

(令和7年度第5回)
入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年6月26日(木)

1. **働き方・タスクシフト/シェア(その1)**
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. 入退院支援(その1)
4. リハビリテーション(その1)
5. 食事療養(その1)

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)

1-1. 看護職員に係る現状

1-2. 看護職員の負担軽減とタスクシフト/シェア

1-3. 特定行為研修、タスクシフト/シェア

2. 病棟における多職種でのケア(その1)

3. 入退院支援(その1)

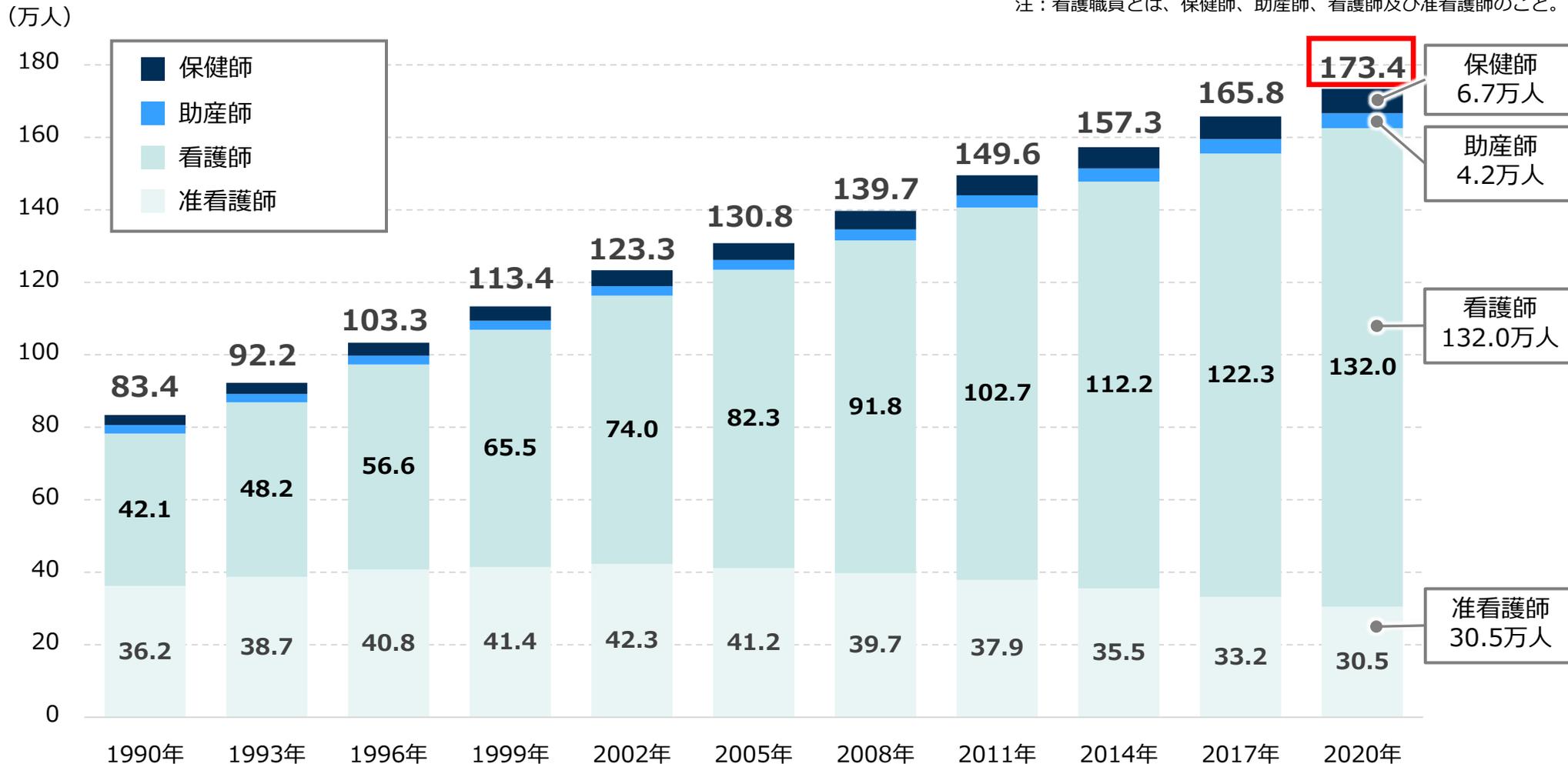
4. リハビリテーション(その1)

5. 食事療養(その1)

看護職員就業者数の推移

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、2020年（令和2年）には173.4万人となった。

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

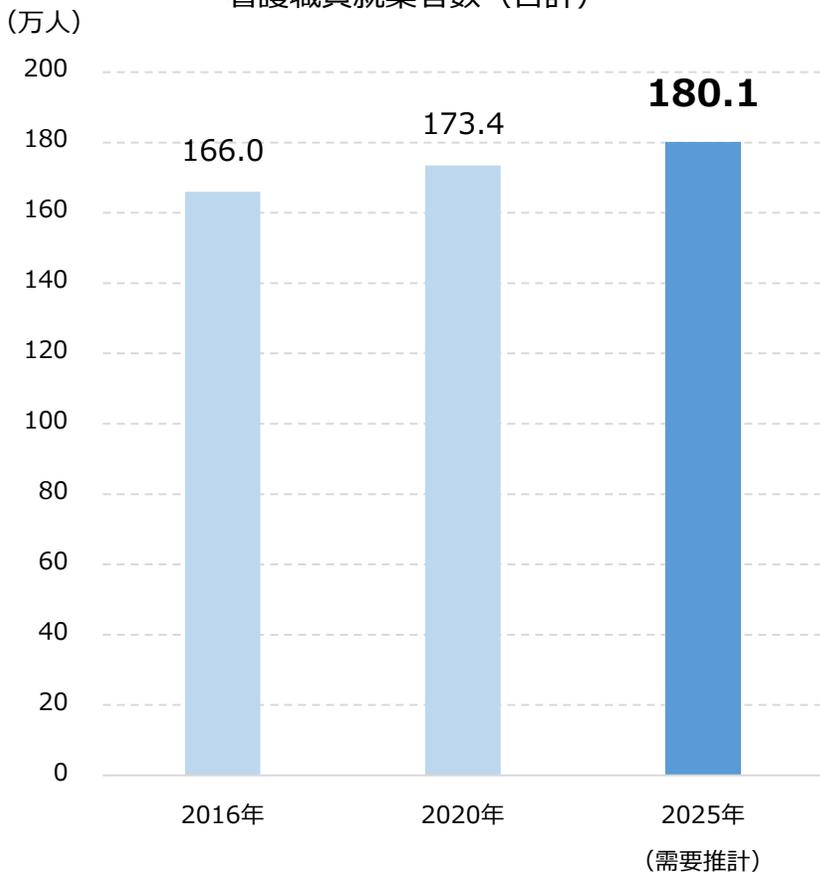


資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

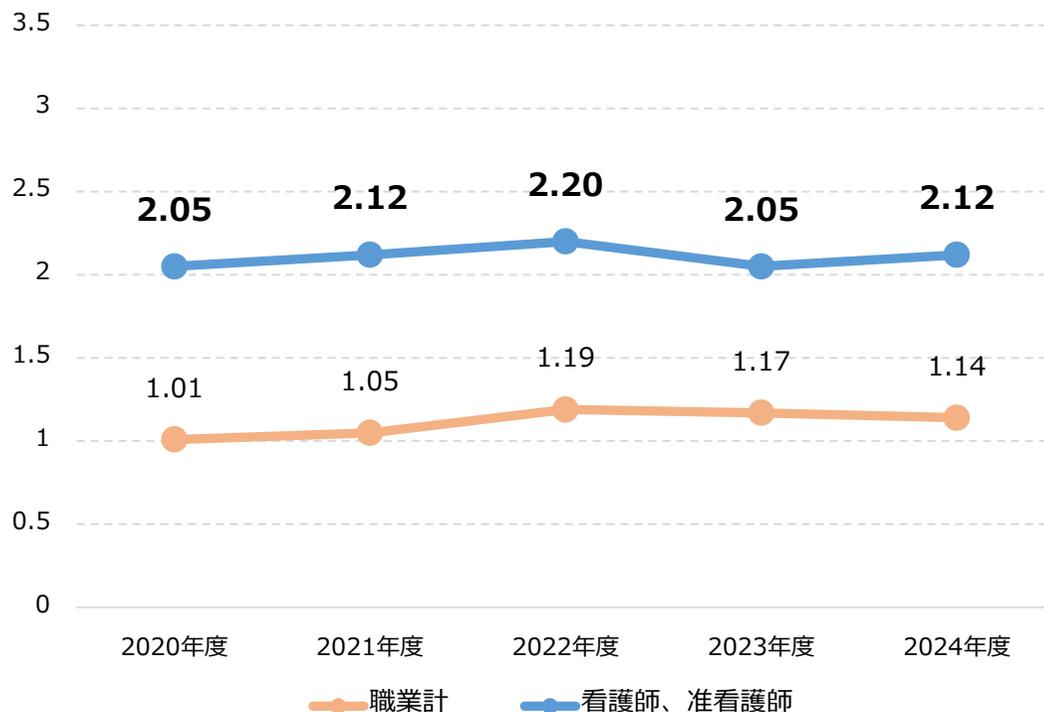
- ・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。
- ・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。
- ・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

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

看護職員就業者数（合計）



職業別有効求人倍率（パートタイムを含む常用労働者）



【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
- ・2020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）2019～2022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年度の数値は、令和4年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく看護師、准看護師：「023 看護師、准看護師」の職業分類の数値である。

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

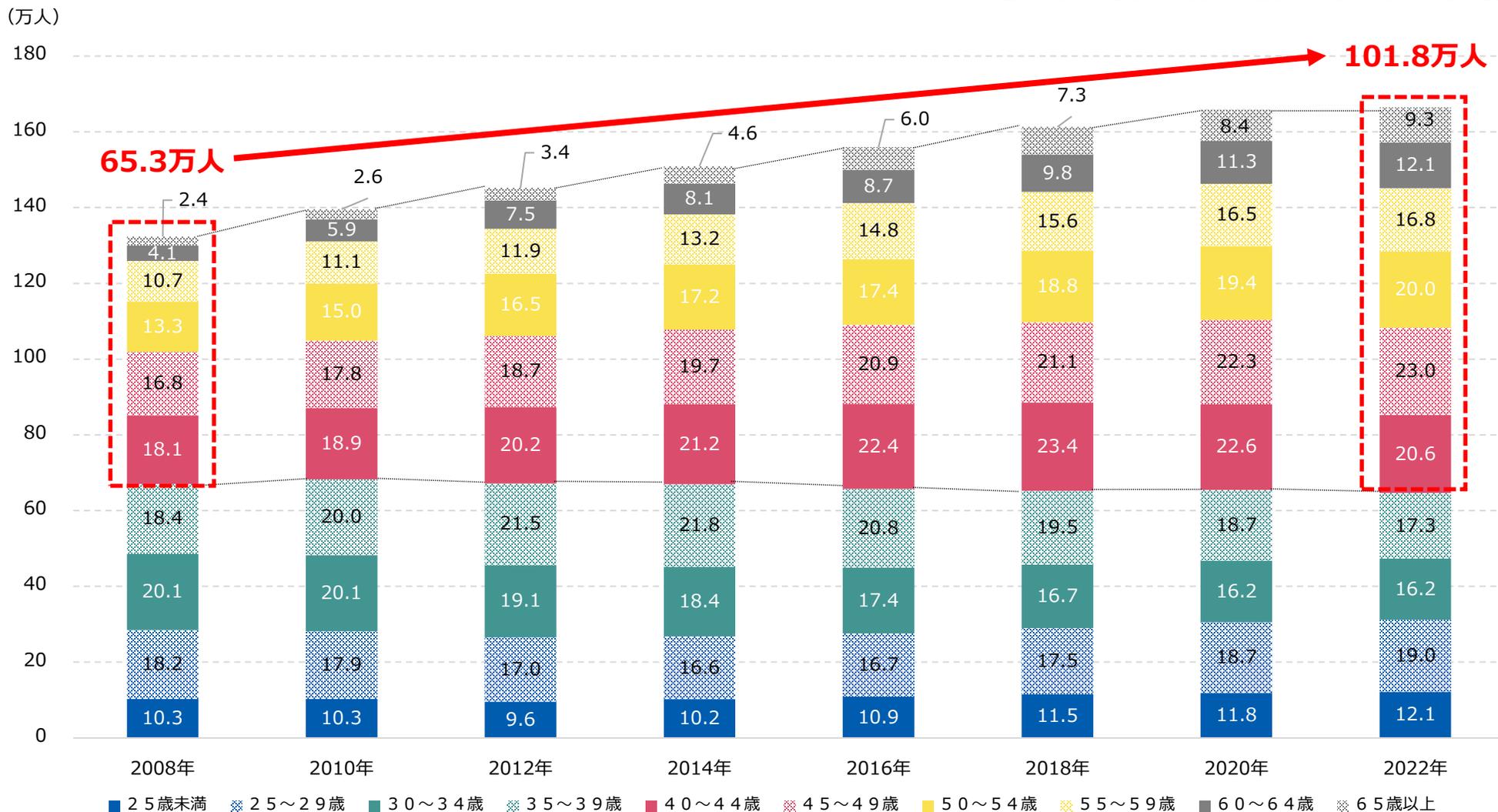
（注5）パートタイムとは、1週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用されている通常の労働者の1週間の所定労働時間に比し短いものをいう。

（注6）上記の数値は、新規学卒者及び新規学卒者求人を除いたものである。

就業看護職員の年齢階級別構成割合の推移

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

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師を指す。

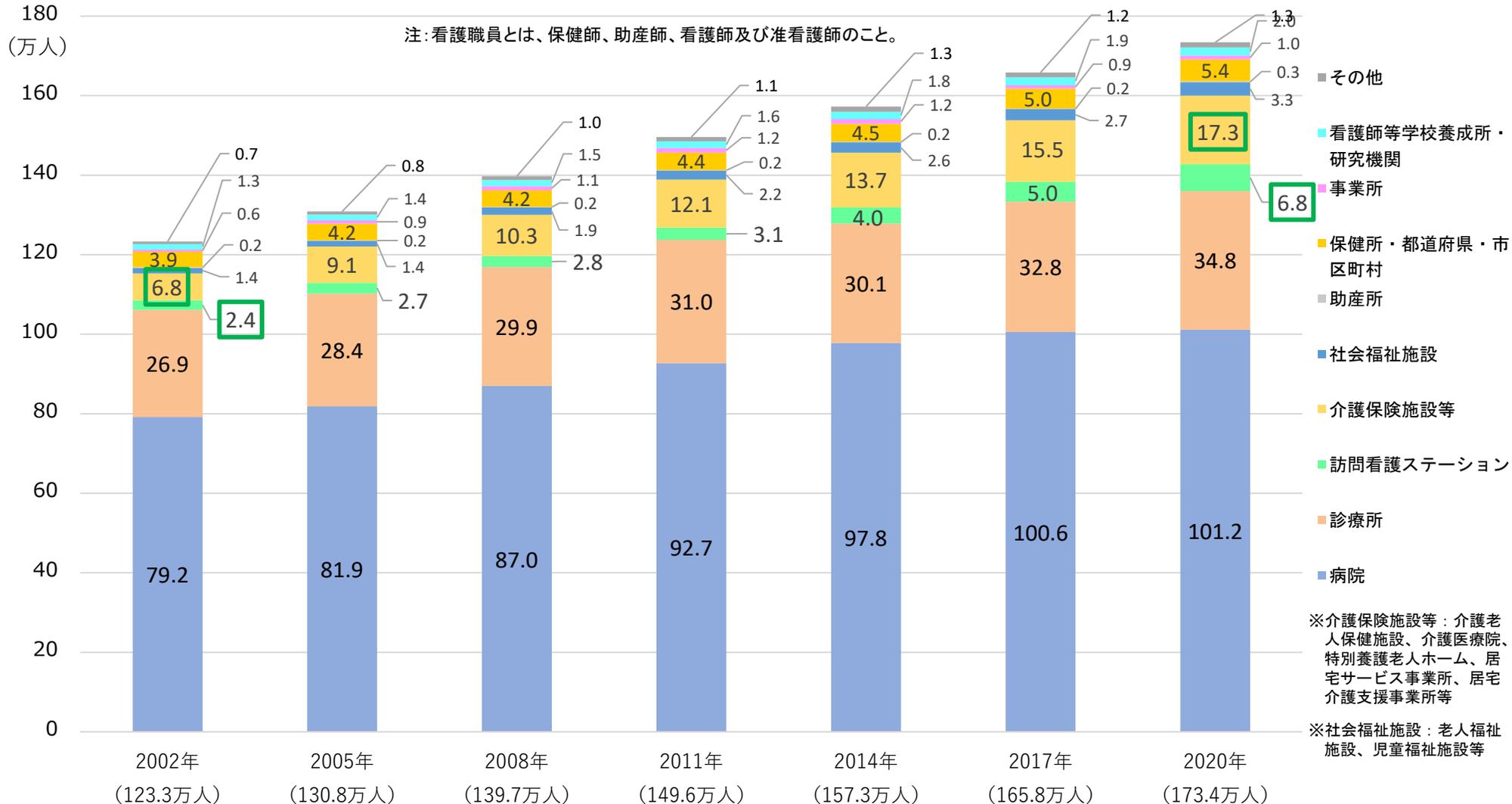


資料出所：厚生労働省「衛生行政報告例（隔年報）」

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

就業場所別看護職員数の推移

看護職員の就業場所の推移について、訪問看護ステーション（2002年：2.4万人 ⇒ 2020年：6.8万人）や介護保険施設等（2002年：6.8万人 ⇒ 2020年：17.3万人）での増加割合が高くなっている一方、病院はほぼ横ばいである。

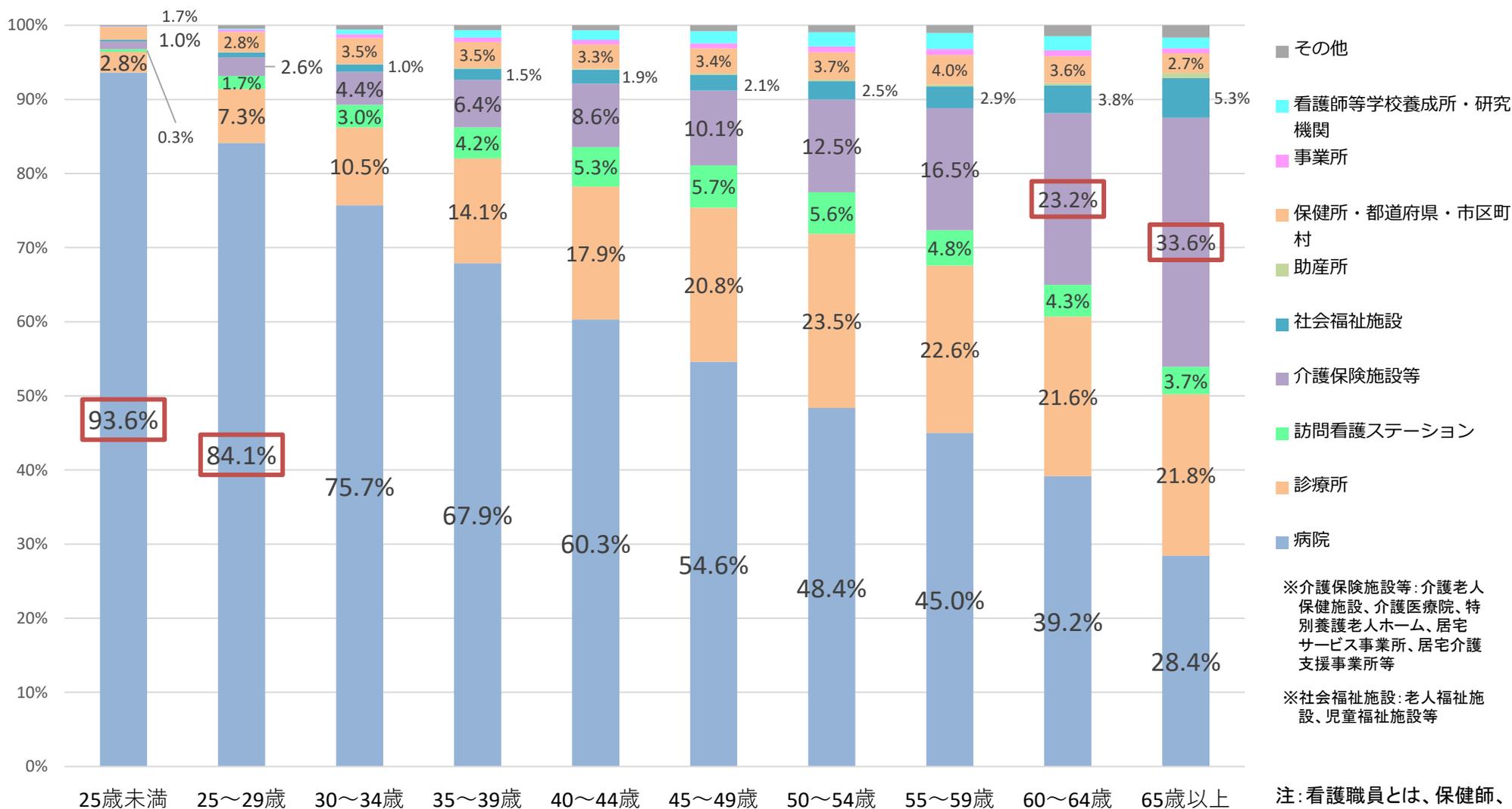


資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

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

年齢階級別看護職員の就業場所（2020年（令和2年））

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



資料出所：厚生労働省「令和2年度衛生行政報告例（隔年報）」

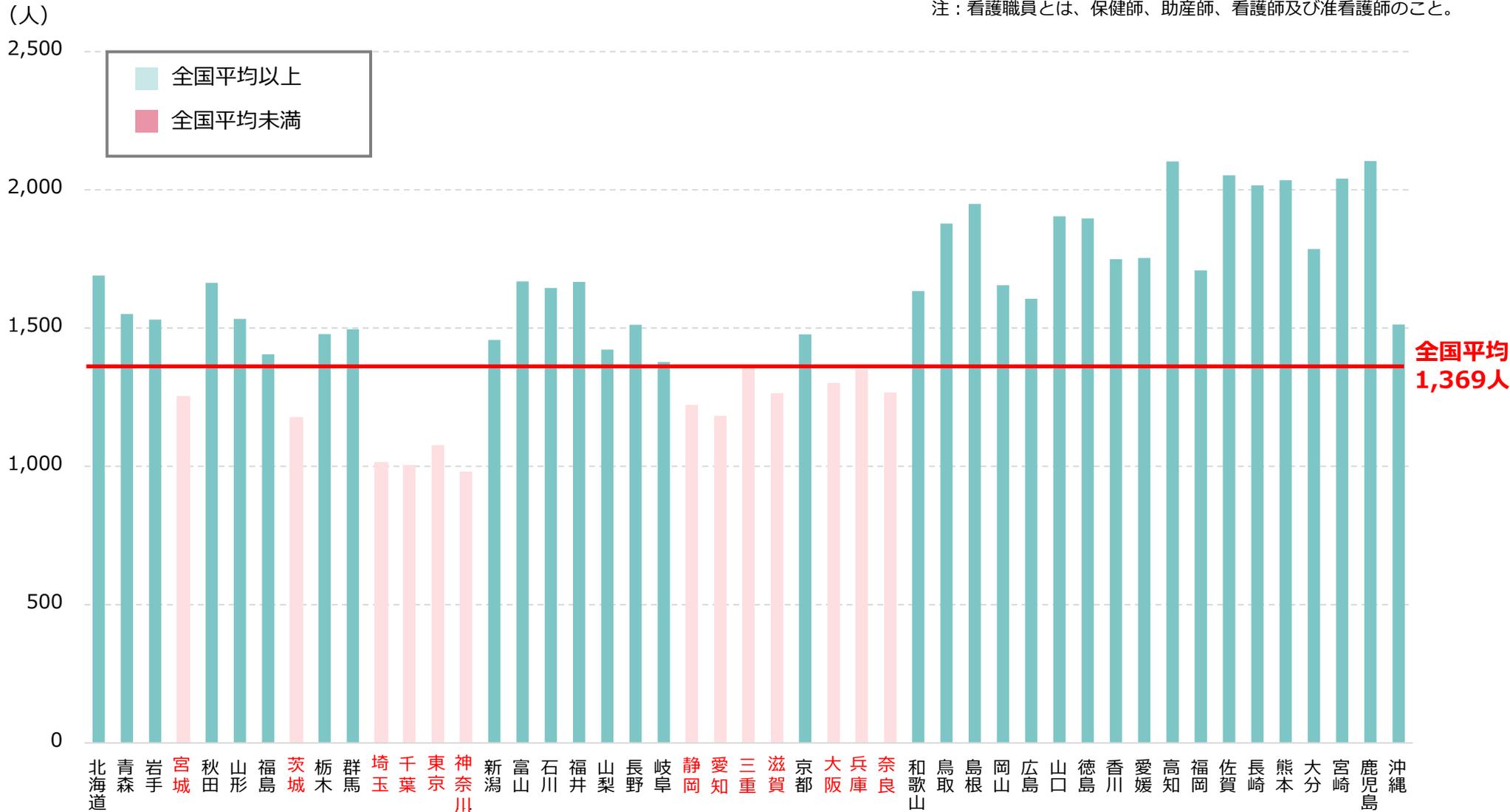
※「医療施設（静態）調査」では、年齢階級別の看護職員数のデータは把握できないため、病院・診療所も含めた全ての就業場所について、衛生行政報告例のデータを用いている。

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

都道府県別 人口10万人当たり看護職員就業者数（2020年（令和2年））

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

人口10万人当たり看護職員就業者数については、首都圏等の都市部において、全国平均よりも少ない傾向。

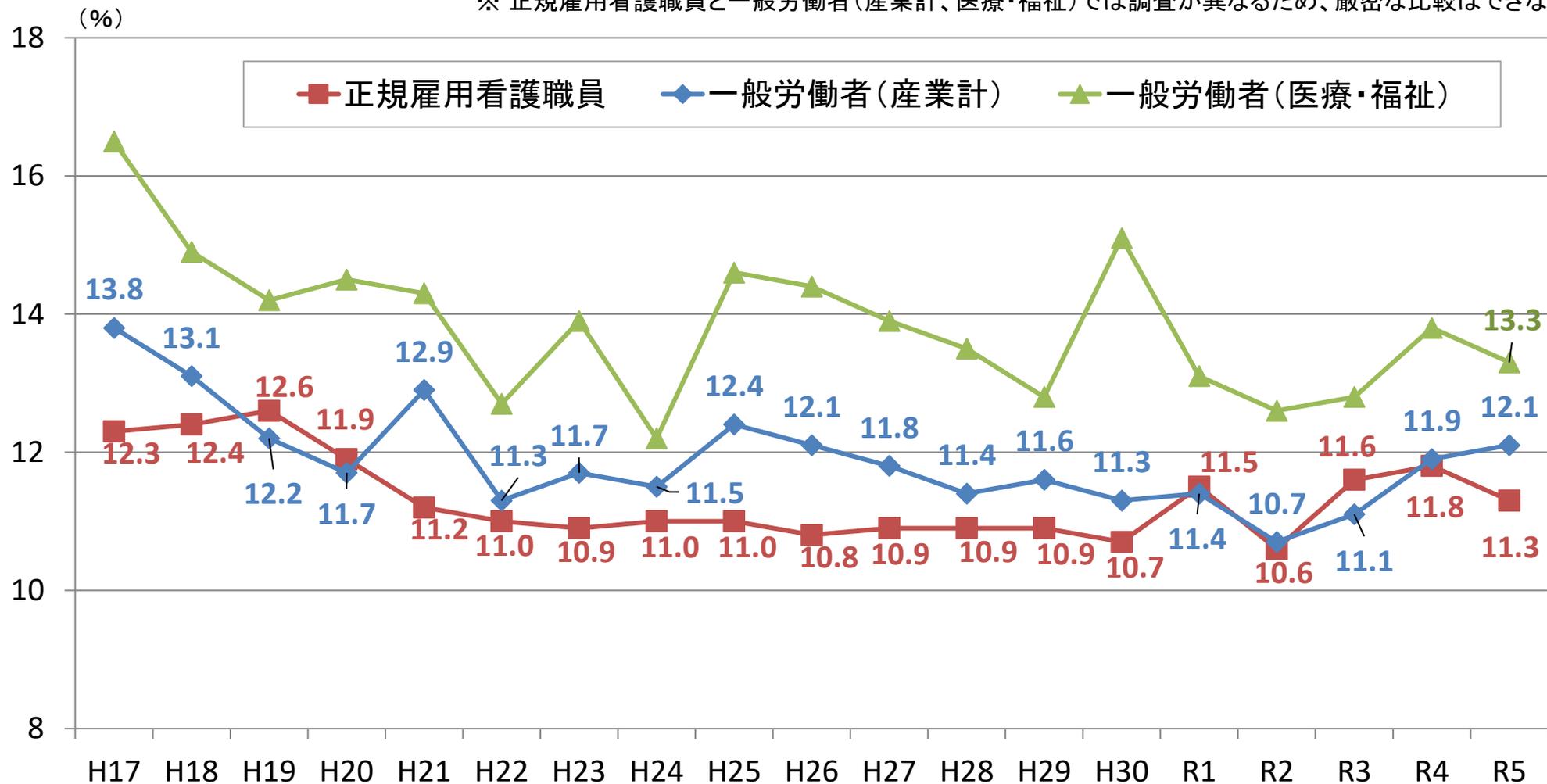


資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査（令和2年）」、「衛生行政報告例（隔年報）」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（令和3年1月1日現在）」

看護職員の離職率の推移

正規雇用看護職員の離職率は、一般労働者（産業計）とほぼ同程度で推移。

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



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

注：「病院看護実態調査」は年度データ、「雇用動向調査」は年データ。

令和7年の看護師国家試験の合格者数は56,906人。

<令和7年合格者数>

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

保健師・助産師国家試験受験資格

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

助産師養成所・大学院・大学専攻科/別科・短大専攻科

138校 1,792人 (1学年定員) 1,570人 (入学者数)

1年
以上

看護師国家試験受験資格

保健師課程

助産師課程

4年制大学

310校
26,685人 (1学年定員)
26,044人 (入学者数)

養成期間3年以上の 養成所・短大

541校 27,379人 (1学年定員)
22,411人 (入学者数)

養成期間2年の
養成所・短大等

112校 3,997人 (1学年定員)
2,635人 (入学者数)

2年通信制

15校
3,030人 (1学年定員)
1,997人 (入学者数)

高校・
高校専攻科
5年一貫
教育校

82校
4,229人 (1学年定員)
3,055人 (入学者数)

3年以上の
実務経験又は
高等学校等卒業者

7年以上の
実務経験

准看護師試験受験資格 (都道府県実施)

准看護師養成所・高校

※養成所は2年、高校は3年

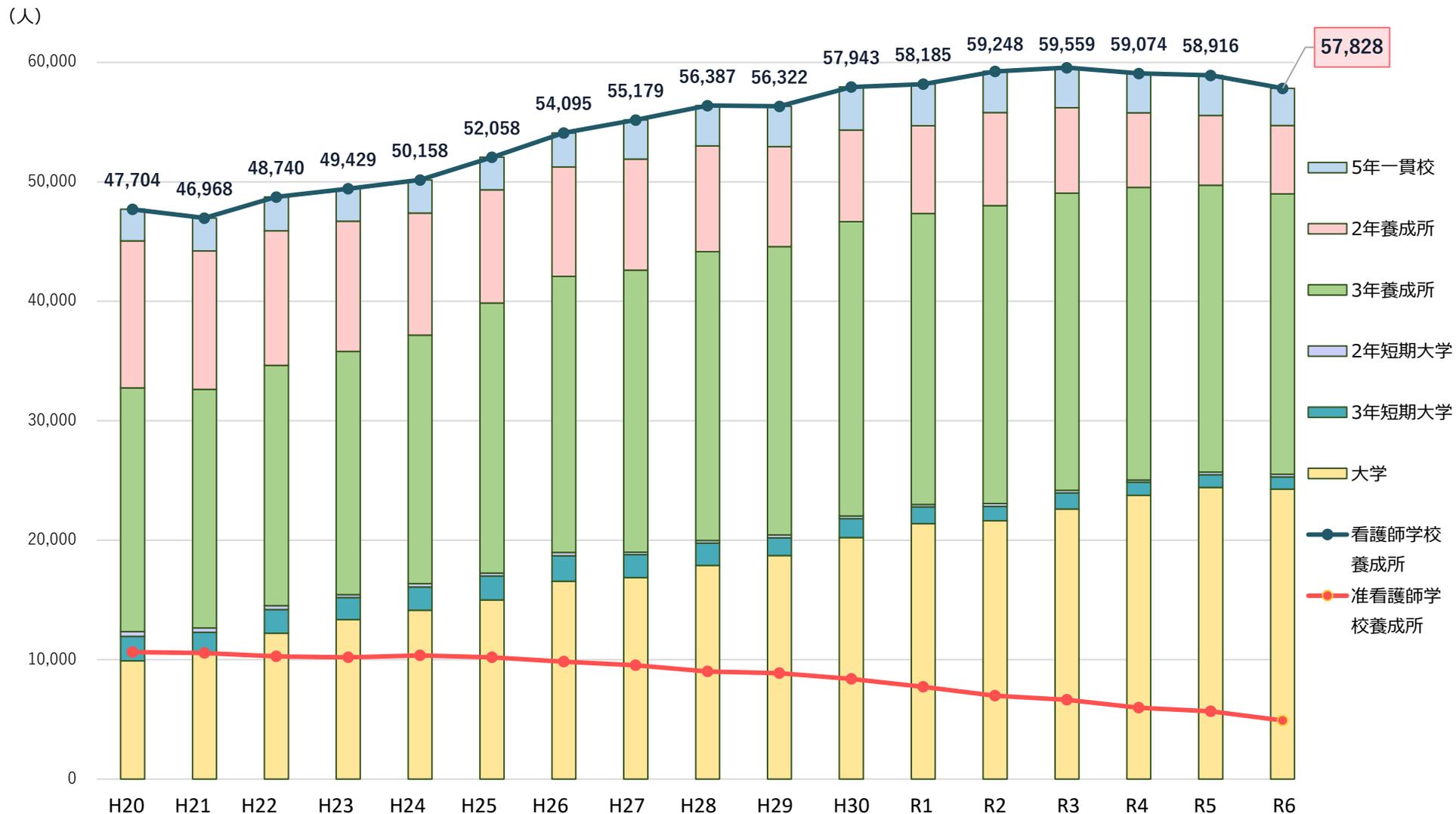
182校 7,414人 (1学年定員)
4,207人 (入学者数)

高等学校卒業

中学卒業

看護師学校養成所卒業者数の推移

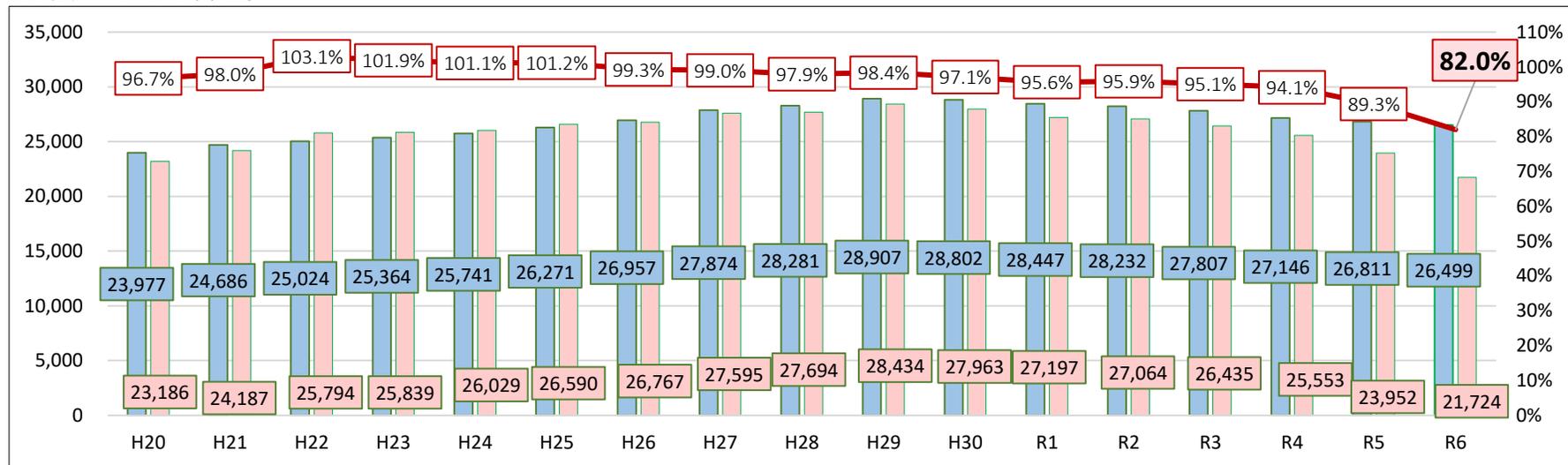
看護師学校養成所の卒業生数は、令和3年度（59,559人）以降は減少傾向となり、令和6年度は57,828人。



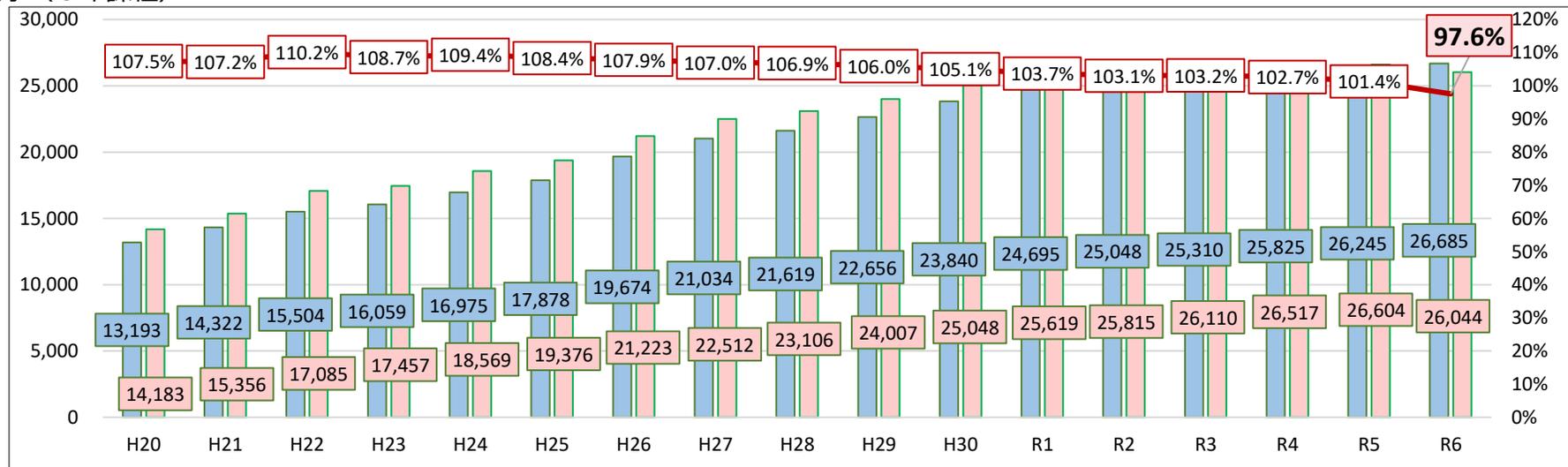
看護師学校養成所（3年課程）における1学年定員数、入学者数及び定員充足率

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

■ 看護師養成所（3年課程）



■ 大学（3年課程）



■ 1学年定員数 ■ 入学者数 ■ 充足率

「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」の改定について

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

① 看護師等の就業の動向

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

② 看護師等の養成

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

③ 病院等に勤務する看護師等の処遇の改善

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

⑦ その他看護師等の確保の促進に関する重要事項

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

④ 研修等による看護師等の資質の向上

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

⑤ 看護師等の就業の促進

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

⑥ 新興感染症や災害等への対応に係る看護師等の確保

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

看護職員確保に関する施策

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

新規養成

復職支援

定着促進

①新規養成

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

②復職支援

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

③定着促進

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

看護職員等の 処遇改善

<診療報酬改定>

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

<予算事業>

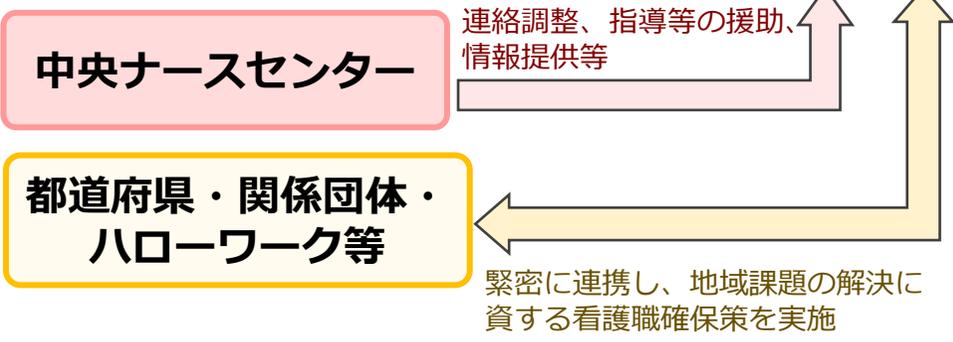
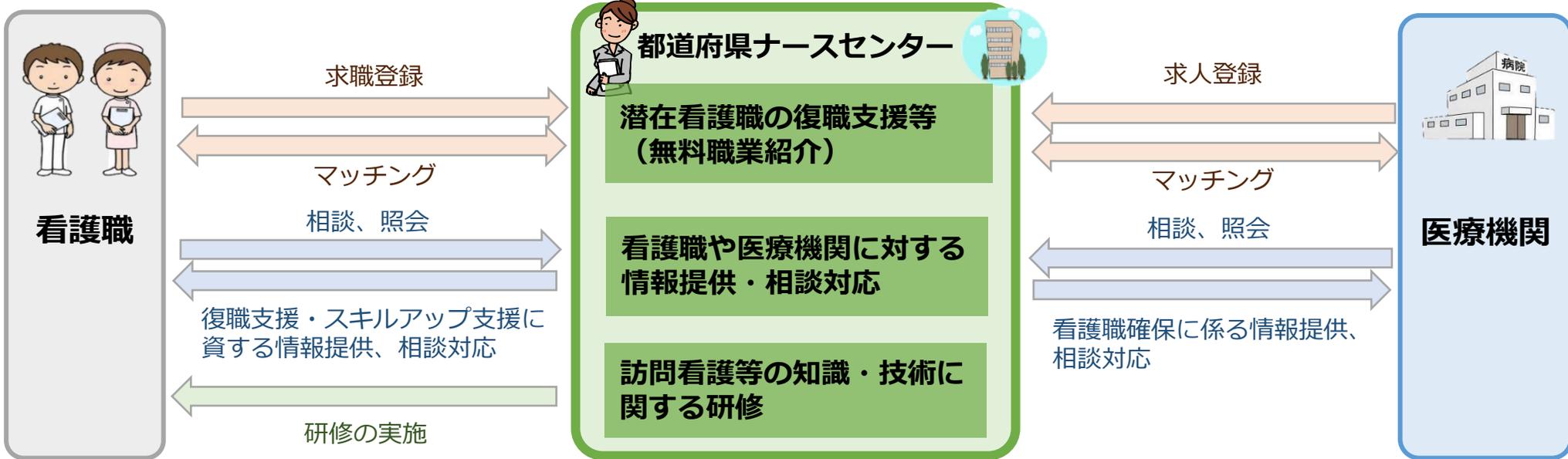
- ・令和5年度補正予算 看護補助者の処遇改善事業
- ・令和6年度補正予算 生産性向上・職場環境整備等支援事業

地域・領域別の 課題への対応

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

都道府県ナースセンターによる看護職の就業・資質向上支援

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



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

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

※ 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。）

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。55社（うち医療41社、介護26社、保育17社）を認定し公表（令和7年4月現在）。
- 職業紹介事業者の法令違反の疑いについて、『「医療・介護・保育」求人者向け特別相談窓口』を都道府県労働局に設置（令和5年2月1日）。

【令和5年度】

1. 法令に違反する職業紹介事業者への厳正な対応

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

2. 有料職業紹介事業の更なる透明化

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

3. 優良な紹介事業者の選択円滑化

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

雇用仲介事業（職業紹介事業、募集情報等提供事業）に係る追加的対応について

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 18

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 事業所一覧

検索時の条件
 ・ 都道府県：関東
 ・ 取扱業務の職種：看護師、准看護師
 ・ 手数料実績率(数値)：1% ~ 20%

※検索結果には一覧表右上の基準日現在で有効な事業主/事業所の情報が表示されます。地よりの検索は本サイトの利用満足度についてのアンケートにご協力下さい。※下記の表の取組を機に、事業主に於ける支所がある場合、その合計の数値が表示されます。

検索結果 69 件 (1件~20件表示(1ページ目))

令和7年6月1日現在

2 対能力テリ一 取扱業務の職種 昇降/降順 並び替え

事業主/事業所名 / 所属年月日・届出受理年月日	事業主氏名 / 事業所名称	事業所所在地 / 電話番号	就職者			離職者数 (無期雇用のうち就職後6ヶ月以内) (人)	取扱業務の職種	手数料実績率 (%)または円)	備考
			4ヶ月以上 有期及び無期 (人)	4ヶ月以上 有期及び無期 (うち無期) (人)	4ヶ月未満 有期(人日)				
00-00-00000 令和〇年〇月〇日	A社	●●県▲▲市 ■■■■■■■■ 00/0000/0000	44	44	0	0	4.看護師・准看護師	12.6%	詳細情報
00-00-00000 令和〇年〇月〇日	B社	●●県▲▲市 ■■■■■■■■ 00/0000/0000	64	5	855	1	4.看護師・准看護師	18.3%	詳細情報
00-00-00000 令和〇年〇月〇日	C社	●●県▲▲市 ■■■■■■■■ 00/0000/0000	135	97	3,105	14	4.看護師・准看護師	20.0%	詳細情報

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」での昇降順の並び替えも可能

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



人材サイトで検索

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

職業紹介事業の運営「法第32条の16 第3項に関する事項（情報提供）」

情報登録年度	就職者			離職者数 (無期雇用のうち就職後6ヶ月以内) (人)	離職が判明せず (無期雇用のうち就職後6ヶ月以内) (人)
	4ヶ月以上 有期及び無期(人)	4ヶ月以上 有期及び無期(人) うち無期(人)	4ヶ月未満有期 (人日)		
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

職業紹介事業の運営「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

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)

1-1. 看護職員に係る現状

1-2. 看護職員の負担軽減とタスクシフト/シェア

1-3. 特定行為研修、タスクシフト/シェア

2. 病棟における多職種でのケア(その1)

3. 入退院支援(その1)

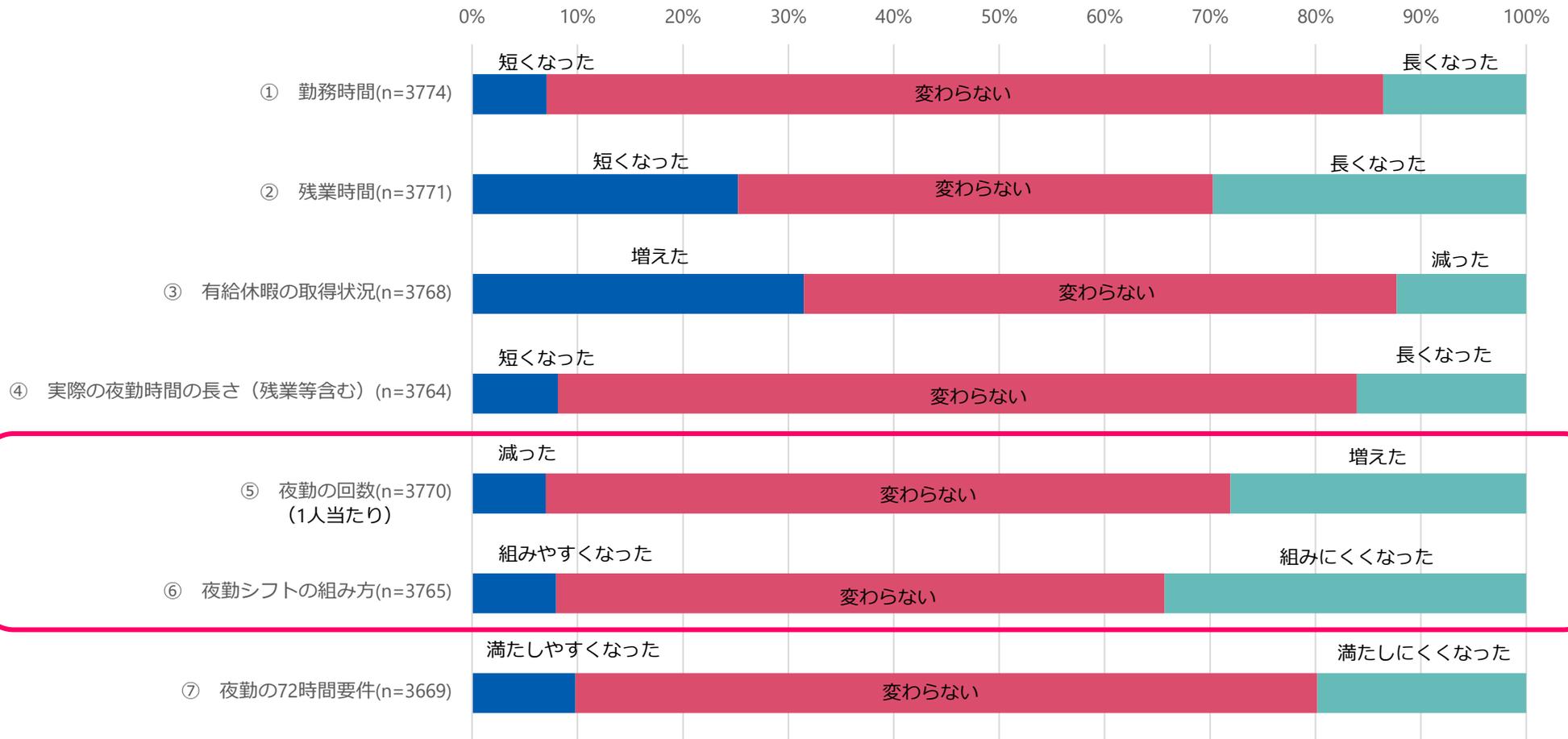
4. リハビリテーション(その1)

5. 食事療養(その1)

病棟看護職員の勤務状況について

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

病棟の看護職員の勤務状況（令和6年11月時点における直近1年間の変化）



看護職員の負担軽減策に係る加算等の主な変遷

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

看護職員の負担軽減策の全体像

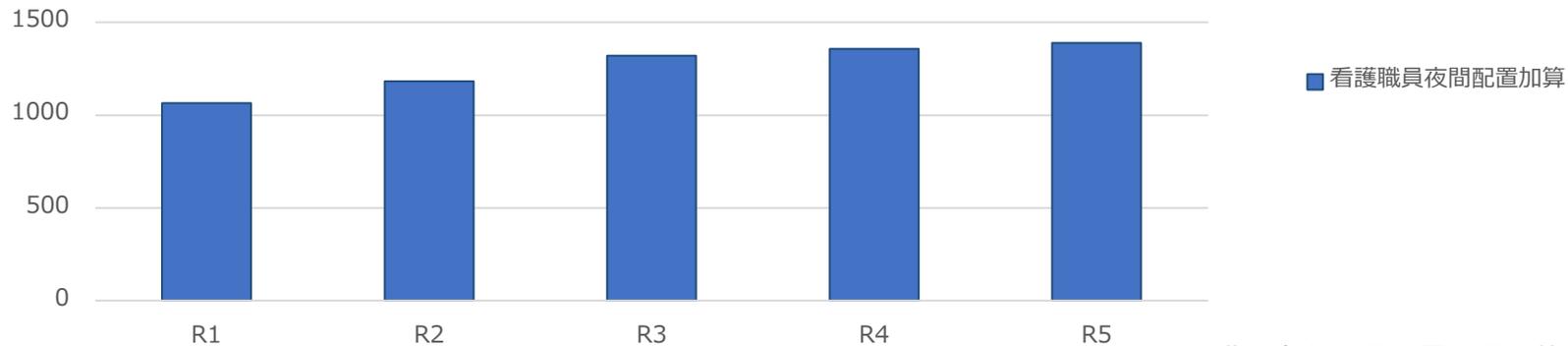
		急性期	回復期・慢性期
看護補助者との役割分担の推進		【急性期看護補助体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 	【看護補助加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院基本料 13対1、15対1、18対1、20対1※¹ 障害者施設等入院基本料（7対1、10対1）の注加算 特定一般病棟入院料 小児入院医療管理料の注加算 【看護補助者配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の注加算
看護職員と看護補助者の業務分担・協働の更なる推進		【看護補助体制充実加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算 小児入院医療管理料の注加算 	【看護補助体制充実加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算等 療養病棟入院基本料の注加算 地域包括ケア病棟入院基本料の注加算 地域包括医療病棟入院基本料の注加算 障害者施設等入院基本料の注加算
夜間の看護体制関係	看護職員の手厚い夜間配置	【看護職員夜間配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院基本料6又は10対1入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 	【夜間看護加算】 <ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料の注加算 【看護職員夜間配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の注加算 地域包括医療病棟入院料の注加算 精神科救急急性期医療入院料の注加算 精神科救急・合併症入院料の注加算
	看護補助者の夜間配置	【夜間急性期看護補助体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算 	【夜間75対1看護補助加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算（地域一般入院料1又は2、13対1※¹のみ）
	負担軽減に資する勤務編成（シフト）や、部署間支援等の推進	【夜間看護体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算（夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合のみ） 	【夜間看護体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算 障害者施設等入院基本料の注加算 地域包括医療病棟入院料の注加算
	小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保	【夜間看護体制特定日減算】 <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料 結核病棟入院基本料 精神病棟入院基本料 地域包括医療病棟入院料 専門病院入院基本料 障害者施設等入院基本料 地域包括ケア病棟入院料 	
	適切な夜勤時間の管理	【月平均夜勤時間が72時間以下であること】 <ul style="list-style-type: none"> 病院の入院基本料等の施設基準 	

看護職員夜間配置加算の届出・算定状況

- 看護職員夜間配置加算の届出施設は、徐々に増加している。
- 看護職員夜間配置加算の算定回数は、増加傾向である。

■ 看護職員夜間配置加算の届出状況の推移

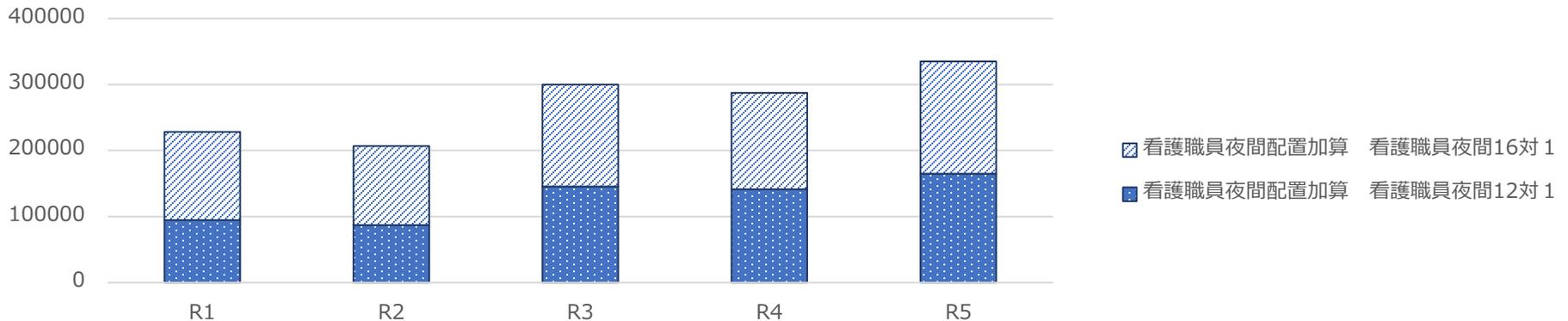
看護職員夜間配置加算（届出施設数）



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

■ 看護職員夜間配置加算の算定状況の推移

看護職員夜間配置加算（算定回数）



ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進

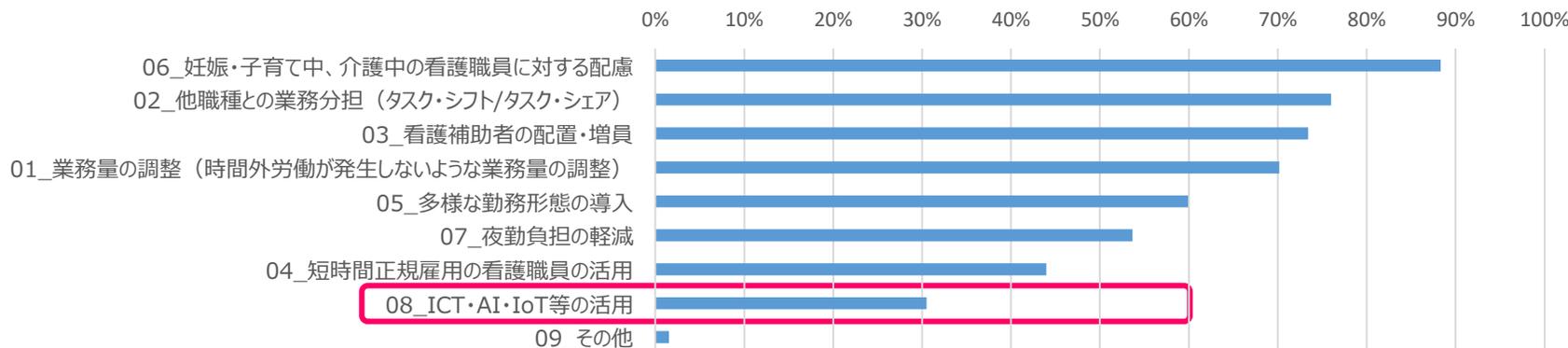
ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進

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

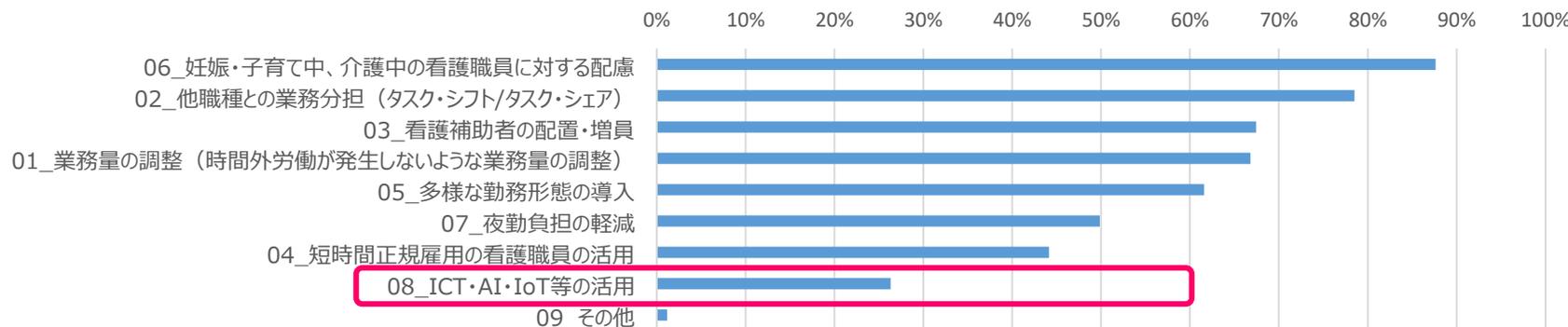
※1 3交代制勤務又は変則3交代勤務の病棟のみが対象 ※2 夜間30・50・100対1急性期看護補助体制加算の届出が該当	看護職員夜間配置加算 12対1加算1 16対1加算1	夜間看護体制加算 急性期看護補助体制加算の注加算	夜間看護体制加算 看護補助加算の注加算	夜間看護体制加算 障害者施設等入院基本料の注加算	看護職員夜間配置加算 精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算
満たす必要がある項目数（ア又はウを含むこと）	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保（※1）	○	○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

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

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



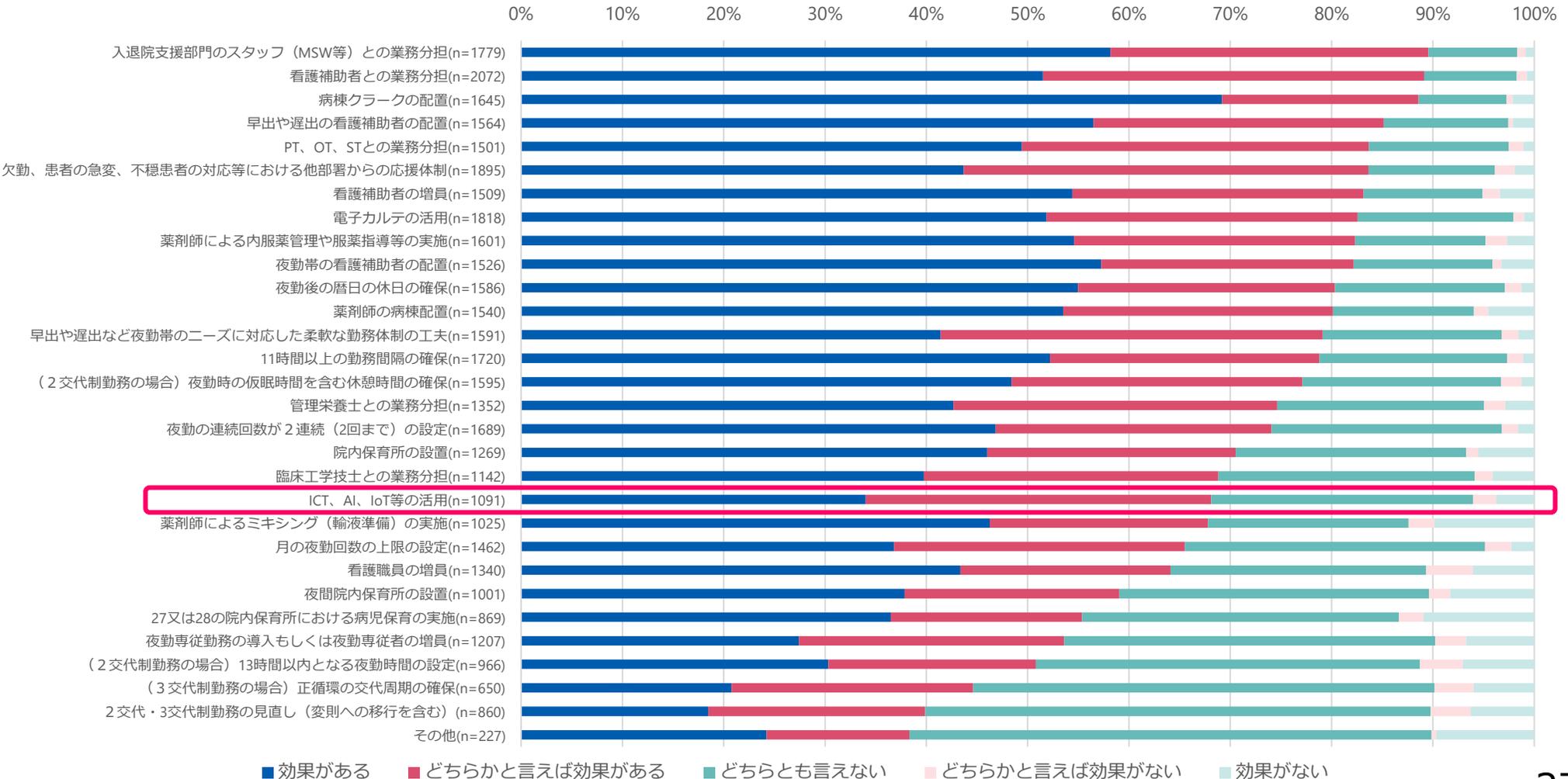
(地域包括ケア・回復期リハ病棟) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施しているもの(n=768)



看護職員の業務負担軽減の効果

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

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



① 施策の目的

賃上げ等のための生産性向上の取組を支援し、医療人材の確保・定着を図る。

② 対策の柱との関係

I	II	III
○		

③ 施策の概要

生産性向上に資する設備導入等の取組を進める医療機関等（ベースアップ評価料算定機関に限る。）に対して経費相当分の給付金を支給し、生産性向上・職場環境整備等を図る。

（交付額）病院・有床診療所：4万円／病床数、診療所（医科・歯科）・訪問看護ステーション：18万円／施設（補助率10/10）

【生産性向上に資する取組のイメージ】

○ ICT機器の導入による業務の効率化

- ・ タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備等の導入 → 職員間の情報伝達の効率化（チーム医療の推進）
- ・ 床ふきロボット、監視カメラ等の導入 → 清掃業務、院内監視業務等の効率化

○ タスクシフト／シェアによる業務の効率化

- ・ 医師事務作業補助者・看護補助者の配置 → 医師・看護師の業務効率化（診断書作成、病室内の環境整備や看護用品の整理等）

※ 新たに配置する際に必要な経費の他、既に雇用している職員の人件費に充てることが可能

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



- I 医療機関は都道府県に交付申請し、都道府県は国に所要額を交付申請
- II 国は都道府県を通じて医療機関に所要額を交付決定し、都道府県が医療機関に交付
- III 医療機関は速やかに都道府県に実績報告
- IV 都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

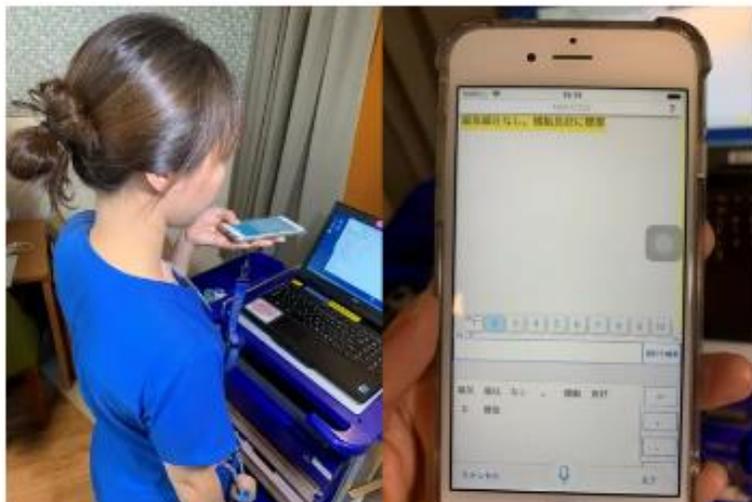
医療機関等へ業務の生産性向上に資する財政支援を行うことで、職場内の生産性向上・環境整備等を図り、地域に必要な医療提供体制を確保する。

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

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

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

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



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

課題・背景

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

事業概要

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

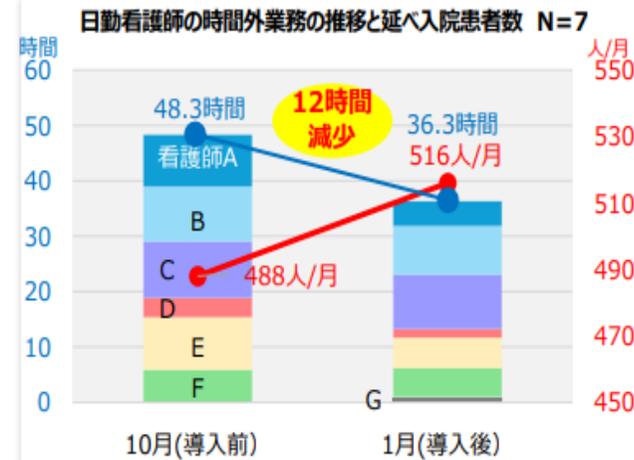


効果

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



■バイタルサイン測定機器導入による看護師の業務時間の削減



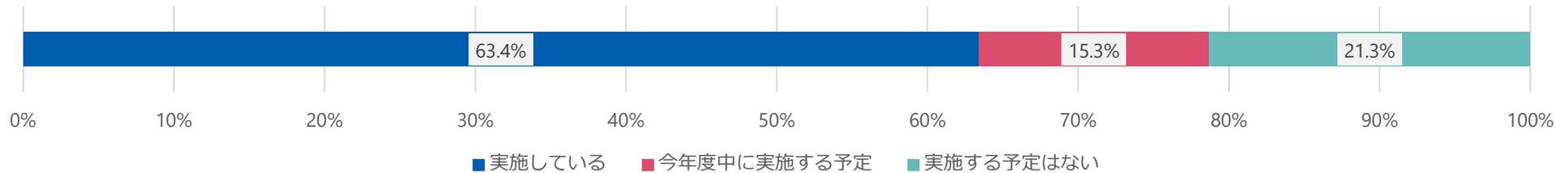
時間外業務の減少

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

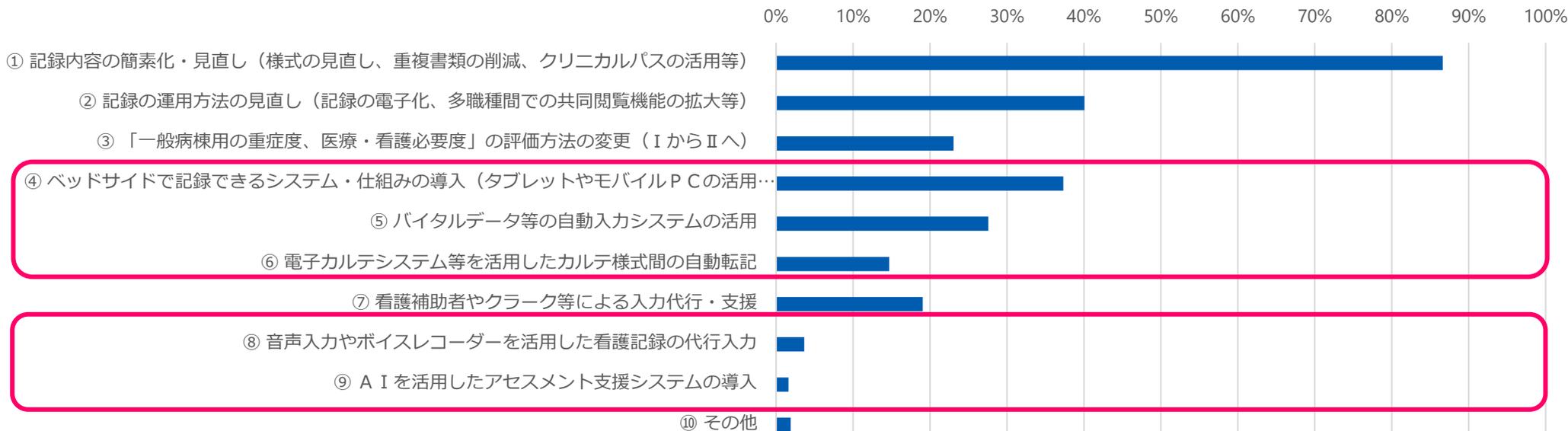
看護記録に係る負担軽減の取組状況

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

看護記録に係る負担軽減の取組状況(n=3821)



看護記録に係る負担軽減の取組の実施内容（複数回答）(n=2409)



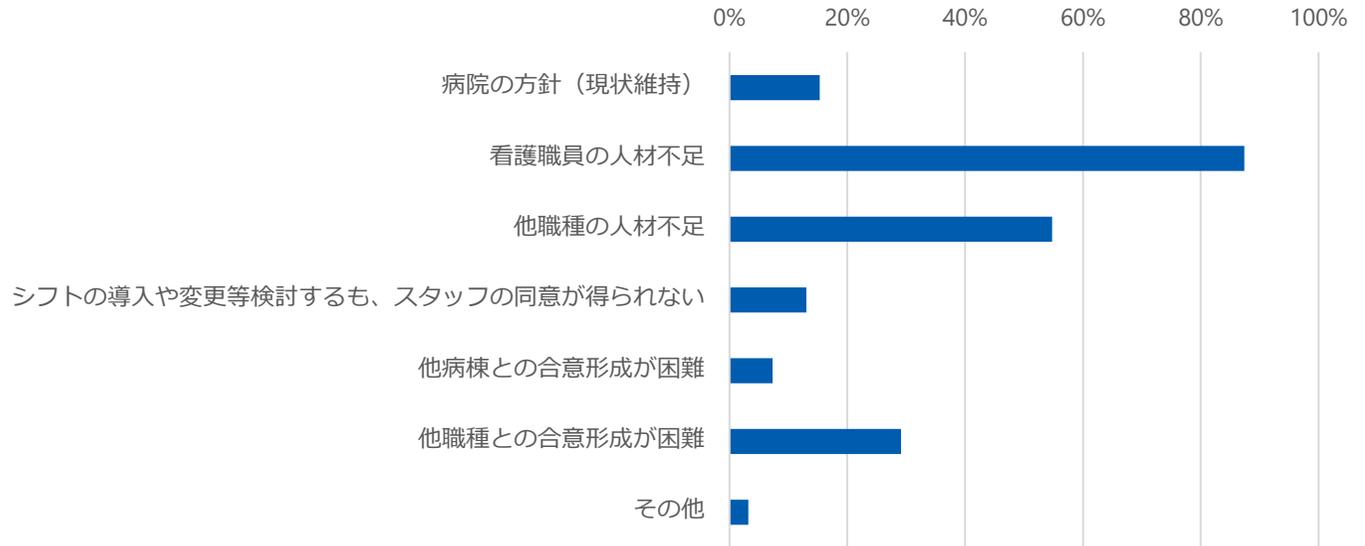
看護の業務負担軽減について

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

業務負担軽減を行っていますか

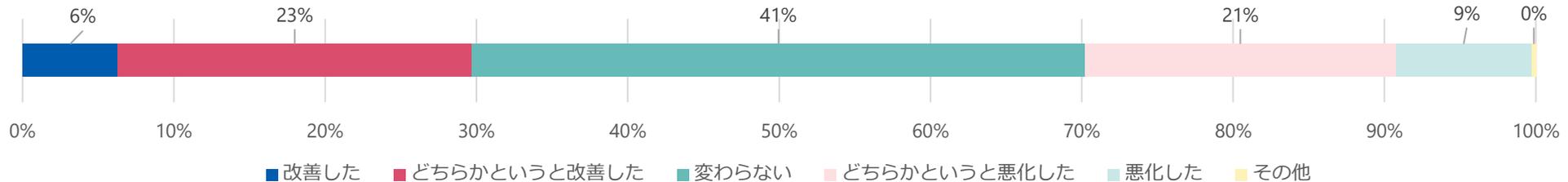
	病棟数	(割合)
取組を行っている	2,772	72%
現状で問題がないため新たな取組は行っていない	240	6%
取り組みたいが困難	847	22%

「取り組みたいが困難」な場合の理由（複数回答）(n=803)



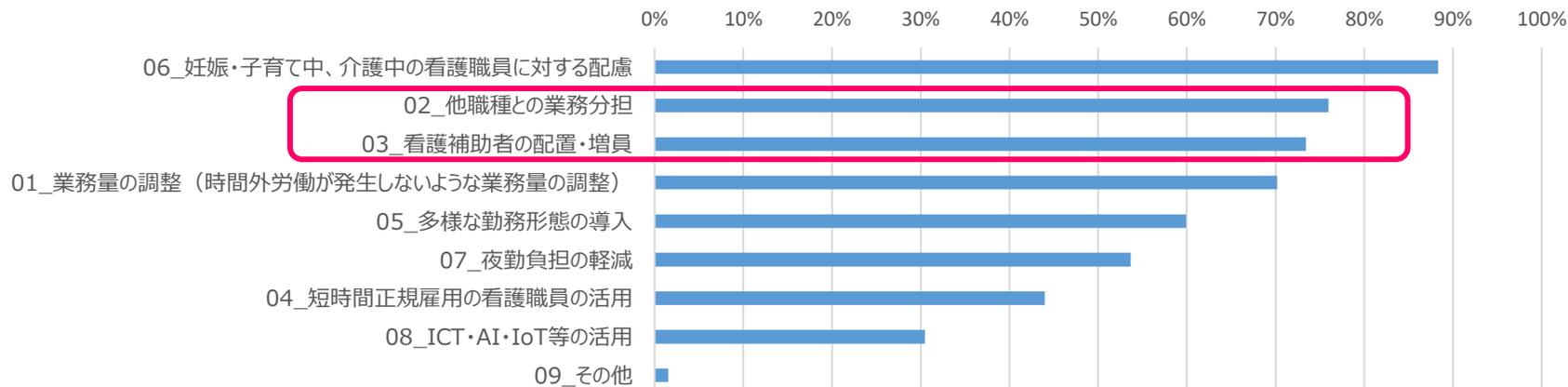
病棟の看護職員の総合的にみた勤務状況（令和6年11月時点における直近1年間の変化）

(n=3769)

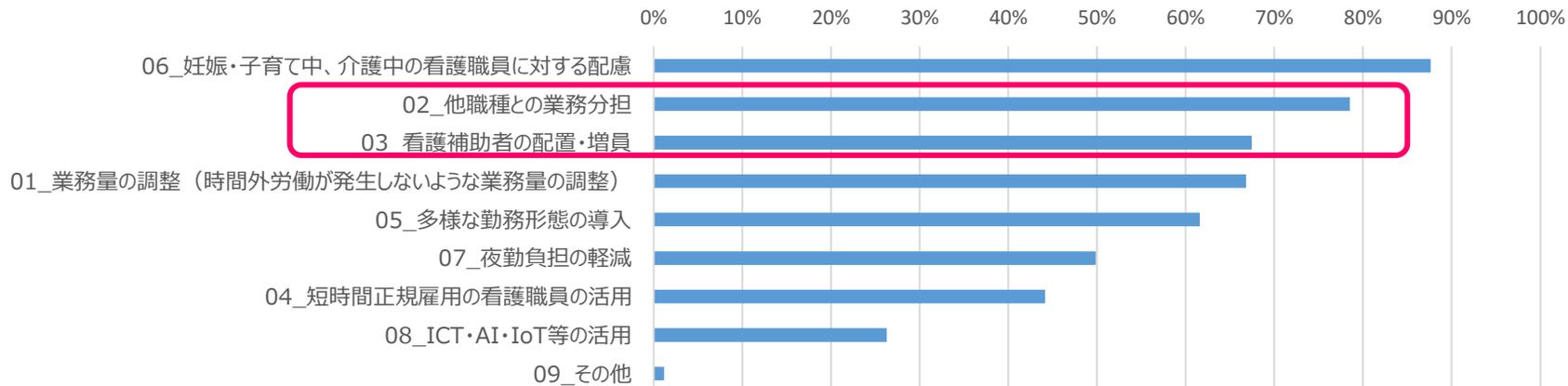


- 看護職員の負担軽減及び処遇の改善に関する取組として、他業種との業務分担や看護補助者の配置・増員が進められている。

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



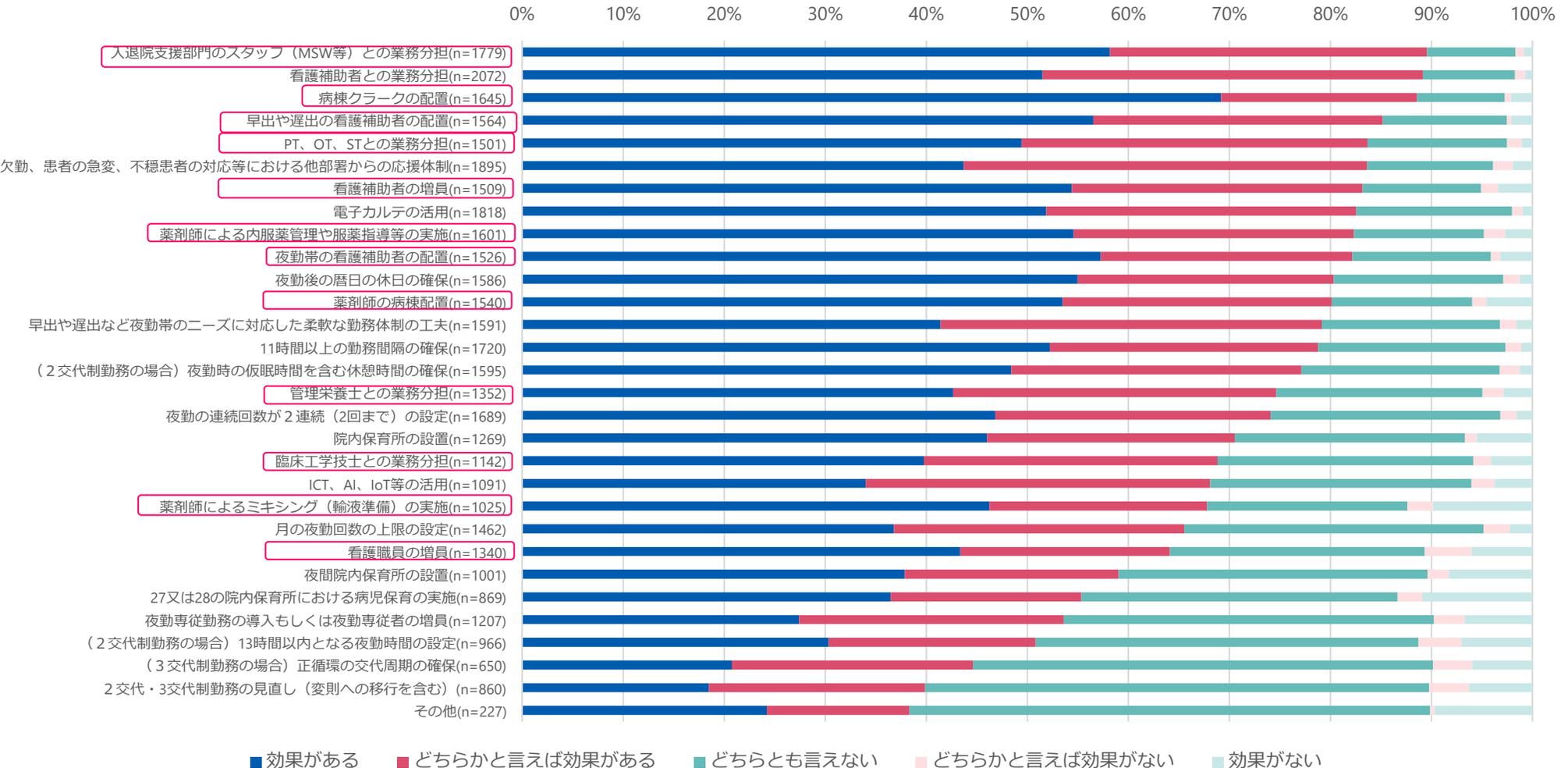
(地域包括ケア・回復期リハ病棟) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施しているもの(n=768)



看護職員の業務負担軽減の効果

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

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



看護補助者に係る評価の充実①

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

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

現行

【療養病棟入院料】

注12 イ 夜間看護加算	50点
□ 看護補助体制充実加算	55点

改定後

【療養病棟入院基本料】

注12 夜間看護加算	50点
注13 イ 看護補助体制充実加算 1	80点
□ 看護補助体制充実加算 2	65点
ハ 看護補助体制充実加算 3	55点

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

[算定要件] (概要)

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

※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用する。

[施設基準]

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- ア 当該保険医療機関において**3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上**配置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

【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

【看護補助加算】

注4 看護補助体制充実加算 5点

改定後

【急性期看護補助体制加算】

注4 **看護補助体制充実加算 1** 20点
 看護補助体制充実加算 2 5点

【看護補助加算】

注4 **看護補助体制充実加算 1** 20点
 看護補助体制充実加算 2 5点

[算定要件] (概要)

当該基準に係る区分に従い、それぞれ1日につき所定点数に加算する。

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

[施設基準]

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

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

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のイ及びウを満たすものであること。

夜間看護体制加算の評価の見直し

- 看護補助者の配置に係る評価における夜間看護体制加算の評価を見直す。

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

入院料ごとの病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）

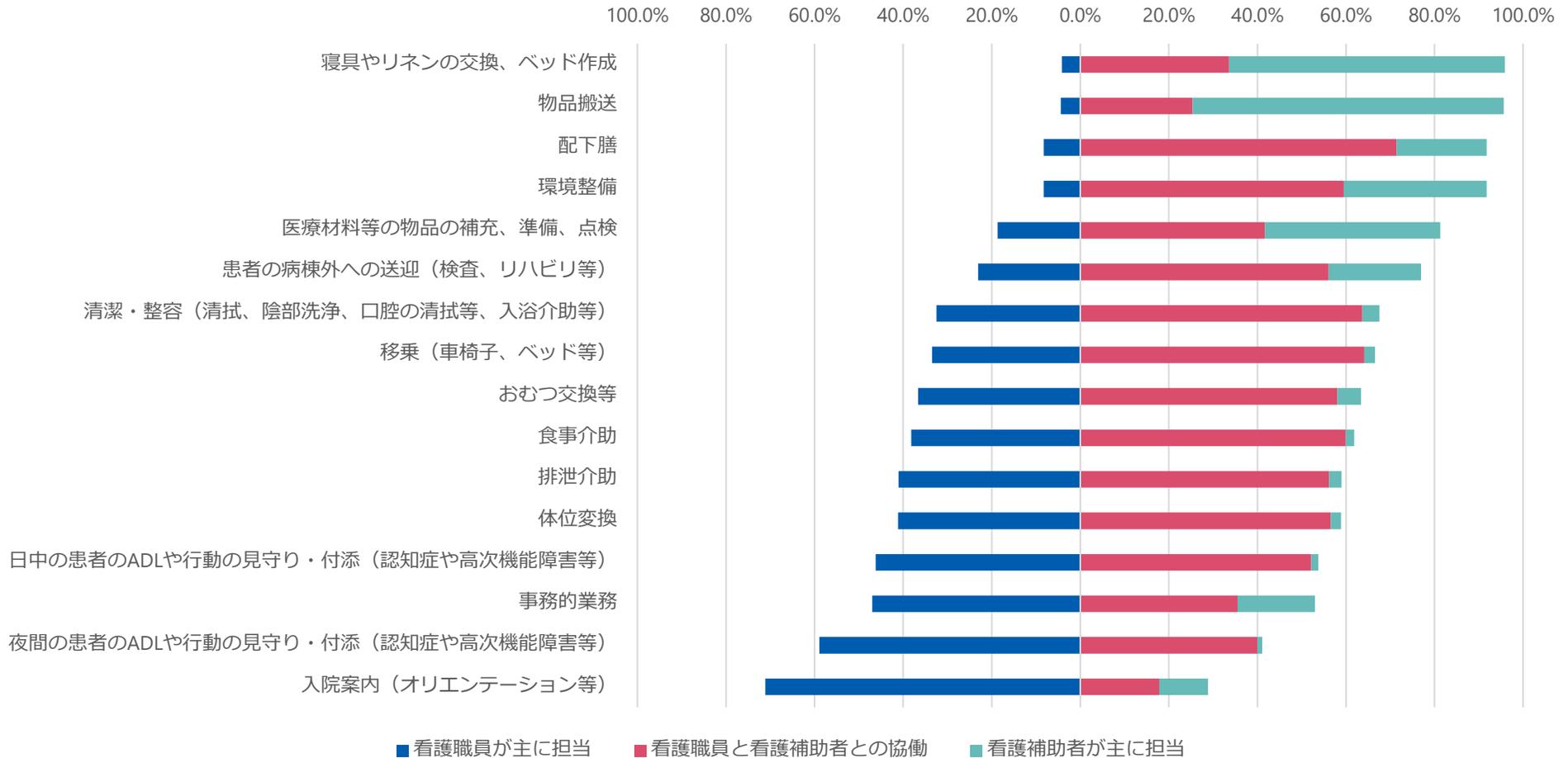
○ 40床あたりの看護職員及び看護補助者数は、入院料によりその人数及び比率が異なる。

入院料	回答病棟数 ※ 1	40床あたり職員数の施設平均（単位：人）				
		全職員数	看護職員	看護補助者		
					うち介護福祉士	
急性期一般入院料1(N=340)	2044	33.91	26.62	3.80	0.48	
急性期一般入院料2-3(N=79)	221	31.68	23.18	3.70	0.57	
急性期一般入院料4-6(N=181)	274	30.44	20.58	4.70	0.68	
特定機能病院入院基本料(N=32)	443	34.60	28.69	2.73	0.05	
専門病院入院基本料(N=3)	17	25.40	22.98	2.09	0.00	
小児入院医療管理料(N=126)	192	39.44	32.79	2.54	0.24	
地域一般入院料1-2(N=21)	24	29.75	19.26	4.49	1.14	
地域一般入院料3(N=47)	50	31.65	17.20	5.86	1.02	
地域包括医療病棟入院料(N=17)	19	33.09	21.18	4.03	0.63	
地域包括ケア病棟入院料(N=312)	349	30.48	19.15	6.53	2.14	
地域包括ケア病棟入院料1(N=159)	181	33.56	19.66	7.21	2.67	
地域包括ケア病棟入院料2(N=150)	163	27.23	18.64	5.77	1.56	
地域包括ケア病棟入院料3(N=1)	1	26.25	20.00	6.25	3.75	
地域包括ケア病棟入院料4(N=4)	4	24.59	16.78	6.69	1.71	
回復期リハビリテーション病棟入院料(N=370)	497	42.45	16.93	6.92	3.19	
回復期リハビリテーション病棟入院料1(N=267)	372	45.41	17.49	6.94	3.36	
回復期リハビリテーション病棟入院料2(N=35)	43	37.98	15.43	6.94	3.37	
回復期リハビリテーション病棟入院料3(N=64)	67	31.53	15.33	6.67	2.20	
回復期リハビリテーション病棟入院料4(N=11)	11	30.46	13.96	7.38	2.55	
回復期リハビリテーション病棟入院料5(N=4)	4	30.90	16.70	8.08	3.13	
療養病棟入院基本料1(N=358)	577	25.97	12.62	9.32	3.78	
療養病棟入院基本料2(N=50)	70	23.73	11.73	7.98	2.83	
その他入院料(N=159)	166	35.73	25.31	5.52	1.31	

※ 1 20床以下の病棟は除いて集計

○ 看護職員と看護補助者との業務分担が進められている。

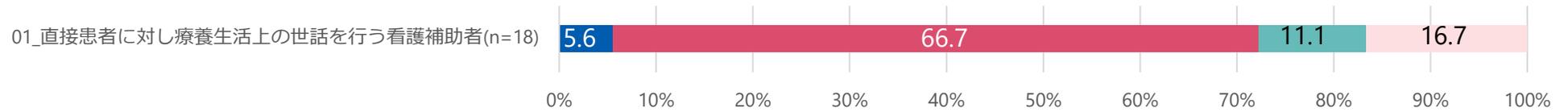
条件なし_看護補助者との業務分担状況(n=3668)



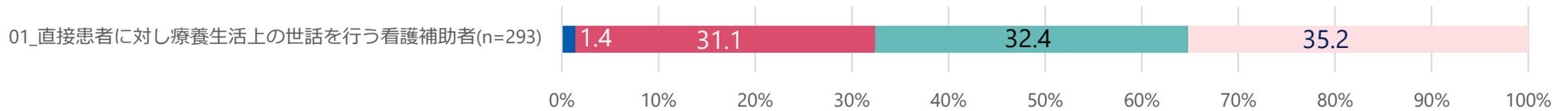
「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」について

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

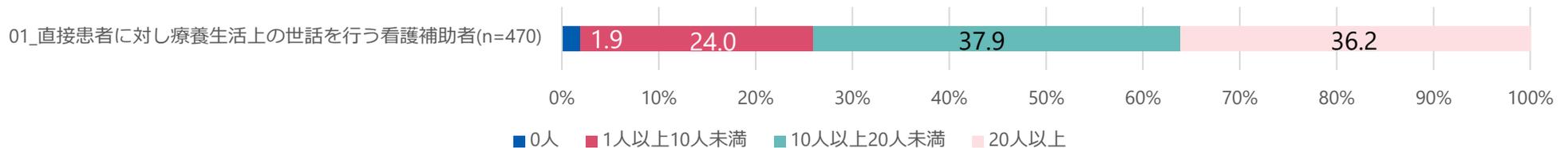
地域包括医療病棟入院料を算定し、看護補助体制充実加算1～3のいずれかを届け出ている施設における
「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数



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



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

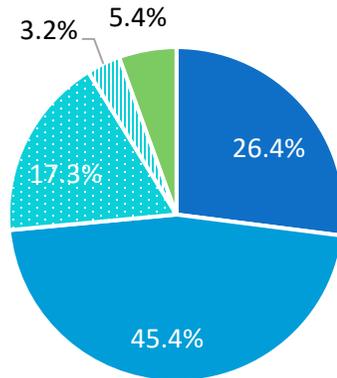


看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の達成状況

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

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する

計画の達成状況 (n=1515)



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

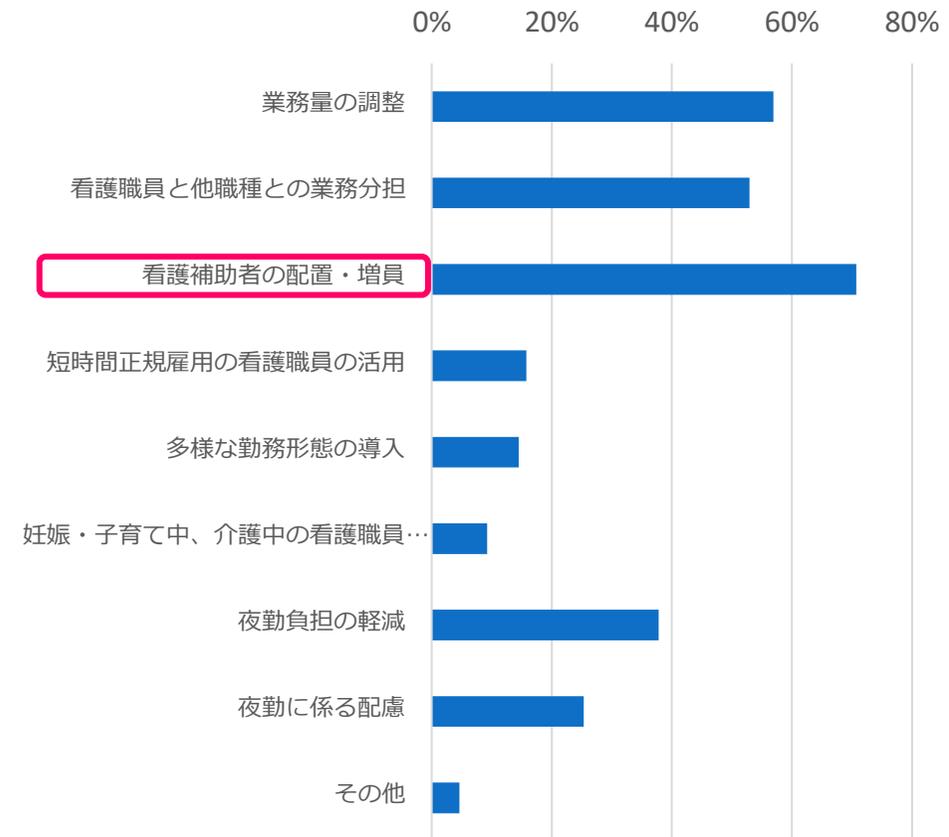
(※) 以下の加算において「看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画」策定を求めている

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

「達成が困難である」もしくは

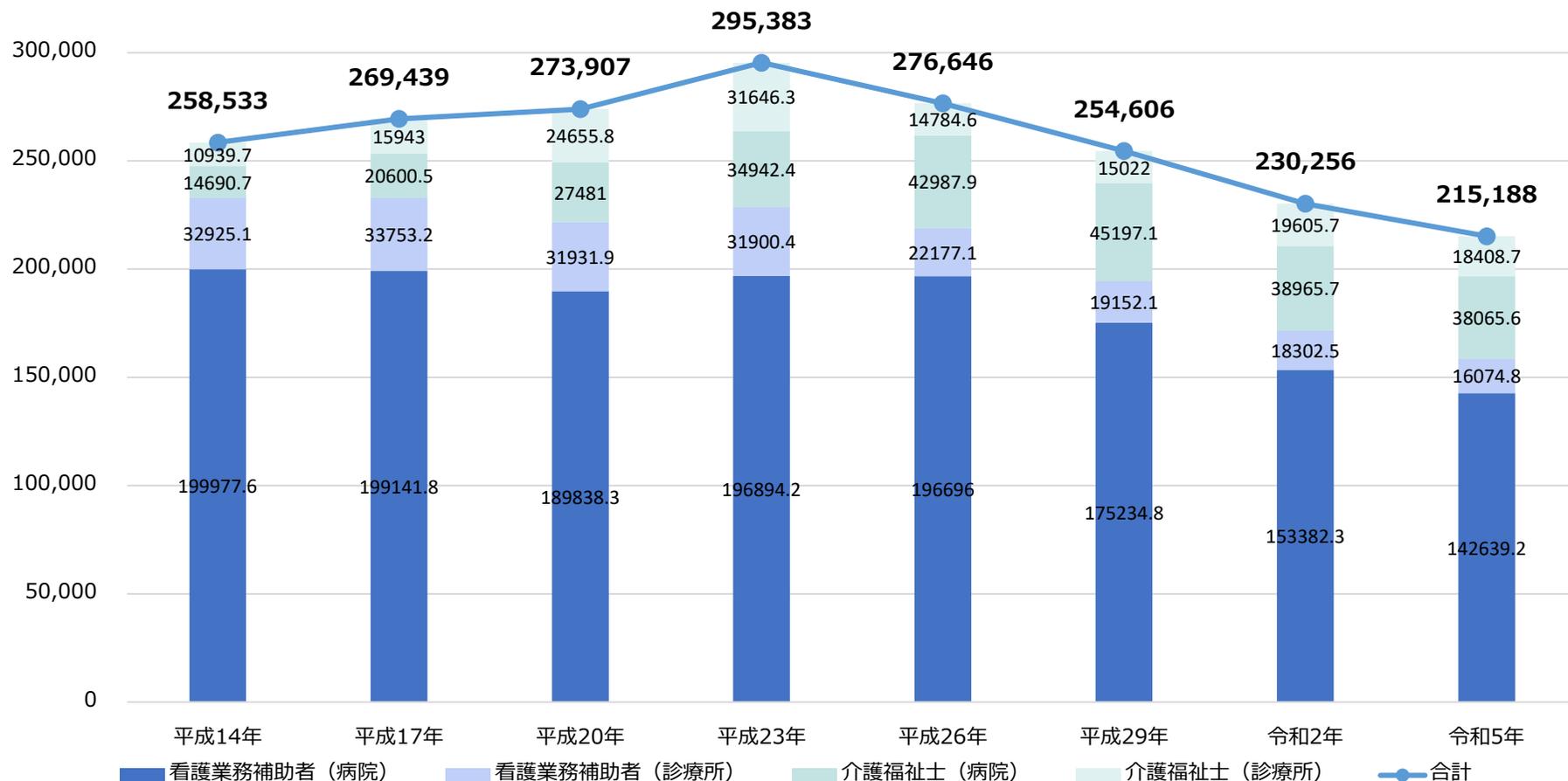
「達成はやや困難である」を選択した場合、

達成が困難である項目 (n=304)



看護業務補助者等の従事者数の推移

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



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

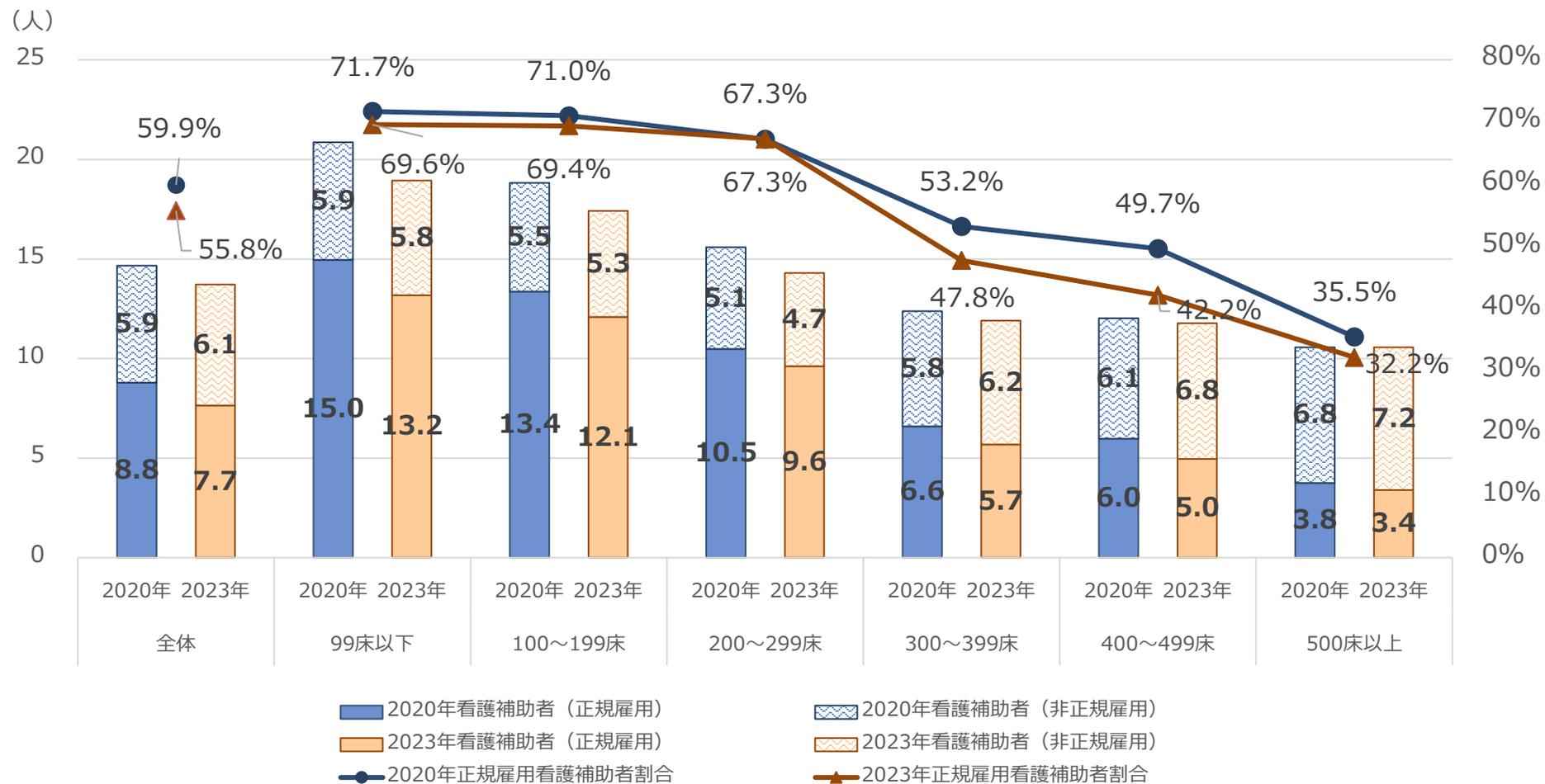
出典：各年医療施設（静態・動態）調査・病院報告 従事者の状況 病院の従事者数

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

看護補助者の雇用形態等

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

■ 雇用形態別・病床規模別の看護補助者数（許可病床100床あたり）の推移

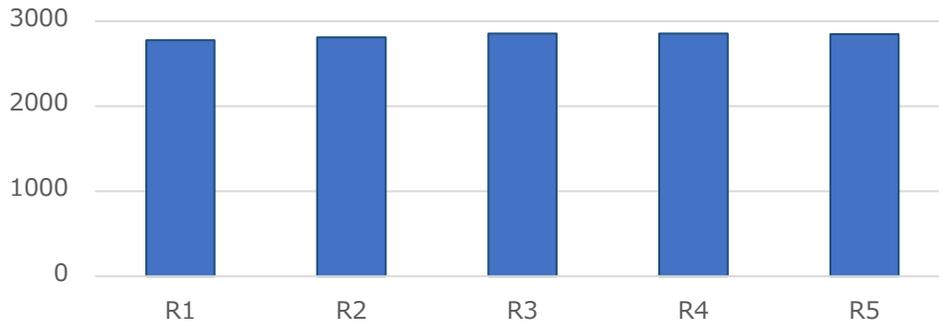


看護補助加算の届出・算定状況

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

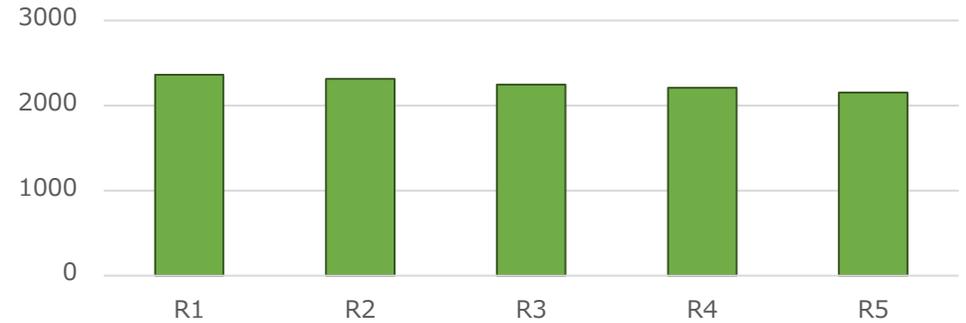
■急性期看護補助体制加算の届出状況の推移

急性期看護補助体制加算の届出施設数



■看護補助加算の届出状況の推移

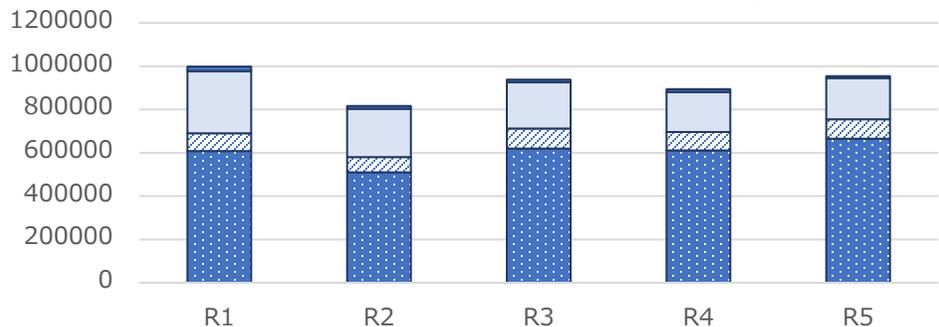
看護補助加算の届出施設数



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

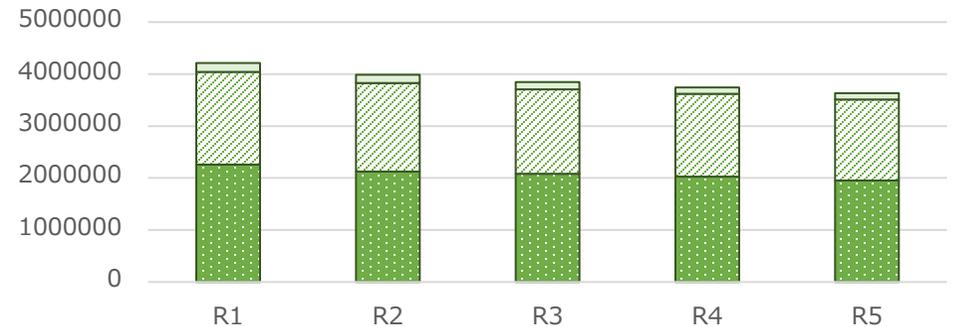
■急性期看護補助体制加算の算定状況の推移

急性期看護補助体制加算（算定回数）



■看護補助加算の算定状況の推移

看護補助加算（算定回数）



- 急性期看護補助体制加算 75対1 急性期看護補助体制加算
- 急性期看護補助体制加算 50対1 急性期看護補助体制加算
- 急性期看護補助体制加算 25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）
- 急性期看護補助体制加算 25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）

- 看護補助加算1
- 看護補助加算2
- 看護補助加算3

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

看護補助者への研修例

©日本看護協会 看護補助者標準研修 モジュール1-4 カリキュラム

モジュール	単元/主な内容	時間数
1 看護補助者入門 (必須研修)	<講義> 医療制度の概要 1) 医療提供体制の概要 2) 医療保険制度	講義15分
	<講義> 医療機関について 1) 医療機関の機能と役割 2) 医療機関の組織の特徴	講義 20分
	<講義> 医療チームの機能と役割 1) 医療チームにおける看護の役割 2) 看護補助者の役割と責任 3) 情報共有の必要性	講義 20分
	<講義> 看護補助者の業務 1) 看護補助者の業務範囲と業務内容 2) 病棟の1日の流れと勤務体制・業務の特徴 3) 夜勤帯の特徴と留意点	講義 30分
	<講義> 看護補助者の業務上の責任 1) 守秘義務 2) 個人情報の保護	講義 20分
	<講義> 看護補助者に求められる倫理 1) 相手を尊重する基本的考え方と態度	講義 20分
	<講義> 看護補助者としての心得 1) 接遇 2) 自己の健康管理	講義 30分
	看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術 ① 医療安全 <講義> 1) 医療安全組織体制、事故発生時の対応 2) 急変時の対応 <演習> 急変時の対応における看護補助者の役割 ② 感染予防 <講義> 1) 清潔・不潔の概念 2) 標準予防策 3) 医療廃棄物、ごみの分別 4) 起こりやすい院内感染 <演習> 手洗い・手指消毒・個人防護具の着脱 ③ 労働安全衛生 <講義> 1) 健康障害を生じるリスク要因	講義 ①20分 ②40分 ③25分 演習

モジュール	単元/主な内容	時間数
2	周辺業務 <講義> 生活環境に関わる業務 病床及び病床周辺の清掃・整頓、病室環境の調整、シーツ交換やベッドメイキング、リネン類の管理 <演習> ①ベッドメイキング、②膀胱留置カテーテルの取り扱い、尿量測定、③経管栄養の準備と片付け <講義> 診療に関わる周辺業務 処置・検査等の伝票類の準備・整備、診療に必要な書類の整備・補充 医療機器及びその他の器具等の準備・片付け、診療材料の補充・整理 入退院・転出入に関する業務 <演習> 医療機器等の取り扱い	講義：50分 演習
3	直接ケア総論 <講義> 直接ケアに関わる医療安全 1) 患者誤認防止、2) 転倒・転落防止、3) スキンケア防止 <演習> KYT（危険予知訓練） <講義> 患者・患者家族とのコミュニケーション 1) 良好なコミュニケーション、2) 患者理解 <演習> コミュニケーション手技	講義：55分 演習
4-1	各論 清潔に関する業務 <講義> 身体の清潔に関する業務 1) シャワー、入浴介助、2) 清拭、3) 手浴・足浴、4) 洗髪 5) 口腔ケア、6) 洗面と整容、7) 寝衣交換 <演習> ・口腔ケア、清拭・寝衣交換	講義：120分 演習
4-2	各論 排泄に関する業務 <講義> 排泄に関する業務 1) 排泄介助（トイレ・ポータブルトイレ・尿器・便器）、2) おむつ交換 <演習> おむつ交換・その他の排泄介助	講義：50分 演習
4-3	各論 食事に関する業務 <講義> 食事に関する業務 1) 食事介助、2) 配下膳 <演習> 食事介助・配下膳	講義：50分 演習：
4-4	各論 安全・安楽に関する業務 <講義> 安全安楽に関する業務 1) 体位交換、2) 温電法・冷電法、3) 見守り <演習> 体位交換、温電法・冷電法、見守り	講義：50分 演習
4-5	各論 移動・移送に関する業務 <講義> 移動・移送に関する業務 1) 歩行介助、2) 入院、検査、病棟移動のための搬送(車椅子、ストレッチャー) <演習> 歩行介助、車椅子・ストレッチャーの移動・移送介助	講義：55分 演習

※全モジュールにて、オリエンテーションと確認テストを実施。

【学校法人北里研究所 北里大学病院】
看護補助者の退職者減少を目指した「看護補助者ラダー※」の導入に係る取組

背景・目的

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

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

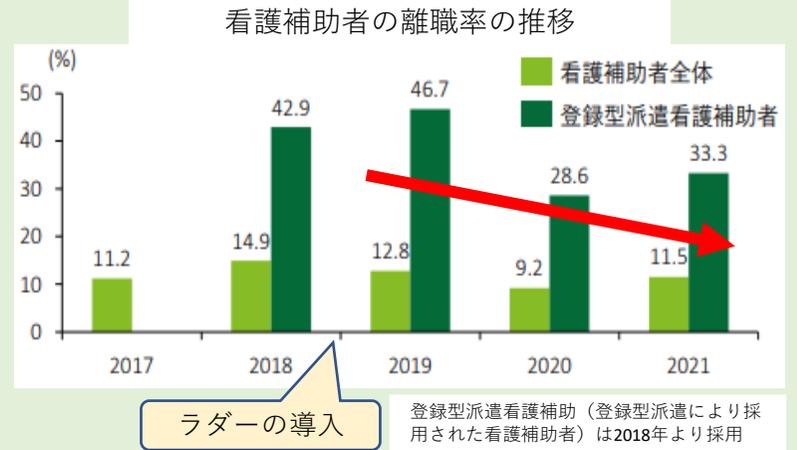
取組内容

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

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

取組効果

看護補助者の離職率の低下



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

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

中医協 総 - 3
5 . 1 1 . 1 5

背景・目的

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

取組内容

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

【業種毎の主な業務内容】

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

2 業種別のユニフォーム

- ◆ 各業種でユニフォームを分けることで、一瞥して区分が可能となった。

3 マニュアル、チェックリスト作成等による業務の差別化

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

4 勤務の自由度を高める勤務条件の設定

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

5 勤務曜日・時間、異動希望の受け入れ

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

6 複数名配置による協力体制

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

取組効果

看護補助者の高い定着率の維持

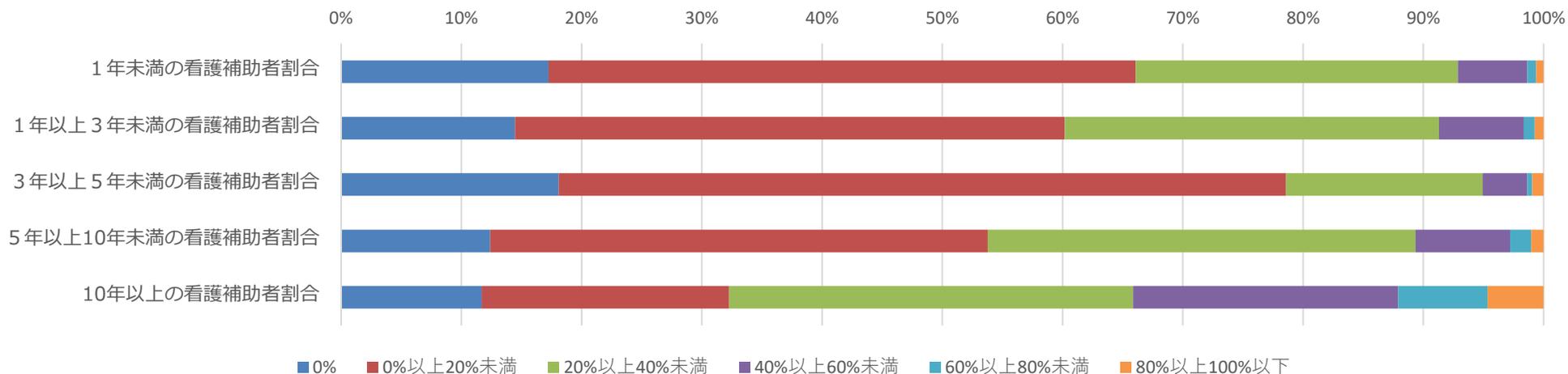
平均勤務年数：6.3年※
(最高勤務年数17年)

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

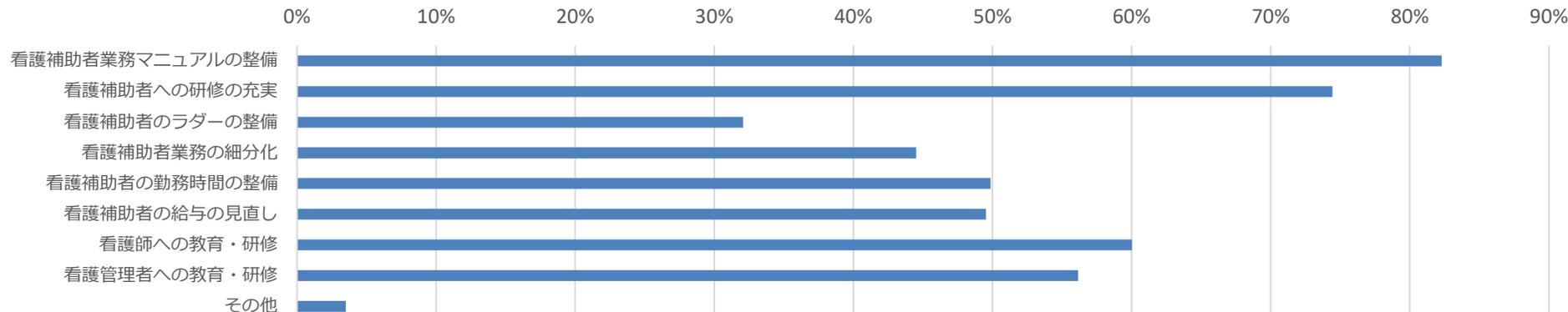
看護補助者の定着状況について

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

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



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



1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)

1-1. 看護職員に係る現状

1-2. 看護職員の負担軽減とタスクシフト/シェア

1-3. 特定行為研修、タスクシフト/シェア

2. 病棟における多職種でのケア(その1)

3. 入退院支援(その1)

4. リハビリテーション(その1)

5. 食事療養(その1)

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

1. 目的及び現状

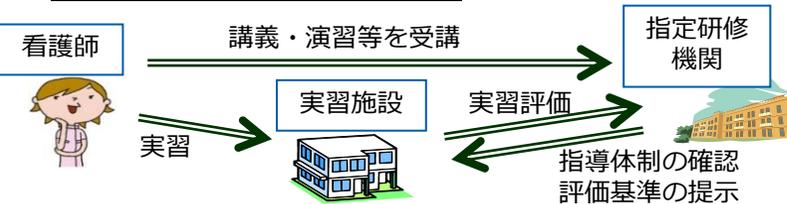
- さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設（平成27年10月）し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成している。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、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）	30
臨床推論（講義、演習、実習）	45
フィジカルアセスメント（講義、演習、実習）	45
臨床薬理学（講義、演習）	45
疾病・臨床病態概論（講義、演習）	40
医療安全学、特定行為実践（講義、演習、実習）	45
合計	250



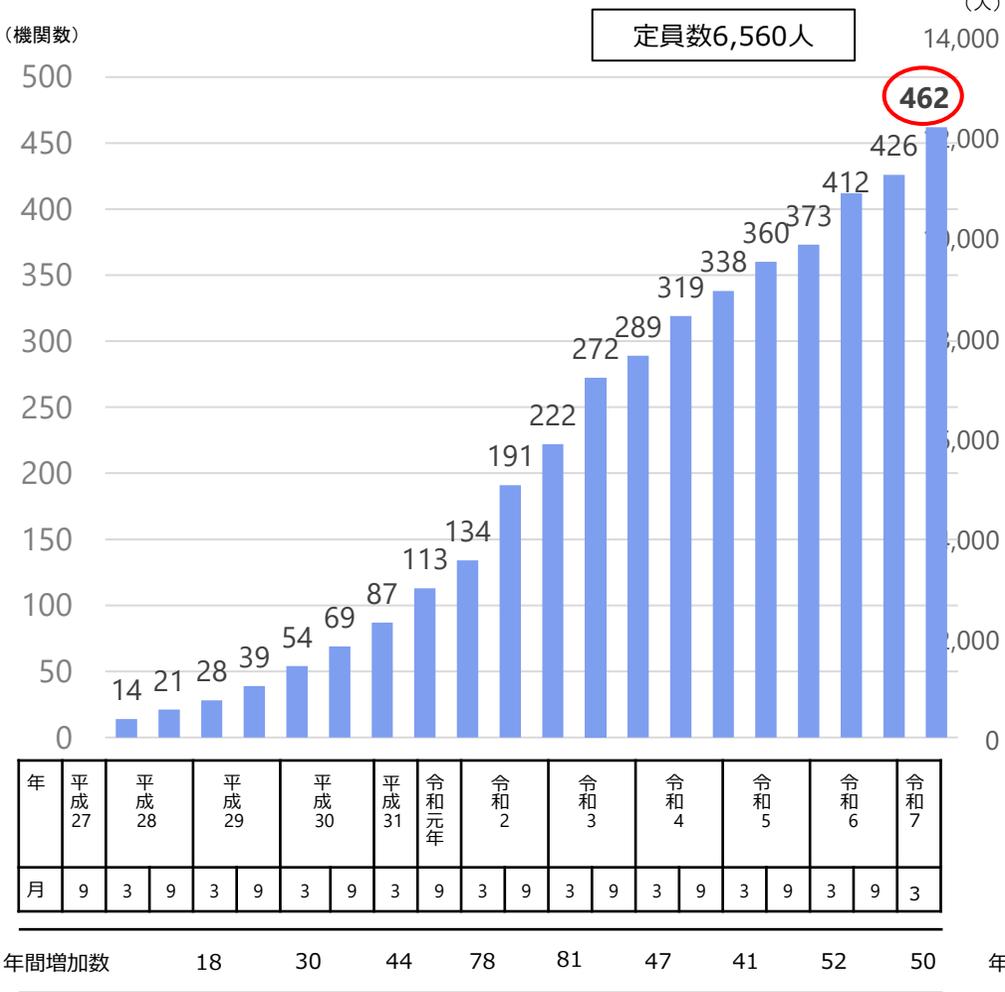
「区分別科目」 特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修	
特定行為区分（例）	時間数
呼吸器（気道確保に係るもの） 関連	9
創傷管理関連	34
創部ドレーン管理関連	5
栄養及び水分管理に係る薬剤投与 関連	16
感染に係る薬剤投与関連	29

※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。

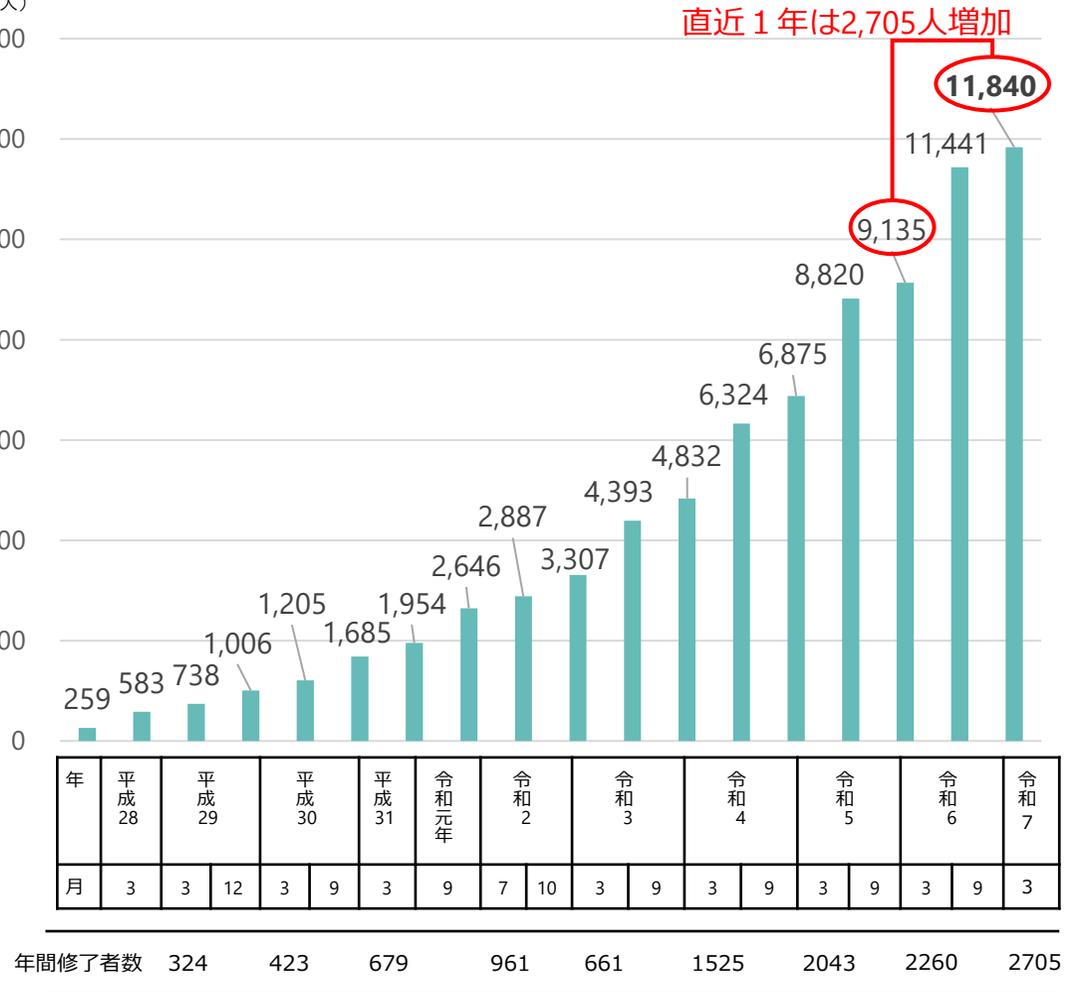
特定行為研修指定研修機関数・特定行為研修修了者の推移

- 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3月現在で**462**機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は**6,560**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3月現在で**11,840**人である。

■ 指定研修機関数の推移



■ 特定行為研修修了者数の推移



特定行為研修修了者の就業状況

特定行為研修終了者は、約9割が病院に就業している。

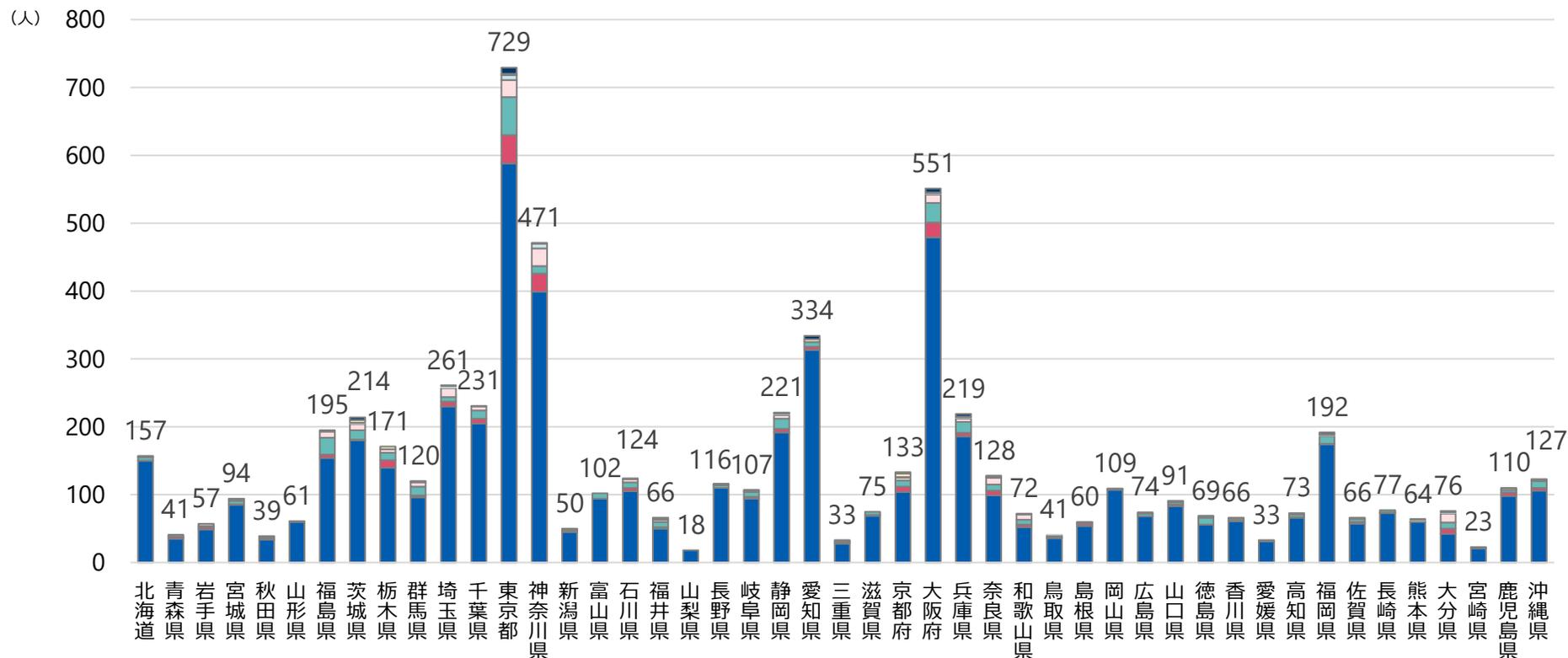
■ 就業場所別

令和3年6・7月現在

	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)	5,636	214	375	194	33	40	49	6,541
割合	86.2%	3.3%	5.7%	3.0%	0.5%	0.6%	0.7%	100.0%

■ 都道府県別

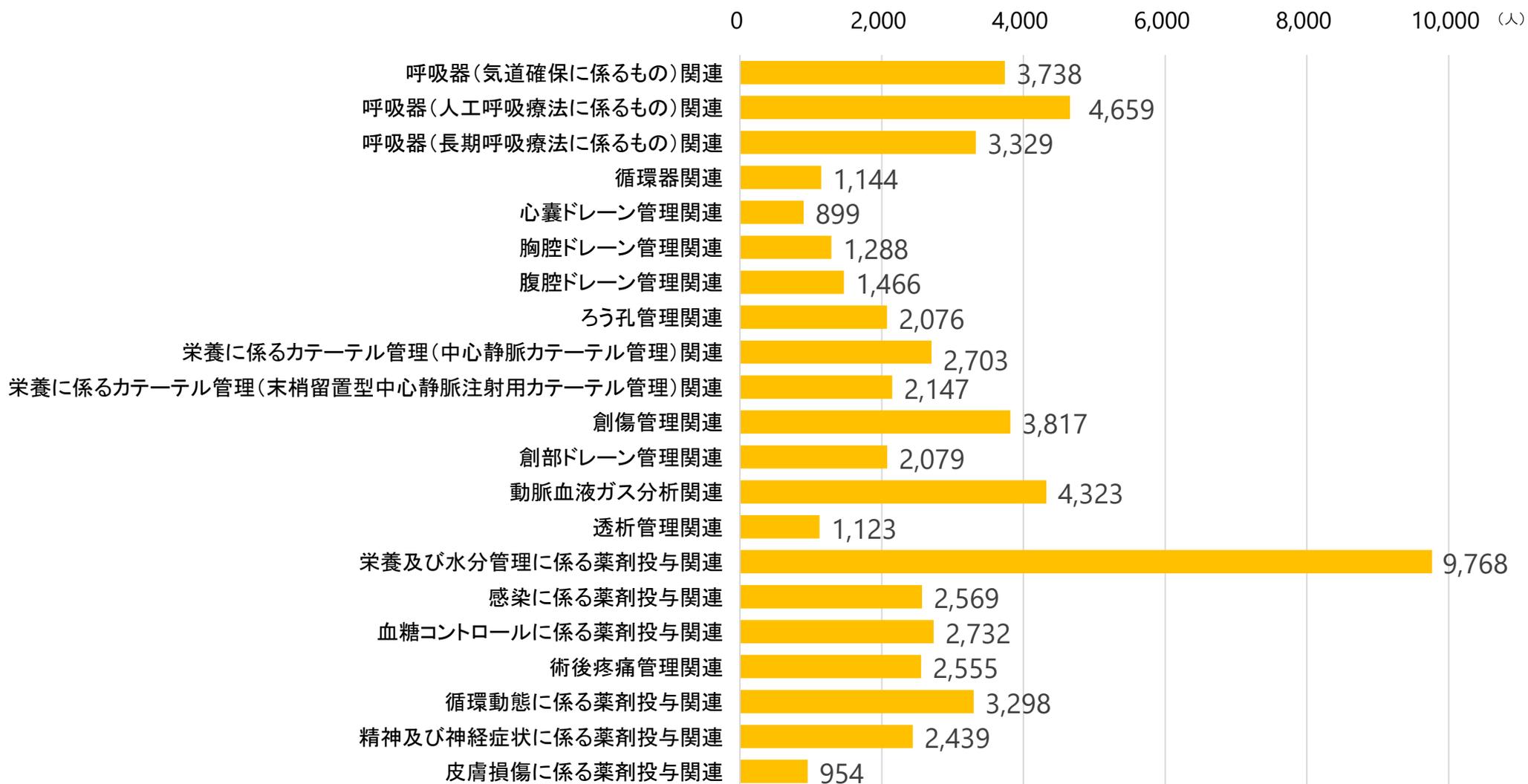
■ 病院 ■ 診療所 ■ 訪問看護ステーション ■ 介護保険施設 ■ 社会福祉施設 ■ 看護師等学校養成所又は研究機関 ■ その他



令和4年度衛生行政報告例より看護課作成

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： 11,840名 (令和7年3月現在)

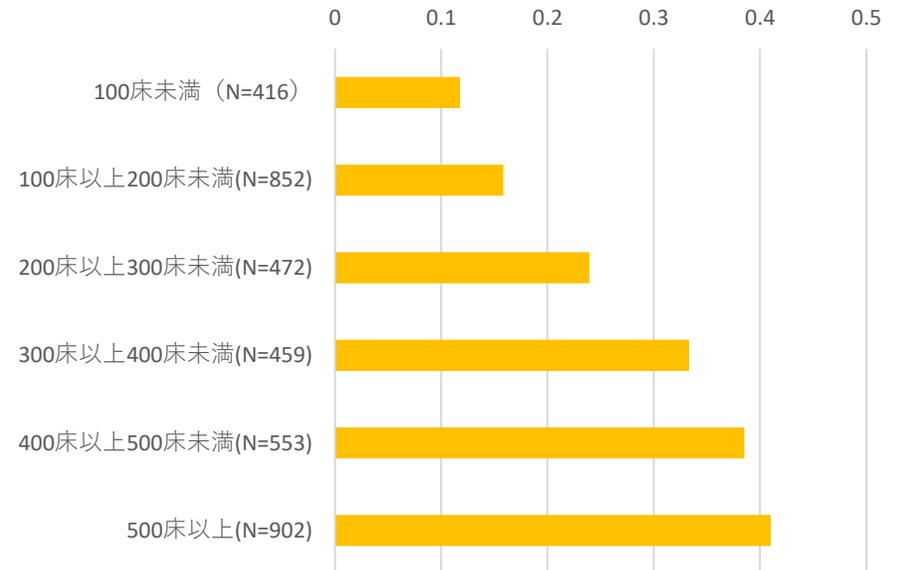
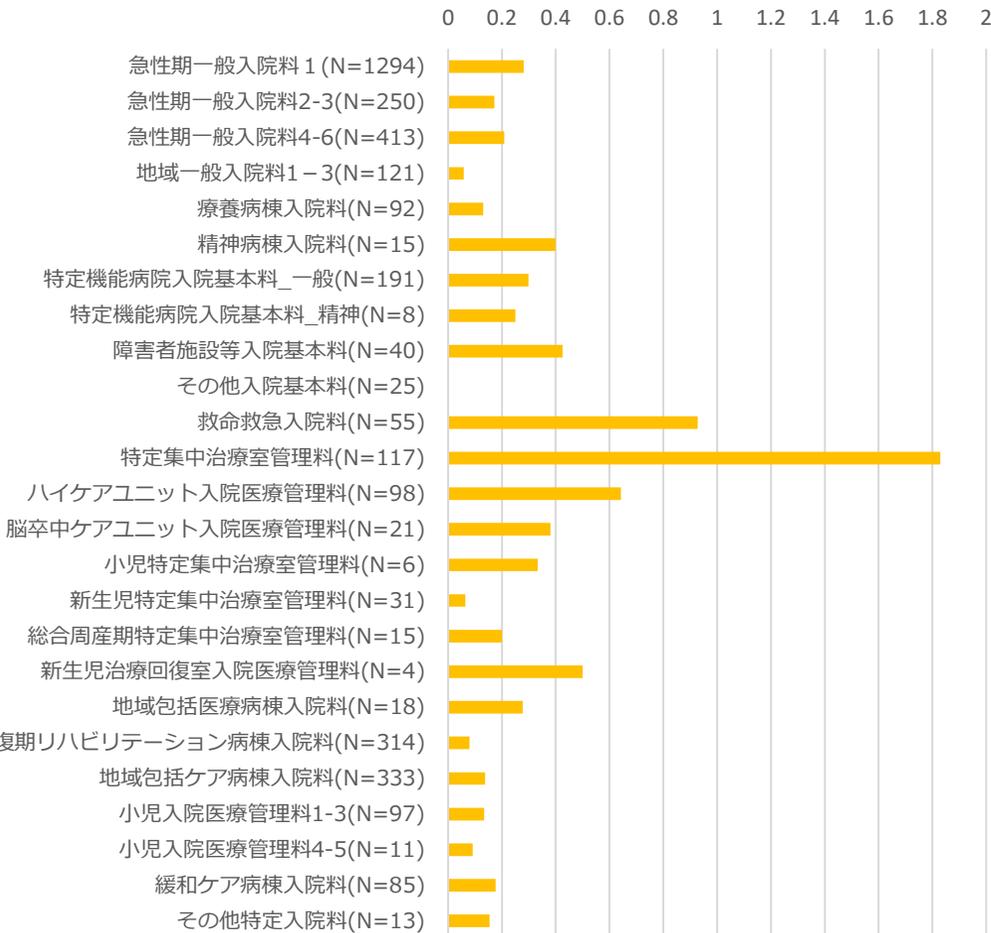
各区分別修了者数の合計値： 59,106名

特定行為研修修了者の配置数

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

入院料別：特定行為研修修了者数_常勤

病床規模別：特定行為研修修了者数_常勤

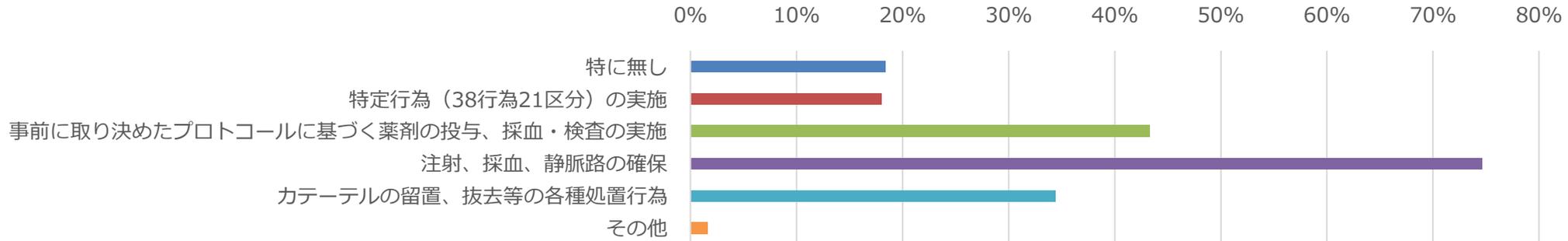


■ うち特定行為研修修了者数_常勤

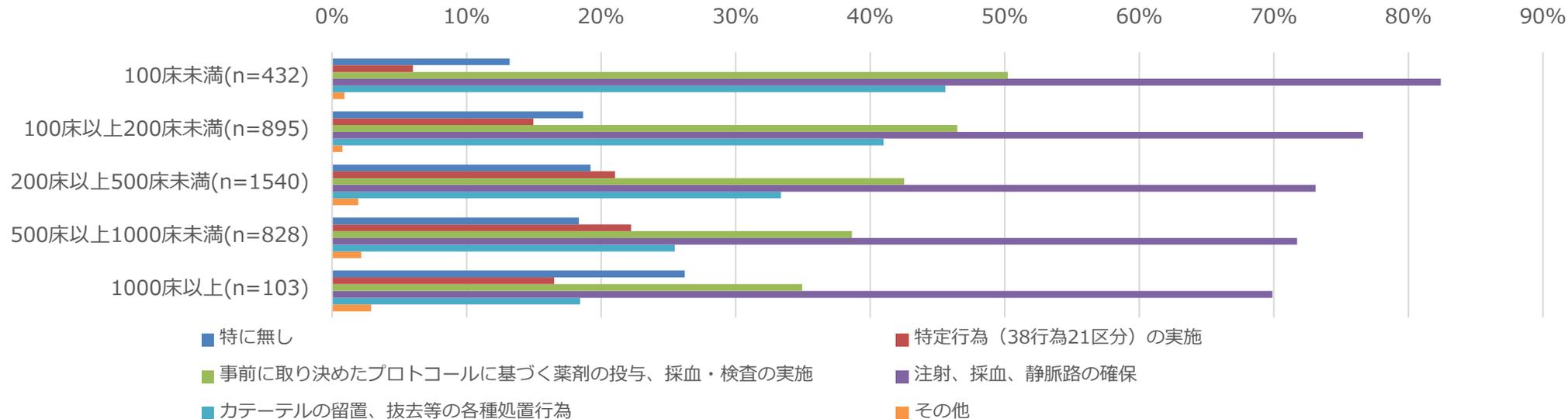
医師から看護師へのタスクシフト・シェアについて

- 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



働き方・タスクシフト/シェアに係る現状と課題

(看護職員・看護補助者の確保の動向について)

- ・看護職員就業者数は増加を続け、2020年（令和2年）には173.4万人となり、年代では40歳以上の就業看護職員数が増加している。看護職員の就業場所は拡大しており、病院に就業する看護職員数は近年、微増となっている。
- ・新規の看護師資格取得者や、看護師学校養成所(3年課程・大学を含む)の入学者数・卒業者数は減少に転じている。
- ・看護補助者の数は減少し続けており、看護補助者の正規雇用の割合は低下している。許可病床100床あたりの看護補助者数も全体的に減少傾向にある。

(病院等に勤務する看護職員の勤務状況)

- ・看護職員の病棟の看護職員の勤務状況について、「残業時間が長くなった」29.7%、「1人あたり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が高い。

(病棟における業務の効率化等の取組)

- ・看護業務におけるICT活用については一部で音声入力等の活用が進められている。
- ・看護職員の業務負担軽減の効果として、看護補助者や他職種との業務分担、看護補助者の配置時間の工夫等に効果がある。
- ・看護補助者の定着に向けて、研修の実施、ラダーの活用、看護補助業務の細分化等の取組が進められている。

(病棟におけるタスクシフト/シェア等の取組)

- ・医師から看護師へのタスクシフト/シェアが進んでおり、特定行為研修修了者も病床規模に関わらず配置されている。
- ・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。

【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、さらに検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
 - 2-1. 現在の施設基準について
 - 2-2. 病棟における療法士・管理栄養士
3. 入退院支援(その1)
4. リハビリテーション(その1)
5. 食事療養(その1)

急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	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
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	<ul style="list-style-type: none"> 「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上 「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） 入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回リ八病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回リ八病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回リ八病棟等への退院を含まない)

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。**

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 （※ 1）
職員の配置 に関する 施設基準	医師	専任常勤 1 名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）	1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）			
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上	専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上			
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ 専従常勤 1 名以上	-			
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
リハビリ テーション の提供体制 等に関する 施設基準	休日のリハビリテーション	○		-		
	FIMの測定に関する 院内研修会	年 1 回以上開催	-	年 1 回以上開催	-	-
	リハビリ計画書への栄養項目 記載/ GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	○		-		
	第三者評価	受けていることが 望ましい	-	受けていることが 望ましい	-	-
	地域貢献活動	参加することが望ましい		-		
アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		-
	自宅等に退院する割合	7 割以上				
	リハビリテーション実績指数	40 以上	-	35 以上	-	-
	入院時に重症であった患者の 退院時の日常生活機能評価 （）内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16 点）以上改善		3 割以上が 3 点（12 点）以上改善		-
点数 （）内は生活療養を受ける場合	2,229 点 (2,215 点)	2,166 点 (2,151 点)	1,917 点 (1,902 点)	1,859 点 (1,845 点)	1,696 点 (1,682 点)	

※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

		障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2～4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2
看護配置		7対1以上	10対1以上～15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上	
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	—	—	
	両方を満たす	患者像	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
	看護要員	—	10対1以上	10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上		
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
		超重症、準超重症児(者)3割以上	—			褥瘡の評価		
点数	通常	1,637点	1,375～1,010点	2,090点	1,694点	2,090点	1,961～828点	1,896～764点
	重度の意識障害者(脳卒中患者)	1,517, 1,377点	1,517～1,124点	1,928, 1,763点	1,675, 1,508点	1,927, 1,761点		
	上記以外の脳卒中患者	1,364, 1,239点	1,364～1,010点	1,735, 1,586点	1,507, 1,357点	1,734, 1,588点		
	透析患者	1,581点	1,420～1,315点	2,010点	1,746点	2,010点		
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・薬剤等を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括	
	脳卒中患者・透析患者	療養病棟入院基本料と同様の取扱						

入院料ごとの病棟の職員数（40床あたり）

- 40床あたりの管理栄養士及びリハビリ職員数は、入院料によりその人数や比率が異なる。
- 40床あたりの職員数の合計は、回復期リハビリテーション病棟入院料が最も多い。

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

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と多職種の間与

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定をしている病棟においては、配置基準が定められている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士をはじめとする様々な職種が関係する業務に関わっていた。

業務に関わる職種として、各職種を回答した病棟の割合

(リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定をしている病棟 n=73)

	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士	その他
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	38.8%	4.5%	73.1%	13.4%	26.9%	22.4%	22.4%	34.3%	10.4%	1.5%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	31.9%	0.0%	56.9%	0.0%	58.3%	70.8%	48.6%	18.1%	0.0%	1.4%
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	47.1%	0.0%	42.9%	15.7%	44.3%	52.9%	47.1%	7.1%	0.0%	4.3%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	30.0%	24.3%	48.6%	0.0%	20.0%	14.3%	54.3%	25.7%	37.1%	0.0%
摂食・嚥下機能のスクリーニング・定期的な評価	35.7%	10.0%	71.4%	1.4%	12.9%	11.4%	47.1%	41.4%	10.0%	0.0%
栄養管理計画の作成	40.0%	4.3%	57.1%	10.0%	7.1%	2.9%	4.3%	12.9%	5.7%	0.0%
ミールラウンド(食事の観察)	15.4%	7.7%	52.3%	3.1%	15.4%	10.8%	58.5%	40.0%	18.5%	0.0%
経腸栄養剤の種類を選択や変更	57.8%	0.0%	68.8%	18.8%	3.1%	3.1%	18.8%	54.7%	0.0%	3.1%
退院前の居宅への訪問指導	7.7%	0.0%	40.4%	0.0%	44.2%	61.5%	11.5%	3.8%	0.0%	21.2%

多職種の間によるタスクシフト・シェア

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

業務に主として関わる職種として、各職種を回答した病棟の割合

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

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定がある病棟(n=73)

■ 同加算の算定がない病棟(n=2784)

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

各病棟入院料における専従療法士の配置と業務内容の規定について

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

	急性期一般入院料 1 【リハ・栄養・口腔連携特助加算】	地域包括医療病棟入院料 【リハ・栄養・口腔連携加算】	地ケア病棟入院料 1	回復期リハ病棟入院料 1	療養病棟入院料 1
PTの病棟配置	-			専従常勤 3名以上	-
OTの病棟配置	【専従常勤のPT/OT/STが2名以上、又は、専従常勤のPT/OT/STが1名以上かつ専従常勤のPT/OT/STが1名以上】	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが2名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上	専従常勤 2名以上	-
STの病棟配置				専従常勤 1名以上	-
疾患別リハと病棟配置の兼務	【疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1】	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1	疾患別リハを担当する専従者との兼務はできない	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1	-
病棟配置の療法士による業務内容の規定	【全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う】	全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う	-	-	-
休日リハ	【専従の療法士は9単位を超える疾患別リハの算定は不可】	専従の療法士は、 6単位を超える疾患別リハの算定は不可	-	週7日間提供できる体制を有していること	-
	【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	週7日間提供できる体制を有していること 【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	-	週7日間提供できる体制を有していること	-
疾患別リハ届出の要否	-	脳血管、運動器	心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、運動器、呼吸器のいずれか	-
疾患別リハの算定方法	出来高	出来高	包括 (必要者に平均2単位以上)	出来高	出来高 (2単位を超えるリハは包括※2)
疾患別リハの配置要件	(例) 脳血管疾患等リハ料 (I) : 専従常勤のPT 5名以上、専従常勤のOT 3名以上、言語聴覚療法を行う場合は専従常勤のST 1名以上 (他の疾患別リハビリテーション料における常勤療法士との兼任は可能)				
(疾患別リハの療法士の業務規定)	1日18単位標準・24単位上限、週108単位まで				

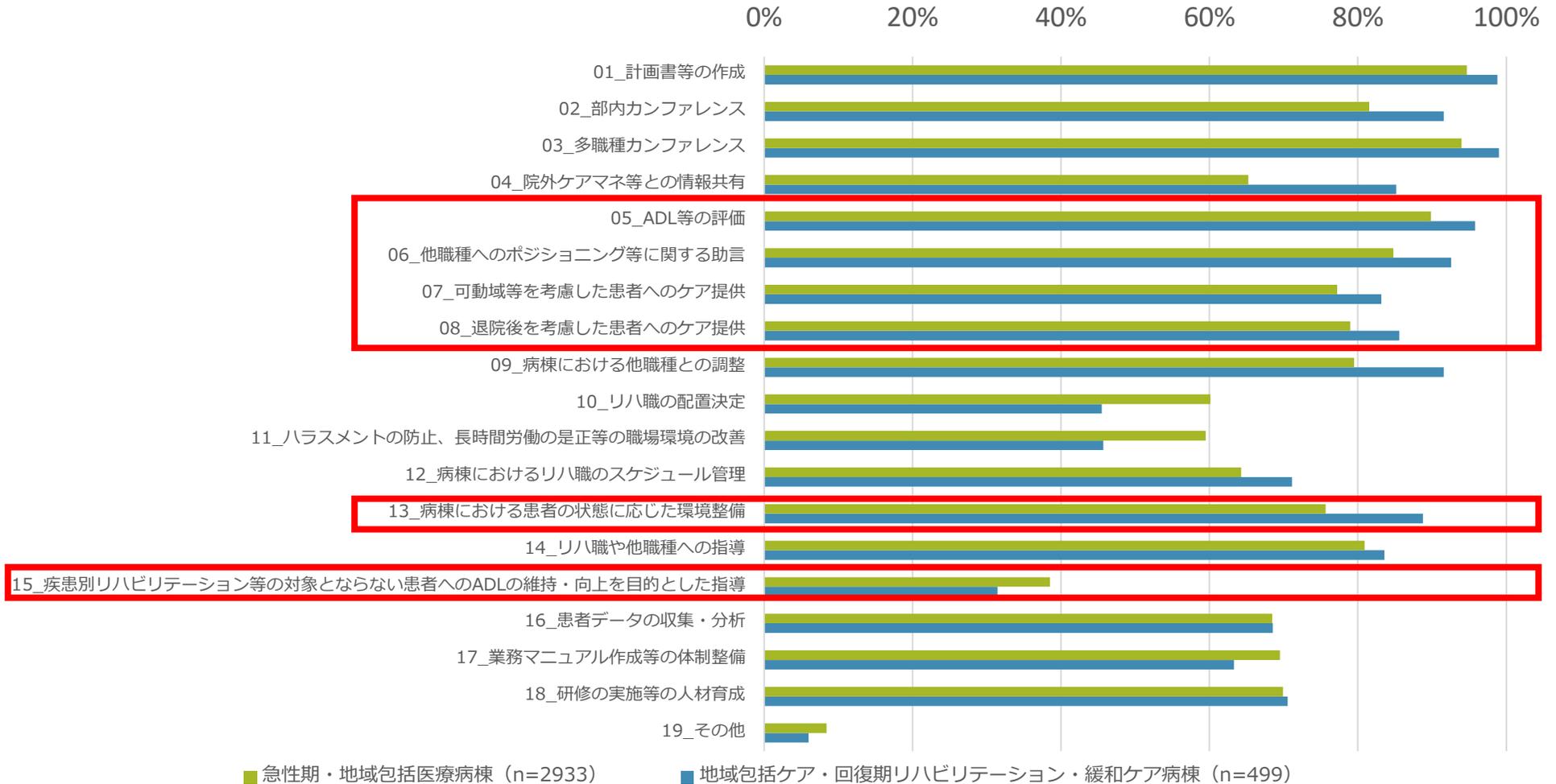
※1 疾患別リハビリテーションの施設基準に基づく。

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

病棟に配置されている療法士の業務内容

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

専従・専任の療法士の疾患別リハビリテーション提供以外の業務内容



POC (Point of Care) リハビリテーションについて

【定義】

① 療養中の患者の傍らで(Point of Care)

② 個別に短時間(20分未満/回)

③ オンデマンドでリアルタイムに直接介入するリハビリテーション

上記3つの要素のうち、①、②は必須ですが、③はケースバイケースです。
オンデマンドのこともあれば、計画してPOCリハビリテーションを提供することもあります。

【例：トイレ動作への介入】

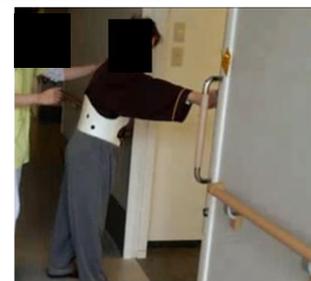
70歳代女性 第12胸椎圧迫骨折(既往歴;左視床出血) 目標:杖歩行自立、ADL:自宅内ADL自立



POCリハビリテーション介入



歩行頻度の増加



ドア開閉時のバランス評価



蓋の上げ動作



方向転換時のバランス評価

【ポイント】

病棟生活において、転倒や禁忌動作による疼痛増悪のリスク、各動作の介助ポイントを多職種と共有し、日常生活自立度向上に向けた支援を進める

【目標】

転倒なく安全に杖移動ができ、トイレ動作が自立できる

【課題】

- ・ 病棟では車いすでの移動が主で、杖での移動頻度が少ない
- ・ トイレ動作遂行に時間を要する

病棟専従の療法士の介入事例

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションのほか、場面に応じたワンポイントのADL動作の指導や、看護職員の業務としても実施される体重測定や環境調整といった業務を、療法士としての観点から行っている事例がある。

ADL維持向上を目的とした指導

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



Activityの提案



ポジショニング



離床での体重測定



疾患別リハへの介入
(後輩指導、人材育成)



活動促進のための環境調整
(部屋の外の眺めの良いところに椅子を設置)



入浴方法の検討・指導



自主練習の個別指導

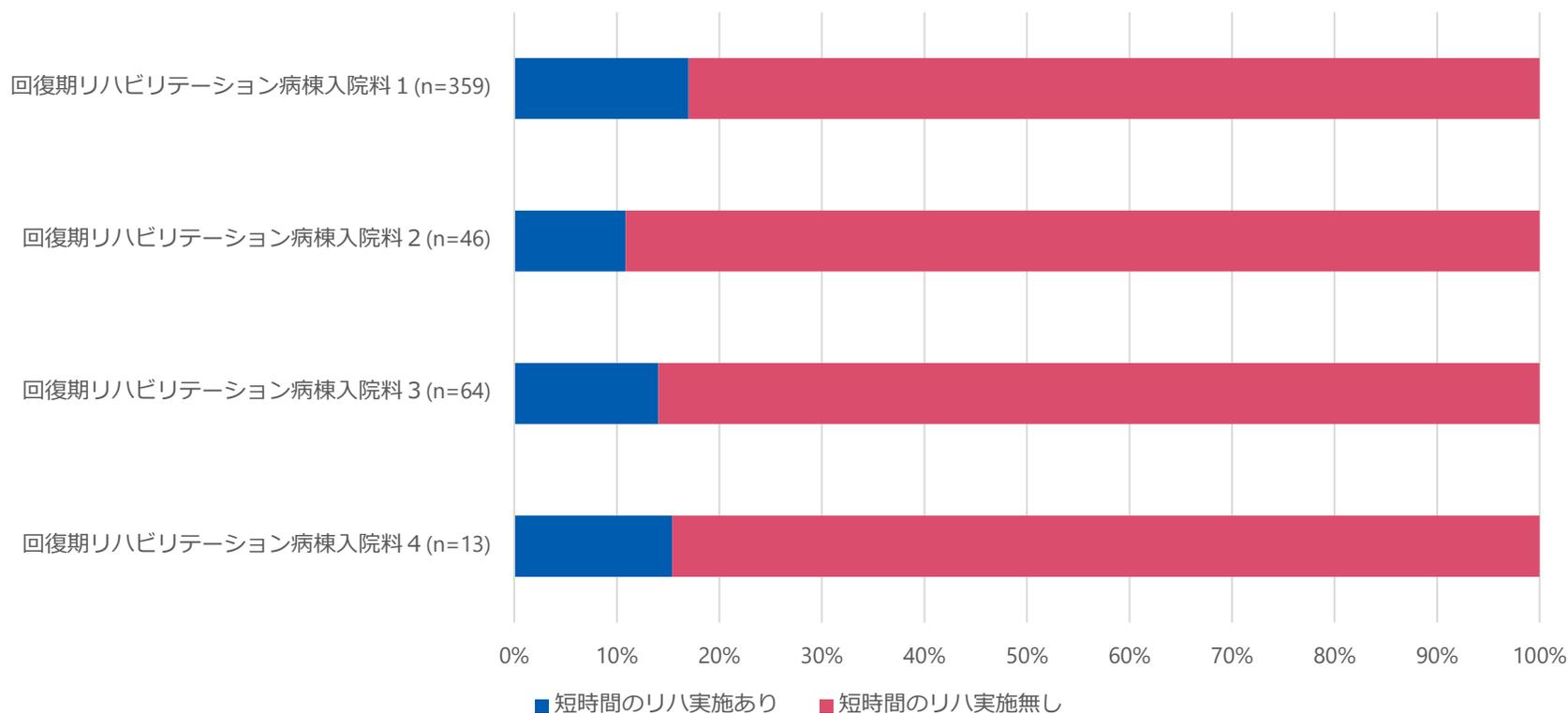
患者の状態に合わせて疾患別リハと組み合わせることで、効果的・効率的な介入が可能となる

回復期リハビリテーション病棟での短時間のリハビリテーションの実施について①

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

入院料ごとの短時間のリハビリテーション実施割合

n：病棟数



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

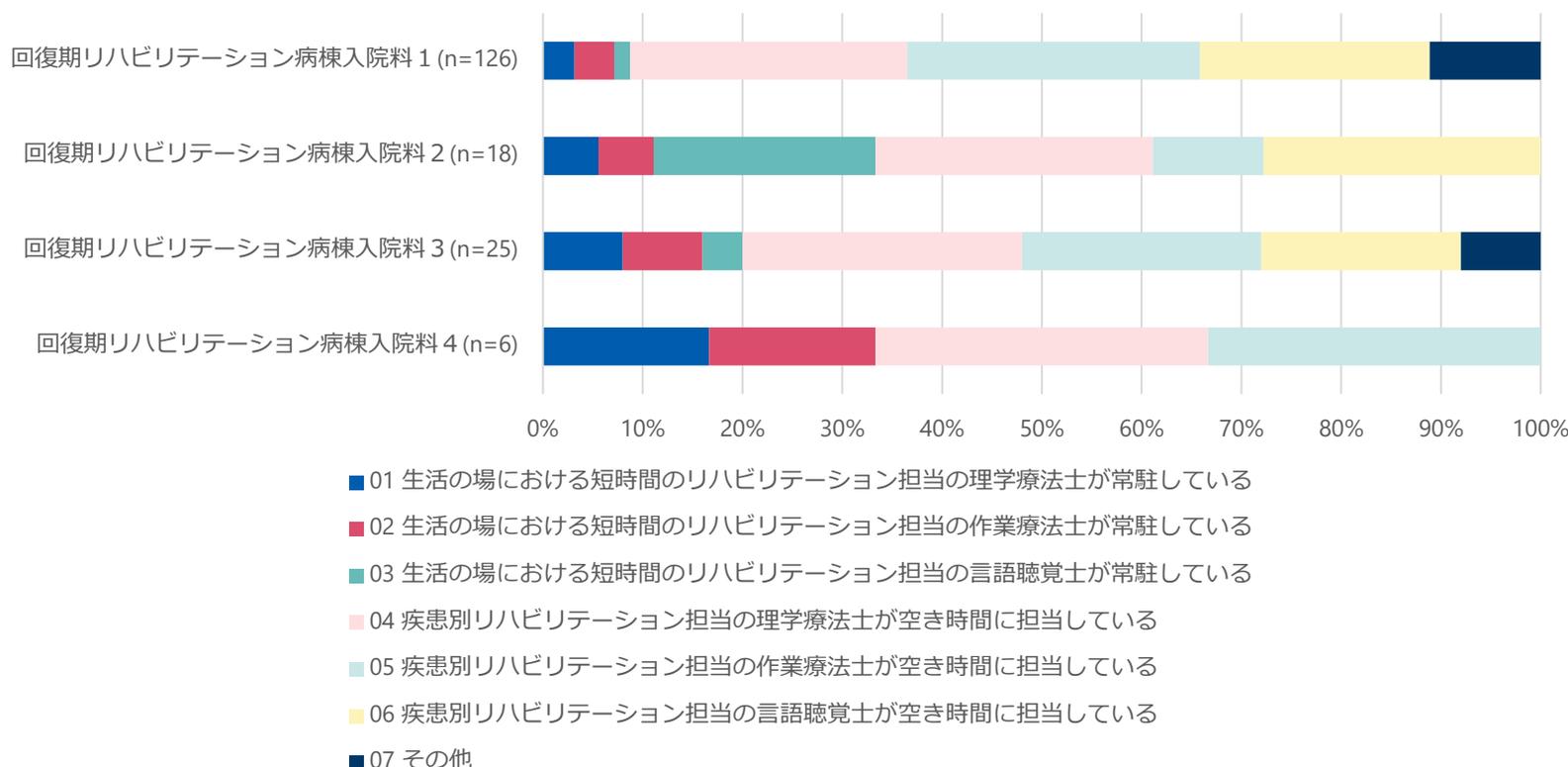
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（B票：地ケア病棟・回リハ病棟入院料等））

回復期リハビリテーション病棟での短時間のリハビリテーションの実施について②

- 回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの生活の場における短時間のリハビリテーション実施体制は以下のとおり。
- いずれの入院料でも、疾患別リハビリテーション担当の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が空き時間に実施している病棟が多く、短時間のリハビリテーション担当の職種が常駐している割合は少なかった。

入院料ごとの短時間のリハビリテーション実施体制の割合

n：病棟数



- 01 生活の場における短時間のリハビリテーション担当の理学療法士が常駐している
- 02 生活の場における短時間のリハビリテーション担当の作業療法士が常駐している
- 03 生活の場における短時間のリハビリテーション担当の言語聴覚士が常駐している
- 04 疾患別リハビリテーション担当の理学療法士が空き時間に担当している
- 05 疾患別リハビリテーション担当の作業療法士が空き時間に担当している
- 06 疾患別リハビリテーション担当の言語聴覚士が空き時間に担当している
- 07 その他

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

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- ▶ 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）

120点



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入

多職種による評価と計画

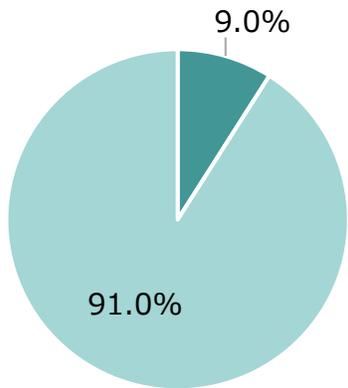
- ・原則48時間以内の評価と計画作成
- ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・定期的カンファレンスによる情報連携

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する状況

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

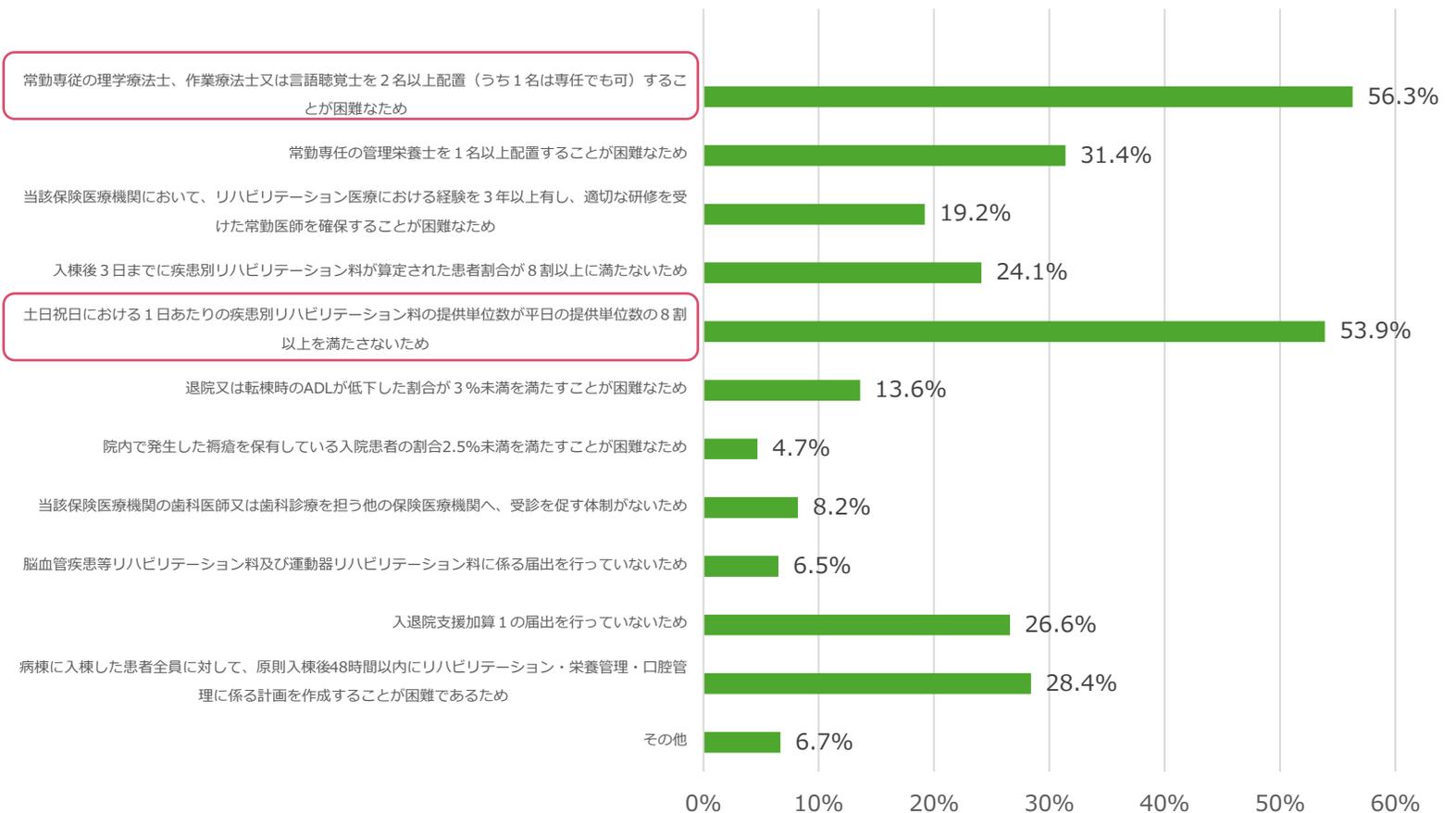
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ていると回答した医療機関は、9.0%であった。
- 届け出していない理由としては、「常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置（うち1名は専任でも可）することが困難なため」、「土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が多かった。

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



- 届け出ている
- 届け出していない

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



栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

現行

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- (3)~(9) (略)

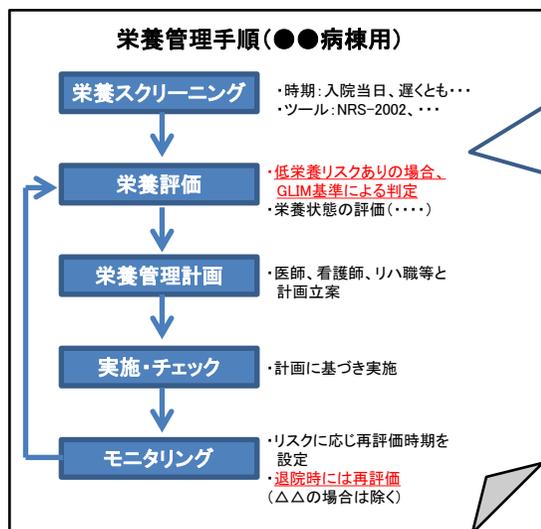
改定後

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（**標準的な**栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、**退院時を含む**定期的な評価等）を作成すること。
- (3)~(9) (略)

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



GLIM基準を活用することが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を位置づけていけば差し支えない。

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

●栄養スクリーニング

- ・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- ・検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

↓
低栄養リスクあり

●低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事摂取量減少、消化吸収能低下	疾病負荷/炎症
それぞれの項目で1つ以上に該当			それぞれの項目で1つ以上に該当	

↓
+
↓
低栄養と判定

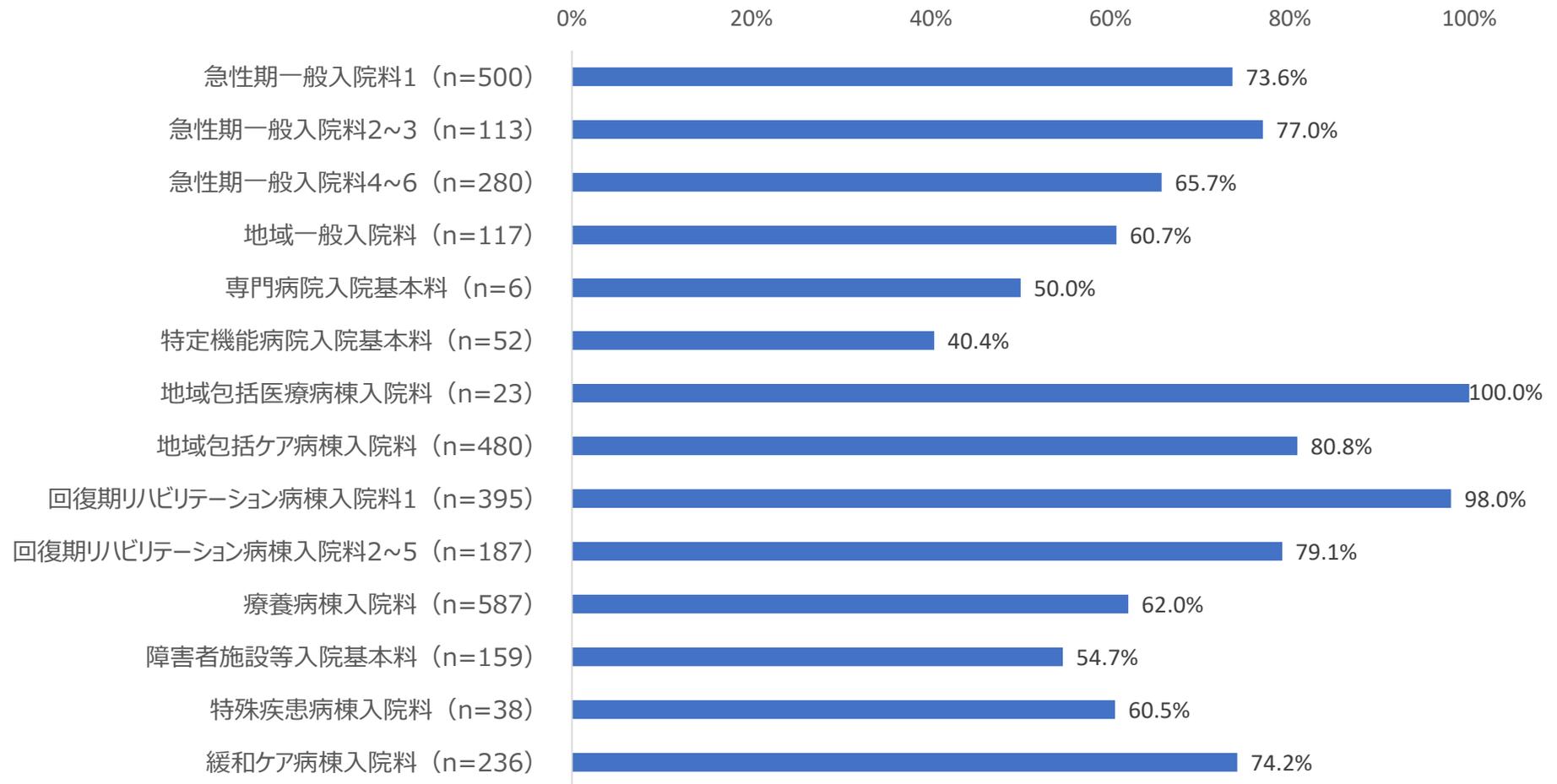
↓
重症度判定(中等度低栄養、重度低栄養)

※詳細は、日本栄養治療学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

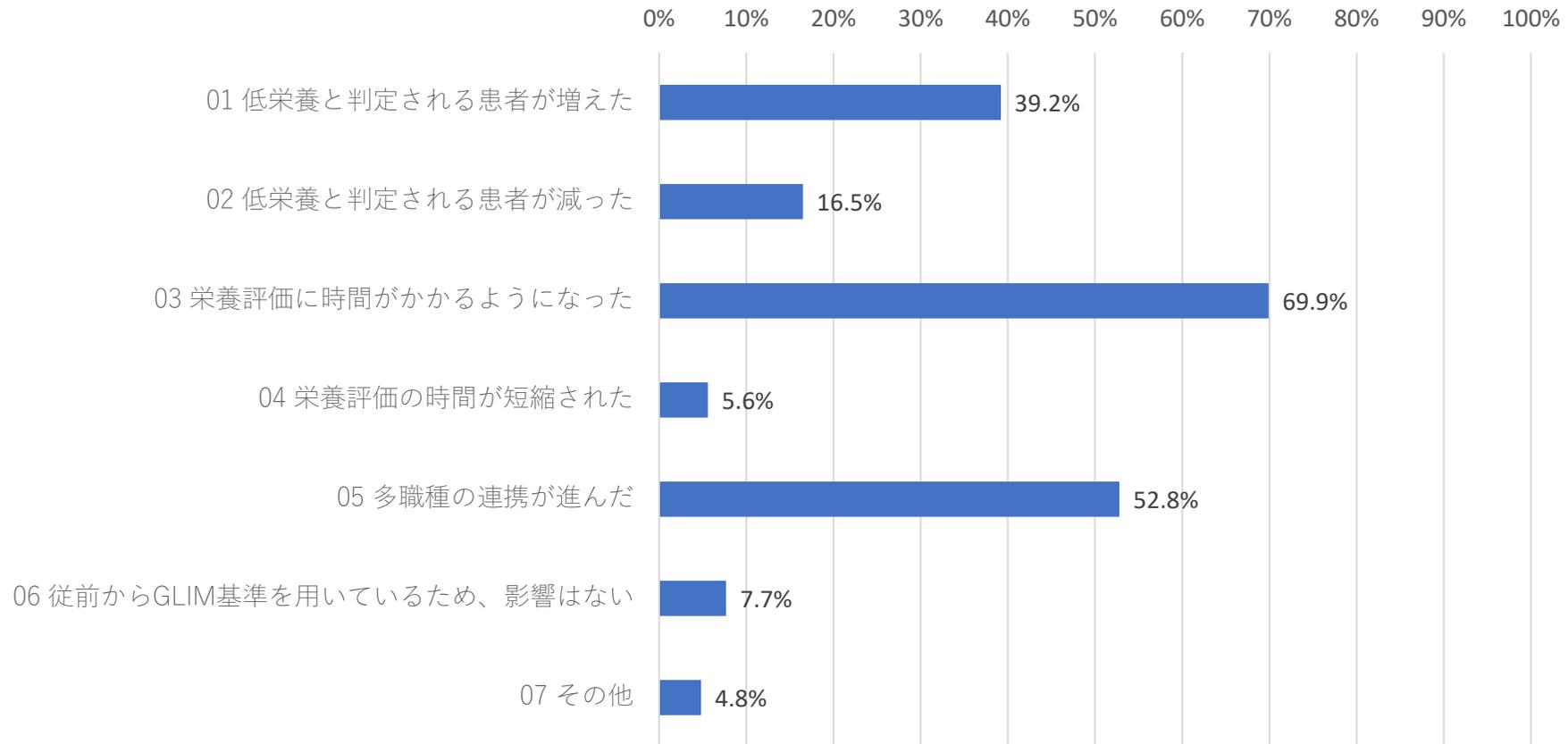
入院料ごとのGLIM基準の活用状況

- GLIM基準の活用状況は、地域包括医療病棟入院料を算定している施設が100%と最も高く、特定機能病院入院基本料を算定している施設が40.4%と最も低かった。

■ 入院料ごとの栄養管理手順にGLIM基準を位置づけている割合



- GLIM基準の評価を導入したことで、「栄養評価に時間がかかるようになった」という回答が69.9%と最も多かった一方で、「多職種連携が進んだ」という回答が52.8%と次に多かった。

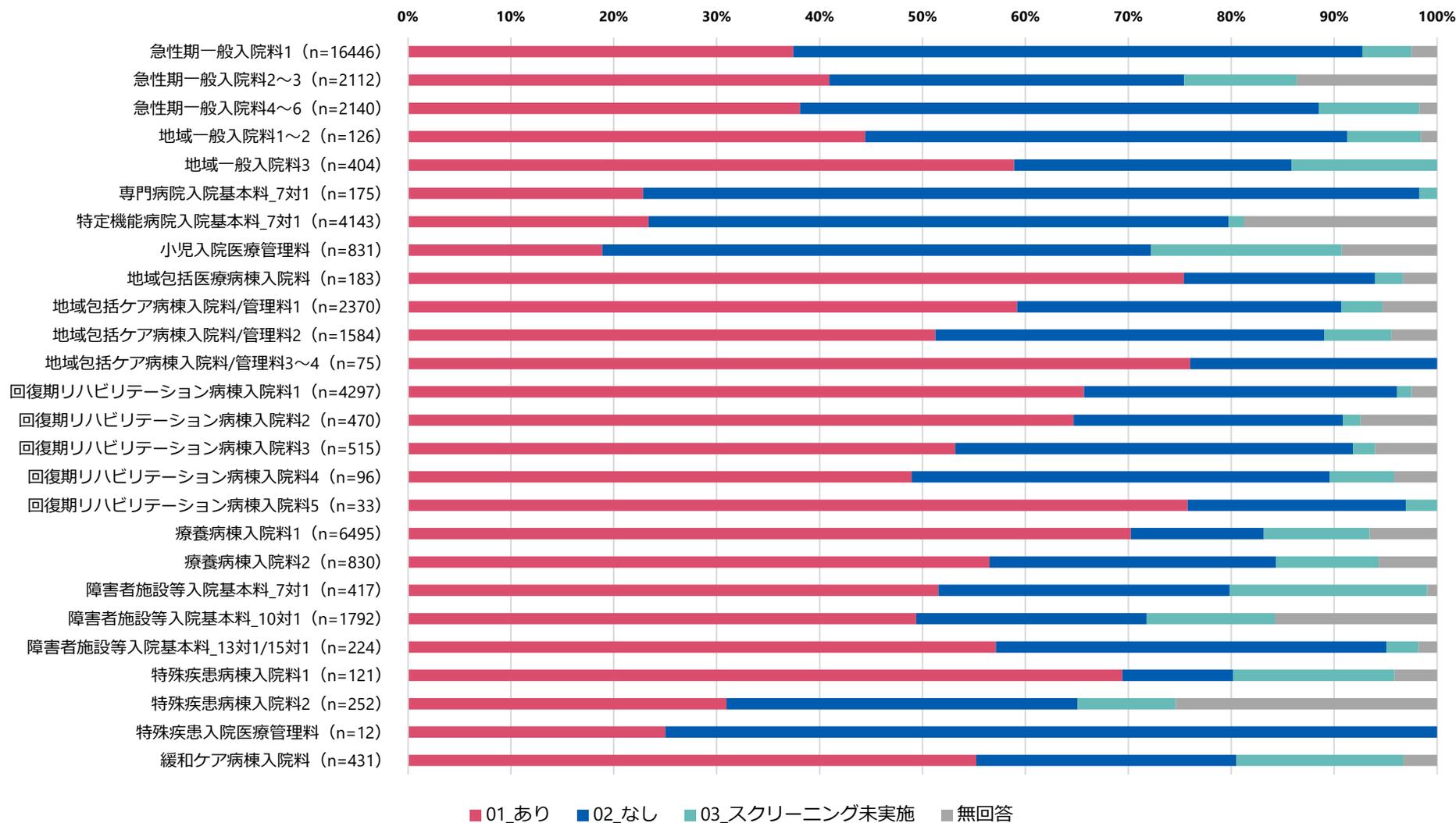


(複数回答) n=375

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

診調組 入-1参考
7.5.22改

○ 入院時栄養スクリーニングで低栄養リスクを有する患者は、急性期一般で約4割、地域包括医療病棟などでは約8割だった。



管理栄養士の病棟等への配置の評価について

- 管理栄養士の病棟等への配置が施設基準に規定されている特定入院料及び加算は、以下のとおり。

特定入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料 ※H30～	(回復期リハビリテーション病棟入院料1) 当該病棟に、専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うこと。 (回復期リハビリテーション病棟入院料2～5) 当該病棟に、専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましい。
地域包括医療病棟入院料 ※R6～	当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。

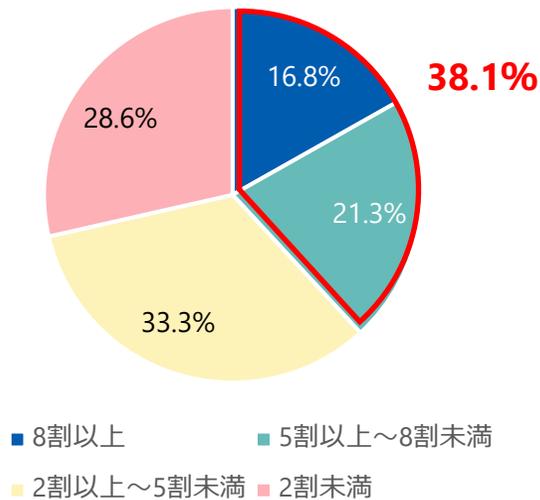
加算

早期栄養介入管理加算 (特定集中治療室等) ※R2～	当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。 ア 別添3の第19の1の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有すること イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
入院栄養管理体制加算 (特定機能病院) ※R4～	当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること。
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 (急性期一般等) ※R6～	当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。
経腸栄養管理加算 (療養病棟) ※R6～	「A233-2」の栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。

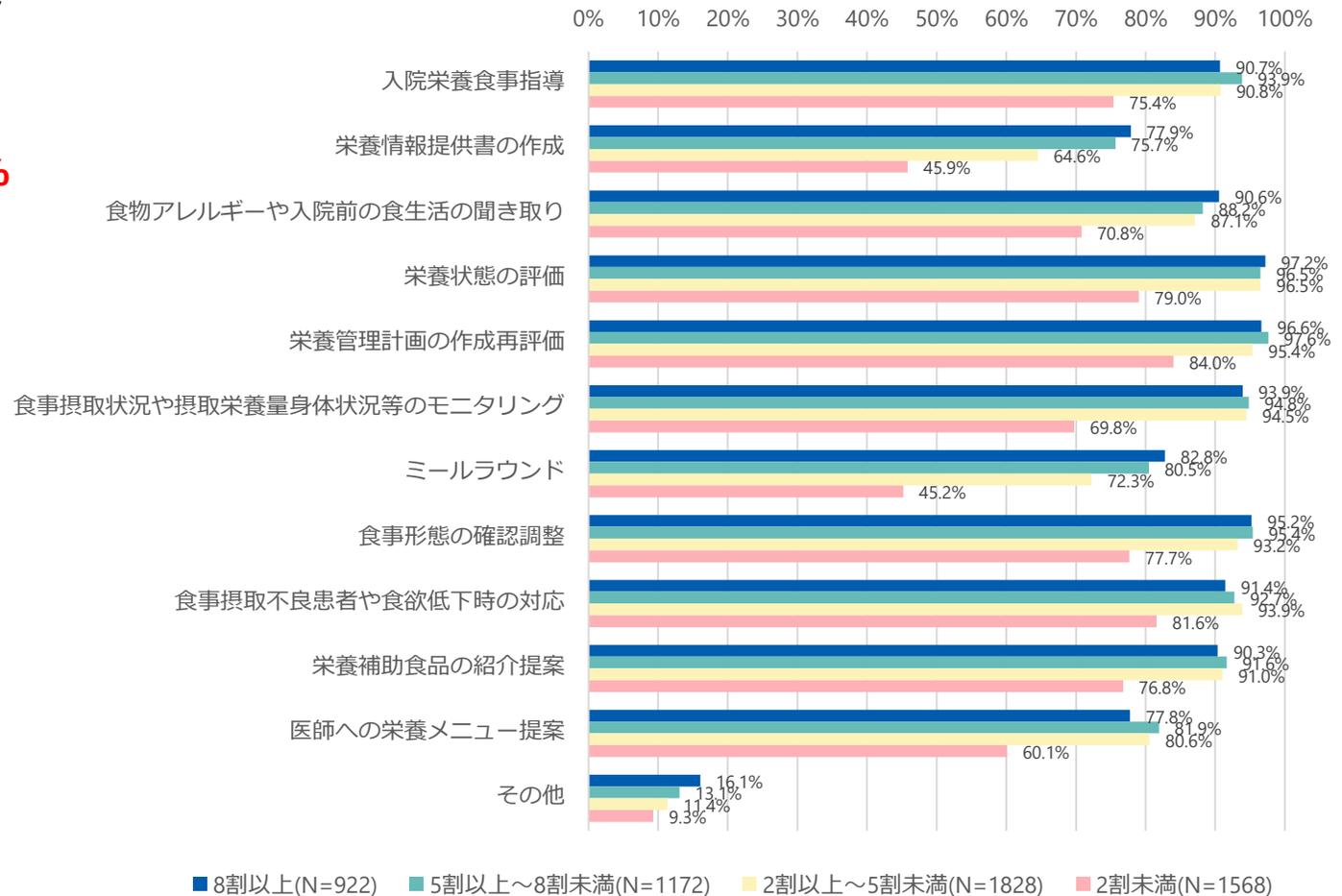
管理栄養士の病棟での業務状況

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

■ 管理栄養士の就業時間に占める病棟で業務に従事している時間割合



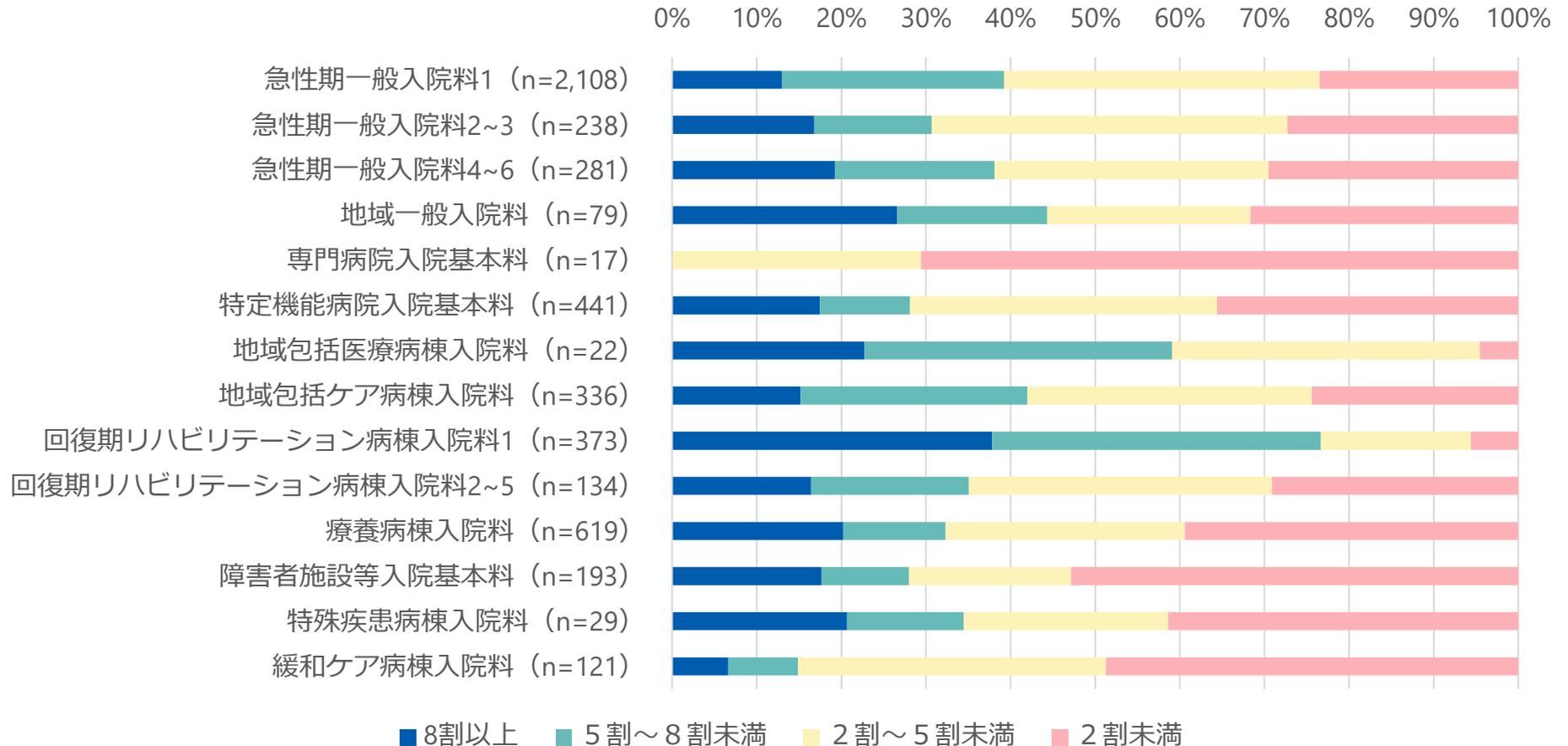
■ 病棟での管理栄養士による栄養管理の実施状況



入院料ごとの管理栄養士の病棟での業務状況

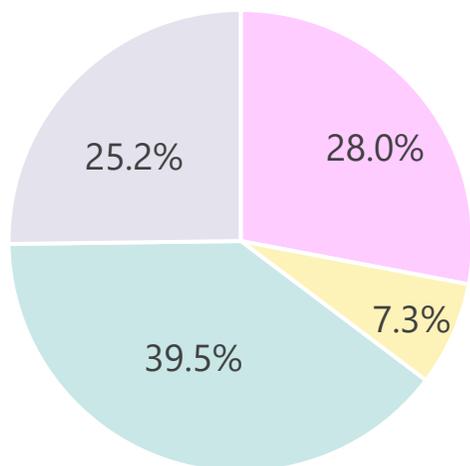
- 管理栄養士の専任配置が要件となっている回復期リハビリテーション病棟入院料1や地域包括医療病棟入院料は、病棟で業務に従事している時間が長い割合が高い。
- 一方で、管理栄養士がほとんど病棟で業務に従事していない病棟も、一定数ある。

管理栄養士の就業時間に占める病棟で業務に従事している時間割合



○ 病院及び介護保険施設における管理栄養士の業務は、栄養管理業務のほか、給食関係業務の工フォートも3割から4割程度を占めている。

病院



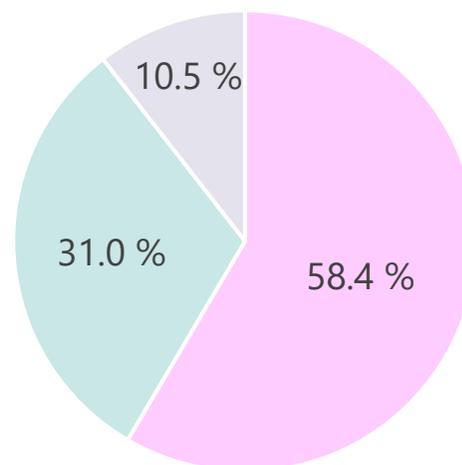
- 入院患者業務の工フォート
- 外来業務の工フォート
- 給食関連業務の工フォート
- その他業務の工フォート

図 病院管理栄養士の業務内容別割合

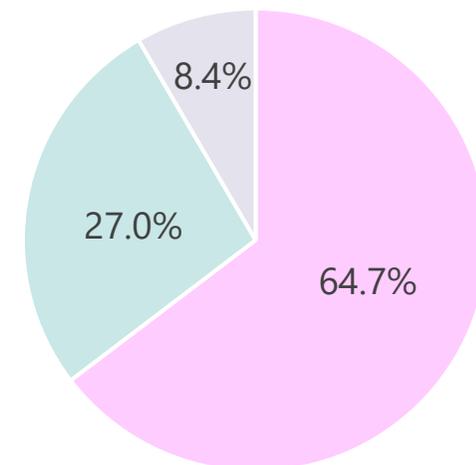
出典：2020年度政策事業全国病院部門実態調査（業務量調査）報告書（（公社）日本栄養士会）

介護保険施設

特養(n=347)



老健(n=198)



- 栄養管理業務
- 給食に関する業務
- その他

* 「栄養管理業務」とは、栄養ケア・マネジメントに関する全ての業務で「給食に関する業務」、「その他」以外。
* 「給食管理に関する業務」とは、献立作成、食事箋・食札の管理、残食調査・食事満足度調査・検食、給食に関する契約・発注、委託会社との給食業務関連の調整、配膳・下膳・配食、衛生管理業務、調理準備・調理作業・食器や調理器具の洗浄と片付け・厨房の掃除等。

図 介護保険施設における管理栄養士の業務時間割合

出典：令和3年度老人保健事業推進等補助金「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」報告書（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会）

栄養サポートチーム加算の概要

A233-2 栄養サポートチーム加算 200点（週1回※）

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

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

【対象患者】

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

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

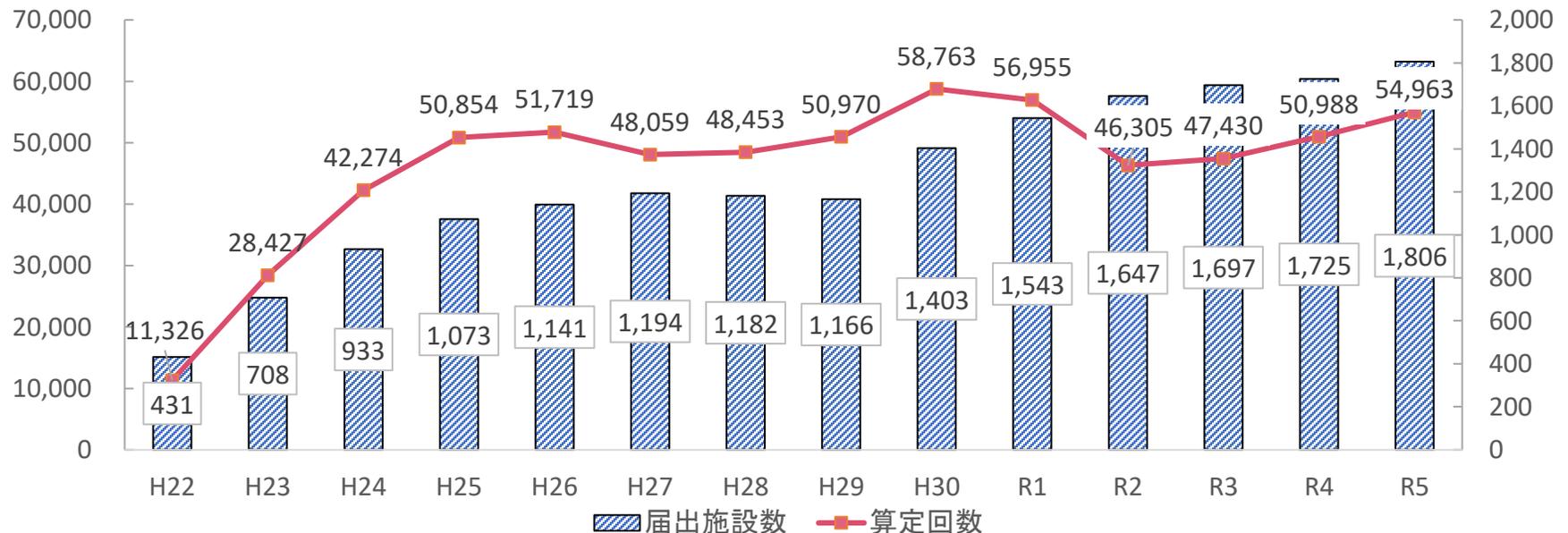


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

栄養サポートチーム加算の算定可能な入院料等について

- 当該加算は、平成22年度診療報酬改定において新設され、平成24年度改定から算定可能な入院料の範囲が広がった。
- また、平成26年度改定において、医療資源の少ない地域に配慮し、専従要件を緩和した評価が新設された。
- 平成30年度改定では、より効率的な医療提供を可能とするため、より弾力的な運用が可能ないように医療従事者の専従要件の見直しがされた。
- 令和2年度改定において、結核病棟、精神病棟、令和4年度改定において、障害者施設等入院基本料も算定可能となった。

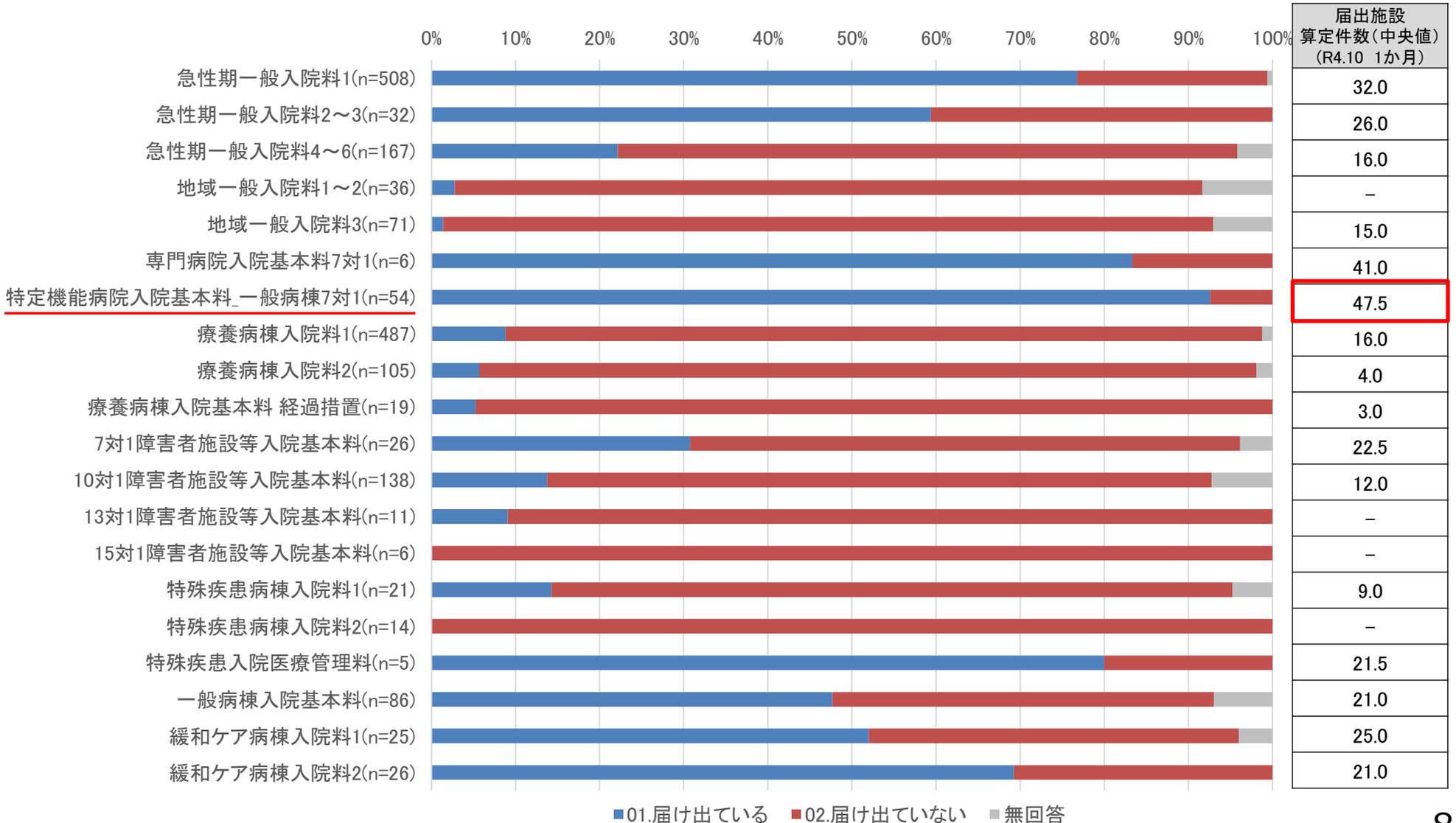
○:算定可、×:算定不可

	基本入院料								特定入院料		
	一般病棟入院料	療養病棟入院料	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 (一般病棟)	特定機能病院入院基本料 (結核病棟)	特定機能病院入院基本料 (精神病棟)	専門病院入院基本料	障害者施設等入院基本料	特定一般病棟入院料	その他の入院料
平成22年	○ (7対1、10対1のみ)	×	×	×	○	×	×	○ (7対1、10対1のみ)	×	×	×
平成24年	○	○	×	×	○	×	×	○	×	○	×
令和2年	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×
令和4年	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×

備考
平成26年度改定から医療資源の少ない地域に配慮した評価が追加
平成30年度改定から専従要件を緩和

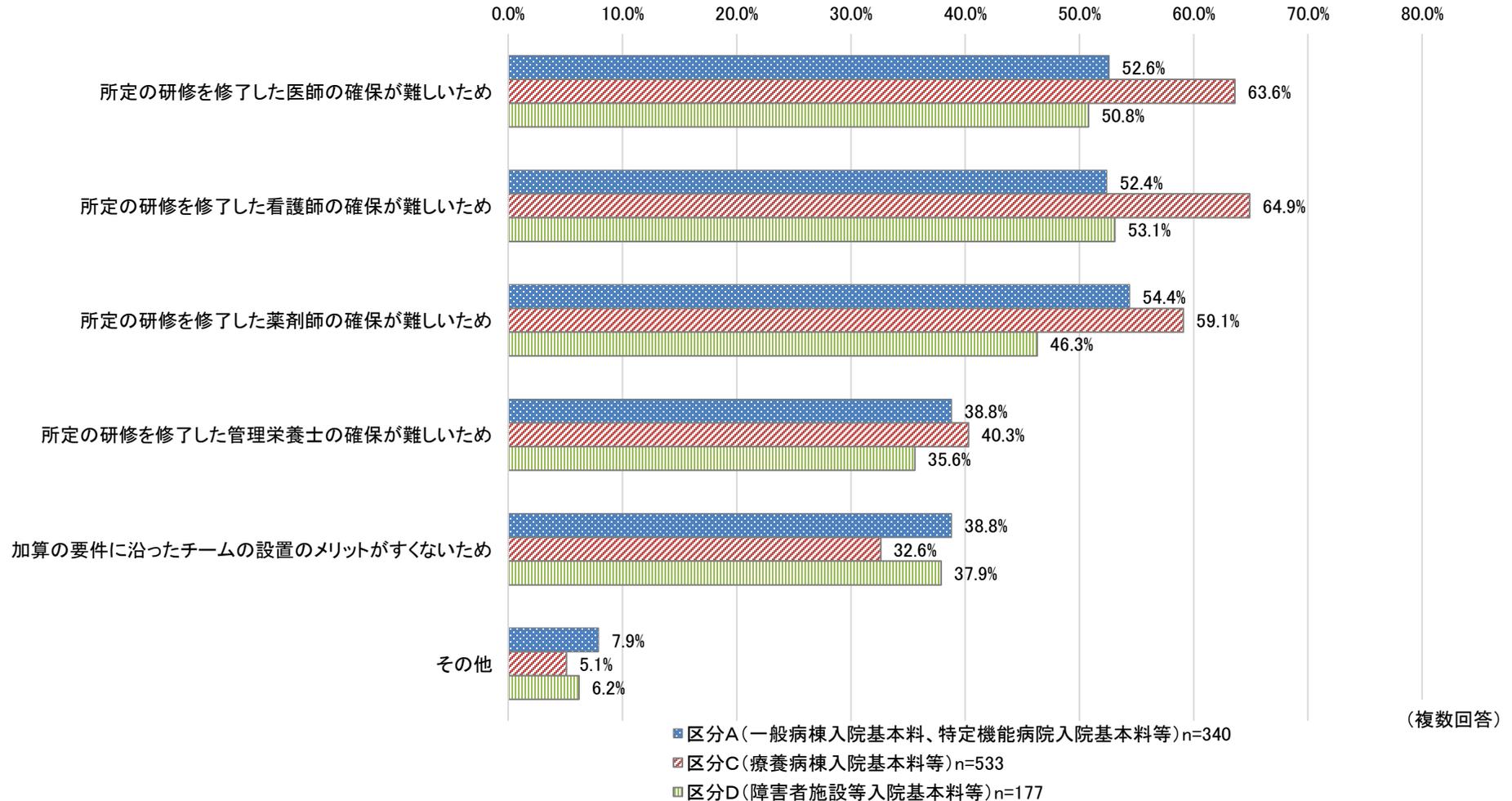
入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況

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



栄養サポートチーム加算の届出をしていない理由

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



病棟における多職種でのケアに係る現状と課題

(病棟の多職種の職員の配置とタスクシフト・タスクシェア)

- 入院基本料・入院料や各種加算の施設基準において、多職種の職員の配置基準が規定されている。
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算で多職種の配置がある病棟では、関係する業務に療法士や管理栄養士が主として関わる割合が増え、医師や看護職員が主として関わる割合は減っていた。

(病棟におけるリハビリ)

- 病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションの他に、ADL等の評価、他職種へのポジショニング等に関する助言、可動域等や退院後を考慮した患者へのケア提供、環境調整等を行っていた。これらの一部は、看護師等も実施する業務について、リハビリの視点から関わっていた。
- 回復期リハビリテーション病棟における短時間のリハは、疾患別リハ担当の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が空き時間に実施している割合が高く、短時間のリハ担当の職種が常駐している割合は少なかった。

(病棟における栄養管理)

- 令和6年度改定で導入した低栄養評価のGLIM基準の活用状況は、地域包括医療病棟が100%と最も高く、特定機能病院が40.4%と最も低かった。GLIM基準の導入により、多職種連携が進んだという回答が約5割。
- 入院時に低栄養リスクを有する患者は、急性期一般で約4割、地域包括医療病棟などでは約8割。
- 累次の改定において、管理栄養士の病棟での業務が推進されているが、多くの病棟では配置が進んでいない。
- 管理栄養士が病棟で従事する時間が就業時間のうち2割未満の病棟が約3割あり、そのような病棟では栄養情報提供書の作成やミールラウンドの実施割合が特に低い。
- 栄養サポートチーム加算の届出施設数は増加しているが、入院料により算定状況は様々。未届け理由は、研修を受けた専門職確保が困難であることが多く、チーム設置のメリットが少ないことも3割超。

【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、さらに検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. **入退院支援(その1)**
4. リハビリテーション(その1)
5. 食事療養(その1)

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. **入退院支援(その1)**
 - 3-1. **入退院支援について(総論)**
 - 3-2. 医療と介護の連携について
4. リハビリテーション(その1)
5. 食事療養(その1)

入退院支援に係る診療報酬の主な変遷

【入院治療計画の策定】

平成8年：入院治療計画加算（入院時医学管理料）

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価（現在、入院基本料の算定要件）

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

平成14年：急性期入院加算、急性期特定入院加算（改）

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

【医療機関の連携の推進】

平成18年：地域連携診療計画管理料、
地域連携診療計画管理料退院指料

- ・対象疾患；大腿骨頸部骨折

平成20年：地域連携診療計画管理料等の
対象疾患に脳卒中が追加

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年：退院調整加算、総合評価加算

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

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

【早期からの退院支援と関係医療機関との平時からの連携の推進】

平成28年：退院支援加算1・2・3、地域連携診療計画加算

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

平成30年：加算名称を「入退院支援加算」に見直し、入院時支援加算

令和2年・令和4年：入退院支援部門の人員配置の見直し

令和4年：入退院支援加算の対象者の追加

令和6年：入院事前調整加算の新設・入退院支援における関係機関との連携強化

入退院支援の評価（イメージ）

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

・ 入院時支援加算

・ 入退院支援加算
・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

・ 入院事前調整加算

外来部門

【入院前からの支援】

- ・ (入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・ 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・ 入院生活に関するオリエンテーション
- ・ 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援加算の対象となる患者》

- ・ 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
- ・ 緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 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
- ・ 退院後に医療処置が必要
- ・ 入退院を繰り返している
- ・ 長期的な低栄養状態が見込まれる
- ・ 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
- ・ 児童等の家族から、介助や家族等を日常的に受けている

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・ 患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と、入院中の医療機関とが退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同で行う

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・ 保険医療機関間及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報の提供



医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価①

入院時の連携

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

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価②

入院時の連携

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

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価③

入退院時の連携

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

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価④

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

在宅療養中の支援

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

その他

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

入退院支援加算 1・2 の概要

[主な算定要件・施設基準]

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

入院時支援加算の概要

[主な算定要件・施設基準]

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

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

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

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

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

[施設基準]

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

[算定要件]

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

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

(※)要介護・要支援状態の場合のみ実施

入退院支援加算1・2の見直しについて②

入退院支援加算の対象の見直し

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

現行

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

改定後

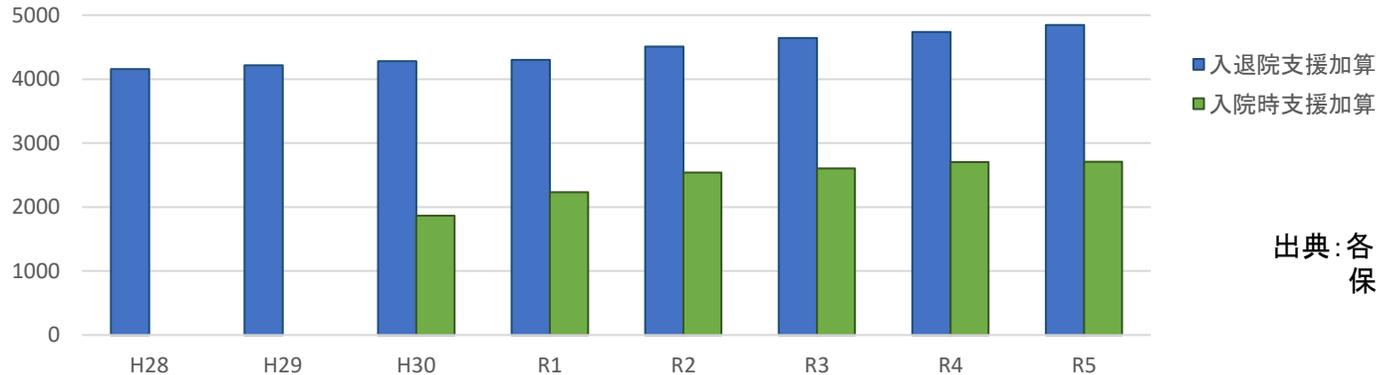
- 【入退院支援加算1及び2】
 [算定要件]
 退院困難な要因
 ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
 イ 緊急入院であること
 ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること
又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること
エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
オ 強度行動障害の状態の者
 カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
 キ 生活困窮者であること
 ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
 ケ 排泄に介助を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

入退院支援加算の届出・算定状況

- 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

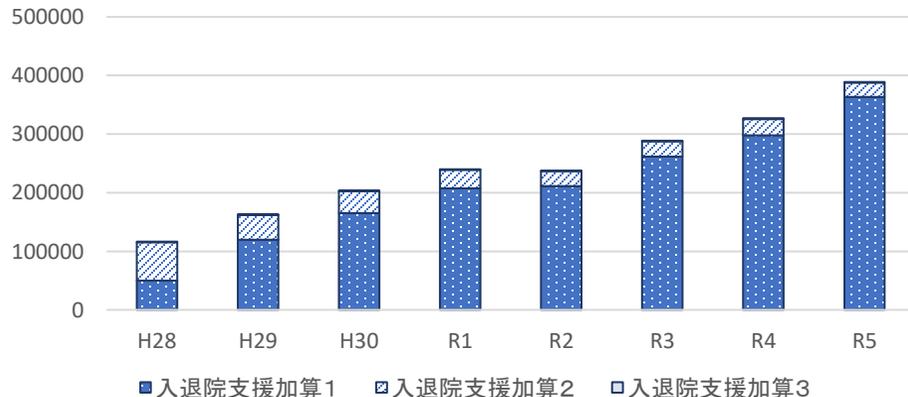
入退院支援加算届出施設数



出典：各年7月1日の届出状況。
保険局医療課調べ。

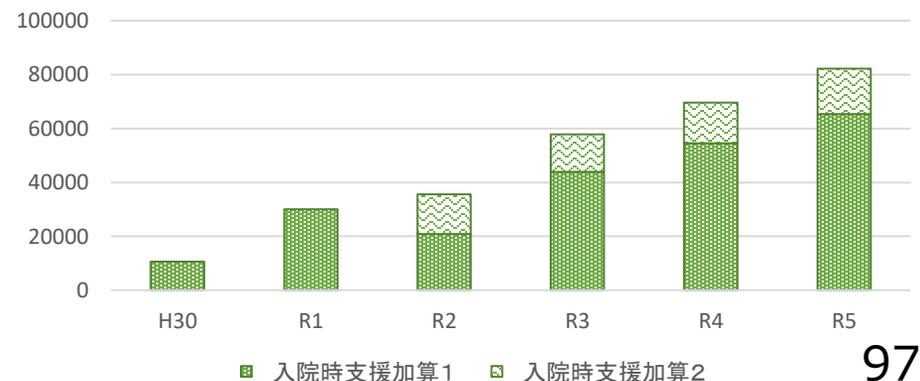
■ 入退院支援加算の算定状況の推移

入退院支援加算(算定回数)



■ 入院時支援加算の算定状況の推移

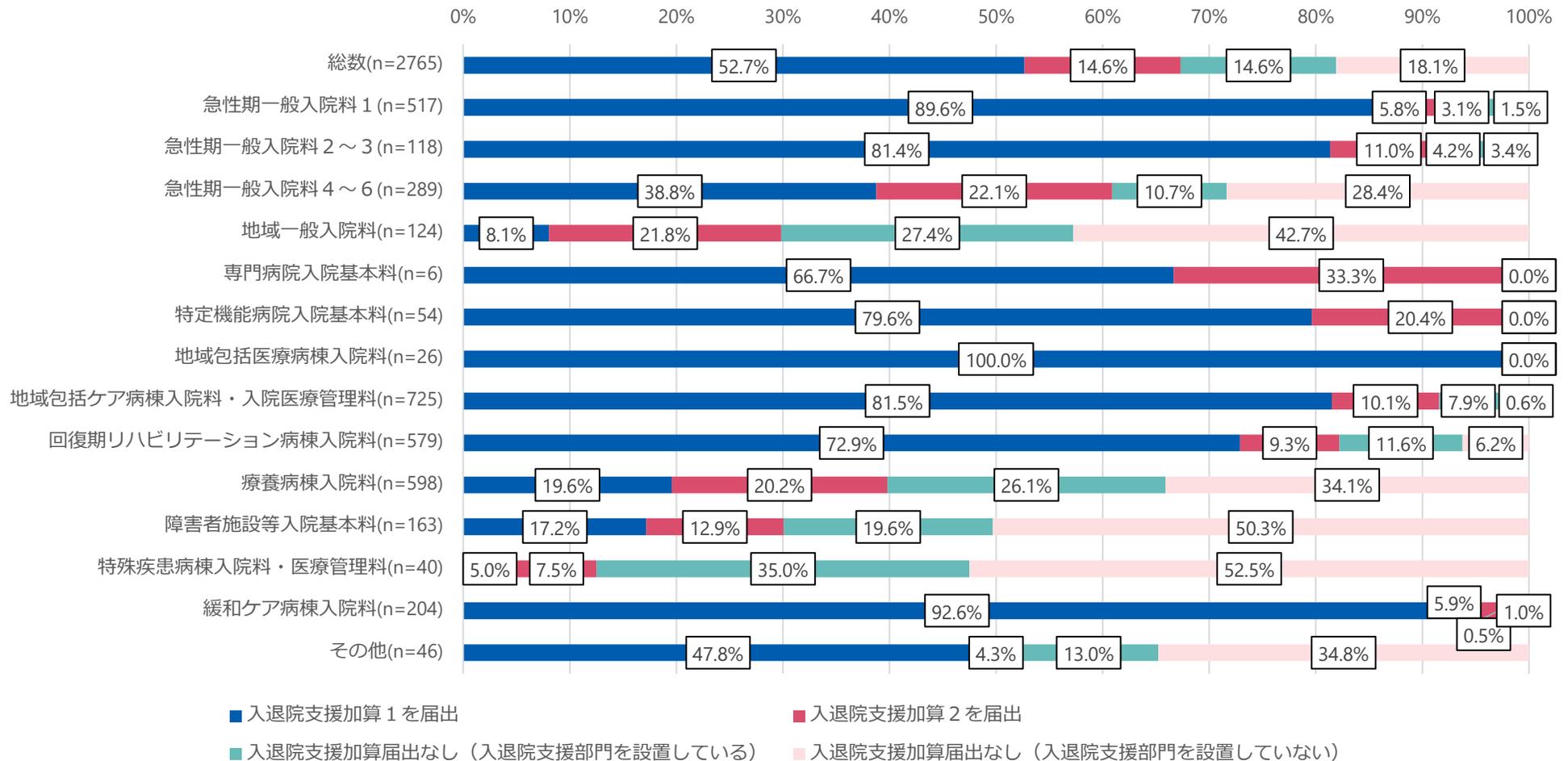
入院時支援加算(算定回数)



入退院支援加算について

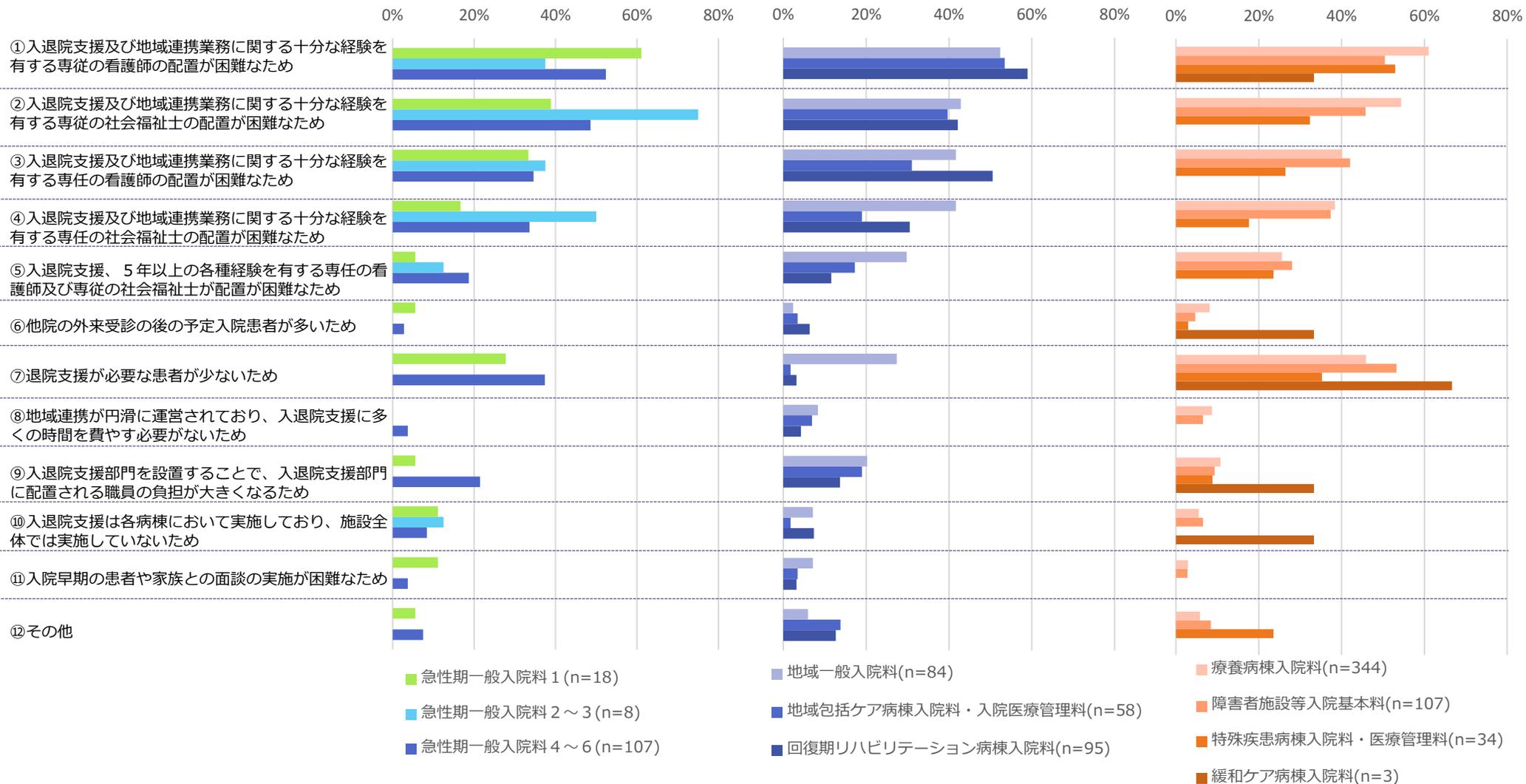
- 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1～3 では9割、4～6 では6割を超える医療機関で届けられていた。
- 地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3～4割が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



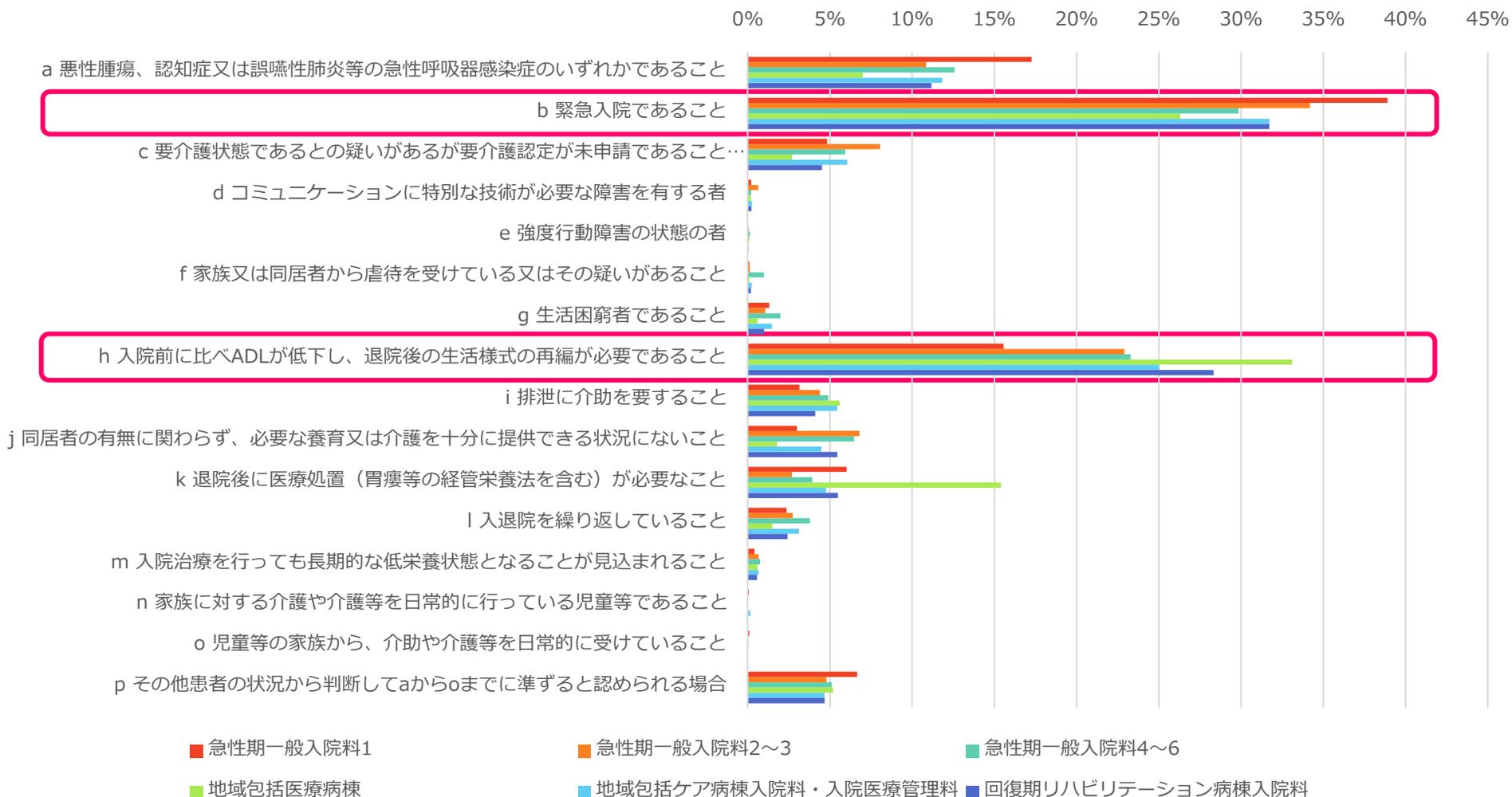
入退院支援加算を届け出ていない理由

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



入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」

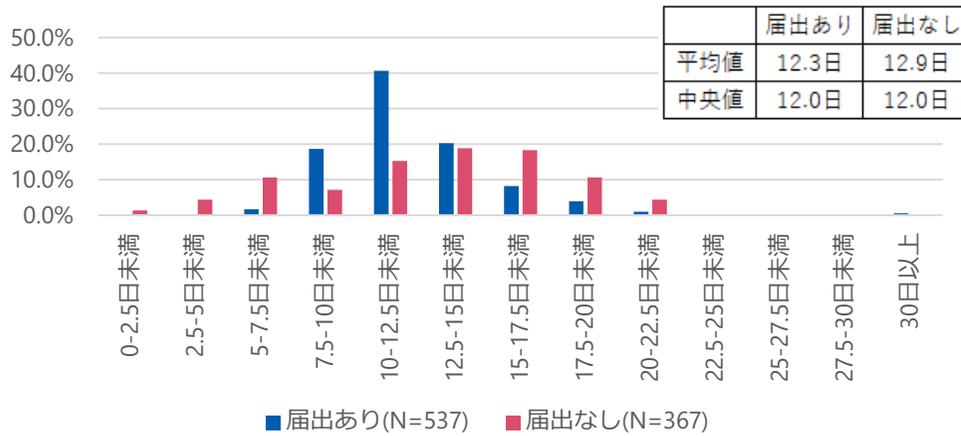
- 入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」としては、「緊急入院であること」が最も多く、特に急性期一般入院料1において高かった。
- 次に「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が多く、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟において高かった。



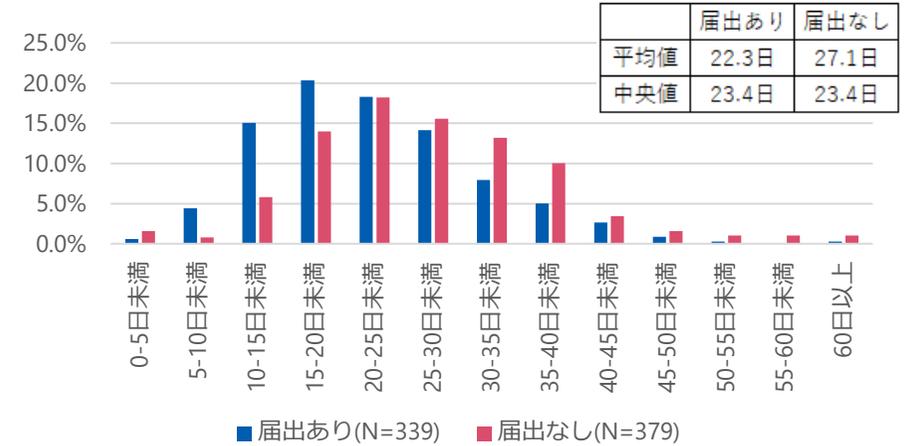
入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

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

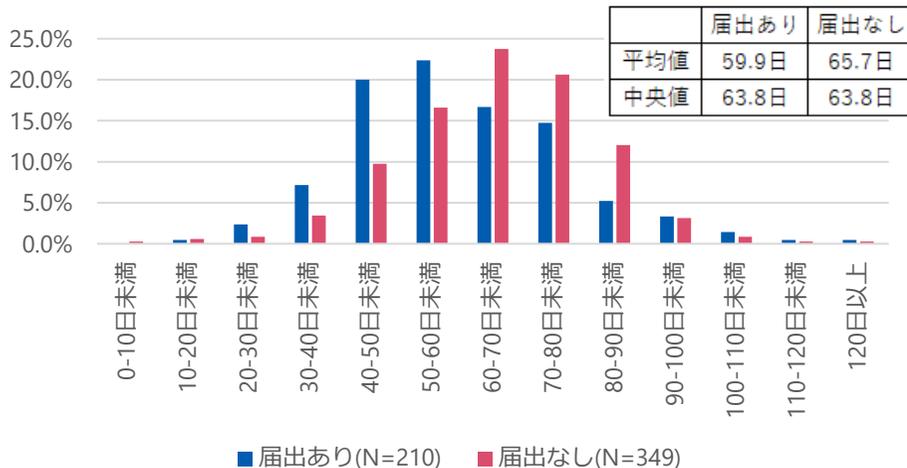
急性期一般入院基本料



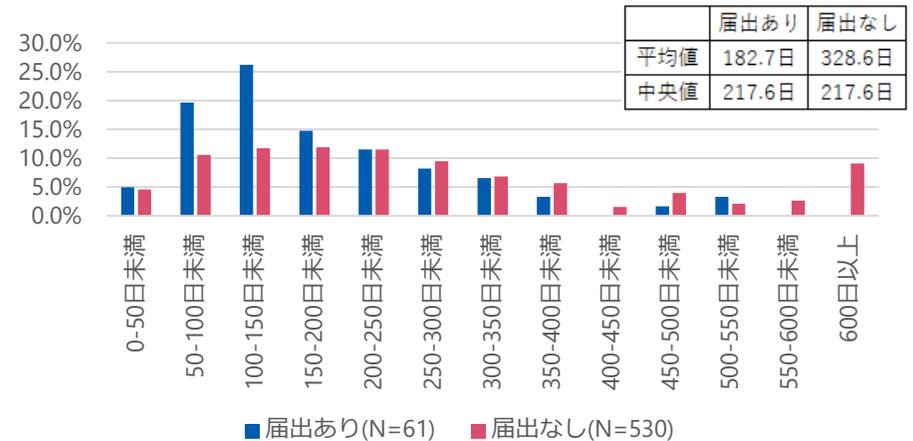
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



回復期リハビリテーション病棟入院料



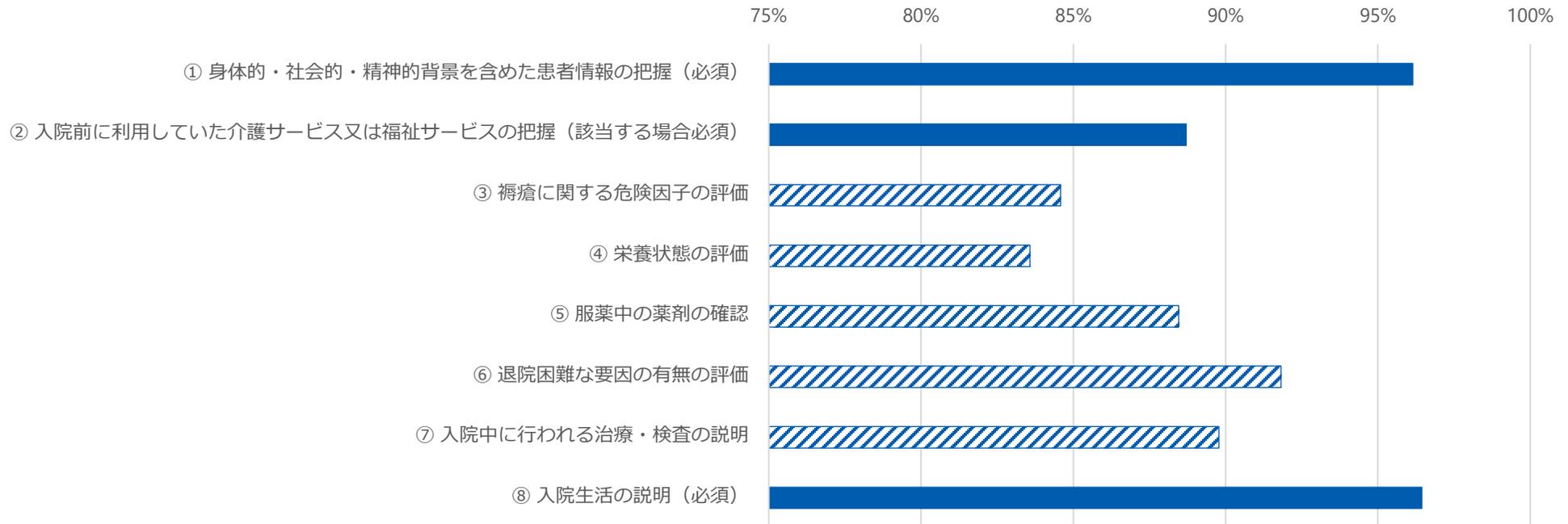
療養病棟入院基本料



入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

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

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



予定・緊急入院区分と入院前の入退院支援部門の関与の有無

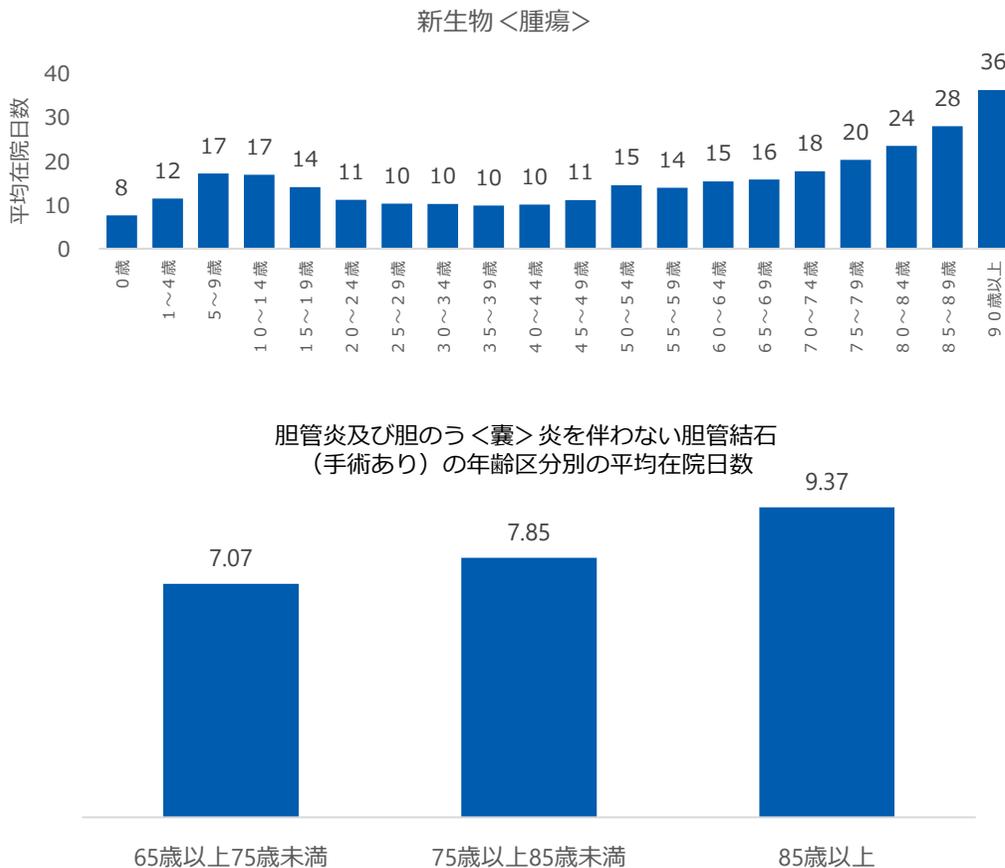
- 緊急入院の場合は、全ての入院料において「入院前における入退院支援部門の関与があり」よりも「入院前における入退院支援部門の関与がなし」のケースが多かった。
- 予定入院であっても、急性期一般入院料2-3、急性期一般入院料4-6、地域包括医療病棟では「入院前における入退院支援部門の関与がなし」のケースが多かった。

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

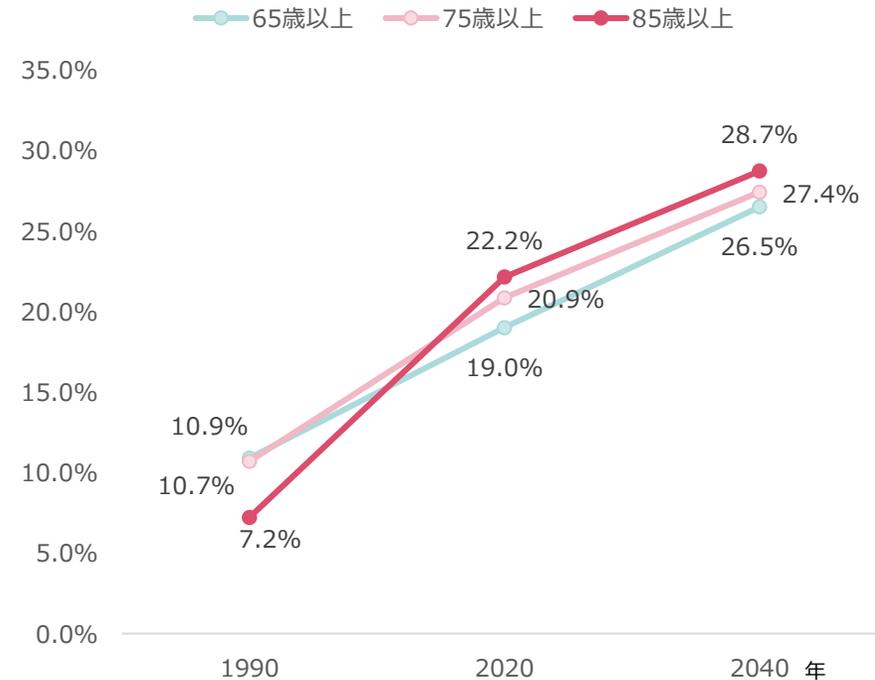
高齢者の退院に向けた課題

- 高齢になるほど、同じ疾患でも在院日数が長くなる傾向にある。
- 疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の要因も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けて更に増加する見込み。

＜退院患者の平均在院日数＞



年齢階級別人口に占める単独世帯の割合（高齢者）



資料出所：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）、「日本の世帯数の将来推計」（2024年推計）、「人口統計資料集」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成
 ※単独世帯の割合は、単独世帯数を総人口で除したものとす。

退院時共同指導料の概要・算定状況

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

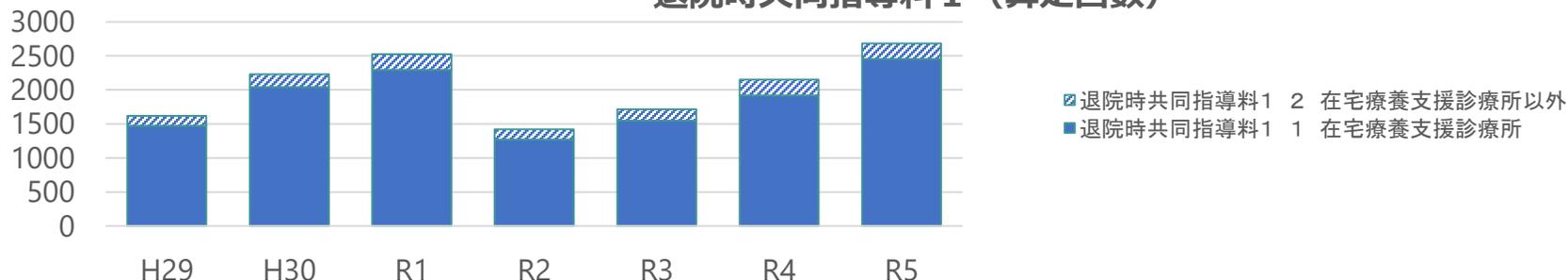
退院時共同指導料

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

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

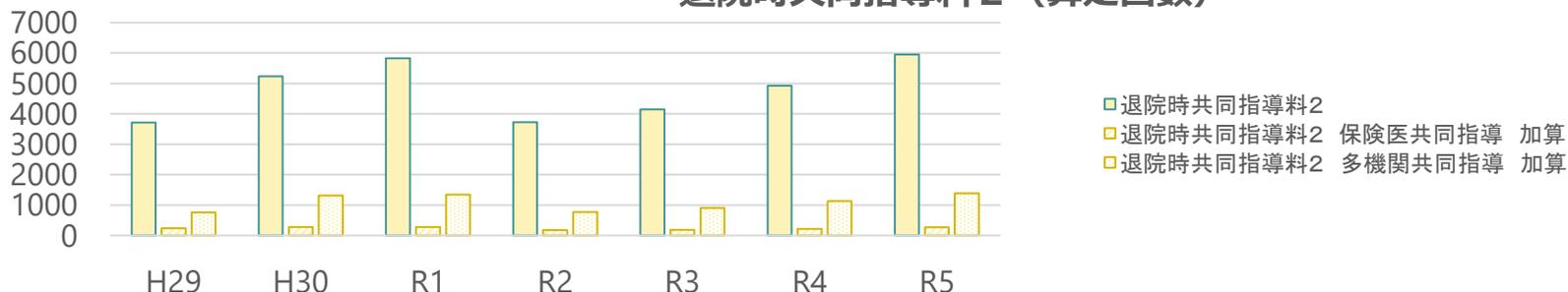
■ 退院時共同指導料 1 の算定状況の推移

退院時共同指導料 1（算定回数）



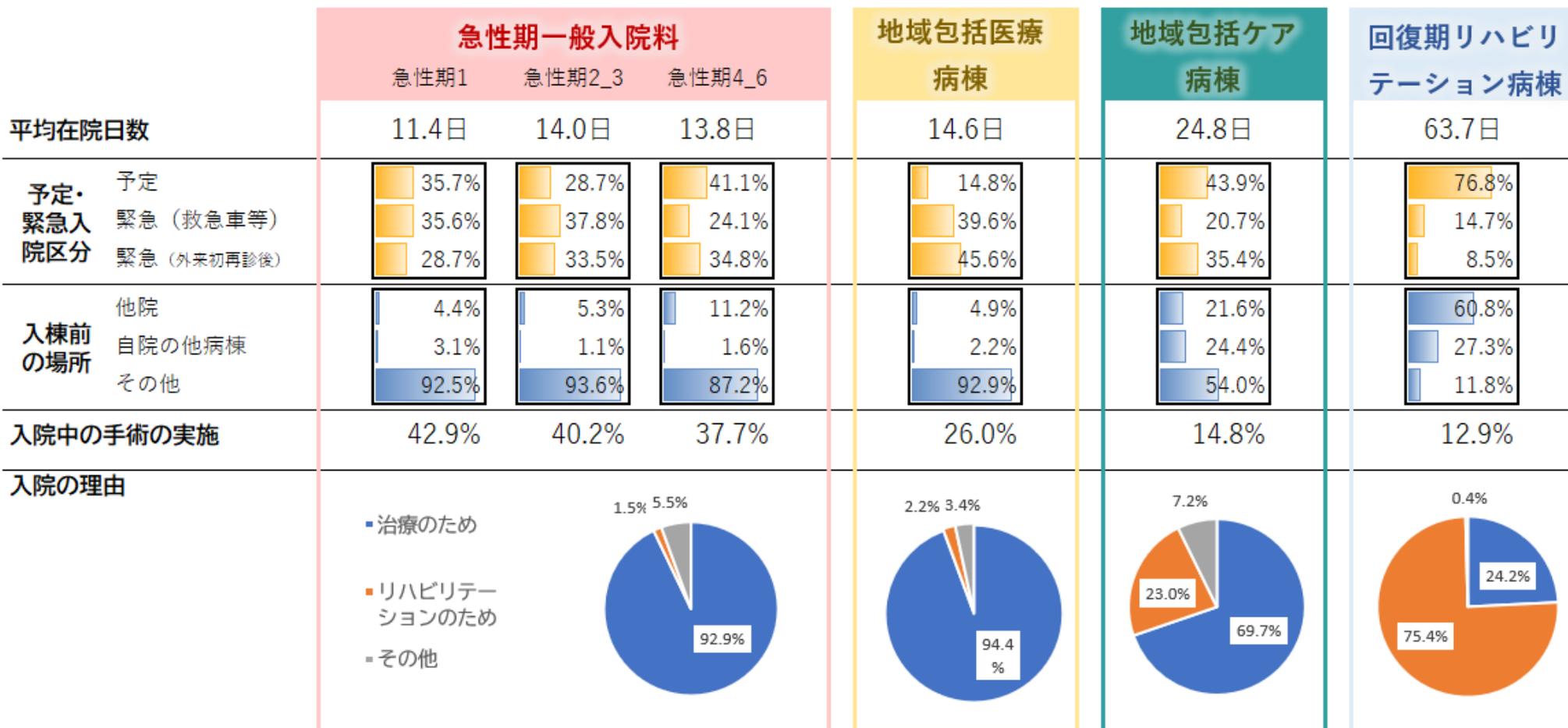
■ 退院時共同指導料 2 の算定状況の推移

退院時共同指導料 2（算定回数）



入院料別の入院患者の特徴

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



急性期一般入院料 1 の病棟における患者の流れ

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

【入院元】 (n=16,093)

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

急性期一般入院料 1

【退院先】 (n=8,078)

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

急性期一般入院料 2～6 の病棟における患者の流れ

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

【入院元】（n=4,216）

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

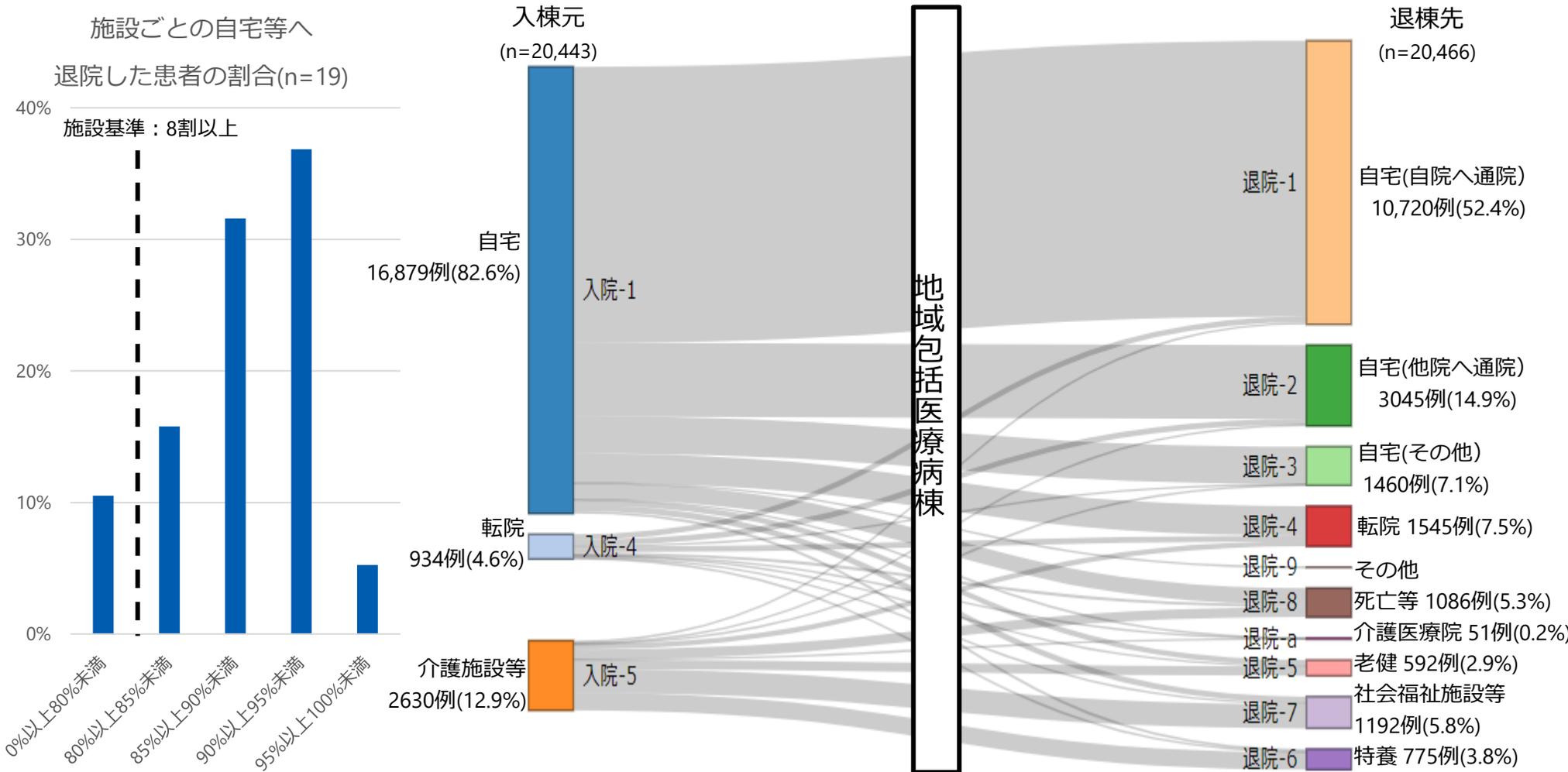
急性期一般入院料 2-6

【退院先】（n=1,723）

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

地域包括医療病棟の患者の流れ

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



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

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

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

【入棟元】（n=3,990）

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

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】（n=1,247）

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

回復期リハビリテーション病棟における患者の流れ

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

回復期リハビリテーション病棟

【入棟元】（n=5,260）

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

【退棟先】（n=747）

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

療養病棟における患者の流れ

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

【入棟元】（n=7,072）

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

療養病棟

【退棟先】（n=822）

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

病棟毎の入退棟先・退院困難な要因の特徴（まとめ）

<急性期>

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

<地域包括医療病棟>

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

<地域包括ケア病棟>

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

<回復期リハビリテーション病棟>

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

<療養病棟>

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



入退院支援において実施されている支援は、入院料及び患者像によって異なる可能性がある。 113

入退院支援に係る現状と課題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。

(退棟先の特徴について)

- 急性期入院料においては、自宅から入棟し、自宅へ退棟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、退棟先がより多様である。療養病棟ではこうした退棟先のほか、死亡退院の割合も高い



【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、さらに検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

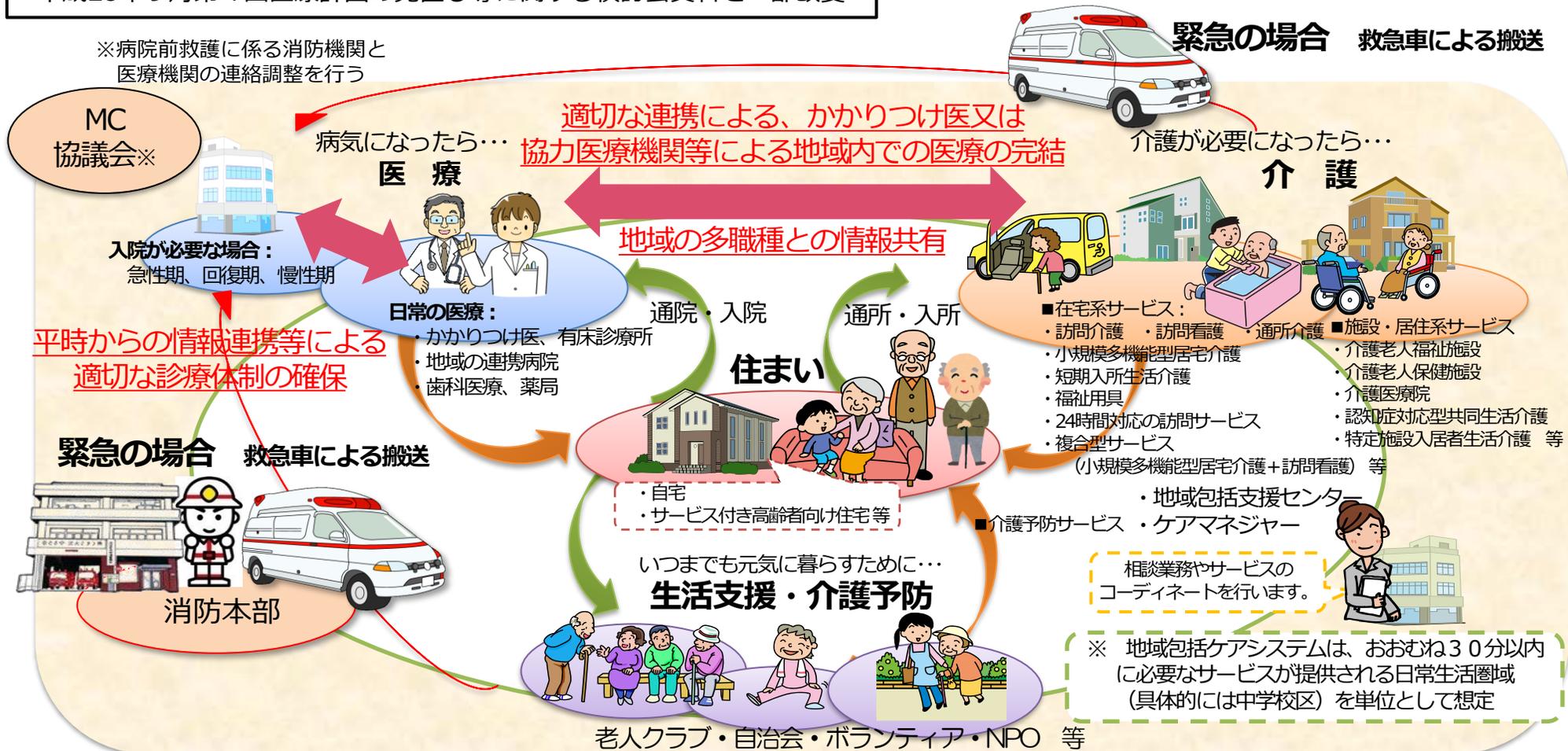
1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. **入退院支援(その1)**
 - 3-1. 入退院支援について(総論)
 - 3-2. **円滑な連携の推進について**
4. リハビリテーション(その1)
5. 食事療養(その1)

地域包括ケアシステムの中における高齢者の救急対応

- 地域包括ケアシステムにおいては、介護施設等に入所する高齢者について、できる限り提携病院を含めた地域の中で完結することが望ましいとされてきた。

平成28年9月第4回医療計画の見直し等に関する検討会資料を一部改変

※病院前救護に係る消防機関と医療機関の連絡調整を行う



新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和6年12月）

診調組 入-1
7.6.13改

2. 2040年頃の医療をとりまく状況と課題（抄）

（1）医療需要等

- 2040年の医療需要については、**85歳以上の高齢者は医療・介護の複合ニーズを有する**場合が多く、85歳以上人口の増加に伴い、2020年と比較して、85歳以上の高齢者の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療の需要は62%増加することが見込まれる。また、認知症の人の数は増加している。
- 高齢者救急については、**自宅以外の高齢者施設等からの救急搬送の増加も見込まれる**ほか、発症後の**生活機能を維持するためのリハビリテーションや、退院後の生活環境等も踏まえた退院調整**がさらに重要となる。

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性（抄）

（1）新たな地域医療構想における基本的な方向性

- 医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年、さらにその先を見据え、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築する必要がある。このため、新たな地域医療構想において、以下の4点を中心として、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、**「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する**必要がある。
- 1点目は、増加する高齢者救急への対応である。**高齢者救急について、その受入体制を強化するとともに、ADLの低下を防止するため、入院早期から必要なリハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅等の生活の場に戻ることができる支援体制を確保する**ことが求められる。その際、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、医療DXの推進等による**在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等と地域の医療機関との連携強化**、かかりつけ医機能の発揮等を通じて、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等の対応力を強化することも求められる。（後略）

5. 新たな地域医療構想（抄）

（3）医療機関機能・病床機能

＜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。

※地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

・ **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。

※地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

- ・ 急性期拠点機能（略）
- ・ 専門等機能（略）

※ 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（略）

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)

在支診・在支病、後方支援病院

地域包括ケア病棟

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

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119

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

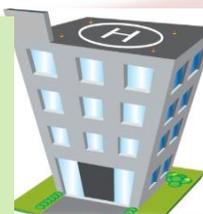
- ・ 急性期充実体制加算を加算1及び加算2に再編
- ・ 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- ・ 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- ・ 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ

急性期



自宅

診療所等



医療と介護の連携の推進（イメージ）

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

介護保険施設等と連携する医療機関 【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

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

● : 診療報酬 ■ : 介護報酬

(1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

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

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

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

(4) 入院調整

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

(5) 早期退院

- **退院が可能となった場合の速やかな受入りの努力義務化**

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等 【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

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

地域包括診療料等を算定する医療機関

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

居宅介護支援事業所

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

入退院支援加算1・2の見直しについて①

入院時支援加算1の見直し

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

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

入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について

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

現行	改定後
<p>【入退院支援加算1】 [施設基準]</p> <p>(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。</p>	<p>【入退院支援加算1】 [施設基準]</p> <p>(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。</p>

生活に配慮した支援の強化

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

入退院支援加算届出医療機関における連携体制

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

急性期一般病棟を有する医療機関					
	中央値	(25%Tile)	(75%Tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	40.5	29	77.25	27	79.9
② うち病院	8	3	18	1	14.0
③ うち診療所	3	1	6	0	17.6
④ うち介護保険サービス事業所	23	11	39	0	40.1
⑤ うち障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.7
⑥ うちその他の施設	2	0	10	0	9.8

(n=3,578)

地域を包括する医療機関棟					
	中央値	(25%Tile)	(75%Tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	36	26	70	32	52.8
② うち病院	6.5	3.5	10.25	6	8.7
③ うち診療所	3	1	5	1	12.8
④ うち介護保険サービス事業所	22.5	10.25	30.5	25	34.0
⑤ うち障害福祉サービス事業所	0	0	0	0	1.0
⑥ うちその他の施設	2	0	9	0	6.3

(n=145)

地域を包括するケア病棟					
	中央値	(25%Tile)	(75%Tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	36	28	67	25	61.8
② うち病院	5	2	12	0	9.1
③ うち診療所	1	0	5	0	6.7
④ うち介護保険サービス事業所	25.5	15	43	18	38.0
⑤ うち障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.6
⑥ うちその他の施設	1	0	5.75	0	6.7

(n=2,394)

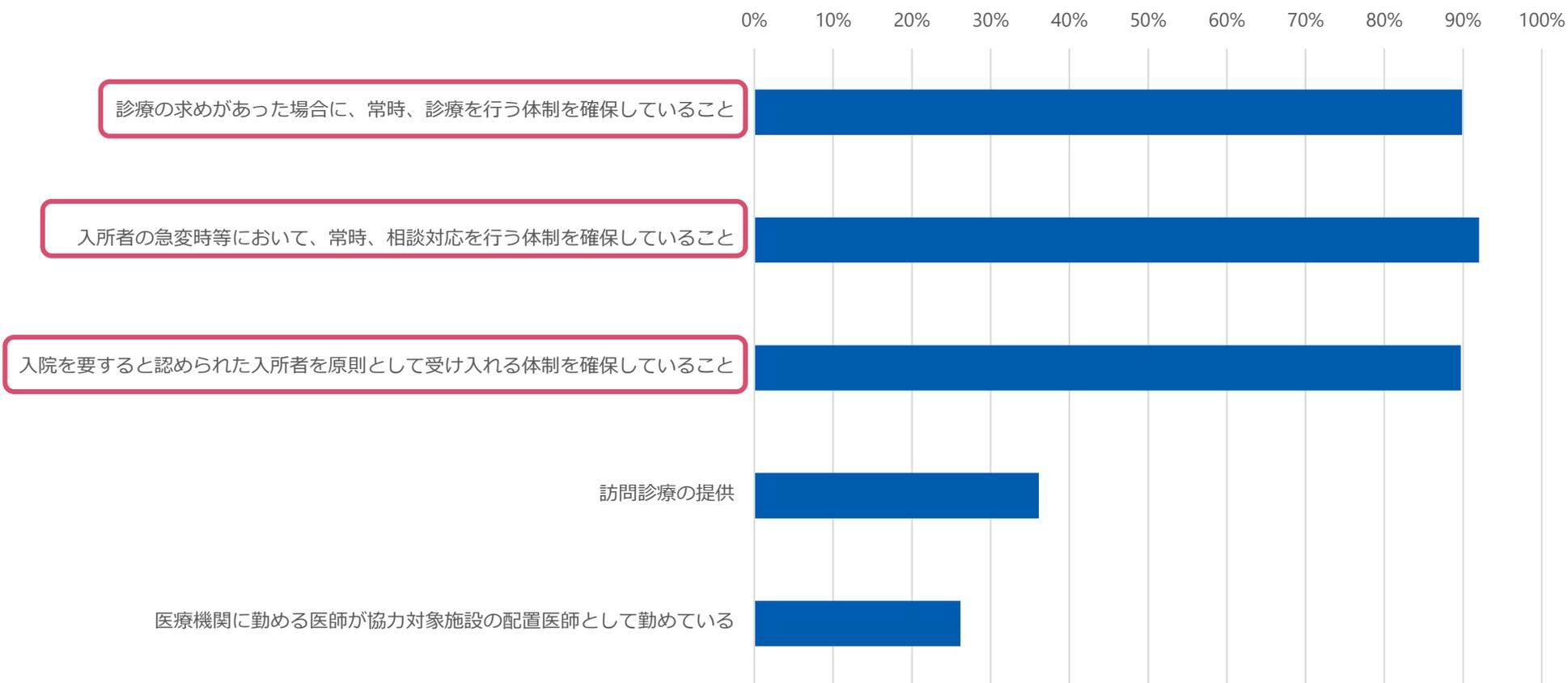
回復期リハビリ病棟を有する医療機関					
	中央値	(25%Tile)	(75%Tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	38	28	66	25	62.2
② うち病院	7	3	14	0	11.5
③ うち診療所	1	0	4	0	4.7
④ うち介護保険サービス事業所	25	14	43	25	39.0
⑤ うち障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.3
⑥ うちその他の施設	1	0	5	0	6.6

(n=1,633)

- 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関において、協力対象施設への医療提供内容として、診療の求めがあった場合の診療、入所者の急変時等の相談体制の確保、入院を要する入所者の原則受入体制確保を9割以上の医療機関が提供していた。
- 訪問診療の提供は1/3程度、配置医師としての勤務は1/4程度の医療機関が実施していた。

地域包括医療病棟もしくは地域包括ケア病棟において、1施設以上の協力医療機関である場合、

協力対象施設への医療提供内容(n=642)



介護施設等における対応力の強化

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■ Ambulatory Care Sensitive Conditions(ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■ 老健施設における治療管理などの対応の評価

単位等

- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日
- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日

- 注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。
 注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする
 注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

<対象疾患>

- ・ 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

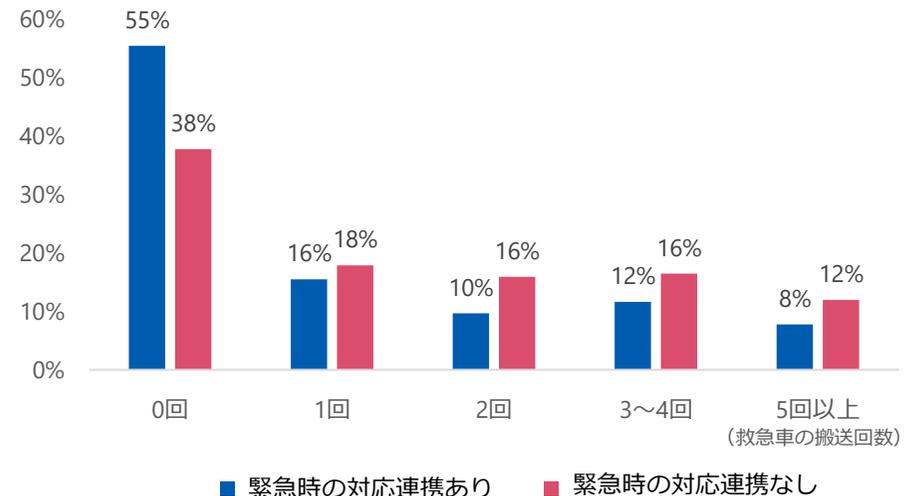
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- ・ 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

■ 介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数



資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

救急出動件数と搬送人員の推移

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

図1 救急自動車による救急出動件数及び搬送人員の推移

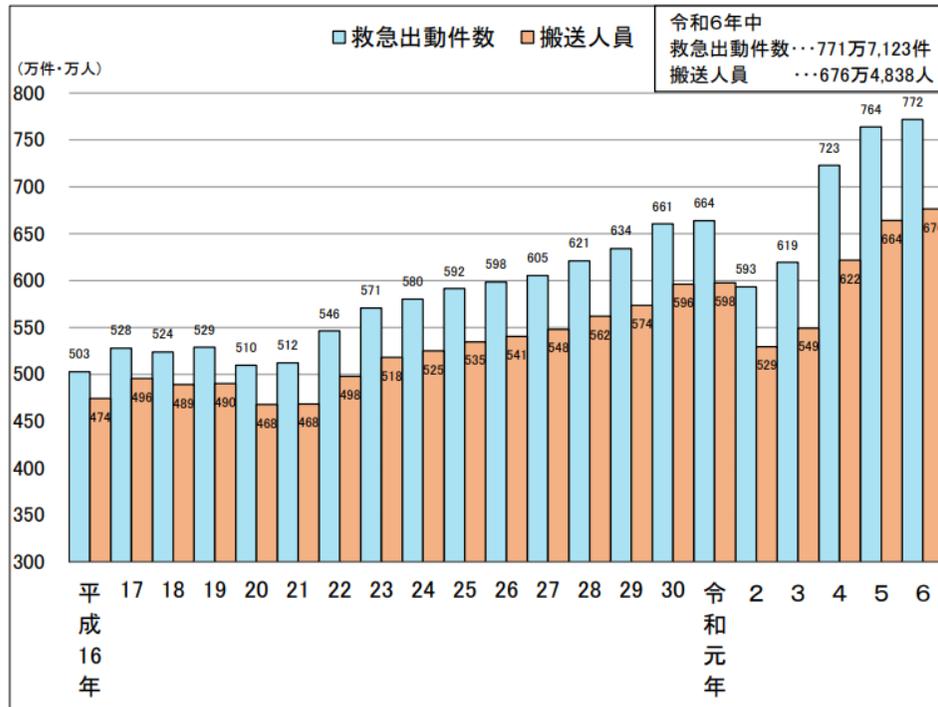
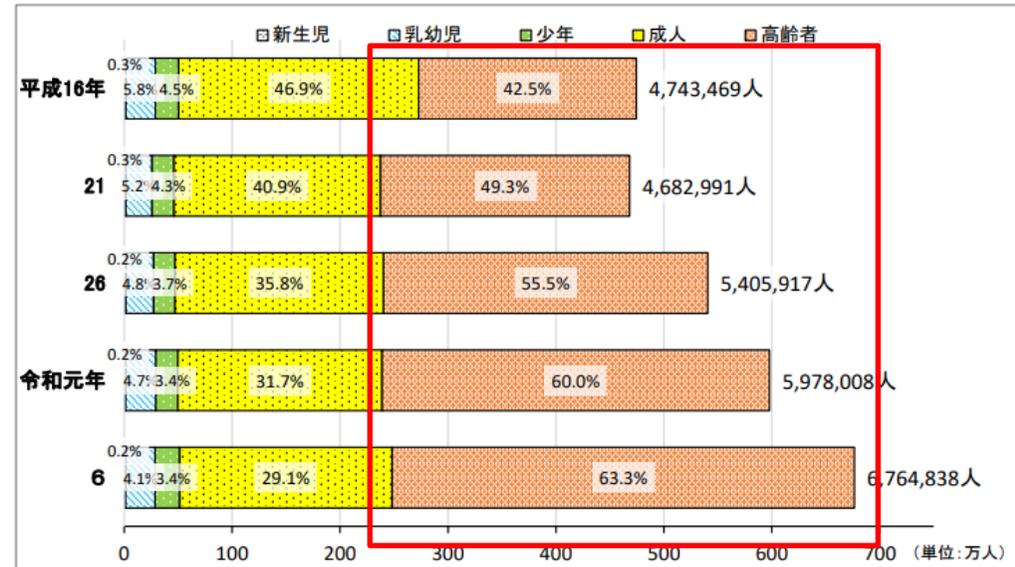


図8 年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



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

2 年齢区分の定義

新生児：生後28日未満の者

乳幼児：生後28日以上満7歳未満の者

少年：満7歳以上満18歳未満の者

成人：満18歳以上満65歳未満の者

高齢者：満65歳以上の者

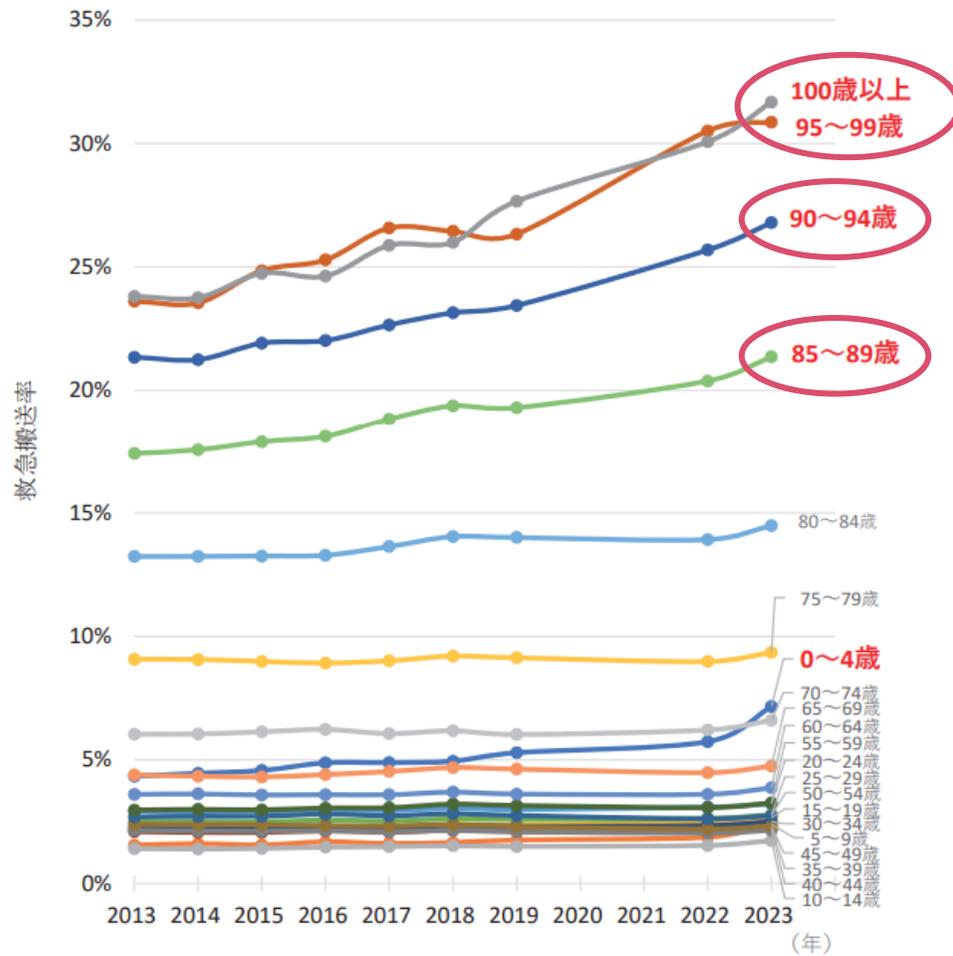
高齢者の救急搬送の増加

○ 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）

$$\text{救急搬送率} = \text{年間の救急搬送人員} \div \text{当該年の人口}$$

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



入退院支援に係る現状と課題②

(医療と介護の連携の推進について)

- 令和6年度診療報酬改定では、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直しを行った。また、入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める改定を行った。
- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、前回調査（令和4年度）と比較し、いずれの入院料も連携機関数が増加しており、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。

(急変時等の対応体制について)

- 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関において、協力対象施設への医療提供内容として、診療の求めがあった場合の診療、入所者の急変時等の相談体制の確保、入院を要する入所者の原則受入体制確保を9割以上の医療機関が提供していた。
- 救急搬送件数は経年的に増加している。高齢人口の増加によるものだけでなく、特に85歳以上の高齢者においては、人口当たりの救急搬送件数も増加していることが要因となっている。



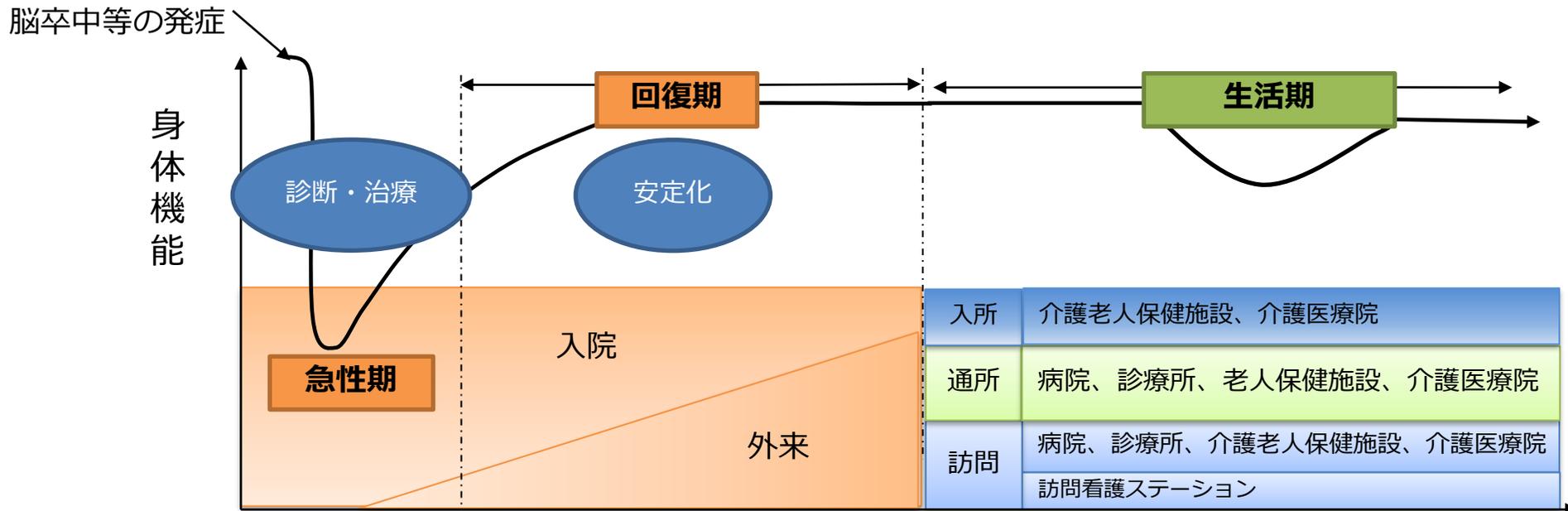
【課題】

- 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、さらに検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. 入退院支援(その1)
4. **リハビリテーション(その1)**
5. 食事療養(その1)

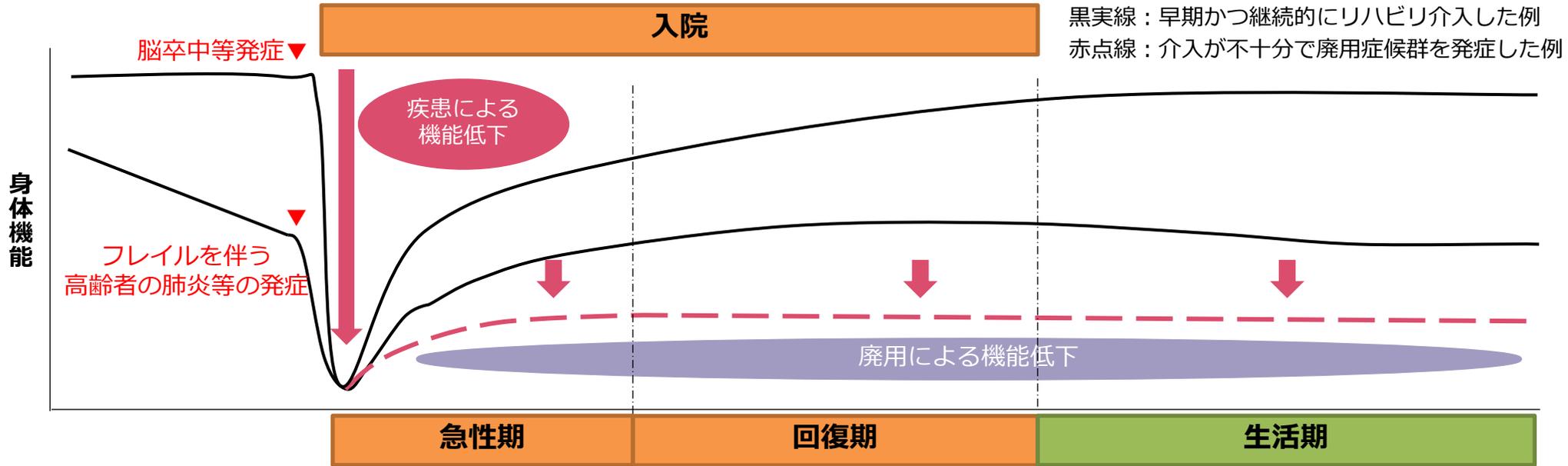
1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. 入退院支援(その1)
4. **リハビリテーション(その1)**
 - 4-1. **リハビリテーションについて(総論)**
 - 4-2. 生活機能回復リハビリテーションについて
 - 4-3. 退院支援について
 - 4-4. 疾患別リハビリテーションの早期介入について
5. 食事療養(その1)

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

各段階におけるリハビリテーションの役割のイメージ



必要なリハビリの
イメージ

疾患により低下した身体機能・ADL向上
(疾患別リハビリテーションによる集中的リハ等)

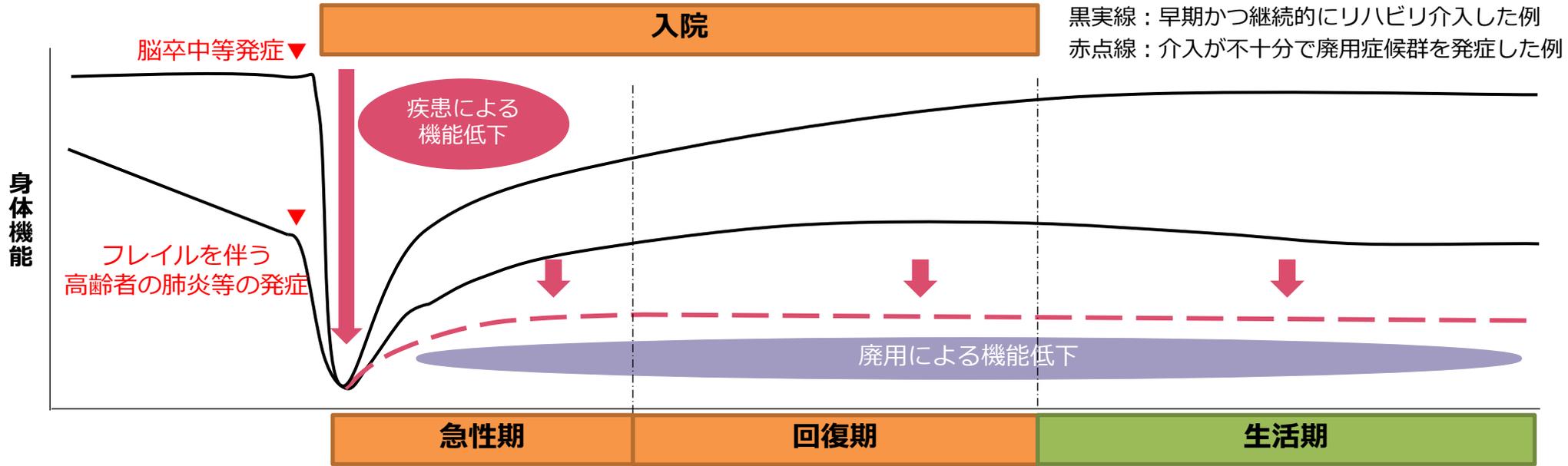
残存する身体機能を活用した生活機能回復
(疾患別リハビリテーションにおける自助具の使用訓練、
病棟のリハビリテーションにおけるトイレ動作における有効
な移乗方法の習得等)

生活機能の維持・向上
(介護保険サービス等)

安静臥床による廃用症候群に伴う身体機能・生活機能の低下予防
(病棟のリハビリテーションにおける離床の促し、トイレ介助等)

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. 入退院支援(その1)
4. **リハビリテーション(その1)**
 - 4-1. リハビリテーションについて(総論)
 - 4-2. 生活機能回復リハビリテーションについて
 - 4-3. 退院支援について
 - 4-4. 疾患別リハビリテーションの早期介入について
5. 食事療養(その1)

(再掲) 各段階におけるリハビリテーションの役割のイメージ



疾患により低下した身体機能・ADL向上
(疾患別リハビリテーションによる集中的リハ等)

必要なリハビリの
イメージ

残存する身体機能を活用した生活機能回復
(疾患別リハビリテーションにおける自助具の使用訓練、
病棟のリハビリテーションにおけるトイレ動作における有効な
乗降方法の習得等)

生活機能の維持・向上
(介護保険サービス等)

安静臥床による廃用症候群に伴う身体機能・生活機能の低下予防
(病棟のリハビリテーションにおける離床の促し、トイレ介助等)

退院後の自立を目指した生活機能リハビリのイメージ

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

➤ 生活機能回復のためのワンポイントの介入の例（トイレ動作）

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



歩行頻度の増加



ドア開閉時のバランス評価



方向転換時のバランス評価



蓋の上げ動作

➤ (例) 排尿・排便に関する介入モデル（運動器疾患のパターン）

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

▲ コルセット作成・離床許可

生活機能回復に資する診療報酬の例（排尿自立支援加算）

- 排尿自立支援加算は尿道カテーテル抜去後の下部尿路機能障害又は尿道カテーテル留置中に下部尿路機能障害が予想される患者に対し、包括的な排尿ケアを行った場合に算定される。
- 加算の新設後、算定回数及び届出機関数の増加は緩徐である。

A251 排尿自立支援加算 200点（週1回）

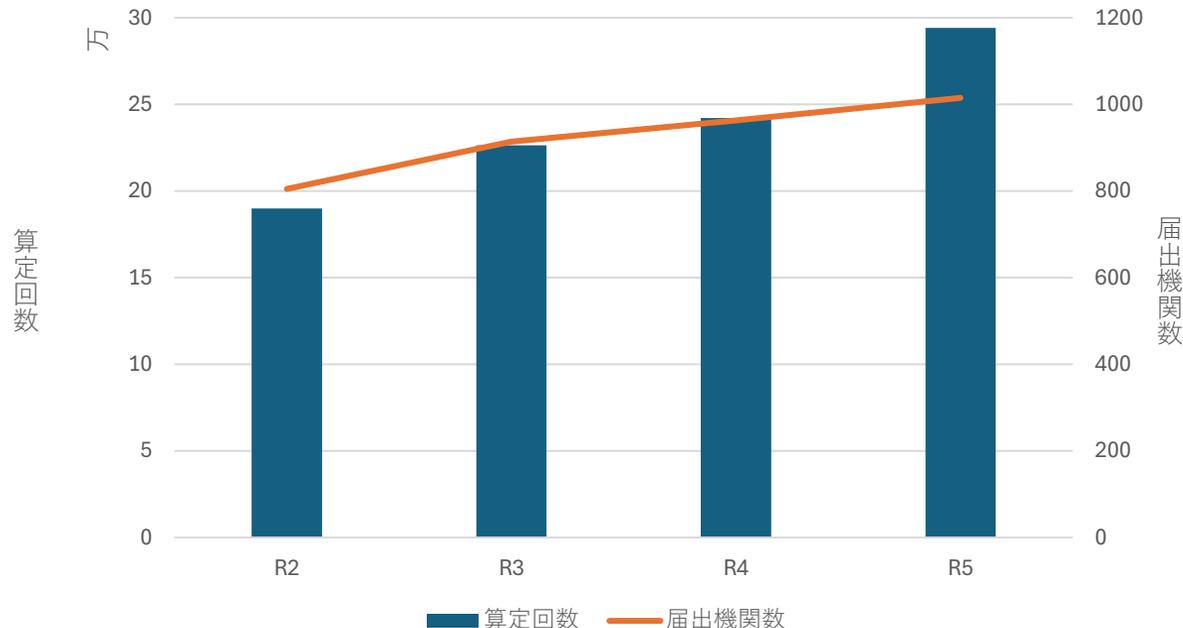
【施設基準（概要）】

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

【算定要件（抜粋）】

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

排尿自立支援加算（算定回数・届出機関数）



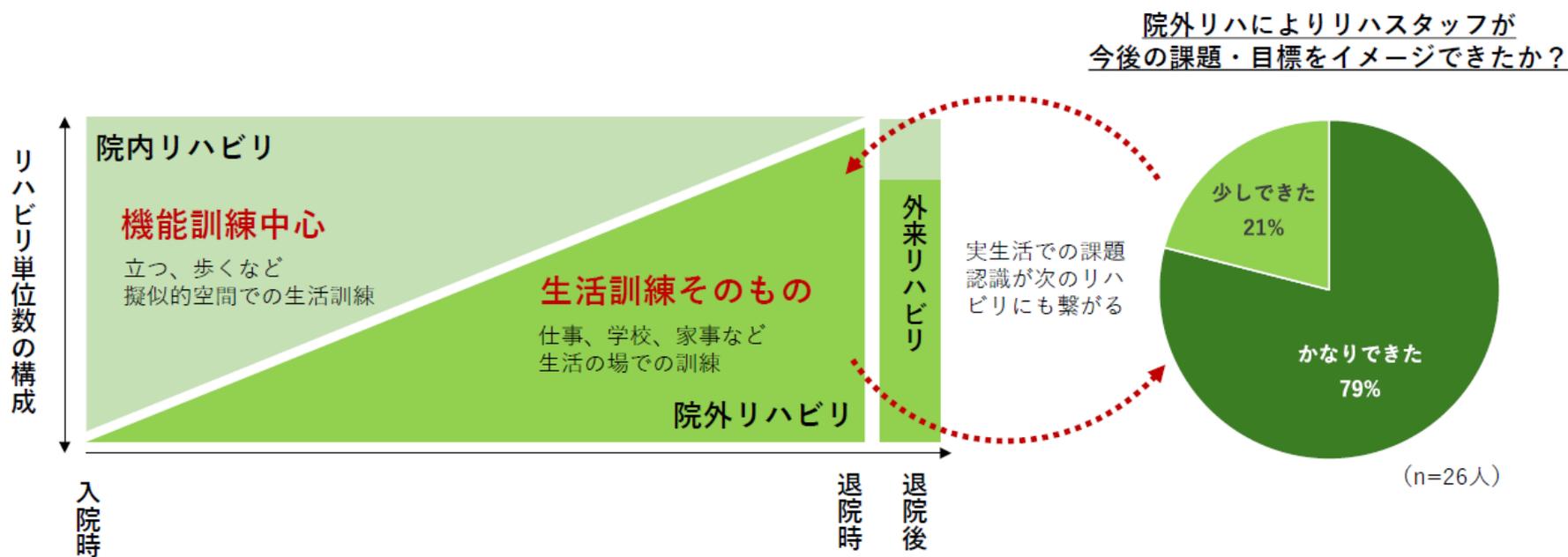
引用：（算定回数）第7回～10回NDBオープンデータ、（届出機関数）主な施設基準の届出状況等

院内/院外リハの組み合わせ

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

患者の状態や時期によりクリアすべき課題は異なる。退院後の円滑な生活のため、院内/院外リハビリを適切に提供できる制度が望まれる。

患者の課題によってリハビリ場所も異なる



千里リハビリテーション病院
「2023年5月～2023年10月までの外出訓練調査」

院外リハビリをデザインする

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

入院患者の目的は社会復帰。それを円滑に進めるため、実践的な訓練である院外リハビリの提供体制を拡充すべき。

生活の場で訓練する院外リハビリの拡充

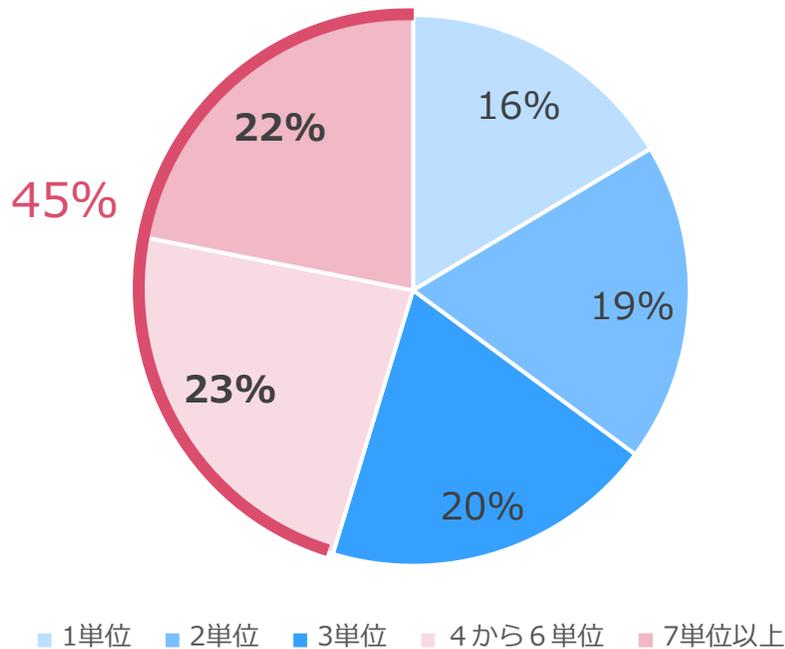
ポイント	慢性期治療病棟	院外リハビリ
目的	明確化 病態を改善し、在宅復帰を促す	患者の状態、課題に応じたリハビリ(場所)の提供
プロセス	実践方法の確立 6病態（誤嚥性肺炎、低栄養、脱水、褥瘡、尿路感染症、その他の感染症）の治療 + 病態の急性憎悪対応（慢性期救急）	医療機関外リハビリにおける ・3単位(60分)の制限緩和 ・自宅/社会生活に必要な範囲の拡大（復学、自宅内ADL等）
アウトカム	指標設定/測定 6病態の改善度、改善期間	院外リハビリ実施率の向上による円滑な社会復帰

屋外等での疾患別リハビリテーション実施単位数について

- 屋外等での疾患別リハビリテーションは入院患者に対して1日に3単位に限り算定可能である。
- 急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟において、屋外等で実施されたリハビリテーション単位数と人数の分布は以下の通りであり、屋外等での疾患別リハビリテーションを実施した患者のうち、3単位を超えて実施した症例は45%であった。

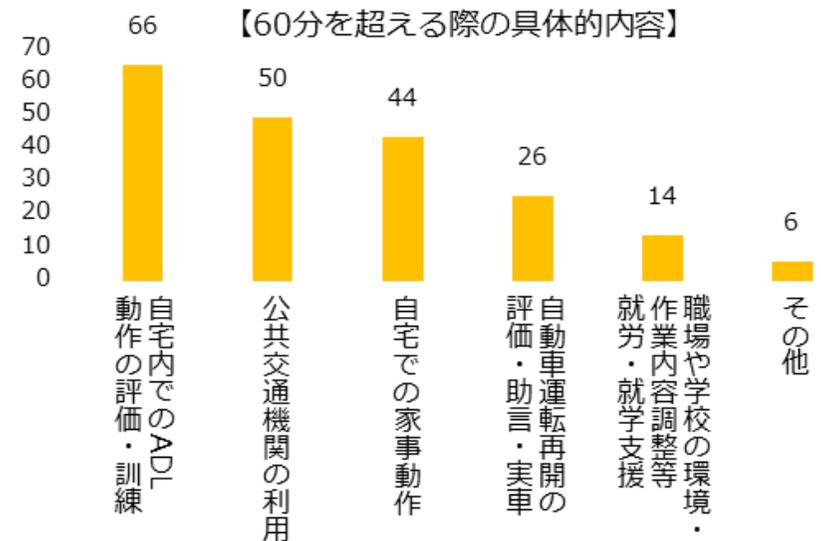
屋外等で実施されたリハビリテーション単位数と

人数の割合(n=128)



調査日から遡った過去7日間において、疾患別リハビリテーションを実施した1767症例のうち、同一期間内に屋外等で疾患別リハビリテーションを実施した128症例について、単位数ごとの人数を集計。

参考) 屋外等でのリハビリテーションが60分を超える際の具体的な実施内容

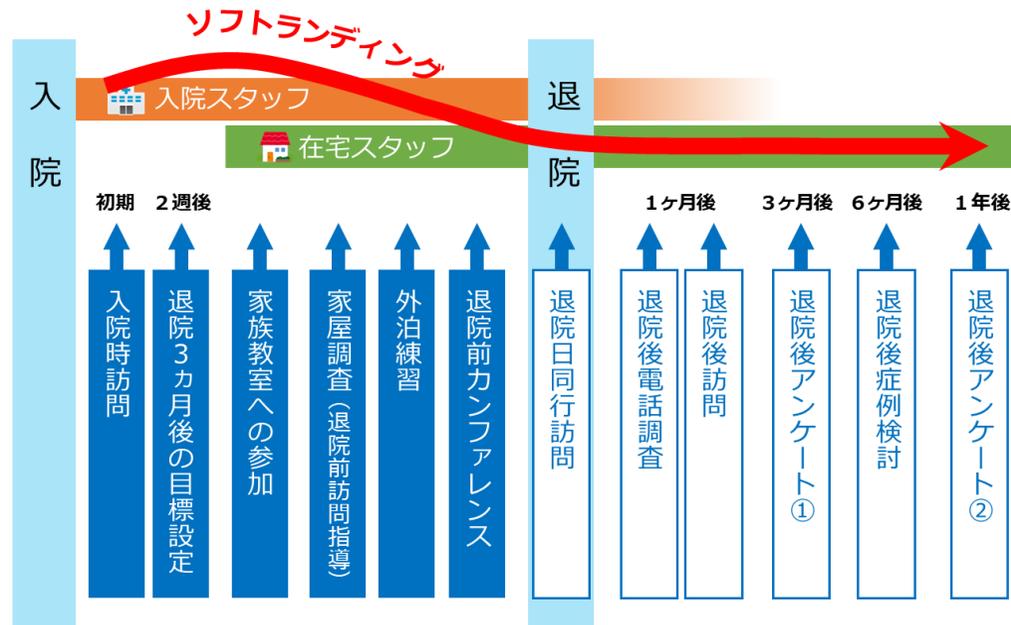


※回答のあった87施設において、該当した項目（複数回答可）を集計。

出典：日本作業療法士協会2019年度身体障害領域モニター調査

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. 入退院支援(その1)
4. **リハビリテーション(その1)**
 - 4-1. リハビリテーションについて(総論)
 - 4-2. 生活機能回復リハビリテーションについて
 - 4-3. 退院支援について
 - 4-4. 疾患別リハビリテーションの早期介入について
5. 食事療養(その1)

- 退院前訪問指導を実施することにより、再入院と転倒を減少させ、退院後のADLが向上する。
 - 家屋調査を含むフローにより回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
- 大腿骨頸部骨折患者を対象としたRCT(N=77)において、退院前に家屋訪問を実施した患者は、30日後の再入院と転倒が有意に改善するとともに、6か月後のADLが有意に高かったという報告がある。
- Lockwood KJ, et al. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):681-692.
- 14研究を対象としたメタ解析において、退院前の家屋訪問を実施することが、転倒率を低下させること、退院後の活動レベルが改善すること、再入院率を減少させることが示されている。
- Lockwood KJ, et al. J Rehabil Med. 2015 Apr;47(4):289-99.
- 家屋調査を含む以下のようなフローにより、回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
- 岡光孝. OTジャーナル. 55(8) : 999-1003, 2021



退院前訪問指導料

- 退院前訪問指導料の算定回数は、平成31年以降、減少傾向にあり、令和5年にやや増加した。

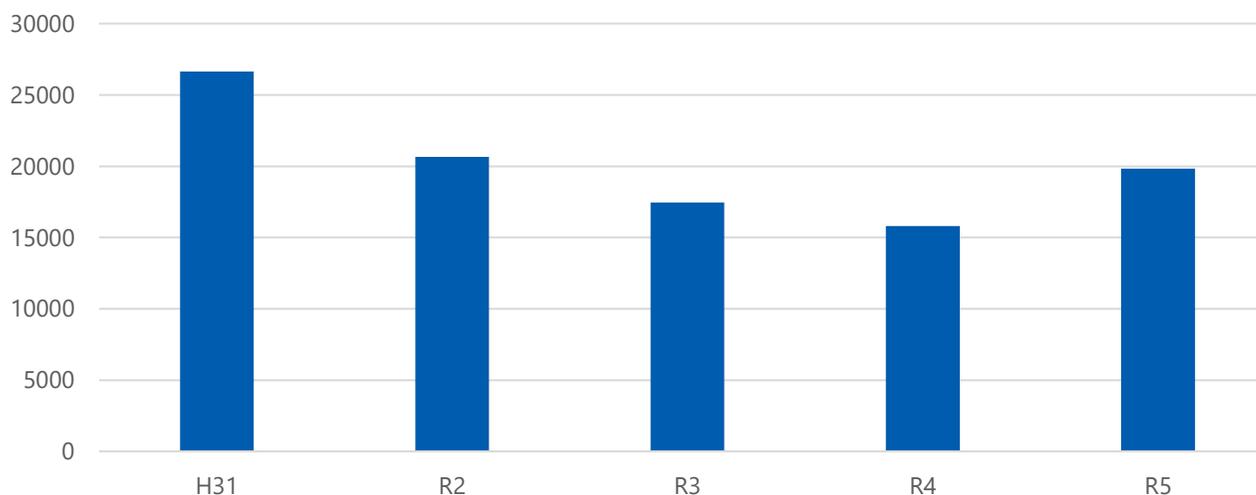
B007-2 退院前訪問指導料 580点

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、算定する。

【算定要件（抜粋）】

- 指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。
- ただし、入院後早期（入院後14日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。

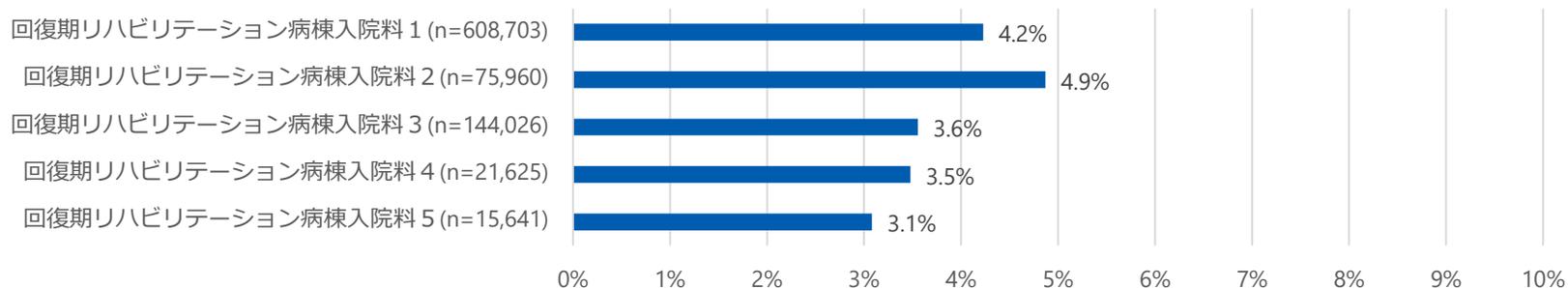
退院前訪問指導料の算定回数の推移



退院前訪問指導の実施状況

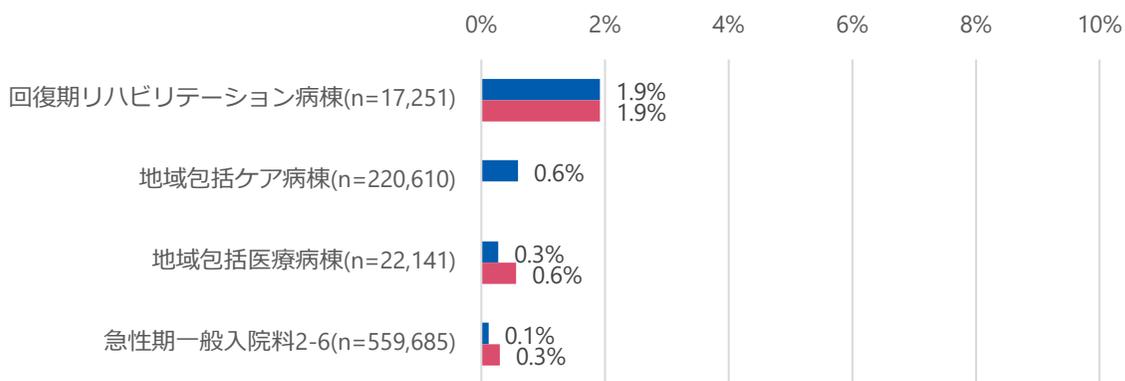
- 退院前訪問指導は、回復期リハビリテーション病棟において包括されているものの、全入院患者の3～5%ほどに実施されており、その割合は他の病棟よりも高かった。
- 各入院料を算定する施設において、退院前訪問指導を実施している病院の割合は、14～24%に留まっていた。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの退院前訪問指導を実施した患者の割合



出典：DPCデータ（令和4年4月 - 令和6年5月）を用いて、期間内に退院した患者について退院前訪問指導の有無を集計。

退院前訪問指導を実施した患者の割合



■ 退院全患者に対する退院前訪問指導の実施患者割合

■ 疾患別リハを実施した患者に対する退院前訪問指導の実施患者割合

	疾患別リハ実施患者割合	退院前訪問指導実施病院の割合
回復期リハビリテーション病棟	99.9%	16.0%
地域包括ケア病棟	0.03%*	21.1%
地域包括医療病棟	48.3%	23.5%
急性期一般入院料2-6	38.9%	14.9%

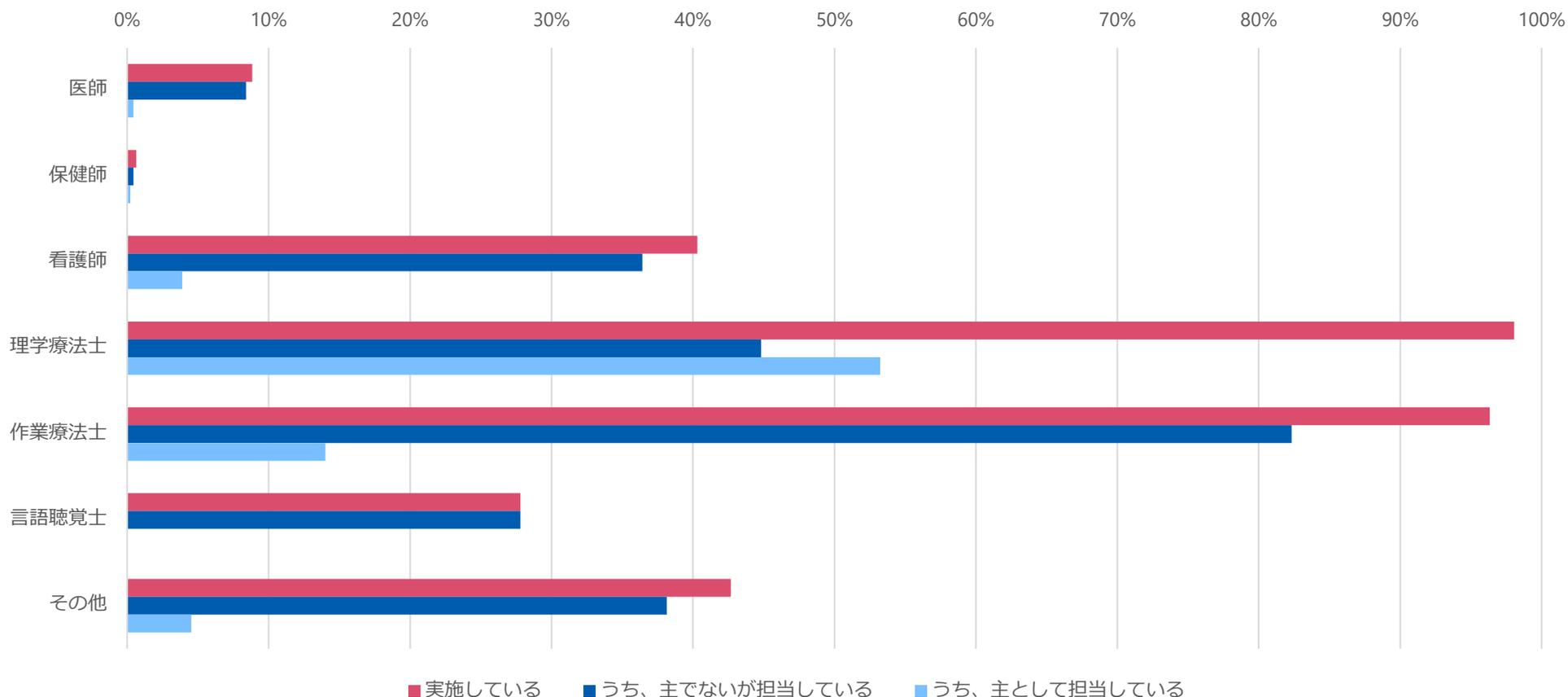
※ 疾患別リハ料が入院料に包括されていることに注意が必要。

出典：DPCデータ（令和6年10月 - 12月）を用いて、期間内に退院した患者について退院前訪問指導の有無を集計。

退院前訪問指導について

- 回答のあった回復期リハビリテーション病棟のうち、95%以上の病棟で理学療法士、作業療法士が、40%以上の病棟で看護師、その他職種が退院前訪問指導に関与していた。
- 最も多くの病棟で主として担当していたのは作業療法士であった。

退院前の訪問指導を実施している職種(n=464)



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

高次脳機能障害で必要とされる連携

- 高次脳機能障害患者への訓練について、医療機関だけでなく、介護や障害福祉サービスと連携した長期間の介入が必要とされている。

第2章 高次脳機能障害・標準的訓練プログラム（抜粋）

- 訓練プログラムには、発症・受傷からの相対的な期間と目標によって次の3つの訓練がある。

- ・ 医学的リハビリテーションプログラム
- ・ 生活訓練プログラム
- ・ 職能訓練プログラム

医学的リハビリテーション（以下、医学的リハプログラムと略す）には、個々の認知障害の対処をめざす（認知リハビリテーション）以外に、心理カウンセリング、薬物治療、外科的治療なども含まれる。一方、生活訓練、職能（職業）訓練では、認知障害が大きな問題であったとしても、訓練の対象は認知障害そのものではなく、日常生活や職業で必要と考えられる技能を獲得することに主眼が置かれている。

- 平成16年4月から、「高次脳機能障害診断基準」に基づいて高次脳機能障害と診断された場合、診療報酬の対象とされることになった。また、平成18年4月から、脳血管疾患リハビリテーションの限度180日を超えて訓練を受けることができるようになった。モデル事業の報告では、訓練を受けた障害者で障害尺度に改善のみられたケースの74%が6ヶ月で、97%は1年でその成果が得られている。従って、機能回復を中心とする医学的リハプログラムは、開始から最大6ヶ月実施する。その後は、必要に応じて生活訓練・職能訓練を加えて連続した訓練を実施する。全体で1年間の訓練が望ましい。もちろん、症状が軽症の場合、重症であっても改善が見られる場合はこの限りではない。
- 訓練の早期から連携をとる。高次脳機能障害では、短期間の訓練で完治することを期待するのではなく、得られる多くのサービスを導入して、高次脳機能障害が持続していても、本人や家族ができるだけ安心して生活できる状況を用意する。

高次脳機能障害の患者数

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

図表 48 回復期リハビリテーション病棟の高次脳機能障害のある患者数

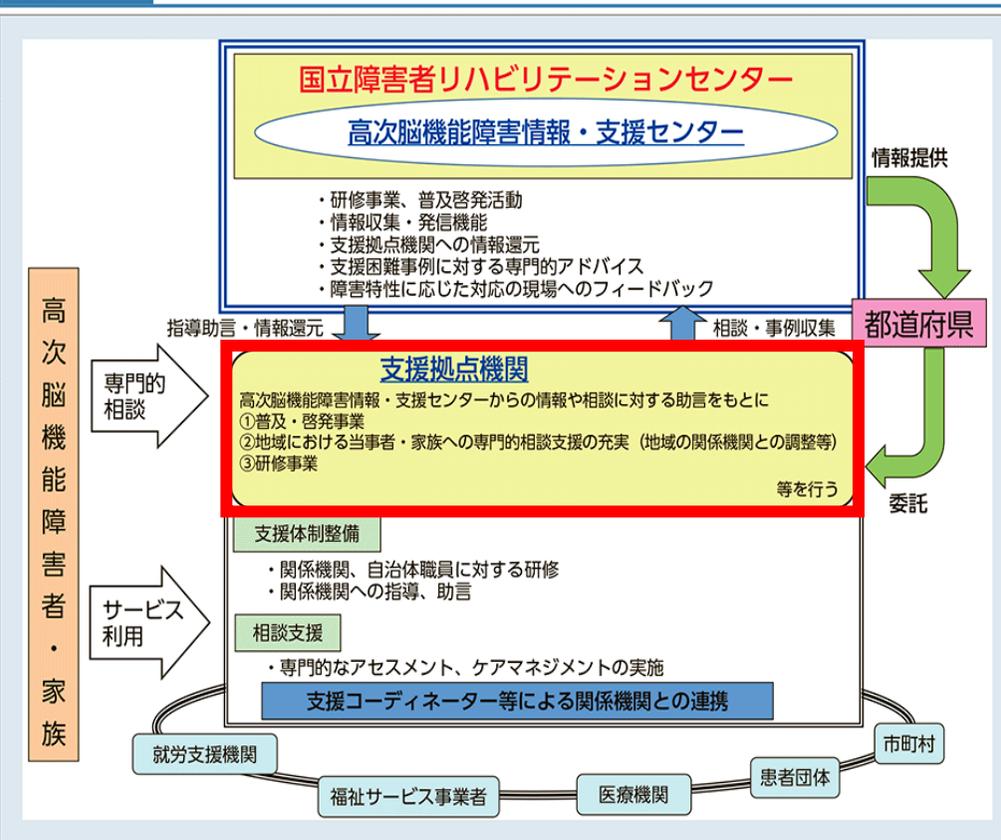
患者数	n	%
0	14	11.6
1～10	44	36.4
11～20	30	24.8
21～30	18	14.9
31～40	5	4.1
41～50	3	2.5
51以上	7	5.8
無回答	5	
全体	121	100.0

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

高次脳機能障害支援普及事業の支援拠点機関

- 高次脳機能障害支援普及事業では、支援拠点機関として全国123カ所（令和6年4月1日現在）の医療機関等が設定されており、当事者・家族への専門的相談支援、地域の関係機関との調整等の役割を担っている。

図表 8-1-8 高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業



全国の相談支援体制の整備状況

高次脳機能障害支援拠点

令和6年4月現在

- ・全国支援普及拠点センター：1か所
- ・支援拠点機関 47都道府県：123か所

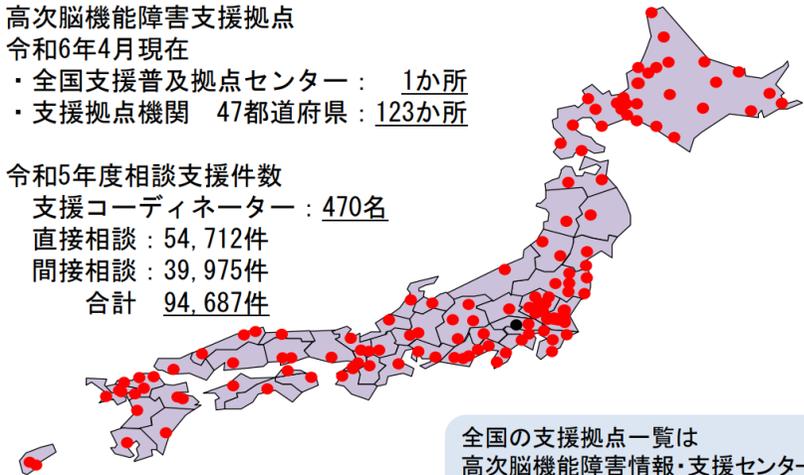
令和5年度相談支援件数

支援コーディネーター：470名

直接相談：54,712件

間接相談：39,975件

合計 94,687件



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

出典：全国の相談支援体制の整備状況（令和6年4月1日現在）

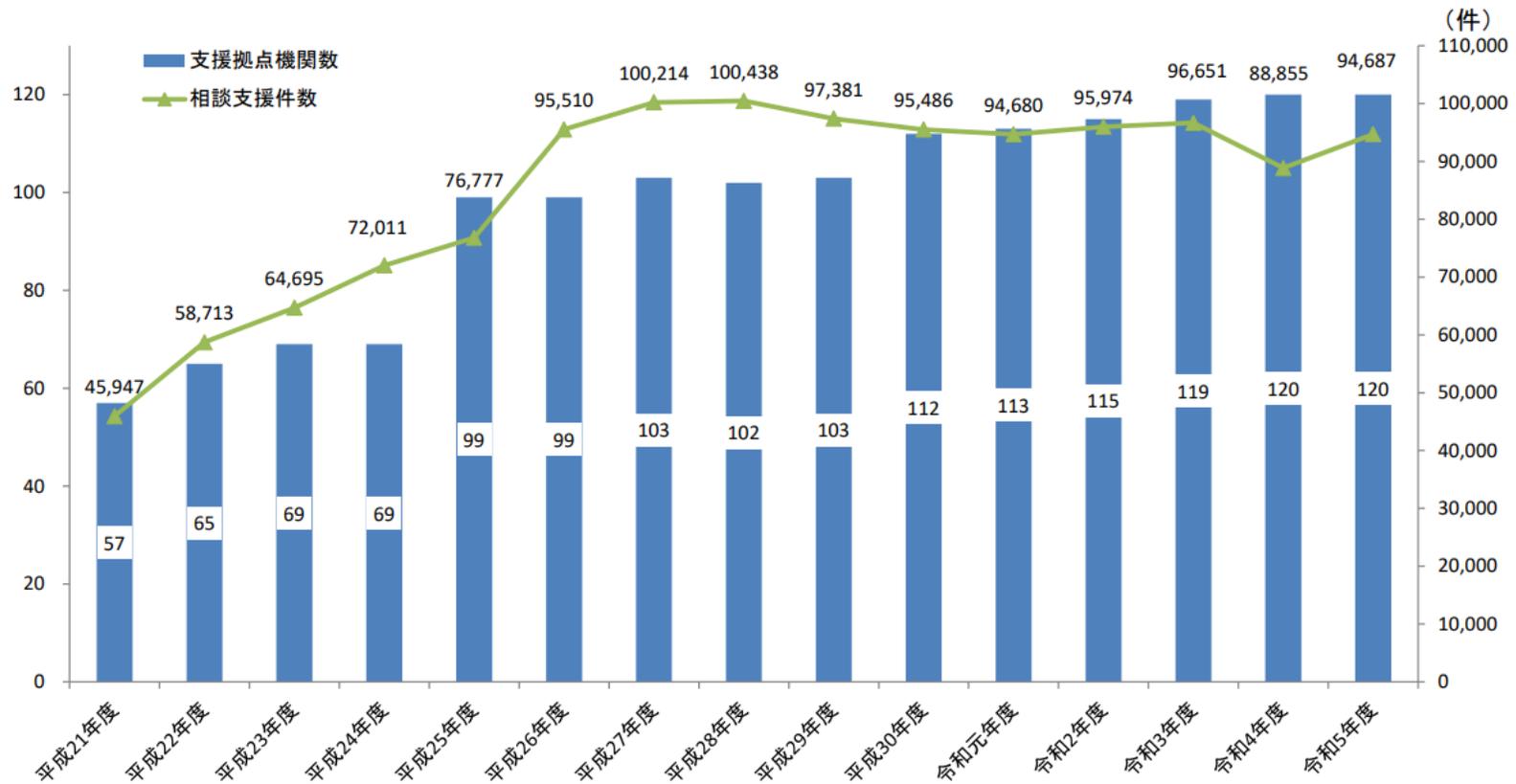
https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/shien/

出典：令和6年度版厚生労働白書

全国の支援拠点機関数と相談支援件数の推移

- 支援拠点機関で受けた相談支援件数について、近年は9万件前後で横ばいに推移している。

全国の支援拠点機関数と相談支援件数の推移



出典：支援拠点機関数と支援拠点機関で受けている相談支援件数の推移
https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/shien/

高次脳機能障害の退院支援に係る課題

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

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

(1) 入院中の診療

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

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

(2) 入院中の退院支援

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

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

(3) 退院後の外来診療（略）

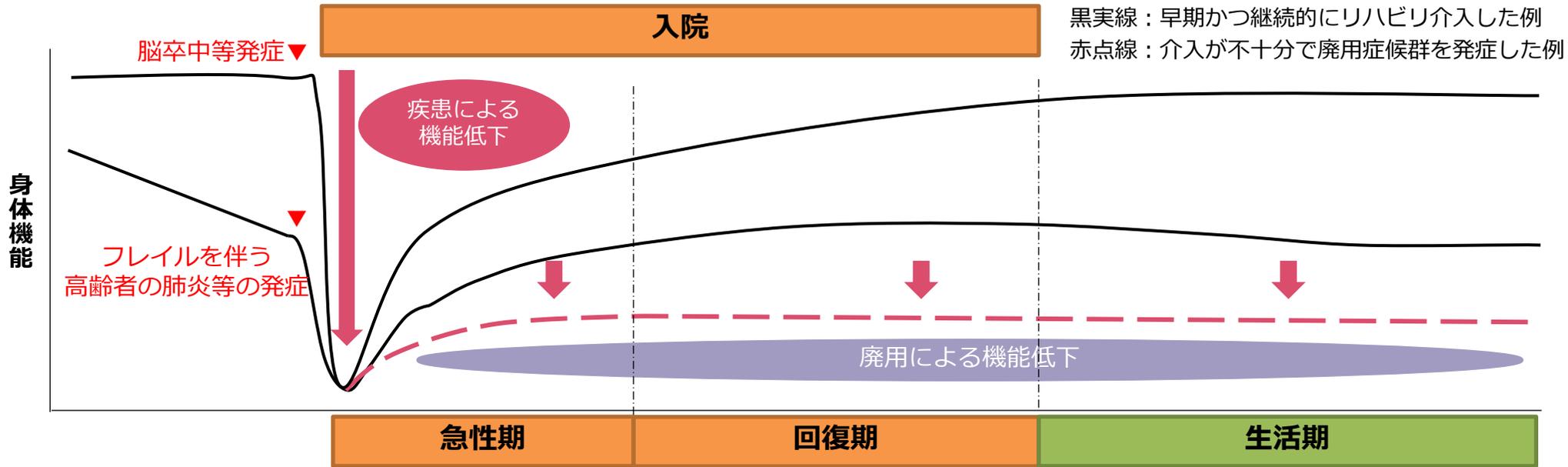
(4) 退院後の相談支援（略）

(5) 障害者手帳の取得

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

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. 入退院支援(その1)
4. **リハビリテーション(その1)**
 - 4-1. リハビリテーションについて(総論)
 - 4-2. 生活機能回復リハビリテーションについて
 - 4-3. 退院支援について
 - 4-4. 疾患別リハビリテーションの早期介入について
5. 食事療養(その1)

(再掲) 各段階におけるリハビリテーションの役割のイメージ



疾患により低下した身体機能・ADL向上
(疾患別リハビリテーションによる集中的リハ等)

必要なリハビリの
イメージ

残存する身体機能を活用した生活機能回復
(疾患別リハビリテーションにおける自助具の使用訓練、
病棟のリハビリテーションにおけるトイレ動作における有効
な移乗方法の習得等)

生活機能の維持・向上
(介護保険サービス等)

安静臥床による廃用症候群に伴う身体機能・生活機能の低下予防
(病棟のリハビリテーションにおける離床の促し、トイレ介助等)

高齢者における早期退院や早期リハビリテーションの重要性

第8回新たな地域医療構想等に関する検討会

資料 1

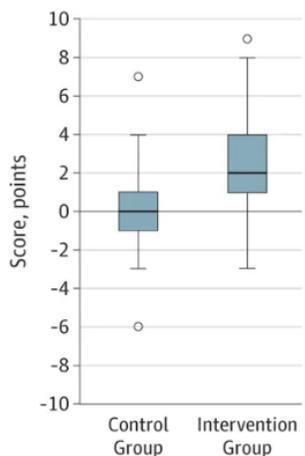
令和 6 年 9 月 6 日

- 早期退院及び退院後の適切なリハビリテーション提供がADLの維持向上に寄与することが知られている。
- 高齢者救急については、入院早期からのリハビリ介入や、早期の退院後に治療や生活を支えるためのリハビリ等を提供できる体制が重要。

超高齢者（平均87歳）に対して、週末も含む連続した5-7日、20分*2回/日のリハビリ介入で身体機能やQOLレベル等が改善

高齢者に対する早期の退院と適切な通所等のリハビリテーション提供により通常の入院でのケアと比較して退院後のADL維持向上に寄与

Change in Short Physical Performance Battery



Change in Barthel index

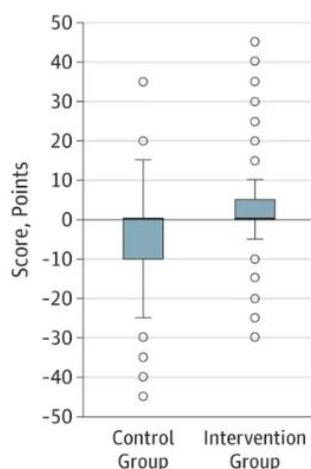


Table 4. Health outcomes at 3 and 12 months

Scale (range: worst to best score)	Mean difference at 3 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 3 months		Mean difference at 12 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 12 months	
		Intervention worse ←	Intervention better →		Intervention worse ←	Intervention better →
Barthel (0-20)	1.2 (0.4 to 1.9)			0.2 (0.7 to 1.1)		
Extended ADL total (0-66)	3.1 (0.1 to 6.3)			3.0 (0.4 to 6.5)		
Extended ADL sub-sections:						
Mobility (0-18)	0.3 (0.8 to 1.4)			0.3 (-0.9 to 1.4)		
Kitchen (0-15)	1.2 (0.2 to 2.3)			0.7 (0.4 to 1.8)		
Domestic (0-15)	1.1 (0.2 to 2.0)			1.4 (0.4 to 2.4)		
Leisure (0-18)	0.5 (0.3 to 1.3)			0.6 (0.3 to 1.5)		
Euroqol (0.59-1)	0.07 (0.01 to 0.14)			0.02 (0.06 to 0.09)		
GHQ — patient (36-0)	2.4 (4.1 to 0.7)			1.9 (3.5 to 0.4)		
GHQ — carer(36-0)	2.0 (3.8 to 0.1)			1.1 (3.7 to 1.5)		

Velilla et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2019

Cunliffe et al. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age Ageing.* 2004

脳卒中に対する早期リハビリテーション介入の影響

- 発症後 24~48時間からの離床開始が妥当である可能性がある。ただし、軽症脳卒中や非高齢の虚血性脳卒中など患者を選択した上で、発症後24時間以内の離床を考慮しても良い。
- 脳卒中（脳梗塞）症例においては、入院 3 日目以降の介入では退院時機能転帰に不良な影響があるとされている。

脳卒中急性期リハビリテーションの指針（2023 年 5 月 1 日）

Q：急性期脳卒中（主に脳梗塞）における離床（ベッドから離れる訓練）の適切な開始時期は？

A：■エビデンスはいまだ十分ではないが、**現時点では発症後 24~48 時間からの開始が妥当**かもしれない。

■ただし、軽症脳卒中や非高齢の虚血性脳卒中など患者を選択したうえで、さらに離床時間を短くし頻度を増やすなどの配慮をすれば、発症後 24 時間以内の開始を考慮してもよい。

Q：頭部挙上や離床の適切な開始時期は、脳出血やくも膜下出血といった出血性脳卒中の場合は脳梗塞と異なるのか？

A：■脳出血において適切な頭部挙上開始時期は不明であるが、少なくとも、入院直後から 24 時間挙上しておくことは転帰へ影響しないと考えられる。ただし、**脳出血では脳梗塞よりも慎重な離床開始が望ましく、24時間以降 48 時間以内の離床が妥当**であろう。

■エビデンスは乏しいが、くも膜下出血においては、適切な再破裂予防手術が行われた後に、発症から数日以内に頭部挙上から段階的な離床開始を考慮してもよい。

脳卒中の早期リハビリテーション介入における影響を分析した論文

Total number of patients, n = 140,655 Haemorrhagic stroke n = 34,074 Ischaemic stroke n = 10,6581

	Adjusted OR	95% CI	p-value	Adjusted OR	95% CI	p-value
Timing of initial rehabilitation						
Day 1	0.89	0.82-0.95	0.004	1.04	0.99-1.09	0.136
Day 2	ref			ref		
Day 3	0.91	0.85-0.98	0.008	0.90	0.85-0.94	< 0.001
Day 4	0.92	0.85-1.01	0.078	0.83	0.78-0.88	< 0.001
Day 5	0.95	0.85-1.07	0.405	0.77	0.71-0.83	< 0.001
Day 6 and later	0.87	0.80-0.96	0.005	0.65	0.61-0.69	< 0.001

退院時の良好な転帰（※）に係るリハビリ開始のタイミングについてのロジスティック回帰分析

※退院時のmodified Rankin Scaleが2以下（自立）

脳卒中（脳梗塞）発症後、**入院 2 日目のリハビリテーション開始が退院時の機能転帰に良好な結果を与える可能性がある**（3 日目以降の開始は不良な転帰を与える可能性がある）。

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進（再掲）

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

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

（新） 急性期リハビリテーション加算

50点（14日目まで）

（改） 早期リハビリテーション加算

30点 → 25点（30日目まで）

【急性期リハビリテーション加算の対象患者】 ※入院中の患者に限る。

ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。

イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。

ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。

- ① 動脈圧測定（動脈ライン） ② シリンジポンプの管理 ③ 中心静脈圧測定（中心静脈ライン） ④ 人工呼吸器の管理
⑤ 輸血や血液製剤の管理 ⑥ 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）

エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

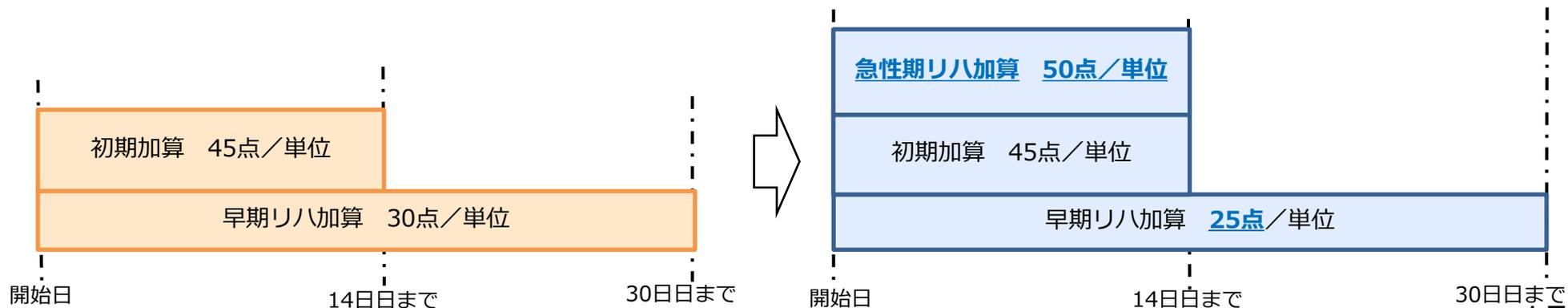
※ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

【急性期リハビリテーション加算の施設基準】

当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。

【現行】

【改定後】



急性期リハビリテーション加算等の算定要件

- 早期のリハビリテーションを評価する加算として以下が設けられているが、いずれも発症日からリハビリテーション開始までの日数についての要件はなく、どのタイミングからでも算定可能である。

	急性期リハビリテーション加算	初期加算	早期リハビリテーション加算
点数	50点/単位	45点/単位	25点/単位
算定可能日数	発症、手術又は急性増悪から14日目まで ※	発症、手術又は急性増悪から14日目まで	発症、手術又は急性増悪から30日目まで
対象患者	<p>各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者であって、下記の要件に定める患者</p> <p>ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。 イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。 ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。 ①動脈圧測定(動脈ライン)②シリンジポンプの管理 ③中心静脈圧測定(中心静脈ライン) ④人工呼吸器の管理 ⑤輸血や血液製剤の管理 ⑥特殊な治療法等 エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。</p>	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者

※ 心大血管リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料は「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療(リハビリテーション)開始日のいずれか早いもの」から起算する

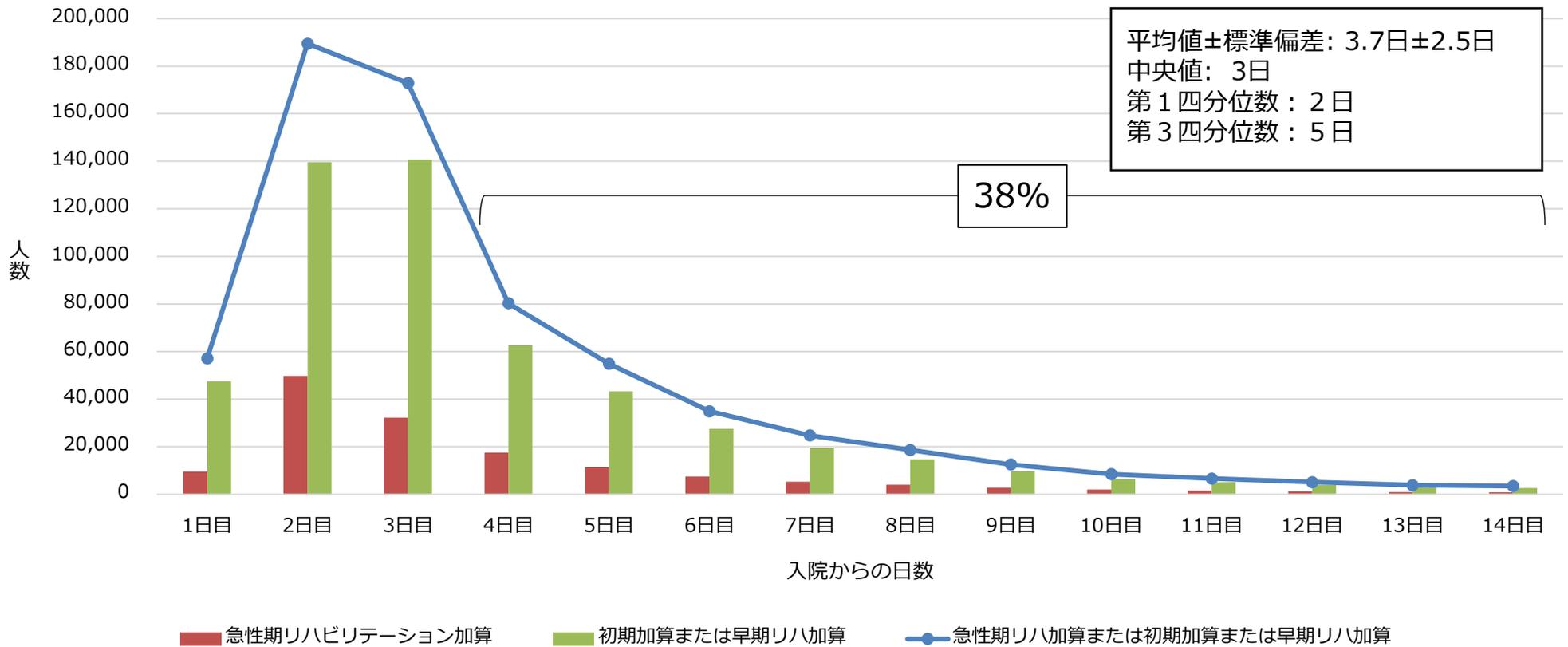


Dの症例においても、急性期リハビリテーション加算は算定可能

急性期リハビリテーション加算等の算定状況

- 急性期リハビリテーション加算等を初回算定した日、すなわち疾患別リハビリテーションを急性期の病態について初回算定した日の分布は以下のとおりであり、平均3.7日で右に裾の長い分布を示した。
- 14日以内に疾患別リハビリテーションを実施した症例のうち、3日以内に介入できていない割合は38%であった。

急性期リハビリテーション加算等の初回算定日（疾患別リハを開始した日）



※ 急性期一般入院料1 - 6の入院症例のうち、14日以内にリハビリを実施した症例で分析。

リハビリテーションに係る現状と課題

(リハビリテーションの総論について)

- 入院中のリハビリテーションは、患者の病期に応じて、「身体機能の回復」、「生活機能の回復」、「廃用予防」の3つの目的に沿ったリハビリテーションを適切に提供する必要がある。

(生活機能回復リハビリテーションについて)

- 在宅復帰を図る上では、身体機能や活動の回復のほか、自助具の使用によるADL獲得のような生活機能の回復、退院後の自立を支援する観点が必要である。
- 生活機能回復に資する加算として、例えば、排尿自立支援加算の届出機関数は限られており、増加も緩徐である。
- 生活の場により近い環境でのリハビリテーションを実践しうる医療機関外でのリハは1日3単位に制限されているが、3単位を超えて実施を行った患者も一定数みられた。

(退院支援について)

- 退院前訪問指導は文献的に再入院の頻度低下、退院後ADLの向上等の効果が示されているものの、算定回数は伸びておらず、実施率は低い。実施されている施設では、理学療法士、作業療法士をはじめ多職種が関わっている。
- 回復期リハビリテーション病棟等に一定の頻度で入院する高次脳機能障害の患者について、退院前の情報提供の不足、医療機関と障害福祉関係機関とのネットワークの希薄さ等から、退院後に適切なサービスに繋がるのが困難であるとの調査結果があった。

(疾患別リハビリテーションの早期介入について)

- ADL回復、廃用予防の観点から早期リハビリテーションの介入が重要であると報告されている。
- 令和6年に新設された急性期リハビリテーション加算では、入棟からリハビリ開始までの要件が設定されておらず、3日目移行に疾患別リハビリテーションを開始する例が約4割存在する。

【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、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. 入退院支援(その1)
4. リハビリテーション(その1)
5. **食事療養(その1)**

入院時食事療養費に係る食事療養の主な変遷 ①

平成6年 10月	<p>入院時食事療養費制度 創設</p> <p>医療保険制度の改正により、食事に関する給付が、療養の給付の一部から入院時食事療養費に改編されたことに伴い、給食料を廃止し、食事療養の費用額を定めるとともに、食事の質の向上のため、選択的なメニューの提供、食堂における食事の提供等の評価</p>	<p>入院時食事療養（Ⅰ）1900円【1日当たり】</p> <ul style="list-style-type: none"> － 特別管理加算 200円 － 医療用食品加算 180円 － 特別食加算 350円 － 食堂加算（新） 50円 － 複数メニュー加算（新） 50円 <p>入院時食事療養（Ⅱ）1500円【1日当たり】</p>
平成8年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療用食品加算を廃止 	
平成9年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 消費税率引き上げに対応 	<p>入院時食事療養（Ⅰ）1920円【1日当たり】</p> <ul style="list-style-type: none"> － 特別管理加算 200円 － 特別食加算 350円 － 食堂加算 50円 － 複数メニュー加算 50円 <p>入院時食事療養（Ⅱ）1520円【1日当たり】</p>
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定単位を1日当たりから1食当たりへ見直し ・ 特別食加算を引き下げ、対象から経管栄養のための濃厚流動食を削除 ・ 特別管理加算を廃止し、個々の患者の栄養管理について入院基本料に対する加算として栄養管理実施加算を新設 ・ 選択メニュー加算を廃止 	<p>入院時食事療養（Ⅰ）640円【1食当たり】</p> <ul style="list-style-type: none"> － 特別食加算 76円 － 食堂加算 50円 ※1日当たり <p>入院時食事療養（Ⅱ）506円【1食当たり】</p>
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市販の経腸栄養用製品（流動食）のみを経管栄養法で提供する場合の額を引き下げ ・ 上記の場合、特別食加算は算定不可とする 	<p>入院時食事療養（Ⅰ）【1食当たり】</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) (2) 以外の場合 640円 (2) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合 575円 － 特別食加算 76円 ※上記(2)の患者は算定不可 － 食堂加算 50円 ※1日当たり <p>入院時食事療養（Ⅱ）【1食当たり】</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) (2) 以外の場合 506円 (2) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合 455円

入院時食事療養費に係る食事療養の主な変遷 ②

<p>平成30年</p>	<ul style="list-style-type: none"> 流動食のみを経管栄養法で提供する場合の入院時食事療養（Ⅱ）について、自己負担額が費用額を超えないよう見直し 	<p>入院時食事療養（Ⅰ）【1食当たり】 (1) (2) 以外の場合 640円 (2) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合 575円 — 特別食加算 76円 ※上記(2)の患者は算定不可 — 食堂加算 50円 ※1日当たり</p> <p>入院時食事療養（Ⅱ）【1食当たり】 (1) (2) 以外の場合 506円 (2) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合 460円</p>
<p>令和2年</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入院時食事療養費に係る帳票等の見直し 適時適温に関する要件緩和 	
<p>令和6年</p>	<ul style="list-style-type: none"> 食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を1食当たり30円引き上げ 	<p>入院時食事療養（Ⅰ）【1食当たり】 (1) (2) 以外の場合 670円 (2) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合 605円 — 特別食加算 76円 ※上記(2)の患者は算定不可 — 食堂加算 50円 ※1日当たり</p> <p>入院時食事療養（Ⅱ）【1食当たり】 (1) (2) 以外の場合 536円 (2) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合 490円</p>
<p>令和7年</p>	<ul style="list-style-type: none"> 更なる食材費の高騰等を踏まえ、医療の一環として提供されるべき食事の質を確保する観点から、入院時の食費の基準を1食当たり20円引き上げ 	<p>入院時食事療養（Ⅰ）【1食当たり】 (1) (2) 以外の場合 690円 (2) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合 625円 — 特別食加算 76円 ※上記(2)の患者は算定不可 — 食堂加算 50円 ※1日当たり</p> <p>入院時食事療養（Ⅱ）【1食当たり】 (1) (2) 以外の場合 556円 (2) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合 510円</p>

入院時食事療養費に係る食事療養の概要

- 入院時食事療養（Ⅰ）と（Ⅱ）があり、（Ⅰ）を届け出た場合、要件を満たせば特別食加算や食堂加算を算定できる。
- 多様なニーズに対応した食事を提供した場合、特別料金の支払いを受けることができる。

【一般的事項】 食事は医療の一環として提供されるべきものであり、それぞれ患者の病状に応じて必要とする栄養量が与えられ、食事の質の向上と患者サービスの改善をめざして行われるべきものである。

届出必要

届出病院数
(令和5年)
7,952施設

入院時食事療養(Ⅰ)【1食につき】

- (1) (2)以外の食事療養を行う場合 **690円**
- (2) 流動食のみを提供する場合 **625円**

<主な要件>

- ・ 常勤の管理栄養士又は栄養士が食事療養の責任者となっていること
- ・ 医師、管理栄養士又は栄養士による検食が毎食行われていること
- ・ 食事療養関係の各種帳簿が整備されていること
- ・ 病状により特別食を必要とする患者には特別食が提供されていること
- ・ 適時の食事が提供され、夕食に関しては午後6時以降に提供されていること
- ・ 保温食器等を用いた適温の食事が提供されていること

又は

届出不要

入院時食事療養(Ⅱ)【1食につき】

- (1) (2)以外の食事療養を行う場合 **556円**
- (2) 流動食のみを提供する場合 **510円**

特別食加算【1食につき】 76円*

患者の病状等に対応して、医師の発行する食事せんに基づき、特別食が提供された場合に算定 ※(2)の患者は算定不可

<厚生労働大臣が定める特別食>

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシステイン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

食堂加算【1日につき】 50円

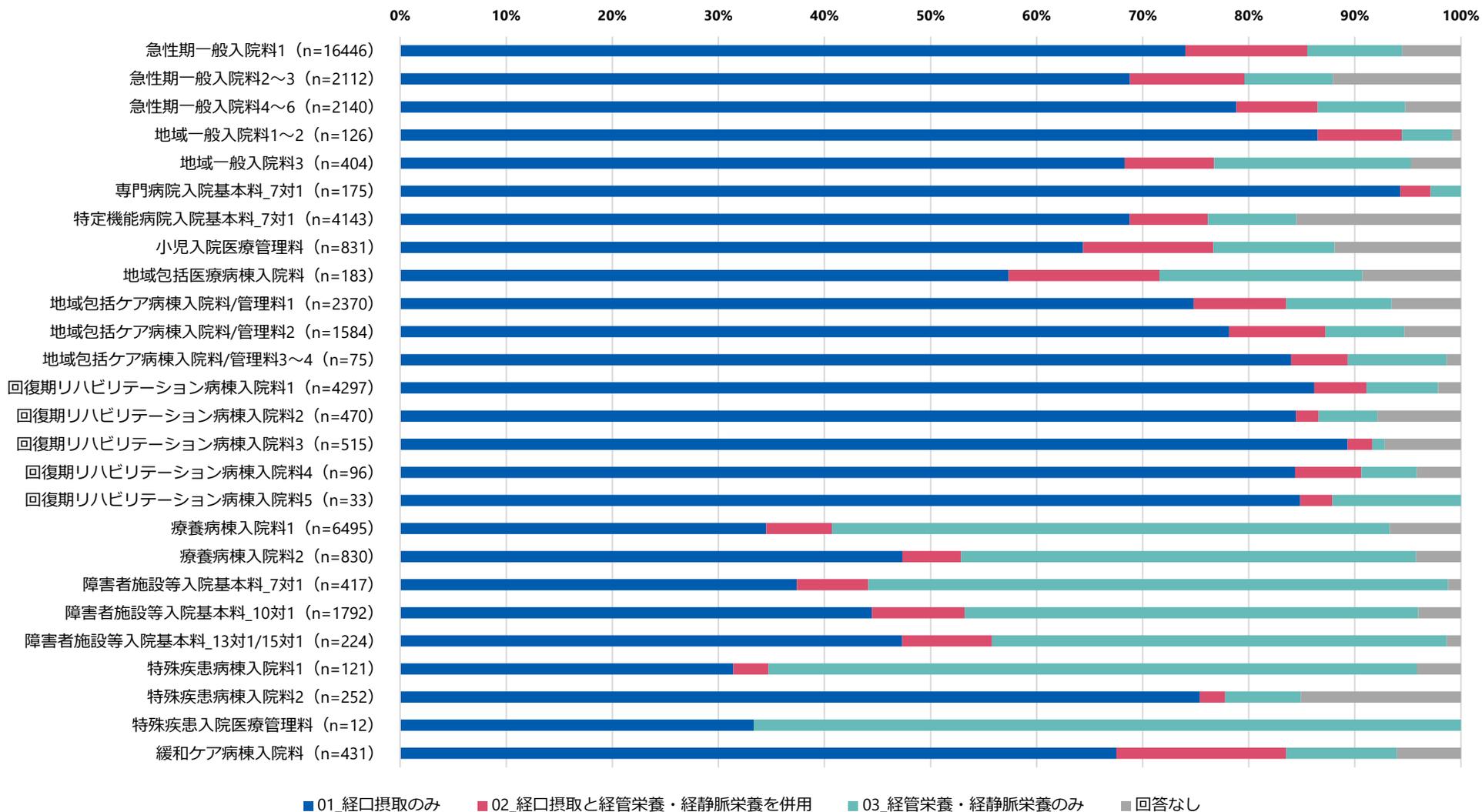
一定基準を満たしている食堂を備えた病棟又は診療所の入院患者（療養病棟に入院している患者を除く）に食事が提供された場合に算定

特別料金の支払いを受けることによる食事の提供

入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事を別に用意し、提供した場合は、一定の要件を満たした場合に妥当な範囲内の患者の負担は差し支えない。(1食あたり17円を標準)

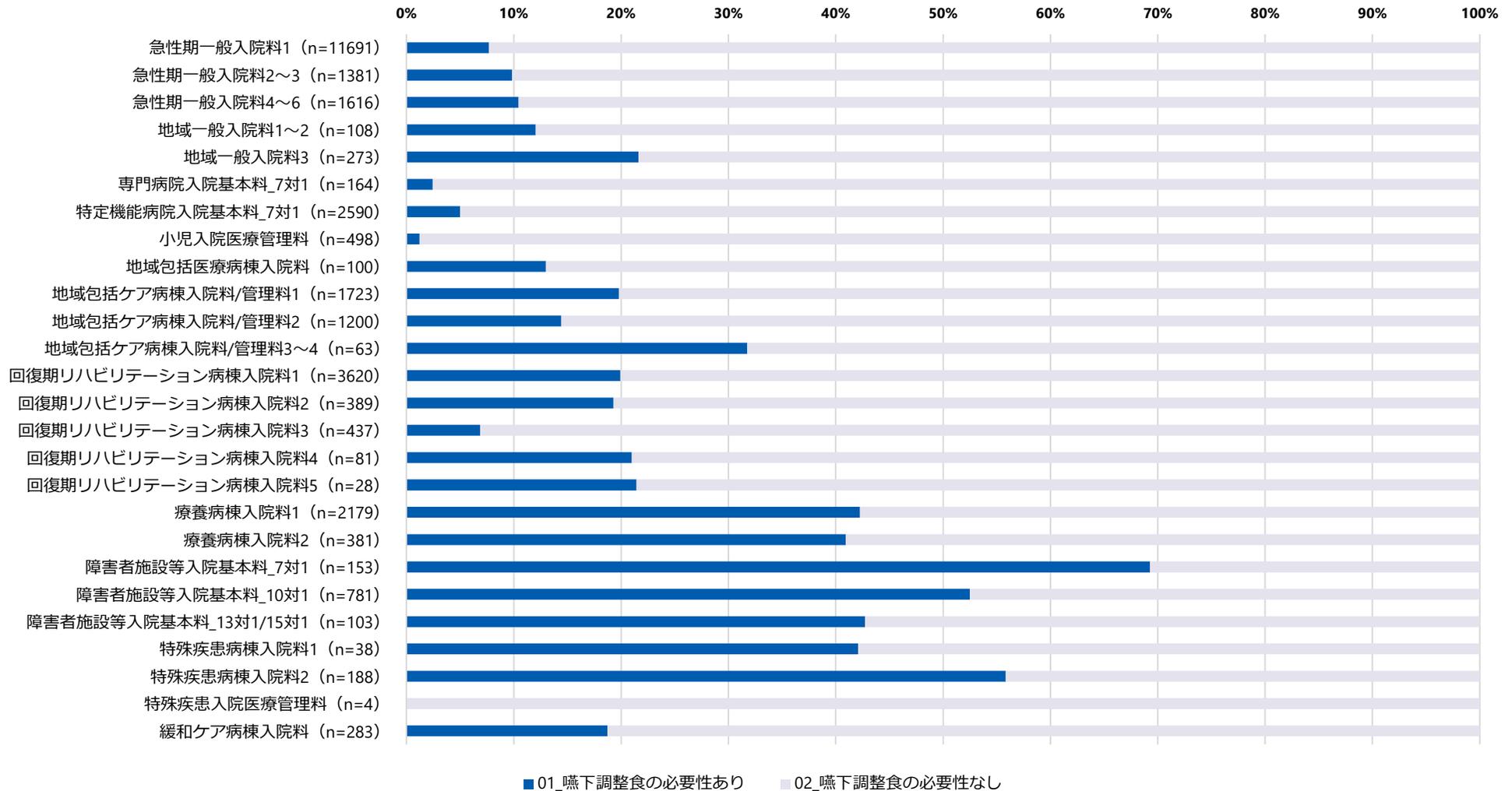
入院料ごとの栄養摂取の状況

○ 栄養摂取の方法として、急性期や包括期病棟は約8割の患者が経口摂取のみであり、慢性期病棟でも約5割の患者が経口摂取をしている。



入院料ごとの嚥下調整食の状況

○ 栄養摂取が経口摂取のみの患者のうち、急性期病棟の患者の約1割、包括期病棟の患者の約2割、慢性期病棟の患者の約4割は、嚥下調整食の必要性がある。



※栄養摂取の状況が「経口摂取のみ」の者

入院時の食費の基準額について（令和6年度診療報酬改定等）

- 食材費が高騰していること等を踏まえ、令和6年6月より、入院時の食費の基準額について1食当たり30円の引上げを実施。また、その後の更なる食材費の高騰等を踏まえ、医療の一環として提供されるべき食事の質を確保する観点から、令和7年4月より、1食あたり20円の引上げを実施。
- 患者負担については、所得区分等に応じて低所得者に配慮した対応としている。

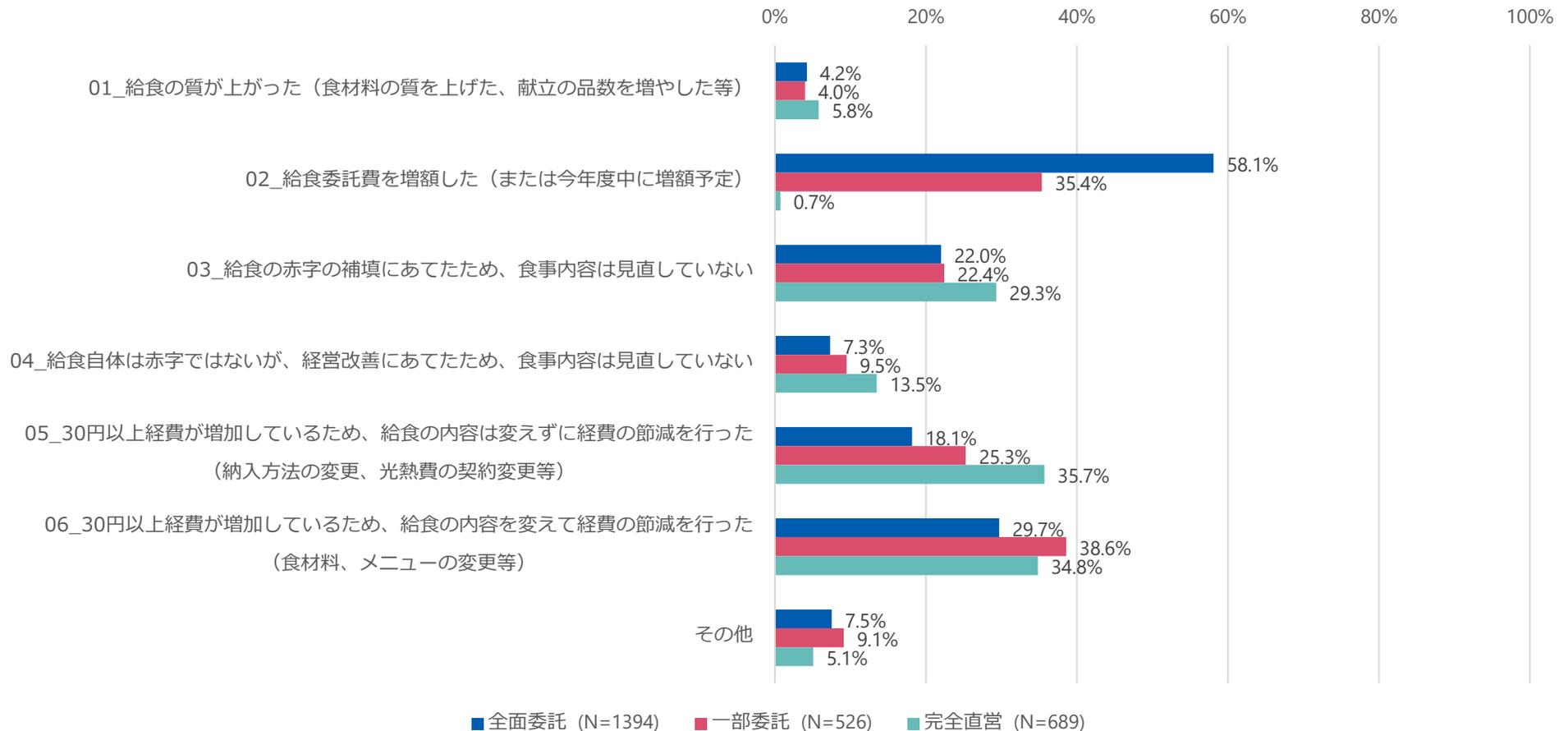
	～令和6年5月		令和6年6月～		令和7年4月～
総額	640円	+30円 ➡	670円	+20円 ➡	690円
自己負担					
一般所得者の場合	460円	+30円 ➡	490円	+20円 ➡	510円
住民税非課税世帯の場合	210円	+20円 ➡	230円	+10円 ➡	240円
住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	+10円 ➡	110円	据え置き ➡	110円

入院時の食費の基準が引き上げられ給食提供等に関して見直したこと

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

- 給食運営を全面委託している施設の約6割が、「給食委託費を増額した」と回答。
- 一部委託や完全直営の施設の約4割は、30円以上経費が増加しているため、納入方法や食材料等の変更を行い、更なる経費の削減を行っていた。

給食運営の状況別_給食提供等に関して見直したこと



食事療養に係る現状と課題

(食事療養)

- 平成6年10月に食事の質の向上、患者の選択の拡大等を図るため、入院時食事療養費制度を創設。
- 入院時食事療養（Ⅰ）を届け出た場合、要件を満たせば特別食加算や食堂加算を算定できる。また、多様なニーズに対応した食事を提供した場合、特別料金の支払いを受けることができる。
- 入院患者の栄養摂取方法として、急性期や包括期では約8割が経口摂取のみであり、慢性期でも約5割は経口摂取している。経口摂取のみの患者のうち、一定数は嚥下調整食の必要性がある。
- 食費の基準額は、食材費の高騰等を踏まえ、令和6年6月から1食当たり30円、令和7年4月から更に20円引き上げた。
- 食費の基準額引き上げにより、給食の質が上がったとの回答はわずかだった。一部委託や完全直営の施設の約4割は、30円以上経費が増加しているため更なる経費の削減を行っていた。

【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、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。