

**一般財団法人 医療関連サービス振興会**

# **2026年度診療報酬改定の方角性**

**講師 (株)ASK梓診療報酬研究所**  
**所長 中 林 梓**

# 令和8年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

## 1. 診療報酬 +3.09%（R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%）（R8年6月施行）

※1 うち、賃上げ分 **+1.70%**（2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%）

- 医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のベアを実現するための措置
- うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 **+0.76%**（2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%）

- 特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R8年度+0.41%、R9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%）
- また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※3 うち、食費・光熱水費分 **+0.09%**（入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日））

- 患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 **+0.44%**

- 配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%）

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

※6 うち、※1～5以外分 **+0.25%** 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

## 2. 薬価等

薬価： ▲0.86%（R8年4月施行）  
材料価格： ▲0.01%（R8年6月施行）  
合計： ▲0.87%

## 3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

## 4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる活用

# 大臣折衝における記載

## 大臣折衝における記載（抜粋）

### ①令和8年度以降の物価上昇への対応

※2 うち、物価対応分 +0.76%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%）。  
特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62%（令和8年度 +0.41%、令和9年度 +0.82%）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応することとし、それぞれの施設類型ごとの費用関係データに基づき、以下の配分とする。さらに、病院の中でも、その担う医療機能に応じた配分を行う。

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

### ②③令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応

#### 【②基礎的支援分相当】

+

#### 【③救急加算分相当】

※基礎的支援、救急加算は令和7年度補正予算における物価上昇支援での名称

※4 うち、令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。  
配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。

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

### ④高度機能医療を担う病院（大学病院を含む）への特例的な対応

※2 （略）

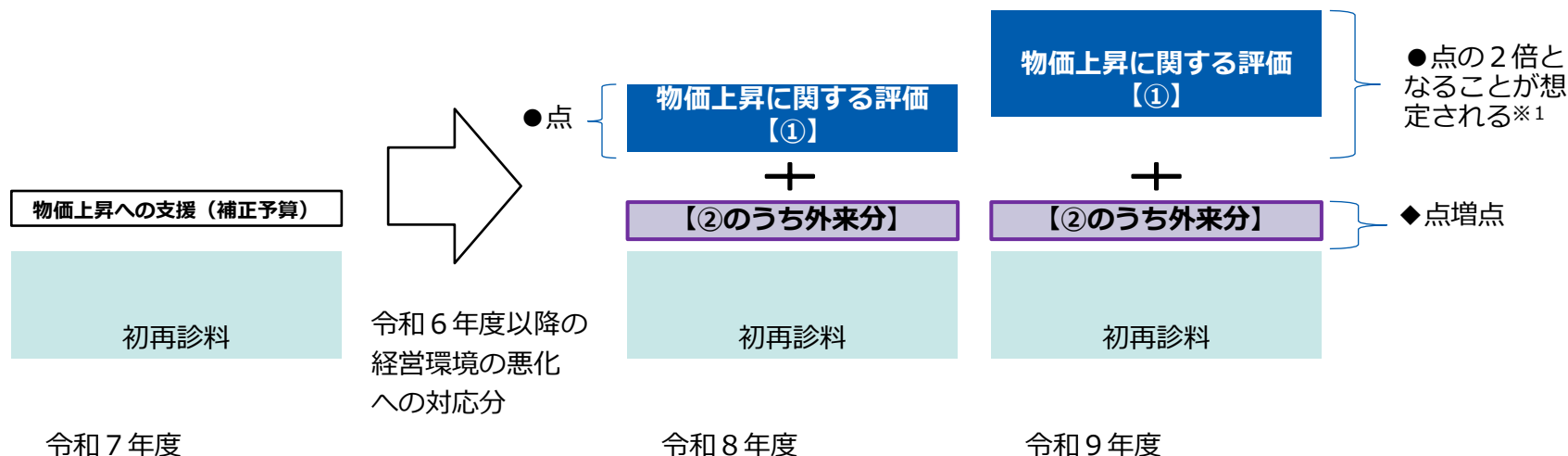
また、我が国経済が新たな「成長型経済」に移行する段階を迎え、賃金と物価がともに緩やかに上昇していくメカニズムが維持されるとの認識の下、今回の改定から本格的な物価対応を講じることとする中で、特に、高度機能医療を担う病院（大学病院を含む。）については、医療技術の高度化等の進展の影響を先行的に受けやすい一方で、汎用性が低く、価格競争原理の働きのにくい医療機器等を調達する必要性から物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえ、+0.14%を物価対応本格導入時の特例的な対応として措置することとする。今後の関係調査において実績等を検証し、所要の対応を図る。

# 外来における物価上昇対応について（案）

- 外来診療に関する物価上昇への対応について、大臣折衝における考え方を踏まえ、以下の通りとしてはどうか。
- ・ ①令和8年度以降の物価上昇への対応については、段階的に対応する必要があることを踏まえ、初・再診料等（初・再診料に加え、訪問診療料や、初・再診料の評価が包括される診療報酬項目を含む）とは別に、初・再診時等に算定できる物価上昇に関する評価を設定する。
  - ・ ②令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、初・再診料等の評価に含める。
  - ・ こうした評価の水準については、医科診療所・歯科診療所の改定率を踏まえて設定することとする。

## 【大臣折衝における記載】

- ① 物価対応分 +0.76%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%）。  
特に、**令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62%（令和8年度 +0.41%、令和9年度 +0.82%）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応する**
- ②③ **令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。**  
配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。
- ※実際の経済・物価の動向が**令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合**には（中略）**令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う。**



※1 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施

※2 薬局・訪問看護ステーションについても同様の考え方に対応 2026.01.09中医協総会 物価対応について(その1)

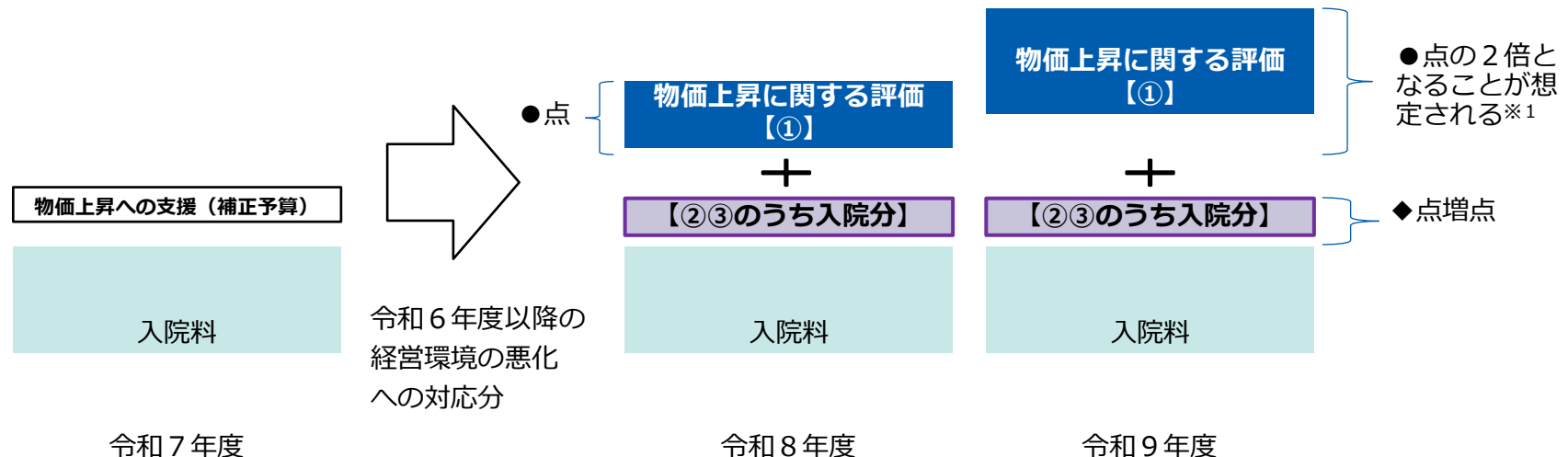


# 入院における物価上昇対応について（案）①

- 入院診療に関する物価上昇への対応について、大臣折衝における考え方を踏まえ、以下の通りとしてはどうか。
- ・ ①令和8年度以降の物価上昇への対応については、外来における物価上昇対応と同様に、段階的に対応する必要があることを踏まえ、入院料等（入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料3）とは別に、入院料等の算定時に算定可能な、物価上昇に関する評価を設定する。
  - ・ ②③令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、入院料等の評価に含める。
- ※なお、こうした評価の水準は、病院の改定率（入院・外来を含む）から、前頁による外来診療における物価上昇対応の評価を差し引いた規模となるよう調整する必要がある。

## 【大臣折衝における記載】

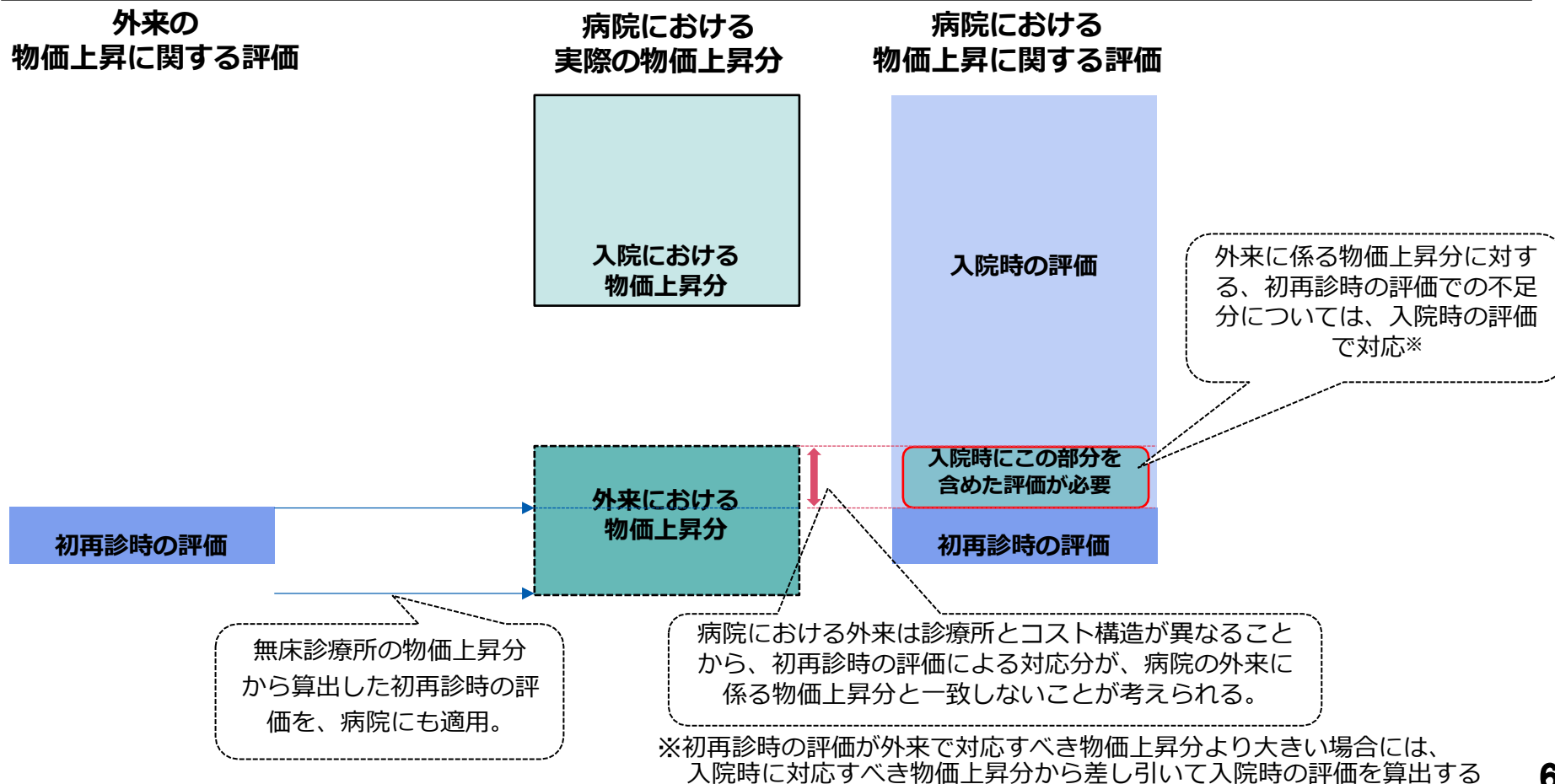
- ① 物価対応分 +0.76%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%）。  
特に、**令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62%（令和8年度 +0.41%、令和9年度 +0.82%）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応する**
- ②③ **令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。**  
配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、**施設類型ごとのメリハリを維持することとする。**
- ※実際の経済・物価の動向が**令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合**には（中略）**令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う。**



※1 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施

## 病院での外来における物価上昇対応について（案）②

- 病院・有床診療所の外来における物価上昇分への対応については、以下の通りとしてはどうか。
- ・ 外来における物価上昇分の評価については、初再診時の評価が診療所と同一となるものの、病院における外来は診療所とコスト構造が異なることから、病院における実際の物価上昇分と一致しないことが考えられる。
  - ・ このため、初再診時の評価での対応で不足する外来における物価上昇分については、入院時の評価に当たって補正する。



【 ○医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

施策名:ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援【交付額】

<病院>

【基礎的支援】

1床あたり	支援額
賃金分	8.4万円
物価分	11.1万円(※)

※全身麻酔手術件数又は分娩取扱数（分娩取扱数にあつては3を乗じた数）が800件以上、2,000件以上の病院（救急車受入件数3000件未満に限る）にあつては、それぞれ1施設2,000万円、8,000万円を加算。救急加算との併給不可。

【救急に対応する病院への加算】

1施設あたり	救急車受入件数 1件以上1,000件 未満	救急車受入件数 1,000件以上	救急車受入件数 2,000件以上	救急車受入件数 3,000件以上	救急車受入件数 5,000件以上	救急車受入件数 7,000件以上
救急加算額	500万円	1,500万円	3,000万円	9,000万円	1.5億円	2億円

※1 三次救急病院については、救急受入件数が5,000件未満の場合、上記の各区分の加算を適用せず、1億円を加算する。  
5,000件以上の場合、上記の各区分の加算額（1.5億円または2億円）とする。

※2 別途、病床数適正化支援、施設整備等支援及び産科・小児科支援や、食費・光熱費等に対して「重点支援地方交付金」による支援が行われる。

<有床診療所>

1床 あたり	支援額
賃金	7.2万円
物価	1.3万円
合計	8.5万円

<医科無床診療所・歯科診療所>

1施設 あたり	支援額	
	医科無床 診療所	歯科診療所
賃金	15.0万円	15.0万円
物価	17.0万円	17.0万円
合計	32.0万円	32.0万円

<保険薬局>

1施設 あたり	支援額 (1法人あたりの薬局数に応じて傾斜配分)		
	～5店舗	6～19店舗	20店舗～
賃金	14.5万円	10.5万円	7.0万円
物価	8.5万円	7.5万円	5.0万円
合計	23.0万円	18.0万円	12.0万円

<訪問看護ST>

1施設 あたり	支援額
賃金	22.8万円
物価	(介護より)
合計	22.8万円

# 令和7年度補正予算による支援の考え方を踏まえた入院料への配分

- 令和6年度改定以降の経営状況の悪化に対する対応については、大臣折衝において維持するとされた、令和7年度補正予算の考え方を踏まえ、回復期、精神、慢性期については、入院1日当たり定額を配分する。
- 急性期については、財源を一体化した上で、補正予算の配分額に応じて特定機能病院、急性期病院、その他の急性期の3類型へ配分したうえで、①の配分の考え方と同様に、1人1日あたり入院費に応じて配分額を算出する。

## 【大臣折衝における記載】

②③ 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。

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

急性期

回復期

精神

慢性

【補正予算における対応の考え方】

③救急加算  
(救急搬送件数に応じた支援)

②1床あたりでの支援

※

機能により入院料を3区分した上で、それぞれに財源を配分し、更に入院料ごとの物件費等の額に応じて配分

【診療報酬における考え方】

1) 特定機能病院  
の急性期病床

2) 急性期病院  
の急性期病床

3) その他の病院の  
急性期病床

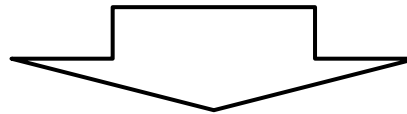
※

②入院1日当たり定額を配分

# 物価対応に係る課題と論点

- 令和8年度診療報酬改定の改定率にて、物価対応分が+0.76%と設定された。うち、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%を充て、0.14%分は高度医療機能を担う病院が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応に用いるものとしている。
- また、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分として+0.44%を充てることとしている。
- 令和8年診療報酬改定における物価上昇への対応等において大臣折衝事項において、診療報酬に特別な項目を設定することによる対応や、医療機能に応じた配分、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう施設類型ごとのメリハリの維持等が定められている。

## 【論点】



- 診療報酬において、適切に物価高騰への対応を行うことができるよう、次のような考え方で評価を行うことについてどう考えるか。
- 外来診療に対する物価上昇への対応方法として、令和6年度診療報酬改定以降の、経営環境の悪化への対応分については、初・再診料の増額として対応し、令和8年度以降の物価上昇への対応については、物価上昇に関する評価を設定する。
- 入院診療に対する物価上昇分への対応として、令和元年の消費税補填における対応も参考にしつつ、グループ分けした入院料毎の物件費率等をもとに、入院料毎の1人1日の入院診療報酬に占める物件費を算出して、入院料に上乗せする評価を設定することを検討する。
- 高度機能医療を担う病院(大学病院を含む)への特例的な対応分については、その趣旨に沿って、そうした機能を担う病院への評価に上乗せする。
- また、入院診療に対する令和6年度改定以降の経営状況の悪化に対する対応については、令和7年度補正予算による支援の考え方を踏まえ、回復期、精神、慢性期については、1日あたり定額を配分し、急性期については、財源を一体化した上で、特定機能病院、急性期病院、その他の急性期の3類型への配分額を算出し評価する。



# R8年度診療報酬改定率

(単位：％)

	R8-R9年 平均	R8	R9
全体改定率	2.22	1.54	2.90
本体改定率計	3.09	2.41	3.77
賃上げ (※1)	1.7	1.23	2.18
物価対応 高度医療機関 (※2) <small>R8以降の物価上昇対応分は+0.62％で施設配 分は下記</small>	0.76 0.14 0.62	0.55 0.14 0.41	0.97 0.14 0.82
病院	0.49	0.32	0.65
医科診療所	0.10	0.07	0.13
歯科診療所	0.02	0.01	0.03
調剤	0.01	0.01	0.01
食費・光熱水費 (※3)	0.09	0.09	0.09
過去2年分物価対応 <small>各施設への配分は下記</small>	0.44	0.44	0.44
病院	0.40	0.40	0.40
医科診療所	0.02	0.02	0.02
歯科診療所	0.01	0.01	0.01
調剤	0.01	0.01	0.01
通常の改定率	0.25	0.25	0.25
医科	0.28	0.28	0.28
歯科	0.31	0.31	0.31
調剤	0.08	0.08	0.08
適正化 (※4)	▲ 0.15	▲ 0.15	▲ 0.15
薬価等改定	▲ 0.87	▲ 0.87	▲ 0.87
薬価改定	▲ 0.86	▲ 0.86	▲ 0.86
材料価改定	▲ 0.01	▲ 0.01	▲ 0.01

---

※1

●+3. 2%分のベースアップ、看護補助・事務職は+5.7%アップ

●1.7%の内+0.28%は 勤務医や医療職以外の職種を含む人材の  
給与補填的

※2 高度医療機関への対応として+0.14%を特定措置とする

※3 食費1食40円アップ。 光熱水費は60円／日

※4 後発医薬品、在宅・訪問看護、長期処方など

## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で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) 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

#### 【重点課題】

#### 【具体的方向性】

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
  - ・医療従事者の処遇改善
  - ・業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進
  - ・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
  - ・医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策
  - ・診療報酬上求める基準の柔軟化

等

### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

#### 【具体的方向性】

- 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
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- 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

等

### (2) 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

#### 【具体的方向性】

- 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
- 「治し、支える医療」の実現
  - ・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
  - ・円滑な入退院の実現
  - ・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
- 医師の地域偏在対策の推進

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】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 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
- 電子処方箋の活用や医師・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
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

等

1

# 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

## 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」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、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

## 新たな地域医療構想

### (1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進  
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始  
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

### (2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
  - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告(医療機関から都道府県への報告)
  - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
  - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

### (3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

### (4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保(実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
  - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
  - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

### (5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化(目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

### (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする



# 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"> <li>・ 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。</li> <li>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>※ 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。</li> </ul>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>

※ 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

- ・ 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。



# 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	<b>100万人以上</b> ※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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>高齢者施設等からの患者受入等の連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>高齢者等の中長期にわたる入院医療等</li> </ul>
地方都市型	<b>50万人程度</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急の対応</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	
人口の少ない地域	<b>～30万人</b> ※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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> ※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

## 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"> <li>● 救急医療の提供</li> <li>● 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</li> </ul> <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"> <li>● 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</li> <li>● 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</li> </ul>	<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"> <li>● 救急車受け入れ件数</li> <li>● 各診療領域の全身麻酔手術件数</li> <li>● 医療機関の医師等の医療従事者数</li> <li>● 急性期を担う病床数・稼働率</li> <li>● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU）等</li> </ul>
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"> <li>● 高齢者に多い疾患の受入</li> <li>● 入院早期からのリハビリテーションの提供</li> <li>● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応</li> <li>● 高齢者施設等との平時からの協力体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ）</li> <li>● 医療機関の医師等の医療従事者数</li> <li>● 包括期の病床数</li> <li>● 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</li> <li>● 医療機関の築年数</li> <li>● 高齢者施設等との連携状況 等</li> </ul>
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"> <li>● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供</li> <li>● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供</li> </ul> <p>（地域との連携機能）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域の訪問看護ステーション等の支援</li> <li>● 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況</li> <li>● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況</li> <li>● 医療機関の築年数</li> <li>● 高齢者施設等との連携状況 等</li> </ul>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>● 集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>● 高齢者等の中長期にわたる入院医療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 有床診療所の病床数・診療科 等</li> </ul>

# 急性期機能に着目した評価指標の現状と課題

診調組 入-3  
7 . 7 . 3

評価の観点	一般的な急性期機能	拠点的な急性期機能
救急搬送	<p>【現状の評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数）</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>二次医療圏において、一般的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか</li> <li>地域の人口規模等で、配慮すべき観点はあるか</li> </ul>	<p>【現状の評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数）</li> <li>救急搬送件数2000件等（総合入院体制加算、急性期充実体制加算）</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域における拠点的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか</li> <li>人口規模の小さな地域や離島等での、救急搬送に係る拠点的な機能をどのように考えるか</li> </ul>
全身麻酔手術	<p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一般的な急性期機能として、地域でどの程度の手術が実施されているか</li> </ul>	<p>【現状の評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>DPC特定病院群の実績要件として、手術件数、外保連指数を評価</li> <li>全身麻酔手術件数や悪性腫瘍手術等を評価（総合入院体制加算、急性期充実体制加算）</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>拠点的な急性期機能として、どのような難易度・件数の手術が実施されているか</li> </ul>
総合性	<p>【現状の評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>カバー率指数：様々な患者に対応できる総合的な体制について評価（DPC制度：カバー率指数）</li> <li>5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度：地域医療係数）</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一般的な急性期機能として、どの程度の総合性があると考えられるか</li> </ul>	<p>【現状の評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>カバー率指数や、5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度）</li> <li>幅広い標榜診療科と入院医療提供を評価（総合入院体制加算）</li> <li>小児・周産期・精神の入院医療を評価（小児・周産期・精神科充実体制加算）</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>拠点的な急性期機能では、どの程度総合性があると考えられるか</li> </ul>

# 急性期入院医療における課題と論点

## (医療提供体制について)

- ・ 経年的に見ると、一般病床数は、緩やかな減少傾向にあり、一般病床等の平均在院日数も、短縮傾向にある。なお、これに加え、令和2～4年度にかけ、1日平均在院患者数、病床利用率のいずれも大きく低下したが、令和5年度には下げ止まっている。
- ・ 「新たな地域医療構想におけるとりまとめ」において、高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中、地域の実情に応じて医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要であり、病床の機能分化・連携に加え、地域ごとの医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）及び広域な観点の医療機関機能（医育及び広域診療等の総合的な機能）の確保に向けた取組を推進するべきとされた。
- ・ 2040年に向けて、生産年齢人口の減少に伴い、地域によっては患者や医療従事者が減少する中、地域の実情に応じた医療提供体制を確保し、急性期の入院医療を提供することが重要である。

## (急性期入院医療の評価について)

- ・ 令和6年度診療報酬改定においては、急性期一般入院料1の平均在院日数や、重症度、医療・看護必要度の基準・項目内容の見直し等が行われた。その後、急性期一般入院料1及び4を算定する病院数が減少し、その他の急性期一般入院料を算定する病院数が増加した。
- ・ 急性期の入院医療を評価する指標として、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度等とともに、総合入院体制 加算や急性期充実体制加算において、救急搬送件数や全身麻酔手術件数、総合性等が用いられている。適切な医療機関の評価を通じて、急性期の入院医療がその役割を一層発揮するとともに、地域における効率的・持続的な医療提供体制の構築を推進する必要がある。

## 【論点】



- 急性期医療機能を効率的・持続的に、適切に確保するための評価のあり方について、人口減少や担い手の減少、「新たな地域医療構想のとりまとめ」等を考慮に入れたうえで、どう考えるか。
- 入院患者が高齢化し、急性期においても要介護者への対応、リハビリテーション等、生活を支える機能が求められている中で、急性期入院医療における病棟の機能とその評価についてどう考えるか。

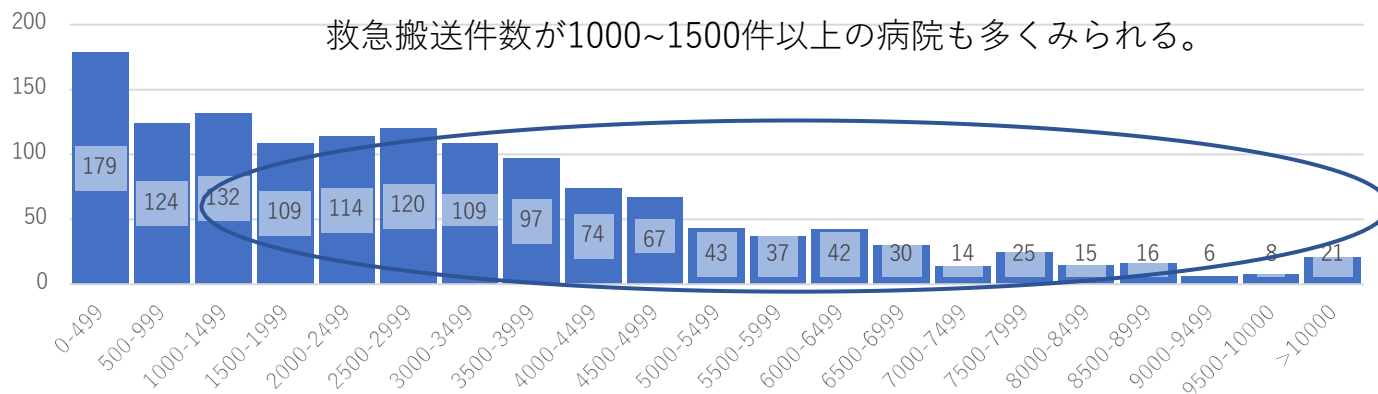


# 急性期一般入院料算定病院における救急搬送受入件数別施設数

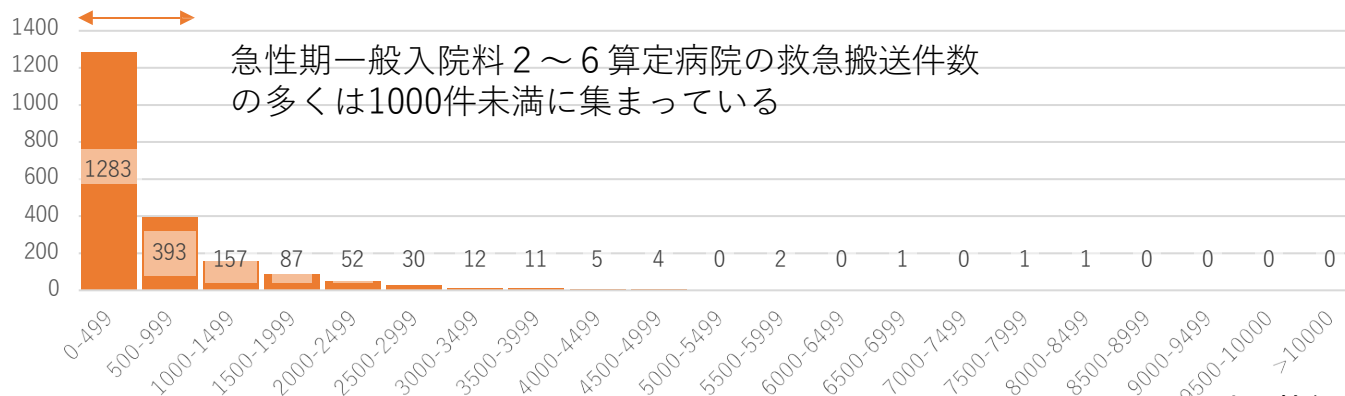
診調組 入-1  
7.9.18改

- 急性期一般入院料1算定病院と急性期一般入院料2～6算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1算定病院で救急搬送件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々である。

急性期一般入院料1における救急搬送受入件数別施設数



急性期一般入院料2～6における救急搬送受入件数別施設数

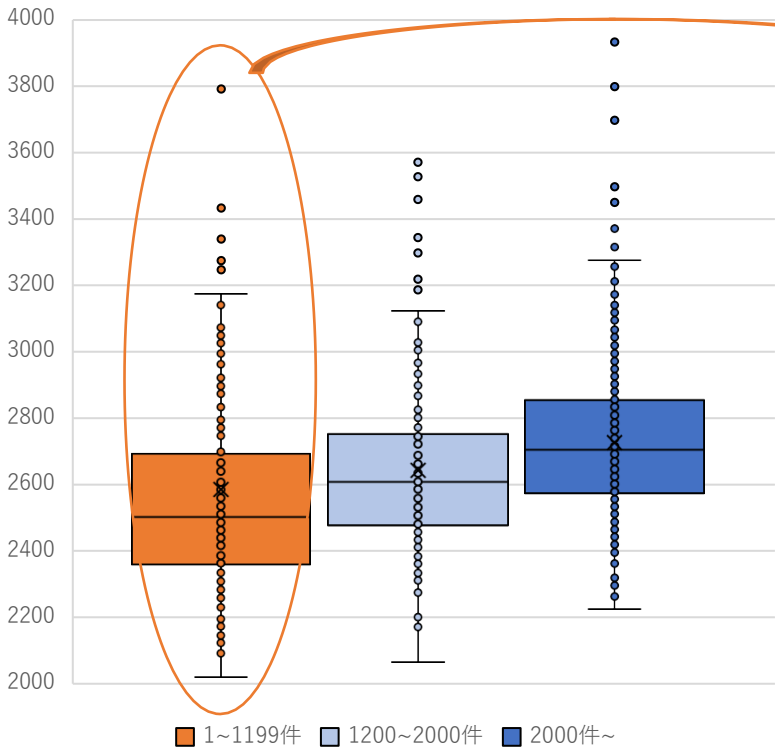




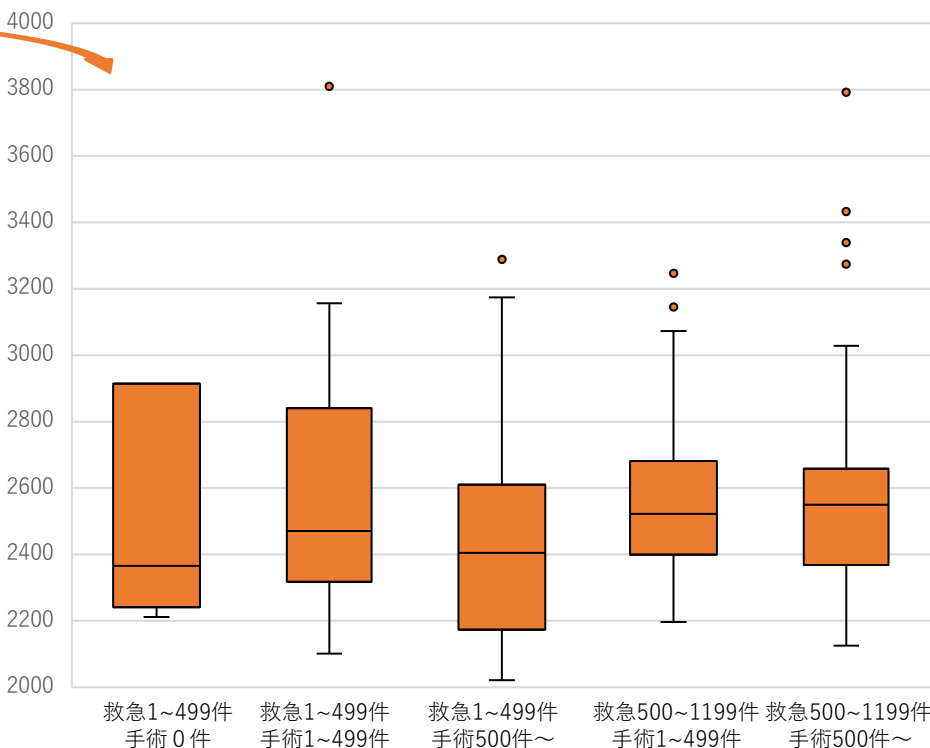
# 急性期一般入院料 1 算定病床における1患者 1 日当たり包括範囲出来高点数

- 急性期一般入院料 1 算定病床（DPC対象病院に限る）における 1 患者 1 日当たり包括範囲出来高点数は、救急搬送受入件数が多くなるにつれて、高くなる傾向にあった。
- 一定の救急搬送受入件数の病院を見ると、救急搬送受入件数、全身麻酔手術がいずれも多い病院で、包括範囲出来高点数の中央値が高かった。

1 患者 1 日当たり包括範囲出来高点数



救急搬送受入件数1200件未満の医療機関における  
1 患者 1 日当たり包括範囲出来高点数

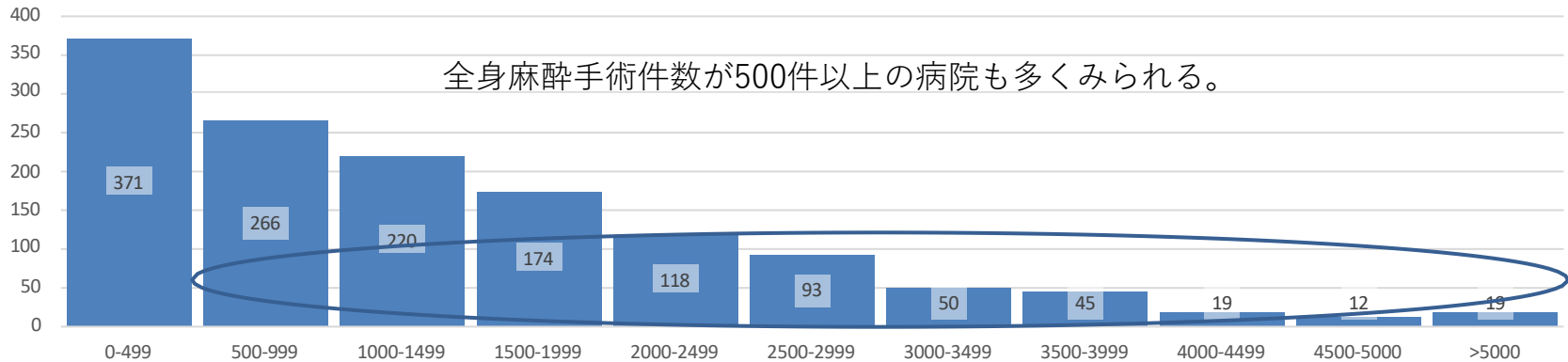


※包括範囲出来高点数4000を超える外れ値はグラフ上割愛

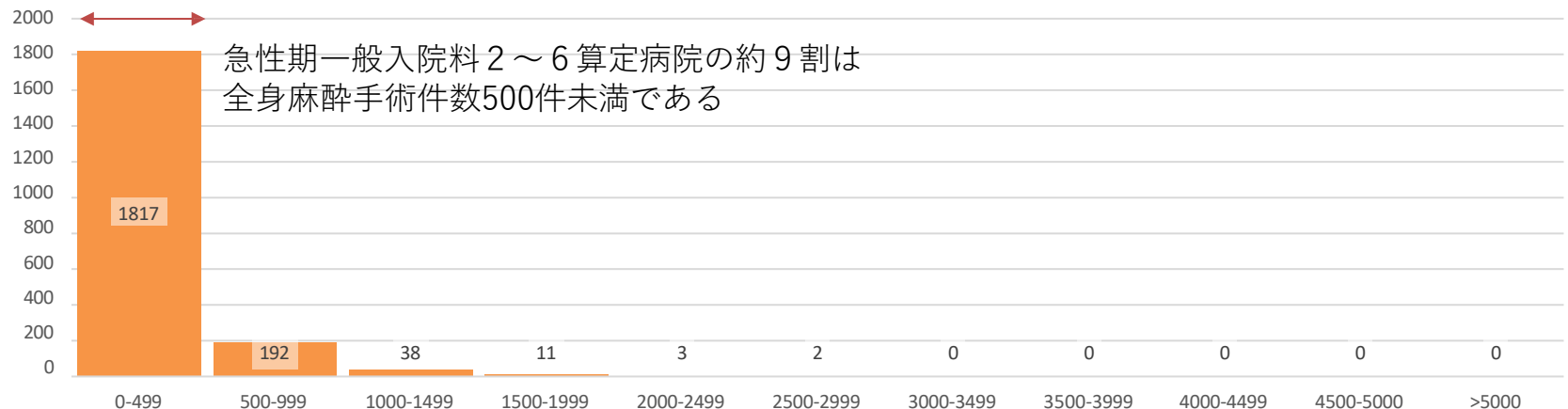
# 全身麻酔手術件数別の病院数

- 急性期一般入院料1 算定病院と急性期一般入院料2～6 算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1 算定病院で全身麻酔手術件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1 算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2～6 算定病院と同程度の全身麻酔手術件数の病院から、更に多くの全身麻酔手術件数のある病院まで、様々である。

急性期一般入院料1にける全身麻酔手術件数別施設数



急性期一般入院料2～6における全身麻酔手術件数別施設数



# 急性期一般入院基本料における課題と論点

## (救急搬送件数等について)

- 急性期一般入院料1算定病院では、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々である。
- 急性期一般入院料1算定病院では、救急搬送件受件数が増えると、許可病床数や、病床当たり医師数、全身麻酔手術件数や夜間・時間外救急患者数が増加する傾向があり、一般的な急性期機能や拠点的な急性期機能など、急性期としての医療機関機能が異なることで、病院の規模、人員配置、実績等も異なる傾向にある。

## (医業収益等について)

- 急性期一般入院料1算定病院では、救急搬送受入件数が多くなるほど、施設当たり医業収益、医業費用、病床あたり医業収益、医業費用のいずれも大きくなった。また、材料費についても同様であった。医業利益については、いずれの救急搬送受入件数であってもマイナスであった。
- 急性期一般入院料1算定病床（DPC対象病院に限る）における1患者1日当たり包括範囲出来高点数は、救急搬送受入件数が多くなるにつれて、高くなる傾向にあった。
- 救急搬送受入1200件未満の病院を見ると、救急搬送受入件数、全身麻酔手術がいずれも多い病院で、包括範囲出来高点数の中央値が高かった。

## (全身麻酔手術件数について)

- 急性期一般入院料1算定病院では、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の全身麻酔手術件数の病院から、更に多くの全身麻酔手術件数のある病院まで、様々である。

## 【論点】

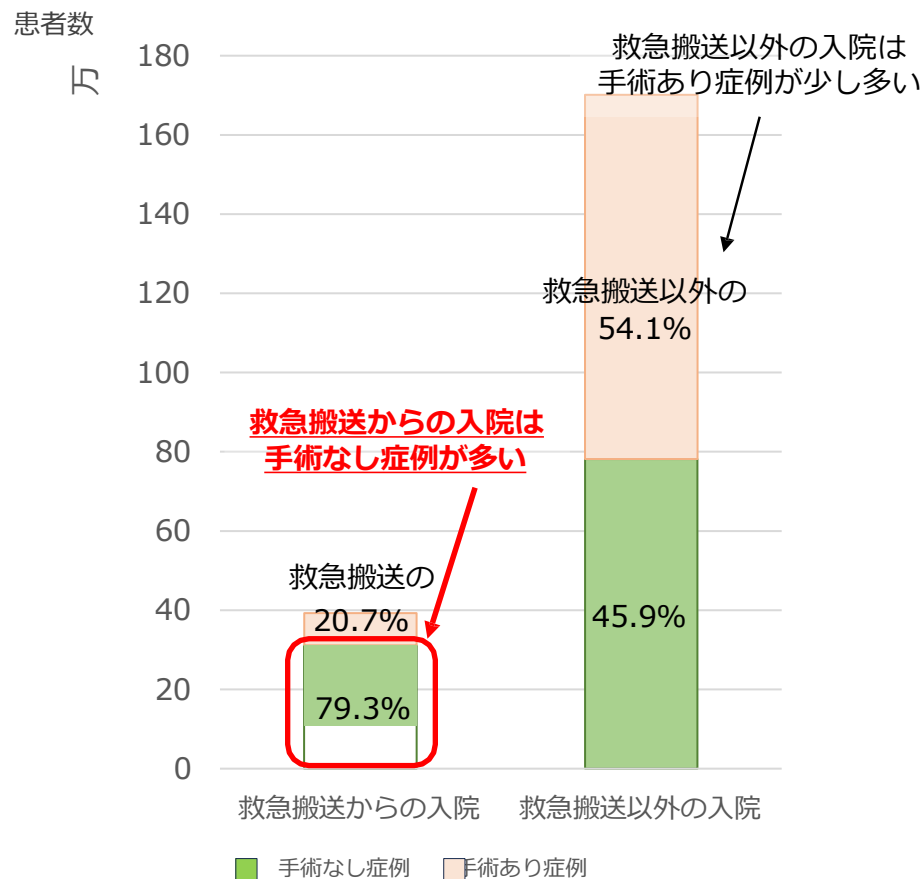
- 急性期一般入院料では、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度等により、病棟の機能を評価しているが、同じ急性期一般入院料を算定している病院でも、許可病床数あたりの救急搬送件数や手術件数、医師数、収支構造等が病院の機能によって異なっている。こうした病院の機能や特性を踏まえ、急性期における病院機能を踏まえた評価のあり方について、どのように考えるか。

# 救急搬送からの入院や緊急入院に占める手術なし症例の割合

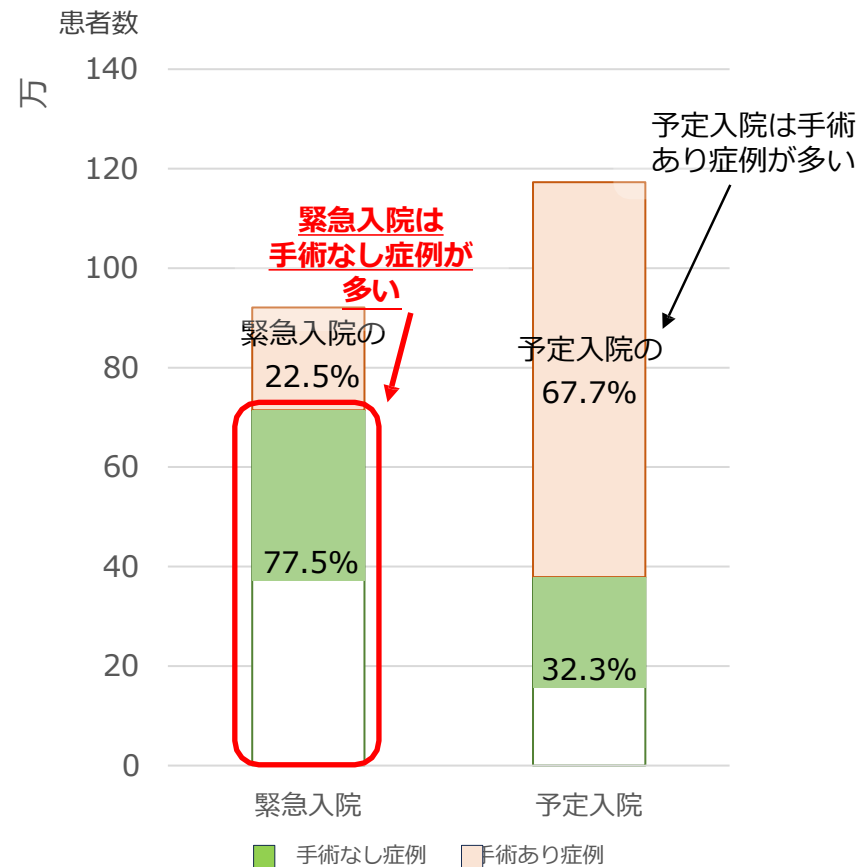
診調組 入-3  
7. 9. 11改

- 救急搬送からの入院や緊急入院の約 8 割を手術なし症例が占める。

救急搬送からの入院と手術の有無



緊急入院と手術の有無



出典：2024年10月～12月DPCデータ(期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した症例(非転院・転棟症例)を対象として、手術に係るKコードの算定がある症例を手術あり症例、それ以外を手術なし症例と分類し、救急搬送、緊急入院におけるそれぞれの症例の割合を示した。)

# 救急搬送患者の評価の重みを増す方法について

- 重症度、医療・看護必要度において、救急搬送患者に関する評価を高めるためには、①該当患者割合を増やす方法と、②該当患者割合とは別に、救急搬送患者数を指数化して合算する方法が考えられる。
- このうち、②の方法であれば、入院延長へのインセンティブが生まれにくいのではないか。
- また、救急搬送へのインセンティブを生じないように、救急搬送患者に加え、協力施設入所者入院加算の対象患者も含めて評価することが考えられるのではないか。

現在は、各患者が重症度、医療・看護必要度の基準を満たすかどうかを判別し、該当患者割合を算出している

(例)



病棟の該当患者割合15%

①救急搬送(※)の受け入れによる入院後の該当日数を増やす  
→該当患者割合が増える

(例)



病棟の該当患者割合20%

該当日数を大きく延長すると、入院へのインセンティブや、入院日数延長へのインセンティブが生まれるのではないかな。

②救急搬送(※)の受け入れを指数化して該当患者割合に合算  
→合算した値が増える

(例)



病棟の該当患者割合15%

+

前年の病床あたり  
救急搬送件数を  
指数化

5%分

入院しない場合や、退院までの日数が短い場合についても評価対象に含めることができるため、入院延長へのインセンティブが生まれない。

(※) 更に、救急搬送へのインセンティブを生じさせないためには、救急搬送患者だけでなく、協力施設入所者入院加算の対象患者を加えて評価することが考えられるのではないかな。



# 内科系疾病に関連したA・C項目への追加案について

診調組 入-3  
7. 9. 11

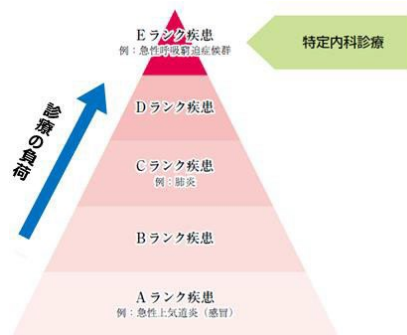
## 【概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系症例で頻回に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のA項目およびC項目のマスタに追加する。

図表1 追加候補の診療行為、医薬品（一部抜粋）

分類	名称（医薬品は成分名）
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム（遺伝子組換え）等
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	エトボシド、ベキサロテン、ボナチニブ塩酸塩 等
C21：救命等に係る内科的治療	中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射（腰椎）、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法 等
C22：別に定める検査	組織試験採取、切探法（心筋）、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管肺生検法 等
C23：別に定める手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）、内シャント設置術 等

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した：①内保連負荷度ランク※<sup>1</sup>におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※<sup>2</sup>こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと（内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認）、③外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



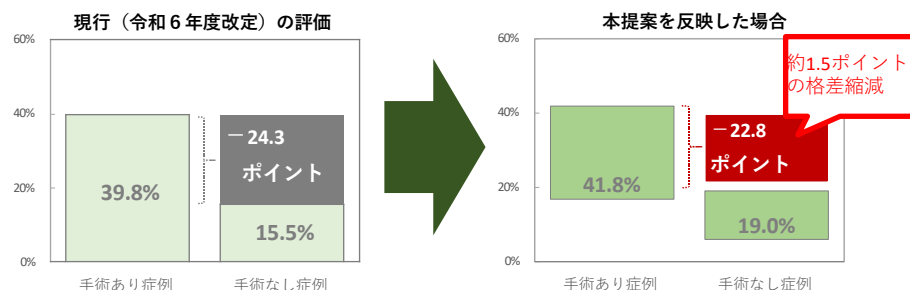
## 【対象疾患】

重症度、医療・看護必要度は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が対象となる。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

## 【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※<sup>2</sup>ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約+3.5ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約+4.2ポイント、Eランクでは約+7.3ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。（図表2参照）

図表2 本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



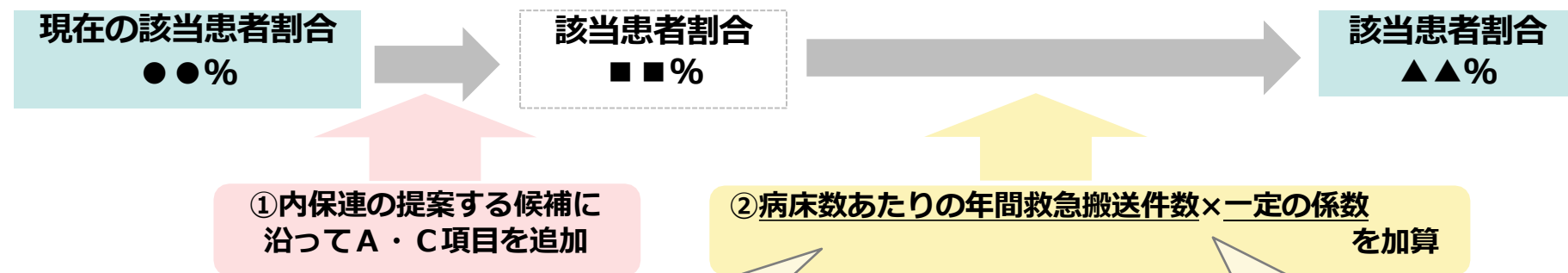
※<sup>1</sup>：内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの5段階に分類した相対評価。96施設1,629名の主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。

※<sup>2</sup>：内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。（対象期間：平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）。

# 救急搬送受入件数を活用した重症度、医療・看護必要度のシミュレーション

- 今回の試算においては、①内保連の提案する候補に沿ってA・C項目を追加するとともに、②病院の救急搬送受入件数に一定の係数を乗じた割合を重症度、医療・看護必要度に加算し、該当患者割合をシミュレーションすることとした。
- 救急搬送受入件数に乗ずる係数については、複数の案を用いてシミュレーションすることとした。

## シミュレーションの方法



○救急搬送件数は、入院しなかった場合を含む病院の応需件数。



急性期一般1：100床



救急搬送受入1000件

(計算例)

急性期一般入院料**100床**で構成される病院において、  
年間**1000件**の救急搬送を受け入れている場合  
 $1000 \text{ (件)} \div 100 \text{ (床)} = \mathbf{10 \text{ 件/床/年}}$

○一定の係数を乗じて、基準該当割合への加算を計算する。

(計算例)

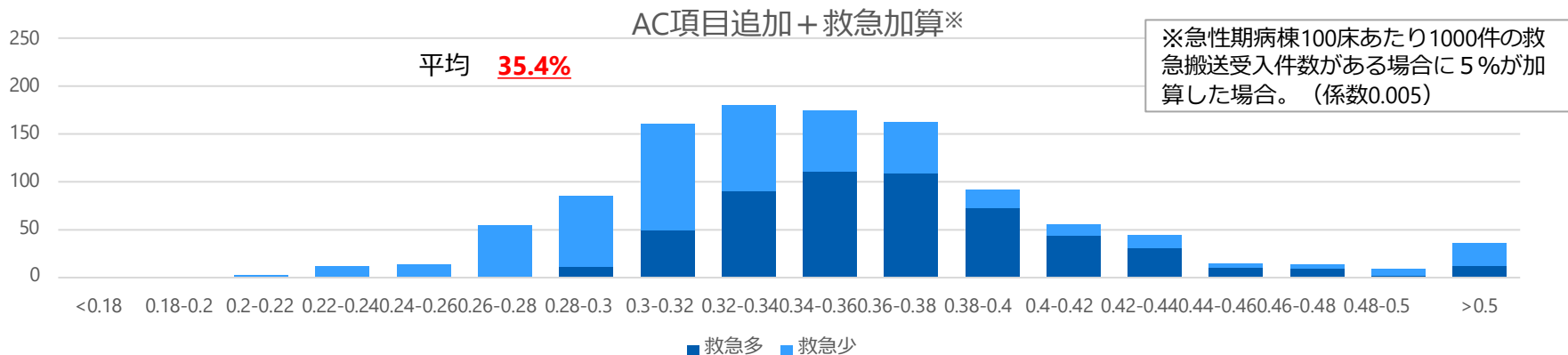
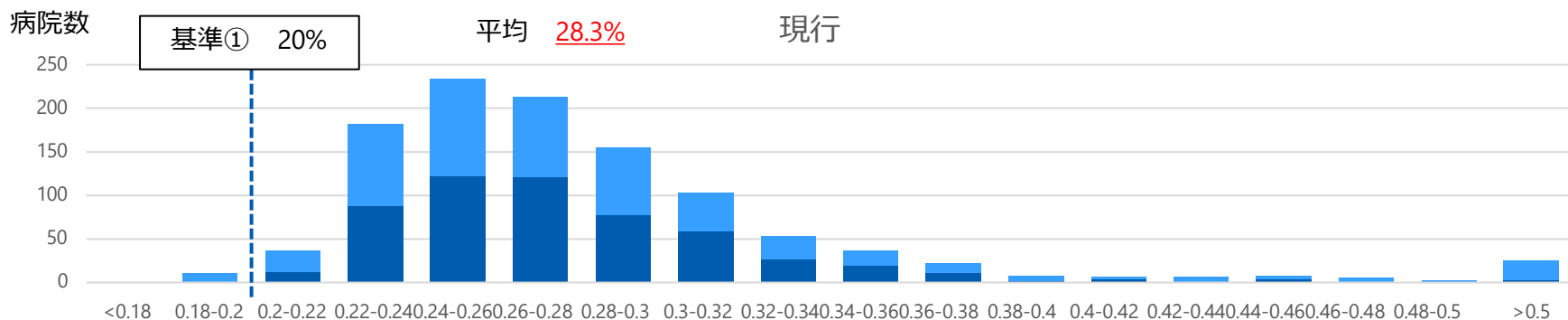
①左例で、一定の係数を例えば0.005※とすると、  
 $10 \times 0.005 = \mathbf{5\%}$   
が該当患者割合に加算される。

②元々の必要度該当割合が **15%** であった場合、  
加算後は  
 $15\% + 5\% = \mathbf{20\%}$   
になる。

※このほか、係数を0.0025、0.0075とする場合も試算。

# 急性期一般入院料 1 におけるAC項目追加・救急係数による重症度、医療・看護必要度の変化

- 内科系の重症・急性期に用いる薬剤や処置をAC項目に追加し、あわせて救急搬送受入件数に応じた加算を行うことで、病院全体の救急搬送受入件数と当該病棟での入院受入件数が共に多い病棟では、必要度該当割合が大きく上昇する。



必要度Ⅱであり、救急応需件数の記録が確認できた1110病院を対象に集計。救急搬送受入件数の群は、中央値である急性期病棟100床あたり応需件数換算年1160件を境に分類した。

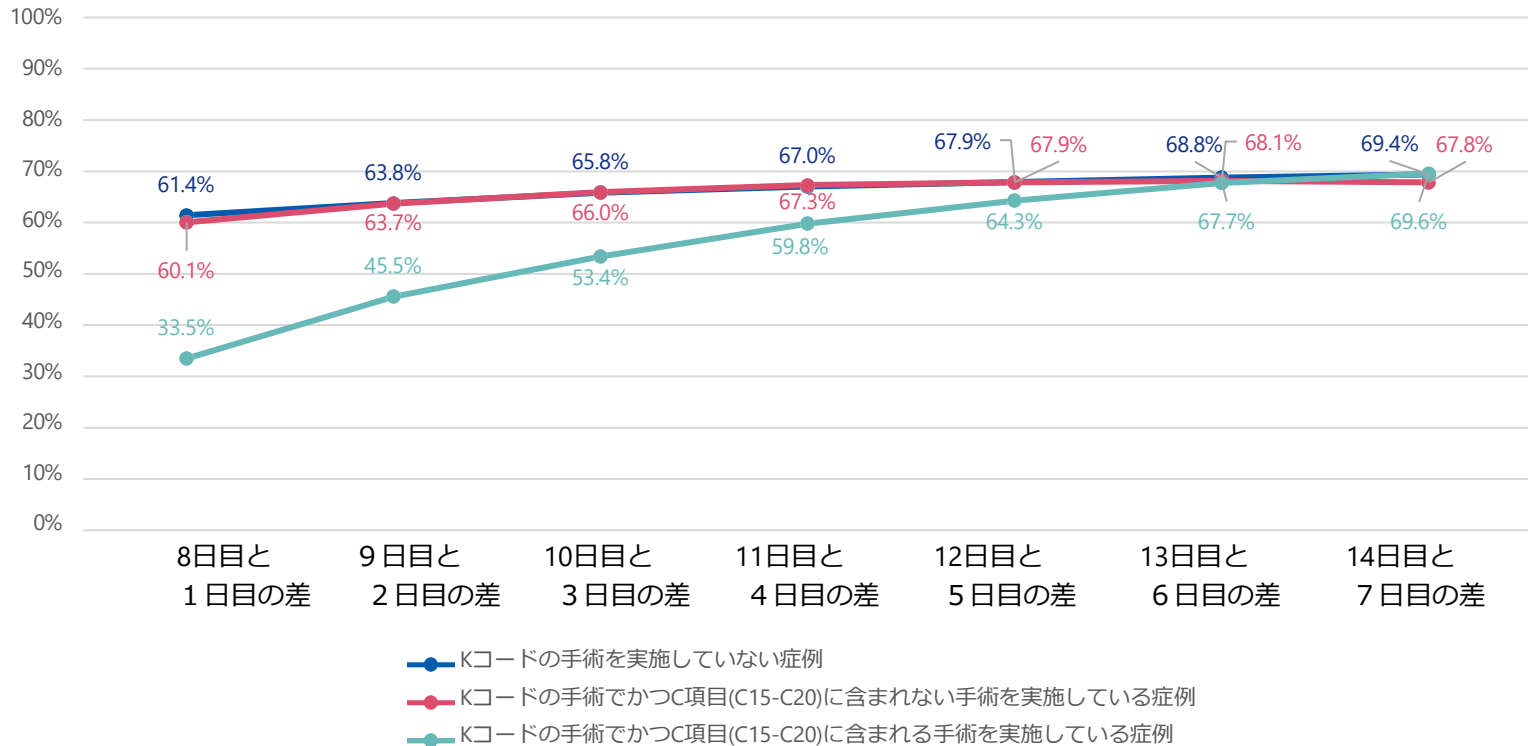
出典：DPCデータ（2025年 1 月～ 3 月）、救急応需件数は令和 5 年度病床機能報告より

2025.11.26 中医協総会 入院(その7) 1. 急性期入院医療(その2)

# 7日後にB得点と同程度である患者の割合

- 重症度、医療・看護必要度のB得点が7日後に±1点以内でほぼ変わらない患者の割合を、手術なし症例は入院からの日数、手術あり症例は術後日数に応じて経時的に観察した。
- C15～20の対象手術（比較的侵襲の大きい手術）の実施症例では、B得点が7日後も同程度（±1点以内）の患者の割合は、術後4日目までは6割を切っており、術直後はB得点の変化が大きいと考えられた。これらの手術を実施されていない症例では、入院1日目は約6割であり、その後漸増し、入院4日目頃から安定していた。
- いずれの症例も、B得点が7日後も同程度（±1点以内）の割合は、入院／術後7日目には約7割となっていた。

7日後にB得点が±1点である患者の割合



# 重症度、医療・看護必要度における論点

## 【論点】

- 重症度、医療・看護必要度について、手術なし症例が救急搬送による入院の多くを占めること、手術なし症例は、救急搬送入院した場合であっても、A・C項目の基準該当割合が手術あり症例と比較して低いこと等を踏まえ、手術なし症例や救急搬送後の症例における、密度の高い医学的管理の適切な評価を図る観点から、重症度、医療・看護必要度の評価について、どのように考えるか。
- B項目は、主に医学的管理の必要性を示すA、C項目とは異なり、主に療養上の世話に関する必要性を測るための指標であり、個人ごとに毎日測定されているが、報酬算定上は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で、月ごとに用いられている。こうしたことを踏まえ、診療報酬評価における有用性や、B項目測定に係る負担軽減の観点について、どのように考えるか。
- 急性期一般入院料1や7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟）等）では、重症度、医療・看護必要度のB項目が評価基準の対象から削除されたものの、ADLの改善状況等の把握のために、引き続き測定を継続することとなっている。測定の意義や負担を踏まえ、施設基準において求める測定のあり方をどのように考えるか。



# 一般病棟用 重症度、医療・看護必要度についての課題と論点

## (重症度、医療・看護必要度のシミュレーションについて)

- ・ 今回の試算においては、①内保連の提案する候補に沿ってA・C項目を追加するとともに、②病院の救急搬送受入件数を病棟毎に按分したうえで係数を乗じて重症度、医療・看護必要度に加算し、該当患者割合をシミュレーションすることとした。
- ・ 救急搬送受入件数に乗ずる係数については、複数の案を用いてシミュレーションすることとした。
- ・ 内科系の重症・急性期に用いる薬剤や処置をAC項目に追加し、あわせて救急搬送受入件数に応じた加算を行うことで、病院全体の救急搬送受入件数と当該病棟での入院受入件数が共に多い病棟では、必要度該当割合が大きく上昇する。
- ・ 救急搬送受入件数に係る加算係数を変えた場合、係数が高いほど、救急搬送受入件数の多い病棟の該当割合が大きく上昇する。

## (手術なし症例の多い病棟における必要度の分布の変化について)

- ・ 急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度①に、A・C項目の追加と、救急搬送受入件数の係数による加算を行った場合、基準に該当する患者の割合は、救急搬送受入件数が多く手術のない症例の多い病棟において、大きく上昇する。
- ・ 救急搬送受入件数に応じた加算を行った場合、基準に該当する患者の割合は、手術をしない症例が相対的に多く、救急搬送の受入の多い場合に、最も大きく上昇する。
- ・ 急性期一般入院料4では、急性期一般入院料1同様、救急受入の多く手術なし症例が相対的に多い病棟では、救急搬送受入件数による加算により、基準該当割合が大きく増加した。
- ・ 地域包括医療病棟では、急性期一般入院料1同様、救急受入の多く手術なし症例が相対的に多い病棟では、救急搬送受入件数に応じた加算により、基準該当割合が大きく増加した。
- ・ 地域包括ケア病棟では、加算の影響は小さいものの、救急受入の多く手術なし症例が相対的に多い病棟では、救急搬送受入件数による加算により、基準該当割合が増加した。

## 【論点】

- 急性期一般入院料や地域包括医療病棟入院料の重症度、医療・看護必要度では、救急搬送受入件数が多くとも、手術なし症例が多い病院では、基準を満たしにくい病院がある一方、内科系疾病に関連したAC項目の追加と、救急搬送受入件数に応じた加算を行うことで、手術なし症例や救急搬送への対応への評価が適切に反映され得ることを踏まえ、これらの入院料に係る重症度、医療・看護必要度への加算を行うことについて、どのように考えるか。

# 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

## 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

### (新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

#### [算定要件] (概要)

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のA D Lの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、原則入棟後48時間以内にA D L、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のA D L等の維持、向上等に向け、カンファレンスが定期的開催されていること。
- 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、A D Lの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。
- 専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うとともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

#### [施設基準] (概要)

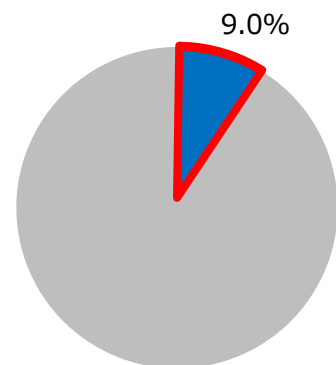
- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。
- 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- 当該保険医療機関において、一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
  - ア 疾患別リハ料が算定された患者のうち、入棟後3日までに疾患別リハ料が算定された患者割合が8割以上であること。
  - イ 土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上であること。
  - ウ 退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるA D Lが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。
  - エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。
- 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

# リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する状況

診調組 入-17  
5.22改

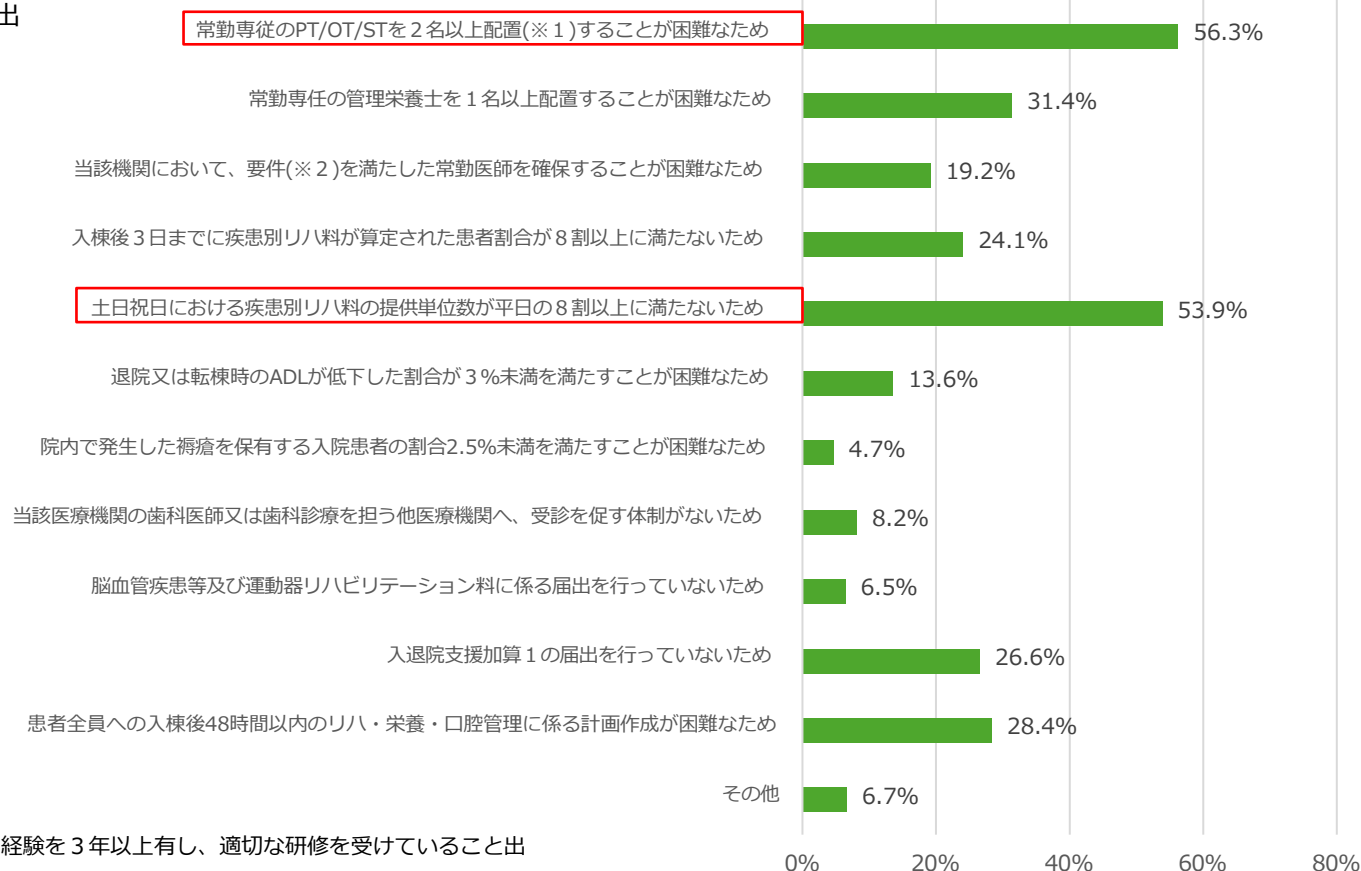
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ていると回答した医療機関は、9.0%であった。
- 届け出していない理由としては、「常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置（うち1名は専任でも可）することが困難なため」、「土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が多かった。

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況 (n=1,065)



■ 届け出ている  
■ 届け出していない

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出していない理由： (n=924)



※1 うち1名は専任でも可

※2 リハビリテーション医療における経験を3年以上有し、適切な研修を受けていること出

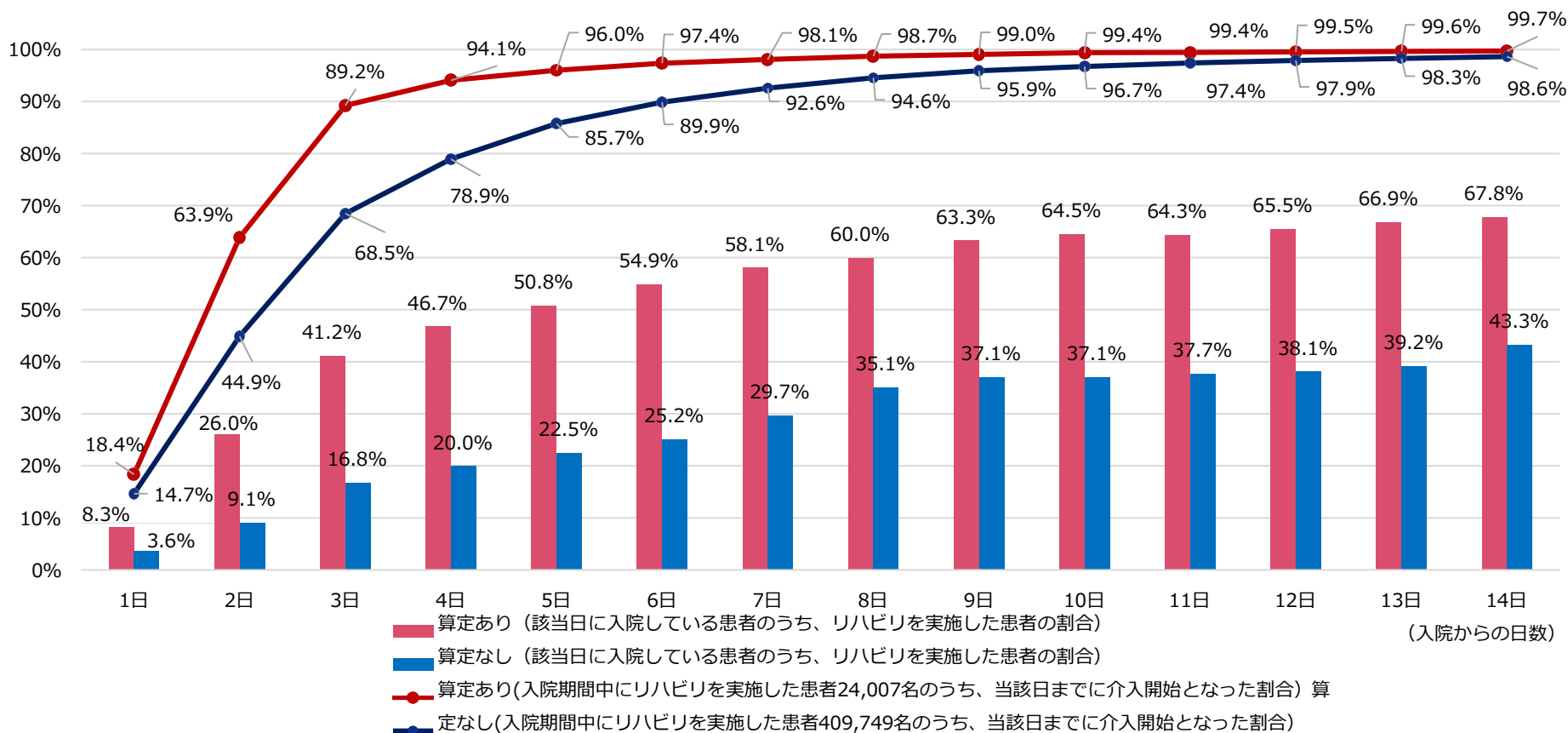
典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

# リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定とリハビリ介入状況

診療組 入-3  
7 . 9 . 1  
1

- 体制加算算定ありの患者は、算定なしの患者と比べて、リハビリの実施割合が高かった。
- 算定ありの患者は、算定なしの患者と比べて、入院中にリハビリを実施された患者のうち、入院3日目までにリハビリが開始された割合が9割近くと高かった。

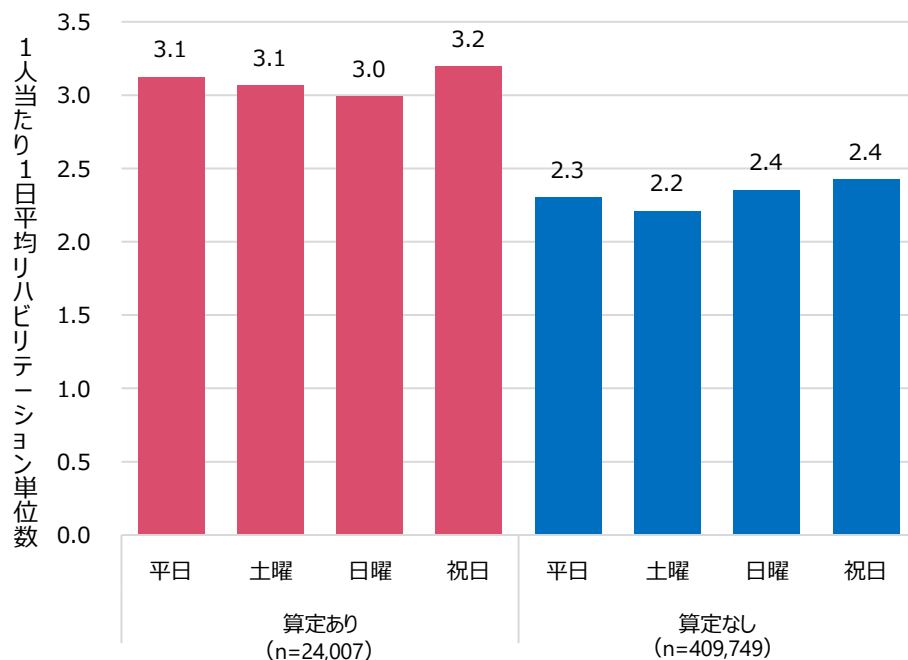
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定別のリハビリ介入状況



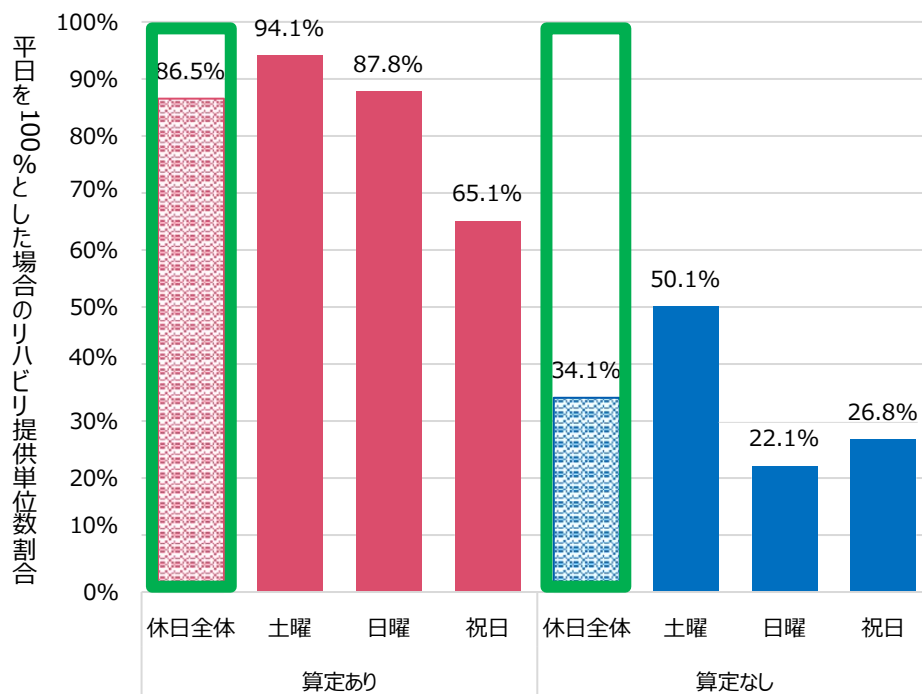
- 患者1人当たりの1日平均リハビリ単位数は、体制加算の算定なしの場合と比べて、算定ありの場合で多く、休日も平日と変わらなかった。
- 土日祝日の施設全体におけるリハビリ提供量は、算定ありの場合、休日全体で平日の86.5%と基準の8割以上を満たせていた。一方、算定なしの場合は、休日全体で平日の34.1%であった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と  
各曜日の1人あたり1日平均リハビリ実施単位数

(リハビリ提供単位数／リハビリ実施患者数)



リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と  
施設全体の休日のリハビリ提供量



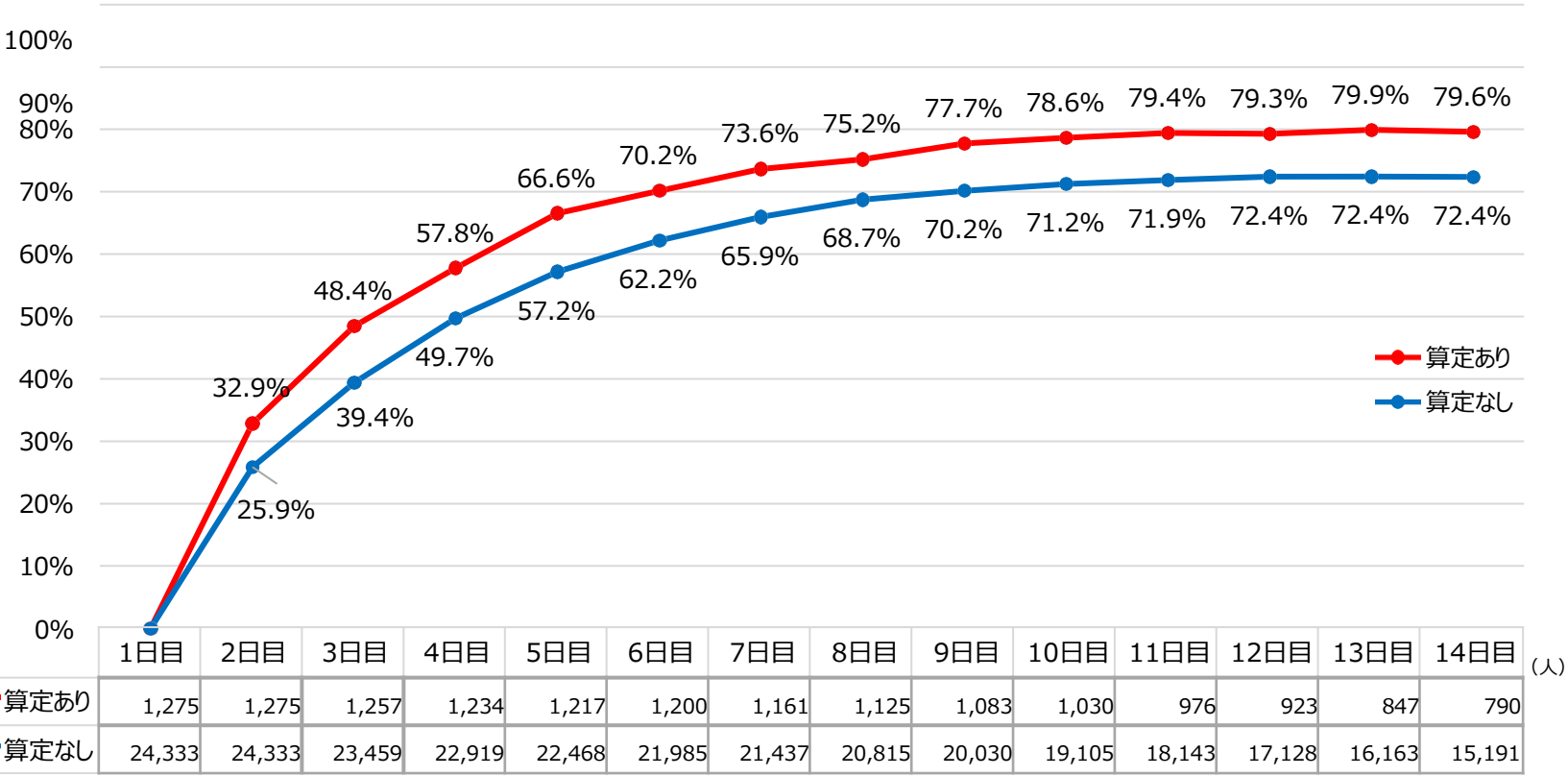
出典：DPCデータ（2024年10月 - 12月） 急性期一般入院料1 - 6を算定し、期間中に入退院が完結している症例を対象とした。



# リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と誤嚥性肺炎患者の食事摂取

○ 入院初日に禁食だった誤嚥性肺炎患者が入院3日目に食事を取っている割合は、体制加算算定ありで48.4%、算定なしで39.4%、入院7日目では算定ありで73.6%、算定なしで65.9%であり、いずれの時点も算定ありのほうが高かった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無別 入院初日に禁食だった誤嚥性肺炎患者が食事を取っている割合



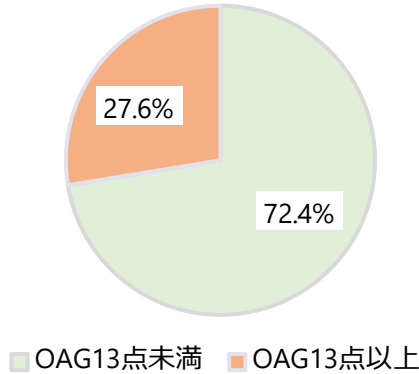
※入院時食事療養(Ⅰ)(Ⅱ)又は入院時生活療養(Ⅰ)(Ⅱ)食事の提供たる療養(流動食のみ含む)の算定が1回/日以上ある者を「食事を取っている」とした。  
出典：DPCデータ(令和6年10月-12月) 急性期一般入院料1-6を算定し、期間中に入退院が完結している症例を対象(2日以内の退院除く)  
2025.1114中医協総会 入院(その5)回リハ・リハ・多職種連携

# 歯科治療が必要な入院患者の状況

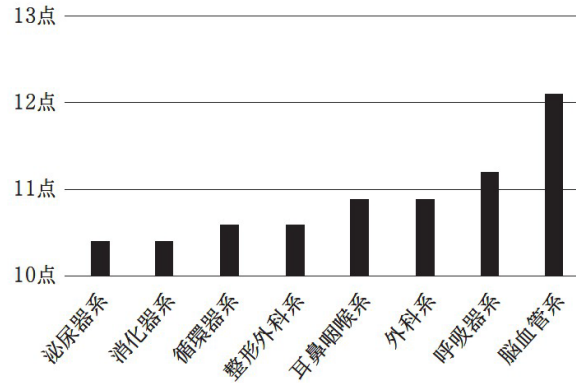
診調組 入-3  
7 . 9 . 1

- 入院患者の約3割は口腔衛生状態が不良であった。特に高齢者では、約85%に口腔機能障害がみられたとの報告がある。

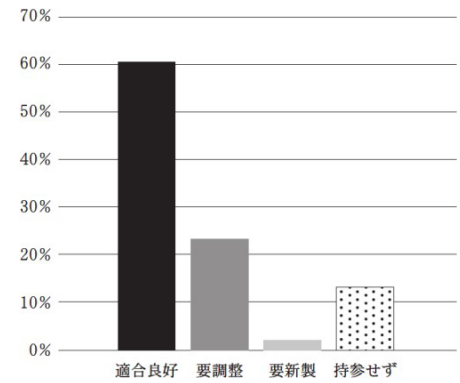
入院患者における口腔衛生状態の割合



疾患別のOAG点数



入院患者の義歯適合状態

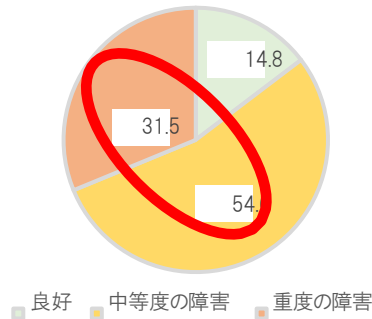


対象: 鳥取赤十字病院の全ての入院患者232名

手法: 歯科口腔外科の歯科医師および歯科衛生士が、口腔アセスメントガイド(OAG、Oral Assessment Guide)を用いて口腔内の評価を実施。OAG13点以上を中籤以上の口腔衛生不良群とした。

出典: 鳥取赤十字医誌 第23巻, 26-30, 2014年、(報告)当院入院患者の口腔内状態の調査結果

回復期リハビリテーション病棟入院患者で  
口腔機能障害がある者の割合



口腔機能障害の項目別のスコア

項目	スコア 1	スコア 2	スコア 3
	n(%)	n(%)	n(%)
声	83(77.6)	14(13.1)	10(9.3)
嚥下	86(80.4)	15(14.0)	6(5.6)
口唇	68(63.6)	36(33.6)	3(3.8)
歯・義歯	23(21.5)	50(46.7)	34(31.8)
粘膜	77(72.0)	24(22.4)	6(5.6)
歯肉	58(54.2)	45(42.1)	4(3.7)
舌	55(51.4)	48(44.9)	4(3.7)
唾液	81(75.7)	14(13.1)	12(11.2)
スコア 1: 良好			
スコア 2: 中等度の障害			
スコア 3: 重度の障害			

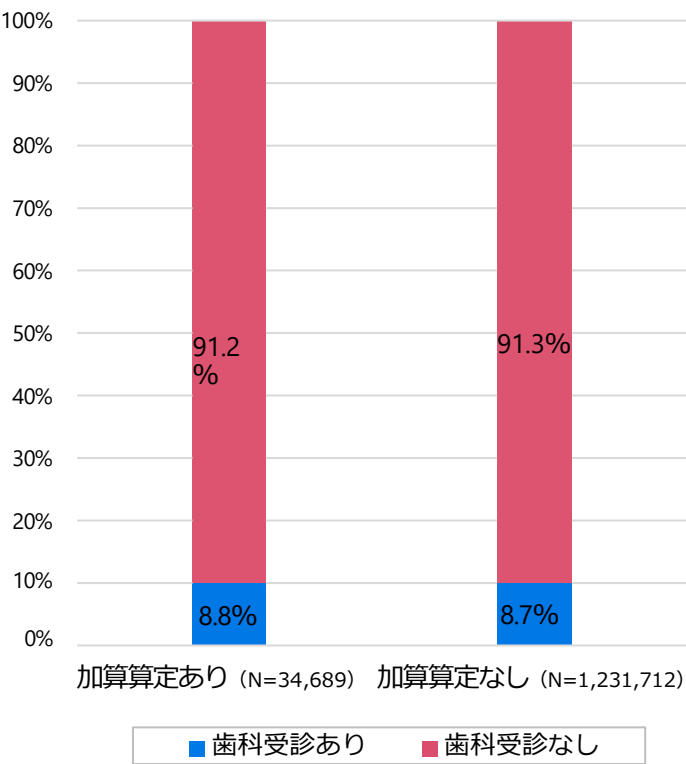
対象: 回復期リハビリテーション病棟入院している65歳以上の高齢患者108名

手法: 歯科衛生士により、改定口腔アセスメントガイド(ROAG、Revised Oral Assessment Guide)を用いて口腔内の評価を実施。RO

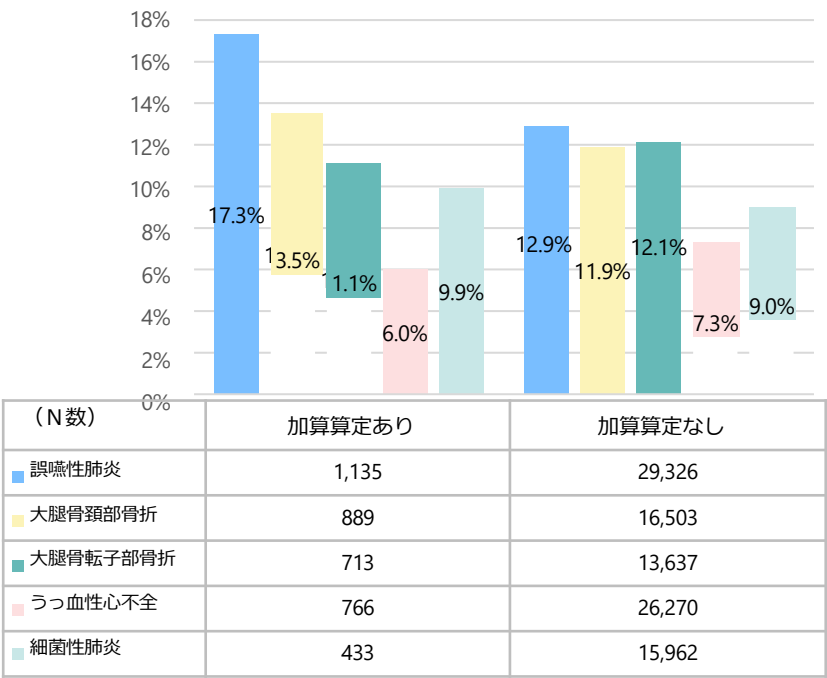
を口腔機能障害ありとし

○ 入院患者のうち、全体や疾患別でも、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無 による退院後の歯科受診状況に大きな差はなく、歯科受診率は低い。

【入院患者（令和7年2月分）のうち、加算の算定有無による退院後の歯科受診率】



(参考) 入院患者（令和7年2月分）のうち、退院後に歯科受診した患者の入院時主傷病上位5疾患は、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、大腿骨転子部骨折、うっ血性心不全、細菌性肺炎であった。  
各疾患別の入院患者のうち、退院後の歯科受診率は以下のとおり。

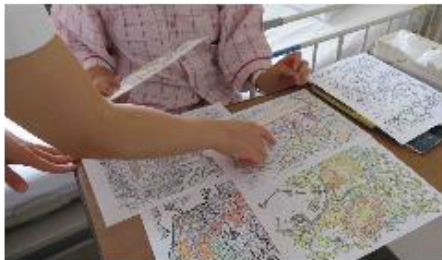


算出方法：NDBデータの令和7年2月分入院レセプトにおいて、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料（7対1入院基本料又は10対1入院基本料）のいずれかの算定がある患者のうち、入院と同月もしくは翌月に「歯科初診料」又は「歯科訪問診療料」の算定がある者を「歯科受診あり」として、件数を抽出。（病院への歯科訪問診療料は除く。）

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションのほか、場面に応じた短時間のADLや生活機能の維持・向上等を目的とした指導や、看護職員の業務としても実施される体重測定や環境調整といった業務を、療法士としての観点から行っている事例がある。

## ADL維持向上を目的とした指導

これまでの疾患別リハでは20分など時間の縛りがあり、20分に満たない活動の対応は困難であった



Activityの提案



ポジショニング



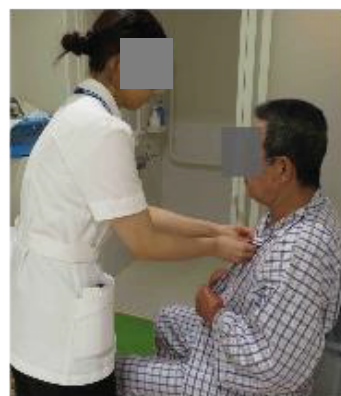
離床での体重測定



疾患別リハへの介入  
(後輩指導、人材育成)



活動促進のための環境調整  
(部屋の外の眺めの良いところに椅子を設置)



入浴方法の検討・指導



自主練習の個別指導

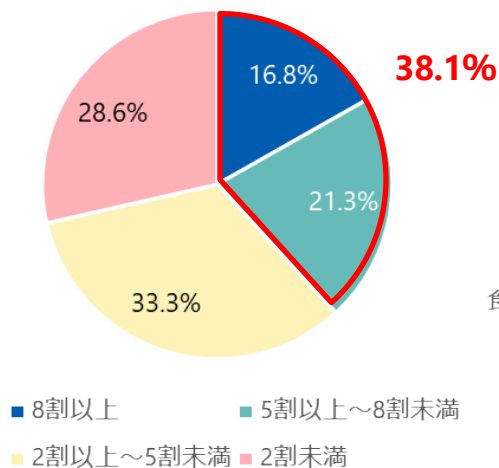
患者の状態に合わせて疾患別リハと組み合わせることで、効果的・効率的な介入が可能となる

# 管理栄養士の病棟での業務状況

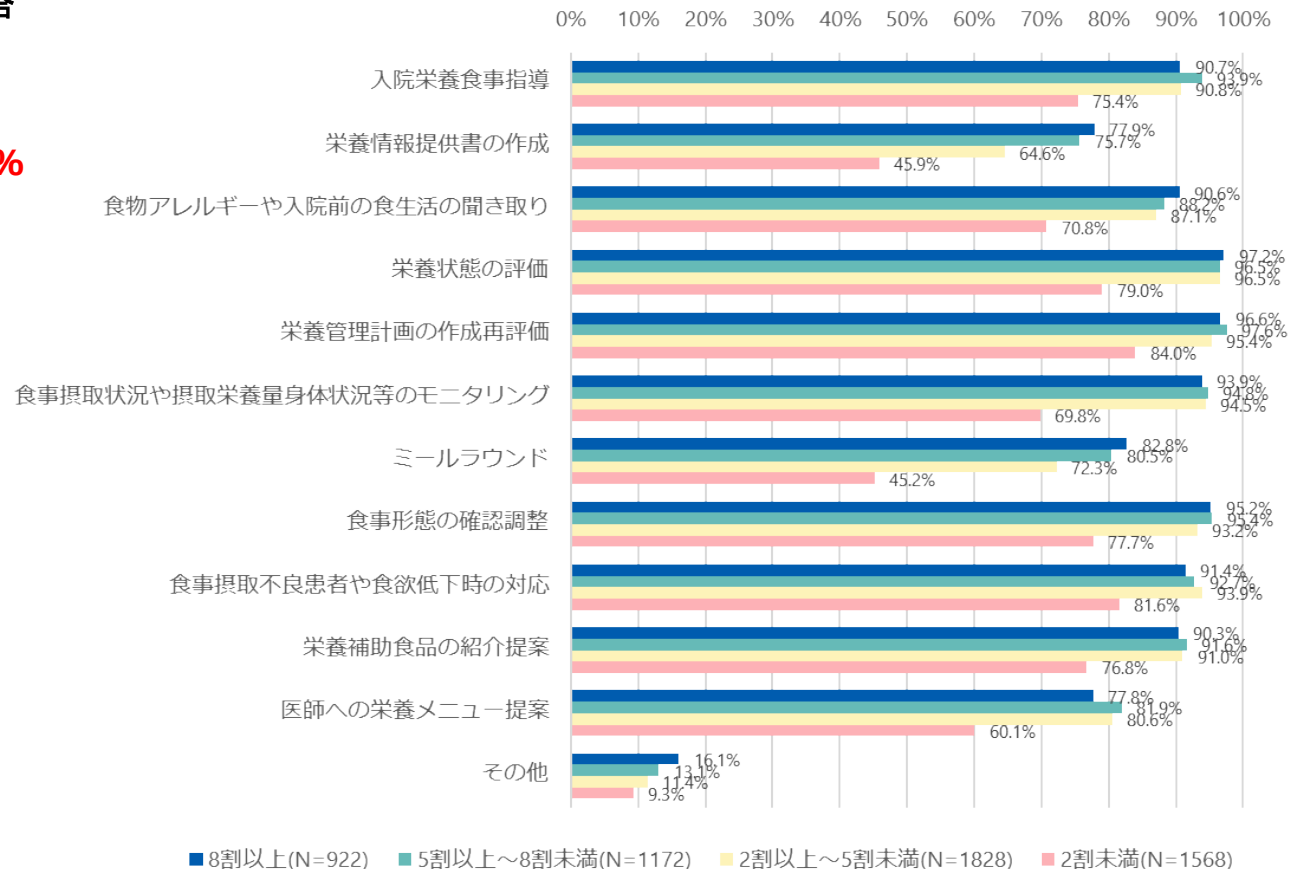
診調組 入-1  
7 . 6 . 2  
6

- 管理栄養士が、就業時間の5割以上の時間を病棟で従事している割合は、38.1%だった。
- 病棟で従事する時間が2割未満の場合は、栄養情報提供書の作成やミールラウンドの実施割合が特に低かった。

■ 管理栄養士の就業時間に占める  
病棟で業務に従事している時間割合



■ 病棟での管理栄養士による栄養管理の実施状況



■ 8割以上(N=922) ■ 5割以上～8割未満(N=1172) ■ 2割以上～5割未満(N=1828) ■ 2割未満(N=1568)

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査

(病棟調査票(A-D票))

2025.1114中医協総会 入院(その5)回リハ・リハ・多職種連携



# 病棟での管理栄養士の主な業務内容

診調組 入-37  
9.11改

- 病棟に配置される管理栄養士に求められる業務内容は、以下のとおり。
- 専従配置（入院栄養管理体制加算）の場合、専従の管理栄養士は病棟業務への裁量が大きい一方、当該病棟の退院患者の支援であっても病棟外での業務は含まれない。

	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	地域包括医療病棟入院料	入院栄養管理体制加算 (特定機能病院入院料)	リハビリテーション・ 栄養・口腔連携体制加算
配置要件	専任の管理栄養士 1 名以上	専任の管理栄養士 1 名以上 (1 名につき 1 病棟に限る)	専従の管理栄養士 1 名以上	専任の管理栄養士 1 名以上 (1 名につき 1 病棟に限る)
業務内容 (算定要件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、<u>管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行う。その際、栄養状態の評価には、GLIM基準を用いる。</u></li> <li>全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、<u>入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び栄養管理に係る計画の見直し</u>を共同して行う。</li> <li>栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、<u>栄養状態に関する再評価を週 1 回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図る。</u></li> </ul>	<p>全ての入院患者に対する低栄養の予防、改善等を目的とした栄養管理を行い、多職種のカンファレンスにおいて、<u>患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始を含む）に関する提案</u>を行う。</p> <p>[リハビリテーション・栄養・口腔連携加算]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>入棟後、原則 48 時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認を行うとともに、GLIM 基準を用いた栄養状態の評価</u>を行う。</li> <li><u>週 5 回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行う。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、食事変更や食形態の調整等の対応を行う。</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定</u>を行う。</li> <li>当該病棟に入院している患者に対して、<u>栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じミールラウンドや栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理</u>を行う。</li> <li>医師、看護師等と連携し、当該患者の栄養管理状況等について共有を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>原則入棟後 48 時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認を行うとともに、GLIM 基準を用いた栄養状態の評価</u>を行う。</li> <li><u>週 5 回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行う。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、食事変更や食形態の調整等の対応を行う。</u></li> <li>多職種のカンファレンスにおいて、<u>患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始を含む。）に関する提案</u>を行う。</li> </ul>

## 病棟診療における検査業務の課題

### 採血、検査についての説明

「採血、検査説明については、・・・

医師と看護職員及び臨床検査技師との適切な業務分担を導入することで、医師等の負担を軽減することが可能となる。」

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進（医政発第1228001号）より

- 患者の**結果報告確認（特に早朝検査）**が**医師・看護師の本来業務が優先されることにより、患者処置が遅延してしまう場合がある**
- 看護師の業務負担軽減への取り組みとして、臨床検査技師による**採血・検査についての説明等**の実施への期待が高い割合を占めている（第306回中医協総会 入院医療(その3)より）

### ＜医療現場における事例＞

- ・検査結果のチェックもれや遅れによる処置および治療の遅延 ※医療安全情報：日本医療機能評価機構
- ・輸液中の四肢からの採血により検査結果に影響がおよび不要な治療が実施 ※医療安全情報：日本医療機能評価機構
- ・病棟採血検体の再採血の件数（採血管の間違いや採血量の不足等）

### 臨床検査技師の病棟配置による効果

- ・オンタイムで必要な生理検査実施（胸痛発作時の心電図記録）
- ・病棟採血／病棟内検査の実施 ・インシデントの減少（検体再採血率の減少等）
- ・検査説明（検査前／検査結果）を行う事で患者のセルフケア（自己管理）意識の啓発
- ・医師の具体的指示による検査結果のモニタリング（処置の遅延防止）
- ・看護師が患者の観察、直接ケアなど本来業務に専念できる

検査に関する専門的知識を有する臨床検査技師が病棟に常駐することにより、**タスクシェアリング**が推進し、医師／看護師等の負担軽減に繋がる。

# 各専門職が関与している病棟業務の状況

診調組 入-37  
9.11改

- 病棟業務の多職種連携に関する調査において各専門職が関与している業務と、その結果を踏まえ想定されるメリットは以下のとおり。

職種	関与している業務	想定されるメリット
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> <li>残薬確認・処方依頼・セット</li> <li>薬剤の準備・ミキシング</li> </ul>	薬学専門性に基づく服用薬剤情報の取扱いにより、薬物治療の精度向上、副作用や相互作用のリスクの低減、重複等を省くといった処方の効率化を実現できる。更に、病棟薬剤管理や無菌的処理により安全性が向上する。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> <li>ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成</li> <li>生活機能の回復支援（排泄、食事、離床）</li> <li>食事介助、口腔ケア</li> </ul>	病棟でのADL・生活機能動作について、療法士が専門的視点に立って評価、指導を行うことで生活機能の回復を促進できる。
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> <li>栄養状態のスクリーニングや評価、計画作成</li> <li>食形態や経腸栄養剤の検討</li> <li>ミールラウンドや食事変更の調整</li> <li>栄養指導や食事に関する相談対応</li> </ul>	的確な食事摂取量の把握や食欲等の聞き取りにより、患者の状態に応じた速やかな食事変更や相談対応ができる。
臨床検査技師	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査の準備や実施</li> <li>検査に関する患者への説明</li> </ul>	早朝や必要時の生理検査・検体検査の実施、医師の具体的指示による検査結果の確認により、その後の処置等を遅滞なく適時に実施できる。 適切な検査手技により、検体再採取率が減少する。

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟A～D票）を基に、医療課にて作成

## 病棟における多職種連携に係る課題と論点②

### (病棟業務における多職種の関わり)

- 病棟の看護業務について、看護師は「診察・治療」「患者のケア」に従事している時間が全体の半分以上を占めており、「看護記録」や「情報共有」の時間がそれに続いた。
- 「診察・治療」に係る業務として、栄養状態、摂食・嚥下状態、ADL、口腔の状態等に関するスクリーニング・評価各種計画の作成については、管理栄養士や療法士がそれぞれ主として実施している病棟が多かった。
- 食事に関する業務について、管理栄養士が関与している病棟が多かったが、ミールラウンドや食事変更の調整役として実施している病棟は約2割だった。
- 薬剤の準備・投与に関する業務は薬剤師が関与している病棟が多かった。一方、薬剤の投与、バイタルサイン等の測定、検査実施や診察の介助、吸引については、看護師が主として実施している病棟がほとんどであった。
- 検査の準備や実施について、臨床検査技師が実施している病棟が約3割あった。臨床検査技師が病棟に常駐することにより、検査工程の全てに参画することで医師・看護師の負担軽減に繋がった事例がある。
- 「患者のケア」に係る業務の多くは、看護師が主として実施していると回答した病棟が多かった。
- 多職種が専門性を発揮しつつ、多職種間で病棟業務を協働して行うことで、様々なメリットが想定される。

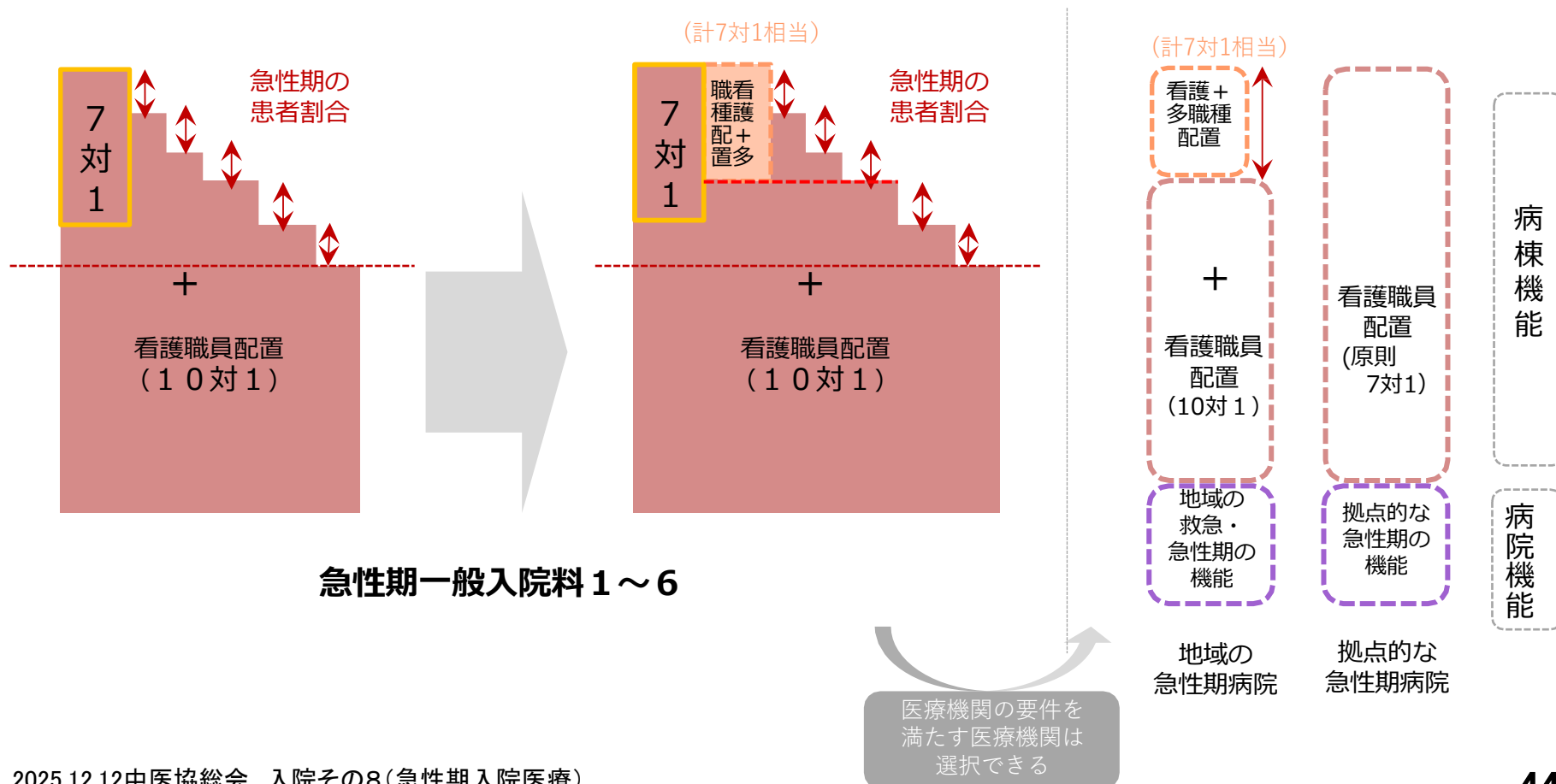
### 【論点】



- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等については、療法士の配置基準や休日のリハビリテーション実施の要件が厳しいという意見があり、体制加算の届出は少ない。一方、届出している病棟では、早期のリハビリテーション介入、高いリハビリテーション実施割合、休日の充実したリハビリテーション等の高い取組により、一般的にADLが下がりやすい患者を対象に良い結果を出していることや、口腔衛生などリハビリテーション以外の取り組みを含めて促していく観点から、本加算の評価の在り方や要件について、どのように考えるか。
- 特に高齢者の多い急性期の病棟等において、多職種における協働を促し、ニーズに応じて病棟に多職種を含めて配置をする等のより柔軟な対応を可能にすることについて、どのように考えるか。その際、病棟に配置されている管理栄養士や療法士の病棟での業務を推進することについて、どのように考えるか。また、管理栄養士が特定機能病院で専従配置の場合も退院患者の支援を継続的に行うことについて、どのように考えるか。

# 多職種配置・病院機能の評価のイメージ

- 急性期一般入院料について、高齢の救急患者の多い病棟において、多職種の協働によりADL低下を防ぐ等の観点から、一部の人員は、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みとすることが考えられるのではないかな。
- また、拠点的な急性期病院や地域の救急・急性期機能を担う病院について、病棟機能とともに、病院としての機能を踏まえた評価とすることが考えられるのではないかな。





# 多職種配置と医療機関の機能における論点

## 【論点】

- 急性期一般入院料について、高齢の救急患者の多い病棟において、多職種の協働によりADL低下を防ぐ観点 から、一部の人員は、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みとすることが考えられるのではないかと。
- 同じ一般病棟入院基本料を届け出る病院でも、救急搬送受入件数や全身麻酔手術件数などの病院としての機能が異なっていること等を踏まえ、急性期の入院基本料について、病棟機能に加え、病院機能を踏まえた評価のあり方をどう考えるか。
- 病院機能を踏まえた評価体系を検討するに当たって、拠点的な急性期病院や、地域で重点的に救急・急性期医療に対応する病院の機能について、次のような要素を含め、どのような要素を考慮することが考えられるか。
  - ・救急搬送の受入件数
  - ・全身麻酔の手術件数
  - ・特に、人口の少ない二次医療圏や離島からなる二次医療圏において、当該医療機関が救急搬送件数の最も多い医療機関であること

# 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 の主な施設基準

診調組 入-1  
7 . 9 . 18

- 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 は救命救急センター等の救急の体制整備や全身麻酔手術件数等で共通する基準があるほか、総合的な診療体制については総合入院体制加算 1 でのみ求められる施設基準があり、手術実績等については、急性期充実体制加算 1 でのみ求められる施設基準がある。
- 加算の対象となる14日間で算定できる点数の総額は、総合入院体制加算 1 は急性期充実体制加算 1 と比較して低くなっている。

	総合入院体制加算 1 14日間 計3640点	急性期充実体制加算 1 14日間 計4240点
	総合入院体制加算 1 のみの施設基準	急性期充実体制加算 1 のみの施設基準
救急・手術	<ul style="list-style-type: none"> <li>腹腔鏡下手術：100件/年以上</li> <li>心臓胸部大血管手術(※) 40件/年以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救命センター又は高度救命救急センター (急性期充実体制加算では救急搬送件数2000件/年以上でも可)</li> <li>全身麻酔手術件数2000件/年以上</li> <li>悪性腫瘍手術400件/年以上</li> </ul>
総合的な診療体制等	<ul style="list-style-type: none"> <li>内科、外科、整形外科、脳外科、精神科小児科、産科(産婦人科)の標榜と入院医療の提供</li> <li>分娩件数 100件/年以上</li> <li>放射線治療 4000件/年以上</li> <li>精神科の24時間対応体制+入院受入体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>化学療法1000件/年以上(急性期充実体制加算では外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が 6 割以上)</li> <li>画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制</li> <li>感染対策向上加算 1</li> <li>精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 若しくは2の届出</li> </ul>
その他の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院の医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制を整備している</li> <li>重症度、医療・看護必要度II：3割2分以上(I：3割3分以上)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料 1 の届出</li> <li>特定集中治療室管理料等の届出</li> <li>敷地内禁煙に係る取組</li> <li>一般病棟における平均在院日数が14日以内</li> <li>一般病棟の退棟患者の一般病棟以外への転棟が 1 割未満</li> <li>入退院支援加算 1 又は 2 の届出</li> <li>一般病棟の病床数の合計が、許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の 9 割以上</li> <li>院内迅速対応チームの設置等</li> </ul>

注 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 の主な施設基準を抜粋したものであり、全ての基準を記載しているものではない。

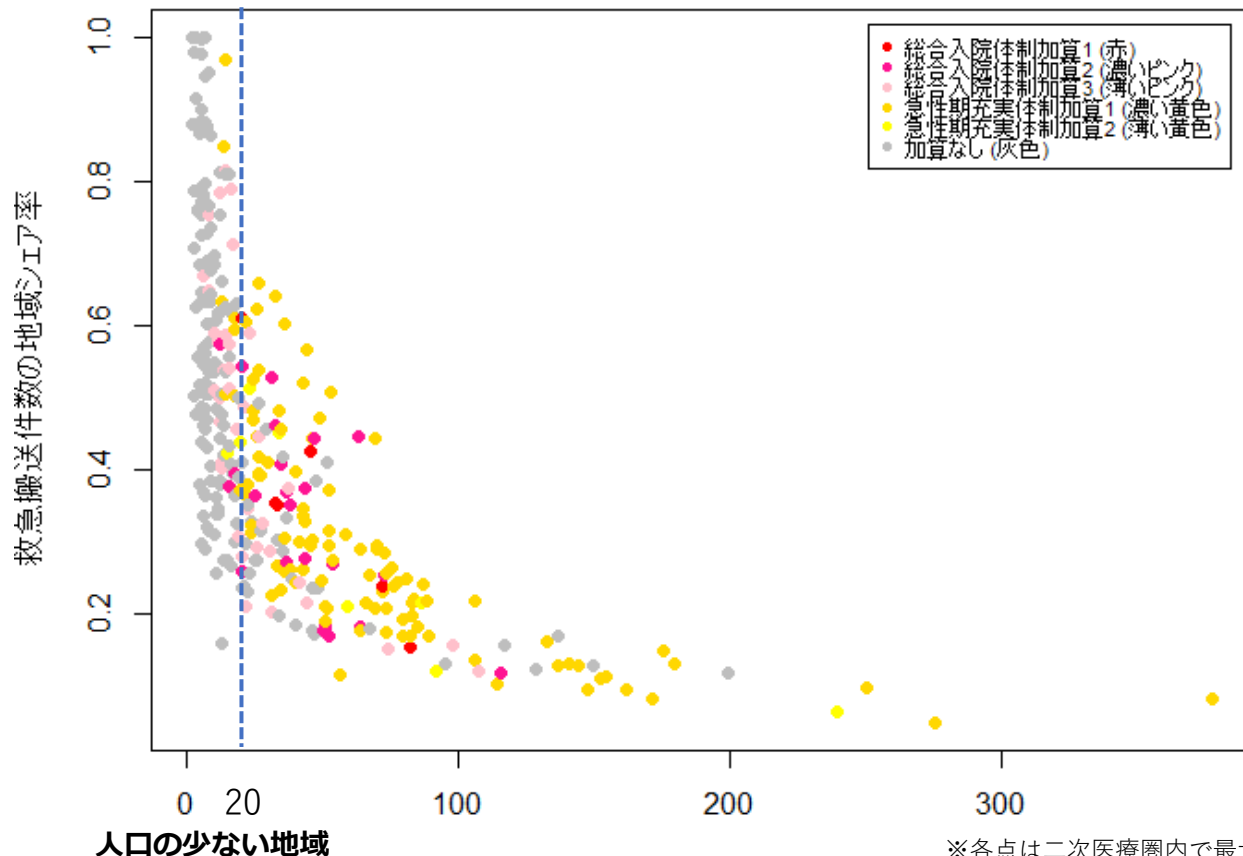
※ 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 では対象となる手術等が異なっている。

# 二次医療圏における救急搬送の地域シェア率

診調組 入-2  
7. 5. 22改

- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある。
- 地域の多くの救急搬送をカバーしている医療機関であっても、急性期充実体制加算や総合入院体制加算は算定されていない。

各二次医療圏における救急搬送の地域シェア率 (n=335)

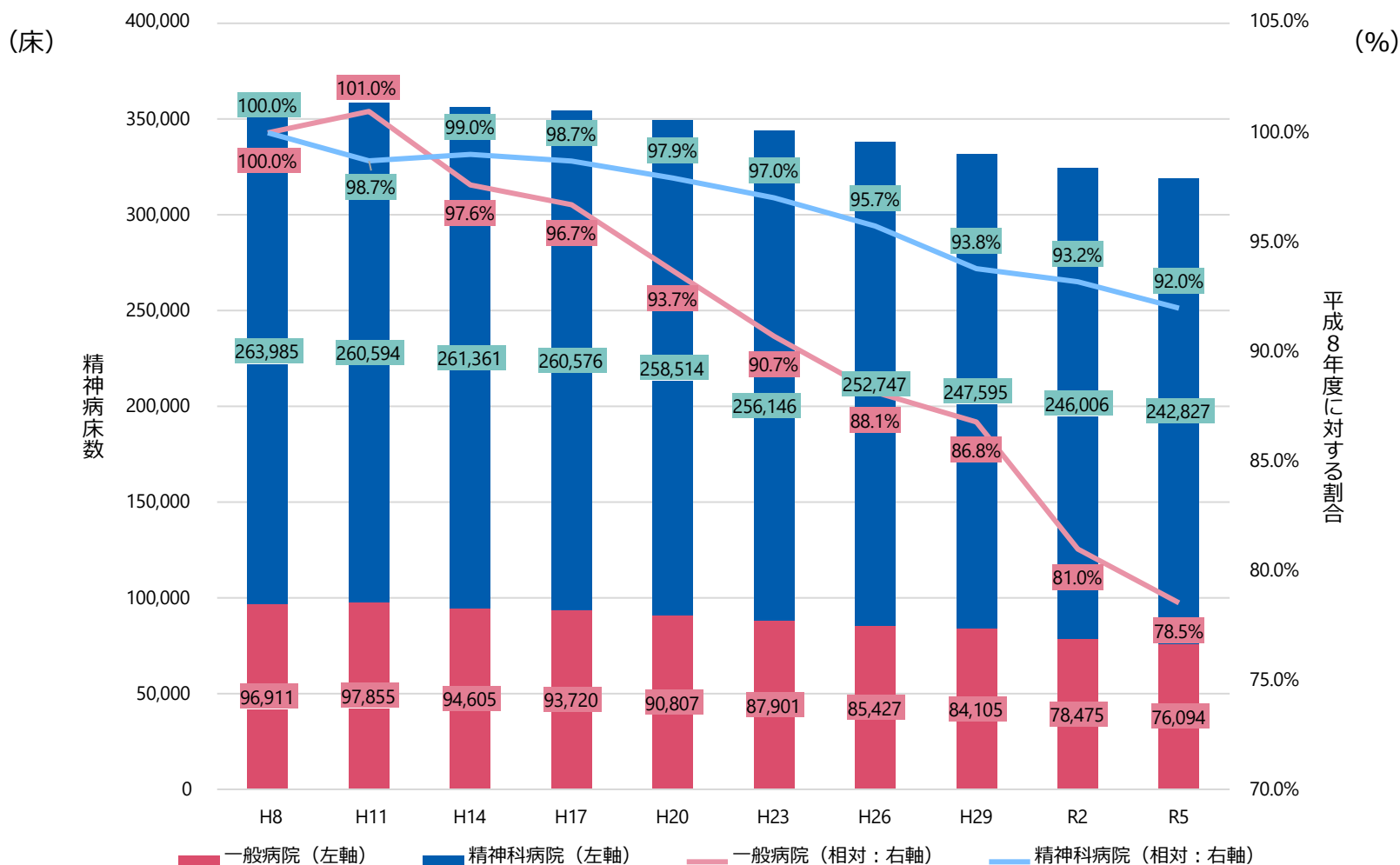


※各点は二次医療圏内で最大の救急搬送を受けている  
病院が所属する二次医療圏人口 (万人)  
病院の救急搬送件数と所属二次医療圏人口を示す

# 精神科病院と一般病院の精神病床数の推移

診調組 入 - 1  
7 . 7 . 1 7

- 精神病床数は減少傾向にあるが、精神科病院よりも一般病院で、その減少傾向が大きい。



※ 精神科病院とは精神病床のみを有する病院を、一般病院とはそれ以外の病院をいう。

# 総合入院体制加算等における論点

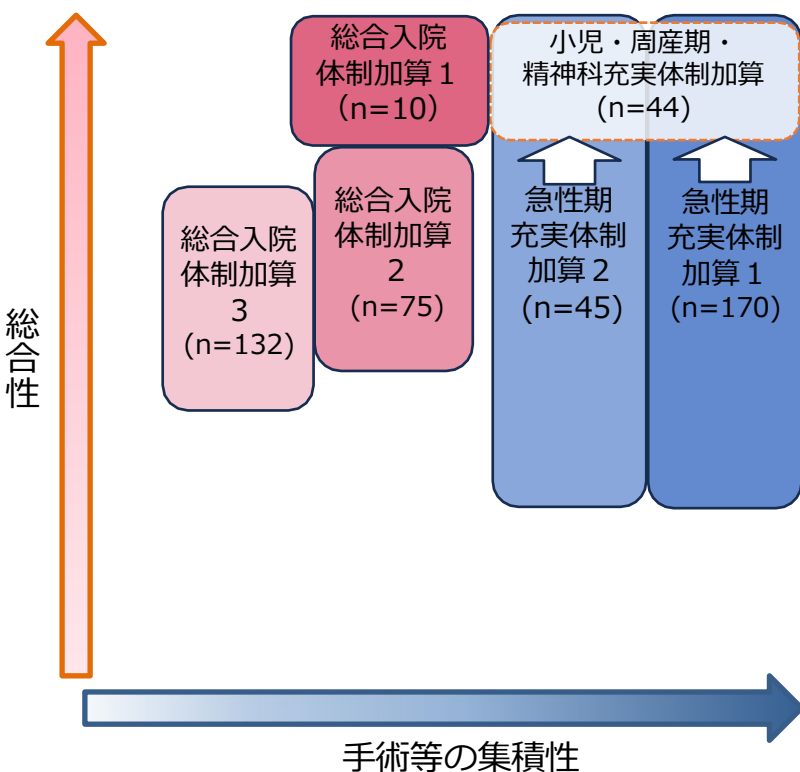
## 【論点】

- 急性期の拠点的な機能を評価している総合入院体制加算と急性期充実体制加算では、類似しているが異なる施設基準が設定されている等、複雑な評価となっているが、それらの評価の趣旨や地域医療における意義を踏まえ、類似した二つの評価体系がある現状と、その評価のあり方についてどう考えるか。
- 人口規模の少ない医療圏等で拠点的な機能を果たしている病院では、都市部にある病院と比較して、総合入院体制加算や急性期充実体制加算の実績要件を満たすことが困難である一方で、そうした地域で救急医療や総合的な診療体制を確保するために不可欠な病院もあることを踏まえ、そうした地域の拠点的な機能を果たす病院に求められる機能やその評価のあり方についてどう考えるか。
- 総合入院体制加算から急性期充実体制加算に移行した病院では、精神病床数の減少がみられているが、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の確保を図る観点から、総合入院体制加算と急性期充実体制加算における精神科の入院医療に係る評価のあり方について、どのように考えるか。

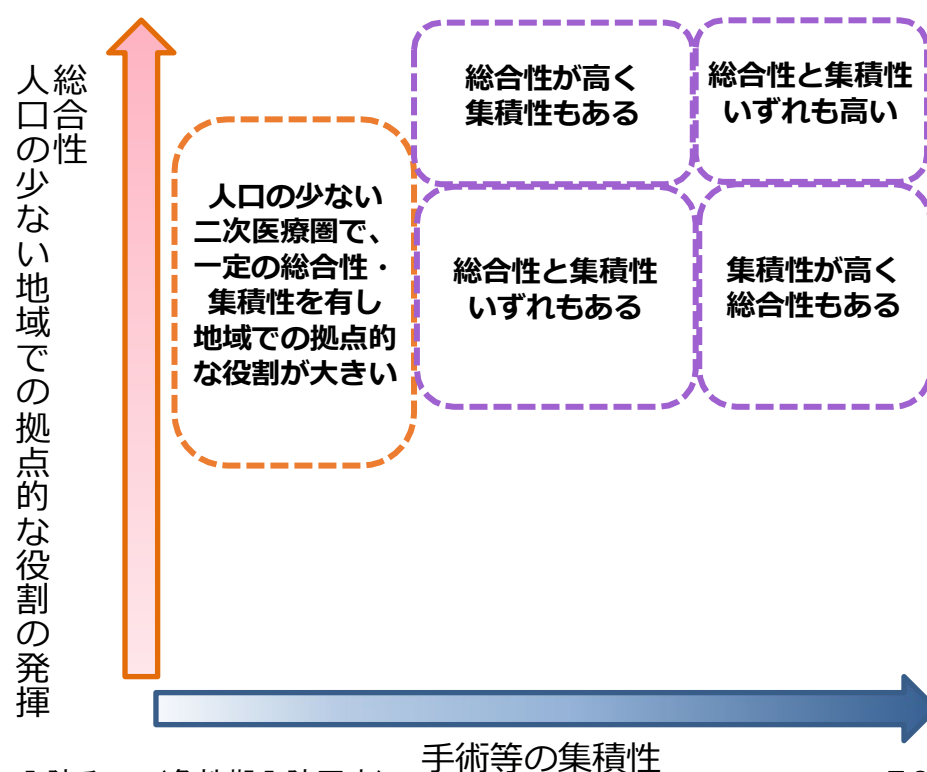
# 拠点的な医療機関の評価の考え方について（イメージ）

- 総合入院体制加算は、診療内容の総合性や手術等の実績等に応じて3区分に、急性期充実体制加算は手術等の実績に応じて2区分に評価されている。
- これらの評価を統合する場合、総合性や集積性に応じた類型を設けることが考えられるのではないかな。
- また、人口の少ない二次医療圏で、一定の総合性・集積性を有し、救急医療等での地域での拠点的な役割が大きい医療機関については、拠点的な医療機関の一つの類型とすることが考えられるのではないかな。

## 現行の評価内容のイメージ



## 統合する場合の考え方のイメージ

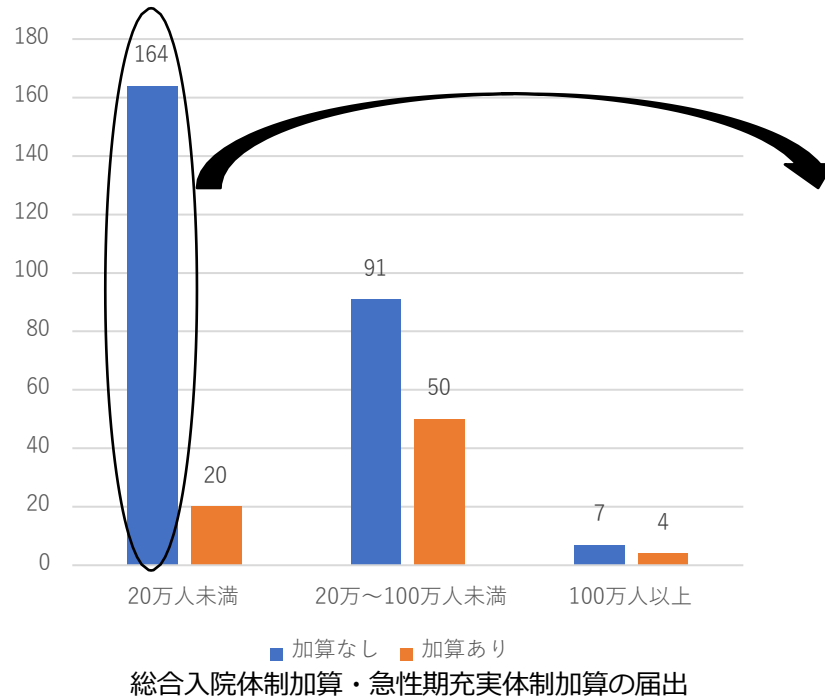




# 20万人未満医療圏におけるへき地拠点病院の取組実績について

- 人口20万人未満二次医療圏におけるへき地医療拠点病院では、その他の医療圏と比較して、総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院の割合が低い。
- 人口20万人未満医療圏の加算届出のない医療機関では、総合入院体制加算3の手術等の実績要件を満たせない医療機関であっても、へき地主要3事業や、救急搬送受入等により、地域を支えている医療機関がある。

医療圏別へき地拠点病院の総合入院体制加算・急性期充実体制加算届出状況



人口20万人未満医療圏のへき地拠点病院  
(総合入院体制加算・急性期充実体制加算の届出のない病院に限る)  
における  
へき地事業の実施や救急搬送受入等の状況

	総合入院体制加算3における手術等の実績基準※1	
	実績基準を満たさない医療機関 (n=135)	実績基準を満たす医療機関 (n=29)
へき地事業を実施※2	105 (78%)	24 (83%)
救急搬送2000件/年以上	12 (6%)	18 (52%)
全身麻酔手術800件/年以上	8 (9%)	15 (62%)

- ※1 総合入院体制加算3の手術等の実績基準は、以下の実績基準のうち2つ以上を満たすこと  
 ○人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上  
 ○悪性腫瘍手術：400件/年以上 ○腹腔鏡下手術：100件/年以上 ○放射線治療(体外照射法)：4,000件/年以上 ○化学療法：1,000件/年以上 ○分娩件数：100件/年以上  
 (化学療法の実績基準の達成状況は今回の集計に含めていない)
- ※2 巡回診療、医師派遣、代診医派遣のいずれかを実施

出典：令和5年度「へき地医療の現況について」、DPCデータ（令和6年9月）

# 総合入院体制加算と急性期充実体制加算における論点

## 【論点】

- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算では、これまで様々な診療科を有する等の総合性や、手術件数が多い等の集積性の観点から評価しており、これらの加算を統合する場合には、こうした総合性や手術等の集積性を踏まえた類型を設けることについて、どのように考えるか。
- 人口の少ない医療圏では、地域の実情から手術等の実績要件等を満たすことが困難な場合もあるが、地域において救急搬送受入の砦となる病院や、へき地において地域を支える役割を果たす病院があることを踏まえ、人口の少ない地域における拠点的な病院の役割の評価をどのように考えるか。

# 医療機関群について

- DPC/PDPSにおいては、大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。
- 医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」及びその他の「DPC標準病院群」から成る。
- また、DPC標準病院群については、基礎係数に限り、データ数が90/月末満の医療機関とそれ以外の医療機関を区別して評価している。

## 基礎係数の定義

$$[\text{基礎係数}] = \frac{[\text{各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値}] \times [\text{改定率}]}{[\text{各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値}]}$$

## DPC特定病院群の要件（主なもの）

### 実績要件（以下の全てについて、所定の基準値を満たす必要がある）

【実績要件1】：診療密度 1日当たり包括範囲出来高平均点数

【実績要件2】：許可病床 1床あたりの臨床研修医師数

【実績要件3】：医療技術の実施(6つのうち5つを満たす)

外保連試案（①手術実施症例 1件当たりの外保連手術指数、②DPC算定病床当たりの同指数、③手術実施症例件数）  
 特定内科診療（①症例割合、②DPC算定病床当たりの症例件数、③対象症例件数）

【実績要件4】：補正複雑性指数（DPC補正後）※2

## R6改定後の各医療機関群における基礎係数

医療機関群	評価区分	施設数	基礎係数
大学病院本院群		82	1.1182
DPC特定病院群		178	1.0718
DPC標準病院群	データ数が90/月末満	103	1.0063
	それ以外の施設	1,423	1.0451

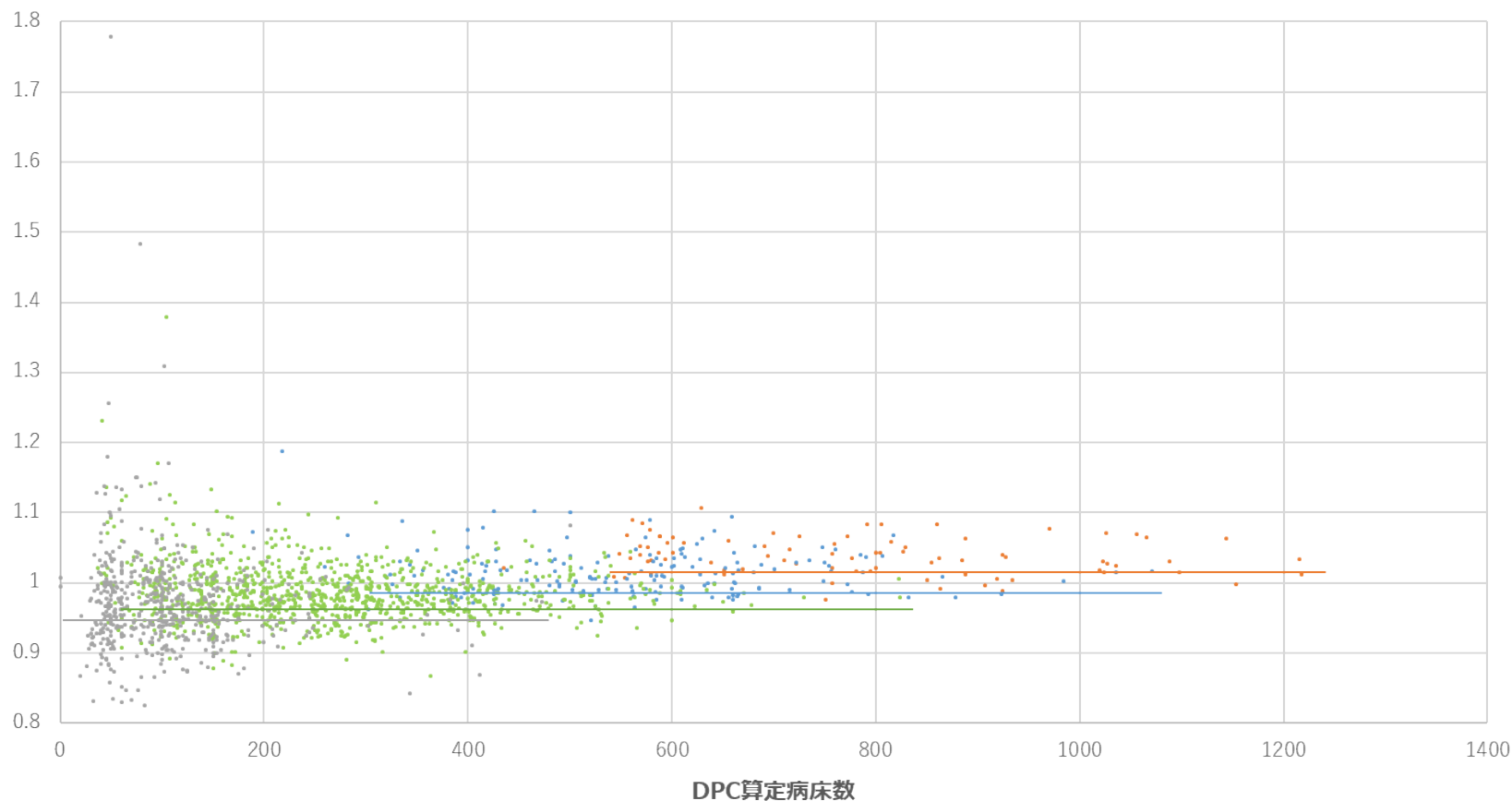
※機能評価係数Ⅱについては同一群として扱う

# DPC病院群別包括点数に対する包括範囲出来高点数の比

診調組入 - 1  
7 . 9 . 1 8

○ DPC標準病院群においても、救急搬送受入件数の多い病院ほど、包括点数に対する包括範囲出来高点数が高い傾向にある。

DPC算定病床数-包括点数に対する包括範囲出来高点数の比(直接法による補正※)



2022年10月～2023年9月DPCデータ

※ 各医療機関の症例構成をDPC対象病院の平均的な症例構成により補正したもの。

2025.11.26 中医協総会 入院(その7) 1. 急性期入院医療(その2)

# 現行の複雑性指数の評価方法における課題について

- 現行の複雑性指数は、「1入院当たりの包括範囲出来高点数」が高い診断群分類の患者数が多い場合に高い評価がなされる仕組みとなっている。
- そのため、1日当たりの包括範囲出来高点数は全DPCの平均未満であるが、平均在院日数が長いことにより、複雑性係数により高く評価される診断群分類が存在している。

## 複雑性指数の計算方法（再掲）

〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（1入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数〕／〔全病院の平均1入院当たり包括点数〕

## 複雑性指数の計算例

DPC診断群分類の例	全DPC対象病院平均			
	一日当たり 包括範囲 出来高 点数	平均 在院日 数	一入院当たり 包括範囲出来高点数 (複雑性係数に反映)	(参考) 症例 比率
040081xx99x0xx 誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	2,568 ^	18.6 v	47,808 v	1.38%
050030xx03030x 急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性 心筋梗塞 経皮的冠動脈形成術等 手術・処 置等1なし、1あり 手術・処 置等2 3あり 定義副傷病 なし	3,276	13.8	43,452	0.06%
全DPC	2,840	10.5	29,874	—

⇒「040081xx99x0xx誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし」の症例比率が100%の医療機関における複雑性指数は、 $47,808 / 29,874 = 1.60$ となる

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価の考え方	評価内容
地域医療指数	体制評価指数と 定量評価指数で  (評価シェアは、 <u>7:5</u> ) 構成	体制評価指数： <u>5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績</u> を評価。
		定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕  1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1:1）。  DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者 を対象とする。
効率性指数	各医療機関にお ける在院日数短 縮の努力を評価	<u>〔全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数〕／〔当該医療機関 の平均在院日数〕</u>  ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。  ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	1 入院当たり医療 資源投入の観点 から見た患者構 成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（1入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲 出来高点数に置き換えた点数〕／〔全病院の平均1入院当たり包括点数〕  ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。  ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応 できる総合的な体 制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数／〔全DPC数〕〕  ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。  ※ 全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。



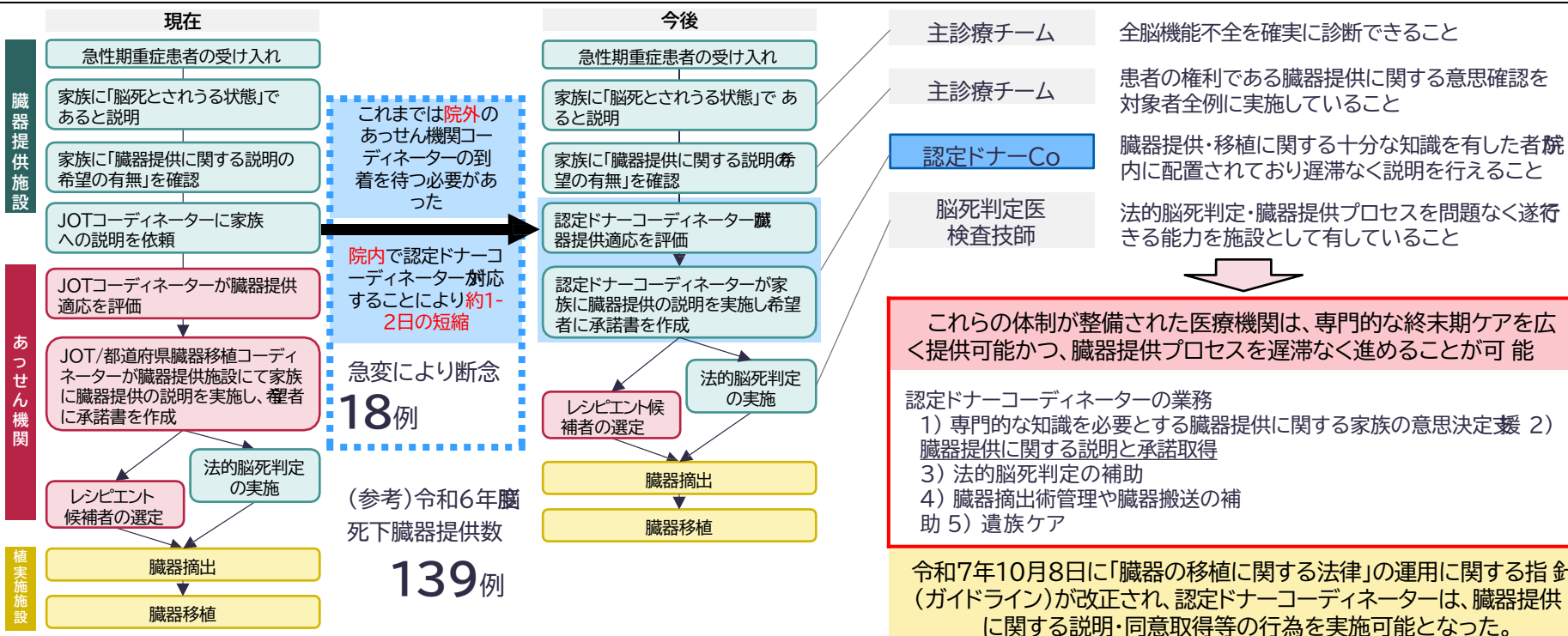
機能評価係数Ⅱの評価内容④（体制評価指数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
治験等の実施	右記のいずれか1項目を満たした場合（1P）	治験等の実施 ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P）  ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)  （※）協力施設としての治験の実施を含む。	
臓器提供の実施	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P）	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P）  ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（0.5P）	
医療の質向上に向けた取組	・医療の質指標に係るDPCデータの提出(0.5P）（令和7年度以降の評価） ・病院情報の自院のホームページでの公表(0.25P)(※) ・医療の質指標の自院のホームページでの公表(0.25P）（令和7年度以降の評価）  (※)令和6年度は1Pとして評価		
医師少数地域への医師派遣機能	(評価は行わない)	・「医師少数地域」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に3年以上在籍しているものに限る）（1P）	(評価は行わない)

# 認定ドナーコーディネーターの配置による利点

中医協 総 - 3  
7 . 10 . 29改

- 臓器提供においては、多大な人的資源の投入だけでなく、院外の実職種との連携も必要となる。
- 令和7年10月8日の「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）の改正により、認定ドナーコーディネーターは、臓器提供に関する説明・同意取得等の行為を実施可能となった。
- 認定ドナーコーディネーターを院内に配置することにより、臓器提供の過程において、あっせん機関のコーディネーターの到着を待つ時間が短縮されることで、終末期における患者等の意思に基づく臓器提供の機会を確保できる可能性がある。



質の高い認定ドナーコーディネーターが

- ・ 臓器提供適応の評価
- ・ 家族への説明・同意取得
- ・ 臓器提供手続関係書類の作成

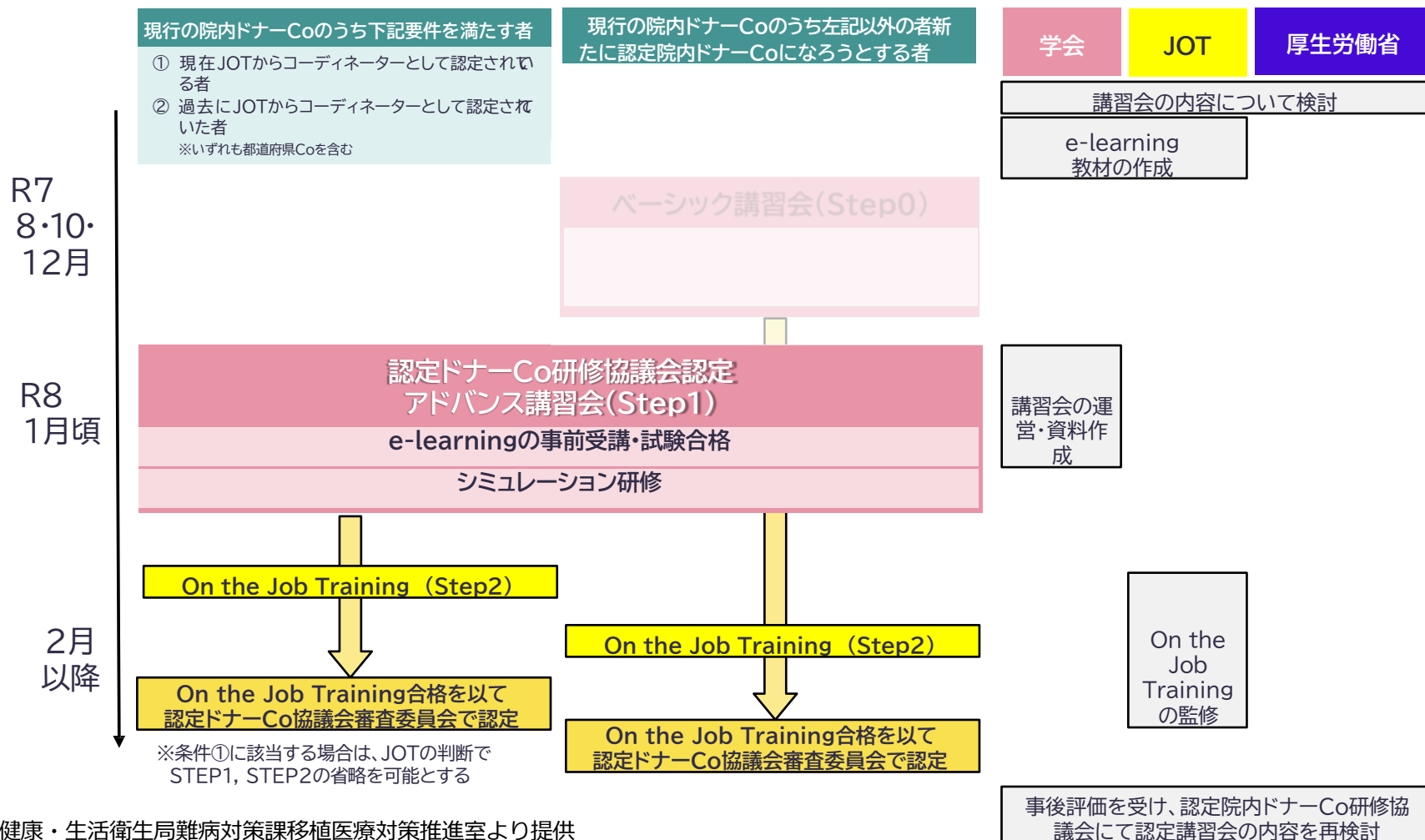
を行うことで、約1-2日の短縮が可能。

- ・ 希望する患者の臓器提供機会の確保
- ・ 終末期における患者等負担の軽減
- ・ より良い臓器状態での提供に繋がる。

# （参考）認定ドナーコーディネーターの認定にかかるスケジュール

中 医 協 総 - 3  
7 . 1 0 . 2 9

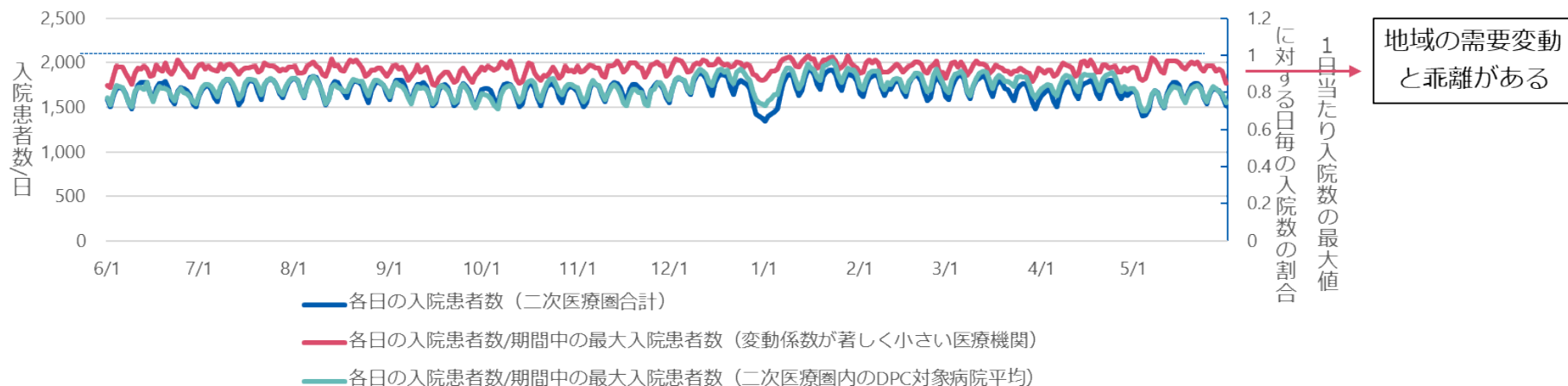
- 認定ドナーコーディネーターについて、令和7年度中に認定が開始され、臓器提供に関する説明・同意取得等の行為を行うことが可能となる。



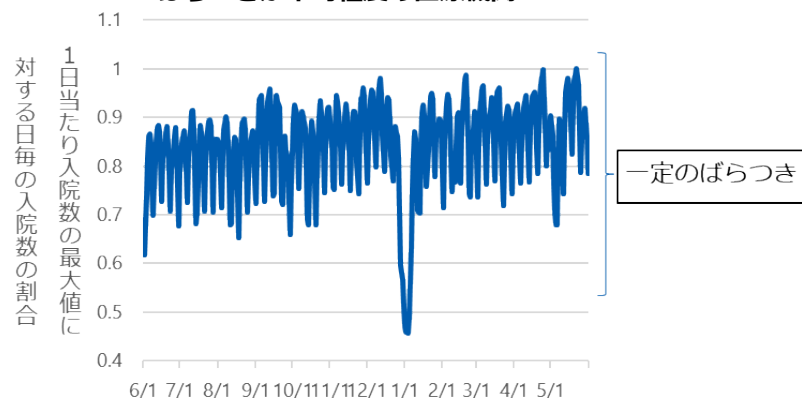
# 1日当たり入院数の最大値に対する、日毎の入院数の割合の変動係数が小さい医療機関

- 1日当たり入院数の最大値に対する、日毎の入院数の割合の変動係数が著しく小さい医療機関の中には、二次医療圏内の他医療機関と異なり、二次医療圏内の日毎の入院患者数の増減と異なる動きをする医療機関が存在する。
- このような医療機関については、地域の需要変動への応答性に乏しい可能性がある。

入院患者数等の推移

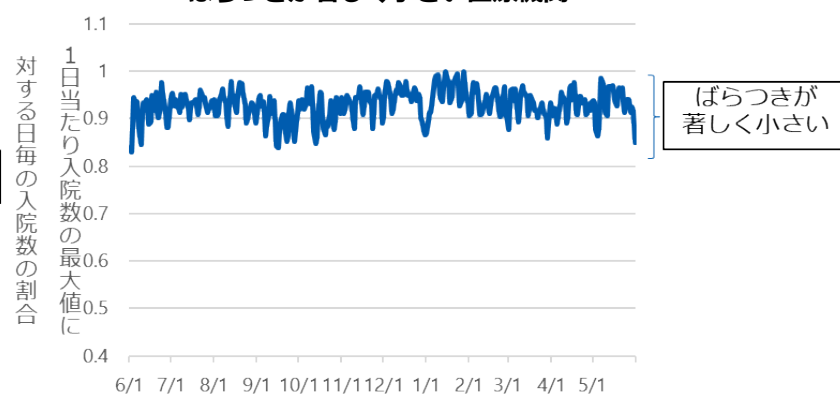


ばらつきが平均程度の医療機関



通常であれば、需要変動に応じてばらつきが生じる

ばらつきが著しく小さい医療機関



ばらつきが著しく小さい場合、需要変動への応答性に乏しい可能性がある

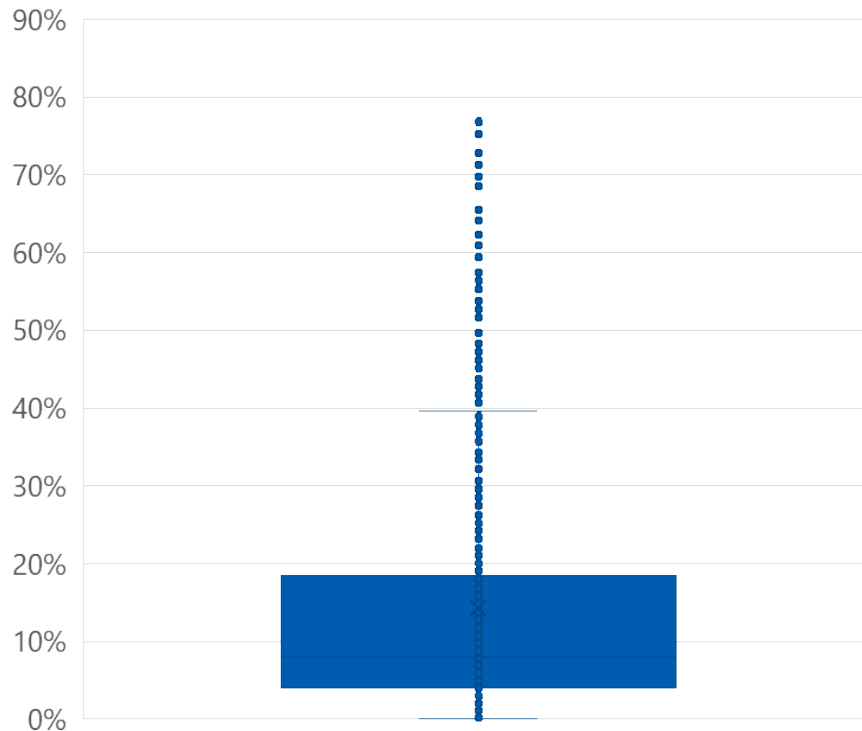
機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価の考え方	評価内容
地域医療指数	体制評価指数と 定量評価指数で  (評価シェアは、 <u>7 : 5</u> ) 構成	体制評価指数 : <u>5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績</u> を評価。
		定量評価指数 : [当該医療機関の所属地域における担当患者数] / [当該医療機関の所属地域における発生患者数]  1) 小児 (15歳未満) と2) それ以外 (15歳以上) に分けてそれぞれ評価 (1:1) 。  DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者 を対象とする。
効率性指数	各医療機関にお ける在院日数短 縮の努力を評価	<u>[全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数] / [当該医療機関 の平均在院日数]</u>  ※ 当該医療機関において、12症例 (1症例/月) 以上ある診断群分類のみを計算対象とする。  ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	1 入院当たり医療 資源投入の観点 から見た患者構 成への評価	[当該医療機関の包括範囲出来高点数 (1入院当たり) を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲 出来高点数に置き換えた点数] / [全病院の平均1入院当たり包括点数]  ※ 当該医療機関において、12症例 (1症例/月) 以上ある診断群分類のみを計算対象とする。  ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応 できる総合的な体 制について評価	[当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数 / [全DPC数]  ※ 当該医療機関において、12症例 (1症例/月) 以上ある診断群分類のみを計算対象とする。  ※ 全て (包括評価の対象・対象外の両方を含む) の支払分類を計算対象とする。

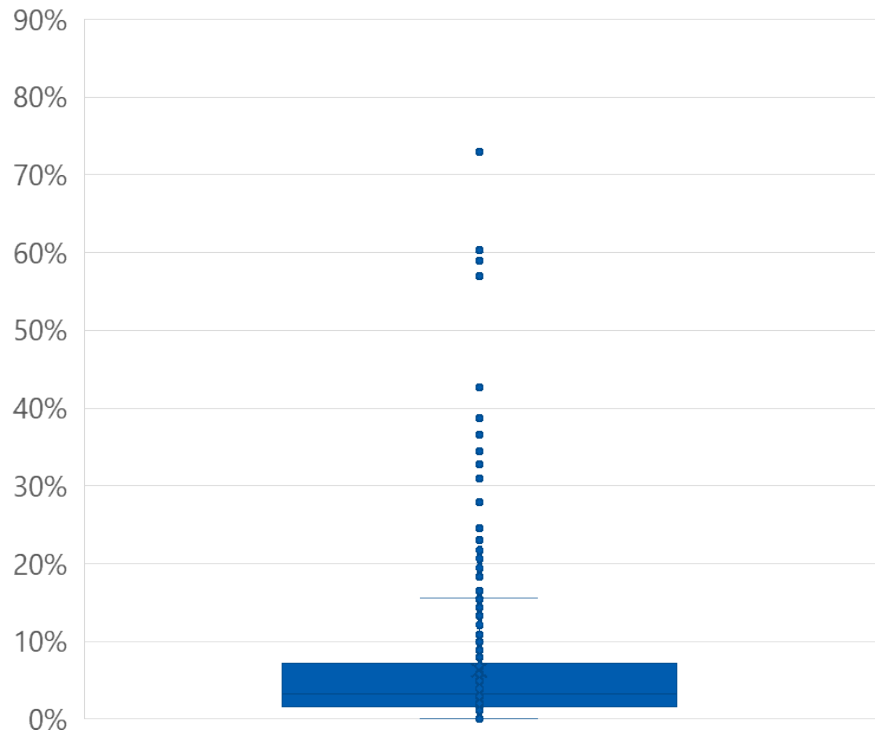
# DPC標準病院群における地域シェア①

- DPC標準病院群のうち、救急搬送件数が年間1,200件以上の医療機関とそれ以外の医療機関における、各医療機関が所属する二次医療圏内の入院患者数に占める、当該医療機関の入院患者数の割合（全診断群分類の地域シェア）は以下のとおり。
- 救急搬送件数が年間1,200件以上の医療機関は、年間1,200件未満の医療機関と比較して、全診断群分類の地域シェアは高い傾向にある。

全診断群分類の地域シェア  
(救急搬送件数年間1,200件以上)



全診断群分類の地域シェア  
(救急搬送件数年間1,200件未満)



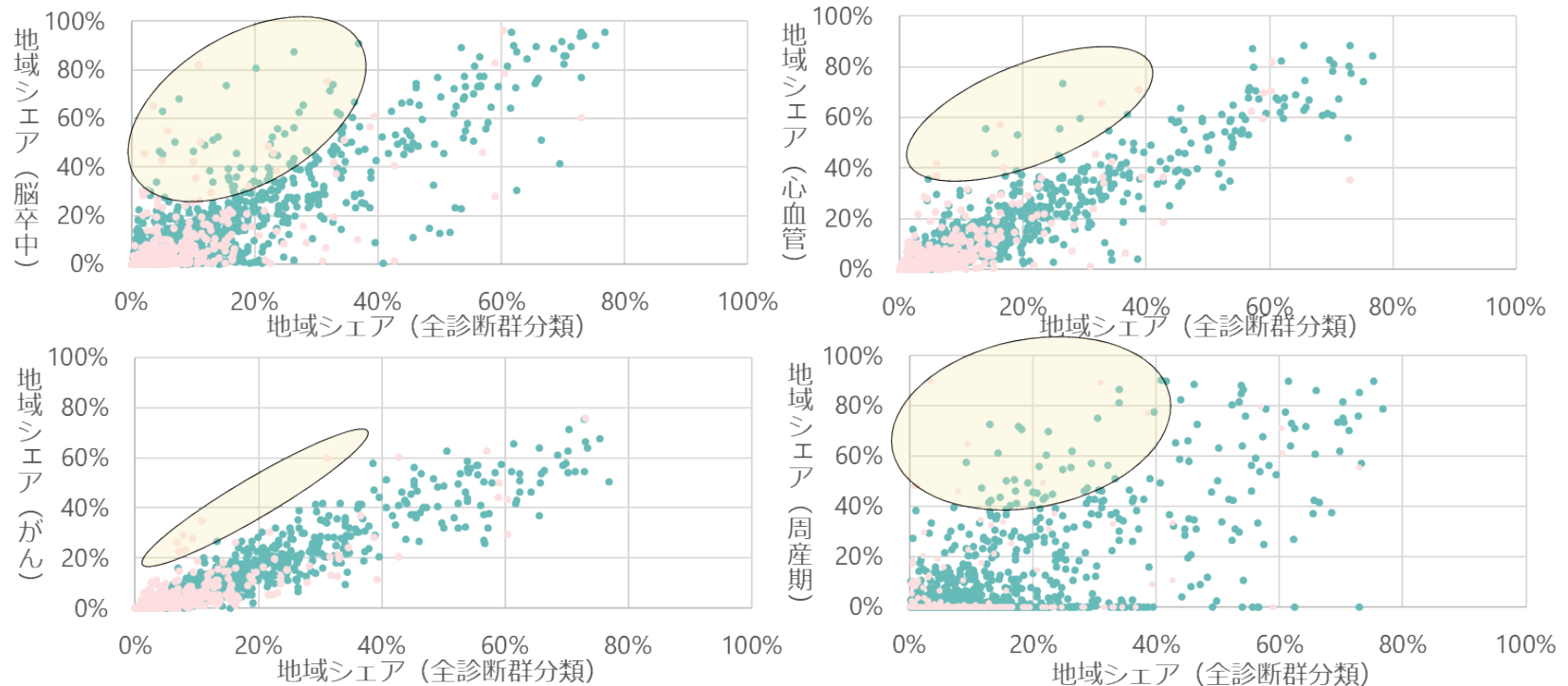
2022年10月～2023年9月DPCデータ（期中に再編のあった医療機関は除く）

2025.11.26 中医協総会 入院(その7) 1. 急性期入院医療(その2)



# DPC標準病院群における地域シェア

- DPC標準病院群における、脳卒中、心血管、がん及び周産期領域毎の、各医療機関が所属する二次医療圏内のDPC対象病院の入院患者数に占める、当該医療機関の入院患者数の割合は以下のとおり。
- 全体として、全診断群分類の地域シェアと領域毎の地域シェアは正に相関しているが、救急搬送件数が年間1,200件未満で全診断群分類の地域シェアは低いものの、特定の領域の地域シェアが高い医療機関も存在する。



● DPC標準病院群（救急搬送件数1,200件未満） ● DPC標準病院群（救急搬送件数1,200件未満）

相対的に特定の領域の地域シェアが高い医療機関

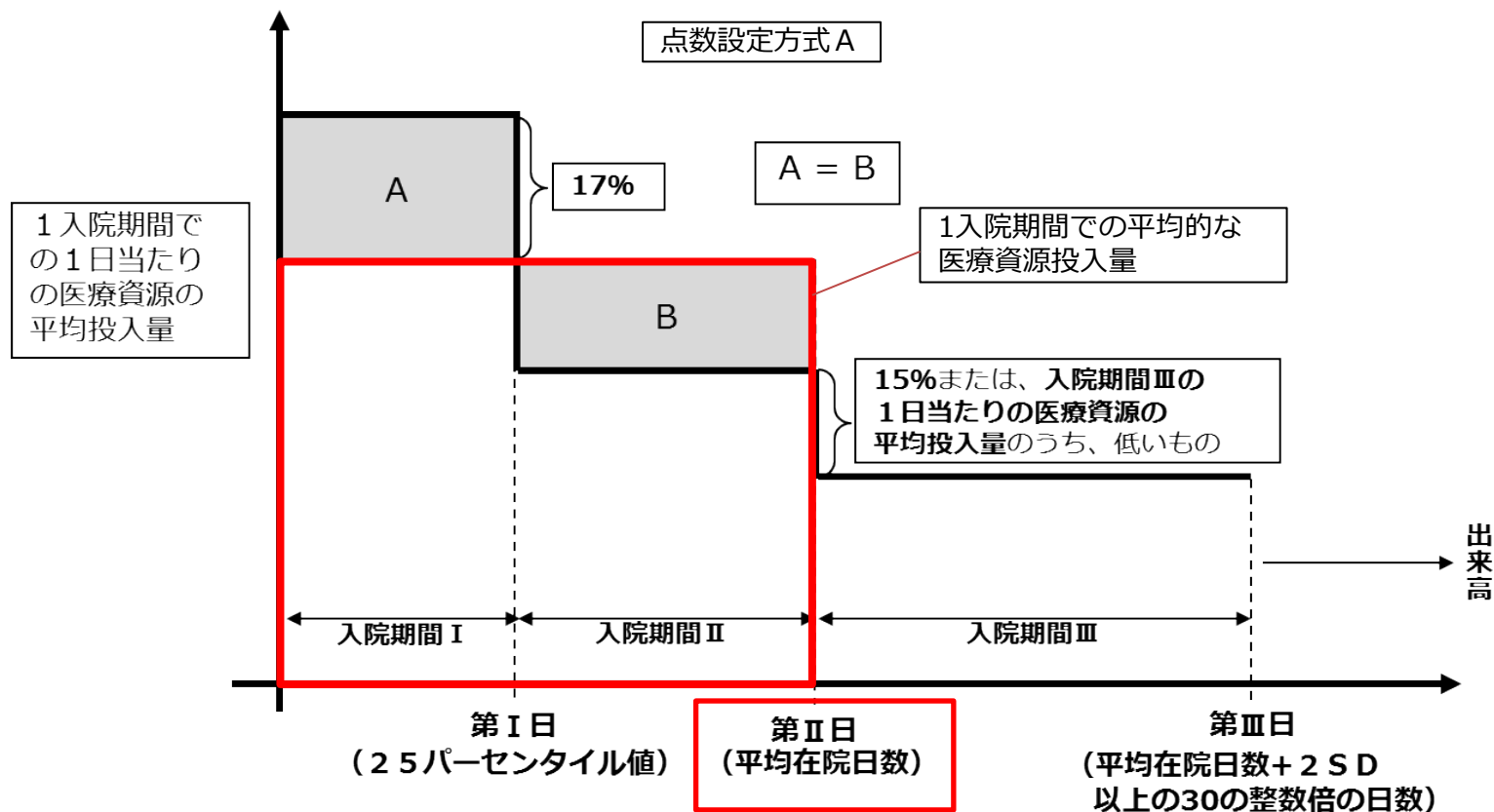
2022年10月～2023年9月DPCデータ（期中に再編のあった医療機関は除く）

2025.11.26 中医協総会 入院(その7) 1. 急性期入院医療(その2)

# 点数設定方式における入院期間Ⅱについて

診調組入 - 2 参考  
7 . 9 . 1 1 改

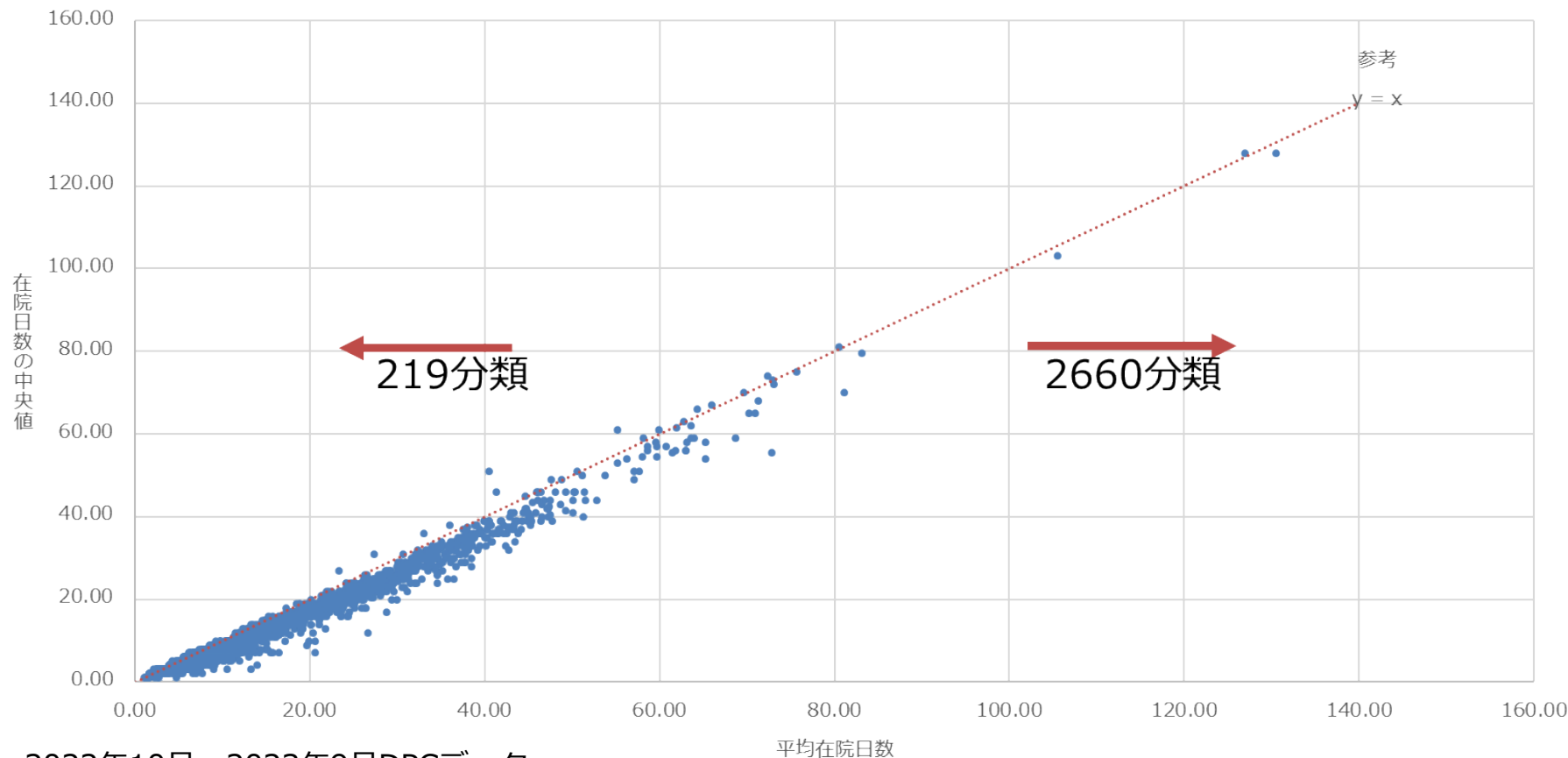
- 現行のD P C制度においては、入院期間Ⅱは平均在院日数より定義されている。



# 平均在院日数と在院日数の中央値の関係

診調組入 - 2 参考  
7 . 9 . 1 1

- DPC対象病院における、診断群分類ごとの平均在院日数と在院日数の中央値の関係は以下のとおり。
- 多くの診断群分類において、平均在院日数は在院日数の中央値を上回っている。



2022年10月～2023年9月DPCデータ

※散布図については全DPC対象病院における症例数が1,000以上の分類に限る。

分類数については全DPC対象病院における症例数が10以上の分類に限る。

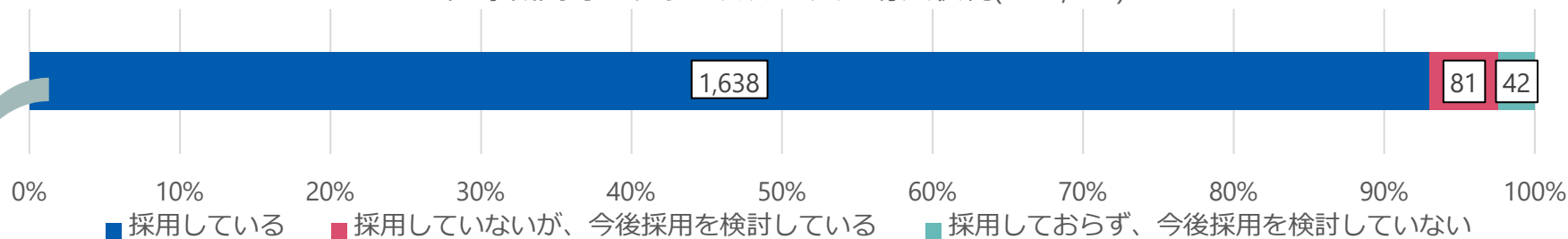
DPC別在院日数又は包括範囲出来高実績点数が95%tile超のデータを除外

2025.11.26 中医協総会 入院(その7) 1. 急性期入院医療(その2)

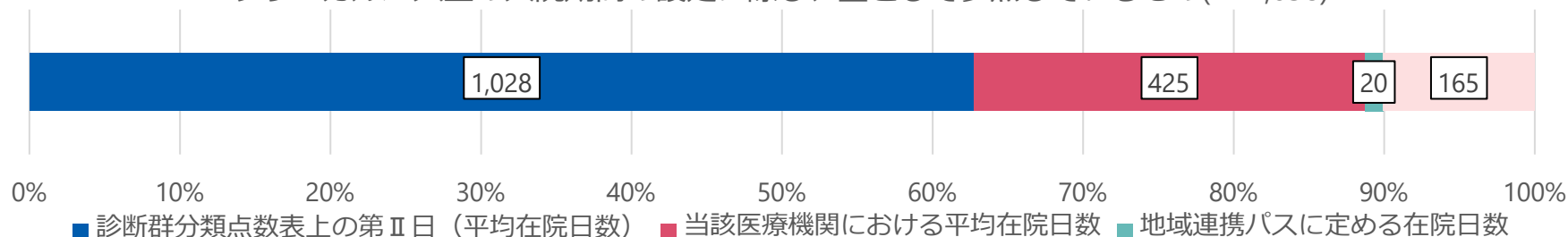
# DPC対象病院におけるクリニカルパスの導入状況等

- DPC対象病院における医療機関毎のクリニカルパスの導入状況については、以下のとおりであり、「採用している」と回答した医療機関が約9割であった。
- クリニカルパスを「採用している」と回答した医療機関において、クリニカルパス上の入院期間の設定に際し、主として参照しているものについては、「診断群分類点数表上の第Ⅱ日」と回答した医療機関が約6割であった。

医療機関毎のクリニカルパスの導入状況(N=1,761)



クリニカルパス上の入院期間の設定に際し、主として参照しているもの(n=1,638)



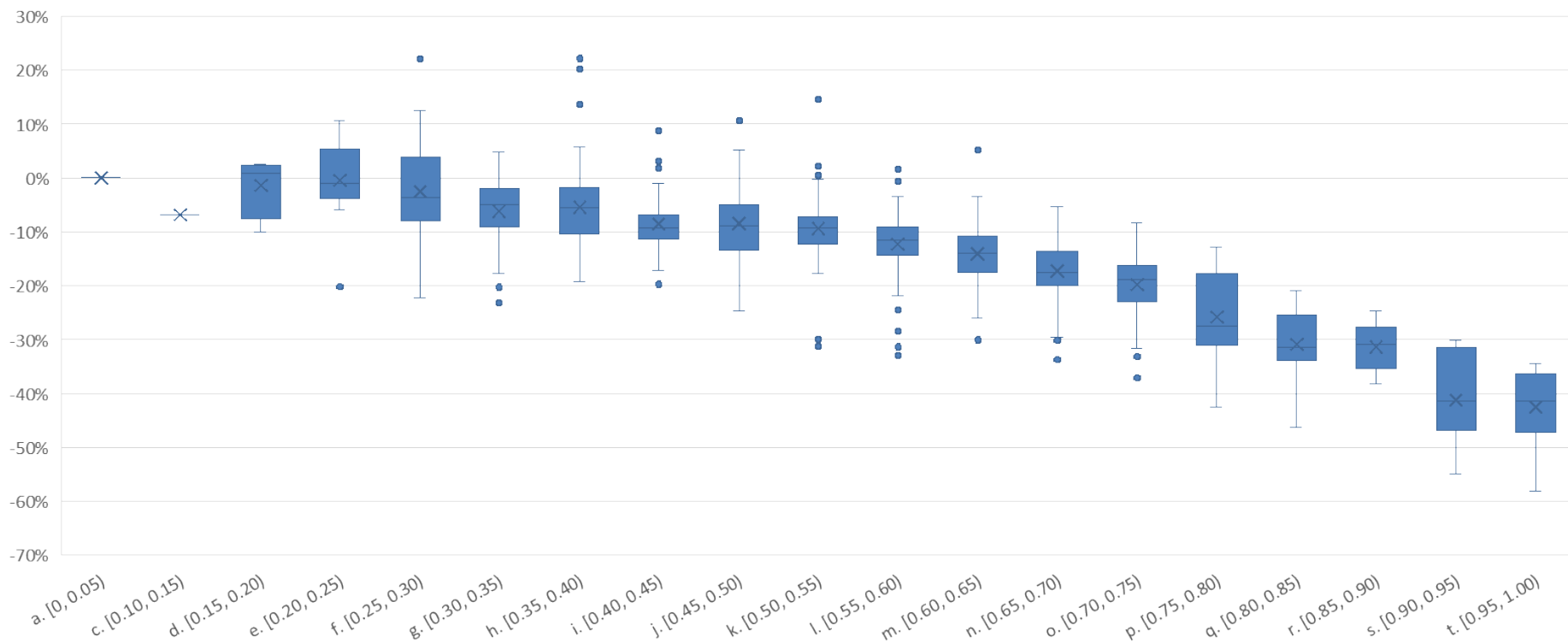
令和7年度DPC/PDPS特別調査

# 入院期間Ⅱに係る検討について

診調組入 - 2 参考  
7 . 9 . 1 1改

- 各診断群分類における在院日数の変動係数毎の(在院日数の中央値-平均在院日数) / 平均在院日数(=入院期間Ⅱの変動率) の分布は以下のとおり (症例数1,000件以上の診断群分類に限る)。
- 変動係数が大きいほど変動率が大きくなる傾向にあり、例えば変動係数が0.70未満の場合の入院期間Ⅱの変動率は、多くの診断群分類で約20%以内となる。
- 一方で、変動係数が0.70未満であっても、入院期間Ⅱが20%以上変動する診断群分類も存在する。

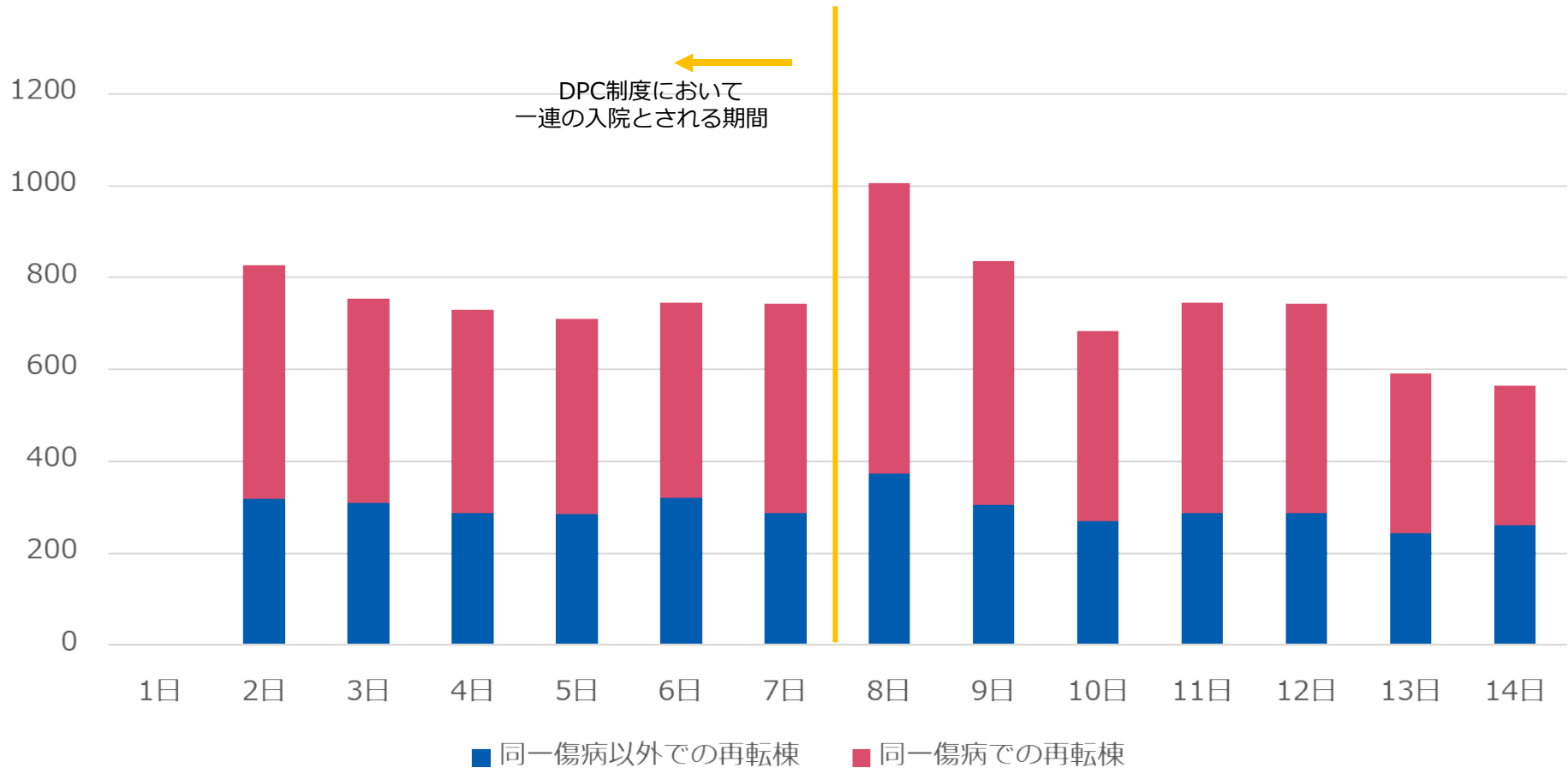
変動係数毎の入院期間Ⅱの変動率



# DPC制度における再転棟ルール

診調組入 - 2 参考  
7 . 9 . 1 1

- DPC対象病院における、再転棟までの期間ごとの再転棟数の分布は以下のとおり。
- DPC制度において一連の入院とされる期間を超えた時点での再転棟が最も多い。



令和5年4月～令和6年3月DPCデータ

※ 15日目以降の再転棟については表示していない。また、再転棟調査の仕様上、DPC対象病棟からの退棟翌日の再転棟の数は0となる。



- DPC算定に当たっては、平成26年度診療報酬改定において、以下の背景を踏まえ、原則として、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、「入院の契機となる傷病」に対する持参薬の使用は、特別な理由がある場合を除き、認めないこととされた。

- 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について（通知）令和6年3月21日 保医発0321第6号

入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該病院又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない。なお、特別な理由とは、単に病院や医師等の方針によるものではなく、個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由であることが必要である（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合には、当該特別な理由を診療録に記載すること。）

## 4. 持参薬について

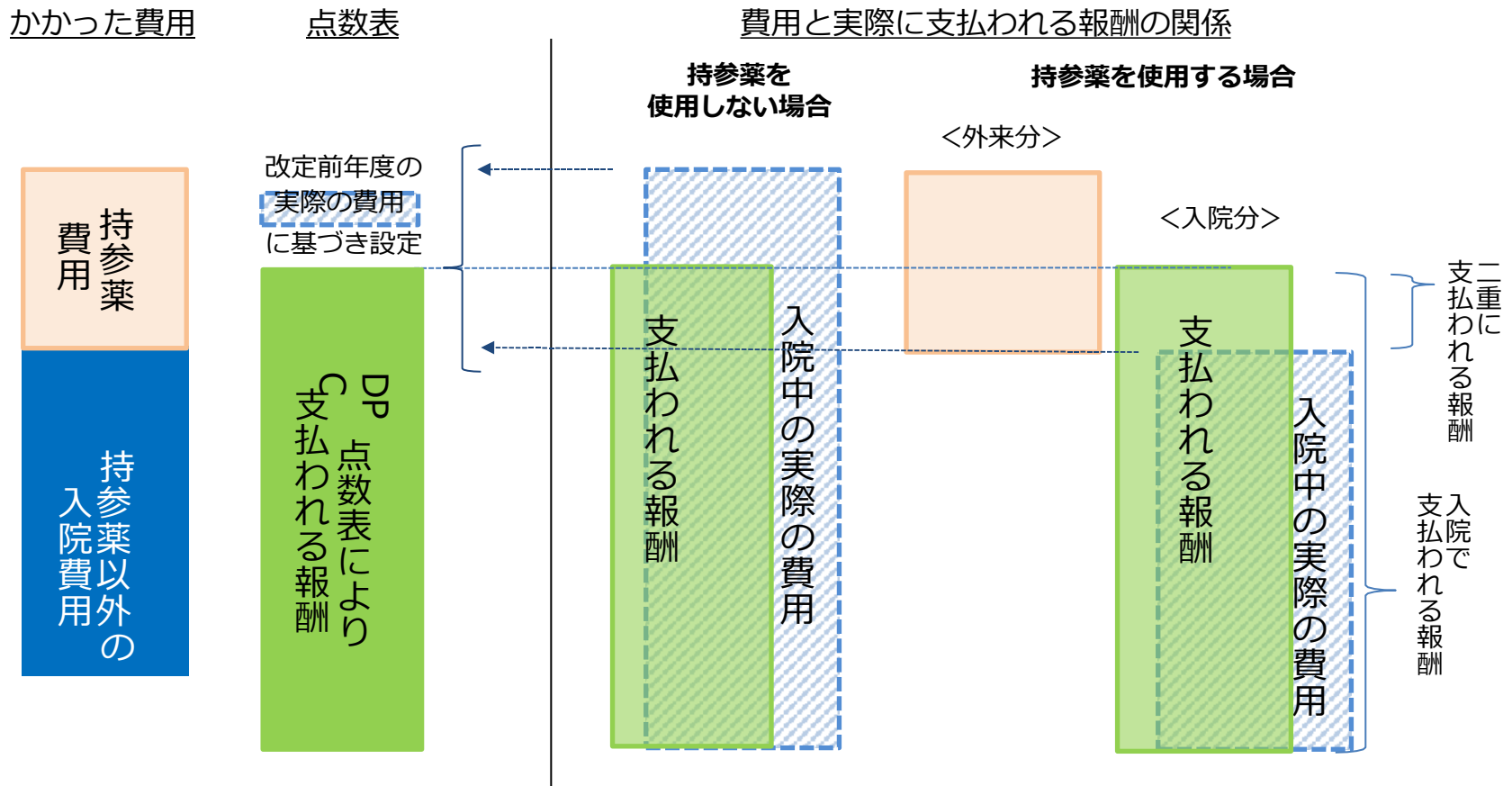
### (1) 背景

- 入院中に処方されるとDPCで包括扱いとなる薬剤を外来で処方し患者に持参させることで、不適切に利益を得ている医療機関があるのではないかという意見がある。
- また、持参薬を作り出すような処方が増加することで、患者にとって薬を持参する負担が増えているのではないかと懸念がある。
- また、持参薬を持たない患者の入院を受けつけない医療機関があるのではないかと指摘がある。

# 持参薬の使用による診療報酬上の課題

診療組入 - 2 参考  
7 . 9 . 1 1改

- 診断群分類点数表は、改定前年度の出来高実績点数に基づき設定されるため、持参薬を使用する場合、入院中の出来高実績点数が見かけ上少なくなり、点数表により支払われる報酬額が減少する。
- そのため、原則どおり、入院下で必要な薬剤を処方した場合、点数表により支払われる報酬は、実際の費用※を上回ることとなる。
- 一方で、患者は、原則通り入院下で必要な薬剤を処方した場合の費用も含めた額を支払うため、持参薬を使用する患者にとっては、一部の費用を二重で負担していることとなる。



※ ここでいう「実際の費用」は、EFファイルの積み上げによる出来高実績点数を指す

# DPC制度に係る論点

## (医療機関別係数について)

- 基礎係数について、DPC標準病院群のうち、救急搬送件数が年間1,200件未満の医療機関と、それ以上の医療機関でDPC点数表に基づく包括評価点数と包括範囲出来高点数の比に乖離があること等を踏まえ、救急搬送件数等に基づき、基礎係数の評価を分けることについて、どのように考えるか。
- 複雑性係数について、急性期入院医療を対象とするDPC制度において、患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでをより高く評価する観点から、1入院あたりの包括範囲出来高点数による現行の評価から、入院初期までの包括範囲出来高点数による評価へ移行することについて、どのように考えるか。
- 地域医療係数のうち体制評価指数について、認定ドナーコーディネーターを院内に配置することにより、患者の意思をより尊重し、脳死臓器提供機会の確保等に繋がることが期待されることを踏まえ、認定ドナーコーディネーターの配置を新たに体制評価指数により評価することについて、どのように考えるか。
- また、地域の需要変動に柔軟に対応する体制の確保を促進する観点から、1日当たり入院数の最大値に対する、日毎の入院数の割合の変動係数が著しく低い医療機関に対する体制評価指数による評価のあり方について、どのように考えるか。
- 地域医療係数のうち定量評価指数について、救急搬送件数が年間1,200件以上の医療機関の方が全診断群分類の地域シェアが高くなる傾向にあるが、全診断群分類の地域シェアは低いものの、脳卒中等の一部の領域で地域において重要な機能を果たしている医療機関が存在することを踏まえ、DPC対象病院が地域において果たす役割をより評価する観点から、単なる全診断群分類の地域シェアによる現行の評価から、領域毎の評価へ移行することや、定量評価指数の重み付けを見直すことについて、どのように考えるか。

## (点数設定方式について)

- 点数設定方式について、より実態に即した点数設定とする観点から、標準化が一定程度進んだ診断群分類について、一定の激変緩和措置を講じつつ、入院期間Ⅱを平均在院日数から在院日数の中央値へ移行することについて、どのように考えるか。

## (算定ルールについて)

- 再転棟ルールについて、DPC制度を構成する医療機関の内訳が経時的に変化し、DPC算定病床以外の病床を有する医療機関の割合が増加したこと等を踏まえ、同一傷病による再転棟については、転棟後7日間を超える場合であっても原則として一連の入院として扱うこととするについて、どのように考えるか。
- 持参薬ルールについて、現状の算定ルールの更なる徹底を図る観点から、DPC算定を行う場合は、入院の契機となった傷病に対して使用する医薬品は、院内で処方されるのが原則であることや、DPC算定を行う場合の入院料の中には一般的に入院の契機となった傷病に対して使用する医薬品の薬剤料が含まれていることについて、患者への説明を求めることについて、どのように考えるか。

# DPC制度における課題と論点

## (一般病棟入院基本料とDPC算定病院について)

- ・ DPC算定を行いうる病床（以下「DPC算定可能病床」）を有する医療機関のうち、約1,800の医療機関は、DPC制度に参加しておらず、これらの医療機関の大半は、DPC算定可能病床数が100床未満の医療機関である。
- ・ 急性期一般入院料1を算定する医療機関の約9割は、DPC算定病院である。また、DPC算定病院の約9割は、急性期一般入院料1～4を算定する医療機関であり、約7割は急性期一般入院料1を算定する医療機関である。

## (DPC病院群における基礎係数について)

- ・ 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定しており、同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。
- ・ DPC標準病院群においても、救急搬送受入件数の多い病院ほど、包括点数に対する包括範囲出来高点数が高い傾向にある。

## 【論点】

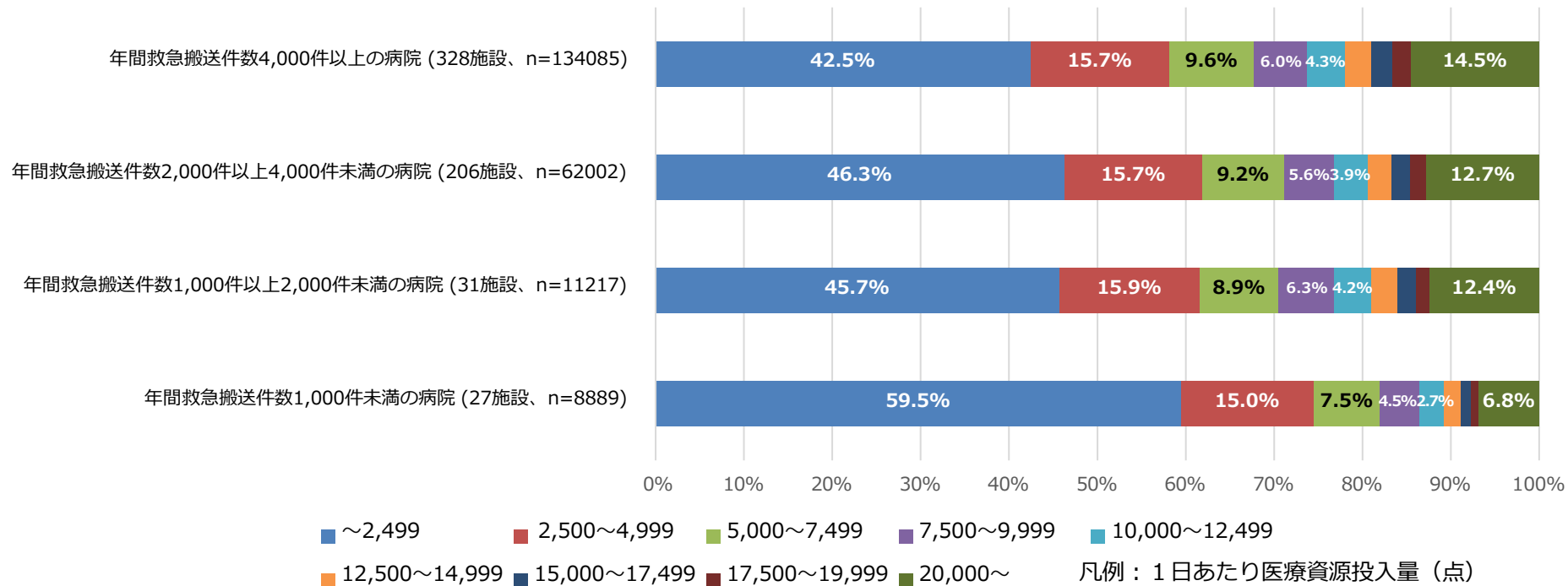
- DPC制度では、診断群分類に基づく1日あたり包括払いによって、急性期入院医療の標準化等を促すとともに、機能評価係数IIによって、各病院が目指すべき医療や地域の実情に応じて求められる機能を評価してきたことを踏まえ、急性期一般入院料の評価方法とDPC制度の対象範囲の関係性の観点から、急性期における病院の機能や特性を踏まえた急性期入院医療の評価のあり方について、どのように考えるか。
- DPC標準病院群においても、救急搬送受入件数の多い病院ほど、包括点数に対する包括範囲出来高点数が高い傾向にあり、こうした傾向を踏まえた基礎係数の設定の在り方について、どのように考えるか。

# 救急搬送件数とICUの医療資源投入量

診調組 入-2  
7. 8. 28

- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院を、年間救急搬送件数ごとに分類し、それぞれの特定集中治療室の入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間救急搬送件数が多い病院ほど、特定集中治療室の入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。

特定集中治療室管理料算定患者の1日あたり医療資源投入量



出典：保険局医療課調べ

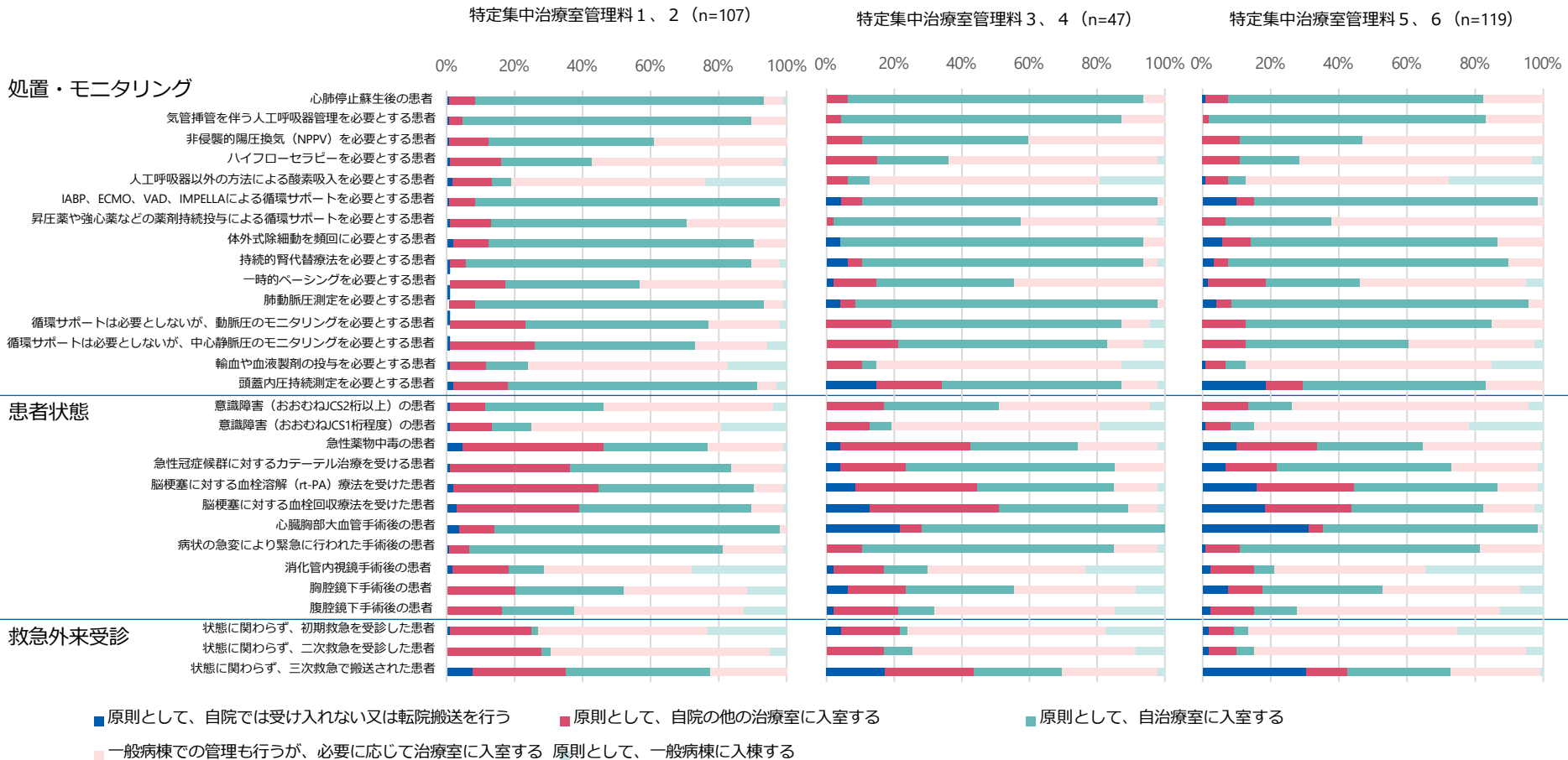
- ・ 令和6年6月～12月において「特定集中治療室管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
- ・ 「特定集中治療室管理料」算定患者における「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」を1日あたり医療資源投入量とした。
- ・ 救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。件数の報告がない病院は除外。

2025.10.08 中医協総会 入院(その2)

# 特定集中治療室管理料を算定する治療室の患者受入方針

診調組 入-2  
7. 8. 28改

- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室における患者受入方針は以下のとおり。
- 処置・モニタリングに関連する項目や、患者状態に関する項目では、「特定集中治療室管理料 3、4」と「特定集中治療室管理料 5、6」に大きな差を認めなかった。救急外来受診に関する項目では、三次救急で搬送された患者を受け入れている割合が異なる傾向があった。





# 特定集中治療室管理料等の算定患者における該当割合

診療組 入-1 参考  
 7 . 9 . 1 1 改

- 現行の基準を満たす患者は、全体の約92%であった。現行の評価項目には検査で2点となる項目があるが、特に「動脈圧測定」は該当患者割合が高く、平均で約84%であった。
- 現行の評価項目以外の項目では、「蘇生術の施行（電氣的除細動を含む）」に該当する患者割合は約5%、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約12%、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約1%であった。

	患者総数 (人日)	基準（2 点以上） を 満たす患 者割合	現行の「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」の評価項目							現行の評価項目でないもの		
			動脈圧 測定	シリンジ ポンプの 管理	中心静脈 圧測定	人工呼吸 器の管理	輸血や血 液製剤の 管理	肺動脈圧 測定	特殊な治 療法等	蘇生術の 施行	抗不整脈 剤の使用 (注射 剤)	一時的 ペーシン グ
			2点	1点	2点	2点	2点	2点	2点			
全体	352,656	92.4%	84.4%	45.0%	23.5%	46.8%	24.2%	5.9%	15.0%	5.4%	12.2%	0.5%
特定集中治療室管理料 1	90,323	94.9%	89.0%	48.2%	29.4%	47.4%	28.5%	7.7%	16.7%	4.3%	14.1%	0.4%
特定集中治療室管理料 2	59,582	95.0%	88.8%	46.6%	27.0%	52.6%	28.7%	7.4%	19.7%	5.9%	13.2%	0.8%
特定集中治療室管理料 3	39,853	90.5%	80.6%	44.2%	27.4%	41.6%	22.7%	6.8%	13.8%	4.1%	12.9%	0.4%
特定集中治療室管理料 4	13,535	89.2%	80.8%	40.6%	19.9%	44.6%	26.7%	5.5%	11.7%	3.7%	12.1%	0.3%
特定集中治療室管理料 5	87,758	89.9%	79.3%	44.6%	20.2%	38.7%	20.4%	4.8%	11.4%	3.6%	11.6%	0.5%
特定集中治療室管理料 6	18,110	93.7%	86.2%	45.4%	24.7%	47.0%	24.3%	3.5%	15.9%	5.3%	10.5%	0.4%
救命救急入院料 2	6,974	87.3%	73.6%	31.0%	13.9%	54.9%	15.5%	2.4%	13.7%	10.3%	7.7%	1.4%
救命救急入院料 4	36,521	92.0%	84.5%	40.9%	9.2%	60.6%	17.8%	2.9%	14.5%	12.4%	7.8%	0.6%

※「蘇生術の施行」は「ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度」の「蘇生術の施行」に準ずる。

※「抗不整脈剤の使用（注射剤）」は、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の「A6専門的な治療・処置（⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）」に準ずる。

※「一時的ペーシング」は、「J044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法」「K596 体外ペースメーカー術」の該当割合。

# ハイケアユニット入院医療管理料算定患者における該当割合

診療組 入-1 参考  
7. 9. 1 1 改

- 現行の基準を満たす患者は、基準①では概ね3割であり、基準②では概ね9割であった。
- 現行の評価項目以外の項目では、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約4～6%、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約0.1～0.3%であった。

	患者総数 (人日)	基準① (1項目以上) を満たす患者割合	基準② (1項目以上) を満たす患者割合	現行「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」評価項目											現行の評価項目でないもの	
				創傷処置	蘇生術の施行	呼吸ケア	注射薬剤3種類以上の管理 (最大7日間)	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等	抗不整脈剤の使用	一時的ペーシング
				基準②	基準①②	基準②	基準②	基準②	基準②	基準①②	基準①②	基準①②	基準①②	基準①②		
(必要度Ⅰ) ハイケアユニット入院医療管理料 1	64,027	34.7%	92.0%	9.1%	0.4%	55.1%	32.4%	29.7%	48.5%	10.2%	21.6%	8.7%	0.5%	2.5%	5.6%	0.3%
(必要度Ⅰ) ハイケアユニット入院医療管理料 2	852	30.8%	90.6%	10.2%	0.9%	58.3%	28.4%	49.1%	44.8%	1.4%	22.3%	9.0%	0.2%	3.4%	4.2%	0.1%
(必要度Ⅱ) ハイケアユニット入院医療管理料 1	313,690	36.9%	91.3%	8.3%	1.5%	44.8%	38.5%	30.0%	32.8%	7.8%	23.9%	10.0%	0.6%	2.4%	5.0%	0.3%
(必要度Ⅱ) ハイケアユニット入院医療管理料 2	10,894	29.7%	77.5%	3.8%	0.8%	35.5%	30.8%	16.3%	22.0%	3.8%	20.9%	7.0%	0.0%	1.0%	4.2%	0.3%

※必要度Ⅱは、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行うもの。

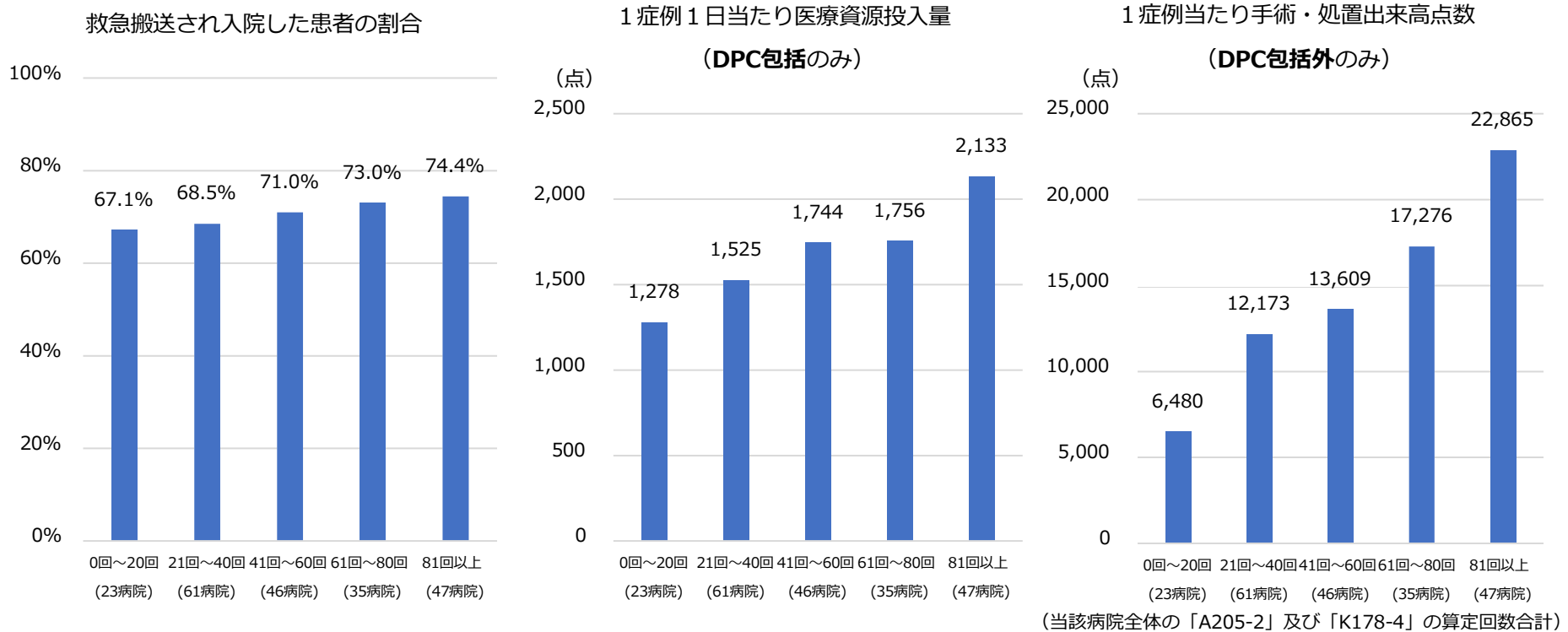
※「抗不整脈剤の使用（注射剤）」は、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の「A6専門的な治療・処置（⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ））」に準ずる。

※「一時的ペーシング」は、「J044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法」「K596 体外ペースメーカー置入術」の該当割合。

# 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の算定患者

- 「A205-2」超急性期脳卒中加算及び「K178-4」経皮的脳血栓回収術の病院全体の算定回数合計が多い病院であるほど、脳卒中ケアユニット入院医療管理料算定患者の「救急搬送され入院した患者の割合」「1症例1日あたり医療資源投入量」「1症例当たり手術・処置出来高点数」がいずれも高い傾向があった。

## 脳卒中ケアユニット入院医療管理料算定患者



出典：DPCデータ（令和5年4月～令和6年3月）

※「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院を、当該病院全体における「A205-2」超急性期脳卒中加算及び「K178-4」経皮的脳血栓回収術の算定回数の合計ごとに分類し、その区分を横軸に示した。

※1症例1日当たりの「DPCの包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」を「医療資源投入量」とした。（脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A205-2」、「K178-4」の各点数は含まれない。）

# 特定集中治療室管理料についての論点

## 【論点】

### （特定集中治療室管理料について）

- 次のような点等を踏まえ、特定集中治療室管理料の評価のあり方について、どのように考えるか。
  - ・ 重症な救急搬送患者や全身麻酔手術後患者の管理を行うことが特定集中治療室を有する病院の重要な役割であることや、救急搬送件数に応じて、特定集中治療室入室患者の医療資源投入量に差があったこと。
  - ・ 特定集中治療室管理料 1～4 においては、宿日直ではない専任の医師を治療室内に常時配置する必要があるが、「特定集中治療室管理料 3、4」と「特定集中治療室管理料 5、6」について、処置・モニタリング、患者状態に関する項目による患者受入方針に大きな差がなかったこと。
  - ・ 現在の「特定集中治療室管理料 5、6」においては「届出時点で、継続して3月以上、特定集中治療室管理料 1、2、3若しくは4又は救命救急入院料を算定していること」とされており、今後新たに特定集中治療室管理料を届け出る場合には対象とならないこと。
  - ・ 「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」について、測定で基準を満たす項目がある一方、「蘇生術の施行」「抗不整脈剤の使用」「緊急ペーシング」など、重症者に行われるが現在は評価されにくい処置等があること。
  - ・ 「特定集中治療室遠隔支援加算」について、被支援側医療機関に「医療資源の少ない地域」又は「医師少数区域」に所在する医療機関が含まれる場合に限られていること。
  - ・ 「重症患者対応体制強化加算」について、特定機能病院は対象とされていないが、集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に関する取組を行う特定機能病院が一定程度存在すること。
- 「救命救急入院料 1～4」「特定集中治療室管理料 1～6」が「広範囲熱傷特定集中治療管理料」の有無によって区分が分かれているが、簡素化の観点からどのように考えるか。

# 高度急性期入院医療についての論点

## 【論点】

### （特定集中治療室管理料について）

- 「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」の基準に該当する治療室割合のシミュレーション結果やSOFAスコアが一定基準以上である患者割合の現状を踏まえ、「蘇生術の施行」「抗不整脈剤の使用」「緊急ペーシング」を新たに基準へ追加することや、SOFAスコアが一定基準以上である患者割合要件の適切な水準について、どのように考えるか。

### （ハイケアユニット入院医療管理料について）

- 「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」の基準に該当する治療室割合のシミュレーション結果を踏まえ、「抗不整脈剤の使用」「緊急ペーシング」を新たに基準へ追加することや、要件割合の適切な水準について、どのように考えるか。

### （脳卒中ケアユニット入院医療管理料について）

- 「超急性期脳卒中加算」「経皮的脳血栓回収術」に関する病院の実績により脳卒中ケアユニット入院医療管理料算定患者の医療資源投入量等に差があったこと等を踏まえ、その評価のあり方についてどのように考えるか。

## 地域包括医療病棟② 施設基準等

### 地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

### (新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

#### 〔算定要件〕

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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

#### 〔施設基準〕（抜粋）

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。（病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等）
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。  
（ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等）
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。  
（2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等）
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。





# 地域包括医療病棟の届出において満たすことが困難な項目

診調組 入-1  
参 考  
7. 5. 22改

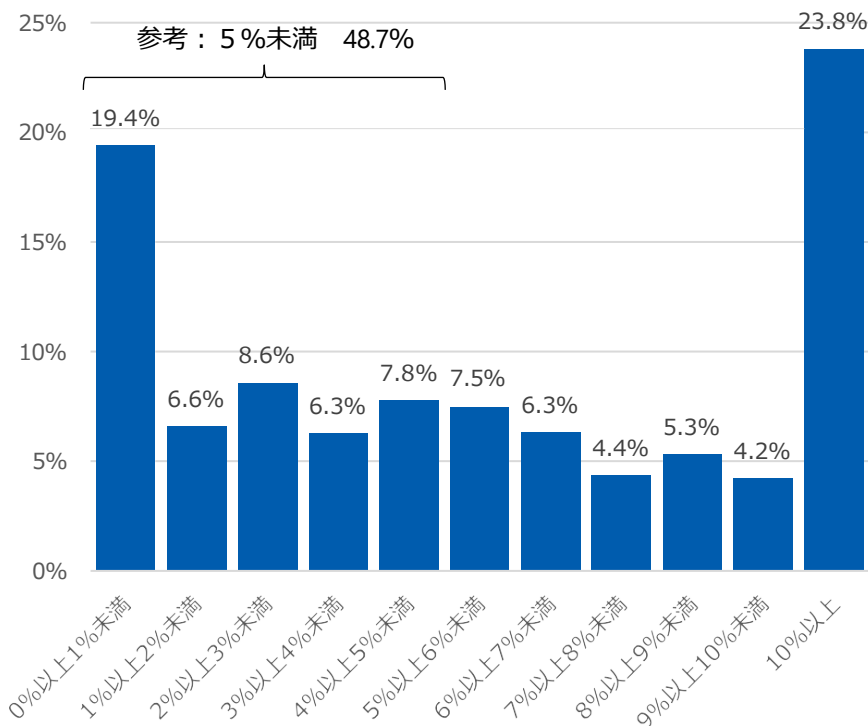
- 届出にあたって満たすことが困難な施設基準として、急性期病棟では「休日を含めすべての日にリハビリテーションを提供できる体制の整備」を回答した医療機関が半数を超えており、「自院の一般病棟からの転棟が5%未満」「常勤のPT/OT/STの配置」「ADLが低下した患者が5%未満」が続いた。
- 地域包括ケア病棟においては、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすこと」が半数程度であり、「在宅復帰率8割」「休日を含むリハビリの体制整備」が続いた。

満たすことが困難な項目	急性期病棟(n=148)	地域包括ケア病棟(n=151)
看護職員の配置	12.2%	19.9%
常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置	40.5%	33.1%
専任の常勤の管理栄養士の配置	27.0%	21.2%
A D Lが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること	35.8%	35.8%
A D Lの測定に関する研修会の開催	4.1%	7.9%
2次救急医療機関又は救急告示病院であること	7.4%	7.3%
常時、必要な検査、C T撮影、M R I撮影を行う体制にあること	7.4%	7.3%
重症度、医療・看護必要度の基準を満たすこと	23.6%	46.4%
入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること	21.6%	37.7%
平均在院日数が21日以内であること	17.6%	29.1%
退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること	23.0%	43.0%
当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること	43.2%	38.4%
救急用の自動車等により緊急に搬送された患者等の割合が1割5分以上であること	25.7%	37.7%
データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること	10.8%	6.0%
脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること	3.4%	0.0%
休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること	55.4%	41.1%
リハビリテーションに必要な構造設備	8.8%	2.0%

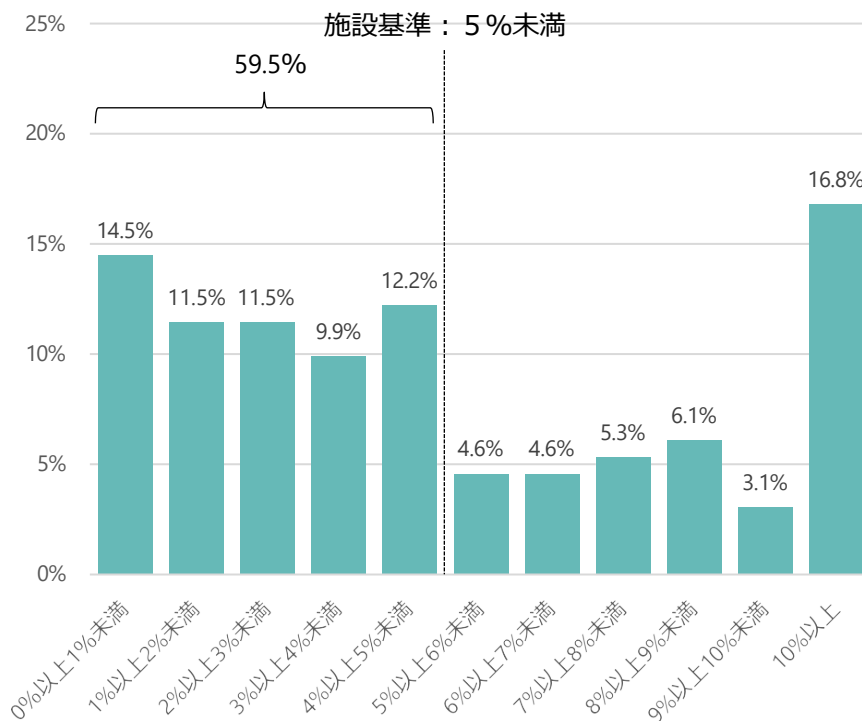
# 地域包括医療病棟におけるADLが低下した患者の割合

- 急性期一般入院料 2 - 6 の病棟と地域包括医療病棟におけるADLが低下した患者の割合を比較すると、地域包括医療病棟ではADLが低下した患者の割合が少ない病棟が多かった。
- 地域包括医療病棟においても、ADLが低下した患者の割合が 5 %未満の病棟は約 6 割であった。

急性期一般入院料 2 - 6 (n=1996施設)



地域包括医療病棟全体(n=131施設)



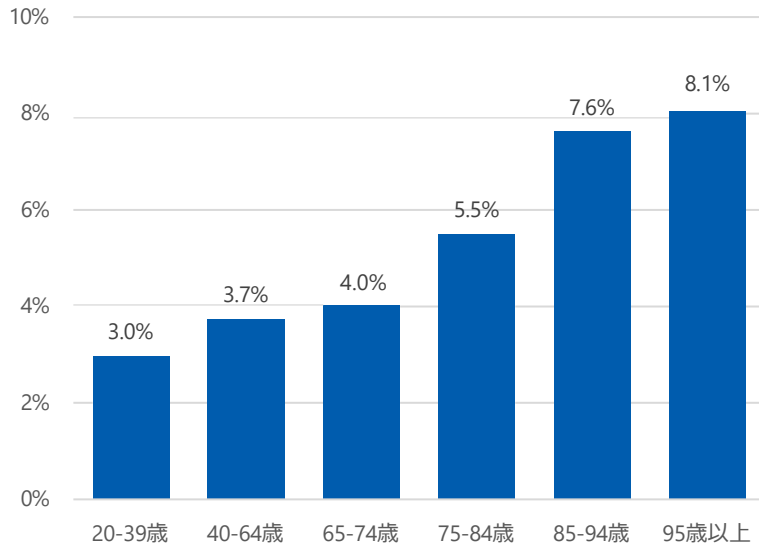
急性期一般病棟 2 ~ 6、地域包括医療病棟のうち全入院患者数が10名以上の施設を対象として集計。2024年11月~12月に当該病棟から退院した症例のうち、ADLがエラーなく入力されている全258,574例/15,357症例について、死亡退院を除く退院患者に対する、退院時に入院時よりADLが低下した患者の割合を施設毎に集計し、分布を示した。本来集計から除くべき「がんの終末期」が含まれているため、施設基準の値とは異なる可能性があることに注意。

# ADLが低下する要因

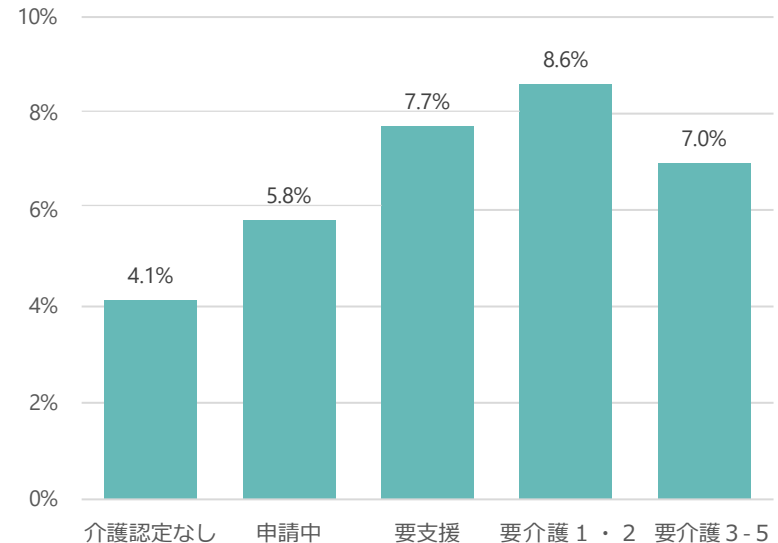
- 85歳以上の高齢者や、要支援・要介護認定者では、それ以外の患者と比較して、退院時にADLが低下する患者の割合が多い。
- 地域包括医療病棟は主としてこうした患者の受入を担う病棟であり、ADLが低下した患者の割合は高くなりやすいと考えられる。

患者属性ごとの退院時にADLが低下する割合

(年齢別)



(要介護認定別)



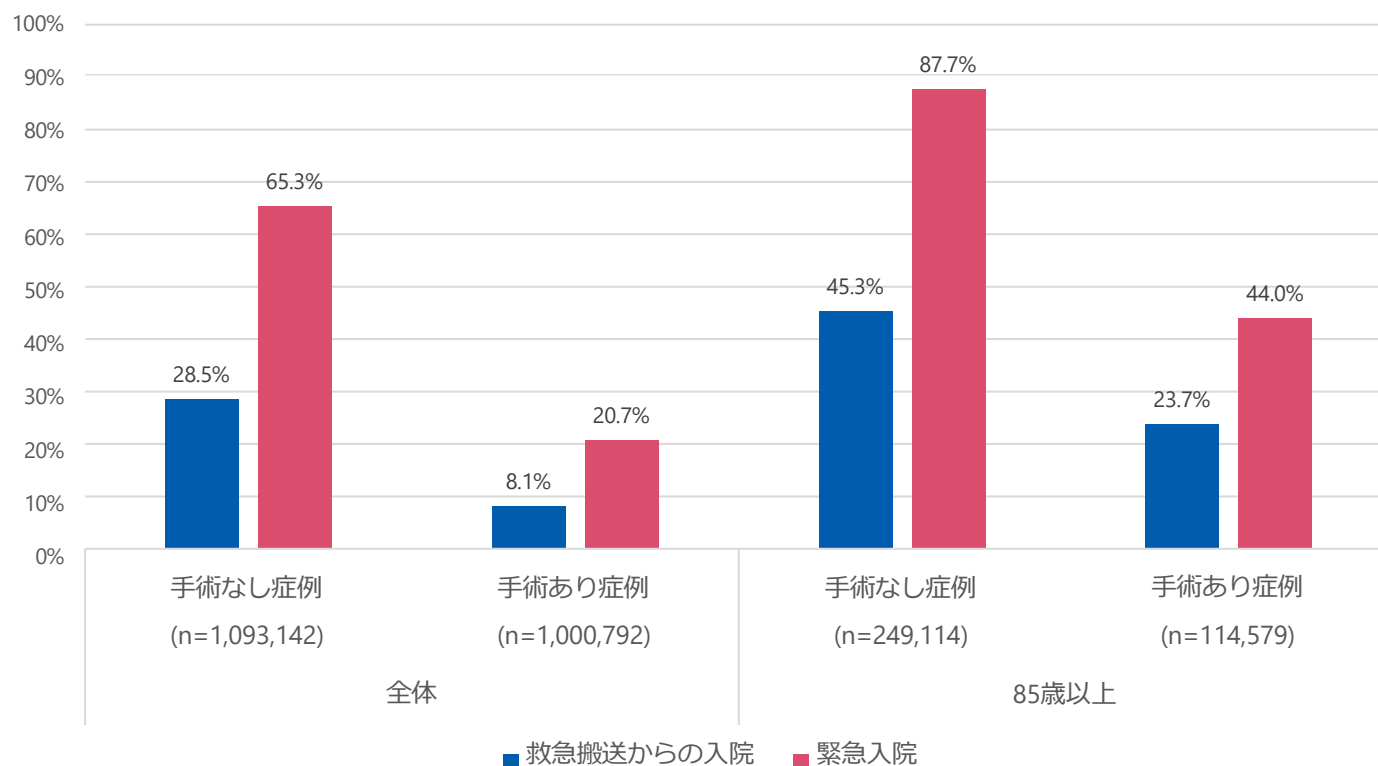
出典：DPCデータ（2024年10月～12月） 地域包括医療病棟において入退院が完結している症例を対象とした。

2025.11.05 中医協総会 入院（その4）

# 手術実施の有無と救急搬送や緊急入院の頻度

- 手術を行わない症例においては、救急搬送からの入院や緊急入院の割合が、手術を行う症例と比較して高い。
- 特に85歳以上の高齢者においては、手術を行わない症例の9割近くが緊急入院である。

手術実施の有無と救急搬送・緊急入院の頻度



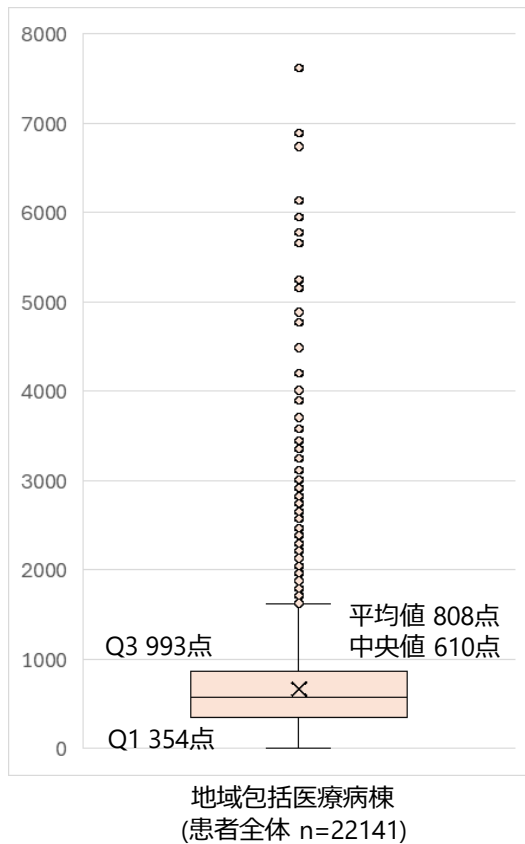
出典：保険局医療課調べ（2024年10月～12月DPCデータ） 期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した症例（非転院・転棟症例）を対象として、手術に係るKコードの算定がある症例を外科系、それ以外を内科系症例と分類し、救急搬送、緊急入院の割合を示した。

# 患者ごとの包括内出来高実績点数の分布

診調組 入-3  
7. 9. 11改

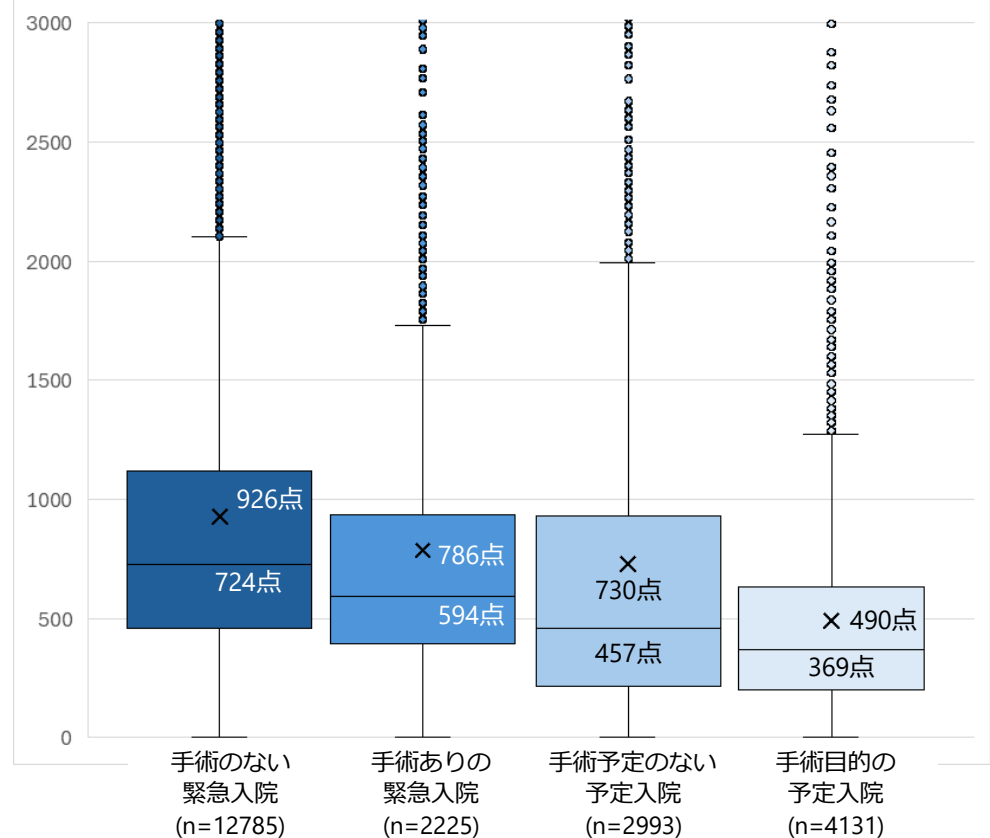
- 患者ごとの1日あたり包括内出来高実績点数の分布は以下左図のとおりで、ばらつきがみられた。
- 緊急入院か予定入院か、手術（※）を実施したか否かにより、1日あたりの包括内の出来高実績点数の患者ごと分布を比較すると右図のとおりであり、手術を行わない緊急入院群では手術目的の予定入院群と比較し、1日あたり包括内出来高実績点数の平均値は約440点高く、群による差が大きかった。

## 1日あたり包括内出来高実績点数の分布



(全データを反映した後に 1日あたり包括内出来高実績点数の患者ごと分布（群ごと）  
上端3000点として表示。)

1日あたり包括内出来高実績点数（点）



※手術に係るKコードが算定された場合に手術実施とした（輸血に係るKコードは含まない）。

# 地域包括医療病棟に係る課題と論点

## (地域包括医療病棟に入棟する患者の特徴とアウトカム評価に係る施設基準について)

- ・ 地域包括医療病棟入院料には患者要件やアウトカム評価として厳しい施設基準が設けられており、算定を検討する医療機関からは満たすことが困難との声がある。
- ・ 高齢であることは在院日数延長の独立した危険因子であり、実際に85歳以上では85歳未満の患者と比較し、在院日数の中央値が5～6日長かった。
- ・ また、地域包括医療病棟では急性期一般入院料2～6の病棟に比べてリハビリテーションの実施割合や早期開始割合、休日のリハビリテーション提供単位数等がいずれも多いものの、約40%の病棟で入院中にADL低下する患者が5%を超えており、高齢や要介護者ではADLが低下する患者が多いことを反映していると考えられた。

## (地域包括医療病棟における医療資源投入量について)

- ・ 地域包括医療病棟入院料は高齢者救急の幅広い診療がその役割であるが、入院料は一段階の評価であり、特に頻度の高い内科系疾患においては、出来高実績点数のうち、入院料に包括される点数の割合が高く、手術を行う疾患とは差がある。
- ・ 手術が行われない症例は、手術が行われる症例と比較し、救急搬送からの入院、緊急入院いずれの割合も高く、特に高齢者においては手術が行われない症例の大半が緊急入院である。
- ・ 予定／緊急入院の別と手術実施の有無により層別化して患者ごとの包括内出来高実績点数を比較すると、手術のない緊急入院群が最も高く、最も点数の低い手術ありの予定入院群より、平均で440点ほど高かった。

## 【論点】



- 高齢者の生理学的特徴や地域包括医療病棟における診療の現状を踏まえ、より高齢の患者を入院させることへの負のインセンティブを生まない観点から、平均在院日数やADL要件等のアウトカム評価の在り方について、どう考えるか。
- 地域包括医療病棟に求められる、高齢者に頻度の高い疾患や緊急入院の受け入れを促進する評価の在り方について、例えば、地域包括医療病棟の入院料は患者によらず一律であるが、手術のない緊急入院の患者は手術を行う患者と比べ、包括範囲内で実施される医療が多いが出来高で算定できる医療は少ないこと等を踏まえ、どのように考えるか。



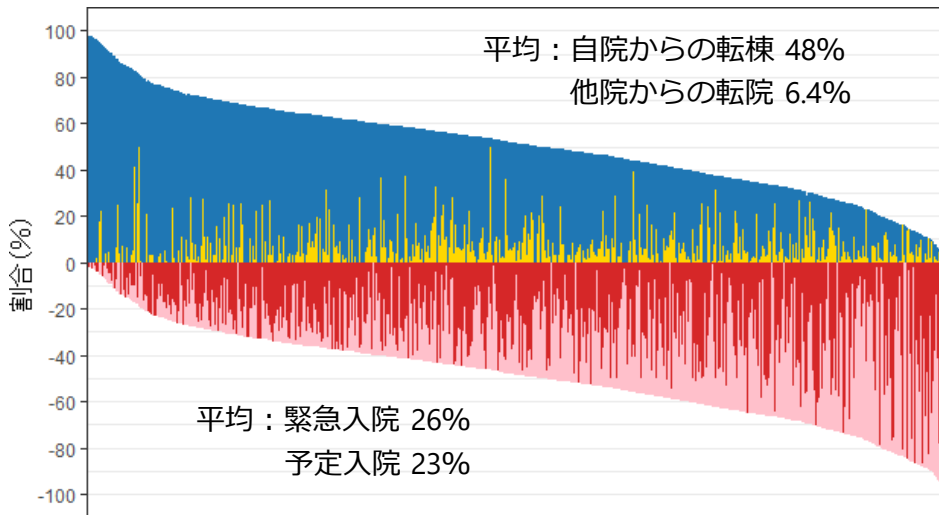
# 地域包括ケア病棟における直接入院患者の割合

診療組 入-1  
参 考  
7. 7. 3改

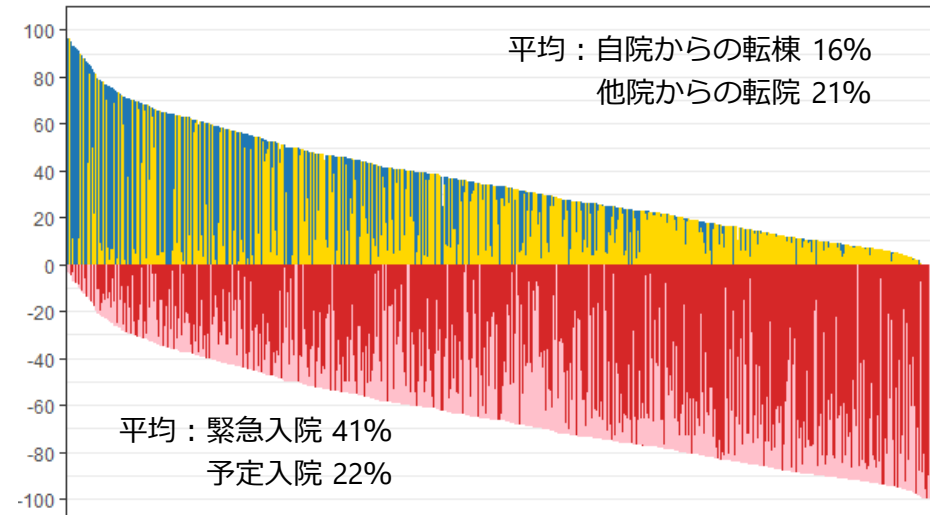
- 地域包括ケア病棟における転院・転棟を除く直接入院の割合は、施設毎に様々である。
- 急性期病棟を有する施設では、有さない施設に比べ、直接入院する患者の割合は少ない施設が多いものの、施設によっては直接入院を多く受け入れている。また、直接入院のうち、緊急入院の患者が少ない傾向にある。

## 地域包括ケア病棟における施設ごとの入院経路の分布

(急性期病棟を有する施設, n=1686)



(急性期病棟のない施設, n=882)



■ 自院からの転棟  
■ 自宅や介護施設からの緊急入院

■ 他院からの転院  
■ 自宅や介護施設からの予定入院

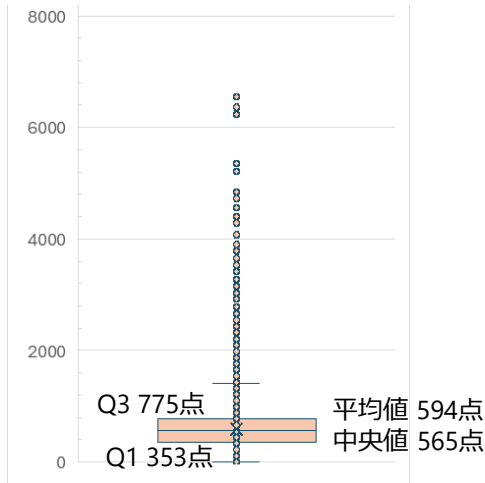
# 地域包括ケア病棟における医療資源投入量

診療組 入-1  
7.9.11改

- 地域包括ケア病棟における包括内の出来高実績点数は、地域包括医療病棟と比較しばらつきが少なかった。
- 入棟経路による包括内出来高実績点数の差は大きくないが、自院からの転棟ではやや低かった。直接入院した群について、入院種別と手術の有無により群分けすると、地域包括医療病棟のように4群の差は明らかでないが、緊急入院は予定入院に比べ、手術の有無に関わらず包括内の出来高実績点数が高い傾向であった。

## 1日あたり包括内出来高実績点数の分布

地域包括ケア病棟 n=154,387

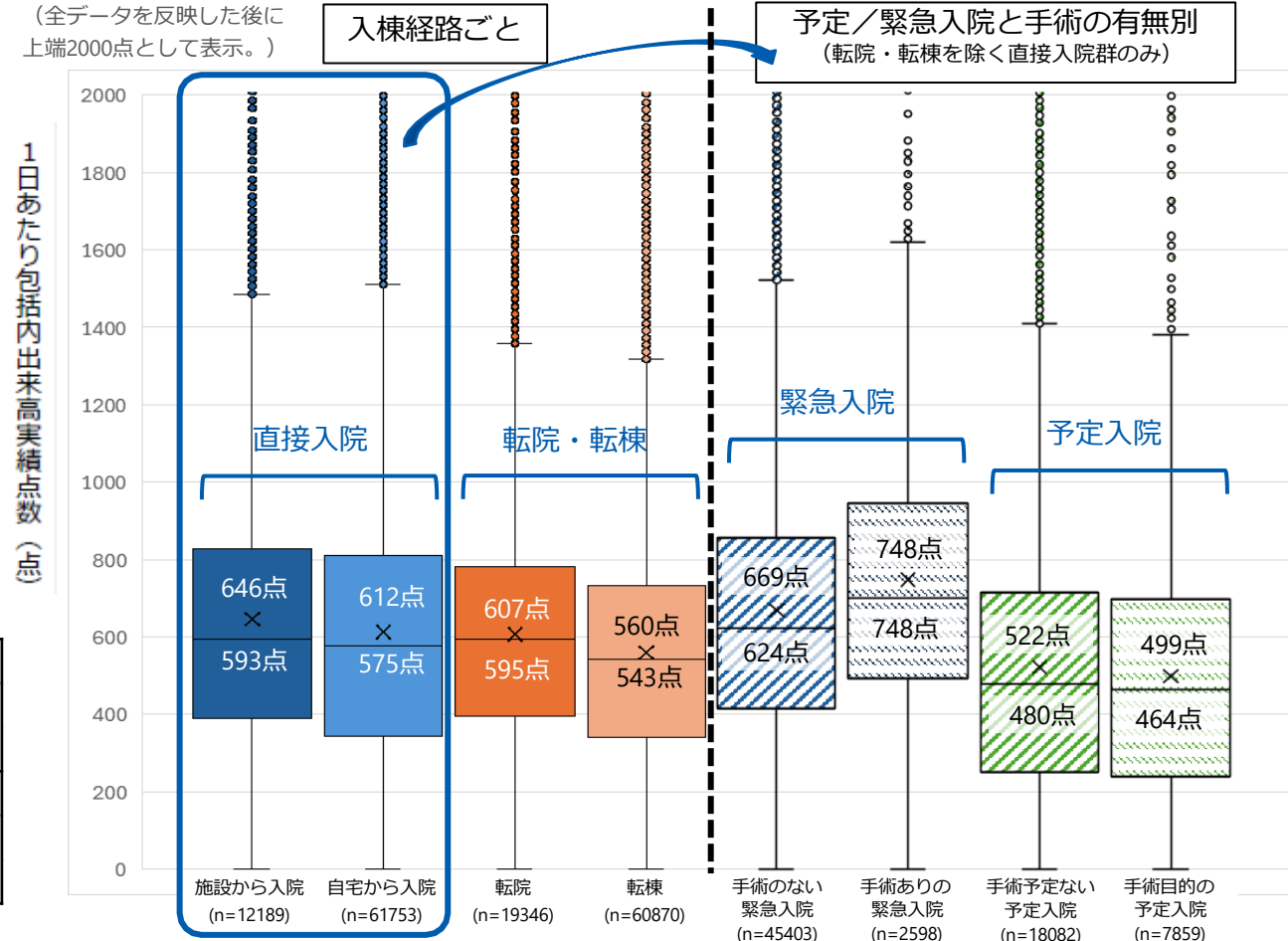


## 地域包括ケア病棟の初期加算

		400床以上	400床未満
急性期患者支援病床 初期加算（転院又は 転棟の場合）	転院	150点	250点
	転棟	50点	125点
在宅患者支援病床初 期加算 （施設等または自宅 から入院した場合）	救急搬送	580点	480点
	それ以外	480点	380点

## 1日あたり包括内出来高実績点数の患者ごと分布（群ごと）

（全データを反映した後に  
上端2000点として表示。）



※手術に係るKコードが算定された場合に手術実施とした（輸血に係るKコードは含まない）。

出典：DPCデータ（2024年10月～12月）

2025.11.05 中医協総会 入院（その4）

# 栄養管理に係る配置基準や診療報酬上の評価

- 地域包括ケア病棟では、管理栄養士の配置基準はなく、栄養管理に係る加算や管理料は包括されている。

区分	概要	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
入院料における管理栄養士の配置	地域包括医療病棟入院料を算定する病棟は、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担うものである。	専任の管理栄養士 1名以上	なし
A233 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携体制加算 (A304の注10 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算)	当該病棟に入院中の患者のA D Lの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、専従の理学療法士等、専任の管理栄養士、その他必要に応じた他の職種の協働により、以下のアからウまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。	(○)	—
A233-2 栄養サポートチーム加算	栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したもの。週1回（療養病棟入院基本料等では長期入院に際して別途規定あり）に限り所定点数に加算する。	○	—
B001-10 入院食事栄養指導料	入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。	○	—

## 地域包括ケア病棟に係る課題と論点

- 地域包括ケア病棟の入院患者数の上位疾患は、急性期病棟の併設の有無や、入棟経路が転院・転棟か直接入院かによって異なっており、直接入院には短期滞在手術等基本料の対象手術を行う患者が多かった。
- 地域包括ケア病棟における転院・転棟と自宅や施設からの直接入院の割合は施設によって様々であり、急性期病棟を有する医療機関のほうが、直接入院する患者の割合は少ない傾向にある。
- 入棟経路別にみると、自院からの転棟の患者は他の入棟経路に比べ、包括内出来高実績点数が低かった。自宅や施設からの直接入院に限って比較すると、地域包括医療病棟に比べ点数差は大きくないものの、緊急入院では予定入院の患者に比べ包括内出来高実績点数が高かった。
- 地域包括ケア病棟では管理栄養士の配置や栄養管理に関して別に算定できる加算はなく、現状、管理栄養士が病棟で業務を行う時間は他の病棟に比べ少なく、低栄養リスクを覚知された患者の割合も少なかった。

### 【論点】



- 地域包括ケア病棟の初期加算は、転院・転棟とそれ以外の差は大きく設定されている一方、直接入院のうち救急搬送からの入院と予定入院との差は小さい。実際の包括内出来高点数は、転院・転棟や直接の予定入院と比べ、直接の緊急入院の場合は高いこと等を踏まえ、その在り方について、どのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟において求められる包括期の管理・ケアを踏まえ、適切な栄養管理を行うための体制確保を促す評価の在り方について、どのように考えるか。

# 包括期入院医療を担う病院の機能を表現しうる指標の候補

診調組 入-2  
参 考  
7. 9. 11改

- 救急受入や在宅等の後方支援に関する機能の評価に関連すると考えられる項目を列挙した。
- その他の案を含め、救急受入と後方支援をバランス良く評価することができるか、また救急車利用や入院加療が促されることはないかという観点で指標を検討する必要がある。

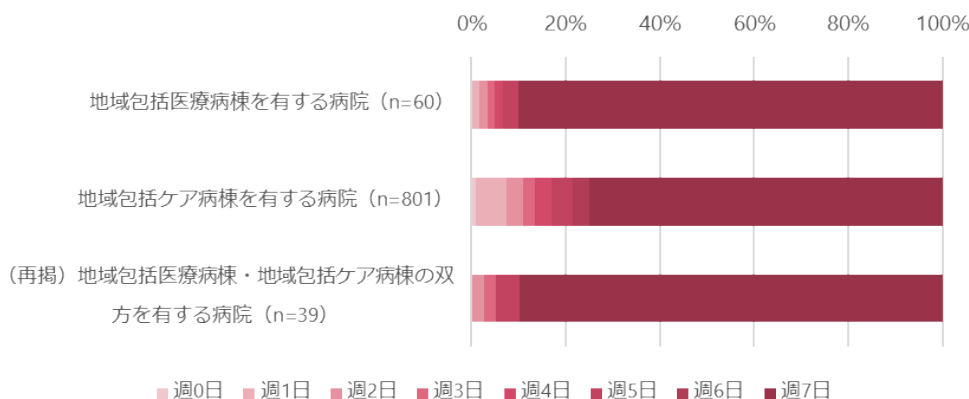
評価対象	具体的な指標	データ取得の実現性	評価観点	懸念点	在宅	施設
救急搬送受入件数	外来診察のみで帰宅した症例を含む救急応需件数	病床機能報告を利用、又は別途報告を要する	入院しなかった症例も含まれるため、入院を誘発するおそれがなく、救急外来そのもののパフォーマンスを評価できる	搬送手段として救急搬送が選択されないか	○	○
下り搬送等受入件数	下り搬送を応需した件数	現存するデータでは把握不能のため、別途報告を要する	自院で活発な救急受入を行っていても、他院との連携による機能分化を評価できる	下り搬送の定義について要検討	○	○
当該病棟への緊急入院	当該病棟へ自宅又は施設等から直接緊急入院した件数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	病棟ごとのパフォーマンスを評価できるため、併設病棟の種類に影響を受けない	在宅等で加療が可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
後方支援に係る加算の算定件数	A206 在宅患者緊急入院診療加算、A253 協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合算	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの情報連携に基づく入院医療の提供について評価できる	同上。現状はA253は在宅病、後方支援病院、地ケアを有する病院に限られており要調整	○ A206	○ A253
自宅等からの入院件数	(地ケアのみ) A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算の算定回数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの連携は評価されない	在宅等で加療が可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
協力対象施設である介護施設への往診	C000の注10 介護施設等連携往診加算の算定回数	レセプトから把握、又は別途報告を要する	入院に至らない診療も評価することができる	外来受診できる状態でも往診が選択されないか。A253と同様に算定可能な施設は要調整	—	○

# 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入状況

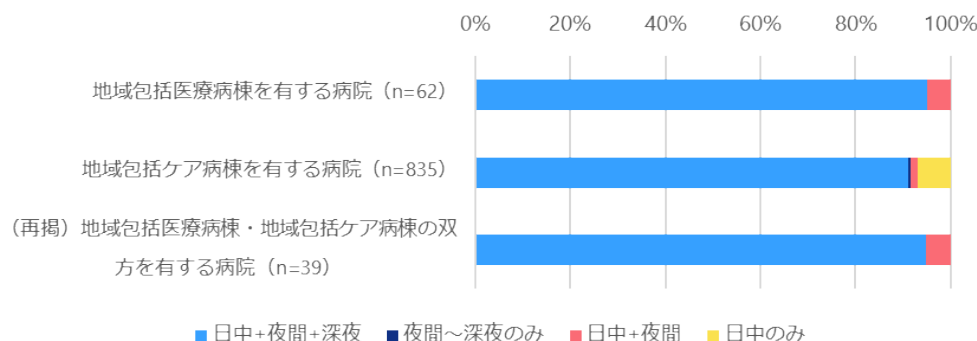
診調組 入-1  
7. 6. 13改

- 地域包括医療病棟を有する医療機関の約90%、地域包括ケア病棟を有する医療機関の約70%が毎日救急受入をしていた。
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関では、救急受入が日中のみの病院が1割弱みられた。
- 地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟を有する医療機関で、救急受入件数が2000件以上など極めて多い医療機関については、いずれも急性期病棟を有する医療機関であった。

救急患者を受け入れている頻度

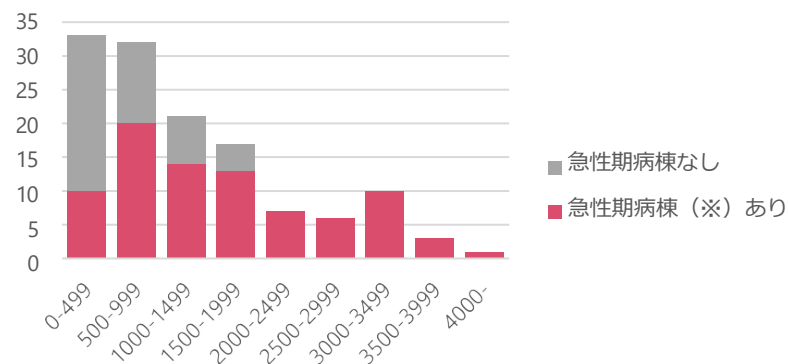


救急患者を受け入れている時間帯

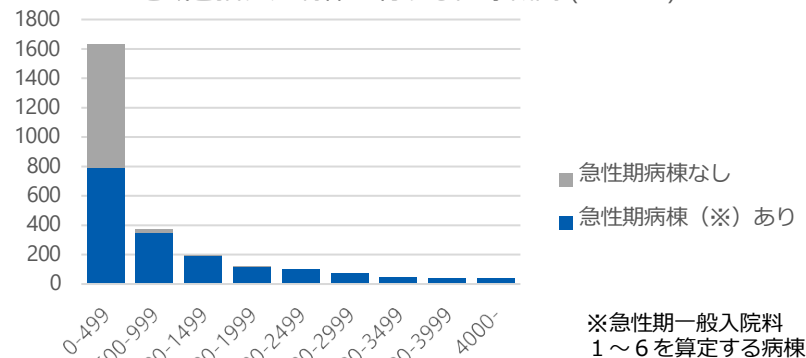


救急搬送受入件数の分布

地域包括医療病棟を有する医療機関 (n=130)



地域包括ケア病棟を有する医療機関 (n=2608)



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（共通A、B票）） 出典：令和5年度病床機能報告、令和6年12月のDPCデータ様式3情報



# 協力医療機関の役割について

中医協 総-2  
7. 8. 27改

- 令和6年度介護報酬改定において、介護保険施設（介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）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、より適切な対応を行う体制を確保する観点から、協力医療機関との実効性のある連携体制に資する要件が定められた。
- 令和6年度診療報酬改定において、在支病、在支診、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ついて、求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこととされた。

## 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。

## 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。

# 後方支援に係る枠組み

	協力対象施設入所者入院加算等 (協力医療機関で算定可能)	在宅療養後方支援病院
連携相手の機関	<u>介護保険施設</u> (介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム) (= <u>協力対象施設</u> )	在宅医療を提供する <u>医療機関</u> (= <u>連携医療機関</u> )
求められる体制 (3要件)	<p>(「協力医療機関であること」として以下の3要件を満たす必要あり。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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<u>相談対応を行う体制を常時確保</u>していること。</li> <li>○ 診療の求めがあった場合において、<u>診療を行う体制を常時確保</u>していること。</li> <li>○ 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<u>入院を原則として受け入れる体制を確保</u>していること。 ※ やむを得ない事情により当該保険医療機関に入院させることが困難な場合は、当該保険医療機関が当該患者に入院可能な保険医療機関を紹介すること。(協力医療機関であることを求める加算において規定)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>24時間連絡を受ける</u>担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で連携医療機関に対して提供していること。</li> <li>○ 入院希望患者 (予め届け出たもの) の<u>診療が24時間可能な体制を確保</u>。</li> <li>○ 入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に<u>入院できる病床を常に確保</u>していること。 ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること。</li> <li>○ 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームとの協力が可能な体制をとっていること。</li> </ul>
情報共有に係る要件	<p>ア又はイのいずれか。 ア <u>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</u>を有していること + <u>年3回以上の頻度でカンファレンス</u>を実施。 イ <u>1月に1回以上の頻度でカンファレンス</u>を実施。 。いずれもビデオ通話が可能な機器を用いて実施可。</p>	<p>連携医療機関との間で、<u>3月に1回以上、患者の診療情報の交換</u>を行い、<u>入院希望患者の一覧表を作成</u>する。 なお、ファクシミリや電子メール等を用いた情報交換でも差し支えないが、記録の残らない電話等は認められない。</p>
その他の要件	—	許可病床数200床以上 中医協総会 入院 (その4)

## 介護保険施設等連携往診加算

- 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の評価。

### 介護保険施設等連携往診加算 **200点**

#### [主な施設基準]

- ・ 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おり、**24時間連絡を受けることができる体制及び当該介護保険施設等の求めに応じて、24時間往診が可能な体制**を確保していること。

## 協力対象施設入所者入院加算

- 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。

### 協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

<b>1 往診が行われた場合</b>	<b>600点</b>
<b>2 1 以外の場合</b>	<b>200点</b>

#### [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

#### [主な施設基準]

- ・ 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おり、**緊急時の連絡体制及び入院を要すると認められた入所者の入院を原則とし**

＜両加算に共通するカンファレンスに係る要件＞

ること。

算定医療機関数等（令和6年7月診療分）

下記の（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。

	介護保険施設等 連携往診加算	協力対象施設入所者入院加算	
		加算 1	加算 2
算定医療機関数	316	27	420
算定件数	1,886	60	1,954
算定回数	2,410	60	1,969

出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

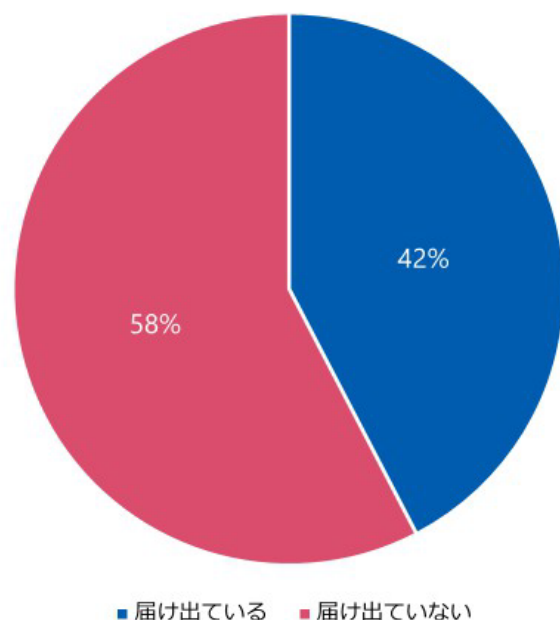
# 協力対象施設入所者入院加算の届出状況

診調組 入-1  
7. 8. 28

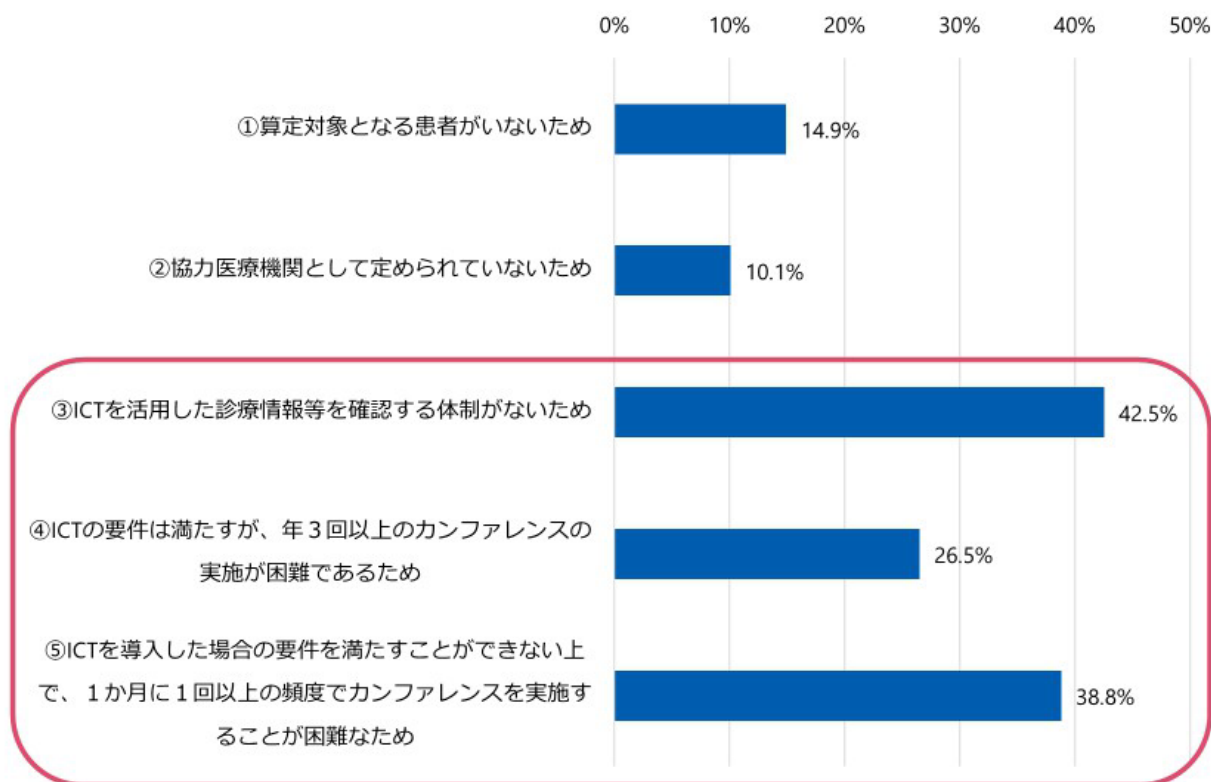
- 算定要件である在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院のいずれかに該当する施設において、協力対象施設入所者入院加算を届け出ているのは約4割であった。
- 届出していない理由として、ICTによる情報共有の体制整備や、カンファレンスの要件が困難と回答した施設が多かった。

協力対象施設入所者入院加算の届出

(n=465)



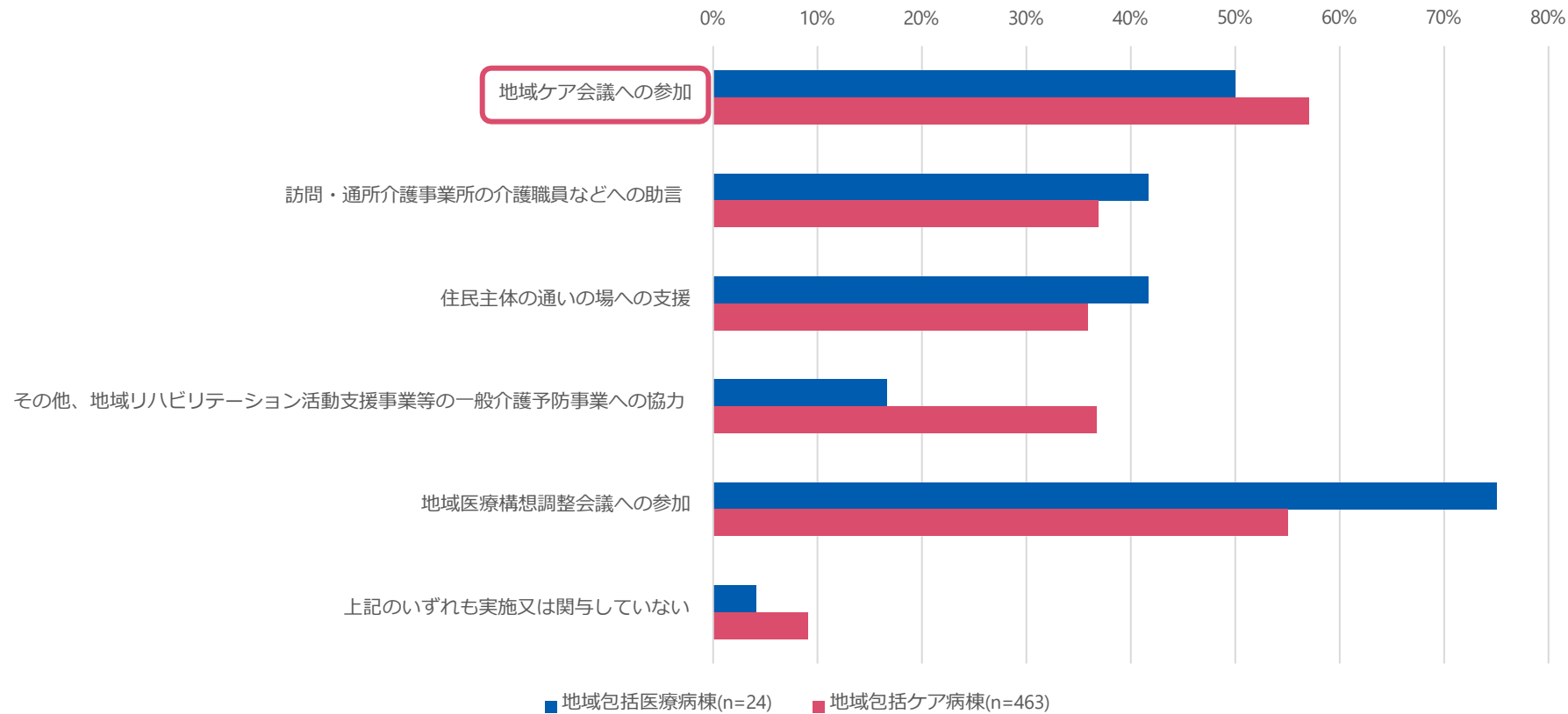
協力対象施設入所者入院加算を届け出していない理由(n=268)



# 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設における地域貢献活動

- 各病棟を届け出ている医療機関の半数以上が、地域貢献活動の取組として「地域ケア会議への参加」等を実施していた。
- 取組の実施状況は両病棟で概ね似た傾向であったが、地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関のほうが「一般介護予防事業への協力」を実施している割合が多かった。

施設として実施している又は関与している取組について





# (再掲) 地域包括ケア病棟における入院患者数上位疾患

- 地域包括ケア病棟に入院する患者の主たる疾患は、急性期病棟の併設状況や、入院経路により異なっている。
- 急性期病棟を持つ医療機関の地域包括ケア病棟に直接入院する患者の中には、短期滞在手術棟基本料3の対象手術を実施する患者が多い。急性期病棟のない地域包括ケア病棟では、内科系疾患の直接入院が比較的多い。

## 【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括ケア病棟（急性期病棟併設あり 1,686施設）

1 白内障、水晶体の疾患（片眼手術）	6.4%	1 誤嚥性肺炎	2.0%
2 小腸大腸の良性疾患	4.1%	2 股関節・大腿近位の骨折	1.9%
3 胸椎、腰椎以下骨折損傷	1.8%	3 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	1.7%
4 腎臓又は尿路の感染症	1.1%	4 胸椎、腰椎以下骨折損傷	1.7%
5 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	1.1%	5 膝関節症 人工関節再置換術等	1.6%
6 前庭機能障害 手術なし	1.1%	6 腎臓又は尿路の感染症	1.6%
7 白内障、水晶体の疾患（両眼手術）	0.9%	7 心不全	1.3%
8 心不全	0.9%	8 筋拘縮・萎縮（その他）	1.2%
9 体液量減少症	0.9%	9 股関節骨頭壊死、股関節症	0.9%
10 2型糖尿病	0.9%	10 その他の感染症（真菌を除く。）	0.7%

(再掲) 地域包括医療病棟

1 誤嚥性肺炎	4.2%
2 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	4.1%
3 腎臓又は尿路の感染症	3.2%
4 股関節・大腿近位の骨折	2.6%
5 心不全	2.5%
6 胸椎・腰椎以下骨折損傷	2.4%
7 体液量減少症	2.2%
8 小腸大腸の良性疾患	2.1%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	2.0%
10 インフルエンザ、ウイルス性肺炎	1.6%

地域包括ケア病棟（急性期病棟併設なし 882施設）

1 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	3.6%	1 筋拘縮・萎縮（その他）	3.6%
2 心不全	3.1%	2 胸椎、腰椎以下骨折損傷	1.3%
3 誤嚥性肺炎	2.7%	3 股関節・大腿近位の骨折	1.3%
4 腎臓又は尿路の感染症	2.6%	4 誤嚥性肺炎	1.3%
5 胸椎、腰椎以下骨折損傷	2.3%	5 心不全	0.9%
6 体液量減少症	2.2%	6 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	0.8%
7 筋拘縮・萎縮（その他）	2.1%	7 腎臓又は尿路の感染症	0.7%
8 慢性腎炎症候群・慢性腎不全	1.5%	8 慢性腎炎症候群・慢性腎不全	0.7%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	1.5%	9 脊柱管狭窄 腰部骨盤、不安定椎	0.5%
10 脳卒中の続発症	1.3%	10 体液量減少症	0.5%

急性期病棟のない医療機関の地域包括ケア病棟に直接入棟する患者の疾患は、地域包括医療病棟とかなりの程度一致している。



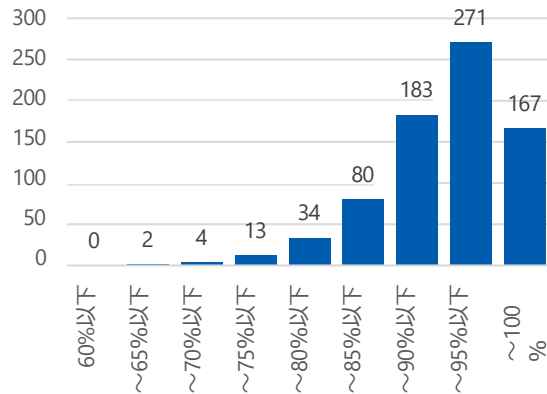
# 救急搬送の割合が多い地域包括ケア病棟におけるその他の指標

診調組 入-1  
7. 9. 11改

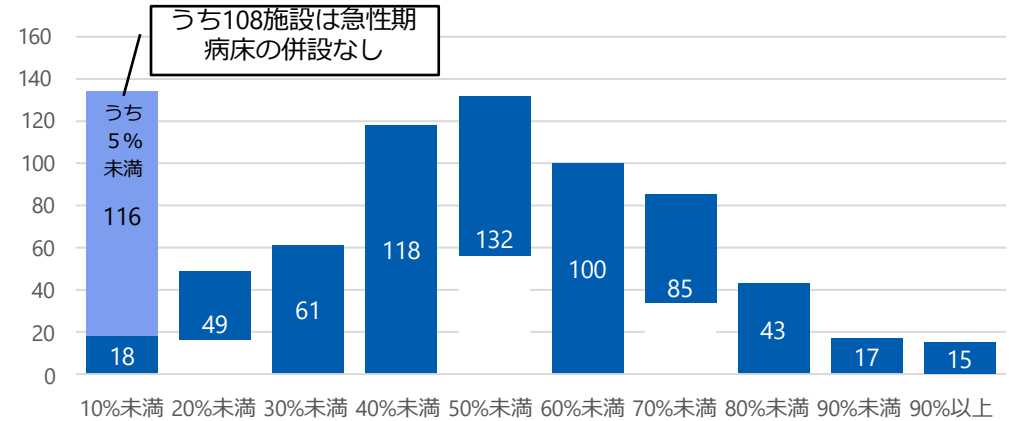
- 救急搬送から入院した患者の割合が15%を超える地域包括ケア病棟では、在宅復帰率が80%を超える施設が多く、平均在院日数は16日以下の施設が最多であった。同一医療機関内から転棟した患者の割合は、10%未満と40%以上50%未満に施設数のピークがあり、10%未満の施設のほとんどが急性期病棟の併設のない医療機関であった。一方、重症度、医療・看護必要度の得点は低い傾向であった。

## 救急搬送から入院した患者の割合が15%を超える地域包括ケア病棟における各指標の分布 (n=754)

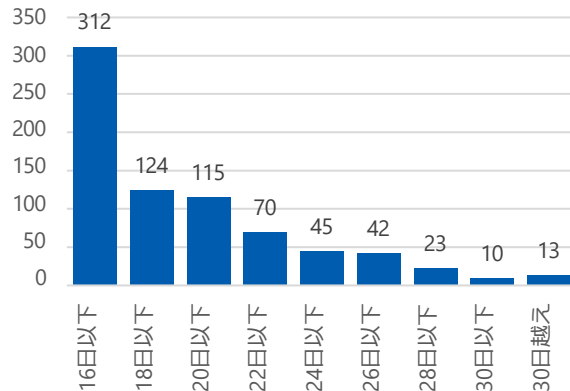
在宅復帰率の分布



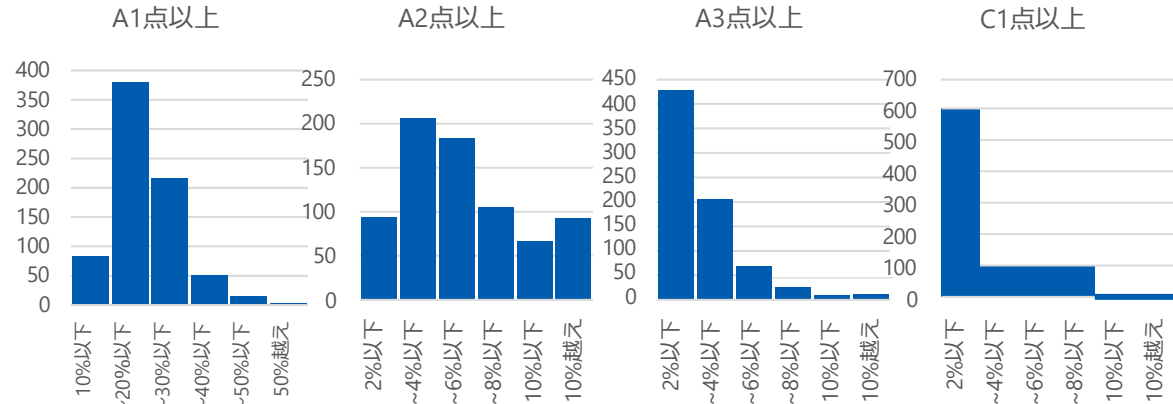
同一病院内から転棟した患者の割合の分布



平均在院日数の分布



重症度、医療・看護必要度を満たす患者の割合の分布



出典：DPCデータ (2024年10月~12月)

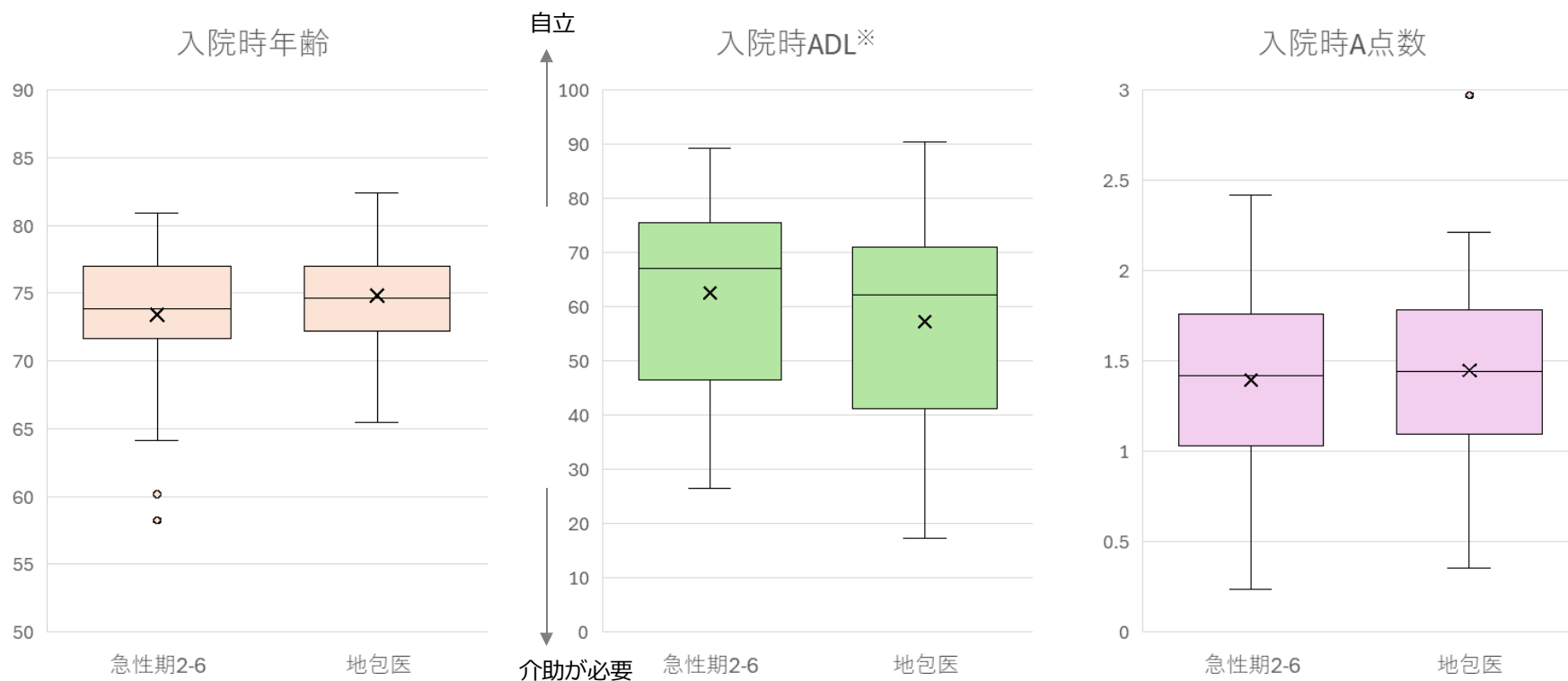
2025.11.05 中医協総会 入院 (その4)

# 同一施設における急性期一般入院料 2 - 6 と地域包括医療病棟の患者

- 同一施設内に急性期一般入院料 2 - 6 と地域包括医療病棟がある医療機関において、入院時の患者の年齢、ADL、A点数の分布は両病棟でほとんど一致しており、患者像の違いは明らかでなかった。

## 同一施設に急性期一般入院料 2 - 6 と地域包括医療病棟を有する医療機関の患者像

(48医療機関, n = 21,613)



※診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）別紙様式 7 の 2 による ADL評価の合計点。

## 包括期の入院医療に係る課題と論点②

### 【論点】



#### (高齢者救急の受入や在宅・施設の後方支援の機能について)

- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟を有する病院が地域で包括期の医療を担うにあたり、在宅医療の後方支援救急からの下り搬送の受け入れ、介護施設等との連携、その他の地域貢献など、果たすべき機能がより評価されるための評価の在り方について、在宅療養後方支援病院への評価との関係性も含め、どのように考えるか。
- 協力対象施設入所者入院加算等について、顔の見える関係の構築や必要な場合の患者情報の共有を適切に行うとともに、医療機関が多数の施設と連携することが可能となるためのカンファレンスの頻度等、その要件の在り方についてどのように考えるか。

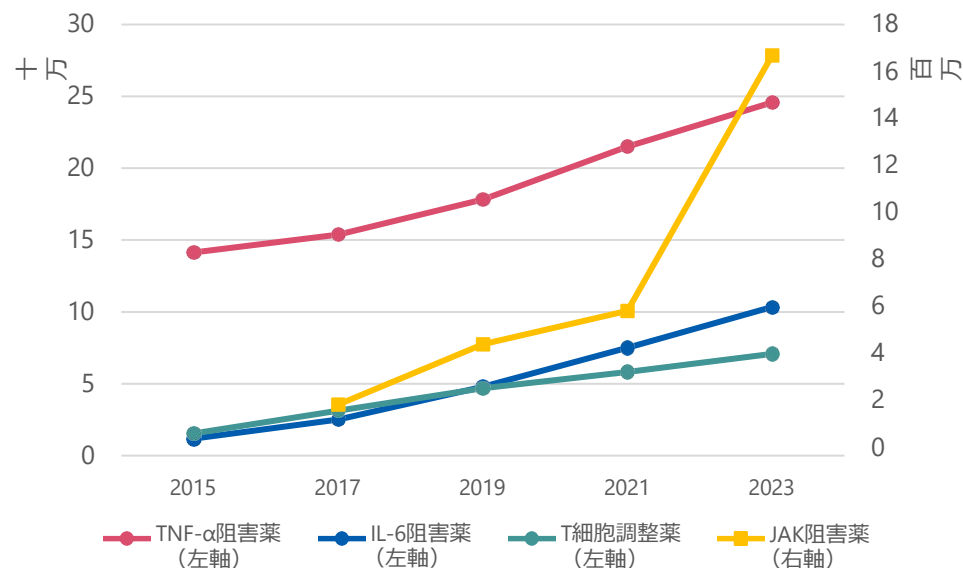
#### (高齢者救急や後方支援を担うための病棟の在り方について)

- 急性期病棟を持たない病院で在宅患者を多く受け入れる地域包括ケア病棟の機能や入院する患者像は、地域包括医療病棟と重複がみられ、重症度がやや低い。両病棟は評価体系や施設基準が異なっており、患者ごとにどちらの病棟がより適するか判断を要すること等を踏まえ、入院時に患者の病態が明らかでない中で受け入れを円滑に行う体制の在り方について、どのように考えるか。
- 地域包括医療病棟の機能や入院する患者像は急性期一般入院基本料2～6の病棟と重複がみられる。両病棟はともに10対1看護配置であるなど施設基準の共通点があるものの、評価体系等が異なっており、患者ごとにどちらの病棟がより適するか判断を要すること等を踏まえ、入院時に患者の病態が明らかでない中で受け入れを円滑に行う体制を確保するための在り方について、どのように考えるか。

# 維持期の治療として使用される生物学的製剤等の増加

- 生物学的製剤等は、2010年台半ば頃から、新薬の登場や、様々な自己免疫疾患への適応拡大が続き、使用量が経年的に増加している。
- これらが維持期の主要な治療となる自己免疫疾患の患者についても、高齢化が進んでおり、治療中に脳卒中や骨折等の他疾患に罹患し、包括期～慢性期の治療を受ける場面が増えていると考えられる。

例) 関節リウマチ※に適応のある生物学的製剤等の外来院外処方数の推移

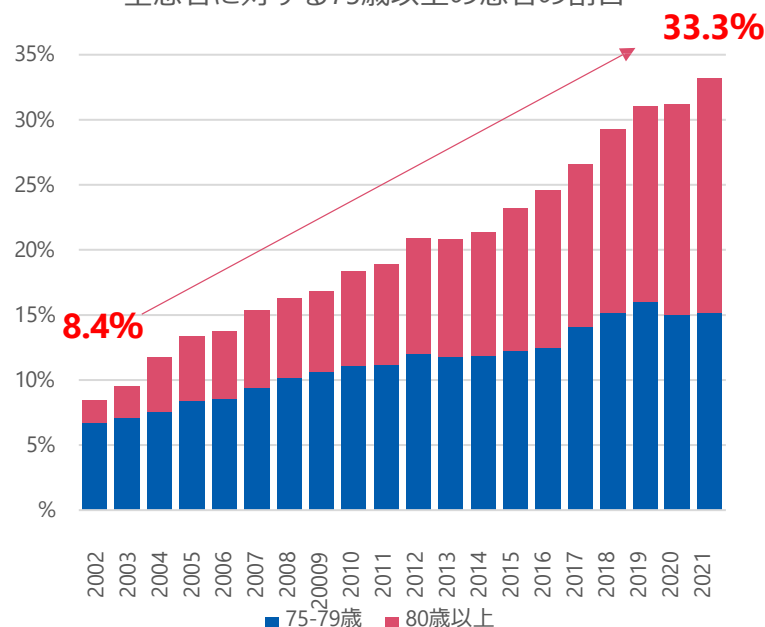


出典：第2～10回NDBオープンデータより、関節リウマチに適応のある薬剤の処方数を集計。

(第10回(2023年度分)より公表される薬剤数が増加したため、合算される項目が増え、総計に影響がある。また、他疾患に処方された場合も合算されていることに留意が必要。)

※診療ガイドライン2014において、従来型治療でコントロールがつかない患者におけるbDMARD(生物学的製剤である疾患修飾性抗リウマチ薬)の開始が推奨されるようになった。同時期にJAK阻害薬も登場した。

例) 関節リウマチ患者の高齢化  
全患者に対する75歳以上の患者の割合

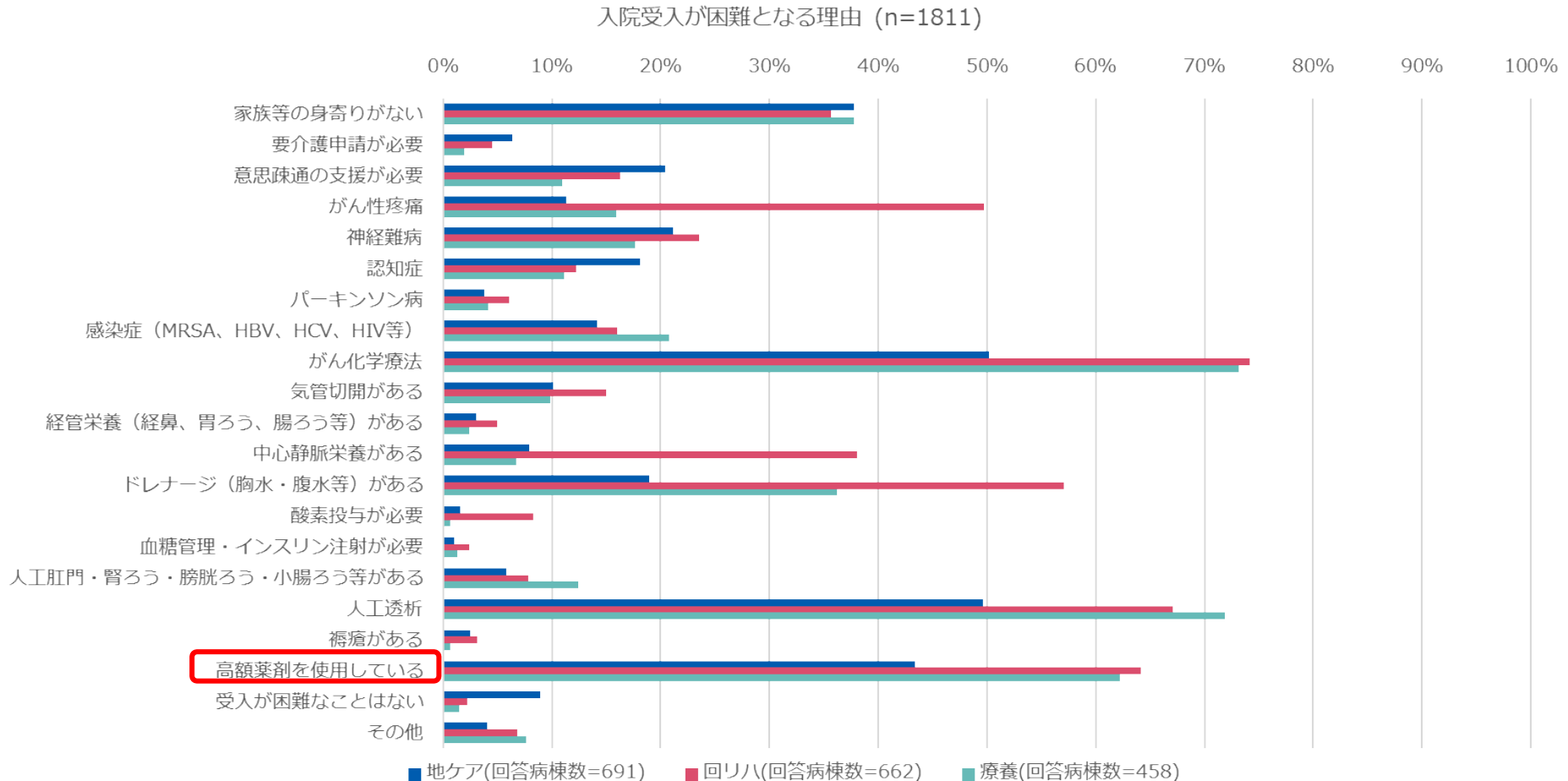


出典：2023年度厚生労働科学研究費補助金(免疫・アレルギー疾患政策研究事業)「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」分担研究報告書「NinJa データを用いた高齢関節リウマチ患者の診療実態の把握」より作成

# 入院受入が困難となる理由

診調組 入-1  
7. 8. 28改

- 入院受入が困難な理由として、いずれの病棟でも共通して高い割合で回答された項目は「家族等の身寄りがない」「がん化学療法」「人工透析」「**高額薬剤を使用している**」であり、「身寄りがない」以外の項目は、特に回復期リハビリテーション病棟と療養病棟で高かった。
- 回復期リハビリテーション病棟では、「がん性疼痛」「ドレナージがある」を回答した割合も高かった。



# 受入困難となりうる高額薬剤の内容

診調組 入-1  
7.9.11改

- 入院受入が困難な理由として「高額薬剤を使用している」と回答した施設に対し、特に受入困難となりやすい薬剤を調査したところ、骨粗鬆症治療薬や、生物学的製剤を含む分子標的治療薬を挙げる施設が多かった。
- 回復期リハビリテーション病棟でのみ、抗がん剤や麻薬、造血剤を回答した病棟が多かった。これらの薬剤は、地域包括ケア病棟等では除外薬剤として出来高算定することとなっている。
- その他、入院料によらず、4割を超える病棟が、トルバプタン、パーキンソン病治療薬、血友病以外の出血傾向の抑制に係る医薬品が受入困難な理由となりうる薬剤に該当すると回答していた。

カテゴリ		地ケア (n=256)	回リハ (n=283)	療養 (n=155)
自由記載	抗がん剤／抗悪性腫瘍剤	-	24.7%	-
	骨粗鬆症治療薬	10.2%	13.4%	2.6%
	リウマチ治療薬（生物学的製剤含む）	7.0%	9.5%	1.3%
	免疫抑制剤／自己免疫疾患薬	3.9%	6.4%	0.0%
	生物学的製剤	2.7%	4.6%	0.0%
	ホルモン剤／前立腺がん治療薬	2.3%	3.2%	1.3%
	麻薬（点滴含む）	-	1.8%	-
	間質性肺炎治療薬	0.0%	1.8%	0.0%
	造血剤／腎性貧血治療薬	-	1.4%	-
	抗てんかん薬	0.0%	0.0%	1.9%
	認知症治療薬	0.0%	0.0%	1.3%
	高額薬剤／薬価に言及した記述	2.7%	3.9%	7.1%
	その他（抗生剤、吸入薬等）	2.3%	2.1%	3.9%
選択式回答	トルバプタン	42.2%	47.0%	65.8%
	パーキンソン病治療薬	45.7%	49.8%	51.0%
	出血傾向の抑制効果・効能を有する医薬品※	46.5%	54.4%	32.9%

※：血友病に使用する場合、既に除外薬剤として指定されているが、類縁疾患は対象外

-：既に除外薬剤として出来高算定であるもの



# 入院料に包括されない除外薬剤

- 薬剤料を包括することとしている入院料においても、一部の薬剤は除外薬剤として出来高算定となっている。
- 維持期の治療として使用されるケースが増えており、受入困難な事由になりうる高額薬剤としても回答の多かった生物学的製剤等は、いずれの入院料においても除外薬剤になっていない。
- 回復期リハビリテーション病棟では、抗悪性腫瘍剤、医療用麻薬、腎性貧血に使用する薬剤等は除外薬剤に指定されていない。

薬剤カテゴリ (別表)	地域包括医療病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 短期滞在手術等基本料 (別表第5の1の3)	回復期リハビリテ ーション病棟入院 料 特殊疾患病棟入 院料緩和ケア病棟 入院料 (別表第5の1の2)	療養病棟入院基本料 障害者施設等入院基本料 の注6、注13、注14 有床診療所療養病床入院基本料 (別表第5及び第5の1の2)
抗悪性腫瘍剤 (悪性新生物に罹り患している患者に対して投与された場合に限る。)	○	(包括)	○
疼痛コントロールのための医療用麻薬	○	(包括)	○
エリスロポエチン、ダルベポエチン、 エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害 薬 (人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性 貧血状態にあるものに対して投与された場合に限 る。)	○	(包括)	○
インターフェロン製剤 (B型肝炎またはC型肝炎に効能効果を有するもの)	○	○	○
抗ウイルス剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有する もの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効 能若しくは効果を有するもの)	○	○	○
血友病の患者に使用する医薬品 (血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効 果を有するものに限る。)	○	○	○

# 入院料に包括される薬剤等に係る課題と論点

## (高額薬剤を使用している患者の受入について)

- 免疫・アレルギー疾患等において、維持期の治療として、免疫系に作用する生物学的製剤やJAK阻害薬が使用されるようになり、これらの高額薬剤の外来処方が増えている。患者の高齢化も進んでおり、こうした患者が脳卒中や骨折等の急性疾患の発症後、包括期～慢性期の病棟に入棟する場面は多いと考えられる。
- 回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟等の薬剤料が入院料に包括されている特定入院料において、入院受入困難な理由の一つに高額薬剤の使用があった。
- 具体的な薬剤として、全ての病棟で生物学的製剤等の分子標的治療薬等が多くあげられていた。また、回復期リハビリテーション病棟では、他の病棟で出来高算定可能な抗悪性腫瘍剤や疼痛コントロールのための麻薬を挙げた病棟が多かった。
- 入院・外来医療等の調査・評価分科会においては、転院にあたり、急性期病院で多量の退院時処方を求められるケースもあるため、入院医療全体を見通したうえで、維持期の治療として使われているか、副作用等の管理が可能か、入院料と薬価といった複数の観点から取扱いを検討してはどうかとの意見があった。

## 【論点】



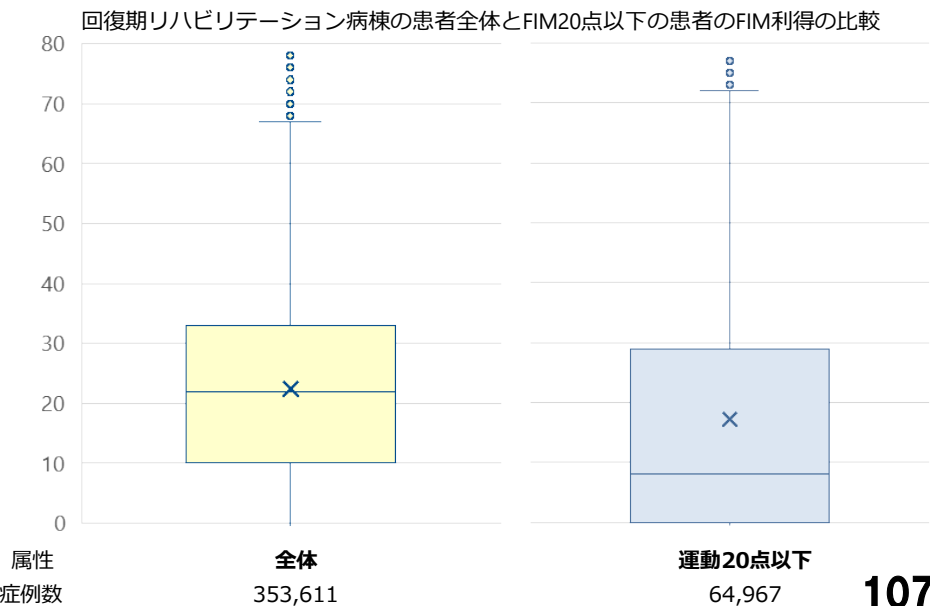
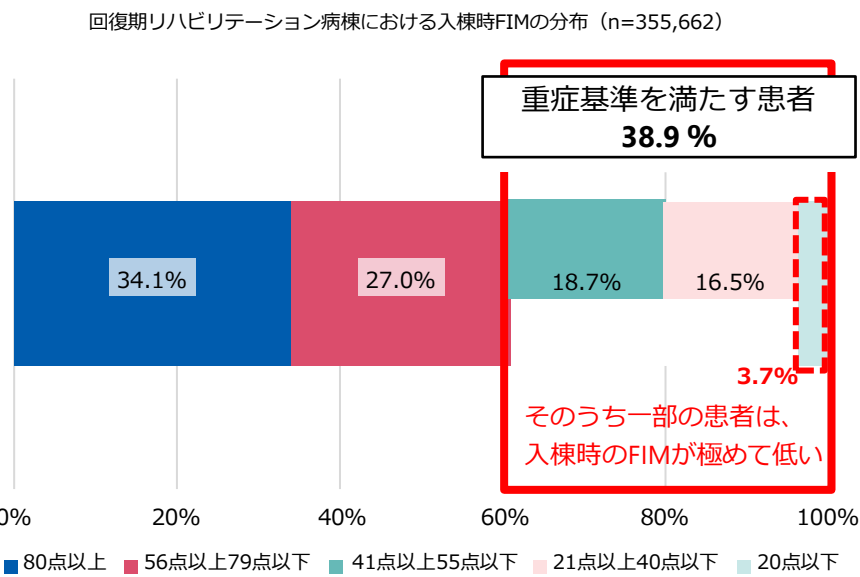
## (高額薬剤を使用している患者の受入について)

- 免疫・アレルギー疾患等の維持期の治療として、生物学的製剤やJAK阻害薬等、慢性疾患の継続的な治療に不可欠で高額な薬剤を用いながら療養している患者が増えてきている背景を踏まえ、そうした患者のリハビリテーションや退院支援を阻害しない観点から、入院料に包括されない除外薬剤の範囲について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における出来高算定可能な除外薬剤が、地域包括ケア病棟等の他病棟と異なるのを踏まえ、除外薬剤の範囲について、どのように考えるか。

# 回復期リハビリテーション病棟における重症患者基準と入棟時FIMの分布

- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 ～ 4 の施設基準において、「日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下」に該当する重症の患者の入棟基準を設けている。
- 重症の患者は回復期リハビリテーション病棟全体の約 4 割であった。そのうちの約 1 割は、FIM得点20点以下、即ちFIM運動得点・認知得点ともにほとんどが 1 点（全介助）又はそれに準じる 状態であり、これらの患者はFIM利得が全体と比べて小さく、極めて低い患者も多い。

施設基準	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5
新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		－
重症の患者の基準	日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下				
入院時に重症であった患者の退院時の日常生活機能評価（）内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16点）以上改善		3 割以上が 3 点（12点）以上改善		－

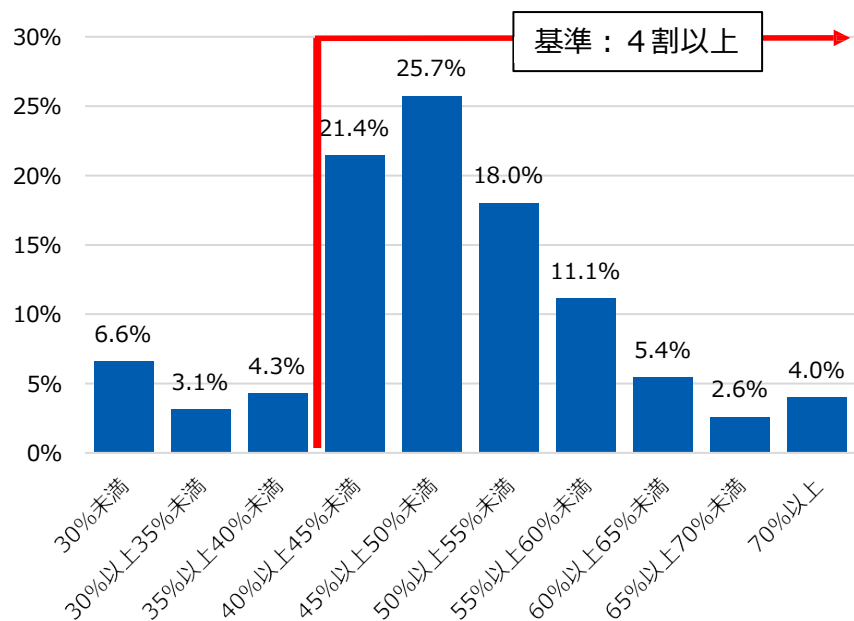


# 回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの重症患者割合

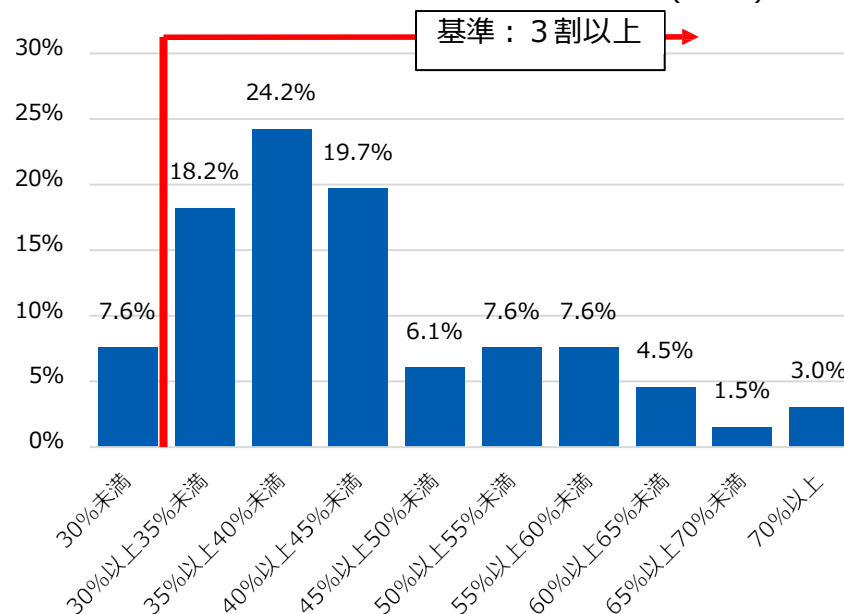
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟ごとの重症患者割合については、各入院料の基準値に近い病棟が多い。特に高い重症患者割合を求めている回復期リハビリテーション病棟入院料 1, 2 において、その傾向が顕著であった。

重症患者の定義： 日常生活機能評価10点以上 又は FIM得点55点以下

回リハ 1・2 における重症患者割合の分布(n=350)



回リハ 3・4 における重症患者割合の分布(n=66)



回リハ入院料 1・2 では、重症患者 4 割という高い基準を満たすために、**本来なら回リハ病棟における集中的なリハビリテーションは難しいような患者の入棟を受け入れなければならない状況になっているのではないか。**

## 効果の実績の評価基準

- 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\sum (\text{FIM得点}[\text{運動項目 } p] \text{の、退棟時と入棟時の差})}{\sum \left( \frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right)}$$

## <実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。  
○ ただし、以下の患者を除外する(できる)。

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、高次脳機能障害の患者を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者
- ・ 「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後」の状態

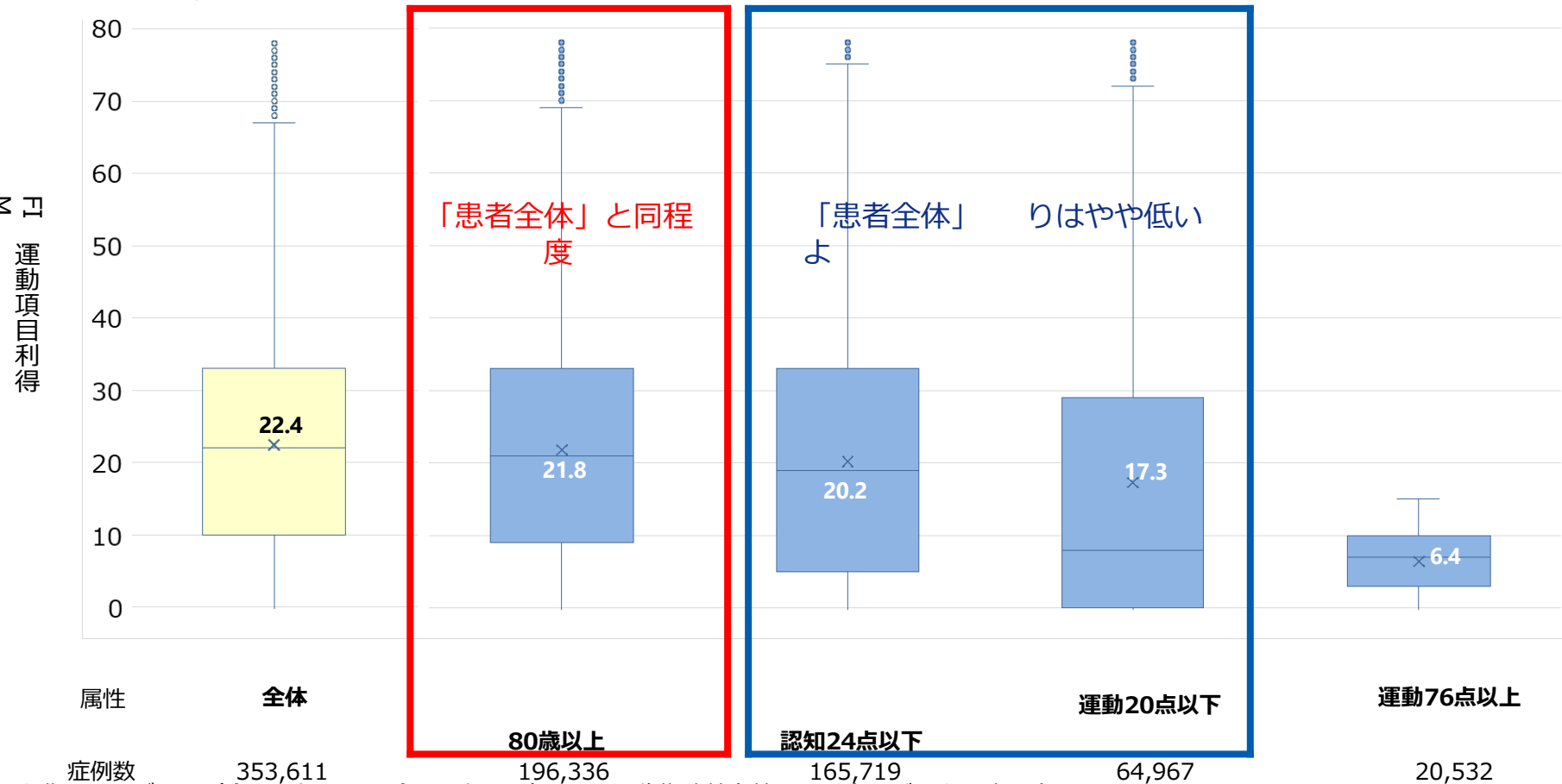
リハビリをして効果が上がっても、**FIM運動利得という形では結果が表現されない**患者の入棟が制限されないための仕組み

除外患者の割合が多いほど、リハビリテーションの効果が得られにくい患者の割合も増える可能性がある

# リハビリテーション実績指数の除外基準に該当する患者のFIM利得

- 回復期リハビリテーション病棟における患者全体と除外基準に該当する患者のFIM運動利得を比較すると、「年齢が80歳以上のもの」は患者全体と変わらなかった。
- 一方、「FIM認知項目の得点が24点以下のもの」は全体よりわずかにFIM運動利得が低い範囲に分布しており、「FIM運動項目の得点が20点以下のもの」はさらに低かった。

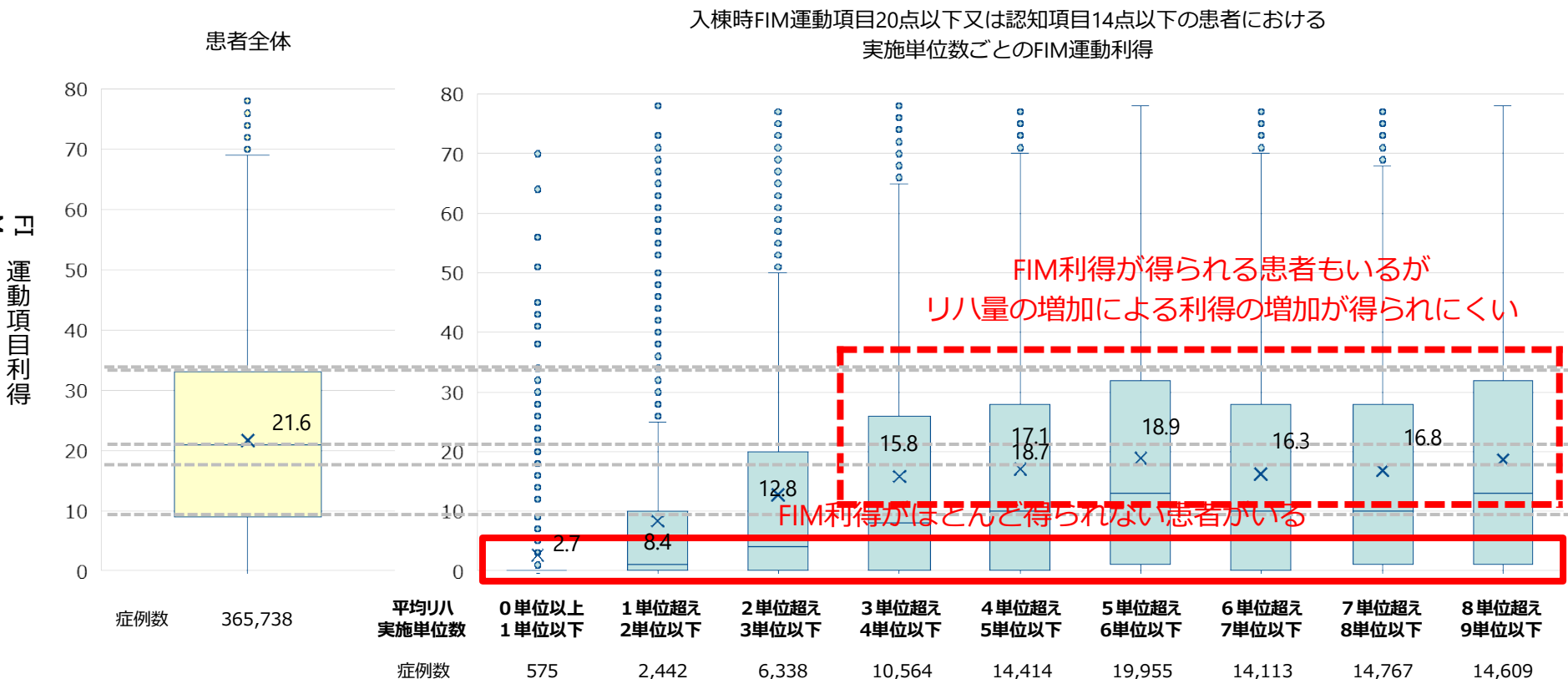
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者の、属性ごとのFIM運動利得の分布





# 入棟時FIM運動項目20点以下又は認知項目14点以下患者の実施単位数ごと運動利得

- FIM運動項目20点以下又は認知項目14点以下の患者については、リハビリテーションを行っても、FIM利得がほとんど得られない患者が存在する。
- 一方、1日当たりのリハビリ平均実施単位数が3単位を超える群については、患者全体と概ね同程度のFIM利得を得られる患者が一定程度存在したが、リハ量が増えても、単位数依存的なFIM利得の上昇はみられなかった。



※ 平均リハ実施単位数は、在棟中のリハビリテーション実施単位数の合計を回復期リハビリテーション病棟在棟日数で割って算出した。

出典：DPCデータ（令和6年6月 - 令和7年5月） ※死亡退院は除く

# 日常生活動作(ADL)の指標 FIMの概要

中医協 総-4  
5 . 7 . 5

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

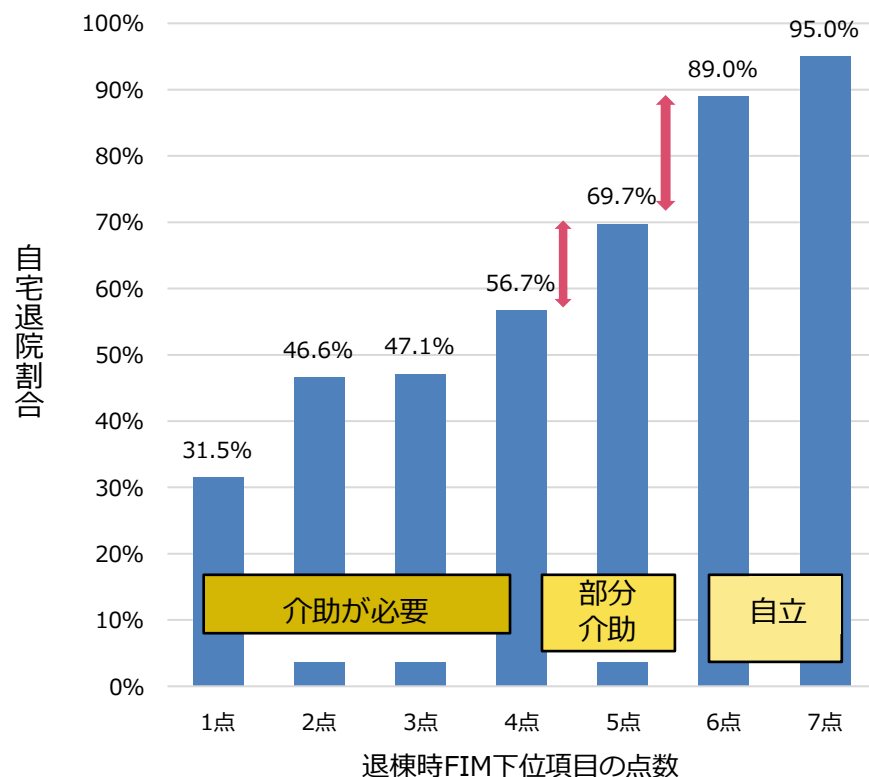
## Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

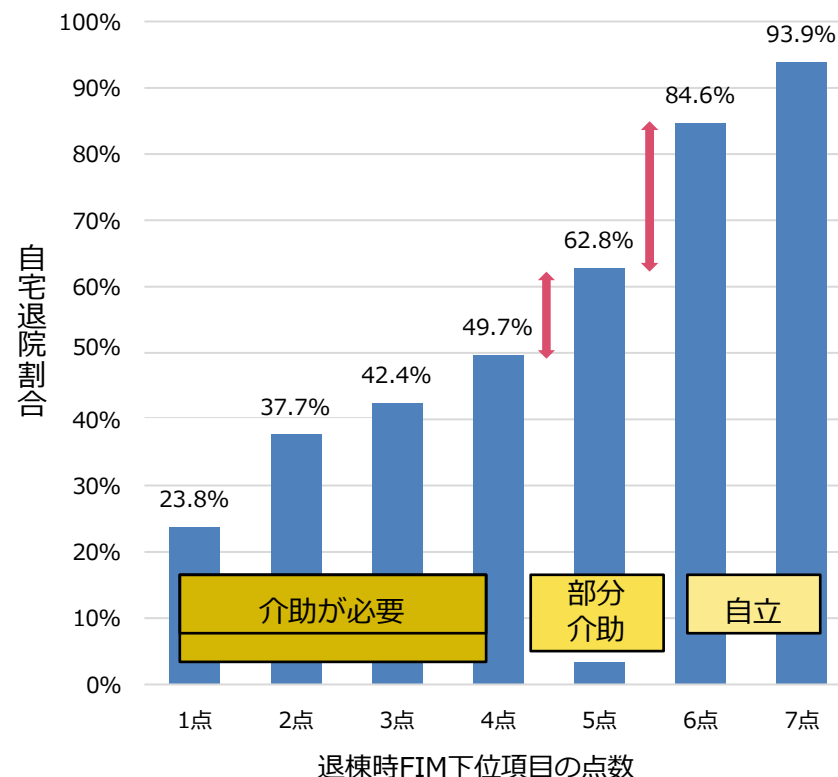
運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計21～3点				
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	
2025.1114中医協総会 入院(その5)回りハ・リハ・多職種連携																	
112																	

- 退棟時のFIM下位項目「トイレ動作」、「移動（歩行・車椅子）」の得点ごとの自宅復帰率は以下の通り。
- 両項目で4点（最小介助）に比べ5点（部分介助／監視レベル）、5点に比べ6点（修正自立レベル）の患者は、自宅への退院割合が大きく増加していた。

移動（歩行・車椅子） n = 807,295



セルフケア（トイレ動作） n = 807,295



# 日常生活機能評価表について

- 日常生活機能評価は、平成20年に重症者回復加算の指標として診療報酬に導入された。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1～4、特定機能病院リハビリテーション病棟における重症患者の判定や当該患者の改善を測定する際の指標として、FIMと日常生活機能評価のいずれかを測定することとされている。
- 日常生活機能評価の測定は必須とはしていないが、FIMと両方測定した上で患者ごとに選択することができ、事実上両方の測定を促す効果を生んでいる。
- なお、FIMは実績指数の算出に必須であるが、日常生活機能評価表は上記の目的以外では測定は求めていない。

(回復期リハビリテーション病棟入院料 施設基準通知より抜粋)

## 1 通則

- (7) 2の(4)及び(5)又は3の(5)において日常生活機能評価による測定を行う場合にあっては、毎年8月において、1年間（前年8月から7月までの間。）に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添7の様式49の4により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。また、毎年8月において、各年度4月、7月、10月及び1月において「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1のA308の(12)のア及びイで算出した内容等について、別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告を行うこと。

## 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準

- (4) 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2を算定する場合、重症の患者（別添7の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「FIM」という。）得点で55点以下の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち4割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
- ア 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数
- イ 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）
- (5) 直近6か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、3割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で4点以上又はFIM総得点で16点以上改善していること。

# 生活機能回復に資する診療報酬①（排尿自立支援加算）

- 排尿自立支援加算は尿道カテーテル抜去後の下部尿路機能障害又は尿道カテーテル留置中に下部尿路機能障害が予想される患者に対し、包括的な排尿ケアを行った場合に算定される。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟のうち、排尿自立支援加算を届け出ている病棟は30.2%である。

## A251 排尿自立支援加算 200点（週1回）

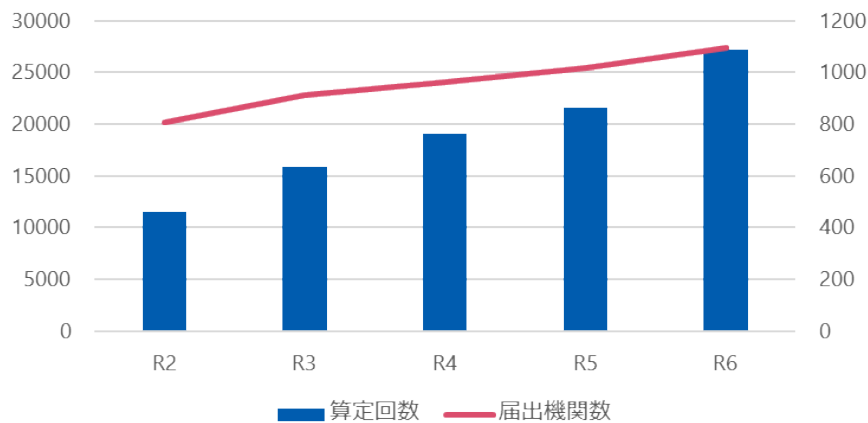
### 【施設基準（概要）】

- (1) 保健医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
- (2) 排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (3) 排尿ケアチームは、排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- (4) 下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドラインなどを遵守すること。

### 【算定要件（概要）】

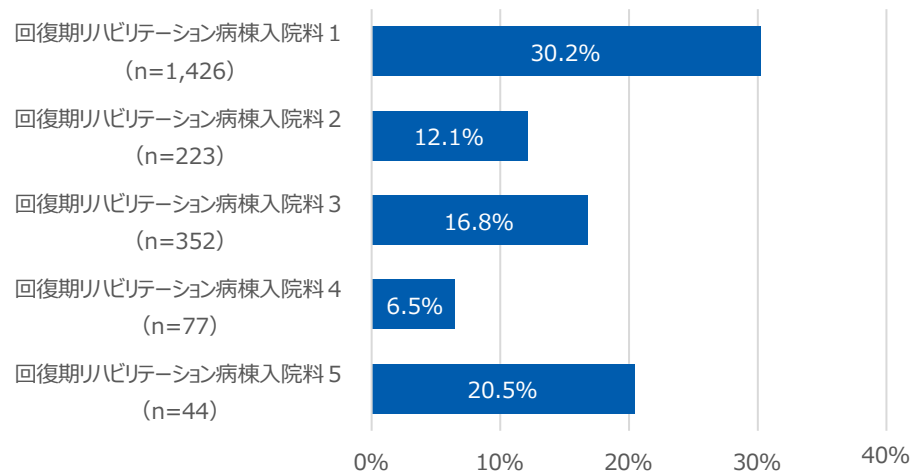
- 入院中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り12週を限度として算定する。

排尿自立支援加算の算定回数・届出機関数の推移



出典：（算定回数）社会医療診療行為別統計 6月審査分 ※令和6年は8月審査分  
（届出機関数）主な施設基準の届出状況等

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの  
排尿自立支援加算の届出状況



# 生活機能回復に資する診療報酬②（摂食嚥下機能回復体制加算）

- 摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食嚥下支援チーム等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟のうち、摂食嚥下機能回復体制加算1または2を届け出ている施設は約13%である。また、専従の言語聴覚士等の施設基準にハードルがあるという声がある。

**イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点（週1回）**

**ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点（週1回）**

**ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点（週1回）**

※療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院

## 【施設基準（概要）】

○ 保険医療機関内に、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種(専任の常勤医師、**専従の言語聴覚士**、専任の常勤管理栄養士等)により構成されたチームが設置されていること。

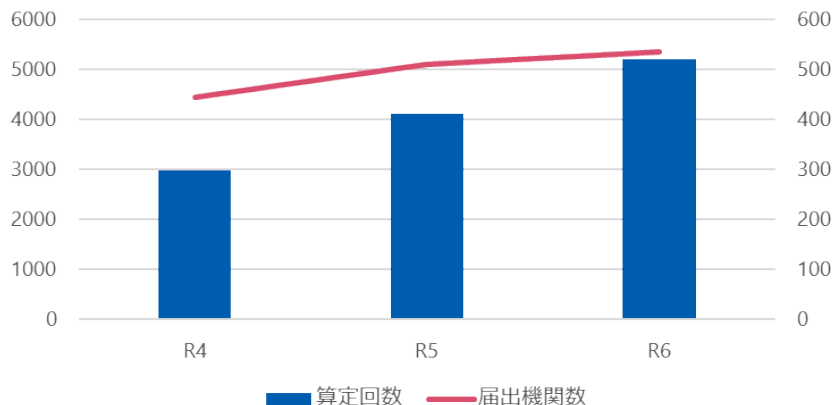
○ 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。

## 【算定要件（概要）】

○ 摂食嚥下支援チーム等により**内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること**。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。

○ 上記を実施した患者について、**月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること**。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。

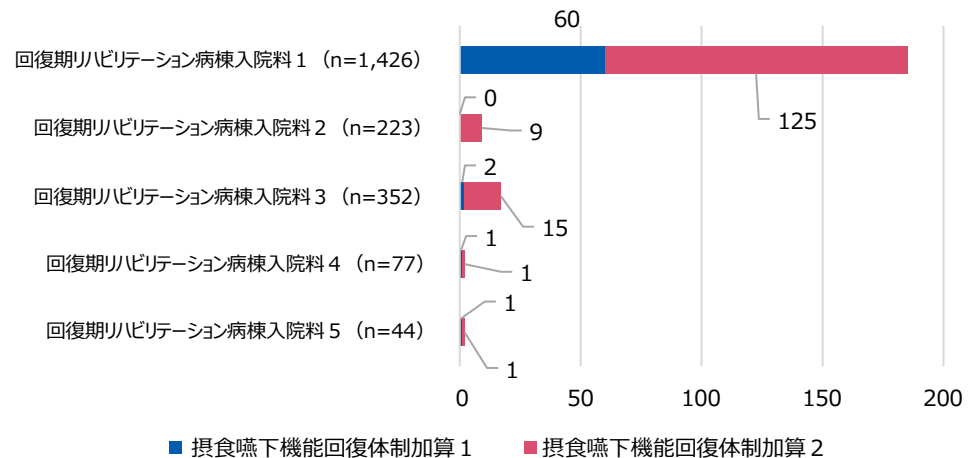
摂食嚥下機能回復体制加算の算定回数・届出機関数の推移



※現体系になった令和4年度以降にて加算1, 2, 3の総数を集計。出

典：（算定回数）社会医療診療行為別統計 6月審査分 ※令和6年は8月審査分  
（届出機関数）主な施設基準の届出状況等

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの摂食嚥下機能回復体制加算1, 2の届出状況



出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点厚生局届出施設数）

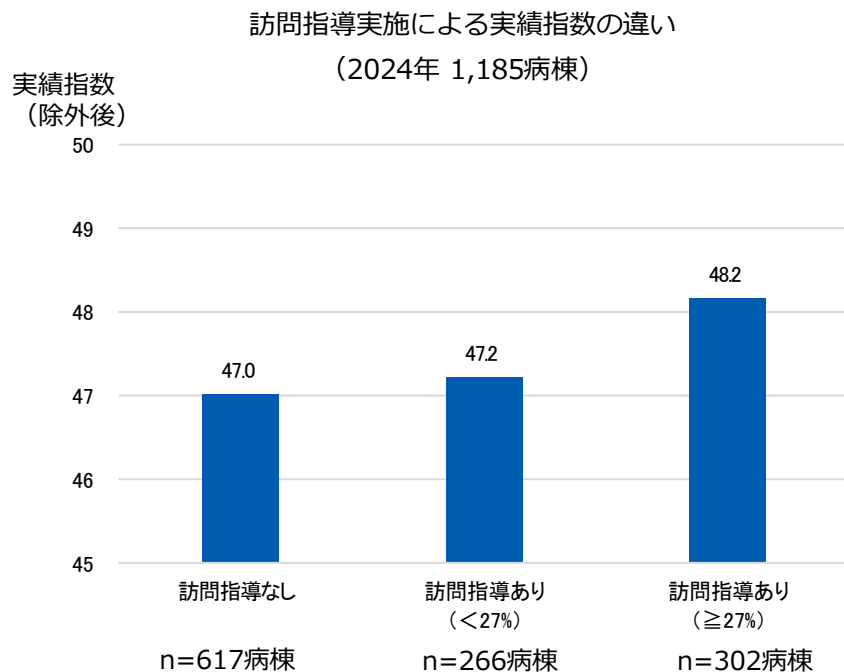


# 退院前訪問指導の実施の有無によるアウトカムの差異

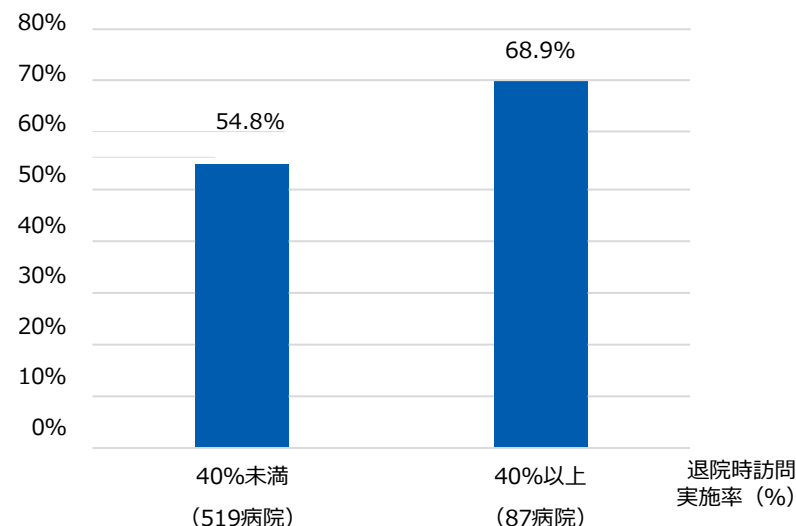
診調組 入-2  
7 . 8 . 2  
1

- 退院前訪問指導を一定割合以上実施している病棟・施設では、リハビリテーション実績指数や自宅復帰率が良好である。

回復期リハ病棟協会 2024実態調査より改変



退院時訪問実施率別の自宅退院率 (病院単位)  
(脳血管障害患者：2024年 9,091名)



入院時や退院時の訪問指導を積極的に実施する病棟・病院は、  
効率の良い入院リハ提供や高い自宅復帰を実現できている

出典：回復期リハビリテーション病棟協会 提供資料

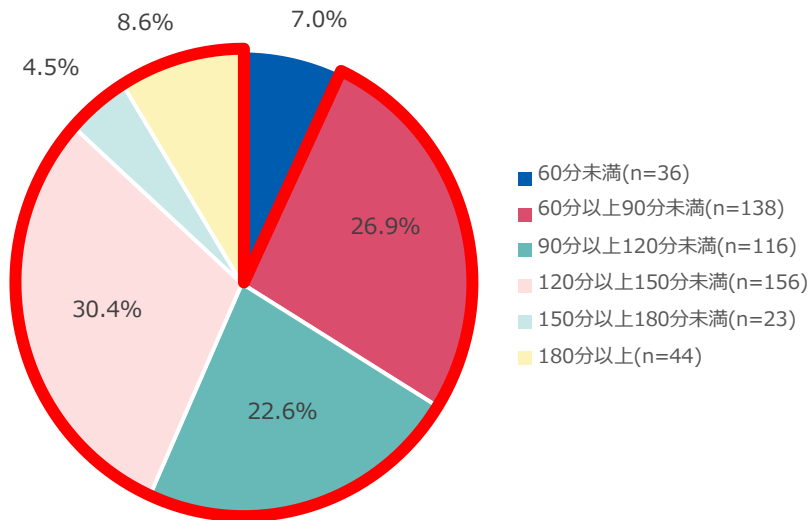


# 退院前訪問指導の実施職種、所要時間

- 退院前訪問指導の所要時間について、多くの施設で60分以上の長時間を要していた。
- 回答のあった回復期リハビリテーション病棟のうち、95%以上の病棟で理学療法士、作業療法士、40%以上の病棟で看護師、その他職種が関与しており、多職種による退院前訪問指導が行われていると考えられる。

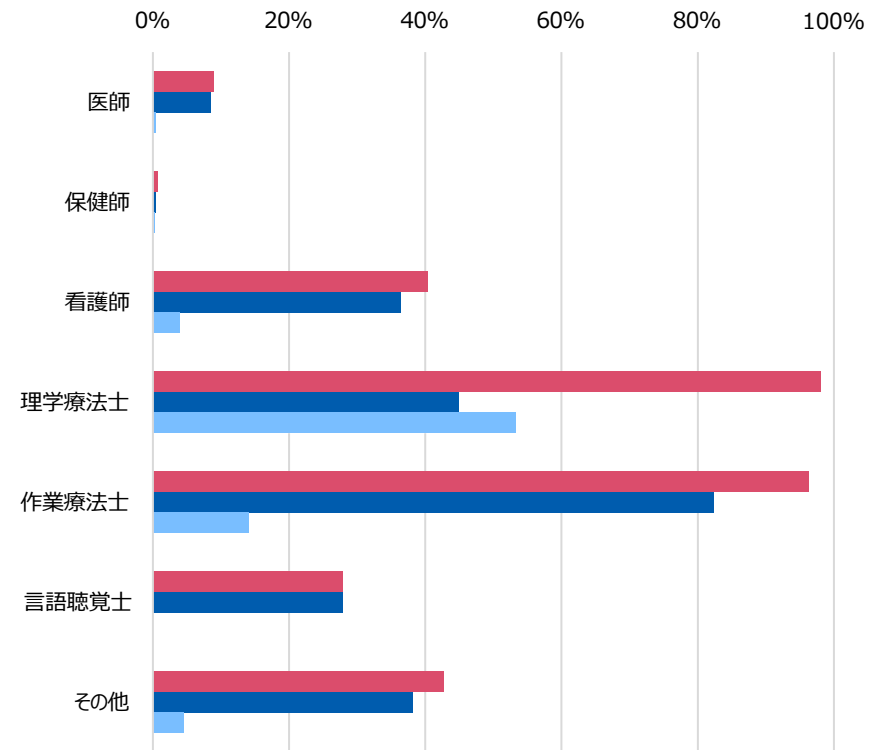
訪問指導に要した平均時間（令和7年4月の1か月）

※往復の移動時間含む（n=513）



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（B票））

退院前の訪問指導を実施している職種(n=464)



■ 実施している ■ うち、主でないが担当している ■ うち、主として担当している

※その他では、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、福祉機器業者などの回答があった。

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査 病棟調査票（B票：回リハ病棟入院料）

# 回復期リハビリテーション病棟入院料における休日リハに係る要件

- 回復期リハビリテーション病棟入院料において、入院料1・2では、休日を含め、リハビリテーションを提供できる体制が施設基準となっている。また、入院料3～5等では、同様の休日のリハビリテーション体制を有することで、休日リハビリテーション提供体制加算を算定することができる。
- 上記のいずれも休日の1日あたりリハビリテーション提供単位数は患者1人あたり平均2単位以上とされており、急性期一般入院料等で算定されるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の基準と比較して、少ない設定となっている。

	入院料1	入院料2	入院料3入院料4入院料5 入院医療管理料
休日リハに係る規定	<p>・当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、<b>休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上</b>であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。</p>		<p>施設基準には規定なし体制がある場合、<b>休日リハビリテーション提供体制加算</b>を算定。</p>

## 休日リハビリテーション提供体制加算

(施設基準 通知抜粋)

- 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、**休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上**であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

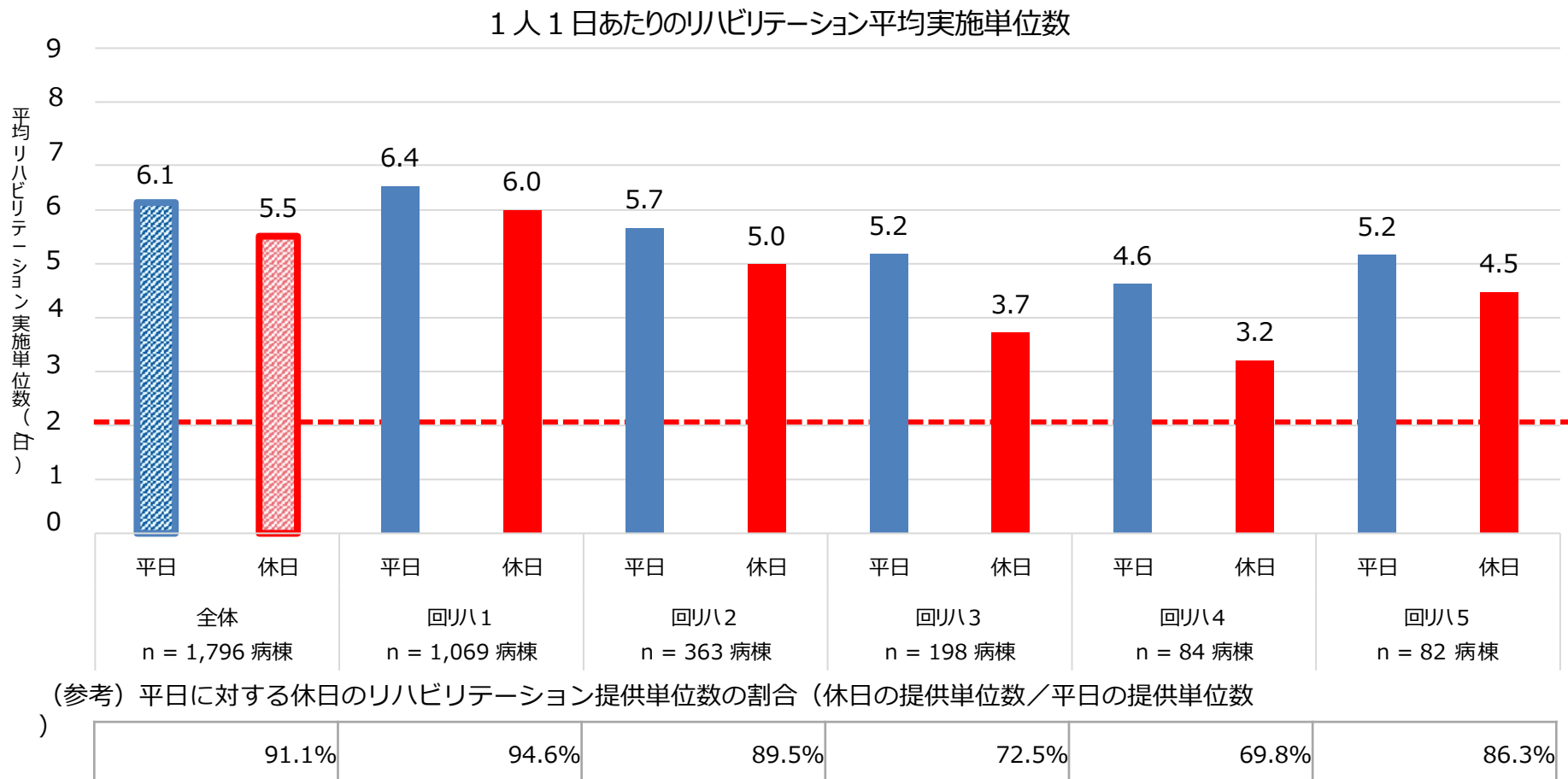
## (参考) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

(施設基準 通知抜粋)

- 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が8割以上であること。

# 回復期リハビリテーション病棟における休日のリハビリテーション実施状況

- 全ての入院料において、回復期リハビリテーション病棟1・2及び休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準である1日平均2単位以上の提供単位数を大きく上回っている。



※ 休日の定義は日曜及び祝日 (12月30日～1月3日を含む)。

- 高次脳機能障害に関する支援の実態調査において、126の回復期リハビリテーション病棟を対象に行われた調査では、回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害のある患者数は1～10人の施設が36.4%と最多であり、一定数の患者が存在していた。

図表 48 回復期リハビリテーション病棟の高次脳機能障害のある患者数

患者数	n	%
0	14	11.6
1～10	44	36.4
11～20	30	24.8
21～30	18	14.9
31～40	5	4.1
41～50	3	2.5
51以上	7	5.8
無回答	5	
全体	121	100.0

※割合の分母である病棟数は、全126病棟から無回答の5病棟を除いた121病棟。

- 高次脳機能障害者への支援に係る11の関係機関へのヒアリング調査においては、入院医療機関における高次脳機能障害の診断や説明が不十分な場合があることや、支援に係る情報提供の不足、高齢者が多い病棟における障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さ、退院時に相談窓口の情報を伝えることの重要性等について指摘があった。

令和6年度障害者総合福祉推進事業「高次脳機能障害に関する支援の実態調査及び適切な支援を提供するためのガイドラインの作成」報告書より、関係機関へのヒアリング調査の結果を一部抜粋

## (1) 入院中の診療

急性期病院の段階で認知機能の検査や高次脳機能障害の診断が行われるケースは少ないという意見が多く聞かれた。重い麻痺や運動機能障害がない場合、急性期病院から直接地域生活に移行するケースもあり、その場合には高次脳機能障害の診断を受けていないことも多いという指摘があった。回復期病院においても、身体症状への対応が優先され、認知機能面については検査・診断されないことがあるという意見も寄せられた。また、高次脳機能障害者本人の病識が低下し、自身の認知機能を過大に自覚することで、リハビリテーションの必要性を認識できず、退院を希望するケースもあるという声も聞かれた。

高次脳機能障害の診断がついてない場合でも、「高次脳機能障害を発症している可能性がある」ことだけでも患者に伝えることが、当事者がその後の支援につながる可能性を高める上で重要であるとの意見があった。さらに、どの医療機関が高次脳機能障害の診療・診断書作成に対応しているかが分かりにくい現状があり、対応可能な医療機関のリスト作成を求める要望が寄せられた。

## (2) 入院中の退院支援

入院中の退院支援に関しては、急性期病院や回復期病院において、介護保険サービスや障害福祉サービス、障害者手帳、その他の支援に係る情報提供や申請手続きの支援が十分に行われていないという意見が多数把握された。特に、高齢者の患者が多い病院では、壮年期の患者への対応（障害福祉サービス等）のノウハウが蓄積されにくく、地域内の障害福祉関連機関とのネットワークも希薄になりやすいとの指摘があった。（略）

このような状況を踏まえ、退院時に「退院後に困った時に相談できる窓口」の情報を必ず伝えることが重要であり、支援拠点機関の紹介も積極的に行うべきであるという要望が寄せられた。

（略）

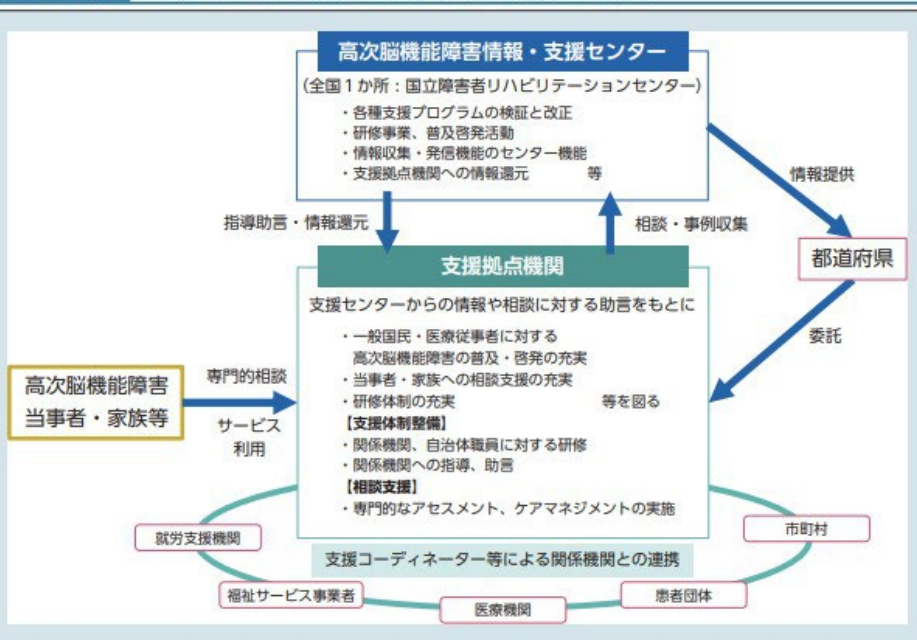
## (5) 障害者手帳の取得

障害者手帳の取得に関しては、身体障害者手帳について、高次脳機能障害の原疾患の発症・受傷から一定期間経過しなければ交付申請を行えないという期間要件を設けている自治体があり、その期間が長い場合もあるという指摘があった。（略）



- 高次脳機能障害支援普及事業では、支援拠点機関として全国126カ所（令和7年4月1日現在）の医療機関等が設定されており、当事者・家族への専門的相談支援、地域の関係機関との調整等の役割を担っている。

図表 8-1-8 高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業



## 全国の相談支援体制の整備状況

高次脳機能障害支援拠点

令和7年4月現在

- ・全国支援普及拠点センター： 1か所
- ・支援拠点機関 47都道府県： 126か所

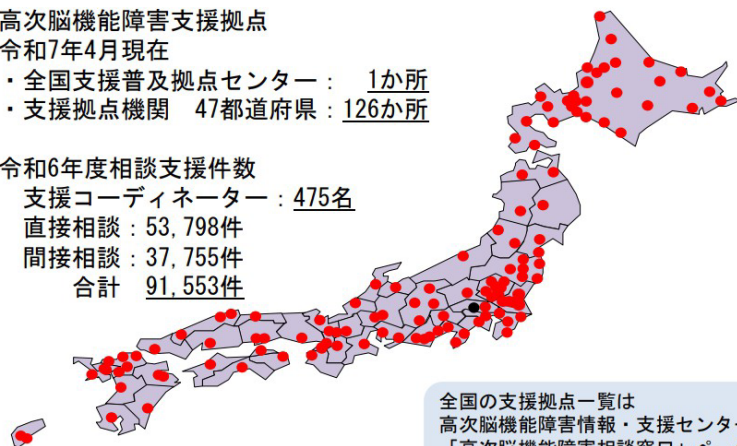
令和6年度相談支援件数

支援コーディネーター： 475名

直接相談： 53,798件

間接相談： 37,755件

合計 91,553件



全国の支援拠点一覧は  
高次脳機能障害情報・支援センターウェブサイト  
「高次脳機能障害相談窓口」ページ参照  
[https://www.rehab.go.jp/brain\\_fukyu/soudan/](https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/soudan/)

出典：全国の相談支援体制の整備状況（令和7年4月1日現在）

[https://www.rehab.go.jp/brain\\_fukyu/shien/](https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/shien/)

出典：令和7年度版厚生労働白書

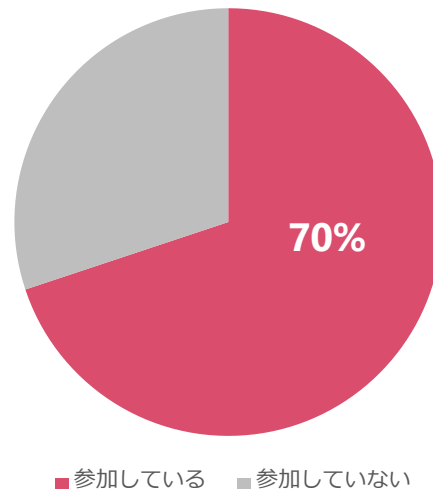
- 令和6年度改定にて、回復期リハビリテーション病棟入院料1、2にて地域支援事業への参加していることが望ましいとした。
- 令和6年11月1日時点で地域支援事業に参加している回復期リハビリテーション病棟は、約70%であった。

(通知より抜粋)

## 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準

- (10) 市町村の要請を受けて、「地域支援事業実施要綱」(平成18年6月9日老発0609001第1号厚生労働省老健局長通知)に規定する地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業に、地域の医師会等と連携し、参加していることが望ましい。

回復期リハビリテーション病棟における  
地域支援事業の参加率 (n=465)



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査 (病棟調査票(B票))  
2025.1114中医協総会 入院(その5)回リハ・リハ・多職種連携

## 回復期リハビリテーション病棟に係る課題と論点②

### (退院支援・地域連携について)

- 回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害のある患者数は1～10人の施設が36.4%と最多であり、一定数の患者が存在している。
- 医療機関における高次脳機能障害の診断や説明が不十分な場合があることや、支援に係る情報提供の不足、高齢者が多い病棟における障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さ、退院時に相談窓口の情報を伝えることの重要性等について指摘があった。
- 高次脳機能障害支援普及事業では、支援拠点機関として全国126カ所(令和7年4月1日現在)の医療機関等が設定されており、当事者・家族への専門的相談支援、地域の関係機関との調整等の役割を担っている。
- 令和6年度改定にて、回復期リハビリテーション病棟入院料1、2では地域支援事業への参加していることが望ましいとされた。令和6年11月1日時点で地域支援事業に参加している回復期リハビリテーション病棟は、約70%であった。



### 【論点】

#### (リハビリテーション実績指数・重症患者割合について)

- 回復期リハビリテーション病棟における集中的なリハビリテーションが必要な重症患者の入棟を適切に評価する観点から、重症患者の範囲や入棟を求める割合を見直すことについて、どのように考えるか。
- 以下のような点等を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟の役割に照らし、実績指数のあり方やそれらを要件とする入院料の範囲についてどのように考えるか。
  - ・ 実績指数からの除外対象の患者割合が高い一方で、除外対象を更に分類すれば、除外対象でない患者と同様にFIM運動利得が得られる群が含まれること。
  - ・ 全ての病棟において、実績指数の除外対象となる患者が、除外できる割合である3割を越えていること。
  - ・ FIMの下位項目の中でも、歩行やトイレ動作が5点(監視)～6点(修正自立)程度まで改善した場合は在宅復帰の割合が大きく上昇すること。
- 日常生活機能評価表は、リハビリテーション病棟入院料等における重症患者の該当基準及び重症患者の改善度合いの基準としてのみ用いられており、いずれもFIMによる基準が併記されていることを踏まえ、現場の負担軽減の観点から、その役割についてどのように考えるか。

## 回復期リハビリテーション病棟に係る課題と論点③

### (より質の高いリハビリテーションの評価について)

- 生活機能回復を促す取組として、上位の区分の入院料において排尿自立支援加算や摂食嚥下機能回復体制加算等の届出を求めることについて、どのように考えるか。また、摂食嚥下機能回復体制加算において専従要件となっている言語聴覚士の業務の範囲について、疾患別リハビリテーションとの関係性等をどのように考えるか。
- 現在包括評価となっている退院前訪問指導は、複数のスタッフが参加し長時間かけて行われていること、円滑な在宅復帰に有用であること等を踏まえ、退院後の生活に向けて十分な支援を促進する観点から、回復期リハビリテーション病棟における評価方法についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における休日リハビリテーションに関する次のような点等について、どのように考えるか。
  - ・ いずれの回復期リハビリテーション病棟3～5においても休日のリハビリテーションが実施されている現状を踏まえた、休日リハビリテーションに係る施設基準のあり方
  - ・ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等の休日リハビリテーションに係る基準等を踏まえた、休日リハビリテーション提供量の基準のあり方

### (退院支援や地域連携の取組について)

- 高次脳機能障害の患者について、障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さや退院時に相談窓口の情報提供することの重要性について指摘があったことを踏まえ、退院支援として、支援拠点機関や障害福祉サービス事業所等の情報提供を行うことに関する回復期リハビリテーション病棟の役割について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における地域貢献活動の実施状況を踏まえ、地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へ市町村の求めに応じて協力することを推奨する病棟の範囲について、どのように考えるか。

# 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進（再掲）

## 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

➤ 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて急性期リハビリテーション加算として新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

- (新)

急性期リハビリテーション加算

50点（14日目まで）
- (改)

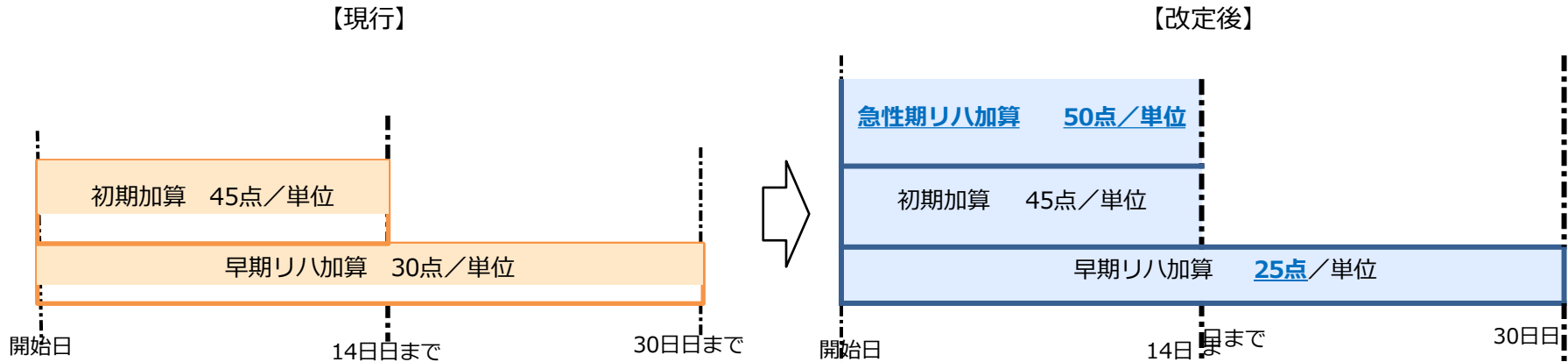
早期リハビリテーション加算

30点 → 25点（30日目まで）

【急性期リハビリテーション加算の対象患者】 ※入院中の患者に限る。  
ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。  
イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。  
ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。  
① 動脈圧測定（動脈ライン） ② シリンジポンプの管理 ③ 中心静脈圧測定（中心静脈ライン） ④ 人工呼吸器の管理  
⑤ 輸血や血液製剤の管理 ⑥ 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）  
エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

※ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患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、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

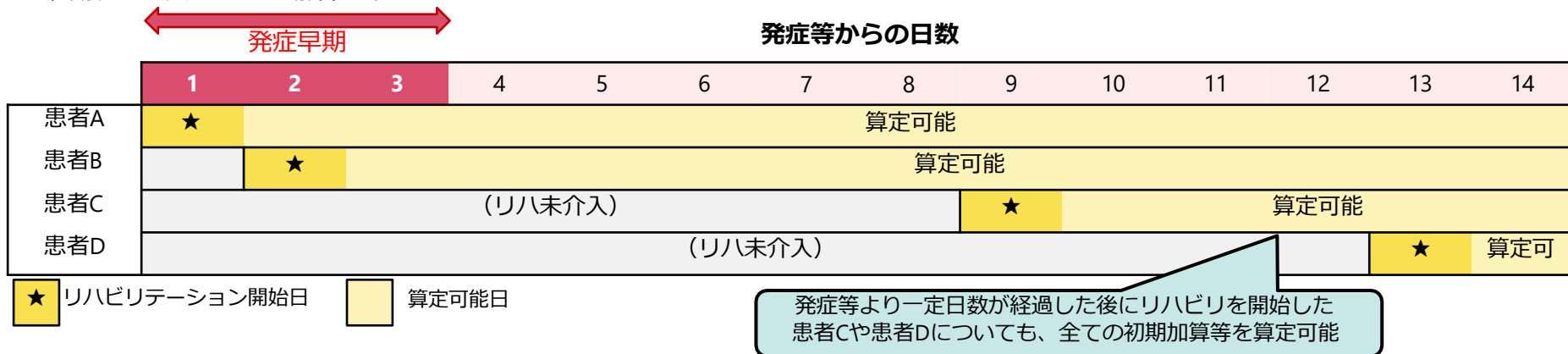
【急性期リハビリテーション加算の施設基準】  
当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。



# 初期加算等の算定要件・算定状況

- 初期加算等では、いずれも発症日からリハビリテーション開始までの日数についての要件はなく、どのタイミングからでも算定可能である。
- 14日以内に初期加算等を算定した患者のうち、3日以内に疾患別リハビリテーションの初回介入ができていない患者の割合が36%を占めていた。

## ■急性期リハビリテーション加算のイメージ



初期加算または早期リハビリテーション加算の初回算定日（疾患別リハを開始した日）

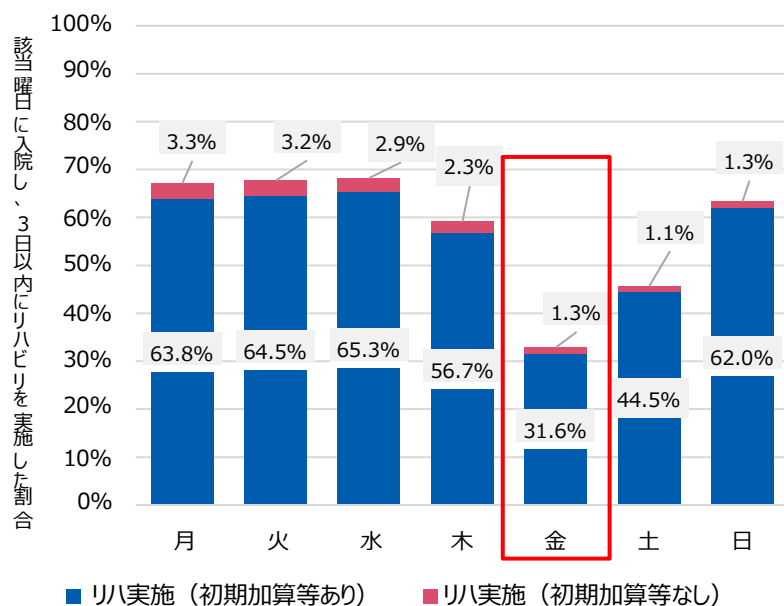




# 急性期における曜日ごとの早期リハビリテーションの介入

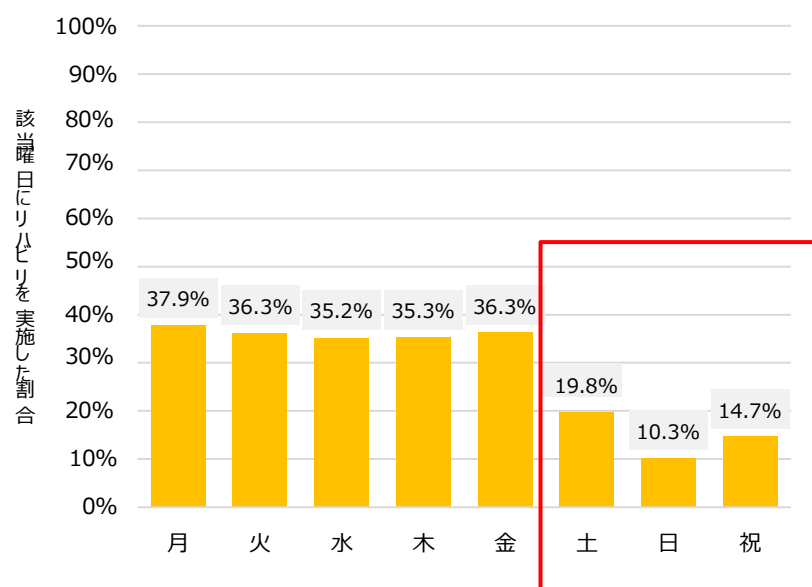
- 急性期一般入院料 1 ～ 6 における、入院曜日ごとの入院後 3 日以内にリハビリを開始した割合は、金曜日に入院した場合に、初期加算等の算定によらず、最も低かった。
- リハビリテーションを実施した患者の割合は、土日祝において平日より低く半分以下であった。

入院曜日別、入院から 3 日以内にリハビリテーションを実施した割合



※ 入院から14日以内にリハビリを実施した症例を対象に、入院日を1日目として、3日目までにリハビリを開始した割合を入院曜日別に集計した。ただし、死亡退院と7日以内の退院症例は除外。  
 ※ 急性期リハビリテーション加算、初期加算、早期リハビリテーション加算の3つのいずれかを算定している症例を、初期加算等ありと定義した。

曜日別リハビリテーション実施割合



※ 該当曜日の入院患者を分母、疾患別リハの種類・単位数に関わらず、1単位以上のリハ実施者数を分子として集計した。  
 ※ 祝日の定義は、国民の祝日とその振替休日祝日及び12月29日～31日

# 療法士が従事しうる診療報酬上の項目

- 算定方法において理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うことが示されている点数表区分は以下のとおりであり、一部に専従・専任要件が設けられている。
- 疾患別リハビリテーション料と障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料の専従療法士は兼任可能であるが、その他の区分については、当該専従者が従事できるかどうか必ずしも明確でない。

報酬名	
A230-4	精神科リエゾンチーム加算
A233	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
A251	排尿自立支援加算
B001 5	小児科療養指導料
B001-7	リンパ浮腫指導管理料
B001 14	高度難聴指導管理料（人工内耳機器調整加算）
B001 28	小児運動器疾患指導管理料
B004・B005	退院時共同指導料 1, 2
B005-1-2	介護支援等連携指導料
B005-9	外来排尿自立指導料
B006-3	退院時リハビリテーション指導料
B007	退院前訪問指導料
B015	精神科退院時共同指導料
C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
C015	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料
D211-3	時間内歩行試験
J038	透析時運動指導等加算（人工腎臓）
J118-4	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）
H000	心大血管疾患リハビリテーション料
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料
H002	運動器リハビリテーション料
H003	呼吸器リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション

報酬名	
H003-2	入院時訪問指導加算（リハビリテーション総合計画評価料）
H004	摂食機能療法
H004	摂食嚥下機能回復体制加算
H005	視能訓練
H006	難病患者リハビリテーション料
H007	障害児（者）リハビリテーション料
H007-2	がん患者リハビリテーション料
H007-3	認知症患者リハビリテーション料
H007-4	リンパ浮腫複合的治療料
H008	集団コミュニケーション療法料
I002	児童思春期支援指導加算（通院・在宅精神療法）
I002-2	精神科継続外来支援・指導料 注3に規定する加算
I002-3	救急患者精神科継続支援料
I006-2	依存症集団療法
I007	精神科作業療法
I008	入院生活技能訓練療法
I011	精神科退院指導料
I011-2	精神科退院前訪問指導料
I012	精神科訪問看護・指導料
I016	精神科在宅患者支援管理料

療法士の専従規定あり
  療法士の専任規定あり
 **太枠の項目** 同土は、専従療法士が兼務可能。

※ 療法士の配置が規定されている各入院料及び精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、重症認知症患者デイ・ケアは記載を省略。

# 医療機関の療法士による助言が規定された介護報酬

- 介護報酬においては、自立支援・重度化防止に資する介護の推進を目的とした「生活機能向上連携加算」があり、医療機関の療法士による助言等を求めることができる体制の構築が規定されている。こうした介護施設等への助言業務の診療報酬上の取扱いが明らかでない。

**生活機能向上連携加算（Ⅰ）100単位／月**（※3月に1回を限度）

**生活機能向上連携加算（Ⅱ）200単位／月**

※（Ⅰ）と（Ⅱ）の併算定は不可。

（算定要件等）

＜生活機能向上連携加算（Ⅰ）＞

- 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。
- 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

＜生活機能向上連携加算（Ⅱ）＞

- 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。

- 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三に規定する、いずれかの要件に当てはまる場合は、6単位を超えて疾患別リハビリテーション料の算定が可能とされている。

## 別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）
- ・ 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- ・ 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、A D Lの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)を算定するもの

- 令和6年3月28日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」より抜粋

問111 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三において、「回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）」とされているが、回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に入院する患者であって、運動器リハビリテーション料を算定する患者は、1日9単位を算定することができないのか。

（答）特掲診療料の施設基準等の別表第九の三の他の要件に該当する患者については1日9単位を算定できる。

## 訓練内容ごとの療法士の負担

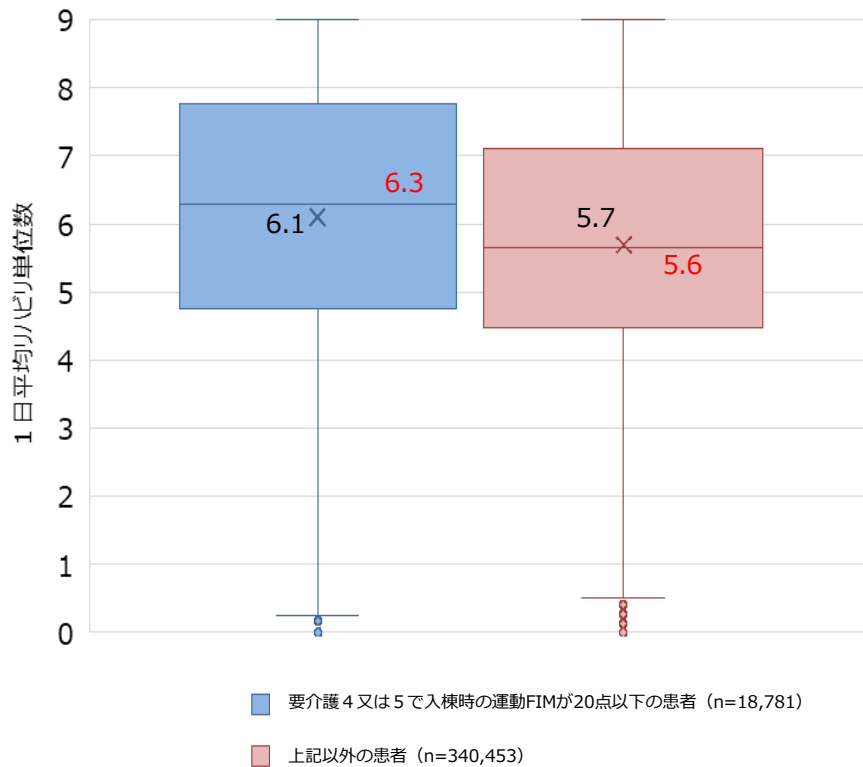
- ベッド上から全く身体を離さず行う訓練は、他の訓練と比較して、準備や片付け、訓練の所要時間、転倒・事故リスク等の観点から、療法士の負担が少ないと考えられる。

	ベッド上訓練 (離床せず行うもの)	歩行訓練	ADL動作訓練
準備・片付け	× 少ない	○ 比較的多い	◎ 多い
訓練の所要時間	短時間で可能	長時間の場合もある	長時間の場合もある
訓練の標準化	○ 比較的標準化しやすい	△ 個別性があり、困難	× 個別性が高く、困難
転倒・事故リスク	低	高	高
多職種との連携の必要性	○	◎	◎

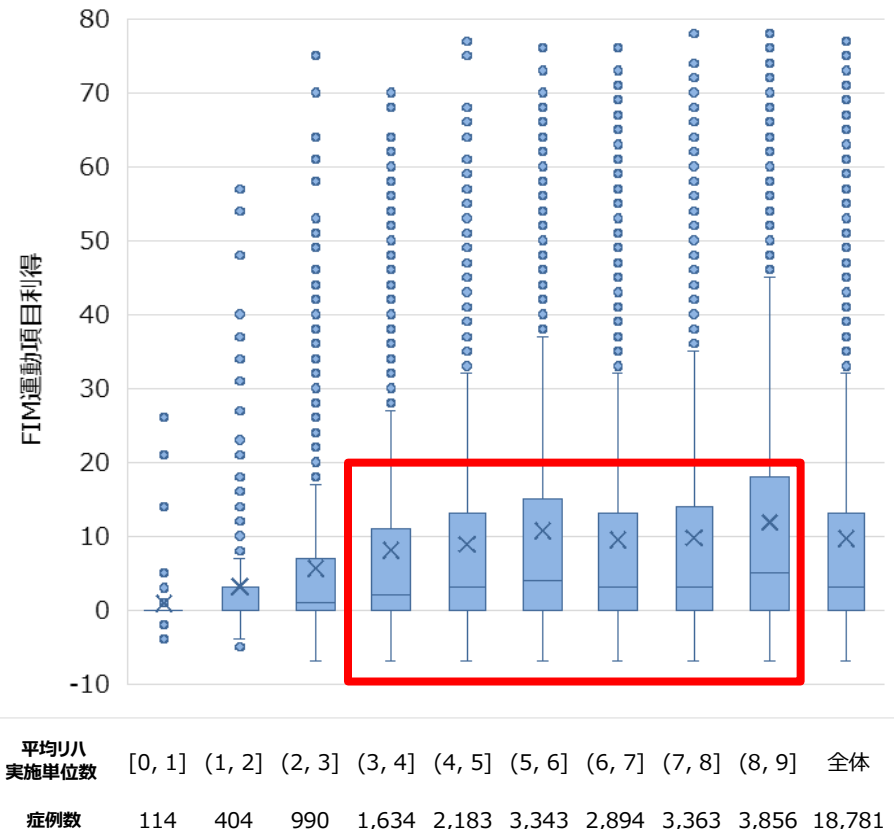
# 入棟時FIM、要介護度別のリハビリ実施単位数とFIM利得

- 入棟時のFIM運動項目が20点以下かつ要介護 4、5 の患者は寝たきり又はそれに準じる状態であると想定され、下半身をベッドから離さず行う、いわゆる床上リハの実施が多いと考えられる。
- これらの患者における、1日あたりの平均リハビリ実施単位数はその他の患者に比べて多い一方で、1日3単位を超えるリハビリを実施しても、単位数増加に伴う明らかな改善がみられない患者が多かった。

要介護 4 又は 5 で入棟時運動FIM20点以下の患者とそれ以外の患者の1日平均リハビリ単位数



要介護 4 又は 5 で入棟時運動FIM20点以下の患者の実施単位数別のFIM運動項目利得





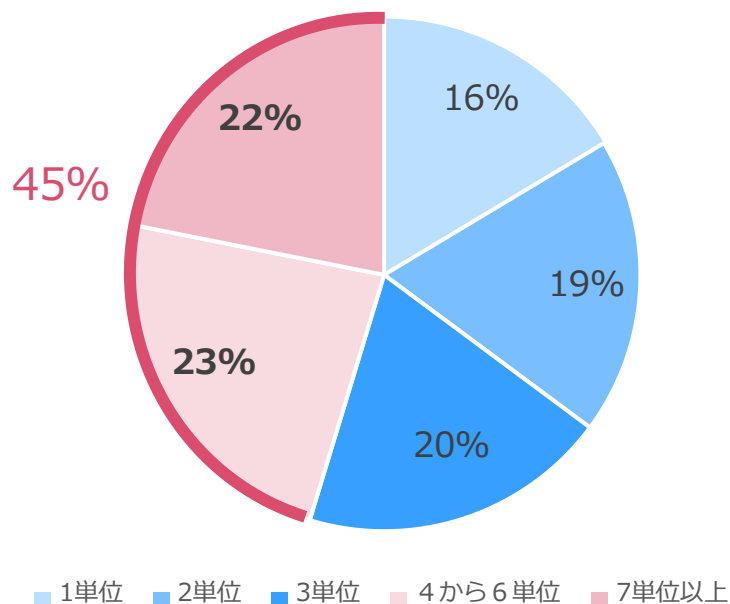
# 屋外等での疾患別リハビリテーション実施単位数について

診調組 入-17  
6.26改

- 屋外等での疾患別リハビリテーションは入院患者に対して1日に3単位に限り算定可能である。
- 急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟において、屋外等での疾患別リハビリテーションを実施した患者のうち、3単位以上にあたる60分を超えて実施した症例は45%と一定割合を占めていた。

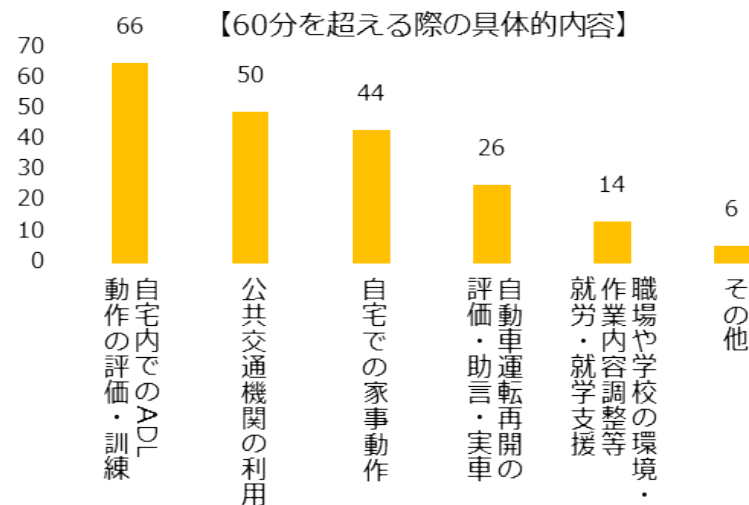
屋外等で実施されたリハビリテーション単位数と

人数の割合(n=128)



調査日から遡った過去7日間において、疾患別リハビリテーションを実施した1,767症例のうち、同一期間内に屋外等で疾患別リハビリテーションを実施した128症例について、単位数ごとの人数を集計。

参考) 屋外等でのリハビリテーションが60分を超える際の具体的な実施内容



※回答のあった87施設において、該当した項目（複数回答可）を集計。

出典：日本作業療法士協会2019年度身体障害領域モニター調査

- 退院時リハビリテーション指導料の概要は以下のとおり。
- 直近5年間では、算定回数は増加している。

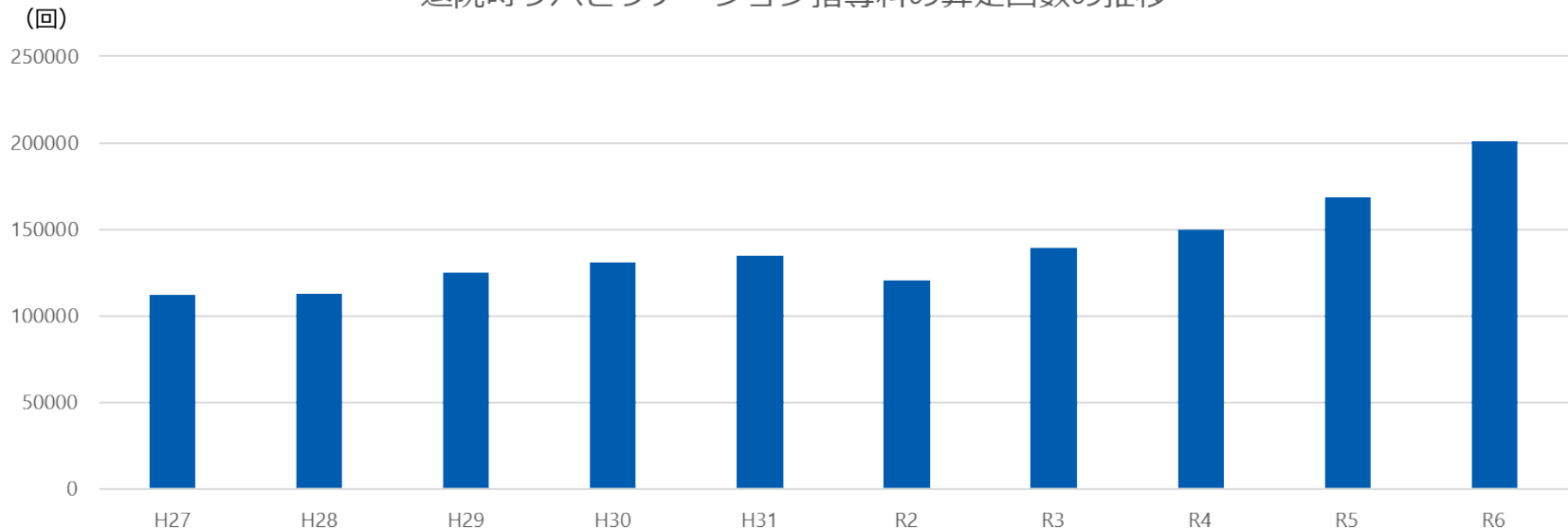
## **B006-3 退院時リハビリテーション指導料 300点**

患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について 必要な指導等を行った場合に算定する。

【算定要件（抜粋）】

- 入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
- 退院日に1回限り算定する。

退院時リハビリテーション指導料の算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別統計 6月審査分 ※令和6年は8月審査分

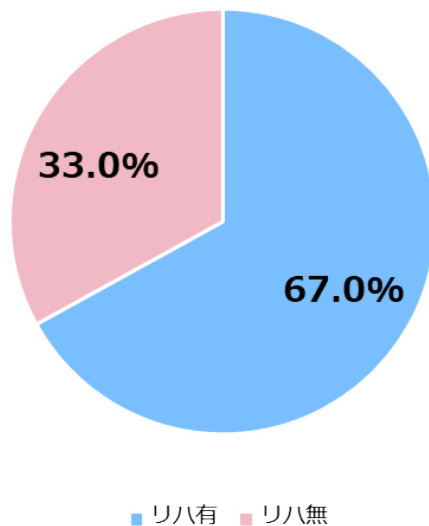
2025.1114中医協総会 入院(その5)回リハ・リハ・多職種連携

# 退院時リハビリテーション指導料の算定患者について

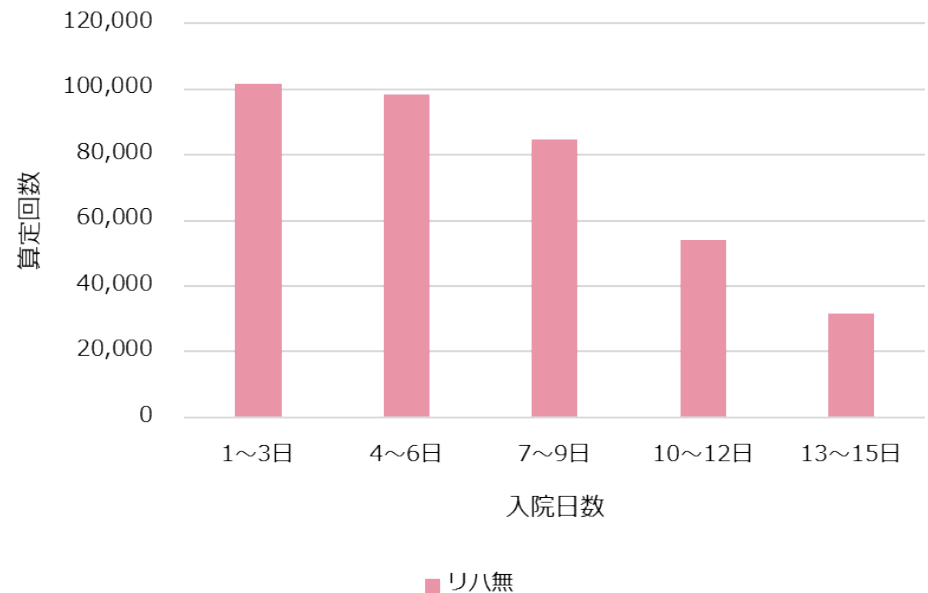
診調組 入-27  
8.21改

- 退院時リハビリテーション指導料を算定した患者のうち、疾患別リハビリテーション料を算定していない患者は33%と一定割合を占めていた。
- 退院時リハビリテーション指導料を算定し、かつリハビリを実施しなかった患者は、在院日数が短いほど多かった。

退院時リハビリテーション指導料算定患者の  
リハビリテーション実施の有無



退院時リハビリテーション指導料算定患者のうち  
リハビリを実施していない患者の入院日ごと算定回数



※ 入院日を1日目として、1～3日、4～6日、7～9日、10～12日、13～15日で区分

※ 入院から15日までの退院症例にて集計

2025.1114中医協総会 入院(その5)回リハ・リハ・多職種連携

# 摂食機能療法

- 摂食機能療法は、種々の要因により摂食機能障害を有する患者に対し、診療計画書に基づいて個々の患者の症状に対応した訓練指導を行った場合に算定できる。
- ほとんどが入院で算定されており、算定回数は緩徐に増加している。

## H004 摂食機能療法（1日につき）

1 30分以上の場合 185点

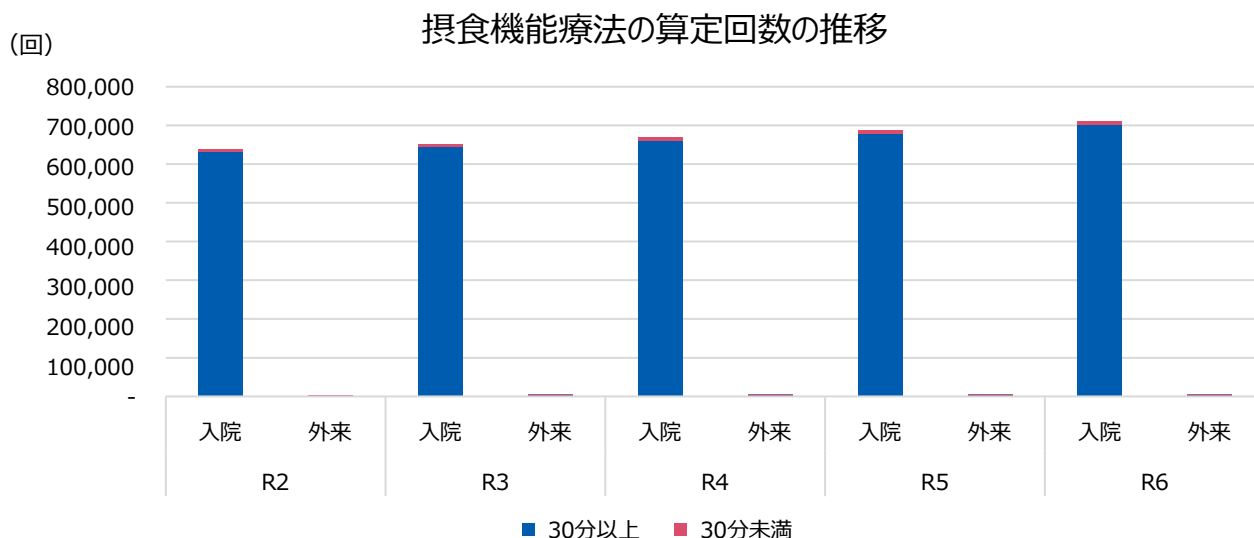
2 30分未満の場合 130点

### 【対象患者（概要）】

- 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害あるもの。
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの。

### 【算定要件（抜粋）】

- 摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師または歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行う。



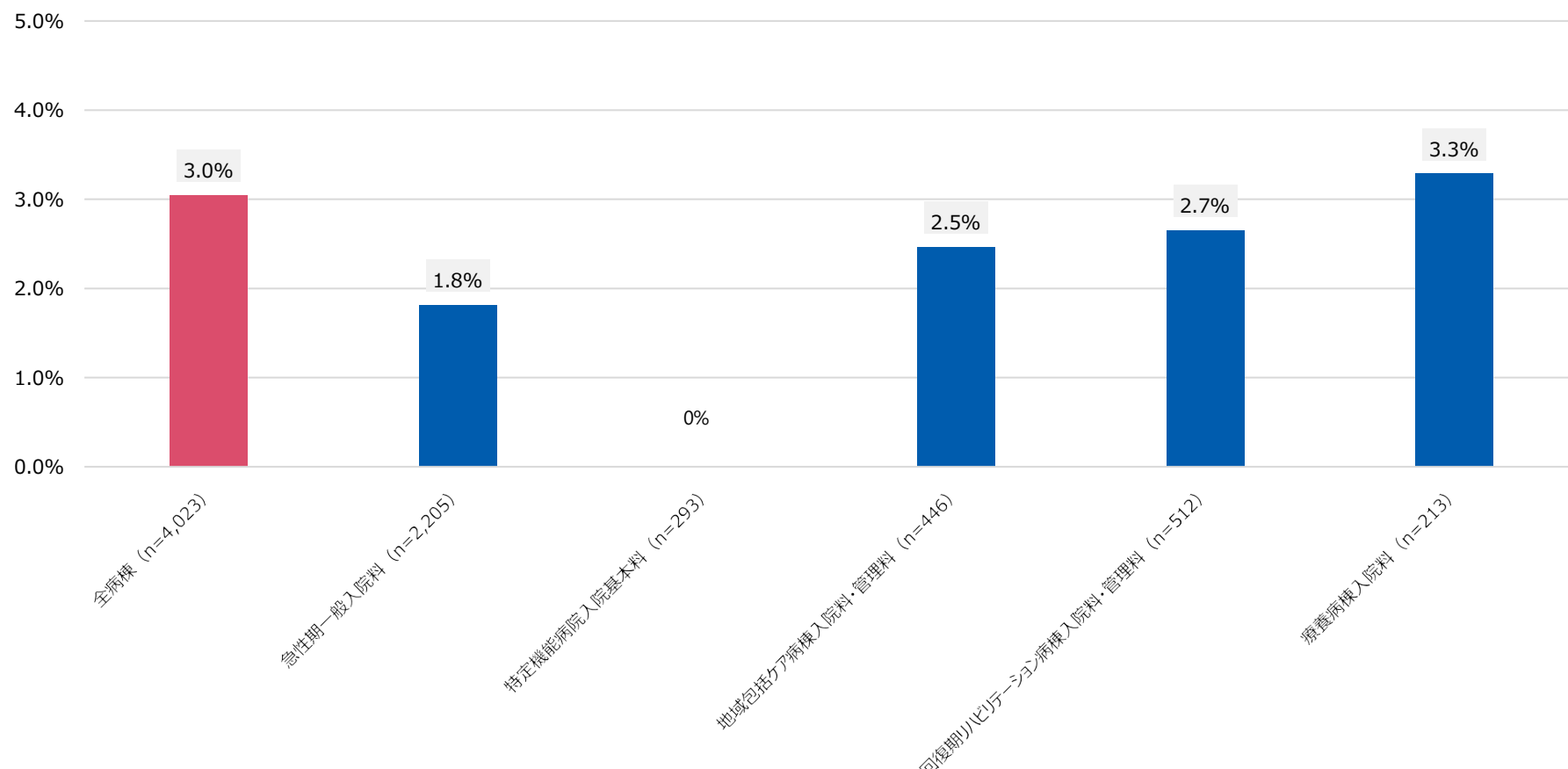
引用：社会医療診療行為別統計（令和5年まで6月審査分、令和6年以降は8月審査分）

2025.1114中医協総会 入院(その5)回リハ・リハ・多職種連携

# 入院料ごとの摂食機能療法において実施している内容

○ 摂食機能療法において「食事観察」と「食事介助」のみで算定している病棟が多くの入院料で存在した。

摂食機能療法における「食事観察」「食事介助」のみによる介入をしている病棟の割合



※摂食機能療法を算定している病棟のうち、介入内容が「食事観察のみ」「食事介助のみ」「食事観察と食事介助」である病棟を集計。

※回答のあった病棟数が200以上の病棟種別のみを記載。

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（A票～D票））

# リンパ浮腫複合的治療料の概要

- リンパ浮腫複合的治療料は、対象患者に患肢のスキンケア、セルフケア指導等を行った場合に算定可能である。
- 届出機関数、算定回数ともに微増傾向にあるものの、非常に少ない。

## H007-4 リンパ浮腫複合的治療料（1日につき）

- 1 重症の場合 200点**
- 2 1以外の場合 100点**

鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と確定診断されたものであって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。

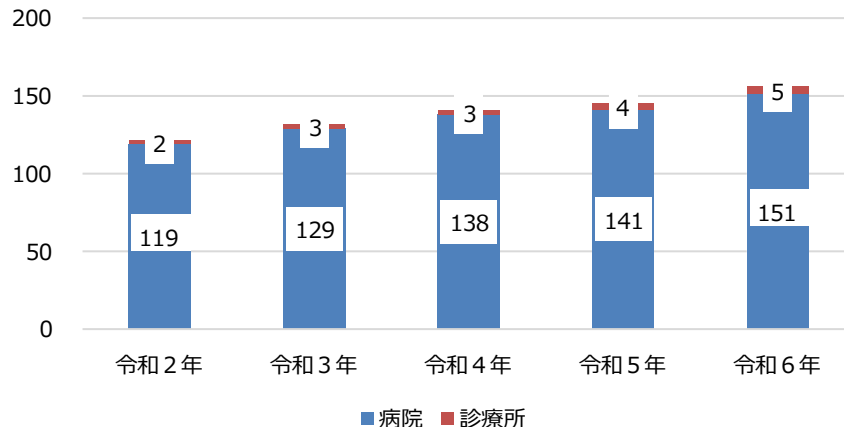
### 【施設基準（概要）】

- 当該保険医療機関が、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること又はリンパ浮腫の診断等に係る連携先として届け出た保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。

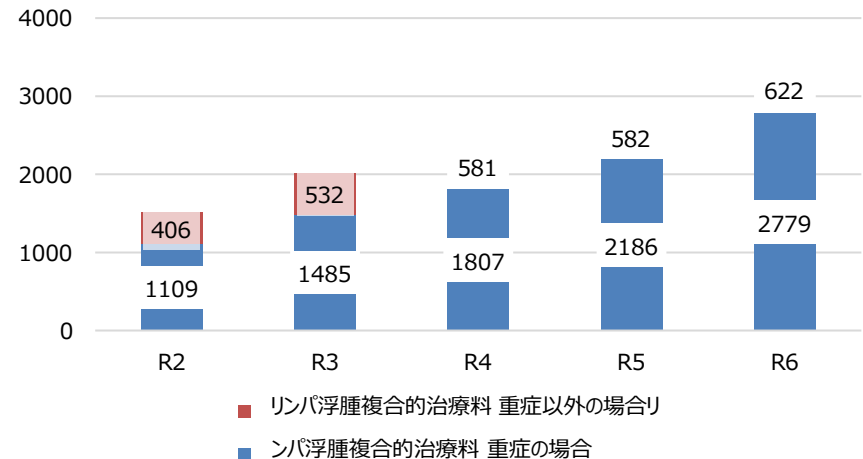
### 【算定要件（抜粋）】

- 「1」は月1回（当該治療を開始した日の属する月から起算して2月以内は計11回）、「2」は6月に1回に限り算定。
- 「1」は1回40分以上、「2」は1回20分以上行った場合に算定する。

（施設） リンパ浮腫複合的治療料（届出医療機関数）



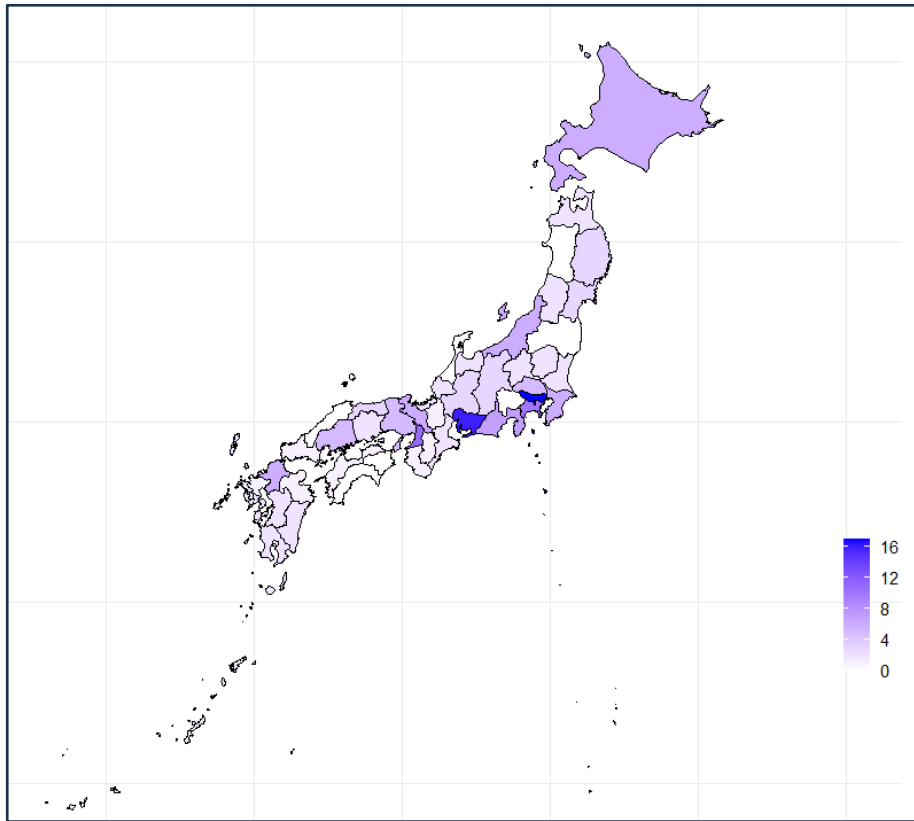
（回） リンパ浮腫複合的治療料（算定回数）





# リンパ浮腫複合的治療料 届出施設の所在

- リンパ浮腫複合的治療料の届出施設の所在には地域差があり、届出施設が0である都道府県も7県あり、アクセスについては課題がある。



※ リンパ浮腫複合的治療料の届出施設を都道府県単位で集計（156施設）

医療機関数	都道府県				
17	東京都				
16	愛知県				
11	大阪府				
10	神奈川県				
7	静岡県				
6	北海道	千葉県	新潟県	京都府	福岡県
5	埼玉県	兵庫県	広島県		
3	岩手県	宮城県	長野県	岐阜県	鳥取県
2	青森県	山形県	茨城県	栃木県	群馬県
	富山県	福井県	三重県	岡山県	長崎県
	熊本県	宮崎県	鹿児島県		
1	滋賀県	奈良県	和歌山県	山口県	香川県
	愛媛県	佐賀県	大分県	沖縄県	
0	秋田県	福島県	石川県	山梨県	島根県
	徳島県	高知県			

# リンパ浮腫治療における所要時間等

- リンパ浮腫複合的治療料は「1」で1回40分以上、「2」で1回20分以上を基準として治療・訓練を行った場合に算定できるが、実際に治療・指導に要している時間とは乖離がある可能性がある。

表2 リンパ浮腫外来における治療内容および患者1人に対する治療・指導の所要時間 (n=70)

治療内容 (複数回答)		P 値
スキンケア	60 (85.7%)	
MLD	70 (100%)	
圧迫療法	69 (98.6%)	
圧迫下の運動療法	10 (14.2%)	
リハビリスタッフによる運動療法	6 (8.6%)	
<hr/>		
患者1人に対する治療・指導の所要時間 (分)	60 (45-60)	
内訳：スキンケア (分)	4.9 (3.0-7.5)	スキンケア vs MLD: 0.000 スキンケア vs 圧迫療法: 0.000 スキンケア vs 圧迫下の運動療法: 0.052
MLD (分)	24.0 (12.0-36.0)	MLD vs 圧迫療法: 0.008 MLD vs 圧迫下の運動療法: 0.000
圧迫療法 (分)	15.4 (8.2-22.5)	圧迫療法 vs 圧迫下の運動療法: 0.000
圧迫下の運動療法 (分)	3.3 (0.0-6.0)	

治療内容：回答者数 (%)

リンパ浮腫外来を実施している施設に対して、あてはまる項目すべてを選択する複数回答の質問を実施した。

患者1人に対する治療・指導の所要時間：中央値 (四分位範囲)

4種類の治療に対して Kruskal-Wallis 検定を実施。Kruskal-Wallis 検定にて有意差を認めた場合は、Steel-Dwass 法で群間比較した。

MLD に対してスキンケア、圧迫療法、圧迫下の運動療法で、圧迫療法に対してスキンケア、圧迫下の運動療法で有意差を認めた。

MLD: manual lymph drainage

石井瞬ら,理学療法学,48(3),330~336,2021

- 疾患別リハビリテーション料の算定にあたっては、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成が必要であり、リハビリテーション実施計画書は「様式21」、リハビリテーション総合実施計画書は「様式23」又は「様式21の6」に準じた様式にて作成が必要である。
- 医師は、患者又はその家族等に対してリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の内容を説明の上、交付する必要がある。

## 第7部 リハビリテーション 通則

4 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料及び「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施にあたっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式21を参考にしたりハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注5」並びに「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注6」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

○ 令和2年3月31日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」（抜粋）

問 120 リハビリテーション総合実施計画書を作成した場合は、リハビリテーション実施計画書として取り扱うことでよい。

（答）従前のとおり、作成したリハビリテーション総合実施計画書については、リハビリテーション実施計画書として取り扱うこととして差し支えない。

問 121 多職種協働で作成しリハビリテーション実施計画書の説明に関して、理学療法士等のリハスタッフが患者や家族に説明を行い、同意を得ることでよい。

（答）医師による説明が必要である。

# リハビリテーション総合計画評価料

- 多職種が共同してリハビリ総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。
- 多職種でのリハビリ総合実施計画書の作成、評価による機能回復の促進を趣旨とするリハビリテーション総合計画評価料は患者1人につき1月に1回算定できるが、定期的な機能検査等や効果判定による、リハビリの質の担保を趣旨とするリハビリテーション実施計画書では、3か月に1回以上、説明・交付することとしている。

## H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

### 1 リハビリテーション総合計画評価料 1 300点

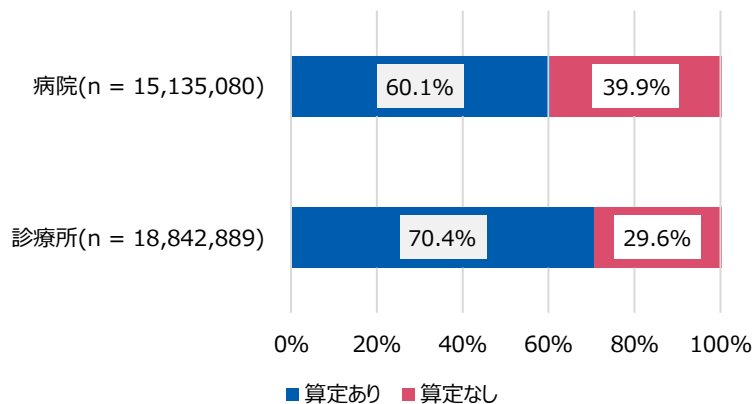
### 2 リハビリテーション総合計画評価料 2 240点

定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。**患者1人につき1月に1回に限り算定する。**

### (※第7部 リハビリテーション 通則より抜粋)

リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後**3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）**、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション**実施計画書の内容を説明の上交付する**とともに、その写しを診療録に添付すること。

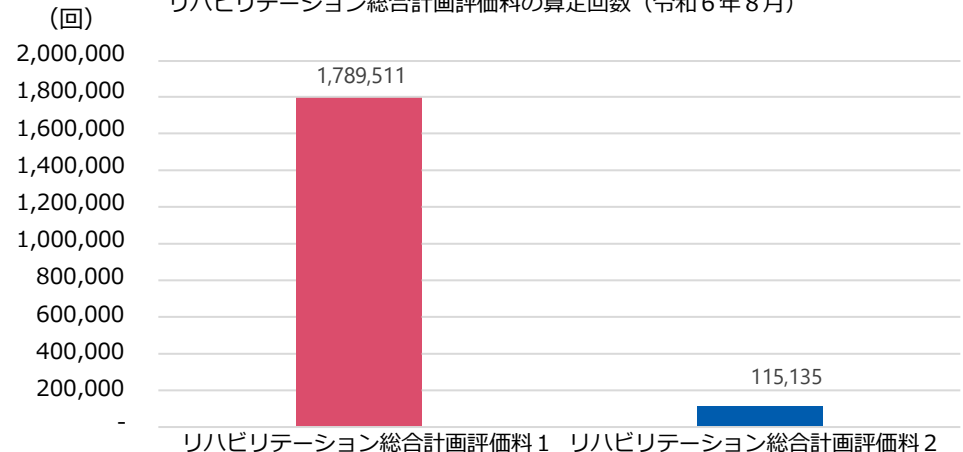
病院、診療所別のリハビリテーション総合計画評価料の算定状況



※ 疾患別リハビリテーション料等を算定した症例の算定月において、総合計画評価料の算定の有無を集計

出典：NDB（令和6年4月 - 令和7年3月）

リハビリテーション総合計画評価料の算定回数（令和6年8月）



出典：社会医療診療行為別統計 8月審査分

# 目標設定等支援・管理料

- 目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対して介護保険のリハビリテーションへの移行を促す目的で創設されたが、要介護被保険者への標準的算定日数を超えた疾患別リハビリテーションの提供は、累次の改定で整理され、少なくなってきた。

## H003-4 目標設定等支援・管理料

1. 初回の場合 250点

2. 2回目以降の場合 100点

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している**要介護被保険者等**に**リハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定**。標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を3月に1回算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

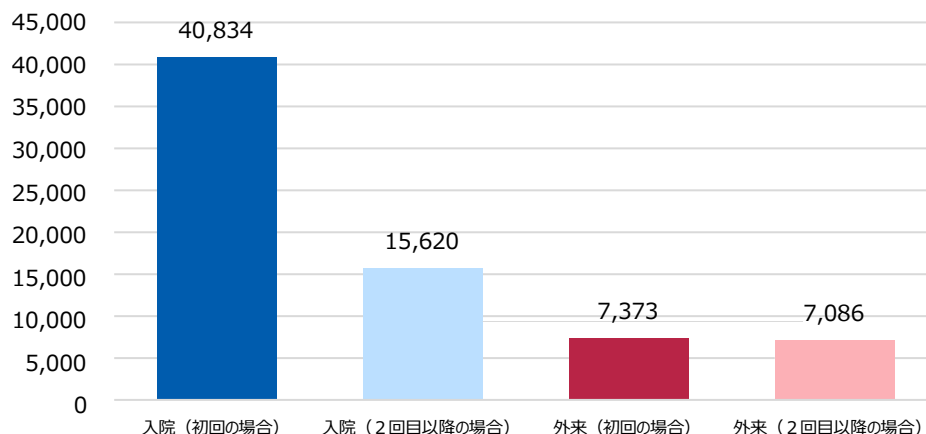
【算定要件（抜粋）】

- 区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。
- 当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

【疾患等リハビリテーション料の点数イメージ】  
（脳血管リハビリテーション料（Ⅰ）の場合）

		発症した日等 ～180日まで	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	245点	245点
	対象	245点	245点 (月13単位まで)
	要介護・要支援被保険者 以外の方		147点 (月13単位まで)
	要介護・要支援被保険者 (入院中)		
	要介護・要支援被保険者 (入院中以外)		

目標設定等支援・管理料の算定回数（令和6年8月）



診調組 入-2  
7 . 8 . 2



## リハビリテーションの見通し



# 目標設定等支援・管理料の記載項目

診療組 入-2  
7 . 8 . 2

- 目標設定等支援・管理料における目標設定等支援・管理シートの主な項目は以下の通り。
- リハビリテーション総合実施計画書と目標設定等支援・管理シートで重複する項目が多い。一方、「今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し」は、リハビリテーション総合実施計画書の様式では項目が無い。

別紙様式 23 の 5

## 目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日  
説明・交付日 年 月 日  
患者氏名： 生年月日： 年 月 日

### 1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： 年 月 日）

--

### 2. A/DL評価（Barthel Index または FIM による評価）（リハビリ開始時及び現時点）

（Barthel Index の場合）

	リハビリテーション開始時点			現時点			
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助	
食事	10	5	0	10	5	0	
移乗	15	10 5	0	15	10 5	0	
整容	5	0	0	5	0	0	
トイレ動作	10	5	0	10	5	0	
入浴	5	0	0	5	0	0	
平地歩行	15	10 5	0	15	10 5	0	
階段	10	5	0	10	5	0	
更衣	10	5	0	10	5	0	
排便管理	10	5	0	10	5	0	
排尿管理	10	5	0	10	5	0	
合計 (0-100 点)			点	合計 (0-100 点)			点

FIM による評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション 開始時点	現時点
			得点	得点
運動	セルフ ケア	食事		
		整容		
		清拭・入浴		
		更衣（上半身）		
		更衣（下半身）		
	排泄	トイレ		
		排尿コントロール		
	移乗	排便コントロール		
		ベッド、椅子、車椅子		
	移動	トイレ		
浴槽・シャワー				
歩行・車椅子				
階段				
認知	コミュニケーション	小計		
		理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決		
		記憶		
		小計		
	合計			

心身機能・構造、活動

### 3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在の リハビリテーションの内容
心身機能		
活動		
社会参加		

リハビリテーション  
の目標、内容

### 4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・医師の説明の内容
・患者の受け止め

今後の心身機能、  
活動及び社会参加に  
関する見通し

### 5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし） 介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし） 紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

リハビリテーション  
の見通し

説明医師署名：

患者又は家族等署名：

## リハビリテーションに係る課題②

### (その他のリハビリテーションに係る算定区分について)

- ・ 退院時リハビリテーション指導料を算定した患者のうち、疾患別リハビリテーション料を算定していない患者は33%と一定割合を占めていた。
- ・ 摂食機能療法において「食事観察」と「食事介助」のみで算定している病棟が多くの入院料で存在した。
- ・ リンパ浮腫複合的治療料は届出機関数、算定回数ともに微増傾向にあるものの、アクセス困難な地域もある。
- ・ リンパ浮腫複合的治療料は40分以上、20分以上の実施で算定できるが、実際に治療・指導に要している時間とは乖離がある可能性がある。

### (リハビリテーションに係る書類作成業務について)

- ・ 疾患別リハビリテーション料の算定にあたっては、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成が必要であり、医師は、患者又はその家族等に対してリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の内容を説明の上、交付する必要がある。
- ・ 多職種でのリハビリ総合実施計画書の作成、評価による機能回復の促進を趣旨とするリハビリテーション総合計画評価料は患者1人につき1月に1回算定できるが、定期的な機能検査等や効果判定による、リハビリの質の担保を趣旨とするリハビリテーション実施計画書では、3か月に1回以上、説明・交付することとなっている。
- ・ 目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対して介護保険のリハビリテーションへの移行を促す目的で創設されたが、要介護被保険者への標準的算定日数を超えた疾患別リハビリテーションの提供は整理され、減少してきている。
- ・ リハビリテーション総合実施計画書と目標設定等支援・管理シートで重複する項目が多い。

## 【論点】



### (急性期のリハビリテーションについて)

- 急性期病棟において、入院3日以内にリハビリテーションを開始していない患者が一定割合存在することや、休日のリハビリテーション提供が少ないことを踏まえ、発症後早期のリハビリテーション開始を推進する観点から、疾患別リハビリテーション料の注加算として規定されている初期加算等の在り方や、休日のリハビリテーション実施体制の評価について、どのように考えるか。

# リハビリテーションに係る論点（続き）

## 【論点】

### （疾患別リハビリテーションについて）

- 以下の点等を踏まえ、疾患別リハビリテーション料の専従要件や評価のあり方について、どのように考えるか。
  - ・ 疾患別リハビリテーション料において専従の療法士の配置を求めており、他のリハビリテーションの業務への関与が妨げられていたり、算定上不明瞭な点が生じていること。
  - ・ 回復期リハビリテーション病棟において運動器リハビリテーション料の上限は1日6単位とされたが、別表 第九の三の3番目の規定により、同じ患者でも入院する病棟により1日あたりの運動器リハビリテーション料の実施上限単位数が異なること。
  - ・ 床上で離床せず行うリハビリについて、単体での効果が高くないことや、療法士の負担が比較的小さいと考えられること。
  - ・ 医療機関外の疾患別リハビリテーションを1日60分を超えて実施している医療機関が一定程度あること。

### （その他のリハビリテーションに係る算定区分について）

- 退院時リハビリテーション指導料について、疾患別リハビリテーション料等を算定していない患者や短期入院の患者についても算定されていることを踏まえ、対象患者についてどのように考えるか。
- 摂食機能療法を食事観察や介助のみで介入している病棟が一定数見られたことを踏まえ、必要な介入についてどのように考えるか。
- リンパ浮腫複合的治療料は、現行の算定要件（1回20分ないし40分）に比して、1回の指導に比較的長い時間を要することや、アクセス困難な地域があることを踏まえ、その評価についてどのように考えるか。

### （リハビリテーションに係る書類作成業務について）

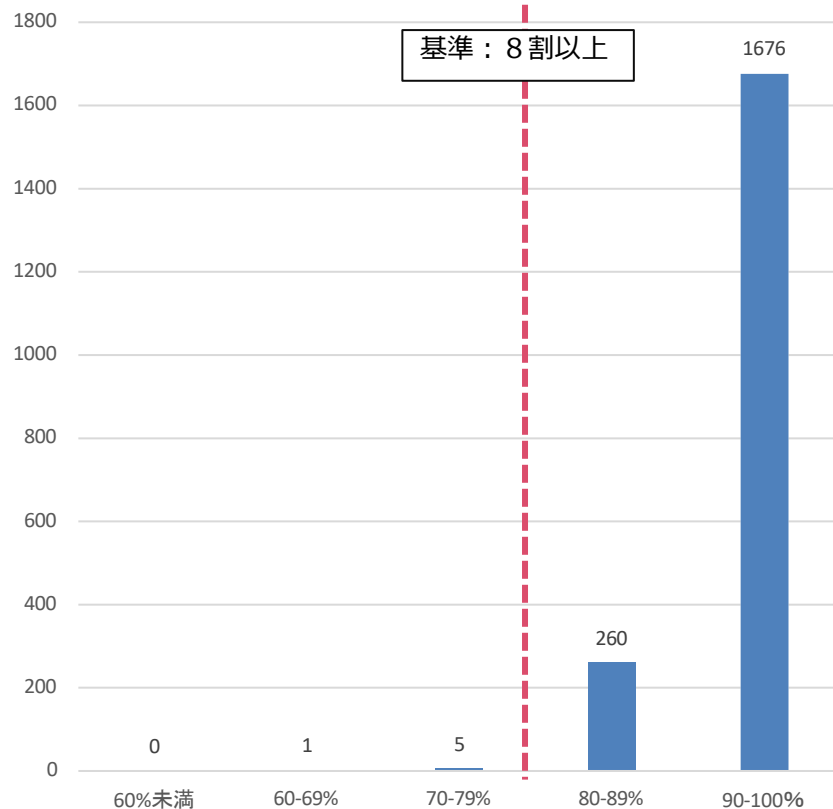
- リハビリテーションに係る書類作成について、業務の簡素化の観点から、次のような点を含め、どのように考えるか。
  - ・ リハビリテーション実施計画書とリハビリテーション総合実施計画書の様式の類似や、作成頻度と説明頻度との乖離を踏まえた、疾患別リハビリテーションに必要な計画書のあり方
  - ・ 目標設定等支援・管理シートとリハビリテーション総合実施計画書の重複項目が多いこと等を踏まえた、計画書や評価のあり方

# 療養病棟における医療区分2・3の算定日数

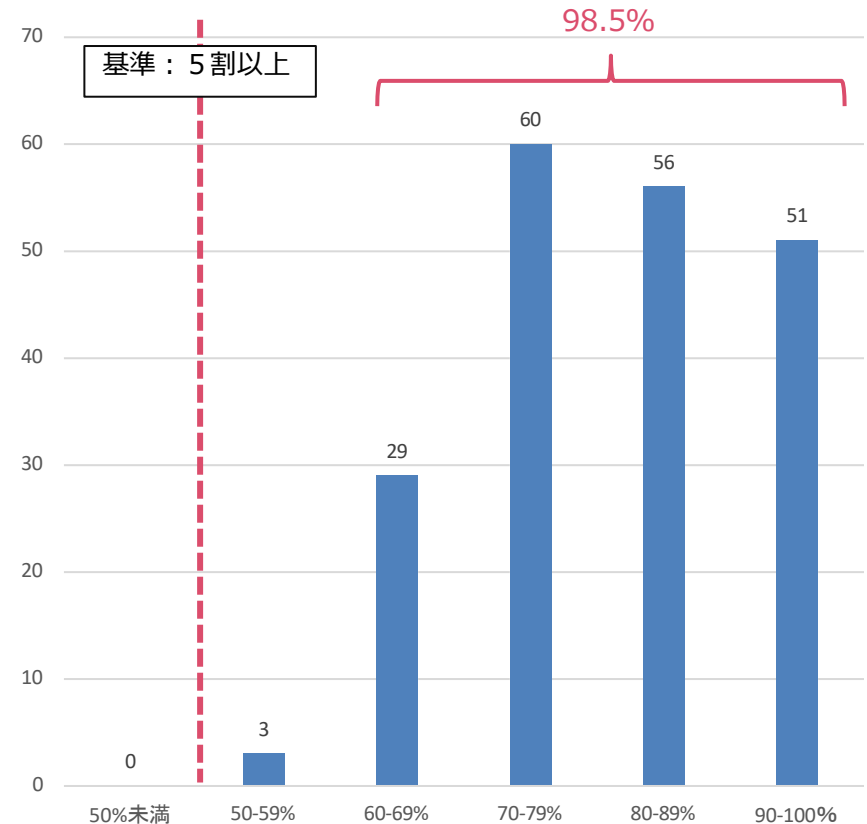
診調組 入-2  
7. 8. 21改

- 医療区分2・3に該当する入院料が算定された割合は以下のとおりであり、療養病棟入院料1・2とほとんどの施設で該当割合の基準を満たしていた。
- 療養病棟入院料2では、98%を超える施設で該当患者の割合が6割以上であった。

療養病棟入院料1における医療区分2・3の割合  
(n=1942)



療養病棟入院料2における医療区分2・3の割合  
(n=199)



※入院症例が極端に少ない病棟は除外して集計した。

# 療養病棟における医療区分2の処置に該当する患者の割合

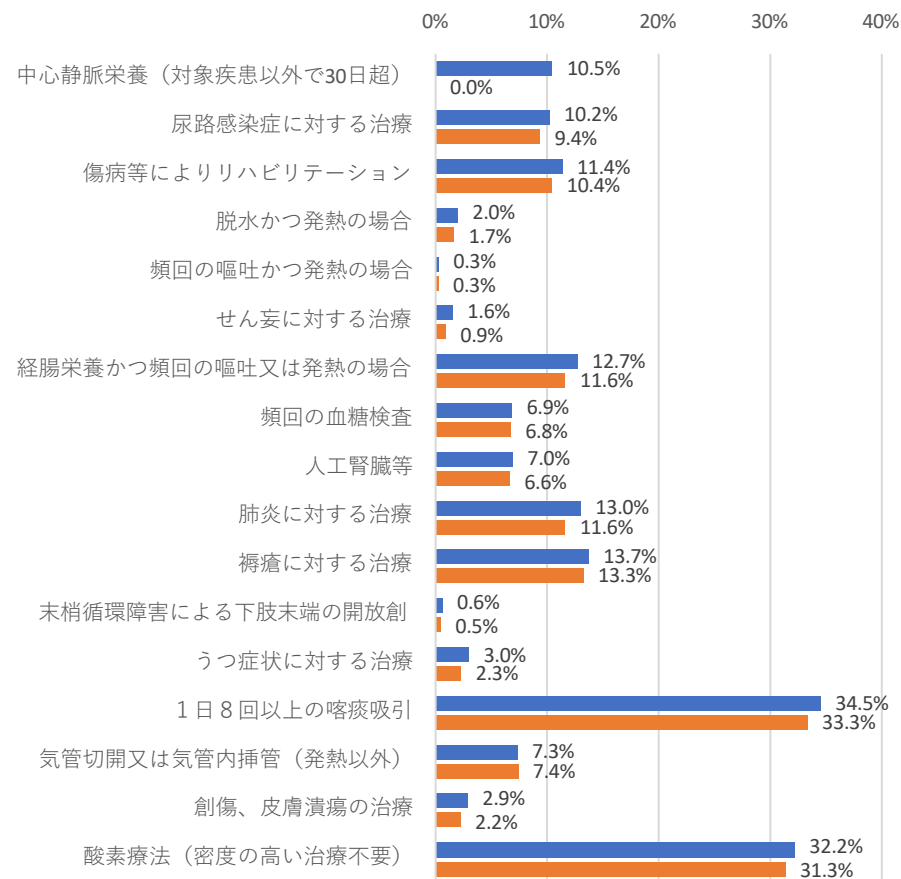
診調組 入-2  
7. 8. 21

○ 入院料1・2ともに、医療区分2の処置については、ほぼ全ての項目で該当する患者数が増加していた。

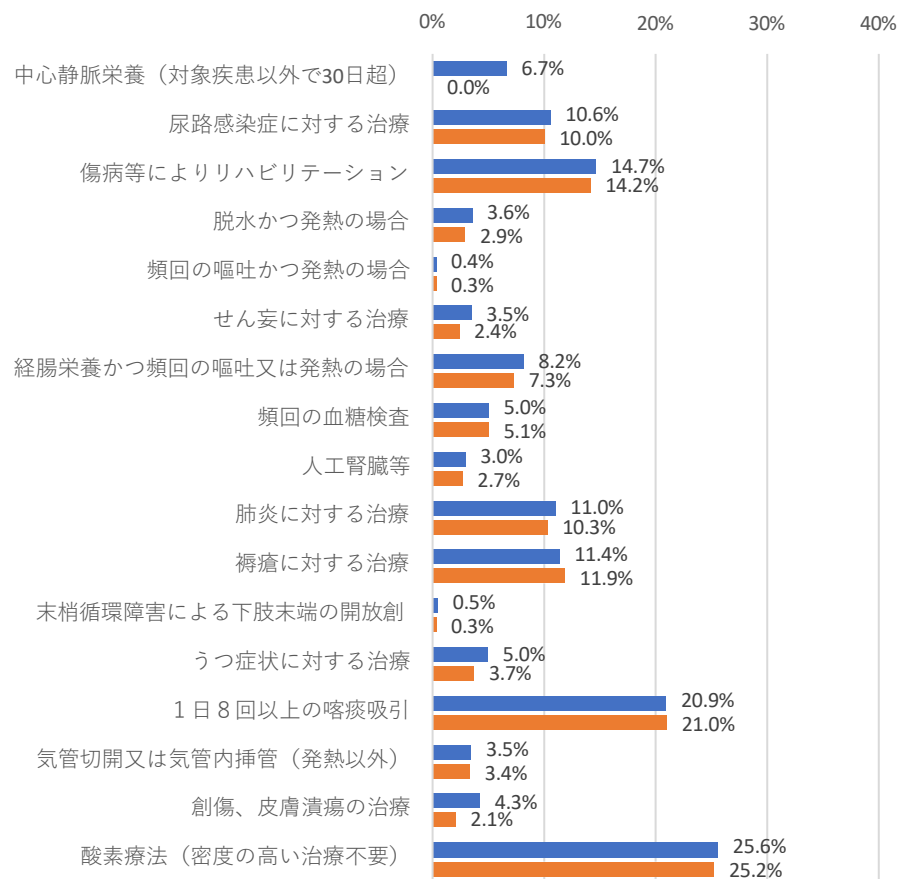
## 医療区分2の処置に該当する患者の入院患者に占める割合

療養病棟入院料1

療養病棟入院料2



■ R6 ■ R5



■ R6 ■ R5

出典：DPCデータ（各年6月～12月）

# 処置の医療区分

- 処置の医療区分2には、例えば肺炎と褥瘡等、合併しうる病態が含まれている。各項目を病態や治療により分類すると以下のようなカテゴリーに分けられ、「感染症の治療」と「創傷処置」が合併した場合は、それぞれについて独立した治療が行われ、包括範囲の医療資源投入量が増加すると考えられる。

処置等	
医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性脾炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る）</li> <li>・二十四時間持続点滴</li> <li>・人工呼吸器の使用</li> <li>・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄</li> <li>・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理</li> </ul>
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肺炎に対する治療</li> <li>・尿路感染症に対する治療</li> <li>・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）</li> <li>・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</li> <li>・創傷（手術創や感染創を含む。）・皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性脾炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る）</li> <li>・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）</li> <li>・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法</li> <li>・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引</li> <li>・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く）</li> <li>・頻回の血糖検査</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・せん妄に対する治療</li> <li>・うつ症状に対する治療</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る）</li> </ul>

感染症の治療

創傷処置

その他の処置

精神・神経症状に関する対応

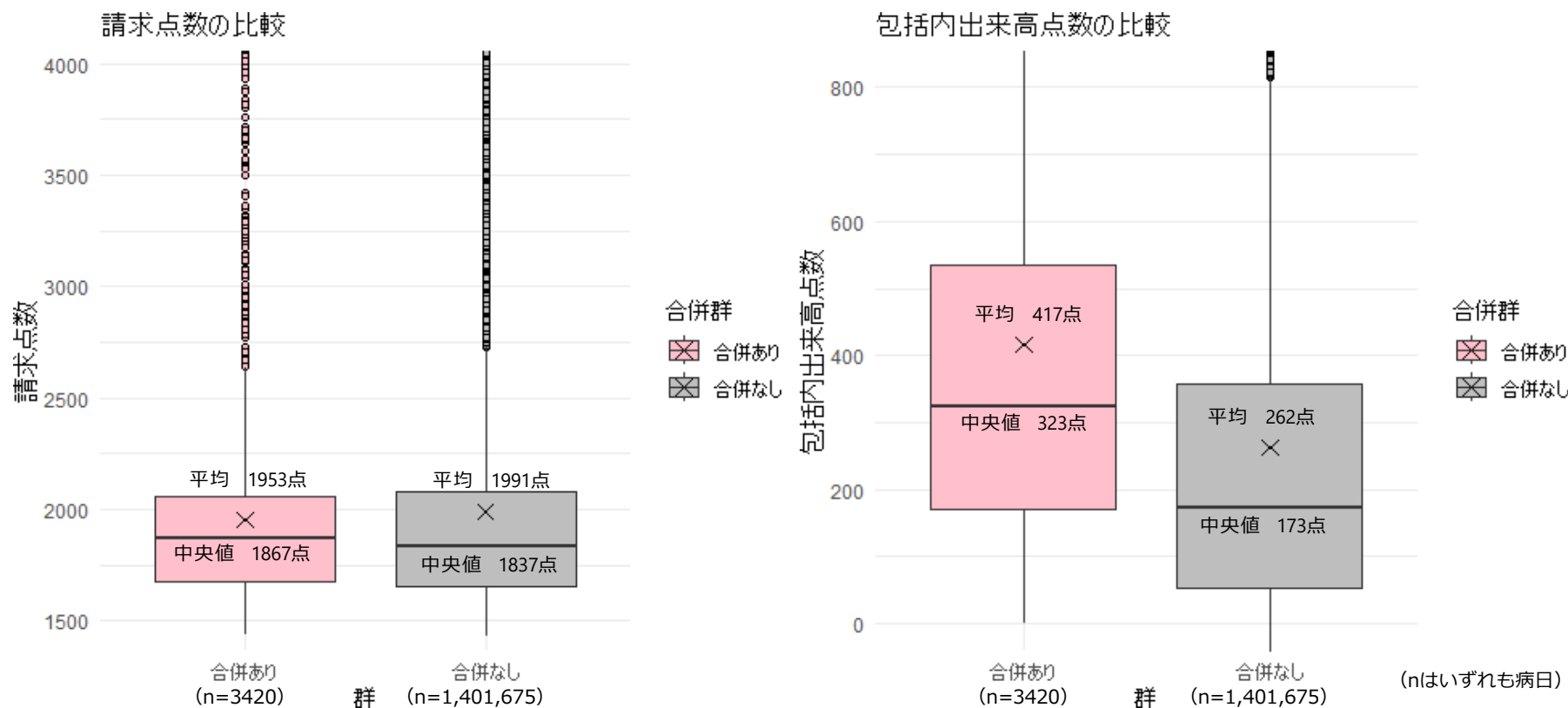
リハビリテーション



# 処置の医療区分2が重なった場合の医療資源投入量

- 処置区分2の入院料を算定する日のうち、「感染症の治療」「創傷処置」の両カテゴリーに該当したのは0.24%であり、その他の日と比較して、包括される出来高実績点数は平均・中央値とも約150点高かった。

処置区分2の入院日における医療資源投入量  
(感染症、創傷処置の合併有無別)



「合併あり」は、処置区分2のうち、「感染症の治療」「創傷処置」に含まれる項目にそれぞれ1つ以上該当した入院日、「合併なし」はそれ以外の入院日を集計した。病態を把握するため、対象期間に入退院が完結している症例を対象とした。

- 療養病棟における各体制・加算の届出状況は以下のとおり。
- 経腸栄養管理加算を届け出ている施設のうち、約3/4は栄養サポートチーム加算を届け出ておらず、専任の管理栄養士を配置することで施設基準を満たしていると想定される。

## 療養病棟入院基本料を届け出る2882施設中の各加算の届出施設数

### 栄養サポートチーム加算 408施設

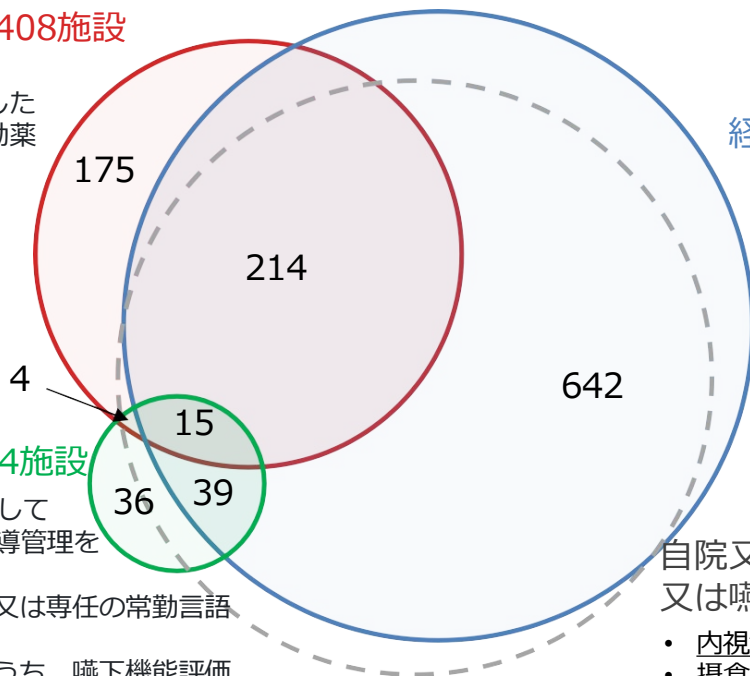
- ・ NSTによる診療の評価
- ・ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師、常勤看護師、常勤薬剤師、常勤管理栄養士

### 経腸栄養管理加算 910施設

- ・ 経腸栄養を開始するにあたっての適切な管理・支援の評価
- ・ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制
- ・ 栄養サポートチーム加算の届出又は専任の管理栄養士1名以上

### 摂食嚥下機能回復体制加算 94施設

- ・ 摂食機能療法において多職種が共同して摂食嚥下機能の回復に係る必要な指導管理を行った場合の加算
- ・ 専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務している
- ・ 中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、2名以上



自院又は他院における内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施できる体制 813施設※

- ・ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制
- ・ 摂食機能療法を当該保険医療機関内で実施できること
- ・ 上記の体制がない場合、中心静脈栄養の処置区分が3でも2として算定。

※本体制がなければ経腸栄養管理加算、摂食嚥下機能回復体制加算は届出できないため、記入間違い等があると思われる。

出典：主な施設基準の届出状況等（令和6年8月1日時点）

# 経腸栄養管理加算の算定状況と届出しない理由

診調組 入-2  
7. 8. 21改

- 経腸栄養管理加算の届出施設のうち、算定回数が0回の施設が約9割弱と多かった。
- 加算の届出を行わない理由のうち自由記述では、転院前に1か月以上中心静脈栄養を実施する患者がらず、対象患者がいなかったために算定できないことがあげられていた。

## A101 療養病棟入院基本料 注11 経腸栄養管理加算

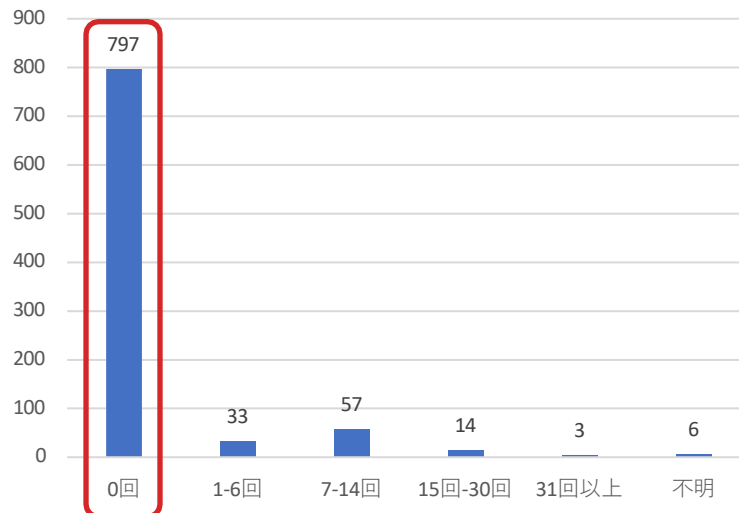
### 【算定の対象となる患者】

次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。ただし、入棟前の1か月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。

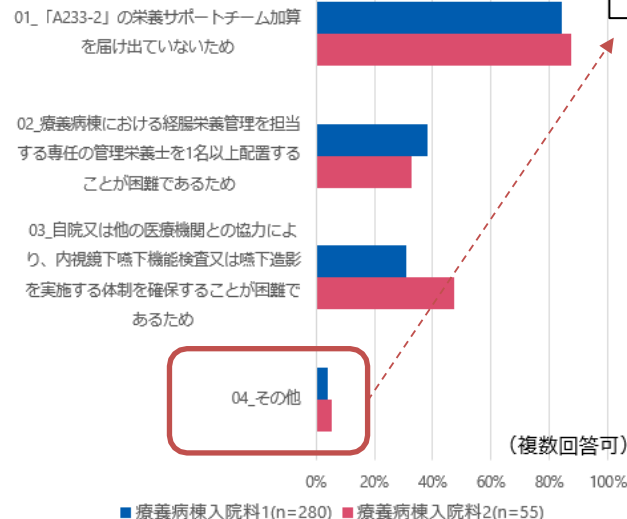
ア 長期間、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者

イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなった患者

経腸栄養管理加算の算定回数ごとの施設数  
(n=910)



■ 経腸栄養管理加算の届出が困難な理由 (n=346)



### 届出をしない理由

- ・ 対象となるような患者の入院がないため
- ・ 一般病棟で経腸栄養を開始するため
- ・ 当院へ転院前に1か月以上中心静脈栄養を実施されている患者が少なく算定できない
- ・ 経口摂取以外の栄養摂取は行わない方針であり算定できる患者がいらないため

出典：NDBデータ（2024年12月）（左）、令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（C票））

# 摂食嚥下機能回復体制加算の算定状況と届出しない理由

診療組 入-2  
7. 8. 21改

- 摂食嚥下機能回復体制加算3を届け出ている施設のうち、算定回数が0回の施設は約6割であった。算定回数は緩徐に増加しているものの少ない。
- 届出をしない理由として、中心静脈栄養を実施している患者がいないため、実績要件を満たせないという回答があった。

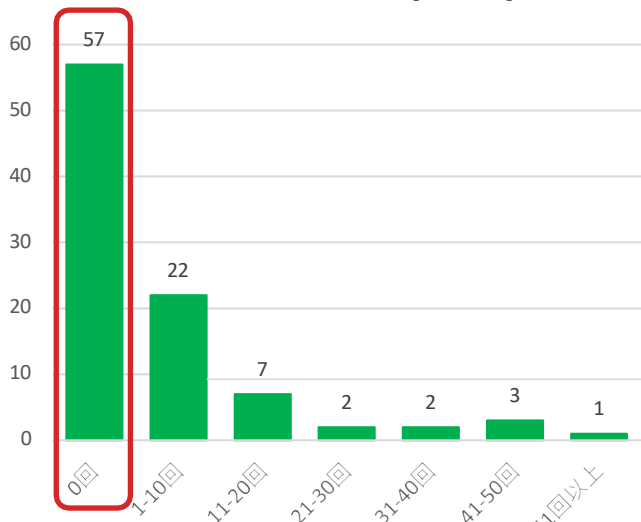
## H004 摂食機能療法 注3 摂食嚥下機能回復体制加算3

摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム等による対応によって、摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。

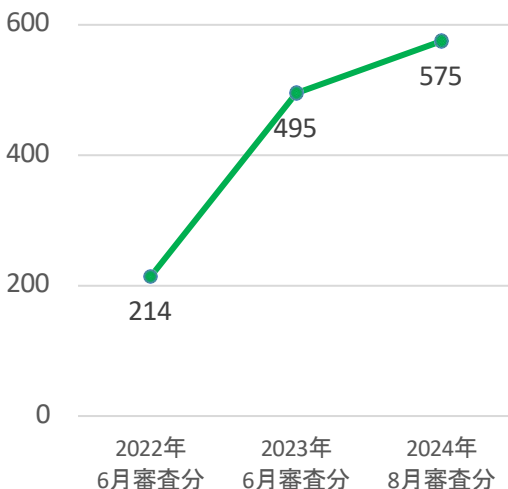
### 【主な施設基準】

- ・ 当該保険医療機関において、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。
- ・ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。
- ・ 中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、2名以上であること。

摂食嚥下機能回復体制加算3の  
算定回数ごと施設数(n=94)



摂食嚥下機能回復体制加算3  
算定回数の推移



### 届出をしない理由

- ・ 中心静脈栄養は行わないため届出不要
- ・ 中心静脈栄養の受け入れをしていないため
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者がいないため
- ・ 終末期の患者が殆どのため、経口に移行することが困難で該当者がいない
- ・ 週1回のカンファレンスが困難なため
- ・ 自院又は他院で嚥下造影等の検査体制の確保が困難なため

出典：左 NDBデータ（2024年12月）、令和4～6年度社会医療診療行為別統計（中）、令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（C票））（右

# 療養病棟入院基本料に係る課題と論点

## (療養病棟入院基本料の医療区分について)

- ・ 令和6年度診療報酬改定で、疾患・状態に係る医療区分と処置に係る医療区分に基づいて入院料が細分化された。注11に係る経過措置が終了し、療養病棟入院基本料を算定する施設・病床数ともに近年は若干減少している。
- ・ 療養病棟入院料2を算定する医療機関のうち、98.5%において、医療区分2・3を満たす割合が6割を超えていた。
- ・ 医療区分2・3の疾患・状態、処置に係る各項目を満たす患者の割合は、いずれも増加していた。
- ・ 処置区分2のうち、「感染症の治療」「創傷処置」に該当する項目の双方が重なった日は、それ以外の日と比較し、包括される医療資源投入量(包括内出来高実績点数)が高かった。

## (療養病棟における摂食・嚥下機能回復や経腸栄養に係る取組について)

- ・ 療養病棟においては栄養管理や摂食嚥下機能の回復に係る評価が複数設けられている。
- ・ 令和6年度改定で新設された経腸栄養管理加算は、全体の約3割にあたる910施設が届け出ている。
- ・ 経腸栄養管理加算や摂食嚥下機能回復体制加算は届出しているにもかかわらず算定回数が0件の施設が多く、医療機関からは、中心静脈栄養からの離脱等、中心静脈栄養を実施していることが前提の要件であることが一因として挙げられた。

## 【論点】



## (療養病棟入院基本料の医療区分について)

- 次のような点等を踏まえ、医療の必要性の高い患者の診療を推進する観点から、療養病棟入院料の評価の在り方について、どのように考えるか。
  - ・ 特に入院料2における、医療区分2・3の患者の割合に関する基準や実状
  - ・ 処置区分2のうち、異なる治療を行う病態が重複した場合に医療資源投入量が増加すること

## (療養病棟における経腸栄養に関する取組や在宅復帰に関する取組について)

- 経腸栄養管理加算や、摂食嚥下機能回復体制加算について、中心静脈栄養の実施が前提の要件となっているためにそうした患者を減らしている施設の取組が評価されにくい施設基準となっている可能性があることを踏まえ、実績要件等の施設基準について、どのように考えるか。

# 障害者施設等入院基本料等に係る課題と論点

- 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者」を対象としており、一方、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者」を対象としている。
- 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料1・入院医療管理料を届け出る医療機関数・病床数は、令和4年以降、概ね横ばいから微減であった。特殊疾患病棟入院料2の医療機関数・病床数はわずかに増加していた。
- 脳卒中の後遺症である医療区分1, 2の患者等、療養病棟・障害者施設等入院基本料を算定する病棟の双方に多く入院している患者については、患者の状態等が類似していたことから、過去の改定で療養病棟に準じた評価体系への見直しが行われてきた。
- 障害者施設等入院基本料10対1入院基本料～15対1入院基本料では、療養病棟にも多く入院している廃用症候群の患者が多く、5～12%程度を占めていた。こうした症例は、「肢体不自由」として対象患者とされている割合が多かった。
- 廃用症候群の患者の状態等は、療養病棟と類似していた。請求点数は障害者施設等入院基本料において高かった。
- 患者割合の対象となる「重度の肢体不自由」については、過去に身体障害者福祉法施行規則別表第5号の障害等級1, 2級に相当する範囲と整理されている。



## 【論点】

- 障害者施設等入院基本料10対1～15対1入院基本料を算定する病棟では、主たる病名が廃用症候群である患者の入院が多いが、療養病棟にも多く入院しており、患者の状態が両病棟で類似していることを踏まえ、慢性期の入院料における役割分担等の観点から、その評価の在り方についてどのように考えるか。

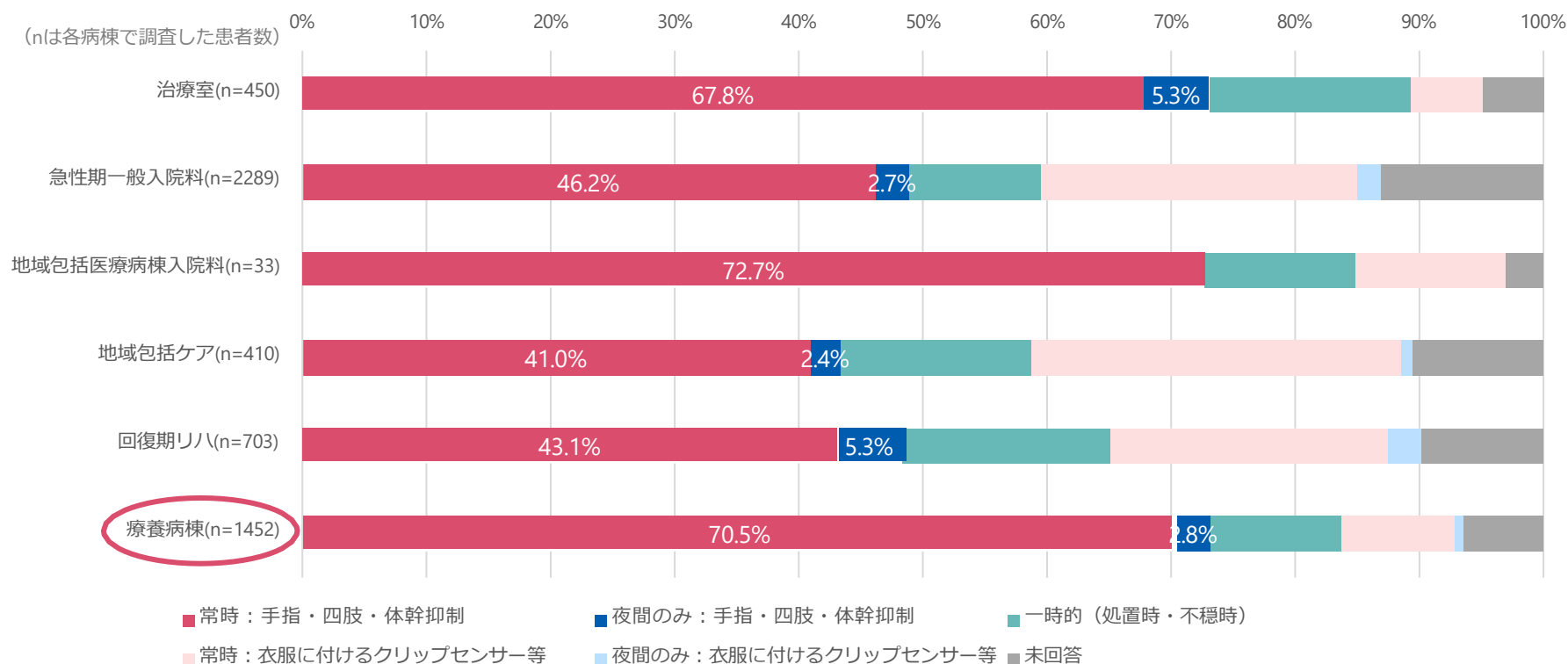


# 入院料ごとの身体的拘束の時間・方法

- 身体的拘束が行われている患者のうち手指・四肢・体幹の抑制を常時行っている割合は、治療室、地域包括医療病棟、療養病棟で約7割であった。地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟では処置時等の一時的な身体的拘束が多かった。また、急性期一般入院料・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟では、衣服等に装着して患者の離床等を把握するクリップセンサー等を使用している割合が高かった。

## 入院料ごとの身体的拘束の時間と方法

(直近で身体的拘束を行った1日の状況を患者ごとに回答。nは各病棟で調査した患者数)



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査 (入院・退棟患者票 (A票、B票)、入院患者票 (C票、D票)、治療室患者票 (A票))

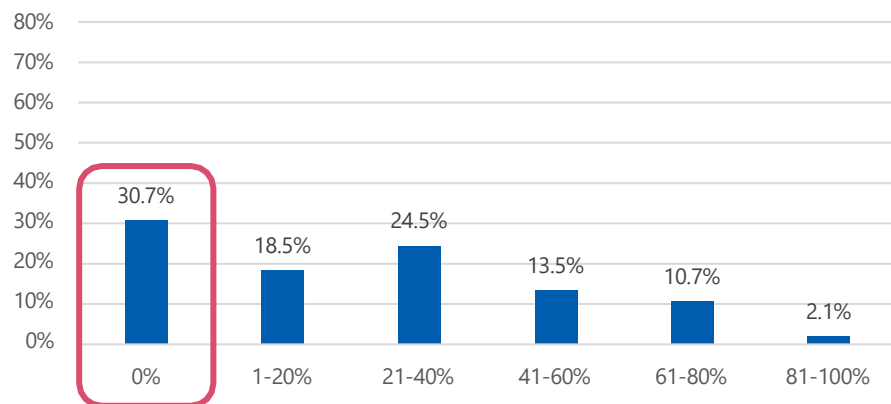
# 療養病棟における患者像をふまえた身体的拘束の実施状況

診調組 入-2  
7. 8. 21

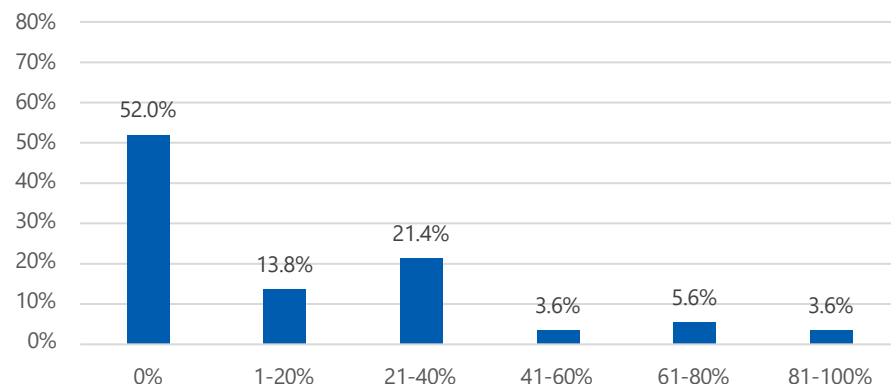
- デバイス（※1）の有無と認知症の有無で群分けした患者ごとに、各施設における調査日から7日間以内の身体的拘束の実施率（※2）を集計すると、デバイスや認知症の有無によって身体的拘束の実施状況には違いがあった。
- デバイスが入っている認知症の患者に対して身体的拘束を実施していない病棟が約3割ある一方、デバイスが入っておらず認知症なしと判断された患者に対して20%以上身体的拘束を実施している施設が約2割存在した。

## 身体的拘束の実施率ごとの病棟の割合

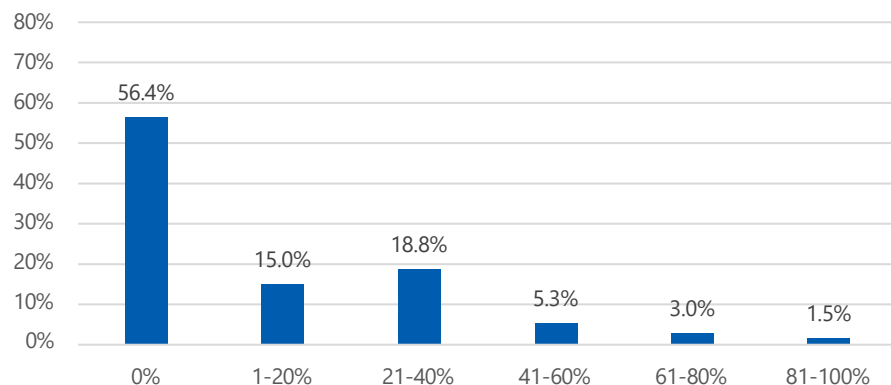
デバイスあり×認知症ありの患者（n=384病棟）



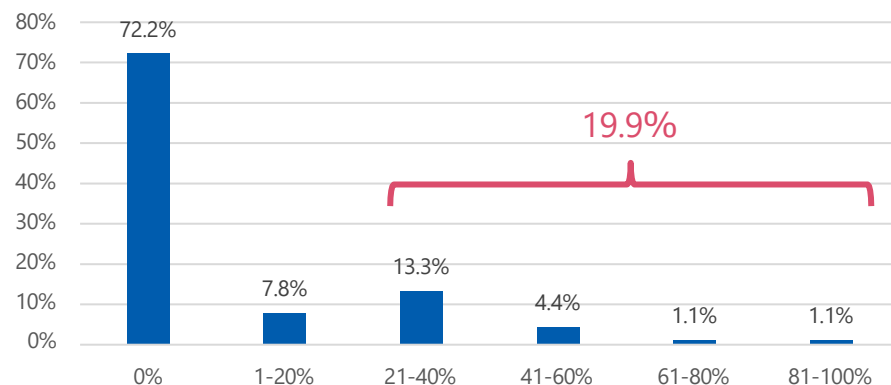
デバイスなし×認知症ありの患者（n=196病棟）



デバイスあり×認知症なしの患者（n=133病棟）



デバイスなし×認知症なしの患者（n=90病棟）



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査  
（入院患者票（C票））

※1 中心静脈栄養、経鼻胃管、胃ろう・腸ろう、末梢点滴、尿道カテーテル、人工呼吸器のいずれか。  
※2 身体的拘束の実施率 = 身体的拘束を過去7日以内に実施された患者人数 / 各群に該当する患者全体の人数（いずれも患者票で回答された患者）

# 身体的拘束の最小化に係る課題と論点

- 令和6年度診療報酬改定において、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備することが規定された。
- 認知症ケア加算を算定した日のうち、「身体的拘束を実施した日」の割合は令和6年度に減少に転じた。
- 療養病棟では、身体的拘束が行われている患者のうち「常時：手指・四肢・体幹抑制」の割合が約7割であり「ライン・チューブ類の自己抜去防止」目的が最多であった。調査日から過去7日間のうち、身体的拘束を実施した日数が「7日間」である患者の割合は89.3%であった。「認知症あり」「身体に挿入されたデバイスあり」でも身体的拘束を全く実施していない病棟がある一方で、いずれもなくとも高い割合の患者に身体的拘束を実施している病棟が存在した。
- 回復期リハビリテーション病棟は、ADLの向上と在宅への復帰を目標とした病棟である。身体的拘束が行われている患者のうち「常時：手指・四肢・体幹抑制」の割合が4割を超えており、実施理由は「転倒・転落防止」が5割を越えていた。調査日から過去7日間のうち、身体的拘束を実施した日数が「7日間」である患者の割合は78.8%であった。
- いずれの入院料においても、「認知症あり」の場合、身体的拘束の実施率が高かった。
- 「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き 令和6年3月」では、身体的拘束の廃止・防止に向けてなすべき4つの方針や身体的拘束を必要としないための3つの原則が示されており、医療機関においても、実際に身体的拘束を廃止できた事例や取組が集積されつつある。
- 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組として、なすべき4つの方針のうち、「院長・看護師長が身体的拘束を最小化する方針を自らの言葉で職員に伝え、発信している」と回答したのは53.4%であった。

## 【論点】

### （認知症ケア加算の算定について）

- これまでの取組の状況を踏まえ、身体的拘束を実施した日の評価の在り方について、どのように考えるか。

### （身体的拘束の最小化に向けた取組について）

- 身体的拘束の最小化に医療機関が組織的に取り組むためには、管理者が主体となった意識醸成など、どのような取組が重要であると考えられるか。また、積極的に取り組んでいる施設をより評価することについて、どのように考えるか。
- 以下のような点等を踏まえ、身体的拘束を実施した場合の評価について、どのように考えるか。
  - ・ 回復期リハビリテーション病棟はADL向上等をめざした病棟であるが、比較的多くの患者に対して身体的拘束を実施している病棟があること。
  - ・ 療養病棟では、常時、毎日の四肢体幹拘束の割合が多く、施設により身体的拘束の実施状況に差がみられること。

# 身寄りがい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

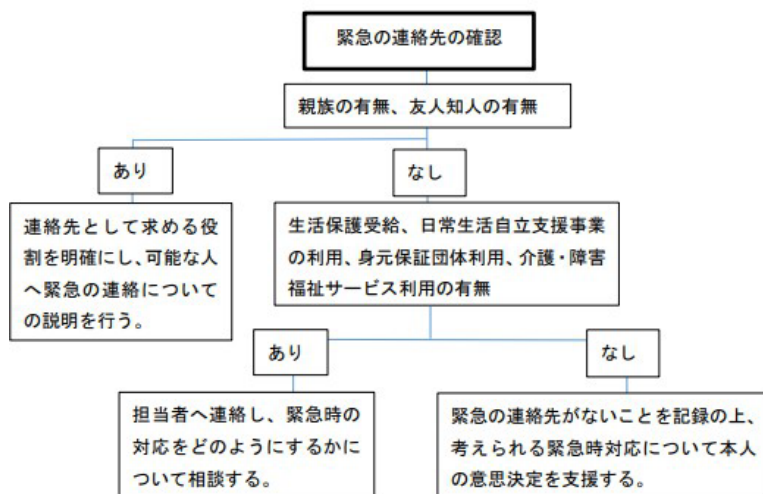
診調組 入-1  
7. 8. 28

- 「身寄りがい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。



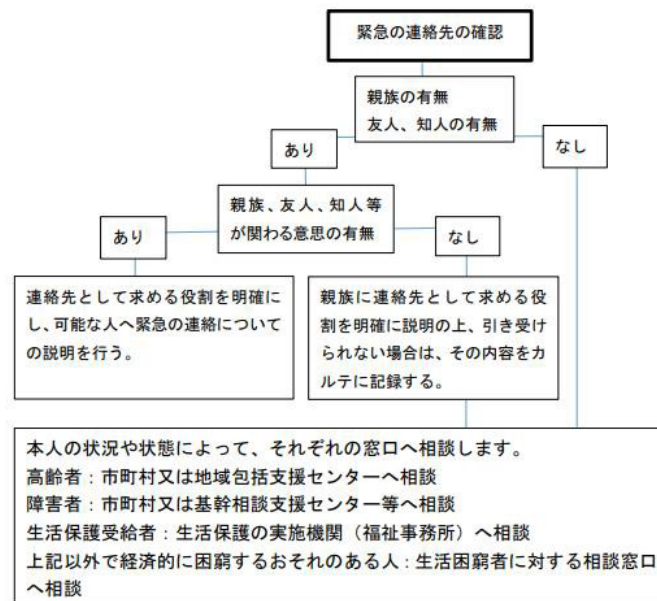
### ② 入院計画書に関すること

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、本人の身の回りの人で、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。<sup>18</sup>

## (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。

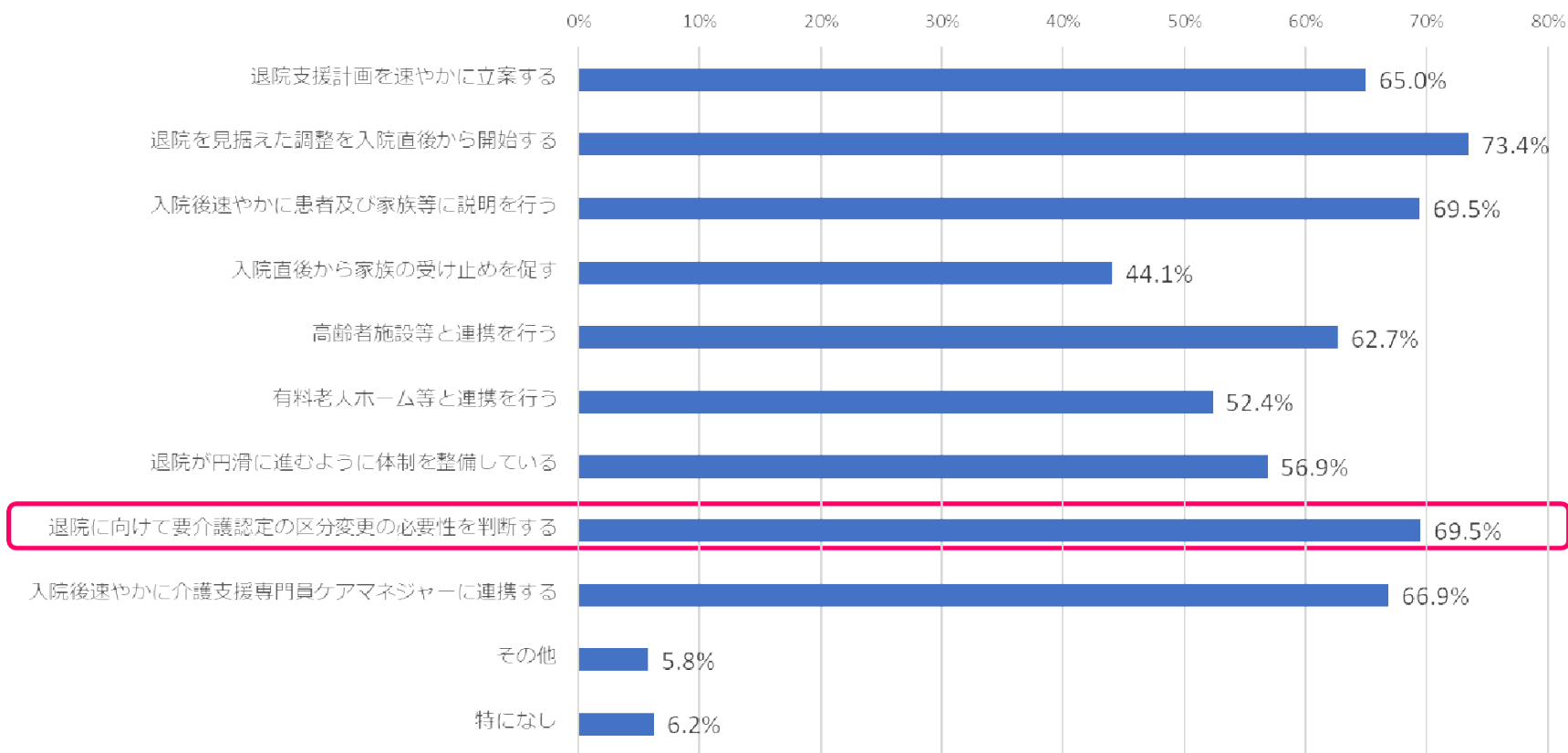
本人が、緊急の連絡先やかかりつけ医などを予め記載した書類等を救急搬送時に持ってきている場合があります。救急要請から搬送までの経過を救急隊員より聞き取りをして、本人が予め記載した書類や搬送前に立ち会った人などから情報を得ます。

# 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）



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票～D票））



# 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。

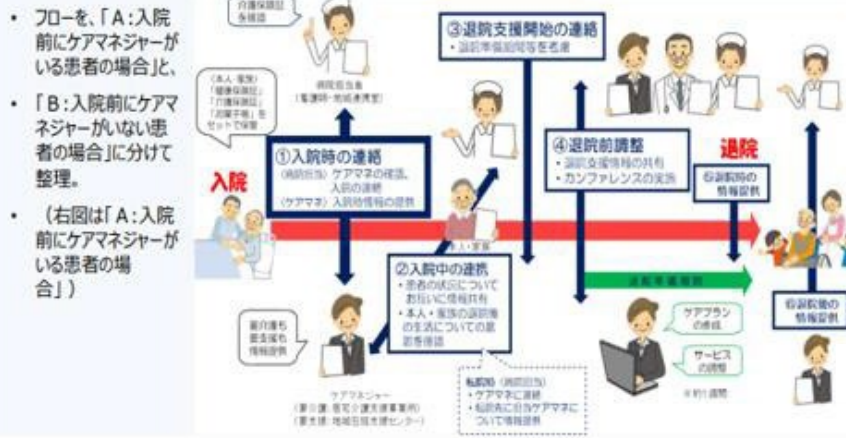
② 全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。

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。



出典：かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン、別冊資料「かかりつけ医機能に関する取組事例集（第1版）」。

- 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。



# 医療機関等における面会について

- 「5学会による新型コロナウイルス感染症診療の指針2025」において、面会は「患者・入所者やその家族の生活の質を保つ上で重要」とし、「患者等が家族等と面会する機会が大きく損なわれることは、患者等及び家族等に精神的不安をもたらす、患者等の権利を制約している可能性がある」、また「過度な面会制限にならないよう、院内・施設内のルールを決定し、また必要に応じてルールを変更する等の柔軟な対応が必要である」としている。
- なお、精神科病院については、人権擁護の観点から、感染状況や患者の体調等によりやむを得ない場合を除き、原則として制限なく面会を実施するとの取り扱いが示されている。

## 【5学会による新型コロナウイルス感染症診療の指針】（令和7年9月）

（日本感染症学会、日本化学療法学会、日本呼吸器学会、日本環境感染学会、日本臨床微生物学会）



<https://www.mhlw.go.jp/content/001580139.pdf>

### 8 新型コロナウイルス感染症：施設内感染対策

#### 3. 入院患者への対応2 面会の考え方

**面会は患者・入所者やその家族（家族以外の介護者、患者・入所者が大切に思う人を含む）の生活の質を保つ上で重要である。**患者等が家族等と面会する機会が大きく損なわれることは、患者等及び家族等に精神的不安をもたらす、患者等の権利を制約している可能性がある、医療機関等には、**それぞれの施設がCOVID-19流行前に設定していた通常の面会方法（頻度、時間など）へ段階的に戻す検討が求められる。**

2025年現在、**面会の判断については医療機関や施設の判断に任せられているが、その時々感染拡大状況ならびに社会的合理性も踏まえ、過度な面会制限にならないよう院内・施設内のルールを決定し、また必要に応じてルールを変更する等の柔軟な対応が必要である。**

面会者が感染症を示唆する症状（発熱、咳嗽、咽頭痛、腹痛、下痢など）を呈しておらず、かつ10日以内にCOVID-19罹患歴がない場合には、マスク着用および手指衛生をお願いしたうえで一般的に面会は可能と考えられる。なお患者や入所者が易感染性である等の場合には制限の追加を検討する。

医療機関等は、患者等及び家族等から面会に関する相談があった場合には、現状とともに、面会の可否及び面会時の注意点、制限の状況等を丁寧に説明する。対面での面会が適当でないと判断される場合には、医療機関等は患者等及び家族等に対してその理由を十分に説明し、例えばオンライン面会等の具体的な代替策を提示することが望ましい。

## 【新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う精神科病院における感染症への対応について】（令和5年5月）

（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課事務連絡）

### 2. 新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行に伴う精神科病院におけるゾーニング等の取扱いについて

#### （2）病棟内での新型コロナウイルス感染症患者等発生時以外の対応

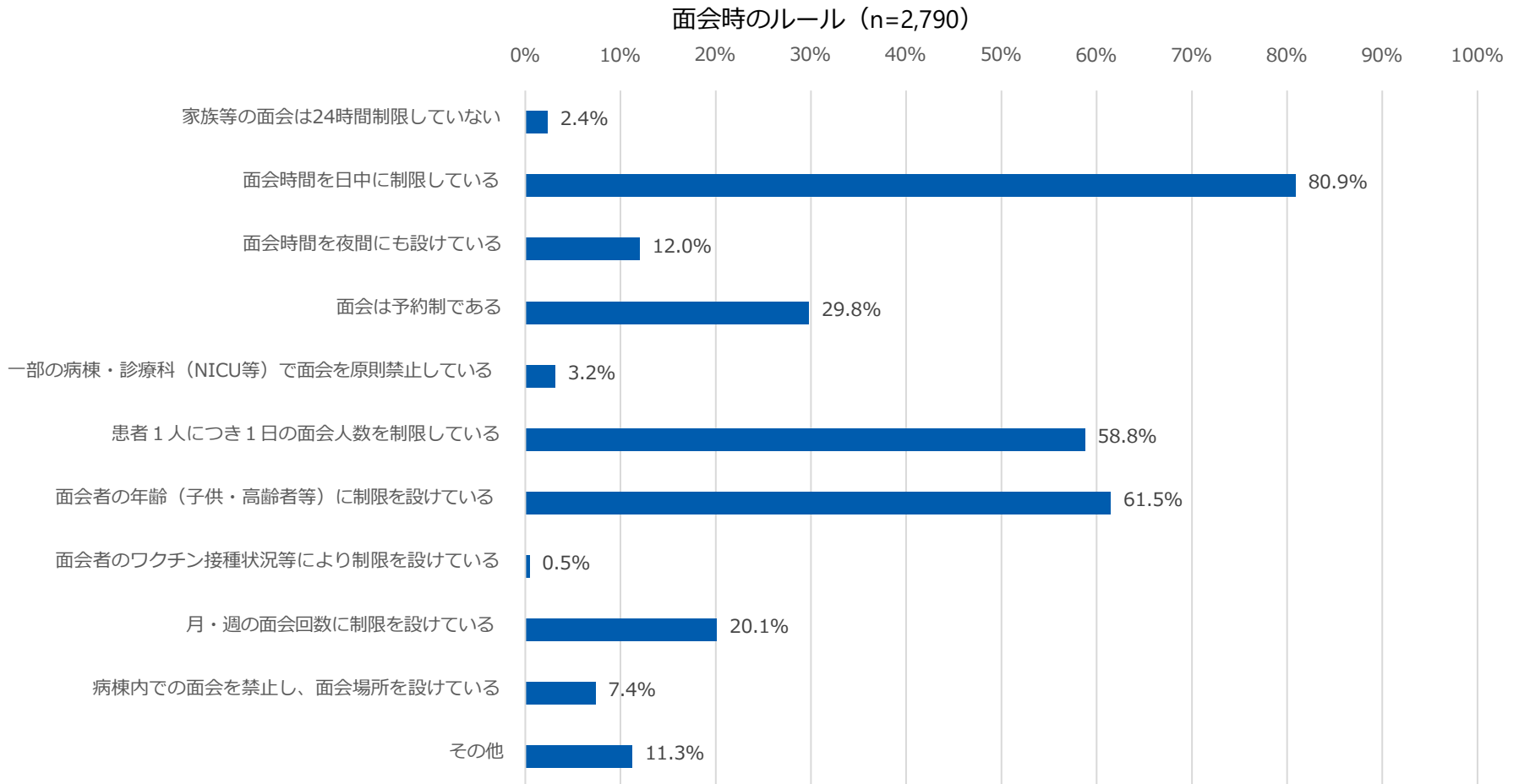
（中略）

- 医療機関外や病棟外からの訪問や面会については、精神科病院に入院する患者の権利を擁護する観点から、原則として制限なく実施することとする。なお、地域における新型コロナウイルス感染の拡大状況や入院患者の状況のほか、患者及び面会者の体調等を総合的に鑑み、やむを得ず対面による面会等の制限を行う場合には、原則としてオンライン等による代替策を講じ、面会の機会を設けるよう努めることとする。

# 面会時のルールについて

診調組 入-1  
7. 8. 28

- 面会時のルールについて、「家族等の面会は24時間制限していない」と回答したのは2.4%であった。
- 面会について、「面会時間を日中に制限している」は80.9%、「面会者の年齢（子供・高齢者等）に制限を設けている」は61.5%、「患者1人につき1日の面会人数を制限している」は58.8%、「面会は予約制である」は29.8%であった。



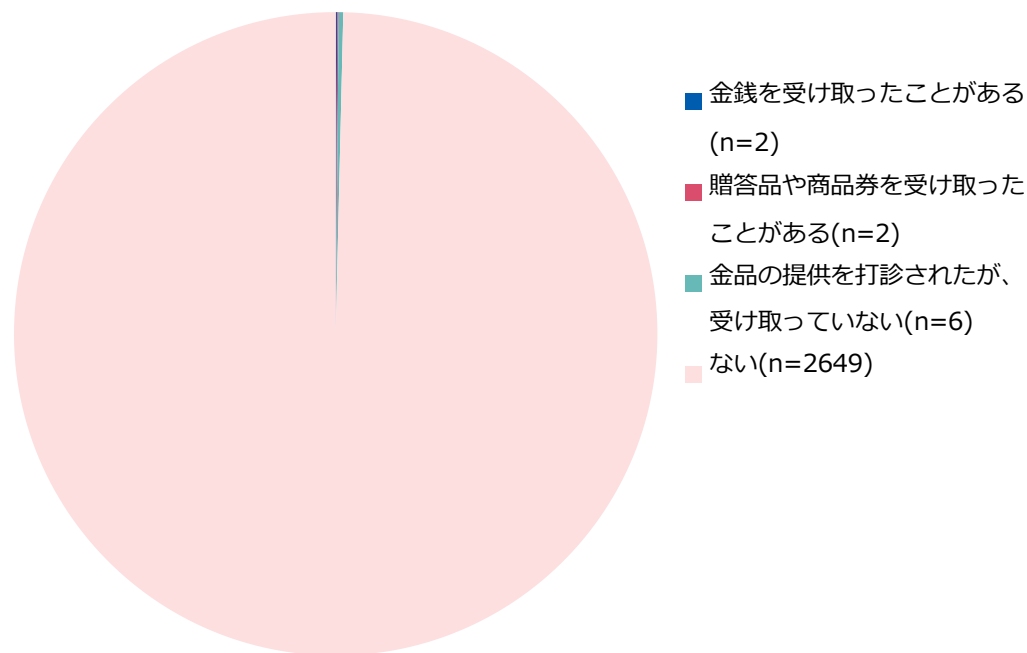
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（共通A～D票））

# 高齢者施設等への患者紹介に係る金銭等の授受の状況

診調組 入-1  
7. 8. 28

- 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。

## 看護職員等の働き方に係る課題と論点③

### 【論点】

- 夜勤に係る看護職員の負担を踏まえ、総合入院体制加算や看護職員夜間配置加算において作成することとされている、「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」において、夜勤に係る負担に配慮するよう促すことについてどのように考えるか。
- ハローワーク・ナースセンター（無料職業紹介）や適正認定事業者を活用する等により、平時から看護職員確保の取り組みを行っているにもかかわらず、「やむを得ない事情」によって一時的に看護職員確保ができない場合において、施設基準の配置を柔軟化することについてどのように考えるか。
- 医療機関が医療の提供、経営、地域連携等を総合的に行っていくに当たって、看護業務の質の高いマネジメントが重要であることを踏まえ、看護の管理能力を向上する取組を促進することについてどのように考えるか。
- 看護要員の必要数と配置数を算出するための「様式9」について、病棟内での短時間のオンライン研修受講や、通常の医療で必要な病棟外での業務等について、入院患者の看護に影響のない範囲で勤務時間に算入できるよう追加するなど、わかりやすく整理し明確化することについてどのように考えるか。
- 有床診療所入院基本料等における届出様式に記載する看護職員の配置数の計算方法について、施設基準通知を踏まえ明確化してはどうか。
- 地域の介護保険施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が一定存在しており、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が訪問による支援等が実施されている。このような状況を踏まえ、専従要件等を緩和することについてどのように考えるか。合わせて、院内における専従要件等の扱いについてどのように考えるか。

# 看護職員の業務負担軽減に係る課題と論点

## (ICT機器の活用による看護業務の業務負担軽減の取組の推進)

- ICT（情報通信技術）の活用して業務を見直し・省力化している取組は7割程度であり、ICT機器の活用による取組が進んでいる。
- 主な取組としては、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」（情報共有）や「センサー等の活用によるモニタリング」（見守り）、「タブレットの活用によるペーパーレス化」（記録）であった。
- ICT機器を活用している医療機関における看護職員の記録に関する負担軽減として、電子カルテシステム等を活用した入力の手簡易化や書類の記載項目の簡素化の取組を行っていた。
- 看護師間の報告・連絡・相談に無線機にイヤホンとマイクを取り付けた通信機器を活用することや、日々の看護実施記録にスマートフォンに音声で入力したメモを活用することで、看護師が療養上の世話や診療の補助といった直接的なケアをする時間が増加したとの取組報告があった。
- また、病室にカメラを設置し看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認することで、患者の異常や事故の兆候を早期に発見できたとの取組報告があった。
- ICT機器の活用を継続するにあたっての課題は、「ICTの維持・管理等のメンテナンスにコストがかかる」「ICTを使いこなせていない職員がいる又は多い」「ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間がかかる」との意見が多かった。

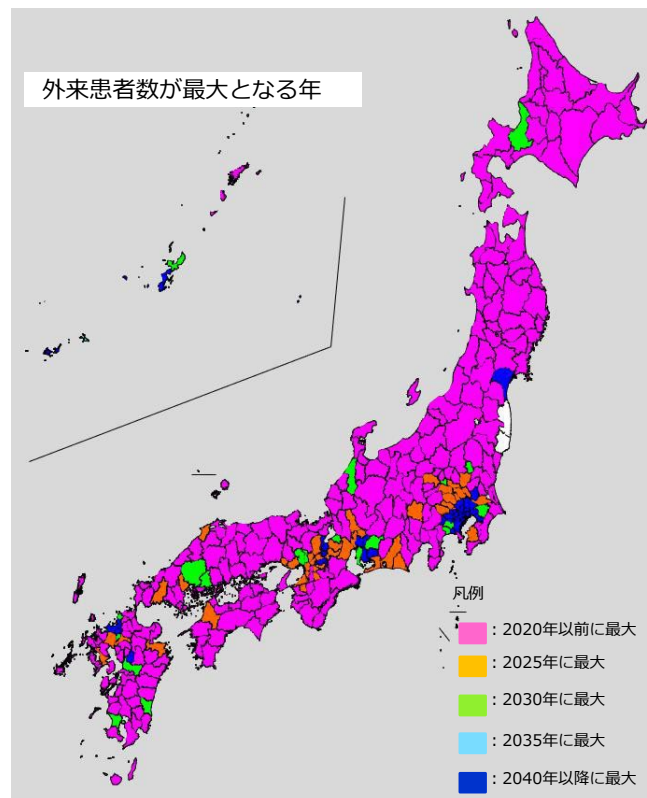
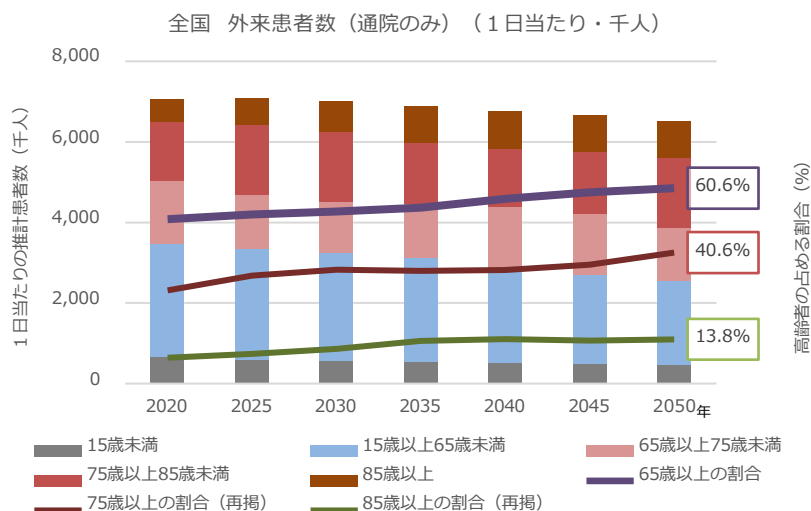
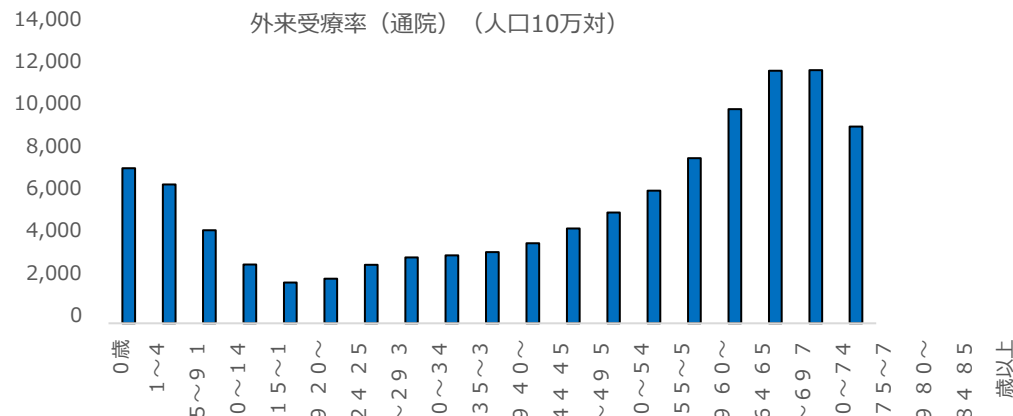


## 【論点】

- 看護記録や情報共有等の間接的な業務時間が長く、療養上の世話や診療の補助といった直接的なケアの時間を確保し看護業務の更なる業務負担軽減を推進する観点から、①見守り、②記録、③医療従事者間の情報共有といった全ての種類のICT機器を活用する場合に、入院基本料等に規定する看護職員の配置基準に対しての柔軟化を行うことに対してどう考えるか。また、配置の柔軟化を行う場合、その入院基本料等の範囲をどのように考えるか。

## 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。

※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。



## 制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
  - 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
  - また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型（モデル）の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

## 報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

### 1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
    - 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
    - かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
    - 診療領域ごとの一次診療の対応可能な有無、一次診療を行うことができる疾患
    - 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

### 2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
- ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

### その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

## 地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
  - 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

## かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

### 医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

### 医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

## 患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

## 施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

# 報告を求めるかかりつけ医機能「1号機能」

- かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。
- 報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は以下のとおり。1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

## かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所

## 具体的な機能（1号機能）

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

## 医療機関からの報告事項（1号機能）

- 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること
- かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無
- 17の診療領域※1ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること
- 一次診療を行うことができる疾患
- 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※1 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※ 上記の1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

※ かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえて、改めて検討する。

令和6年7月5日「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」資料

## （例）一次診療に関する報告できる疾患案（40疾患）

傷病名	推計外来患者数（千人）	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症（関節リウマチ、脱臼）	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17. 小児
皮膚の疾患	221.6	1. 皮膚・形成外科、17. 小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17. 小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	-
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17. 小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17. 小児
うつ（気分障害、躁うつ病）	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス（神経症）	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
便秘症	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数（千人）	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17. 小児
聴神経障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17. 小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じよくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛（片頭痛）	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
聴覚	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸椎症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「調査調査」全国の推計外来患者数  
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-downloads/statinfid=0000322119848?fileKind=1>

### 【上記例の設定の考え方】

- ・ 一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・ 推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・ XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

## 報告を求めるかかりつけ医機能「2号機能」

- 報告を求めるかかりつけ医機能（2号機能等）の概要は以下のとおり。
- 各報告事項のうち、いずれかが「有」の場合は「当該機能有り」として報告を行う。

### ■ 具体的な機能（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
  - ・通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能
- （2）入退院時の支援
  - ・在宅患者の後方支援病床を確保し、地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスに参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能
- （3）在宅医療の提供
  - ・在宅医療を提供する機能
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
  - ・介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する機能

### ■ その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等
- 1号機能及び2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担当意向の有無

### ■ 医療機関からの報告事項（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
  - ① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日・夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
  - ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況
- （2）入退院時の支援
  - ① 自院又は連携による後方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
  - ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
  - ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
  - ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
  - ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数
- （3）在宅医療の提供
  - ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
  - ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
  - ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
  - ④ 自院における在宅看取りの実施状況
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
  - ① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定等）
  - ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
  - ③ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
  - ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
  - ⑤ ACPの実施状況



# 機能強化加算について

## 機能強化加算

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

**機能強化加算 80点**

### [算定要件]

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点からかかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。
- 必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
  - (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
  - (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
  - (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
  - (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
  - (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

### [施設基準]

- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- 次のいずれかにおける届出を行っている。
  - ア 地域包括診療加算
  - イ 地域包括診療料
  - ウ 小児かかりつけ診療料
  - エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
  - オ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、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する等の取組を行っていること。

# 主なかかりつけ医機能と現行の診療報酬の比較

青字：機能強化加算で体制整備を評価している機能

医療法上の主なかかりつけ医機能の例	関連する主な現行の診療報酬
機能の院内掲示による公表	機能強化加算の掲示要件
かかりつけ医機能に関する研修等の修了	地域包括診療料・加算の研修要件
一次診療の対応が可能な診療領域・疾患	-
全国医療情報プラットフォームの参加・活用	医療DX推進体制整備加算等
服薬の一元管理の実施	機能強化加算、地域包括診療料・加算等
通常の診療時間外の診療	時間外対応加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料 在宅療養支援診療所・病院等
入退院時の支援	在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料、入退院支援加算等
在宅医療の提供	在宅療養支援診療所・病院、地域包括診療料・加算等
介護サービス等との連携	地域包括診療料・加算、機能強化加算等
法定健診・検診	機能強化加算、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、地域包括診療料・加算
定期予防接種	機能強化加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料
学校医・警察医	機能強化加算、小児かかりつけ診療料
産業医	(療養・就労両立支援指導料)
臨床研修医等の教育	-

# 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）

脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたもの。（平成14年度診療報酬改定で新設、令和6年度診療報酬改定において再編）

	生活習慣病管理料（Ⅰ） 月1回 脂質異常症を主病とする場合 610点 高血圧症を主病とする場合 660点 糖尿病を主病とする場合 760点	生活習慣病管理料（Ⅱ）月1回 333点
対象患者	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者	
対象医療機関	許可病床数が200床未満の病院又は診療所	
包括範囲 (算定月に併算定不可)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来管理加算（ただし、算定日とは別日であれば算定可）</li> <li>・ 第1部医学管理等（ただし、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料は併算定可能。）</li> <li>・ 第3部検査</li> <li>・ 第6部注射</li> <li>・ 第13部病理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来管理加算（ただし、算定日とは別日であれば算定可）</li> <li>・ 第1節医学管理料等（ただし、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、療養・就労両立支援指導料、プログラム医療機器等指導管理料、診療情報提供料（Ⅰ）、電子的診療情報評価料、診療情報提供料（Ⅱ）、診療情報連携共有料、連携強化診療情報提供料、薬剤情報提供料は併算定可能。）</li> </ul>
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</li> <li>・ 糖尿病を主病とする場合にあっては、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。</li> <li>・ 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと。（総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。）</li> <li>・ 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。</li> <li>・ 算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意のもと必要な協力を行う。</li> <li>・ 糖尿病の患者について、年1回程度眼科受診を指導し、歯周病の診断と治療のため、歯科受診を促すこと。</li> </ul>	
（療養計画書）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ （初回）療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受ける。</li> <li>・ （継続）療養計画書は、内容に変更があった場合又は概ね4月に1回は交付する。</li> <li>・ 電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。</li> </ul>	
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。</li> <li>・ 28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応が可能であること院内掲示する。</li> </ul>	

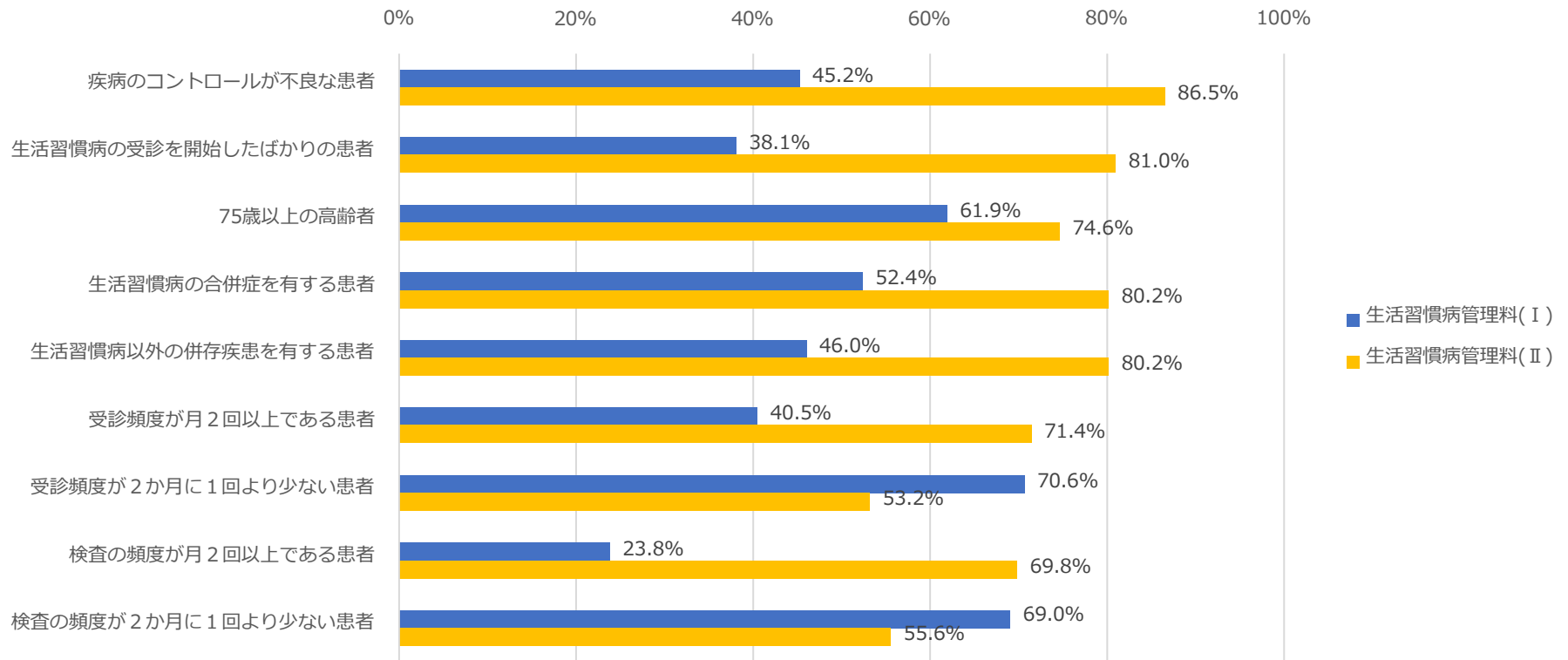
- ・ 令和6年3月28日付け保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」（抜粋）  
 問 135 生活習慣病管理料（Ⅰ）と生活習慣病管理料（Ⅱ）は、それぞれどのような患者に対して算定するのか。  
 （答）個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。

# 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況

診調組 入-2  
7. 8. 28

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の両方を算定している医療機関に対して、それぞれの算定対象としている患者の属性について確認した結果は以下のとおり。
- 「受診頻度が2か月に1回より少ない患者」「検査の頻度が2か月に1回より少ない患者」については、「生活習慣病管理料（Ⅰ）」の算定が多く、その他の患者については、「生活習慣病管理料（Ⅱ）」の算定が多い傾向があった。

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況(n=126)





# 生活習慣病管理料(Ⅱ)に包括される主な医学管理料

診調組 入-2  
7. 8. 28改

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)における医学管理料の主な包括範囲は以下のとおり。
- また、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)ともに、糖尿病を主病とした場合は、他疾患に対して在宅自己注射指導管理を行う場合であっても、在宅自己注射指導管理料を算定できない。

現在併算定可能なもの（包括範囲外）	現在併算定ができない主なもの（包括範囲内）
① 生活習慣病に関連する医学管理（総合的な治療管理の範囲を超えて、必要な患者に別途行われるべきものを含む。）	
外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、糖尿病合併症管理料、糖尿病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、プログラム医療機器等指導管理料、薬剤情報提供料	下肢創傷処置管理料
② 生活習慣病とは直接的な関係の乏しい疾患に関する医学管理（主病とする患者のみに算定できるものを除く。）	
がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料	特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度難聴指導管理料、喘息治療管理料、がん患者指導管理料、移植後患者指導管理料、植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、二次性骨折予防継続管理料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、認知症専門診断管理料、認知症療養指導料、認知症サポート指導料、肝炎インターフェロン治療計画料
③ 時間外対応・救急対応に関する医学管理	
	地域連携夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、救急救命管理料
④ 情報提供等に関連する評価	
療養・就労両立支援指導料、診療情報提供料（Ⅰ）、電子的診療情報評価料、診療情報提供料（Ⅱ）、診療情報連携共有料、連携強化診療情報提供料	傷病手当金意見書、療養費同意書交付料

- 生活習慣病に関連するガイドラインでは、定期的な検査の必要性や、合併症等を予防するための治療継続の重要性について言及されている。

## 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）（抜粋）

### 4.4 薬物療法のフォローアップ

BQ21 薬物療法開始後には定期的な検査が必要か？

薬物療法開始後は、効果と安全性の確認のため、定期的な検査を行うのが望ましい。投与薬剤、患者背景を考慮して、検査項目を選択する。

（エビデンスレベル：コンセンサス）

薬物療法開始後は、副作用に関連する症状に留意するとともに薬剤効果の確認と用量調節、生化学的検査による副作用確認と生活指導への活用のため、投与開始後半年間は2～3回程度、その後は3～6か月に一回程度、定期的に検査を行うのが望ましい。

### 4.6 アドヒアランス、Treat to Target

BQ24 服薬アドヒアランスは血清脂質レベルや動脈硬化性疾患の発症と関係するか？

スタチンの良好な服薬アドヒアランスは、血清脂質の改善や動脈硬化性疾患発症の減少と関連している。（エビデンスレベル：3）

BQ25 服薬アドヒアランスに影響する因子は何か？

服薬アドヒアランスに影響する因子として、年齢、性別、収入、心血管疾患の有無が知られている。医療従事者による継続的な働きかけや定期的な脂質検査はアドヒアランスを高める。（エビデンスレベル：2）

## 高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）（抜粋）

長期治療の目的は、目標血圧レベルを長期間にわたり維持し、また血圧以外の危険因子も総合的に管理して脳心血管病や標的臓器障害を予防することである。高血圧は自覚症状に乏しく、治療は長期にわたるため、患者が途中で来院しなくなるおそれがある。降圧薬による血圧の低下が高血圧の治癒と誤解され、治療が中断されることもある。担当医師は患者と十分なコミュニケーションをとり、高血圧がどのような疾患であるか、その治療法と治療により期待される効果、起こりうる降圧薬の副作用などをよく説明し、患者参加型の治療を行うことが望ましい。そして、患者自身が生活習慣の修正を心がけ通院と服薬を継続するように努力、工夫することが重要である。

（注：長期治療における具体的な受診間隔に関する推奨はなし。）

## 糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）（抜粋）

慢性疾患である糖尿病において、合併症の発症、増悪を防ぐには、継続的治療が必須であり、チーム医療による糖尿病教育は糖尿病治療の根幹を成すものである。

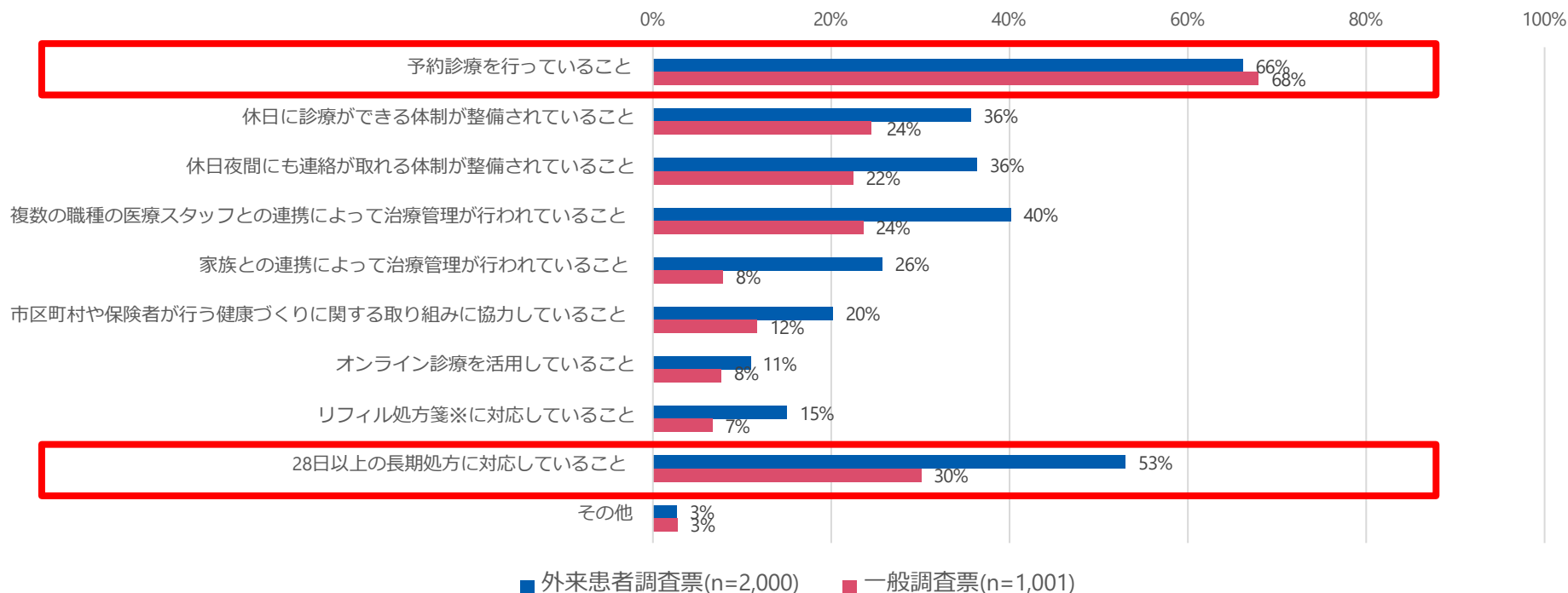
※下線は引用時に追加

# 定期的な受診を続ける上で患者が必要と思うこと

診調組 入-1  
7. 5. 22

- 外来患者及び一般の方を対象とした調査において、「定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと」を聞いたところ、「予約診療を行っていること」が最も多く、次いで「28日以上長期処方に対応していること」、「複数の職種の医療スタッフとの連携によって治療管理が行われていること」、「休日に診療ができる体制が整備されていること」等が多かった。

定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと（複数回答）



※「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（外来調査（患者票）、一般市民調査票）

- 関連学会のガイドライン等において、生活習慣病管理に際しての専門医・専門医療機関への紹介基準が示されている。

## かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準 (作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会)

## 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版 (日本動脈硬化学会)

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準(作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会)  
～主に糖尿病治療ガイドより～

### 1. 血糖コントロール改善・治療調整

- 薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合(血糖コントロール目標※1)が達成できない状態が3か月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい。
- 新たな治療の導入(血糖降下薬の選択など)に悩む場合。
- 内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合(1型糖尿病等)。
- 低血糖発作を頻回に繰り返す場合。
- 妊婦へのインスリン療法を検討する場合。
- 感染症が合併している場合。

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

### 2. 教育入院

- 食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合(特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する)。

### 3. 慢性合併症

- 慢性合併症(網膜症、腎症※2)、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合。
- 上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。

※2. 腎機能低下やタンパク尿(アルブミン尿)がある場合は“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準”を参照のこと。

### 4. 急性合併症

- 糖尿病ケトアシドーシスの場合(直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る)。
- ケトン体陰性でも高血糖(300mg/dl以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合(高血糖高浸透圧症候群の可能性があるため速やかに紹介することが望ましい)。

### 5. 手術

- 待機手術の場合(患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる)。
- 緊急手術の場合(手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる)。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

### Step 1c 専門医への紹介必要性の判断

①脳卒中／一過性脳虚血発作・冠動脈疾患・心房細動等の不整脈・大動脈疾患や末梢動脈疾患の既往や合併が疑われる場合

②高血圧 二次性高血圧疑い(若年発症・急激な発症など)、妊娠高血圧症候群、高血圧緊急症・切迫症疑い(未治療で拡張期血圧 $\geq 120$  mmHg)、治療抵抗性高血圧(治療中ではあるが $\geq 180/110$  mmHg または3剤併用でも降圧目標未達成)

③糖尿病 1型糖尿病、HbA1c  $\geq 8.0\%$ 、空腹時血糖 $\geq 200$  mg/dL (または随時血糖 $\geq 300$  mg/dL)、急性合併症(高血糖緊急症)、妊娠糖尿病

④脂質異常症 LDL-C  $\geq 180$  mg/dL、HDL-C  $< 30$  mg/dL、空腹時 TG  $\geq 500$  mg/dL、non-HDL-C  $\geq 210$  mg/dL、原発性高脂血症疑い、二次性(続発性)脂質異常症疑い

⑤慢性腎臓病(CKD) タンパク尿と血尿を両方認める CKD 患者。  
eGFR  $< 45$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (G3b～5)、またはタンパク尿区分 A3 (糖尿病では尿アルブミン/Cr 比 300 mg/gCr 以上の場合、それ以外では尿蛋白/Cr 比 0.5 g/Cr 以上)。40歳未満や A2区分 (糖尿病では尿アルブミン/Cr 比 30～299 mg/gCr、それ以外では尿蛋白/Cr 比 0.15～0.49 g/Cr) では、eGFR45～59でも紹介することが望ましい。

⑥肥満 高度肥満 (BMI  $\geq 35$ )、二次性肥満(症候性肥満)疑い

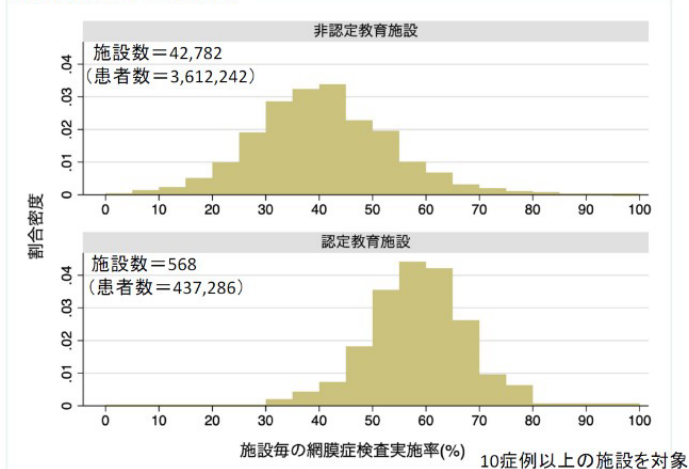
# 生活習慣病の重症化予防の推進に係る要件の見直し

➤ 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、眼科の受診勧奨及び歯科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

- 生活習慣病管理料について、糖尿病患者に対して眼科受診勧奨に関する要件を追加する。
- 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に歯科受診の状況の記載欄を追加する。

(参考)

施設毎の網膜症検査実施率の分布  
(施設認定有無別)



厚生労働科学研究(平成29年度～)  
今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究  
研究代表者: 門脇孝

## 歯周病と糖尿病の関係

「糖尿病診療ガイドライン2016」(日本糖尿病学会)

- 歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている。
- 歯周炎の重症度が高いほど血糖コントロールが困難になる。

「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」(2014年)  
(日本歯周病学会)

- 重症の歯周病を放置すると、糖尿病が発症する、あるいは耐糖能異常を生じる可能性がある。



# 生活習慣病を主病とする患者の状況

診調組 入-1  
7. 6. 19

- 診療所又は200床未満の病院において、糖尿病を主病とする患者数は、平均で118.8人、中央値は38.5人であった。そのうち、眼科受診を指導した患者数は、平均で21.5人、中央値は0人であり、歯科受診を促した患者数は、平均で14.1人、中央値は0人であった。

	回答数		平均		四分位数					
					25%Tile		中央値		75%Tile	
01_脂質異常症を主病とする患者の概ねの人数	685	件	130.5	人	4.0	人	46.0	人	150.0	人
02_01のうち、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した患者の概ねの人数	607	件	13.3	人	0.0	人	0.0	人	2.0	人
03_01のうち、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した患者の概ねの人数	647	件	80.9	人	0.0	人	25.0	人	102.0	人
04_01のうち、5月31日以前に特定疾患療養管理料を算定していた患者の概ねの人数	601	件	95.6	人	1.0	人	35.0	人	117.5	人
05_01のうち、外来管理加算のみを算定した患者の概ねの人数	581	件	14.8	人	0.0	人	0.0	人	6.0	人
06_高血圧を主病とする患者の概ねの人数	681	件	245.2	人	9.5	人	124.0	人	373.5	人
07_06のうち、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した患者の概ねの人数	609	件	36.1	人	0.0	人	0.0	人	10.0	人
08_06のうち、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した患者の概ねの人数	646	件	165.2	人	1.0	人	72.5	人	263.5	人
09_06のうち、5月31日以前に特定疾患療養管理料を算定していた患者の概ねの人数	601	件	194.7	人	4.0	人	100.0	人	294.0	人
10_06のうち、外来管理加算のみを算定した患者の概ねの人数	582	件	28.2	人	0.0	人	0.0	人	11.3	人
11_糖尿病を主病とする患者の概ねの人数	676	件	118.8	人	2.0	人	38.5	人	135.0	人
12_11のうち、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した患者の概ねの人数	606	件	11.6	人	0.0	人	0.0	人	1.0	人
13_11のうち、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した患者の概ねの人数	639	件	78.7	人	0.0	人	22.0	人	94.0	人
14_11のうち、5月31日以前に特定疾患療養管理料を算定していた患者の概ねの人数	597	件	86.9	人	1.0	人	29.0	人	103.0	人
15_11のうち、外来管理加算のみを算定した患者の概ねの人数	580	件	15.1	人	0.0	人	0.0	人	5.0	人

					四分位数				
	回答数		平均		25%Tile		中央値		75%Tile
01_眼科受診を指導した概ねの人数	620	件	21.5	人	0.0	人	0.0	人	10.0
02_歯科受診を促した概ねの人数	617	件	14.1	人	0.0	人	0.0	人	3.0

注) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院を対象として集計。

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（外来調査（施設票））

# 紹介割合・逆紹介割合による初診料・外来診療料の減算

中医協 総-3  
7. 7. 16改

初診料の注2、3 **216点**

外来診療料の注2、3 **56点**

(情報通信機器を用いた初診については188点)

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算の対象患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>初診料 他病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者</li> <li>外来診療料 当該病院が他の許可病床数200床未満の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者</li> </ul> ※いずれも、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。			
減算規定の基準 (前年度1年間)	紹介割合50%未満  又は逆紹介割合30%未満			紹介割合40%未満 又は逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$\frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\frac{\text{逆紹介患者数}}{(\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数})} \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 <ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者</li> </ul>			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 <ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者</li> </ul>			
紹介患者数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診に限る)。 <ul style="list-style-type: none"> <li>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</li> </ul>			
逆紹介患者数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 <ul style="list-style-type: none"> <li>B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。</li> <li>情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。</li> </ul>			
救急患者数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

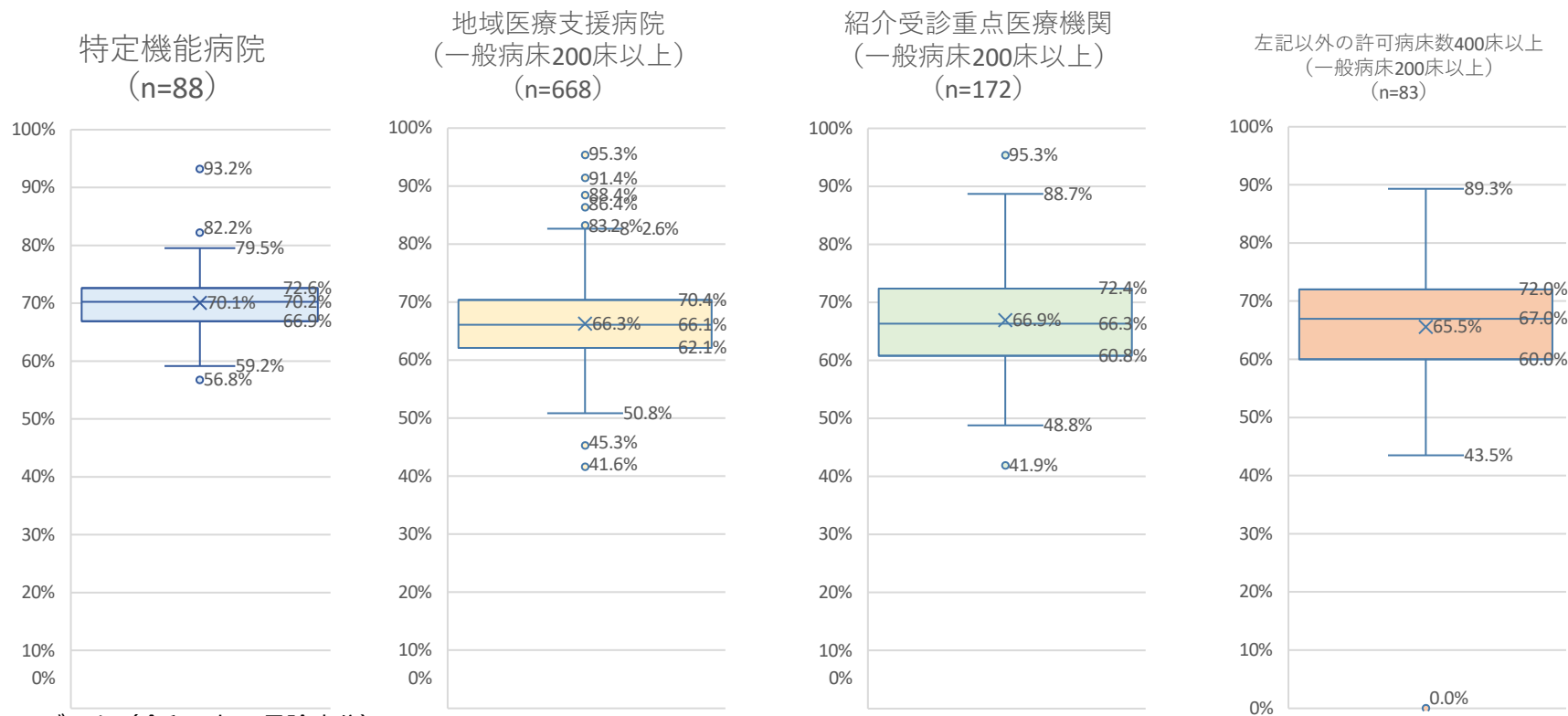


## 2年以内に初診料の算定がない外来再診患者の割合

診調組 入-1  
7 . 7 . 1 7

- 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床200床以上）、紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）及びそれ以外の許可病床数400床以上の病院（一般病床200床以上）における、2年以内に初診料の算定がない外来再診患者の割合を医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 約6割以上の患者は、2年以内に初診料の算定がない再診患者であった。

### 2年以内に同一医療機関における初診料の算定がない外来再診患者の割合



出典：NDBデータ（令和6年3月診療分）

※（令和4年3月以降に初診料の算定がない患者）／（令和6年3月に外来診療料を算定した実人数）×100 を医療機関ごとに算出

# 外来医療についての論点

## 【論点】

### （かかりつけ医機能に係る評価について）

- 「機能強化加算」は、よりの確で質の高い診療機能を評価するものとされていることを踏まえ、かかりつけ医に関連した診療機能や、データ提出についての評価を行うことについてどのように考えるか。

### （生活習慣病に係る評価について）

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)について、次のような点等を踏まえ、その評価のあり方についてどう考えるか。
  - ・ 生活習慣病管理料の算定状況や患者調査の結果等
  - ・ 生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った標準的な診療の推進や、糖尿病患者の歯科・眼科への受診指導の推進等、質の高い生活習慣病管理を評価する観点、その際、医療機関から提出されたデータ等を活用する観点

### （外来機能の分化の推進について）

- 特定機能病院等からの逆紹介の推進をはじめ、外来機能分化の推進に関する評価に関し、次のような点を含め、どのように考えるか。
  - ・ 紹介割合・逆紹介割合による外来診療料の減算対象となる患者が極めて限られていることを踏まえた対象患者のあり方
  - ・ 特定機能病院等の再診患者には、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が診療可能な傷病の患者が一定含まれていることを踏まえた、逆紹介割合の水準等のあり方
  - ・ 地域のプライマリケア機能を担う医療機関が、特定機能病院等から新たに紹介を受けることへの評価のあり方。
  - ・ 「連携強化診療情報提供料」について、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が共同で継続的に治療管理を行うための、要件の簡素化のあり方

# データ提出加算に係る論点

## 【論点】

(データ提出加算の届出を要件とする入院料について)

- データを用いた診療実績の更なる適切な評価を行う観点から、新たに精神病棟入院基本料(15対1)、精神病棟入院基本料(18対1)及び精神病棟入院基本料(20対1)について、データ提出加算の届出を入院料の届出の要件とすることについて、どのように考えるか。
- データの提出には、一般的に電子カルテの導入が必要と考えられるところ、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2025年改訂版(令和7年6月13日閣議決定)」における2030年までの電子カルテの導入目標等も踏まえ、当面の間の経過措置については継続しつつ、電子カルテの普及状況等の検証も行い、引き続き経過措置の終了時期について検討することとしてはどうか。

(提出を求めるデータについて)

- 医療機関の負担軽減や、診療報酬改定に向けて適切な分析を行う観点から、様式1の見直しを含め、提出を求めるデータ等を見直すことについて、どのように考えるか。

## 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

### 保険給付と選定療養の適用場面

- **長期収載品の使用**について、**①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合**や、**②一般名処方の場合**は、**選定療養の対象とする**。
- ただし、**①医療上の必要性があると認められる場合**（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、**②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合**については、選定療養とはせず、引き続き、**保険給付の対象とする**。

### 選定療養の対象品目の範囲

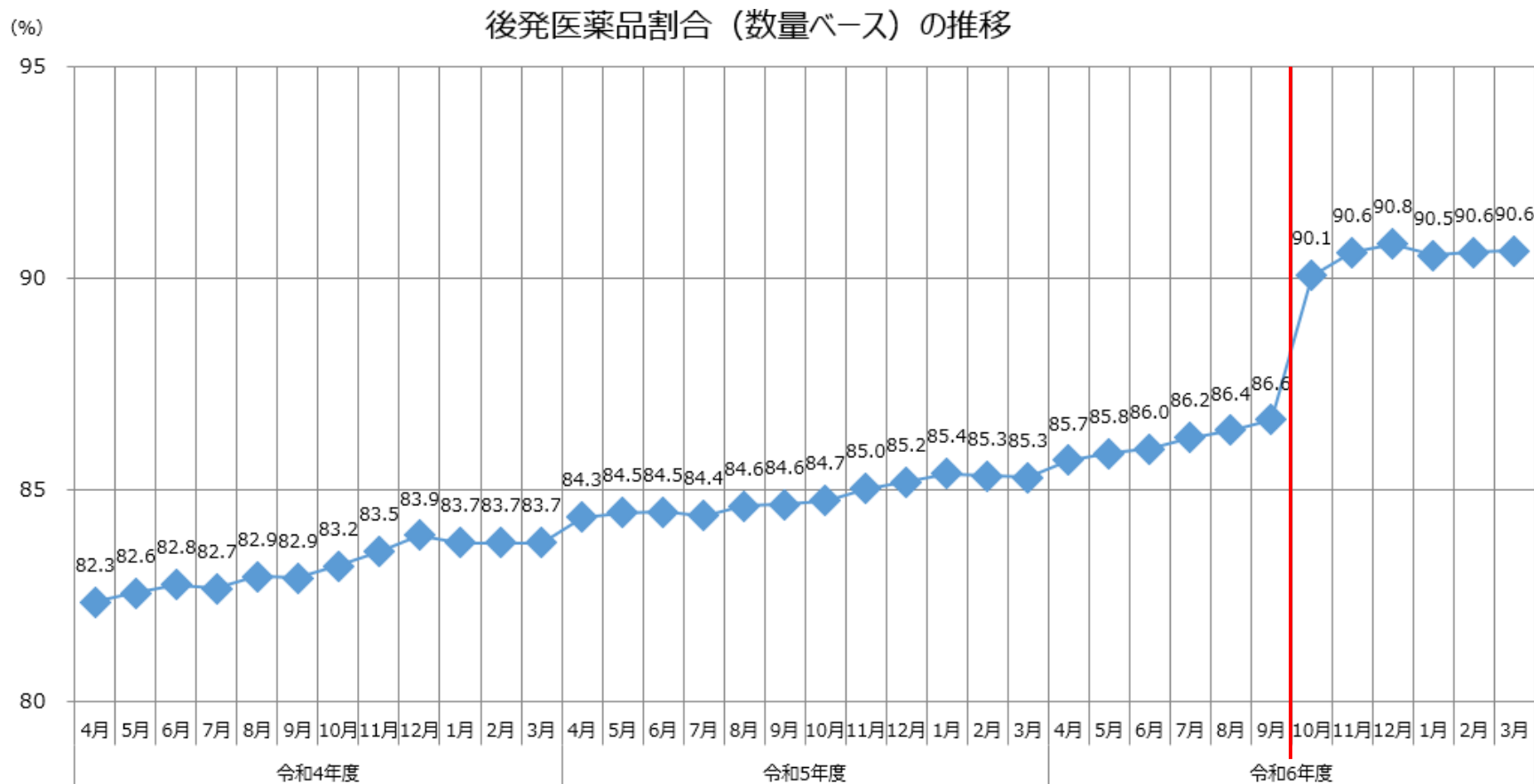
- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
  - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後5年を経過した長期収載品**については**選定療養の対象（※）とする**。  
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
  - ② また、**後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする**。

### 保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする**。
- **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の1相当分**とする。

## 令和6年度 調剤医療費（電算処理分）の動向 <後発医薬品割合（数量ベース）の推移>

- 後発医薬品割合（数量ベース、新指標）は、令和6年度末（令和7年3月）時点で90.6%。
- 令和6年10月、長期収載品の選定療養の制度が開始された。

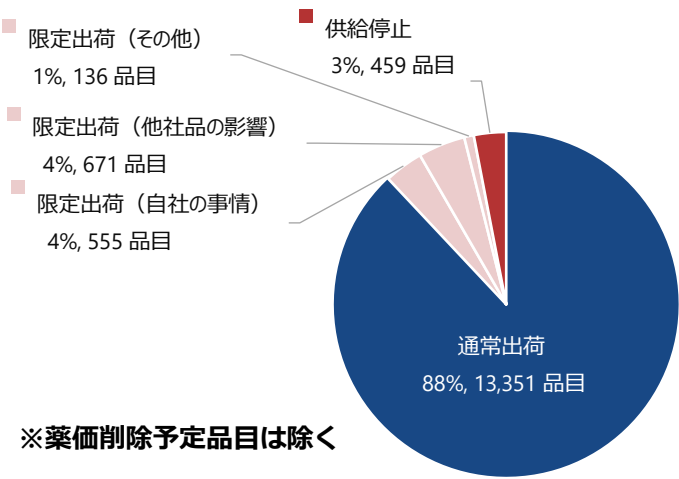


注1) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

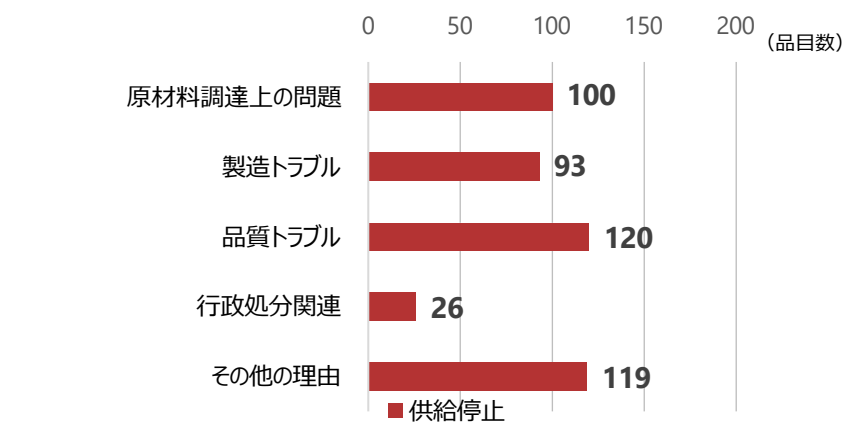
注2) 「後発医薬品割合（数量ベース）」は、〔後発医薬品の数量〕/〔（後発医薬品のある先発医薬品の数量）+（後発医薬品の数量）〕で算出している。

医療用医薬品の限定出荷・供給停止の状況の推移（令和6年～7年度）  
（供給（限定出荷・供給停止）の状況）／ 限定出荷・供給停止の理由

医薬品全体の対応状況（令和7年8月）

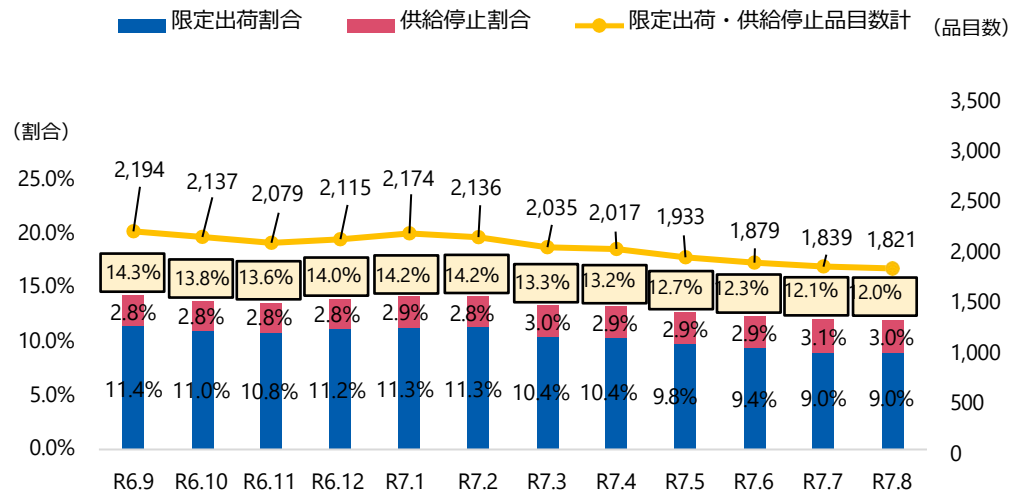


1 供給停止の理由 ※1

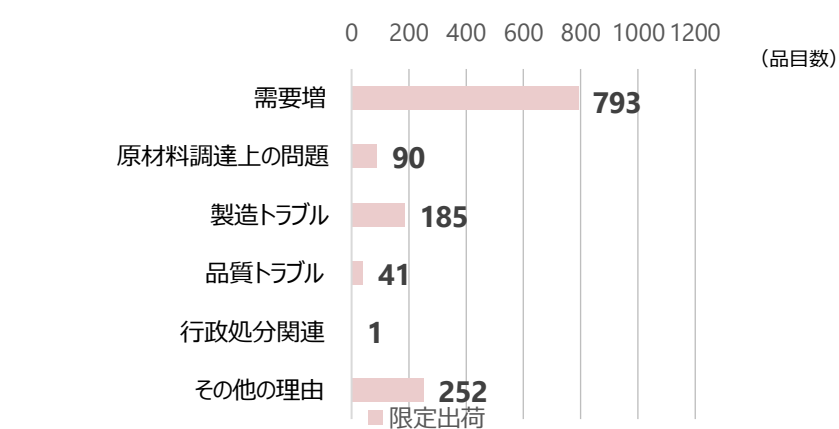


※1 薬価削除が理由である349品目は除く。

医療用医薬品の限定出荷・供給停止の推移



2 限定出荷の理由 ※2



※2 薬価削除が理由である59品目は除く。



## 長期収載品の選定療養についての論点

(現状)

- 長期収載品の選定療養が施行された令和6年10月以降、後発医薬品の数量ベースでの使用割合は90%以上に上昇しており、長期収載品の選定療養によって、後発医薬品の使用促進に一定の効果があったと言える。
- 他方で、特に後発医薬品を中心に医療用医薬品の供給不足の状況が数年にわたって続いているとともに、後発医薬品の需要増などに伴う供給停止により、医療現場に負担がかかっているとの指摘もある。
- このような状況にも配慮しつつ、
  - ・ 先発品企業は後発品上市後には市場から撤退し、後発品企業に安定供給等の役割を譲るという医薬品のライフサイクルの目指すべき姿
  - ・ 医療保険制度の持続可能性の確保や、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減といった観点を踏まえ、創薬イノベーションや後発医薬品の使用を推進していく必要がある。
- こうした中、11月6日の医療保険部会においては、
  - ・ 患者負担の影響等を踏まえつつ、負担額を拡大していくべき
  - ・ 後発医薬品の安定供給に向けた取組に着実に対応した上で検討を進めていただきたい
  - ・ 薬剤の種類によっては、患者に大変多くの自己負担が発生するという可能性もあるので、もう少し精査をした上で議論を進めていきたいといった意見が出た。



### 【論点】

- 令和6年10月以降の施行状況を踏まえ、長期収載品の選定療養の具体の要件などについて、どのように考えるか。
- 例えば、現在、患者希望で長期収載品を使用した場合、長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を患者負担としているが、この水準を価格差の2分の1、4分の3又は1分の1に引き上げることにについて、どのように考えるか。

※ この他、社会保障審議会医療保険部会においては、上記論点に加え、先行バイオ医薬品やいわゆるOTC類似薬についても議論しており、同審議会の議論の進捗を踏まえ、今後、中医協においてもご議論いただく予定。

## 食品に類似した医薬品の効能又は効果について

- 薬効分類325「たん白アミノ酸製剤」には、疾患時の栄養補給を効能効果とする医薬品が属しており、一般に手術後の栄養保持を効能効果とし、特定の疾患の定めがない医薬品も薬価収載されている。
- この中には、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給に加え、通常の食事と同様に経口投与される場合がある医薬品が存在する。

品名	効能又は効果	投与方法
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エンシュア・リキッド</li> <li>・ ツインラインN F 配合経腸用液</li> <li>・ ラコールN F 配合経腸用液</li> <li>・ エネーボ配合経腸用液</li> <li>・ イノラス配合経腸用液</li> </ul>	一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給に使用する。	経管又は経口
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エンシュア・H</li> </ul>	<p>一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難で、単位量当たり高カロリー（1.5kcal/mL）の経腸栄養剤を必要とする下記の患者の経管栄養補給に使用する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 水分の摂取制限が必要な患者（心不全や腎不全を合併している患者など）</li> <li>・ 安静時エネルギー消費量が亢進している患者（熱傷患者、感染症を合併している患者など）</li> <li>・ 経腸栄養剤の投与容量を減らしたい患者（容量依存性の腹部膨満感を訴える患者など）</li> <li>・ 経腸栄養剤の投与時間の短縮が望ましい患者（口腔外科や耳鼻科の術後患者など）</li> </ul>	経管又は経口

## 食品に類似した医薬品と市販されている食品の比較①

栄養保持を目的とする医薬品について、代替可能な食品が市販されている。

- 薬価収載されている栄養保持を目的とする医薬品と市販されている栄養補給目的の食品の比較（半消化態栄養剤\*）

\*窒素源としてたんぱく質が配合された製品

	医薬品					食品	
品目名	エンシュア・リキッド	ラコールNF配合経腸用液	エネーボ配合経腸用液	エンシュア・H	イノラス配合経腸用液	食品A	食品B
容量（ml）	250	200	250	250	188	200	100
熱量 （kcal/100mL）	100	100	120	150	160	150	200
たんぱく質 （g/100mL）	3.5	4.4	5.4	5.4	6.4	5.7	8.0
脂質 （g/100mL）	3.5	2.2	3.8	5.3	5.2	6.9	8.0

## 食品に類似した医薬品と市販されている食品の比較②

栄養保持を目的とする医薬品について、代替可能な食品が市販されている。

- 薬価収載されている栄養保持を目的とする医薬品と市販されている栄養保持目的の食品の比較（消化態栄養剤\*）

\*窒素源としてペプチドが配合された製品

	医薬品	食品	
品目名	ツインラインN F 配合経腸用液	食品C	食品D
容量 (ml)	400	200	200
熱量 (kcal/100mL)	100	100	150
たんぱく質 (g/100mL)	4.1	3.6	5.3
脂質 (g/100mL)	2.8	0.0	6.0

# 食品に類似した医薬品の薬剤給付の適正化についての課題と論点

## 【課題】

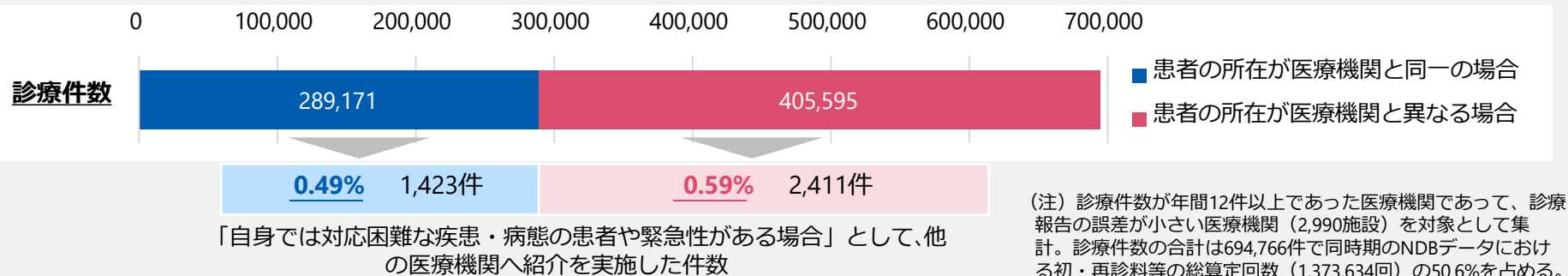
- これまでも、ビタミン剤や、うがい薬、湿布薬などについて、使用目的の明確化や一回処方当たりの枚数制限など薬剤給付の適正化を実施してきた。
- 骨太の方針2025においては、持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、種々の改革の検討が求められている。
- 薬効分類325「たん白アミノ酸製剤」に属する医薬品として、一般に手術後の栄養保持を効能効果とし、特定の疾患以外でも使用可能な医薬品が薬価収載されている。
- こうした栄養保持を目的とした医薬品については、同程度の栄養を有する食品が市販されており、通常の食事による栄養補給が可能な患者における追加的な栄養補給についてはこうした食品で代替可能である。
- 栄養保持を目的とした医薬品において、効能効果として以下が明記されている。
  - 手術後患者の栄養保持
  - 経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給
- ただし、現在、疾病の治療のために必要であり、他の食事では代替できないことから医師が栄養保持を目的とした医薬品を使用することが特に必要と認めて使用されている患者も存在する。

## 【論点】

- 同程度の栄養を有する食品が市販されていることも踏まえ、栄養保持を目的とする医薬品の薬剤給付の適正化についてどのように考えるか。

# 情報通信機器を用いた診療 施設基準の定例報告①

- 情報通信機器を用いた診療に係る報告書によると、「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として他の医療機関へ紹介を実施した割合は、患者の所在が医療機関と異なる場合のほうが、同一市町村・特別区である場合よりも高かった（0.59% vs 0.49%）。
- 直接の対面診療を行える体制整備の例として、他医療機関での対応を依頼する場合に、事前合意がある場合や、事前合意によらず医療機関への連絡を実施している場合がみられた。一方で、患者に対し他医療機関への受診を指示するのみの対応も見られた。



## 患者の所在が当該医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制整備の例

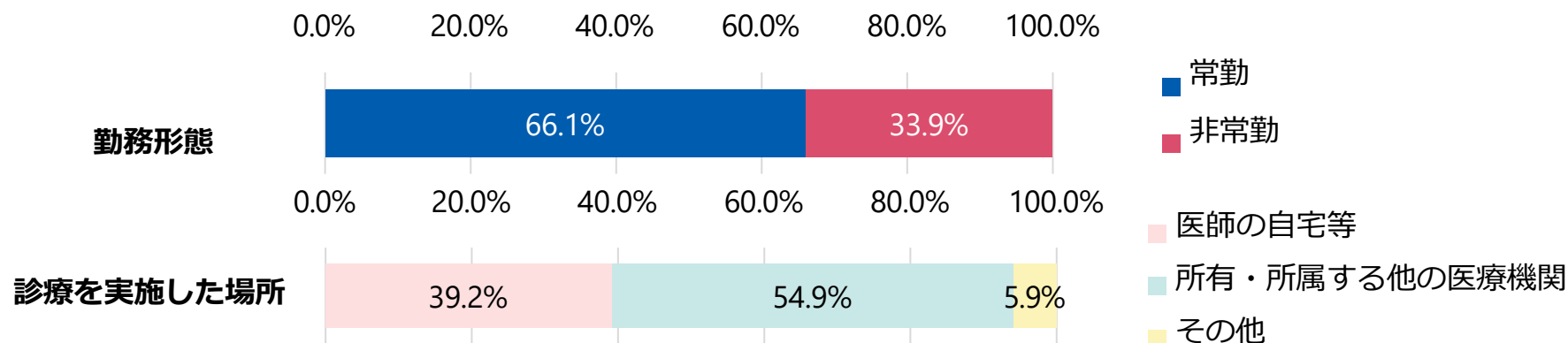
	具体例
(1) 当該医療機関での対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該医療機関への受診</li> <li>患者への往診</li> <li>当該医師の電話対応</li> <li>24時間の救急応需体制の整備</li> </ul>
(2) 他医療機関での対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時の受入医療機関として<b>事前合意あり</b></li> <li>緊急時（狭心症患者の胸痛等）は救急要請</li> <li><b>患者に対し他医療機関への受診を指示</b></li> <li>医療情報ネット「ナビイ」の利用</li> <li><b>事前合意はないが、当該医療機関から他医療機関へ電話・FAXでの受入確認や診療情報提供書の送付を実施</b></li> </ul>
(3) その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該医療機関のかかりつけ患者に限って実施</li> <li>来院の必要がない再診時に限って実施</li> <li>再診患者に対し、対面診療と組み合わせて実施</li> </ul>



# 情報通信機器を用いた診療 施設基準の定例報告②

- 医師が当該医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合、当該医師が所有・所属する他の医療機関から実施する場合は54.9%であった。その他の回答として、訪問診療車内の他、国外で実施した例も見られた。

## 医師が当該医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合



訪問診療車内、出張先、**国外（アメリカ・オーストラリア）等**

### A000 初診料 [算定要件]

- 「注1」のただし書に規定する情報通信機器を用いた診療については、以下のアからキまでの取扱いとする。
- 。ア（略）
  - イ 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、オンライン指針に沿った適切な診療が行われるものであり、**情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること**
  - 。ウ～キ（略）

# 医療広告やオンライン診療における処方

- オンライン診療の適切な実施に関する指針において、不適切な例として、特定の医薬品について禁忌の確認を行うのに十分な情報が得られていないにもかかわらず、オンライン診療のみで処方する例が挙げられている。
- 医療広告ガイドライン等において、処方箋医薬品等を必ず受け取れると期待させる広告は誇大広告に該当するとされている。

## オンライン診療の適切な実施に関する指針

(厚生労働省 令和5年3月一部改訂)

### 1. オンライン診療の提供に関する事項

#### (5) 薬剤処方・管理

##### ④ 不適切な例

- 略
- 勃起不全治療薬等の医薬品を、禁忌の確認を行うのに十分な情報が得られていないにもかかわらず、オンライン診療のみで処方する例。

## 医薬若しくは歯科医薬又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針（医療広告ガイドライン） 令和6年9月13日最終改正

### 第3 禁止される広告について

#### 1 禁止の対象となる広告の内容

##### (3) 誇大な広告（誇大広告）

法第6条の5第2項第2号に規定する「誇大な広告」とは、必ずしも虚偽ではないが、施設の規模、人員配置、提供する医療の内容等について、事実を不当に誇張して表現していたり、人を誤認させる広告を意味するものであり、医療広告としては認められない。

「人を誤認させる」とは、一般人が広告内容から認識する「印象」や「期待感」と実際の内容に相違があることを常識的判断として言えば足り、誤認することを証明したり、実際に誤認したという結果までは必要としない。

## 医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書 (第5版) 令和7年3月 厚生労働省

### 1. 広告が禁止される事例

#### (10) 処方箋医薬品等を必ず受け取れると期待させる広告（誇大広告）

##### 処方箋医薬品等を必ず受け取れると期待させる表現

医療広告ガイドラインでは、「必ずしも虚偽ではないが、施設の規模、人員配置、提供する医療の内容等について、事実を不当に誇張して表現していたり、人を誤認させる広告を意味するものであり、医療広告としては認められない。」とされ、かつここでも「人を誤認させる」とは、「一般人が広告内容から認識する「印象」や「期待感」と実際の内容に相違があること」とされている。

#### 事例①：いかなる場合でも、処方箋医薬品等を必ず受け取れるかのような表現

このスクリーンショットは、オンライン診療のウェブサイトを示しています。ナビゲーションメニューには「ホーム」「サービス内容」「当院について」「お問合せ」があります。メインコンテンツには「いつでもお電話予約」「ご指定の薬局に処方箋をFAX」「すぐに医薬品のお受け取りが可能！」という3つのステップが示されています。右側の「解説」ボックスには、「本薬師の診察や処方箋の交付を経て処方される処方箋医薬品等が、いかなる場合でも必ず受け取れるかのような「期待感」を抱かせている」と指摘されています。

このスクリーンショットは、オンライン診療のウェブサイトを示しています。ナビゲーションメニューには「ホーム」「サービス内容」「当院について」「お問合せ」があります。メインコンテンツには「いつでもお電話予約」「オンラインで医師が診察」「ご指定の薬局に処方箋をFAX」「すぐに医薬品のお受け取りが可能！」という4つのステップが示されています。右側の「解説」ボックスには、「医師の判断によりお薬を処方できない場合があります」という注釈があり、さらに「医師の診察が必要である旨と、薬の受け取りの説明の付添に「医師の判断によりお薬を処方できない場合があります」となどの文言を添付し記載する必要がある」と指摘されています。

医療法関連法令	法第6条の5第2項第2号
医療広告ガイドライン	第3の1 (3) 誇大な広告（誇大広告）
医療広告ガイドラインに関するQ&A	

北海道から沖縄まで  
全国どこでも  
初診から  
オンライン診療での対応！



プライバシーも安心！  
オンラインでの診療

主に休職・復職相談に特化し、  
全国からオンラインで受診できる初めてのクリニックです。  
診断書、傷病手当金申請書、就労可否証明書  
すべての書類の作成が可能！  
また、休職の診断書はPDFデータで即日受取可能です。

LINE で診断書がもらえる

オンライン診療対応のメンタルクリニック

スマホでかんたん！ 診断書がもらえる  
スマホ で診療が受けられる  
メンタルクリニック

心療内科 精神科

通院不要  
スマホで完結

診断書の  
即日発行可能

24時間 LINE  
予約可能

休職の  
相談

※当院は、休職相談をメインとしたクリニックです。  
※医師の診察により、診断書の発行ができない場合もあります。

## (参考2) オンライン診療のみでピルを処方可能としている医療機関



### 保険診療特化の オンラインピル処方

#### ご利用の流れ



Step 1

LINEで診療予約



Step 2

医師とオンライン診療



Step 3

最短翌日  
ポストにピルが届く



Step 4

お薬の追加は再診療へ

いつでもどこでもスマホで診療！自宅でピルが受け取れます

#### 受診にあたってのご注意

下記の全てを満たす方のみ処方可能となります

1. 直近1年以内に婦人科を受診していて、ピルを処方されたことがある
2. 婦人科がん・チョコレート嚢胞と診断を受けていない  
※婦人科がん = 子宮がん・卵巣がん・乳がんなどを指します



## 1 診断を目的とする場合 750点      2 その他の場合 500点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

### 〔対象患者〕

- 注1
- ・ 指定難病の疑いがある患者
  - ・ てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者
- 注2
- ・ 指定難病の患者
  - ・ てんかんの患者（知的障害を有する者に限る。）

### 〔対象医療機関〕 ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院
- ・ てんかん診療拠点機関

### 〔算定要件〕

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。
- ・ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について  
患者説明・同意



主治医のもとで遠隔地の医師が  
オンライン診療を行う（初診も可）

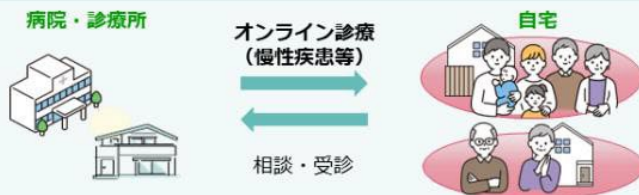


# 遠隔医療に期待される役割（特にD to P with Dを含むオンライン診療）

- 「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」（令和5年6月）において、遠隔医療に期待される役割として以下のとおり整理されている。
- また、D to P with D 型の特徴として、医療資源に限られる地域においても専門の医師等による診察を受けることができることや、主治医等にとって、専門の医師等との情報共有がスムーズとなることが挙げられている。

## 通院に伴う患者負担の軽減及び 継続治療の実現

- ・ 定期的な対面診療にオンライン診療を組み合わせることによる、物理的な距離の解消。医学管理の継続性確保や服薬コンプライアンス等の向上。



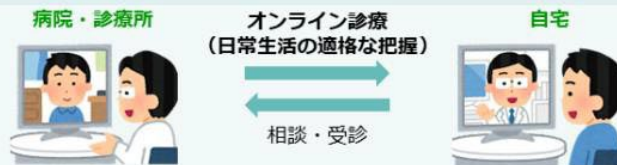
## 訪問診療および往診等に伴う医療従事者の 負担軽減・医療資源の柔軟な活用

- ・ 対面診療と組み合わせたオンライン診療による、訪問診療の継続実施や往診。
- ・ 医療資源の少ない地域や医師の偏在に対応した医療の確保



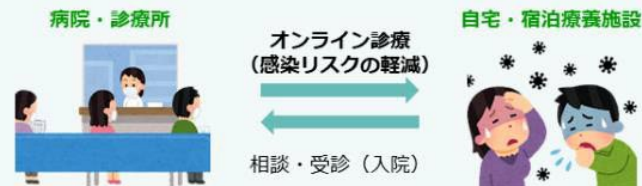
## 日常生活の的確な把握 対面に伴う心理的負担の軽減

- ・ 患者の居宅等の日常生活の状況下にある環境での診療が可能になり、医療従事者は日常生活の的確な把握が可能。
- ・ 患者の受診時の抵抗感が軽減し、医師とより率直にコミュニケーションを取ることが可能。



## 感染リスクの軽減

- ・ 医療従事者及び患者等の感染リスクを軽減。





## 遠隔医療に期待される役割（特にD to D等の医師同士が関わる類型）

- 遠隔医療のうち特に D to D 等の医師同士が関わる類型においては、医療機関同士・医師同士で連携して診療を提供することにより、専門的な医療を人口の集積によらず地理的障害を越えて提供できることが期待される。



### 地域によらない質の高い医療の提供

- ・ 医療機関同士の連携により、難病や希少疾患等の高度の専門性を必要とする医療まで提供する体制の確保。
- ・ 地域の医師から、遠隔地の専門性の高い医師に患者のこまやかな情報を提供し、専門性の高い医師が地域の医師へアドバイスをフォローアップを行うことで診療の質を担保するとともに人材育成。
- ・ 当直等での時間的・精神的負担を軽減し、人材の適正配置や医師の働き方改革に貢献。

### 【D to D型の様々な類型】

遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション・遠隔カンファレンス、遠隔救急支援、遠隔ICU 等

# D to P with D 型及び D to D 型の遠隔医療の活用が想定されるシーン

- 遠隔医療のうち、D to P with D 型及び D to D 型の遠隔医療について、有用性や、非代替性／効率性などの視点を踏まえると、以下のような場面での活用が想定されるのではないか。

## D to P with D型のオンライン診療

- 具体的なシーンとしては、次のような場合が考えられるのではないか。
- 希少性の高い疾患等であり、地理的に近隣の医療機関では診断・治療が困難な疾患について、専門の医師と地域のかかりつけ医と連携して治療方針を決定する場合
  - かかりつけ医を受診する患者に、専門の医師の診療技術の提供が期待される＜有用性＞
  - 地理的に専門医への受診が困難な患者が、専門的な診療を受けることができる＜非代替性＞
- (例) 指定難病、てんかん、希少がん、医療的ケア児（者）等
- 在宅医療において、一部の診療科や多職種チームでなければ対応困難な場合
  - 外来の受診が困難な患者に、専門の医師の診療技術の提供が期待される＜有用性＞
  - 専門医が往診を行うよりも効率的である＜効率性＞
- (例) 眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科等の診療科、緩和ケアチーム等

## D to D型の遠隔医療

### ① 検査・画像診断支援

- 検査・画像診断等に関する専門の医師がいない被支援施設の医師に代わり、専門施設の専門の医師が検査・画像診断等を実施する場合。
  - 非支援施設の患者に、専門施設と同等の診断技術の提供が期待される＜有用性＞
  - 集約的に診断を行うことで、各医療機関で行うよりも効率的に実施できる場合も想定される＜効率性＞
- (例) 遠隔画像診断、遠隔病理診断、遠隔脳波診断等、エキスパートパネル（がん遺伝子パネル検査）

### ② 診療支援

- 緊急性が高い病態の患者に専門の医師の助言により治療方針が変更となり得る場合に、リアルタイムに患者の診療情報を共有し、専門の医師が被支援施設の医師に専門的な助言を行う
  - 専門の医師の診断技術の提供により患者のアウトカムが向上することが期待される＜有用性＞
  - 専門の医師が不在の施設の患者について、緊急に必要な専門的判断を提供できる＜非代替性＞
- (例) 遠隔 I C U、超急性期脳卒中加算

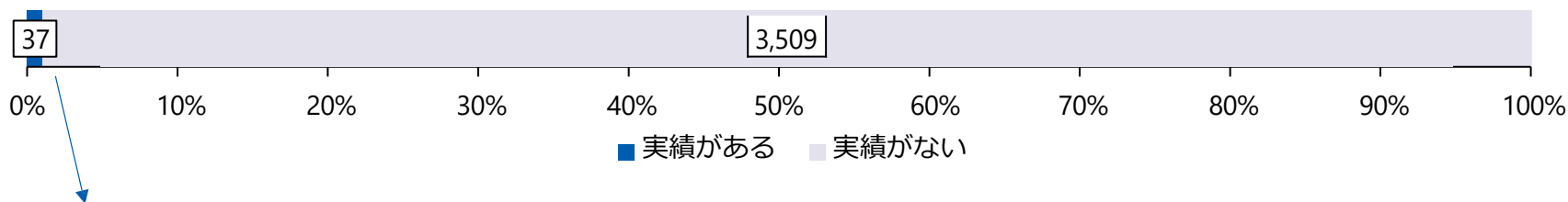
※こうした遠隔医療の活用に当たっては、質の確保や安全性の確保が前提となる。

# 患者が医師という場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）の実施状況

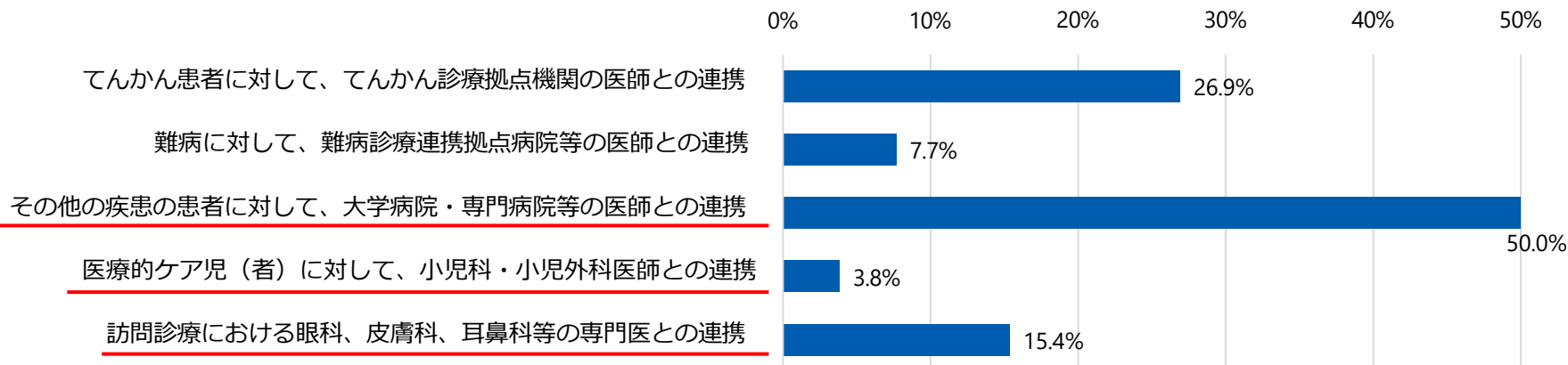
診調組 入-1  
7. 6. 19改

- 過去1年間にD to P with Dによるオンライン診療を実施した医療機関は1.0%であった。
- 遠隔連携診療料を算定できる状況（てんかん患者、難病患者）以外でも医療的ケア児との連携や、訪問診療における眼科・皮膚科・耳鼻科等の専門医と連携している事例も見られた。

過去1年間において、患者が自院に来院したとき又は訪問診療を実施したときに、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、事前に診療情報提供を行った他の医療機関の医師と連携し、診療を行った実績（n=3,546）



連携を行った状況（n=26、複数回答）



その他の疾患：循環器疾患・呼吸器疾患の術後患者、先天性心疾患、皮膚疾患等

# 皮膚科領域における現状、課題、方向性

日本皮膚科学会 提供資料



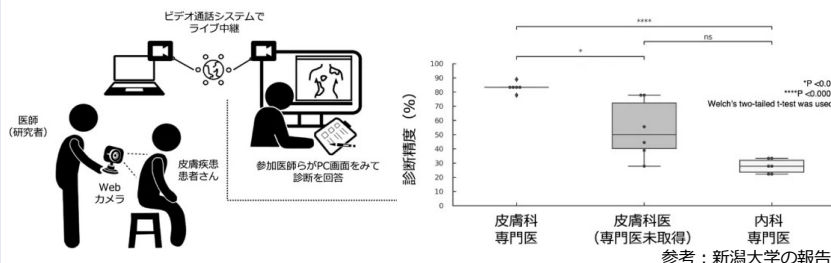
公益社団法人  
日本皮膚科学会  
Japanese Dermatological Association

## ニーズ等

- 日本臨床皮膚科医会及び日本看護協会が実施した調査によると、訪問看護を利用する566名の**在宅療養者のうち、何らかの皮膚疾患を有していたのは399名（70.5%）**であり、代表的な疾患は皮膚真菌症222名（33.6%）、湿疹・皮膚炎群208名（31.5%）、褥瘡48名（7.3%）、爪のトラブル43名（7.3%）等がみられた。また、**皮膚疾患が未治療であったのは114（28.1%）**で、理由としては本人・家族が希望しない場合の他、**「近くに往診する皮膚科医がない」「皮膚科は往診しないと思っていた」等があった。**

## 取組事例

- 一般的なビデオ通話システム及びWebカメラを利用した皮膚疾患をもつ患者の遠隔での診断について、皮膚科専門医は他のグループ（内科専門医、皮膚科専攻医）と比較して診断精度が高かった。【D to P】



- 岩手医科大学、新潟大学、和歌山県立医科大学、島根大学、長崎大学では、遠隔地の地域医療機関と連携し、皮膚疾患に関する遠隔診療を支援。遠隔医療の中でも、専門医の診療を必要とする皮膚疾患の占める割合が多かった。【D to D、D to P】

＜岩手医大と地域の連携＞



＜皮膚科の遠隔医療で必要な設備＞

光学顕微鏡 テレビ会議装置



＜和歌山県立医大の取組＞



## 課題や今後の方向性

- 前述の在宅医療の場面をはじめとして、さまざまな**地域における皮膚科医療へのニーズは十分に存在しているものの、往診を含む地域医療機関における皮膚科診療の提供には、患者および皮膚科医それぞれのアクセス不良など様々な課題も示唆**されている。
- 在宅医療のほか、外来・入院中の患者を含め、オンライン診療の活用により、皮膚科の専門的医療へのアクセスを改善し、皮膚科専門医のリソースを効率的に活用することは有益。**そのためには、**皮膚科診療を支援するためのインフラ**（遠隔対応検査機器、高解像度対応オンライン診療システム）、**診療補助に当たる看護師の研修、ニーズがある患者・医療機関と皮膚科医療のマッチング**等も重要。

# 情報通信機器を用いた診療についての論点

## 【論点】

### （D to Pのオンライン診療の適正な推進に係る評価について）

- 直接の対面診療を行える体制の整備状況について、患者に対し他医療機関への受診を指示するのみの事例がある場合や、医師が国外から情報通信機器を実施した事例があること等、オンライン診療の実態を踏まえ、オンライン診療の有効で適正な推進のための評価のあり方についてどのように考えるか。
- オンライン診療の適切な実施に関する指針や医療広告ガイドラインを遵守していない事例がみられることを踏まえ、施設基準の更なる明確化についてどのように考えるか。

### （D to P with Dのオンライン診療の算定回数や実施状況を踏まえた評価について）

- オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針における遠隔医療に期待される役割や、これまでの診療報酬上の評価を踏まえ、D to P with D 型及び D to D 型の遠隔医療の診療報酬上の評価を一定の考え方を踏まえて検討することについてどのように考えるか。
- 遠隔連携診療料に関する調査結果や事例等を踏まえ、上記の一定の考え方に沿った、入院、外来及び在宅におけるD to P with Dの対象疾患や評価のあり方についてどのように考えるか。

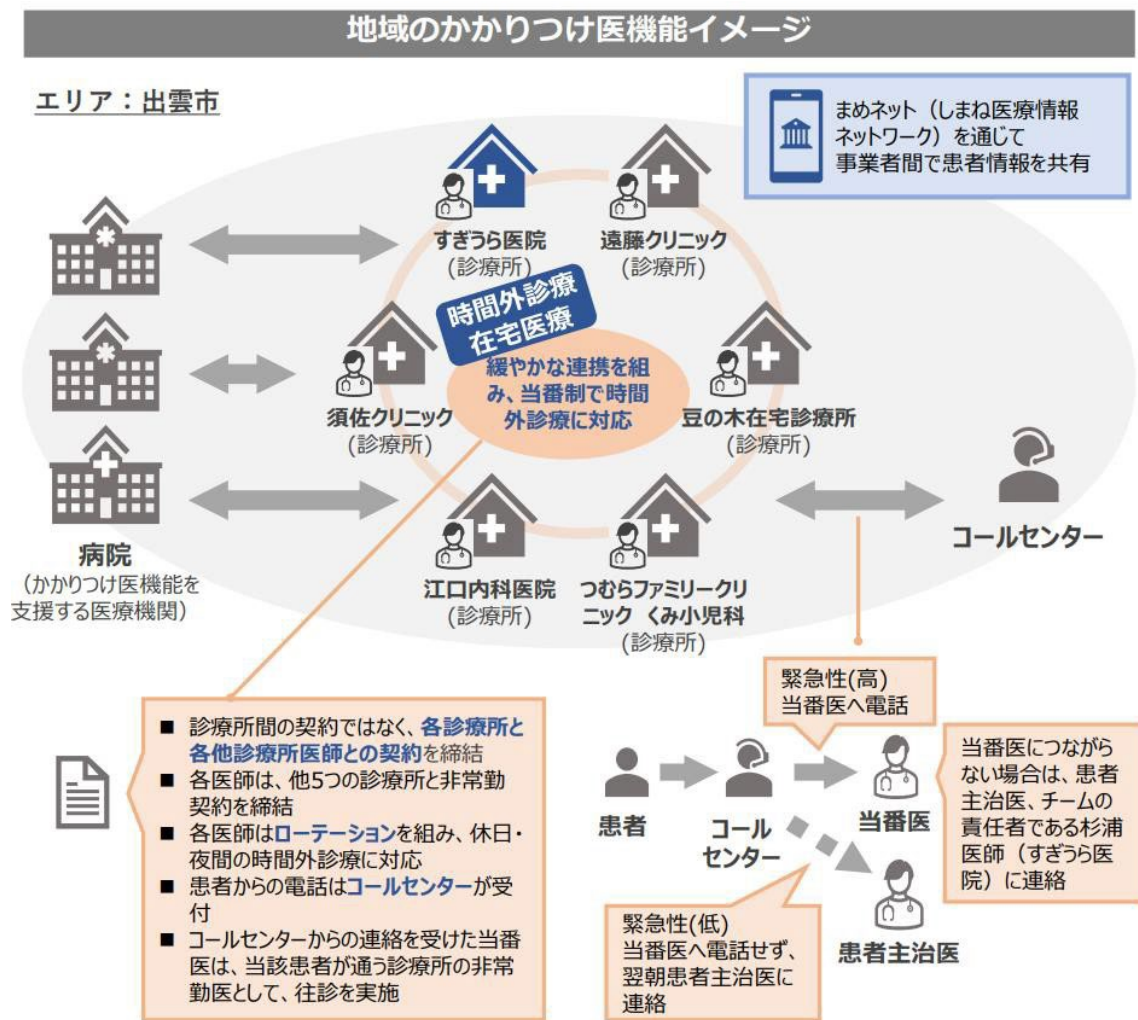
### （D to P with N等のオンライン診療の評価の明確化について）

- D to P with Nについて、看護師等の所属や定期的な訪問時に行われるか等の看護の提供形態の違いを踏まえて看護師の訪問に係る評価を明確化することについて、どのように考えるか。
- 情報通信機器を活用した外来栄養食事指導料の推進の観点から、オンラインのみでの実施も可能であることの明確化や、電話と情報通信機器を同様としている取扱いについて、どのように考えるか。



# 在宅医療提供診療所同士のICTを用いた平時からの情報連携事例

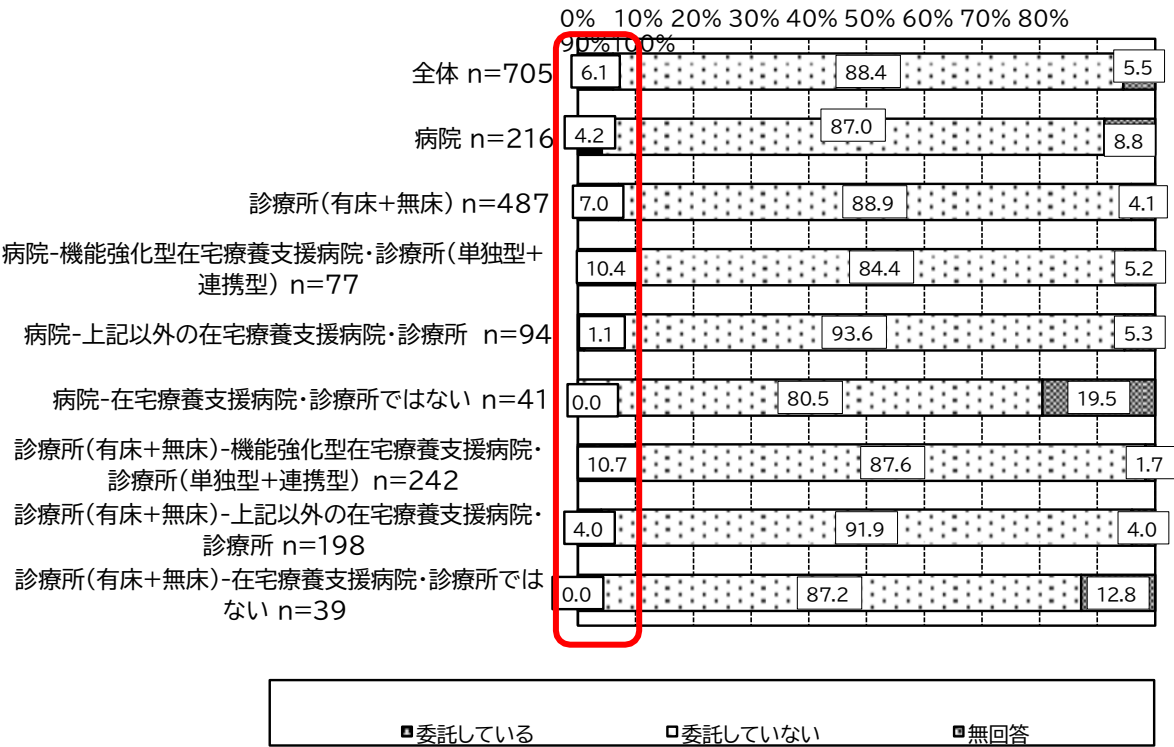
- 在宅医療を提供する診療所同士が医療情報ネットワークを活用することで平時からの医療情報等の共有体制を構築し、当番制で休日・時間外対応を行うなど、円滑に24時間往診体制を構築している事例がある。





- 24時間の往診体制確保のため、第三者（民間企業等）への委託を行っている在宅医療提供医療機関は、6.1%存在した。
- 機能強化型在宅療養支援病院・診療所において、委託を行っている医療機関の割合が高かった。

図表 2-43 24時間の往診担当医の確保方法として、第三者（民間企業等）への委託の有無（種別×届出区分別）



# 在宅療養支援診療所・病院の連絡体制・往診体制の要件

- 在宅療養支援診療所・病院の施設基準において、24時間連絡体制の確保に当たっては、当該医療機関において連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、当該担当者とは直接連絡が取れる連絡先電話番号等を事前に患者等に説明することが定められている。
- また、24時間往診体制の確保に当たっては、往診担当医及び担当日等を文書により患家に提供することが定められている。

## 連絡体制・往診体制の要件の例（機能強化型でない在宅療養支援診療所における要件（抜粋））

### ○連絡体制に係る要件

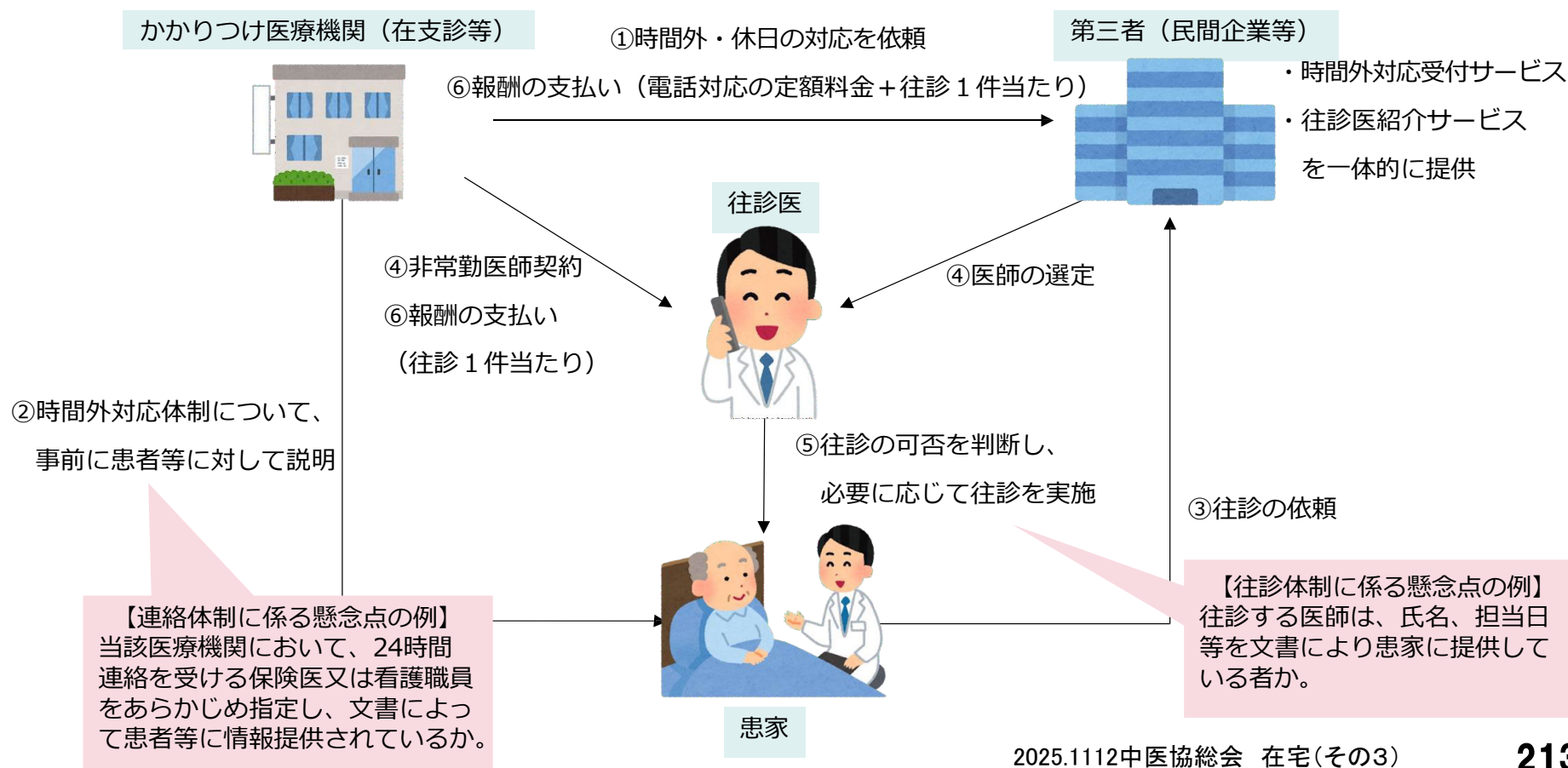
当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者とは直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者とは直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

### ○往診体制に係る要件

当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

# 時間外や夜間の連絡・往診代行サービスの流れ（イメージ）

- 24時間連絡体制の確保のため、連絡窓口（コールセンター業務）をサービス会社に委託している事例がある。さらに、24時間往診体制の確保のため、サービス会社に登録されている医師がその場でかかりつけ医療機関の非常勤医師として雇用契約を結ぶことで、当該医療機関の医師として往診が行われる事例がある。
- この場合、時間外や夜間に誰が連絡応需や往診を行うかについて、患者への事前説明が十分になされていないのではないかといった懸念が指摘されている。

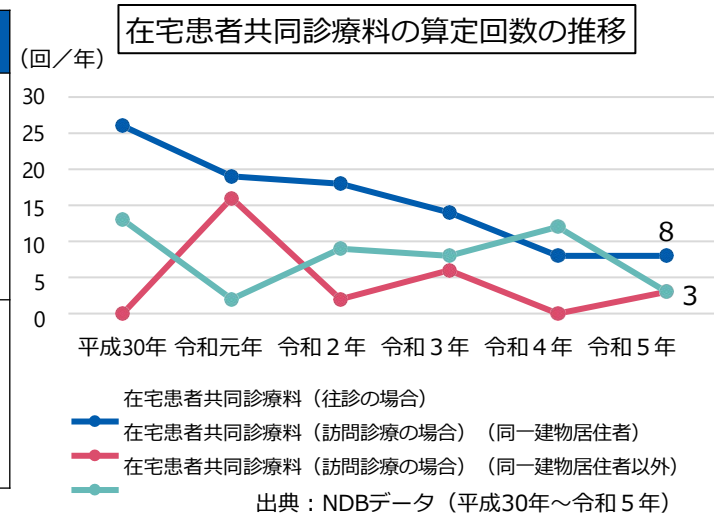


# 在宅患者共同診療料について

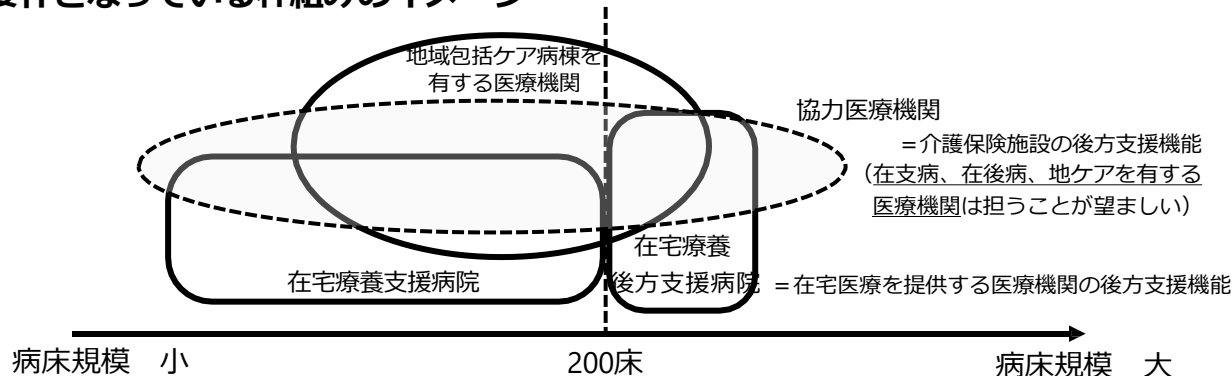
- 在宅療養後方支援病院には、連携医療機関の患者等に対する往診や訪問診療、入院受入について、後方支援機能を果たした際の加算が設けられている。
- 連携医療機関の患者に対し、当該医療機関の医師と共同で往診や訪問診療を行った場合に算定される在宅患者共同診療料の算定回数は経年的に減少し、令和5年の年間算定回数は14回であった。

## 在宅療養後方支援病院等による往診や入院受入の評価

	往診の評価	入院受入の評価
在宅医療 (連携医療機関) の 後方支援	<b>在宅患者共同診療料</b> ※在宅医療を提供する連携医療機関からの求めに応じて、 <b>共同で往診又は訪問診療</b> を行った場合に算定。 在後病のみ	<b>在宅患者緊急入院診療加算 1</b> 連携型在支病 又は 在後病 (特定の疾病の場合のみ)
(参考) 介護保険施設 (協力対象施設) の 後方支援	<b>介護保険施設等連携往診加算</b> 協力医療機関	<b>協力対象施設入所者入院加算</b> 以下のいずれか 在支診／在支病 かつ 協力医療機関 在後病／地ケア有



## 参考) 加算の要件となっている枠組みのイメージ



- 遠隔医療のうち、D to P with D 型及び D to D 型の遠隔医療について、有用性や、非代替性／効率性などの視点を踏まえると、以下のような場面での活用が想定されるのではないか。

## D to P with D型のオンライン診療

- 具体的なシーンとしては、次のような場合が考えられるのではないか。
- 希少性の高い疾患等であり、地理的に近隣の医療機関では診断・治療が困難な疾患について、専門の医師と地域のかかりつけ医と連携して治療方針を決定する場合
  - かかりつけ医を受診する患者に、専門の医師の診療技術の提供が期待される＜有用性＞
  - 地理的に専門医への受診が困難な患者が、専門的な診療を受けることができる＜非代替性＞
 (例) 指定難病、てんかん、希少がん、医療的ケア児（者）等
- 在宅医療において、一部の診療科や多職種チームでなければ対応困難な場合
  - 外来の受診が困難な患者に、専門の医師の診療技術の提供が期待される＜有用性＞
  - 専門医が往診を行うよりも効率的である＜効率性＞
 (例) 眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科等の診療科、緩和ケアチーム等

## D to D型の遠隔医療

### ① 検査・画像診断支援

- 検査・画像診断等に関する専門の医師がいない被支援施設の医師に代わり、専門施設の専門の医師が検査・画像診断等を実施する場合。
  - 非支援施設の患者に、専門施設と同等の診断技術の提供が期待される＜有用性＞
  - 集約的に診断を行うことで、各医療機関で行うよりも効率的に実施できる場合も想定される＜効率性＞
 (例) 遠隔画像診断、遠隔病理診断、遠隔脳波診断等、エキスパートパネル（がん遺伝子パネル検査）

### ② 診療支援

- 緊急性が高い病態の患者に専門の医師の助言により治療方針が変更となり得る場合に、リアルタイムに患者の診療情報を共有し、専門の医師が被支援施設の医師に専門的な助言を行う
  - 専門の医師の診断技術の提供により患者のアウトカムが向上することが期待される＜有用性＞
  - 専門の医師が不在の施設の患者について、緊急に必要な専門的判断を提供できる＜非代替性＞
 (例) 遠隔 I C U、超急性期脳卒中加算

※こうした遠隔医療の活用に当たっては、質の確保や安全性の確保が前提となる。

# 在宅療養指導管理材料加算の算定ルールについて

- 在宅療養指導管理材料加算は複数種類算定することができるが、加算ごとに算定ルールが異なることから、診療頻度の調整が生じることがある。

算定頻度	在宅療養指導管理材料加算
月 1 回算定	C151 注入器加算 C153 注入器用注射針加算 C154 紫外線殺菌機加算 C155 自動腹膜灌流装置加算 算 C156 透析液供給装置加算 C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 C164 人工呼吸器加算 C166 携帯型ディスプレイサブル注入ポンプ加算 C167 疼痛管理用送信機加算 C168 携帯型精密輸液ポンプ加算 C168-2 携帯型精密ネブライザー加算 C169 気管切開患者用人工鼻加算 C170 排痰補助装置加算 C173 横隔神経電気刺激装置加算 C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算
2 月に 2 回算定可能	C152 間歇注入シリンジポンプ加算 C152-2 持続血糖測定器加算 C152-3 経腸投薬用ポンプ加算 C152-4 持続皮下注入シリンジポンプ加算 C161 注入ポンプ加算
3 月に 3 回算定可能	通則 3 乳幼児呼吸管理材料加算 算 C150 自己血糖測定器加算 C157 酸素ボンベ加算 C158 酸素濃縮装置加算 C159 液化酸素装置加算 C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 C163 特殊カテーテル加算 C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 C171 在宅酸素療法材料加算 C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算 C172 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算 算 C174 在宅ハイフローセラピー装置加算

在宅療養指導管理材料加算の算定頻度と診察月の例

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
材料加算A (3月に3回)	3月分			3月分		
診察月	○	●	●	○	●	●

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
材料加算A (3月に3回)	3月分			3月分		
材料加算B (月1回)	1月分	1月分	1月分	1月分	1月分	1月分
診察月	○	○	○	○	○	○

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
材料加算A (3月に3回)	3月分			3月分		
材料加算C (2月に2回)	2月分		2月分		2月分	
診察月	○	●	○	○	○	●

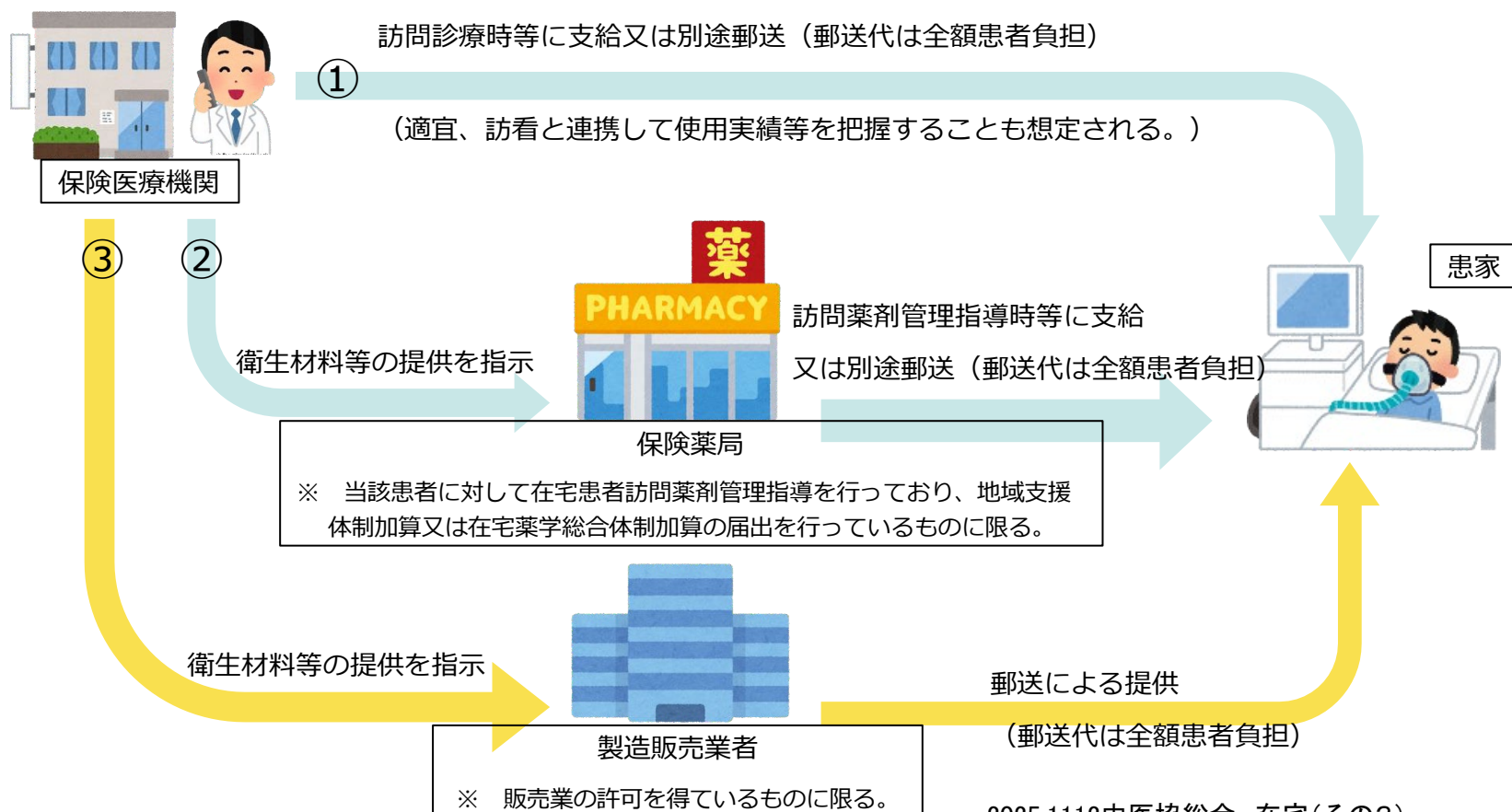
○：材料加算の算定のために診察が必須の月

●：医師の医学的判断により診察要否を選択できる月



# 在宅で使用する衛生材料等の提供ルールについて

- 在宅療養を行っている患者が使用する衛生材料及び保険医療材料の提供に当たっては、①保険医療機関が提供する場合、②保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、地域支援体制加算又は在宅薬学総合体制加算の届出を行っているものに限る。）に対して、保険医療機関が必要な衛生材料等の提供を指示した場合が認められているが、③保険医療機関からの指示に基づき、衛生材料等を製造している企業から直接患者宅へ衛生材料等を郵送することについては、明確になっていない。

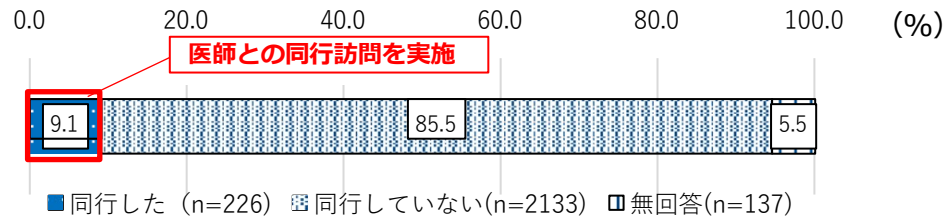


# 薬剤師と医師の連携（同行訪問）

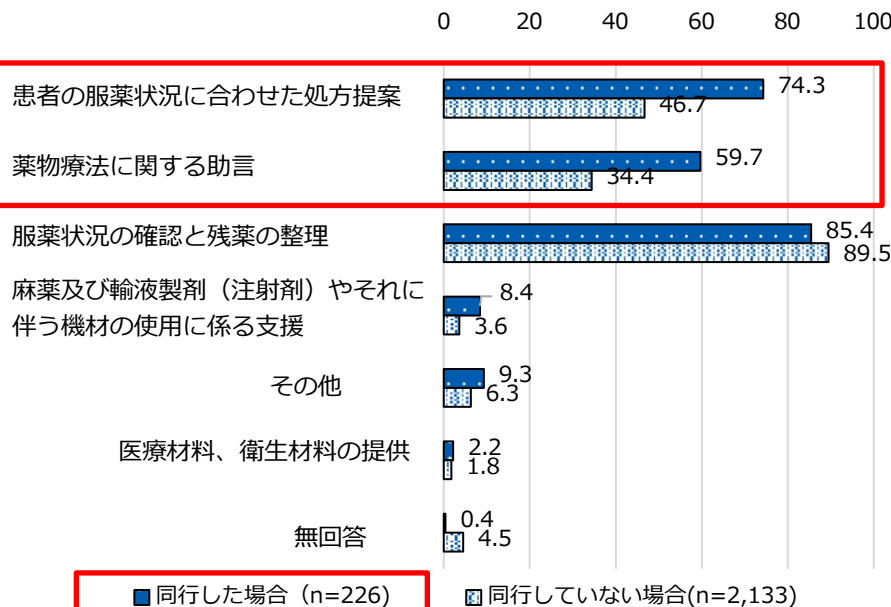
中医協 総-2  
5. 7. 12

- 薬剤師が医師の訪問に同行した場合、同行していない場合に比べ、特に「患者の状況に合わせた処方提案」、「薬物治療に関する助言」の薬学的管理がより多く実施されている。
- 医師が同行した薬剤師に期待することも「患者の服薬状況に合わせた処方提案」、「服薬状況の確認と残薬の整理」との回答が多く挙げられた。

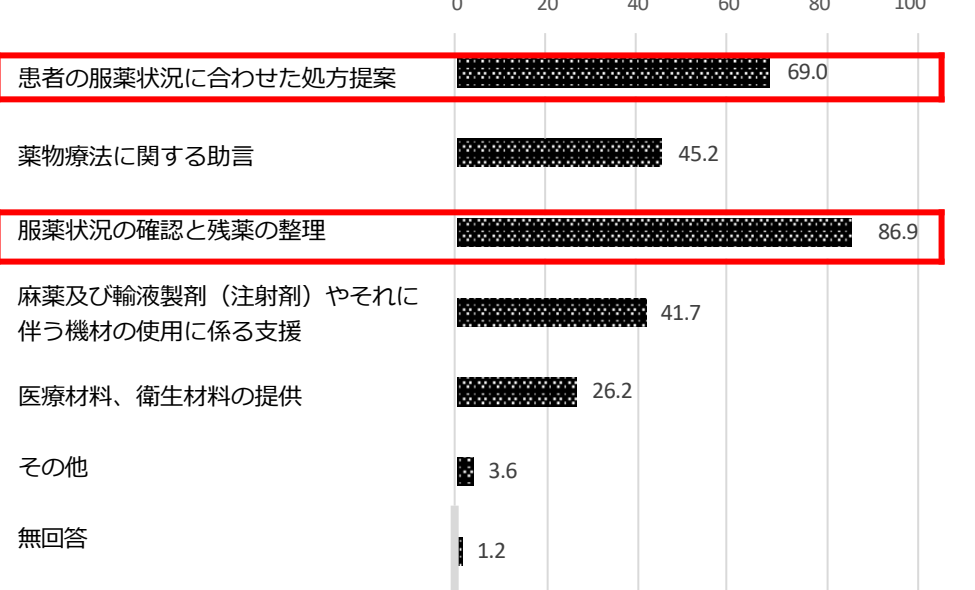
## ■ 訪問薬剤管理指導で、 医師の訪問への同行の実施状況 (※保険薬局患者調査票)



## ■ 医師の訪問に同行した場合又は同行していない場合における薬剤師が 情報提供した薬学的管理の内容（複数回答）※保険薬局患者調査



## ■ 医師の回答：医師が薬局の薬剤師と一緒に訪問した時に 薬剤師に期待すること（複数回答）※医療機関調査



n=84

出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」保険薬局調査（施設票）、医療機関調査（施設票）をもとに保険局医療課にて作成

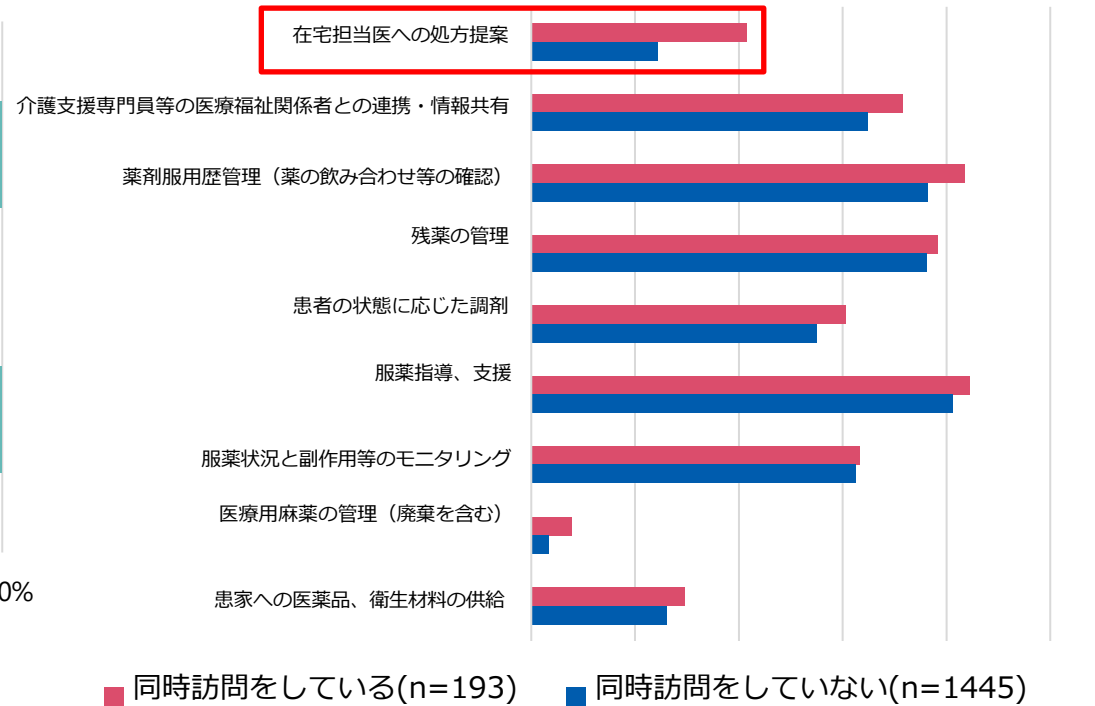
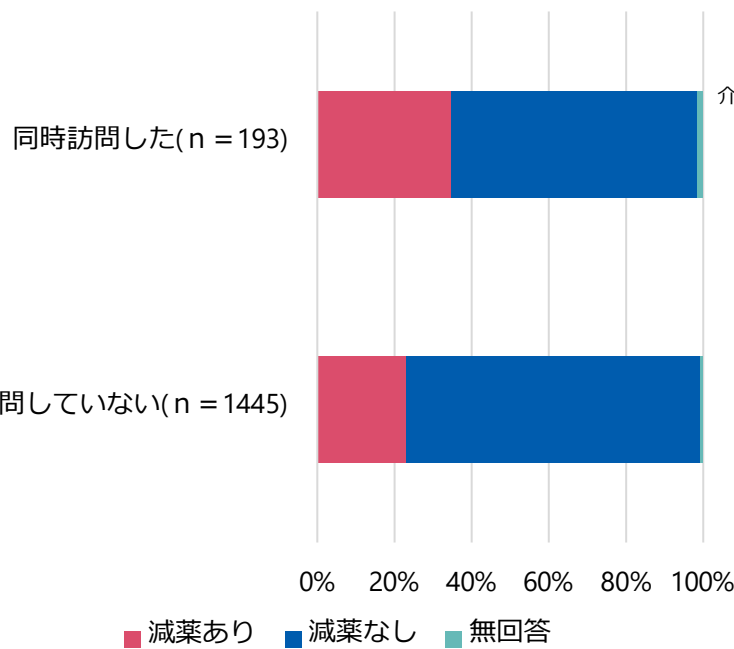
2025.1112中医協総会 在宅（その3）

# 医師と薬剤師の同時訪問による患者の服薬管理への効果

- 医師と薬剤師が同時に訪問する体制を取っている場合、減薬の実施に繋がることや、在宅担当医への処方提案など、充実した薬剤管理に繋がることから、より適切な処方やポリファーマシー対策に繋がる可能性がある。

医師と薬剤師の同時訪問有無別の、  
減薬の実施有無

医師と薬剤師の同時訪問有無別の、  
薬剤管理の内容別実施割合 (複数回答可)



出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」(薬局調査)

## 在宅医療に係る課題と論点②

### 【論点】

#### (在宅医療に係る連携体制の構築の推進について)

- 地域を面で支える在宅医療提供体制の構築を推進する観点から、24時間体制の確保に当たって保険医療機関以外の第三者（株式会社等）によるサービスを利用する場合における、在宅療養支援診療所及び病院の連絡体制及び往診体制に係る要件をどのように考えるか。
- 在宅患者共同診療料の活用場面を想定すると、算定状況や情報通信機器を用いた診療（D to P with D等）の推進との関係を含めて、当該診療料の在り方についてどのように考えるか。

#### (在宅患者個別の指導管理に係る評価等について)

- 在宅療養指導管理材料加算について、2種類以上の加算を算定する場合であっても、医師の医学的判断に基づく診療頻度の決定を推進する観点から、算定ルールを「3月に3回」に統一することについて、どのように考えるか。
- 医師が支給を決定した衛生材料及び特定保険医療材料について、医療機関や薬局からの送付だけでなく、医師の指示に基づき企業等から自宅に直接郵送できることとするについて、どのように考えるか。
- 訪問診療に当たって薬剤師が同時訪問をすることにより、ポリファーマシー対策等のメリットが期待されることを踏まえ、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

# 2026年改定に向けて

**連携先・連携元を確認**

**経営データの収集と確認・分析**

**（収入・支出の内容分析）**

**地域の給料の額を調査**

**従業員満足度調査（アンケート）**

**面談・ヒアリング**

**地域の自院の評判は？**

**損益分岐点を考える（まずはシミュレーション）**



# 令和7年度 厚生労働省補正予算案のポイント

マーカー：医政局関係施策

追加額

2兆3,252億円

※労働保険特別会計10億円を含む。※四捨五入により、計数の合計が一致しないものがある。

## I.「医療・介護等支援パッケージ」1兆3,649億円（医療 1兆368億円 介護等 3,281億円）

○ 医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援	5,341億円
○ 施設整備の促進に対する支援	462億円
○ 福祉医療機構による優遇融資等の実施	804億円
○ 生産性向上に対する支援	200億円
○ 病床数の適正化に対する支援	3,490億円
○ 出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援	72億円
○ 介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善に対する支援	1,920億円
○ 介護事業所・施設のサービス継続に対する支援	510億円
○ 介護テクノロジー導入・協働化・経営改善等に対する支援	220億円
○ 訪問介護・ケアマネジメントの提供体制確保に対する支援	71億円
○ 障害福祉分野における賃上げ・テクノロジー導入等に対する支援	453億円
○ 福祉医療機構による優遇融資の実施、社会福祉法人の連携・協働の推進	106億円
○ 医療・介護分野等へのマッチング支援の強化のためのネットワークの体制整備	0.5億円

## II. 物価上昇を上回る賃上げの普及・定着に向けた支援等 360億円

○ 最低賃金引上げに対応した業務改善助成金による中小企業等の賃上げ支援	352億円
○ 生活衛生関係営業者の物価高騰への対応に向けた価格転嫁の取組支援等	6.9億円
○ 非正規雇用労働者等が働きながら学びやすい職業訓練の実施	0.5億円

## III. 医療・介護の確保、DXの推進、「攻めの予防医療」の推進等 2,277億円

○ 医師偏在是正に向けたリカレント教育の実施や医師のマッチングへの支援等	3.1億円
○ 特定行為研修修了者の養成・ナースセンターの活用等による看護師確保の推進	4.3億円
○ ドクターヘリの運航維持、国民保護事案発生時等における救急・災害医療体制の確保	24億円
○ 周産期医療の連携体制、希望に応じて安全な無痛分娩が選択できる体制の構築	6.0億円
○ 介護支援専門員の確保・資質向上や介護人材の確保・育成、定着に向けた取組支援	55億円
○ マイナ保険証の利用促進に向けた取組	224億円
○ 全国医療情報プラットフォームにおける、電子カルテ情報共有サービス、電子処方箋、公費負担医療制度等のオンライン資格確認、予防接種のデジタル化等の推進	290億円
○ 診療報酬改定DXの取組の推進	42億円
○ 自治体検診における医療機関等との連携の推進	28億円
○ 医療安全の向上・物流DXの推進に資する医薬品・医療機器等製品データベース構築	5.1億円
○ 医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化	15億円
○ 整合的かつ効率的な審査支払機能の運用に向けた国保総合システムの改修	20億円
○ 介護情報基盤の整備や介護テクノロジー開発企業等への支援等に向けた取組の強化	224億円
○ 生涯を通じた歯科健診を行う環境整備の推進	8.8億円
○ 科学的根拠に基づくがん検診の受診率向上に向けた取組の推進	5.4億円
○ 女性の健康総合センターを中心とした女性特有の健康課題への対応の推進	18億円
○ 実績のある移植実施施設への支援等による移植医療対策の推進	13億円
等	

## IV. 創薬力強化に向けたイノベーションの推進、医薬品等の安定供給確保や品質・安全性の確保等 1,527億円

○ 革新的医薬品等実用化支援基金の造成による創業環境の整備	241億円
○ 後発医薬品製造基盤整備基金の造成による後発医薬品企業の品目統合等に向けた設備投資等の支援	844億円
○ 医薬品卸業者に対する継続的な安定供給のための支援	63億円
○ ファースト・イン・ヒューマン（FIH）試験実施体制の整備	12億円
○ 再生医療等の臨床研究支援等に係る基盤の体制整備・強化	3.0億円
○ がん・難病の全ゲノム解析における情報基盤の構築、研究の推進	115億円
○ 革新的医療機器の創出に向けた産業振興拠点の強化	7.6億円
○ AIを活用した創薬に向けたプラットフォームの整備	7.5億円
○ 臨床研究中核病院における国際水準の治験・臨床試験対応能力の強化	22億円
○ 抗菌薬等や人工呼吸器の国内在庫の確保等に向けた体制整備への支援	41億円
○ 海外依存度の高い原薬等の供給リスク低減に向けた支援	4.7億円
○ バイオ後継品の国内生産体制整備計画に対する支援	79億円
○ 血漿分画製剤の確保対策	8.5億円
○ 薬剤師等を活用した市販薬の濫用防止対策の推進、薬物対策	4.1億円
等	

## V. 次なる感染症危機等に備えた体制強化、国際保健への戦略的取組等 627億円

○ 国立健康危機管理研究機構の機能強化	42億円
○ プレパデミックワクチン、感染症危機対応医薬品等（MCM）の確保等	85億円
○ CBRNEテロ対策として必要な医薬品の備蓄強化	1.1億円
○ 関係国際機関等への拠出を通じたユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）等の推進	319億円
等	

## VI. 包摂的な地域共生社会の実現等 4,683億円

○ 自治体の認知症施策推進計画の策定支援等	5.0億円
○ 生活困窮者等に対する自立支援の機能強化	54億円
○ 平成25年から実施した生活扶助基準改定に関する最高裁判決への対応	1,475億円
○ ケースワーカーの業務負担軽減の推進、デジタル技術の活用等	34億円
○ 成年後見制度と権利擁護支援等の連携強化	9.8億円
○ 地域との連携・協働を図るモデル事業による互助機能の強化	3.5億円
○ シルバー人材センターによる高齢者就業機会確保に向けた体制整備支援	3.1億円
○ 自殺対策の強化、困難な問題を抱える女性の地域移行支援の推進	22億円
○ 地域における戦没者の慰霊・戦争体験者の記憶継承の推進	0.9億円
○ 災害からの復旧・復興に対する支援、医療施設等の耐災害性強化	327億円
○ DWATの養成等による災害時の福祉支援体制の強化	3.7億円
○ B型肝炎訴訟の給付金等の支給	1,198億円
等	



施策名:医療・介護等支援パッケージ(医療分野)

① 施策の目的

- 経済状況の変化等に対応するため、救急医療を担うといった医療機能の特性も踏まえつつ、診療に必要な経費に係る物価上昇への的確な対応や、物価を上回る買上げの実現に向けた支援を行う。
- また、現下の物価上昇を含む経済状況の変化により、地域医療構想の推進のための施設整備等が困難な医療機関に対する支援を実施する。
- さらに、物価上昇の影響を受けた医療機関の資金繰りを的確に支援するため、(独)福祉医療機構による優遇融資等を着実に実施する。
- 買上げを下支えし、人手不足にも対応するため、業務効率化・職場環境改善に資するICT機器等の導入・活用などの生産性向上に率先して取り組む医療機関を支援する。
- 病床数の適正化を進める医療機関に対しては、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取り組みを加速する観点から、地域の医療ニーズを踏まえ必要な支援を実施する。
- 出生数減少等の影響を受けている産科施設や小児医療の拠点となる施設への支援も実施する。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

- ア 買上げ・物価上昇に対する支援【5,341億円(買上げ1,536億円・物価上昇3,805億円)】
- イ 施設整備の促進に対する支援【462億円】
- ウ (独)福祉医療機構による優遇融資等の実施【804億円(優遇融資を行うための(独)福祉医療機構の財政基盤安定化等・資本性劣後ローンの融資財源)】  
※ 別途、優遇融資の融資財源は財投要求を行う
- エ 医療分野における生産性向上に対する支援【200億円】
- オ 病床数の適正化に対する支援【3,490億円】
- カ 出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援【72億円】

④ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療従事者の買上げ支援を実施することや物価上昇局面においても医療サービスを円滑に実施するための支援等を行うことで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

## 施策名: ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援

令和7年度補正予算案 5,341億円

## ① 施策の目的

医療機関や薬局における従事者の処遇改善を支援するとともに、物価上昇の影響に対して支援することで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

## ② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

## ③ 施策の概要

経済状況の変化等に対応するため、救急医療を担うといった医療機能の特性も踏まえつつ、診療に必要な経費に係る物価上昇への的確な対応や、物価を上回る賃上げの実現に向けた支援を行う。

(交付額) 医療従事者の処遇改善支援、診療に必要な経費に係る物価上昇対策の合計  
[補助率10/10]

## ④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



- I 医療機関や薬局は都道府県に交付申請する際に申請に必要な内容を申請し、都道府県が当該内容を適当と認めれば国に所要額を交付申請  
II 国は都道府県に所要額を交付決定し、都道府県が医療機関や薬局に支給  
III 都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

※ 病院に対しては国からの直接執行を予定

## ⑤ 施策の実施スケジュール

予算成立後、速やかに実施

## ⑥ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療機関や薬局の処遇改善・物価上昇への支援を行うことで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

【○医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

施策名：ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援【交付額】

＜病院＞

【基礎的支援】

1床あたり	支援額
賃金分	8.4万円
物価分	11.1万円（※）

※全身麻酔手術件数又は分娩取扱数（分娩取扱数にあつては3を乗じた数）が800件以上、2,000件以上の病院（救急車受入件数3000件未満に限る）にあつては、それぞれ1施設2,000万円、8,000万円を加算。救急加算との併給不可。

【救急に対応する病院への加算】

1施設あたり	救急車受入件数 1件以上1,000件 未満	救急車受入件数 1,000件以上	救急車受入件数 2,000件以上	救急車受入件数 3,000件以上	救急車受入件数 5,000件以上	救急車受入件数 7,000件以上
救急加算額	500万円	1,500万円	3,000万円	9,000万円	1.5億円	2億円

※1 三次救急病院については、救急受入件数が5,000件未満の場合、上記の各区分の加算を適用せず、1億円を加算する。  
5,000件以上の場合は、上記の各区分の加算額（1.5億円または2億円）とする。

※2 別途、病床数適正化支援、施設整備等支援及び産科・小児科支援や、食費・光熱費等に対して「重点支援地方交付金」による支援が行われる。

＜有床診療所＞

1床 あたり	支援額
賃金	7.2万円
物価	1.3万円
合計	8.5万円

＜医科無床診療所・歯科診療所＞

1施設 あたり	支援額	
	医科無床 診療所	歯科診療所
賃金	15.0万円	15.0万円
物価	17.0万円	17.0万円
合計	32.0万円	32.0万円

＜保険薬局＞

1施設 あたり	支援額 (1法人あたりの薬局数に応じて傾斜配分)		
	～5店舗	6～19店舗	20店舗～
賃金	14.5万円	10.5万円	7.0万円
物価	8.5万円	7.5万円	5.0万円
合計	23.0万円	18.0万円	12.0万円

＜訪問看護ST＞

1施設 あたり	支援額
賃金	22.8万円
物価	(介護より)
合計	22.8万円

## 【○施設整備の促進に対する支援】

施策名:イ 施設整備促進支援事業

令和7年度補正予算案 462億円

※医療・介護等支援パッケージ

医政局地域医療計画課  
(内線2550)

### ① 施策の目的

- ・現下の物価高騰を含む経済状況の変化により施設整備が困難となっている医療機関に対する支援を行うことにより、地域における地域医療構想を推進するとともに、救急医療・周産期医療体制を確保する。

### ② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

### ③ 施策の概要

- ・医療提供体制施設整備交付金、医療施設等施設整備費及び地域医療介護総合確保基金(Ⅰ－1)の交付対象となる新築、増改築等を行う医療機関に対して、㎡数に応じた建築資材高騰分等の補助を行う。  
(概要)整備計画を進めており、国庫補助事業の交付対象となる医療機関等を対象として、施設整備を進めるために必要な給付金等を支給する。  
(交付額)(市場価格－補助事業単価)×国負担分相当

### ④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

【国が都道府県事業を支援する場合】



- 医療機関は都道府県に交付申請する際に申請に必要な内容を申請し、都道府県が当該内容を適当と認めれば国に所要額を交付申請
- 国は都道府県に所要額を交付決定し、都道府県が医療機関に支給
- 都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

### ⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

足元の経営状況の急変等に直面している医療機関等へ必要な財政支援を行うことで、地域に必要な医療提供体制を確保する。



## 【○福祉医療機構による優遇融資等の実施】

令和7年度補正予算案 564億円

医政局医療経営支援課  
(内線2672)

施策名:ウ 福祉医療機構による優遇融資への支援

## ① 施策の目的

物価高騰の影響を受けた医療機関等の資金繰りを支援するための無利子・無担保等の優遇融資を行う(独)福祉医療機構の体制を整備する。

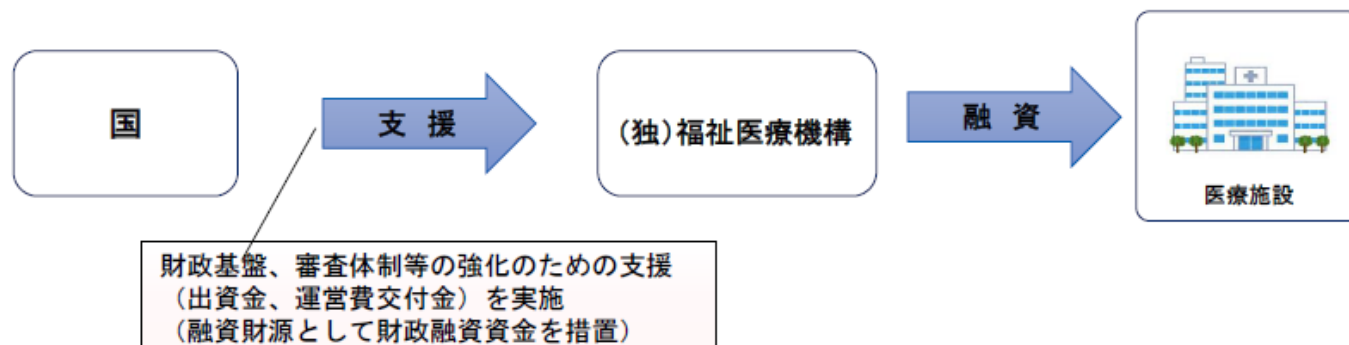
## ② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

## ③ 施策の概要

優遇融資を実施する(独)福祉医療機構に対して、速やかな貸付の実行や適切な債権管理を行うための機構の財政基盤及び審査体制等の強化を図るための支援を行う。

## ④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



## ⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

物価高騰の影響を受けた医療機関等が事業を継続できるよう資金繰り支援を行うことにより、地域の医療サービスの安定的な提供体制を確保する。

## 【○福祉医療機構による優遇融資等の実施】

## 施策名:ウ 福祉医療機構による資本性劣後ローンの創設

## ① 施策の目的

物価高騰の影響を受け、債務超過等により必要な新規融資を受けられなくなっている民間病院に対して資本性劣後ローンを実行する(独)福祉医療機構の融資体制を整備する。

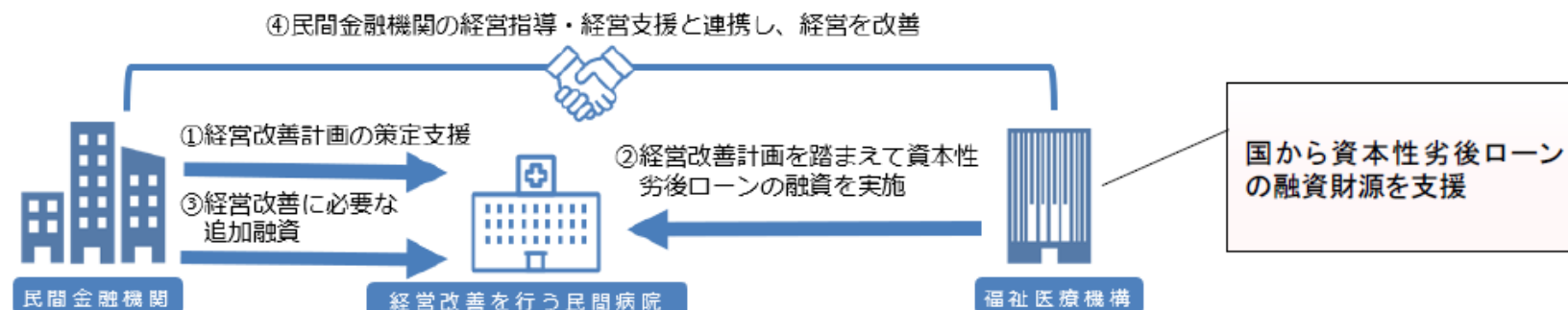
## ② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

## ③ 施策の概要

(独)福祉医療機構の融資メニューに地域で必要な医療機能を有していながら、債務超過等により必要な新規融資が受けられなくなっている民間病院の財政状況を改善させ、民間金融機関からの融資再開につなげるための資本性劣後ローンを創設する。必要な融資が実施されるよう、(独)福祉医療機構に対して融資財源の支援を行う。

## ④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



## ⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

資本性劣後ローン融資により債務超過が解消し、財務(BS)が改善されるため、民間金融機関の融資が再開される。併せて民間金融機関と連携した経営改善を行うことで、地域医療の維持に寄与する。



## 【〇生産性向上に対する支援】

施策名:エ 医療分野における生産性向上に対する支援

令和7年度補正予算案 200億円

医政局医療経営支援課  
(内線2640)

## ① 施策の目的

業務効率化・職場環境改善に資する取組を支援し、医療分野の生産性向上を図り、医療人材の確保・定着に繋げる。

## ② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

## ③ 施策の概要

業務効率化・職場環境改善に関する目標値を設定し、進捗管理を行う「業務効率化推進委員会(仮称)」を設置し、業務効率化・職場環境改善に資するICT機器等の導入等の取組を行う病院に対して必要経費を支援し、医療分野の生産性向上を図る。

総事業費: 1病院あたり1億円(うち交付額(上限)は8,000万円【負担割合:国2/3、都道府県1/3】)

## 【生産性向上に資する取組のイメージ】

○ ICT機器の導入による業務の効率化

・ スマートフォンによるカルテ閲覧・情報共有、インカム、IWB等の導入 ⇒ DX化による情報伝達の効率化

○ 取組を行う病院への医療勤務環境改善センターによるサポート体制強化

## ④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



I 医療機関は都道府県に交付申請し、都道府県は国に所要額を交付申請

II 国は都道府県を通じて医療機関に所要額を交付決定(補助率4/5)し、都道府県が医療機関に交付

III 医療機関は都道府県に実績報告(概ね3年後)

IV 都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

## ⑤ 施策の実施スケジュール

予算成立後、速やかに実施

## ⑥ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

業務効率化・職場環境改善に取り組む病院への財政支援を行うことで、職場内の生産性向上を図り、医療人材の確保・定着に繋げ、地域に必要な医療提供体制を確保する。

# 【〇病床数の適正化に対する支援】

令和7年度補正予算案 3,490億円

※医療・介護等支援パッケージ

医政局地域医療計画課  
(内線4095、2665)

施策名:オ 病床数の適正化に対する支援

## ① 施策の目的

- 効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。

## ② 対策の柱との関係

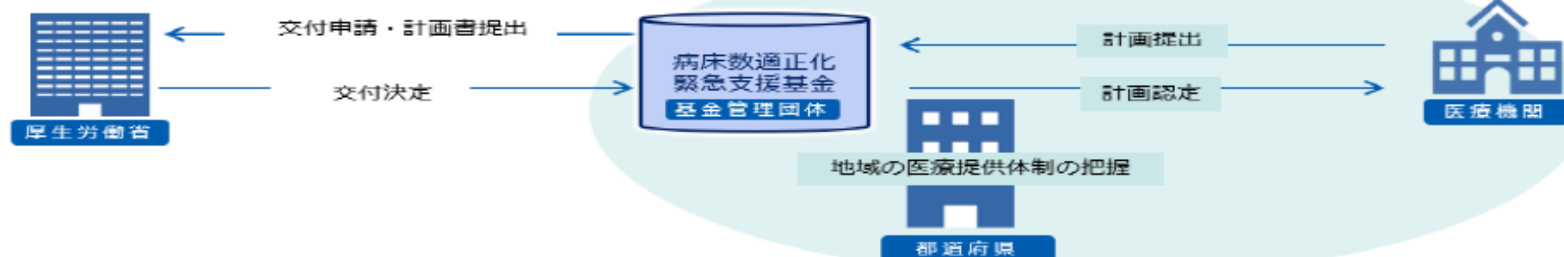
Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

## ③ 施策の概要

- 「病床数適正化緊急支援基金」を創設し、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援を行う。  
(概要) 医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行う。  
(交付対象・交付額) 病院(一般・療養・精神)・有床診療所:4,104千円/床(ただし、休床の場合は、2,052千円/床)

## ④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(イメージ図)



- 医療機関は基金管理団体等に計画提出を行う際に病床削減数を申請し、基金管理団体等が計画認定する
- 基金管理団体等は医療機関に所要額を支給する(10/10)

## ⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。  
人口減少等により不要となると推定される、約11万床(※)の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情も踏まえ、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

※一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数(厚生労働省調べ)。

※約1.1万床については令和6年度補正予算による病床数適正化支援事業により措置済み。

施策名: 産科・小児科医療機関等に対する支援

## ① 施策の目的

出生数や患者数の減少が進行するなかでも、地域でこどもを安心して生み育てることができる周産期医療及び小児医療体制を確保する。

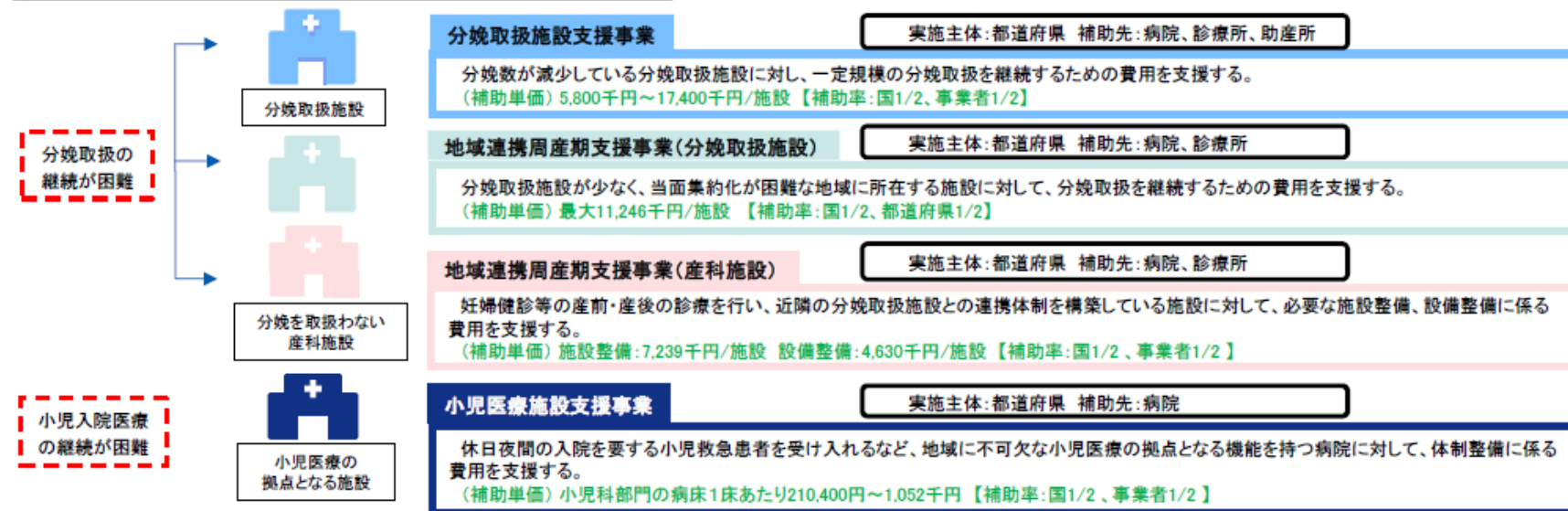
## ③ 施策の概要

- ・ 地域で安心安全に出産できる体制確保に向けた取組を支援する。
- ・ 地域で救急を含めた小児入院医療が実施できる体制確保に向けた取組を支援する。

## ② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

## ④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



## ⑤ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

産科施設や小児科医療機関を取り巻く厳しい経営環境を踏まえ、施設の連携・集約化・重点化を含めた必要な支援を行い、地域でこどもを安心して生み育てることができる小児周産期医療体制の確保を図る。

## 施策名: マイナ保険証の利用促進に向けた支援等

### ① 施策の目的

マイナ保険証を基本とする仕組みへの円滑な移行に当たり、各種取組を通じて、マイナ保険証の利用促進・定着を図る。

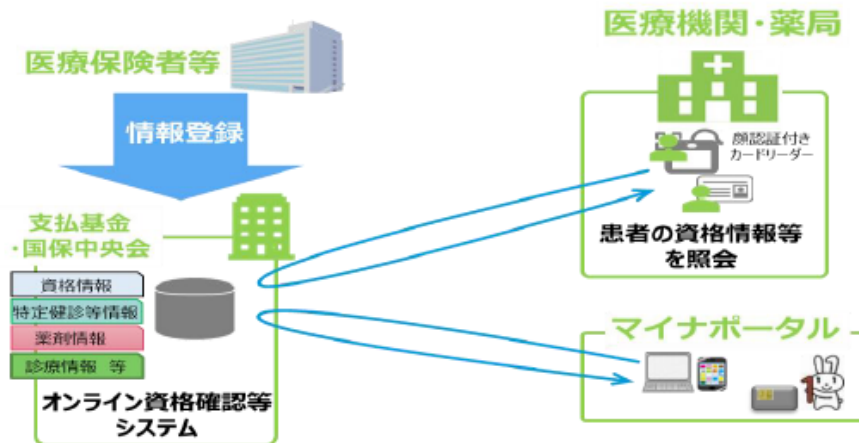
### ② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
							○		

### ③ 施策の概要

円滑にマイナ保険証を利用するための医療機関等における必要なシステム改修や新しい規格の顔認証付きカードリーダーの導入費用の補助、国民や医療機関等への継続的な周知広報等を行う。

### ④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



### ⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

マイナ保険証を基本とする仕組みへの円滑な移行やマイナ保険証の利用促進・定着を図る。



① 施策の目的

少子高齢化が進展する中、持続可能な医療提供体制の構築に向け、医師偏在の是正を総合的に実施するため、中堅・シニア世代等の医師を対象とした広域マッチング支援による医師偏在是正に取り組む。

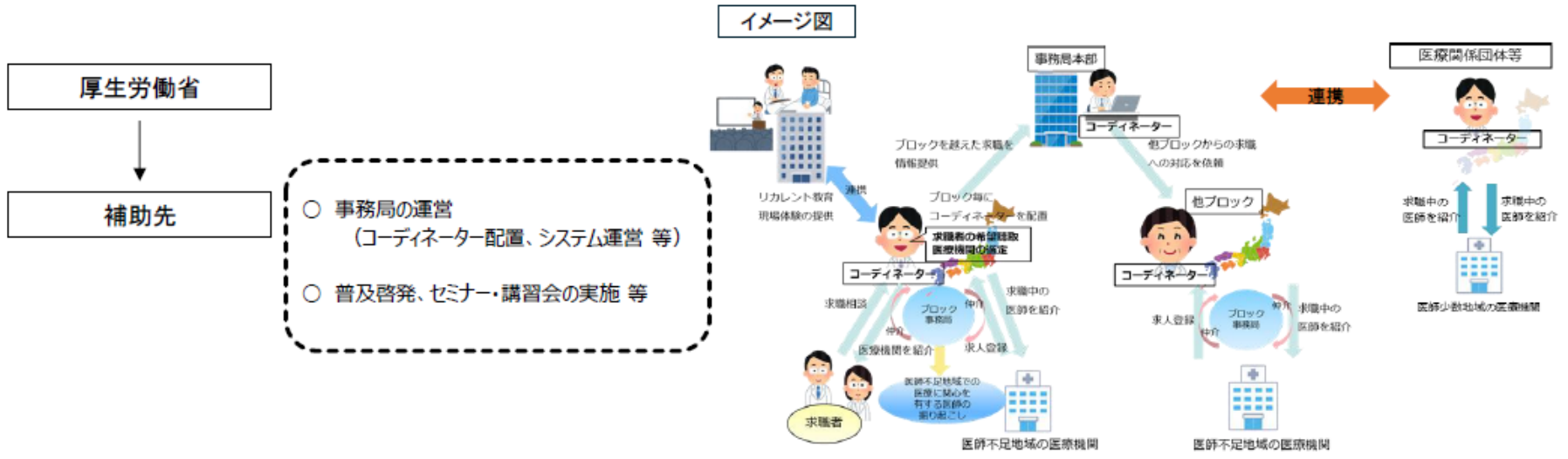
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

全国的に、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしやキャリアコンサルティングを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師少数地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うための財政支援を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医師少数地域での医師確保が図られ、医療提供体制の維持・確保に寄与する。

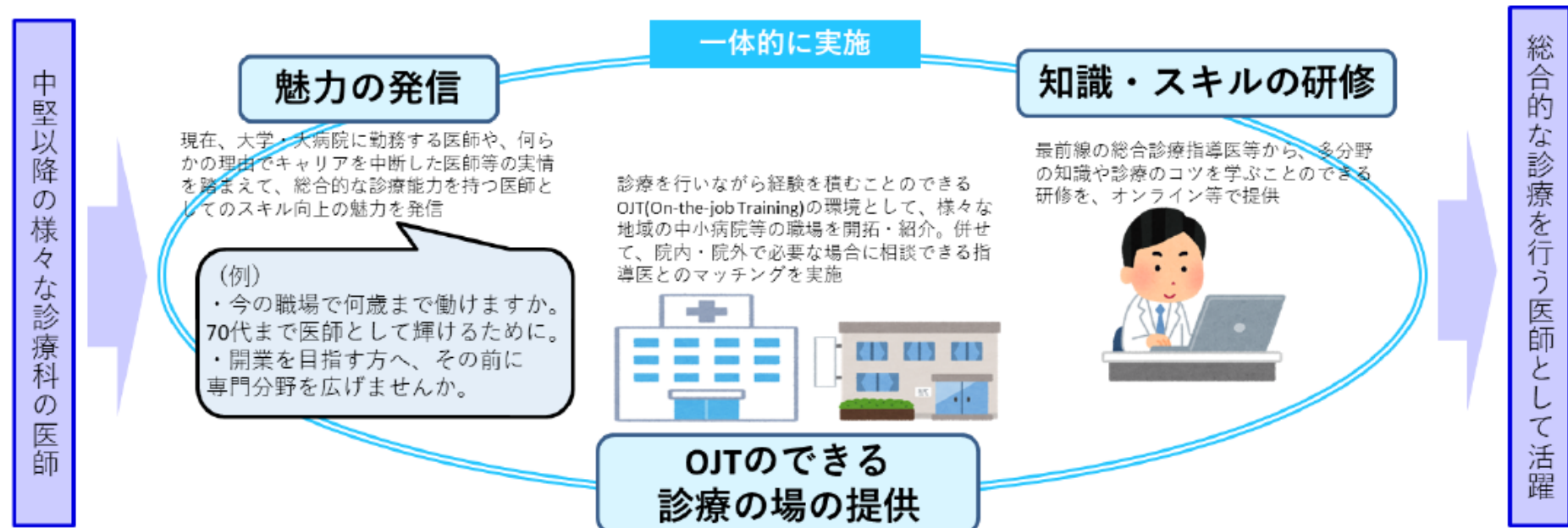
## ① 施策の目的

- 経済財政運営と改革の基本方針2025において、総合的な診療能力を有する医師の育成や、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組を実施することとされており、医師の地域偏在と診療科偏在の解消に向けた取組のひとつとして、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医の養成を推進することを目的としている。

## ② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

## ③④ 施策の概要、施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



## ⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

- 中堅以降の様々な診療科の医師等に対しリカレント教育を実施することで、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる医師の育成に寄与し、地域偏在と診療科偏在対策の更なる推進が見込まれる。



施策名: 離島・へき地における看護師の特定行為研修推進モデル事業

① 施策の目的

- ・ 少子高齢化の進展に伴い需要が増大する在宅医療等の推進を図るためには、個別に熟練した看護師のみでは足りないことから、医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助(特定行為)を行う看護師を養成する。
- ・ 離島・へき地の病院・診療所等で医師のタスク・シフト/シェアを推進し離島・へき地における医療を確保するために、在宅パッケージを含めた特定行為研修を修了した看護師(以下、「修了者」という。)との協働を普及する。

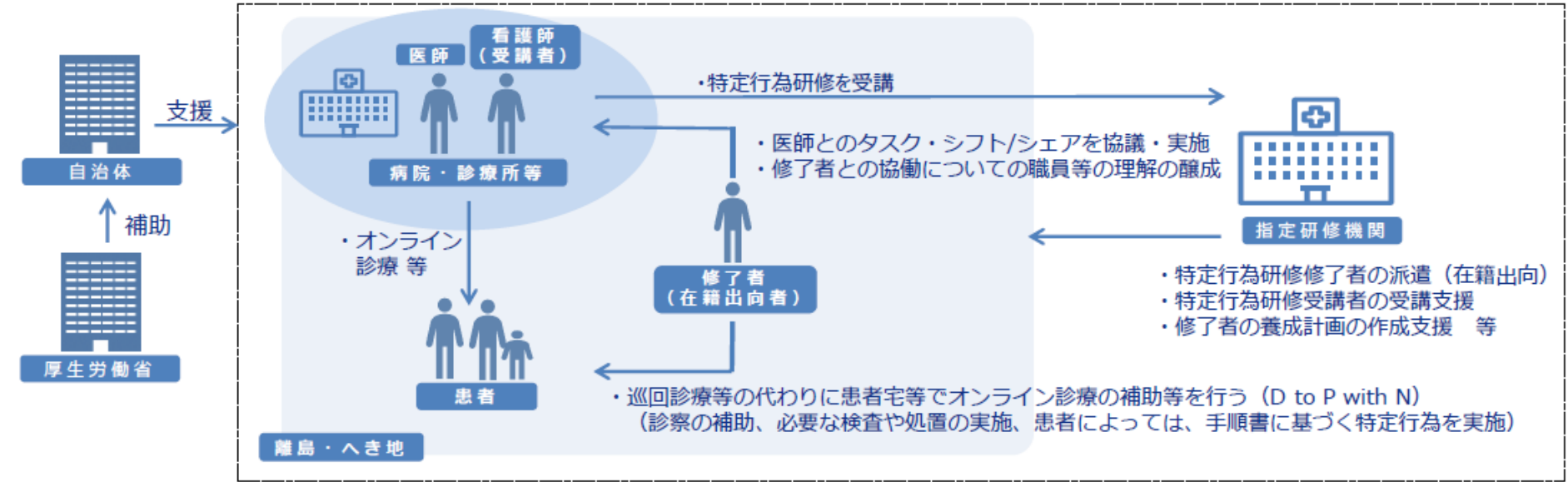
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

- ・ 離島・へき地の病院・診療所等において、地域のニーズにあった区分を精査し、それらの特定行為研修を受講できる環境の整備、修了者と医師の協働の普及を行い、タスク・シフト/シェアを推進することにより、離島・へき地における医療を確保する。
- ・ また、看護職員数が限られ特定行為研修を受講しにくい離島・へき地の病院・診療所等において、看護師が特定行為研修を受講できる環境の整備と、修了者の活動の普及を促すことにより、看護職員(修了者)の確保および活躍を推進する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

離島・へき地における特定行為研修受講体制を整備し、タスク・シフト/シェア推進や特定行為研修修了者の確保および活躍を推進する。

① 施策の目的

- ・ 少子高齢化の進展に伴い、現役世代(担い手)が減少する中で、今後も増大する看護ニーズに対応していくためには、看護職員の確保が必要であり、医療機関等における看護職員の確保は、引き続き、重要な課題となっている。
- ・ 多様で柔軟な働き方に対応したマッチングの推進や、ナースセンター・コンピュータ・システム(NCCS)の改修を行うことで、看護職員の就業支援の充実を図る。

② 対策の柱との関係

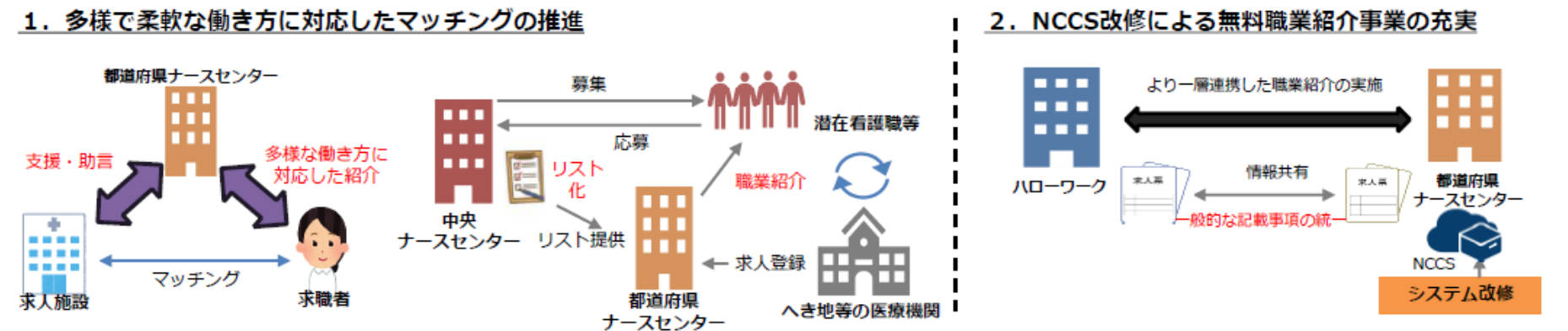
Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

1. 多様で柔軟な働き方に対応したマッチングの推進  
求人施設が求める条件と、求職者が求める条件の乖離解消に向け、都道府県ナースセンターに対し講師を派遣し、マッチング率が低い医療機関等の分析を行い、支援・助言を行うことで、効果的な求人の提示とマッチング率の向上につなげる。  
中央ナースセンターが、潜在看護職等も含めた全国の看護職員に対し、へき地をはじめとした地域での勤務の魅力のPR等の情報発信を行い、問い合わせがあった者などをリスト化して都道府県ナースセンターに橋渡しを行い、都道府県ナースセンターの無料職業紹介事業に活用する。
2. NCCS改修による無料職業紹介事業の充実  
ナースセンター・コンピュータ・システム(NCCS)の改修を行い都道府県ナースセンターの求人票等における一般的な記載事項をハローワークのものと統一等を行うことで、情報共有における業務効率化や求職者の利便性向上を進め、無料職業紹介事業の更なる充実を図る。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

実施主体：日本看護協会(中央ナースセンター)    補助率：定額(10/10相当)



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

効果的な求人の提示によるマッチング率の向上、へき地等における潜在看護職員の活用、都道府県ナースセンターとハローワークの連携強化及び求職者の利便性向上を図ることにより、医療機関等における看護職員の確保につながる。



施策名：看護現場におけるデジタルトランスフォーメーション推進実証事業

① 施策の目的

- ・ 看護現場における省人化に向けた今後の検討に資するエビデンスを収集するため、看護業務効率化に効果のあった機能を有する機器の導入を促進し効果検証を行う。加えて、看護DX(デジタルトランスフォーメーション)に取り組む際の参考となるよう病床機能や施設規模等に応じた事例集を作成し普及展開することで省力化ニーズのある全国の医療機関等の看護業務効率化を一層推進する。
- ・ 在宅医療においては、2040年に向けて在宅療養患者が増加する中、限られた人材で訪問看護など効率的なサービスを提供できるよう地域で整備することが喫緊の課題であることから、地域の関係機関が連携して地域で求められる取組を実施することでデータを収集し、訪問看護などのサービスの適正配置や省人化に資するエビデンスを収集する。

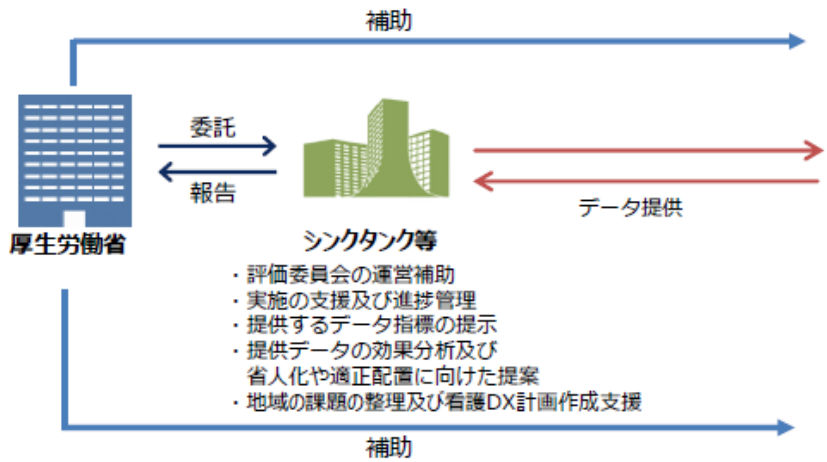
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

- ・ 看護DXを促進するため、医療機関等におけるICT機器を活用した効率的・効果的な看護業務の検証等の実施に必要な経費に対する支援を行う。
- ・ 病院、診療所、訪問看護ステーション等が連携して、在宅療養生活の整備、在宅医療の関係職種間の情報共有、通院困難な患者のオンライン診療等について、ICT機器を用いた効率的・効果的な看護実践の検証等の実施に必要な経費に対する支援を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



1.施設内のDX	
病院 診療所 訪問看護ステーション	○看護職員の業務効率化を目的に、音声入力システム、バイタルサイン値等の自動反映、インターコミュニケーションシステム(インカム)等のICT機器を導入した看護実践を実施。 ○看護業務の効率化や省人化にどの程度寄与しているか、費用対効果やケアの質の効果検証に必要なデータを提供する。
2.地域におけるDX	
病院・診療所・訪問看護ステーション等	○地域の関係機関が連携して効率的なサービスを提供することを目的に、ICT機器を導入して、以下のような看護実践を実施。 ①在院日数が短縮する中、退院直後等は在宅療養生活の準備が十分ではない患者もいるため、看護師がバイタルサイン等のモニタリングを行い、安定した在宅療養生活の早期実現 ②患者の在宅療養に関わる関係者で情報共有ができる仕組みを構築し、タイムリーな患者の状況に応じた訪問看護の提供 ③スマートグラス等を活用した患者の状態を医師と共有する仕組みを構築し、患者の状態に合わせた処置等を実施 等

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

看護現場での看護師の業務の効率化を図ることにより、看護サービスの質の向上を推進する。

施策名:看護管理者の能力向上支援事業

① 施策の目的

- ・ 2024年4月からの医師の労働時間上限規制開始に伴いこれまで以上に看護業務の効率化が必要となっており、看護現場におけるデジタルトランスフォーメーションを推進するためには、ICT機器の導入にあたって看護管理者等が抱える課題等を相談できる体制の構築が必要である。
- ・ また、働き方改革が進む中、子育て等による時短勤務や夜勤免除の職員が増加し、夜勤を担える看護職員の確保が課題となっており、看護職員が働き続けることができる多様な勤務形態や職場環境の在り方等の整備が必要である。
- ・ そこで、多様な勤務形態の普及動画等を含めたポータルサイトの設置・運営を行い、その中で看護管理者等がアドバイザーから助言を受けられる体制等を構築するとともに、多様な働き方の導入を検討する医療機関に対して看護管理の専門家(労務管理、人材管理等)による支援を実施し、その支援結果を事例集・動画としてポータルサイトで広く普及していくことで、看護管理者等の能力向上を図る。
- ・ なお、医療機関に対する支援は当該地域で継続して実施できるよう、都道府県ナースセンターとも連携して実施する。

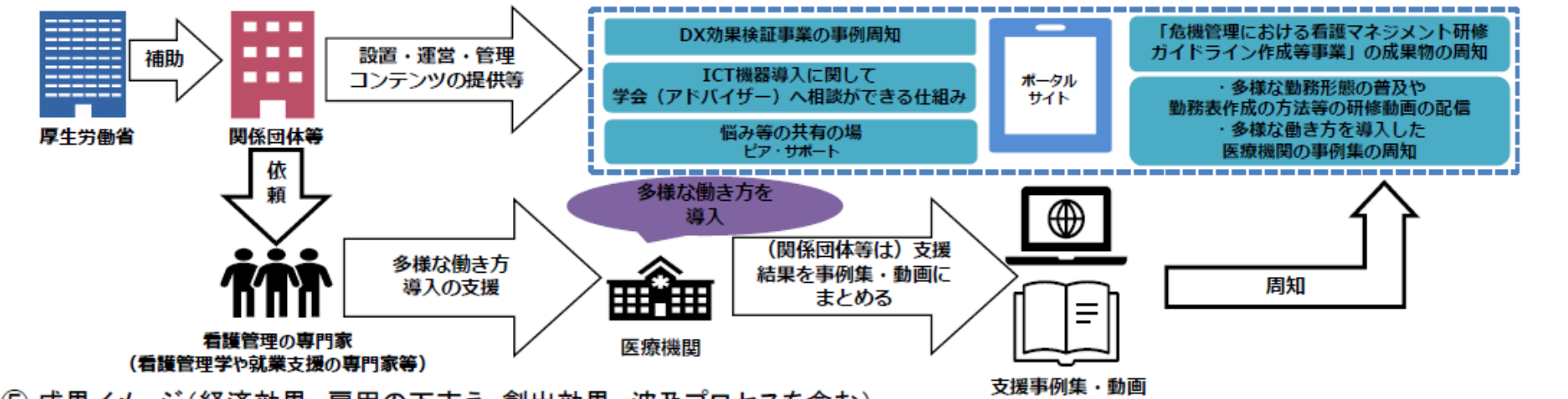
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

- ・ 看護管理者等向けのポータルサイトの設置、運営及び管理や、当該サイト内に研修を受けられる場、アドバイザーへ相談し助言を受けられる場、成果物を周知できる場等のコンテンツ作成等に必要な経費に対する支援を行う。
- ・ また、病院が多様な働き方の導入を行うための支援を行い、その支援結果をまとめた事例集・動画を作成、周知する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

看護管理者の抱える課題等への相談体制の構築や多様な勤務形態の導入支援により、看護管理者の能力向上を支援する。これにより、看護DXを推進し看護サービスの質の向上を図るとともに、夜勤を担える看護職員の確保を行う。

① 施策の目的

・地域において必要な救急医療が適時適切に提供できる体制の構築を目指し、早期の治療開始、迅速な搬送を可能とするドクターヘリの運航体制を確立する。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

・ドクターヘリの安全かつ持続可能な運航体制を確保するため、ヘリの機体の調達・整備、資機材の調達、整備士等の確保等に係る費用を支援する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

・施策のスキーム



・実施主体：都道府県(基地病院(救命救急センター))

・補助率：1／2

・負担割合：国1／2、都道府県1／2



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

ドクターヘリによる搬送の安全性や質の確保を図ることが出来る。



施策名: 国民保護事案発生時等に活動する救護班事務局事業

① 施策の目的

周辺国における情勢の緊迫化など、国民保護事案の発生可能性が高まっている世界情勢を踏まえ、救護班の隊員管理や派遣調整等を行う事務局を整備し、国民保護事案発生時等における対応の迅速化を図る。

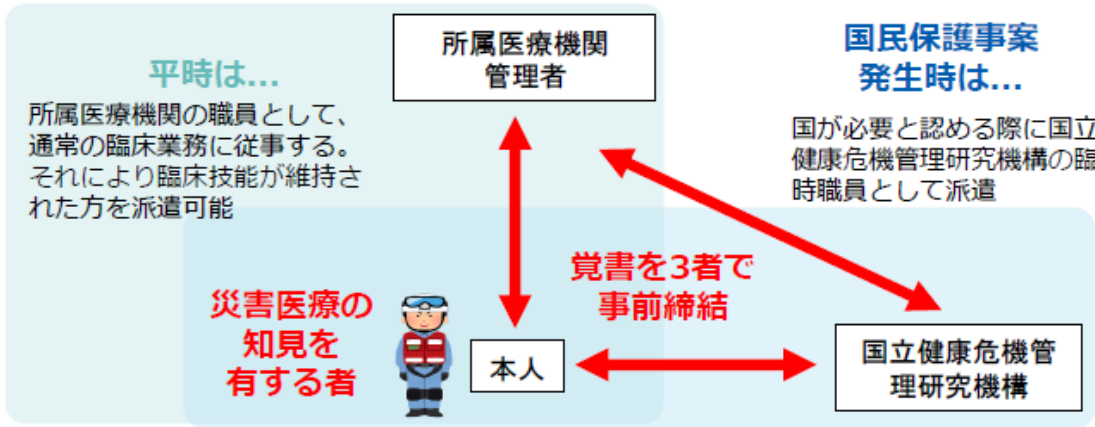
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

国民保護事案発生時等における対応の迅速化を図るため、平時における救護班の隊員管理や必要な資器材等の整備、国民保護訓練への派遣調整を行うとともに、国民保護事案発生時等における救護班の広域的派遣調整を行う事務局を整備する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

救護班の隊員管理や派遣調整等を行う事務局を整備することで、国民保護事案発生時等における対応の迅速化を図り、適切な医療提供体制を維持する。



施策名：国民保護事案発生時の救護班教育・研修事業

① 施策の目的

周辺国における情勢の緊迫化など、国民保護事案の発生可能性が高まっている世界情勢を踏まえ、国民保護事案発生時に活動できる救護班を養成するための教育・研修等を行い、国民保護事案発生時における実効性ある対応を確保する。

② 対策の柱との関係

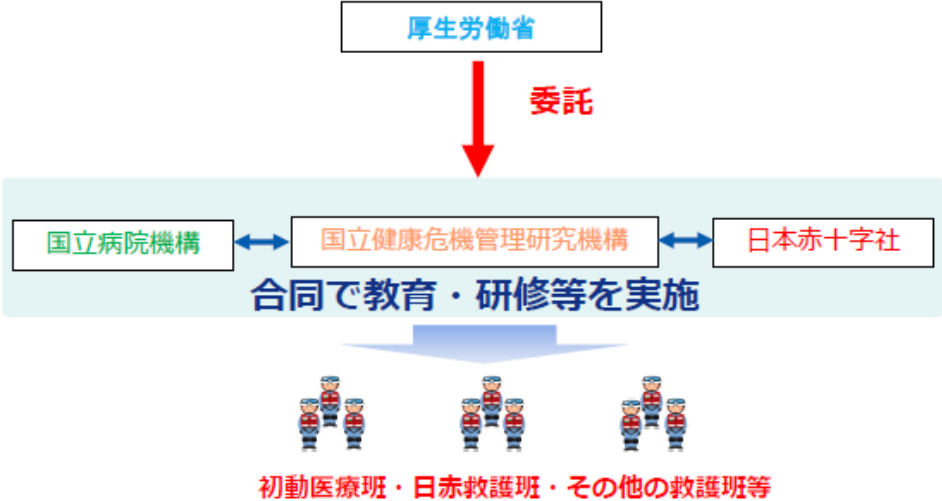
Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

国民保護事案発生時に活動できる救護班を養成するため、災害医療の知見を有し、国民保護事案に際した活動に同意する医師等を対象とした教育・研修等を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- 対象：災害医療の知見を保有し、国民保護事案に際した活動に同意する医師、看護師、業務調整員等
- 日程：2日間程度
- 受講者数：376名(各都道府県4名 x 年2回)
- 内容：国民保護概論、国民保護関連の法制、国民保護事案発生時における行政対応、救護班に求められる役割、救護班の派遣、関係機関との連携、安全管理、事態対処医療、メンタルケア等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

国民保護事案発生時に活動できる救護班を養成するための教育・研修等を行うことで、国民保護事案発生時における実効性ある対応を確保し、適切な医療提供体制を維持する。

施策名：地域連携周産期医療体制モデル事業

① 施策の目的

本事業では、地域における産科医療機関の適切な集約化や役割分担を支援し、また地域の無痛分娩への麻酔科医の関与を支援することにより、周産期医療体制を確保することを目的とする。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

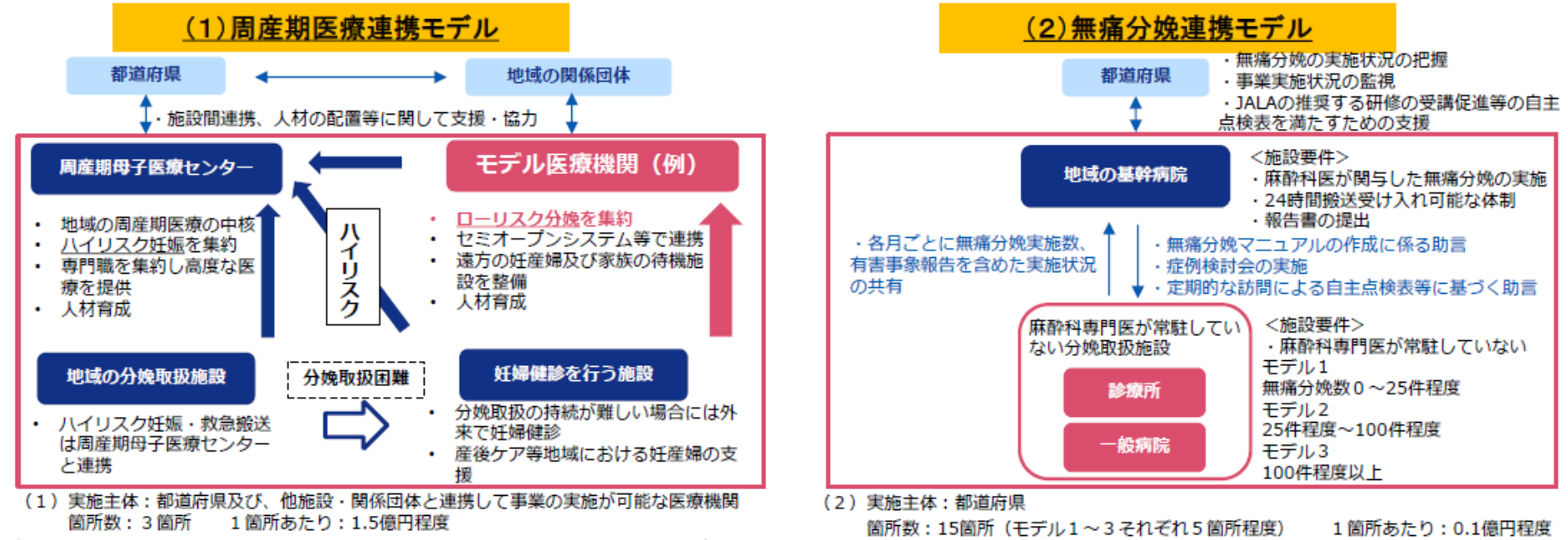
③ 施策の概要

出生数の減少に伴い分娩取扱施設の数も減少が続いている中、令和6年度より開始した第8次医療計画において、都道府県に対して、周産期母子医療センターを基幹とした集約化・重点化や、医療機関ごとの役割分担を進めること等を求めている。

○ 特に医療資源が限られる地域において周産期医療体制を確保するためには、ハイリスク妊娠を周産期母子医療センターに集約するだけでなく、ローリスク妊娠への対応についても集約化・重点化を含む施設間の役割分担が必要である。

○ 無痛分娩については、全ての医療機関での麻酔を専門とする医師の確保は困難であり、地域全体で安全な体制を整備する必要がある。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

○ローリスク妊娠を含めた集約化について、都道府県が地域の実情に応じた安全な体制を整備するためのモデルを示す。

○麻酔科医が不足する中でも、地域における連携により都道府県が安全な体制を整備するためのモデルを示す。

① 施策の目的

○国民の健康増進及び質の高い医療の提供に向けて、健康・医療分野のデジタル化を推進する。

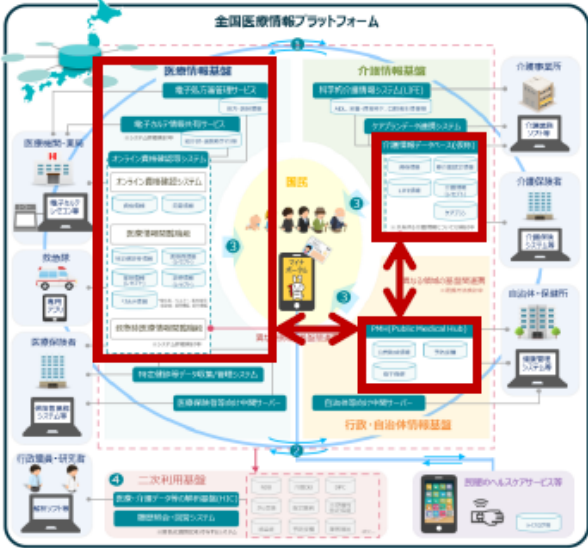
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
							○		

③ 施策の概要

- 全国の医療機関・薬局をつなぐオンライン資格確認等システムのネットワークを活用し、電子カルテ情報等を電子カルテ情報共有サービスに登録すること等により、医療機関や薬局等との間で電子カルテ情報等を共有・交換する仕組みを整備し、保健・医療・介護の情報を共有可能な「全国医療情報プラットフォーム」を構築する。
- 意識不明等で患者の意思確認ができない状態でも医療情報閲覧を可能とする仕組み(救急時医療情報閲覧機能)の更なる機能強化等を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



全国の医療機関・薬局をつなぐオンライン資格確認等システムのネットワークを活用し、電子カルテ情報等を電子カルテ情報共有サービスに登録することで、医療機関や薬局との間で電子カルテ情報等を共有・交換する仕組みを構築する。

実施主体：社会保険診療報酬支払基金

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

全国医療情報プラットフォームの構築を進めることにより、医療DXの推進とその定着が一層加速することが期待される。



施策名：医療情報システムのクラウド化に伴う検討事業

① 施策の目的

少子高齢化の進展等により、医療費増加と担い手不足が課題となる中で、より質が高く効率的な医療提供体制の構築が必要。一方で、病院情報システム関連経費が増加し、病院経営を圧迫している。新たなデジタル技術を適用した次世代病院情報システムの普及により、情報セキュリティ対策を向上させながら、病院の情報システム費用の上昇抑制を図り、経営資源を医療提供に振り向けられる体制整備を目指す。

全国の医療機関におけるランザクションが国の定める標準コード・マスタ及び交換規約に基づき行われる環境を実現することで、医療機関内/医療機関間の安全な情報連携の促進、ベンダロックインの解消による医療システム業界の競争活性化、システムリリース時の検討の省力化、2次利用に資する医療データの統一化を実現する。

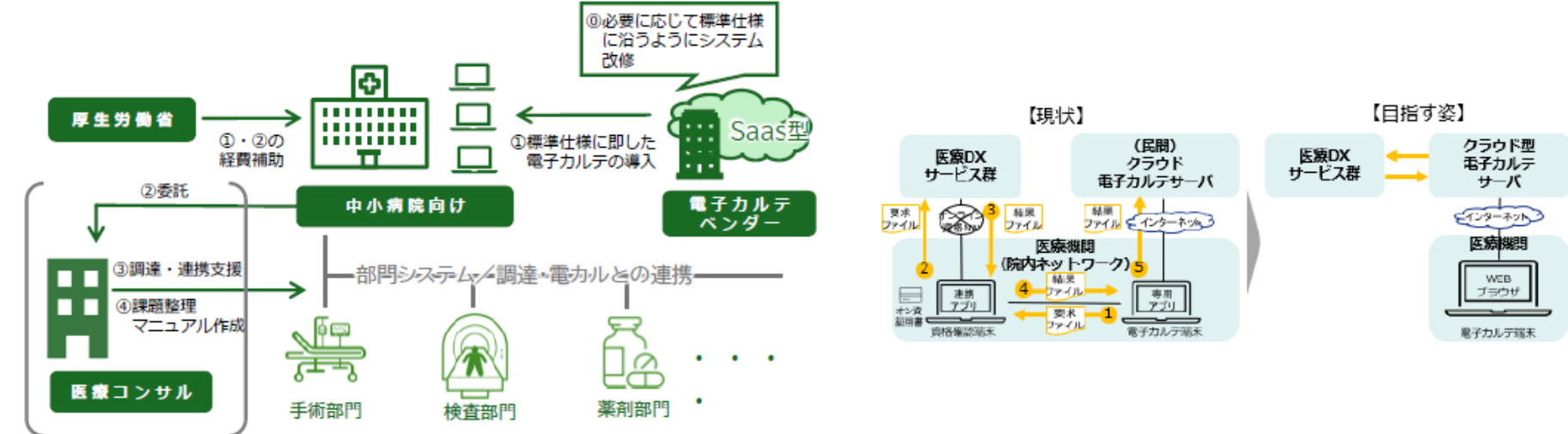
② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
							○		

③ 施策の概要

- 令和7年度に作成する病院情報システムの標準仕様について詳細化等を行うとともに、当該標準仕様に準拠したシステムについて検討を行う。標準仕様を踏まえたモダン技術を活用したクラウド型システムへ移行できる環境を整備する。併せて、病院情報システムで使用されるコード・マスタの標準化、維持管理の在り方を検討する。
- 医療DXサービス群のクラウド間連携機能を開発し、民間電子カルテベンダーと先行事業を実施する。併せて、実施主体となる支払基金の体制を整備する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

次世代病院情報システムの普及に向けた技術面・運用面での課題、システム構築におけるコスト・リスク低減策の抽出を行う。

施策名: 医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業

## ① 施策の目的

医療機関の情報システムがランサムウェアに感染すると、診療機能を維持できなくなる可能性があることから、医療機関におけるサイバーセキュリティ対策は喫緊の課題であり、更なる確保を行う。

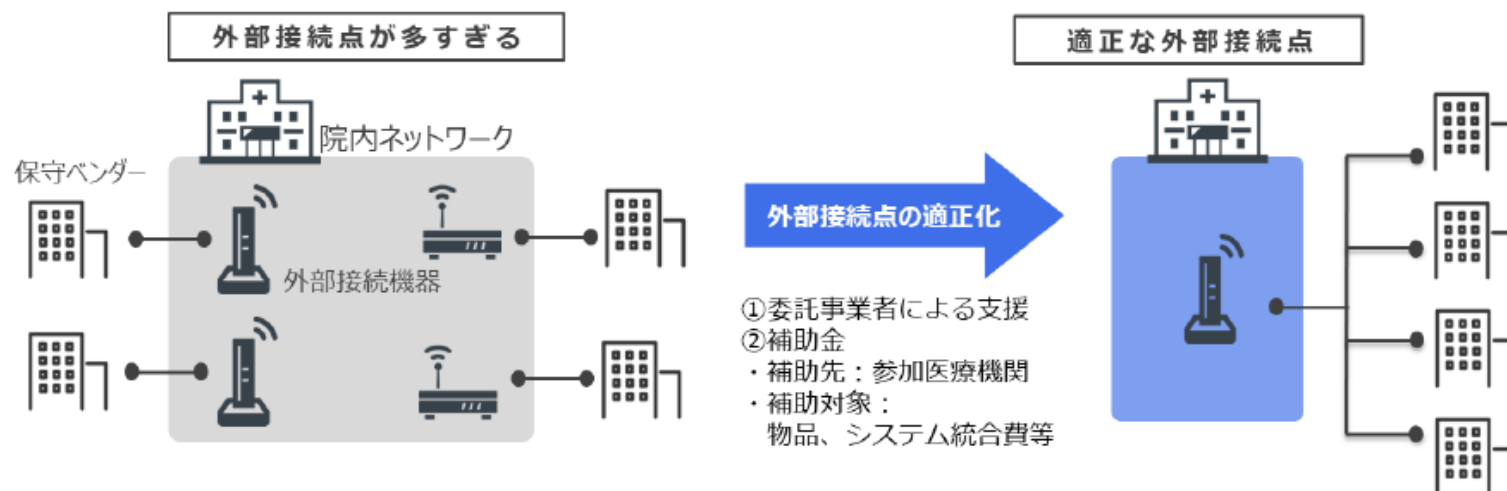
## ② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

## ③ 施策の概要

R6-7年度に実施した医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業では、全国の電子カルテ導入病院に対し外部接続点の見える化支援を実施したところ、多くの医療機関において外部接続点が多数存在し、管理が困難となっている実情が明らかとなった。本事業では外部接続点が多数存在する医療機関に対して、その適正化まで事業対象を拡充し、維持管理体制づくりの支援をすることで、サイバー攻撃に対する安全性をより一層強化することを目的とする。

## ④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



## ⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

外部接続点の適正化により、医療機関は外部接続点のリスク監視と、セキュリティ対策が容易になる。サイバーセキュリティの更なる確保を行う事で、医療DXの推進に繋がる。

施策名:生涯を通じた歯科健診(いわゆる国民皆歯科健診)パイロット事業

① 施策の目的

健康で質の高い生活を営む上で、口腔の健康の保持・増進が重要な役割を果たしていることから、簡易な口腔スクリーニングを用いた歯科健診と受診勧奨の主体的な取り組みを支援することによって、生涯を通じた歯科健診の推進に早急に対応する。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
							○		

③ 施策の概要

一般健診等と併せて実施、あるいは特定健診結果やレセプトデータによる歯科受療歴等をもとに選定した対象者に対して実施する、簡易な口腔スクリーニングを用いた歯科健診と受診勧奨を主体的に行う保険者及び事業主、自治体に対して支援を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- 1 生涯を通じた歯科健診(いわゆる国民皆歯科健診)パイロット事業(職域等) 【実施主体:保険者、事業主】
- 2 生涯を通じた歯科健診(いわゆる国民皆歯科健診)パイロット事業(自治体) 【実施主体:政令市、特別区、市町村等】
- > いわゆる一般健診等と併せて、簡易な口腔スクリーニングを実施。
- > 特定健診結果やレセプトデータによる歯科受療歴等をもとに対象者を選定し、簡易な口腔スクリーニングと受診勧奨を実施。



【補助内容】人件費、検査分析費など

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

・ 簡易な口腔スクリーニングを用いた歯科健診と受診勧奨の主体的な取り組みを支援することによって、生涯を通じた歯科健診を推進し、広く国民の歯・口腔の健康の保持・増進を図る。



施策名：革新的医薬品等実用化支援基金事業

① 施策の目的

- ・日本では、創業スタートアップへの支援が手薄であり、他国と比べてもその分野が弱く、上市に至りにくい状況が生じている。
- ・こうした状況を踏まえ、官民連携して継続的に創業スタートアップから革新的新薬を生み出す創業基盤・インフラの強化を早急に目指すもの。

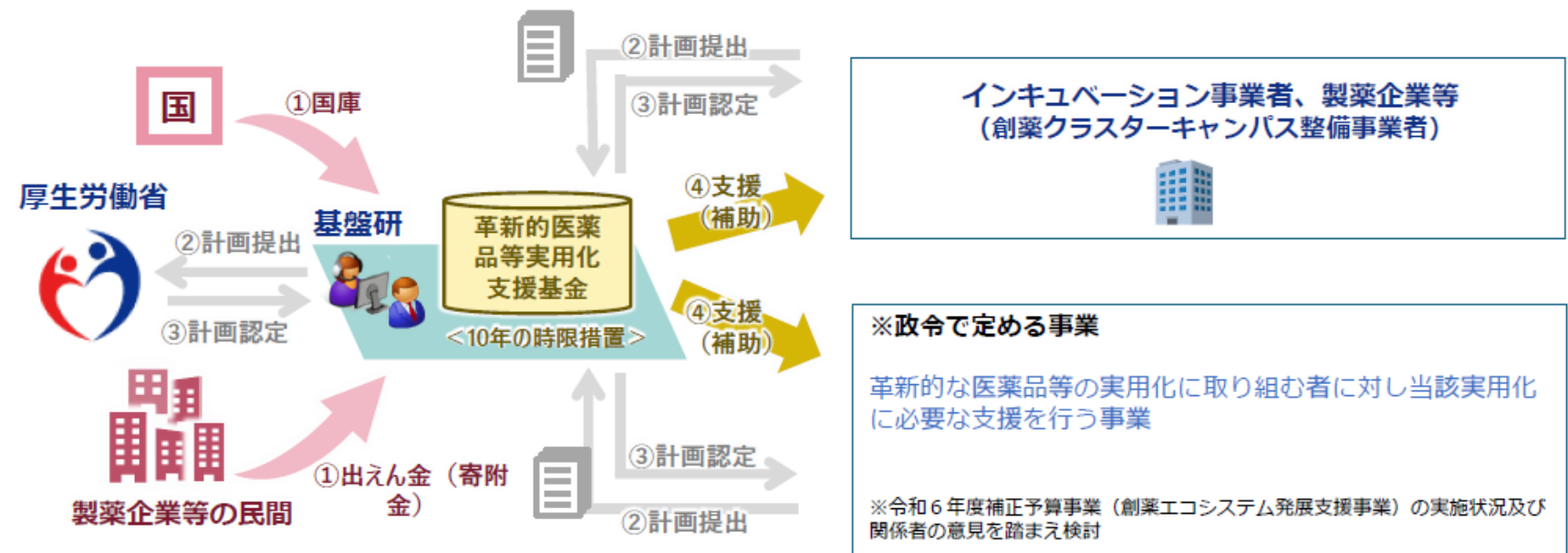
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

国庫と民間からの出えん金（寄附金）で「革新的医薬品等実用化支援基金」を造成する。当該基金では、創業クラスターキャンパス整備事業者の取組や、政令で定める事業を支援し、より活発な創業が行われる環境を整備する。

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

日本発の革新的な医薬品の実用化が進むことで、我が国の創薬力の向上につながるとともに、ドラッグラグ・ロス問題の解消に寄与する。

施策名：後発医薬品製造基盤整備基金事業

① 施策の目的

・後発医薬品業界は、比較的小規模で、生産能力が限定的な後発医薬品企業が多い中で、少量多品目生産などの非効率な生産構造があること、品質不良リスクや収益の低下などにつながっていること、製造ラインに余力がなく増産対応が困難であること等の構造的な問題がある。

・医薬品の安定供給確保に向けて、後発医薬品産業の構造改革は可能な限り早急に進める必要があり、品目統合・事業再編等に向けた支援を早期に行う必要がある。

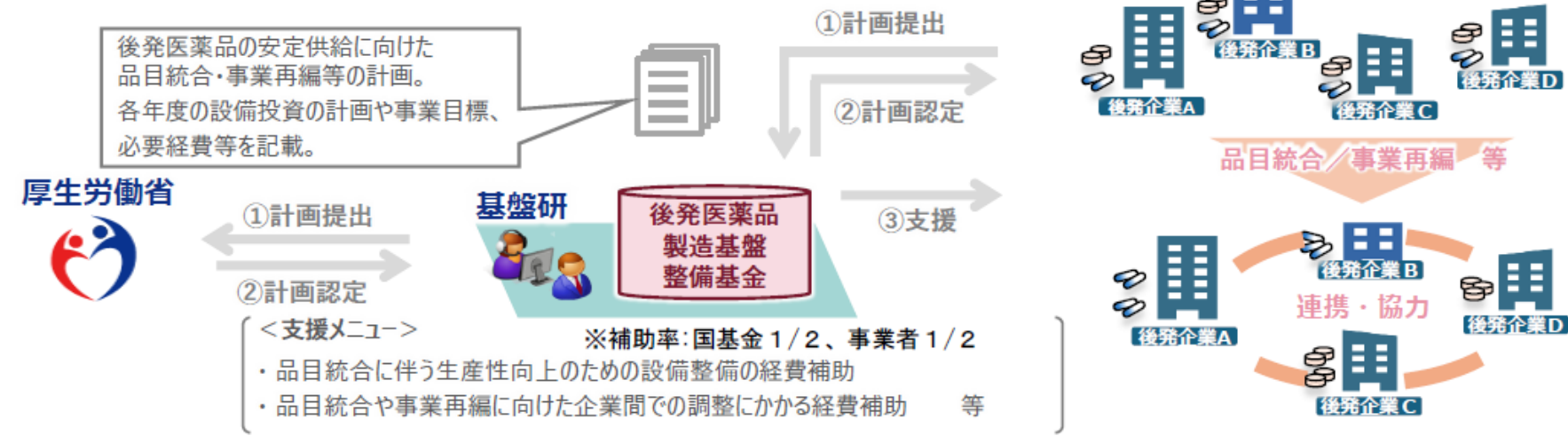
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

・「後発医薬品製造基盤整備基金」を造成し、後発医薬品産業全体の構造的問題を解決し、品質の確保された医薬品を安定的に供給できるよう、品目統合などに向けて計画的に生産性向上に取り組む企業に対し、品目統合・事業再編等の計画を認定した上で、生産性向上に向けた設備投資や事業再編等の経費を支援する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

・品目統合や事業再編等を支援することで、後発医薬品産業全体の構造的問題を解決し、後発医薬品の安定供給を実現する。

① 施策の目的

- ・ 医薬品卸業者(以下「卸」という。)は、後発医薬品及び長期収載品の取引において、流通コストの上昇により多くの取引が流通不採算に陥るといいう厳しい状況となっている。さらに昨今の医薬品の供給不足の問題や毎年の薬価改定が卸の業務において大きな負担にもなっている。
- ・ このような状況の中でも卸には、「医療保険制度下で継続して医薬品を安定的に供給すること」や「流通コスト等の適正化に資する更なる流通業務の改善・効率化を図ること」が強く求められているため、早急に安定供給の維持・強靱化に向けた取組を行う卸に必要な支援を行い、安定供給の確保と更なる流通改善・効率化を目指す。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

- ・ 医薬品の供給不足や災害時における安定供給の確保に向けた取組、及び流通改善・効率化への取組を行っている卸を認定し、当該取り組みに集中するための環境整備として、認定卸に対して必要な経費を支援する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

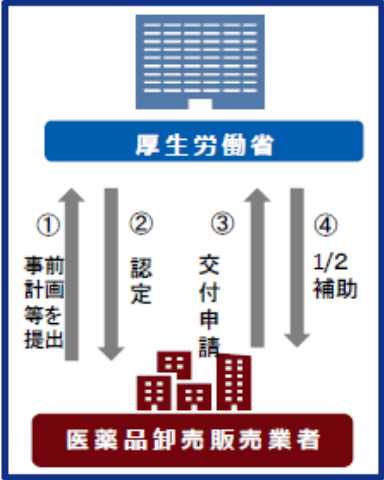
- ・ 医薬品卸売販売業の許可を取得している者のうち、以下の取り組みを行っている卸を認定し、取り組みを実施する上で必要な経費の一部を支援する。

認定取り組み(案)

ア. 物流の効率化に向けた取組

イ. 供給不安時の安定供給の確保に向けた取組

ウ. 災害時の業務継続に向けた環境整備等の取組



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- ・ インフレ基調下の中で当該支援を行うことで、卸における継続的な安定供給の確保や更なる流通改善・効率化を実現する。



施策名:新規モダリティ対応ヒト初回投与試験体制整備等事業

① 施策の目的

日本の創薬力向上のためには、国際レベルの治験・臨床試験が実施できる体制強化を行う必要があり、創薬シーズから第1相臨床試験に入る段階であるヒト初回投与(FIH:First In Human)試験の重点支援が重要である。新たに、革新的なモダリティに対応可能な国際的に競争力のあるFIH試験実施体制の国内整備を進めることで、海外発シーズも含む革新的新薬候補の国内での研究開発を促進する。

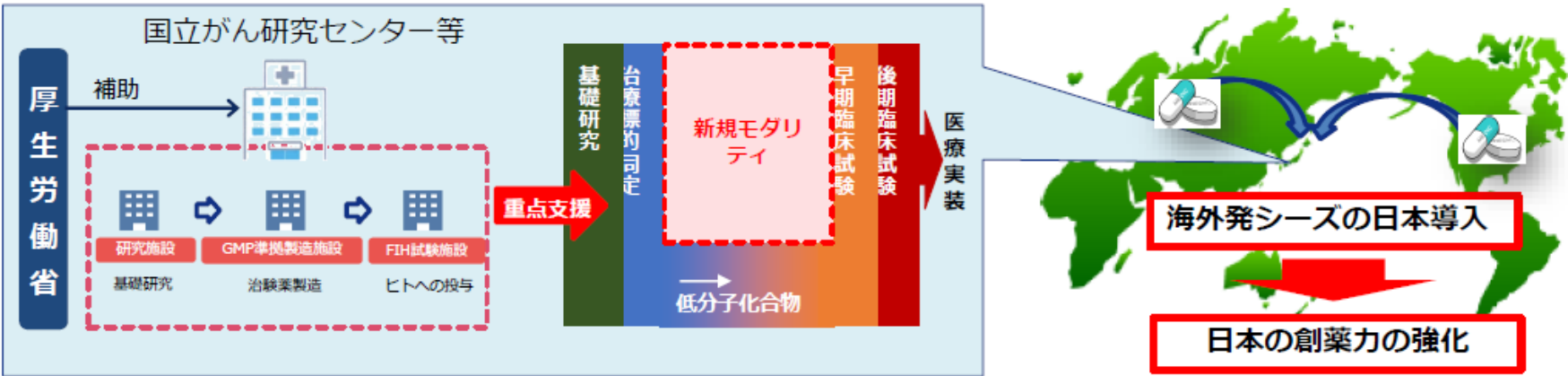
② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

国立がん研究センター中央病院が実施主体となり、新たに、革新的なモダリティに対応可能な国際的に競争力のある①FIH試験体制、②GMP準拠治験薬製造機能、③研究施設を併設した創薬拠点の整備に向けた仕様設計を行い、国内のFIH試験の中核的な役割を担う体制の整備を進めるとともに、国立健康危機管理研究機構及び国立成育医療研究センターにおけるFIH試験体制を引き続き整備する。  
令和7年度事業により検討した整備方針により、工事の追加が生じたこと、ヒト感染防御試験といった新たな治験手法の実施可能性について調査を行う必要があることが判明し、これらの工事及び調査を迅速に行う。また、整備した体制を活用し、FIH試験人材を育成する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



◆補助先: 1. 国立がん研究センター 2. 国立健康危機管理研究機構、国立成育医療研究センター

◆補助率: 10/10

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

令和10年度までに新たに整備する施設における国内FIH試験実施件数を10件とする。

施策名:再生医療等実用化基盤整備促進事業

① 施策の目的

関係学会を中心とした連合体(ナショナルコンソーシアム)による再生医療の実用化を推進及び再生医療の知識・経験を有する再生医療臨床試験実施拠点機関をハブとした研究基盤の体制整備等を実施してきた。  
再生医療等の安全性の確保等に関する法律及び臨床研究法の一部を改正する法律案を2024年通常国会に提出し、遺伝子治療に法の適用範囲を拡大した。これらのことから、再生医療等に関する臨床研究支援等のさらなる研究基盤の強化が求められている。

② 対策の柱との関係

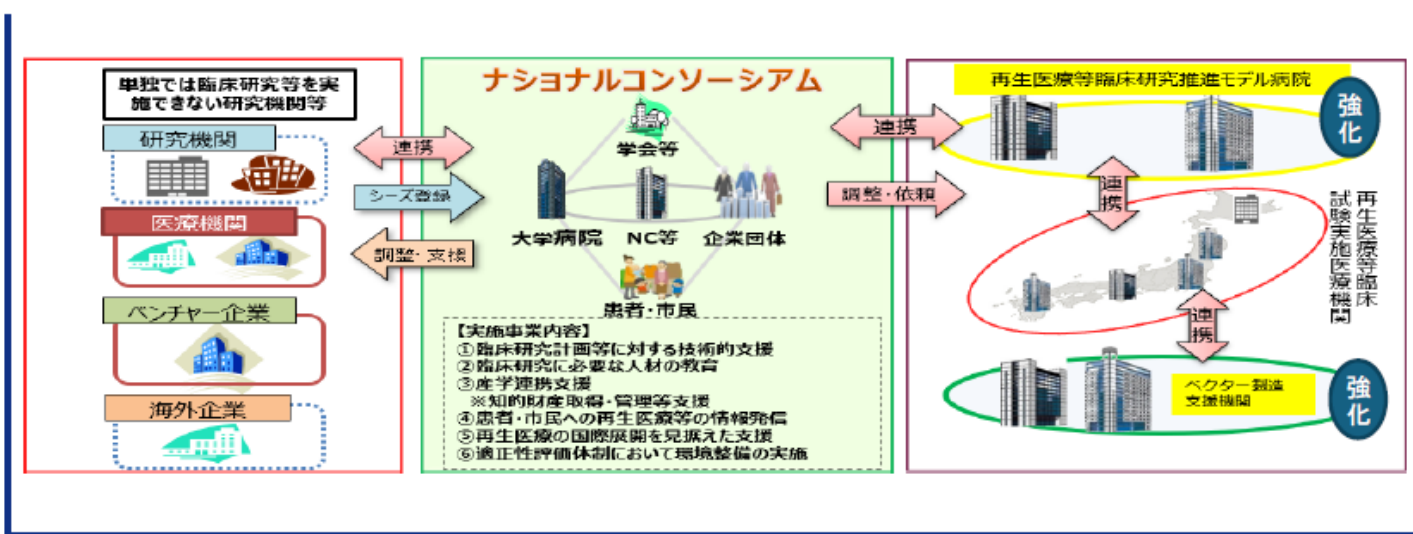
I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

・拡大が見込まれる再生・細胞医療・遺伝子治療の臨床研究等にも対応できるよう、早急に再生医療等臨床研究推進モデル病院及びベクター製造支援機関等の機能・規模の拡充を継続的に実施する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

事業の概要・スキーム



実施主体等

- ◆ 補助先: 国立研究開発法人 日本医療研究開発機構 (AMED)
- ◆ 補助率: 定額 AMEDにおいて公募より研究者・民間事業者等を選定

⑤ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

再生医療等の治療・研究を実施する上で十分な設備を備えた施設などの体制を強化することにより、再生医療等分野の活性化や普及に繋がる。

① 施策の目的

令和7年度中に発足する事業実施組織において、国民へ質の高い医療を届けることを目的としているところ、がんや難病患者を対象とした全ゲノム解析及びマルチオミックス解析等を実施することで得られる全ゲノムデータ、マルチオミックスデータ、臨床情報等を搭載した質の高い情報基盤を構築し、民間企業やアカデミア等へその本格的な利活用を促し、診断創薬や新規治療法等の開発をする。

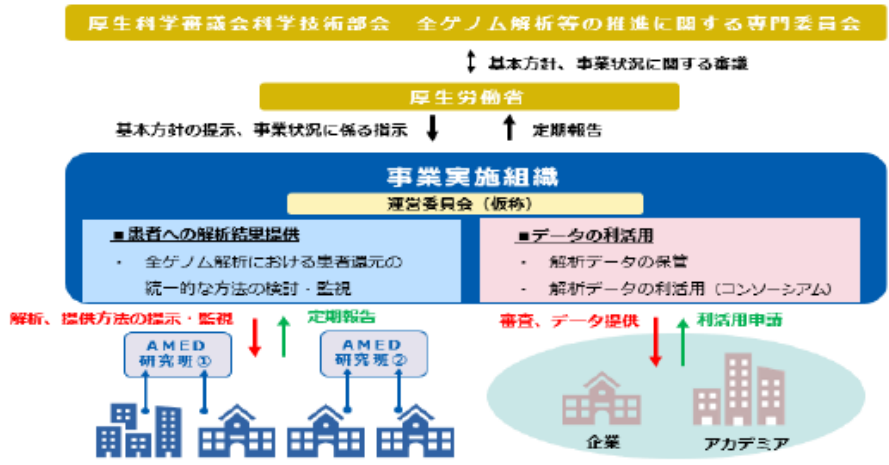
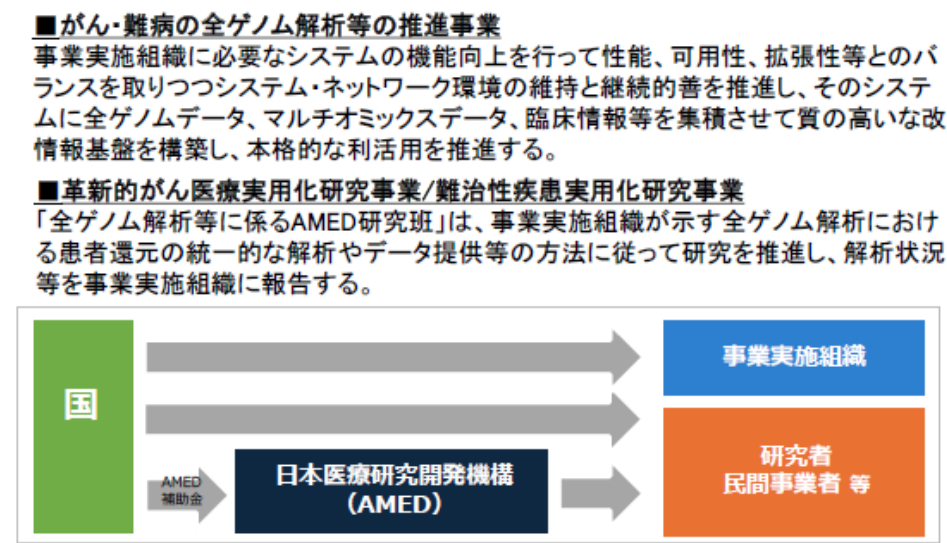
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

我が国における全ゲノム解析等の研究やその成果の患者に対する医療への実装、研究と医療実装の好循環を進めていくため、事業実施組織においては主に下記のような役割を担う。  
(1)全ゲノム解析等の結果及び成果の速やかな患者還元支援、(2)個別化医療の推進支援、(3)質の高い情報基盤の構築と運用  
(4)患者・市民参画推進、国民向けの情報発信・周知活動支援、(5)ELSI支援、(6)人材育成支援の役割を担う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

がんや難病患者の診断、治療に役立つデータが速やかに患者に還元されることで、新たな個別化医療の実現に寄与する。また、産官学の関係者が幅広く分析・活用できる質の高い情報基盤の構築により、新たな診断技術や革新的新薬を開発する民間企業が成長できる環境が整備され、我が国発のイノベーションが促進される。



【○革新的医療機器の創出に向けた産業振興拠点の強化】

施策名：優れた医療機器の創出に係る産業振興拠点強化事業

令和7年度補正予算案 7.6億円

医政局医薬産業振興・  
医療情報企画課  
(内線4467)

① 施策の目的

革新的な医療機器を我が国において創出できる体制を整備するためには、医療機器産業等の人材の育成・リスクリング及び医療機器スタートアップ企業への支援を行うとともに、戦略的に推進すべき領域における実証基盤の整備が必要である。本事業では、優れた医療機器を創出できるエコシステムの構築に向けて、医療機器産業振興拠点の充実・強化を図ることによってこれらの課題に早急に対応する。

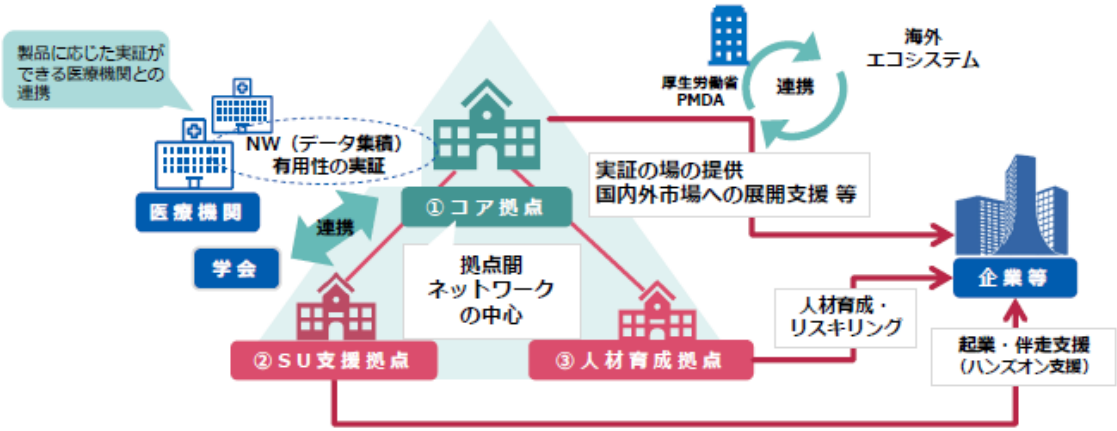
② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

優れた医療機器の創出に係る産業振興拠点の整備のため、日本全国から拠点を選定し、当該拠点に研究、薬事承認、保険適用等の医療機器創出の種々のステージにおいて必要となる人材を配置する等し、拠点において医療機器創出に必要な様々な人材の育成・リスクリング及び医療機器のスタートアップ企業に対する起業・伴走支援を行う。  
また、治療機器やプログラム医療機器を始めとした戦略的に推進すべき領域に対するオープンイノベーションコア拠点を新設し、医療機器創出のための実証基盤を整備する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



本事業では以下の取り組みを行う拠点の充実・強化を図る。

○オープンイノベーションコア拠点

戦略推進領域に関し、他拠点等とのネットワークの中心としての役割を担うとともに、関連学会や海外のエコシステムとの連携体制等、医療機器創出の実証基盤を整備

○スタートアップ支援拠点

医療機器スタートアップ企業に対する開発早期ステージからの起業・伴走支援(ハンズオン)を実施。

○人材育成拠点

企業等から人材を受け入れ、専門家が研修や支援、相談等を行う等、医療機器創出に携わる企業などの人材の育成・リスクリングを実施。

補助先：国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED)

補助率：定額

※AMEDにおいて公募により研究者・民間事業者等を選定

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療機器創出のための産業振興拠点を日本全国に整備することで、優れた医療機器を創出するエコシステムの構築を促進できる。

① 施策の目的

創薬への高度なAI技術の活用のため、計算能力の強化を行い、各要素技術のプラットフォーム実装等を進めることで、中分子、高分子分野のモダリティに拡張した創薬AIの開発及び創薬プラットフォームの構築を加速する。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

創薬支援推進事業において、創薬工程の飛躍的な効率化を目指し、創薬ターゲット予測とシーズ探索を行うAIの開発として、先行事業での低分子分野の開発を踏まえ、本事業では中分子や高分子分野への拡張を伴うプラットフォーム構築を進めている。本施策により計算機サーバーを追加で導入し、計算能力の強化を行うことで、研究開発の加速及び予測精度の向上につなげ、また前倒しで各要素技術をプラットフォームへ実装することで早期に幅広い活用が可能となる基盤を整備し、最終目標である複数のAIを統合した創薬AIプラットフォームの構築を加速する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



補助先:国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)  
補助率:定額  
※創薬AI-PFの参加研究者や民間事業者への追加交付

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

計算能力の強化等の基盤整備がされることにより、創薬の初期フェーズの創薬研究(標的探索～最適化)において、より高精度な創薬AIプラットフォームの構築及びその広範囲の利用が前倒しで可能となり、AIを用いた効率的な創薬研究の早期の社会実装化が期待できる。



施策名: 医療技術実用化総合促進事業

① 施策の目的

医療法に位置づけられている臨床研究中核病院において、その臨床研究基盤及びネットワーク機能を活用した臨床研究中核病院間の連携、各臨床研究中核病院の特色を生かした機能強化を推進するとともに、臨床研究・治験実施に係るノウハウを臨床研究中核病院外に共有・展開することで、日本全体の臨床研究基盤を強化し、日本発の革新的医療シーズ等をいち早く実用化に繋げ国民へ還元する取組みを推進していくことを目的とする。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

治験・臨床研究領域において、米国を筆頭に生成AIの利活用等DXが急激に進行しており、医療機関においても効率的な治験・臨床試験の実施に際して利活用の実例が現れた。我が国も国際的な潮流に遅れを取らないことが緊急の課題である。能力ある臨床研究中核病院に対して生成AIの利活用パイロット事業を始めとする治験・臨床試験DXの推進、国際ARO機能の強化、革新的医薬品等開発に取り組むベンチャーの臨床試験実施への取組を強化するため、本事業で実施中のプログラムに以下の項目を加える。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



(1) 国際共同臨床研究実施推進プログラム

・臨床研究中核病院の臨床研究支援部門は、海外製薬企業やアカデミアとの対応可能な人材配置及び体制構築が必須となりつつある。そのため、1. 国際共同試験の企画・立案、2. 国際共同試験の調整事務局(海外との交渉・調整、資料翻訳、規制対応)、3. 自施設発シーズ等の国際展開・海外有望シーズ等の誘致 4. 国際教育等に対応できる体制を構築する。

(2) 先進的臨床研究実施推進プログラム

・生成AIを用い、治験・臨床試験分野の効率化のためのパイロット研究を実施、診療録と治験データの統合・eWSの普及等といった治験・臨床試験DXの推進等の先進的な取組について、臨床研究中核病院において試行的な導入を行い、導入にむけてのノウハウを集積し、臨床研究中核病院外に共有・展開することで、国内での普及推進につなげる。

(3) 医療系ベンチャー育成支援プログラム

・革新的な医薬品等の開発に取り組むスタートアップ等を臨床研究中核病院が支援する体制を強化し、新たにスタートアップ等によるFIH試験を含む臨床試験の実施促進を図る。

◆補助先: 国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED) ◆補助率: 定額

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

臨床研究中核病院において、治験・臨床試験の企画立案、審査プロセス等において、生成AIを始めとするDXに対応することを通じて、治験・臨床試験の効率化を促進するとともに、グローバル対応に向けた体制整備を行い、国際水準の治験・臨床試験の実施を推進する。

施策名：抗菌薬等医薬品備蓄体制整備事業

① 施策の目的

供給不安が生じている抗菌薬等の感染症対症療法薬・治療薬や供給確保医薬品について、国内供給体制を構築するために、製薬企業に対して、製剤の増産及び備蓄に係る費用を補助する。

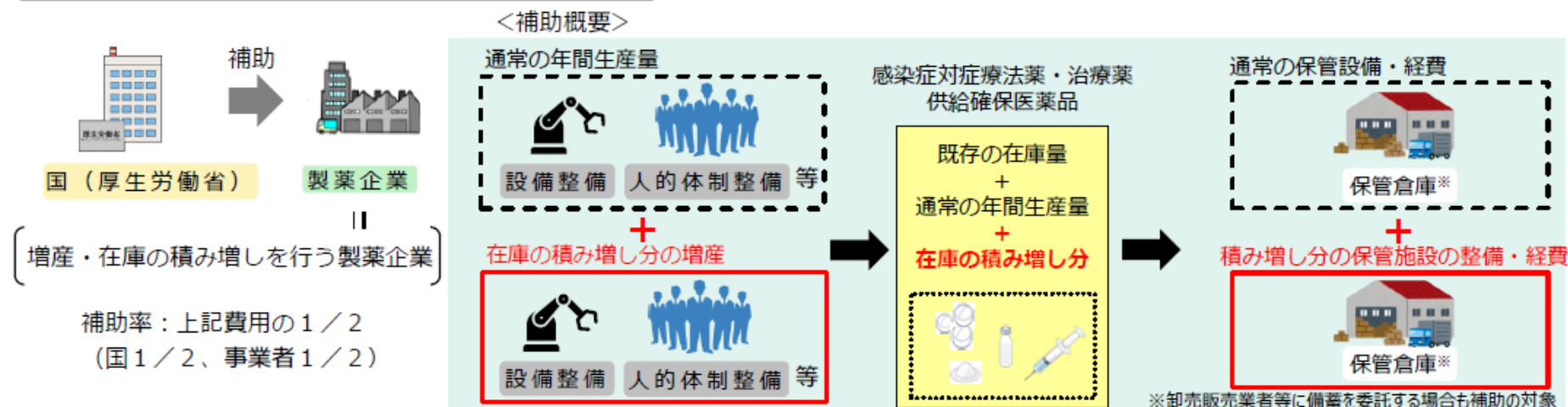
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

抗菌薬等の感染症対症療法薬・治療薬や供給確保医薬品を対象に、想定を超える感染症の流行や原薬の輸入途絶等に備えて、一定以上の備蓄の積み増しを行う製薬企業に対し、積み増しに伴う、増産（設備整備費、人件費、資材の保管費用等）及び備蓄（設備整備費及び保管費用）に係る追加費用を補助する。

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

抗菌薬等の感染症対症療法薬・治療薬や供給確保医薬品の増産及び備蓄を促すことで、国内における安定供給体制を確保することが可能となる。

施策名：人工呼吸器の国内生産体制強化事業

① 施策の目的

海外依存度の高い人工呼吸器については、新型コロナウイルス感染症時に需要逼迫が発生したこと等から、国内生産体制の強化を通じて有事にも安定供給できる体制を構築することが重要である。このため、本施策によって、国内生産体制構築の支援を行う。  
新型コロナウイルス感染症対策の際に買取保証の上で増産・輸入した人工呼吸器の耐用年数が経過するなか、米国関税等の影響によるサプライチェーンの不安定化による経済安全保障上のリスクが急速に上昇しており、早急に国内生産体制を強化する必要性が生じている。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

人工呼吸器の国内生産体制を強化しようとする企業に対して、生産基盤の整備等に係る費用等について補助を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

・ 支援対象

人工呼吸器について、その製造所を日本国内に新設し、又は増産するために日本国内における既存製造所の変更等を実施しようとする事業者。



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

人工呼吸器の国内生産を促すことで、国内における安定供給体制を確保することが可能になる。



施策名: 医薬品供給リスク等調査及び分析事業

① 施策の目的

安定確保について特に配慮が必要な「供給確保医薬品」について、サプライチェーンの現状及び、サプライチェーンリスクの評価・分析を行うことで、国際情勢・社会経済構造の変化等による供給不安に迅速に対応する。

② 対策の柱との関係

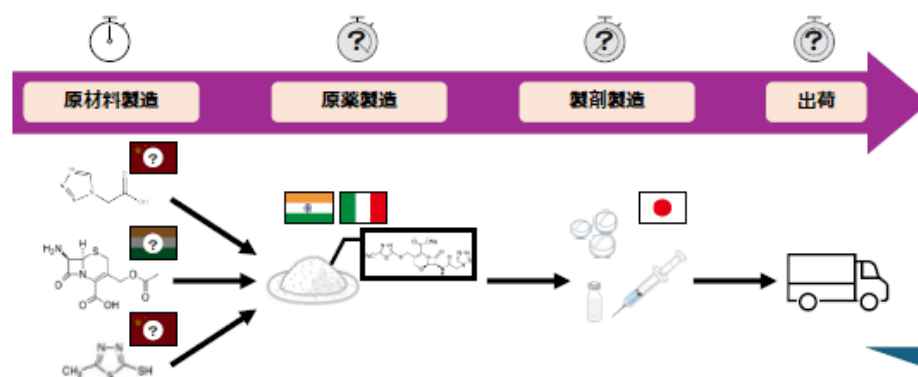
I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

供給確保医薬品について、原薬や原材料の供給国や製造方法、出荷までにかかる時間(リードタイム)等について、製造販売業者等に対するヒアリング等により調査を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

＜製造方法や出荷までにかかる時間(リードタイム)等の把握＞



サプライチェーンリスクの評価・分析

実施主体: 委託事業(民間企業)

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

安定確保に係る取組が必要な医薬品を最新の状態で把握することで、医薬品の安定供給確保に係る体制整備が可能となる。



施策名：医薬品安定供給支援事業

① 施策の目的

医療上必要不可欠な医薬品のうち、原薬等の海外依存度が高く、供給不安が生じている医薬品について、医療提供体制の確保に支障が生じることがないように、国内における医薬品の安定供給体制を強化する。

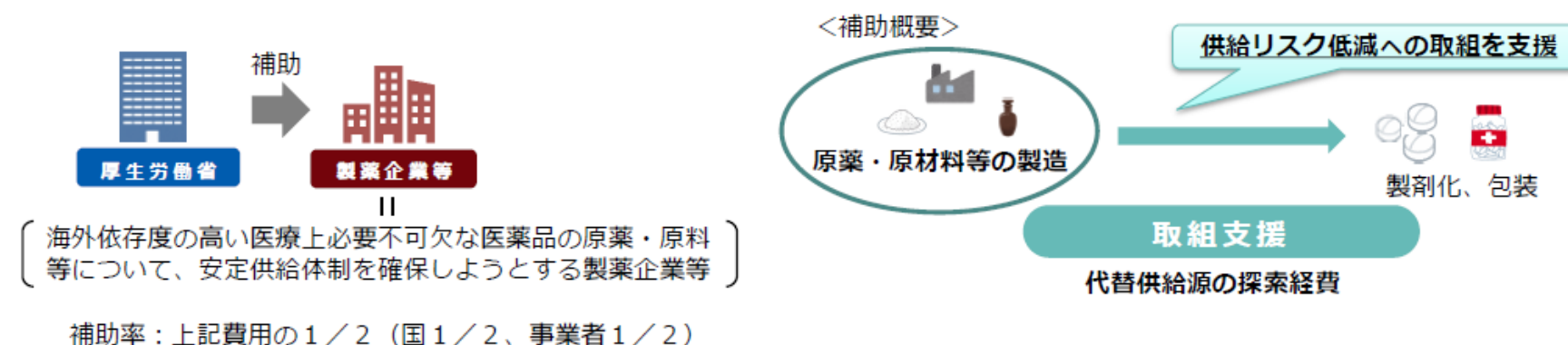
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

現在、我が国において、抗菌薬等の比較的安価な医療用医薬品を中心として、その製造に当たり、採算性等の関係で、原薬等の多くを海外から輸入している現状がある。海外依存度の高い医療上必要不可欠な医薬品の原薬等について、製薬企業が代替供給源の探索・検討を行う経費を支援することで、これらの取組を促し、国内での安定供給の確保を図る。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

海外依存度が高い医薬品が、突如相手国の事情により供給が停止されるリスクに備え、国内における医薬品の安定供給体制の確保を図る。

施策名：医療機器等のサプライチェーンリスク評価及び安定供給確保事業

① 施策の目的

自然災害や物価高騰、海外情勢の変化、サプライチェーンの複雑化等様々な理由で供給不安をきたした医療機器の供給を維持するため、国民に必要不可欠な医療機器の供給を継続し、医療機器の安定供給を図る。安定供給に係る報告数の増加、災害の多発及び米国関税等による医療機器の安定供給に係る影響の分析や対策を早急に検討する必要がある。

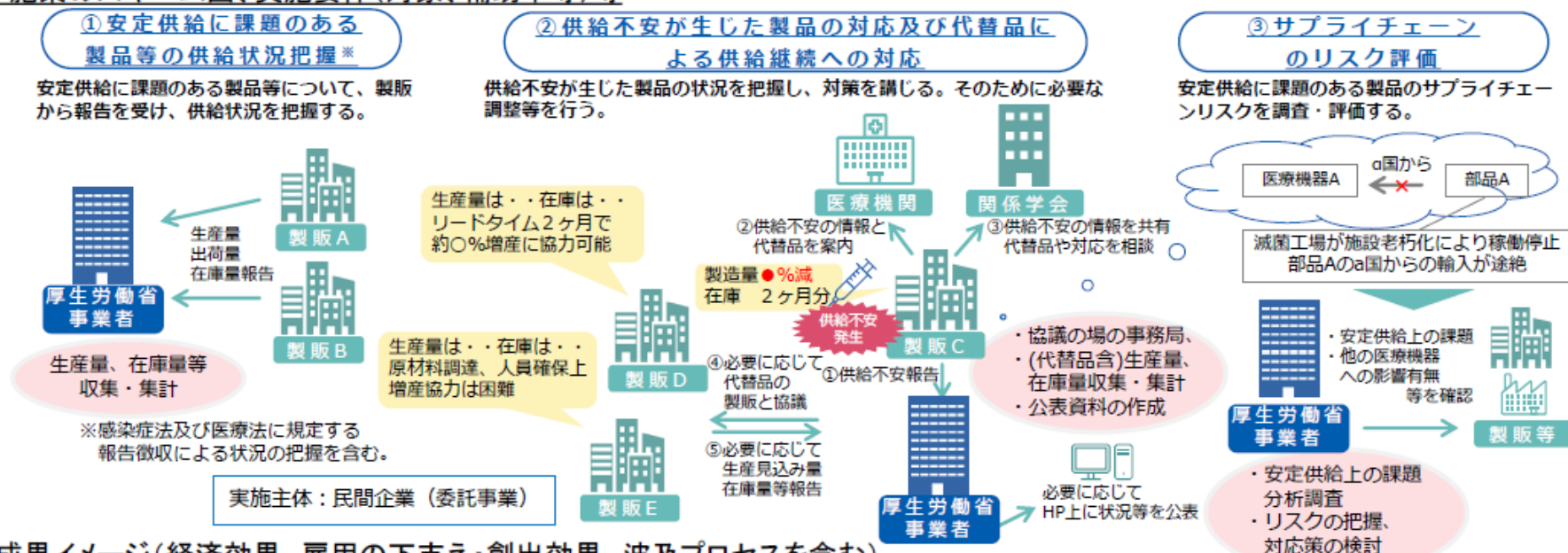
② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

- 安定供給に課題のある個別事例について情報収集及び分析を行うほか、関係学会、業界団体、代替品を取り扱う製造販売業者の協力を得ながら、代替品の在庫状況や生産状況、出荷状況等を把握し、代替品の増産等課題解決策を検討する。
- 経済安全保障上の観点から、安定供給に課題のある事例についてサプライチェーンのリスク評価を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

供給不安が生じた製品において、生産量、在庫量等の情報収集を行い、代替製品を取り扱う製造販売業者等の協力を得ながら、供給不安が生じた製品への対応フォロー及び代替製品の増産等の調整を行い、医療機器の安定供給実現を図る。

① 施策の目的

- ・ バイオ後続品は、先行バイオ医薬品とともに、医薬品分野の中でも成長領域として期待されている分野であり、医療費適正化の観点に加え、我が国におけるバイオ医薬品産業育成の観点からも使用を促進することとしている。
- ・ 一方で、現在我が国で販売されているバイオ後続品は、低分子の後発医薬品と比べ、原薬や製剤の海外依存度が高く、輸出国・企業の事情による供給途絶リスクがある。そのため、本事業においては、当該供給リスクに対応し、かつ、医薬品産業の将来像も見据え、バイオ医薬品産業を育成していくため、バイオ後続品の国内製造施設整備を推進している。
- ・ 現状、事業の進捗が順調であり、事業計画を前倒し早期に国内生産体制の整備するための支援が必要である。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

- ・ バイオ後続品の開発・製造に取り組む場合、新規製造工場等の設備投資に必要な取組への支援を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- ・ 本事業においては、製薬企業が実施する、最長5年間のバイオ後続品の国内製造施設整備計画に対して、当該年度に発生する費用の補助を行うことで、我が国における、バイオ後続品の国内製造施設整備を推進する。



⑤ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- ・ バイオ後続品の国内製造施設整備に必要な取組を支援することで、バイオ医薬品産業を育成し、バイオ後続品の安定供給を実現する。



施策名：重点感染症に対するワクチン等開発体制整備事業

① 施策の目的

- ・ 平時から国内外のワクチン開発関係者の交流の場を設け、関係構築を行う。これによってパンデミック発生時に迅速な国際共同治験実施が行える体制準備を行う。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
							○		

③ 施策の概要

- ・ 重点感染症の流行国等においてワクチン等のMCM開発に携わる海外CRO・医療機関等を調査することにより関係者を把握する。また国内外のワクチン開発関係者向けのセミナー、座談会等を企画し、平時からの国内外関係者の交流の場を構築する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

① 重点感染症のMCM開発に係る臨床試験実施環境等の調査

海外CRO

調査項目

- 感染症治験の実績
- 治験のクオリティ、キャパシティ
- 平時・有事における国内企業との連携の可能性
- 感染症領域での被験者リクルートの取組 等

海外医療機関

調査項目

- 感染症治験の実績
- 治験のクオリティ、キャパシティ
- 有事における臨床試験対応
- 感染症領域での被験者リクルートの取組 等

流行国等

調査項目

- 重点感染症の発生状況
- 健康課題の優先度
- 医薬品/MCMの購買力（保健衛生予算等）
- 販路確立に要する経費（含NRAの要否） 等

② 国内外関係者との関係構築等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

国内製薬企業と国内外関係者が大規模臨床試験オペレーションや有事対応等について対話できる体制の構築が期待できる。

① 施策の目的

パンデミックに対処するMCMを国内で迅速に開発できる体制を構築する。これによって国民の健康を守るだけでなく社会経済活動を維持するとともに、外交や安全保障上の脅威を回避する。

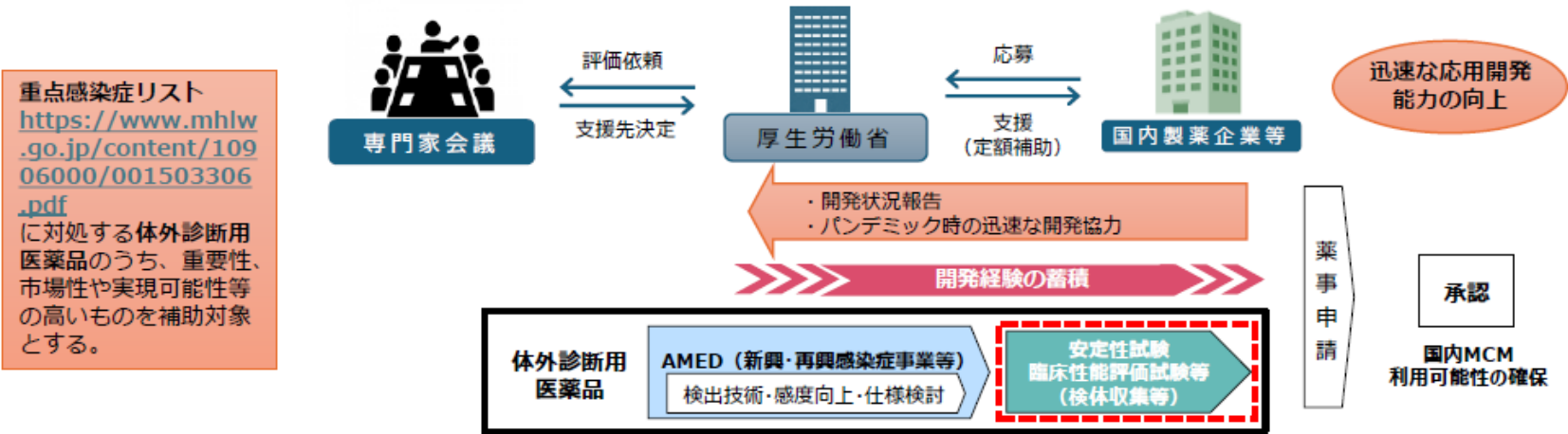
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
							○		

③ 施策の概要

有事に備える医薬品等は収益目処がたらず企業投資を期待できない状況にある。ワクチン開発・生産体制強化戦略に基づき企業の開発経験を蓄積させるとともに、今後の変異株や新たな感染症への迅速な開発着手を促すため、体外診断用医薬品の薬事申請に必要な検証試験等の実施費用を支援する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

重点感染症に対するMCMの確保及び国内製薬企業等が開発の知見や経験を蓄積させることにより、有事における迅速な応用開発に繋がる事が期待できる。



① 施策の目的

「第1次国土強靱化実施中期計画」(令和7年6月6日閣議決定)等を踏まえ、災害時において適切な医療提供体制を維持するため、防災・減災対策に関する施設整備等を行う。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
						○			

③ 施策の概要

医療施設等の防災・減災対策推進に向け、耐震化等の改修等、非常用自家発電設備や給水設備の整備、水害対策に伴う改修等、倒壊の危険性のあるブロック塀等の改修等のほか、災害拠点精神科病院に必要な診療設備等の整備等の対策を講じる。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

	医療施設等耐震整備事業	医療施設非常用自家発電装置施設整備事業	医療施設給水設備強化等促進事業	医療施設浸水対策事業	医療施設ブロック塀改修等施設整備事業	災害拠点精神科病院施設整備事業	災害拠点精神科病院等設備等整備事業
実施主体	民間等の病院(災害拠点病院や救命救急センター等の救急医療を担っている病院及び耐震性が特に低い建物(Is値0.3未満)を有する病院)	①公立、公的病院・診療所、②救命救急センター、災害拠点病院、災害拠点精神科病院、周産期母子医療センター、へき地医療拠点病院、へき地診療所、地域医療支援病院、特定機能病院、ほか政策医療実施機関  ※「医療施設浸水対策事業」の対象は、ハザードマップ等による洪水・雨水出水・高潮の浸水想定区域や津波被害警戒区域に所在している医療機関に限る。			倒壊の危険性のあるブロック塀を保有する病院	災害拠点精神科病院	災害拠点精神科病院、日本DPATを有する病院

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療施設等の耐震化整備等を支援し、防災・減災、国土強靱化を推進する。

施策名: 医療・介護等支援パッケージ(介護分野)

令和7年度補正予算案 2,721億円

① 施策の目的

- 国民のいのちと暮らしを守り、安心して医療・介護・福祉サービスを受けられる体制を整備するため、「医療・介護等支援パッケージ」を緊急措置する。
- 介護分野においては、
  - ・ 他職種と遜色のない処遇改善に向けて、令和8年度介護報酬改定において、必要な対応を行うこととし、報酬改定の時期を待たず、人材流出を防ぐための緊急的対応として、賃上げ・職場環境改善の支援を行う。
  - ・ 介護事業所・施設が、物価上昇の影響がある中でも、必要な介護サービスを円滑に継続するための支援等を行う。
  - ・ ICT等のテクノロジーの導入や経営の協働化、訪問介護・ケアマネジメントの提供体制の確保に向けた取組を支援する。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○	○				○			

③ 施策の概要

ア 介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業

- ・ 介護従事者に対して幅広く月1万円の賃上げ支援を実施し、生産性向上や協働化に取り組む事業者の介護職員に対して月0.5万円を上乗せ。
- ・ 併せて、介護職員の職場環境改善を支援。人件費に充てた場合、介護職員に対して月0.4万円の賃上げに相当。

※いずれも半年分

1,920億円

イ 介護事業所・施設のサービス継続支援事業

- ・ 物価上昇の影響がある中でも、必要な介護サービスを円滑に継続できるように、訪問系サービスの訪問・送迎に必要な経費、災害発生時に必要な設備・備品、介護保険施設の食料品の購入費等を支援。

※この他、施設の大規模修繕等に対する支援を実施

510億円

ウ 介護テクノロジー導入・協働化・経営改善等支援事業

- ・ 介護記録ソフト等の介護テクノロジーの導入・定着や、経営の協働化、経営改善を支援するとともに、これらの支援を行う都道府県相談窓口等の機能強化を図り、伴走支援を充実。

220億円

エ 訪問介護・ケアマネジメントの提供体制確保支援事業

- ・ 経験年数が短いホームヘルパーへの同行支援や、中山間地域等における通所介護事業所の訪問機能追加、訪問介護事業所のサテライト(出張所)の設置、居宅介護支援(ケアマネ)事業所の人材確保、シャドウワーク等の業務負担軽減、協働化等を支援。

71億円

④ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

「医療・介護等支援パッケージ」の実施により、介護分野において、必要な人材確保、円滑なサービス継続、効率的かつ安定的な介護サービス提供が可能となる。

11



【〇介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善に対する支援】

施策名:ア 介護分野における物価上昇・賃上げ等に対する支援  
(介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業)

令和7年度補正予算案 1,920億円

※医療・介護等支援パッケージ

① 施策の目的

- 〇介護分野の職員の処遇改善については、累次の取組を講じてきた結果、介護職員の賃金は改善してきたものの、他産業とはまだ差がある状況。
- 〇介護分野の人材不足が厳しい状況にあるため、他職種と遜色のない処遇改善に向けて、令和8年度介護報酬改定において、必要な対応を行うこととし、報酬改定の時期を待たず、人材流出を防ぐための緊急的対応として、賃上げ・職場環境改善の支援を行う。支援については、持続的な賃上げを実現する観点を踏まえて実施する。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○	○							

③ 施策の概要

- ①介護従事者に対して幅広く賃上げ支援(※1)を実施。
- ②生産性向上や協働化に取り組む事業者(※2)の介護職員に対して賃上げ支援を上乗せ。
- ③併せて、介護職員について、職場環境改善に取り組む事業者(※3)を支援(介護職員等の人件費に充てることも可能)。

(※1) 処遇改善加算の対象サービスについては加算取得事業者、対象外サービス(訪問看護、訪問リハ、ケアマネ等)については処遇改善加算に準ずる要件を満たす(又は見込み)事業者が対象。

(※2) 処遇改善加算の取得に加え、以下の要件を満たす事業者。

- ア) 訪問、通所サービス等  
→ ケアプランデータ連携システムに加入(又は見込み)等。
- イ) 施設、居住サービス、多機能サービス、短期入所サービス等  
→ 生産性向上加算Ⅰ又はⅡを取得(又は見込み)等。

(※3) 処遇改善加算を取得の上、職場環境等要件の更なる充足等に向けて、職場環境改善を計画し実施する事業者(要件は、令和6年度補正予算の「介護人材確保・職場環境改善等事業」と同様)。

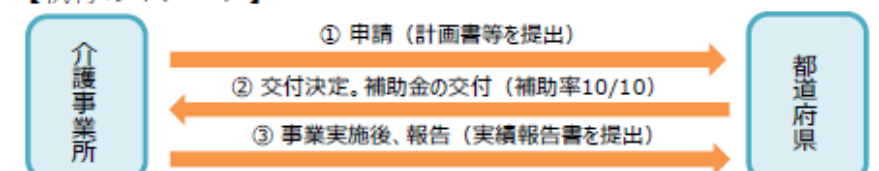
④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(1) 支給要件・金額

- ①介護従事者に対する幅広い賃上げ支援 1.0万円
- ②協働化等に取り組む事業者の介護職員に対する上乗せ 0.5万円
- ③介護職員の職場環境改善の支援  
※人件費に充てた場合、介護職員に対する0.4万円の賃上げに相当

(2) 対象期間: 令和7年12月～令和8年5月の賃上げ相当額を支給

【執行のイメージ】



(注) サービスごとに交付率を設定し、各事業所の総報酬にその交付率を乗じた額を支給(国10/10で都道府県に支給。併せて交付額算出のための国保連システム改修費用及び国・都道府県の必要な事務費等も確保)

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- 〇 介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援を実施することで、介護サービス提供に必要な人材確保につながる。

【○介護事業所・施設のサービス継続に対する支援】

施策名:イ 介護事業所等に対するサービス継続支援事業

令和7年度補正予算案 278億円

① 施策の目的

- 物価上昇の影響がある中でも、介護事業所・施設が、必要な介護サービスを円滑に継続できるよう、将来的に必要なとなる設備・備品の購入費用等に対する補助を行う。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○	○							

③ 施策の概要

- 物価上昇の影響がある中でも、介護事業所・施設が、必要な介護サービスを円滑に継続できるよう、介護事業所・施設のサービス類型・規模等を踏まえ、
  - ・ 特に長距離移動が求められる訪問系サービス等においては、訪問・送迎など移動に伴い必要となる経費、
  - ・ 大規模災害の発生時には、介護事業所・施設への避難も想定されることから、介護事業所・施設について、衛生用品や備蓄物資、ポータブル発電機など災害発生時に必要な設備・備品などの購入費用等に対する補助を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(1)実施主体  
都道府県

(2)補助上限額

- 介護事業所・施設(訪問介護、通所介護、施設系を除く):1事業所あたり20万円
- 訪問介護、通所介護事業所:  
規模(訪問回数等)、提供形態に応じて上限額を区分(※)し、  
訪問介護 1事業所あたり20万円、30万円、40万円、50万円  
通所介護 1事業所あたり20万円、30万円、40万円
- 施設系(特養、老健、介護医療院等):定員1人あたり6千円

(※)訪問介護は延べ訪問回数(200回以下、201回以上~2000回以下、2001回以上)で区分(30万円、40万円、50万円)。ただし、移動経費に着目し、集合住宅併設型は20万円とする。  
通所介護は延べ利用者数(300人、600人)で20万円、30万円、40万円の3区分とする。

(3)補助率  
国:3/4、都道府県:1/4(都道府県事務費は国:10/10)

(4)補助対象  
介護事業所・施設

(5)補助対象経費(例)

[介護サービスを円滑に継続するための対応]

ア. 訪問・送迎の移動の経費などサービス提供の継続に必要な経費  
イ. ネッククーラー、冷感ポンチョ、熱中症対策ウオッチ  
ウ. 業務用スポットエアコン、サーキュレーター、断熱カーテン など

[大規模災害等への備え]

平時のサービス提供にあたって使用することも可能とするが、災害発生時に使用可能な状態で維持するものとする。  
ア. 飲料水、食料品等の備蓄物資(ローリングストックの初期費用)  
イ. ポータブル発電機、ポータブル電源・蓄電池  
ウ. 衛生用品、医療用品  
エ. 簡易浄水器、冷房機、暖房機、簡易トイレ  
オ. その他災害への備えとして必要と認められる経費

【事業スキーム】

国

補助

都道府県

補助

介護サービス事業所・施設

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- 介護サービスの円滑な継続を支援することにより、介護サービスの維持を図る。

施策名:イ 介護施設等に対するサービス継続支援事業

令和7年度補正予算案 210億円

※医療・介護等支援パッケージ

① 施策の目的

介護保険施設等は、入所者の栄養・心身の状況等を考慮した食事を提供する必要があり、物価上昇の影響がある中でも、食事提供というサービスを円滑に継続するための支援を行う。

② 対策の柱との関係

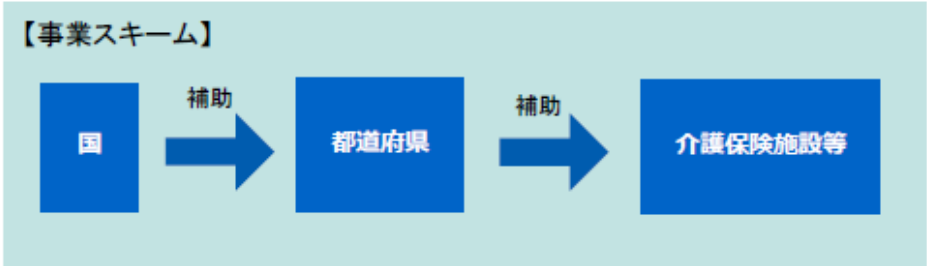
Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○	○							

③ 施策の概要

介護保険施設等が、物価上昇の影響がある中でも、食事提供というサービスを円滑に継続できるよう、介護保険施設等の規模等を踏まえ、食料品等の購入費等に対する補助を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- (1)実施主体  
都道府県
- (2)補助上限額  
定員1人あたり1.8万円
- (3)補助率  
国:10/10(都道府県事務費 国:10/10)
- (4)補助対象  
介護老人福祉施設(地域密着型含む)、介護老人保健施設、介護医療院、短期入所生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム
- (5)補助対象経費  
食材料費



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

・介護サービスの円滑な継続を支援することにより、介護サービスの維持を図る。



施策名:イ 地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金等

令和7年度補正予算案 22億円

※医療・介護等支援パッケージ

① 施策の目的

・都道府県・市町村が、計画的かつ「第1次国土強靱化実施中期計画」に基づく取組と一体的に行う老朽化した高齢者施設等の改修・大規模修繕等の取組等を支援し、物価上昇の影響がある中でも、防災・減災対策が推進される環境を整備する。

② 対策の柱との関係

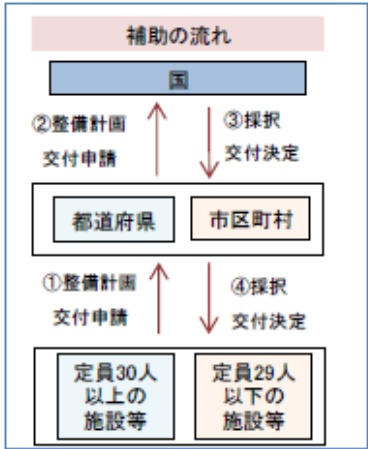
Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○	○				○			

③ 施策の概要

・広域型施設において、「第1次国土強靱化実施中期計画」に関する取組と一体的に実施する大規模修繕等や、小規模な高齢者施設の改修・大規模修繕等に必要となる経費等を支援する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

対象施設等		基準単価	補助率	実施主体
定員30人以上の特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院、軽費老人ホーム、養護老人ホームの大規模修繕(※)	・社会福祉連携推進法人等の社員等が運営するもの	61,600千円	国 1/2 自治体 1/4 事業者 1/4	都道府県 指定都市 中核市
	・「第1次国土強靱化実施中期計画」に基づく取組を行うもの	29,260千円	国 1/3 自治体 1/3 事業者 1/3	
定員29人以下の小規模施設の改修工事・大規模修繕等(※)	・特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、ケアハウス	15,400千円	定額補助	市区町村
	・養護老人ホーム、都市型軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、(看護)小規模多機能型居宅介護事業所等	7,730千円		
介護施設等環境改善事業(介護保険事業費補助金)	・北海道管内の入所・居住系の高齢者施設等	2,000千円	国 1/2 自治体 1/4 事業者 1/4	自治体



※:大規模修繕には、耐震強化のための天井等の非構造部材の落下防止対策等を含む。

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

老朽化した高齢者施設等の改修・大規模修繕が進むことにより、保全経費や維持費用等の抑制や国土強靱化対策の一層の推進が図られ、利用者・介護職員の生命・財産の保持や地域における安定的かつ継続的なサービス提供が促進される。

施策名:ウ 介護テクノロジー導入・協働化・経営改善等支援事業

※医療・介護等支援パッケージ

① 施策の目的

- ・介護サービス需要の増加への対応や介護人材の確保が喫緊の課題となっており、サービス提供の存続にも関わる重要な問題である。特に小規模法人を中心に、従来の方法や単独では必要な人材確保が難しい法人も多く、経営の効率も悪くなるという悪循環に陥りがちである。
- ・また、「省力化投資促進プラン」(令和7年6月13日)において、2040年に▲20%以上の業務効率化を図る必要があるとされており、生産年齢人口が減少していく中、計画的かつ継続的に職場環境改善・生産性向上のための介護テクノロジー等の導入を図っていく必要がある。
- ・こうした状況を踏まえ、介護現場の生産性向上の取組や、経営の協働化・大規模化等を通じた職場環境改善に取り組む介護サービス事業者に対する支援を行うとともに、これらの支援を行う都道府県相談窓口等の機能強化を図り、伴走支援を充実させる。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○	○							

③ 施策の概要

- ・生産性向上の取組を通じた職場環境改善を推進するため、介護事業所において介護テクノロジー等を導入する費用及び地域全体で導入する費用の補助を行う。また、小規模事業者を含む事業者グループが協働して行う職場環境改善等の取組など協働化等の支援を行うとともに、経営改善の支援に係るモデル的な事業を実施する。あわせてこれらに要する都道府県等の伴走支援の強化等を実施する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(1)生産性向上の取組を通じた職場環境改善

①生産性向上に資する介護テクノロジー等の導入

- ・見守り機器・介護記録ソフト・インカムについては、業務時間削減効果が確認されているため集中的に支援。特に、小規模事業者も含めこれらのテクノロジーがより広く事業者へ普及するよう支援。そのため、介護テクノロジー等の導入にかかる費用を補助するとともに、導入等と一体的に実施する業務改善にかかる費用(※)を補助(※)介護記録ソフトの導入前後の定着を促進する費用やWi-Fi環境整備費用も含む。

②地域全体で生産性向上の取組を普及・推進する事業の実施

- ・地域の複数事業所における機器の導入に向けた研修や、地域のモデル施設の育成など、都道府県等が主導して面的に生産性向上の取組を推進
- ・都道府県等が主導して、ケアマネ事業所と居宅サービス事業所の間でのケアプランデータ連携システム等の活用を地域で促進し、データ連携によるメリットや好事例を収集

(2)小規模事業者を含む事業者グループが協働して行う職場環境改善など協働化等の支援、経営改善支援モデル事業の実施

- ①人材募集や一括採用、合同研修等の実施、事務処理部門の集約、協働化・大規模化にあわせて行う老朽設備の更新・整備のための支援等に加え、福祉医療機構(WAM)による経営分析などを行うための費用を補助することにより、経営改善支援モデル事業を実施
- ②福祉医療機構における介護施設等の経営サポート事業の体制強化を実施(事業スキーム: 国 → WAM(実施主体)、運営費交付金の交付)

(3)都道府県等による伴走支援等の実施

- ・小規模事業所等に対するICT導入や協働化等の伴走支援等が着実に実施されるよう、必要な都道府県等の体制を整備

【事業スキーム】



⑤成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- ・生産性向上の取組や経営の協働化・大規模化等を通じた職場環境改善を推進することにより、介護人材の確保や介護サービスの質の向上に繋げていく。

【実施主体】

都道府県 (都道府県から市町村への補助も可)

【負担割合】

(1)①、(2)①…国・都道府県4/5、事業者1/5

(1)②、(3)…国・都道府県 10/10

※国と都道府県の負担割合は以下の通り

(1)①、(2)①…国4/5、都道府県1/5

(1)②…国9/10、都道府県1/10、(3)…国 10/10



施策名:エ 訪問介護等サービス提供体制確保支援事業

令和7年度補正予算案 56億円

※医療・介護等支援パッケージ

① 施策の目的

- 訪問介護等サービスについては、長引く人手不足や燃料代の高騰などにより、厳しい状況にある。
- こうした状況を踏まえ、都道府県・市町村が事業所の規模・形態や地域の実情に応じた最適な支援策を柔軟に実施できるよう、訪問介護等サービス提供体制の確保に向けた総合対策を行う。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○	○							

③ 施策の概要

- 地域において、利用者へ必要なサービスを安定的に提供できるよう、ホームヘルパーへの同行支援や常勤化への支援、協働化・大規模化の取組支援など、事業所規模や地域の特性に合わせた支援を行うほか、下記の支援を新たに行う。
  - ① 訪問介護におけるタスクシェア・タスクシフトを推進するため、都道府県等が行う訪問介護事業所と地域の多様なリソースとの協働モデルの構築や業務の役割分担ルールの策定等の支援
  - ② 訪問介護事業所が存在しない中山間地域等に所在する通所介護事業所等の役割の多機能化(訪問機能の追加)を推進するため、訪問機能の導入に向けた伴走支援や初期費用の助成、導入後の一定期間の支援
  - ③ 中山間地域等において、地域の需要に応じた柔軟な人員配置が可能なサテライト(出張所)の設置を促進するため、サテライトの設置に向けた伴走支援や初期費用の助成、設置後の一定期間の支援

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

実施主体:都道府県・市区町村

補助率:国:2/3、都道府県・市区町村:1/3

※中山間・離島等地域における取組(①のイ及びウ、②のウ、③のイ及びウ)については、国:3/4、都道府県・市区町村:1/4

①人材確保体制構築支援事業

補助対象経費(例)

- ア. 研修体制づくりの支援
- イ. 採用活動の支援
- ウ. 経験年数が短いヘルパーへの同行支援
- エ. 周辺事業所の休廃止等に伴うかかり増し経費の支援

②経営改善支援事業

補助対象経費(例)

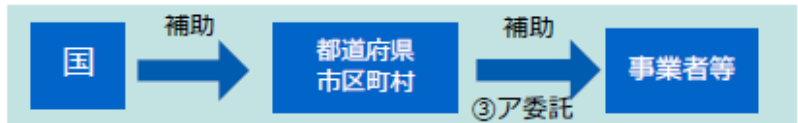
- ア. 経営改善の支援
- イ. 常勤化の促進の支援
- ウ. 協働化・大規模化の取組の支援
- エ. 広報活動に関する支援

③地域の体制づくり支援事業(拡充)

補助対象経費:以下の取組に必要な経費

- ア. 訪問介護におけるタスクシェア・タスクシフトの推進支援(5.9億円)
- イ. 通所介護事業所等の多機能化(訪問機能の追加)の推進支援(11億円)
- ウ. 訪問介護事業所のサテライト(出張所)設置の推進支援(12億円)

【事業スキーム】



⑤ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- 訪問介護等サービスの人材確保・経営改善や地域における在宅介護の提供体制づくりの取組を支援することで、在宅介護サービスの持続的・安定的な提供体制の確保が図られる。

【〇訪問介護・ケアマネジメントの提供体制確保に対する支援】  
 施策名:エ 訪問介護等サービス提供体制確保支援事業  
 地域の体制づくり支援事業(訪問介護におけるタスクシェア・タスクシフトの推進支援)

令和7年度補正予算案 5.9億円(56億円の内数)

老健局認知症施策・地域介護推進課  
 (内線3983)

※医療・介護等支援パッケージ

① 施策の目的

- 〇 訪問介護におけるタスクシェア・タスクシフトを全国的に推進することで、介護人材の負担軽減と地域における持続可能なサービス提供体制の維持・強化を図る。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○	○							

③ 施策の概要

- 〇 訪問介護におけるタスクシェア・タスクシフトを推進するため、都道府県等が行う訪問介護事業所と地域の多様なリソースとの協働モデルの構築や業務の役割分担ルール策定の取組を支援する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

〇補助対象経費:以下の取組に必要な経費

- ・ 家政婦(夫)との協働モデルの構築と研修受講要件緩和(総合事業)の検討
- ・ 地域ボランティア・学生等とのマッチング支援(人材バンクの整備等)
- ・ 業務の役割分担ルールの策定や実証事業の実施
- ・ 先進的な共生型生活支援体制の構築に資する調査研究
- ・ ケアマネ事業所や包括支援センターとの連携体制の構築等

〇実施主体:都道府県・市区町村(社会福祉協議会や福祉人材センター等への委託可能)

〇補助率:国:2/3 都道府県・市区町村 1/3

【事業スキーム】



(参考)業務分担のイメージ



⑤ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- 〇 地域の多様なリソースを地域の支援体制に組み込むことで、介護人材の負担軽減と地域における持続可能なサービス提供体制の確保が図られる。



① 施策の目的

○ 訪問介護事業所が存在しない中山間地域等に所在する通所介護事業所等に対して、役割の多機能化(訪問機能の追加)を支援することで、安定的な訪問介護サービスの提供体制の確保を図る。

② 対策の柱との関係

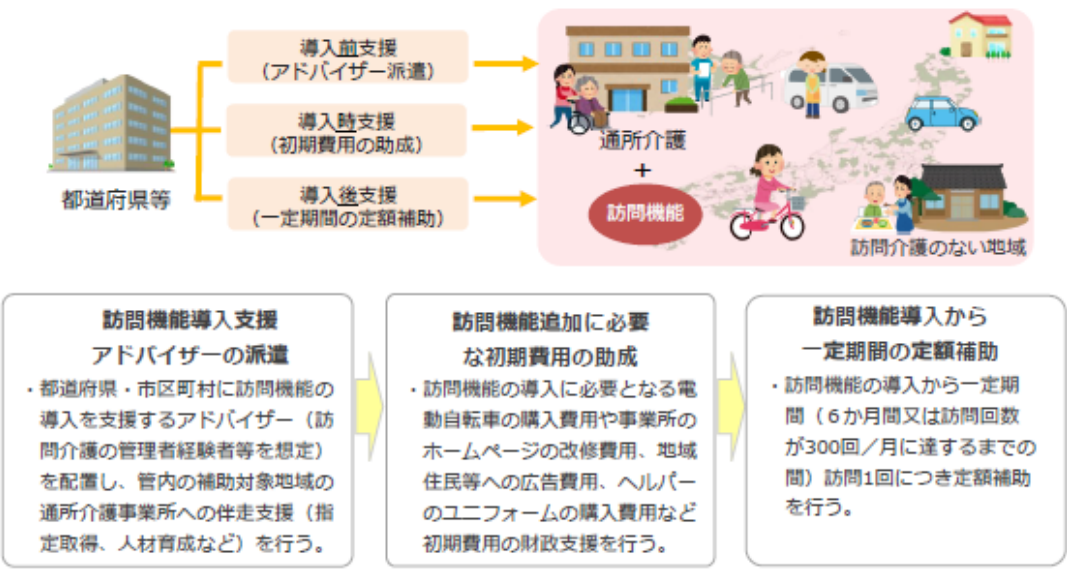
Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○	○							

③ 施策の概要

○ 訪問介護事業所が存在しない中山間地域等に所在する通所介護事業所等の役割の多機能化(訪問機能の追加)を推進するため、訪問機能の導入に向けた伴走支援や初期費用の助成、導入後の一定期間の支援を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- 補助対象経費
- ・ アドバイザー配置に係る費用(人件費等)
  - ・ 訪問機能追加に必要な初期費用(備品購入費、広告費等)
  - ・ 経営安定までの定額補助費用
- 補助の対象
- 訪問介護事業所が1か所もない、または必要なサービス提供が困難な状況(提供回数や移動距離等を勘案)にある地域に所在する、通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所
- 実施主体:都道府県・市区町村
- 補助率:国:3/4 都道府県・市区町村 1/4
- 【事業スキーム】



⑤ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

○ 人口減少が進む中山間地域における在宅介護のインフラを迅速に再構築することで、将来にわたって安定的な訪問介護サービスの提供体制の確保が図られる。



【○訪問介護・ケアマネジメントの提供体制確保に対する支援】

施策名:エ 訪問介護等サービス提供体制確保支援事業  
地域の体制づくり支援事業(訪問介護事業所のサテライト(出張所)設置の推進支援)

令和7年度補正予算案 12億円(56億円の内数)

老健局認知症施策・地域介護推進課  
(内線3983)

※医療・介護等支援パッケージ

① 施策の目的

○ 地域の需要に応じた柔軟な人員配置が可能となるサテライトの設置を促進することで、介護ニーズが限定的な中山間・人口減少地域等における訪問介護サービスの提供体制の維持・確保を図る。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○	○							

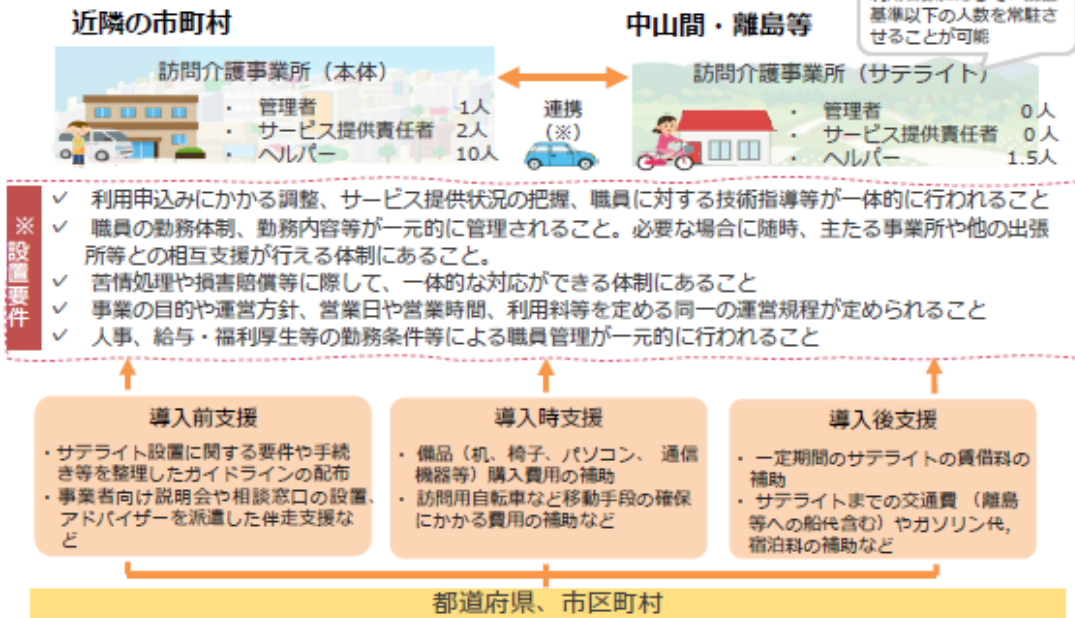
③ 施策の概要

○ 中山間地域等において、地域の需要に応じた柔軟な人員配置が可能なサテライト(出張所)の設置を促進するため、サテライトの設置に向けた伴走支援や初期費用の助成、設置後の一定期間の支援を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- 実施主体:都道府県、市区町村
- 具体的な補助要件や補助内容等  
(導入前支援)・・・制度の周知や設置に向けた伴走支援  
(導入時支援)・・・設置にかかる初期費用の助成  
(導入後支援)・・・一定期間のランニングコストの助成など
- 補助率及びスキーム  
補助率:国:3/4 都道府県・市区町村 1/4

【事業スキーム】



⑤ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

○ サテライト設置を促進することで、中山間・人口減少地域における訪問介護サービスの提供体制の維持・確保が図られる。

施策名:エ 地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業

令和7年度補正予算案 14億円

※医療・介護等支援パッケージ

① 施策の目的

- ・ケアマネジャーの役割の重要性が増大している一方で、ケアマネジャーの人数は減少傾向にあり、高齢化も進んでいることから、今後、介護サービスを受けられない高齢者が発生する恐れがある。
- ・令和6年12月にとりまとめられた、「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会」中間整理においても、法定業務以外の業務への対応について、地域の取組を促進する方策の検討や、「潜在ケアマネジャー」の実態把握や復職等の促進について盛り込まれたところ。
- ・そのため、利用者のために質の高いケアマネジメントを実現する観点から、ケアマネジャーがケアマネジメント業務に注力することができるよう、業務負担を軽減しつつ、なり手を確保していくことを目的とする。

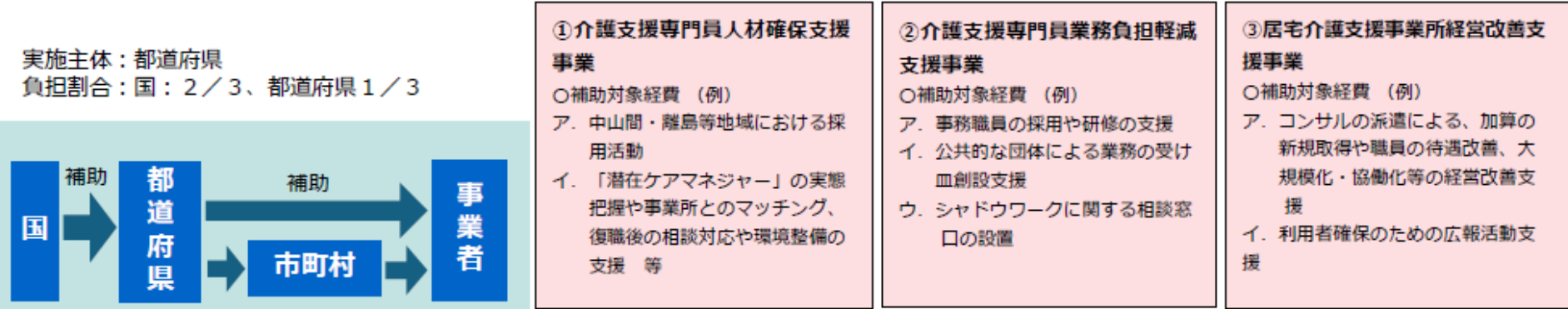
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○	○							

③ 施策の概要

- ・地域の高齢者に対して適切なケアマネジメントが提供されるよう、地域の特性に応じたケアマネジャーの人材確保体制の構築やタスクシフト支援、事業所規模や地域の特性に合わせた経営改善支援を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- ・ケアマネジャーの人材確保・業務負担軽減・事業所の経営改善の取組を進めることで、地域における持続的・安定的なサービス提供体制を確保する。