

医療福祉連携講習会特別講演2025

新地域医療構想と地域連携

～2026年診療報酬改定を踏まえて～



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)、在宅医療センター、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



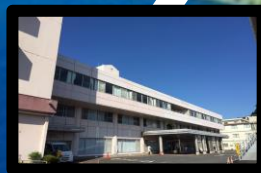
衣笠ホーム

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
 - 新たな地域医療構想
- パート 2
 - 急性期拠点機能
- パート 3
 - 高齢者救急・地域急性期機能と在宅医療連携等機能
- パート 4
 - 医療介護連携がカギ
- パート 5
 - 2026年診療報酬改定と医療介護連携
- パート 6
 - 2026年診療報酬改定と入退院支援
- パート 7
 - 2026年診療報酬改定と訪問看護

パート1

新たな地域医療構想





地域医療構想及び医療計画等に関する検討会
2025年7月26日

大塚直樹
神原 雅 宏

国政局
森 光

(別紙)

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 構成員名簿

(敬称略、五十音順)

座長

氏名	所属・役職
石原 靖之	岡山県鏡野町健康推進課長
伊藤 悦郎	健康保険組合連合会常務理事
伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会会長
猪口 正孝	公益社団法人全日本病院協会副会長
今村 知明	奈良県立医科大学教授
今村 英仁	公益社団法人日本医師会 生涯教育・専門医の仕組み運営委員会センター長
遠藤 久夫	学習院大学長
岡 俊明	一般社団法人日本病院会副会長
小川 祐幸	島根県雲南市健康福祉部保健医療政策課管理監
荻野 構一	公益社団法人日本薬剤師会副会長
尾崎 誠	長崎大学病院長 (全国医学部長病院長会議)
川又 竹男	全国健康保険協会理事
坂本 泰三	公益社団法人日本医師会常任理事
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
鈴木 美穂	認定 NPO 法人マギーズ東京共同代表理事
瀬古口 精良	公益社団法人日本歯科医師会副会長
玉川 啓	福島県保健福祉部次長 (健康衛生担当)
土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
橋本 美穂	公益社団法人日本看護協会常任理事
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
松田 晋哉	福岡国際医療福祉大学ヘルスデータサイエンスセンター所長
望月 泉	公益社団法人全国自治体病院協議会会長

新たな地域医療構想とは？

2040年への地域ニーズに合わせた
医療介護のランドデザイン

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し**、都道府県が地域医療構想を策定。
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**等を活用して支援。

など

【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等**を含めた、**医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。**その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保する必要。

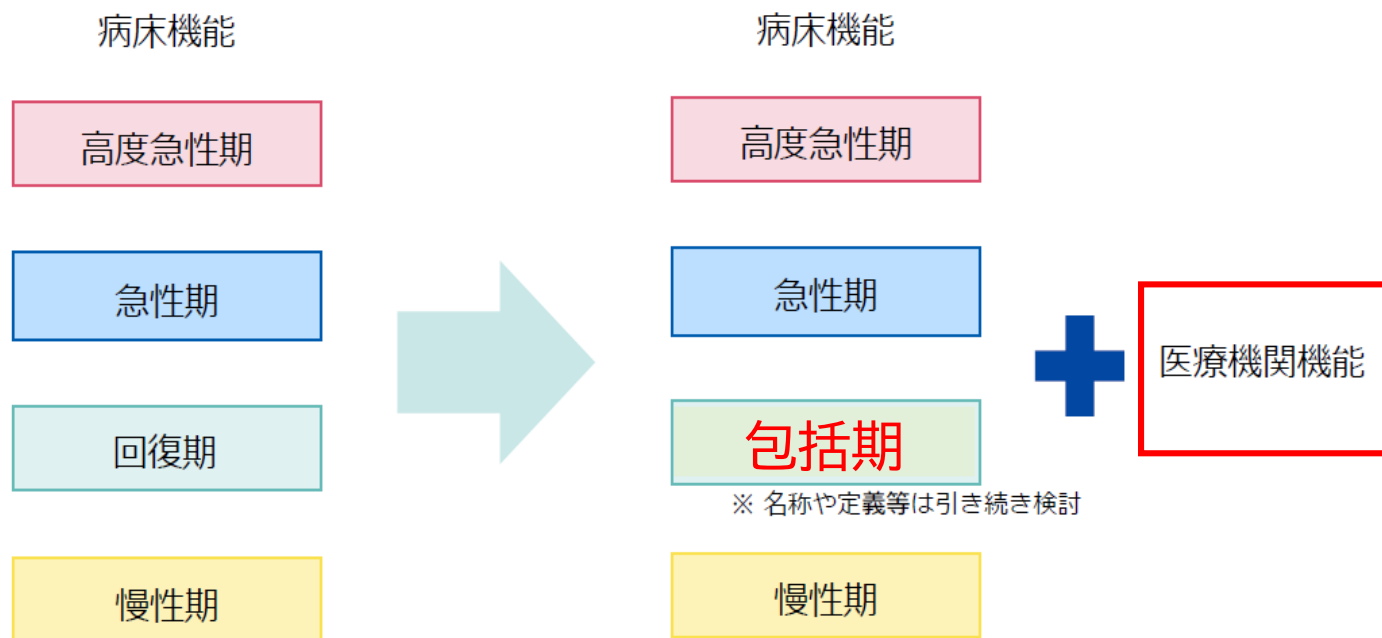
など

【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



病床機能等の分類の見直し

■ 病床機能等の分類

病床機能の名称は、関係者等に予断をいだかせないような名称にする必要がある

さらに、病院には様々な科があり得意分野は異なる。

「病床機能報告」を「病棟単位の医療機能」を示す「**病棟機能報告**」として位置付けると共に「回復期」を「**包括期**」と名称変更し、分かりやすく示すことも必要

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能 ↓ 包括期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大する高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応を行う機能（必要に応じて圏域を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なりハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

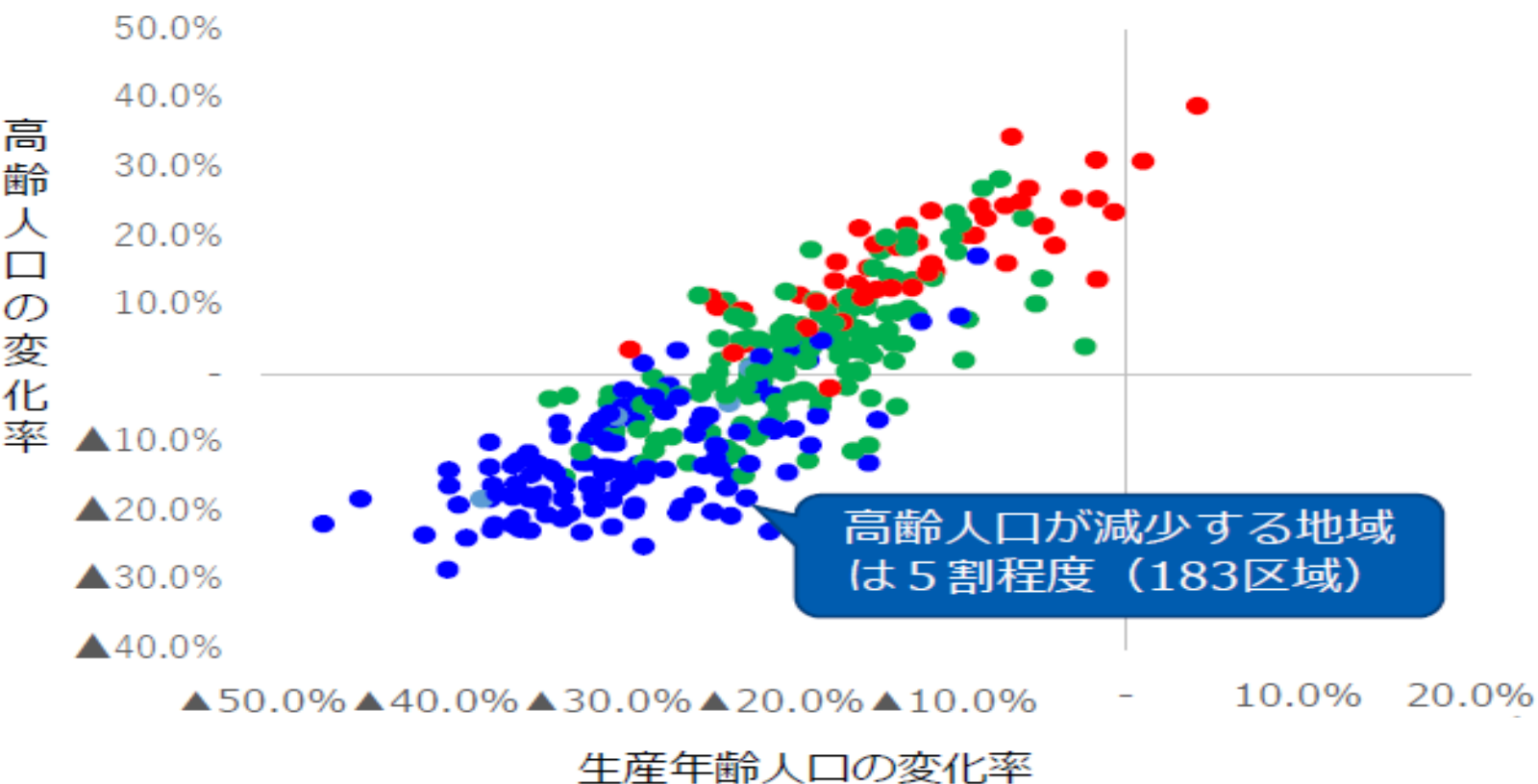
新たな地域医療構想 ガイドライン

地域を大きく
3つの類型にわけ

<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-11.9%	17.2%
● 地方都市型	-19.1%	2.4%
● 過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型 : 人口が100万人以上 (又は) 人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型 : 人口が20万人以上 (又は) 人口10~20万人 (かつ) 人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型 : 上記以外



新たな地域医療構想 ガイドライン

2026年4月から各都道府県で
ガイドライン策定が始まる

地域医療構想策定ガイドラインについて

- 地域医療構想の策定については、地域医療構想策定ガイドライン（平成29年）において、主に構想の策定に向けて①議論を行うための区域の設定、②必要病床数等、地域における関係者間の議論を行うためのデータ共有、③対応案の作成と、④策定後に取組を推進するための事項について定められている。

地域医療構想策定ガイドライン

I 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
- 2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
- 3 構想区域の設定
- 4 構想区域ごとの医療需要の考え方
- 5 医療需要に対する医療提供体制の検討
- 6 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
- 7 構想区域の確認
- 8 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

II 地域医療構想策定後の取組

- 1 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
- 2 地域医療構想調整会議の設置・運営
- 3 都道府県知事による対応
- 4 地域医療構想の実現に向けたP D C A

III 病床機能報告制度の公表の仕方

- 1 患者や住民に対する公表
- 2 地域医療構想調整会議での情報活用

① 区域の設定

次期GLにおいても、二次医療圏をベースに整備。医療需要、医療資源、医療機関機能の確保等のため、適切となる区域を設定することが必要。

相互に関連

② データの共有

次期GLにおいても、人口等の基礎的なデータの他、必要病床数等の将来の医療需要や医療資源の確保等、地域での議論に資するデータを収集し、関係者間で認識の共有を図ることが必要。

③ 対応案の作成

次期GLにおいても、現状を維持した場合や連携・再編・集約化した場合等の複数の案を比較衡量して、関係者間で将来像を共有することが必要。

④ 取組の推進

次期GLにおいても、地域医療構想策定後の取組の推進に向けて、地域医療構想調整会議の運営等に関する検討が必要。

第8次医療計画における医療圏、地域医療構想における構想区域について

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として、二次医療圏と原則一致するものとして設定している。また、第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏について、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は区域の設定の見直しを検討する、また、100万人以上の二次医療圏について、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。
- 令和6年4月時点で、構想区域と二次医療圏は2県を除き一致している。

二次医療圏

330医療圏 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として**病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当である**と認められるものを単位として設定

構想区域

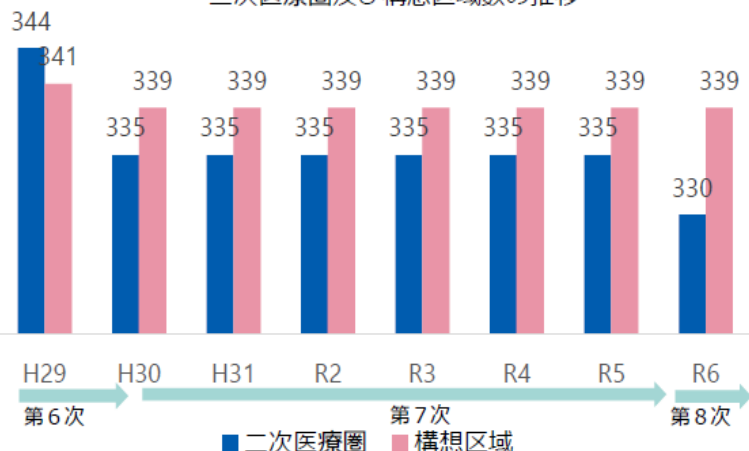
339構想区域 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として**地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当である**と認められる区域を単位として設定

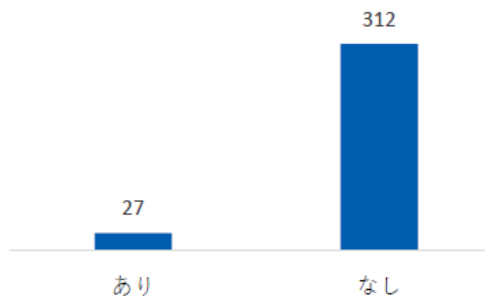


2県以外で一致

二次医療圏及び構想区域数の推移



第8次医療計画策定時における
構想区域設定の見直しの検討



見直しを行わなかった理由について

- ◆ 二次医療圏の統合等により、全体として医療提供体制が向上するといった明確な変化が見られない
- ◆ 複数の要因（地理的条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情、他計画等への影響等）から現行区域の設定が妥当と判断

見直しを行うことへの課題等について

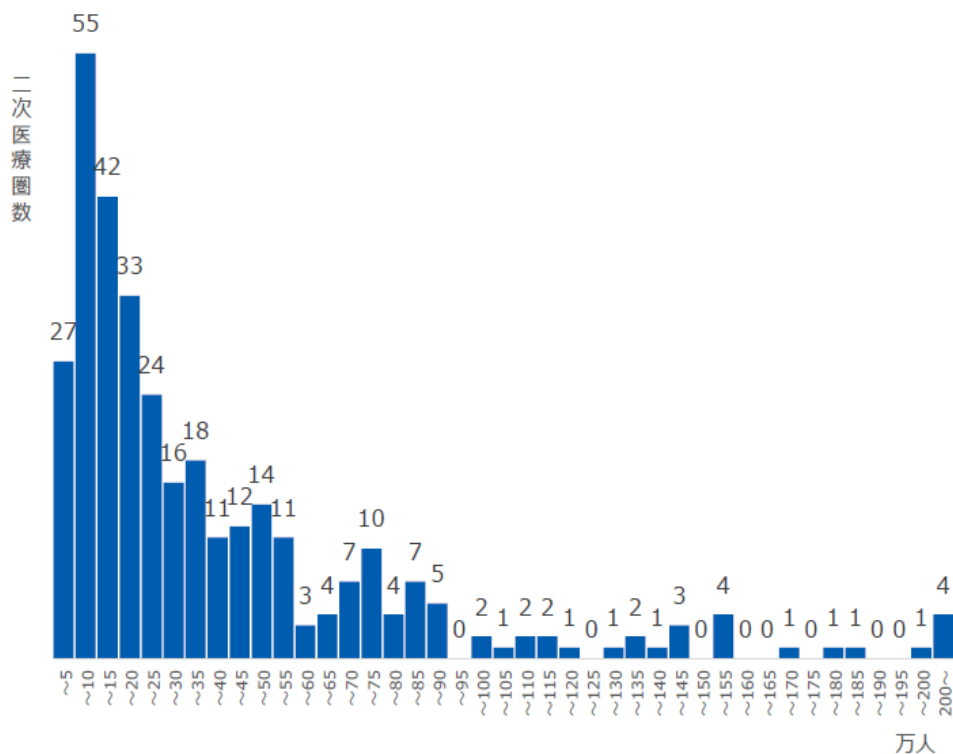
- ◆ 構想区域を統合し、面積が広大となる場合の基幹病院へのアクセス
- ◆ 区域の見直しにより他の行政分野との不整合、医療サービスの低下等が懸念
- ◆ 市町村や隣接県との調整
- ◆ 関係医療機関、医療関係団体からの理解

※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

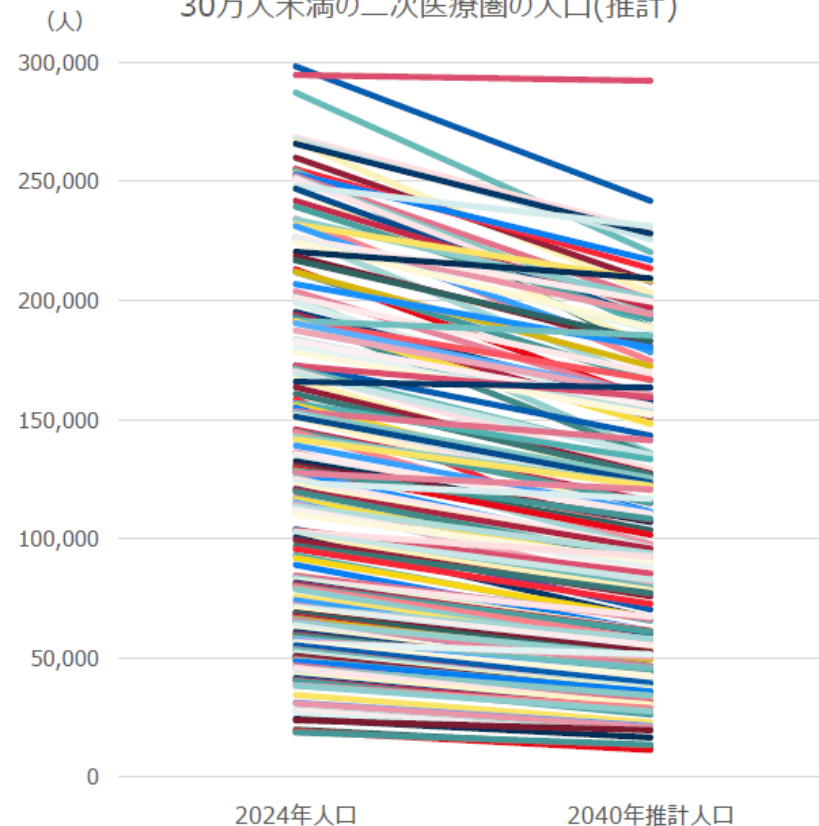
二次医療圏ごとの人口規模

- 二次医療圏ごとに人口規模はさまざまであり、中央値は20万人程度。人口規模が20万人未満の二次医療圏は157、100万人以上の二次医療圏は25ある。
- 二次医療圏を構成する市町村が変化しないと仮定すると、2040年には、人口規模が20万人未満の二次医療圏は182、10万人未満の二次医療圏は109となると推計される。

人口規模別二次医療圏数



30万人未満の二次医療圏の人口(推計)



人口の少ない地域における構想区域の見直しの例①（圏域の広域化）

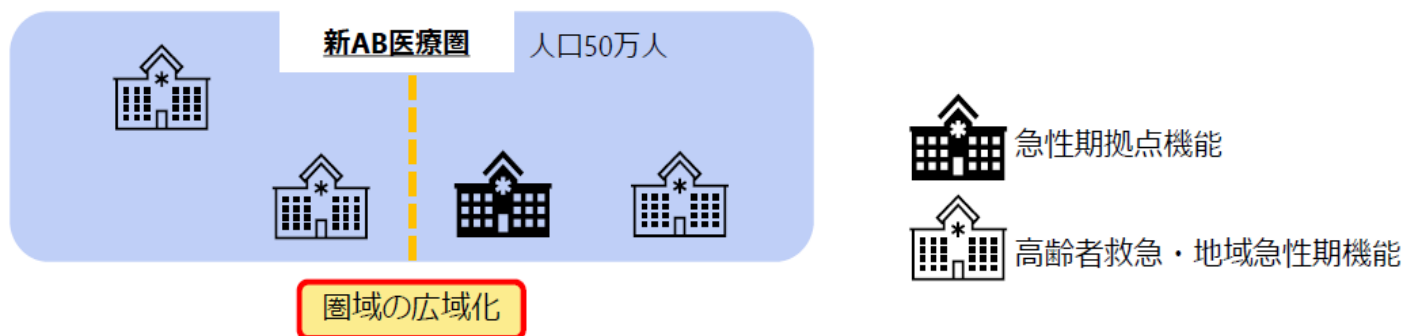
- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。

現状



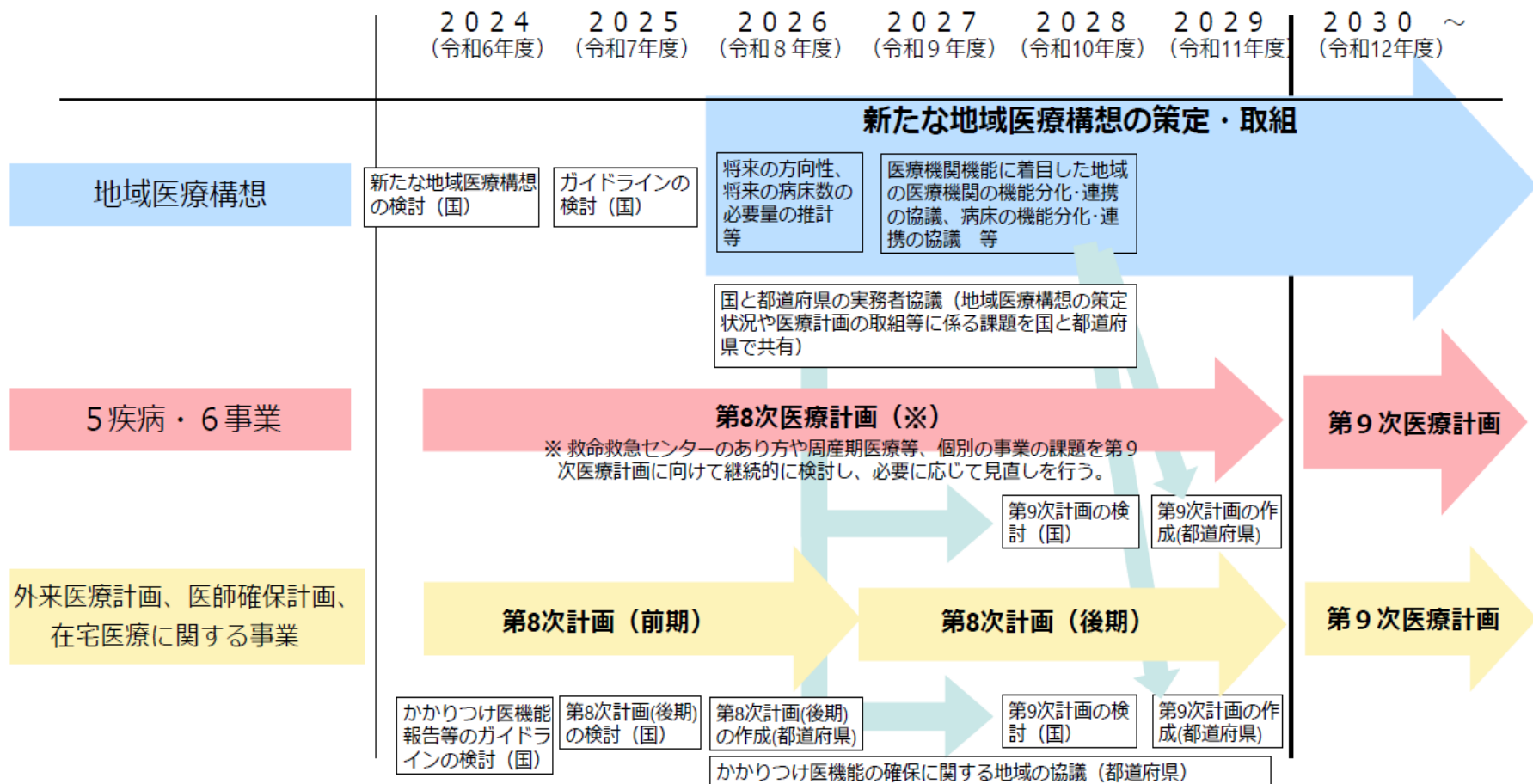
見直し後

- A医療圏単独では、急性期医療を確保できないと考えられることから、B医療圏と統合し、全体で急性期拠点機能を確保。
- 急性期を担っていた医療機関について、地域全体で、急性期を集約するとともに、その他の医療機関については高齢者救急・地域急性期を担う。
- 旧A医療圏においては、高齢者救急・地域急性期機能を確保した。



新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



連携士のためのポイントアドバイス

- 自施設の所在地がどの地域類型に当てはまるのか？
- 自施設がどの医療機関機能類型にあてはまるのか？
- 2026年から始まる都道府県のガイドラインに着目！



パート2

急性期拠点機能



医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

- | | |
|---------------|---|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 在宅医療等連携機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 急性期拠点機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 |
- ※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

医療機関の役割のイメージ（案）

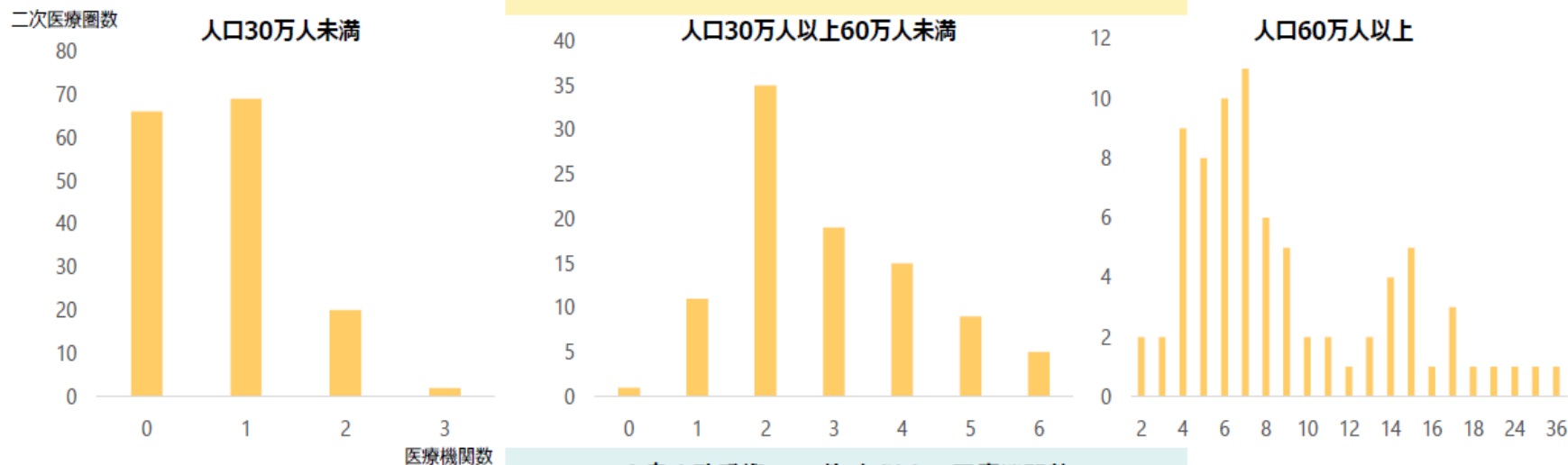
	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪看ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション
地方都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等の中長期にわたる入院医療 等
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

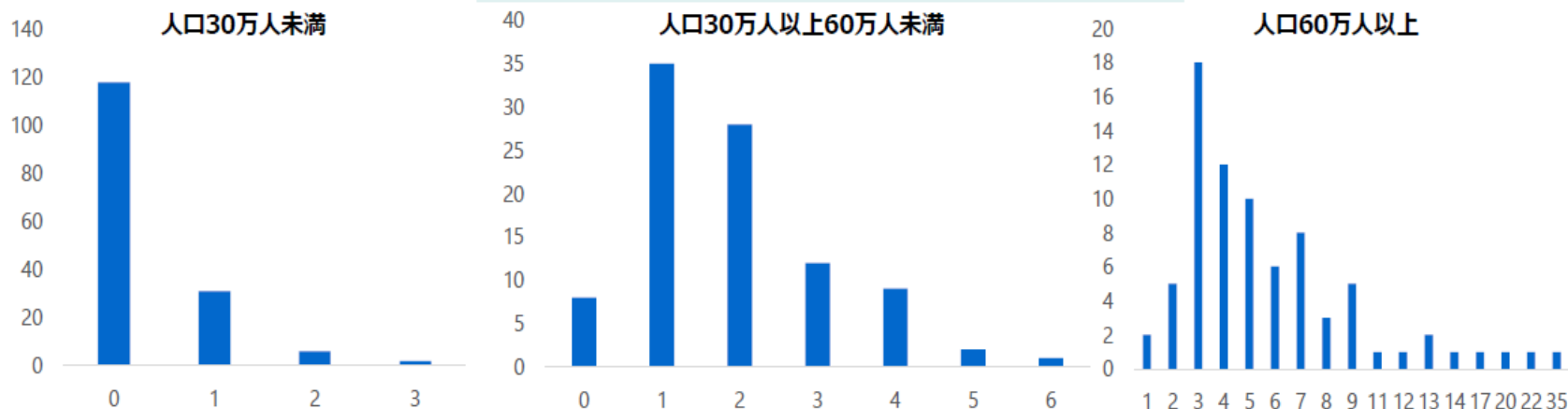
急性期医療を担う医療機関の数について

- 急性期医療を担っている医療機関の数を二次医療圏の人口別にみると、人口規模が30万人未満の区域では1つ確保できている区域が一定数ある。また、人口規模が30万人から60万人未満の区域では概ね1～2つ程度確保できている。こうした実態を踏まえながら、急性期拠点機能の医療機関を確保することが考えられる。

救急車2000台/年以上の医療機関数



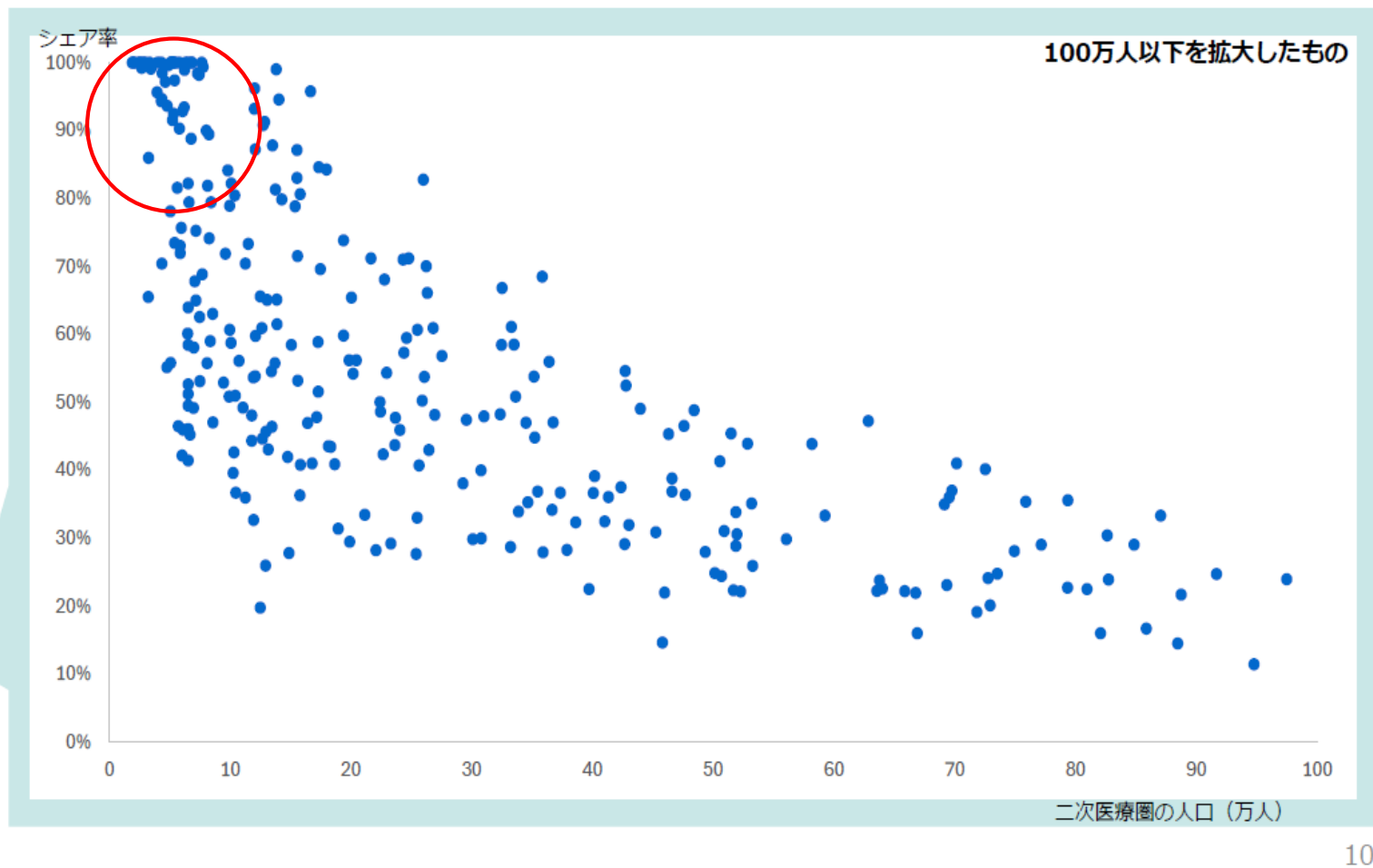
全身麻酔手術2000件/年以上の医療機関数



二次医療圏内の手術のシェアについて

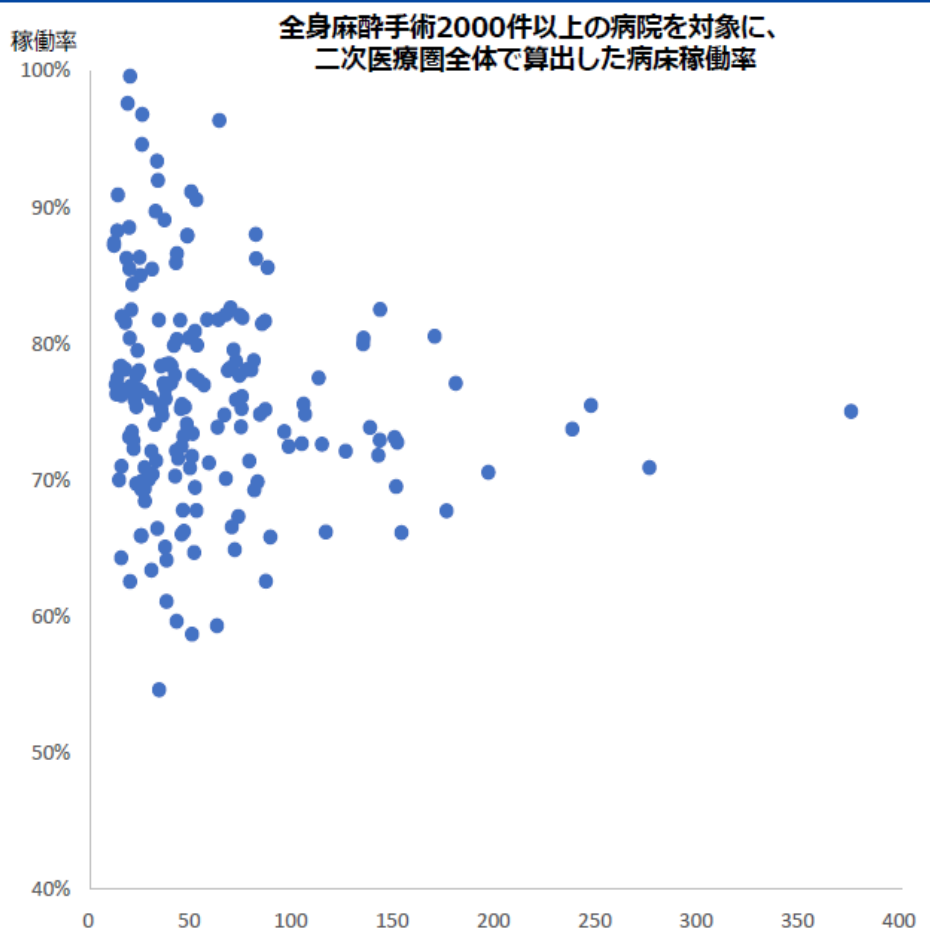
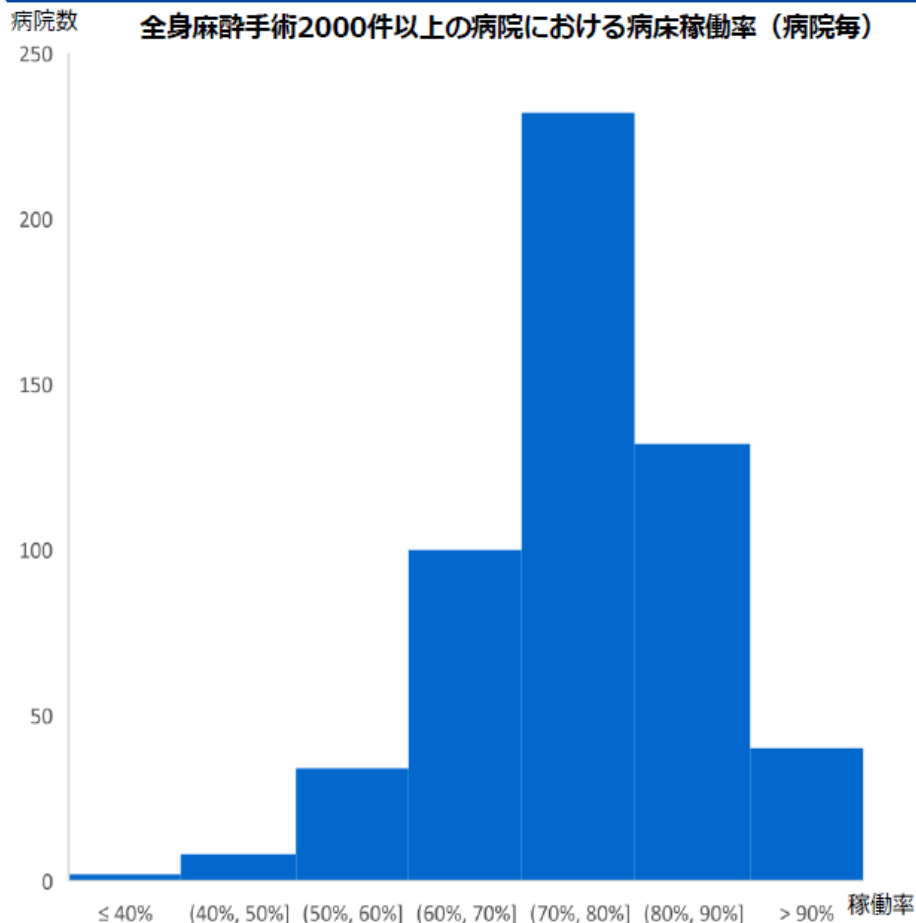
- 二次医療圏において、全身麻酔手術を最も多く実施する医療機関は、20万人未満の区域では90%程度のシェアを占める医療機関が一定数存在する。約30万人の区域でも約80%のシェア、約40万人の区域で約70%、約60万人の区域で50%近いシェアを占める医療機関が存在する。

各二次医療圏における全身麻酔手術のシェア上位1医療機関のシェア率



急性期を担う医療機関の病床稼働率について

- 全身麻酔手術2,000件/年以上の医療機関における病床稼働率は70%~80%が最も多い一方で、70%を下回っている病院も一定程度存在する。構想区域毎に見た場合も、70%を下回っている区域が多数存在する。急性期拠点機能の医療機関においては、区域において、安定的に提供体制を確保するため、病床稼働率を一定以上維持する必要がある。



* 病床稼働率は、病床機能報告における在棟・在院患者延べ数を許可病床数（一般+療養）で除したもの。稼働率が30%未満と100%以上となる報告は除外して集計。

二次医療圏の人口（万人） 17

資料出所：令和6年度病床機能報告、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

医療機器等の供給に係るコストについて

- 日本は、諸外国と比較して手術を実施する医療機関が分散していることから、1つの医療機器当たりの流通コストが諸外国と比較して高く、結果として製品供給が困難になりうるとの指摘がある。
- 質の高い医療を維持するためには、安定的に医薬品や医療機器を確保することが必要であり、急性期医療において必要な医療機器等の確保のためにも連携・再編・集約化は重要。

1. 安定供給の確保に向けた対応

(4) 外国価格調整の見直し (4/6)

【背景・課題】④

海外における日本との流通環境の違い

- メーカー・販売業者が医療機関に対してさらなる安定供給の実現や適正使用支援を手厚くする必要がある等の理由により、日本における**製品提供コスト**が高くなっている。
- 医療機能の分散化等を背景として、メーカー・販売業者が医療機関に対して適正使用支援を手厚くする必要がある等の理由により、**日本における流通関連費用は海外に比較して高く**、外国価格の相加平均価格を下回ると製品供給が難しくなる可能性が高まる。

日欧における医療機器1個あたりのコスト比較 (2009)



出典：AMDD委託による三菱総研調査 (2009)

日欧における医療機関集約度および流通・適正使用支援の比較

人工股関節に関しては、日本に比べ、独仏との手術実施病院数の差は際立っており、また製品流通の主体も異なる

	日本	ドイツ	フランス
手術実施病院数	病院約1000施設 集中度高(集約している)	病院約1200施設 集中度高	病院約4000施設 集中度高
病院あたりの年間手術数 (手術台の多い、低密度)	20手術 100以下	18手術 50	38手術 200
流通関連コスト (製品提供コスト/手術台数)	高	中	低
流通関連コスト (製品提供コスト/手術台数)	メーカー直送(大手型) メーカー(大手型)	メーカー直送(大手型) メーカー(大手型)	メーカー直送(大手型) メーカー(大手型)

人工股関節の使用にあたっての医療者に対する適正使用支援

人工股関節使用にあたっての医療者に対する適正使用支援	日本	ドイツ	フランス
・ 機器・デバイス適応のアドバイス	20%	30%	30%
・ 器械使用に関するアドバイス	10%	20%	20%
・ 初期の器械セッティング (研修やインシデントを伴う)	5%	10%	10%
・ 術後の術後用品提供、等	5%	10%	10%

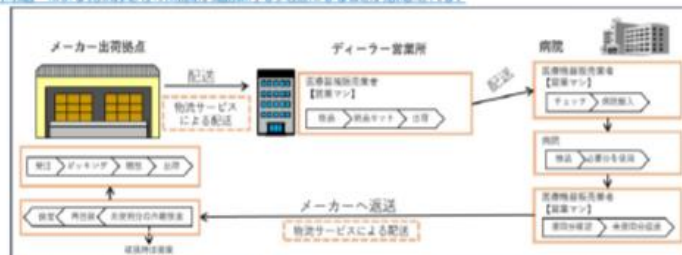
出典：AMDD委託によるLEK調査 (2015)

1. 安定供給の確保に向けた対応

(4) 外国価格調整の見直し (5/6)

医療機器流通形態の特徴と費用負担の内外差（整形外科製品での事例）

- **国内** 短期貸出*の場合、製品の出荷・使用・回収が繰り返され、物流費用が負担となっている。
 - 整形外科領域では180製品が出荷されるも、使用されるのは4製品のみと報告されている (第84回中国協材部会資料より)
 - 「メーカー」→「代理店」→「病院」の一方通行ではなく、「病院」→「代理店」→「メーカー」の「戻り」
 - 繰り返される検品業務・流通在庫の増加・使用期限切れによる年間廃棄等の費用はメーカー・代理店の負担
 - 2024年問題*による物流費用の高騰が追加的な負担になることが懸念される。



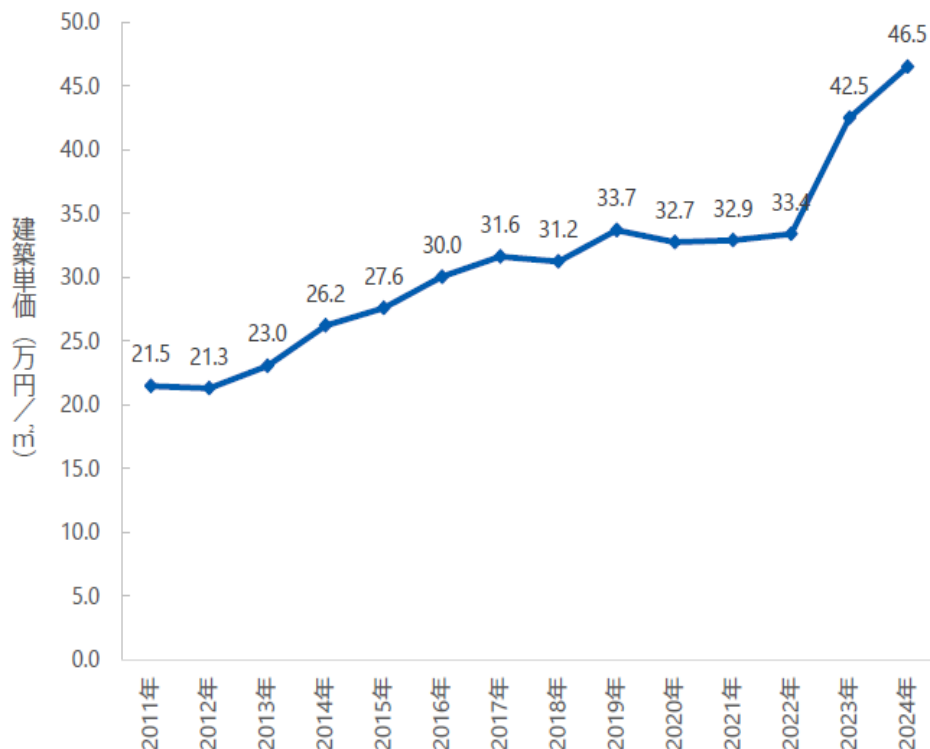
- **欧州各国** 製品は医療機関への売切りが中心であり、メーカーには在庫負担のリスクは基本的になく、また、短期貸出のような多くの手間と費用が行われることはなされていない。その主な理由は、症例の集約化である (16ページ参照)。

*短期貸出し：在庫にない製品を、使用可能な在庫から調達して渡す。なお、医療材料の在庫切れに起因するだけでなく、製剤製品においても他の用途で発生する。 **2024年問題：トラックドライバー等の職種労働時間の上昇に伴う物流コストの増加による影響

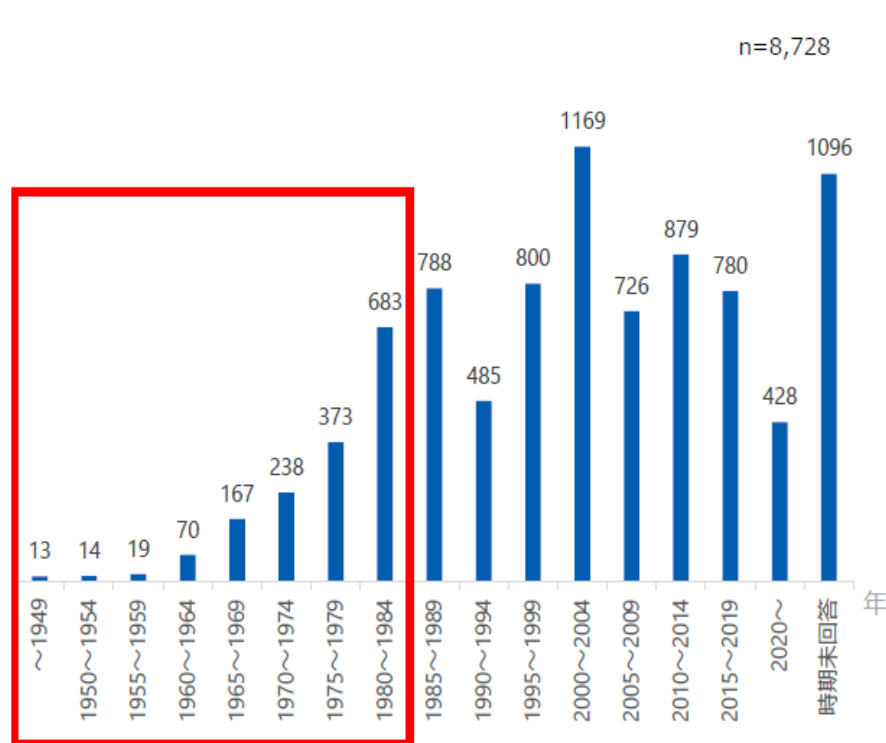
医療機関の建替えについて

- 医療機関の経営が悪化している中、再編や統合の取組、老朽化のための建替えは必要であるが、医療機関の建築費は年々増加している。
- 現時点では約1,600病棟、約16万床分で築40年超と見込まれる。医療提供体制の確保のための協議に当たっては、建替えも含めて実現が可能か検討する必要がある。

病院・診療所の新規着工建築単価の推移



建築時期別の病棟数



・国土交通省「建築着工統計調査」に基づき作成
 ・建築単価は、工事費予定額÷床面積にて算出

・令和6年度病床機能報告の建築時期より集計（病床数については、許可病床数を集計）。
 ・同一病院内の同一建築時期の病棟を1棟として計上。
 ・未回答の病棟数は同一病院内に複数の建築未回答の病棟がある場合も1棟として計上
 ※仮に未回答分の建築時期が分布通りだとすると、約1,800病棟、約19万床分の建替えが必要

連携士のためのポイントアドバイス

- 急性期拠点機能を3つの地域類型ごとに、その現状と今後の役割を考えよう
- 機能でチェックすべきポイントは以下
- 病床利用率
- 医師数
- 医師派遣機能
- 救急シェア率
- 急性期拠点病院の維持コスト
- 急性期拠点機能の集約の必要性など

Point



パート3
高齢者救急・
地域急性期機能と
在宅医療等連携機能

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なりハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

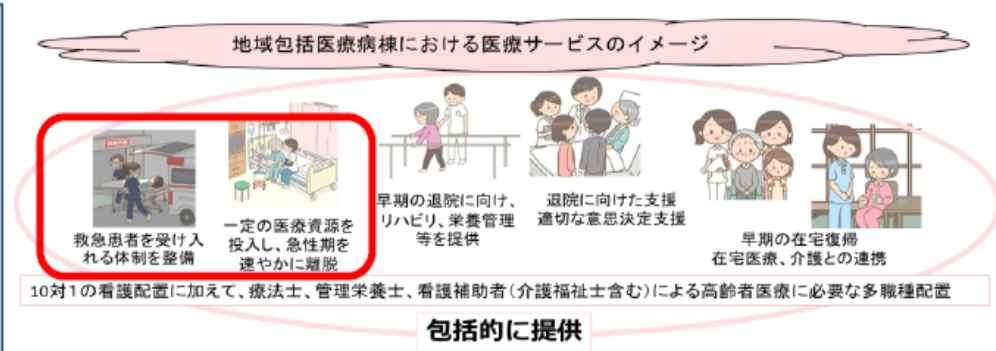
広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

高齢者救急・地域急性期機能について

- 今後増加が見込まれる85歳以上の患者の急性期の入院に多い傷病名と、包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名を比較すると、一定程度共通しており、高齢者救急や一般的な救急において、在宅で療養を行っている患者の受入れ等の役割を担うこととされている地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟を有する医療機関での対応が重要となる。



85歳以上の頻度の高い傷病名(※)

※ 急性期入院医療等を算定する病棟における傷病名

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
新型コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少(症)	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名(※)

※ 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟における傷病名

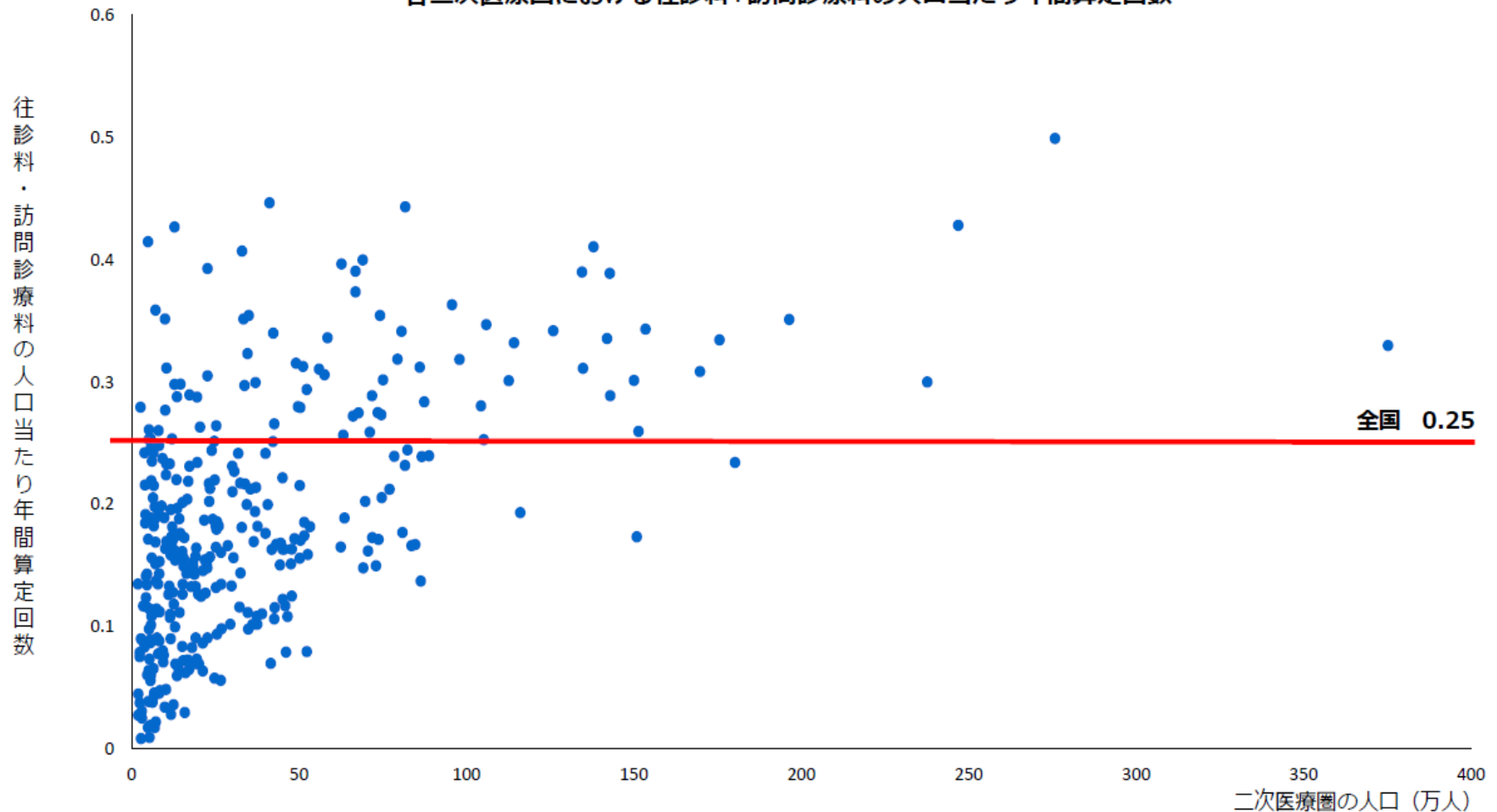
傷病名(上位15疾患)	件数	在院日数
食物及び吐物による肺臓炎	37,436	25.4
老人性初発白内障	35,243	3.0
腰椎骨折 閉鎖性	32,609	32.1
大腸<結腸>のポリープ	31,855	2.4
肺炎, 詳細不明	27,464	22.3
新型コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	25,533	20.0
体液量減少(症)	25,491	23.9
うっ血性心不全	23,860	24.4
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	22,183	32.8
老人性核白内障	21,242	2.8
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	21,009	29.3
尿路感染症, 部位不明	20,472	23.7
その他の原発性膝関節症	18,768	21.9
転子貫通骨折 閉鎖性	18,211	31.5
心不全, 詳細不明	15,952	26.3

在宅医療の提供量

在宅医療の人口当たり提供量の地域差

- 在宅医療について、人口当たりの提供量は医療圏ごとにばらつきがある。
- 特に、人口の少ない医療圏では在宅医療の人口当たりの提供量が少なく、人口の多い医療圏において人口当たりの提供量が多い。

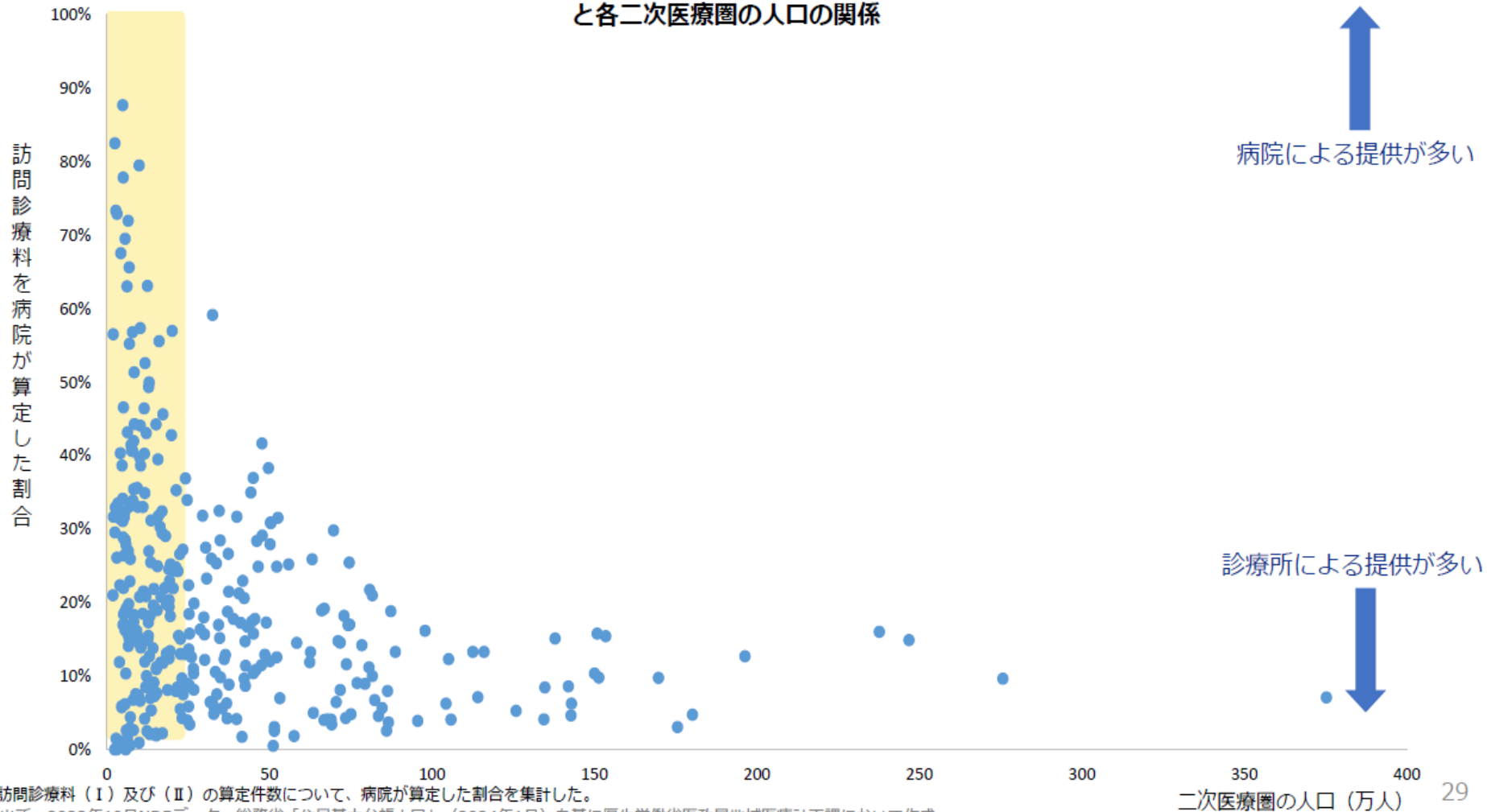
各二次医療圏における往診料+訪問診療料の人口当たり年間算定回数



訪問診療において病院が担っている役割

- 在宅医療について、特に人口の少ない二次医療圏においては、病院が一定の役割を担っており、増加する在宅医療需要を支えるために供給が足りない地域においては、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療を提供することも求められる。

各二次医療圏において訪問診療料を病院が算定している割合
と各二次医療圏の人口の関係



※ 訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定件数について、病院が算定した割合を集計した。

資料出所：2023年10月NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

在宅医療を担う医療機関

- 医療計画や診療報酬において、それぞれ、在宅医療を担う医療機関について類型が設けられている。
- 在宅医療の提供においては、在宅医療等連携機能を担う医療機関は「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」であることや、在宅医療等連携機能、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関は、高齢者施設などの協力医療機関として、在宅療養患者の入院等の受け入れを行うなど、介護施設との連携を図ることが考えられる。

	診療報酬上の類型	医療計画上の類型	医療機関機能	
	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療において積極的役割を担う医療機関 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療等連携機能 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急・地域急性期機能 急性期拠点機能
在宅医療の提供	○単独又は連携により、24時間体制で在宅医療を提供	<ul style="list-style-type: none"> 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供 夜間や急変時の対応等、他の医療機関の支援 災害時に備えた体制構築 	<ul style="list-style-type: none"> 自院による在宅医療の提供や地域の訪問看護ステーション等の支援が求められる 加えて、地域によっては、在宅の後方支援として在宅相当患者の受け入れなどが求められる 	○特に人口の少ない地域等においては、在宅医療等連携機能も担い、自院が在宅医療の提供を行うことも想定される
在宅療養患者の入院等の受け入れ	○入院機能を有する場合には、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保	○入院機能を有する場合には、患者の病状が急変した際の受け入れを行う	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養患者の入院の受け入れを行う 高齢者施設等の協力医療機関となる 	<ul style="list-style-type: none"> それぞれの機能に応じた入院医療を提供 また、高齢者救急・地域急性期機能においては、高齢者施設等の協力医療機関となる
病床規模	病院は200床未満 (医療資源の少ない地域では280床未満)	特になし	特になし	

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

- 医療計画において、都道府県は在宅医療の提供体制構築のため、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所などを念頭に「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を確保することとしており、当該医療機関の状況を見ると、在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所が多い一方、地域によっては、在宅療養支援歯科診療所・在宅療養支援歯科病院、訪問看護事業所や薬局が担っている場合もあった。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

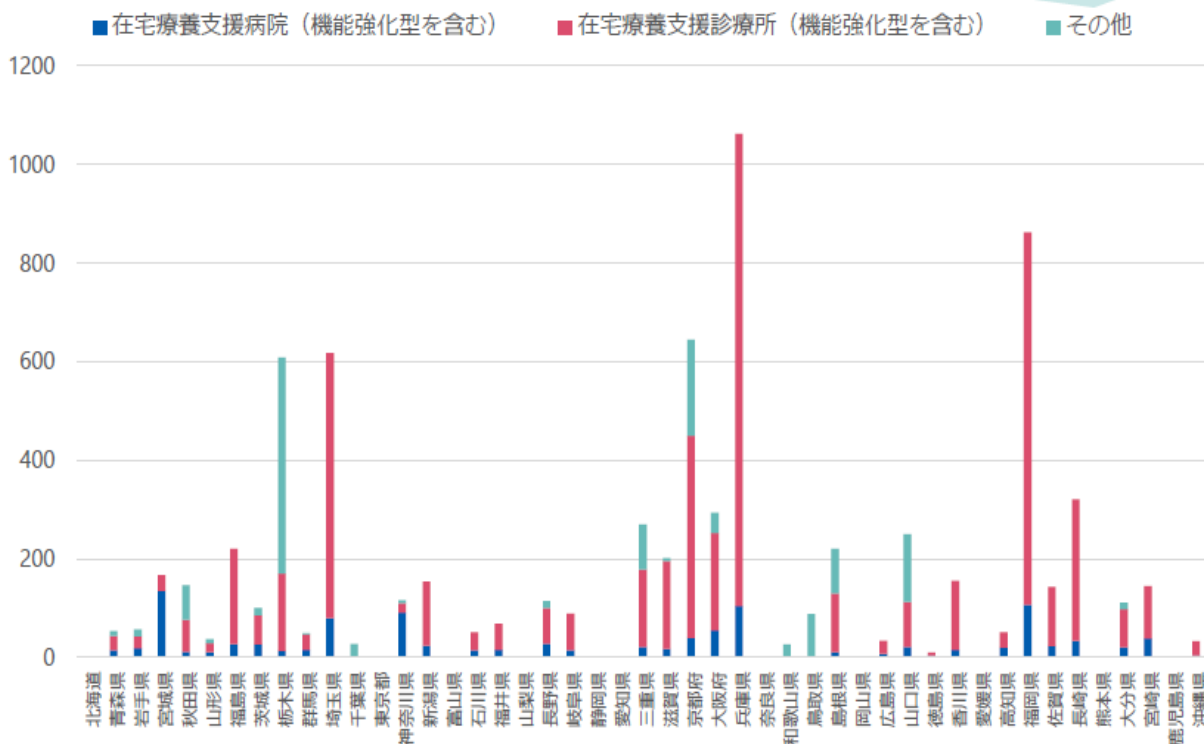
- ・ 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。
- ・ また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。

※ 指定がない又は少ない都道府県については、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の指定を調整中、現在は明確に定めていないが在支診・在支病を含むことを想定している等の状況にあることが考えられる。

(その他の例)

- ・ 在宅療養支援歯科診療所
- ・ 在宅療養支援歯科病院
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局 など

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の設定状況



区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<p>100万人以上</p> <p>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療 等
地方都市型	<p>50万人程度</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	<p>～30万人</p> <p>※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定</p>	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	<p>(急性期の総合的な診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 <p>(急性期の提供等にあたっての体制について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設 	<p>○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU）等
高齢者救急・地域急性期機能	<p>(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	<p>(在宅医療・訪問看護の提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 <p>(地域との連携機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 等

連携士のためのポイントアドバイス

- 高齢者救急・
地域急性期機能と
在宅医療等連携機能は
一体として考えるべき
- 高齢者救急の受け入れ
と在宅医療の受け入れ
機能は新たな地域医療
構想の最大のポイント
- この連携については連
携士にとって最大の課
題



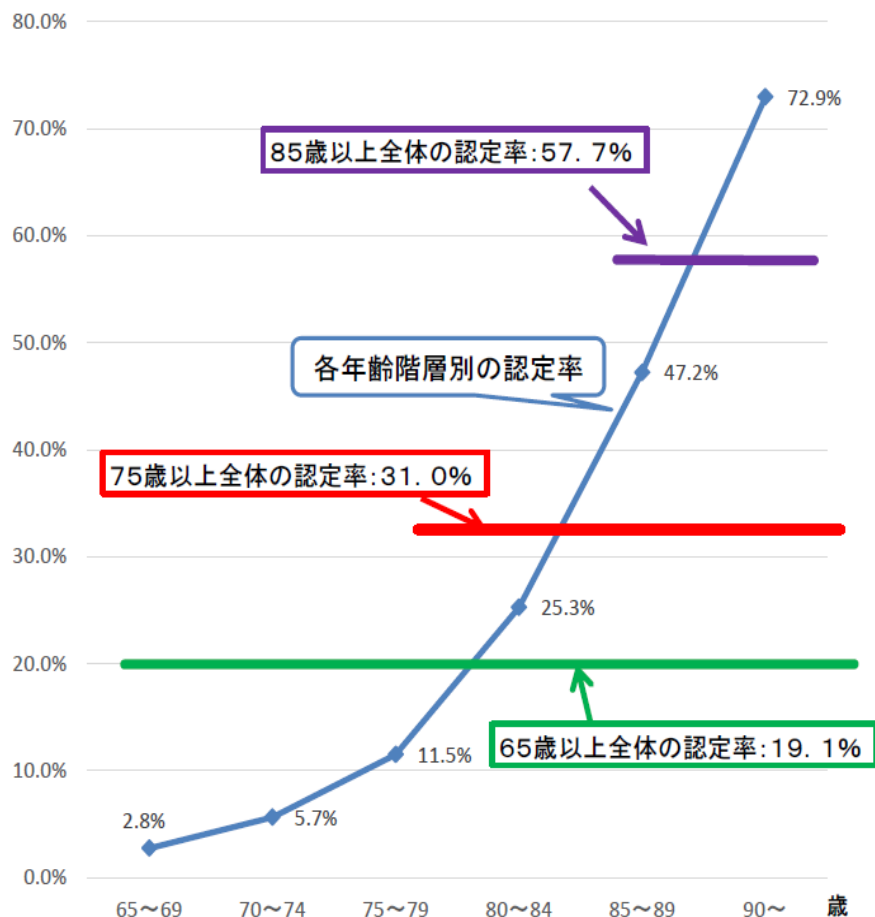
パート4 医療介護連携がカギ



医療と介護の複合ニーズが一層高まる

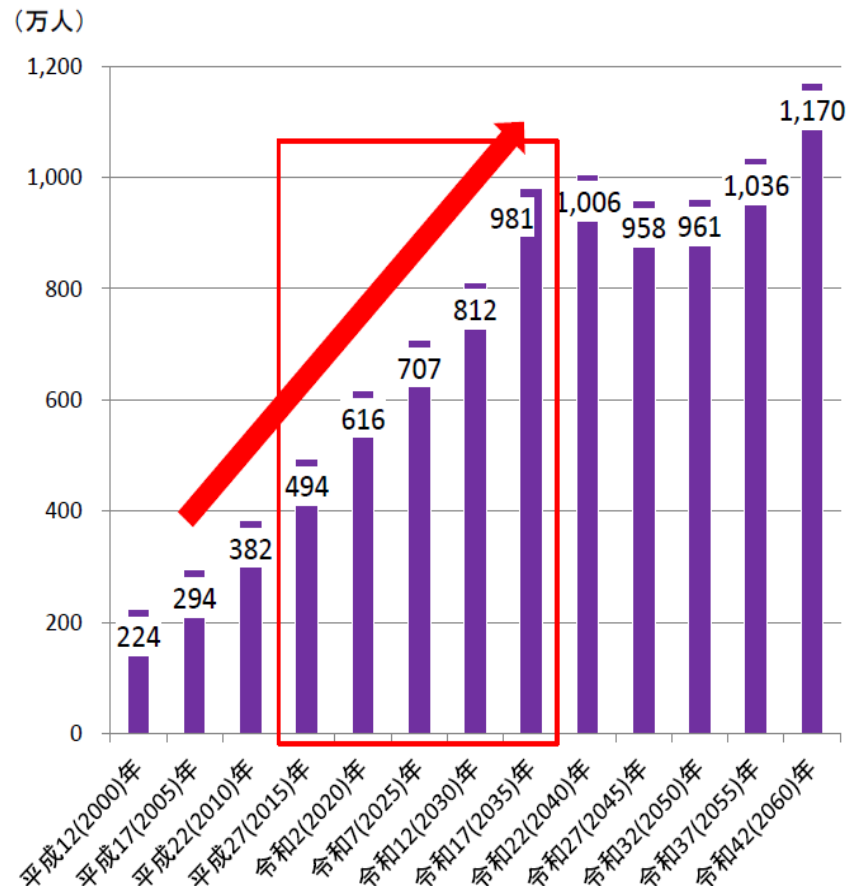
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。
- 85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

年齢階級別の要介護認定率



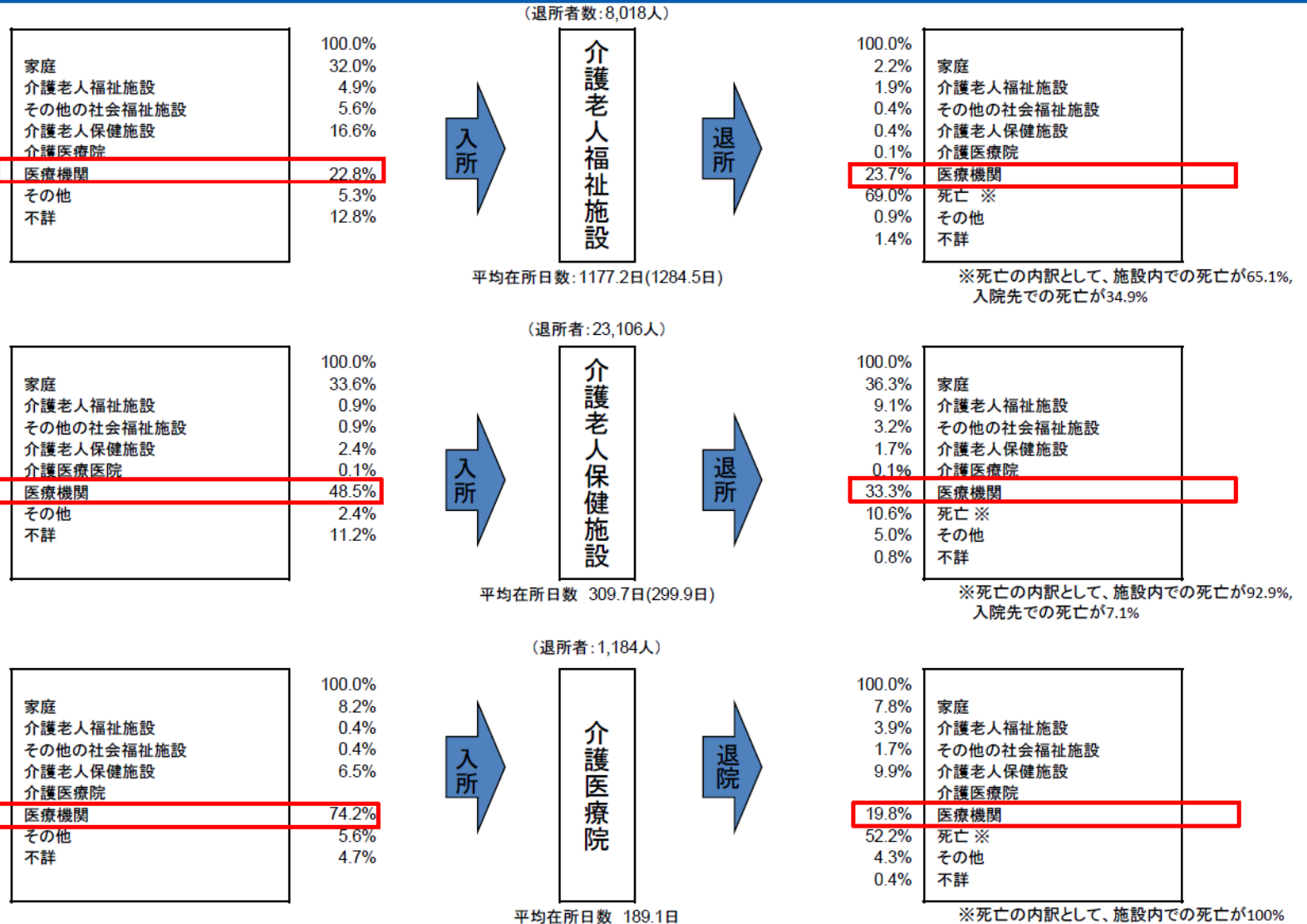
出典: 2023年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2023年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成
 注)要支援1・2を含む数値。

85歳以上人口の推移



出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計

介護保険三施設における入所者・退所者の状況



出典: 令和元年介護サービス施設・事業所調査結果

介護施設等における対応力の強化

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■ Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■ 老健施設における治療管理などの対応の評価

単位等

- ・ 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

- 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

<対象疾患>

- ・ 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

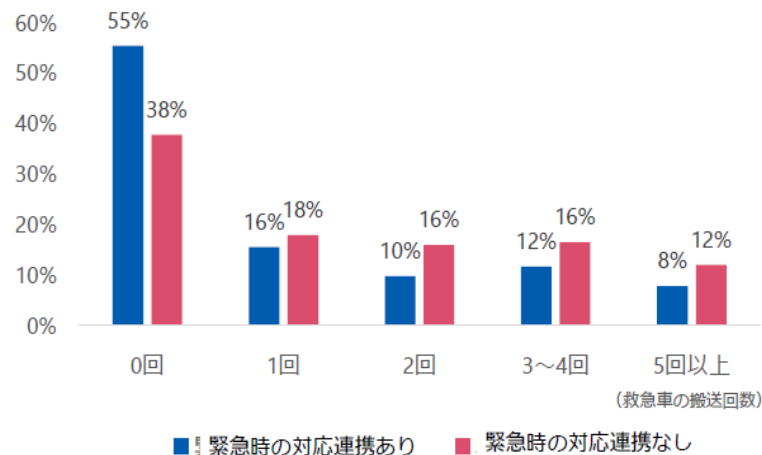
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<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

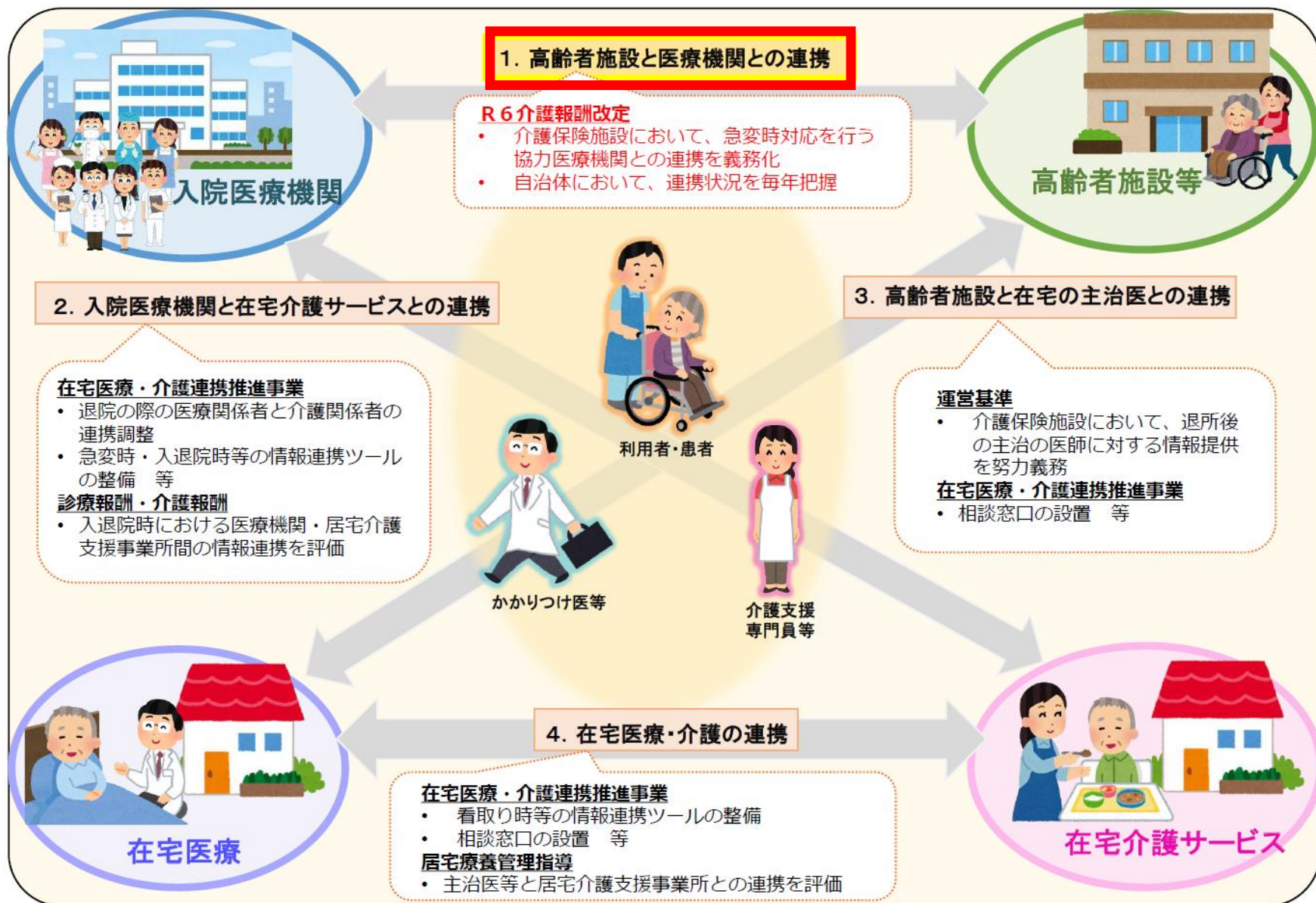
■ 介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数

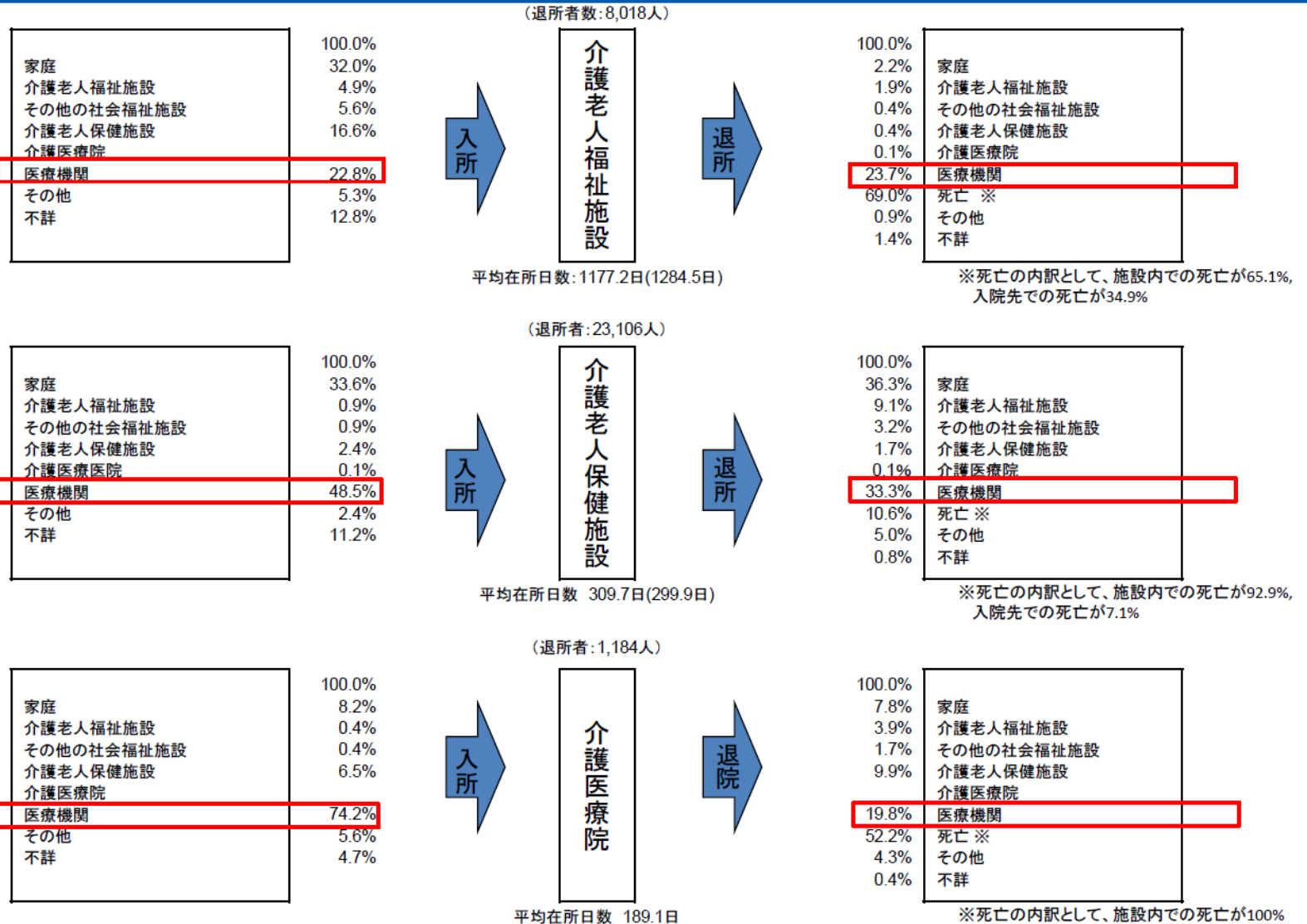


資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

医療・介護連携



介護保険三施設における入所者・退所者の状況



出典: 令和元年介護サービス施設・事業所調査結果

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

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

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。「経過措置3年間」
- ① 入所者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 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 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者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。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

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★

【基準】

- ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
- ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、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 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

救急受入や後方支援に関する現状の評価

診調組 入-1
7. 7. 17

区分	概要	主な要件	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での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、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算。 診療所において「C002」在宅時医学総合管理料等を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。	在支診、在支病、後方支援病院の場合1、 連携医療機関の場合2、 それ以外の場合3	○	○
A253 協力対象施設入所者入院加算	介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）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。	協力医療機関であること及び在支診、在支病院、後方支援病院又は地域包括ケア病棟を有する医療機関	○	○
A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算	介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するもの。 入院した日から起算して14日を限度として、所定点数に加算する。	地域包括ケア病棟の施設基準	×	○ (注加算)
C000の注10 介護施設等連携往診加算	当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、所定点数に加算する。	介護保険施設等の協力医療機関として定められており、緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保していること。ICTやカンファレンス等により診療情報や急変時の対応方針等を確認可能な体制を有していること。	—	—

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

[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]

- 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」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。**
- 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)

- 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。**
- 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。

- 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。**
- 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。**

- 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。

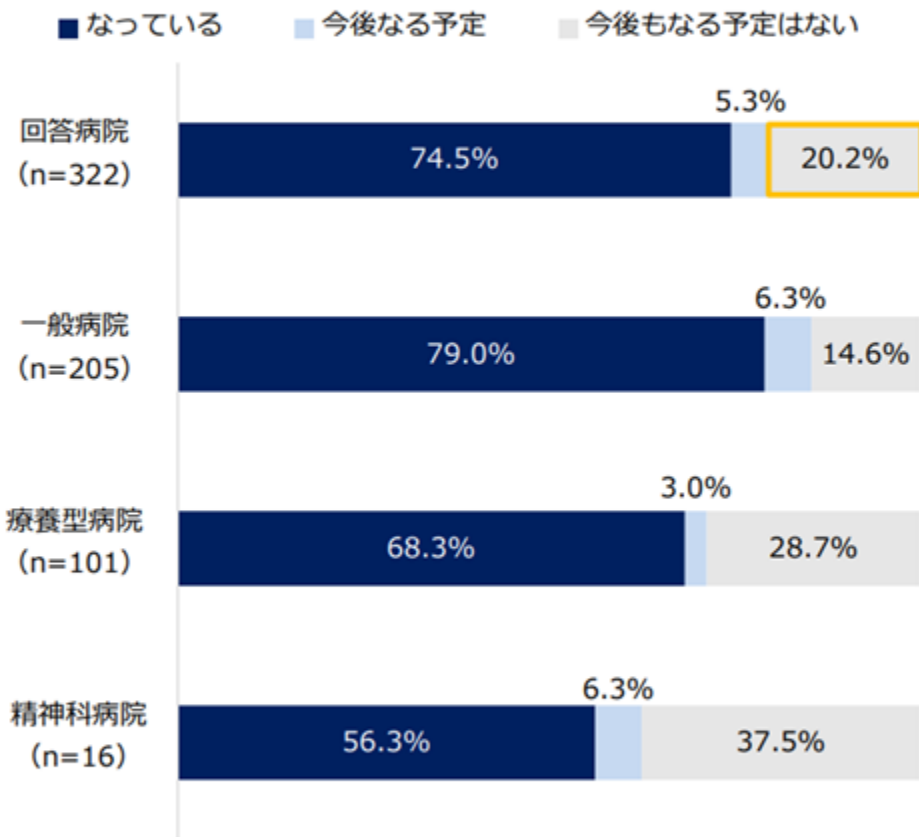
- (3) 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

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。

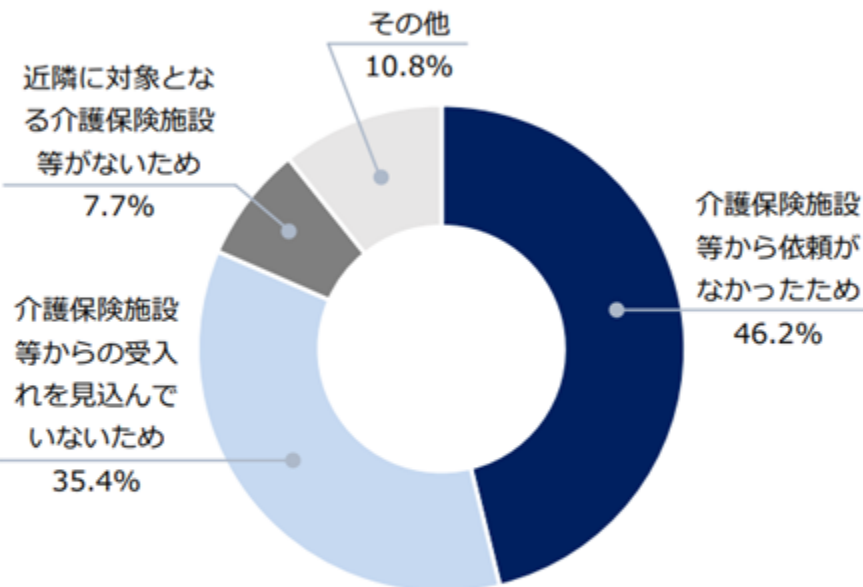
協力医療機関

介護老人保険施設・介護医療院・特別養護老人ホームとの連携状況（協力医療機関）



協力医療機関になっていない理由

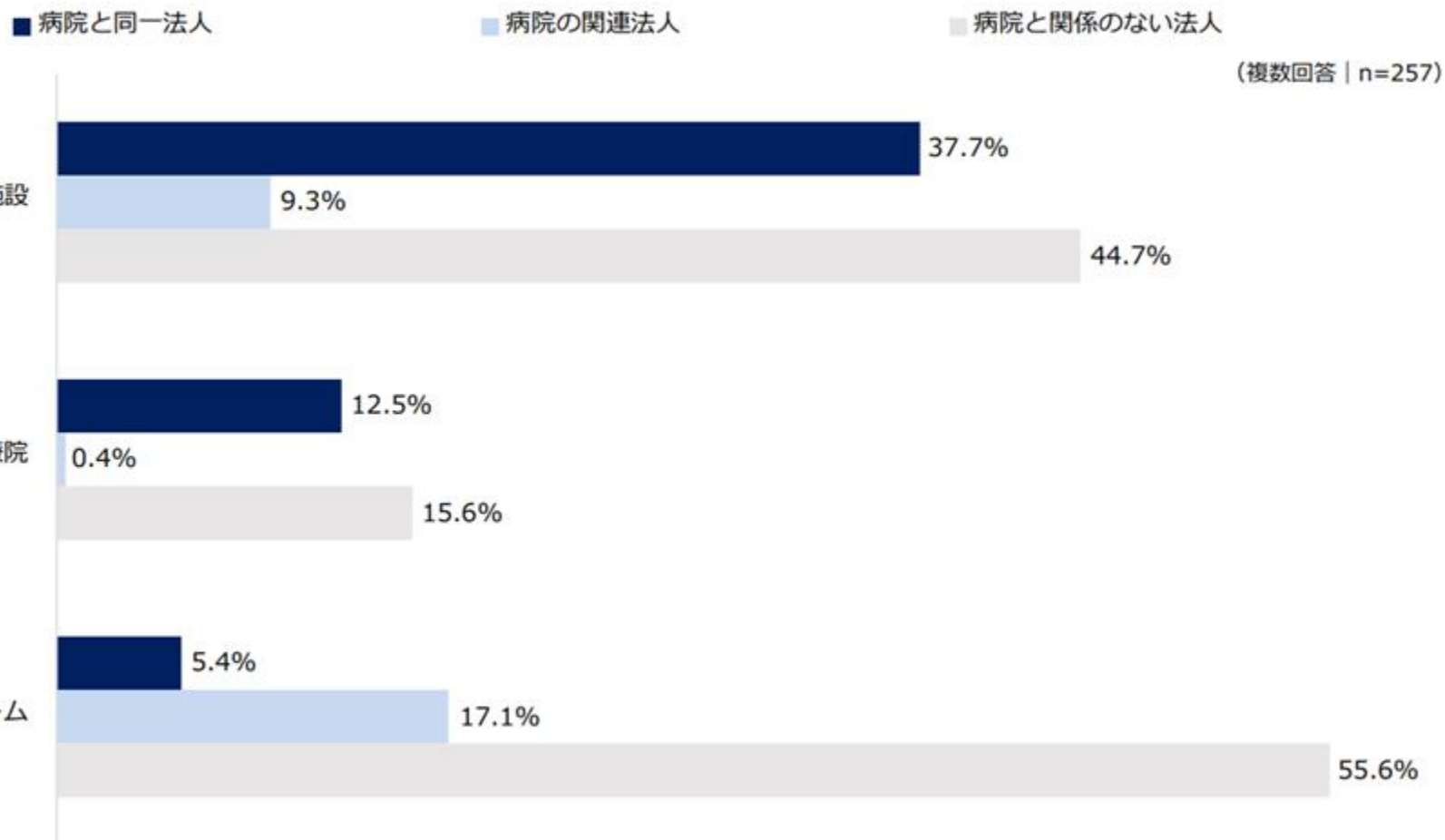
(n=65)



その他) 患者急変時に常時対応・受入れ出来る体制を整えることが困難、協力医療機関の要件を満たしていない、特定機能病院であるため など

- 協力医療機関に「なっている」または「今後なる予定」と回答した病院は79.8%であった一方、「今後もなる予定はない」は20.2%にとどまった
- 協力医療機関に「今後もなる予定はない」と回答した病院のうち、協力医療機関になっていない理由は、「介護保険施設等から依頼がなかったため」が46.2%でもっとも多かった

協力医療機関となっている（予定を含む）介護保険施設



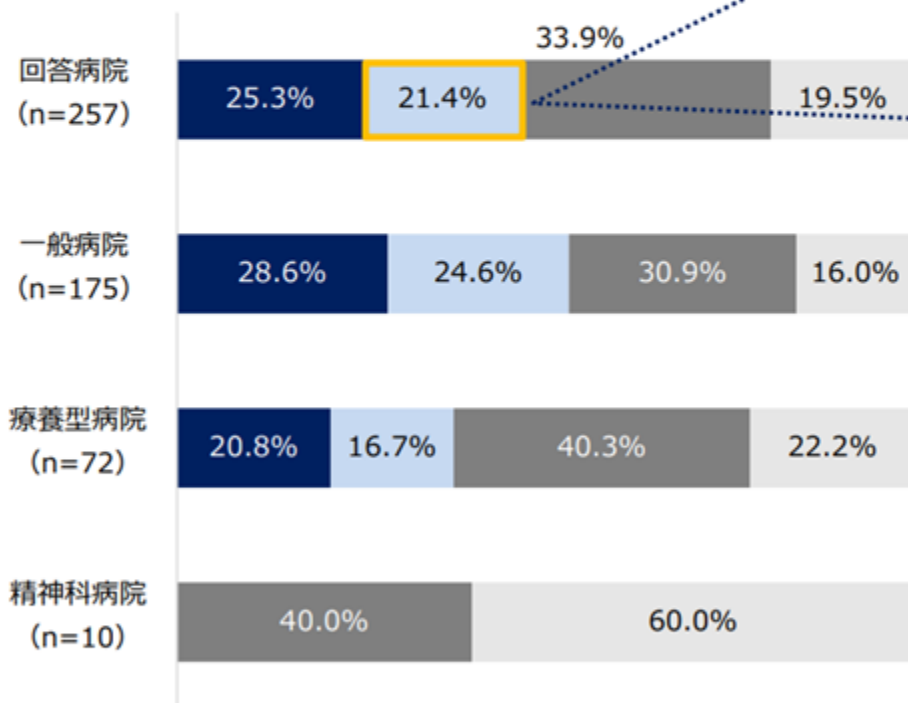
- いずれの介護保険施設も、協力医療機関は「病院と関係のない法人」がもっとも多かった
- 介護老人保健施設および介護医療院は、「病院と同一法人」が次に多かったが、特別養護老人ホームは「病院の関連法人」が次に多い結果となった

協力医療機関

(協力医療機関に「なっている」または「なる予定」と回答した病院)

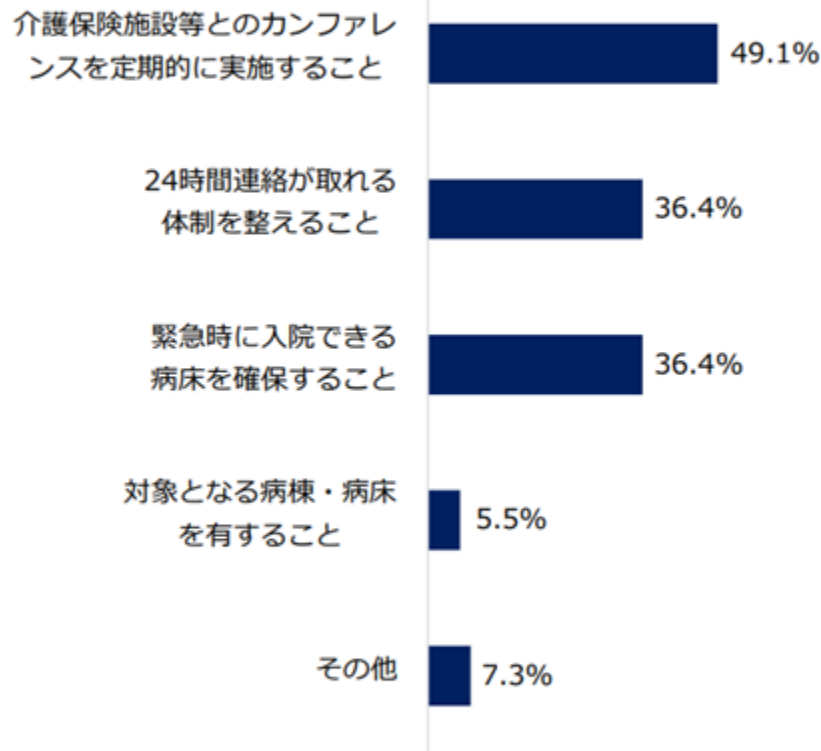
協力対象施設入所者入院加算の施設基準の届出状況

- 届出を行っている
- 届出を行いたい、満たすことが難しい施設基準がある
- 届出を行う予定はない
- 協力医療機関がすべて特別の関係にあるため、届出ができない



協力対象施設入所者入院加算の届出にあたって、満たすことが難しい施設基準

(複数回答 | n=55)

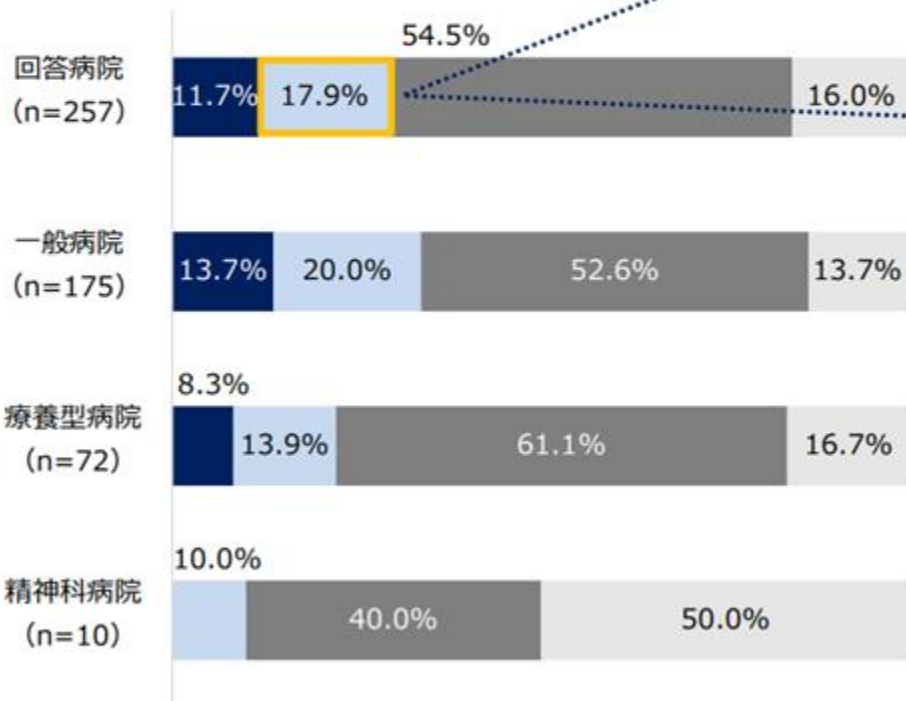


その他) ICTを活用して当該患者の診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること、届出に向けて準備中

- 協力対象施設入所者入院加算の施設基準の届出を行っている病院は25.3%であった
- 「届出を行いたい、満たすことが難しい施設基準がある」と回答した病院のうち、届出を行うために満たすことが難しい施設基準として、「介護保険施設等とのカンファレンスを定期的を実施すること」が49.1%と最も多かった

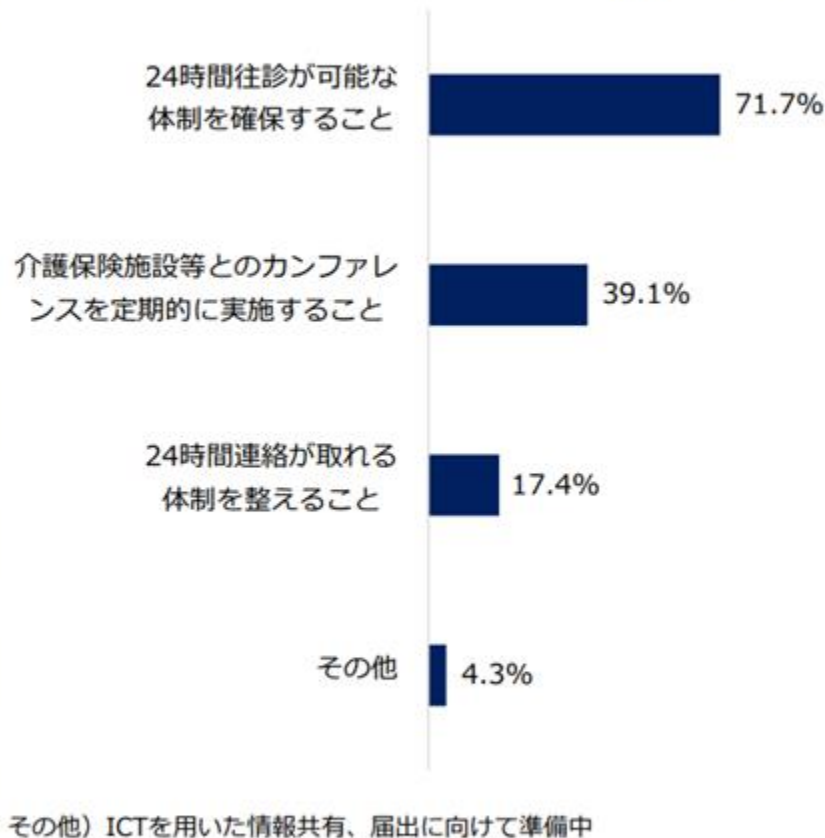
介護保険施設等連携往診加算の施設基準の届出状況

- 届出を行っている
- 届出を行いたいが、満たすことが難しい施設基準がある
- 届出を行う予定はない
- 協力医療機関がすべて特別の関係にあるため、届出ができない



介護保険施設等連携往診加算の届出にあたって、満たすことが難しい施設基準

(複数回答 | n=46)



- 介護保険施設等連携往診加算の施設基準の届出を行っている病院は11.7%であった
- 「届出を行いたいが、満たすことが難しい施設基準がある」と回答した病院のうち、届出を行うために満たすことが難しい施設基準として、「24時間往診が可能な体制を確保すること」が71.7%と最も多かった

高齢者施設と 医療機関との連携調査



(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

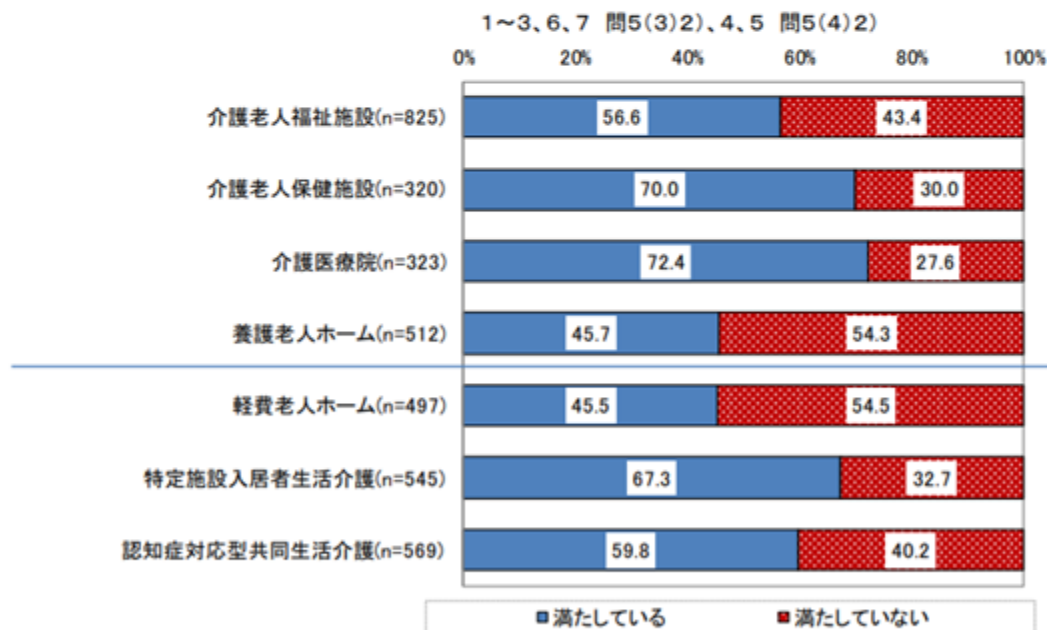
3. 調査結果概要

【協力医療機関の定め状況】

○介護老人福祉施設は56.6%、介護老人保健施設は70.0%、介護医療院は72.4%、養護老人ホームは45.7%が義務化された①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制(③は病院に限る)、の全てを満たす協力医療機関を定めていた。

○軽費老人ホームは45.5%、特定施設入居者生活介護は67.3%、認知症対応型共同生活介護は59.8%が努力義務化された①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を満たす協力医療機関を定めていた。

図表6 要件を満たす協力医療機関を定めている施設



※介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制を有している協力医療機関を定めている割合。協力医療機関の回答がない場合は「満たしていない」とした。①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること(③は病院に限る)を義務とした。

※軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を有している協力医療機関を定めている割合。協力医療機関の回答がない場合は「満たしていない」とした。①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

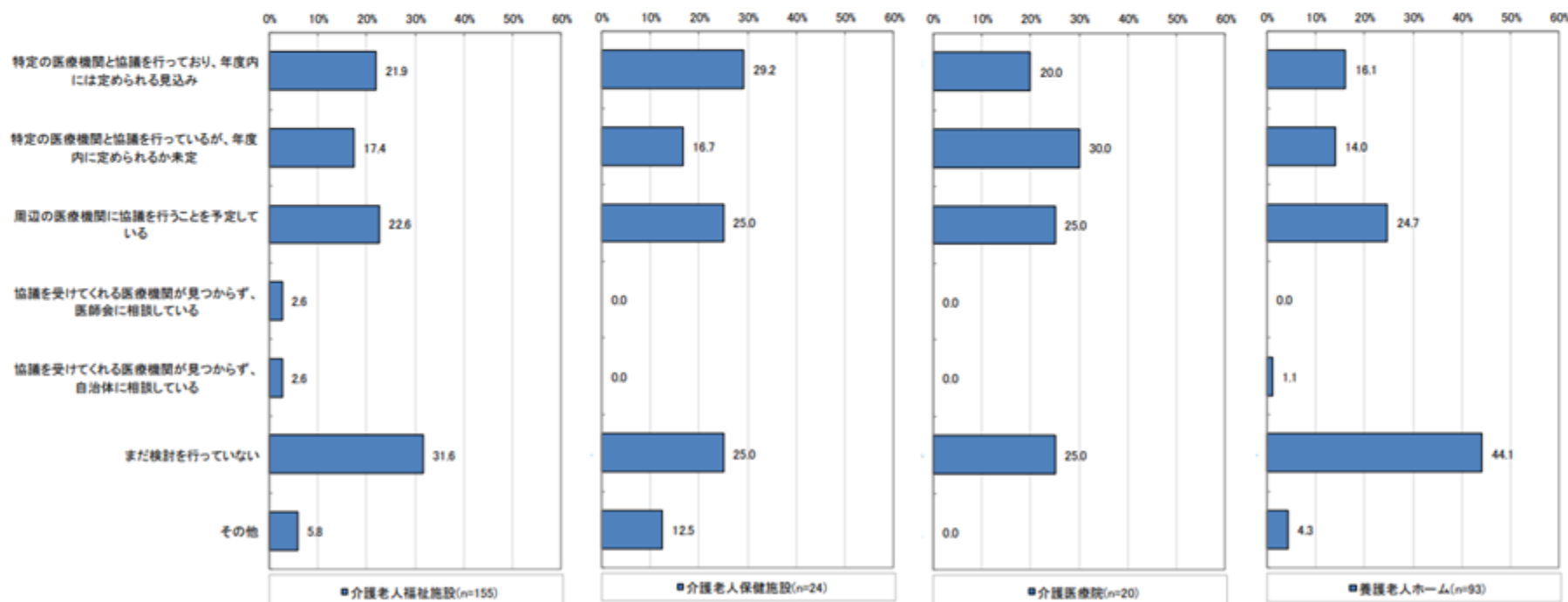
【要件を満たす協力医療機関を定めていない場合について】

○要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等における現在の進捗状況について、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームについては、「年度内に定められる見込み」が21.9%、29.2%、20.0%、16.1%、「周辺の医療機関に協議を行うことを予定している」が22.6%、25.0%、25.0%、24.7%であった。一方で、「まだ検討を行っていない」が31.6%、25.0%、25.0%、44.1%であった。

図表26 要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等における現在の進捗状況【複数回答】

1～4 問(1)

【施設系サービス・養護老人ホーム】



※施設系サービス・養護老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること(③は病院に限る)を義務とした

※無回答が多かったため、無回答を除いて集計

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

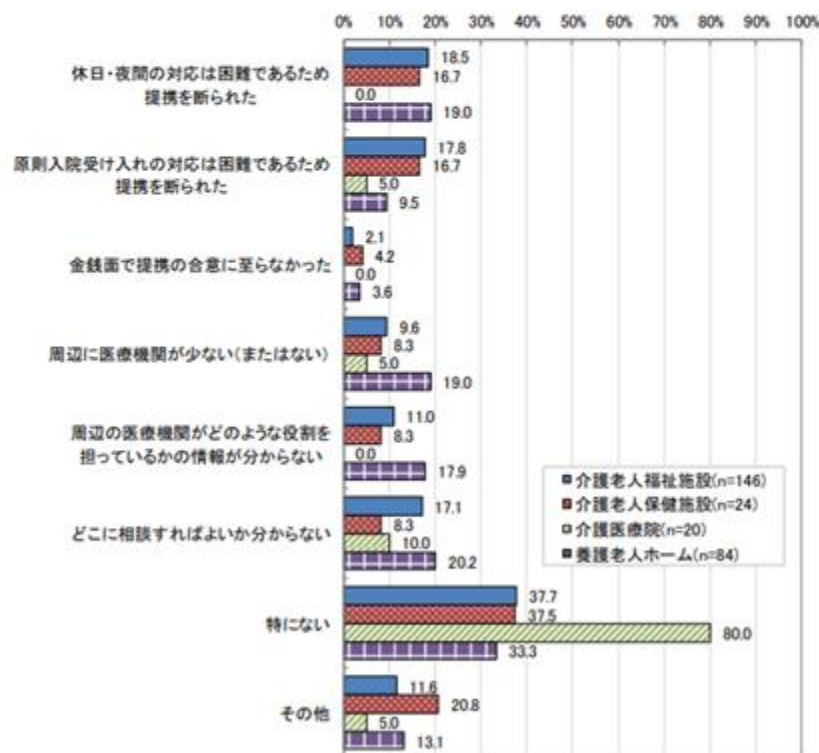
【要件を満たす協力医療機関を定めていない場合について】

○協力医療機関を定めるにあたっての課題では、「休日・夜間の対応は困難であると提携を断られた」等の提携を試みたが至らなかったケース、「どこに相談すればよいか分からない」といった情報収集段階のケースがみられた。

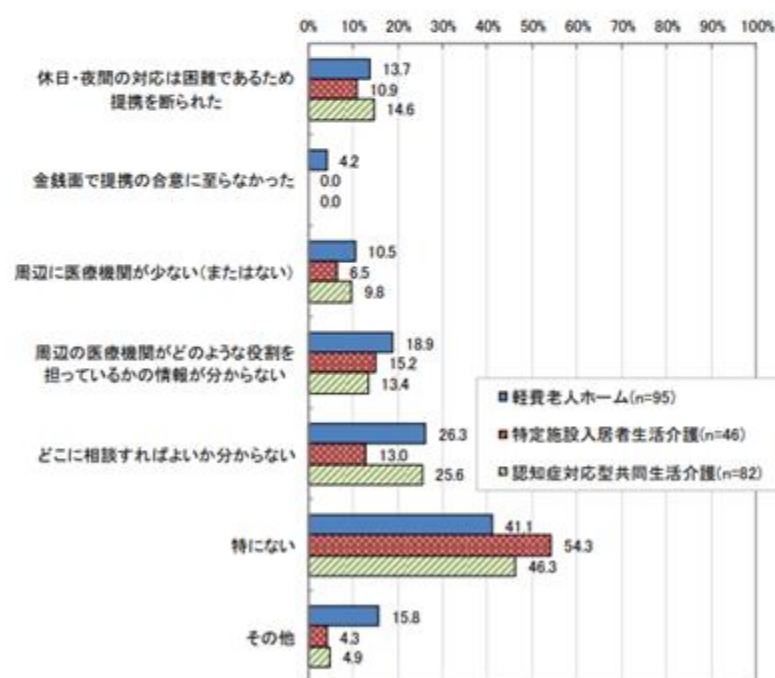
図表28 協力医療機関を定めるにあたっての課題【複数回答】

1～6 問9(2)、7 問8(2)

【施設系サービス・養護老人ホーム】



【居住系サービス・軽費老人ホーム】



※施設系サービス・養護老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制(③は病院に限る)を確保した協力医療機関を定めることを義務とした

※無回答が多かったため、無回答を除いて集計

※居住系サービス・軽費老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした

※無回答が多かったため、無回答を除いて集計

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

【定めている協力医療機関との距離】

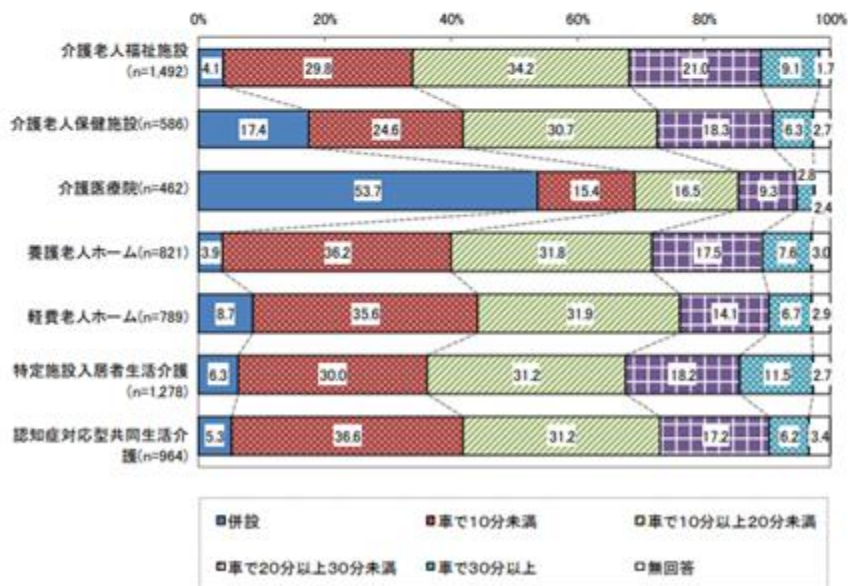
○いずれのサービスにおいても約7割の協力医療機関が車で20分未満の距離であった。また、介護医療院では併設の割合が53.7%と高かった。

○協力医療機関として満たしている要件別でみると、①～③を満たすものについては、いずれも20分未満が7割を超えていた。

図表12 定めている協力医療機関との距離

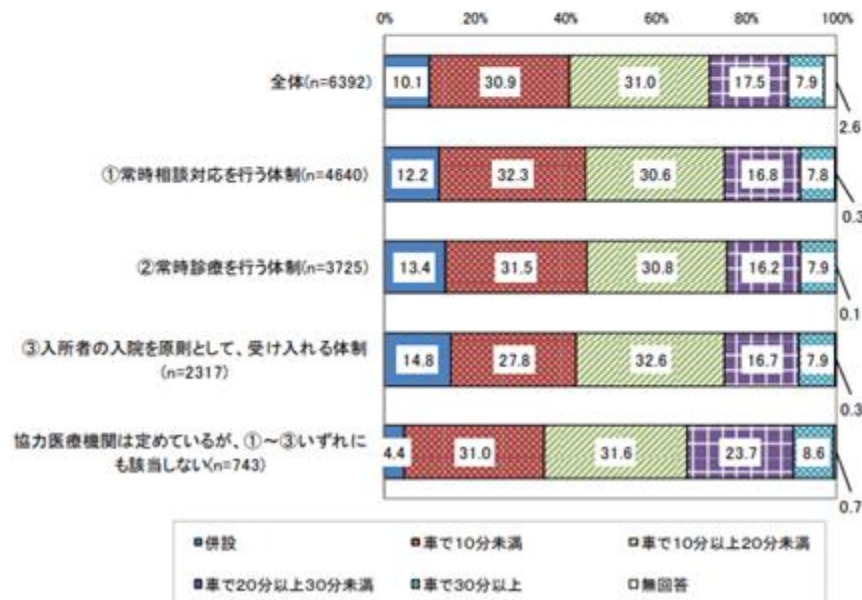
1 問5(3)7)、2~3、6、7 問5(3)6)、4、5 問5(4)6)

【サービス種類別】



※協力医療機関が複数ある場合も含め、全ての協力医療機関を合計したもの

【要件別】



※協力医療機関が複数ある場合も含め、全ての協力医療機関を合計したもの

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

【急変時の対応状況(相談)】

○介護老人保健施設以外は、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等の方が、急変時における医療機関への相談件数が多かった。

【急変時の対応状況(診療)】

○介護老人保健施設、特定施設入居者生活介護以外は、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等の方が、入所者等の急変時において協力医療機関への受診が多かった。

図表14 急変時の相談件数(1ヶ月あたりの平均値)
1～7 問6

施設サービス	①※を満たす協力医療機関の定め状況	相談先	相談件数
介護老人福祉施設	定めている(n=461)	協力医療機関	5.5
		それ以外	1.4
	定めていない(n=65)	協力医療機関	2.7
		それ以外	1.3
介護老人保健施設	定めている(n=197)	協力医療機関	3.5
		それ以外	1.3
	定めていない(n=28)	協力医療機関	4.1
		それ以外	2.6
介護医療院	定めている(n=126)	協力医療機関	4.3
		それ以外	0.4
	定めていない(n=10)	協力医療機関	1.0
		それ以外	0.9
費護老人ホーム	定めている(n=230)	協力医療機関	3.5
		それ以外	1.3
	定めていない(n=66)	協力医療機関	2.9
		それ以外	2.0
軽費老人ホーム	定めている(n=160)	協力医療機関	3.0
		それ以外	1.1
	定めていない(n=49)	協力医療機関	2.1
		それ以外	1.9
特定施設入居者生活介護	定めている(n=365)	協力医療機関	6.0
		それ以外	1.0
	定めていない(n=30)	協力医療機関	4.6
		それ以外	1.3
認知症対応型共同生活介護	定めている(n=260)	協力医療機関	3.0
		それ以外	0.6
	定めていない(n=40)	協力医療機関	2.2
		それ以外	1.1

※①入所者の急変時等に相談対応を常時行う体制を有すること

図表15 急変時の診療件数(1ヶ月あたりの平均値)
1～7 問6

施設サービス	②※を満たす協力医療機関の定め状況	診療機関	診療件数
介護老人福祉施設	定めている(n=416)	協力医療機関	5.8
		それ以外	2.7
	定めていない(n=136)	協力医療機関	3.8
		それ以外	2.0
介護老人保健施設	定めている(n=179)	協力医療機関	4.3
		それ以外	1.6
	定めていない(n=48)	協力医療機関	5.0
		それ以外	3.2
介護医療院	定めている(n=113)	協力医療機関	5.0
		それ以外	0.8
	定めていない(n=12)	協力医療機関	2.5
		それ以外	1.9
費護老人ホーム	定めている(n=202)	協力医療機関	4.6
		それ以外	4.6
	定めていない(n=107)	協力医療機関	4.1
		それ以外	4.0
軽費老人ホーム	定めている(n=123)	協力医療機関	2.9
		それ以外	2.2
	定めていない(n=87)	協力医療機関	2.3
		それ以外	2.5
特定施設入居者生活介護	定めている(n=241)	協力医療機関	4.6
		それ以外	2.6
	定めていない(n=79)	協力医療機関	5.2
		それ以外	2.6
認知症対応型共同生活介護	定めている(n=171)	協力医療機関	3.0
		それ以外	1.4
	定めていない(n=81)	協力医療機関	1.5
		それ以外	1.6

※②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

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

【急変時の対応状況(入院)】

○介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院では、要件を満たす協力医療機関を定めている施設の方が、協力医療機関へ入院する件数が多かった。

図表16 急変時の入院状況(1ヶ月あたりの入院件数平均値)

1~7 問6

【施設系サービス・養護老人ホーム】

施設サービス	③※を満たす協力医療機関の定めの状況	入院先	入院件数
介護老人福祉施設	定めている(n=342)	協力医療機関	1.8
		それ以外	0.9
	定めていない(n=142)	協力医療機関	1.0
		それ以外	1.3
介護老人保健施設	定めている(n=174)	協力医療機関	2.2
		それ以外	1.1
	定めていない(n=51)	協力医療機関	2.0
		それ以外	1.7
介護医療院	定めている(n=89)	協力医療機関	2.0
		それ以外	0.4
	定めていない(n=15)	協力医療機関	1.2
		それ以外	0.9
養護老人ホーム	定めている(n=168)	協力医療機関	1.4
		それ以外	1.0
	定めていない(n=127)	協力医療機関	0.8
		それ以外	1.6

【居住系サービス・軽費老人ホーム】

施設サービス	③※を満たす協力医療機関の定めの状況	入院先	入院件数
軽費老人ホーム	定めている(n=76)	協力医療機関	0.8
		それ以外	0.9
	定めていない(n=136)	協力医療機関	0.6
		それ以外	1.2
特定施設入居者生活介護	定めている(n=85)	協力医療機関	1.5
		それ以外	1.1
	定めていない(n=187)	協力医療機関	0.7
		それ以外	1.7
認知症対応型共同生活介護	定めている(n=64)	協力医療機関	0.9
		それ以外	0.6
	定めていない(n=102)	協力医療機関	0.3
		それ以外	1.1

※③入所者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(③は病院に限る)

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

【入院患者の状況】

○医療機関に入院となった入所者等について、どの施設も、要件を満たす協力医療機関を定めている方が救急車による搬送が少なかった。

○救急車による搬送が行われたケースにおいて、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等は、介護老人保健施設を除いて、入院先の医療機関と事前調整をした上で救急車を呼んだ割合が高かった。

図表37 救急車による搬送の有無

1~4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

	協力医療機関の要件	あり	なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=761)	33.0%	64.3%	2.8%
	満たしていない(n=429)	42.2%	53.6%	4.2%
介護老人保健施設	満たしている(n=504)	38.7%	58.7%	2.6%
	満たしていない(n=213)	39.9%	52.1%	8.0%
介護医療院	満たしている(n=191)	15.2%	80.1%	4.7%
	満たしていない(n=32)	28.1%	71.9%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=327)	30.6%	66.7%	2.8%
	満たしていない(n=341)	34.6%	60.1%	5.3%
軽費老人ホーム	満たしている(n=191)	33.0%	61.3%	5.8%
	満たしていない(n=165)	49.1%	48.5%	2.4%
特定施設入居者生活介護	満たしている(n=406)	49.5%	43.8%	6.7%
	満たしていない(n=183)	61.7%	34.4%	3.8%
認知症対応型共同生活介護	満たしている(n=131)	47.3%	49.6%	3.1%
	満たしていない(n=93)	57.0%	40.9%	2.2%

図表38 救急車による搬送があったもののうち、入院先の医療機関と事前調整をした上で、救急車を呼んだか

1~4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

	協力医療機関の要件	調整あり	調整なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=251)	57.0%	41.0%	2.0%
	満たしていない(n=181)	46.4%	53.0%	0.6%
介護老人保健施設	満たしている(n=195)	75.4%	23.1%	1.5%
	満たしていない(n=85)	81.2%	15.3%	3.5%
介護医療院	満たしている(n=29)	89.7%	10.3%	0.0%
	満たしていない(n=9)	88.9%	11.1%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=100)	54.0%	42.0%	4.0%
	満たしていない(n=118)	33.9%	66.1%	0.0%
軽費老人ホーム	満たしている(n=63)	57.1%	33.3%	9.5%
	満たしていない(n=81)	43.2%	54.3%	2.5%
特定施設入居者生活介護	満たしている(n=201)	62.7%	34.8%	2.5%
	満たしていない(n=113)	57.5%	36.3%	6.2%
認知症対応型共同生活介護	満たしている(n=62)	62.9%	37.1%	0.0%
	満たしていない(n=53)	45.3%	52.8%	1.9%

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に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に開催していること。 (新設)

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

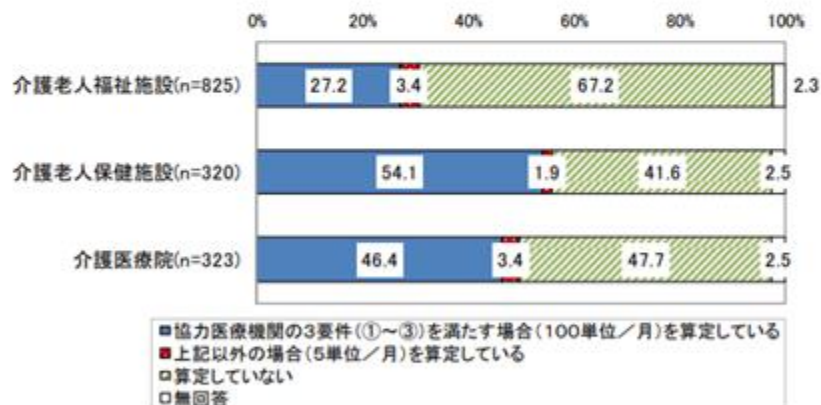
【協力医療機関連携加算の状況】

○介護老人福祉施設は27.2%、介護老人保健施設は54.1%、介護医療院は46.4%が、協力医療機関の3要素を満たす場合(100単位/月)を算定していた。

○特定施設入居者生活介護は62.0%、認知症対応型共同生活介護は33.7%が協力医療機関の2要素を満たす場合(100単位/月)を算定していた。

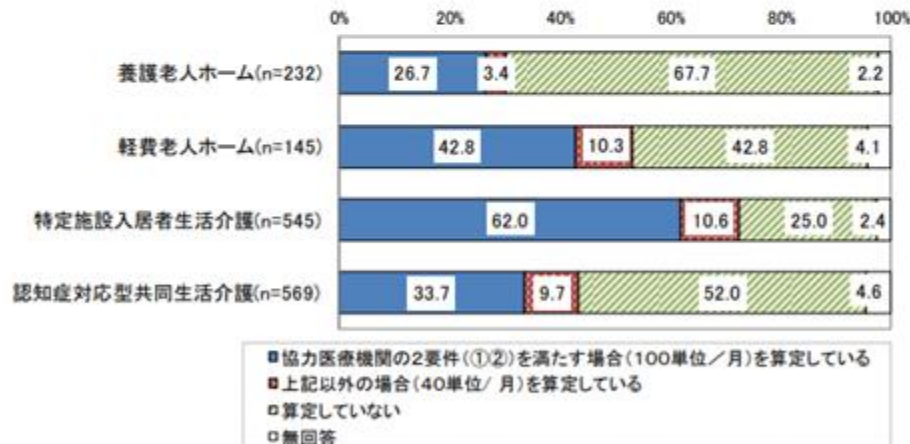
図表18 協力医療機関連携加算の状況(施設系サービス)

1～3 問7(1)



図表19 協力医療機関連携加算の状況(居住系サービス)

4～7 問7(1)



※養護老人ホーム、軽費老人ホームについては、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所のみ集計

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

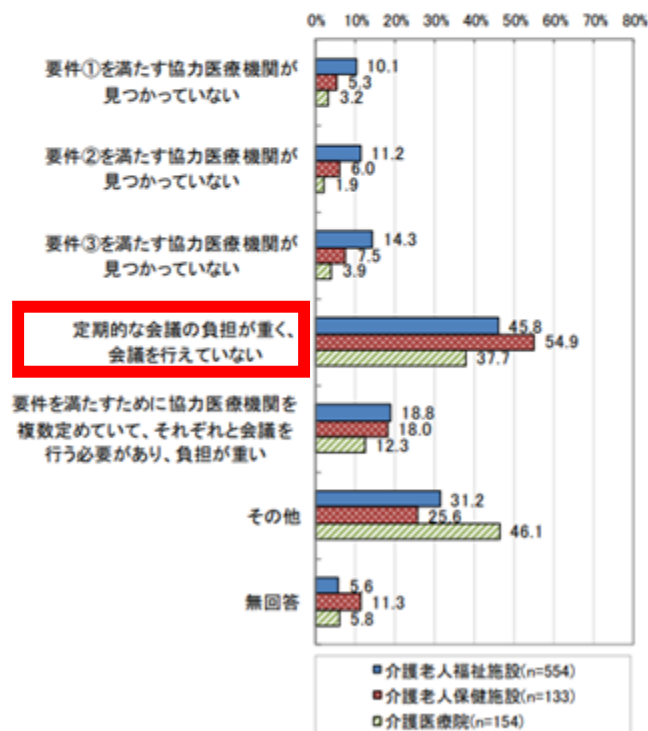
3. 調査結果概要

【協力医療機関算定加算を算定しない理由】

○協力医療機関連携加算を算定しない理由として、施設系サービス、居住系サービスともに、「定期的な会議の負担が重く、会議を行えていない」「要件を満たすために協力医療機関を複数定めていて、それぞれと会議を行う必要があり、負担が重い」が多かった。

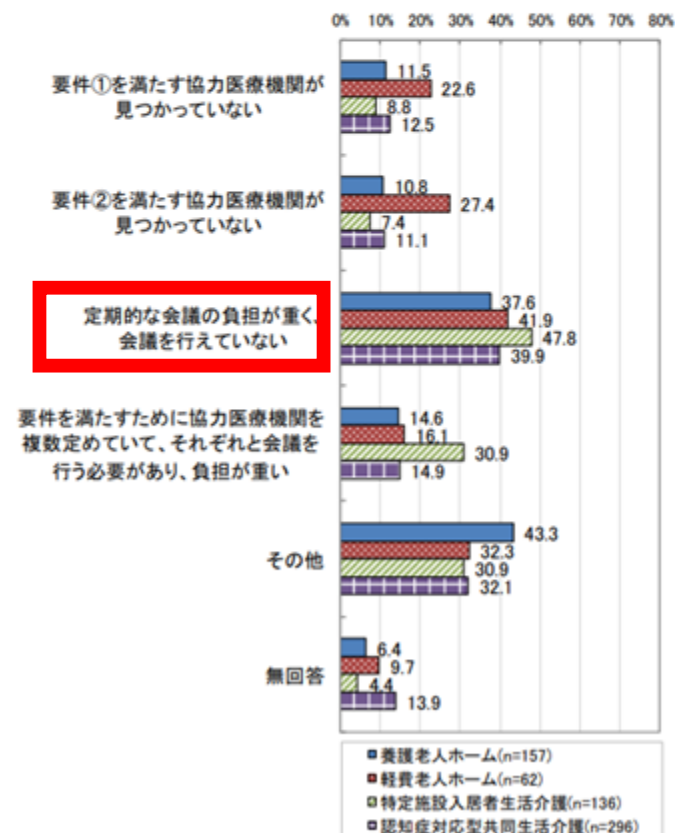
図表22 協力医療機関算定加算を算定しない理由【複数回答】
(施設系サービス)

1～3 問7(1)4)



図表23 協力医療機関算定加算を算定しない理由【複数回答】
(居住系サービス)

4～7 問7(1)4)



※介護老人ホーム、軽費老人ホームについては、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所のみ集計

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

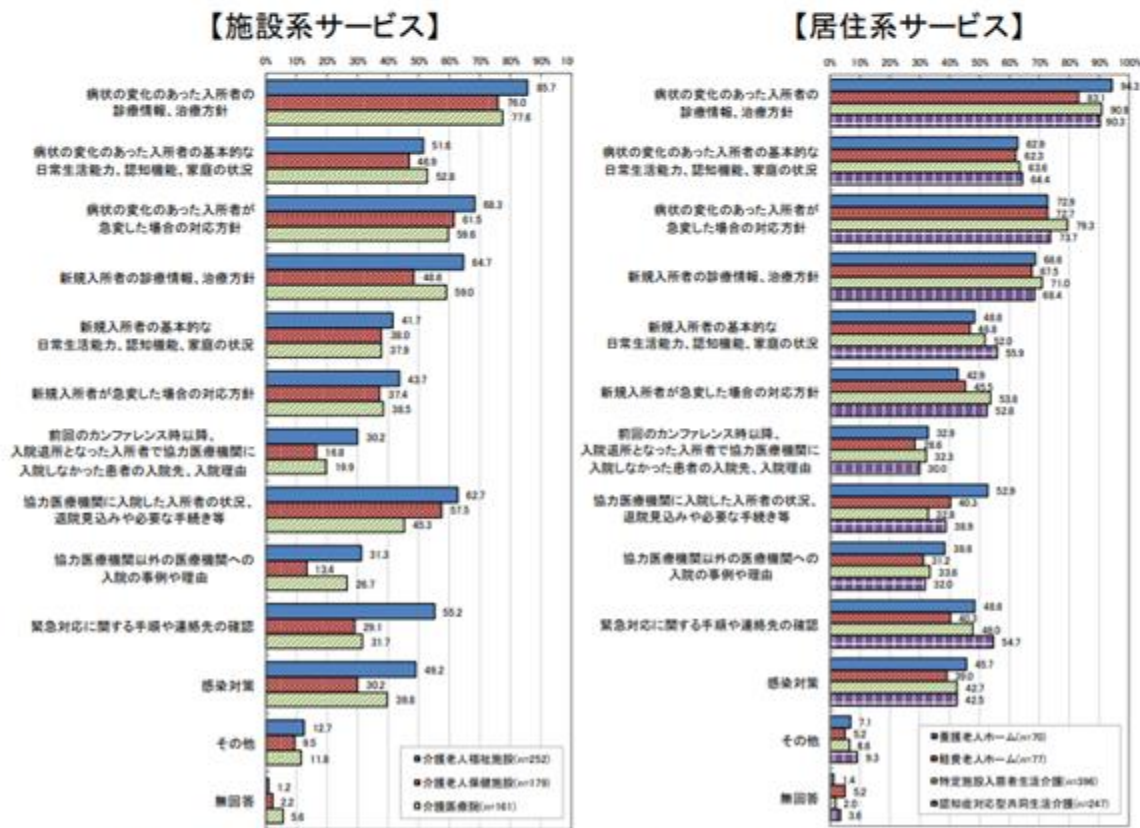
【会議の状況】

- 協力医療機関連携加算の算定にあたり、会議を行う協力医療機関数の平均は、すべての施設で2医療機関未満であった。
- 月に行う会議の頻度の平均は、すべての施設で2回以下となっており、1回の会議の平均時間は、すべてのサービスで30分前後であった。
- 会議での共有内容については、「病状の変化のあった入所者の診療情報、治療方針」、「病状の変化のあった入所者が急変した場合の対応方針」の割合が高かった。

図表20 会議の状況(平均値) 1~7 問7(1)1)

施設 (調査数)		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	養護老人ホーム	軽費老人ホーム	特定施設入居者生活介護	認知症対応型共同生活介護
		調査数	249	177	159	69	75	384
会議を行う協力医療機関数	平均	1.2	1.4	1.1	1.3	1.7	1.8	1.2
	最大値	6	6	3	5	7	9	4
頻度(回/月)	平均	1.5	1.5	2.0	1.1	1.6	1.6	1.5
	最大値	20	12	30	4	6	13	18
時間(分/回)	平均	32.3	30.8	30.9	28.8	25.7	28.2	30.0
	最大値	120	60	120	70	60	90	90

図表21 会議での共有内容【複数回答】 1~7 問7(1)3)



※養護老人ホーム、軽費老人ホームについては、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所のみ集計

衣笠病院事例



衣笠病院

本年度平均 2025/01時点

高齢者救急・地域急性期機能

【救急】

依頼数	[件/月]	74
受入数	[件/月]	51
応需率	[%]	69%
うち入院数	[件/月]	29
入院率	[%]	57%

【外来】

患者数	[人/日]	319
診療単価	[円]	8,873



【入院】

	[全体]	急性期_本4	地ケア_本5	地ケア_東5	回りハ_東4	緩和ケア
実働病床数	194	50	53	38	33	20
延患者数	[人/日] 169	40	45	36	31	17
病床利用率	[%] 87%	79%	85%	95%	95%	85%
平均在院日数	[日] 23	12	30	34	75	18
診療単価	[円/日] 40,468	46,108	36,644	35,651	37,660	51,971
在宅復帰率	[%]		80%	80%	86%	
後期高齢者(75≦)構成	[%] 70%	66%	73%	78%	67%	71%

救急受入や後方支援に関する現状の評価

診調組 入-1
7.7.17

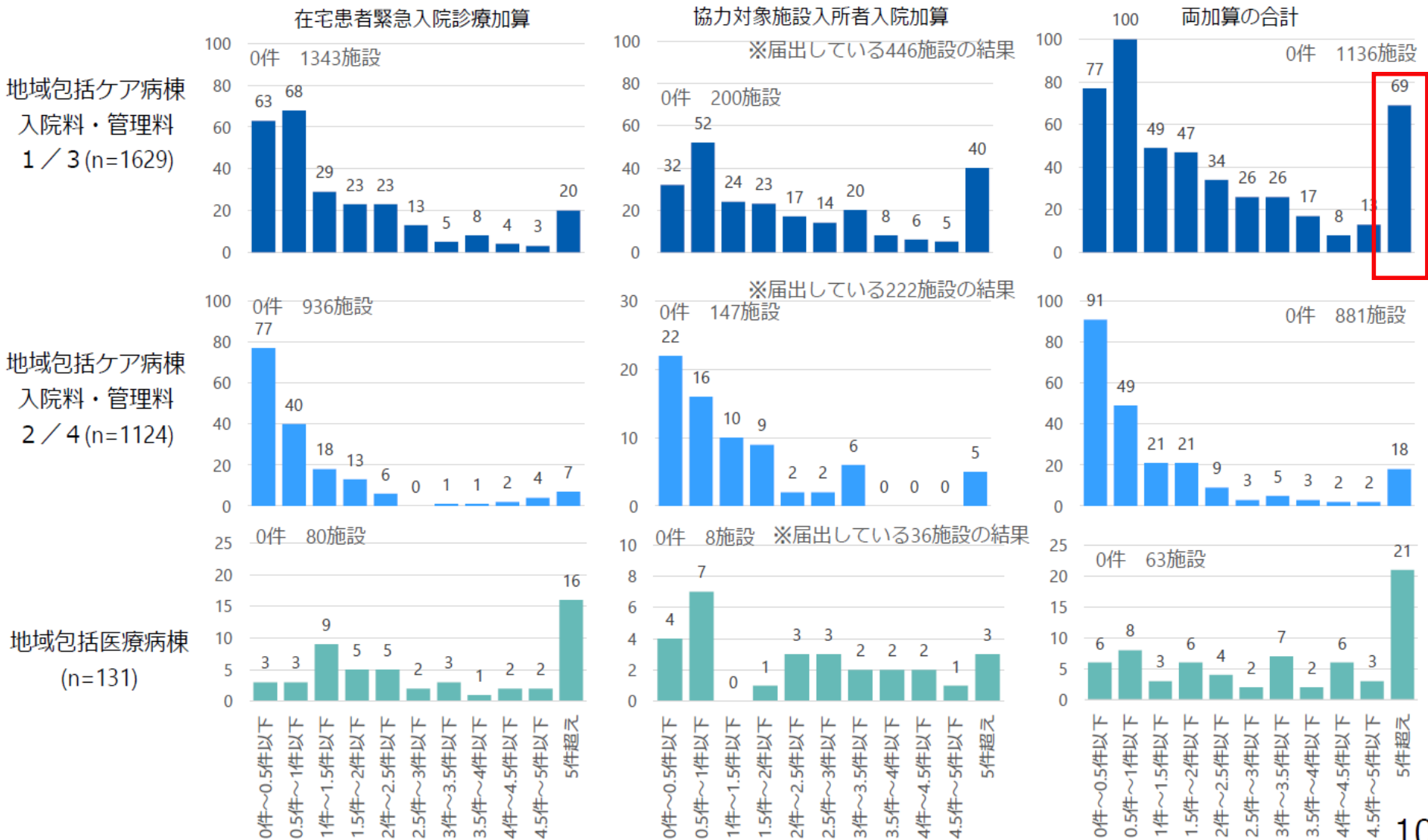
区分	概要	主な要件	地域包括 医療病棟	地域包括 ケア病棟	衣病実績 2025年度 月平均件数
A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算。 診療所において「C002」在宅時医学総合管理料等を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。	在支診、在支病、後方支援病院の場合1、 連携医療機関の場合2、 それ以外の場合3	○	○	2.08
A253 協力対象施設入所者入院加算	介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）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。	協力医療機関であること 及び在支診、在支病院、 後方支援病院又は地域包括ケア病棟を有する医療機関	○	○	5.16
A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算	介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するもの。 入院した日から起算して14日を限度として、所定点数に加算する。	地域包括ケア病棟の施設基準	×	○ (注加算)	29.12
C000の注10 介護施設等連携往診加算	当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、所定点数に加算する。	介護保険施設等の協力医療機関として定められており、緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保していること。ICTやカンファレンス等により診療情報や急変時の対応方針等を確認可能な体制を有していること。	-	-	0

7.24

包括期の病棟における後方支援に関する加算の算定状況

- 在宅患者緊急入院診療加算 1～3、協力対象施設入所者入院加算 1・2 の病床あたり算定回数は、いずれの加算についても 0 件の施設が最も多く、算定している施設における算定回数は二極化していた。
- 算定回数が比較的多い施設は、地域包括医療病棟でその割合が最も多く、地域包括ケア病棟においては入院料 1・3 で 2・4 より多かった。

各病棟における加算の算定回数（50床 1か月あたり）



介護施設などからの急変患者の受け入れに注力

夜間の受け入れ対応に苦慮も、医療収益や病床稼働率は右肩上がり

社会福祉法人日本医療伝道会・衣笠病院（神奈川県横須賀市、198床）は2014年に地域包括ケア病棟を開設し、現在91床を運営している。開設後、主に急性期後の患者を受け入れてきたが、最近は介護施設の急変患者や高齢の救急患者の受け入れに軸足を移しつつある。



右から衣笠病院事務部長の行谷俊明氏、相談・支援センター長の佐野かず江氏、相談・支援センター長付の加藤将文氏

経営的にも手厚く評価された在宅患者支援病床初期加算などを算定でき、高い入院単価を見込める。自宅等からの軽度急性期患者の受け入れ促進に伴い、病棟稼働率もアップし、医療収益は2021年以降上昇し続けている（図1）。在宅患者支援病床初期加算は2023年度に5245件、2024年度には5347件算定している。

16の介護施設と提携、定期訪問も

特に同院が注力しているのが、介護施設からの急変患者の受け入れだ。相談・支援センター長付の加藤将文氏は、「介護施設との連携で大事なのは入所者の情報を事前に把握すること



社会福祉法人日本医療伝道会・衣笠病院

所在地・神奈川県横須賀市

病床数・198床（急性期4：50床、地ケア：91床、回りハ1：33床、緩和2：20床、休床：4床）

診療科・内科、精神科、神経科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科など

関連施設・診療所、介護老人保健施設、特別養護老人ホームなど

だ」と話す。

同院は介護老人保健施設や特別養護老人ホームなどの16施設と提携し、入院要請などに対応する体制を整えている。施設に定期的に訪問し、入所者の状態も把握。これにより、2024年度診療報酬改定で創設された「協力対象施設入所者入院加算」（600～

衣笠病院グループ 在宅医療・訪問系 (2025年1月)

- 衣笠病院グループ
 - 衣笠病院附属在宅クリニック
 - 訪問診療 286件、往診 40件
 - 衣笠病院訪問看護ステーション
 - 訪問看護延べ561件
 - 医療保険 114件
 - 介護保険447件)
 - 訪問リハ
 - 訪問リハ延べ103件
- 衣笠病院
 - 訪問栄養指導 3件
- 長瀬ケアセンター
 - 訪問看護
 - 訪問延べ673件
 - (医療保険 179件、介護保険 494件)
 - 訪問リハ 81件



連携士のためのポイントアドバイス

- 高齢者施設と医療機関連携が連携士の最大の課題
- 在宅患者緊急入院診療加算と協力対象施設対象入所者入院加算の合算値に注目
- まず自施設の状況から振り返ってみよう



パート5 2026年診療報酬改定と 医療介護連携

医療介護連携を反映した看護必要度

重症度、医療・看護必要度とは？

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度 I」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(略痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージ管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

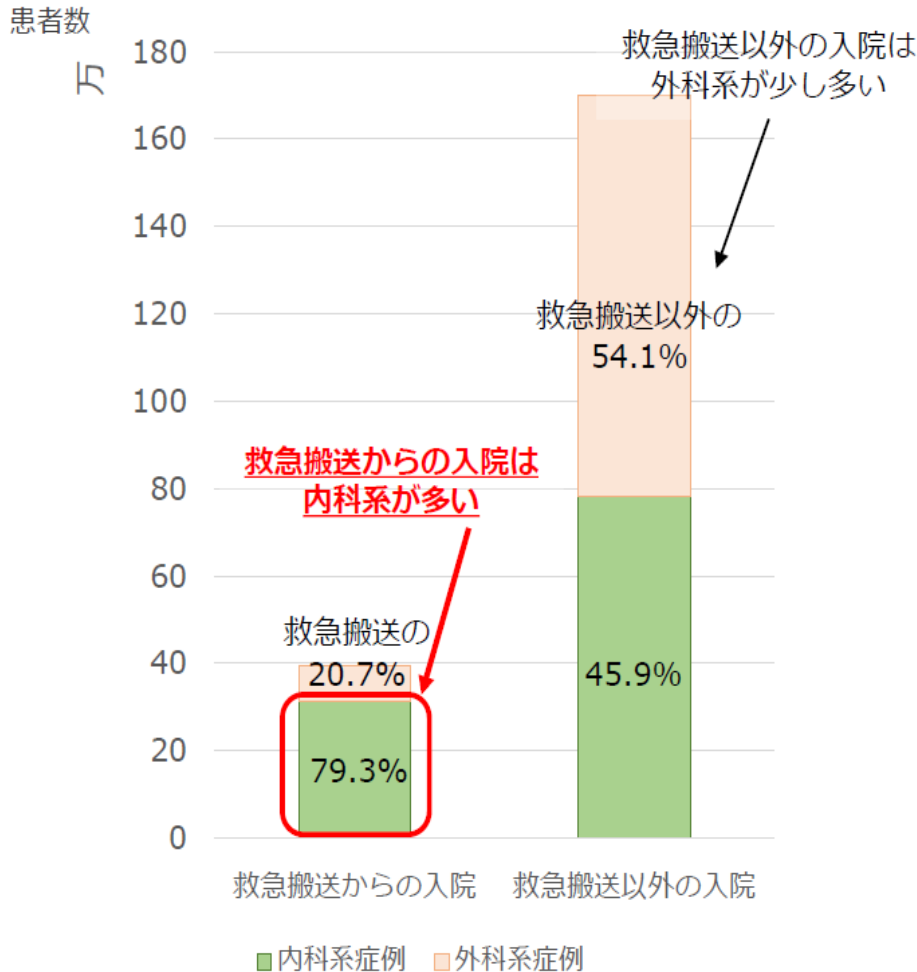
対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	<ul style="list-style-type: none"> ・基準①: A得点2点以上かつB得点3点以上 ・基準②: 「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・基準③: A得点3点以上 ・基準④: C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点1点以上 ・C得点1点以上

救急入院は重症度、医療・看護必要度に影響を与える

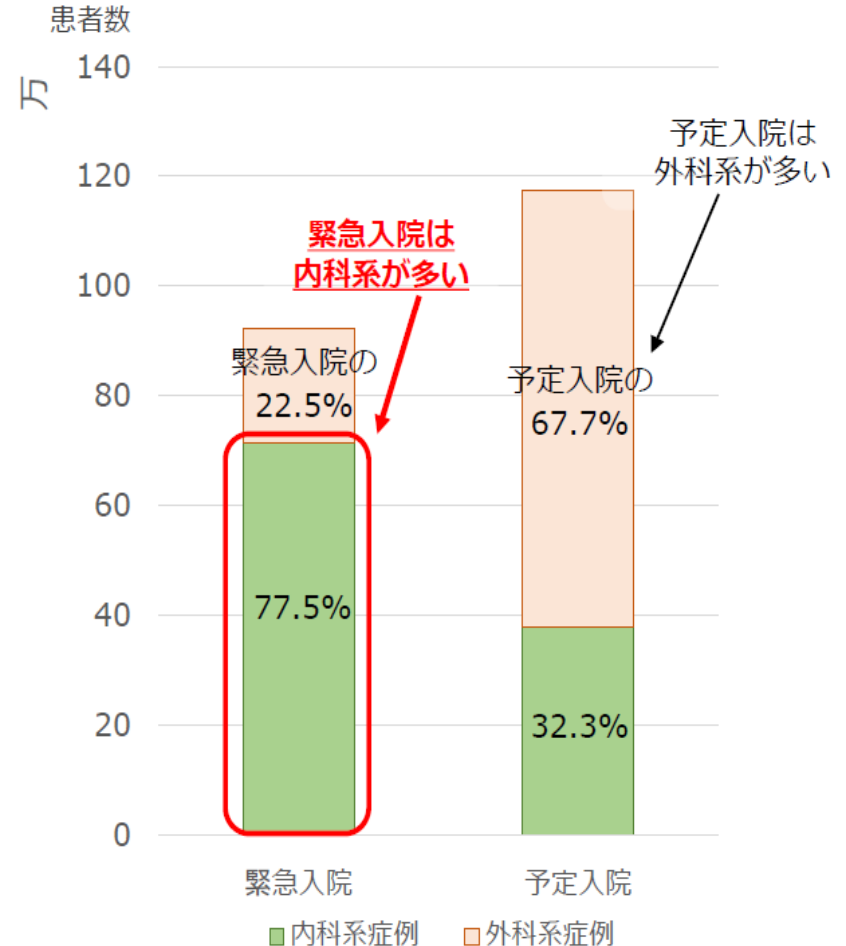
救急搬送からの入院や緊急入院に占める内科系症例の割合

- 救急搬送からの入院や緊急入院の約8割を内科系症例（手術のない症例）が占める。

救急搬送からの入院と内科系・外科系の内訳



緊急入院と内科系・外科系の内訳



救急受入や後方支援に関する現状の評価

診調組 入-1
7. 7. 17

区分	概要	主な要件	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
① A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での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、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算。 診療所において「C002」在宅時医学総合管理料等を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。	在支診、在支病、後方支援病院の場合1、 連携医療機関の場合2、 それ以外の場合3	○	○
② A253 協力対象施設入所者入院加算	介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）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。	協力医療機関であること及び在支診、在支病院、後方支援病院又は地域包括ケア病棟を有する医療機関	○	○
③ A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算	介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「大生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するもの。 入院した日から起算して14日を限度として、所定点数に加算する。	地域包括ケア病棟の施設基準	×	○ (注加算)
C000の注10 介護施設等連携往診加算	当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、所定点数に加算する。	介護保険施設等の協力医療機関として定められており、緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保していること。ICTやカンファレンス等により診療情報や急変時の対応方針等を確認可能な体制を有していること。	—	—

救急入院等の病院における負荷の高い項目を取り入れた重症度指標の例

- 個々の症例の評価指標を精緻化するのではなく、病院・病棟全体の負荷を必要度の基準該当割合に反映する方法として、救急搬送からの入院や緊急入院の件数に着目する方法も考え得る。
- 救急搬送・緊急入院の件数に着目して、病棟全体の重症度を適切に評価できる指標の考え方について、様々な案の懸念点と考えられる改善点について、以下のとおりまとめた。

(例1) A項目の「緊急に入院を必要とする状態」の評価日数を改めて5日間とする。

懸念点：評価対象期限まで、入院期間の延長が誘導されるのではないか。

地域包括ケア病棟ではA項目1点で基準を満たすこととなるが、当該項目に該当する全ての患者が、疾病の改善経過や病態上必要な処置の内容によらず、入院後5日間にわたり重症度の基準に該当すると評価されることが適切か。

改善点：救急搬送や緊急入院の病院・病棟としての受入は、全体的な重症患者の入院受入として評価し得るため、医療機関や病棟における当該受入件数そのものを評価対象としてはどうか。

その際、救急搬送や緊急入院を必要以上に惹起しないよう、外来帰宅可となった件数を含めた救急応需全体の件数や、医療機関の判断のみで不必要な緊急入院を惹起する懸念が少ない、協力対象施設からの連携に基づく入院数を病床1床あたりで評価してはどうか。



(例2) 「救急搬送応需件数を各病棟に按分した病床あたり件数」と「各病棟における協力対象施設入所者入院加算の病床あたり算定回数」を合算し、当該件数に一定の係数を乗算する等により算出した数値を、当該病棟における重症度の基準該当割合に加算することで、基準該当割合そのものを底上げする。

例2の具体的なイメージ

- 例えば、1床当たりの救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定数を算出し、その合計値に一定の係数をかけた数値を、A～C項目から算出した重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に加えることとすれば、救急搬送受入や協力対象施設からの入院受入が多い病棟では該当患者割合が高くなり、病棟全体の負荷を重症度、医療・看護必要度の一要素として評価することができるのではないか。

該当患者割合への加算 (%) = (救急搬送件数※ + 協力対象施設入所者入院加算の算定回数) ÷ 病床数 × 一定の係数

※救急搬送件数には入院しなかった場合を含む。複数の病棟がある場合は、外来を含む救急搬送件数を、病棟ごとの救急搬送の入院受入数で按分する。



計算例：

救急搬送件数900件、協力対象施設入所者入院加算の算定回数100件である50床（1病棟）の病院の場合、

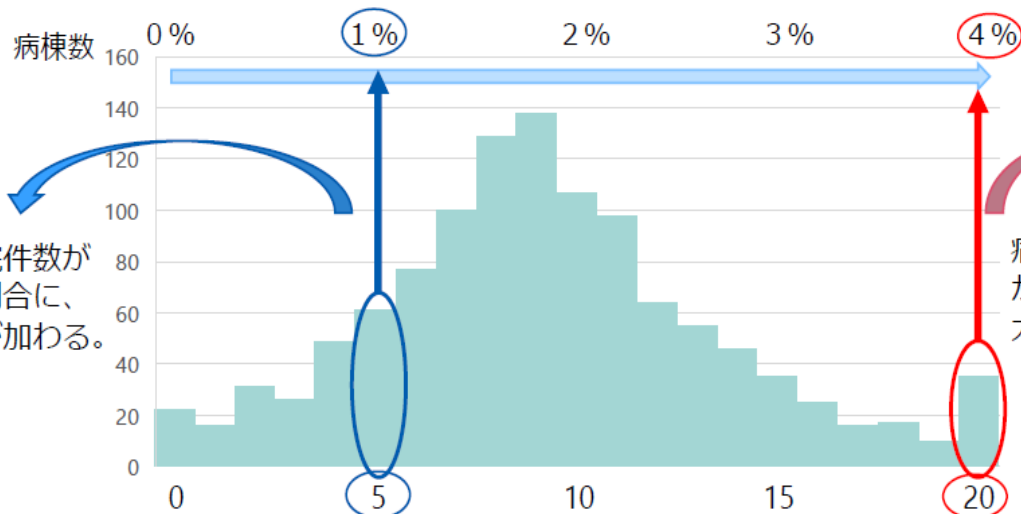
$$\rightarrow (900+100) \div 50 = 1000 \div 50 = 20$$

仮に、「一定の係数」を0.002とする場合、

$$\text{該当患者割合への加算 (\%)} = 20 \times 0.002 = 4\%$$

A～C項目から算出された重症度、医療・看護必要度が仮に**12%**であった場合、計算後は基準該当割合は**16%**となる。

該当患者割合へ加算されるパーセンテージ

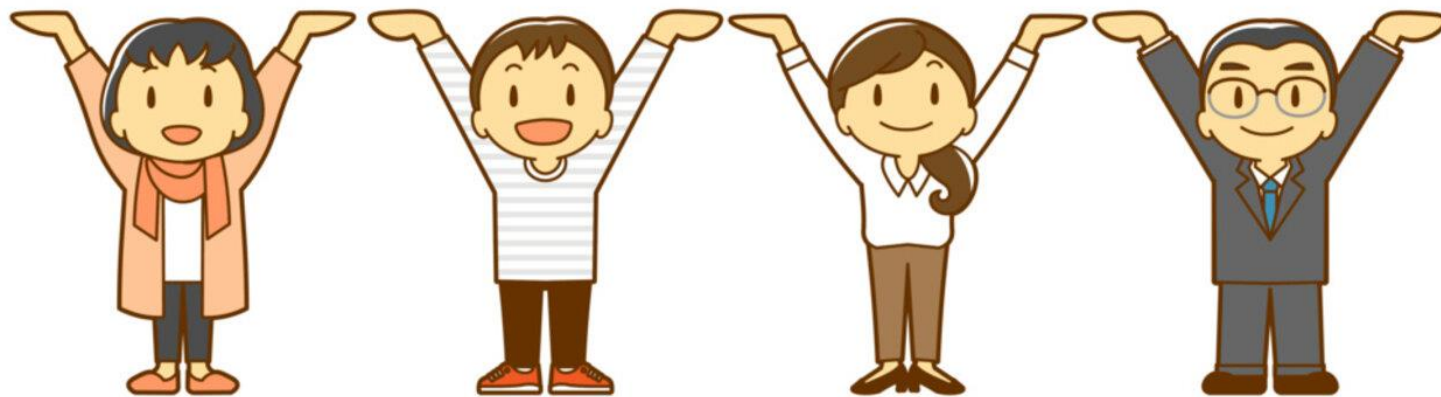


病床あたりの救急搬送等入院件数が少ない病棟では、該当患者割合に、小さい数（例えば1%分）が加わる。

病床あたりの救急搬送件等入院件数が多い病棟では、該当患者割合に、大きい数（例えば4%分）が加わる。

病床あたりの救急搬送件数+協力対象施設入所者入院加算算定回数

重症度、医療・看護必要度



医療介護連携

連携士のためのポイントアドバイス

- 医療介護連携が重症度、医療・看護必要度を下支えする
- 医療介護連携が入院基本料に影響する
- 2026年改定で連携室の役割がますます重要になる！



パート6

2026年診療報酬改定と
入退院支援

入退院支援に関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

（入退院支援について）

- 入院時支援加算について、入院支援部門が入院前に外来等で関わることにより、病棟看護師の業務軽減にも結びつく。病院全体の効率化に向けた動きが進んできていると受け取ることができる。

（退院困難な患者像について）

- 退院困難な患者のうち、「身寄りがなく同居者が不明な者」は現行の算定要件に示されていないが、退院調整に時間あるいは人手を要している状況がわかった。患者本人の状況だけではなく、周辺の要素と組み合わせて評価すべきという考え方となるが、実際、医療機関の中では、この「身寄りがない」あるいは「同居者が不明」というところで非常に苦労が多い。日本の世帯数の将来推計においても独居の高齢者が増えており、近親者のいない高齢者が急増するという推計も出てきている。手間や時間がかかっていることを踏まえて検討してはどうかとの意見があった。

（面会について）

- 面会ルールについては、新型コロナウイルス感染症後、各医療機関でまだ対応にばらつきがあるのではないかと。5類感染症となった後は、定点観測を確認しながら、状況に応じて対応を変える等の工夫をしている実情である。
- 意思決定をする上でコミュニケーションが重要であるが、面会が制限されることによって家族は患者の状況を把握しづらく、本人と家族の意思確認について家族の受け止め等が把握しづらくなる。その状況下で退院支援を進めていかなければいけないというのは、非常に困難を極め、例えば、ICTを活用したコミュニケーションをセッティングしているところもある。家族とのコミュニケーションが取れないというのは課題なのではないか。

（介護施設との連携について）

- 平時からの連携として、現状は月に一度、協力医療機関と介護施設とでカンファレンス等によって入所者の情報を共有することが定められているが、これだけでは介護施設の機能強化にまでつながるような連携はなかなか難しい。協力医療機関の専門性の高い人材が介護施設を訪問して支援する等の取組が実際に行われていることから、より一層、介護施設と医療機関と施設との連携体制を強化する上で、実効的な連携が進むように検討していくべきではないか。
- 介護保険施設における対応力の強化を支援し、安心して療養していける体制を整備する観点から、協力医療機関は、必要時にすぐ相談・診療に応じ、緊急時に入院できる体制や病床を確保する機能が求められており、その負担を考慮した評価が必要ではないかとの意見があった。
- 介護施設等における対応力強化について、例えば高齢者施設で診ている心不全患者においては、水分貯留によって体重増加や症状・兆候によって早期に外来を受診させる、訪問診療で利尿剤を調整する、病院の看護職員等が出向いてケア体制の支援を行う等を行うことによって、無駄な救急搬送・救急入院を減らすことが可能なケースがある。救急搬送前の連携対応の評価を行い、施設からの高齢者の救急搬送を減らすことにつながる可能性があるのではないか。

入退院支援の評価（イメージ）

診調組 入-1
7. 8. 28

- 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、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

外来・在宅

入院

外来・在宅

入院前からの支援
入院時支援加算1 240点
入院時支援加算2 200点

<入院時支援加算の対象>

- 入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまでを実施し
- その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理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
- ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握
- ウ 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ 栄養状態の評価
- オ 服薬中の薬剤の確認
- カ 退院困難な要因の有無の評価
- キ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク 入院生活の説明

事前に情報をもとに療養支援の計画立案
入院事前調整加算 200点
医療的ケア児(者)入院前支援加算 1,000点
薬剤適正使用連携加算

後方支援を評価
在宅患者支援病床初期加算
有床診療所在宅患者支援病床初期加算



入退院支援加算
入退院支援加算1 700点、1,300点
入退院支援加算2 190点、635点
入退院支援加算3 1,200点

退院後の診療計画の共有
地域連携診療計画加算 300点

日常生活機能などの機能評価
総合機能評価加算 50点

精神科入退院支援加算
精神科入退院支援加算 1,000点

退院に向けた療養上必要な説明及び指導を共同して実施
退院時共同指導料1 1,500点・900点、退院時共同指導料2 400点

円滑な退院、在宅療養への円滑な移行
退院前訪問指導料 580点、退院後訪問指導料 580点

診療情報提供料(I) 250点

ケアマネジャーとの連携
介護支援等連携指導料 400点

リハビリテーションの観点から退院後の指導
退院時リハビリテーション指導料 300点

栄養に関する情報提供
栄養情報連携料 70点

- <入退院支援加算の対象となる患者>
- 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 生活困難者であること
 - 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。)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
 - 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

入退院支援加算 1・2 の概要

[主な算定要件・施設基準]

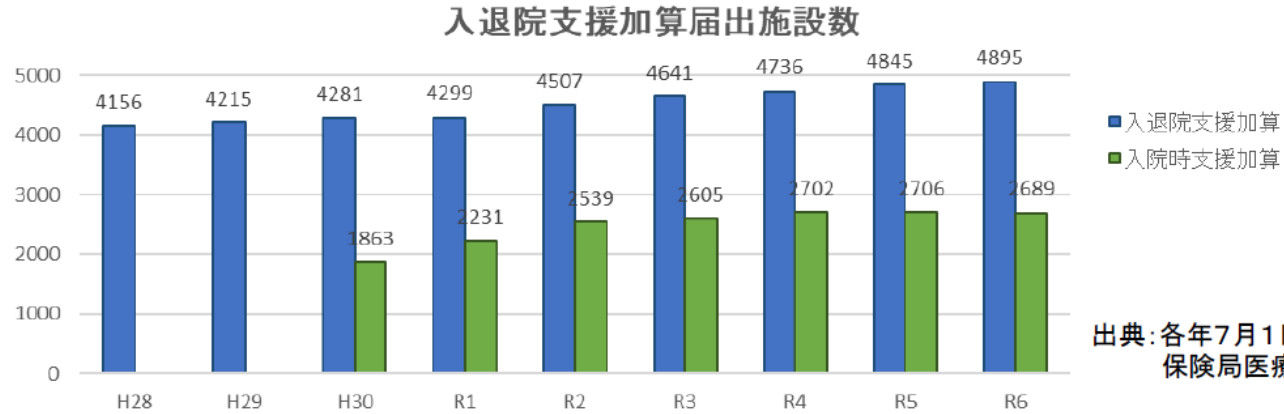
A246 入退院支援加算	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2
退院困難な要因	ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること イ 緊急入院であること ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者 オ 強度行動障害の状態の者 カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること キ 生活困窮者であること ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）	ケ 排泄に介助を要すること 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
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	(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。 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。	-
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	-

入退院支援加算の届出・算定状況

診調組 入-1
7. 6. 26改

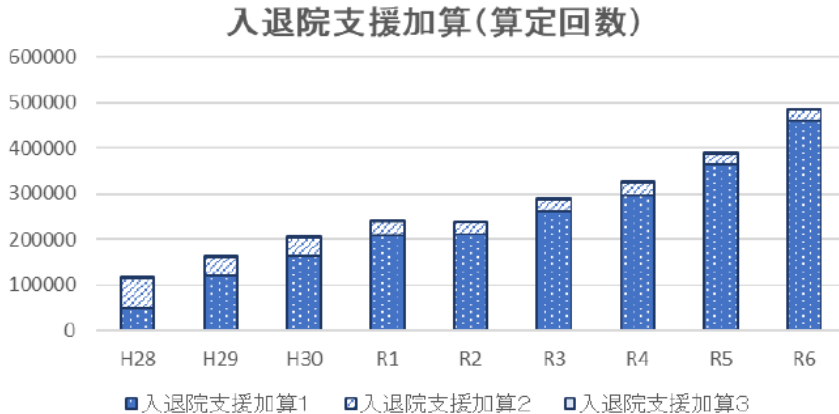
- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は微増している。
- 入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数は年々増加している。

■入退院支援加算の届出状況の推移

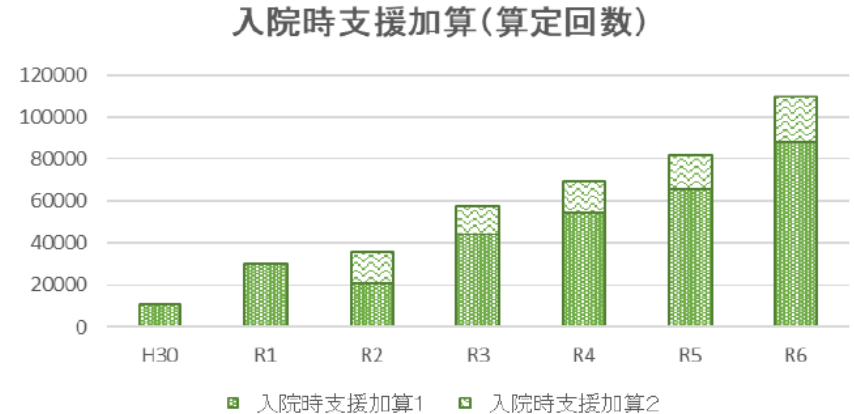


出典：各年7月1日、令和6年は8月1日の届出状況。
保険局医療課調べ。

■入退院支援加算の算定状況の推移



■入院時支援加算の算定状況の推移



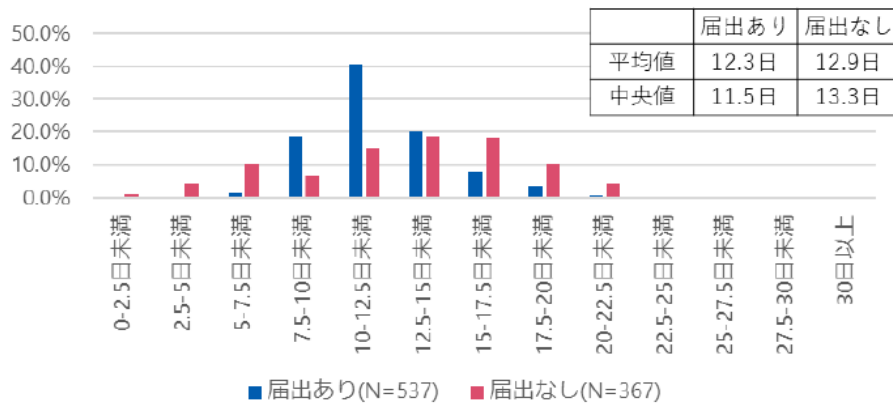
出典：社会医療診療行為別統計(令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分)

入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

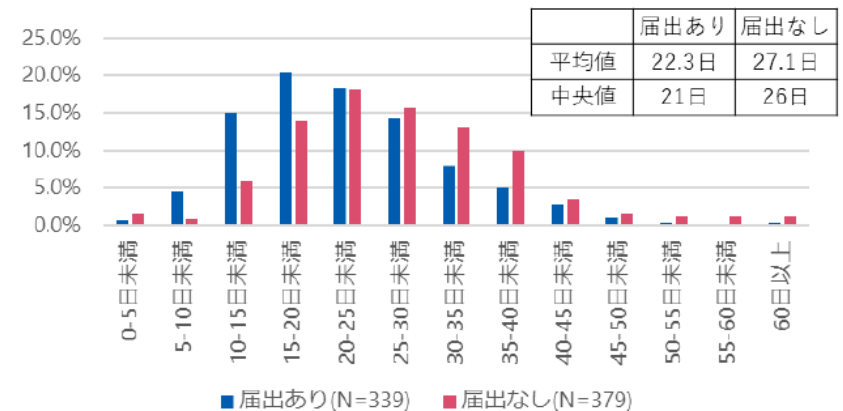
診調組 入-1
7. 6. 26

- 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれにおいても入院時支援加算の届出がある場合は、届出がない場合と比較して平均在院日数が短かった。

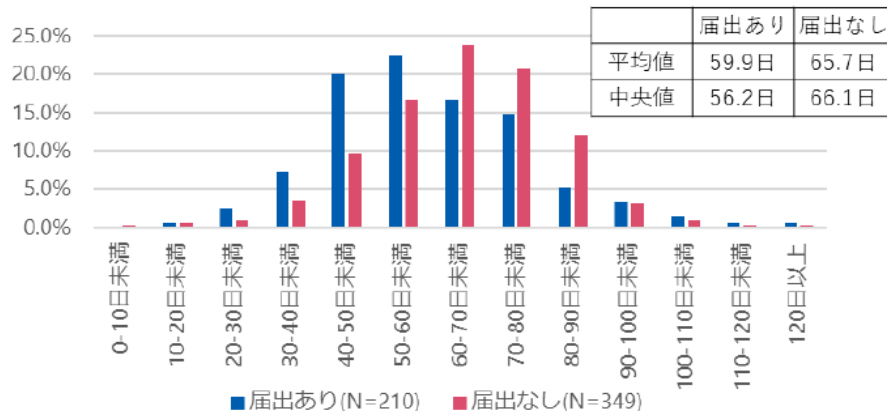
急性期一般入院基本料



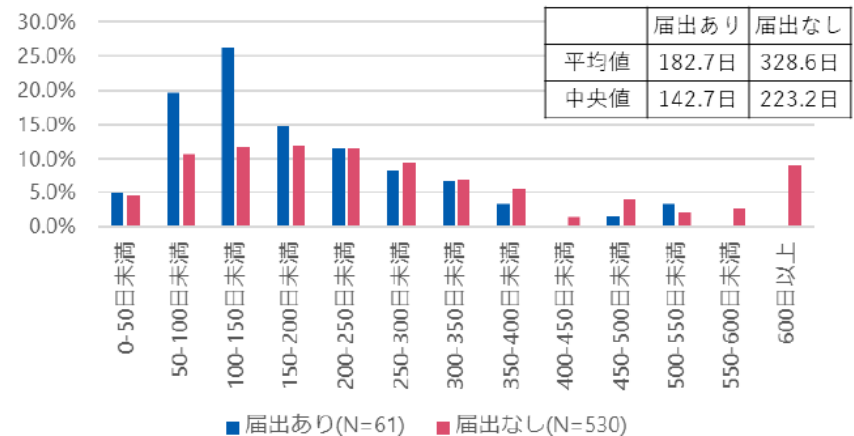
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



回復期リハビリテーション病棟入院料



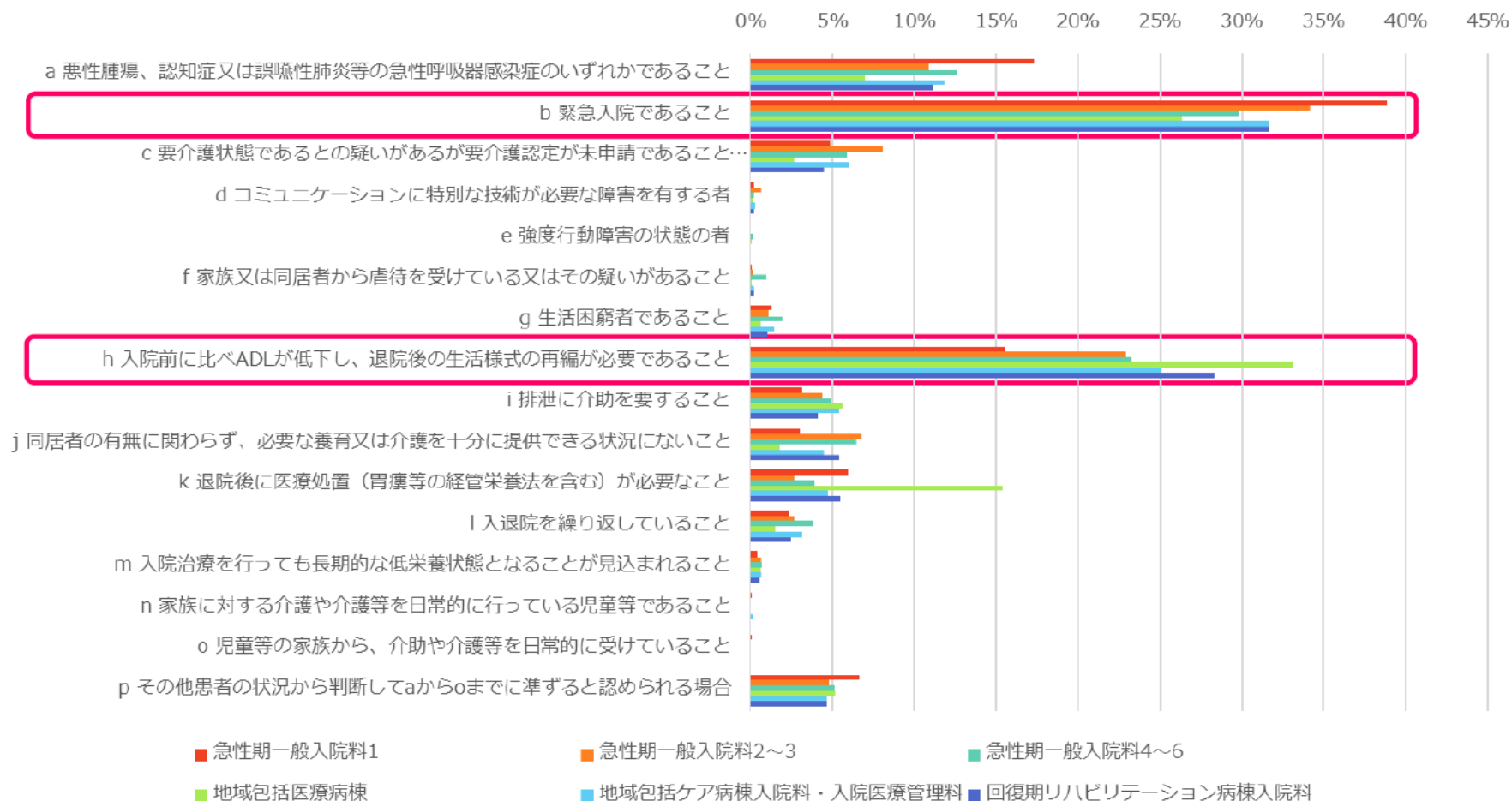
療養病棟入院基本料



入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」

診調組 入-1
7. 6. 26

- 入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」としては、「緊急入院であること」が最も多く、特に急性期一般入院料1において高かった。
- 次に「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）」が多く、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟において高かった。

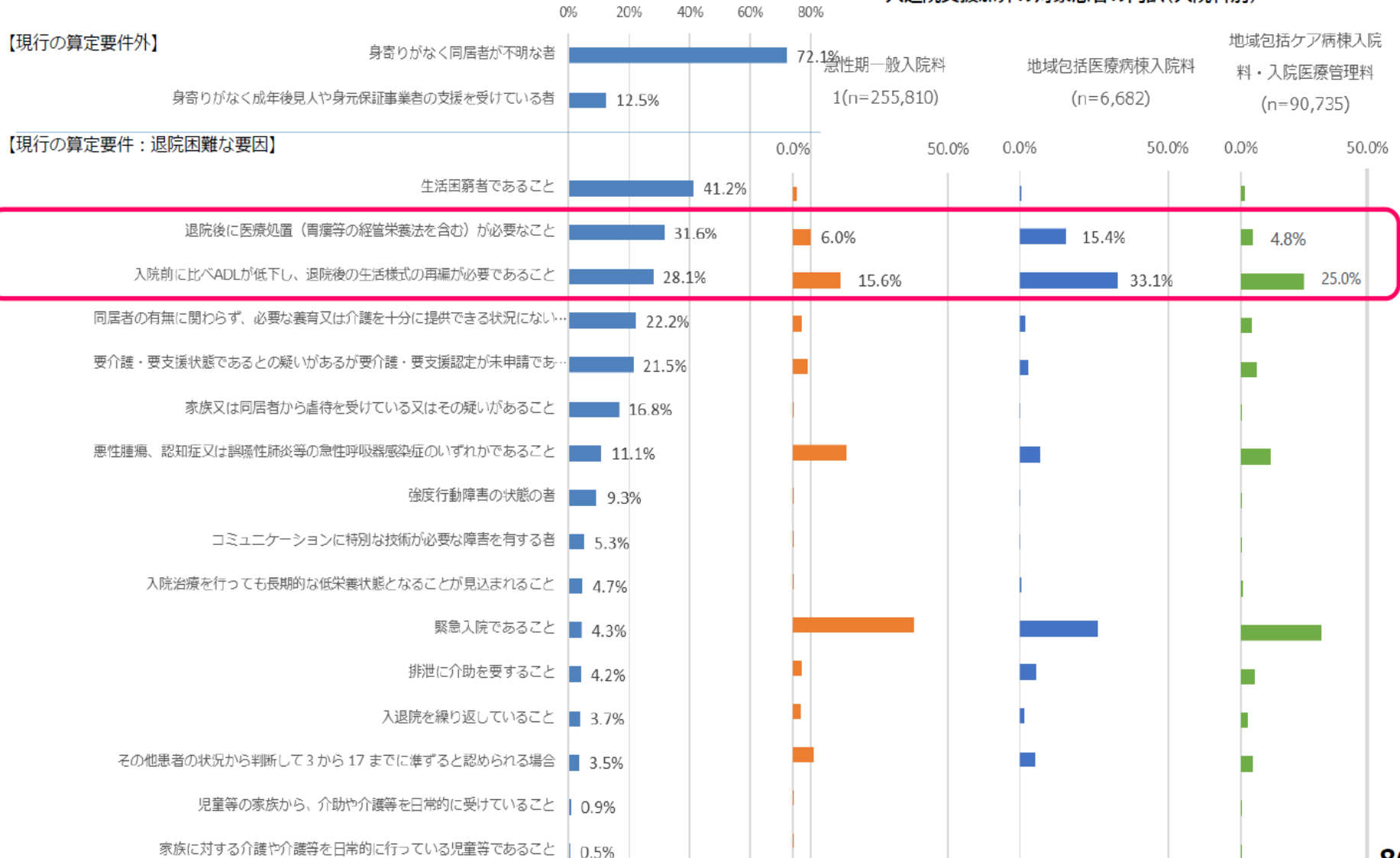


退院調整に人手を要する患者への入退院支援について

- 高齢者が多く入院するような地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟では、「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」等、特に人手や時間を要する患者の割合が多い。

退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者(全入院料)(n=1,647)

入退院支援加算の対象患者の内訳(入院料別)



入院料別の入院患者の特徴

- 急性期一般入院料においては、自宅から入院し、自宅へ退院する割合が高い。
- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟の退院先は自宅へ退院する割合が最も高いが、転院や介護施設等への入所等、多様な退院先がある。
- 回復期リハビリテーション病棟は、入院先として最も多いのは他院の一般病床であり、退院先は自宅、介護施設等、他院の順である。
- このような特徴から、入退院支援において実施されている支援は、入院料及び患者像によって異なる可能性がある。

	急性期一般入院料			地域包括医療	地域包括ケア	回復期リハビリ			
	急性期1	急性期2_3	急性期4_6	病棟	病棟	テーション病棟			
平均在院日数	11.4日	14.0日	13.8日	14.6日	24.8日	63.7日			
予定・緊急入院区分	予定	35.7%	28.7%	41.1%	14.8%	43.9%	76.8%		
	緊急 (救急車等)	35.6%	37.8%	24.1%	39.6%	20.7%	14.7%		
	緊急 (外来初再診後)	28.7%	33.5%	34.8%	45.6%	35.4%	8.5%		
入棟前の場所	自宅	79.4%	76.7%	72.0%	68.1%	41.9%	10.1%		
	自院の他病棟	3.1%	1.1%	1.6%	2.2%	24.4%	27.3%		
	他院	4.4%	5.3%	11.2%	4.9%	21.6%	60.8%		
	介護施設等	6.4%	13.0%	12.9%	22.5%	11.8%	1.5%		
	その他	6.8%	3.9%	2.3%	2.2%	0.4%	0.2%		
入院中の手術の実施	42.9%	40.2%	37.7%	26.0%	14.8%	12.9%			
入院の理由									
退院先	自宅	72.6%	63.5%	73.4%	60.4%	57.3%	64.9%		
	自院の他病棟	5.6%	8.4%	5.0%	3.8%	2.1%	2.0%		
	他院	12.7%	12.9%	7.5%	20.8%	8.3%	10.6%		
	介護施設等	4.8%	9.1%	9.5%	9.4%	24.7%	20.9%		
	死亡退院	3.4%	5.8%	4.7%	5.7%	7.1%	0.7%		
	その他	0.8%	0.3%	0.0%	0.0%	0.5%	0.9%		

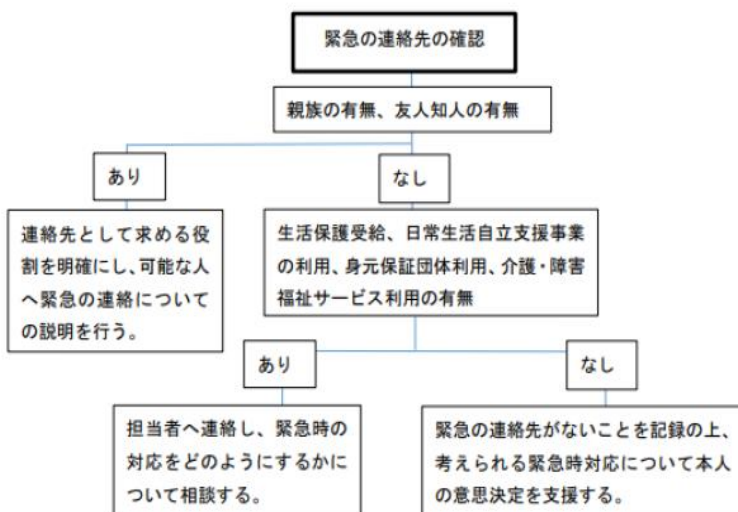
身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドラインについて

- 「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」では、患者の生活や意思決定を支援する親族がいない場合の支援について、本人の判断能力に応じた具体的な調整方法について説明しており、行政との連携についても説明している。

(1) 本人の判断能力が十分な場合

①緊急の連絡先に関すること

下記のフローチャートを参考に親族や友人知人の有無等を確認し、本人の意向を確認した上で、緊急連絡先となれる人がいるかを確認します。



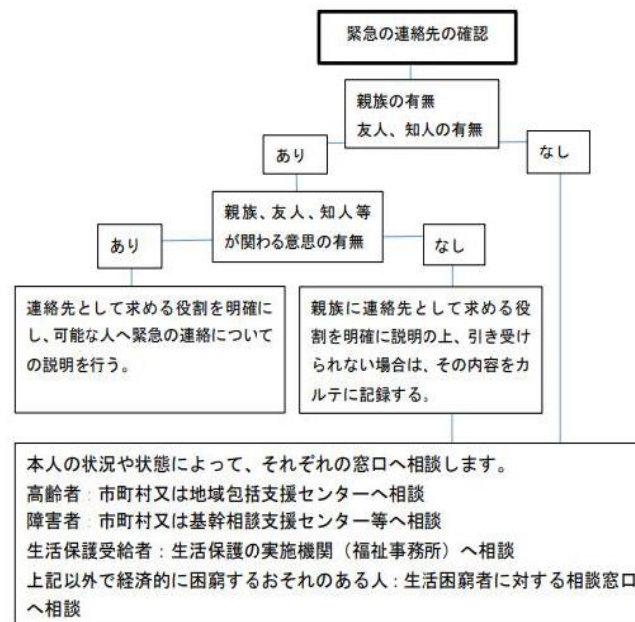
②入院計画書に関すること

本人が理解できるようわかりやすく説明を行います。家族、ケアマネジャー、相談支援専門員や友人・知人など、本人の身の回りの方で、本人の入院診療についての説明に同席を希望する人がいる場合は本人の意向を確認した上で、情報提供を行います。¹⁸

(3) 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合

①緊急の連絡先に関すること

下記のフローチャートを参考に親族や友人知人の有無等を確認し、本人の意向を確認した上で、緊急連絡先となれる人がいるかを確認します。



地域包括支援センター等が介護予防の事業や民生委員等からの情報で本人の暮らしを把握していることもあります。本人と相談の上、地域包括支援センターや市町村と連絡を取ります。

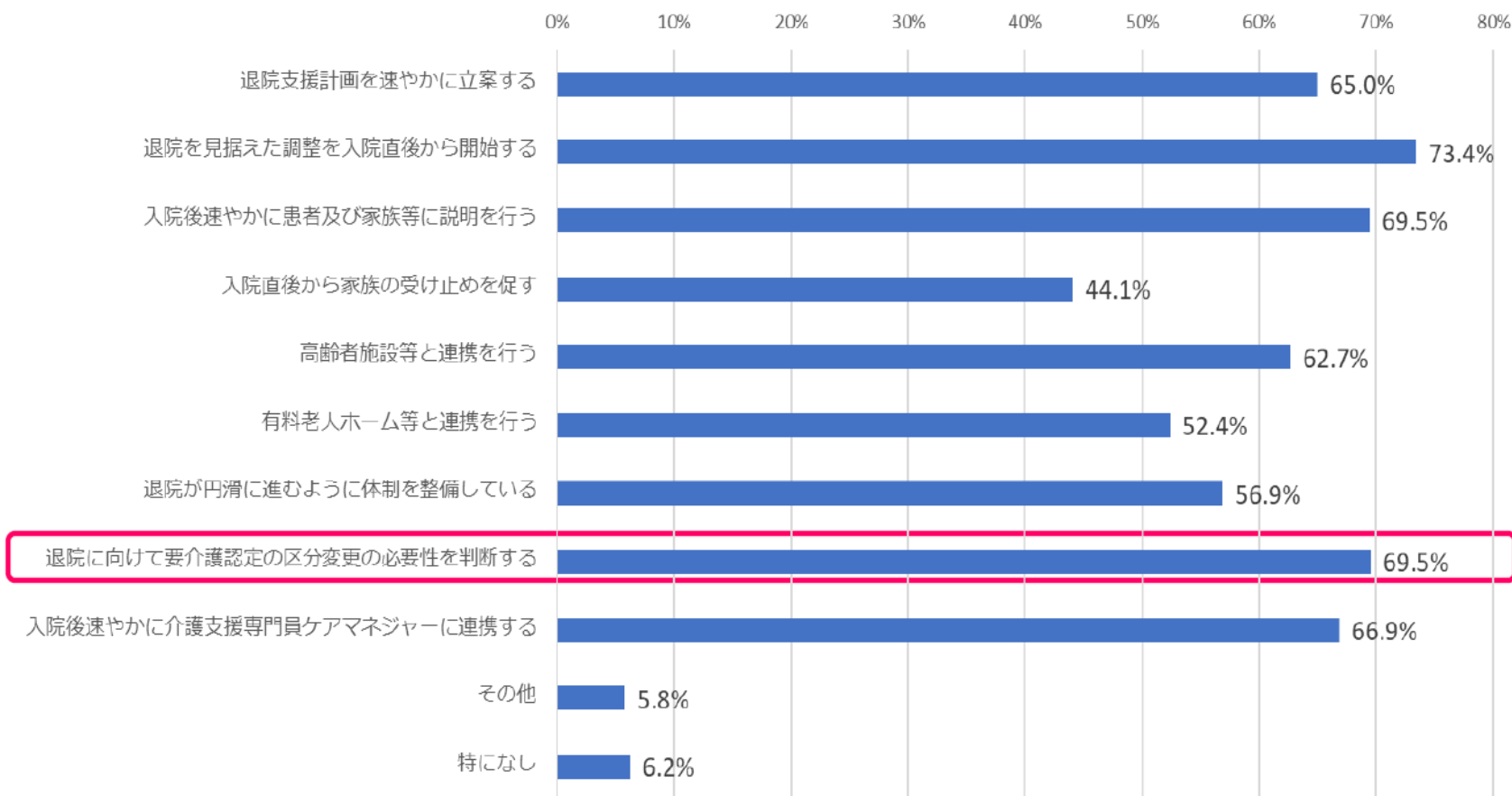
本人が、緊急の連絡先やかかりつけ医などを予め記載した書類等を救急搬送時に持ってきている場合があります。救急要請から搬送までの経過を救急隊員より聞き取りをして、本人が予め記載した書類や搬送前に立ち会った人などから情報を得ます。

退院先の確保を行うために工夫している取組（全入院料）

診調組 入-1
7. 8. 28

- 退院先の確保を行うために工夫している取組として、「退院を見据えた調整を入院直後から開始する」は73.4%、「入院後速やかに患者及び家族などに説明を行う」は69.5%、「退院に向けた要介護認定の区分変更の必要性を判断する」は69.5%であった。

退院先の確保を行うために工夫している取組（n=3,125）



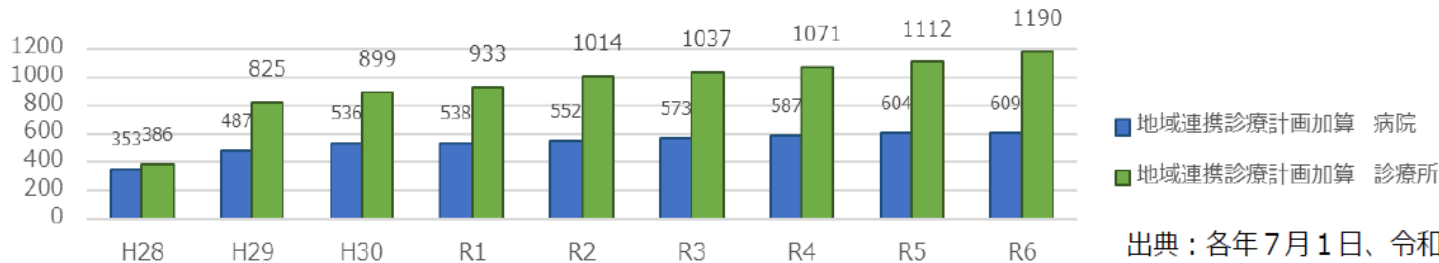
- 地域連携診療計画加算届出施設は微増しており、算定回数はほぼ横ばいである。

地域連携診療計画加算

- ▶ 地域連携診療計画は、**疾患ごとに作成され**、一連の治療を担う複数の保険医療機関、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、施設サービス事業者、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（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者（以下「指定特定相談支援事業者」という。）、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定障害児相談支援事業者」という。）等（以下この項において「連携保険医療機関等」という。）との間であらかじめ共有して活用されるものであり、**病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものであること。**
- ▶ また、地域連携診療計画は、患者の状態等により、異なる連携が行われることが想定されることから、あらかじめ複数の地域連携診療計画を作成しておき、患者の状態等に応じて最も適切な地域連携診療計画を選択することは差し支えない。

■ 地域連携診療計画加算の届出状況の推移

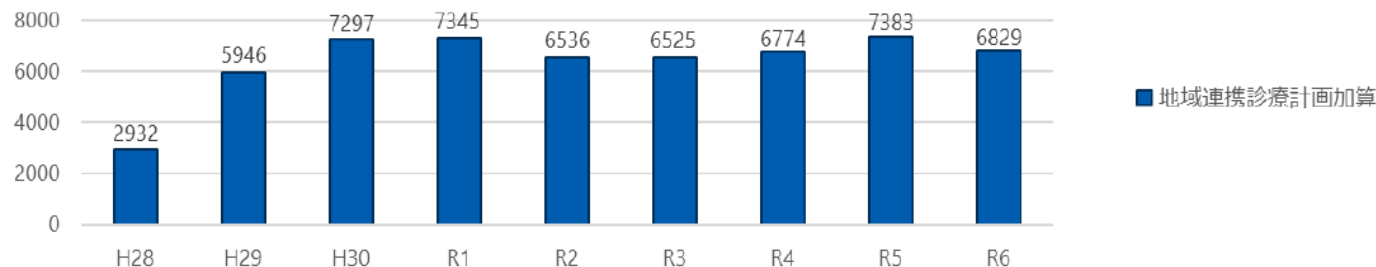
地域連携診療計画加算届出施設数



出典：各年7月1日、令和6年は8月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

■ 地域連携診療計画加算の算定状況の推移

地域連携診療計画加算（算定回数）



出典：社会医療診療行為別統計（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

地域連携診療計画加算について

- 入退院支援加算の注加算である地域連携診療計画加算を算定する場合には、情報提供時に合わせて提供する検査結果・画像情報に係る退院時診療状況添付加算及び検査・画像情報提供加算の併算定が不可となっており、検査結果・画像情報に係る加算が算定できない。
- 地域において、適切に必要な情報が連携され、質のよい診療が継続されることを促進するために、情報提供時に患者の検査・画像情報の提供が適切に提供される必要がある。

目的	診療情報提供料	地域連携診療計画加算
入退院支援	入退院支援加算 1 700点/1,300点	入退院支援加算 1 700点/1,300点
情報提供	診療情報提供料 1 250点	地域連携診療計画加算 300点
検査結果・画像情報など提供	退院時診療状況添付加算200点 又は 検査・画像情報提供加算200点	加算等無し

入退院支援ルールを活用による地域連携の促進

- 市町村が実施する在宅医療介護連携推進事業等において、要介護・要支援の入院患者の円滑な入退院の実現に向けて、
 - 入院や退院予定日が決まった際に、医療機関が当該患者を担当する介護支援専門員への連絡し必要事項を確認する時機
 - 退院後に必要となる介護サービスの提供に向けた手続・調整における医療機関・介護相談支援専門員との役割分担
 - 介護支援専門員が決まっていない場合における、医療機関からの相談連絡先と連絡の時機
- や、関係者が情報共有に用いる統一的な様式（介護保険利用状況、療養生活上の課題等）等について、地域であらかじめ標準的なルール（入退院支援ルール）を定める取り組みが進められている。

在宅医療・介護連携に関する関係市町村連携に対する支援

市町村をまたがる入退院時の連携等

地域の実情に応じて、都道府県と都道府県医師会が密接に連携し、保健所等活用しつつ、**入退院に関する地域ルールの作成に全県又は複数の市町村と共同で取り組むことにより、入退院時の医療介護連携を促進する。**

地域の郡市区等医師会、入院医療機関、居宅介護支援事業所、市町村等による協議を通じて、**医療機関と介護支援専門員等との間の入院中の患者の支援における役割分担や情報共有のルールを作成・運用**することにより、介護支援専門員からの入院時情報提供割合の増加、退院時の医療機関から介護支援専門員への退院調整の連携割合の増加を図る等の取組が検討される。

県全域への入退院支援ルールの普及促進(福井県)

主な取組内容

■調整の流れ

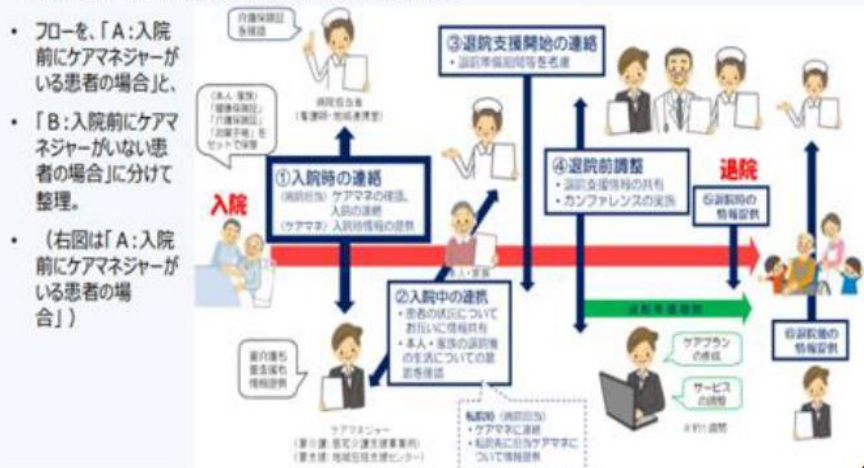
・全県統一の入退院支援ルールの必要性について、関係者間で次の流れを調整・議論した。

- ① 県と県医師会が連携し、入退院時の支援ルール作成に向け取り組むことを確認。
- ② 全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。
- ③ 県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。

医療機関、介護支援専門員、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、入退院支援ルールについての意見のとりまとめを実施。その中で、市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

■福井県入退院支援ルールの策定

- ・ルールの適用範囲を全県とすることし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議及び県医療審議会において全県統一のルールを策定した。



- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う一般病棟での面会制限に伴う影響が生じているという報告がある。

新型コロナウイルス感染症の拡大やそれに伴う一般病棟での面会制限によって、家族に対する看護師の関わりにどのような困難が生じているか、また、その困難にどのような対応をしているか

結果：

看護師が家族に関わる際に抱く困難の内容

- 《非対面で家族とコミュニケーションを取ることが難しい》
- 《患者と家族の関係性を把握できない》
- 《患者の状況や家族の思いを家族と看護師で共有することが難しい》
- 《患者や家族の状況、家族の意向を踏まえたうえで治療や退院支援を進めることが難しい》

困難への対応として

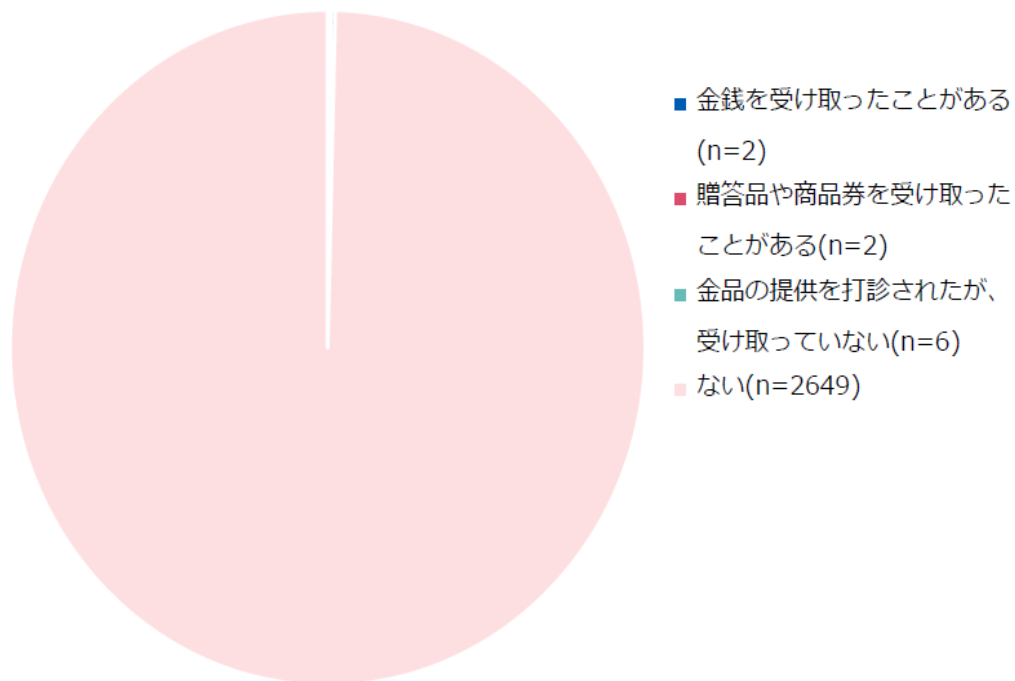
- 《限られた接触の機会に家族と効率的にコミュニケーションをとる工夫をする》
- 《家族へ意識的に目を向け、働きかける》
- 《患者と家族が双方のことを思い浮かべるような関わりをする》

患者と家族の関係性の把握、家族の思いを共有することが難しく、
患者や家族の状況、家族の意向を踏まえた退院支援を進めることが難しい状況が生じていた。

- 高齢者施設への患者紹介に係る金銭等の授受の状況については、以下のとおり。
- 一部の医療機関において、授受や打診を受けたことがある。

高齢者施設への患者紹介に係る金銭等の授受の状況

(n=2659)



金銭、贈答品又は商品券を受け取った事がある場合、その提供元(n=8)(複数選択可) (件)

01_介護医療院	0
02_介護老人保健施設	2
03_特別養護老人ホーム	2
04_養護老人ホーム	1
05_軽費老人ホーム	0
06_特定施設入居生活介護 (04, 05を除く)	0
07_認知症グループホーム	1
08_有料老人ホーム (06を除く)	2
09_サービス付き高齢者向け住宅 (06, 08を除く)	4
10_障害者支援施設	0
11_その他	1

入退院支援に係る課題と論点③

【論点】

- 高齢者が多く入院するような地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟では、「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」等、特に人手や時間を要する患者の割合が多いことを踏まえ、こうした病棟における入退院支援の評価についてどのように考えるか。
- 入退院支援加算と精神科入退院支援加算の両方を届け出た場合、入退院支援部門に配置が求められる専従職員が、同一の入退院支援部門で双方の業務を兼ねることについてどのように考えるか。
- 入退院支援加算の「退院困難な要因」に、「患者の生活や意思決定を支援する親族がいない場合」を加えることや、「要介護／要支援状態であるとの疑いがあるが要介護／要支援認定が未申請である場合」に準じて「要介護認定の区分変更申請が必要と判断される場合」を加えることについてどのように考えるか。
- 地域連携診療計画加算について、検査・画像情報を添付して情報提供した場合の評価についてどのように考えるか。
- 要介護・要支援者の円滑な入退院の実現に向けて、市町村が実施する在宅医療介護連携推進事業等による地域の医療・介護関係者の協議によって策定された「入退院支援ルール」に基づき入退院支援を行った場合の評価についてどのように考えるか。
- 面会制限が最低限に留められるよう、医療機関として適時適切に面会ルールの見直しを行うことが望ましいことを入院料の通則に位置づけることについてどのように考えるか。また、患者家族の面会機会の確保が円滑な入退院支援の実現において必要であることから、入退院支援加算の要件としてこのような取組を位置づけることについてどのように考えるか。
- 患者の退院先となる介護施設等から当該医療機関が金品の授受を行っていることは患者本位の入退院支援の実現を阻害する恐れがあることから、金品を受け取っていないことを入退院支援加算の要件とすることについてどのように考えるか。

連携士のためのポイントアドバイス

- 入退院支援に関する改定ポイントは以下
- 身寄りのない人
- 区変が必要な人
- 地域連携診療計画加算で検査画像データの添付
- 面会ルール
- 介護施設からの金品授受



パート7 2026年診療報酬改定と 訪問看護





中央社会保険
中医協總會 2025年10月1日
社会保険



空木委員



奥田委員



飯塚委員

訪問看護

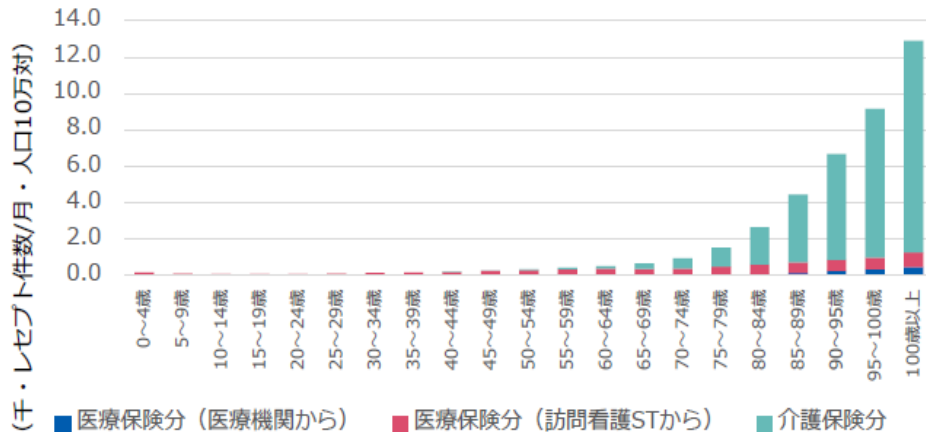
- ①訪問看護
- ②住宅型ホスピス

①訪問看護

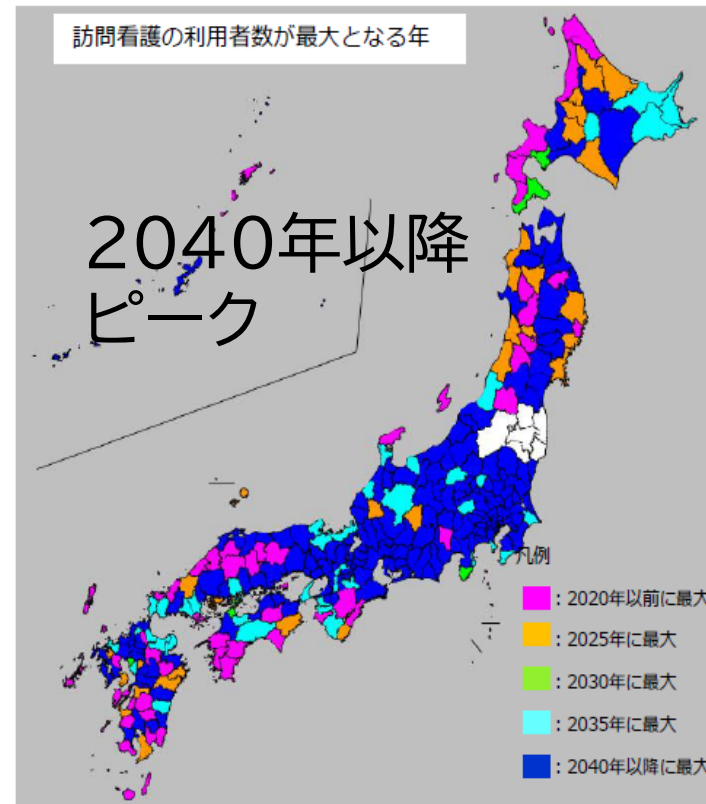
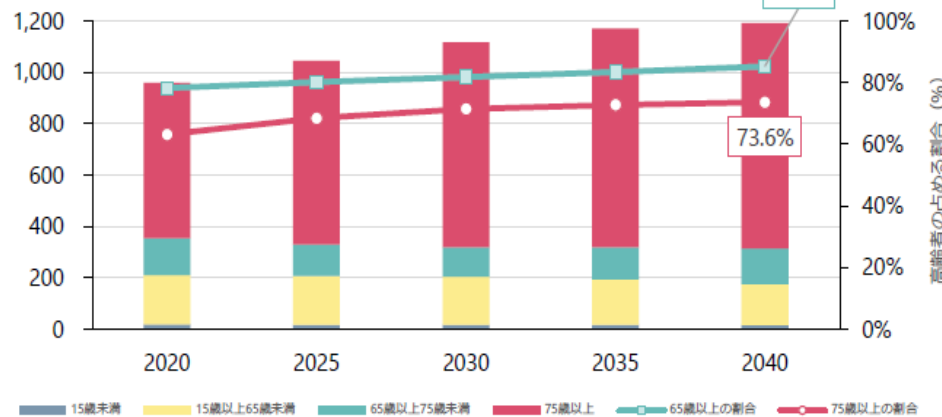
訪問看護の必要量について

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



【出典】

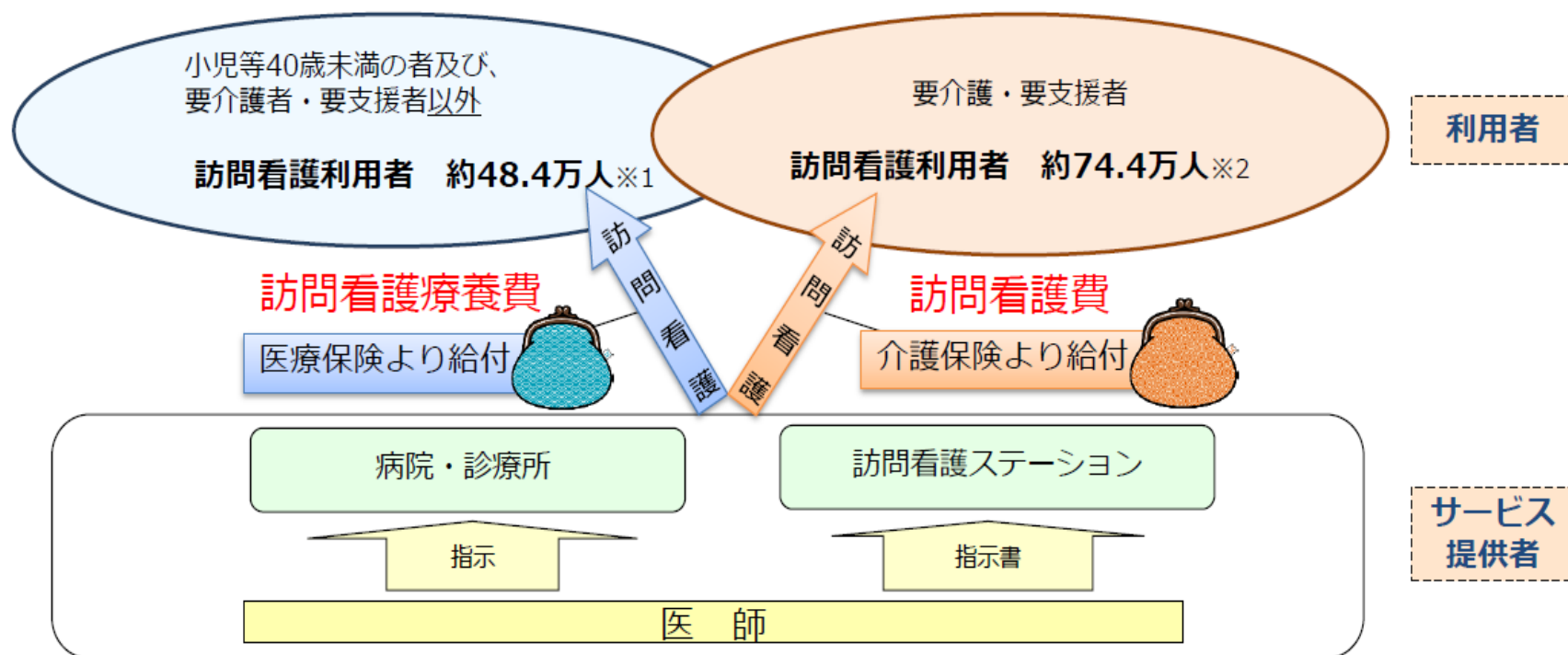
利用率：NDB、介護D8及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護D8データ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

- ※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導科、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導科及び精神科訪問看護・指導科のレセプトを集計。
- ※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
- ※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。
- ※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
- ※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

訪問看護の仕組み

- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



出典：(※1)訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和5年6月審査分より推計)

(※2)介護給付費等実態統計(令和5年6月審査分)

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

別表7は
疾患リスト

【医療保険】

小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外

(原則週3日以内)

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7※1)

特別訪問看護指示書^{注)}の交付を受けた者
有効期間：14日間 (一部、2回交付可※2)

厚生労働大臣が
定める者
(特掲診療料・
別表第8※3)

認知症以外の精神疾患

週4日以上
の訪問看護
が可能

【介護保険】

要支援者・要介護者

〔 限度基準額内で
ケアプランで定める 〕

(※1) 別表第7

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

(※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間：28日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注) 特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

(※3) 別表第8

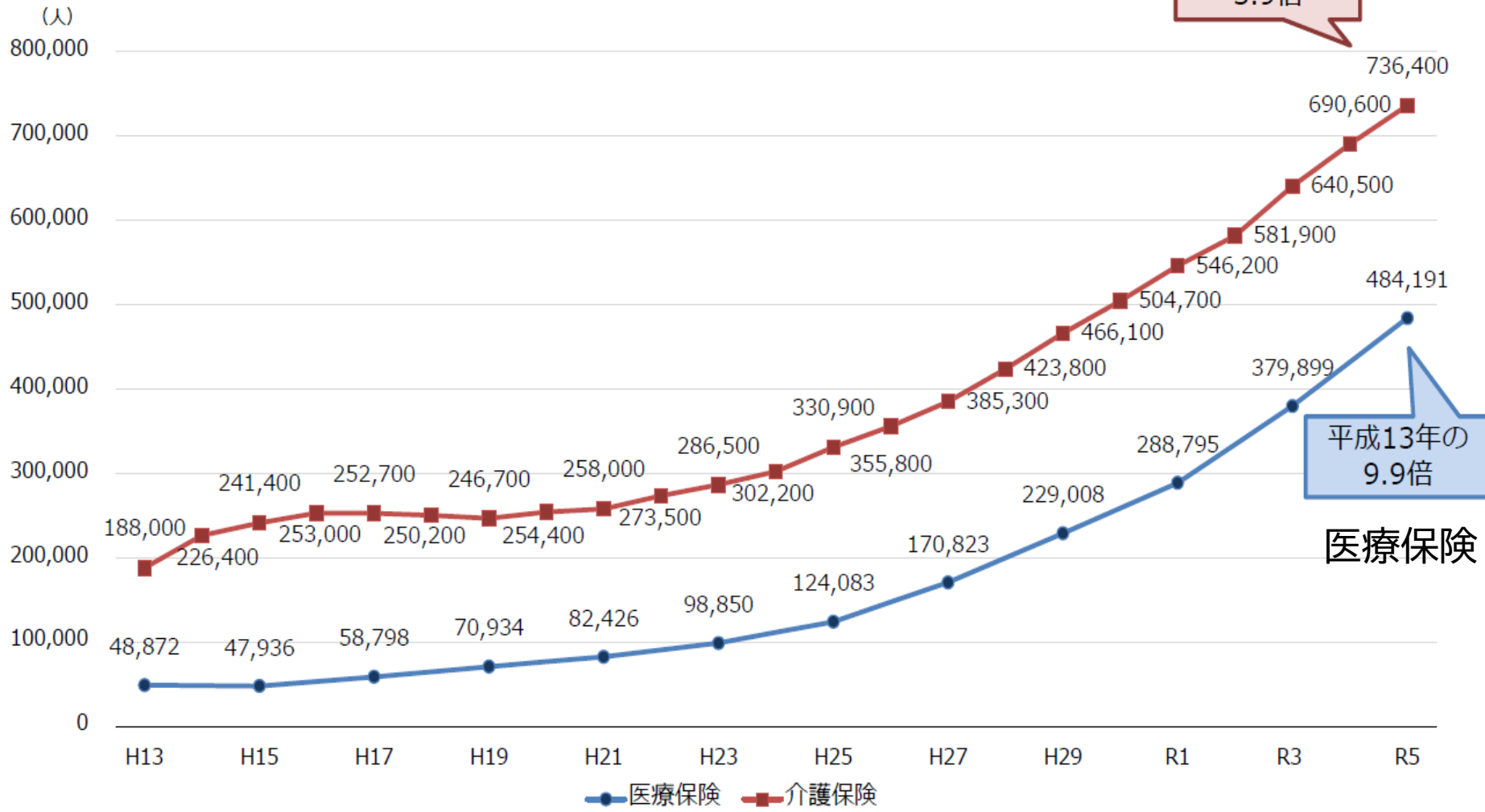
- 1 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

別表8は
処置リスト

訪問看護の利用者数の推移

○ 訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

■ 訪問看護利用者数の推移

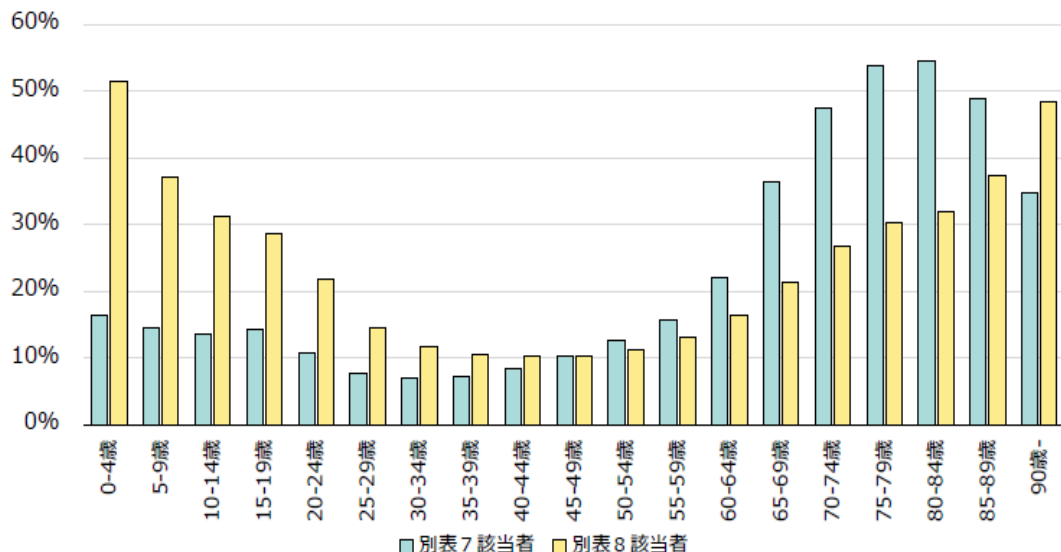


出典：訪問看護療養費実態調査(平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計(令和5年6月審査分は速報値))、介護給付費等実態統計(各年5月審査分)

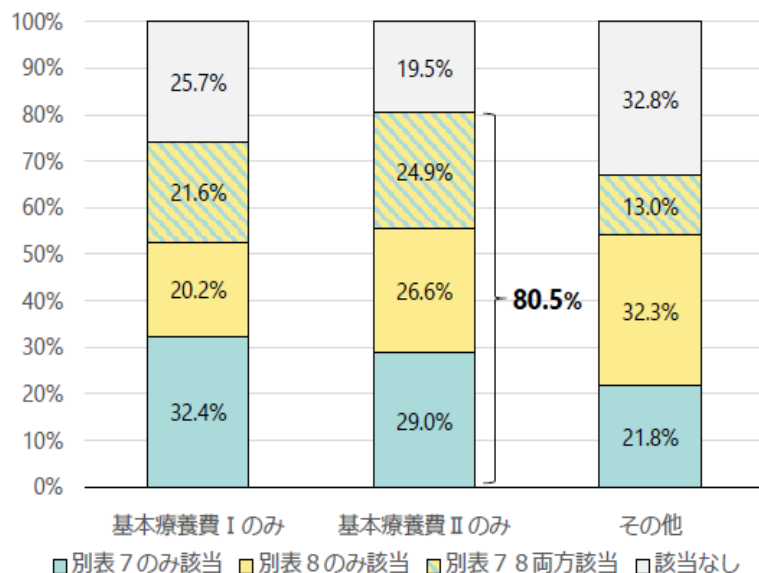
医療保険の訪問看護利用者の別表第7及び別表第8の該当状況

- 医療保険の訪問看護利用者における別表第7の該当者は70～80歳代、別表第8の該当者は小児と高齢者の割合が高い。
- 訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している利用者のうち、基本療養費（Ⅱ）のみを算定している利用者において、別表第7及び別表第8の該当割合が80.5%と高い傾向にある。

■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）算定者の該当割合



【別表第7】

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

※要介護被保険者等に関わらず医療保険での訪問看護が可能
算定日数制限なし

【別表第8】

- 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
 - 以下のいずれかを受けている状態にある者

在宅自己腹腔灌流指導管理	在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理	在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理	在宅肺高血圧症患者指導管理
 - 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
 - 真皮を超える褥瘡の状態にある者
 - 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
- ※算定日数制限なし

機能強化型訪問看護ステーションの要件等

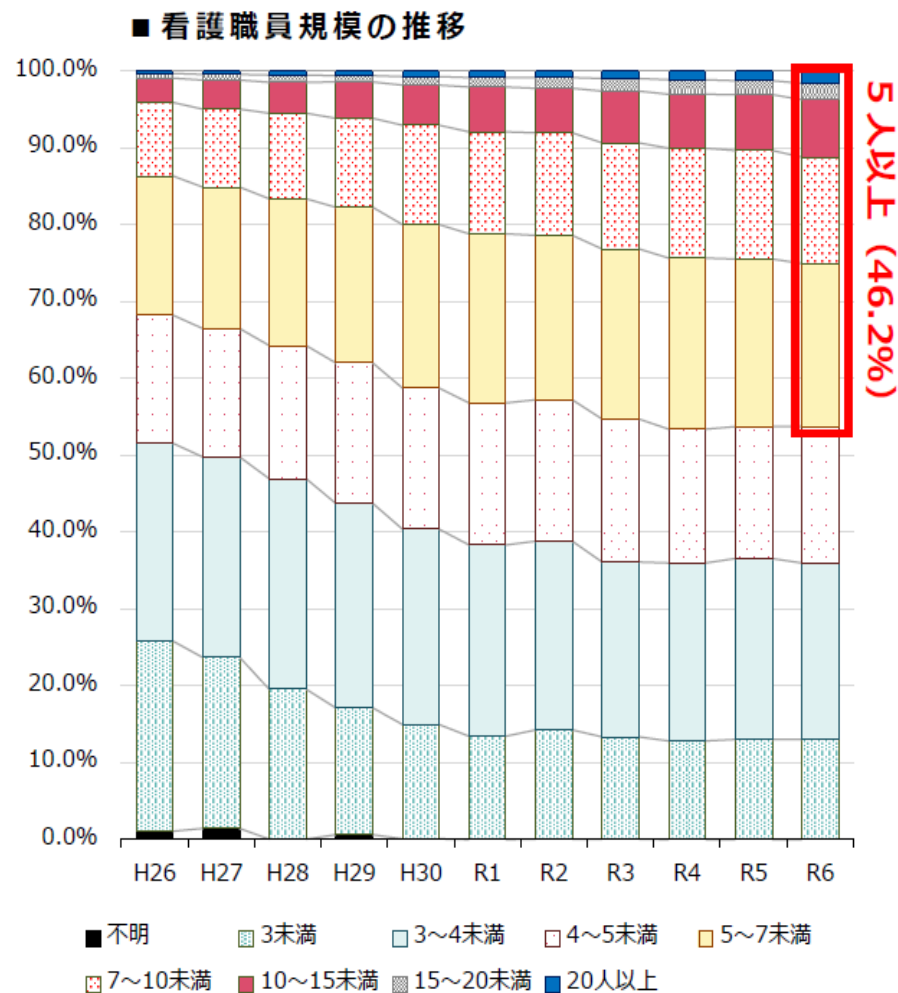
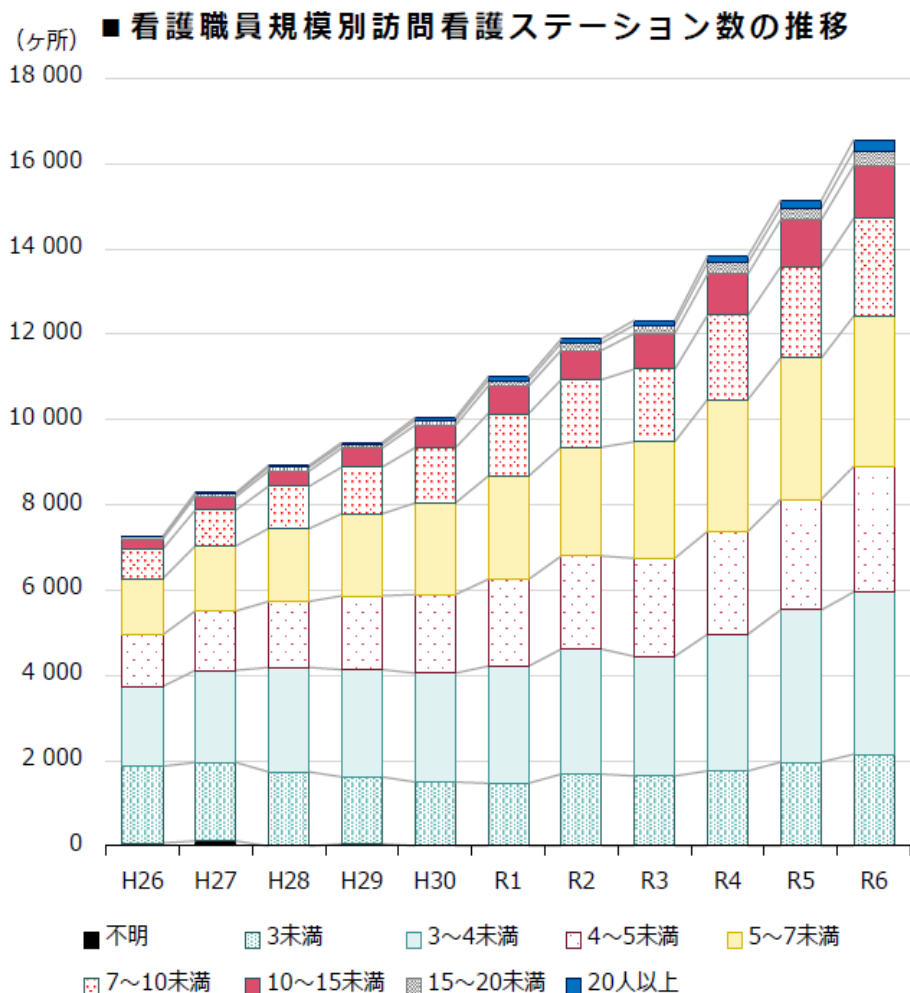


「※」は1～3で要件が異なることを示す

要件	ターミナルケアや重症児の受け入れ等を積極的にを行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
月の初日の額	13,230円	10,030円	8,700円
① 看護職員の数、割合	常勤7人以上（1人は常勤換算可） 6割以上	常勤5人以上（1人は常勤換算可） 6割以上	常勤4人以上 6割以上
② 24時間対応	24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
③ 重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上/月	別表第7に該当する利用者数 7人以上/月	・別表7、別表8に該当する利用者又は精神科重症患者 ・複数の訪看STが共同している利用者 上記のいずれかの利用者数 10人以上/月
④ ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①前年度20件以上 ②前年度15件以上、常時4人以上 ③常時6人以上	①前年度15件以上 ②前年度10件以上、常時3人 ③常時5人	
⑤ 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 (計画作成が必要な利用者の1割程度の計画作成)			
⑥ 地域における人材育成等	人材育成のための研修等の実施 地域の医療機関、訪看ST、住民等に対する情報提供又は相談の実績		・医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上/年 ・地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
⑦ 医療機関との共同			・⑥'の医療機関以外の医療機関との退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上 (同一敷地内に医療機関が設置されている場合に限り)
⑧ 専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師の配置（望ましい）	

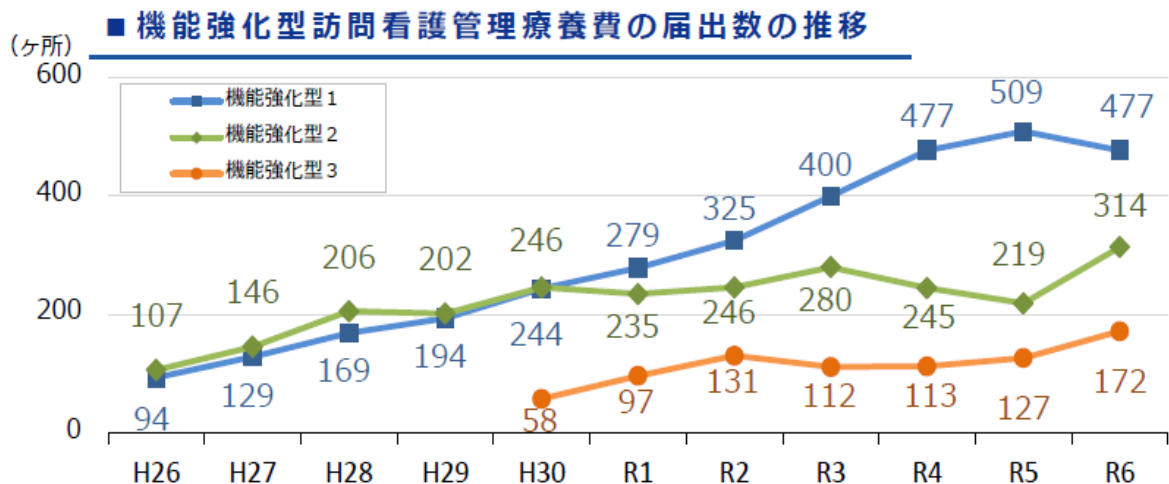
看護職員の規模別の訪問看護ステーション数の推移

○ 看護職員規模（常勤換算）別の訪問看護ステーション数の割合については、令和6年では5人以上の訪問看護ステーションの割合が46.2%となっている。



機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和6年8月時点で機能強化型1が477事業所、機能強化型2が314事業所、機能強化型3が172事業所である。

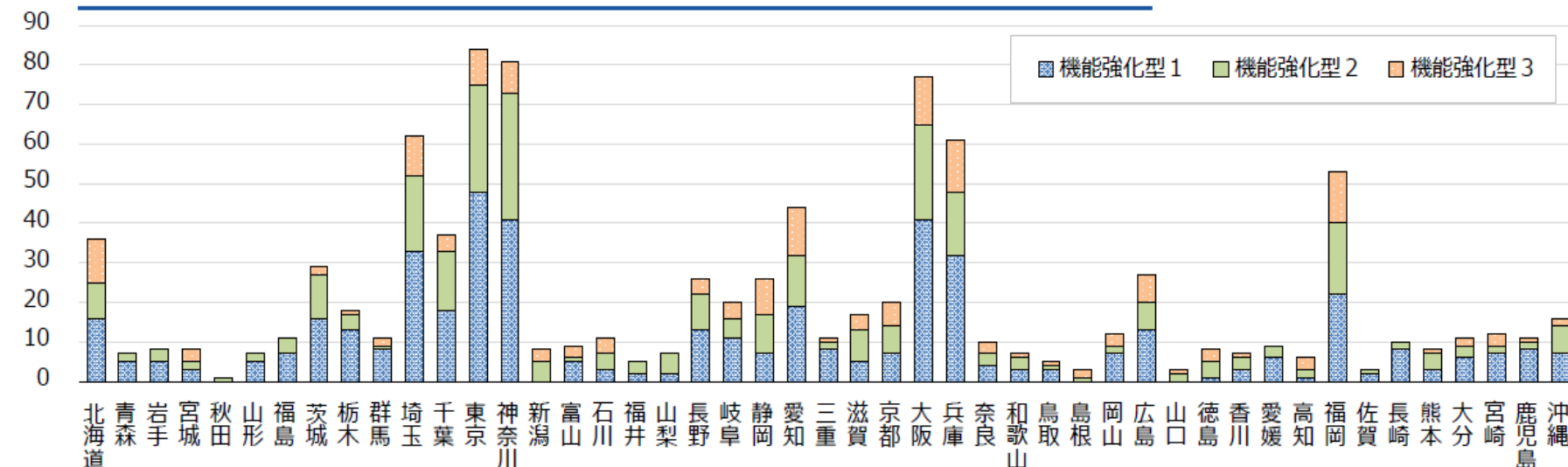


(令和6年8月時点)

機能強化型 訪問看護管理療養費1	477
機能強化型 訪問看護管理療養費2	314
機能強化型 訪問看護管理療養費3	172
計	963

5.6%

■ 都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数 (令和6年8月時点)



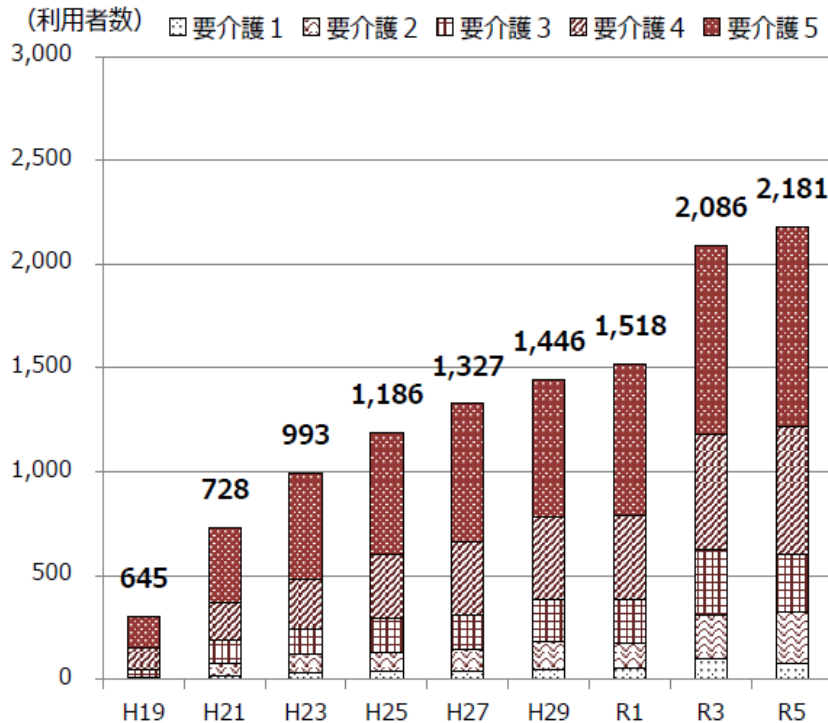
出典：保険局医療課調べ (各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点)

訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者数

中医協 総-2
5.10.20改

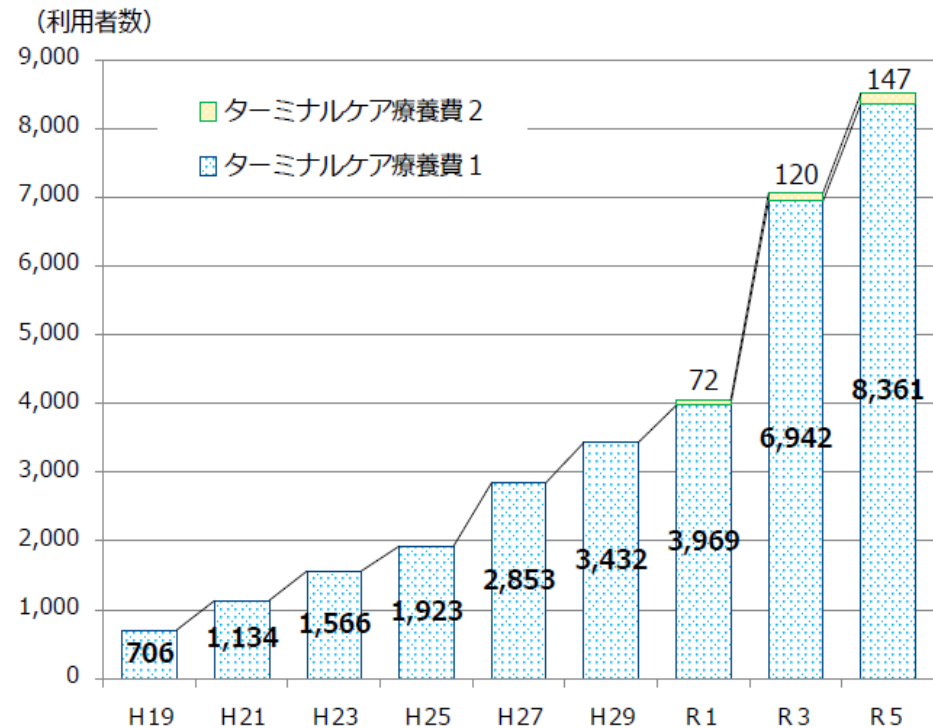
○ 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年は特に増加し、令和5年も継続的に増加している。

■ ターミナルケア加算（介護保険）の算定数※



※病院・診療所の訪問看護事業所の算定数を含む

■ 訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）の算定数



※H30年度改定で訪問看護ターミナルケア療養費2を新設

ターミナルケア加算・訪問看護ターミナル療養費

在宅で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に加算する。

出典：(左図)介護給付費等実態統計(各年4月審査分 特別集計)

(右図)訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計)

②住宅型ホスピス

「かあさんの家」から始まった

ホーム
ホスピス



があさんの家

ホームホスピス宮崎

- ホームホスピス宮崎は、2000年4月にNPO法人となり、2001年12月に宮崎市内宮崎郡医師会、病院に緩和ケア棟が開設されて、地域のかかりたいと思えばいつでも帰れる街」となった。となった。
- しかし、数年後に、緩和ケア棟の医師から「地域で往診しにくる医師や看護士もいるが、自宅で見守れない人の居場所はありますか？」と相談があった。
- 市原美穂さんは、「家に帰れなければ、もう一つの家に住んでいただく、24時間生活をサポートしながら在宅ホスピスを借りたホームホスピス「かあさんの家・曾師（そし）」を作った。
- これが2004年6月のことで、この「かあさんの家・曾師」が全国で初めてのホームホスピスとなった。

ホームホスピス協会

- 市原美穂さんは、もともとはご主人が経営するいちほら医院の事務長だった。
- 2015年に、「かあさんの家」を創設した市原美穂さんらが中心となり、全国ホームホスピス協会を設立。

一般社団法人全国ホームホスピス協会理事長市原美穂



！ホスピス型住宅の仕組み



ホスピス型住宅とは？

- ホスピス型住宅とは、末期がんや神経難病などの方を専門に受け入れる住宅型老人ホーム。
- 公的な制度ではないが、ホスピス型住宅、ホスピスホーム、医療対応型住宅、医療特化型住宅など、運営者によって呼び方はさまざま。
- 一般的に住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の同居者に対して、同法人が運営する訪問看護事業所や訪問介護事業所からサービスを提供するという形態をとる。
- さらに、近隣の提携する在宅医療機関から定期・随時訪問、緊急対応などのバックアップを受けられること、医療依存度の高い方の受け入れを可能にしている。

(参考)緩和ケア病棟とホスピス型住宅のベッド数/定員数累計

(ベッド数/定員数)

---●--- 緩和ケア病棟 —●— ホスピス型住宅

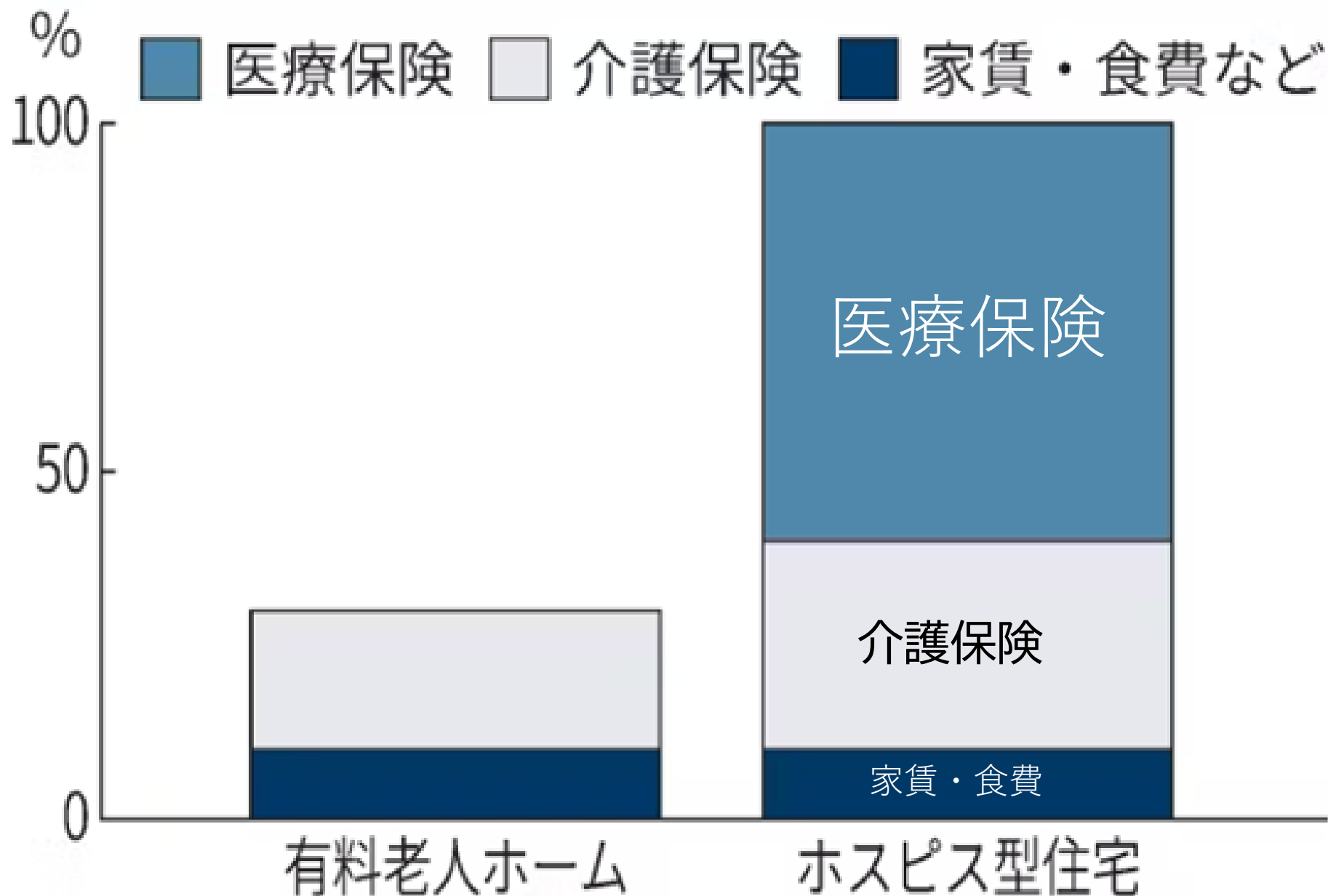


	緩和ケア病棟	ホスピス型住宅
特徴	<ul style="list-style-type: none"> 医療を重視 専門的な医療ケアやリハビリを受けられる病床があることが特徴 	<ul style="list-style-type: none"> 自分らしい生活を重視 がんや難病のケアを受けながら、「自分らしい生活」に重点を置いた住宅型施設
滞在期間	<ul style="list-style-type: none"> 症状が安定すると退院を促されるケースが多い 	<ul style="list-style-type: none"> 入居期間の定めがない
医療設備	<ul style="list-style-type: none"> 医療設備が充実している 	<ul style="list-style-type: none"> 病院のような医療設備はなし。普段使っている医療機器を持ち込むことは可能
医師の常駐	<ul style="list-style-type: none"> 常駐している。患者48名に対して1名の医師が配置 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療で月2回の診療が目安。緊急時は24時間往診対応可能
居室のプライベート空間	<ul style="list-style-type: none"> 個室または複数人で過ごす相部屋もある 	<ul style="list-style-type: none"> 個室が基本。家具や私物の持ち込みOK
家族や友人との面会	<ul style="list-style-type: none"> 病院の方針によってさまざま 	<ul style="list-style-type: none"> 原則、面会制限は設けず予約による夜間の面会も可能
外出や外泊の自由度	<ul style="list-style-type: none"> 外出や外泊の制限は厳しめ 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の付き添いや医師との相談のもと、外出や外泊がしやすい

ホスピス型住宅の月額費用

項目	相場（月額）
家賃・管理費	約10万～20万円
生活支援費（食費・家事支援等）	約5万～10万円
医療・介護サービス費用（訪問診療・往診等）	約5万～15万円
月額目安（合計）	約20万～40万円／月（平均約19.7万円）

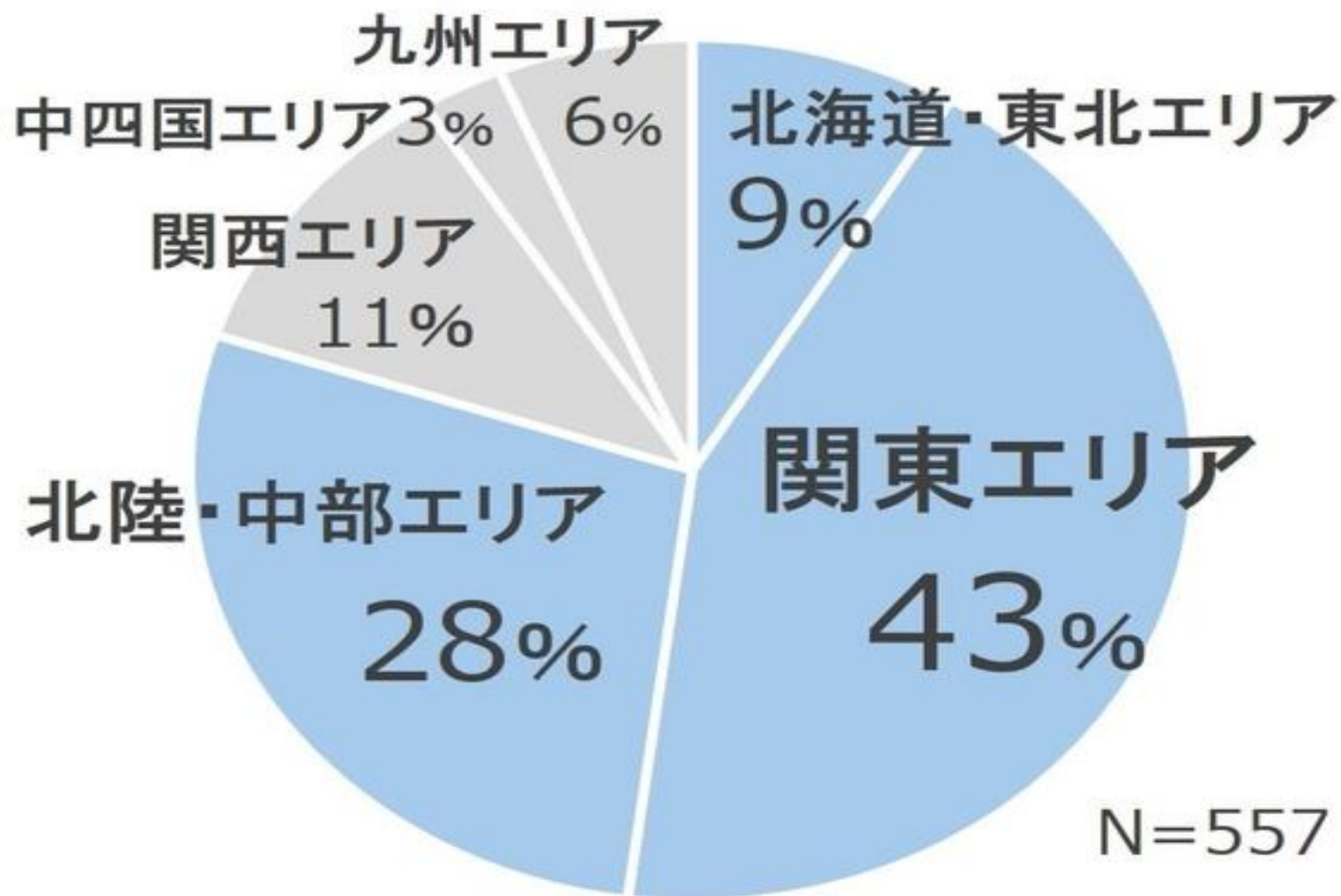
主な売り上げ構成の違い



(表1) 主に「がん末期患者や難病患者向け」ホームの
大手事業者(ホーム数)

	運営会社	ホーム数(前回)
1	株式会社アンビス	128(101)
2	株式会社スタッフシュウエイ	57(40)
3	ファミリー・ホスピス株式会社	56(45)
4	株式会社サンウェルズ	55(44)
5	株式会社シーユーシー・ホスピス	34(24)

(図2)ホスピス型住宅の開設エリア傾向



③ホスピス型住宅の課題

頻回な訪問看護

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

別表7は
疾患リスト

【医療保険】

小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外

(原則週3日以内)

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7※1)

特別訪問看護指示書^{注)}の交付を受けた者
有効期間：14日間 (一部、2回交付可※2)

厚生労働大臣が
定める者
(特掲診療料・
別表第8※3)

認知症以外の精神疾患

週4日以上
の訪問看護
が可能

【介護保険】

要支援者・要介護者

〔 限度基準額内で
ケアプランで定める 〕

(※1) 別表第7

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

(※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間：28日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注) 特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

(※3) 別表第8

- 1 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

別表8は
処置リスト

同一建物居住者に対する訪問看護

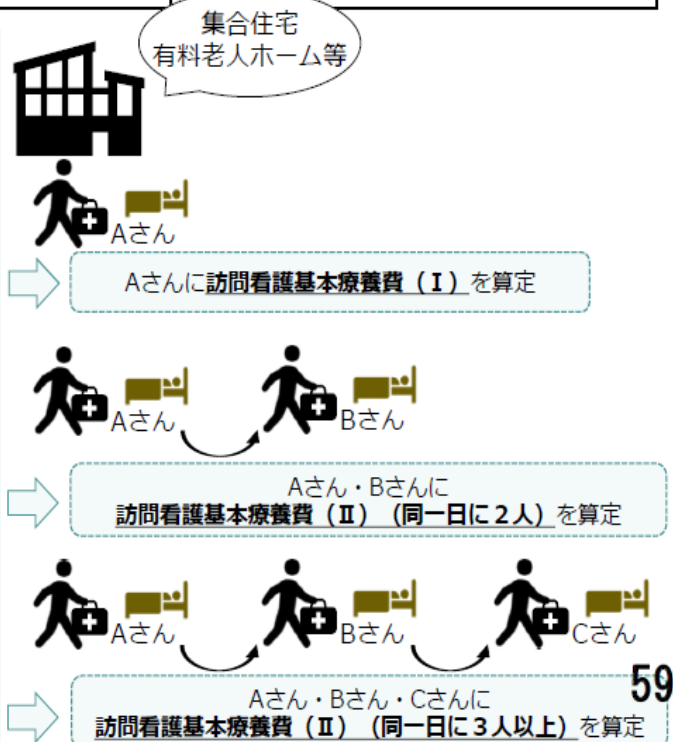
- 同一日に同一建物に居住する3人以上の利用者に対して訪問看護を実施する場合は、同一日に2人以下のときよりも低い額を算定することとしている（訪問看護基本療養費（Ⅱ））。

	訪問看護基本療養費（Ⅰ）	訪問看護基本療養費（Ⅱ）	
		同一日に2人	同一日に3人以上
保健師、助産師、看護師	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで <u>2,780円</u> 週4日目以降 <u>3,280円</u>
准看護師	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで <u>2,530円</u> 週4日目以降 <u>3,030円</u>
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	日数によらず 5,550円	日数によらず 5,550円	日数によらず <u>2,780円</u>

<同一建物居住者の考え方>

- 当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。
- 建築基準法第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の利用者のことをいい、具体的には、
- ア 以下に入居・入所している複数の利用者
- ・養護老人ホーム
 - ・特別養護老人ホーム
 - ・軽費老人ホーム
 - ・有料老人ホーム
 - ・マンションなどの集合住宅 等
- イ 以下のサービスを受けている複数の利用者
- ・短期入所生活介護
 - ・小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス）
 - ・認知症対応型共同生活介護
 - ・介護予防短期入所生活介護
 - ・介護予防小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス）
 - ・介護予防認知症対応型共同生活介護 等

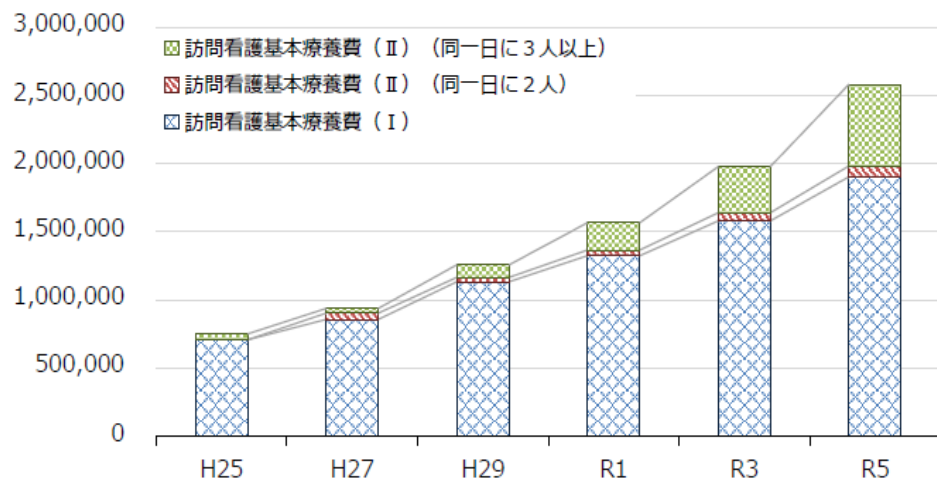
- ※ 精神科訪問看護基本療養費、精神科訪問看護・指導料についても同様の考え方。
- ※ 在宅患者訪問看護・指導料においては、同一建物居住者訪問看護・指導料として同様の考え方。



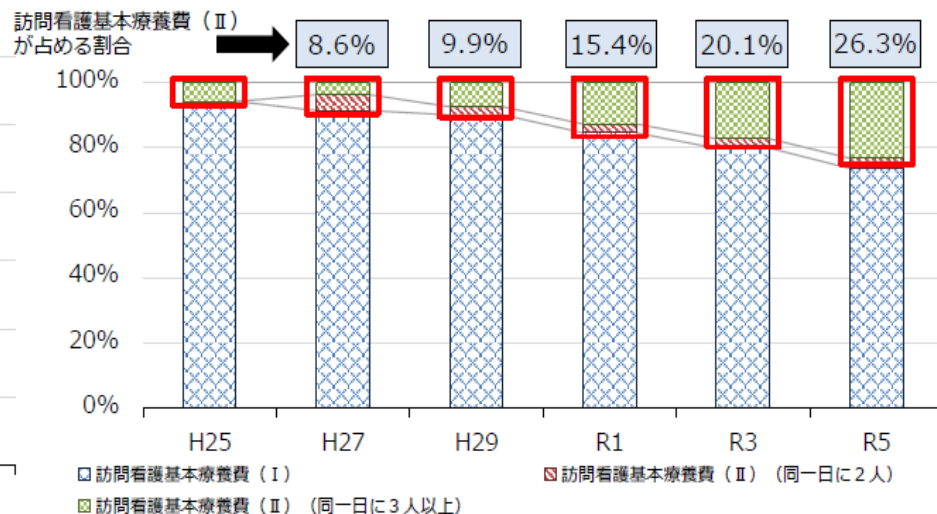
同一建物居住者への訪問看護の状況

○ 同一建物居住者に対する訪問看護については、算定回数・算定割合ともに増加傾向。

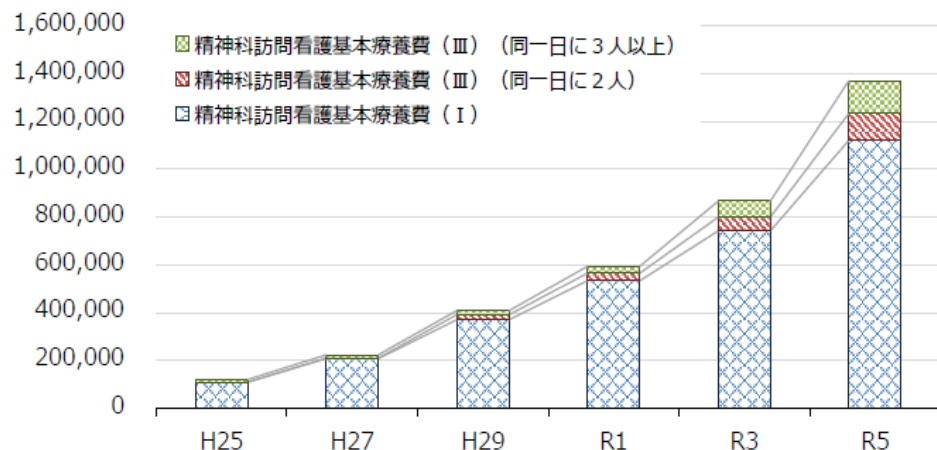
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定回数の推移



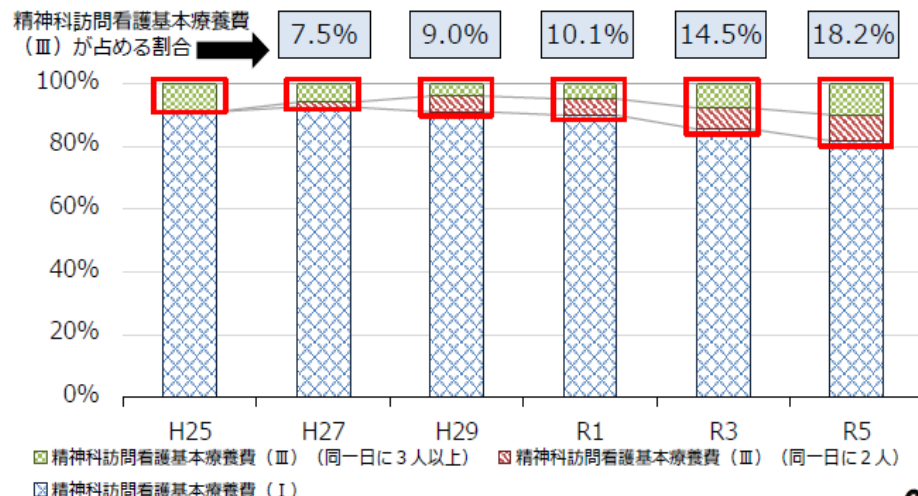
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合の推移



■ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）の算定回数の推移



■ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）の算定割合の推移

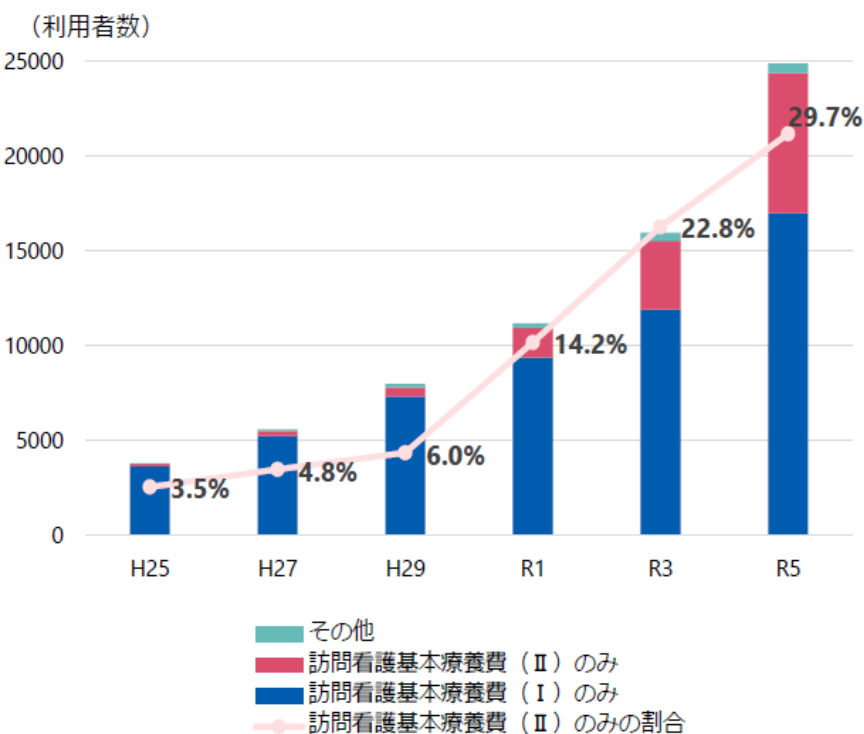


出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計（令和5年6月審査分は速報値））

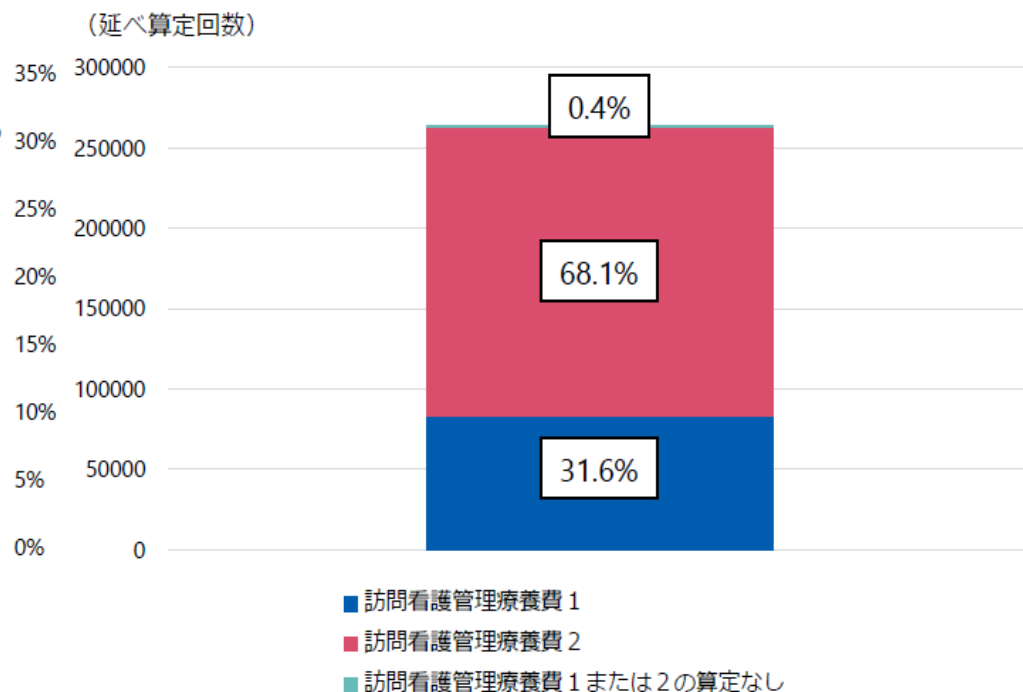
加算の算定状況：複数名訪問看護加算

- 複数名訪問看護加算を算定している利用者のうち、訪問看護基本療養費（Ⅱ）のみを算定している利用者の割合は増加傾向。
- 複数名訪問看護加算の延べ算定回数について、訪問看護管理療養費（月の2日目以降の訪問の場合）の種別にみると、訪問看護管理療養費2が占める割合は68.1%である。

■ 訪問看護基本療養費別の複数名訪問看護加算算定状況



■ 訪問看護管理療養費種別（月の2日目以降の訪問の場合）の複数名訪問看護加算算定状況



出典：（左図）訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計）

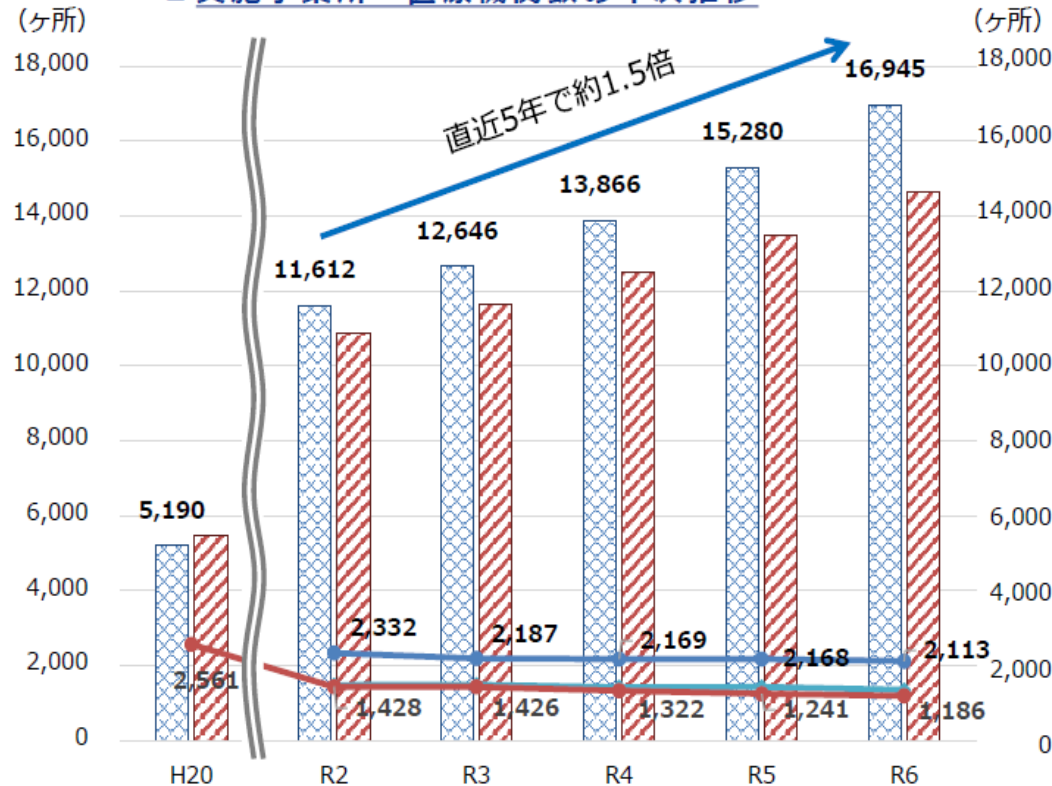
（右図）NDBデータをもとに保険局医療課にて作成（令和7年3月実施分）

※令和7年3月時点の訪問看護療養費のオンライン請求の割合は、レセプト件数ベースで86.4%（出典：社会保険診療報酬支払基金「レセプト請求形態別の請求状況」）

訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

- 訪問看護事業所の数は、近年増加しており請求事業所数は約1万7千事業所となっている。一方、訪問看護を行う病院・診療所は減少傾向である。
- 法人種別では、医療法人と営利法人が多く、営利法人の事業所の増加が著しい。

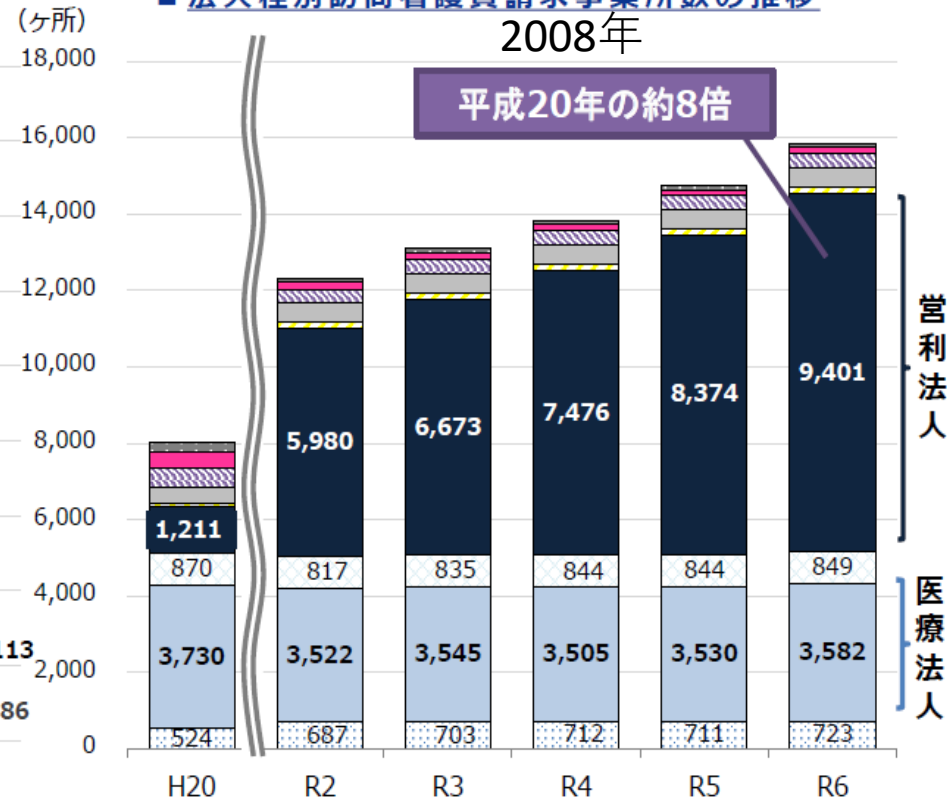
■ 実施事業所・医療機関数の年次推移



■ 医療保険の訪問看護を行う訪問看護ステーション (訪問看護療養費)
■ 介護保険の訪問看護を行う訪問看護ステーション (訪問看護費)
— 医療保険の訪問看護を行う病院 (診療報酬)
— 医療保険の訪問看護を行う診療所 (診療報酬)
— 介護保険の訪問看護を行う病院又は診療所 (訪問看護費)

※ 医療保険の訪問看護を行う病院又は診療所は、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

■ 法人種別訪問看護費請求事業所数の推移



■ 医療法人
■ 営利法人
■ 社会福祉法人
■ 社団・財団
■ 非営利法人(NPO)
■ 地方公共団体
■ 非法人
■ その他私法人 (宗教法人、学校法人等)
■ その他公的法人 (独立行政法人、特殊法人等)

(左図) 医療費の動向調査の概算医療費データベース (各年5月審査分)、NDBデータより保険局医療課にて作成 (各年5月診療分)、介護給付費等実態統計 (各年4月審査分)

(右図) 介護給付費等実態統計より老健局老人保健課にて作成 (各年4月審査分)

高齢者住まい等に併設する訪問看護ステーションを運営する事業者の利益率の例

- 介護保険の訪問看護の収支差率（令和4年度税引前収支差率）は5.9%（営利法人は7.1%、社会福祉法人（社協以外）は6.0%、医療法人は5.0%）。
- 一方、高齢者住まい等に併設する訪問看護ステーションを運営する事業者の例では、営業利益率が高い事業者においては20%を超える例がある。

■ 高齢者住まいに併設する訪問看護ステーションを運営する事業者の営業利益率例

A社	R4/9期	R5/9期	R6/9期
	26.6%	27.0%	25.0%

B社	R4/12期	R5/12期	R6/12期
	12.2%	13.0%	10.6%

C社	R4/3期	R5/3期	R6/3期
	3.0%	7.2%	11.3%

出典：各社IR資料
 ※訪問看護事業所以外の事業を含む数値であることに留意が必要

■ 介護保険の訪問看護の収支差率

第50表 訪問看護 1施設・事業所当たり収支額、収支等の科目、経営主体別

		社会福祉法人(社協以外)	医療法人	営利法人	その他
		千円/月	千円/月	千円/月	千円/月
1	I 介護事業収益	2,803	2,739	3,258	2,915
2	(1)介護料収入	2,803	2,739	3,258	2,915
3	(2)保険外の利用料	49	32	41	126
4	(3)補助金収入 (新型コロナウイルス感染症・物価高騰の補助金収入を除く)	-	-	-	-
5	うち介護職員処遇改善支援補助金収入	-	-	-	-
6	(4)介護報酬査定減	-	-10	-1	-2
7	II 介護事業費用	2,344 82.2%	2,166 78.4%	2,295 69.6%	2,382 78.4%
8	(1)給与費	2,344 82.2%	2,166 78.4%	2,295 69.6%	2,382 78.4%
9	(2)減価償却費	21 0.7%	31 1.1%	48 1.5%	42 1.4%
10	(3)国庫補助金等特別積立金取崩額	-	-	-	-
11	(4)その他	315 11.1%	425 15.4%	716 21.7%	477 15.7%
12	うち委託費	26 0.9%	30 1.1%	40 1.2%	25 0.8%
13	III 介護事業外収益	-	-	-	-
14	(1)借入金補助金収入	-	-	-	-
15	IV 介護事業外費用	0	3	4	4
16	(1)借入金利息	-	-	-	-
17	V 特別利益	-	-	-	-
18	(1)本部費繰入	-	-	-	-
19	VI 特別損失	-	-	-	-
20	(1)本部費繰入	-	-	-	-
21	収入 ①=I+III	2,851	2,762	3,298	3,039
22	支出 ②=II+IV+VI	2,681	2,625	3,064	2,904
23	差引 ③=①-②	170 6.0%	137 5.0%	234 7.1%	135 4.5%
24	I 新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入	1	8	8	7
25	うち施設内療養に関する補助金収入	-	-	-	-
26	II 物価高騰対策関連の補助金収入	2	2	3	2
27	III イ・ロの補助金収入を含めた差引 ③'=③+I+II	174 6.1%	147 5.3%	245 7.4%	144 4.7%
28	法人税等	0 0.0%	4 0.2%	19 0.6%	6 0.2%
29	法人税等差引 ④=③'-法人税等	174 6.1%	142 5.1%	226 6.8%	138 4.5%
30	有効回答数	43	156	257	148

※ 比率は収入に対する割合である。
 ※ 各項目の数値は、決算額を12で除した値を掲載している。
 ※ 各項目の数値は、それぞれ表章単位未満で四捨五入しているため、内訳の合計が総数に一致しない場合等がある。

出典：令和5年度介護事業経営実態調査

高齢者住まい等に居住する利用者へ短時間・頻回に訪問看護を行う場合の例（看護の実施と算定例）

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

高齢者住まいに居住中の利用者であり、以下の状況を想定した場合の例

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

■1人の利用者への対応スケジュール例（1日）

	0 (時)	8	16	24
【看護の例】	巡視	食事介助 (申し送り)	家族面会対応 訪問診療 おむつ交換 食事介助	巡視
	★ 巡視 おむつ交換	★ 観察 入浴介助 カテーテル管理		★ 巡視 おむつ交換

※上記以外にナースコール対応等の断続的な対応も想定される。

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

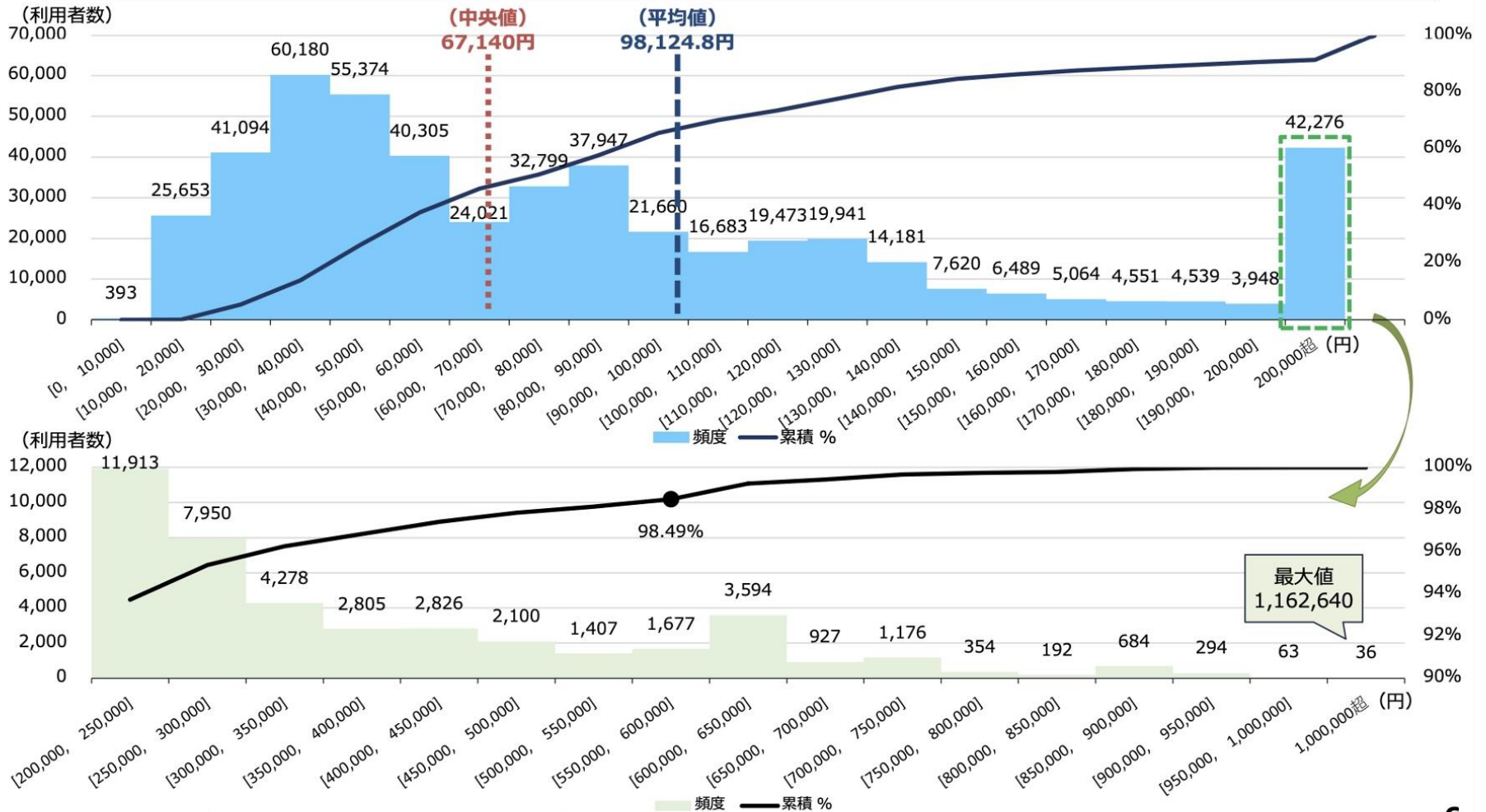
		単価 (円)	算定日数	計 (円)
訪問看護基本療養費Ⅱ	同一日に3人以上、週3日まで	2,780	14	38,920
	同一日に3人以上、週4日以上	3,280	16	52,480
難病等複数回訪問加算	1日に3回以上、同一建物内3人以上	7,200	30	216,000
複数名訪問看護加算	看×補 同一建物内3人以上（1日3回）	9,000	30	270,000
夜間・早朝訪問看護加算		2,100	30	63,000
深夜訪問看護加算		4,200	30	126,000
緊急訪問看護加算	月14日目まで	2,650	10	26,500
訪問看護管理療養費	月の初日（機能強化型以外）	7,670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

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

訪問看護利用者の1月の請求額の分布

中医協 総-2
5. 10. 20

- 訪問看護療養費(医療保険)の1人当たり1月の請求額は3万円台が最も多く、平均は98,125円であった。
- 請求額が60万円以上のものが、全体の約1%強であるが存在している。



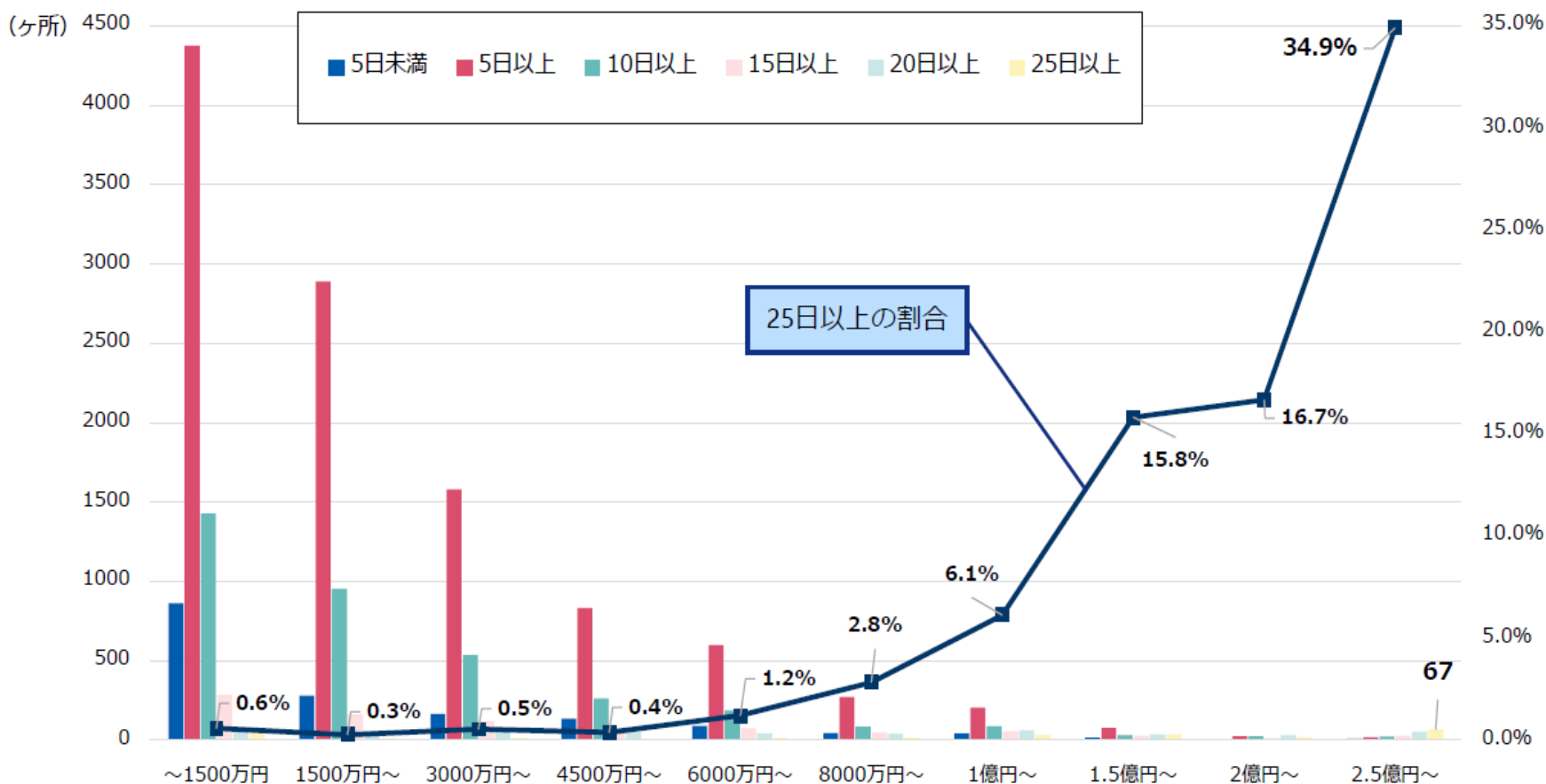
出典: 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和5年6月審査分より推計)(速報値)

レセプト1件当たり平均訪問日数の年間医療費別訪問看護ステーション数

○ 令和5年度の平均で1か月に25日を超える訪問看護を実施している訪問看護ステーションの割合は、年間医療費が1500万円未満の訪問看護ステーションは0.6%であるところ、2.5億円を超える訪問看護ステーションでは35%である。

■ レセプト1件当たり平均訪問日数の年間医療費別訪問看護ステーション数（左軸）

訪問日数25日以上の訪問ステーションの割合（右軸）（令和5年度）



出典：「医療費の動向」調査から集計（特別集計）

「取れるだけ取る」訪問看護が横行

一部のホスピス住宅での不正・
過剰な訪問看護の事例

医師の指示があった
入居者は、最大**毎日**
・**1日3回**まで訪問看護
を受けられる

ホスピス住宅

(住宅型有料老人ホーム、サービス付き
高齢者向け住宅)

入居者

末期がん、パーキンソン病、
ALSなどの要介護・要支援者



訪問看護

訪問のたびに診療報酬

併設されている訪問看護ステーションでの 不適切な事例

- 入居者の状態に関係なく、**一律に毎日・3回訪問**
- 加算報酬を得るため、不要でも**2人で訪問、深夜・早朝に訪問**
- 訪問に要した時間、訪問職員数などを実際より
多く記載した**書類を作成**

(出所)厚生労働省「訪問看護の診療報酬について」、サンウェルズの調査
報告書、取材を基に東洋経済作成

訪問看護に係る課題と論点

(頻回な訪問看護の状況等について(続き))

- 住宅型有料老人ホームにおける夜間の看護体制について、夜間も看護職員による対応が行われている割合が高い。
- 介護保険の訪問看護の収支差率(令和4年度税引前収支差率)は5.9%である一方、高齢者住まいに併設する訪問看護ステーションを運営する事業者の例では、営業利益率が高い事業者においては20%を超える例がある。
- 訪問看護療養費における加算等の評価内容について効率性における特徴を踏まえると、同一建物に居住する複数の利用者に、同一日に訪問看護を実施する場合において、より効率的に実施できるものとそれに該当しないもの等に分類できるのではないか。
- 令和7年3月の1月当たり訪問看護基本療養費の算定日数が多いほど、訪問看護指示料の令和6年度1年当たり算定回数が多い。

(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)

- 適正な手続きの確保、健康保険事業の健全な運営の確保及び経済上の利益の提供による誘引の禁止等は、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」に規定はあるが、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」にはない。利益の收受による特定の機関への「誘導の禁止」に関する規定は、訪看基準にはない。また、療養担当規則においても、現行の「誘導の禁止」規定は、保険医療機関から特定の保険薬局への誘導に対するもののみであり、例えば高齢者住まい等への誘導に対する規定はない。
- 「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」、「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」及び「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」に会計の区分に関する規定があり、他の事業との会計を区分しなければならないとしている。

【論点】

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

連携士のためのポイントアドバイス

- 訪問看護の需要増加は2040年以降まで続く
- 住宅型ホスピスの需要が急増
- 住宅型ホスピスに併設・近接して頻回な訪問看護を行う事業所の見直しが行われる



まとめと提言

- 新たな地域医療構想で自院の立ち位置をチェックしよう。
- 介護施設との連携がカギ、重症度、医療・介護必要度にも影響する
- 入退院支援の要件も変わる
- ホスピス型住宅への頻回な訪問看護に規制がかかる

2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

• 2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！

- 地域医療構想、医療DX
- 働き方改革、かかりつけ医
- 医師偏在対策、少子化対策など
- ポスト2040年も予想
- 医学通信社より、
7月発刊予定
- 2色刷240頁、2600円



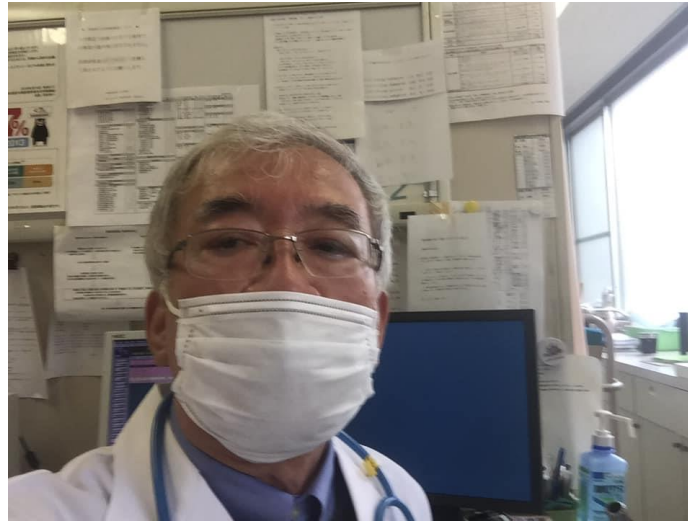
2025年から2040年の15年で、医療と介護は
どう変わるか、医療機関はいかに対応するか——
その難路の行程を的確に指し示す、
新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、
かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、
医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——の
アウトラインとその全体像。

医学通信社



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

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

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