

(令和7年度第8回)

入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年7月31日(木)

1. 個別事項について(その1)
2. 働き方・タスクシフト/シェア(その2)
3. 医師の診療科偏在(その1)

1. 個別事項について(その1)

1-1 意思決定支援について

1-2 身体的拘束を最小化する取組について

2. 働き方・タスクシフト/シェア(その2)

3. 医師の診療科偏在(その1)

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、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」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**

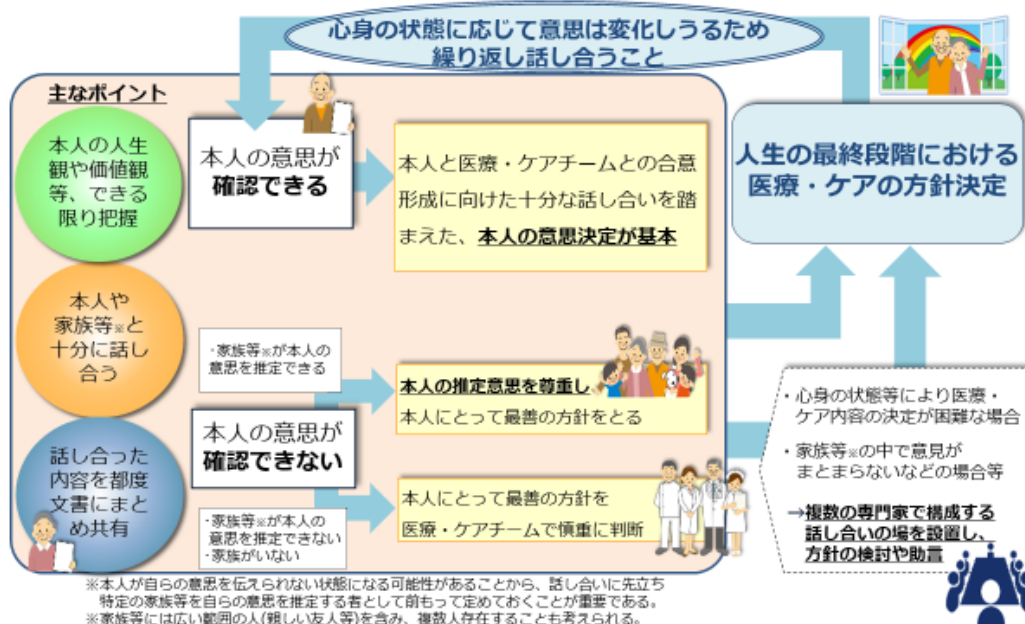
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

【指針の作成が要件となる対象】

- **入院料を算定する医療機関※**
 - ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。
- 以下の届出を行う医療機関
 - ・がん患者指導管理料
 - ・**地域包括診療料**
 - ・**地域包括診療加算**
 - ・**認知症地域包括診療料**
 - ・**認知症地域包括診療加算**
 - ・在宅療養支援診療所・病院

「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」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

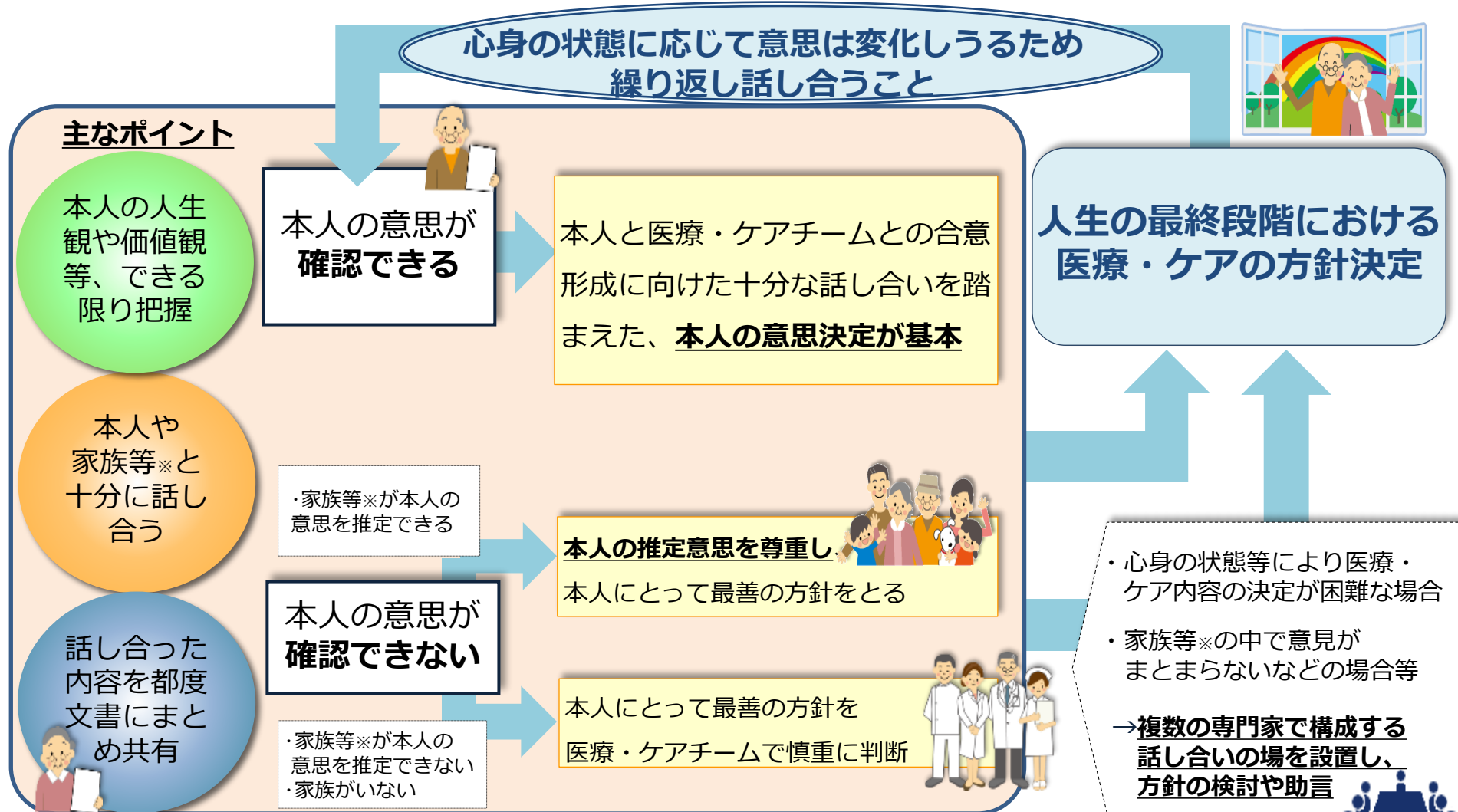


[経過措置] 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

「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」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

意見交換 資料-2 参考1
2 9 . 3 . 2 2

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



人生の最終段階における適切な意思決定に関する指針の策定の評価の経緯

「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に関する指針の策定に対する評価の経緯

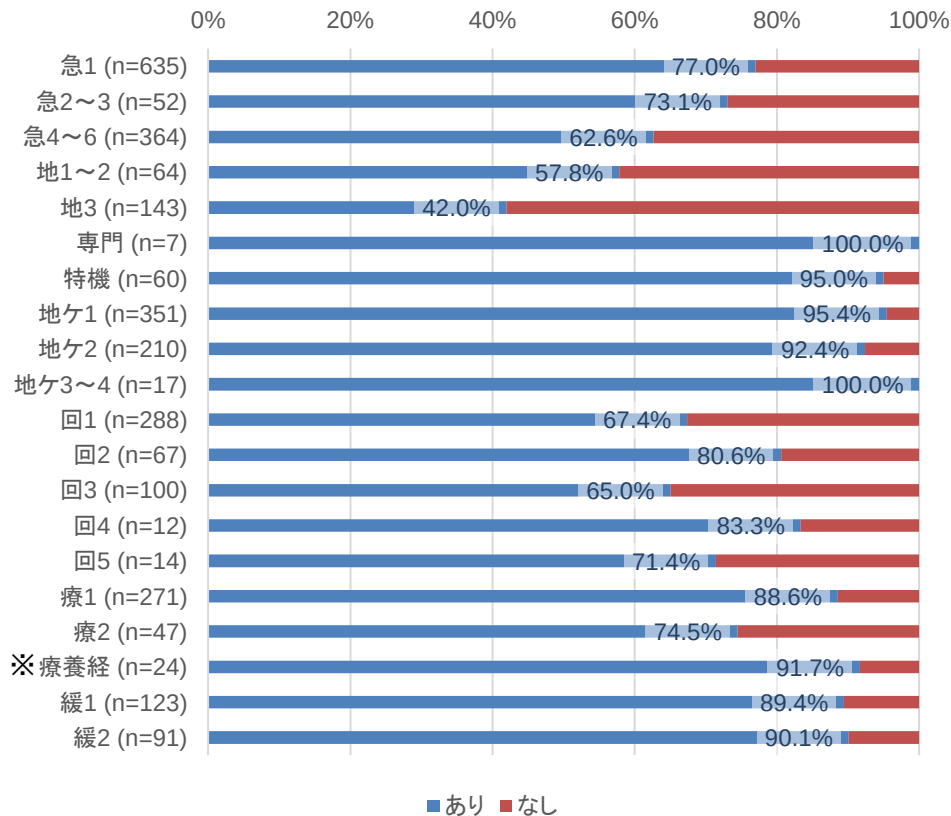
	入院	外来	在宅
平成30年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1, 3 において、医療機関で看取りの指針を定めていることを要件化	—	—
令和 2 年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	—	—
令和 4 年	—	がん患者指導管理料において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	在宅療養支援診療所・病院において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化
令和 6 年	入院料の通則に規定し、すべての入院料の算定に当たって要件化する。 ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有する医療機関を除く。	地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	—

適切な意思決定に係る指針の策定状況（入院）

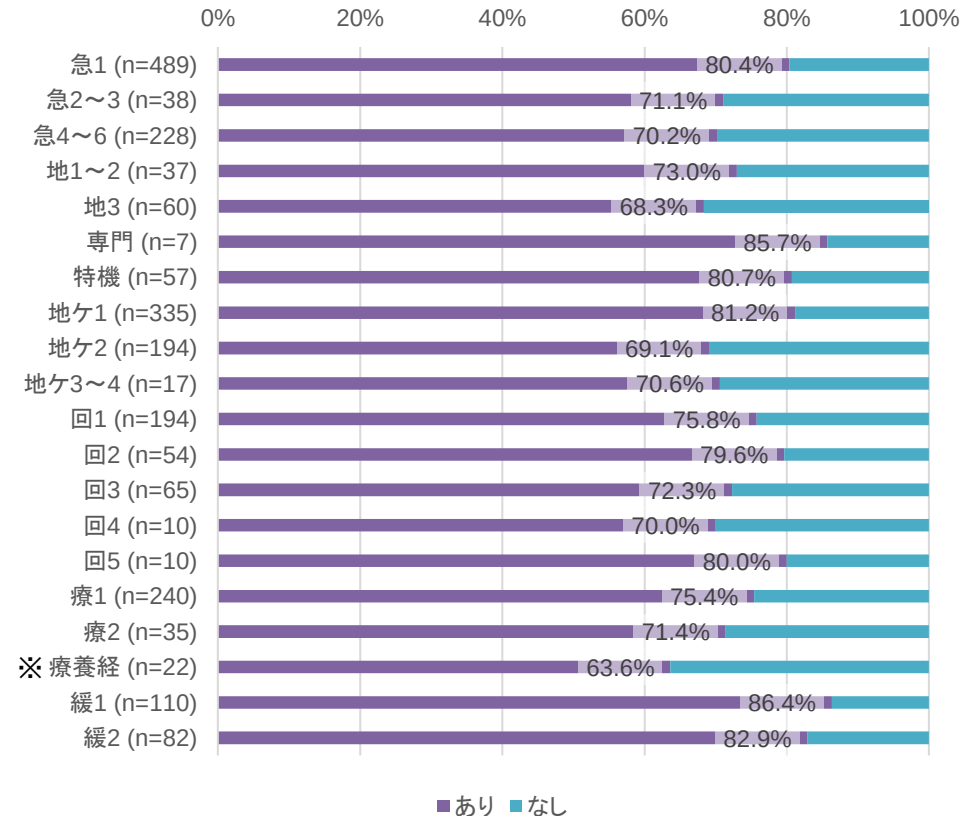
診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

- 「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、急性期一般病棟入院料1の届出をしている医療機関では77.0%の割合であった一方、地域一般病棟入院料を有する医療機関では、指針を策定していない割合がその他の医療機関と比較して少なかった。
- 地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟等を有する医療機関は当該指針の活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が他の医療機関と比べて高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



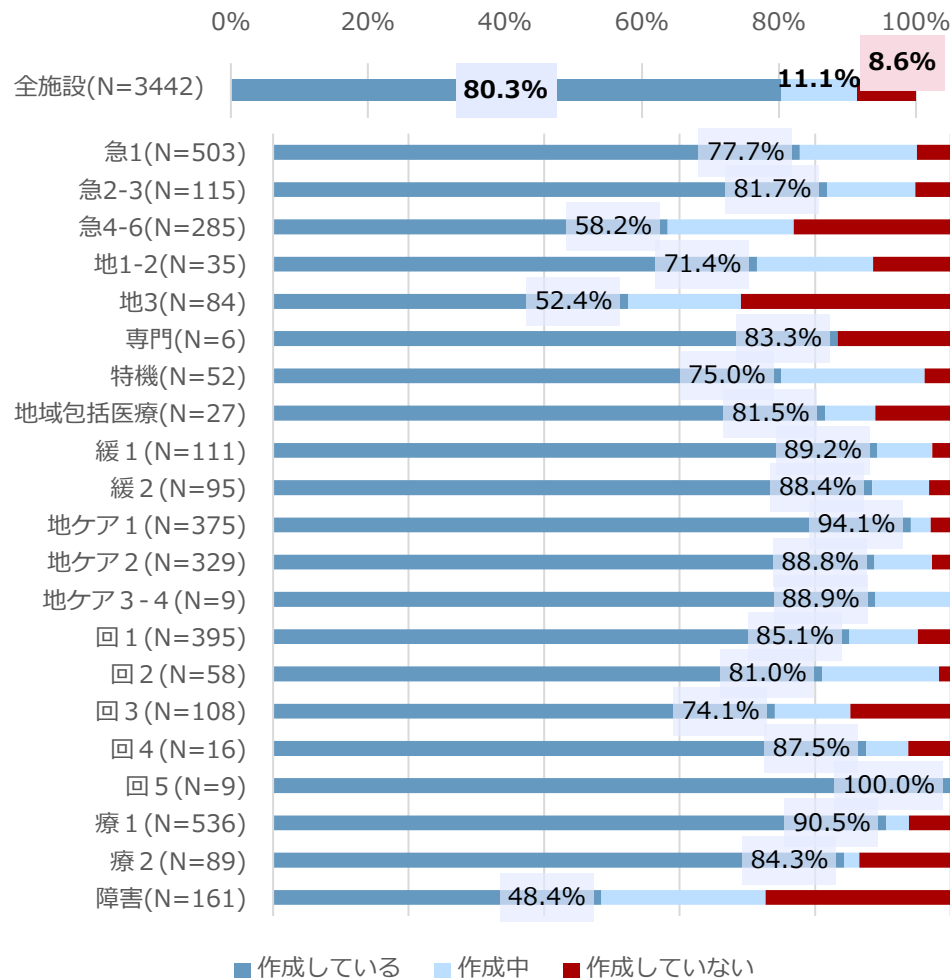
定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



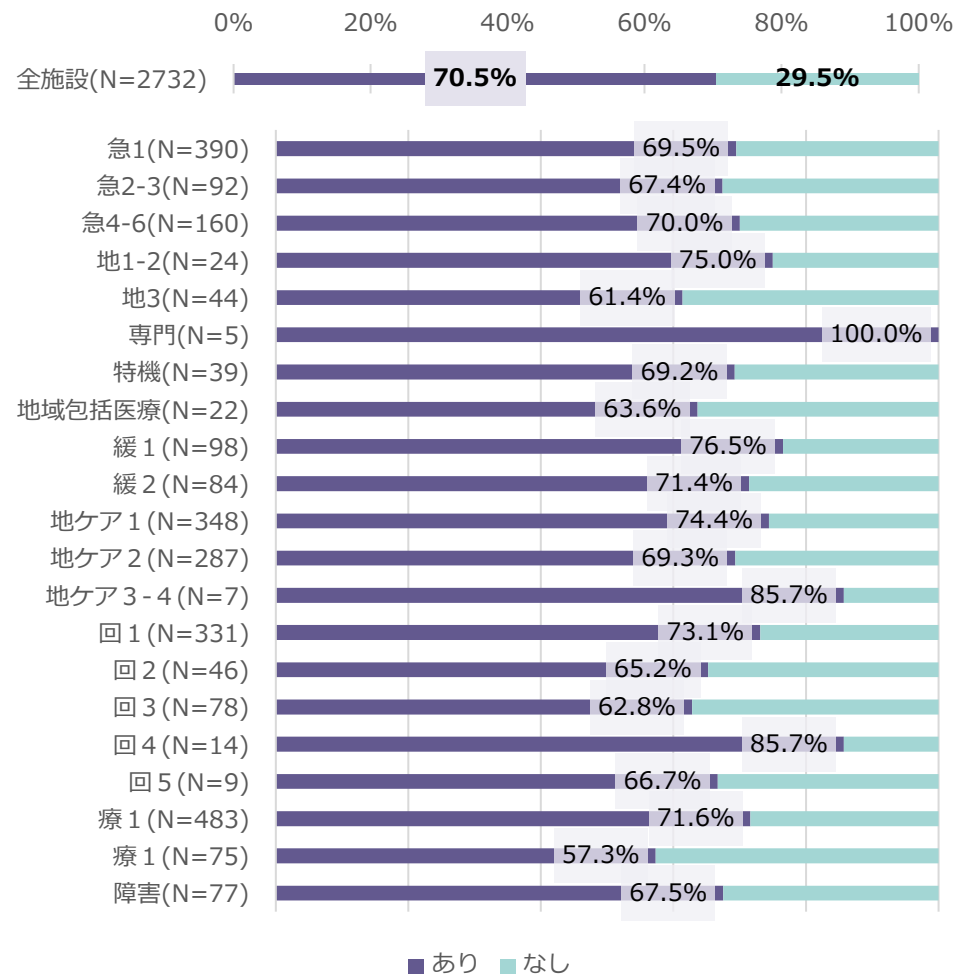
適切な意思決定に係る指針の策定状況（入院）

- 「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、作成している医療機関は80.3%、定期的な見直しを行っている医療機関は70.5%であった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無(N=3442)



意思決定に係る指針の見直しの有無(N=2732)

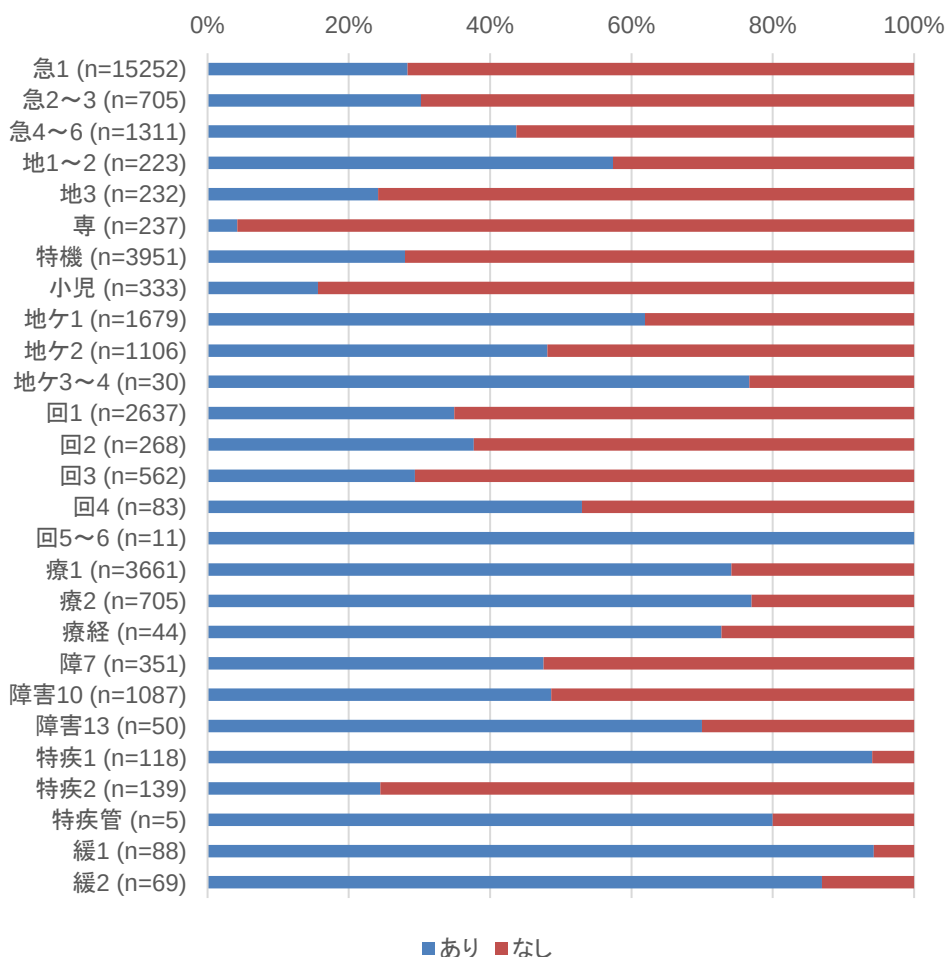


人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援

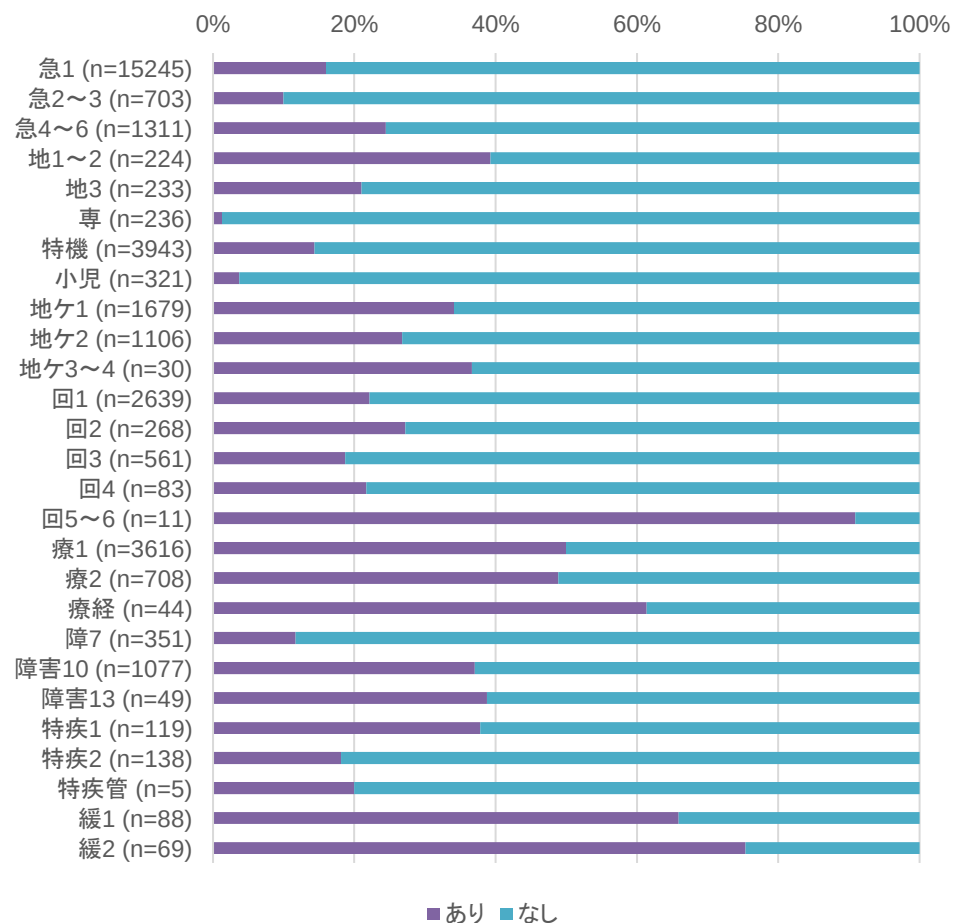
診調組 入-1 改
 5 . 6 . 8

- 療養病棟・特殊疾患病棟・緩和ケア病棟での意思決定支援実施率が高く、急性期病棟に比べて、地域包括ケア病棟での実施率が高い傾向があった。
- また、緩和ケア病棟・療養病棟を除いて、他施設からの医療・ケア方針に関する情報提供の割合は多くなかった。

自院での適切な意思決定支援の実施有無



入院時における自院以外の施設からの医療・ケアの方針
についての情報提供の有無

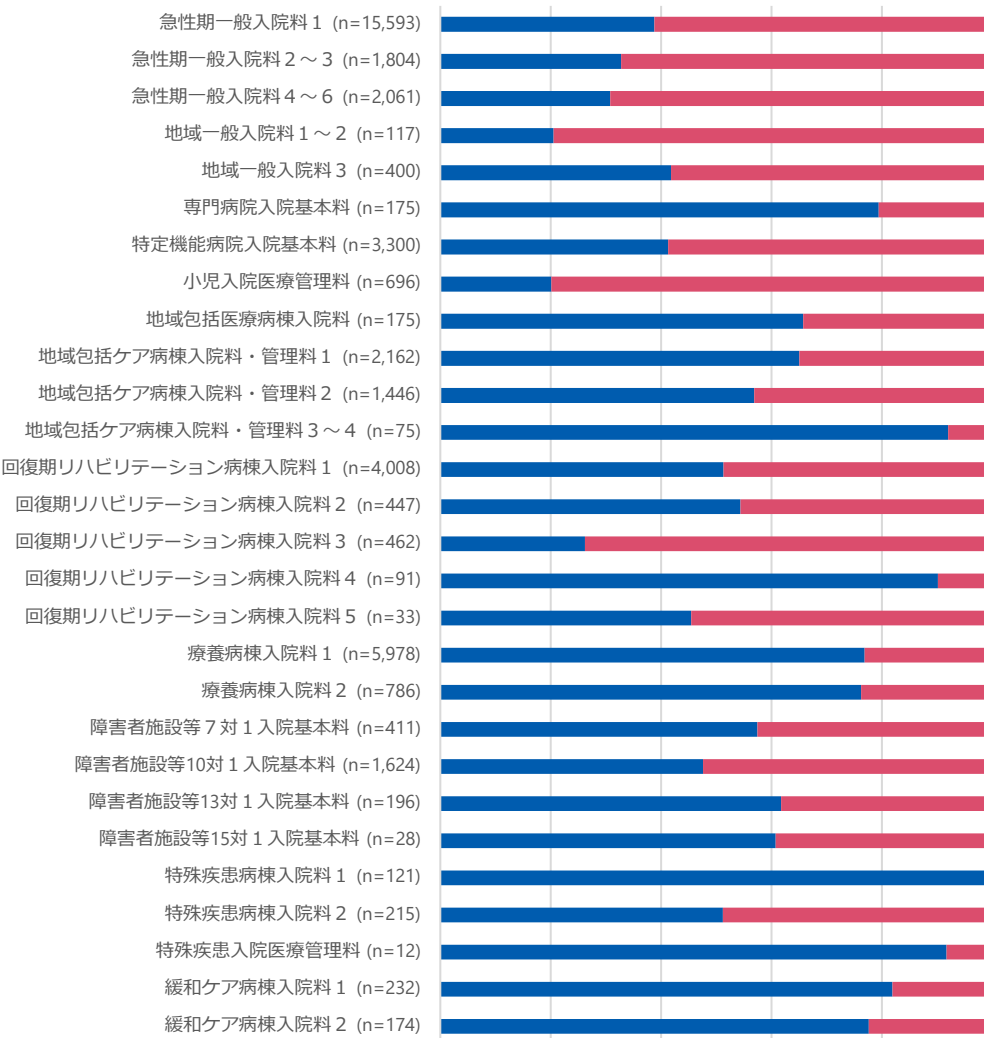


人生の最終段階の意思決定支援について

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

自院での適切な意思決定支援の実施有無

0% 20% 40% 60% 80% 100%

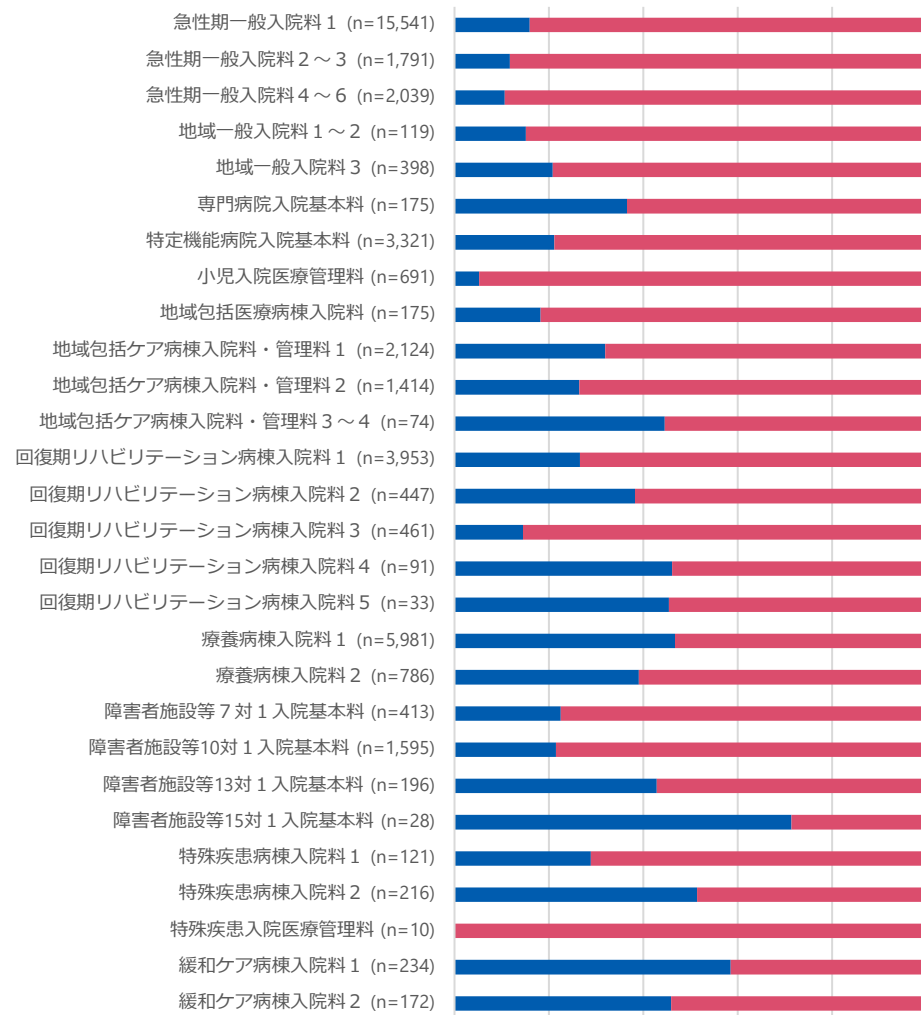


■あり ■なし

入院時における自院以外の施設からの医療・ケアの方針について

の情報提供の有無

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■あり ■なし

地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、以下のとおり要件及び評価を見直す。

改定後

【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様
[算定要件]

- 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。
- 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。

【施設基準】 ※地域包括診療加算についても同様

- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- 次に掲げる事項を院内掲示していること。
 - ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
 - イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
 - ウ 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
 - ア～ケ（略）
 - コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
 - ア 担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。
 - イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。
 - ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
- 当該保険医療機関において、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、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

現行

地域包括診療加算 1	25点
地域包括診療加算 2	18点
認知症地域包括診療加算 1	35点
認知症地域包括診療加算 2	28点



改定後

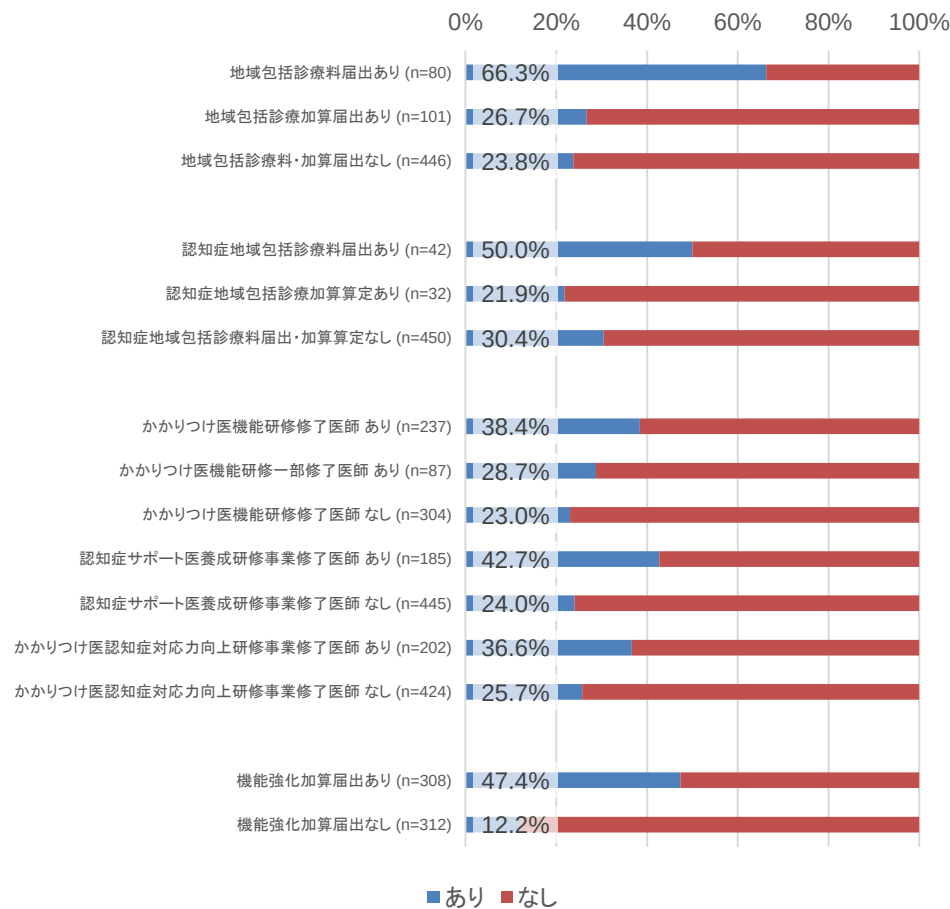
地域包括診療加算 1	28点
地域包括診療加算 2	21点
認知症地域包括診療加算 1	38点
認知症地域包括診療加算 2	31点

適切な意思決定に係る指針の策定状況（外来）

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

- 「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、地域包括診療料の届出の医療機関において、指針を策定している割合、当該指針について活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



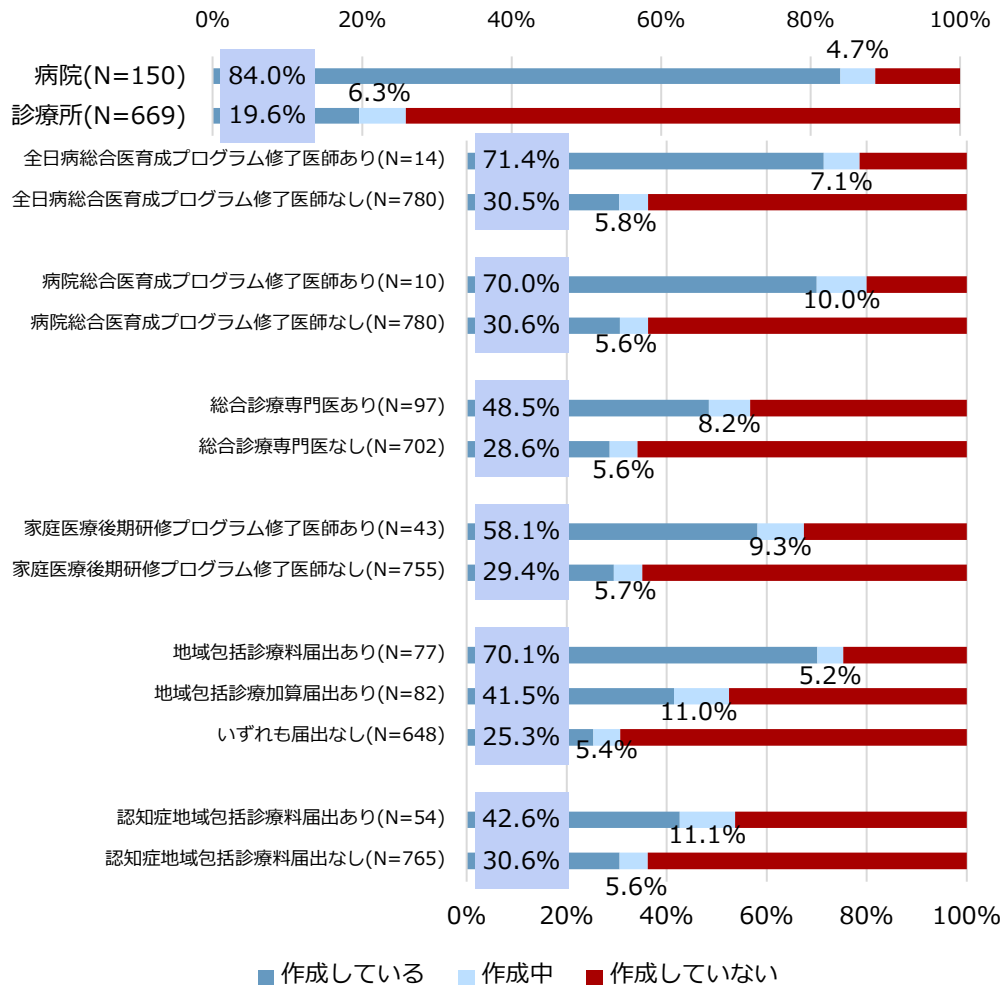
定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



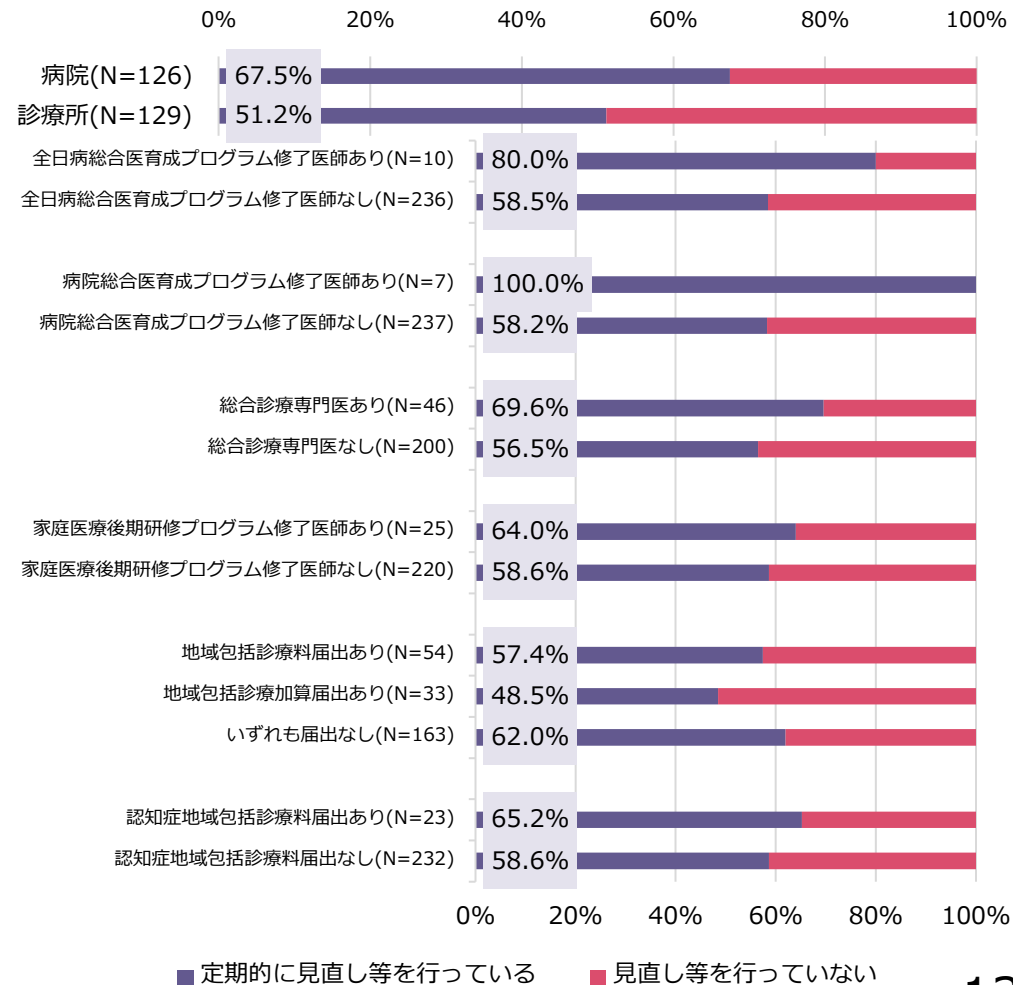
適切な意思決定に係る指針の策定状況（外来）

- 「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、作成している病院及び診療所はそれぞれ84.0%、19.6%、定期的な見直しを行っている病院及び診療所はそれぞれ67.5%、51.2%であった。
- 地域包括診療料及び地域包括診療加算の届出医療機関では、それぞれ70.1%、41.5%が指針を作成していた。

意思決定に係る指針を作成しているか



意思決定に係る指針の見直しの有無



個別事項に係る現状と課題

【意思決定支援の取組について】

- 令和6年度診療報酬改定において、「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に関する指針の策定を入院料の通則に規定し、原則としてすべての入院料の算定に当たって要件化したところ。
- 令和6年11月時点において指針を作成している医療機関は80.3%、定期的な見直しを行っている医療機関は70.5%であった。
- 令和6年度診療報酬改定において、「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に関する指針の策定を、地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算の要件に追加したところ。
- 令和6年11月時点においては、作成している病院及び診療所はそれぞれ84.0%、19.6%、定期的な見直しを行っている病院及び診療所はそれぞれ67.5%、51.2%であった。
- 地域包括診療料及び地域包括診療加算の届出医療機関では、それぞれ70.1%、41.5%が指針を作成していた。



【課題】

- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、意思決定支援の取組の進捗や推進策についてどのように評価するか。

1. 個別事項について(その1)

1-1 意思決定支援について

1-2 身体的拘束を最小化する取組について

2. 働き方・タスクシフト/シェア(その2)

3. 医師の診療科偏在(その1)

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備することを規定する。

- ・ 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- ・ 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

〔施設基準〕

- (1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。
- (2) (1) の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならぬこと。
- (3) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（3）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
 - ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。
- (6) (1) から (5) までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。

〔経過措置〕 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

身体的拘束とは

- 診療報酬の算定上、身体的拘束について下記のとおり示している。

(問62) 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

(答) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

身体拘束とは

- 身体的拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為としては、更に広く、ベッド柵や薬剤使用などを含めて身体拘束と定義する下記のような考え方もある。

1-2. 身体拘束とは

身体拘束とは、「本人の行動の自由を制限すること」です。

身体拘束は、本人の行動を、当人以外の者が制限することであり、当然してはならないことです。

緊急やむを得ない場合であっても、当人以外の者が、本人に対して、非常に強い権限を行使する重みを理解し、本人の尊厳を守るために、適正な手続きを極めて慎重に行う必要があります。

そして、これまで示されてきた「身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為」の11項目は、あくまでも例示であり、他にも身体拘束に該当する行為があることに注意が必要です。

身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為(例)

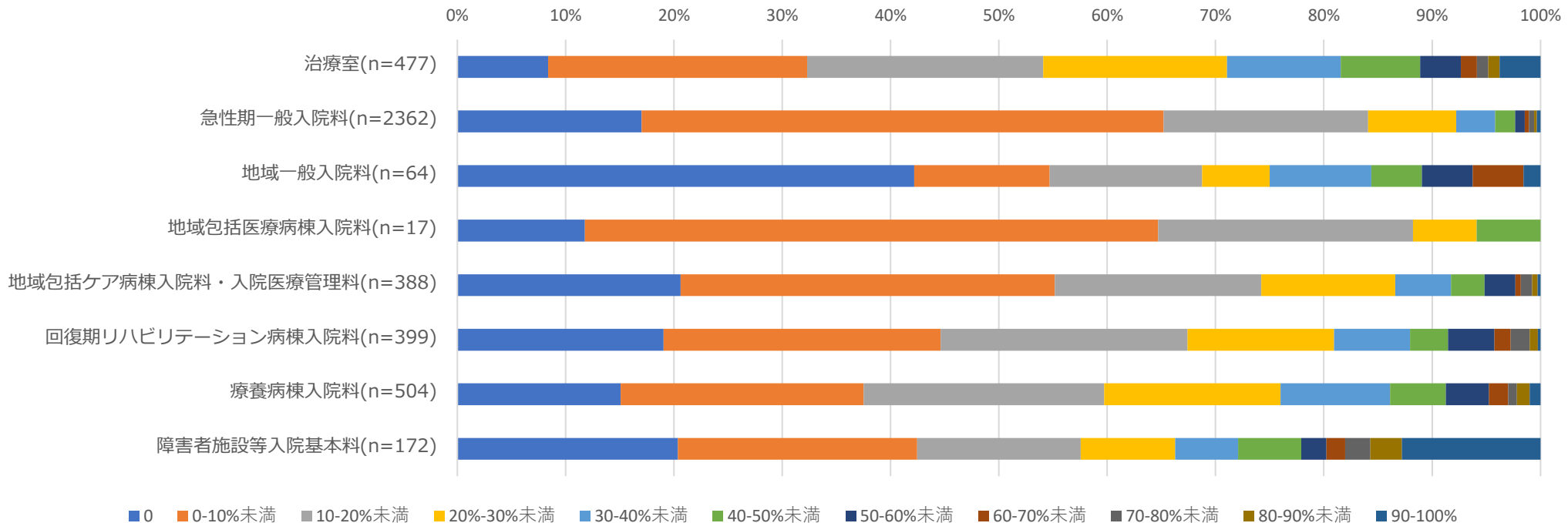
身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為には、次のような行為が挙げられている。
しかし、これらは、あくまでも例示であり、他にも身体拘束に該当する行為があることに注意が必要である。

- ① 一人歩きしないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを綱(サイドレール)で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手装等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やオムツはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等に体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

入院料ごとの身体的拘束の実施状況

- 急性期～慢性期の多くの入院料で、身体的拘束の実施率は10%未満の施設が最も多かった。
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病棟、障害者施設等入院基本料では身体的拘束の実施率20%以上が3～4割を占めていた。

身体的拘束の実施状況



(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

(※) 身体的拘束の実施率
= 令和6年10月の1か月間における①／②
①身体的拘束を実施した患者数(実人数)
②実入院患者数

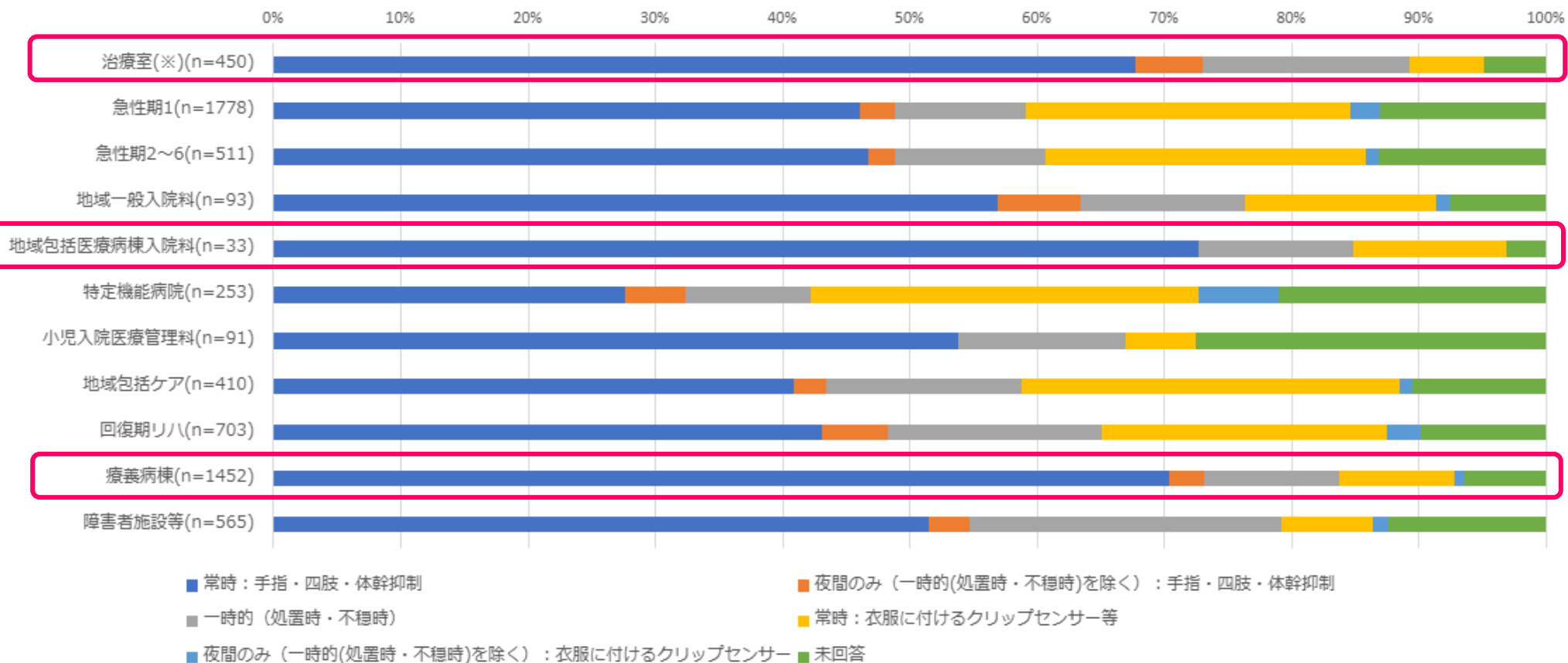
注) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

入院料別の身体的拘束の時間・方法

- 入院料別の身体的拘束の状況について、身体的拘束が行われている患者のうち「常時：手指・四肢・体幹抑制」の割合は治療室、地域包括医療病棟、療養病棟では約7割であった。

身体的拘束の時間・方法（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答

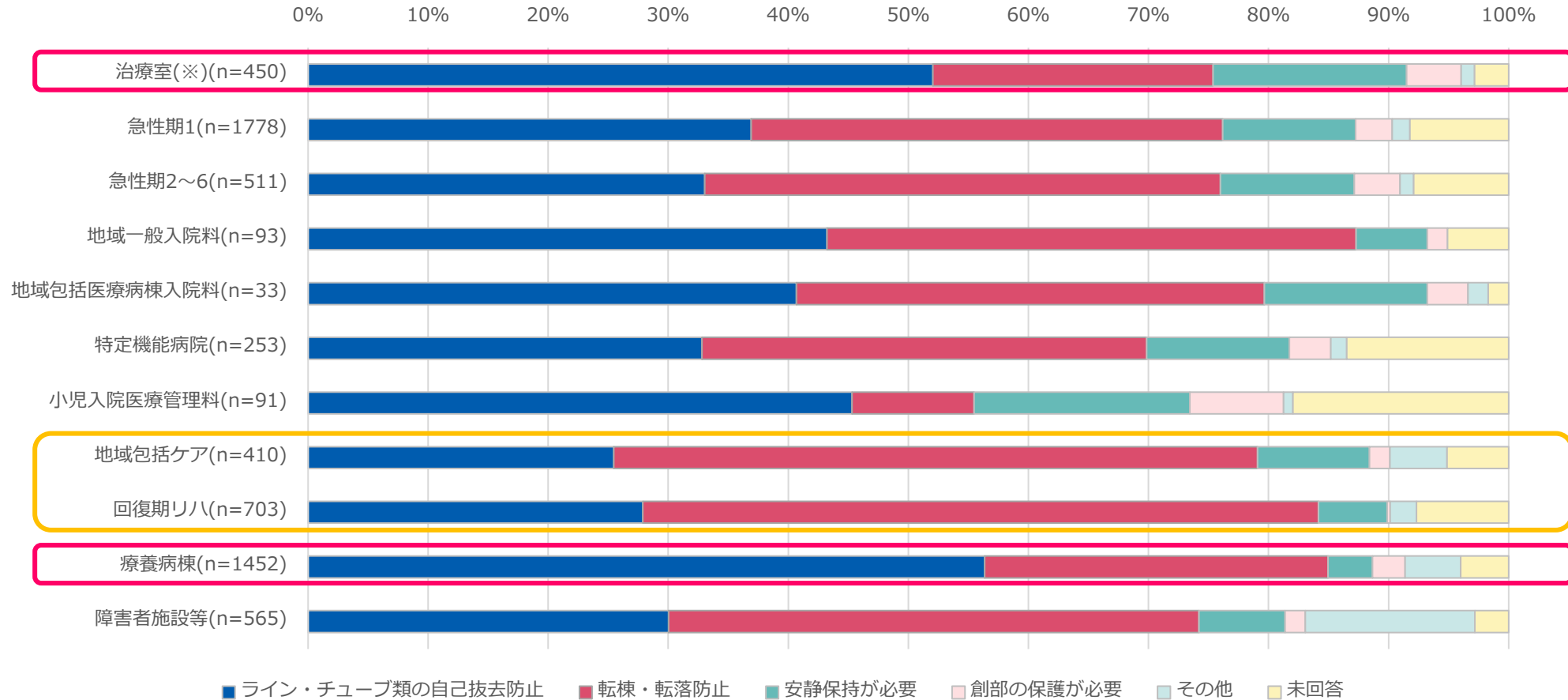


(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

身体的拘束の実施理由

- 身体的拘束を行っている患者について、身体的拘束の実施理由は「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多かった。
- 身体的拘束の実施理由として、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」が5割を越えており、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟では「転倒・転落防止」が5割を越えていた。

■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



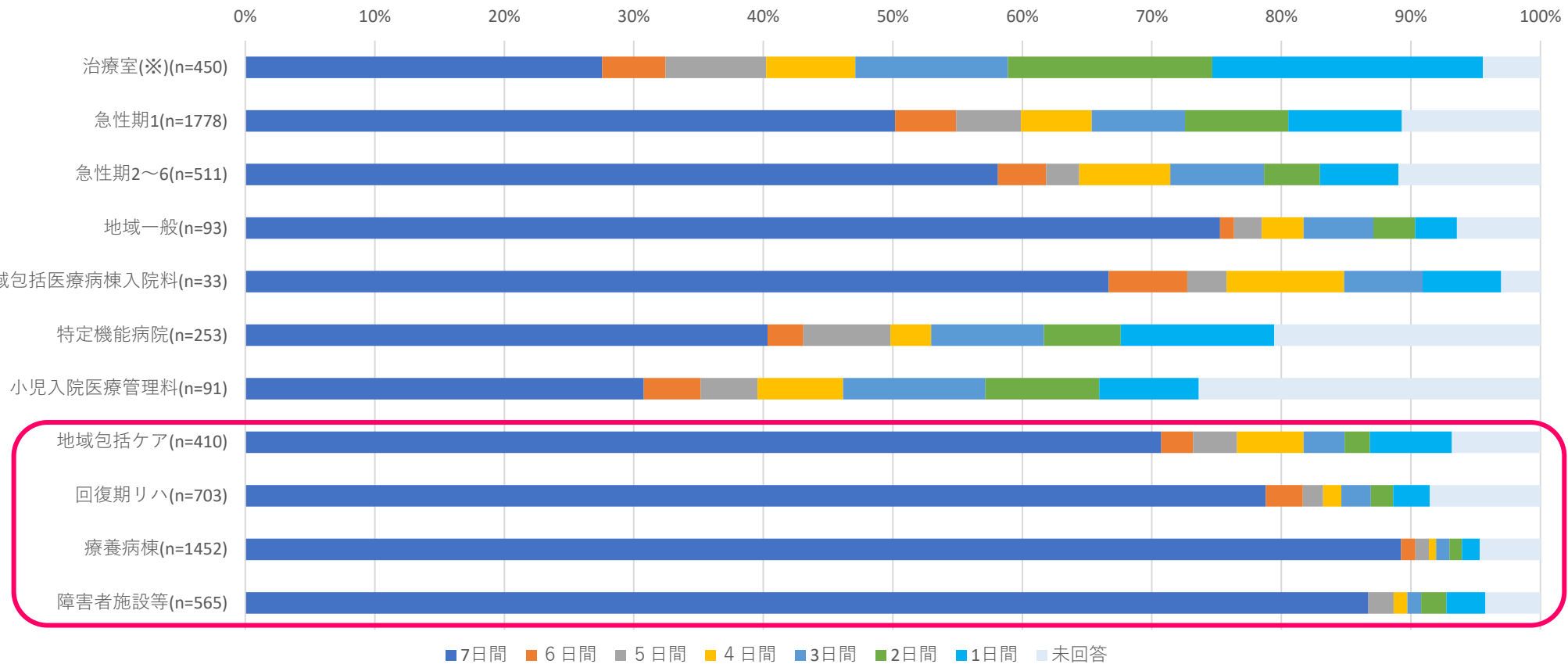
(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

入院料別の身体的拘束の実施日数

- 身体的拘束が行われている患者について、調査基準日から過去7日間における身体的拘束を実施した日数が「7日間」である割合は、地域包括ケア病棟で70.7%、回復期リハビリテーションで78.8%、療養病棟で89.3%、障害者施設等で86.7%であった。

調査基準日から過去7日間において身体的拘束を実施した日数

* 調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る

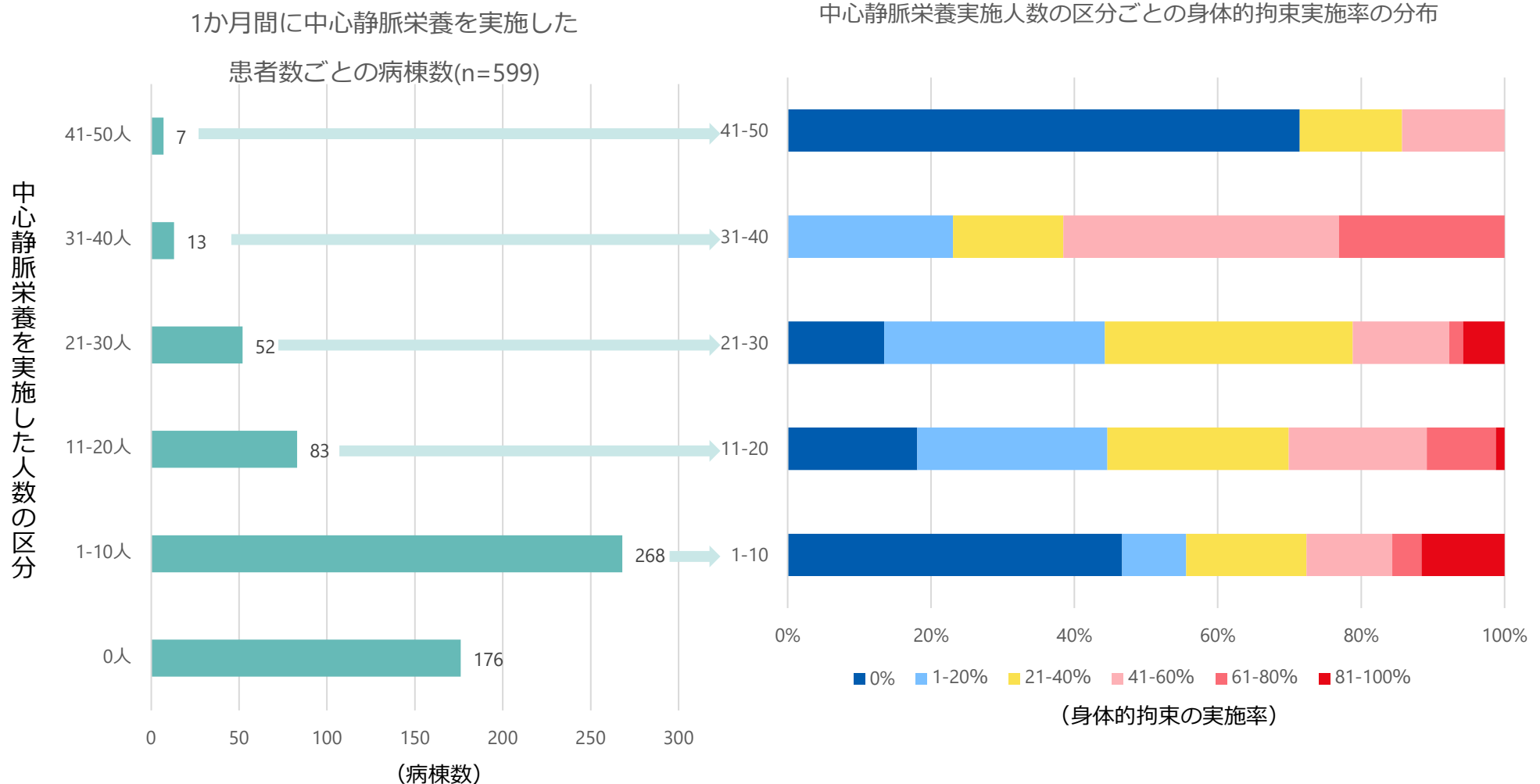


(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

療養病棟における中心静脈栄養中の身体的拘束の実施状況

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 3 改

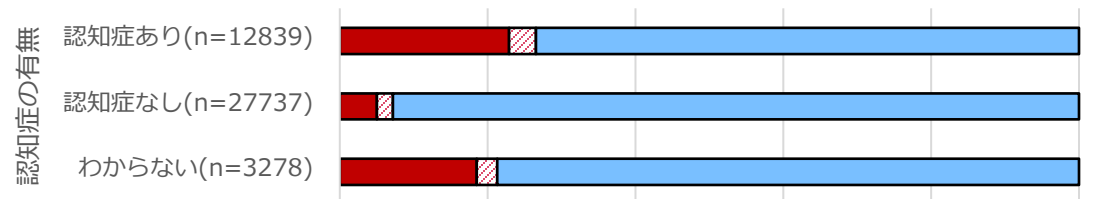
- 1か月に中心静脈栄養を実施した人数は11-20人の病棟が最多で半数弱であった。
- 中心静脈栄養を実施した患者のうち、身体的拘束を行った患者の割合が高い病棟もみられた。



患者の状態別の身体的拘束の実施有無

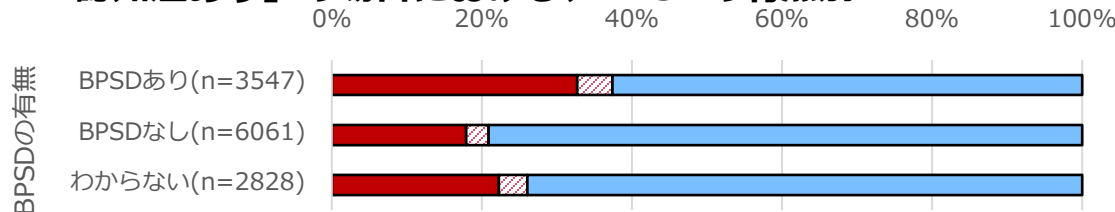
- 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」「BPSDあり」「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
- 要支援よりも要介護の方が身体的拘束の実施率が高く、認知症高齢者の日常生活自立度別では、支援が必要であるほど身体的拘束の実施率が高かった。

■ 認知症の有無別

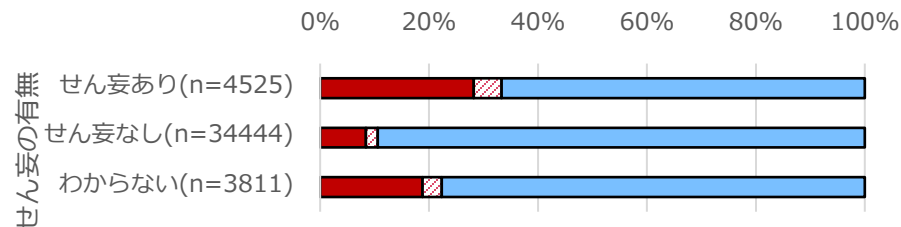


- 身体的拘束の実施あり 調査基準日時点で実施あり
- ▨ 身体的拘束の実施なし 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり
- 身体的拘束の実施なし

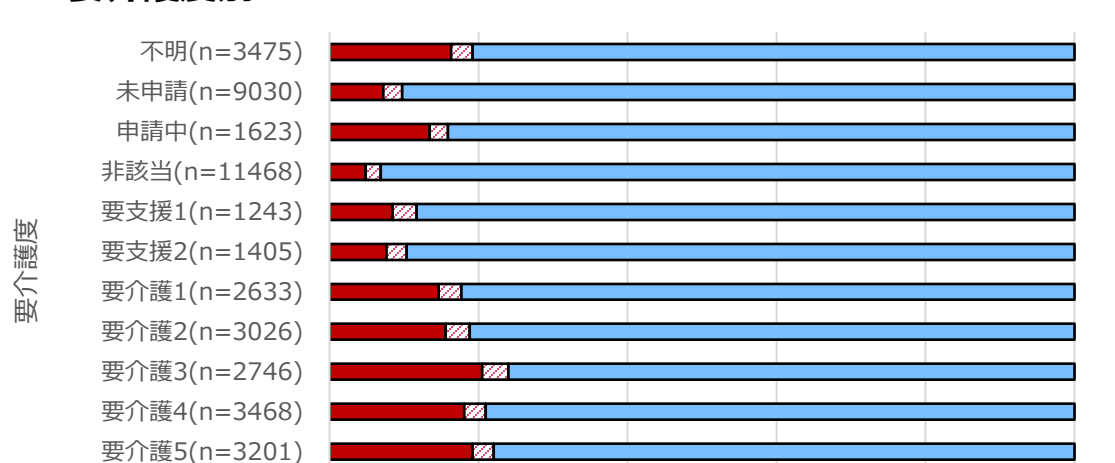
■ 「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



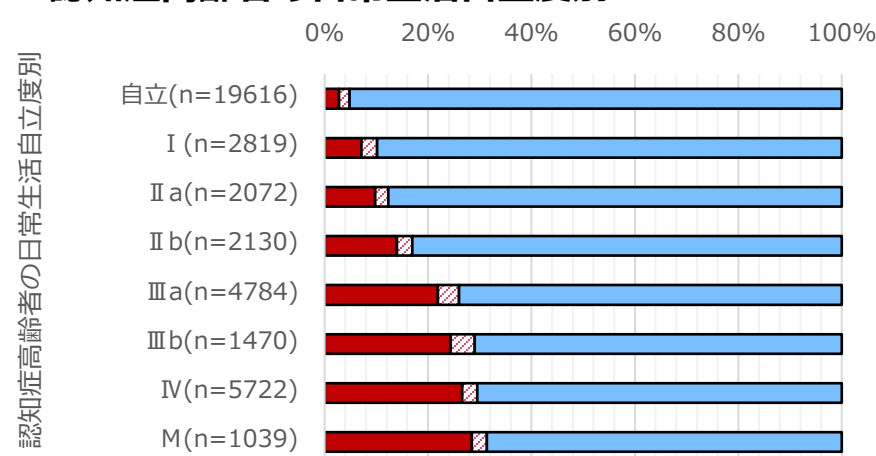
■ せん妄の有無別



■ 要介護度別



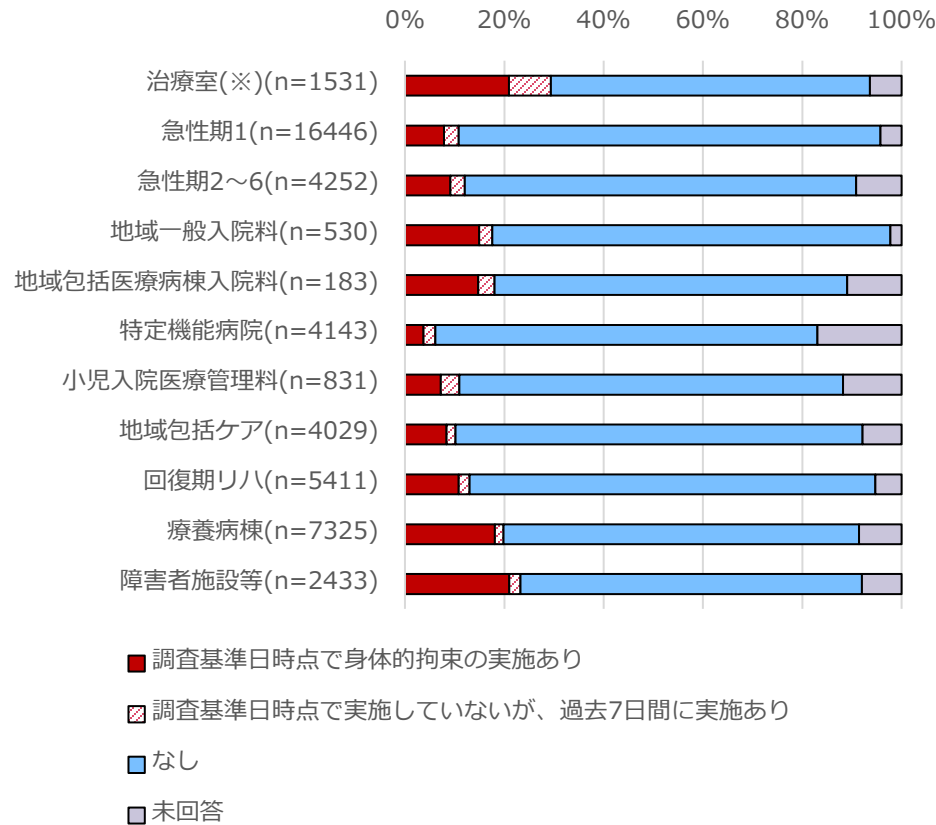
■ 認知症高齢者の日常生活自立度別



入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

- いずれの入院料においても、「認知症あり」の場合、身体的拘束の実施率が高かった。
- 「認知症なし」の場合における身体的拘束の実施率は、治療室で26.2%、療養病棟で11.7%、障害者施設等で25.1%であったがそれ以外の病棟では10%以下であった。

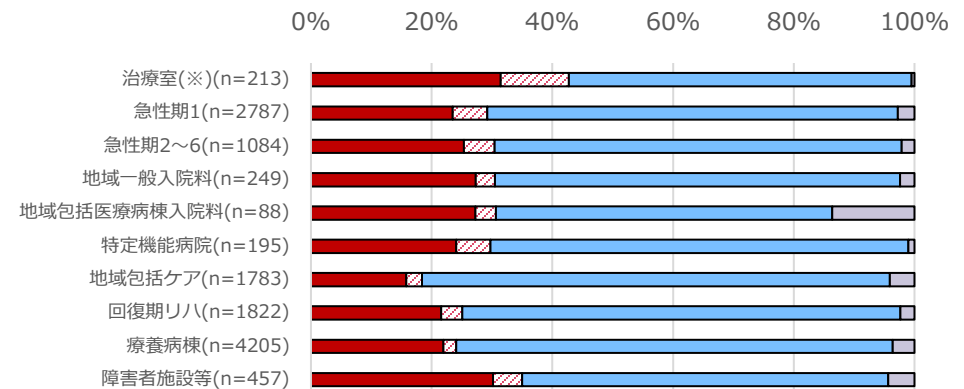
■ 入院料別の身体的拘束の実施有無



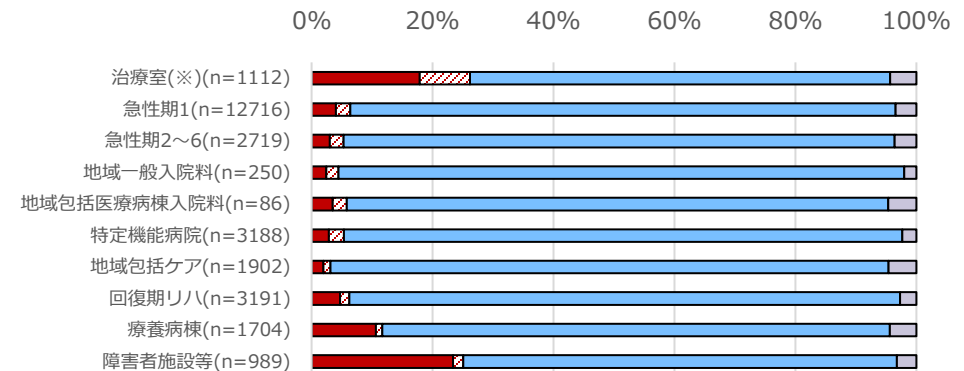
(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

「認知症ありの患者」



「認知症なしの患者」



入院料ごとの認知症の有無

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 3 改

- 急性期一般入院料と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟・療養病棟では認知症を有する患者の割合が多い。
- 療養病棟では、認知症ありが約6割を占めている。

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

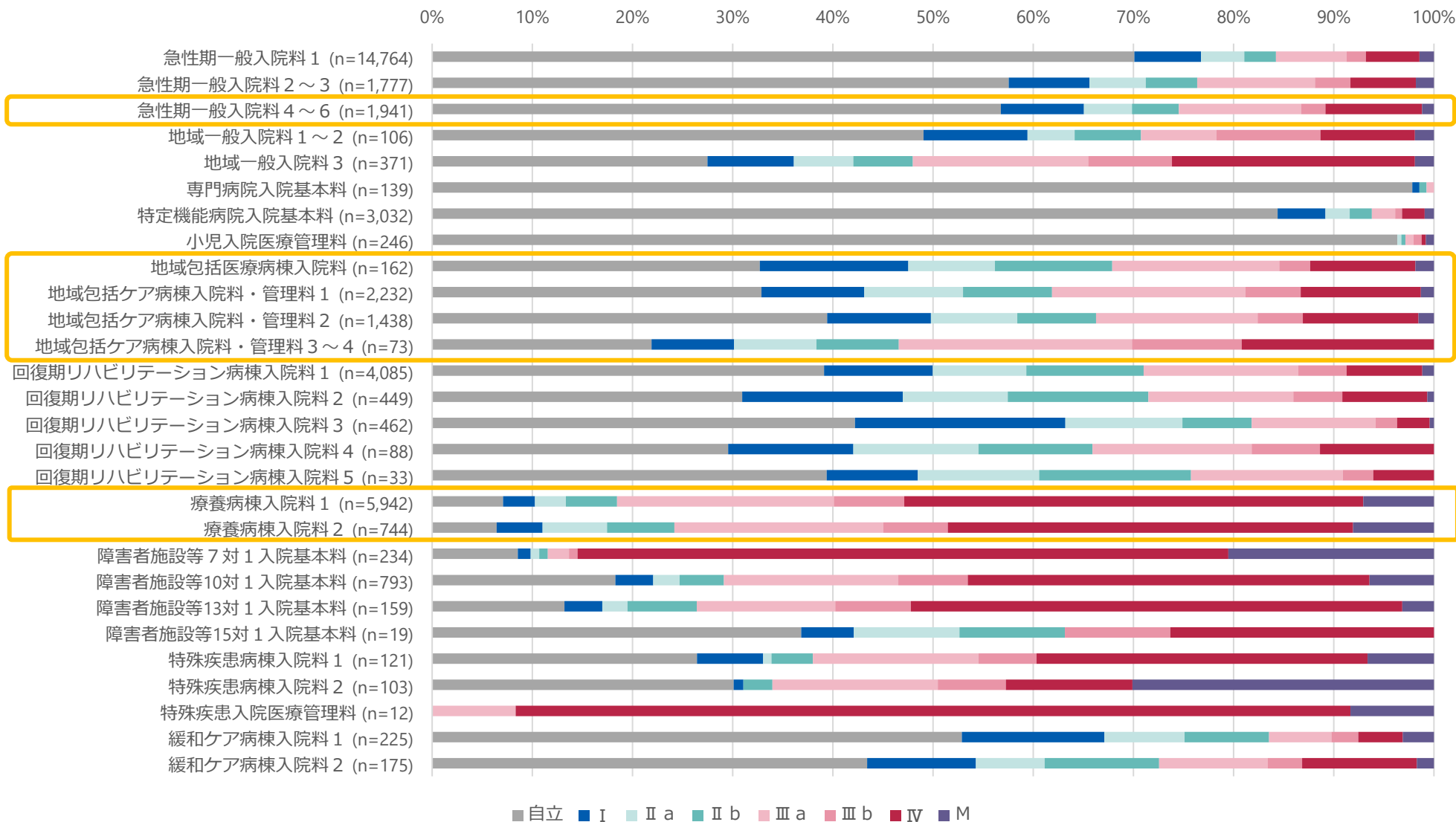


■ 認知症あり ■ 認知症なし ■ わからない

入院料ごとの認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 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。
- とくに療養病棟では認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上の患者の割合が多く、7 ～ 8 割を占めている。



自立 I II a II b III a III b IV M

認知症患者への適切な医療の評価

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

(新)	<u>認知症ケア加算1</u>	<u>イ</u>	<u>14日以内の期間</u>	<u>150点(1日につき)</u>
		<u>ロ</u>	<u>15日以上</u> の期間	<u>30点(1日につき)</u>
	<u>認知症ケア加算2</u>	<u>イ</u>	<u>14日以内の期間</u>	<u>30点(1日につき)</u>
		<u>ロ</u>	<u>15日以上</u> の期間	<u>10点(1日につき)</u>



- ・身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- ・対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。

【算定要件】

認知症ケア加算1

- (1) 認知症ケアチームと連携して看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

認知症ケア加算2

病棟において、認知症患者に係る看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。

【施設基準】

認知症ケア加算1

- ① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
 - ア 認知症患者の診療について十分な経験と知識のある専任の常勤医師
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算2

- ① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数名配置すること。
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算の見直し

認知症ケア加算の見直し

➤ 認知症ケア加算について、身体的拘束を実施しなかった日及び実施した日の点数をそれぞれ見直す。

現行

【認知症ケア加算】

- 1 認知症ケア加算 1
イ 14日以内の期間 160点 / □ 15日以上期間 30点
- 2 認知症ケア加算 2
イ 14日以内の期間 100点 / □ 15日以上期間 25点
- 3 認知症ケア加算 3
イ 14日以内の期間 40点 / □ 15日以上期間 10点

【算定要件】

身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

改定後

【認知症ケア加算】

- 1 認知症ケア加算 1
イ 14日以内の期間 **180点** / □ 15日以上期間 **34点**
- 2 認知症ケア加算 2
イ 14日以内の期間 **112点** / □ 15日以上期間 **28点**
- 3 認知症ケア加算 3
イ 14日以内の期間 **44点** / □ 15日以上期間 10点

【算定要件】

身体的拘束を実施した日は、**所定点数の100分の40に相当する点数**により算定する。

➤ 認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を含めるとともに、認知症ケア加算を算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可とする。

現行

【認知症ケア加算 1】

【算定要件】

当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。

【施設基準】

認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。
(新設)

改定後

【認知症ケア加算 1】※認知症ケア加算 2・3も同様

【算定要件】

当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。**また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。**

【施設基準】

認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。

せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

【経過措置】 令和6年3月31日時点で認知症ケア加算に係る届出を行っている保険医療機関は、令和6年9月30日までの間、せん妄のリスク因子等のチェックリストの作成に係る基準を満たしているものとみなす。

認知症ケア加算の概要

認知症ケア加算(1日につき)

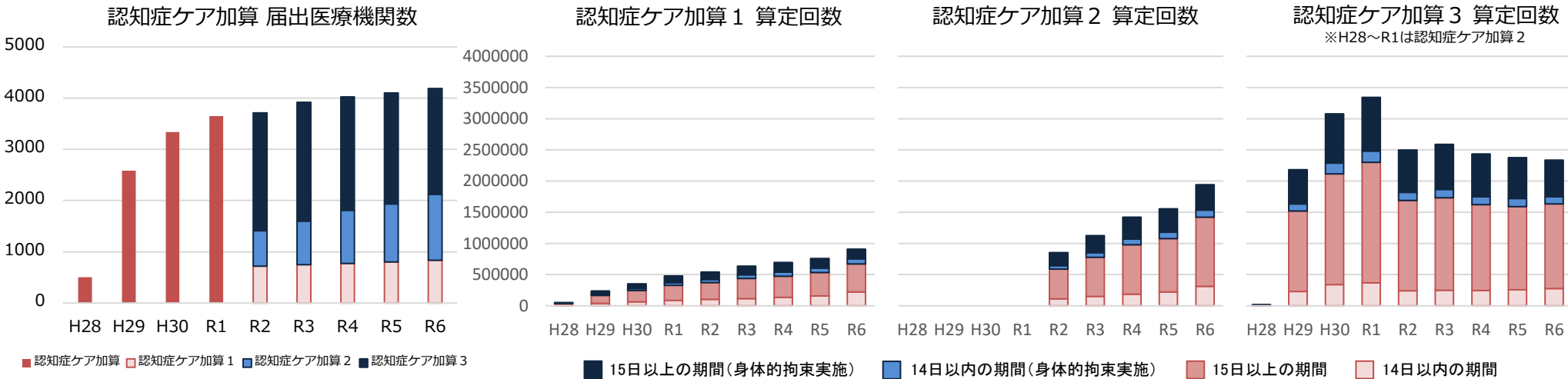
- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。
- 認知症ケア加算1 イ 14日以内の期間 180点 □ 15日以上期間 34点
- 認知症ケア加算2 イ 14日以内の期間 112点 □ 15日以上期間 28点
- 認知症ケア加算3 イ 14日以内の期間 44点 □ 15日以上期間 10点
- 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定。

		認知症ケア加算 1	認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体的拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアに係るチーム*1が設置されていること。 *1認知症ケアチームは身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない。	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握	－
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了） …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）	－
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）	
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアル*2を作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアル*2を作成	マニュアル*2を作成
		*2 マニュアル：身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書		
	せん妄対策のチェックリスト	せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。		
	院内研修	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等は、原則として年に1回、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、当該チームによる研修又は院外の研修を受講すること。	専任の医師又は看護師を中心として、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施

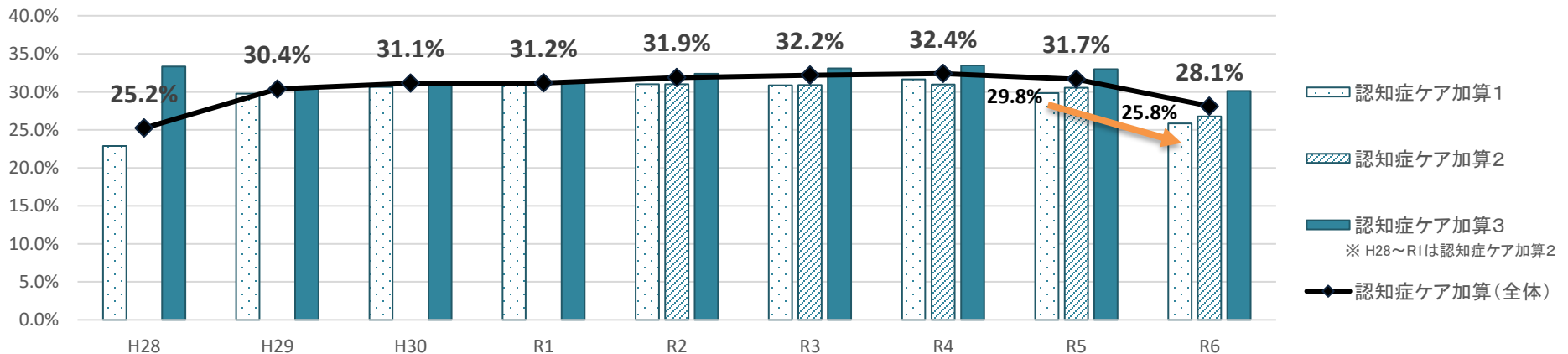
認知症ケア加算の算定の推移

- 認知症ケア加算の届出医療機関数及び算定回数は年々増加している。
- 「身体的拘束を実施した日」として算定した割合は、令和6年では28.1%と減少に転じ、とくに認知症ケア加算1では、令和5年29.8%から令和6年25.8%と4%減少していた。

■ 認知症ケア加算の届出医療機関数と算定回数の推移



■ 認知症ケア加算に占める身体的拘束を実施した割合

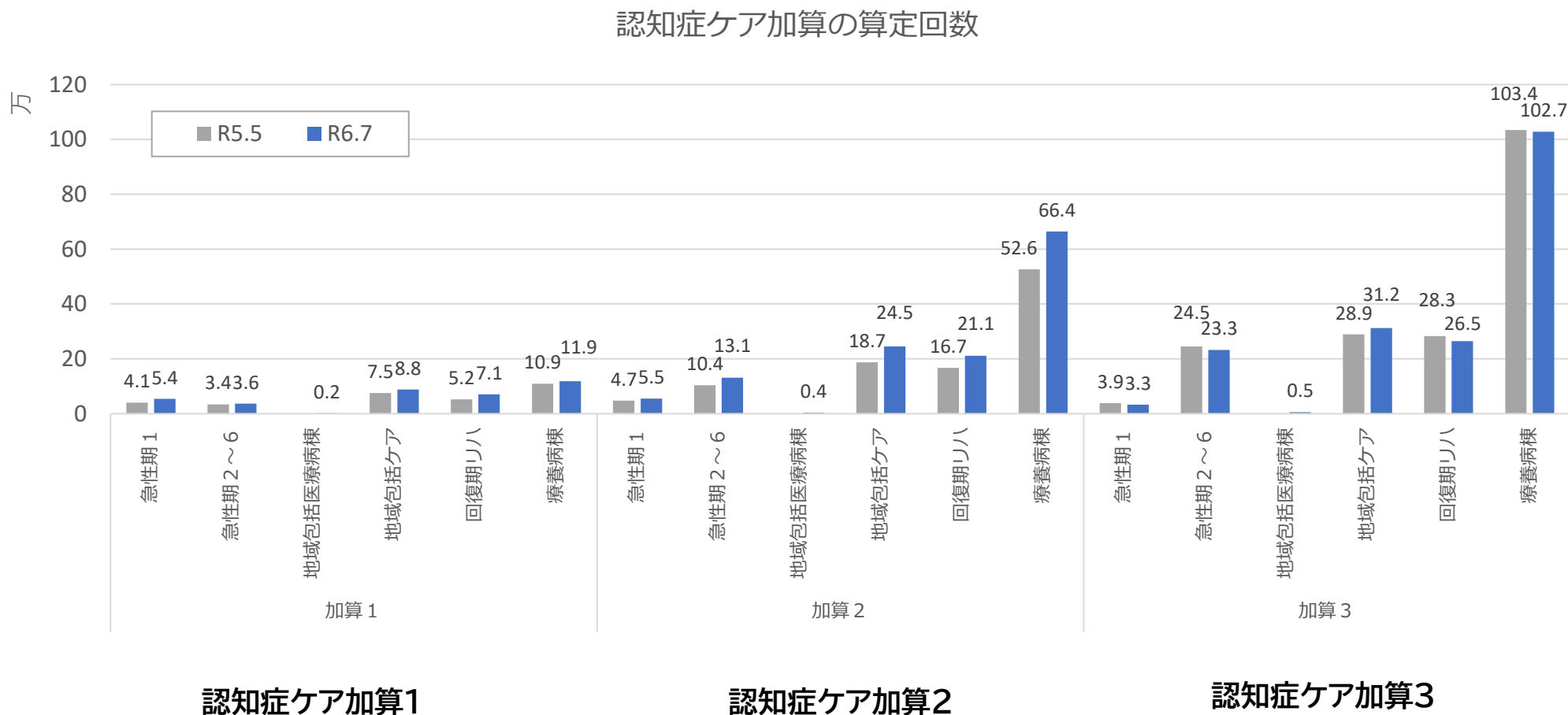


出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

算定回数は社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

入院料別の認知症ケア加算の算定状況

- 入院料別の認知症ケア加算の算定回数について、認知症ケア加算 1 は令和 5 年より令和 6 年の方が算定回数が増加していた。
- 認知症ケア加算 2 及び 3 は、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟で多く算定されていた。



身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備することを規定する。

- ・ 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- ・ 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

〔施設基準〕

- (1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。
- (2) (1) の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならぬこと。
- (3) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（3）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
 - ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。
- (6) (1) から (5) までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。

〔経過措置〕 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

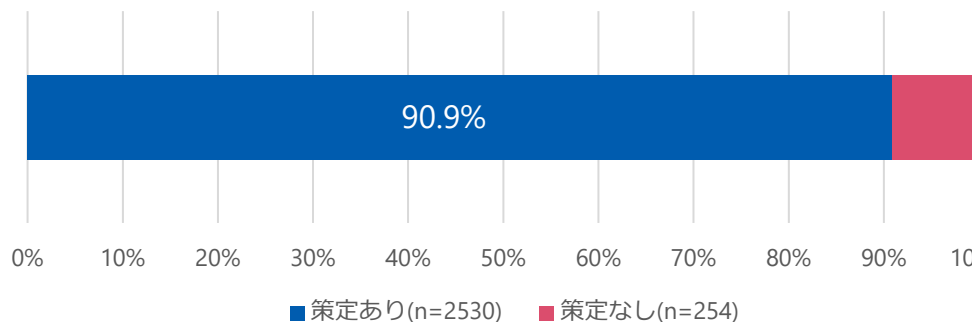
身体的拘束を最小化する取組① 指針の策定状況・体制

診調組 入-1
7. 5. 22 改

- 令和6年11月1日時点において、身体的拘束を最小化するための指針を策定しているのは90.9%、身体的拘束の実施・解除基準を策定しているのは90.1%であった。

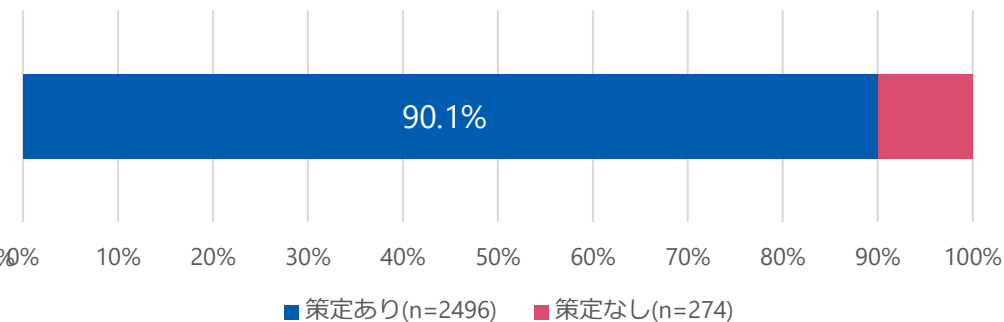
身体的拘束を最小化するための指針の策定状況

(令和6年11月1日時点)

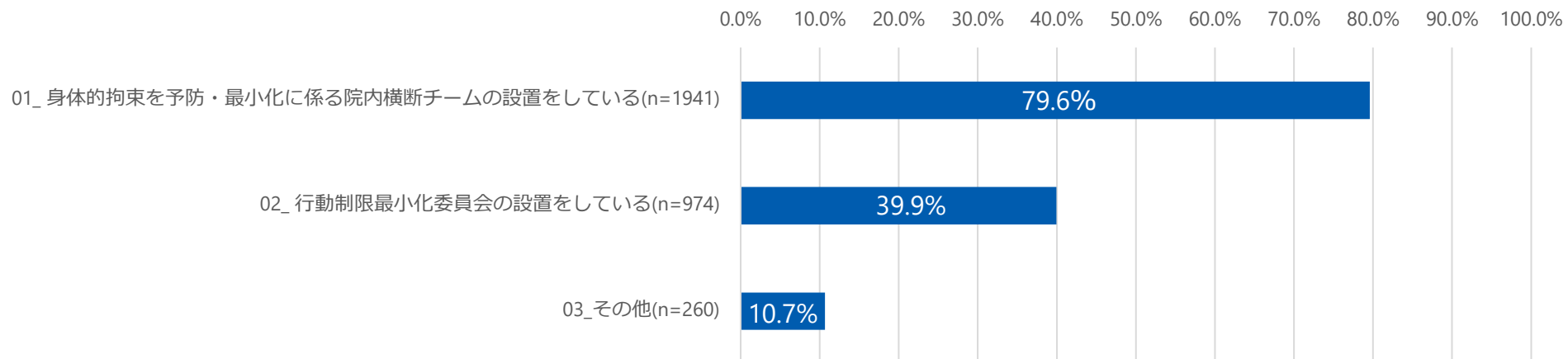


身体的拘束の実施・解除基準の策定状況

(令和6年11月1日時点)



身体的拘束を予防・最小化するための組織について

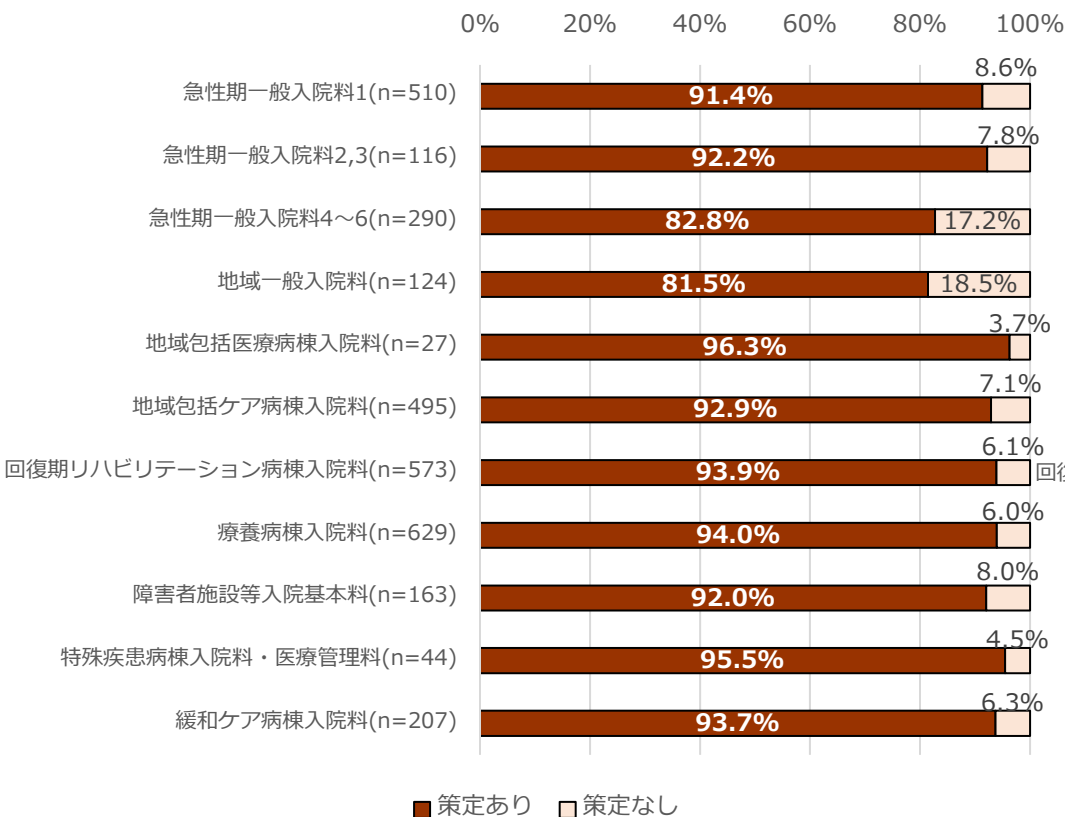


身体的拘束を最小化する取組② 入院料ごとの指針の策定状況

- 入院料別の身体的拘束を最小化するための指針の策定状況について、多くの入院料で90%を越えていた。急性期一般入院料4～6は82.8%、地域一般入院料は81.5%であった。
- 入院料別の身体的拘束の実施・解除基準の策定状況について、多くの入院料で90%を越えていた。急性期一般入院料4～6は80.6%、地域一般入院料は79.8%であった。

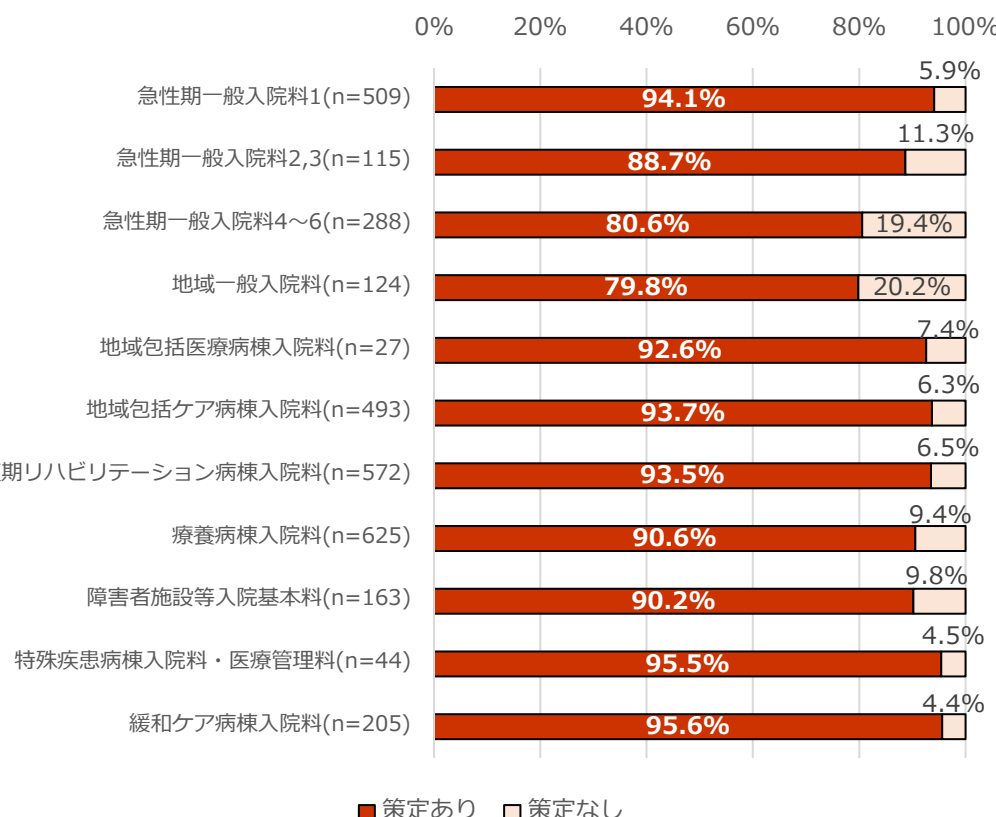
身体的拘束を最小化するための指針の策定

(令和6年11月1日時点)



身体的拘束の実施・解除基準の策定

(令和6年11月1日時点)



身体的拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針

- 身体拘束廃止に向けた方針として、「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き（令和6年3月）」では、特に管理者等の責任者が「身体的拘束を原則しない」という決意を持ち、職員をバックアップする方針を徹底し組織一丸となって考えを共有して取り組むこと、身体拘束を必要としない環境の整備、患者本人や家族との対話や意思確認、やむを得ず身体拘束を行った場合でも常に代替手段を検討することが示されている。

身体拘束廃止・防止に向けてなすべき 4 つ の方針

1 組織一丸となった取り組みの重要性

組織のトップが決意し、施設や事業所が一丸となって取り組む

組織のトップである法人理事長や施設長、管理者等の責任者が「身体拘束廃止・防止」を決意し、職員をバックアップする方針を徹底することが重要です。それによって、職員は自分の責任となってしまう等の不安が解消され、安心して取り組むことが可能となる。

一部の職員が廃止に向けて一生懸命取り組んでも、他の職員が身体拘束をするのであれば、現場は混乱し、効果はあがらない。施設や事業所の全員が一丸となって取り組むことが大切である。そのためには、例えば、施設長や管理者をトップとして、医師、看護職員・介護職員、事務職員等、施設・事業所全体で、身体的拘束等適正化検討委員会が適切に機能するように検討する等、身体拘束廃止・防止に向けて現場をバックアップすることが考えられる。



「身体拘束ゼロへの手引き」（平成 13 年 3 月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）一部改変

3 本人・家族・施設や事業所等での共通意識の醸成

みんなで議論し、共通の意識をもつ

個人それぞれの意識の問題でもある。身体拘束の弊害をしっかりと認識し、どうすれば廃止できるかを、トップも含めた組織全体、そして本人家族、本人にかかわっている関係者・関係機関で十分に議論し、みんなで課題意識を共有し、チームケアを実現していく努力が求められる。在宅介護においては、複数法人・事業所で協議することも有用である。

その際に最も大事なものは「本人中心」という考え方である。中には消極的になっている人もいられるかもしれないが、そうした人も一緒に実践することによって理解が進むのが常である。本人や家族の理解も不可欠である。特に家族に対しては、ミーティングの機会を設け、身体拘束に対する基本的な考え方や事故の防止策や対応方針を十分説明し、理解と協力を得なければならない。



2 身体拘束を必要としないケアの実現

まず、身体拘束を必要としないケアの実現をめざす

本人についてもう一度心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としないケアを作り出す方向を追求していくことが重要である。認知症の行動・心理症状がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り、取り除くことが大切である。認知症の行動・心理症状の原因は、本人の過去の生活歴等にも関係するが、次のようなことが想定される。

- (1) 職員の行為や言葉かけが不適当か、またはその意味が理解できない場合
- (2) 自分の意志にそぐわないと感じている場合
- (3) 不安や孤独を感じている場合
- (4) 身体的な不快や苦痛を感じている場合
- (5) 身の危険を感じている場合
- (6) 何らかの意思表示をしようとしている場合

したがって、こうした原因を除去する等の状況改善に努めることが重要である。

4 常に代替的な方法を考えることの重要性

常に代替的な方法を考え、

身体拘束を必要とするケースは極めて限定的に

身体拘束せざるを得ない場合についても、本当に代替する方法はないのかを常に検討することが求められる。「仕方がない」「どうしてもない」とみなされて拘束されている人はいないか、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を考え、まず、いかに拘束を解除するかを検討することから始める必要がある。検討もなく「漫然」と拘束している場合は、直ちに拘束の解除を試みる。

また、身体拘束の解除に困難が伴う場合であっても、ケア方法の改善や環境の整備等創意工夫を重ね、解除を実行する。解決方法が得られない場合には、外部の研究会に参加したり、相談窓口を利用し、必要な情報を入手し参考にする。

運営基準上「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」は身体拘束が認められているが、この例外規定は極めて限定的に考えるべきであり(20頁参照)、すべての場合について身体拘束を廃止していく姿勢を堅持することが重要である。



「身体拘束ゼロへの手引き」（平成 13 年 3 月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）一部改変

一般病棟における身体的拘束を予防・最小化するための取組事例

A病棟：「身体的拘束をしない」病棟風土への変革

【病院概要】2019年度
病床数：934床 / 入院料：急性期一般入院料1など

診 調 組 入 - 1
5 . 7 . 6

➤ 身体拘束最小化に向けた目標と計画

目標	取組内容
1. 身体拘束が必要となる場面を減少させる	・ 専門看護師（CNS）による高齢者ケア、認知症ケアのモデル実践 ・ CNSによる高齢者ケア、認知症ケアのスタッフ教育：勉強会、事例検討会、職場内教育（OJT） ・ 術後せん妄予防のスタッフ教育：疼痛コントロール、早期離床、早期ルート・チューブ類の抜去 ・ 認知症ケア関連研修の受講や認知症ケア専門士取得促進
2. 多様な視点から身体拘束を検討する	・ 倫理係による勉強会、倫理事例検討会 ・ 身体拘束解除カンファレンス ・ 認知症ケアチームへの相談、多職種カンファレンス
3. 患者の安全を守る	・ 入院時のリスクアセスメントによる環境調整：離床センター付きベッド、緩衝マットの活用 ・ インシデント・アクシデント発生時の対応：予防策の実施状況の確認、行動の目的や意味について話し合い、対策を検討

➤ インシデント・アクシデント発生時の対応

- ・ 転倒・転落やルート自己抜去が発生した場合、スタッフ個人の責任を追及するのではなく、予防策の実施の有無、患者の苦痛・不快の状況、行動の理由や意味についてスタッフと話し合う
- ・ さらに、患者本人や家族と話し合い、情報を収集し、入院前の生活や行動パターンを踏まえたケア方法や環境調整を共に考え実施する

➤ 医師と看護師等との協働

- ・ 身体拘束をしないことにより重大な事故は起きておらず、むしろ術後せん妄が遷延しないことや、早期離床による高齢者の順調な回復、早期膀胱留置カテーテル抜去により尿路感染の発生が少ないことなど、メリットを看護師長から医師へ共有

取組開始2年3か月後にA病棟の身体拘束はゼロ、身体拘束最小化の取組による転倒、転落、チューブ類自己抜去の増加はみられない

B病棟：認知症ケアチームを中心とした具体的な取組

【病院概要】2020年4月1日
病床数：464床（一般460床、感染4）、救命救急センター24床 / 入院料：急性期一般入院料1

➤ 見当識を補い、認知症の改善やせん妄予防にも効果があると言われている「リアリティ・オリエンテーション」の実施

- ・ 認知症ケアチームは、「認知症ケアチーム通信」を用いた積極的な情報提供の実施、ホームページにリアリティ・オリエンテーションで使用するものを多数掲載し常時使用できるように整備
- ・ 病棟では、
 - ✓ 日々のカンファレンスでせん妄スケールで評価を行いながら、テレビやカレンダー、時計を導入し、場所や注意を促す掲示物をベッドサイドに掲示する
 - ✓ 気管切開チューブや人工呼吸器を装着している姿を鏡で見てもらう
 - ✓ リハビリテーション専門職などの協力も得ながら、日中は積極的に離床を図る 等

【注意を促す掲示物の一例】

うでに点滴をしています。
ここからくすりや栄養が
入っています。
大事にしましょう。



身体的拘束のデータの可視化

- 日本医療機能評価機構の医療の質可視化プロジェクトにおいて、ケアの1指標として身体的拘束の実施率があげられており、サーベイランス等を用いて経時的に評価されている。
- 2024年度より、DPCの評価・検証等に係る調査では任意入力項目として身体的拘束の日数の記録が求められるようになり、身体的拘束の実施率は質評価に係るデータの提出及び公表が評価される項目の1つとなった。

2025年度 医療の質可視化プロジェクトで扱う指標

ケア				
7	d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率	除外条件に該当する患者を除いた褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の新規発生患者数	退院患者の在院日数の総和 除外条件に該当する患者を除いた入院患者延べ数	DPC[様式I] DPC[様式3] またはSV
8	65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合	分母のうち、入院後48時間以内に栄養アセスメントが実施された患者数	65歳以上の退院患者数	DPC[様式I] またはSV
9	身体的拘束の実施率	分母のうち、身体的拘束日数の総和	退院患者の在院日数の総和 入院患者延べ数	DPC[様式I] SV

*1: データソースとは、当該指標の計測に必要な診療情報です。DPCやサーベイランスデータが該当します。
*2: SV(サーベイランスデータ)は、診療記録(電子カルテや看護記録など)や独自調査などのデータを想定しています。サーベイランスデータを用いる指標の場合は、各施設の実情に応じて測定可能なデータをご利用ください。

出典：日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2025年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標一覧

2024年度 DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料より抜粋

・A004050 身体的拘束

親様式1に入力する。なお、本年度調査では任意入力とするが、本項目の入力は機能評価係数Ⅱの評価対象となる。
入院年月日が2024年6月1日以降の場合に入力する。

② 身体的拘束日数

当該患者において身体的拘束が行われた日数を日数単位で記入すること。身体的拘束が行われなかった場合は“0”を入力する。また、同一日に複数回の身体的拘束及び解除が繰り返されても、1日として日数単位で記入すること。

ここでいう身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限を指す。

DPC/PDPSの機能評価係数Ⅱにおける新たな評価

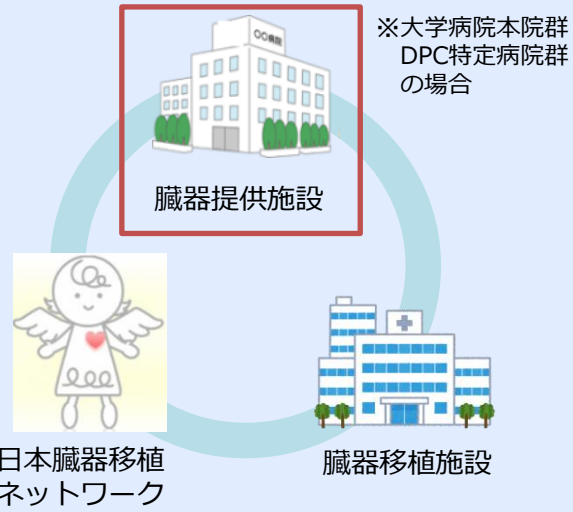
地域医療係数の見直し②

- 社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、体制評価指数において、「臓器提供の実施」、「医療の質向上に向けた取組」及び「医師少数地域への医師派遣機能」（大学病院本院群に限る。）について新たに評価を行う。

<臓器提供の実施>

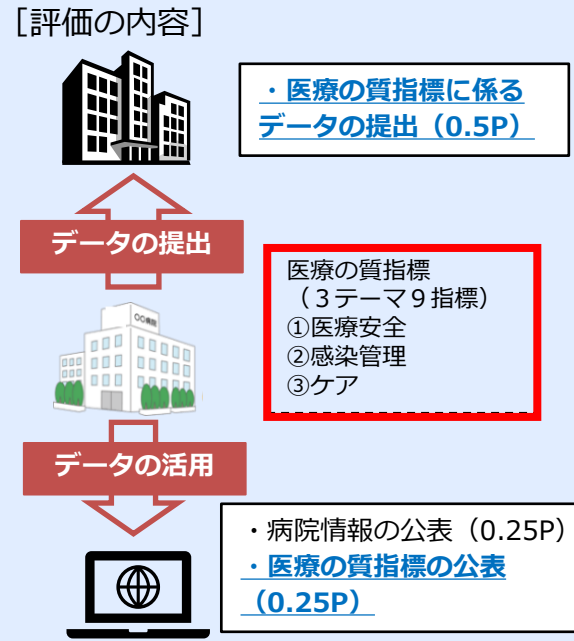
〔概要〕
法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価

〔評価の内容〕
・過去3年の法的脳死判定後の臓器提供
1件以上（0.5P）、2件以上（1P）



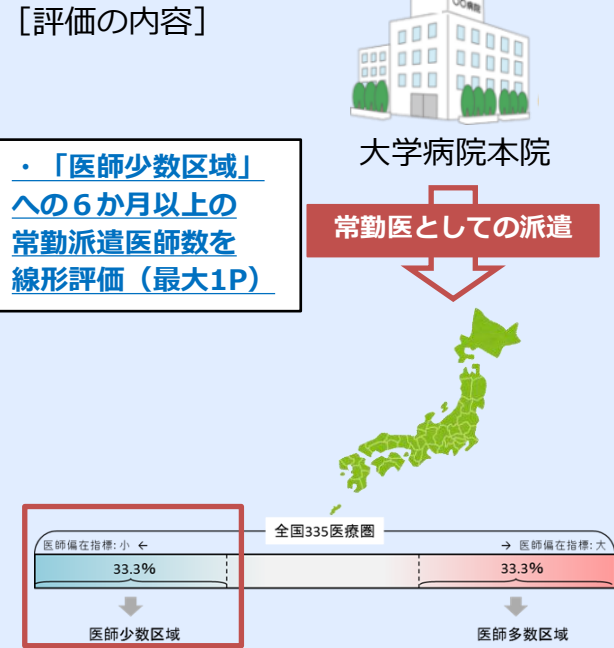
<医療の質向上に向けた取組>

〔概要〕
医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価



<医師少数地域への医師派遣機能>

〔概要〕
医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価



(参考) データ提出及び公表を評価する医療の質指標

医療の質指標（3テーマ9指標）

テーマ	指標	既存データ項目の活用	データ提出の評価対象（※1）	公表の評価時期（※2）
医療安全	転倒・転落発生率	×	○	令和8年度～
	転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	×	○	令和8年度～
	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	○	×	令和7年度～
感染管理	血液培養2セット実施率	○	×	令和7年度～
	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	○	×	令和7年度～
	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	×	○	令和8年度～
ケア	d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	×	○	令和8年度～
	65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合	×	○	令和8年度～
	身体的拘束の実施率	×	○	令和8年度～

(※1) 該当する指標に対応する調査項目を新設する
(※2) 集計方法等の詳細については、「病院情報の公表の集計条件等について」において公表

病床数別の身体的拘束の実施状況（医療の質可視化プロジェクト）

- 日本医療機能評価機構の医療の質可視化プロジェクトにおいて、DPC様式1やサーベイランスによる身体拘束実施率の測定が行われている。病床規模にかかわらず、拘束率の中央値はDPCで4～5％程度、サーベイランスでは7～8％程度であり、病床数が少ないほど施設ごとの身体拘束率のばらつきは大きい傾向がある。

6. 参照値（24年度可視化プロジェクト計測結果：24年6-9月・様式1）

	全施設	200床未満	200床～399床	400床～599床	600床以上
施設数	212	60	65	56	31
平均値	6.62	8.76	6.23	5.77	4.81
最大値	75.71	75.71	31.64	22.19	18.18
75パーセンタイル	9.23	11.49	8.71	8.89	5.39
中央値	4.58	4.69	4.18	4.56	4.60
25パーセンタイル	2.03	1.69	2.21	2.33	2.23
最小値	0.00	0.00	0.03	0.14	0.09

6. 参照値（24年度可視化プロジェクト計測結果：24年6-9月・サーベイランス）

	全施設	200床未満	200床～399床	400床～599床	600床以上
施設数	330	102	106	67	55
平均値	9.48	9.67	10.01	9.93	7.54
最大値	58.39	58.39	48.90	40.35	23.32
75パーセンタイル	13.95	16.23	13.72	15.13	9.61
中央値	7.25	6.52	7.51	8.11	7.14
25パーセンタイル	3.86	3.19	4.08	3.76	4.43
最小値	0.00	0.00	0.00	0.02	0.08

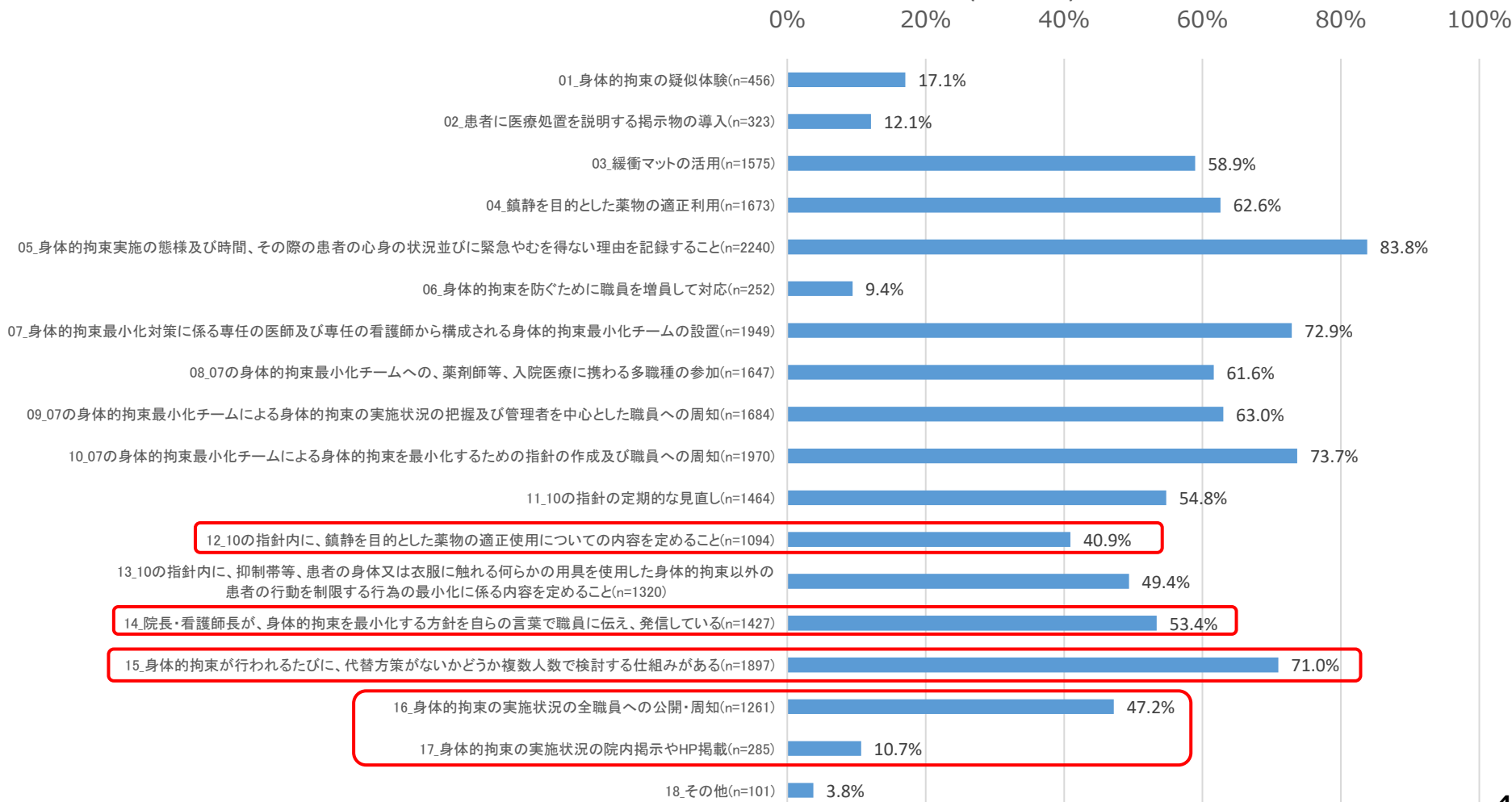
<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、身体的拘束日数の総和}}{\text{退院患者の在院日数の総和}} \times 100$$

身体的拘束を最小化するための具体的な取組内容

- 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組として、各項目を回答した施設の割合は以下のとおり。
- 身体的拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針のうち、「院長・看護師長が、身体的拘束を最小化する方針を自らの言葉で職員に伝え、発信している」は53.4%、「身体的拘束が行われるたびに、代替方策がないかどうか複数人数で検討する仕組みがある」は71.0%が取り組んでいると回答した。
- 身体的拘束最小化の指針の中に薬物の適正使用についての内容を定めている施設は40.9%であった。また、職員向けのデータの可視化に取り組んでいると回答した施設は47.2%であったが、対外的に公表している施設は10.7%に留まった。

身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容(n=2673)



個別事項に係る現状と課題

(身体的拘束の定義と実施状況について)

- 診療報酬の算定上、身体的拘束は「抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する」としている。
- 一方、身体的拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為としては、更に広く、ベッド柵や薬剤使用などを含めて身体的拘束と定義する考え方もある。
- 身体的拘束の実施率は、急性期～慢性期の多くの入院料で0～10%未満の施設が最も多かった。回復期リハビリテーション病棟、療養病棟、障害者施設等入院基本料では身体的拘束の実施率20%以上が3～4割を占めていた。
- 入院料別の身体的拘束の状況について、身体的拘束が行われている患者のうち「常時：手指・四肢・体幹抑制」の割合は治療室、地域包括医療病棟、療養病棟では約4割であった。
- 身体的拘束を行っている患者について、身体的拘束の実施理由は「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多かった。身体的拘束の実施理由として、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」が5割を越えており、地域包括ケア、回復期リハビリテーション病棟、障害者施設では「転倒・転落防止」が5割を越えていた。
- 身体的拘束が行われている患者について、調査基準日から過去7日間における身体的拘束を実施した日数が「7日間」である割合は、地域包括ケア病棟で70.7%、回復期リハビリテーションで78.8%、療養病棟で89.3%、障害者施設等で86.7%であった。

(身体的拘束と認知症ケア加算について)

- 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」「BPSDあり」「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。また、要支援よりも要介護の方が身体的拘束の実施率が高く、認知症高齢者の日常生活自立度別では、自立度が低いほど身体的拘束の実施率が高かった。
- いずれの入院料においても、「認知症あり」の場合、身体的拘束の実施率が高かった。「認知症なし」の場合における身体的拘束の実施率は、治療室で26.2%、療養病棟で11.7%、障害者施設等で25.1%であったがそれ以外の病棟では10%以下であった。

個別事項に係る現状と課題

- ・ 認知症患者の適切な医療の評価を目的として、平成28年度診療報酬改定において認知症ケア加算が新設され、令和6年度診療報酬改定では、身体的拘束を実施しなかった日及び実施した日の点数についてそれぞれ見直しを行った。
- ・ 認知症ケア加算の算定回数は年々増加している。「身体的拘束を実施した日」として算定した割合は、令和6年では28.1%と減少に転じ、とくに認知症ケア加算1では、令和5年29.8%から令和6年25.8%と4%減少していた。
- ・ 入院料別にみた場合、認知症ケア加算の算定回数について、認知症ケア加算1は広く算定されていた。認知症ケア加算2及び3は、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟で多く算定されていた。

(身体的拘束を最小化する取組と更なる推進について)

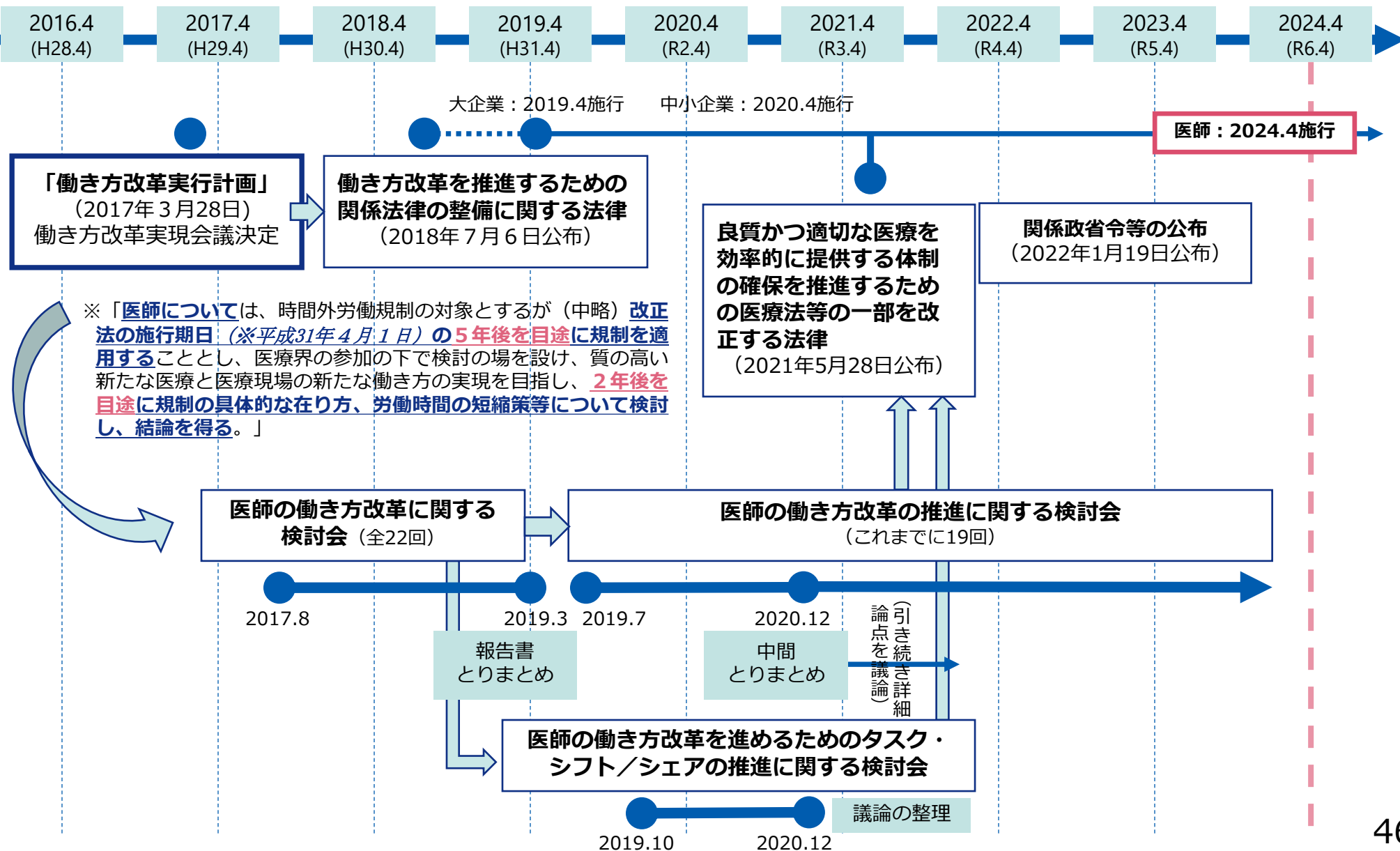
- ・ 令和6年11月1日時点において、身体的拘束を最小化するための指針を策定しているのは90.9%、身体的拘束の実施・解除基準を策定しているのは90.1%であった。
- ・ 身体的拘束廃止に向けた方針として、「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き（令和6年3月）」では、特に管理者等の責任者が「身体的拘束を原則しない」という決意を持ち、職員をバックアップする方針を徹底し組織一丸となって考えを共有して取り組むこと、身体拘束を必要としない環境の整備、患者本人や家族との対話や意思確認、やむを得ず身体的拘束を行った場合でも常に代替手段を検討することが示されている。
- ・ 令和6年度診療報酬改定において、DPC/PDPSの機能評価係数Ⅱにおける新たな評価として、医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価するようになり、その指標の1つとして身体的拘束の実施率が含まれた。
- ・ 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組として、身体的拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針のうち、「院長・看護師長が、身体的拘束を最小化する方針を自らの言葉で職員に伝え、発信している」は53.4%、「身体的拘束が行われるたびに、代替方策がないかどうか複数人数で検討する仕組みがある」は71.0%の医療機関が取り組んでいると回答した。身体的拘束最小化の指針の中に薬物の適正使用についての内容を定めている施設は40.9%であった。職員向けのデータの可視化に取り組んでいると回答した施設は47.2%であったが、対外的に公表している施設は10.7%に留まった。

【課題】

- 上記の現状をどのように評価するか。
- 現状を踏まえ、身体的拘束を最小化する取組の進捗や更に取組を進めるための方策についてどのように評価するか。

1. 個別事項について(その1)
2. 働き方・タスクシフト/シェア(その2)
 - 2-1 医師の働き方改革について
 - 2-2 医師事務作業補助者について
3. 医師の診療科偏在(その1)

医師の働き方改革の議論の進捗



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

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

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

2024年4月以降の制度概要

2024年4月以降の制度概要

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

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

医師の時間外労働規制について

一般則

【時間外労働の上限】

- (例外)
- ・ 年720時間
 - ・ 複数月平均80時間 (休日労働含む)
 - ・ 月100時間未満 (休日労働含む)
- 年間6か月まで

(原則)

1 か月45時間
1 年360時間

※この(原則)については医師も同様。

2024年4月～

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

連携B
例水準
(医療機関を指定)

B
地域医療確保暫定特

C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2

C-1：臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択

C-2：医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来
(暫定特例水準の解消
(=2035年度末を目標)
後) 将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】

勤務間インターバルの確保
始業から
①24時間以内に9時間
②46時間以内に18時間のいずれか
及び代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

勤務間インターバルの確保
始業から
①24時間以内に9時間
②46時間以内に18時間のいずれか
及び代償休息のセット (義務)

勤務間インターバルの確保
始業から
①24時間以内に9時間
②46時間以内に18時間のいずれか
及び代償休息のセット (義務)

注) 臨床研修医については連続勤務時間制限を強化・徹底する観点から、勤務間インターバルは、始業から
①24時間以内に9時間
②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

<A水準>
勤務間インターバルの確保
始業から
①24時間以内に9時間
②46時間以内に18時間のいずれか
及び代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

<C水準>
上記A水準の勤務間インターバル及び代償休息のセット (義務)
臨床研修医の勤務間インターバルは、始業から
①24時間以内に9時間
②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

特定労務管理対象機関の指定の状況

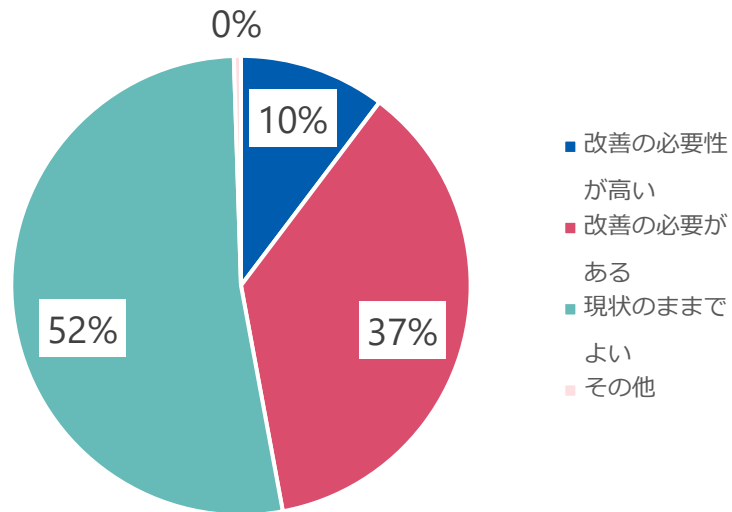
- 令和6年12月時点で、全国の特定労務管理対象機関数は460であり、そのうちB水準の指定が417と最も多かった。

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

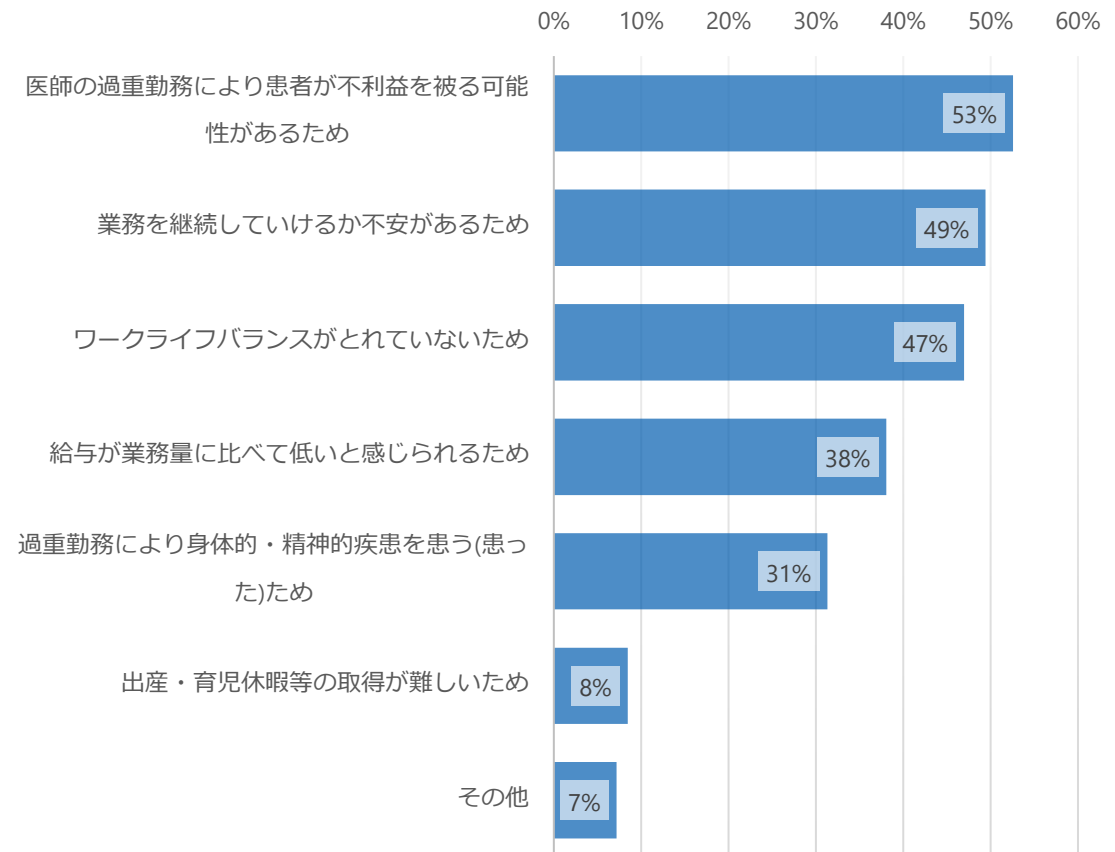
医師の勤務状況の改善の必要性

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

現在の勤務状況(n=4010) (令和6年
11月1日時点)



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



断続的な宿日直の許可基準について

○断続的な宿日直とは

・本来業務の終了後などに宿直や日直の勤務を行う場合、当該宿日直勤務が断続的な労働と認められる場合には、行政官庁の許可を受けることにより、労働時間や休憩に関する規定は適用されないこととなる。

○断続的な宿日直の許可基準（一般的許可基準） ※S22発基17号

・断続的な宿日直の許可基準は以下のとおり。

1. 勤務の態様

- ① 常態として、ほとんど労働をする必要のない勤務のみを認めるものであり、定時的巡視、緊急の文書又は電話の收受、非常事態に備えての待機等を目的とするものに限って許可するものであること。
- ② 原則として、通常の労働の継続は許可しないこと。したがって始業又は終業時刻に密着した時間帯に、顧客からの電話の收受又は盗難・火災防止を行うものについては、許可しないものであること。

2. 宿日直手当

宿直勤務 1 回についての宿直手当又は日直勤務 1 回についての日直手当の最低額は、当該事業場において宿直又は日直の勤務に就くことの予定されている同種の労働者に対して支払われている賃金の一人 1 日平均額の $1/3$ 以上であること。

3. 宿日直の回数

許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週 1 回、日直勤務については月 1 回を限度とすること。ただし、当該事業場に勤務する 18 歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべてのものに宿直又は日直をさせてもなお不足であり、かつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて週 1 回を超える宿直、月 1 回を超える日直についても許可して差し支えないこと。

4. その他

宿直勤務については、相当の睡眠設備の設置を条件とするものであること。

断続的な宿日直の許可基準について

○断続的な宿日直の許可基準（医師、看護師等の場合） ※R1基発0701第8号

・医師等の宿日直勤務については、前記の一般的な許可基準に関して、より具体的な判断基準が示されており、以下の全てを満たす場合には、許可を与えるよう取り扱うこととされている。

- ① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。
（通常の勤務時間が終了していたとしても、通常の勤務態様が継続している間は宿日直の許可の対象にならない。）
- ② 宿日直中に従事する業務は、前述の一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。
例えば以下の業務等をいう。
 - ・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 医師が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 看護職員が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
 - ・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと
- ③ 宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ること。
- ④ 上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること。

※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能（深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能）

○ 宿日直中に通常勤務と同態様の業務が生じてしまう場合

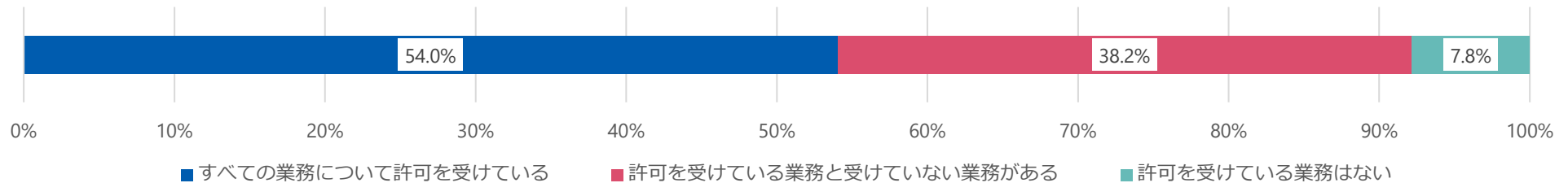
・宿日直中に、通常と同態様の業務（例えば突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等への対応など）がまれにあり得るとしても、一般的には、常態としてほとんど労働することがない勤務と認められれば、宿日直の許可は可能である（宿直の場合には、夜間に十分な睡眠が取り得るものであることも必要。）。

・なお、許可を受けた宿日直中に、「通常と同態様の業務」をまれに行った場合、その時間については、本来の賃金（割増賃金が必要な場合は割増賃金も）を支払う必要がある。

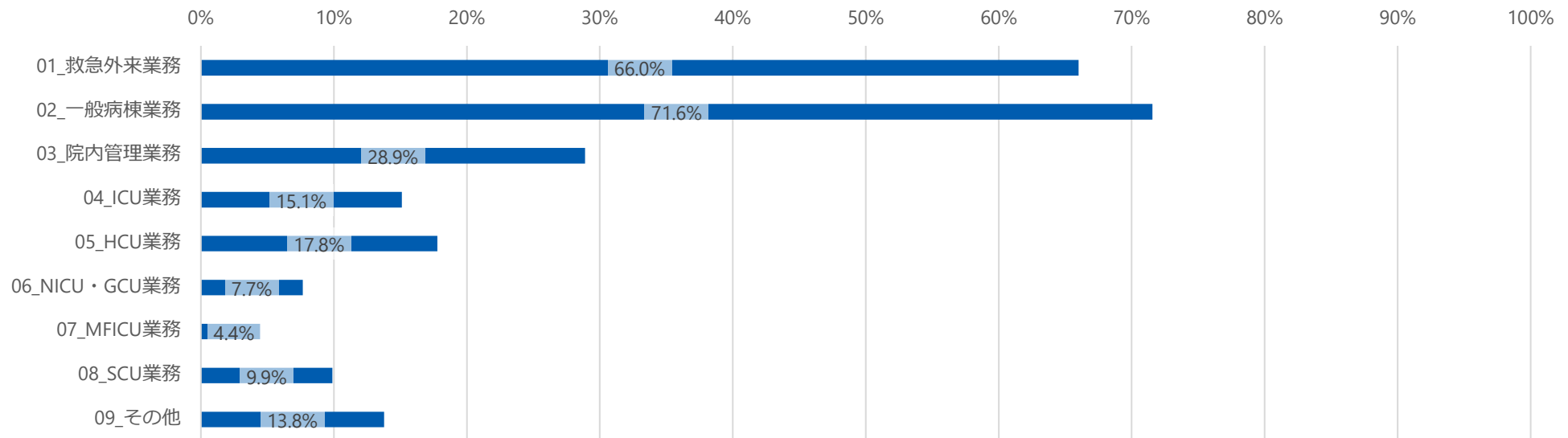
宿日直許可の取得状況について

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

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



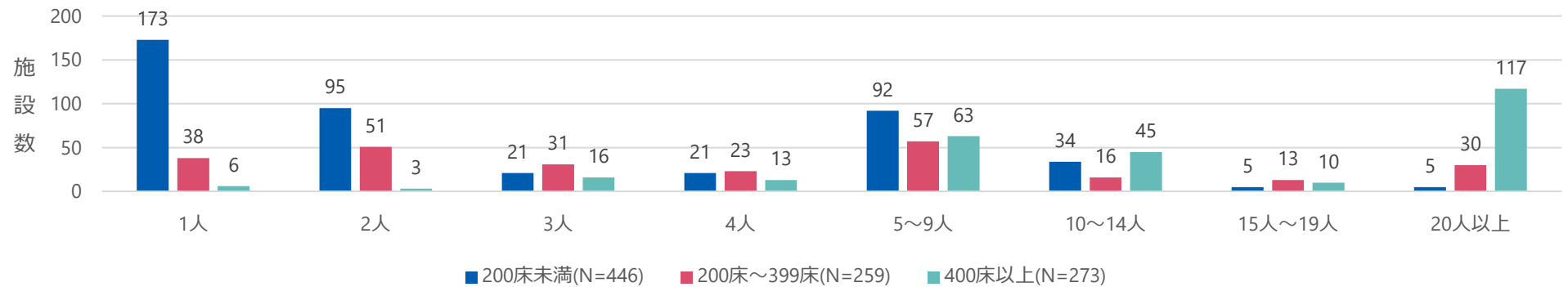
宿日直許可を受けている業務(n=900)



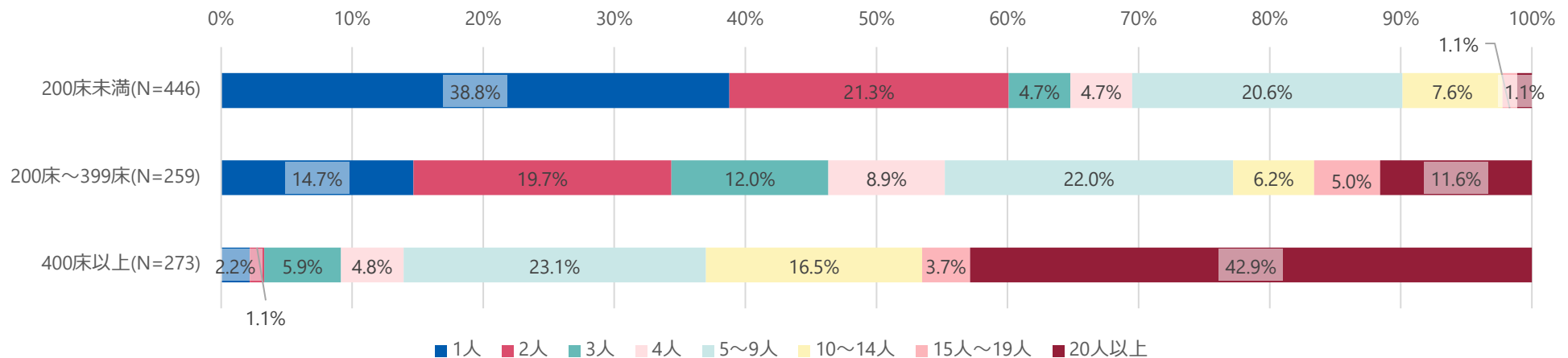
病床規模別に見た平日夜間の勤務体制

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

病床数毎の平日夜間当直の人数分布（n=978）



病床数毎の平日夜間当直の人数分布



勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

(地域医療介護総合確保基金 事業区分Ⅵ)

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

I 地域医療勤務環境改善 体制整備事業

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

II 地域医療勤務環境改善 体制整備特別事業

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

III 勤務環境改善 医師派遣等推進事業

長時間労働医療機関へ医師派遣支援を行う事業
【令和6年度新規事業】

対象医療機関

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

かつ
以下のいずれかを満たす医療機関を支援

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



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

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

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

※地域医療体制確保加算を取得している場合は対象としない。

※地域医療体制確保加算を取得していても対象とする。



補助経費

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

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

補助単価

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

対象医療機関

① 医師派遣受入医療機関
地域医療に特別な役割を担う医療機関であって、年通算の時間外・休日労働時間が720時間を超える医師のいる医療機関

② 医師派遣医療機関
①の医師派遣受入医療機関に医師を派遣する医療機関



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

補助経費

- 医師派遣に係る逸失利益補填
- 医師派遣を目的とした寄附講座 等

補助単価

標準事業例通知における標準事業例26及び医師派遣推進事業の標準単価に準じて、都道府県において定める額
※派遣医師1人当たり1,250千円×派遣月数 等

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

地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

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

(新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)

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



[算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

【救急医療に係る実績】

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

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

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

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

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

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



地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

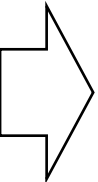
- 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

現行

【地域医療体制確保加算】
地域医療体制確保加算 520点

[施設基準]
「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。



改定後

【地域医療体制確保加算】
地域医療体制確保加算 **620点**

[施設基準]
「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。

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

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療確保加算の要件の見直し

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

改定後

【地域医療体制確保加算】

[施設基準]

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

地域医療体制確保加算の算定状況

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

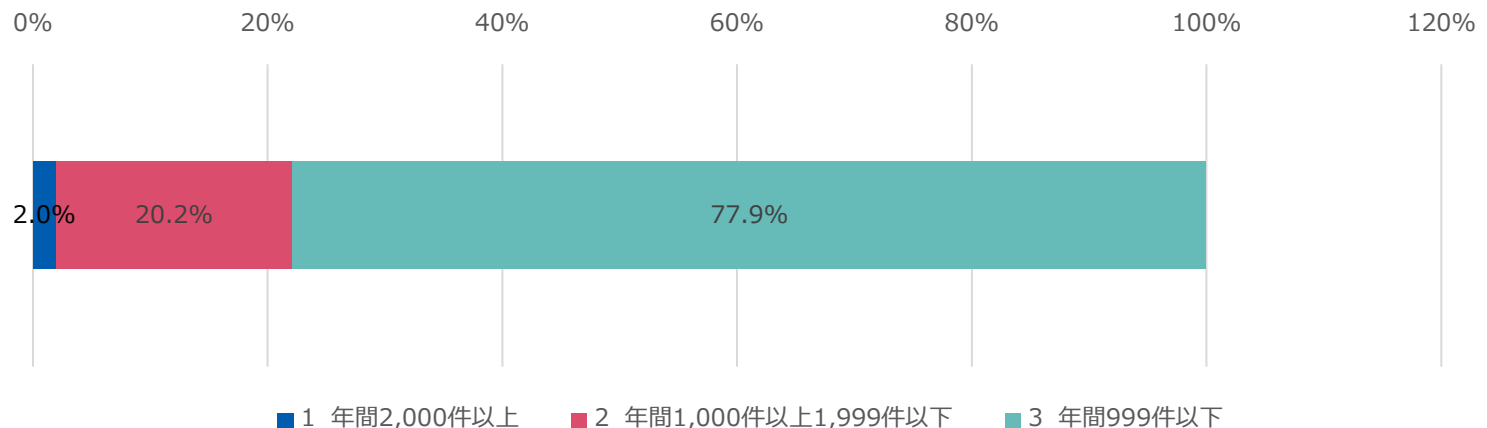
■ 地域医療体制確保加算の届出有無 (n=1115)

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

届出：無



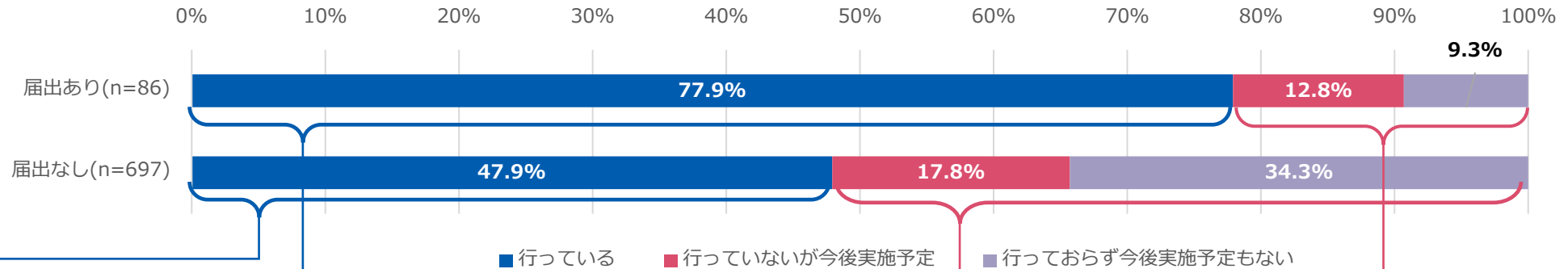
■ 救急用自動車・救急医療用ヘリによる搬送受け入れ件数(n=511)



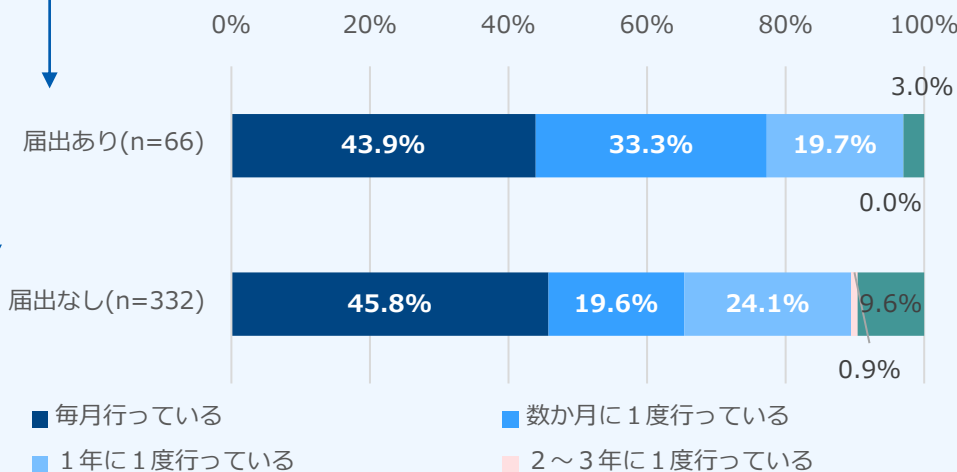
地域医療体制確保加算と勤務環境の現状把握状況等について

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

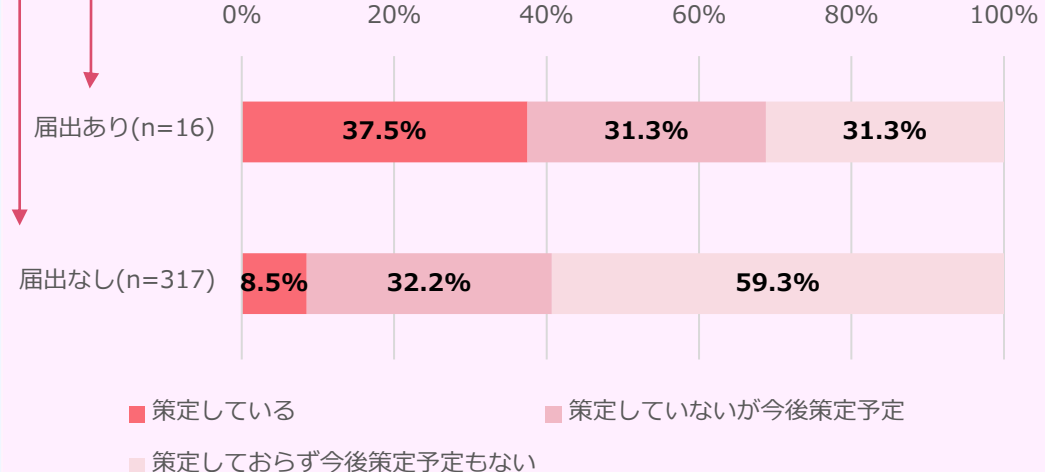
勤務環境の現状に関する実態把握や分析の実施状況について(N=783)



実態把握や分析の頻度について(N=398)



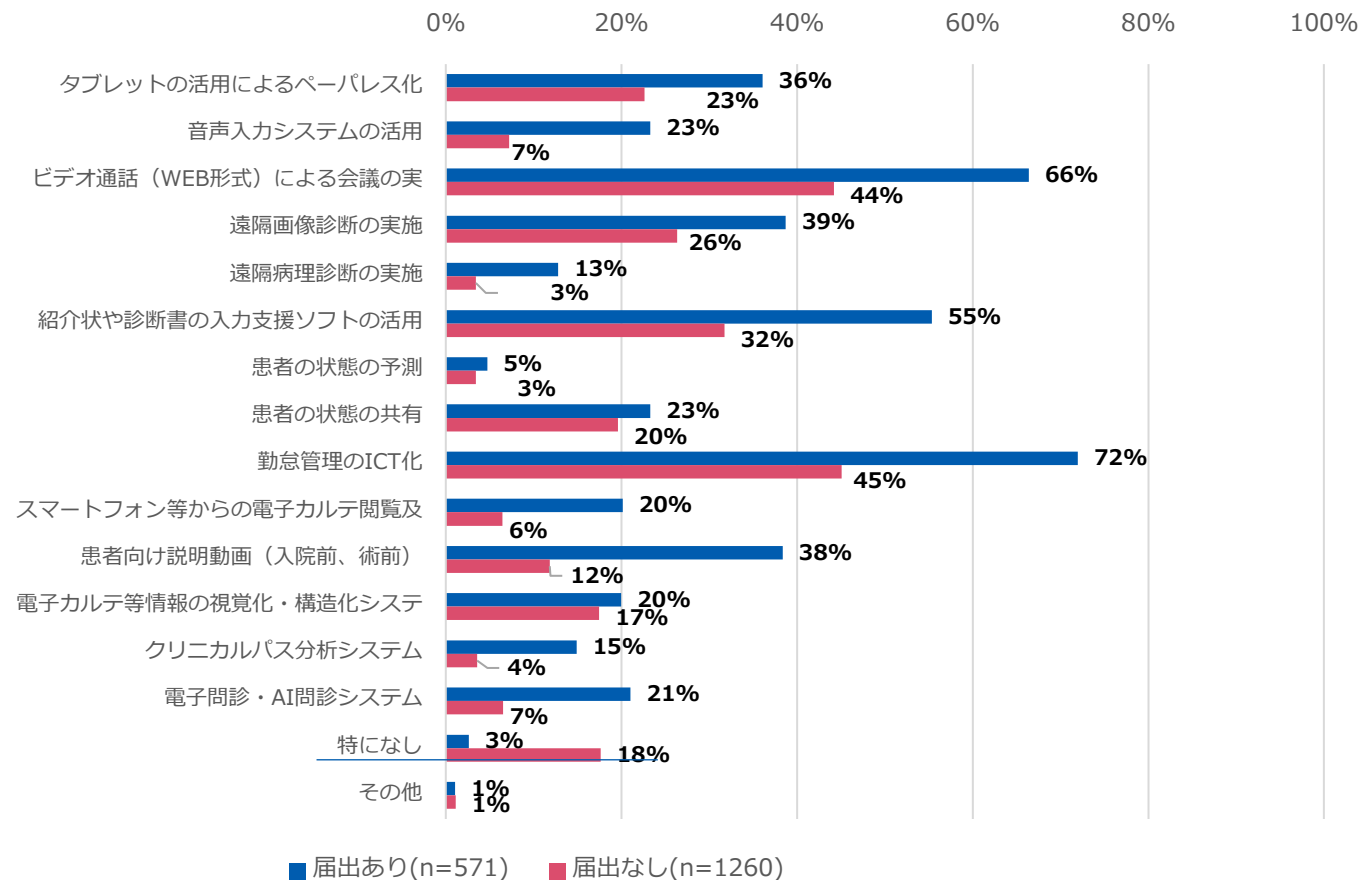
勤務環境改善の取組に関する計画の策定について(N=333)



ICTを活用した業務の見直し・省力化について

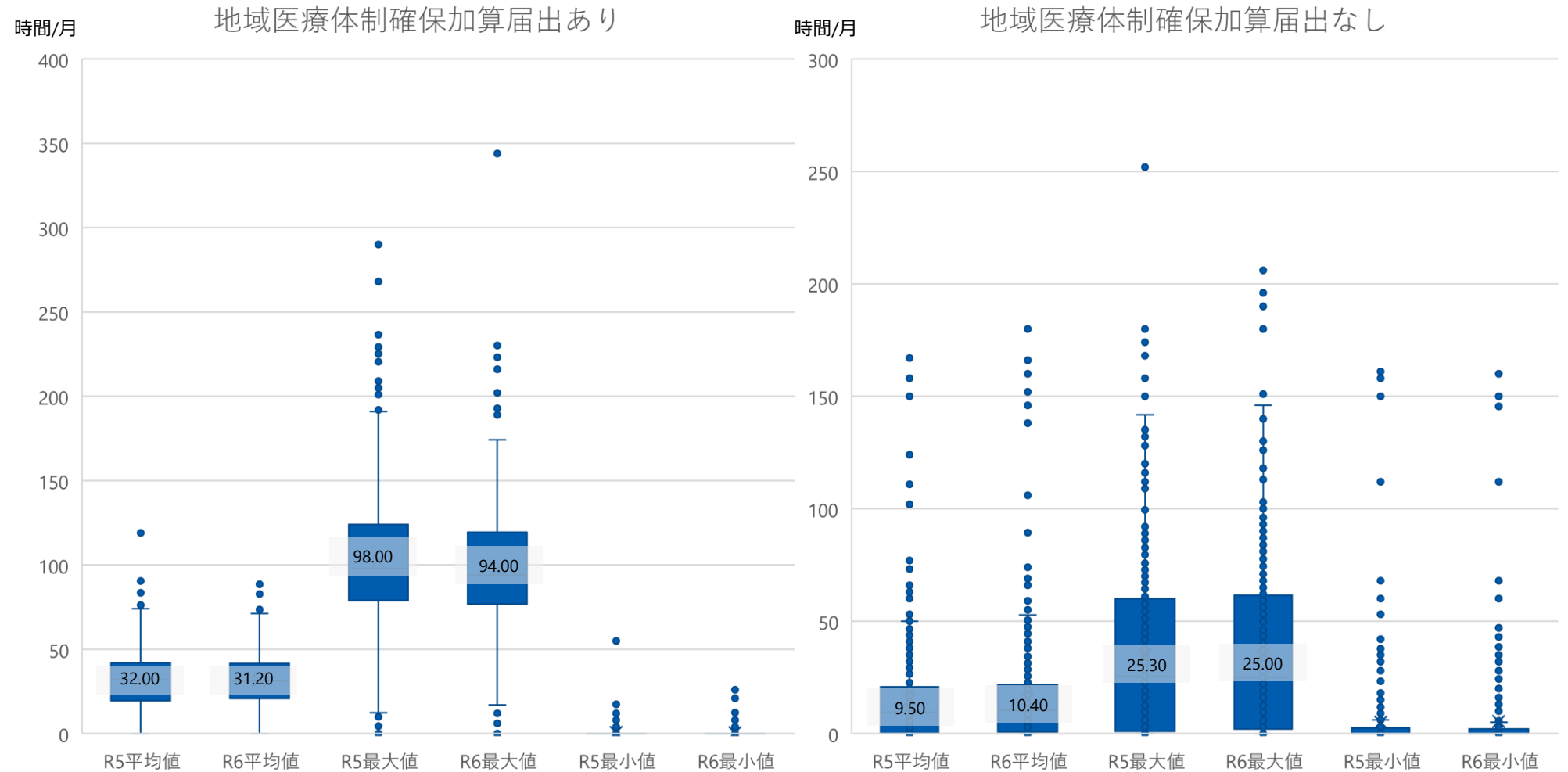
- ICTを活用した業務見直し内容として、「勤怠管理のICT化」、「ビデオ通話による会議の実施」、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」が多く、また、地域医療体制確保を届出ている病院の方がいずれの取組についても実施している割合が高かった。

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



医師の月あたり休日・時間外労働時間の状況

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



1. 個別事項について(その1)
2. 働き方・タスクシフト/シェア(その2)
 - 2-1 医師の働き方改革について
 - 2-2 医師事務作業補助者について
3. 医師の診療科偏在(その1)

医師事務作業補助体制加算の見直し

医師事務作業補助体制加算の要件の見直し

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

改定後

【医師事務作業補助体制加算1】
[施設基準]

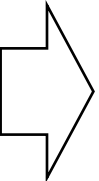
- ・ 当該保険医療機関において、3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。

医師事務作業補助体制加算の評価の見直し

- 医師事務作業補助体制加算の評価を見直す。

現行

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



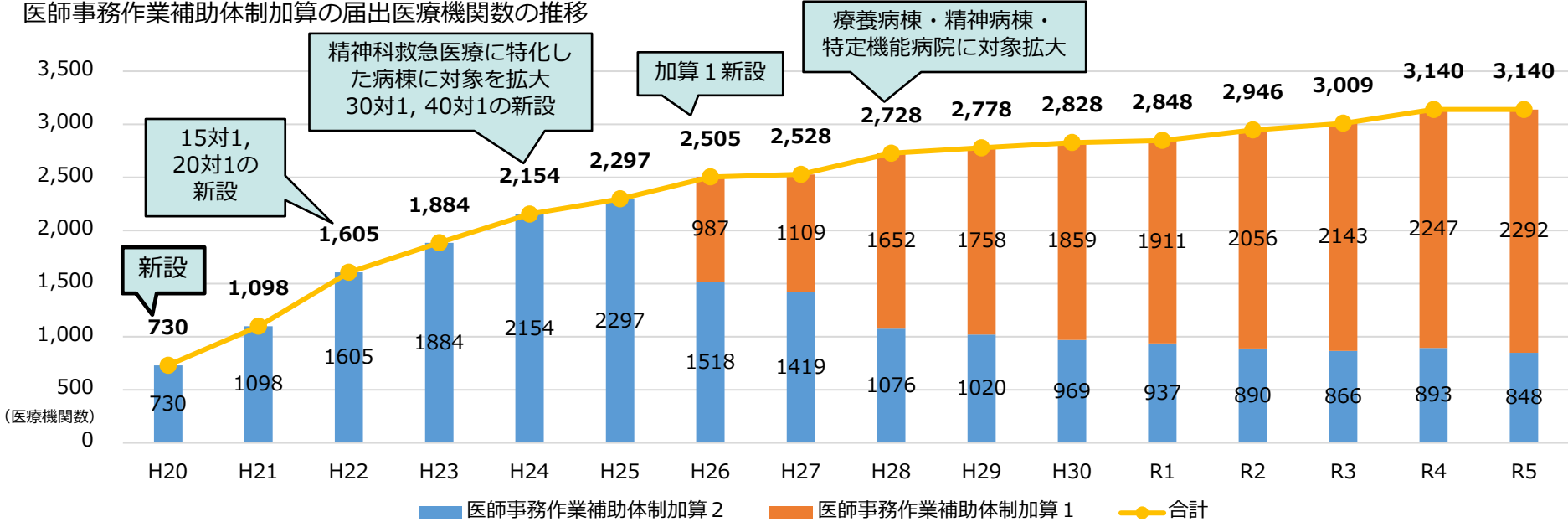
改定後

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

医師事務作業補助者

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

■ 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日）

医師事務作業補助体制加算（平成20年度改定において新設）

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

※ ①（必須）及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

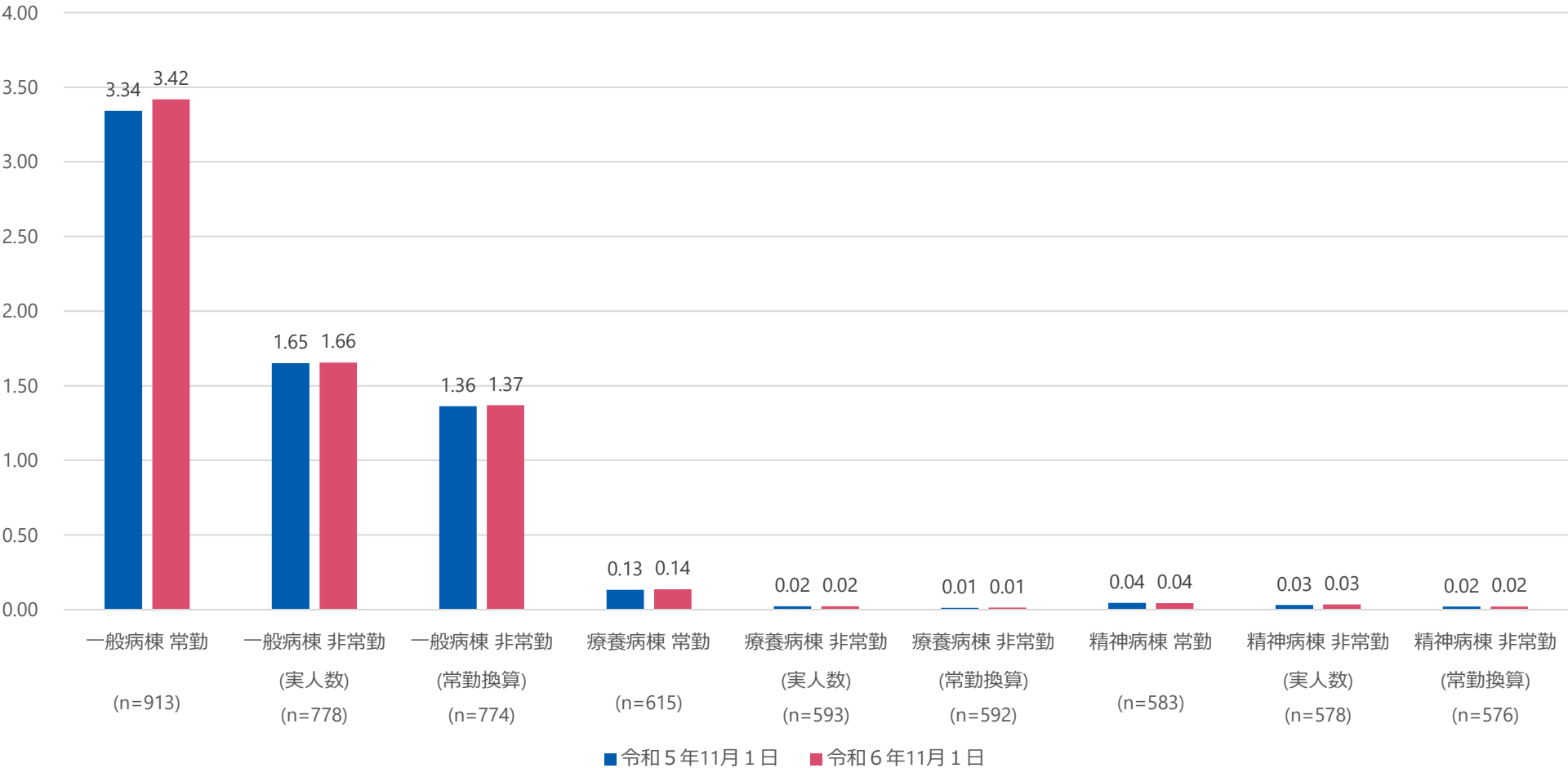
- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（必須）
- ② 勤務計画、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

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

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

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

各病棟ごとの医師事務作業補助者の職員数の平均

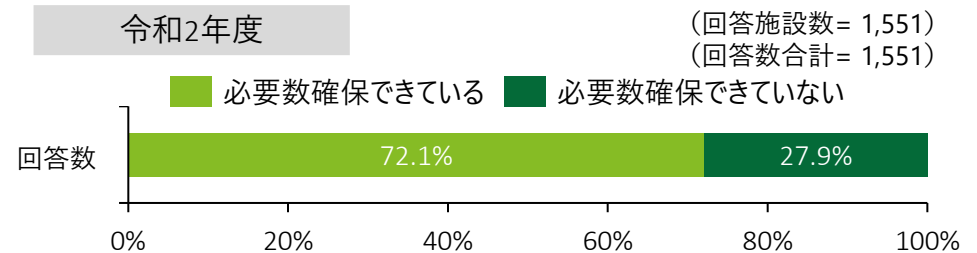
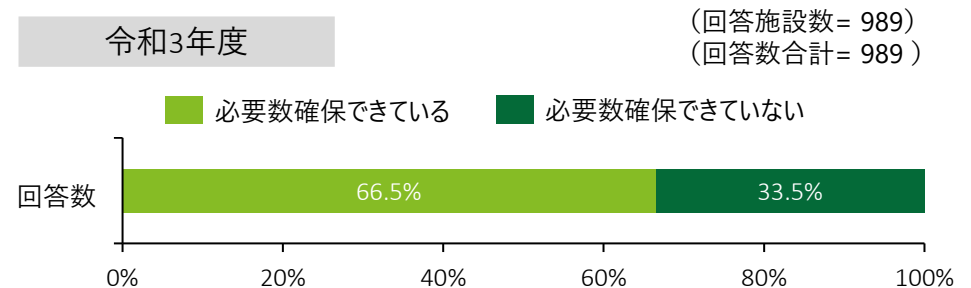
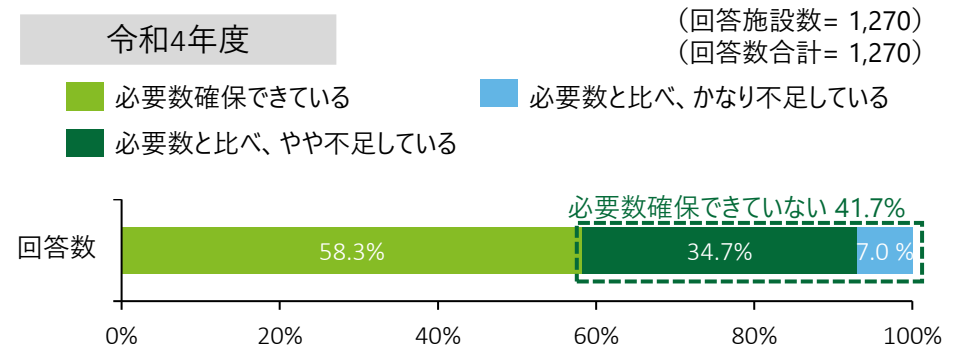
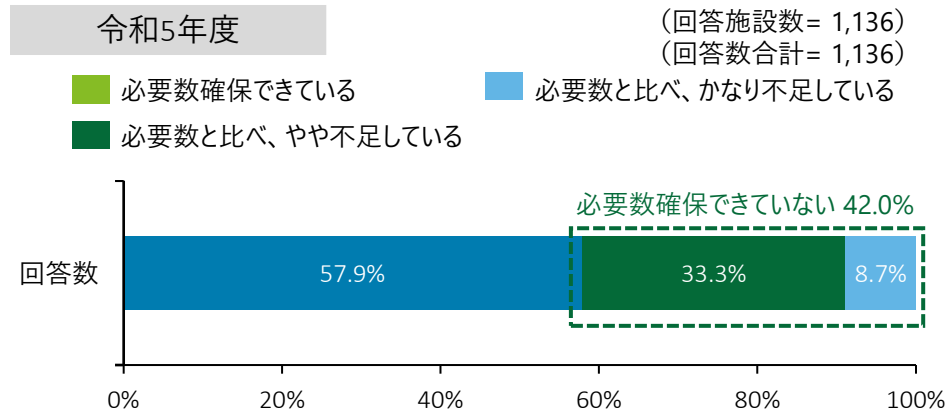
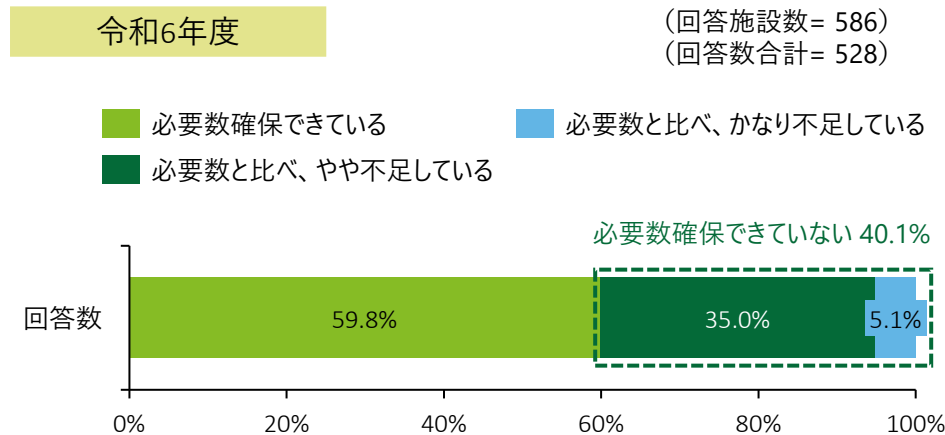


医師事務作業補助体制加算届出病院における医師事務作業補助者の定着状況

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

医師事務作業補助者の確保・定着状況（全体）＊

Q21. 医師事務作業補助者の確保状況についてお聞かせください。



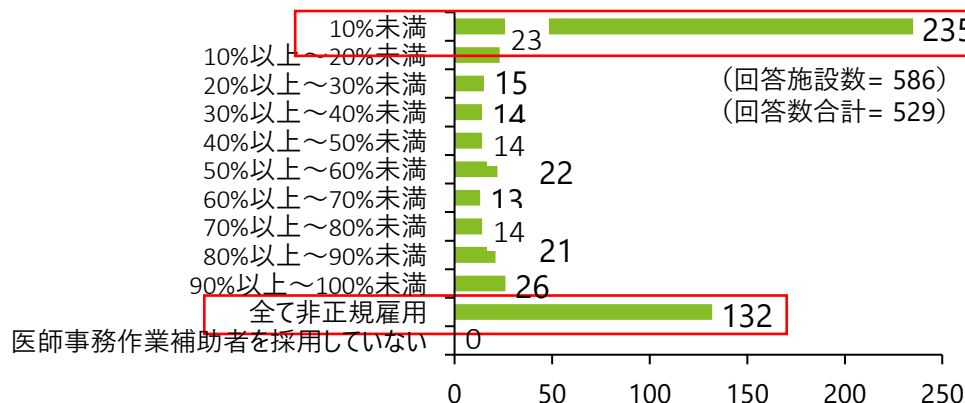
医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における医師事務作業補助者の正規雇用割合

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

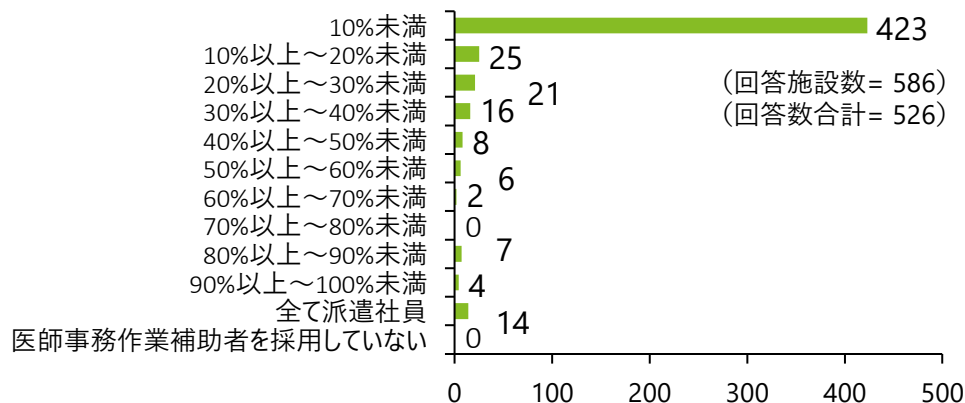
医師事務作業補助者の確保・定着状況（全体）＊

令和6年度

Q22.医師事務作業補助者のうち、非正規雇用の割合をお聞かせください。

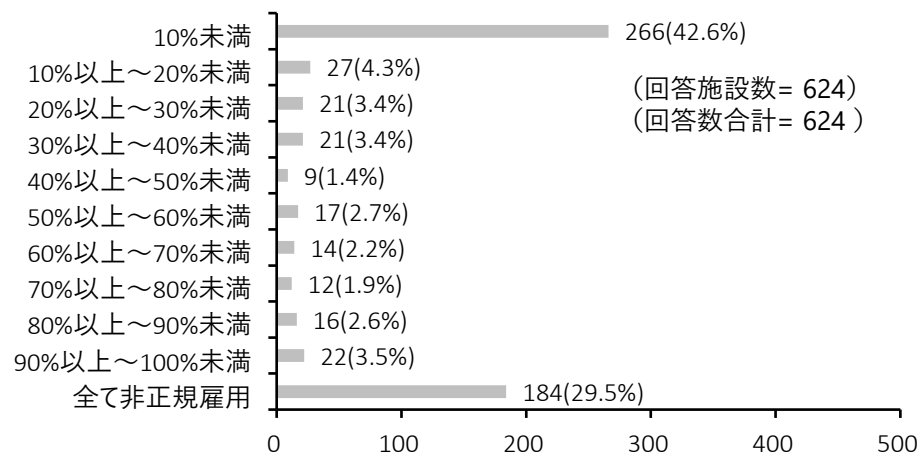


Q23.医師事務作業補助者のうち、調査時点の派遣職員（紹介予定派遣も含む）の割合をお聞かせください。



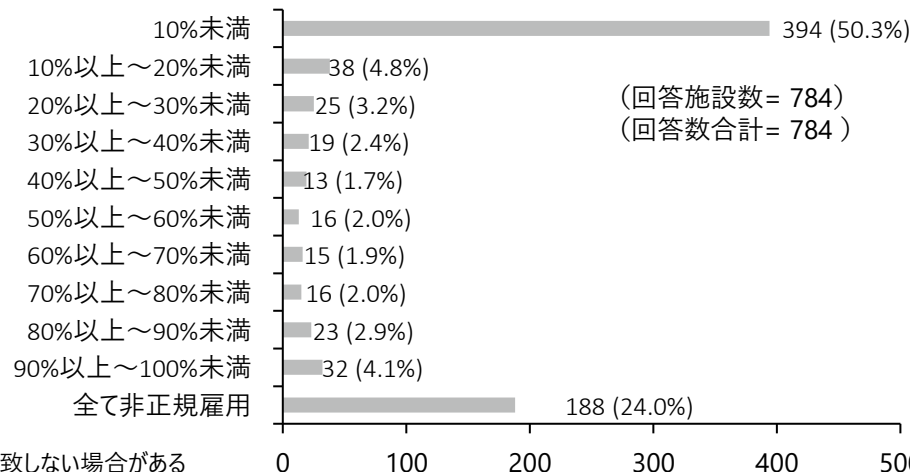
令和5年度

※非正規雇用割合



令和4年度

※非正規雇用割合



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

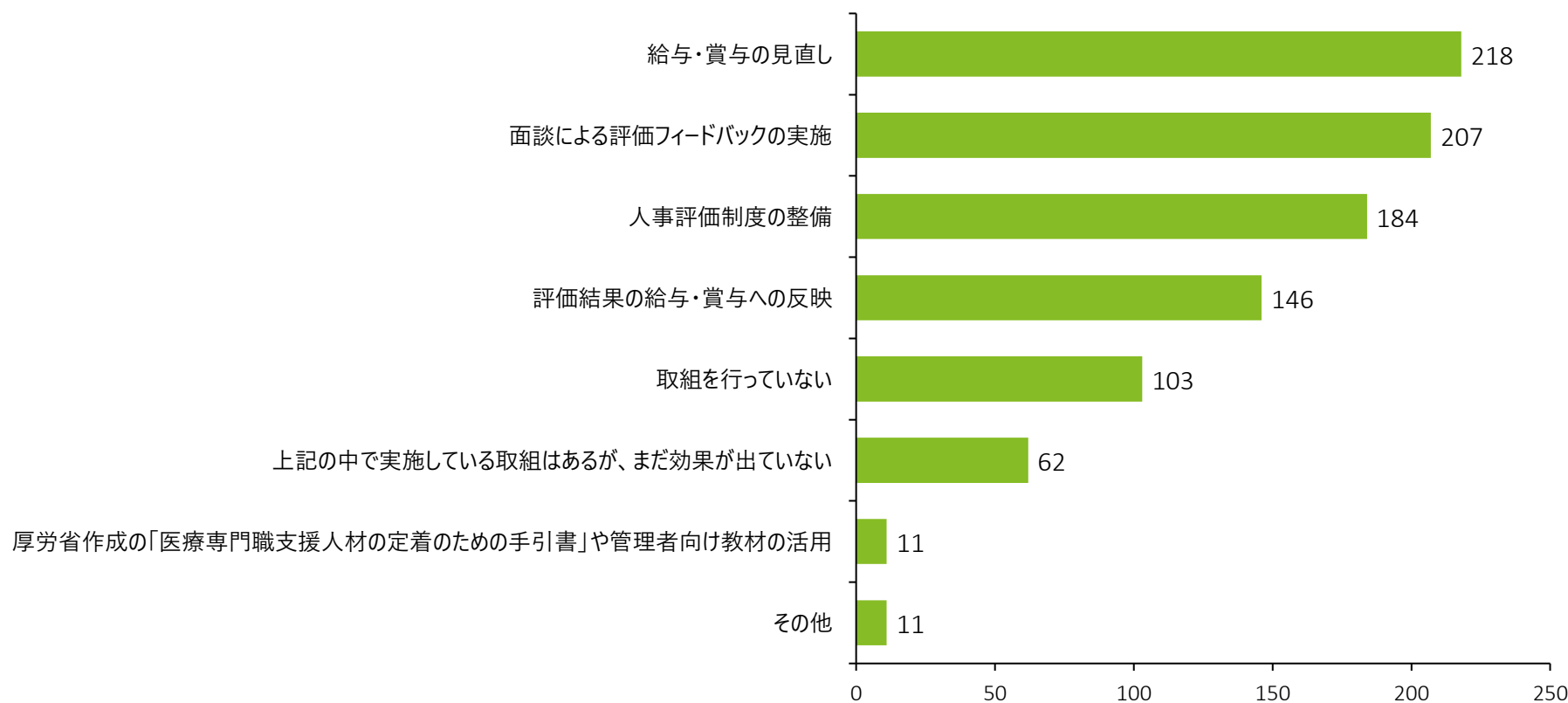
出典：医療専門職支援人材確保・定着支援事業 令和6年度アンケート調査結果

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

医師事務作業補助者の評価・報酬（全体）

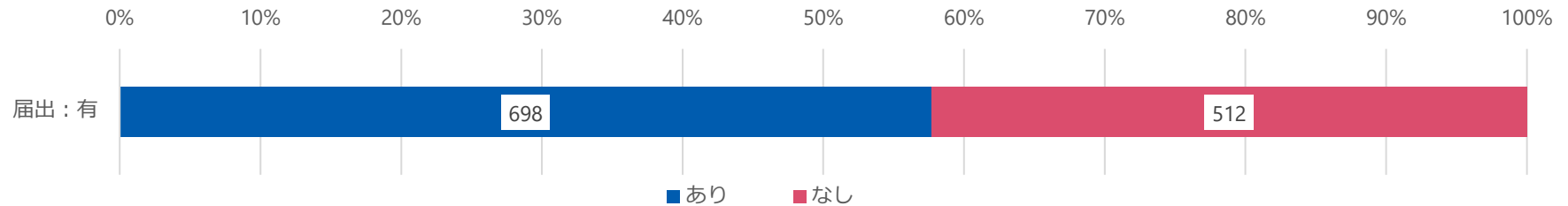
（回答数合計＝ 586）

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

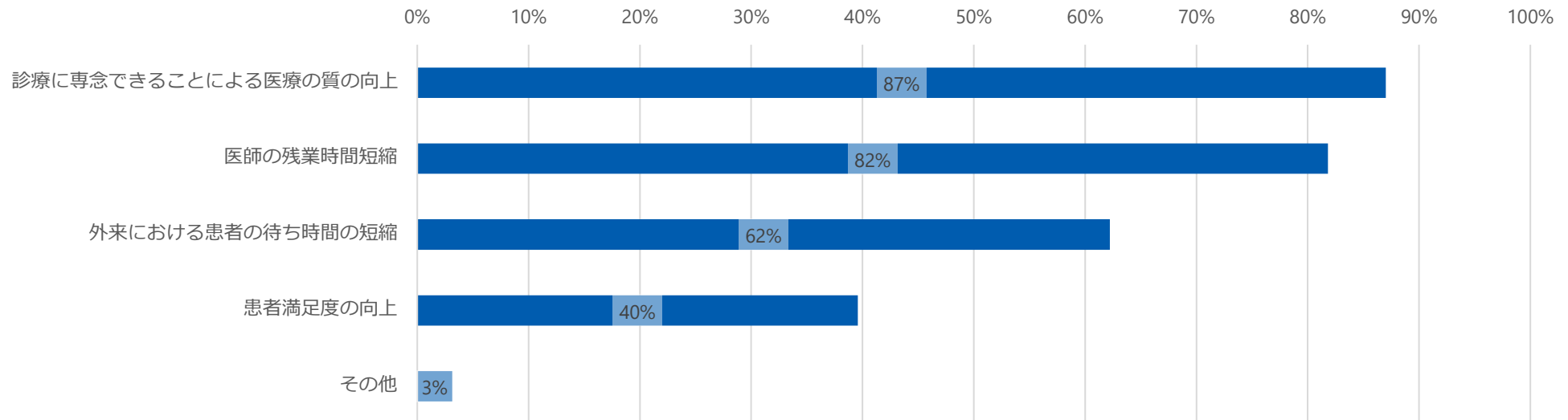


- 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、57%の医療機関に医師事務作業補助者の人事考課が有った。
- 医師事務作業補助者の効果として、「診療に専念できることによる医療の質の向上」「医師の残業時間短縮」を回答した医療機関が80%以上であった。

医師事務作業補助者用の人事考課の有無(n=1210)



医師事務作業補助者の効果(n=1210)



医師事務作業補助者が実施している業務

○ 医師事務作業補助者が実施している主たる業務として、以下のような業務がある。

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

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

ICT活用の取組について

- 医師や医療機関の従事者の業務負担軽減につながるICTツールとして、AI問診や情報共有ツールが活用されている。

事例 7 - 2 : AI問診の活用【長野中央病院】

令和2年度 医療機関の勤務環境マネジメント改革支援推進事業



開設主体 : 長野医療生活協同組合
所在地 : 長野県長野市
病床数 : 322床
主たる医療機能 : 急性期

取組のきっかけ

外来診察における待ち時間の長さが課題であり、診察の補助が求められていたものの、看護師も多忙で対応できなかった。また、医師、看護師ともにパソコン仕事の多さがモチベーションを下げていた。これらを解決するために若手医師を中心に取り組んだ。

取組の内容

AI問診のタブレット端末を患者が操作し、問診を実施。問診結果は、自然な医療言語に変換され、医師や看護師のパソコン画面へ出力され、それぞれが修正をしたうえで、カルテに確定保存。これを機に、問診業務を看護師から事務職担当へ変更。

取組の効果

AIを活用し、医師、看護師の業務負担の軽減と、事務職のモチベーションアップを同時に達成した。さらに、問診待ち時間を減らす事にも成功。そして新しい技術の活用成功したことにより、院内に明るいニュースを提供できただけでなく、新しいチャレンジを試みる雰囲気を作ることに成功した。

事例 7 - 3 ② : 情報共有ツールの活用【姫野病院】

平成30年度 病院経営への影響に関する調査研究事業



開設主体 : 医療法人八女発心会
所在地 : 福岡県八女郡広川町
病床数 : 140床
主たる医療機能 : 急性期、回復期

取組のきっかけ

急ぎでない業務に手を取られ本来すべき業務が後回しになっていたため。

取組の内容

業務の効率化を目的としてチャット機能を有するアプリケーションを導入した。

取組の効果

通話が必要最低限に抑えられ、通話による拘束がなくなることで、急ぎでない業務によって手を止められることがなくなり、業務の効率化に繋がった。また、会議前に会議の議題や内容を周知することにより、会議時間が短縮され、会議の時間を超過することがなくなった。

働き方改革の推進に係る現状と課題

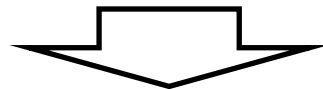
【現状】

（医師の働き方改革の現状について）

- ・ 令和6年4月から、医師に対する時間外・休日労働の上限規制健康確保措置が適用されており、令和6年12月時点で、460施設が特定労務管理対象機関として指定されている。
- ・ 令和4年の労働時間調査では、年間の時間外・休日労働時間が1860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は、脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）であった。
- ・ 医師の勤務状況について「改善の必要性が高い」「改善の必要がある」と回答した医師は47%であった。
- ・ 平日夜間の勤務体制について、病床規模が大きい程、当直人数も多くなり、200床未満の医療機関では当直人数1人が39%であるのに対し、400床以上の医療機関では当直人数1人は2%と少なく、5人以上が86%であった。
- ・ 地域医療体制確保加算を届出ている医療機関では、届出のない医療機関と比較して、休日・時間外労働の平均値や最大値は長い傾向にあるものの、勤務環境の現状把握・分析を実施している割合や、ICTを活用した業務見直しの取組を実施している割合が高く、令和5年度と比較して、令和6年度では休日・時間外労働の平均値や最大値が減少傾向にあった。

（医師事務作業補助者について）

- ・ 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数は年々増加傾向であるものの、届出医療機関の約40%で、必要数の医師事務が確保できていない。
- ・ 医師事務作業補助者の定着に向けた効果のある取組として、評価・報酬に関する取組では、「給与・賞与の見直し」「面談による評価フィードバックの実施」「人事評価制度の整備」が多く、医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関の57%において、医師事務作業補助者の人事考課があった。
- ・ 医師や医師事務の業務負担につながるICTツールとして、AI問診や情報共有ツールが活用されている。



【課題】

【医師の働き方改革について】

- 医師の働き方改革を進める観点から、地域医療体制確保加算届出医療機関における勤務環境改善の取組状況や、時間外・休日労働時間の減少をどのように評価するか。

【医師事務作業補助体制加算について】

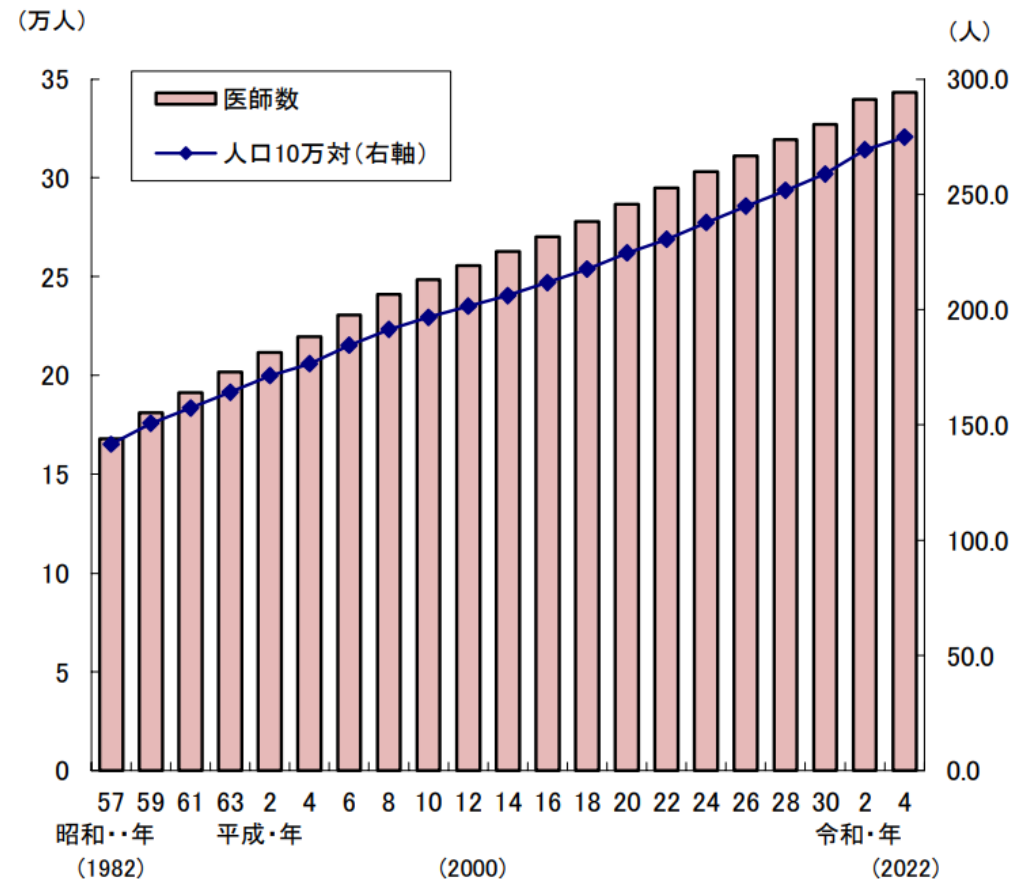
- 医師事務作業補助体制加算について、医師事務作業補助者の定着促進に向けた取組や、ICTの活用による効果をどのように評価するか。

1. 個別事項について(その1)
2. 働き方・タスクシフト/シェア(その2)
3. 医師の診療科偏在(その1)
 - 3-1 外科の医師数等の現状
 - 3-2 診療科偏在の是正に向けた取組

医師数の年次推移

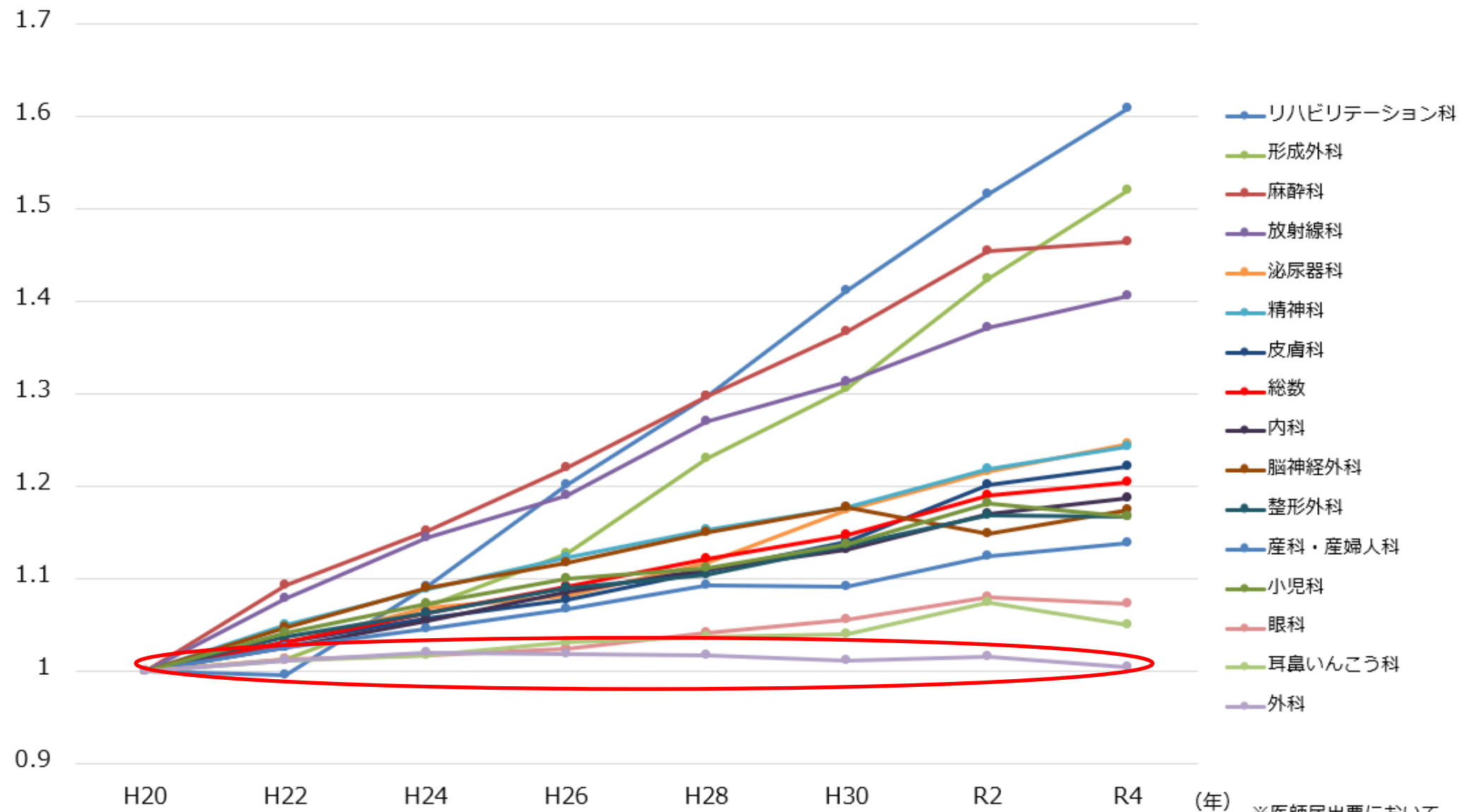
各年12月31日現在

	医師数 (人)	増減率 (%)	人口10万対 (人)
昭和 57 年 (1982)	167 952	...	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5
22 ('10)	295 049	2.9	230.4
24 ('12)	303 268	2.8	237.8
26 ('14)	311 205	2.6	244.9
28 ('16)	319 480	2.7	251.7
30 ('18)	327 210	2.4	258.8
令和 2 年 ('20)	339 623	3.8	269.2
4 ('22)	343 275	1.1	274.7



診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

第1回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会
令和6年1月29日
資料1
改編



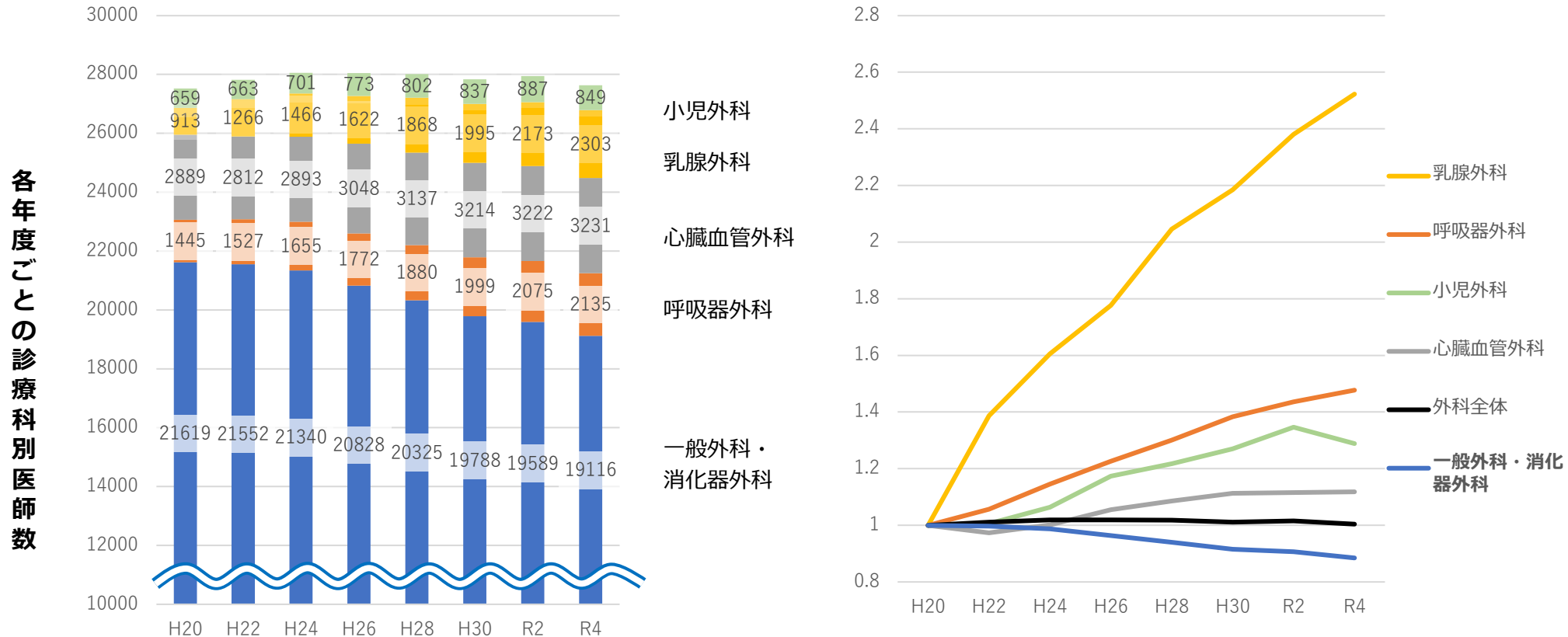
※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

外科の医師数の推移

- 外科の医師数の推移の内訳を見てみると、一般外科・消化器外科以外の全ての診療科で増加傾向にある一方で、一般外科・消化器外科は一貫して減少している。

主に外科に従事する医師の推移（左：医師数、右：平成20年を1とした場合の比率）

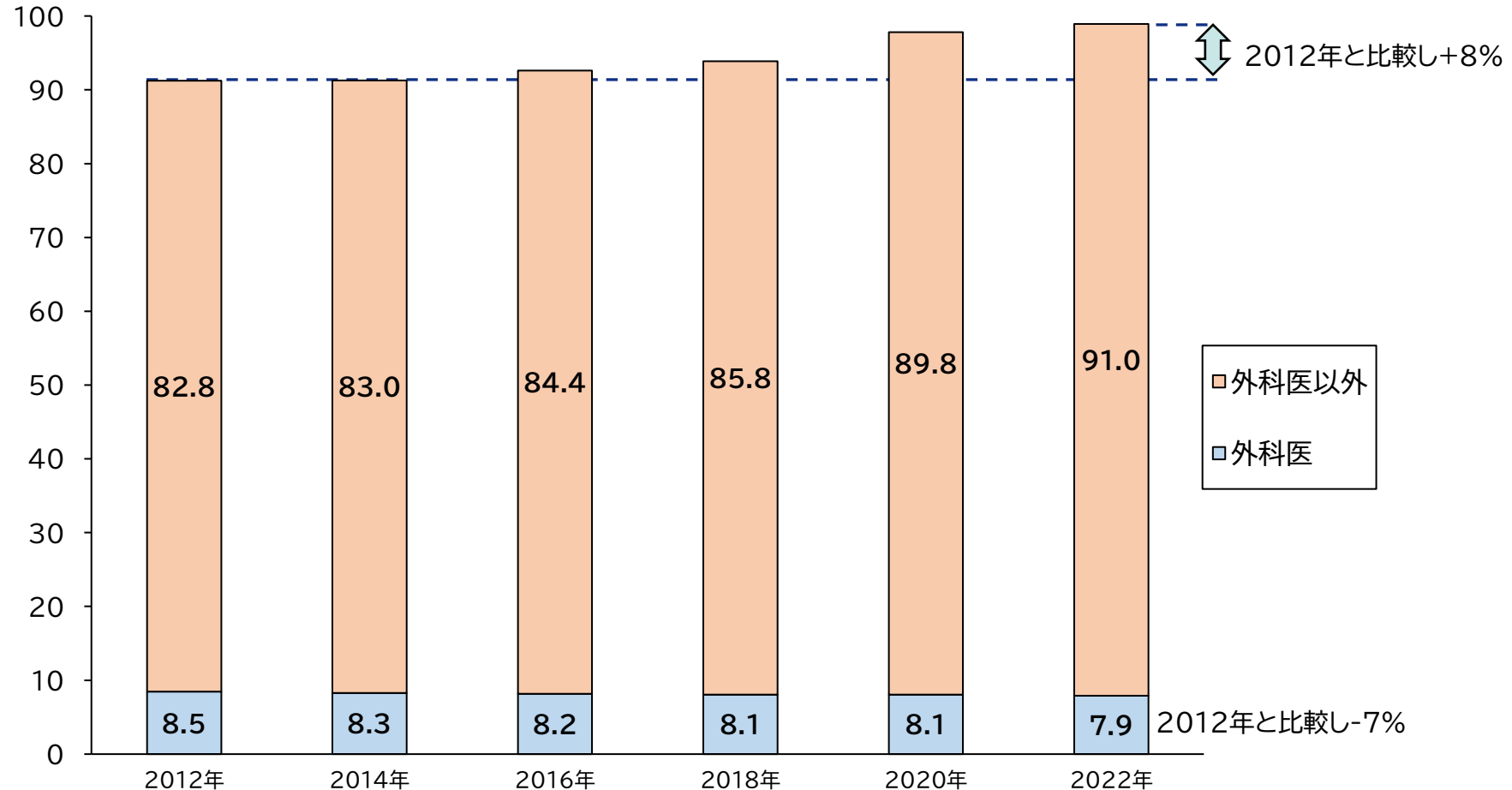


※一般外科・外科、気管食道外科、肛門外科

40歳未満の医師数の推移

- 40歳未満の若手医師数は、2012年と比較し8%増加している一方で、40歳未満の若手外科医※については、2012年と比較し7%減少している。

(単位:千人)



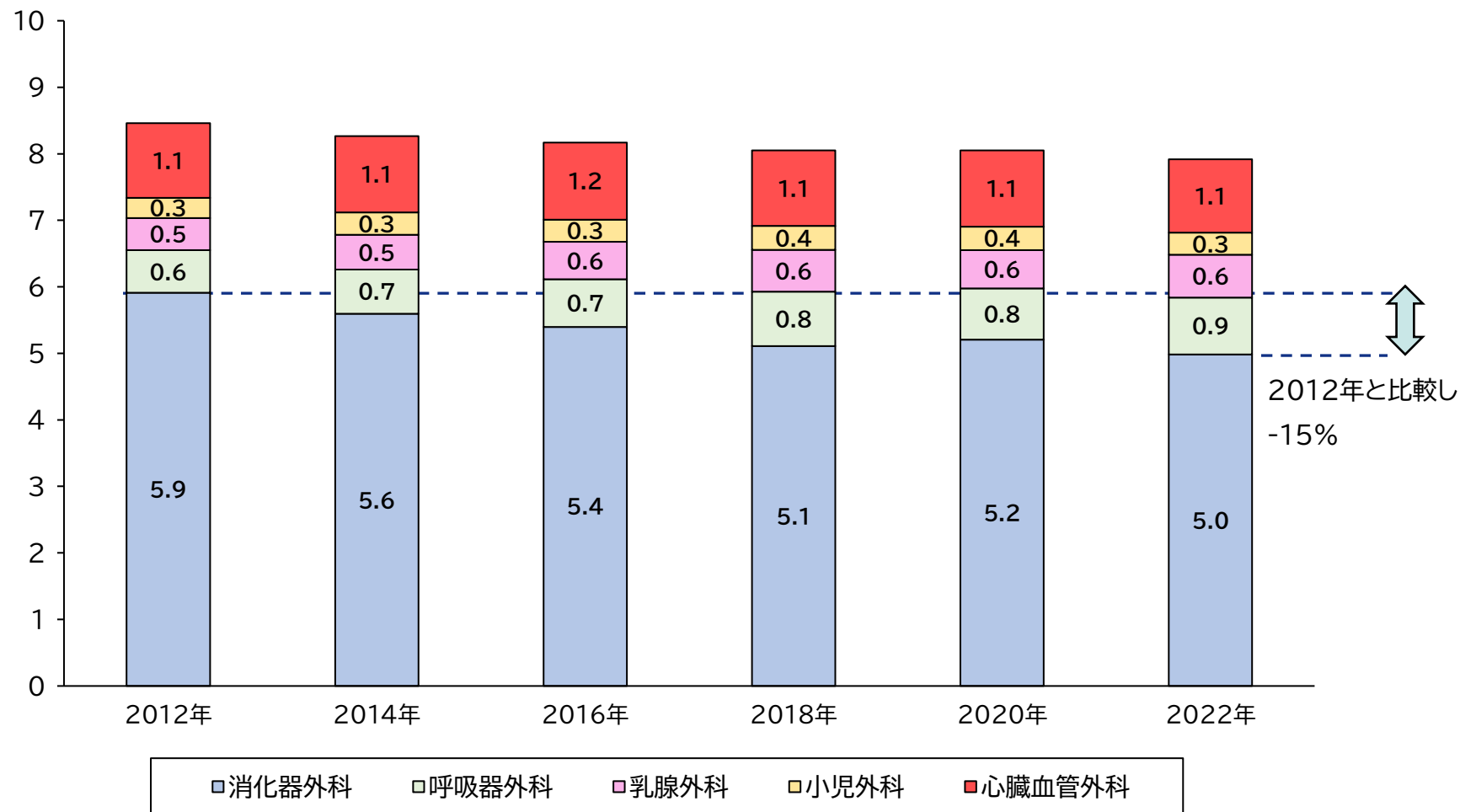
※外科医は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計

出典: 医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いて、がん・疾病対策課において作成

40歳未満の外科医数の推移（外科領域別内訳）

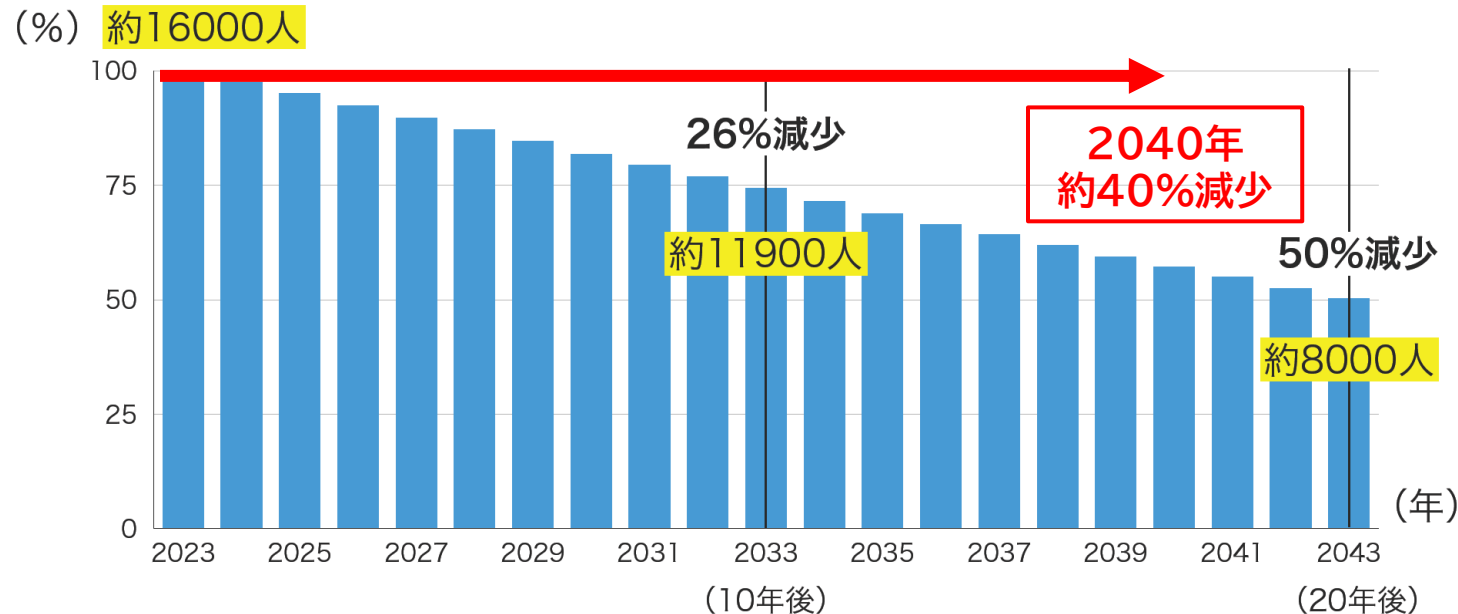
- 40歳未満の若手消化器外科医※については、減少率がより大きく、過去10年間で15%減少している。

（単位：千人）



日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数※1の推計

日本消化器外科学会 65歳以下会員数 今後の予測



消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

- がん患者における手術療法の需要が2040年に向けて現状から95%に変化することを踏まえて、2025年の会員数は1.52万人のため、現在と同様の提供体制のまま（集約化やタスクシフトが進まない）であれば1.44万人が必要となる。2040年の日本消化器外科学会に所属する医師数の予測は0.92万人※2のため0.52万人が不足することが予測される。
- 現状の提供体制を維持するためには少なくとも毎年900人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の500人から追加で400人の確保が必要となる。

※1 2020年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015年から2024年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、日本消化器外科学会に所属する医師数で計上している。また、主に手術療法を実施している65歳以下を対象とした。

※2 2015年～2024年の変化率が今後も継続すると仮定した場合の将来推計

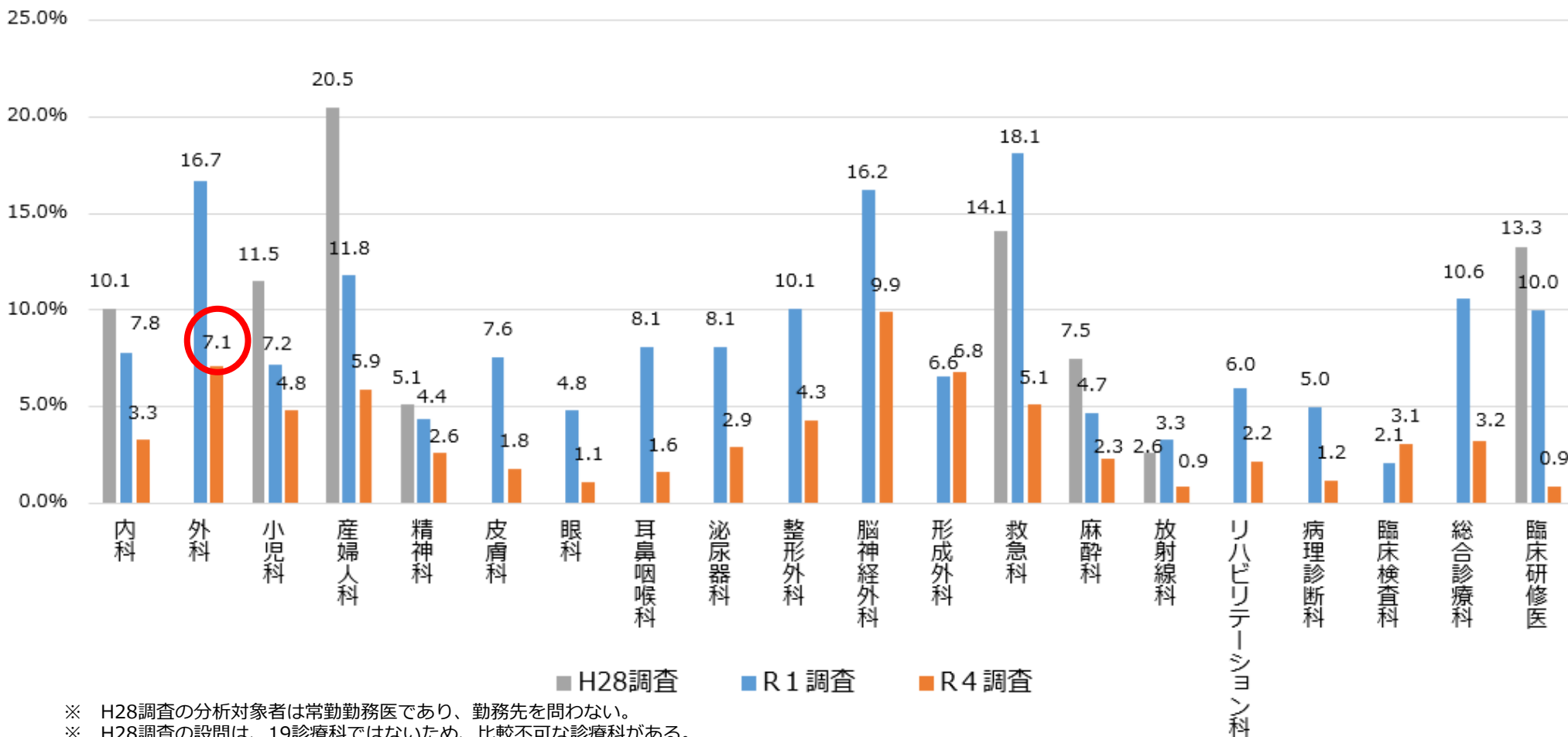
診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

第18回 医師の働き方改革の推進に
関する検討会
令和5年10月12日

資料
2

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。

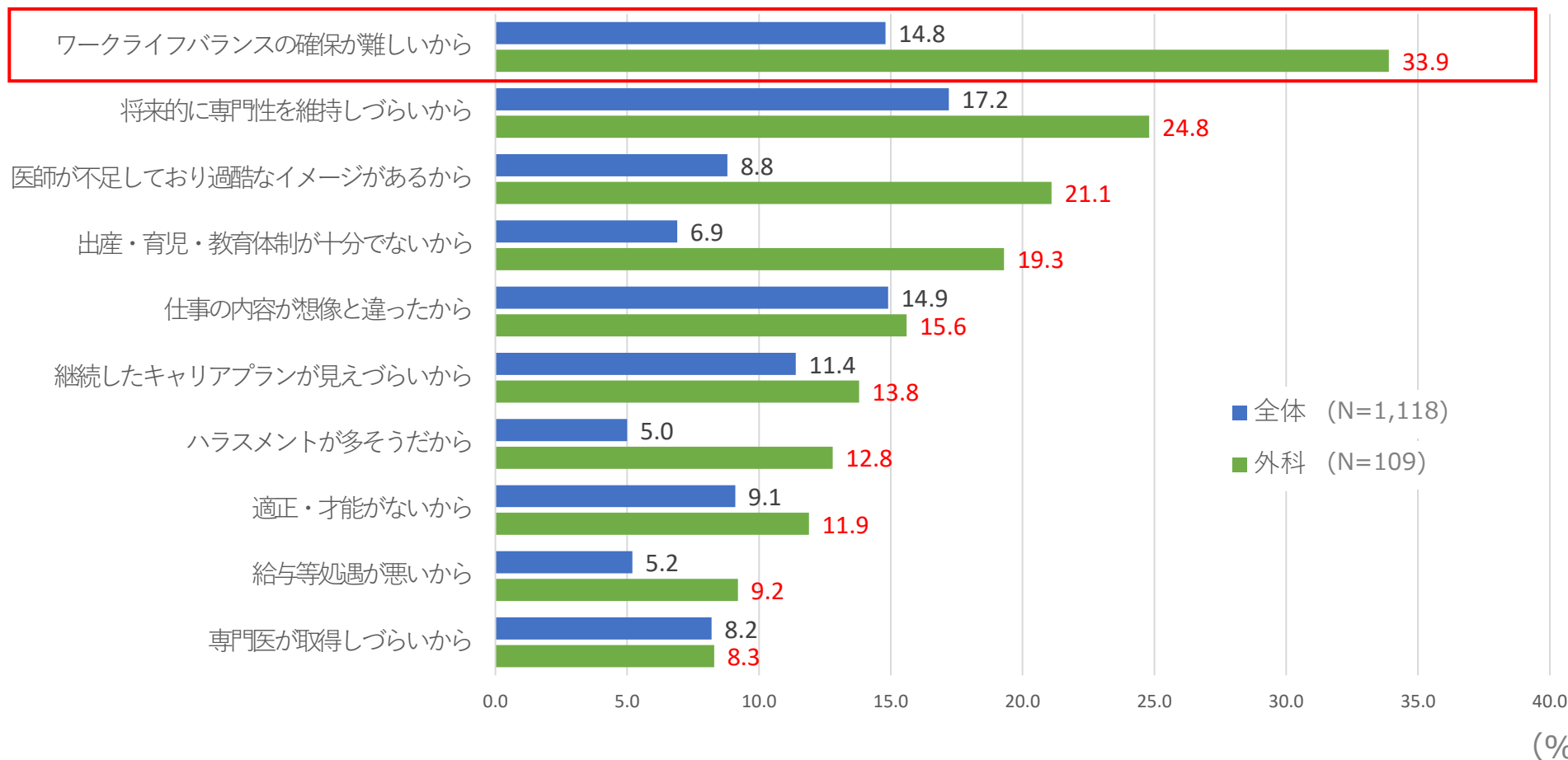


- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

専攻医が基本領域を選択しなかった理由

外科領域を選択することをやめた専攻医は、「ワークライフバランスの確保」に課題を感じている割合が高い。

専攻医が希望していた基本領域を選択しなかった理由（複数回答、選択肢の上位10、%）

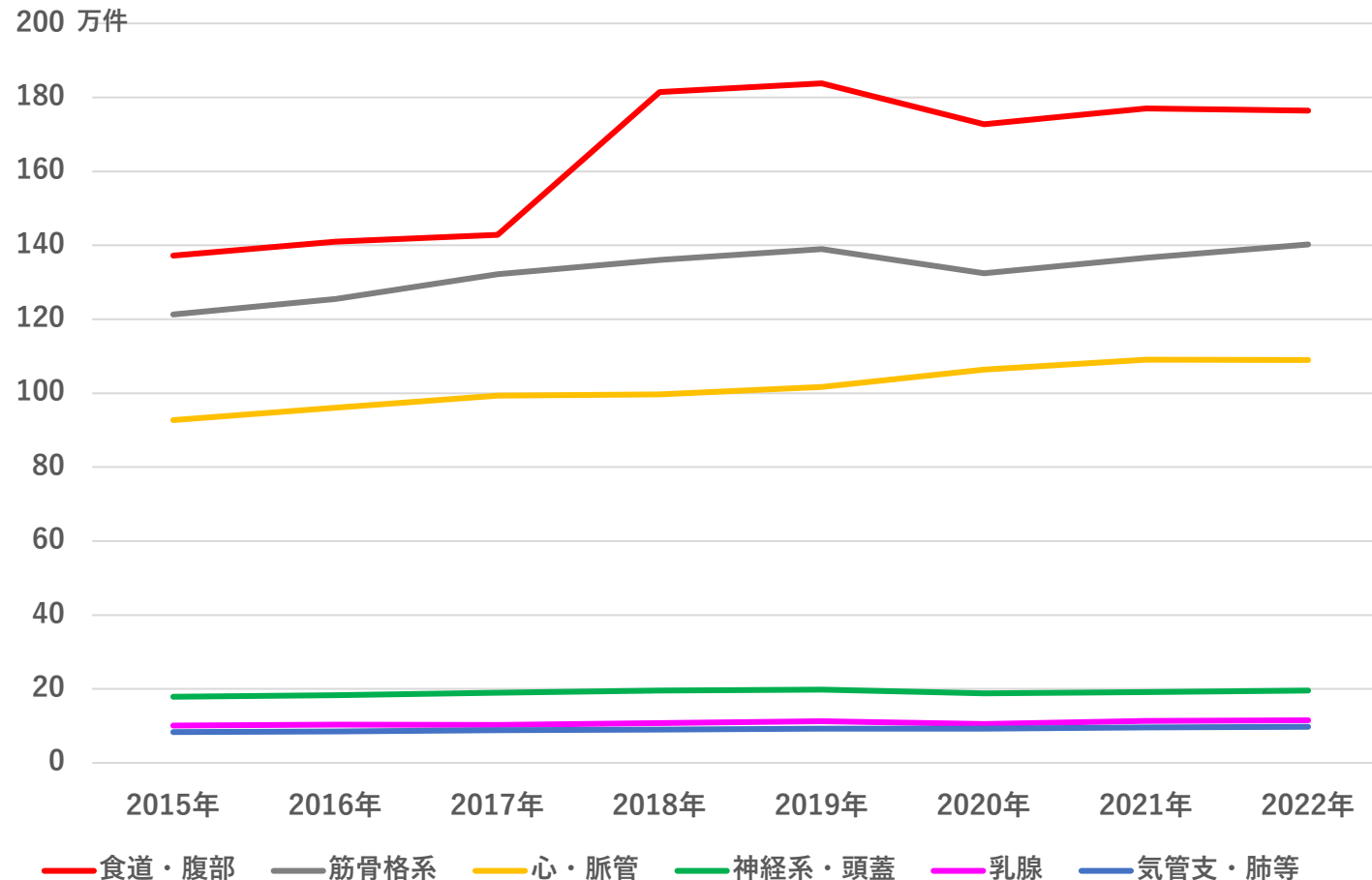


出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究）

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者：日本専門医機構理事長 渡辺毅）

臓器別手術件数の推移

- 入院における臓器別手術件数の推移を見ると、食道・腹部の手術件数が最多であり、2020年に減少したものの、2015年以降増加傾向にある。

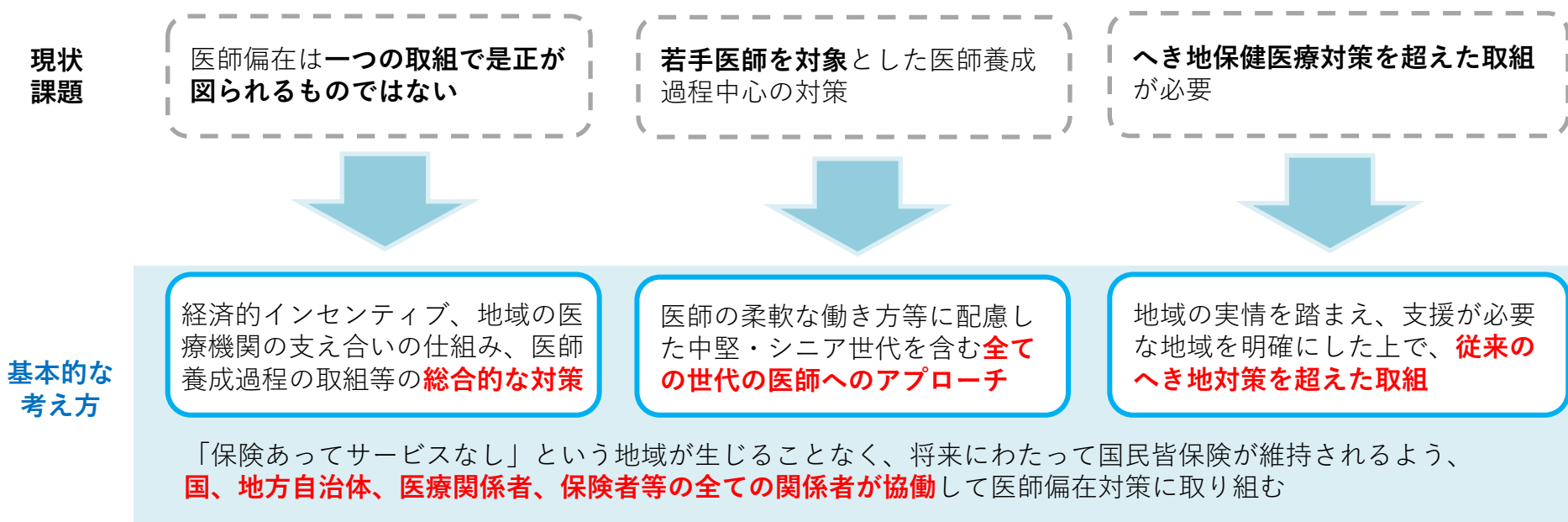


※診療報酬点数表第10部手術の各区分の入院手術件数を集計したもの
※心・脈管はリンパ管・リンパ節区分を除く
※気管支・肺等は胸腔・胸膜、縦郭区分を含む

1. 個別事項について(その1)
2. 働き方・タスクシフト/シェア(その2)
3. 医師の診療科偏在(その1)
 - 3-1 外科の医師数等の現状
 - 3-2 診療科偏在の是正に向けた取組

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。
 - **総合的な医師偏在対策**について、**医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける**。
- ※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】



- ・ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

<医学部定員・地域枠>

- ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
- ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
- ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う

<臨床研修>

- ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
- ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

<重点医師偏在対策支援区域>

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

<医師偏在是正プラン>

- ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

<経済的インセンティブ>

- ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討
 - ・診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急的に先行して実施）
 - ・派遣医師・従事医師への手当増額（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
 - ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
 - ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応を検討

<全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援>

- ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進
- <都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定>
- ・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

<医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等>

- ・対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加
- ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施

<外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等>

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

<保険医療機関の管理者要件>

- ・保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
- ・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

医師養成過程を通じた取組、診療科偏在の是正に向けた取組

<医師養成過程を通じた取組>

① 医学部定員・地域枠

- 医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、個々の地域の実情や都道府県の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める。
- 医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、地域枠学生を受入れ育成する大学が恒久定員内への地域枠の設置等を含む地域への定着の取組を促進するための支援を行う。
- 今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。

② 臨床研修

- 広域連携型プログラム※の制度化に向けて、令和8年度から開始できるよう準備を進めていく。

※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

<診療科偏在の是正に向けた取組>

- 診療科偏在は、地域ごとの取組のみでは十分でなく、国全体として取り組むべき課題である。労働環境の改善や今後の医療需要の見込み等を踏まえ、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施する。
- 外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討を行う。

経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月13日閣議決定）

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

（1）全世代型社会保障の構築

（中長期的な医療提供体制の確保等）

2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、コロナ後の受診行動の変化も踏まえ、質が高く効率的な医療提供体制を全国で確保する。このため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進めつつ、かかりつけ医機能の発揮される制度整備、医療の機能分化・連携や医療・介護連携、救急医療体制の確保、ドクターヘリの安全かつ持続可能な運航、大学病院・中核病院からの医師派遣の充実、適切なオンライン診療の推進、**減少傾向にある外科医師の支援**、都道府県のガバナンス強化等を進める。

地域医療構想については、地域での協議を円滑に進めるため、医療機関機能・病床機能の明確化、国・都道府県・市町村の役割分担など、2025年度中に国がガイドラインを策定し、各都道府県での2026年度以降の新たな地域医療構想の策定を支援する。

医師の地域間・診療科間の偏在への対応については、経済的インセンティブや規制的な手法といった地域の医療機関の支え合いの仕組みを含めた総合的な対策のパッケージを順次実施し、その効果を検証する。

こうした医師の適正配置のための支援の在り方について、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医学教育を含めた総合的な診療能力を有する医師の育成、医師養成過程の取組と併せて、2025年末までに検討を行う。地域の医師確保への影響にも配慮し、医師偏在是正の取組を進め、医師需給や人口減少等の中長期的な視点に立ち、2027年度以降の医学部定員の適正化を進める。また、偏在対策を含む看護職員の確保・養成や訪問看護におけるICT活用を含む看護現場におけるDXの推進、在宅サービスの多機能化といった在宅医療介護の推進に取り組む。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取り組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取り組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。

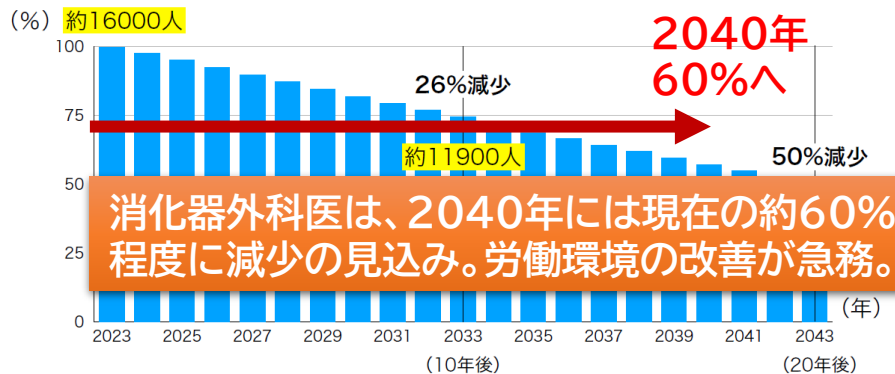
	想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
都道府県又は更に広域 (※1)での集約化 の検討が必要な医療	- 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 - 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	特に集約化の検討が必要な医療についての考え方 (医療技術の観点) - がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 - 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 (医療需給の観点) - 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
がん医療圏又は複数のがん 医療圏単位での集約化 の検討が必要な医療	- がん診療連携拠点病院等 - 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
更なる均てん化が 望ましい医療	患者にとって身近な診療所・病院(かかりつけ医を含む)	更なる均てん化が望ましい医療についての考え方 がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

(※1)国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

手術療法に関する提供体制の課題・対応

- 2040年に向けて、手術療法の需要は2025年比で95%に減少することが見込まれる中、日本消化器外科学会によると、65歳以下の消化器外科医の数は60%に減少すると予測されている。
- 手術療法は、複数の外科医がチームとなって提供される必要があるところ、外科医の減少が見込まれる中で、これまでと同様のがん医療提供体制を維持した場合、手術療法を提供するために必要な医師数が確保できず、現在提供できている手術療法ですら継続できなくなる恐れがある。このため、一定の集約化を含めた検討が必要。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要。
- 高度な手術に関しては、手術件数の多い医療機関で手術を提供することによって、より質の高いがん医療の提供が可能。

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数の将来予測



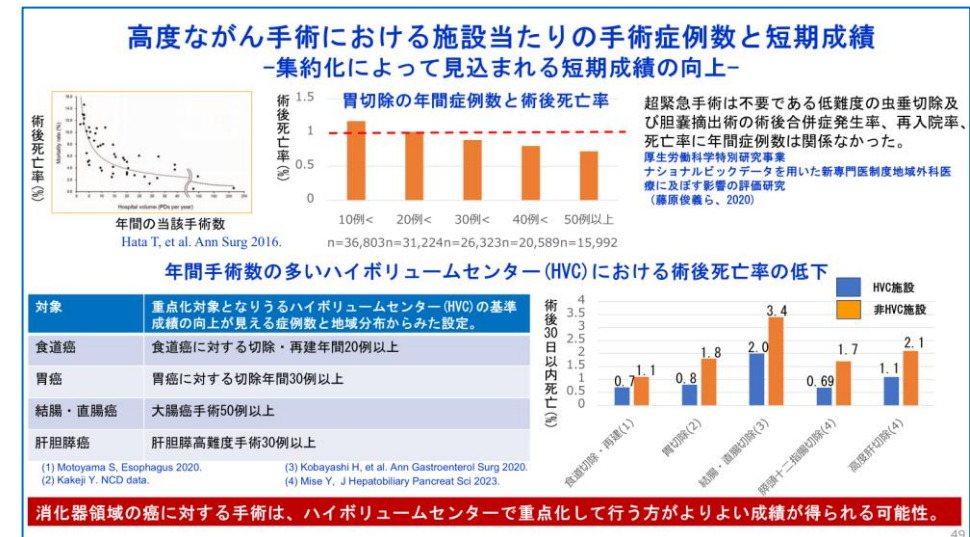
消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

日本消化器外科学会ワーク・イン・ライフ委員会アンケート(2回目)の40歳未満の会員の回答のサブ解析

消化器外科医の労働時間を短縮するためには今後、どのような方法を取るの
がよいと思いますか

1. 化学療法、終末期医療などを他科へ依頼する: 56.9%
2. 医療事務を充実する: 54.0%
3. 施設集約化による外科医師の集約化: 50.8%
4. 一人当たりまたはチームあたりの担当患者数を調整する、もしくは外科医を増やす: 50.5%
5. メディカルスタッフを充実する: 46.0%
6. 主治医制度から交代勤務制/チーム制へ変える: 49.7%
7. 検査(内視鏡、超音波など)を他科へ依頼する: 33.6% 等

手術療法におけるがん患者数と治療成績の関係



高度な手術に関しては、手術件数の少ない医療機関で手術を提供する場合と比較して、手術件数の多い医療機関で手術を提供する場合は術後合併症や術後死亡の発生率が低いと報告されている。

消化器外科の明るい未来を達成するためのロードマップ

日本消化器外科学会は消化器外科医が減少している現状に危機感を持ち、消化器外科の未来に向けての改革を真摯に推し進め、結果として国民に質の高い消化器外科診療を提供できる体制を確かなものにすることを目指して、活動して参ります。

1. 継続可能な消化器外科診療の構築

- ・一人でも多くの医学部学生や初期研修医に消化器外科の重要性和魅力を伝えるために広報に努めます。
- ・長時間労働の解消のための働き方改革を積極的に推進し、消化器外科医の心と体の健康を守るべく労働環境の改善に努めます。

2. 消化器外科医のキャリア形成の支援

- ・学びの場や教育ツール及び先進的な医療への参加の機会を提供し、ロボット支援手術などの最新の手術に至るまでの期間を短縮し、早期に自立できるよう支援を行います。
- ・多様な価値観や人生観、働き方を尊重し、男女の均等な活躍を支援します。
- ・ライフ・イベントに配慮した働き方や知識・技術のステップアップを支援いたします。
- ・地方で活動する消化器外科医への学びの場や先進的医療参加の機会を提供し、支援します。

3. 高度ながん手術の集約化・重点化

- ・医師の健康維持・促進のための働き方改革や術後成績の向上に資する、高度ながん手術に対する合理的な集約化・重点化を目指します。集約化・重点化施設における研究・教育体制の充実を図ります。

4. 高度ながん手術と救急の手術に対するインセンティブの受領

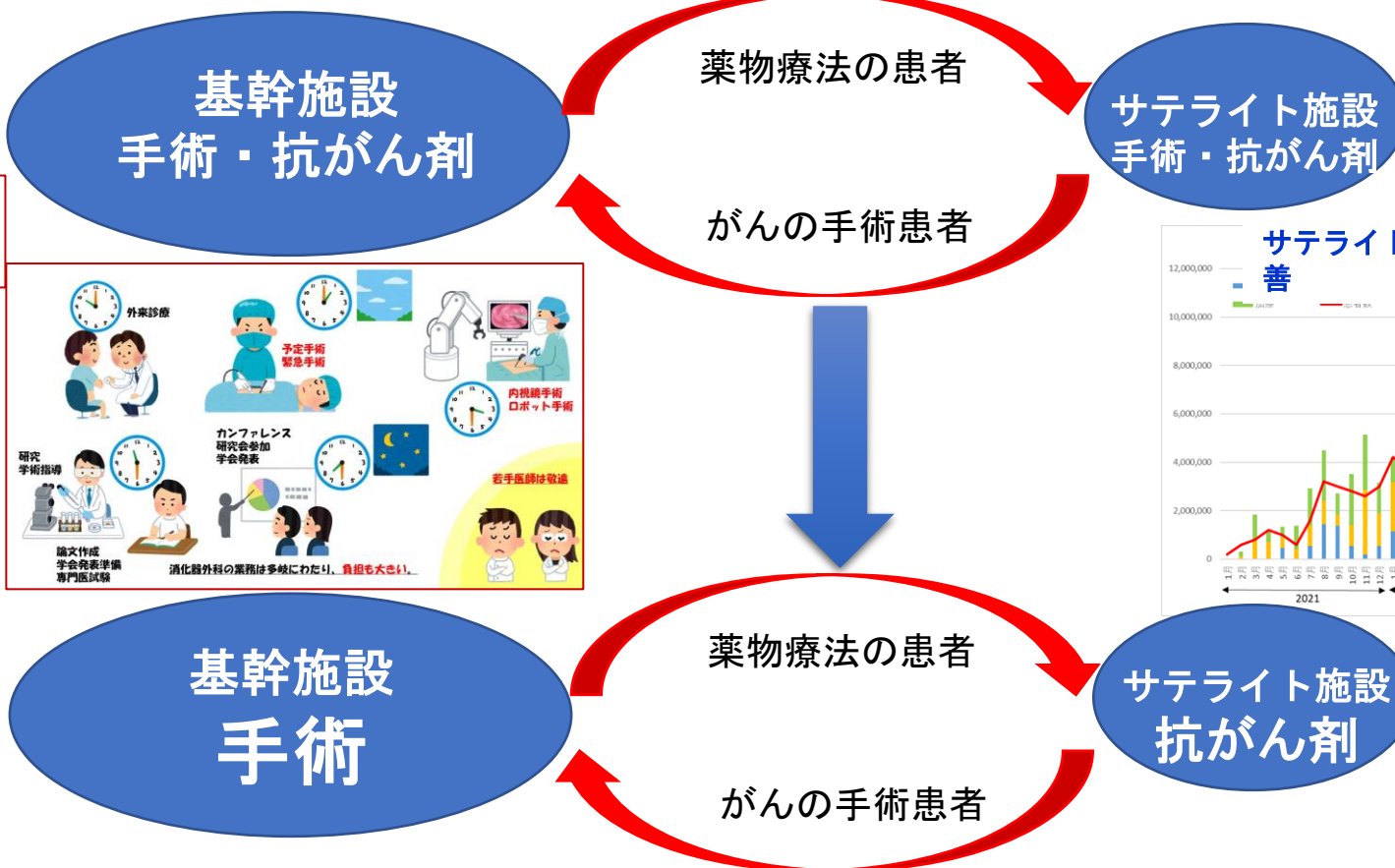
- ・高度ながん手術や救急の手術に対応する対価を含め、外科医としての適切なインセンティブを受領できるシステムの構築に向けて、国民から理解を得られるよう努力をいたします。

好事例-3

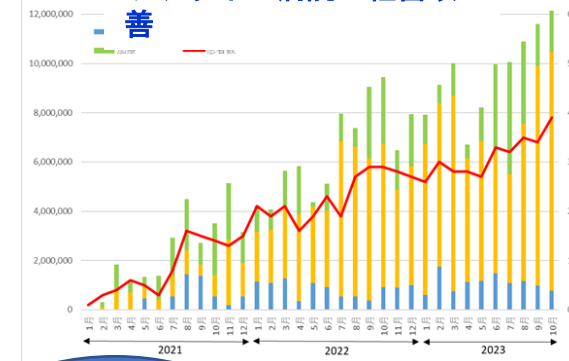
病院の新たな機能分化に基づく集約化による負担軽減

外来診療
がんの薬物療法

大きな負担



サテライト病院の経営改善



基幹病院のがんの薬物療法をサテライト施設へ移譲。高度ながんの手術患者は基幹病院へ紹介し、機能分化、効率化、集約化によって基幹病院の負担軽減を実現。一方でサテライト施設の経営は劇的に改善した。

山口大学 消化器・腫瘍外科学 永野浩昭教授の取り組み

- 当直等の負担軽減を図る観点から、勤務環境に特に配慮を要する領域への対応として、手術・処置の休日・時間外・深夜加算の要件等の見直し(平成26年度改定、令和4年度改定)等を実施した。

(例) 手術・処置の休日・時間外・深夜加算

(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

(2) ~ (4) (略)

・勤務医負担軽減等の実施に係る施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関にて、緊急のための休日等における対象患者に対する手術等を評価。
(対象患者)

次に掲げる入院中の患者以外の患者に対する手術。ただし、手術が保険医療機関等の都合により休日等に行われた場合は算定できない。

ア~イ(略)

(主な施設基準)

1~3(略)

4 医師の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として次の体制を整備していること。

(1)当該保険医療機関内に医師の負担軽減等に関して提言するための責任者が配置されていること。(2)~(6)(略)

5 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について次のいずれも実施していること。(1)~(2)(略)

6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。(1)~(7)(略)

7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

(1)交替勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア~キ(略)

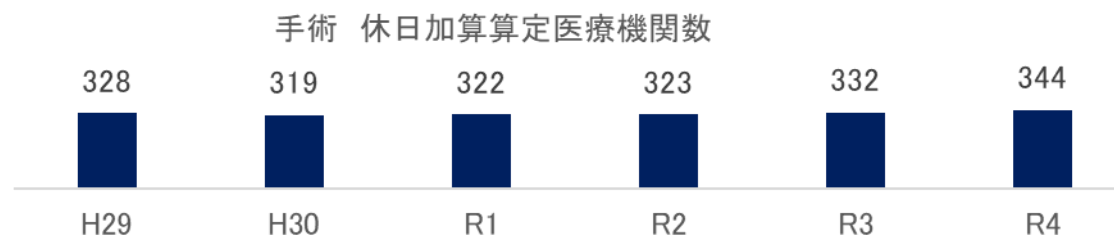
(2)チーム制を導入しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア~カ(略)

(3)医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを厚生(支)局長に届け出ていること。~(略)

ア~イ(略)

8~9(略)



勤務医の働き方改革の取組の推進

処置及び手術の休日加算1等の要件の見直し

- 勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

現行

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

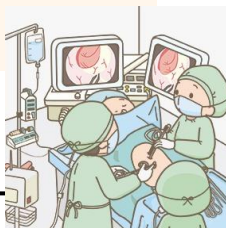


改定後

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

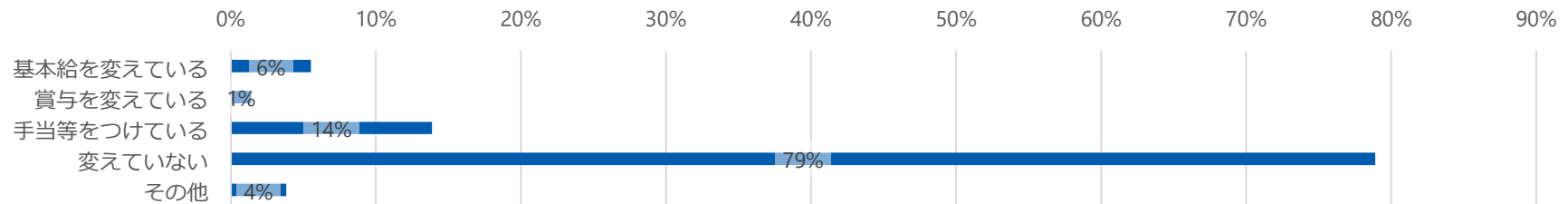
※ 令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、7に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による。



診療科毎の医師の処遇

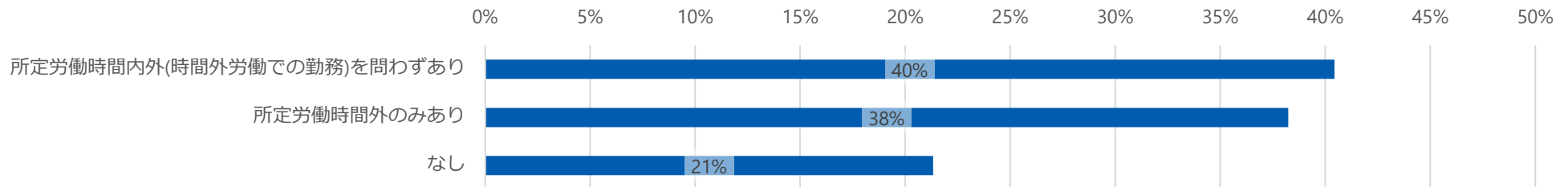
- 診療科毎の医師の処遇として、医師が不足している診療科において「基本給を変えている」（6%）、「賞与を与えている」（1%）、「手当等をつけている」（14%）等が挙げられた。
- 手当をつける仕組みがある場合の、月あたりの平均的な手当の金額について、「1～5万円」と回答した医療機関が46%であったが、18%の医療機関では「10万円以上」であった。

医師が不足している診療科で給与を変えていますか(n=995)



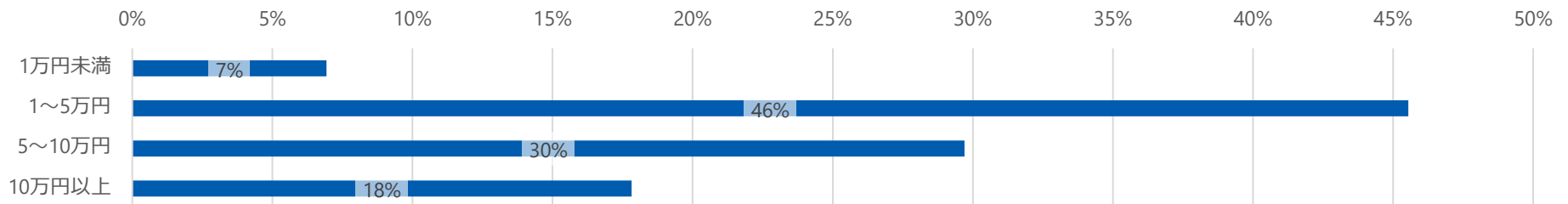
〔手当等をつけている場合〕

手術を行う診療科や、手術に関して、手当をつける仕組みがありますか(n=136)



〔手当をつける仕組みがある場合〕

手当が支払われた医師の月当たりの平均的な手当の金額について(n=101)



各医療機関における処遇改善にむけた取組事例について

- 広島大学病院において、全国的に減少している消化器外科医など外科医の診療体制を維持するため、若手の外科医の処遇改善を行っている。
- 津山中央病院では、時間外緊急手術や呼び出し等に対して、インセンティブを付与する取組を実施している。

広島大学病院における若手消化器外科医の処遇改善

広島大学病院ホームページ（一部抜粋）

広島大学病院は、外科医の診療体制を維持するため、**若手の医科診療医の年俸を2025年度から、現行の約1.3倍とする待遇改善**をします。若手外科医に限った待遇改善は国立大学病院で初めてです。2月20日の定例会見で、越智光夫学長が発表しました。

全国的に減少している消化器外科などの若手診療医が対象で、「未来の外科医療支援手当」として月額10万円、年額120万円を増額します。対象者は27歳から40歳前後までの約30人となります。

近年、全国的に外科医、特に消化器外科医の減少が、診療体制に大きな影響を及ぼすことが懸念されています。日本消化器外科学会は現在約19000人いる消化器外科医は10年後に25%減少、20年後には50%減少すると予測しています。

大学病院では高度な技術が求められ、長時間の手術や術後管理に対応する必要があるにもかかわらず、特に若手医師の給与が他の病院と比べて低いことが「外科離れ」の要因として挙げられます。

広島大学病院では業務の効率化などを進め、手術件数や手術を待つ患者さんの数、外来診療数を維持しています。外科医の数も維持していますが10年後、20年後には減少し、診療規模を縮小せざるを得なくなる恐れもあります。このため広島県唯一の医育機関である広島大学病院は対応を協議してきました。安達伸生病院長は「地域によっては医療崩壊の兆しが表れている。取り組みが他の病院や全国に波及し、外科医を目指す医師が増えてほしい」と話します。

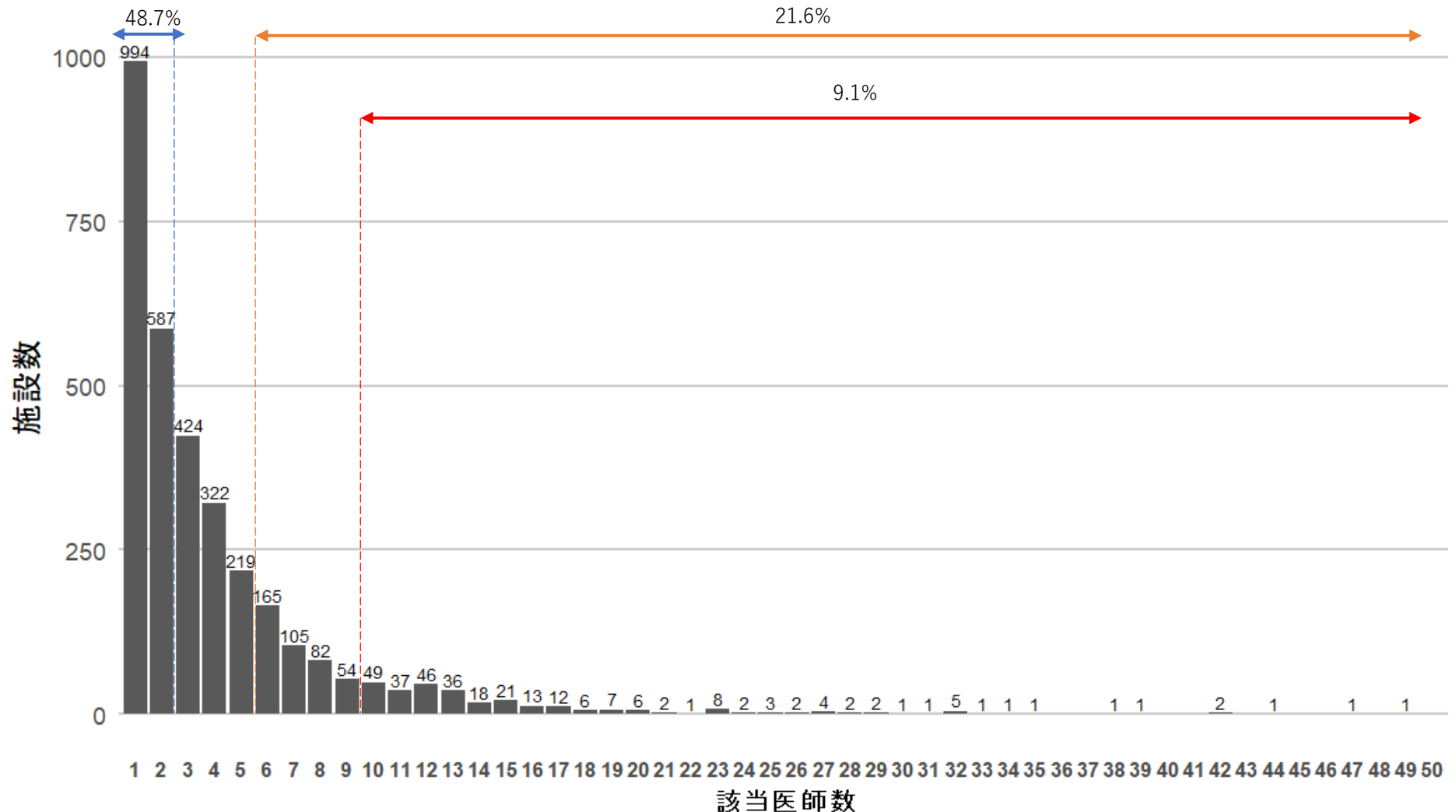
津山中央病院における緊急手術等へのインセンティブの付与

診療報酬制度の基準に該当しない科に対する補助や、時間外緊急手術、呼び出し等にインセンティブを付与した。

- ・ H26年の診療報酬改定によって、時間外・深夜・休日の緊急手術に対する加算が行われたため、**時間外手当とは別にインセンティブを設定した。**ただし、**加算の基準をクリアしていたのは脳外科のみ**であったため、**他科には病院の財源を利用してインセンティブを支給した。**
- ・ インセンティブは**夜間・休日緊急手術手当、救急等呼出手当**及び**ボーナス加算**から成り、ボーナス加算は**院長ファンドとして予算を確保**している。

所属消化器外科医師数別の医療機関数

- 外科医が1名以上いる病院と医育機関（3246施設）において、所属消化器外科医師数※が1～2人となる医療機関は全体の48.7%（1581施設）であった。
- 消化器外科医師数が6人以上の医療機関は21.6%（700施設）、10人以上と集約化されている医療機関は9.1%（294施設）であった。

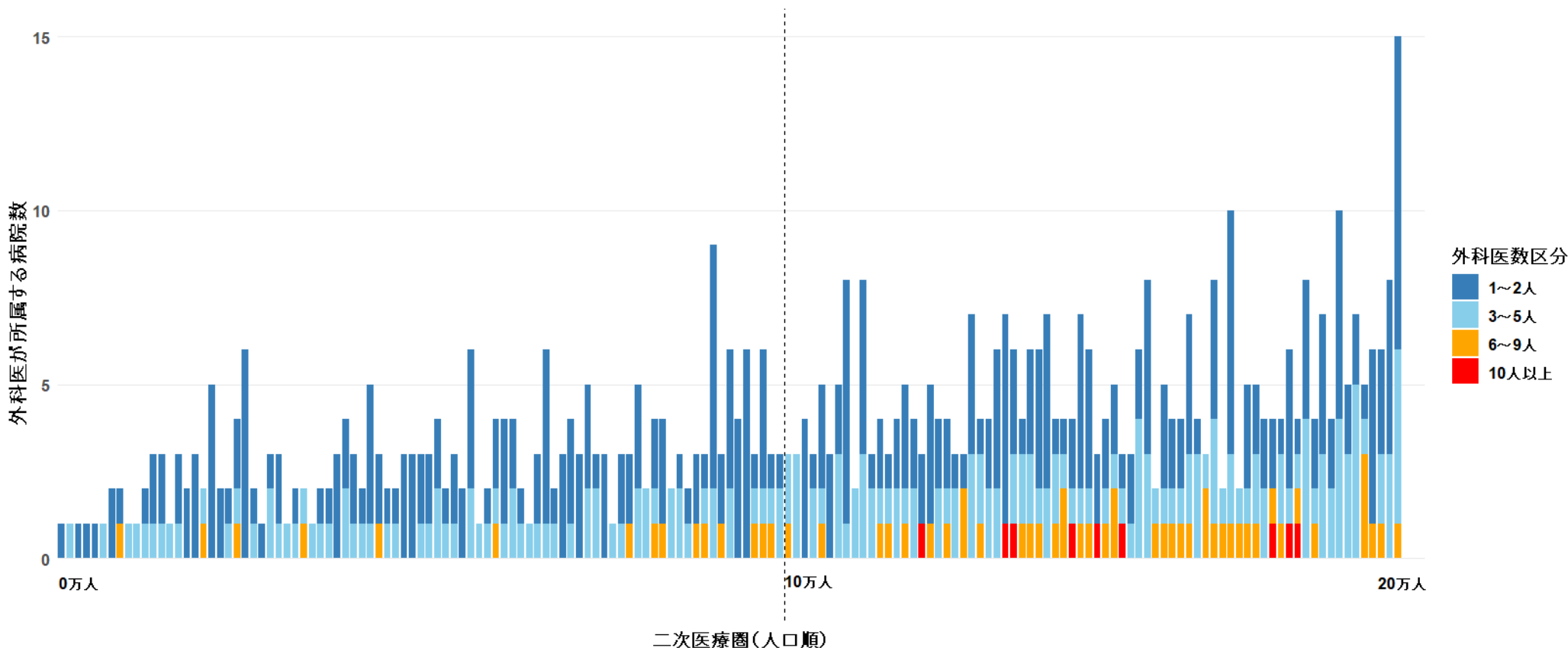


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医育機関の常勤医師

20万人未満二次医療圏における所属消化器外科医師数別施設数分布

- 20万人未満の二次医療圏では、多くの医療機関の所属消化器外科医師数※は6人未満であり、1施設あたり1～2人となる医療機関も半数程度みられた。
- 人口10万人以上の二次医療圏では、所属消化器外科医師数が10人以上に集約化している施設がみられた。

20万人未満医療圏における外科医が所属する病院数

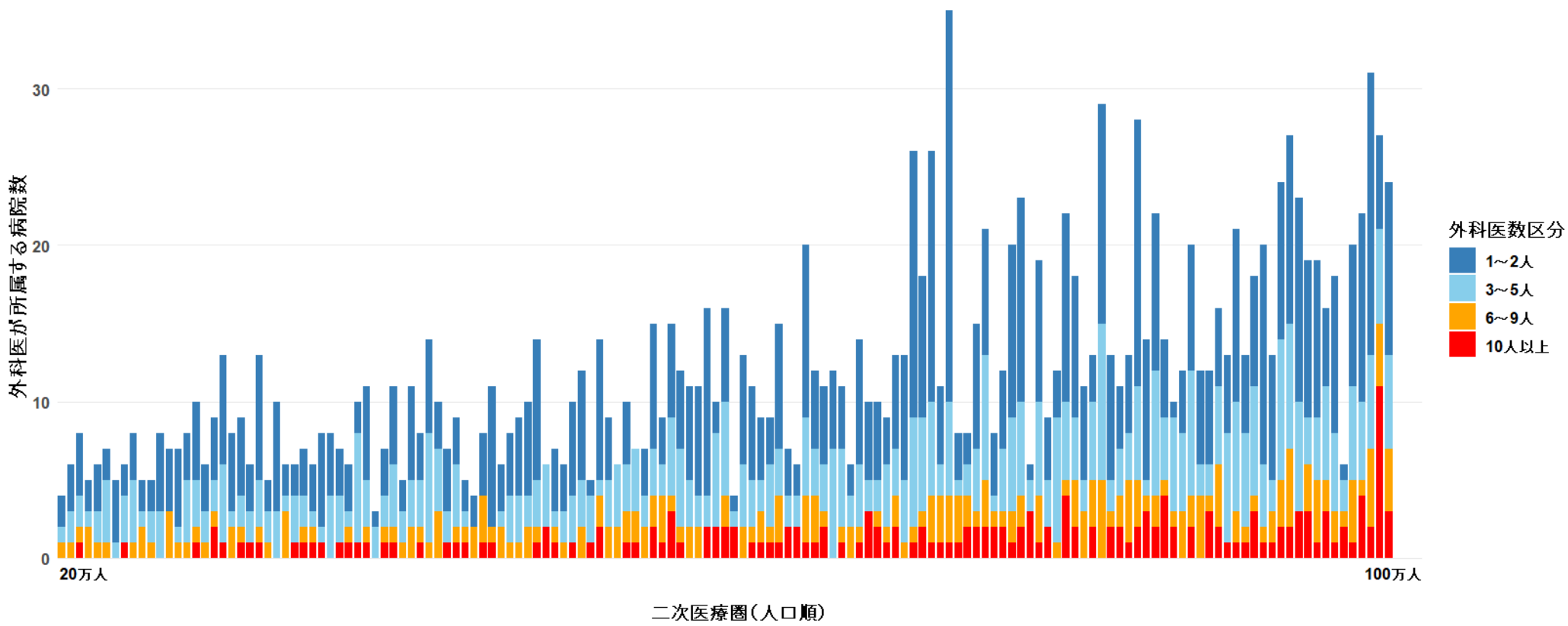


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医療機関の常勤医師

20~100万人二次医療圏における所属消化器外科医師数別施設数分布

- 多くの二次医療圏で、所属消化器外科医師数※が6人以上の医療機関がみられた。
- また、70%の二次医療圏で、所属消化器外科医師数が10人以上の医療機関がみられた。

20万～100万人医療圏における外科医が所属する病院数

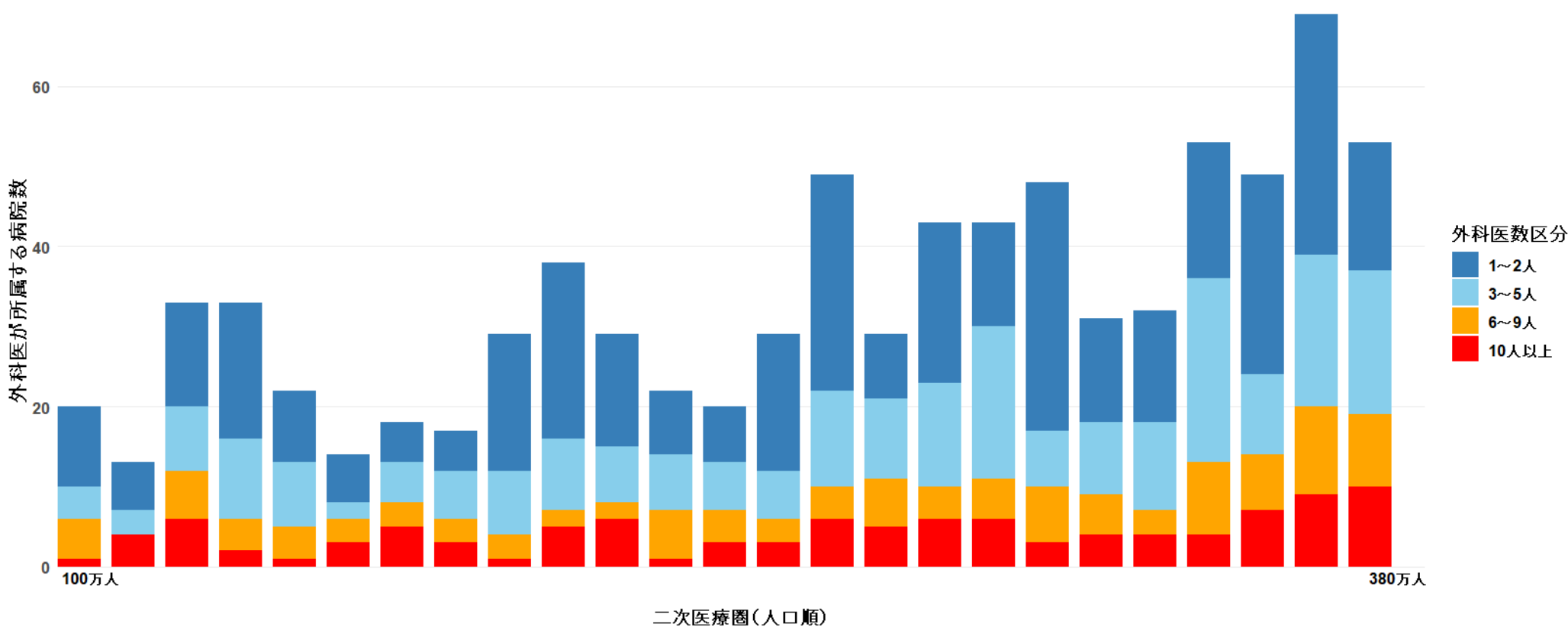


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医育機関の常勤医師

100万人以上二次医療圏における所属消化器外科医師数別施設数分布

- 全ての二次医療圏で、所属消化器外科医医師数※が10人を超える医療機関がみられた。
- 一方で、全ての二次医療圏で所属消化器外科医師数が1～2人となる医療機関がみられた。

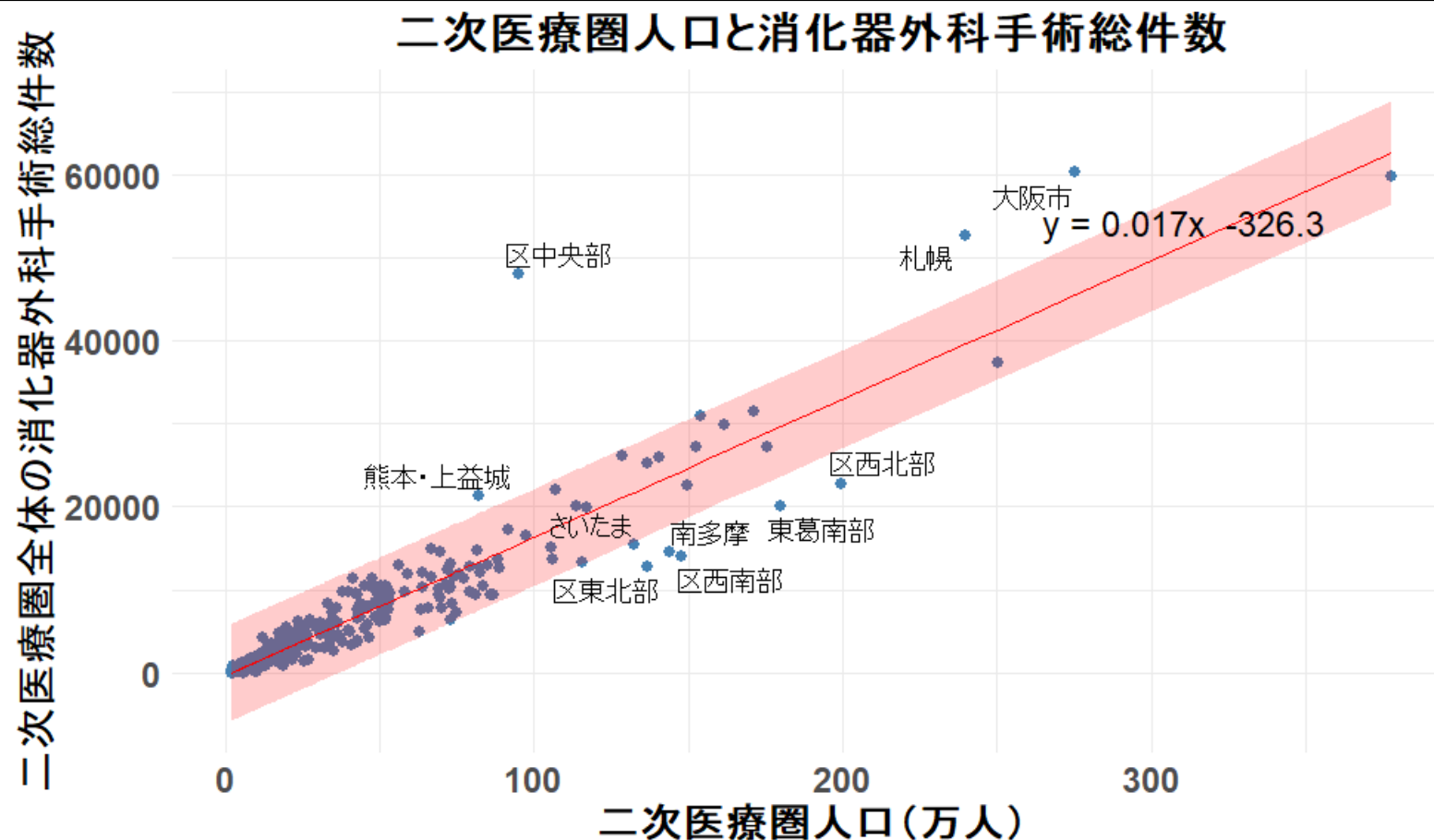
100万人以上医療圏における外科医が所属する病院数



※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医育機関の常勤医師

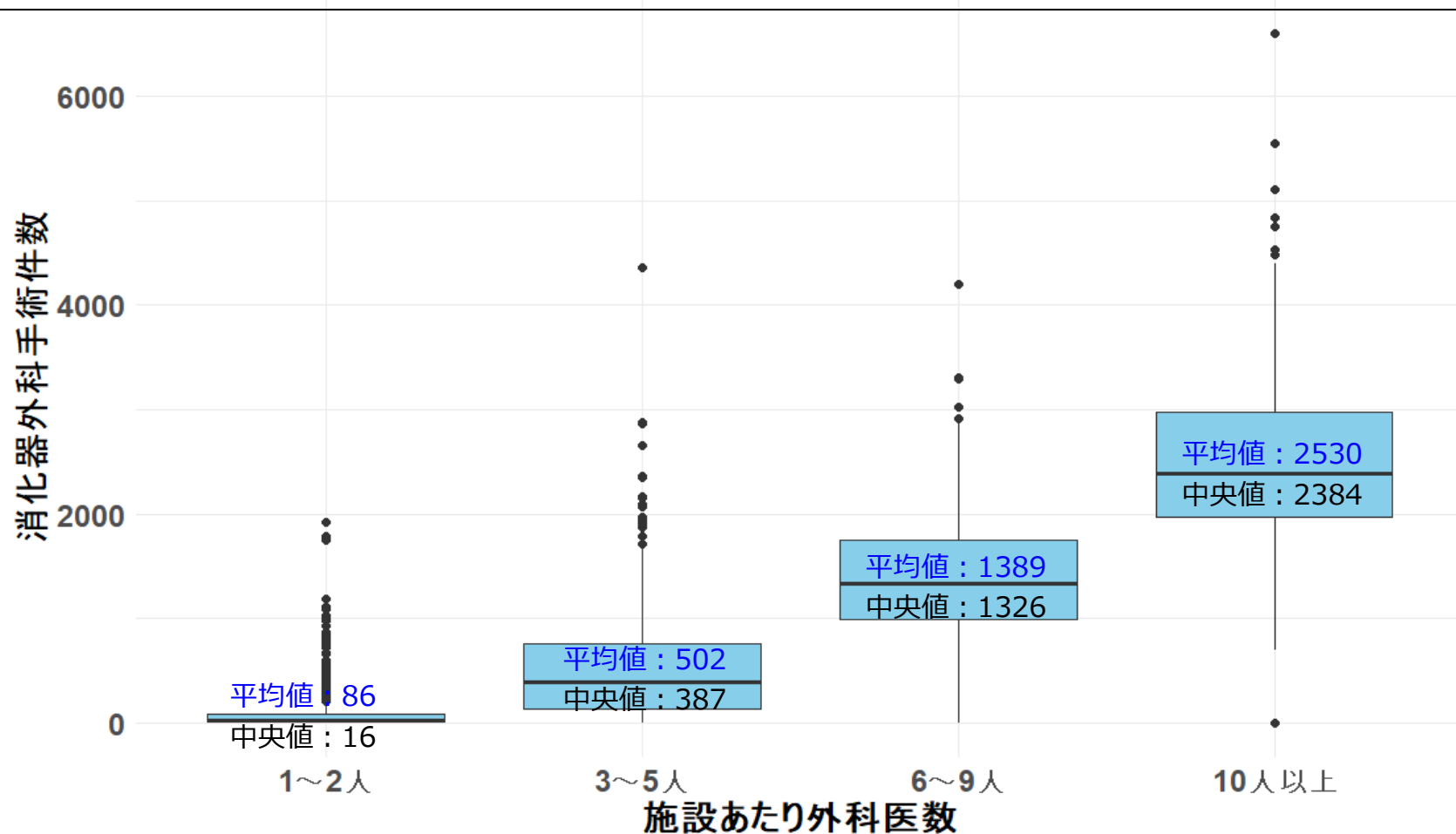
二次医療圏人口と消化器外科手術件数について

- 二次医療圏人口が増加するにつれて、当該医療圏内の病院で実施される消化器外科手術件数※も増加する傾向にあった。
- 東京都の区中央部や大阪市、札幌等では、当該医療圏人口から予測される以上の消化器外科手術が実施されており、周囲の医療圏の症例が集まっていると考えられる。



医療機関別消化器外科医師数と消化器外科手術件数

- 医療機関の所属消化器外科医師数が増えると、消化器外科手術件数※が増える傾向にある。
- 所属消化器外科医師数が1～2人の医療機関の多くは、年間の手術件数が100件未満であり、3～5人の医療機関でも、半数以上は年間手術件数が500件に満たない。

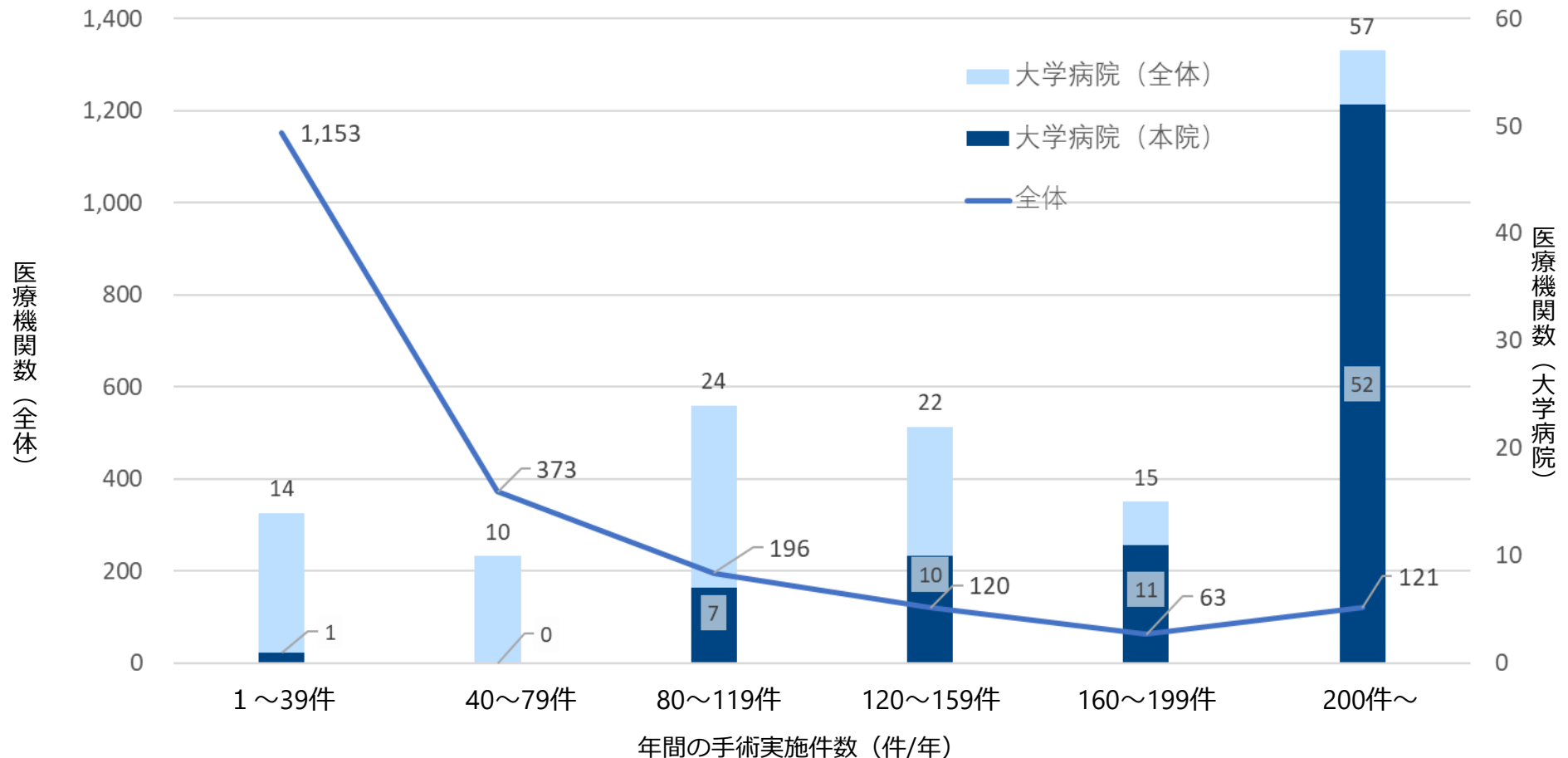


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医育機関の常勤医師
※診療報酬点数表第10部手術における、第7款胸部の食道及び第9款腹部に属する手術

医療機関別高度な手術の実施状況

- 消化器外科領域の高度な手術※の実施状況をみると、全医療機関でみると多くは年間の手術件数は40件未満である一方、大学病院ではより多くの手術件数のある施設が多くなっており、特に大学病院本院のほぼ全てが80件/年以上実施している。

消化器外科領域における高度な手術の年間実施件数別の医療機関数の分布



診療科偏在に係る現状と課題

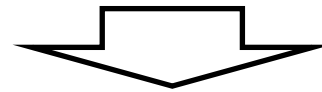
【現状】

（外科の医師数と手術数について）

- ・外科の医師数の推移の内訳を見てみると、一般外科・消化器外科以外の全ての診療科で増加傾向にある一方で、一般外科・消化器外科は一貫して減少しており、40歳未満の若手医師数では、全体的には2012年と比較し8%増加している一方で、若手外科医については、2012年と比較し7%減少しており、若手消化器外科医については、減少率がより大きく、過去10年間で15%減少している。
- ・時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科(9.9%)、外科(7.1%)、形成外科(6.8%)、産婦人科(5.9%)、救急科(5.1%)であった。
- ・入院における臓器別手術件数の推移を見ると、食道・腹部の手術件数が最多であり、2020年に減少したものの、2015年以降増加傾向にある。

（診療科偏在の是正に向けた取組）

- ・令和6年12月にとりまとめられた「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」において、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討を行うこととされた。
- ・外科医が1名以上いる病院と医育機関(3246施設)において、所属外科医師数が1～2人となる医療機関は全体の48.7%(1581施設)である一方、外科医師数が6人以上の医療機関は21.6%(700施設)、10人以上と集約化されている医療機関は9.1%(294施設)であった。
- ・20万人未満の二次医療圏では、多くの医療機関の所属外科医師数※は6人未満であり、1施設あたり1～2人となる医療機関も半数程度みられた。
- ・所属外科医師数が1～2人の医療機関の多くは、年間の手術件数が100件未満であり、3～5人の医療機関でも、半数以上は年間手術件数が500件に満たない。
- ・消化器外科領域の高度な手術の実施状況をみると、全医療機関の多くは年間の手術件数が40件未満である一方、大学病院ではより多くの手術件数のある施設が多くなっており、特に大学病院本院のほぼ全てが80件/年以上実施している。
- ・がん手術を含む高度な手術の集約化による、様々な手術成績の向上や、勤務環境の改善事例が示されている。
- ・大学病院を含む一部の病院では、全国的に減少している消化器外科医など外科医の診療体制を維持するため、外科医等への処遇改善を実施している。



【課題】

【診療科偏在について】

- 消化器外科医の減少などの診療科の医師偏在について、働き方や教育体制、処遇などの様々な要因が指摘されていることも踏まえ、現状やこれまでの取組をどう評価するか。
- 高度な手術や医師の集約化によって、働き方改革の促進や一部の手術での手術成績の向上が見られるという報告があることや、各施設における手術件数や医師数の分布をどのように評価するか。