

入院について(その4)

入院(その4)

1. 包括期入院医療について
2. 包括期入院料に包括される薬剤等について
3. 入退院支援について
4. 看護職員の確保と働き方等について

1. 包括期入院医療について

1－1. 経緯と現状

1－2. 地域包括医療病棟について

1－3. 地域包括ケア病棟について

1－4. 包括期入院医療の評価について

2. 入院料に包括される薬剤等について

3. 入退院支援について

4. 看護職員の確保と働き方等について

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

- 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

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

救急患者連携搬送料の新設 (いわゆる下り搬送の促進)

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

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

包括期を担う病棟の施設基準

診調組 入－1
7．6．13改

		(参考) 急性期一般入院料 4	地域包括医療病棟	地ケア入院料 1 / 3	地ケア入院料 2 / 4
病棟 ストラクチャー	病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※	一般病棟又は療養病棟※
	看護職員	10対 1	10対 1	13対 1	13対 1
	看護師割合	7 割以上	7割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	(－)	常勤 2 名以上	常勤 1 名以上	常勤 1 名以上
	管理栄養士	(－)	専任常勤 1 名以上	(－)	(－)
	リハ実施	出来高	出来高、専従リハ職は 6 単位まで	包括、必要者に 2 単位以上	包括、必要者に 2 単位以上
	ADLの維持向上、 栄養管理に資する体制整備		要		
病棟 プロセス・ アウトカム	重症度、医療・看護必要度	A 2 点以上かつ B 3 点以上、 A 3 点以上、C 1 点以上のいずれか	A 2 点以上かつ B 3 点以上、 A 3 点以上、C 1 点以上のいずれか	A 1 点以上又は C 1 点以上	A 1 点以上又は C 1 点以上
	看護必要度Ⅰ	16%以上	16%以上	10%以上	10%以上
	看護必要度Ⅱ	15%以上	15%以上	8 %以上	8 %以上
	入院日に特に介助を要する患者		5 割以上		
	同一病院一般病棟からの転棟		5 %未満		65%未満
	自宅等から入院			2 割以上	★ 2 割以上
	自宅等からの緊急入院			前 3 ヶ月で 9 人以上	★前 3 ヶ月で 9 人以上
	救急搬送		15%以上		
	平均在院日数	21日以内	21日以内		
	在宅復帰		8 割以上	72.5%以上／70%以上	72.5%以上／70%以上
病院 ストラクチャー・プロセス	その他の プロセス・アウトカム指標		48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が 5 %未満		
	病床数等			200床未満	400床未満
	救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※	第二次救急医療機関又は救急病院※
	地域との連携		25施設以上の協力医療機関		
	在宅医療の提供			6 項目のうち 2 つ以上を提供	6 項目のうち 1 つを提供 又は★のいずれか
	リハビリ届出		脳血管及び運動器	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、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか
	入退院支援		入退院支援加算 1 の届出 (＝連携機関数が25以上)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料 1) 入退院支援加算 1 の届出 (連携機関のうち 5 以上は 介護保険法等のサービス事業所)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料 2) 入退院支援加算 1 の届出 (連携機関のうち 5 以上は 介護保険法等のサービス事業所)
病院 ストラクチャー・プロセス	除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院	特定機能病院

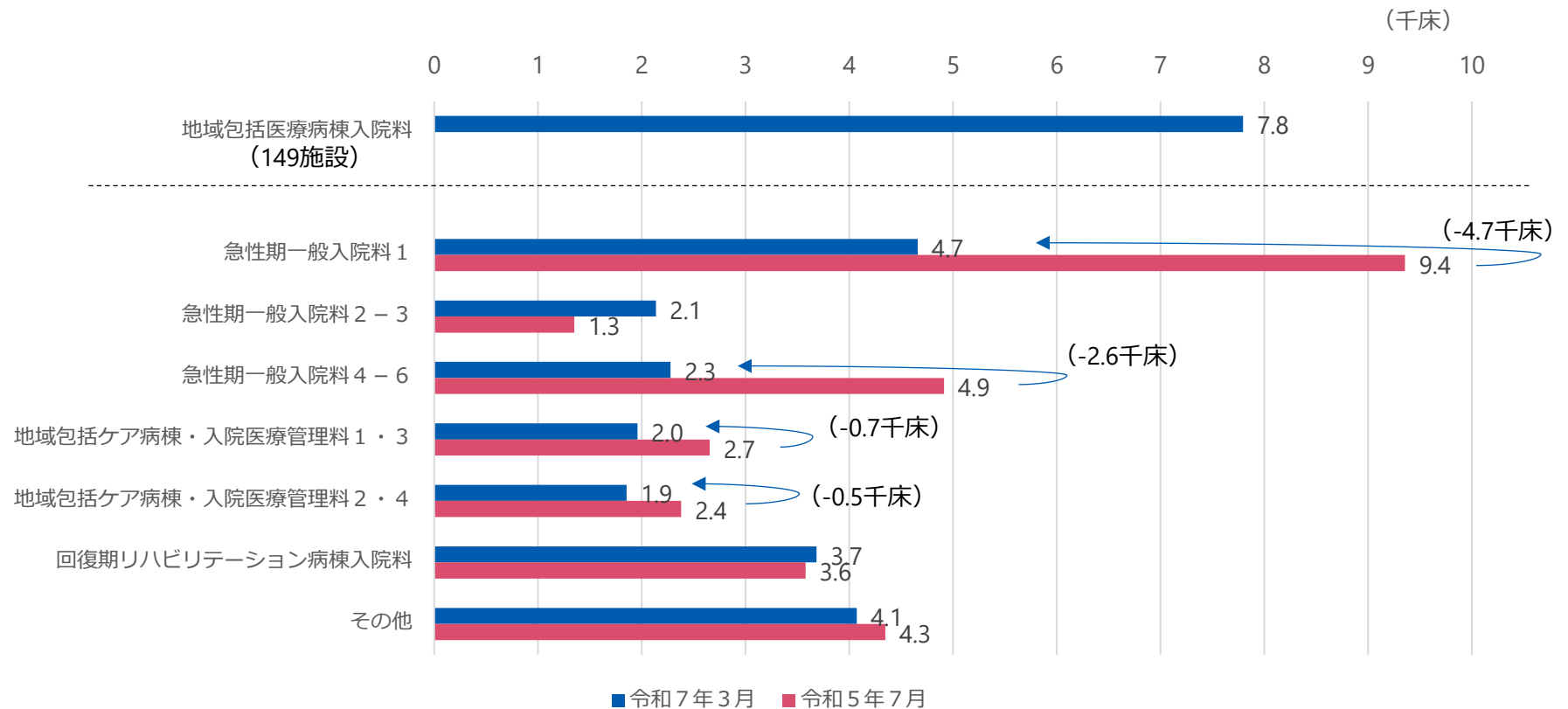
※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

地域包括医療病棟の届出状況

中医協 総-3
7. 7. 23

- 令和7年3月時点で地域包括医療病棟は7.8千床ほどであり、届出をした医療機関においては主に急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料を届け出る病床が減少していた。

地域包括医療病棟を届け出た医療機関のその他の届出病床の推移



地域包括医療病棟入院料と同一の医療機関で算定されている入院料

中医協	入－1	診調組	入－1
7．7．23		7．6．13	

- 同一医療機関内に急性期一般入院料 1～6 のいずれかを有する医療機関が約 3 分の 2 であり、地域包括ケア病棟を有する医療機関が半数以上であった。
- 約 3 分の 2 が同一医療機関内にDPC対象病床を有していた。

地域包括医療病棟を有する医療機関における、他の入院料を届け出ている施設の割合(n=131)

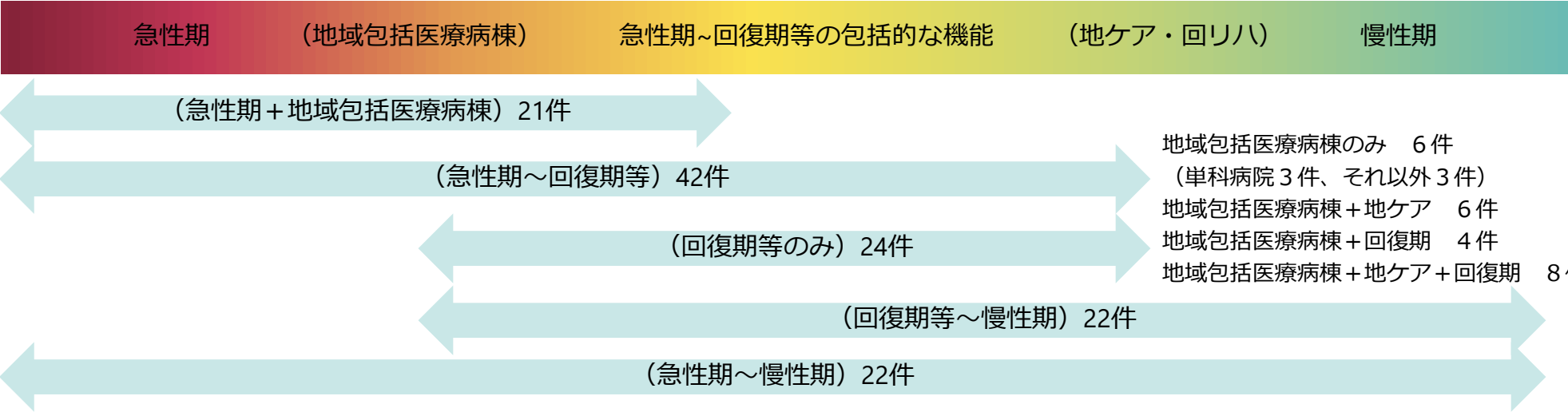


地域包括医療病棟入院料と同一医療機関で算定されている入院料

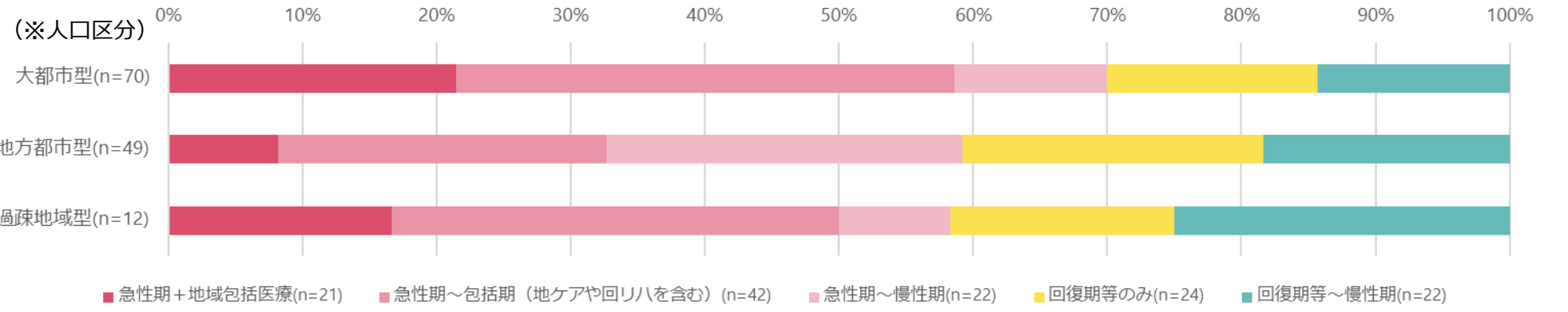
中医協	入	-	1
7	.	7	. 2 3
診調組	入	-	1
7	.	6	. 1 3

- 地域包括医療病棟を有する医療機関が併設している病棟の組み合わせは様々であった。
- 二次医療圏の人口区分別にみると、大都市型の二次医療圏では急性期機能を有する病院が多く、過疎地域型になるにつれ、回復期等～慢性期病棟のみを有する病院の割合が多かった。

【地域包括医療病棟を有する医療機関がもつ病棟の組み合わせ】



二次医療圏の人口区分ごとの地域包括医療病棟と併設病棟の組合せの分布(n=131)



※大都市型：人口100万人以上又は人口密度2000人/km²以上、地方都市型：人口20万人以上又は人口10万人～20万人で

出典：DPCデータ（2024年12月） 人口密度が200人/km²以上、過疎地域型：人口10万人未満又は人口10万人～20万人で人口密度200人/km²未満と区分

地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



2,838点
(41日以降2,690点)

実績

- ・在宅復帰率 (72.5%)
- ・室面積

2,649点
(41日以降2,510点)

- ・在宅復帰率 (72.5%)
- ・室面積

2,312点
(41日以降2,191点)

実績

【実績部分】

- ・自宅等からの入棟患者割合 2割以上
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ9人以上
- ・在宅医療等の提供等 2項目以上

2,102点
(41日以降1,992点)

(基本部分)

看護職員配置 13対1
在宅復帰に係る職員の配置
リハビリテーションに係る職員の配置
救急医療（一般病床の場合）
在宅復帰率 7割

(基本的な実績部分)

重症度、医療・看護必要度
自院の一般病棟から転棟した患者割合

入院料 1

入院料 2

入院料 3

入院料 4

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

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

・療養病床については 95/100 の点数を算定する。ただし、救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が 6 割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ 3 月で 30 人以上のいずれかを満たす場合は 100/100

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等を実施した患者、短期滞在手術等基本料 3 の算定要件を満たす患者を対象から除く。**

※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型（超強化型を含む）の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

地域包括ケア病棟の経緯①(平成24年度診療報酬改定まで)

【平成16年度診療報酬改定】

- ・ **亜急性期入院医療管理料の創設**

〔主な要件〕 算定上限90日、病床床面積6.4㎡以上、病棟に専任の在宅復帰担当者1名

- ・ 当該管理料の役割は「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」とされた

【平成20年度診療報酬改定】

- ・ 急性期治療を経過した患者に特化して効率的かつ手厚い入院医療を施した場合の評価として、亜急性期入院医療管理料2を新設
〔管理料2の主な要件〕 算定上限60日、許可病床数200床未満、病棟に専任の在宅復帰担当者1名、急性期の病床からの転床・転院患者で主たる治療の開始日より3週間以内である患者が2/3以上

【平成24年度診療報酬改定】

- ・ 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直し、医療機関におけるより適切な機能分化を推進
 - ・ 亜急性期入院医療管理料1 2,061点
脳血管疾患等又は運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定(最大60日まで)
 - ・ 亜急性期入院医療管理料2 1,911点
脳血管疾患等又は運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定(最大60日まで)

地域包括ケア病棟の経緯②(平成26年度～30年度診療報酬改定)

【平成26年度診療報酬改定】

・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
 - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
 - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
 - データ提出加算の届出を行っていること
 - リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること
 - 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ）
 - 療養病床については、1病棟に限る
- ・ 当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされた

【平成28年度診療報酬改定】

- ・ 包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- ・ 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする
- ・ 在宅復帰率の評価の対象となる退院先に、有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る)を追加

【平成30年度診療報酬改定】

- ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直し
- ・ 在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価

地域包括ケア病棟の経緯③(令和2年度～6年度診療報酬改定)

【令和2年度診療報酬改定】

- 地域包括ケア病棟に求められる機能をさらに推進する観点から、以下の見直しを実施。
 - 実績要件の見直し
 - 400床以上の病院において、新規の届出を不可とする見直し
 - 入退院支援部門の設置を必須とする見直し
- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直し

【令和4年度診療報酬改定】

- 在宅医療の提供や、在宅患者等の受入に係る評価を推進する観点から、
 - 一般病床において届け出ている場合に、救急告示病院等であることを要件化
 - 200床以上の病院で、自院一般病棟からの転棟割合を6割未満とし、満たさない場合、85/100に減算
 - 在宅医療に係る実績を全体に要件化し、水準も引き上げ
 - 在宅復帰率の水準引き上げ等を行うとともに、許可病床数100床以上の病院で入退院支援加算1の届出を要件化

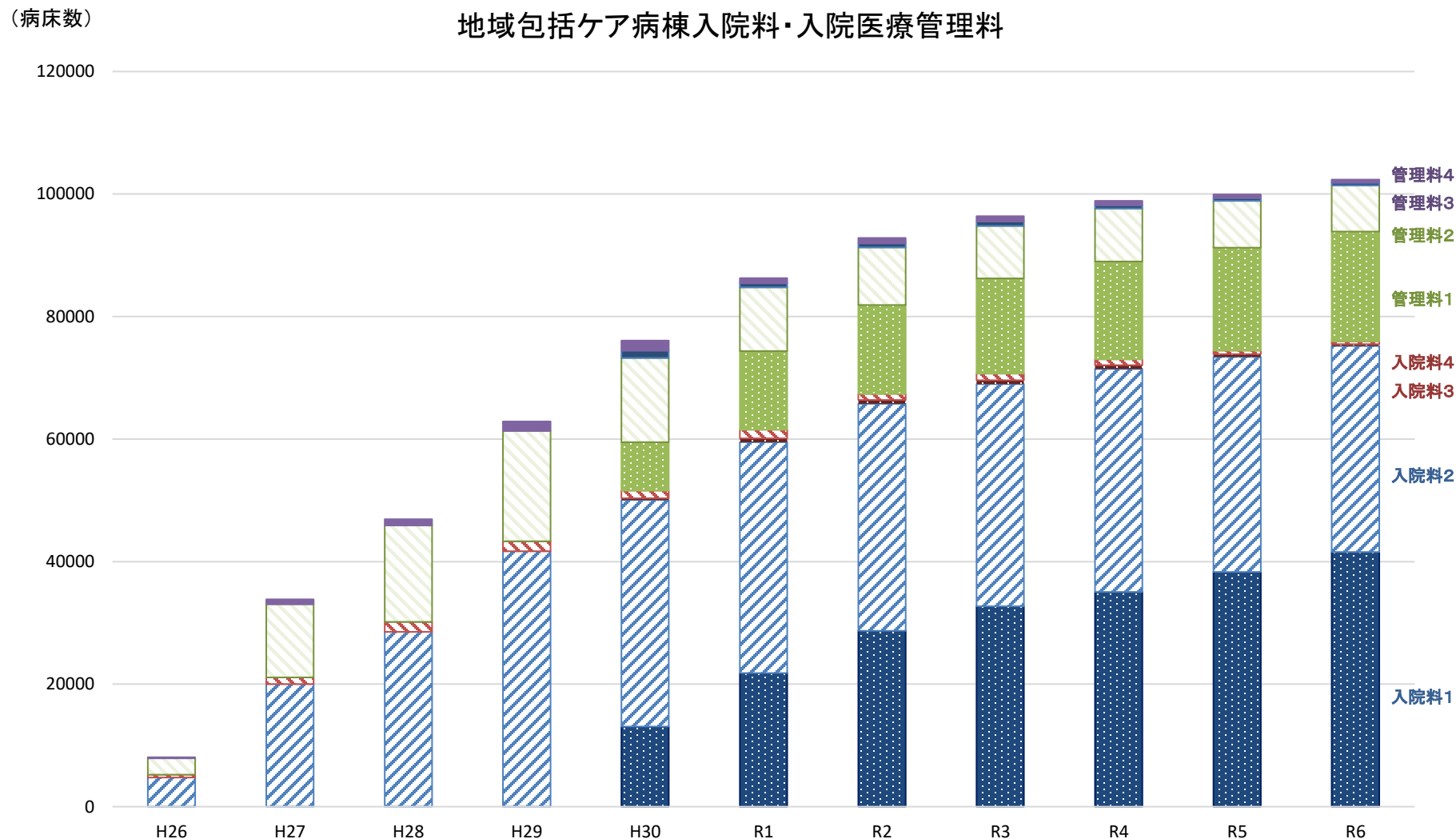
【令和6年度診療報酬改定】

- 適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院とそれ以外の入院で2段階の評価体系に見直し。
- 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、入院期間に応じた評価体系として、41日以降の入院料を低減。
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を引き上げ。
- 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率等について、以下のとおり見直し。
 - 短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した患者、短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たす患者を対象から除く。
 - 在宅復帰率の分子に、在宅強化型(超強化型を含む)の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。

地域包括ケア病棟・入院管理料の届出病床数の推移

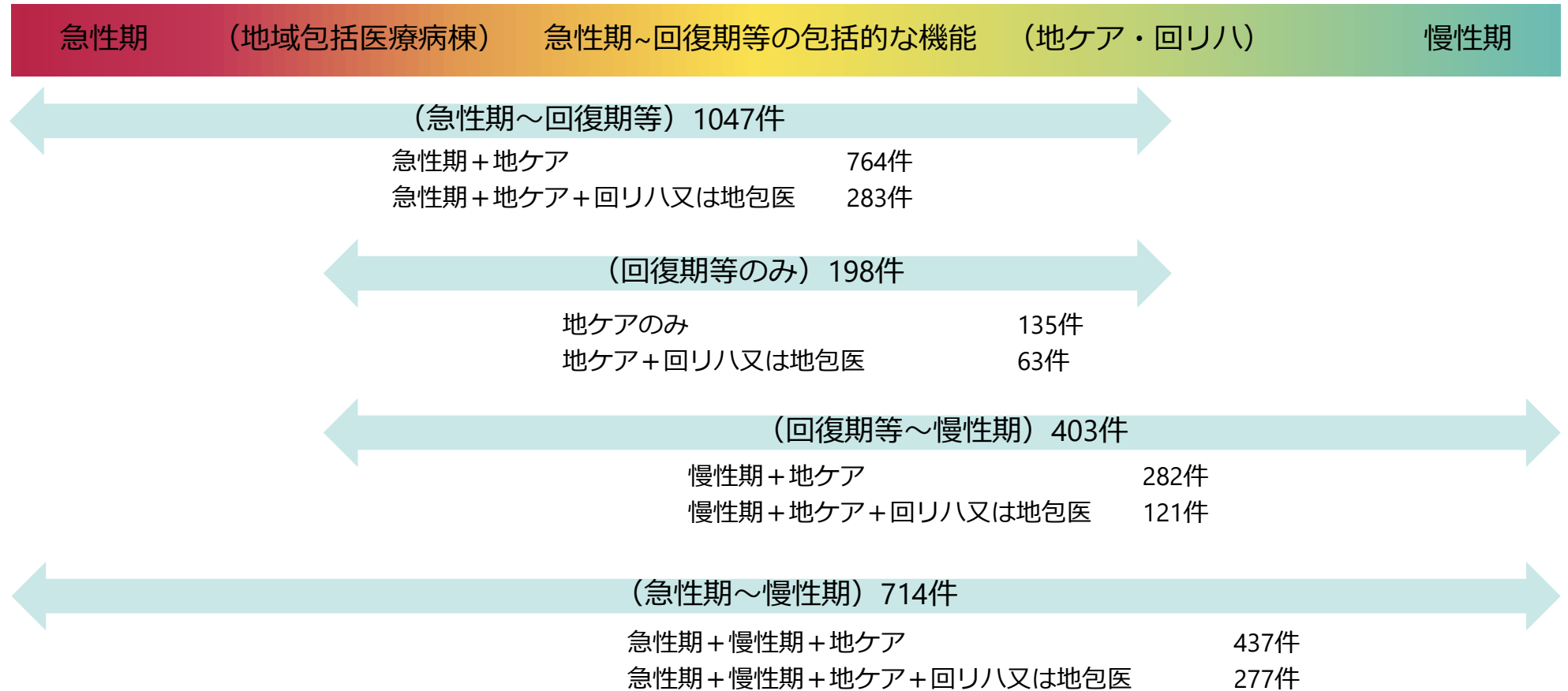
中医協 総-3
7 . 7 . 2 3

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は全体として増加傾向であり、特に入院料1、管理料1の病床が増加していた。



- 地域包括ケア病棟を有する医療機関が併設している病棟の組み合わせは様々であった。

【地域包括ケア病棟を有する医療機関がもつ病棟の組み合わせ（n=2362）】



<医療機関機能の名称と定義>

・高齢者救急・地域急性期機能

高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。

・在宅医療等連携機能

地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。

・急性期拠点機能

地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。

※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

・専門等機能

上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が重要である。

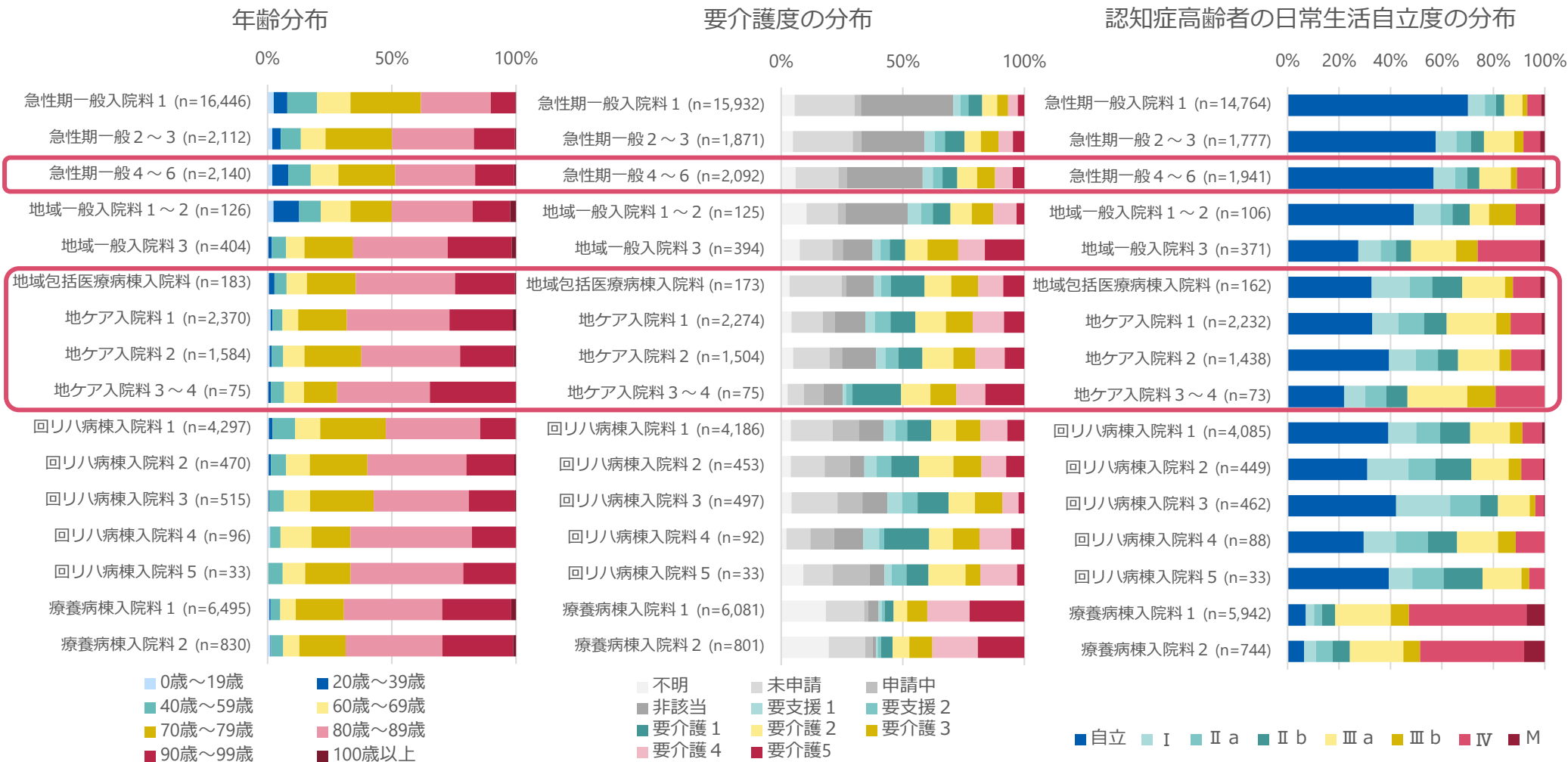
・医育及び広域診療機能

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

入院料ごとの年齢や要介護度の分布

診調組 入-1
7. 5. 22改

- 急性期一般入院料 4～6 と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では、70歳以上の高齢者、要支援～要介護に該当する患者、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa（認知症による症状のため、介護を必要とする）以上の患者の割合が多い。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では大きな差はない。



各病棟における入院患者数上位の疾患

中医協 総-3
7. 7. 23改

- 各病棟における入院患者数の多い診断群分類は以下のとおりであった。
- 内科系疾患として誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水、その他の感染症が、整形外科疾患として股関節骨折（手術あり）、胸腰椎の圧迫骨折（手術なし）が多くみられた。
- 地域包括医療病棟の入院患者数上位の疾患は、急性期一般入院料2-6、地域包括ケア病棟と概ね一致していた。
- 地域包括ケア病棟では、短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を行う入院例が多かった。

【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括医療病棟 n=19,603例

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

急性期一般入院料2-6 n= 559,685例

1	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.8%
2	誤嚥性肺炎	2.4%
3	小腸大腸の良性疾患	2.2%
4	腎臓又は尿路の感染症	2.2%
5	心不全	2.1%
6	股関節・大腿近位の骨折	1.9%
7	白内障・水晶体の疾患	1.8%
8	胸椎・腰椎以下骨折損傷	1.6%
9	その他の感染症（真菌を除く。）	1.5%
10	体液量減少症	1.3%

地域包括ケア病棟 n=100,967例

1	白内障・水晶体の疾患	9.8%
2	小腸大腸の良性疾患	6.6%
3	胸椎・腰椎以下骨折損傷	3.3%
4	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.7%
5	腎臓又は尿路の感染症	2.4%
6	心不全	2.3%
7	誤嚥性肺炎	2.2%
8	体液量減少症	2.0%
9	その他の感染症（真菌を除く。）	1.9%
10	前庭機能障害	1.7%

2024年10月～12月の間に各病棟に直接入棟し、期間内に退棟した症例の診断群分類番号に基づき集計した。

1. 包括期入院医療について

1－1. 経緯と現状

1－2. 地域包括医療病棟について

① 患者像とアウトカム評価について

② 医療資源投入量について

1－3. 地域包括ケア病棟について

1－4. 包括期入院医療の評価について

2. 入院料に包括される薬剤等について

3. 入退院支援について

4. 看護職員の確保と働き方等について

地域包括医療病棟② 施設基準等

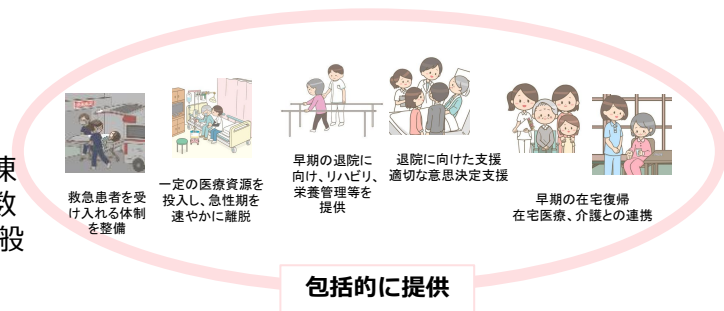
地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



〔施設基準〕（抜粋）

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

これまでの地域包括医療病棟に関する主な意見

＜令和7年7月23日 中医協総会＞

- 地域包括医療病棟は、高齢者救急の受皿として前回改定で創設されたが、平均在院日数が21日であることや、退院時のADL低下が5%未満といった施設基準は、回復に時間がかかる高齢者を対象とした入院料としては、大変厳しい内容と考えられ、現場からも実態に合っていないという声が多く寄せられているため、調査の結果も踏まえながら、この入院料に本来期待されている機能が発揮されるよう、要件の修正を検討すべきである。

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

- 高齢であるほど在院日数が高いことやADLが上がりにくいことも考慮して評価方法を検討してはどうかとの意見があった。
- 高齢者の疾患を幅広くみるという観点から、内科系疾患と外科系疾患の包括範囲内の医療資源投入量について、バランスがとれるよう、その内訳や診療内容を更に検討すべきではないかとの意見があった。また、緊急入院の受入時の手間についても評価方法を検討してはどうかとの意見があった。

地域包括医療病棟の届出において満たすことが困難な項目

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

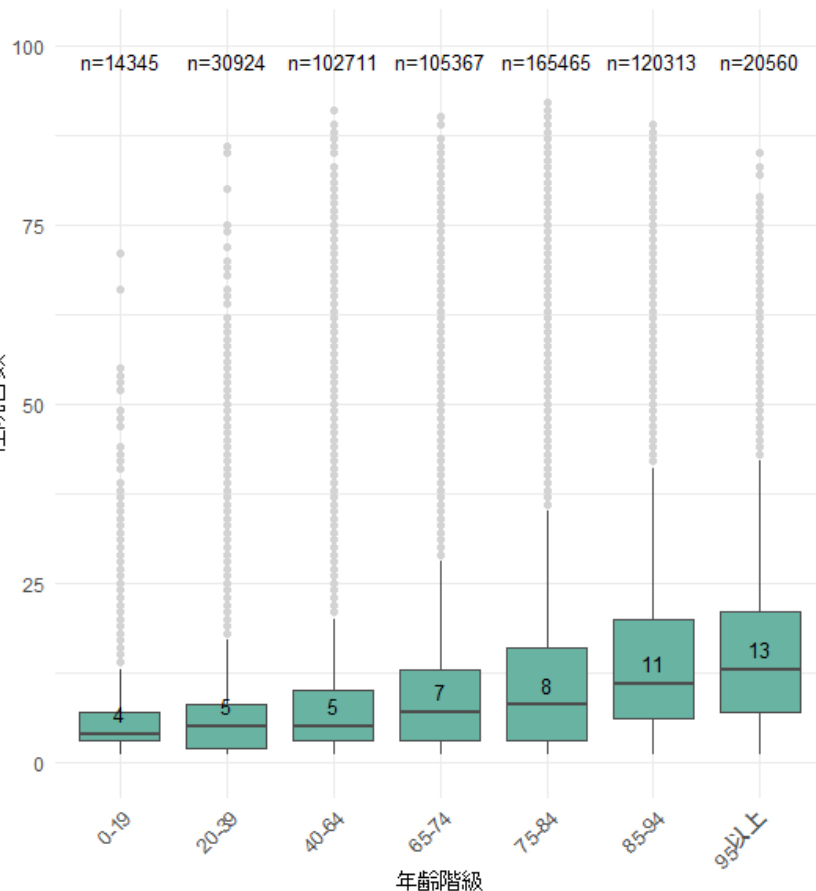
満たすことが困難な項目	急性期病棟(n=148)	地域包括ケア病棟(n=151)
看護職員の配置	12.2%	19.9%
常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置	40.5%	33.1%
専任の常勤の管理栄養士の配置	27.0%	21.2%
A D L が入院時と比較して低下した患者の割合が 5 % 未満であること	35.8%	35.8%
A D L の測定に関する研修会の開催	4.1%	7.9%
2 次救急医療機関又は救急告示病院であること	7.4%	7.3%
常時、必要な検査、C T 撮影、M R I 撮影を行う体制にあること	7.4%	7.3%
重症度、医療・看護必要度の基準を満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

各病棟における在院日数と年齢

診調組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

- 急性期一般入院料 2 - 6、地域包括医療病棟のいずれにおいても、年齢階級が上がるほど在院日数が長くなる傾向であり、85歳以上では、在院日数の中央値が85歳未満と比べて5～6日程度延長していた。
- 各施設における85歳以上の患者の割合にはばらつきがあった。

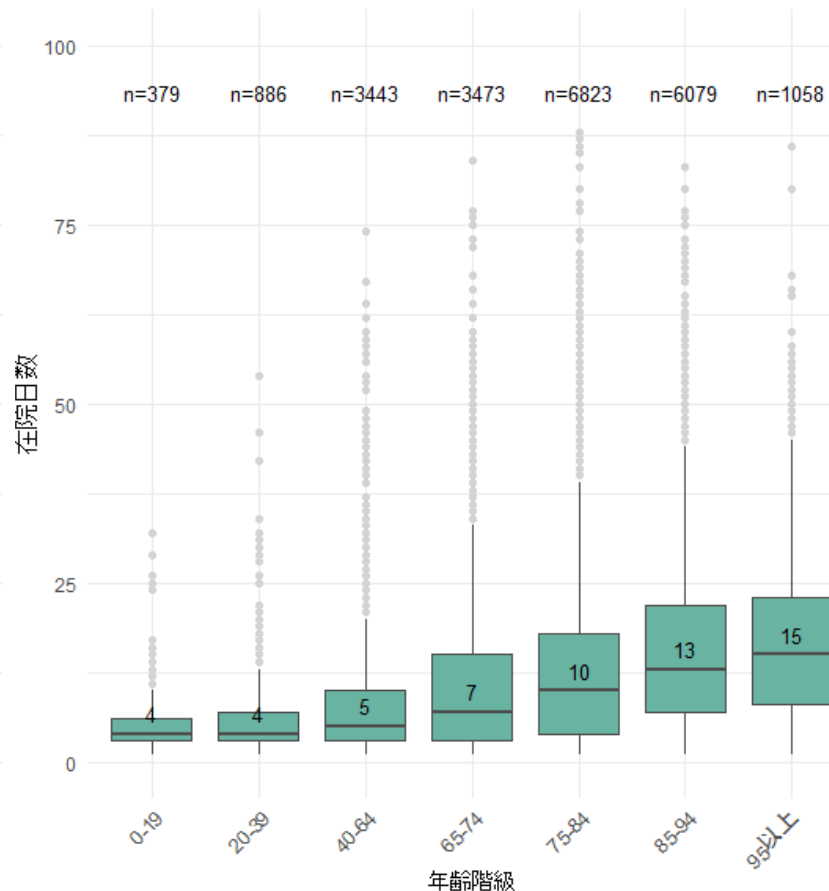
年齢区分ごとの急性期一般入院料の在院日数の分布



在院日数中央値

85歳未満 7日 (3-13日)、85歳以上 12日 (6-20日)

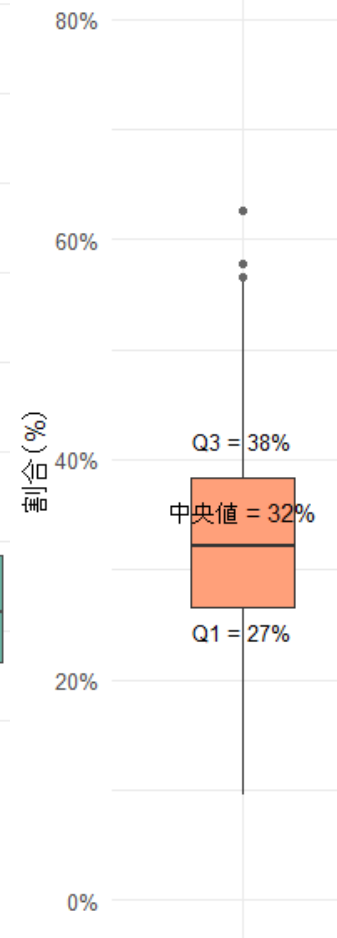
年齢区分ごとの地域包括医療病棟の在院日数の分布



在院日数中央値

85歳未満 7日 (3-15日)、85歳以上 13日 (7-22日)

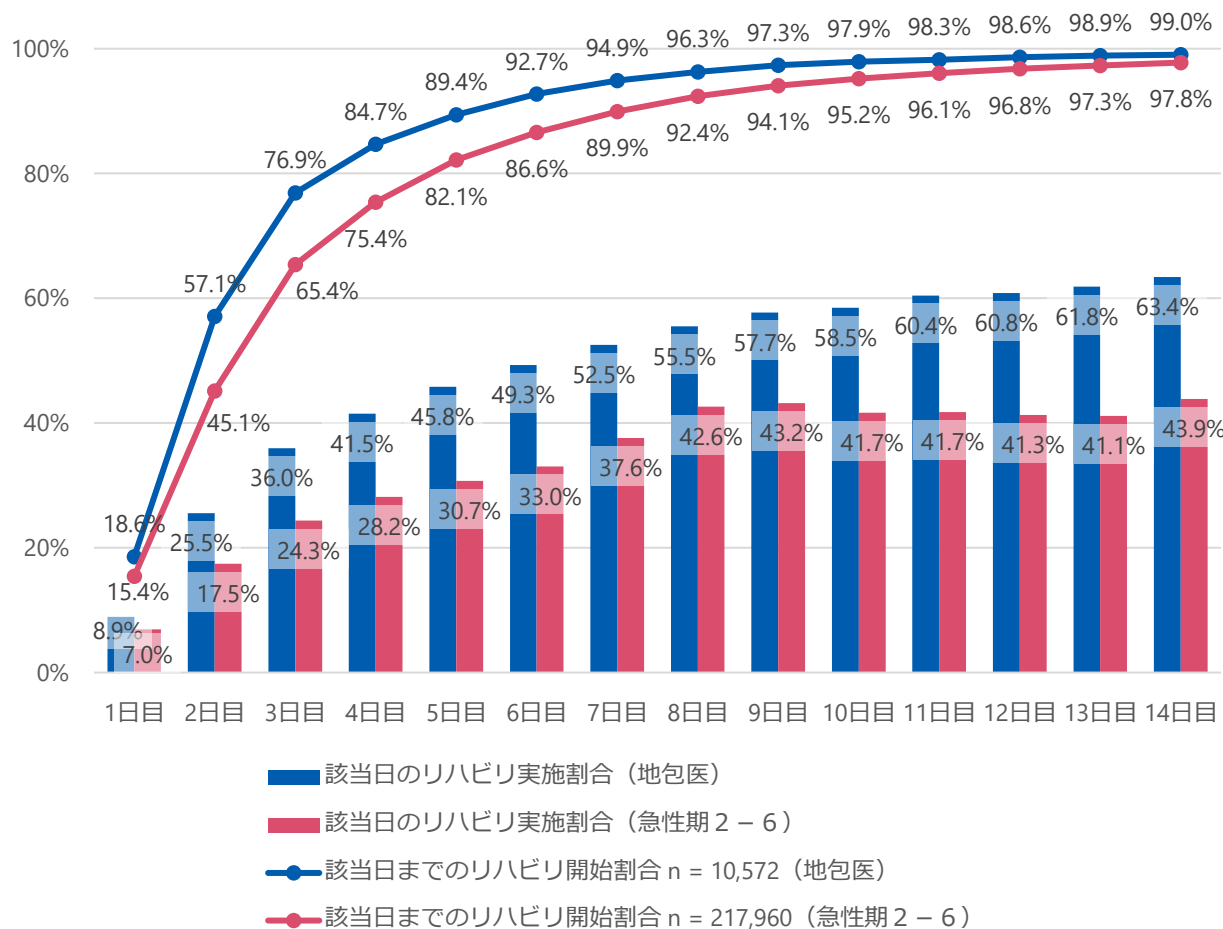
85歳以上の患者割合の分布 (施設ごと)



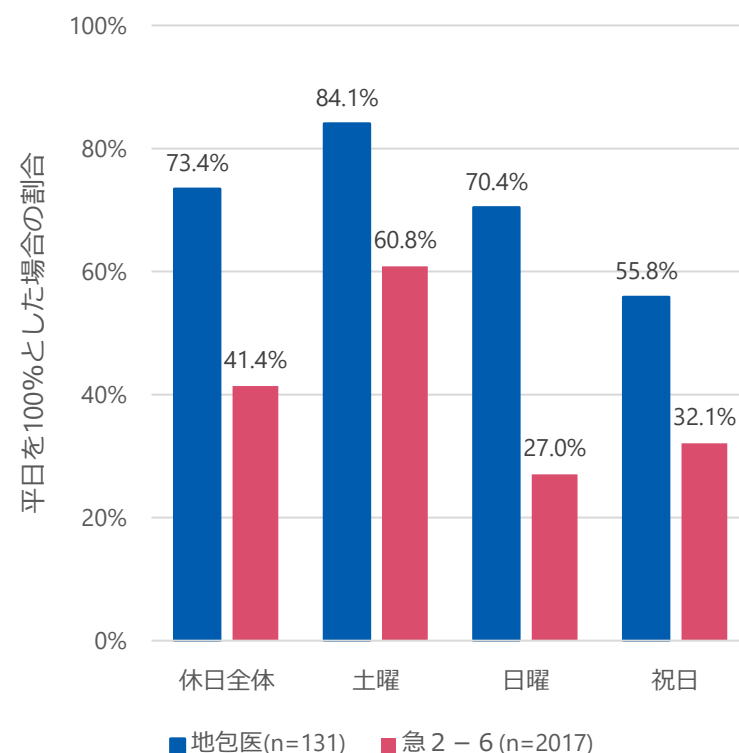
地域包括医療病棟におけるリハビリテーション実施状況

- 地域包括医療病棟では、急性期一般入院料 2 - 6 の病棟と比較して、リハビリテーションはより早期に、多くの症例に実施されている。また、休日のリハビリテーション提供量が多い。

リハビリテーションの実施状況



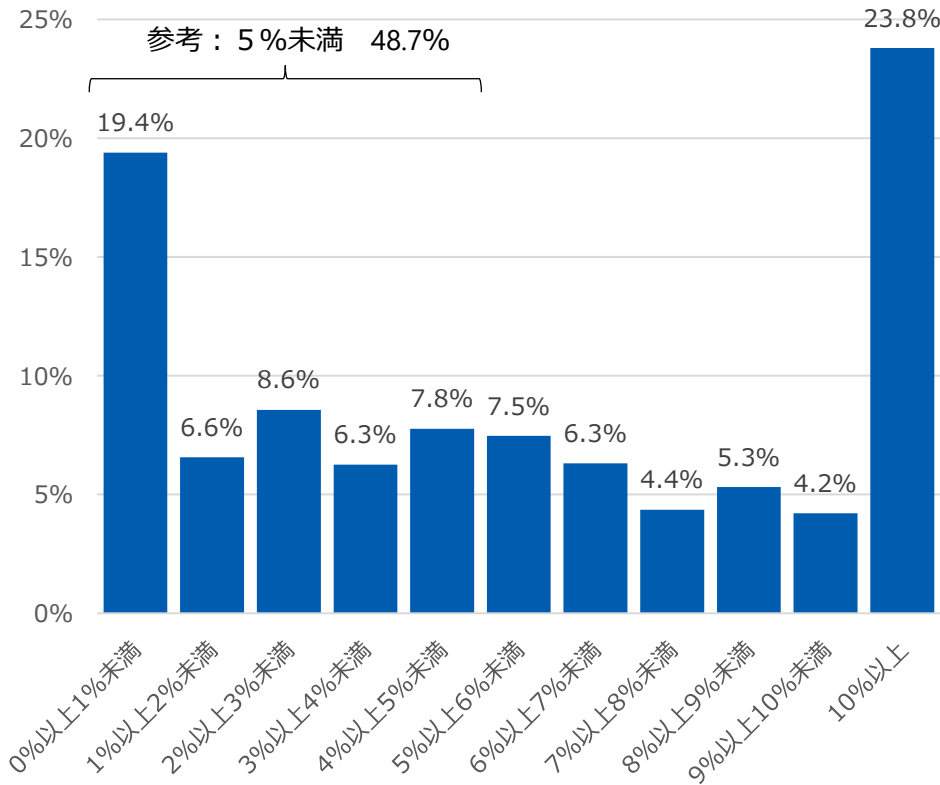
平日に対するリハビリテーション提供単位数の割合



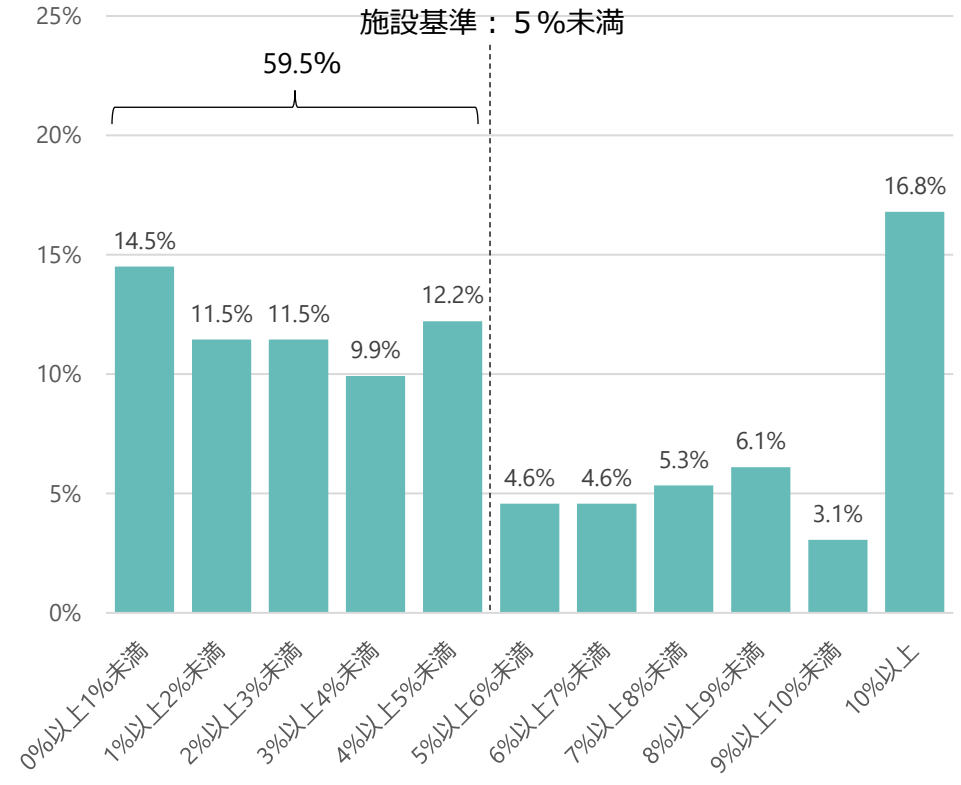
地域包括医療病棟におけるADLが低下した患者の割合

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

急性期一般入院料 2 - 6 (n=1996施設)



地域包括医療病棟全体(n=131施設)



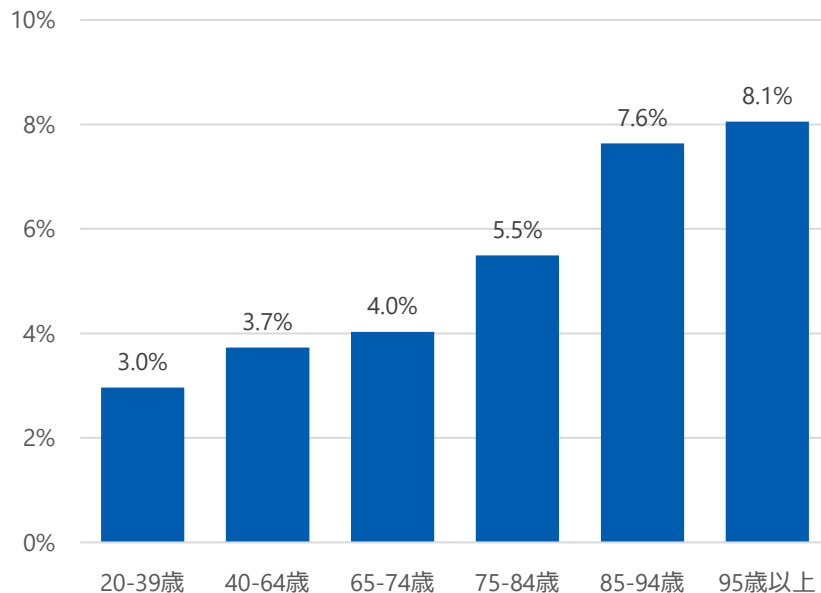
急性期一般病棟 2 ～ 6、地域包括医療病棟のうち全入院患者数が10名以上いた施設を対象として集計。2024年11月～12月に当該病棟から退院した症例のうち、ADLがエラーなく入力されている全258,574例/15,357症例について、死亡退院を除く退院患者に対する、退院時に入院時よりADLが低下した患者の割合を施設毎に集計し、分布を示した。本来集計から除くべき「がんの終末期」が含まれているため、施設基準の値とは異なる可能性があることに注意。

ADLが低下する要因

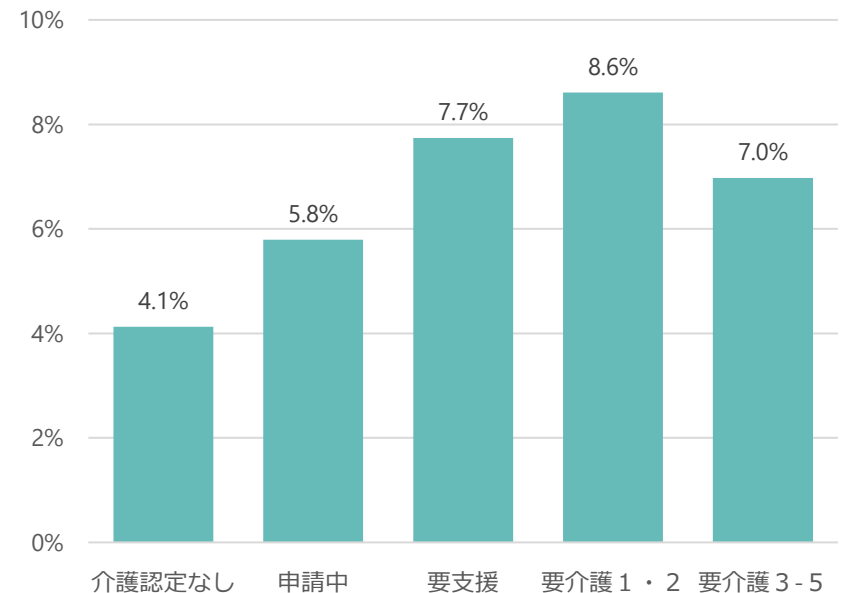
- 85歳以上の高齢者や、要支援・要介護認定者では、それ以外の患者と比較して、退院時にADLが低下する患者の割合が多い。
- 地域包括医療病棟は主としてこうした患者の受入を担う病棟であり、ADLが低下した患者の割合は高くなりやすいと考えられる。

患者属性ごとの退院時にADLが低下する割合

(年齢別)



(要介護認定別)



1. 包括期入院医療について

1－1. 経緯と現状

1－2. 地域包括医療病棟について

① 患者像とアウトカム評価について

② 医療資源投入量について

1－3. 地域包括ケア病棟について

1－4. 包括期入院医療の評価について

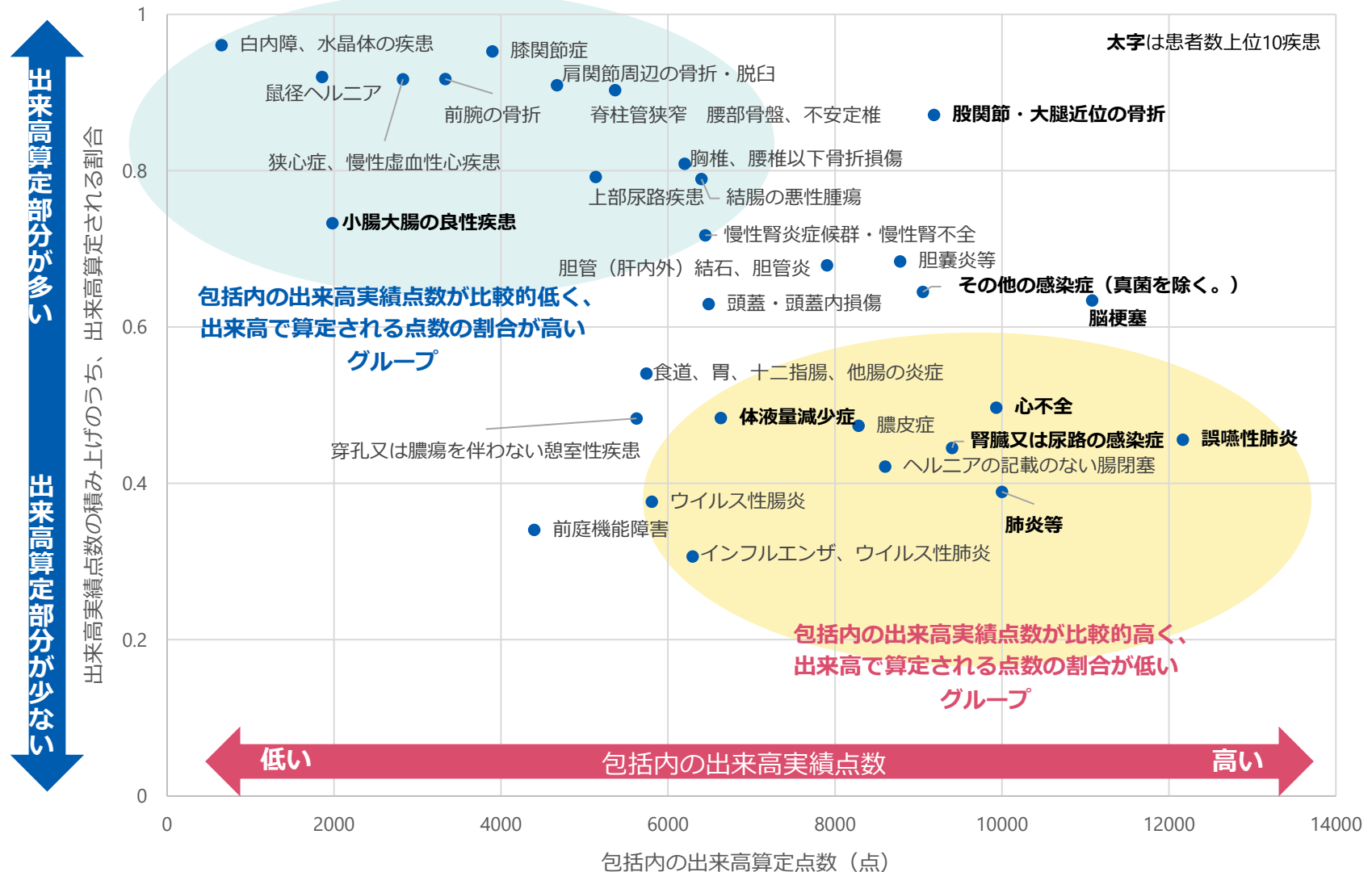
2. 入院料に包括される薬剤等について

3. 入退院支援について

4. 看護職員の確保と働き方等について

地域包括医療病棟における疾患ごとの包括内出来高実績点数

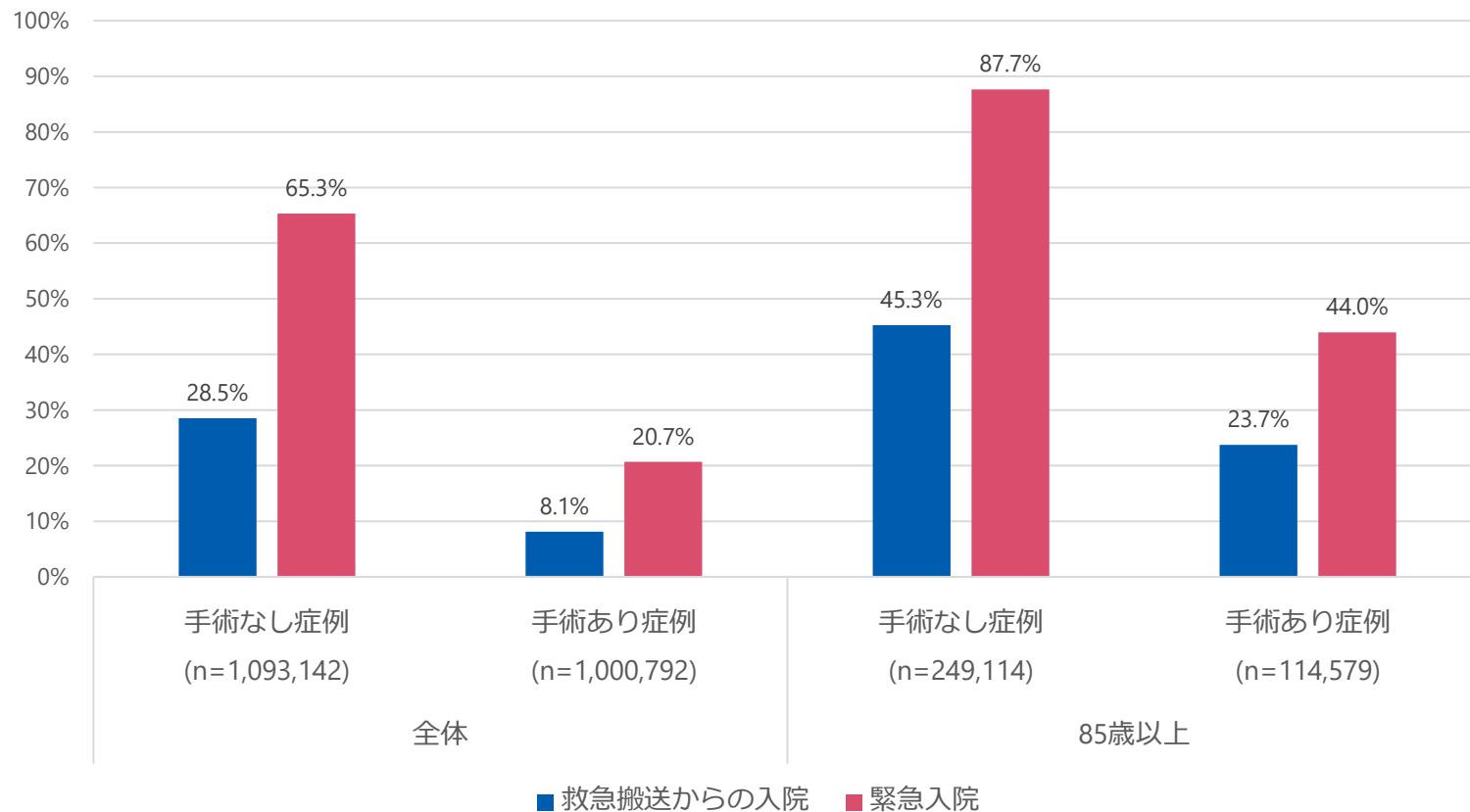
- 地域包括医療病棟は高齢者で頻度の高い様々な疾患を診ることが期待されているが、中でも頻度の高い、肺炎や尿路感染症等の主として内科的治療を行う疾患は、包括内の出来高実績点数が高く、出来高算定部分が少ない。



手術実施の有無と救急搬送や緊急入院の頻度

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

手術実施の有無と救急搬送・緊急入院の頻度



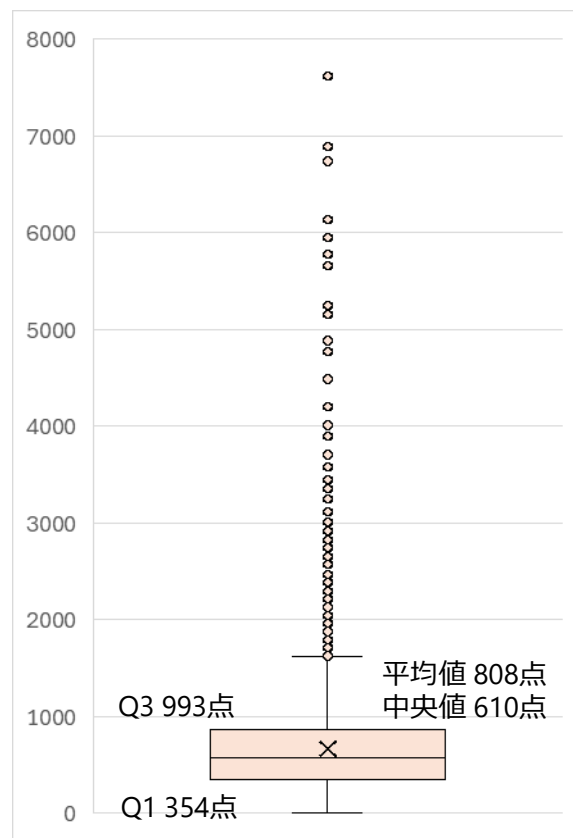
出典：保険局医療課調べ（2024年10月～12月DPCデータ） 期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した症例（非転院・転棟症例）を対象として、手術に係るKコードの算定がある症例を外科系、それ以外を内科系症例と分類し、救急搬送、緊急入院の割合を示した。

患者ごとの包括内出来高実績点数の分布

診療組 入-3
7. 9. 11改

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

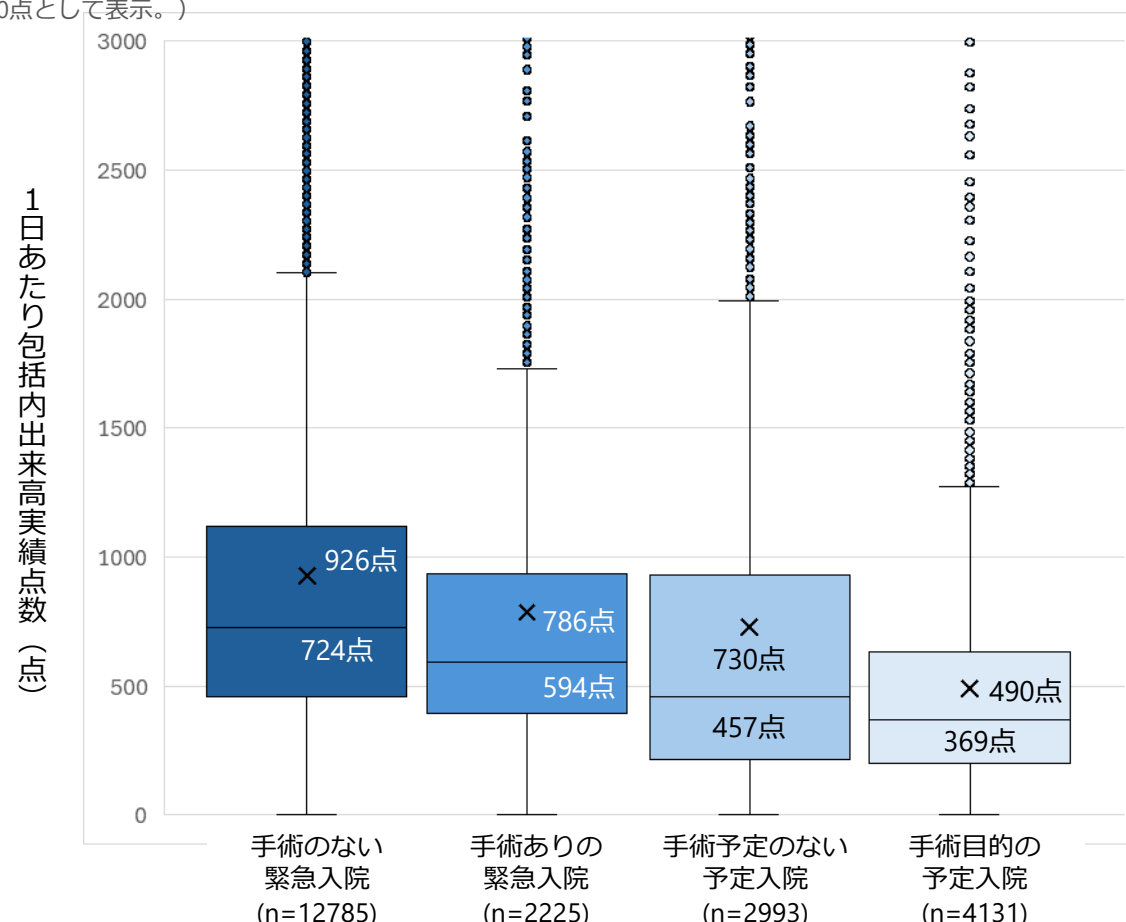
1日あたり包括内出来高実績点数の分布



地域包括医療病棟
(患者全体 n=22141)

(全データを反映した後に
上端3000点として表示。)

1日あたり包括内出来高実績点数の患者ごと分布（群ごと）



地域包括医療病棟に係る課題と論点

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

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

(地域包括医療病棟における医療資源投入量について)

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

【論点】



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

1. 包括期入院医療について

1－1. 経緯と現状

1－2. 地域包括医療病棟について

1－3. 地域包括ケア病棟について

① 医療資源投入量について

② 栄養管理体制について

1－4. 包括期入院医療の評価について

2. 入院料に包括される薬剤等について

3. 入退院支援について

4. 看護職員の確保と働き方等について

地域包括ケア病棟における入院患者数上位疾患

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

【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括ケア病棟（急性期病棟併設あり 1,686施設）

1	白内障、水晶体の疾患（片眼手術）	6.4%
2	小腸大腸の良性疾患	4.1%
3	胸椎、腰椎以下骨折損傷	1.8%
4	腎臓又は尿路の感染症	1.1%
5	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	1.1%
6	前庭機能障害 手術なし	1.1%
7	白内障、水晶体の疾患（両眼手術）	0.9%
8	心不全	0.9%
9	体液量減少症	0.9%
10	2型糖尿病	0.9%

転
院
・
転
棟

1	誤嚥性肺炎	2.0%
2	股関節・大腿近位の骨折	1.9%
3	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	1.7%
4	胸椎、腰椎以下骨折損傷	1.7%
5	膝関節症 人工関節再置換術等	1.6%
6	腎臓又は尿路の感染症	1.6%
7	心不全	1.3%
8	筋拘縮・萎縮（その他）	1.2%
9	股関節骨頭壊死、股関節症	0.9%
10	その他の感染症（真菌を除く。）	0.7%

（再掲）地域包括医療病棟

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

地域包括ケア病棟（急性期病棟併設なし 882施設）

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

転
院
・
転
棟

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

（参考）短期滞在手術等基本料3 留意事項通知

（5）DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料3を算定できない。

（6）DPC対象病院及び診療所を除く保険医療機関において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術等を行う場合には、特に規定する場合を除き、全ての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。

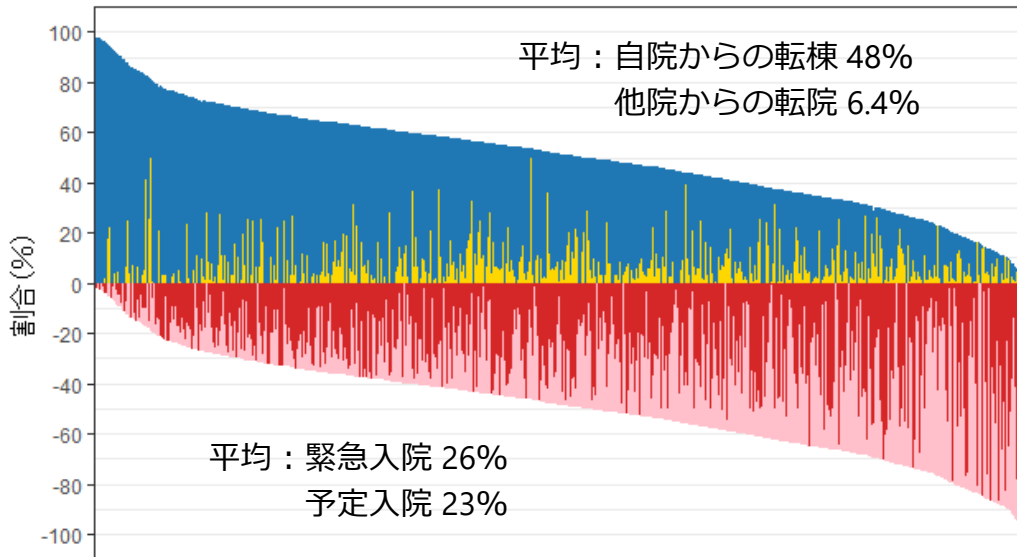
地域包括ケア病棟における直接入院患者の割合

診療組 入-1
参 考
7. 7. 3 改

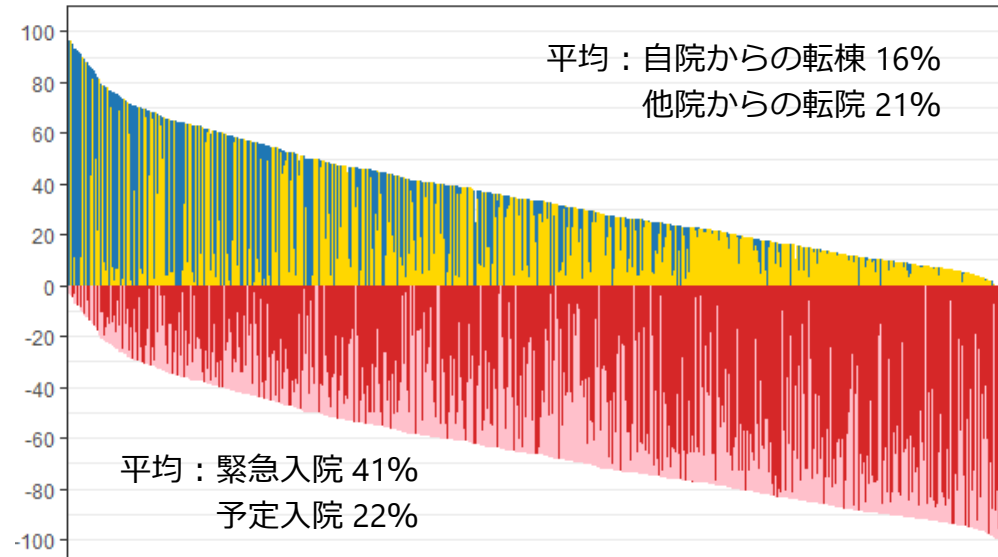
- 地域包括ケア病棟における転院・転棟を除く直接入院の割合は、施設毎に様々である。
- 急性期病棟を有する施設では、有さない施設に比べ、直接入院する患者の割合は少ない施設が多いものの、施設によっては直接入院を多く受け入れている。また、直接入院のうち、緊急入院の患者が少ない傾向にある。

地域包括ケア病棟における施設ごとの入院経路の分布

(急性期病棟を有する施設, n=1686)



(急性期病棟のない施設, n=882)



■ 自院からの転棟
■ 自宅や介護施設からの緊急入院

■ 他院からの転院
■ 自宅や介護施設からの予定入院

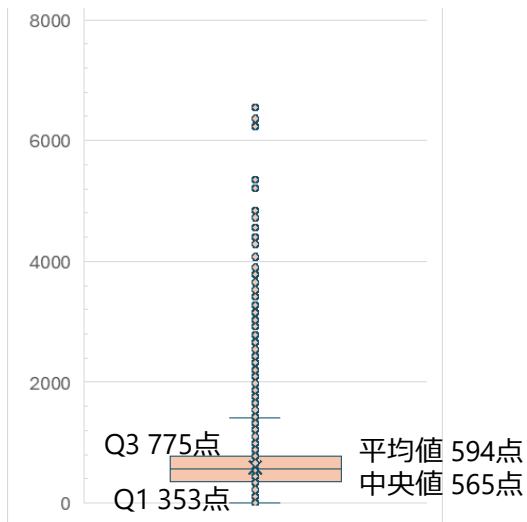
地域包括ケア病棟における医療資源投入量

診療組 入-1
7.9.11改

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

1日あたり包括内出来高実績点数の分布

地域包括ケア病棟 n=154,387

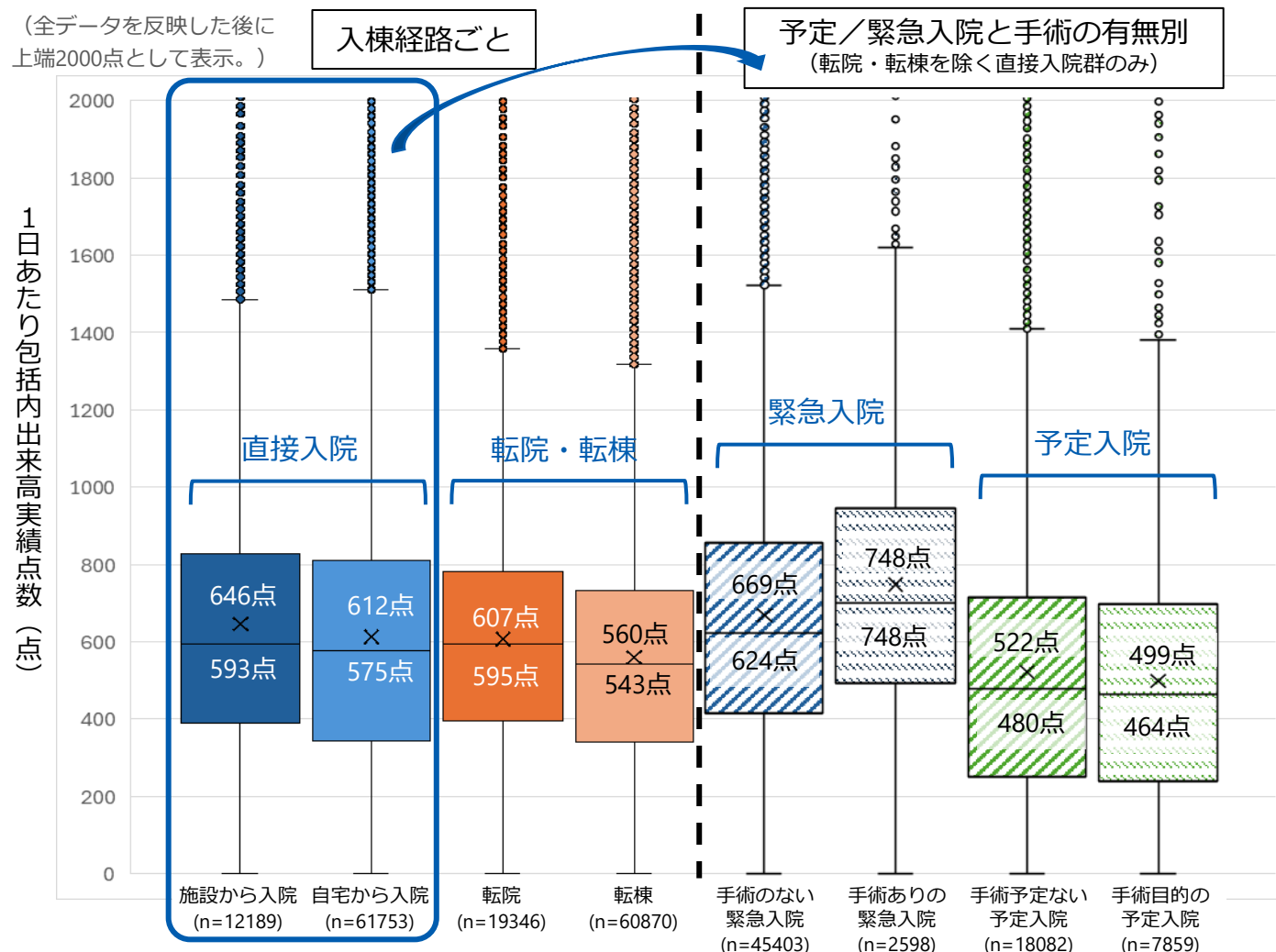


地域包括ケア病棟の初期加算

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

1日あたり包括内出来高実績点数の患者ごと分布（群ごと）

（全データを反映した後に
上端2000点として表示。）



1. 包括期入院医療について

1－1. 経緯と現状

1－2. 地域包括医療病棟について

1－3. 地域包括ケア病棟について

① 医療資源投入量について

② 栄養管理体制について

1－4. 包括期入院医療の評価について

2. 入院料に包括される薬剤等について

3. 入退院支援について

4. 看護職員の確保と働き方等について

栄養管理に係る配置基準や診療報酬上の評価

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

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

入院料ごとの病棟の職員数（40床あたり）

診調組 入－1
7. 6. 2 6改

- 40床あたりの管理栄養士数は、入院料によりその人数や比率が異なる。
- 地域包括ケア病棟では、40床あたりの管理栄養士数は少ない。

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		管理栄養士	リハビリ職 ※ 2	相談員
					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	0.22	1.22	0.31
急性期一般入院料2-3(N=79)	221	31.68	23.18	3.70	0.57	0.23	1.59	0.32
急性期一般入院料4-6(N=181)	274	30.44	20.58	4.70	0.68	0.34	1.22	0.22
特定機能病院入院基本料(N=32)	443	34.60	28.69	2.73	0.05	0.26	0.42	0.10
専門病院入院基本料(N=3)	17	25.40	22.98	2.09	0.00	0.00	0.00	0.00
小児入院医療管理料(N=126)	192	39.44	32.79	2.54	0.24	0.26	0.55	0.31
地域一般入院料1-2(N=21)	24	29.75	19.26	4.49	1.14	0.26	2.30	0.28
地域一般入院料3(N=47)	50	31.65	17.20	5.86	1.02	0.57	2.15	0.41
地域包括医療病棟入院料(N=17)	19	33.09	21.18	4.03	0.63	0.45	2.00	0.55
地域包括ケア病棟入院料(N=312)	349	30.48	19.15	6.53	2.14	0.24	2.66	0.46
地域包括ケア病棟入院料1(N=159)	181	33.56	19.66	7.21	2.67	0.33	3.76	0.59
地域包括ケア病棟入院料2(N=150)	163	27.23	18.64	5.77	1.56	0.15	1.51	0.31
地域包括ケア病棟入院料3(N=1)	1	26.25	20.00	6.25	3.75	0.00	0.00	0.00
地域包括ケア病棟入院料4(N=4)	4	24.59	16.78	6.69	1.71	0.23	0.47	0.43
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	0.63	15.79	0.88
回復期リハビリテーション病棟入院料1(N=267)	372	45.41	17.49	6.94	3.36	0.72	17.92	1.01
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	0.43	13.18	0.77
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	0.30	7.82	0.30
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	0.36	6.93	0.47
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	0.56	4.44	0.20
療養病棟入院基本料1(N=358)	577	25.97	12.62	9.32	3.78	0.30	1.23	0.29
療養病棟入院基本料2(N=50)	70	23.73	11.73	7.98	2.83	0.41	1.34	0.27
その他入院料(N=159)	166	35.73	25.31	5.52	1.31	0.36	1.99	0.52

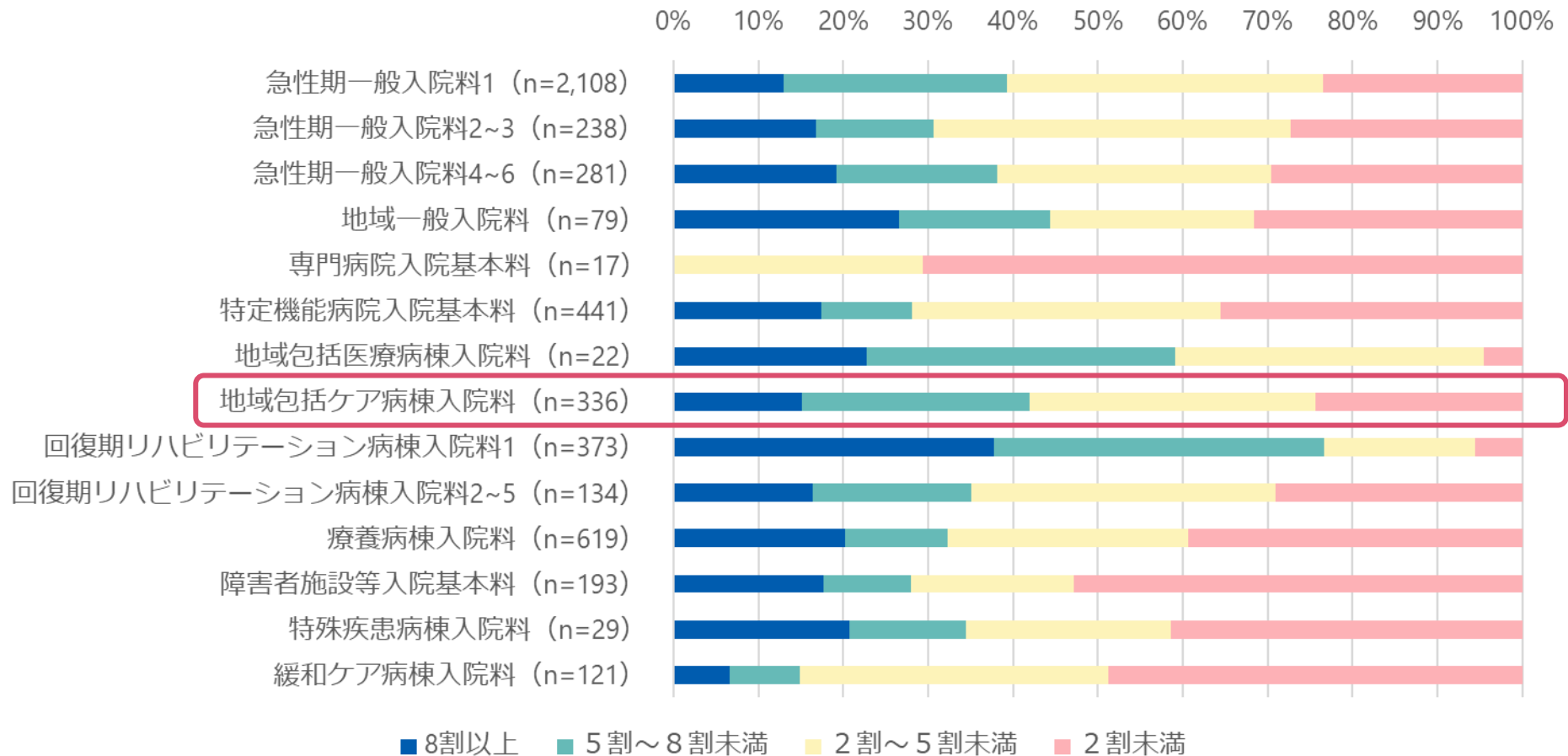
※ 1 20床以下の病棟は除いて集計 ※ 2 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

入院料ごとの管理栄養士の病棟での業務状況

診調組 入-1
7. 6. 26改

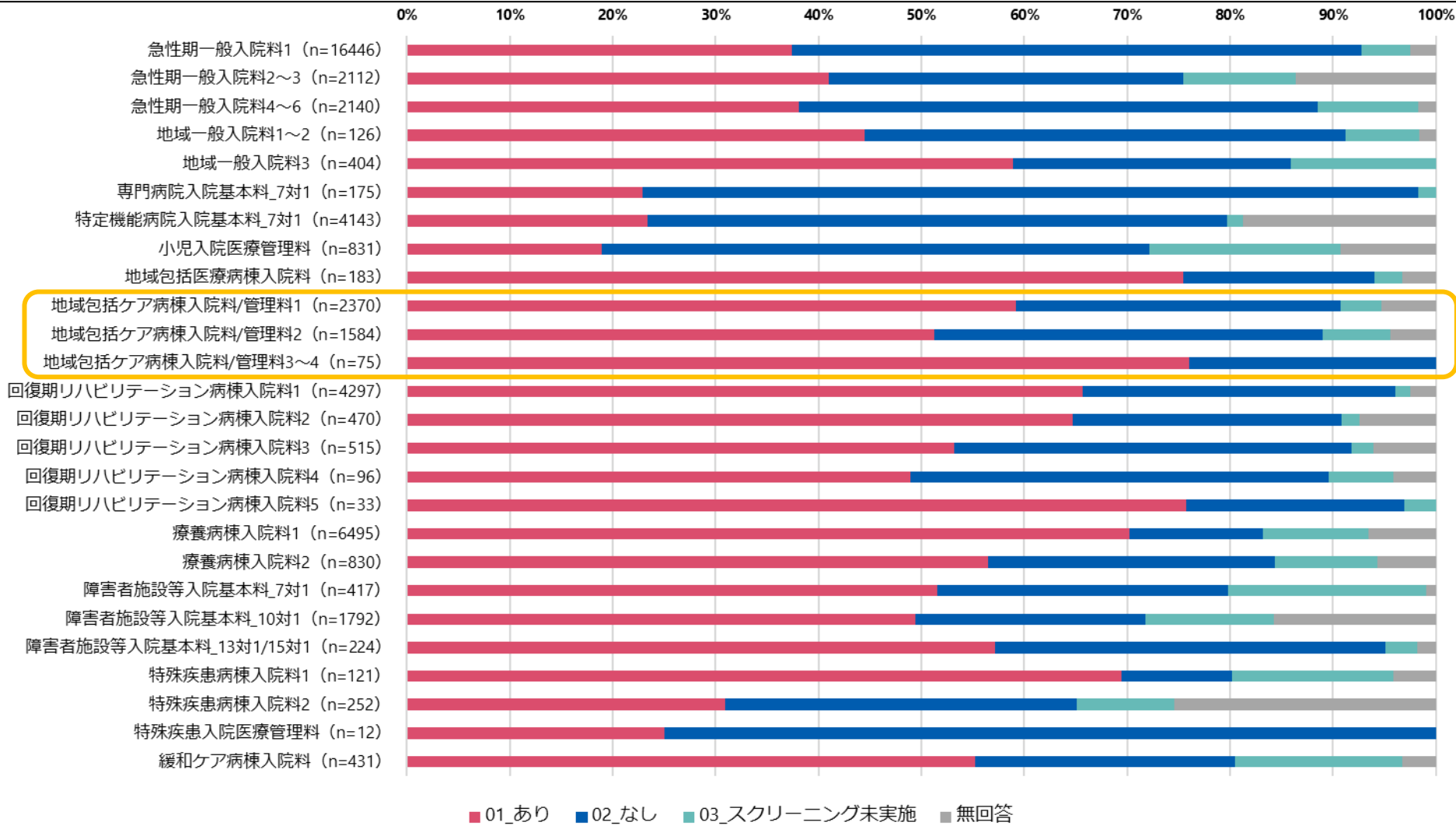
- 管理栄養士の専任配置が要件となっている回復期リハビリテーション病棟入院料1や地域包括医療病棟入院料は、病棟で業務に従事している時間が長い割合が高い。
- 一方で、管理栄養士がほとんど病棟で業務に従事していない病棟も一定数ある。地域包括ケア病棟においても、管理栄養士が病棟で業務する時間は少ない病棟が多い。

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



入院料ごとの入院時栄養スクリーニングによる低栄養リスクの状況

○ 入院時栄養スクリーニングで低栄養リスクを有すると覚知された患者は、急性期一般病棟で約4割、地域包括医療病棟などでは約8割だった。地域包括ケア病棟では地域包括医療病棟より、低栄養リスクについて覚知された割合が低かった。



地域包括ケア病棟に係る課題と論点

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

【論点】



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

1. 包括期入院医療について

1－1. 経緯と現状

1－2. 地域包括医療病棟について

1－3. 地域包括ケア病棟について

1－4. 包括期入院医療の評価について

① 救急受入や在宅等後方支援の機能について

② 高齢者救急や後方支援を担うための病棟の在り方について

2. 入院料に包括される薬剤等について

3. 入退院支援について

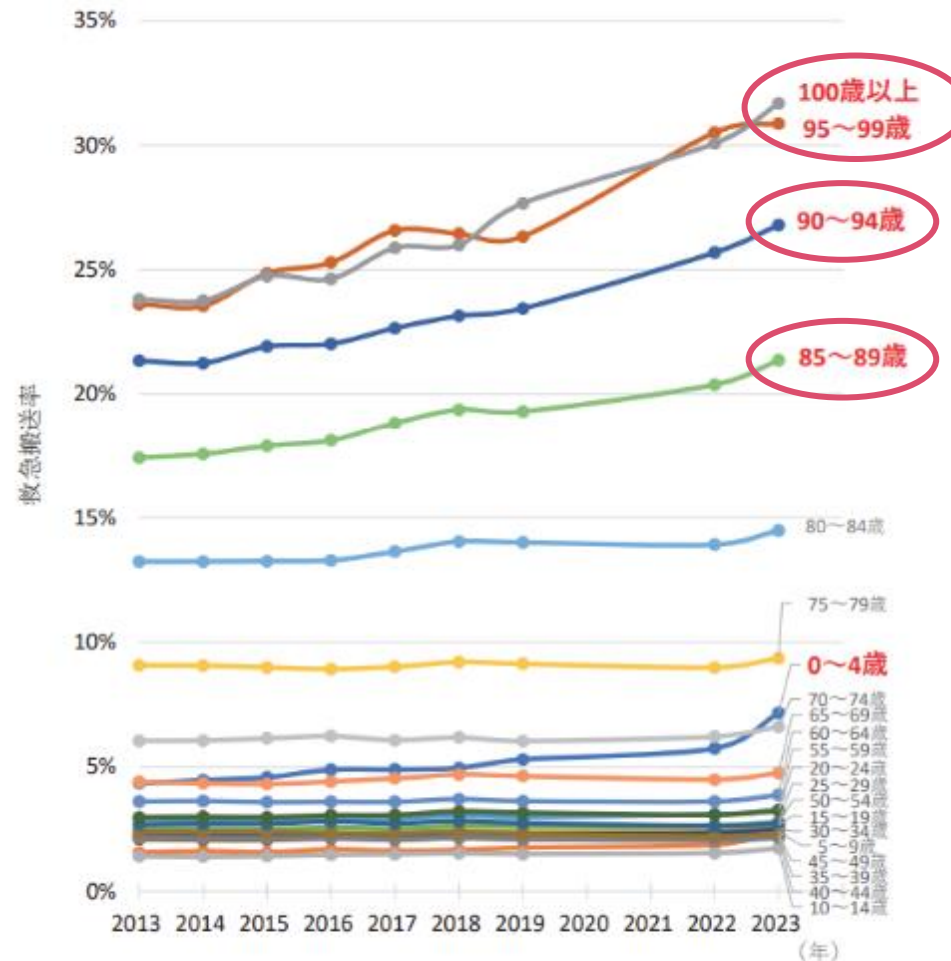
4. 看護職員の確保と働き方等について

- 主に85歳以上の年齢階層で、救急搬送率が増加している。

年齢階層別の救急搬送率（全国単位）

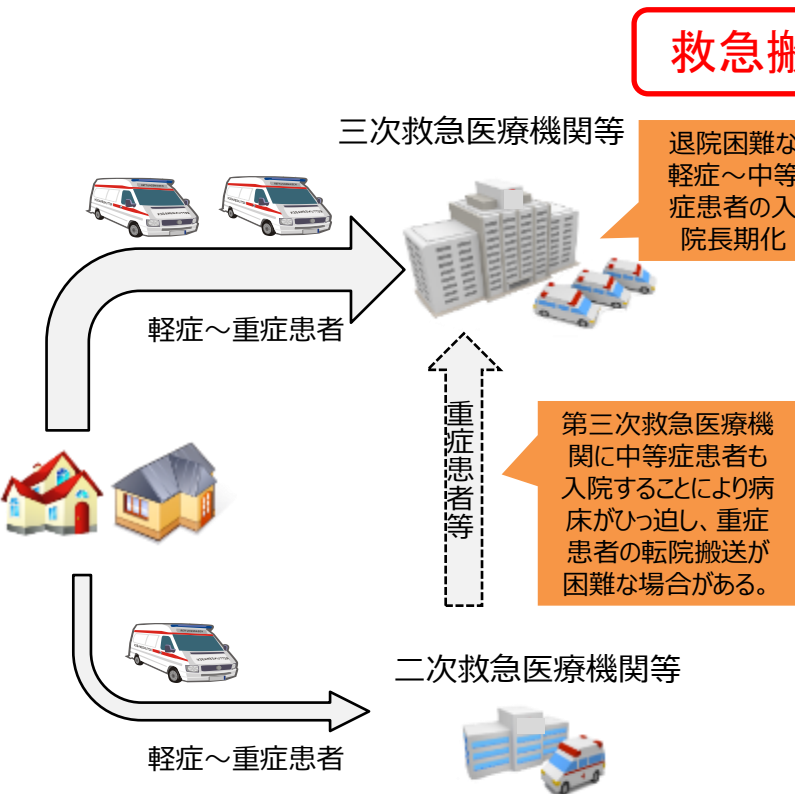
救急搬送率 = 年間の救急搬送人員 ÷ 当該年の人口

救急搬送率の推移（2013～2023年）（コロナの2020, 2021年除く）



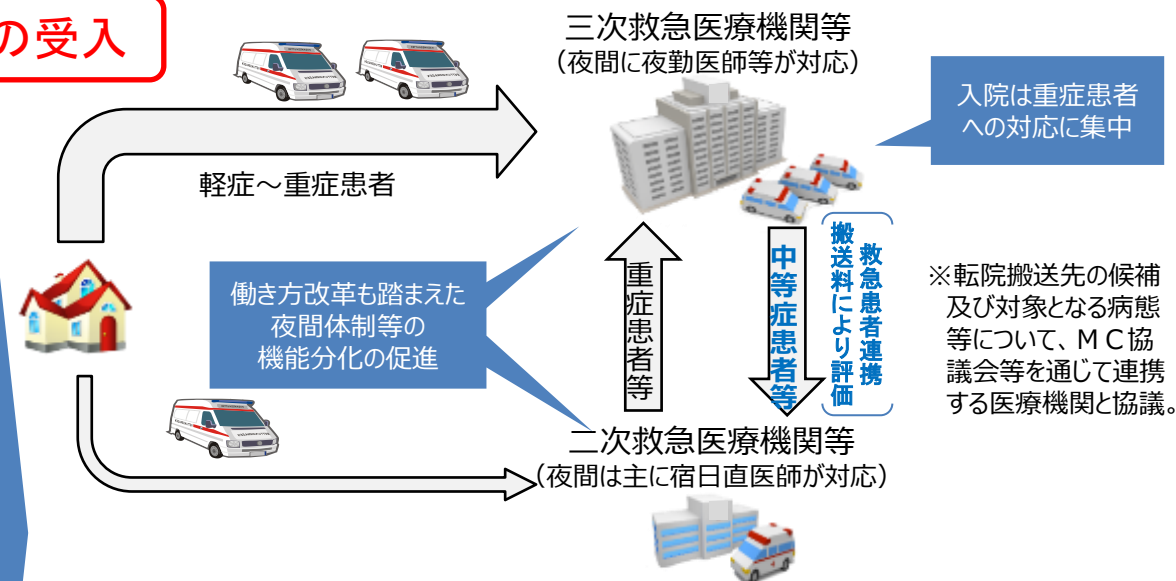
高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等

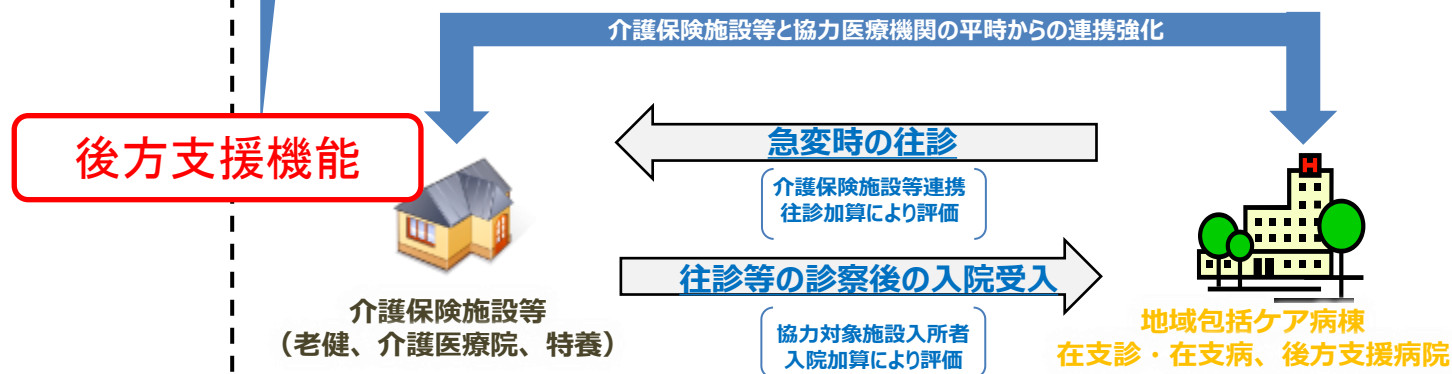


○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※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



包括期入院医療を担う病院の機能を表現しうる指標の候補

診調組 入-2
参 考
7. 9. 11改

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

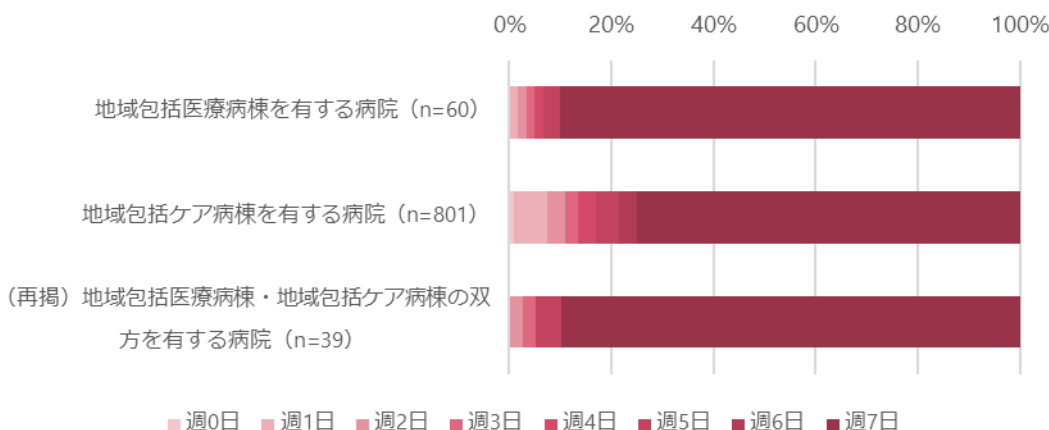
評価対象	具体的な指標	データ取得の実現性	評価観点	懸念点	在宅	施設
救急搬送受入件数	外来診察のみで帰宅した症例を含む救急応需件数	病床機能報告を利用、又は別途報告を要する	入院しなかった症例も含まれるため、入院を誘発するおそれがなく、救急外来そのもののパフォーマンスを評価できる	搬送手段として救急搬送が選択されないか	○	○
下り搬送等受入件数	下り搬送を応需した件数	現存するデータでは把握不能のため、別途報告を要する	自院で活発な救急受入を行っていても、他院との連携による機能分化を評価できる	下り搬送の定義について要検討	○	○
当該病棟への緊急入院	当該病棟へ自宅又は施設等から直接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

地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入状況

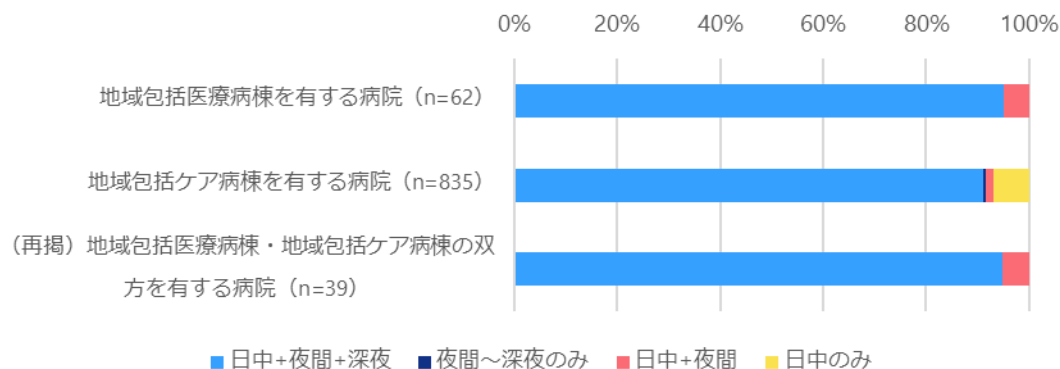
診調組 入-1
7. 6. 13改

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

救急患者を受け入れている頻度

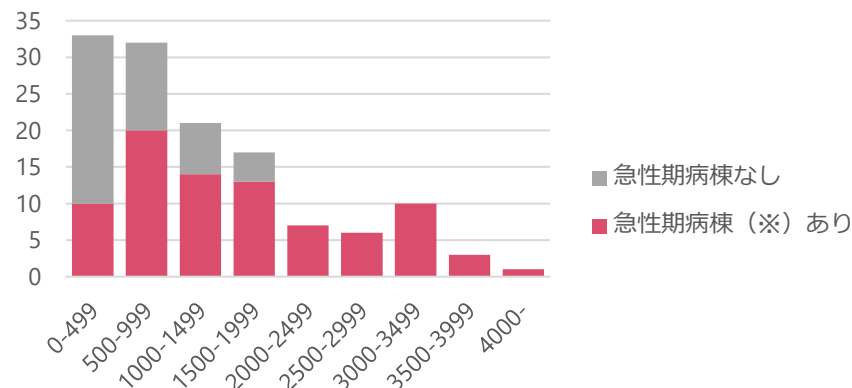


救急患者を受け入れている時間帯

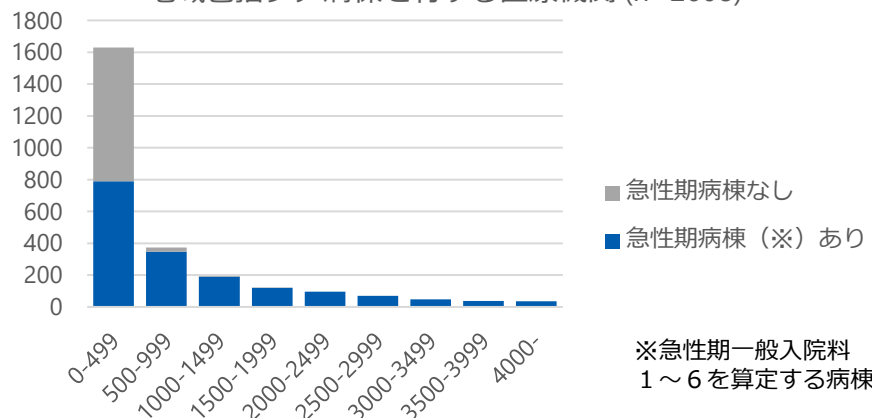


救急搬送受入件数の分布

地域包括医療病棟を有する医療機関 (n=130)



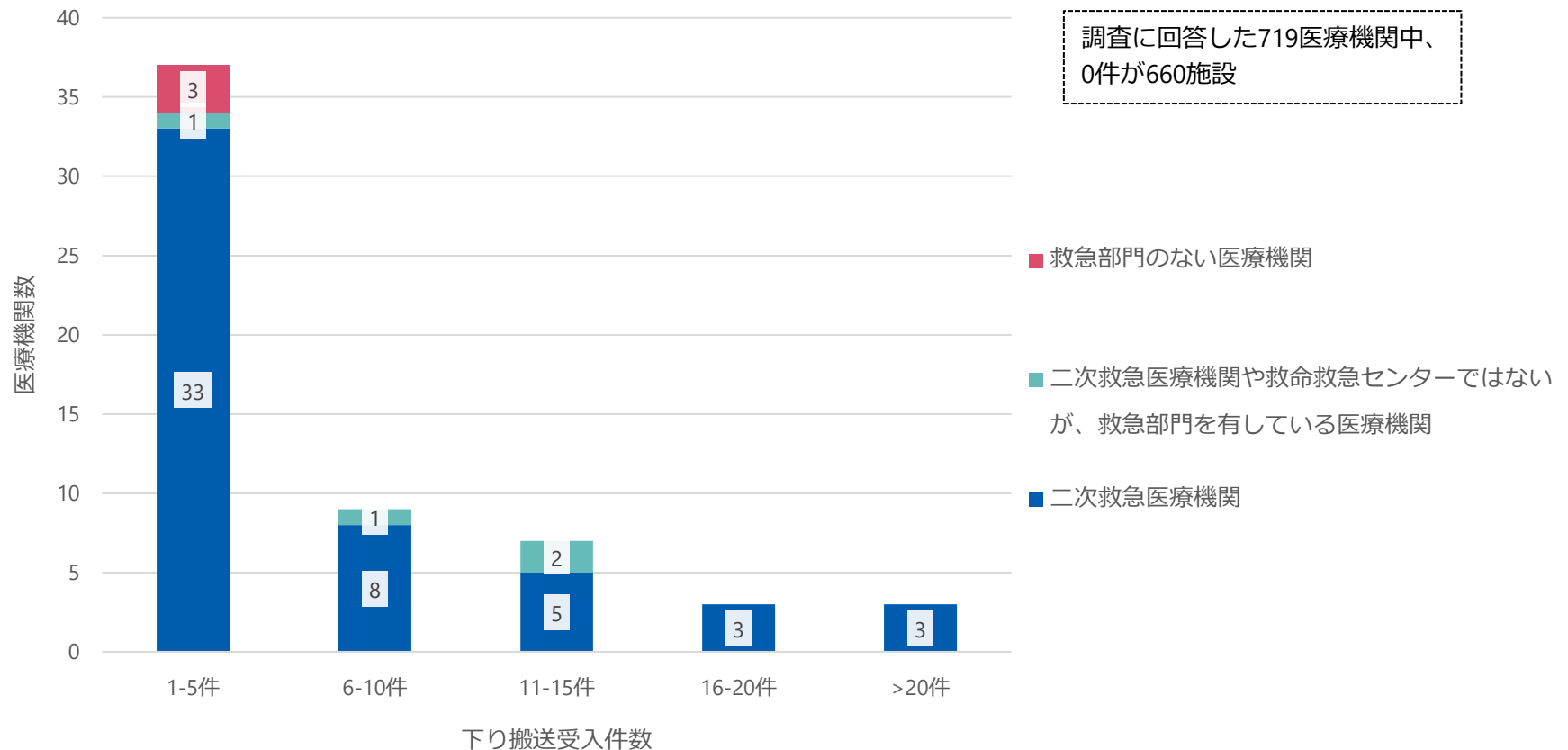
地域包括ケア病棟を有する医療機関 (n=2608)



地包医又は地ケア病棟を有する医療機関における下り搬送受入状況

- 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する医療機関においては、救急部門を有していなくても救急患者連携搬送料の搬送先として下り搬送を受け入れている医療機関があった。

地包医又は地ケア病棟を有する医療機関における
救急患者連携搬送料を算定された患者の下り搬送受入件数
(令和6年10月の1か月間)



包括期の病棟における緊急入院等の状況

診調組 入-1
7. 9. 11改

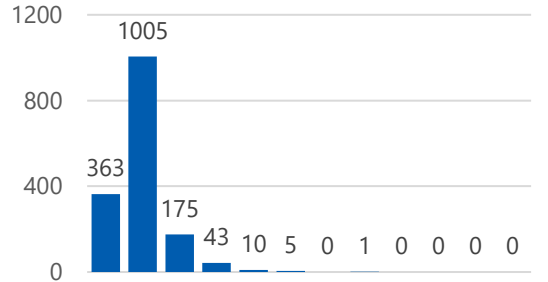
- 救急搬送からの入院や、自宅または施設からの緊急入院は、地域包括医療病棟では多く、地域包括ケア病棟では少ない医療機関が多かった。地域包括ケア病棟の中では、入院料・管理料1/3で2/4よりこれらの件数が多い傾向であり、施設基準（※）を大きく上回ると思われる施設も存在した。また、施設からの緊急入院が多い地域包括医療病棟もみられた。

※地域包括ケア病棟入院料・管理料1/3では、自宅等からの緊急入院が前3か月で9人以上必要。
2/4では、在宅医療の提供等、他の要件のうちどれか1つを満たすことが必要。

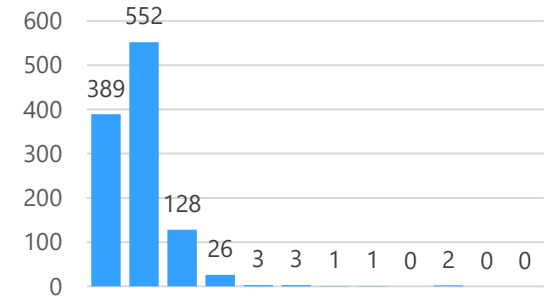
各病棟における緊急入院等の件数（50床1か月あたり）

救急搬送からの入院

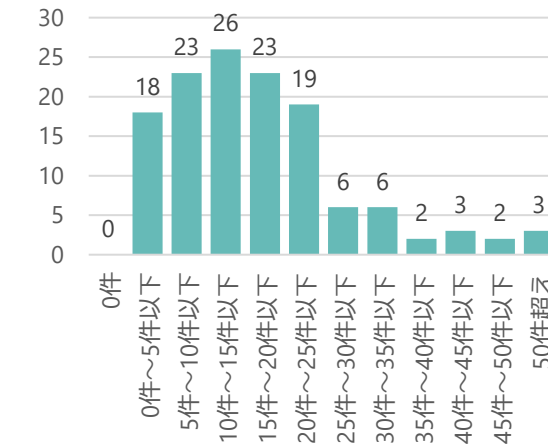
地域包括ケア病棟
入院料・管理料
1/3 (n=1629)



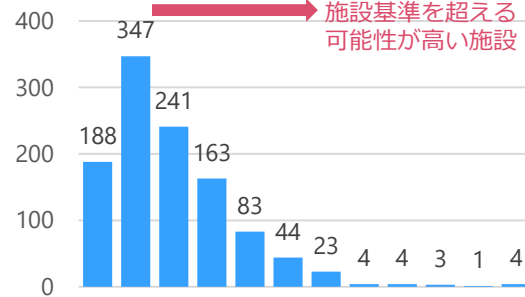
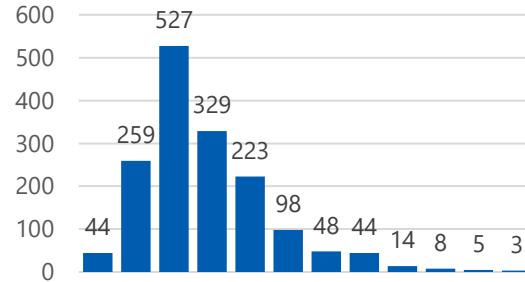
地域包括ケア病棟
入院料・管理料
2/4 (n=1124)



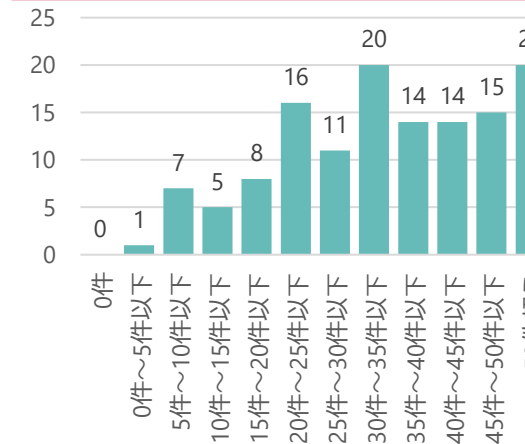
地域包括医療病棟
(n=131)



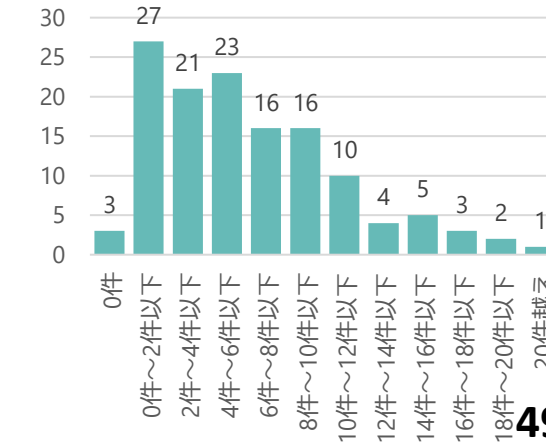
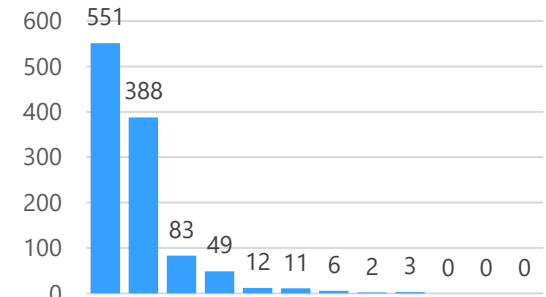
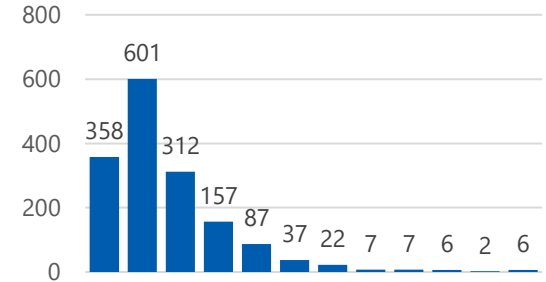
自宅又は施設からの緊急入院



施設基準を超える
可能性が高い施設



施設からの緊急入院件数



(参考) 後方支援に関する現状の評価

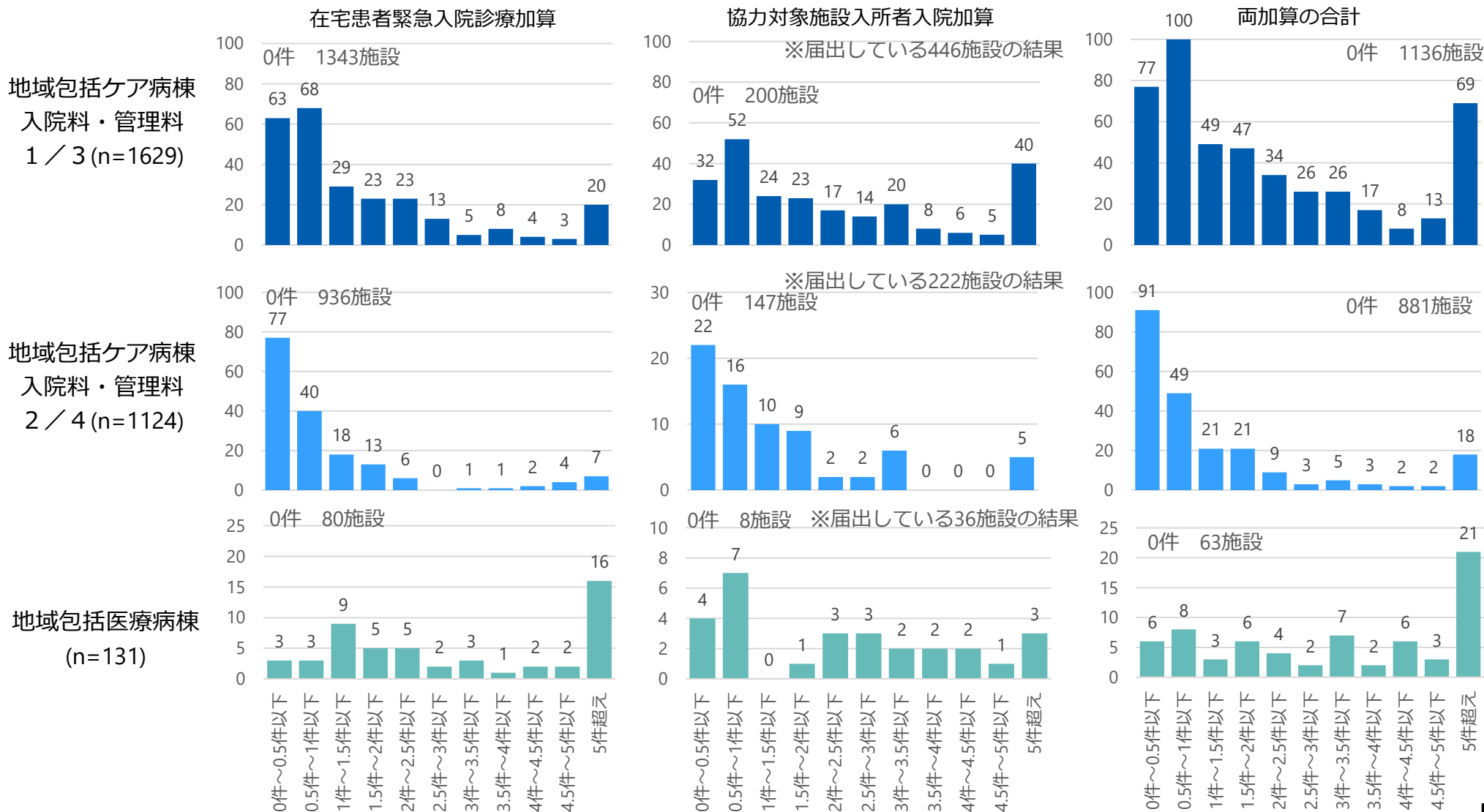
区分	概要	主な要件	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算。 診療所において「C002」在宅時医学総合管理料等を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。	在支診、在支病、後方支援病院の場合1、 連携医療機関の場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

包括期の病棟における後方支援に関する加算の算定状況

診療組 入-1
7. 9. 11

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

各病棟における加算の算定回数（50床 1 か月あたり）



出典：DPCデータ（2024年10月～12月）、主な施設基準等の届出情報（令和6年8月1日）（参考）協力対象施設入所者入院加算の届出は、全体で838施設

- 令和6年度介護報酬改定において、介護保険施設（介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、より適切な対応を行う体制を確保する観点から、協力医療機関との実効性のある連携体制に資する要件が定められた。
- 令和6年度診療報酬改定において、在支病、在支診、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院について、求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこととされた。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

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

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。＜経過措置3年間＞
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

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

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

【入院患者の状況】

- 医療機関に入院となった入所者等について、どの施設も、要件を満たす協力医療機関を定めている方が救急車による搬送が少なかった。
- 救急車による搬送が行われたケースにおいて、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等は、概ね入院先の医療機関と事前調整をした上で救急車を呼んだ割合が高かった。

図表36 救急車による搬送の有無

1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

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

図表37 救急車による搬送があったもののうち、入院先の医療機関と事前調整をした上で、救急車を呼んだか

1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

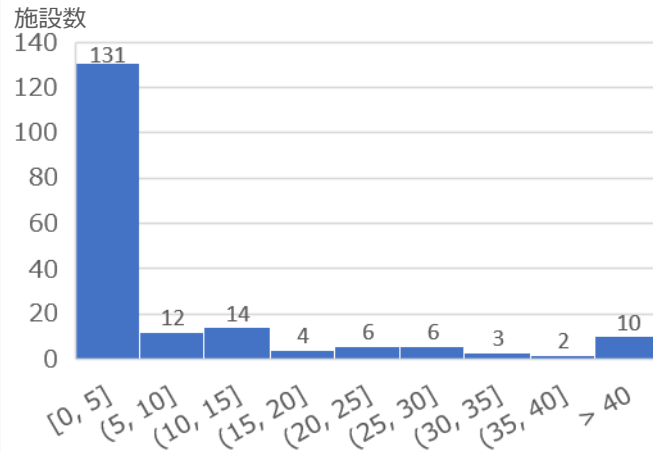
	協力医療機関の要件	調整あり	調整なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=251)	57.0%	41.0%	2.0%
	満たしていない(n=181)	46.4%	53.0%	0.6%
介護老人保健施設	満たしている(n=195)	75.4%	23.1%	1.5%
	満たしていない(n=85)	81.2%	15.3%	3.5%
介護医療院	満たしている(n=29)	89.7%	10.3%	0.0%
	満たしていない(n=9)	88.9%	11.1%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=100)	54.0%	42.0%	4.0%
	満たしていない(n=118)	33.9%	66.1%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

自院が協力医療機関を担っている協力対象施設数の分布

診調組 入-1
7. 8. 2 8改

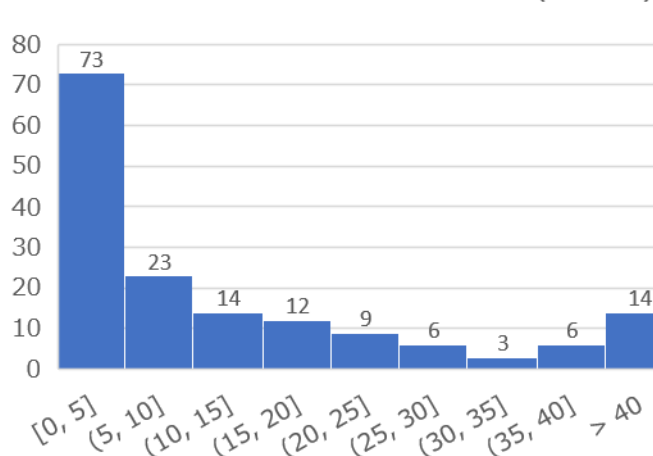
- 各入院料を算定する医療機関や病棟の組合せごとの協力医療機関となっている施設数の分布は以下のとおり。
- いずれの入院料においても0-5件が最多であるものの、急性期一般入院料2-6を算定するケアミックス型の医療機関、地域包括医療病棟を有する医療機関、地域包括ケア病棟を有する医療機関では、より多くの協力対象施設を有する医療機関の割合が高かった。

急性期一般入院料1（急性期のみ）（n=188）

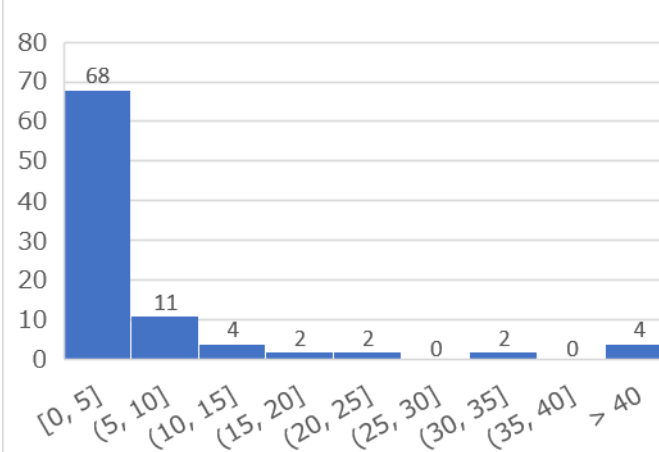


協力医療機関となっている施設数（他のグラフも同じ）

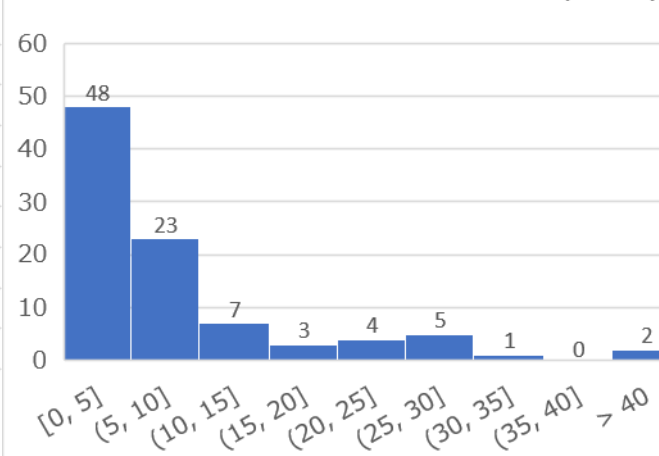
急性期一般入院料1（ケアミックス）（n=160）



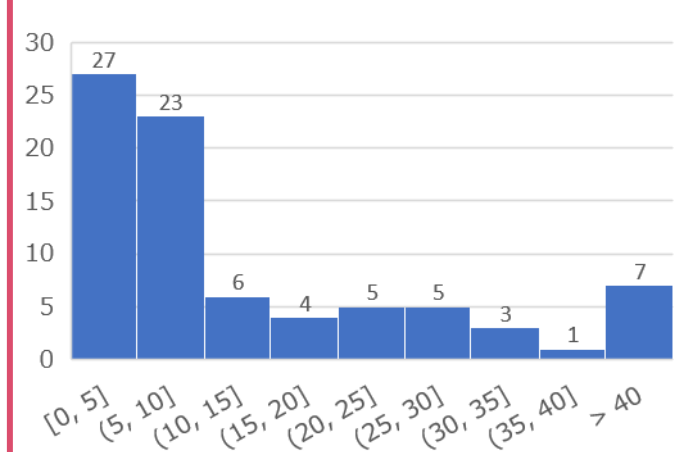
急性期一般入院料2-6（急性期のみ）（n=93）



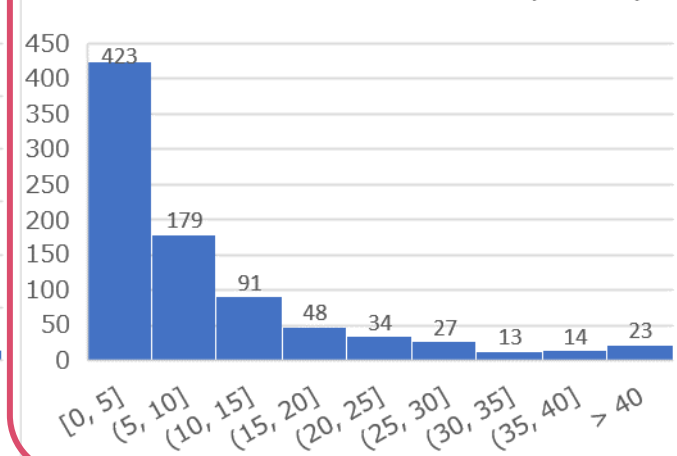
急性期一般入院料2-6（ケアミックス）（n=93）



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)

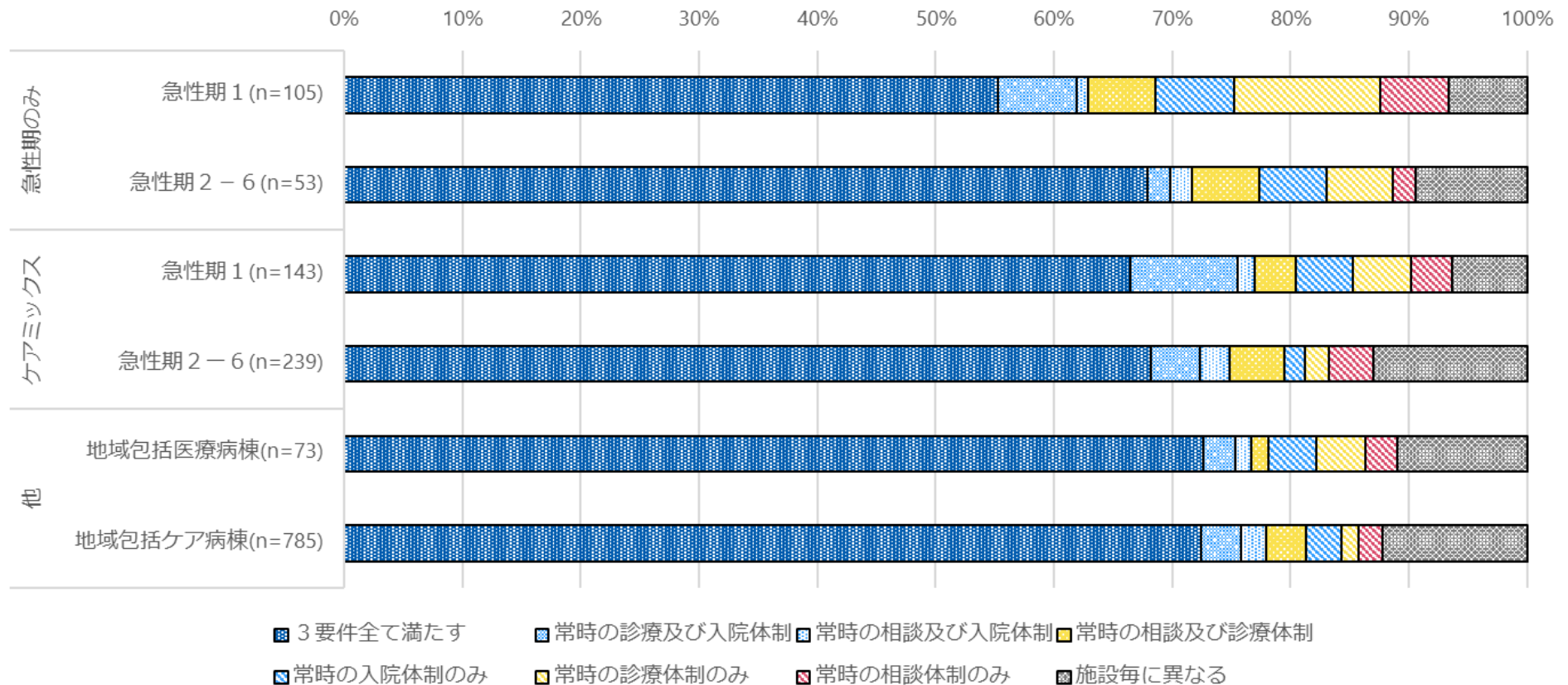


介護保険施設に対して備えている体制

診調組 入-1
 7. 8. 28

- 介護保険施設の協力医療機関の要件として定められている「常時の相談体制」「常時の診療体制」「常時の入院受入体制」の3つの要件のうち、連携する施設に対して提供している体制を入院料ごとに示す。
- 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、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。

協力医療機関の3要件のうち、連携する施設に提供している体制



後方支援に係る枠組み

	協力対象施設入所者入院加算等 (協力医療機関で算定可能)	在宅療養後方支援病院
連携相手の機関	<u>介護保険施設</u> （介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）（＝ <u>協力対象施設</u> ）	在宅医療を提供する <u>医療機関</u> （＝ <u>連携医療機関</u> ）
求められる体制（3要件）	（「協力医療機関であること」として以下の3要件を満たす必要あり。） ○ 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が<u>相談対応を行う体制を常時確保</u>していること。 ○ 診療の求めがあった場合において、<u>診療を行う体制を常時確保</u>していること。 ○ 当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の<u>入院を原則として受け入れる体制を確保</u>していること。 ※ やむを得ない事情により当該保険医療機関に入院させることが困難な場合は、当該保険医療機関が当該患者に入院可能な保険医療機関を紹介すること。（協力医療機関であることを求める加算において規定）	○ <u>24時間連絡を受ける</u>担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で連携医療機関に対して提供していること。 ○ 入院希望患者（予め届け出たもの）の<u>診療が24時間可能な体制を確保</u>。 ○ 入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に<u>入院できる病床を常に確保</u>していること。 ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること。 ○ 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームとの協力が可能な体制をとっていること。）
情報共有に係る要件	ア又はイのいずれか。 ア <u>ICTを活用して当該患者の診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること</u>＋<u>年3回以上の頻度でカンファレンス</u>を実施。 イ <u>1月に1回以上の頻度でカンファレンス</u>を実施。 いずれもビデオ通話が可能な機器を用いて実施可。	連携医療機関との間で、<u>3月に1回以上、患者の診療情報の交換</u>を行い、<u>入院希望患者の一覧表を作成</u>する。 なお、ファクシミリや電子メール等を用いた情報交換でも差し支えないが、記録の残らない電話等は認められない。
その他の要件	—	許可病床数200床以上

介護保険施設等連携往診加算及び協力対象施設入所者入院加算について

中医協 総-2
7. 8. 27

介護保険施設等連携往診加算

- 介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合の評価。

介護保険施設等連携往診加算 200点

[主な施設基準]

- ・ 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められており、**24時間連絡を受けることができる体制及び当該介護保険施設等の求めに応じて、24時間往診が可能な体制**を確保していること。

協力対象施設入所者入院加算

- 介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価。

協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

1 往診が行われた場合	600点
2 1以外の場合	200点

[対象医療機関]

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

[主な施設基準]

- ・ 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められており、**緊急時の連絡体制及び入院を要すると認められた入所者の入院を原則として当該保険医療機関が受け入れる体制を確保**していること。

＜両加算に共通するカンファレンスに係る要件＞

ア 次の（イ）及び（ロ）に該当していること。

- （イ）入院受入れを行う保険医療機関の保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。**
- （ロ）介護保険施設等と当該介護保険施設の協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**年3回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

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

算定医療機関数等（令和6年7月診療分）

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

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

病院と在宅医療等との連携を要件とする診療報酬上の評価の例とその趣旨

診調組 入-1
7. 8. 2 8改

- 病院と在宅医療等との連携に係る診療報酬上の評価においては、主として顔の見える関係の構築をめざした要件と、緊急入院等に備え個別の患者の診療情報の共有を行うための要件があり、後方支援に係る加算では双方を要件としている。
- 各要件におけるカンファレンスの頻度や情報共有の方法は異なっているが、ICTを活用して常時診療情報等が確認できる場合には、文書の代用とすることができる他、カンファレンスの頻度は低く設定されている。

主な趣旨	区分番号	概要	求められる連携
患者紹介等における連携の円滑化を目指した「顔の見える関係」 (具体的には、施設の職員どうしが知り合っていること、計画見直し等の共同作業を行っていること等)を求めているもの	A246 入退院支援加算 A246-2 精神科入退院支援加算	施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するもの。	・年3回以上の頻度で対面又はビデオ通話が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行うこと。 (面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えない。)
	B009 診療情報提供料 (I) 注16 地域連携診療計画加算	あらかじめ地域連携診療計画を共有する連携保険医療機関において、計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や在宅復帰後の患者の状況等について、退院月又はその翌月までに情報提供を行った場合に算定する。	・地域連携診療計画に係る情報交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。
	A310 緩和ケア病棟入院料 注2 緩和ケア病棟緊急入院 初期加算	在宅緩和ケアを提供する連携医療機関からの求めに応じて、あらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、急変時等に入院させた場合に加算する。	・過去1年以内に、緩和ケアを受ける患者の紹介、緩和ケアに係る研修又は共同でのカンファレンスの実施等の際に、医師その他の職員が面会した実績を記録すること。 ・緊急に入院を要する可能性のある患者について、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、予め文書による情報提供を受けること。(ICTの活用により、常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合は代用可)
上記に加え、より確実に迅速な対応を目指して、入院の可能性のある患者等を予め医療機関が把握することを求めているもの	在宅療養後方支援病院	在宅医療を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が重要であるとの観点から設けられた、後方病床をもつ医療機関について評価するもの。	以下の体制や要件を満たすこと。 ・24時間連絡を受ける担当者の連絡先を文書で共有 ・入院希望患者の診療が24時間可能な体制確保 ・入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床の常時確保 ・連携医療機関との間で、3月に1回以上患者の診療情報の交換(記録が残るものに限る。) ・入院希望患者の最新の一覧表の作成
	A253 協力対象施設入所者入院加算	介護保険施設等において療養を行っている患者の急変時等に、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。	・ICTを活用して診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制をもち、かつ年3回以上のカンファレンスによる診療情報及び急変時の対応方針の共有を行うこと。 又は ・1月に1回以上のカンファレンスによる診療情報及び急変時の対応方針の共有を行うこと。

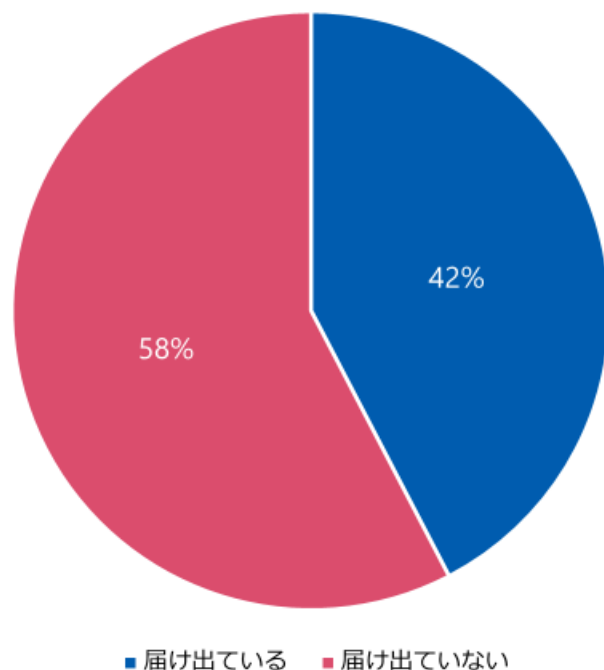
協力対象施設入所者入院加算の届出状況

診調組 入-1
7. 8. 28

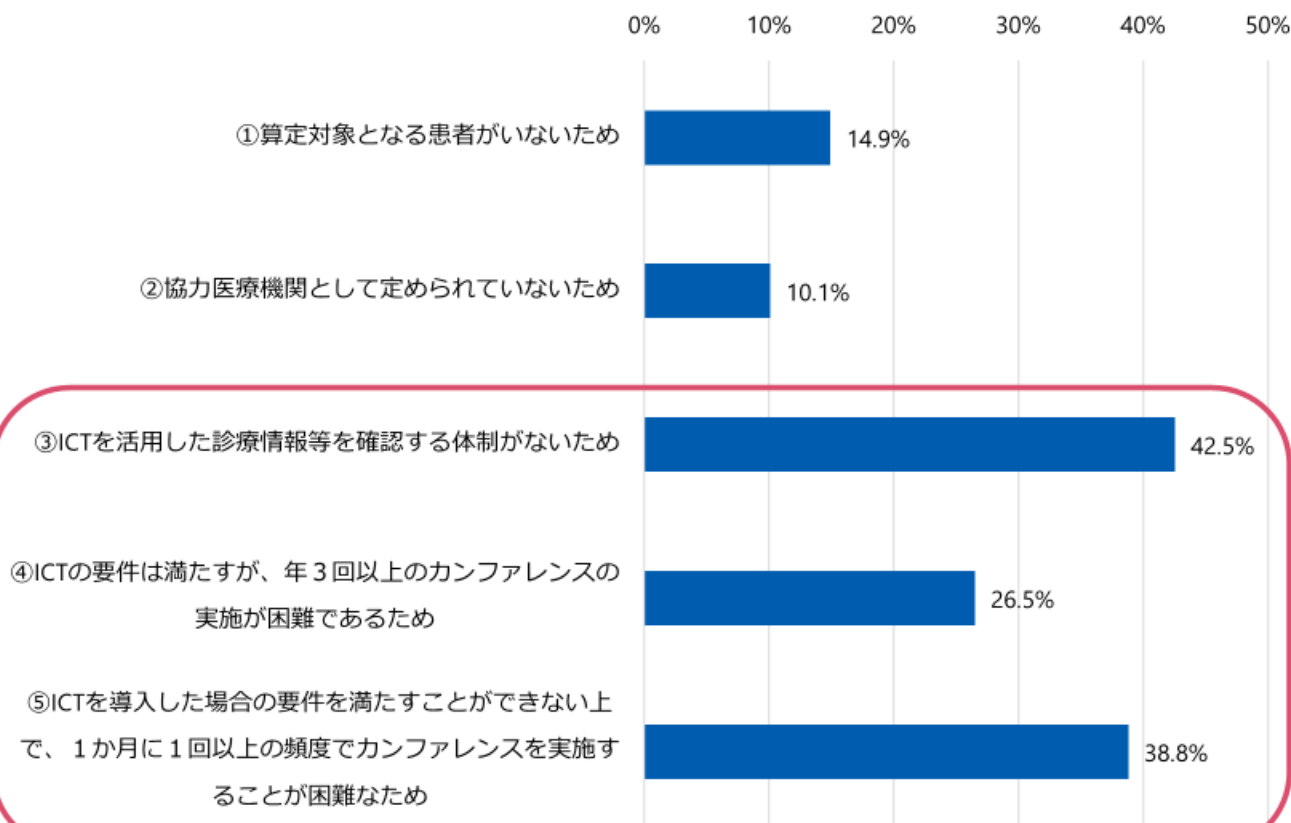
- 算定要件である在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院のいずれかに該当する施設において、協力対象施設入所者入院加算を届け出ているのは約4割であった。
- 届出していない理由として、ICTによる情報共有の体制整備や、カンファレンスの要件が困難と回答した施設が多かった。

協力対象施設入所者入院加算の届出

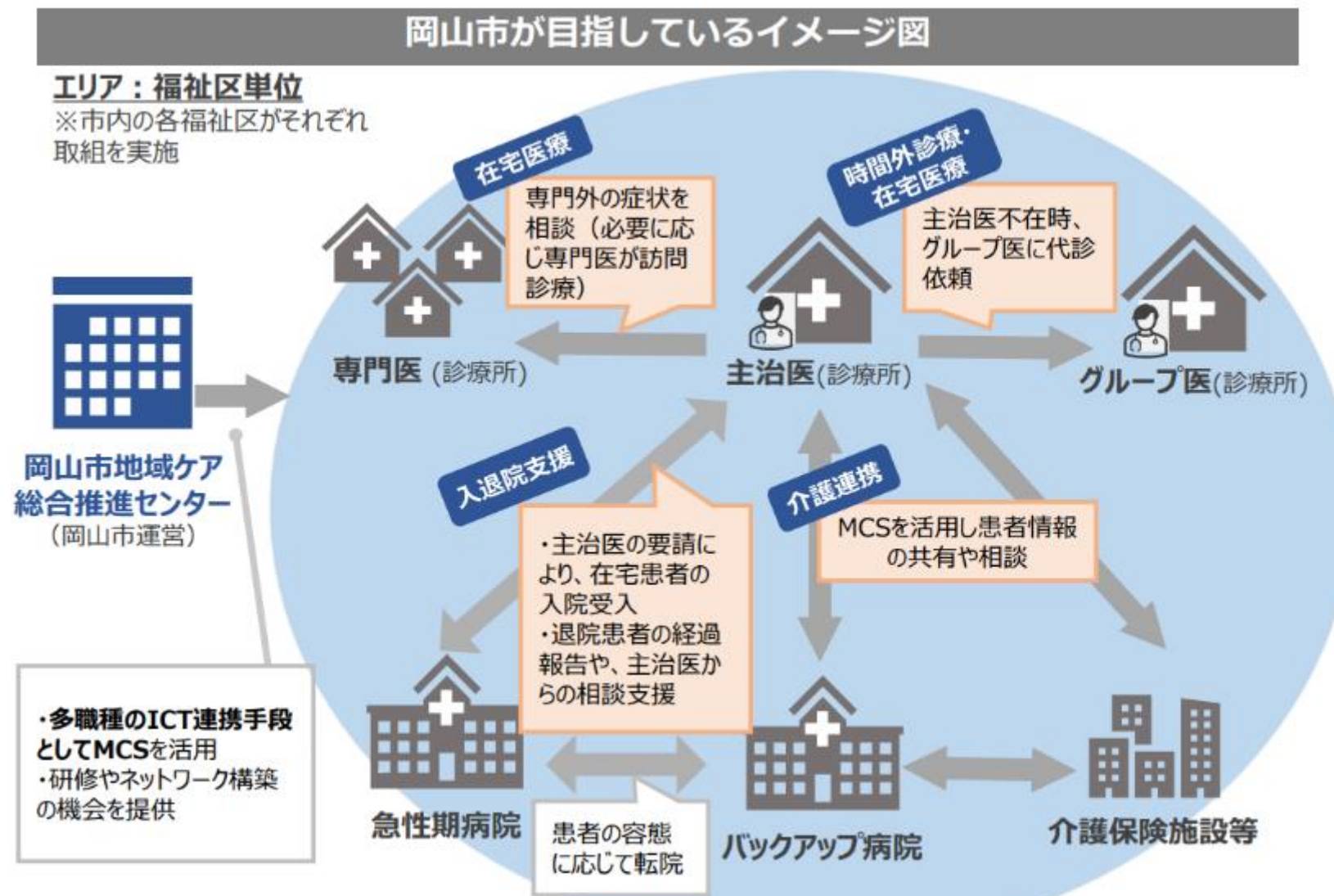
(n=465)



協力対象施設入所者入院加算を届け出していない理由(n=268)



- 在宅医療を提供する医療機関が、緊急時の入院受け入れ病院及び介護保険施設等とICTを用いて平時から患者情報の共有を行うことで、円滑な入院受入相談等を行うための連携体制を構築している事例がある。

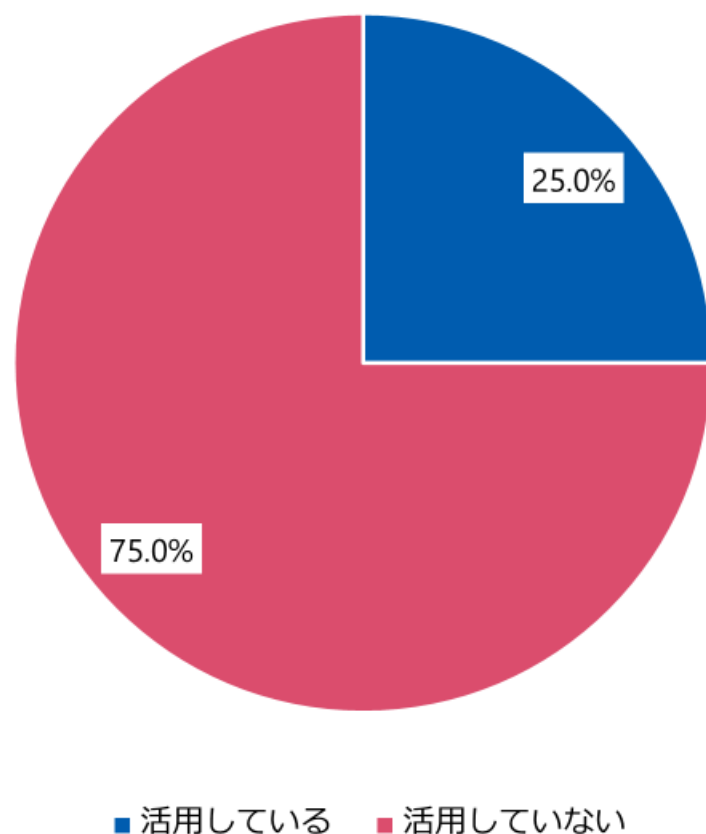


病院における多職種連携システムの活用状況

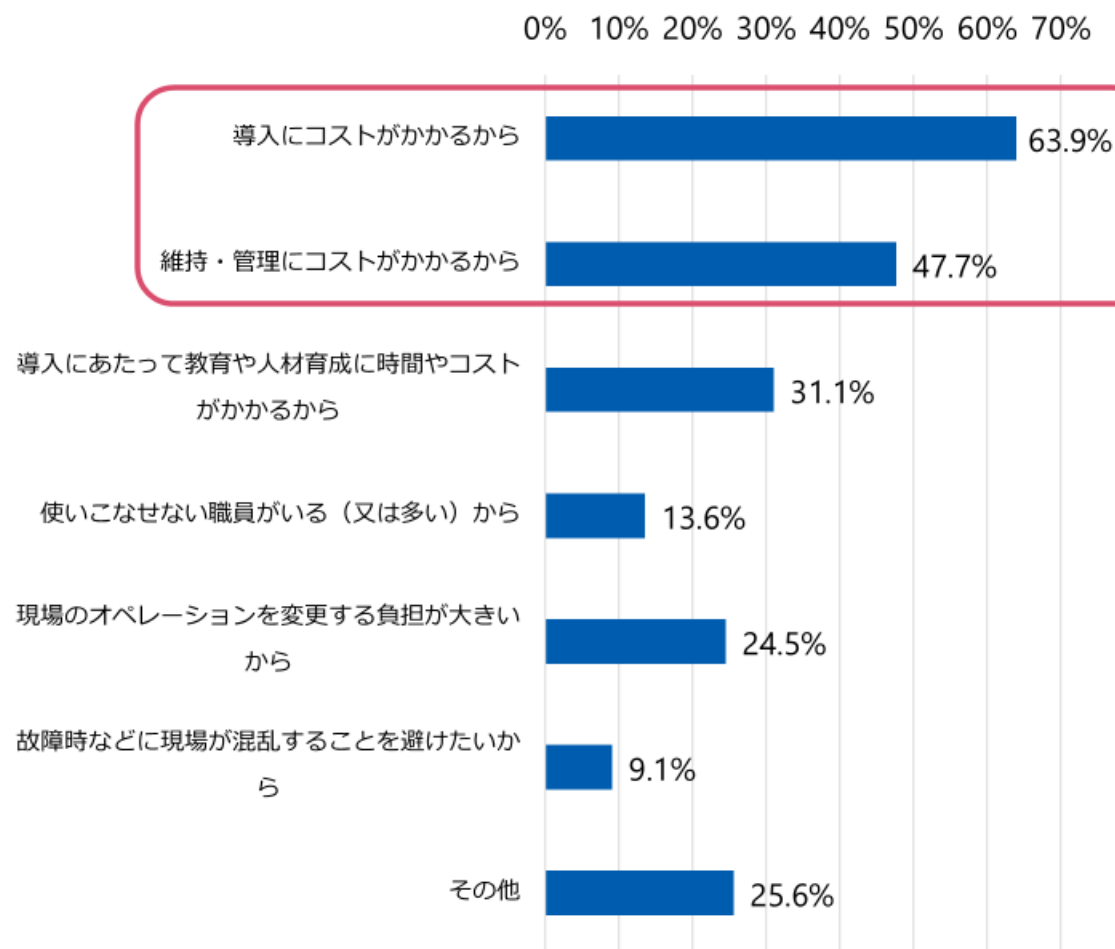
診調組 入-1
7. 8. 28

- 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)



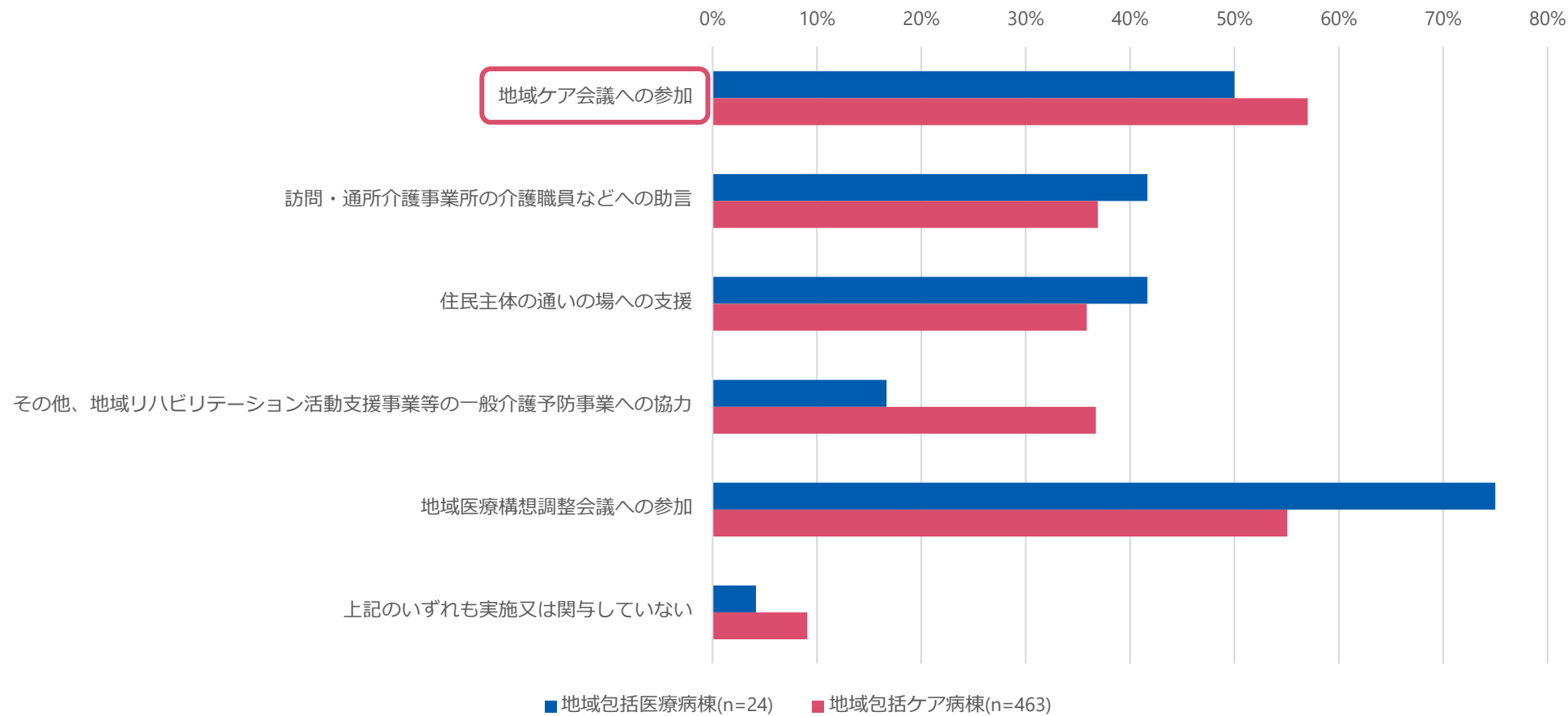
多職種連携システムを活用していない理由(n=1499)



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設における地域貢献活動

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

施設として実施している又は関与している取組について



1. 包括期入院医療について

1－1. 経緯と現状

1－2. 地域包括医療病棟について

1－3. 地域包括ケア病棟について

1－4. 包括期入院医療の評価について

① 救急受入や在宅等後方支援の機能について

② 高齢者救急や後方支援を担うための病棟の在り方について

2. 入院料に包括される薬剤等について

3. 入退院支援について

4. 看護職員の確保と働き方等について

(再掲) 地域包括ケア病棟における入院患者数上位疾患

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

【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括ケア病棟（急性期病棟併設あり 1,686施設）

1	白内障、水晶体の疾患（片眼手術）	6.4%
2	小腸大腸の良性疾患	4.1%
3	胸椎、腰椎以下骨折損傷	1.8%
4	腎臓又は尿路の感染症	1.1%
5	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	1.1%
6	前庭機能障害 手術なし	1.1%
7	白内障、水晶体の疾患（両眼手術）	0.9%
8	心不全	0.9%
9	体液量減少症	0.9%
10	2型糖尿病	0.9%

転院・転棟

1	誤嚥性肺炎	2.0%
2	股関節・大腿近位の骨折	1.9%
3	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	1.7%
4	胸椎、腰椎以下骨折損傷	1.7%
5	膝関節症 人工関節再置換術等	1.6%
6	腎臓又は尿路の感染症	1.6%
7	心不全	1.3%
8	筋拘縮・萎縮（その他）	1.2%
9	股関節骨頭壊死、股関節症	0.9%
10	その他の感染症（真菌を除く。）	0.7%

(再掲) 地域包括医療病棟

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

地域包括ケア病棟（急性期病棟併設なし 882施設）

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

転院・転棟

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

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

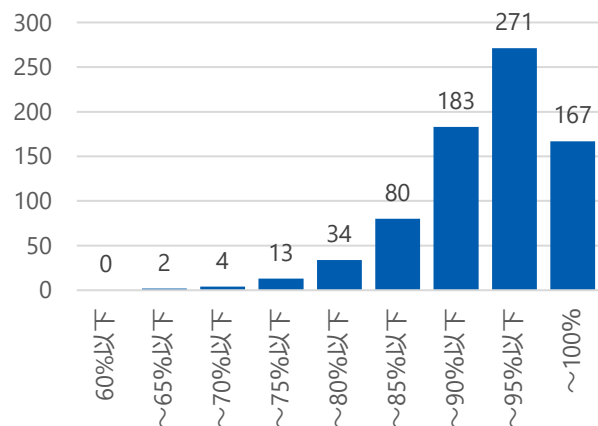
救急搬送の割合が多い地域包括ケア病棟におけるその他の指標

診調組 入-1
7. 9. 11改

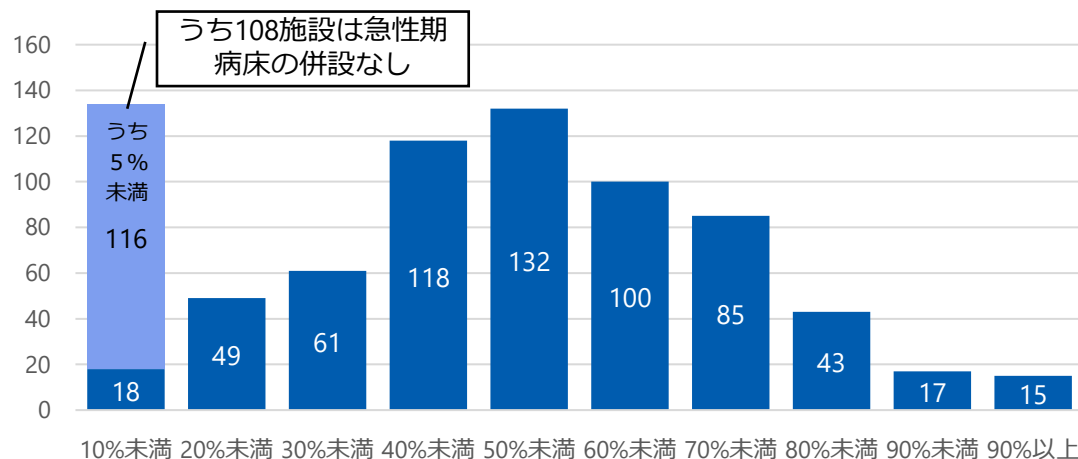
- 救急搬送から入院した患者の割合が15%を超える地域包括ケア病棟では、在宅復帰率が80%を超える施設が多く、平均在院日数は16日以下の施設が最多であった。同一医療機関内から転棟した患者の割合は、10%未満と40%以上50%未満に施設数のピークがあり、10%未満の施設のほとんどが急性期病棟の併設のない医療機関であった。一方、重症度、医療・看護必要度の得点は低い傾向であった。

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

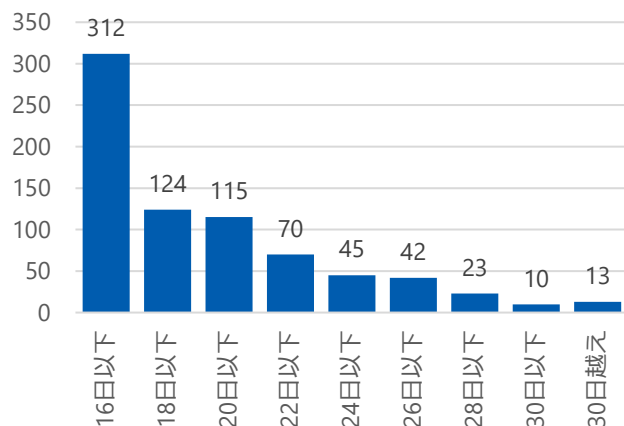
在宅復帰率の分布



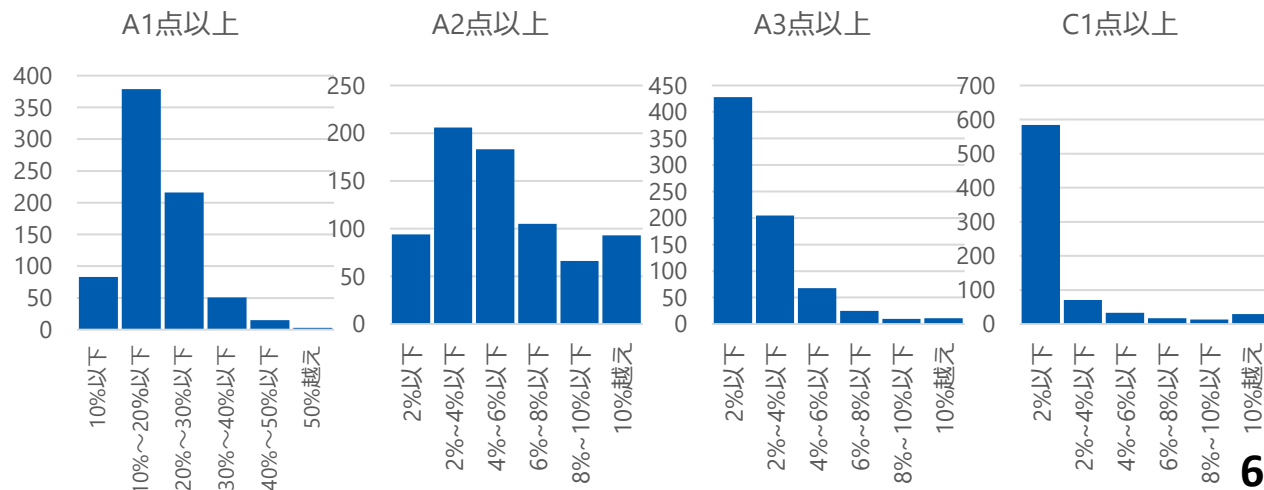
同一病院内から転棟した患者の割合の分布



平均在院日数の分布



重症度、医療・看護必要度を満たす患者の割合の分布



急性期一般入院料 2 - 6 と併設されている地域包括医療病棟

診調組 入-1
7. 7. 17改

- 10対1看護配置の急性期一般病棟と地域包括医療病棟を共に有する医療機関における、入棟患者数の多い疾患は、両病棟で共通していた。
- 疾患別に、地域包括医療病棟へ入棟した割合の医療機関ごとの分布をプロットすると、広い範囲に分布しており、一定の傾向はみられなかった。

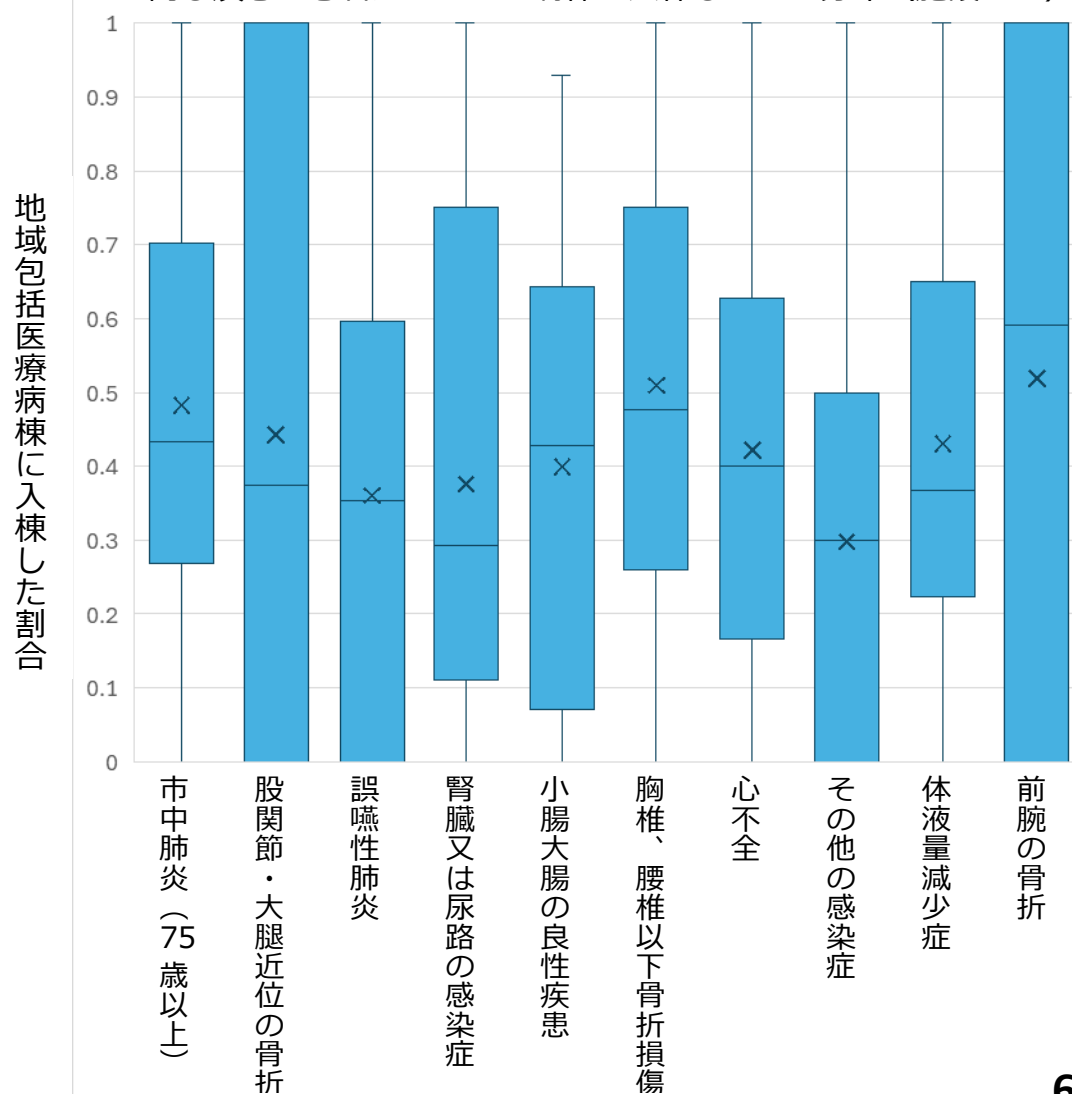
急性期一般入院料 2 - 6 に入院した上位疾患(n=14824)

1	誤嚥性肺炎	3.4%
2	小腸大腸の良性疾患（ポリペク）	3.3%
3	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.4%
4	腎臓又は尿路の感染症	2.2%
5	白内障、水晶体の疾患 片眼手術	2.2%
6	その他の感染症（真菌を除く。）	2.1%
7	心不全 手術処置なし 転院以外	1.8%
8	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術	1.8%
9	胸椎、腰椎以下骨折損傷 手術なし	1.3%
10	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし	1.1%

地域包括医療病棟に入院した上位疾患(n=6860)

1	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	4.5%
2	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術	3.7%
3	誤嚥性肺炎	3.5%
4	腎臓又は尿路の感染症	2.8%
5	小腸大腸の良性疾患（ポリペク）	2.7%
6	胸椎、腰椎以下骨折損傷 手術なし	2.6%
7	心不全 手術処置なし 転院以外	2.2%
8	その他の感染症（真菌を除く。）	2.0%
9	体液量減少症	1.8%
10	前腕の骨折 骨折観血的手術	1.6%

同じ疾患の患者がどちらの病棟に入棟したかの分布（施設ごと）

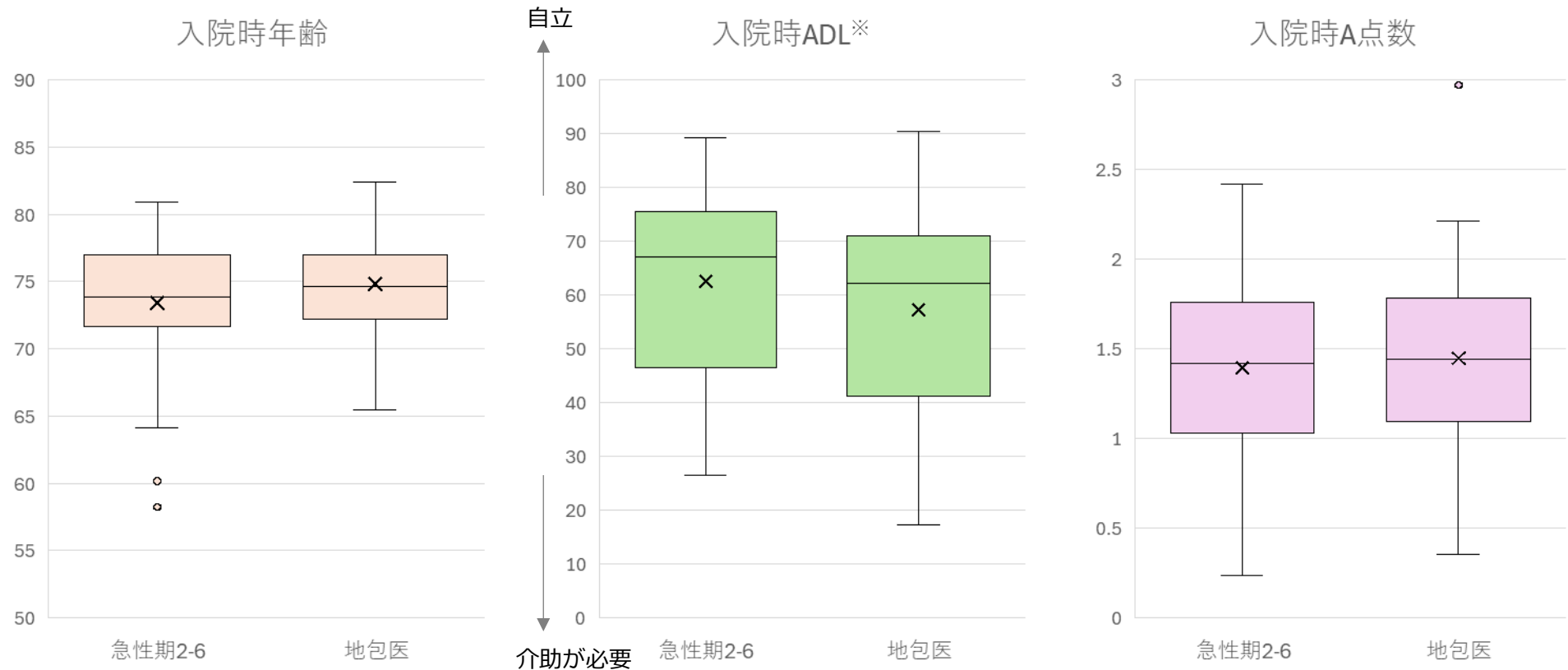


同一施設における急性期一般入院料 2 - 6 と地域包括医療病棟の患者

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

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

(48医療機関, n = 21,613)



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

これまでの包括期の入院医療に関する主な意見

<令和7年10月8日 中医協総会>

- 令和6年度改定の附帯意見で、地域包括医療病棟の新設を踏まえ、10対1病棟の在り方を検討することになっていたので、今後の議論に向けた資料の準備をお願いしたい。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- 高齢者の入院医療においては、救急の受入とともに在宅との連携も重要であり、在宅医療を含めて地域医療全体を考えることは重要なテーマとの意見があった。また、救急搬送から自宅に退院するまで1つの病院で加療できることが望ましく、病院単位でどのような役割をどのように評価するかといった観点で検討が必要ではないかとの意見があった。
- 地域包括ケア病棟の3つの機能について、病院単位で救急受入等を評価すると、結局ほとんど急性期の病棟に入院している場合があるので、形だけの救急告示ではなく、実際に果たしている後方支援機能等を評価する仕組みが必要ではないか、との意見があった。
- 緊急入院等を多く受け入れている地域包括ケア病棟は一定の評価を検討すべきではないかとの意見があった。
- 介護施設からの入院を多く受け入れている地域包括医療病棟があり、その役割に照らせば加算等の評価対象としてもよいことを検討しうるのではないかと意見があった。
- 多疾患を有する救急患者は、搬送時点で急性期病棟と地域包括医療病棟のいずれが適しているか判断が難しいとの意見があった。
- 同一医療機関内に急性期病棟と地域包括医療病棟の双方を有している場合に、入棟した患者像は大きな違いはなく、高齢者において頻度の高い疾患を地域包括医療病棟で診療するということも考えられるのではないかと意見があった。

包括期の入院医療に係る課題と論点①

(高齢者救急の受入や在宅・施設の後方支援の機能について)

- 包括期の入院医療を担うにあたり、その機能を表現できる指標の候補として、救急搬送受入件数、下り搬送受入件数、後方支援に係る加算の算定件数等が考えられる。
- 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の多くは毎日救急受入をしていた。救急受入件数が非常に多い施設はいずれも急性期病棟も有する医療機関であった。一部の医療機関では、救急部門を有していなくても下り搬送を受け入れていた。救急搬送からの入院や自宅・施設からの緊急入院件数は、全体的に地域包括医療病棟で地域包括ケア病棟より多かった。
- 後方支援に係る加算は、算定件数0件の施設が最も多く、算定している施設においてもその件数は二極化していた。
- 令和6年度診療報酬改定において、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院について、求めに応じて介護保険施設の協力医療機関を担うことが望ましいこととされた。地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟を有する医療機関では、より多くの協力対象施設を有しており、常時の相談、常時の診療、常時の入院体制確保の協力医療機関の3要件全てを満たす割合が高かった。
- 協力対象施設入所者入院加算を届出できない理由として、ICTの整備や頻回のカンファレンス実施が困難という意見があった。
- 在宅医療の後方支援を意図した枠組みとして、「在宅療養後方支援病院」があり、常時の相談、診療、入院病床確保、入院希望患者の情報共有と、施設入所者の後方支援の枠組みである協力医療機関と同様の要件が設けられている。
- 地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟を有する医療機関の5割以上は、地域ケア会議等に参加していた。

(高齢者救急や後方支援を担うための病棟の在り方について)

- 地域包括ケア病棟は、同一医療機関内の急性期病棟の有無や、入棟経路によって受け入れている患者像が異なっており、急性期病棟のない医療機関の地域包括ケア病棟に直接入棟する患者の疾患は、地域包括医療病棟と近かった。
- 一部の地域包括ケア病棟では施設基準を大きく超える件数を受け入れていた。救急搬送から入院した患者が15%を超える地域包括ケア病棟においては、在宅復帰率や平均在院日数は地域包括医療病棟の基準を満たしていたが、重症度、医療・看護必要度は低く、看護配置等を鑑みて診療可能な軽症救急を受け入れていると考えられた。
- 同一医療機関内に急性期一般病棟と地域包括医療病棟の双方がある場合、いずれも直接入院を受け入れており、双方の病棟へ入院する疾患や患者像は類似していた。

包括期の入院医療に係る課題と論点②

【論点】



(高齢者救急の受入や在宅・施設の後方支援の機能について)

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

(高齢者救急や後方支援を担うための病棟の在り方について)

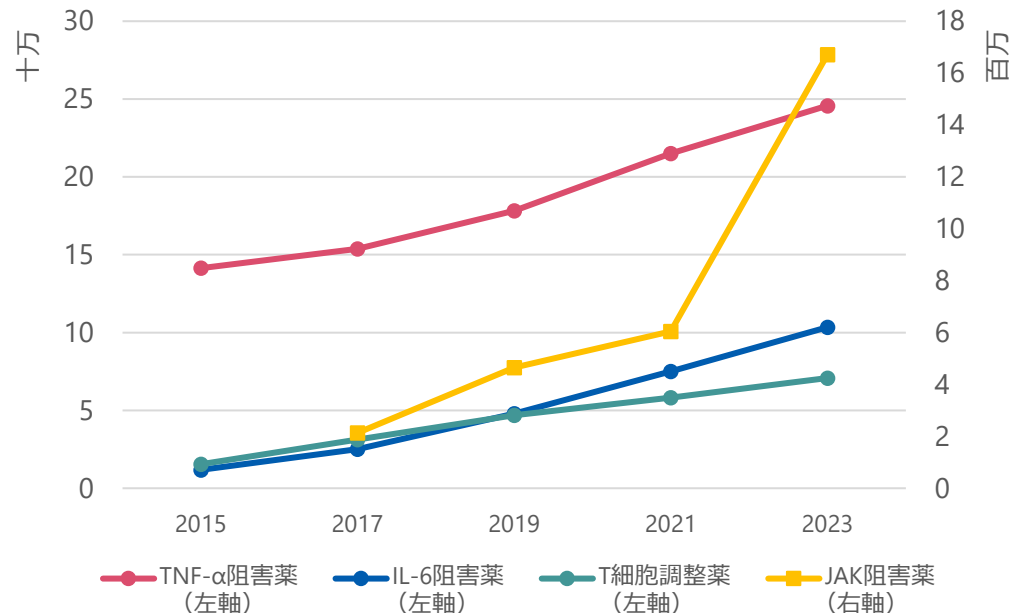
- 急性期病棟を持たない病院で在宅患者を多く受け入れる地域包括ケア病棟の機能や入院する患者像は、地域包括医療病棟と重複がみられ、重症度がやや低い。両病棟は評価体系や施設基準が異なっており、患者ごとにどちらの病棟がより適するか判断を要すること等を踏まえ、入院時に患者の病態が明らかでない中で受け入れを円滑に行う体制の在り方について、どのように考えるか。
- 地域包括医療病棟の機能や入院する患者像は急性期一般入院基本料2～6の病棟と重複がみられる。両病棟はともに10対1看護配置であるなど施設基準の共通点があるものの、評価体系等が異なっており、患者ごとにどちらの病棟がより適するか判断を要すること等を踏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

1. 包括期入院医療について
2. 入院料に包括される薬剤等について
3. 入退院支援について
4. 看護職員の確保と働き方等について

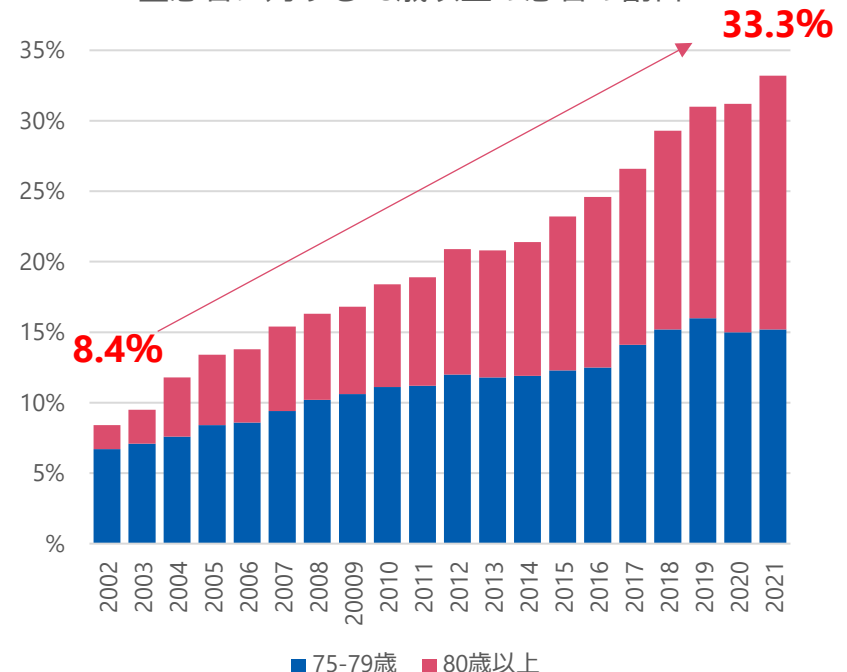
維持期の治療として使用される生物学的製剤等の増加

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

例) 関節リウマチ※に適応のある生物学的製剤等の外来院外処方数の推移



例) 関節リウマチ患者の高齢化
全患者に対する75歳以上の患者の割合



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

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

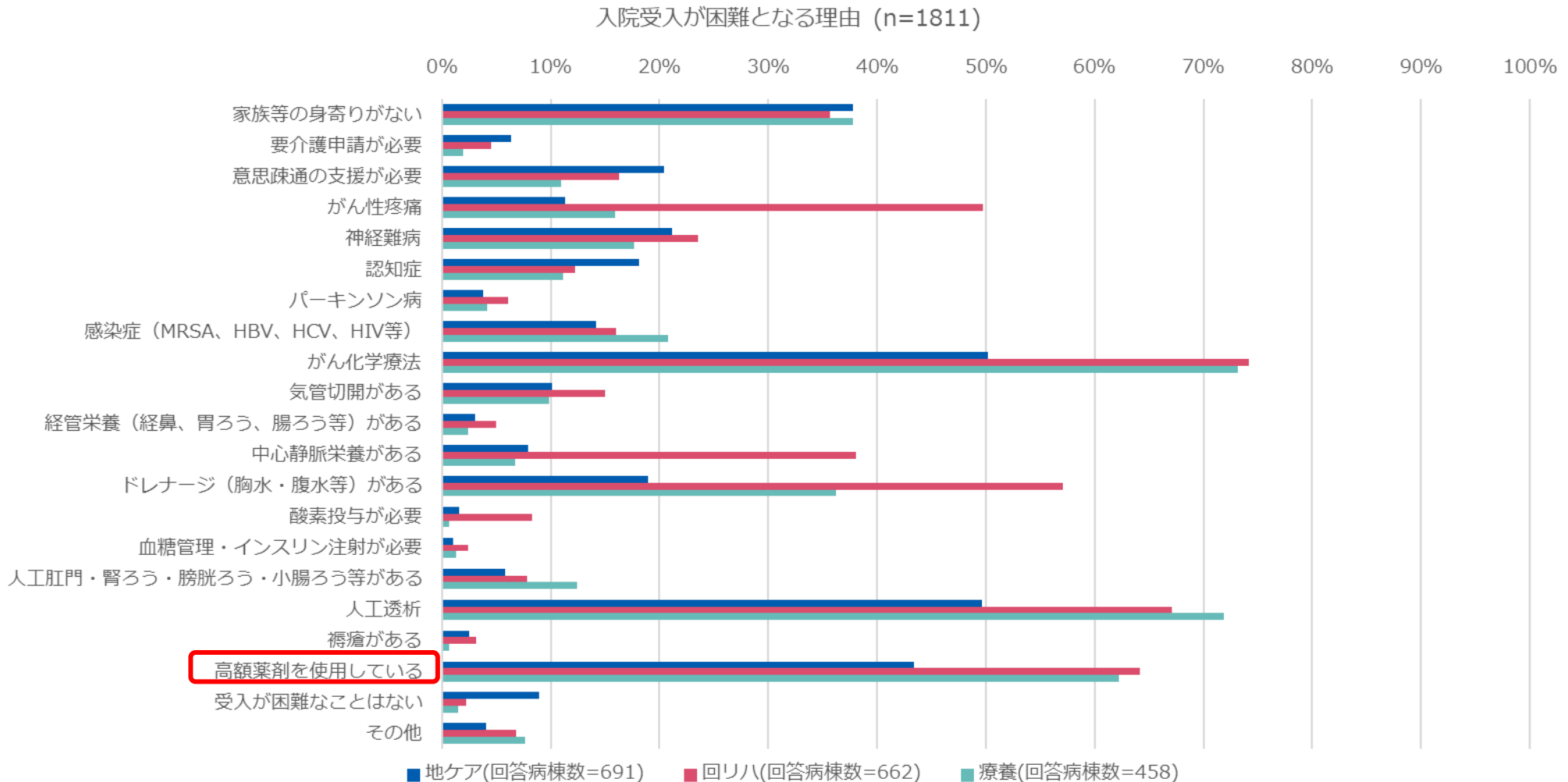
※診療ガイドライン2014において、従来型治療でコントロールがつかない患者におけるbDMARD(生物学的製剤である疾患修飾性抗リウマチ薬)の開始が推奨されるようになった。同時期にJAK阻害薬も登場した。

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

入院受入が困難となる理由

診調組 入-1
7. 8. 28改

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



受入困難となりうる高額薬剤の内容

診調組 入-1
7. 9. 11改

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

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

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

-：既に除外薬剤として出来高算定であるもの

入院料に包括されない除外薬剤

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

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

○：除外薬剤として基本診療料の施設基準等の別表第5から第5の1の3に記載されており、出来高算定となっているもの **75**

これまでの入院料に包括される薬剤料等に関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- 転院前に急性期の病院で大量の高額薬剤の処方をしなければならなくなり、包括期だけの問題ではなく、急性期の病院の負担になっているケースも多いとの指摘があった。
- 高額薬剤を使用しているために、包括期の病棟の適応があるにも関わらず受入困難となる事例は実際にあり、適切な在宅復帰等の観点で不合理であると思われる。薬剤や有害事象の管理が難しいといった事由がないか、維持期の薬剤として使われうるか、薬価と入院料の関係等の視点を踏まえ、使用や受入の状況について検討を深めてはどうかとの意見があった。
- 抗悪性腫瘍剤や生物学的製剤を長期に使いながら維持期を過ごす患者が増えていることは事実であり、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟との間に除外薬剤の差があることや、除外薬剤そのものの考え方について改めて検討する必要があるのではないかと意見があった。

入院料に包括される薬剤等に係る課題と論点

(高額薬剤を使用している患者の受入について)

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

【論点】



(高額薬剤を使用している患者の受入について)

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

1. 包括期入院医療について
2. 入院料に包括される薬剤等について
- 3. 入退院支援について**
4. 看護職員の確保と働き方等について

入退院支援に関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

（入退院支援について）

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

（退院困難な患者像について）

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

（面会について）

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

（介護施設との連携について）

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

【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）

診調組 入-1
7. 8. 28

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

外来・在宅

入院

外来・在宅

入院前からの支援

入院時支援加算1 240点

入院時支援加算2 200点

<入院時支援加算の対象>

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

事前に情報をもとに療養支援の計画立案

入院事前調整加算 200点

医療的ケア児（者）入院前支援加算
1,000点

薬剤適正使用連携加算

後方支援を評価

在宅患者支援病床初期加算
有床診療所在宅患者支援病床
初期加算



入退院支援加算

入退院支援加算1 700点、1,300点

入退院支援加算2 190点、635点

入退院支援加算3 1,200点

退院後の診療計画の共有
地域連携診療計画加算 300点

日常生活機能などの機能評価
総合機能評価加算 50点

精神科入退院支援加算
精神科入退院支援加算 1,000点



退院に向けた療養上必要な説明及び指導を共同して実施

退院時共同指導料1 1,500点・900点、退院時共同指導料2 400点

円滑な退院、在宅療養への円滑な移行

退院前訪問指導料 580点、退院後訪問指導料 580点

診療情報提供料（Ⅰ） 250点

ケアマネジャーとの連携

介護支援等連携指導料 400点

リハビリテーションの観点から退院後の指導

退院時リハビリテーション指導料 300点

栄養に関する情報提供

栄養情報連携料 70点



<入退院支援加算の対象となる患者>

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること
- エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- オ 強度行動障害の状態の者
- カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- キ 生活困窮者であること
- 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

入退院支援加算 1 ・ 2 の概要

[主な算定要件・施設基準]

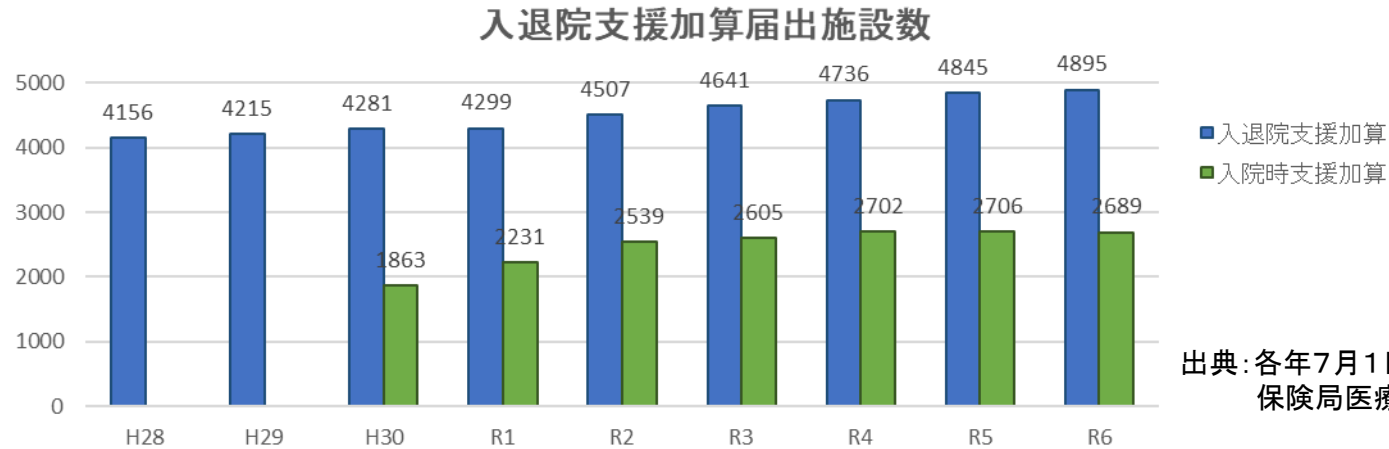
A246 入退院支援加算	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2
退院困難な要因	ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかで あること イ 緊急入院であること ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は 要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者 オ 強度行動障害の状態の者 カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること キ 生活困窮者であること ク 入院前に比べ A D L が低下し、退院後の生活様式の再編が必要である こと（必要と推測されること。）	ケ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

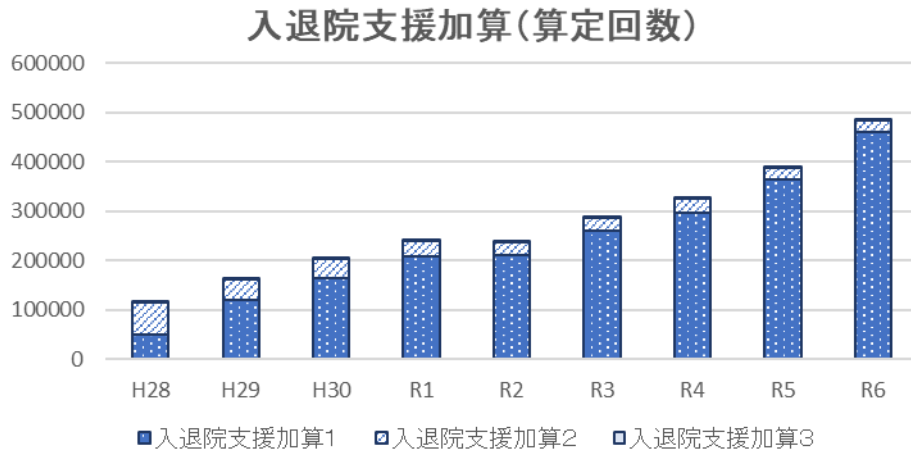
診調組 入-1
7. 6. 26改

- 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。

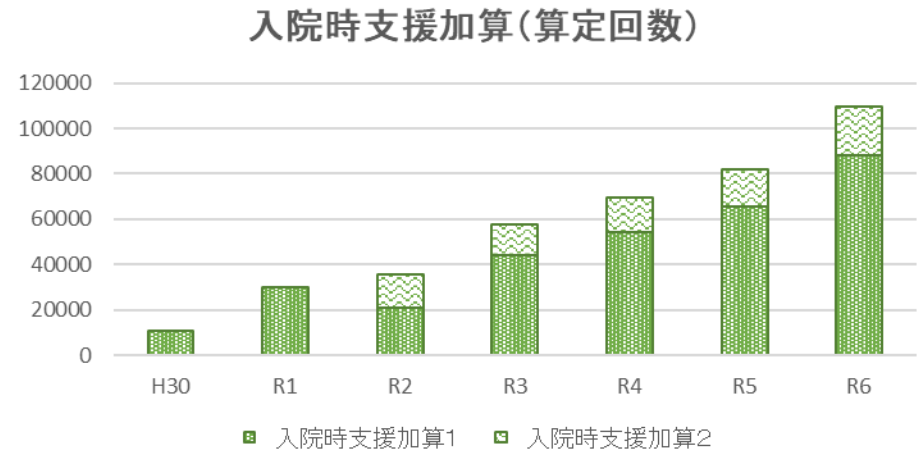
■ 入退院支援加算の届出状況の推移



■ 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

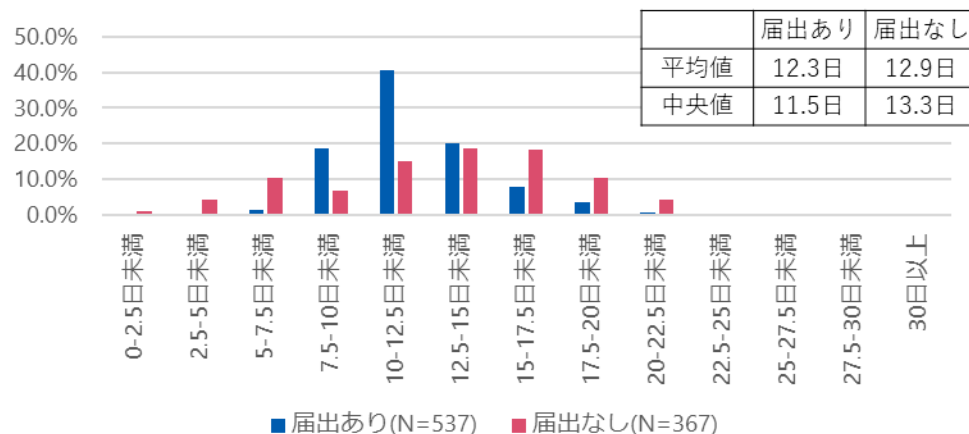


入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

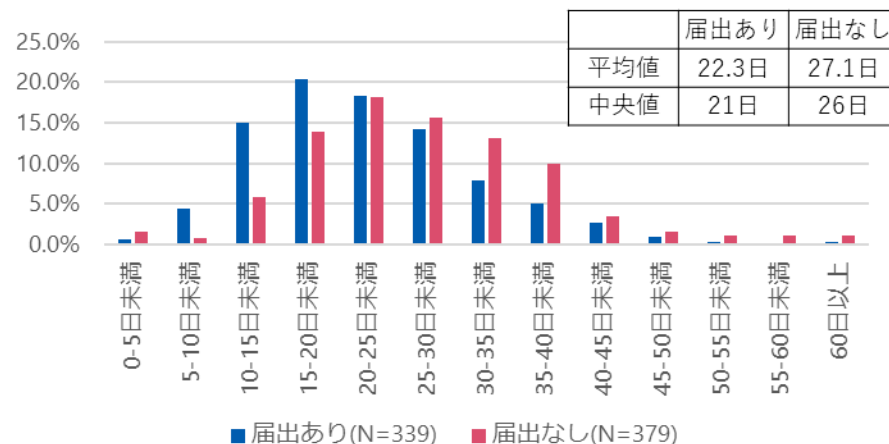
診調組 入-1
7. 6. 26

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

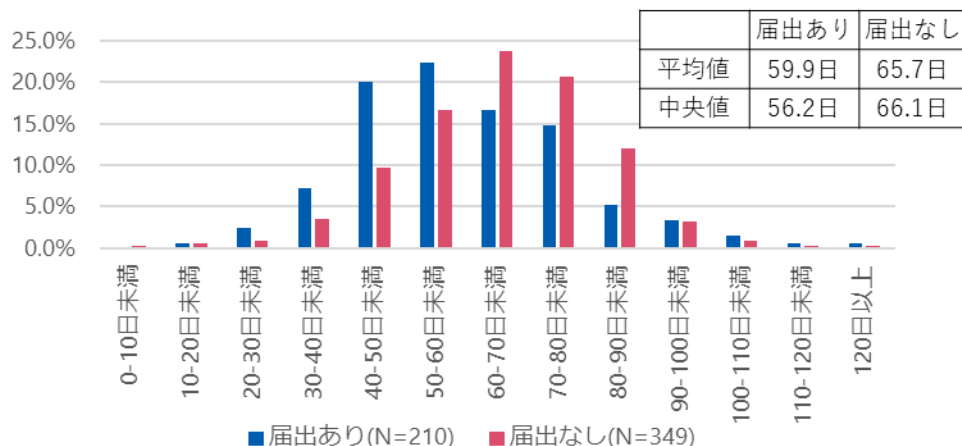
急性期一般入院基本料



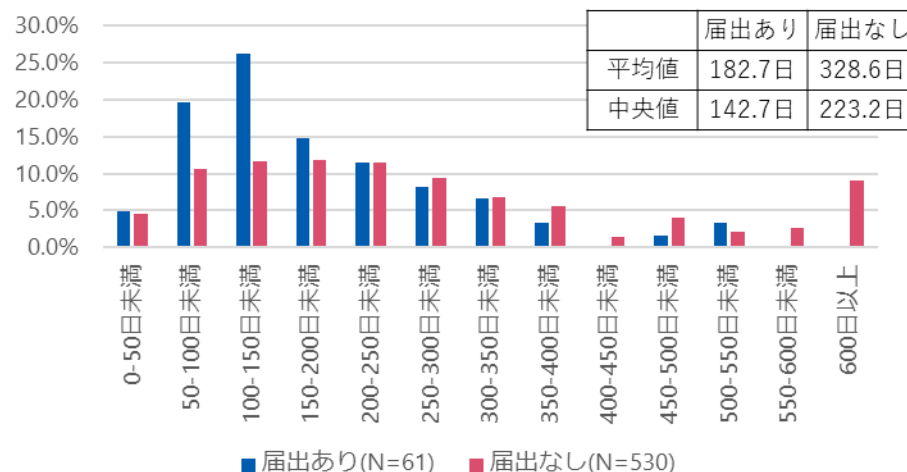
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



回復期リハビリテーション病棟入院料



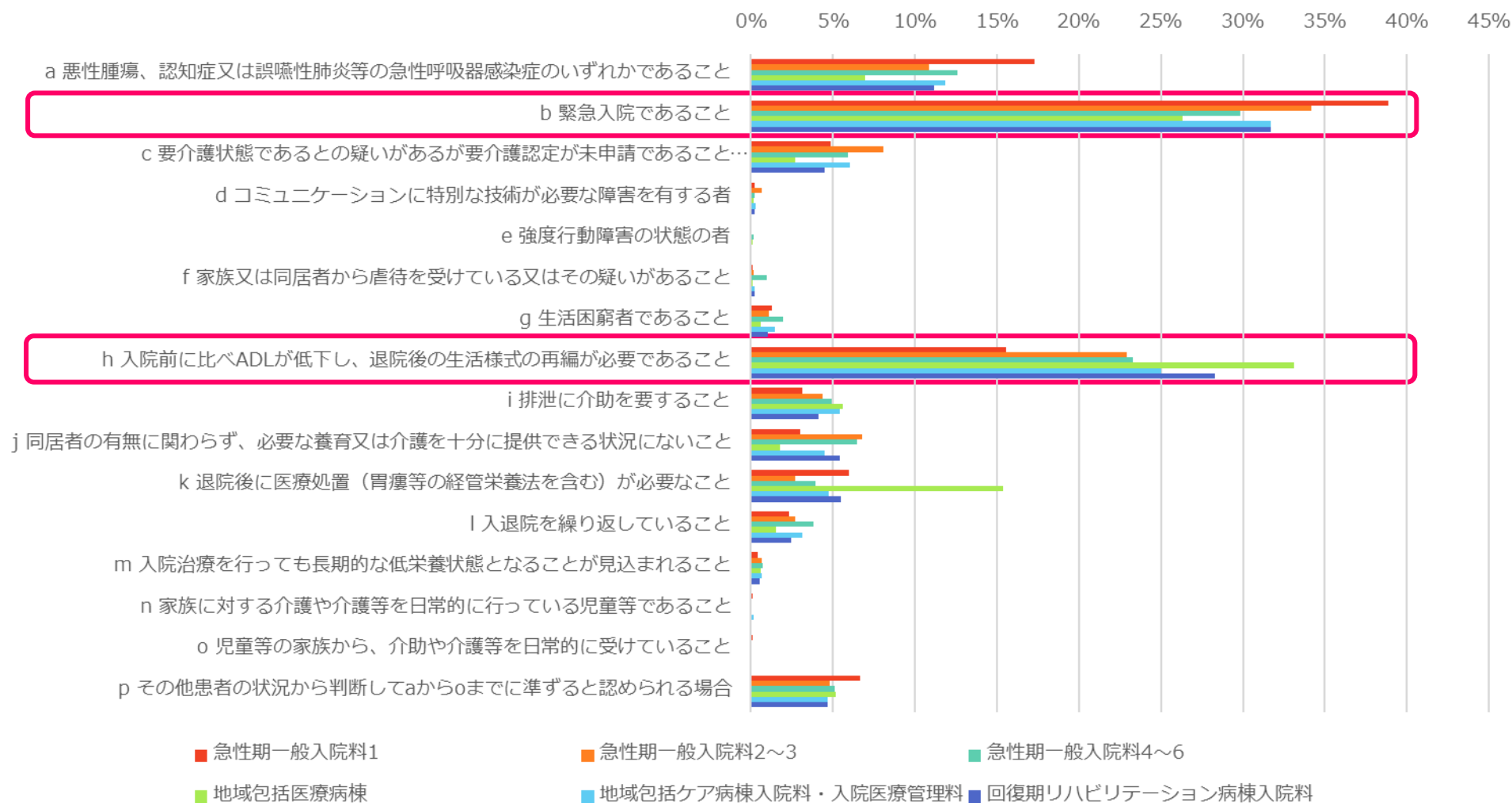
療養病棟入院基本料



入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」

診調組 入-1
7. 6. 26

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



退院調整に人手を要する患者への入退院支援について

- 高齢者が多く入院するような地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟では、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」等、特に人手や時間を要する患者の割合が多い。

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

入退院支援加算の対象患者の内訳(入院料別)

【現行の算定要件外】

身寄りがなく同居者が不明な者

急性期一般入院料

地域包括医療病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

身寄りがなく成年後見人や身元保証事業者の支援を受けている者

1(n=255,810)

(n=6,682)

(n=90,735)

【現行の算定要件：退院困難な要因】

生活困窮者であること

0.0%

50.0%

0.0%

50.0%

0.0%

50.0%

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

6.0%

15.4%

4.8%

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

15.6%

33.1%

25.0%

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

22.2%

要介護・要支援状態であるとの疑いがあるが要介護・要支援認定が未申請であること

21.5%

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

16.8%

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

11.1%

強度行動障害の状態の者

9.3%

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

5.3%

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

4.7%

緊急入院であること

4.3%

排泄に介助を要すること

4.2%

入退院を繰り返していること

3.7%

その他患者の状況から判断して3から17までに準ずると認められる場合

3.5%

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

0.9%

家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること

0.5%

入院料別の入院患者の特徴

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

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

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。

入退院支援加算と精神科入退院支援加算の人員配置基準

- 入退院支援加算と精神科入退院支援加算の双方を届け出た場合、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置する「専従の看護師」と、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置する「専従の看護師」を兼ねることはできないと解されている。
- また、精神保健福祉士と社会福祉士の両方の資格を持つ場合でも、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置する「専従の社会福祉士」と、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置する「専従の精神保健福祉士」を兼ねることはできないと解されている。

【施設基準等】

	A 2 4 6 入退院支援加算 1	A 2 4 6 - 2 精神科入退院支援加算
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	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置 ※ 入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署又は精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と同一でもよい
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に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上 - 更に、<u>専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師</u> 「A307」小児入院医療管理料（精神病棟に限る。）又は「A309」特殊疾患病棟入院料（精神病棟に限る。）を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する入退院支援を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない	次のア又はイを満たすこと ア：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及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の精神保健福祉士が配置 イ：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精神保健福祉士及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置
病棟への入退院支援職員の配置	- 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置 - 当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る 20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含める - 病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない	- 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、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置 - 当該専任の看護師又は精神保健福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る 20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含める - 病棟に専任の看護師等が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない

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

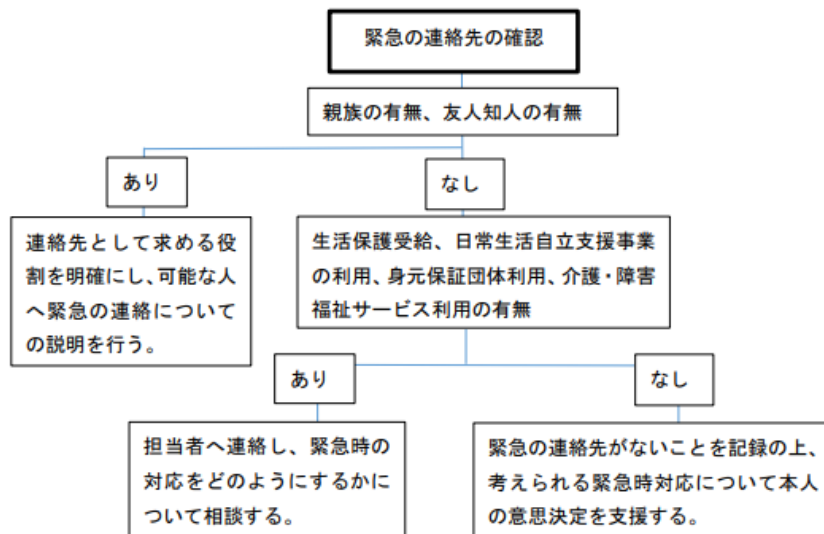
診調組 入-1
7. 8. 2 8

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

（１）本人の判断能力が十分な場合

①緊急の連絡先に関すること

下記のフローチャートを参考に親族や友人知人の有無等を確認し、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。



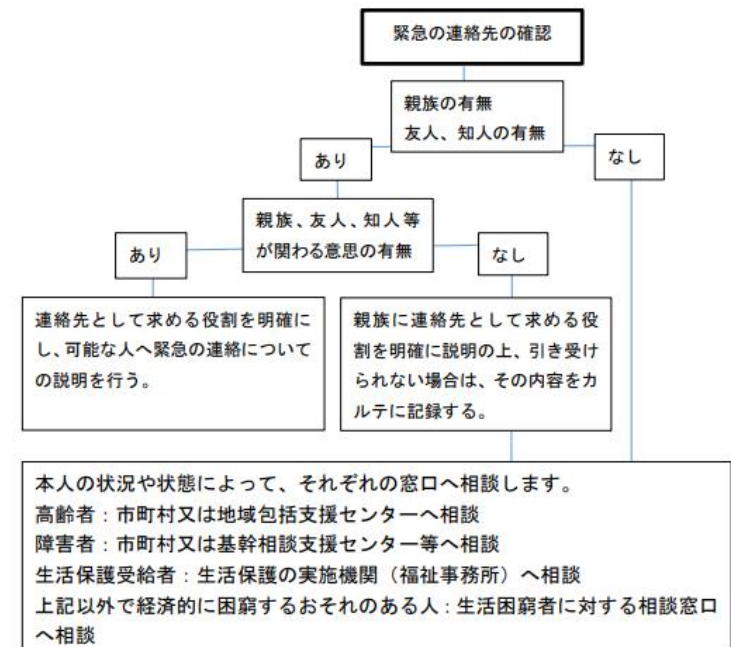
②入院計画書に関すること

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。

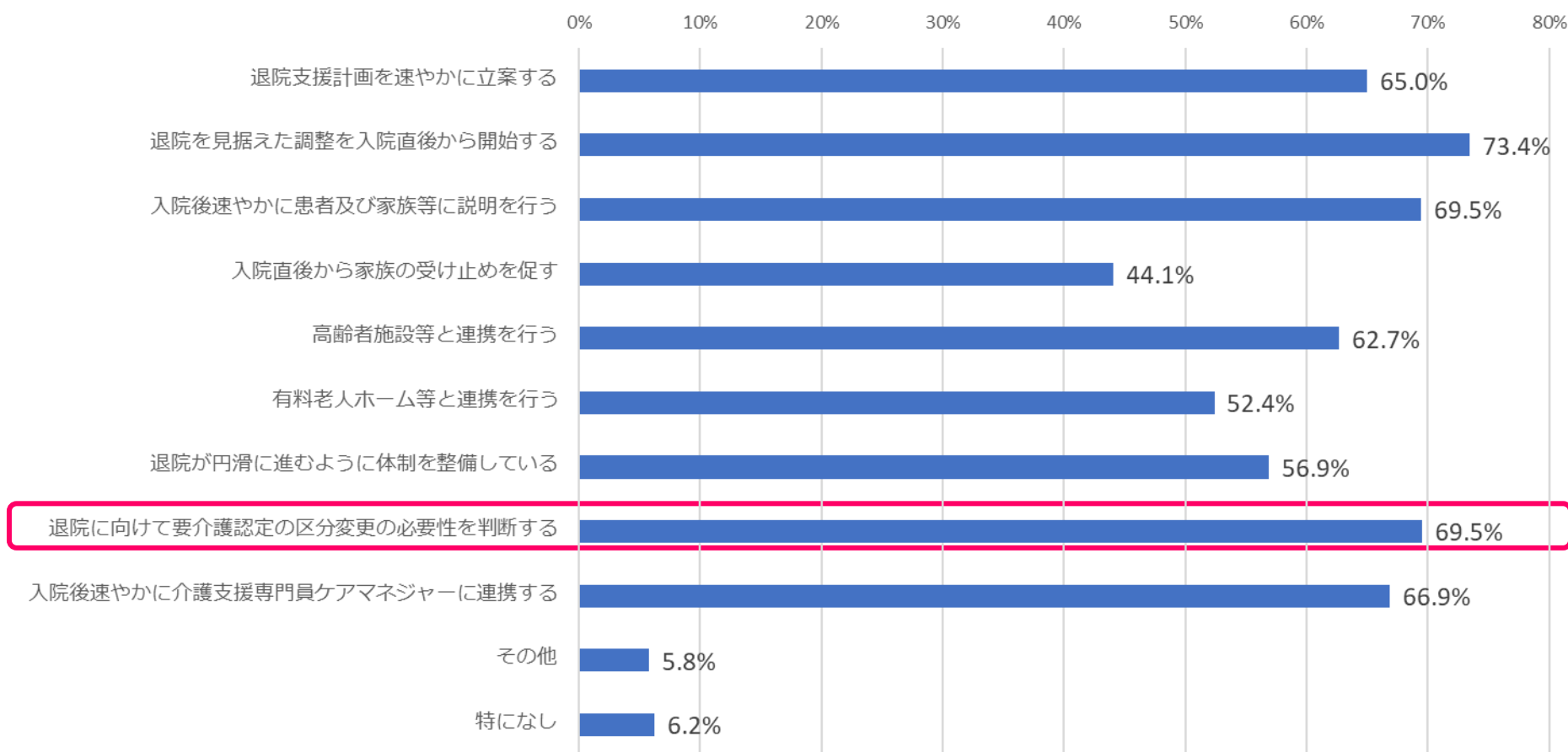
本人が、緊急の連絡先やかかりつけ医などを予め記載した書類等を救急搬送時に持ってきている場合があります。救急要請から搬送までの経過を救急隊員より聞き取りをして、本人が予め記載した書類や搬送前に立ち会った人などから情報を得ます。

退院先の確保を行うために工夫している取組（全入院料）

診調組 入-1
7. 8. 2 8

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

退院先の確保を行うために工夫している取組（n=3,125）



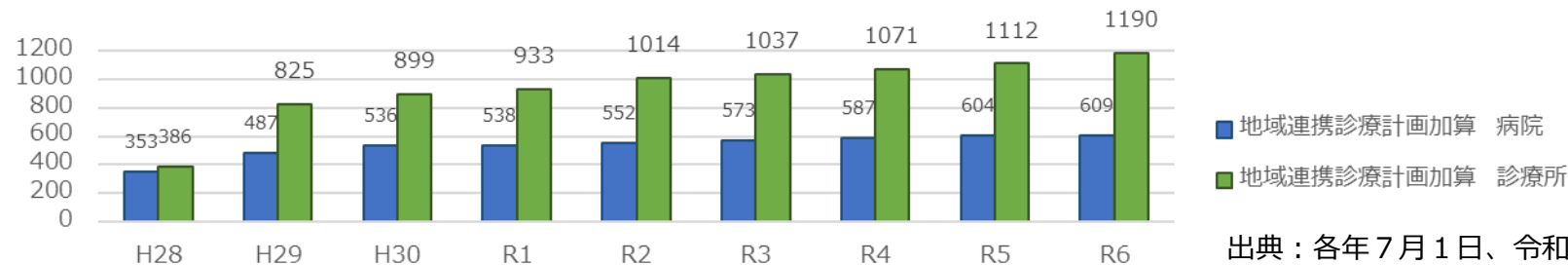
- 地域連携診療計画加算届出施設は微増しており、算定回数はほぼ横ばいである。

地域連携診療計画加算

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

■ 地域連携診療計画加算の届出状況の推移

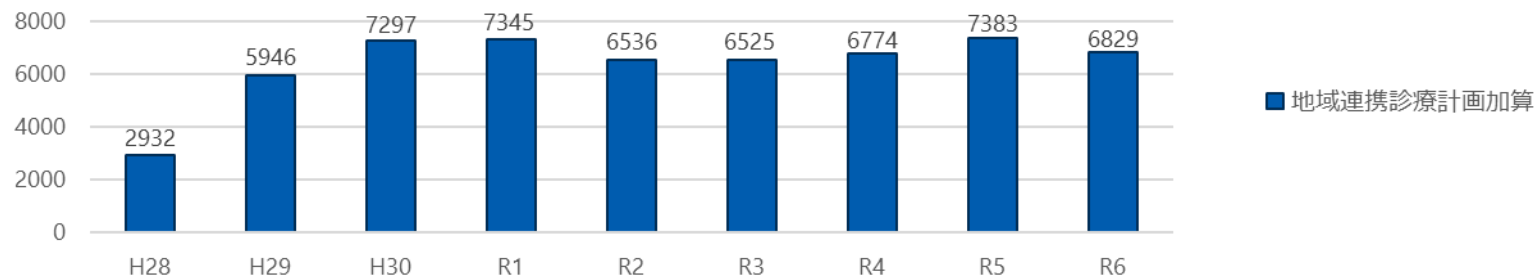
地域連携診療計画加算届出施設数



出典：各年7月1日、令和6年は8月1日の届出状況。
保険局医療課調べ。

■ 地域連携診療計画加算の算定状況の推移

地域連携診療計画加算（算定回数）



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

地域連携診療計画加算について

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

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

入退院支援ルールを活用による地域連携の促進

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

在宅医療・介護連携に関する関係市町村連携に対する支援

市町村をまたがる入退院時の連携等

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

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

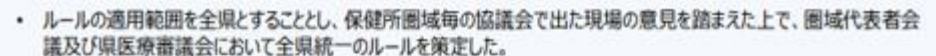
県全域への入退院支援ルールの普及促進(福井県)

主な取組内容

■調整の流れ

- ・ 全県統一の入退院支援ルールの必要性について、関係者間で次の流れを調整・議論した。
- ① 県と県医師会が連携し、入退院時の支援ルール作成に向け取り組むことを確認。
- ② 全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。
- ③ 県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。

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



- ・フローを、「A:入院前にケアマネジャーがいる患者の場合」と、「B:入院前にケアマネジャーがいない患者の場合」に分けて整理。
 ・（右図は「A:入院前にケアマネジャーがいる患者の場合」）
-
- ```

 graph LR
 A[入院] --> B[①入院時の連絡]
 B --> C[②入院中の連絡]
 C --> D[③退院支援開始の連絡]
 D --> E[④退院前調整]
 E --> F[退院]
 F --> G[退院支援]

```
- The flowchart illustrates the admission process for patients with a care manager (A). The process starts with 'Admission' (入院) where a family member (本人・家族) and a care manager (ケアマネ) are involved. The care manager provides information to the hospital (病院担当). This leads to 'Admission Connection' (①入院時の連絡) where the care manager's role is to provide information to the hospital. This is followed by 'Admission Connection' (②入院中の連絡) where the care manager provides information to the hospital. This leads to 'Discharge Support Start Connection' (③退院支援開始の連絡) where the care manager provides information to the hospital. This is followed by 'Discharge Preparation' (④退院前調整) where the care manager provides information to the hospital. This leads to 'Discharge' (退院) where the care manager provides information to the hospital. The final step is 'Discharge Support' (退院支援) where the care manager provides information to the hospital.



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

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

結果：

## 看護師が家族に関わる際に抱く困難の内容

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

## 困難への対応として

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



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

# 高齢者施設等における面会について

- 社会福祉施設等における面会等の実施について、令和3年に「社会福祉施設等における面会等の実施にあたっての留意点について（事務連絡）」を発出し、感染拡大防止の観点と、利用者、家族の QOL を考慮して利用者の外出についての留意点を示した。
- 令和5年には、高齢者施設等の入所者について、家族等との面会の機会の減少により心身健康への影響が懸念されることを踏まえ、動画及びリーフレットを作成し、高齢者施設等での面会の再開・推進を図るための周知を進めてきた。

【社会福祉施設等における面会等の実施にあたっての留意点について（事務連絡）】  
（令和3年11月24日）

【高齢者施設等における面会の再開・推進にかかる  
高齢者施設等の職員向け動画及びリーフレット】  
（令和5年1月31日）

（面会）

- ・ 面会については、**感染経路の遮断という観点と、つながりや交流が心身の健康に与える影響という観点から、地域における発生状況等も踏まえ、可能な限り安全に実施できる方法を検討すること。**
- ・ 具体的には、地域における発生状況や都道府県等が示す対策の方針等も踏まえるとともに、入所者及び面会者の体調やワクチン接種歴、検査結果等も考慮して、**管理者が、面会時間や回数、場所を含めた面会の実施方法を判断すること。**
- ・ 面会の実施方法を判断する際、入所者及び面会者がワクチン接種済み又は検査陰性であることを確認できた場合は、対面での面会の実施を検討すること。
- ・ なお、入所者や面会者がワクチンを接種していないことを理由に不当な扱いを受けることがないように留意し、ワクチンを接種していない入所者や面会者も交流が図れるよう検討すること。
- ・ 対面での面会を制限せざるを得ない場合には、「高齢者施設等におけるオンラインでの面会の実施について」（令和2年5月15日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡）、「障害者支援施設等におけるオンラインでの面会の実施について」（令和2年5月22日付厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡）等も参考に、引き続きオンラインでの実施を検討すること。
- ・ 面会を実施する場合は、入所者及び面会者がワクチン接種済み又は検査陰性であることを確認できた場合であっても、以下に記載の感染防止対策を行った上で実施すべきであること。
- ・ **面会の実施方法については、各施設において取り決めた上で、入所者や家族等に対して丁寧に説明し、理解を得られるように努めること。**
- ・ 感染が拡大している地域では、感染拡大防止の観点と、利用者、家族の QOL を考慮して、対応を検討すること。



<https://www.mhlw.go.jp/content/001048692.pdf>

# 医療機関等における面会について

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

## 【5学会による新型コロナウイルス感染症診療の指針】（令和7年9月）

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



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

### 8 新型コロナウイルス感染症：施設内感染対策

#### 3. 入院患者への対応2 面会の考え方

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

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

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

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

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

（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課事務連絡）

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

#### （2）病棟内での新型コロナウイルス感染症患者等発生時以外の対応

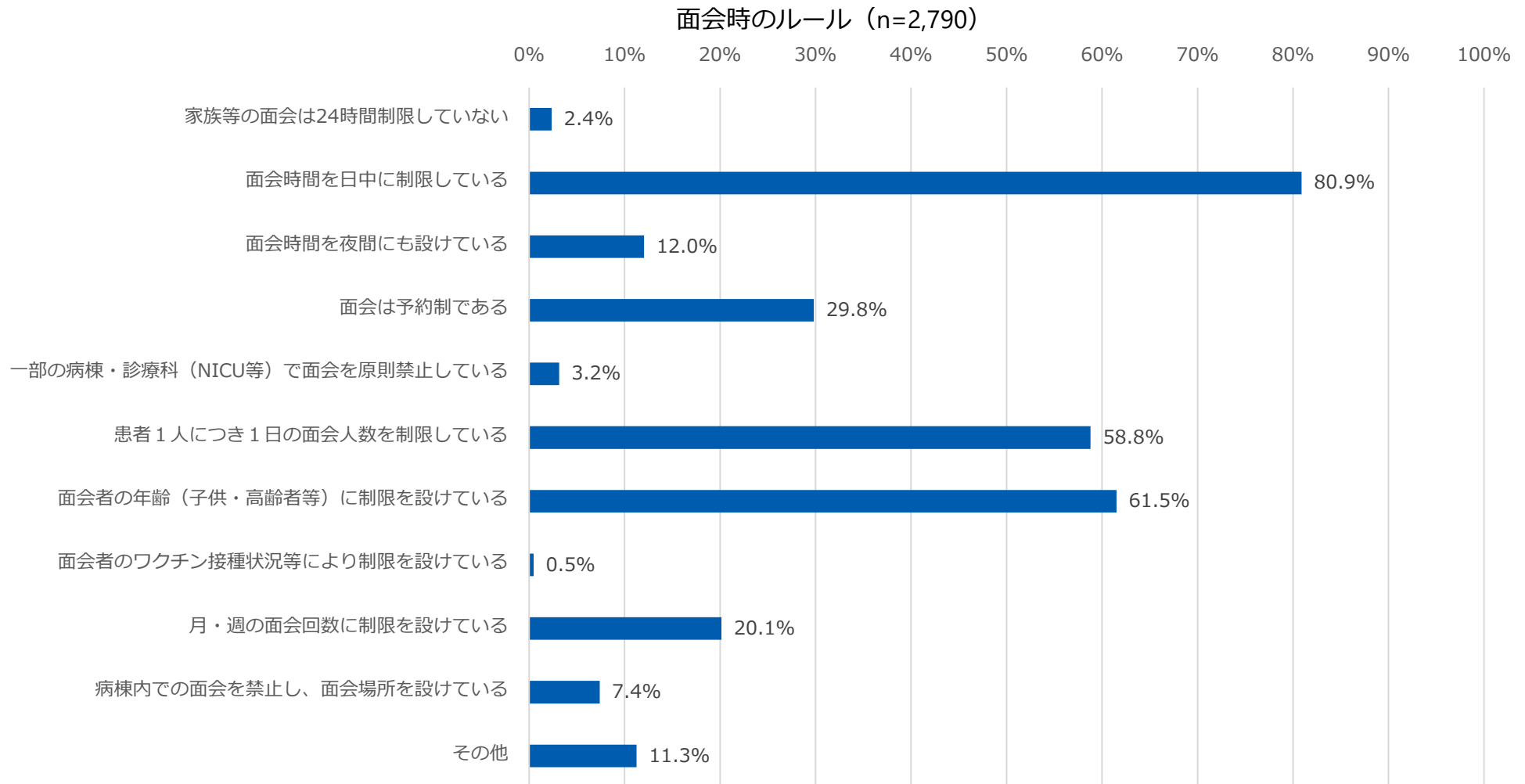
（中略）

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

# 面会時のルールについて

診調組 入-1  
7. 8. 28

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



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

高齢者施設への患者紹介に係る金銭等の授受の状況

(n=2659)

- 金銭を受け取ったことがある (n=2)
- 贈答品や商品券を受け取ったことがある(n=2)
- 金品の提供を打診されたが、受け取っていない(n=6)
- ない(n=2649)

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

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

# 患者の紹介と療養担当規則との関係

- 療養担当規則においては、経済的利益の提供により自院での診療など医療保険事業に患者を誘引することは規制されているが、健康保険事業を行っていない他の事業者へ患者を紹介することに関する規則は設けられていない。

## ■ 療養担当規則の規定例

### 適正な請求等に関する規定

|       |                                                                                                                          |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第二条の三 | <b>（適正な手続の確保）</b><br>保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。 |
| 第二条の四 | <b>（健康保険事業の健全な運営の確保）</b><br>保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。                                    |

### 利益の提供による誘引の禁止に関する規定

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第二条の四の二 | <b>（経済上の利益の提供による誘引の禁止）</b><br>1 保険医療機関は、患者に対して、第五条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。<br>2 保険医療機関は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。 |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 利益の収受による特定の薬局への誘導の禁止に関する規定

※ 療養担当規則においても利益の収受による誘導の禁止は保険医療機関から保険薬局への誘導の禁止の規定のみであり、**例えば保険医療機関から退院先となる高齢者住まい等への誘導**を行うことによって、当該高齢者住まい等から金品その他の財産上の利益の収受を金する規定はない。

|       |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第二条の五 | <b>（特定の保険薬局への誘導の禁止）</b><br>1 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。<br>2 保険医療機関は、保険医の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。 |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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。

# 入退院支援に係る課題と論点①

## (入退院支援の実施状況について)

- 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おり、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。
- 入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」として、病棟種別にかかわらず、「緊急入院であること」が最も多く、次いで、特に、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は、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」も多い傾向が見られる。
- 入院時支援加算は、入院を予定する患者に対し、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。予定入院の場合には、退院困難な要因の有無の評価を入院前に行うことができ、入退院支援に係る準備を進めることが可能となっている。

## (退院先の特徴について)

- 急性期入院料においては、自宅から入棟し、自宅へ退院する割合が高い一方、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では、自宅への退院だけでなく、転院や介護施設等への入所等、退院先がより多様である。療養病棟ではこうした退院先のほか、死亡退院の割合も高い。

## (精神科入退院支援加算について)

- 令和6年度診療報酬改定において新設された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%であり、精神科入退院支援に係る専従要件等が困難な要因となっている可能性がある。

## 入退院支援に係る課題と論点②

### （「退院困難な要因」について）

- 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」が最も多く73.4%、同様に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」が最も多く全体の72.1%が回答し、入退院支援に時間も人手も要している実態が明らかとなった。
- 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、病棟種別にかかわらず、「緊急入院であること」が最も多かった。また、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は、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が多い実態であった。
- 退院先の確保を行うために工夫している取組としては、「退院を見据えた調整を入院直後から開始する」、「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」等の割合が高かった。とくに地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では、「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」の割合が高い結果であった。
- 令和6年度診療報酬改定において新設された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。

### （入退院支援に係る具体的な支援内容について）

- 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た」。
- 地域連携診療計画加算届出施設は微増しているが、算定回数はほぼ横ばいである。適切な情報連携等、入退院支援ルールの普及促進等を進めていることで、円滑な入退院につなげることが可能となることからより一層の推進が期待される。
- 「患者が高齢者施設等に退院するにあたって、施設から金銭等を受け取ったことがありますか。」という問いに対して、「受け取ったことがある」が4医療機関、「金品の提供を打診されたが、受け取っていない」が6医療機関あった。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う一般病棟での面会制限に伴う影響として、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。



# 入退院支援に係る課題と論点③

## 【論点】

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

# 入院（その4）

1. 包括期入院医療について
2. 包括期入院料に包括される薬剤等について
3. 入退院支援について
4. 看護職員の確保と働き方等について
  - 4－1. 看護職員の需給や働き方に関する概況
  - 4－2. 看護職員の確保・働き方について
  - 4－3. 看護職員の業務負担軽減について

# これまでの看護職員の働き方に関する主な意見

## ＜中医協総会＞

- 人口構造や医療ニーズの変化が進んでおり、今後それがさらに進み、地域格差も拡大することは確実である。よって、現状の医療提供体制を前提とするのではなく、医療資源の配置を最適な形に組み替えていくことや、それぞれの医療機関が地域のニーズを過不足なく充足できるように機能を強化していくことが不可欠である。
- 生産年齢人口の減少が進む以上、効率化や機能分化、集約化の方向に進めていくことは、必要不可欠だと考える。

## ＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

- 看護師の養成について令和6年度には大学の定員充足率は100%を切っており、今後、一層の少子化が進展する状況が予測されることから、看護職員の確保と働き続けられる環境整備の取り組みについて喫緊の課題となっているのではないかと。
- 20～30代の若年層において「看護職以外の他の職場への興味」が退職理由として一定程度挙げられており、処遇改善が進まない中では、看護職の他産業への流出も現実的な問題として捉える必要がある。
- 子育てや介護を担う職員への配慮が進んでいる一方で、夜勤が可能な職員の確保や負担軽減が課題となっている。夜勤手当は2010年代に入ってほとんど増加が見られず、割増賃金のみでの支給にとどまる病院も4.4%存在する状況などがあるため、夜勤者の確保に向け夜勤手当の引き上げが必要ではないかと。

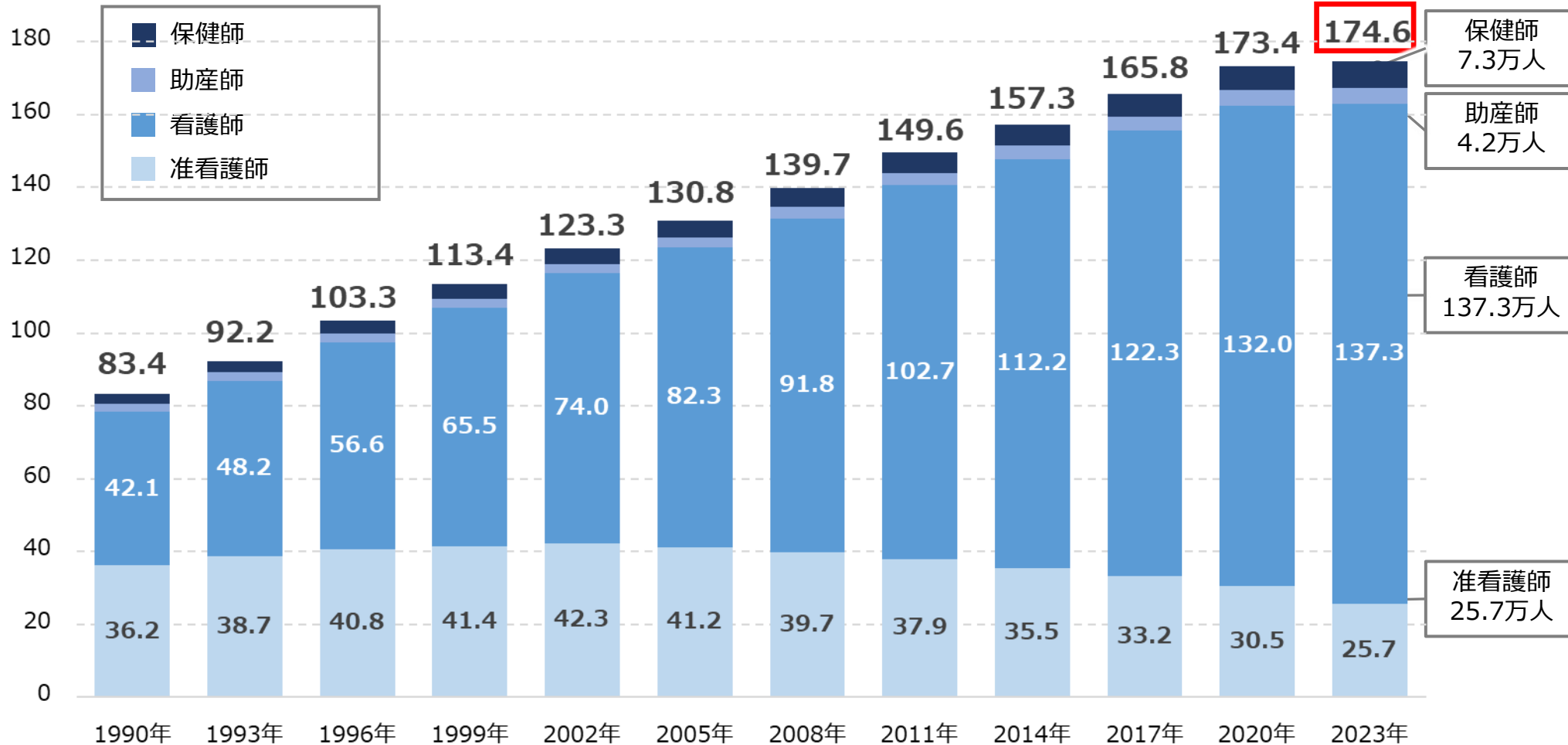
# 看護職員就業者数の推移

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。

(万人)



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。

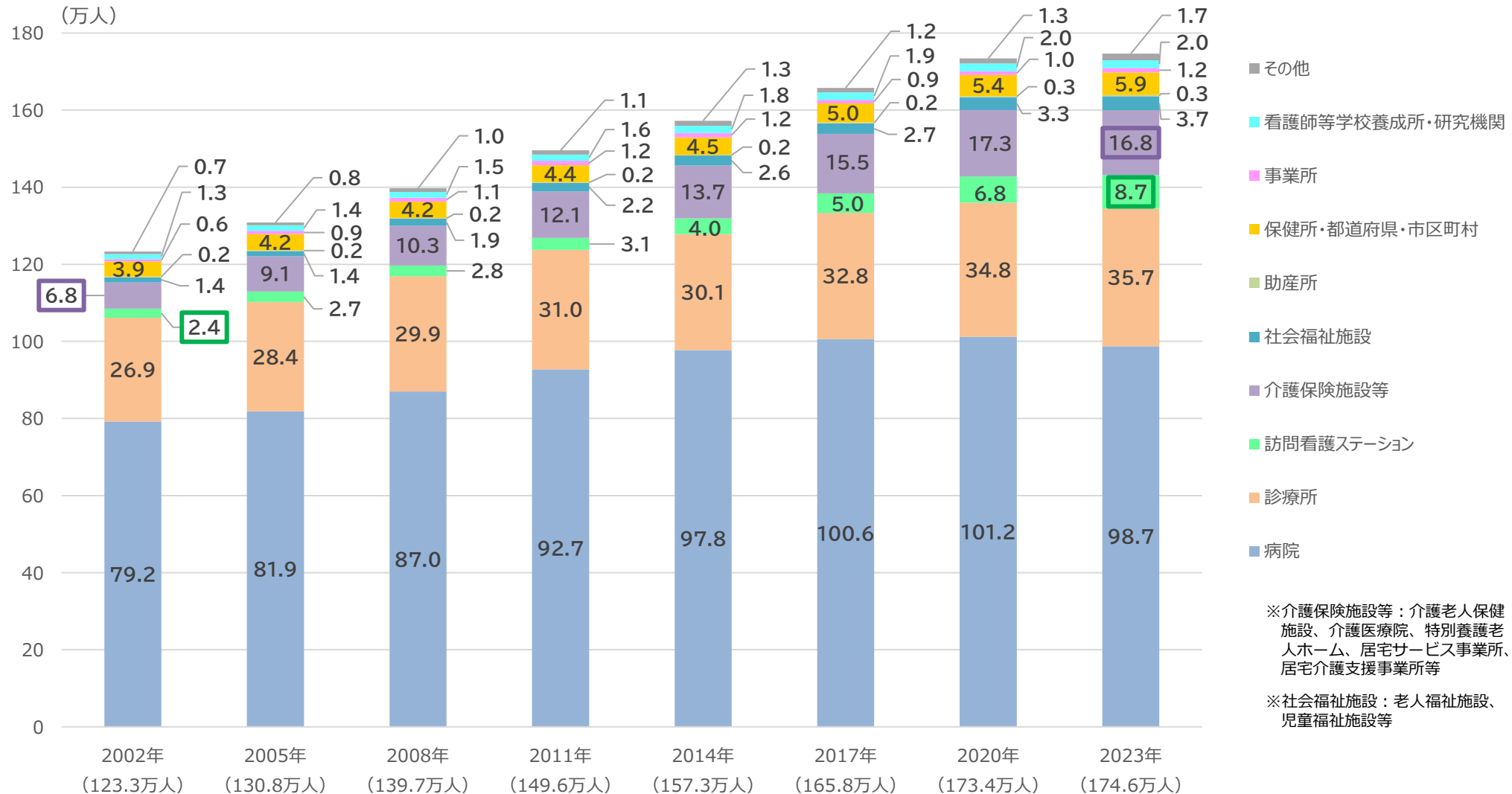
・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。

・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。

# 就業場所別看護職員の推移

中医協 総 - 2  
7 . 8 . 2 7 改

○ 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。

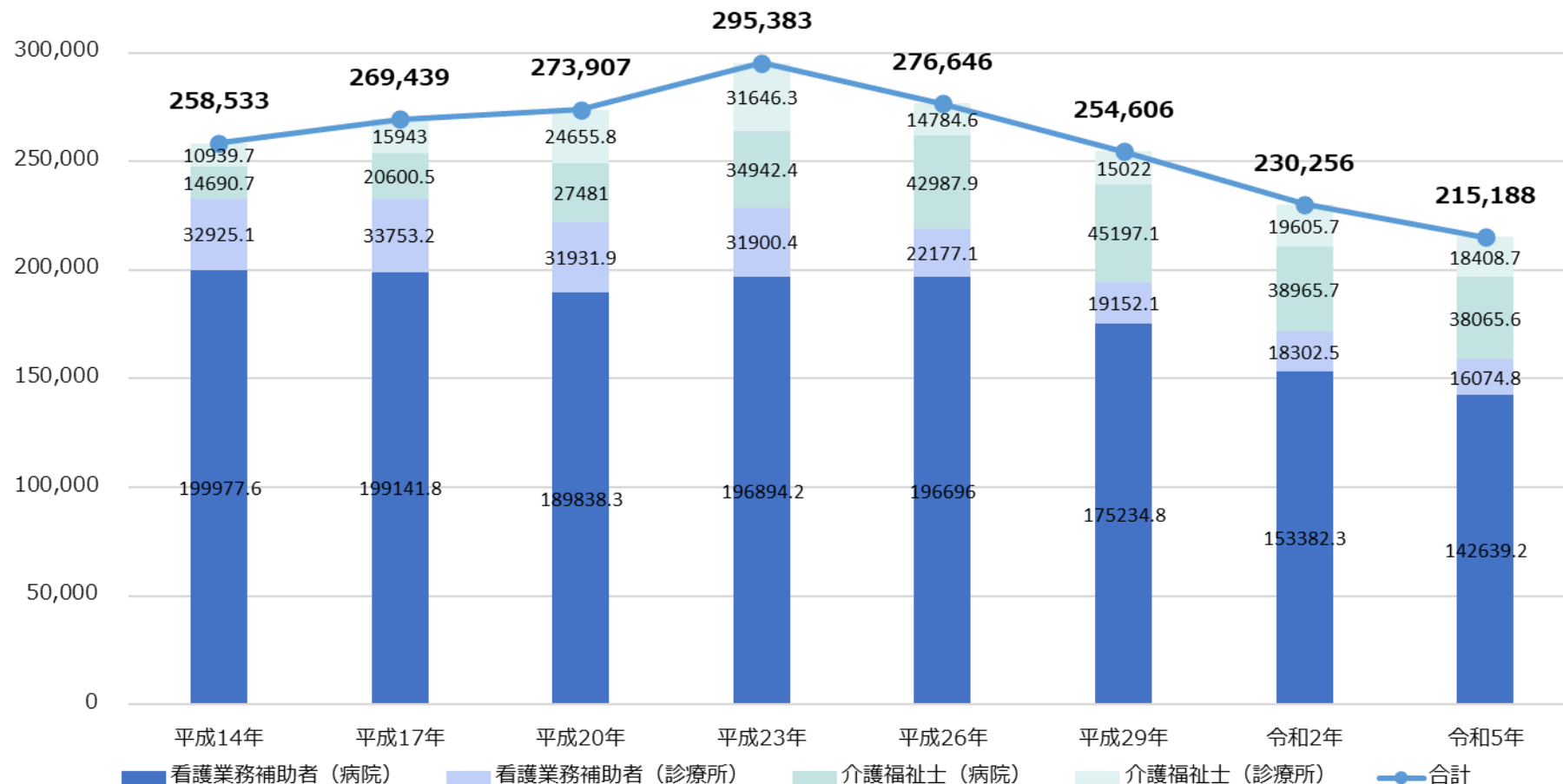


注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

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。

## 看護業務補助者等の従事者数の推移

医療機関に勤務する看護業務補助者等の従事者数は平成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。

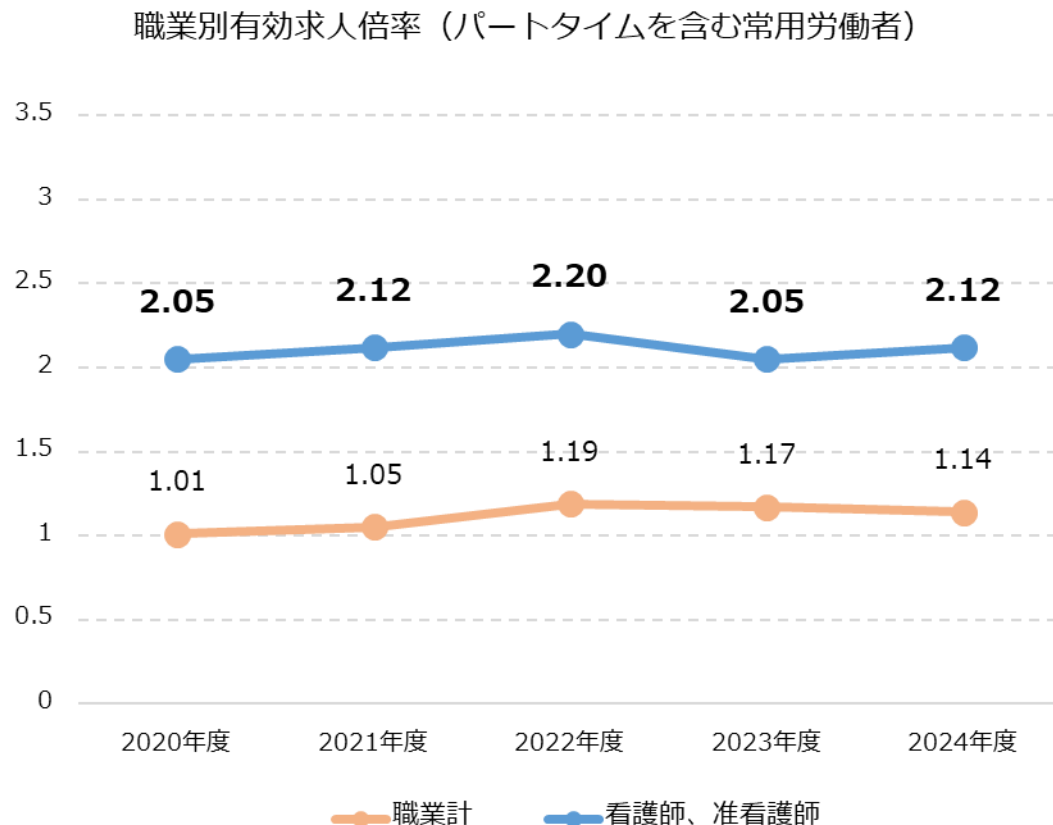
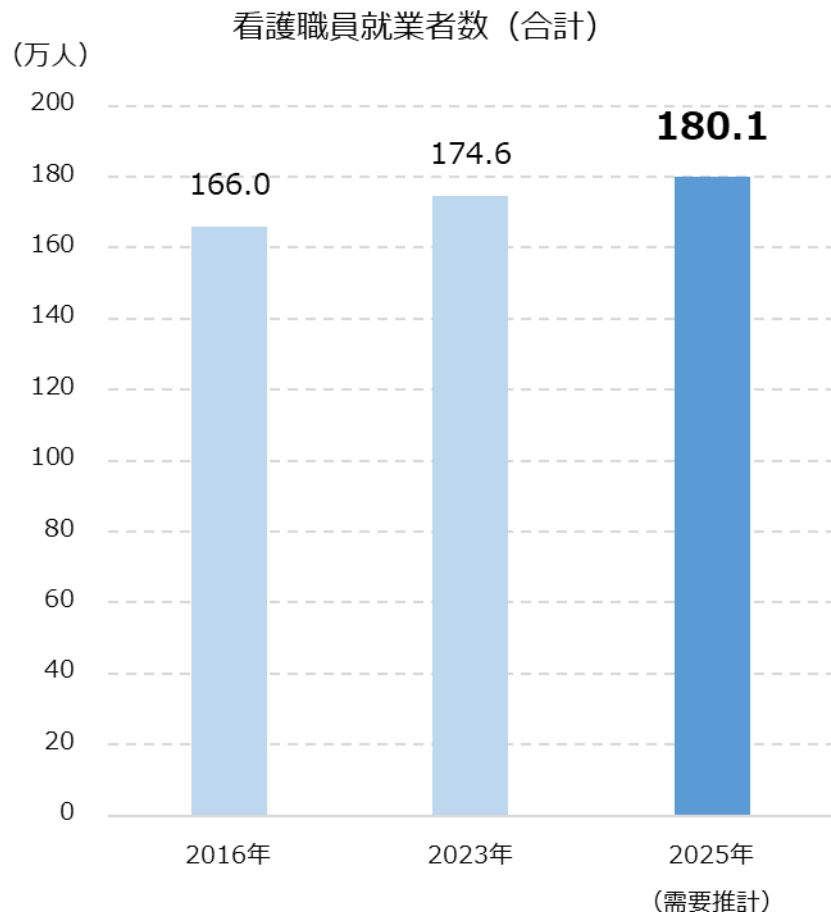


看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

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。

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。

# 看護職員の離職理由

診 調 組 入 - 3  
7 . 9 . 1 1

- 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<br>(n=32,425) | %    | 24歳以下<br>(n=610) | %    | 25～29歳<br>(n=2,280) | %    | 30～34歳<br>(n=2,608) | %    | 35～39歳<br>(n=2,873) | %    | 40～44歳<br>(n=3,905) | %    | 45～49歳<br>(n=5,189) | %    | 50～54歳<br>(n=5,171) | %    | 55～59歳<br>(n=4,703) | %    | 60歳以上<br>(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  |

# 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

## 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<br>の配置に<br>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<br>の配置に係る<br>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<br>の配置に<br>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<br>の配置に係る<br>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>  |

# 総合入院体制加算

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編。

| (1日につき/14日以内)                                | 総合入院体制加算 1<br>260点                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 総合入院体制加算 2<br>200点                                                                                             | 総合入院体制加算 3<br>120点                                                                                              |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 共通の施設基準                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。</li> <li>内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていないとしても良い。）</li> <li>外来を縮小する体制を有すること。（右記）</li> <li>次のいずれにも該当する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。</li> <li>イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。</li> </ul> </li> <li>病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。</li> <li>特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。</li> <li>救急時医療情報閲覧機能を有していること。</li> </ul> |                                                                                                                |                                                                                                                 |
| 実績要件                                         | 全身麻酔手術件数 <b>年2000</b> 件以上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 全身麻酔手術件数が <b>年1200</b> 件以上                                                                                     | 全身麻酔手術件数が年800件以上                                                                                                |
|                                              | ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上<br>イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上<br>エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                                                                 |
| 救急自動車等による搬送件数                                | 上記の全てを満たす<br>－                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 上記のうち少なくとも4つ以上を満たす<br>年間2,000件以上                                                                               | 上記のうち少なくとも2つ以上を満たす<br>－                                                                                         |
| 精神科要件                                        | (共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                                                                 |
|                                              | 精神患者の入院受入体制がある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 以下のいずれも満たす<br>イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出<br>ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上 | 以下のいずれかを満たす<br>イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出<br>ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上 |
| 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価                         | ○                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ○                                                                                                              | －                                                                                                               |
| 救急医療体制                                       | 救命救急センター又は高度救命救急センターの設置                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等                                                                                        | 2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等                                                                                         |
| 一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合<br>(A 2点以上又はC 1点以上) | 必要度Ⅰ： <u>3割3分以上</u><br>必要度Ⅱ： <u>3割2分以上</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 必要度Ⅰ： <u>3割1分以上</u><br>必要度Ⅱ： <u>3割以上</u>                                                                       | 必要度Ⅰ： <u>2割8分以上</u><br>必要度Ⅱ： <u>2割7分以上</u>                                                                      |

# 特定行為に係る看護師の研修制度の概要

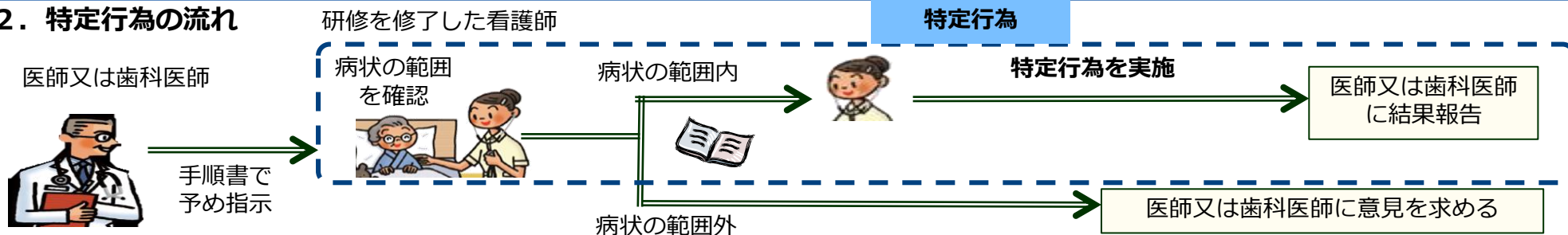
診調組 入-1  
7. 6. 26改

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）<br>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<br>関連 | 1 6 |
| 感染に係る薬剤投与関連           | 2 9 |

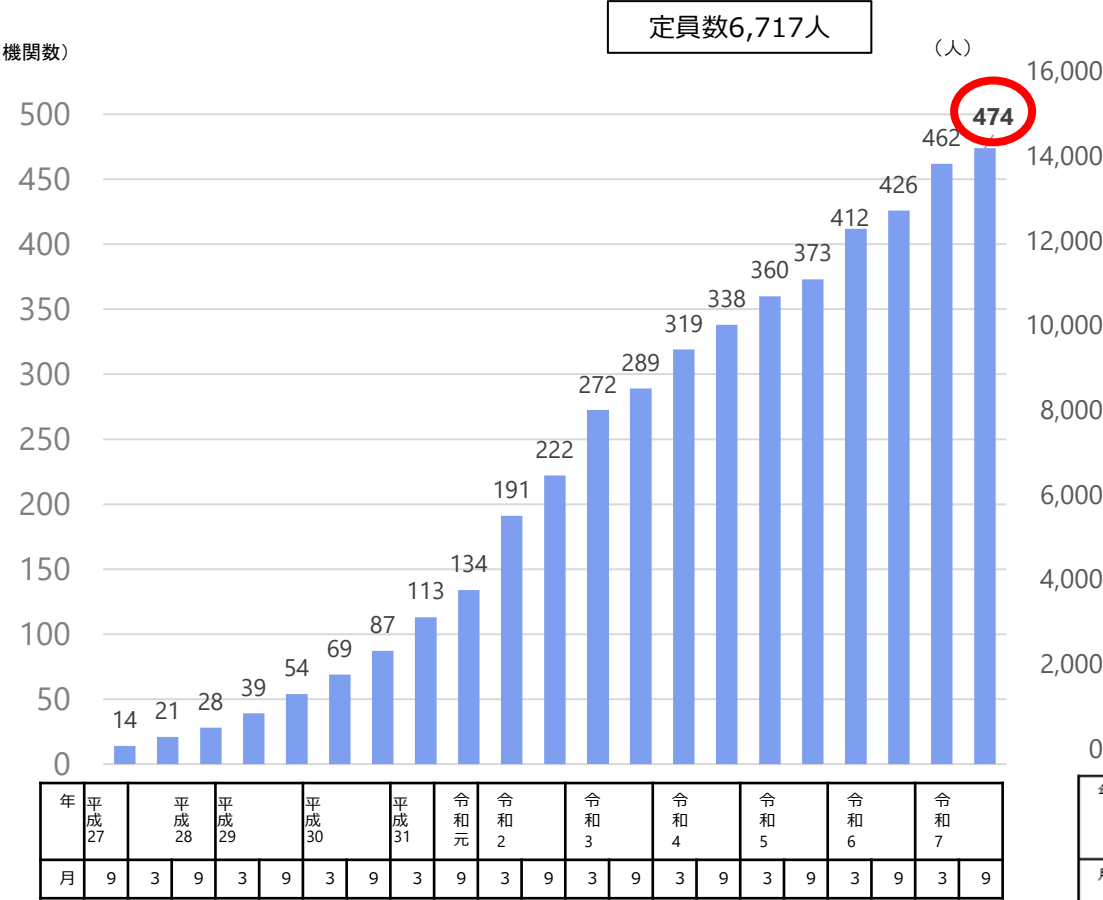
※全ての科目で、講義及び実習を行う。一部の科目については演習を行う。

※1区分ごとに受講可能。

# 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。

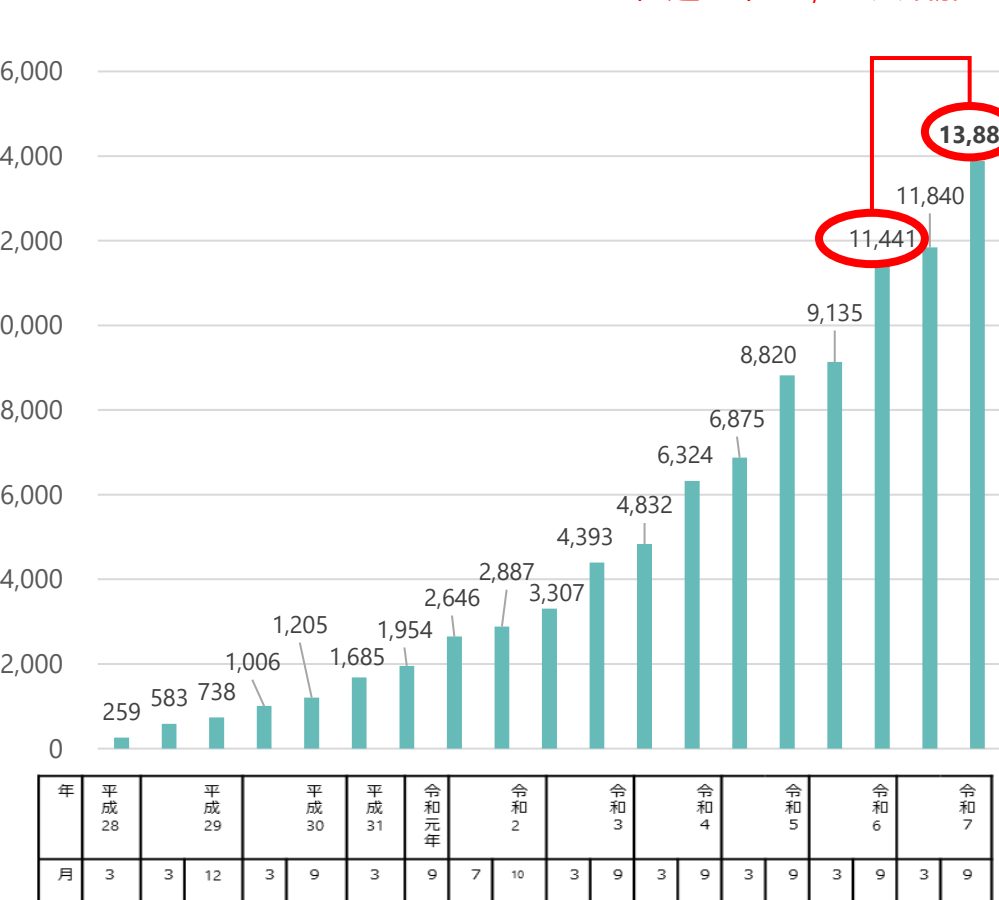
■ 指定研修機関数の推移



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

# 入院（その4）

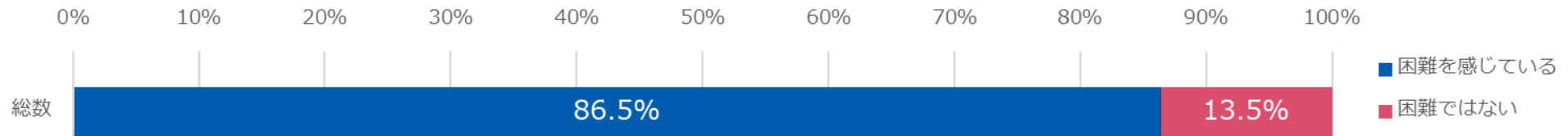
1. 包括期入院医療について
2. 包括期入院料に包括される薬剤等について
3. 入退院支援について
4. 看護職員の確保と働き方等について
  - 4－1. 看護職員の需給や働き方に関する概況
  - 4－2. 看護職員の確保・働き方について
  - 4－3. 看護職員の業務負担軽減について

# 看護職員確保のための求人サービス利用状況

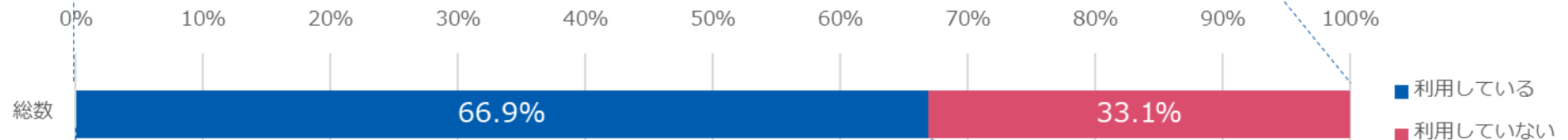
診調組 入 - 3  
7 . 9 . 1 1

- 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。

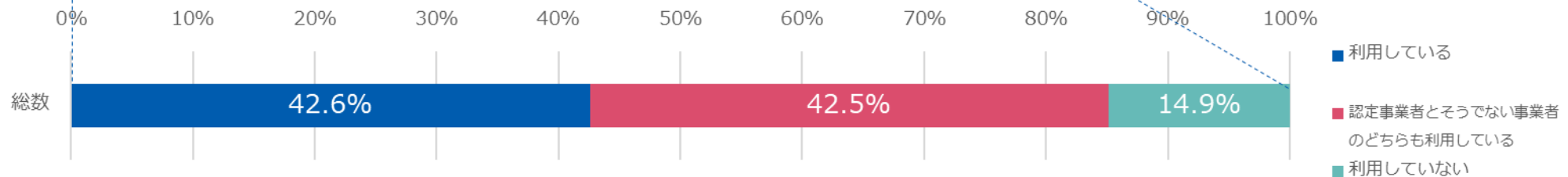
看護職員の確保について、困難を感じていますか（直近1年間の変化について）（n=3,190）



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)



# ハローワークにおける人材確保支援について

## 支援の概要

- 医療・介護・保育分野等の人材確保を強化するため、主要なハローワークに「人材確保対策コーナー」を設置  
(全国 119 か所 (→令和 8 年度概算要求で 124 か所への増設を要求中) に設置し、専任のスタッフを配置)  
＜コーナーにおける支援内容＞
  - ・求人者に対し、窓口相談や事業所訪問を通じた求人充足のための求人条件の見直しや求人票の書き方の助言指導
  - ・求職者に対し、担当者制（マンツーマン方式）によるきめ細かな職業相談・職業紹介
  - ・業界団体、関係機関等と連携した業界の魅力発信・求職者の掘り起こし、ツアー型面接会や就職面接会などのマッチング機会の提供

## 支援実績（医療・介護・保育）

- ハローワーク全体（3分野）では**約16.7万人**（令和 6 年度）
- 業界団体・自治体等と連携したセミナー、就職面接会、職場見学会等を延べ約6,700回開催（令和 6 年度）

## 取組事例（医療・介護・保育）



### 〔ツアー型面接会〕（看護）

看護師等を募集している病院での面接と施設見学をセットにし、ハローワーク職員が同行して実施



### 〔お仕事相談会〕（介護）

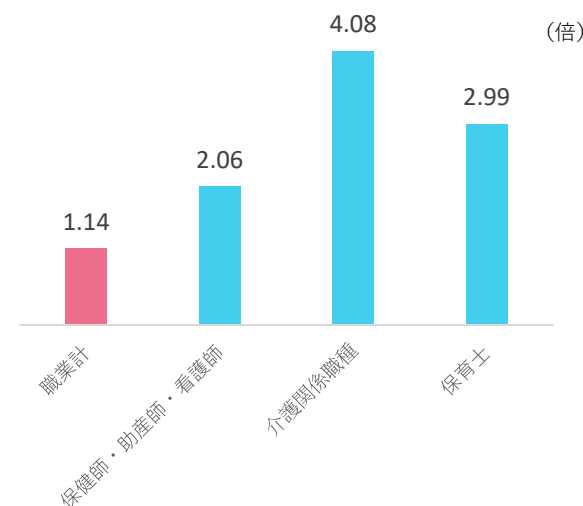
介護ロボットの展示・体験会と併せた就職相談会を県と連携して開催



### 〔保育セミナー〕（保育）

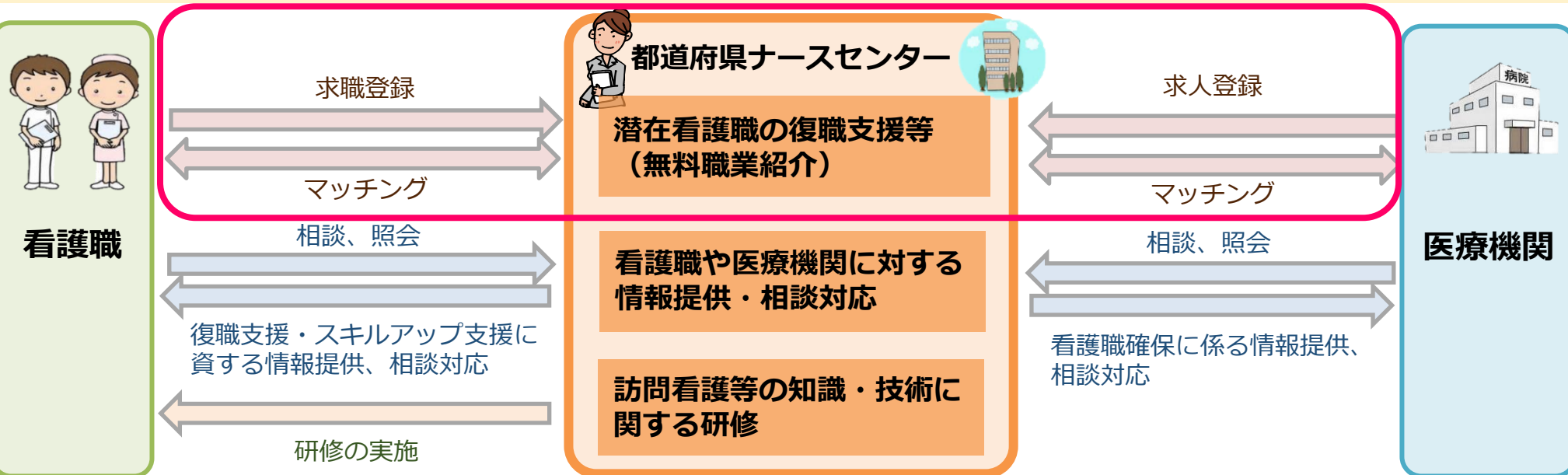
未経験・ブランクのある有資格者を対象に、保育施設の種類、保育所の一日の流れ等を説明するセミナーを開催

## （参考）有効求人倍率（2024年度平均）



# 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。



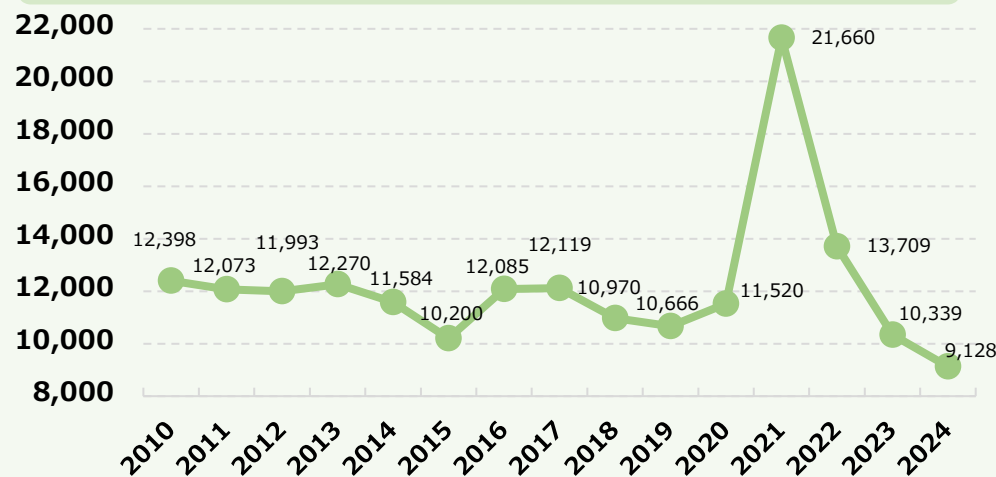
中央ナースセンター

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職者数が特に増加。（その前後の年度も、新型コロナ関連業務が一定程度あり、例年よりは就職者数が少し多くなっている。）

# 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 53社※

（医療分野40社、介護分野25社、保育分野16社）  
※令和7年9月12日時点

【認定マークの付与】



【特設サイトで公表】



## 適正認定制度の利用促進

さらなる制度の活用促進を図るため、以下の取組を進める。

- ・ 適正認定事業者のパフォーマンスに関する調査結果の公表
- ・ 認定にあたり早期離職防止のための取組の実施も考慮

- 新型コロナウイルス感染症の影響により夜勤時間数や看護要員数に一時的な変動があった場合、最初の月から3か月以内に限り、施設基準の届出区分の変更を不要としている。

## 令和6年3月5日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡

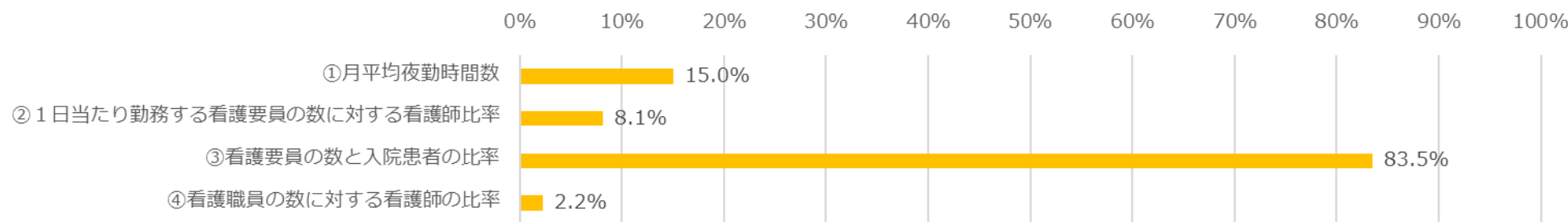
「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（抜粋） ※当該取扱いは、当初令和6年5月31日までとしていたが、その活用状況を鑑み、期限を令和8年5月31日まで延長している。

### ① 月平均夜勤時間数等に1割以上の変動があった場合の取扱いについて

ア 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足し、入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第2号。以下、「基本診療料の施設基準通知」という。）の第3の1（1）の規定にかかわらず、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする。

イ 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準通知の第3の1（3）及び（4）の規定にかかわらず、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員という。」）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、1割以上の一時的な変動があった場合及び暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする。

新型コロナウイルス感染症に係る施設基準等に関する取扱い（複数該当あり）（n=406）



# 看護職員夜間配置加算

診調組 入 - 3  
7 . 9 . 1 1

- 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期医療を担う病院</li> <li>・看護職員の実質配置が12対1、16対1</li> <li>・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</li> </ul> |

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)

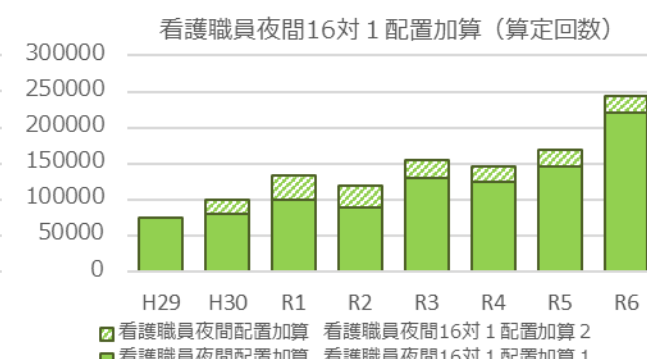
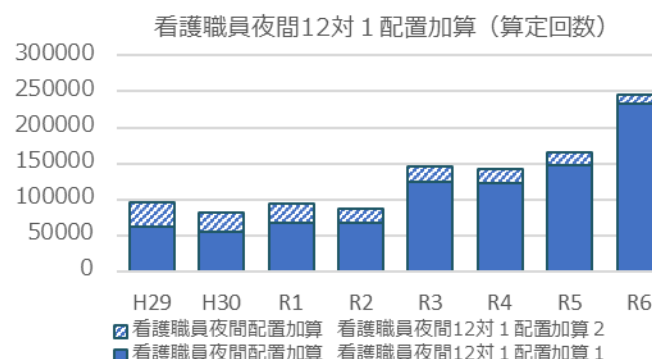
ア 当該保険医療機関内に、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する看護職員の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

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

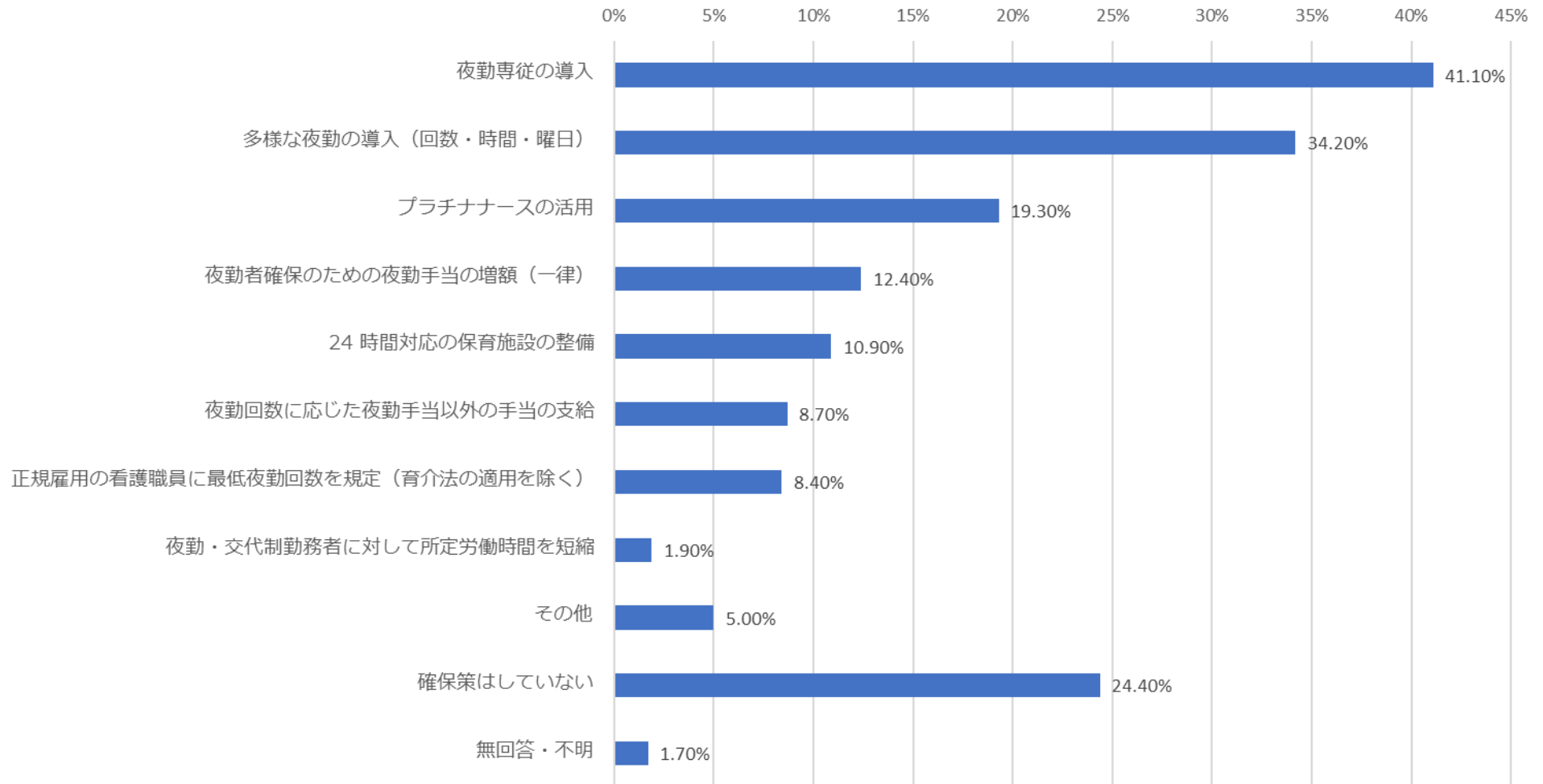


# 直近3年以内に実施した看護職員の夜勤者の確保策

診調組 入-3  
7.9.11改

- 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、「夜勤専従の導入」、「多様な夜勤の導入（回数・時間・曜日）」の割合が高かった。
- 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）

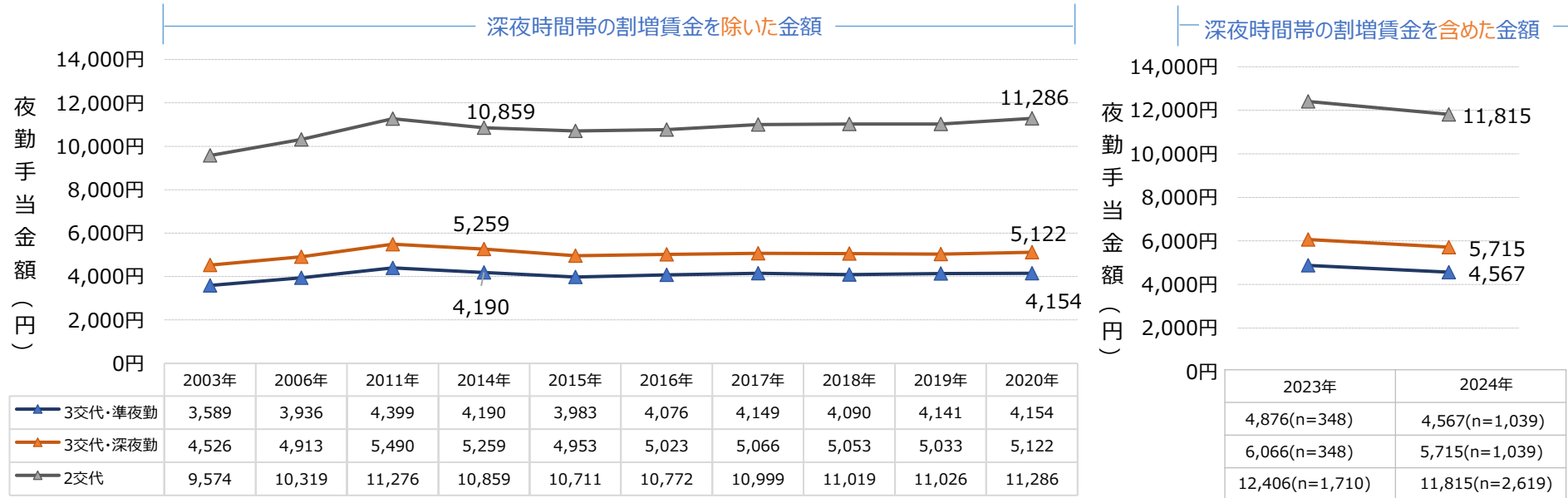


# 夜勤手当（夜勤1回あたり）の推移

診調組 入-3  
7.9.11改

- 病院勤務看護職員の夜勤手当（夜勤1回あたり）額は、2010年代に入ってから概ね横ばい。
- 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）

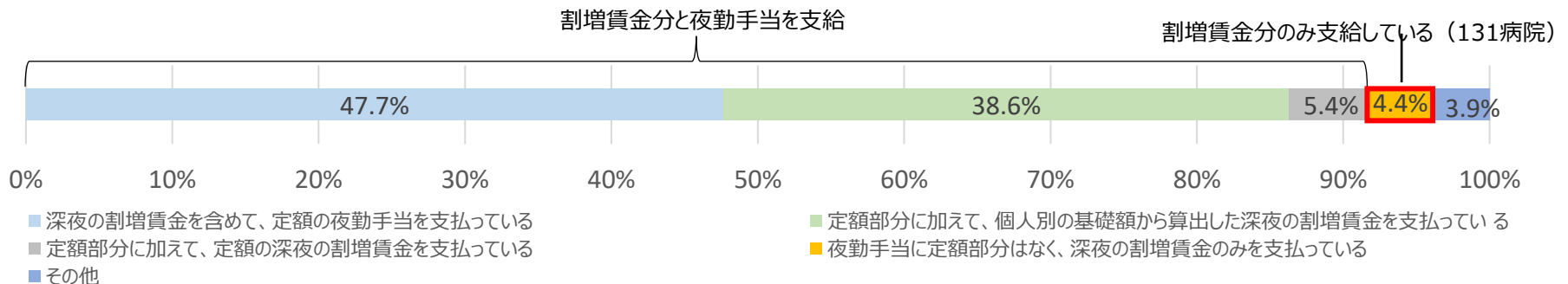


出典：各年の「病院看護実態調査」「病院における看護職員需給状況調査」、「2024年 看護職員の賃金に関する実態調査」（いずれも日本看護協会）

※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

# 看護管理の役割について

- 今後、少子高齢化の進行と生産年齢人口の減少が見込まれる中で、質の高い医療を提供していくために、病院の管理運営と看護職員のマネジメントが一体的に行われる必要があることから、看護管理が重要となる。

## ■看護管理

最適な看護の提供を目指し、人・物・金・情報・時間に関して計画・立案、組織化、調整、統制、変革を行う活動およびその過程である。

主な活動は、看護の組織化を図り、業務の明確化・監査・開発、人材の確保・活用・育成、予算計画と執行・評価、労働環境の調整を含む労務管理などを合理的・効果的に行うことである。これらは、行政・機関・部門・看護単位の各段階において実施される。

出典：公益社団法人 日本看護科学学会 <https://www.jans.or.jp/glossary/nursing-administration/>

## ■看護管理者に求められる能力

| 能力     | 定義                                              |
|--------|-------------------------------------------------|
| 組織管理能力 | 組織の方針を実現するために資源を活用し、看護組織をつくる力                   |
| 質管理能力  | 患者の生命と生活、尊厳を尊重し、看護の質を組織として保証する力                 |
| 人材育成能力 | 将来を見据えて看護人材を組織的に育成、支援する力                        |
| 危機管理能力 | 予測されるリスクを回避し、安全を確保するとともに、危機的状況に陥った際に影響を最小限に抑える力 |
| 政策立案能力 | 看護の質向上のために制度・政策を活用及び立案する力                       |
| 創造する能力 | 幅広い視野から組織の方向性を見出し、これまでにない新たなものを創り出そうと挑戦する力      |

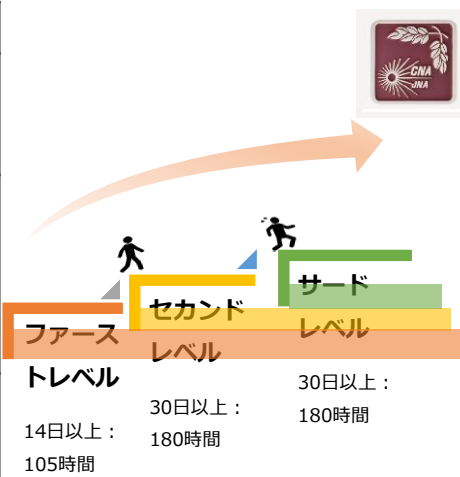
出典：病院看護管理者のマネジメントラダー（日本看護協会）[https://www.nurse.or.jp/nursing/kangogyomu/management\\_ladder/index.html](https://www.nurse.or.jp/nursing/kangogyomu/management_ladder/index.html)

# 看護の管理能力を向上する取組について

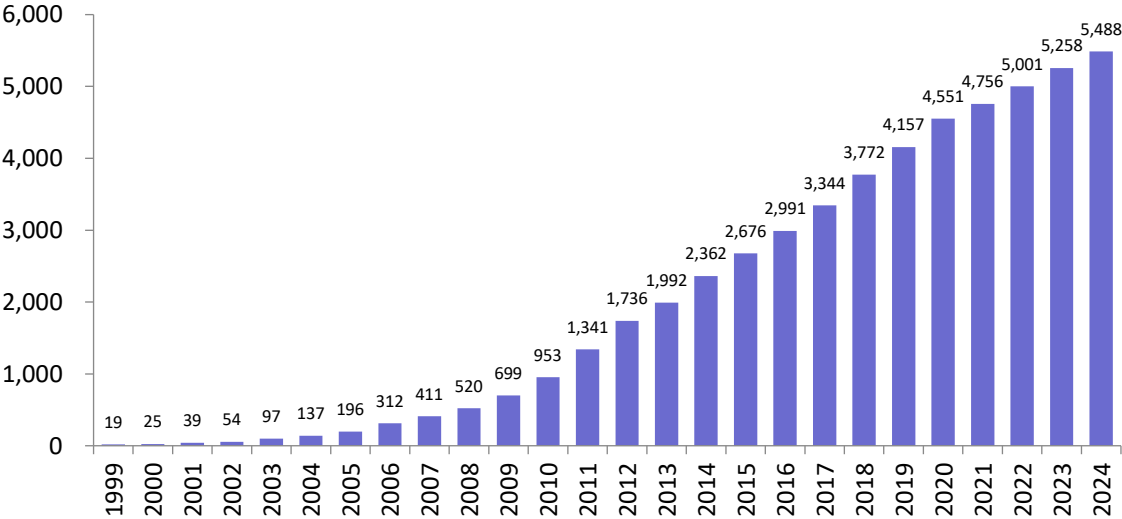
## 認定看護管理者制度（日本看護協会）とは：

（制度の目的）多様なヘルスケアニーズを持つ個人、家族及び地域住民に対して、質の高い組織的看護サービスを提供することを目指し、一定の基準に基づいた看護管理者を育成する体制を整え、看護管理者の資質と看護の水準の維持及び向上に寄与することにより、保健医療福祉に貢献することを目的とする。

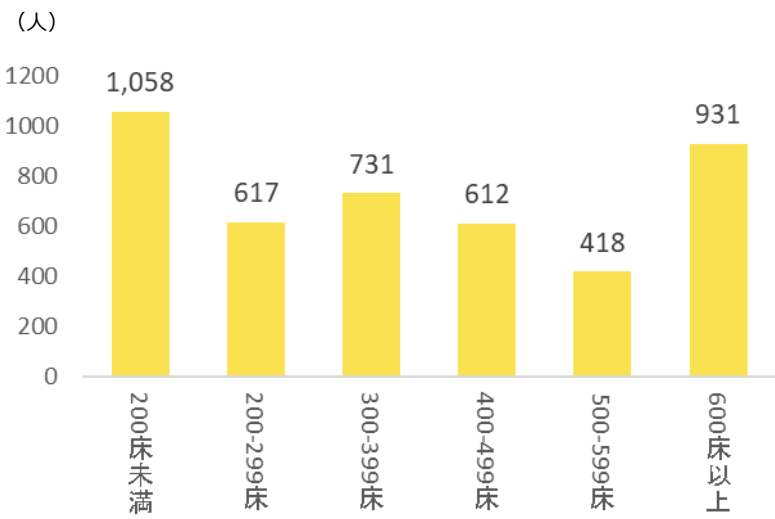
|        | ファーストレベル                                                                                                               | セカンドレベル                                                                                                                                                                           | サードレベル                                                                                                                                                                           |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目的     | 看護専門職として必要な管理に関する基本的知識・技術・態度を習得する。                                                                                     | 看護管理者として基本的責務を遂行するために必要な知識・技術・態度を習得する。                                                                                                                                            | 多様なヘルスケアニーズをもつ個人、家族、地域住民及び社会に対して、質の高い組織的看護サービスを提供するために必要な知識・技術・態度を習得する。                                                                                                          |
| 受講要件   | <ul style="list-style-type: none"><li>・日本国の看護師免許を有する者</li><li>・看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者</li><li>・管理業務に関心がある者</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>・日本国の看護師免許を有する者</li><li>・看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者</li><li>・認定看護管理者教育課程ファーストレベルを修了している者。または看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に1年以上就いている者</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>・日本国の看護師免許を有する者</li><li>・看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者</li><li>・認定看護管理者教育課程セカンドレベルを修了している者。または看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に1年以上就いている者</li></ul> |
| カリキュラム | 認定看護管理者研修（ファーストレベル）（1年以内・105時間程度）：ヘルスケアシステム論 組織管理論 人材管理 資源管理 質管理 統合演習                                                  | 認定看護管理者研修（セカンドレベル）（1年以内・180時間程度）：ヘルスケアシステム論 組織管理論 人材管理 資源管理 質管理 統合演習                                                                                                              | 認定看護管理者研修（サードレベル）（1年以内・180時間程度）：ヘルスケアシステム論 組織管理論 人材管理 資源管理 質管理 統合演習                                                                                                              |



【認定看護管理者 登録者数（2024年12月末現在）】 ※各年12月末の登録者数



【病院における認定看護管理者の配置状況（2024年12月現在）】



# 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式9）

- 基本診療料の施設基準等の届出の際に、届出書である別添7の添付書類として、入院患者の数や看護要員の数等を確認するための「様式9」の提出が求められる。
- 「様式9」は適時調査においても事前提出書類とされ、施設基準との整合を確認するために用いられる。

## 基本診療料の届出

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）（令和6年3月5日保医発0305第5号）

### 第2 届出に関する手続き（抜粋）

2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添7の当該施設基準に係る届出書（**届出書添付書類**を含む。）を1通提出するものであること。

## 様式9「入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類」

### 【別添7に様式9の添付が必要な基本診療料】

- **入院基本料**：一般病棟入院基本料、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、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料
- **入院基本料等加算**：急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、特殊疾患入院施設管理加算、看護配置加算、看護補助加算、精神科応急入院施設管理加算
- **特定入院料**：地域包括医療病棟入院料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

### 【様式9で報告する事項】

- **入院基本料・特定入院料の届出**
- **看護要員の配置に係る加算の届出**
- **入院患者の数及び看護要員の数**（① 1日平均入院患者数、② 月平均1日当たり看護職員配置数、③ 看護職員中の看護師の比率、④ 平均在院日数、⑤ 夜勤時間帯、⑥ 月平均夜勤時間数、⑦ 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数、⑧ 月平均1日当たり看護補助者配置数、⑨ 月平均1日当たり看護補助者夜間配置数、⑩ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数、⑪ 月平均1日当たり看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数）
- **勤務実績表**
- **勤務体制及び申し送り時間**

4. 勤務実績表

| 種別 <sup>※1</sup>                  | 番号 | 氏名 | 雇用・勤務形態 <sup>※2</sup>        | 看護補助者の業務 <sup>※3</sup> | 夜勤の有無         | 日付別の勤務時間数 <sup>※6</sup>       |                       |                    |    |   |  |     | 月延べ勤務時間数          | (再掲)月平均勤務時間の計算に含まれない者の夜勤時間数 <sup>※7</sup> |  |
|-----------------------------------|----|----|------------------------------|------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------|----|---|--|-----|-------------------|-------------------------------------------|--|
|                                   |    |    |                              |                        | 当該する夜勤従事者について | 1日                            | 2日                    | 3日                 | …… | 日 |  |     |                   |                                           |  |
|                                   |    |    |                              |                        | 有・無・夜専        |                               |                       |                    |    |   |  |     |                   |                                           |  |
| 看護師                               |    |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務                |                        | 有・無・夜専        |                               |                       |                    |    |   |  |     |                   |                                           |  |
|                                   |    |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務                |                        | 有・無・夜専        |                               |                       |                    |    |   |  |     |                   |                                           |  |
| 准看護師                              |    |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務                |                        | 有・無・夜専        |                               |                       |                    |    |   |  |     |                   |                                           |  |
|                                   |    |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務                |                        | 有・無・夜専        |                               |                       |                    |    |   |  |     |                   |                                           |  |
| 看護補助者                             |    |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務                | 事務的業務                  | 有・無・夜専        |                               |                       |                    |    |   |  |     |                   |                                           |  |
|                                   |    |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務                | 事務的業務                  | 有・無・夜専        |                               |                       |                    |    |   |  |     |                   |                                           |  |
| その他                               |    |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務                |                        | 有・無・夜専        |                               |                       |                    |    |   |  |     |                   |                                           |  |
|                                   |    |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務                |                        | 有・無・夜専        |                               |                       |                    |    |   |  |     |                   |                                           |  |
| 夜勤従事職員数の計                         |    |    |                              |                        |               | 〔B〕                           | 月延べ勤務時間数<br>(上段と中段の計) |                    |    |   |  | 〔C〕 |                   |                                           |  |
| 月延べ夜勤時間数                          |    |    |                              |                        |               | 〔D－E〕                         |                       | 月延べ夜勤時間数<br>(中段の計) |    |   |  |     | 〔D〕 <sup>※8</sup> | 〔E〕                                       |  |
| (再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計 |    |    |                              |                        |               |                               |                       |                    |    |   |  |     | 〔F〕 <sup>※9</sup> |                                           |  |
| 1日看護職員配置数<br>(必要数) <sup>※10</sup> |    |    | 〔A／配置区分の数 <sup>※11</sup> 〕×3 |                        |               | 月平均1日当たり看護職員配置数               |                       |                    |    |   |  |     | 〔C／(日数×8)〕        |                                           |  |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数<br>(上掲)      |    |    | 〔A／200〕×3                    |                        |               | 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 |                       |                    |    |   |  |     | 〔F／(日数×8)〕        |                                           |  |

注1) 1日看護職員配置数 ≤ 月平均1日当たり看護職員配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

5. 勤務体制及び申し送り時間

| 勤務体制   |    |       |       |       |
|--------|----|-------|-------|-------|
| 交代制    | 日勤 | （：～：） | 夜勤    | （：～：） |
| 交代制    | 日勤 | （：～：） | 夜勤    | （：～：） |
| その他    | 日勤 | （：～：） | （：～：） | （：～：） |
| 申し送り時間 |    |       |       |       |
| 交代制    | 日勤 | （：～：） | 夜勤    | （：～：） |
| 交代制    | 日勤 | （：～：） | 夜勤    | （：～：） |
| その他    | 日勤 | （：～：） | （：～：） | （：～：） |

## 適時調査における様式9 〔適時調査実施要項〕2 事前準備 (2) 事前提出書類の調査手順（抜粋）

- ② 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式9）と勤務実績表は事前に照合を行い、不整合の内容について調査当日に確認する。

# 病棟における勤務時間と様式 9

- 病院の入院基本料等の施設基準において「看護要員の数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数」と規定している。
- 様式 9 に勤務時間数として算入及び除外するものは、通知や疑義解釈の様々な場所に規定されており、様式 9 の作成を煩雑にしている一因ではないか。

## ■ 病院の入院基本料等に関する施設基準で、看護要員の数および勤務時間として算入/除外するものの例

|        | 算入可 (例)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 算入不可/除外可 (例)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設基準通知 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数</li> <li>○ 病棟勤務と外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務又は集中治療室勤務等を兼務する場合は、勤務実績表による病棟勤務の時間</li> <li>○ 臨時職員であっても継続して勤務に服する者</li> <li>○ 職業紹介事業を行う者からの紹介又は労働者供給事業を行う者からの供給により看護要員を雇用した場合</li> <li>○ 紹介予定派遣として派遣された場合及び産前産後休業、育児休業、育児休業に準ずる休業又は介護休業中の看護職員の勤務を派遣労働者が代替する場合</li> <li>○ 小児病棟又は特殊疾患入院施設管理加算を算定している病棟等において小児患者の保育に当たっている保育士の数</li> <li>○ 主として事務的業務を行う看護補助者が、当該病棟において事務的業務以外の業務を行った時間数も含めた、当該看護補助者の勤務時間数</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 看護部長等（専ら、病院全体の看護管理に従事する者）、当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の看護要員の数</li> <li>○ 病棟単位で算定する特定入院料（「A317」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）に係る病棟並びに「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室、短期滞在手術等基本料 1 に係る回復室及び外来化学療法に係る専用施設に勤務する看護要員の数（兼務者を除く）</li> <li>○ 小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士の数</li> <li>○ 1 か月以上長期欠勤の看護要員、身体障害者（児）に対する機能訓練指導員及び主として洗濯、掃除等の業務を行う者</li> <li>○ 夜勤時間帯の中で、申し送った従事者の申し送りに要した時間は夜勤時間から除外可</li> </ul> |
| 様式 9   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ （４．勤務実績表「日付別の勤務時間数」について）上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 疑義解釈   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 通常の休憩時間</li> <li>○ 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間</li> <li>○ 一般病棟入院基本料の届出病棟に入院している患者に対して、当該病棟の看護師が行うがん患者カウンセリング料の算定に係る業務の時間</li> </ul>                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 休憩時間以外の病棟で勤務しない時間</li> <li>○ 有給休暇や残業時間</li> <li>○ 日勤時間帯の中で、申し送った従事者の申し送りに要した時間は日勤時間から除外可</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

# 有床診療所入院基本料等における届出様式の記載について

- 有床診療所の入院基本料等に関する施設基準においては、「看護職員の数、入院患者の看護と外来、手術等の看護が一体として実施されている実態を踏まえ、当該診療所に勤務しその業務に従事する看護師又は准看護師の数とする」と規定している。
- 一方で、有床診療所入院基本料に関する届出書添付書類の様式12では、看護師・准看護師の数は「入院患者に対する勤務」と「入院患者以外との兼務」を時間割比例計算で記載する必要がある。

## 【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の施設基準に係る届出書添付書類（様式12）】

様式 12

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の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                     |     | 区 分                                                           | 病 床 数                      | 入 院 患 者 数               |                      | 備 考                                                 |   |
|-----------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|---|
|                                                     |     |                                                               |                            | 届 出 時                   | 1 日 平 均<br>入 院 患 者 数 |                                                     |   |
| 入 院 患 者 数<br>及<br>び                                 | 総 数 |                                                               |                            | 名                       | 名                    | 1 日 平 均 入 院<br>患 者 数 算 出 期 間<br>年 月 日<br>～<br>年 月 日 |   |
|                                                     | 内 訳 | 一般病床                                                          |                            | 名                       | 名                    |                                                     |   |
|                                                     |     | 療養病床                                                          |                            | 名                       | 名                    |                                                     |   |
| 看 護 要 員 数                                           | 総 数 |                                                               | 看護師・准看護師<br>入院患者に<br>対する勤務 | 看護補助者<br>入院患者に<br>対する勤務 | 入院患者以<br>外との兼務       |                                                     |   |
|                                                     |     |                                                               |                            | 名                       | 名                    |                                                     | 名 |
|                                                     | 内 訳 |                                                               | 入院患者に<br>対する勤務             | 入院患者以<br>外との兼務          | 入院患者に<br>対する勤務       |                                                     |   |
|                                                     |     |                                                               |                            | 名                       | 名                    |                                                     | 名 |
|                                                     |     |                                                               | 一般病床                       | 名                       | 名                    | 名                                                   |   |
|                                                     |     |                                                               |                            | 名                       | 名                    | 名                                                   |   |
|                                                     |     | 療養病床                                                          | 名                          | 名                       | 名                    |                                                     |   |
|                                                     |     |                                                               | 名                          | 名                       | 名                    |                                                     |   |
| 上記以外の勤務                                             |     |                                                               | 名                          | 名                       |                      |                                                     |   |
| 勤 務 形 態<br>(該当するものに○印)<br>(時間帯を記入)                  |     | 時 間 帯 区 分<br>当直制 ・ 交代制 ・ その他<br>( : ~ : ) ( : ~ : ) ( : ~ : ) |                            |                         |                      |                                                     |   |
| 有床診療所入院基本料の<br>夜間緊急体制確保加算に<br>係る夜間の緊急体制確保<br>の実施の有無 |     | ( 有 ・ 無 )                                                     |                            |                         |                      |                                                     |   |

【記載上の注意】

- 1 一般病床の区分欄には1から6のいずれかを記入する。
- 2 療養病床、その他の病床及び外来との兼務を行う場合の看護要員の人数については、時間割比例計算により算入する。
- 3 様式12の2を添付すること。
- 4 注の加算に係る施設基準を届け出る場合には、併せて様式12の3から12の6までを添付すること。

## 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (通知)

### 別添2 入院基本料等の施設基準等（抜粋）

### 第3 診療所の入院基本料等に関する施設基準

2 看護職員の数、入院患者の看護と外来、手術等の看護が一体として実施されている実態を踏まえ、当該診療所に勤務しその業務に従事する看護師又は准看護師の数とする。

4 当該保険医療機関においてパートタイム労働者として継続して勤務する看護要員の人員換算の方法は、

パートタイム労働者の1か月間の実労働時間  
常勤職員の所定労働時間

による。ただし、計算に当たって1人のパートタイム労働者の実労働時間が常勤職員の所定労働時間を超えた場合は、所定労働時間以上の勤務時間は算入せず、「1人」として算出する。なお、常勤職員の週当たりの所定労働時間が32時間未満の場合は、32時間を所定労働時間として計算する。

# 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      □ 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）

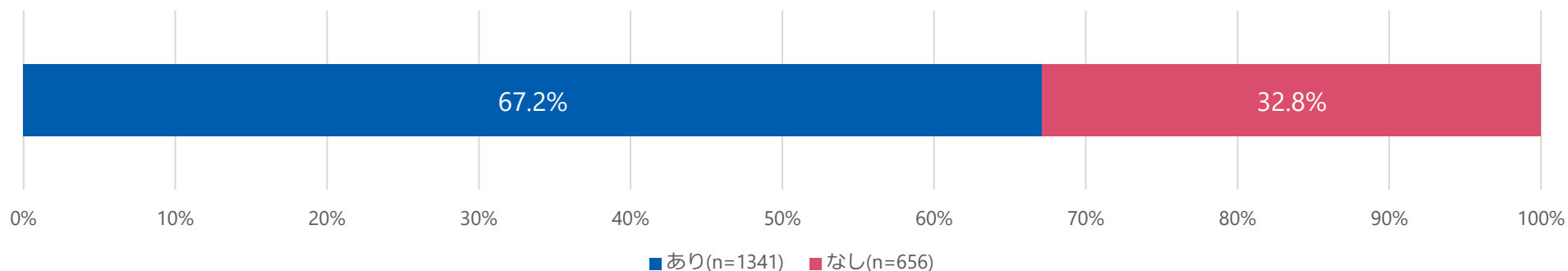
※緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算も同様。

# 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

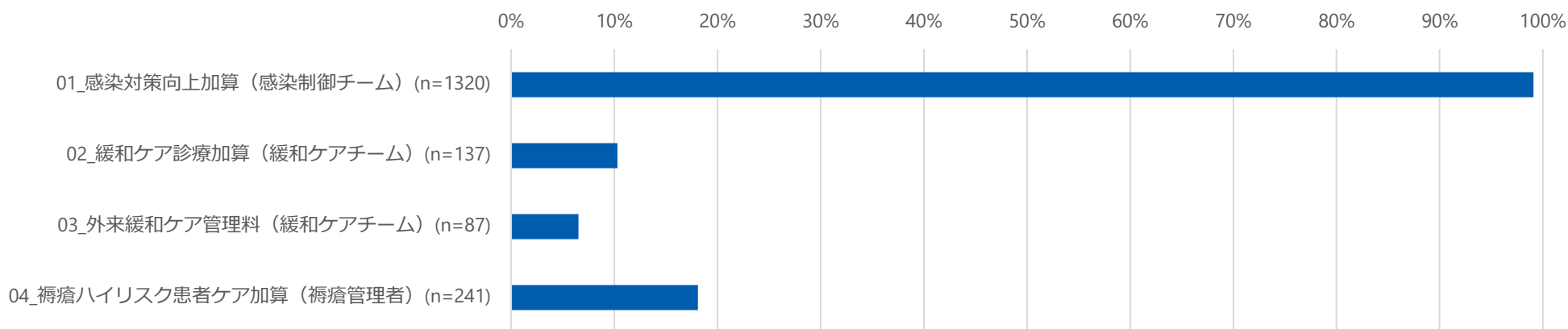
診調組 入-1  
7. 5. 22改

- 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



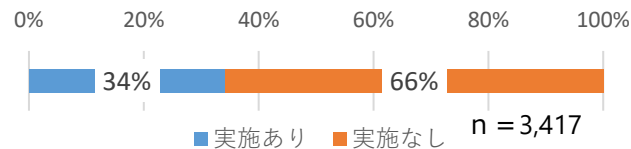
## 活用している加算



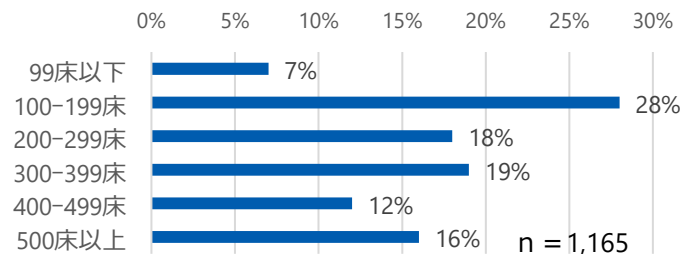
## 病院と介護保険施設等との連携

- 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。

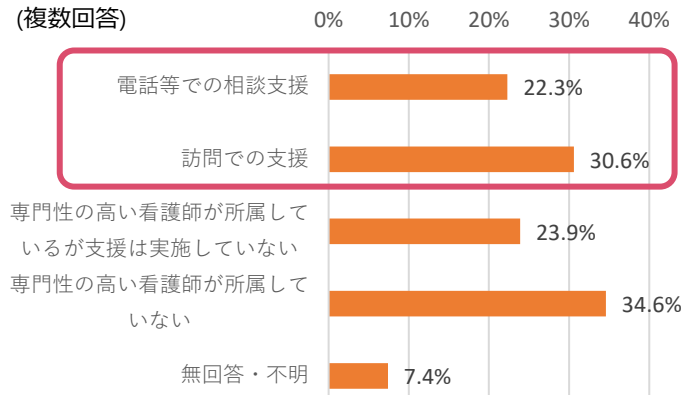
■ 看護師による介護施設等への支援を実施している病院



■ 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

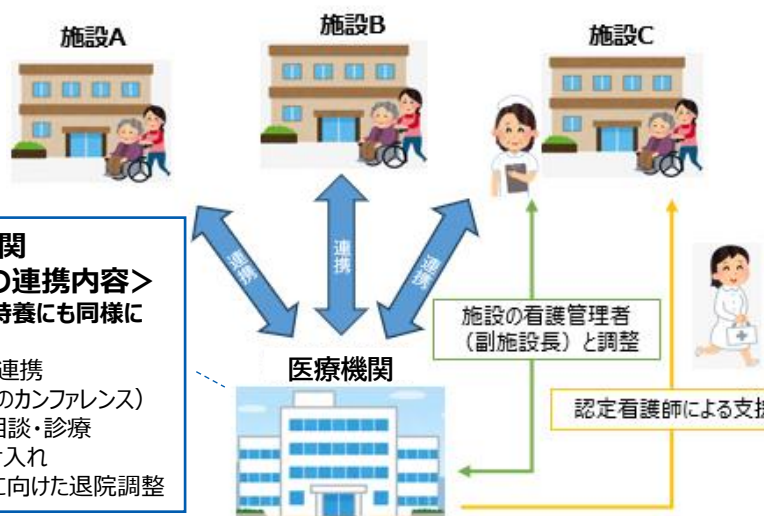
|                               | 回答<br>病院数 | 特養・老<br>健・介護<br>医療院 | 認知症グ<br>ルホ・サ<br>高住・有<br>料老人<br>ホーム | 訪問ST・<br>看護多機<br>小多機 | 通所施設  | 学校<br>保育施設 | その他   | 無回答<br>不明 |
|-------------------------------|-----------|---------------------|------------------------------------|----------------------|-------|------------|-------|-----------|
| 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<br>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<br>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<br>の対応       | 48        | 27.1%               | 27.1%                              | 31.3%                | 18.8% | 27.1%      | 31.3% | 8.3%      |

# 看護師による平時からの特別養護老人ホーム支援の取組事例

- 特別養護老人ホームの看護管理者と調整し、看護師による情報共有（カンファレンスの実施）等の支援を平時から行っている取組事例がある。
- 本取組事例では、施設の看護管理者から「利用者の穏やかな生活を支え看取り等にも対応可能な体制整備に向け、専門性の高い看護師からの支援を受けたい」との相談を受け、継続的に緩和ケア認定看護師及び、認知症看護認定看護師による、相談・支援を行っている。

## <医療法人社団協友会 吉川中央総合病院の取組>

対象施設(特別養護老人ホーム:3施設)



### <支援内容>

施設からの求めに応じ、  
看護師が下記支援を実施  
※2023年から施設Cに介入開始

#### 緩和ケアCN

- 施設内での看取り体制の構築(マニュアル整備、知識・技術研修等)
- 看取りが予想される利用者のケア
- 痛みや苦痛に対する緩和ケア
- 実施した看取りの振り返り

#### 認知症看護CN

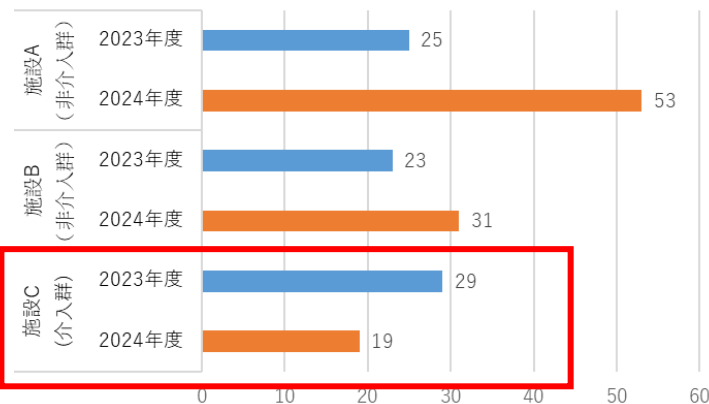
- 認知症の利用者の困り事に関する相談
- 職員や家族・地域に向けた研修
- ケースカンファレンス

### <医療機関としての連携内容>

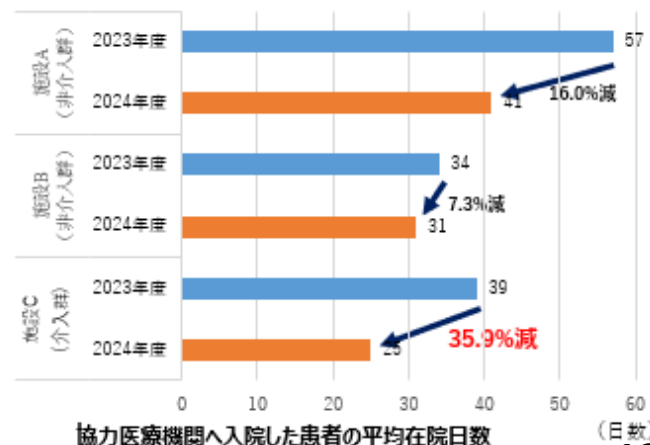
※いずれの特養にも同様に実施

- 平時からの連携(月に一度のカンファレンス)
- 急変時の相談・診療
- 入院の受け入れ
- 早期退院に向けた退院調整

## ○施設からの搬送患者数



## ○施設からの入院患者の平均在院日数



協力医療機関へ入院した患者の平均在院日数

(日数)

- 看護師による支援を行った施設では、施設からの搬送患者数が減少した。
- 施設から入院した患者の平均在院日数は、いずれの施設からの入院患者も、前年度から減少しているが、なかでも、認定看護師が支援を実施した施設Cは、平均在院日数の減少率が最も大きかった。
- 看護師の支援により、応需件数が減少していること、入院しても速やかに施設で受け入れることができている。
- 看護の連携によってがんや認知症の症状があっても環境調整を行うことができ、施設で最期まで過ごすことができている。

出典：吉川中央総合病院資料「認定看護師による高齢者施設への支援を行った効果～医療と介護の連携を目指して～」

# 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               |  | 改定後                           |
|------------------|--|-------------------------------|
| 【療養病棟入院料】        |  | 【療養病棟入院基本料】                   |
| 注12 イ 夜間看護加算 50点 |  | 注12 夜間看護加算 50点                |
|                  |  | 注13 イ 看護補助体制充実加算 1 <b>80点</b> |
| □ 看護補助体制充実加算 55点 |  | □ 看護補助体制充実加算 2 <b>65点</b>     |
|                  |  | 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            | <input checked="" type="checkbox"/> <b>看護補助体制充実加算 1</b> 20点 |
|               |               |               | <input type="checkbox"/> 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            | <input checked="" type="checkbox"/> <b>看護補助体制充実加算 1</b> 20点 |
|               |               |               | <input type="checkbox"/> 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

# 看護補助者に係る加算について

- 看護補助者に係る加算等は、累次の改定で整理、追加や修正が行われていることから、名称や評価内容にばらつきがあり、加算名の表現に統一性がない（例：配置基準が名称に含まれているものとそうではないものがある）。
- 例えば、「看護補助体制充実加算」においては、当該加算で評価する内容が入院基本料等によって異なっている場合でも、同じ加算名が用いられている。

## 例) 看護補助体制充実加算

| 入院基本料等                 | 注加算名                                                                                                                                                                                                                       | 点数                                                                 |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| A101<br>療養病棟入院基本料      | 注12 夜間看護加算<br>注13 看護補助体制充実加算 1/2/3※                                                                                                                                                                                        | 50点<br>80点/65点/55点                                                 |
| A106<br>障害者施設等入院基本料    | 注9 看護補助加算（14日以内）<br>看護補助加算（15日以上30日以内）<br>注10 看護補助体制充実加算 1（14日以内）/（15日以上30日以内）<br>看護補助体制充実加算 2（14日以内）/（15日以上30日以内）<br>看護補助体制充実加算 3（14日以内）/（15日以上30日以内）※<br>注11 夜間看護体制加算                                                    | 146点<br>121点<br>176点/151点<br>161点/136点<br>151点/126点<br>161点        |
| A304<br>地域包括医療病棟入院基本料  | 注5 25対1看護補助体制加算（看護補助者5割以上）/（看護補助者5割未満）<br>50対1看護補助体制加算/75対1看護補助体制加算<br>注6 夜間30対1看護補助体制加算/夜間50対1/夜間100対1<br>注7 夜間看護体制加算<br>注8 看護補助体制充実加算 1/2/3※                                                                             | 240点/220点<br>200点/160点<br>25点/15点/5点<br>125点<br>120点/105点/71点      |
| A308-3<br>地域包括ケア病棟入院料  | 注4 看護補助者配置加算<br>注5 看護補助体制充実加算 1/2/3※                                                                                                                                                                                       | 160点<br>190点/175点/165点                                             |
| A207-3<br>急性期看護補助体制加算  | 1/2 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）/（看護補助者5割未満）<br>2 25対1急性期看護補助体制加算<br>3 50対1急性期看護補助体制加算<br>4 75対1急性期看護補助体制加算<br>注2 イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算<br>ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算<br>ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算<br>注3 夜間看護体制加算<br>注4 イ/ロ 看護補助体制充実加算 1/2 | 240点/220点<br>200点<br>160点<br>125点<br>120点<br>105点<br>71点<br>20点/5点 |
| A214<br>看護補助加算         | 1/2/3 看護補助加算 1/2/3<br>注2 夜間75対1看護補助加算<br>注3 夜間看護体制加算<br>注4 イ/ロ 看護補助体制充実加算 1/2                                                                                                                                              | 141点/116点/88点<br>55点<br>176点<br>20点/5点                             |
| A307<br>小児入院医療管理料1・2・3 | 注9 看護補助加算<br>注10 看護補助体制充実加算                                                                                                                                                                                                | 151点<br>156点                                                       |

同じ名称だが要件が異なる

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に対する  
要件あり（※以外）

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に対する  
要件なし

# 看護職員の働き方に係る課題と論点①

## (看護職員の確保について)

- ・ 看護職員就業者数は2023年（令和5年）には174.6万人となった。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）において増加傾向となっている。
- ・ 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割であり、看護職員の夜勤について、勤務シフトが組みにくくなったが3割を越えており、看護職員の夜勤の回数（1人当たり）について「増えた」が2～3割であった。
- ・ 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は、「妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」の実施が進んでおり、84.0%で実施されていた。一方、「夜勤手当の見直し」は15.0%の実施であった。
- ・ 出生動向基本調査によると、約7割の女性が第1子出産後も就業継続している。育児・介護休業法において、育児・家族介護を行う労働者の深夜業の制限が規定されている。その結果、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実態がある。
- ・ 病院勤務看護職員の夜勤手当（夜勤1回当たり）額は、2010年代に入ってからはおおむね横ばいである。直近3年以内に実施した看護職員の夜勤者の確保策の結果からも、「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%に留まっている。
- ・ 看護職員夜間配置加算では夜間における看護職員の負担軽減に資する業務管理が進められてきた。当該加算では、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を算定要件としている。看護職員夜間配置加算の届出施設数及び算定回数は増加している。

## (職業紹介の活用)

- ・ 看護職員の確保について医療機関の約7割が有料の求人サービスを利用している。
- ・ ハローワークでは、医療分野等の専門窓口の設置等による機能強化を行っている。
- ・ 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が推進されてきた。都道府県ナースセンターでは、看護職の就業・資質向上支援が行われ、無料職業紹介を行っている。
- ・ 雇用仲介事業（職業紹介事業、募集情報等提供事業）についてお祝い金・転職勧奨禁止等の法令順守徹底のためのルールと施行の強化や雇用仲介事業の更なる見える化を進めている。令和7年9月12日時点で適正認定事業者53社（医療分野40社）が認められている。

## 看護職員等の働き方に係る課題と論点②

### (新型コロナウイルス感染症に係る取扱いについて)

- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響により夜勤時間数や看護要員数に一時的な変動があった場合、最初の月から3か月以内に限り、施設基準の届出区分の変更を不要としている。

### (病棟における勤務時間と様式9)

- ・ 病院の入院基本料等の施設基準において「看護要員の数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数」と規定している。様式9に勤務時間数として算入及び除外するものは、通知や疑義解釈で具体的に示されているが、例えば病棟内勤務中に短時間のオンライン研修を受講した場合は除外する必要がある等の状況は、様式9の作成を煩雑にしている一因ではないか。

### (有床診療所入院基本料等における届出様式の記載)

- ・ 有床診療所の入院基本料等に関する施設基準においては、「看護職員の数、入院患者の看護と外来、手術等の看護が一体として実施されている実態を踏まえ、当該診療所に勤務しその業務に従事する看護師又は准看護師の数とする」と規定している。
- ・ 一方で、有床診療所入院基本料に関する届出書添付書類の様式12では、看護師・准看護師の数は「入院患者に対する勤務」と「入院患者以外との兼務」を時間割比例計算で記載する必要がある。

### (専従要件の明確化について)

- ・ 令和6年度診療報酬改定では、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しており、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実態がある。
- ・ 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、効率的な実施に係る整備が進められることが期待されている。

### (看護補助者に係る加算について)

- ・ 看護職員の負担軽減策に係る加算等は、看護補助者との役割分担の推進や夜間の看護職員の評価といった観点に基づき、各入院基本料等の特徴に基づき多様に設定されている。
- ・ 看護補助者に係る加算等は、累次の改定で整理、追加や修正が行われていることから、名称や評価内容にばらつきがあり、加算名の表現に統一性がないものがある。

# 看護職員等の働き方に係る課題と論点③

## 【論点】

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

# 入院（その4）

1. 包括期入院医療について
2. 包括期入院料に包括される薬剤等について
3. 入退院支援について
4. 看護職員の確保と働き方等について
  - 4－1. 看護職員の需給や働き方に関する概況
  - 4－2. 看護職員の確保・働き方について
  - 4－3. 看護職員の業務負担軽減について

# これまでの看護職員の業務負担軽減に関する主な意見

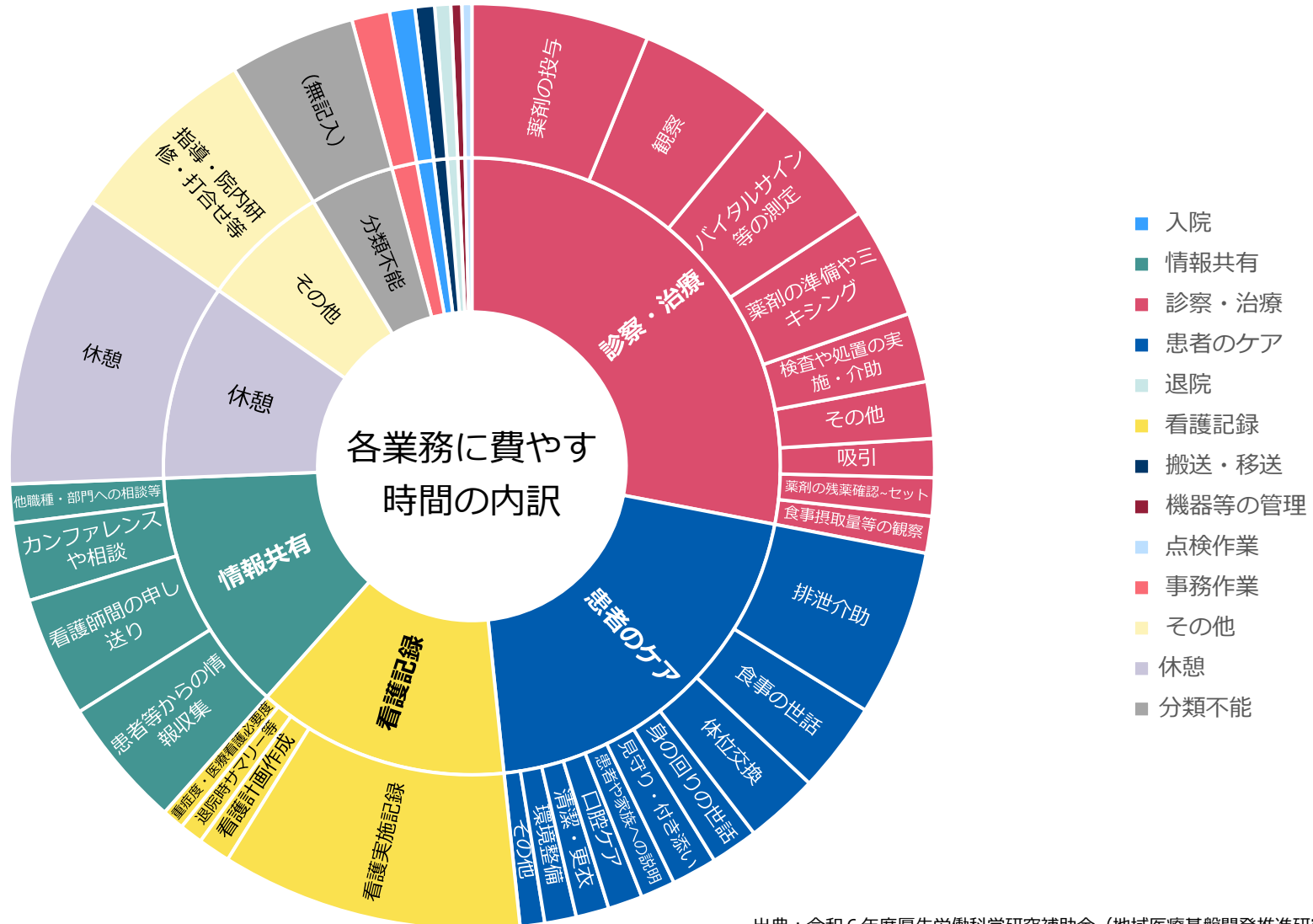
## <入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- ICT、AI、IoT機器を導入して取り組みたい一方、機器活用には、初期の導入費用、維持メンテナンス費用等の先行投資も必要となる。一部導入時の補助金はあるものの、維持メンテナンス費用までを補ってもらう必要があるのではないか。
- ICTやAI機器の活用で身体的拘束を減らすことを評価するようなプラスの評価も重要ではないか。取組をインセンティブとして活用するのがよいのではないかと意見があった。
- 生産性向上や業務負担軽減の点では、音声入力やバイタルデータの自動入力などが有効だと考えられるが、ICT、AI、IoT等の活用は更なる推進が必要な状況であり、具体的な活用が進むための方策について、方向性を考えていくことが重要である。
- ICT、AI、IoT等の活用については、好事例として、各医療機関の実際の医療・看護業務の状況に応じて、看護の充実や質の向上のためにどうICT機器を活用するかをよく検討した上で導入されている例が示されている。病院の看護の状況をよくわかっている看護管理者がキーパーソンとなり、このような取組について各医療機関で進めていくとよいのではないかと意見があった。

# 病棟における看護業務の全体像

診調組 入-3  
7. 9. 11

- 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

# 看護業務の効率化の主な例①

| 業務内容（行為時間）<br>※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                                                                           |
| <b>A:入院（13.22分）</b><br>・入院オリエンテーション<br>・入院診療計画書<br>・転倒転落アセスメント<br>・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。<br>    | ○転倒転落リスク判定に係る時間<br>患者1人につき5分 ⇒ 0分へ削減<br>○転倒・転落インシデント報告件数<br>導入前460件 ⇒ 導入後 284件 |
| <b>情報共有</b><br><b>B:情報共有（190.68分）</b><br>・患者等からの情報収集<br>・看護師間の報告・連絡・相談<br>・看護師間の申し送り<br>・医師への報告・連絡・相談<br>・他の職種への報告・連絡・相談・調整<br>・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。<br> | ○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）<br>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。<br>             | ○業務移動距離の減少(4~5km/日)<br>⇒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<br>(行為時間)<br>※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                                                                                                                                                                |
| <b>情報共有</b><br>(再掲)<br><br><b>B:情報共有（190.68分）</b><br>・患者等からの情報収集<br>・看護師間の報告・連絡・相談<br>・看護師間の申し送り<br>・医師への報告・連絡・相談<br>・他の職種への報告・連絡・相談・調整<br>・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。<br>    | ○日勤から夜勤への申し送りの時間が短縮された<br>○始業前の労働時間の減少<br>○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               |                   |                                                                                                                                              | ○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）                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                       | 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<br>導入前177.0分 ⇒ 導入後165.6分                                                                                                                           |
| <b>C:診察・治療（416.38分）</b><br>・観察<br>・検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）<br>・診察・治療・処置の介助<br>・バイタルサインの測定<br>・薬剤の準備<br>・薬剤のミキシング<br>・人工呼吸器管理<br>・吸引 等              | 観察                         | 見守りセンサー<br>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。<br>    | ○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。<br>○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。<br>○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。<br>○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、患者の状態や検査の進捗等が一目で確認できる。<br> | ○病棟における1ヵ月あたりの検査・治療件数<br>130件/月⇒148件/月<br>○出棟要請時間から出棟までの時間<br>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<br>(行為時間)<br><br>※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                                                                                                        |
| <b>見守り</b><br><br><b>D:患者のケア（302.16分）</b>               | 見守り・付き添い                                                                                                                                  | 見守りカメラ<br>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。<br>                           | ○夜勤帯の看護師の訪室回数の比較<br>導入前後での看護師の訪室回数を同一患者で比較<br>導入前16.3回 ⇒ 導入後は13.0回へ削減                                       |
|                                                         | ・環境整備（ベッド周囲の整理・整頓、清掃等）<br>・リネン交換<br>・見守り・付き添い<br>・身の回りの世話<br>・排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）<br>・患者への説明（治療・手術・検査・病状等）<br>・家族への連絡・説明・指導<br>・死後処置 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。<br>                                   | ○汚物処理に要する時間短縮<br>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<br>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。<br> | ○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。<br>○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。 |
| <b>E:退院(8.26分)</b><br>・退院指導（身体と生活に関する指導）<br>・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、147  
 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。

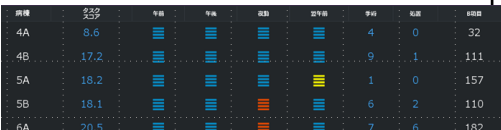
# 看護業務の効率化の主な例④

| 業務内容<br>(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）                                                                                         |                      |                               |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>記録</b><br><br><b>F:看護記録（196.46分）</b><br>・看護計画作成・アセスメント<br>・日々の看護実施記録<br>・退院時サマリー作成<br>・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<br>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。<br>  | ○業務時間外記録<br>導入前平均92.2分 ⇒ 導入後平均59.2分<br>○一人あたり月平均時間外勤務時間の削減<br>導入前21.86時間 ⇒ 導入後10.92時間<br>○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。<br><div>情報共有</div>                                                                                                                                                    | ○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。<br>○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。<br>                                                            | <b>【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】</b><br>○日勤（午前検温）：導入前89.1秒⇒導入後64.8秒<br>○日勤（午後検温）：導入前28.5秒⇒導入後20.2秒<br>○日勤（臨時検温）：導入前25.7秒⇒導入後18.6秒<br><b>【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】</b><br>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<br>○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<br>(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）<br><br><b>G:搬送・移送（10.21分）</b><br><br>・患者の搬送<br>・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。<br><br>                                                                                                 | ○削減された搬送業務時間：約69時間/月の短縮                                                                                                                                                                           |
| <b>H:点検作業（5.14分）</b><br><br>・機器類の点検（車いす・酸素ボンベ・DC等）<br>・病棟の安全や管理の点検（施設錠、消防設備等）<br>・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。<br><br>                                                  | ○手術1件の器械組み立てに要する時間が566.3秒 ⇒ 312.8秒<br>○手術件数が1,134件増加<br><br>                                                   |
| <b>I:その他(297.50分)</b><br><br>・ME機器の取り寄せ・管理・返却<br>・書類の作成<br>・電話対応<br>・業務に関する打ち合わせ<br>・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。<br>※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。<br><br> | ○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<br>○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<br><br> |

情報共有

記録

※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。

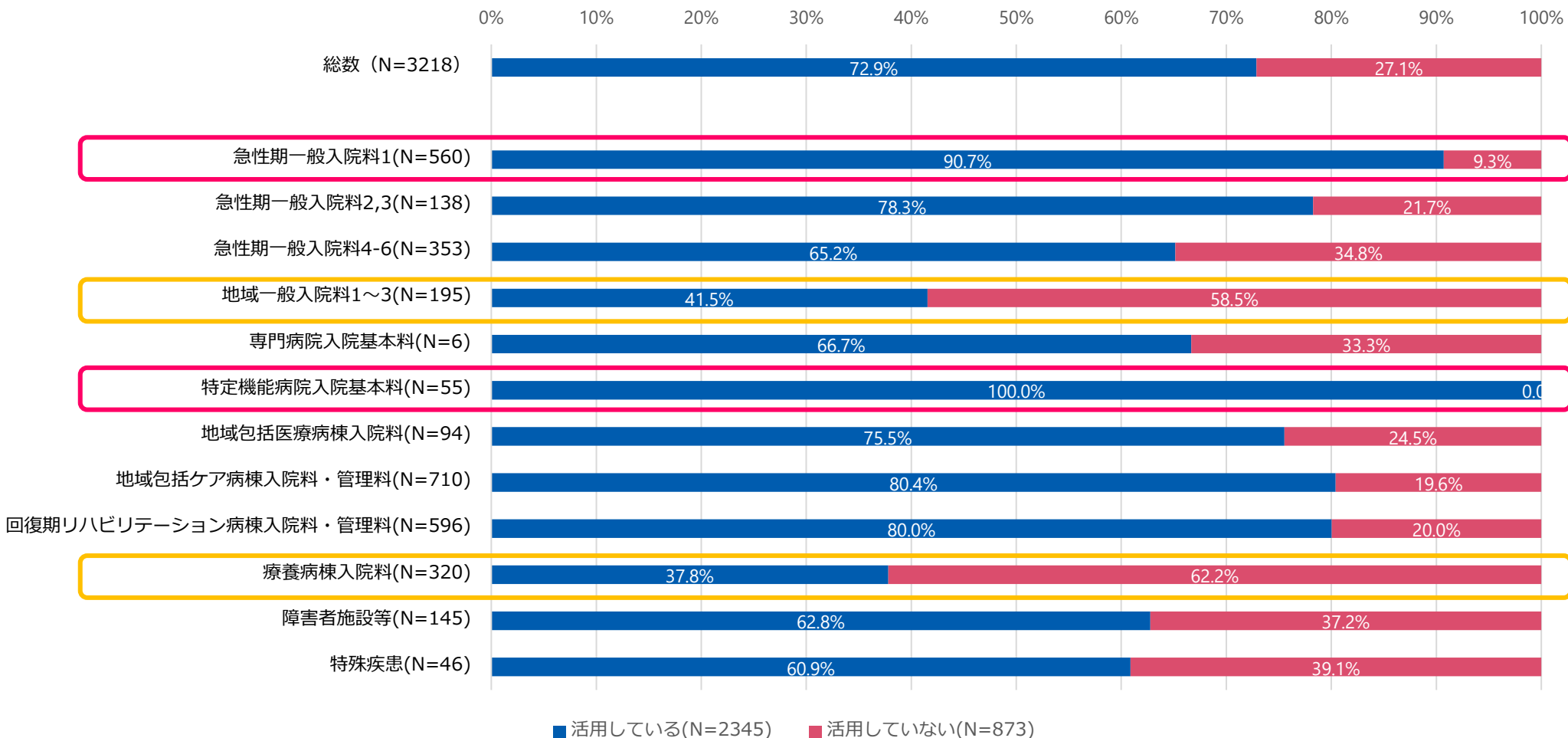
※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

# ICT（情報通信技術）の活用状況について

診調組 入 - 3  
7 . 9 . 1 1

- 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状況について（全入院料）

- ICTを活用した業務の見直し・省力化に関して実施している取組は、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」（情報共有）68.0%、「センサー等の活用によるモニタリング」（見守り）30.5%、「タブレットの活用によるペーパーレス化」（記録）30.5%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%、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」19.0%と情報共有に関する取組が上位であった。

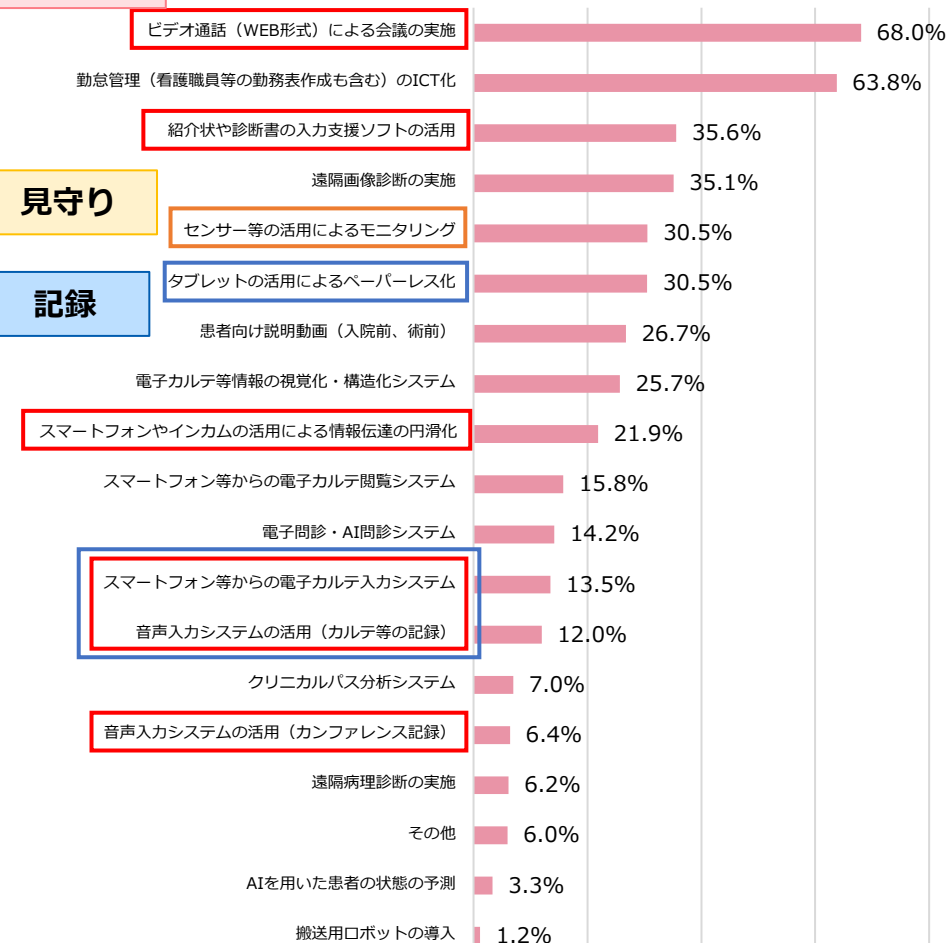
ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について(N=2,341)

## 情報共有

0% 20% 40% 60% 80%

## 見守り

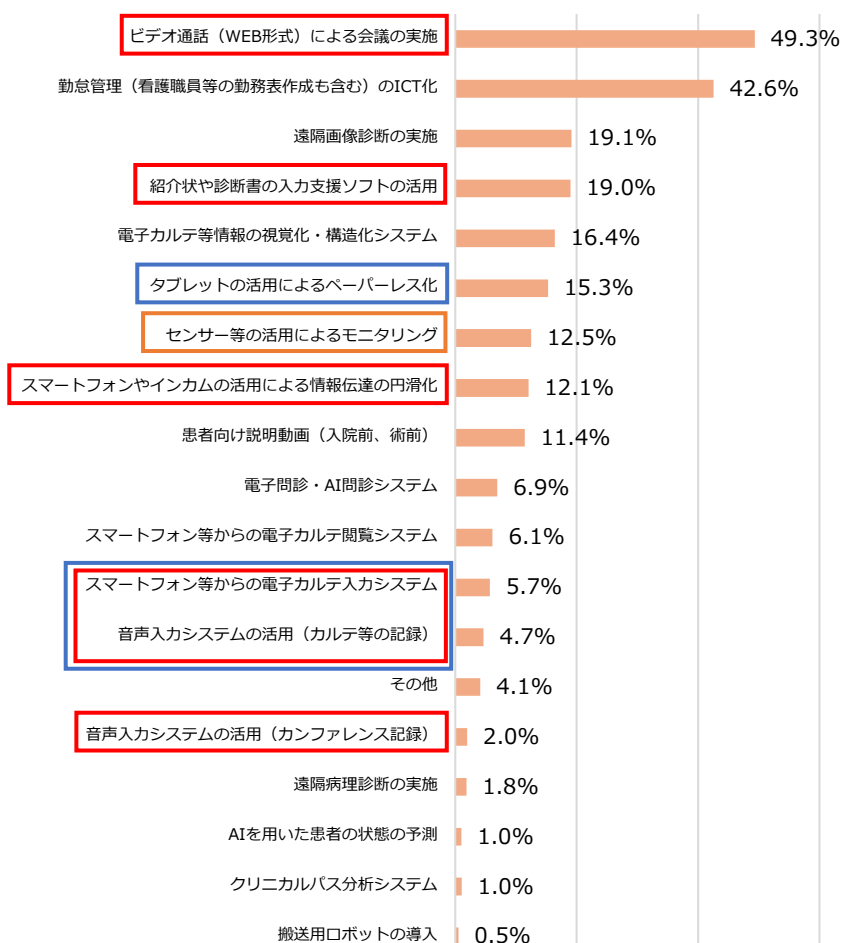
## 記録



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）

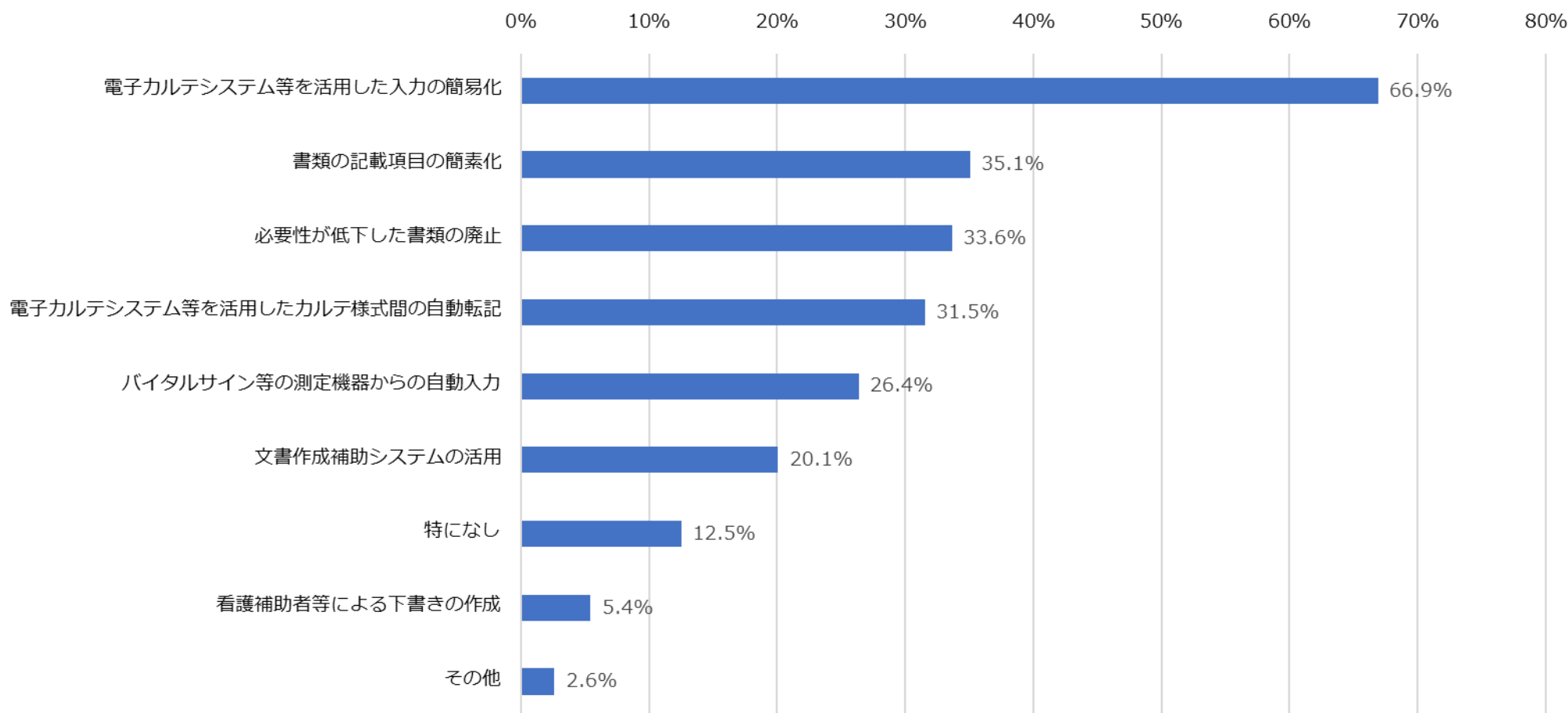
(N=2,298)

0% 20% 40% 60% 80%



- 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）

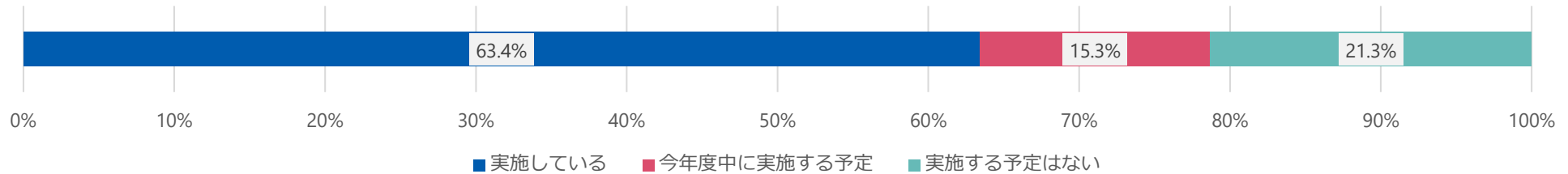


# 看護記録に係る負担軽減の取組状況

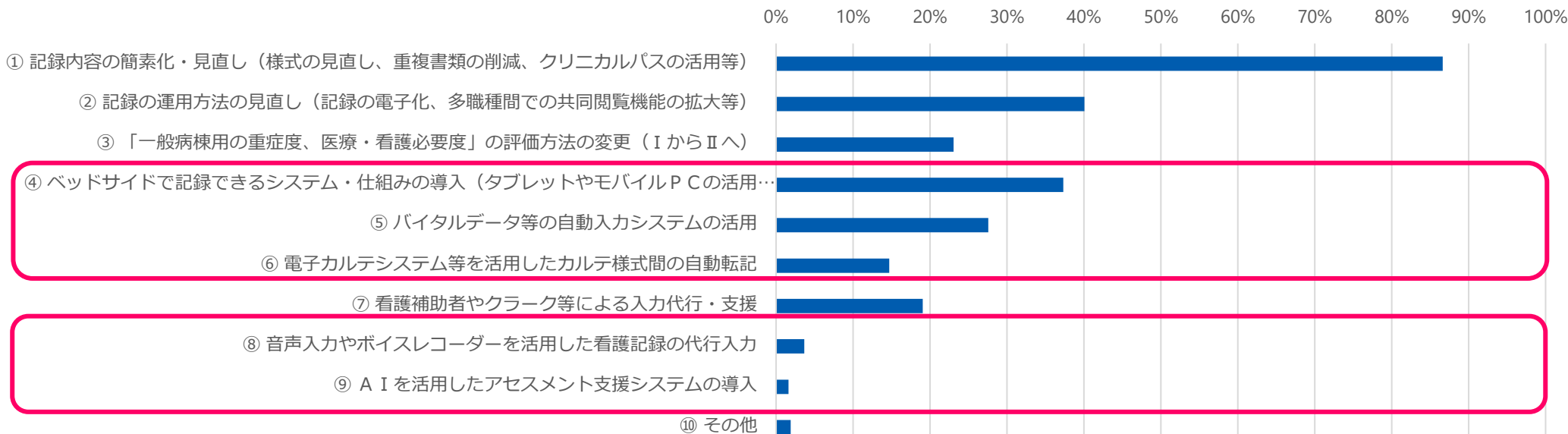
診調組 入 - 1  
7. 5. 22 改

- 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)



# ICT機器を導入している場合の看護業務行為時間について

## 見守りの効率化に資する機器

|         |            | 導入ありー導入なし<br>差分   |       |
|---------|------------|-------------------|-------|
| 業務内容    | 構成比        | 24時間<br>1440分 (分) |       |
|         |            |                   |       |
| C:診察・治療 | 観察         | -1.8%             | -25.8 |
| C:診察・治療 | バイタルサインの測定 | -0.7%             | -9.4  |
| B:情報共有  | 患者等からの情報収集 | -0.6%             | -9.0  |
| D:患者のケア | 見守り・付き添い   | 0.3%              | 4.1   |

○見守りの効率化機器を導入した群は非導入群に比較して、「観察」「バイタルサインの測定」「患者等からの情報収集」の時間が短い。

○導入群の「見守り・付き添い」は長いですが、導入により、より付き添いができるとも考えられる。

※見守りの効率化機器とは、患者見守り支援システム（例、見守りカメラ、見守りセンサー、離床センサー）、通信機能付のバイタルサイン自動計測システムを導入している場合とした。

## 看護記録の効率化に資する機器

|        |                                  | 導入ありー導入なし<br>差分   |      |
|--------|----------------------------------|-------------------|------|
| 業務内容   | 構成比                              | 24時間<br>1440分 (分) |      |
|        |                                  |                   |      |
| F:看護記録 | 看護計画作成・アセスメント                    | -0.3%             | -3.9 |
|        | 看護情報提供書作成                        | -0.1%             | -1.8 |
|        | 重症度・医療看護必要度の入力                   | 0.0%              | -0.0 |
|        | 退院時サマリー作成                        | 0.0%              | 0.1  |
|        | 日々の看護実施記録                        | 0.0%              | 0.2  |
|        | 重症度、医療・看護必要度のチェック（記入もれや記載内容等）・修正 | 0.2%              | 2.4  |

○看護記録の効率化機器を導入した群は非導入群に比較して、「看護計画作成・アセスメント」「看護情報提供書作成」の時間が短い。

○導入群の重症度、医療・看護必要度に関連する項目は長いですが、看護記録の効率化に資する機器の利用との関連は薄いと考えられる。また、よりの確な情報を記載するために、記入もれなどの確認が行われていることが考えられる。

※看護記録の効率化機器とは、音声入力記録システム、通信機能付のバイタルサイン自動計測システムを導入している場合とした。

## 情報共有の効率化に資する機器

|        |                   | 導入ありー導入なし<br>差分   |      |
|--------|-------------------|-------------------|------|
| 業務内容   | 構成比               | 24時間<br>1440分 (分) |      |
|        |                   |                   |      |
| B:情報共有 | 他の職種への報告・連絡・相談・調整 | -0.2%             | -2.5 |
|        | 医師への報告・連絡・相談      | -0.1%             | -1.1 |
|        | カンファレンス           | -0.1%             | -1.0 |
|        | 他部門への連絡・調整        | 0.0%              | -0.3 |
|        | 看護師間の申し送り         | 0.1%              | 1.0  |
|        | 患者等からの情報収集        | 0.3%              | 4.5  |
|        | 看護師間の報告・連絡・相談     | 0.3%              | 5.0  |

○情報共有の効率化機器を導入した群は非導入群に比較して、「他の職種への報告・連絡・相談・調整」「医師への報告・連絡・相談」「カンファレンス」など他職種との連携に関する項目の時間が短い。

○導入群の「看護師間の報告・連絡・相談」は長いですが、導入により、より相談等が密にできるようになったとも考えられる。

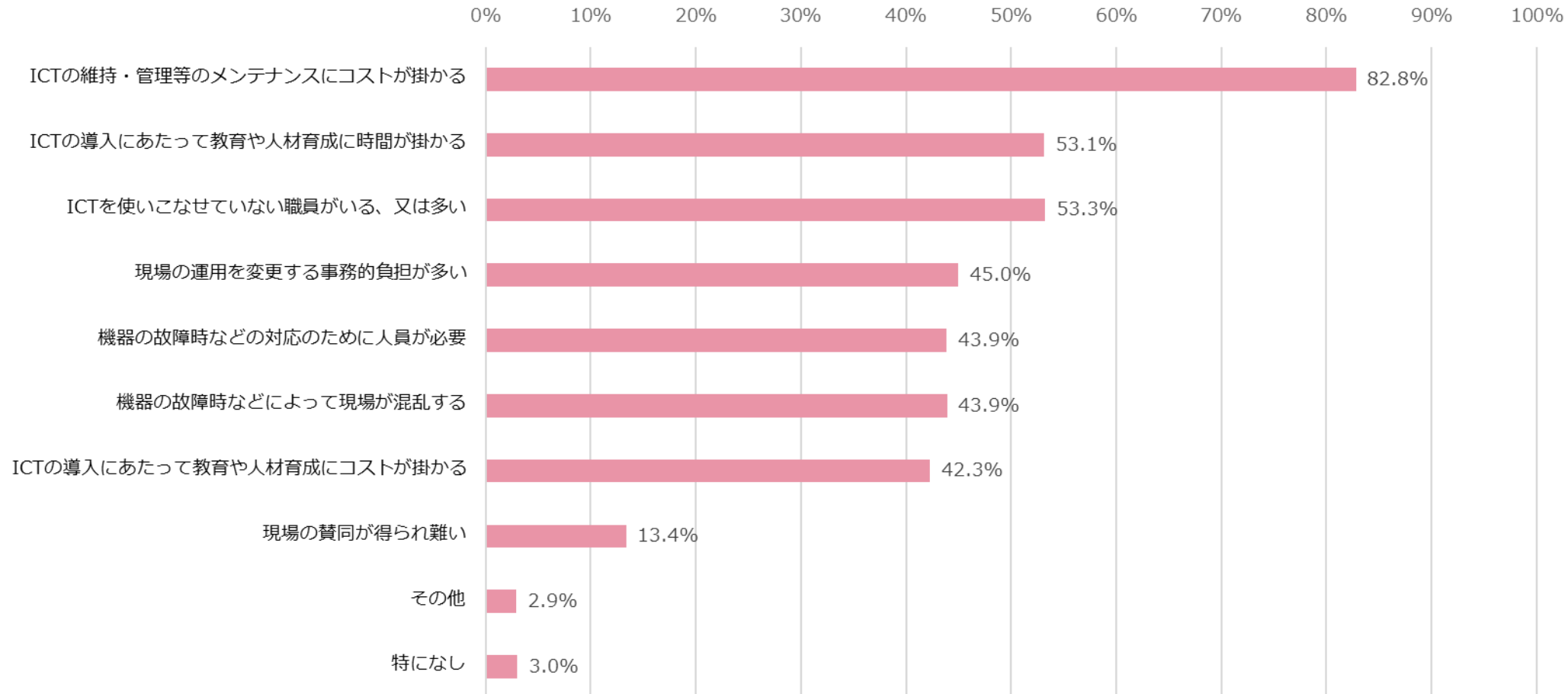
○導入群の「患者等からの情報収集」の時間が長いですが、情報共有の効率化の機器の利用との関連は無い。

※情報共有の効率化機器とは、部署間の患者情報共有システム、他機関との患者情報共有システム、スマートフォン・アイフォン・チャット機能付きデバイス、インターコミュニケーションシステム（インカム）を導入している場合とした。

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）を基に医政局看護課で作成。※タイムスタディ調査により、24時間（1440分）の勤務における、病棟看護師の業務内容別の行為時間を把握し、ICT機器の導入群と非導入群を比較した。

- 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）



# 看護職員の業務負担軽減に係る課題と論点

## (ICT機器の活用による看護業務の業務負担軽減の取組の推進)

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



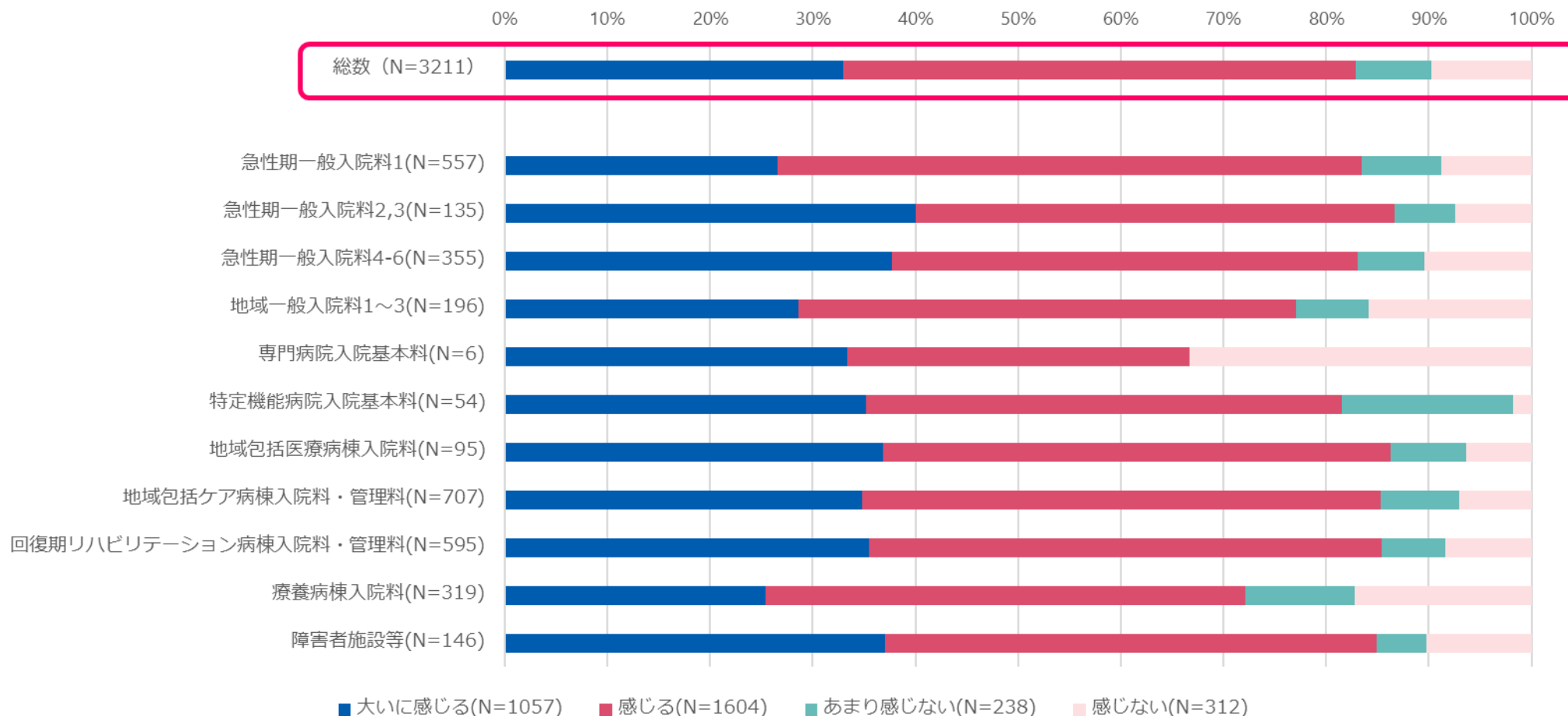
## 【論点】

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

# 參考資料

- 医療機関に向けて入院料の施設基準を満たす看護職員の配置を行うに当たって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）

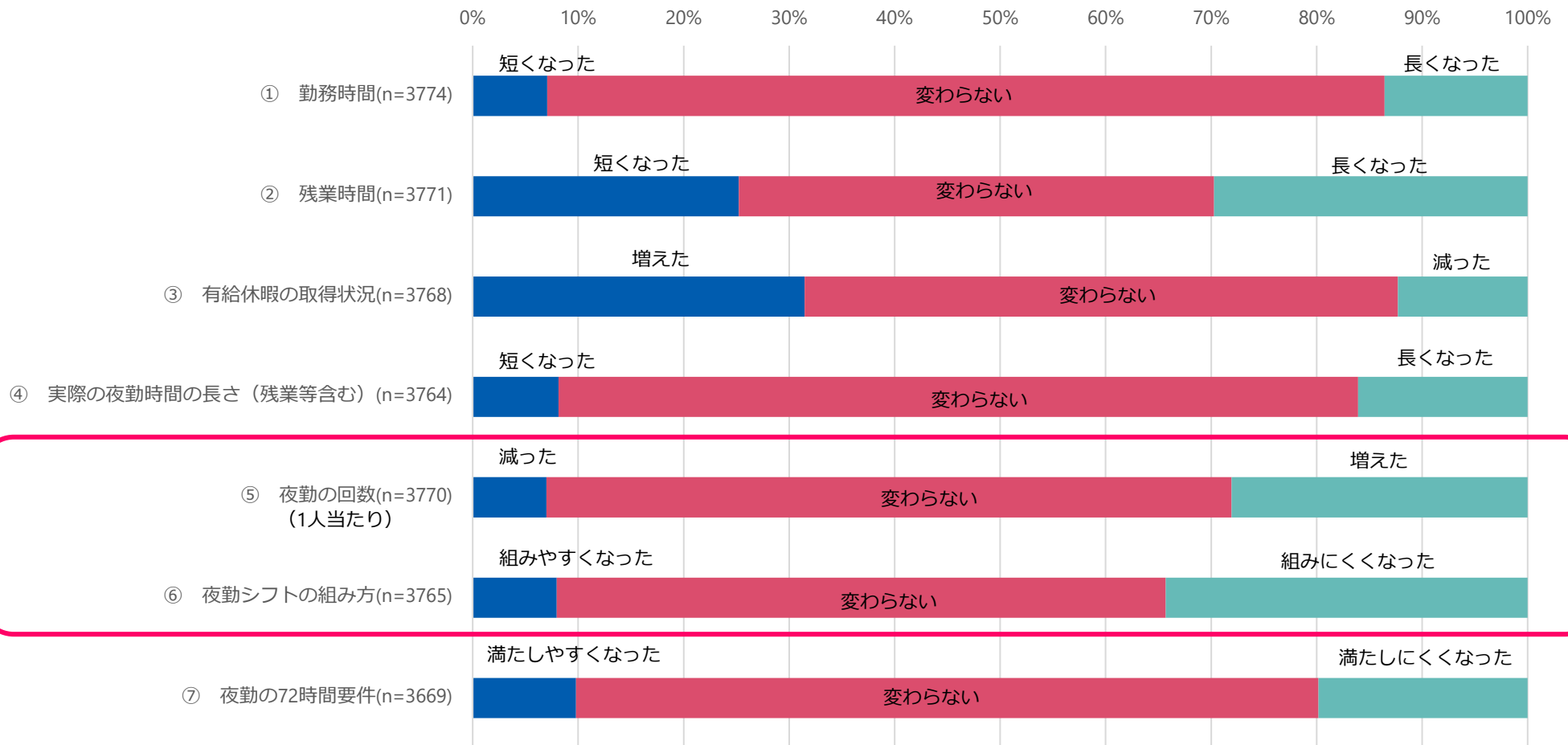


# 病棟看護職員の勤務状況について

診調組 入 - 1  
7 . 5 . 2 2

- 病棟看護管理者に病棟の看護職員の勤務状況について直近1年間の変化を尋ねたところ、「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）

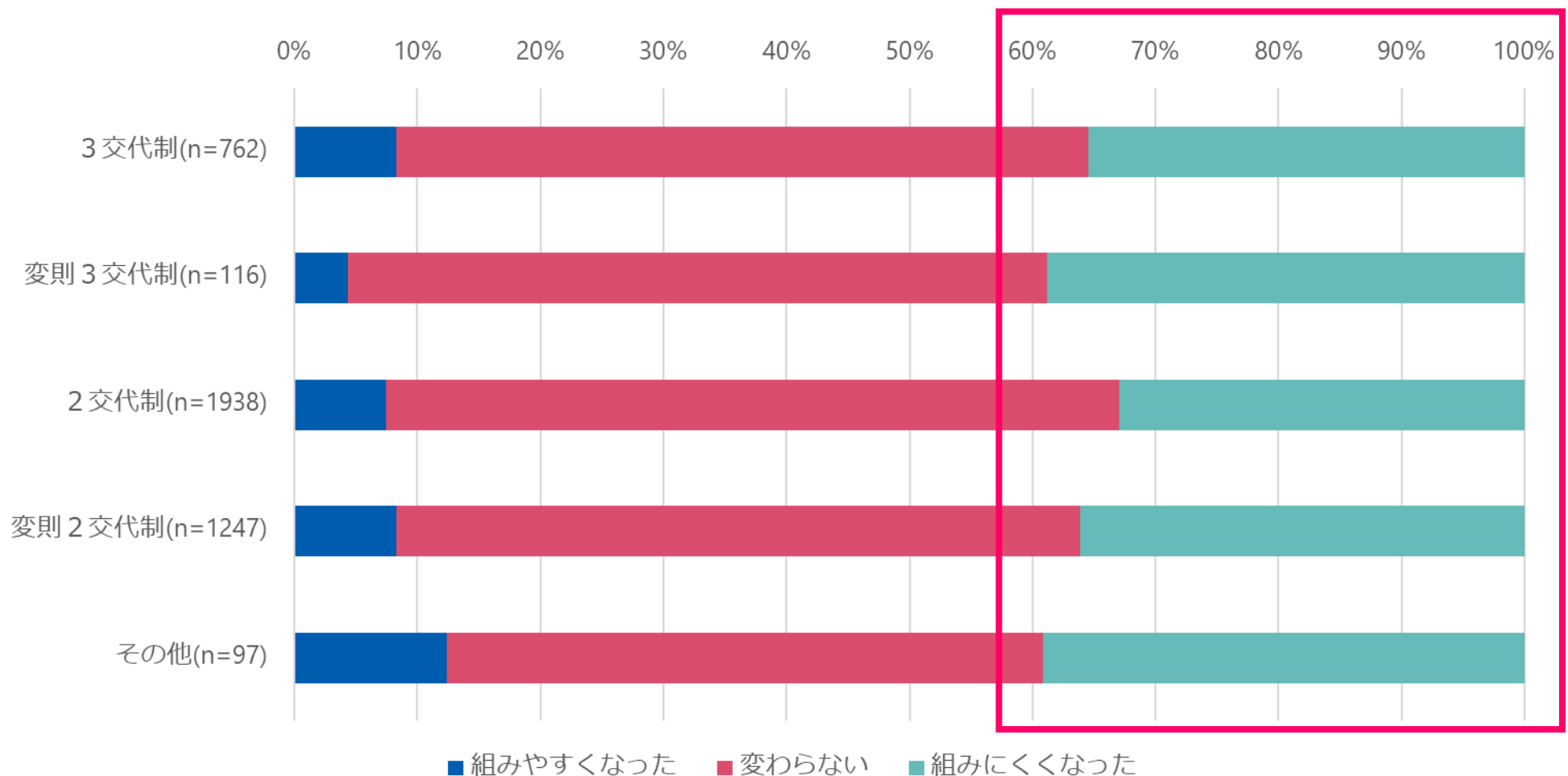


# 看護職員の勤務形態（勤務シフトの組み方）

診調組 入 - 3  
7 . 9 . 1 1

- 病棟看護管理者に勤務シフトの組み方について直近1年間の変化を尋ねたところ、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別 [勤務シフトの組み方]

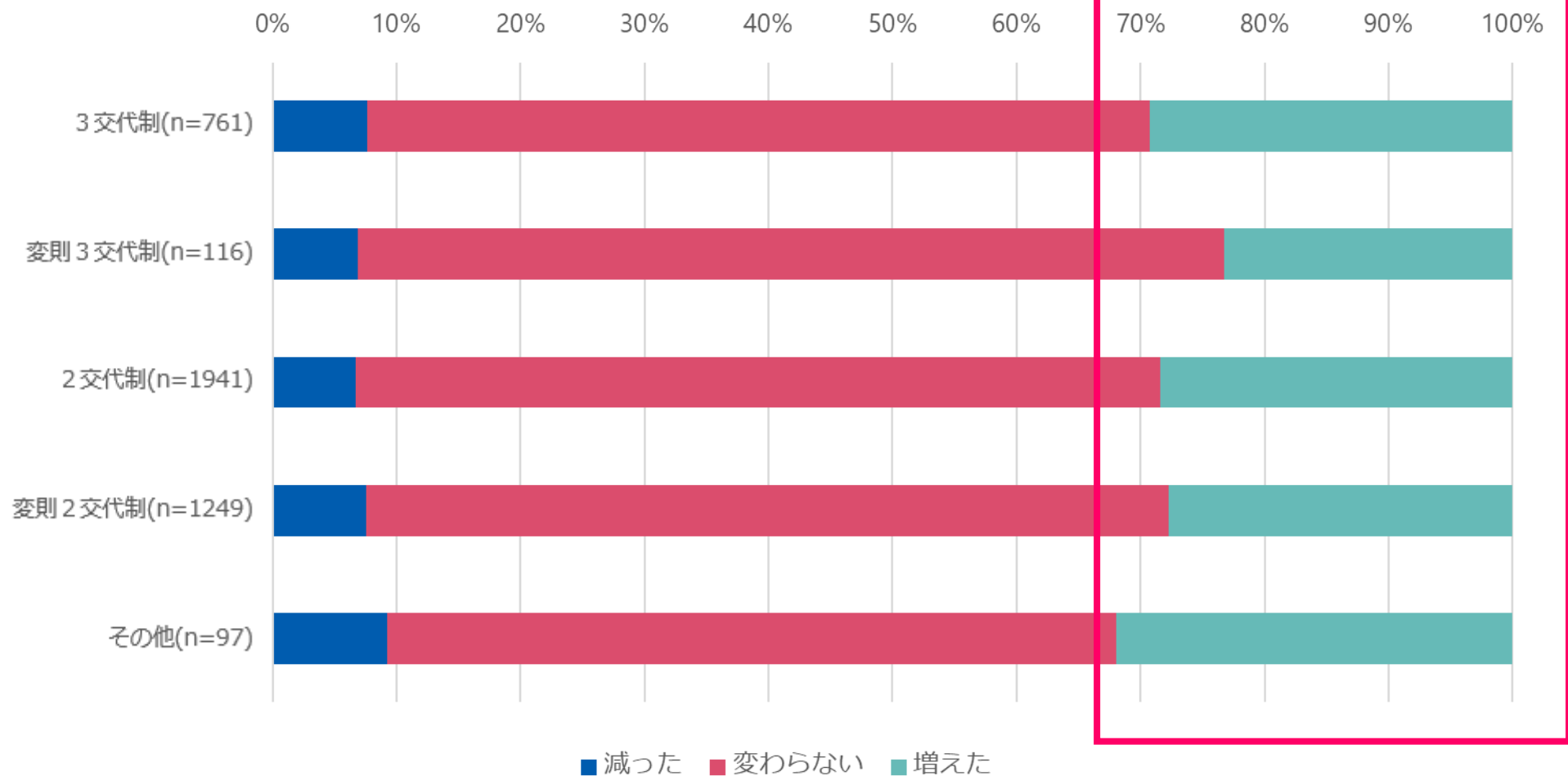


# 看護職員の勤務形態（夜勤の回数）

診調組 入 - 3  
7 . 9 . 1 1

- 病棟看護管理者に看護職員の夜勤の回数（1人当たり）について直近1年間の変化を尋ねたところ、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）〕

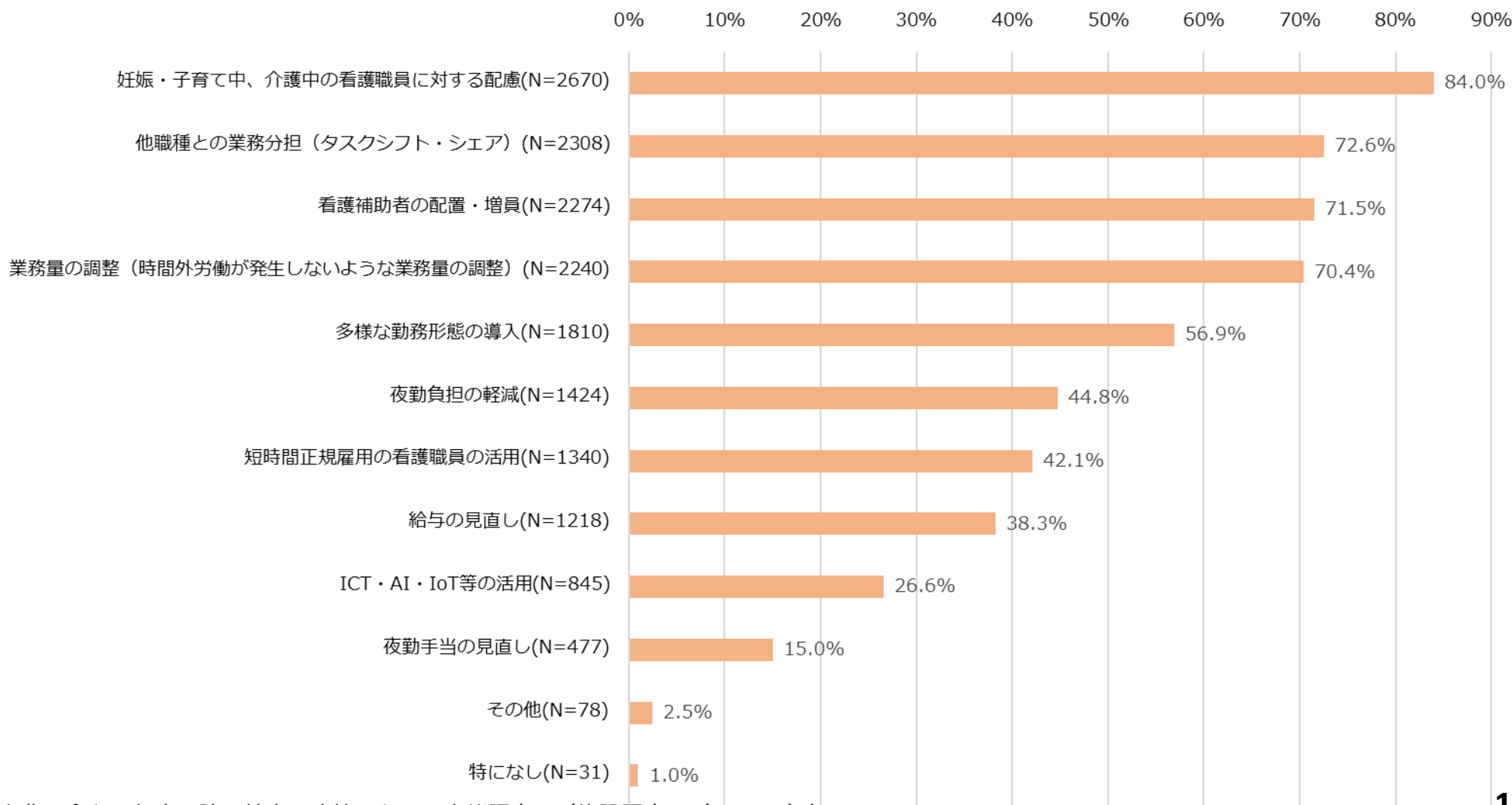


# 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組

診調組 入 - 3  
7 . 9 . 1 1

- 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。一方、「夜勤手当の見直し」は15.0%の実施であった。

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)



- 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

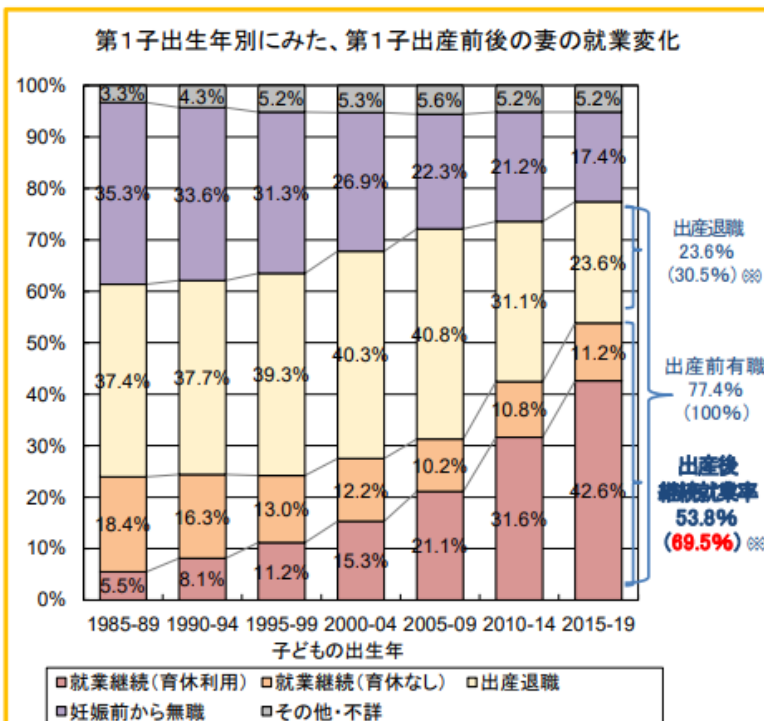
今後の仕事と育児・介護の  
両立支援に関する研究会（第8回）

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)



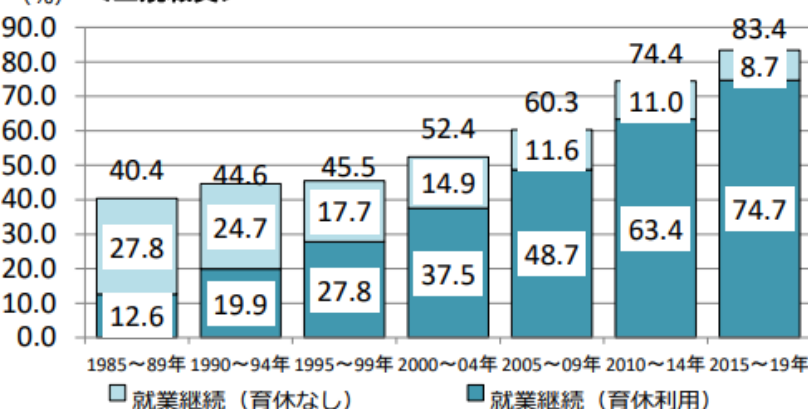
(※) ( )内は出産前有職者を100として、出産後の継続就業者の割合を算出

(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。

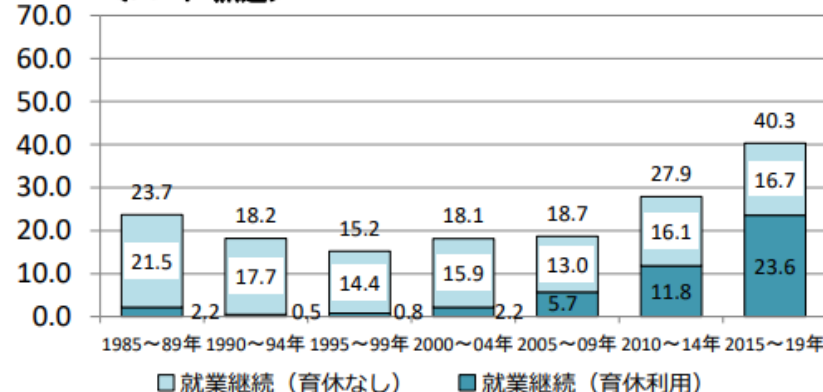
(注2)上記グラフは、対象期間(例:2010~2014)中に出生した女性の就業変化を表している。

【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>

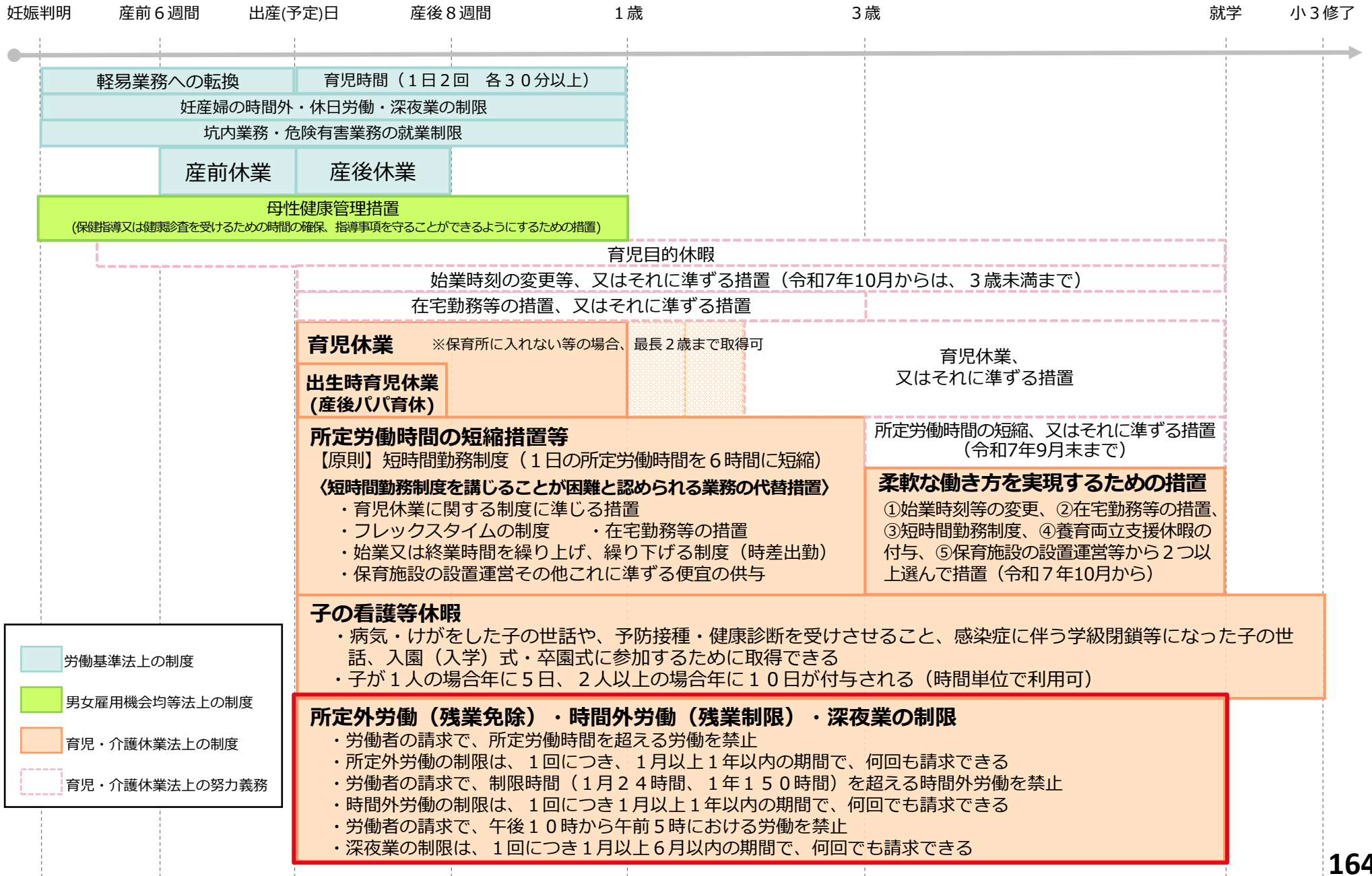


### <パート・派遣>



# 妊娠・出産・育児期の両立支援制度

診調組 入 - 3  
7 . 9 . 1 1

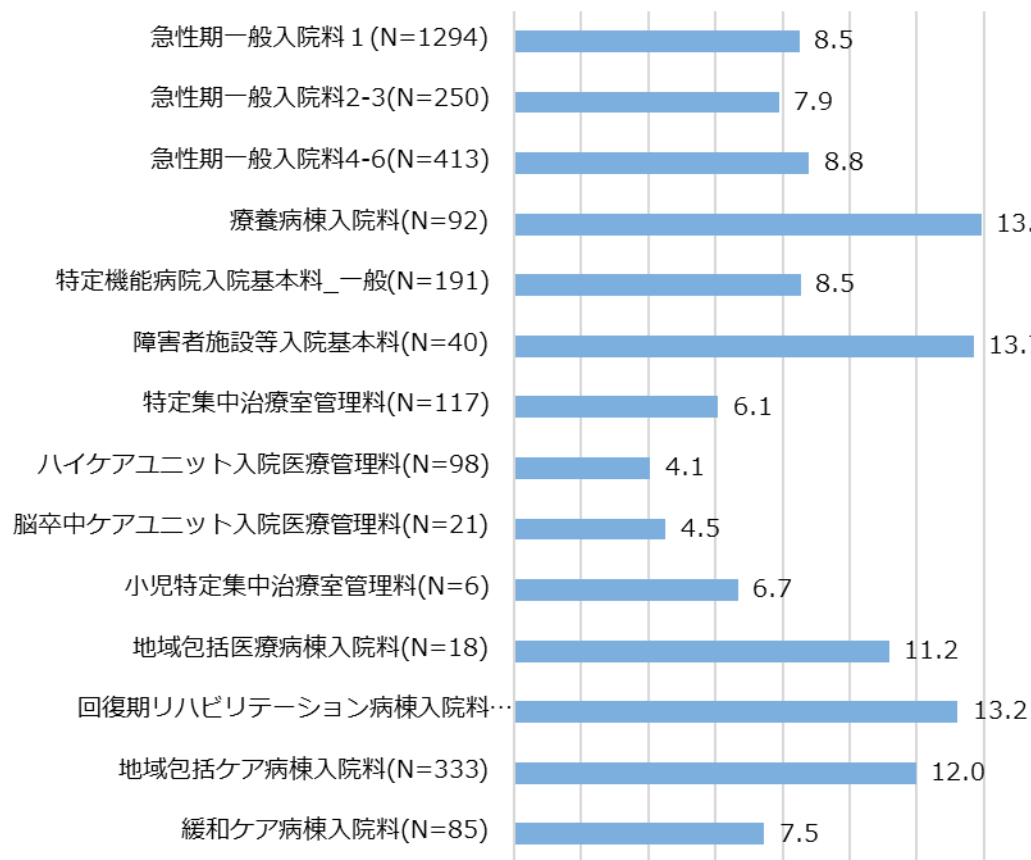


# 看護師のうち短時間勤務又は夜勤免除者数

- いずれの入院料、病床規模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。

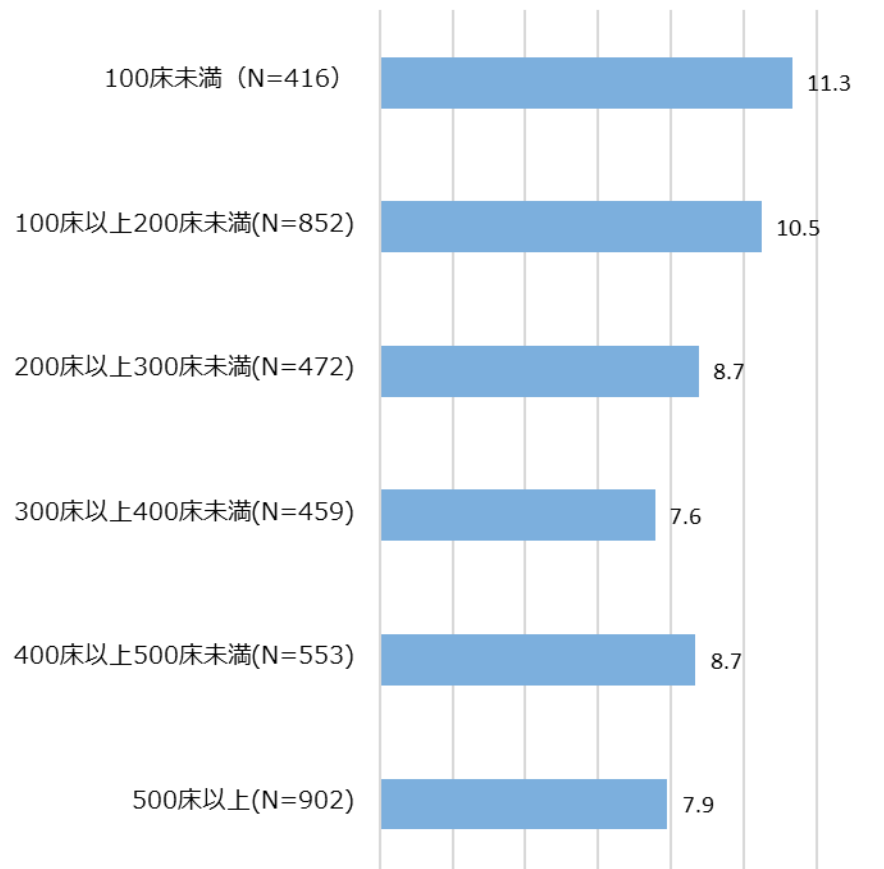
病棟看護師のうち短時間勤務又は夜勤免除者割合  
(入院料別)

0.0 2.0 4.0 6.0 8.0 10.0 12.0 14.0



病棟看護師のうち短時間勤務又は夜勤免除者割合  
(病床規模別)

0.0 2.0 4.0 6.0 8.0 10.0 12.0 14.0



# 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

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】

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 **167**

# 事業者の選別に資する取組（見える化）の推進

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

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

2

| 登録・届出番号<br>（労働者派遣法・<br>労働者派遣法） | 事業主氏名<br>（事業主氏名） | 事業所所在地<br>（事業所所在地）   | 就職者                |                               |                | 離職者数<br>（労働者派遣法<br>6ヶ月以内）<br>（人） | 取扱業務の職種    | 手数料実績率<br>（%または円） | 備考 |      |
|--------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|-------------------------------|----------------|----------------------------------|------------|-------------------|----|------|
|                                |                  |                      | 4ヶ月以上<br>有期及び無期（人） | 4ヶ月以上<br>有期及び無期（人）<br>うち無期（人） | 4ヶ月未満<br>有期（人） |                                  |            |                   |    |      |
| 00-00-00000<br>令和0年○月○日        | A社               | ●●県▲▲市<br>0000000000 | 44                 | 44                            | 0              | 0                                | 4.看護師・准看護師 | 12.6%             |    | 詳細情報 |
| 00-00-00000<br>令和0年○月○日        | B社               | ●●県▲▲市<br>0000000000 | 64                 | 5                             | 855            | 1                                | 4.看護師・准看護師 | 18.3%             |    | 詳細情報 |
| 00-00-00000<br>令和0年○月○日        | C社               | ●●県▲▲市<br>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<br>（無期雇用のうち就職<br>後6ヶ月以内）<br>（人） | 離職が判明せず<br>（無期雇用のうち就職<br>後6ヶ月以内）<br>（人） |
|--------|--------------------|-------------------------------|----------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|
|        | 4ヶ月以上<br>有期及び無期（人） | 4ヶ月以上<br>有期及び無期（人）<br>うち無期（人） | 4ヶ月未満有期<br>（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

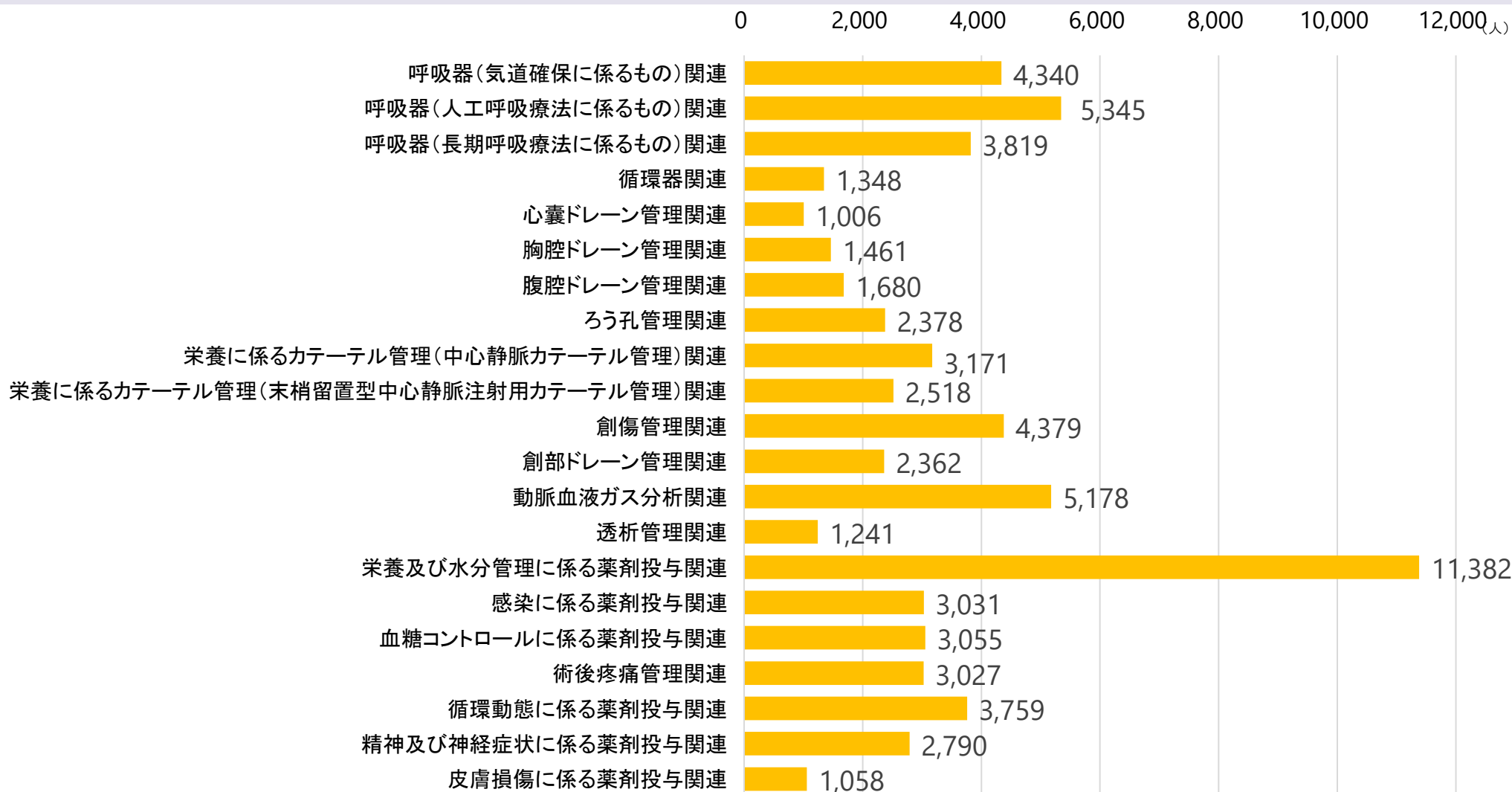
職業紹介事業の適正（法第32条の16 第3項に関する事項（情報提供））その2

| 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

# 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

特定行為研修修了者の就業状況

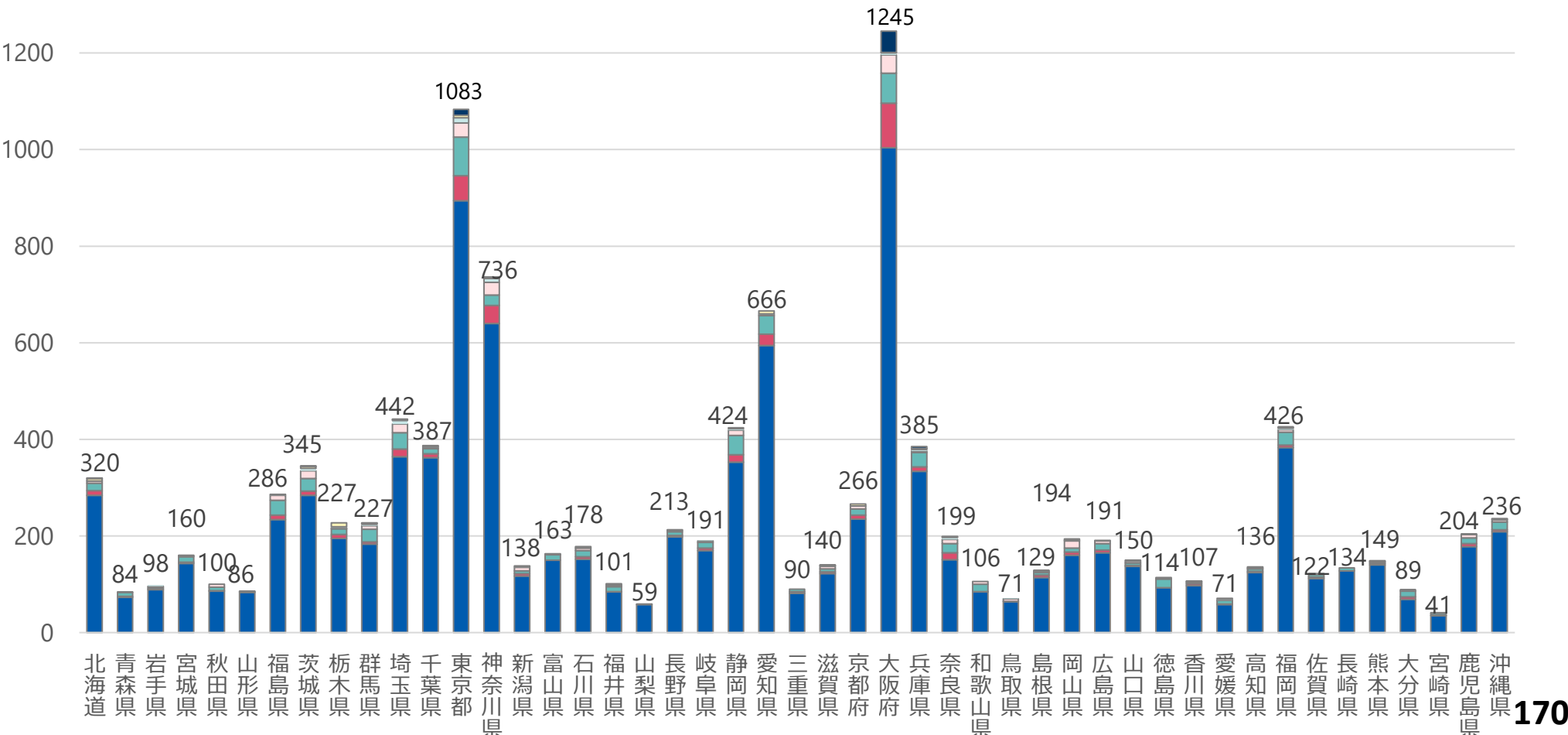
【就業場所別】

【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

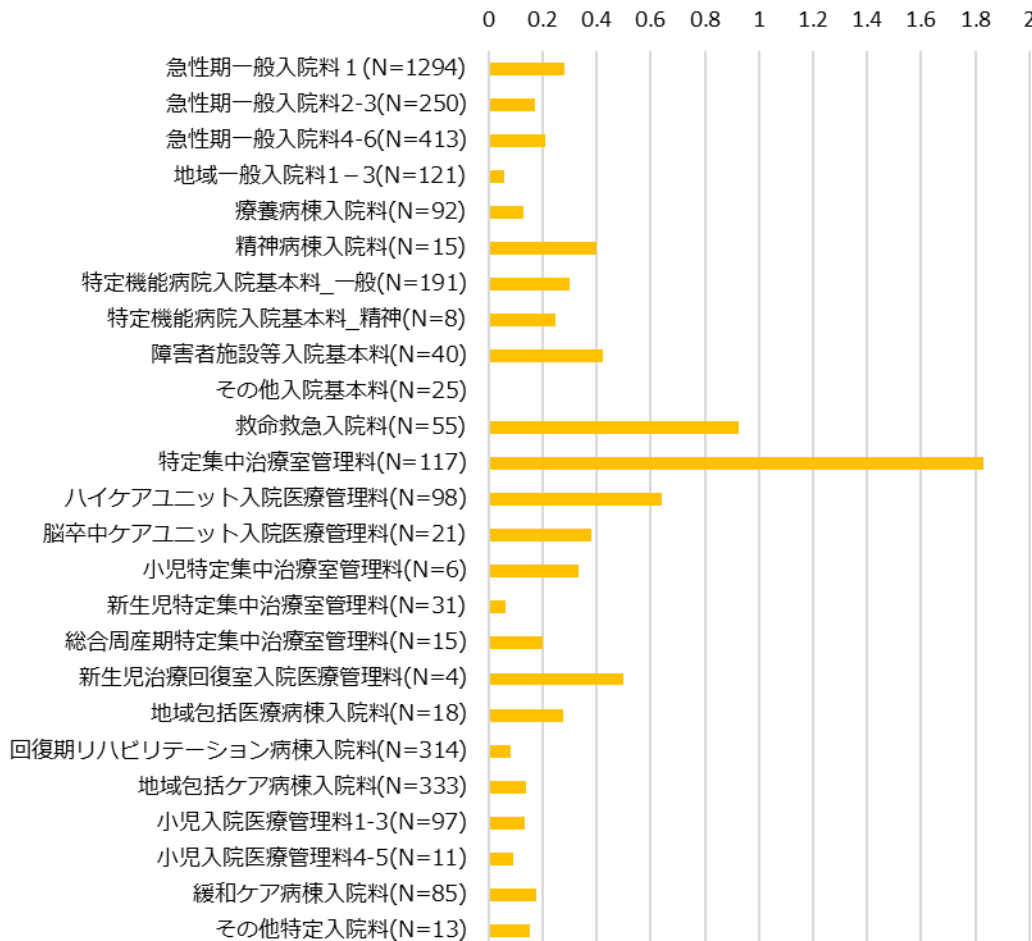


# 特定行為研修修了者の配置数

診調組 入 - 1  
7 . 6 . 2 6

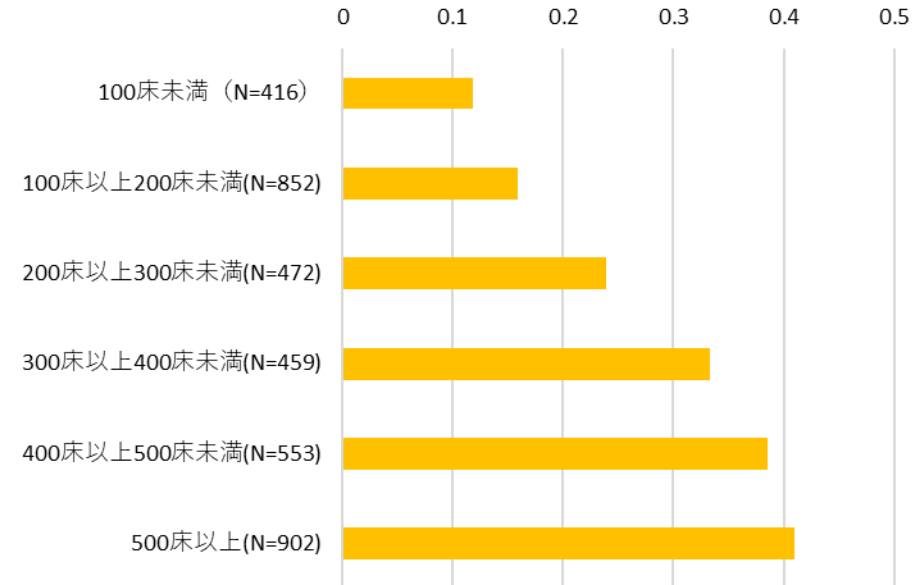
- 特定行為研修修了者の配置数は入院料別に配置数が異なり、病床規模別では、病床規模が大きいほど配置が多い。

入院料別：特定行為研修修了者数（常勤換算）



■ 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（常勤換算）

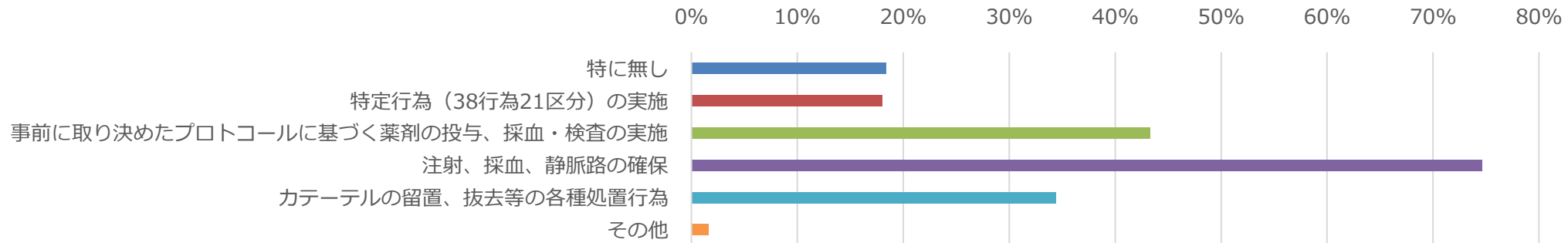


# 医師から看護師へのタスク・シフト/シェアについて

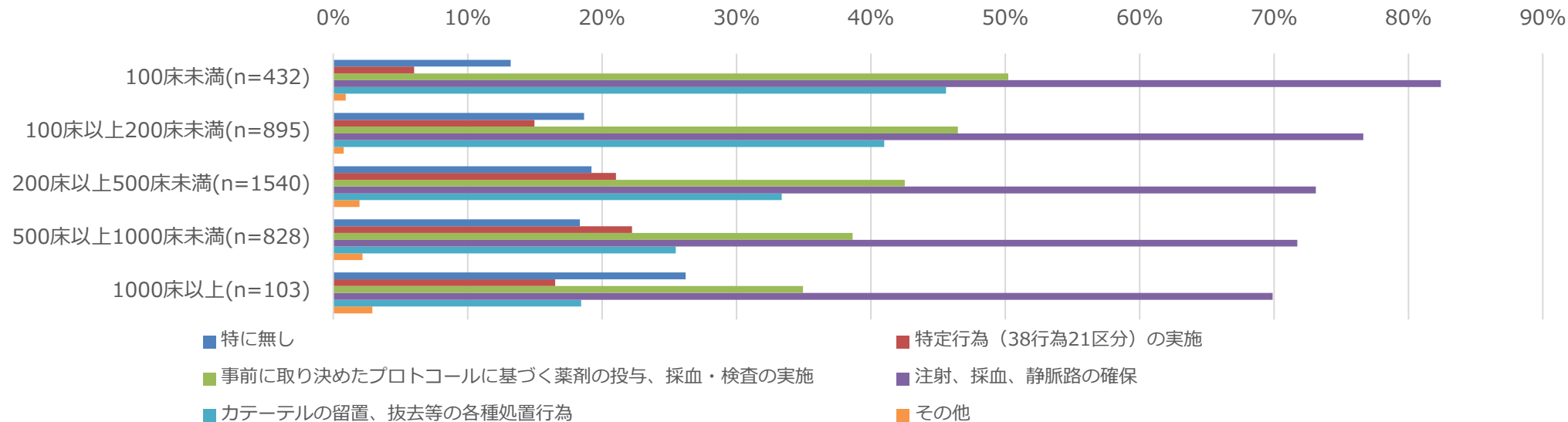
診調組 入 - 1  
7 . 5 . 2 2

- 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



# 入院料ごとの病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）

診調組 入-1  
7. 6. 2 6

- 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<br>※ 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

ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組状況について（入院料別）①

- ICTを活用した業務の見直し・省力化に関して実施している取組について、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」、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」といった情報共有に関する内容が広く取り組まれている。
- また、「センサー等の活用によるモニタリング」（見守り）、「タブレットの活用によるペーパーレス化」（記録）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）



# 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「スマートフォン等からの電子カルテシステム」「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） | ア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%       | 0.0% |
| 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%       | 0.0% |
| 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%       | 0.0% |
| 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%       | 0.0% |
| 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%       | 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% |
| 地域包括医療療養入院料(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% |

情報共有

記録

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。

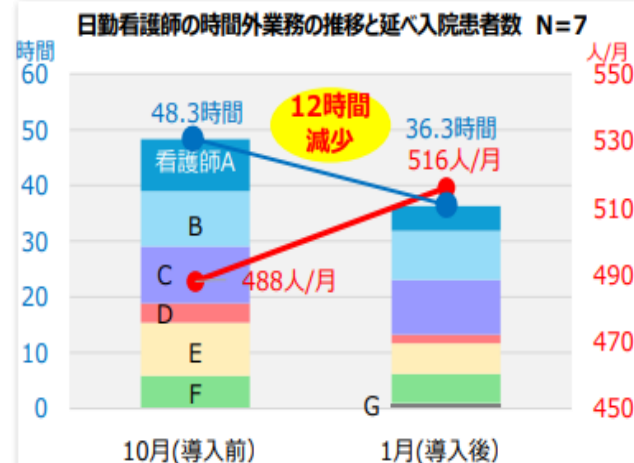


## 効果

- 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。

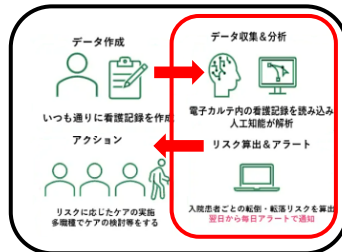
## 転倒・転落予測システムAI

(「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例)

- 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する。

### <主な効果>

- 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



## スマートグラスと見守りカメラ

(令和6年度 看護現場におけるデジタルトランスフォーメーション促進事業)

- 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。



### <主な効果>

- 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

## スマートフォン

- スマートフォンのチャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などを1対1だけでなくグループで使用する。

### <主な効果>

- 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
- 日勤から夜勤への申し送りの時間が短縮された。
- 医師からの指示待ちの減少と指示が明確化された。



## 多職種協働セルケアシステム®

- スタッフステーションではなく、より患者に近い廊下を基地として多職種職員(看護職員、理学療法士、看護補助者等)を配置する。



病室前でのセルカンファレンス  
患者の個性に合わせた質の高い看護やリハビリ提供を目指す

### <主な効果>

- ベッドサイド滞在時間の増加
- 患者の個性に合わせたより質の高い看護やリハビリの提供が可能となり不安が軽減された。

複数の取組の結果として、ベッドサイドで患者に寄り添える時間がこれまで以上に創出でき、安全性にも留意しつつ、患者の個性に合わせた看護やリハビリの提供が可能になった。