劣後

→新卒採用から一貫して職能訓練への投資が可能な先発薬メーカーと、平均勤続年数が短く、教育訓練にリソースを割けない後発医薬品メーカーとでは、人材育成に大きな差が生まれる。

参考:大手先発薬メーカーの人材育成体系

特長: 専門職における職能研修、そしてGMP研修が体系化され継続的に実施される仕組みが機能



狙い	個と組織の強化			次世代リーダー育成					
内容	階層・年齢別	スキル手上げ・自己啓発	推薦	専門	選抜研修				
マネジメント職	役割認識	ライフキャリア	スキル獲得	OJT 自己啓発強化	グローバル スキル	部門・各社	社内研修	外部派遣	
幹部社員	新任部長研修 新任M職研修	ネクストリーダー 育成プログラム	M職マネジメント スキル研修	e-Learning	グローバルスキル 研修(推薦型)	専門スキル・専門知識 修得研修(各社・各本部 主催・展開)	特定の目的に応じた 人材育成プログラム	各人のニーズに 応じて実施	
一般社員	新任幹部社員 研修		幹部社員 スキルアップ研修						ビジネススキル アップ研修
新任社員研修	ミドルキャリア 研修		一般I・II 基礎スキル研修						三年次研修

出典: 第一三共ケミカルファーマHP (https://daiichisankyo-cp.co.jp/corporate/csr/office/hr_development/index.html)

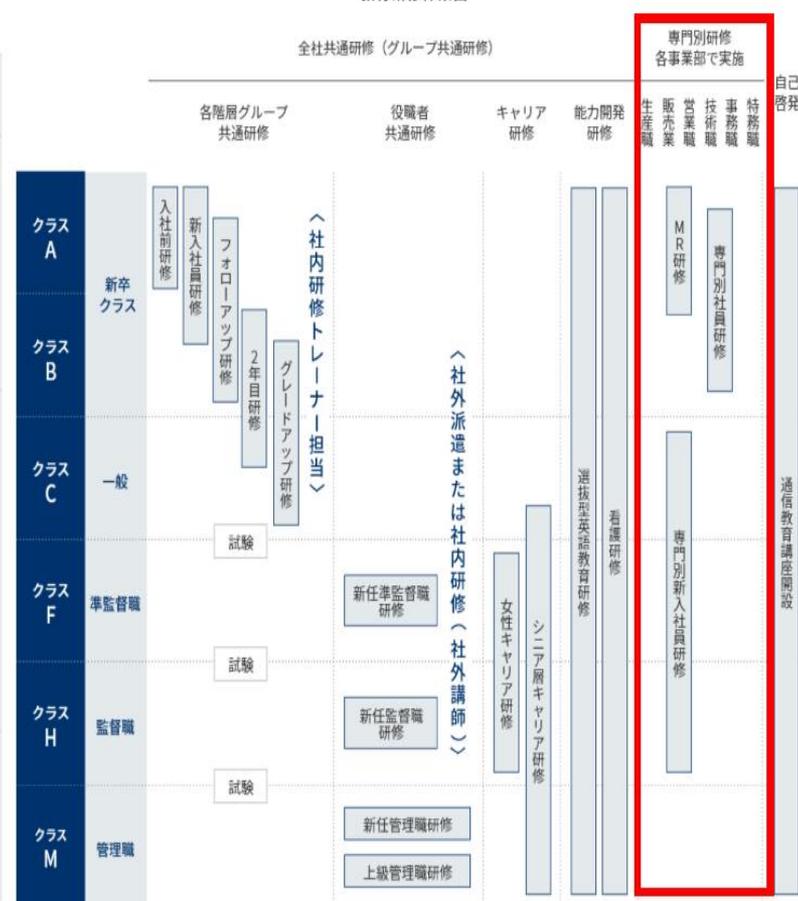
参考:大手後発薬メーカーの人材育成体系

特長:医薬品メーカーとしての専門職育成に関する粒度、人材育成に関する取り組みが大手先発薬メーカーとは異なる

研修体系全体像

	内定者	新入社員～中堅社員	管理職
集合研修		新入社員研修 入社一年目研修 中堅社員研修 等級・階層別研修 昇格時研修等	新任管理職研修 管理職向け研修 マネジメントスキル向上研修 評価スキル向上研修 等
通信教育	社会人の心構えと基礎知識	中堅社員としての基礎知識 マネジメントの基礎知識 任意選択型通信教育 (業務スキル、資格、語学等)	
その他		OJT強化支援 外部研修受講	学会参加 語学研修 等

教育研修体系図



出典: 沢井製薬ホームページ (<https://www.sawai.co.jp/recruit/fresh/education/>)

出典: ニプロホームページ (<https://www.nipro.co.jp/sustainability/human-resources/>)

後発医薬品産業における人材育成の課題

- 先発薬産業と後発薬産業の人材育成の相違点
- **後発薬産業の人材育成の課題**
- 医薬品の安定供給を達成するための人材育成の在り方

後発医薬品メーカー一社の実例 1/2

GMP部門の各スタッフの教育訓練レベルをCUDBAS手法を用いて可視化

知識・技能の内容 A B C D E

知識・技能の内容	A	B	C	D	E	
製剤・原料・注射関連機器 1-1 A HPLC	立ち上げができる	3	3	3	5	4
製剤・原料・注射関連機器 1-2 A HPLC	カラムの取り付けができる	4	3	3	5	4
製剤・原料・注射関連機器 1-3 A HPLC	洗浄液の選択ができる	3	3	3	5	4
製剤・原料・注射関連機器 1-4 A HPLC	使用記録が書ける	3	3	3	5	4
製剤・原料・注射関連機器 1-5 A HPLC	状態表示ができる	3	3	3	5	4
製剤・原料・注射関連機器 1-6 A HPLC	洗浄ができる	3	3	3	5	4
製剤・原料・注射関連機器 1-7 A HPLC	メソッドの読み込みができる	2	3	3	5	4
製剤・原料・注射関連機器 1-8 A HPLC	流量を変更できる	3	3	3	5	4
製剤・原料・注射関連機器 1-9 A HPLC	LIMSに連携できる	2	1	3	5	4
製剤・原料・注射関連機器 1-10 A HPLC	エラー対応ができる	3	3	2	4	3
製剤・原料・注射関連機器 1-11 A HPLC	ISOとGRADの違いが分かる	4	3	3	3	4
製剤・原料・注射関連機器 1-12 C HPLC	逆相、順相クロマトグラフィーの特徴が分かる	4	3	1	4	3
製剤・原料・注射関連機器 1-13 A HPLC	ゴーストピークについて知っている	4	2	1	3	3
製剤・原料・注射関連機器 1-14 A HPLC	ベースラインの変動の原因が分かる	4	2	2	3	3
基本知識 1-1 A 日本薬局方	通則を理解している	3	2	2	3	3
基本知識 1-2 B 日本薬局方	保管場所を知っている	3	3	3	5	3
基本知識 1-3 B 日本薬局方	全体的な記載内容を理解している	3	2	3	3	2
基本知識 1-4 A 日本薬局方	一般試験法の見方がわかる	3	3	3	4	3
基本知識 1-5 A 日本薬局方	医薬品各条の見方がわかる	4	3	3	3	3
基本知識 1-6 A 日本薬局方	試液調製を行う際に見方がわかる	3	3	4	4	3
基本知識 2-1 A 製造販売承認書	全体的な構造を知っている	4	2	2	4	1
基本知識 2-2 A 製造販売承認書	別紙規格が分かる	4	3	2	4	3
基本知識 2-3 B 製造販売承認書	規格及び試験方法を理解している	4	3	2	4	3
基本知識 2-4 C 製造販売承認書	製造方法を知っている	4	1	2	3	1
基本知識 2-5 A 製造販売承認書	原本の保管場所を知っている	3	3	3	5	3
基本知識 2-6 C 製造販売承認書	各原料メーカーを把握している	3	3	1	2	1
基本知識 3-1 A GMP基礎	訂正の仕方が分かる	3	3	3	5	3
基本知識 3-2 A GMP基礎	記録記載の手順が分かる	3	2	3	5	3
基本知識 3-3 A GMP基礎	GMP区域内への持ち込み禁止のものを理解している	3	2	3	5	3
基本知識 3-4 B GMP基礎	教育訓練ができる	3	2	1	2	3

※CUDBAS（クドバス）は、A Method of Curriculum Development Based on Vocational Ability Structure（職業能力の構造に基づくカリキュラム開発手法）の略称です。職業教育で養成しようとする人物の能力を書き出し、それらを構造的に整理し、人材育成カリキュラムの開発や研修計画の作成、業務改善につなげる手法です。クドバスの適用は短期間研修カリキュラムにも、大学のような長期間教育のカリキュラム開発にも可能です。これまで国内ではさまざまな団体・企業の人材育成に、海外ではJICA技術協力プロジェクトを中心に導入されています。

スキルマップの凡例

1

一人では全くできない、知らない、分からない

2

一人ではできないが、他者の支援や補助を受けたらできる。

3

自分一人でなんとかできる。知っている、分かっている。

4

自分でできるだけではなく、他者に教えることができる。かなりよく知っている、かなりよくわかっている。

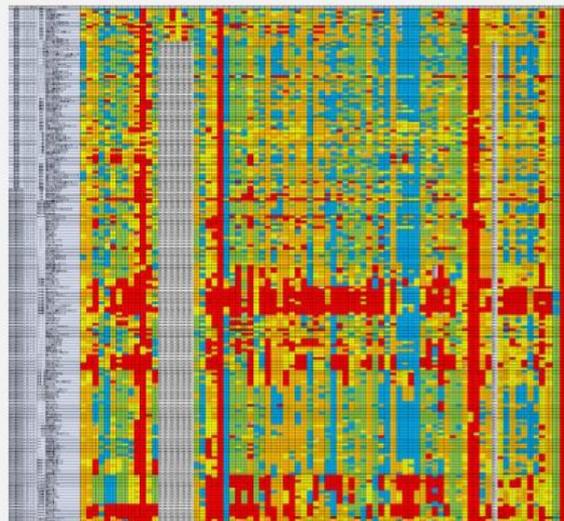
5

とてもよくできるし、やり方を改善したり問題点を改良できる。作業、操作、知識に関して熟知しており社内でも代表できるレベルである、

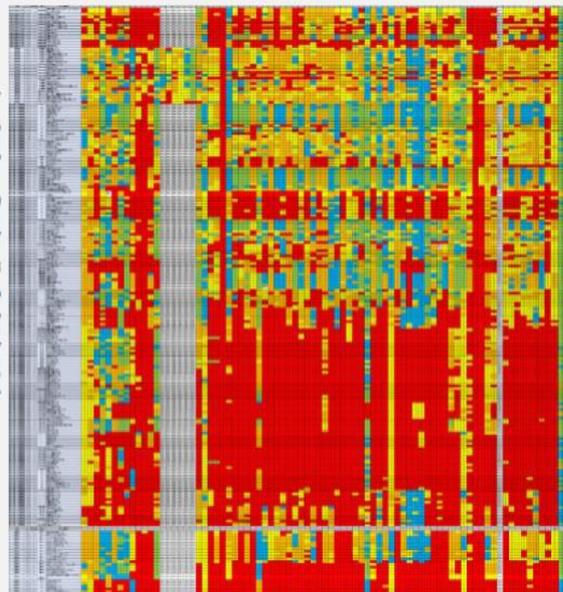
後発医薬品メーカー個社の実例 2/2

品質管理部門のスキルをヒートマップ化し、技能レベルを可視化

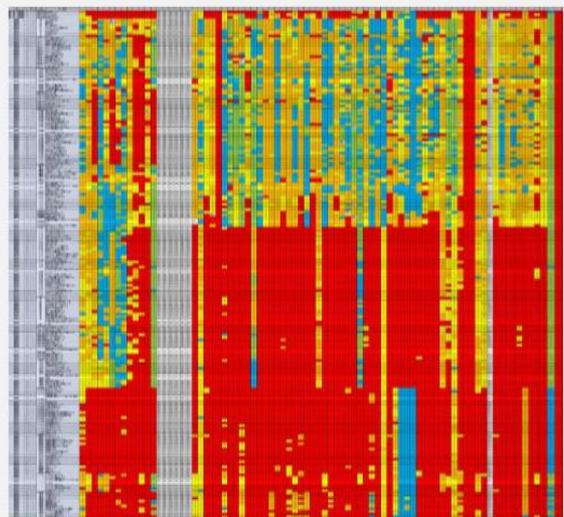
局方基礎知識
理化学機器取扱



各種規格試験法
分析装置取扱



LIMS取扱方法
一般試験法分析装置取扱



教育訓練記録などの外形的GMP基準は満たしているものの
品質管理業務を担当・遂行するには**十分とは言えない技能・知識習熟度**で日
常業務が遂行されていた。

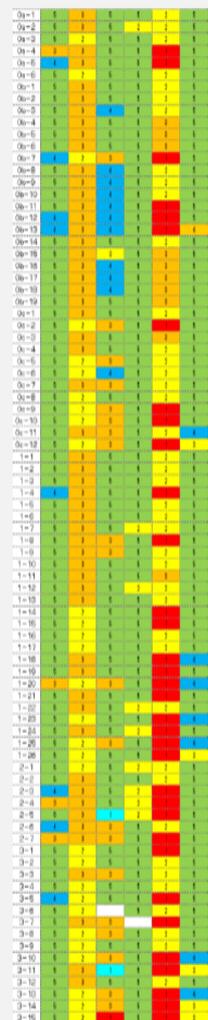


規格外(OOS)や悪化傾向(OOT)発生時に問題の切り分け(ラボエラー/製品異常)の判断ができず、安易に再試験(ReTEST)により合格させてしまうリスク

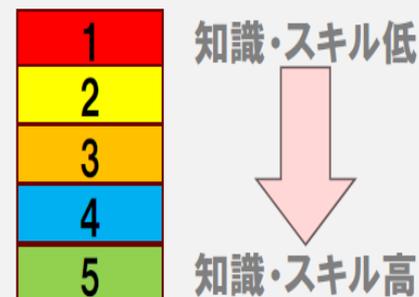


参考 先発薬メーカーのスキルマップ

担当者は担当業務の知識・技術に習熟しており、適切なジョブローテーションと共に技能継承が行われている



- 近年のGMPが目指している品質文化 (Quality Culture)とはこういった潜在的人的資源・技能の蓄積も医薬品の製造品質にとっては重要であるという示唆
- こういった客観的スキル分析・評価を行い能力開発、教育訓練の体系化などの取組を推進することが重要



後発薬産業の人材育成の課題

いずれも個社の努力で対応が難しい構造的課題である。

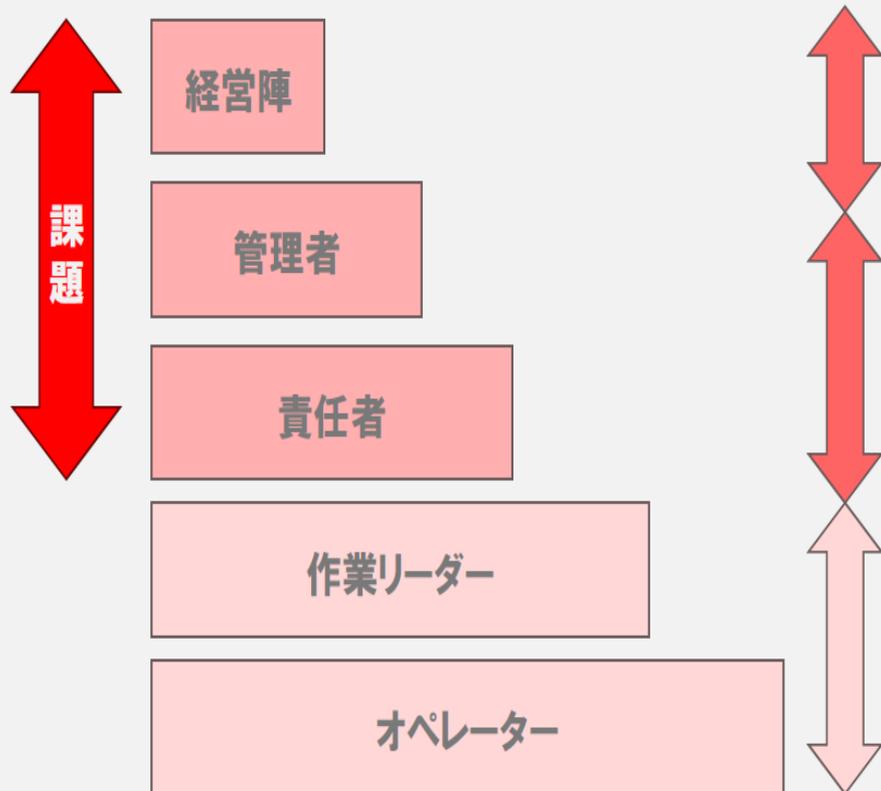
- 従業員平均勤続年数が短く、平均年齢が若いため経験不足であり、自社内における高度人材教育/育成が難しい
- 教育訓練用の教材が無い、または社内に適切な講師が存在しない
- 勤務が3交代制などシフト制のため全体教育訓練の時間が確保できない
- 社外セミナーや業界団体、学会参加などの活動に参加する余裕が少なく最新の情報へのアクセスが難しい
- 薄利多売の事業構造上十分な教育訓練に割けるリソースがない
- 人力的に余裕が無く人事異動やジョブローテーションが実施できない、職能開発をする余裕が無い

後発医薬品産業における人材育成の課題

- 先発薬産業と後発薬産業の人材育成の相違点
- 後発薬産業の人材育成の課題
- 医薬品の安定供給を達成するための人材育成の在り方

医薬品の安定供給を達成するための人材育成の在り方

後発薬医薬品の管理者として適格な知識・能力を有する人材のトレーニングを行える仕組みが不可欠



業界の特長も踏まえた後発薬メーカー経営者間での品質への取組や課題解決手法などを業界内で集合知とするとともに先発薬メーカーの経営陣と対話などを通じ品質への意識づけを強化

管理者として必要な原理・原則や背景情報、個別事象のケーススタディによる高度な意思決定、経験の速習など、社外におけるトレーニングにより必要な職能訓練を補完する

基本的なGMP教育、SOP教育などオンサイトにてOJT及び座学、eラーニングを中心に社内で育成可能

パート4



論点

後発医薬品産業の在るべき姿と対策の方向性（論点）

第10回 後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会

厚生労働省医政局

医薬産業振興・医療情報企画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

後発医薬品産業の在るべき姿

後発医薬品産業の在るべき姿

- 今後の後発医薬品産業の在るべき姿として、品質の確保された医薬品を安定的に供給できるよう、まずは以下の3点の実現を目指していくこととしてはどうか。
 - ① 全ての企業において製造管理・品質管理体制が整っていること（**製造管理・品質管理体制の確保**）
 - ② 収益と投資の好循環が確立しており、産業として持続可能な形になっていること（**持続可能な産業構造**）
 - ③ それぞれの企業において医薬品を安定的に供給できる体制が保たれるとともに、産業全体として必要に応じて増産を行う余力のある体制が確保できていること（**安定供給能力の確保**）
- 上記3点の実現にあたっては、産業や各企業において、これらを実現するための適切な体制が構築されていることが重要であり、そのための業界再編や企業間の連携・協力の推進、生産性の向上、人材の育成も進めていく必要があるのではないかと。
- 上記の実現は一定の期間を要すると考えられるが、実施できるものから迅速に着手しつつ、一定の集中的な改革期間を設定してはどうか。また、設定する場合の具体的な期間設定についてどのように考えるか。

対策の方向性（1. 製造管理・品質管理体制の確保）

対策の方向性（論点）

- 製造管理・品質管理に関する不適切事案が続いている現状を踏まえ、後発医薬品への信頼回復のため、製造管理・品質管理の強化が必要不可欠である。
- 以下の項目について、現状の取組の状況も踏まえ、今後の方策をどのように考えるか。

<現状の取組>

（薬事監視の向上）

- 令和5年11月の薬事検討会における議論を踏まえ、
 - ・ 全国の製造所から相対的に高リスク製造所を抽出しPMDAと都道府県が合同で無通告立入検査を行う取組を既に開始し
 - ・ 今後さらに後発医薬品のGMP適合調査において重点的に調査すべき事項を整理し都道府県へ周知を図る等の取組を行うことで、薬事監視の体制強化を図る取組を進めることとしている。

<今後の方策>

（点検管理の更なる徹底）

- これまで企業による自主点検が行われてきたにもかかわらず、製造管理・品質管理に関する不適切事案が続いている現状を踏まえ、**製造管理・品質管理に係る自主点検の強化を行うべきではないか。【議題1】**
- 企業の製造管理・品質管理に係る取組状況の可視化を推進してはどうか。各企業の製造管理・品質管理に係る取組状況が外部から確認できることにより、企業間の連携・協力を推進することにもつながるのではないか。

（効率的な品質の管理の推進）

- **効率的な製造管理・品質管理を推進するため、例えば、複数企業による品質管理業務の協業などの好事例の展開を行うなど、どのような方策が考えられるか。**

（品質管理を行う人材育成）

- **製造管理・品質管理を行う人材の育成・確保のためにどのような方策が考えられるか。【議題3】**

対策の方向性（２．持続可能な産業構造）

対策の方向性（論点）

- 後発医薬品産業全体の構造的問題を解決し、産業として持続可能な構造とするため、
 - ① 少量多品目構造を適正化し、生産効率のよい体制とすること、
 - ② 後発医薬品企業が安定的に収益をあげ、品質の確保された医薬品の供給に向けた投資を行う好循環を生み出すための価格や流通の在り方を改善していくことが必要ではないか。
- 以下の項目について、現状の取組の状況も踏まえ、今後の方策をどのように考えるか。

<現状の取組>

① 少量多品目生産の適正化のための方策

（同種同効薬の品目数の適正化のための新規収載の抑制）

- 令和6年度薬価制度改革において、後発医薬品の新規収載時の薬価算定における、同時に収載される内用薬が10品目を超える場合に先発品の0.4掛けとする規定について、同時に収載される内用薬が7品目を超える場合に先発品の0.4掛けとすることとされている（令和6年4月から運用開始予定）。

（製造方法等の変更に係る薬事手続の簡素化）

- 既収載品目の統合に関し、企業間の品目統合を促進するため、製造方法等の変更管理における薬事手続において、欧米と同様の中等度変更事項及び年次報告を試行的に導入（令和6年度内に試行開始予定。）。また、製造方法等の記載事項に係る通知の改正について、国際的に整合したリスクベースの変更管理が実現できるよう検討している。

対策の方向性（2. 持続可能な産業構造）

対策の方向性（論点）

- ② 後発医薬品企業が安定的に収益をあげ、品質の確保された医薬品の供給に向けた投資を行う好循環を生み出すための価格や流通の在り方
（薬価制度）
 - 令和6年度薬価制度改革において、基礎的医薬品については、収載からの経過期間に関する要件について、25年から15年に短縮するとともに、不採算品再算定については、急激な原材料費の高騰、安定供給問題に対応するため、企業から希望のあった乖離率7.0%以内の品目を対象に特例的に適用することとされており、今回適用される品目については、次回の薬価調査における乖離状況を確認し、流通状況を検証するとともに、適用の在り方について今後検討することとされている。
- （流通の在り方）
 - 流通改善ガイドラインについて、基礎的医薬品や安定確保医薬品等については価格交渉の段階から別枠とし、単品単価交渉を行うこと、価格交渉代行を利用した場合にガイドラインを遵守させること、原則、年度内は妥結価格の変更は行わないこと、返品や一社流通における取扱等の内容を盛り込む改訂を行う予定。

対策の方向性（2. 持続可能な産業構造）

対策の方向性（論点）

<今後の方策>

① 少量多品目生産の適正化のための方策

（企業間の品目統合の推進）

- 既収載品目の統合のため、**企業間での品目統合は具体的にどのように行っていくことが考えられるか。**

（既収載品目の市場からの撤退のための薬価削除プロセスの簡素化）

- 供給停止及び薬価削除については、製薬企業からの供給停止事前報告書の提出や医療現場における医療上の必要性の確認等のプロセスを経る必要がある。
- 少量多品目生産の適正化のため、**供給停止・薬価削除プロセスについて、一定の条件の下で簡素化するなどの方策を検討するべきではないか。また、口腔崩壊錠（OD錠）についてもこの中で検討してはどうか。**
- 薬価削除プロセスの簡素化の**具体策の検討に当たっては、「医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議」において議論を行ってはどうか。**

（規格揃え原則の合理化）

- 規格揃え原則については、需要の少ない規格（非汎用規格）もあるが、製造技術上少量の生産が困難であることから、一定の廃棄数量分を含んだ製造がなされており、赤字品目となっている製品がある。
- 少量多品目生産の適正化のため、後発医薬品収載時は全規格を取り揃えることを原則としつつ、薬価収載から一定期間後は、医療上の必要性等に照らして**全規格を取り揃えることが必ずしも必要ではないと考えられる品目について、規格揃え原則を適用せず、一定の条件下で薬価削除プロセスを簡素化することを検討**すべきではないか。その際、企業ごとに有利不利が生じないよう配慮が必要ではないか。

対策の方向性（２．持続可能な産業構造）

対策の方向性（論点）

＜今後の方策＞

② 後発医薬品企業が安定的に収益をあげ、品質の確保された医薬品の供給に向けた投資を行う好循環を生み出すための価格や流通の在り方

（薬価の在り方）

- 薬価制度に関しては、令和6年度薬価制度改革の実施状況を踏まえ、必要な薬価上の対応について引き続き中医協で議論を行うこととしている。その際には、供給主体である後発医薬品企業の在り方との関係についてもあわせて議論すべきではないか。

（流通の在り方）

- 製薬企業、医薬品卸売販売業者、医療機関等をはじめとした流通関係者全員が、流通改善ガイドラインを遵守し、医薬品特有の取引慣行や過度な薬価差、薬価差の偏在の是正を図り、適切な流通取引が行われる環境を整備するための方策について、引き続き「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会（流改懇）」で議論を行ってはどうか。

対策の方向性（3. 安定供給能力の確保）

対策の方向性（論点）

- それぞれの企業において医薬品を安定的に供給できる体制が保たれるとともに、産業全体として必要に応じて増産する余力のある体制が確保できている必要ではないか。
- 以下の項目について、現状の取組の状況も踏まえ、今後の方策をどのように考えるか。

<現状の取組>

① 個々の企業における安定供給確保体制整備

- 有識者検討会の指摘を踏まえ、本検討会及び中央社会保険医療協議会で議論を行った結果、
 - ・ 企業情報公表の仕組みの創設
 - ・ 企業情報の薬価制度での活用
 - ・ 新規収載時の安定供給責任者の指定、供給実績の確認を行うこととしている。

（企業情報公表の仕組みの創設）

- 厚生労働省において、公開すべき情報提供の内容や判断基準等の考え方を情報公開ガイドラインとして公表予定。令和6年度前半のできるだけ早いうちに、企業によるウェブサイトでの公表を開始することとしている。

（企業情報の薬価制度等での活用）

- 令和6年度薬価制度改革において、「後発品の安定供給が確保できる企業の評価指標及び評価方法」に基づき、企業の安定供給体制等を評価し、評価結果を薬価制度において活用することとされた。
- 評価結果の薬価制度における活用については試行的な導入として最小限のものから適用することとされた。具体的には、「後発医薬品の安定供給が確保できる企業の評価指標及び評価方法」に基づき、企業の安定供給体制等を評価し、評価が最も高い企業区分と評価された企業の品目の一部について、現行の後発医薬品の改定時の価格帯集約とは別に、該当する品目のみを集約することとされた（令和6年4月から運用開始）。

（新規収載時の安定供給責任者の指定、供給実績の確認）

- 令和6年度薬価制度改革において、後発医薬品の新規収載時に安定供給に係る責任者の指定を求めるとともに、収載後の各品目の供給実績の確認を実施（令和6年度の後発医薬品新規収載から運用開始予定）

対策の方向性（3. 安定供給能力の確保）

対策の方向性（論点）

- それぞれの企業において医薬品を安定的に供給できる体制が保たれるとともに、産業全体として必要に応じて増産する余力のある体制が確保できている必要ではないか。
- 以下の項目について、現状の取組の状況も踏まえ、今後の方策をどのように考えるか。

<今後の方策>

① 個々の企業における安定供給確保体制整備

（企業情報の薬価制度等での活用）

- 令和6年度診療報酬改定の答申書附帯意見において、後発医薬品の企業指標の導入や今後の情報公表も踏まえた医薬品の安定供給に対する影響等について、製薬業界の協力を得つつ分析・検証等を行うとともに、こうした課題に対する製薬業界としての対応を踏まえながら、薬価における評価の在り方について引き続き検討することとしている。

（企業の安定供給体制確保に関する制度的枠組みの検討）

- まずは、業界における自主的な取組であるジェネリック医薬品供給ガイドラインに準拠した各企業の安定供給マニュアルに基づく取組を着実に実施していくべきではないか。

- その上で、**企業の安定供給体制の確保を実効あるものとしていくため、これまでの仕組みが法令等で担保されたものではなかったことも踏まえ、どのような方策が考えられるか。**

- その際、後発医薬品企業の間では相互に委託製造が広がっているが、委託製造の場合について、企業の安定供給体制の確保に係る責任の所在が必ずしも明確でないことを踏まえ、企業間の連携・協力を推進していく中においてもしっかりと安定供給能力が確保されるよう、安定供給体制の確保に係る責任の在り方を整理していく必要があるのではないか。【議題2】

② 医薬品等の安定供給確保に係るマネジメントシステムの確立

- 医薬品等の確保については、改正感染症法・医療法に基づき、令和6年度から緊急時における国から事業者への生産要請・指示や平時から事業状況の報告を求めることができる枠組みが整備されるが、**さらに医薬品等の安定供給を担保する制度的枠組みについてどのように考えるか。**

- 具体的な検討に当たっては、後発医薬品以外の医薬品等における課題も含め「医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議」において議論を行ってはどうか。

対策の方向性（４．ガバナンスの強化、企業間の連携・協力の推進）

対策の方向性（論点）

- 後発医薬品産業の抱える構造的課題を解消し、企業における生産能力を高める観点から、業界再編も視野に入れつつ、品目数の適正化や、適正規模への生産能力の強化を進めることが必要であることが指摘されている。
- 本検討会において、品目統合を進めていくだけでなく、品質管理や営業等の面での企業間の連携・協力や役割分担、コンソーシアムや企業統合なども考えられるのではないかと指摘があったことも踏まえ、以下の項目について、今後の方策をどのように考えるか。

<今後の方策>

（人材育成等のガバナンスの強化）

- 相次ぐ一連の行政処分において、各企業における不十分なガバナンスや教育、過度な出荷優先の姿勢、バランスを欠いた人員配置などが製造管理及び品質管理上の管理不備やコンプライアンス違反につながったことが指摘されており、法令順守を含むガバナンスの強化や人材育成を推進する必要がある。
- これを踏まえ、各企業における**人材育成等のガバナンスの強化をどのように支援していくか。**【議題3】

（企業間の連携・協力による生産効率・収益性の向上、生産能力の強化）

- 各企業において、企業間の品目統合やそれに伴う各企業での品目削除により少量多品目生産を適正化し、品目ごとの生産能力や生産規模を増大させ、採算がとれる生産体制を構築する必要がある。
- また、品目統合以外についても、製造部門、品質管理部門、営業部門、販売部門など様々な段階での企業間の協業により効率化を図ることが期待できる。
- このような**企業間の連携・協力を推進するためにどのような方策が考えられるか。**
- 上述の各企業でのガバナンスの強化により品質管理体制や安定供給能力等に関する企業間の信頼関係を構築することで、企業間の協力も推進されるのではないか。

（独占禁止法との関係整理）

- 企業間の連携・協力を進める上で、独占禁止法に抵触し得るという懸念があることから、これを理由として企業間の連携・協力が進まないということがないように、まずは**独占禁止法上問題となり得る点について整理を行うべきではないか。**
- また、連携・協力を発展させ、**企業結合を行う場合についても独占禁止法上問題となり得る点について整理を行うべきではないか。**

（企業間の連携・協力の取組の促進）

- 政府が企業の取組を後押ししていくことが必要ではないか。具体的な方策としてどのようなものが考えられるか。

対策の方向性（５．その他）

対策の方向性（論点）

- 以下の項目について、今後の方策をどのように考えるか。

<今後の方策>

（サプライチェーンの強靱化）

- 厚生労働省で実施している「医薬品供給リスク等調査及び分析事業」における調査分析を踏まえ、今後の方策を検討するべきではないか。具体策の検討に当たっては、後発医薬品以外の医薬品に関する課題も含め「医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議」において議論を行うべきではないか。

（A Gの在り方）

- 医薬品の供給不安が発生している現状においてA Gが果たしている役割と、他の後発医薬品の参入に与える影響等を考慮しつつ、その動向を注視した上で今後のA Gの在り方を検討するべきではないか。

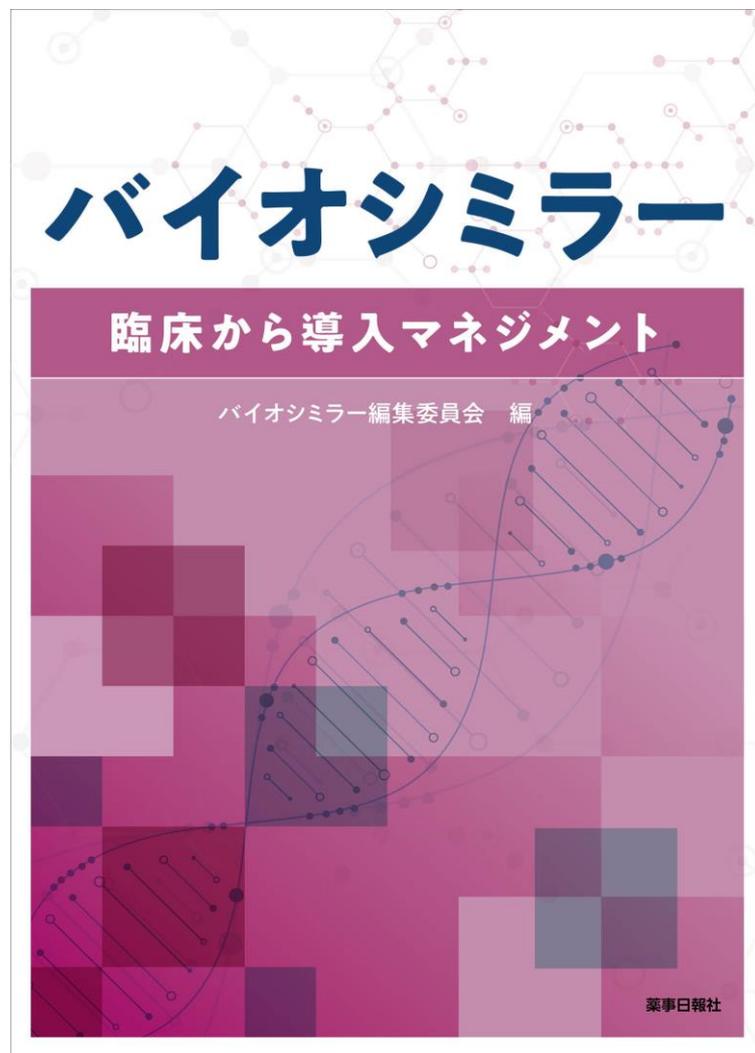
（バイオシミラー）

- バイオ人材の育成等の課題については、バイオシミラーのみならず、新薬開発の観点も含めて議論を行っていく必要があるのではないか。

まとめと提言

- 後発医薬品産業構造見直し検討会もいよいよ取りまとめに入る
- 品質自主点検が4月から10月にかけて全国の後発医薬品企業で実施される
- 品質に係る人材育成がカギ、外部機関による品質監査が必要
- 安定供給のための法整備が必要
- 後発医薬品企業コンソーシアムの在り方を検討すべき

バイオシミラー -臨床から導入マネジメント-



- 【編集】バイオシミラー編集委員会
- 【判型・頁】B5判・223頁
- 【定価】本体3,700円＋税
- 【発行】2024年1月

バイオシミラーの
医療機関への導入
の豊富な事例

第18回学術大会 日本ジェネリック医薬品・ バイオシミラー学会

会期 2024年5月25日土～26日日

会場 名古屋国際会議場

大会長 山田 成樹

藤田医科大学医学部 薬物治療情報学講座 教授



ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp



Dr武藤のミニ動画（58）

2024年トリプル改定と 医療・介護・障害の連携



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
理事 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長



衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市（人口約39万人）に立地
- 横須賀・三浦医療圏（4市1町）は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、
○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟（50床）、地域包括ケア病棟（91床）、回復期リハビリ病棟（33床）、
ホスピス（緩和ケア病棟：20床）

■併設施設 老健（衣笠ろうけん）特養（衣笠ホーム）訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所（長瀬ケアセンター）など

■グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬

浦賀

ケアセンター

三浦



目次

- パート1
 - 2024年はトリプル改定
- パート2
 - 2024年診療報酬改定率と基本方針
- パート3
 - 診療報酬改定と医療・介護の連携
- パート4
 - 医療と障害福祉サービスの連携
- パート5
 - 2024年介護報酬改定率と基本的視点
- パート6
 - 介護報酬改定と介護・医療の連携
- パート7
 - 老健における医療ケアの強化



パート1 2024年はトリプル改定



医療は2年に1回、介護・障害は3年に1回改定

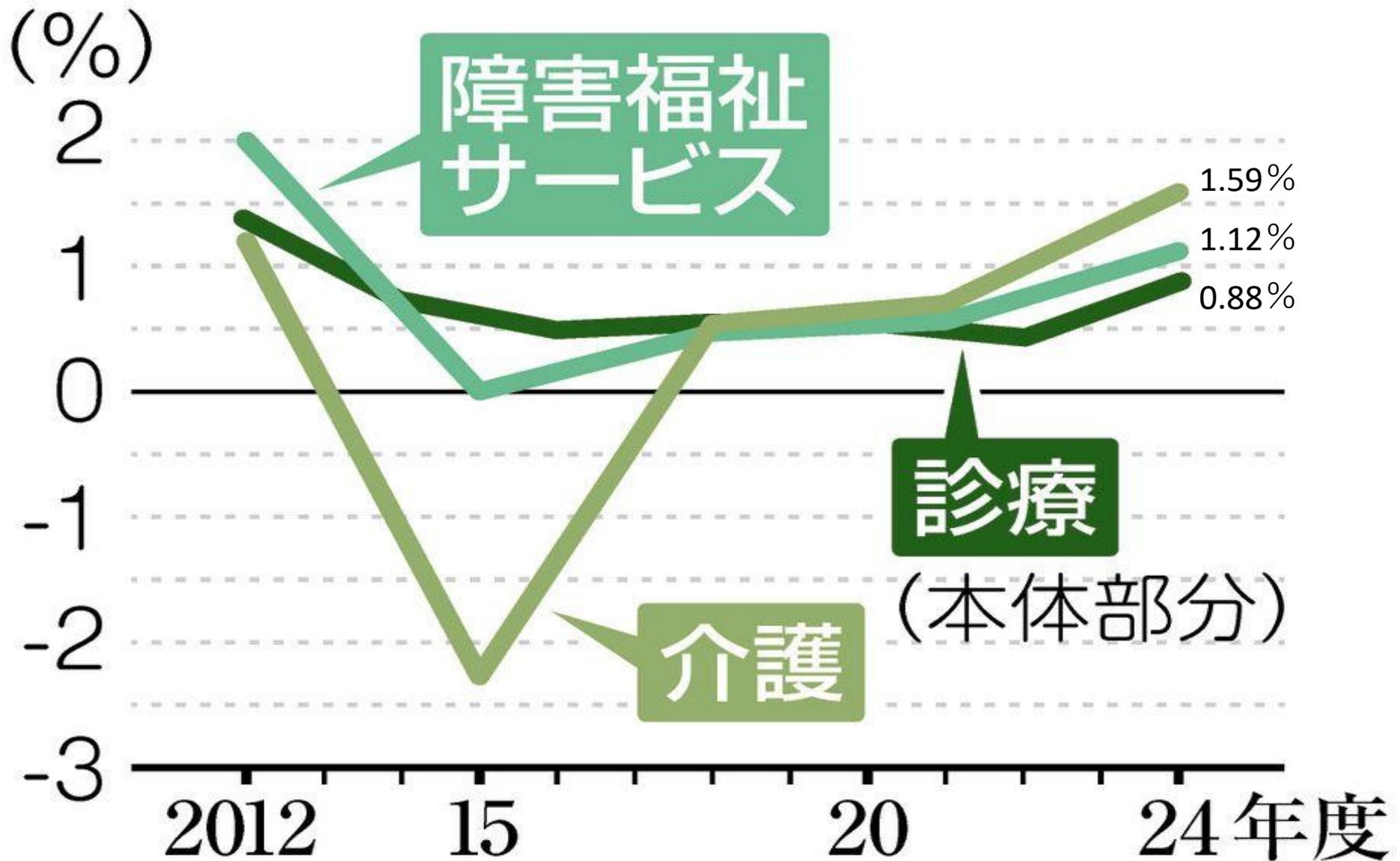
トリプル改定とは？

改定のポイントと 必要な対応

2024年度施行



報酬改定率(定期)の推移

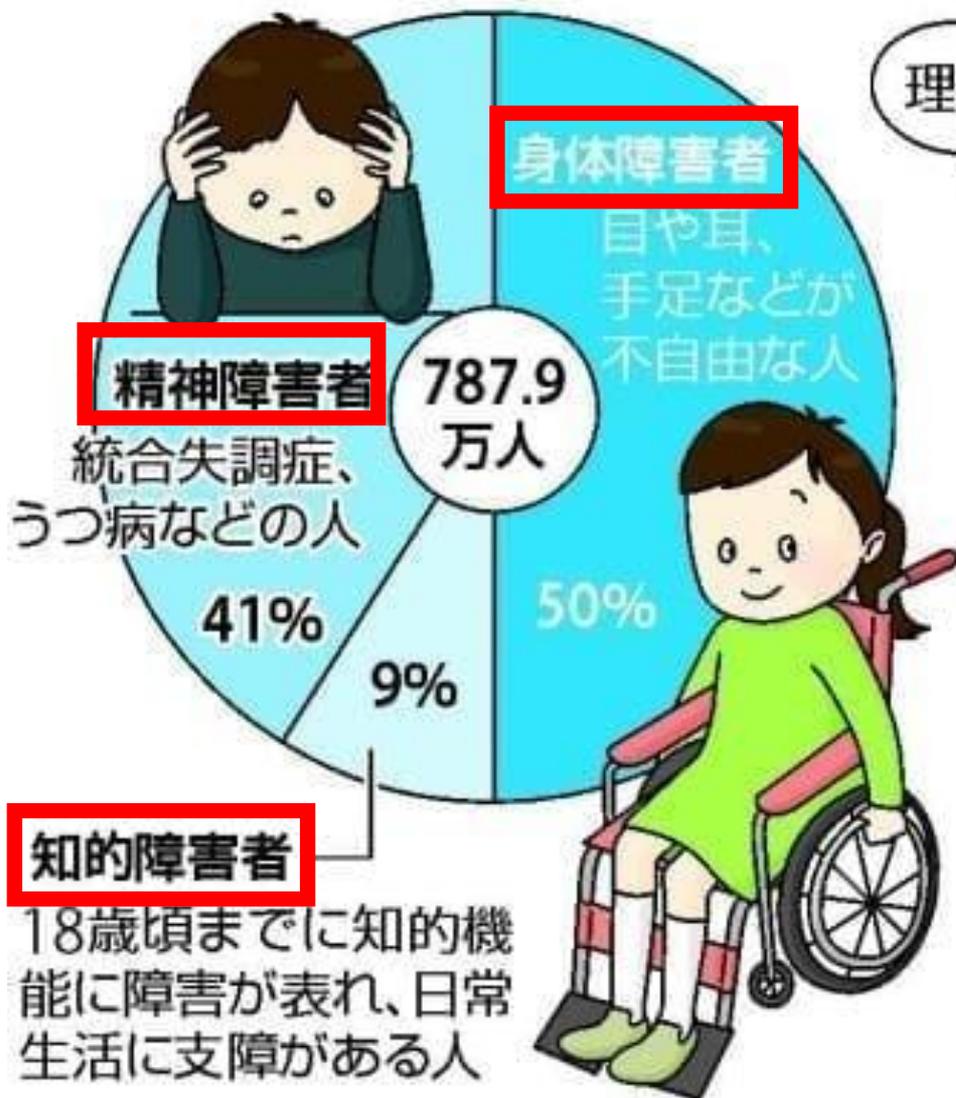


障害福祉サービス てなに？



障害者の実情

障害者の推計人数(厚生労働省調べ)



理解がまだ進んでいない障害もあるんだ

- 内部障害(推計151万人)
- 高次脳機能障害(推計42万人)
- 発達障害(推計32万人)
- 医療的ケア児 など

見た目にはわかりづらいが、配慮を必要とすることを周囲に知らせる、東京都の「ヘルプマーク」



障害者総合支援法 2005年

障がい福祉サービス

地域生活支援事業



介護サービス

訓練等サービス

移動支援、
福祉ホームなど

障害支援区分～6区分～

	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
居宅介護						
障害者グループホーム						
短期入所:ショートステイ						
行動援護						
生活介護						
入所施設						
重度訪問介護						
療養介護						
重度障害者等包括支援						

2024年度トリプル改定のスケジュール

	3月	4月	5月	6月	7月
診療報酬		薬価改定		診療報酬・材料価格改定	
介護報酬		医療との関連性が低い その他サービス		訪問看護・居宅療養管理指導 通所リハ・訪問リハ	
障害福祉 サービス報酬		障害福祉サービス報酬改定			

パート 2

2024年診療報酬改定率と 基本方針



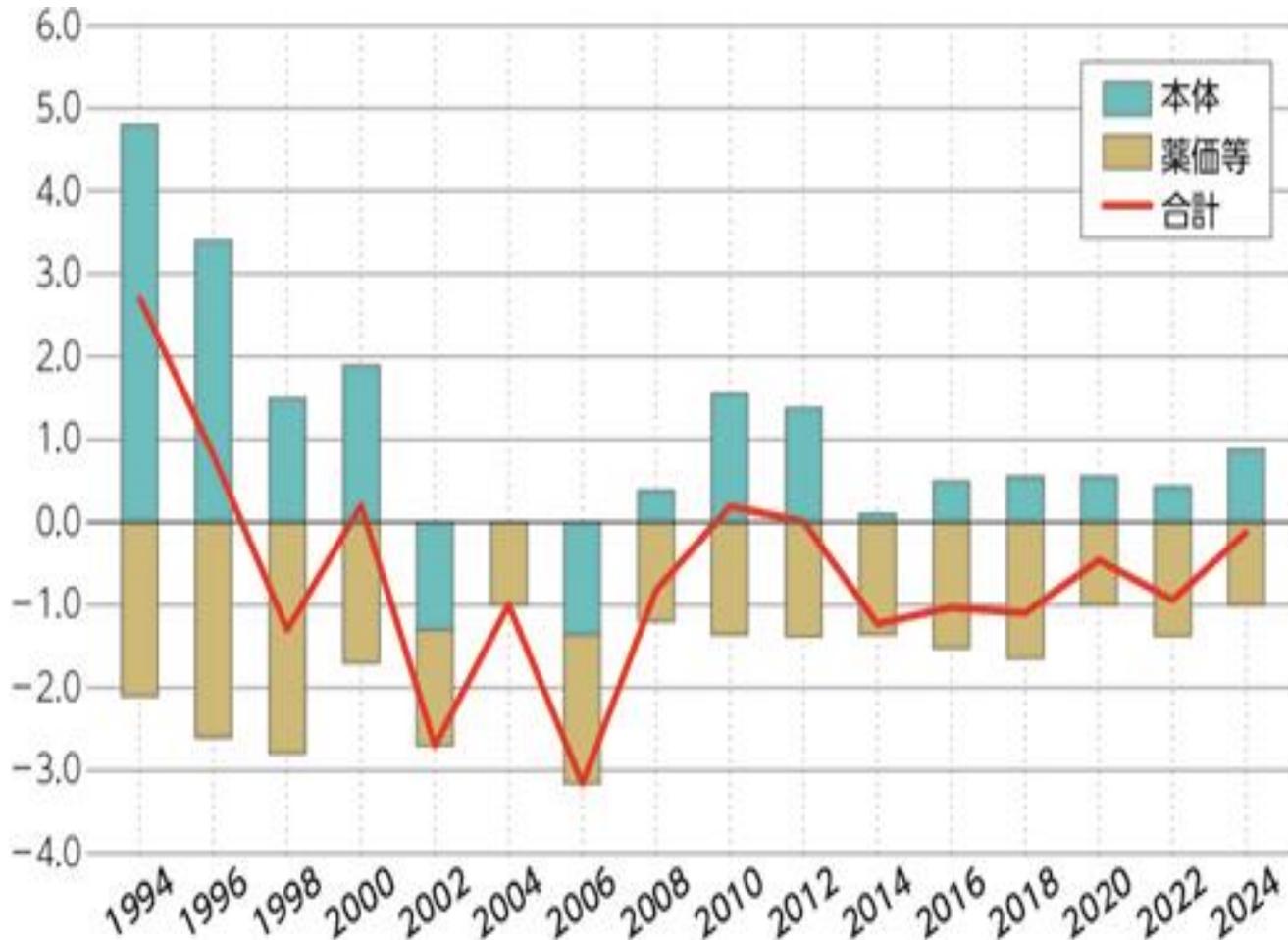
2023年12月15日

武見敬三厚労大臣

2023年12月20日鈴木財務大臣との予算折衝後



2024年診療報酬改定率 本体部分0.88%



年度	本体	薬価等	合計
1994	4.8	-2.1	2.7
1996	3.4	-2.6	0.8
1998	1.5	-2.8	-1.3
2000	1.9	-1.7	0.2
2002	-1.3	-1.4	-2.7
2004	0	-1	-1
2006	-1.36	-1.80	-3.16
2008	0.38	-1.2	-0.82
2010	1.55	-1.36	0.19
2012	1.379	-1.375	0.004
2014	0.1	-1.36	-1.26
2016	0.49	-1.52	-1.03
2018	0.55	-1.65	-1.1
2020	0.55	-1.01	-0.46
2022	0.43	-1.37	-0.94
2024	0.88	-1	-0.12

図1 診療報酬改定率の推移

(1) 診療報酬：令和6年6月施行

+0.88% (国費800億円程度(令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～※4を除く改定分+0.46%

各科改定率 医科 +0.52%
 歯科 +0.57%
 調剤 +0.16%

賃上げ改定

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の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応
 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たり30円)の対応(うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円)
 +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化
 △0.25%

(2) 薬価等：令和6年4月施行

(ただし材料価格は令和6年6月施行)

薬価 △0.97% (国費△1,200億円程度)
 材料価格 △0.02% (国費△20億円程度)
 合計 △1.00% (国費△1,200億円程度)

※イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。
 (対象：約2,000品目程度)

※イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

(3) 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。



2024年診療報酬改定の基本方針

社会保障審議会医療保険部会
2023年12月8日

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、**医療・介護・障害福祉サービスの連携強化**、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

パート 3

診療報酬改定と 医療・介護の連携

- ①医療機関と介護保険施設等との連携
- ②入退院支援加算における連携施設数
- ③リハビリテーションにおける医療・介護連携
- ④栄養における医療・介護連携

①医療機関と介護保険施設等との連携推進

介護保険施設と協力医療機関

高齢者施設等における協力医療機関等に関する運営基準（抜粋）

意見交換 資料-1
参考（一部改変）
R 5 . 4 . 1 9

○ 特養

第二十八条 指定介護老人福祉施設は、入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 指定介護老人福祉施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）

○ 老健

第三十条 介護老人保健施設は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護老人保健施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）

○ 介護医療院

第三十四条 介護医療院は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護医療院は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第5号）

介護保険施設は
協力医療機関・
歯科医療機関を
定めておくよう
努めること

○ 特定施設

第百九十一条 指定特定施設入居者生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定特定施設入居者生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）

○ 認知症グループホーム

第百〇五条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

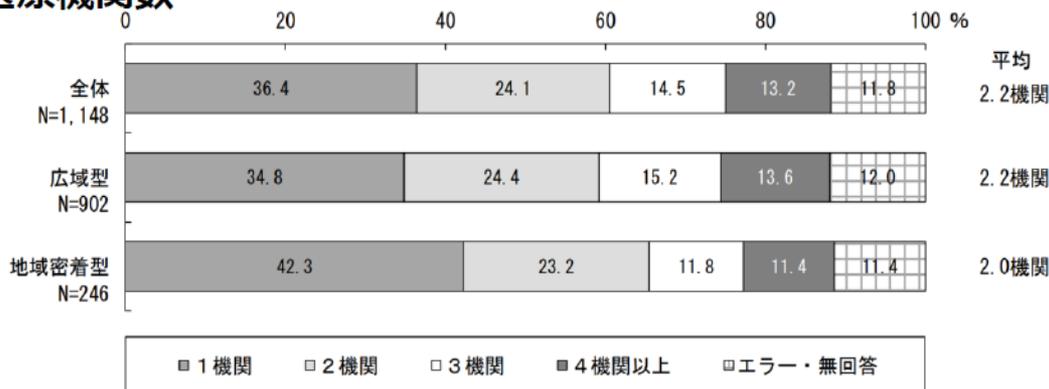
3 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

出典：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生省令第34号）

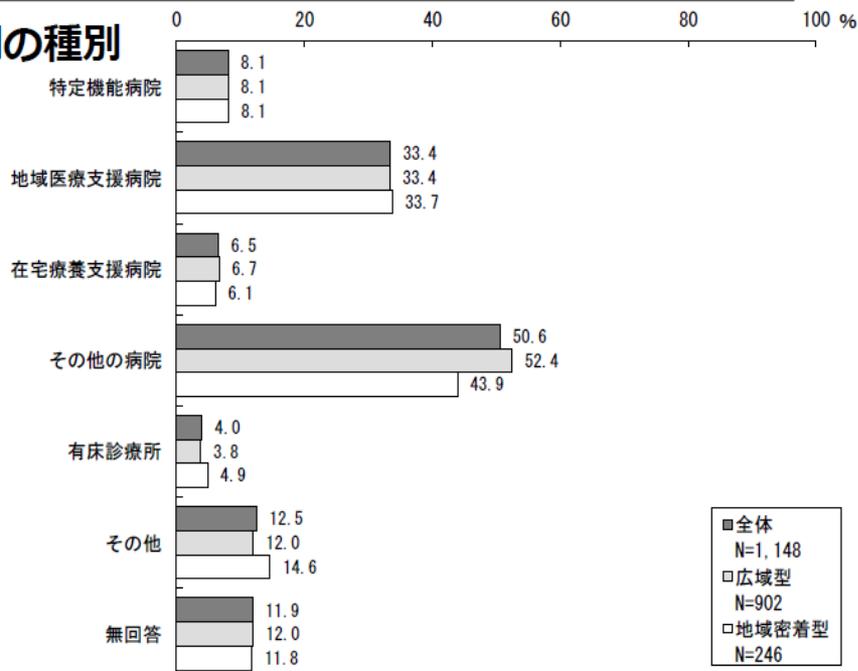
特別養護老人ホームにおける協力医療機関数及び種別

○協力医療機関数は、「1機関」が36.4%で最も多く、次いで「2機関」が24.1%と続いている。
○協力医療機関の種別は、「その他の病院」が50.6%で最も多く、次いで「地域医療支援病院」が33.4%と続いている。

○ 協力医療機関数



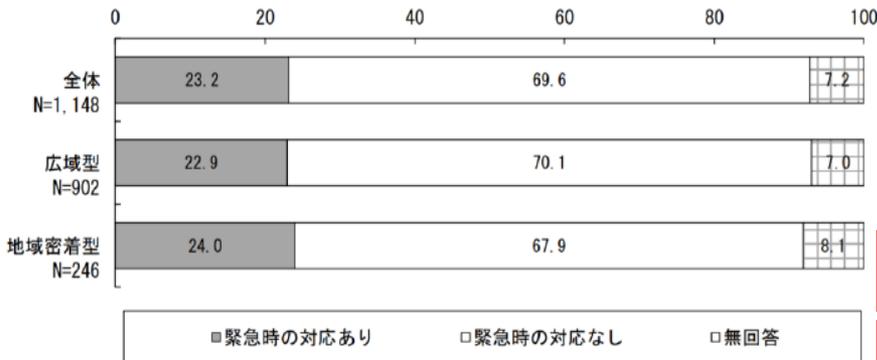
○ 協力医療機関の種別



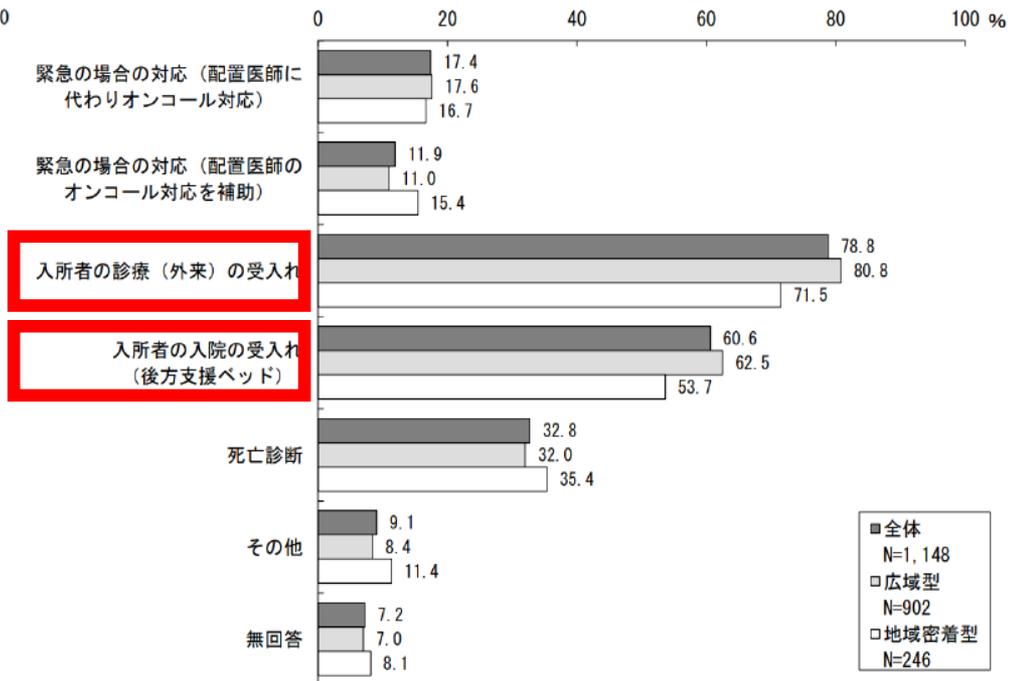
特養における協力医療機関との連携内容

- 協力医療機関の緊急対応ありは、特養全体では23.2%であった。
- 協力医療機関の連携内容は、入所者の診療(外来)の受入が最も高く78.8%、次いで入所者の入院の受入れが60.6%であった。緊急の場合の対応(配置医師に代わりオンコール対応)は17.4%であった。

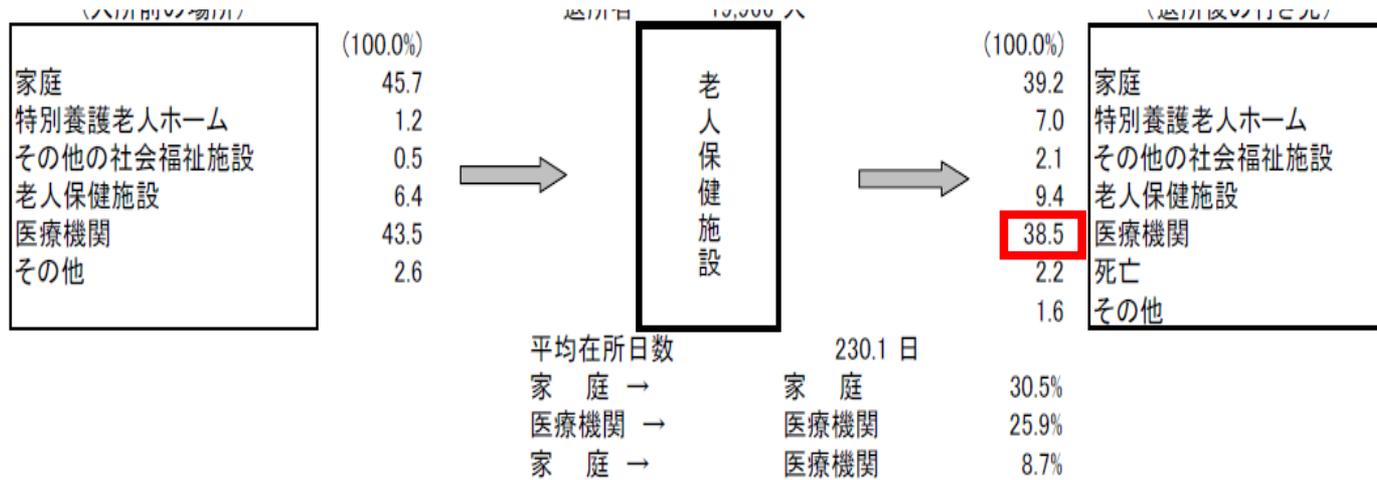
図表 協力医療機関の緊急対応の有無(複数回答)



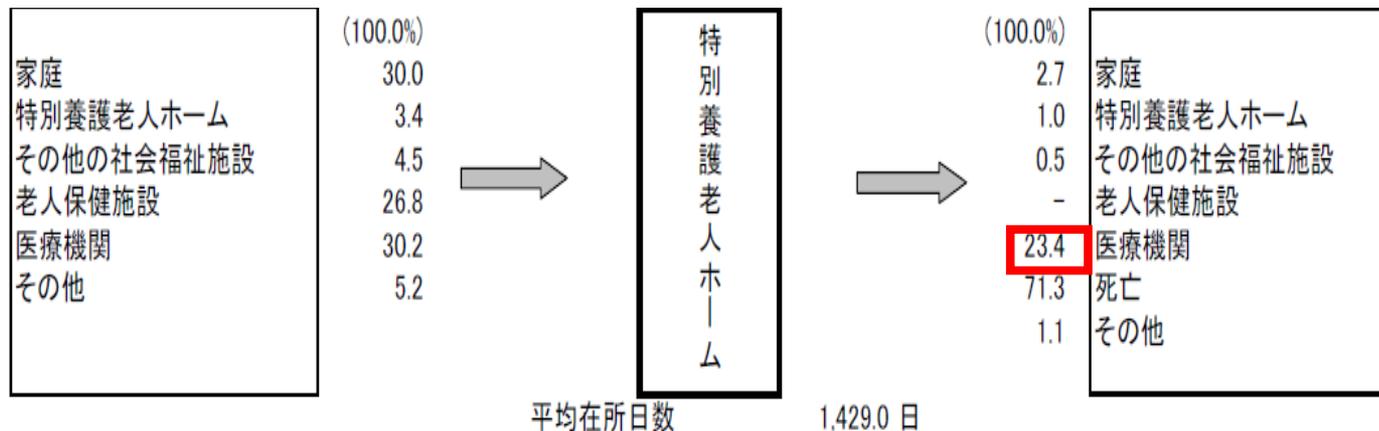
図表 協力医療機関との連携内容(複数回答)



老健、特養から医療機関への退所率



- 7 -



注:「その他」には不詳を含む。

【資料】「平成15年介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省統計情報部、平成15年9月時点)

医療と介護の連携の推進

○ 医療・介護サービス連携を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。

1. 医療機関と介護保険施設等の連携の推進 (II-2-③)

➢ 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

1-1. 介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進 (II-2-②)

➢ 介護保険施設等入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。

1-2. 介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な往診の推進 (II-8-①)

➢ 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

2. 地域包括診療料等の見直し (II-7-①)

➢ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化する観点から、算定要件に介護支援専門員および相談支援員との相談に応じること及びその旨を院内掲示すること等を追加する。

3. 介護保険施設等及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し (II-2-④)

➢ 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、介護保険施設等において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。

4. 入退院支援加算1・2の見直し (II-2-⑧)

➢ 入退院支援における、関係機関との連携強化等の観点から、退院時における医療機関から介護支援専門員へ情報提供する様式の見直し、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求めることとする。

5. リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進 (II-2-⑤)

➢ 医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、介護保険の通所リハビリテーションなどへ移行する場合に、移行先の事業所等にリハビリテーション実施計画書を提供することとする。

6. 医療と介護における栄養情報連携の推進 (II-3-⑦)

➢ 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、栄養情報提供加算の名称と要件、評価を見直し、入院栄養食事指導を行った場合に加えて、介護保険施設等に退院する患者について、退院先施設の管理栄養士と連携した場合も算定を可能とする。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進①

協力対象施設入所者入院加算の新設

- 介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、**当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価**を新設する。

(新)	協力対象施設入所者入院加算（入院初日）	1 往診が行われた場合	600点
		2 1以外の場合	200点

[対象医療機関]

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する病院

[算定要件]

- (1) 協力対象施設入所者入院加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。
- (2) 「2」については、「1」以外の場合であって、**当該保険医療機関が当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く）に対し、診療**を行い、入院の必要性を判断して入院した場合について所定点数に加算する。
- (3) 当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、協力対象施設入所者入院加算は算定できない。

[施設基準]（概要）

- (1) 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、**緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保**していること。
- (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次の（イ）及び（ロ）に該当していること。

（イ）入院受入れを行う保険医療機関の保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。**

（ロ）介護保険施設等と当該介護保険施設の協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

イ 介護保険施設等と協力医療機関として定められている医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

- (3) 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進②

介護保険施設等連携往診加算の新設

- 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の**病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

(新) **介護保険施設等連携往診加算** **200点**

[算定要件]

- (1) 介護保険施設等連携往診加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて**当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行い、治療の方針について当該患者又はその家族等に十分に説明した場合**に限り算定できる。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。
- (2) 当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、介護保険施設等連携往診加算は算定できない。

[施設基準] (概要)

- (1) 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、**緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保**していること。
- (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。
 - ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。
 - (イ) 必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること**。
 - (ロ) 介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。
 - イ 介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。
- (3) 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこと**を施設基準とする。

1. (3) ⑳ 協力医療機関との定期的な会議の実施

概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催することを評価する新たな加算を創設する。
- また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】

単位数

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】

<p><現行> なし</p>	▶	<p><改定後> 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①～③の要件を満たす場合 (2)それ以外の場合</p>	<p>100単位/月(令和6年度) 50単位/月(令和7年度～) (新設) 5単位/月 (新設)</p>
--------------------------	---	--	--

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護】

<p><現行> 医療機関連携加算 80単位/月</p>	▶	<p><改定後> 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合 (2)それ以外の場合</p>	<p>100単位/月 (変更) 40単位/月 (変更)</p>
---	---	--	-------------------------------------

(協力医療機関の要件)

- ① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
- ③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

【認知症対応型共同生活介護】

<p><現行> なし</p>	▶	<p><改定後> 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合 (2)それ以外の場合</p>	<p>100単位/月 (新設) 40単位/月 (新設)</p>
--------------------------	---	--	-------------------------------------

算定要件等

- 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的を開催していること。 (新設)



特別な関係にある場合には 算定できない

- (イ) 医療機関の開設者が、介護保険施設等の開設者と同一の場合
- (ロ) 医療機関の代表者が、介護保険施設等の代表者と同一の場合
- (ハ) 医療機関の代表者が、介護保険施設等の代表者の**親族等**の場合

「**親族等**」とは、親族関係を有する者および次に掲げる者

- (イ) 事実上婚姻関係と同様の事情にある
- (ロ) 使用人及び使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持している
- (ハ) (イ)(ロ)に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしている

- (ニ) 医療機関の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、介護保険施設等の役員等の**親族等**の占める割合が10分の3を超える場合
- (ホ) (イ)～(ニ)に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、医療機関が介護保険施設等の経営方針に対して重要な影響を与えられると認められる場合に限る）

②入退院支援加算に おける連携機関数



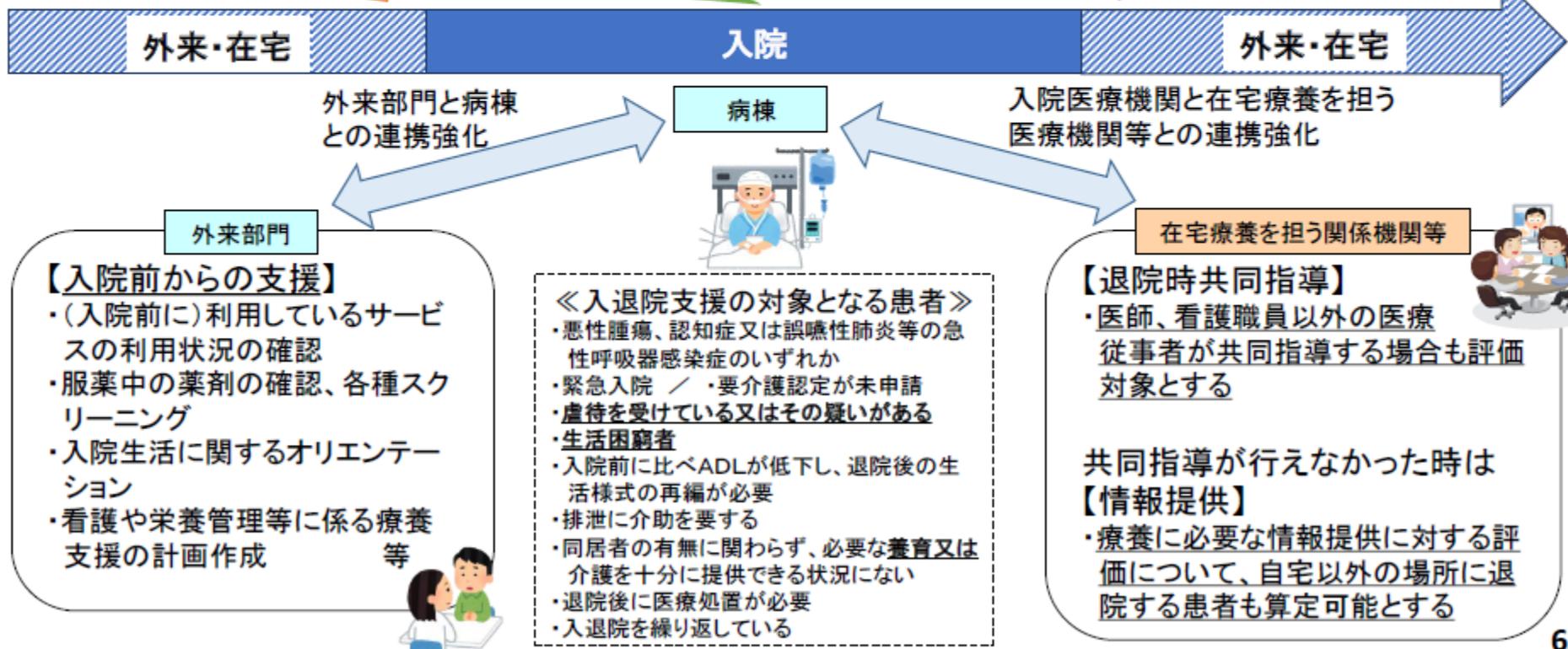
入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

・入院前からの支援に対する評価の新設

- ・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- ・地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- ・支援の対象となる患者要件の追加

・退院時共同指導料の見直し



入退院支援加算 1・2 の概要

A246 入退院支援加算（退院時1回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- | | | | | |
|------------|-----------------|------|-----------------|--------|
| ➤ 入退院支援加算1 | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 700点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 1,300点 |
| ➤ 入退院支援加算2 | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 190点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 635点 |

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べA D Lが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. <u>入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること</u> シ. <u>家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</u> ス. <u>児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</u> セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-
連携機関との面会	連携機関の数が 25以上 であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で 対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて 面会し、情報の共有等を行っていること	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	※青字下線はR4年度改定事項

入退院支援加算届出医療機関における連携体制

- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
- 連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

介護保険事業所との連携が多い

■入退院支援加算の施設基準で求める連携機関（※）の施設数

急性期一般病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	34	26	76.5	25	70.2
② うち、病院	8	2	17	0	14.3
③ うち、診療所	2	0	6	0	11.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	5	39.3	0	34.0
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.4
⑥ うち、その他の施設	1	0	7	0	9.9

地域包括ケア病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	31	25	59.8	25	52.7
② うち、病院	4	1	11	0	8.5
③ うち、診療所	1	0	4	0	8.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	11	32.75	0	30.2
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	5	0	4.9

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関

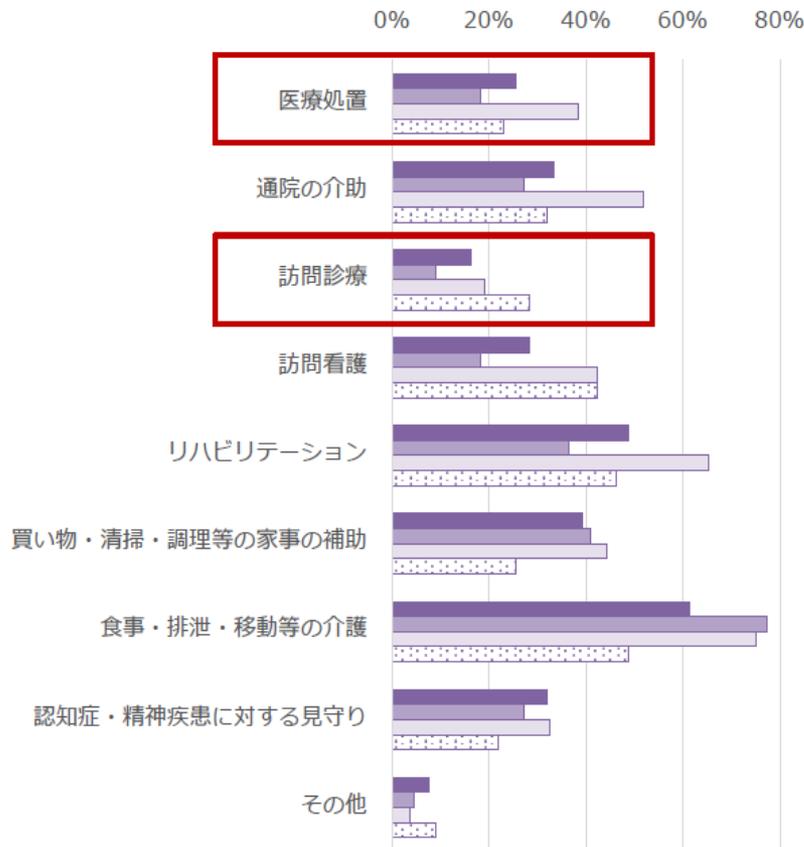
	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	32	25	79.3	25	61.0
② うち、病院	7	1	14.25	0	11.0
③ うち、診療所	1	0	4	0	5.9
④ うち、介護保険サービス事業所	22	11	44	0	37.3
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	1	0	0.8

(※)連携機関
① 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という。)であり、かつ
② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている施設等をいう。

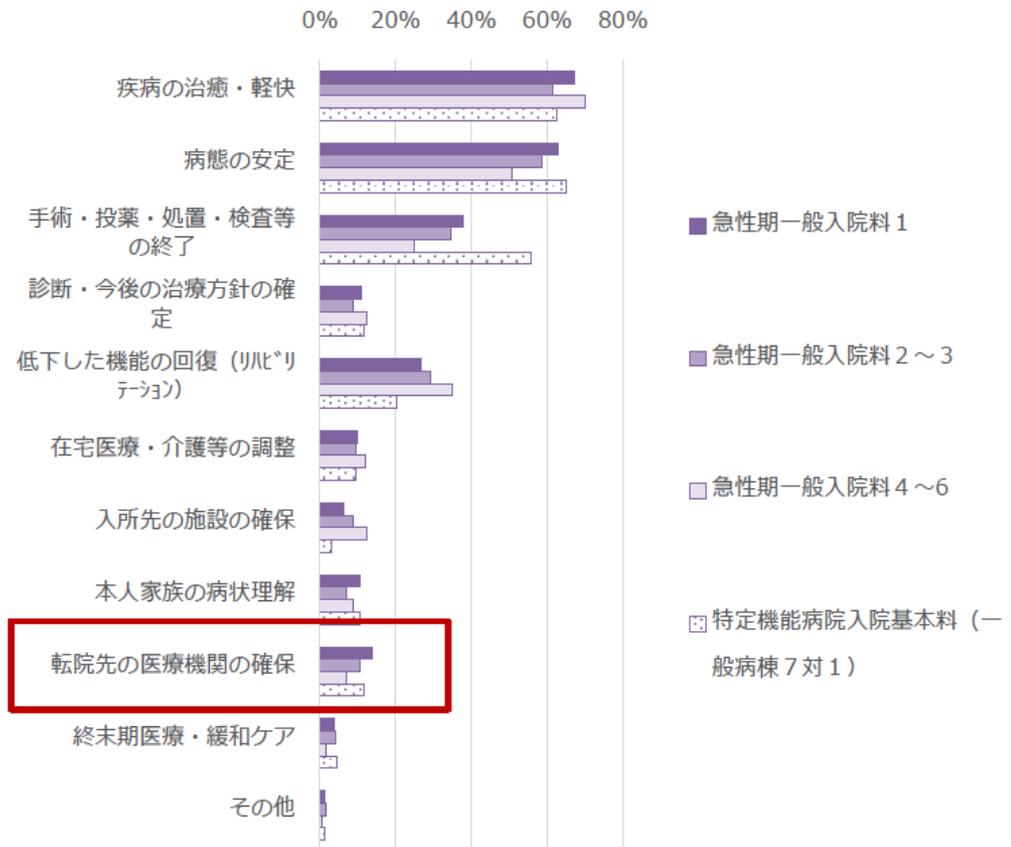
急性期病棟における退院後に必要な支援

- 急性期病棟において、医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援について、約2割の患者では「医療処置」や「訪問診療」が必要とされた。
- また、退院に向けた目標・課題等として、約1割の患者では「転院先の医療機関の確保」が挙げられた。

■医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援（複数回答）



■退院へ向けた目標・課題等（複数回答）

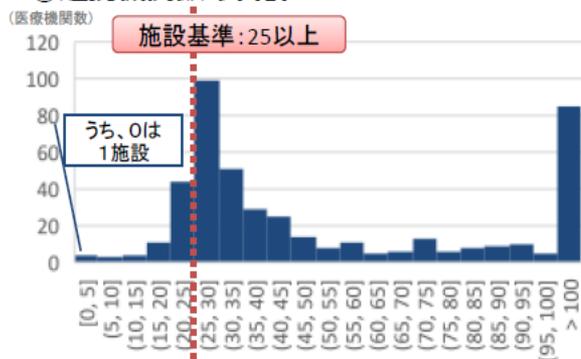


入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

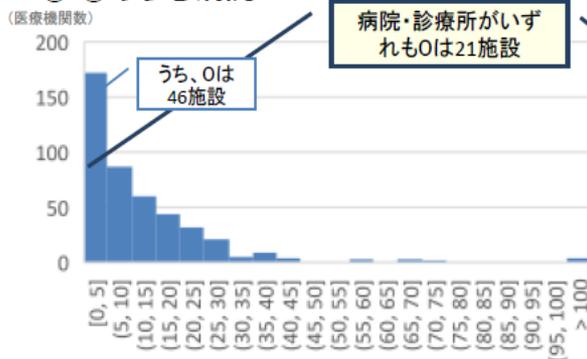
- 急性期一般病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数の分布は以下のとおり。
- 連携する病院・診療所数がいずれもない施設も一部ある。

■急性期一般入院料の病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=450) (令和4年11月1日時点)

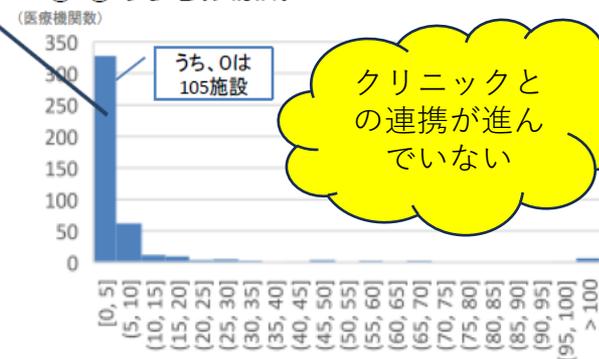
① 連携機関数の合計



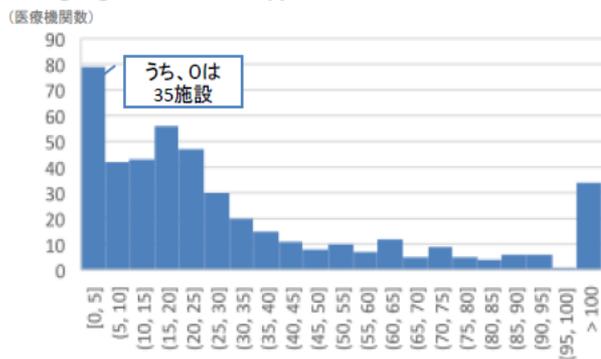
② ①のうち病院



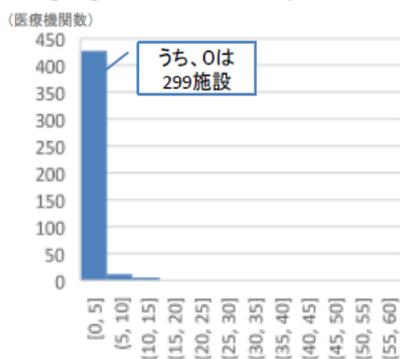
③ ①のうち診療所



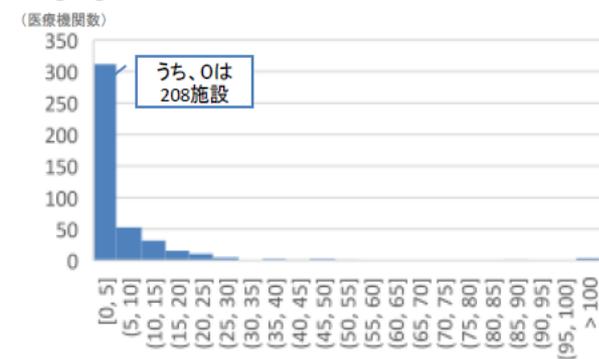
④ ①のうち介護保険サービス事業所



⑤ ①のうち障害福祉サービス事業所



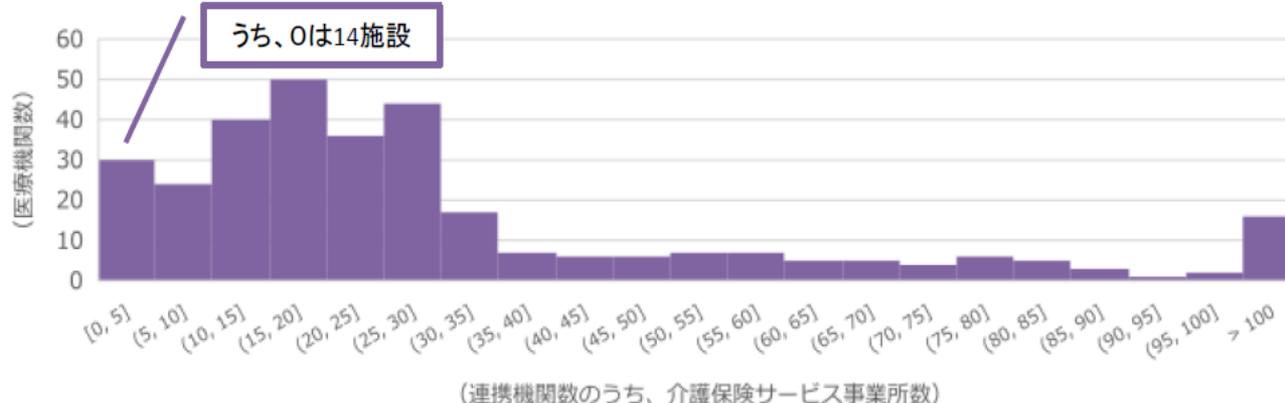
⑥ ①のうちその他の施設



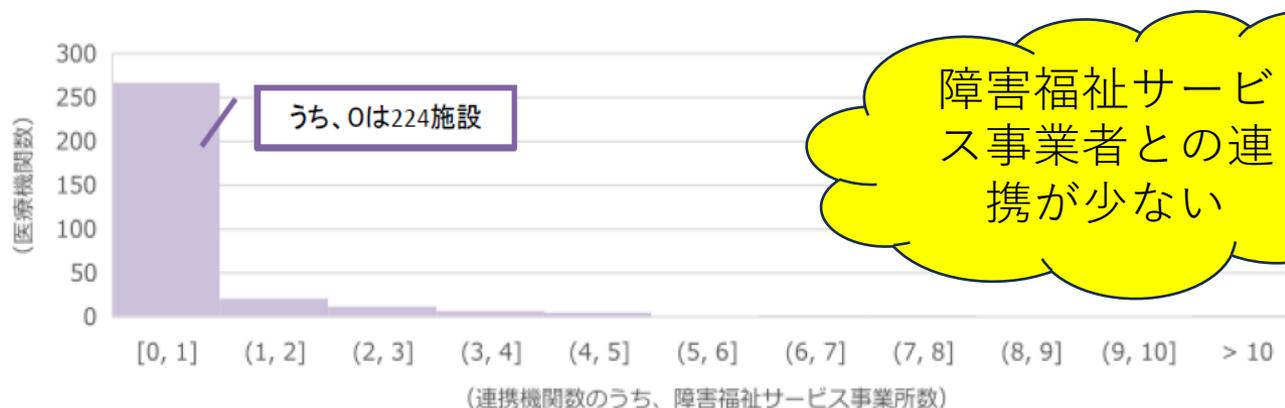
- 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布は以下のとおり。
- 連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある。

■地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=321)

① 介護保険サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



② 障害福祉サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



障害福祉サービス事業者との連携が少ない

入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し

➤ 質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算1の評価及び要件を見直す



現行

【入退院支援加算1】

【算定要件】

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

【施設基準】

- ・「連携機関」の数が20以上であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること

改定後

【入退院支援加算1】

【算定要件】

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 **700点**
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 **1,300点**

【施設基準】

- ・「連携機関」の数が**25以上**であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて**面会し、情報の共有等を行っていること

➤ 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算1及び2の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算1及び2の対象患者にシ及びスを追加する。

現行

【入退院支援加算1及び2】

【算定要件】

退院困難な要因

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

改定後

【入退院支援加算1及び2】

【算定要件】

退院困難な要因

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ **入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること**
- シ **家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること**
- ス **児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること**
- セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合

入退院支援加算1・2の見直しについて①

入院時支援加算1の見直し

- 入院前からの支援をより充実・推進する観点から、入院時支援加算1の評価を見直す。

現行		改定後	
【入退院支援加算】		【入退院支援加算】	
注7 入院時支援加算1	230点	注7 入院時支援加算1	240点
入院時支援加算2	200点	入院時支援加算2	200点

入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について

- 入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める。

現行	改定後
<p>【入退院支援加算1】 【施設基準】</p> <p>(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。</p>	<p>【入退院支援加算1】 【施設基準】</p> <p>(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関であること。</p> <p>また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。</p>

生活に配慮した支援の強化

- 退院支援計画の内容に、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担を盛り込むことを明記する。

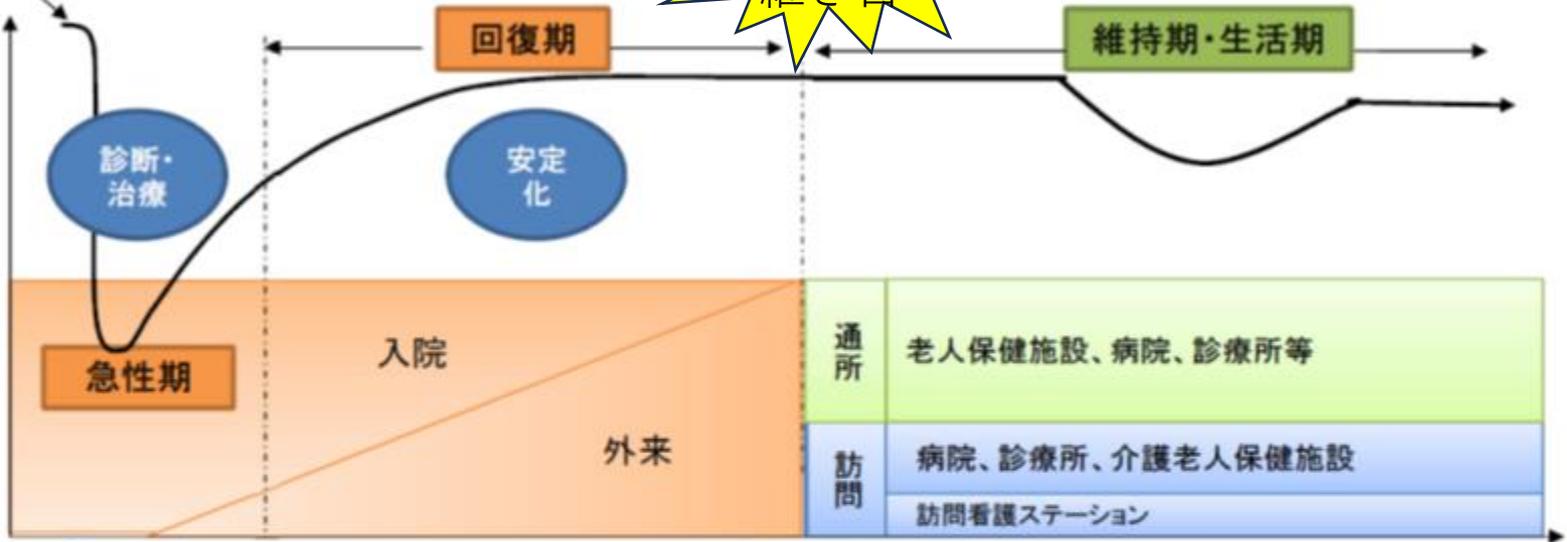
③リハビリテーションに おける医療・介護連携



リハビリテーションの役割分担

脳卒中等の発症

身体機能



制度の
継ぎ目

役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

2006年診療報酬改定で、回復期リハビリで
疾患別にリハビリ算定日数の上限が決められた
脳血管疾患等は**180日**まで・・・
それ以降は介護リハに移行。

「リハビリ日数制限は生活力の低下や
要介護度の重度化を招く！！！」



発症等からの経過に応じた疾患別リハビリテーション料の点数について ～脳血管リハビリテーション料（I）の場合～

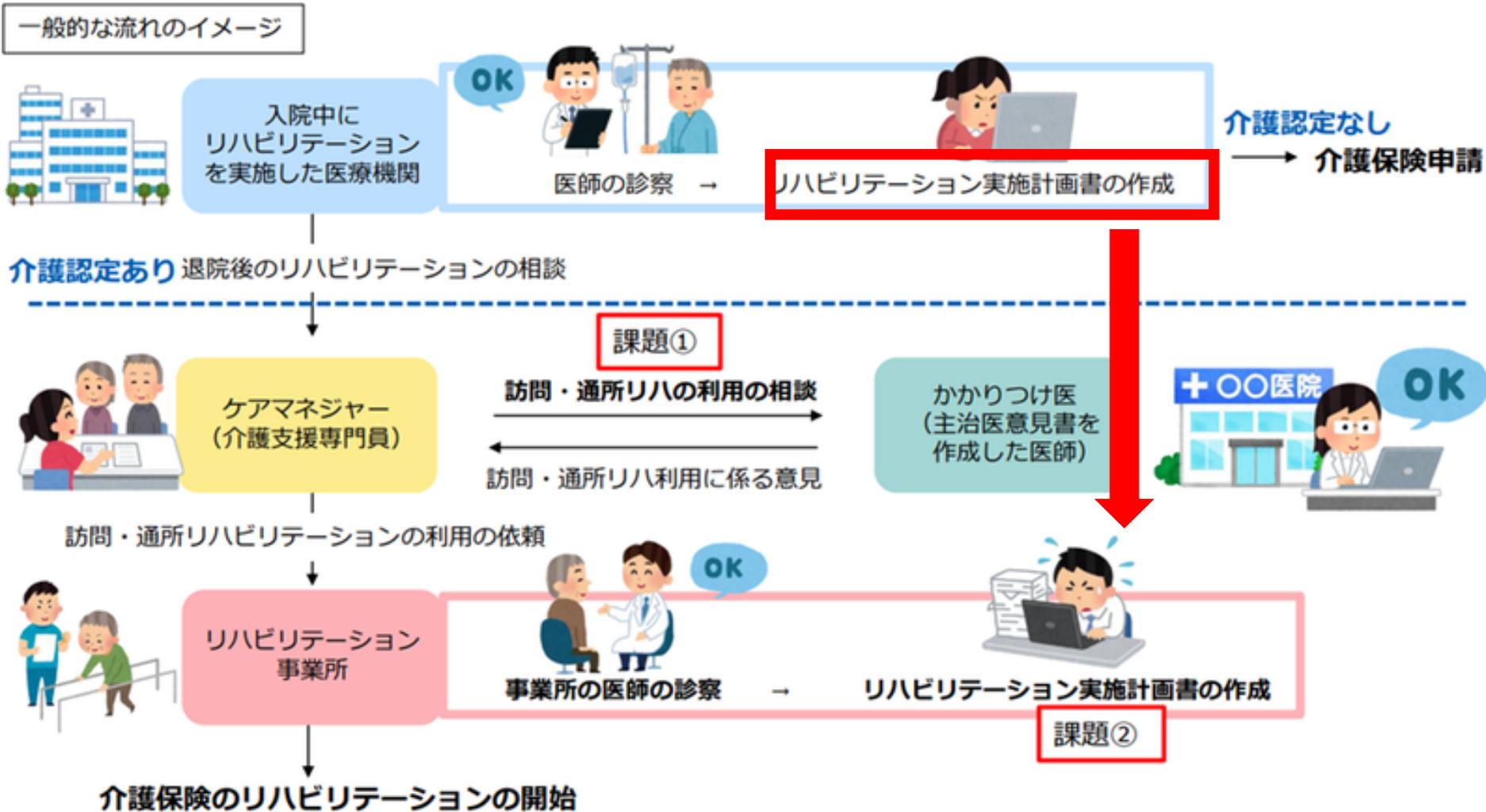
発症等 ～180日	181日以降
245点	
245点 (月13単位まで)	
147点 (月13単位まで)	

医療リハから
介護リハへの
移行に17年も
かかった！

標準的算定日数を超えた場合の点数

標準的算定日数の上限	除外	<ul style="list-style-type: none"> ■以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> ・失語症、失認及び失行症の患者 ・高次脳機能障害の患者 ・回復期リハ病棟入院料を算定する患者 ・その他疾患別リハビリテーションの対象患者で、リハビリの継続が必要と医学的に認められる場合 等 ■以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合 ・障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者の場合(加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病以外)
	移行可能	要介護被保険者・要支援被保険者 以外
	対象	要介護被保険者・要支援被保険者

退院後の介護保険によるリハビリテーション移行の流れと課題（イメージ）



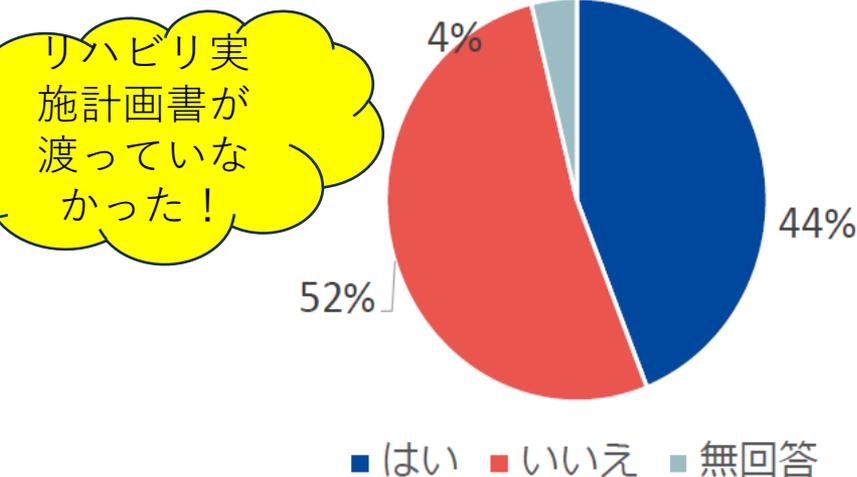
課題

- ① ケアプランにリハビリテーションを入れる際、介護支援専門員が、かかりつけ医に相談する際に時間を要する
- ② 入院中のリハビリテーション実施計画書を入手しておらず、連続的かつ早期のリハビリテーションの妨げとなる

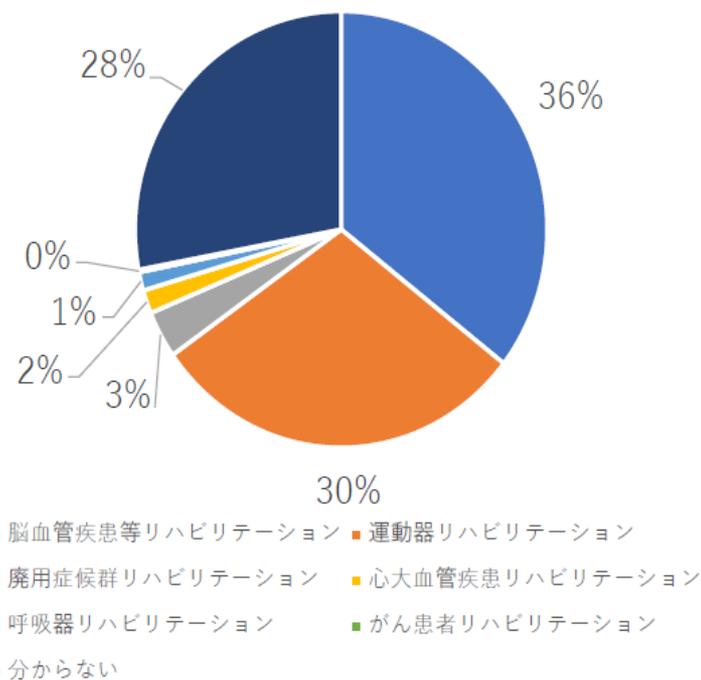
疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリ提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が
疾患別リハビリテーションの
リハビリテーション実施計画書を入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している
移行前の疾患別リハビリテーションの分類



医療機関からリハビリテーション
実施計画書を入手したか

		医療機関からリハビリテーション実施計画書を入手したか		p-value*
		はい	いいえ	
同一医療法人 または関連医療機関 からの紹介	はい	215	181	<0.001
	いいえ	54.3%	45.7%	
		48	131	
		26.8%	73.2%	

*Fisherの正確検定

※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果

リハビリテーションに係る医療介護障害連携



退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、以下の見直しを行う。

- ・ リハビリテーションに係る情報連携の推進
- ・ 退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進



診療報酬上の対応

- 保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。
- 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2の参加職種について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。

介護報酬上の対応

- 訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等入手し、内容を把握することを義務付ける。
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算（600単位/回）を設ける。

診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

- 医療保険・介護保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）との連携を強化する観点から、自立訓練（機能訓練）について、病院及び診療所並びに通所リハビリテーション事業所において、共生型サービス又は基準該当サービスの提供を可能とする。医療保険の疾患別リハビリテーション又は介護保険の通所リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合の施設基準等を緩和する。

④栄養における 医療・介護連携



入院時の高齢患者の栄養状態

- 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。
- 高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

表 入院時の栄養状態

		総数	40歳～ 69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	41.9%
低栄養**		18.0%	10.6%	25.7%

* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form) による評価

** GLIM基準 (Global Leadership Initiative on Malnutrition) による評価

対象者：国内の大学病院 入院患者1,987名
(40～69歳 717名、70歳以上 1,270名)

出典：K. Maeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

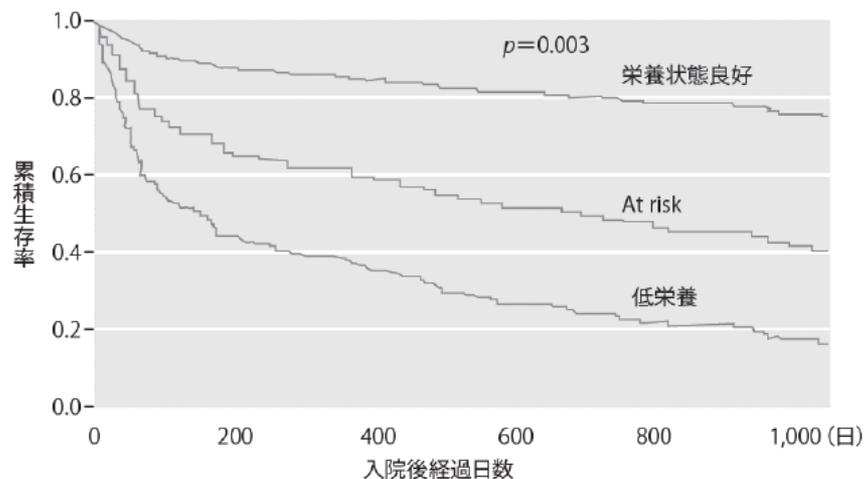


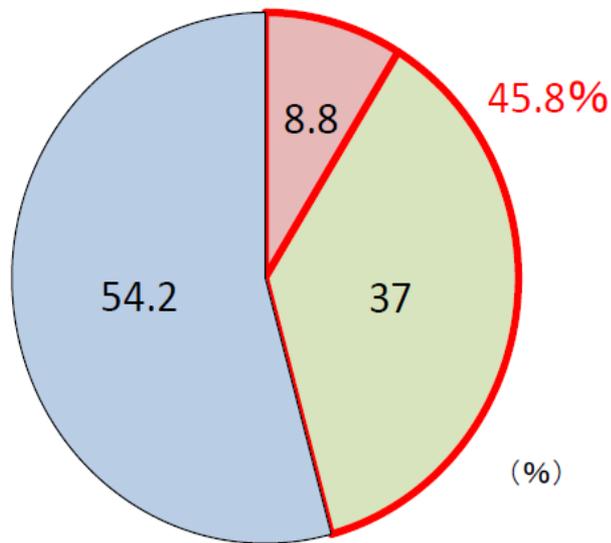
図1 入院高齢者の生命予後と栄養状態 (文献1)
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し、3群に分けた生存曲線 (Kaplan-Meier法) を示す。

出典：前田；日内会誌 110:1184～1192, 2021
(文献1)Kagansky N, et al. Am J Clin Nutr 82 : 784—791, 2005.

介護保険施設入所者の栄養状態

○ 介護保険施設入所者のうち、低栄養リスクが中・高リスクの者が約半数

■高リスク ■中リスク □低リスク



(参考)低栄養リスクの分類について※

	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1ヶ月 →3～5%未満 3ヶ月 →3～7.5%未満 6ヶ月 →3～10%未満	1か月 →5%以上 3か月 →7.5%以上 6か月 →10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

※対象者：全国464施設(老健181施設・特養283施設)の入所者35,314名

出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」(日本健康・栄養システム学会)

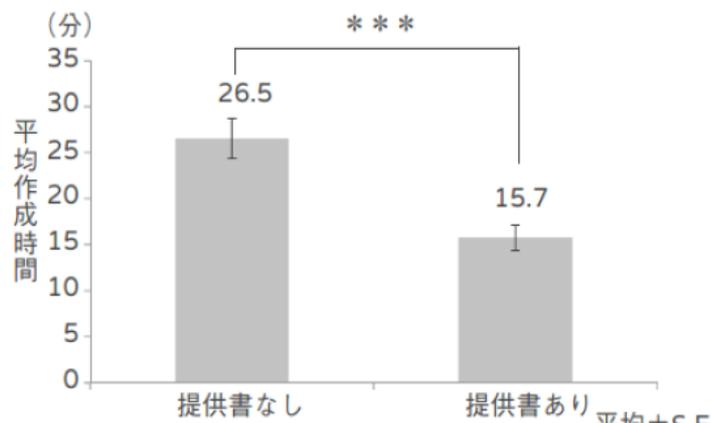
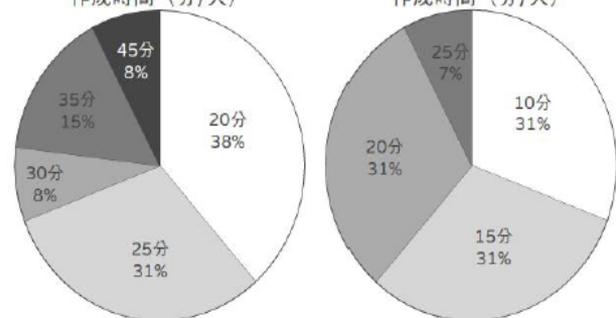
※「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成17年9月7日老老発第0907002号)

栄養管理に関する情報提供の効果について

中医協 総-2
元. 11. 8

- 栄養情報提供書を提供している場合、提供していない場合と比較して、栄養管理計画・栄養ケアプランの作成に係る時間が有意に減少している。
- 栄養管理に関する情報提供を行った施設において、転帰直後より転院前の食形態やとろみに関する情報を参考に食形態の変更を行っていた。

【栄養情報提供書なし】 新規患者における栄養プランの作成時間 (分/人)
【栄養情報提供書あり】 新規患者における栄養プランの作成時間 (分/人)



栄養プラン平均作成時間の变化 $P < 0.001$

表 栄養管理に関する情報提供書の送付先の転院後の食形態及びとろみ調整食品の変更対応の有無

対応	送付時からの変更	転帰直後	1~6か月以内	有意差 (転帰直後 vs 1~6か月以内)
食形態	あり	36	8	n.s
	なし	118	38	
とろみ調整食品	あり	12	6	n.s
	なし	144	41	

出典: 田中ら、日本栄養士会雑誌62(9)、479-487(2019)

出典: 宮崎ら、日本栄養士会雑誌60(6)、327-335(2017)

医療と介護における栄養情報連携の推進

栄養情報連携料の新設

➤ 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す。

(新) 栄養情報連携料 70点

[対象患者]

- ア 入院栄養食事指導料を算定した患者
- イ 退院先が他の保険医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）であり、栄養管理計画が策定されている患者

[算定要件]

- (1) 区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。
- (2) (1)に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。
- (3) 区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。
- (4) 区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション入院料1に限る。）においては、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料と同様に、包括範囲外とする。

＜入院中に栄養食事指導を行った患者＞



＜介護保険施設等に退院する患者＞



パート4 医療と障害福祉サービス との連携



医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

- 医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。

(新) 医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000点

[対象患者]

医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）



[算定要件]

- 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、当該保険医療機関の入院期間が通算30日以上のもを除く。）の患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、**保険医療機関ごとに患者1人につき1回に限り**、入院初日に限り所定点数に加算する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を**情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、500点を所定点数に加算する。**
- 3 区分番号A 2 4 6の注7に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。

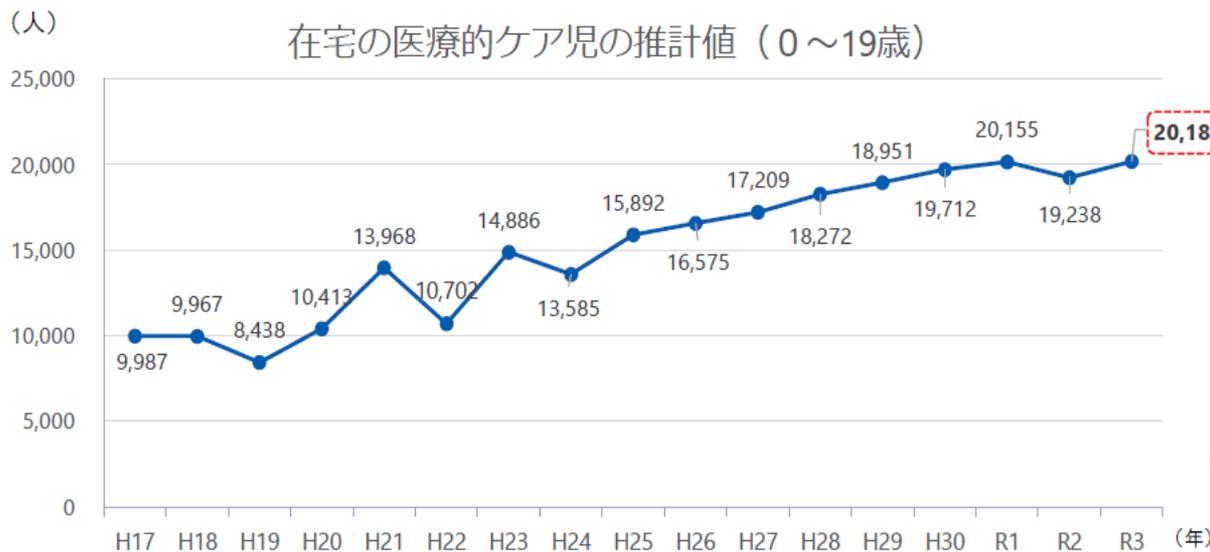
[施設基準]

- (1) **直近1年間の医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）の入院患者数が10件以上**であること。
- (2) 令和7年5月31日までの間に限り、(1)の基準を満たしているものとする。

医療的ケア判定スコア		基本スコア	見守りスコア		
			高	中	低
1. 人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置及び高頻度胸壁振動装置を含む。）の管理N		10	2	1	0
2. 気管切開の管理		8	2		0
3. 鼻咽頭エアウェイの管理		5	1		0
4. 酸素療法		8	1		0
5. 吸引（口鼻腔又は気管内吸引に限る。）		8	1		0
6. ネブライザーの管理		3		0	
7. 経管栄養	(1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻又は食道瘻	8	2		0
	(2) 持続経管注入ポンプ使用	3	1		0
8. 中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等）		8	2		0
9. 皮下注射	(1) 皮下注射（インスリン、麻薬等の注射を含む。）	5	1		0
	(2) 持続皮下注射ポンプの使用	3	1		0
10. 血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む。）		3	1		0
11. 継続的な透析（血液透析、腹膜透析等）		8	2		0
12. 導尿	(1) 間欠的導尿	5	0		
	(2) 持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻又は尿路ストーマ）	3	1		0
13. 排便管理	(1) 消化管ストーマの使用	5	1		0
	(2) 摘便又は洗腸	5	0		
	(3) 浣腸	3	0		
14. 痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置		3	2		0

医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は、約2万人（推計）である。



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿 等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。



入退院支援加算1・2の見直しについて②

入退院支援加算の対象の見直し

- 入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する。

現行

- 【入退院支援加算1及び2】
[算定要件]
退院困難な要因
- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
 - イ 緊急入院であること
 - ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
- シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- セ その他患者の状況から判断してアからスマでに準ずると認められる場合

改定後

- 【入退院支援加算1及び2】
[算定要件]
退院困難な要因
- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
 - イ 緊急入院であること
 - ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること
又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること
- エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- オ 強度行動障害の状態の者
- カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- キ 生活困窮者であること
- ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- ケ 排泄に介助を要すること
- コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- サ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- シ 入退院を繰り返していること
- ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
- セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

「強度行動障害」の定義・障害福祉サービス等報酬上の評価

○ 強度行動障害の定義

・ 自分の体を叩いたり食べられないものを口に入れる、危険につながる飛び出しなど**本人の健康を損ねる行動**、他人を叩いたり物を壊す、大泣きが長時間も続くなど**周囲の人のくらしに影響を及ぼす行動**が、**著しく高い頻度**で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態のこと。

○ 強度行動障害に関する障害福祉サービス等報酬上の評価

- ・ 障害福祉サービス等を受ける際に行う障害支援区分の調査と併せて把握する「行動関連項目」（福祉型障害児入所施設の場合は強度行動障害判定基準表）を用いて判定。障害福祉サービス等報酬においては、**一定の点数以上となる人（24点中10点）**に対する特別に配慮された支援の提供が評価されている。（利用者数：下図参照）
- ・ **強度行動障害に至る前からの支援や行動改善が見られた後における継続的な支援**を評価するため、「行動援護」は平成20年に、「共同生活援助、短期入所、施設入所支援の重度障害者支援加算」は平成24年に、対象者判定の基準を変更した。
- ・ 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定において、生活介護にも「重度障害者支援加算」を設けるとともに、障害児通所支援について「強度行動障害児支援加算」を創設した。
- ・ 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定において、共同生活援助の区分4・5を「重度障害者支援加算」の対象とするとともに、障害者支援施設で実施する生活介護の外部通所者にも「重度障害者支援加算」を算定可能とする等の拡充を実施した。

行動障害関連の障害福祉サービス・障害児支援の利用者

（国民健康保険団体連合会データ）

のべ68,906人（令和3年10月時点）



重度訪問介護
1,079人



行動援護
12,117人



短期入所（重度障害者支援加算） 4,994人
施設入所支援（重度障害者支援加算Ⅱ） 21,933人
福祉型障害児入所施設（強度行動障害児特別支援加算） 15人



共同生活援助（重度障害者支援加算Ⅰ） 4,618人
（重度障害者支援加算Ⅱ） 2,759人



放課後等デイサービス（強度行動障害児支援加算） 3,451人
児童発達支援（強度行動障害児支援加算） 307人



生活介護（重度障害者支援加算）
17,633人

（参考）平成26年度から、重度訪問介護についても行動援護等の基準と同様の対象者に対して支援を提供することを可能としている。

入退院支援加算1・2の見直しについて③

入院前の医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等との事前調整の評価

- 特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業所等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

(新) **入院事前調整加算** **200点**

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、所定点数に加算する。
- (2) 当該加算を算定するに当たっては、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者又は強度行動障害の状態の者であって入院の決まったものについて、当該患者の特性を踏まえた入院中の治療や入院生活に係る支援が行えるよう、当該患者、その家族等及び当該患者の在宅における生活を支援する障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、その内容を踏まえ、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。

[施設基準]

入院事前調整加算に規定する厚生労働大臣が定める患者

- (1) コミュニケーションにつき特別な支援を要する者又は強度行動障害を有する者であること。
- (2) 入退院支援加算を算定する患者であること。

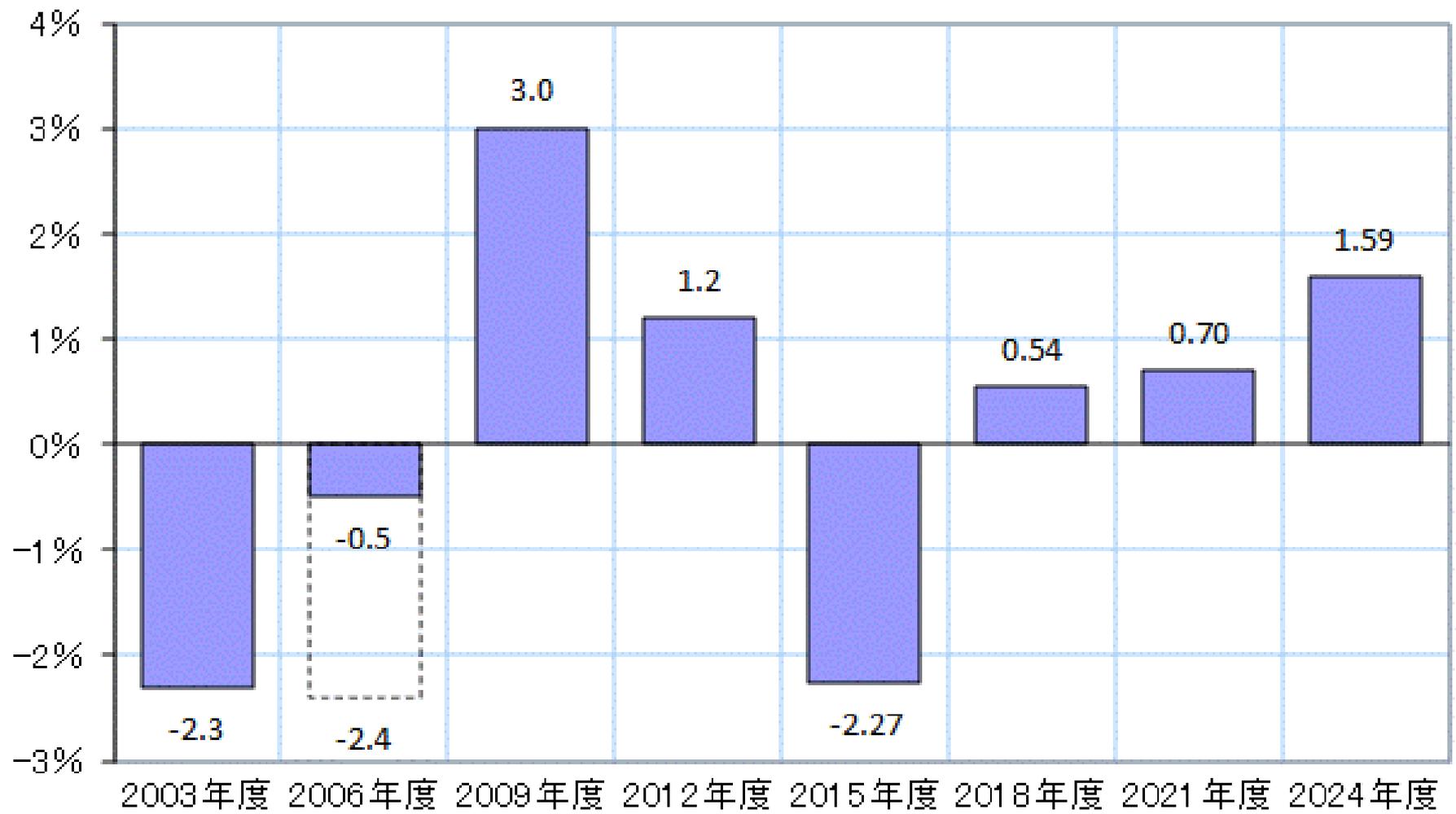
パート5

2024年介護報酬改定率と 基本的視点



介護給付費分科会

介護報酬の改定率の推移



(注) 2006年度の点線は2005年度改定を含めた数字。2021年度の改定率のうち0.05%は「新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価(2021年9月末までの間)」

(資料) 東京新聞2015.1.5、2015.1.12、2020.12.18、毎日新聞2017.12.19、2023.12.16

基本報酬の見直し

概要

告示改正

- 改定率については、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に行いつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うことで、全体で+1.59%を確保。そのうち、介護職員の処遇改善分+0.98%、その他の改定率として、賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として+0.61%。
- これを踏まえて、介護職員以外の賃上げが可能となるよう、各サービスの経営状況にも配慮しつつ+0.61%の改定財源について、基本報酬に配分する。

令和6年度介護報酬改定に関する「大臣折衝事項」（令和5年12月20日）（抄）

令和6年度介護報酬改定については、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に行いつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うことで、改定率は全体で+1.59%（国費432億円）とする。具体的には以下の点を踏まえた対応を行う。

- ・ 介護職員の処遇改善分として、上記+1.59%のうち+0.98%を措置する（介護職員の処遇改善分は令和6年6月施行）。その上で、賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として、+0.61%を措置する。
- ・ このほか、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果が見込まれ、これらを加えると、+0.45%相当の改定となる。
- ・ 既存の加算の一本化による新たな処遇改善加算の創設に当たっては、今般新たに追加措置する処遇改善分を活用し、介護現場で働く方々にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定が、介護職員の処遇改善に与える効果について、実態を把握する。
- ・ 今回の報酬改定では、処遇改善分について2年分を措置し、3年目の対応については、上記の実態把握を通じた処遇改善の実施状況等や財源とあわせて令和8年度予算編成過程で検討する。

令和6年度介護報酬改定の概要

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 医療と介護の連携の推進
 - ▶ 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - ▶ 在宅における医療・介護の連携強化
 - ▶ 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - ▶ 高齢者施設等と医療機関の連携強化
- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- ・ 効率的なサービス提供の推進

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

5. その他

- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分

パート6

介護報酬改定と 介護・医療の連携



ケアマネ

専門性の高い看護師による訪問看護の評価

告示改正

- 医療ニーズの高い利用者が増える中、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、専門性の高い看護師が計画的な管理を行うことを評価する加算を新設。

訪問看護★、看護小規模多機能型居宅介護

【単位数】

< 現行 >
なし



< 改定後 >

専門管理加算 250単位/月 (新設)

【算定要件等】

- 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都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定単位数に加算する。

イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合

- ・ 悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている利用者
- ・ 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・ 人工肛門又は人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者

ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合

- ・ 診療報酬における手順書加算を算定する利用者

※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、膀胱ろうカテーテルの交換、褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正

A photograph showing two nurses in white and pink uniforms attending to a patient lying in a hospital bed. The nurse in the foreground is wearing a white uniform and a face mask, leaning over the bed. The second nurse, in a pink uniform, is also leaning over the bed, focused on the patient. The patient is wearing a light purple hospital gown. The setting appears to be a hospital room with wooden paneling and a window in the background.

訪問看護師と患者宅を訪れ、
褥瘡ケアのアドバイスをを行う
多摩南部地域病院WOCナース

療養通所介護における重度者への安定的なサービス提供体制の評価

告示改正

- 主に中重度の利用者を対象とする療養通所介護について、介護度に関わらず一律の包括報酬である一方、重度の利用者を受け入れるにあたっては特に手厚い人員体制、管理体制等が必要となることから、安定的に重度の利用者へのサービスを提供するための体制を評価する新たな加算を設ける。

療養通所介護

【単位数】

<現行>
なし



<改定後>

重度者ケア体制加算 150単位/月 (新設)

【算定要件等】

- 療養通所介護費における重度者ケア体制加算の基準

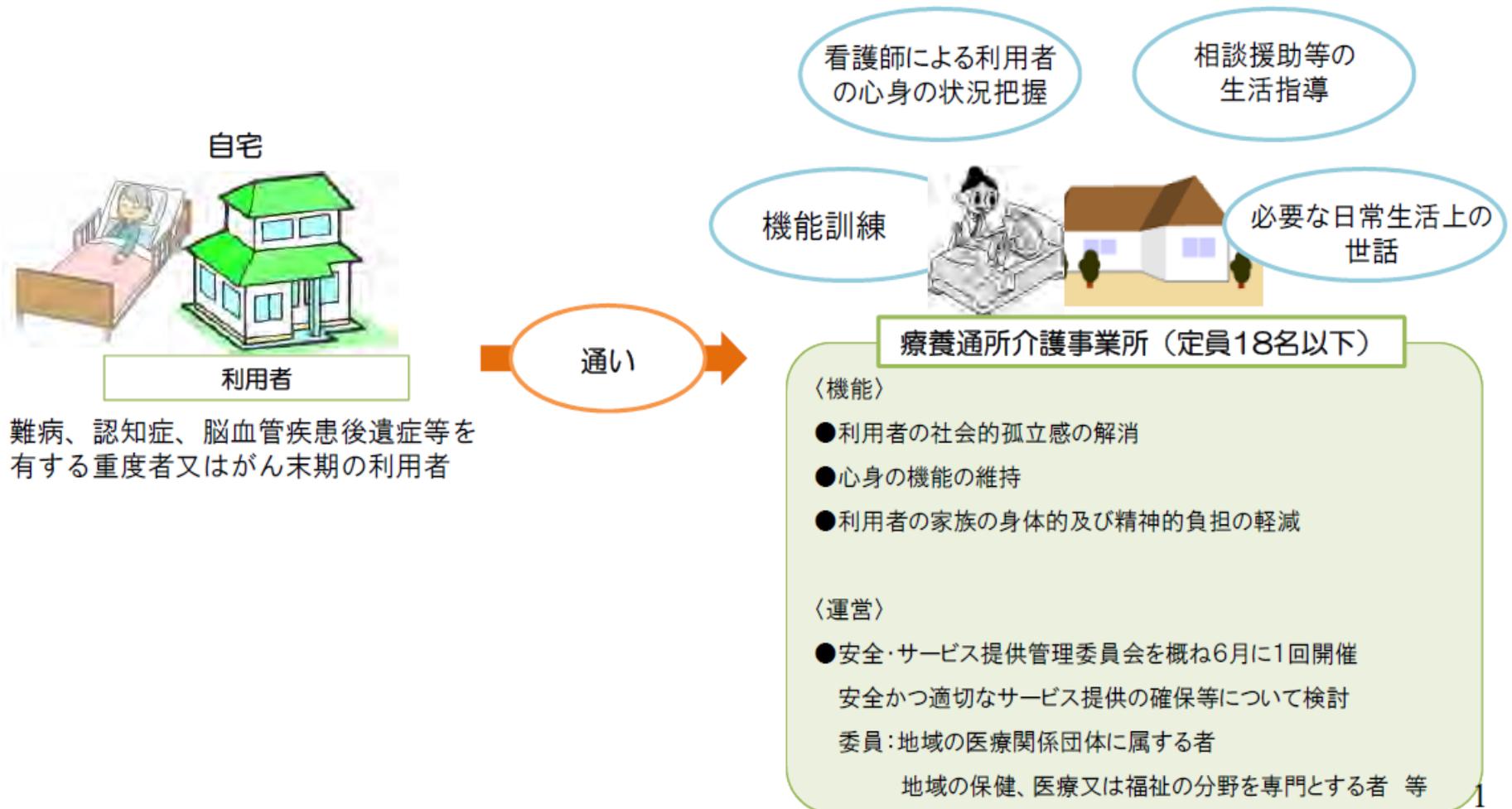
次のいずれにも適合すること。

- イ 指定地域密着型サービス基準第40条第2項に規定する看護師の員数に加え、看護職員を常勤換算方法で3以上確保していること。
- ロ 指定療養通所介護従業者のうち、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修等（※）を修了した看護師を1以上確保していること。
- ハ 指定療養通所介護事業者が指定訪問看護事業者の指定を併せて受け、かつ、一体的に事業を実施していること。

※ 認定看護師教育課程、専門看護師教育課程、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修

療養通所介護の概要

- 主に、難病等の重度要介護者やがん末期の者であって、サービス提供に当たり看護師による観察が必要な利用者を対象とする地域密着型サービス。
- 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を行うことで、利用者の社会的孤立感の解消や心身の機能の維持、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図る。



難病、認知症、脳血管疾患後遺症等を有する重度者又はがん末期の利用者

1. (3) ⑤ 療養通所介護における重度者への安定的なサービス提供体制の評価

概要

【療養通所介護】

- 主に中重度の利用者を対象とする療養通所介護について、介護度に関わらず一律の包括報酬である一方、重度の利用者を受け入れるにあたっては特に手厚い人員体制、管理体制等が必要となることから、安定的に重度の利用者へのサービスを提供するための体制を評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

<現行>
なし



<改定後>
重度者ケア体制加算 150単位/月 (新設)

算定要件等

- 療養通所介護費における重度者ケア体制加算の基準 (新設)

次のいずれにも適合すること。

- イ 指定地域密着型サービス基準第40条第2項に規定する看護師の員数に加え、看護職員を常勤換算方法で3以上確保していること。
- ロ 指定療養通所介護従業者のうち、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修等(※)を修了した看護師を1以上確保していること。
- ハ 指定療養通所介護事業者が指定訪問看護事業者の指定を併せて受け、かつ、一体的に事業を実施していること。

※ 認定看護師教育課程、専門看護師教育課程、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修

1. (3) ④ 療養通所介護における医療ニーズを有する中重度者の短期利用の促進

概要

【療養通所介護】

- 療養通所介護の利用者は医療ニーズを有する中重度者であり、包括報酬において新たに利用する際の判断が難しい場合があること、登録者以外の者が緊急に利用する必要がある場合があることから、中重度者が必要に応じて利用しやすくなるよう、療養通所介護の基本報酬に短期利用型の新たな区分を設ける。【告示改正】

単位数

<現行>
なし



<改定後>

短期利用療養通所介護費（1日につき） 1,335単位（新設）

算定要件等

- 短期利用療養通所介護費を算定すべき指定療養通所介護の基準（新設）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 利用者の状態や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認めた場合であること。

ロ 利用の開始に当たって、あらかじめ7日以内（利用者の日常生活上の世話をを行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めること。

ハ 指定地域密着型サービス基準第40条に定める従業者の員数を置いていること。

ニ 当該指定療養通所介護事業所が療養通所介護費の減算（※）を算定していないこと。

※入浴介助を行わない場合に所定単位数の95/100で算定、過少サービスの場合に所定単位数の70/100で算定

特定施設入居者生活介護の概要

1. 制度の概要

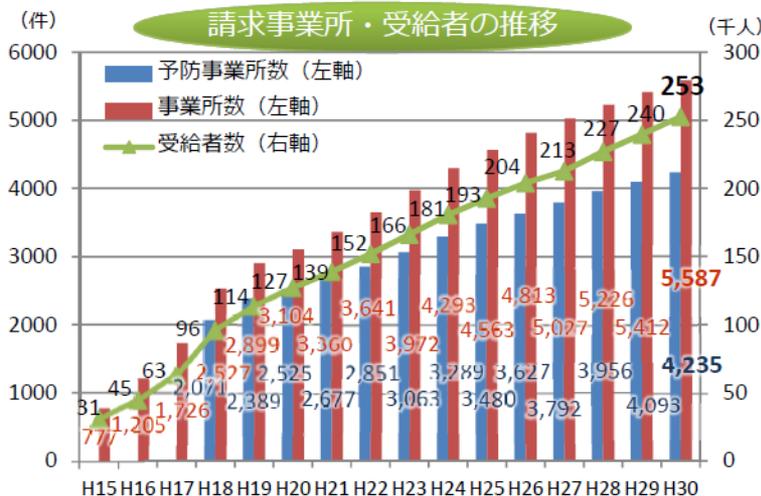
- 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。
- 特定施設の対象となる施設は以下のとおり。
 - ① 有料老人ホーム ② 軽費老人ホーム（ケアハウス） ③ 養護老人ホーム
 - ※ 「サービス付き高齢者向け住宅」については、「有料老人ホーム」に該当するものは特定施設となる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受ける特定施設を「介護付きホーム」という。

2. 人員基準

- 管理者— 1人 [兼務可] ○ 生活相談員— 要介護者等：生活相談員 = 100 : 1
- 看護・介護職員— ①要支援者：看護・介護職員 = 10 : 1 ②要介護者：看護・介護職員 = 3 : 1
 ※ ただし看護職員は要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人
 ※ 夜間帯の職員は1人以上
- 機能訓練指導員— 1人以上 [兼務可] ○ 計画作成担当者— 介護支援専門員 1人以上 [兼務可]
 ※ただし、要介護者等：計画作成担当者100:1を標準

3. 設備基準

- ① 介護居室：・原則個室 ・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適切な広さ ・地階に設けない等
- ② 一時介護室：介護を行うために適切な広さ
- ③ 浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
- ④ 便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
- ⑤ 食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適切な広さ
- ⑥ 施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造

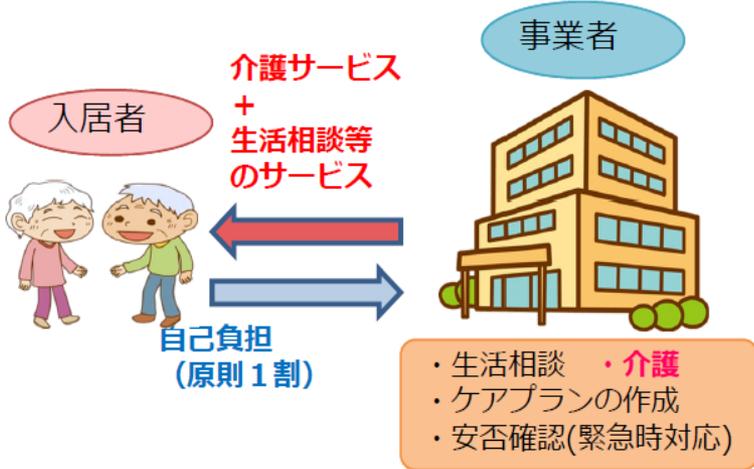
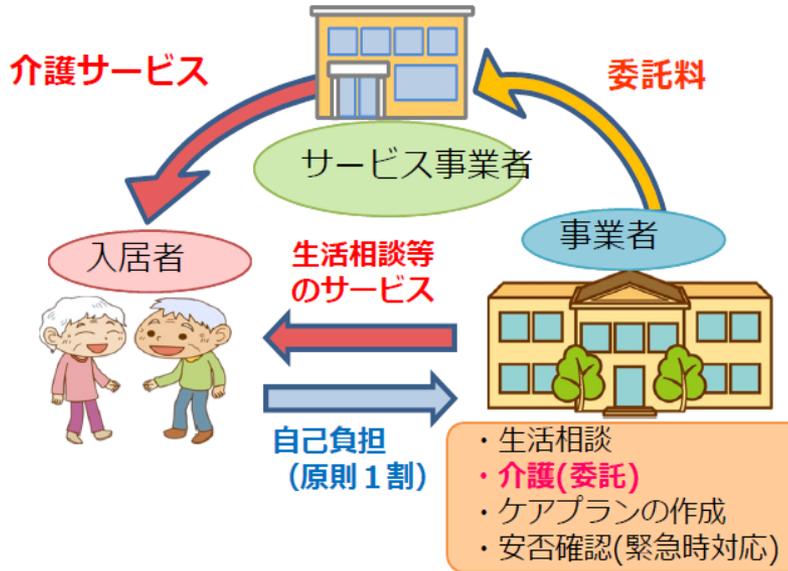


出典：介護給付費等実態調査（各年度3月分） ※「事業所数」は短期利用を除く。地域密着型を含む。

特定施設入居者生活介護における「一般型」と「外部サービス利用型」

制度の概要

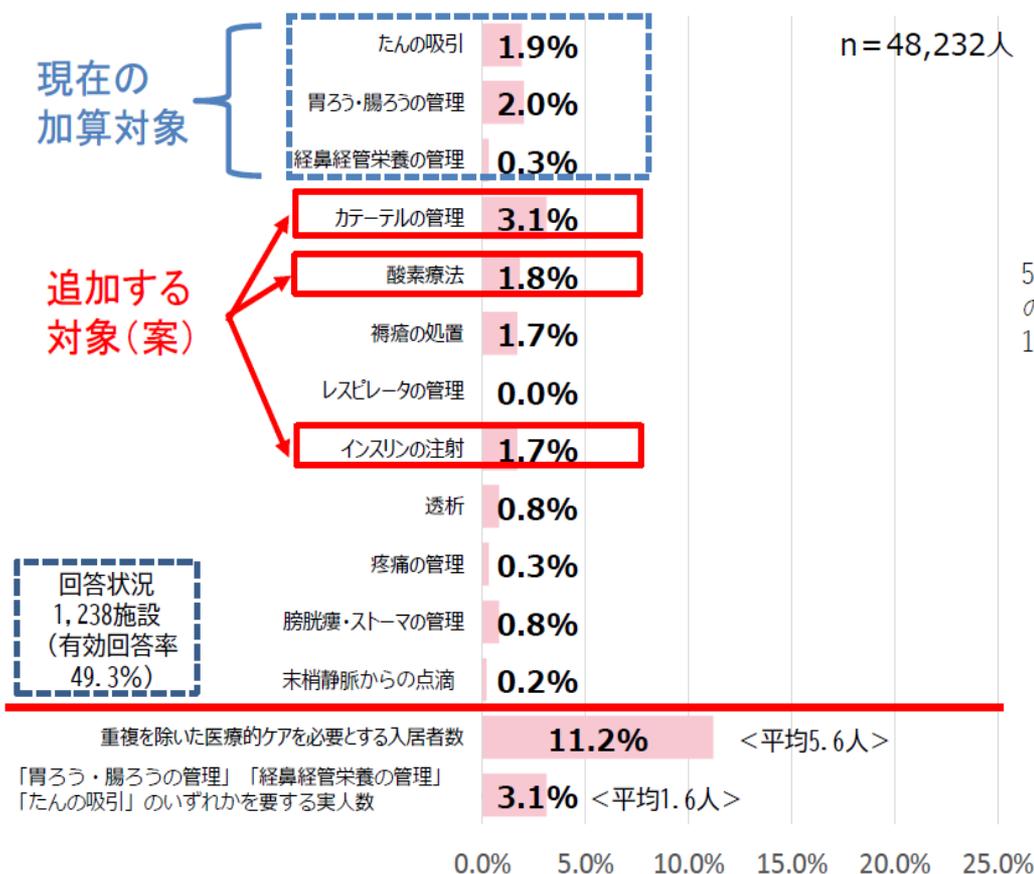
- 特定施設入居者生活介護には、特定施設の事業者が自ら介護を行う「一般型」と、特定施設の事業者はケアプラン作成などのマネジメント業務を行い、介護を委託する「外部サービス利用型」がある。

	一般型	外部サービス利用型
報酬の概要	包括報酬 ※要介護度別に1日当たりの報酬算定	定額報酬 (生活相談・安否確認・計画作成) + 出来高報酬 (各種居宅サービス)
サービス提供の方法	3対1で特定施設に配置された介護・看護職員によるサービス提供	特定施設が委託する介護サービス事業者によるサービス提供
特徴	生活相談等の日常生活の支援の比重が大きいため、要介護者が多い場合、効率的なサービス提供が可能	1対1のスポット的なサービスの比重が大きいため、要介護者が少ない場合、効率的なサービス提供が可能
イメージ	 <p>事業者</p> <p>入居者</p> <p>介護サービス + 生活相談等のサービス</p> <p>自己負担 (原則1割)</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活相談 ケアプランの作成 安否確認(緊急時対応) 介護 	 <p>サービス事業者</p> <p>事業者</p> <p>入居者</p> <p>介護サービス</p> <p>生活相談等のサービス</p> <p>自己負担 (原則1割)</p> <p>委託料</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活相談 介護(委託) ケアプランの作成 安否確認(緊急時対応)

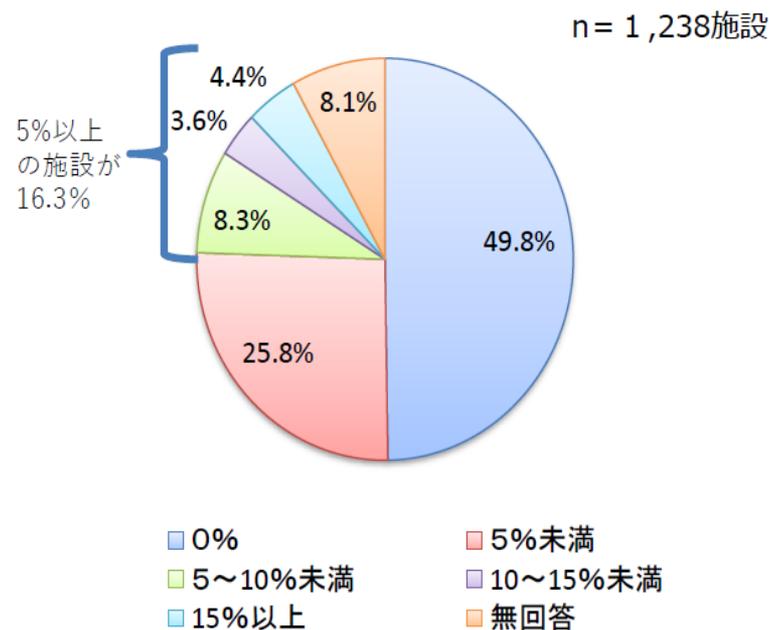
医療的ケアを必要とする入居者の対応内容とその割合

- 特定施設入居者生活介護において、入居継続支援加算の算定要件である「たんの吸引」「胃ろう・腸ろうの管理」「経鼻経管栄養の管理」以外の医療的ケアとして、「カテーテルの管理」(3.1%)、「酸素療法」(1.8%)、「インスリンの注射」(1.7%)の対応が多い。
- 入居継続支援加算の算定要件である、「たんの吸引」「胃ろう・腸ろうの管理」「経鼻経管栄養の管理」のいずれかの医療処置を要する入居者の割合が、5%以上15%未満(加算(II)の算定要件)の事業所が11.9%、15%以上(加算(Ⅰ)の算定要件)が4.4%だった。

■ 医療的ケアを必要とする入居者の割合



■ 「たんの吸引」「胃ろう・腸ろうの管理」「経鼻経管栄養の管理」のいずれかの医療的ケアを必要とする入居者の割合



出典：令和4年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

パート7 老健における 医療ケアの強化

- ①介護保険施設における医療ケアの強化
- ②所定疾患施設療養費
- ③総合医学管理料

①介護施設における 医療機能強化



医療介護の意見交換会における委員意見

2024年同時改定へ向けて

• 介護施設における医療機能強化

• 介護施設内での医療機能強化

- 長島公之委員（日本医師会常任理事、中医協委員）や松本真人委員（健康保険組合連合会理事、中医協委員）らは「安易に外部医療機関に頼るよりも、まず施設での医療対応力を高めるべきである。」
- そのうえで、施設の対応範囲を超える場合には、地域の医療機関が連携して医療提供を行う仕組みを構築すべきである
- 「医療施設である介護医療院や老健施設であっても、個々の施設で医療的ケアの程度にはバラつきがあり、その結果「急変時には病院への救急搬送に頼ってしまう」

• 2024年改定

- 老健や介護医療院における高齢者の医療対応力強化が求められる。
- 今後、介護報酬改定を議論する介護給付費分科会で「施設内での医療対応力を強化していくためにどのような方策が考えられるか、それを介護報酬でどう支えていくか」を検討

2024年同時改定へ向けて

•看護配置の強化

- 「看護配置の充実・強化、とりわけ夜間の看護体制の強化を図ってはどうか」（田母神裕美委員：日本看護協会常任理事、介護給付費分科会委員）

•老健における医薬品問題

- 「老健施設では基本的な医薬品費用は基本報酬に包括されているため、高額な医薬品（心疾患治療薬など）を服用する高齢者については受け入れを躊躇してしまうこともあり、見直しを検討すべき」。

②所定疾患施設療養費



老健での医療

- 介護老人保健施設の入所者には肺炎等の疾患が比較的好く発症しているが、医療機関へ転送する例が多い一方で、肺炎等については一定の薬剤に対する報酬が算定可能であれば、医療機関への転院を減少させられると考える施設が6割以上あった。
- 平成24年度介護報酬改定で、入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎などの疾病を発症した場合における介護老人保健施設内での対応について評価を行った。

所定疾患施設療養費 305単位/日

(1月に1回、連続する7日に限る)

○対象となる疾病

- ・ 肺炎
- ・ 尿路感染症
- ・ 带状疱疹(抗ウイルス剤の点滴を必要とする者に限る)

○算定要件

- ・ 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

図1 3カ月間の退所者の退所先の内訳

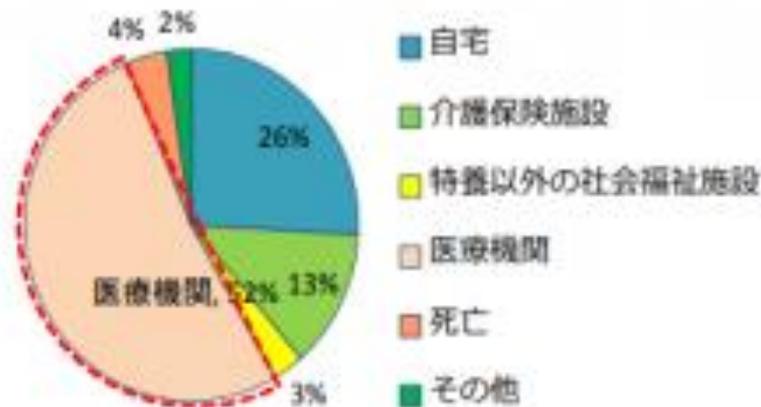
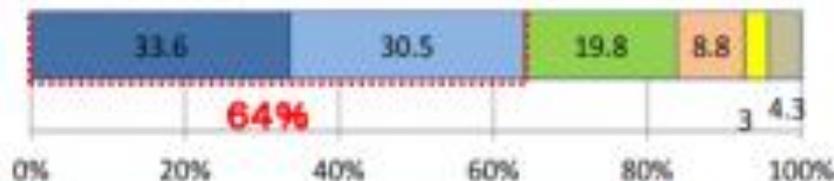


図2 一定の薬剤(肺炎に対する抗生物質等)が算定可能と認められれば、医療機関への転院が減少すると思う施設



- かなりそう思う
- まあそう思う
- どちらともいえない
- あまりそう思わない
- ほとんどそう思わない
- 無回答

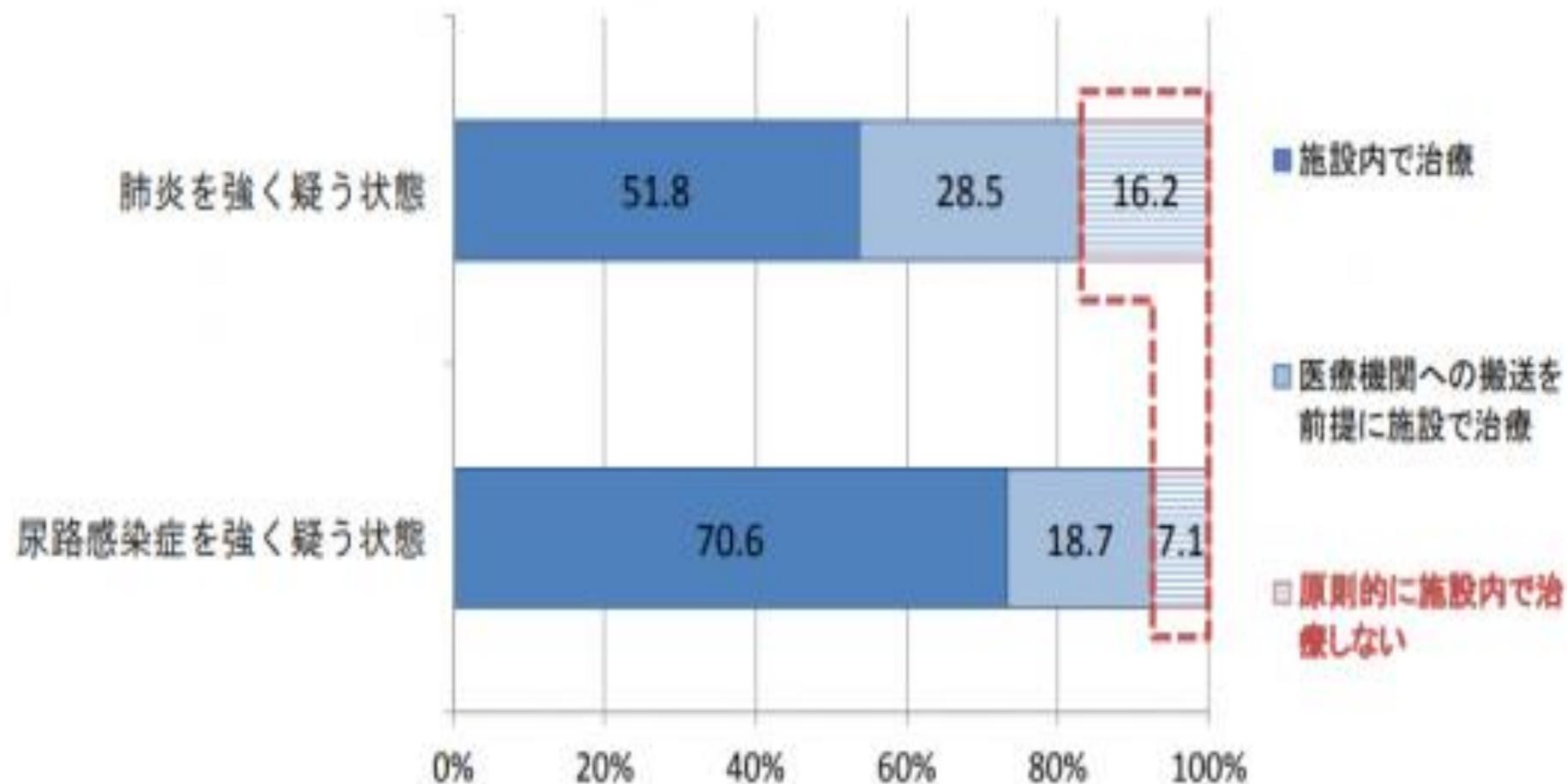
(出典)

図1)「介護サービス情報公表制度」(平成21年度)より老人保健課調べ

図2)平成20年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業」

介護老人保健施設における肺炎・尿路感染症への対応方針

老健全体 (n = 2,245)



- 特定の疾患により治療を必要とする入所者に、施設で治療管理などの対応をすることを評価する加算

単位等

- 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239位/日
- 所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日

注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。

注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする

注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

- 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎のいずれかに該当する入所者に対する治療管理であること

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

- 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

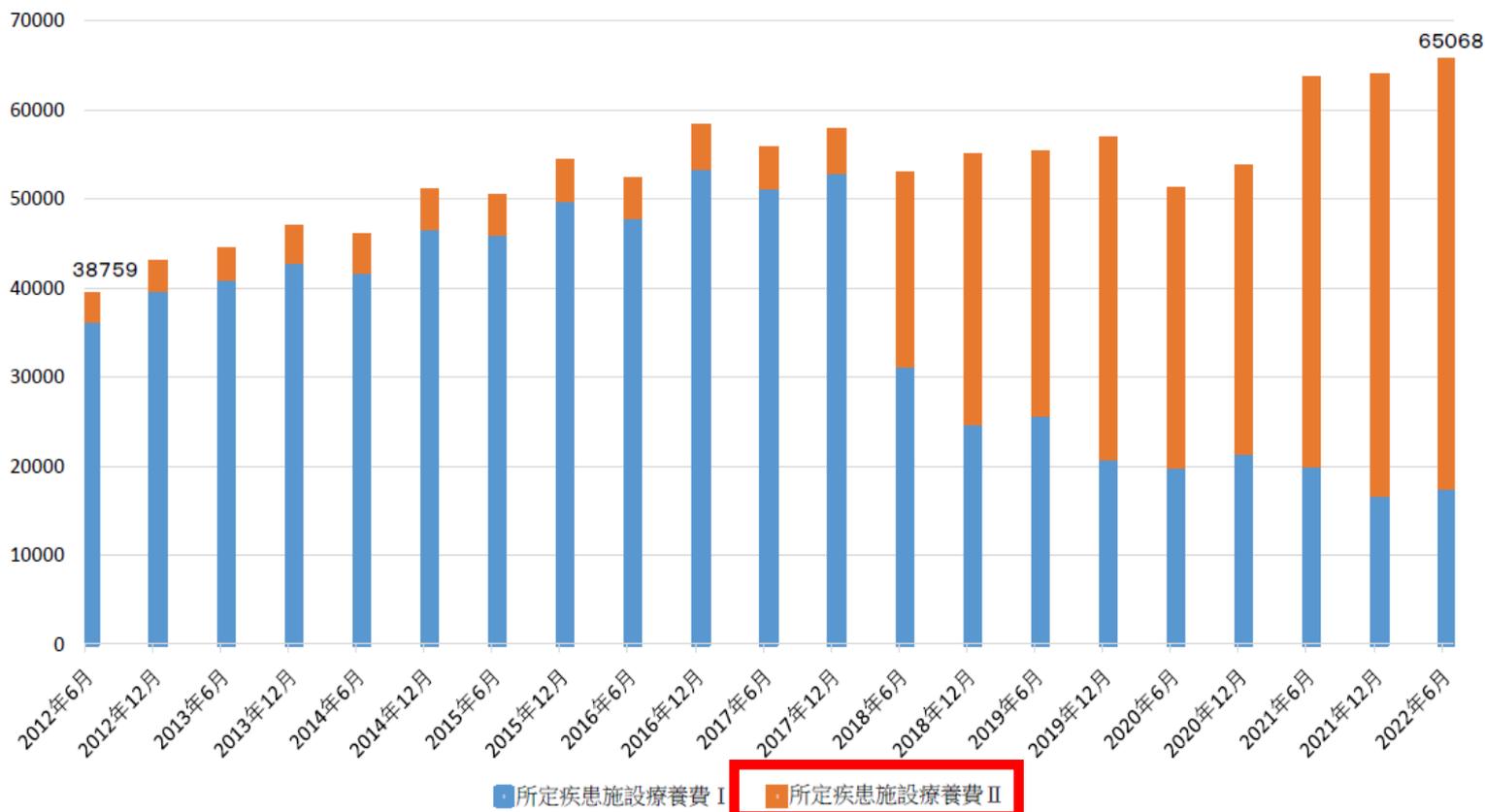
<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

所定疾患施設療養費の算定状況

○ 介護老人保健施設における所定疾患施設療養費の算定回数は増加傾向

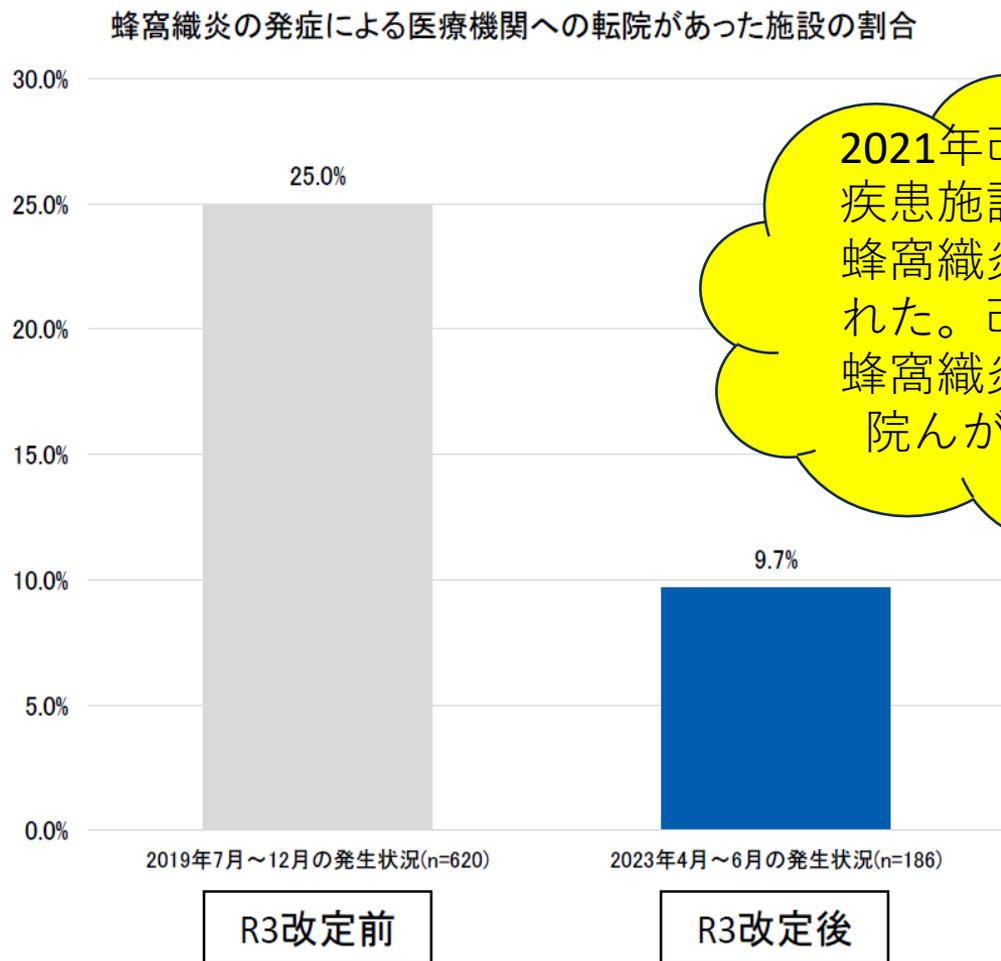
■ 所定疾患施設療養費の算定状況の推移



出典：介護保険総合データベースを元に老人保健課で集計

介護老人保健施設入所者の蜂窩織炎の発症及び医療機関への転院の状況

- 令和3年度介護報酬改定時に所定疾患施設療養費に追加された蜂窩織炎においては、報酬改定後に蜂窩織炎の発症があった施設のうち、医療機関へ転院させた利用者がいた施設の割合が低下した。



【出典】介護老人保健施設における疾患（蜂窩織炎）の対応状況に関する調査（令和2年11月実施）全国老人保健施設協会調べ
【出典】令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和5年度調査）
「（2）介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供体制等に関する調査研究事業 速報値」

2024年改定¹. (3) ⑱ 所定疾患施設療養費の見直し

概要

【介護老人保健施設】

- 介護老人保健施設の入所者に適切な医療を提供する観点から、介護老人保健施設における疾患の発症・治療状況を踏まえ、対象に慢性心不全が増悪した場合を追加する。【告示改正】

単位数

<現行>

所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日
所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日



<改定後>

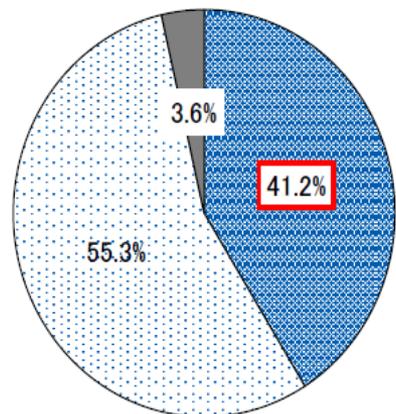
変更なし
変更なし

算定要件等

- 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、**慢性心不全の増悪**のいずれかに該当する入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に所定単位数を算定する。
- <所定疾患施設療養費（Ⅰ）>
- 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること。
 - 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- <所定疾患施設療養費（Ⅱ）>
- 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること。
 - 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
 - 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

介護老人保健施設入所者における心不全の発症及び医療機関への転院の状況

入所者に心不全(慢性心不全の増悪等)が生じた施設の割合



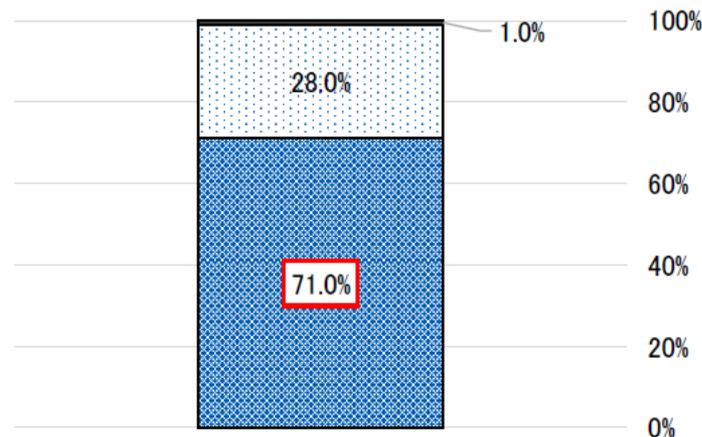
■ 発症あり □ 発症なし ■ 無回答

※2023年4月～6月(n=503)

心不全の発症ありの場合



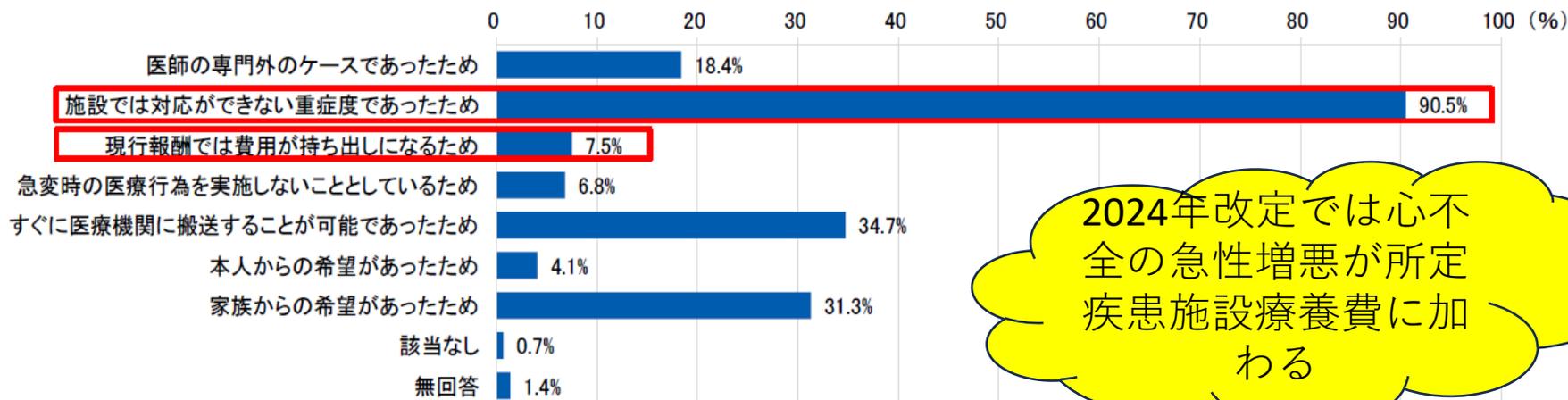
医療機関への転院の有無



□ 転院あり □ 転院なし ■ 無回答

※2023年4月～6月(n=207)

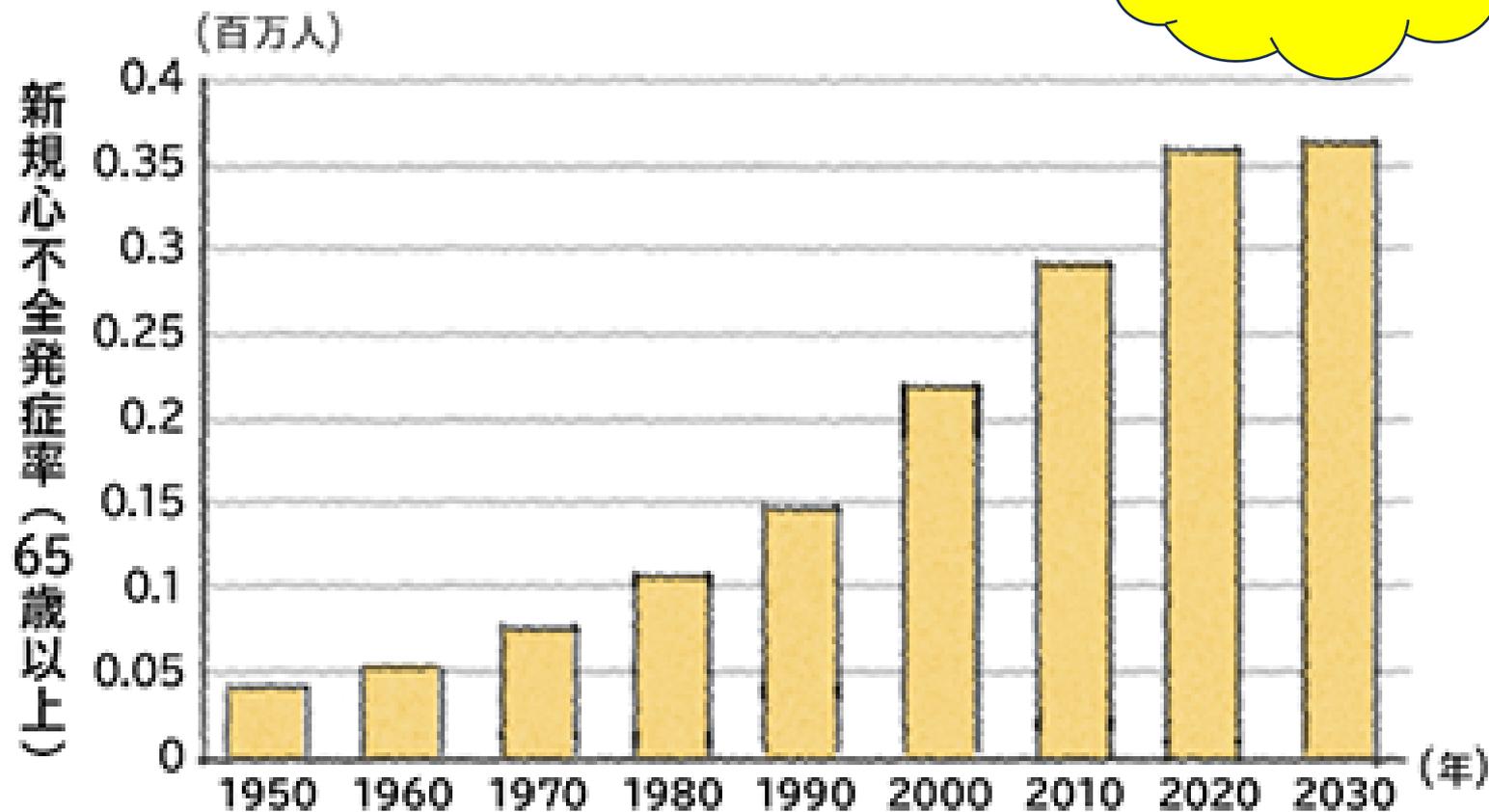
医療機関に転院することになった理由(複数回答)



2024年改定では心不全の急性増悪が所定疾患施設療養費に加わる

心不全パンデミック

2030年には
130万人へ

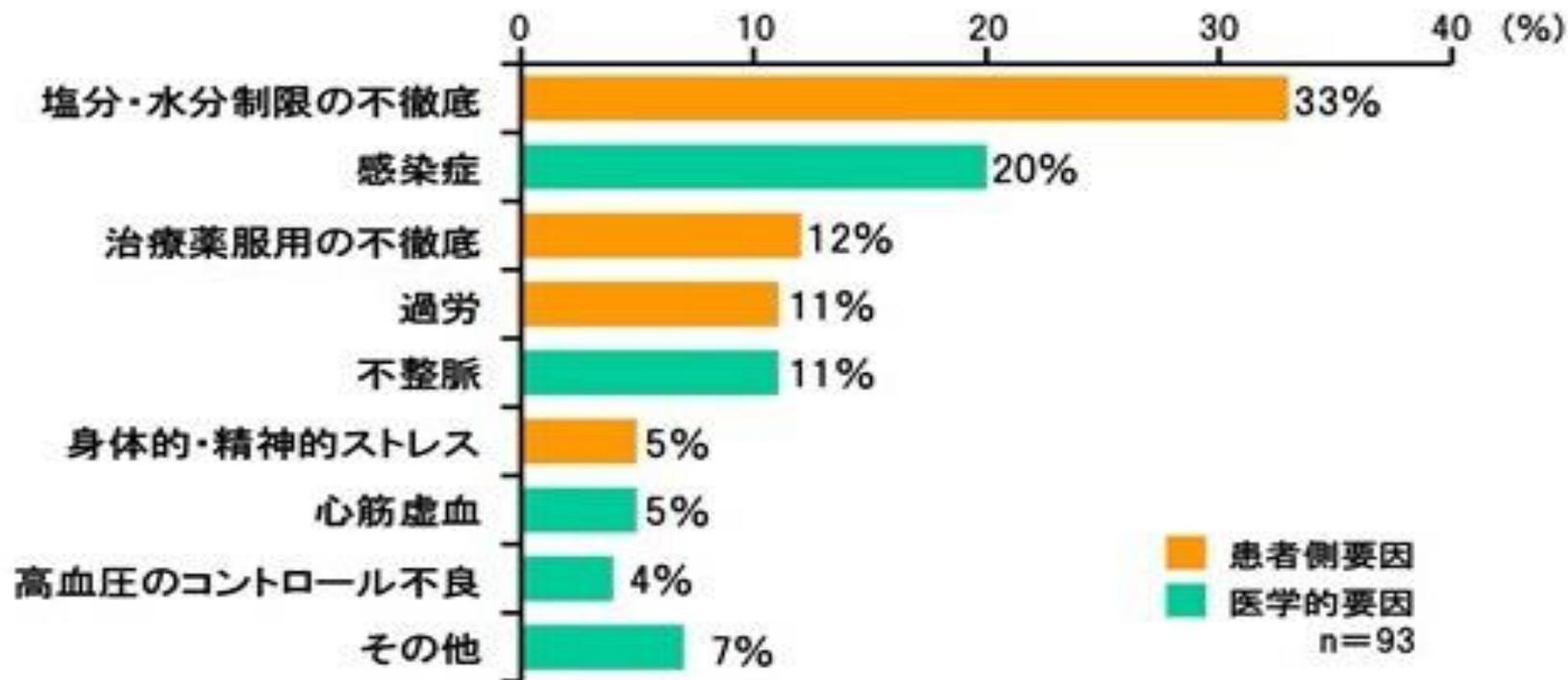


総人口 (百万人)	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030
	83.2	93.4	103.7	117.1	123.6	126.9	128.1	124.1	116.6

出典：Shimokawa H, et al. Eur J Heart Fail 2015;17:884-892.

心不全では再入院が多い

図2 心不全再入院の原因



(Tsuchihashi M, et al : Jpn Cir J 2000;64:953-959より改変)

慢性心不全患者に求められる疾病管理

- 「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、疾病管理として、退院後特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効であるとしている。

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)

XII. 疾患管理

1. プログラム(教育など)とチーム医療

1. 2 疾病管理プログラムの具体的な内容

1. 2. 1 アドヒアランスとセルフケアを重視した患者教育

患者の適切なセルフケアは心不全増悪の予防に重要な役割を果たし、セルフケア能力を向上させることにより生命予後やQOLの改善が期待できる。医療従事者は患者のセルフケアが適切に行われているかを評価し、患者および家族に対する教育、相談支援により患者のセルフケアの向上に努める。患者教育では、疾患に関する情報にアクセスし、理解し、活用する能力であるヘルスリテラシーを考慮しつつ、患者の理解度に応じた教材を有効に活用することも重要である。

2021年「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)」フォーカスアップデート版

第7章 疾病管理

2. 疾病管理プログラムの具体的な内容

2. 8 退院調整・退院支援および移行期支援と継続的フォローアップ

入院後早期からの退院調整および退院支援は、心不全患者の退院後早期の再入院の回避に効果的である。入院中の退院調整では、退院支援の必要性の評価、具体的な支援内容の検討を行うとともに、セルフケア能力を強化するための患者教育も同時に実施する。退院後の受診頻度は退院後の再入院のリスクと関連しており、**退院後、特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効**である。

②総合管理医学加算



医療シヨート

介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算(短期入所療養介護)を新設。

概要

- 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する加算。



1. (3) ③ 総合医学管理加算の見直し

概要

【短期入所療養介護★】

- 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護における総合医学管理加算について、医療ニーズのある利用者の受入れを更に促進する観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】
 - ア 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっている指定短期入所療養介護についても、治療管理を目的とするものについては同加算の対象とする。
 - イ 算定日数について7日を限度としているところ、10日間を限度とする。

単位数

<現行>
総合医学管理加算 275単位/日



<改定後>
変更なし

算定要件等

<現行>

- 1 治療管理を目的とし、別に厚生労働大臣が定める基準に従い、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、7日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
- 2 緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。



<改定後>

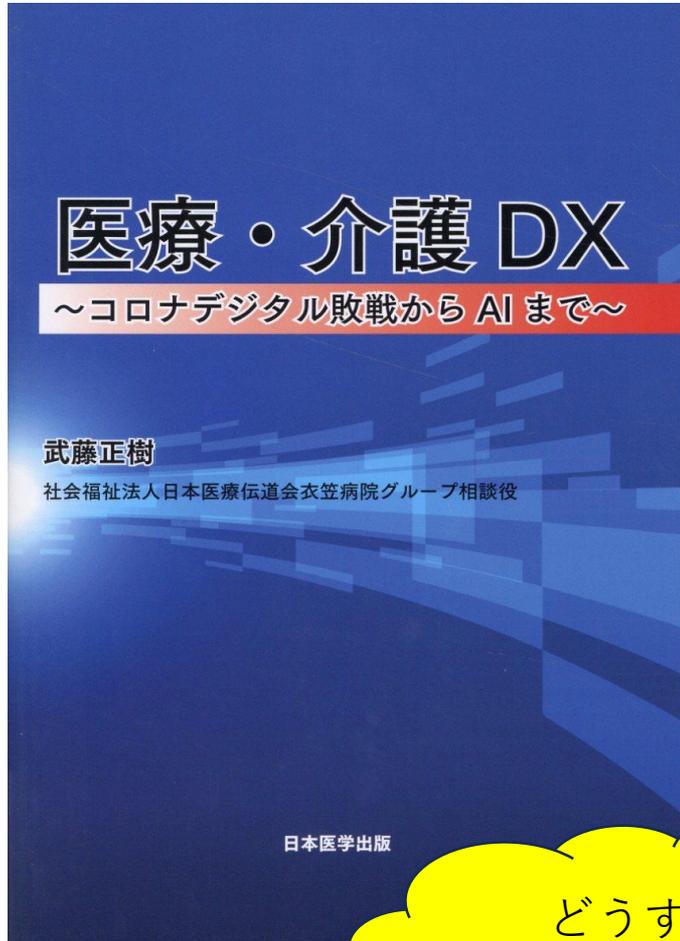
- 1 治療管理を目的とし、別に厚生労働大臣が定める基準に従い指定短期入所療養介護を行った場合に、10日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
- 2 緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。

まとめと提言

- ・ 医療・介護・障害福祉サービスはそれぞれの制度が異なる
- ・ 制度を理解した上で連携を行うことが大事
- ・ 制度の違いを乗り越えるのは患者や利用者を中心とした専門職の顔の見える連携が必要
- ・ トリプル改定を機に連携を一層深めよう
- ・ 制度の狭間に取り残される人がないように
- ・ 薬局・薬剤師の果たす役割は？

医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からAIまで～



- 武藤正樹著
- DXやAIはこれからの医療・介護に必須である。
本書はDXやAIに関心がある方、これから学ぼうとする方へ基礎をわかりやすく解説した
- 発行：[日本医学出版](#)
- 2023年5月29日
- A5判
- 216ページ
- 定価 2,200円+税

どうする
マイナトラブル

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp