

**2026年10月31日(土) MBA 第43回
医療・介護マネジメントセミナー**

**「地域で生きる」を支える病院へ
ー地域包括ケア時代における中小病院の役割と未来ー**

医療法人社団 まほし会 真星病院
理事長・院長
地域包括ケア部部長 / 救急課長 / 心不全センター長
大石 醒悟

神戸市立中央市民病院 (2005～2007)



国立循環器病センター (2007～2010)



兵庫県立姫路循環器病センター (2010～2022)

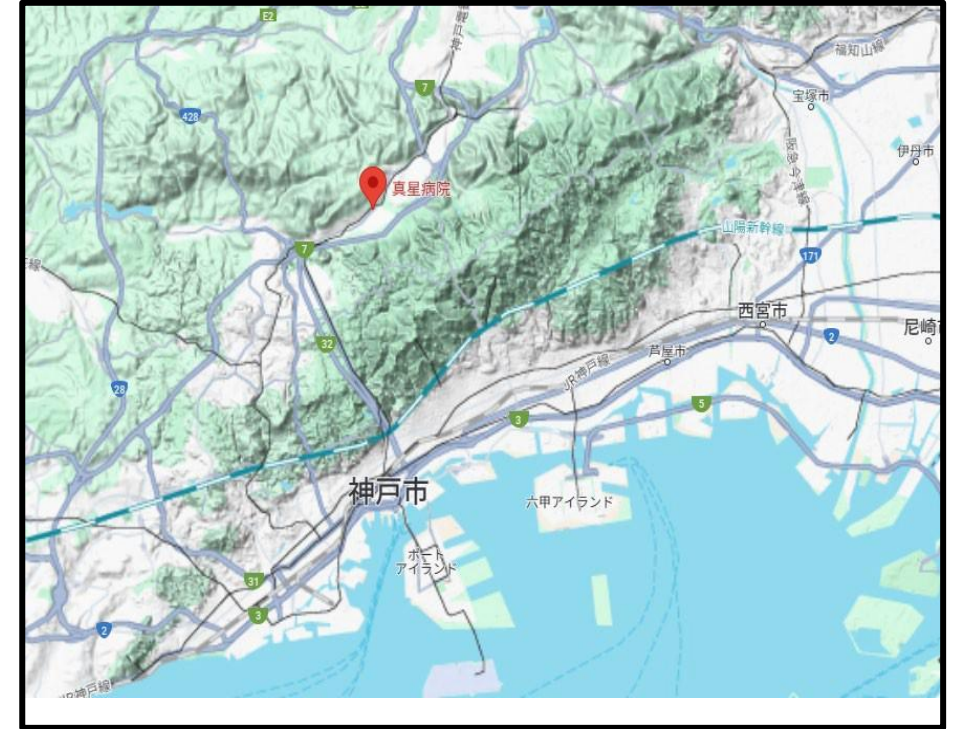


**兵庫県立はいま姫路総合医療センター
(2022～2023)**





**兵庫県立大学 大学院 社会科学研究科 経営専門職専攻
医療・介護マネジメントコース (2022~2023)**

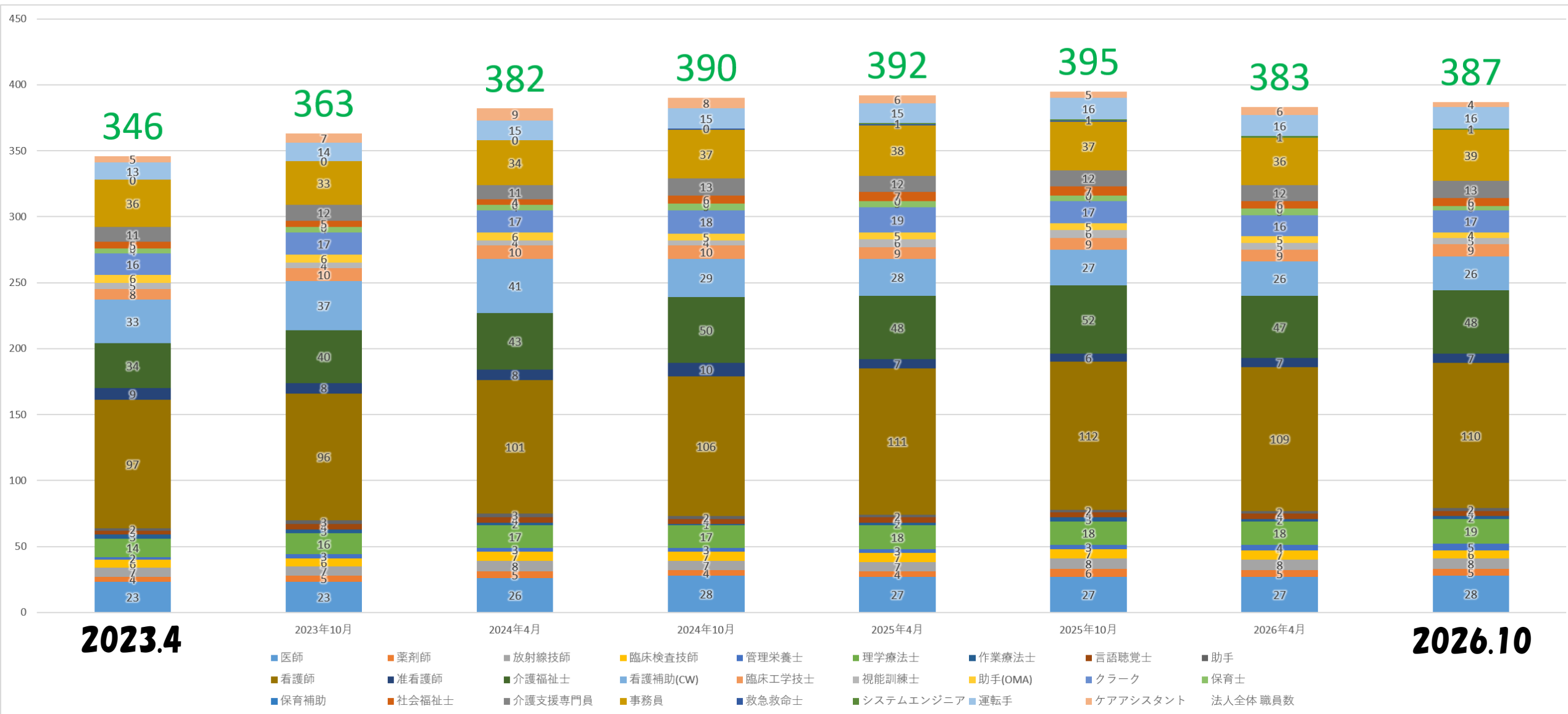


真星病院 (神戸市北区): 156床 在宅療養支援病院

職員数 387名, 医師 28名 (常勤 14名)

**一般病床 40床, 地域包括ケア病床 26床, 療養病床 64(90)床, 介護医療院 18床 併設
訪問看護ステーション・訪問診療・居宅介護事業所・あんしんすこやかセンター**

職員数の推移 (全 24職種)





200床未満の唯一の病院機能 在支病の基準見直しで明確に

200床未満の中小病院の機能

診療報酬上では、在宅療養支援病院(在支病)がある。平成18年度改定で創設され、在宅療養支援診療所(在支診)とともに、**在宅医療を実施・支援する医療機関**として位置付けられた

在支病の施設基準

- ・ 24時間連絡を受ける体制
- ・ 24時間の往診体制
- ・ 24時間の訪問看護体制
- ・ 緊急時の入院体制

機能強化型になるためには、単独型の場合で、「過去1年間の緊急往診の実績10件以上」、「過去1年間の看取りの実績4件以上」などが求められるが、「過去1年間の緊急往診の実績10件以上」について、病院の場合は、「在支診等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上」または「地域包括ケア病棟入院料等1・3を届け出ている」に該当すれば、満たしていなくてもよいことになった

病院の入院機能が評価され、在支診と在支病に区別が生じた

	単独型	連携型
全ての在支病が満たすべき基準	(1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師とは別であること * 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては240床未満 ① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針を作成していること	
機能強化型在支病が満たすべき基準	⑧ 在宅療養を担当する常勤の医師3人以上	⑧ 在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上
	⑨ 次のうちいずれか1つ ・ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ 在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑨ 次のうちいずれか1つ ・ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・ 在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている
	⑩ 過去1年間の看取りの実績又は超・準重症児の医学管理の実績いずれか4件以上	⑩ 過去1年間の看取り実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において看取り実績又は超・準重症児の医学管理の実績いずれか2件以上
	⑪ 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在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅療養の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい	

全国の流れ：日本の病院の7割は200床未満

令和6年（2024年）医療施設（動態）調査をもとにした概観



病院数

8,060 病院



総病床数

1,469,845 床



200床未満の病院

5,662 病院

70.2%

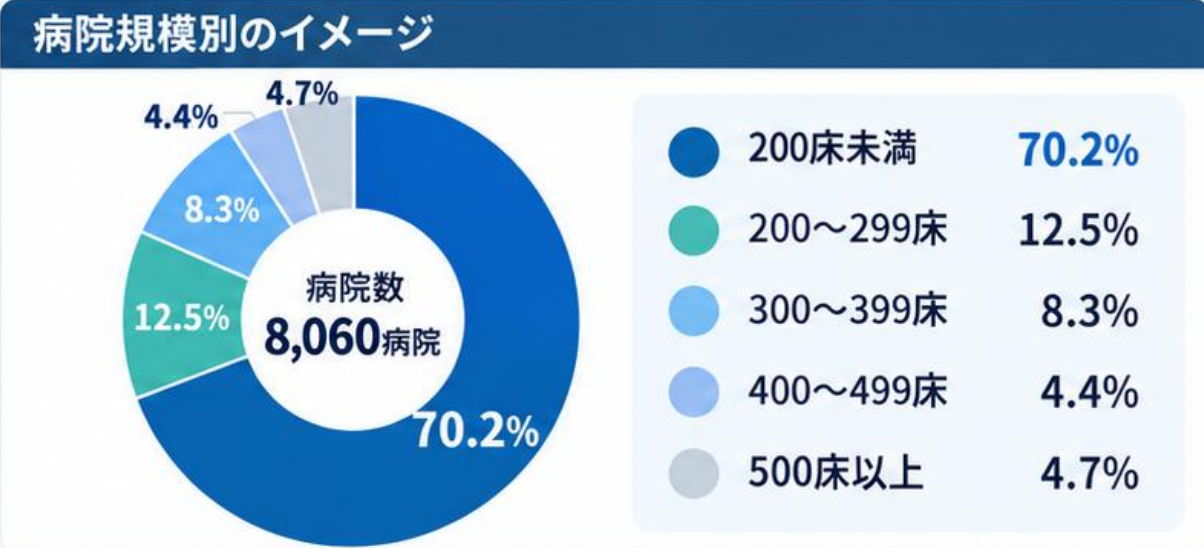


500床以上の病院

378 病院

4.7%

病床区分	病床数	構成割合
一般病床	879,728床	59.9%
療養病床	268,521床	18.3%
精神病床	316,147床	21.5%
結核病床	3,508床	0.2%
感染症病床	1,941床	0.1%
合計	1,469,845 床	100%





示唆

- 日本の入院医療は**多数の中小病院**に支えられている
- 200床未満病院は全国の病院の**約7割**を占める
- 地域医療の再編・機能分化を考える上で**中心的な存在**である

出典：厚生労働省 令和6年医療施設（動態）調査。数値は病院ベース。

全国：精神科病床を除く病院の規模

精神科病床を除く | 2024年10月1日

病院数

7,003 病院

200床未満（20～199床）

5,163 病院

病床数

1,153,698 床

509,426 床

病床数に占める割合

44.2%

病院数に占める割合

73.7%

病院規模は精神科病床を含む施設全体の病床数で区分。公表階級は「200床未満」。

出典：厚生労働省「令和6年医療施設（動態）調査」全国編 第11・15表

政策の流れ：地域医療構想から地域包括ケアへ

全国的に進む機能分化・連携の方向性

1 背景

- 高齢化と人口減少が同時に進行
- 救急・在宅・慢性期ニーズが増大
- 限られた医療資源の再配置が必要

2 制度の方向性

- 病床機能報告による見える化
- 高度急性期・急性期・回復期・慢性期への機能分化
- 地域医療構想による病床再編
- 地域包括ケアシステムの推進

3 200床以下病院に期待される役割

- 地域救急・急性期の受け皿
- ポストアキュート／サブアキュート
- 回復期・リハビリテーション
- 慢性期・在宅復帰支援
- 診療所・介護・在宅との連携



救急・急性期



回復期・リハビリ



慢性期



在宅・介護

全国の視点

- 大病院だけでは地域の入院医療は完結しない
- 中小病院が地域完結型医療の要となる
- 200床以下病院は面的提供体制のハブである

ポイント

▶ 200床以下病院は、機能分化の中で「地域の入口と出口をつなぐ存在」として重要性を増している。



神戸市北区の実データ：200床以下病院が地域医療を支える

令和7年度（2025年度）病床機能報告に基づく集計



病床機能報告対象病院

16病院



200床以下の病院

12病院

75.0%



200床以下病院の
一般・療養病床

1,158床

北区全体の**53.2%**



回復期病床のうち
200床以下病院が担う割合

78.9%

200床以下 vs 200床超							
区分	病院数	一般・療養病床	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
200床以下	12	1,158	3	358	481	316	0
200床超	4	1,018	15	445	129	348	81
北区計	16	2,176	18	803	610	664	81





ポイント

- 回復期は200床以下病院が中心（78.9%）
- 急性期も約45%を200床以下病院が担う
- 高度急性期は主に200床超病院が担う

注：規模区分は病院全体の許可病床数で判定。機能別集計は一般・療養病床が対象。休棟等81床はJCHO神戸中央病院。

神戸市北区：精神科病床を除く病院の規模

精神科病床を除く | 令和7年度 病床機能報告

病院数

16 病院

200床未満（20～199床）

12 病院

病床数

2,176 床

1,158 床

病床数に占める割合

53.4%

病院数に占める割合

75.0%

200床以上の4病院：ありまこうげんホスピタル、JCHO神戸中央病院、有馬温泉病院、済生会兵庫県病院

出典：兵庫県「令和7年度病床機能報告」神戸圏域・北区16病院

2026年度診療報酬改定につながる流れ

2024同時改定から2026改定へー200床以下病院に求められる視点

2024年度



- 医療・介護・障害の同時改定



- 地域包括医療病棟入院料など新たな評価が導入



- 地域での機能分化・連携の重要性が明確化

2025年度



- 2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の議論



- 高齢者救急・在宅急変・複合ニーズへの対応が課題



- 入院・在宅・介護をまたぐ連携強化が焦点

2026年度改定で重視される方向性



- 地域完結型医療を支える入院機能の再整理



- 200床以下病院の役割明確化と連携評価



- 在宅復帰支援・多職種協働・効率化の推進



改定のキーワード

機能分化

地域連携

在宅復帰支援

多職種協働

効率化・DX



200床以下病院 にとっての意味

- 急性期から在宅までの接続力が問われる
- 救急受入と回復期機能の両立が強みになる
- 病院単独ではなく地域連携で価値を示す
- 地域の実績データが重要になる



講演でのメッセージ

2026年度改定は『規模』ではなく
『**地域で何を担うか**』が一層問われる改定
として捉えることができる。

200床以下病院に求められる戦略

地域包括ケア時代と2026年度診療報酬改定を見据えて



KOBE

1 地域救急の入口を担う



- 救急受入・緊急入院・一般診療の受け皿
- 紹介・逆紹介を含む地域連携の起点

2 回復期・在宅復帰支援を強化



- 急性期後の機能回復と退院支援
- リハビリ、栄養、服薬、家族支援を統合

3 慢性期と在宅をつなぐ



- 長期療養、在宅移行、再入院予防
- 介護・訪問看護・施設との接続

4 多職種協働を深める



- 医師、看護、リハ、薬剤、MSW、栄養、事務
- 入退院支援・地域ケア会議への参画

5 データで価値を示す



- 救急受入件数、在宅復帰率、紹介率、逆紹介率
- 地域での役割を数値で可視化

北区データからの示唆

病院数の	75.0%
一般・療養病床の	53.2%
回復期病床の	78.9%



救急・急性期



回復期・リハビリ



慢性期・在宅支援



結論

200床以下病院は「規模が小さい病院」ではなく、
地域の入退院支援・機能分化・医療介護連携を支える基盤である。





真星病院（神戸市北区）: 156⇒123床
一般病床40⇒40床
地域包括ケア病床26⇒39床（急性期～回復期）
療養病床90⇒44床（慢性期）
介護医療院18⇒42床 併設

糖尿病センター，腎・透析センター，眼科センター
+心不全センター，健診センター

イメージ図



2025年度着工, 2027年11月西館運用開始, 2028年8月全館運用開始, 2029年3月31日全工事完了

西館オープンへ向けて

温故創成

温故知新: 「故きを温ね、新しきを知る」

(ふるきをたずね、あたらしきをしる)

創成: 初めてつくり上げること

200床以下病院に求められる戦略

地域包括ケア時代と2026年度診療報酬改定を見据えて



KOBE

1 地域救急の入口を担う



- 救急受入・緊急入院・一般診療の受け皿
- 紹介・逆紹介を含む地域連携の起点



救急・急性期



回復期・リハビリ



慢性期・在宅支援



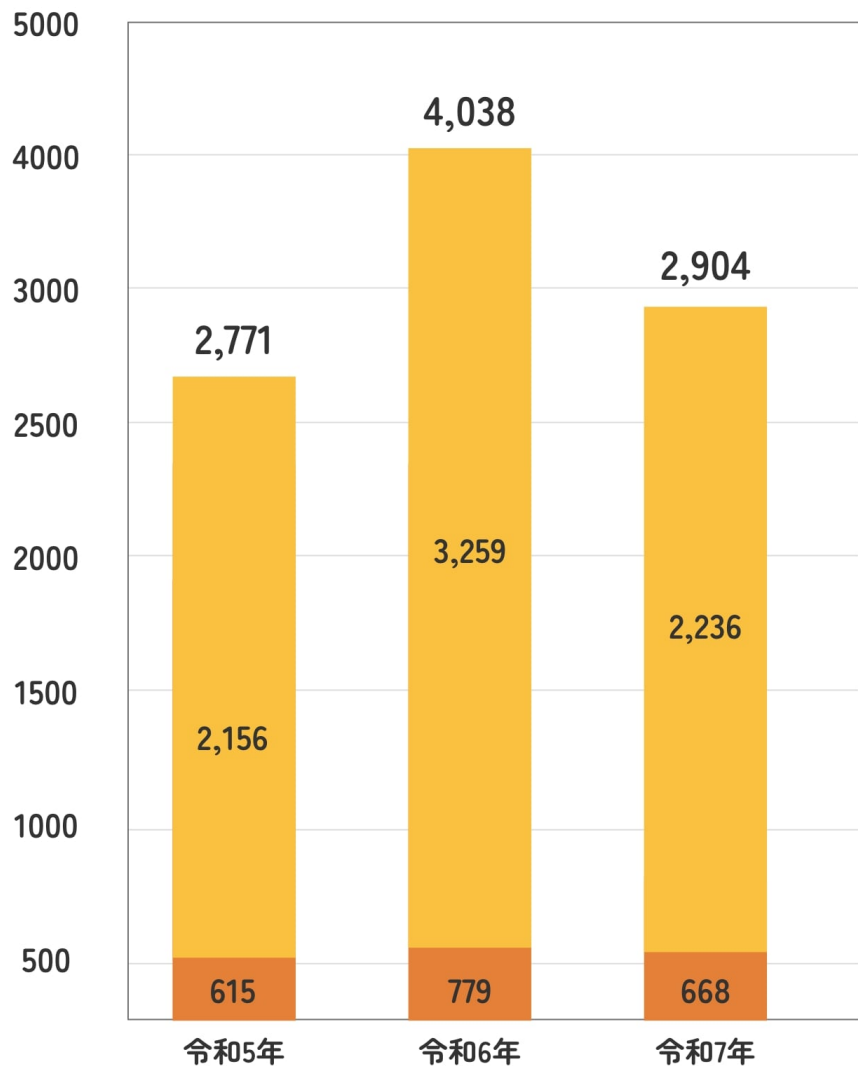
結論

200床以下病院は「規模が小さい病院」ではなく、
地域の入退院支援・機能分化・医療介護連携を支える基盤である。

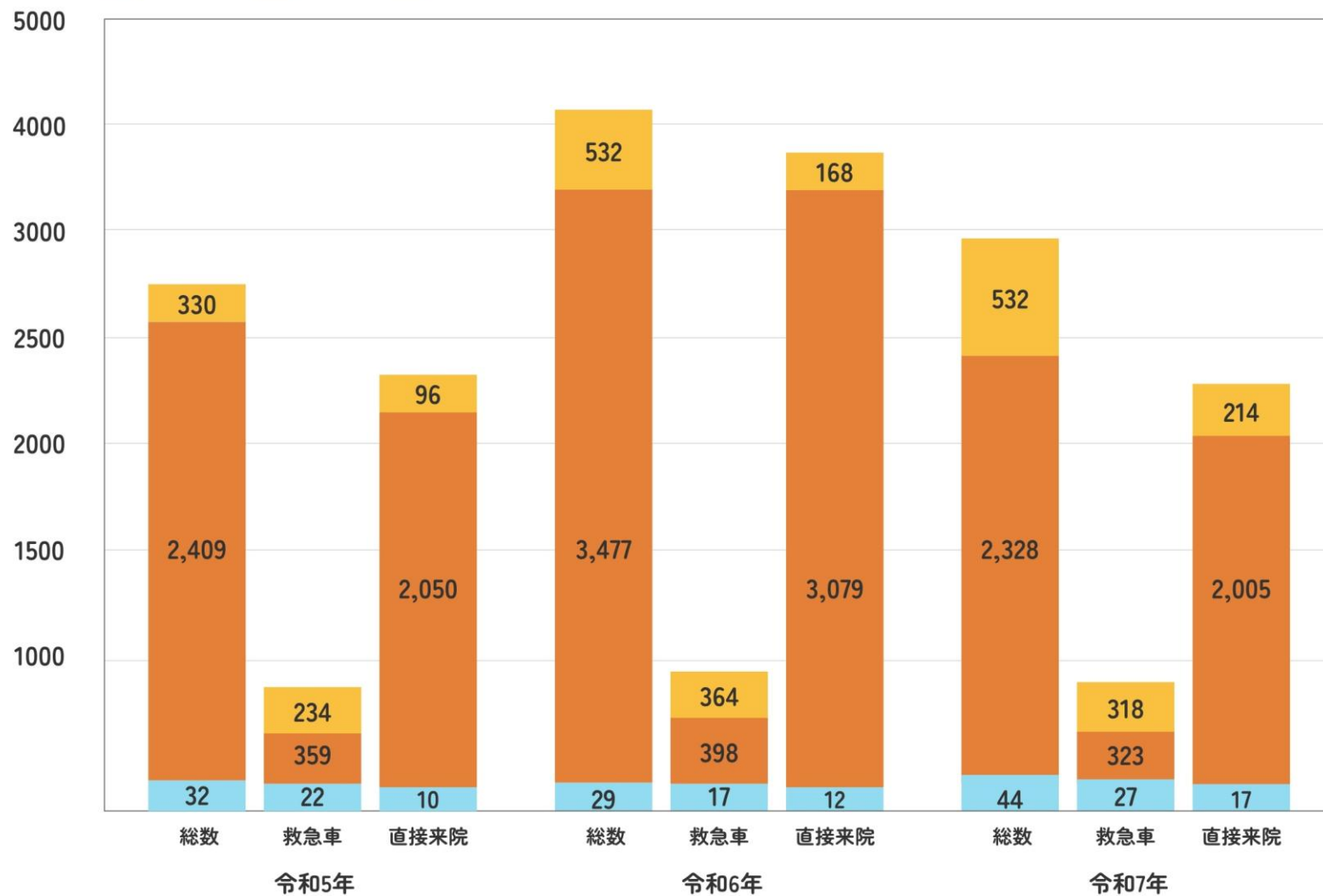


(救急患者受診者総数)

直接来院 救急車



入院 帰宅 転医



救急外来医療に係る評価の再編①

救急外来医学管理料の新設

- 救急医療機関における、夜間休日を含めた医師・看護師等の配置、検査・処方等が可能な体制の構築、地域の救急医療に関する取組等の現状を踏まえ、夜間休日救急搬送医学管理料を見直し、救急診療の実施にあたり十分な人員配置及び設備等を備え、救急外来医療を24時間提供できる体制を有する保険医療機関による救急外来診療に係る評価を新設する。

(新) 救急外来医学管理料

1 救急搬送医学管理料

イ	救急搬送医学管理料 1	800点
ロ	救急搬送医学管理料 2	600点
ハ	救急搬送医学管理料 3	200点

2 夜間休日救急医学管理料

イ	夜間休日救急医学管理料 1	600点
ロ	夜間休日救急医学管理料 2	400点
ハ	夜間休日救急医学管理料 3	50点

イ > ロ > ハ

〔算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

〔算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

(新) 救急外来緊急検査対応加算

イ	救急外来緊急検査対応加算 1	300点
ロ	救急外来緊急検査対応加算 2	200点



〔算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、診療に基づき検査、画像診断、処置又は注射を実施する必要性を認め、出血・凝固検査、血液化学検査、免疫血液学的検査、細菌培養同定検査、コンピューター断層撮影（CT撮影）、磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）、第6部第1節第1款注射実施料（皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射を除く。）又は第9部第1節処置料（留置力テーテル設置、消炎鎮痛等処置及び腰部又は胸部固定帯固定を除く。）を算定する場合は、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

(新) 時間外救急搬送加算

イ	土曜、日曜、祝日の夜間	300点
ロ	土曜、日曜、祝日以外の日の夜間	250点
ハ	土曜、日曜、祝日の夜間以外の時間	200点

〔算定要件〕

救急搬送医学管理料について、土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合には、当該患者が受診した時間の区分に従い、所定点数に加算する。

精神科疾患患者等受入加算

400点

〔算定要件〕

急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合に所定点数に加算する。

救急外来医学管理料の主な施設基準等

	救急外来医学管理料		
	イ 救急搬送医学管理料 1 夜間休日救急医学管理料 1 救急外来緊急検査対応加算 1	ロ 救急搬送医学管理料 2 夜間休日救急医学管理料 2 救急外来緊急検査対応加算 2	ハ 救急搬送医学管理料 3 夜間休日救急医学管理料 3
対象患者	(救急搬送医学管理料) 救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより緊急に搬送された患者 (夜間休日救急医学管理料) 時間外、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。） (緊急検査対応加算) 血液検査、細菌培養検査、注射（皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射を除く。）、処置（留置カテーテル設置、消炎鎮痛等処置及び腰部又は胸部固定帯固定を除く。）、CT検査、MRI検査を実施した患者	(救急搬送医学管理料) 救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより緊急に搬送された患者を除く。）	
病院の機能・実績等	・ 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる第二次救急医療機関、第三次救急医療機関又は精神科救急医療施設である ・ 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域内の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知している ・ 救急搬送件数が年1,500件（別表に掲げる人口の少ない地域においては、年1,200件）以上である	・ 救急搬送件数が年800件（別表に掲げる人口の少ない地域においては、年640件）以上である	・ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所である
職員の配置	・ 専任の医師（宿日直可）が常時、救急外来近くに勤務。勤務シフトには救急外来診療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。 ・ 専任の看護師が常時、救急外来内に勤務。時間帯及び救急外来の業務状況に応じ、複数名の配置が望ましい ・ 地域及び医療機関の実情に応じて、専任の救急救命士が救急外来において適切な業務を担うことが考えられ、その際には当該救急救命士に対して、院内研修を実施していることが望ましい ・ 手術に必要な麻酔科医及び手術室の看護師が緊急呼出し当番により、緊急手術を開始できる体制が常時確保されている ・ 救急外来を受診した患者に対して、調剤及び検査等を行うにつき必要な薬剤師、臨床検査技師及び診療放射線技師が常時、医療機関内に配置されている ・ 院内の職員に対して、救急に関する教育コースを年1回以上実施	・ 専任の医師（宿日直可）が、救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来近くに勤務。 ・ 専任の看護師が、救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来内に勤務。 ・ 院内の職員に対して、救急に関する教育コースを年1回以上実施又は当該コースの受講推奨を職員に周知し、受講状況を年1回以上把握 ※施設基準の体制を取る時間以外の時間帯に救急外来診療を実施した場合には、管理料2は算定できない。	
救急外来の施設	・ 救急外来診療を実施するための専用の診察室及びベッドを有する区画を設けている ・ 救急外来診療を行うための区画に必要な救急蘇生装置等を常時備えている（ICU等と隣接している） ・ 救急外来を受診した患者に対して、血液検査、CT撮影、MRI撮影を実施できる体制が常時確保されている	・ 救急外来を受診した患者に対して、血液検査、CT撮影、MRI撮影を実施できる体制が常時確保されている（CT撮影を実施する従事者は緊急呼出し当番でも可）	
地域の救急医療に関する取組等	・ 業務継続計画（BCP）を策定し、当該BCPに基づいた災害訓練を年1回以上実施 ・ 以下のいずれか二つ以上を満たしている ア メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議への参加 イ 消防機関の実施するウツタイン様式調査への協力 ウ 当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応 エ 地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関、消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催 オ 救急救命士の病院実習の受け入れ カ 在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っている	・ 以下のいずれかを満たしている	

救急搬送件数
800件

現行算定									
項目名	入外	点数		202606	202607	202608	総計	金額	算定要件
救急医療管理加算 1	入院	1,050		200	199	230	629	¥6,604,500	緊急入院で7日間を限度に算定可能
救急医療管理加算 2	入院	420		124	137	132	393	¥1,650,600	
救急搬送医学管理料 3（救急外来医学管理料）	入院	200		33	29	43	105	¥210,000	救急車で搬入された場合に算定可能
	外来	200		31	36	29	96	¥192,000	
夜間休日救急医学管理料 3（救急外来医学管理料）	入院	50		6	9	6	21	¥10,500	救急車以外で夜間、休日に来院された場合に算定可能
	外来	50		59	84	82	225	¥112,500	
院内トリアージ実施体制加算（夜間休日救急医学管理料）	入院	50		6	9	6	21	¥10,500	夜間休日救急医学管理料算定時に併算定可能
	外来	50		59	84	82	225	¥112,500	
精神科疾患患者等受入加算	入院	400				7	7	¥28,000	急性薬物中毒（アルコール中毒を除く）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある場合に算定（前医への確認等が必要）
	外来	400				4	4	¥16,000	
時間外救急搬送加算 （土曜日、日曜日又は祝日における夜間の場合）	入院	300		1	2	5	8	¥24,000	救急車で搬入された時間外の区分により算定
	外来	300		1	5	6	12	¥36,000	
時間外救急搬送加算 （土曜日、日曜日又は祝日における夜間以外の時間の場合）	入院	200		8	7	7	22	¥44,000	
	外来	200		5	8	5	18	¥36,000	
時間外救急搬送加算 （土曜日、日曜日又は祝日以外の日における夜間の場合）	入院	250		11	8	10	29	¥72,500	
	外来	250		16	7	9	32	¥80,000	
救急患者連携搬送料 2（医師）	入院	800					0	¥0	下り搬送
救急患者連携搬送料 2（その他）	入院	200		1			1	¥2,000	
¥9,241,600									

救急受入れ800件越えでの変更点

項目名	入外	点数		202606	202607	202608	総計	金額	算定要件
救急医療管理加算 1	入院	1,050		200	199	230	629	¥6,604,500	緊急入院で7日間を限度に算定可能
救急医療管理加算 2	入院	420		124	137	132	393	¥1,650,600	
救急搬送医学管理料 2（救急外来医学管理料）	入院	600		33	29	43	105	¥630,000	救急車で搬入された場合に算定可能
	外来	600		31	36	29	96	¥576,000	
夜間休日救急医学管理料 2（救急外来医学管理料）	入院	400		6	9	6	21	¥84,000	救急車以外で夜間、休日に来院された場合に算定可能
	外来	400		59	84	82	225	¥900,000	
院内トリアージ実施体制加算（夜間休日救急医学管理料）	入院	50		6	9	6	21	¥10,500	夜間休日救急医学管理料算定時に併算定可能
	外来	50		59	84	82	225	¥112,500	
精神科疾患患者等受入加算	入院	400				7	7	¥28,000	急性薬物中毒（アルコール中毒を除く）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある場合に算定（前医への確認等が必要）
	外来	400				4	4	¥16,000	
時間外救急搬送加算 （土曜日、日曜日又は祝日における夜間の場合）	入院	300		1	2	5	8	¥24,000	救急車で搬入された時間外の区分により算定
	外来	300		1	5	6	12	¥36,000	
時間外救急搬送加算 （土曜日、日曜日又は祝日における夜間以外の時間の場合）	入院	200		8	7	7	22	¥44,000	
	外来	200		5	8	5	18	¥36,000	
時間外救急搬送加算 （土曜日、日曜日又は祝日以外の日における夜間の場合）	入院	250		11	8	10	29	¥72,500	
	外来	250		16	7	9	32	¥80,000	
救急患者連携搬送料 2（医師）	入院	800					0	¥0	下り搬送
救急患者連携搬送料 2（その他）	入院	200		1			1	¥2,000	
¥10,906,600									
									¥1,665,000の増収

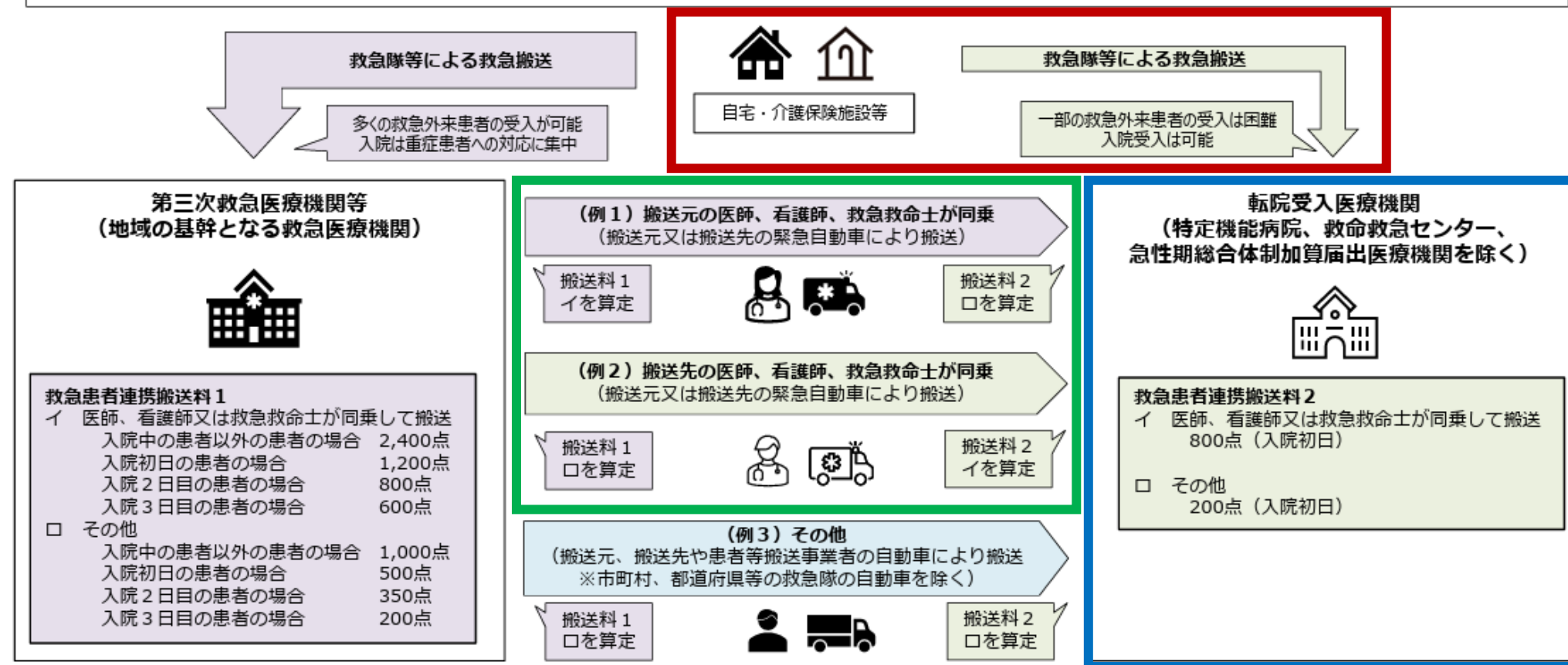
1.665.000円の増収 / 3か月

(参考) 救急患者連携搬送料の概要

C001-2 救急患者連携搬送料

➤ 転院搬送における消防機関の負担の軽減を含む、地域における医療資源の効率的な活用の観点から、**第三次救急医療機関等が高度で専門的な知識や技術を要する患者に十分対応できるように他の保険医療機関と連携し、初期診療を行った医療機関以外の医療機関で対応可能な患者を初期診療後に搬送することを評価**したもの。

※ より高度で専門的な体制を有する医療機関に搬送する場合や、初期診療を行った医療機関において入院医療の提供を行っていない診療科に係る入院医療を提供するために搬送する場合等は、算定できない。



長時間加算 700点

➤ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合に、当該搬送に要した時間が30分を超えた場合に所定点数に加算する。

近隣施設の皆さまへ

真星病院
病院救急車
運用開始のご案内

2026年12月1日より運用開始予定



イメージ図

同乗スタッフ

運転手・救急救命士・看護師（医師）

安全な患者搬送をサポート

対象：近隣施設の患者さま

施設職員の方の同乗は不要

所定の書式にご記載いただければ
施設職員の方の同乗は不要です

救急受入件数

年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
2023年度	33	39	36	63	72	36	54	46	41	75	60	60	615
2024年度	59	59	49	78	71	60	69	74	60	82	55	62	778
2025年度	51	56	60	58	69	37	58	42	54	63	56	64	668
2026年度	49	61	64	64	78	61							377

800件到達できるでしょうか？

入院側は？ 急性期一般（40床）

年度	入院経路名称	04月	05月	06月	07月	08月	09月	10月	11月	12月	01月	02月	03月	総計
2023 年度	家庭からの入院	39	34	41	33	46	44	42	37	37	46	38	50	487
	それ以外	12	13	9	14	11	20	18	17	27	22	12	17	192
	計	51	47	50	47	57	64	60	54	64	68	50	67	679
2024 年度	家庭からの入院	44	53	55	75	72	69	84	88	72	106	69	78	865
	それ以外	20	9	9	13	12	17	23	14	16	17	21	19	191
	計	64	62	64	88	84	86	107	102	88	123	90	98	1,056
2025 年度	家庭からの入院	82	92	97	89	102	76	111	66	87	101	84	88	1,075
	それ以外	23	22	15	27	10	17	19	16	14	13	14	23	213
	計	105	114	112	116	112	93	130	82	101	114	98	111	1,288
2026 年度	家庭からの入院	84	81	84	104	104	100							557
	それ以外	15	11	16	14	19	17							92
	計	99	92	100	118	123	117							649

➤ DPC対象病院の基準の見直し

1. DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、データ数に係る基準（1月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として位置づける。

※ 当該基準については、令和8年度診療報酬改定時より制度参加・退出に係る判定に用いる

➤ 医療機関別係数の見直し

1. **基礎係数**：現行の3つの医療機関群の設定方法を維持した上で、データ数に係る基準を満たさない医療機関について、評価を区別する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価方法を維持する。
3. **機能評価係数Ⅱ**：既存の4つの評価項目（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へ整理し、各係数の評価手法等について以下のとおり見直す。

現行

【保険診療係数】

- ・ 適切なDPCデータの作成や病院情報の公表を評価

【効率性係数】

- ・ 各医療機関における在院日数短縮の努力を評価

【救急医療係数】

- ・ 救急医療入院における入院後2日までの医療資源投入量の差額を評価

【地域医療係数】

- ・ 体制評価指数と定量評価指数で構成（評価シェアは1：1）

[体制評価指数]

- ・ がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、感染症、その他の10項目で評価
＜感染症＞ 新型コロナウイルス感染症対策（病床確保、G-MIS）等
＜実績評価＞ 実績を有するデータの25%tile値を上限値として評価



改定後

【保険診療係数】

- ・ 評価を廃止（一部を体制評価指数による評価に移行）

【効率性係数】

- ・ 評価手法の変更

【救急医療係数】

- ・ 「救急補正係数」として整理（機能評価係数Ⅱの項目としては廃止）

【地域医療係数】

- ・ 体制評価指数と定量評価指数で構成（評価シェアは7：5）

[体制評価指数]

- ・ 従前の10項目に、臓器提供の実施、医療の質向上に向けた取組及び医師少数地域への医師派遣機能（大学病院本院群のみ）を追加
＜感染症＞ 新興感染症に係る協定締結（令和7年度～）
＜実績評価＞ 50%tile値を上限値として評価（DPC標準病院群を除く）

4. **救急補正係数**：従前の救急医療指数による評価手法を維持した上で、独立した医療機関別係数の項目として評価を行う。
5. **激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定する（改定年度のみ）。

➤ 診断群分類点数表の見直し

1. 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、点数設定方式Bにより設定する分類の範囲を見直す。
2. より早期の退院への評価を充実化する観点から、入院期間Ⅰで入院基本料を除く1入院当たり包括範囲点数を支払う点数設定方式Eを新設し、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類の一部へ適用する。

DPC対象病院の基準

- DPC対象病院は以下のすべての基準を満たす必要がある。
- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
 - A207診療録管理体制加算の届出
 - 以下の調査に適切に参加
 - ・ 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - ・ 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
 - 調査期間1月当たりのデータ病床比が0.875以上
 - 調査期間1月当たりのデータ数が90以上（※）
 - 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす（※）
 - ・ 「退院患者調査」の様式1（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
 - ・ 「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満
 - ・ 「退院患者調査」の様式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満
 - 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

**DPC対象病院であっても月90件未満であれば
強制退出（期間は2024年10月～2025年9月）**

（※）令和8年度診療報酬改定より制度参加・退出に係る判定に用いる

年度	入院経路名称	04月	05月	06月	07月	08月	09月	10月	11月	12月	01月	02月	03月	総計
2023年度	家庭からの入院	39	34	41	33	46	44	42	37	37	46	38	50	487
	それ以外	12	13	9	14	11	20	18	17	27	22	12	17	192
計		51	47	50	47	57	64	60	54	64	68	50	67	679
2024年度	家庭からの入院	44	53	55	75	72	69	84	88	72	106	69	78	865
	それ以外	20	9	9	13	12	17	23	14	16	17	21	19	191
計		64	62	64	88	84	86	107	102	88	123	90	98	1,056
2025年度	家庭からの入院	82	92	97	89	102	76	111	66	87	101	84	88	1,075
	それ以外	23	22	15	27	10	17	19	16	14	13	14	23	213
計		105	114	112	116	112	93	130	82	101	114	98	111	1,288
2026年度	家庭からの入院	84	81	84	104	104	100							557
	それ以外	15	11	16	14	19	17							92
計		99	92	100	118	123	117							649

**DPC対象病院であっても月90件未満であれば強制退出
(期間は2024年10月～2025年9月)**

1. 眼科入院 最大4件 (水、金)を一般病棟で受ける (それまでは地域包括ケア病棟)
2. 入院後DPC II 以内で地域包括ケア病棟へ転棟を推進する
3. 目標件数を明確にする (救急搬送からの緊急入院 30件, それ以外の緊急入院 30件, 予定入院 40件)
4. 病床数 30床以上を維持する

一般病棟 2026年4月～9月（対象期間 2025年4月～9月）

入院収入



371,805,024円

比較期間実績 346,086,744 円 増減率 + 7.4%

新入棟患者数

640人 ②



比較期間からの増減数 ②

- 9人

退棟患者数 ②

639 人

手術件数 ②

267 件

紹介あり件数 ②

464 件

救急搬送からの入院 ②

182 件

入院期間 11 以内率 ②

66 %

入院診療単価

62,030円



比較期間からの増減金額 ②

+ 2,910円

診療単価O/E比 ②

0.93645

病床稼働（延べ患）

5,994人



比較期間からの増減数 ②

+ 140人

平均在院日数 ②

9.4 日

病床稼働率 ②

81.9 %

病床利用率 ②

76.1 %

SOFAスコア3点以上 ②

該当データなし

SOFAスコア5点以上 ②

該当データなし

コスト（粗利率）

86.1% ②



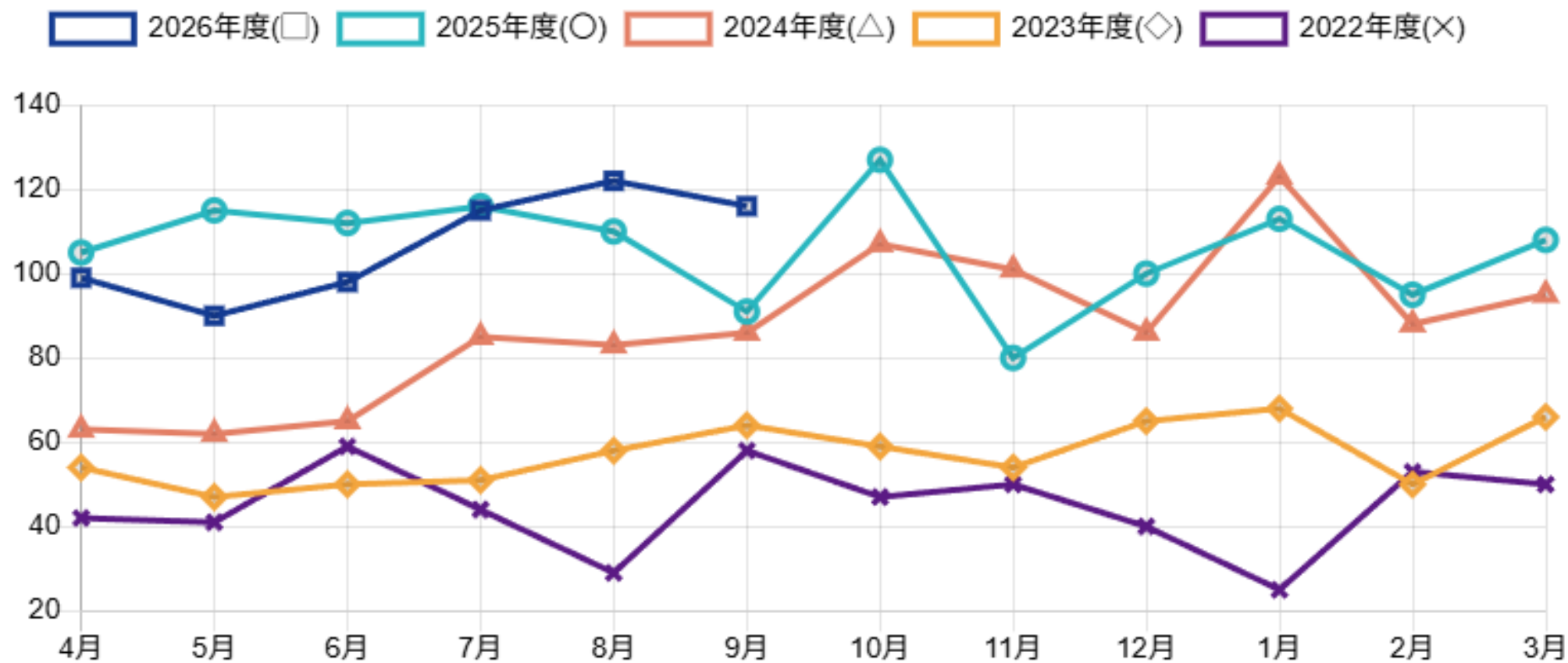
比較期間からの増減ポイント ②

+ 0.3pt

対出来高増収率 ②

2.3 %

分析期間新入棟患者数 640人	比較期間新入棟患者数 649人	増減率 -1.4%
● 新入棟患者数 ◎ 手術件数 ◎ 予定/緊急（退院患者数） ◎ 退院患者数O/E比 ◎ ○ 入院期間Ⅱ以内率 ◎		



急性期病院一般入院基本料等の評価

- 病院の機能に着目した急性期病院一般病棟入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応需係数を加えた該当患者割合指数に見直す。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

	急性期病院 A	急性期病院 B※1	急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4※1	急性期一般 5	急性期一般 6
看護職員	7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が 看護師)	7対1以上 (7割以上が 看護師)			10対1以上 (7割以上が看護師)		
看護・多職種※1		25対1以上				25対1以上		
該当患者割合 指数の基準※2	必要度I	指数①: 28% 指数②: 35%		28%	24%	20%	指数①: 28% 指数②: 35%	15%
	必要度II	指数①: 27% 指数②: 34%		27%	23%	19%	指数①: 27% 指数②: 34%	14%
平均在院日数	16日以内	21日以内	16日以内	16日以内	21日以内	16日以内	21日以内	21日以内
在宅復帰・病床機能連携率	8割以上	—	8割以上	8割以上	—	8割以上	—	—
その他	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出に当たり入院料1の届出実績が必要	—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	—
救急搬送等の病院の実績	以下を満たす ・救急搬送2,000件/年以上 ・全麻手術1,200件/年以上	以下のいずれかを満たす ・救急搬送1,500件/年以上 ・救急搬送500件/年以上かつ全身麻酔手術500件/年以上 ・人口20万人未満二次医療圏で最大救急搬送件数(1000件/年以上) ・離島医療圏で最大救急搬送件数				—		
データ提出加算					○(要件)			
点数	1,930点	1,643点	1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点

※1 急性期病院B入院基本料又は急性期一般入院料4において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員10対1以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対1が配置される。

※2 重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る指数：該当患者割合 + 救急搬送応需係数

急性期病院A・B、急性期一般1：割合①A3点以上、又はC1点以上
割合②A2点以上、又はC1点以上
急性期一般2～5：A2点以上かつB3点以上、又はA3点以上、又はC1点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

年間救急搬送件数× $\frac{\text{当該病棟の救急搬送入院数}}{\text{救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数}} \div \text{当該病棟の病床数}$

急性期A・B、急性期1～6の点数・施設基準比較（2026年度診療報酬改定）

多職種が病棟で協働する体制の評価

看護・多職種協働加算の新設

- 地域の急性期医療を担う保険医療機関において、患者の早期退院やADLの維持、向上をめざし、看護職員を含む多職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師）が協働して専門的な指導や診療の補助を行う体制を評価する加算を新設する。

（新） 看護・多職種協働加算（1日につき）

- | | | |
|---|---|------|
| 1 | <u>看護・多職種協働加算 1</u> （急性期一般入院料4を算定する病棟の場合） | 277点 |
| 2 | <u>看護・多職種協働加算 2</u> （急性期病院B一般入院料を算定する病棟の場合） | 255点 |



〔算定要件〕

看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制その他の事項につき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に入院している患者のうち、急性期一般入院料4を算定している患者については看護・多職種協働加算1を、急性期病院B一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算2を、それぞれ所定点数に加算する。

〔施設基準〕

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。（曜日や時間帯による傾斜配置可能）
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に係る指数、平均在院日数、在宅復帰率及び常勤の医師の員数が急性期一般入院料1と同等の基準を満たすこと。入院料における看護職員の最小必要数+本加算による看護職員配置数の7割以上が看護師であること。
- 医療機関内で多職種協働の目標や各職種が行う業務内容、情報共有の方法等について、文書で整理し、配置される多職種間で共有していること。
- 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

各職種が専門性を活かして行う業務の例

看護職員	入院患者に対する看護
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	随時、入院生活で患者が実際に活動する場面に合わせた評価、指導、訓練室でのリハビリテーションを生活場面で自ら行えるようになるための支援等を実施
管理栄養士	入院生活で患者が実際に食事や活動する場面を活用した食事状況の観察、食欲や嗜好の確認、必要栄養量や摂取栄養量の評価、食事変更の提案、食形態の調整、食事に関する相談対応等
臨床検査技師	適時の検体検査等の実施、結果の確認、異常値等の報告、検査室等病棟外で行うべき検査の調整等、検査の円滑な実施に資する業務

急性期一般4に「重症度対応」の道を拓く新評価

急性期一般
4
看護体制

+

看護必要度
を満たす
急性期患者

+

多職種
チーム

=

急性期一般
1
並みの評価

	区分	基本点数	看護・多職種 加算	物価対応料	合計点数
	1急性期病院A	1,930		66	1,996
	2急性期病院B（加算あり）	1,643	255	58	1,956
	3急性期一般1	1,874		58	1,932
4(目標)	急性期一般4（加算あり）	1,597	277	58	1,932
	5急性期一般2	1,779		45	1,824
	6急性期一般3	1,704		45	1,749
	7急性期病院B（加算なし）	1,643		58	1,701
8(現状)	急性期一般4（加算なし）	1,597		45	1,642

3ヶ月（7～9月）の増収効果

+7,814,170円

延べ2,821件 × 2,770円

月平均の増収効果

+2,604,723円

3ヶ月合計 ÷ 3（円未満切捨て）

年間換算（試算）

約3,126万円

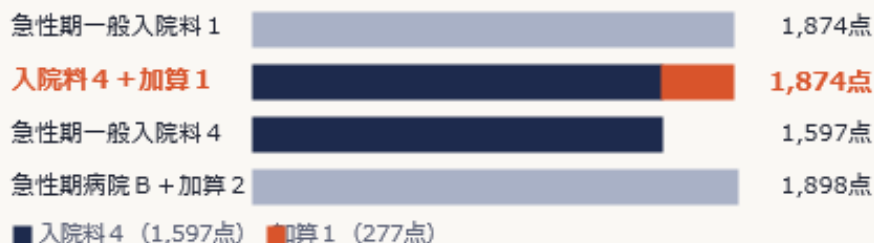
3ヵ月平均 × 12ヶ月（31,256,680円）

1 改定の概要（厚生労働省 告示A215／改定資料より）

（新）看護・多職種協働加算 1日につき	対象病棟	点数
加算1（当院対象）	急性期一般入院料4	277点
加算2	急性期病院B一般入院料	255点

施行：2026年6月1日。看護職員と理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・臨床検査技師が病棟で協働し、患者の早期退院・ADL維持向上を図る体制を評価する新設加算です。

1日あたり点数の比較（2026年度改定後）



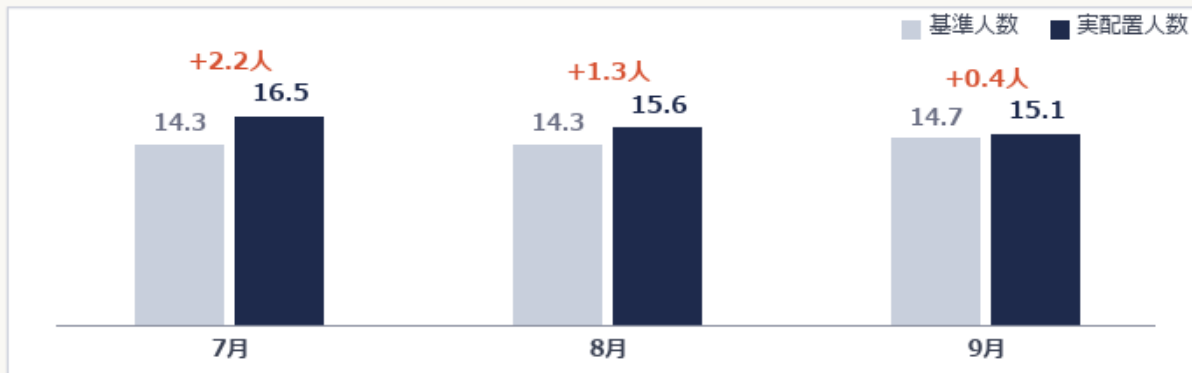
2 3ヶ月実績に基づく収益効果（2026年7～9月）

月	算定件数（延べ）	① 急性期一般入院料4のみ	② 入院料4 + 加算1	増収額（②－①）
2026年7月	948件	15,139,560円	17,765,520円	+2,625,960円
2026年8月	990件	15,810,300円	18,552,600円	+2,742,300円
2026年9月	883件	14,101,510円	16,547,420円	+2,445,910円
3ヶ月合計	2,821件	45,051,370円	52,865,540円	+7,814,170円

単価：急性期一般入院料4 = 15,970円（1,597点）、加算1 = 2,770円（277点）、1点 = 10円。② = ① + 件数 × 2,770円。増収額は3ヶ月で約17.3%増（7,814,170 ÷ 45,051,370）。追加人員の人件費は含みません。

2 看護職員の実配置人数と基準人数（急性期一般病棟入院料4+看護多職種協働加算1を取得する場合の人員配置）

看護職員の実配置人数と基準人数（様式9・2026年7～9月）



3ヶ月すべてで基準超え

基準人数（入院料4+加算1の合計14.3～14.7人）を、実配置人数15.1～16.5人が上回っています。

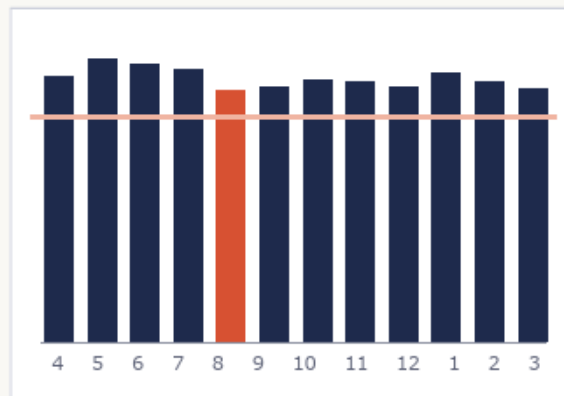
3 平均在院日数・自宅等退院割合・看護必要度の推移

平均在院日数（2026年4～9月）



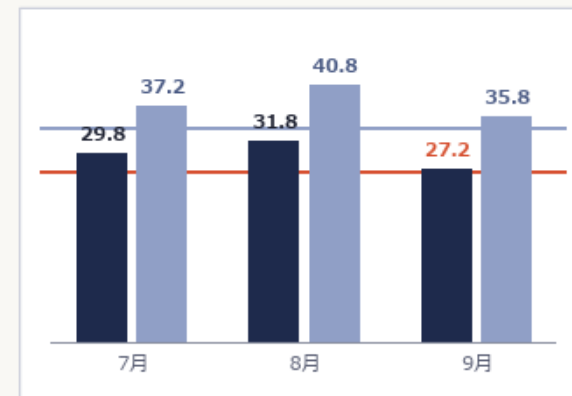
6ヶ月すべて基準以内。最長の5月でも11.6日で、4日以上の余裕があります。

自宅等退院割合（2025年度 月別）



基準80%。全月で上回り、最低は8月の88.5%（■）。年度合計 93.1%。

看護必要度Ⅱ（2026年7～9月）



3ヶ月とも両指数で充足。9月の指数①は基準まで0.2ptです。

自宅等退院割合：算出式	②自宅等退院割合 = (1)～(7)の合計 ÷ ①直近6か月の退院患者数 ≥ 80% (①は(1)～(8)の合計と一致)
分子に含む退院先	(1)在宅(自宅及び居住系介護施設等) (2)介護老人保健施設 (3)有床診療所 (4)他院の療養病棟 (5)他院の回復期リハビリテーション病棟 (6)他院の特定機能病院リハビリテーション病棟 (7)他院の地域包括ケア病棟又は病室 ※ (8) (4)～(7)を除く病院は分子に含めない
計算から除外する患者	入院期間が通算される再入院患者／同一医療機関の他病棟への転棟患者／C004-2救急患者運搬搬送料を算定し転院した患者／他の入院料を届け出ている病床・病室からの退院患者／A400短期滞在手術等基本料を算定する患者／死亡退院患者

急性期病院一般入院基本料等の評価

- 病院の機能に着目した急性期病院一般病棟入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応需係数を加えた該当患者割合指数に見直す。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

	急性期病院 A	急性期病院 B※1	急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4※1	急性期一般 5	急性期一般 6
看護職員	7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が 看護師)	7対1以上 (7割以上が 看護師)			10対1以上 (7割以上が看護師)		
看護・多職種※1		25対1以上				25対1以上		
該当患者割合 指数の基準※2	必要度I	指数①: 28% 指数②: 35%		28%	24%	20%	15%	測定している こと
	必要度Ⅱ	指数①: 27% 指数②: 34%		27%	23%	19%	14%	
平均在院日数	16日以内	21日以内	16日以内	16日以内	21日以内	16日以内	21日以内	
在宅復帰・病床機能連携率	8割以上	—	8割以上	8割以上	—	8割以上	—	
	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出に当たり入院料1の届 出実績が必要	—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	—
救急搬送等の病院の実績	以下を満たす ・救急搬送2,000 件/年以上 ・全麻手術1,200 件/年以上	以下のいずれかを満たす ・救急搬送1,500件/年以上 ・救急搬送500件/年以上かつ全身麻 酔手術500件/年以上 ・人口20万人未満二次医療圏で最大 救急搬送件数(1000件/年以上) ・離島医療圏で最大救急搬送件数				—		
データ提出加算					○(要件)			
点数	1,930点	1,643点	1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点
							1,575点	1,523点

※1 急性期病院B入院基本料又は急性期一般入院料4において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員10対1以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対1が配置される。

※2 重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る指数：該当患者割合 + 救急搬送応需係数

急性期病院A・B、急性期一般1：割合①A3点以上、又はC1点以上
割合②A2点以上、又はC1点以上
急性期一般2～5：A2点以上かつB3点以上、又はA3点以上、又はC1点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

年間救急搬送件数× $\frac{\text{当該病棟の救急搬送入院数}}{\text{救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数}} \div \text{当該病棟の病床数}$

急性期A・B、急性期1～6の点数・施設基準比較（2026年度診療報酬改定）

1 要件ごとの判定サマリー

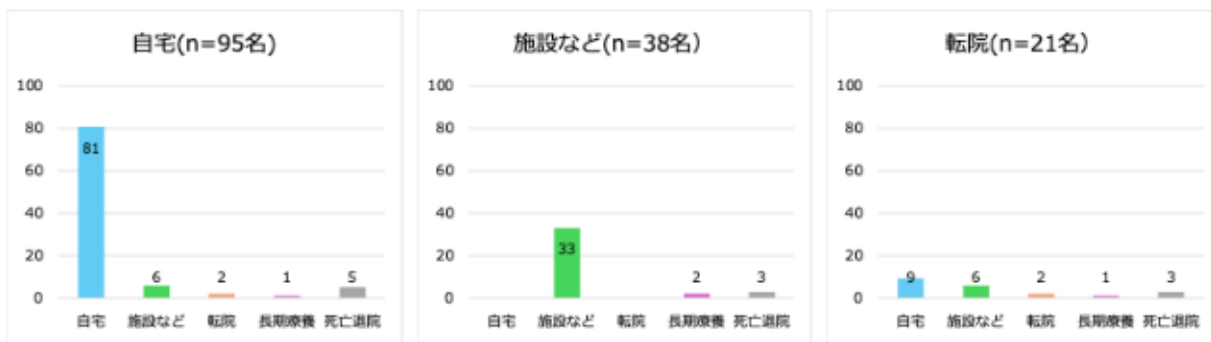
要件	基準	当院実績	判定
人員配置	入院料4（10対1）＋加算1（25対1）	看護職員 実配置 15.1～16.5人（2026年7～9月、基準を0.4～2.2人上回る）	○ 充足
平均在院日数	16日以内	2026年4～9月 7.7～11.6日 （6ヶ月の月平均 9.4日）	○ 充足
自宅等退院割合	80%以上（様式10の5・直近6か月）	2025年度 93.1%（月別 88.5～100%）	○ 充足
看護必要度	必要度Ⅱ：指数① 27%以上 かつ 指数② 34%以上	指数① 27.2～31.8%／ 指数② 35.8～40.8%（2026年7～9月）	○ 充足
看護師比率	看護職員の7割以上が看護師	96.2%（基準を26.2pt上回る）	○ 充足
常勤医師数	入院患者数の10%以上 （40人 → 4人以上）	16名（入院患者数の40%、必要数の4倍）	○ 充足

入院心リハ

154名

(男性57名/女性97名)
年齢 84.8±9.1歳

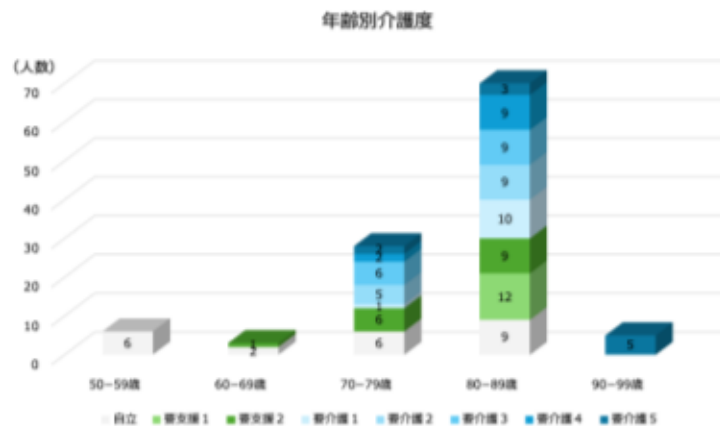
入院経路別転帰



【入院患者の特徴】

- ・高齢患者が多い
- ・多疾患併存（心血管疾患以外の基礎疾患も有する）
- ・身体機能・認知機能の低下を伴う症例も多く介護度が高い
- ・生活背景や社会的背景の課題を有するケースが多い
- ・施設からの入院が1/4を占める

退院時の在宅支援サービス調整・環境調整が重要

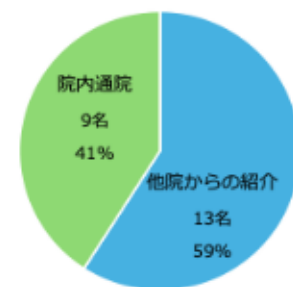


外来心リハ

22名

(男性9名/女性13名)
年齢 70.5±12.3歳

エントリー経路



- ① 外来心リハ患者のうち、**13名**（約6割）は近隣基幹病院からの紹介・逆紹介患者



- ・紹介内容は多岐にわたり、複雑な病態・社会背景を有する患者も多い
- ・基幹病院・近隣の医療機関と連携し、在宅生活の継続を見据えた心リハの提供

- ② 通院からのエントリー患者9名には、開心術後の安定期(4名)を含み、全症例、慢性心不全での処方である

郊外の在宅療養支援病院における心不全センターの持続可能性に関する考察
(商大ビジネスレビュー 2023.8)

表 8： 心不全チームの収益性の試算

内訳	金額 (円)
DPC収入	71,759,920
入院リハビリテーション	4,454,400
外来リハビリテーション	891,750
心肺運動負荷検査 (CPX 2120点)	1,272,000
収益	78,378,070
病床管理費用 (6.36床*365日)	67,935,771
心不全チーム人件費	11,129,290
*医療機器購入 (減価償却費)	3,058,000
水道・光熱費 (心臓リハビリテーション室)	305,562
支出	82,428,623
収支	-4,050,553

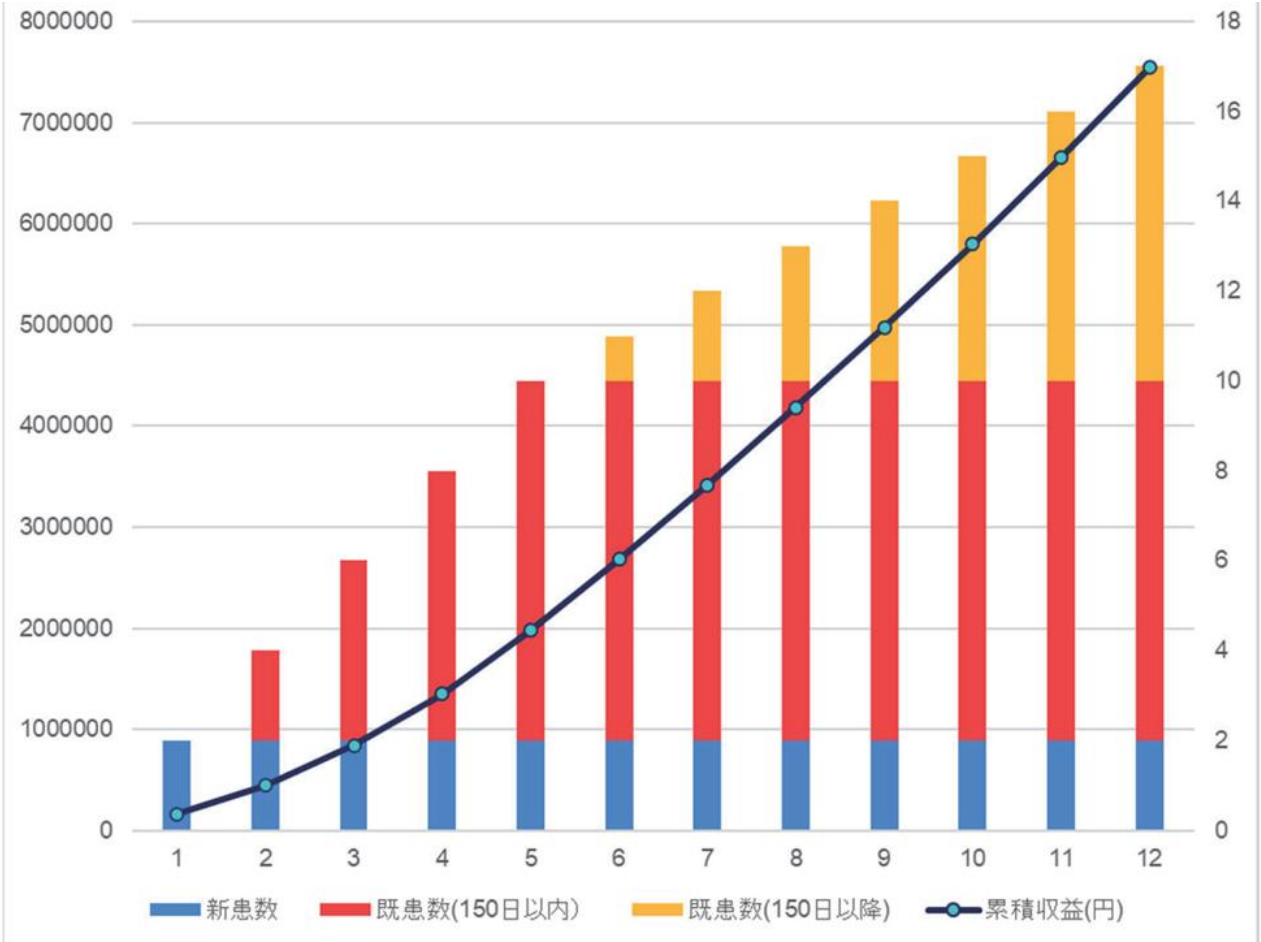
*減価償却費は5年で算出

心不全患者数に関しては、北区内の心不全患者のシェア15%を想定し、
入院 58 名 在院日数 40日、外来リハビリテーション 145件で試算

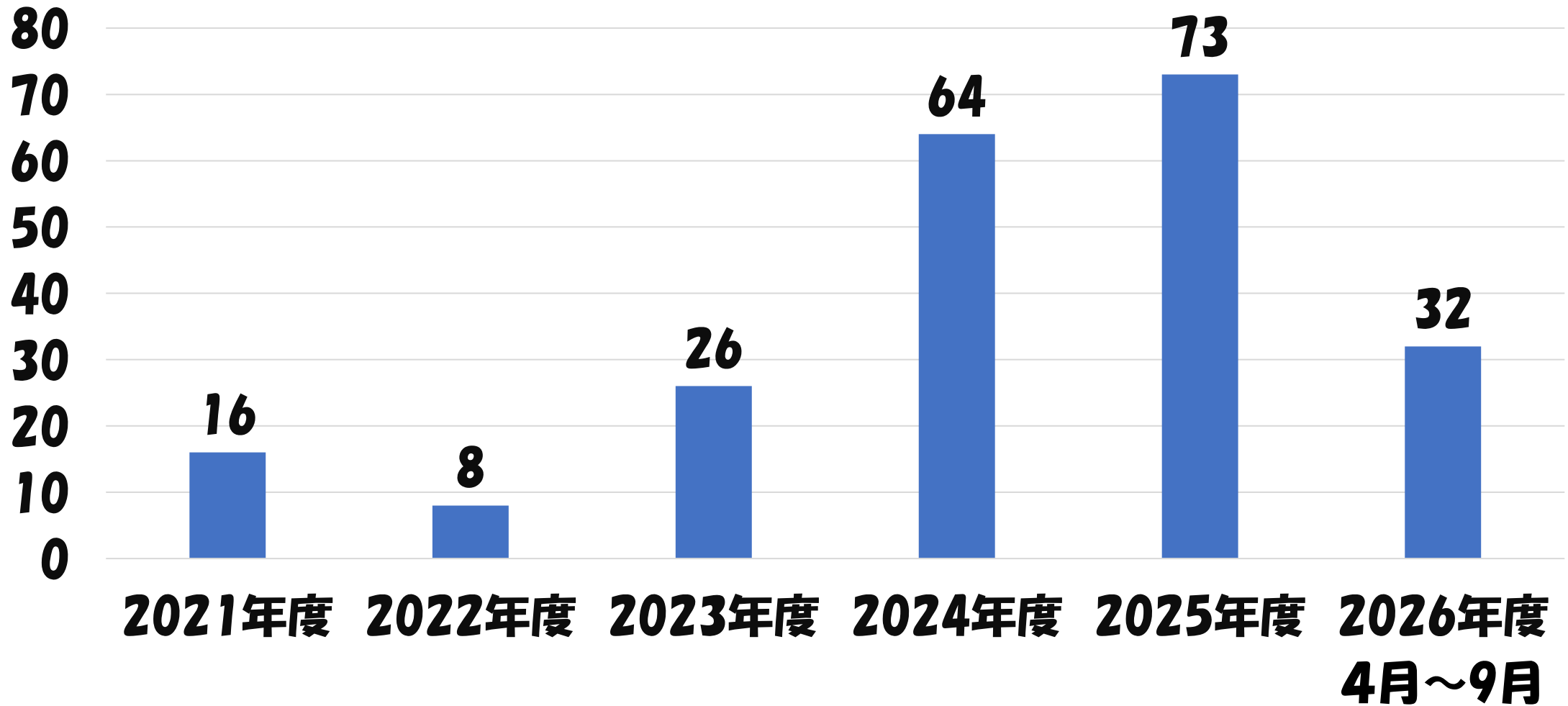
郊外の在宅療養支援病院における心不全センターの持続可能性に関する考察
(商大ビジネスレビュー 2023.8)

表 11: 初年度外来心大血管リハビリテーション収益

月数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
新患者数	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
既患者数(150日以内)	0	2	4	6	8	8	8	8	8	8	8	8
既患者数(150日以降)	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
総患者数	2	4	6	8	10	11	12	13	14	15	16	17
収益(円)	164080	280160	396240	512320	628400	702780	733300	763820	794340	824860	855380	885900
累積収益(円)	164080	444240	840480	1352800	1981200	2683980	3417280	4181100	4975440	5800300	6655680	7541580



心不全入院患者件数



商大レビューでは

心不全患者数に関しては、北区内の心不全患者のシェア15%を想定し、

入院 58 名(2025年度 73名) 在院日数 40日, 外来リハビリテーション 145件(2025年度 247件)で試算

慢性心不全の再入院予防の評価の新設

心不全再入院予防継続管理料の新設

- 心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 心不全再入院予防継続管理料

1 心不全再入院予防継続管理料 1	1,000点	(入院中 1 回に限り算定)
2 心不全再入院予防継続管理料 2	6 回目まで 700点 7 回目以降 225点	(1 年を限度として月に 1 回・外来で算定)
3 心不全再入院予防継続管理料 3	6 回目まで 400点 7 回目以降 225点	(1 年を限度として月に 1 回・外来で算定)

	管理料 1 (入院中)	管理料 2 (外来)	管理料 3 (外来)
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ○一般病棟入院基本料、7 対 1 入院基本料、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。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出 ○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を 3 年（医師は 5 年）以上有する常勤の医師、看護師又は保健師、管理栄養士）の設置（いずれかは研修を修了した者であることが望ましい） ○常勤の薬剤師及び理学療法士の配置 ○心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出 ○院内職員、3 を算定する保険医療機関等を対象とした研修会を年に各 1 回以上実施 		<ul style="list-style-type: none"> ○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を 3 年（医師は 5 年）以上有する医師、看護師又は保健師、うち 1 名以上は常勤）の設置 ○栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ○管理料 1 又は 2 の医療機関が主催する研修会への参加
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ○心不全を主病とする患者に対し、以下を全て満たす場合に算定 <ul style="list-style-type: none"> ・心不全に対し、ガイドラインに基づいて心機能の評価、原疾患の精査、リスク評価及び必要な治療等を実施されていること。 ・当該入院中に早期離床・リハビリテーション加算又は心大血管疾患リハビリテーション料を算定していること。 ・当該入院中に入院栄養食事指導料又は薬剤管理指導料のうち、いずれか 1 つを算定していること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○初回算定日の 6 月以内に 1 を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、心不全再入院予防チームが治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、医師の指示のもと、心不全に関する当該患者に必要な療養指導、食事指導又は運動指導のうちいずれかを 1 つ以上を個別に合計 30 分以上実施した場合に算定 	<ul style="list-style-type: none"> ○初回算定日の 6 月以内に 1 又は 2 を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定
	<ul style="list-style-type: none"> ○心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づき指導計画を作成する。心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載 		

心不全管理料算定件数

項目名	入外区分	6月	7月	8月	9月	総計
心不全再入院予防継続管理料1	入院	7	8	6	2	23
心不全再入院予防継続管理料2 (6回目まで)	外来		2	5	8	15
総計		7	10	11	10	38

200床以下病院に求められる戦略

地域包括ケア時代と2026年度診療報酬改定を見据えて



2 回復期・在宅復帰支援を強化



- 急性期後の機能回復と退院支援
- リハビリ、栄養、服薬、家族支援を統合



救急・急性期



回復期・リハビリ



慢性期・在宅支援



結論

200床以下病院は「規模が小さい病院」ではなく、
地域の入退院支援・機能分化・医療介護連携を支える基盤である。

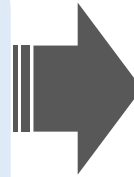


地ケア病棟が備えるとされる3つの機能



地ケア病棟が備える3つの機能を適切に評価するという
見直しがあり、地ケア病棟を担う病院の性格も異なってきた

複数病棟を持つ大病院で、急性期病棟を地ケア病棟に転換し、急性期病棟からの転換先として地ケア病棟を活用する、地域包括ケア病棟入院料2などを算定する急性期ケアミックス型が多かった



地域包括ケア病棟入院料1などを算定する地域密着型の200床未満の病院が増えてきて、令和4年5月に5割を超えた

- ・人口減少・超高齢化が進む地方で、将来を見据えた地域の医療需要を踏まえ、病院の必要な機能を考え、選択した結果
- ・平成26年度以後の診療報酬改定により、地ケア病棟が備えるとされる3つの機能を適切に評価するという見直しが行われ、ある種の地ケア病棟の適正化が行われてきたということも背景にある

地ケア病棟が備えるとされる3つの機能

- ①急性期治療を経過した患者の受入れ（ポストアキュート）
- ②在宅で療養を行っている患者等の受入れ（サファキュート）
- ③在宅復帰支援

マルチモビリティ患者とサブアキュート機能



令和4年度改定では、高齢のマルチモビリティ患者が今後増え続けることを見越して、自宅等から直接地ケア病棟に入院する、**サブアキュート機能**への評価が前面に出た

マルチモビリティ患者とは、複数の慢性疾患が併存している状態の患者であり、ADLや栄養状態、認知機能が低下し、入院前から生活支援を必要とする

- ・ 高齢のマルチモビリティ患者にとっては転棟に伴うリスク・コスト、療養環境や人間関係の変化が与える患者へのリスクを考えると地ケア病棟に直接入院する方がより適している
- ・ 高度な治療手段を必要としない軽症急性期であれば、地ケア病棟であるからこそ備えることのできる、介護や生活支援への連動性を含む高齢のマルチモビリティ患者に適したサービスが提供できる



拍車をかけているのは、「選択と集中」を促す急性期病棟の機能分化の推進

- ・ 7対1病棟の入院患者は、急性期医療を必要とする患者であることをより明確にすることを含めて、患者割合の要件を設定している「重症度、医療・看護必要度」が厳格化された
- ・ DPC制度においても、DRG/PPS（1人当たり包括支払方式）に近づける見直しが行われており、診療密度を上げるため、在院日数が短縮化され、急性期病棟でのサブアキュート患者の受入れを難しくさせている

サファキュート機能への評価



令和4年度改定で、サファキュートの評価は減算という形で表れた

- ① **ポストアキュートの患者が多い400床以上の病院への減算措置を拡大(15%)**
- ② **地ケア病棟入院料2・4への「自宅等から入院した患者割合および在宅医療等の実績要件」の設定と減算措置の導入(10%)**
- ③ **地ケア病棟入院料等3・4への在宅復帰率の減算措置の導入(10%)**
- ④ **地ケア病棟入院料等1・2への入退院支援部門の要件における減算措置の導入(10%)**

これらの措置の減算率は掛け算され、地域包括ケア病棟入院料2の点数は2620点であり、すべての減算措置に該当すると、療養病棟入院基本料1・入院料Aの1813点と同水準の1804点にまで下がってしまう

地域包括ケア病棟の立ち位置が揺らぎ始めた

- ・ **ポストアキュートの患者が減り、診療報酬上の制限が厳しくなっている**
- ・ **以前よりも在宅医療が充実し、在宅での看取りや訪問看護が増えており、在宅からの直接入院も地域によりニーズが減っている**

解決策は地ケア病棟としてのアイデンティティを作ること

急性期後や在宅療養中のマルチモビリティ患者を病棟で受け入れる、あるいは在宅で診る病院として、地域の診療拠点となることが、地ケア病棟を担う病院の課題になる

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	入院料 1		管理料 1		入院料 2		管理料 2		入院料 3		管理料 3		入院料 4		管理料 4													
看護職員					1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）																							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置																											
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については 1 日平均 2 単位以上提供していること																											
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200 床未満の場合は救急外来を設置していること又は 24 時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）																											
届出単位	病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室													
許可病床数 200 床未満	○				－		○		○				－		○													
室面積	6.4 平方メートル以上																											
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 10% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8 % 以上																											
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	－				6 割 5 分未満 （許可病床数 200 床以上の場合） （満たさない場合 85 / 100 に減算）				－				6 割 5 分未満 （許可病床数 200 床以上の場合） （満たさない場合 85 / 100 に減算）				－											
自宅等から入棟した患者割合※1	2 割以上 （管理料の場合、10 床未満は 3 月で 8 人以上）				いずれか 1 つ以上 （満たさない場合 90 / 100 に減算） （「在宅医療等の実績」については 6 つのうち 1 つ以上を満たせばよい）								2 割以上 （管理料の場合、10 床未満は 3 月で 8 人以上）								いずれか 1 つ以上 （満たさない場合 90 / 100 に減算） （「在宅医療等の実績」については 6 つのうち 1 つ以上を満たせばよい）							
自宅等からの緊急患者の受入	3 月で 9 人以上												3 月で 9 人以上															
在宅医療等の実績	○（2 つ以上）												○（2 つ以上）															
在宅復帰率 ※1※2	7 割 2 分 5 厘以上																											
入退院支援部門等	入院料及び管理料の 1・2 については入退院支援加算 1 を届け出ていること（許可病床数 100 床以上の場合） （満たさない場合 90 / 100 に減算）				入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること																							
・療養病床については 95 / 100 の点数を算定する。ただし、救急告示あり / 自宅等から入棟した患者割合が 6 割以上 / 自宅等からの緊急患者受け入れ 3 月で 30 人以上のいずれかを満たす場合は 100 / 100																												

- ※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、短期滞在手術等基本料 3 を算定する患者及び短期滞在手術等基本料 1 の対象手術を実施した患者を対象から除く。
- ※2 在宅復帰率の分子に、在宅強化型（超強化型を含む）の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。

【地域包括ケア病棟 1】

▽40 日以内：（現行）2809 点 → （見直し後）2838 点（29 点増）

▽41 日以上：（新設）2690 点

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像

	A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	(新) 加算 2	A304 地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算	(新) 加算 2	(新) A308-3 地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算
	加算 1	(新) 加算 2	加算 1	(新) 加算 2	
対象病棟	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		地域包括医療病棟		地域包括ケア病棟
専従・専任配置	専従の療法士 1名、専任の療法士 1名 専任の管理栄養士 1名		病棟の配置職員のみ (療法士 専従2名、 管理栄養士 専任1名)		<u>専任の管理栄養士 1名</u> +病棟の配置職員 (療法士 専従1名)
専従者の 兼務規定	専従者は、他の業務の 専従者との兼務は不可	専従者は、原則他の業務 との専従者との兼務不可 だが、 <u>チームに係る加算</u> <u>の専従者との兼務は可能</u>	病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可		病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可 入院医療管理料の場合、病棟のリ ハ栄養口腔体制加算との兼務可
業務内容	48時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画について、の定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制（望ましい要件）、指導内容を診療録に記録				
3日以内 リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、3日以内に開始した患者が8割以上				
休日リハ 実施割合	8割以上	<u>7割以上</u>	8割以上	<u>7割以上</u>	<u>7割以上</u>
ADL低下割合	3%未満	<u>5%未満</u>	3%未満	<u>5%未満</u>	<u>二（要件なし）</u>
褥瘡	2.5%未満				
疾患別リハの 算定制限	専従・専任	9単位まで	専従：6単位まで		×（病棟の専従者のため算定不可）
点数 (14日間)	<u>150点</u>	<u>90点</u>	<u>110点</u>	<u>50点</u>	<u>30点</u>

リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取り組みを推進（2026年度診療報酬改定）

リハビリテーション・口腔衛生を強化し、取得を目指す

地域包括ケア病棟（26床）

2026年4月～9月（対象期間 2025年4月～9月）

入院収入

176,914,342円

比較期間実績 170,128,110円 増減率 + 4.0%

新入棟患者数

293人

比較期間からの増減数 + 50人

退棟患者数 295人

直入院率 35.8%

入院診療単価

46,410円

比較期間からの増減金額 + 1,909円

リハビリ介入率 58.7%

コスト（粗利率）

96.7%

比較期間からの増減ポイント 0pt

病床稼働（延べ患）

3,812人

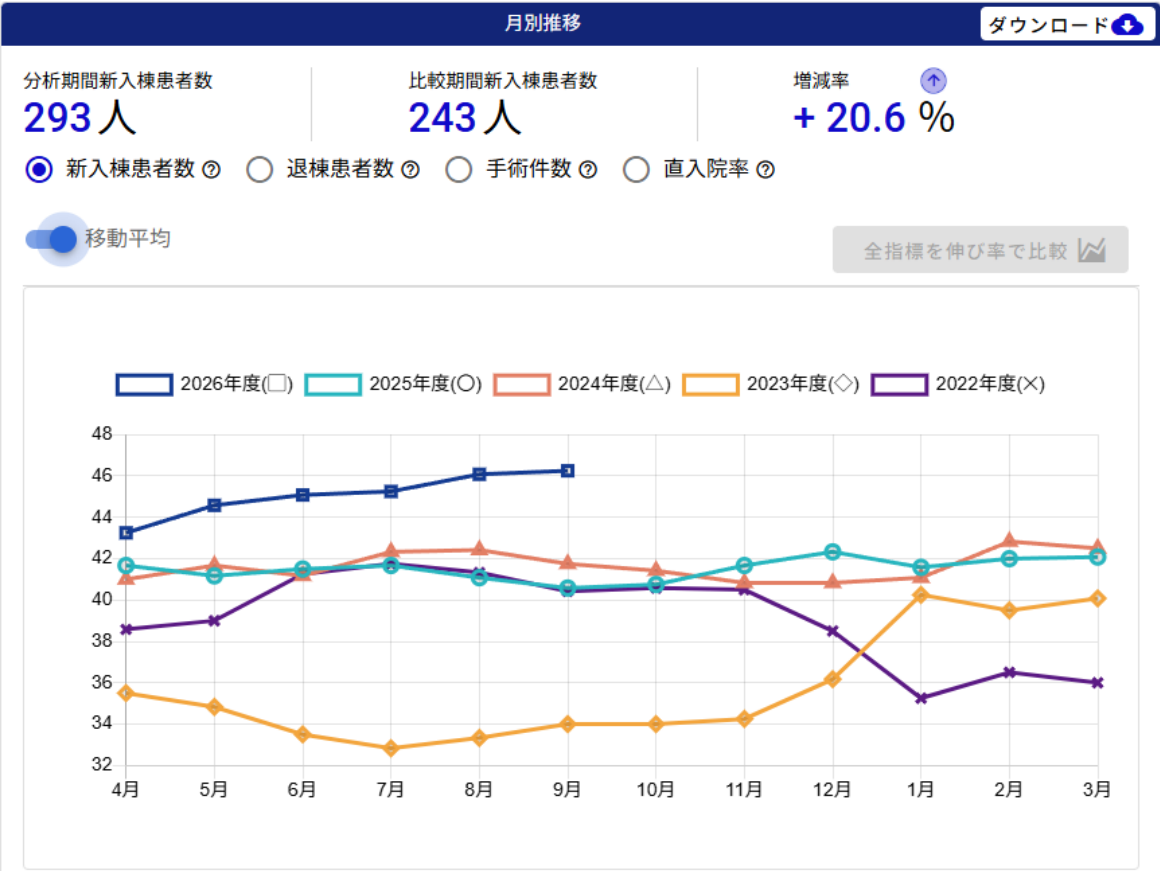
比較期間からの増減数 - 11人

平均在院日数 13日

急性期からの平均転棟前日数 15.9日

病床稼働率 80.1%

病床利用率 74.2%



入院経路

年度	入院経路	04月	05月	06月	07月	08月	09月	10月	11月	12月	01月	02月	03月	総計
2025年	自宅	14	16	23	21	16	17	17	31	23	15	25	14	232
	介護・福祉施設				1	2		1		2	2			8
	他院・診療所	4	3	4	3	6	2	2	4	2		3	3	36
	院内	21	18	17	23	16	17	23	10	19	26	17	24	231
2025年度 集計		39	37	44	48	40	36	43	45	46	43	45	41	507
2026年	自宅	21	27	19	27	19	17							130
	介護・福祉施設	1	1		1	1								4
	他院・診療所	3	1	2	1	2								9
	院内	28	25	29	23	28	22							155
2026年度 集計		53	54	50	52	50	39							298

自宅からの入院（眼科手術含む）、院内からの転院が多い
 今後病床数増（26⇒39床）予定であり、他院からの受け入れを積極的に進める。

転帰

年度	転帰	04月	05月	06月	07月	08月	09月	10月	11月	12月	01月	02月	03月	総計
2025年	自宅	27	27	38	33	30	29	30	41	35	24	43	30	387
	居住系施設	6	1	2	2	2	4	3	1	5	5	2	3	36
	介護医療院								1					1
	介護老人保健施設	1	2	5	1	3	2	2	1	1	3		1	22
	他院転院	1		2	4	1	2	1	1	1	2	2	1	18
	療養病棟転棟	2	3		1	7	2	1	1	4	3	3	4	31
	死亡			1	1			1	2		1			6
2025年度 集計		37	33	48	42	43	39	38	48	46	38	50	39	501
2026年	自宅	42	48	40	37	50	26							243
	居住系施設	7	5	2	3	3	5							25
	介護老人保健施設	1	1	1	3	1								7
	他院転院	1	1	1	2	1	1							7
	療養病棟転棟	2	3	4	3	2	2							16
	死亡		1											1
2026年度 集計		53	59	48	48	57	34							299

在宅復帰率（自宅＋居住系施設）は80%を超える。
病床数増の後は、リハビリテーションを要する患者は60日まで可とする。
（療養病棟転棟ではなく、自宅復帰を目指す）

空床情報



診療科	予約	予約外	診察待ち
内科	0	0	0
眼科	82	0	21
外科	0	0	0
循環器科	27	0	8
小児科	23	0	3
総合診療科	27	0	10
糖尿病内科	2	0	2
整形外科	39	0	8
呼吸器科	7	0	3
泌尿器科	0	0	0
リハビリテーション科	132	0	9
合 計	339	0	64
合 計	0	0	0

▶▶

療養

急性期一般

地域包括ケア

診療科	予約	予約外	診察待ち
内科	0	0	0
眼科	82	0	21
外科	0	0	0
循環器科	27	0	8
小児科	23	0	3
総合診療科	27	0	10
糖尿病内科	2	0	2
整形外科	39	0	8
呼吸器科	7	0	3
泌尿器科	0	0	0
リハビリテーション科	132	0	9
合 計	339	0	64
合 計	0	0	0

2026. 10. 15

電子カルテトップページ

締切日

■■遠隔画像診断システム「ドクターネット」
メンテナンスのお知らせ■■

下記時間帯はご利用いただけません。

サードス停止期間

2026年10月18日(日) 午前0:00～午前7:00

病棟間連携が大事

性別	科	入院日	特記事項	退院調整コメント
男	整形外科	2026/ 9/26		地域包括ケア病棟 転棟可
男	整形外科	2026/ 9/27	転棟予定 (2026/10/21)	地域包括ケア病棟 転棟可
女	整形外科	2026/10/ 1	退院決定 (2026/10/16)	地域包括ケア病棟 転棟可
男	整形外科	2026/10/ 1		地域包括ケア病棟 転棟可
女	循環器科	2026/10/ 2		
男	外科	2026/10/ 2		
男	循環器科	2026/10/ 2	転棟予定 (2026/10/15)	療養病棟転棟可
女	整形外科	2026/10/ 2		地域包括ケア病棟 転棟可
女	外科	2026/10/ 4		
男	総合診療科	2026/10/ 5		
女	整形外科	2026/10/ 6		
女	外科	2026/10/ 6		
女	循環器科	2026/10/ 6	転棟予定 (2026/10/17)	地域包括ケア病棟 転棟可
女	総合診療科	2026/10/ 7	退院決定 (2026/10/17)	10/17AM自宅退院
女	整形外科	2026/10/ 7		
女	糖尿病内科	2026/10/ 7		
男	総合診療科	2026/10/ 8		
女	消化器内科	2026/10/ 8		
女	整形外科	2026/10/ 9		
女	外科	2026/10/ 9		
男	循環器科	2026/10/10		
男	糖尿病内科	2026/10/10		
男	整形外科	2026/10/10		
女	外科	2026/10/10		
女	外科	2026/10/10		
女	外科	2026/10/12		
男	整形外科	2026/10/13		
男	循環器科	2026/10/13		
男	整形外科	2026/10/13		
女	消化器内科	2026/10/14		
男	総合診療科	2026/10/14		
女	総合診療科	2026/10/14		
女	消化器内科	2026/10/14		
男	整形外科	2026/10/15		
男	整形外科	2026/10/15		
女	消化器内科	2026/10/15		

**一般病棟から転棟可となった時点で
退院調整コメントに
主治医が入力**



病床管理担当看護師が転棟調整

日付	曜日	入棟(4E) 緊急入院(救急あり) 30件目標 緊急入院(救急なし) 30件目標 予定入院 40件目標							退棟(4E)					在院患者数 (24:00時点)			DPCデータ数					看護必要度Ⅱ(4E)19%				在宅復帰率(4E)											
		緊急入院(救急あり)	緊急入院(救急なし)	予定入院	他病棟から	入棟計	内救急医療管理加算 算定件数	内眼科入院件数	2本へ	3本へ	5Eへ	退院	退棟計	内眼科退院件数	眼科	眼科以外	全体	再入院あり	24時間以内の死亡 (救外死亡含む)	自殺・労災等	DPCデータ数	DPCデータ数累計	総患者数	患者数	割合	救急患者応需係数 8.3%含む	転出	介護医療院	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	社会福祉施設 ・老人ホーム	在宅	死亡	転院	再入院あり	短期症例(退院)	在宅復帰率
2026/09/01	(火)	1	1	2		4	2				1	1		0	30	30				4	4	30	9	30.0%	38.3%						1						100.0%
2026/09/02	(水)		1	4		5	1	4		1	2	3	6	4	25	29				4	8	29	10	34.4%	42.7%	3					1		2			16.7%	
2026/09/03	(木)	2	1	2		5	2			1	5	6	4	0	28	28				5	13	28	8	28.5%	36.8%	1					5			4	50.0%		
2026/09/04	(金)			4		4		4			1	1		4	27	31				1	14	31	11	35.4%	43.7%						1			1	0.0%		
2026/09/05	(土)		3			3	3	1																							4			2	100.0%		
2026/09/06	(日)	1	1	2		4	2																								3					100.0%	
2026/09/07	(月)		1			1	1																			1										0.0%	
2026/09/08	(火)	1		1		2	1																			2					1	4		1	66.7%		
2026/09/09	(水)	2		3		5	2	2	1																	2			1		2	1			40.0%		
2026/09/10	(木)	1		2		3	1		1																	3					3			2	25.0%		
2026/09/11	(金)		4	4		8	4	3																		1					1					50.0%	
2026/09/12	(土)					0																									3		1	3	0.0%		
2026/09/13	(日)			1		1																									1					100.0%	
2026/09/14	(月)		2	4		6	1																			3							1			0.0%	
2026/09/15	(火)	4	1	2		7	5																			1					3				2	50.0%	
2026/09/16	(水)	1		6		7	2	2	1																	2					1					0.0%	
2026/09/17	(木)	1	1	1		3	2																			1					5			3	66.7%		
2026/09/18	(金)	2	1			3	3																			1		1			3		1			66.7%	
2026/09/19	(土)	2	1			3	2			1	1	3	5	0	23	23				3	75	23	9	39.1%	47.4%	2					1	2				60.0%	
2026/09/20	(日)	1				1	1						0	0	24	24				0	75	24	8	33.3%	41.6%											0.0%	
2026/09/21	(月)	3	2			5	4					1	1	0	28	28		1		0	75	29	7	24.1%	32.4%							1				0.0%	
2026/09/22	(火)	1	1			2	2					2	2	0	28	28				2	77	29	8	27.5%	35.8%							1	1			0.0%	
2026/09/23	(水)	4	1	1		6	5					3	3	0	31	31		1		2	79	32	8	25.0%	33.3%						2	1				100.0%	
2026/09/24	(木)	1	1			2	1					3	3	0	30	30				4	83	30	5	16.6%	24.9%						2		1	1		50.0%	
2026/09/25	(金)	2	2	4		8	2	4			1	3	4	4	30	34	1			4	87	35	10	28.5%	36.8%	1					3			1		66.7%	
2026/09/26	(土)	3	1			4	3				2	6	8	1	29	30				6	93	30	7	23.3%	31.6%	2					5	1		3	50.0%		
2026/09/27	(日)	1		1		2	1					1	1	1	30	31				2	95	30	6	20.0%	28.3%							1				0.0%	
2026/09/28	(月)		3			3					1	1	2	0	32	32				2	97	32	3	9.3%	17.6%	1					1				1	0.0%	
2026/09/29	(火)	1		2		3	1				1	4	5	0	30	30				6	103	31	2	6.4%	14.7%	1		1			3					80.0%	
2026/09/30	(水)	2	2	3		7	4	2	1		1	1	3	2	32	34				3	106	33	9	27.2%	35.5%	2					1					33.3%	
2026/10/01	(木)										2		2																								
		37	28	52	0	117	58	22	4	4	24	79	111	20	31	812	843	1	4	0	106	106	846	228	26.9%	35.2%	30	0	2	2	2	59	7	7	2	22	50.0%

一般病棟
毎週+月末報告
(9月)

日付	曜日	入棟(5E)						退棟(5E)						在院患者数 (24:00時点)			看護必要度Ⅱ(5E) 8%			在宅復帰率(5E) 72.5%													自宅等からの入棟(20%)					自宅等からの 緊急入院 (3ヶ月で9人以上)	
		緊急入院(緊急あり)	緊急入院(緊急なし)	予定入院	他病棟から	入棟計	内眼科入院件数	2本へ	3本へ	4Eへ	退院	退棟計	内眼科退院件数	眼科	眼科以外	全体	総患者数	患者数	割合	転出	介護医療院	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	社会福祉施設・老人ホーム	在宅	死亡	転院	再入院あり	短期症例(退院)	在宅復帰率	在宅	転院	他病棟から	短期症例(入院)	割合	当月	前々月からの累計		
2026/09/01	(火)		1			1					0		0	16	16	16	4	25.0%											0.0%	1	0		100.0%	1	7				
2026/09/02	(水)			1	2	3	1			1	1		1	17	18	18	5	27.7%							1				100.0%	1	2	1	0.0%	0	7				
2026/09/03	(木)				1	1				1	1	1	0	18	18	18	5	27.7%							1			1	0.0%		1		0.0%	0	7				
2026/09/04	(金)			2		2	2		1		1		2	17	19	19	6	31.5%	1										0.0%	2	0	1	100.0%	0	7				
2026/09/05	(土)					0					0		0	17	16	16	4	21.0%											0.0%		0		0.0%	0	7				
2026/09/06	(日)					0																						100.0%			0		0.0%	0	7				
2026/09/07	(月)					0																						1	100.0%		0		0.0%	0	7				
2026/09/08	(火)				2	2																							50.0%		2		0.0%	0	7				
2026/09/09	(水)				1	1																							0.0%		1		0.0%	0	7				
2026/09/10	(木)				2	2																							100.0%		2		0.0%	0	7				
2026/09/11	(金)			1	1	2	1																						100.0%	1	1	1	0.0%	0	7				
2026/09/12	(土)					0																							0.0%		0		0.0%	0	7				
2026/09/13	(日)					0																							100.0%		0		0.0%	0	7				
2026/09/14	(月)				2	2																					1	0.0%		2		0.0%	0	7					
2026/09/15	(火)				1	1																							0.0%		1		0.0%	0	7				
2026/09/16	(水)			4	1	5	4																						100.0%	4	1	3	50.0%	0	7				
2026/09/17	(木)				1	1																					4	0.0%		1		0.0%	0	7					
2026/09/18	(金)	1			1	2																							100.0%	1	1		50.0%	1	8				
2026/09/19	(土)				1	1																							100.0%		1		0.0%	0	8				
2026/09/20	(日)					0					2	2	0	16	16	16	7	43.7%							2				100.0%		0		0.0%	0	8				
2026/09/21	(月)					0					0		0	16	16	16	6	37.5%											0.0%		0		0.0%	0	8				
2026/09/22	(火)					0					0		0	16	16	15	5	33.3%											0.0%		0		0.0%	0	8				
2026/09/23	(水)		1			1					0		0	17	17	17	5	29.4%											0.0%	1	0		100.0%	1	9				
2026/09/24	(木)					0				1	1		0	16	16	16	5	31.2%							1				100.0%		0		0.0%	0	9				
2026/09/25	(金)			2	1	3	2				0		2	17	19	19	6	31.5%											0.0%	2	1	1	50.0%	0	9				
2026/09/26	(土)				2	2				1	1		2	18	20	20	4	20.0%							1				100.0%		2		0.0%	0	9				
2026/09/27	(日)					0				1	1		2	17	19	19	3	15.7%							1				100.0%		0		0.0%	0	9				
2026/09/28	(月)				1	1				4	4	1	1	15	16	16	3	18.7%						1	2		1	1	66.7%		1		0.0%	0	9				
2026/09/29	(火)				1	1				1	1		1	15	16	16	2	12.5%							1				100.0%		1		0.0%	0	9				
2026/09/30	(水)			4	1	5	4			1	1		5	15	20	20	5	25.0%							1				100.0%	4	1	4	0.0%	0	9				
2026/10/01	(木)																																						
			1	2	14	22	39	14	0	2	0	32	34	9	30	469	499	497	136	27.3%	2	0	1	0	4	26	0	1	0	8	88.5%	17	0	22	11	21.4%	3	9	

3ヶ月平均 85.7%

単月 3ヶ月平均
7月在宅復帰率 76.5% 83.5%
8月在宅復帰率 91.1% 84.9%

7月件数 4
8月件数 2

地域包括医療病棟は？

地域包括医療病棟入院料の見直し（令和8年度診療報酬改定）

患者の状態や入院経路に応じた評価へ見直し、急性期医療の機能をより適切に評価します



急性期病院一般入院基本料等の評価

- 病院の機能に着目した急性期病院一般病棟入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応需係数を加えた該当患者割合指数に見直す。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

	急性期病院 A	急性期病院 B※1	急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4※1	急性期一般 5	急性期一般 6
看護職員	7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が 看護師)	7対1以上 (7割以上が 看護師)			10対1以上 (7割以上が看護師)		
看護・多職種※1		25対1以上				25対1以上		
該当患者割合 指数の基準※2	必要度I	指数①: 28% 指数②: 35%		28%	24%	20%	指数①: 28% 指数②: 35%	15%
	必要度Ⅱ	指数①: 27% 指数②: 34%		27%	23%	19%	指数①: 27% 指数②: 34%	14%
平均在院日数	16日以内	21日以内	16日以内	16日以内	21日以内	16日以内	21日以内	21日以内
在宅復帰・病床機能連携率	8割以上	—	8割以上	8割以上	—	8割以上	—	—
その他	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出に当たり入院料1の届 出実績が必要	—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	—
救急搬送等の病院の実績	以下を満たす ・救急搬送2,000 件/年以上 ・全麻手術1,200 件/年以上	以下のいずれかを満たす ・救急搬送1,500件/年以上 ・救急搬送500件/年以上かつ全身麻 酔手術500件/年以上 ・人口20万人未満二次医療圏で最大 救急搬送件数(1000件/年以上) ・離島医療圏で最大救急搬送件数				—		
データ提出加算					○(要件)			
点数	1,930点	1,643点	1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点
							1,575点	1,523点

※1 急性期病院B入院基本料又は急性期一般入院料4において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員10対1以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対1が配置される。

※2 重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る指数：該当患者割合 + 救急搬送応需係数

急性期病院A・B、急性期一般1：割合①A3点以上、又はC1点以上
割合②A2点以上、又はC1点以上
急性期一般2～5：A2点以上かつB3点以上、又はA3点以上、又はC1点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

年間救急搬送件数× $\frac{\text{当該病棟の救急搬送入院数}}{\text{救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数}} \div \text{当該病棟の病床数}$

急性期A・B、急性期1～6の点数・施設基準比較（2026年度診療報酬改定）

急性期一般4＋協働加算と地域包括医療病棟

比較項目	急性期一般4＋協働加算1	地域包括医療病棟
目指す機能	急性期の診療機能を維持	高齢者救急と生活機能の維持
看護・多職種	看護10対1＋追加25対1	看護10対1＋療法士・栄養士
必要度指数Ⅱ	①27％・②34％ 急性期一般1と同等	18％ A2点以上 または C1点以上
収入の構造	基本料・加算＋診療収入 DPC／出来高で異なる	入院料＋包括範囲外の診療 患者区分・併設病棟で異なる

選択の軸：患者構成、必要度、配置できる職種、退院支援力

転換のメリット：高齢者救急と地域連携を評価

利点	病院運営への意味
高齢者救急の評価	緊急・主傷病の手術なしを最も高く評価 肺炎・尿路感染症などの受入と整合
生活機能の維持	早期リハ・栄養・口腔管理を病棟に組み込み 施設・在宅との連携を病院の強みにできる
超高齢者の実情を反映	85歳以上の割合で在院日数等を調整 高齢者が多い病棟の運営に配慮
包括期機能の評価	200床未満等では包括期充実体制加算 80点／日・14日限度（要件あり）

デメリット：包括払いと実績管理の負担

課題	転換前に確認すること
医療資源投入の増加	検査・画像・投薬・注射等は原則包括 高額薬剤や検査が多い症例では利益を圧迫
人件費と配置の制約	看護10対1は継続。療法士・栄養士も必要 専従配置で外来等の業務再編が生じる
退院・生活機能の実績	在宅復帰80%以上、ADL低下割合等を管理 退院先の不足や調整遅延が基準維持に影響
受入経路と病院機能	救急搬送後15%以上、院内一般病棟から 転棟5%未満。院内の後方病床化には制約

収支比較：1日点数だけでは判断できない

1日当たりの入院料等	点数
急性期一般4＋協働加算1	$1,704 + 277 = 1,981$ 点
地域包括医療病棟1（A100病棟なし）	3,117～3,367点
地域包括医療病棟2（A100病棟あり）	3,066～3,316点

差額は利益差ではない：地域包括医療では検査・薬剤等を含む

自院の患者像と体制で選ぶ

判断軸	急性期一般4＋協働加算を検討	地域包括医療への転換を検討
患者像	手術・処置や資源投入が多い 急性期機能を地域で維持する	高齢者の内科救急が中心 ADL・栄養・退院支援が重要
実績・人材	急性期一般1相当の基準と 追加25対1配置を維持できる	救急・在宅復帰の実績と 療法士等の病棟配置を確保
病院全体	急性期病棟を残す場合は 地域包括医療病棟2との併設も	全体転換なら入院料1を検討 包括期充実体制加算も照合

転換前の確認：必要度・在院日数・ADL・復帰先を月別に点検

一般病棟 2026年4月～9月 (対象期間 2025年4月～9月)

入院収入

B

371,805,024円

比較期間実績 346,086,744 円 増減率 + 7.4%

新入棟患者数

640人

比較期間からの増減数
- 9人

退棟患者数 639 人

手術件数 267 件

紹介あり件数 464 件

救急搬送からの入院 182 件

入院期間 II 以内率 66 %

入院診療単価

62,030円

比較期間からの増減金額
+ 2,910円

診療単価O/E比 0.93645

病床稼働 (延べ患)

5,994人

比較期間からの増減数
+ 140人

平均在院日数 9.4 日

病床稼働率 81.9 %

病床利用率 76.1 %

SOFAスコア3点以上 該当データなし

SOFAスコア5点以上 該当データなし

コスト (粗利率)

86.1%

比較期間からの増減ポイント
+ 0.3pt

対出来高増収率 2.3 %

課題	転換前に確認すること
受入経路と病院機能	救急搬送後15%以上、 院内一般病棟から転棟5%未満 。院内の後方病床化には制約

1日当たりの入院料等	点数
急性期一般4+協働加算1	1,704+277=1,981点
地域包括医療病棟1 (A100病棟なし)	3,117~3,367点
地域包括医療病棟2 (A100病棟あり)	3,066~3,316点

診療単価は現時点では一般病棟で維持

病床稼働率・看護必要度を見ながら引き続き検討

200床以下病院に求められる戦略

地域包括ケア時代と2026年度診療報酬改定を見据えて

3

慢性期と在宅をつなぐ



- 長期療養、在宅移行、再入院予防
- 介護・訪問看護・施設との接続



救急・急性期



回復期・リハビリ



慢性期・在宅支援



結論

200床以下病院は「規模が小さい病院」ではなく、
地域の入退院支援・機能分化・医療介護連携を支える基盤である。



療養病棟（64床）

入院収入



231,371,905円

比較期間実績 218,215,066 円 増減率 + 6.0%

新入棟患者数

62人

比較期間からの増減数
+ 2人

退棟患者数

76 人



入院診療単価

26,298円

比較期間からの増減金額
+ 1,413円



[タイトルなし]

コスト（粗利率）

94.4%

比較期間からの増減ポイント
+ 1.1pt



病床稼働（延べ患）

8,798人

比較期間からの増減数
+ 29人

平均在院日数

127.5 日

医療区分2以上割合

90 %

病床稼働率

63.9 %

病床利用率

63.3 %



月別推移

ダウンロード

分析期間新入棟患者数

62人

比較期間新入棟患者数

60人

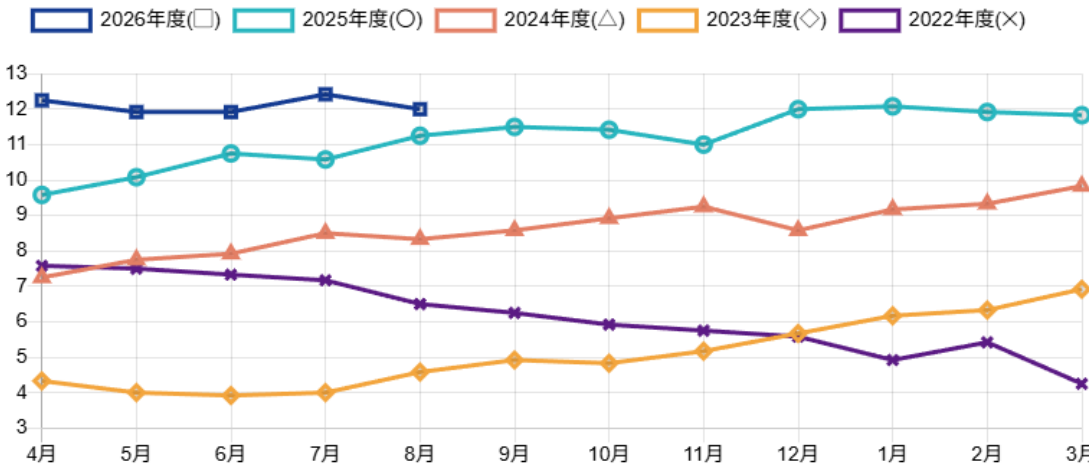
増減率

+ 3.3 %

新入棟患者数 手術件数 退棟患者数

移動平均

全指標を伸び率で比較



入院経路

年度	入院経路	04月	05月	06月	07月	08月	09月	10月	11月	12月	01月	02月	03月	総計
2023年	転院							1				1	1	3
	転棟	4	3	4	3	9	5	5	8	10	7	9	8	75
2023年度 集計		4	3	4	3	9	5	6	8	10	7	10	9	78
2024年	自宅					1					1		1	3
	転院		1		3		1	2	2	2	3	2		16
	転棟	10	8	5	8	6	6	8	10	2	10	10	14	97
2024年度 集計		10	9	5	11	7	7	10	12	4	14	12	15	116
2025年	自宅									1	1			2
	転院		3	2	2	3	1			3			3	17
	転棟	7	11	12	6	11	10	9	7	12	13	10	11	119
2025年度 集計		7	14	14	8	14	11	9	7	16	14	10	14	138
2026年	転院	3	1	3	4	4	6							21
	転棟	9	10	11	10	6	9							55
2026年度 集計		12	11	14	14	10	15							76

以前は院内からの転棟が多かったが、他院からの直接入院が増えている。
2023年度 3.8%⇒2025年度 12.3%⇒2026年度 27.6%

転帰

年度	転帰	04月	05月	06月	07月	08月	09月	10月	11月	12月	01月	02月	03月	総計
2024年	自宅	1		1		1	1	1	1	1		2	1	10
	居住系施設				1	2			1	3	1		1	9
	介護医療院		1			1				2	1		1	6
	介護老人保健施設		3	1	1		1		3	1				10
	転院・転棟	1	1	1	2		1	1	2		3		1	13
	死亡	4	5	5	5	5	3	4	5	5	6	8	5	60
2024年度 集計		6	10	8	9	9	6	6	12	12	11	10	9	108
2025年	自宅	3	1	1	1	1	1	3			3	4	2	20
	居住系施設				1	1		2		2		1		7
	介護医療院										1			1
	介護老人保健施設	1					3	1		1	2	2	2	12
	転院・転棟	2	6		3	1		1	2	2	1	1	1	20
	死亡	6	4	10	9	1	8	3	9	8	4	4	5	71
2025年度 集計		12	11	11	14	4	12	10	11	13	11	12	10	131
2026年	自宅	2	1	2	3	2	3							13
	居住系施設	2	3	2		2								9
	介護医療院		1	1	1	1								4
	介護老人保健施設	6		2	1	2	1							12
	転院・転棟	1			2	1								4
	死亡	4	4	7	16	5	5							41
2026年度 集計		15	9	14	23	13	9							83

在宅(系)復帰の増加を目指す

在宅復帰機能強化加算取得を目指す 1日1名 +50点

	2025.4	5	6	7	8	9	10	11	12	2026.1	2	3	4	5	6	7	8	9
在宅復帰率	33%	0%	100%	67%	67%	0%	50%	0%	40%	43%	50%	20%	18%	100%	57%	33%	13%	50%
6ヶ月平均 50%以上	38%	35%	36%	39%	40%	30%	35%	44%	41%	38%	39%	39%	32%	41%	44%	43%	36%	39%
回転率 =15%以上	32%	30%	28%	30%	28%	26%	31%	32%	29%	29%	32%	29%	28%	35%	40%	40%	39%	42%

回転率 =
$$\frac{\text{在宅に退院した1年間の患者数(直接入院は除く)}}{\text{当該病棟の1年間の1日平均入院患者数}} \\ (\text{1年間の延入院患者数} \div \text{1年間の日数})$$

在宅復帰率:
$$\frac{\text{在宅へ退院した患者(転棟患者は在棟期間が1か月以上)}}{\text{当該病棟から退棟した患者} - \text{死亡患者} - \text{急変で転院患者}}$$

介護医療院（18床）

介護医療院延べ患者数														
年度	入院経路名称	04月	05月	06月	07月	08月	09月	10月	11月	12月	01月	02月	03月	総計
2024年度	要介護2	30	31	30	31	31	30	31	60	62	62	56	62	516
	要介護3	140	155	150	155	155	150	124	90	93	93	84	93	1,482
	要介護4	270	315	324	341	341	330	365	358	344	348	308	339	3,983
	要介護5	90	49	30	31	31	30	31	30	51	49	56	62	540
	2024年度計	530	550	534	558	558	540	551	538	550	552	504	556	6,521
2025年度	要介護2	60	62	60	62	62	60	62	60	62	62	56	62	730
	要介護3	90	93	90	93	93	90	93	90	93	93	84	93	1,095
	要介護4	330	341	330	341	372	360	372	330	341	337	308	332	4,094
	要介護5	60	62	60	62	31	30	31	60	62	62	56	62	638
	2025年度計	540	558	540	558	558	540	558	540	558	554	504	549	6,557
2026年度	要介護2	60	62	60	84	108	120							494
	要介護3	113	124	120	105	93	90							645
	要介護4	300	293	233	227	229	209							1,491
	要介護5	60	75	116	124	124	120							619
	2026年度計	533	554	529	540	554	539							3,249

要介護4・5が多い 68%

介護医療院（18床）

入所経路

	入院経路名称	04月	05月	06月	07月	08月	09月	10月	11月	12月	01月	02月	03月	総計	年間計
2024年度	真星病院	1	1	1						2	1		1	7	8
	介護老人保健施設								1					1	
	その他の医療機関													0	
2025年度	真星病院										1			1	1
	介護老人保健施設													0	
	その他の医療機関													0	
2026年度	真星病院		1	2	1	1								5	8
	介護老人保健施設													0	
	その他の医療機関	1			1	1								3	

転帰

年度	入院経路名称	04月	05月	06月	07月	08月	09月	10月	11月	12月	01月	02月	03月	総計	年間計
2024年度	真星病院												1	1	8
	介護老人保健施設													0	
	その他の医療機関							1						1	
2025年度	真星病院													0	2
	介護老人保健施設													0	
	その他の医療機関													0	
2026年度	真星病院					1								1	8
	介護老人保健施設				1									1	
	その他の医療機関													0	
	死亡	1	1	1					1	1	1		1	6	
	死亡										1		1	2	
	死亡		2	1	2		1							6	

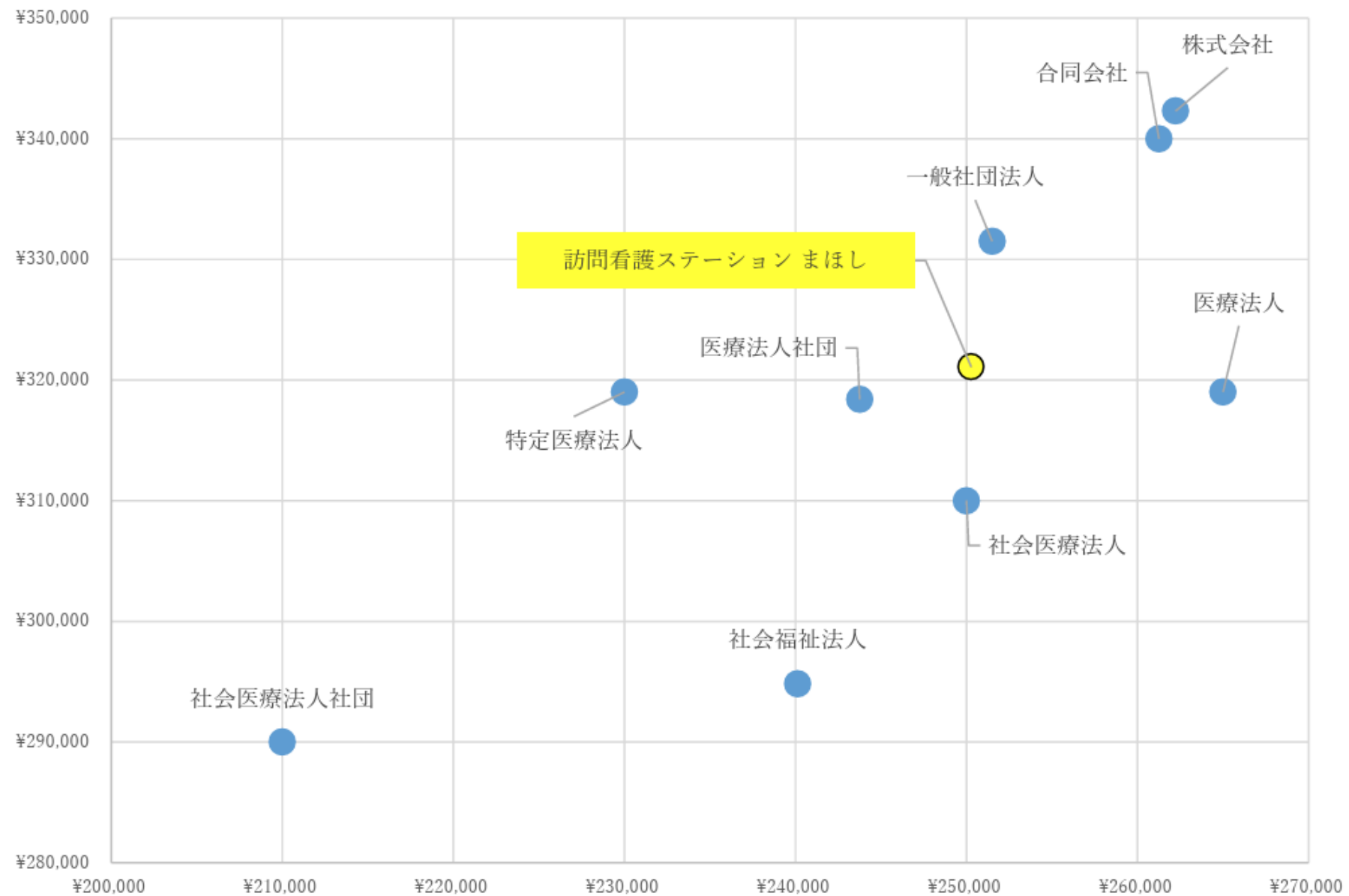
		4月	5月	6月	7月	8月	9月
地域連携室 月間目標 訪問診療契約件数 110件 訪問診療売上 ¥6,800,000 入退院支援加算取得率 95%以上	売上(訪問診療)	¥5,292,420	¥5,405,650	¥6,057,490	¥5,799,210	¥6,098,060	¥5,435,740
	訪問診療契約数	82件	88件	91件	91件	93件	92件
	売上(退院支援)	¥431,510	¥358,000	¥532,000	¥462,000	¥555,000	¥407,000
	入退院支援加算取得率	87.8%	97.8%	97.7%	93.0%	90.7%	88.1%
	介護連携指導料取得率	8.7%	10.60%	40%	26.7%	25.0%	24.6%

		4月	5月	6月	7月	8月	9月
訪問看護ステーションまほし(有馬) 月間目標 訪問件数 800件 売上 ¥6,400,000	売上	¥6,121,279	¥6,046,804	¥6,750,580	¥7,046,020	¥6,250,241	¥6,149,663
	延べ訪問件数	784件	746件	842件	877件	782件	777件
	総契約件数	137件	137件	141件	141件	142件	141件
	緊急訪問件数	20件	28件	19件	39件	36件	40件
	看取り件数	1件	0件	0件	1件	1件	0件
	新規利用者数	4件	2件	6件	6件	5件	3件

訪問看護師には件数に応じたインセンティブ開始(2025年度～)

【月給-上限】

法人種別で見た神戸市北区における訪問看護の看護師月給平均



【月給-下限】

インセンティブ制度について

【インセンティブ制度の目的】

訪問看護ステーションまほしで働く職員のモチベーションを高め、生産性向上させることで地域の方々への還元を最大化することを目的とする

【インセンティブ制度の概要】

個々の職員の訪問看護業務を実施したことに対する収益性に対して、一定の基準を設け、個人ごとの実績に応じた報酬を支給する制度である。具体的には、職員ごと算定した保険点数を評価し、成果に応じてインセンティブを支給する

【インセンティブ設計】

支給するインセンティブ額	基準件数の設定
個人収益の 3 %をインセンティブとして支給	基準： 50 件以上でインセンティブを支給 ※非常勤は実労働時間に応じて按分し、基準件数換算する。

※ インセンティブ設計に関しては、年度事業所実績（利益率や人件費率）・診療報酬/介護報酬改定・法人方針などを加味して、各年度調整を行う

※ 試用期間中におけるインセンティブは発生しない

2025.5

病院内の本体＋サテライト 2拠点を計画

役割	病院内の本体	サテライト
主な機能	退院支援、病院との急変時連携 重症者・看取りへの支援	周辺地域の訪問拠点 近隣の診療所・ケアマネと連携
共通化する業務	管理者の統括、請求・採用・教育	共通記録、当番調整、相互応援
人員・報酬の単位	本体とサテライトを一体運営	機能強化型の看護職員数に サテライト配置職員を含める

2か所で活動する「1つの指定訪問看護ステーション」として設計

2拠点化のスケールメリットとデメリット

観点	期待できるメリット	デメリット・必要な対策
地域と訪問	サテライト周辺の移動を短縮 新たな地域の依頼に対応	2拠点間の移動・調整が増える 訪問範囲と担当地区を設定
人材と当番	当番・欠勤時の応援を分担 病院の教育資源を活用	利用者増で夜間負担も増える 当番可能人数と実績を点検
事務・固定費	請求・採用・教育を共通化 独立2事業所より重複を抑制	家賃・車両・ICT費が先行 段階採用と資金繰りを計画
ケアの継続性	主担当不在でもチームで支援 病院との情報連携を強化	情報の分断・質の差を防ぐ 主副担当・共通記録を整備

固定費の分散と移動効率の改善は、周辺の利用者確保が前提

診療報酬のメリット：機能強化型をさらに強化する

月初の管理療養費	看護職員の主な人数基準	額／人・月	一般との差
一般（機能強化型以外）	上位区分の基準なし	7,710円	比較基準
機能強化型3（現在）	常勤4人以上	9,030円	+ 1,320円
機能強化型2	5人以上※	10,460円	+ 2,750円
機能強化型1（目標）	7人以上※	13,760円	+ 6,050円

本体＋サテライトの人員を一体で評価できる点が利点

※1・2は各1人まで非常勤の常勤換算を算入可。人数以外の要件も必要

医療保険の額。介護保険利用者にはこの管理療養費を算定しない

機能強化型1～3: 共通要件と人員配置

施設基準	機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
看護職員数	7人以上 常勤6＋換算1も可	5人以上 常勤4＋換算1も可	常勤4人以上 非常勤換算不可
看護職員の割合	常勤換算で6割以上	常勤換算で6割以上	常勤換算で6割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出(各型とも必須)		
休日等の訪問	休日・祝日も計画的に訪問。必要な利用者に24時間365日対応		
専門研修修了の 看護師の配置	必須	望ましい	望ましい

本体＋サテライトで人数を判定。病院職員との勤務・配置は区別

機能強化型1・2:受入実績と連携体制

施設基準	機能強化型1	機能強化型2
看取り・重症児 次のいずれか	①ターミナル20件以上／前年度 ②同15件以上＋重症児4人以上 ③重症児6人以上	①ターミナル15件以上／前年度 ②同10件以上＋重症児3人以上 ③重症児5人以上
別表7の利用者	月10人以上	月7人以上
同一敷地の支援事業所 いずれかの体制	居宅介護支援 または 特定相談支援・障害児相談支援事業所 所定の対象利用者の1割程度について計画作成	
人材育成の研修等	直近1年間に実施(看護学生の講義・実習受入等も可)	
情報提供・相談	直近1年間に地域の医療機関・ステーション・住民等への 情報提供 または 相談対応の実績	

重症児＝15歳未満の超重症児・準超重症児(常時)。

機能強化型3:地域連携の実績要件

施設基準	必要な実績
	別表7・8等の対象者が月10人以上 または 複数ステーションによる共同訪問の利用者が月10人以上
退院時共同指導	直近3か月に退院時共同指導加算の算定実績 下記の「勤務実績」に係る医療機関以外と共同実施
外部主治医の割合	病院併設時:直近3か月に併設病院以外の主治医が1割以上 医療保険・介護保険の利用者を含めて算出
地域の看護職員の勤務	直近1年間に、地域の医療機関の看護職員が ステーションの訪問看護従業者として一定期間勤務
研修・情報提供・相談	直近1年間:地域の医療機関・ステーション対象の研修2回以上 ステーション・住民等への情報提供と相談対応の両方

病院併設でも、地域に関いた連携実績が必要

		4月	5月	6月	7月	8月	9月
居宅介護支援事業所コスモス 月間目標 実績件数 140.6件 売上 ¥2,290,000	売上	¥2,050,142	¥2,094,064	¥2,187,643	¥2,306,049	¥2,322,883	¥2,253,759
	総担当件数	130件	130件	140件	144件	144件	144件
	実績件数	120.3件	122.3件	125.3件	132.3件	133.3件	131.3件
	内 要介護1~2	86	87	89	94	95	93
	内 要介護3~5	33	34	35	37	37	37
	内 要支援	4	4	4	4	4	4
	新規利用者数	6件	7件	8件	5件	3件	1件
		4月	5月	6月	7月	8月	9月
居宅介護支援事業所からと 月間目標 実績件数 124件 売上 ¥2,280,000	売上	¥2,288,487	¥2,284,406	¥2,241,297	¥2,237,587	¥2,370,227	¥2,364,495
	総担当件数	139件	139件	143件	143件	142件	139件
	実績件数	124件	124.6件	120.6件	121.6件	128件	126件
	内 要介護1~2	83	82	79	79	87	84
	内 要介護3~5	35	36	33	33	32	33
	内 要支援	18	20	26	29	27	27
	認定調査件数	29件	28件	39件	27件	27件	36件
	新規利用者数	4件	10件	1件	6件	2件	3件



あんしんすこやかセンター

「地域包括支援センター」の神戸市における愛称 高齢者の介護相談窓口

		4月	5月	6月	7月	8月	9月
有馬あんしんすこやかセンター 月間目標 予防ケアプラン実績件数 195件 売上 ¥3,370,000	売上	¥3,409,853	¥3,472,719	¥3,360,808	¥3,382,847	¥3,359,963	¥3,340,892
	予防総担当件数	205件	205件	194件	196件	200件	195件
	予防実績件数	200件	203件	186件	188件	183件	182件
	予防委託件数	75件	75件	97件	96件	93件	90件

		4月	5月	6月	7月	8月	9月
テイサービスセンターまほしの里 月間目標 1日平均利用者数 30名 売上 ¥5,600,000	売上	¥5,414,525	¥5,203,769	¥5,846,849	¥6,436,984	¥6,384,012	¥6,170,142
	延べ利用者数	652名	629名	673名	741名	698名	654名
	総契約件数	96名	95名	95名	99名	97名	98名
	1日平均利用者数	29.6名	29.9名	30.5名	32.2名	33.2名	31.1名
	新規利用者数	5名	3名	1名	6名	1名	2名

「これから」も変わらないもの

- ・私達は共に働く全職員が輝き、生き甲斐、働き甲斐ある職場を目指します。
- ・地域と共に在る“健康院”

就職お祝い金制度

医療法人社団まほし会 からのお知らせ

NEW！対象拡大

2026年
6月1日
リニューアル！

全職種へ

入職いただける全ての仲間へ。
入職をお祝いします



＼ こんな方が対象です ／

- ✓ 当院ホームページの **お問い合わせフォーム**からご応募 いただいた方
- ✓ **直接お電話で**お問合せ のうえ、求人にご応募いただいた方

支給額のご案内

常勤

15万円

入職1か月後 **5万円** 支給
入職3か月後 **10万円** 支給

非常勤 A

週20時間以上
勤務

10万円

入職1か月後 **5万円** 支給
入職3か月後 **5万円** 支給

非常勤 B

週20時間未満
勤務

5万円

入職1か月後 **2万円** 支給
入職3か月後 **3万円** 支給

医療法人社団まほし会

真星病院

お問い合わせ・ご応募はこちら

Tel. 078-582-0430

採用担当：坂倉 までお問い合わせください

職員採用支援制度

第2章 職員紹介制度（リファラル採用）

第1条（目的）

法人の職員が、知人・友人等を法人に紹介することにより必要な人材の確保を図るとともに、職員による採用活動への協力を促進することを目的として、職員紹介制度（リファラル採用）を実施する。

第5条（紹介手数料）

紹介者及び被紹介者それぞれに対し、被紹介者の勤続期間に応じて、次のとおり紹介手数料を支給する。

支給時期	支給額
入職後 6 か月経過	50,000 円
入職後 36 か月経過	50,000 円

カイゼンWG (2023～)

役割	職位	氏名	担当部署
ワーキンググループ長	内科部長	大石 醒悟	診療部
	看護部長	園田 慶子	看護部 医療機器管理室 手術科 腎透析センター科 クラーク科 病児保育室
	副看護部長	吉田 ゆう子	介護医療院 外来科
	看護師長	南 あき	一般病棟科 4東 地域包括ケア病棟科 5東
	看護師長	竹田 悦子	療養病棟 2階・3階
	介護係長	益井 志美	全介護係
	総合支援部 部長	杉原 麻理子	薬剤科 臨床検査科 リハビリ科 栄養科
	総合支援部 副部長	高木 和喜	放射線科 総合サービス科
副ワーキンググループ長 事務局	総務課 課長	大森 嘉顕	総務課
	地域連携室 室長	真保 友仁	地域連携室 居宅介護支援事業所 訪問看護事業所 デイサービス まほしの里 地域包括支援センター

2023

- ① 人事・労務管理のクラウド化推進 (smart HR)
- ② ホームページの外注 (2024年4月リニューアル)
- ③ 資格更新の費用補助
- ④ 1年目の有給休暇前倒し取得
- ⑤ 保育園 (ぽかぽか保育園)利用料の均てん化
- ⑥ 職員の時短業務の見直し: 3歳から小学校1年生までを養育する職員に対しての時短業務勤務の許可
- ⑦ 60歳時(定年退職時)以降の給与の見直し
: 7割から現状維持の範囲内で1年毎に見直し

2024

- ① 人事・労務管理のクラウド化推進 (smart HR)
- ② ホームページの外注 (2024年4月リニューアル)
- ③ 資格更新の費用補助
- ④ 1年目の有給休暇前倒し取得
- ⑤ 保育園 (ぽかぽか保育園)利用料の均てん化
- ⑥ 職員の時短業務の見直し: 3歳から小学校1年生までを養育する職員に対しての時短業務勤務の許可

カイゼンWG (2023～)

役割	職位	氏名	担当部署
ワーキンググループ長	内科部長	大石 醒悟	診療部
	看護部長	園田 慶子	看護部 医療機器管理室 手術科 腎透析センター科 クラーク科 病児保育室
	副看護部長	吉田 ゆう子	介護医療院 外来科
	看護師長	南 あき	一般病棟科 4東 地域包括ケア病棟科 5東
	看護師長	竹田 悦子	療養病棟 2階・3階
	介護係長	益井 志美	全介護係
	総合支援部 部長	杉原 麻理子	薬剤科 臨床検査科 リハビリ科 栄養科
	総合支援部 副部長	高木 和喜	放射線科 総合サービス科
副ワーキンググループ長 事務局	総務課 課長	大森 嘉顕	総務課
	地域連携室 室長	真保 友仁	地域連携室 居宅介護支援事業所 訪問看護事業所 デイサービス まほしの里 地域包括支援センター

2023

- ① 人事・労務管理のクラウド化推進 (smart HR)
- ② ホームページの外注 (2024年4月リニューアル)
- ③ 資格更新の費用補助
- ④ 1年目の有給休暇前倒し取得
- ⑤ 保育園 (ぽかぽか保育園)利用料の均てん化
- ⑥ 職員の時短業務の見直し: 3歳から小学校1年生までを養育する職員に対しての時短業務勤務の許可
- ⑦ 60歳時(定年退職時)以降の給与の見直し
: 7割から現状維持の範囲内で1年毎に見直し

2024

- ① 人事・労務管理のクラウド化推進 (smart HR)
- ② ホームページの外注 (2024年4月リニューアル)
- ③ 資格更新の費用補助
- ④ 1年目の有給休暇前倒し取得
- ⑤ 保育園 (ぽかぽか保育園)利用料の均てん化
- ⑥ 職員の時短業務の見直し: 3歳から小学校1年生までを養育する職員に対しての時短業務勤務の許可

医療法人社団まほし会

医療分野
に

平素は、本県医療行政の
標記事業について、厚
下記のとおりお知らせし

なお、事業着手及び交付申請にかかる手続きについては、別途ご案内します。

記

- 1 選定結果
採択
- 2 採択額
52,160,000 円

★iPhone
★見守りAI
★調剤支援システム・薬剤在庫管理
★電子カルテ連携・音声入力
★エコーレポートシステム
★再来受付機

忘れてはいけない**精神科疾患患者**との連携

精神科に入院・通院中の患者の身体疾患を、地域で受け止める

紹介・受入れ 精神科病院・クリニック	共同管理 200床未満の地域病院	治療後の連携 精神科・地域につなぐ
身体疾患を発見し紹介 診療歴・服薬情報・支援体制を共有	内科的評価と必要な入院治療 精神科医と相談しながらケアを継続	身体治療の経過を共有 精神科の継続診療と地域生活を調整

身体医療と精神科をつなぐ地域のハブ

病状と各病院の受入体制に応じて、高次病院や精神科病床を持つ病院とも役割分担する

出典：厚生労働省「精神疾患に係る医療提供体制について」(2025年)を踏まえた提案



精神科疾患、内科疾患における相互連携



診療実績（こころの医療センター⇒真星病院）

2025年4月1日～2025年12月31日まで

延べ診療患者数：69名（前年度より+14名）

（内訳）

外来診療：25名（前年度より-2名）

入院患者コンサルト：44名（前年度より+16名）

診療実績（真星病院⇒こころの医療センター）

2025年1月1日～2025年12月31日まで（毎週水曜日 10-12時 計 48回）

延べ診療患者数: 262名 平均 5.5名 (117名: 2.2回/名)

女性 61名 (52%), 平均年齢 58歳 (16-91歳)

（内訳）

入院患者コンサルト: 糖尿病, 高血圧, 脂質異常症, 心不全
甲状腺機能低下症, 肝機能障害, 深部静脈血栓症
+ 電気刺激療法や心毒性が懸念される薬剤の開始前評価

対象

以下の診療・予防接種について インターネット予約 をご利用いただけます。(発熱疾患もお受けしております。)

- 小児科(一般診察)
- 総合診療科(月、水 14:00 ～ 15:00)
- 糖尿病内科(火 14:00 ～ 14:30)
- 循環器内科(木、金 14:00 ～ 15:00)
- インフルエンザワクチン集団接種(13歳以上)

予約方法

こちらからお申し込みください。→

ネット予約はこちら



- スマートフォン・パソコンから24時間いつでもご予約いただけます。

		2025 /11	12	2026 /1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計
小児科	ネット予約	214	263	282	442	293	258	250	303	316	285	312	183	3,401
	通常予約	766	618	509	608	508	379	364	461	508	371	365	229	5,686
	計	626	600	506	706	526	508	520	605	659	520	530	348	6,654
	ネット予約率	34.2	43.8	55.7	62.6	55.7	50.8	48.1	50.1	48.0	54.8	58.9	52.6	51.1

オンライン診療

当院では、MEDLEY社のオンライン診療アプリmelmo（メルモ）を用いたオンライン診療を行っています。

当院に通院中の方で、医師よりオンライン診察を受けるよう案内された方が対象です。

オンライン診療の対象となる患者様

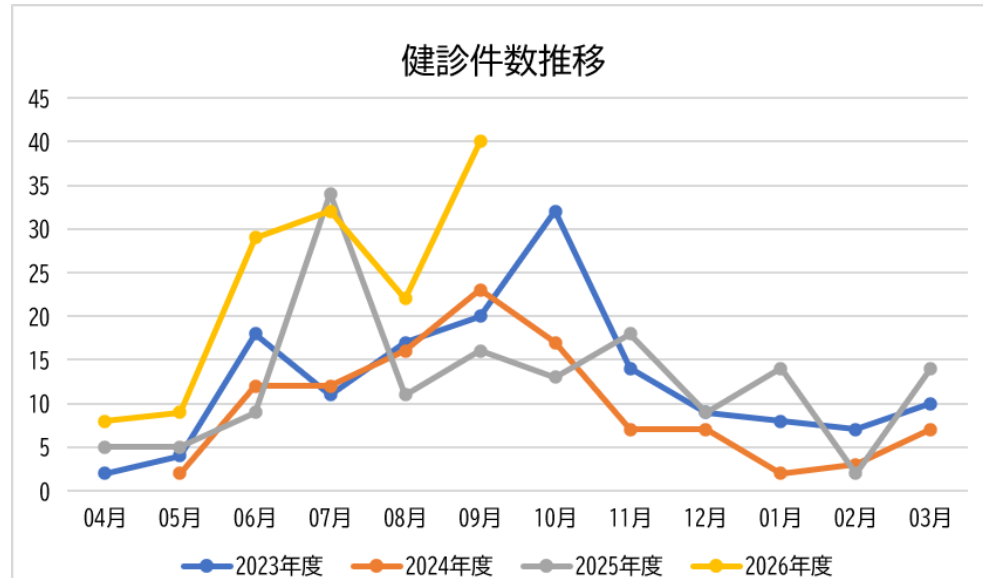
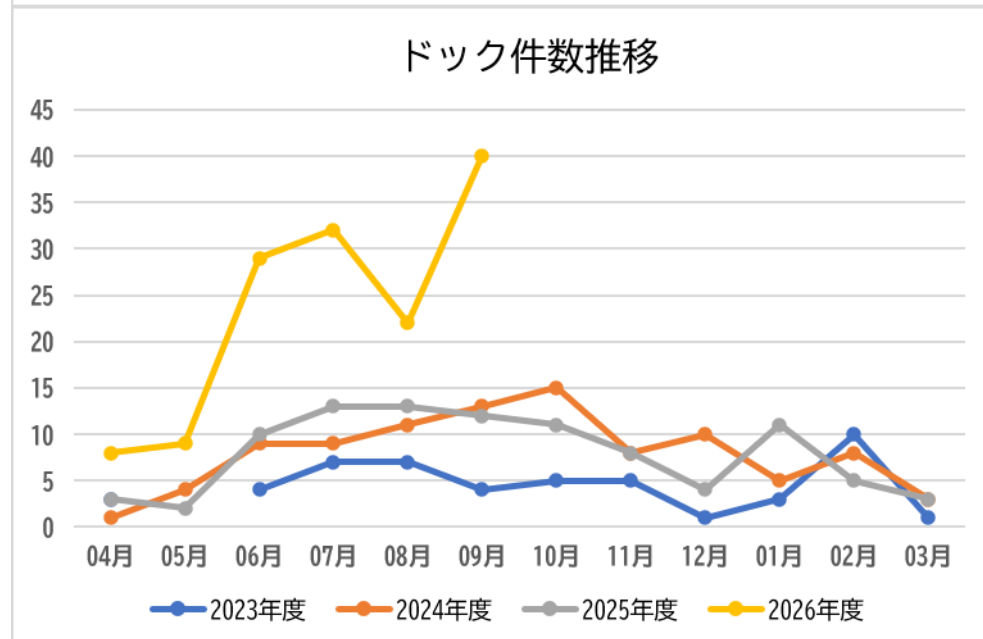
- 高血圧、脂質異常症、高尿酸血症などの動脈硬化性疾患、睡眠時無呼吸でCPAP治療を受けている方。
- 内服等の定期外来通院中の方で、病状が安定しており、半年毎や1年毎の検査予定となっている方。

※ 気になる方は診察室で直接主治医にお声掛けください。



<https://www.mahoshi.com/gairai/online.html>

健診センターの充実へ向けて



- 健診センターを東館の整備
- 健診窓口の独立
- 人間ドックの充実
- 婦人科、歯科健診の充実
- 内視鏡検査体制の充実

管理職研修

開催日時：2024 年 2 月 23 日祝日
10 時～16 時 30 分（受付開始：9:30～）

開催日時: 2025 年 2 月 23 日祝日: 10 時～16 時 30 分

時間	内容	担当（講師）
10:00-10:10	開会あいさつ	大石 麻利子
10:10-10:25	研修の企画意図について	大石 醒悟
10:30-11:30	基調講演: 病院における医療マネジメントの重要性 ・タスクシフトへの取り組み ・管理目標の見直し態勢の構築 ・医療情報管理の取り組み	加古川中央市民病院 理事長・院長 大西 祥男先生
11:35-12:00	当院のマネジメント層に期待すること	櫻井 寛司
昼食休憩		
13:00-16:10	経営戦略の分析手法に関する講義 グループワーク ・SWOT 分析の講義 ・SWOT 分析を用いたグループワーク ・各班の発表と講師コメント	兵庫県立大学 経営学部 當間 克雄教授
16:10-16:15	総括	大石 麻利子
16:15-16:30	アンケート回答、片付け	大石 醒悟

時間	内容	担当（講師）
10:00-10:10	開会あいさつ	大石 麻利子
10:10-10:30	本年の振り返りと研修の企画意図について	大石 醒悟
10:30-10:50	当院を取り巻く外部環境の整理	総務課 坂倉 充彬
11:00-12:00	コミュニティホスピタルに地域で期待される役割と展望について	国立大学法人 東京科学大学 総合診療科 石田 岳史教授
昼食休憩		
13:00-16:10	講義+グループワーク ・ Patient journey map の作成を通してマーケティング戦略を考える	兵庫県立大学大学院 神戸商科キャンパス 社会科学研究科 木下 隆志教授
16:10-16:15	総括	大石 麻利子
16:15-16:30	アンケート回答、片付け	大石 醒悟

管理職研修

企画担当：副院長 大石 醒悟

開催日時：2026 年 2 月 22 日（日曜日） 10 時 00 分～16 時 30 分

対象：主任以上の管理職 59 名

時間	内容	担当（講師）
10:00-10:10	開会あいさつ	大石 麻利子
10:10-10:30	本年の振り返りと企画意図について	大石 醒悟
10:35-12:00	『これからの人財戦略と人事考課制度』	大石 醒悟 杉原 麻理子 園田 慶子 吉田 ゆう子 真保 友仁 吉田 昌和 坂倉 充彬
昼食休憩		
13:00-16:10	講義＋グループワーク 『医療法人における外部環境分析とステークホルダーに対する価値提供』	兵庫県立大学大学院 神戸商科キャンパス 社会科学研究科 木下 隆志教授
16:10-16:15	総括	大石 麻利子
16:15-16:30	アンケート回答、片付け	大石 醒悟



2026年度
理事長方針

温故創成

I 内部環境の強化・整備

- 経営企画室新設
- 必要人員の確保
- 主要委員会整備（医師配置）
- 外来・在宅体制強化
- 新人事賃金制度開始
- 資格取得・学習支援
- カイゼンワーキングの充実

理念

1. 私達は患者、家族の方々の立場になり信頼され、納得のできる医療を目指します。
2. 私達は共に働く全職員が輝き、生き甲斐、働き甲斐ある職場を目指します。
3. 私達は関係機関や地域の方々と協力し、安心して暮らすことのできる街づくりに貢献します。

II 地域とともに在る

- 救急診療の充実
- リハビリテーションの充実
- 高度急性期からの受け入れ
- かかりつけ医からの紹介強化
- 在宅診療体制強化
- 災害対策、感染対策の充実

III 医療 ICT の充実

- オンライン診療・AI 問診
- 遠隔読影
- 調剤支援システム
- 訪問看護スケジュール作成

IV 新病院への体制構築

- 急性期病院 B・多職種協働加算
- 文書の電子化・マニュアル整備
- 患者フロー（流れ）の整備
- 東館の建築準備

まほし

訪問看護ステーション

まほしの里

デイサービスセンター

エイジングコート

ケアセンター

真星病院

有馬

あんしんすこやかセンター

まほし居宅介護支援事業所

コスモス・からと

2026年度に整備するもの

- **経営企画室の立ち上げ**
- **教育、感染、災害、安全対策(委員会)の整備
(各委員会に医師を配置)**
- **手術室運営委員会の立ち上げ**
- **消化器内科、家庭医赴任による外来・入院・在宅体制構築**
- **オンライン診療の開始**
- **AI問診の導入**
- **電話受付の整備**
- **疾患を問わないACPの在り方検討**
- **入退院支援センター設立への準備**
- **健診の充実（健診センター開設への準備）**
- **心不全チームの立ち上げ**

200床以下病院に求められる戦略

地域包括ケア時代と2026年度診療報酬改定を見据えて



KOBE

1 地域救急の入口を担う



- 救急受入・緊急入院・一般診療の受け皿
- 紹介・逆紹介を含む地域連携の起点

2 回復期・在宅復帰支援を強化



- 急性期後の機能回復と退院支援
- リハビリ、栄養、服薬、家族支援を統合

3 慢性期と在宅をつなぐ



- 長期療養、在宅移行、再入院予防
- 介護・訪問看護・施設との接続

4 多職種協働を深める



- 医師、看護、リハ、薬剤、MSW、栄養、事務
- 入退院支援・地域ケア会議への参画

5 データで価値を示す



- 救急受入件数、在宅復帰率、紹介率、逆紹介率
- 地域での役割を数値で可視化

北区データからの示唆

病院数の	75.0%
一般・療養病床の	53.2%
回復期病床の	78.9%



救急・急性期



回復期・リハビリ



慢性期・在宅支援



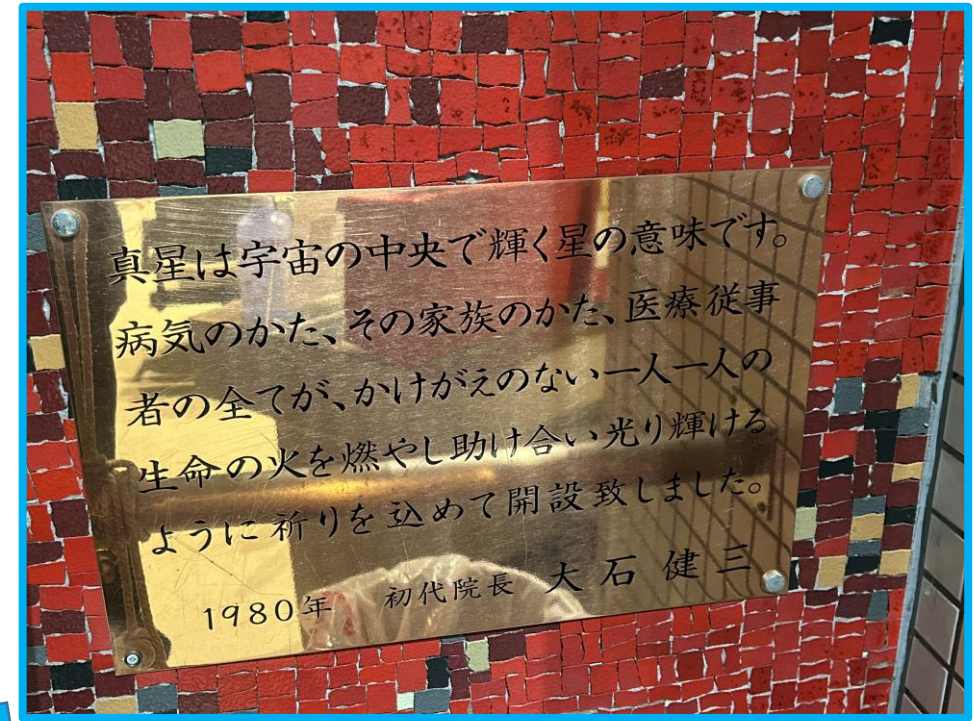
結論

200床以下病院は「規模が小さい病院」ではなく、
地域の入退院支援・機能分化・医療介護連携を支える基盤である。





**あらまほし (理想的だ、望ましいという意味)
(動詞「あり(有)」の未然形に希望の助動詞「まほし」
が付いたもの)**



**真星は宇宙の中央で輝く星の意味です。
病気のかた、その家族のかた、医療従事
者の全てが、かけがえのない一人一人の
生命の火を燃やし助け合い光り輝ける
ように祈りを込めて開設致しました。**

1980年 初代院長 大石 健三



真星病院（神戸市北区）: 156⇒123床
一般病床40⇒40床
地域包括ケア病床26⇒39床（急性期～回復期）
療養病床90⇒44床（慢性期）
介護医療院18⇒42床 併設

糖尿病センター, 腎・透析センター, 眼科センター
+ 心不全センター, 健診センター

イメージ図



2025年度着工, 2027年11月西館運用開始, 2028年8月全館運用開始, 2029年3月31日全工事完了