

中医協 総－1参考4
7 . 1 0 . 1

診調組 入－1参考3
7 . 9 . 2 5

(令和7年度第13回) 入院医療等の調査・評価分科会 【別添】資料編③

令和7年9月25日(木)

0. 調査概要

1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 賃上げ・処遇改善について
16. 人口・医療資源の少ない地域における対応
17. 個別的事項について

救急出動件数と搬送人員の推移

- 「令和6年中の救急出動件数等（速報値）」によれば、令和6年中の救急自動車による救急出動件数、搬送人員は、集計を開始した昭和38年以降、最多となった。
- 過去20年における年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移をみると、「高齢者」の搬送人員、構成比が増加している。

図1 救急自動車による救急出動件数及び搬送人員の推移

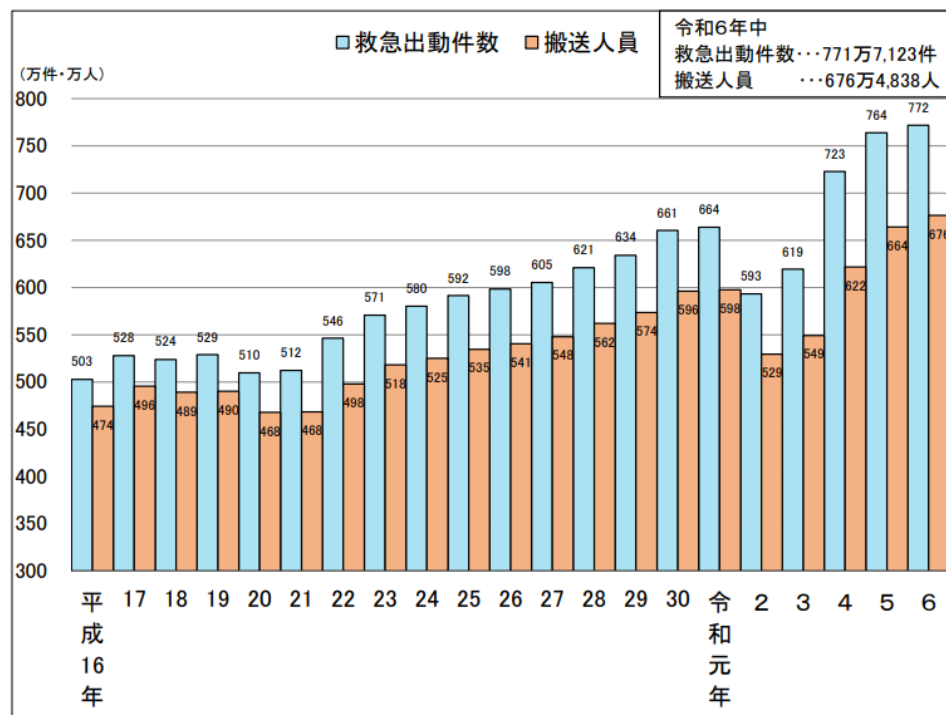
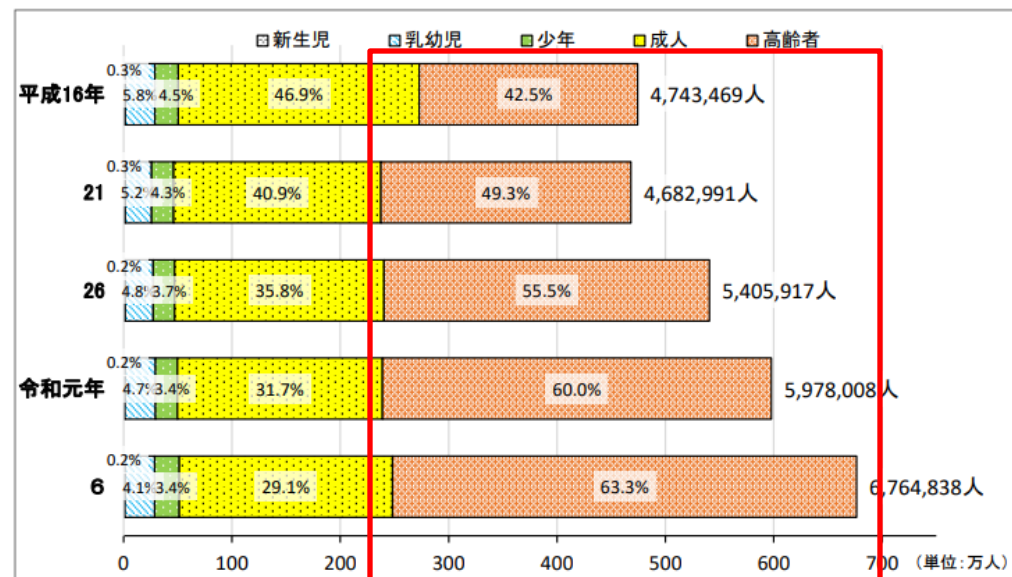


図8 年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。

2 年齢区分の定義

新生児：生後28日未満の者

乳幼児：生後28日以上満7歳未満の者

少年：満7歳以上満18歳未満の者

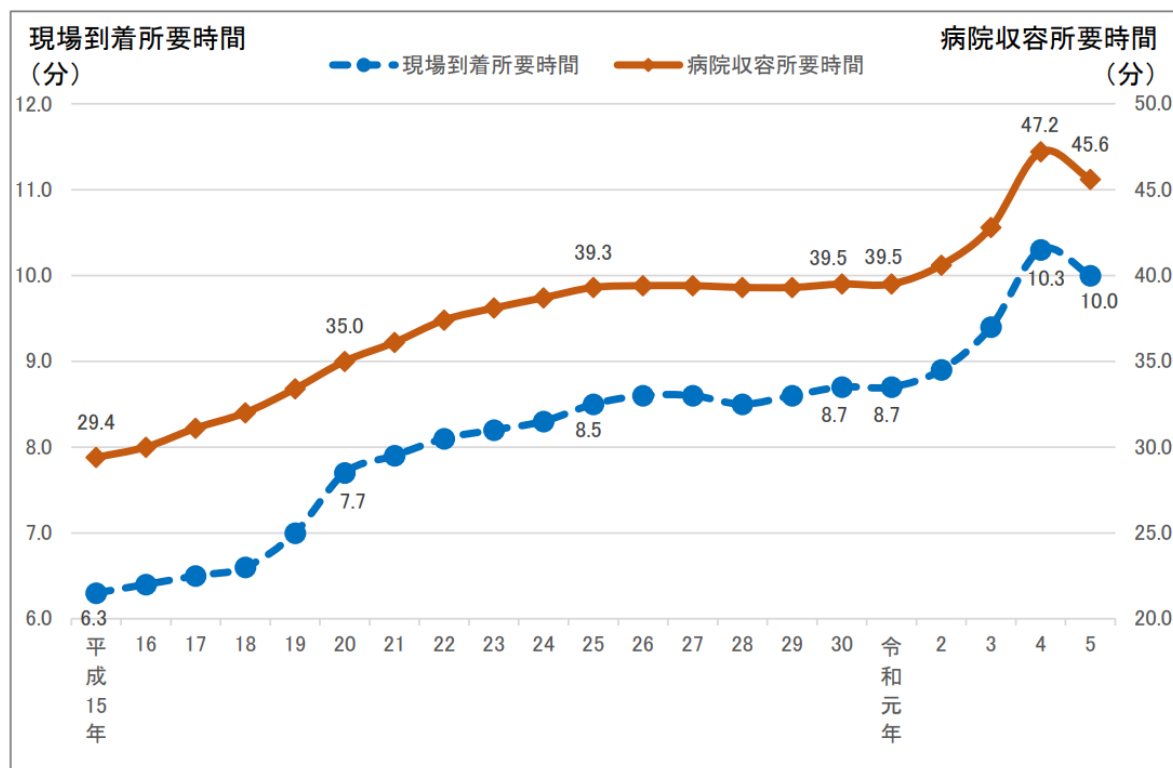
成人：満18歳以上満65歳未満の者

高齢者：満65歳以上の者

救急自動車による現場到着所要時間等の推移

- 令和5年中の救急自動車による現場到着所要時間は、全国平均で約10.0分であった。また、救急自動車による病院収容所要時間は、全国平均で約45.6分であった。
- 新型コロナウイルス感染症の発生前の令和元年と比べ、現場到着所要時間は約1.3分、病院収容所要時間は約6.1分それぞれ延伸している。

図11 現場到着所要時間及び病院収容所要時間の推移



※東日本大震災の影響により、平成22年及び平成23年の釜石大槌地区行政事務組合消防本部及び陸前高田市消防本部のデータを除いた数値により集計している。

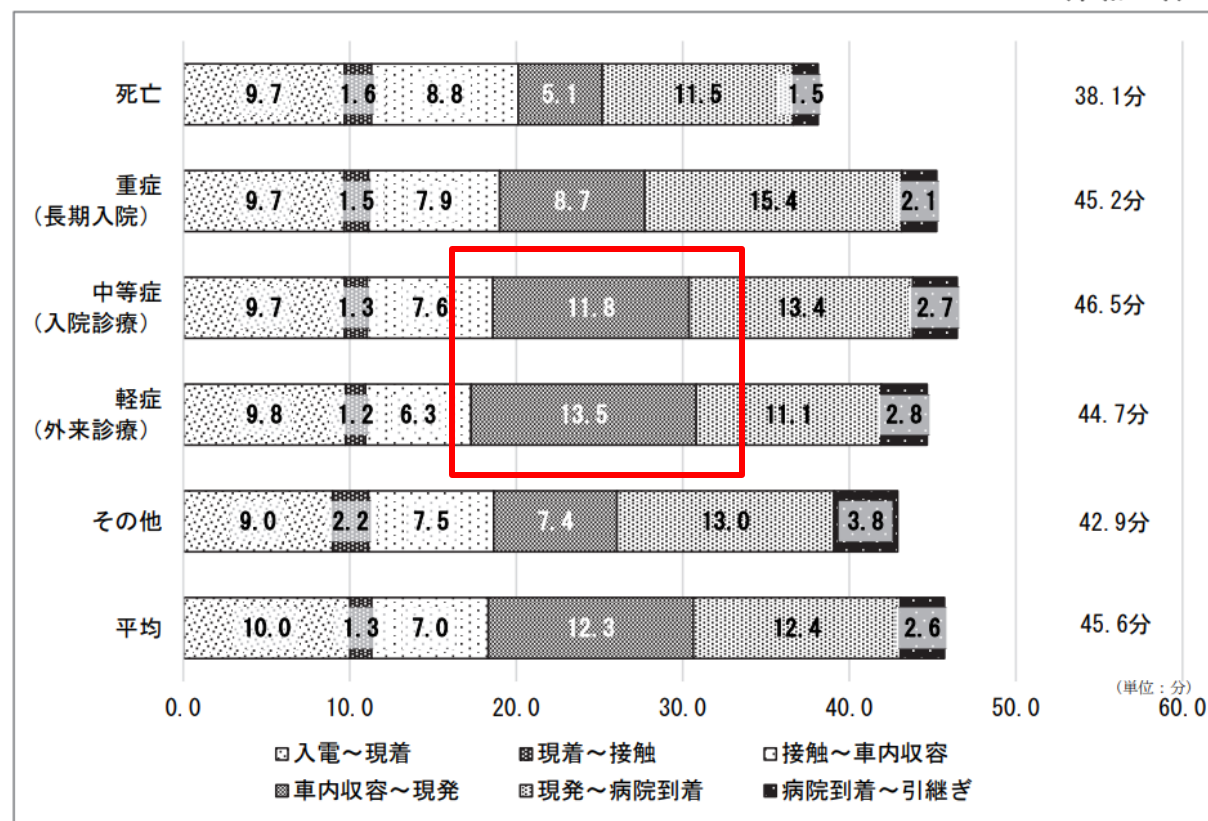
- ・ 現場到着所要時間：119番通報を受けてから現場に到着するまでに要した時間
- ・ 病院収容所要時間：119番通報を受けてから医師に引き継ぐまでに要した時間

救急自動車による傷病程度別の平均所要時間

- 救急自動車による傷病程度別の平均所要時間をみると、「中等症（入院診療）」「軽症（外来診療）」において、車内収容から現発までの時間（医療機関選定に要する時間等が含まれる。）が長い傾向がある。

第57図 傷病程度別による搬送人員の平均所要時間

（令和5年）



（注） 各平均所要時間の合計と、入電から引継ぎまでの平均所要時間は一致しない場合がある。

救急医療体制等に関連する主な評価について

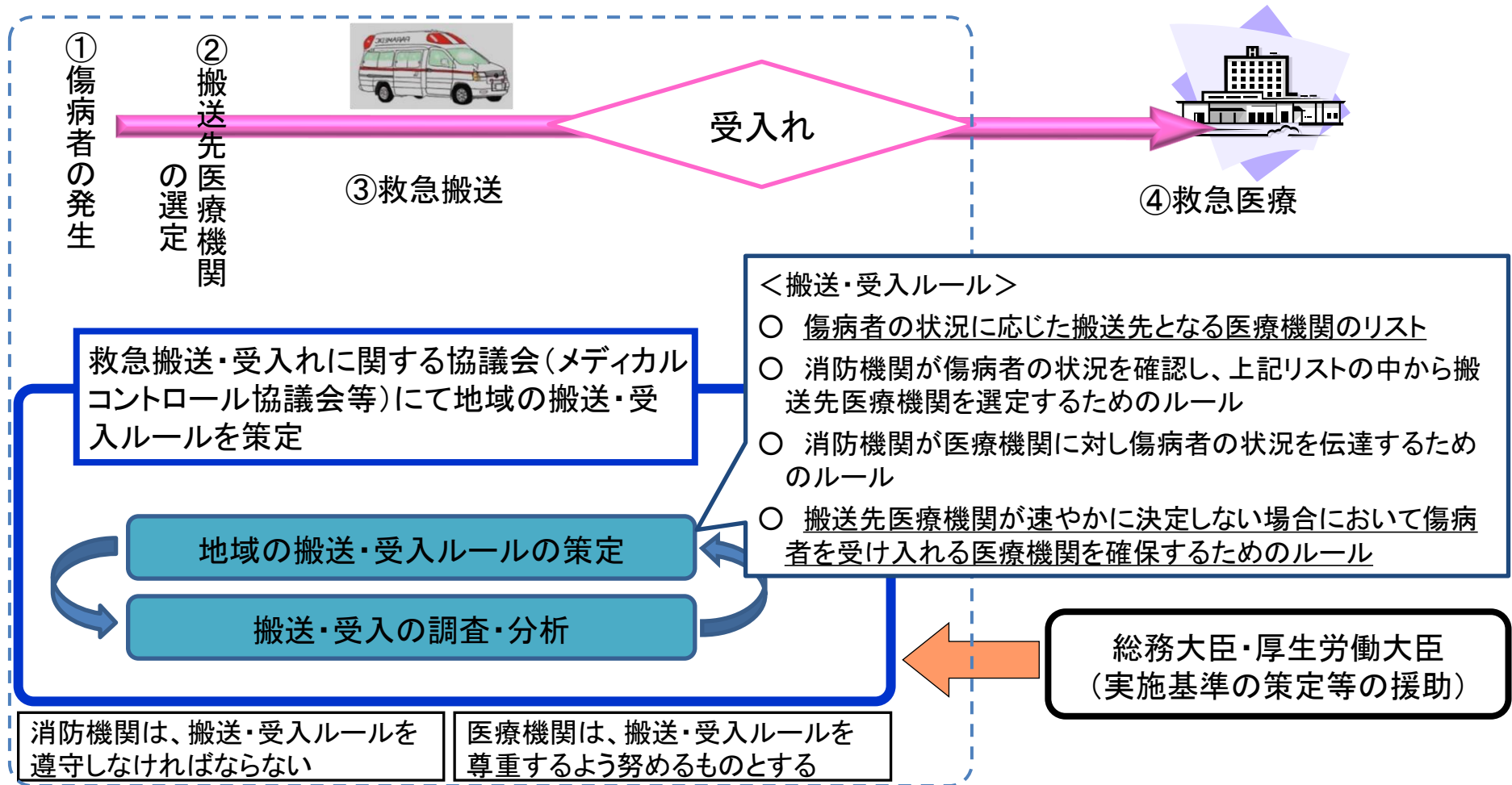
救急医療体制に関連する評価	
A200 総合入院体制加算	十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価したもの。 【主な施設基準】 (加算1) 高度救命救急センター・救命救急センターの設置 (加算2) 高度救命救急センター・救命救急センターの設置又は二次救急医療機関等 かつ 年間救急搬送件数2,000件以上 (加算3) 高度救命救急センター・救命救急センターの設置又は二次救急医療機関等
A200-2 急性期充実体制加算	手術等の高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制を評価したもの。 【主な施設基準】次のいずれかを満たしていること。 ・高度救命救急センター又は救命救急センターの設置 ・年間救急搬送件数2,000件以上
A252 地域医療体制確保加算	地域の救急医療体制、周産期医療体制又は小児救急医療体制において重要な機能を担うとともに、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する取組を実施する体制を評価するもの。 【主な施設基準】次のいずれかを満たしていること。 ・年間救急搬送件数2,000件以上 ・年間救急搬送件数1,000件以上かつ小児・周産期医療に関する加算等の届出 ・総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有する病棟又は病室において算定するもの。 【主な施設基準】二次救急医療機関又は救急告示病院であること。（許可病床数200床未満の医療機関の一般病床において算定する場合は、救急外来を有する又は24時間救急患者を受け入れていることにより満たすものとみなす。）
A304 地域包括医療病棟入院料	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病棟において算定するもの。 【主な施設基準】二次救急医療機関又は救急告示病院であること。
DPC/PDPS 機能評価係数Ⅱ	- 救急医療指数（救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価） - 体制評価指数（救命救急センター等の体制や救急車で来院し入院となった患者数の実績を評価）
在宅医療を担う医療機関や介護保険施設等との連携に関連する評価	
在宅療養支援病院・診療所 在宅療養後方支援病院 地域包括ケア病棟入院料	地域において、介護保険施設等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて協力医療機関として定められることが望ましい。
A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価したもの。
A253 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、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

救急搬送・救急診療に関連する主な評価について

救急搬送に対する評価	
C004 救急搬送診療料	患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合の評価。
C004-2 救急患者連携搬送料	三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上、自院又は搬送先の医療機関に属する緊急自動車をを用いて転院搬送する場合の評価。 【対象医療機関】年間救急搬送件数2,000件以上
救急外来応需体制に対する評価	
B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	地域の他の医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するもの。夜間、休日又は深夜であって、あらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。
B001-2-5 院内トリアージ実施料	夜間、休日又は深夜に受診した、初診料を算定する患者（救急自動車等で搬送された者を除く。）に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	- 診療時間以外の夜間や休日、深夜において、救急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、初診料を算定する初診の日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす第二次救急医療機関（第三次救急医療機関併設を除く。）又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
B006 救急救命管理料	患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。
救急入院医療に対する評価	
A205 救急医療管理加算	- 緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす救急医療機関又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
A300 救命救急入院料	救命救急センターを有している病院の治療室において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に算定する。 【対象医療機関】・救命救急センター

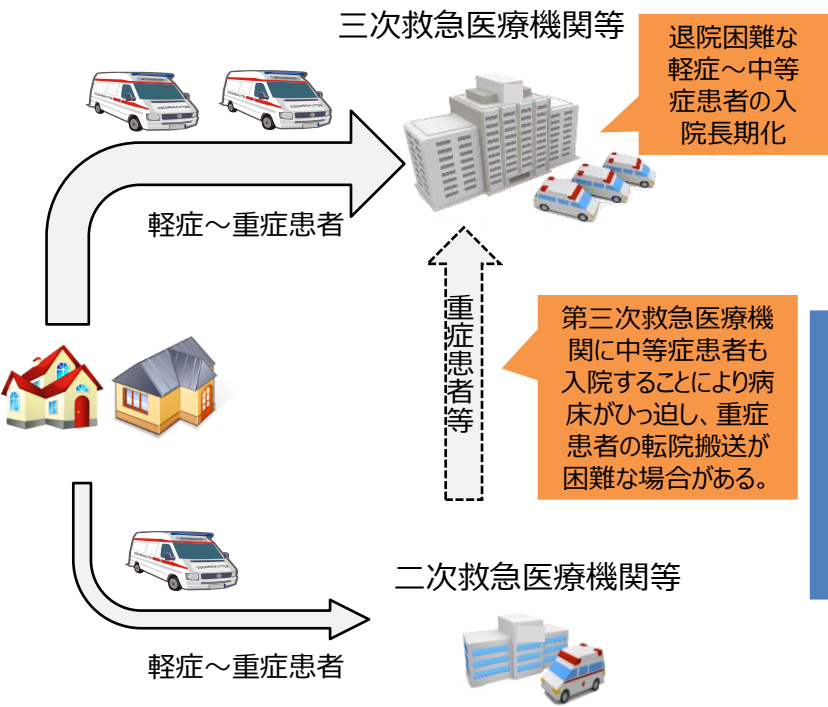
搬送・受入れルール

- 消防法に基づき、都道府県に医療機関、消防機関等が参画する協議会（メディカルコントロール協議会等）を設置し、“消防機関による傷病者の搬送”及び“医療機関による当該傷病者の受入れ”の迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定が義務づけられている。



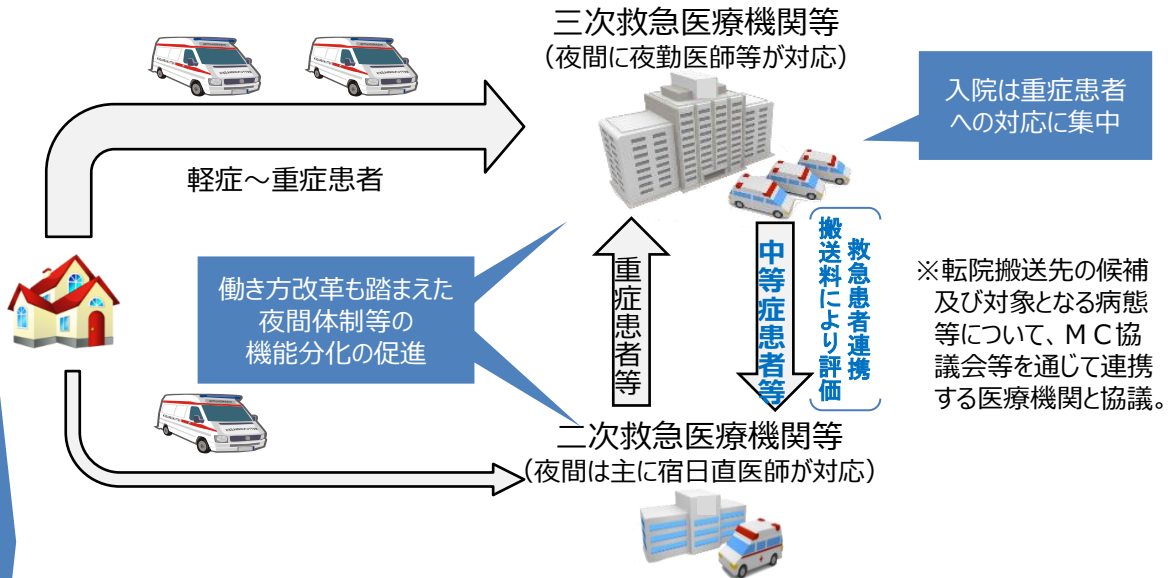
高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等

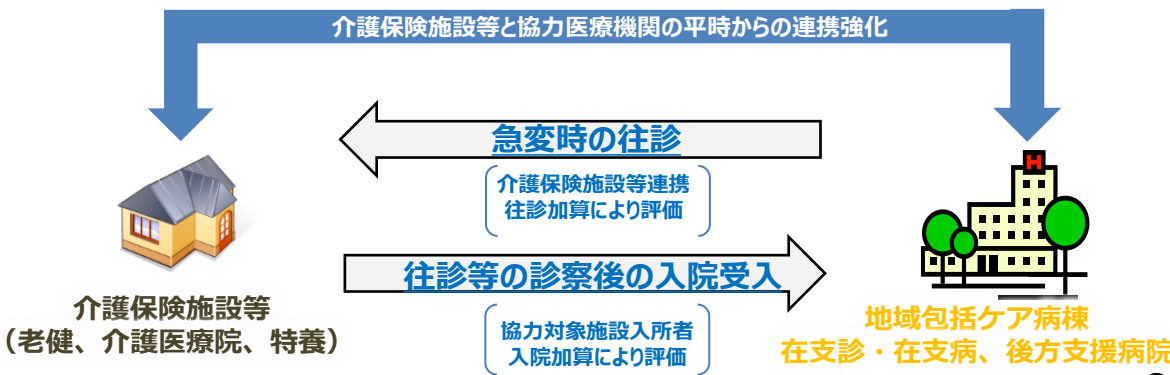


○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※いわゆる下り搬送による患者と救急医療機関のマッチングは、地域による対応の一例であり、救急搬送先の選定における適切なマッチング等、それぞれの地域における救急医療提供体制が構築されることが考えられる。



○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制



初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

- 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

(新) 救急患者連携搬送料

1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院1日目の患者の場合	1,200点
3	入院2日目の患者の場合	800点
4	入院3日目の患者の場合	600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保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C 0 0 4に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

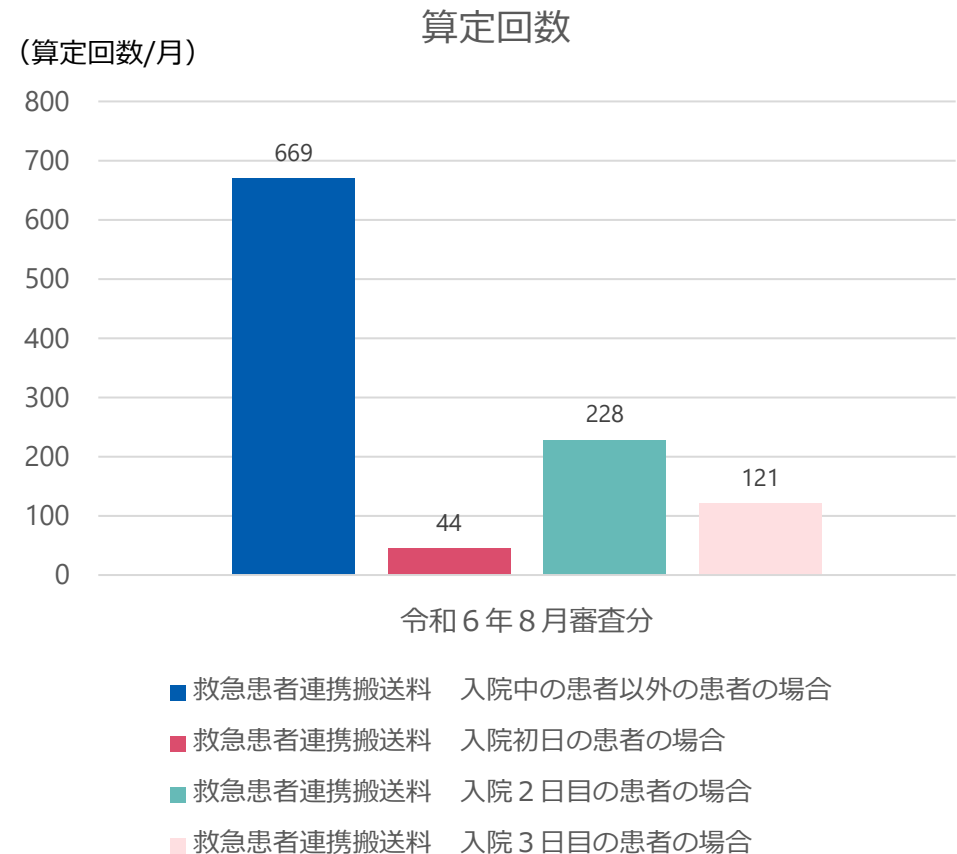
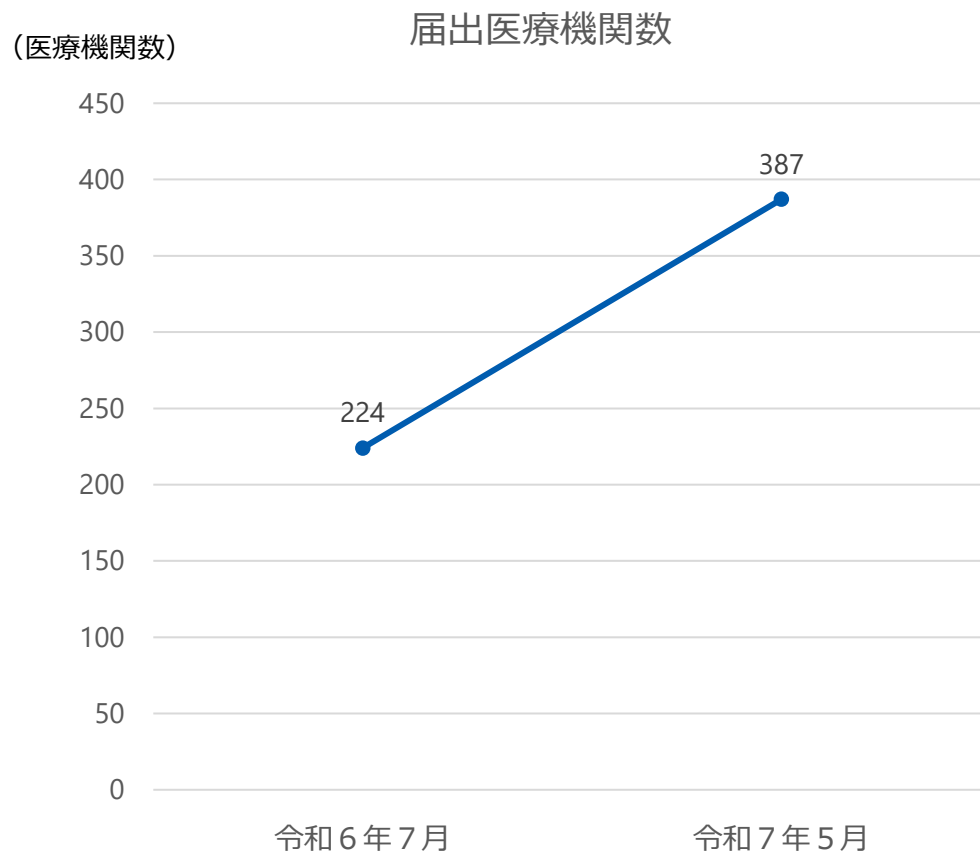
急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

救急患者連携搬送料の届出医療機関数と算定回数

- 救急患者連携搬送料の届出医療機関数は、令和6年診療報酬改定直後の令和6年7月と比較して、令和7年5月には大幅に増加した。
- 算定回数は、「入院中の患者以外の場合」が最も多く、次いで「入院2日目の患者の場合」が多かった。



出典：

(届出医療機関数) 保険局医療課調べ。※データ抽出方法の違いにより、他の公表情報と数値が若干異なる場合がある。

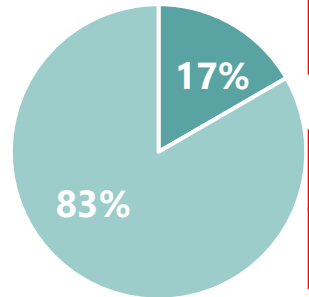
(算定回数) 社会医療診療行為別統計

救急患者連携搬送料の届出状況

診調組 入-1
7.5.22 改

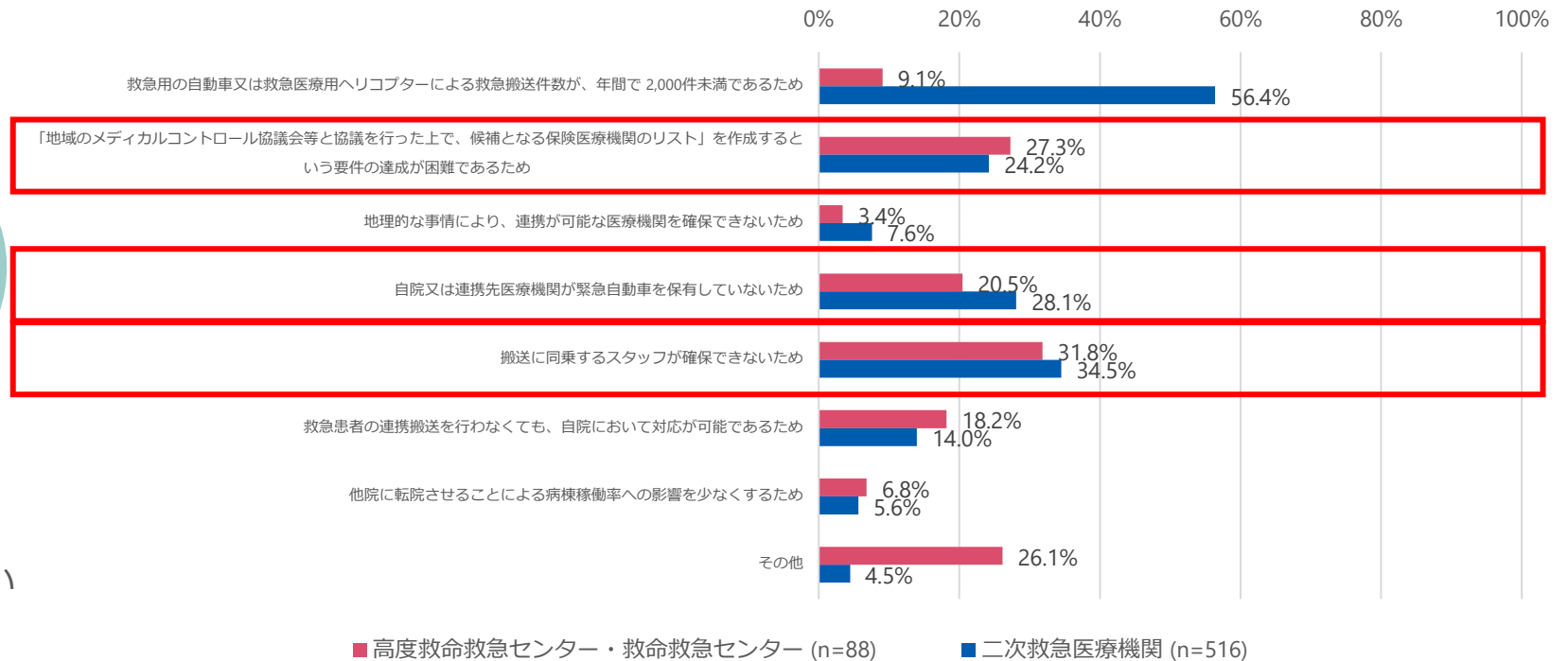
- 高度救命救急センター、救命救急センター及び二次救急医療機関において、救急患者連携搬送料を届け出ていると回答した医療機関は、17%であった。
- 救急患者連携搬送料を届け出していない理由としては、「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で2,000件未満であるため」「搬送に同乗するスタッフが確保できないため」「自院又は連携先医療機関が緊急自動車を保有していないため」「地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリスト」を作成するという要件の達成が困難であるため」等が多かった。

救急患者連携搬送料の
届出状況(n=1,063)



■ 届け出ている
■ 届け出していない

救急患者連携搬送料を届け出していない理由（複数選択可）



- ・ その他（自由記載）の例（抜粋要約）
 - ・ 現在届出の準備中、院内調整が図れないため、搬送対象となる患者が少ないため、MC協議会の開催待ち 等

救急患者連携搬送料の算定患者

- 令和6年10月1か月に「救急患者連携搬送料」を算定した患者の状況は以下のとおり。ほとんどの医療機関において、実際に搬送・受入を行った患者数は少数であった。
- 「救急患者連携搬送料」を算定した患者の搬送理由としては、「処置・手術等を必要としないが、急性疾患に対する治療を必要とする状態であった患者」が最も多かった。

救急患者連携搬送料を算定した患者の状況（令和6年10月1か月）
（複数の事情に当てはまる患者については、最も当てはまるものののみ算入）

搬送元医療機関の回答	回答した医療機関数	最大値（人）	75%tile（人）	中央値（人）	平均値（人）	25%tile（人）	最小値（人）
緊急手術・処置等を必要とする患者	128	7.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
緊急での手術・処置は要しないが、予定手術・処置を必要とする患者	130	10.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0
上記以外で、急性疾患に対する治療を必要とする状態であった患者	136	59.0	3.0	0.0	3.0	0.0	0.0
急性疾患に対する治療は終了し、リハビリが必要であった患者	136	8.0	1.0	0.0	0.8	0.0	0.0
急性疾患に対する治療は終了し、社会資源等の調整が必要であった患者	134	11.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0

救急患者連携搬送料を算定する患者の搬送先医療機関における受入患者数（令和6年10月1か月）

	回答した医療機関数	最大値（人）	75%tile（人）	中央値（人）	平均値（人）	25%tile（人）	最小値（人）
連携している医療機関から搬送を受け入れた患者数	171	63.0	1.0	0.0	2.4	0.0	0.0
上記のうち、急性増悪等により、搬送元医療機関へ再転院した患者数	161	4.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0

患者等搬送事業者の活用

- 総務省消防庁の「救急業務のあり方に関する検討会」において、増加する救急需要への対策に関する検討として、「転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用」が挙げられ、地域の実情に応じた患者等搬送事業者を活用する体制の整備が望まれている。

総務省消防庁「令和6年度 救急業務のあり方に関する検討会 報告書」（令和7年3月）

第2章 増加する救急需要への対策に関する検討

3 転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用

（中略）

エ 患者等搬送事業者の活用に向けて

今回、消防本部に対する調査を通じて、都市部を中心に、患者等搬送事業者に対するニーズが高いと考えられることや、転院搬送において患者等搬送事業者が担う役割には地域差が大きいことが明らかになった。

また、人員体制（救急救命士の有無等）、積載資器材の状況、搬送先の内訳及び料金設定等、患者等搬送事業者の活動実態については事業者によって様々であることも改めて明らかになった。

こうした点を踏まえると、転院搬送における患者等搬送事業者の活用方法については、必ずしも全国一律ではなく、それぞれの地域においてその最適化を考えていく必要がある。

（中略）

救急需要が増大の一途を辿る中、平時から緊急度に応じた社会資源として、地域の実情に応じて、患者等搬送事業者を活用する体制が整備されることが望まれる。

※下線部は引用時に付記

概要

○ 寝たきりの高齢者、身体障害者、傷病者等（＝患者等）を対象に、医療機関への入退院、通院及び転院並びに社会福祉施設への送迎に際し、ベッド等を備えた専用車を用いて搬送を実施する事業（**緊急性のない者が搬送対象**）。

※ 民間の搬送事業者のうち、以下の一定の要件を満たす者を指すものであり、一般的な通称として「民間救急」と呼称されているものと厳密には一致しない。

患者等搬送事業者の認定

○ 各消防本部は、消防庁が示す「患者等搬送事業認定基準」を参考にそれぞれ認定基準を定め、民間の搬送事業者のうち、一定の要件を満たす者を患者等搬送事業者として認定（有効期間 5 年間・要認定更新申請）。

○ 認定対象となる患者等搬送事業者は、道路運送法に定める以下の者

- ①一般乗用旅客自動車運送事業の許可を受けた者 ②一般貸切旅客自動車運送事業の許可を受けた者
- ③特定旅客自動車運送事業の許可を受けた者 ④自家用有償旅客運送の登録を受けた者

○ 認定状況等（①～③：R7.4.1現在 ④：R6.4.1～R7.3.31）

①認定事業所数：1,963事業所 ②認定車両台数：2,825台（うち車椅子専用592台）

③適任証保有者数：4,836人（うち車椅子専用259人） ④搬送件数：1,460,688件（うち転院搬送357,265件）



患者等搬送事業者の指導

○ 各消防本部は、搬送事業に密接な関係があり、傷病者や搬送中の傷病者管理に精通する者として、容体の急変、患者等間の疾病の感染等の不測の事態に対して、利用者の安全・利便を確保する観点から、患者等搬送事業者を指導することで事業の質を担保。

乗務員の質の担保	搬送用自動車の質の担保	積載資器材の質の担保
●乗務員の要件 - 消防機関の行う適任者講習(※)を修了した者 (※) 観察要領・応急措置、体位管理、搬送法等、計24時間（車椅子専用は計16時間） - 救急救命士有資格者、消防法施行規則第51条に定める救急業務に関する講習課程を修了した者等も、乗務員となることが可能。 - 該当者には患者等搬送乗務員適任証を交付 有効期間は2年間だが、2年に1回以上、消防機関の行う定期講習（計3時間）を受講することで、さらに2年間有効（以降同様）となる。	●搬送用自動車の要件 - 十分な緩衝装置 - 換気及び冷暖房の装置 - 乗務員が業務を実施するために必要なスペース - ストレッチャー及び車椅子等を使用したまま確実に固定できる構造 - 車椅子の乗降を容易にするための装置 - 携帯が可能な通信機器等、連絡に必要な設備 ※ 患者等搬送用自動車は、サイレン又は赤色警告灯を装備するなど、救急自動車と紛らわしい外観を呈さないこと。	●積載すべき資器材 - 呼吸管理用資器材（バグバルブマスク、ポケットマスク） - 保温・搬送用資器材（保温用毛布、担架等） - 創傷等保護用資器材（三角巾、ガーゼ、包帯等） - 消毒用資器材（噴霧消毒器、各種消毒薬） - その他の資器材（はさみ、手袋、体温計等） ※ AEDは任意の積載



院内トリアージ実施料の概要

B001-2-6 院内トリアージ実施料 300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号A000に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。

【算定留意事項通知】

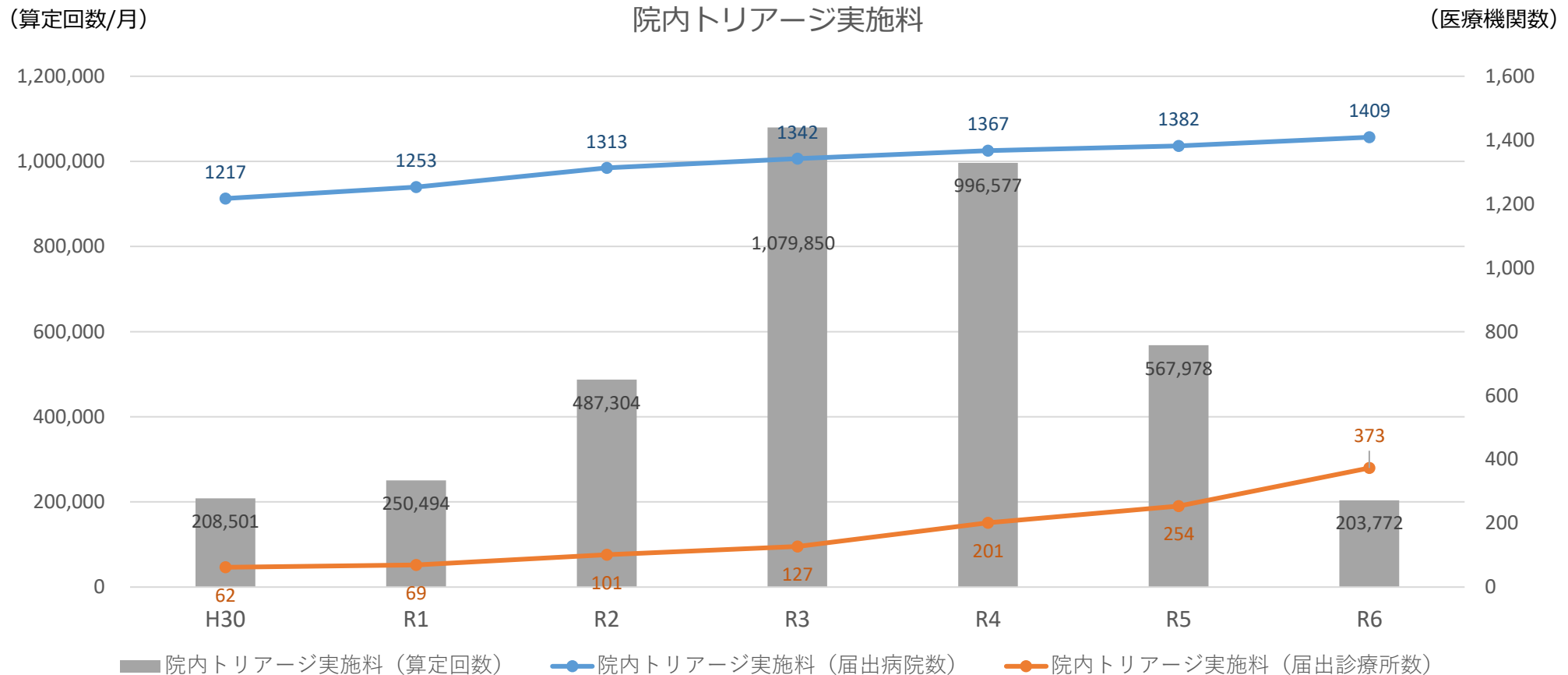
- (1) 院内トリアージ実施料については、院内トリアージ体制を整えている保険医療機関において、夜間、休日又は深夜に受診した患者であって初診のものに対して当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われ、診療録等にその旨を記載した場合に算定できる。ただし、「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者については算定できない。
- (2) 院内トリアージを行う際には患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。

【院内トリアージ実施料の施設基準】

- (1) 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。
 - ア トリアージ目標開始時間及び再評価時間
 - イ トリアージ分類
 - ウ トリアージの流れなお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。
- (2) 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。
- (3) (2)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- (4) 専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

院内トリアージ実施料の算定回数等

- 「院内トリアージ実施料」の算定医療機関数は、やや増加傾向である。算定回数は、新型コロナウイルス感染症流行後に大幅に増加したが、令和6年には以前の水準まで減少している。



出典：
 (算定回数) 社会医療診療行為別統計 (令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分) ※新型コロナウイルス感染症臨時的取扱い等を除く。
 (届出医療機関数) 各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

夜間休日救急搬送医学管理料の概要

B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	(初診料を算定する初診の日に限り算定)	600点
	精神科疾患患者等受入加算	400点	
	救急搬送看護体制加算 1	400点	
	救急搬送看護体制加算 2	200点	

【算定留意事項通知】

- (1) 夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関（都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。）又は都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外（土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。）、休日に、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定する。
- なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同様である。
- (2) 「注2」に規定する精神科疾患患者等受入加算の対象患者は、深夜、時間外又は休日に救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、以下のいずれかのものとする。
- イ 過去6月以内に精神科受診の既往がある患者
 - ロ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者
- (3) B001-2-5「院内トリアージ実施料」を算定した患者には夜間休日救急搬送医学管理料は算定できない。

【夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準】

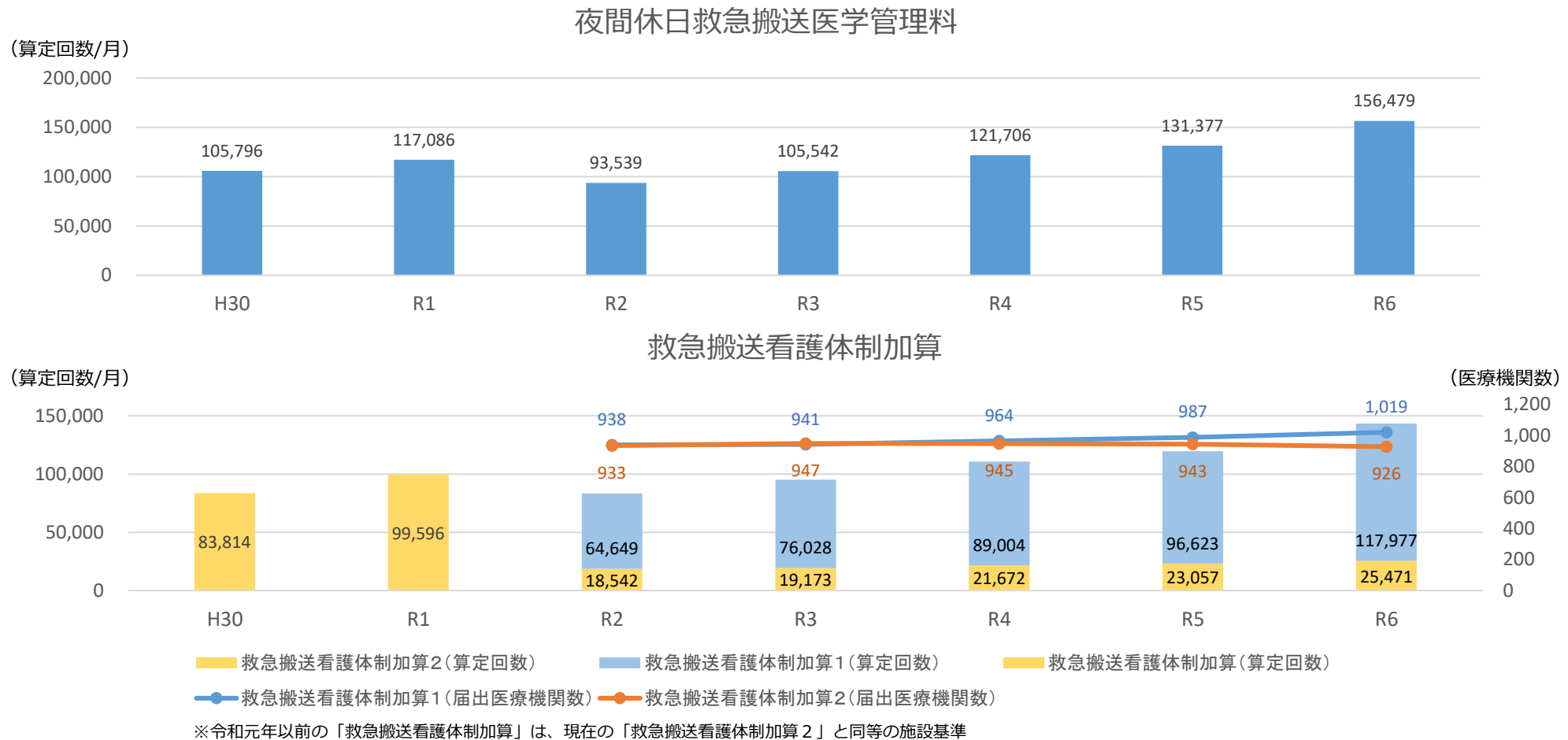
- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。
- ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）
 - イ 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- なお、精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 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こと。

【救急搬送看護体制加算の施設基準】（抜粋）

- (加算1) ・救急搬送件数が年間で1,000件以上であること。 ・救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること。
- (加算2) ・救急搬送件数が年間で200件以上であること。 ・救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が配置されていること。

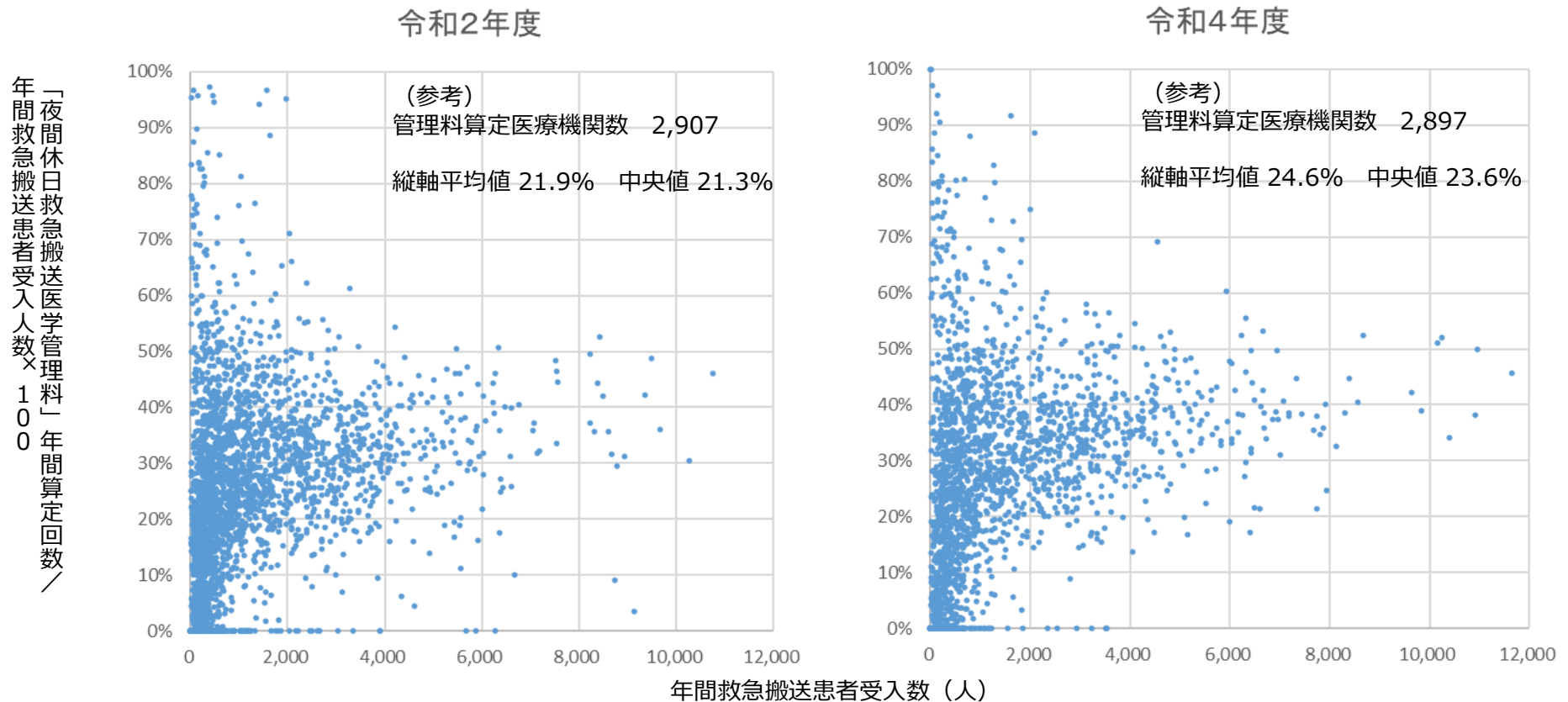
夜間休日救急搬送医学管理料の算定回数等

- 「夜間休日救急搬送医学管理料」の算定回数は、令和2年以降増加傾向である。
- 「救急搬送看護体制加算」の届出医療機関数は、令和2年以降ほぼ横ばいである一方、算定回数は増加傾向である。



夜間休日救急搬送医学管理料の算定割合

- 第二次救急医療機関（救命救急センター併設を除く。）における、年間救急搬送患者受入人数に占める「夜間休日救急搬送医学管理料」の年間算定回数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。
- 夜間休日等の初診患者の受入状況は、令和2年度と令和4年度で大きな変化はないことが示唆される。



出典：（算定回数）NDBデータ（令和2年4月から令和3年3月、令和4年4月から令和5年3月）

（救急搬送患者受入人数）「救急医療提供体制の現況調べ（令和2・4年度実績）」から算出

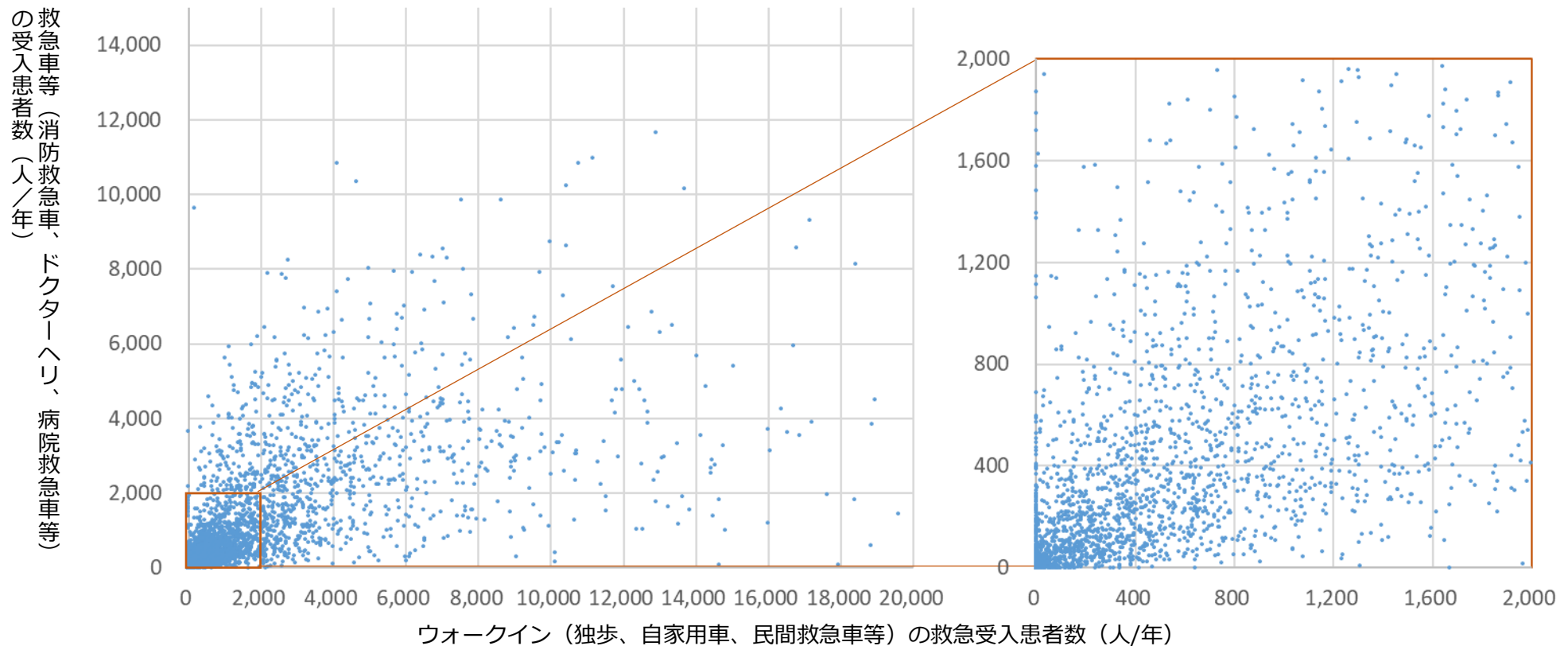
※「救急搬送患者受入人数」は、救急自動車等受入患者数と転院搬送受入患者数の合計。令和2年度と令和4年度では集計定義の一部が異なる場合がある。転院搬送の手段によっては、一部に「夜間休日救急搬送医学管理料」の算定対象とならない患者が含まれる可能性がある。

※救命救急センター併設を除く第二次救急医療機関であり、「救急搬送患者受入数」が年1人以上である医療機関をプロットした。100%を超える外れ値や、NDBデータとの突合ができない一部データは除外。

第二次救急医療機関におけるウォークイン患者数

- 第二次救急医療機関（救命救急センター併設を除く。）における、年間のウォークイン（独歩、自家用車、民間救急車等）の救急受入患者数と、救急車等（消防救急車、ドクターヘリ、病院救急車等）の受入患者数の分布を示したものは以下のとおり。
- 救急車等の受入患者数が少ない医療機関でも、相当数のウォークイン救急患者を受け入れている医療機関が多数存在する。

救命救急センター併設を除く第二次救急医療機関（n=3,286）

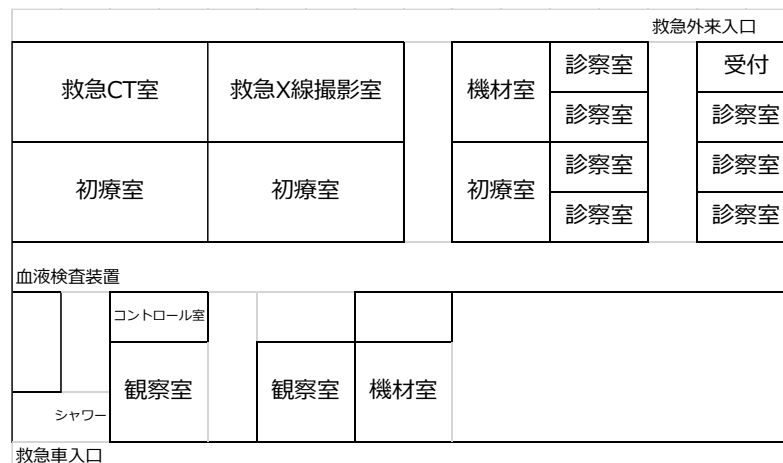


(参考) 救急外来体制の例

- 救急外来における体制の例は以下のとおり。診察室、初療室、観察室等を含む専用の区画を有し、救急患者に対応できる医師、看護師、薬剤師等の職員を配置し、24時間検体検査・画像検査・処方等を実施できる体制を有している。

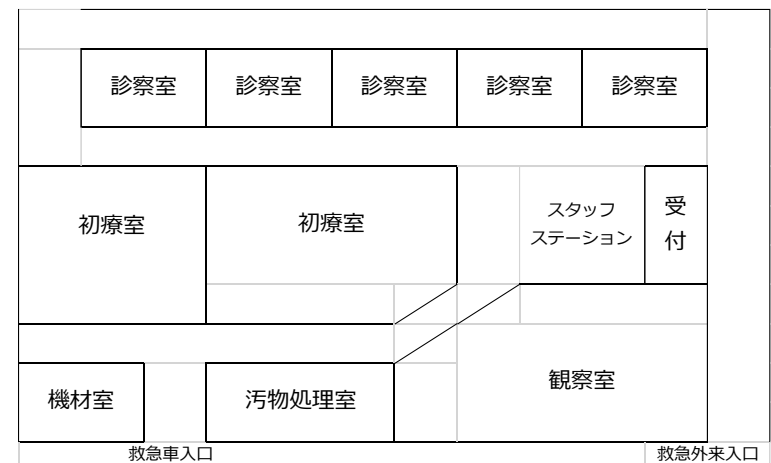
大学病院・救命救急センター（1,200床程度）の例

- ・ 二次医療圏人口約100万人程度の大都市地域に立地する大学病院
- ・ 救命救急センター・二次救急医療機関
- ・ 救命救急センター病床数 約20床、特定集中治療室 約40床
- ・ 年間救急車受け入れ件数 約6,000台超
- ・ 救急担当専任医師数 約30名、救急科専門医数 約10名
- ・ 救急担当専任看護師数 約70名
- ・ 薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士等の当直体制あり
- ・ 24時間の血液検査、CT、MRI検査対応



地方公立・第二次救急医療機関（420床程度）の例

- ・ 二次医療圏人口約40万人程度の地域に立地する地方公立病院
- ・ 二次救急医療機関
- ・ ハイケアユニット 約12床
- ・ 年間救急車受け入れ件数 約4,700台超
- ・ 年間ウォークイン受入患者数 約13,000名
- ・ 救急担当専任医師数 約2名、救急科専門医数 約2名
- ・ 救急担当専任看護師数 約24名
- ・ 薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師等の夜勤体制あり
- ・ 24時間の血液検査、CT、MRI検査対応



(参考) 救命救急センターにおける施設評価の例

- 「救命救急センターの充実段階評価」では、主に以下のような項目で評価を行っている。
- 「A300 救命救急入院料」における「救急体制充実加算」は、当該評価の区分に従い算定できる点数に差を設けている。

1	救命救急センター専従医師数	22	救命救急センターの機能及び診療体制等に関する会議
2	1のうち、救急科専門医数	23	第三者による医療機能の評価
3.1	休日及び夜間帯における医師数	24	休日及び夜間勤務の適正化
3.2	休日及び夜間帯における救急専従医師数	25	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員
4	救命救急センター長の要件	26	救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組
5	転院及び転棟の調整を行う者の配置	27	院内急変への診療体制
6	診療データの登録制度への参加と自己評価	28	脳死判定及び臓器・組織提供のため の整備等
7.1	年間に受け入れた重篤患者数（来院時）	29	救急医療領域の人生の最終段階に おける医療の整備
7.2	地域貢献度	30	救急医療領域の虐待に関する整備
8	救命救急センターに対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組	31	地域の救急搬送
9	救急外来のトリアージ機能	32	地域の関係機関との連携
10	内因性疾患への診療体制	33	都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会等への参画
11	電子的診療台帳の整備等	34	救急医療情報センター（広域災害・救急医療情報システム）への関与
12	外因性疾患への診療体制	35	ウツタイン様式調査への協力状況
13	精神科医による診療体制	36	メディカルコントロール体制への関与
14	小児（外）科医による診療体制	37.1	救急救命士の挿管実習および薬剤投与実習の受入状況
15	産（婦人）科医による診療体制	37.2	救急救命士の病院実習受入状況
16	医師事務作業補助者の有無	38	臨床研修医の受入状況
17	薬剤師の配置	39	専攻医の受入状況
18	臨床工学技士の配置	40	医療従事者への教育
19	医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担	41	災害に関する教育
20	C T ・ M R I 検査の体制	42	災害に関する計画の策定
21	手術室の体制		

出典：「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成30年2月16日医政地発0216第1号）

(参考) A300 救命救急入院料 注3「救急体制充実加算」
 充実段階Sであるもの 救急体制充実加算 1 1,500点
 充実段階Aであるもの 救急体制充実加算 2 1,000点
 充実段階Bであるもの 救急体制充実加算 3 500点

在宅医療・救急医療連携セミナー

1 事業の目的

<背景・課題>

- 国民の多くが、自宅等の住み慣れた環境での療養を希望している。しかし、実際には、あらかじめ家族等や医療・ケアチームと話し合いを行っていないこと等から望まない救急搬送が行われることや、また、生命の危険が迫った状態では多くの人が自らの意思を表明できない状態で救急搬送されることから、救急現場や医療現場での対応に課題が生じているとの指摘がある。
- そのため、地域において、本人の病状や希望する医療・ケアや療養場所、延命措置に対する要望等、本人の意思を共有するための関係機関間の連携体制の構築が必要となっている。

<対策> **本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール等の策定支援**

- 先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、在宅療養者等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定や、人生の最終段階の医療・ケアをどのように考えていくか等についての住民向け普及・啓発に取り組んでいる。
- このような取組を参考に、複数の自治体を対象とした研修セミナーを実施し、必要な連携ルール等の策定が進むよう、重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、本人の意思が尊重されるための環境整備を進める。

2 事業の概要・スキーム・実施主体

問題意識

- ・ 看取り期における本人の意思に沿わない搬送
- ・ 生命の危機が迫った状態で自らの意思表明ができない状態での搬送等、救急現場や医療現場での対応に課題が生じている

対策の方向性

- ・ 自治体、救急医療（消防）、在宅医療機関関係者が、地域の実情に応じ、本人の意思を共有するために必要な情報や連携するためのルール等を策定していく工程の支援を実施

平成29年度～令和元年度

先進事例の調査

- ・ 既に連携ルール等を運用している先進自治体（市町村）の取組（連携ルールの運用に至る工程、課題等）※を調査
- ※（例）
- ・ 救急現場や医療機関等における本人の疾病等や療養に関する希望等の把握・共有する方法
- ・ 救急要請時の搬送に関するローカルルールの策定、運用
- ・ 入院が必要な際にスムーズに受け入れるための連携体制や病院側が必要とする患者情報
- ・ 在宅療養に戻る際に在宅医療関係者が必要とする患者情報等
- ・ 人生会議の住民向け普及・啓発等

市町村版セミナーの実施

- ・ 有識者や先進自治体（市町村）の支援のもと、連携ルールの検討等に必要な工程表の策定について、講習やグループワークを実施。（対象：自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等）
- ・ 策定した工程表の実施状況の把握等フォローアップを実施。
- ・ 実施後の報告書には、今後、他の市町村で取り組めるようマニュアルを盛り込む。

令和2年度～

都道府県版モデル事業の実施

- ・ 都道府県に管下市町村の連携ルール作りに取り組んでもらう。
- ・ この際、過去の当セミナーの内容を参考にしつつ、シンクタンク等業者が事業実施を支援。
- ・ 実施後、シンクタンク等業者は事業の効果等を検証し報告書にまとめる。また、都道府県が管下市町村を指導するためのマニュアルを作成し、新たな課題等に応じて改訂する。

将来の目標

- 各都道府県が管下市区町村と協力し、
- ・ MC協議会と在宅医療機関の橋渡し
- ・ 地域での本人の意思の共有手法の協議等を実施する。

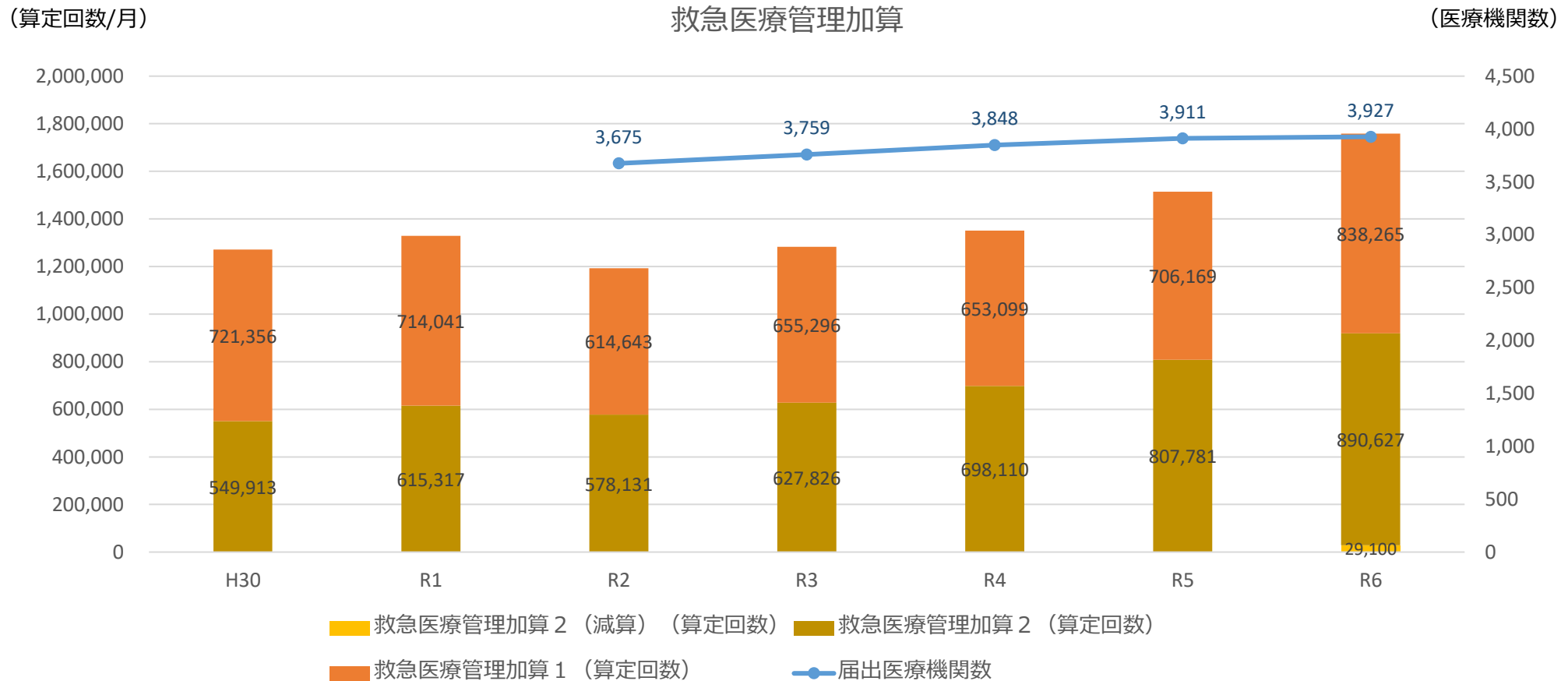


実施主体

委託事業：コンサルや研究機関等を想定

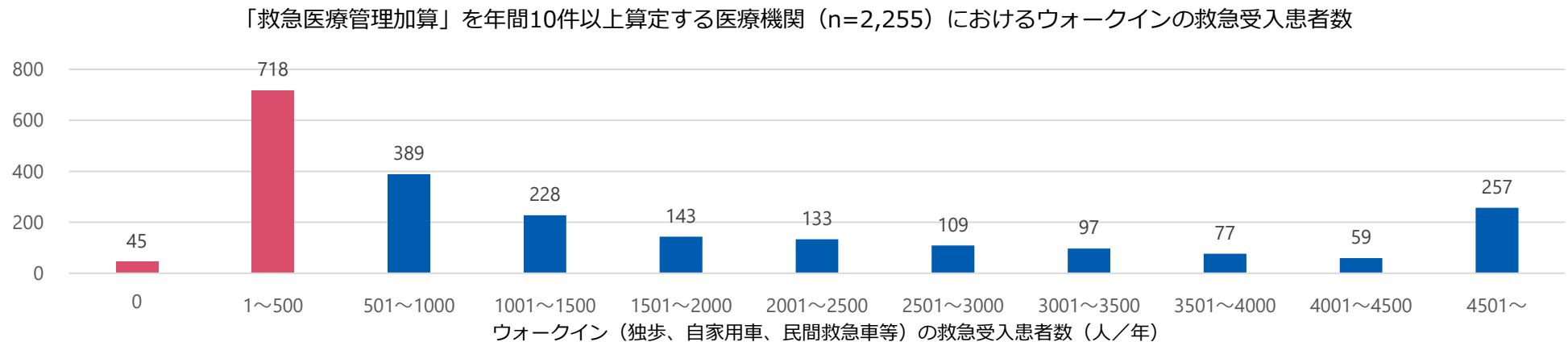
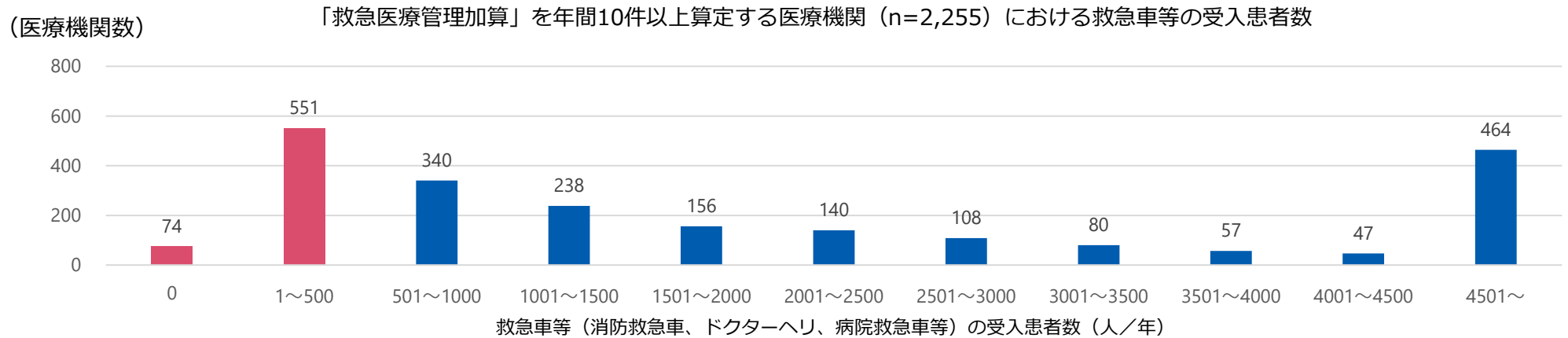
救急医療管理加算の算定回数等

- 「救急医療管理加算」の算定回数は、令和2年に減少したものの、以降は増加傾向である。届出医療機関数は、令和2年以降横ばい～やや増加傾向である。



救急医療管理加算を算定する医療機関の救急搬送件数

- 「救急医療管理加算」を算定する医療機関の救急車等の受入患者数の分布は以下のとおり。
- 救急車等の受入患者数が500件以下である医療機関は約27.7%であり、ウォークインの救急受入患者数が500件以下である医療機関は約33.8%であった。

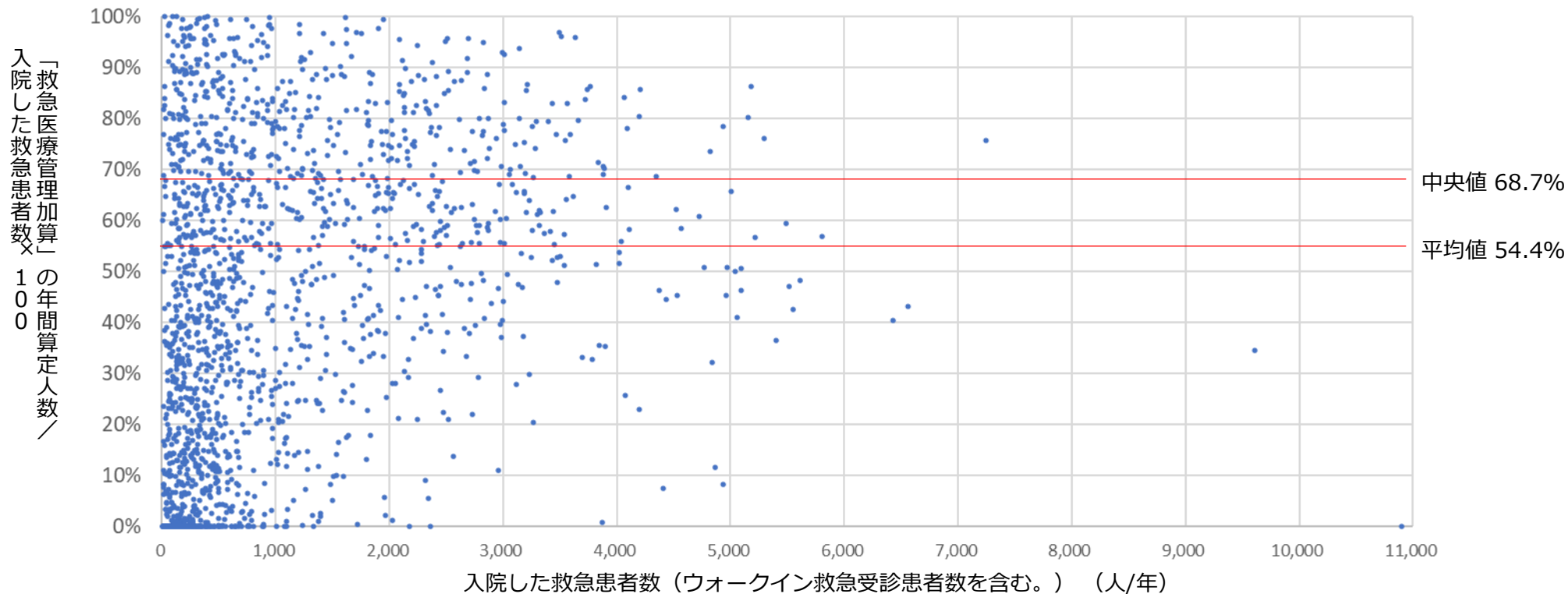


出典：（算定医療機関）NDBデータ（令和4年4月から令和5年3月）※期間中に10回以上「救急医療管理加算」を算定した医療機関を対象とした。
（救急受入患者数）「救急医療提供体制の現況調べ（令和4年度実績）」※受入患者数1件以上である医療機関を対象とした。

救急医療管理加算の算定割合

- 入院した救急患者数（ウォークイン救急受診患者数を含む。）に占める「救急医療管理加算」の年間算定人数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。
- 入院した救急患者（ウォークイン救急受診患者を含む。）のうち、平均して54.4%の患者に救急医療管理加算が算定されていた。

入院した救急患者数が年間10件以上である
第二次救急医療機関（救命救急センター併設を除く。）（n=2,433）



出典：（算定人数）NDBデータ（令和4年4月から令和5年3月）
（入院した救急患者数）「救急医療提供体制の現況調べ（令和4年度実績）」から算出

※「入院した救急患者数」は、独歩、自家用車、民間救急車、消防救急車、ドクターヘリ、病院救急車等による救急受入患者のうち、入院患者数。
※救命救急センター併設を除く第二次救急医療機関であり、「入院した救急患者数」が年10人以上である医療機関をプロットした。NDBデータとの突合ができない一部データは除外。

0. 調査概要

1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 賃上げ・処遇改善について
16. 人口・医療資源の少ない地域における対応
17. 個別的事項について

入退院支援に係る診療報酬の主な変遷

【入院治療計画の策定】

平成8年：入院治療計画加算（入院時医学管理料）

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価（現在、入院基本料の算定要件）

平成12年：急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」を評価

平成14年：急性期入院加算、急性期特定入院加算（改）

- ・詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点に関する説明や指導を実施

【医療機関の連携の推進】

平成18年：地域連携診療計画管理料、
地域連携診療計画管理料退院指料

- ・対象疾患：大腿骨頸部骨折

平成20年：地域連携診療計画管理料等の
対象疾患に脳卒中が追加

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年：退院調整加算、総合評価加算

平成22年：介護支援連携指導料、急性期病棟等
退院調整加算、慢性期病棟等退院調
整加算、新生児退院調整加算

平成24年：退院調整加算1・2、新生児退院調整
加算1・2、地域連携計画加算

【早期からの退院支援と関係医療機関との平時からの連携の推進】

平成28年：退院支援加算1・2・3、地域連携診療計画加算

- ・入院早期からの取組を実施
- ・連携する医療機関等と日頃からの関係づくり

平成30年：加算名称を「入退院支援加算」に見直し、入院時支援加算

令和2年・令和4年：入退院支援部門の人員配置の見直し

令和4年：入退院支援加算の対象者の追加

令和6年：入院事前調整加算の新設・入退院支援における関係機関との連携強化

入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

外来・在宅

入院

外来・在宅

入院前からの支援

入院時支援加算1 240点
入院時支援加算2 200点

<入院時支援加算の対象>

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

事前に情報をもとに療養支援の計画立案

入院事前調整加算 200点
医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000点
薬剤適正使用連携加算

後方支援を評価

在宅患者支援病床初期加算
有床診療所在宅患者支援病床初期加算



入退院支援加算

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

退院後の診療計画の共有
地域連携診療計画加算 300点

日常生活機能などの機能評価
総合機能評価加算 50点

精神科入退院支援加算
精神科入退院支援加算 1,000点



<入退院支援加算の対象となる患者>

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

退院に向けた療養上必要な説明及び指導を共同して実施

退院時共同指導料1 1,500点・900点、退院時共同指導料2 400点

円滑な退院、在宅療養への円滑な移行

退院前訪問指導料 580点、退院後訪問指導料 580点

診療情報提供料（Ⅰ） 250点

ケアマネジャーとの連携
介護支援等連携指導料 400点

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

栄養に関する情報提供
栄養情報連携料 70点

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価①

入院時の連携

項目名	概要	様式の有無
入院時支援加算 ※入退院支援加算の注7	【算定の留意事項(抄)】 入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまでを実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。 - ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 - イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 - ウ 褥瘡に関する危険因子の評価 - エ 栄養状態の評価 - オ 服薬中の薬剤の確認 - カ 退院困難な要因の有無の評価 - キ 入院中に行われる治療・検査の説明 - ク 入院生活の説明	有
在宅患者支援病床初期加算 ※地域包括ケア病棟入院基本料の注6のロ	【算定の留意事項(抄)】 介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。	無
有床診療所在宅患者支援病床初期加算 ※有床診療所入院基本料の注3	【算定の留意事項(抄)】 有床診療所在宅患者支援病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、有床診療所の一般病床が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。	無

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価②

入院時の連携

項目名	概要	様式の有無
入院事前調整加算	【算定の留意事項(抄)】 「注9」に規定する入院事前調整加算を算定するに当たっては、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者又は強度行動障害の状態の者であって入院の決まったものについて、当該患者の特性を踏まえた入院中の治療や入院生活に係る支援が行えるよう、当該患者、その家族等及び当該患者の在宅における生活を支援する障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、その内容を踏まえ、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。	無
医療的ケア児(者)入院前支援加算	【算定の留意事項(抄)】 当該加算を算定するに当たっては、当該保険医療機関の医師又は医師の指示を受けた当該保険医療機関の看護職員が、患家等を訪問し、次に掲げるもののうち、医療的ケア児(者)のケアを行うにあたり必要なものの実施方法の確認、患者の状態、療養生活環境及びその他患者が入院をするにあたり必要な情報の把握を行い、その内容を踏まえ、入院中の看護や医療的ケアの方法等に係る療養支援の計画を立て、患者とその家族等及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。 ア人工呼吸器の管理 イ 気管切開の管理 ウ鼻咽頭エアウェイの管理 エ 酸素療法 オ 吸引(口鼻腔・気管内吸引) カ ネブライザーの管理 キ 経管栄養 ク 中心静脈カテーテルの管理 ケ 皮下注射 コ 血糖測定 サ 継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む) シ 導尿 ス 排便管理 ゼ痙攣時の座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置	無
薬剤適正使用連携加算 ※再診料の注14 ※地域包括診療料の注3 ※認知症地域包括診療料の注3	【算定の留意事項(抄)】 地域包括診療加算又は認知症地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していたものについて、以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに1回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。 ア 患者の同意を得て、入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。 イ 入院又は入所先の他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。 ウ 退院又は退所後1か月以内に、ア又はイを踏まえて調整した入院・入所中の処方内容について、入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。 エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。 (イ) ウで入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供された入院・入所中の処方内容のうち、内服薬の種類数 (ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数	無

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価③

入退院時の連携

項目名	概要	様式の有無
入退院支援加算	入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合に算定する。	有
精神科入退院支援加算	精神病棟に入院中の患者が、早期に退院するとともに、医療、障害福祉、介護その他のサービスを切れ目なく受けられるように、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を実施し、退院した場合に算定する。	有
退院時共同指導料1 ※患者の在宅療養を担う医療機関の評価 退院時共同指導料2 ※患者の入院中の医療機関の評価	地域において、患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の医師等と入院中の医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する。 (注3(多機関共同指導加算):入院中の医療機関の医師・看護師等が、在宅療養を担う医療機関の医師／看護師等、歯科医師／歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、介護支援専門員、相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に算定する。) (注4:入退院支援加算を算定する患者にあつては、療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養担当医療機関と共有した場合に限り算定する。) ※歯科診療に関する共同指導を行った場合は歯科診療報酬で、薬剤管理に関する共同指導を行った場合は調剤報酬で同様に評価している。	無 注4のみ参考 様式有
介護支援等連携指導料	入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス又は障害福祉サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に算定する。	無
退院前訪問指導料	継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患家を訪問し、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後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅で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。	無
退院後訪問指導料	医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた保険医療機関の医師等が患家、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。 (注2(訪問看護同行加算):患者の在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の医療機関の看護師等と同行して患家等を訪問し、当該看護師等への技術移転又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。)	無

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価④

項目名	概要	様式の有無
退院時リハビリテーション指導料	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後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。	無
診療情報提供料(Ⅰ)	医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、保健医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。	有 (紹介先機関ごとに様式を定めている)
栄養情報連携料	退院後の栄養食事指導に関する内容及び入院中の栄養管理に関する情報について、医療機関間の有機的連携の強化及び保健又は福祉関係機関等への栄養情報提供等の連携機能の評価を目的とし、両者が患者の栄養に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に算定する。	有

在宅療養中の支援

項目名	概要	様式の有無
在宅時医学総合管理料 在宅がん医療総合診療料	【算定の留意事項(抄)】 悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適宜情報提供する。	無

その他

項目名	概要	様式の有無
歯科医療機関連携加算1 ※診療情報提供料(Ⅰ)の注14	【算定の留意事項(抄)】 保険医療機関が歯科を標榜する保険医療機関に対して、口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。 (略) イ 医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合	無

入退院支援加算 1 ・ 2 の概要

[主な算定要件・施設基準]

A246 入退院支援加算	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2
退院困難な要因	ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかで あること イ 緊急入院であること ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は 要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者 オ 強度行動障害の状態の者 カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること キ 生活困窮者であること ク 入院前に比べ A D L が低下し、退院後の生活様式の再編が必要である こと（必要と推測されること。）	ケ 排泄に介助を要すること コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる 状況にないこと サ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと シ 入退院を繰り返していること ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれるこ と セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる 場合
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンス の実施	①原則入院後 3 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は 7 日以内 療養病棟入院基本料等は 1 4 日以内 に実施 ・入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後 7 日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上 かつ、①もしくは② ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2 病棟に 1 名以上）	—
連携機関との面会	(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が 25 以上であること。なお、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち 1 以上は保険医療機関であること。 また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち 5 以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。	—
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	—

入院時支援加算の概要

[主な算定要件・施設基準]

A246 入退院支援加算 注加算	入院時支援加算
算定要件	○「注7」に規定する入院時支援加算は、入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療が受け入れられるよう、入院前の外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、入院前の服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援することを評価するものである。 ○「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。入院前にアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）までを全て実施して療養支援の計画書（以下「療養支援計画書」という。）を作成した場合は入院時支援加算1を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を含む一部の項目を実施して療養支援計画書を作成した場合は、入院時支援加算2を算定する。身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握褥瘡に関する危険因子の評価栄養状態の評価服薬中の薬剤の確認退院困難な要因の有無の評価入院中に行われる治療・検査の説明入院生活の説明 ○「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書を、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、当該計画書については、入院前又は入院日に患者又はその家族等に説明を行い交付するとともに、診療録に添付又は記載すること。なお、第1章第2部の通則7の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該計画書としても差し支えない
施設基準	入院前支援を行う者として、入退院支援及び地域連携業務を担う部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。ただし、許可病床数が二百床未満の保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。
入院時支援加算に規定する 厚生労働大臣が定めるもの	自宅等から入院する予定入院患者（他の保険医療機関から転院する患者を除く。）であること。入退院支援加算を算定する患者であること。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
 - ≪許可病床数200床以上≫
 - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
 - ≪許可病床数200床未満≫
 - ・ 専任の看護師が1名以上
 が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

入退院支援加算1・2の見直しについて②

入退院支援加算の対象の見直し

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

現行

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

改定後

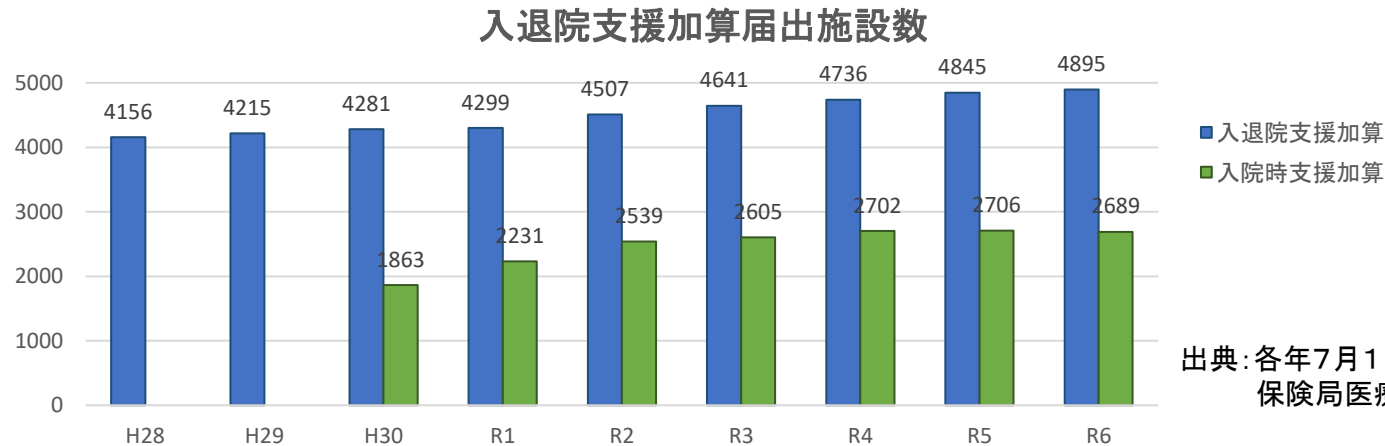
- 【入退院支援加算1及び2】
〔算定要件〕
退院困難な要因
ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
イ 緊急入院であること
ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること
又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること
エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
オ 強度行動障害の状態の者
カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
キ 生活困窮者であること
ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
ケ 排泄に介助を要すること
コ 同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

入退院支援加算の届出・算定状況

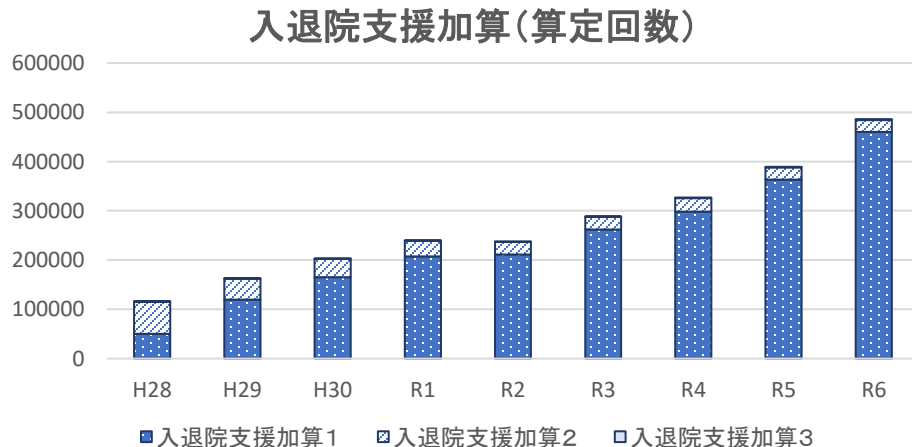
診調組 入 - 1
7 . 6 . 26改

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

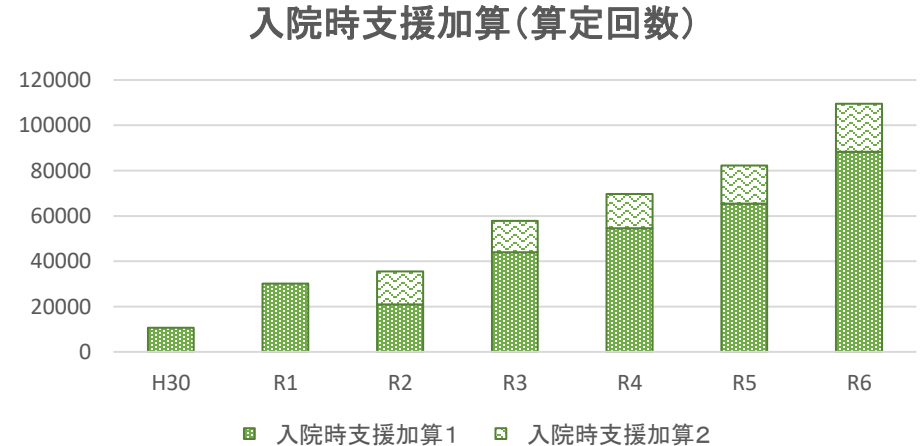
■ 入退院支援加算の届出状況の推移



■ 入退院支援加算の算定状況の推移



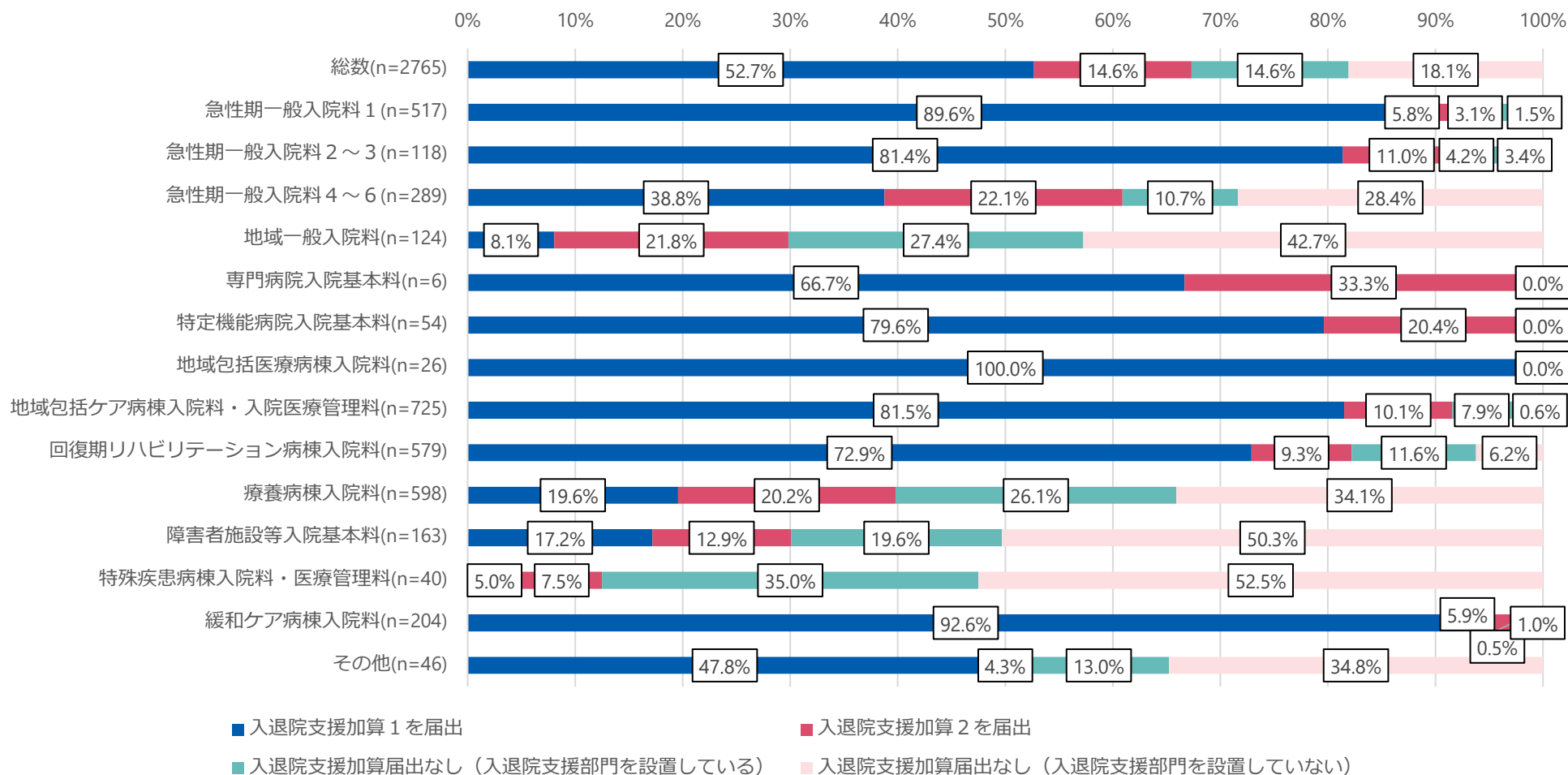
■ 入院時支援加算の算定状況の推移



入退院支援加算について

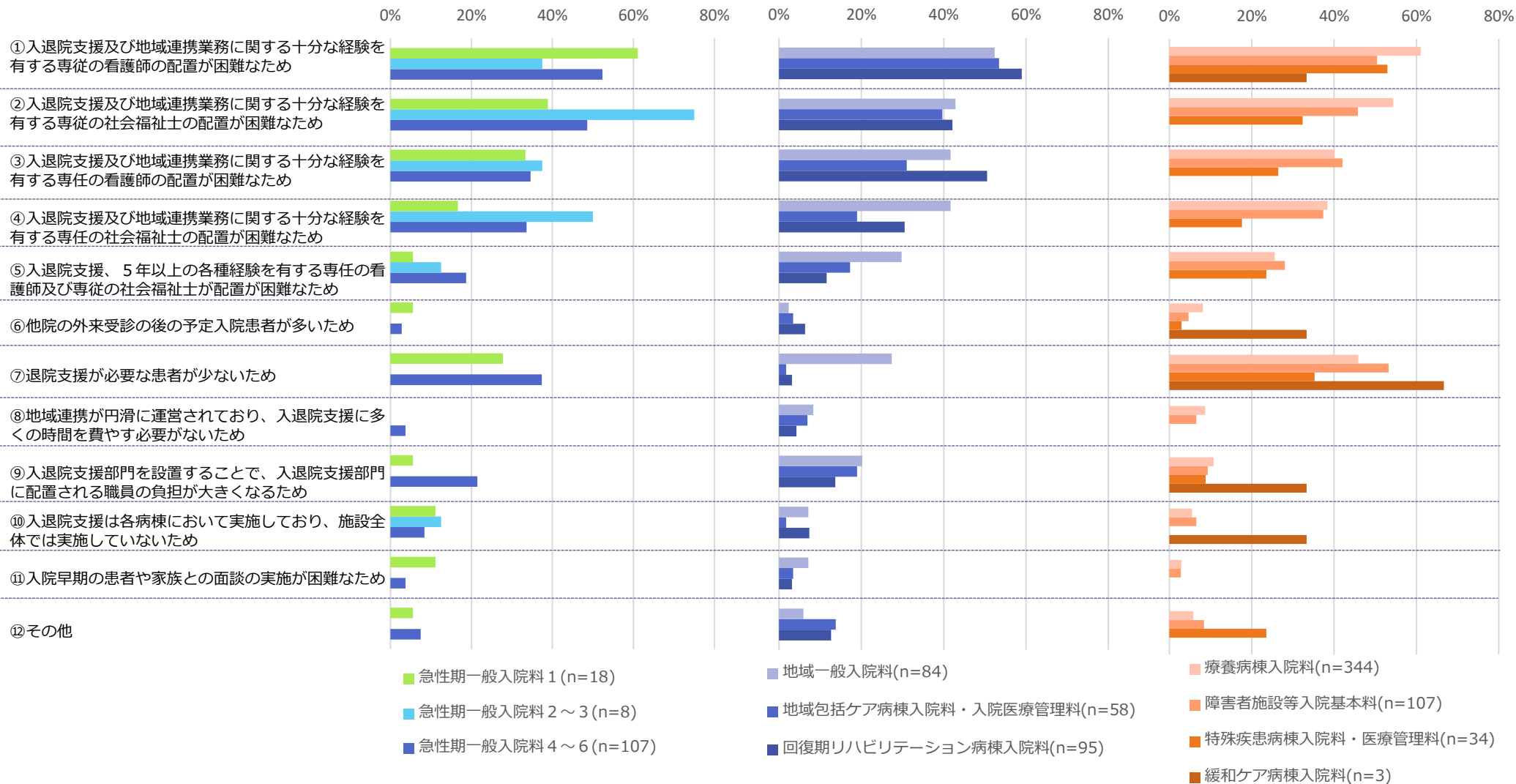
- 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1～3 では9割、4～6 では6割を超える医療機関で届けられていた。
- 地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3～4割が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



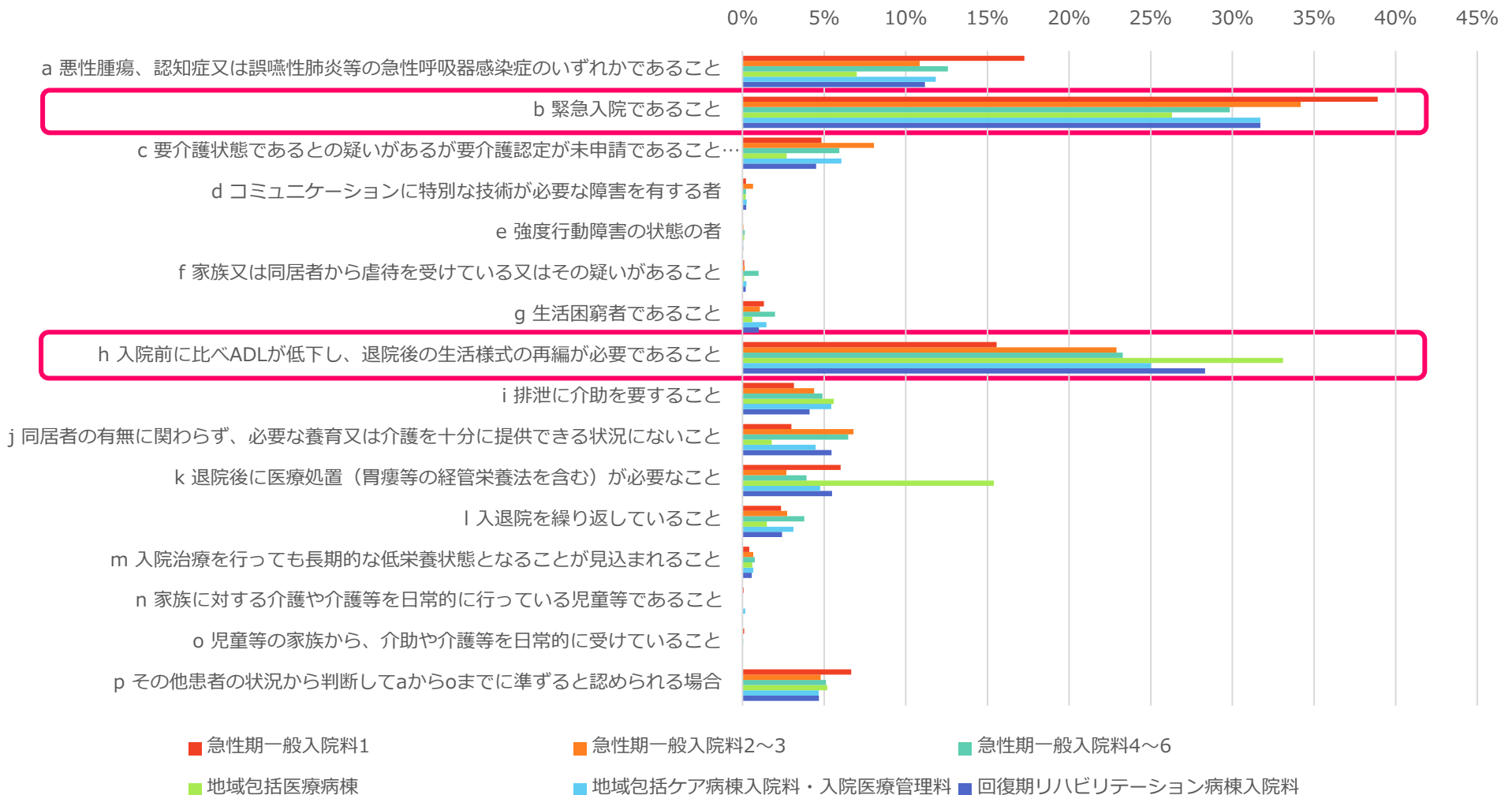
入退院支援加算を届け出ていない理由

- 入退院支援加算を届け出ていない理由としては、「専従の看護師の配置が困難なため」や「専従の社会福祉士の配置が困難なため」、また「退院支援が必要な患者が少ないため」が多かった。



入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」

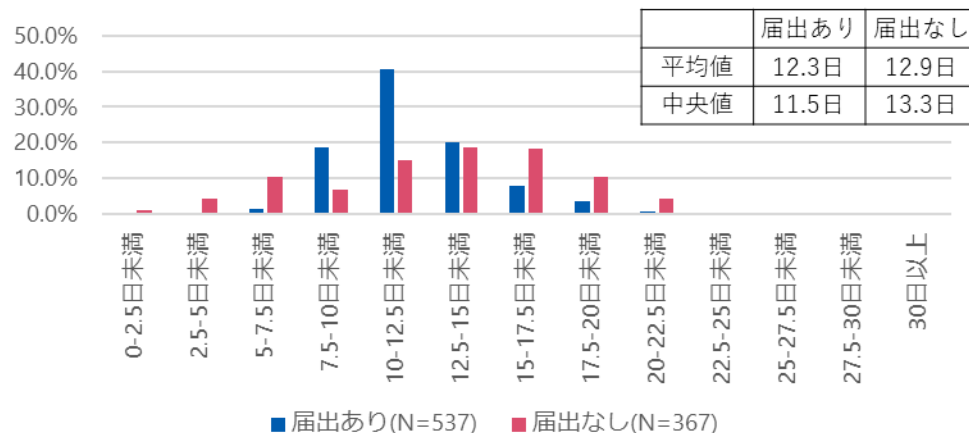
- 入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」としては、「緊急入院であること」が最も多く、特に急性期一般入院料1において高かった。
- 次に「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が多く、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟において高かった。



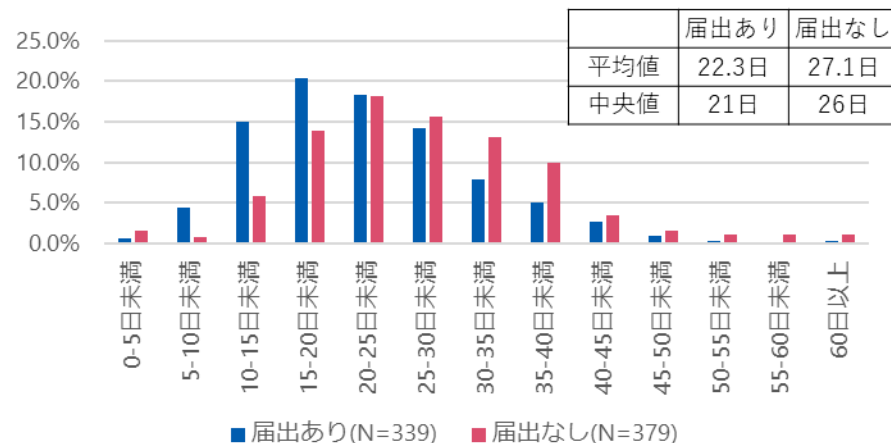
入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

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

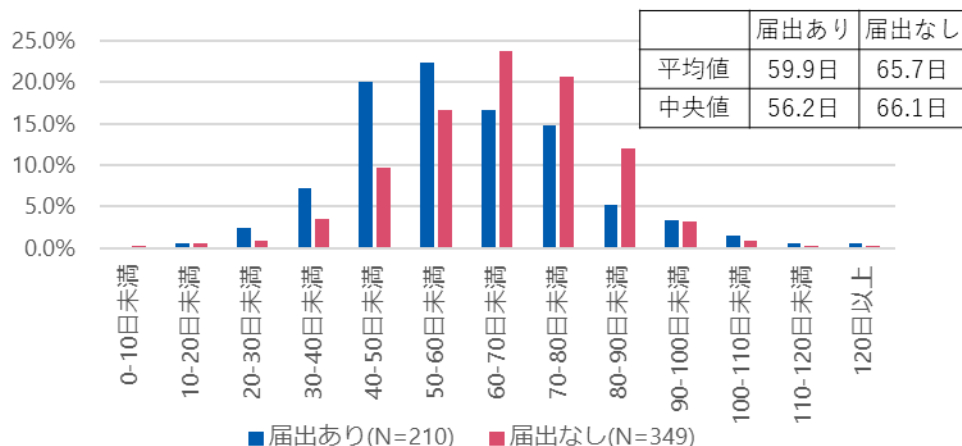
急性期一般入院基本料



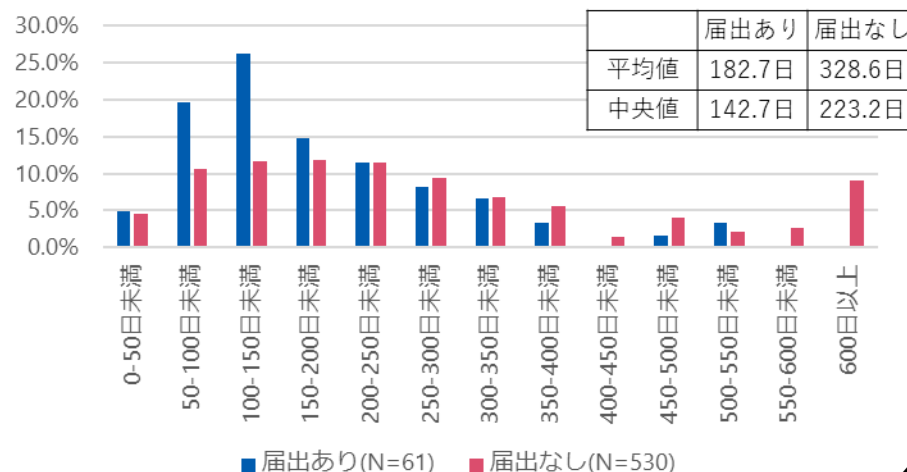
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



回復期リハビリテーション病棟入院料



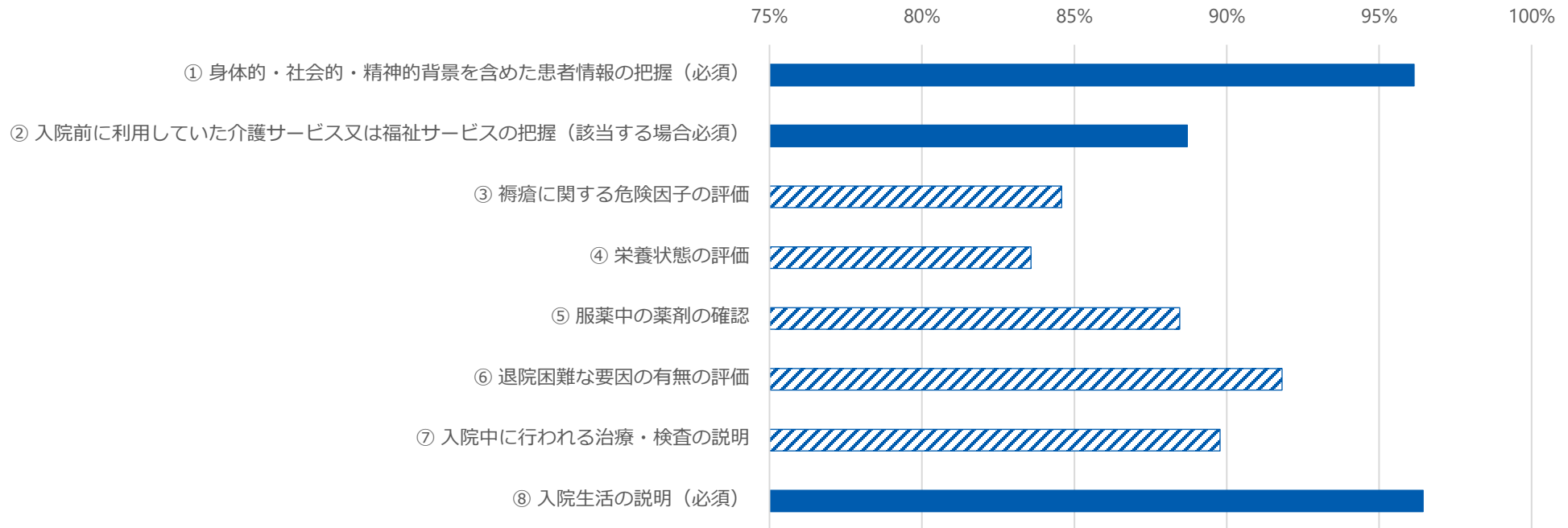
療養病棟入院基本料



入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

- 入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項として、身体的・社会的・精神的拝見を踏まえた患者情報の把握、介護・福祉サービスの把握、入院生活の説明の他に、褥瘡に関する危険因子・栄養状態の評価、退院困難な要因の有無の評価、入院中に行われる治療・検査の説明等があった。

入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項（令和6年8月～10月）



予定・緊急入院区分と入院前の入退院支援部門の関与の有無

- 緊急入院の場合は、全ての入院料において「入院前における入退院支援部門の関与があり」よりも「入院前における入退院支援部門の関与がなし」のケースが多かった。
- 予定入院であっても、急性期一般入院料2-3、急性期一般入院料4-6、地域包括医療病棟では「入院前における入退院支援部門の関与がなし」のケースが多かった。

入院料	入退院支援部門の関与	予定入院	緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）	緊急入院（外来の初再診後）	患者数
急性期一般入院料1(N=4930)	入退院支援部門の関与あり	2961	1098	871	4930
急性期一般入院料1(N=10360)	入退院支援部門の関与なし	2581	4304	3475	10360
急性期一般入院料2-3(N=430)	入退院支援部門の関与あり	198	107	125	430
急性期一般入院料2-3(N=1383)	入退院支援部門の関与なし	343	575	465	1383
急性期一般入院料4-6(N=480)	入退院支援部門の関与あり	240	99	141	480
急性期一般入院料4-6(N=1495)	入退院支援部門の関与なし	586	368	541	1495
地域一般入院料(N=184)	入退院支援部門の関与あり	121	29	34	184
地域一般入院料(N=315)	入退院支援部門の関与なし	144	41	130	315
専門病院入院基本料(N=86)	入退院支援部門の関与あり	77	0	9	86
専門病院入院基本料(N=89)	入退院支援部門の関与なし	64	2	23	89
特定機能病院入院基本料(N=1239)	入退院支援部門の関与あり	978	102	159	1239
特定機能病院入院基本料(N=1977)	入退院支援部門の関与なし	1090	384	503	1977
地域包括医療病棟入院料(N=31)	入退院支援部門の関与あり	5	8	18	31
地域包括医療病棟入院料(N=144)	入退院支援部門の関与なし	22	60	62	144
地域包括ケア病棟入院料・医療管理料(N=152)	入退院支援部門の関与あり	923	197	403	1523
地域包括ケア病棟入院料・医療管理料(N=206)	入退院支援部門の関与なし	657	529	875	2061
回復期リハビリテーション病棟入院料(N=274)	入退院支援部門の関与あり	2412	196	135	2743
回復期リハビリテーション病棟入院料(N=214)	入退院支援部門の関与なし	1347	521	280	2148
療養病棟入院料(N=4098)	入退院支援部門の関与あり	3759	80	259	4098
療養病棟入院料(N=1958)	入退院支援部門の関与なし	1499	103	356	1958
障害者施設等入院基本料(N=885)	入退院支援部門の関与あり	819	16	50	885
障害者施設等入院基本料(N=908)	入退院支援部門の関与なし	784	34	90	908
特殊疾患病棟入院料・管理料(N=130)	入退院支援部門の関与あり	123	0	7	130
特殊疾患病棟入院料・管理料(N=153)	入退院支援部門の関与なし	144	2	7	153

退院時共同指導料の概要・算定状況

- 退院時共同指導料 1、2 ともに算定回数は増加傾向であったが、令和 2 年に減少している。
- 在宅療養担当医療機関の評価である退院時共同指導料 1 よりも、入院医療機関を評価している退院時共同指導料 2 の方が多く算定されている。

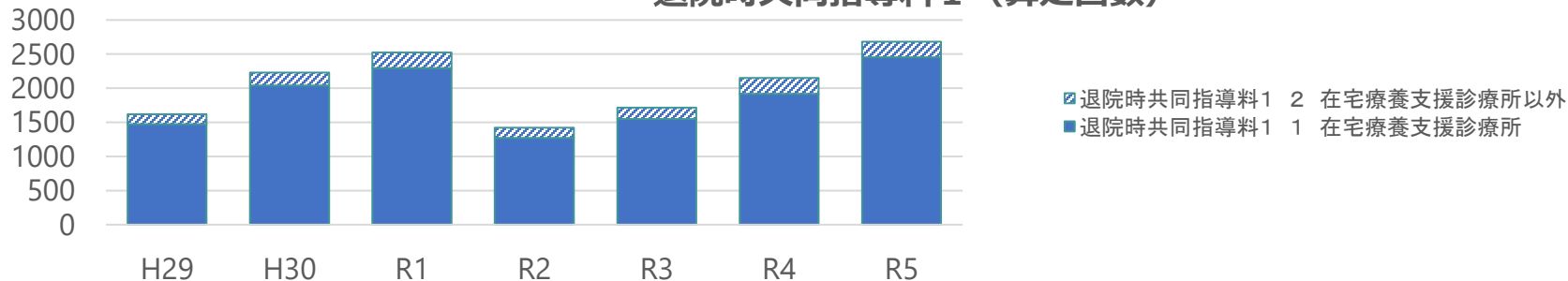
退院時共同指導料

- 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師等と入院中の医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合にそれぞれの保険医療機関において算定する。
- 入院中 1 回に限り算定（ただし、別に定める疾病等の患者（※）については、入院医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは当該医師の指示をつけた方も看護ステーションの看護師等と 1 回以上共同して行う場合は、入院中に 2 回に限り算定）

※ 特掲診療料の施設基準等の別表第三の一の三に掲げる「退院時共同指導料 1 及び退院時共同指導料 2 を二回算定できる疾病等の患者」

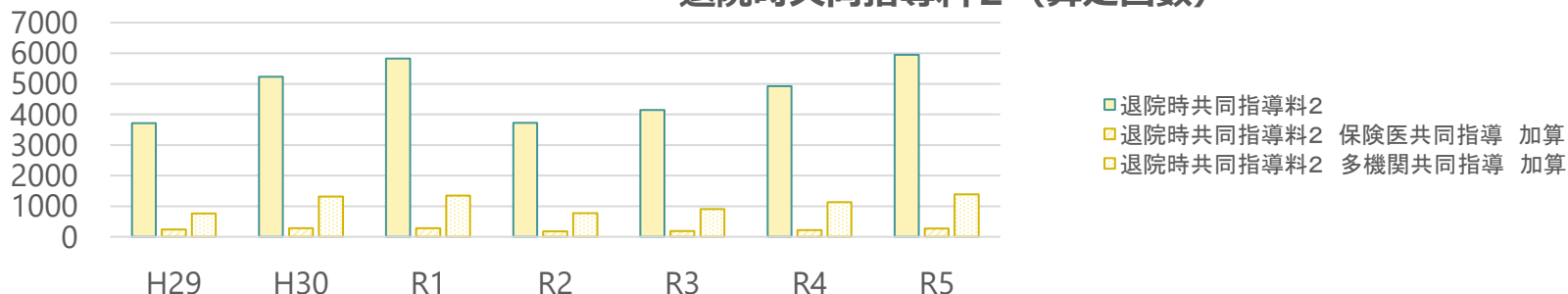
■ 退院時共同指導料 1 の算定状況の推移

退院時共同指導料 1（算定回数）



■ 退院時共同指導料 2 の算定状況の推移

退院時共同指導料 2（算定回数）



介護支援等連携指導料について

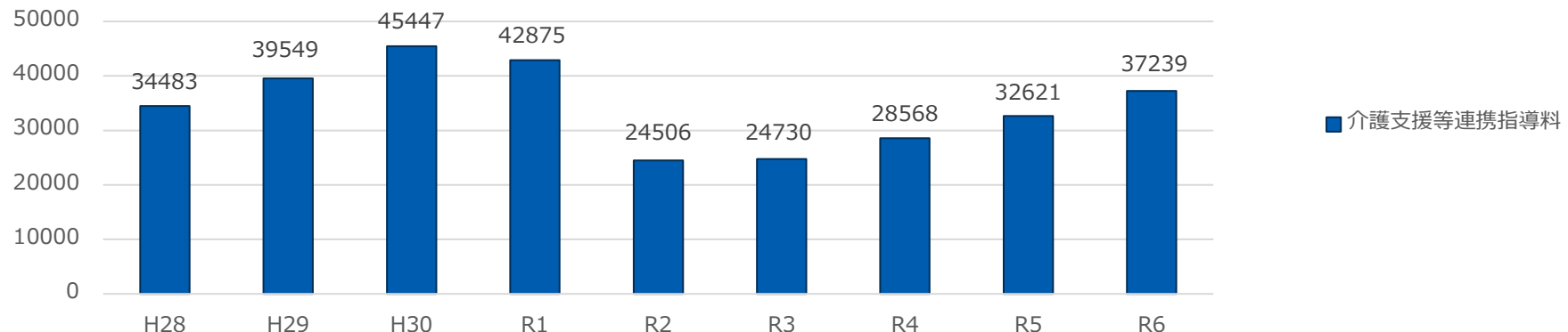
- 介護支援等連携指導料の算定状況は下記のとおり。

介護支援等連携指導料

- 入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン又はサービス等利用計画若しくは障害児支援利用計画の作成につなげることを評価するもの。
- 医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護等サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員若しくは相談支援専門員又は退院後のケアプラン等の作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、介護保険施設等の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定可能。

■ 介護支援等連携指導料の算定状況の推移

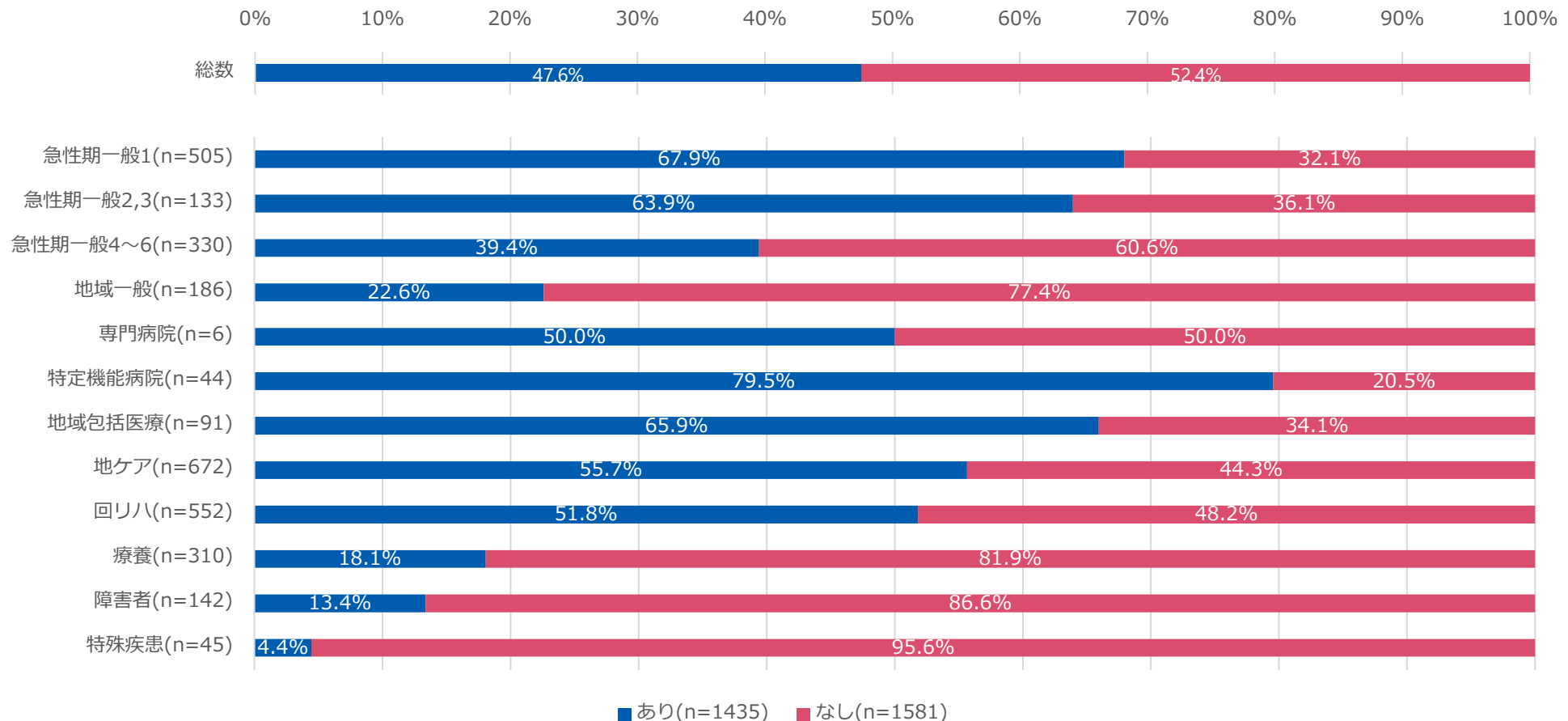
介護支援等連携指導料（算定回数）



介護支援等連携指導料に関する状況

- 介護支援等連携指導料の算定に関する課題について尋ねたところ、「課題あり」と答えたのは47.6%であった。
- 入院料別では、急性期1、急性期2～3、特定機能病院、地域包括医療病棟において「課題あり」が6割を越えていた。

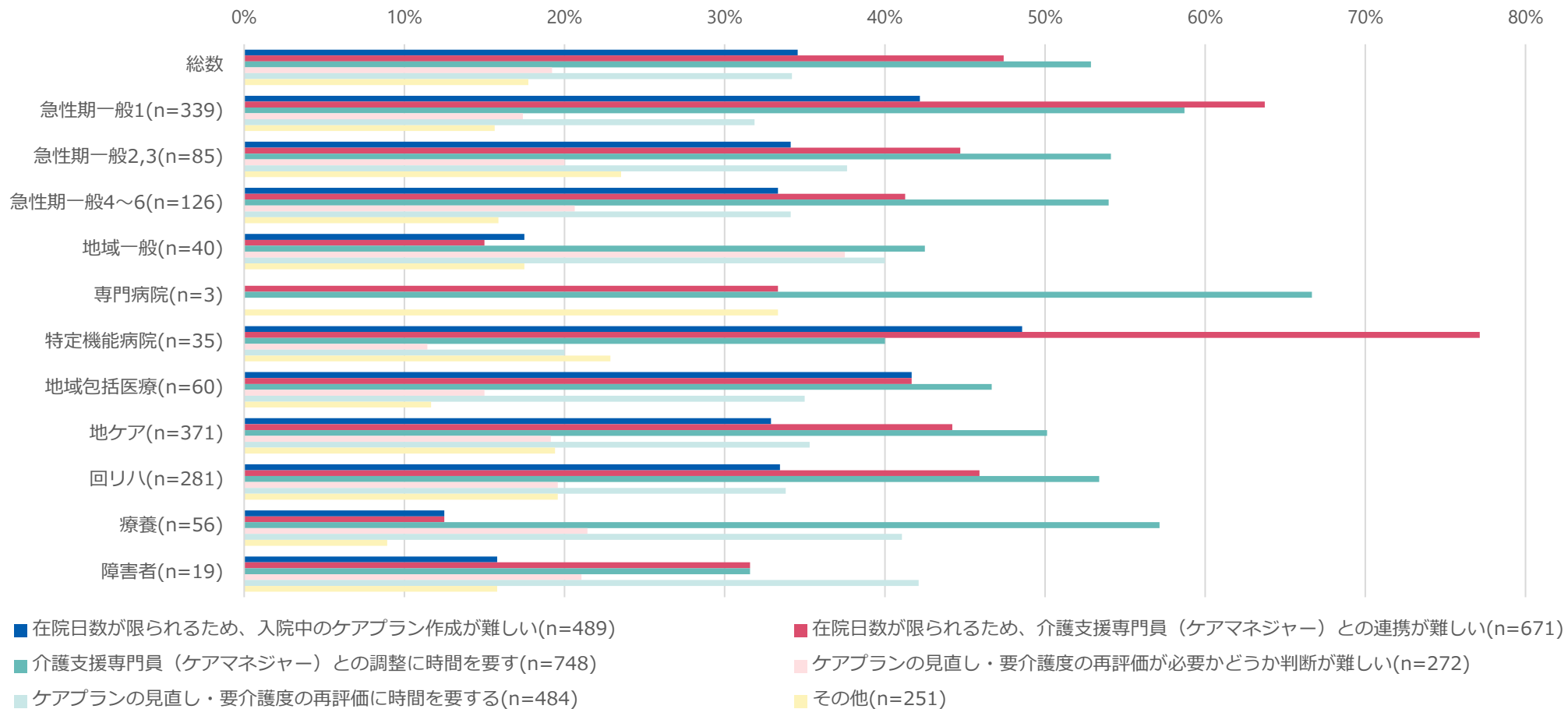
介護支援等連携指導料の算定についての課題の有無（n=3,016）



介護支援等連携指導料に関する状況

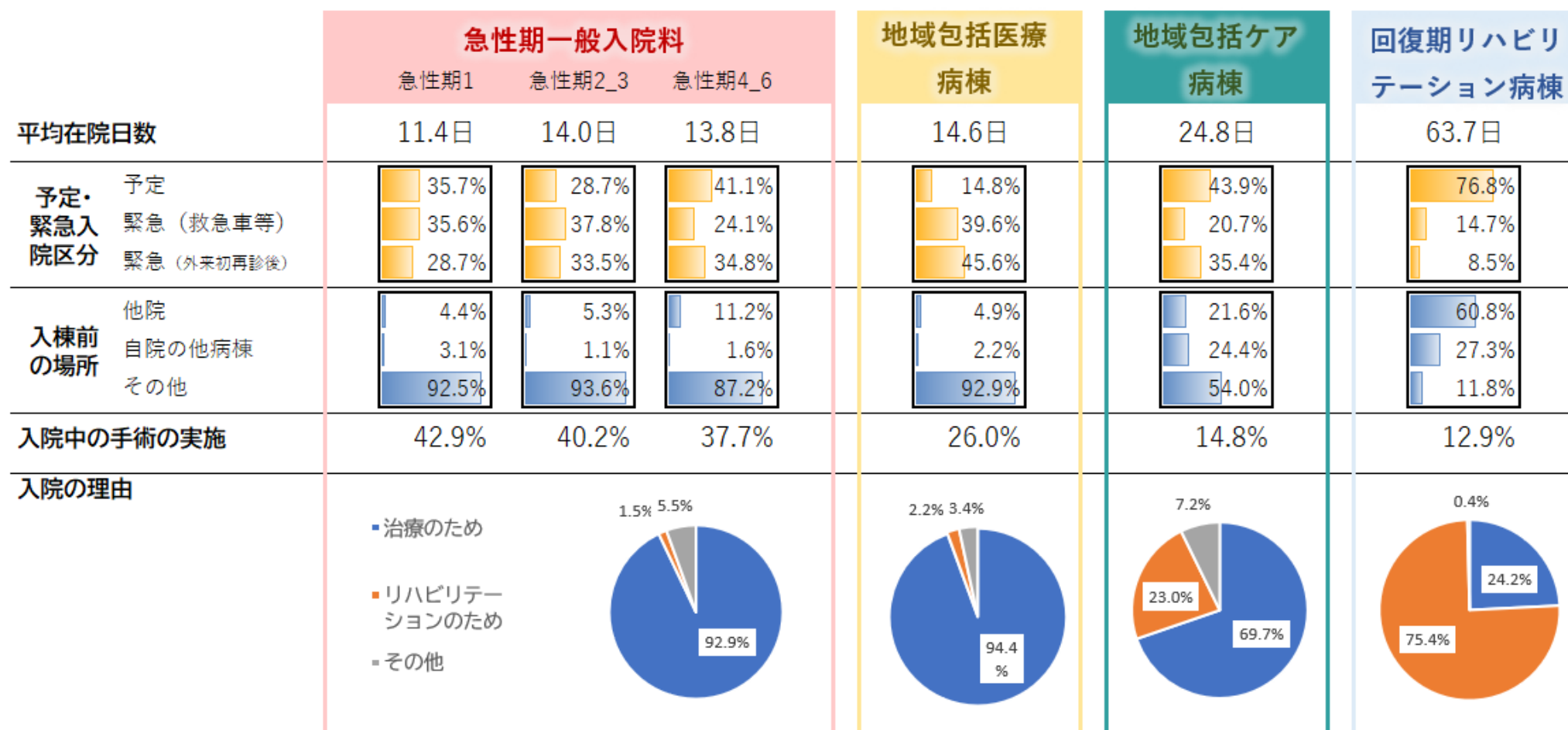
- 介護支援等連携指導料の算定に関する課題として、「介護支援専門員（ケアマネジャー）との調整に時間を要す」が52.9%、「在院日数が限られるため、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携が難しい」が47.4%であった。
- 急性期一般病棟入院料1、特定機能病院において、「在院日数が限られるため、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携が難しい」が6割を越えていた。

該当する課題について（n=1,417）



入院料別の入院患者の特徴

- 急性期一般入院料、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の特徴は以下のとおり。



急性期一般入院料 1 の病棟における患者の流れ

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 急性期一般入院料 1 の入棟元は、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、71.6%であった。
- 退棟先は、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、66.0%であった。

【入院元】（n=16,093）

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	7.9%
	自宅（在宅医療の提供なし）	71.6%
介護施設等	介護老人保健施設	1.8%
	介護医療院	0.1%
	特別養護老人ホーム	1.4%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.9%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	1.0%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	3.7%
	他院の一般病床以外	0.7%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	
	他院の一般病床	
	他院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	
	他院の精神病床	
	他院のその他の病床	
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の一般病床	6.3%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	2.6%
特別の関係にある医療機関		
有床診療所	有床診療所	0.0%
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	
	有床診療所（介護サービス提供医療機関以外）	
死亡退院		
その他		0.4%

急性期一般入院料 1

【退院先】（n=8,078）

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	6.6%
	自宅（在宅医療の提供なし）	66.0%
介護施設等	介護老人保健施設	1.3%
	介護医療院	0.2%
	特別養護老人ホーム	1.1%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.5%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	0.7%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	
	他院の一般病床以外	
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	1.1%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	4.5%
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.2%
	他院の一般病床	4.5%
	他院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	1.0%
	他院の精神病床	0.3%
	他院のその他の病床	0.9%
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.7%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.1%
	自院の一般病床	2.9%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.8%
特別の関係にある医療機関		0.1%
有床診療所	有床診療所	
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	0.0%
	有床診療所（介護サービス提供医療機関以外）	0.1%
死亡退院		3.4%
その他		0.8%

急性期一般入院料 2～6 の病棟における患者の流れ

- 急性期一般入院料 2～6 の入棟元は、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、65.6%であった。
- 退棟先は、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、62.6%であった。

【入院元】（n=4,216）

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	8.8%
	自宅（在宅医療の提供なし）	65.6%
介護施設等	介護老人保健施設	3.6%
	介護医療院	0.1%
	特別養護老人ホーム	4.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.9%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	1.8%
	障害者支援施設	0.5%
他院	他院の一般病床	6.9%
	他院の一般病床以外	1.2%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	
	他院の一般病床	
	他院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	
	他院の精神病床	
	他院のその他の病床	
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.4%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の一般病床	2.5%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.8%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.8%
特別の関係にある医療機関		
有床診療所	有床診療所	0.1%
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	
	有床診療所（介護サービス提供医療機関以外）	
死亡退院		
その他		0.6%

急性期一般入院料 2～6

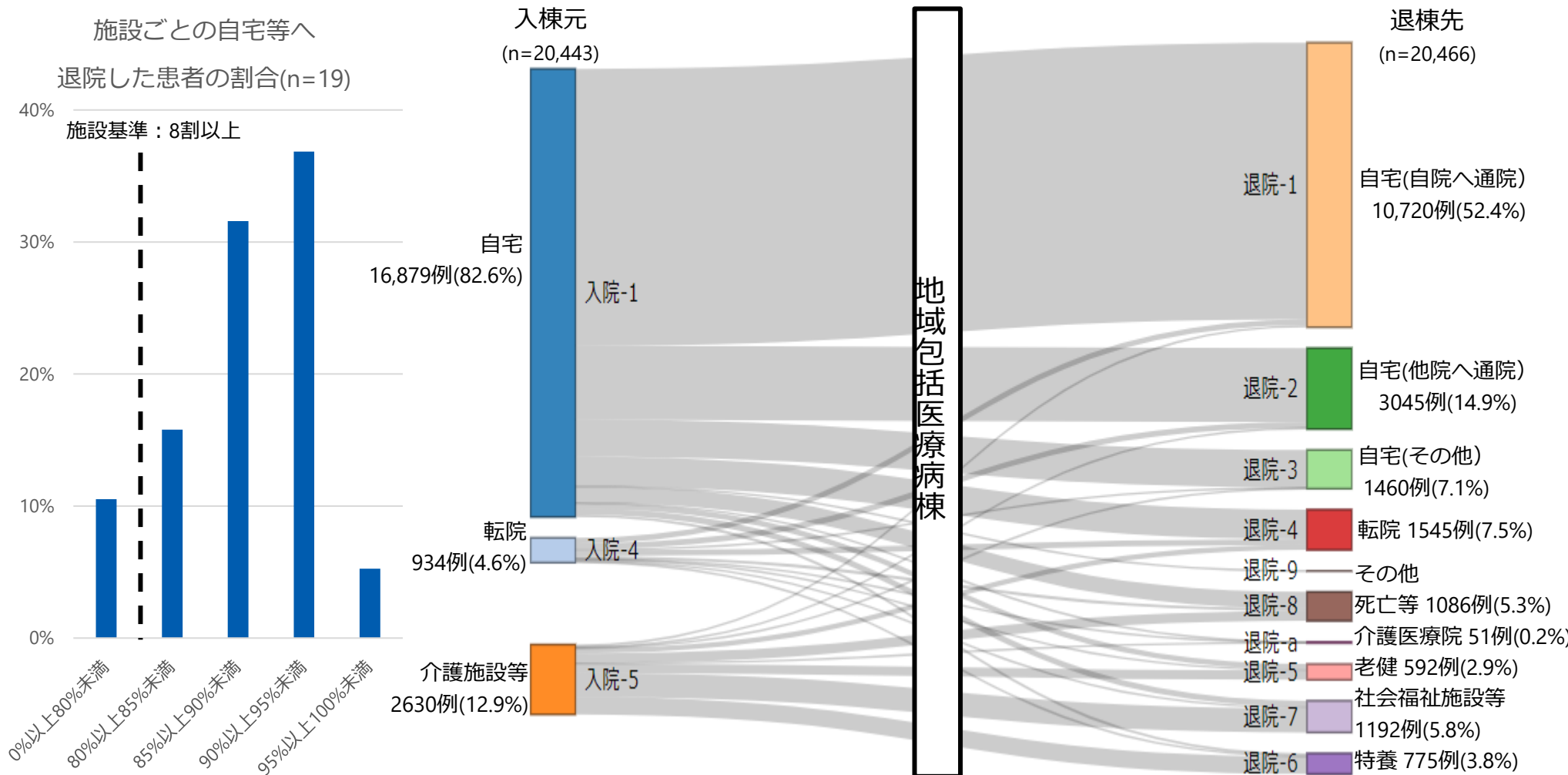
【退院先】（n=1,723）

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	5.9%
	自宅（在宅医療の提供なし）	62.6%
介護施設等	介護老人保健施設	2.2%
	介護医療院	0.1%
	特別養護老人ホーム	2.6%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.7%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	1.1%
	障害者支援施設	0.5%
他院	他院の一般病床	
	他院の一般病床以外	
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.8%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	3.3%
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.2%
	他院の一般病床	3.9%
	他院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.9%
	他院の精神病床	0.3%
	他院のその他の病床	0.5%
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.8%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	3.6%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.1%
	自院の一般病床	1.5%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.3%
	自院の精神病床	0.1%
	自院のその他の病床	0.5%
特別の関係にある医療機関		0.2%
有床診療所	有床診療所	
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	0.0%
	有床診療所（介護サービス提供医療機関以外）	0.0%
死亡退院		5.2%
その他		0.2%

地域包括医療病棟の患者の流れ

診調組 入-1
7.6.13改

- 地域包括医療病棟に入院する患者の入棟元は自宅が最も多かった。
- 退棟先も自宅が最も多かった。自宅・居住系施設等への退院は全体の約85%であった。



※図にはデータ未入力分を反映していないため、入棟元と退棟先の合計値は異なる。

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2

- 地域包括ケア病棟・病室に入院する患者の入棟元は自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、次が自院の一般病棟となっていた。退院先も自宅（在宅医療の提供なし）が最も多かった。

【入棟元】（n=3,990）

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	9.5%
	自宅（在宅医療の提供なし）	32.4%
介護施設等	介護老人保健施設	2.0%
	介護医療院	0.3%
	特別養護老人ホーム	4.7%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.8%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	1.8%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	19.6%
	他院の一般病床以外	0.8%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	
	他院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）	
	他院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	
	他院の精神病床	
	他院のその他の病床	
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	1.8%
	自院の地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.1%
	自院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）	22.2%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.3%
特別の関係にある医療機関		1.1%
有床診療所	有床診療所	0.1%
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	
	有床診療所（上記以外）	
死亡退院		
その他		0.2%

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】（n=1,247）

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	13.2%
	自宅（在宅医療の提供なし）	44.1%
介護施設等	介護老人保健施設	7.1%
	介護医療院	1.5%
	特別養護老人ホーム	6.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	6.5%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	2.8%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床	
	他院の一般病床以外	
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.6%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.6%
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	他院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）	3.0%
	他院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	2.1%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.4%
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.8%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）	0.5%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.6%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.2%
特別の関係にある医療機関		0.2%
有床診療所	有床診療所	
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	0.0%
	有床診療所（上記以外）	0.2%
死亡退院		7.1%
その他		0.5%

回復期リハビリテーション病棟における患者の流れ

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 回復期リハビリテーション病棟の入棟元では、他院の一般病床が最も多く、55.5%であった。
- 退棟先では、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、49.5%であった。

【入棟元】（n=5,260）

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	1.3%
	自宅（在宅医療の提供なし）	8.9%
介護施設等	介護老人保健施設	0.3%
	介護医療院	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.4%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.4%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	0.3%
他院	障害者支援施設	0.0%
	他院の一般病床	55.5%
自院	他院の一般病床以外	1.1%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	1.4%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.8%
	自院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）	24.9%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.2%
特別の関係にある医療機関		4.2%
有床診療所		0.1%
その他		0.0%

回復期リハビリテーション病棟

【退棟先】（n=747）

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	15.4%
	自宅（在宅医療の提供なし）	49.5%
介護施設等	介護老人保健施設	6.4%
	介護医療院	1.2%
	特別養護老人ホーム	3.5%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	7.6%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	1.7%
他院	障害者支援施設	0.4%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.8%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.8%
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	他院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）	4.7%
	他院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	2.0%
	他院の精神病床	0.4%
	他院のその他の病床	0.8%
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.4%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）	1.3%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.1%
	特別の関係にある医療機関	1.1%
有床診療所	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	0.0%
	有床診療所（上記以外）	0.0%
死亡退院		0.7%
その他		0.9%

療養病棟における患者の流れ

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2

- 療養病棟の入棟元は、他院の一般病床が最も多く、51.0%であった。（令和4年度調査46.0%、2年度調査44.5%）
- 退院先は死亡退院が最も多く、61.6%であった。（令和4年度調査61.2%、2年度調査55.0%）

【入棟元】（n=7,072）

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	2.3%
	自宅（在宅医療の提供なし）	6.3%
介護施設等	介護老人保健施設	2.4%
	介護医療院	1.2%
	特別養護老人ホーム	3.1%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.4%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	0.9%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	51.0%
	他院の一般病床以外	10.4%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	
	他院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）	
	他院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	
	他院の精神病床	
	他院のその他の病床	
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	3.5%
	自院の地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	3.3%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.3%
	自院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）	9.3%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	1.6%
	自院の精神病床	1.4%
	自院のその他の病床	0.5%
特別の関係にある医療機関		
有床診療所	有床診療所	0.4%
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	
	有床診療所（上記以外）	
死亡退院		
その他		0.6%

療養病棟

【退棟先】（n=822）

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	4.6%
	自宅（在宅医療の提供なし）	12.7%
介護施設等	介護老人保健施設	2.8%
	介護医療院	1.3%
	特別養護老人ホーム	5.6%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.1%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	0.5%
	障害者支援施設	0.6%
他院	他院の一般病床	
	他院の一般病床以外	
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.1%
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.1%
	他院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）	3.9%
	他院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	1.1%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.2%
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0%
	自院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）	0.9%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.5%
	自院の精神病床	0.1%
	自院のその他の病床	0%
特別の関係にある医療機関		0%
有床診療所	有床診療所	
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	0%
	有床診療所（上記以外）	0.4%
死亡退院		61.6%
その他		0.4%

病棟毎の入退棟先・退院困難な要因の特徴（まとめ）

<急性期>

- ・ 緊急入院割合が6～7割を占める。
- ・ 急性期入院料においては、自宅から入棟し、自宅へ退棟する割合が高い。
- ・ **入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」として「緊急入院であること」が最も多い。**

<地域包括医療病棟>

- ・ 地域包括医療病棟への入棟では、自宅から入棟する割合が高い。
- ・ 退棟先は、自宅へ退棟する割合が最も高いが、転院や介護施設等への入所等、多様な退棟先がある。
- ・ **入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」として「緊急入院であること」とともに、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が多い。**

<地域包括ケア病棟>

- ・ 地域包括ケア病棟への入棟では、自宅からの入院が最も多く、自院からの転棟、他院からの入院も多い。
- ・ 退棟先は、自宅の割合が最も高い一方、介護施設等や他院の割合が合わせて約3割となっていた。
- ・ **入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」として「緊急入院であること」とともに、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が多い。**

<回復期リハビリテーション病棟>

- ・ 回復期リハビリテーション病棟では、入棟先として最も多いのは他院の一般病床であり、退棟先は自宅、介護施設等、他院となっていた。

<療養病棟>

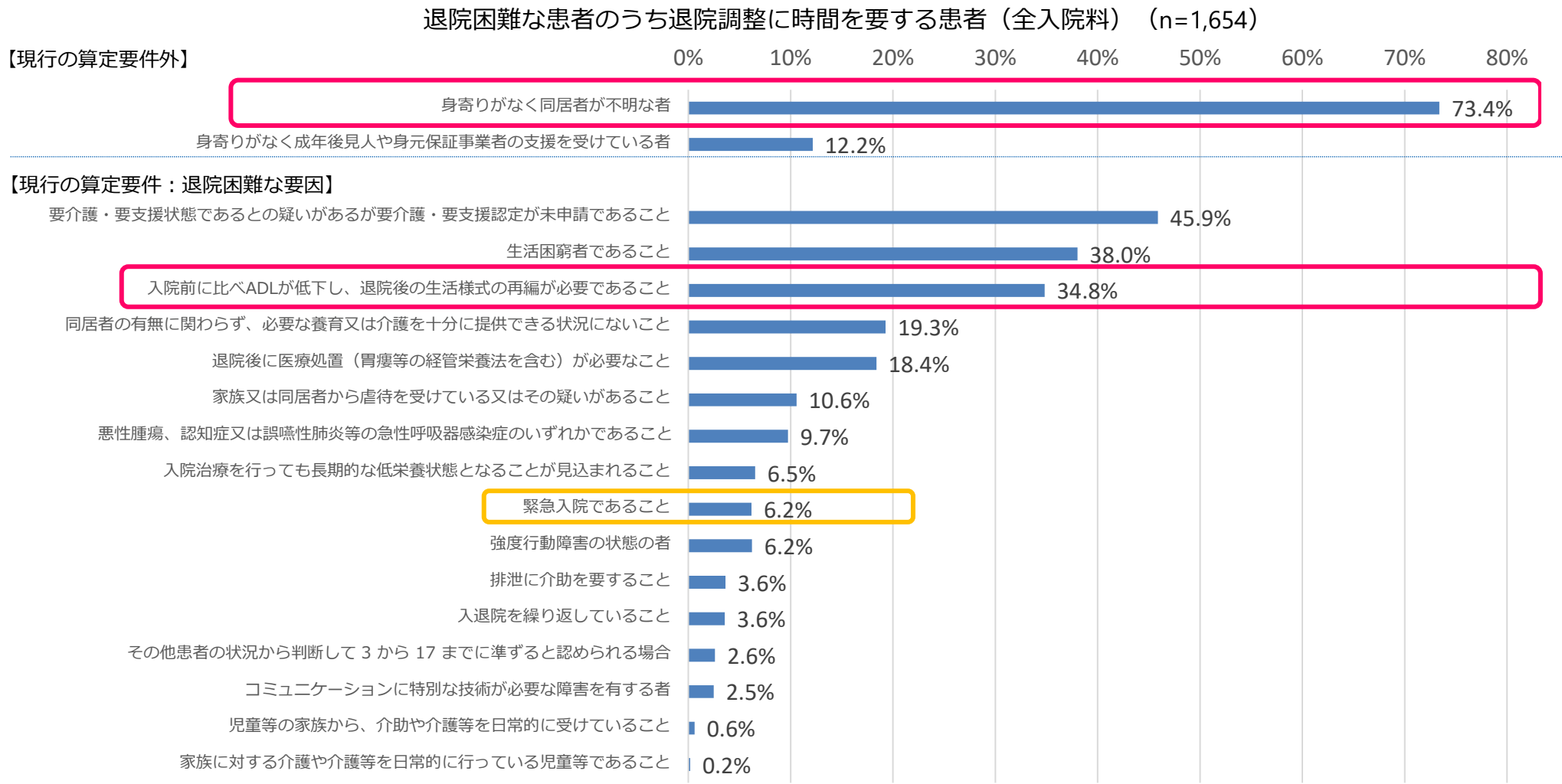
- ・ 療養病棟では、入棟元として最も多いのは他院からであり6割を占めていた。
- ・ 退棟先として、自宅は2割を切っており、介護施設等、他院、また死亡退院が約6割となっていた。
- ・ **入退院支援加算を届け出していない理由として、「退院支援が必要な患者が少ないため」が最も多い。**



入退院支援において実施されている支援は、入院料及び患者像によって異なる可能性がある。

退院困難な患者のうち退院調整完了までに時間を要する患者(全入院料)

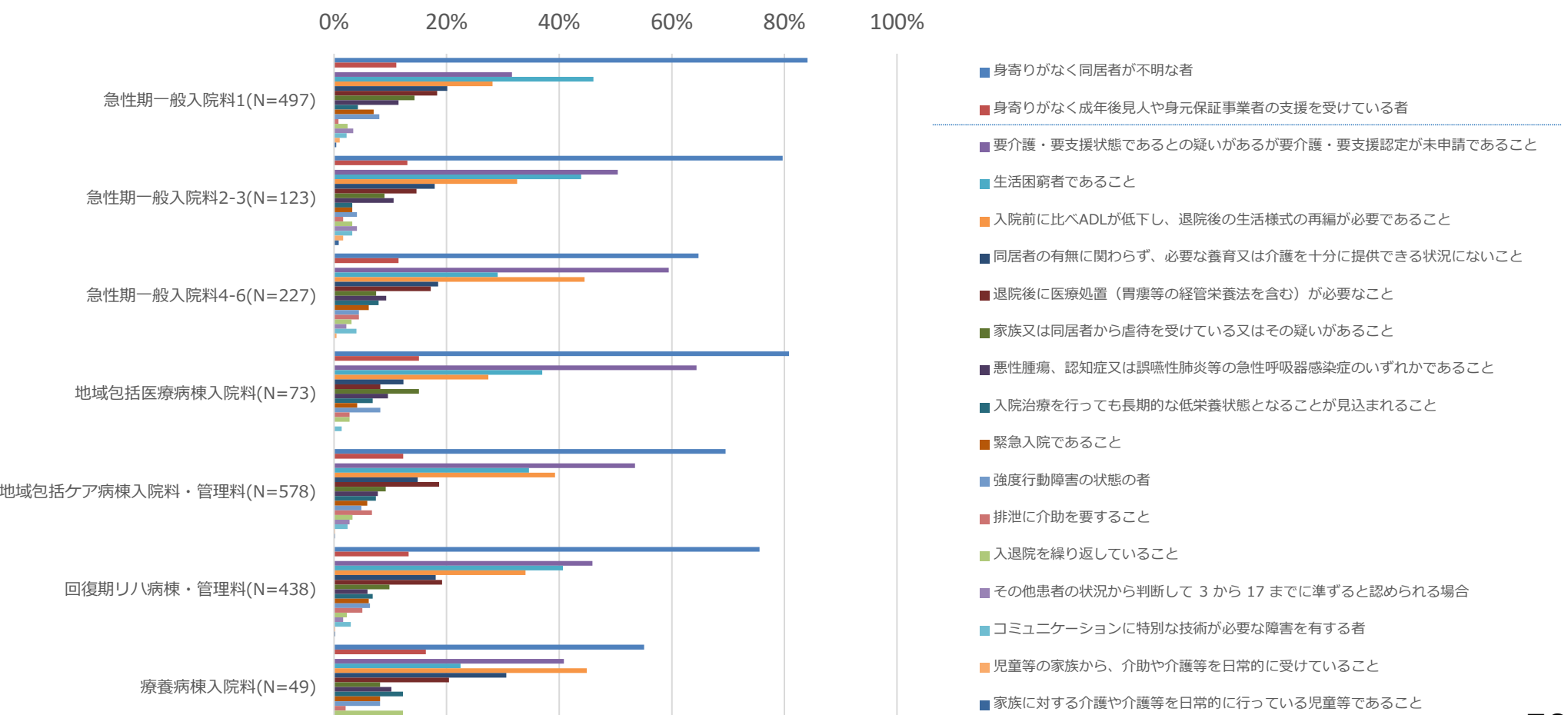
- 退院困難な患者のうち退院調整完了までに時間を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」が73.4%を回答しており、次に「要介護・支援状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること」45.9%、「生活困窮者であること」38.0%、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」34.8%であった。
- 「緊急入院であること」は6.2%であった。



退院困難な患者のうち退院調整完了までに時間を要する患者(入院料別)

- 退院困難な患者のうち退院調整完了までに時間を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」が全ての入院料で多かった。
- 急性期一般4～6、地域包括医療病棟、地ケア病棟、回復期リハ病棟では「生活困窮者であること」、「要介護・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こと」、「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」の割合が高かった。
- 療養病棟は、「身寄りがなく同居者が不明な者」、「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」、「要介護・支援状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること」の順であった。

退院困難な患者のうち退院調整に時間を要する患者（入院料別）

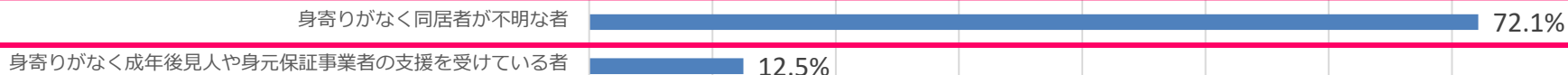


退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者（全入院料）

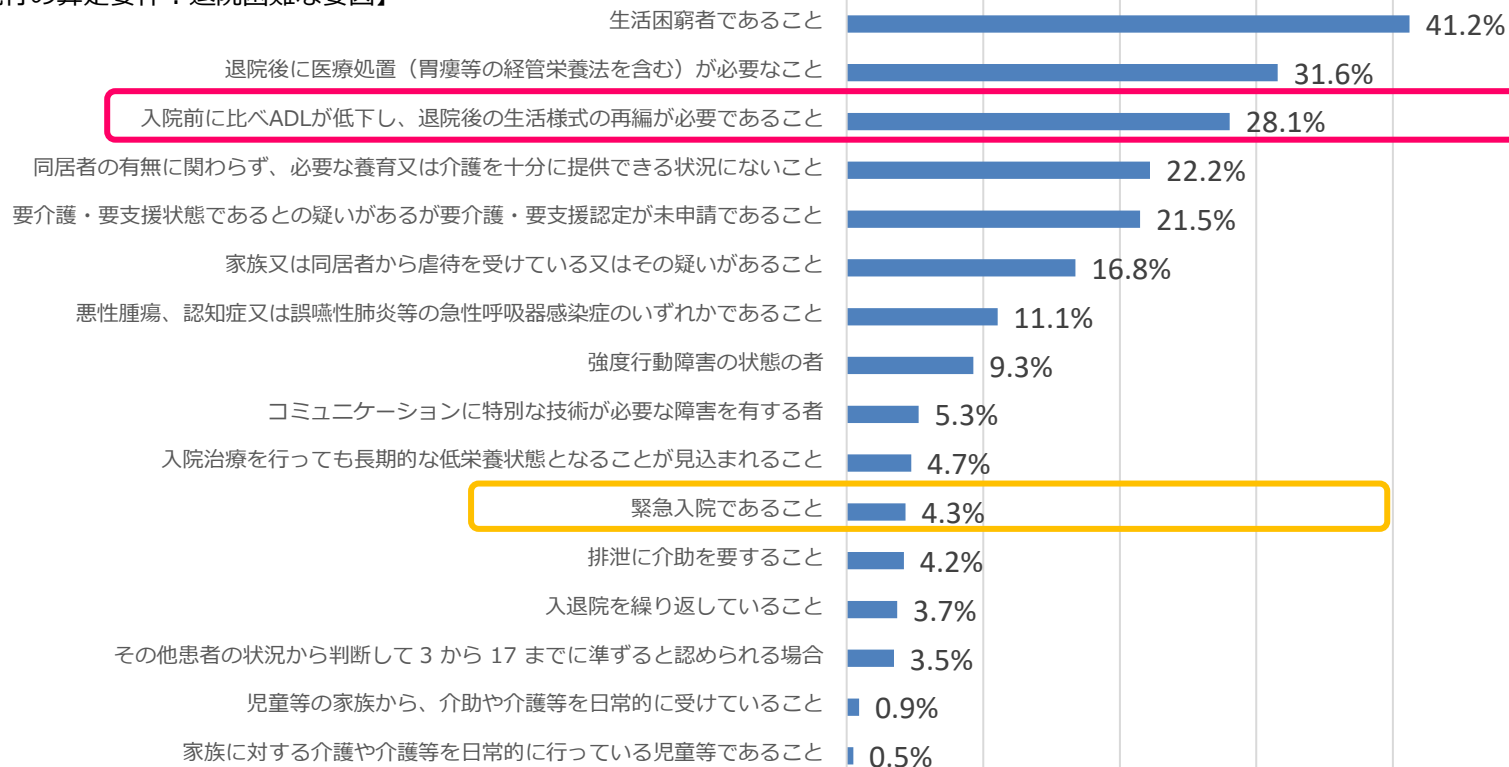
- 退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」を全体の72.1%を回答しており、次に「生活困窮者であること」41.2%、「退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと」31.6%、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」28.1%を回答した。
- 「緊急入院であること」は、4.3%であった。

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

【現行の算定要件外】



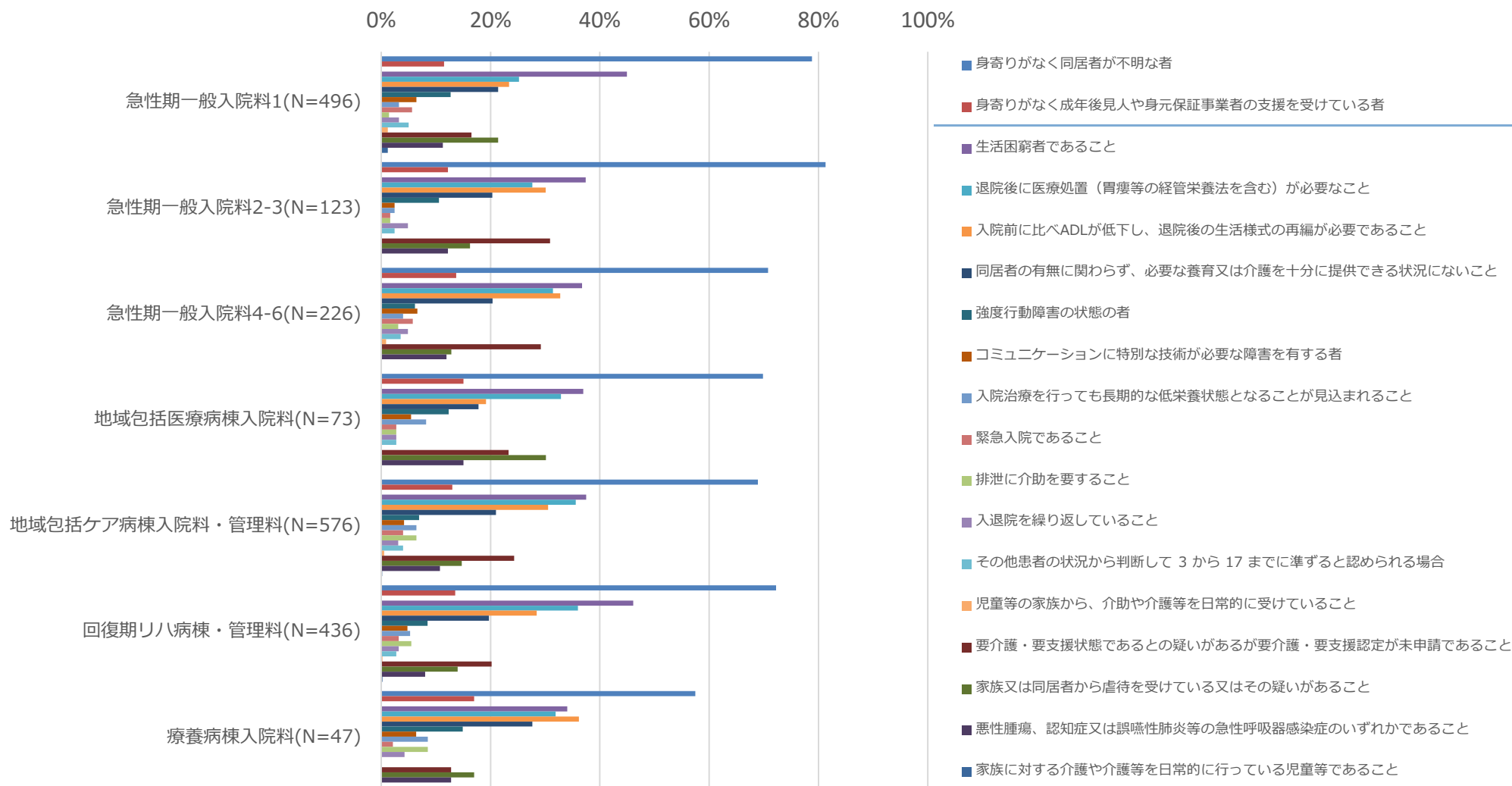
【現行の算定要件：退院困難な要因】



退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者（入院料別）

- 退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」が全ての入院料で多かった。
- 次に「生活困窮者であること」、「退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと」、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」の割合が高かった。
- 療養病棟では、次点に「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」が多かった、それ以外の入院料では「生活困窮者であること」が次に多かった。

退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者（入院料別）

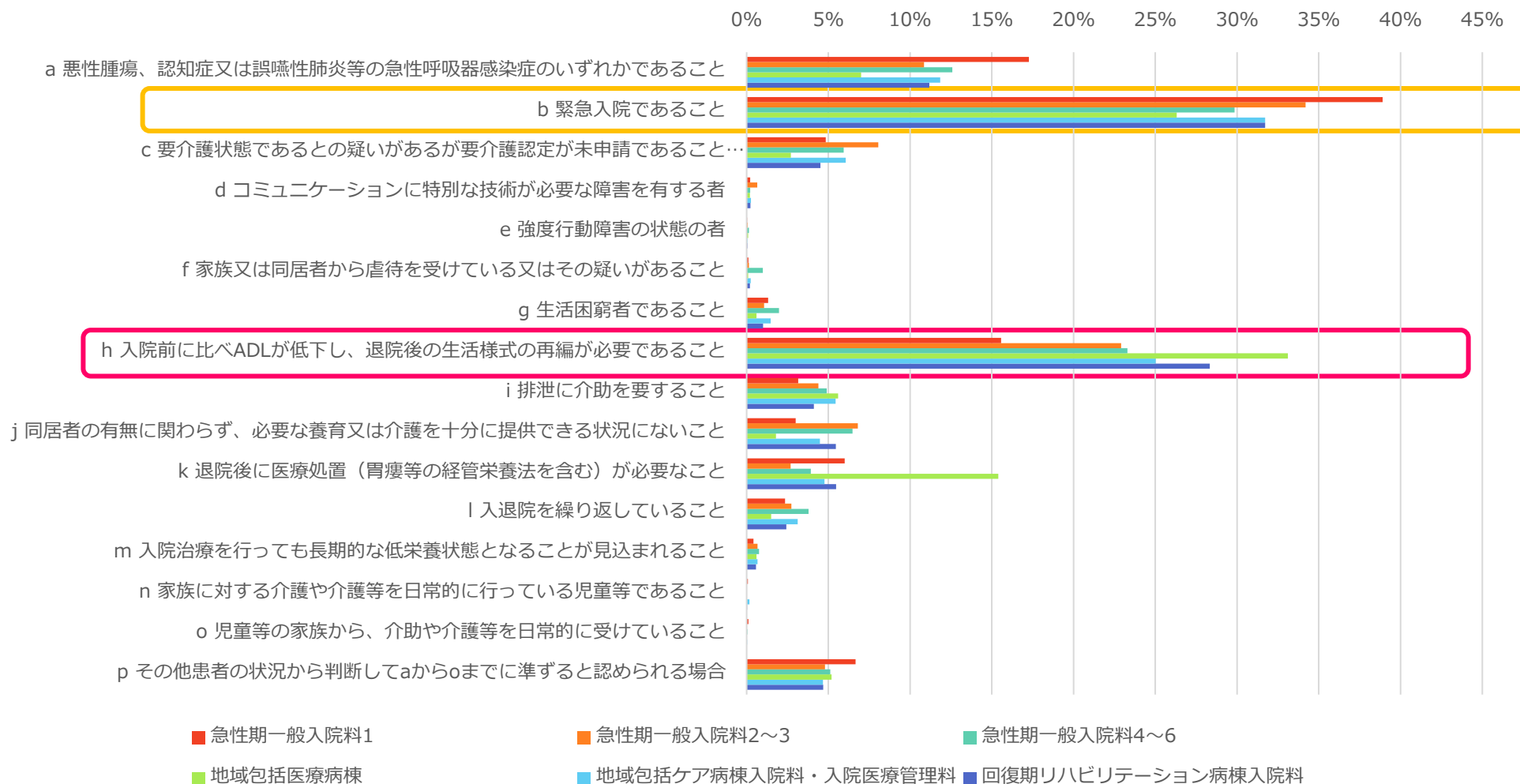


入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」

診調組 入 - 1
7 . 6 . 26改

- 入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」としては、「緊急入院であること」が最も多く、特に急性期一般入院料1において高かった。
- 次に「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が多く、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟において高かった。

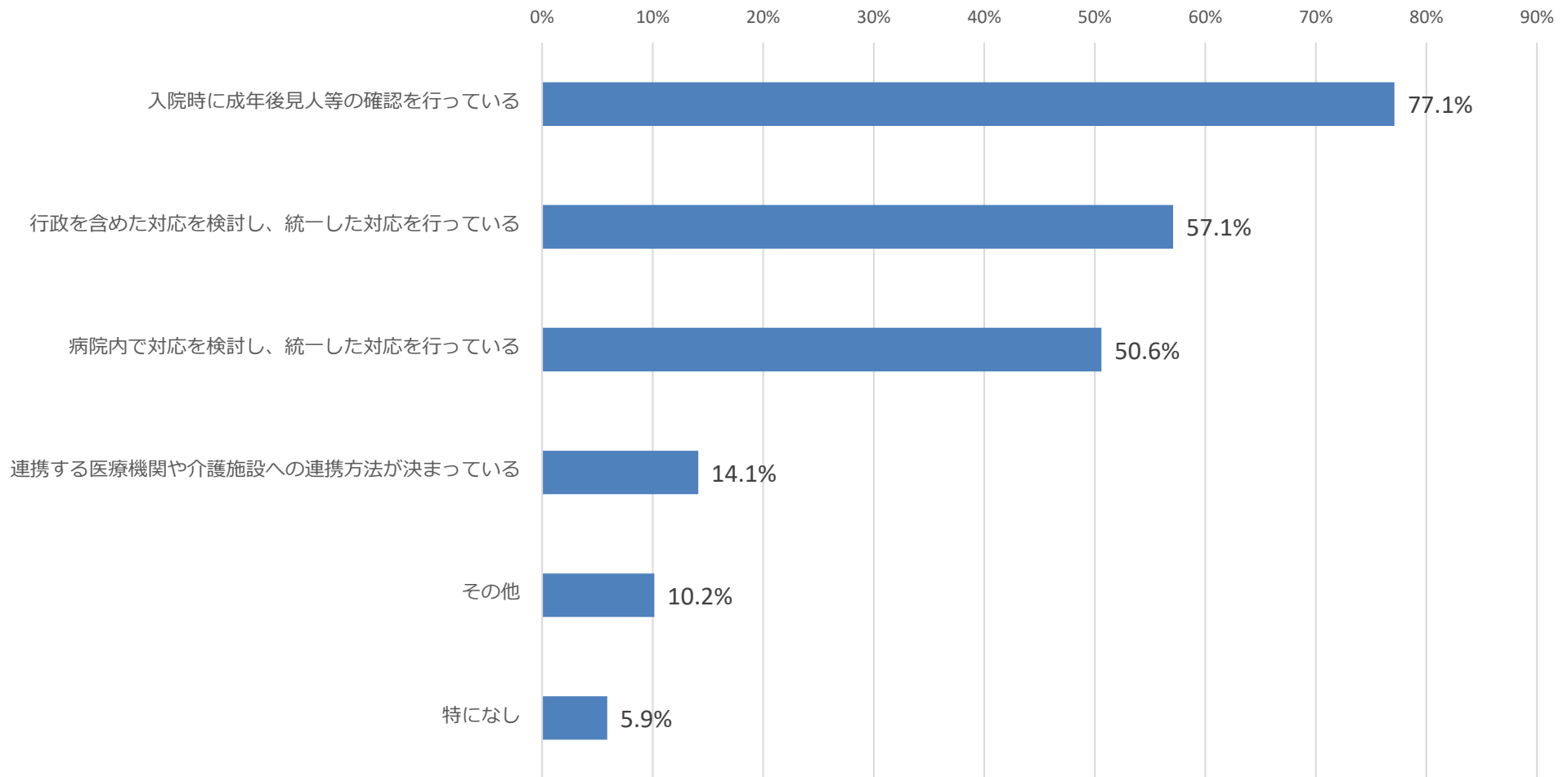
入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」 (n=348,884)



身寄りがなく同居者が不明な者に対する入退院支援

- 身寄りがなく同居者が不明な者（配偶者や親族等の身元保証人が確認できなかった者）に対する入退院支援として、「入院時に成年後見人等の確認を行っている」は77.1%、「行政を含めた対応を検討し、統一した対応を行っている」は57.1%、「病院内で対応を検討し、統一した対応を行っている」は50.6%であった。

身寄りがなく同居者が不明な者に対する入退院支援（n=1,713）



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

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

ガイドラインの読み手

医療機関で勤務する職員の方々

ガイドラインの支援の対象者

身寄りがない人：身寄りがない人に加えて、
例えば次のような人を想定

- ① 家族や親類へ連絡がつかない状況にある人
- ② 家族の支援が得られない人

医療機関が「身元保証・身元引受等」に求めている機能・役割

- ① 緊急の連絡先に関する事
- ② 入院計画書に関する事
- ③ 入院中に必要な物品の準備に関する事
- ④ 入院費等に関する事
- ⑤ 退院支援に関する事
- ⑥ （死亡時の）遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関する事

※「身元保証・身元引受等」に対して医療行為の同意をする役割を期待している事例もあるが、医療行為の同意については、本人の一身専属性がきわめて強いものであり、「身元保証人・身元引受人等」の第三者に同意の権限はないものと考えられる（具体的な対応については、右欄「医療に係る意思決定が困難な場合に求められること」参照）。

身寄りがない人への対応

次の（１）～（３）に分けて具体的な対応を明示。どの場合でも、**本人の意思を確認・尊重しながら支援を行うことが原則**

- （１）判断能力が十分な場合
- （２）判断能力が不十分で、成年後見制度を利用している場合
- （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

医療に係る意思決定が困難な場合に求められること

（１）医療・ケアチームや倫理委員会の活用

意思決定が求められる時点で本人の意思が確認できない場合、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（平成30年3月改訂 厚生労働省）の考え方を踏まえ、関係者や医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要。また、医療機関においては、身寄りがない人へのマニュアル作成、倫理委員会の設置などの体制整備を行うことも有効。なお、直ちに救命措置を必要とするような緊急の場合には柔軟な対応をする必要。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

（２）成年後見人等に期待される具体的な役割

本人の意思決定が困難な場合において、成年後見人等が以下の役割を果たすことで、円滑に必要な医療を受けられるようにしていくことが重要。医療機関はこのような関わりが可能か成年後見人等に相談。

① 契約の締結等

➢ 必要な受診機会の確保・医療費の支払い

② 身上保護（適切な医療サービスの確保）

➢ 本人の医療情報の整理

③ 本人意思の尊重

➢ 本人が意思決定しやすい場の設定

➢ 本人意思を推定するための情報提供等

➢ 退院後、利用可能なサービスについての情報提供

④ その他

➢ 親族への連絡・調整（親族の関与の引き出し）

➢ 緊急連絡先、入院中の必要な物品等の手配、遺体・遺品の引き取り

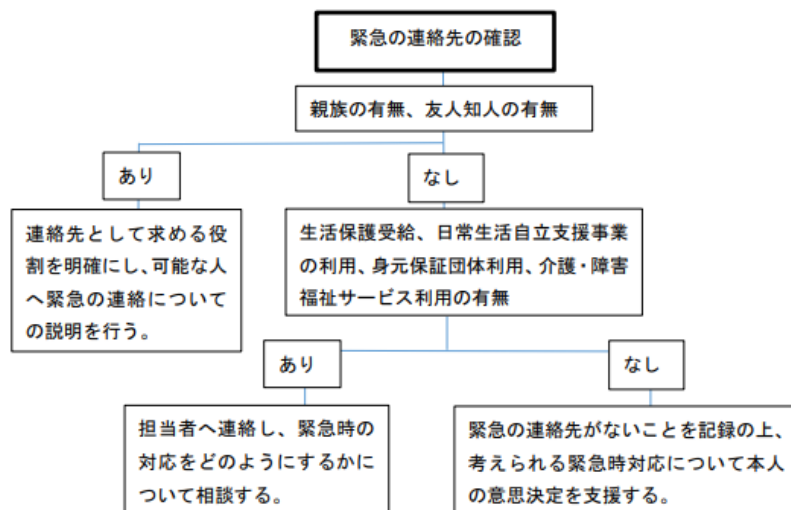
身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドラインについて

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

(1) 本人の判断能力が十分な場合

①緊急の連絡先に関すること

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



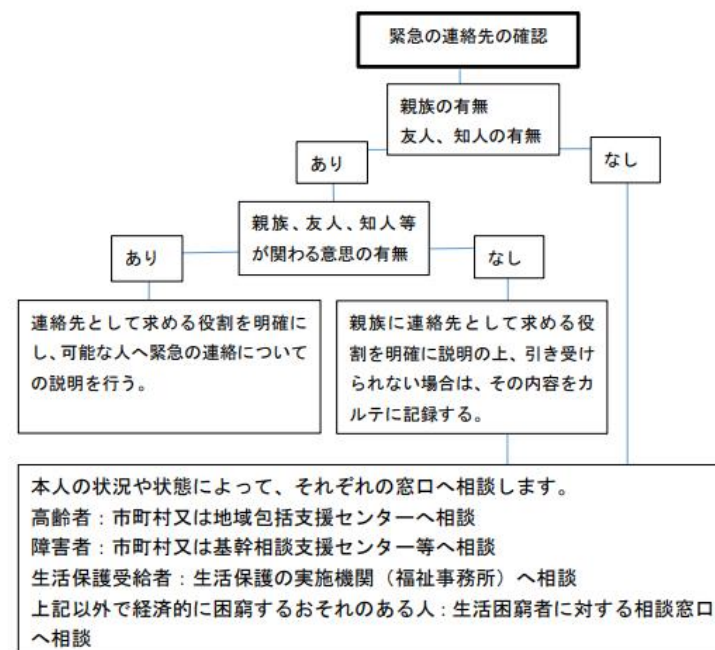
②入院計画書に関すること

本人が理解できるようわかりやすく説明を行います。家族、ケアマネジャー、相談支援専門員や友人・知人など、本人の身の回りの人で、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。¹⁸

(3) 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合

①緊急の連絡先に関すること

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



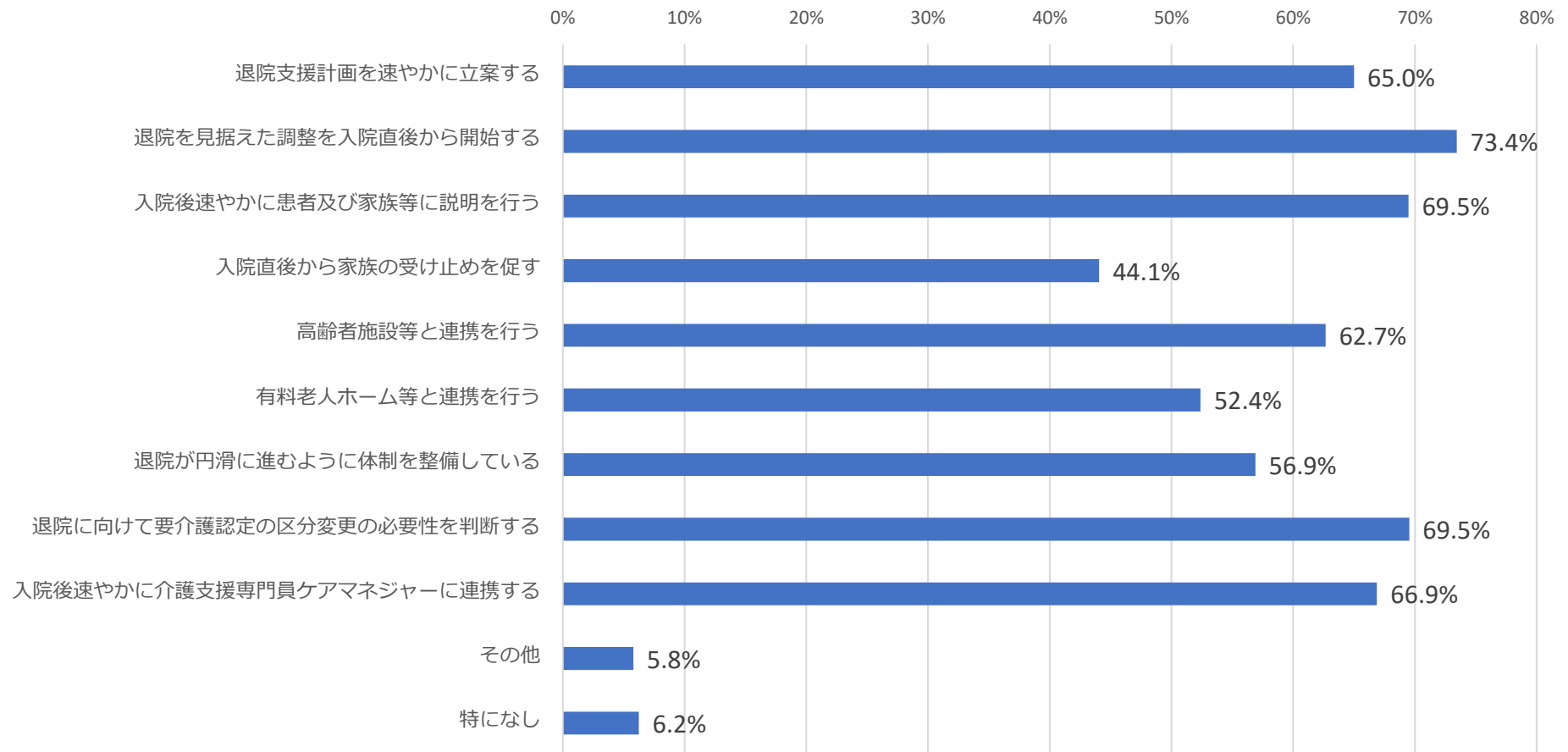
地域包括支援センター等が介護予防の事業や民生委員等からの情報で本人の暮らしを把握していることもあります。本人と相談の上、地域包括支援センターや市町村と連絡を取ります。

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

退院先の確保を行うために工夫している取組（全入院料）

- 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。

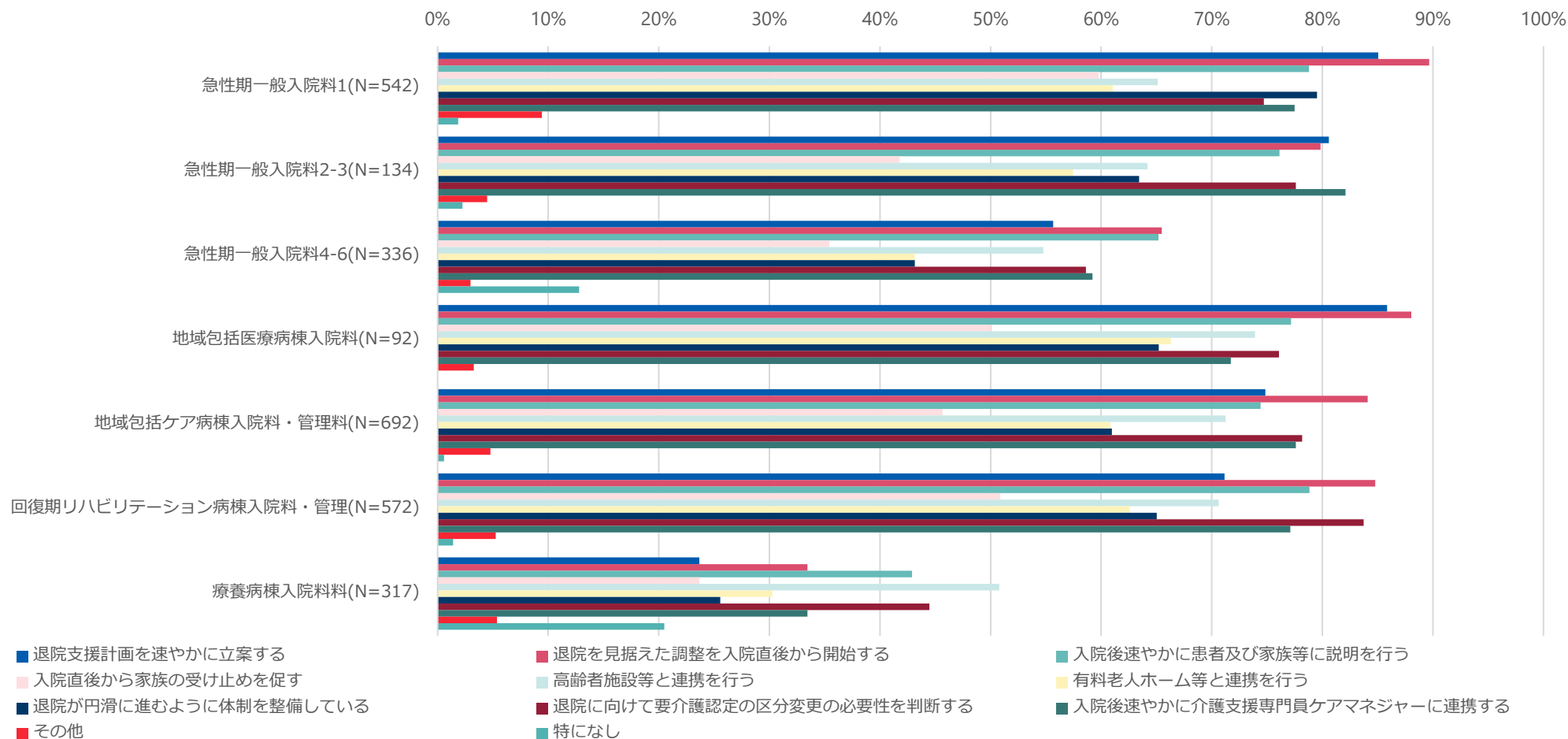
退院先の確保を行うために工夫している取組（n=3,125）



退院先の確保を行うために工夫している取組（入院料別）

- 退院先の確保を行うために工夫している取組として、入院料別にみた場合、「退院を見据えた調整を入院直後から開始する」の割合が多くの入院料で最も高かった。
- 急性期一般入院料1では、次点に「退院が円滑に進むように体制を整備している」の割合が高かった。
- 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では、次点に「退院に向けて要介護認定の区分変更の必要性を判断する」の割合が高かった。
- 療養病棟では、「高齢者施設等と連携を行う」、「入院後速やかに患者及び家族などに説明を行う」、「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」、「入院後速やかに患者及び家族等に説明を行う」の順となっていた。

退院先の確保を行うために工夫している取組



令和6年度診療報酬改定における高齢者の医療のあり方に係る見直し

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

- 令和6年度診療報酬改定では、後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患のニーズ増大に対して地域包括医療病棟が新設された。また、患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系が見直された。
- さらに、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅療養支援診療所の平時および急変時の対応の強化に関する見直しが実施された。また、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、在宅医療分野においてICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等が行われた。

地域包括医療病棟

地域包括医療病棟入院料の新設

- ・ 在宅復帰率8割
- ・ 救急搬送患者割合1割 5分
- ・ ADL維持率95%以上 等

救急患者連携搬送料の新設 (いわゆる下り搬送の促進)

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- ・ 40日目以降と以前の評価の見直し
- ・ 在宅医療要件の見直し
- ・ 在宅復帰率の見直し
- ・ 短期滞在手術の扱いの見直し

急性期入院料の見直し

- ・ 入院基本料等の引き上げ
- ・ 重症度、医療・看護必要度の見直し
(急1におけるB項目の廃止等)
- ・ 急1における平均在院日数の短縮
(18日→16日)
- ・ リハ栄養口腔連携体制加算の新設

急性期充実体制加算及び 総合入院体制加算の見直し

- ・ 急性期充実体制加算を加算1及び加算2に再編
- ・ 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- ・ 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- ・ 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ

在支診・在支病、後方支援病院

医療機関と介護保険施設等 の平時からの連携の推進等

- ・ 協力医療機関になることを望ましい要件に
- ・ 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- ・ 平時からの連携を要件とした評価の新設

地域包括ケア病棟

有床診療所基本料の見直し

- ・ 介護障害連携加算の新設

療養病棟入院料の見直し

- ・ 医療区分の見直し
- ・ 中心静脈栄養の評価見直し
- ・ リハビリテーションの評価見直し
- ・ 経過措置病棟の廃止

回復期リハ入院料の見直し

- ・ FIMの測定等の要件見直し
- ・ 体制強化加算の廃止
- ・ 運動器リハ算定上限数見直し

回復期リハ

療養病棟 68

医療と介護の連携の推進（イメージ）

- これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- ・ **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要件化**
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・ **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ **介護保険施設等連携往診加算の新設**
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・ **介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ **協力対象施設入所者入院加算の新設**
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、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

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- **協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定**
- **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
- **協力医療機関連携加算の新設**
- **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- **介護保険施設等連携往診加算の新設**
- **医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**

(4) 入院調整

- **協力対象施設入所者入院加算の新設**
- **退所時情報提供加算の見直し**

(5) 早期退院

- **退院が可能となった場合の速やかな受入りの努力義務化**

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

- ・ **診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
① 入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
② 診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③ 入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
※ 協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ **協力医療機関連携加算の新設**
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ **退所時情報提供加算の新設**
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・ **早期退院の受入りの努力義務化**
退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- ・ **入院時情報連携加算の見直し**
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- ・ **通院時情報連携加算の見直し**
算定対象に歯科医師を追加

地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・ **地域包括診療料等の算定要件の見直し**
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当学会又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

入退院支援加算 1・2 の見直しについて①

入院時支援加算 1 の見直し

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

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

入退院支援加算 1 の施設基準で求める連携機関数について

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

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

生活に配慮した支援の強化

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

入退院支援加算届出医療機関における連携体制

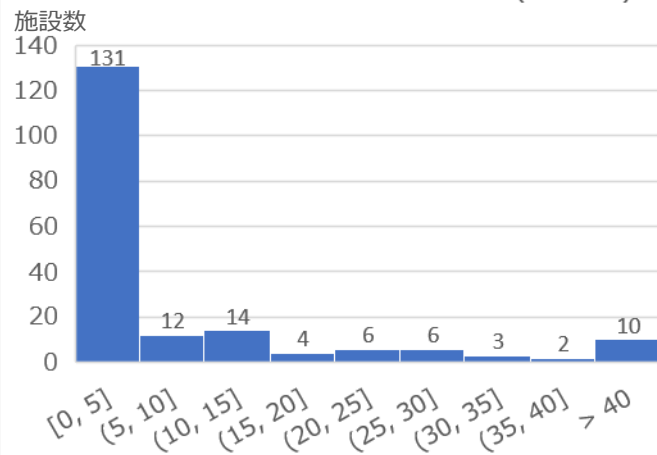
- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、急性期一般病棟を有する医療機関が最も多かった。
- いずれの入院料においても介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
- 前回調査（令和4年度）と比較し、いずれの入院料も連携機関数が増加していた。

急性期一般病棟を有する医療機関 (n=3,578)		中央値	(25%Tile)	(75%Tile)	最頻値	平均値
	① 連携機関数の合計	40.5	29	77.25	27	79.9
	② うち病院	8	3	18	1	14.0
	③ うち診療所	3	1	6	0	17.6
	④ うち介護保険サービス事業所	23	11	39	0	40.1
	⑤ うち障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.7
	⑥ うちその他の施設	2	0	10	0	9.8
地域包括医療機関棟 (n=145)		中央値	(25%Tile)	(75%Tile)	最頻値	平均値
	① 連携機関数の合計	36	26	70	32	52.8
	② うち病院	6.5	3.5	10.25	6	8.7
	③ うち診療所	3	1	5	1	12.8
	④ うち介護保険サービス事業所	22.5	10.25	30.5	25	34.0
	⑤ うち障害福祉サービス事業所	0	0	0	0	1.0
	⑥ うちその他の施設	2	0	9	0	6.3
地域包括ケア病棟 (n=2,394)		中央値	(25%Tile)	(75%Tile)	最頻値	平均値
	① 連携機関数の合計	36	28	67	25	61.8
	② うち病院	5	2	12	0	9.1
	③ うち診療所	1	0	5	0	6.7
	④ うち介護保険サービス事業所	25.5	15	43	18	38.0
	⑤ うち障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.6
	⑥ うちその他の施設	1	0	5.75	0	6.7
回復期リハビリ病棟を有する医療機関 (n=1,633)		中央値	(25%Tile)	(75%Tile)	最頻値	平均値
	① 連携機関数の合計	38	28	66	25	62.2
	② うち病院	7	3	14	0	11.5
	③ うち診療所	1	0	4	0	4.7
	④ うち介護保険サービス事業所	25	14	43	25	39.0
	⑤ うち障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.3
	⑥ うちその他の施設	1	0	5	0	6.6

協力医療機関となっている施設数の分布

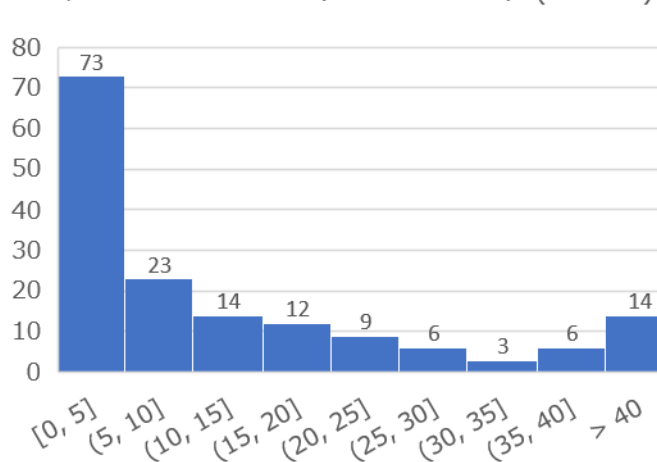
- 各入院料を算定する医療機関や病棟の組合せごとの協力医療機関となっている施設数の分布は以下のとおり。
- いずれの入院料においても0-5件が最多であるものの、急性期一般入院料2-6を算定するケアミックス型の医療機関、地域包括医療病棟を有する医療機関、地域包括ケア病棟を有する医療機関では、より多くの協力対象施設を有する医療機関の割合が高かった。
- 地域包括ケア病棟では入退院支援加算1で5件以上の介護保険施設等の協力医療機関になることが望ましいとされているものの、半数程度の施設では協力医療機関となっている施設数が5件以下であった。

急性期一般入院料1（急性期のみ）（n=188）

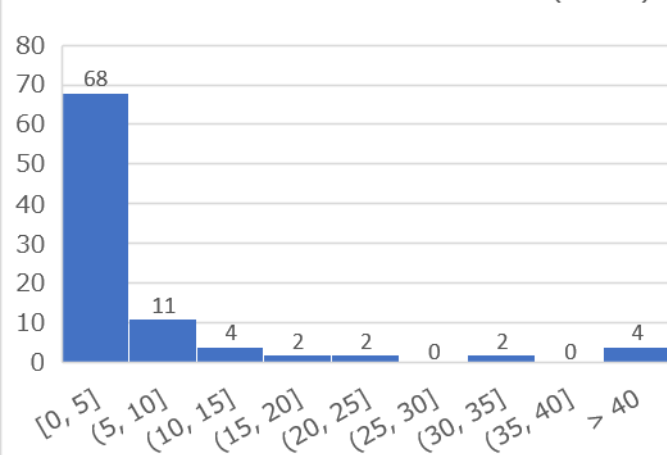


協力医療機関となっている施設数（他のグラフも同じ）

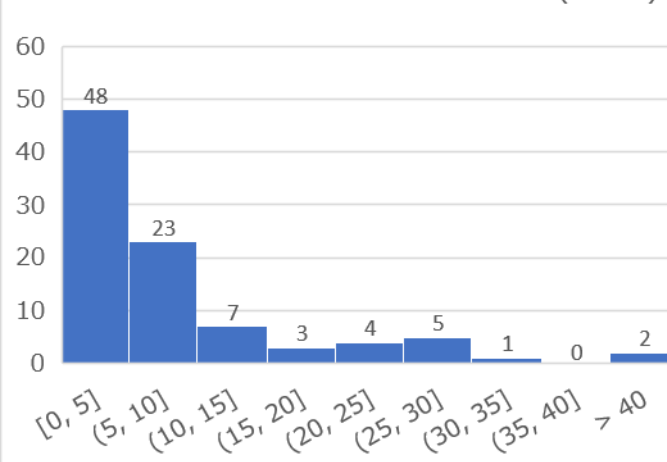
急性期一般入院料1（ケアミックス）（n=160）



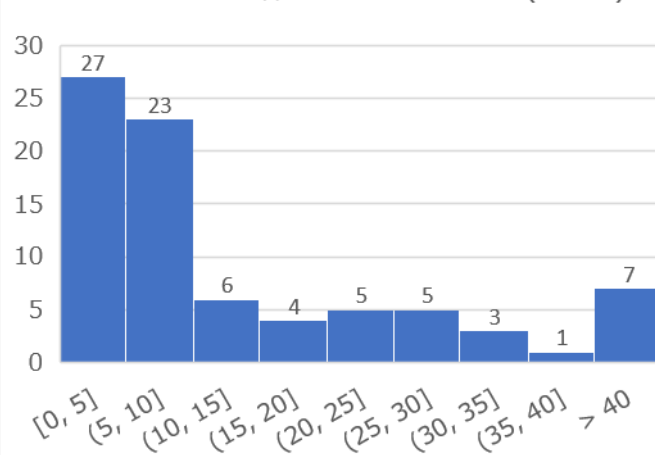
急性期一般入院料2-6（急性期のみ）（n=93）



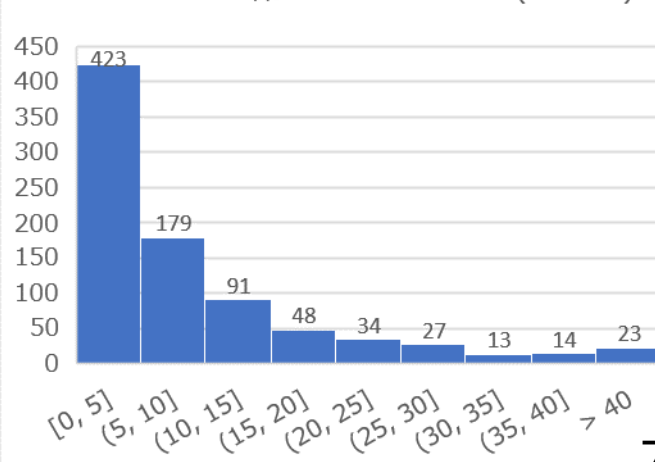
急性期一般入院料2-6（ケアミックス）（n=93）



地域包括医療病棟を有する医療機関(n=81)



地域包括ケア病棟を有する医療機関(n=852)



協力医療機関となっている施設の類型毎の数

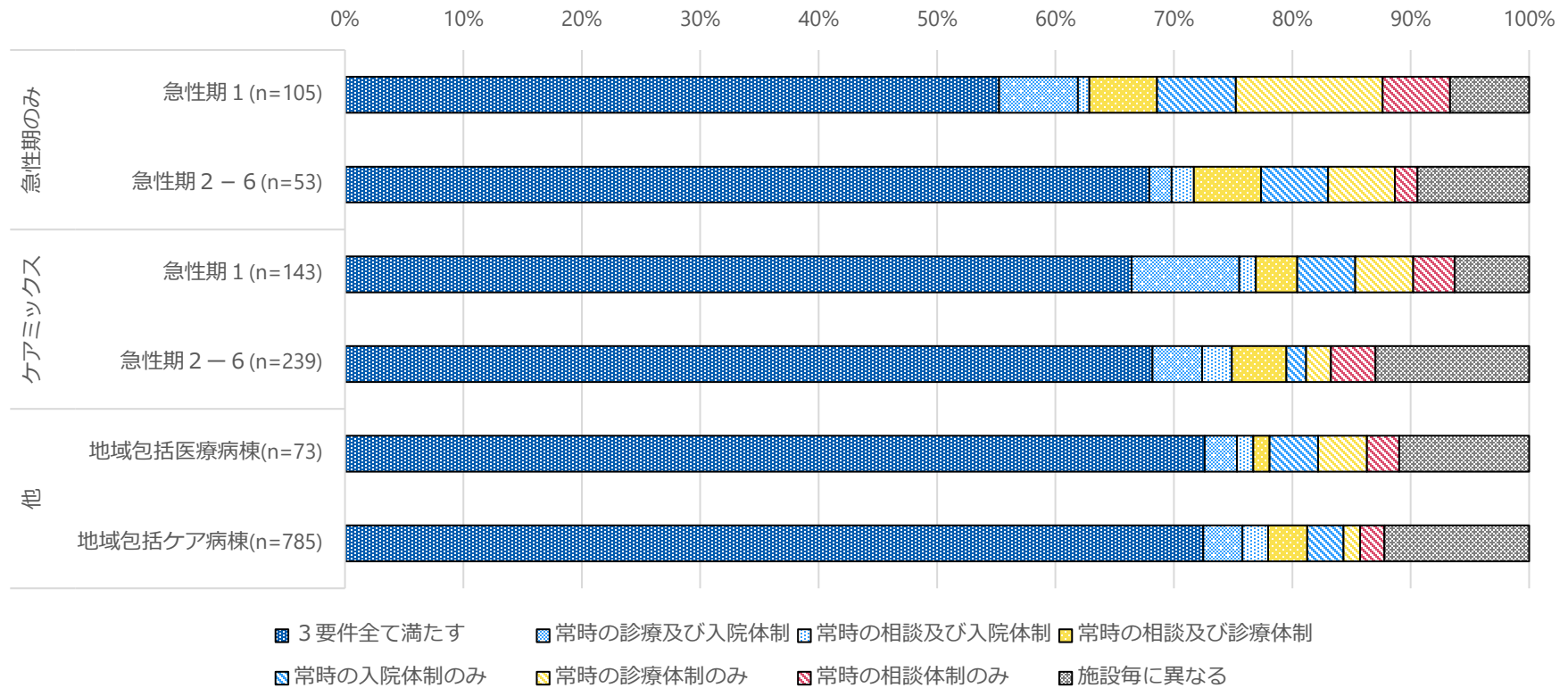
- 入院料別にみると、急性期一般入院料 1 を算定する病棟や、地域包括医療病棟を有する医療機関で協力医療機関となっている施設の数が多かった。病棟の組合せでは、急性期一般入院料単独よりケアミックス型の病院で協力医療機関の数が多かった。
- 施設の類型別では、特別養護老人ホームや介護老人保健施設の件数が多く、入院料ごとの傾向の差は目立たなかった。

	急性期のみ		ケアミックス型		以下の病棟を有する医療機関（一部再掲）	
	急性期 1 (n=42)	急性期 2 - 6 (n=22)	急性期 1 (n=55)	急性期 2 - 6 (n=101)	地域包括医療病棟(n=30)	地域包括ケア病棟(n=394)
介護医療院	0.2	0.2	0.3	0.1	0.1	0.2
介護老人保健施設	2.2	1.1	2.7	1.8	2.0	1.6
特別養護老人ホーム	2.5	2.2	4.4	3.4	5.1	3.1
養護老人ホーム	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	0.2
軽費老人ホーム	0.2	0.3	0.3	0.2	0.4	0.2
特定施設入居者生活介護	0.5	0.2	0.2	0.3	0.1	0.3
認知症グループホーム	0.8	0.5	1.7	1.4	1.6	1.4
有料老人ホーム	1.2	0.4	2.2	2.4	3.4	1.8
サービス付高齢者向け住宅	0.8	0.8	1.2	0.8	0.8	0.5
障害者支援施設	2.1	0.1	1.2	0.8	0.9	0.7
その他の施設	1.4	0.1	2.0	0.7	0.9	0.9
合計	12.1	6.0	16.6	12.1	15.6	10.9

協力医療機関として備えている体制

- 入院料や病棟の組合せ別の協力医療機関としての体制は以下のとおり。
- 急性期一般入院料 1 を算定する急性期病棟のみの医療機関では、常時の相談、常時の診療、常時の入院体制の 3 要件全てを満たしている施設の割合は低く、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は 3 要件全てを満たす施設の割合が高かった。

協力対象施設に対して提供している体制

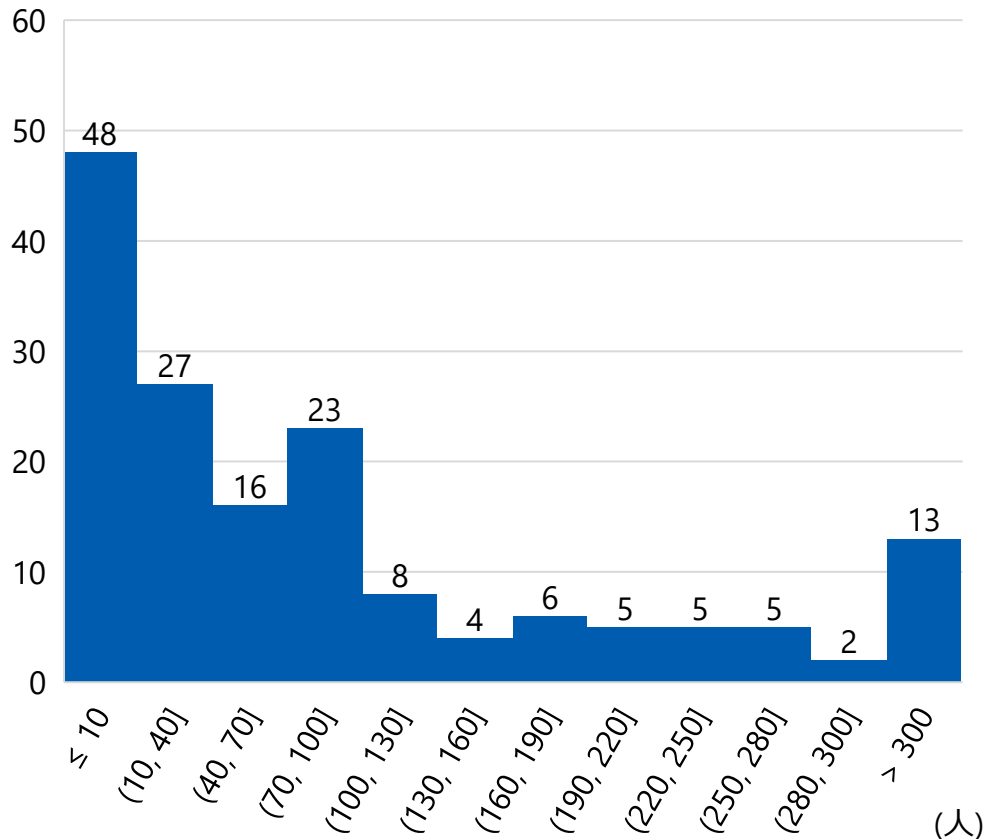


■ 3 要件全て満たす ■ 常時の診療及び入院体制 ■ 常時の相談及び入院体制 ■ 常時の相談及び診療体制
 ■ 常時の入院体制のみ ■ 常時の診療体制のみ ■ 常時の相談体制のみ ■ 施設毎に異なる

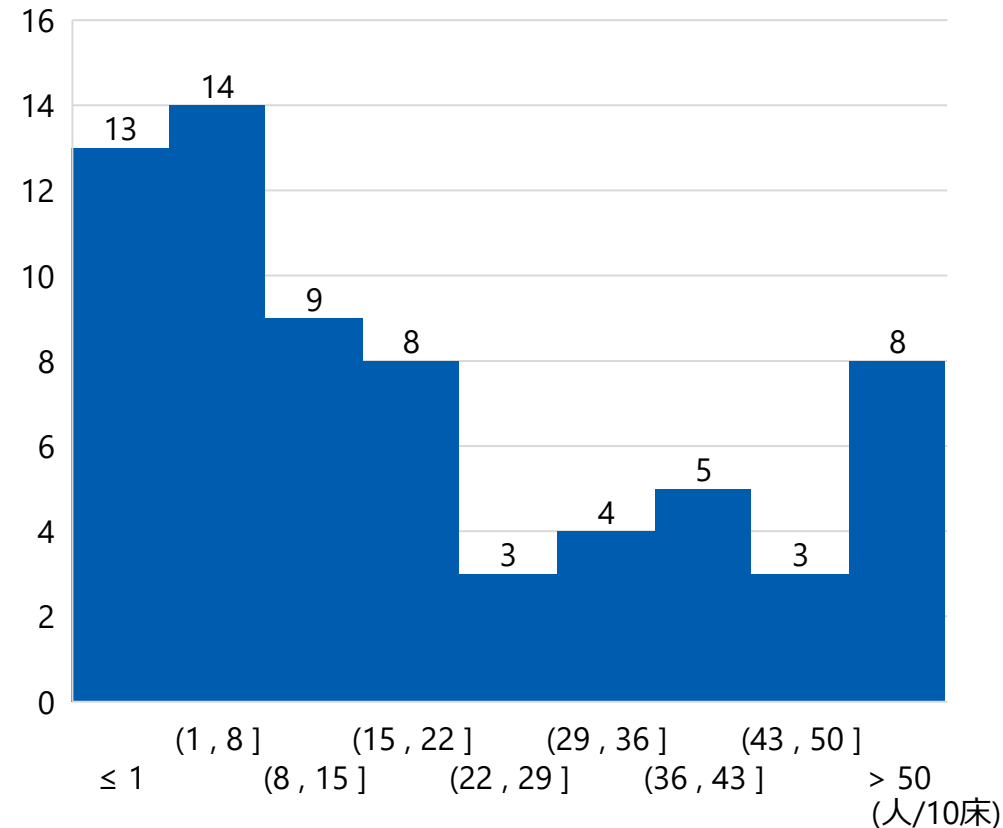
協力医療機関が担当する協力対象施設入居者数

- 協力医療機関が協力関係を結んでいる全ての協力対象施設における、合計入居者数の分布は以下のとおり。
- 協力医療機関ごとに、10床当たりの協力対象施設入居者数を見ると、1人以下の医療機関も一定数存在したが、一部の医療機関では50人以上であり、取り組みには差がみられた。

1 協力医療機関が担当する
協力対象施設入居者数ごとの医療機関数 (n=117)



1 協力医療機関が担当する10床あたりの
協力対象施設入居者数ごとの医療機関数(n=67)

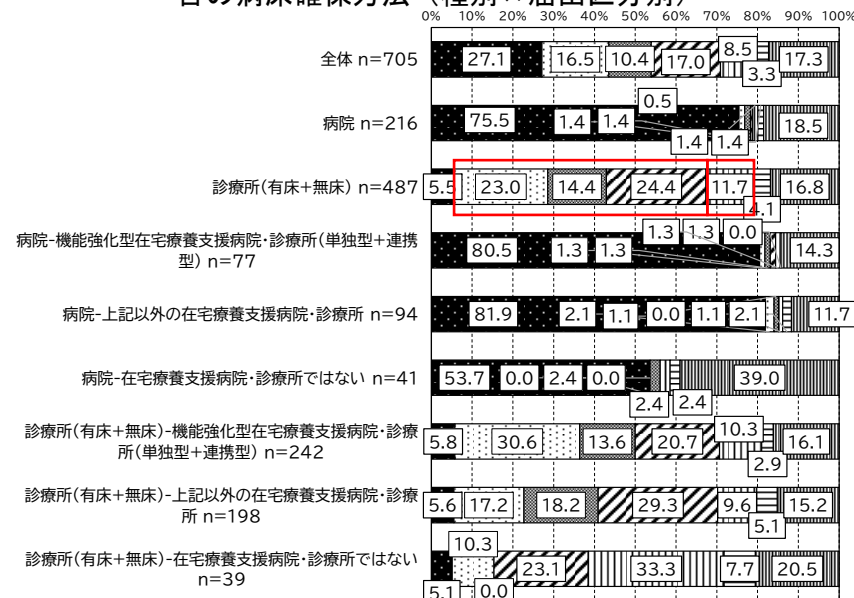


入院が必要になった場合の病床確保方法について

中医協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

- 在宅医療を提供している患者について、入院が必要になった場合の病床確保方法として、診療所の59.8%が平時から連携体制を取っている他の医療機関を地域で確保している一方で、11.7%が基本的に救急搬送を依頼するため特定の医療機関とは連携していなかった。

図表 2-50 在宅医療を提供している患者について、入院が必要になった場合の病床確保方法（種別×届出区分別）



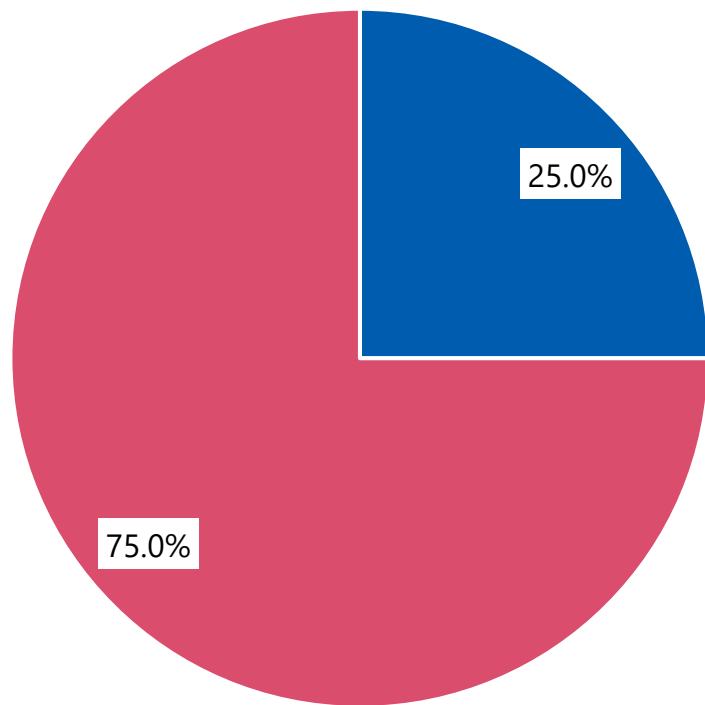
■基本的に自施設で確保している

- ☐ 平時から在宅医療について連携体制を取っている他の医療機関(例:機能強化型在宅療養支援病院(連携型))が入院患者を受け入れることで確保している
- ☒ 平時から入院可能な在宅療養後方支援病院を確保している
- ☒ 入院可能なその他の医療機関を地域で確保している
- ☐ 基本的に救急搬送を依頼するため特定の医療機関とは連携していない
- ☐ その他
- ☐ 無回答

病院における多職種連携システムの活用状況

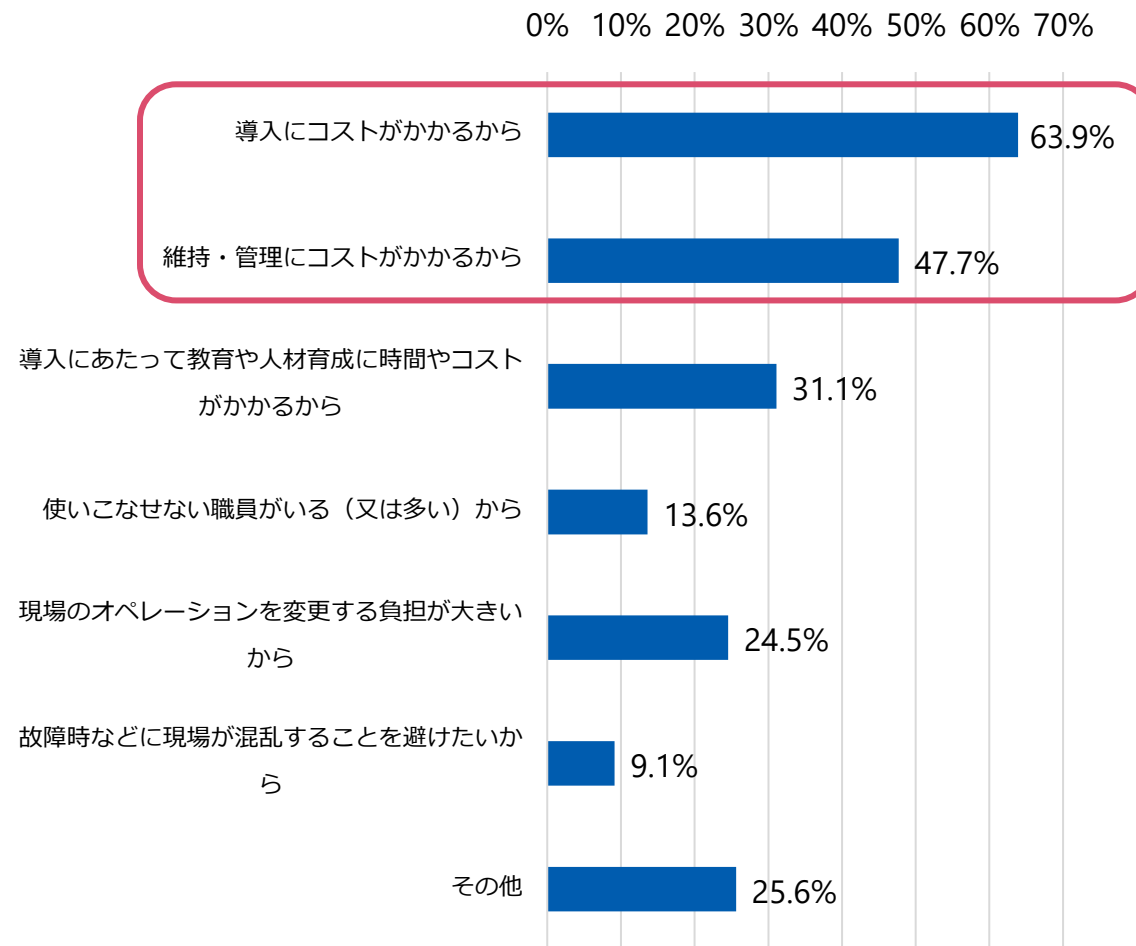
- 病院における多職種連携システム（地域医療情報連携ネットワーク等）を活用している施設は約3割であった。
- 導入していない理由として、導入や維持・管理のコストをあげた施設が5割を超えていた。

在宅医療を提供する施設との情報連携のための
多職種連携システム活用の有無(n=2020)



■ 活用している ■ 活用していない

多職種連携システムを活用していない理由(n=1499)

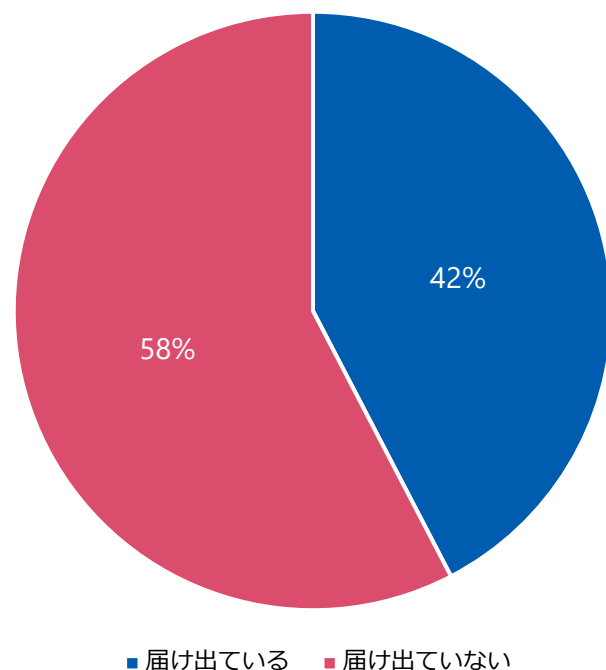


協力対象施設入所者入院加算の届出状況

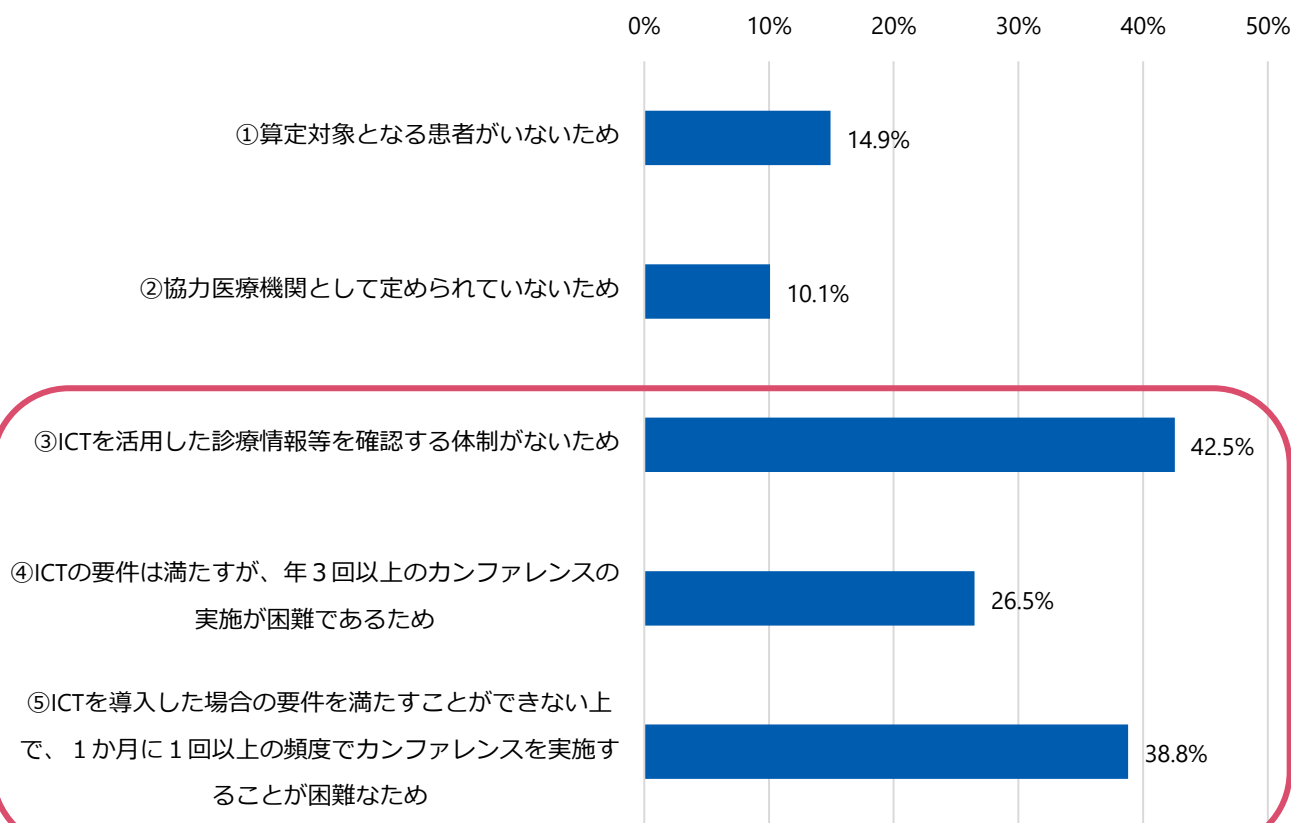
- 算定要件である在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院のいずれかに該当する施設において、協力対象施設入所者入院加算を届け出ているのは約4割であった。
- 届出していない理由として、ICTによる情報共有の体制整備や、カンファレンスの要件が困難と回答した施設が多かった。

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)



精神科入退院支援加算の新設

- 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。
- 精神科措置入院退院支援加算について、精神科入退院支援加算の注加算として統合する。

(新) 精神科入退院支援加算

1,000点（退院時1回）

(新) 注2 精神科措置入院退院支援加算

300点（退院時1回）



〔算定要件〕（概要）

- (1) 原則として入院後7日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。
- (2) 退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- (3) 退院支援計画の作成に当たっては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- (4) 当該患者について、概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

〔施設基準〕（概要）

- (1) 当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に専従の看護師及び専任の精神保健福祉士又は専従の精神保健福祉士及び専任の看護師が配置されていること。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に専任で配置されていること。
- (4) 次のア又はイを満たすこと。
 - ア 以下の（イ）から（ホ）に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い連携する機関の数の合計が10以上であること。ただし、（イ）から（ホ）までのうち少なくとも3つ以上との連携を有していること。
 - （イ）他の保険医療機関
 - （ロ）障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業者
 - （ハ）児童福祉支援法に基づく障害児相談支援事業所等
 - （ニ）介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者
 - （ホ）精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署
 - イ 直近1年間に、地域移行支援を利用し退院した患者又は自立生活援助若しくは地域定着支援の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が5人以上であること。

※精神科措置入院退院支援加算の要件については、現行と同様。

精神科入退院支援加算について

○ 精神科入退院支援加算の届出・算定状況は下記のとおり。

■精神科入退院支援加算の届出・算定状況

算定医療機関数	131
算定件数	1,435
算定回数	1439

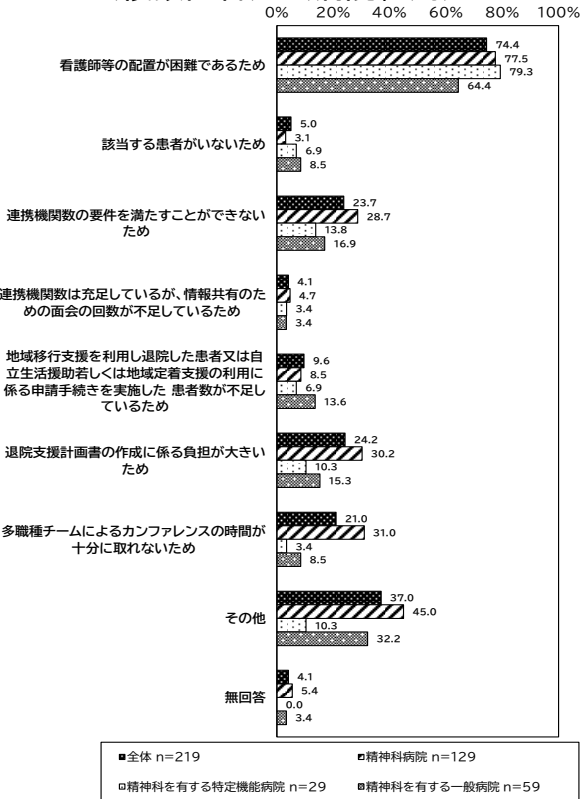
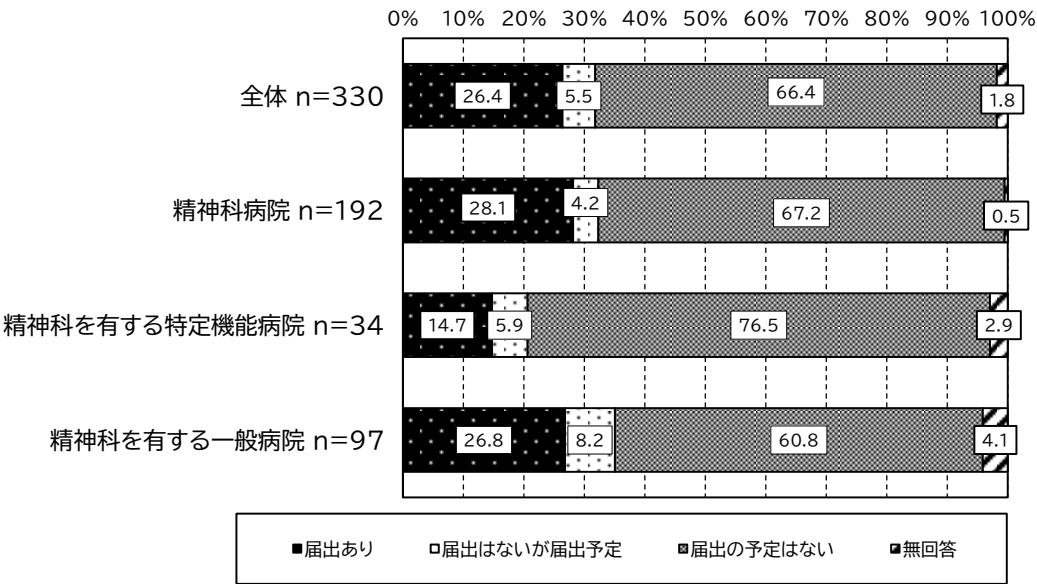
■精神科入退院支援加算について

- 精神科入退院支援加算の算定状況（病院種別）において、330施設のうち、「届出あり」は26.4%、「届出の予定はない」は66.4%であった。
- 精神科入退院支援加算の届出をしていない理由は「看護師等の配置が困難であるため」が最も多く77.4%であった。

出典：令和6年8月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

図表 2-83 精神科入退院支援加算の算定状況（病院種別）

図表 2-85 精神科入退院支援加算の届出をしていない理由（複数回答）（病院種別）



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」

入退院支援部門の専従配置について

○ 病床規模別の入退院支援部門の専従の職員配置（常勤換算）は、下記のとおり。

【看護師】

病床規模別	看護師	中央値	平均値	最大値	最小値	最頻値
	100床未満(n=337)	1.0	1.0	4.5	0.0	1.0
	100床～200床未満(n=587)	1.0	1.5	10.0	0.0	1.0
	200床～300床未満(n=222)	2.0	2.4	10.0	0.0	1.0
	300床～400床未満(n=227)	2.0	3.5	15.0	0.0	1.0
	400床～500床未満(n=127)	3.0	4.7	23.3	0.0	1.0
	500床以上(n=194)	6.2	7.8	30.0	0.0	1.0

【社会福祉士】

病床規模別	社会福祉士	中央値	平均値	最大値	最小値	最頻値
	100床未満(n=354)	1.0	1.4	6.0	0.0	1.0
	100床～200床未満(n=598)	2.0	2.3	9.0	0.0	1.0
	200床～300床未満(n=219)	2.0	2.7	9.0	0.0	1.0
	300床～400床未満(n=223)	3.0	3.2	18.0	0.0	1.0
	400床～500床未満(n=123)	4.0	4.0	14.0	0.0	0.0
	500床以上(n=183)	5.0	5.4	27.0	0.0	0.0

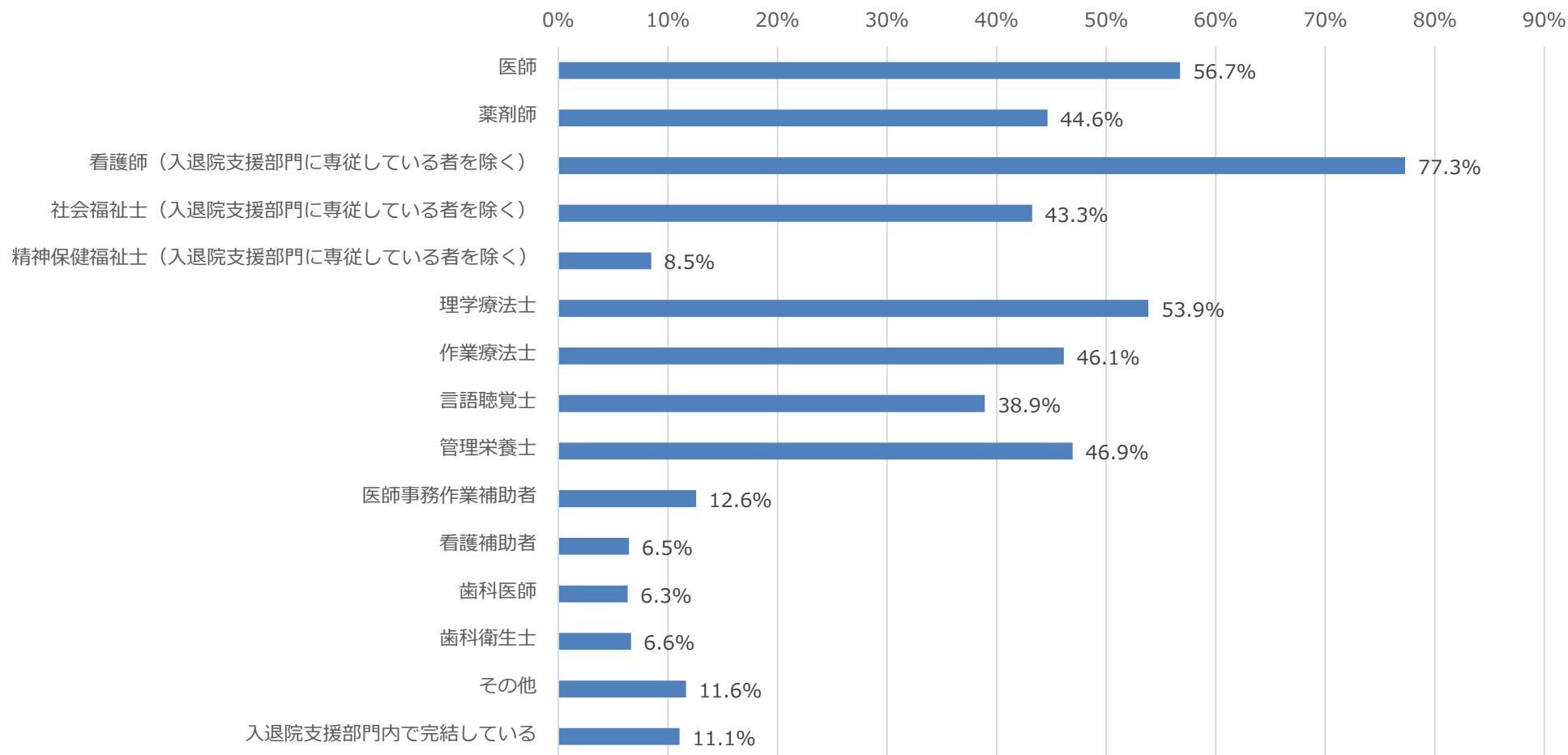
【精神保健福祉士】

病床規模別	精神保健福祉士	中央値	平均値	最大値	最小値	最頻値
	100床未満(n=302)	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0
	100床～200床未満(n=538)	0.0	0.1	5.0	0.0	0.0
	200床～300床未満(n=197)	0.0	0.1	4.0	0.0	0.0
	300床～400床未満(n=208)	0.0	0.3	5.0	0.0	0.0
	400床～500床未満(n=116)	0.0	0.4	9.0	0.0	0.0
	500床以上(n=175)	0.0	1.1	12.7	0.0	0.0

入退院支援に関わっている職種（全入院料）

- 入退院支援部門に専従となっている看護師、社会福祉士、精神保健福祉士以外で入退院支援に関わっている職種は次のとおりであった。

入退院支援に関わっている職種（n=1,734）



地域連携診療計画加算について

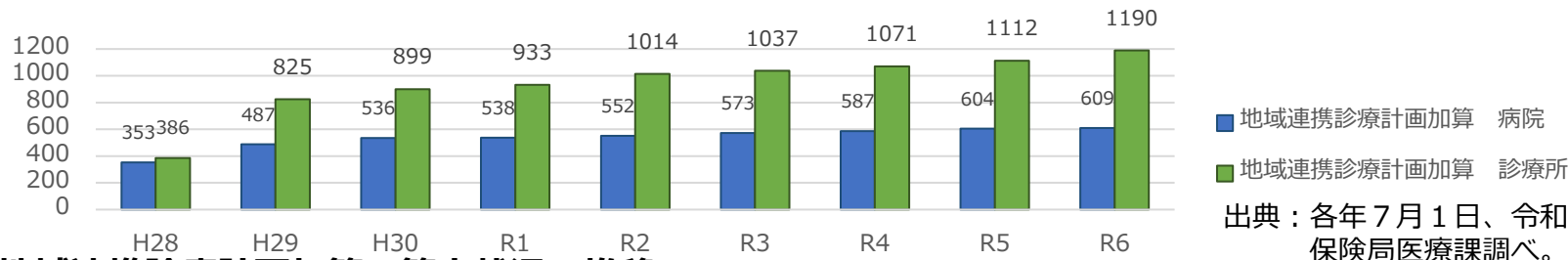
- 地域連携診療計画加算届出施設は微増しており、算定回数はほぼ横ばいである。

地域連携診療計画加算

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

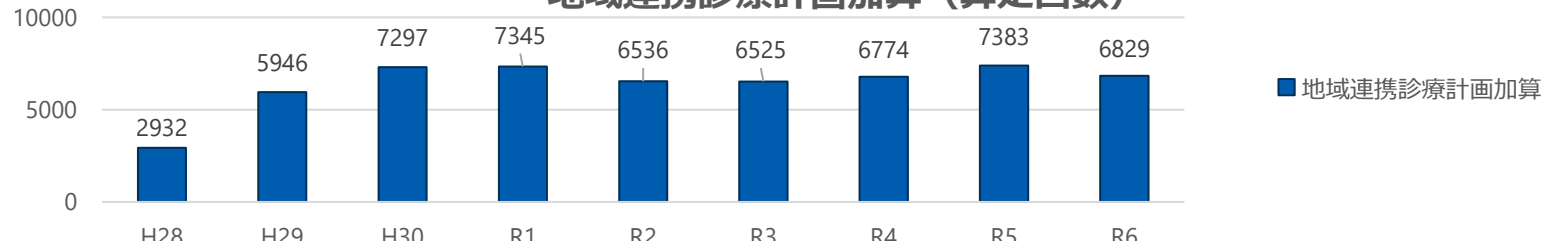
■ 地域連携診療計画加算の届出状況の推移

地域連携診療計画加算届出施設数



■ 地域連携診療計画加算の算定状況の推移

地域連携診療計画加算（算定回数）



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

入退院支援ルールについて①

- 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が情報共有・協働を行うことにより、一体的でスムーズな医療・介護サービスの調整につながり、円滑に進めることが可能となる。

(1) 入退院支援の場面の考え方

<目的>

- 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が情報共有・協働を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。

<考え方のポイント>

- 入退院支援は、「一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする」ことであり、医療機関と介護事業所等の情報共有・協働により、スムーズな入退院支援を行うことが重要である。
- 入退院の際には、入院時、ケアマネジャーから医療機関へ、速やかに患者・利用者の在宅療養状況を共有することで、退院を見据えた入院計画の策定が可能となるなど、スムーズな入退院が可能となることが重要である。さらに、入退院カンファレンスにおいて、例えばケアマネジャーや地域包括支援センターだけではなく、訪問看護・訪問介護担当者等も参加をし、療養にあたっての必要事項や注意事項が共有されることが重要である。

地域における入退院支援ルールของ普及促進について

- 全県統一の入退院支援ルールを策定し、普及促進等を進めている事例がある。

1. 県全域へ入退院支援ルールの普及促進（福井県）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	752,390人 ・ 65歳以上：31.1% 85歳以上：6.0%（令和6年1月1日時点）
面積	4,190.57km ² （令和6年10月時点）
取組開始時点	協議：平成27年度 運用開始：平成28年度
取組に関するホームページ	https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/taiinshien.html
担当部署連絡先	福井県長寿福祉課（メール）choju@pref.fukui.lg.jp

背景課題	● 病院と介護支援専門員の連携ルールは、一部では取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分に活用されていなかった。
取組概要	● 退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、全県統一の入退院支援ルールを策定した。（平成28年4月運用開始）
効果	● 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながった。 ➢ 入院時情報提供の割合：約5割→約7割 ➢ 退院時に介護支援専門員に情報提供を行っている割合：約8割→約9割 ● 協議を重ねることで、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなった。 ● ルール活用により入退院にかかる診療報酬・介護報酬上の評価・加算につながった。

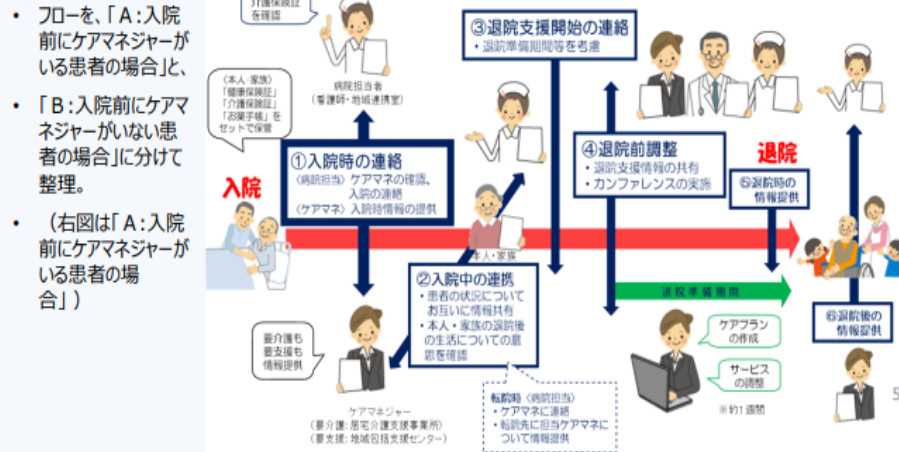
主な取組内容

■ 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取りまとめを実施。その中で、市町や医療圏をまたぐ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。



I クライアントに対する倫理責任

1. クライアントとの関係

- 1-1 医療ソーシャルワーカーは、クライアント・ワーカー専門的援助関係を築き、その関係を自らの利益のために利用しない。
- 1-2 医療ソーシャルワーカーは、専門職として、クライアントと社会通念上不適切と見なされる関係を持たない。
- 1-3 医療ソーシャルワーカーは、自分の個人的・宗教的・政治的な動機や利益のために、専門的援助関係を利用しない。
- 1-4 医療ソーシャルワーカーは、専門家としての公平な判断に支障を及ぼすクライアントとの利害を回避するよう努める。利害の対立が避けられない場合は、クライアントにその内容を説明し専門的援助関係を終了することもある。この場合、クライアントの最善の利益に配慮し、新たな専門的援助関係の構築を支援する。
- 1-5 医療ソーシャルワーカーは、クライアントと利益相反関係になることが避けられないときは、クライアントにその事実を示し、専門的援助関係を終了する。その場合は、クライアントを守る手段を講じ、新たな専門的援助関係の構築を支援する。
- 1-6 医療ソーシャルワーカーは、クライアントから専門職としての支援に対して正規の報酬以外に物品や金銭を受けとらない。

面会制限に伴う影響

- 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

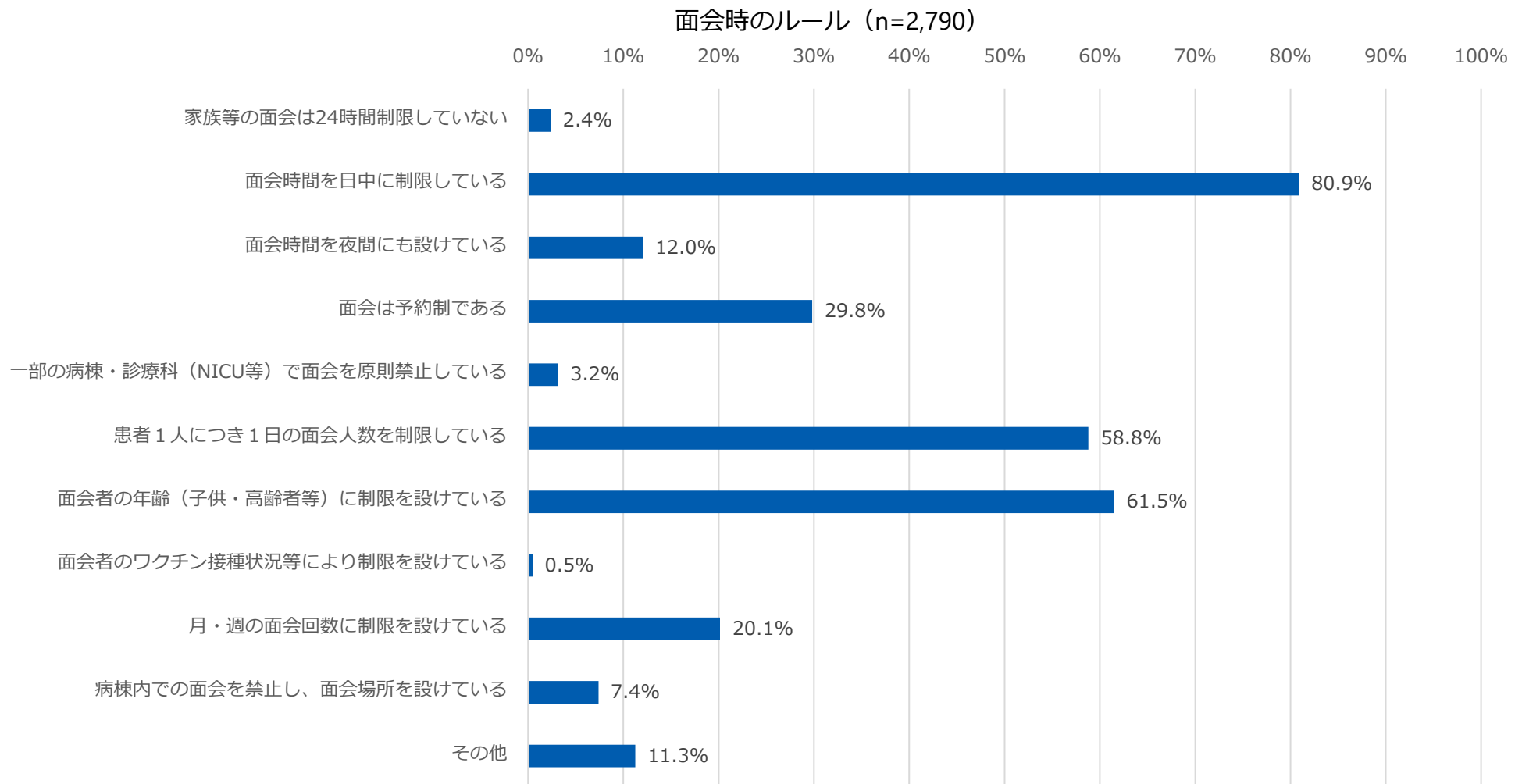
- 《限られた接触の機会に家族と効率的にコミュニケーションをとる工夫をする》
- 《家族へ意識的に目を向け、働きかける》
- 《患者と家族が双方のことを思い浮かべるような関わりをする》



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。

面会時のルールについて

- 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。



0. 調査概要

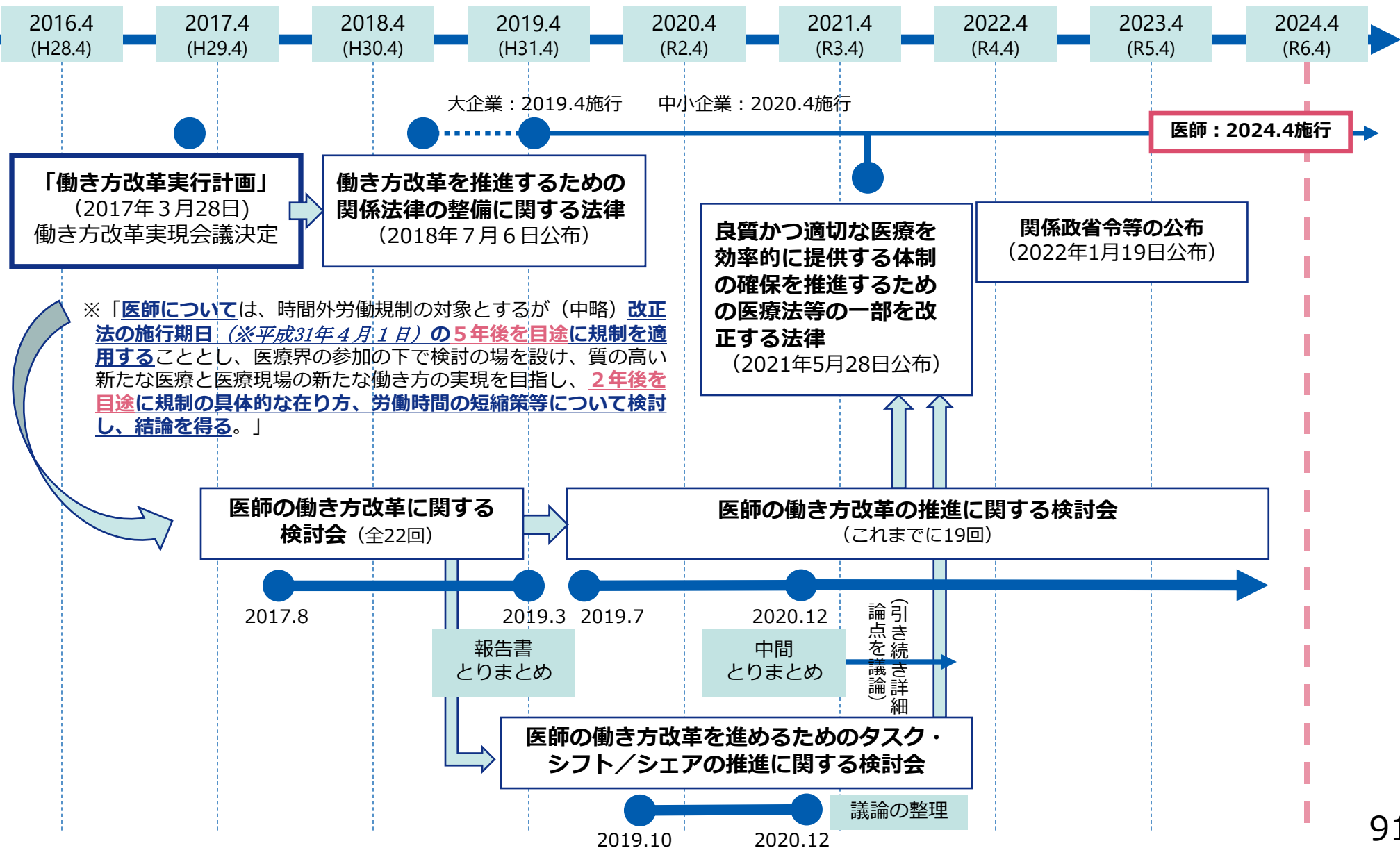
1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
- 10. 働き方・タスクシフト／シェアについて**
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 賃上げ・処遇改善について
16. 人口・医療資源の少ない地域における対応
17. 個別的事項について

医師の働き方改革の議論の進捗

第3回医師等医療機関職員の働き方改革推進本部

資料 1

令和 6 年 1 月 1 9 日



医師に対する時間外・休日労働の上限規制と健康確保措置の適用
(2024年4月～)

第3回医師等医療機関職員の働き方改革推進本部

令和6年1月19日

資料1

現 状	病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働
【医師の長時間労働】	特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い
【労務管理が不十分】	客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在
【業務が医師に集中】	患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

医療機関内での医師の働き方改革の推進	
適切な労務管理の推進	<行政による支援> - 医療勤務環境改善支援センターを通じた支援 - 経営層の意識改革（講習会等） - 医師への周知啓発等
タスク・シフト/シェアの推進	
複数主治医制の導入	
女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方の推進	

2024年4月以降の制度概要

2024年4月以降の制度概要

水準		長時間労働が必要な理由	年の上限時間	追加的健康確保措置	
				面接指導	休息時間の確保
一般則		—	(原則) 360時間 (例外) 720時間	—	—
勤務医の 上限規制	A水準	(臨時的に長時間労働が必要な場合の原則的な水準)	960時間	義務	努力義務
	連携B水準	地域医療の確保のため、派遣先の労働時間を通算すると長時間労働となるため	1,860時間 (各院では960時間)		義務
	B水準	地域医療の確保のため	1,860時間		
	C-1水準	臨床研修・専攻医の研修のため	1,860時間		
	C-2水準	高度な技能の修得のため			

医師の健康確保 <面接指導> 健康状態について、研修を受けた医師がチェック
<休息時間の確保> 勤務間インターバル規制と代償休息の確保

特定労務管理対象機関の指定の状況

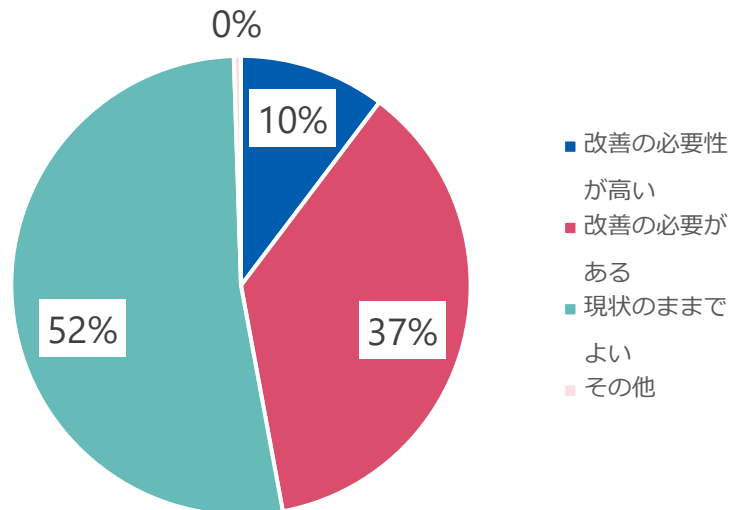
- 令和6年12月時点で、全国の特定労務管理対象機関数は460であり、そのうちB水準の指定が417と最も多かった。

水準	長時間労働が必要な理由	年の上限時間	特定労務管理 対象機関数 (460)
A水準	(臨時的に長時間労働が必要な場合の原則的な水準)	960時間	—
連携 B 水準	地域医療の確保のため、派遣先の労働時間を通算すると長時間労働となるため	1,860時間 (各院では960時間)	120
B 水準	地域医療の確保のため	1,860時間	417
C - 1 水準	臨床研修・専攻医の研修のため	1,860時間	133
C - 2 水準	高度な技能の修得のため	1,860時間	12

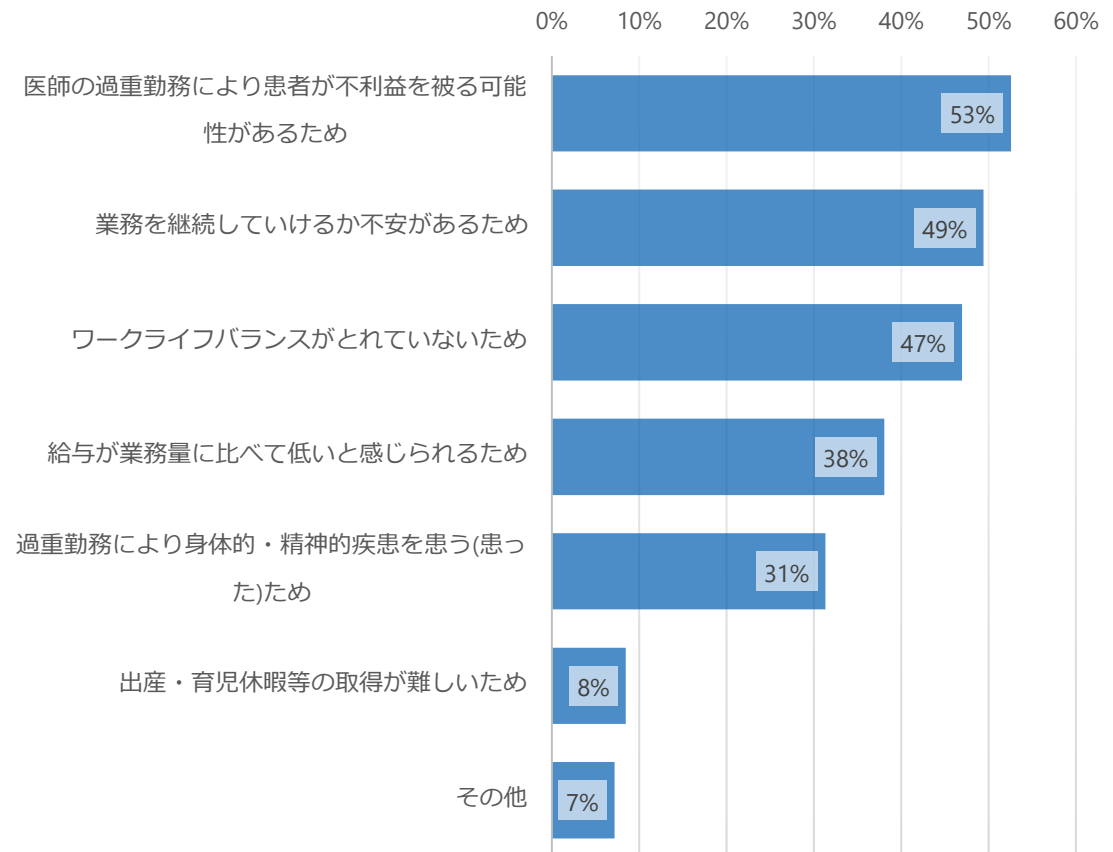
医師の勤務状況の改善の必要性

- 現在の勤務状況について、「改善の必要性が高い」、または「改善の必要がある」と回答した医師は47%であった。
- 「改善の必要性が高い」、又は「改善の必要がある」を選択した理由は、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」が53%、「業務を継続していけるか不安があるため」が49%、「ワークライフバランスがとれていないため」が47%であった。

現在の勤務状況(n=4010) (令和6年
11月1日時点)



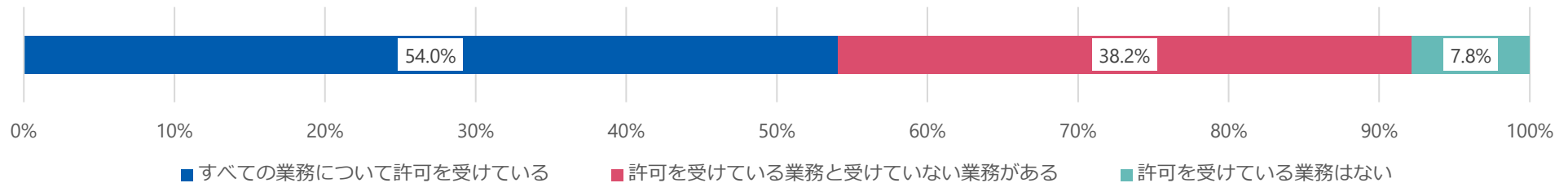
「改善の必要性が高い」又は「改善の必要がある」を選択した理由(N=1878)



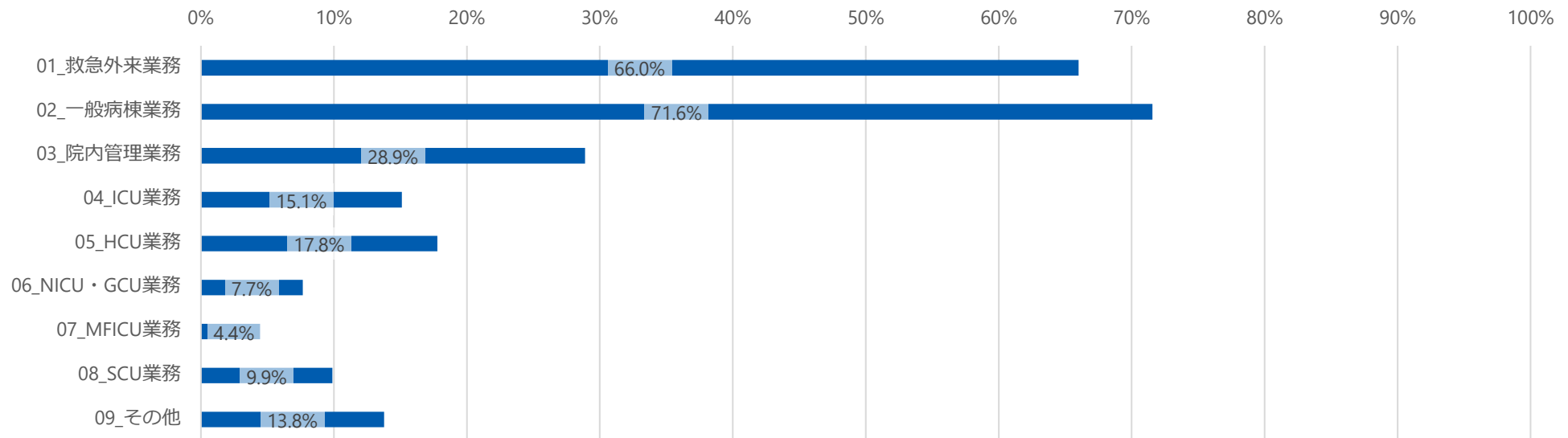
宿日直許可の取得状況について

- 宿日直許可について、「すべての業務について許可を受けている」と回答した医療機関が54%、「許可を受けている業務と受けていない業務がある」と回答した医療機関は38%であった。
- 病棟業務別に見た宿日直許可の取得状況としては、一般病棟業務が72%、救急外来業務が66%であった。

夜間医師が従事する業務に係る労働基準監督署の宿日直許可について（n=996）



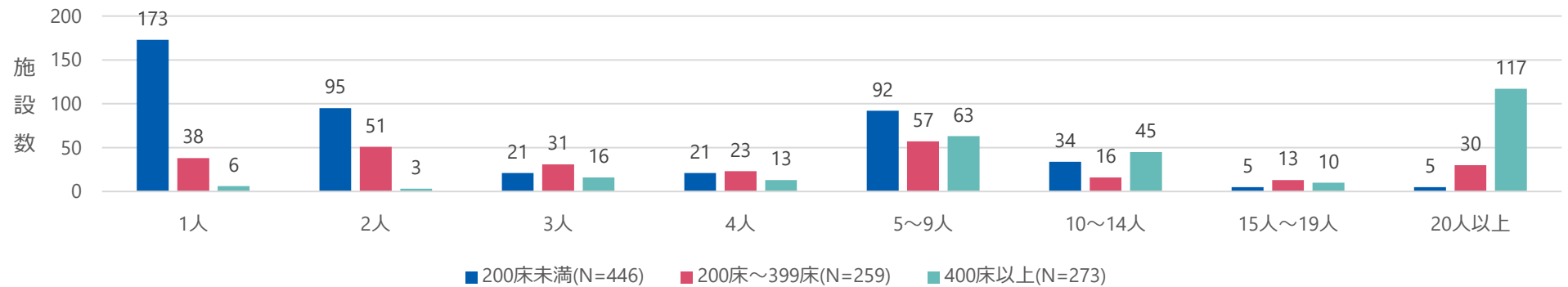
宿日直許可を受けている業務(n=900)



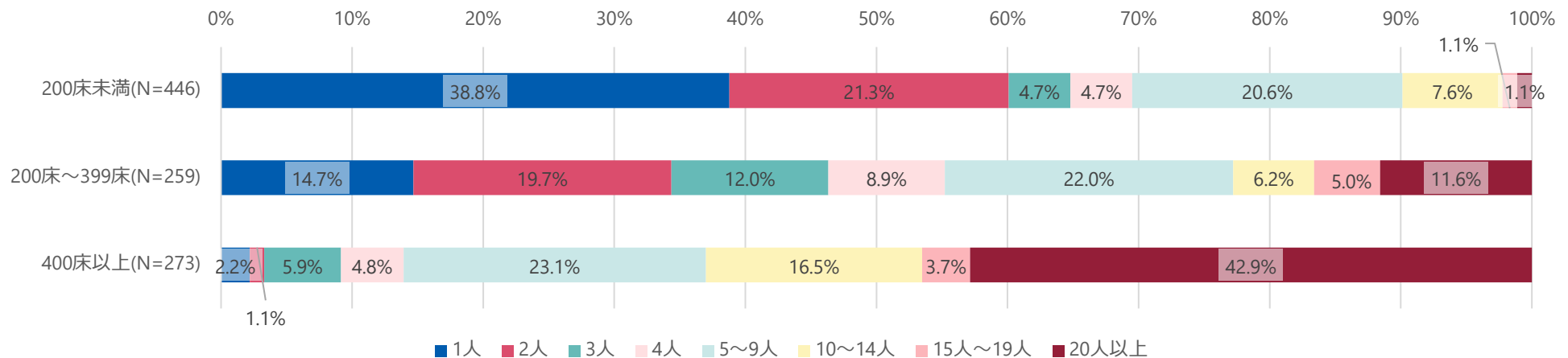
病床規模別に見た平日夜間の勤務体制

○平日夜間の勤務体制について、病床規模が大きい程、当直人数も多くなり、200床未満の医療機関では当直人数1人が39%であるのに対し、400床以上の医療機関では当直人数1人は2%と少なく、5人以上が86%であった。

病床数毎の平日夜間当直の人数分布 (n=978)



病床数毎の平日夜間当直の人数分布



勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

(地域医療介護総合確保基金 事業区分Ⅵ)

令和7年度予算額：95億円（公費143億円）
（令和6年度予算額：95億円（公費143億円））
※地域医療介護総合確保基金（医療分）909億円の内数

I 地域医療勤務環境改善 体制整備事業

II 地域医療勤務環境改善 体制整備特別事業

Ⅲ 勤務環境改善 医師派遣等推進事業

労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成を行う事業
※下線部はR6年度における主な変更箇所

教育研修体制を有する医療機関への勤務環境改善支援を行う事業
【令和6年度新規事業】

長時間労働医療機関へ医師派遣支援を行う事業
【令和6年度新規事業】

対象医療機関

年通算の時間外・休日労働時間が720時間以上の医師がおり、
以下に該当する地域医療に特別な役割がある医療機関

対象医療機関

① 医師派遣受入医療機関

地域医療に特別な役割を担う医療機関であって、
年通算の時間外・休日労働時間が720時間を超える医師のいる医療機関

かつ

以下のいずれかを満たす医療機関を支援

救急用の自動車または救急医療用ヘリコプターによる搬送件数年間2,000件未満であって地域医療に特別な役割を担う医療機関



- 救急搬送件数1,000件以上2,000件未満
- 救急搬送件数1,000未満であって夜間・休日・時間外入院件数 年500件以上
- 5疾病6事業で重要な医療を提供している場合 等

一般病床の許可病床100床あたりの常勤換算医師数が40人以上かつ常勤換算医師数が40人以上の医療機関であって、基幹型臨床研修病院又は基本19領域のいずれかの領域における専門研修基幹施設である医療機関

基幹型臨床研修病院かつ基本19領域のうち10以上の領域において専門研修基幹施設である医療機関

※地域医療体制確保加算を取得している場合は対象とする。



※地域医療体制確保加算を取得している場合は対象としない。

補助経費

医師の労働時間短縮の取組として、「医師労働時間短縮計画」に基づく取組を総合的に実施する事業の経費

※ タスク・シフト/シェアにかかる経費、複数主治医制の導入経費、追加的健康確保措置や労働時間短縮に資する機器購入経費、これらに類する医師の労働時間短縮に向けた取組 等

補助単価

- 1床当たりの標準単価：133千円
- 「更なる労働時間短縮の取組※」を実施する医療機関は、1床当たりの標準単価を最大266千円まで可とする。
 - ※「更なる労働時間短縮の取組」（令和8年度までは以下の取組）
 - 大学病院改革ガイドラインに基づき、大学改革プランを策定した場合
 - 年度ごとに定めた時間外・休日労働時間時間の基準を超過する36協定を締結していない場合 等

② 医師派遣医療機関

①の医師派遣受入医療機関に医師を派遣する医療機関



※地域医療体制確保加算を取得している場合は対象とする。
※同一法人間の医師派遣は除く

補助経費

- 医師派遣に係る逸失利益補填
- 医師派遣を目的とした寄附講座 等

補助単価

標準事業例通知における標準事業例26及び医師派遣推進事業の標準単価に準じて、都道府県において定める額

※派遣医師1人当たり1,250千円×派遣月数 等

※事業I、IIにおいて支援を受ける医療機関および事業Ⅲにおいて医師派遣を受ける医療機関は「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、医師労働時間短縮計画を作成し、労働時間短縮に向けた取組を行う医療機関である。
※ I、II、Ⅲのいずれにおいても、区分Ⅵの他の事業の補助を実施している場合であっても対象とする。

地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

- 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。



[算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する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保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上である(※1)こと。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」(※2)の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

※1 診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)を対象として、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。

- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用

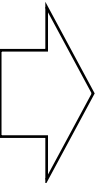


地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

- 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

現行	
【地域医療体制確保加算】	
地域医療体制確保加算	520点
[施設基準] 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。	
救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。	



改定後	
【地域医療体制確保加算】	
地域医療体制確保加算	<u>620点</u>
[施設基準] <u>「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。</u>	
<u>以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。</u>	
<u>ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。</u>	
<u>イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u>	
<u>ウ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。</u>	

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療確保加算の要件の見直し

- 地域医療体制確保加算の施設基準に、医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加する。

改定後

【地域医療体制確保加算】

[施設基準]

- 医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下、この項において、「対象医師」という。）の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。ただし、1年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を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方法で公開した場合は、その限りでないこと。
 - ア 令和6年度においては、1,785時間以下
 - イ 令和7年度においては、1,710時間以下

地域医療体制確保加算の算定状況

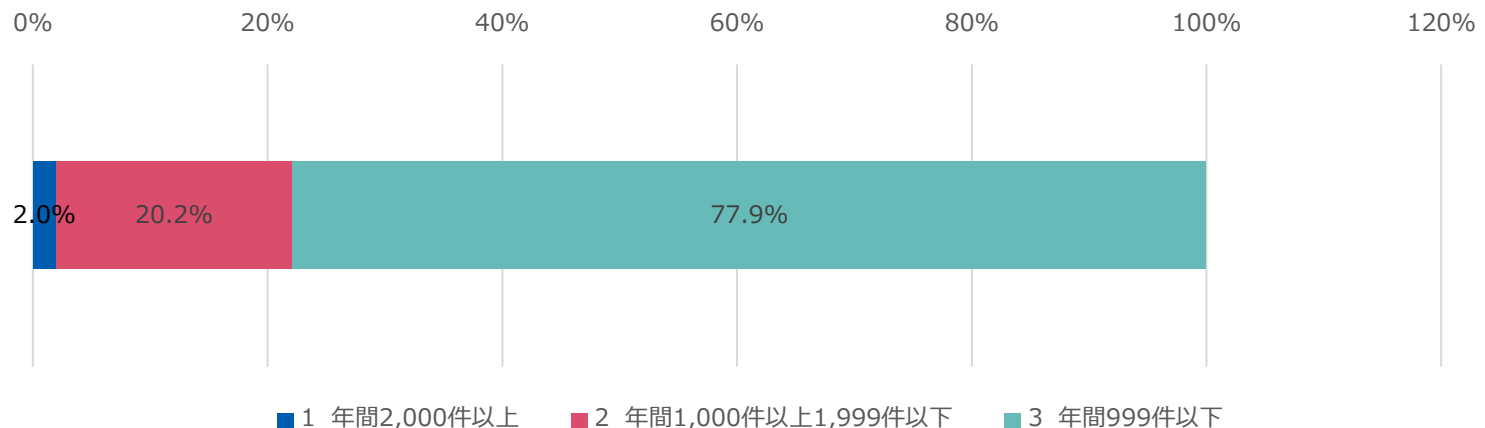
- 令和6年度入院・外来等における実態調査において、急性期病院を対象とした質問に回答した病院のうち、地域医療体制確保加算を届け出ていた病院は48%であった。
- 地域医療体制確保加算を届け出ていない病院の98%は、救急用自動車・救急医療用ヘリによる搬送受入件数が年間2000件未満であった。

■ 地域医療体制確保加算の届出有無 (n=1115)

	医療機関数	割合
1_届出:無	582	52.2%
2_届出:有	533	47.8%

届出：無

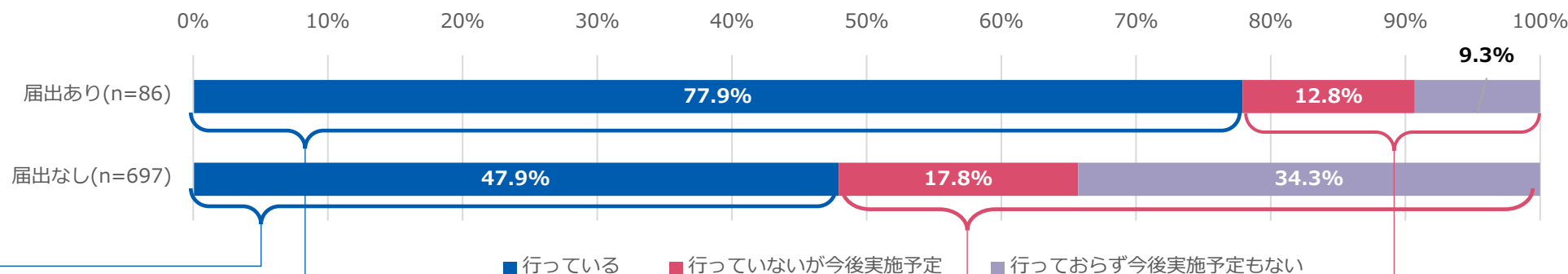
■ 救急用自動車・救急医療用ヘリによる搬送受け入れ件数(n=511)



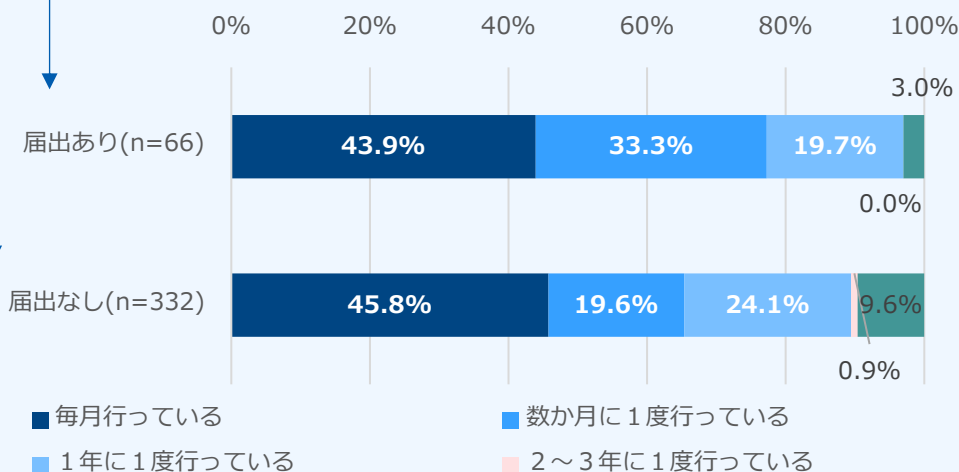
地域医療体制確保加算と勤務環境の現状把握状況等について

- 地域医療体制確保加算を届出ている病院では、勤務環境の現状把握・分析の実施を行っている病院が78%であり、届出のない病院の48%と比較して高かった。
- 現状把握・分析を行っていない病院において、地域医療体制確保加算を届出ている病院では、勤務環境の取組に関する計画を策定している割合が、届出のない病院と比較して高かった。

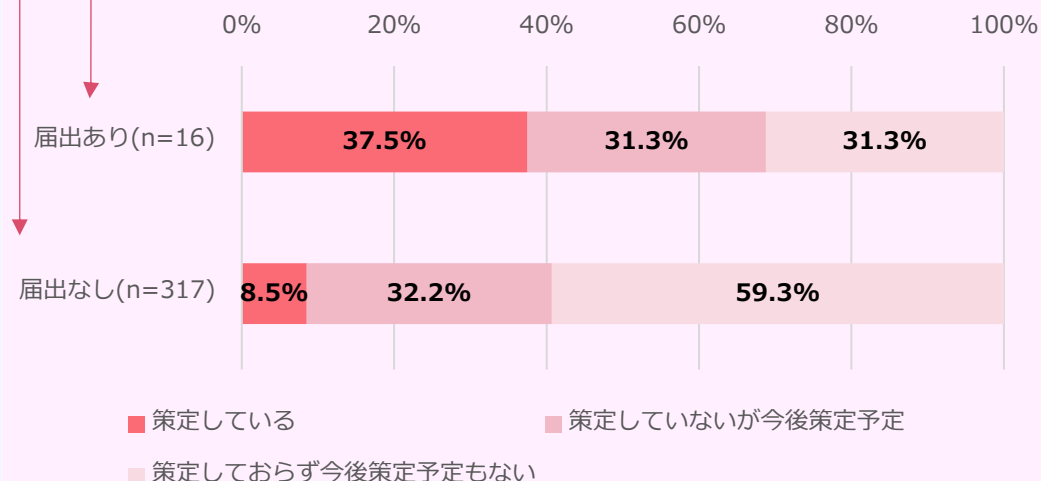
勤務環境の現状に関する実態把握や分析の実施状況について(N=783)



実態把握や分析の頻度について(N=398)



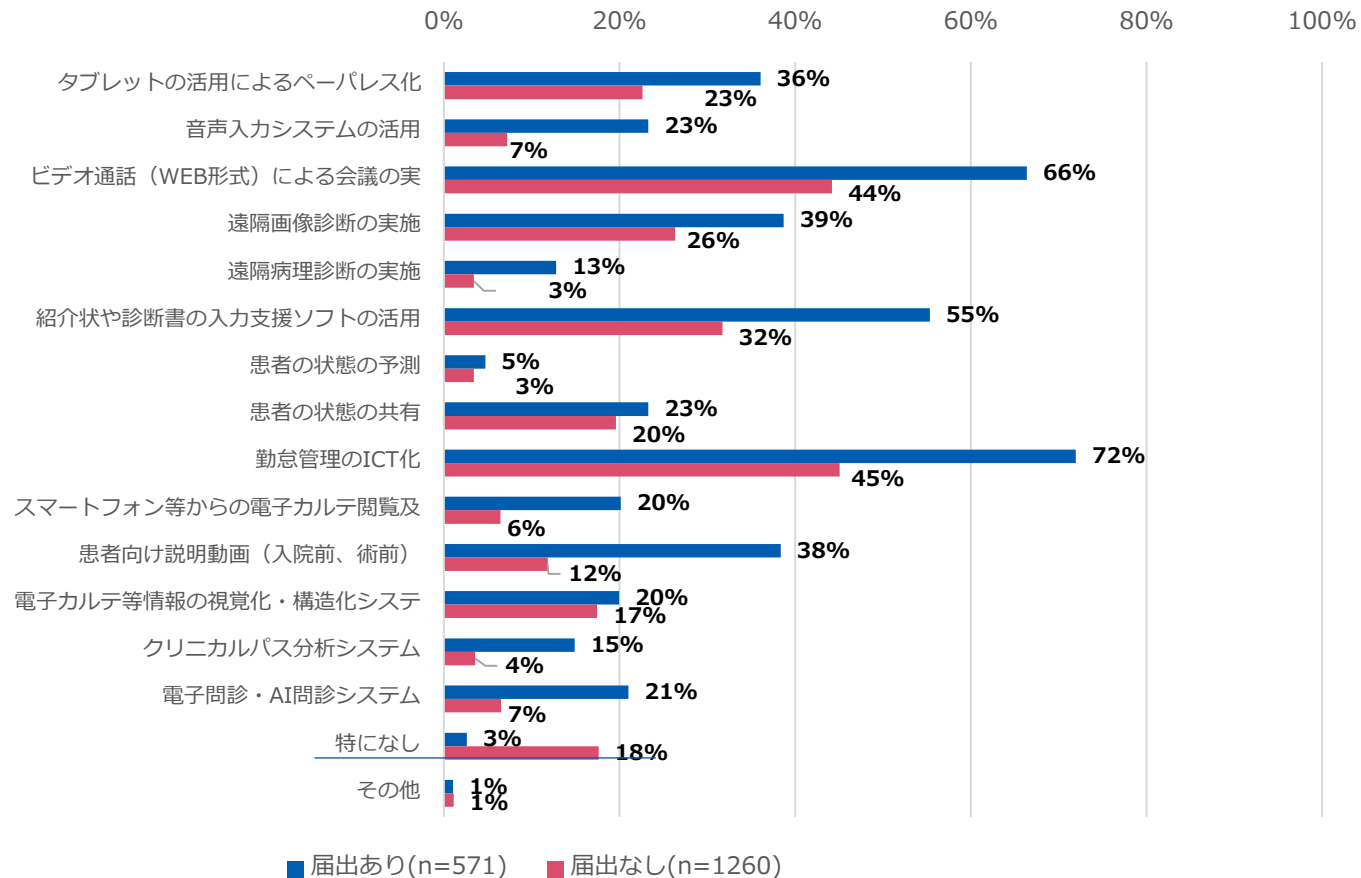
勤務環境改善の取組に関する計画の策定について(N=333)



ICTを活用した業務の見直し・省力化について

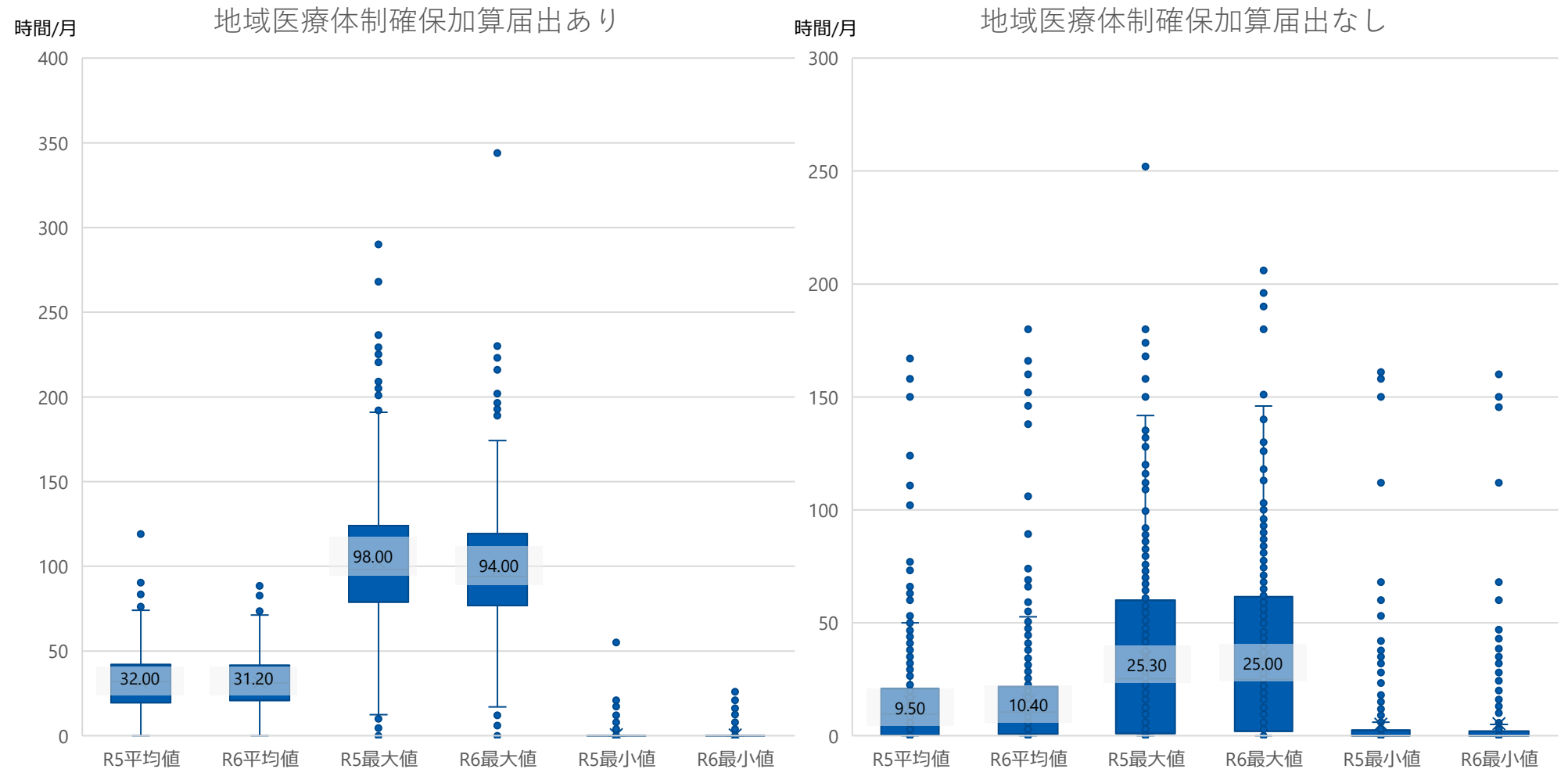
- ICTを活用した業務見直し内容として、「勤怠管理のICT化」、「ビデオ通話による会議の実施」、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」が多く、また、地域医療体制確保を届出ている病院の方がいずれの取組についても実施している割合が高かった。

貴施設におけるICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について(N=1,831)



医師の月あたり休日・時間外労働時間の状況

- 急性期病院において、地域医療体制確保加算を届け出ている病院では、届出のない病院と比較して、月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が長い傾向にある。
- 地域医療体制確保加算を届け出ている病院では、令和5年度と比較して、令和6年度では月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が減少傾向にあった。



医師事務作業補助体制加算の見直し

医師事務作業補助体制加算の要件の見直し

- 医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算1の要件に、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましいことを追加する。

改定後

【医師事務作業補助体制加算1】
[施設基準]

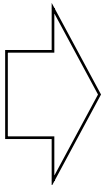
- 当該保険医療機関において、3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。

医師事務作業補助体制加算の評価の見直し

- 医師事務作業補助体制加算の評価を見直す。

現行

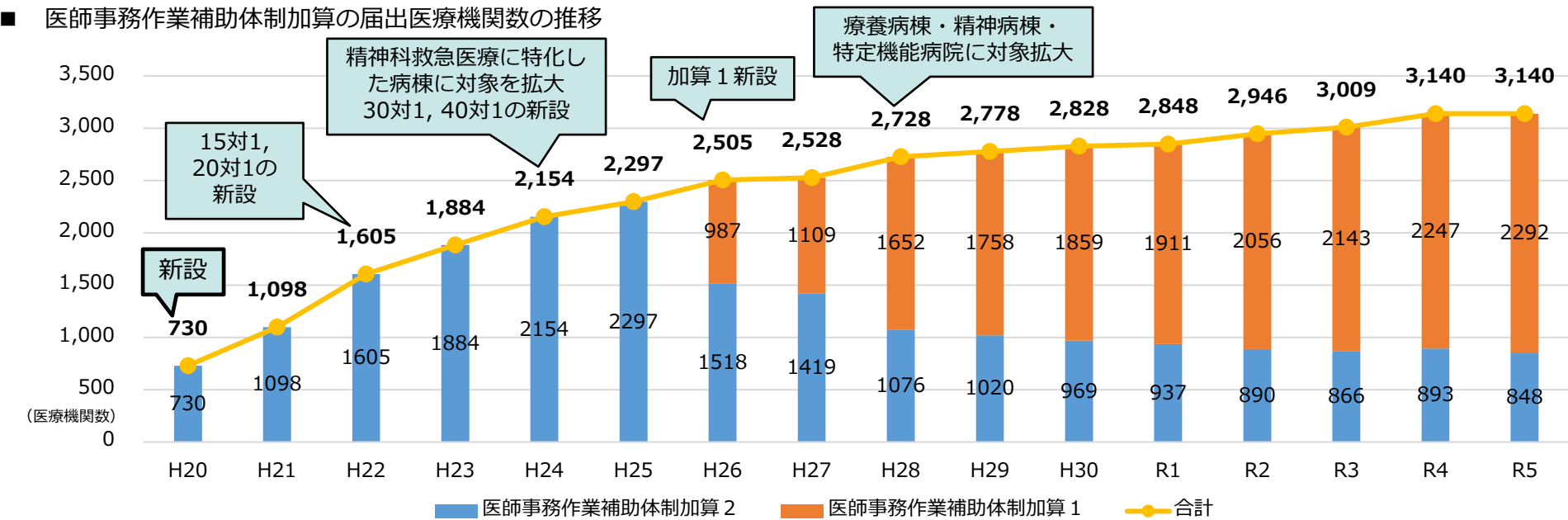
配置	加算1	加算2
15対1	<u>1,050点</u>	<u>975点</u>
20対1	<u>835点</u>	<u>770点</u>
25対1	<u>705点</u>	<u>645点</u>
30対1	<u>610点</u>	<u>560点</u>
40対1	<u>510点</u>	<u>475点</u>
50対1	<u>430点</u>	<u>395点</u>
75対1	<u>350点</u>	<u>315点</u>
100対1	<u>300点</u>	<u>260点</u>



改定後

配置	加算1	加算2
15対1	<u>1,070点</u>	<u>995点</u>
20対1	<u>855点</u>	<u>790点</u>
25対1	<u>725点</u>	<u>665点</u>
30対1	<u>630点</u>	<u>580点</u>
40対1	<u>530点</u>	<u>495点</u>
50対1	<u>450点</u>	<u>415点</u>
75対1	<u>370点</u>	<u>335点</u>
100対1	<u>320点</u>	<u>280点</u>

医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等の評価である医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数は増加傾向である（令和4年から令和5年は横ばい）。



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日）

医師事務作業補助体制加算（平成20年度改定において新設）

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む（※）ことが要件となっている。

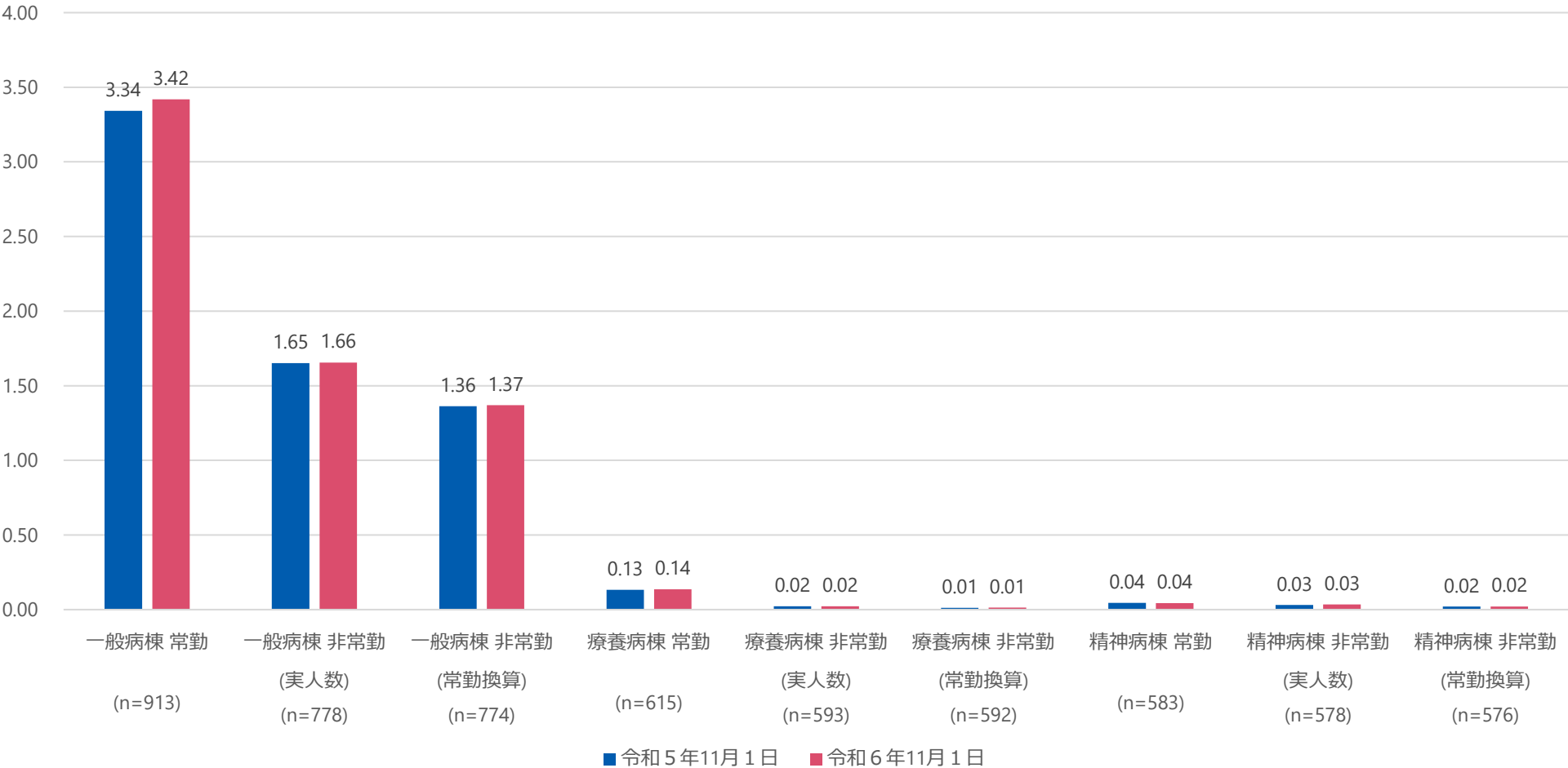
- ※ ①（必須）及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上
- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（必須）
 - ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
 - ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
 - ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
 - ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
 - ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
 - ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

配置	加算1	加算2
15対1	1,070点	995点
20対1	855点	790点
25対1	725点	665点
30対1	630点	580点
40対1	530点	495点
50対1	450点	415点
75対1	370点	335点
100対1	320点	280点

医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関の病棟における医師事務作業補助者の配置

○ 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、各病棟ごとの医師事務作業補助者の職員数の平均は、令和6年11月時点で、令和5年11月時点より多い傾向が見られた。

各病棟ごとの医師事務作業補助者の職員数の平均

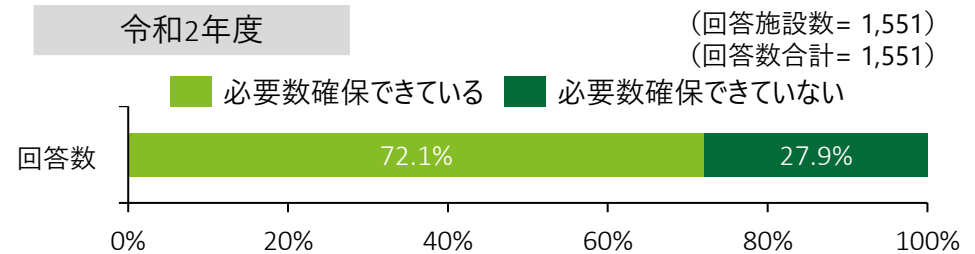
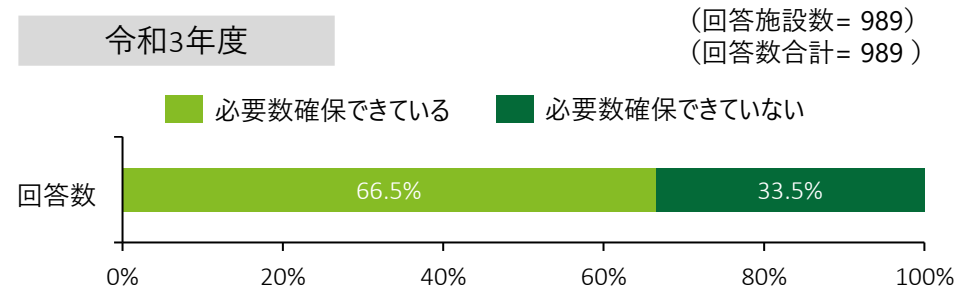
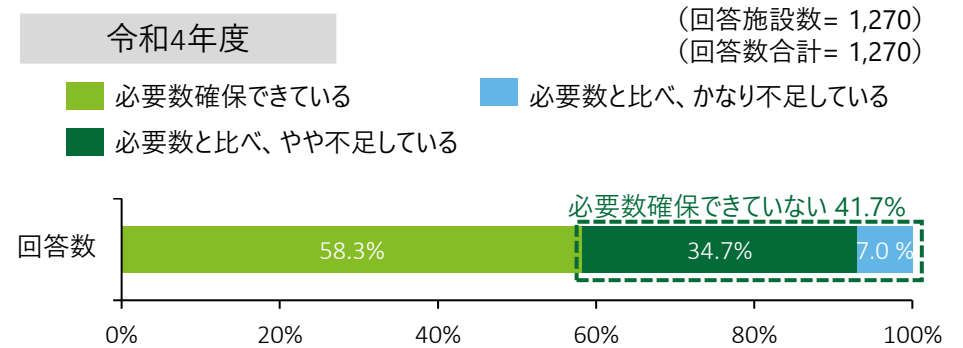
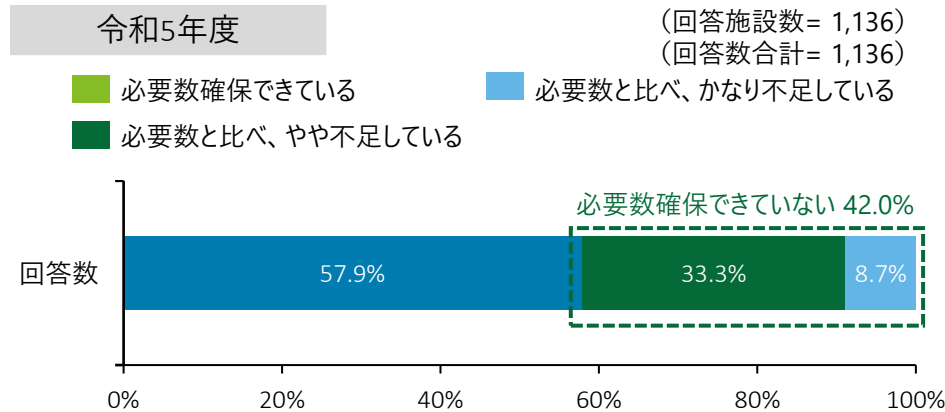
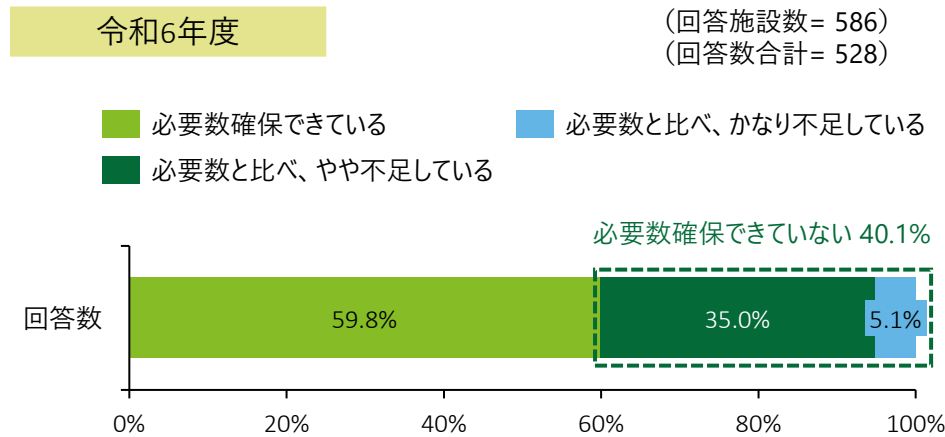


医師事務作業補助体制加算届出病院における医師事務作業補助者の定着状況

○医師事務作業補助体制加算を届け出ている医療機関に対して、令和6年11～12月にかけて実施したアンケート調査において、約40%の対象医療機関で、医師事務作業補助者の必要数が確保できていないとの回答であった。

医師事務作業補助者の確保・定着状況（全体）＊

Q21.医師事務作業補助者の確保状況についてお聞かせください。



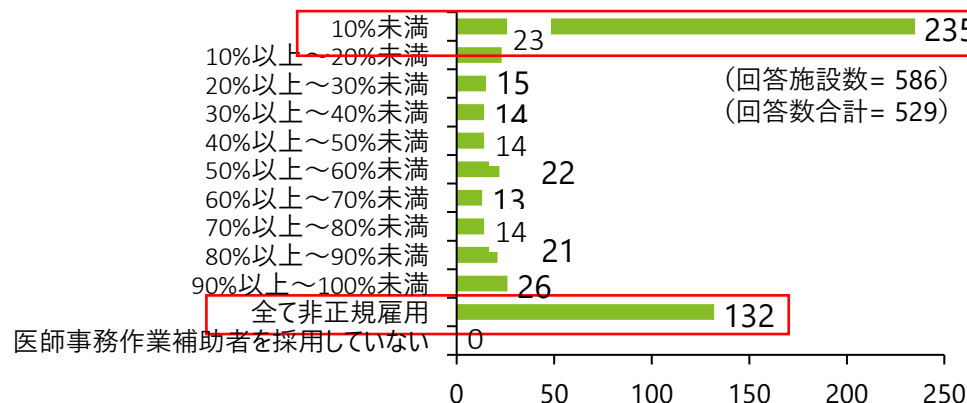
医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における医師事務作業補助者の正規雇用割合

- 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、非正規雇用が10%未満である医療機関が約44%である一方、全て非正規雇用である医療機関が25%あった。

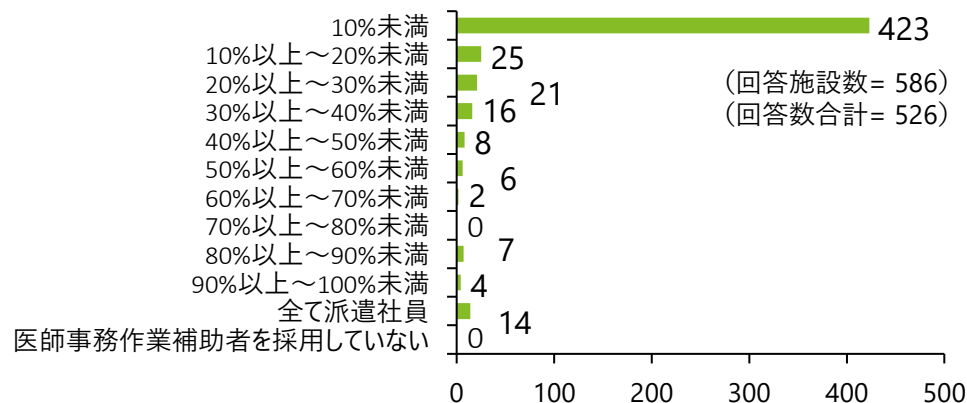
医師事務作業補助者の確保・定着状況（全体）＊

令和6年度

Q22.医師事務作業補助者のうち、非正規雇用の割合をお聞かせください。

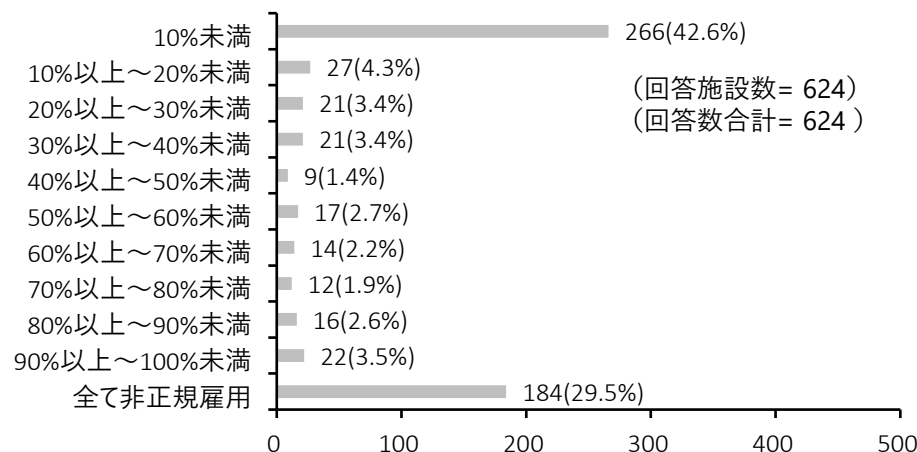


Q23.医師事務作業補助者のうち、調査時点の派遣職員（紹介予定派遣も含む）の割合をお聞かせください。



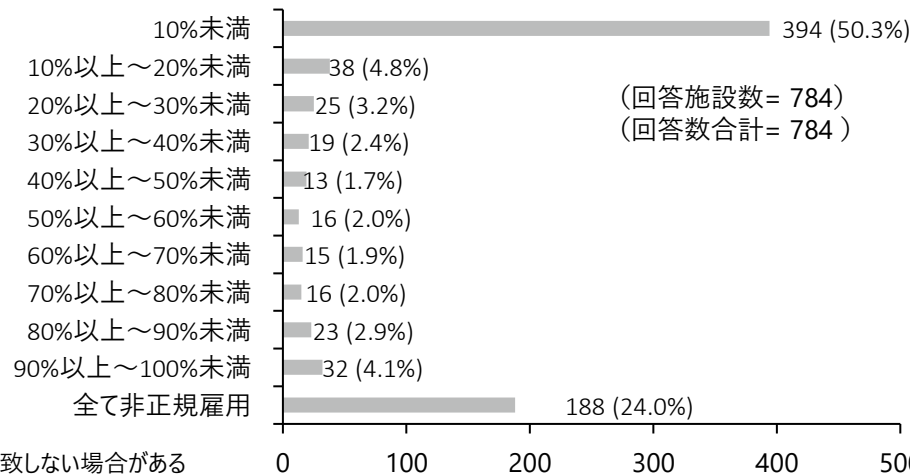
令和5年度

※非正規雇用割合



令和4年度

※非正規雇用割合



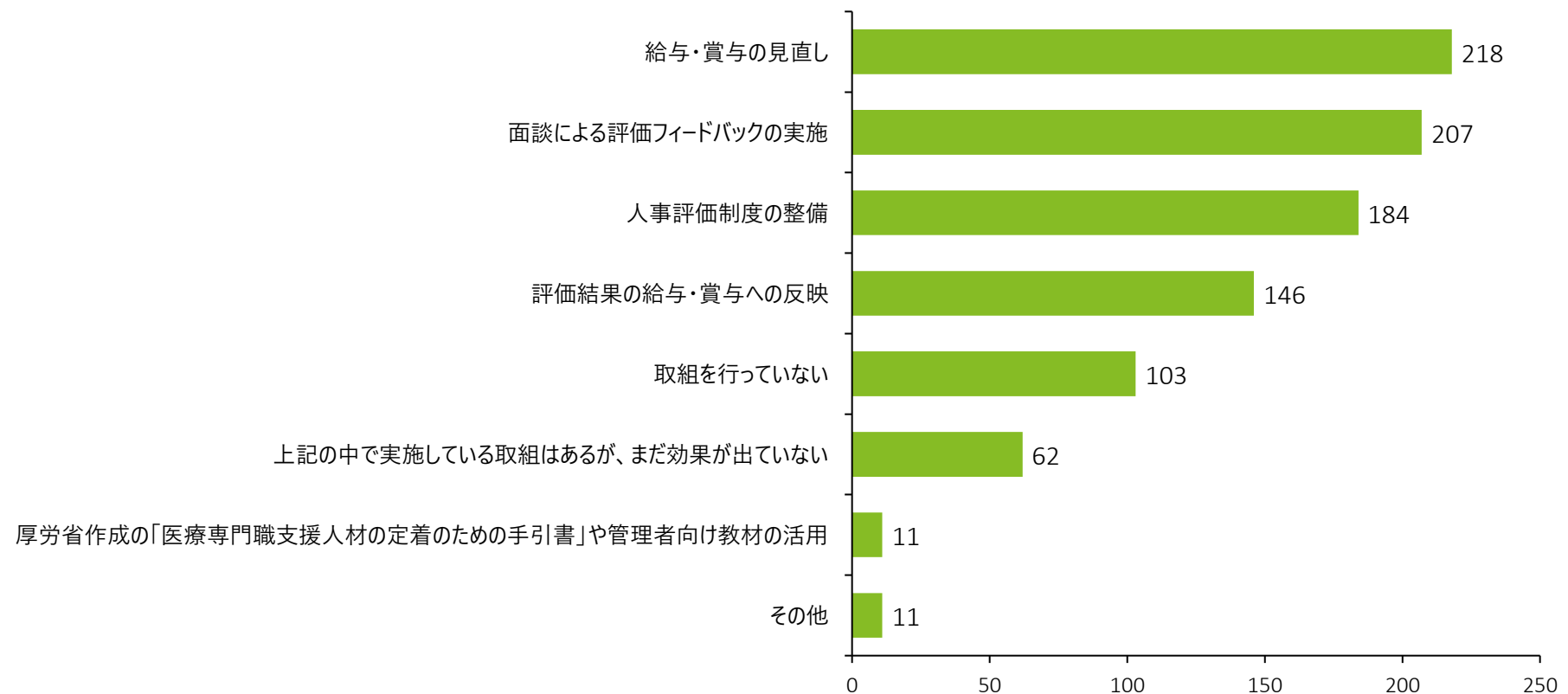
令和6年度アンケート調査結果報告書 ＊小数第二位を四捨五入しているため、合計割合が一致しない場合がある

- 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、医師事務作業補助者の定着に向けた取組のうち、評価・報酬に関して効果がある取組として、「給与・賞与の見直し」「面談による評価フィードバックの実施」「人事評価制度の整備」が多かった。

医師事務作業補助者の評価・報酬（全体）

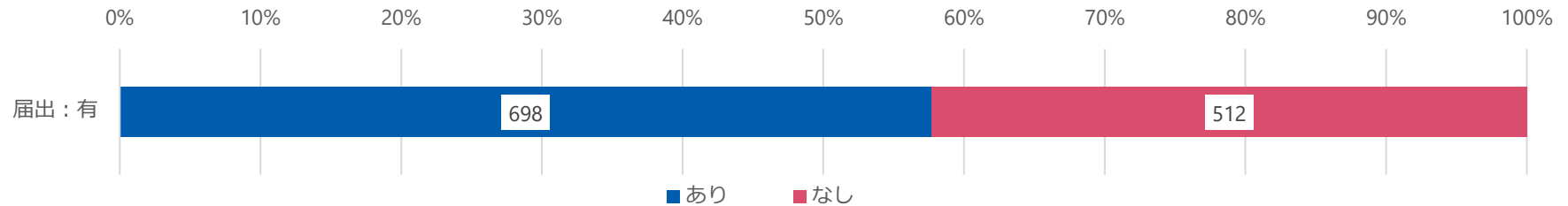
（回答数合計＝ 586）

Q33.医師事務作業補助者の定着に向けた取組のうち、評価・報酬に関して、効果がある取組を上位3つまでお聞かせください。

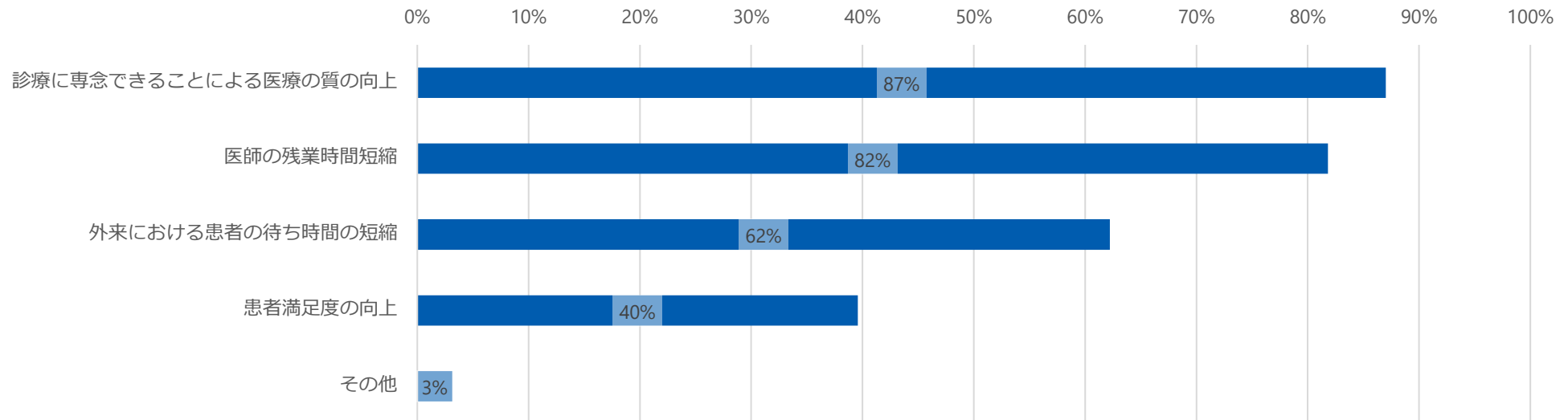


- 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、57%の医療機関に医師事務作業補助者の人事考課が有った。
- 医師事務作業補助者の効果として、「診療に専念できることによる医療の質の向上」「医師の残業時間短縮」を回答した医療機関が80%以上であった。

医師事務作業補助者用の人事考課の有無(n=1210)



医師事務作業補助者の効果(n=1210)

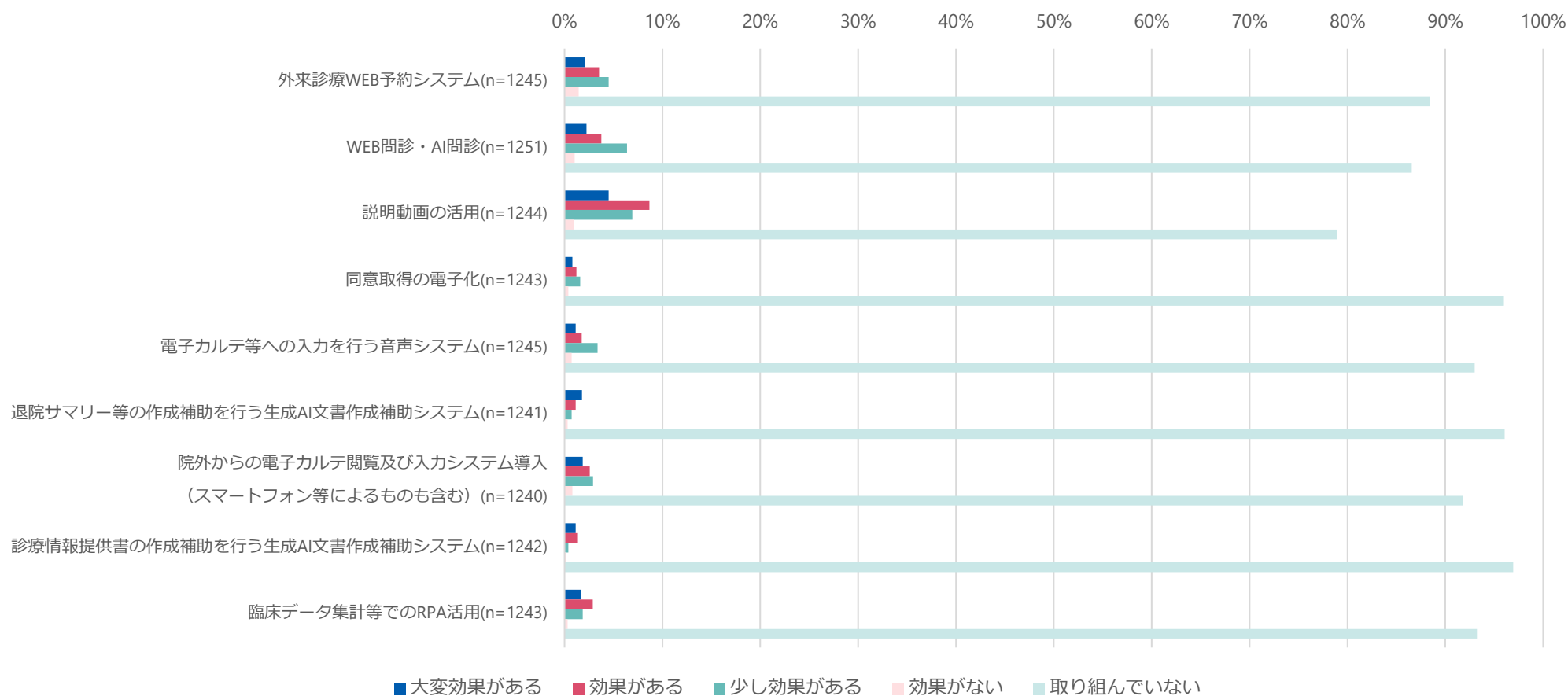


ICTを活用した医師事務業務の省力化等に関わる取組

診調組 入-1
7. 8. 2 8 改

- 医師事務業務の省力化に向けたICT活用として、いずれの取組についても、約80%以上の病院で取り組まれていなかった。
- ICTを活用した取組としては、「説明動画の活用」、「WEB問診・AI問診」、「外来診療WEB予約システム」が多かった。

ICTを活用した医師事務業務省力化の取組(n=1258)



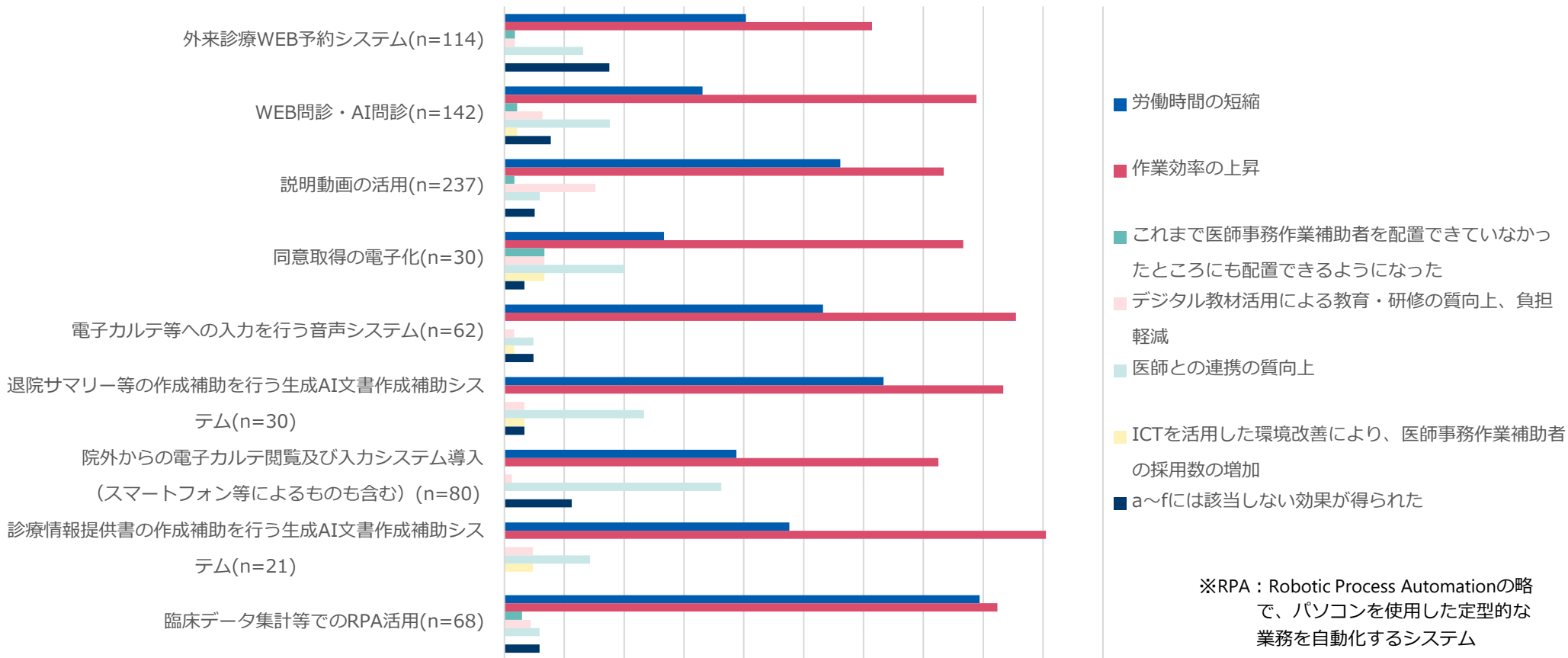
ICTを活用した医師事務業務の省力化の取組による効果

診調組 入-1
7. 8. 28 改

- ICTを活用した取組について、いずれの取組も「作業効率の上昇」、「労働時間の短縮」が得られる効果の中で最も多かった。
- 労働時間の短縮の効果が得られるとの回答の割合が多い取組として「臨床データ集計等でのRPA※活用」、「退院サマリー等の作成補助を行う生成AI文書作成補助システム」、「説明動画の活用」があった。

ICTを活用した医師事務業務省力化得られた効果(n=433) ※ICTを活用した医師事務業務省力化の取組を行っていない施設を除く

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



医師事務作業補助者が実施している業務とICT活用のイメージ

- 医師事務作業補助者が実施している主たる業務のうち、いくつかの業務については、生成AIによる文書作成補助システム等を活用した、ICTによる労働時間短縮・作業効率上昇が想定される。

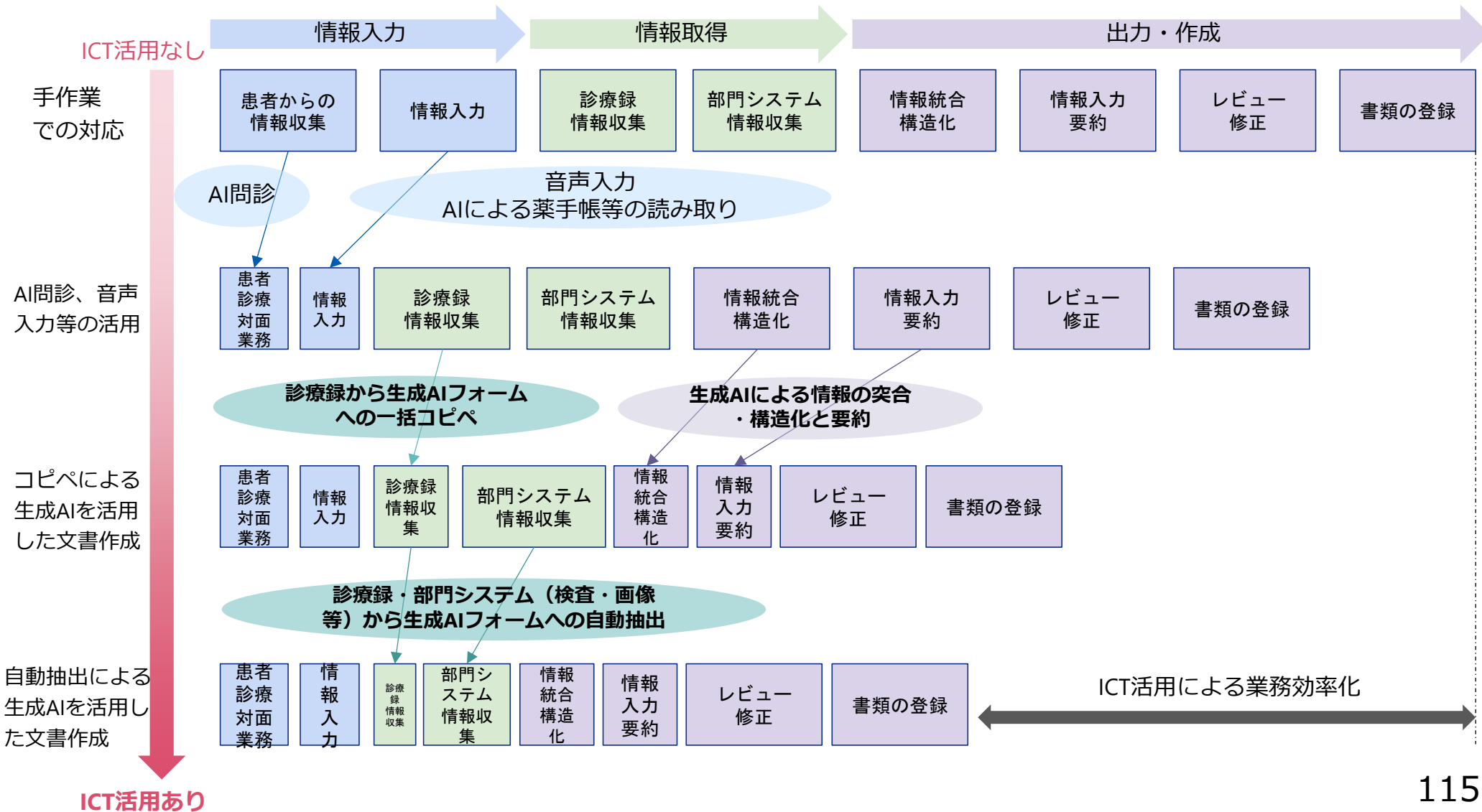
No.	業務の性質	業務内容	詳細	ICT活用
1	診断書等の文書作成補助	紹介状の返書の下書き・仮作成	紹介状の返書	文書作成補助システム
2		主治医意見書の下書き・仮作成	介護保険主治医意見書	文書作成補助システム
3		特定疾患等の申請書	特定疾患（難病）臨床調査個人表	文書作成補助システム
4		レセプト症状詳記の下書き・仮作成	レセプトに関する症状詳記	－
5		入院診療計画書等の下書き・仮作成	入院診療計画書の作成	－
6		診療情報提供書の下書き・仮作成	診療情報提供書	文書作成補助システム
7		退院等各種サマリーの下書き・仮作成	患者・家族への説明文書の作成	説明動画
8		診断書の下書き・仮作成	病院様式診断書	診断書作成支援システム
9			保険会社様式診断書	診断書作成支援システム
10			身障障害者診断書	診断書作成支援システム
11			労災後遺障害診断書	診断書作成支援システム
12	診療記録への代行入力	検査オーダーの代行入力	検査の指示	－
13			画像の指示	－
14			処置の指示	－
15			食事の指示	－
16		処方箋の代行入力	内服薬の処方	－
17			注射薬の処方	－
18		クリニカルパス等を代行入力	クリニカルパスの入力	－
19			地域医療連携パスの入力	－
20		診療録等の代行入力	外来診療録作成（SOAP全て記載）	音声入力
21			外来診療録作成（その他）	音声入力
22			病棟回診の記録	音声入力
23			手術記録	音声入力
24			麻酔記録	音声入力
25		診察前の予診	初診患者への予診の記録	WEB問診、AI問診
26			再診患者への予診の記録	WEB問診、AI問診
27		退院等各種サマリーの下書き・仮作成	退院サマリーの作成	文書作成補助システム
28			診察予約・変更や調整	－

No.	業務の性質	業務内容	詳細	ICT活用
29	医療の質の向上に資する事務作業	各種臨床データに関する調査・代行入力	がん登録（院内・全国）	RPA
30			NCD登録	RPA
31			JND登録	RPA
32			JCVSD登録	RPA
33			診療録や画像結果などの物的整理	画像ファイリングシステム
34			臨床データ集計	RPA
35			臨床研修のための資料作成	－
36		研究申請書の準備	学術論文などの資料の検索	－
37			教育や臨床研修のカンファレンス準備	WEB会議システム
38		教育や研修・カンファレンスのための準備作業	院内会議の資料作成	音声入力 文書作成補助システム
39			通信文の物理的整理	－
40			カンファレンスの記録	音声入力
41			救急医療情報システム入力	RPA
42	行政上の業務		ヒヤリ・ハット事例収集事業	－
43			感染症サーベイランス事業	RPA
44	入院時の案内等の病棟における患者対応業務	日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領	次回来院時の説明	説明動画
45			検査・手術等の日程調整	－
46		入院時オリエンテーション等の説明	検査・手術のための説明・同意書取得	説明動画
47			入院手続きの説明	説明動画
48			逆紹介の説明	－

※RPA：Robotic Process Automationの略で、パソコンを使用した定型的な業務を自動化するシステム

生成AIを活用した文章作成補助システム等の業務効率化のイメージ

- 生成AIによる文章作成補助システムを活用した場合、紹介状や退院サマリーの作成において、診療録からの情報収集、情報突合と構造化、要約といったプロセスが自動化される。



生成AI等の活用による医師事務作業の負担軽減について

○生成AIによる文書作成補助システム、RPA、WEB問診・AI問診等による、文書作成や情報入力等に係る医師事務作業の業務時間の削減効果事例は以下のとおり。

生成AIによる文書自動作成

病院	対象文書	効率化効果（1件当たり作成時間）
国立大学病院 （1000床規模）	退院時サマリ作成	1時間 → 20分（ 削減率66% ）
国立大学病院 （1000床規模）	診療情報提供書・退院時サマリ作成	平均 47%削減 （年間1人当たり63時間の削減）
民間病院 （750床規模）	退院時サマリ	医師事務作業補助者による下書き 30分 → 0分（ 削減率100% ） 医師による作成 10分 → 5分（ 削減率50% ）
民間病院 （400床規模）	退院時サマリ作成	15分 → 10分（ 削減率33% ）
民間病院 （200床規模）	診療情報提供書・紹介返書・退院時サマリ・主治医意見書等	医師事務作業補助者による下書き 30分 → 15分（ 削減率50% ）

生成AIによるがん登録作業効率化

病院	効率化効果
民間病院 （800床規模）	・登録の際の患者スクリーニング作業時間（ 削減率27.1% ） ・がん登録作業時間（ 削減率16% ）

WEB問診・AI問診

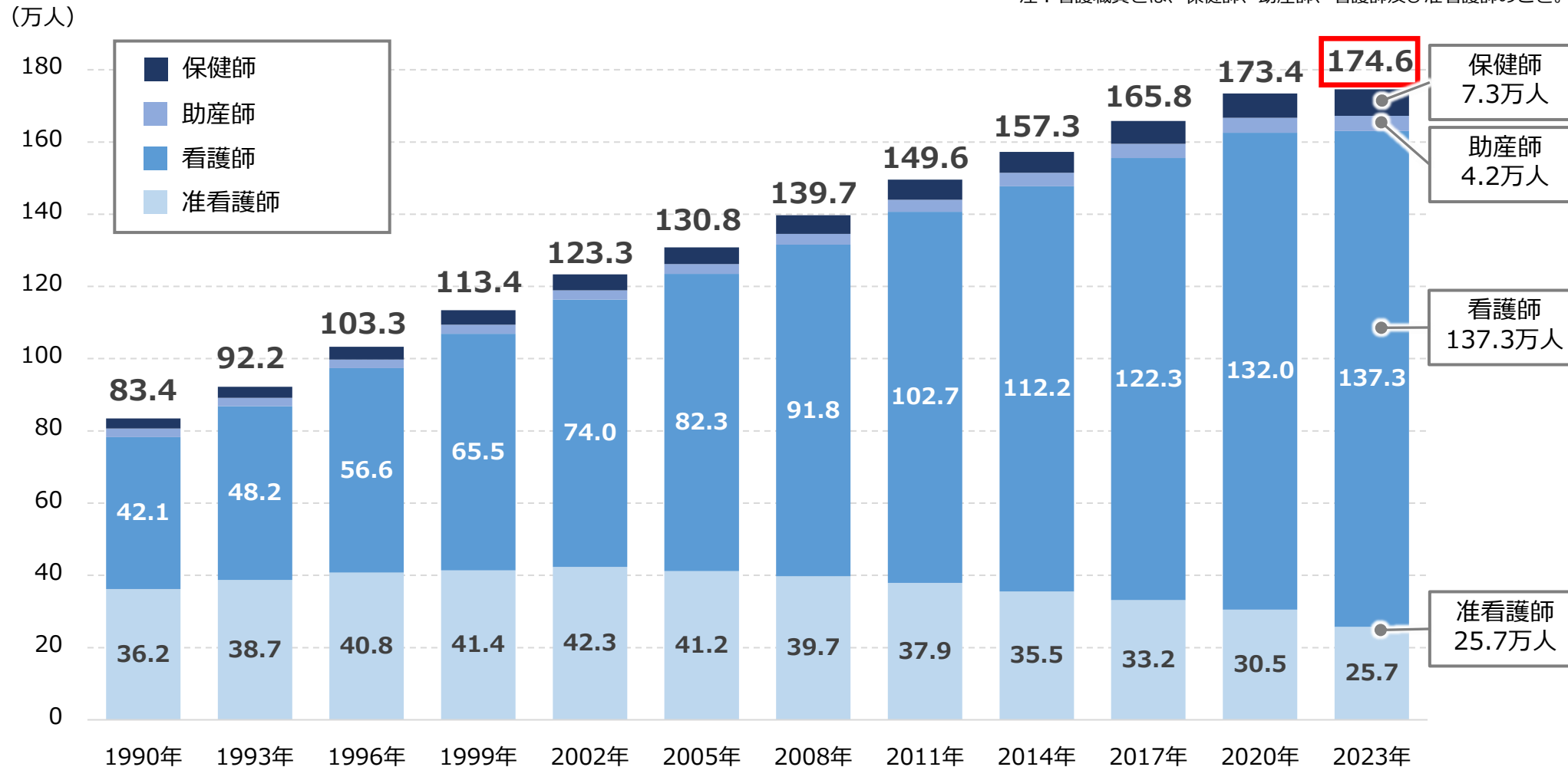
病院	効率化効果
民間病院 （300床規模）	1問診当たり約10分→6分に短縮（ 削減率40% ）
診療所	1問診当たり約12分→約6分に短縮（ 削減率50% ）

看護職員就業者数の推移

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5 改

看護職員の確保が進められて、看護職員就業者数は増加を続け、2023年（令和5年）には174.6万人となった。

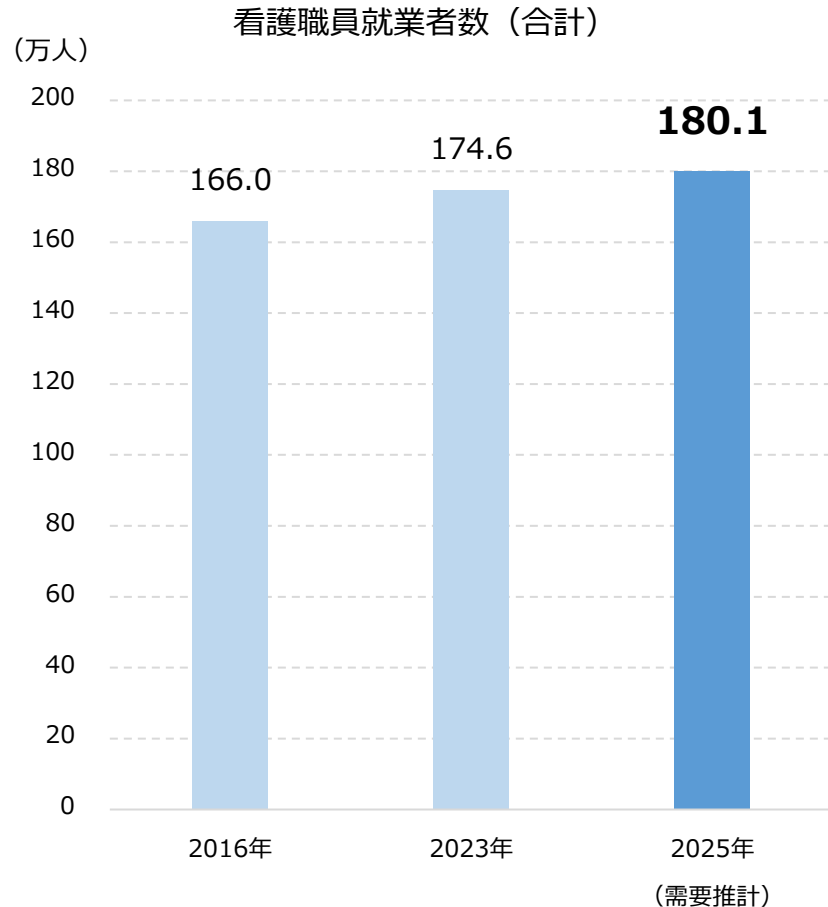
注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。



資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

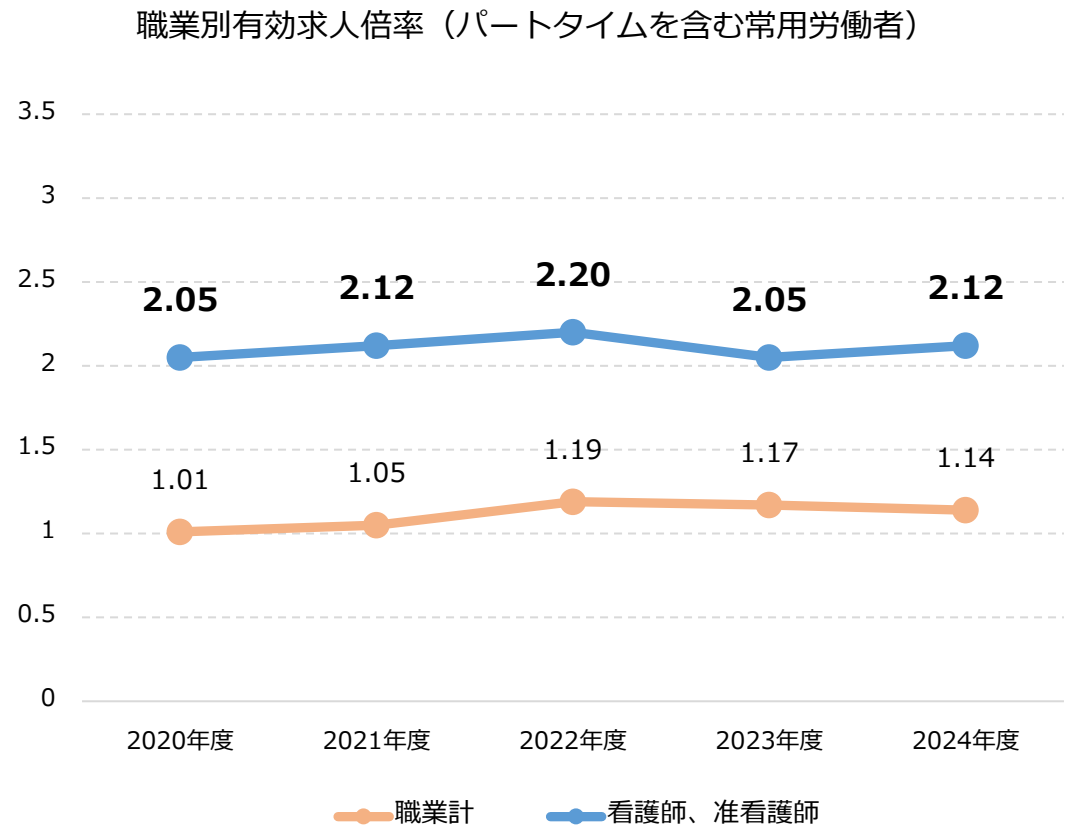
・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。
 ・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。
 ・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

2025年の需要推計との比較によれば、看護職員就業者数の増大が必要。また、看護師及び准看護師の有効求人倍率は職業計よりも高くなっており、看護職員は不足傾向にある。



【資料出所】

- ・2016年の就業看護職員数：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計
- ・2023年の就業看護職員数：厚生労働省「令和2年医療施設（静態）調査」、「令和2年度衛生行政報告例（隔年報）」
- ・2025年の需要推計（都道府県報告値）：「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ（概要）」（令和元年（2019年）11月15日）



【資料出所】厚生労働省「職業安定業務統計」より作成。

（注1）上記の数値は原数値である。

（注2）2020～2022年度の数値は、平成23年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく看護師、准看護師：「133 看護師、准看護師」の職業分類の数値である。

（注3）2023年度以降の数値は、令和4年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく看護師、准看護師：「023 看護師、准看護師」の職業分類の数値である。

（注4）常用とは、雇用契約において雇用期間の定めがないか又は4ヶ月以上の雇用期間が定められているものをいう。

（注5）パートタイムとは、1週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用されている通常の労働者の1週間の所定労働時間に比し短いものをいう。

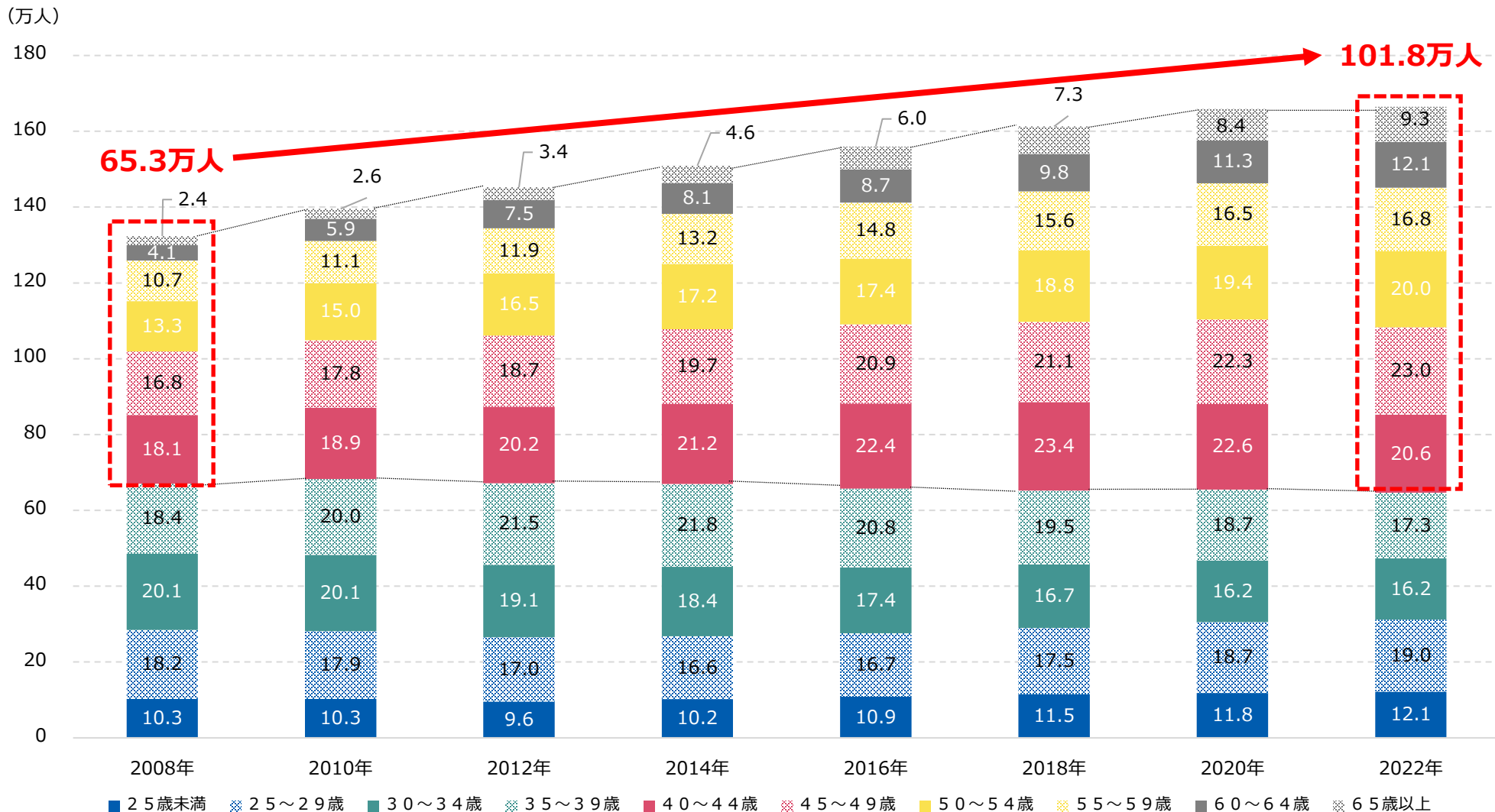
（注6）上記の数値は、新規学卒者及び新規学卒者求人を除いたものである。

就業看護職員の年齢階級別構成割合の推移

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

就業看護職員の年齢階級別構成割合の推移を見ると、40歳以上の就業看護職員数が増加している。

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師を指す。



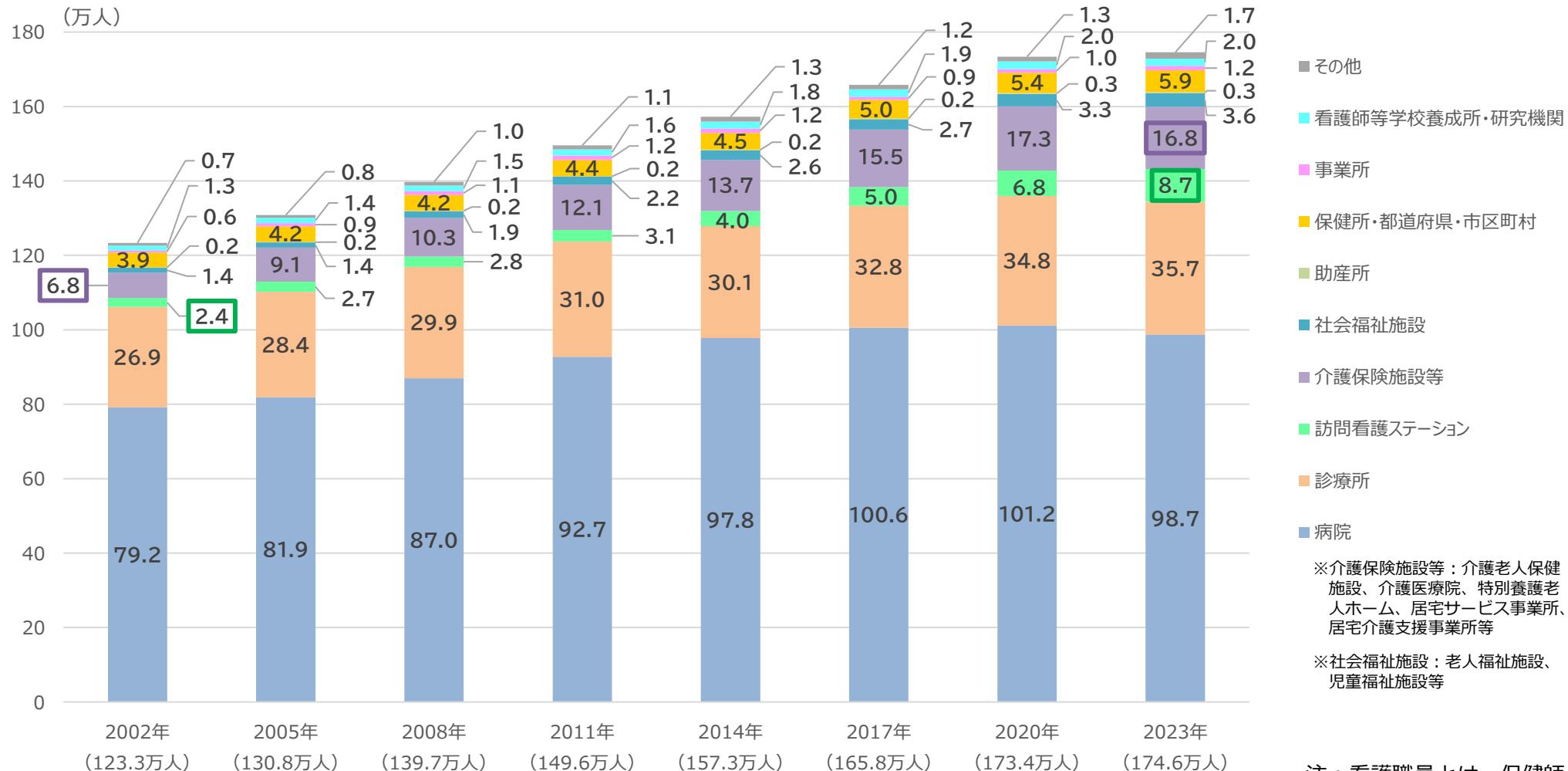
資料出所：厚生労働省「衛生行政報告例（隔年報）」

※「医療施設（静態）調査」では、年齢階級別の看護職員数のデータは把握できないため、病院・診療所も含めた全ての就業場所について、衛生行政報告例のデータを用いている。

就業場所別看護職員の推移

中医協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

- 看護職員の就業場所は病院・診療所が多いが、訪問看護ステーション（2002年：2.4万人 ⇒ 2023年：8.7万人）や介護保険施設等（2002年：6.8万人 ⇒ 2023年：16.8万人）での増加傾向となっている。



注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

120

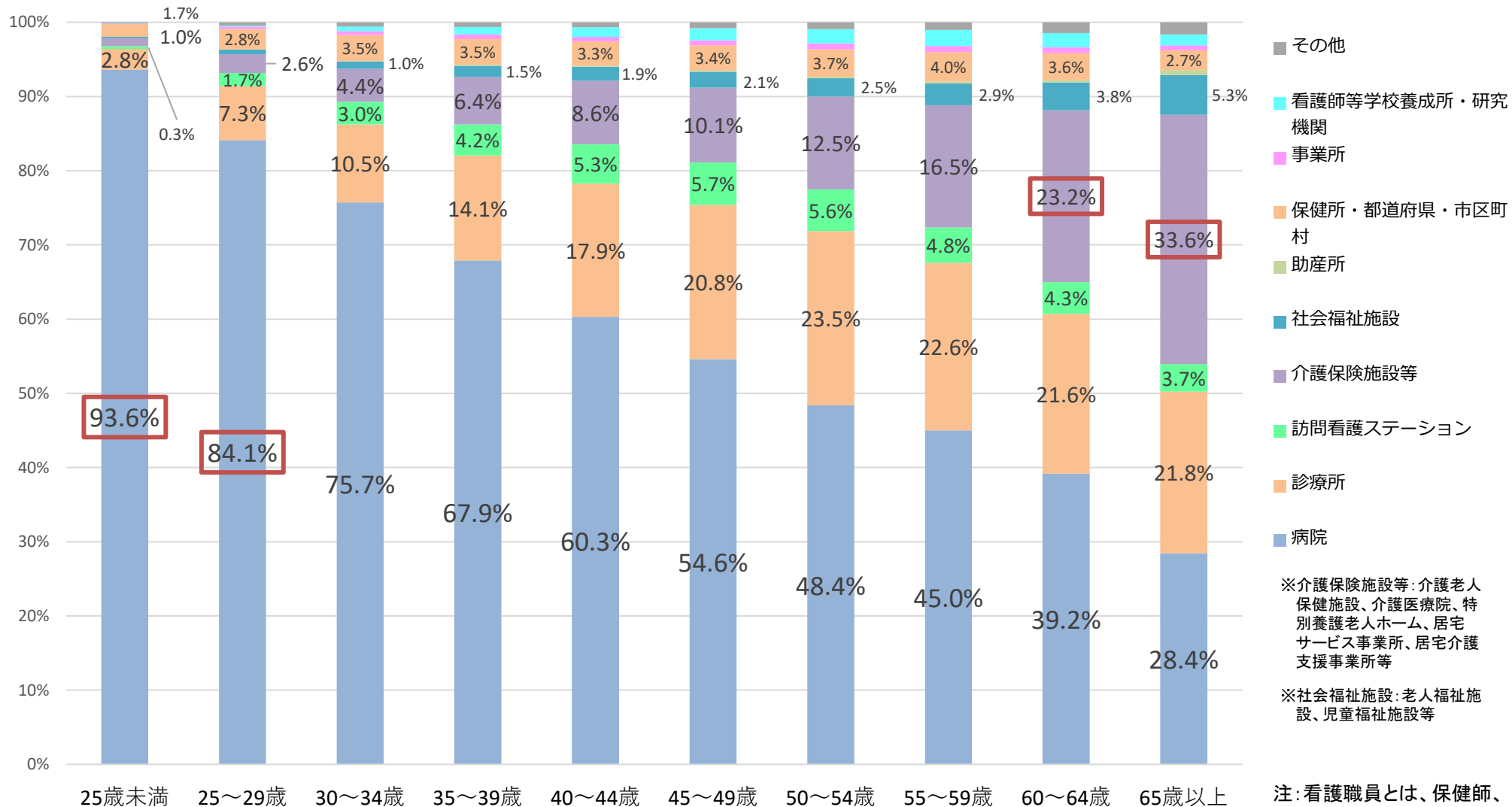
資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。
・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については、「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

年齢階級別看護職員の就業場所（2020年（令和2年））

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

年齢階級別の看護職員の就業場所については、年齢階級が低くなるほど病院で就業する割合が高く、年齢階級が高いほど介護保険施設等で就業する割合が高くなる。



資料出所：厚生労働省「令和2年度衛生行政報告例（隔年報）」

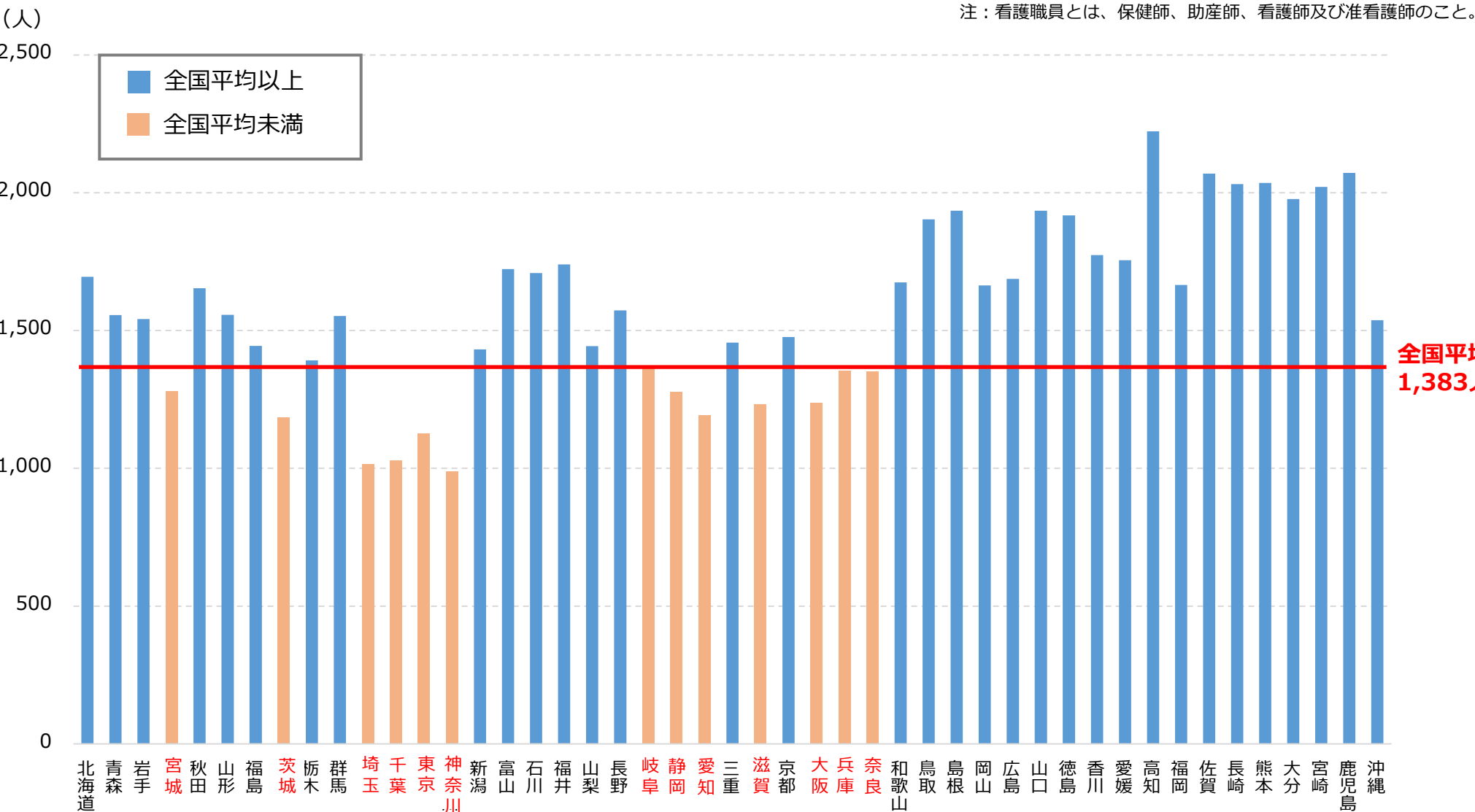
※「医療施設（静態）調査」では、年齢階級別の看護職員数のデータは把握できないため、病院・診療所も含めた全ての就業場所について、衛生行政報告例のデータを用いている。

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

都道府県別 人口10万人当たり看護職員就業者数（2023年（令和5年））

中 医 協 総 ー 4
7 . 6 . 2 5 改

人口10万人当たり看護職員就業者数については、首都圏等において、全国平均よりも特に少ない傾向。



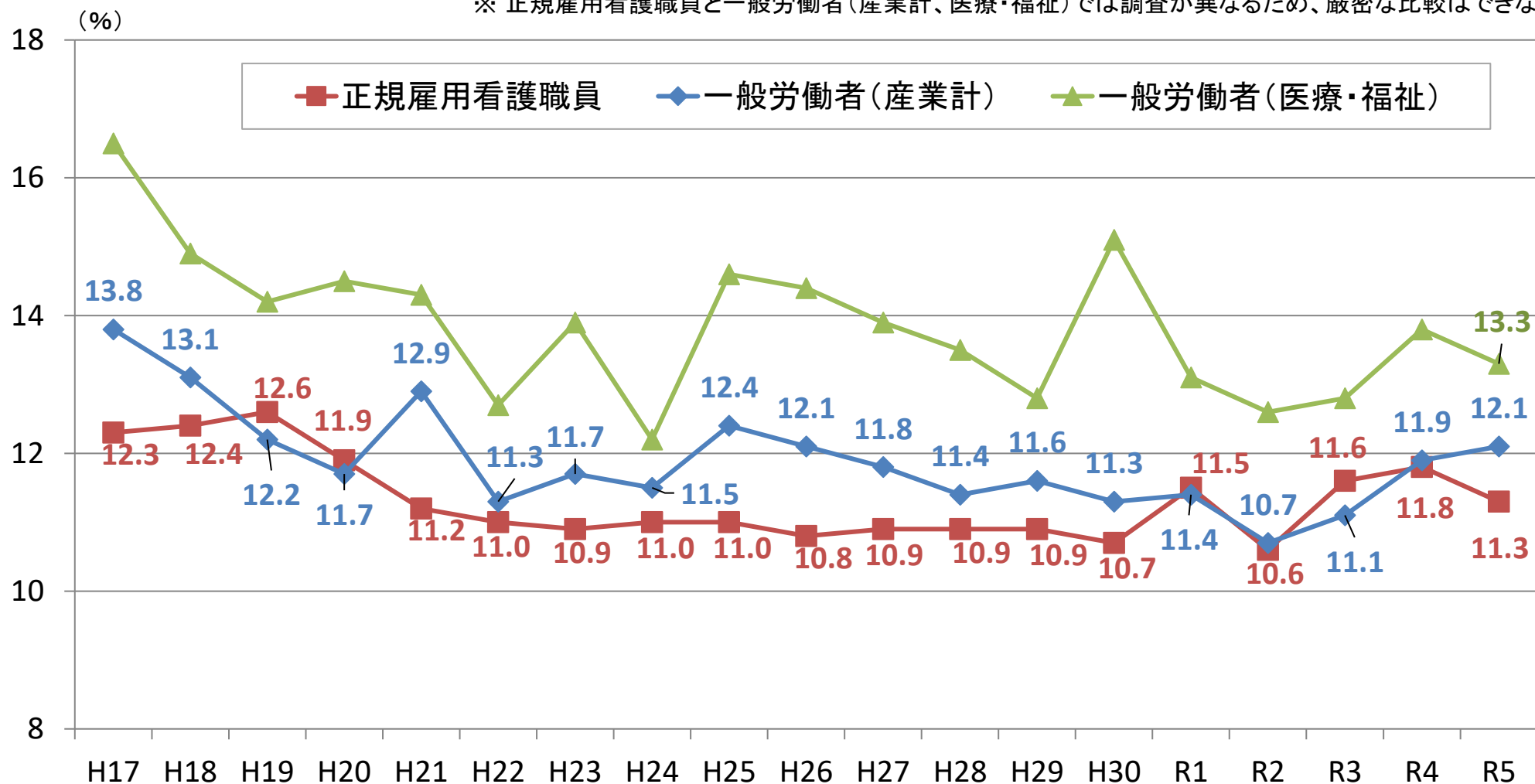
資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査（令和5年）」「衛生行政報告例（隔年報）」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（令和6年1月1日現在）」

・病院・診療所で就業する看護職員数は、「医療施設（静態）調査」による。
・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については、「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

看護職員の離職率の推移

正規雇用看護職員の離職率は、一般労働者（産業計）とほぼ同程度で推移。

※ 正規雇用看護職員と一般労働者（産業計、医療・福祉）では調査が異なるため、厳密な比較はできない。



資料出所: 正規雇用看護職員:「病院看護実態調査」(日本看護協会)、一般労働者(産業計、医療・福祉):「雇用動向調査」(厚生労働省)

注:「病院看護実態調査」は年度データ、「雇用動向調査」は年データ。

令和 7 年の看護師国家試験の合格者数は56,906人。

<令和 7 年合格者数>

保健師 7,196人
助産師 2,027人
看護師 56,906人
准看護師 12,574人

保健師・助産師国家試験受験資格

保健師養成所・大学院・大学専攻科・短大専攻科 47校 886人 (1学年定員) 707人 (入学者数)

助産師養成所・大学院・大学専攻科/別科・短大専攻科

138校 1,792人 (1学年定員) 1,570人 (入学者数)

1年
以上

看護師国家試験受験資格

保健師課程

助産師課程

4 年制大学

310校
26,685人 (1学年定員)
26,044人 (入学者数)

養成期間 3 年以上の
養成所・短大

541校 27,379人 (1学年定員)
22,411人 (入学者数)

高校・
高校専攻科
5 年一貫
教育校

82校
4,229人 (1学年定員)
3,055人 (入学者数)

養成期間 2 年の
養成所・短大等

112校 3,997人 (1学年定員)
2,635人 (入学者数)

2 年通信制

15校
3,030人 (1学年定員)
1,997人 (入学者数)

3 年以上の
実務経験又は
高等学校等卒業者

7 年以上の
実務経験

准看護師試験受験資格
(都道府県実施)

准看護師養成所・高校

※養成所は 2 年、高校は 3 年

182校 7,414人 (1学年定員)
4,207人 (入学者数)

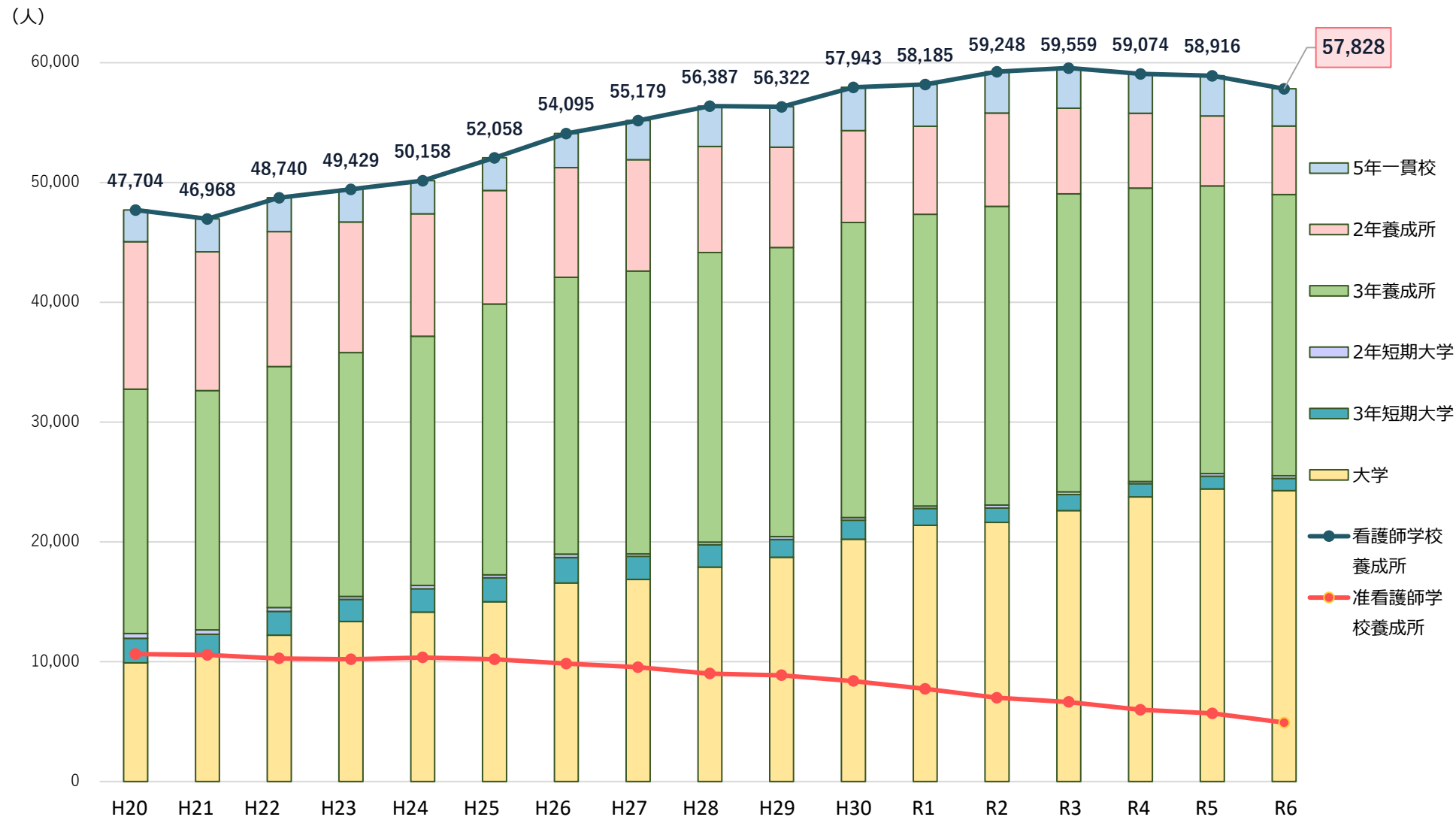
高等学校卒業

中学卒業

看護師学校養成所卒業者数の推移

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

看護師学校養成所の卒業者数は、令和3年度（59,559人）以降は減少傾向となり、令和6年度は57,828人。

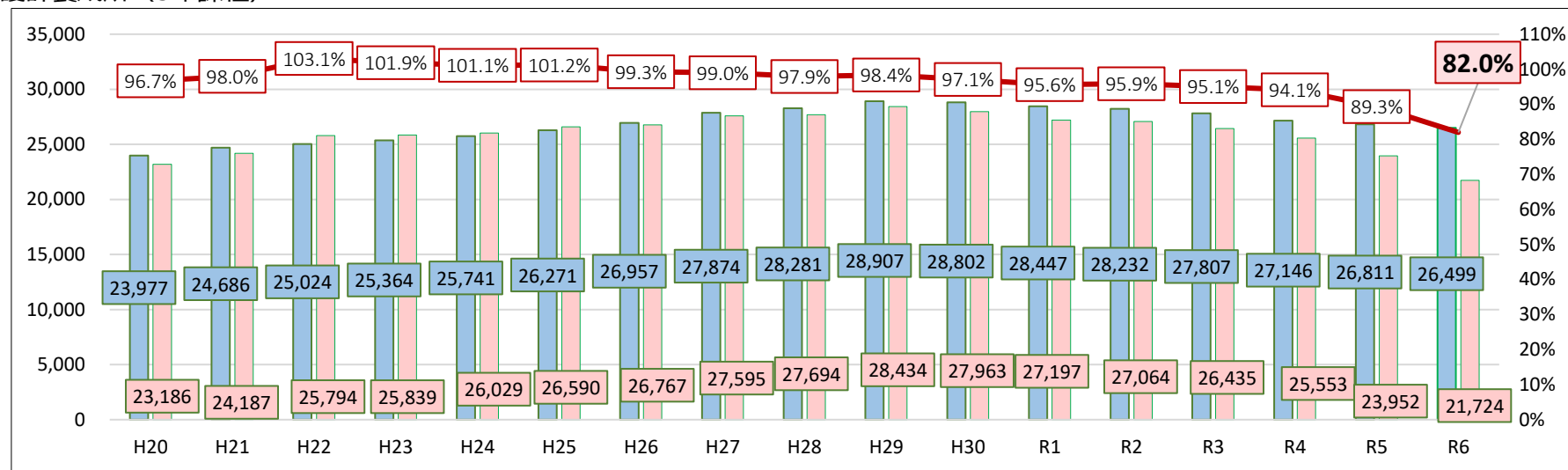


看護師学校養成所（3年課程）における1学年定員数、入学者数及び定員充足率

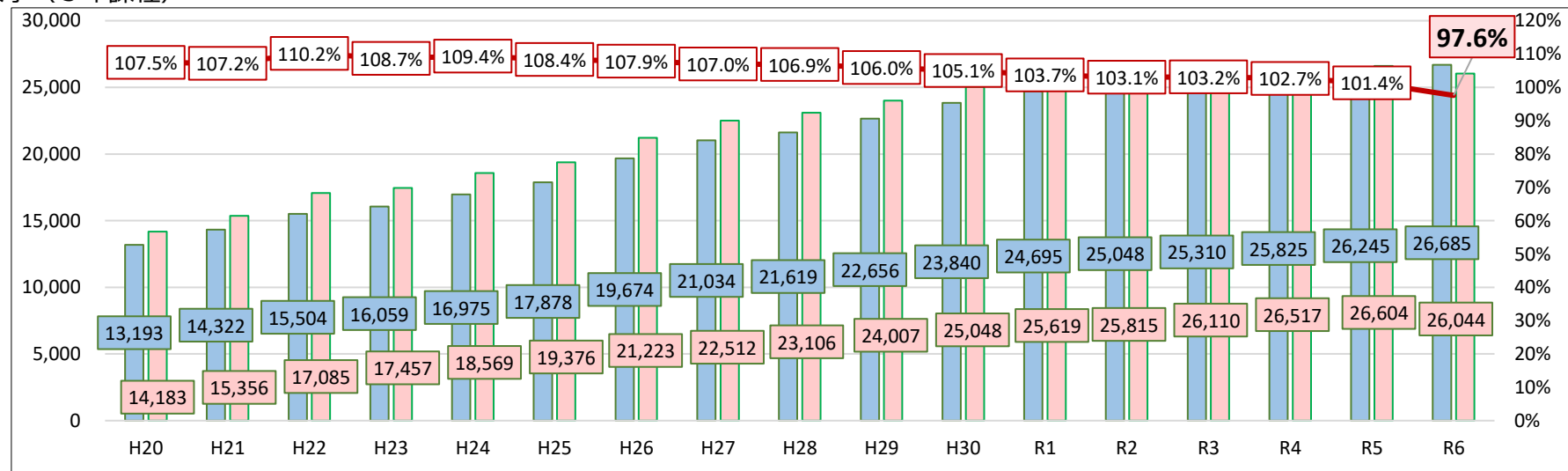
中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

看護師学校養成所(3年課程)の定員充足率は低下傾向であるが、看護師養成所においてより顕著である。

■ 看護師養成所（3年課程）



■ 大学（3年課程）



1学年定員数 入学者数 充足率

看護職員の離職理由

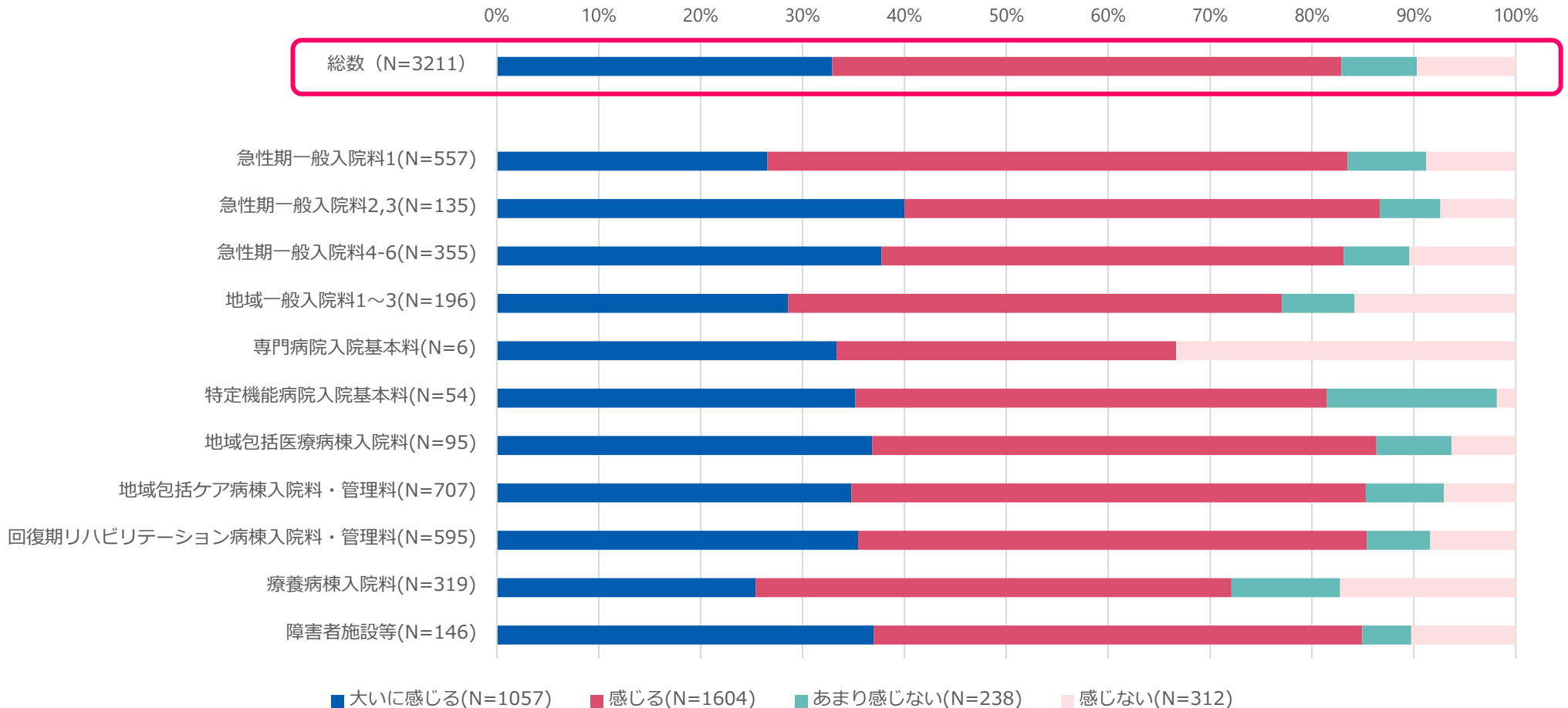
- 看護職員の離職理由（複数回答）は、20～50代では「看護職の他の職場への興味」が上位を占めており、全体でも最も多い。
- 各年代別に見ると、30～40代では「子育て」、50～60代では「親族の健康・介護」「自分の健康(主に身体的理由)」が多く、ライフステージと密接に関連する傾向がある。

	全体 (n=32,425)	%	24歳以下 (n=610)	%	25～29歳 (n=2,280)	%	30～34歳 (n=2,608)	%	35～39歳 (n=2,873)	%	40～44歳 (n=3,905)	%	45～49歳 (n=5,189)	%	50～54歳 (n=5,171)	%	55～59歳 (n=4,703)	%	60歳以上 (n=5,083)	%
第1位	看護職の他の職場への興味	14.5	看護職の他の職場への興味	21.0	看護職の他の職場への興味	22.3	看護職の他の職場への興味	21.3	子育て	20.4	子育て	19.3	看護職の他の職場への興味	14.6	看護職の他の職場への興味	14.6	看護職の他の職場への興味	12.4	定年	32.9
第2位	子育て	10.7	自分の健康(主に精神的理由)	18.0	転居	13.6	子育て	14.0	看護職の他の職場への興味	15.8	看護職の他の職場への興味	17.2	子育て	13.1	自分の健康(主に身体的理由)	8.7	親族の健康・介護	10.4	親族の健康・介護	9.3
第3位	転居	8.4	自分の適性・能力への不安	15.7	夜勤の負担が大きい	11.6	転居	13.7	転居	10.1	勤務時間が長い・超過勤務が多い	8.5	結婚	8.0	子育て	8.6	結婚	8.2	自分の健康(主に身体的理由)	7.4
第4位	結婚	8.0	責任の重さ・医療事故への不安	14.8	勤務時間が長い・超過勤務が多い	11.1	夜勤の負担が大きい	12.7	家事と両立しない	8.8	家事と両立しない	8.1	転居	7.8	結婚	8.2	転居	8.0	転居	6.7
第5位	勤務時間が長い・超過勤務が多い	7.6	自分の健康(主に身体的理由)	12.8	自分の適性・能力への不安	10.6	勤務時間が長い・超過勤務が多い	11.4	勤務時間が長い・超過勤務が多い	8.6	妊娠・出産	7.6	勤務時間が長い・超過勤務が多い	7.0	親族の健康・介護	8.1	自分の健康(主に身体的理由)	7.9	結婚	6.0
第6位	自分の健康(主に身体的理由)	7.4	夜勤の負担が大きい	11.0	結婚	10.4	昇進・昇給・給与に不満	9.7	妊娠・出産	8.4	結婚	7.1	妊娠・出産	6.7	勤務時間が長い・超過勤務が多い	7.5	勤務時間が長い・超過勤務が多い	7.0	看護職の他の職場への興味	5.9
第7位	親族の健康・介護	6.2	勤務時間が長い・超過勤務が多い	10.3	自分の健康(主に精神的理由)	9.7	結婚	9.3	結婚	8.4	転居	7.0	自分の健康(主に身体的理由)	6.5	転居	6.4	子育て	5.6	雇用者側の都合	5.1
第8位	夜勤の負担が大きい	5.8	結婚	10.2	昇進・昇給・給与に不満	8.5	自分の健康(主に精神的理由)	7.7	自分の適性・能力への不安	6.4	自分の健康(主に身体的理由)	6.6	親族の健康・介護	6.0	夜勤の負担が大きい	5.7	昇進・昇給・給与に不満	5.1	子育て	5.1
第9位	定年	5.8	上司(看護管理者等)との関係	9.8	自分の健康(主に身体的理由)	7.8	自分の健康(主に身体的理由)	7.5	昇進・昇給・給与に不満	6.3	昇進・昇給・給与に不満	5.8	昇進・昇給・給与に不満	5.5	家事と両立しない	5.2	配偶者の転勤	5.1	上司(看護管理者等)との関係	3.7
第10位	昇進・昇給・給与に不満	5.3	興味が持てない・やりがいがない	9.3	興味が持てない・やりがいがない	7.3	家事と両立しない	7.4	夜勤の負担が大きい	6.3	夜勤の負担が大きい	5.7	家事と両立しない	5.3	妊娠・出産	5.2	夜勤の負担が大きい	4.5	勤務時間が長い・超過勤務が多い	3.6
第11位	自分の適性・能力への不安	5.1	転居	8.7	責任の重さ・医療事故への不安	7.2	休暇がとれない	6.5	看護職以外の他の職場への興味	6.0	リフレッシュ	5.4	上司(看護管理者等)との関係	4.9	休暇がとれない	5.1	休暇がとれない	4.5	休暇がとれない	3.4
第12位	妊娠・出産	5.0	教育・研修体制に不満	6.9	看護職以外の他の職場への興味	6.8	上司(看護管理者等)との関係	6.4	休暇がとれない	5.6	自分の適性・能力への不安	5.3	自分の適性・能力への不安	4.6	上司(看護管理者等)との関係	5.0	リフレッシュ	4.0	リフレッシュ	3.3
第13位	家事と両立しない	5.0	休暇がとれない	5.4	休暇がとれない	6.8	自分の適性・能力への不安	6.4	上司(看護管理者等)との関係	5.5	自分の健康(主に精神的理由)	5.0	配偶者の転勤	4.4	自分の適性・能力への不安	4.8	定年	4.0	配偶者の転勤	3.1
第14位	上司(看護管理者等)との関係	4.8	子育て	5.1	上司(看護管理者等)との関係	5.7	看護職以外の他の職場への興味	6.1	自分の健康(主に身体的理由)	5.3	上司(看護管理者等)との関係	4.9	責任の重さ・医療事故への不安	4.3	配偶者の転勤	4.2	雇用形態に不満	3.8	同僚との関係	2.7
第15位	休暇がとれない	4.8	看護職以外の他の職場への興味	4.1	リフレッシュ	4.6	責任の重さ・医療事故への不安	6.1	自分の健康(主に精神的理由)	5.3	興味が持てない・やりがいがない	4.8	休暇がとれない	4.2	昇進・昇給・給与に不満	4.0	責任の重さ・医療事故への不安	3.6	自分の適性・能力への不安	2.5

入院料の施設基準を満たす看護職員の配置について

- 入院料の施設基準を満たす看護職員の配置を行うにあたり、困難を感じることもあるか尋ねたところ、「大いに感じる」・「感じる」は約8割であった。

看護職員の配置を行うにあたり、困難を感じることはありますか（N=3,211）

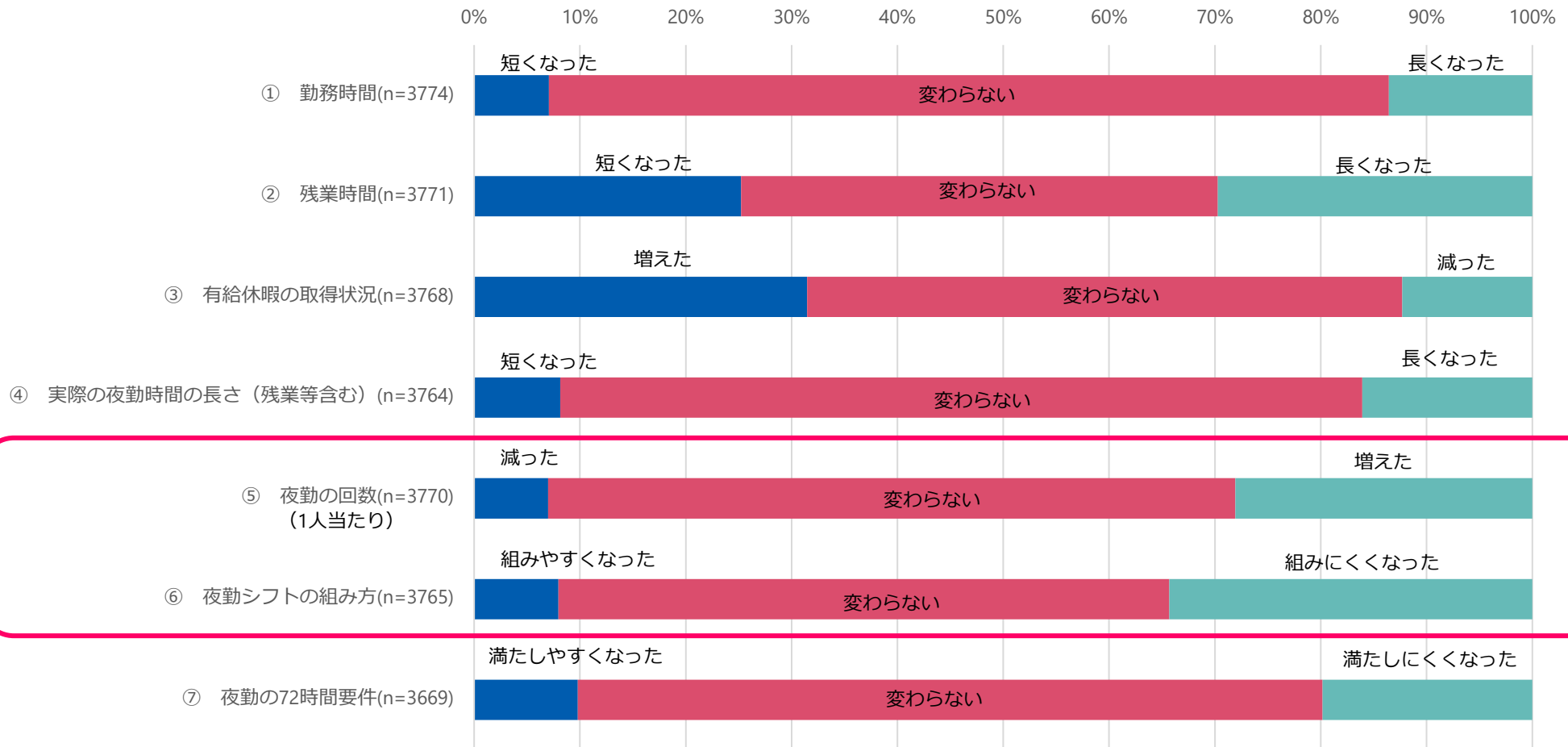


病棟看護職員の勤務状況について

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

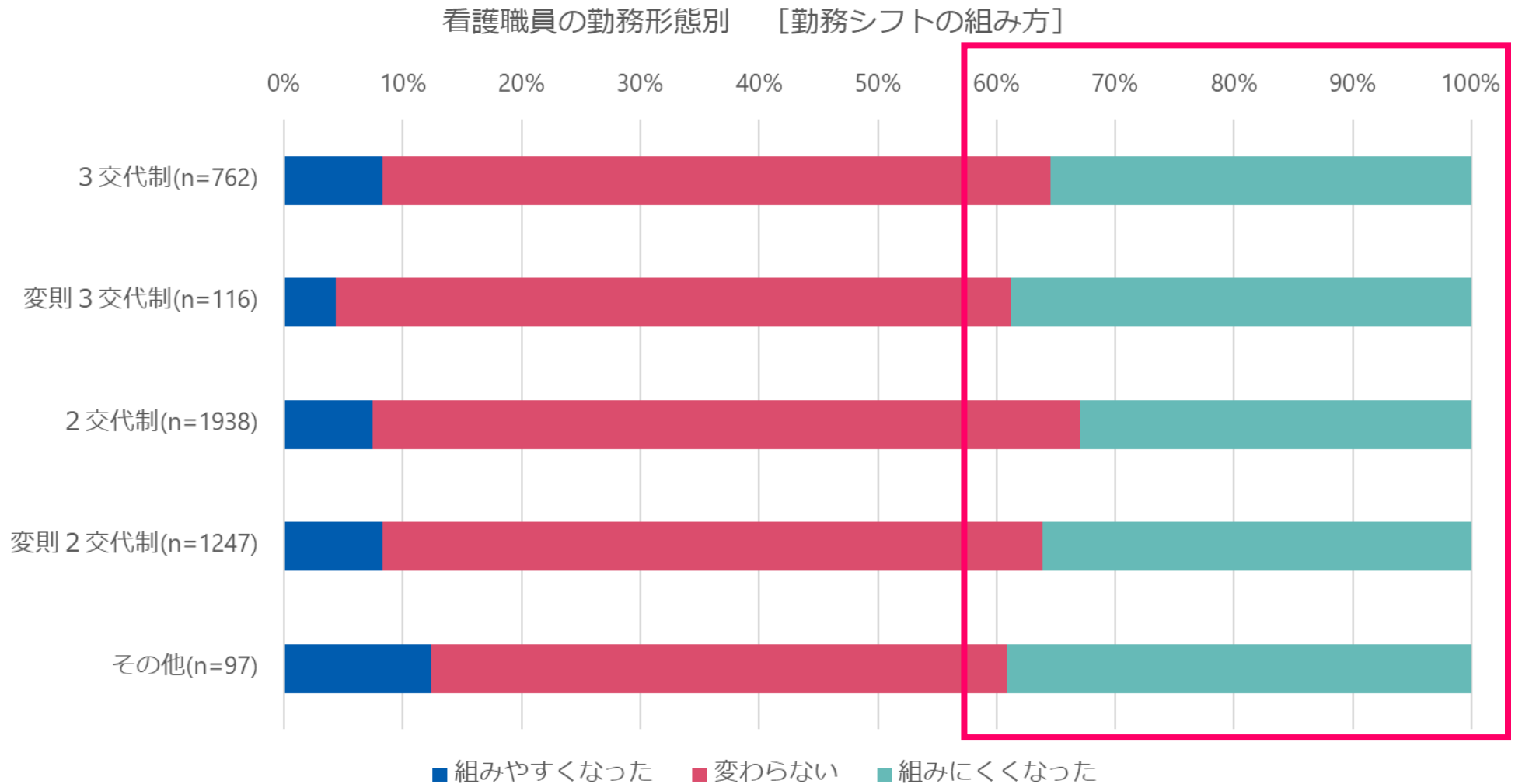
- 病棟の看護職員の勤務状況について、「残業時間が短くなった」25.2%、「有給休暇の取得が増えた」31.5%と改善傾向にある病棟がある一方、「残業時間が長くなった」29.7%、「夜勤の回数が増えた」28.1%、「夜勤シフトが組みにくくなった」34.3%と悪化傾向にある病棟の割合も高かった。

病棟の看護職員の勤務状況（令和6年11月時点における直近1年間の変化）



看護職員の勤務形態（勤務シフトの組み方）

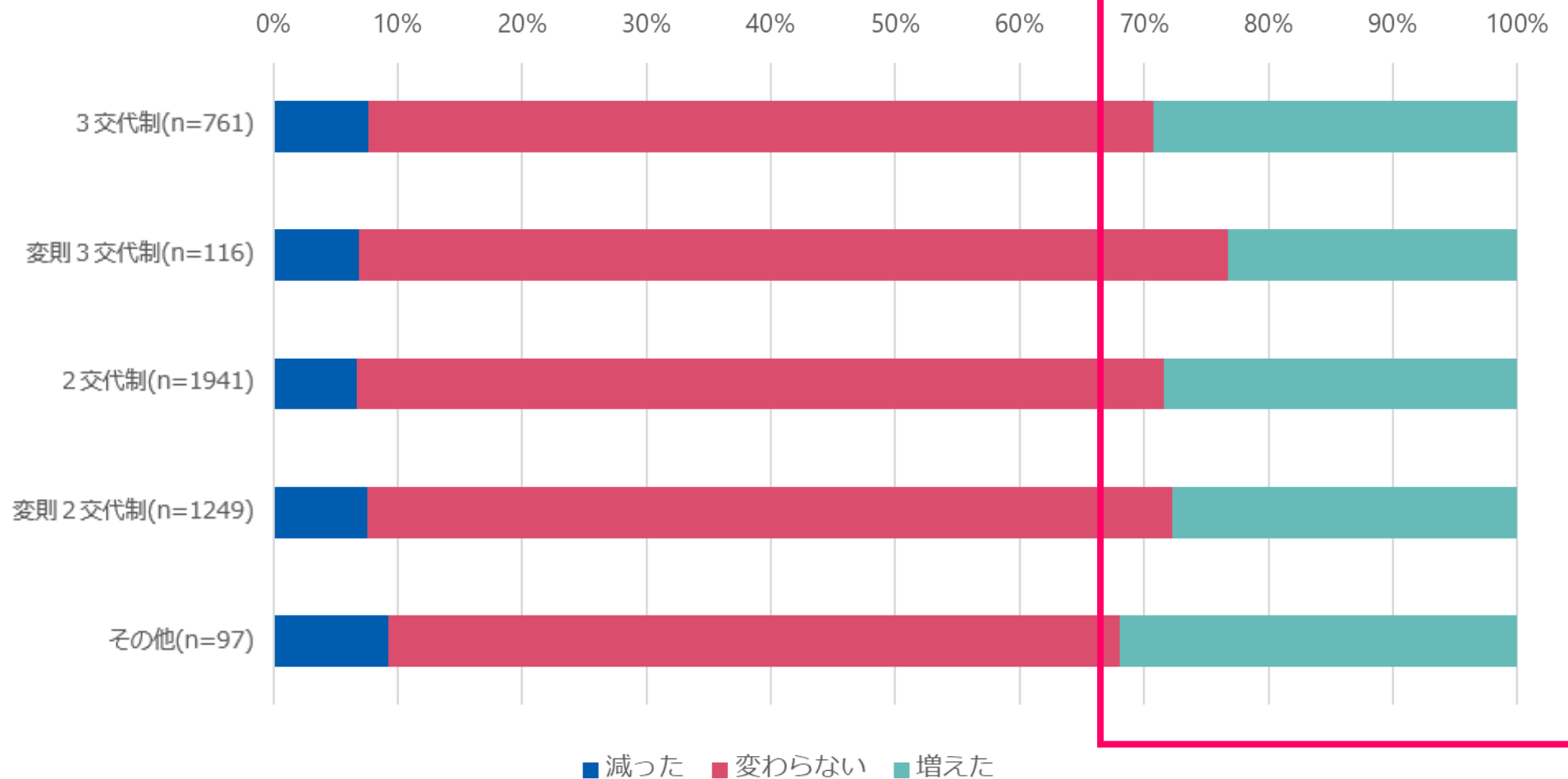
- 勤務シフトの組み方について、3交代制、変則3交代制、2交代制、変則2交代制、その他、いずれにおいても「組みにくくなった」が3割を超えている。



看護職員の勤務形態（夜勤の回数）

- 看護職員の夜勤の回数（1人当たり）について、3交代制、変則3交代制、2交代制、変則2交代制、その他、いずれにおいても「増えた」が2～3割となっている。

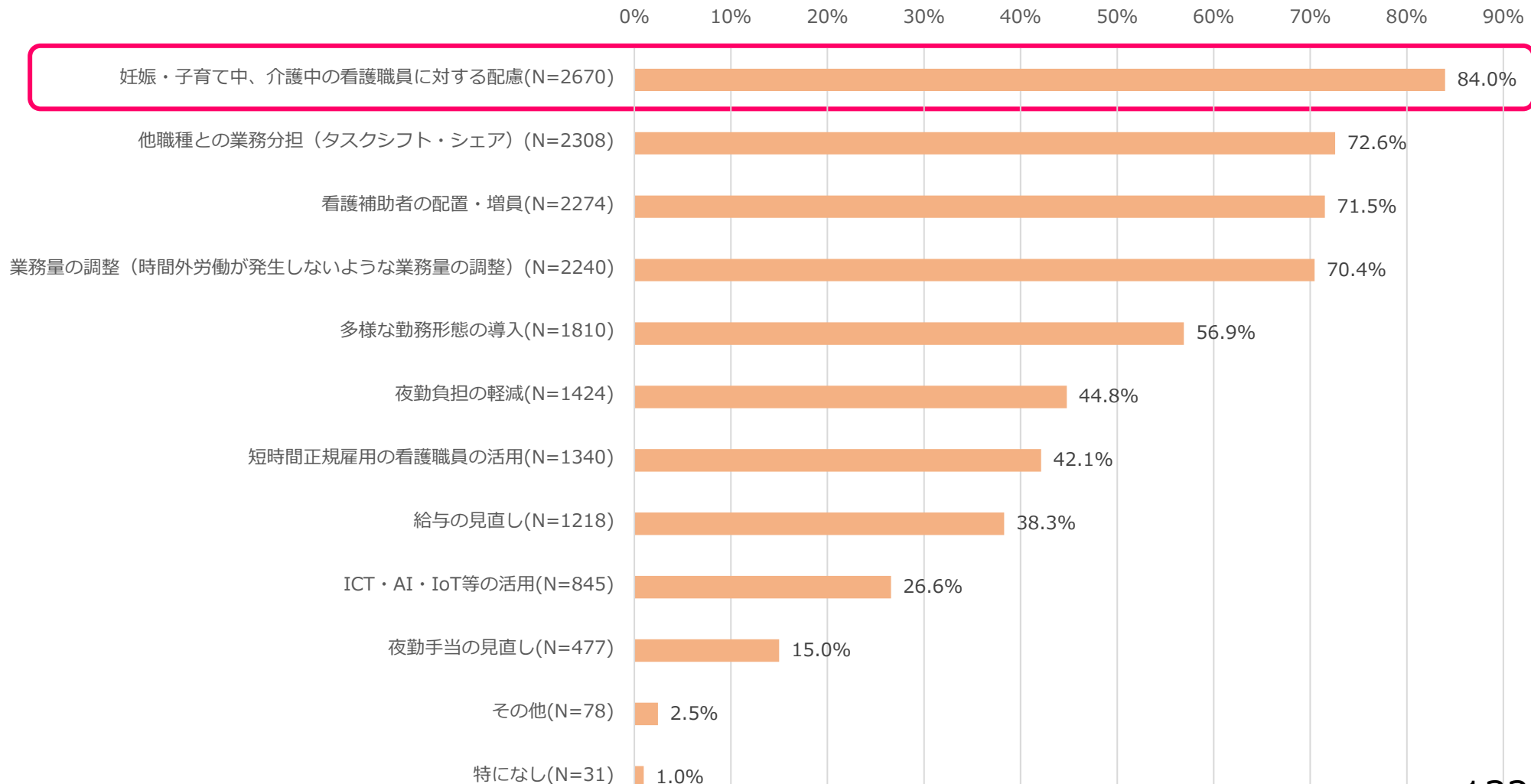
看護職員の勤務形態別【夜勤の回数（1人当たり）】



看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組

- 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組として、「妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」は84.0%で実施されていた。

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組として実施している内容(N=2274)



育児休業による就業継続の実態

- 出生動向基本調査によると、全産業における約7割の女性が第1子出産後も就業継続している。

第一子出産前後の妻の継続就業率・育児休業利用状況

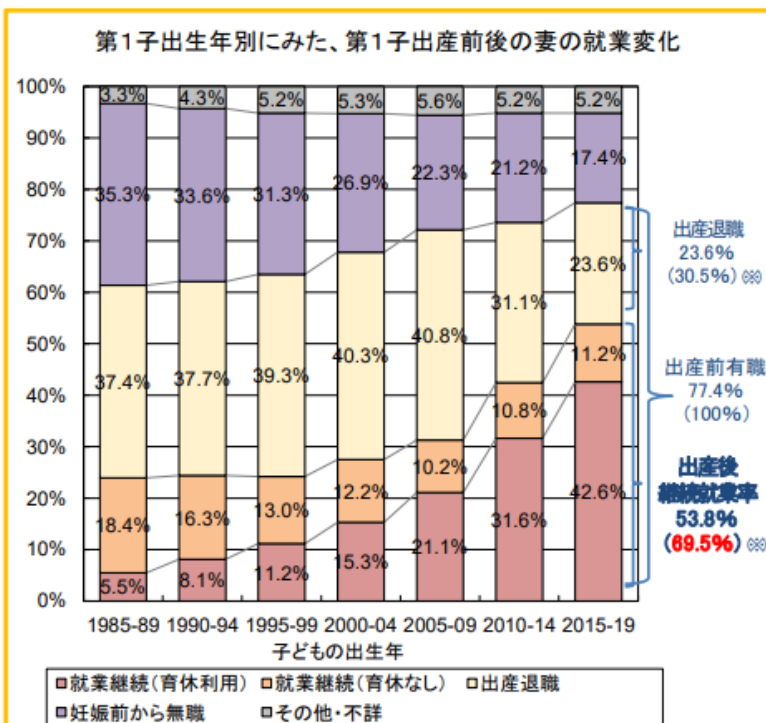
今後の仕事と育児・介護の
両立支援に関する研究会（第8回）

令和5年5月30日

資料3

- ・ 約7割の女性が第1子出産後も就業継続している。雇用形態別にみると、正規職員は育児休業による継続就業が進んでいる。パート・派遣は低水準にあるものの、近年上昇傾向にある。

政府目標：第1子出産前後の女性の継続就業率 70%(令和7年)



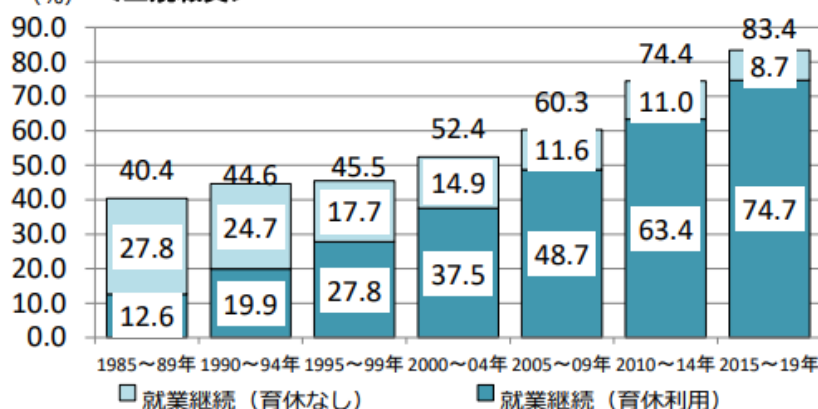
(※) ()内は出産前有職者を100として、出産後の継続就業者の割合を算出

(注1)就業変化は、妻の妊娠判明時と子ども1歳時の従業上の地位の変化をみたもの。

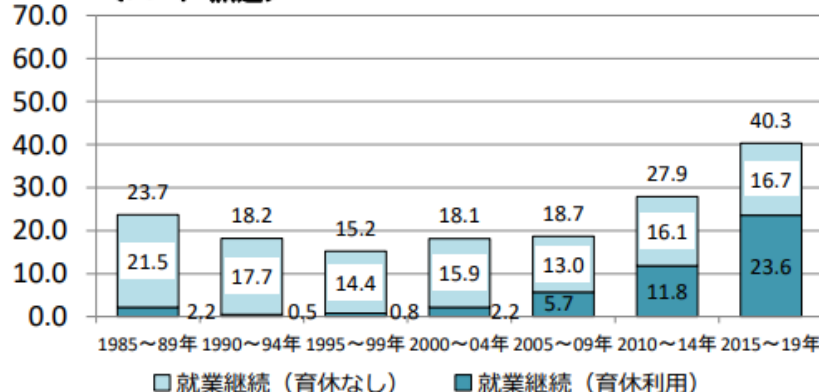
(注2)上記グラフは、対象期間(例:2010~2014)中に出生した女性の就業変化を表している。

【出典】国立社会保障・人口問題研究所「第16回出生動向基本調査(夫婦調査)」(2021年)

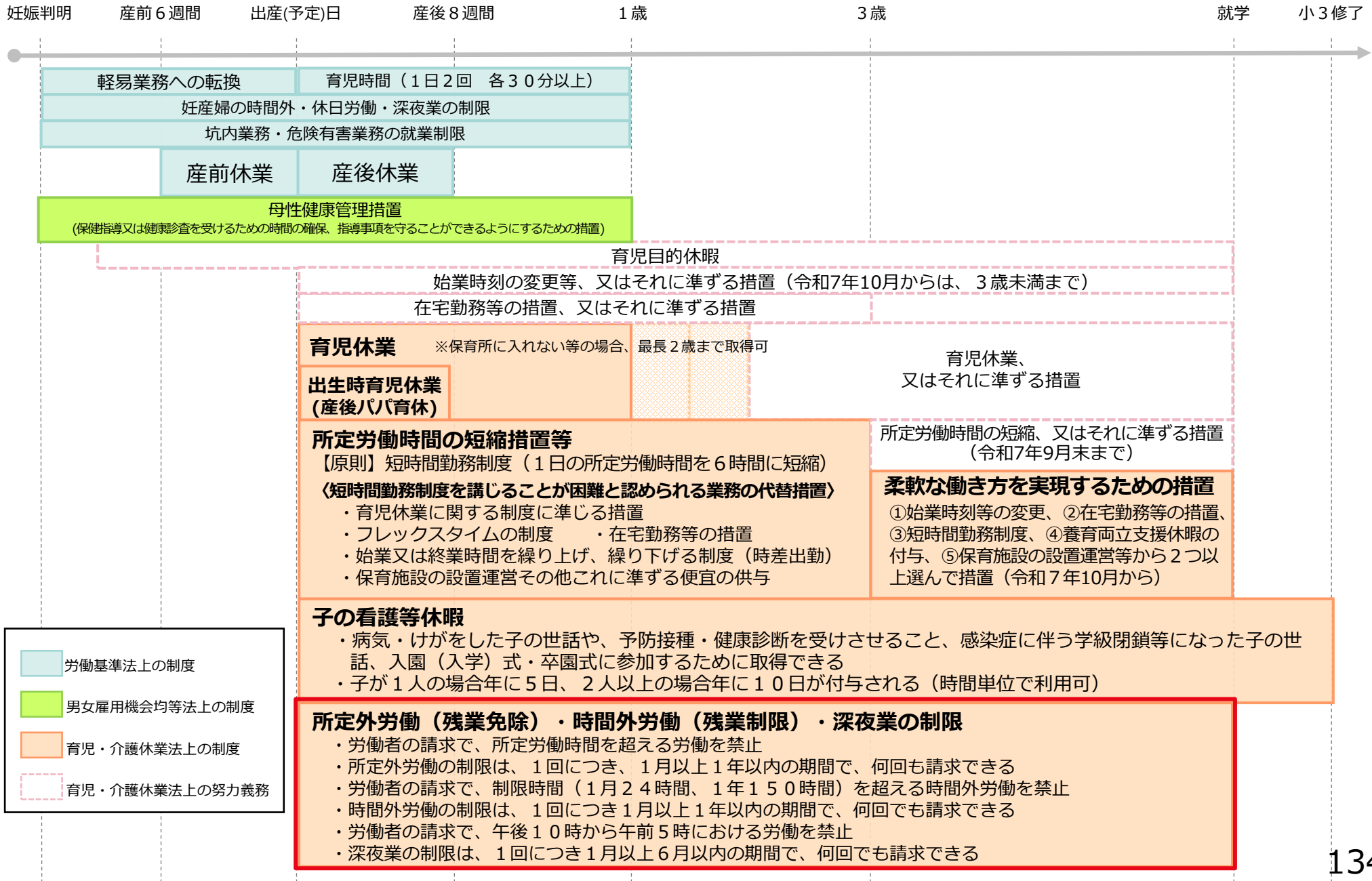
<正規職員>



<パート・派遣>



妊娠・出産・育児期の両立支援制度

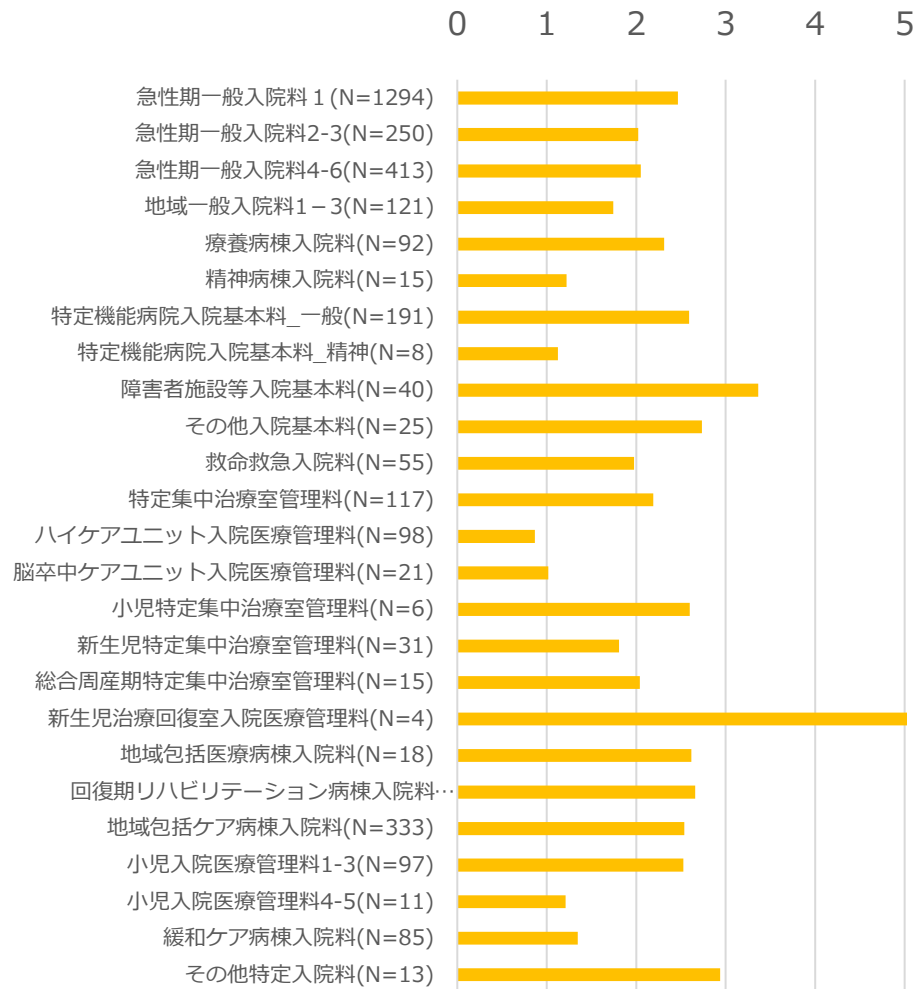


看護師のうち短時間勤務又は夜勤免除者数

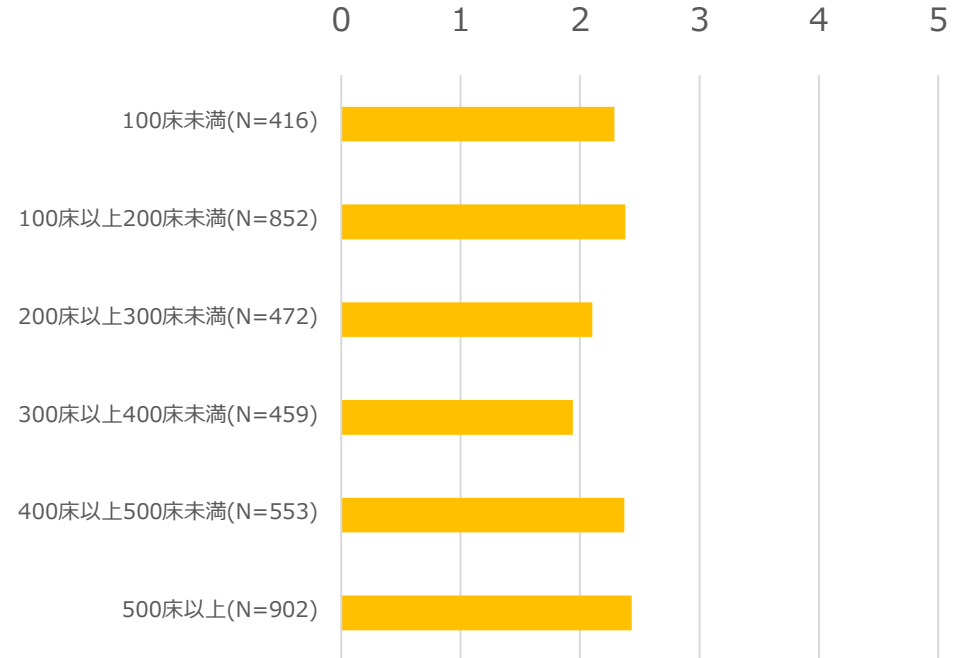
診調組 入一参考
7 . 6 . 2 6 改

○ いずれの入院料においても一定数の短時間勤務又は夜勤免除者が配置されている。

入院料別：短時間勤務又は夜勤免除者総数（常勤換算）



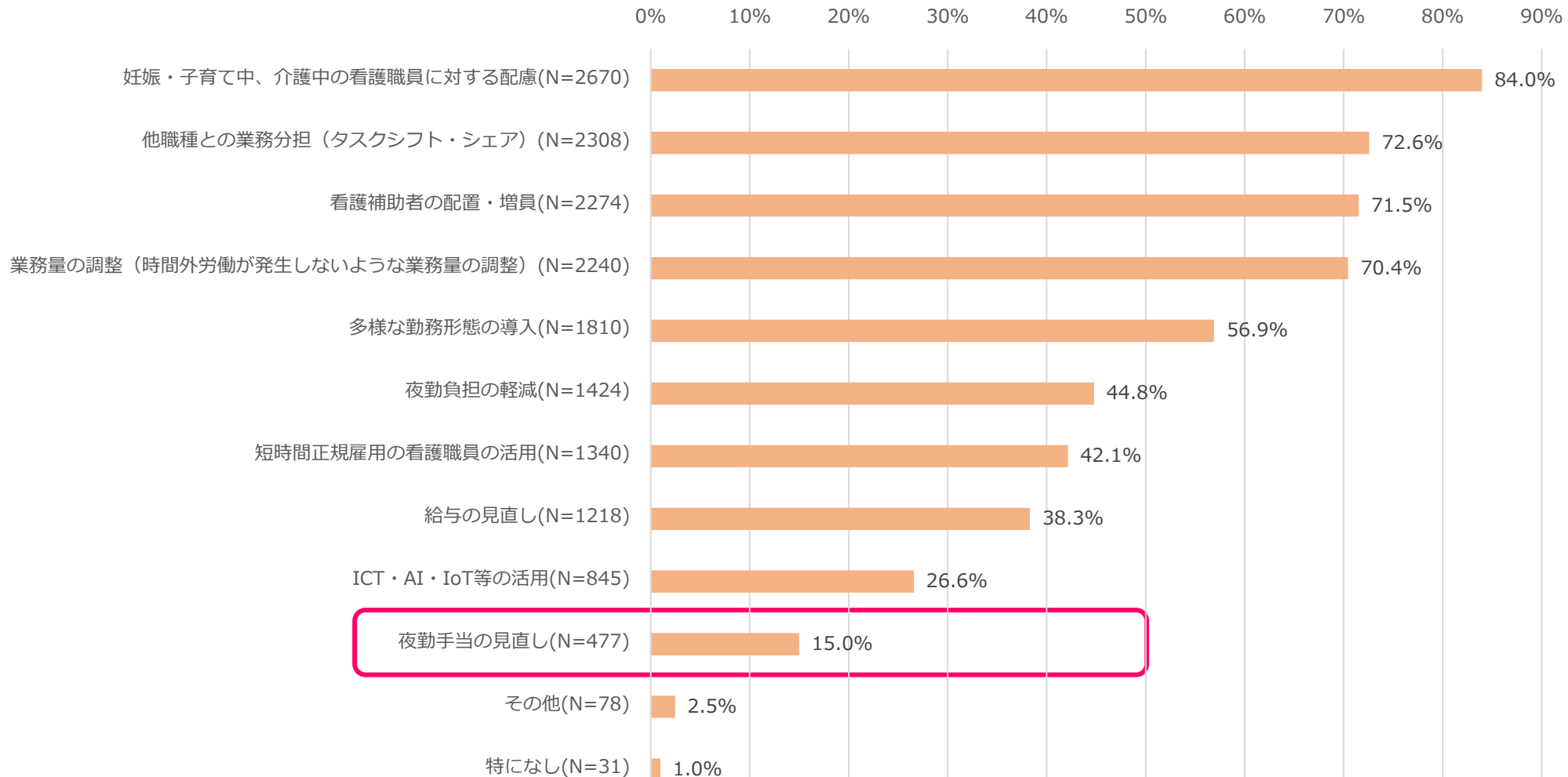
病床規模別：短時間勤務又は夜勤免除者総数（常勤換算）



看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組

- 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組として、「夜勤手当の見直し」は15.0%で実施されていた。

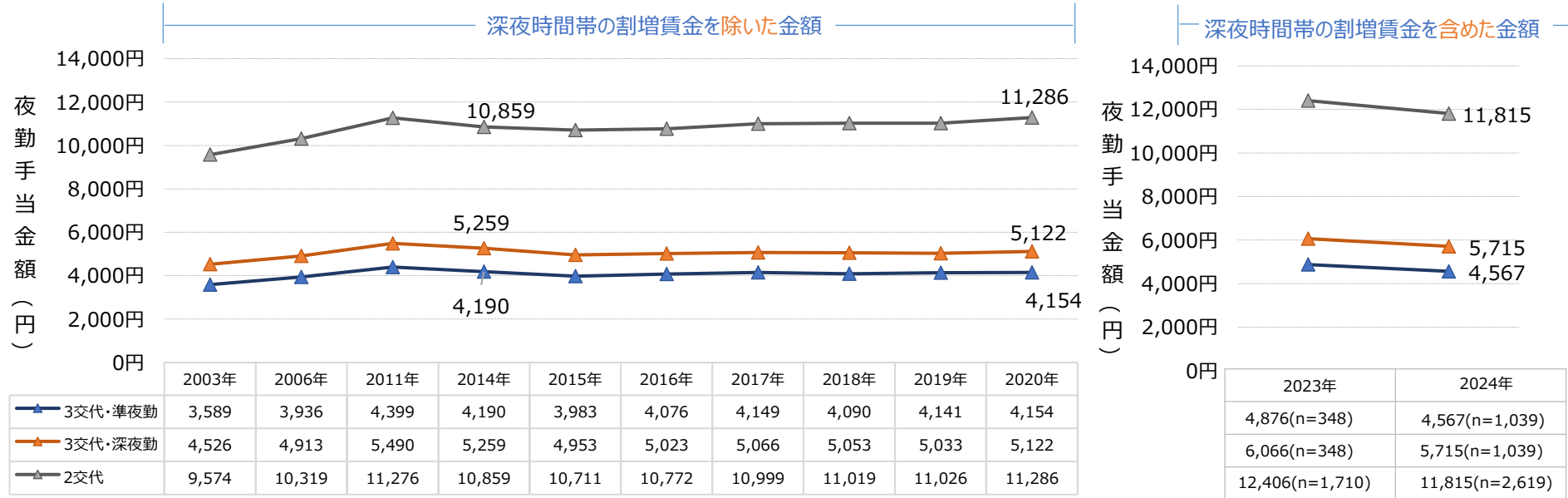
看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組として実施している内容(N=2274) (複数回答)



夜勤手当（夜勤1回あたり）の推移

- 病院勤務看護職員の夜勤手当（夜勤1回あたり）額は、2010年代に入ってほとんど上がっていない。
- 9割以上の病院で、深夜時間帯の割増賃金分と夜勤手当を支給しているが、深夜の割増賃金のみを支給している病院も131施設（4.4%）ある

◆夜勤手当金額※（夜勤1回あたり）

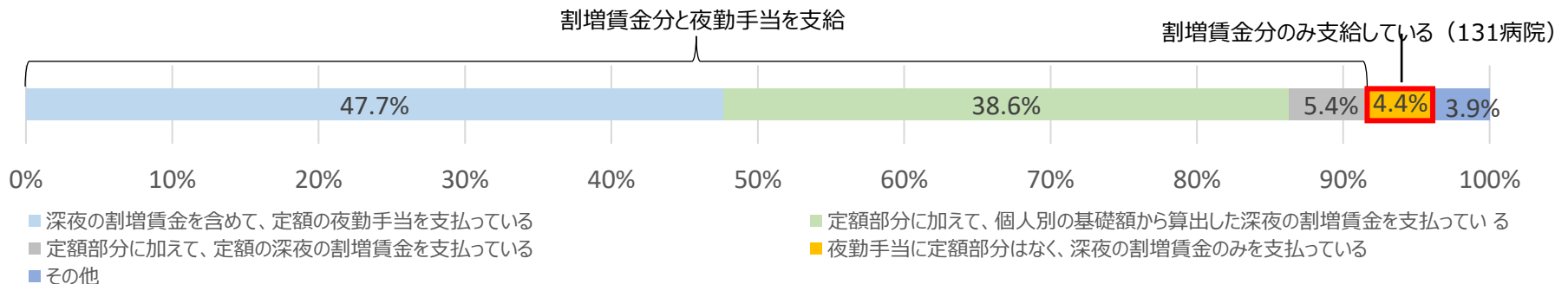


出典：各年の「病院看護実態調査」「病院における看護職員需給状況調査」、「2024年 看護職員の賃金に関する実態調査」（いずれも日本看護協会）

※2003年～2020年は、深夜時間帯（22時から5時まで）の割増賃金を除いた手当金額

※2023年・2024年は、深夜時間帯（22時から5時まで）の割増賃金を含んだ手当金額

◆深夜時間帯の割増賃金の支払い方法（2,992病院が回答）

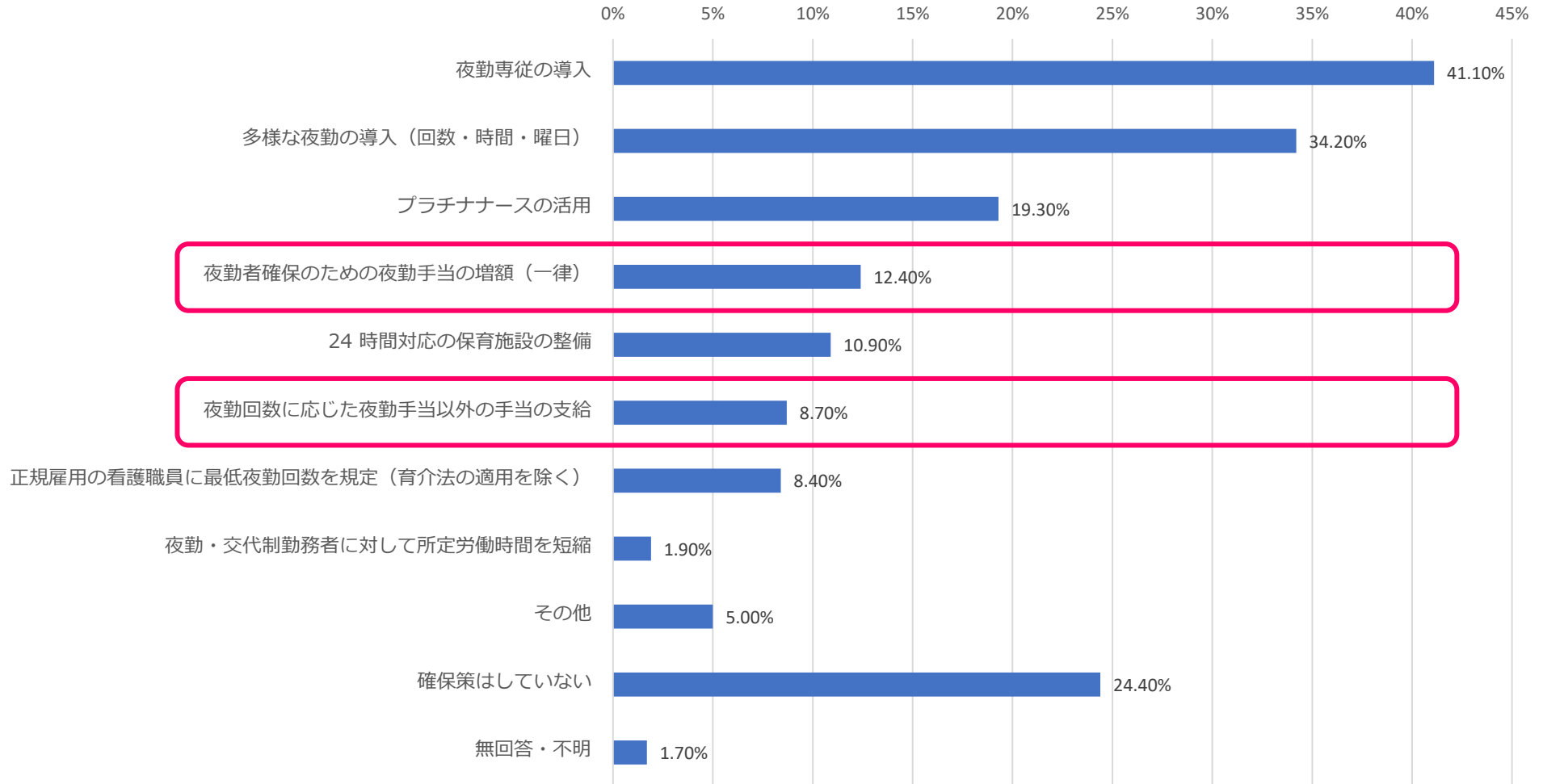


出典：2024年度 看護職員の賃金に関する実態調査 報告書

直近3年以内に実施した看護職員の夜勤者の確保策

- 直近3年以内に実施した看護職員の夜勤者の確保策として、下記のような取組が行われている。
- 看護職員の夜勤者の確保策として、処遇の改善に係る確保策に係る「夜勤者確保のための夜勤手当の増額（一律）」は12.4%、「夜勤回数に応じた夜勤手当以外の手当の支給」は8.7%で行われている。

直近3年以内に実施した看護職員の夜勤者の確保策（n=3,417）（複数回答）



医療従事者の負担軽減・人材確保について②

夜間看護体制の充実に関する評価①

- 看護職員及び看護補助者の夜間配置の評価を充実するとともに、看護職員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を行っている場合を評価する。

看護職員夜間配置加算

7対1、10対1一般病棟における看護職員の夜間配置及び夜間看護体制の評価

現行	
看護職員夜間配置加算	50点



改定後	
1 看護職員夜間12対1配置加算	
イ 看護職員夜間12対1配置加算1	80点
ロ 看護職員夜間12対1配置加算2	60点
2 看護職員夜間16対1配置加算	40点

1のイ及び2

[主な要件]

夜間看護体制の充実に関する項目のうち、4項目以上満たすこと

急性期看護補助体制加算

7対1、10対1一般病棟における看護補助者の夜間配置及び夜間看護体制の評価

現行	
夜間25対1	35点
夜間50対1	25点
夜間100対1	15点
(新規)	



改定後	
夜間30対1	40点
夜間50対1	35点
夜間100対1	20点
夜間看護体制加算	10点

夜間看護体制加算

[算定要件]

夜間急性期看護補助体制加算を算定していること。

[施設基準]

夜間看護体制の充実に関する項目のうち、3項目以上満たすこと

看護補助加算

13対1一般病棟における看護補助者の夜間配置の評価

13対1、15対1、18対1、20対1病棟における夜間看護体制の評価

現行	
看護補助加算1, 2, 3(1日につき)	
(新規)	
(新規)	



改定後	
看護補助加算1, 2, 3(1日につき)	
夜間75対1看護補助加算(1日につき)	30点
夜間看護体制加算(入院初日)	150点

夜間75対1看護補助加算

[主な要件]

一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料の13対1入院基本料を算定する病棟であること。

夜間看護体制加算

[主な要件]

夜間看護体制の充実に関する項目のうち、4項目以上満たすこと

有床診療所入院基本料

有床診療所における看護職員の夜間配置の評価

現行	
夜間看護配置加算1	80点
夜間看護配置加算2	30点



改定後	
夜間看護配置加算1	85点
夜間看護配置加算2	35点

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し②

夜間の看護配置に係る評価の見直し

- 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、夜間の看護配置に係る評価を見直す。

現行

看護職員 の配置に 係る加算	【看護職員夜間配置加算】	
	看護職員夜間12対1配置加算 1	105点
	看護職員夜間12対1配置加算 2	85点
	看護職員夜間16対1配置加算 1	65点
	看護職員夜間16対1配置加算 2	40点
	【注加算の看護職員夜間配置加算】	
	地域包括ケア病棟入院料	65点
	精神科救急入院料	65点
	精神科救急・合併症入院料	65点

看護補助者 の配置に係る 加算	【急性期看護補助体制加算】	
	夜間30対1急性期看護補助体制加算	120点
	夜間50対1急性期看護補助体制加算	115点
	夜間100対1急性期看護補助体制加算	100点
	【看護補助加算】	
	夜間75対1看護補助加算	50点
	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	45点
	看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	
	イ 14日以内の期間	141点
	ロ 15日以上30日以内の期間	116点
	夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）	
	ハ 夜間看護配置加算 1	100点
	ニ 夜間看護配置加算 2	50点

改定後

看護職員 の配置に 係る加算	【看護職員夜間配置加算】	
	看護職員夜間12対1配置加算 1	<u>110点</u>
	看護職員夜間12対1配置加算 2	<u>90点</u>
	看護職員夜間16対1配置加算 1	<u>70点</u>
	看護職員夜間16対1配置加算 2	<u>45点</u>
	【注加算の看護職員夜間配置加算】	
	地域包括ケア病棟入院料	<u>70点</u>
	精神科救急急性期医療入院料	<u>70点</u>
	精神科救急・合併症入院料	<u>70点</u>

看護補助者 の配置に係る 加算	【急性期看護補助体制加算】	
	夜間30対1急性期看護補助体制加算	<u>125点</u>
	夜間50対1急性期看護補助体制加算	<u>120点</u>
	夜間100対1急性期看護補助体制加算	<u>105点</u>
	【看護補助加算】	
	夜間75対1看護補助加算	<u>55点</u>
	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	<u>50点</u>
	看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	
	イ（1）14日以内の期間	<u>146点</u>
	（2）15日以上30日以内の期間	<u>121点</u>
	夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）	
	ハ 夜間看護配置加算 1	<u>105点</u>
	ニ 夜間看護配置加算 2	<u>55点</u>

看護職員夜間配置加算

- 看護職員夜間配置加算では、病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていることが算定要件となっている。
- 看護職員夜間配置加算の届出施設数及び算定回数は増えている。

■看護職員夜間配置加算 看護職員夜間12対1 配置加算/16対1 配置加算について

加算名	概要
看護職員夜間配置加算	・急性期医療を担う病院 ・看護職員の実質配置が12対1、16対1 ・病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等

負担の軽減、処遇改善の体制整備内容：

別添2の第2の11の(3)

ア 当該保険医療機関内に、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する**看護職員の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置**すること。

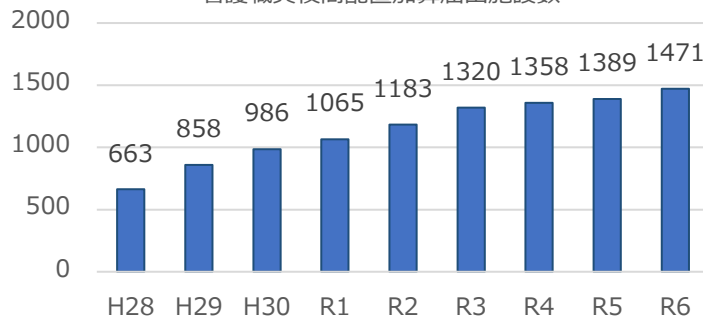
イ 当該保険医療機関内に、**多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議**（以下この項において「委員会等」という。）を**設置し、「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成**すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、**問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画**とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

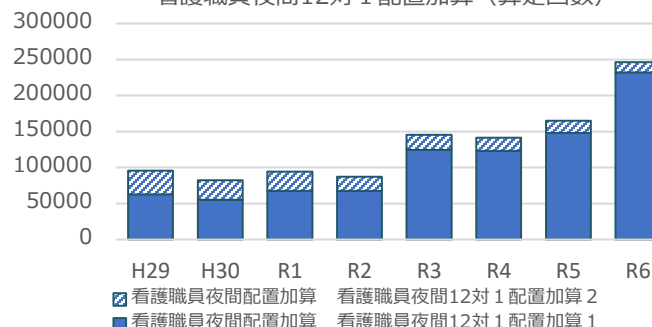
エ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する**取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開**すること。

■看護職員夜間配置加算 看護職員夜間12対1 配置加算/16対1 配置加算 算定施設数・算定回数

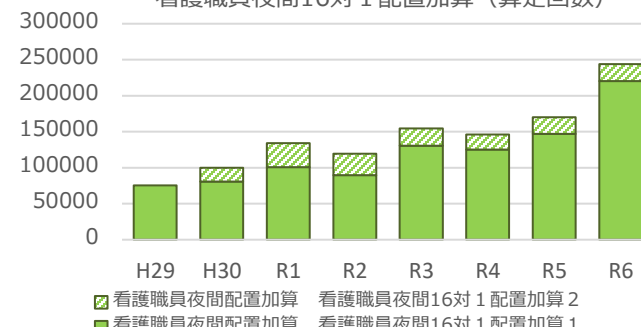
看護職員夜間配置加算届出施設数



看護職員夜間12対1 配置加算（算定回数）



看護職員夜間16対1 配置加算（算定回数）



出典：各年7月1日の届出状況。令和6年は8月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

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

小規模病院における夜間救急外来対応

小規模病院の救急外来体制の確保

- 病床規模の小さい病院において、一時的に夜間の救急外来を病棟の看護職員が対応したことにより病棟の看護体制が2名を満たさなくなった場合の入院基本料の減算評価を新設する。

(新) 夜間看護体制特定日減算

(入院料(※)の100分の5に相当する点数を減算)

※ 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括ケア病棟入院料

[算定要件]

年6日までかつ当該算定日が属する月が連続2月まで算定できる。

[施設基準]

- ① 許可病床数が100床未満であること。
- ② 減算日は、当該病棟における夜勤を行っている看護職員が、夜間救急外来対応のため一時的に救急外来で勤務したことにより、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数が2未満となった日。

- ③ 救急外来での対応のため一時的に病棟を離れた看護職員を除き、当該病棟の入院患者数が31人以上の場合、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、**看護職員1を含む2以上とし**、当該病棟の入院患者数が30人以下の場合、当該病棟における夜勤を行う**看護職員の数は1以上**であること。

算定の例

(許可病床数:99床)

3階病棟 (一般病棟)

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要

入院患者数:32人



夜間に病棟の看護職員が、一時的に病棟を離れ、救急外来で勤務する場合

現
行

病棟の看護職員が1名となり、施設基準を満たさないため、入院料の変更届出が必要となる場合がある。

2階病棟 (一般病棟)

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要

入院患者数:32人



1階病棟 (療養病棟)

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員1名を含む看護要員2名以上の配置が必要

入院患者数:35人



改
定
後

病棟に看護職員1名と看護補助者1名が残っているため、当該日のみ夜間看護体制特定日減算を算定する。



中小規模の病院における夜間の勤務体制について

	病院概要	現状	ご意見
事例1	194床 (急性期一般病棟、地域包括ケア病棟等)	- 救急外来には常時1名の看護師を配置しているが、救急外来の看護師は月に6～10日程度、地域包括ケア病棟の夜勤も行っている。<u>この看護師が地域包括ケア病棟での夜勤中、患者が救急外来に来れば救急外来に行き対応している。</u> - 地域包括ケア病棟では、この看護師が救急外来の対応中、夜勤の看護師が1名になるため、3名の看護師を配置している急性期病棟から1名が応援に行っている。	(病棟から救急外来への応援) 病院全体で1～2名程度の看護補助者が必ず夜勤をしている。看護師が救急外来対応を行っている間、看護補助者が地域包括ケア病棟の夜勤者の1名としてカウントできれば、地域包括ケア病棟に看護補助者を応援に送ることができる。
事例2	120床 (急性期一般病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟)	- 看護師の確保に力を入れているものの、以前に比べると子育てのために時短勤務や夜勤ができない看護師が増えており、<u>夜勤者の確保が非常に困難になっている。</u> - 急性期一般病棟では看護師3名が夜勤をしており、<u>救急外来はこのうちの1名が対応している。</u>	(病棟から救急外来への応援) <u>救急外来への応援の間は看護師と看護補助者のあわせて2名の配置</u>でよければ、夜勤の勤務がもう少し組みやすくなる。
事例3	197床 (急性期一般病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟等)	救急外来は管理当直者（看護師長または副看護師長）が対応しているが、一人での対応が難しい場合には<u>自宅で待機している待機看護師を電話で呼ぶ仕組みになっている。</u>待機看護師の病院到着までは10分から20分程度はかかる。	(病棟から救急外来への応援) 病棟の看護師の配置基準があるので、病棟からの応援は行っていないが、<u>待機看護師到着までの間、病棟の看護師が救急外来に応援に来てくれると大変助かる。</u>

雇用仲介事業（職業紹介事業、募集情報等提供事業）の対応について

診調組 入-1
7. 6. 26

医療・介護・保育分野に従事する労働者を採用する際の職業紹介事業者に支払う手数料が高い・転職勧奨により早期離職してしまうといった指摘等があり、厚生労働省では各種措置を講じてきた。

職業紹介事業

【令和4年度まで】

- 平成29年改正職業安定法や関係指針において、手数料等の情報開示義務や返戻金制度の推奨、就職後2年間の転職勧奨の禁止などを規定（平成30年1月1日施行）。
- 転職の勧奨につながるような求職者への「就職お祝い金」などを禁止（職業安定法に基づく指針を改正。令和3年4月1日施行）。
- 令和3年度に適正な事業者を認定する制度を創設。54社（うち医療41社、介護26社、保育16社）を認定し公表（令和7年6月現在）。
- 職業紹介事業者の法令違反の疑いについて、『「医療・介護・保育」求人者向け特別相談窓口』を都道府県労働局に設置（令和5年2月1日）。

【令和5年度】

1. 法令に違反する職業紹介事業者への厳正な対応

- ・『「医療・介護・保育」求人者向け特別相談窓口』の一層の周知【業界団体等を通じて広く周知済】
- ・3分野の有料職業紹介事業者に対する集中的指導監督の実施【令和5年8月から令和6年5月に実施済】

2. 有料職業紹介事業の更なる透明化

- ・3分野の紹介手数料の平均値・分布、離職率について、地域・職種ごとに、公表【令和5年11月公表済】

3. 優良な紹介事業者の選択円滑化

- ・3分野適正事業者認定制度の認定基準に、6か月以内の離職に対する返戻金制度を設けることを要することの追加【令和6年3月に決定済。令和6年度施行】

雇用仲介事業（職業紹介事業、募集情報等提供事業）に係る追加的対応について

診調組 入-1
7. 6. 26

令和5年度に実施した医療・介護・保育分野での集中的な指導監督や、労働局に設置した特別相談窓口に寄せられた相談事案等を踏まえ、1. 法令遵守徹底のためのルールと施行の強化、2. 雇用仲介事業の更なる見える化、3. 公的部門における職業紹介機能の強化について、労働政策審議会で議論・とりまとめ（令和6年7月24日）。

職業紹介事業

1. 法令順守徹底のためのルールと施行の強化

お祝い金・転職勧奨禁止の実効性確保

【職業安定局長通達：令和7年1月1日施行】

お祝い金・転職勧奨禁止について、職業紹介事業の許可条件に追加。

※指導監督にも関わらず、違反が継続・反復する場合は、許可取消の対象。

2. 雇用仲介事業の更なる見える化

職種ごとの紹介手数料実績の見える化

【職業安定法施行規則：令和7年4月1日施行】

職業紹介事業者の手数料実績（職種ごと・平均手数料率）の公開義務化。

募集情報等提供事業

1. 法令順守徹底のためのルールと施行の強化

金銭等提供の禁止

【職業安定法指針：令和7年4月1日施行】

労働者の登録から就職・定着までの全ての過程における金銭等の提供を原則禁止とする規定を職業安定法指針に設けることとする。（規定ぶりは、職業紹介事業について設けている規定と同様のもの。）

2. 雇用仲介事業の更なる見える化

違約金等に係るトラブルへの対応

【職業安定法指針：令和7年4月1日施行】

募集情報等提供事業者の利用料金・違約金規約の明示義務化（指針に、利用者に誤解が生じないように、規約の内容を分かりやすく記載した書面や電子メールにより、正確・明瞭に提示するよう規定）

※違約金規約の明示については、職業紹介事業者にも同様に求める145

医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度

- 法令遵守等の基準を満たす、適正な紹介事業者を認定して「見える化」を推進。
- これにより、求人施設等が、サービスの質や内容を予め把握した上で、適正な事業者を選択可能にする。

- 認定基準は、2種の基準群から構成
 - ・法令遵守等の「必須基準」と
 - ・より良いサービス提供のための「基本基準」

必須基準

法令遵守など、必ず満たさなくてはならない基準
医療、介護、保育の各分野別に定められた16～18項目のすべてをクリアする必要

- 例
- ✓ 職種別に手数料を公表している
 - ✓ 早期離職時（就職後6ヶ月以内）の返戻金制度を設けている
 - ✓ 求職者に「お祝い金」を支給していない
 - ✓ 自らの紹介により就職した者に対し、転職勧奨をしない
 - ✓ 求人者の意向に沿わない過度の営業を行わない
 - ✓ 要配慮個人情報、本人の同意を得ないで取得していない
 - ✓ 都道府県労働局から職業紹介事業に関し、職業安定法に基づく是正指導を受けていない（過去に受けた是正指導は是正済みであること）

基本基準

求職者や求人者に対してより良いサービスを提供するために満たすことが望ましい基準
各分野別に定められた11～13項目のうち概ね7割以上の項目をクリアする必要

- 例
- ✓ 求職者のキャリア、志向、希望の勤務時間や曜日・勤務場所等の制約を把握した上で、適した就業先の紹介を行っている
 - ✓ 求人者からの求人申し込みは、電話だけではなく、書面、FAX、メールで受け付けている
 - ✓ 手数料率を含むサービス提供条件は、求人者に充分説明し理解を得た上で、契約締結により事前合意している
 - ✓ 求人者の採用背景、経営方針・理念、組織・人員体制等についても求人者からの情報開示に基づき的確に把握し、求職者に伝えることによりマッチングの精度を高めている

本認定制度は以下団体の協力により創設

医療分野

- ・（公社）全日本病院協会
- ・（公社）日本医師会
- ・（一社）日本医療法人協会
- ・（公社）日本看護協会
- ・（公社）日本歯科医師会
- ・（公社）日本精神科病院協会
- ・（一社）日本病院会

介護分野

- ・（一社）全国介護事業者連盟
- ・（社福）全国社会福祉協議会 全国社会福祉法人経営者協議会
- ・ 高齢者住まい事業者団体連合会
 - （公社）全国有料老人ホーム協会、
 - （一社）全国介護付きホーム協会、
 - （一社）高齢者住宅協会
- ・（公社）全国老人福祉施設協議会
- ・（公社）全国老人保健施設協会

保育分野

- ・（社福）全国社会福祉協議会 全国保育協議会
- ・（公社）全国私立保育連盟
- ・（社福）日本保育協会

適正認定事業者 54社※

（医療分野41社、介護分野26社、保育分野16社）
※令和7年6月1日時点

【認定マークの付与】



【特設サイトで公表】



事業者の選別に資する取組（見える化）の推進

診断組 入ー1
7. 6. 2 6

令和7年4月より、職業紹介手数料率の実績開示が義務化されました。
厚生労働省が運営する「人材サービス総合サイト」では国内全ての職業紹介事業者に関する手数料実績等の情報を確認・検索できます。

- 1 職業紹介事業者の就職実績や定着状況、手数料実績を一覧でチェック。
気になる項目から並べ替えて比較することもできます

職業紹介事業者の就職実績や定着状況、手数料実績を一覧でチェック。

1

2

登録・届出番号 （労働者派遣法・労働者派遣法施行令）	事業主氏名 （事業主氏名）	事業所所在地 （事業所所在地）	就職者			離職者数 （労働者派遣法の うち6ヶ月以内 の離職者数）	取扱業務の職種	手数料実績率 （%または円）	備考	
			4ヶ月以上 有期及び無期（人）	4ヶ月以上 有期及び無期（人） うち無期（人）	4ヶ月未満 有期（人）					
00-00-00000 令和〇年〇月〇日	A社	●●県▲▲市 0000000000	44	44	0	0	4.看護師・准看護師	12.6%		詳細情報
00-00-00000 令和〇年〇月〇日	B社	●●県▲▲市 0000000000	64	5	855	1	4.看護師・准看護師	18.3%		詳細情報
00-00-00000 令和〇年〇月〇日	C社	●●県▲▲市 0000000000	135	97	3,105	14	4.看護師・准看護師	20.0%		詳細情報

3

4

- 1 たとえば・・・
・都道府県：関東
・取扱業務の職種：看護師、准看護師
・手数料率：1%～20% で検索
- 2 「手数料実績率」での昇降順の並べ替えも可能
- 3 検索時の条件に沿った「手数料実績率」が表示
- 4 クリックすると「詳細情報」が表示



人材サイト 検索

- 2 「詳細情報」をクリックすると過去5年分の就職者数・離職者数に加えて、職種別の手数料実績をチェックすることができます

職業紹介事業の適正（法第32条の16 第3項に関する事項（情報提供））

情報登録年度	就職者			離職者数 （無期雇用のうち就職 後6ヶ月以内） （人）	離職が判明せず （無期雇用のうち就職 後6ヶ月以内） （人）
	4ヶ月以上 有期及び無期（人）	4ヶ月以上 有期及び無期（人） うち無期（人）	4ヶ月未満有期 （人）		
平成31年度	231	185	4,140	15	0
令和02年度	132	105	5,220	10	0
令和03年度	186	122	1,080	24	0
令和04年度	143	94	5,010	14	0
令和05年度	146	109	0	18	0
令和06年度	135	97	3,105	14	0

過去5年分の就職者数・離職者数が表示

職業紹介事業の適正（法第32条の16 第3項に関する事項（情報提供））その2

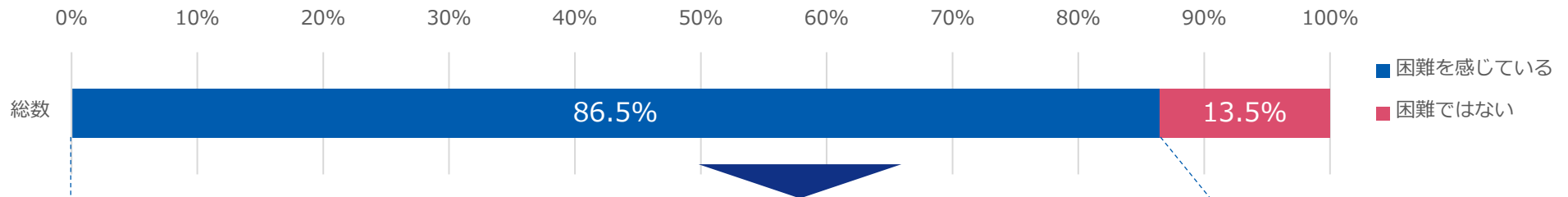
取扱業務の職種	手数料実績率・額
023 看護師、准看護師	令和06年度 20.0%
008 建築・土木・測量技術者	令和06年度 35.0%
049 福祉・介護の専門的職業	令和06年度 20.0%
024 医療技術士	令和06年度 20.0%
034 一般事務・秘書・受付の職業	令和06年度 20.0%

職種毎の手数料実績が表示

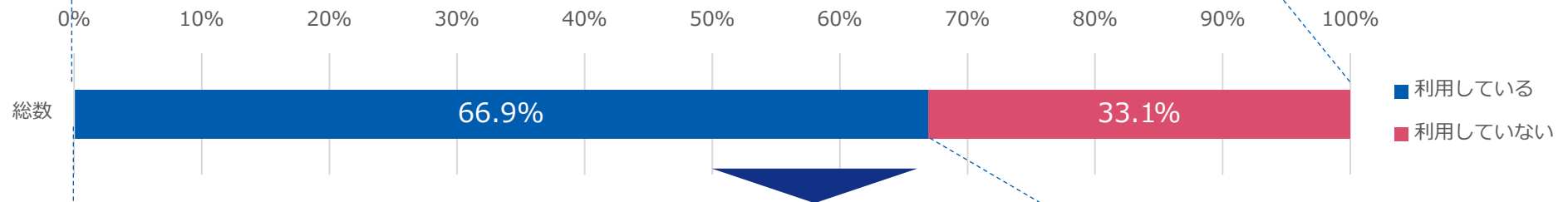
看護職員確保のための求人サービス利用状況

- 入院料の施設基準を満たす看護職員の配置を行うにあたり、困難を感じることもあるか尋ねたところ、「大いに感じる」・「感じる」は86.5%であった。
- 看護職員の確保について有料の求人サービスを利用している医療機関は66.9%であった。
- そのうち、認定事業者を利用している医療機関は42.6%、認定事業者とそうでない事業者のどちらも利用している医療機関は42.5%、利用していない医療機関は14.9%であった。

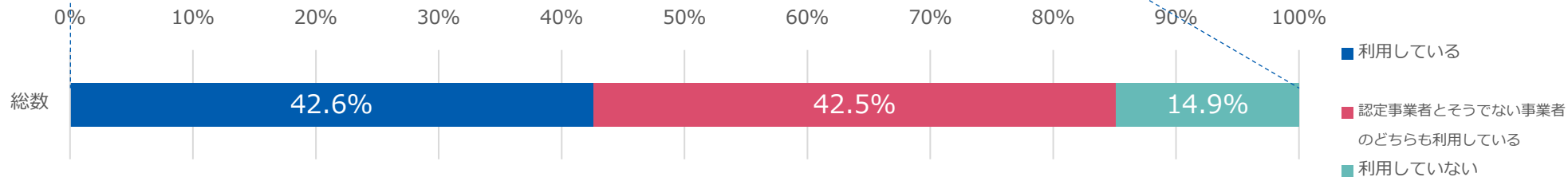
看護職員の確保について、困難を感じていますか（直近1年間の変化について）（n=3,190）



看護職員の確保について有料の求人サービスを利用していますか（n=2,646）



認定事業者を利用していますか（n=1,747）



「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」の改定について

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

- 厚生労働大臣及び文部科学大臣は、看護師等の人材確保の促進に関する法律第3条に基づき、国民に良質かつ適切な医療の提供を確保するために、看護師等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の確保を促進するための措置に関する基本的な指針を策定することとされている。
- 1992年12月の本指針の制定から現在までの間、①2001年の保健師助産師看護師法の改正に伴い「看護婦」から「看護師」と改正されるなど、看護師等を巡る状況は大きく変化したこと、②今後、少子高齢化の進行に伴って、現役世代（担い手）が急減する中で、看護ニーズの増大が見込まれており、看護師等の確保の推進が重要であること、③コロナ禍を受けて、新興感染症等の発生に備えた看護師等確保対策を実施する必要があること等から、2023年10月に本指針の改定を行った。
- 改定の概要は以下のとおり。 ※今回の改定以降も、医療提供体制の見直しに係る状況等を踏まえて、必要に応じて本指針の見直しを行う。

① 看護師等の就業の動向

- ・ 看護師等の就業者数は増加（1990年 83.4万人 → 2020年 173.4万人）
- ・ 2025年需要推計によると、2020年の就業看護師等数よりも増大が必要
- ・ 需給の状況は地域別・領域別に差異があり、地域・領域ごとの課題に応じた確保対策が重要
- ・ 2040年に向け生産年齢人口が減少していく中で看護師等の確保の推進が必要
- ・ 2040年頃を視野に入れた新たな看護師等の需給推計は、今後の医療計画の作成等に活用できるようにすることが重要

② 看護師等の養成

- ・ 看護師等の教育の課程は、保健師、助産師、看護師（三年課程、二年課程）及び准看護師の各課程からなり、全日制・定時制など多様な形態で構成される
- ・ 地域医療介護総合確保基金による看護師等養成所の整備・運営の支援が重要
- ・ 看護関係資格の取得を目指す社会人経験者の教育訓練の受講支援が重要
- ・ 療養の場が多様化し地域包括ケアが推進される中で、訪問看護ステーション等での需要増加に対応するため、多様な場での実習の充実を更に図っていくことが重要
- ・ 今後は看護学生の減少が予想されるため、資質の高い看護教員の確保や看護師等を安定的に養成する取組など、地域の看護師等学校養成所間での議論が望まれる

③ 病院等に勤務する看護師等の処遇の改善

- ・ 看護師等の就業継続を支援していくため夜勤等の業務負担の軽減や病院等のICT化の積極的な推進による業務の効率化を図っていくことが重要
- ・ 労使において業務内容、業務状況等を考慮した給与水準となるよう努める
- ・ 仕事と育児の両立支援に向けた環境整備の推進や地域医療介護総合確保基金による支援も活用した勤務環境改善のための体制整備を進めるよう努める
- ・ 職場におけるハラスメント対策を適切に実施していくことが必要
- ・ チーム医療推進のため、タスク・シフト/シェアを進めていくことが重要

⑦ その他看護師等の確保の促進に関する重要事項

- ・ 看護師等の確保を進める上で、医療関係者をはじめ広く国民一人一人が「看護」の重要性や魅力について理解と関心を深めることが必要
- ・ 看護補助者が実施可能な業務については、看護補助者が担っていく環境を整備することや看護補助者の社会的な認知の向上に努めることが重要

④ 研修等による看護師等の資質の向上

- ・ 看護師等はライフイベントによるキャリア中断が多いため、新人世代から高齢世代までを通じたキャリアの継続支援が重要
- ・ すべての新人看護師等が基本的な臨床実践能力を獲得することが重要
- ・ 個々の看護師等が置かれた状況等により、例えば、特定行為研修の受講など、就業場所、専門領域、役職等に応じた知識・技術・能力の向上が求められる
- ・ 看護師等の指導を行う看護管理者の役割が重要であり、看護管理者には自らの病院等のみならず地域の様々な病院等と緊密に連携する能力が求められる

⑤ 看護師等の就業の促進

- ・ 新規養成・復職支援・定着促進を三本柱とした取組の推進が重要
- ・ 都道府県ナースセンターにおける職業紹介等の充実や公共職業安定所と都道府県ナースセンターとの緊密な連携を通じたマッチングの強化が重要
- ・ 「デジタル改革関連法を踏まえた看護職の人材活用システム」により、看護師等のスキルアップの推進を図ることが重要
- ・ 都道府県・二次医療圏ごとの地域の課題に応じた看護師等の確保や領域別の今後の看護師等の需給を踏まえ、訪問看護における看護師等の確保が重要
- ・ 人生100年時代において生涯にわたる看護師等の就業推進が必要

⑥ 新興感染症や災害等への対応に係る看護師等の確保

- ・ 新興感染症や災害が発生した場合において的確に対応できる看護師等の応援派遣が迅速に実施できるよう、災害支援ナースの養成及び応援派遣を行う仕組みを構築することが必要
- ・ 国においては、災害支援ナースの養成及びリスト化を進めるとともに、全国レベルでの看護師等の応援派遣調整に係る体制を整備することが重要
- ・ 都道府県においては、災害支援ナースの応援派遣に係る医療機関等との間の協定の締結を着実に進めることが重要

看護職員確保に関する施策

看護職員の確保に当たっては、「新規養成」「復職支援」「定着促進」を三本柱にした取組を推進

新規養成

復職支援

定着促進

①新規養成

- ✓ 地域医療介護総合確保基金を活用した、看護師等養成所の整備や運営に対する支援
- ✓ 看護関係資格の取得を目指す社会人経験者に対して、看護職員養成所の学費の一部を給付（専門実践教育訓練給付）

②復職支援

- ✓ 都道府県ナースセンターにおいて、
 - ・ハローワークと連携した無料職業紹介や情報提供・相談対応の実施
 - ・看護職員の多様なキャリア情報や研修情報を充実し、マイナポータルを通じて潜在看護職員に提供 ※令和8年度運用開始予定

③定着促進

- ✓ 地域医療介護総合確保基金を活用した、病院内保育所の整備・運営や仮眠室・休憩スペース等の新設・拡張など、勤務環境改善に対する支援
- ✓ 都道府県医療勤務環境改善支援センターにおいて、看護職員を含めた医療従事者の勤務環境改善のための体制整備に関するコンサルティングの実施

看護職員等の 処遇改善

＜診療報酬改定＞

- ・令和4年10月～ 看護職員処遇改善評価料
- ・令和6年 6月～ ベースアップ評価料

＜予算事業＞

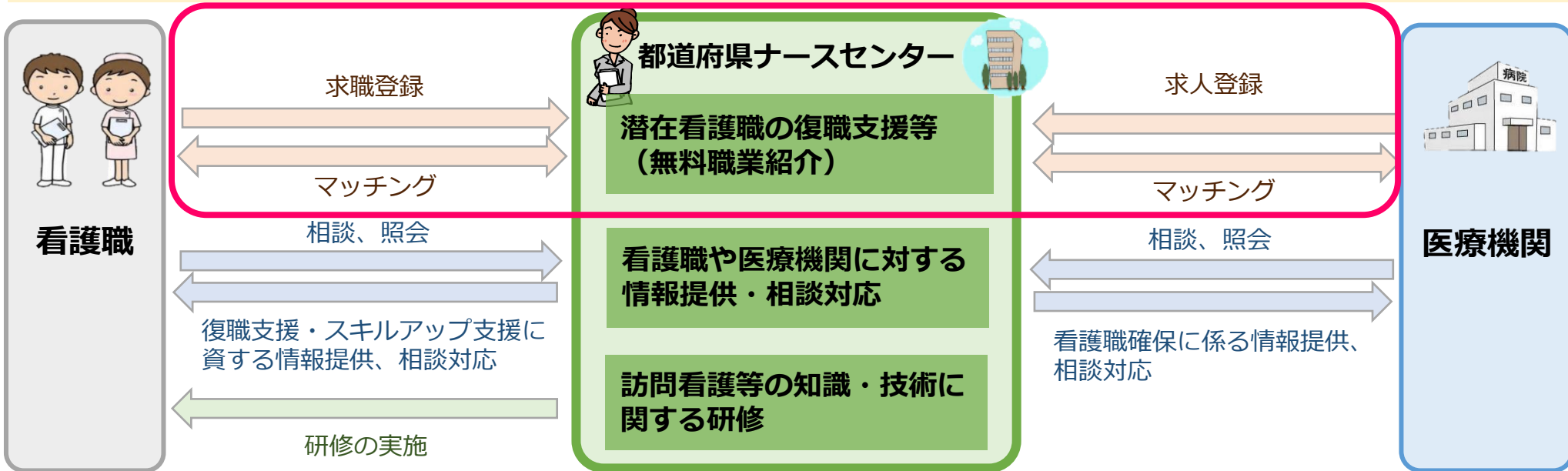
- ・令和5年度補正予算 看護補助者の処遇改善事業
- ・令和6年度補正予算 生産性向上・職場環境整備等支援事業

地域・領域別の 課題への対応

- ・第8次医療計画（令和6年度～）において看護職員の確保を位置付け
- ・都道府県において、二次医療圏ごとに地域医療対策協議会等を活用し、看護職員等の医療従事者の確保における課題の把握、対策の検討

都道府県ナースセンターによる看護職の就業・資質向上支援

都道府県ナースセンターは、①潜在看護職の復職支援等（無料職業紹介）、②看護職や医療機関に対する情報提供・相談対応、③訪問看護等の知識・技術に関する研修の実施等を通じて、地域における看護職の就業・資質向上を支援している。



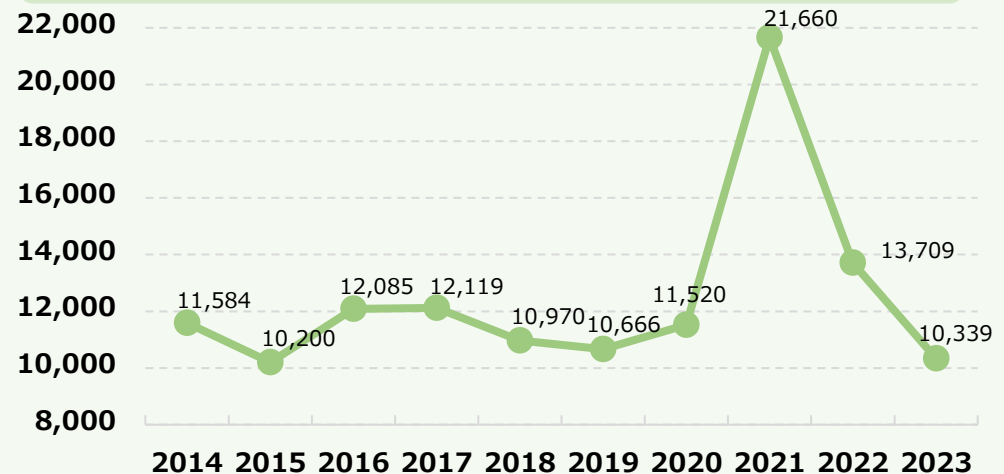
中央ナースセンター

連絡調整、指導等の援助、
情報提供等

都道府県・関係団体・
ハローワーク等

緊密に連携し、地域課題の解決に
資する看護職確保策を実施

都道府県ナースセンターの無料職業紹介による就業者数の推移



※ 2021年度（令和3年度）は、ワクチン接種業務等の新型コロナ関連業務への就職が増え、都道府県ナースセンターの紹介による就業者数が特に増加。（その前後の年度も、新型コロナ関連業務が一定程度あり、例年よりは就業者数が少し多くなっている。）

※平成30年末時点の推計では、
65歳未満の就業者看護職員数は約154.0万人（平成22年末：約139.6万人）、
65歳未満の潜在看護職員数は約69.5万人（平成22年末：約71.5万人）

（資料出所）令和2年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「新たな看護職員の働き方等に対応した看護職員需給推計への影響要因とエビデンスの検証についての研究」（代表研究者：小林美亜）、平成24年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「第七次看護職員需給見通し期間における看護職員需給数の推計手法と把握に関する研究」（代表研究者：小林美亜）

看護職員の負担軽減策に係る加算等の主な変遷

	急性期		回復期・慢性期	
	急性期看護補助体制加算	看護職員夜間配置加算	看護補助加算等	看護職員夜間配置加算等
H22	・急性期における医師や看護職員の負担軽減、業務分担推進のために加算を新設	—	・（H12新設） ・（加算1は15～20対1、加算2・3は13～20対1入院基本料が対象）	・（夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）はH20新設）
H24	・25対1、夜間50対1、夜間100対1、看護職員夜間配置加算を新設 ・負担軽減・処遇改善の体制整備を要件化	—	・加算1の対象施設に13対1入院基本料も追加（必要度10%以上が要件）	
H26	・夜間50対1、夜間100対1の評価引上げ ・夜間25対1を新設	・急性期看護補助体制加算の看護職員夜間配置加算を独立	・必要度の要件を5%以上に変更 ・負担軽減・処遇改善の体制整備を要件化 ・看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）を新設	
H28	・夜間25対1を30対1に変更 ・夜間30対1、夜間50対1、夜間100対1の評価引上げ ・夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理を要件とした夜間看護体制加算を新設 ・定期的な業務範囲の見直しを要件化	・12対1加算2の評価引上げ ・夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理を要件とした12対1加算1と16対1を新設	・夜間75対1、夜間看護体制加算を新設 ・定期的な業務範囲見直しを要件化	・夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）の評価引上げ
H30	・全区分の評価引上げ ・定期的な業務内容の見直し、身体的拘束を最小化する取組、看護補助者への院内研修を要件化 ・障害者施設等入院基本料（7対1、10対1）の注加算として看護補助加算を新設	・全区分の評価引上げ ・16対1加算2を新設	・全区分の評価引上げ ・定期的な業務内容の見直し、身体的拘束を最小化する取組、看護補助者への院内研修を要件化	・夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）を新設 ・看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の注加算）を新設
R02	・全区分の評価引上げ	・全区分の評価引上げ ・夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直し	・全区分の評価引上げ	・全区分の評価引上げ
R04	・夜間急性期看護補助体制加算の評価引上げ ・看護補助体制充実加算を新設	・全区分の評価引上げ ・夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直し	・夜間75対1看護補助加算の評価引上げ ・看護補助体制充実加算を新設	・看護職員夜間配置加算の評価引上げ
R06	・看護補助体制充実加算2を新設 ・身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2を算定 ・看護補助者の配置に係る夜間看護体制加算の評価の見直し ・夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理の「ICT、AI、IoT等の活用」を「取り組むことが望ましい」に見直し	・夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理に「ICT、AI、IoT等の活用」を「取り組むことが望ましい」に見直し	・看護補助体制充実加算の見直し ・看護補助者の配置に係る夜間看護体制加算の評価の見直し ・夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理に「ICT、AI、IoT等の活用」を「取り組むことが望ましい」に見直し ・直接療養生活上の世話をする看護補助者の評価を新設 ・身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3を算定	・夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理に「ICT、AI、IoT等の活用」を「取り組むことが望ましい」に見直し

看護職員の負担軽減策の全体像

		急性期	回復期・慢性期
看護補助者との役割分担の推進		【急性期看護補助体制加算】 - 急性期一般入院基本料 - 特定機能病院入院基本料（一般病棟） - 専門病院入院基本料（7対1、10対1）	【看護補助加算】 - 地域一般入院基本料 13対1、15対1、18対1、20対1※1 - 障害者施設等入院基本料（7対1、10対1）の注加算 - 特定一般病棟入院料 - 小児入院医療管理料の注加算 【看護補助者配置加算】 - 地域包括ケア病棟入院料の注加算
看護職員と看護補助者の業務分担・協働の更なる推進		【看護補助体制充実加算】 - 急性期看護補助体制加算の注加算 - 小児入院医療管理料の注加算	【看護補助体制充実加算】 - 看護補助加算の注加算等 - 療養病棟入院基本料の注加算 - 地域包括ケア病棟入院基本料の注加算 - 地域包括医療病棟入院基本料の注加算 - 障害者施設等入院基本料の注加算
夜間の看護体制関係	看護職員の手厚い夜間配置	【看護職員夜間配置加算】 - 急性期一般入院基本料6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） - 専門病院入院基本料（7対1、10対1）	【夜間看護加算】 - 療養病棟入院基本料の注加算 【看護職員夜間配置加算】 - 地域包括ケア病棟入院料の注加算 - 地域包括医療病棟入院料の注加算 - 精神科救急急性期医療入院料の注加算 - 精神科救急・合併症入院料の注加算
	看護補助者の夜間配置	【夜間急性期看護補助体制加算】 急性期看護補助体制加算の注加算	【夜間75対1看護補助加算】 看護補助加算の注加算（地域一般入院料1又は2、13対1※1のみ）
	負担軽減に資する勤務編成（シフト）や、部署間支援等の推進	【夜間看護体制加算】 急性期看護補助体制加算の注加算（夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合のみ）	【夜間看護体制加算】 - 看護補助加算の注加算 - 障害者施設等入院基本料の注加算 - 地域包括医療病棟入院料の注加算
	小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保	【夜間看護体制特定日減算】 - 一般病棟入院基本料 - 結核病棟入院基本料 - 精神病棟入院基本料 - 地域包括医療病棟入院料 - 専門病院入院基本料 - 障害者施設等入院基本料 - 地域包括ケア病棟入院料	
	適切な夜勤時間の管理	【月平均夜勤時間が72時間以下であること】 病院の入院基本料等の施設基準	

ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進

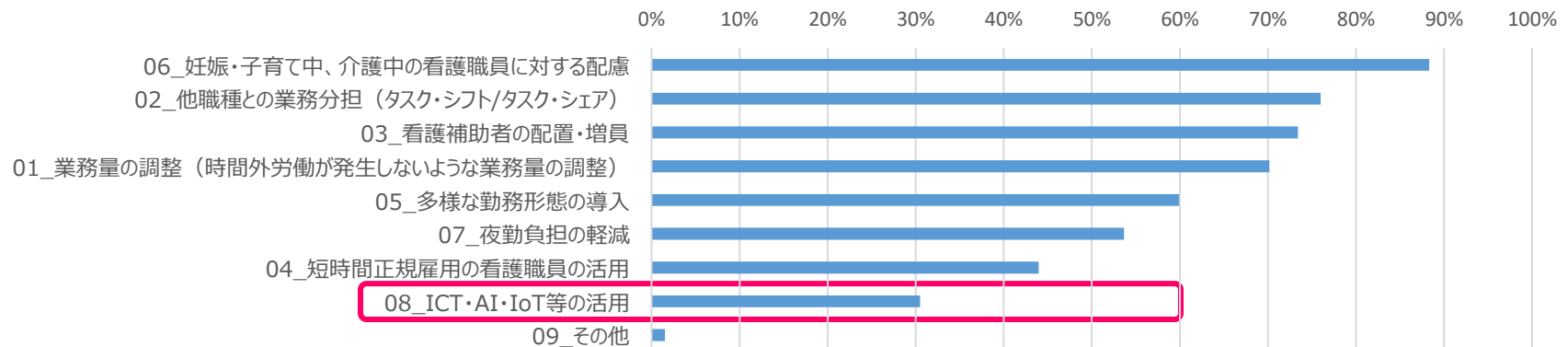
ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進

- ICTの活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等のうち、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」に取り組むことが望ましいこととする。

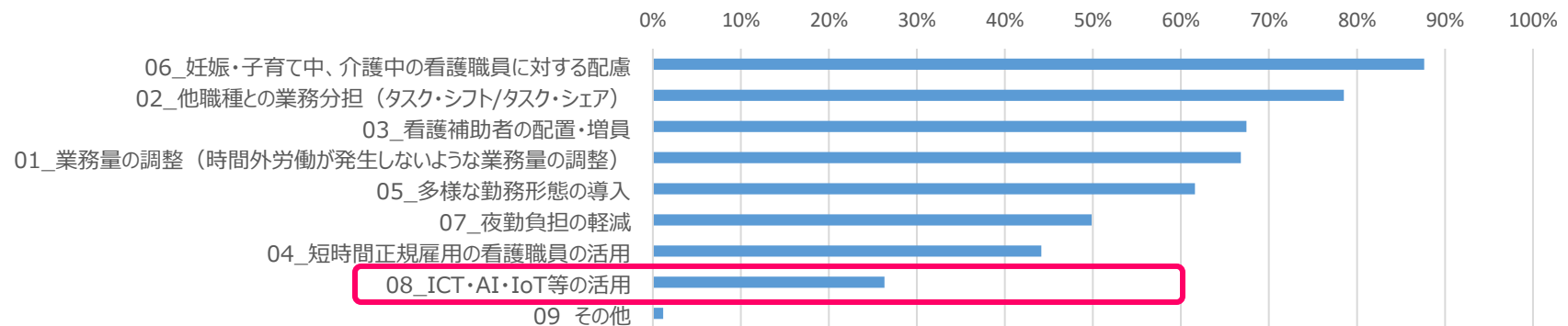
※ 1 3交代制勤務又は変則3交代勤務の病棟のみが対象 ※ 2 夜間30・50・100対1急性期看護補助体制加算の届出が該当	看護職員夜間 配置加算 12対1加算1 16対1加算1	夜間看護体制 加算 急性期看護補助体制加算 の注加算	夜間看護体制 加算 看護補助加算の注加算	夜間看護体制 加算 障害者施設等入院基本料 の注加算	看護職員夜間 配置加算 精神科救急急性期医療入 院料、精神科救急・合併 症入院料の注加算
満たす必要がある項目数（ア又はウを含むこと）	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保（※1）	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整する システムの構築	○	○	○	○	○
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話					
ク 看護補助者の夜間配置（※2）					
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	
コ 夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 <u>（取り組むことが望ましい）</u>	○	○	○	○	○

- 看護職員の負担軽減及び処遇の改善に関する取組として、ICT・AI・IoT等の活用が進められている。

（急性期・地域包括医療病棟）看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施しているもの(n=1053)



（地域包括ケア・回復期リハ病棟）看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施しているもの(n=768)

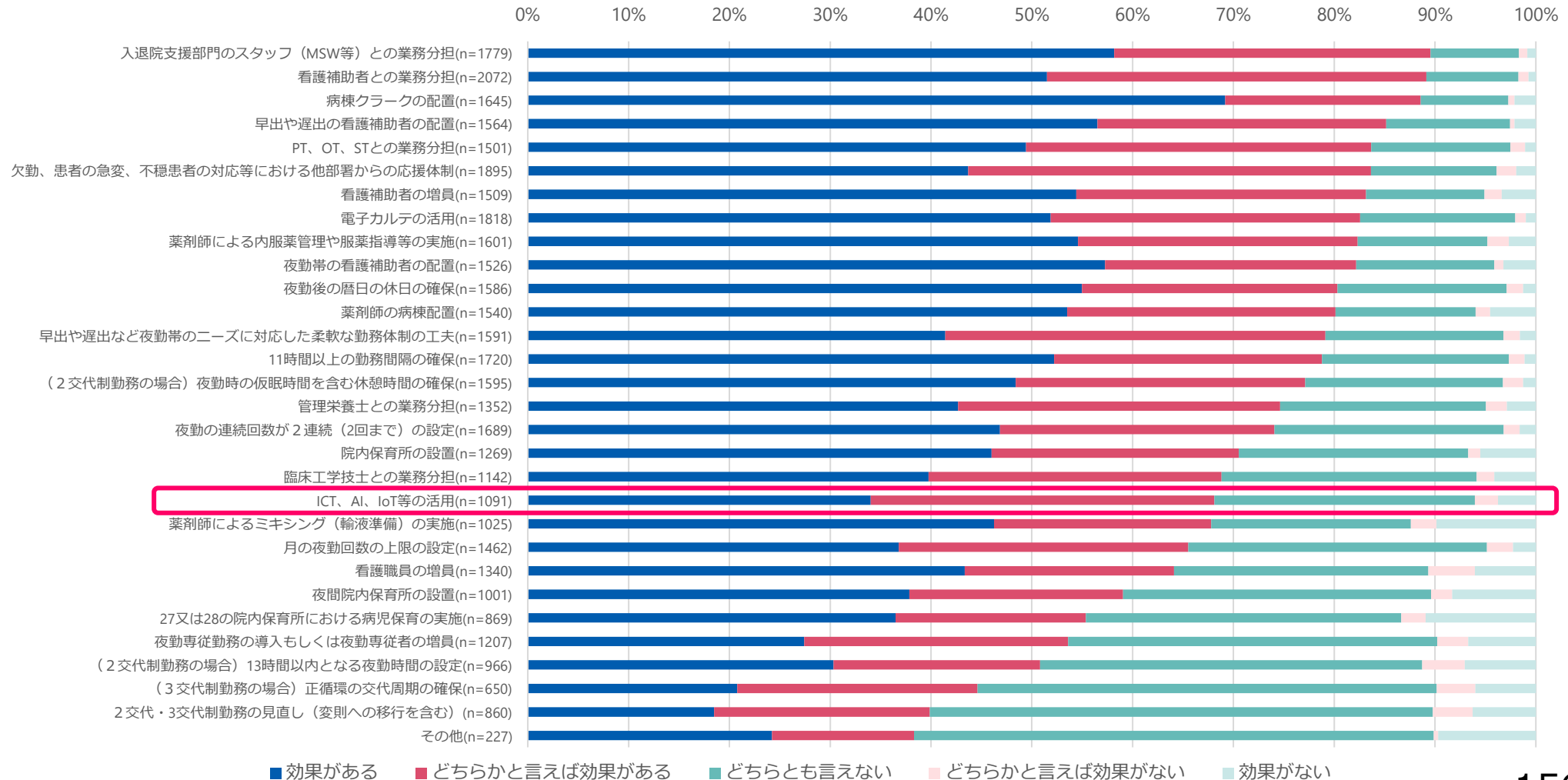


看護職員の業務負担軽減の効果

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

- 看護職員の業務負担軽減の効果として、ICT・AI・IoT等の活用が「効果がある」・「どちらかと言えば効果がある」と答えたのは約7割であった。

看護補助者を配置している病棟における、看護職員の業務負担軽減策に対しての効果（無回答を除く）

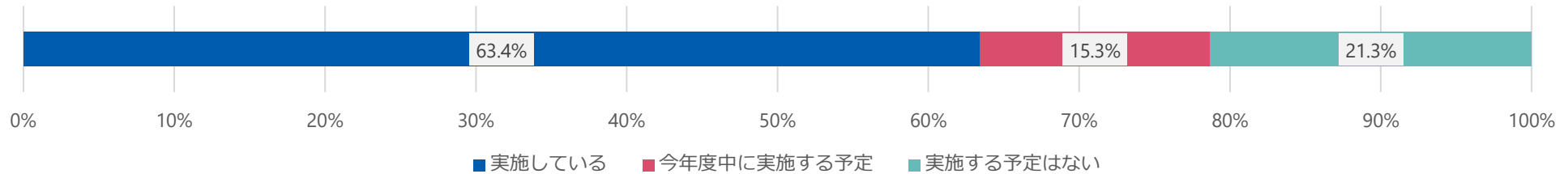


看護記録に係る負担軽減の取組状況

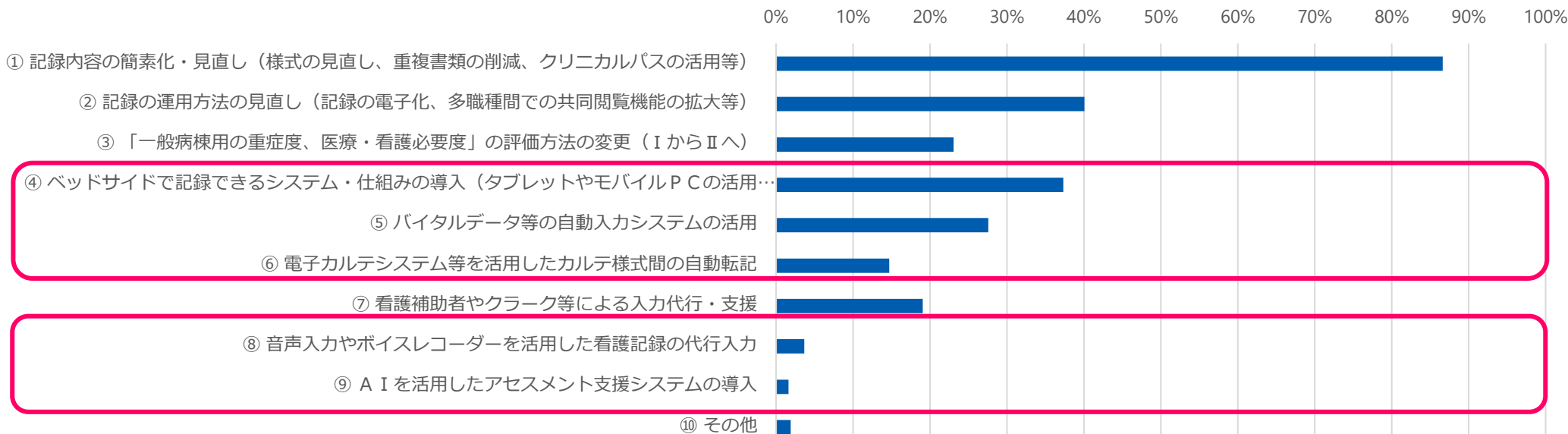
診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

- 看護記録に係る負担軽減の取組を実施している病棟は63.4%であり、記録内容の簡素化・見直しについて多く取り組まれていた。ベッドサイドで記録できるシステム・仕組みの導入（タブレットやモバイルPCの活用）の他、バイタルデータ等の自動入力システムの活用が進められている。

看護記録に係る負担軽減の取組状況(n=3821)



看護記録に係る負担軽減の取組の実施内容（複数回答）(n=2409)



看護の業務負担軽減について

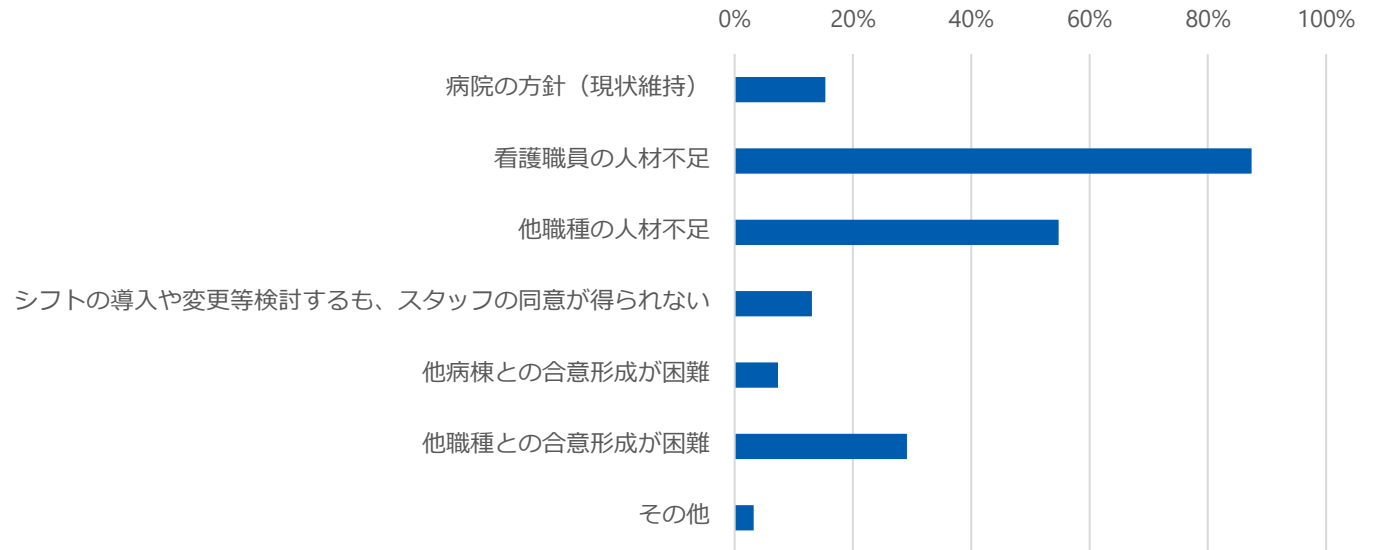
診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 病棟の業務負担軽減を行っている病棟は72%であった。病棟の業務負担軽減を「取り組みたいが困難」な理由としては、「看護職員の人材不足」が最も多かった。
- 病棟の看護職員の総合的にみた勤務状況は、3割の病棟が悪化傾向であった。

業務負担軽減を行っていますか

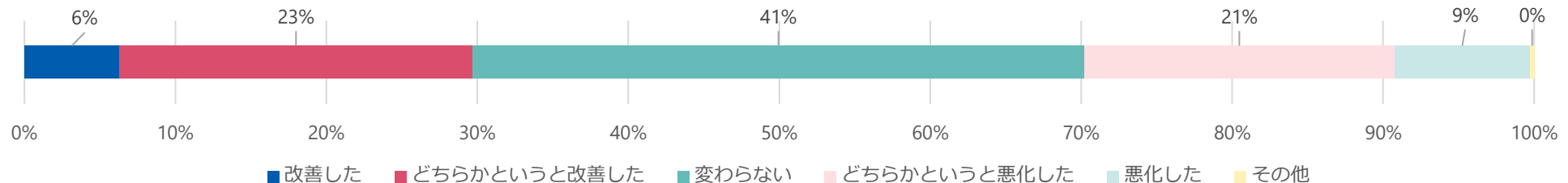
	病棟数	(割合)
取組を行っている	2,772	72%
現状で問題がないため新たな取組は行っていない	240	6%
取り組みたいが困難	847	22%

「取り組みたいが困難」な場合の理由（複数回答）(n=803)



病棟の看護職員の総合的にみた勤務状況（令和6年11月時点における直近1年間の変化）

(n=3769)



【○ 医療分野の生産性向上・職場環境改善等による更なる賃上げ等の支援】
施策名：人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ
（生産性向上・職場環境整備等事業）

令和6年度補正予算額 828億円

医政局医療経営支援課
（内線2672）

① 施策の目的

賃上げ等のための生産性向上の取組を支援し、医療人材の確保・定着を図る。

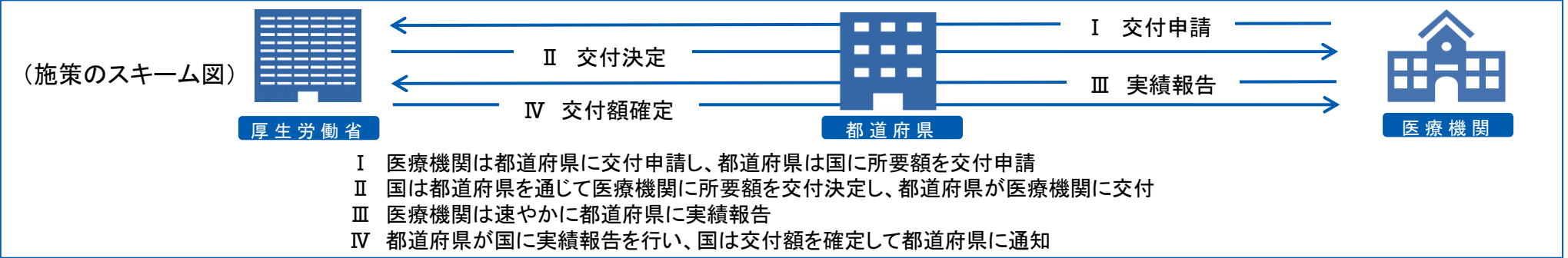
② 対策の柱との関係

I	II	III
○		

③ 施策の概要

生産性向上に資する設備導入等の取組を進める医療機関等（ベースアップ評価料算定機関に限る。）に対して経費相当分の給付金を支給し、生産性向上・職場環境整備等を図る。
（交付額）病院・有床診療：4万円／病床数、診療所（医科・歯科）・訪問看護ステーション：18万円／施設（補助率10/10）
【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
・ タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備等の導入 → 職員間の情報伝達の効率化（チーム医療の推進）
・ 床ふきロボット、監視カメラ等の導入 → 清掃業務、院内監視業務等の効率化
○ タスクシフト／シェアによる業務の効率化
・ 医師事務作業補助者・看護補助者の配置 → 医師・看護師の業務効率化（診断書作成、病室内の環境整備や看護用品の整理等）
※ 新たに配置する際に必要な経費の他、既に雇用している職員の人件費に充てることが可能

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



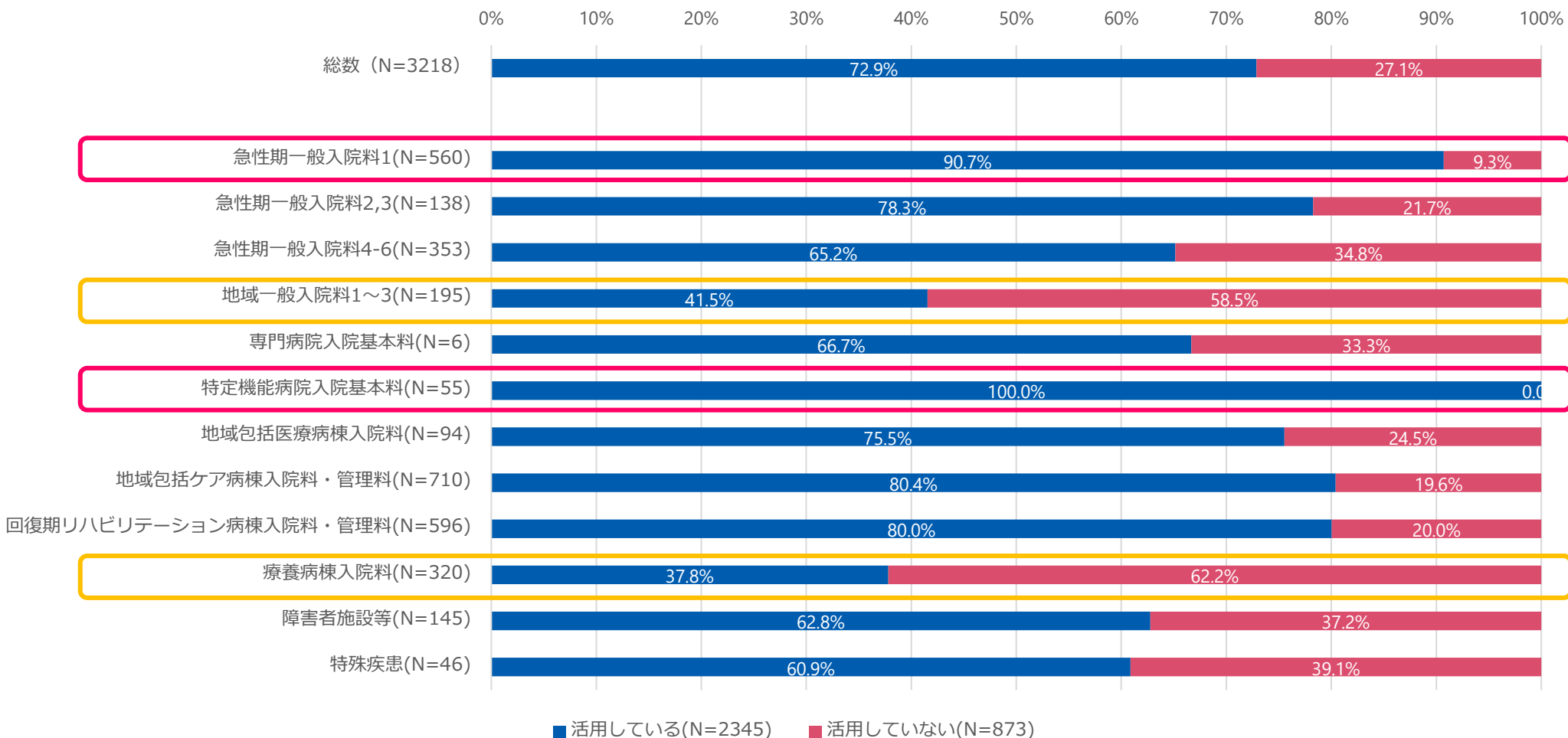
⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

医療機関等へ業務の生産性向上に資する財政支援を行うことで、職場内の生産性向上・環境整備等を図り、地域に必要な医療提供体制を確保する。

ICT（情報通信技術）の活用状況について

- ICT（情報通信技術）の活用状況について、「活用している」は72.9%であった。
- 入院料別には、特定機能病院は10割、急性期一般入院料 1 では約 9 割が活用していると回答した。一方で、地域一般入院料 1～3、療養病棟入院料は約 4 割が活用していると回答した。

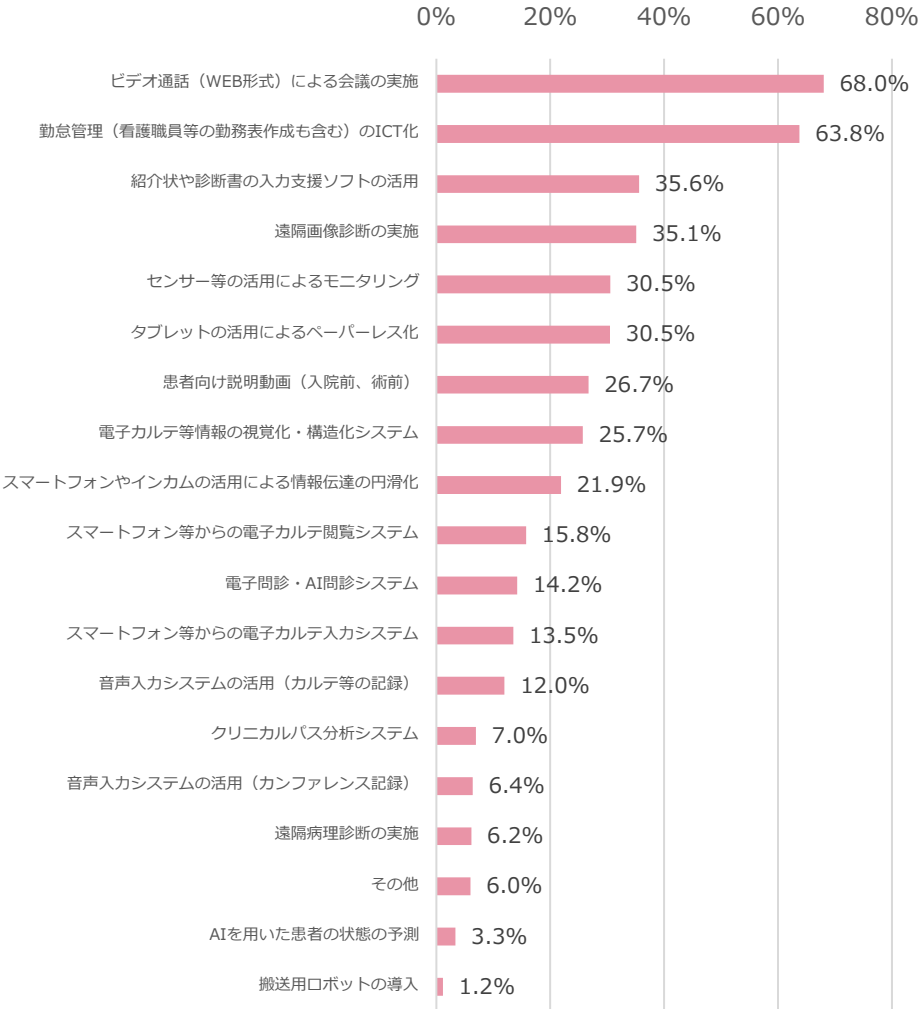
ICT（情報通信技術）の活用状況について



ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（全入院料）①

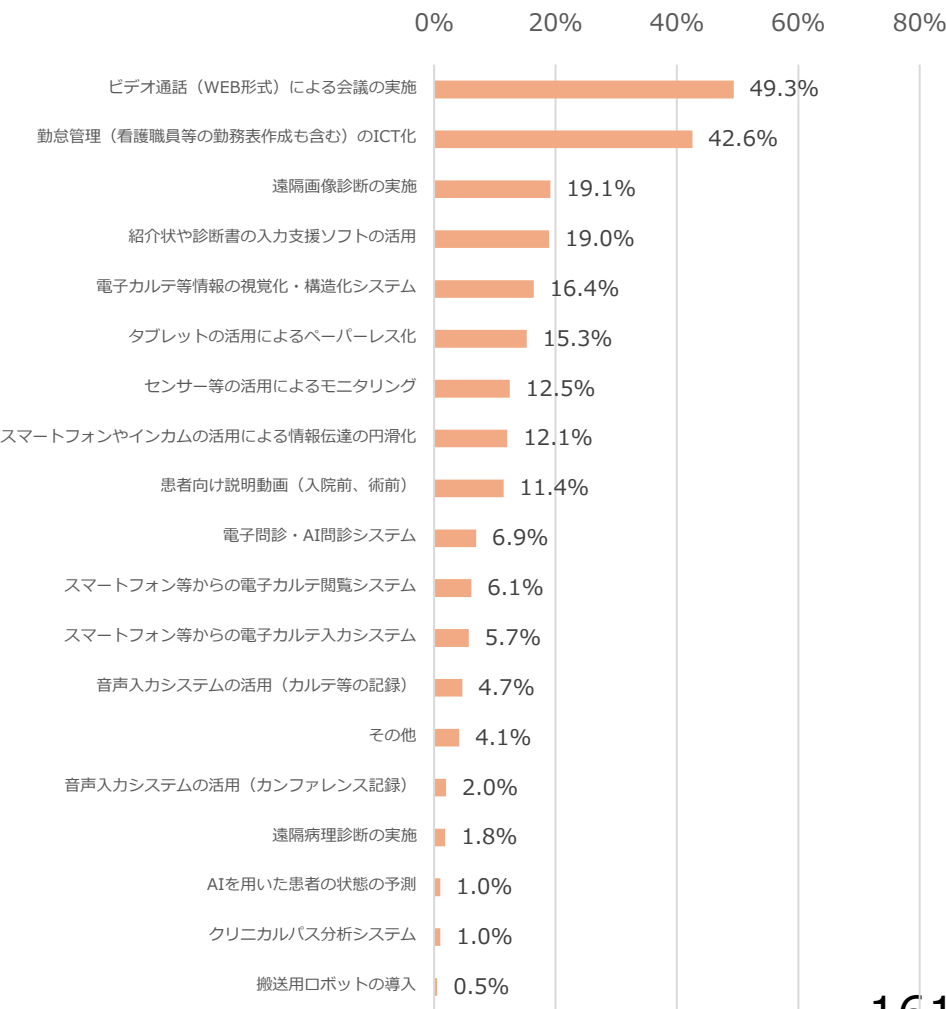
- ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組は、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」68.0%、「勤怠管理のICT化」63.8%、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」35.6%が進められていた。
- 特に有効だったICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について上位3つを尋ねたところ、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」49.3%、「勤怠管理のICT化」42.6%、「遠隔画像診断の実施」19.1%の順であった。

ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について(N=2,341)



特に有効だったICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（上位3つ）

(N=2,298)



ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（入院料別）②

- ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について、入院料別についてみた場合、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」、「勤怠管理のICT化」は広く取り組まれている。
- 「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」、「患者向け説明動画（入院前、術前）」について、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料において取組が進んでいる。

ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（n=2,341）

入院料	ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施	勤怠管理（看護職員等の勤務表作成も含む）のICT化	紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用	遠隔画像診断の実施	センサー等の活用によるモニタリング	タブレットの活用によるペーパーレス化	患者向け説明動画（入院前、術前）	電子カルテ等情報の視覚化・構造化システム	スマートフォンやインカメラの活用による情報伝達の円滑化	スマートフォン等からの電子カルテ閲覧システム	電子問診・AI問診システム
急性期一般入院料1(N=506)	76.5%	75.1%	45.8%	39.1%	34.8%	42.5%	46.8%	23.9%	30.0%	23.1%	21.7%
急性期一般入院料2,3(N=108)	75.0%	64.8%	42.6%	44.4%	24.1%	31.5%	30.6%	20.4%	15.7%	19.4%	11.1%
急性期一般入院料4-6(N=230)	66.1%	56.5%	25.2%	33.5%	25.7%	28.3%	22.2%	20.4%	16.5%	8.7%	10.4%
地域一般入院料1～3(N=81)	53.1%	51.9%	17.3%	33.3%	29.6%	27.2%	11.1%	37.0%	12.3%	7.4%	2.5%
専門病院入院基本料(N=4)	75.0%	50.0%	75.0%	50.0%	50.0%	25.0%	75.0%	50.0%	0.0%	25.0%	0.0%
特定機能病院入院基本料(N=54)	92.6%	75.9%	61.1%	50.0%	38.9%	55.6%	68.5%	37.0%	20.4%	27.8%	37.0%
地域包括医療病棟入院料(N=71)	69.0%	69.0%	38.0%	43.7%	23.9%	25.4%	29.6%	21.1%	29.6%	19.7%	18.3%
地域包括ケア病棟入院料・管理料(N=570)	64.4%	62.3%	33.7%	35.8%	31.1%	24.7%	20.2%	24.9%	20.9%	14.4%	14.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料・管理料(N=477)	69.4%	63.1%	37.1%	35.0%	31.9%	28.7%	23.9%	26.0%	22.9%	16.8%	13.8%
療養病棟入院料(N=121)	49.6%	44.6%	20.7%	14.0%	30.6%	28.9%	2.5%	29.8%	17.4%	7.4%	1.7%
障害者施設等(N=91)	59.3%	60.4%	20.9%	23.1%	22.0%	15.4%	2.2%	35.2%	12.1%	4.4%	2.2%
特殊疾患(N=28)	57.1%	50.0%	25.0%	10.7%	14.3%	7.1%	3.6%	39.3%	10.7%	0.0%	3.6%

ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（入院料別）③

○ ICT活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について、入院料別についてみた場合、特定機能病院において「音声入力システムの活用（カルテ等の記録）」の取組が特に進んでいる。

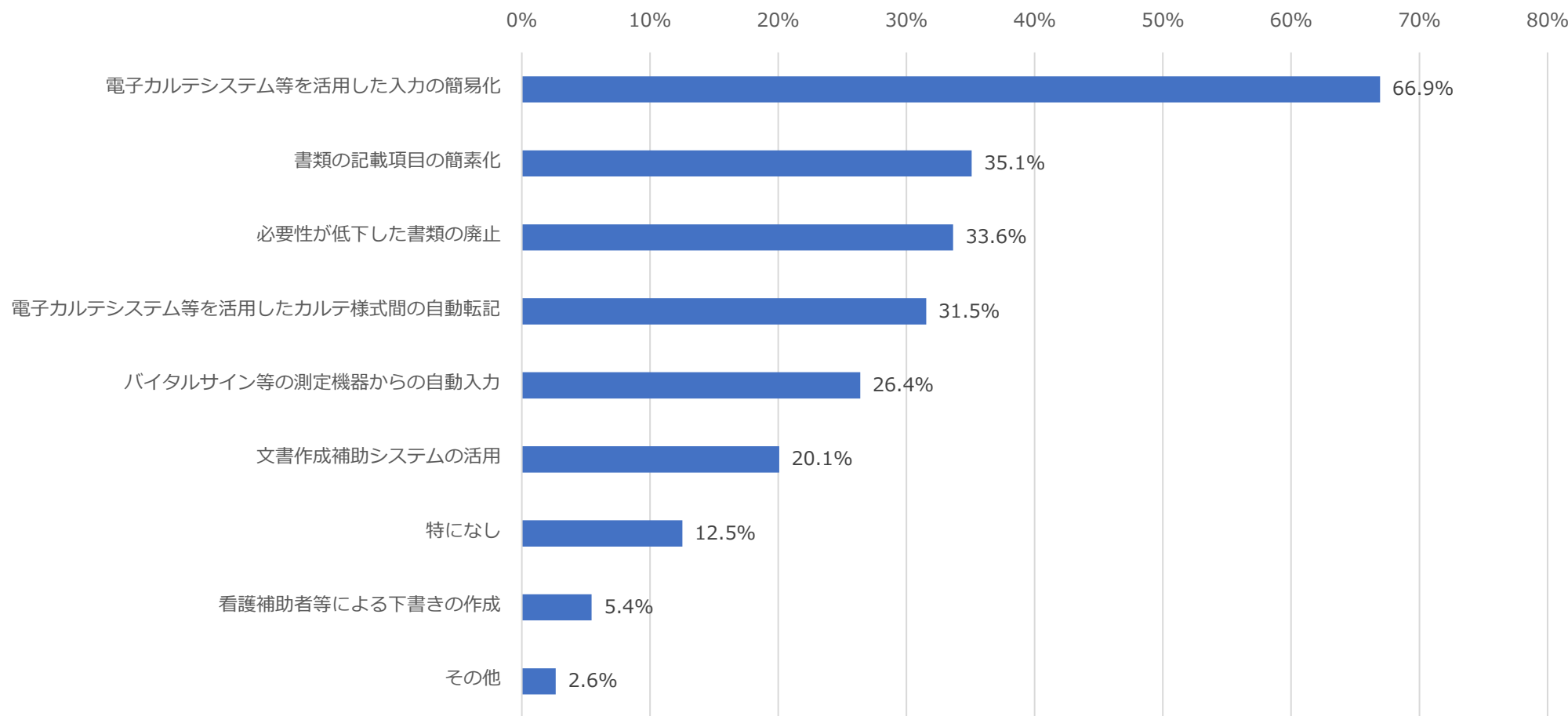
ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（n=2,341）

入院料	スマートフォン等からの電子カルテ入力システム	音声入力システムの活用（カルテ等の記録）	クリニカルパス分析システム	音声入力システムの活用（カンファレンス記録）	遠隔病理診断の実施	その他	AIを用いた患者の状態の予測	搬送用ロボットの導入	特になし
急性期一般入院料1(N=506)	19.8%	20.9%	14.4%	10.3%		12.3%	9.1%	6.1%	3.0%
急性期一般入院料2,3(N=108)	14.8%	11.1%	8.3%	3.7%		10.2%	4.6%	1.9%	0.9%
急性期一般入院料4-6(N=230)	8.3%	7.8%	3.9%	3.9%		2.6%	4.3%	0.9%	0.9%
地域一般入院料1～3(N=81)	4.9%	2.5%	2.5%	2.5%		3.7%	1.2%	3.7%	1.2%
専門病院入院基本料(N=4)	25.0%	25.0%	25.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
特定機能病院入院基本料(N=54)	24.1%	48.1%	16.7%	14.8%	24.1%	9.3%	5.6%	5.6%	0.0%
地域包括医療病棟入院料(N=71)	15.5%	12.7%	4.2%	5.6%	4.2%	7.0%	5.6%	1.4%	0.0%
地域包括ケア病棟入院料・管理料(N=570)	12.3%	8.6%	5.3%	5.3%	4.2%	4.6%	3.0%	0.4%	0.4%
回復期リハビリテーション病棟入院料・管理料(N=477)	15.1%	9.9%	5.7%	6.5%	4.2%	6.3%	2.5%	0.4%	0.0%
療養病棟入院料(N=121)	5.0%	4.1%	0.0%	4.1%	0.0%	5.8%	2.5%	0.0%	0.0%
障害者施設等(N=91)	4.4%	5.5%	0.0%	3.3%	2.2%	4.4%	0.0%	0.0%	0.0%
特殊疾患(N=28)	0.0%	0.0%	0.0%	7.1%	0.0%	3.6%	3.6%	0.0%	0.0%

医療機関における看護職員の記録に関する負担軽減の取組について (全入院料)

- 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の取組として、電子カルテシステム等を活用した入力簡易化が66.9%、書類の記載項目の簡素化が35.1%であった。
- ICTを活用した取組としては、「電子カルテシステム等を活用したカルテ様式間の自動転記」31.5%、「バイタルサイン等の測定機器からの自動入力」26.4%、「文書作成補助システムの活用」20.1%であった。

看護職員の記録に関する負担軽減の取組 (N=2,277)



厚生労働省補助事業：看護業務効率化先進事例収集・周知事業看護業務の効率化先進事例アワード2019【聖マリアンナ医科大学病院】 ナースハッピープロジェクト（NHP）～音声入力による記録時間の削減～

【ナースハッピープロジェクト（NHP）～音声入力による記録時間の削減～について】

長時間勤務や慢性的な人手不足で離職率が高い一方、看護職員が担う業務の幅は年々広がっています。新病院開設を控える聖マリアンナ医科大学病院では、業務効率化による患者満足度・職務満足度の向上を目的に、スマートフォン向けの音声入力サービス「AmiVoice MLx」を活用しています。

患者情報収集等の記録業務に音声入力を用いる事で、1人あたりの月平均時間外勤務時間を約2分の1に削減する等、業務効率化に大きく貢献し、患者満足度・職務満足度の向上を実現しました。



バイタルサインの自動入力活用による入力作業の効率化（医療法人育生会篠塚病院）

課題・背景

- 看護師はバイタルサイン等の看護記録の入力など間接的な業務に多くの時間を要し超過勤務となる。
- タイムリーな入力ができず医師や他職種とのバイタルサインの迅速な情報共有ができない。

事業概要

- 看護記録に係る時間削減による看護業務効率化や、多職種との情報共有の円滑化による患者誤認等の医療安全の質の向上を目的に、バイタルサインの自動入力測定機器を導入。
- バイタルサインを専用機器で測定し患者のベッドサイドでICカードリーダーにタッチすると測定結果が自動的に電子カルテに反映される。

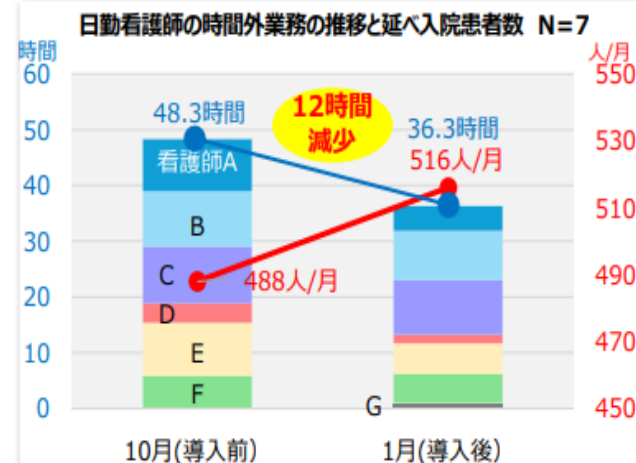


効果

- 看護記録の時間短縮、未入力や誤入力の防止、情報共有のタイムラグがなくなった。



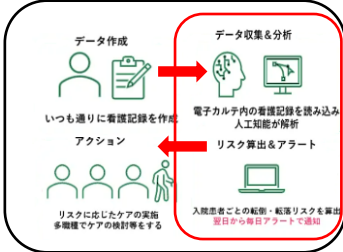
■ バイタルサイン測定機器導入による看護師の業務時間の削減



時間外業務の減少

バイタルサインの患者ベッドサイドでの電子カルテへの入力やその他にも情報共有方法をデジタル化したことで、日勤における看護師の時間外労働が10月(導入前)と比較して1月(導入後)は12時間減少した。
なお、延べ入院患者人数は10月(導入前)より1月(導入後)が多かった。

看護業務の効率化の主な例①

業務内容（行為時間） ※行為時間合計1440分（24時間）	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
A:入院（13.22分） ・入院オリエンテーション ・入院診療計画書 ・転倒転落アセスメント ・アナムネーゼ 等	転倒転落アセスメント	転倒・転落予測システムAI	電子カルテに記載された看護記録をAIが解析し入院患者の転倒転落リスクを評価し、リスクの高い患者の要因を一目で把握できる。 	○転倒転落リスク判定に係る時間 患者1人につき5分 ⇒ 0分へ削減 ○転倒・転落インシデント報告件数 導入前460件 ⇒ 導入後 284件
B:情報共有（190.68分） ・患者等からの情報収集 ・看護師間の報告・連絡・相談 ・看護師間の申し送り ・医師への報告・連絡・相談 ・他の職種への報告・連絡・相談・調整 ・カンファレンス 等	看護師間の報告・連絡・相談	インターコミュニケーションシステム	無線機にイヤホンとマイクを取り付けた通信機器で、携帯電話と違い、作業をする両手が空き、複数の人と同時に通話を行うことができる。 	○報告・連絡に伴う時間・移動距離の削減（日勤8時間内を想定） 導入前32分7秒/日 ⇒ 導入後0分/日
	看護師間の報告・連絡・相談	SNS: Teams等	チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有など様々な機能があり、1対1だけでなく、グループで使用できる。	○業務移動距離の減少(4～5km/日) ⇒看護師1人当たり1日100分の時間を創出⇒看護師(200名)の時間外労働が年間6000時間減少

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

看護業務の効率化の主な例②

業務内容 (行為時間)	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
※行為時間合計1440分（24時間） (再掲) B:情報共有 （190.68分） ・患者等からの情報収集 ・看護師間の報告・連絡・相談 ・看護師間の申し送り ・医師への報告・連絡・相談 ・他の職種への報告・連絡・相談・調整 ・カンファレンス 等	看護師間の申し送り	SNS: Teams等	チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有など様々な機能があり、1対1だけでなく、グループで利用できる。 	○日勤から夜勤への申し送りの時間が短縮された ○始業前の労働時間の減少 ○医師からの指示待ちの減少と指示が明確化された。
	医師への報告・連絡・相談			
	他の職種への報告・連絡・相談・調整、カンファレンス			○タイムリーな情報共有（適切な時期の職種間の打ち合わせや患者に合わせた対応が可能に）
	患者等からの情報収集	AI問診	タブレット端末で予診票の入力を行う。入力結果をコピーして、電子カルテに貼り付ける。	○外来受付から会計終了の平均時間 導入前177.0分 ⇒ 導入後165.6分
C:診察・治療 （416.38分） ・観察 ・検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等） ・診察・治療・処置の介助 ・バイタルサインの測定 ・薬剤の準備 ・薬剤のミキシング ・人工呼吸器管理 ・吸引 等	観察	見守りセンサー 睡眠モニター	ベッド上での体動と心拍数・呼吸数から覚醒と睡眠状況を測定し、睡眠時間の持続や中途覚醒が確認できる。 	○鎮静剤や麻薬などのコントロール、睡眠薬のコントロールを医師に提案できる。 ○睡眠と覚醒のパターンから排泄パターンも予測できるため、転倒転落リスクの高い患者に対するトイレ誘導が適切にできる。 ○定期的な巡視（現在は2時間毎）の間隔をあげることができる。 ○患者の状況から優先順位を決めて巡視することができる。
	検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）	双方向ホワイトボード	病棟と検査室の双方からホワイトボードに最新の状況を書き込み、患者の状況や検査の進捗等が一目で確認できる。 	○病棟における1ヵ月あたりの検査・治療件数 130件/月⇒148件/月 ○出棟要請時間から出棟までの時間 8分27秒⇒7分

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

看護業務の効率化の主な例③

業務内容 (行為時間) ※行為時間合計1440分（24時間）	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
D:患者のケア （302.16分） - 環境整備（ベッド周囲の整理・整頓、清掃等） - リネン交換 - 見守り・付き添い - 身の回りの世話 - 排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等） - 患者への説明（治療・手術・検査・病状等） - 家族への連絡・説明・指導 - 死後処置 等	見守り・付き添い	見守りカメラ スマートグラス	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。 	○夜勤帯の看護師の訪室回数の比較 導入前後での看護師の訪室回数を同一患者で比較 導入前16.3回 ⇒ 導入後は13.0回へ削減
	排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	マセレーター	再生紙で作られたパルプ製の便器や尿器を汚物ごと粉碎、排水処理する。 	○汚物処理に要する時間短縮 導入前190分/日 ⇒ 導入後26分/日へ短縮
	患者への説明（治療・手術・検査・病状等）	患者説明動画サービス	予め説明用動画を作成し、患者はタブレット端末から検査の説明を視聴する。	○看護師の業務全体に占める説明時間が短縮 導入前9.7%⇒導入後8.4%へ短縮
	その他	デジタルナースコール	各ベッド備え付けのスマートフォンの画面から看護師に伝えたい内容のボタン押す。それ以外の用件は、メッセージやビデオ通話機能を使う。 	○予め用件が分かるため、氷枕を持っていく等準備をした上で、看護師が訪室できるようになり、訪室回数が減った。 ○メッセージで送られた内容をAIが解析して、ケアの改善点を提案するため、ケアの質の向上につながった。
E:退院 (8.26分) - 退院指導（身体と生活に関する指導） - 退院時の栄養指導 等				

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、患寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

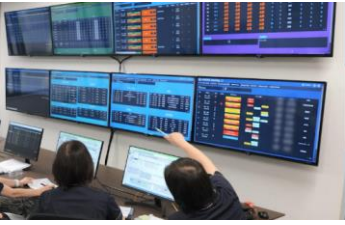
看護業務の効率化の主な例④

業務内容 (行為時間)	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
※行為時間合計1440分（24時間） F:看護記録（196.46分） ・看護計画作成・アセスメント ・日々の看護実施記録 ・退院時サマリー作成 ・重症度・医療看護必要度の入力 等	日々の看護実施記録	スマートフォン音声入力システム	スマートフォンに音声で入力したメモが看護記録に送られる。 	○業務時間外記録 導入前平均92.2分 ⇒ 導入後平均59.2分 ○一人あたり月平均時間外勤務時間の削減 導入前21.86時間 ⇒ 導入後10.92時間 ○直接ケア時間は4.6%増加し、間接ケアが22.9%減少
		スマートフォン（モバイル端末を活用した電子カルテ入力補助）	モバイル端末で作成した記録や撮影した写真を電子カルテに取り込む。	○リアルタイムでの記録や写真の取り込みが容易になった。 ○モバイル端末で写真撮影し、その場でノートパソコンの患者カルテ画面を確認、確定することでカルテ入力が終了するため、患者間違いの不安がなくなった。
		通信機能付バイタルサイン測定機器	バイタルサイン測定の専用機器をベッドサイドでICカードリーダーにかざすと測定値が電子カルテに反映される。 	【バイタルサイン自動入力測定機器導入による看護師のバイタルサイン入力のタイムラグ】 ○日勤（午前検温）：導入前89.1秒⇒導入後64.8秒 ○日勤（午後検温）：導入前28.5秒⇒導入後20.2秒 ○日勤（臨時検温）：導入前25.7秒⇒導入後18.6秒 【バイタルサイン測定機器導入による看護師(7名)の時間外労働】 導入前48.3時間/月⇒導入後36.3時間/月
	退院時サマリー作成	生成AIサービス	文書作成機能で、日々の看護記録から生成AIが退院時看護サマリーを作成する。	○退院時看護サマリー作成時間が平均42.5%減少 ○退院時看護サマリー作成時間の心理的負担が平均27.2%減少

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

看護業務の効率化の主な例⑤

業務内容 (行為時間)	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
※行為時間合計1440分（24時間） G:搬送・移送（10.21分） ・患者の搬送 ・薬・検体・書類の搬送	薬・検体・書類の搬送	物品搬送ロボット	ロボットが検体や薬剤等を搬送する。 	○削減された搬送業務時間：約69時間/月の短縮
H:点検作業（5.14分） ・機器類の点検（車いす・酸素ボンベ・DC等） ・病棟の安全や管理の点検（施設、消防設備等） ・薬品や物品の使用期限の点検	機器類の点検	総合滅菌管理システムAries/IoT(Internet of Things)技術	個々の手術機器に2次元バーコードが貼付され、洗浄・組立・滅菌・保管・使用・回収使用履歴管理ができ、手術準備等が効率的に行える。 	○手術1件の器械組み立てに要する時間が566.3秒 ⇒ 312.8秒 ○手術件数が1,134件増加 
I:その他(297.50分) ・ME機器の取り寄せ・管理・返却 ・書類の作成 ・電話対応 ・業務に関する打ち合わせ ・委員会・会議 等	その他	患者および病院資源の統合システム	入院、退院、検査、バイタルサイン等の情報をリアルタイムに把握、集約することで、業務量の可視化や業務の最適化が行える。 ※手術件数、内視鏡件数、血管造影件数、化学療法件数、呼吸器稼働台数等の指標からタスクスコアを算出。 	○ベッドコントロールがスムーズにできるようになり、病床稼働率が89.9%から94.1%へ上昇 ○看護師の応援体制が強化され、一般急性期病棟の超過勤務時間が5,700時間（1,100万円以上）減少 

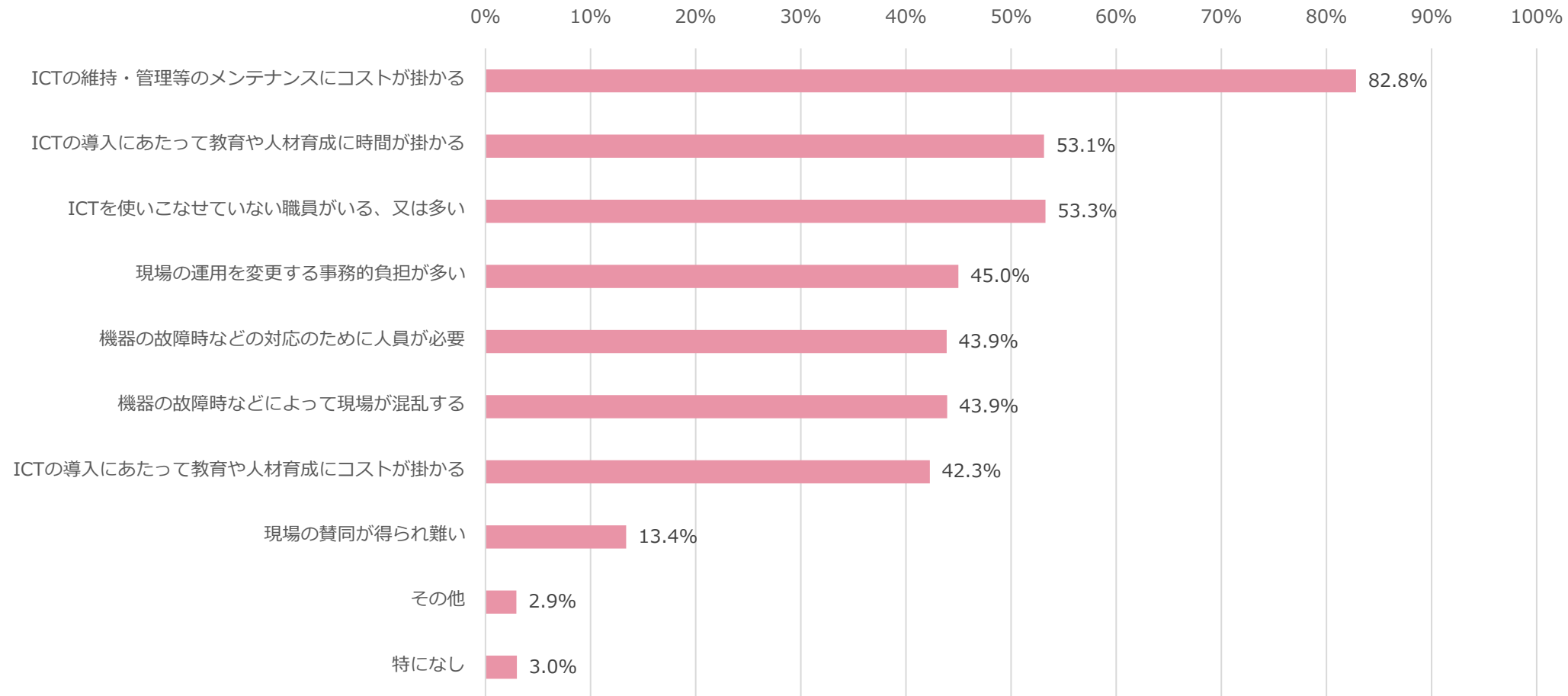
※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

ICT機器活用継続についての課題

- ICT機器活用継続についての課題について、「ICTの維持・管理等のメンテナンスにコストがかかる」82.8%、「ICTを使いこなせていない職員がいる又は多い」53.3%、「ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間がかかる」53.1%であった。

ICT活用継続に係る課題（複数回答）（N=2,309）

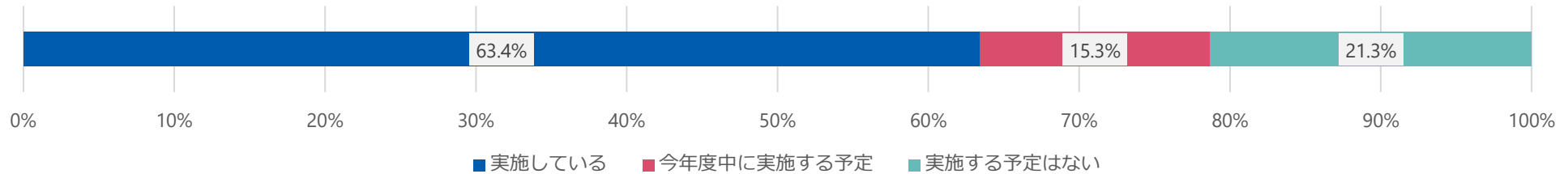


看護記録に係る負担軽減の取組状況

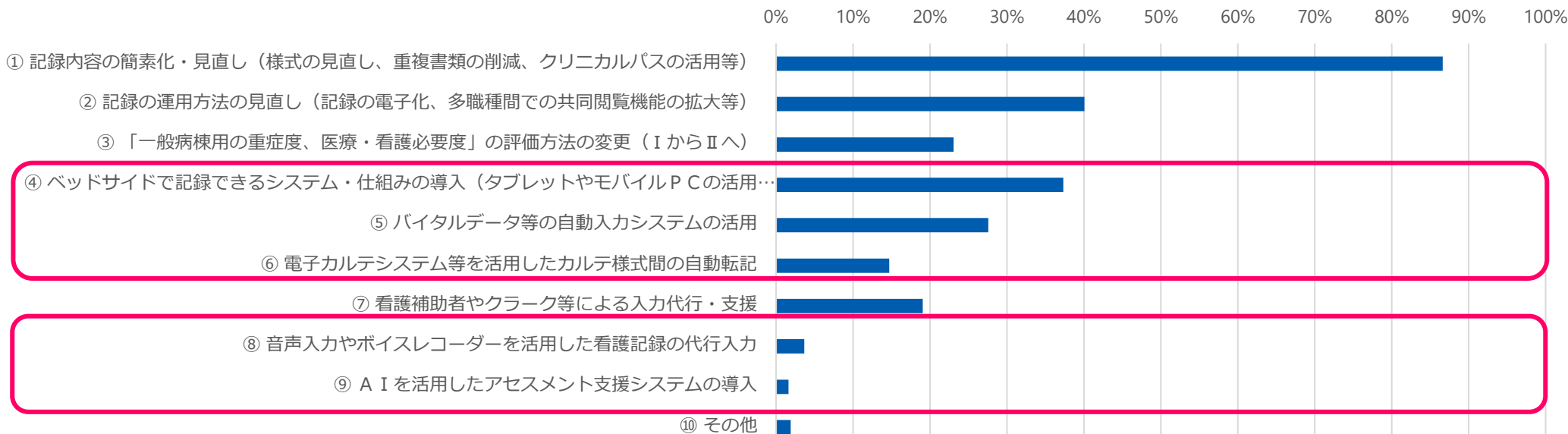
診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

- 看護記録に係る負担軽減の取組を実施している病棟は63.4%であり、記録内容の簡素化・見直しについて多く取り組まれていた。ベッドサイドで記録できるシステム・仕組みの導入（タブレットやモバイルPCの活用）の他、バイタルデータ等の自動入力システムの活用が進められている。

看護記録に係る負担軽減の取組状況(n=3821)



看護記録に係る負担軽減の取組の実施内容（複数回答）(n=2409)



看護の業務負担軽減について

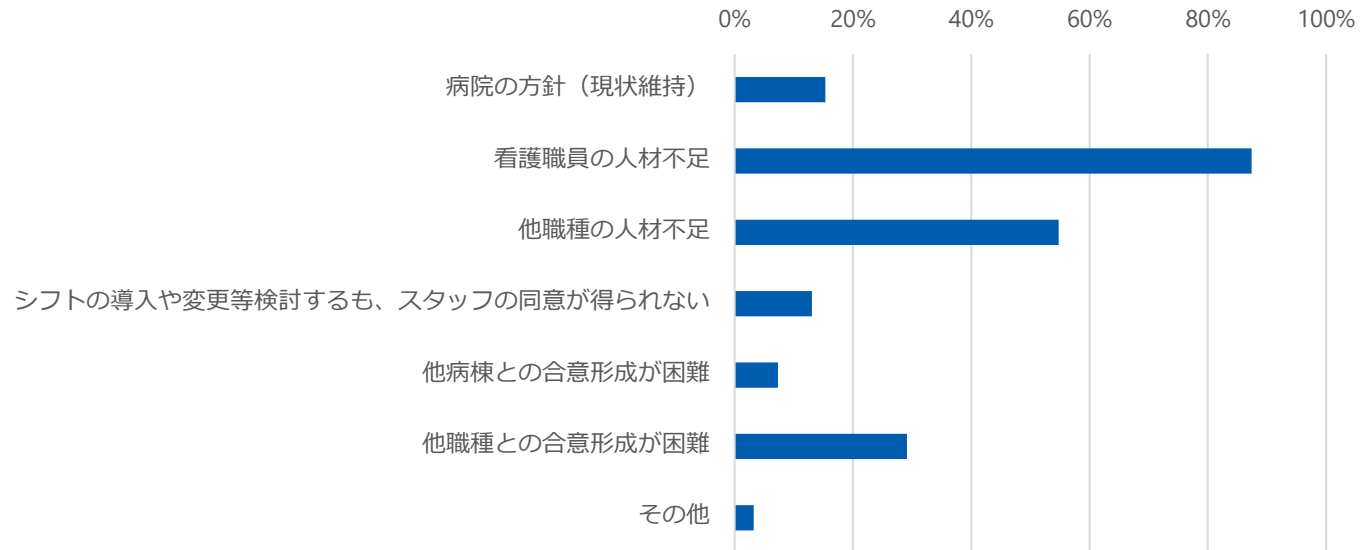
診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 病棟の業務負担軽減を行っている病棟は72%であった。病棟の業務負担軽減を「取り組みたいが困難」な理由としては、「看護職員の人材不足」が最も多かった。
- 病棟の看護職員の総合的にみた勤務状況は、3割の病棟が悪化傾向であった。

業務負担軽減を行っていますか

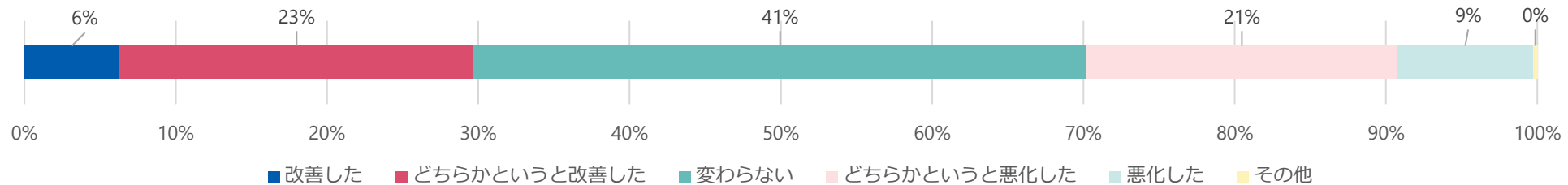
	病棟数	(割合)
取組を行っている	2,772	72%
現状で問題がないため新たな取組は行っていない	240	6%
取り組みたいが困難	847	22%

「取り組みたいが困難」な場合の理由（複数回答）(n=803)



病棟の看護職員の総合的にみた勤務状況（令和6年11月時点における直近1年間の変化）

(n=3769)



看護補助者に係る評価の充実①

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟入院料について、主として直接患者に対し療養生活上の世話をする看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行

【療養病棟入院料】

注12 イ 夜間看護加算 50点

□ 看護補助体制充実加算 55点

改定後

【療養病棟入院基本料】

注12 夜間看護加算 50点

注13 イ 看護補助体制充実加算 1 **80点**

□ 看護補助体制充実加算 2 **65点**

ハ 看護補助体制充実加算 3 55点

※障害者施設等入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料の看護補助体制充実加算も同様に見直すとともに、地域包括医療病棟入院料に同様の加算を新設する。

[算定要件] (概要)

当該基準に係る区分に従い、それぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、**身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3**の例により所定点数に加算する。

※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用する。

[施設基準]

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- ア 当該保険医療機関において **3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上** 配置されていること。
- イ **主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時100対1以上** であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。
- ウ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
- エ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年1回以上受講していること。
- オ 当該保険医療機関における **看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用** していること。

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のイからオを満たすものであること。

(3) 看護補助体制充実加算3の施設基準

(1)のウ及びエを満たすものであること。

看護補助者に係る評価の充実②

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の予防・最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算について、看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設する。また、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行			改定後		
【急性期看護補助体制加算】			【急性期看護補助体制加算】		
注 4	看護補助体制充実加算	5 点	注 4	☒ 看護補助体制充実加算 1	20点
				☐ 看護補助体制充実加算 2	5 点
【看護補助加算】			【看護補助加算】		
注 4	看護補助体制充実加算	5 点	注 4	☒ 看護補助体制充実加算 1	20点
				☐ 看護補助体制充実加算 2	5 点

[算定要件] (概要)

当該基準に係る区分に従い、それぞれ1日につき所定点数に加算する。

身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定すること。※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用する。

[施設基準]

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- ア 当該保険医療機関において **3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上**配置配置されていること。
- イ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
- ウ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年1回以上受講していること。
- エ 当該保険医療機関における **看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用**していること。

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

- (1)のイ及びウを満たすものであること。

夜間看護体制加算の評価の見直し

- 看護補助者の配置に係る評価における夜間看護体制加算の評価を見直す。

※急性期看護補助体制の注3「夜間看護体制加算」、看護補助加算の注3「夜間看護体制加算」、障害者施設等入院基本料の注10「夜間看護体制加算」が該当 **176**

入院料ごとの病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）

- 40床あたりの看護職員及び看護補助者数は、入院料によりその人数及び比率が異なる。

入院料	回答病棟数 ※ 1	40床あたり職員数の施設平均（単位：人）			
		全職員数	看護職員	看護補助者	
					うち介護福祉士
急性期一般入院料1(N=340)	2044	33.91	26.62	3.80	0.48
急性期一般入院料2-3(N=79)	221	31.68	23.18	3.70	0.57
急性期一般入院料4-6(N=181)	274	30.44	20.58	4.70	0.68
特定機能病院入院基本料(N=32)	443	34.60	28.69	2.73	0.05
専門病院入院基本料(N=3)	17	25.40	22.98	2.09	0.00
小児入院医療管理料(N=126)	192	39.44	32.79	2.54	0.24
地域一般入院料1-2(N=21)	24	29.75	19.26	4.49	1.14
地域一般入院料3(N=47)	50	31.65	17.20	5.86	1.02
地域包括医療病棟入院料(N=17)	19	33.09	21.18	4.03	0.63
地域包括ケア病棟入院料(N=312)	349	30.48	19.15	6.53	2.14
地域包括ケア病棟入院料1(N=159)	181	33.56	19.66	7.21	2.67
地域包括ケア病棟入院料2(N=150)	163	27.23	18.64	5.77	1.56
地域包括ケア病棟入院料3(N=1)	1	26.25	20.00	6.25	3.75
地域包括ケア病棟入院料4(N=4)	4	24.59	16.78	6.69	1.71
回復期リハビリテーション病棟入院料(N=370)	497	42.45	16.93	6.92	3.19
回復期リハビリテーション病棟入院料1(N=267)	372	43.41	17.49	6.94	3.36
回復期リハビリテーション病棟入院料2(N=35)	43	37.98	15.43	6.94	3.37
回復期リハビリテーション病棟入院料3(N=64)	67	31.53	15.33	6.67	2.20
回復期リハビリテーション病棟入院料4(N=11)	11	30.46	13.96	7.38	2.55
回復期リハビリテーション病棟入院料5(N=4)	4	30.90	16.70	8.08	3.13
療養病棟入院基本料1(N=358)	577	25.97	12.62	9.32	3.78
療養病棟入院基本料2(N=50)	70	23.73	11.73	7.98	2.83
その他入院料(N=159)	166	35.73	25.31	5.52	1.31

※ 1 20床以下の病棟は除いて集計

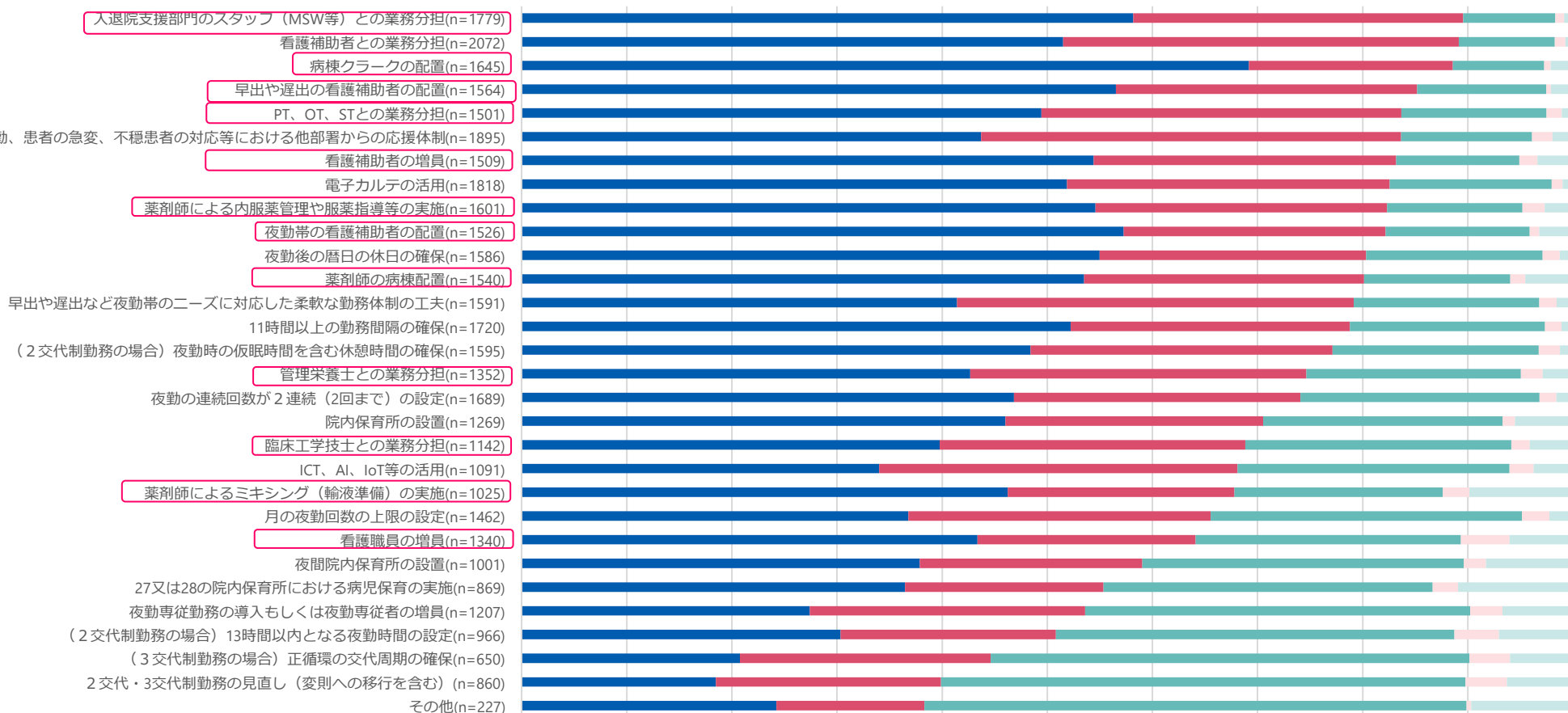
看護職員の業務負担軽減の効果

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 看護職員の業務負担軽減の効果として、看護補助者や他職種との業務分担、看護補助者の配置時間の工夫等に効果がある。

看護補助者を配置している病棟における、看護職員の業務負担軽減策に対しての効果（無回答を除く）

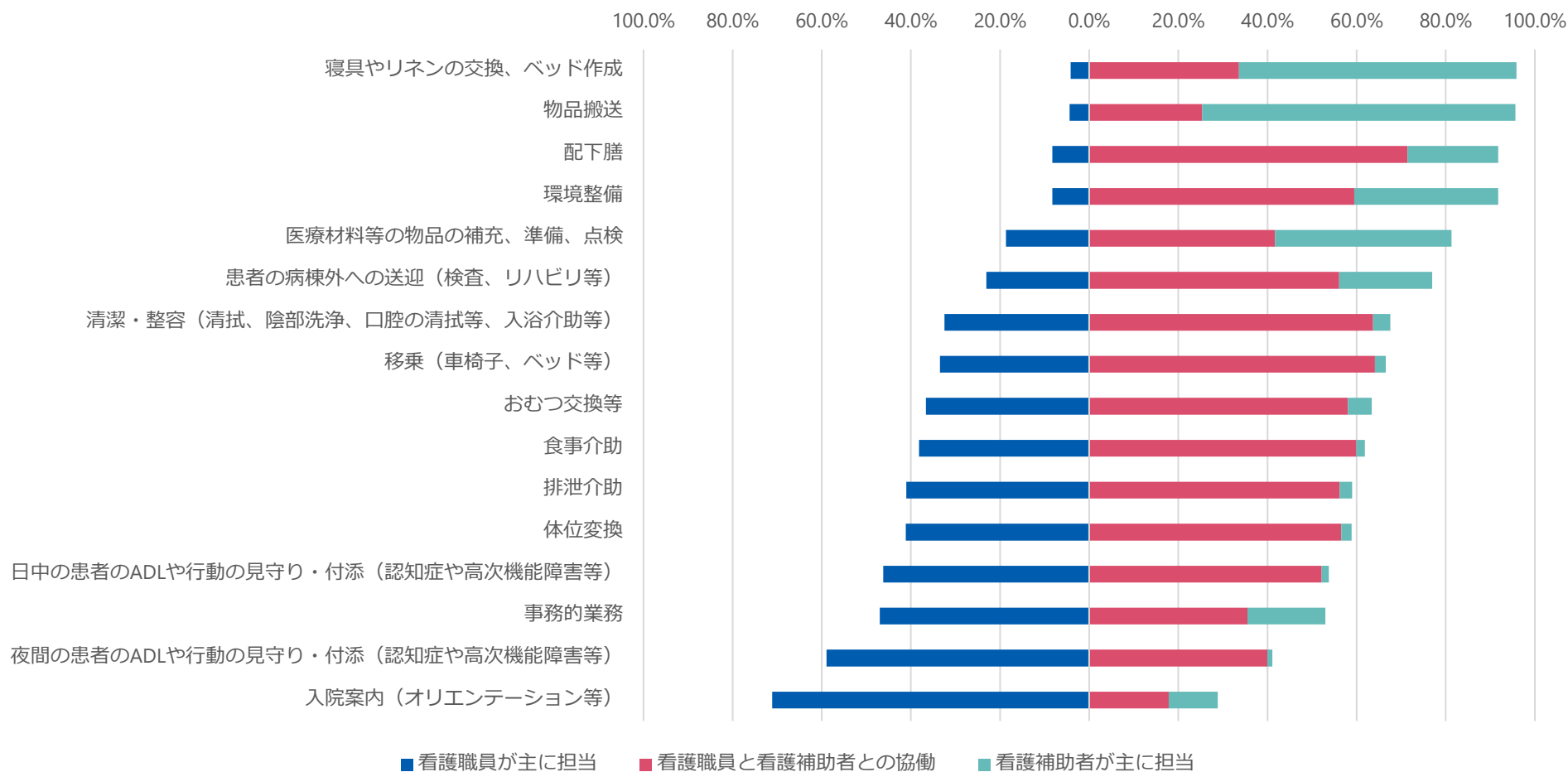
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ 効果がある ■ どちらかと言えば効果がある ■ どちらとも言えない ■ どちらかと言えば効果がない ■ 効果がない

- 看護職員と看護補助者との業務分担が進められている。

条件なし_看護補助者との業務分担状況(n=3668)



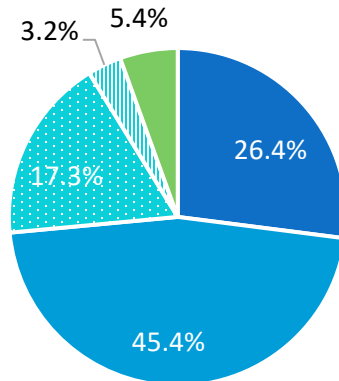
■ 看護職員が主に担当 ■ 看護職員と看護補助者との協働 ■ 看護補助者が主に担当

看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の達成状況

- 看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の状況としては、約7割が達成可能である一方、約2割が達成困難と回答した。
- 達成が困難な項目としては、「看護補助者の配置・増員」、「業務量の調整」、「看護職員と他職種との業務分担」の割合が高かった。

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する

計画の達成状況 (n=1515)



- ほぼ達成可能である
- 概ね達成可能である
- 達成はやや困難である
- 達成が困難である
- 評価時期に達していない

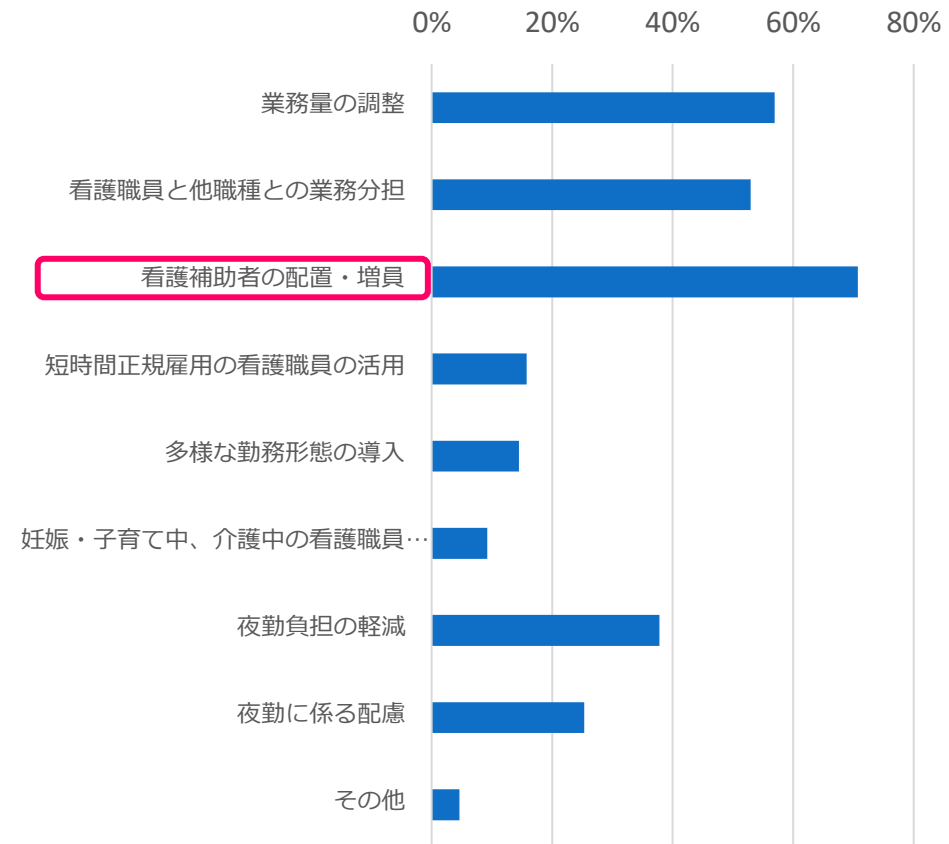
(※) 以下の加算において「看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画」策定を求めている

- ・ 夜間看護体制加算／看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料の注12、13）
- ・ 看護補助加算／看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注9、10）
- ・ 急性期看護補助体制加算
- ・ 看護職員夜間配置加算
- ・ 看護補助体制加
- ・ 看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注3）
- ・ 看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注4、5）
- ・ 看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注8）
- ・ 看護補助体制充実加算（地域包括医療病棟入院料の注8）
- ・ 看護職員夜間配置加算（地域包括医療病棟入院料の注9）
- ・ 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料の注4）
- ・ 看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料の注4）

「達成が困難である」もしくは

「達成はやや困難である」を選択した場合、

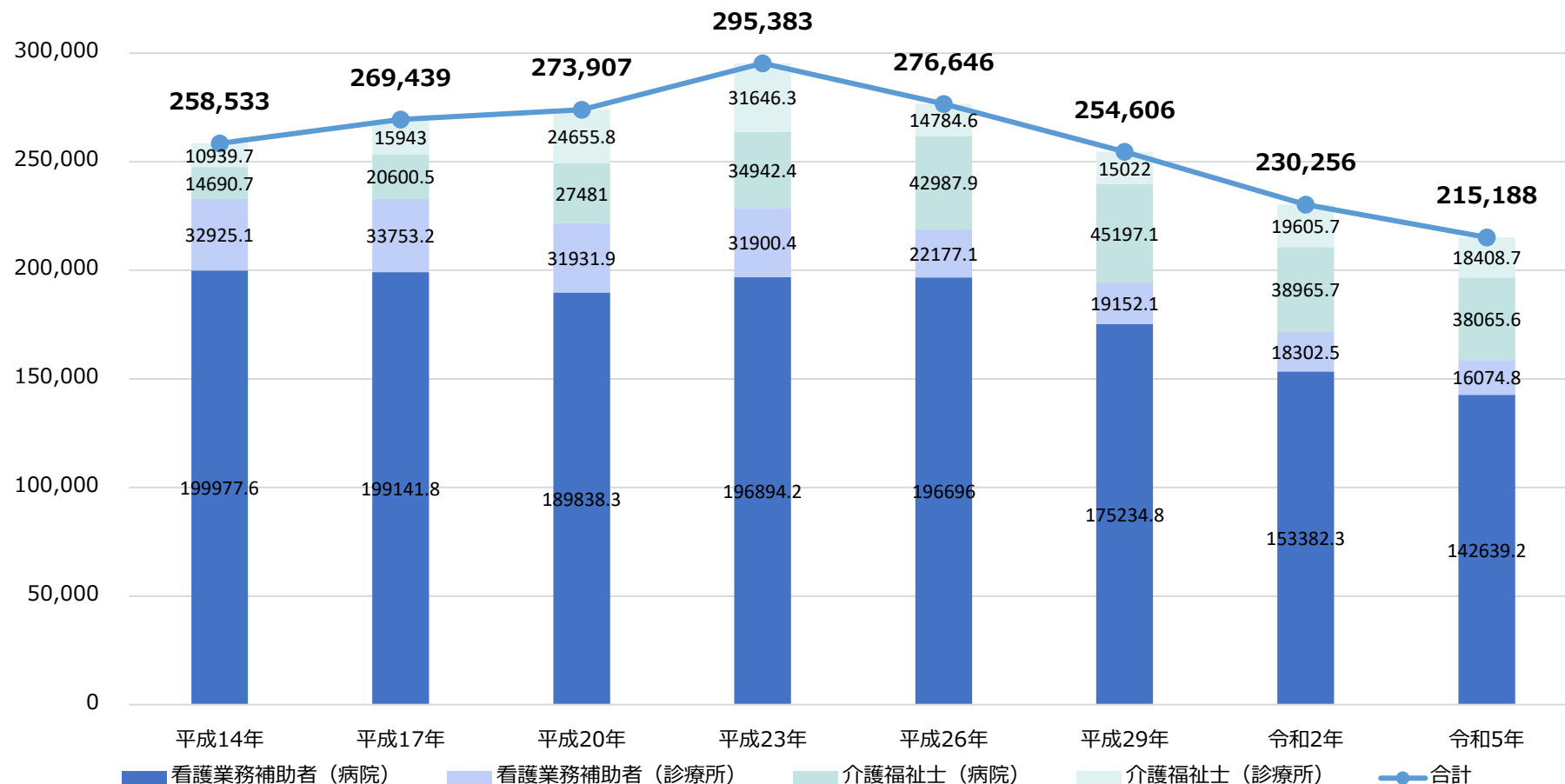
達成が困難である項目 (n=304)



看護業務補助者等の従事者数の推移

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

病院に勤務する看護業務補助者の従事者数は平成26年以降減少しており、看護業務補助者と介護福祉士の合計数も同様の傾向である。



看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

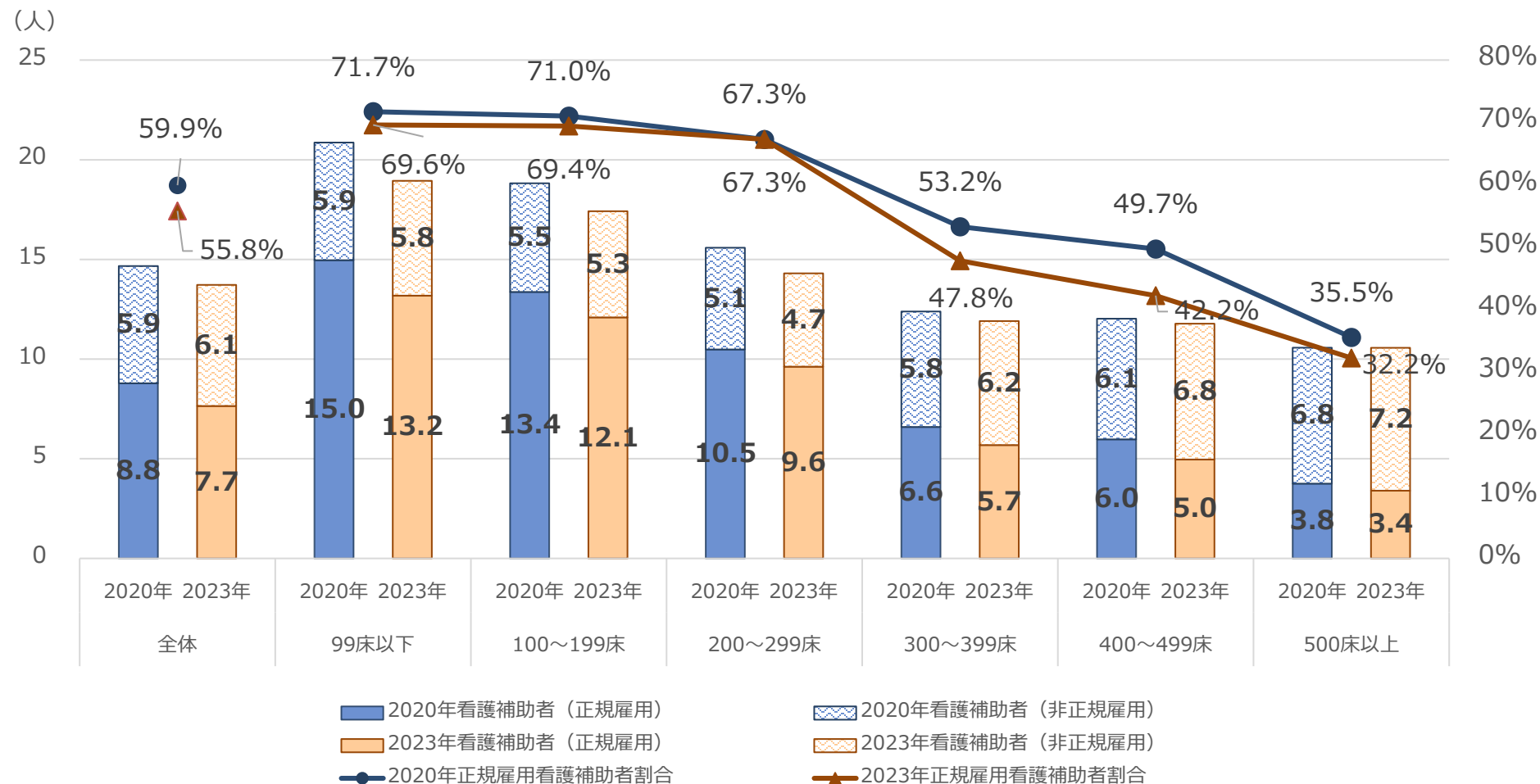
出典：各年医療施設（静態・動態）調査・病院報告 従事者の状況 病院の従事者数

注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単純に年次比較することはできない。

看護補助者の雇用形態等

- 看護補助者の正規雇用の割合は低下している。
- 許可病床 100 床あたりの看護補助者数も全体的に減少傾向にある。

■雇用形態別・病床規模別の看護補助者数（許可病床100床あたり）の推移

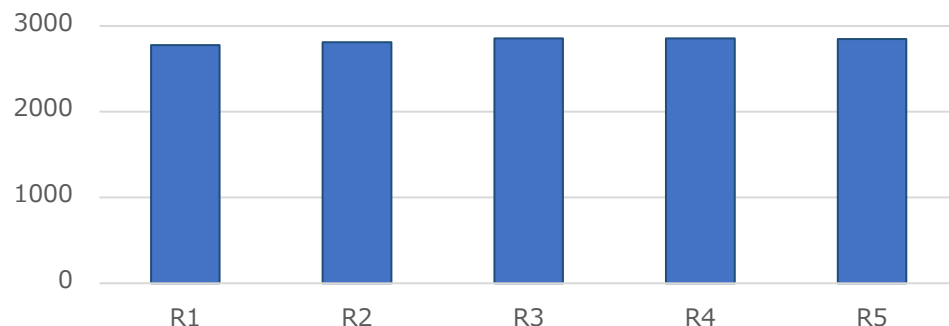


看護補助加算の届出・算定状況

- 急性期看護補助体制加算の届出施設と算定回数は、ほぼ横ばいである。
- 看護補助加算の届出施設と算定回数は、減少傾向にある。

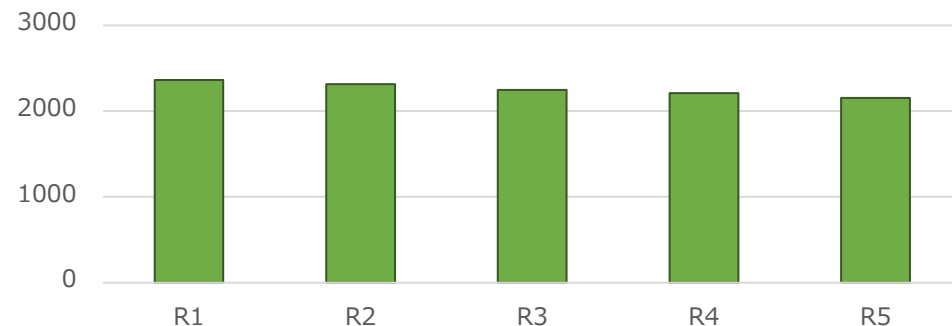
■急性期看護補助体制加算の届出状況の推移

急性期看護補助体制加算の届出施設数



■看護補助加算の届出状況の推移

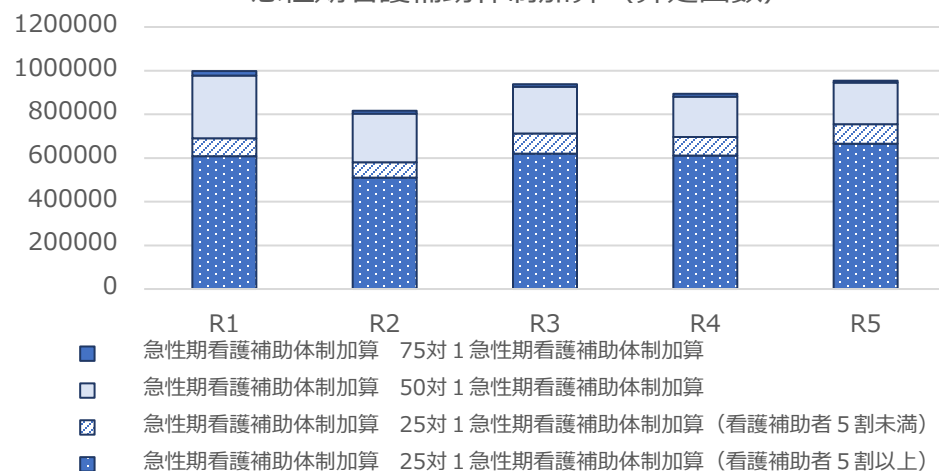
看護補助加算の届出施設数



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

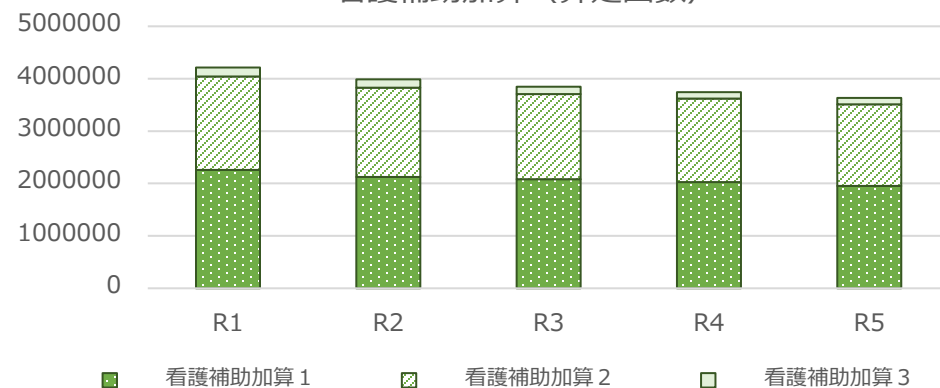
■急性期看護補助体制加算の算定状況の推移

急性期看護補助体制加算（算定回数）



■看護補助加算の算定状況の推移

看護補助加算（算定回数）



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分） 183

看護補助者への研修例

◎日本看護協会 看護補助者標準研修 モジュール1-4 カリキュラム

モジュール		単元/主な内容	時間数	モジュール		単元/主な内容	時間数
1	看護補助者入門 (必須研修)	<講義> 医療制度の概要 1) 医療提供体制の概要 2) 医療保険制度	講義15分	2	周辺業務	<講義> 生活環境に関わる業務 病床及び病床周辺の清掃・整頓、病室環境の調整、シーツ交換やベッドメイキング、リネン類の管理 <演習> ①ベッドメイキング、②膀胱留置カテーテルの取り扱い、尿量測定、③経管栄養の準備と片付け	講義：50分 演習
		<講義> 医療機関について 1) 医療機関の機能と役割 2) 医療機関の組織の特徴	講義 20分			<講義> 診療に関わる周辺業務 処置・検査等の伝票類の準備・整備、診療に必要な書類の整備・補充 医療機器及びその他の器具等の準備・片付け、診療材料の補充・整理 入退院・転出入に関する業務 <演習> 医療機器等の取り扱い	講義：60分 演習
		<講義> 医療チームの機能と役割 1) 医療チームにおける看護の役割 2) 看護補助者の役割と責任 3) 情報共有の必要性	講義 20分	3	直接ケア総論	<講義> 直接ケアに関わる医療安全 1) 患者誤認防止、2) 転倒・転落防止、3) スキンケア防止 <演習> KYT（危険予知訓練）	講義：55分 演習
		<講義> 看護補助者の業務 1) 看護補助者の業務範囲と業務内容 2) 病棟の1日の流れと勤務体制・業務の特徴 3) 夜勤帯の特徴と留意点	講義 30分			<講義> 患者・患者家族とのコミュニケーション 1) 良好なコミュニケーション、2) 患者理解 <演習> コミュニケーション手技	講義：55分 演習
		<講義> 看護補助者の業務上の責任 1) 守秘義務 2) 個人情報の保護	講義 20分	4-1	各論 清潔に関する業務	<講義> 身体の清潔に関する業務 1) シャワー、入浴介助、2) 清拭、3) 手浴・足浴、4) 洗髪 5) 口腔ケア、6) 洗面と整容、7) 寝衣交換 <演習> ・口腔ケア、清拭・寝衣交換	講義：120分 演習
		<講義> 看護補助者に求められる倫理 1) 相手を尊重する基本的考え方と態度	講義 20分	4-2	各論 排泄に関する業務	<講義> 排泄に関する業務 1) 排泄介助（トイレ・ポータブルトイレ・尿器・便器）、2) おむつ交換 <演習> おむつ交換・その他の排泄介助	講義：50分 演習
		<講義> 看護補助者としての心得 1) 接遇 2) 自己の健康管理	講義 30分	4-3	各論 食事に関する業務	<講義> 食事に関する業務 1) 食事介助、2) 配下膳 <演習> 食事介助・配下膳	講義：50分 演習：
		看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術 ①医療安全 <講義> 1) 医療安全組織体制、事故発生時の対応 2) 急変時の対応 <演習> 急変時の対応における看護補助者の役割 ②感染予防 <講義> 1) 清潔・不潔の概念 2) 標準予防策 3) 医療廃棄物、ごみの分別 4) 起こりやすい院内感染 <演習> 手洗い・手指消毒・個人防護具の着脱 ③労働安全衛生 <講義> 1) 健康障害を生じるリスク要因	講義 ①20分 ②40分 ③25分 演習	4-4	各論 安全・安楽に関する業務	<講義> 安全安楽に関する業務 1) 体位交換、2) 温電法・冷電法、3) 見守り <演習> 体位交換、温電法・冷電法、見守り	講義：50分 演習
				4-5	各論 移動・移送に関する業務	<講義> 移動・移送に関する業務 1) 歩行介助、2) 入院、検査、病棟移動のための搬送(車椅子、ストレッチャー) <演習> 歩行介助、車椅子・ストレッチャーの移動・移送介助	講義：55分 演習

※全モジュールにて、オリエンテーションと確認テストを実施。

看護補助者の退職者減少を目指した「看護補助者ラダー※」の導入に係る取組

背景・目的

- ・人間関係やリアリティショックを原因に、看護補助者の定着率が低かった（退職率12.2%、1年以内離職率43.4%（2016年））
- ・看護補助者の欠員時は看護師が業務をカバーするため、看護師の時間外勤務が増加する他、看護師本来の専門性が発揮しづらかった
- ・業務標準化が出来ていない点、部署間で連携できていない点が課題であった
- ・看護補助者の教育体制確立、モチベーション及び自主性の向上を目的として「看護補助者ラダー」を作成・導入した

※ ラダー（Ladder：はしごを意味する）とは、臨床実践に必要な能力を段階的に示し、看護職の人材育成やキャリア開発、能力評価に活用されているツールのひとつ。

取組内容

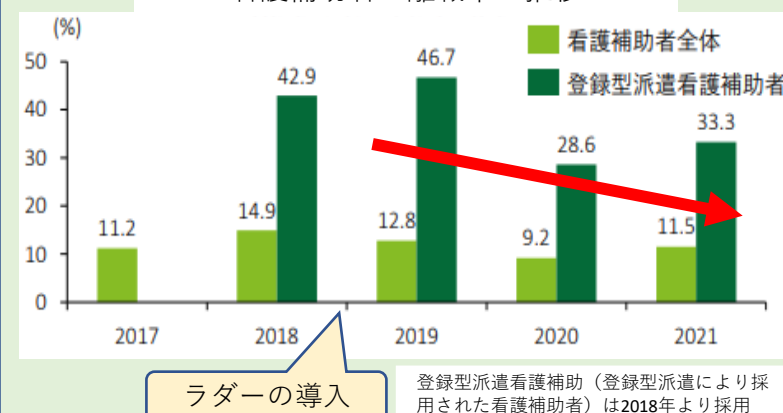
- 看護師のクリニカルラダーを参考に看護補助者ラダーを作成・導入
- レベルに応じた役割が遂行できるような教育体制を構築

看護補助者ラダー		教育体制
ラダーレベル	能力基準	
レベル0 入職後3年頃	「チーム医療の一員としての自覚」 ・入職～12カ月未満	入職前：1日見学実施 入職初週：オリエンテーション 2週目：師長との面談 3カ月目：フォローアップ研修 （※各人に個別フォロー看護補助者を設置）
レベルⅠ 入職後7年頃	「看護補助者業務の理解と範囲を理解」 ・看護師指示・サポートのもとベッドサイドケアが安全確実にできる	・メンバーシップ研修 ・チームSTEPPS研修
レベルⅡ 入職後10年頃	「部署内チームでのリーダーシップを発揮」 ・経験を積み重ね、業務を効率的な～（中略）～ チーム医療の一員として主体的に行動できる	・指導担当看護補助者研修 （※新規入職者を指導） ・リーダーシップ研修
レベルⅢ	「拡大チーム内でのリーダーシップを発揮」 ・看護補助者のリーダーとしての役割が遂行できる	・ファシリテーション研修 （※リーダーシップ研修のファシリテーターを行う）

取組効果

看護補助者の離職率の低下

看護補助者の離職率の推移



- ◎モチベーション向上、職場環境改善、リアリティショック軽減等が図られた。
- ◎教育体制、フォロー体制の充実により、入職後間もない看護補助者も無理なく業務に取り組めた。

【富山県立中央病院】 働きやすい勤務時間の整備、看護補助業務の細分化・明確化による本人の適性に合わせた配置に係る取組

中 医 協 総 - 3
5 . 1 1 . 1 5

背景・目的

求職者が自身の意思や適性に合った業務が選択できること、また、幅広い層に求人のアプローチができること等を目的として、看護補助者の業務の細分化・明確化に関する取組等を実施した。また、働きやすい環境を整備するため、勤務時間を柔軟な設定とした。

取組内容

1 「看護補助者」を院内の主要業務ごとに「看護補助者」「看護助手」「看護助手（事務）」の3種類の業種に区別

【業種毎の主な業務内容】

看護補助者	・ 患者の日常生活上の世話等、直接業務が中心
看護助手	・ 搬送、配膳、シーツ交換等の間接業務が中心
看護助手（事務）	・ 書類作成・パソコン入力、入院患者への説明（オリエンテーション・荷物運び等） ・ Word、Excelが使用可能であることが必須

2 業種別のユニフォーム

- ◆ 各業種でユニフォームを分けることで、一瞥して区分が可能となった。

3 マニュアル、チェックリスト作成等による業務の差別化

- ◆ 看護助手ワーキング（看護補助者全体を対象とした取組）による業務調査結果を基にマニュアル及びチェックリストを作成し、業務の差別化に取り組んでいる。

4 勤務の自由度を高める勤務条件の設定

- ◆ 子育て期の女性は長時間労働が困難であることから、就業時間を「8:00～20:00」のうち4時間以上と設定した。
- ◆ 勤務時間を「最短5時間／週～最長35時間／週」と設定した。

5 勤務曜日・時間、異動希望の受け入れ

- ◆ 年2回の面談を実施し、勤務曜日・時間、異動に関する希望を受け入れている。

6 複数名配置による協力体制

- ◆ 病棟に複数名の看護補助者を配置しフロア間の協力体制を取ることで、急な欠勤にも対応可能となり、休みがとりやすい環境を整備している。

取組効果

看護補助者の高い定着率の維持

平均勤務年数：6.3年※
(最高勤務年数17年)

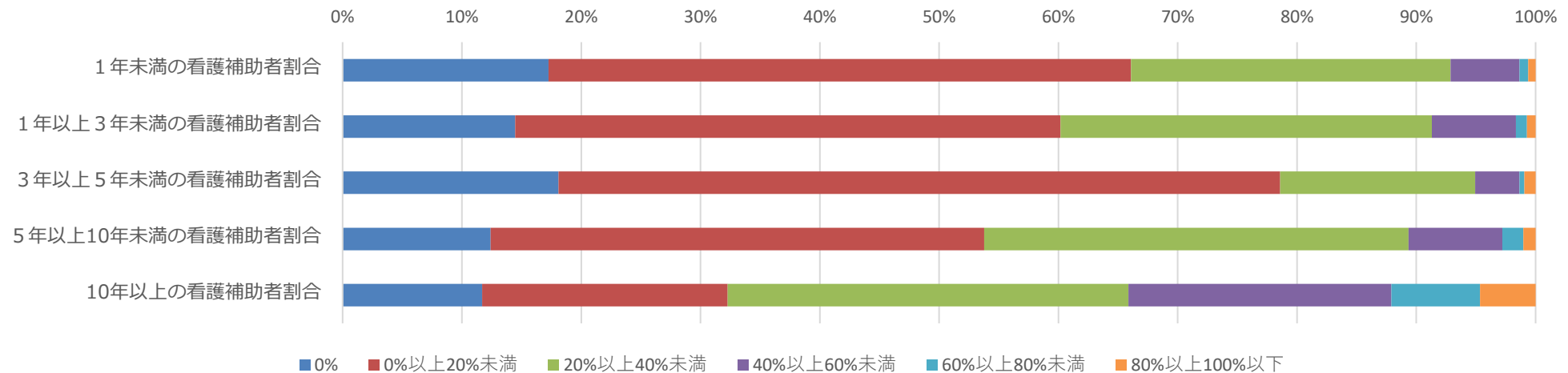
※看護補助者（非正規）平均勤続年数：5.8年（出典：「令和元年度厚生労働科学特別研究事業「看護師と看護補助者の協働推進に向けた実態研究」表1～53看護補助者の2018年度の平均勤続年数」

看護補助者の定着状況について

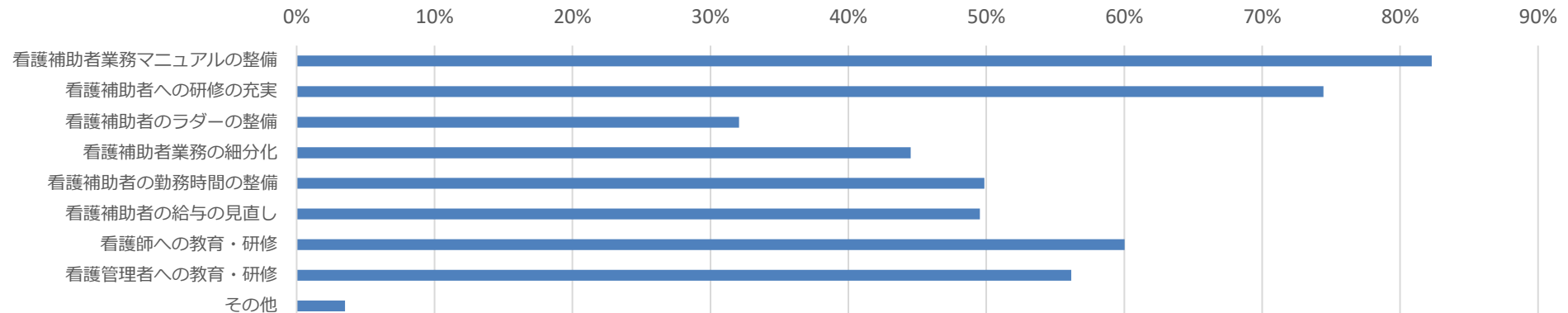
診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 看護補助者の勤務年数別の看護補助者割合について、1年未満の看護補助者が40%以上と回答したのは7.1%あった。一方、10年以上の看護補助者割合が40%以上と回答した施設は34.1%あった。
- 看護補助者の定着を促進するための取組としては、マニュアルの整備や研修の充実が7割を越えており、看護補助者のラダーの整備は約3割において行われていた。

看護補助者の勤務年数別の看護補助者割合(令和6年11月1日時点)(n=967)



看護補助者の定着を促進するために取り組んでいる内容(令和6年11月1日時点)(n=2457)

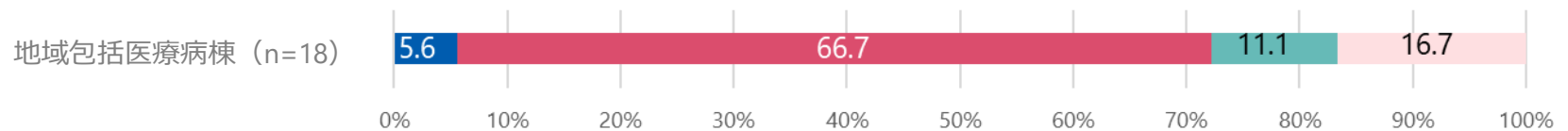


「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」について

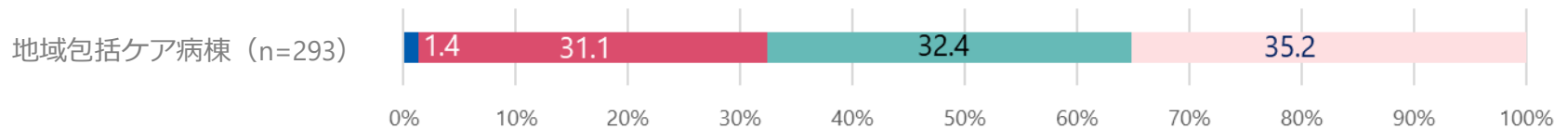
診療組 入-1参考資料
7 . 5 . 2 2 改

- 看護補助体制充実加算を算定している場合の「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数は、療養病棟及び障害者施設等において「20人以上」が36.2%であり、多くの人数を配置していた。

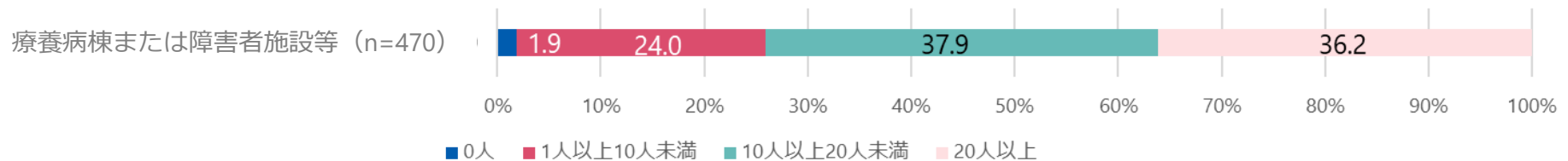
地域包括医療病棟入院料を算定し、看護補助体制充実加算 1～3 のいずれかを届け出ている施設における
「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数



地域包括ケア病棟を算定し看護補助体制充実加算 1～3 のいずれかを届けて出ている施設における
「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数



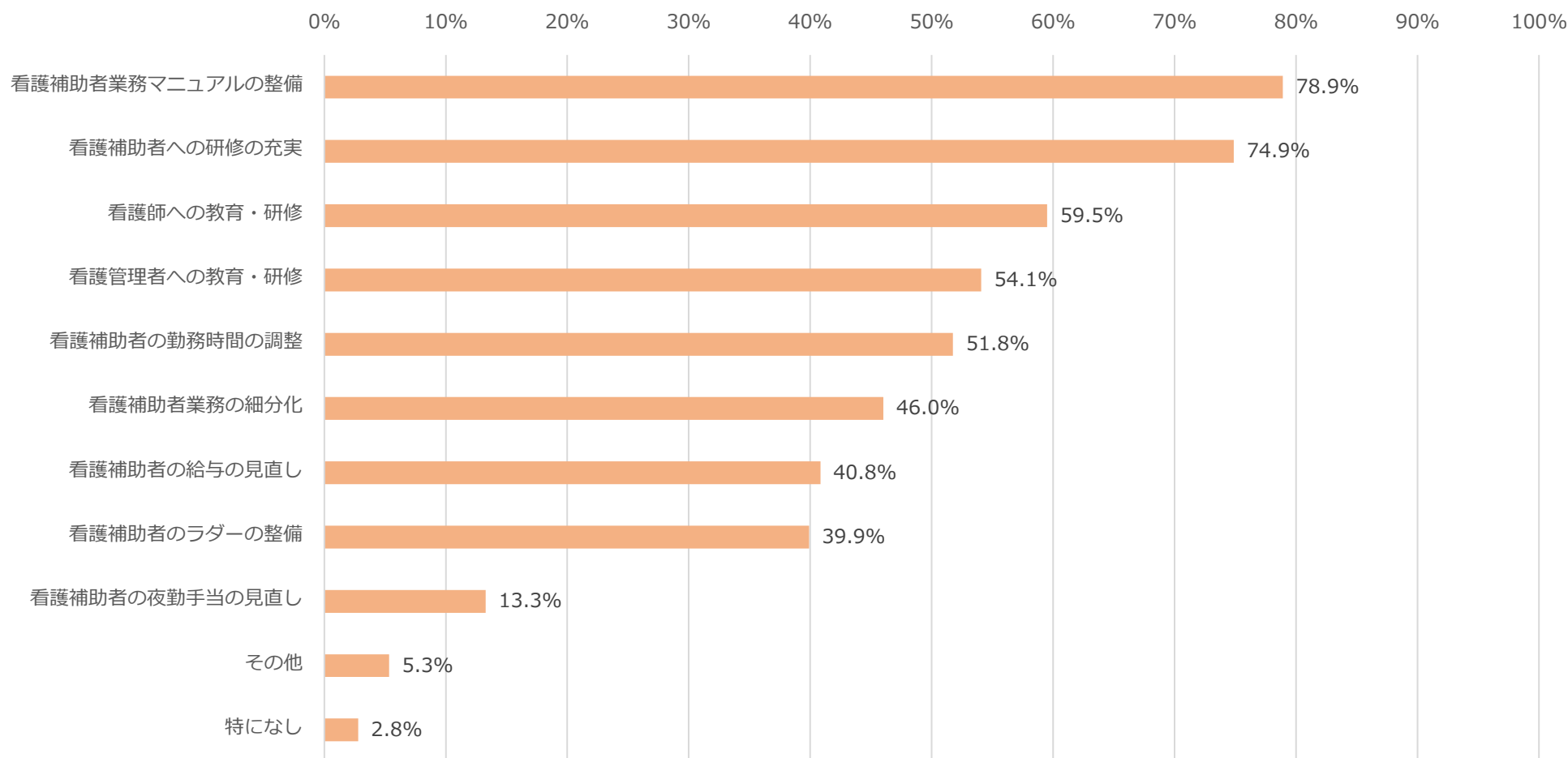
療養又は障害を算定し看護補助体制充実加算 1～3 のいずれかを届け出ている施設における
「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数



看護補助者の定着を促進するための取組について

- 看護補助者の定着を促進するための取組として、「看護補助者業務のマニュアルの整備」は78.9%、「看護補助者の研修の充実」は74.9%であり、取組が進められている。

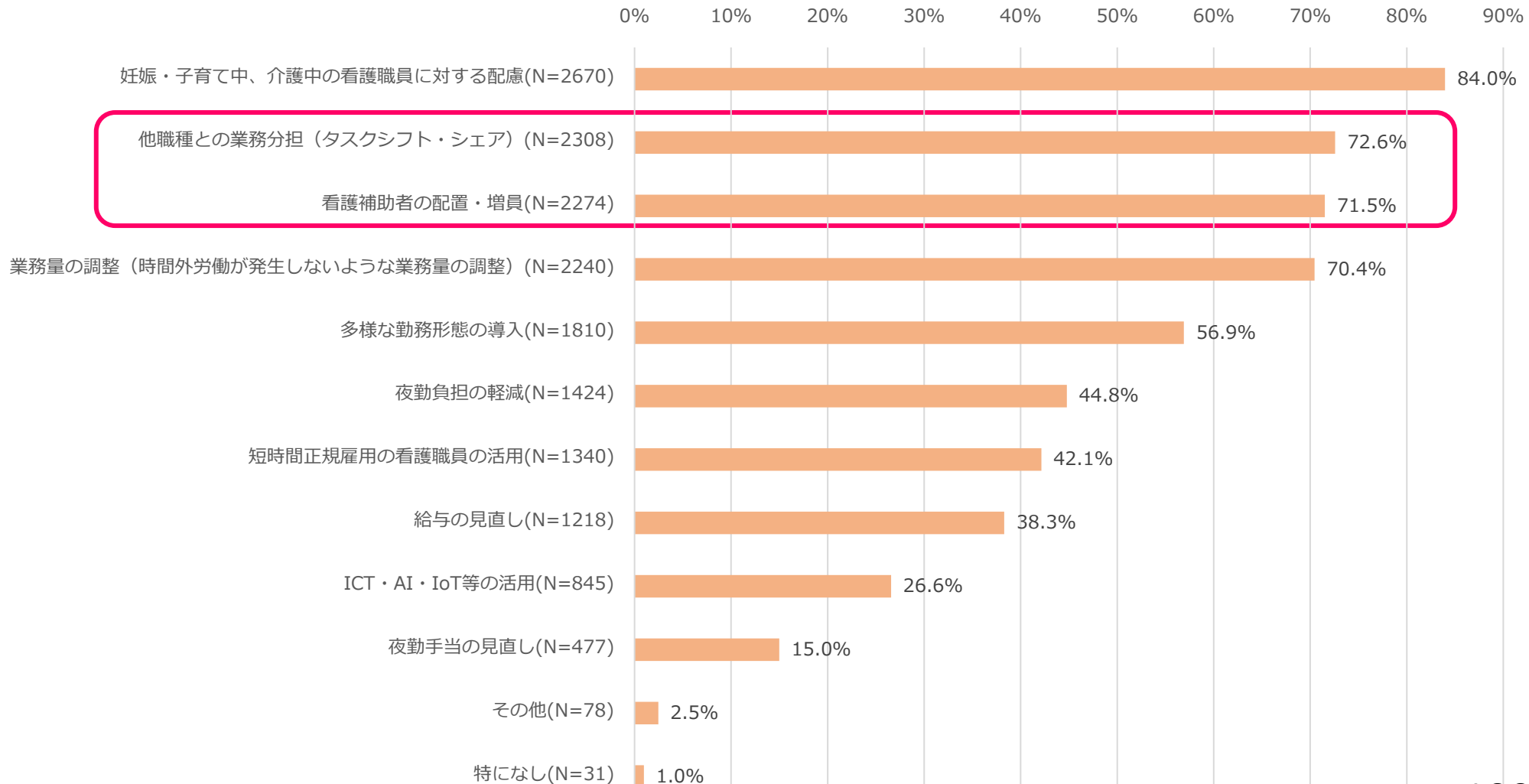
看護補助者の定着を促進するための取組（複数回答あり）（n=3,188）



看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組

- 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組を尋ねたところ、「他職種との業務分担（タスクシフト・シェア）」は72.6%、「看護補助者の配置・増員」は71.5%で実施されていた。

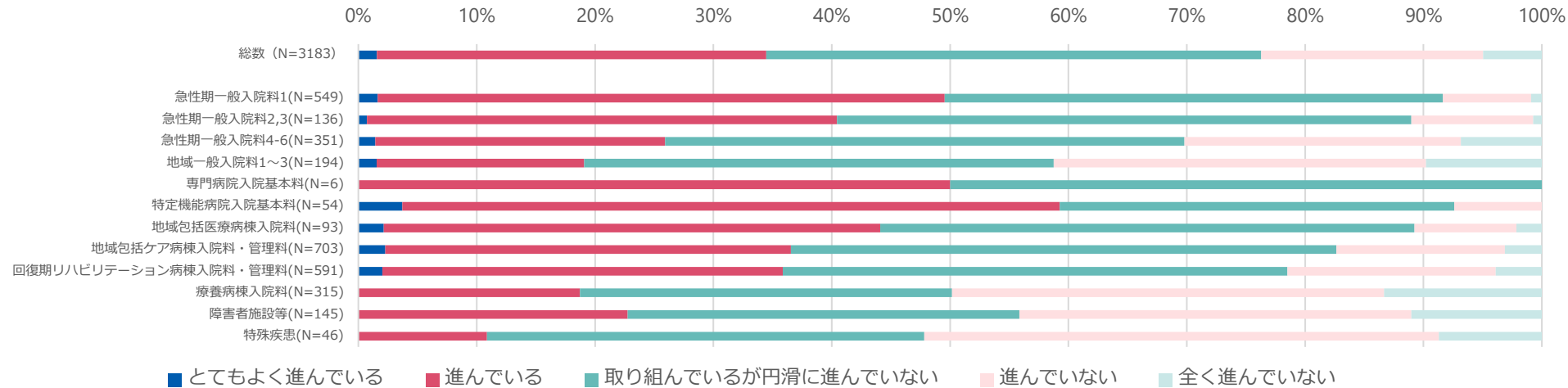
看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組として実施している内容(N=2274)



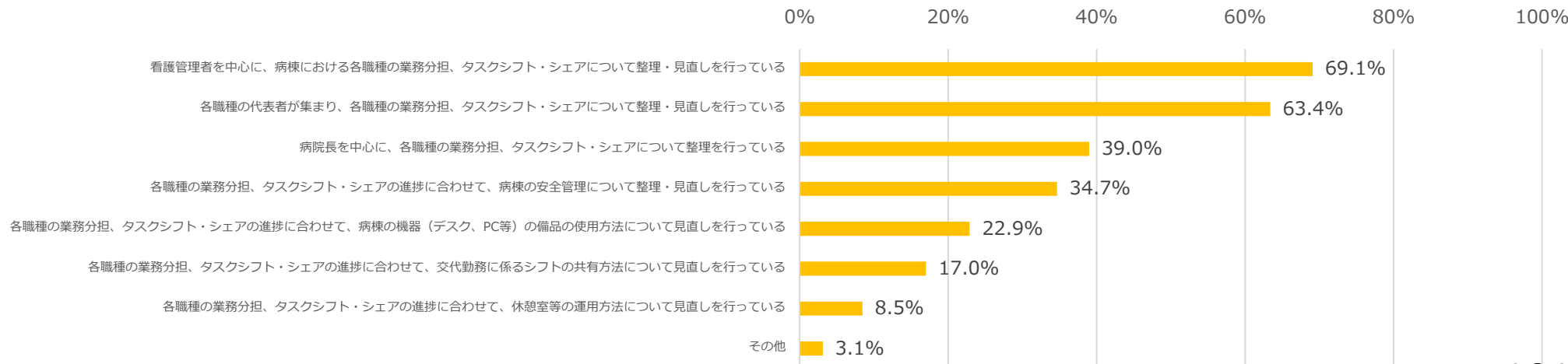
タスクシフト・シェアの進捗、工夫・取組について

- 病棟業務におけるタスクシフト・シェアの取組の進行状況について、「とてもよく進んでいる」は1.6%、「進んでいる」は32.9%であった。
- 入院料別にみた場合、急性期一般入院料1、専門病院、特定機能病院において「とてもよく進んでいる」「よく進んでいる」は5割前後であった。
- 「とてもよく進んでいる」「進んでいる」と回答した医療機関のうち、タスクシフト・シェアを進めるための工夫・取組について尋ねたところ、「看護管理者を中心に整理・見直しを行っている」が69.1%、「各職種の代表者が集まり整理・見直しを行っている」が63.4%であった。

タスクシフト・シェアの取組の進行状況について



タスクシフト・シェアを進めるための工夫や取組（複数回答あり）(N=1087)



特定行為に係る看護師の研修制度の概要

診調組 入-1
7. 6. 26改

中医協 総-4
7. 6. 25改

1. 目的及び現状

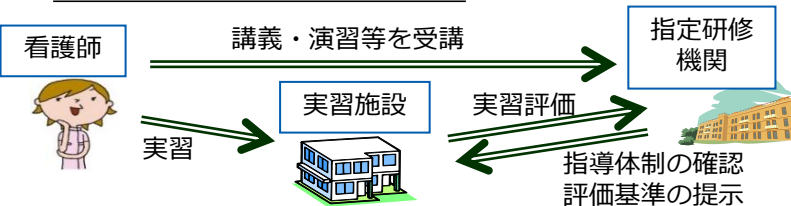
- さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設（平成27年10月）し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成している。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能としたことで（38行為21区分）、更なる制度の普及を図っている。

2. 特定行為の流れ



3. 特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、協力施設と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
 - ① 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
 - ② 実習は、受講者の所属する医療機関等（協力施設）で受けることを可能としている



4. 研修の内容

「共通科目」 全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修

共通科目の内容	時間数
臨床病態生理学（講義、演習）	3 0
臨床推論（講義、演習、実習）	4 5
フィジカルアセスメント（講義、演習、実習）	4 5
臨床薬理学（講義、演習）	4 5
疾病・臨床病態概論（講義、演習）	4 0
医療安全学、特定行為実践（講義、演習、実習）	4 5
合計	2 5 0



「区分別科目」

特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修

特定行為区分（例）

時間数

呼吸器（気道確保に係るもの） 関連	9
創傷管理関連	3 4
創部ドレーン管理関連	5
栄養及び水分管理に係る薬剤投与 関連	1 6
感染に係る薬剤投与関連	2 9

※全ての科目で、講義及び実習を行う。一部の科目については演習を行う。

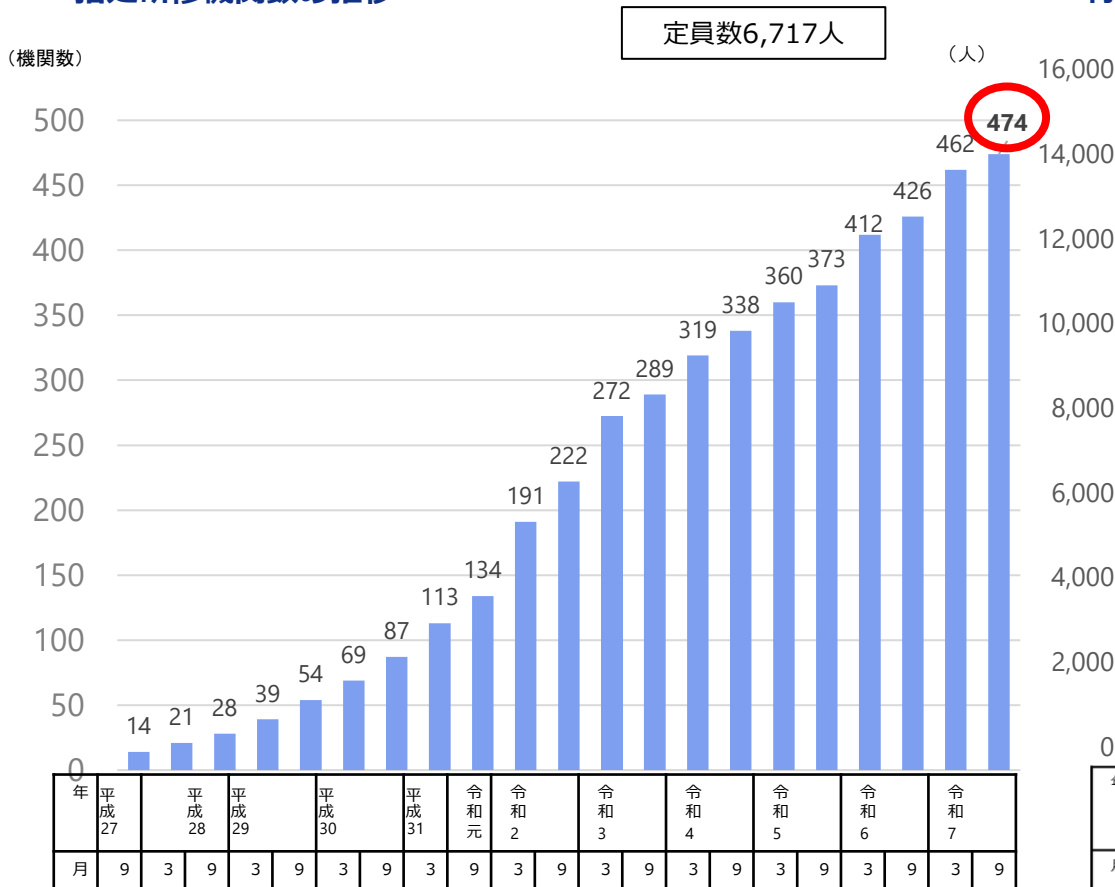
※1区分ごとに受講可能。

192

特定行為研修指定研修機関数・特定行為研修修了者の推移

- 特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和7年9月現在で**474**機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は**6,717**人である。
- 特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和7年9月現在で**13,887**人である。

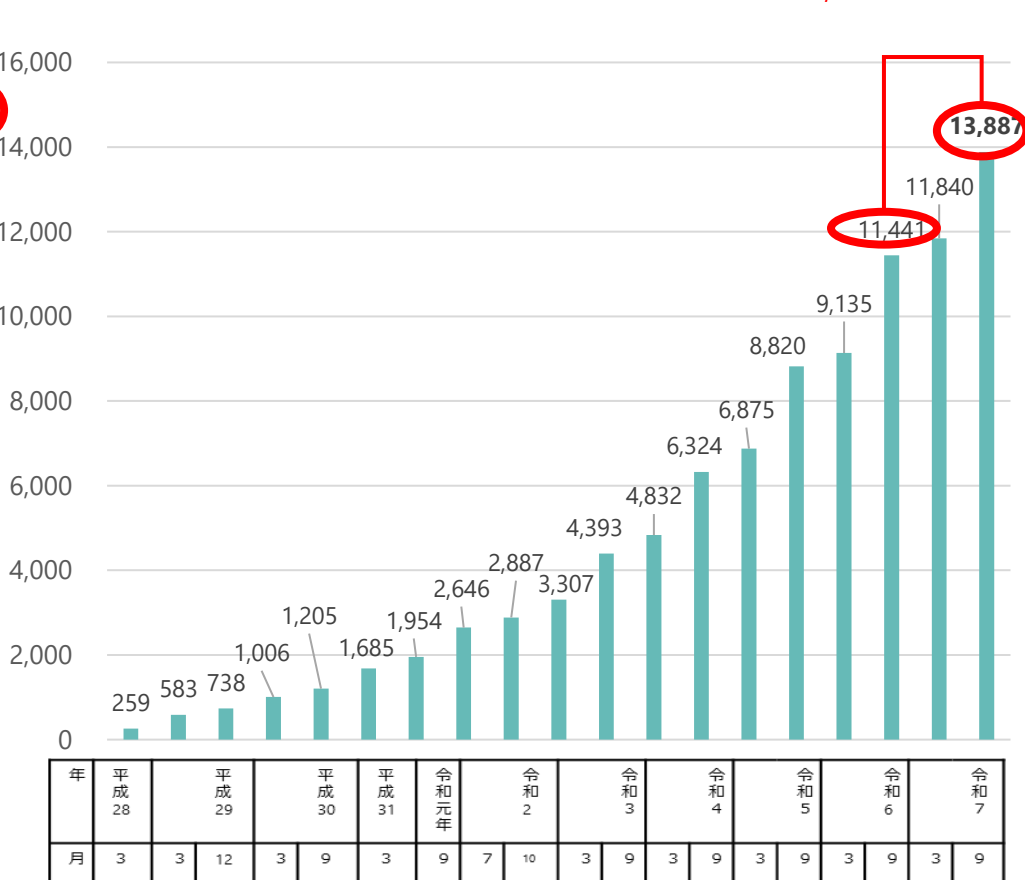
■ 指定研修機関数の推移



年間増加数 14 26 33 47 88 67 49 35 53 48

■ 特定行為研修修了者数の推移

直近1年は2,446人増加

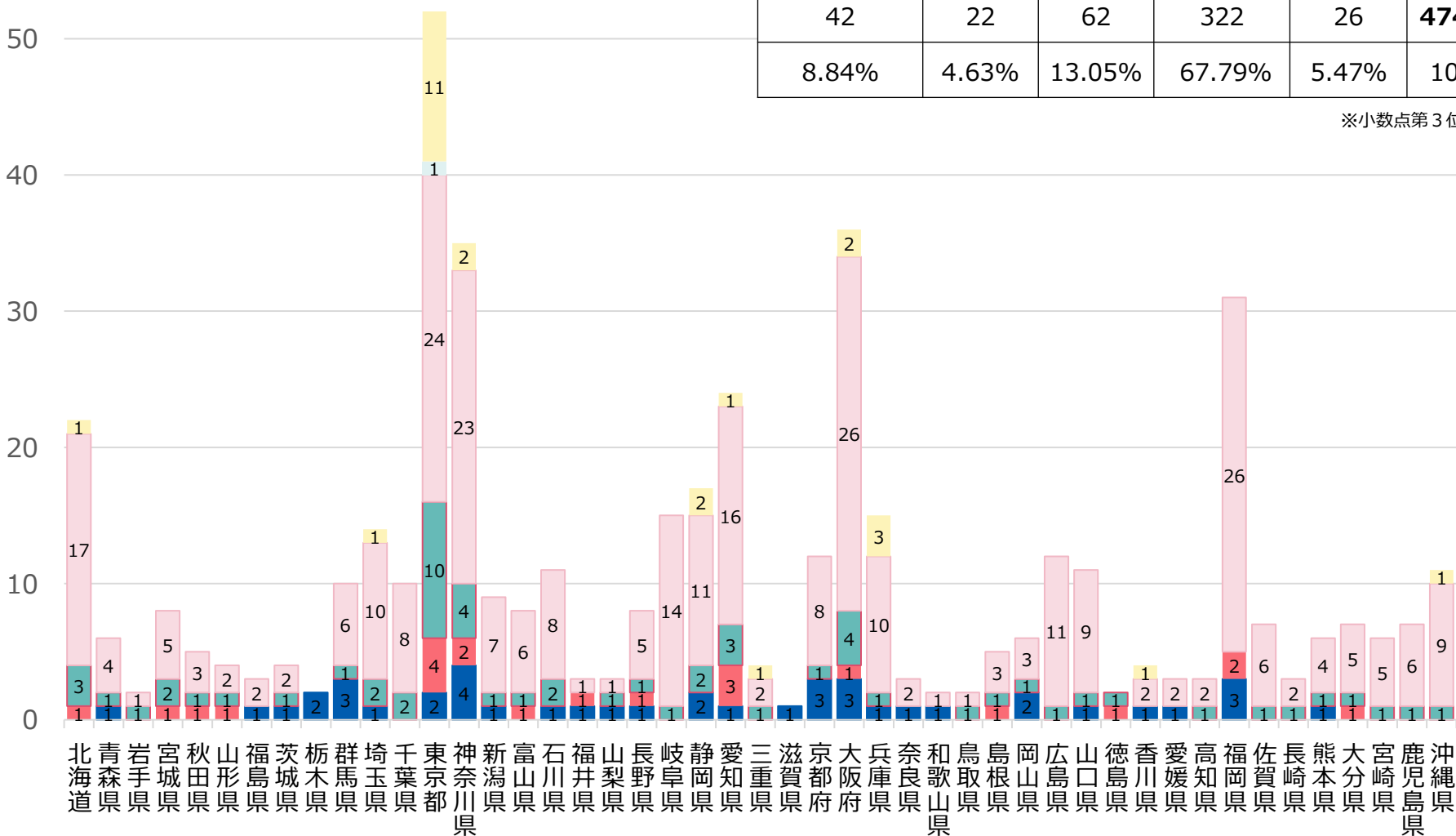


年間修了者数 324 423 679 961 661 1525 2043 2260 2705

特定行為研修を行う指定研修機関等の状況

都道府県別指定研修機関数(令和7年9月現在)

(機関数)



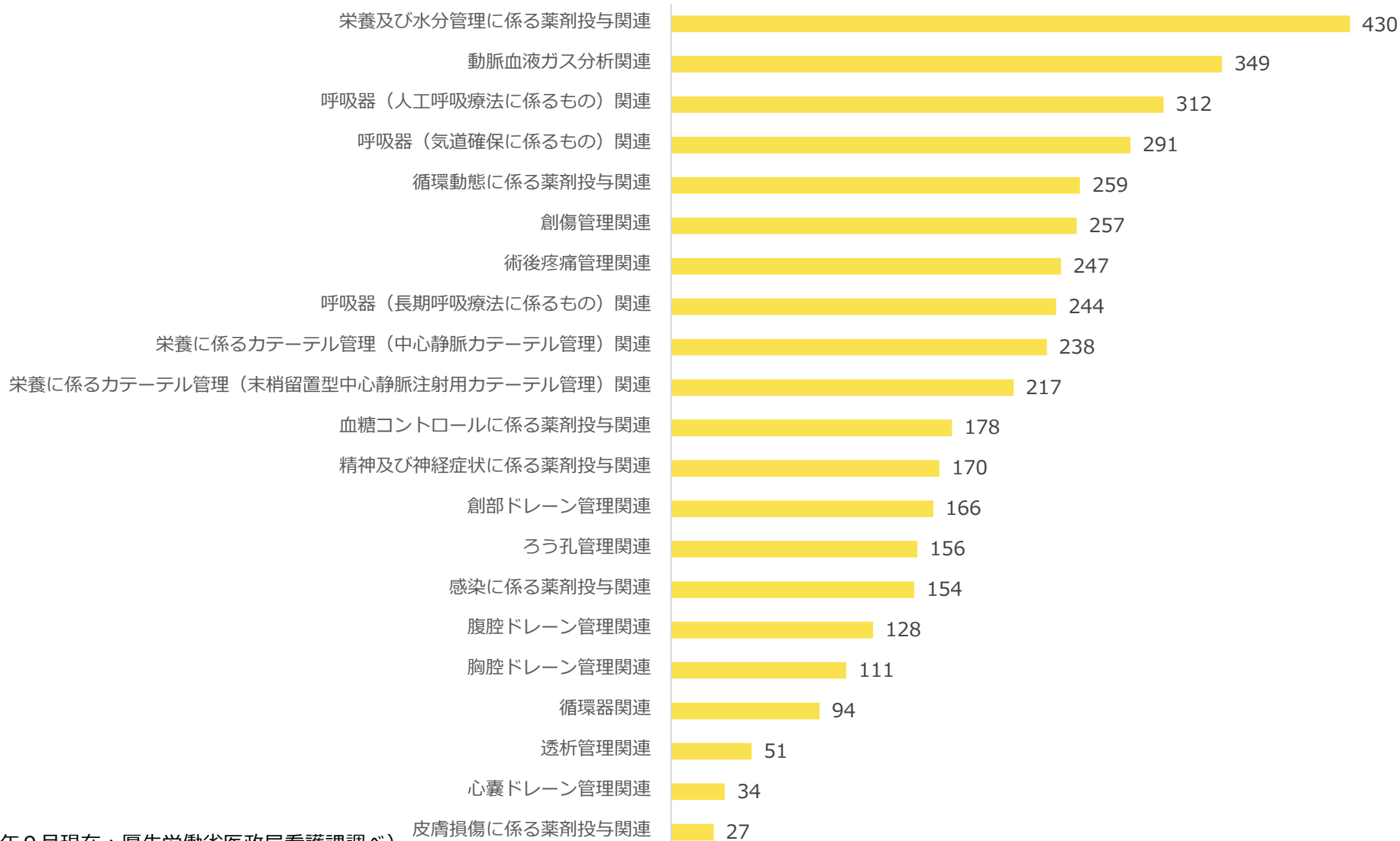
施設の種別別指定研修機関数(令和7年9月現在)

大学	大学院	大学病院	病院・診療所	医療関係団体等	総計
42	22	62	322	26	474機関
8.84%	4.63%	13.05%	67.79%	5.47%	100%

※小数点第3位を四捨五入

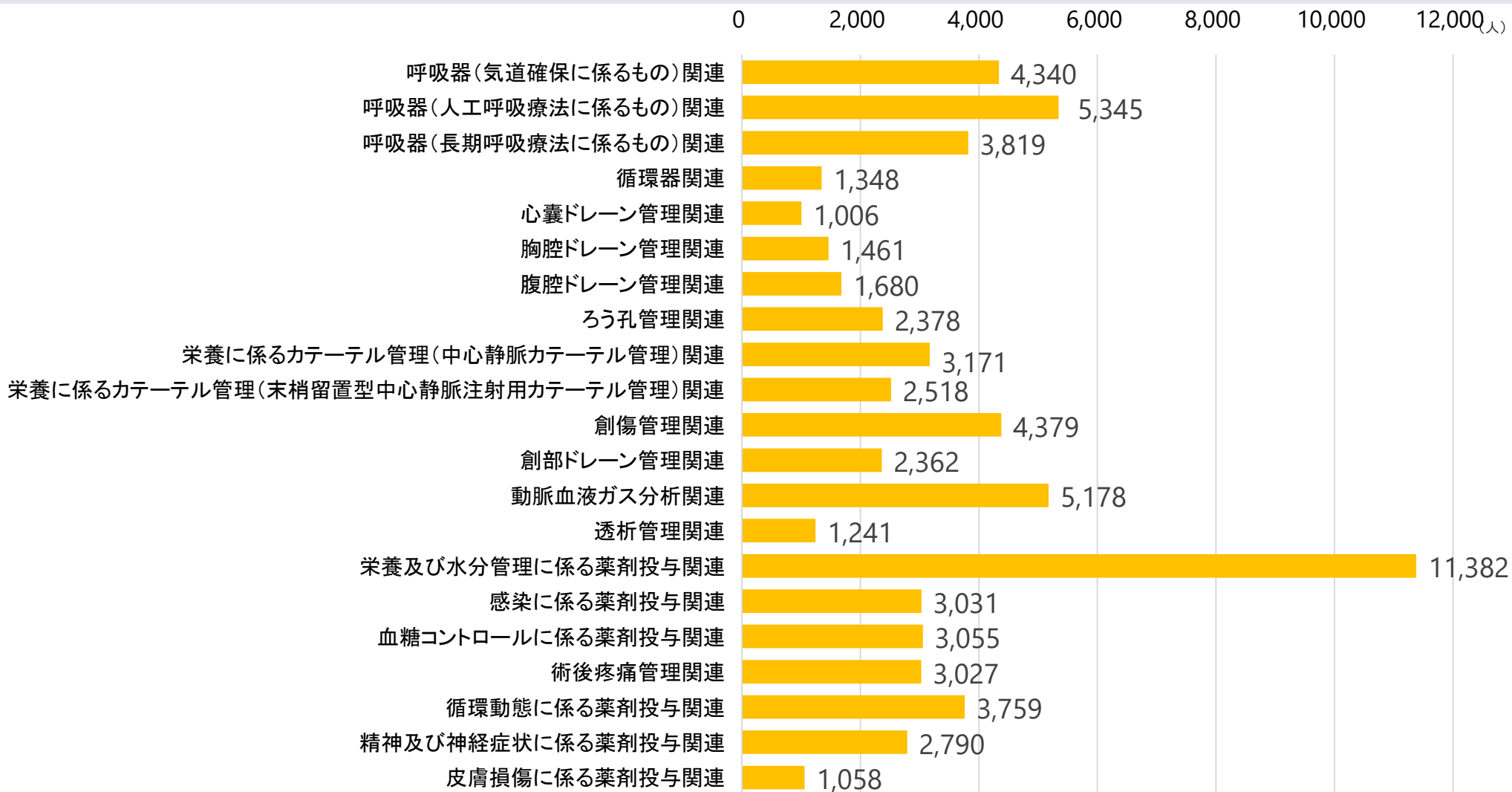
特定行為区分別の指定研修機関の指定数

○特定行為区分別研修では、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の指定数をもっとも多い。
次いで、「動脈血液ガス分析関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」が多い。



特定行為区分別の特定行為研修を修了した看護師数

○特定行為研修を修了した看護師数では「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」がもっとも多い。



特定行為研修修了者数： 13,887名 (令和7年9月現在)

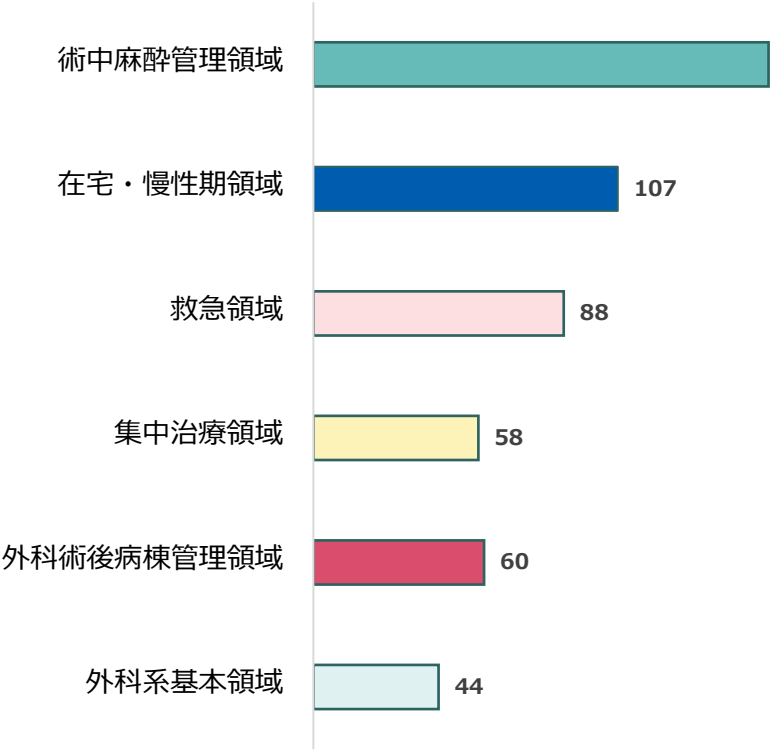
各区分別修了者数の合計値：68,328名

領域別パッケージの特定行為研修指定研修機関数推移及び修了者数推移

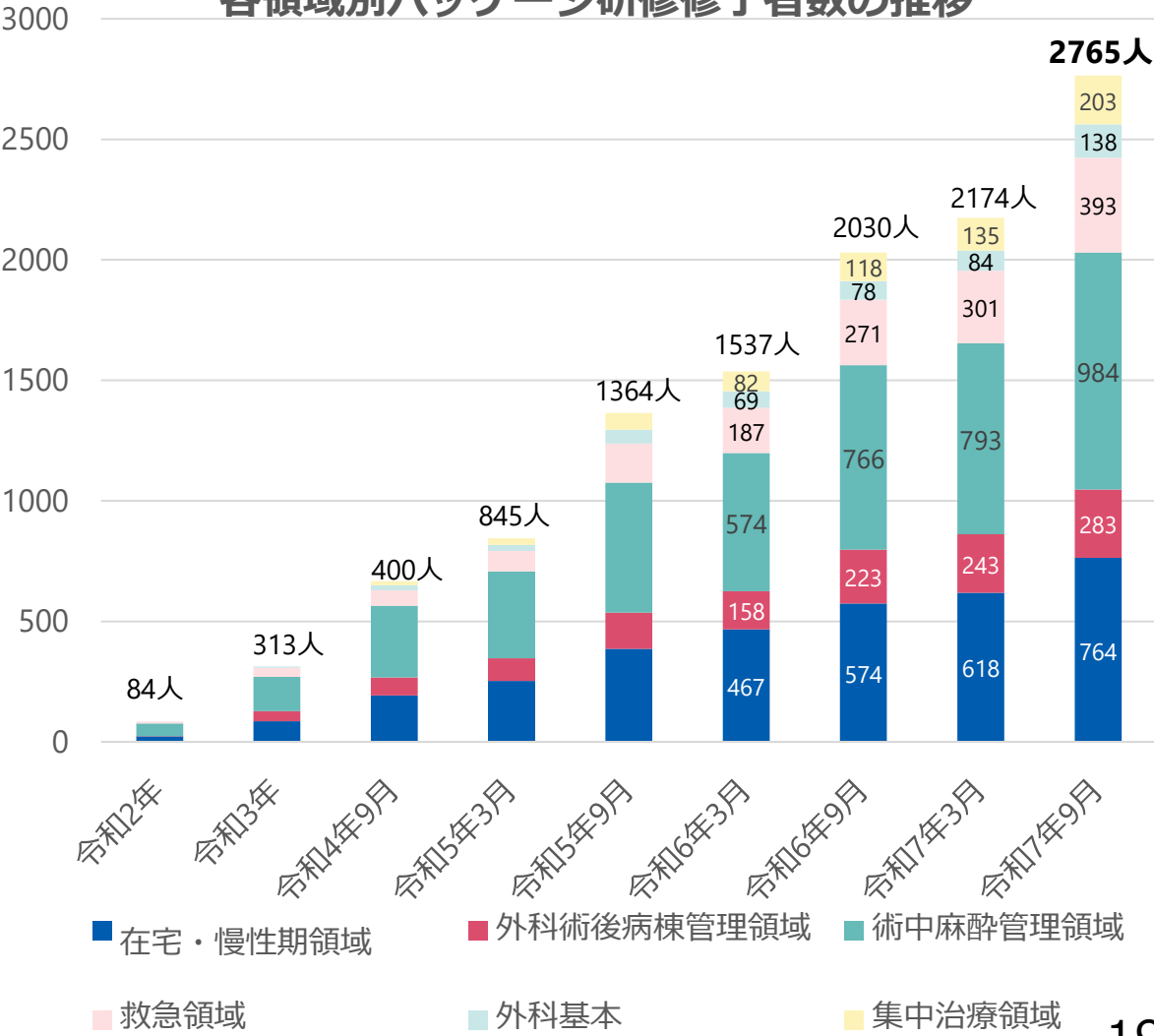
領域別パッケージ研修において令和 7 年9月で、指定研修機関は277機関、修了者数は2,765人となった。

各領域別のパッケージ研修実施

指定研修機関数



各領域別パッケージ研修修了者数の推移



就業場所別の特定行為研修修了者の就業状況

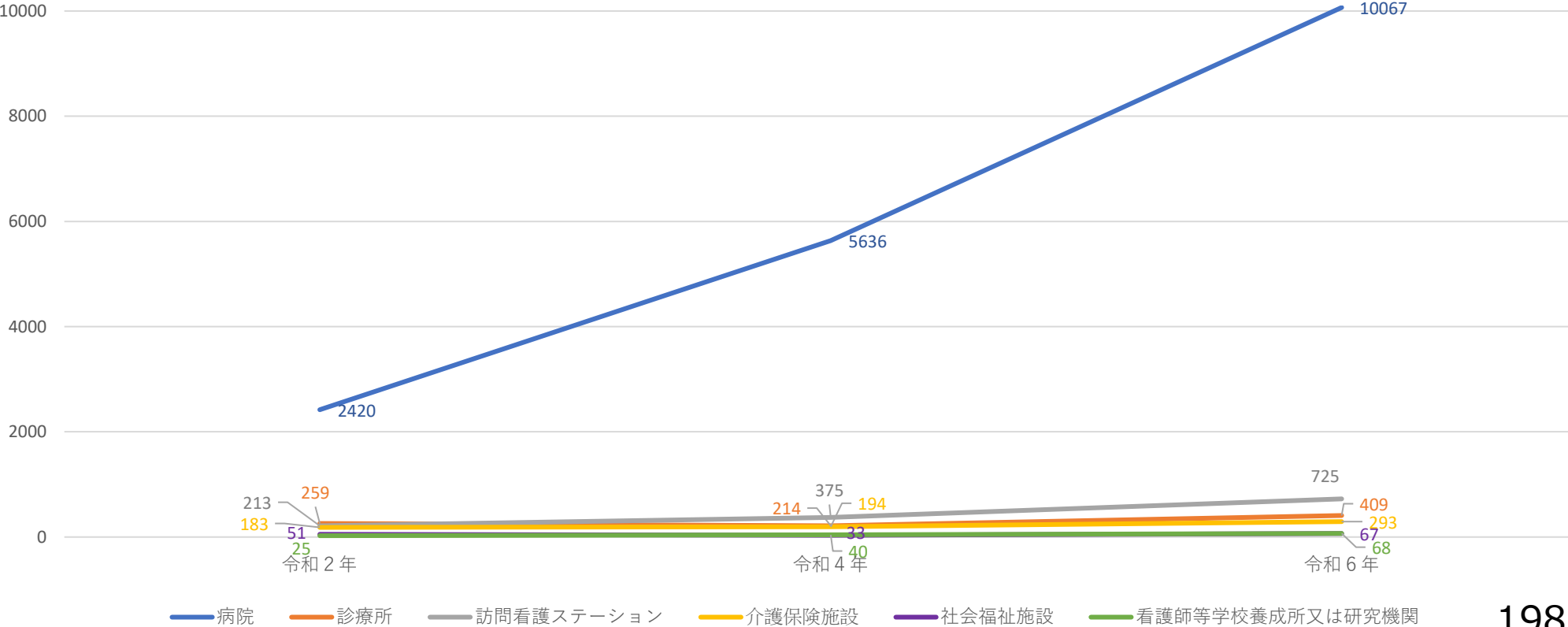
【令和 2 年】

【令和 4 年】

【令和 6 年】

	病院	診療所	訪問看護 ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	看護師等学校養成所 又は研究機関	その他	合計
就業者数（人）	2,420	259	213	183	51	25	39	3,190
割合	75.9%	8.1%	6.7%	5.7%	1.6%	0.8%	1.2%	100.0%
就業者数（人）	5,636	214	375	194	33	40	49	6,541
割合	86.2%	3.3%	5.7%	3.0%	0.5%	0.6%	0.7%	100.0%
就業者数（人）	10,067	409	725	293	67	68	80	11,709
割合	85.9%	3.5%	6.2%	2.5%	0.6%	0.6%	0.7%	100.0%

単位（人）



特定行為研修修了者の就業状況

【就業場所別】

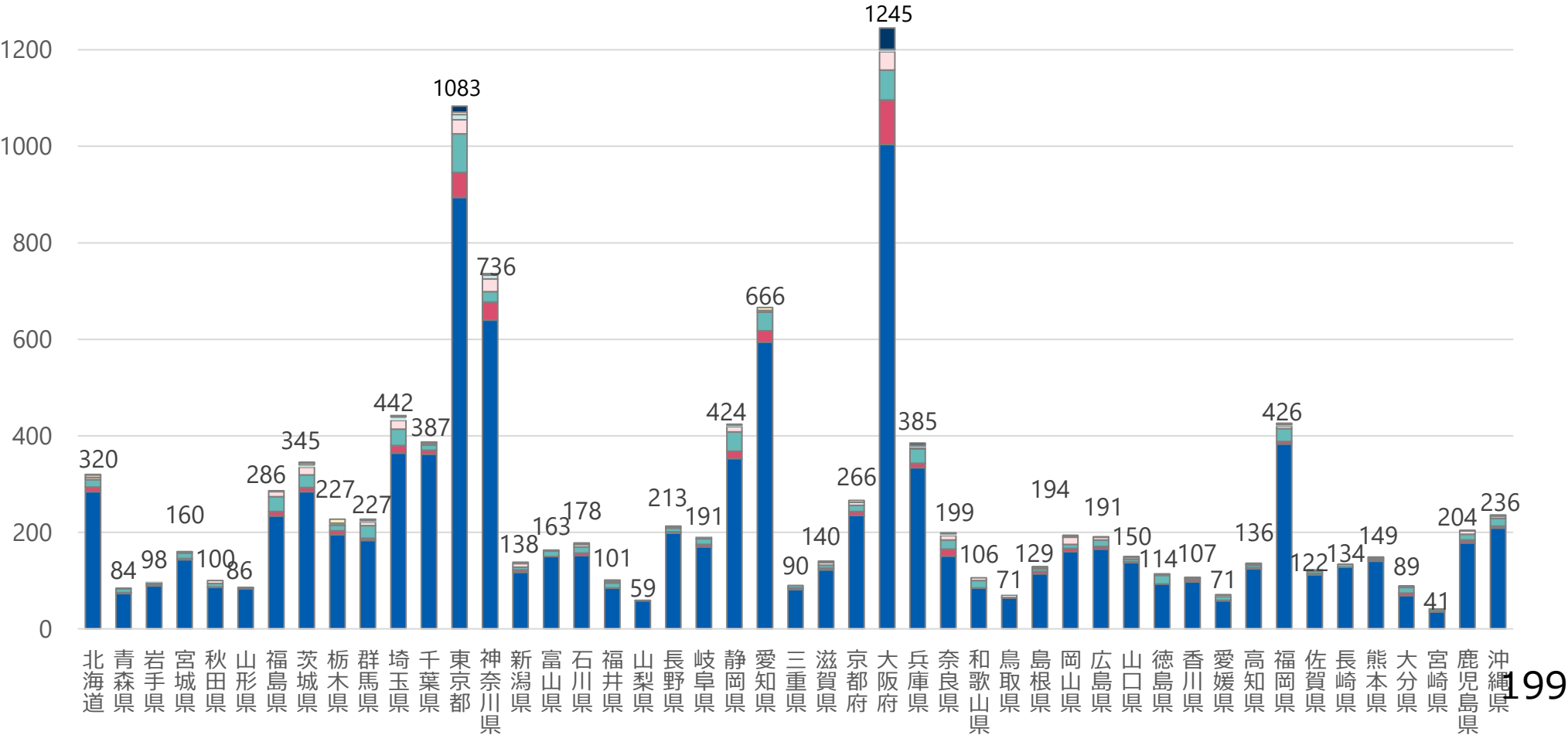
【出典】令和6年度衛生行政報告例より看護課作成

	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	看護師等学校養成所又は研究機関	その他	合計
就業者数（人）	10,067	409	725	293	67	68	80	11,709
割合	85.9%	3.5%	6.2%	2.5%	0.6%	0.6%	0.7%	100.0%

【都道府県別】

（人）

■ 病院 ■ 診療所 ■ 訪問看護ステーション ■ 介護保険施設 ■ 社会福祉施設 ■ 看護師等学校養成所又は研究機関 ■ その他



感染対策向上加算等における専従要件の明確化

感染対策向上加算等における専従要件の明確化

- 感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

現行

【感染対策向上加算】

〔施設基準〕

感染対策向上加算 1

感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ（略）

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

（中略）



改定後

【感染対策向上加算】

〔施設基準〕

感染対策向上加算 1

感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ（略）

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。

介護保険施設等は次に掲げるものをいう。

- | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------------|
| イ 指定介護老人福祉施設 | ロ 指定地域密着型介護老人福祉施設 | ハ 介護老人保健施設 |
| ニ 介護医療院 | ホ 指定特定施設入居者生活介護事業所 | |
| ヘ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 | | |
| ト 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所 | | |
| チ 指定認知症対応型共同生活介護事業所 | リ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 | |
| ヌ 指定障害者支援施設 | ル 指定共同生活援助事業所 | ヲ 指定福祉型障害児入所施設 |

（中略）

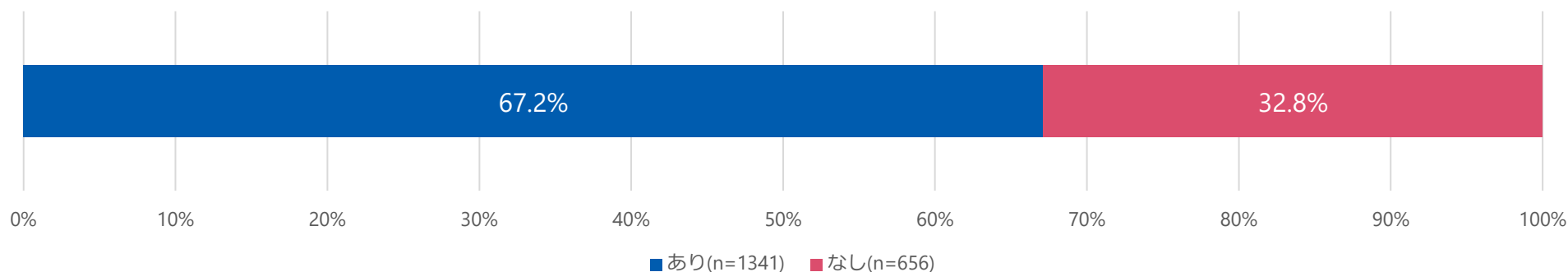
※緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算も同様。

感染対策向上加算等における専従要件の明確化について

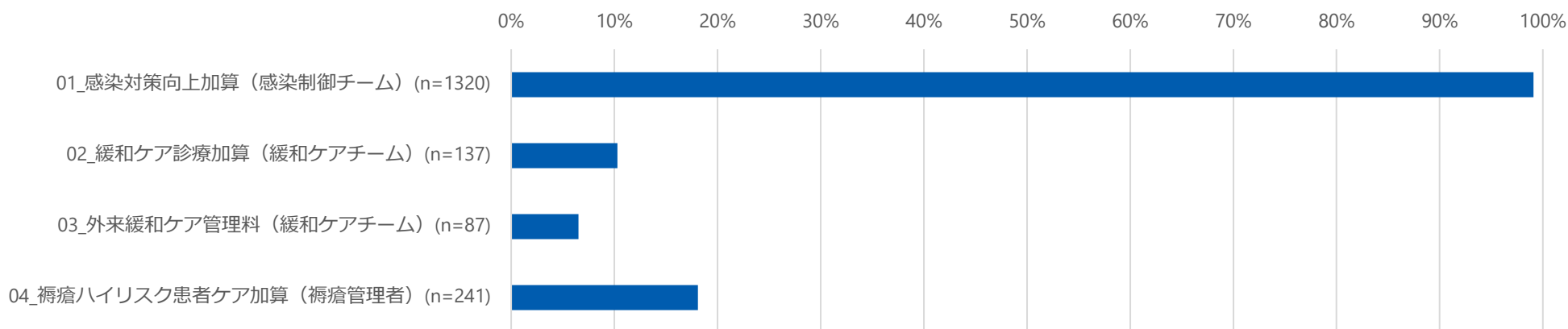
診調組 入-1
7. 5. 22改

- 感染症対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定している場合、専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じて助言に係る業務を行っているのは67.2%であった。

問13-1_（感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定している場合）専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、他の保険医療機関に対する助言に係る業務及び介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務の有無



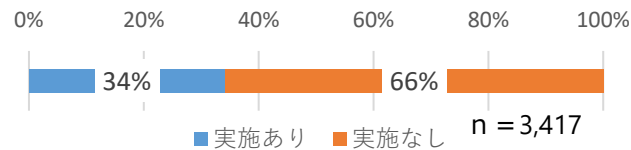
活用している加算



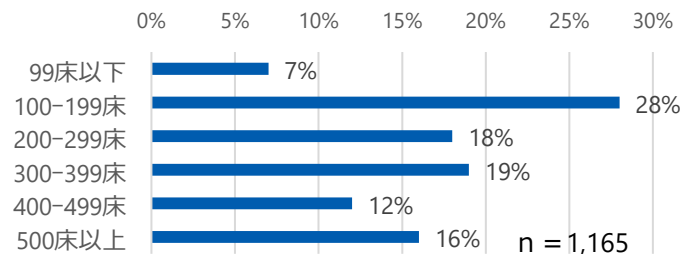
病院と介護保険施設等との連携

- 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、病院規模に関わらず、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を実施している。
- 今後、このような取組を推進していくためには、医療機関独自の取組だけでなく、都道府県単位での調整等、効率的な実施に係る体制を整備することが重要。

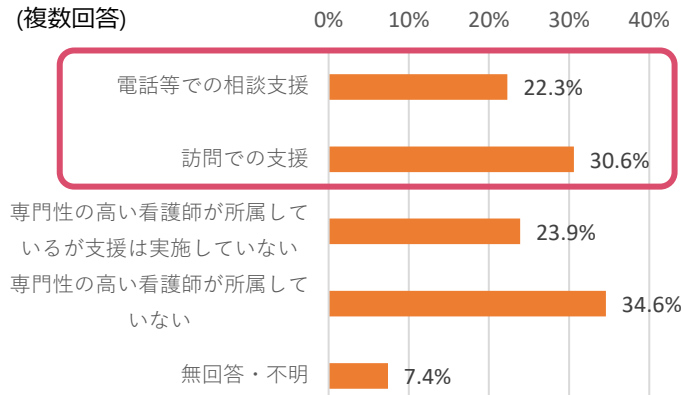
■看護師による介護施設等への支援を実施している病院



■支援実施病院の病床規模割合



■特定行為研修修了者等による地域の介護施設等での活動状況 (複数回答)



■看護師による支援内容別の実施病院割合 (複数回答)

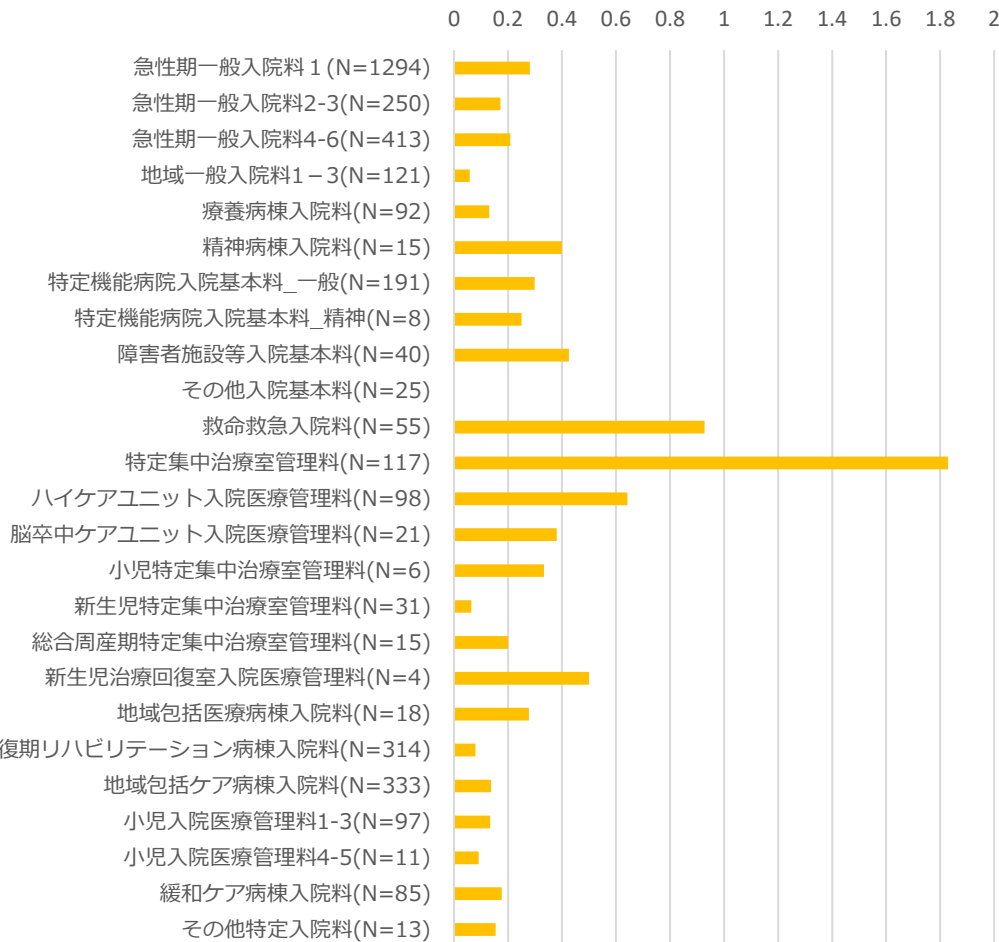
調査対象：全国8,079病院 回収数：3,417病院

	回答 病院数	特養・老 健・介護 医療院	認知症グ ルホ・サ 高住・有 料老人 ホーム	訪問ST・ 看護多機 小多機	通所施設	学校 保育施設	その他	無回答 不明
感染症予防や発生時の対応	856	86.2%	38.0%	25.6%	26.4%	19.7%	16.6%	0.7%
皮膚・排泄障害への対応	539	58.8%	18.7%	60.7%	10.9%	3.9%	17.1%	1.7%
認知症のBPSD（行動・心理症状）やせん妄への対応	276	57.6%	29.7%	29.7%	17.4%	10.1%	39.1%	1.1%
看取りのケア	168	44.0%	18.5%	51.8%	7.1%	8.9%	23.2%	3.0%
摂食・嚥下障害への対応	160	57.5%	21.3%	40.6%	12.5%	12.5%	22.5%	2.5%
その他	146	24.0%	8.9%	19.2%	4.1%	26.7%	27.4%	24.7%
呼吸器ケア（在宅人工呼吸療法等）	64	20.3%	10.9%	65.6%	9.4%	10.9%	31.3%	3.1%
非がん疾患の緩和ケア（慢性心不全等）	63	25.4%	17.5%	58.7%	6.3%	3.2%	31.7%	7.9%
小児（医療的ケア児）への対応	53	—	—	35.8%	20.8%	67.9%	20.8%	1.9%
精神疾患（認知症以外）に伴う症状の対応	48	27.1%	27.1%	31.3%	18.8%	27.1%	31.3%	8.3%

特定行為研修修了者の配置数

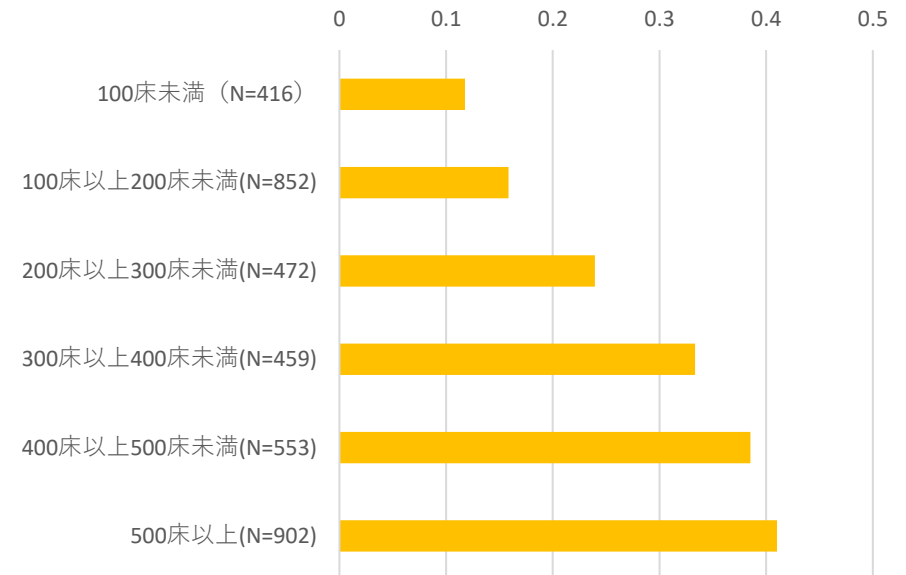
- 特定行為研修修了者の配置数は入院料別に配置数が異なり、病床規模別では、病床規模が大きいほど配置が多い。

入院料別：特定行為研修修了者数_常勤



■ うち特定行為研修修了者数_常勤

病床規模別：特定行為研修修了者数_常勤

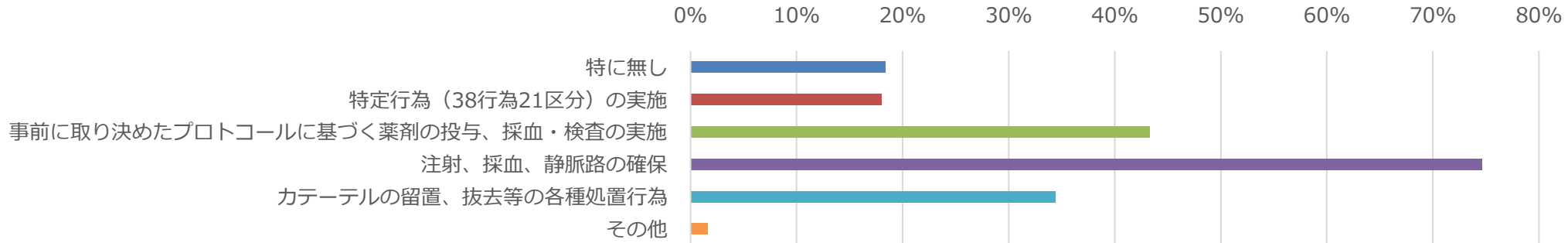


医師から看護師へのタスクシフト・シェアについて

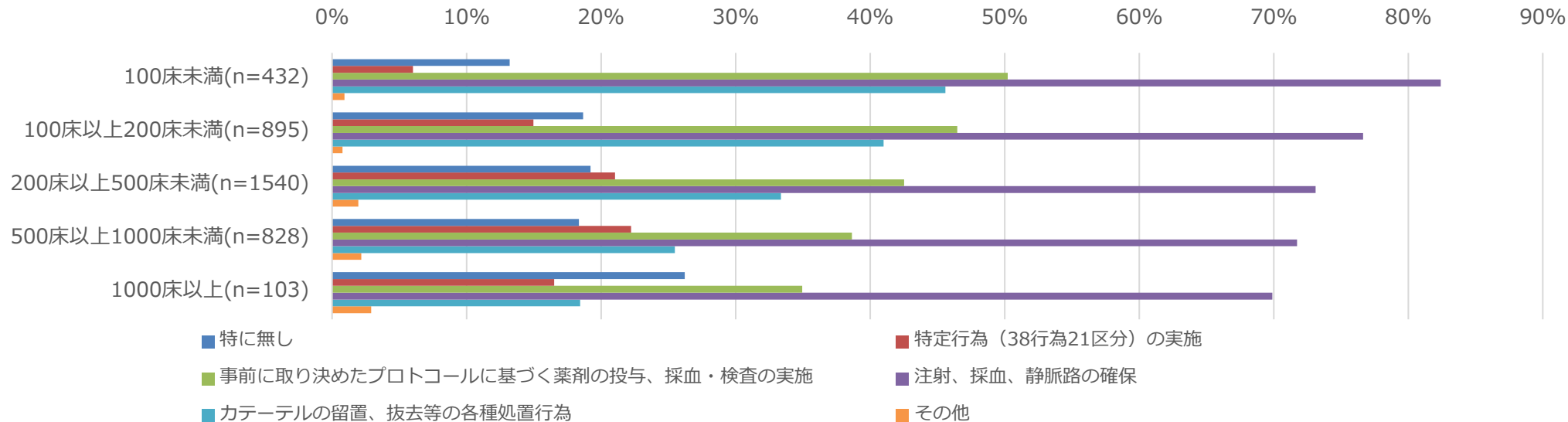
診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 医師から看護師へのタスクシフト・シェアについて「特に無し」は18.4%であった。
- 医師から看護師へのタスクシフト・シェアとして行われている内容として、「注射、採血、静脈路の確保」が74.7%と最も多く、次いで「事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施」43.3%、「カテーテルの留置、抜去等の各種行為」34.5%、「特定行為の実施」18.0%であった。

総数_医師から看護師へのタスクシフト・シェアとして行われている内容 (n=3843)



病床別_医師から看護師へのタスクシフト・シェアが行われている内容



0. 調査概要

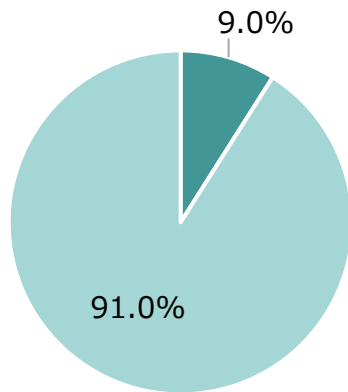
1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 賃上げ・処遇改善について
16. 人口・医療資源の少ない地域における対応
17. 個別的事項について

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-1
7 . 6 . 2 6

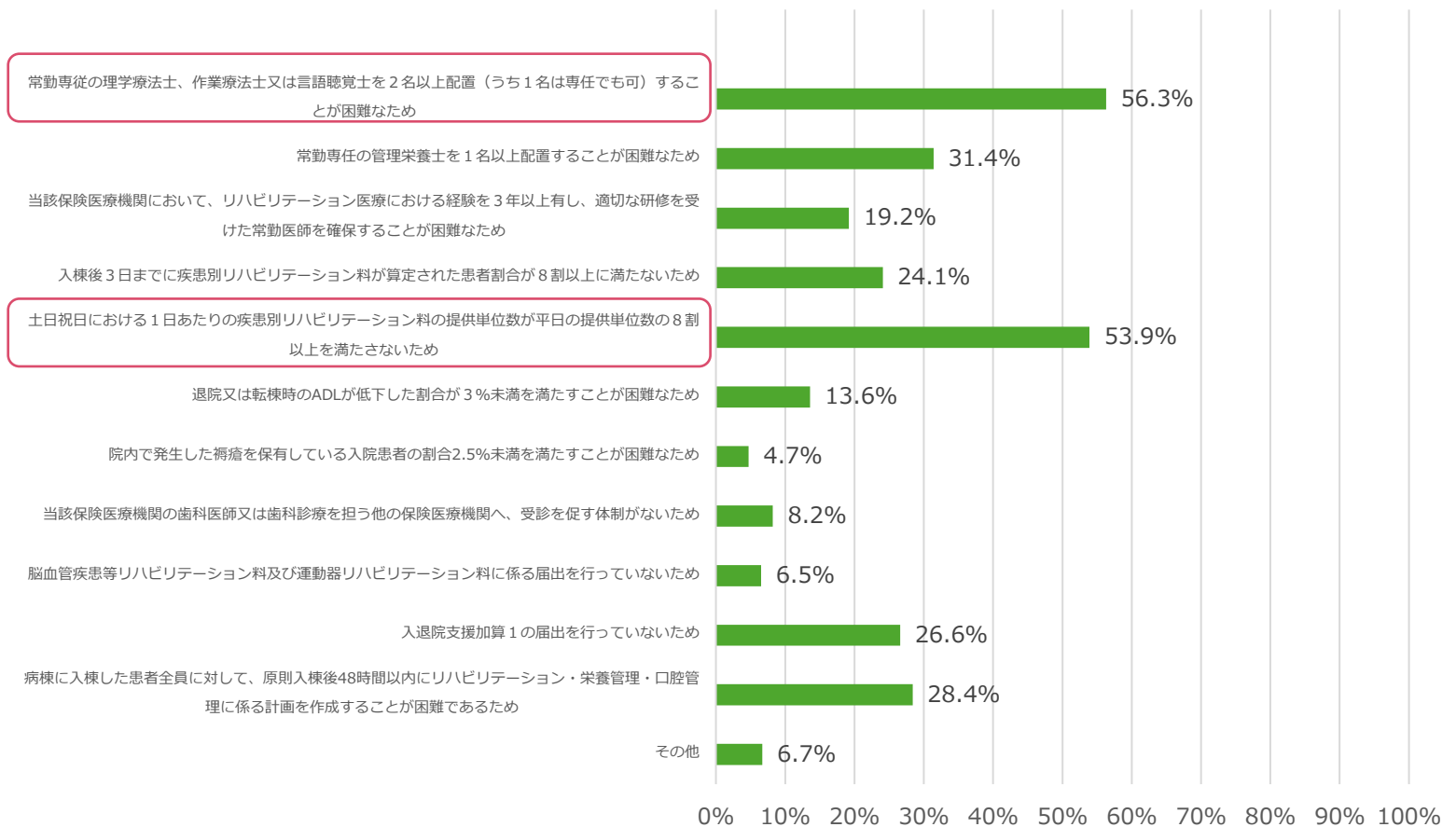
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ていると回答した医療機関は、9.0%であった。
- 届け出していない理由としては、「常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置（うち1名は専任でも可）することが困難なため」、「土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が多かった。

■ 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)

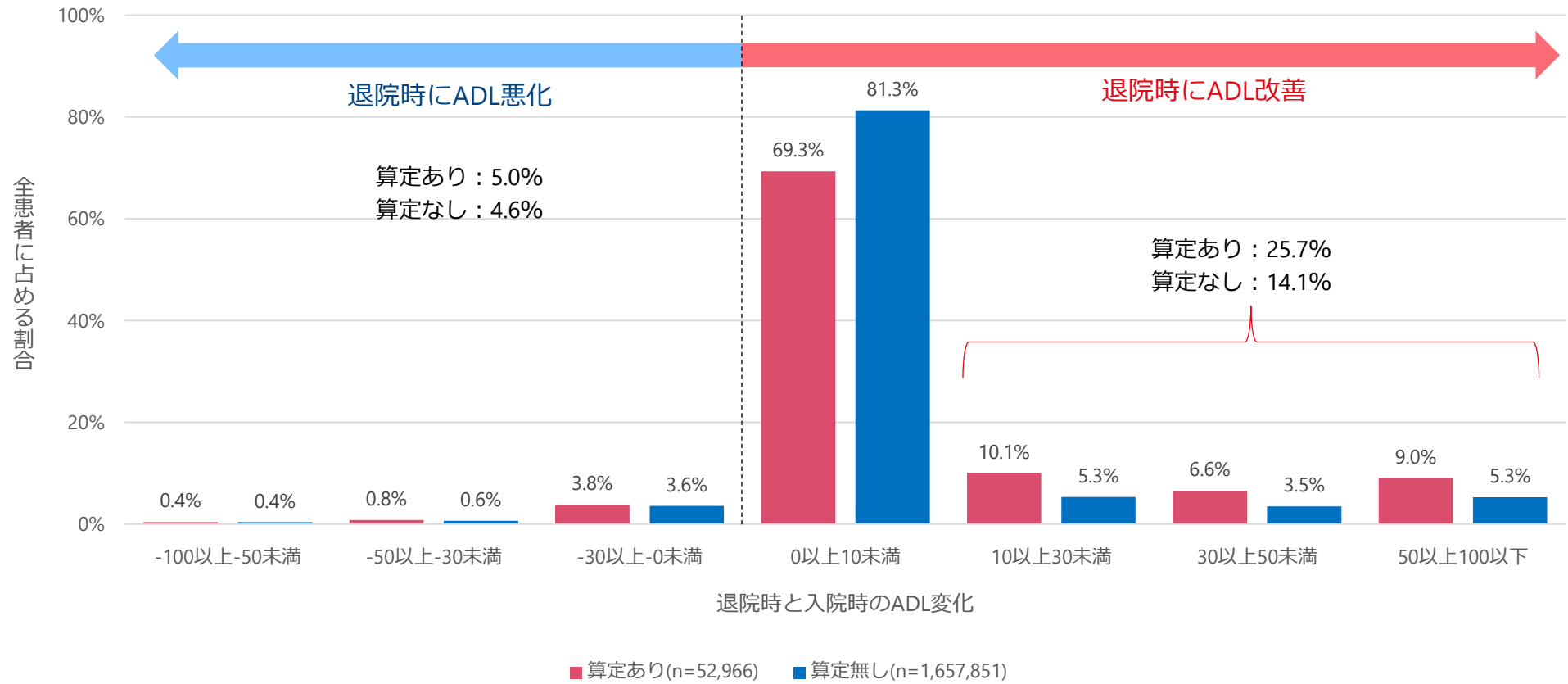


リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定とADL変化

診調組 入 - 3
7 . 9 . 1 1

- 退院時までのADL変化の分布は、以下のとおり。
- 退院時にADLが悪化した患者の割合は、加算の算定有無により明らかな違いはみられなかった。一方、ADLが大きく改善した患者の割合は、算定ありの患者で多かった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定別にみたADL変化ごとの患者割合



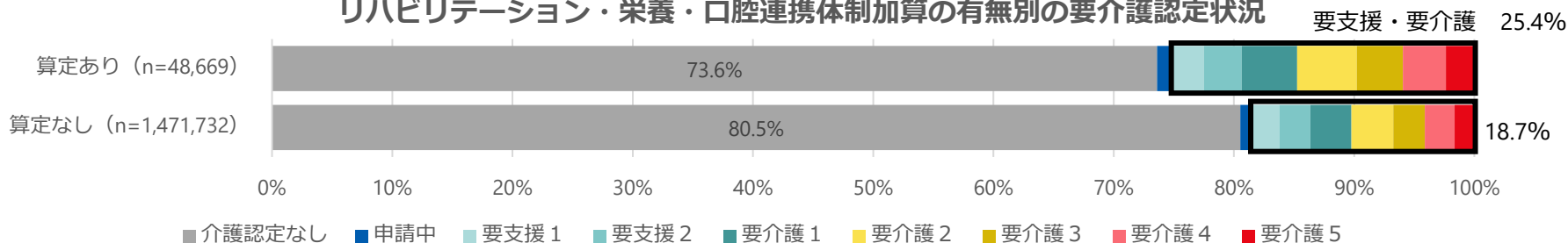
※ 退院時Barthel Index (以下BI) - 入院時BI = ADL変化として集計

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算が算定されている患者像

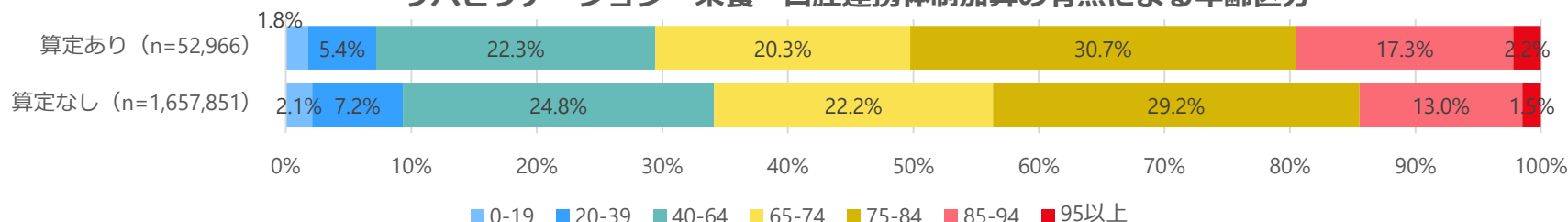
診調組 入-3
7. 9. 11

- 急性期一般病棟において、体制加算の算定ありの場合は、算定なしの場合と比べ、要介護度が高い患者や、高齢の患者が多かった。
- 入院中にADLが低下した患者は、要介護度や年齢がより高い傾向にあった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の有無別の要介護認定状況

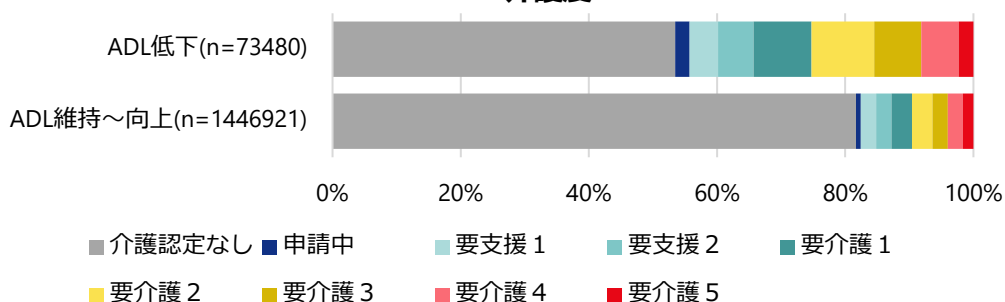


リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の有無による年齢区分

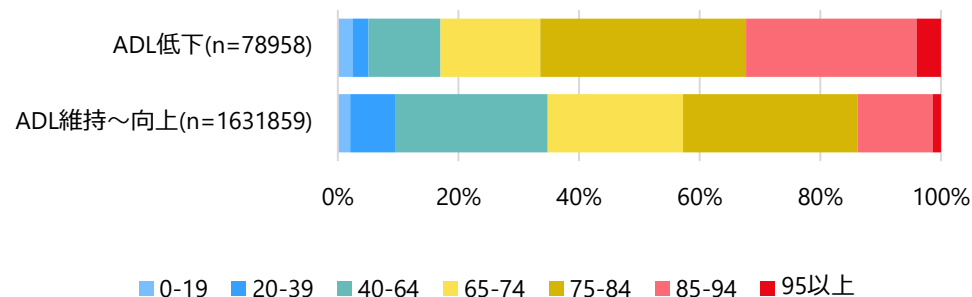


【参考】急性期一般病棟におけるADLが低下する患者の特徴

介護度



年齢区分

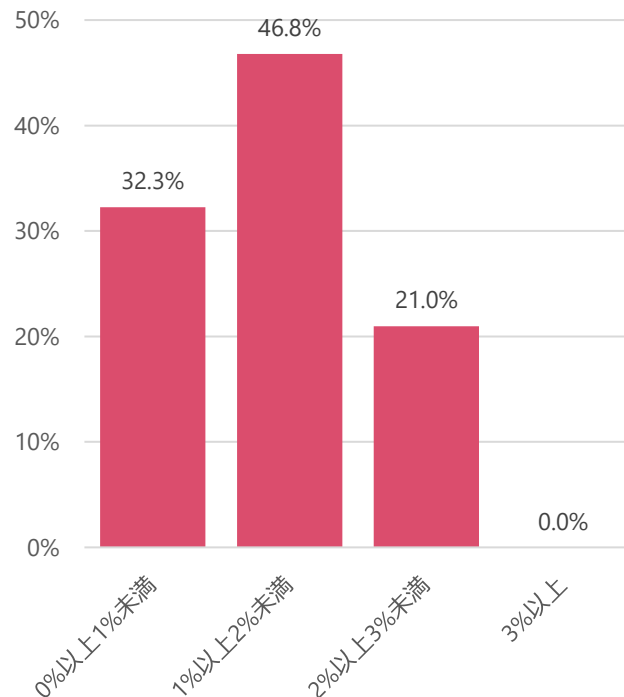


急性期一般病棟における施設ごとのADL低下割合

診 調 組 入 - 3
7 . 9 . 1 1

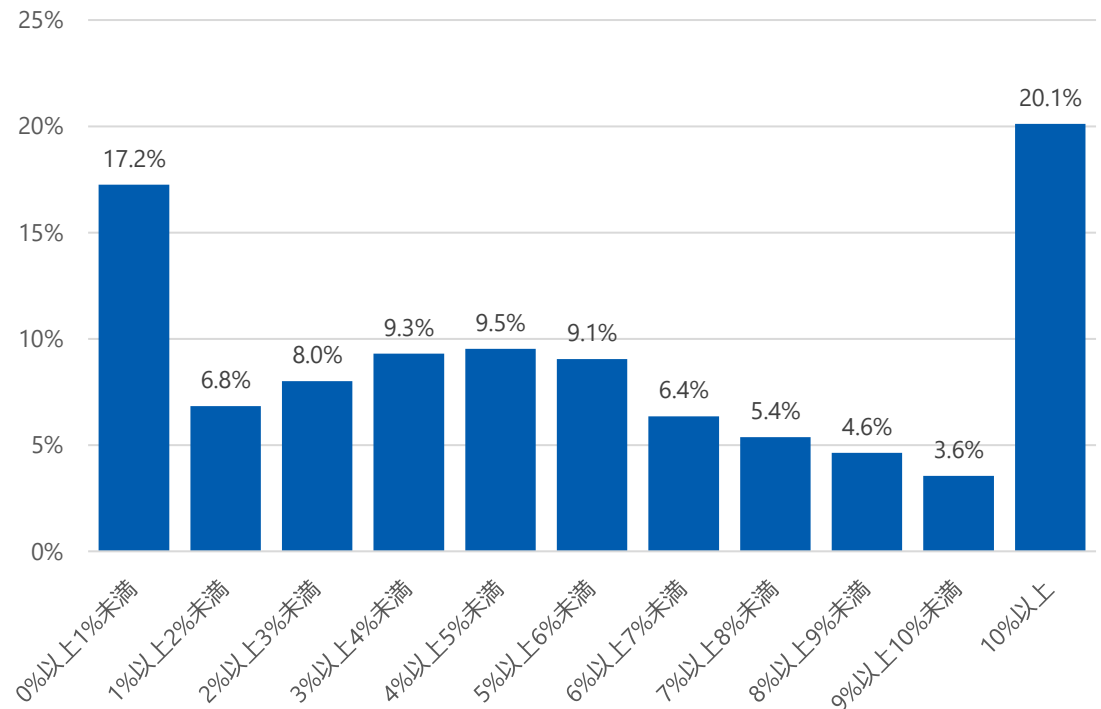
- 令和6年8月時点の定例報告においてリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出をしている施設と、12月までに当該加算を1回も算定していない施設について、それぞれ退院患者に占めるADLが低下した患者の割合の分布は以下のとおり。
- 体制加算の届出施設においては、ADLが低下する患者の割合は3%未満という基準を満たしていた。体制加算を算定していない施設においては、ADL低下割合4%以上5%未満に緩やかなピークがみられた。

体制加算の届出施設(※)におけるADL低下割合の分布(n=62)



保険局医療課調べ（※2024年8月1日定例報告におけるADL低下割合を集計した。複数の病棟で届出がある場合は、施設内の平均値を用いた。）

体制加算を算定していない施設におけるADL低下割合(n=3148)



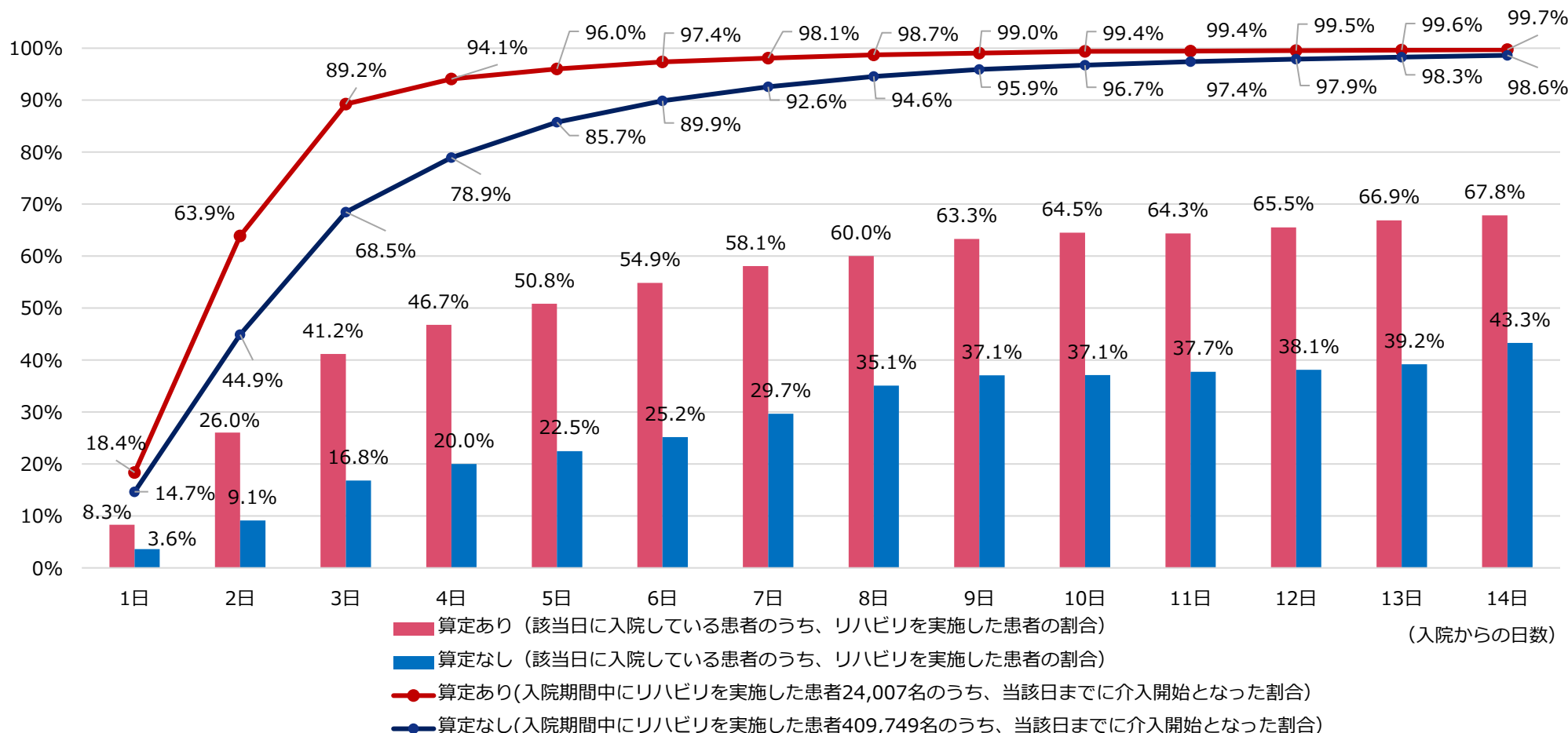
DPCデータを用いて、2024年12月までに体制加算の算定が1件もない施設を対象に、2024年11月～12月に急性期一般入院料1～6、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、7対1専門病院入院料を算定する病棟から退院した症例のうち、ADLがエラーなく入力されている全1,175,858症例について、死亡退院を除く退院患者に対する、退院時に入院時よりADLが低下した患者の割合を施設毎に集計し、分布を示した。

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

診調組 入-3
7. 9. 11

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定ありの患者は、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



リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と休日リハの実施状況

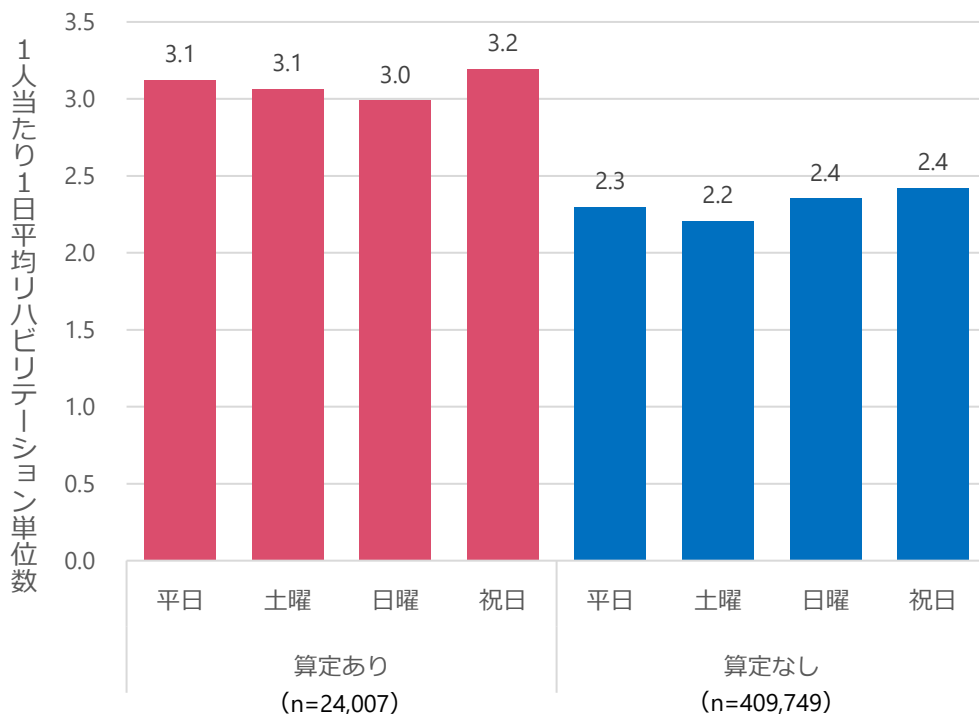
診調組 入-3
7. 9. 11

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について、患者1人当たりの1日平均リハビリ単位数は、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%、算定なしの場合、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

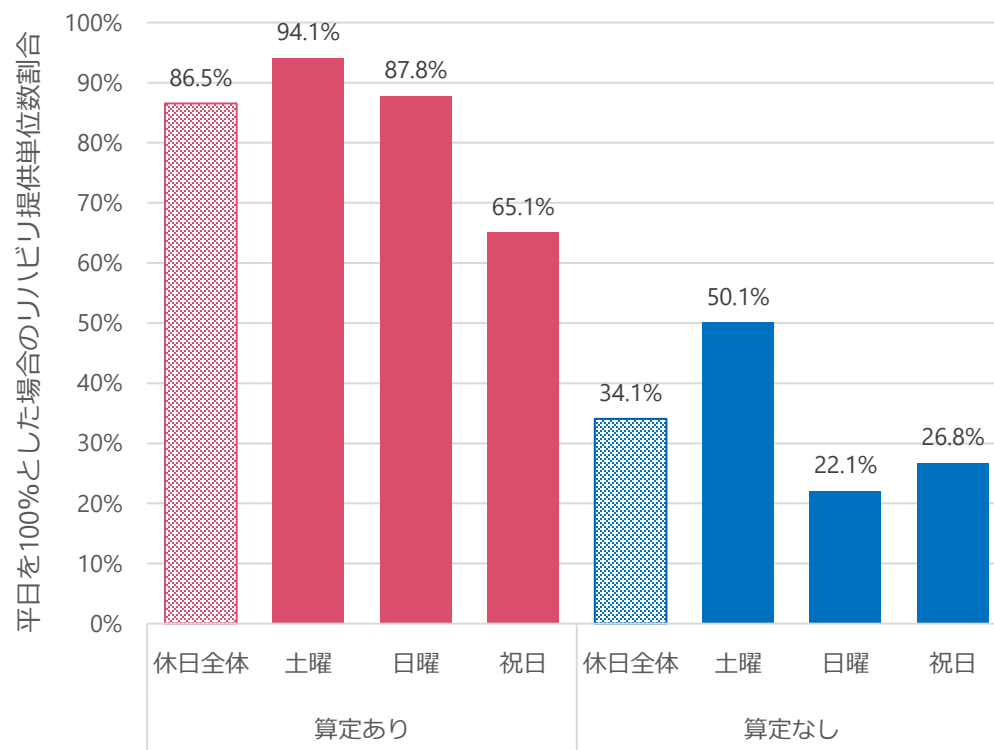
各曜日の1人あたり1日平均リハビリ実施単位数

(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



○ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定がある（多職種が配置されている）病棟においては、病棟での各業務に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士が主として関わる割合が高く、医師や看護職員が主として関わる割合が低かった。

業務に主として関わる職種として、各職種を回答した病棟の割合

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定の有無別に、業務に主として関わる職種として各職種が回答された割合を示す。

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定がある病棟(n=73) ■ 同加算の算定がない病棟(n=2784)

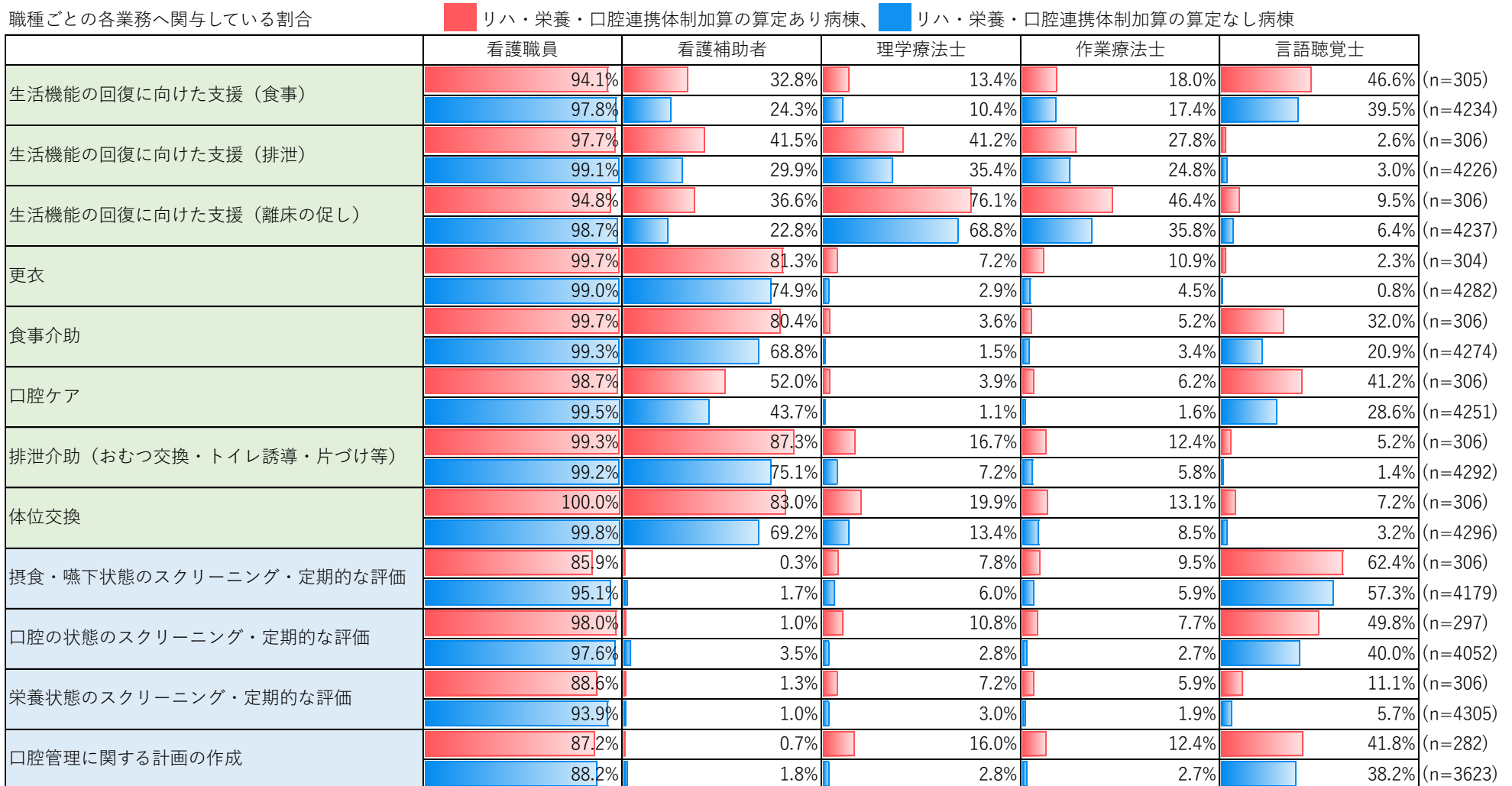
	医師	看護職員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	その他
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	0.00%	← 11.94%	0.00%	0.00%	0.00%	→ 59.70%	0.00%
	2.26%	35.69%	0.03%	0.06%	0.28%	44.67%	0.25%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	0.00%	← 25.00%	→ 34.72%	1.39%	0.00%	0.00%	0.00%
	1.31%	56.22%	19.95%	1.24%	0.00%	0.33%	0.27%
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	2.86%	← 44.29%	5.71%	→ 8.57%	1.43%	0.00%	0.00%
	3.89%	75.03%	2.48%	2.93%	1.03%	0.10%	0.65%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	0.00%	45.71%	0.00%	0.00%	8.57%	2.86%	18.57%
	1.00%	52.81%	0.04%	0.04%	8.38%	0.61%	20.82%
摂食・嚥下機能のスクリーニング・定期的な評価	1.43%	← 24.29%	1.43%	1.43%	→ 38.57%	1.43%	0.00%
	3.79%	45.25%	0.72%	0.51%	24.54%	4.24%	1.37%
栄養管理計画の作成	0.00%	← 4.29%	0.00%	0.00%	0.00%	→ 84.29%	0.00%
	2.36%	9.39%	0.06%	0.00%	0.57%	74.27%	0.98%
ミールラウンド(食事の観察)	3.08%	← 18.46%	0.00%	0.00%	3.08%	→ 41.54%	3.08%
	0.11%	46.87%	0.14%	0.79%	4.87%	29.18%	1.47%
経腸栄養剤の種類の選択や変更	← 20.31%	12.50%	0.00%	0.00%	0.00%	→ 34.38%	0.00%
	36.66%	10.63%	0.00%	0.00%	1.26%	25.86%	1.36%
退院前の居宅への訪問指導	0.00%	← 15.38%	→ 40.38%	3.85%	0.00%	0.00%	9.62%
	1.43%	45.39%	14.90%	3.55%	0.06%	0.31%	9.66%

急性期病棟における療法士の病棟業務への関与状況

診調組 入-3
 7. 9. 1 1

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定している病棟では、算定していない急性期病棟と比べ、療法士が生活機能の回復や栄養・口腔状態に係る項目へ関与している割合が高かった。

職種ごとの各業務へ関与している割合



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））

- 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、場面に応じたワンポイントのADL動作の指導や、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

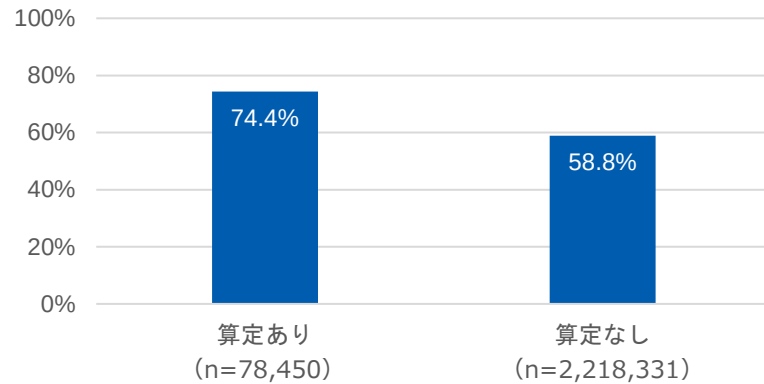
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と栄養状態

診調組 入-3
7. 9. 11

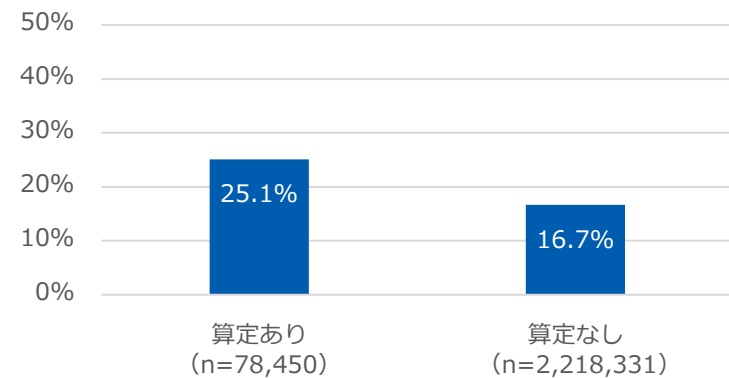
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定ありの患者のほうが、低栄養の入力割合と入院栄養食事指導料の算定患者割合が高かった。
- また、算定ありの患者のほうが、入院時の低栄養の割合が高かった。

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

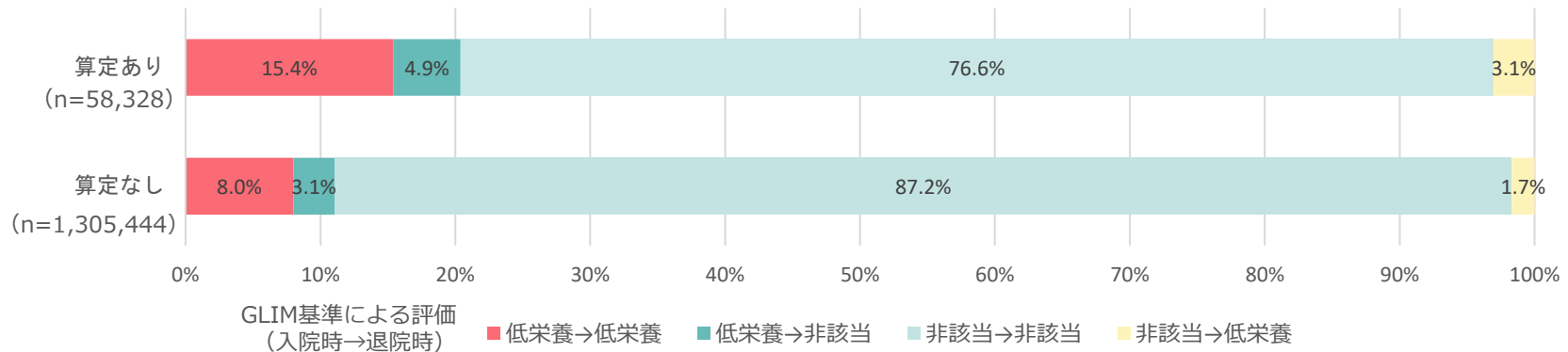
■ 低栄養（GLIM基準による評価）の入力割合



■ 入院栄養食事指導料の算定患者割合



■ 入退院時の低栄養状態の変化

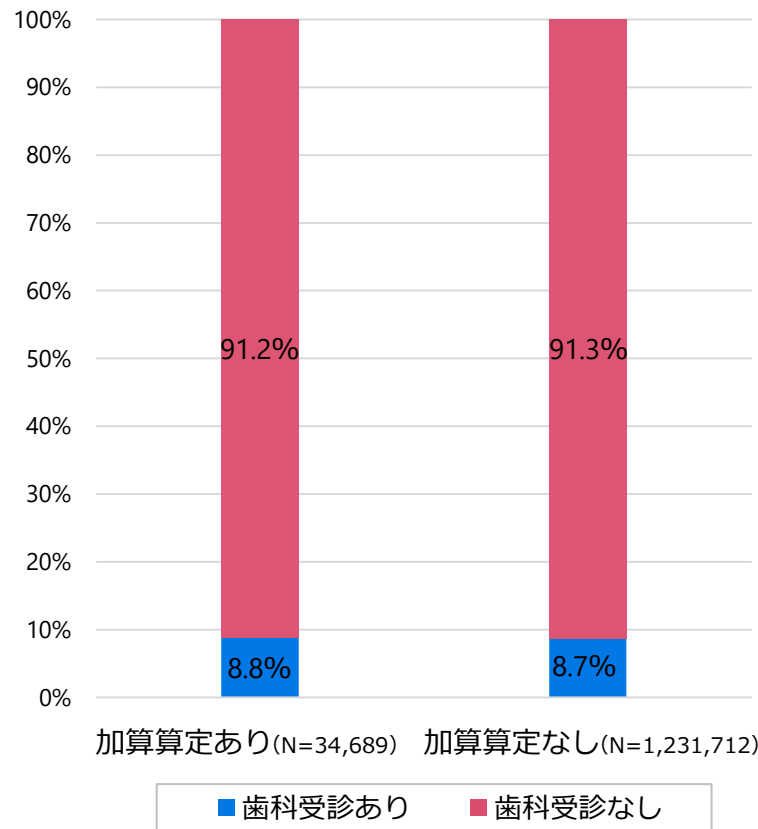


リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と退院後の歯科受診率

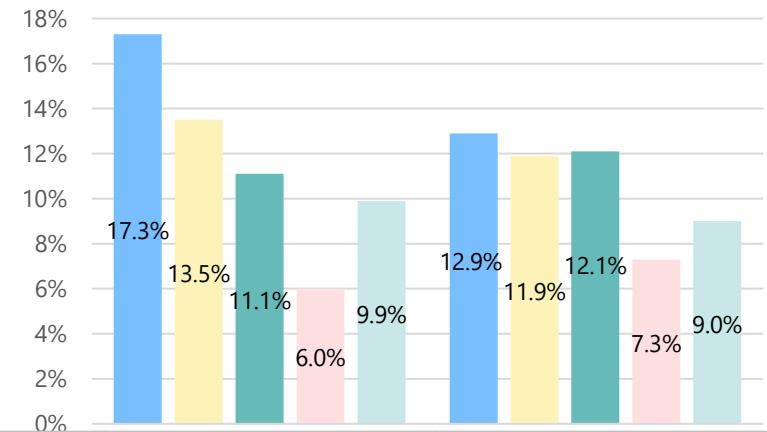
診調組 入-3
7. 9. 11

- 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。



(N数)	加算算定あり	加算算定なし
■ 誤嚥性肺炎	1,135	29,326
■ 大腿骨頸部骨折	889	16,503
■ 大腿骨転子部骨折	713	13,637
■ うっ血性心不全	766	26,270
■ 細菌性肺炎	433	15,962

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。）

各病棟入院料における専従療法士の配置と業務内容の規定について

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の施設基準においては、専従常勤の療法士数が規定されており、かつ疾患別リハビリテーションを担当する専従者と兼務はできないとされている。
- しかし、専従の療法士が病棟において疾患別リハビリテーションと別に行う業務については、地域包括医療病棟以外では明記されていない。

	急性期一般入院料 1 【リハ・栄養・口腔連携特助加算】	地域包括医療病棟入院料 【リハ・栄養・口腔連携加算】	地ケア病棟入院料 1	回復期リハ病棟入院料 1	療養病棟入院料 1
PTの病棟配置	-			専従常勤 3 名以上	-
OTの病棟配置	【専従常勤のPT/OT/STが 2 名以上、又は、専従常勤のPT/OT/STが 1 名以上かつ専従常勤のPT/OT/STが 1 名以上】	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが 2 名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが 1 名以上	専従常勤 2 名以上	-
STの病棟配置				専従常勤 1 名以上	-
疾患別リハと病棟配置の兼務	【疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※ 1】	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※ 1	疾患別リハを担当する専従者との兼務はできない	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※ 1	-
病棟配置の療法士による業務内容の規定	【全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う】	全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う	-	-	-
休日リハ	【専従の療法士は 9 単位を超える疾患別リハの算定は不可】	専従の療法士は、 6 単位を超える疾患別リハの算定は不可	-	週 7 日間提供できる体制を有していること	-
疾患別リハ届出の要否	-	脳血管、運動器	心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、運動器、呼吸器のいずれか	-
疾患別リハの算定方法	出来高	出来高	包括 (必要者に平均 2 単位以上)	出来高	出来高 (2単位を超えるリハは包括※ 2)
疾患別リハの配置要件	(例) 脳血管疾患等リハ料 (I) : 専従常勤のPT 5 名以上、専従常勤のOT 3 名以上、言語聴覚療法を行う場合は専従常勤のST 1 名以上 (他の疾患別リハビリテーション料における常勤療法士との兼任は可能)				
(疾患別リハの療法士の業務規定)	1 日 18 単位標準・24 単位上限、週 108 単位まで				

※ 1 疾患別リハビリテーションの施設基準に基づく。

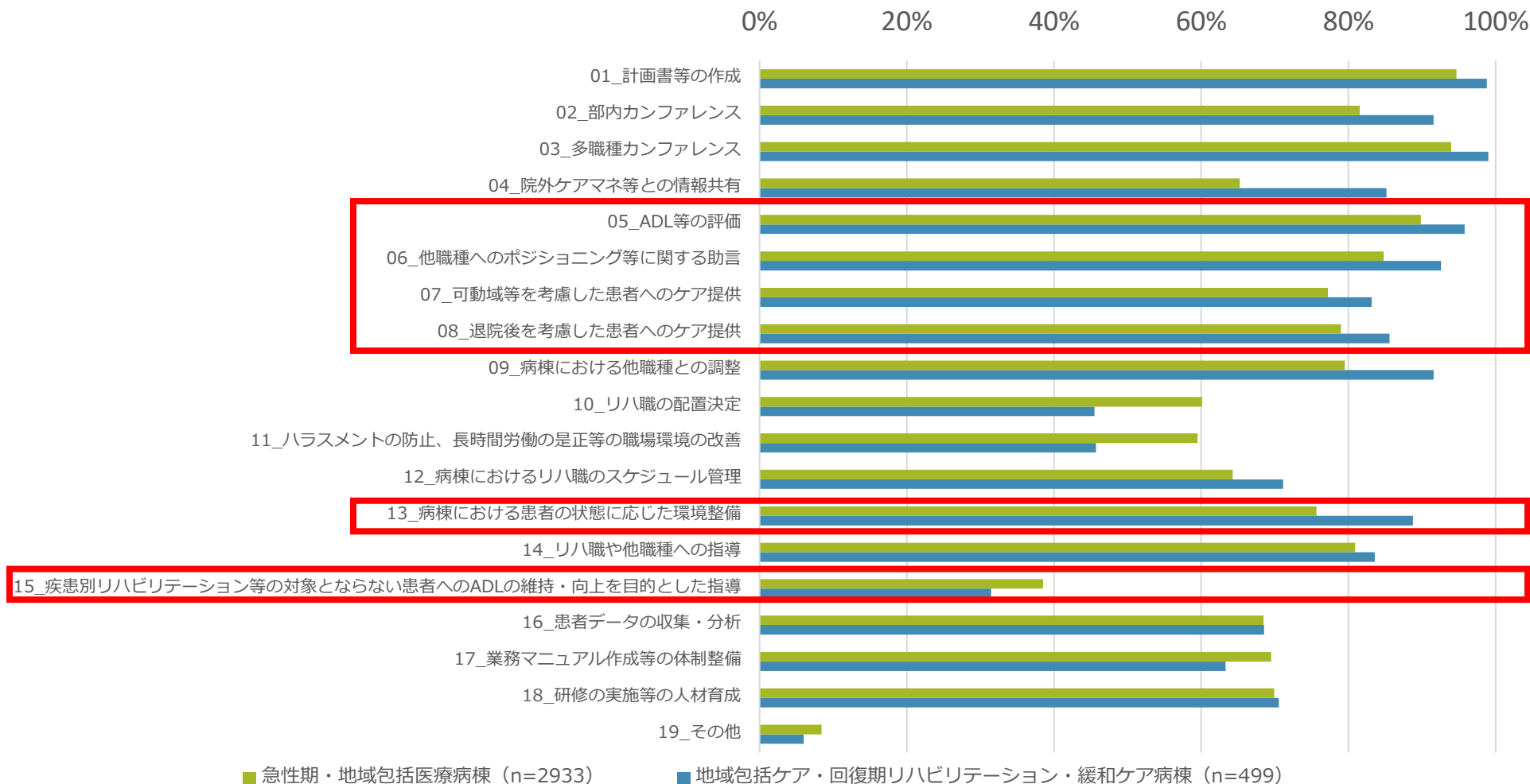
※ 2 特掲診療料の施設基準等 (平成 20 年厚生労働省告示第 63 号) 別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後 60 日以内のものに対して行ったものを除く。

病棟に配置されている療法士の業務内容

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

- 療法士の疾患別リハビリテーションの提供以外の業務として、ADL等の評価、他職種へのポジショニング等に関する助言、可動域等や退院後を考慮した患者へのケア提供、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者へのADLの維持・向上を目的とした指導等を行っていた。
- 病棟における看護職員からのタスクシフト・タスクシェアに資する業務も含まれている。

専従・専任の療法士の疾患別リハビリテーション提供以外の業務内容



- 入院中のリハビリには、身体機能の回復や廃用症候群の予防だけでなく、退院後の生活を見据えた生活機能の回復のための介入が求められる。

➤ 生活機能回復のためのワンポイントの介入の例（トイレ動作）

「POCリハビリテーションのすすめ」（一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会）より写真を引用



歩行頻度の増加



ドア開閉時のバランス評価



方向転換時のバランス評価



蓋の上げ動作

➤ （例）排尿・排便に関する介入モデル（運動器疾患のパターン）

✓ 目標	✓ 廃用予防	✓ トイレ動作獲得 (移動含む)	✓ 病棟ADL自立	✓ 自宅退院 
ADL	ベッド上臥床	トイレ動作介助	トイレ動作自立	病棟ADL自立
疾患により低下した身体機能・ADL向上	基本動作練習 (寝返り練習・指導等)	筋力・バランス低下に対して ・立ち上がり練習 ・立位保持練習 ・トイレ動作練習	筋力低下及びバランス低下に対して、 トイレまでの歩行練習 ・排泄以外の活動の拡大	
生活機能の回復		病棟職員との連携(トイレ動作介助方法の共有)	病棟環境でのADL評価、移動や移乗の方法指導、訓練	自宅のトイレ環境に合わせた移動や移乗の方法指導、訓練
廃用症候群予防	自主トレ指導(ベッド上でのブリッジ運動等)	離床の促し (食事時の車椅子乗車等)	離床の促し(自室内での自主トレ指導等)	離床の促し(病棟内での自主トレ指導等)

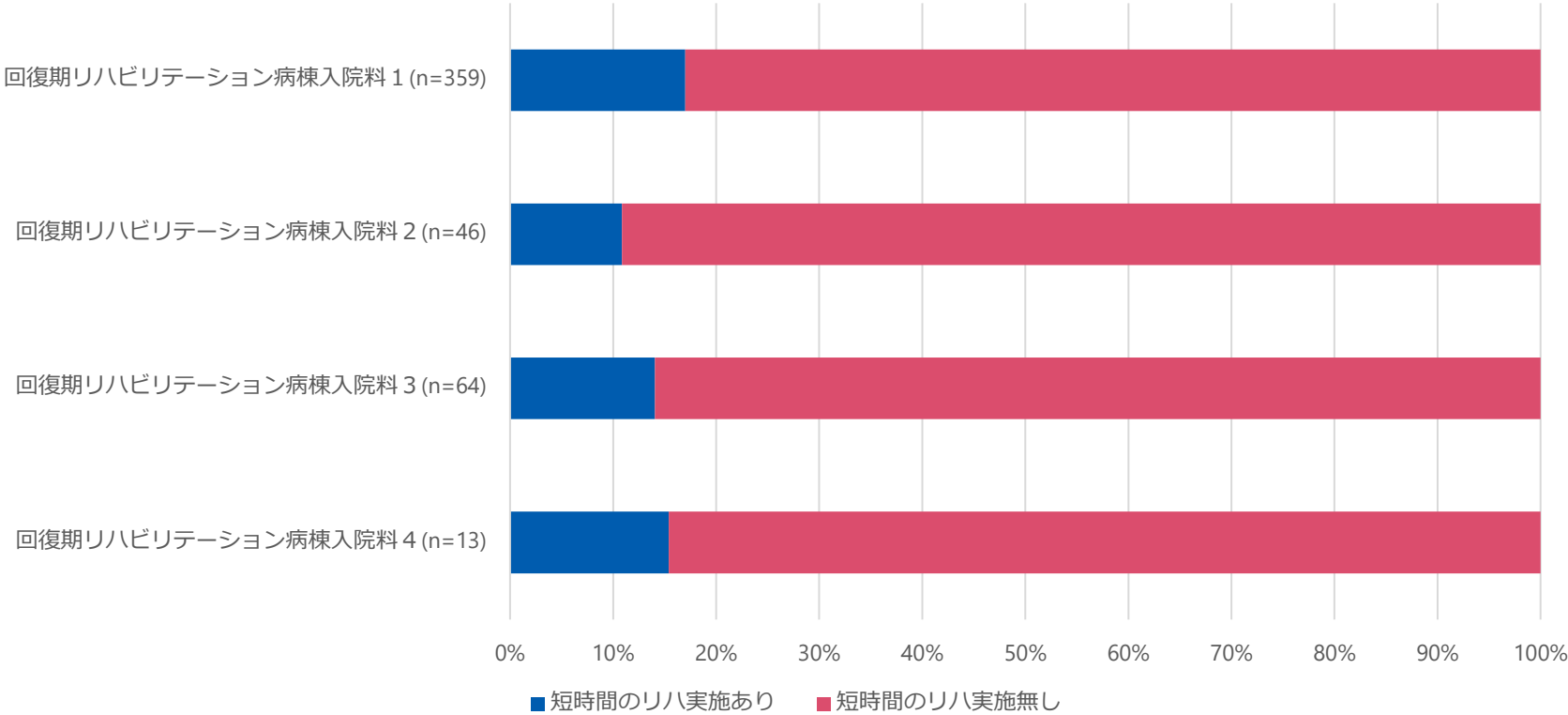
▲ コルセット作成・離床許可

回復期リハビリテーション病棟での短時間のリハビリテーションの実施について①

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

- 回復期リハビリテーション病棟のうち、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 ～ 4 を算定する病棟では、生活の場における短時間のリハビリテーションを実施していると回答した病棟があった。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 ～ 4 を算定する病棟のうち、短時間のリハビリテーションを実施していた病棟は10～20%であった。

入院料ごとの短時間のリハビリテーション実施割合 n : 病棟数



※回復期リハビリテーション病棟入院料 5 を算定する病棟では、短時間のリハビリテーションを実施していると回答した施設はなかった。

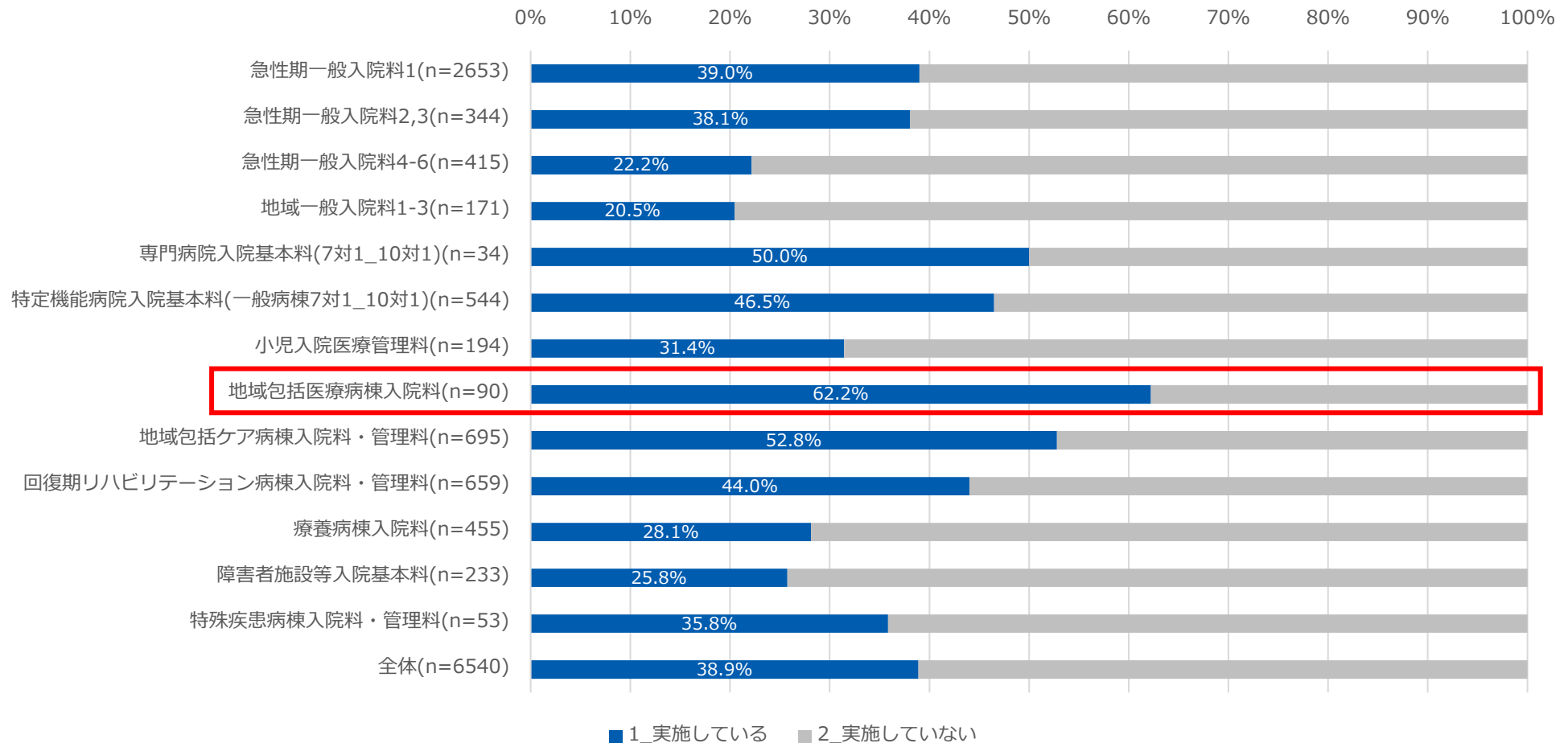
出典：令和 6 年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（B票：地ケア病棟・回リハ病棟入院料等））

入院料ごとの疾患別リハビリテーション料以外のADL指導

診調組 入-3
7. 9. 11

- 入院料ごとの疾患別リハビリテーション等以外のADLの維持、向上等を目的とした指導の実施割合は以下のとおり。
- 地域包括医療病棟にて、実施している割合が最も高かった。

疾患別リハビリテーション等以外のADLの維持、向上を目的とした指導の実施割合

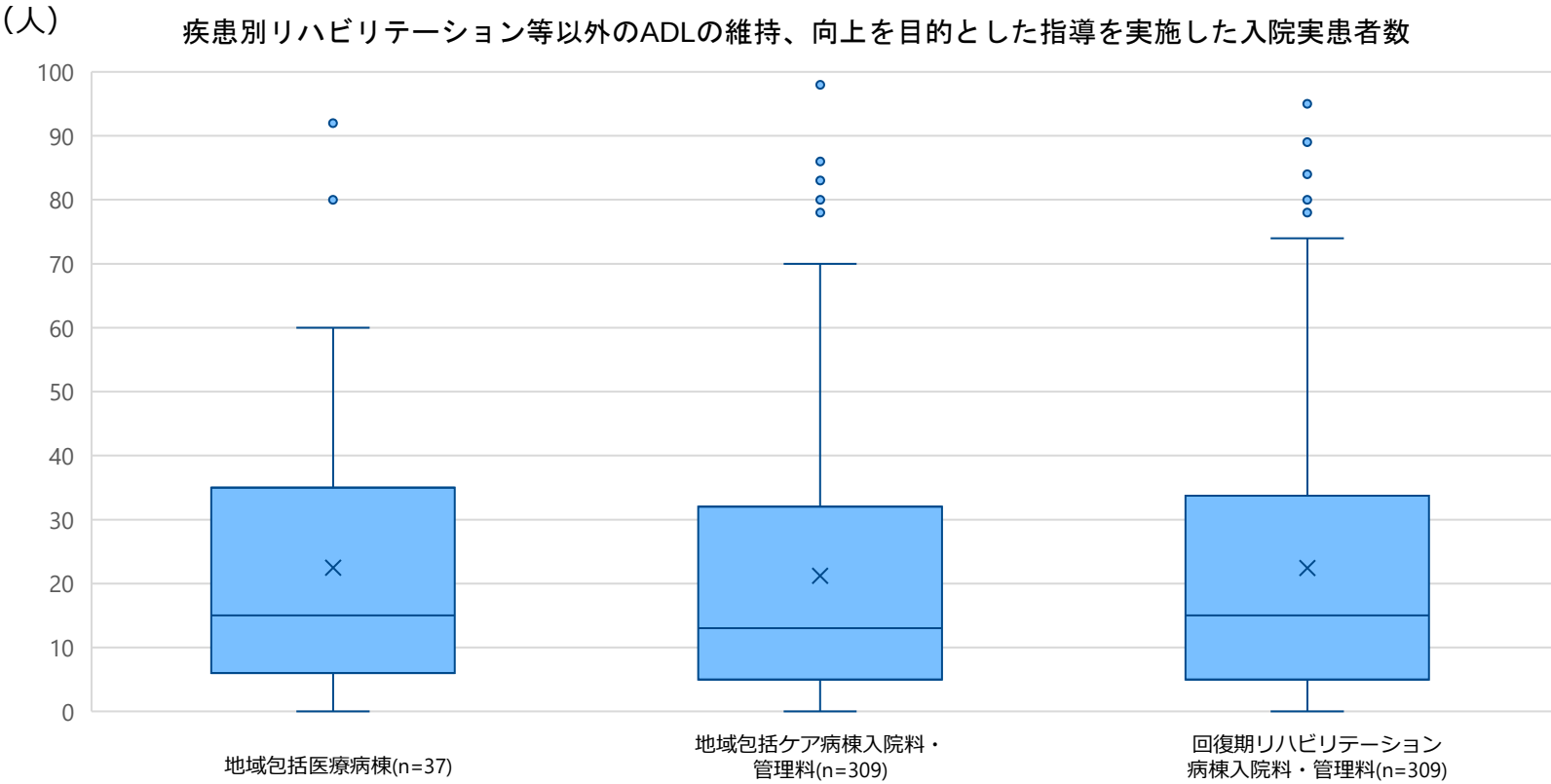


■ 1_実施している ■ 2_実施していない

疾患別リハビリテーション等以外のADL指導を実施した患者数

診調組 入-3
7 . 9 . 1 1

- 療法士の配置が要件となっている病棟において、疾患別リハビリテーション等以外のADLの維持、向上等を目的とした指導を実施した患者数は、地域包括医療病棟、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同程度であった。



	地域包括医療病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料・管理料	回復期リハビリテーション病棟入院料・管理料
平均値±標準偏差	22.5±22.2	21.2±21.2	22.4±22.0
中央値(IQR)	15.0 (29.0)	13.0 (27.0)	15.0 (28.8)

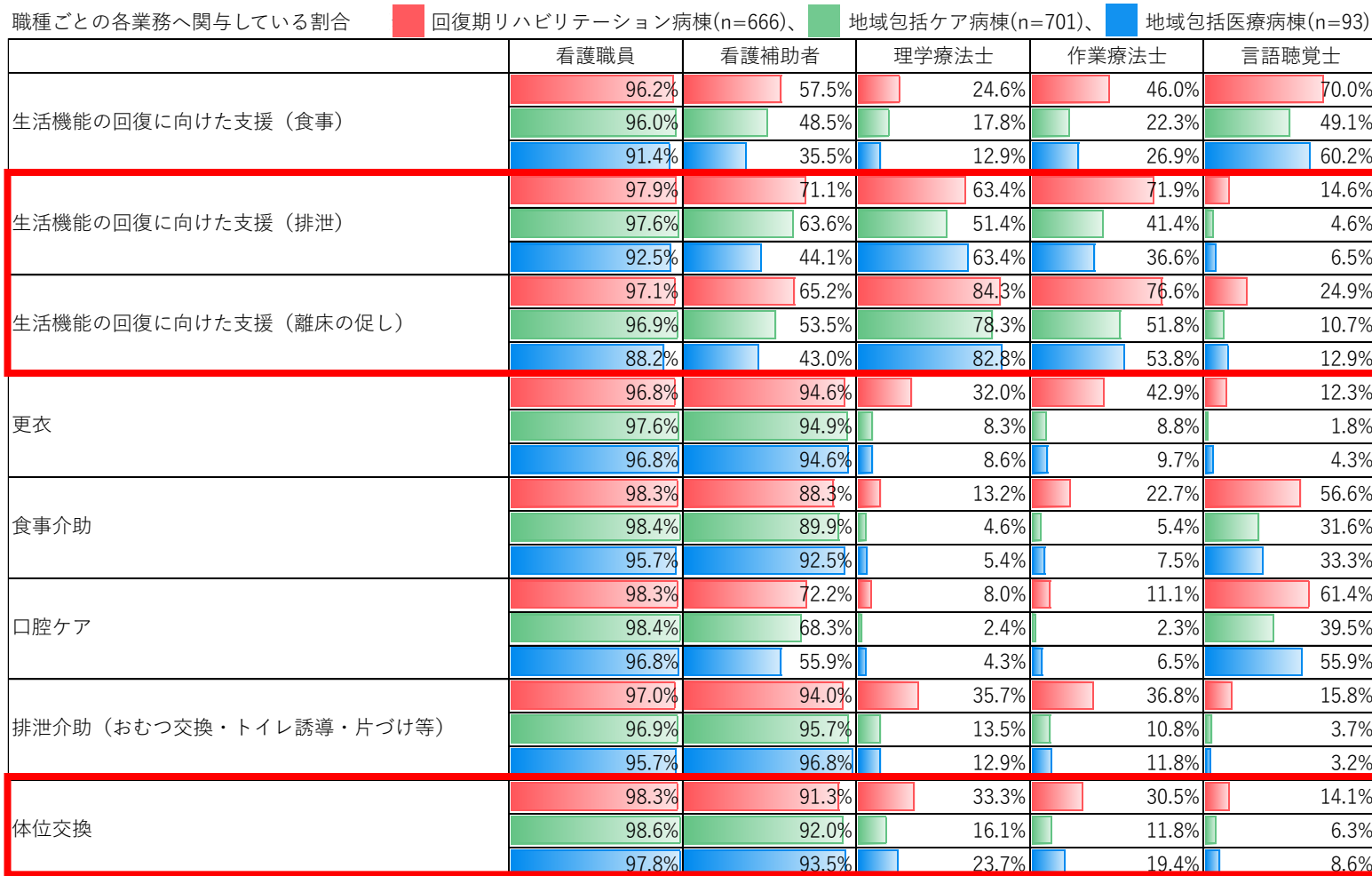
※令和7年4月の1か月間に疾患別リハビリテーション等以外のADLの維持、向上等を目的とした指導を実施した入院実患者数を集計。
実施した患者が100人以上の病棟は除外。

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、B票））

療法士の配置が要件となっている病棟における病棟業務への関与状況

診調組 入-3
 7. 9. 1 1

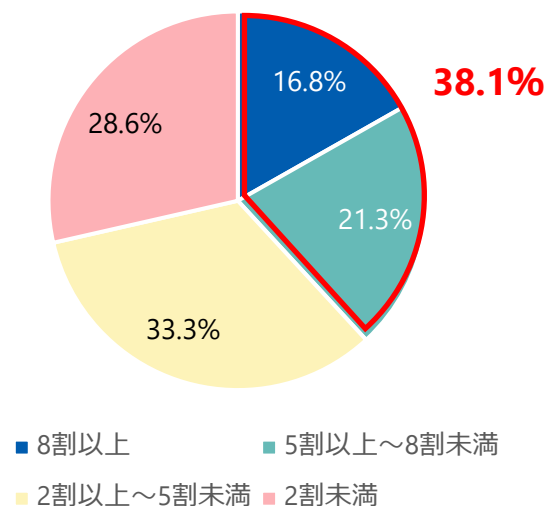
- 回復期リハビリテーション病棟では、「生活機能の回復に向けた支援」等、ADLに係る項目について、療法士が関与している割合が比較的高かった。
- 地域包括医療病棟では、地域包括ケア病棟に比べ、生活機能の回復に向けた排泄や離床の促しの支援、体位交換等の業務について療法士が関与している割合が高い傾向であった。



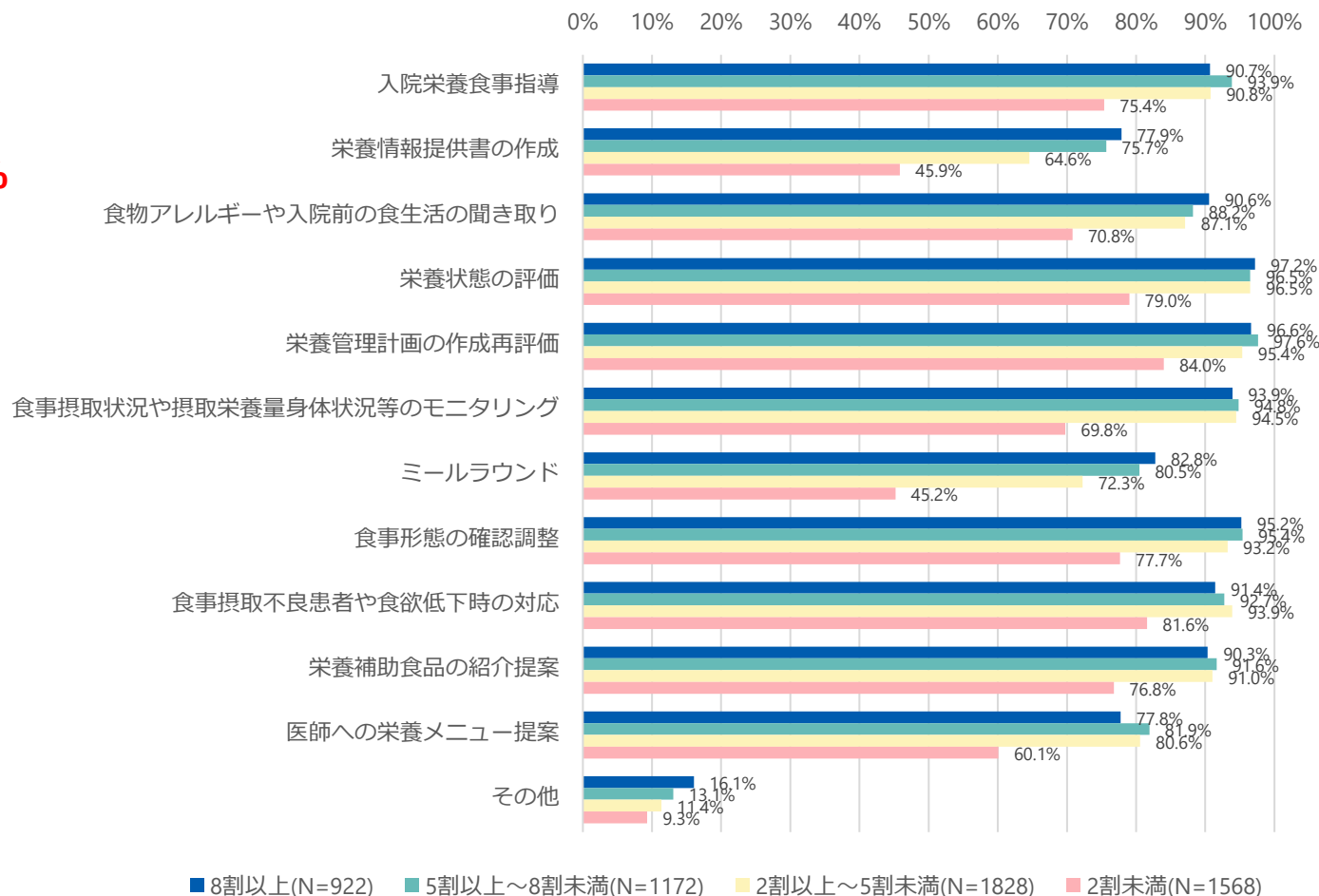
管理栄養士の病棟での業務状況

- 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



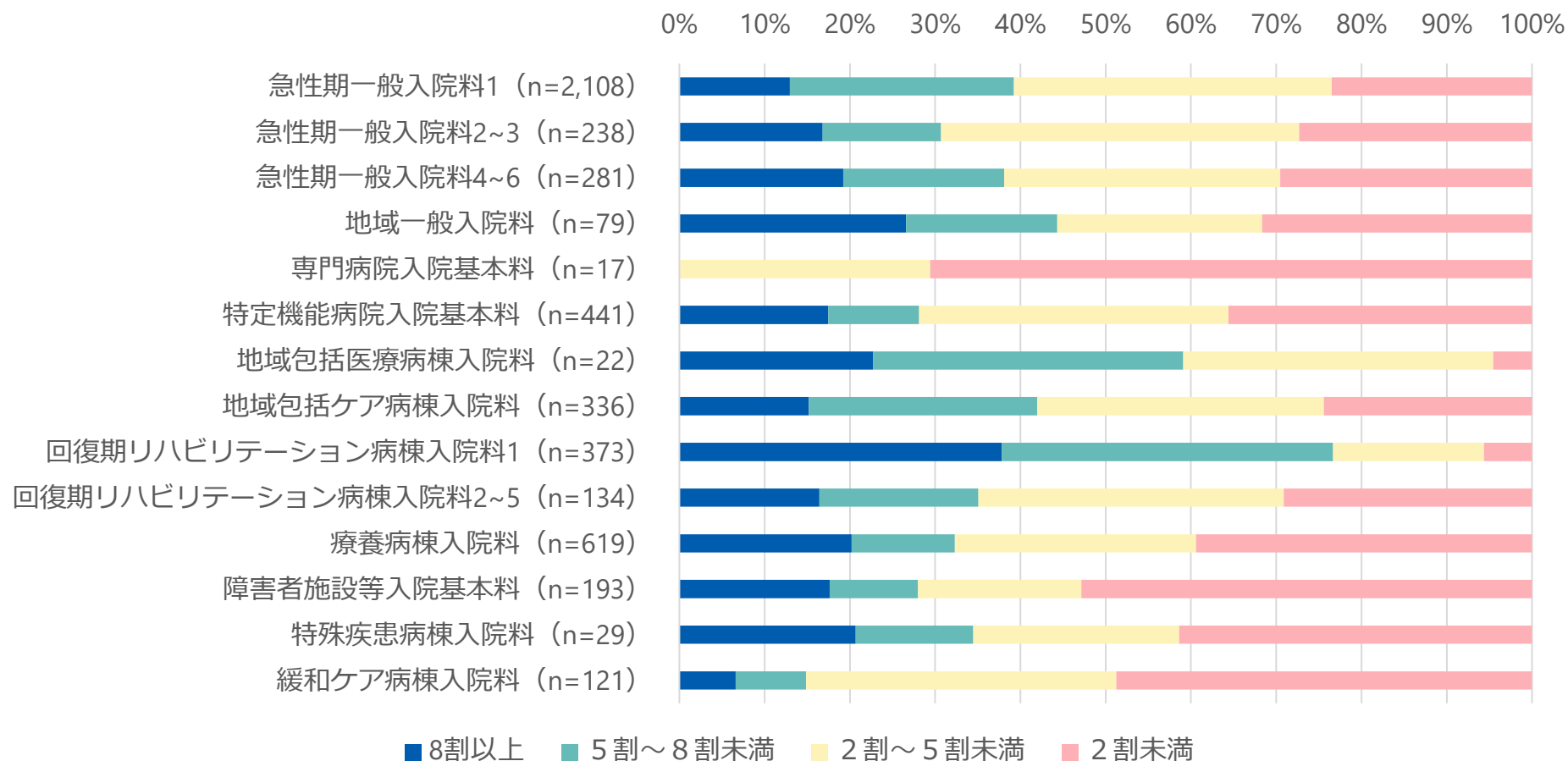
■ 病棟での管理栄養士による栄養管理の実施状況



入院料ごとの管理栄養士の病棟での業務状況

- 管理栄養士の専任配置が要件となっている回復期リハビリテーション病棟入院料1や地域包括医療病棟入院料は、病棟で業務に従事している時間が長い割合が高い。
- 一方で、管理栄養士がほとんど病棟で業務に従事していない病棟も、一定数ある。

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



■ 8割以上 ■ 5割～8割未満 ■ 2割～5割未満 ■ 2割未満

栄養サポートチーム加算の概要

A233-2 栄養サポートチーム加算 200点（週1回※）

栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合について、週1回※に限り、所定の点数を算定する。

※ ①療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る）を算定している患者で入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間の場合、②障害者施設等入院基本料を算定している患者は、月1回

【対象患者】

栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果を踏まえ、GLIM基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

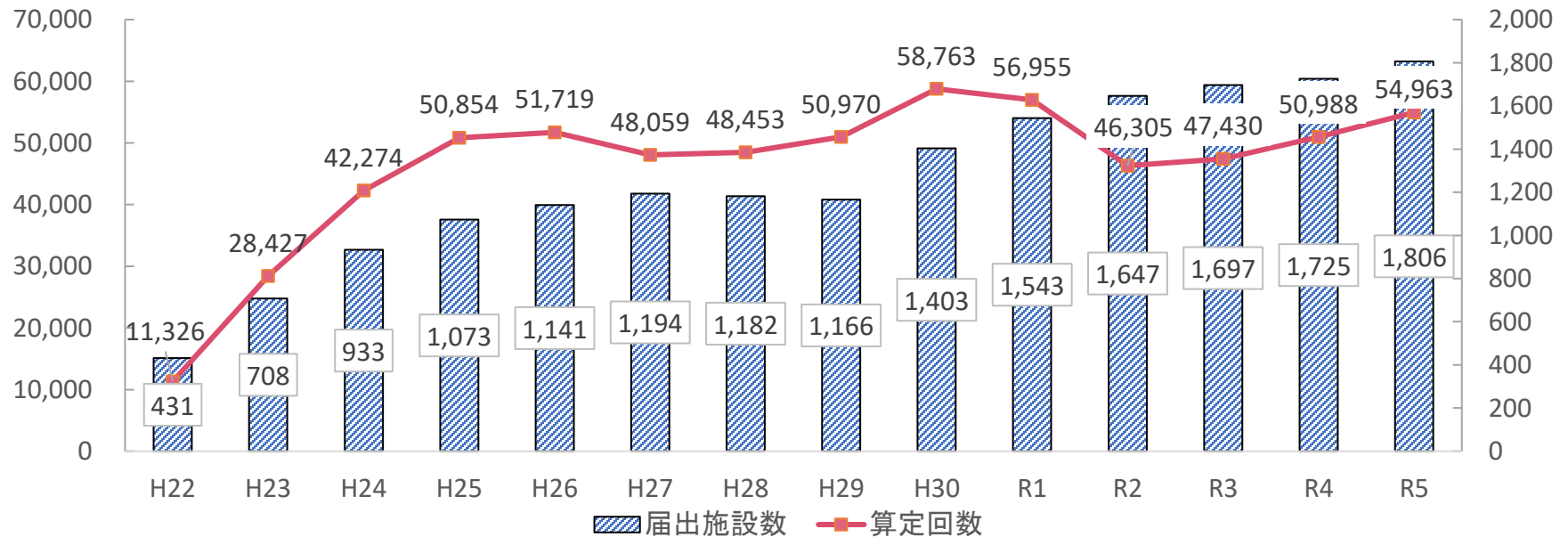
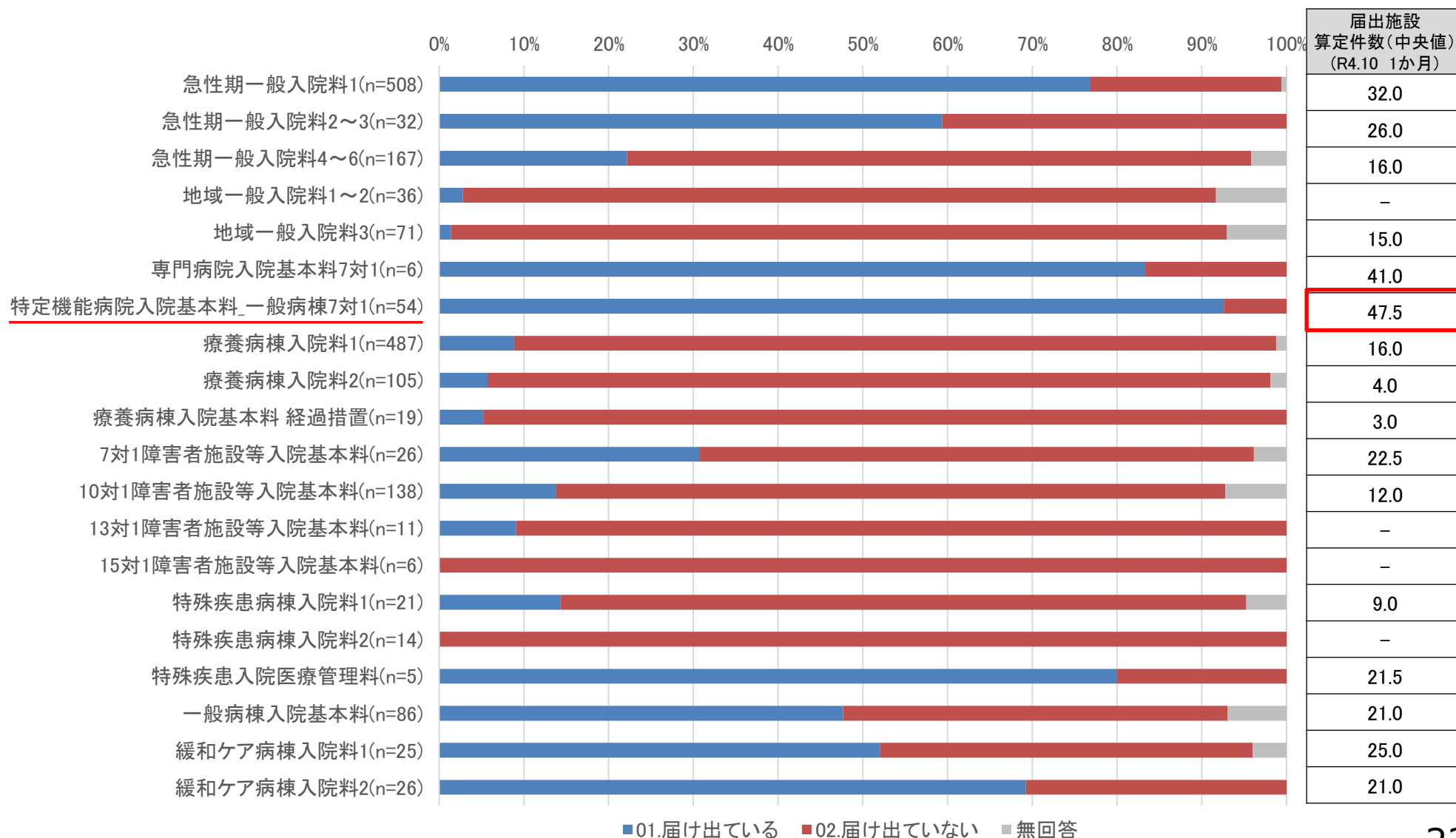


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況

診 調 組 入 - 1
5 . 6 . 8 改

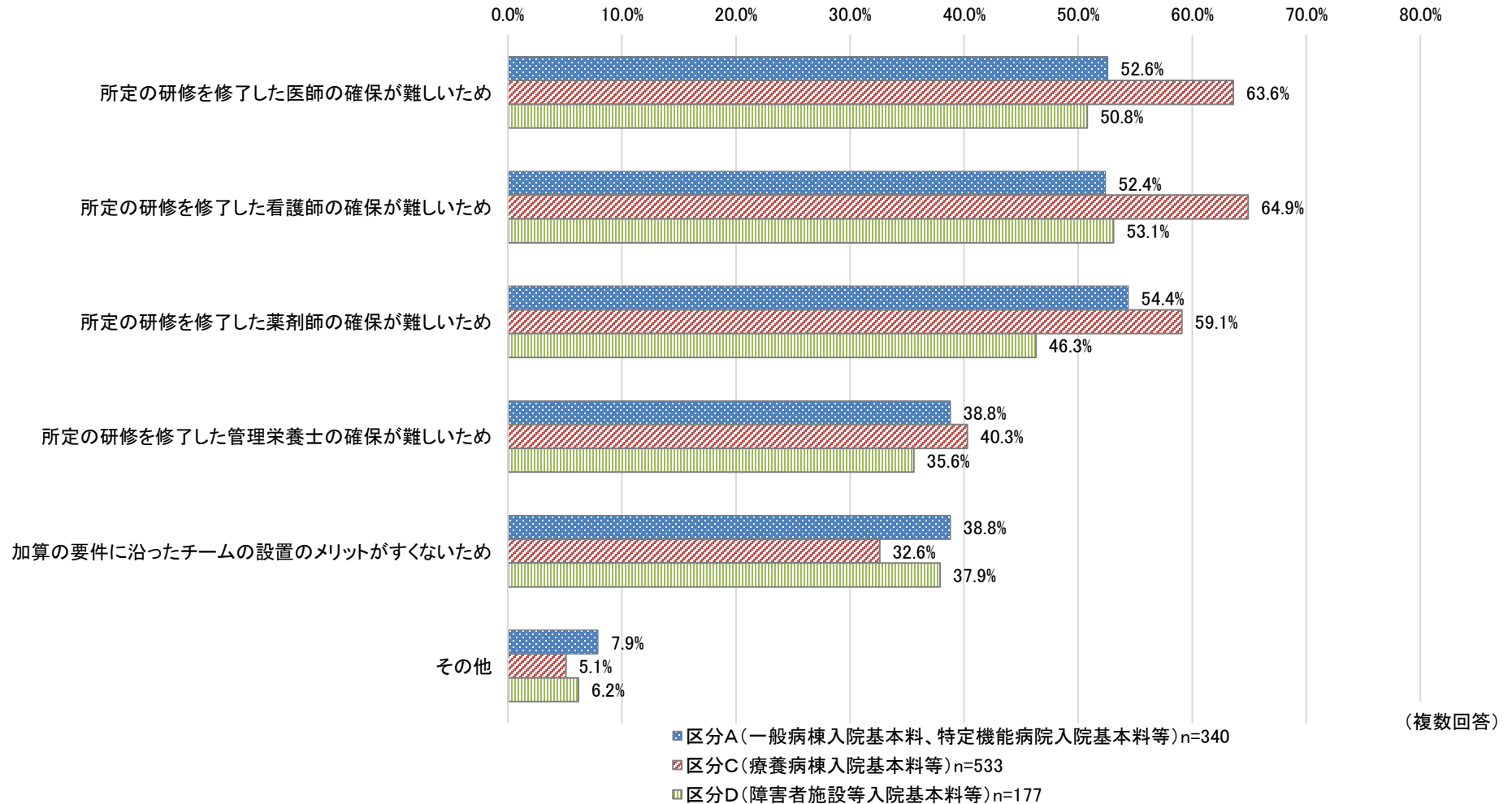
- 栄養サポートチーム加算の届出状況は、入院料によって様々である。
- 届出割合が最も高い特定機能病院入院基本料における算定件数は月50件程度である。



栄養サポートチーム加算の届出をしていない理由

診調組 入－1
5 . 9 . 6

- 栄養サポートチーム加算を届け出していない理由として、所定の研修を修了した医師・看護師・薬剤師の確保が難しいことが上位を占めていた。
- また、「加算の要件に沿ったチームの設置のメリットがすくないため」と回答した施設が、3割を超えていた。



管理栄養士の病棟配置と各種加算の関係

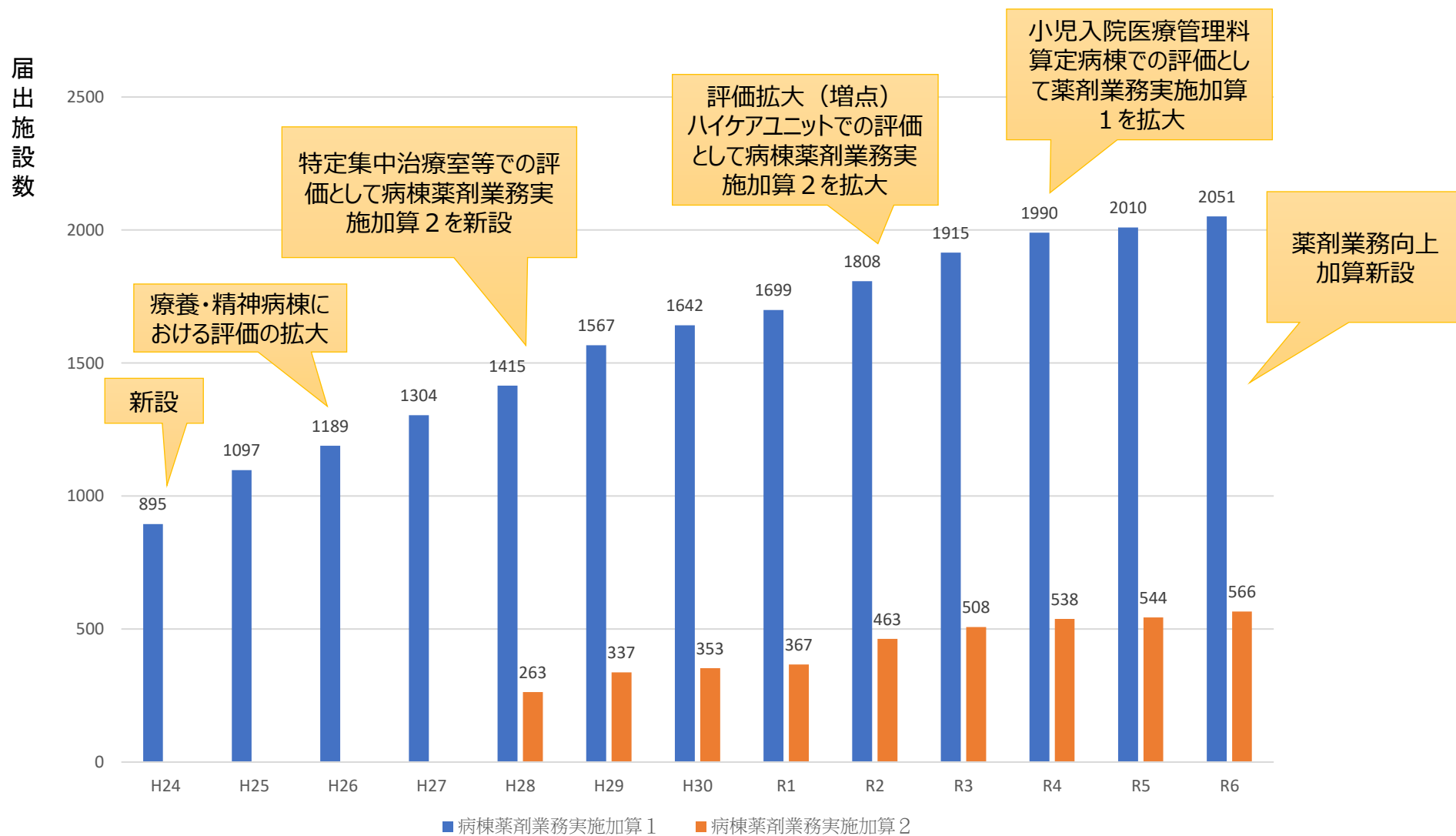
- 管理栄養士の病棟配置や多職種連携が要件となっている特定入院料や加算は、原則、栄養サポートチーム加算の出来高算定や併算定はできない。

			管理 栄養士 配置	届出 病院数	出来高算定・併算定の可否		
					栄養サポート チーム加算	入院栄養 食事指導料	栄養情報 連携料
特定入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料	1	専任	1,009	—	○	○
		2-5	専任 (努力義務)	616	—	—	—
	地域包括医療病棟入院料		専任	49	○	○	○
	リハビリテーション・栄養・口腔連携加算		—	7	—	○	○
加算	早期栄養介入管理加算（特定集中治療室等） 250点／日（経腸栄養開始後、400点／日） ※入室日から7日を限度		専任	救命 127 ICU 399 HCU 264 SCU 77	—	— (対象病棟へ 転棟後は、○)	— (対象病棟へ 転棟後は、○)
	入院栄養管理体制加算（特定機能病院） 入院初日・退院時それぞれ1回 270点		専従	57	—	—	○ (注2のみ)
	リハビリテーション・栄養・口腔連携 体制加算（急性期一般等） 120点／日 ※計画作成日から14日を限度		専任	98	—	○	○
	経腸栄養管理加算（療養病棟） 300点／日 ※経腸栄養開始日から7日を限度		専任	910	—	—	○

※届出病院数は、主な施設基準等の届出状況等（令和6年8月時点）より集計

病棟薬剤業務実施加算の算定状況

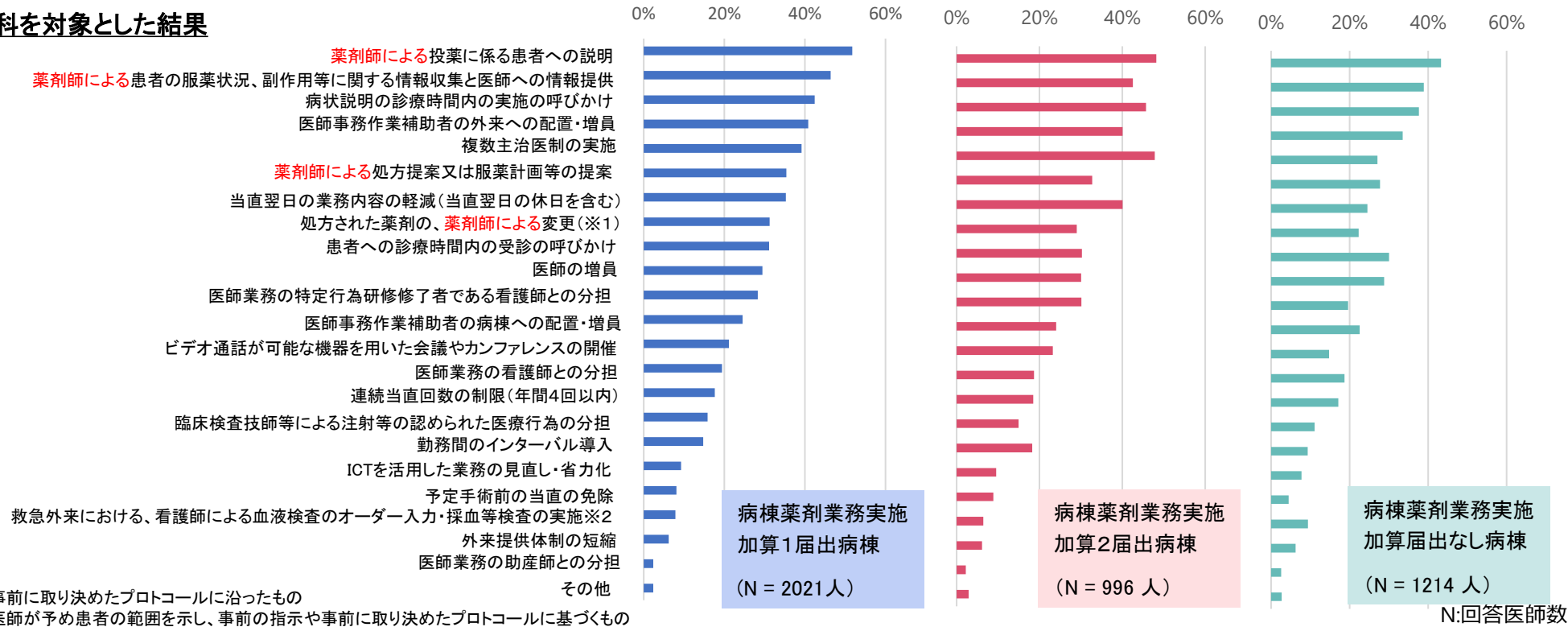
○ 平成24年に新設以降、病棟薬剤業務実施加算の届出施設数は増加している。



医師の負担軽減

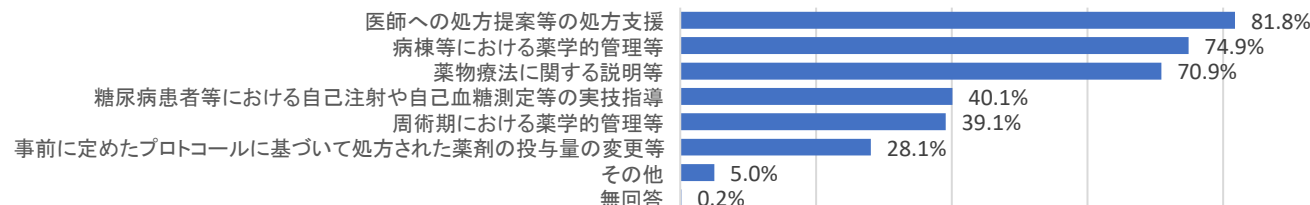
- 所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、「薬剤師による投薬に係る患者への説明」が病棟薬剤業務実施加算1算定病棟で51.7%、同加算2算定病棟で48.1%、加算届出なし病棟でも43.3%といずれの病棟において最も負担軽減に寄与している結果であった。
- 医師から薬剤師へのタスクシフト/シェアの実施状況としては「医師への処方提案等の処方支援」、「病棟等における薬学的管理等」「薬物治療に関する説明等」への取組が挙げられた。

全診療科を対象とした結果



医師から薬剤師へのタスクシフト/シェアの実施状況

(複数回答可 N=598)



薬剤業務向上加算 算定状況②

- 今後の薬剤業務向上加算の算定予定施設数としては、令和7年度以降にかけて増加する見込みである。
- 一方で、68%弱の施設が算定予定が見込めておらず、その理由は「地域の医療機関に出向する薬剤師が確保できない」が60%超と最も多かった。

(1) 令和6年度診療報酬改定特別調査より

	事項	施設数
1	特定機能病院である	75
2	急性期充実体制加算 1	183
3	急性期充実体制加算 2	32
	合計	290

(2) 薬剤業務向上加算の算定状況について

	事項	施設数
1	算定している	17
2	令和6年度中に算定予定	11
3	令和7年度以降に算定予定	65
4	算定の予定はない	194

93

(3) 薬剤業務向上加算の算定の予定がない理由は何ですか？（複数回答）

	事項	施設数
1	病棟薬剤業務実施加算の届出している施設ではない	13
2	研修を実施する体制が整備できない	48
3	地域の医療機関に出向する薬剤師が確保できない	120
4	出向する医療機関がない	29
5	都道府県と連携体制を整備することができない	35
6	その他	7

令和6年度厚生労働科学研究補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」 (研究代表者 坂本すが)

背景

質が高く効率的な医療体制

医師から看護職へのタスクシフト推進

看護職が専門性をさらに発揮し、効率的に看護業務を推進する必要性が増大
看護業務効率化先進事例は収集されたが、全国的な取り組み状況は不明
⇒ 効率的な看護業務推進の普及に向け、現状の評価と推進方策の提示が必要

研究目的

タスクシフト/シェアや看護業務の実態、業務効率化が進んだ業務と進まなかった業務の明確化、及び、業務効率化の促進要因と推進方策を明らかにする

研究方法

- 平成30年に「効率的な看護業務の推進に向けた実態調査研究」でタイムスタディ等を実施した47病院において、病棟の看護業務のタイムスタディ、及び、看護部長や看護職の業務効率化に関する意識を調査する。平成30年タイムスタディとの比較により、業務量の変化を明らかにし、意識調査により促進要因など統合的に分析する。
- 看護業務効率化に取り組んだ病院を対象に取り組み内容や推進体制等をインタビューし、推進方策を検討・提示する。

調査概要

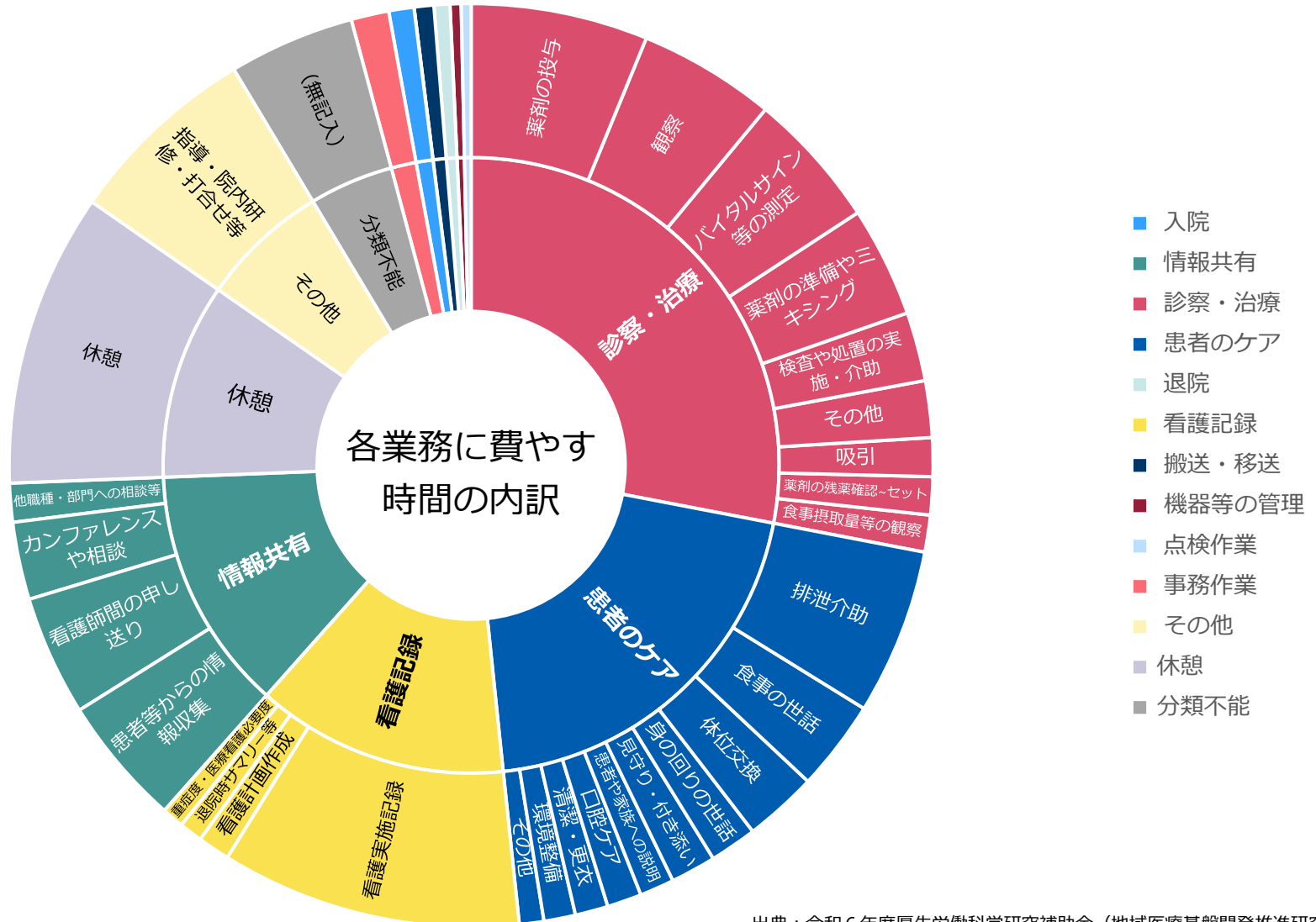
	(1)病院の看護業務のタスク・シフト/シェア、及び、業務効率化に関する調査	(2)-①病棟の看護業務タイムスタディ調査、 (2)-②病棟基本調査	(3)病院看護職のタスク・シフト/シェア、及び、業務効率化に関する意識調査	(4)病院看護のタスク・シフト/シェア、及び、業務効率化の取組に係る好事例調査
調査内容	タスク・シフト/シェアや業務効率化の取組状況、組織における推進体制、看護業務の変化、業務効率化が進んだ看護業務、取組の促進要因や阻害要因 等	①病棟看護師の看護業務(84項目)別 従事時間数 1病棟:24時間×3日間×3名 ②病棟の属性、看護師の勤務体制、所定勤務時間帯、業務効率化の状況 等	タスク・シフト/シェアや業務効率化について認識、業務効率化の可能性や方法 等	取り組みの背景、目的、具体的内容、推進体制、効果・成果、今後の展望、困難や課題 等
調査方法	自記式質問紙調査	①自記式チェック表(10分毎) ②自記式質問紙調査	自記式質問紙調査	半構造化インタビュー
調査対象／回答者数	平成30年タイムスタディ実施の47病院/看護部長41名	①50病棟の看護師1000名程度／43病棟の看護師794名(有効768) ②50病棟／看護師長44名	50病棟に勤務する看護師1500名程度／44病棟の看護師794名	看護管理者15名程度／9病院の看護管理者9名
対象施設・病棟	「都市部・地方部の2区分」、「病床規模3区分(199床以下、200～499床、500床以上)」、「病床機能2区分(急性期:7対1配置加算、慢性期:7対1配置加算以外)」別に、4から5病棟を機縁法にて抽出。合計医療機関47病院50病棟(平成30年調査と同施設)			タイムスタディ実施病院、及び、学会誌等に報告された病院15か所程度

研究成果

研究結果は、効率的な看護業務推進の評価に係る基礎資料となる。また、分析結果に基づき効率的な看護業務を推進するための方策を提言すると共に、取組推進に資する媒体を作成する。これにより、各医療機関の看護業務効率化の推進に寄与する。

病棟における看護業務の全体像

- 43病棟（急性期～慢性期）の看護師（回収794名、有効回答768名）を対象とした「病棟の看護業務タイムスタディ調査」（病棟ごとに全勤務帯を網羅できるよう調査）の結果では、「診察・治療」「患者のケア」に従事している時間が長く、全体の半分程度を占めていた。「看護記録」や「情報共有」の時間がそれに続いた。



出典：令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」

分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）の結果を用いて医療課にて作成

病棟における「診察・治療」に係る業務の分担状況①

- 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・評価や、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。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	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
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	91.9%	3.6%	3.5%	19.4%	23.2%	14.8%	1.0%	0.4%
	83.2%	0.0%	0.1%	2.9%	4.7%	1.5%	0.0%	0.0%
褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	99.3%	4.7%	14.4%	11.9%	7.0%	2.2%	23.3%	1.3%
	97.8%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	91.2%	2.1%	6.0%	4.1%	2.9%	7.1%	87.0%	3.3%
	46.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	48.8%	0.0%
摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	90.6%	4.2%	2.1%	6.7%	6.7%	58.7%	29.5%	0.4%
	57.6%	0.0%	0.0%	1.0%	0.7%	29.0%	4.3%	0.0%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	94.4%	7.0%	0.9%	67.1%	42.7%	13.4%	1.6%	0.3%
	66.9%	0.1%	0.1%	23.1%	2.3%	0.1%	0.0%	0.0%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	91.7%	7.7%	0.2%	3.2%	3.2%	42.5%	7.7%	0.4%
	75.6%	0.5%	0.0%	0.3%	0.2%	13.4%	0.8%	0.1%
離床やリハビリに係る計画の作成	71.1%	4.5%	1.3%	88.5%	57.7%	37.3%	3.7%	0.2%
	20.8%	0.0%	0.2%	62.9%	2.0%	0.1%	0.0%	0.0%
栄養管理計画の作成	60.2%	1.4%	2.3%	2.0%	1.7%	4.4%	94.7%	0.9%
	13.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	81.9%	0.1%
口腔管理に関する計画の作成	75.5%	3.6%	0.6%	3.2%	3.1%	36.0%	9.2%	0.4%
	60.7%	0.3%	0.0%	0.6%	0.4%	18.2%	1.4%	0.2%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

病棟における「診察・治療」に係る業務の分担状況②

- 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。
- 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。
- 検査の準備や実施は、臨床検査技師が関与している病棟が約3割あった。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	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
残薬確認・処方依頼・セット	95.0%	1.8%	79.4%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	64.7%	0.1%	31.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
薬剤の準備・ミキシング	93.4%	0.8%	65.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	75.0%	0.0%	21.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
内服薬の投与	98.8%	7.7%	15.5%	0.2%	0.3%	1.1%	0.0%	0.0%
	96.5%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
輸液の投与・管理	98.9%	0.9%	25.9%	0.1%	0.1%	0.0%	0.4%	0.9%
	96.4%	0.0%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
その他の薬（湿布薬・点眼薬等）の投与	98.8%	5.0%	14.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	96.7%	0.1%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
バイタルサイン・体重等の測定	99.3%	31.4%	0.3%	22.4%	15.8%	9.3%	2.4%	0.5%
	98.0%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
検査の準備や実施	98.5%	24.2%	0.1%	0.4%	0.3%	0.4%	0.2%	31.4%
	92.9%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%
診察等の介助	99.2%	14.2%	0.6%	1.5%	1.3%	0.9%	0.1%	2.4%
	98.2%	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
吸引	98.5%	1.8%	0.1%	13.6%	8.9%	22.7%	0.5%	0.0%
	97.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.0%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

病棟における「診察・治療」に係る業務の分担状況③

- 病棟におけるリハビリテーションや自立援助、嚥下訓練に関する業務は、療法士が関与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を主として実施している病棟は約2割だった。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	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
リハビリ・自立援助	74.0%	11.4%	0.4%	91.8%	69.0%	47.7%	0.6%	0.0%
	14.3%	0.0%	0.2%	68.0%	2.7%	0.2%	0.0%	0.0%
嚥下訓練	77.3%	3.9%	0.2%	8.1%	8.3%	74.9%	7.0%	0.3%
	23.0%	0.1%	0.0%	2.6%	2.3%	61.8%	0.6%	0.0%
食形態の検討・調整	91.1%	5.4%	0.7%	3.0%	3.7%	51.8%	79.7%	0.2%
	42.6%	0.0%	0.0%	0.3%	0.3%	19.6%	29.2%	0.0%
経腸栄養剤の種類の選択や変更	84.1%	1.0%	9.8%	0.5%	0.6%	7.8%	77.1%	0.5%
	43.7%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.7%	39.4%	0.1%
ミールラウンド	92.1%	21.1%	1.3%	3.1%	4.2%	26.9%	68.7%	0.4%
	68.4%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	23.4%	0.0%
食事変更の調整	93.0%	1.9%	0.2%	0.8%	0.9%	19.7%	70.2%	0.3%
	68.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	21.2%	0.0%
療養のための栄養指導	62.3%	0.6%	0.4%	0.3%	0.4%	3.5%	93.4%	0.5%
	10.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	84.7%	0.1%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

病棟における「患者のケア」に係る業務の分担状況①

- 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。
- 食事の配膳や排泄介助、見守り・付き添い、食事介助、体位交換については、看護補助者が主として実施していると回答した病棟が1割～2割程度みられた。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	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
排泄介助	97.5%	81.5%	0.0%	10.6%	9.2%	3.1%	0.1%	0.1%
	72.1%	22.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
生活機能の回復支援（排泄）	96.1%	42.4%	0.4%	38.0%	29.9%	4.1%	0.6%	0.0%
	82.5%	3.5%	0.0%	3.9%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%
食事の配膳	96.5%	92.4%	0.0%	2.5%	2.7%	4.0%	5.3%	0.1%
	49.0%	44.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%
食事介助	97.8%	75.8%	0.0%	3.3%	5.8%	24.8%	2.8%	0.0%
	80.7%	13.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.1%	0.0%
食事（嗜好や量）に関する相談対応	95.3%	20.7%	0.2%	0.9%	1.3%	15.0%	77.2%	0.2%
	57.2%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	34.8%	0.0%
生活機能の回復支援（食事）	94.6%	34.6%	0.1%	12.4%	19.9%	41.7%	30.9%	0.1%
	71.2%	1.2%	0.0%	0.8%	2.3%	10.4%	6.6%	0.0%
体位交換	98.6%	76.7%	0.0%	15.2%	11.0%	4.6%	0.1%	0.0%
	82.1%	12.4%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
見守り・付き添い	97.4%	86.5%	0.1%	11.9%	9.0%	4.4%	0.2%	0.1%
	77.8%	16.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
患者への説明	97.3%	4.2%	9.1%	8.3%	7.4%	6.6%	2.3%	3.4%
	95.1%	0.0%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
家族への連絡や説明	99.0%	6.8%	12.7%	21.0%	18.4%	15.5%	12.6%	0.4%
	96.6%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

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）

病棟における「患者のケア」に係る業務の分担状況②

- 患者のケアに係る業務のうち、離床の取組や患者宅への訪問は、理学療法士や作業療法士が関与している又は主として実施している病棟が多かった。
- 環境整備は看護補助者が主として実施している病棟が約5割、身体の清潔・更衣は看護補助者が主として実施している病棟が2割以上あった。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	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
口腔ケア	97.7%	53.0%	0.1%	2.1%	2.9%	32.0%	1.3%	0.1%
	86.2%	5.8%	0.0%	0.0%	0.1%	2.2%	0.2%	0.0%
更衣	97.4%	80.9%	0.1%	6.5%	8.6%	2.1%	0.0%	0.1%
	73.4%	21.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
身体の清潔	97.9%	82.9%	0.0%	1.5%	2.5%	0.4%	0.0%	0.0%
	73.1%	21.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
環境整備	95.6%	94.4%	0.1%	3.2%	3.5%	1.6%	0.1%	0.1%
	48.4%	47.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
生活機能の回復支援（離床）	95.6%	35.4%	0.3%	68.3%	41.1%	8.5%	0.5%	0.1%
	74.4%	1.6%	0.1%	15.2%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
患者宅への訪問	63.8%	2.2%	0.9%	38.9%	28.9%	6.9%	1.4%	0.0%
	51.3%	0.3%	0.0%	16.9%	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%
苦痛緩和・安楽のための世話	98.5%	35.8%	6.9%	14.9%	10.8%	4.3%	0.6%	0.1%
	95.7%	0.6%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

各専門職が関与している病棟業務の状況

- 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	- 残薬確認・処方依頼・セット - 薬剤の準備・ミキシング	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	- ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成 - 生活機能の回復支援（排泄、食事、離床） - 食事介助、口腔ケア	病棟でのADL動作を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	- 栄養状態のスクリーニングや評価、計画作成 - 食形態や経腸栄養剤の検討 - ミールラウンドや食事変更の調整 - 栄養指導や食事に関する相談対応	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	- 検査の準備や実施 - 検査に関する患者への説明	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。

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。

病棟における臨床検査関連業務の内容とタイムテーブル

第3回 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会(令和元年11月20日)

参考資料3

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷浜松病院による調査

診療科：循環器内科、心臓血管内科

中区分	細分類
採血、検体採取業務	蓄尿量確認、記載
	採血業務
	便検体採取
簡易検査	POCT検査実施
	尿比重測定
	簡易血糖測定器による血糖測定
心電図	心電図モニターの装着、取り外し、測定
	歩行負荷心電図（ベッド周囲、50m、100m、200m、シャワーA・B）
検査説明	生理機能検査についての説明
	採血、検体採取についての説明
	血糖測定に関する説明
	その他検査に関する説明（心カテ、画像）
患者情報管理	患者ラウンド・情報収集・把握
	医師・看護師・看護助手との患者情報交換
	検査指示の拾いだし
	病棟患者の早朝採血検査結果スクリーニング
	医師・看護師への検査情報報告
	病棟患者の各臨床検査結果のカルテとし、記載
検査情報問い合わせ	医師・看護師からの問い合わせ
輸血関連業務	輸血準備（搬送）
	輸血に関する説明（検査、副作用、感染症等）
検査関連管理業務	チーム医療への参画（カンファレンス、委員会等）
	検査備品管理、補充
医師・看護師等の業務支援	看護師のマンパワーフォロー
	血ガス採取の補助
	血培採取の補助
その他の業務	看護助手の補助（ベッドメイキング、食事配給等）
	検査実施場所への患者誘導・搬送

通常業務時間

①主業務の予定時間帯	②突発的に発生する業務一覧	
早朝採血 検体搬送→遠心または測定		7:00
		7:30
		8:00
患者情報の把握 早朝カンファレンス		8:30
採血・検体採取業務 検体搬送→遠心または測定 心電図測定（歩行負荷含む）		9:00
		9:30
検査指示ひろい		10:00
患者へ本日の検査時間連絡		10:30
血糖測定 患者へのSMBG操作指導		11:00
早朝採血結果の確認・把握 早朝採血結果の医師・看護師へ報告		11:30
		12:00
	12:30	
昼休憩	13:00	
カンファレンス資料準備	14:00	
カンファレンス	※PHSを持つことで、 病棟と検査部門との仲介役へ	14:30
看護師のマンパワーフォロー		15:00
患者へ翌日の検査案内 （採血、心電図など）		15:30
		16:00
病棟の検査備品補充		16:30
		17:00

社団医療法人養生会 かしま病院（福島県）

臨床検査技師1名 終日病棟常駐

担当病棟：一般病棟（東2病棟）

業務内容

- ・採血準備、採血
- ・検体採取と適切な検体処理の説明
- ・検査結果の確認
- ・POCTの実施
- ・ベッドサイドで生理機能検査の実施
- ・NST、ICT、DM、化学療法、輸血療法などチーム医療へ参加
- ・患者へ検査結果の説明
- ・血ガス、骨髓採取、生検等ベッドサイドで介助
- ・輸血療法の説明、輸血後の副作用チェック、輸血後感染症検査の管理
- ・患者へ受ける検査の説明
- ・患者状態を確認し異常値等は適宜主治医へ報告
- ・メディカルスタッフへ検査のアドバイス
- ・病棟内カンファレンスへ参加
- ・検査に関する物品管理
- ・病棟と検査室間の患者送り迎え
- ・入退院、転室、転棟、転院対応
- ・その他（長谷川式スケール、ナースコール、面会者、スキャン）

臨床検査技師が病棟に常駐することにより、検体採取から結果報告の検査工程のすべてに参画でき、医師・看護師の負担軽減に大きな効果がある

入院料ごとの病棟の職員数（40床当たり）

- 入院料ごとの病棟の職員数は、以下のとおり。
- 病棟における全職員数は急性期一般入院料の他、療法士が多く配置されている回復期リハビリテーション病棟が多い。管理栄養士や相談員の配置には病棟による差がみられた。また、臨床検査技師を配置している病棟もあった。

入院料	回答施設数	回答病棟数	全職員数	看護職員数	看護補助者	うち介護福祉士	リハビリ職	うち理学療法士	うち作業療法士	うち言語聴覚士	管理栄養士	相談員	臨床検査技師
急性期一般入院料1	432	2620	35.52	27.62	3.80	0.51	1.52	0.97	0.37	0.18	0.33	0.32	0.05
急性期一般入院料_2-3	120	334	31.65	23.36	3.58	0.60	1.59	1.04	0.38	0.17	0.21	0.42	0.27
急性期一般入院料_4_6	273	405	31.44	21.05	4.75	0.83	1.43	0.99	0.29	0.14	0.35	0.30	0.26
特定機能病院入院基本料	40	547	35.56	29.62	2.74	0.04	0.24	0.15	0.06	0.03	0.19	0.15	0.01
専門病院入院基本料	6	31	29.58	26.28	2.61	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児入院医療管理料	128	166	41.72	34.84	2.34	0.04	0.49	0.26	0.12	0.12	0.19	0.32	0.00
地域一般入院料1-2	61	68	34.32	18.09	5.09	0.96	3.20	2.44	0.58	0.19	0.72	0.47	0.59
地域一般入院料3	98	107	27.24	16.10	5.41	1.11	1.57	1.07	0.38	0.12	0.44	0.24	0.27
地域包括医療病棟入院料	82	91	38.03	21.88	6.21	1.68	4.78	3.20	1.08	0.49	0.76	0.69	0.34
地域包括ケア病棟入院料	406	457	32.07	19.23	6.50	2.11	3.33	2.06	0.90	0.38	0.36	0.64	0.15
地域包括ケア病棟入院料1	226	262	34.38	19.35	6.87	2.46	4.17	2.47	1.18	0.52	0.46	0.77	0.23
地域包括ケア病棟入院料2	176	190	28.96	19.15	5.96	1.65	2.14	1.48	0.48	0.18	0.21	0.45	0.04
地域包括ケア病棟入院料3	1	1	37.95	21.64	7.49	2.87	4.51	2.87	1.44	0.21	0.62	1.03	0.62
地域包括ケア病棟入院料4	4	4	27.29	14.68	6.98	1.22	4.02	2.45	1.35	0.22	0.30	0.60	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	469	640	44.76	17.55	6.87	3.21	16.73	9.02	5.63	2.07	0.69	0.98	0.10
回復期リハビリテーション病棟入院料1	336	480	47.02	18.03	6.77	3.23	18.47	9.87	6.23	2.37	0.77	1.05	0.08
回復期リハビリテーション病棟入院料2	45	54	38.54	16.08	6.68	3.27	12.73	6.62	4.50	1.61	0.61	0.90	0.36
回復期リハビリテーション病棟入院料3	80	88	36.05	15.61	6.83	2.89	10.82	6.41	3.45	0.96	0.36	0.69	0.06
回復期リハビリテーション病棟入院料4	13	13	46.76	18.36	12.00	4.10	9.68	5.79	3.10	0.79	0.54	0.70	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料5	5	5	42.89	19.64	6.66	4.03	14.47	7.94	5.62	0.91	0.50	0.59	0.00
療養病棟入院料1	227	399	26.55	12.43	9.32	3.58	1.15	0.70	0.31	0.14	0.41	0.31	0.16
療養病棟入院料2	31	44	24.44	11.97	7.76	2.59	1.49	1.03	0.38	0.08	0.45	0.27	0.10
その他	260	409	34.25	20.11	7.76	3.07	2.29	1.24	0.70	0.35	0.25	0.40	0.14
全体	2122	6620	34.80	23.57	4.98	1.30	3.09	1.80	0.91	0.37	0.35	0.41	0.11