

(令和7年度第11回)

入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年9月11日(木)

1. 包括的な機能を担う入院医療について(その3)
2. 重症度、医療・看護必要度
3. 働き方・タスクシフト/シェア(その3)
4. 病棟における多職種でのケア(その2)

1. 包括的な機能を担う入院医療について(その3)
2. 重症度、医療・看護必要度
3. 働き方・タスクシフト/シェア(その3)
4. 病棟における多職種でのケア(その2)

1. 包括的な機能を担う入院医療について(その3)

1-1. 包括期の入院医療を担う病院の機能について

1-2. 包括期の入院医療における医療資源投入量について

4-1. 地域包括医療病棟入院料について

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 多疾患を有する救急患者は、搬送時点で急性期病棟と地域包括医療病棟のいずれが適しているか判断が難しいとの意見があった。
- 急性期病棟と地域包括医療病棟の双方を有している場合に、患者像は大きな違いはなく、どのような患者を地域包括医療病棟でみてくのか、高齢者において頻度の高い疾患をそうした病棟でみるということも考えられるのではないかと意見があった。
- Kコードを算定している地域包括医療病棟が多く、整形外科の標ぼうがある医療機関では療法士数や他の要件との兼ね合いから地域包括医療病棟を届出やすいのではないかと指摘があった。
- 高齢者の疾患を幅広くみるという観点から、内科疾患と外科疾患の包括範囲内の医療資源投入量について、バランスがとれるよう、その内訳や診療内容を更に検討すべきではないかと意見があった。
- 緊急入院の受入時には様々な手間がかかるので、看護師等の療養の世話の手間について、投入している医療資源の一環として評価方法を検討してはどうかとの意見があった。
- 地域包括医療病棟の届出が伸びてこないのは施設基準の厳しさが影響している可能性があり、地域包括ケア病棟との患者像の類似も踏まえ、緩やかに統一していくような評価方法も検討できるのではないかと意見があった。
- ADLについては、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無とADLスコア平均や改善幅の検討だけでなく、実際に提供されたリハビリの量や介入の時期等を踏まえ、どのような取組が効果的なのかといった検討を進めるべきとの指摘があった。
- 高齢であるほど在院日数が長いのは当然の結果であると思われ、どのような患者を受け入れているかを、急性期を含む入院の評価に組み込んでどうかとの意見があった。
- 下り搬送については、最初の搬送先が、病床稼働率等の観点で、本来その病院で診療する必要のない患者を入院させるという事象もあるようなので、機能分化を進めても経営できるよう、評価を検討してはどうかとの意見があった。

4-2. 地域包括ケア病棟入院料について

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 地域包括ケア病棟の患者数上位2疾患が白内障や大腸ポリープであることについては、病棟の役割をふまえてどのように評価するか検討が必要であるとともに、地域包括医療病棟にそうした患者が少ないことは初日のB得点3点以上の患者が5割という要件が影響している可能性があるとの意見があった。
- 管理栄養士が介入することによって経口摂取に復せる割合は多いと思われ、管理栄養士の介入を評価する視点は重要ではないかとの指摘があった。

4-3. 包括的な入院医療を担う医療機関の機能について

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 高齢者の入院医療においては、救急の受入とともに在宅との連携も重要であり、在宅医療を含めて地域医療全体を考えることは重要なテーマとの意見があった。また、救急搬送から自宅に退院するまで1つの病院で加療できることが望ましく、病院単位でどのような役割をどのように評価するかといった観点で検討が必要ではないかとの意見があった。
- 新たな地域医療構想のとりまとめが行われたが、まだ医療法は審議中、かつガイドラインの議論は始まっていないため、診療報酬のみで先に議論を始めないよう、慎重に進めるべきとの指摘があった。
- 地域包括ケア病棟の3つの機能について、病院単位で救急受入等を評価すると、結局ほとんど急性期の病棟に入院している場合があるので、形だけの救急告示ではなく、実際に果たしている後方支援機能等を評価する仕組みが必要ではないか、との意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 包括期の入院医療を担う医療機関の役割として、救急搬送の受入と在宅・施設等の後方支援という観点が示されており、これら进行评估する指標を検討するとともに、各医療機関の役割を踏まえながら、適切な基準についての検討を進める。
- ADLや平均在院日数について、入院している患者像を踏まえつつ、より適切な基準について検討を進める。
- 包括されている医療資源投入量のばらつきとその傾向を踏まえ、高齢者の入院を幅広く担えるような評価の方法について検討を行う。

包括期の入院医療を担う病棟の施設基準

診調組 入-1
7.6.13改

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

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

救急受入や後方支援に関する現状の評価

診調組 入-1
7. 7. 17

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

包括期の病院機能を表現できる指標の候補

指標等WG
7.7.29改

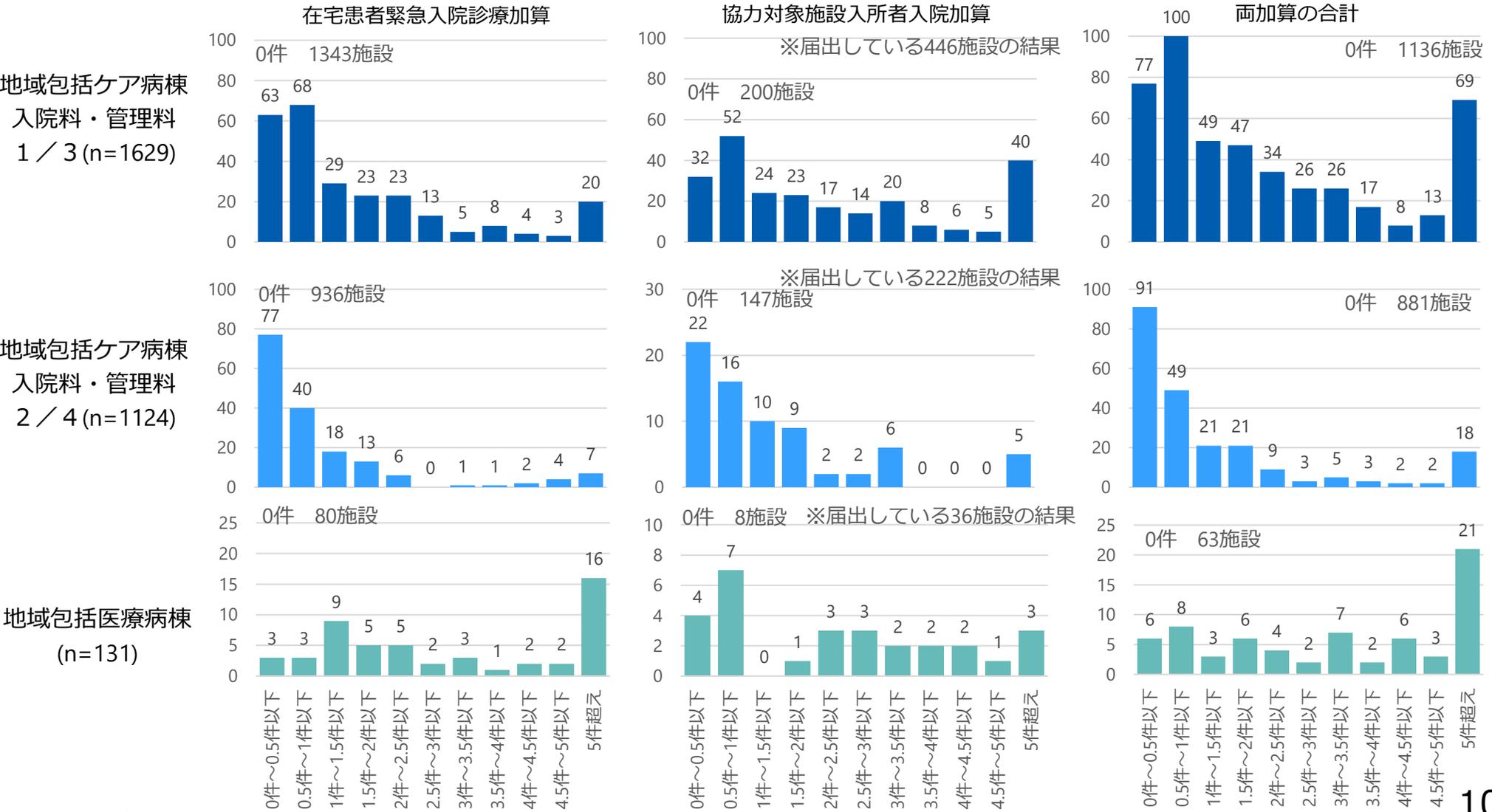
- 救急受入や在宅等の後方支援に関する機能の評価に関連すると考えられる項目を列挙した。
- その他の案を含め、救急受入と後方支援をバランス良く評価することができるか、また救急車利用や入院加療が促されることはないかという観点で指標を検討する必要がある。

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

包括期の病棟における後方支援に関する加算の算定状況

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

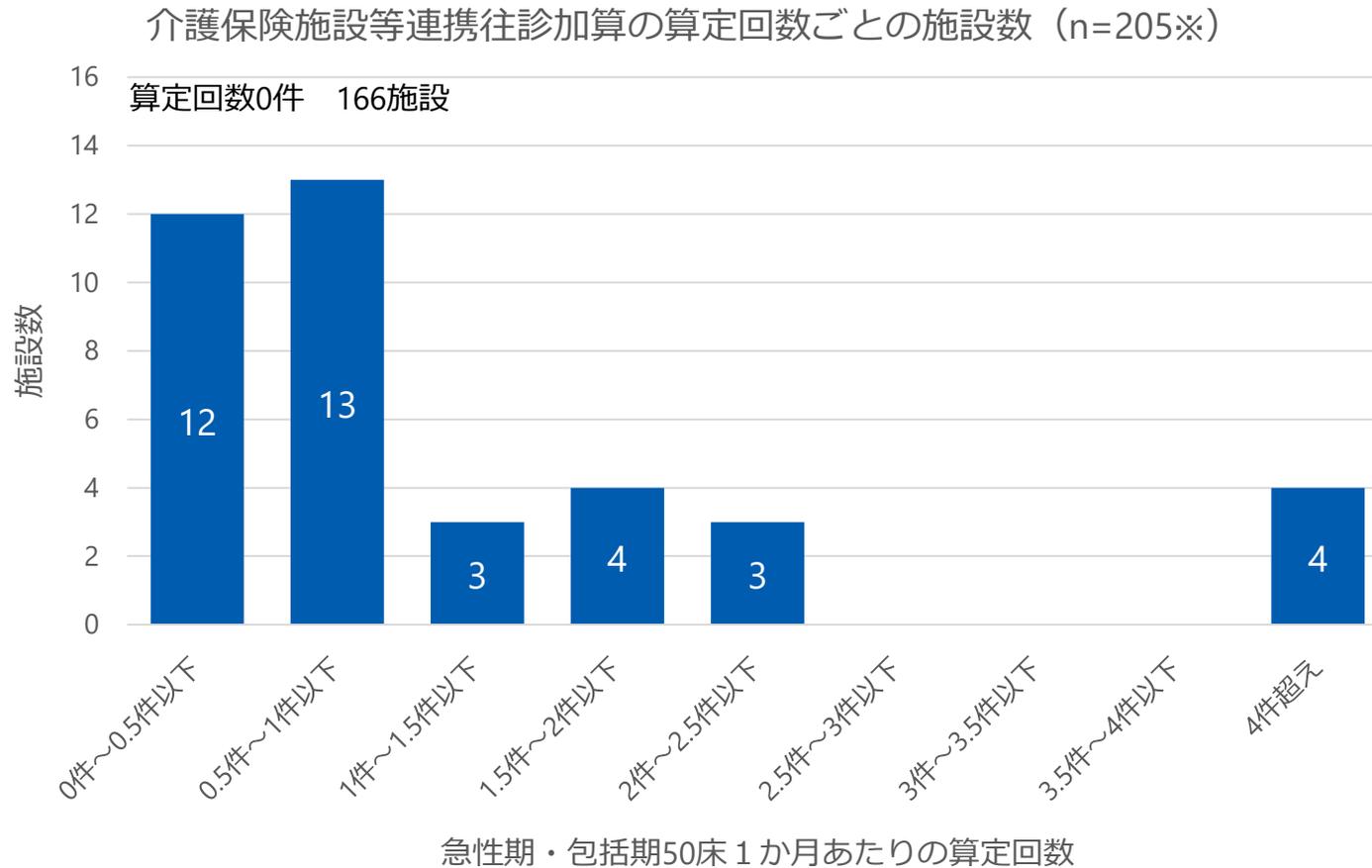
各病棟における加算の算定回数（50床 1 か月あたり）



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

介護保険施設等連携往診加算の届出・算定状況

- 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する病院における、介護保険施設等連携往診加算の算定状況は以下のとおりであった。
- 届出施設数自体が少なく、届け出ているにもかかわらず算定のない病院が多くみられ、全体的に算定回数は少なかった。



※令和6年8月1日時点で介護保険施設等連携往診加算を届け出ている264病院のうち、地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する205施設を対象に、病院毎の算定回数を集計した。205施設は全て地域包括ケア病棟を有する医療機関であり、そのうち5施設は地域包括医療病棟も有していた。

包括期の病棟における緊急入院等の状況

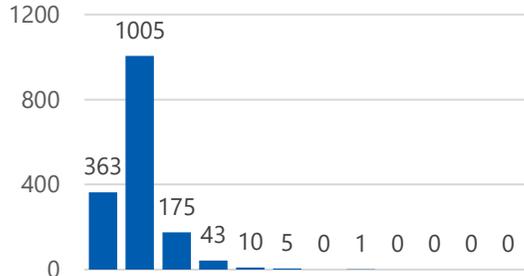
○ 救急搬送からの入院や、自宅または施設からの緊急入院は、地域包括医療病棟では多く、地域包括ケア病棟では少ない医療機関が多かった。地域包括ケア病棟の中では、入院料・管理料1/3で2/4よりこれらの件数が多い傾向であり、施設基準（※）を大きく上回ると思われる施設も存在した。また、施設からの緊急入院が多い地域包括医療病棟もみられた。

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

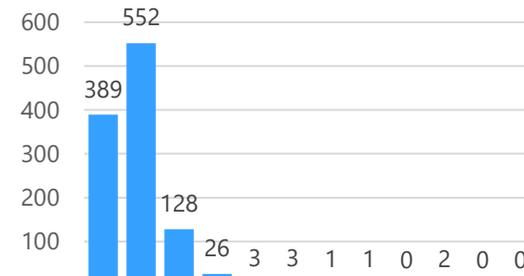
各病棟における緊急入院等の件数（50床1か月あたり）

救急搬送からの入院

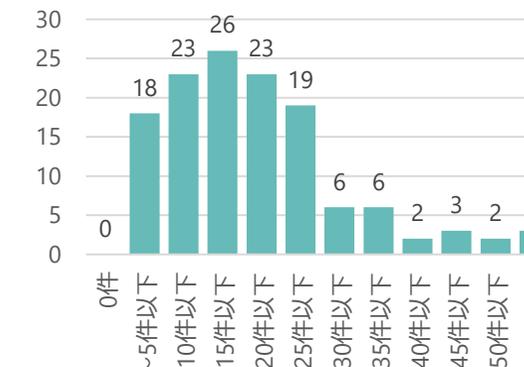
地域包括ケア病棟
入院料・管理料
1/3 (n=1629)



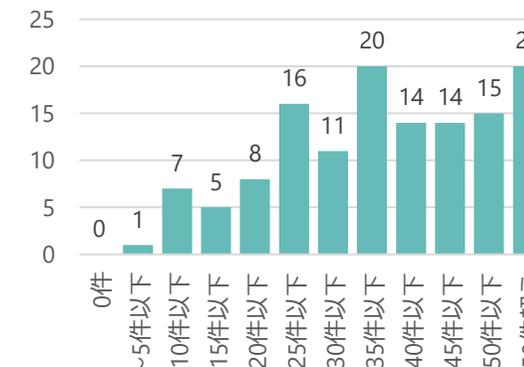
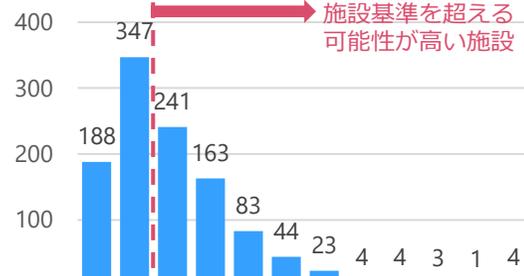
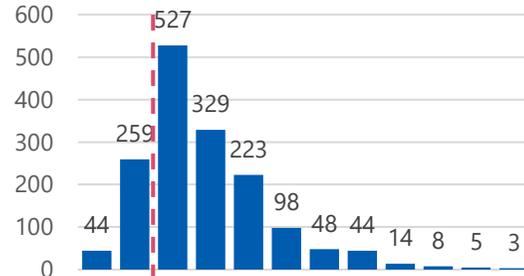
地域包括ケア病棟
入院料・管理料
2/4 (n=1124)



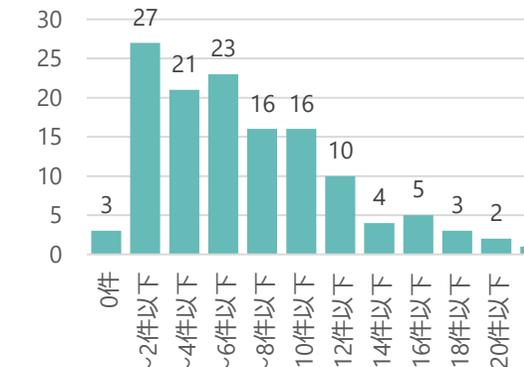
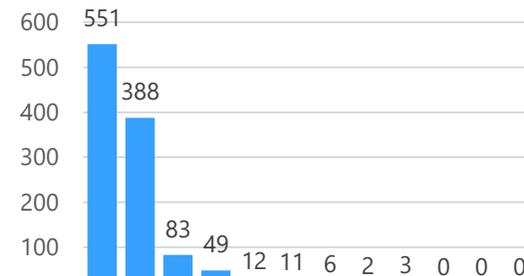
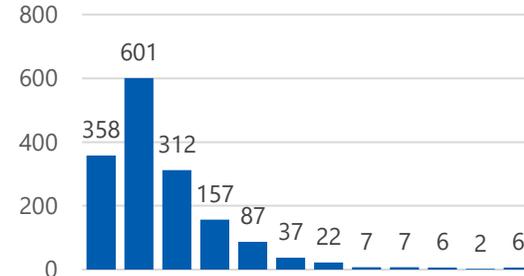
地域包括医療病棟
(n=131)



自宅又は施設からの緊急入院

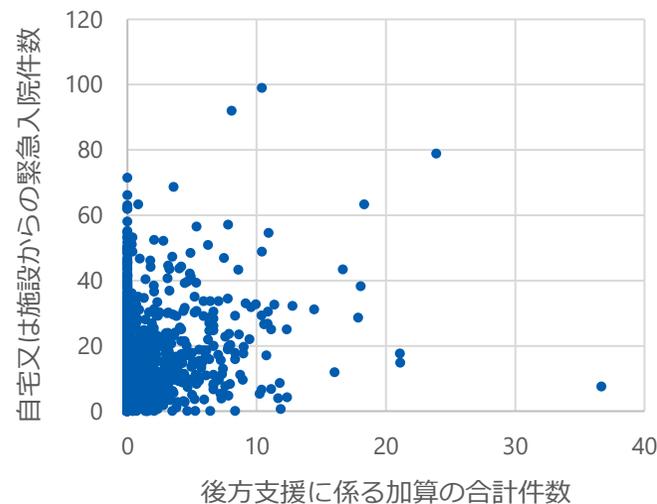
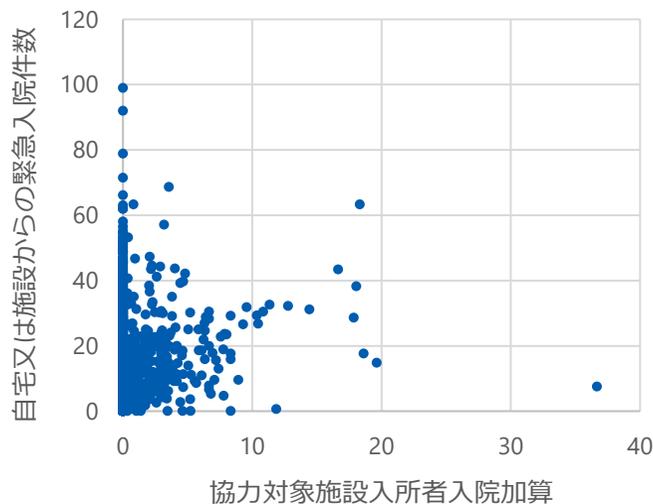
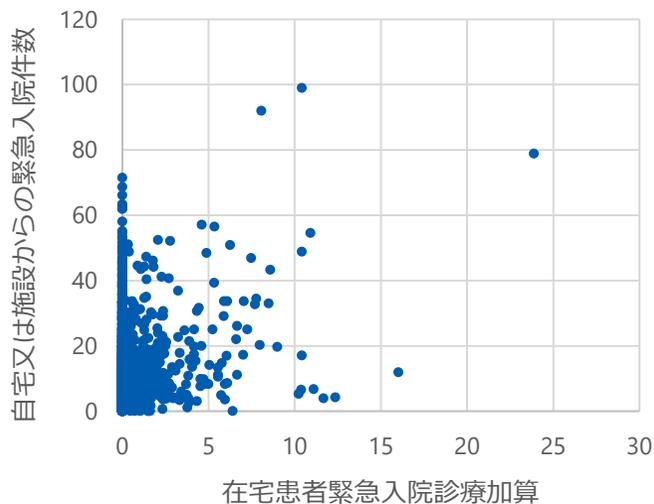


施設からの緊急入院件数



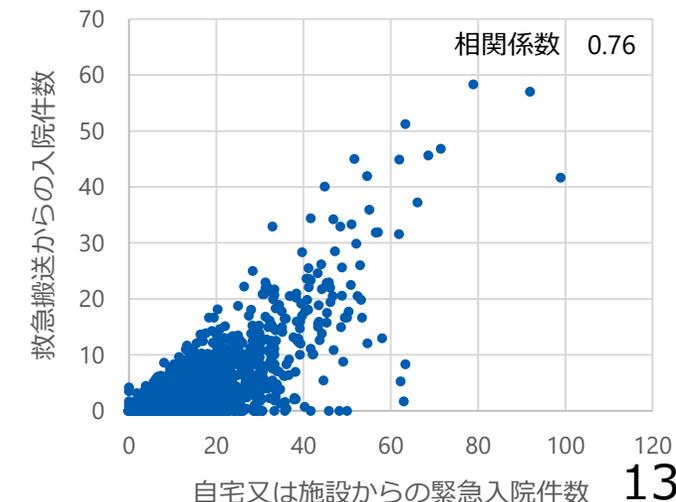
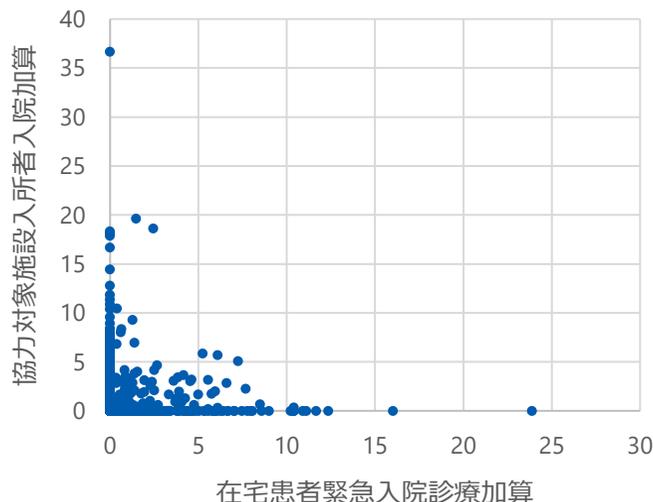
包括期の病院機能を表現しうる指標同士の関係

- 在宅医療を担当する医療機関と連携した在宅患者の受入を評価する在宅患者緊急入院診療加算と、協力対象施設と連携した施設患者の受入を評価する協力対象施設入所者入院加算は、いずれも算定回数が多い施設で緊急入院の受入も多い傾向がみられるものの、緊急入院の受入が多くてもこれらの加算を算定していない施設も多かった。
- 在宅患者緊急入院診療加算と協力対象施設入所者入院加算の算定回数には関連性はみられなかった。
- 救急搬送からの入院件数と、自宅等からの緊急入院の件数は相関していた。



いずれも50床1か月あたりの算定回数をプロットした。

- ・ 在宅患者緊急入院診療加算：1～3の算定回数の合算。
- ・ 協力対象施設入所者入院加算：往診、それ以外の算定回数の合算。
- ・ 後方支援に係る加算の合計件数：上記2加算の算定回数の合計。

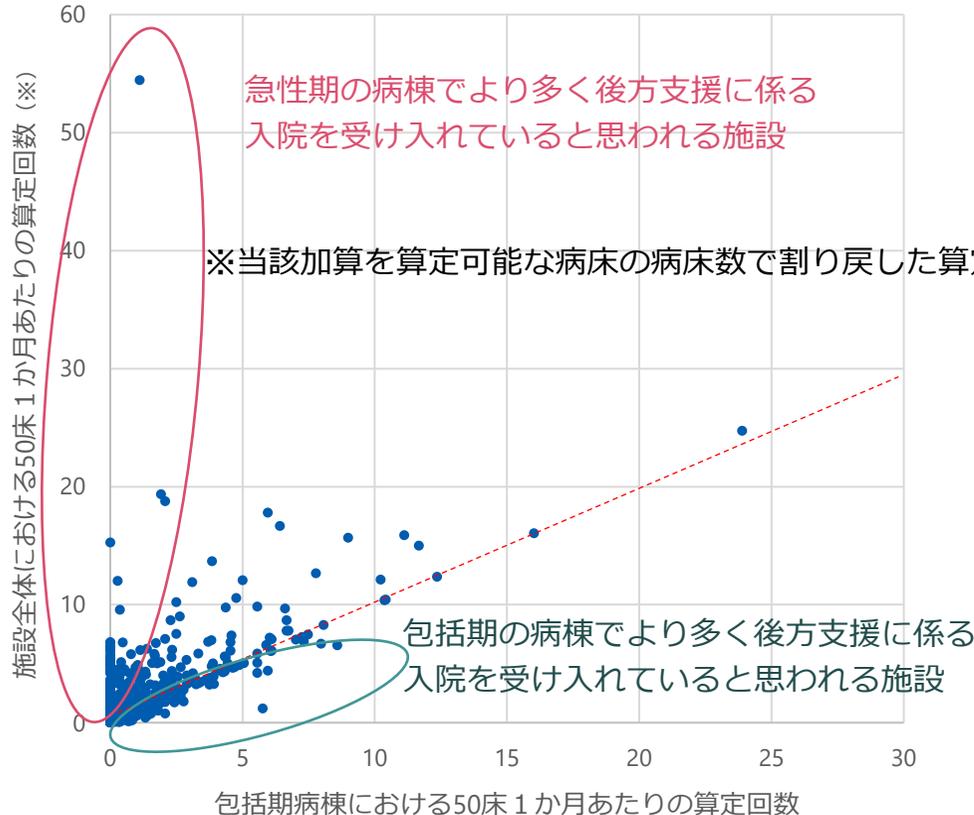


病院全体の加算件数との関係

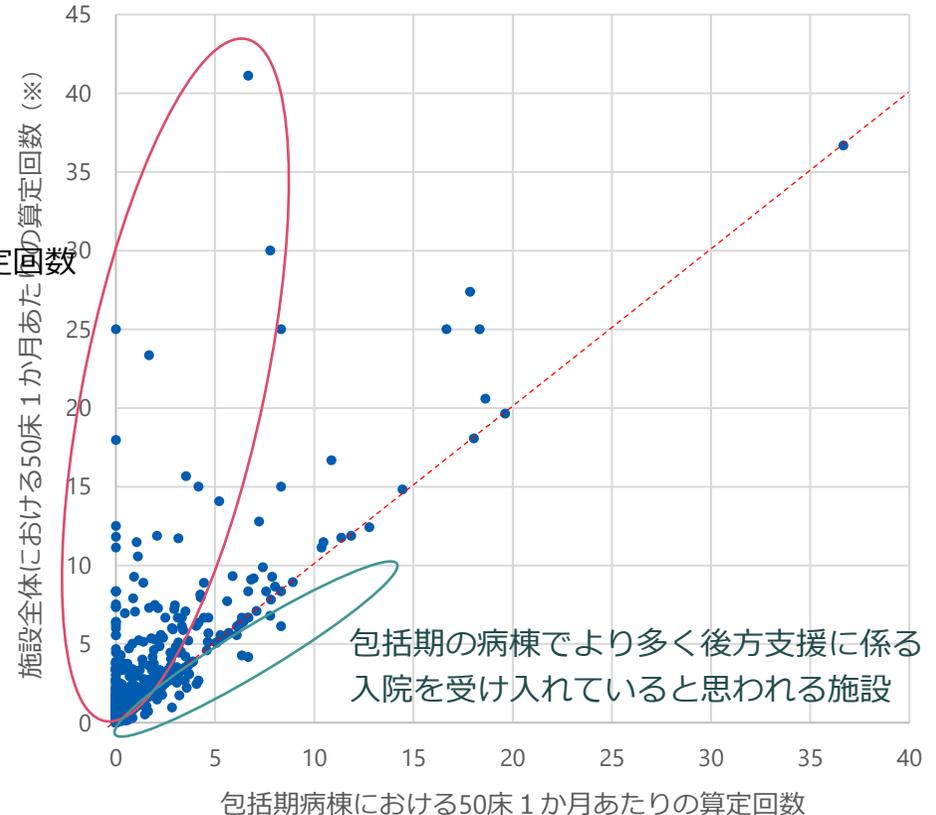
- 協力対象施設入所者入院加算等は一般病棟入院基本料を算定する病棟でも算定可能である。病院全体での50床1か月当たりの件数は、包括期病棟のみの件数を上回る施設が多く、こうした施設では、急性期の病棟等でより多く算定されていると推測される。一部には、包括期の病棟ではこれらの加算を算定していないが、病院としては算定の実績がある施設も存在する。
- 一方、これらの加算を包括期の病棟でより多く算定している施設もある。

地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する医療機関における病院全体での加算の算定状況

在宅患者緊急入院診療加算



協力対象施設入所者入院加算

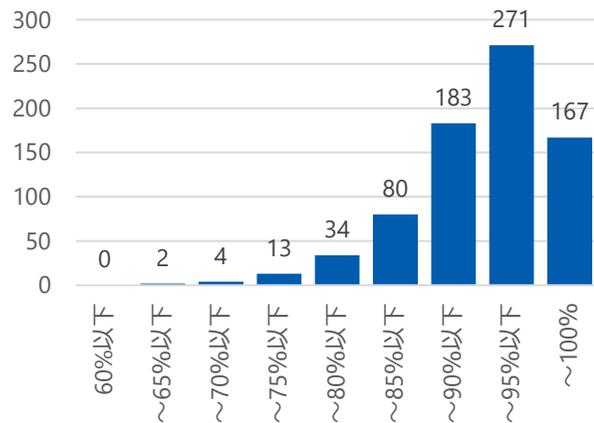


救急搬送の割合が多い地域包括ケア病棟におけるその他の指標

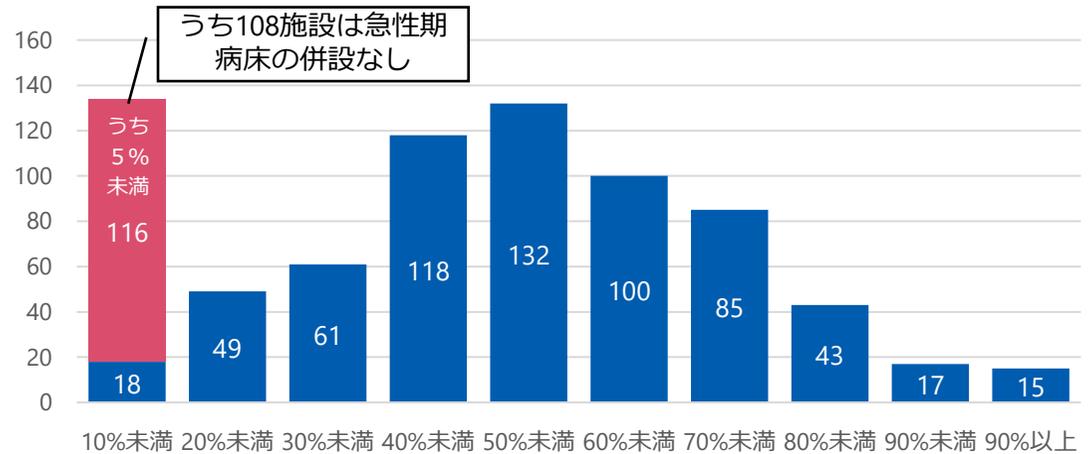
- 救急搬送から入院した患者の割合が15%を超える地域包括ケア病棟では、在宅復帰率が80%を超える施設が多く、平均在院日数は16日以下の施設が最多であった。同一医療機関内から転棟した患者の割合は、10%未満と40%以上50%未満に施設数のピークがあり、10%未満の施設のほとんどが急性期病棟の併設のない医療機関であった。一方、重症度、医療・看護必要度の得点は全体的に低い傾向であった。

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

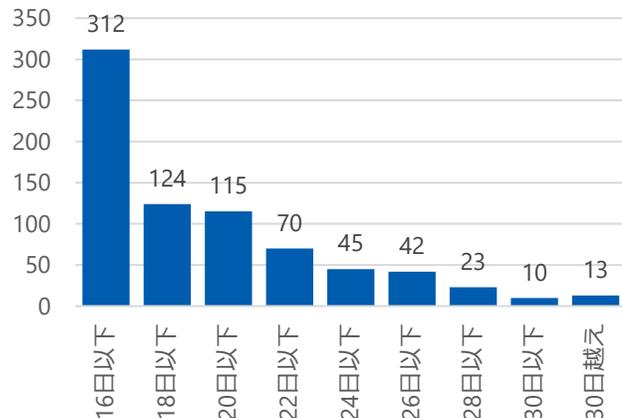
在宅復帰率の分布



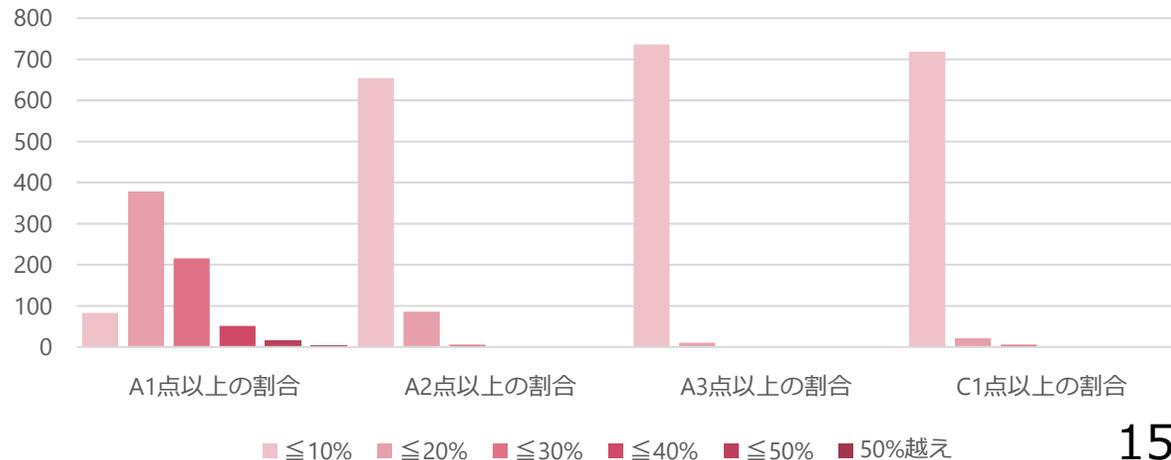
同一病院内から転棟した患者の割合の分布



平均在院日数の分布



重症度、医療・看護必要度を満たす割合ごとの施設数

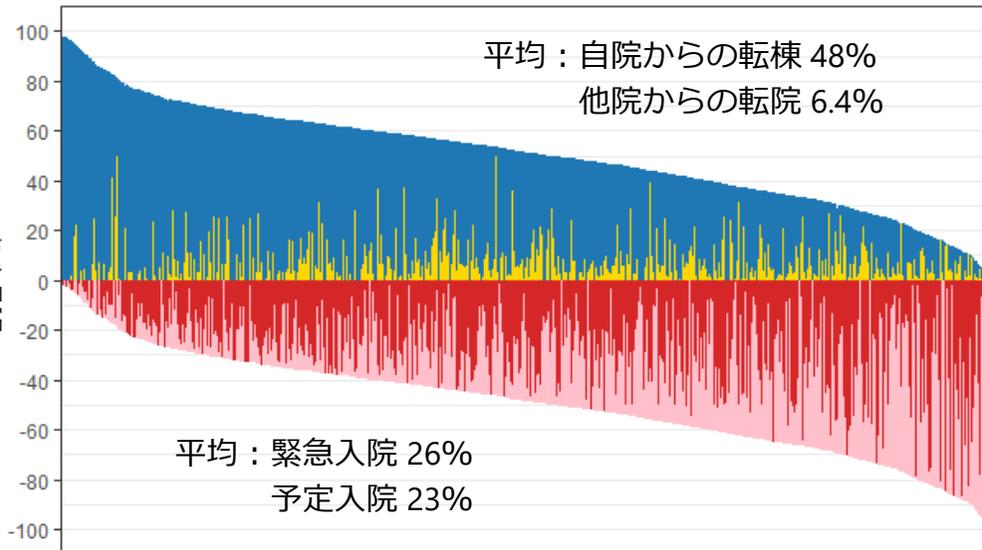


(参考) 地域包括ケア病棟における直接入院患者の割合

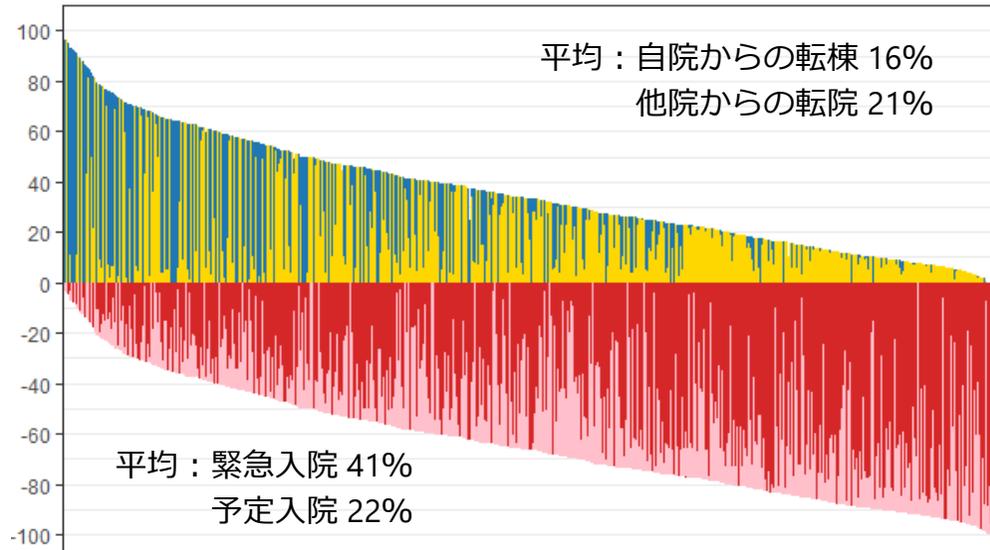
指標等WG
7.7.29

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

地域包括ケア病棟における施設ごとの入院経路の分布（急性期病棟を有する施設n=1686）



地域包括ケア病棟における施設ごとの入院経路の分布（急性期病棟のない施設n=882）



■ 自院からの転棟
■ 自宅や介護施設からの緊急入院

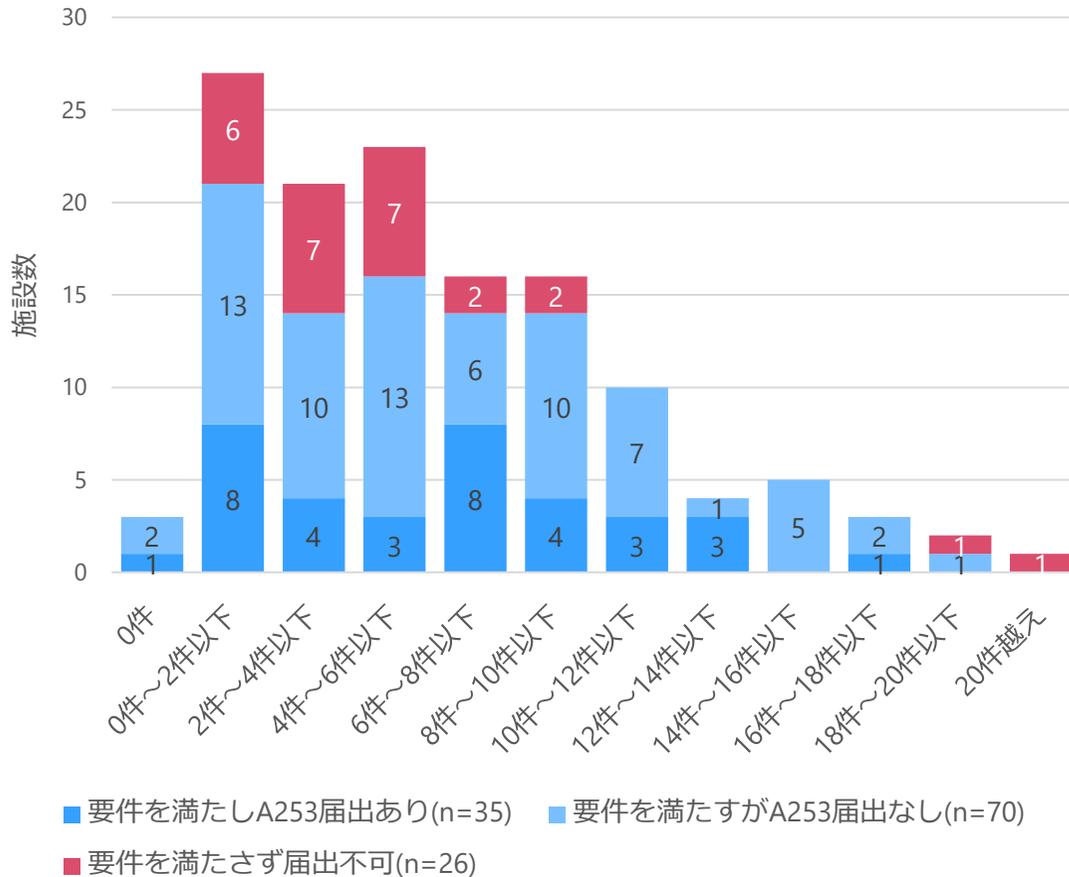
■ 他院からの転院
■ 自宅や介護施設からの予定入院

地域包括医療病棟における施設からの緊急入院の状況

- 地域包括医療病棟では、協力対象施設入所者入院加算の施設基準（※）を満たさなくても、施設からの緊急入院を多く受け入れている病棟があった。

施設からの緊急入院件数（50床1か月あたり）の分布

（地域包括医療病棟、n=131）



※A253協力対象施設入所者入院加算は、協力医療機関であるだけでなく、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院のいずれかであることが算定要件となっているため、いずれにも該当しない地域包括医療病棟は、加算の届出ができない。

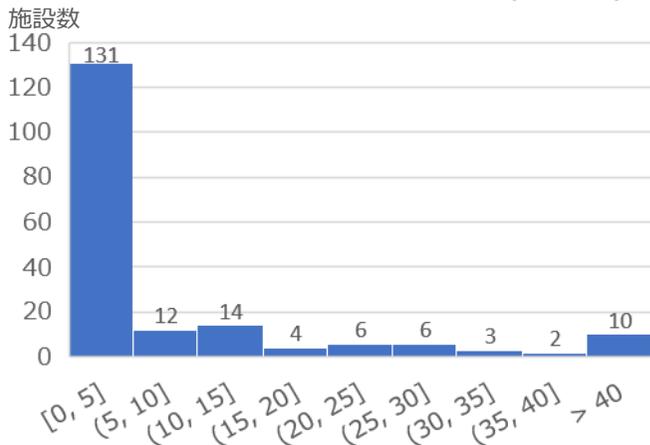
（参考）届出医療機関数	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟	うち双方有する
医療機関数	131	2633	74
在宅療養支援病院	61	1379	34
在宅療法後方支援病院	20	365	15
うちいずれも届出	2	21	1
いずれの届出もなし	52	910	26

※在支病、後方支援病院、地ケア病棟を有する、のいずれかの条件を満たす場合に「要件を満たす」として集計した。

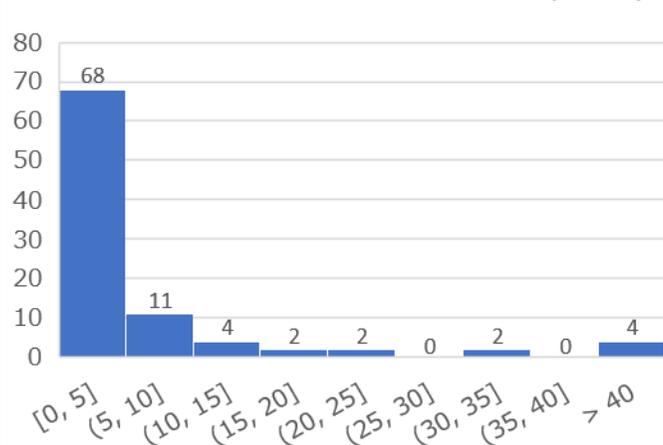
協力医療機関となっている施設数の分布

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

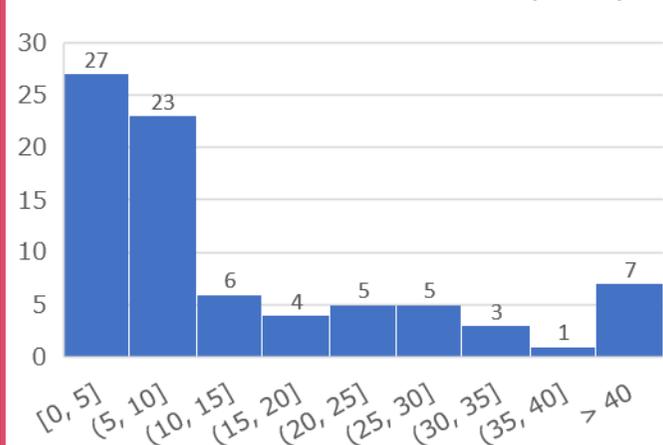
急性期一般入院料1（急性期のみ）(n=188)



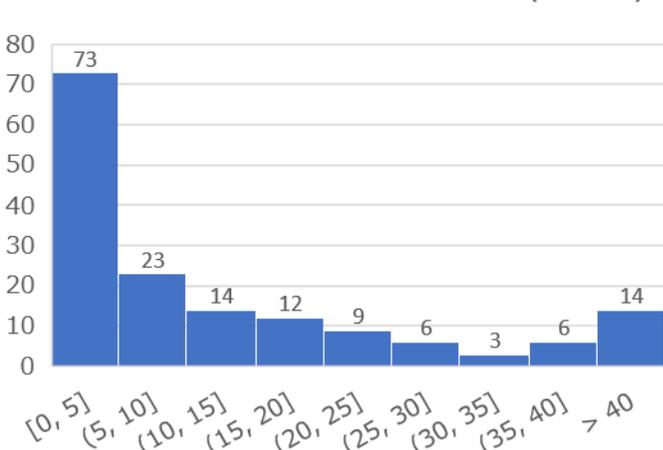
急性期一般入院料2-6（急性期のみ）(n=93)



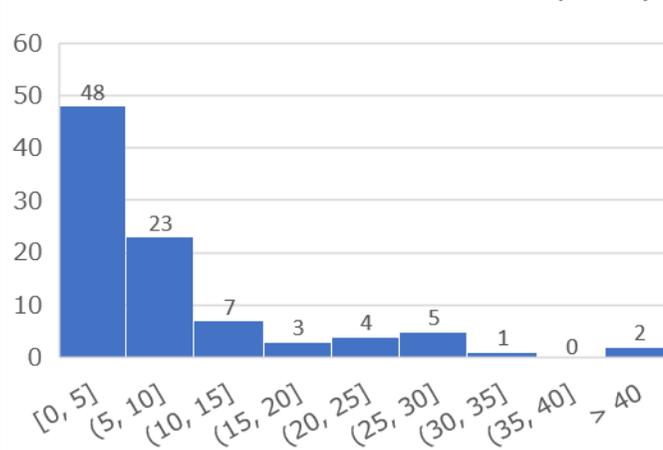
地域包括医療病棟を有する医療機関(n=81)



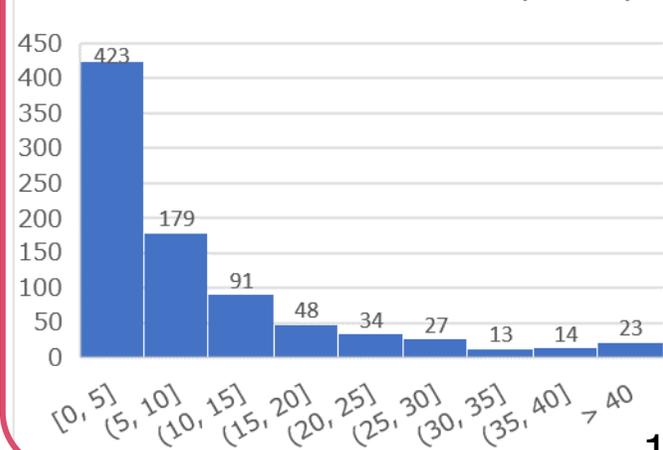
協力医療機関となっている施設数（他のグラフも同じ）
急性期一般入院料1（ケアミックス）(n=160)



急性期一般入院料2-6（ケアミックス）(n=93)



地域包括ケア病棟を有する医療機関(n=852)



協力医療機関となっている施設の類型毎の数

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

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

3. 調査結果概要

【入院患者の状況】

○医療機関に入院となった入所者等について、どの施設も、要件を満たす協力医療機関を定めている方が救急車による搬送が少なかった。

○救急車による搬送が行われたケースにおいて、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等は、概ね入院先の医療機関と事前調整をした上で救急車を呼んだ割合が高かった。

図表36 救急車による搬送の有無

1~4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

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

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

1~4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

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

- 居宅や高齢者住まい等で在宅医療を受ける患者は在宅療養後方支援病院が、介護保険施設の入居患者は協力医療機関が、それぞれ緊急時の入院受け入れ機能を果たすことを期待されており、緊急時を見据えた平時からの情報連携を要件としている。

在宅療養後方支援病院 (R6.8時点で610施設)

介護保険施設の協力医療機関

対象患者	在宅医療を受ける患者	介護保険施設の入居患者
施設要件	<u>200床 (医療資源の少ない地域にある場合は160床) 以上の医療機関</u>	<u>特になし (在支診・在支病・在宅療養後方支援病院・地ケアを有する病院は求めに応じて担うことが望ましい。)</u>
診療報酬上の評価	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急入院診療加算 (400床以上のみ) 在宅患者共同指導料 (400床未満のみ) 	<ul style="list-style-type: none"> 協力対象施設入所者入院加算 介護施設等連携往診加算
相談体制・診療体制	<ul style="list-style-type: none"> 24時間連絡を受ける担当者を指定 	(経過措置中) <ul style="list-style-type: none"> 医師又は看護師による相談体制 常時の診療体制
連携機関との情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 24時間連絡を受ける担当者を指定し、連携する在宅医療機関に提供 連携医療機関との間で、3月に1回以上患者の診療情報 (当該病院への入院希望等) の交換 	<ul style="list-style-type: none"> 1年に1回以上、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認する。
入院希望患者に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保し、あらかじめ入院希望患者に説明すること (連携医療機関を通じて説明を行ってもよい。) 入院希望患者の最新の一覧表を作成。 	(経過措置中) <ul style="list-style-type: none"> 入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制
病床確保に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保する。 やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、当該病院が他に入院可能な病院を探し、入院希望患者を紹介する。 	特になし

1. 包括的な機能を担う入院医療について(その3)

1-1. 包括期の入院医療を担う病院の機能について

1-2. 包括期の入院医療における医療資源投入量について

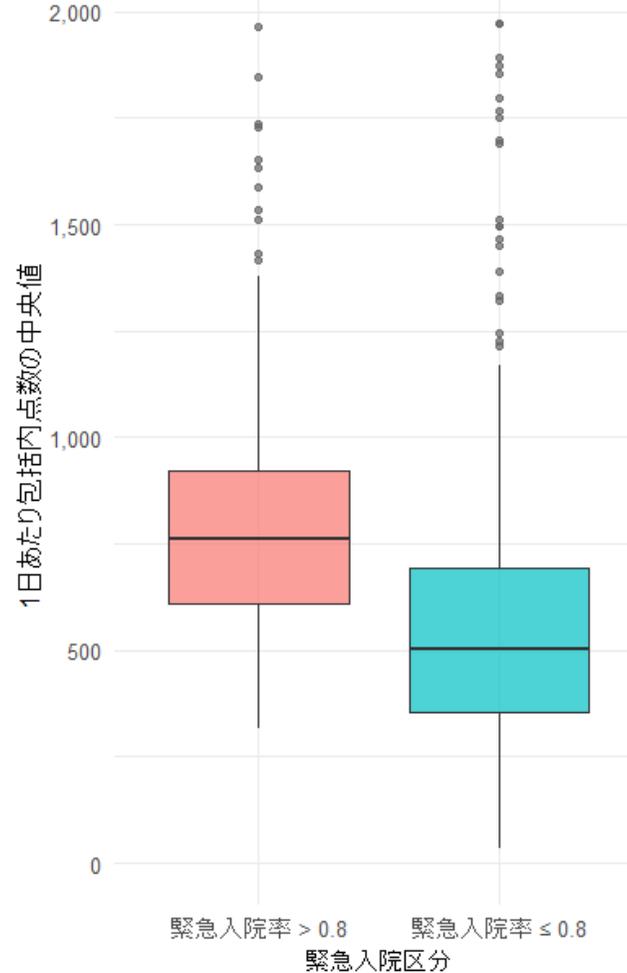
地域包括医療病棟における包括内の出来高実績点数

○ 包括内の出来高実績点数にはばらつきがあり、緊急入院が多い診断群分類や、手術を行うことが少ない診断群分類において包括内の出来高実績点数が高い傾向であった。

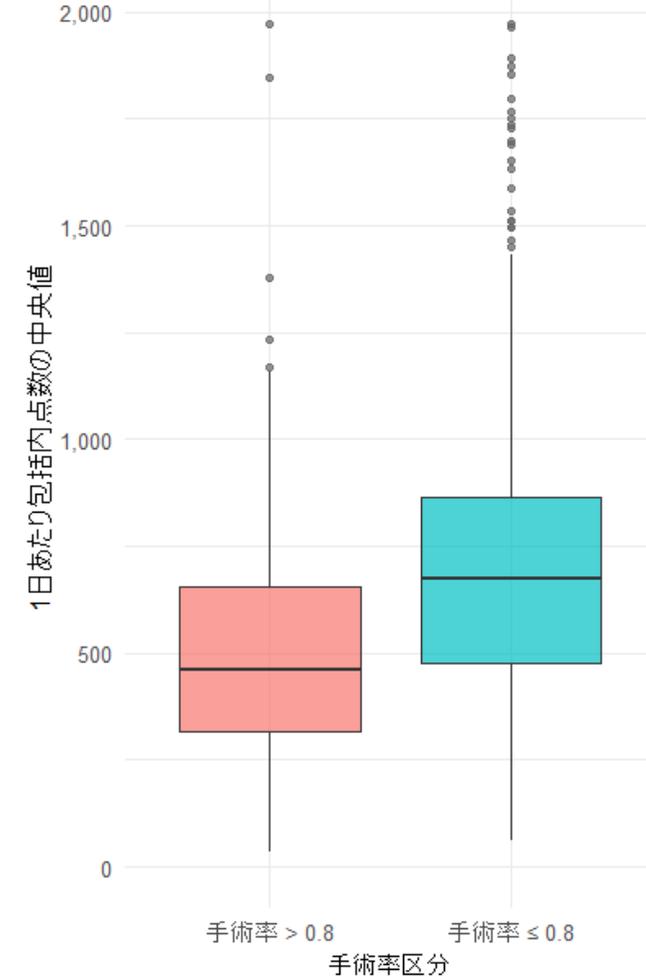
1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）



緊急入院率別にみた1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）



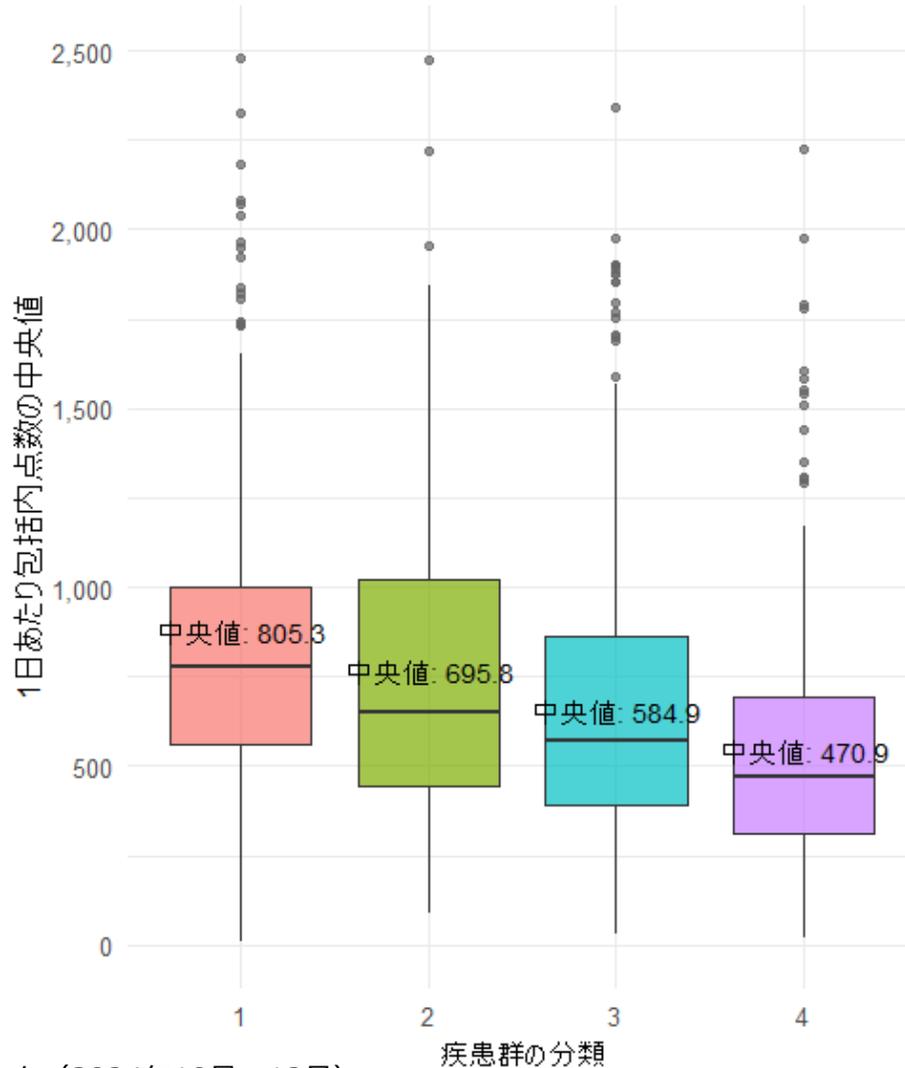
手術率別にみた1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）



診断群分類ごとの緊急入院の割合、手術を行う割合に基づいて各群に分類し、1日あたりの包括内の出来高換算点数の分布を示した。

○ 地域包括医療病棟において、緊急入院の割合や手術実施の割合に基づいて診断群分類を層別化すると、1日あたりの包括内の出来高実績点数の分布は以下のとおりであった。

1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（右表の各群別）



群	診断群分類の特徴	該当する診断群分類の数
1	緊急入院>0.8かつ手術≤0.8	315
2	緊急入院>0.8かつ手術>0.8	110
3	緊急入院≤0.8かつ手術≤0.8	324
4	緊急入院≤0.8かつ手術>0.8	306

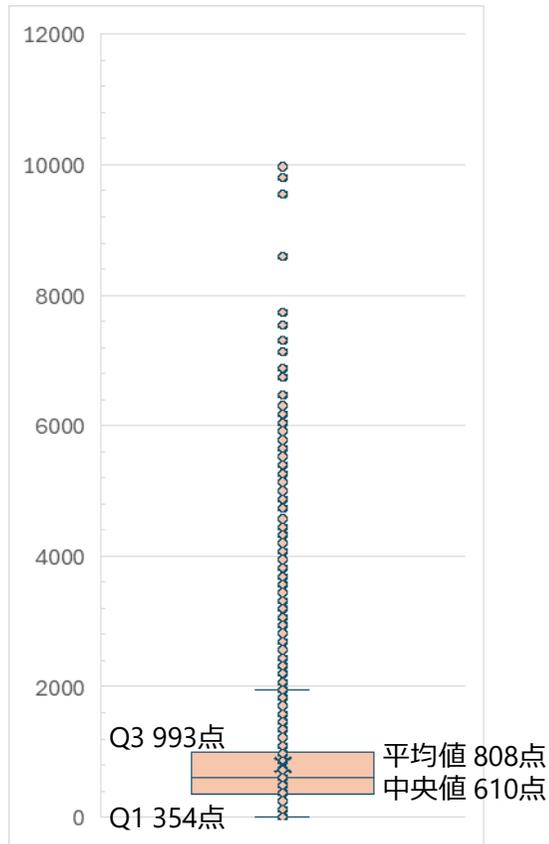
【各群に含まれる診断群分類の例】

- 1 誤嚥性肺炎、肺炎等（市中肺炎）、腎臓又は尿路の感染症
- 2 股関節・大腿近位の骨折、頭蓋・頭蓋内損傷
- 3 食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）、慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全
- 4 小腸大腸の良性疾患 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術、白内障・水晶体の疾患、前腕の骨折 骨折観血的手術

患者ごとの包括内出来高実績点数の分布

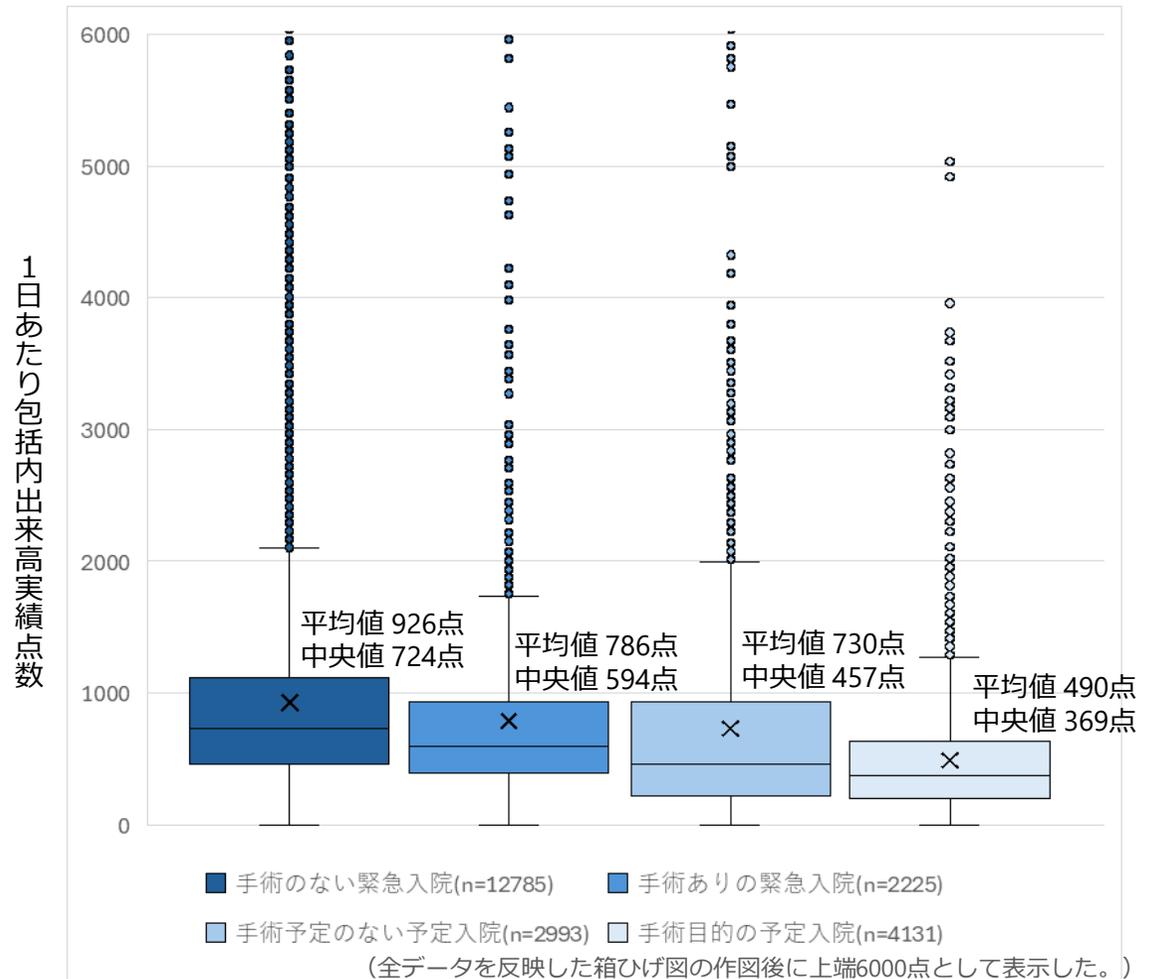
- 患者ごとの1日あたり包括内出来高実績点数の分布は以下左図のとおりで、ばらつきがみられた。
- 緊急入院か予定入院か、手術（※）を実施したか否かにより、1日あたりの包括内の出来高実績点数の患者ごと分布を比較すると右図のとおりであり、手術を行わない緊急入院群では手術目的の予定入院群と比較し、1日あたり包括内出来高実績点数の平均値は約440点高く、群による差が大きかった。

1日あたり包括内出来高実績点数の分布



地域包括医療病棟 n=22141

1日あたり包括内出来高実績点数の患者ごと分布（群ごと）

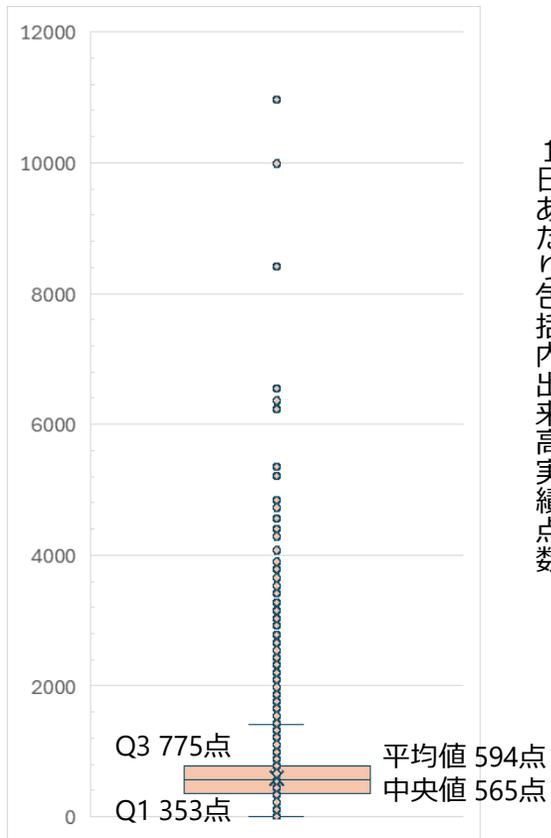


※手術に係るKコードが算定された場合に手術実施とした（輸血に係るKコードは含まない）。

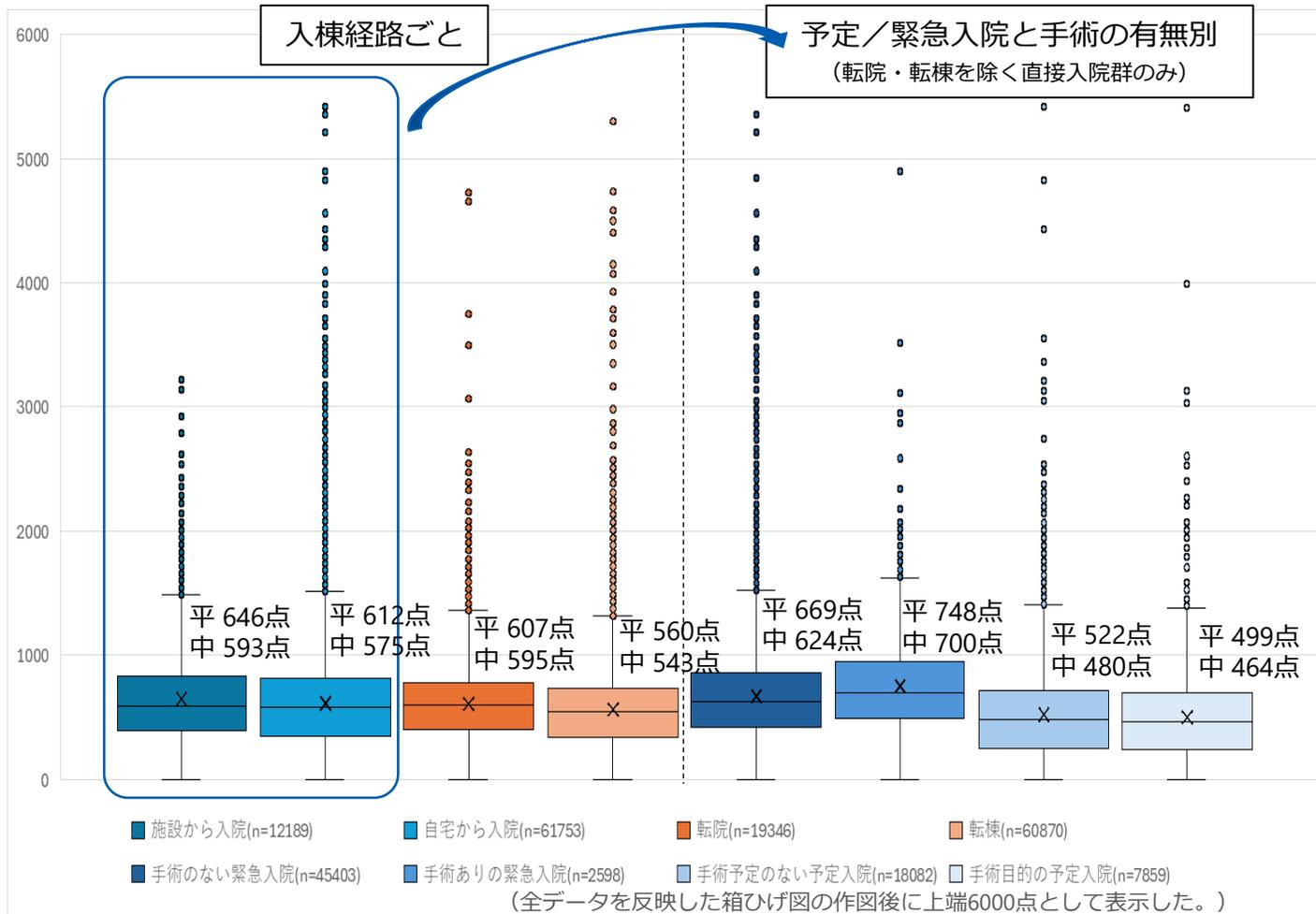
地域包括ケア病棟における医療資源投入量が高い患者

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

1日あたり包括内出来高実績点数の分布



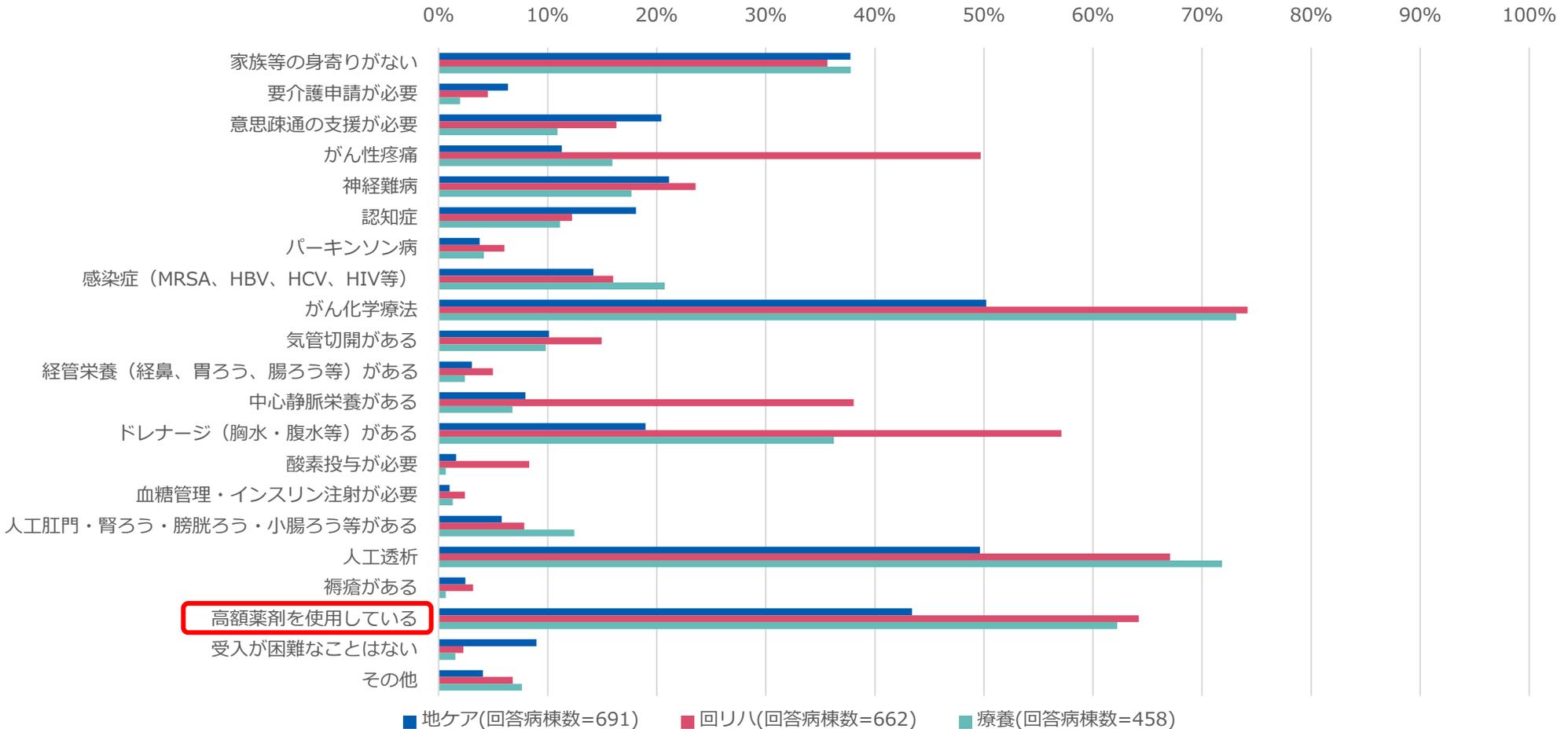
1日あたり包括内出来高実績点数の患者ごと分布（群ごと）



入院受入が困難となる理由

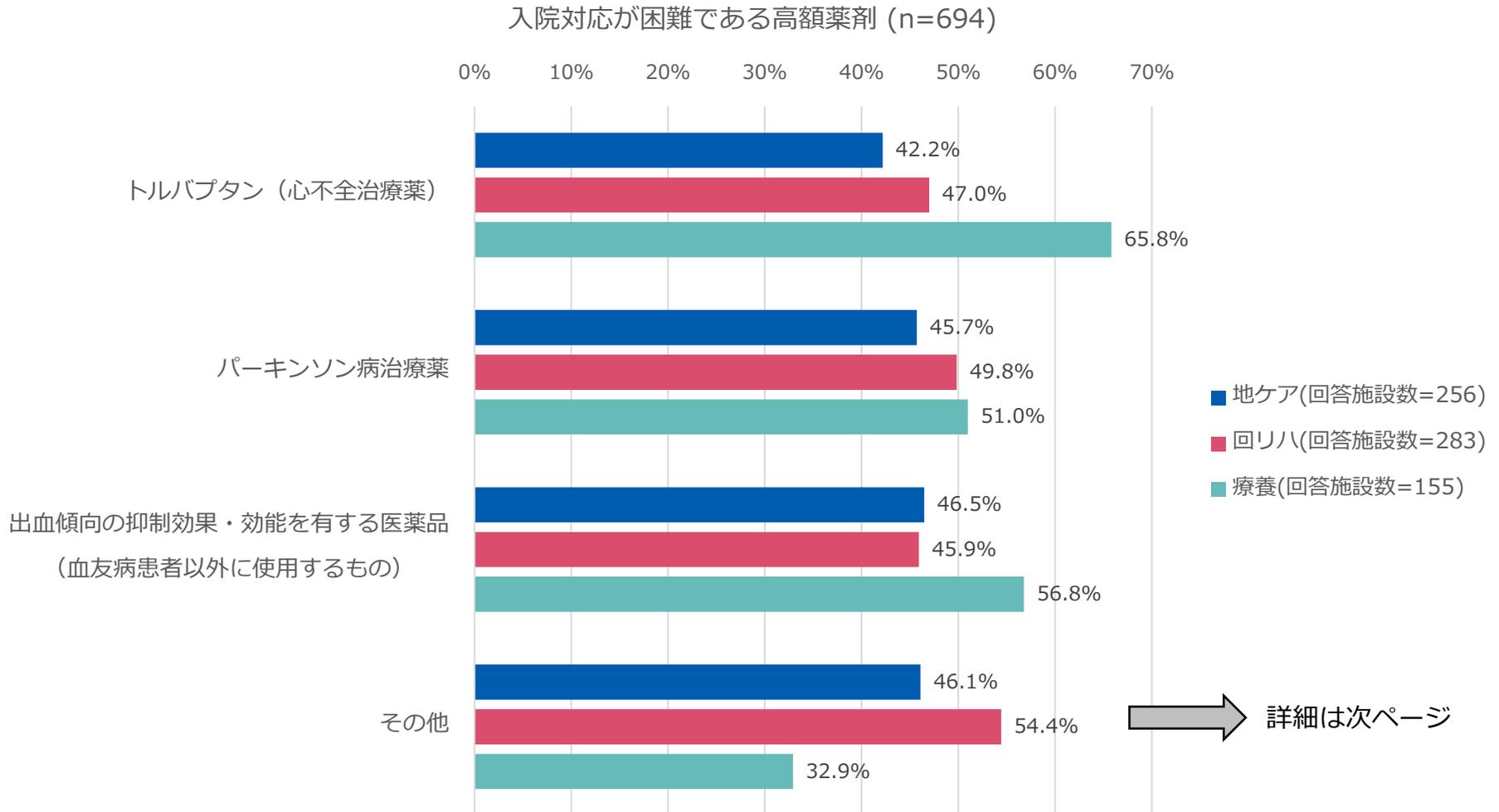
- 入院受入が困難な理由として、いずれの病棟でも共通して高い割合で回答された項目は「家族等の身寄りがない」「がん化学療法」「人工透析」**「高額薬剤を使用している」**であり、「身寄りがない」以外の項目は、特に回復期リハビリテーション病棟と療養病棟で高かった。
- 回復期リハビリテーション病棟では、「がん性疼痛」「ドレナージがある」を回答した割合も高かった。

入院受入が困難となる理由 (n=1811)



受入困難事例になりうる高額薬剤の内容①

- 入院受入が困難な理由として「高額薬剤を使用している」と回答した施設に対し、特に困難である薬剤を調査したところ、4割を超える施設がトルバプタン、パーキンソン病治療薬、血友病以外の出血傾向の抑制に係る医薬品が該当すると回答した。



受入困難事例になりうる高額薬剤の内容②

- 自由記載においては、骨粗鬆症治療薬や、生物学的製剤を含む分子標的治療薬を挙げる施設が多かった。
- 4分の1を超える回復期リハビリテーション病棟を有する病院で抗がん剤が回答された。他に、医療用麻薬、間質性肺炎治療薬、腎性貧血の治療薬は回復期リハビリテーション病棟で特有に回答されていた。
- 療養病棟ではこれらの薬剤を回答した施設は少なかったが、「高額な薬剤」という形で薬価に言及した施設が多かった他、他の病棟と比較し、薬価が低い薬剤についても回答される傾向にあった。

カテゴリ	回リハ (n=256)	地ケア (n=283)	療養 (n=155)	具体的な回答内容や薬剤名の例
抗悪性腫瘍剤	27.3%	－	－	抗がん剤、抗悪性腫瘍剤、分子標的治療薬
骨粗鬆症治療薬（注射含む）	14.8%	9.2%	2.6%	骨粗鬆症薬（イベニティ、プラリア）など
リウマチ治療薬（生物学的製剤含む）	10.5%	6.4%	1.3%	抗リウマチ薬、DMARDs、JAK阻害薬、生物学的製剤（オレンシア、アクテムラ、レミケードなど）
免疫抑制剤	7.0%	3.5%	0%	免疫抑制剤、自己免疫疾患薬、免疫疾患治療薬など
生物学的製剤	5.1%	2.5%	0%	生物学的製剤、バイオ製剤など（リウマチ薬と重複あり）
ホルモン剤／前立腺がん治療薬	3.5%	2.1%	1.3%	ホルモン剤、リュープリン、ゾラデックス、アロマトラーゼ阻害剤など
麻薬（点滴含む）	2.0%	－	－	医療用麻薬、麻薬点滴など
間質性肺炎治療薬	2.0%	0%	0%	抗線維化薬（オフエブなど）、エンドセリン受容体拮抗薬（オプスミットなど）
造血剤／腎性貧血治療薬	1.6%	－	－	赤血球造血刺激因子製剤（ミルセラ、ネスプなど）
てんかん治療薬	0%	0%	1.9%	ビムパット、レベチラセタム、点滴の抗てんかん薬など
認知症治療薬	0%	0%	1.3%	認知症治療薬（アリセプトなど）
高額薬剤／薬価に言及した記述	4.3%	2.5%	7.1%	<ul style="list-style-type: none"> ・月3万以上、1日2千円以上、薬価が500円/1000円以上不可 ・薬価が高額なもの全般 ・極端に薬価が高い場合は受入不可 ・その都度、薬価や用法・用量、汎用性により判断している
その他（抗生剤、吸入薬、褥瘡治療薬など）	2.3%	2.1%	3.9%	抗菌薬、喘息吸入薬、フィブラストスプレー、抗凝固薬、アルブミン製剤、向精神薬など

各病棟における入院料に包括されない除外薬剤

- 回復期リハビリテーション病棟では、地域包括ケア病棟等と異なり、抗悪性腫瘍剤、医療用麻薬、腎性貧血に使用する薬剤等は除外薬剤に指定されていない。
- 受入困難な事由になりうる高額薬剤として回答の多かった生物学的製剤を含む分子標的治療薬等は、いずれの入院料においても除外薬剤にはなっていない。

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

○：除外薬剤として基本診療料の施設基準等の別表第5から第5の1の3に記載されているもの

包括期入院医療に係る現状と課題①

(包括期の入院医療を担う医療機関の機能について)

- 包括期の入院医療を担う病院の機能を表現する指標の候補として、指標等WGにおいて、下り搬送の応需、自宅や施設からの緊急入院の受入、在宅患者緊急入院診療加算や協力対象施設入所者入院加算等の、平時の療養を担う医療機関と連携した加算の算定回数、協力対象施設への往診等について検討された。指標としての活用にあたっては、医療機関が負担なくデータを取ることができるかどうかといった視点も重要との意見があった。
- 平時の療養を担う医療機関と連携した加算の届出や算定はまだ少ないものの、いずれも約8割は包括期の病棟を有する医療機関で届け出られていた。これらの加算の算定回数は、比較的多い施設とほとんど実績がない施設に二極化しており、地域包括医療病棟でも一定程度算定されていた。指標同士の相関は、後方支援に係る加算を算定している施設が少ないこともあり、明らかではなかった。
- 救急搬送からの入院や自宅や、施設等からの緊急入院を多く受け入れている地域包括ケア病棟もあった。これらの施設では在宅復帰率や平均在院日数は地域包括医療病棟の施設基準を満たしているところが多かったが、重症度、医療・看護必要度は低い傾向であった。
- 地域包括医療病棟では、協力対象施設入所者入院加算の施設基準である在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院であることを満たさなくても、施設からの緊急入院を多く受け入れている病棟があった。
- 地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟を有する医療機関では、他の病棟を主とする病院と比べ比較的多くの施設の協力医療機関を担っていた。高齢者施設等の調査においては、要件を満たす協力医療機関を定めている方が救急車による搬送が少ないという結果であった。
- 現状の診療報酬上、後方支援を担うことに関して、在宅療養後方支援病院と介護保険施設の協力医療機関という枠組みがある。このうち、協力医療機関は在支診・在支病・在宅療養後方支援病院・地ケアを有する病院は求めに応じて担うことが望ましいとされている。

【課題】

- 包括期の入院医療を担う医療機関の役割として、救急搬送の受入と在宅・施設等の後方支援という観点を踏まえ、現状の指標についてどのように評価するか。
- 救急搬送からの入院や緊急入院を比較的多く受け入れる地域包括ケア病棟があることを踏まえ、包括期入院医療を担う病院全体の高齢者救急の受入や後方支援の状況について、どのように評価するか。
- 地域包括医療病棟においても施設等と連携した入院の受入を多く行っている医療機関があることを踏まえ、現状についてどのように評価するか。

包括期入院医療に係る現状と課題②

(包括期の入院医療における医療資源投入量について)

- 地域包括医療病棟における包括内の出来高実績点数にはばらつきがあり、緊急入院が多い診断群分類や、手術を行うことが少ない診断群分類において包括内の出来高実績点数が高い傾向であった。
- 患者ごとに、予定／緊急入院と手術実施の有無により包括内の出来高実績点数を比較すると、手術を行わない緊急入院群では手術目的の予定入院群に比べ、1日あたり包括内出来高実績点数の平均値は約440点高く、群による差が大きかった。
- 地域包括ケア病棟における包括内の出来高実績点数は、地域包括医療病棟と比較しばらつきが少なかった。入棟経路や予定／緊急と手術による群間の差は少ないものの、自宅や施設からの直接の緊急入院では比較的高かった。
- 入院受入が困難となる理由として多く挙げられた項目の一つに高額薬剤の使用があり、トルバプタン、パーキンソン病治療薬、血友病以外の出血傾向の抑制に係る医薬品、生物学的製剤を含む分子標的治療薬等が多くあげられていた。回復期リハビリテーション病棟では、抗悪性腫瘍剤や腎性貧血の治療薬についても回答されていた。



【課題】

- 地域包括医療病棟における包括内の出来高実績点数が、必ずしも診断によらず、手術や緊急入院を要するかどうかによって患者ごとに異なることについて、現状をどのように評価するか。
- 地域包括ケア病棟における医療資源投入量について、現状をどのように評価するか。
- 包括算定される入院料の病棟において、高額薬剤の使用が受入困難の要因としてあげられていることや、具体的な薬剤の内容について、どのように考えるか。

1. 包括的な機能を担う入院医療について(その3)
- 2. 重症度、医療・看護必要度**
3. 働き方・タスクシフト/シェア(その3)
4. 病棟における多職種でのケア(その2)

2. 重症度、医療・看護必要度

2-1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

2-2. B項目について

2-3. 内科系症例と外科系症例について

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

- 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

(改定内容)

- ・「創傷処置」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
- ・「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合に統一
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」について、7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更
- ・「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を2日間に変更
- ・C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し
- ・短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	-	-
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	-	-
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	-	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり	-
6	専門的な治療・処置（※2）	-	-		
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、		あり		
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、		あり		
	⑤ 放射線治療、		あり		
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、		あり		
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、		あり		
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I：救急搬送後の入院（2日間）	なし	-	あり	-
	II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	-	あり	-

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（9日間）	なし	あり
17	開腹手術（6日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
	救命等に係る内科的治療（4日間）		
21	①経皮的血管内治療、 ②経皮的な心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（5日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

（※1）A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、該当患者割合の基準を見直す。

現行		必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料5		17%	14%
7対1入院基本料(特定)		—	28%
7対1入院基本料(結核)		10%	8%
7対1入院基本料(専門)		30%	28%
看護必要度加算1(特定、専門)		22%	20%
看護必要度加算2(特定、専門)		20%	18%
看護必要度加算3(特定、専門)		18%	15%
総合入院体制加算1・2		33%	30%
総合入院体制加算3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%



改定後		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
急性期一般入院料2	22%	21%
急性期一般入院料3	19%	18%
急性期一般入院料4	16%	15%
急性期一般入院料5	12%	11%
7対1入院基本料(特定)	—	割合①:20% 割合②:27%
7対1入院基本料(結核)	8%	7%
7対1入院基本料(専門)	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
看護必要度加算1(特定、専門)	18%	17%
看護必要度加算2(特定、専門)	16%	15%
看護必要度加算3(特定、専門)	13%	12%
総合入院体制加算1	33%	32%
総合入院体制加算2	31%	30%
総合入院体制加算3	28%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%
看護補助加算1	4%	3%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

【該当患者の基準】	
急性期1、7対1入院基本料(特定、専門)※1	割合① 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上 割合② 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期2～5等※2	以下のいずれか ・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
総合入院体制加算	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括ケア病棟等	以下のいずれか ・ A得点が1点以上 ・ C得点が1点以上

※1: B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること
 ※2: 7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

【経過措置】
 令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり
 ⇒ **令和6年9月30日まで**基準を満たしているものとする。**36**

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

※対象病棟の入院患者について、A項目(必要度 I の場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る)及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置(褥瘡の処置を除く)(※1)	なし	あり	-	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)(※1)	なし	あり	-	-
3	注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)	なし	あり	-	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり	-
6	専門的な治療・処置(※2)	-	-		
	① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I: 救急搬送後の入院(2日間)	なし	-	あり	-
	II: 緊急に入院を必要とする状態(2日間)	なし	-	あり	-

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術(11日間)	なし	あり
16	開胸手術(9日間)	なし	あり
17	開腹手術(6日間)	なし	あり
18	骨の手術(10日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(4日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
	救命等に係る内科的治療(4日間)		
21	(①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
23	別に定める手術(5日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

(※1) A項目のうち「創傷処置(褥瘡の処置を除く)」及び「呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)」については、必要度 I の場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

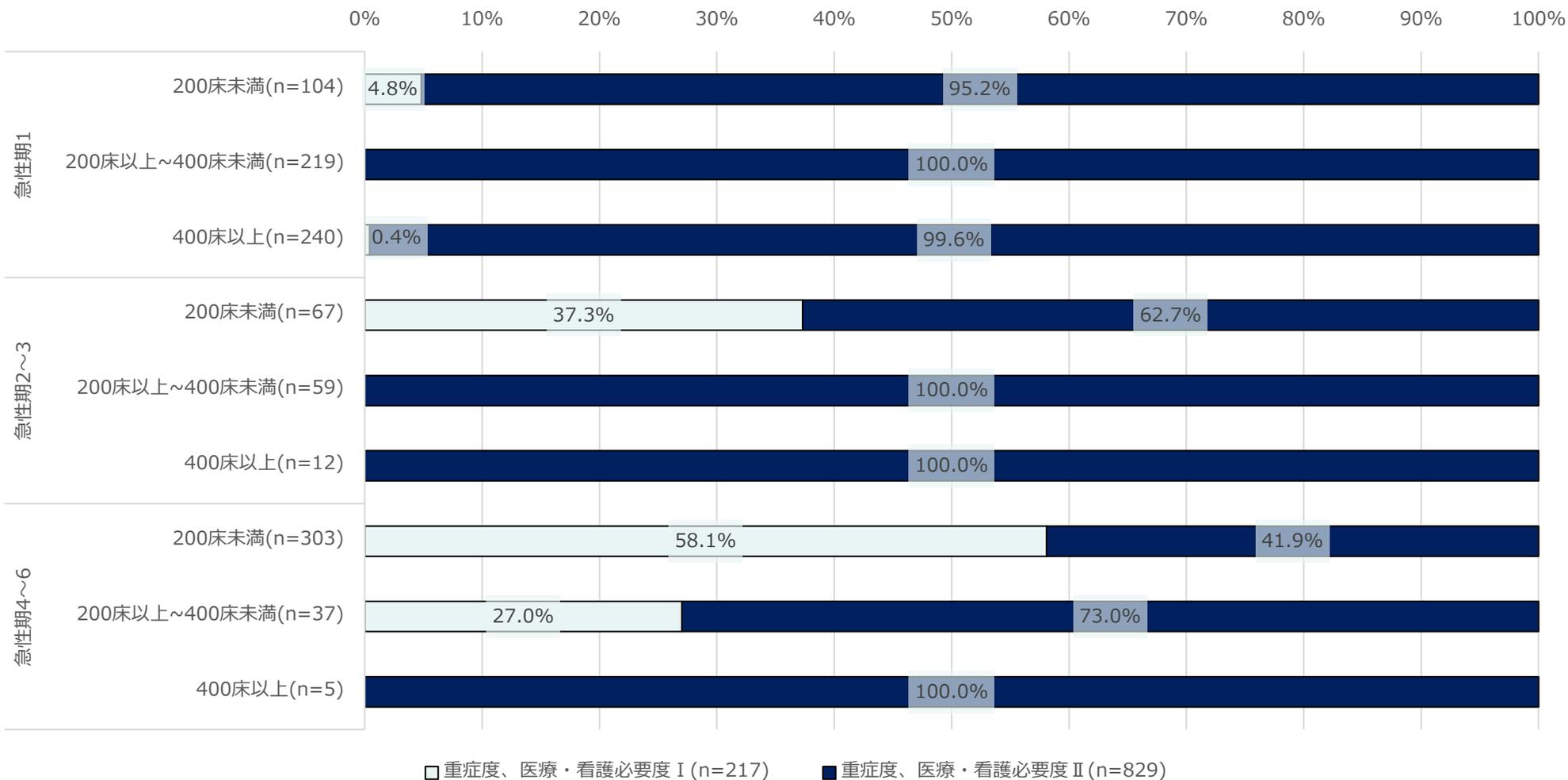
(※2) A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、③麻薬の使用(注射剤のみ)、⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

B	患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		-	-
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
10	口腔清潔	自立	要介助	-	x	実施なし	実施あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-		-	-
14	危険行動	ない	-	ある		-	-

許可病床数別の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況

○ 重症度、医療・看護必要度I・IIの届出状況は、以下のとおり。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の種別（令和7年5月1日時点）（n=1046）



□ 重症度、医療・看護必要度 I (n=217) ■ 重症度、医療・看護必要度 II (n=829)

2. 重症度、医療・看護必要度

2-1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

2-2. B項目について

2-3. 内科系症例と外科系症例について

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

B項目の評価方法の見直し

- 重症度、医療・看護必要度のB項目について、「**患者の状態**」と「**介助の実施**」に分けた評価とし、「評価の手引き」により求めている「**根拠となる記録**」を**不要**とする。

B	患者の状態等	患者の状態			介助の実施		評価	
		0点	1点	2点	0	1		
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない			点	
10	移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点	
11	口腔清潔	自立	要介助		実施なし	実施あり	点	
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点	
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点	
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				点	
15	危険行動	ない		ある			点	
							B得点	点

A・C項目の評価方法の見直し

- A項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る)及びC項目について、必要度Iにおいても、**レセプト電算処理システム用コードを用いた評価**とする。

院外研修の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件について、「所定の**(院外)研修**を修了したものが行う研修であることが望ましい」との記載を**削除**する。

必要度IIの要件化

- 許可病床数**400床以上**の医療機関において、一般病棟入院基本料(**急性期一般入院料1~6**に限る)又は**特定機能病院入院基本料**(一般病棟7対1に限る)について**重症度、医療・看護必要度II**を用いることを要件とする。

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1~6に限る)又は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1に限る)を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※ B項目及び院外研修の見直しについて、特定集中治療室用・ハイケアユニット用の必要度についても同様。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、該当患者割合の基準を見直す。

現行		必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料5		17%	14%
7対1入院基本料(特定)		—	28%
7対1入院基本料(結核)		10%	8%
7対1入院基本料(専門)		30%	28%
看護必要度加算1(特定、専門)		22%	20%
看護必要度加算2(特定、専門)		20%	18%
看護必要度加算3(特定、専門)		18%	15%
総合入院体制加算1・2		33%	30%
総合入院体制加算3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%

改定後		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
急性期一般入院料2	22%	21%
急性期一般入院料3	19%	18%
急性期一般入院料4	16%	15%
急性期一般入院料5	12%	11%
7対1入院基本料(特定)	—	割合①:20% 割合②:27%
7対1入院基本料(結核)	8%	7%
7対1入院基本料(専門)	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
看護必要度加算1(特定、専門)	18%	17%
看護必要度加算2(特定、専門)	16%	15%
看護必要度加算3(特定、専門)	13%	12%
総合入院体制加算1	33%	32%
総合入院体制加算2	31%	30%
総合入院体制加算3	28%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%
看護補助加算1	4%	3%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

【該当患者の基準】	
急性期1、7対1入院基本料(特定、専門)※1	割合① 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上 割合② 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期2～5等※2	以下のいずれか ・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
総合入院体制加算	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括ケア病棟等	以下のいずれか ・ A得点が1点以上 ・ C得点が1点以上

※1: B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること

※2: 7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

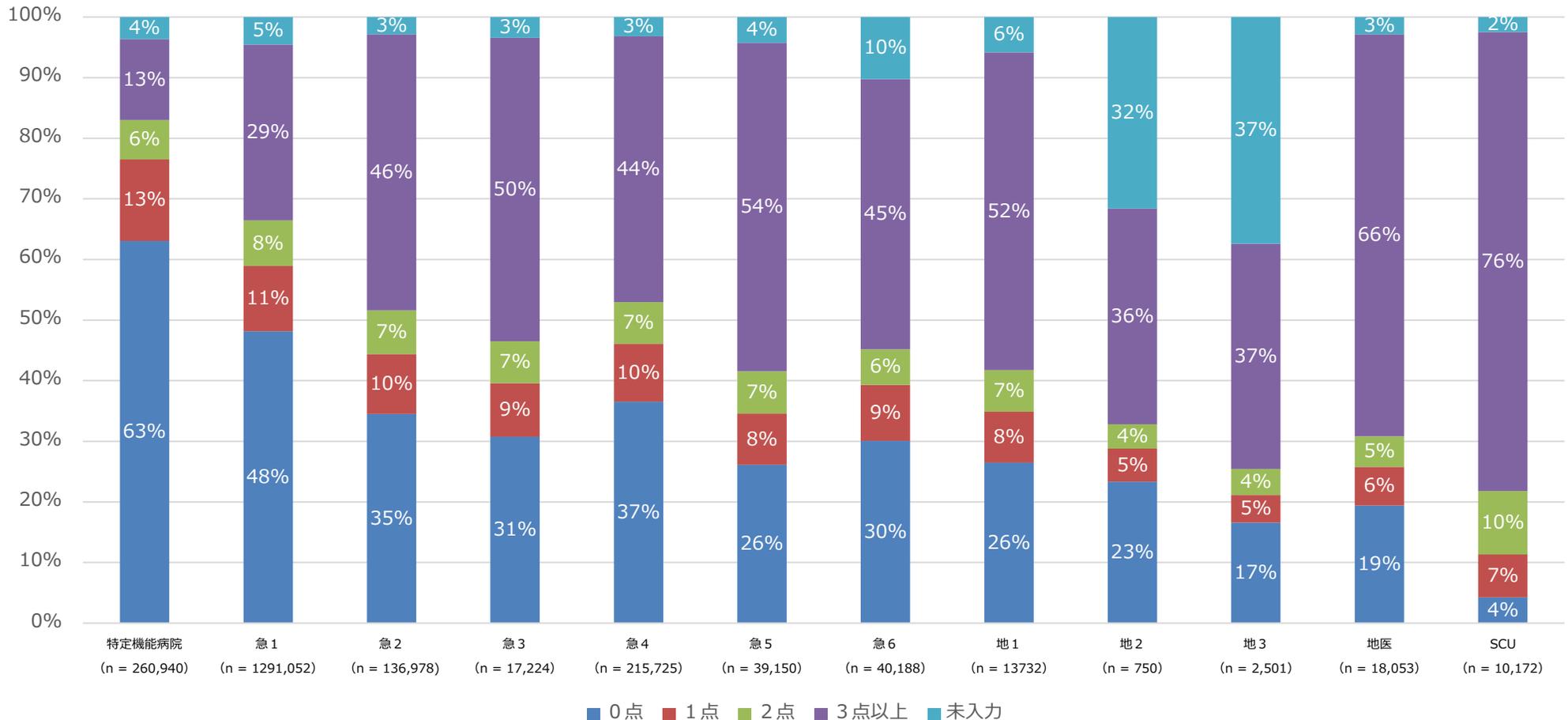
【経過措置】

令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ 令和6年9月30日まで基準を満たしているものとする。41

入院初日のB得点の内訳

- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料2-6や地域一般入院料1、地域包括医療病棟で高い。
- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、地域包括医療病棟では66%、脳卒中ケアユニット(SCU)では76%と高い割合を占めていた。

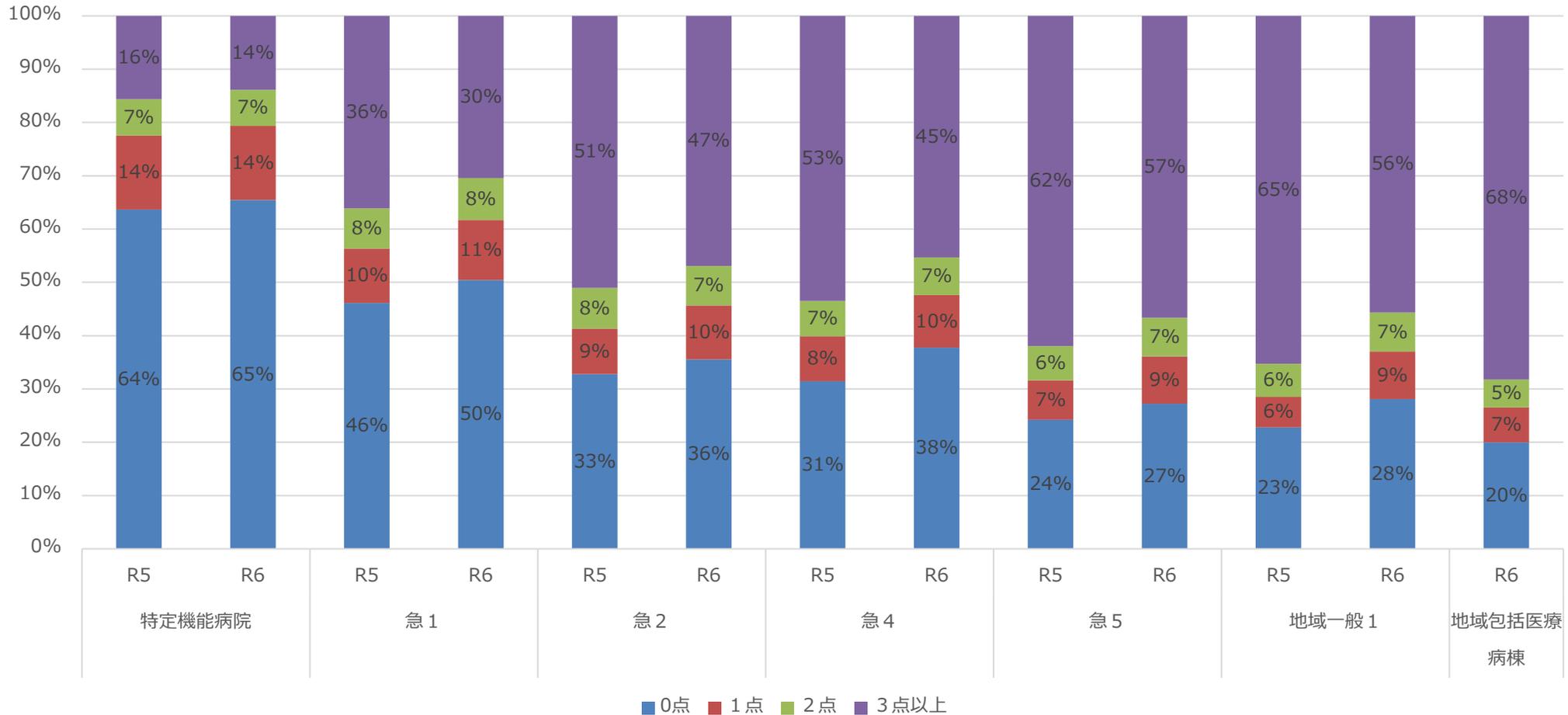
3日以上入院している患者における入院初日のB得点の割合



入院初日のB得点の比較（R5・R6）

- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院、急性期一般入院料、地域一般入院料1において全体的に下がっていた（データ取得時期の季節変動に留意する必要）。
- 地域包括医療病棟では入院初日にB得点が3点以上である割合が68%であり、令和6年では最も高い割合であった。

入院初日のB得点の比較（R5・R6）



令和8 年度診療報酬改定に係る要望書（日本病院会）（抄）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

内科系患者の割合が高い医療機関では、現行の評価基準では必要度を維持できず、経営に深刻な影響を及ぼしている。評価票のA項目の該当患者割合の基準を見直さなければ、高齢者救急・内科救急を担う病院への影響が大きくなる。C項目の見直しとともに、重症度、医療・看護必要度の評価基準の緩和を要望する。

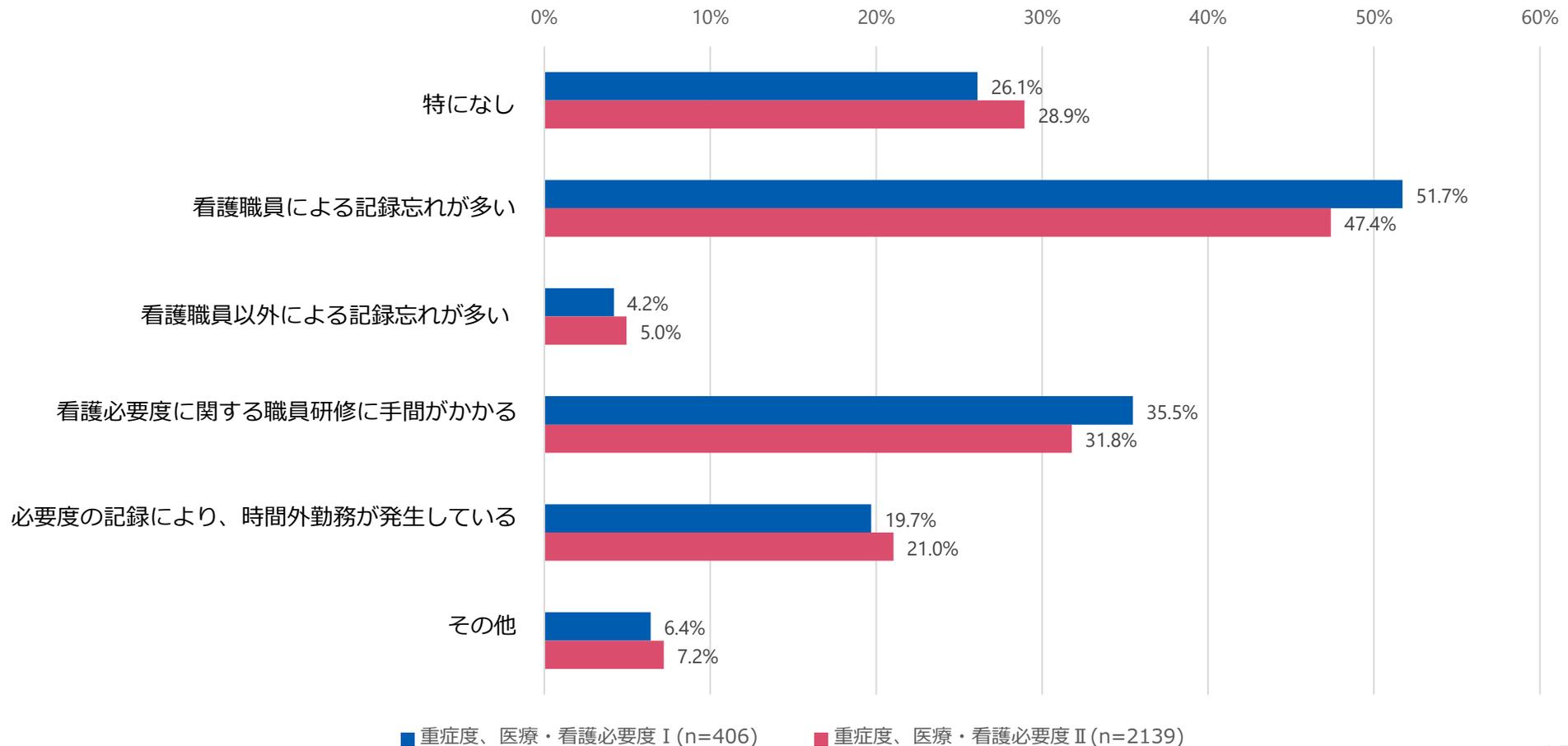
また、急性期一般入院基本料1などは、施設基準の要件でなくともB項目評価が義務付けられており、評価のための研修・日々の評価作業・正確な測定のための定期的な院内確認が看護職の大きな負担となっている。施設基準の要件でない入院料等については、B項目評価を不要とする要件緩和を要望する。

（A100 一般病棟入院基本料）

重症度、医療・看護必要度の記録について（Ⅰ・Ⅱ別）

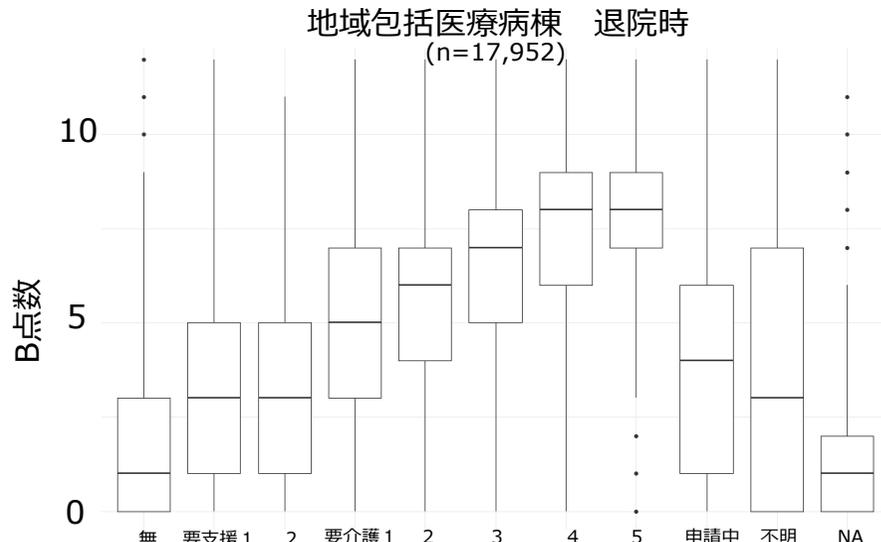
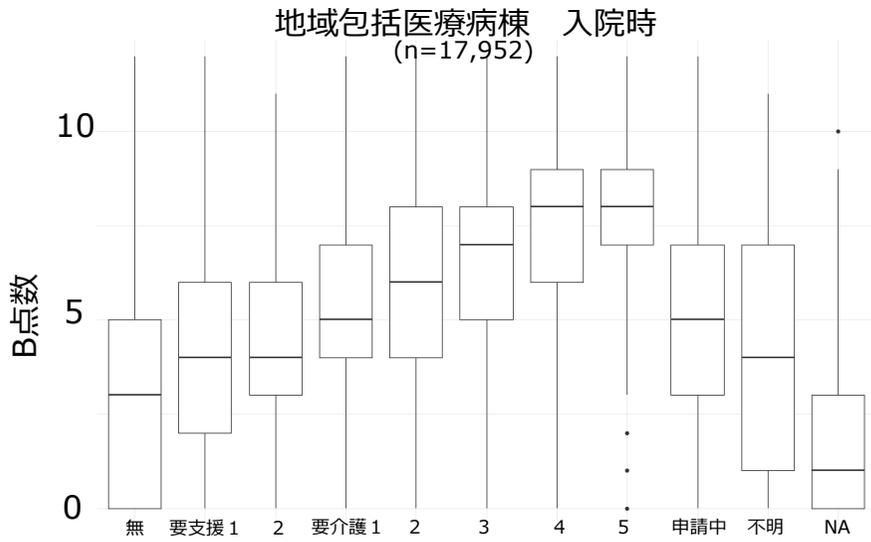
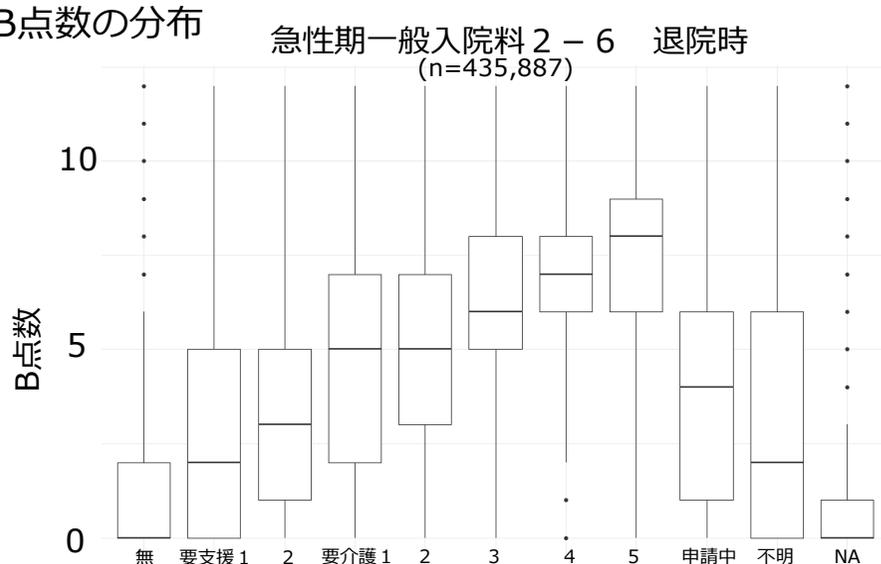
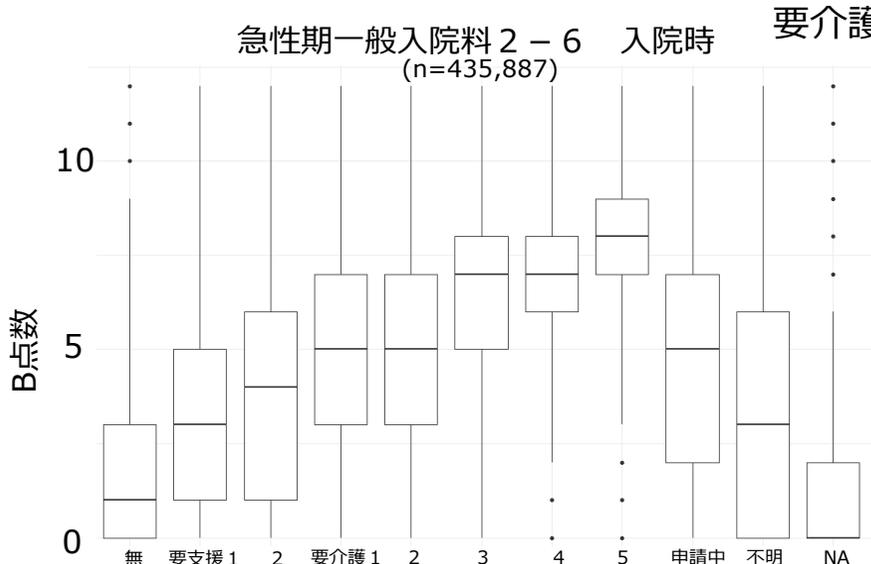
- 重症度、医療・看護必要度の記録について、病棟看護管理者として課題に感じていることについて、重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ別に分析したところ、「特になし」はⅠが26.1%、Ⅱが28.9%であった。
- 「看護職員による記録忘れが多い」、「看護必要度に関する職員研修に手間がかかる」はⅠの割合が多かった。

看護必要度の記録について、病棟看護管理者として課題に感じていること（複数回答あり）



要介護度別の入院時、退院時のB得点点数

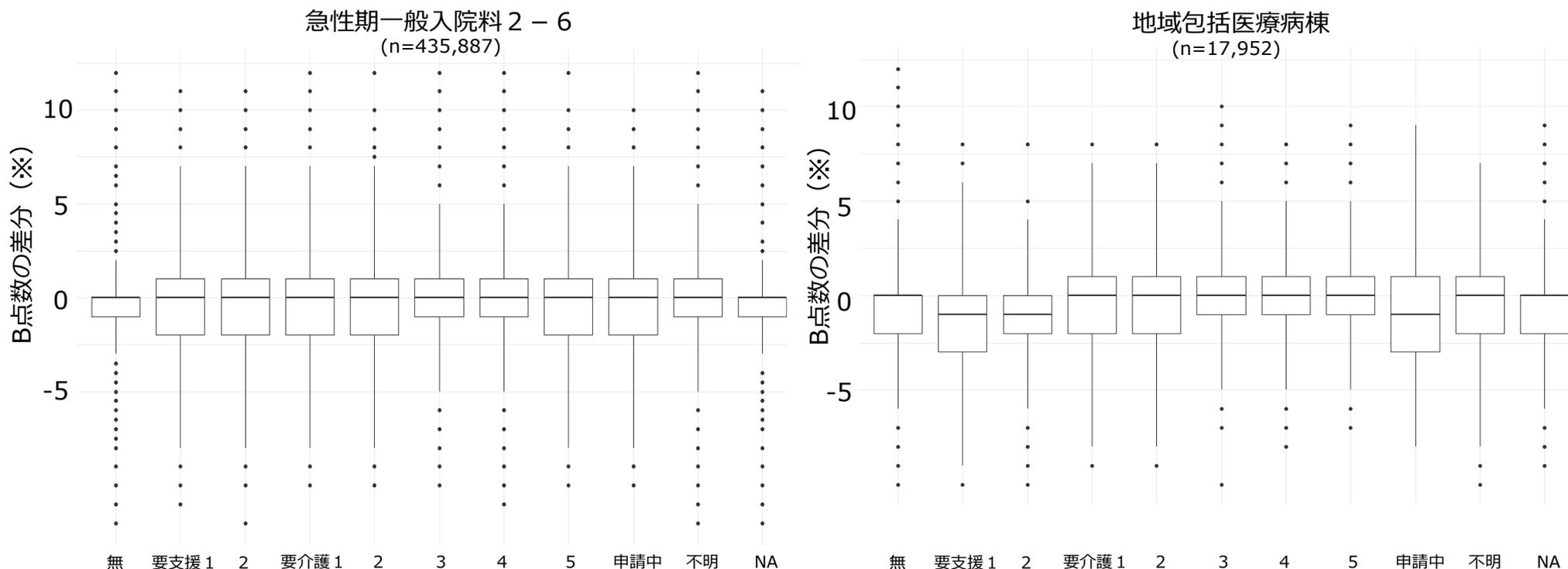
○ B得点は要介護度が高いほど高くなり、要介護4-5では入院時と退院時で分布の変化がほとんどみられない。



出典：保険局医療課調べ（2024年10月～12月DPCデータ）各病棟に直接入院した症例（非転院・転棟症例）について、要介護度ごとのB点数の分布を示した。

要介護度別のB得点点数

○ 入院時と退院時のB得点の差分の中央値は、要介護度によらず0に近く、急性期一般入院料2-6の病棟における要介護3-4、地域包括医療病棟の要介護3-5においては、改善と悪化の分布がほぼ同程度であった。

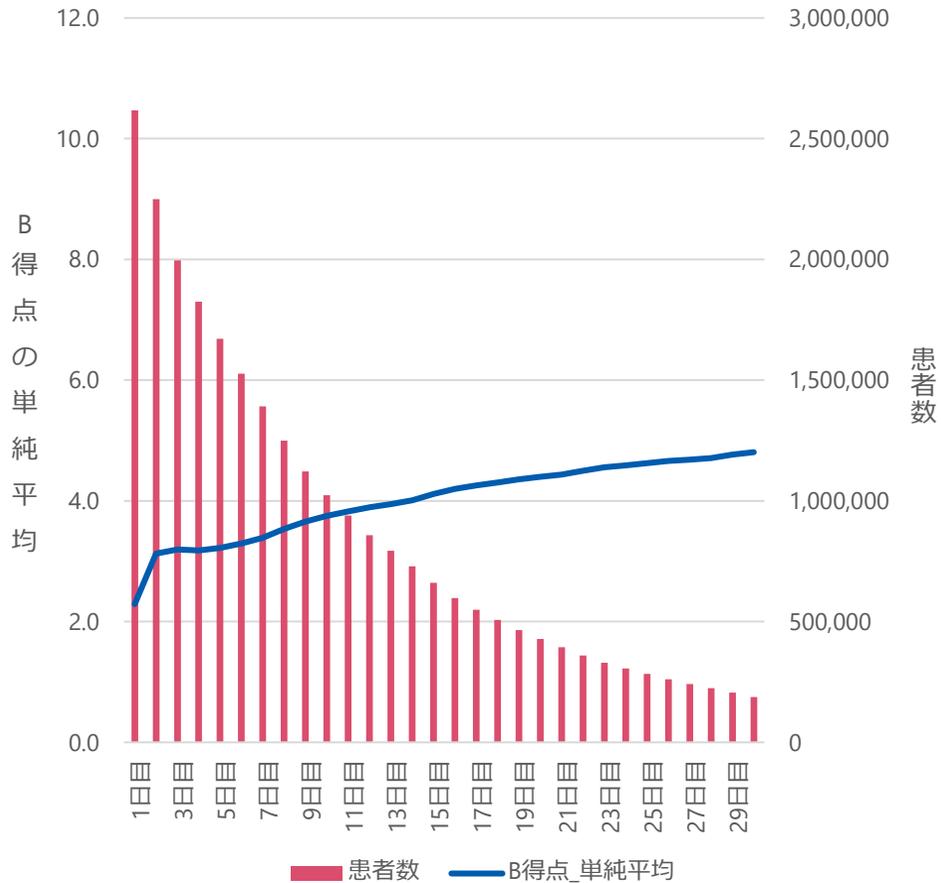


※ 退院時のB点数 - 入院時のB点数（退院時にB点数が入院時より改善した場合、値はマイナスとなる。）

B得点の推移の全体像

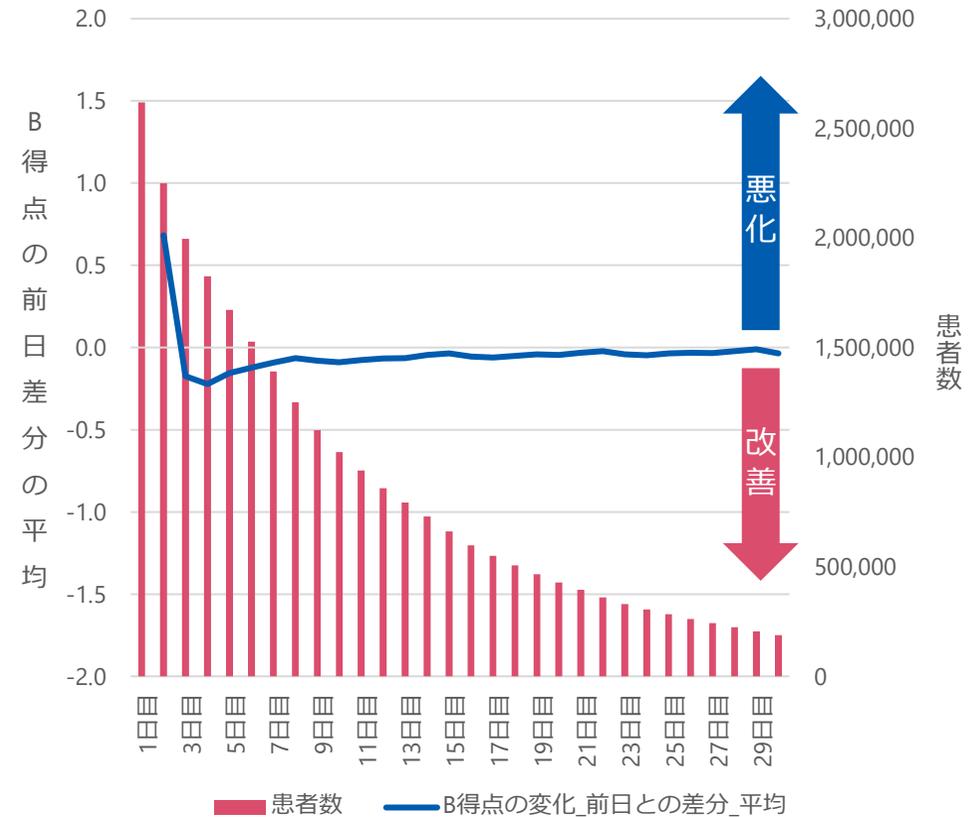
- 急性期一般入院料 1～5、特定機能病院一般 7：1、専門病院 7：1、地域包括医療病棟入院料に入院した全患者について、入院30日目までのB得点推移と前日との差分の平均推移は以下のとおり。
- B得点全体の平均は、入院後日数が経つにつれ、患者数の減少とともに緩やかに上昇しているが、各個人の前日との差分の平均については、入院3日目頃からわずかに改善し、7日目頃から前日との差分が0点近く安定した推移になっている。

入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移



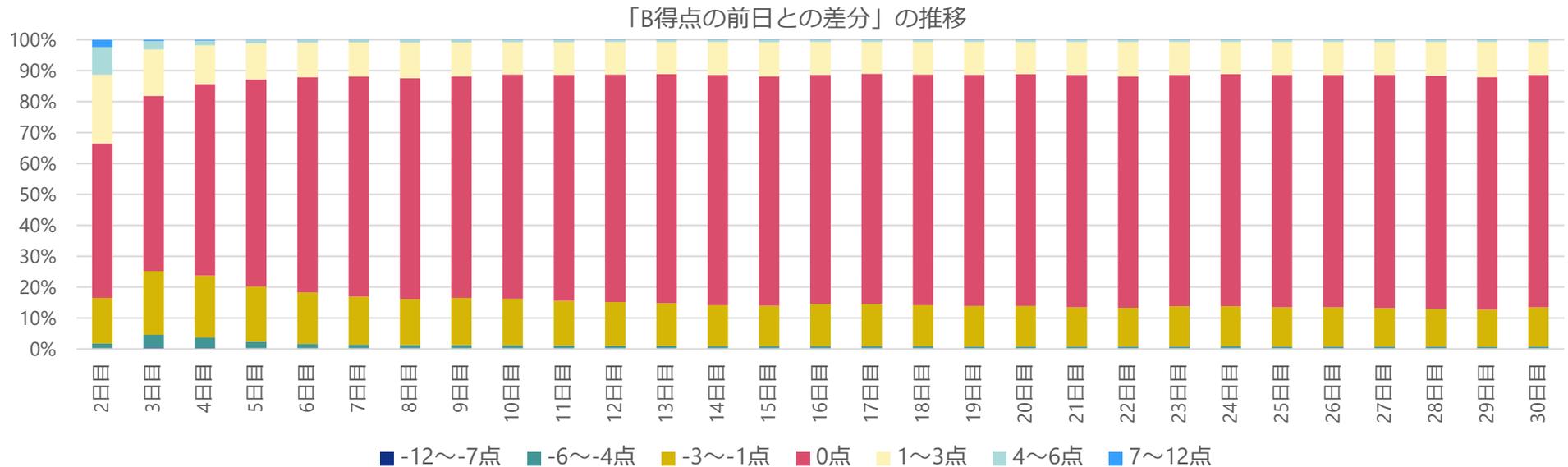
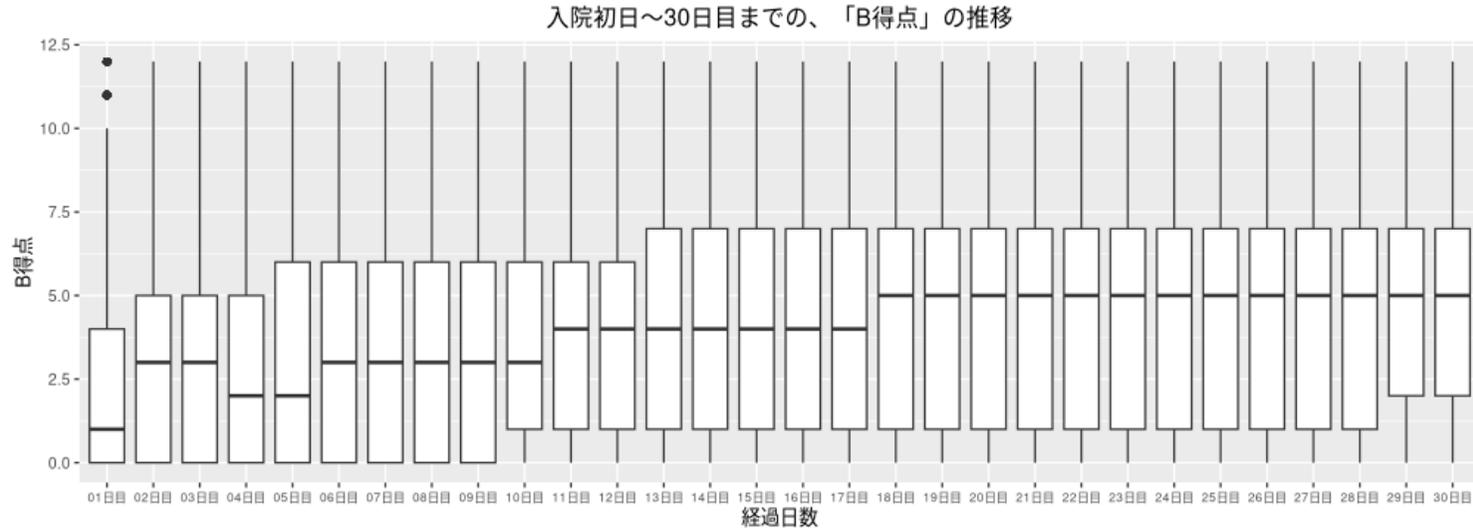
入院初日～30日目までの

「B得点の前日との差分の平均」の推移



B得点の推移の全体像

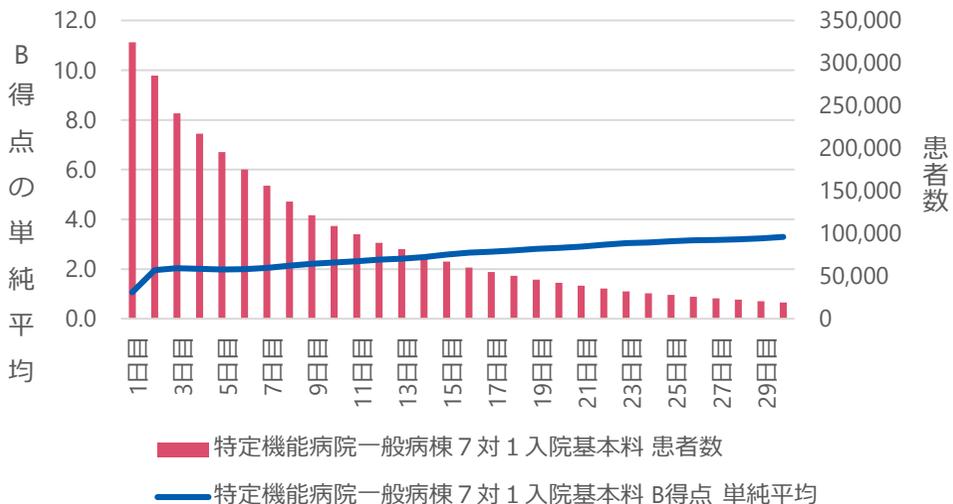
- B得点の推移を箱ひげ図で示した。B点数には幅があり、中央値はおおむね平均値と同様の推移であった。
- 前日との差分を各日100%積み上げ棒グラフで示すと以下のとおりであり、全経過にわたり、前日と同じB点数（差分0点）の患者が最も多く、入院5日目頃から前日との差分が0点の患者が7割程度で安定している。



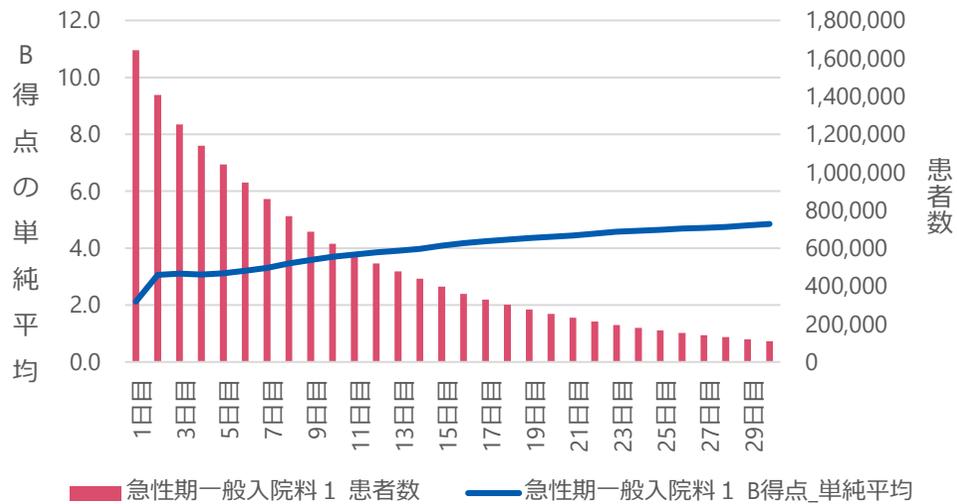
病棟ごとのB得点の推移

- 入院30日目までのB得点推移と前日との差分の平均推移を病棟ごとに示すと以下のとおり。
- 包括期の病棟になるにつれ、初日のB得点が高くなるが、推移はどの病棟も類似していた。

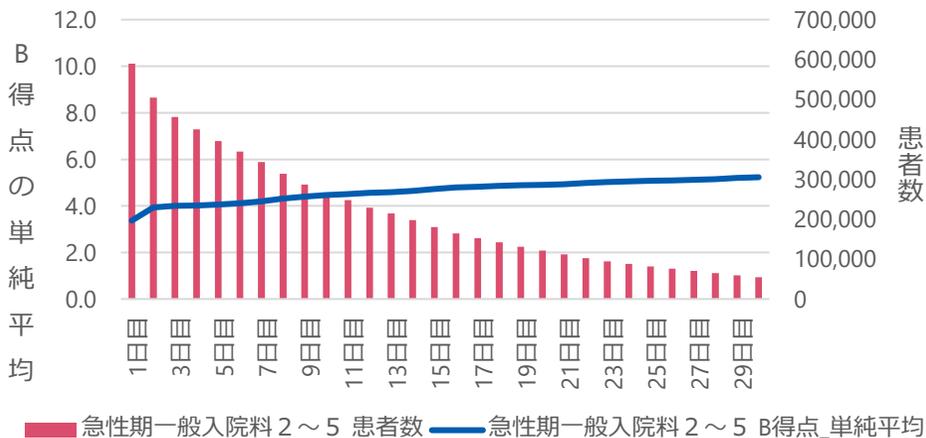
入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移



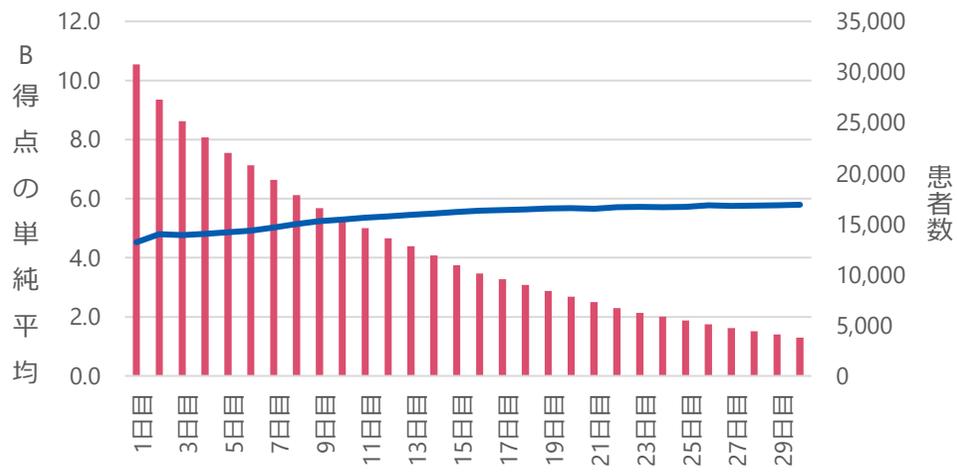
入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移



入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移

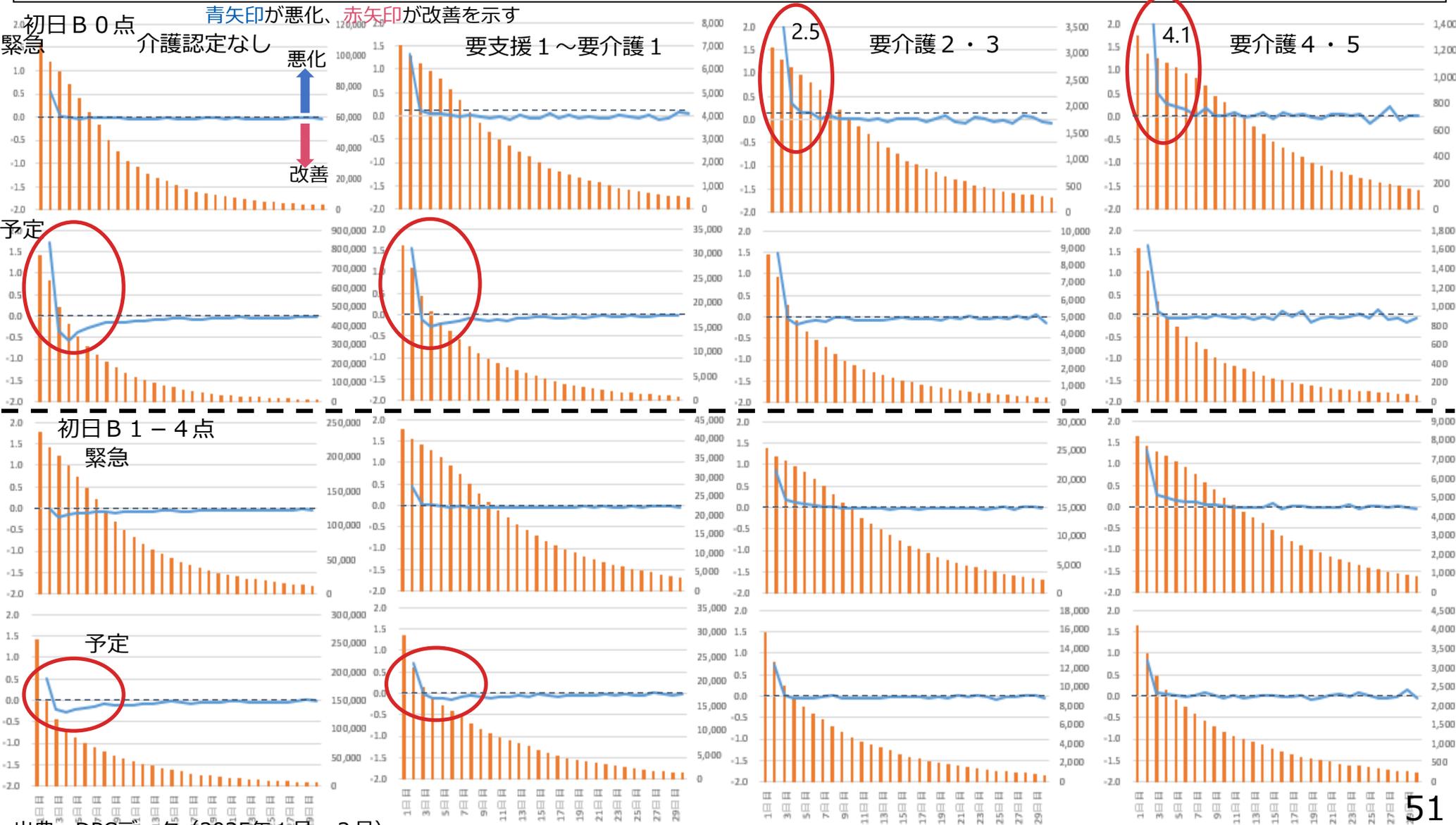


入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移



予定入院・緊急入院によるB得点の前日からの変化の推移①

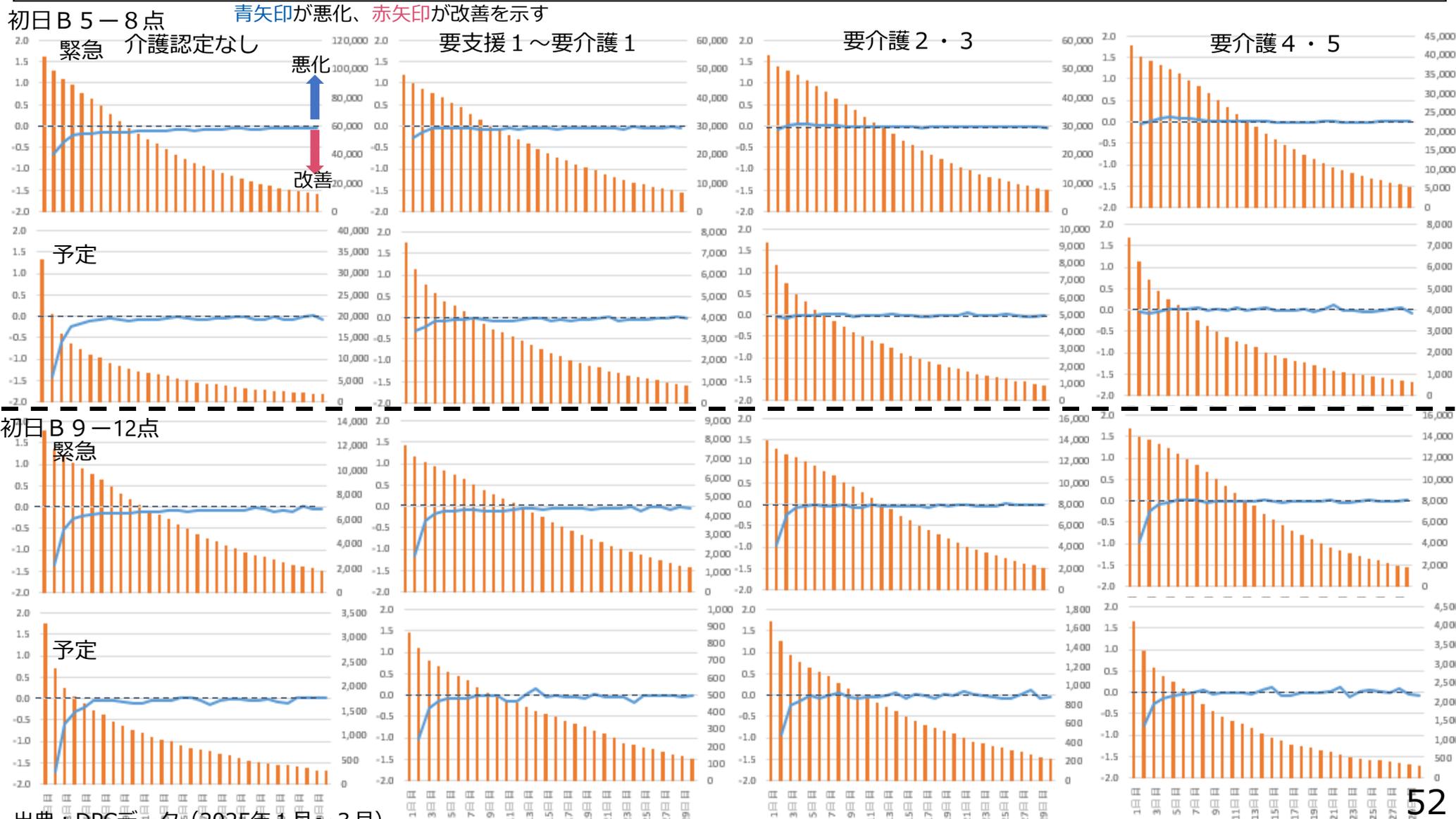
○ 初日のB得点と介護度ごとに、予定入院・緊急入院別にB項目の前日との差分（当日－前日）の平均の推移と患者数を示す。介護認定なしで予定入院の患者、介護度が重く緊急入院の患者は入院初期に点数が悪化していた。予定入院で介護度の軽い患者では入院3日目頃から改善傾向となるが、介護度の高い患者や緊急入院ではその傾向はない。



出典：DPCデータ（2025年1月～3月）

予定入院・緊急入院によるB得点前日からの変化の推移②

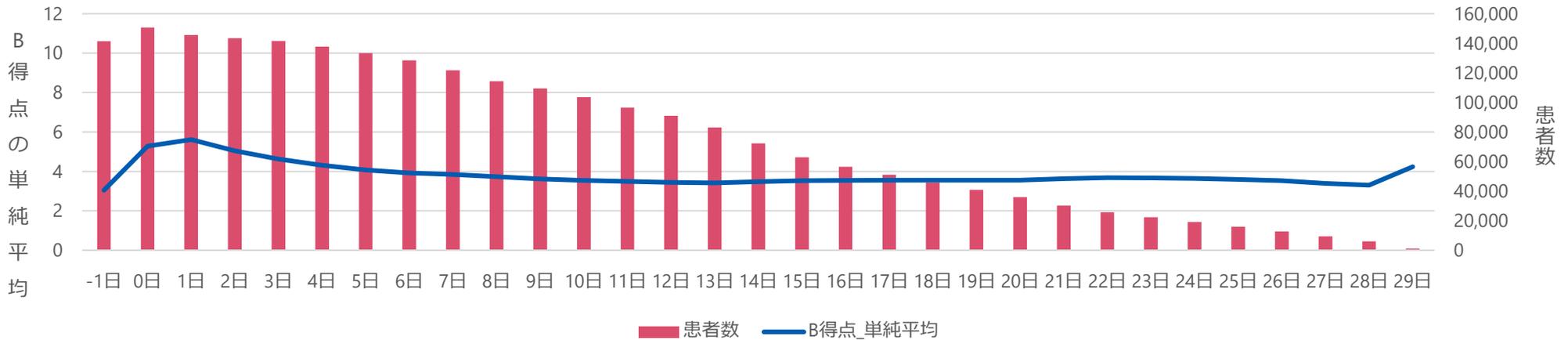
○ 初日のB得点と介護度ごとに、予定入院・緊急入院別にB項目の前日との差分（当日ー前日）の平均の推移と患者数を示す。B点数が5点以上の群では、予定入院・緊急入院を問わず、入院初期からB得点の前日との差分の平均点数はマイナス（改善側）であり、全体に予定入院・緊急入院による推移の差は目立たなかった。



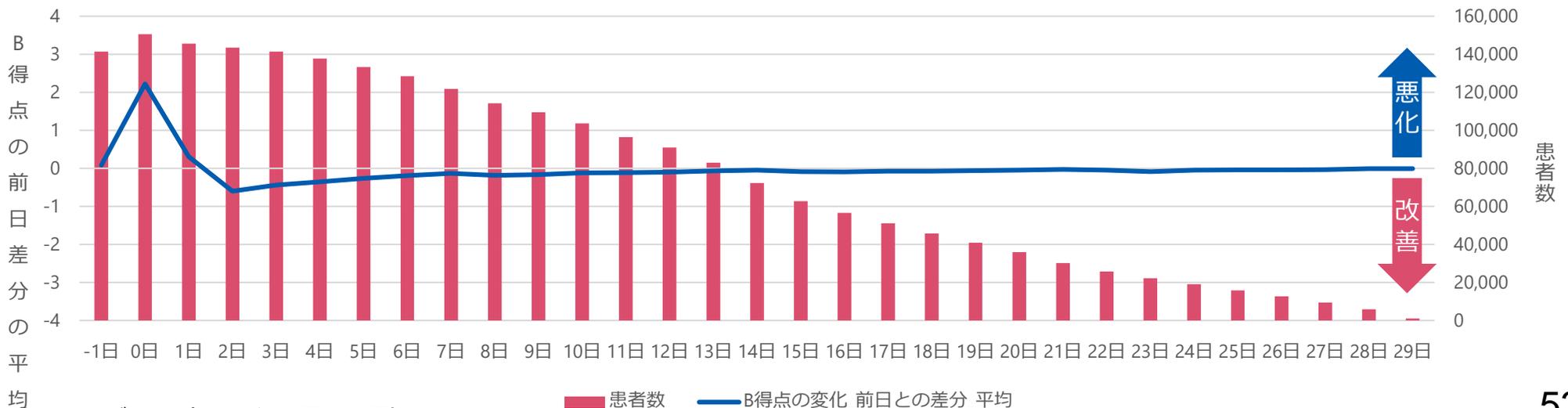
手術症例におけるB得点の推移

○ C18_骨の手術の該当症例について、手術を起点にB得点を観察すると、手術日にB得点が大きく変化し、術後7日目以降、概ね安定した推移となる。他の手術についても同様の傾向であった。

骨の手術の初回・初日からの経過日数ごとの、「B得点の平均」の推移



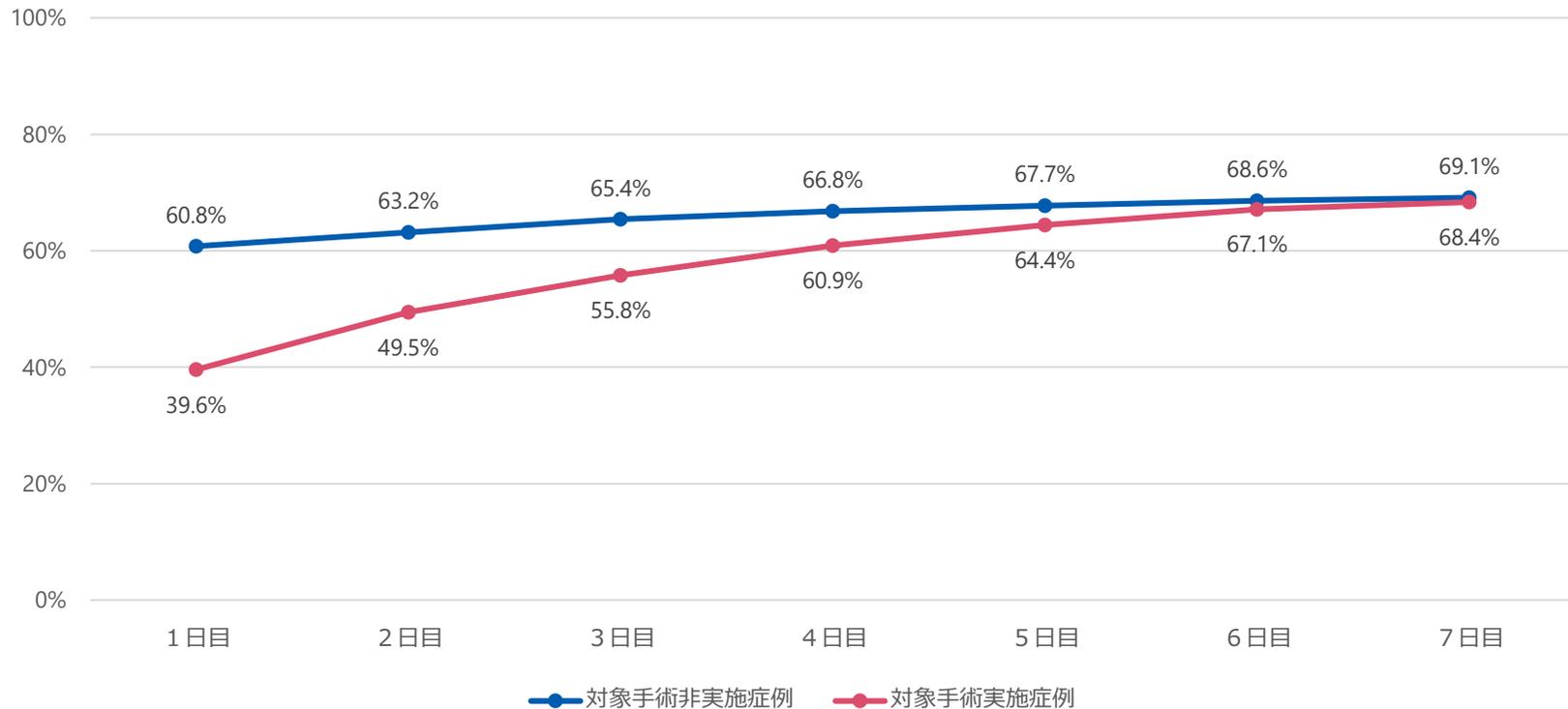
骨の手術の初回・初日からの経過日数ごとの、「B得点の前日との差分の平均」の推移



7日後にB得点と同程度である患者の割合

- 重症度、医療・看護必要度が7日後に±1点以内でほぼ変わらない患者の割合を、C項目手術非実施症例（内科系症例を多く含む）は入院からの日数、C項目手術実施症例は手術からの日数に応じて経時的に観察した。
- 対象手術の非実施症例は、入院1日目から7日後とB得点が変わらない患者の割合が約6割であり、入院7日目頃までにゆるやかに上昇し、7日目には約7割であった。
- 一方、対象手術の実施症例（外科系症例）では、術後4日目頃まで7日後とB点数が変わらない患者の割合は6割を切っており、術直後はB得点の変化が大きいと考えられた。その後7日後とB得点が変わらない患者の割合は増加し、7日目頃には対象手術非実施症例と同様約7割となった。

7日後にB得点が±1点である患者の割合



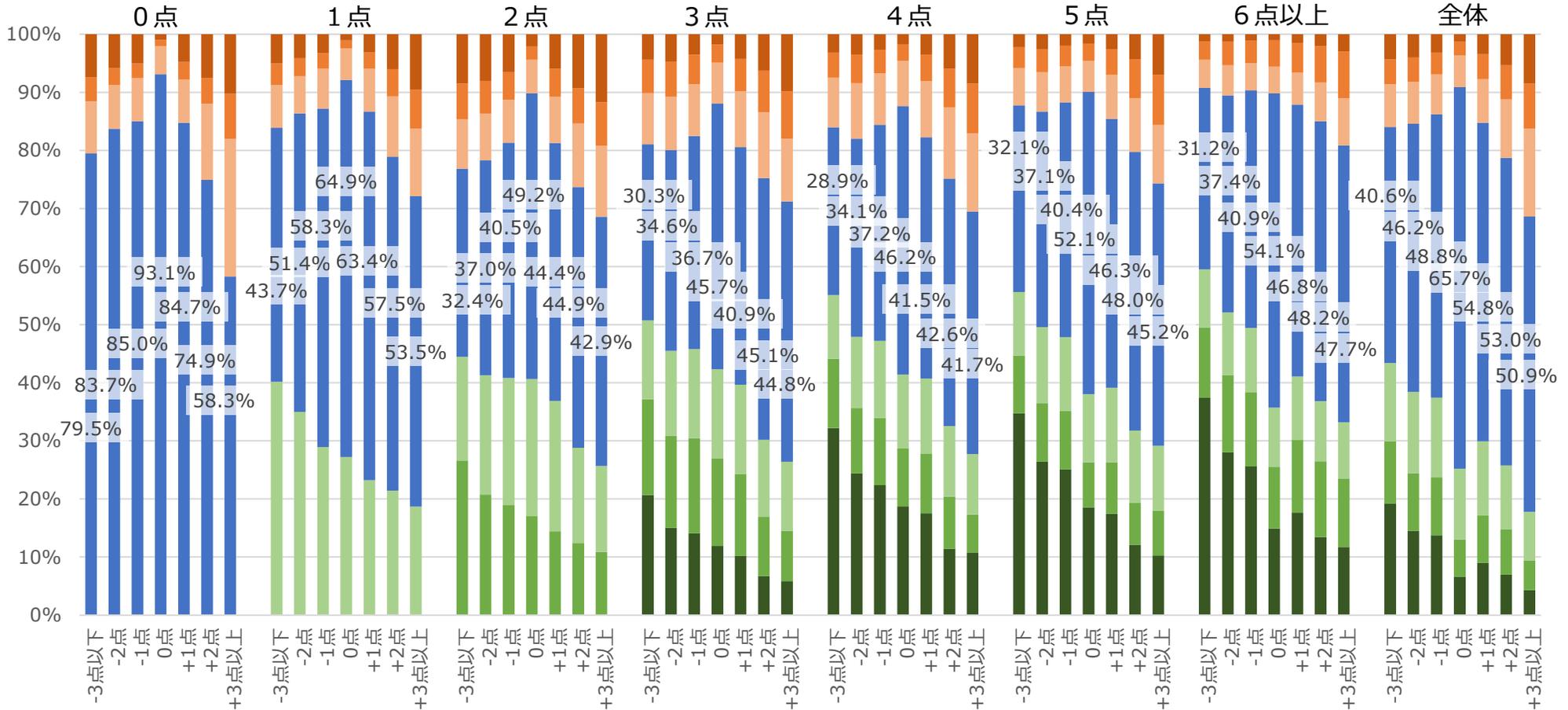
※C15～C19に該当する手術を対象手術として群分けした。

※7日後もB得点が記録されている患者のみを対象とした。（退院症例は分母に含まない）

B点数毎のA項目の変化とB項目の変化の関係（手術あり）

○ 手術を実施した症例（手術に係るKコードの算定症例）の、術後6日目までの重症度、医療・看護必要度について、前日のB点数の群別に、前日からのA点数の変化と、B点数の変化の関係を示す。A項目に変化がない場合、B項目も変化がない割合が比較的多いものの、前日のB点数が2点以上の場合には約5割前後に留まっている。一方で、A項目に変動がある場合は、B項目が変化している割合が多い。

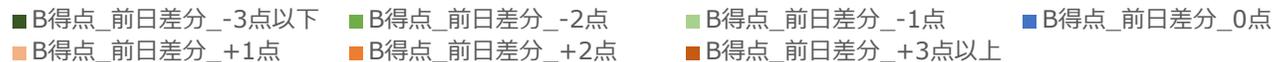
前日のB点数（術後6日目まで）



DPCデータ 2025年1月～3月

- 急性期一般入院料 1～5
- 特定機能病院一般 7：1
- 専門病院 7：1
- 地域包括医療病棟入院料

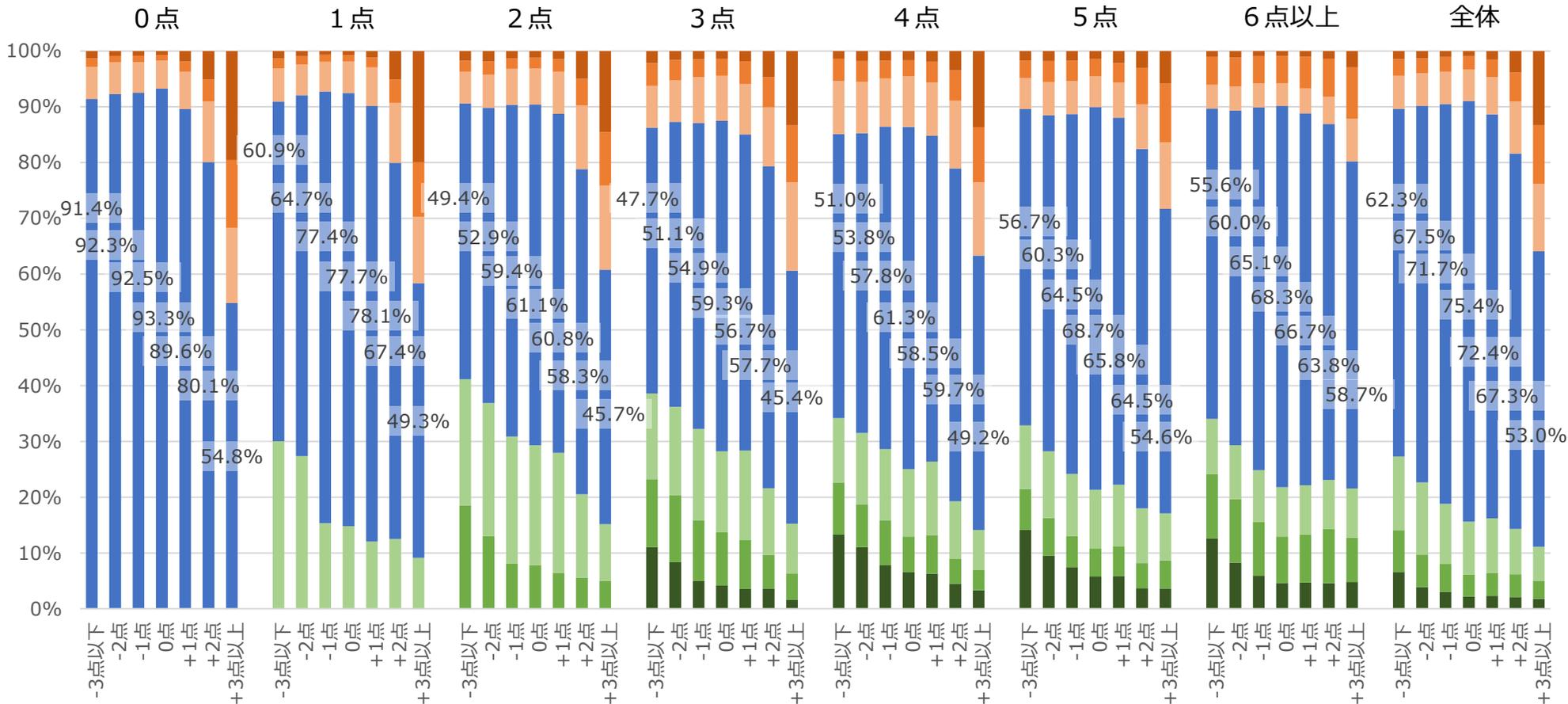
前日からのA項目点数の変化（当日のA点数－前日のA点数）



B点数毎のA項目の変化とB項目の変化の関係（手術あり）

○ 手術を実施した症例（手術に係るKコードの算定症例）の、術後7日目以降の重症度、医療・看護必要度について、前日のB点数の群別に、前日からのA点数の変化と、B点数の変化の関係を示す。A項目不変の場合にB項目が前日と変わらない割合は全体で75%と、術後6日目までより多い。A項目が3点以上悪化すると、前日とB点数が変わらない割合が少なく、特に前日のB点数0点～4点の範囲では、B項目も一緒に悪化する割合が多くなる。

前日のB点数（術後7日目以降）



DPCデータ 2025年1月～3月

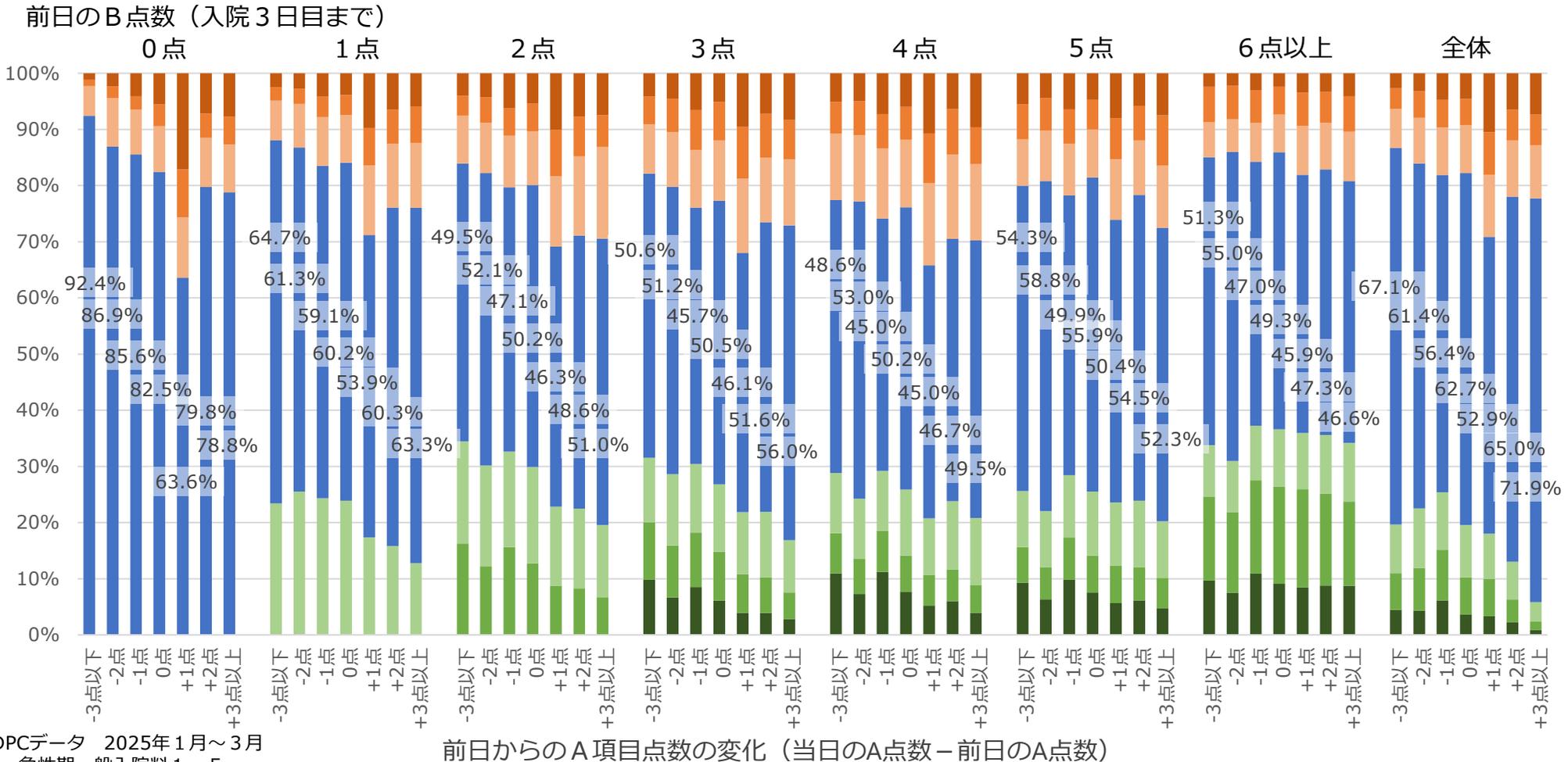
- 急性期一般入院料 1～5
- 特定機能病院一般 7：1
- 専門病院 7：1
- 地域包括医療病棟入院料

前日からのA項目点数の変化（当日のA点数－前日のA点数）



B点数毎のA項目の変化とB項目の変化の関係（手術なし）

○ 手術を実施していない症例（手術に係るKコードの非算定症例）の、入院2-3日目の重症度、医療・看護必要度について、前日のB点数の群別に、前日からのA点数の変化と、B点数の変化の関係を示す。入院初期には、A項目の変化によらず、B項目が変化しない割合は概ね半数程度である。A項目が悪化した場合はB項目も悪化、A項目が改善した場合はB項目も改善する割合が多い傾向にある。

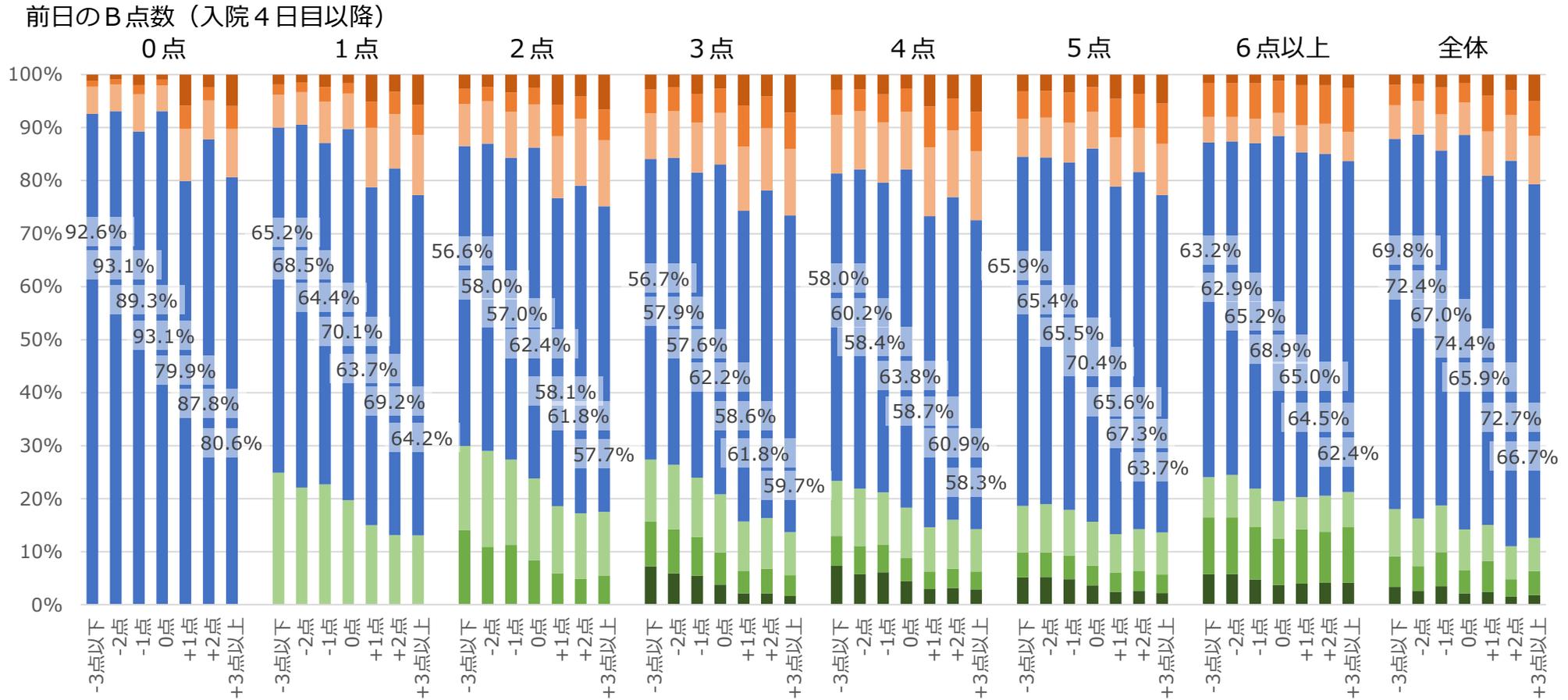


DPCデータ 2025年1月~3月
 ・急性期一般入院料1~5
 ・特定機能病院一般7:1
 ・専門病院7:1
 ・地域包括医療病棟入院料

■ B得点_前日差分_-3点以下 ■ B得点_前日差分_-2点 ■ B得点_前日差分_-1点 ■ B得点_前日差分_0点
 ■ B得点_前日差分_+1点 ■ B得点_前日差分_+2点 ■ B得点_前日差分_+3点以上

B点数毎のA項目の変化とB項目の変化の関係（手術なし）

○ 手術を実施していない症例（手術に係るKコードの非算定症例）の、入院4日目以降の重症度、医療・看護必要度について、前日のB点数の群別に、A点数とB点数の変化の関係を示す。B点数が変わらない患者の割合は全体で概ね6割を超えており、入院3日目までと比べて多い。A項目が3点以上変化した場合、B点数が変わらない割合はやや少なくなり、A点数と同じ方向の変化を示す患者が増加するものの、その割合は入院3日目までより少ない。



DPCデータ 2025年1月～3月

- 急性期一般入院料 1～5
- 特定機能病院一般 7：1
- 専門病院 7：1
- 地域包括医療病棟入院料

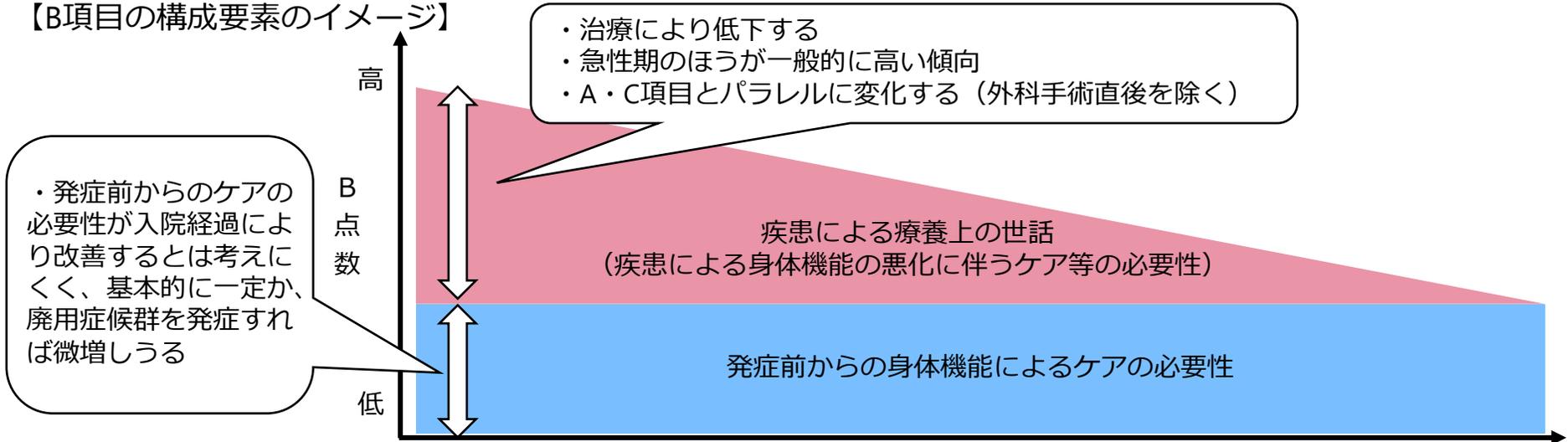
前日からのA項目点数の変化（当日のA点数－前日のA点数）

- B得点_前日差分_-3点以下
- B得点_前日差分_-2点
- B得点_前日差分_-1点
- B得点_前日差分_0点
- B得点_前日差分_+1点
- B得点_前日差分_+2点
- B得点_前日差分_+3点以上

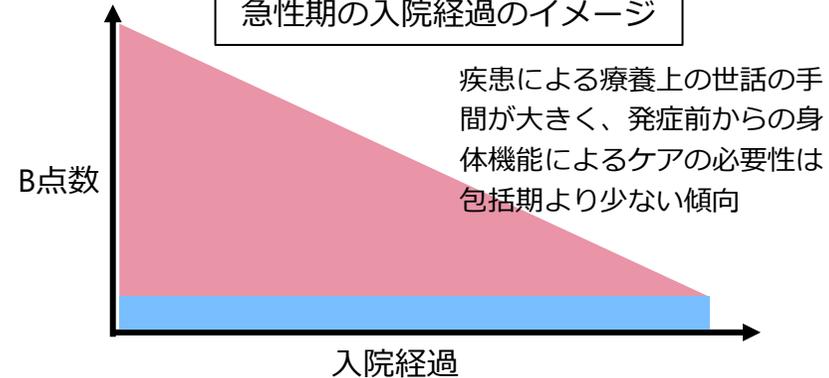
分析結果に基づく B 点数のイメージ

- これまでの解析で、B項目については、①入院4日目、術後7日目以降は変化が少ない患者の割合が約7割に収束する、②A項目が±2点以上変化した場合、B項目も同じ方向に変化する患者の割合が増えるが、手術後早期は必ずしもA項目の変化と動きが一致しない。また、入院4日目、術後7日目以降はA項目の変化によらず変化しない割合が多くなる、③介護度が高いとB点数が高い、④要介護度の高い患者では、退院時まで変化しないケースが多い、といった傾向がみられた。
- B項目は、疾患によって悪化した身体機能によるケアの必要性和、発症前からの身体機能によるケアの必要性の双方を反映した指標であると考えられる。

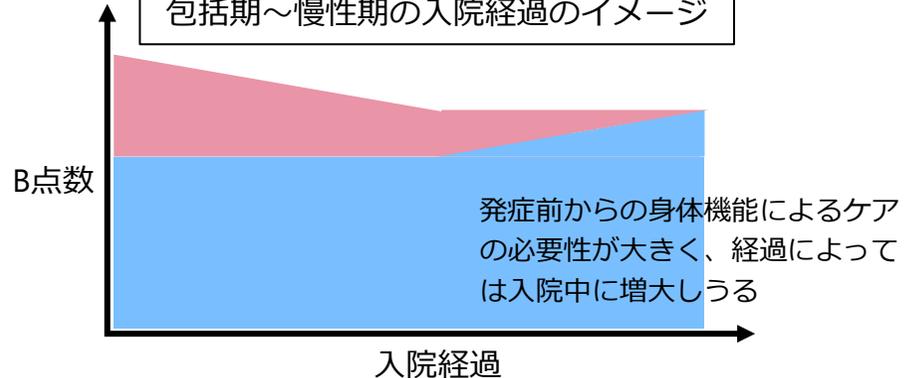
【B項目の構成要素のイメージ】



急性期の入院経過のイメージ



包括期～慢性期の入院経過のイメージ



2. 重症度、医療・看護必要度

2-1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

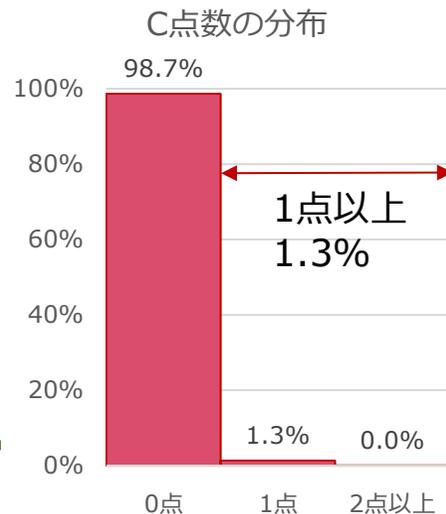
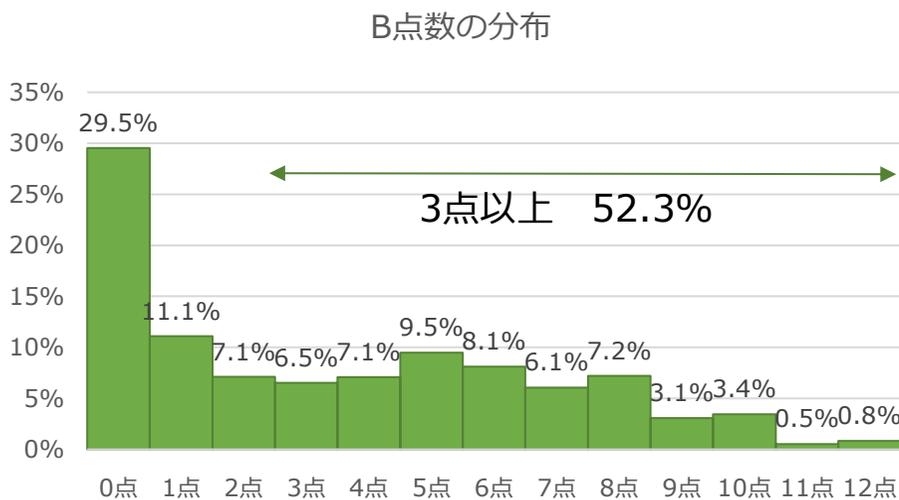
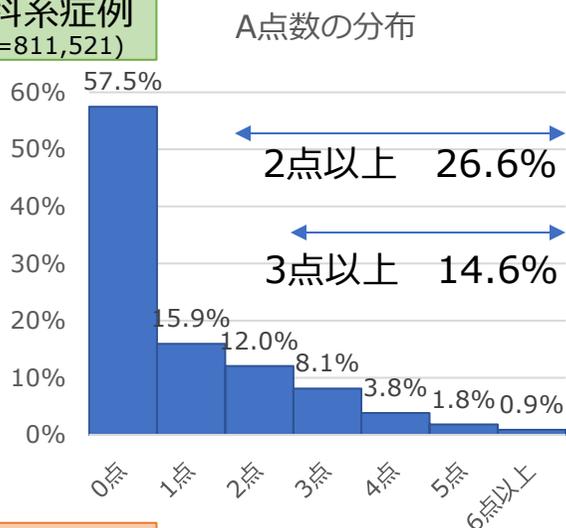
2-2. B項目について

2-3. 内科系症例と外科系症例について

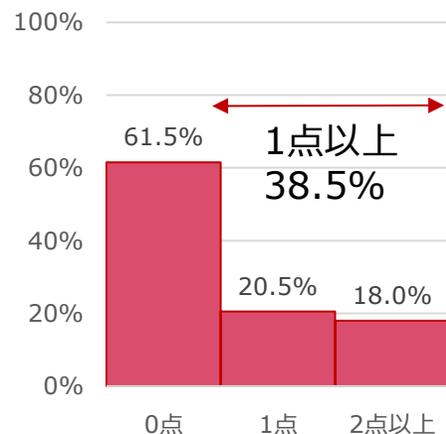
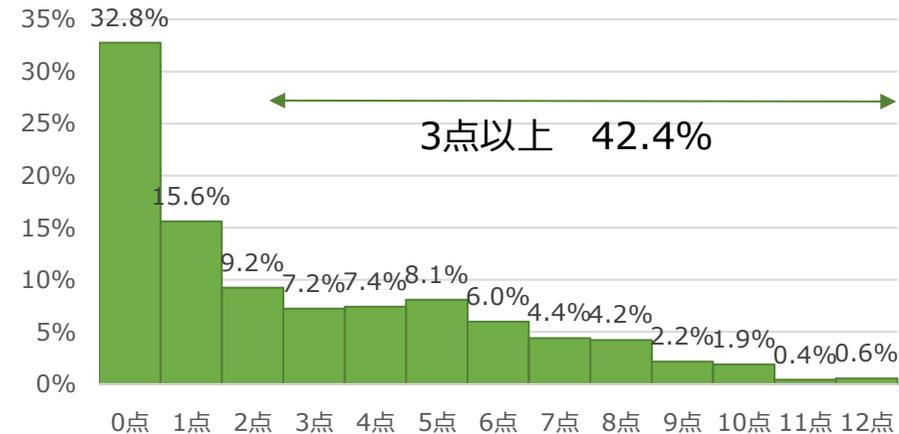
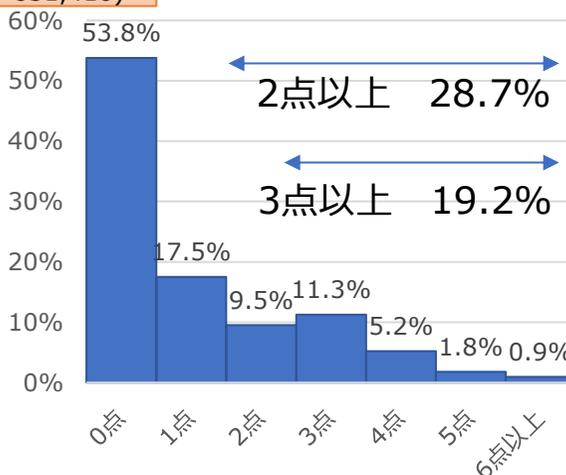
内科系症例と外科系症例における重症度、医療・看護必要度の得点分布

○ 内科系症例は、外科系症例と比べ、A点数2点以上、3点以上、C点数1点以上のいずれの割合も低く、B点数3点以上の割合は高かった。

内科系症例 (n=811,521)



外科系症例 (n=831,418)



令和8 年度診療報酬改定に係る要望書（日本病院会）（抄）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

内科系患者の割合が高い医療機関では、現行の評価基準では必要度を維持できず、経営に深刻な影響を及ぼしている。評価票のA項目の該当患者割合の基準を見直さなければ、高齢者救急・内科救急を担う病院への影響が大きくなる。C項目の見直しとともに、重症度、医療・看護必要度の評価基準の緩和を要望する。

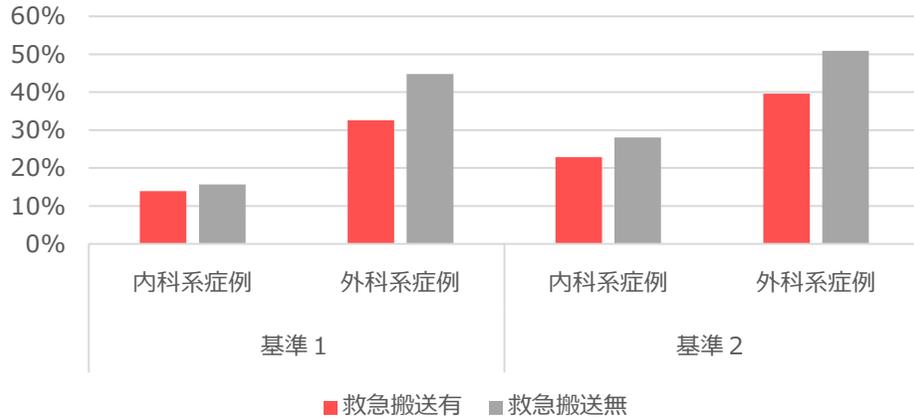
また、急性期一般入院基本料1などは、施設基準の要件でなくともB項目評価が義務付けられており、評価のための研修・日々の評価作業・正確な測定のための定期的な院内確認が看護職の大きな負担となっている。施設基準の要件でない入院料等については、B項目評価を不要とする要件緩和を要望する。

（A100 一般病棟入院基本料）

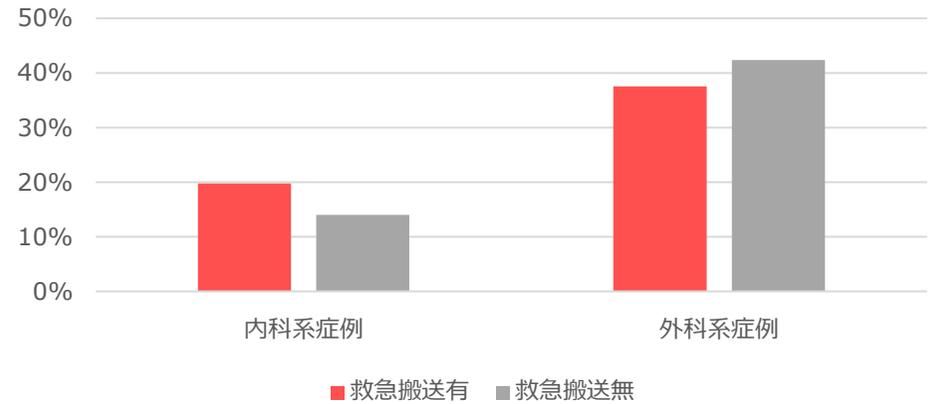
救急搬送別内科系症例と外科系症例の重症度、医療・看護必要度該当割合

- 救急搬送からの入院かそれ以外かによって、内科系症例・外科系症例の基準該当割合を比較すると、救急搬送により入院した内科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合は、救急搬送ではない外科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合と比較して、いずれの入院料においても低かった。
- 外科系症例全般と、急性期一般入院料1の内科系症例においては、救急搬送から入院した群で、それ以外の群に比べて基準該当割合が低かった。

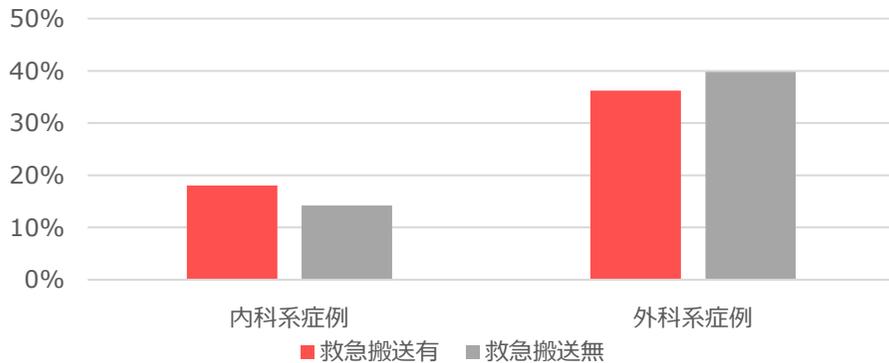
急性期一般入院料1の重症度該当割合



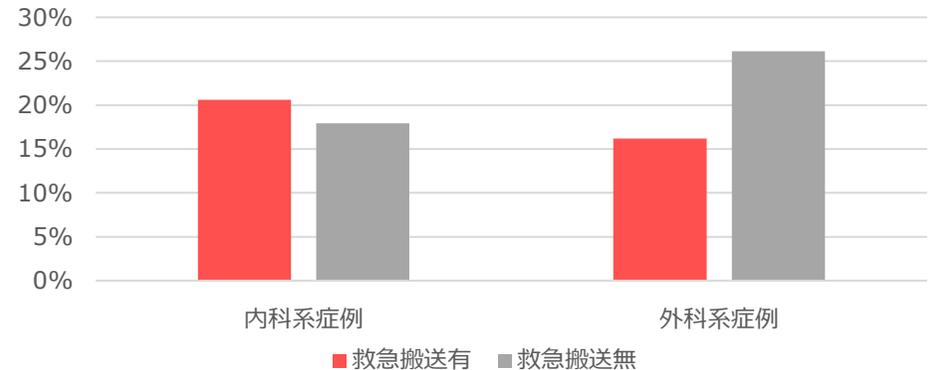
急性期一般入院料4の重症度該当割合



地域包括医療病棟の重症度該当割合



地域包括ケア病棟の重症度該当割合



・基準該当割合：当該群の在院日数の合計に対する、各入院料の重症度基準を満たす日数の割合
 ・内科系・外科系：手術に係るKコードを算定された症例を外科系、それ以外を内科系として集計

急性期一般入院料 1 の病棟におけるA項目の下位項目

○ 内科系症例で割合が高いA項目の下位項目は、A2呼吸ケア、A6_6免疫抑制剤、A7緊急入院等であった。

A モニタリング及び処置等

- 1 創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）
- 2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）
- 3 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）
- 4 シリンジポンプの管理
- 5 輸血や血液製剤の管理
- 6 専門的な治療・処置（※2）
 - ① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、
 - ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、
 - ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、
 - ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、
 - ⑤ 放射線治療、
 - ⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、
 - ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、
 - ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、
 - ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、
 - ⑩ ドレナージの管理、
 - ⑪ 無菌治療室での治療
- 7 I：救急搬送後の入院（2日間）
II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）

外科系症例

内科系症例

入院料算定開始からの日数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A1	1.16%	4.15%	12.24%	12.35%	12.51%	11.91%	11.99%	12.63%	13.60%	12.24%
A2	5.05%	10.98%	10.39%	6.36%	5.52%	4.91%	4.72%	4.70%	4.69%	4.63%
A3	5.67%	19.85%	25.40%	28.98%	31.28%	31.67%	31.68%	26.00%	14.08%	10.43%
A4	1.52%	2.57%	2.67%	2.12%	1.86%	1.67%	1.62%	1.61%	1.60%	1.62%
A5	1.29%	2.13%	1.64%	1.35%	1.20%	1.04%	1.03%	1.05%	1.06%	1.02%
A6_1	0.05%	0.48%	0.15%	0.15%	0.14%	0.15%	0.16%	0.19%	0.20%	0.19%
A6_2	0.00%	0.00%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%	0.02%	0.02%
A6_3	5.13%	29.75%	4.44%	3.11%	1.95%	1.45%	1.41%	1.54%	1.31%	1.09%
A6_4	0.18%	0.17%	0.19%	0.22%	0.27%	0.31%	0.36%	0.44%	0.48%	0.52%
A6_5	0.03%	0.04%	0.05%	0.05%	0.05%	0.06%	0.09%	0.13%	0.15%	0.16%
A6_6	4.07%	11.11%	2.14%	1.51%	1.04%	0.91%	0.92%	1.00%	1.02%	0.94%
A6_7	7.79%	17.82%	2.96%	2.11%	1.23%	1.00%	1.02%	1.08%	0.97%	0.79%
A6_8	0.98%	2.28%	0.50%	0.39%	0.27%	0.23%	0.24%	0.24%	0.25%	0.21%
A6_9	4.57%	10.21%	2.82%	2.39%	2.03%	1.92%	1.96%	1.92%	1.87%	1.79%
A6_10	1.90%	6.29%	14.24%	14.96%	13.76%	12.53%	11.59%	10.57%	9.57%	8.86%
A6_11	0.05%	0.06%	0.07%	0.08%	0.09%	0.11%	0.13%	0.15%	0.18%	0.21%
A7	14.73%	13.35%	0.08%	0.04%	0.03%	0.02%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
A1	0.92%	1.15%	1.29%	1.45%	1.54%	1.64%	1.74%	1.83%	1.91%	1.99%
A2	16.61%	14.24%	13.49%	13.59%	12.99%	12.53%	12.11%	11.84%	11.81%	11.80%
A3	10.79%	17.17%	18.59%	20.04%	20.19%	20.35%	20.19%	13.06%	7.35%	5.57%
A4	4.73%	5.10%	4.07%	3.76%	3.31%	3.02%	2.71%	2.50%	2.50%	2.38%
A5	2.32%	2.16%	1.70%	1.58%	1.38%	1.18%	1.06%	1.15%	1.10%	1.13%
A6_1	0.46%	2.61%	2.07%	1.65%	0.75%	0.61%	0.42%	0.47%	0.60%	0.43%
A6_2	0.07%	0.25%	0.27%	0.32%	0.35%	0.38%	0.40%	0.41%	0.39%	0.37%
A6_3	0.93%	0.81%	0.49%	0.53%	0.54%	0.54%	0.57%	0.60%	0.63%	0.65%
A6_4	1.08%	1.02%	1.11%	1.28%	1.35%	1.41%	1.53%	1.67%	1.76%	1.80%
A6_5	0.55%	0.76%	0.69%	0.71%	0.61%	0.53%	0.81%	1.17%	1.29%	1.23%
A6_6	6.89%	10.60%	7.36%	6.80%	5.58%	4.76%	4.02%	3.77%	4.48%	3.46%
A6_7	1.09%	0.83%	0.80%	0.82%	0.80%	0.76%	0.76%	0.73%	0.73%	0.74%
A6_8	0.56%	0.35%	0.30%	0.28%	0.24%	0.22%	0.20%	0.18%	0.16%	0.15%
A6_9	3.16%	3.19%	3.19%	3.50%	3.37%	3.17%	2.99%	2.26%	1.78%	1.72%
A6_10	2.29%	2.34%	2.41%	2.32%	2.09%	1.91%	1.77%	1.65%	1.57%	1.54%
A6_11	0.47%	0.54%	0.63%	0.72%	0.77%	0.83%	0.89%	0.94%	1.02%	1.11%
A7	38.09%	35.35%	0.28%	0.14%	0.08%	0.05%	0.03%	0.02%	0.02%	0.01%

Kコードのうち第1節手術料を算定している症例を外科系症例、それ以外を内科系症例として集計した。

内科系症例をより反映する指標についての検討

- 内科系症例が外科系症例と比べて重症度、医療・看護必要度のA・C項目を満たしにくいことについて、適切な受け入れが求められる内科系症例の重症度を適切に評価するための指標の案を以下に列挙した。

考えられる対応		具体的な対応例	メリット	考えられる懸念
現行のA・C項目の修正		<ul style="list-style-type: none"> 緊急入院の該当日数を伸ばす A6の下位項目のうち免疫抑制剤を2点→3点に 負荷の高い内科疾患に行われる処置等を追加 	<ul style="list-style-type: none"> 影響を試算しやすい 	<ul style="list-style-type: none"> 大きな変化は生まれにくい。 個々の症例の評価を精緻化することには限界があるのではないか。
新たな評価方法により加点	医療資源投入量（出来高点数）を評価	<ul style="list-style-type: none"> 検査の包括内出来高点数が一定以上の場合に加点 	<ul style="list-style-type: none"> データ提出加算のEFファイルを用いて自動的に計算可能で手間はない 	<ul style="list-style-type: none"> 不要な検査を惹起する可能性。特に出来高病棟では医療費の増加につながらないか。
	疾患名に応じて評価	<ul style="list-style-type: none"> 内科系救急等で明らかに入院適応があり、かつ、頻度の高い一定の疾患に入院○日目まで加点 	<ul style="list-style-type: none"> C項目では評価されづらい内科系症例のみにダイレクトに加点される 	<ul style="list-style-type: none"> 病名のアップコーディングが生じないか。 入院時には診断がつかないことも多い。
	救急応需や緊急入院など病院として負荷の高い項目を評価	<ul style="list-style-type: none"> 病床数あたりの救急応需件数や緊急入院件数に応じた一定の割合を、基準該当割合に加算 	<ul style="list-style-type: none"> 病院の取組そのものを評価することにつながる 	<ul style="list-style-type: none"> 軽症の患者であっても、救急車利用が促されたり、緊急入院が装われたりすることはないか。

内科系疾病に関連したA・C項目への追加案について

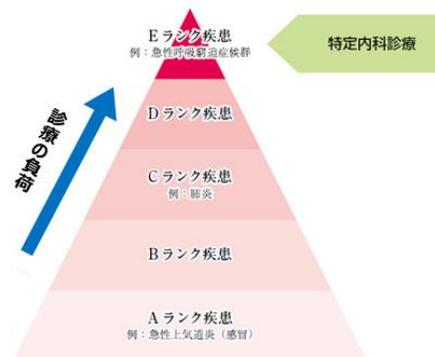
【概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系症例で頻回に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のA項目およびC項目のマスタに追加する。

図表1 追加候補の診療行為、医薬品(一部抜粋)

分類	名称(医薬品は成分名)
A6①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム(遺伝子組換え)等
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	エトポンド、ベキサロテン、ボナチニブ塩酸塩等
C21:救命等に係る内科的治療	中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射(腰椎)、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法等
C22:別に定める検査	組織試験採取、切採法(心筋)、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管肺生検法等
C23:別に定める手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取(末梢血幹細胞採取(自家移植)、内シャント設置術等

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した：①内保連負荷度ランク※1におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※2こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと(内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認)、③外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



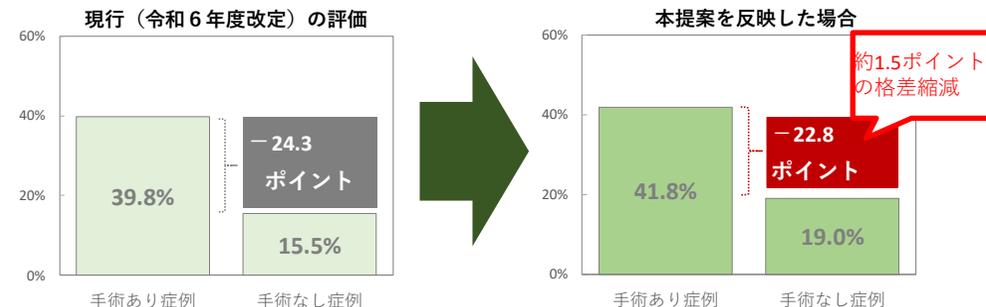
【対象疾患】

重症度、医療・看護必要度は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が対象となる。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※2ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約+3.5ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約+4.2ポイント、Eランクでは約+7.3ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。(図表2参照)

図表2 本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※1:内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの5段階に分類した相対評価。96施設1,629名の主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。

※2:内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。(対象期間:平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む)。

内科学会が提案するA・C項目への追加候補リスト

診療行為		
追加先	分類	名称（医薬品は成分名）
C21：救命等に係る内科的治療	注射	中心静脈注射用カテーテル挿入
C21：救命等に係る内科的治療	注射	脳脊髄腔注射（腰椎）
C21：救命等に係る内科的治療	注射	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入
C21：救命等に係る内科的治療	処置	腰椎穿刺
C21：救命等に係る内科的治療	処置	吸着式血液浄化法
C21：救命等に係る内科的治療	処置	カウンターショック（その他）
C21：救命等に係る内科的治療	処置	留置カテーテル設置
C21：救命等に係る内科的治療	処置	皮膚科光線療法（長波・中波紫外線、290nm以上315nm以下）
C21：救命等に係る内科的治療	処置	持続経皮式血液濾過
C21：救命等に係る内科的治療	処置	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法
C21：救命等に係る内科的治療	手術	経皮経肝胆管ステント挿入術
C21：救命等に係る内科的治療	手術	内視鏡下胃、十二指腸穿孔孔閉鎖術
C21：救命等に係る内科的治療	手術	経皮経肝バルーン拡張術
C22：別に定める検査	検査	トレッドミルによる負荷心肺機能検査
C22：別に定める検査	検査	サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査
C22：別に定める検査	検査	EF-気管支
C22：別に定める検査	検査	経気管肺生検法
C22：別に定める検査	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心エコー法）
C22：別に定める検査	検査	組織試験採取、切挿法（心筋）
C22：別に定める検査	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（負荷心エコー法）
C22：別に定める検査	検査	E B U S - T B N A
C22：別に定める検査	検査	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査
C22：別に定める検査	画像診断	シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影

医薬品

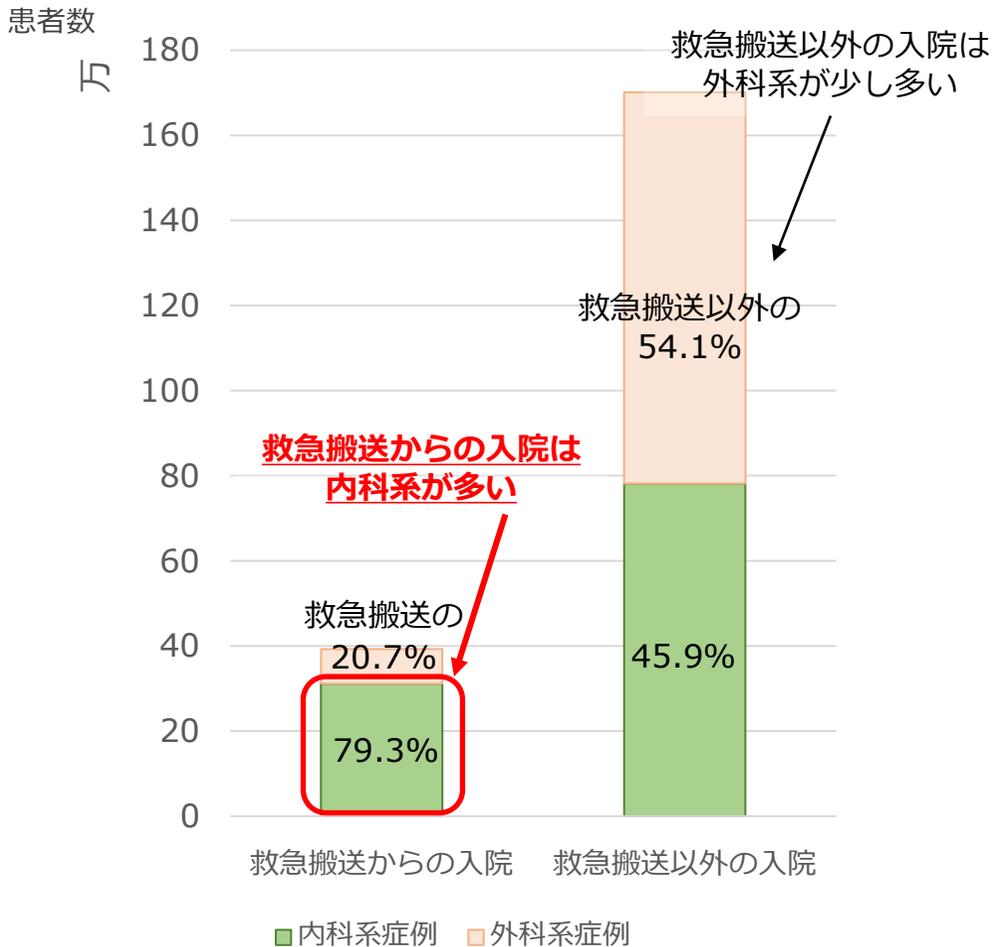
追加先	分類	名称（医薬品は成分名）	薬効分類4桁	剤形
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	アザシチジン	4291	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	カルフィルゾミブ	4291	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	シクロホスファミド水和物	4211	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	フィルグラスチム（遺伝子組換え）	3399	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ホリナートカルシウム	3929	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ホルテゾミブ	4291	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ラスブリカーゼ（遺伝子組換え）	3959	注射
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	エトボシド	4240	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	シクロホスファミド水和物	4211	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	タクロリムス水和物	3999	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ベキサロテン	4291	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ボナチニブ塩酸塩	4291	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ボマリドミド	4291	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	メルカプトプリン水和物	4221	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	レナリドミド水和物	4291	内服

診療行為		
追加先	分類	名称（医薬品は成分名）
C23：別に定める手術	手術	内シャント設置術
C23：別に定める手術	手術	胸水・腹水濾過濃縮再静注法
C23：別に定める手術	手術	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
C23：別に定める手術	手術	経皮的胆管ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	膵嚢胞外瘻造設術（内視鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法
C23：別に定める手術	手術	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	経皮的肝腫瘍ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
C23：別に定める手術	手術	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
C23：別に定める手術	手術	経皮経食道胃管挿入術（PTEG）
C23：別に定める手術	手術	下部消化管ステント留置術
C23：別に定める手術	手術	体外衝撃波碎石破砕術（一連につき）
C23：別に定める手術	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）
C23：別に定める手術	手術	薬剤投与用胃瘻造設術

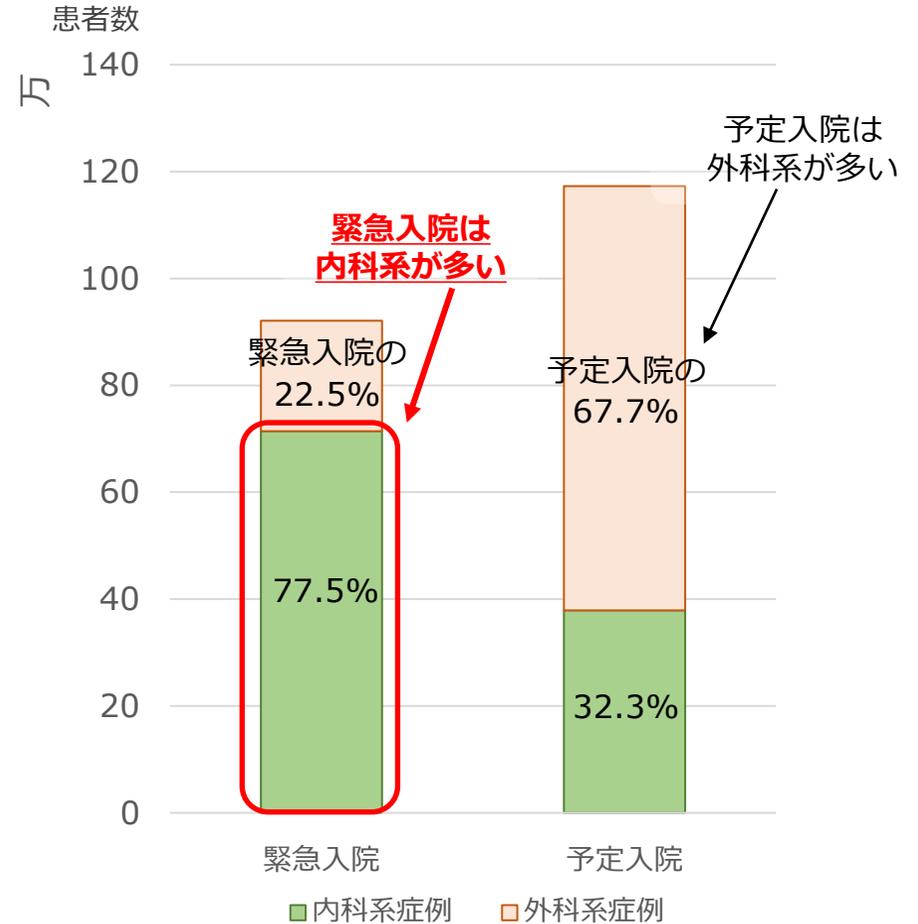
救急搬送からの入院や緊急入院に占める内科系症例の割合

○ 救急搬送からの入院や緊急入院の約8割を内科系症例（手術のない症例）が占める。

救急搬送からの入院と内科系・外科系の内訳



緊急入院と内科系・外科系の内訳



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

救急搬送後の患者の評価に関する経緯と課題

- 重症度、医療・看護必要度における救急搬送後の患者の評価について、入院が必要な密度の高い医学管理の必要な患者を評価する考え方から導入されたもの。
- 該当期間を長く設定した場合には入院日数の延長の誘引となり得るとの課題がある一方、令和6年度診療報酬改定により該当期間を短縮した後は、内科系症例が評価されにくいとの課題が指摘されている。

◆**H28改定** 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が「重症度、医療・看護必要度」等において適切に評価されるよう検討され、「救急搬送後の患者」が入院から2日間、評価されることとなった。

◆**R2改定** 救急患者の評価を充実する観点から、必要度Ⅰでは、「救急搬送後の入院」の評価が5日間に延長され、必要度Ⅱでは、「緊急に入院を必要とする状態」が新たに評価されることとなった。

◆**R6改定** 「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、3日目以降に医療資源投入量が低下していること等から、評価日数を2日間に変更された。

→R6改定の議論において、救急入院によるA得点の5日間の日数の短縮は、内科系の評価が十分検討されていない中、バランスを欠いた評価体系となる可能性が懸念されており、R6改定後に、内科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合の低下が指摘されている。

救急搬送を重く評価することの メリット

- 入院が必要な密度の高い医学管理を要する患者を評価できる。
- 医療機関にとって救急患者を積極的に受け入れるインセンティブとなる。
- 内科患者を受け入れる医療機関への評価が低い課題が解消できる。

該当期間を5日間とすることの 課題

- 速やかに医学的管理の密度が低くなる患者を含めて、5日間にわたり該当患者として評価することが、入院日数の延長の誘引となりうる。

課題を解消した上で、メリットを維持することのできる評価指標を設けることは可能か？

救急入院等の病院における負荷の高い項目を取り入れた重症度指標の例

- 個々の症例の評価指標を精緻化するのではなく、病院・病棟全体の負荷を必要度の基準該当割合に反映する方法として、救急搬送からの入院や緊急入院の件数に着目する方法も考え得る。
- 救急搬送・緊急入院の件数に着目して、病棟全体の重症度を適切に評価できる指標の考え方について、様々な案の懸念点と考えられる改善点について、以下のとおりまとめた。

(例1) A項目の「緊急に入院を必要とする状態」の評価日数を改めて5日間とする。

懸念点：評価対象期限まで、入院期間の延長が誘導されるのではないか。

地域包括ケア病棟ではA項目1点で基準を満たすこととなるが、当該項目に該当する全ての患者が、疾病の改善経過や病態上必要な処置の内容によらず、入院後5日間にわたり重症度の基準に該当すると評価されることが適切か。

改善点：救急搬送や緊急入院の病院・病棟としての受入は、全体的な重症患者の入院受入として評価し得るため、医療機関や病棟における当該受入件数そのものを評価対象としてはどうか。

その際、救急搬送や緊急入院を必要以上に惹起しないよう、外来帰宅可となった件数を含めた救急応需全体の件数や、医療機関の判断のみで不必要な緊急入院を惹起する懸念が少ない、協力対象施設からの連携に基づく入院数を病床1床あたりで評価してはどうか。



(例2) 「救急搬送応需件数を各病棟に按分した病床あたり件数」と「各病棟における協力対象施設入所者入院加算の病床あたり算定回数」を合算し、当該件数に一定の係数を乗算する等により算出した数値を、当該病棟における重症度の基準該当割合に加算することで、基準該当割合そのものを底上げする。

例2の具体的なイメージ

- 例えば、1床当たりの救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定数を算出し、その合計値に一定の係数をかけた数値を、A～C項目から算出した重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に加えることとすれば、救急搬送受入や協力対象施設からの入院受入が多い病棟では該当患者割合が高くなり、病棟全体の負荷を重症度、医療・看護必要度の一要素として評価することができるのではないか。

該当患者割合への加算 (%) = (救急搬送件数※ + 協力対象施設入所者入院加算の算定回数) ÷ 病床数 × 一定の係数

※救急搬送件数には入院しなかった場合を含む。複数の病棟がある場合は、外来を含む救急搬送件数を、病棟ごとの救急搬送の入院受入数で按分する。



計算例：

救急搬送件数900件、協力対象施設入所者入院加算の算定回数100件である50床（1病棟）の病院の場合、

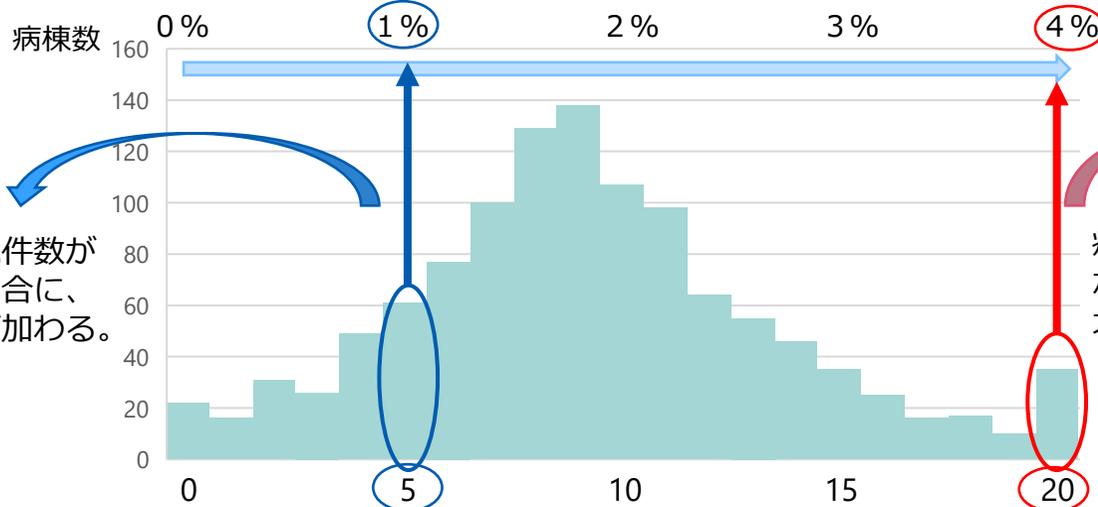
➡ $(900+100) \div 50 = 1000 \div 50 = 20$

仮に、「一定の係数」を0.002とする場合、

該当患者割合への加算 (%) = $20 \times 0.002 = 4\%$

A～C項目から算出された重症度、医療・看護必要度が仮に**12%**であった場合、計算後は基準該当割合は**16%**となる。

該当患者割合へ加算されるパーセンテージ



病床あたりの救急搬送等入院件数が少ない病棟では、該当患者割合に、小さい数（例えば1%分）が加わる。

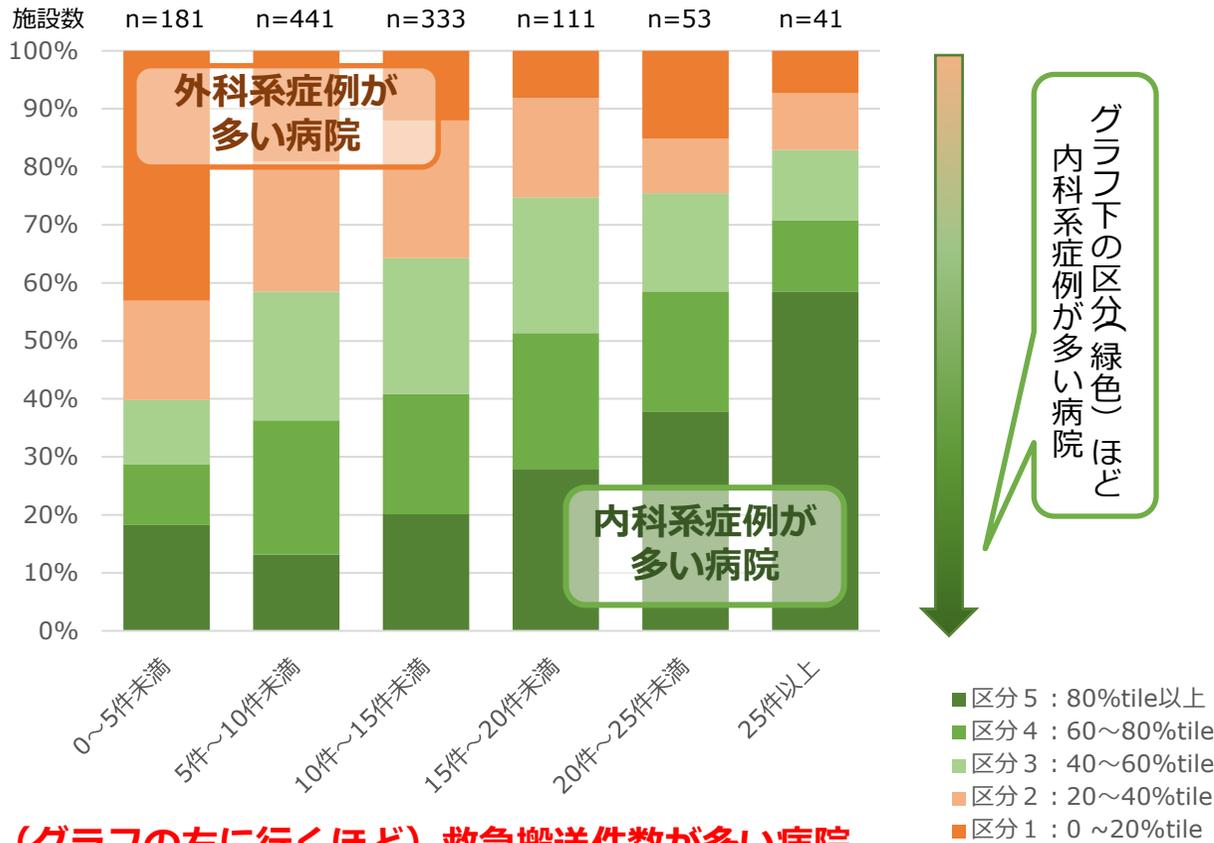
病床あたりの救急搬送件等入院件数が多い病棟では、該当患者割合に、大きい数（例えば4%分）が加わる。

病床あたりの救急搬送件数 + 協力対象施設入所者入院加算算定回数

1床当たり救急搬送件数の分布

- 急性期一般入院料1算定病床における1床当たりの救急搬送件数ごとに、各病院を全国における内科系症例割合の多寡で区分した場合の、各区分が占める割合は以下のとおり。
- 1床あたり救急搬送件数が多いほど、内科系症例の割合が多い（内科系症例を外科系症例に比して多く受けいれている）病院の割合が高い傾向であった。

1床あたり救急搬送件数ごとの内科割合区分の分布



(グラフの右に行くほど) 救急搬送件数が多い病院

1床当たり救急搬送件数：

病院全体の年間救急応需件数を、各入院料の救急搬送からの入院の実績件数に応じて按分した件数を、当該入院料の算定病床数で割ることで算出した1床1年当たりの救急搬送件数。

内科系症例と外科系症例：

入院期間中に手術に係るKコードを算定されている症例を外科系症例、それ以外を内科系症例とした。

内科系症例の割合区分：

急性期一般入院料1算定病床における内科系症例割合を病院ごとに算出し、その割合が低い順にパーセンタイル値により5区分に分類した。(区分1は全国的にみて内科系症例の割合が少ない医療機関、区分5は内科系症例の割合が多い医療機関。)

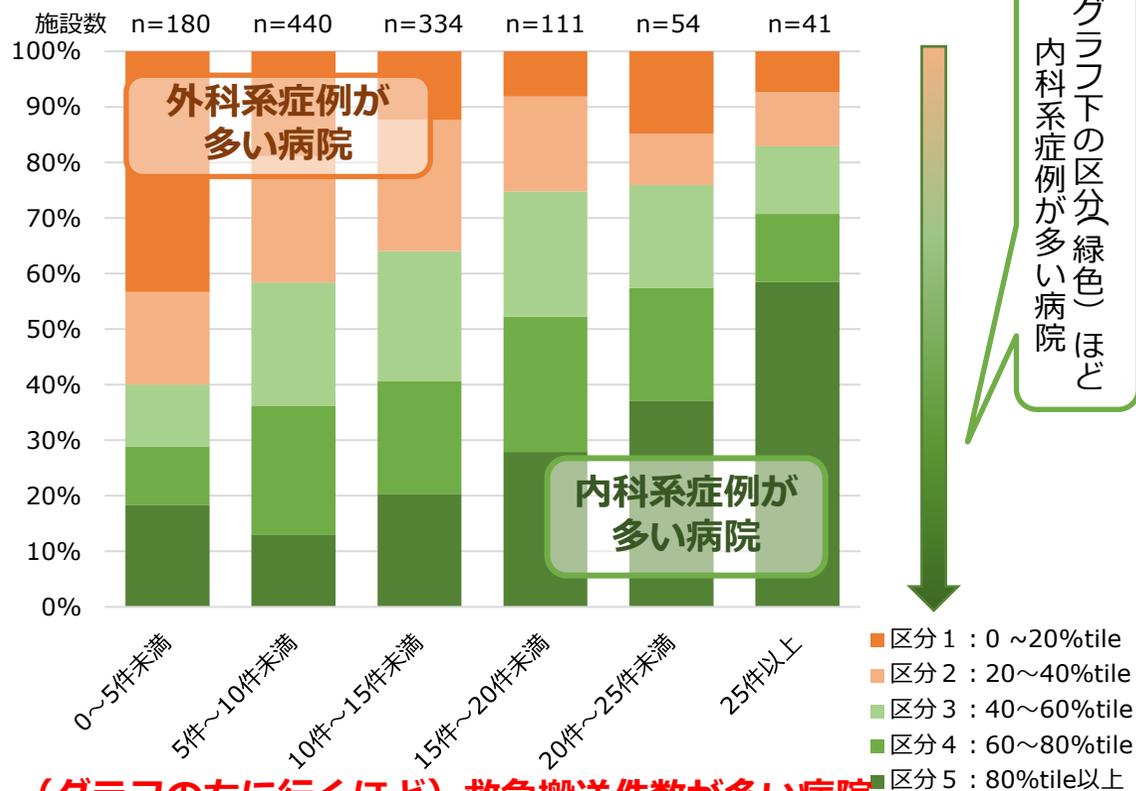
グラフ下の区分(緑色)ほど内科系症例が多い病院

1床当たり救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定回数の分布

- 急性期一般入院料1算定病床における1床当たりの救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定回数の合算件数ごとに、各病院を全国における内科系症例割合の多寡で区分した場合の、各区分が占める割合は以下のとおり。
- 1床当たり救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定回数の合算値が多いほど、内科系症例の割合が多い（内科系症例を外科系症例に比して多く受けいれている）病院の割合が高い傾向であった。

1床あたり救急搬送件数+協力対象施設入所者

入院加算算定回数ごとの内科割合区分の分布



(グラフの右に行くほど) 救急搬送件数が多い病院

1床当たり救急搬送件数+協力対象施設入所者入院加算算定回数:

病院全体の年間救急応需件数を、各入院料の救急搬送からの入院の実績件数に応じて按分した件数と、当該病棟における協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合算件数を、当該入院料の算定病床数で割ることで算出した1床1年当たりの件数。

内科系症例と外科系症例:

入院期間中に手術に係るKコードを算定されている症例を外科系症例、それ以外を内科系症例とした。

内科系症例の割合区分:

急性期一般入院料1算定病床における内科系症例割合を病院ごとに算出し、その割合が低い順にパーセンタイル値により5区分に分類した。(区分1は全国的にみて内科系症例の割合が少ない医療機関、区分5は内科系症例の割合が多い医療機関。)

重症度、医療・看護必要度に係る現状と課題

(B得点について)

- B項目は、これまでの改定で記録の負担の軽減や、急性期度合いを示す指標としての位置づけについて議論されてきた。現在、急性期一般入院料1では測定・記録のみ行われており、必要度基準には含まれていない。
- 重症度、医療・看護必要度の記録について、病棟看護管理者として課題に感じていることについてI・II別に分析したところ、「特になし」はIが26.1%、IIが28.9%である一方、「看護職員による記録忘れが多い」、「看護必要度に関する職員研修に手間がかかる」はそれぞれIが51.7%と35.5%、IIが47.4%と31.8%であった。
- B得点は要介護度が高いほど高くなり、要介護4-5では入院時と退院時で分布の変化がほとんどみられなかった。
- 7日後にB得点が同程度である患者の割合は、対象手術非実施症例では入院4日目に約7割、対象手術実施症例では術後7日目に同様に約7割であった。
- 手術非実施症例の入院4日目以降、また手術実施症例の入院7日目以降は、重症度、医療・看護必要度について、B点数が変わらない患者の割合は6~7割程度であり、特にA項目が変化しない場合にはB項目も変化しない患者の割合が多かった。また、A項目が3点以上変化した場合、B点数もA点数と同じ方向の変化を示す患者の割合が多かった。

(内科系症例と外科系症例の評価について)

- 内科系症例は、外科系症例と比べ、A点数2点以上、3点以上、C点数1点以上の割合が低く、B点数3点以上の割合は高かった。
- 救急搬送により入院した内科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合は、救急搬送ではない外科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合と比較して、いずれの入院料においても低かった。外科系症例全般と、急性期一般入院料1の内科系症例においては、救急搬送から入院した群で、それ以外の群に比べて基準該当割合が低かった。
- 急性期一般入院料1において、内科系症例で該当割合が高いA項目の下位項目は、A2呼吸ケア、A6_6免疫抑制剤、A7緊急入院等であった。
- 救急搬送からの入院や緊急入院の約8割を内科系症例（手術のない症例）が占めていた。
- 1床当たり救急搬送件数や、協力対象施設入所者入院加算の算定回数との合算件数が多いほど、内科系症例を比較的多く受け入れている病院の割合が高かった。

【課題】

- B項目の点数は介護度により固定されている要素と、A項目と連動して動く要素があることや、手術非実施症例の入院4日目以降、手術実施症例の術後7日目以降、前日から変わらない割合が6~7割に達することを踏まえ、B項目を測定・評価すべき時期や頻度をどのように考えるか。
- 令和6年診療報酬改定後の重症度、医療・看護必要度においては、内科系症例は外科系症例と比較して、A・C項目の基準該当割合が低い傾向にあるが、救急搬送件数や協力対象施設入所者入院加算算定数や、新たな検査・処置・薬剤等を加味する場合の例を踏まえ、内科系症例を含めた病棟ごとのスタッフの負荷や医学的管理の密度を適切に評価できる指標について、どのように考えるか。

1. 包括的な機能を担う入院医療について(その3)
2. 重症度、医療・看護必要度
3. **働き方・タスクシフト/シェア(その3)**
4. 病棟における多職種でのケア(その2)

3. 働き方・タスクシフト/シェア(その3)

3-1. 看護職員の働き方について

3-2. 看護職員のICT活用について

3-3. 特定行為研修、タスクシフト/シェア

中間とりまとめ（令和7年7月31日）抜粋

10. 働き方・タスクシフト/シェアについて

10-2. 看護職員について

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 看護師の養成について令和6年度には大学の定員充足率も100%を切っており、今後、一層の少子化の進展を考えると、看護職員の確保と働き続けられる環境整備の取組が喫緊の課題となっているのではないかと意見があった。
- 看護補助者の配置・増員の具体的取組について、病棟単位での看護補助者の増減について、また本当に各病院で増やしているのかどうかについて把握する必要があるのではないかと意見があった。
- 療養病棟入院基本料の看護補助体制充実加算において、介護福祉士の位置づけが明確にされたということは非常に有意義であったとの意見があった。
- 看護補助者の確保は厳しい状況にあることが読み取れるが、令和6年度の改定で新設された看護補助体制充実加算では、当該医療機関での3年以上の経験や、必要な能力を段階的に示して育成評価に活用するということを評価しているのではないかと意見があった。
- 看護補助体制充実加算の活用が進んでおり、今まさに研修の実施や業務の見直しなどが図られ、看護補助者の定着のための取組が進められている段階であり、効果が出るまでに多少時間はかかると思われるが、処遇改善と併せて、今後も着実に進めていく必要があるのではないかと意見があった。
- 病棟における多職種の実際の役割分担についてどのように行われているのか解析できるとよいのではないかと意見があった。
- ICT、AI、IoTを導入して取り組みたい一方、機器活用には、初期の導入費用、維持メンテナンス費用、投資額も必要となる。一部導入時の補助金はあるものの、維持メンテナンス費用までを入院基本料等で補ってもらわなければならないのではないかと意見があった。
- 生産性向上や業務負担軽減の点では、音声入力やバイタルデータの自動入力などが有効だと考えられるが、ICT、AI、IoT等の活用は推進が必要な状況であり、具体的な活用が進むための方策について検討が必要ではないかと意見があった。
- ICT、AI、IoT等の活用を今後どのように伸ばしていけるかについて、方向性を考えていくことが重要であるとの意見があった。
- 看護職員の負担の中では、結果より、夜勤が可能な職員の確保や夜勤者の負担軽減が非常に大きな課題になっていることがわかる。看護職員の夜勤の働き方やシフトの在り方も多様化してきており、夜勤に関する調査結果も精査すべきではないかと意見があった。
- 特定行為研修を受講する人材確保が難しく、特定行為研修を受ける段階でのインセンティブを検討していく必要があるのではないかと意見があった。また、特定行為研修修了者のキャリア構築や修了のメリットを提示していく必要があるのではないかと意見があった。
- 特定行為研修修了者の養成を推進していくためにも看護職員の人材確保が必要である。また、特定行為研修修了者の手術室や外来等における活躍についての実態も把握すべきではないかと意見があった。
- 特定行為研修修了者の動向や配置状況について調べることも必要なのではないかと意見があった。

【今後の検討の方向性】

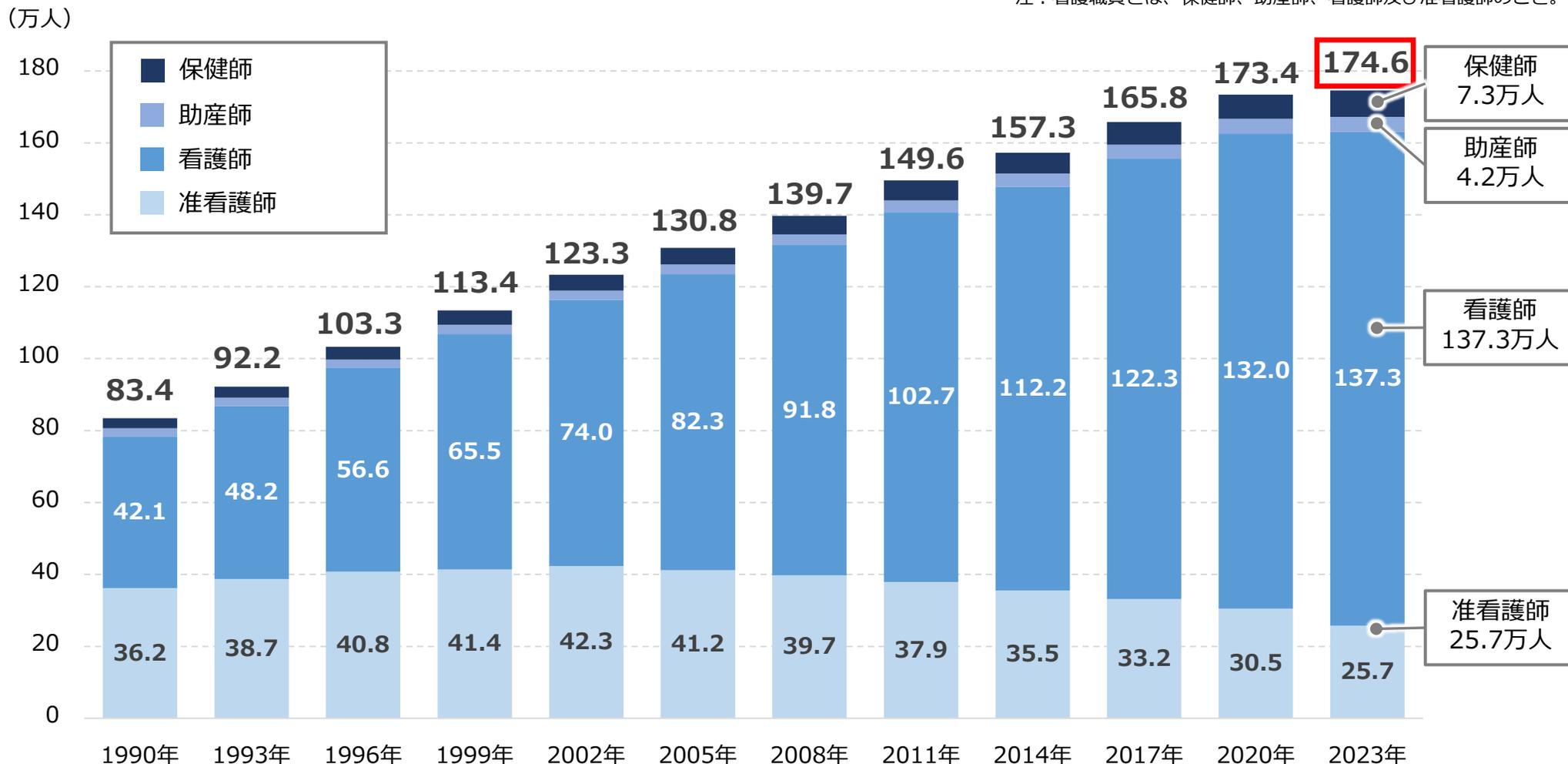
- 看護職員の働き方、病棟の看護業務のタスクシフト/シェアの現状やICT、AI、IoT等の活用に関して、令和7年度入院外来調査の結果等について更なる検討を進める。

看護職員就業者数の推移

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5 改

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

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

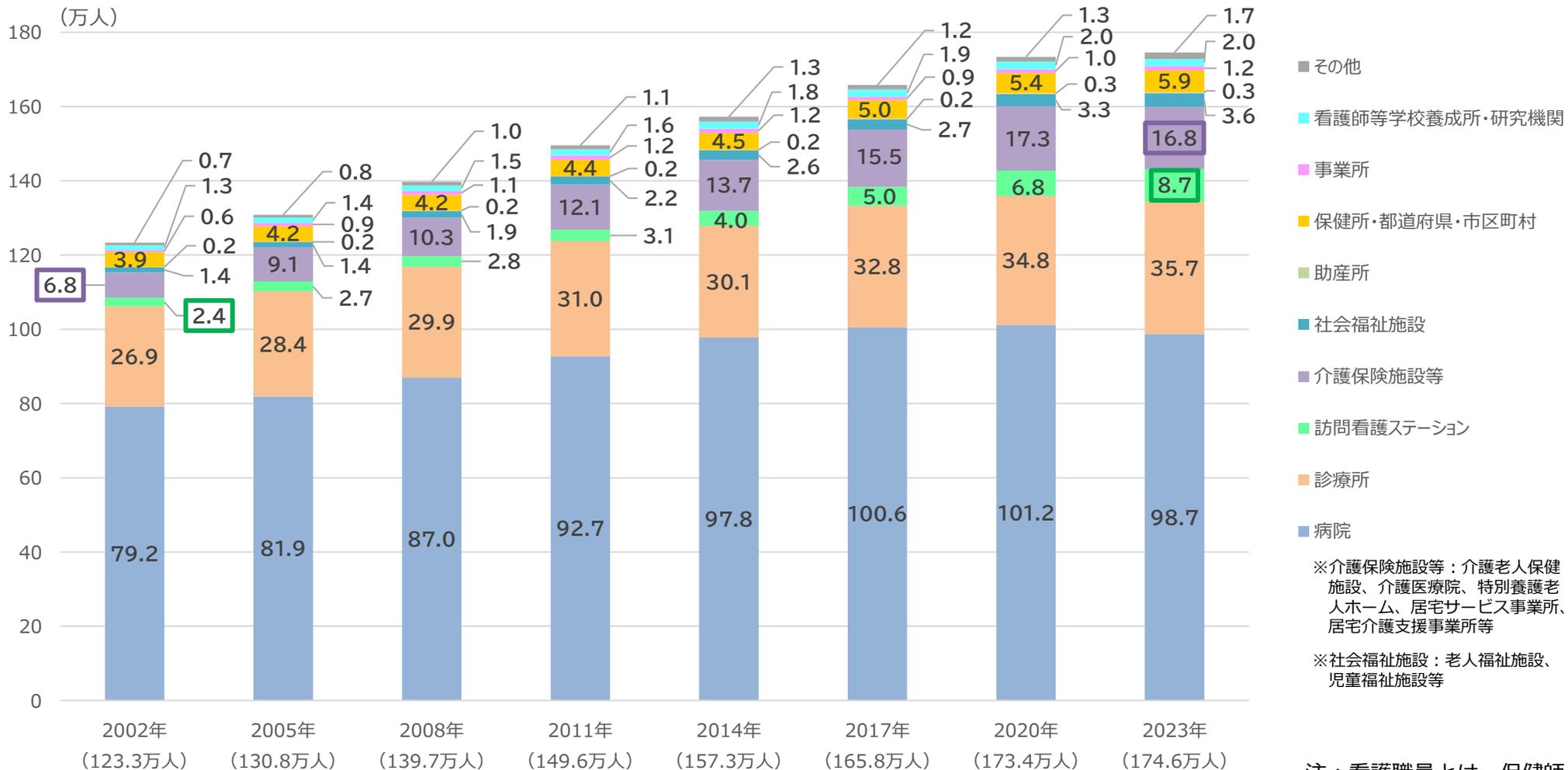


資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

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

就業場所別看護職員の推移

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



※介護保険施設等：介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所等
 ※社会福祉施設：老人福祉施設、児童福祉施設等

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。

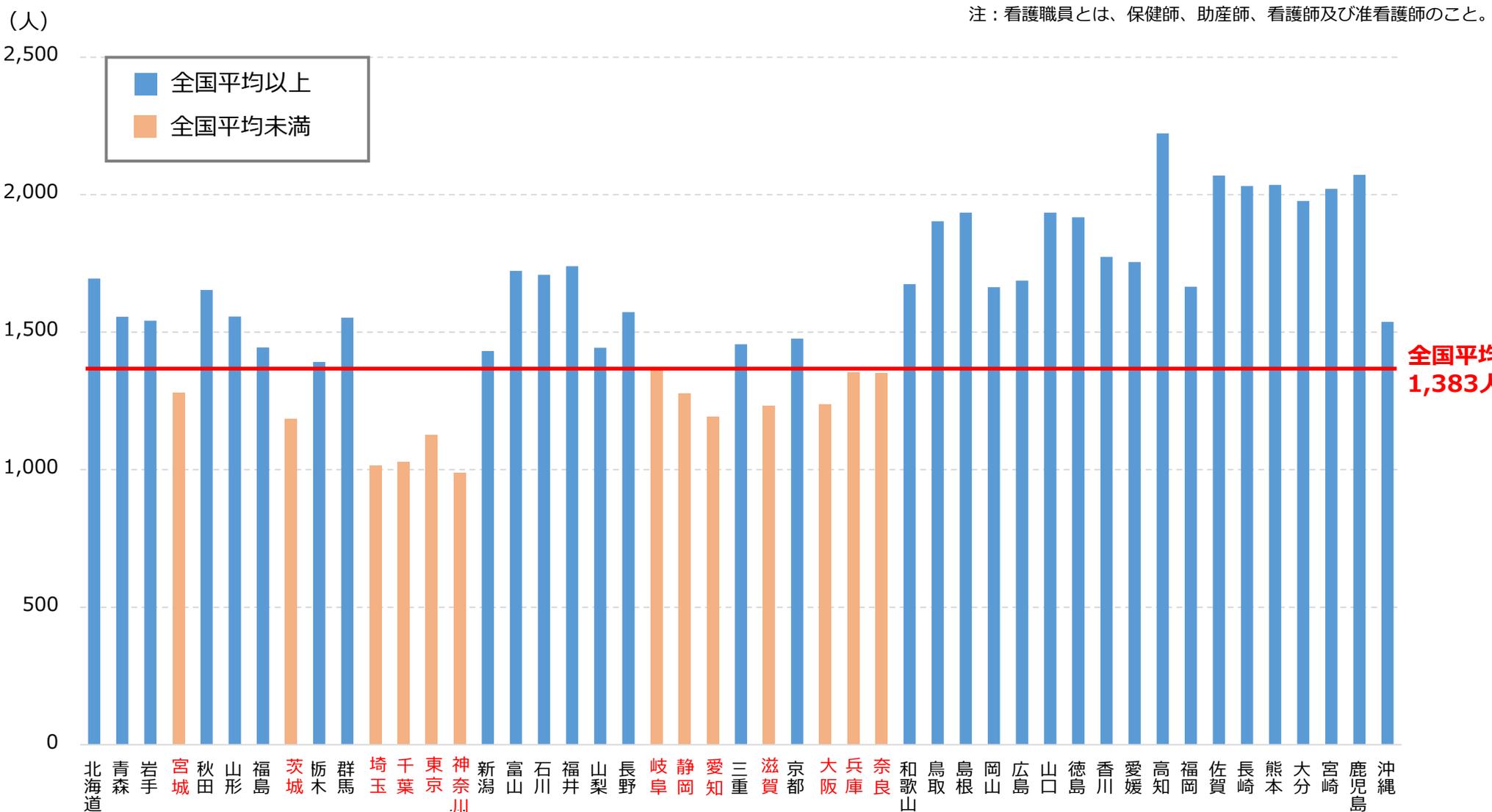
資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

・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。

都道府県別 人口10万人当たり看護職員就業者数（2023年（令和5年））

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5 改

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

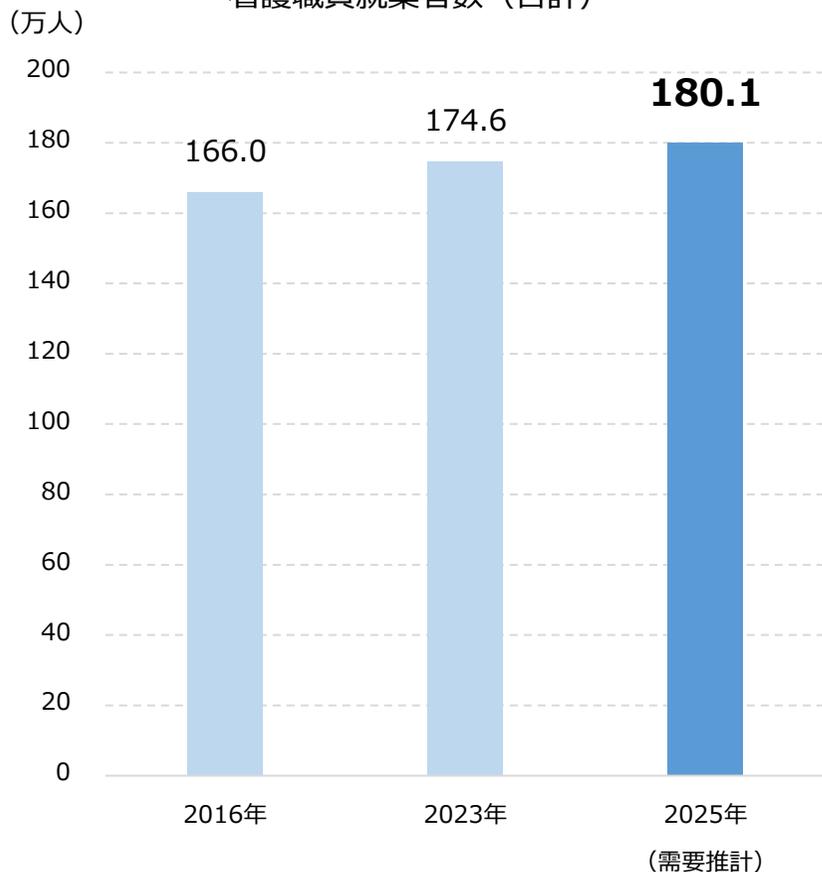


資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査（令和5年）」「衛生行政報告例（隔年報）」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（令和6年1月1日現在）」

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

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。

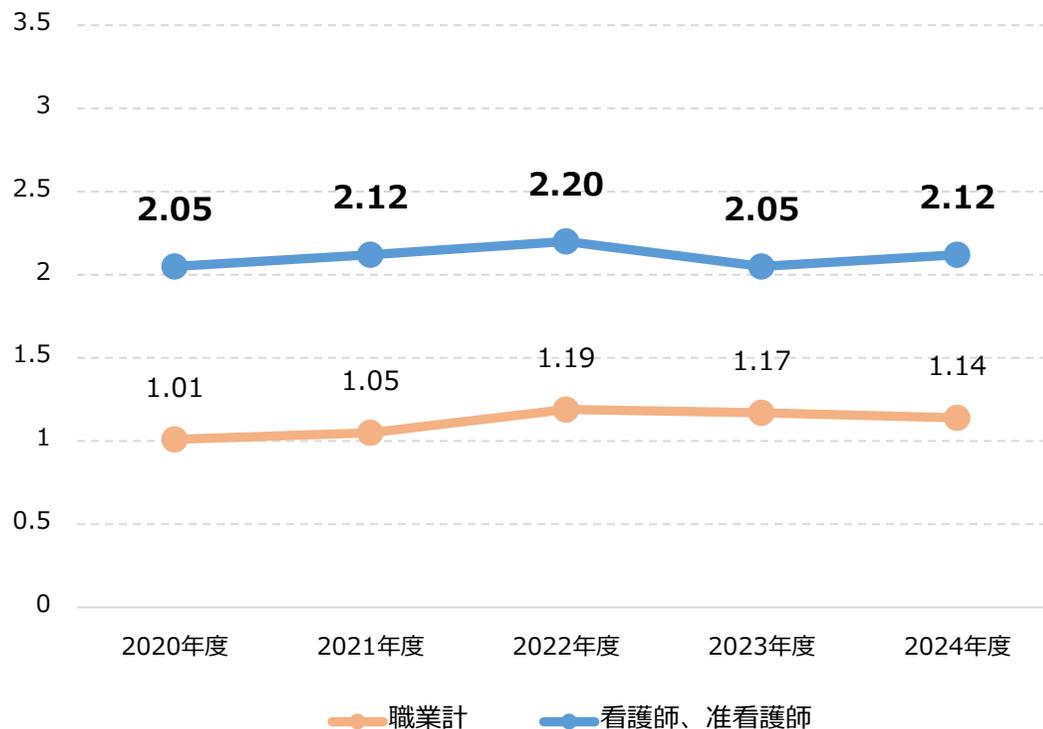
看護職員就業者数（合計）



【資料出所】

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

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】厚生労働省「職業安定業務統計」より作成。

（注1）上記の数値は原数値である。

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

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

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

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

（注6）上記の数値は、新規学卒者及び新規学卒者求人を除いたものである。

看護職員の離職理由

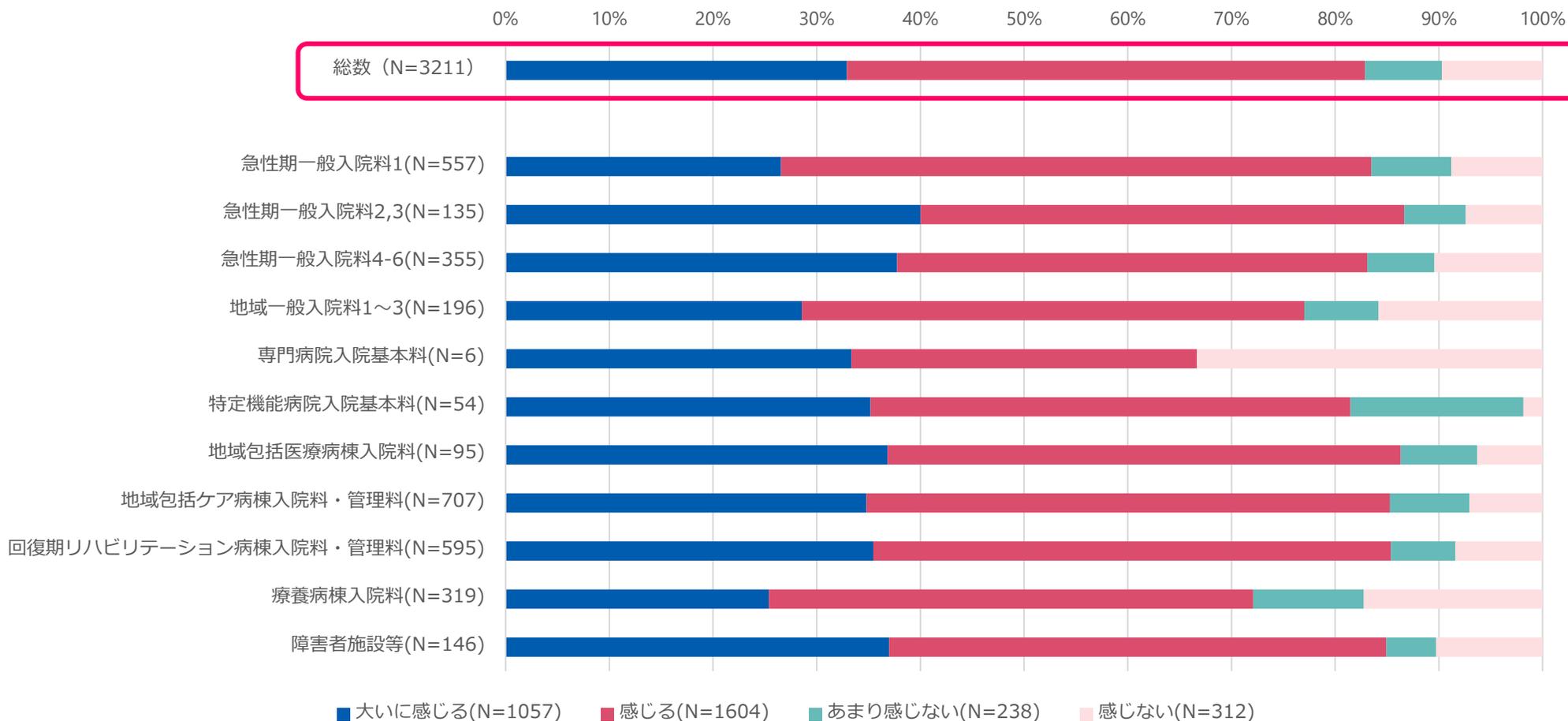
- 看護職員の離職理由（複数回答）は、20～50代では「看護職の他の職場への興味」が上位を占めており、全体でも最も多い。
- 各年代別に見ると、30～40代では「子育て」、50～60代では「親族の健康・介護」「自分の健康(主に身体的理由)」が多く、ライフステージと密接に関連する傾向がある。

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

入院料の施設基準を満たす看護職員の配置について

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

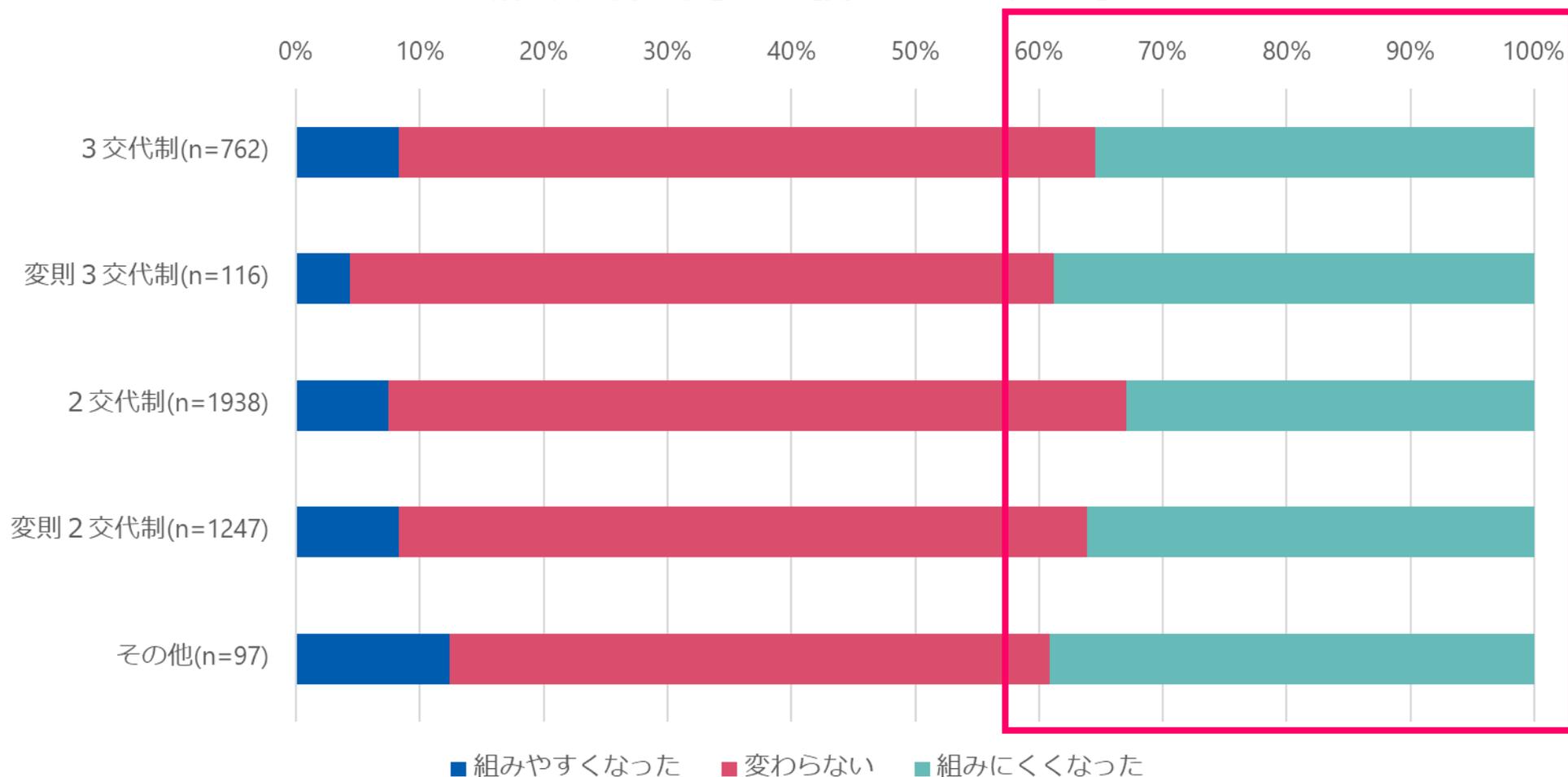
看護職員の配置を行うにあたり、困難を感じることはありますか (N=3,211)



看護職員の勤務形態（勤務シフトの組み方）

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

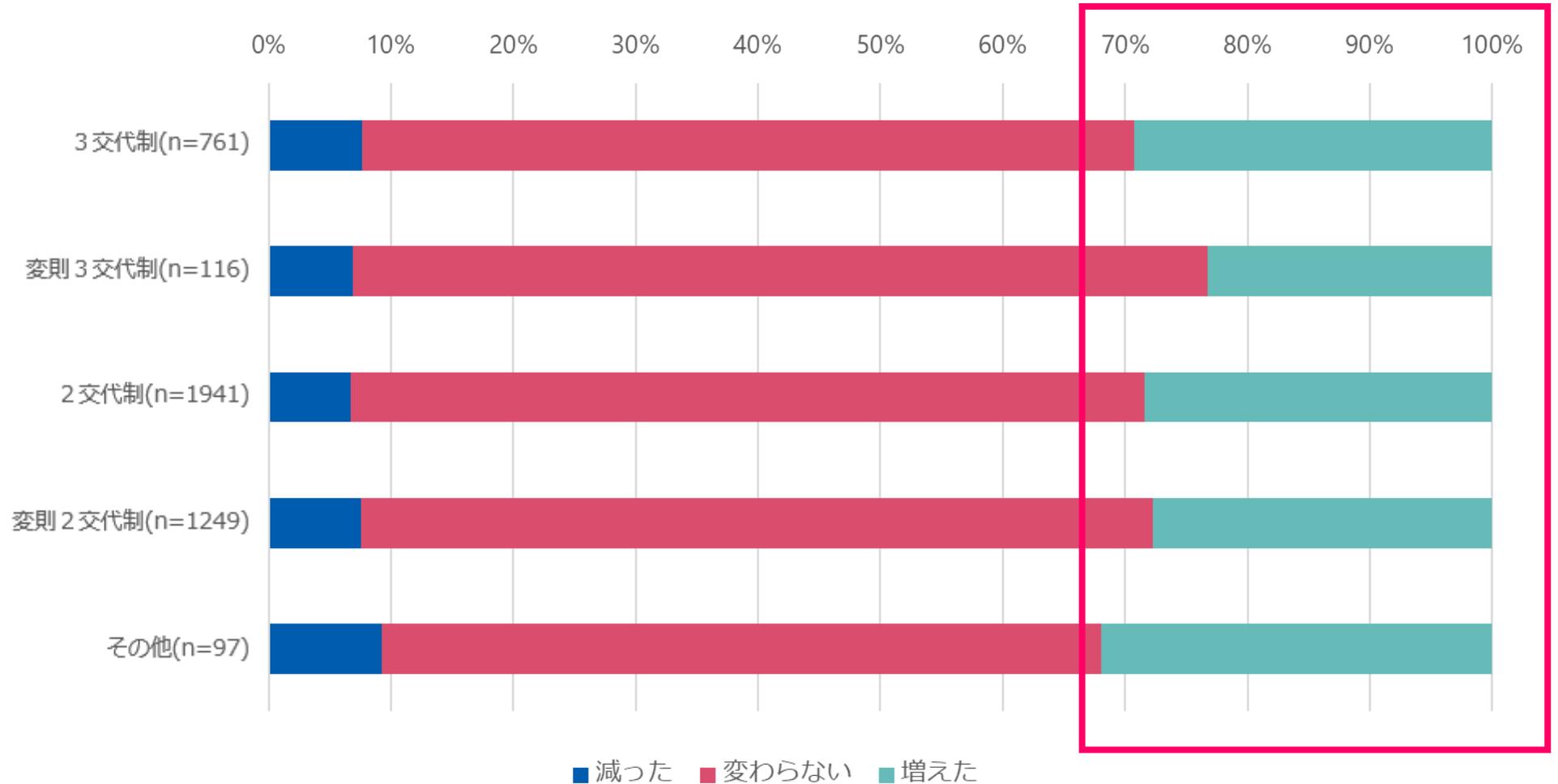
看護職員の勤務形態別 [勤務シフトの組み方]



看護職員の勤務形態（夜勤の回数）

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

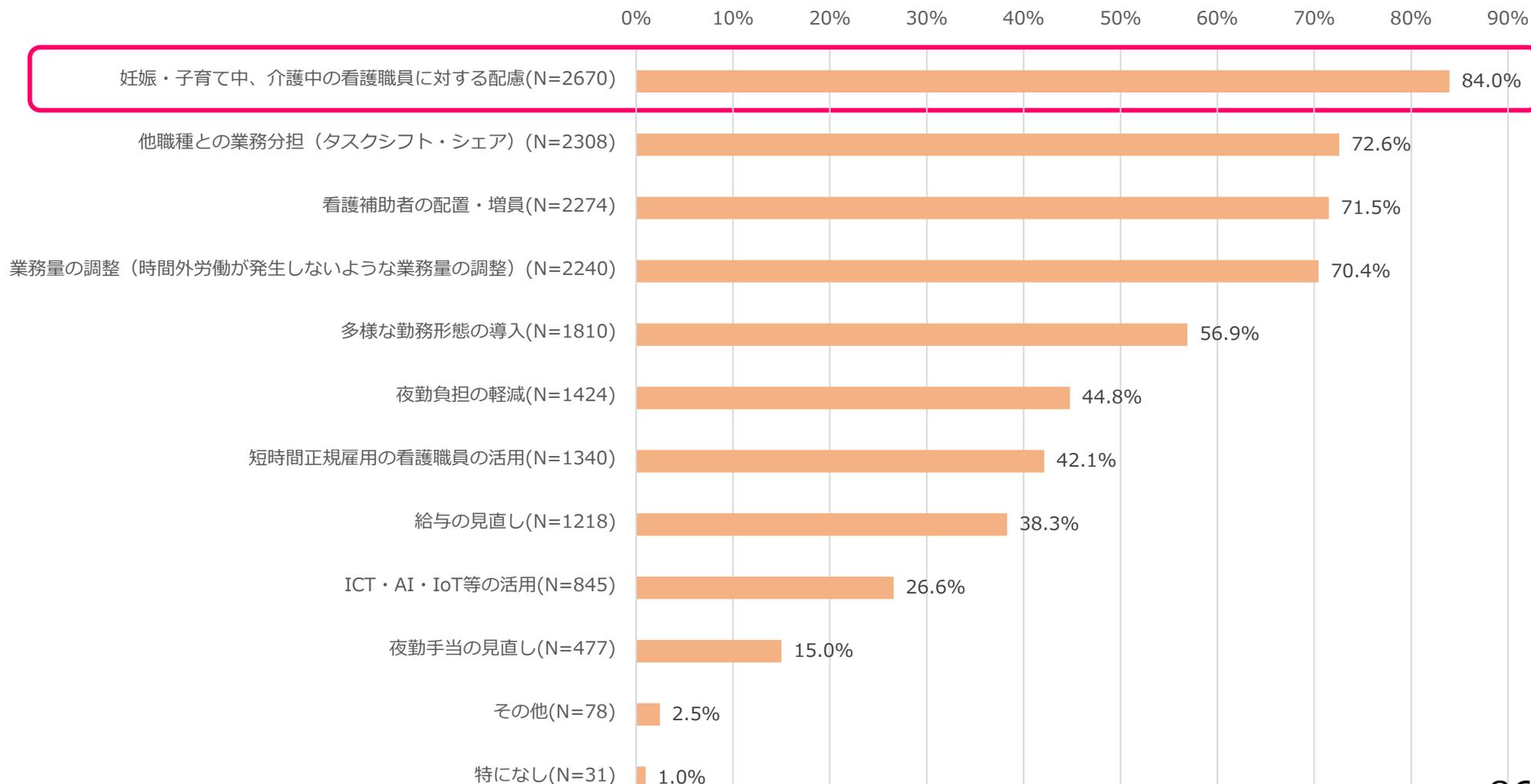
看護職員の勤務形態別〔夜勤の回数（1人当たり）〕



看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組

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

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



育児休業による就業継続の実態

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

第一子出産前後の妻の継続就業率・育児休業利用状況

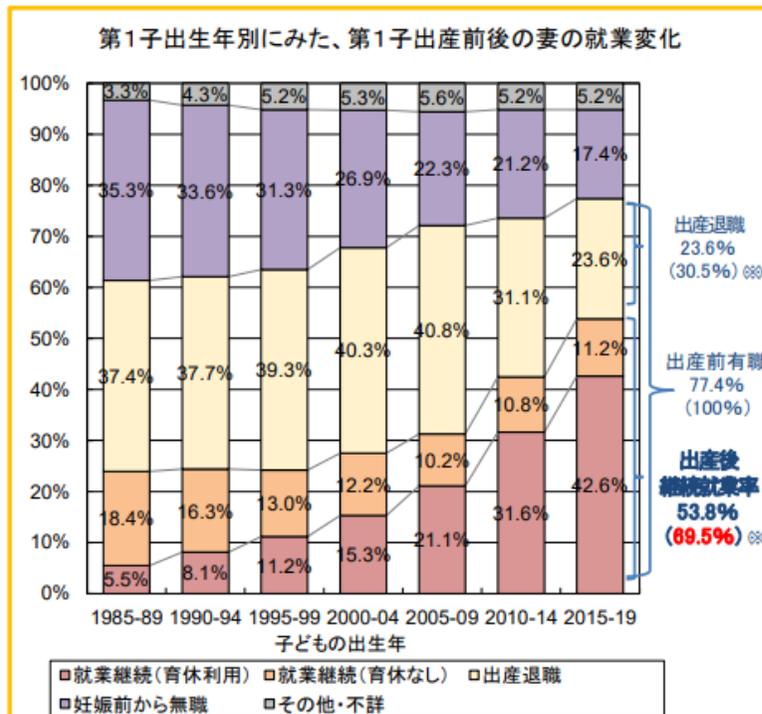
今後の仕事と育児・介護の
両立支援に関する研究会（第8回）

令和5年5月30日

資料3

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

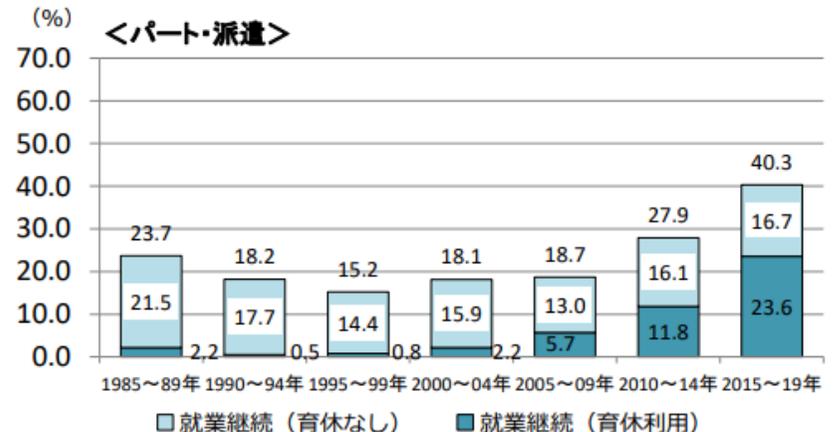
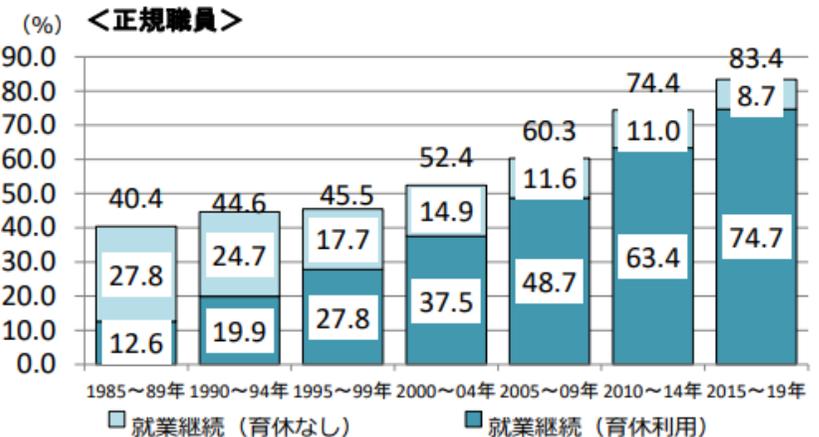
政府目標：第1子出産前後の女性の継続就業率 70%（令和7年）



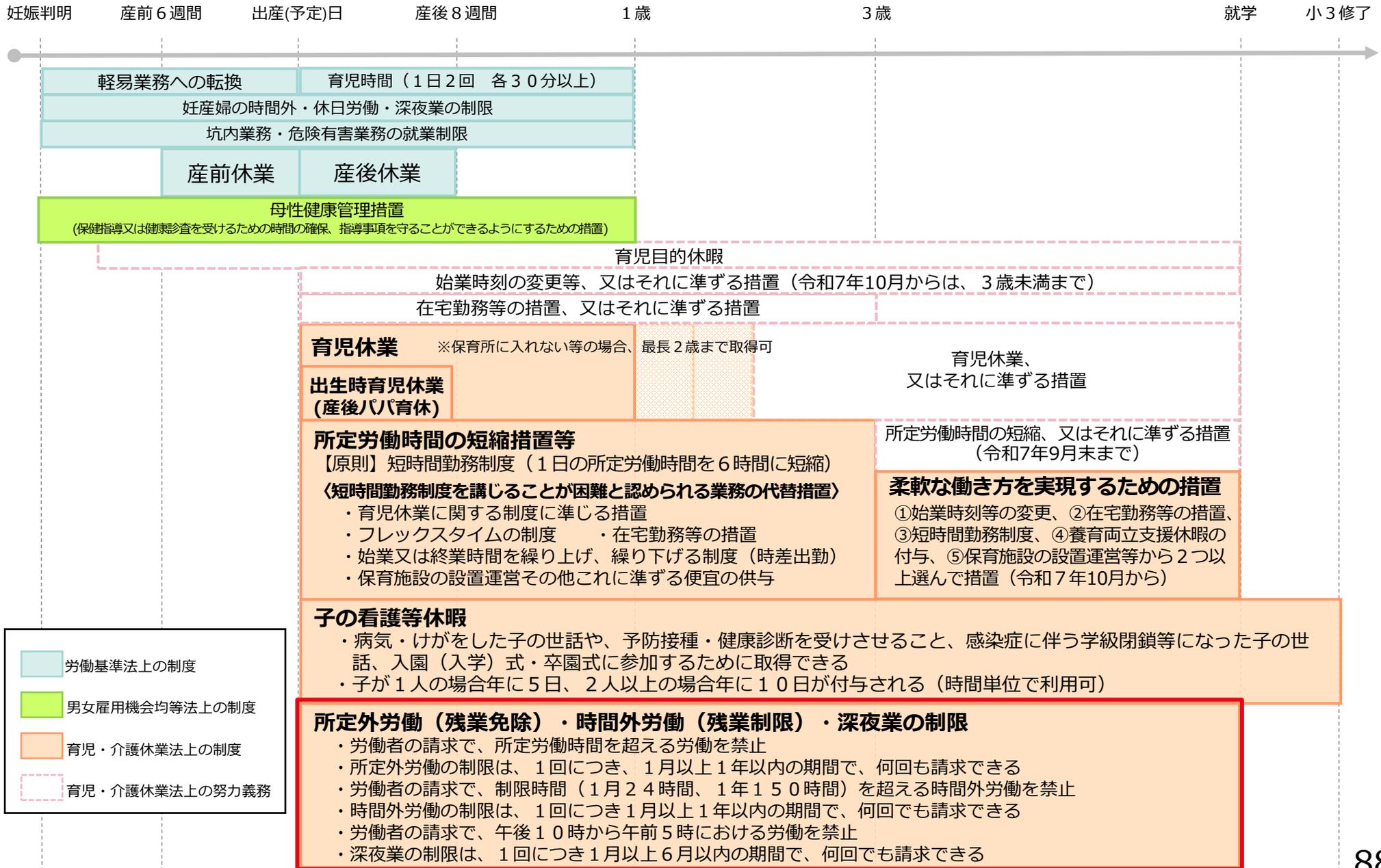
(※) ()内は出産前有職者を100として、出産後の継続就業者の割合を算出

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

(注2)上記グラフは、対象期間(例:2010~2014)中に産んだ女性の就業変化を表している。



妊娠・出産・育児期の両立支援制度



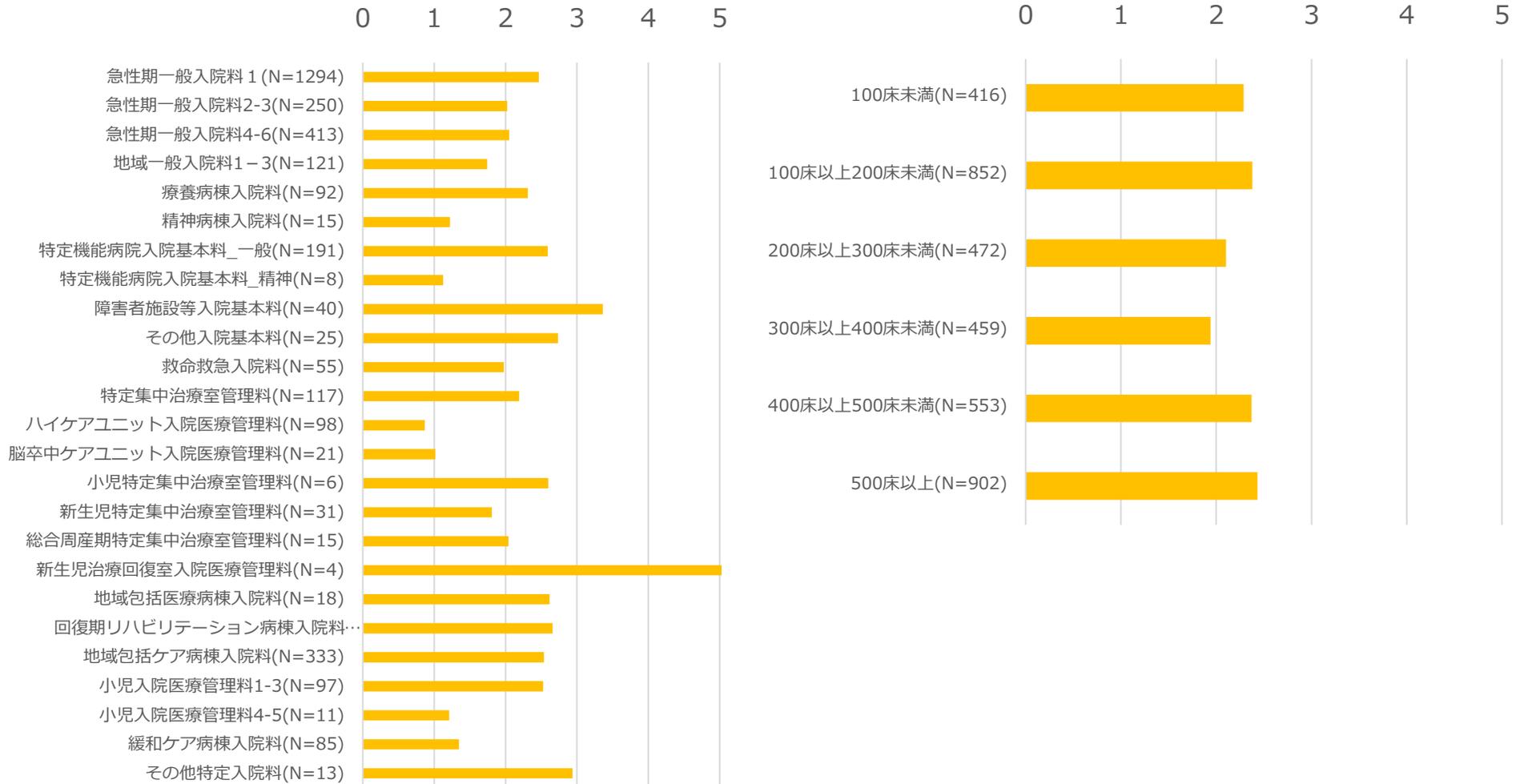
看護師のうち短時間勤務又は夜勤免除者数

診調組 入一参考
7 . 6 . 2 6 改

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

入院料別：短時間勤務又は夜勤免除者総数（常勤換算）

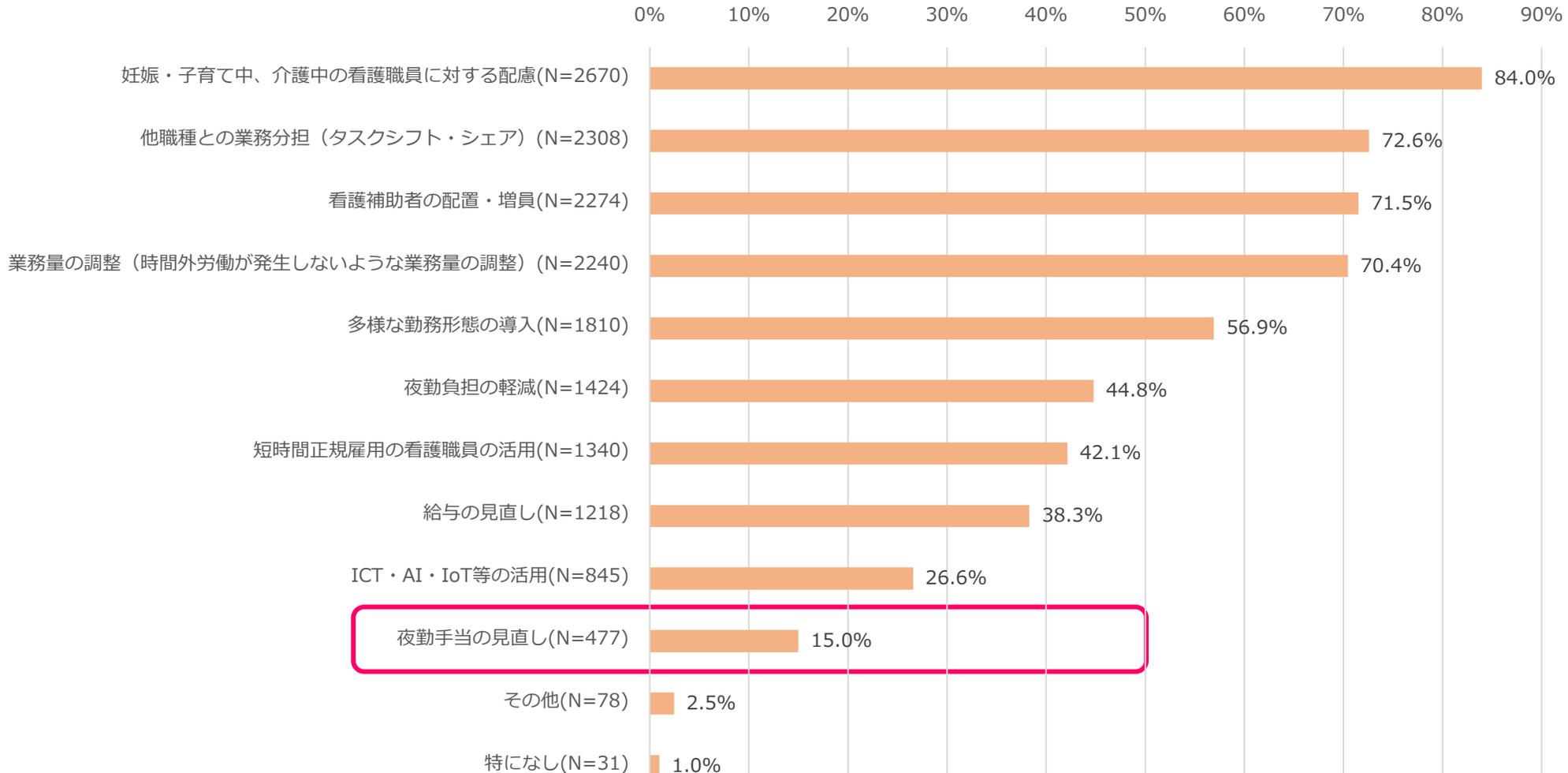
病床規模別：短時間勤務又は夜勤免除者総数（常勤換算）



看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組

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

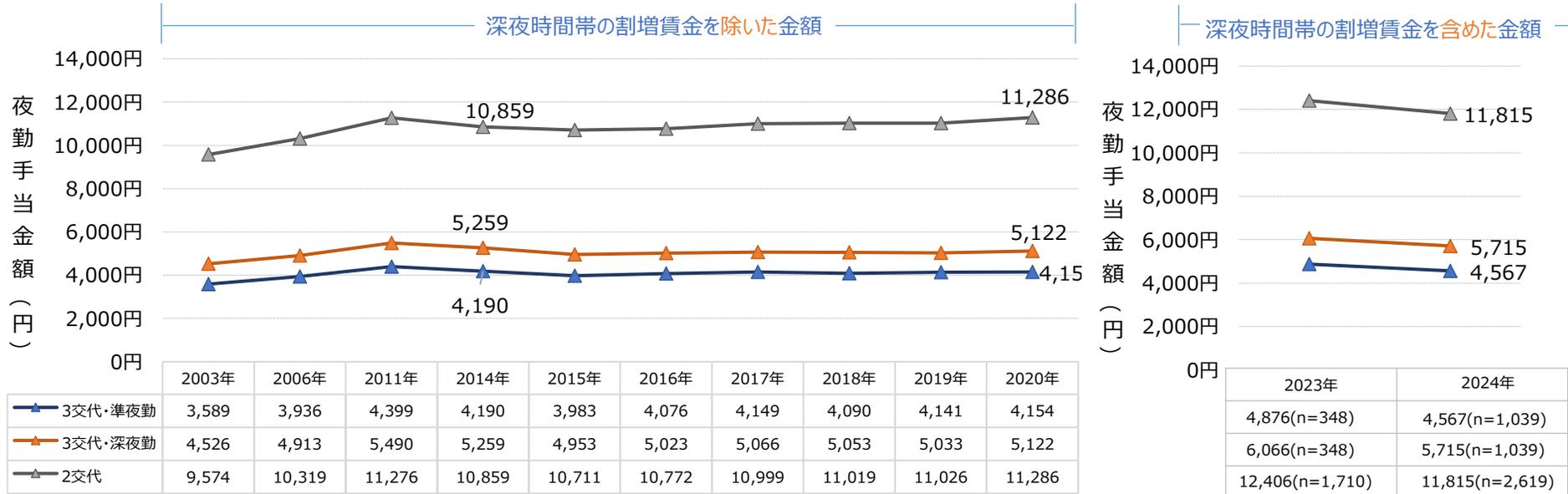
看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施している内容(N=2274) (複数回答)



夜勤手当（夜勤1回あたり）の推移

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

◆夜勤手当金額※（夜勤1回あたり）

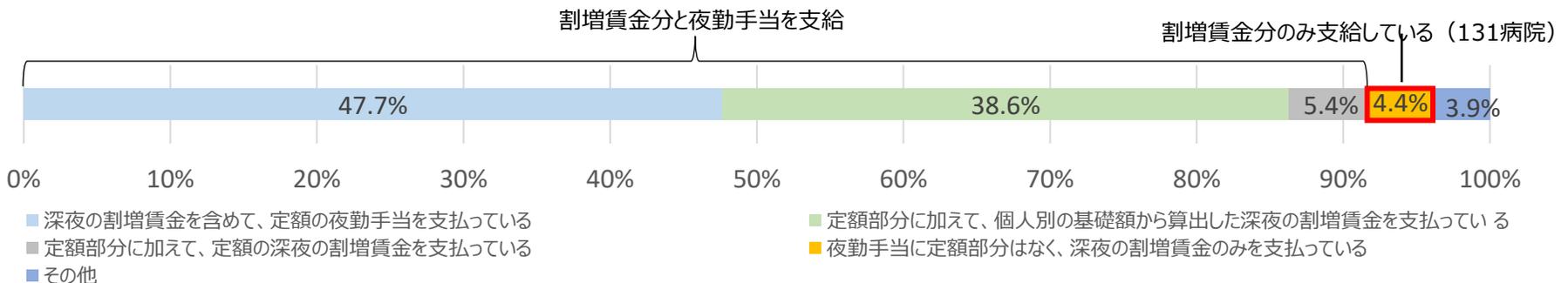


出典：各年の「病院看護実態調査」「病院における看護職員需給状況調査」、「2024年 看護職員の賃金に関する実態調査」（いずれも日本看護協会）

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

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

◆深夜時間帯の割増賃金の支払い方法（2,992病院が回答）

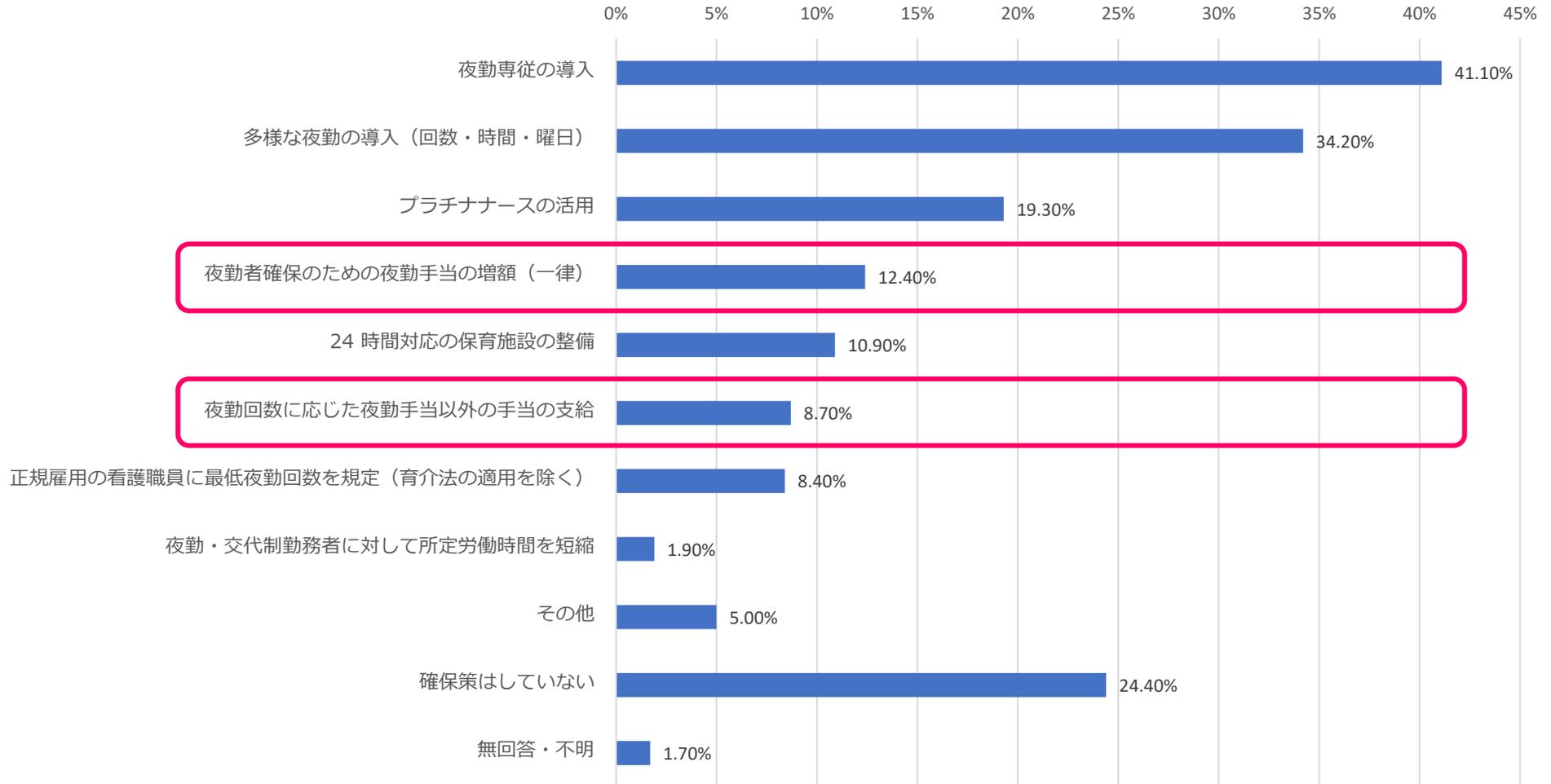


出典：2024年度 看護職員の賃金に関する実態調査 報告書

直近3年以内に実施した看護職員の夜勤者の確保策

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

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



医療従事者の負担軽減・人材確保について②

夜間看護体制の充実に関する評価①

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

看護職員夜間配置加算

7対1、10対1一般病棟における看護職員の夜間配置及び夜間看護体制の評価

現行	
看護職員夜間配置加算	50点



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

1のイ及び2

[主な要件]

夜間看護体制の充実に関する項目のうち、4項目以上満たすこと

急性期看護補助体制加算

7対1、10対1一般病棟における看護補助者の夜間配置及び夜間看護体制の評価

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



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

夜間看護体制加算

[算定要件]

夜間急性期看護補助体制加算を算定していること。

[施設基準]

夜間看護体制の充実に関する項目のうち、3項目以上満たすこと

看護補助加算

13対1一般病棟における看護補助者の夜間配置の評価

13対1、15対1、18対1、20対1病棟における夜間看護体制の評価

現行	
看護補助加算1, 2, 3(1日につき)	
(新規)	
(新規)	



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

夜間75対1看護補助加算

[主な要件]

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

夜間看護体制加算

[主な要件]

夜間看護体制の充実に関する項目のうち、4項目以上満たすこと

有床診療所入院基本料

有床診療所における看護職員の夜間配置の評価

現行	
夜間看護配置加算1	80点
夜間看護配置加算2	30点



改定後	
夜間看護配置加算1	85点
夜間看護配置加算2	35点

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し②

夜間の看護配置に係る評価の見直し

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

現行		改定後	
看護職員に係る加算	【看護職員夜間配置加算】		
	看護職員夜間12対1配置加算1	105点	<u>110点</u>
	看護職員夜間12対1配置加算2	85点	<u>90点</u>
	看護職員夜間16対1配置加算1	65点	<u>70点</u>
	看護職員夜間16対1配置加算2	40点	<u>45点</u>
【注加算の看護職員夜間配置加算】	地域包括ケア病棟入院料	65点	<u>70点</u>
	精神科救急入院料	65点	<u>70点</u>
	精神科救急・合併症入院料	65点	<u>70点</u>
看護補助者の配置に係る加算	【急性期看護補助体制加算】		
	夜間30対1急性期看護補助体制加算	120点	<u>125点</u>
	夜間50対1急性期看護補助体制加算	115点	<u>120点</u>
	夜間100対1急性期看護補助体制加算	100点	<u>105点</u>
	【看護補助加算】		
	夜間75対1看護補助加算	50点	<u>55点</u>
	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	45点	<u>50点</u>
	看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）		
	イ 14日以内の期間	141点	<u>146点</u>
	ロ 15日以上30日以内の期間	116点	<u>121点</u>
夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）			
ハ 夜間看護配置加算1	100点	<u>105点</u>	
ニ 夜間看護配置加算2	50点	<u>55点</u>	

看護職員夜間配置加算

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

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

加算名	概要
看護職員夜間配置加算	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期医療を担う病院 ・看護職員の実質配置が12対1、16対1 ・病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等

負担の軽減、処遇改善の体制整備内容：

別添2の第2の11の(3)

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

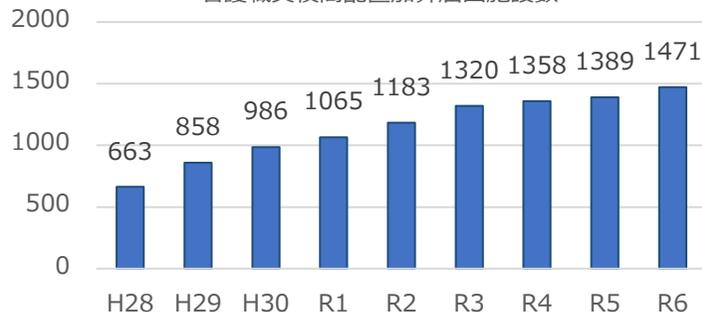
イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

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

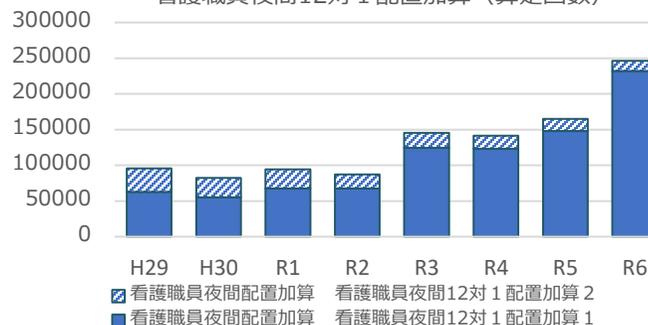
エ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

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

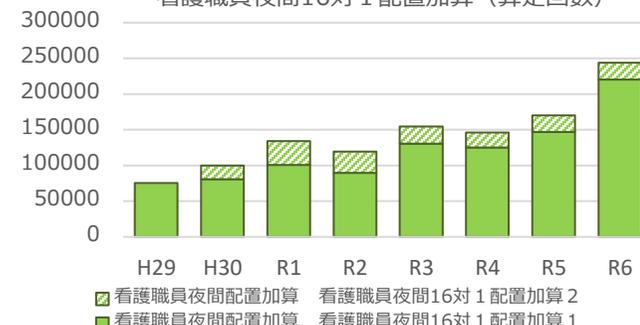
看護職員夜間配置加算届出施設数



看護職員夜間12対1配置加算（算定回数）



看護職員夜間16対1配置加算（算定回数）



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

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

小規模病院における夜間救急外来対応

小規模病院の救急外来体制の確保

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

(新) 夜間看護体制特定日減算 (入院料(※)の100分の5に相当する点数を減算)

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

[算定要件]
年6日までかつ当該算定日が属する月が連続2月まで算定できる。

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

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

算定の例

(許可病床数:99床)

3階病棟 (一般病棟) 入院患者数:32人

[施設基準]
夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要

看護補助者 看護職員 看護職員

夜間に病棟の看護職員が、一時的に病棟を離れ、救急外来で勤務する場合

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

2階病棟 (一般病棟) 入院患者数:32人

[施設基準]
夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要

看護職員 看護職員



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

1階病棟 (療養病棟) 入院患者数:35人

[施設基準]
夜間は、病棟に看護職員1名を含む看護要員2名以上の配置が必要

看護補助者 看護職員



中小規模の病院における夜間の勤務体制について

	病院概要	現状	ご意見
事例1	194床 (急性期一般病棟、地域包括ケア病棟等)	<ul style="list-style-type: none"> 救急外来には常時1名の看護師を配置しているが、救急外来の看護師は月に6～10日程度、地域包括ケア病棟の夜勤も行っている。<u>この看護師が地域包括ケア病棟での夜勤中、患者が救急外来に来れば救急外来に行き対応している。</u> 地域包括ケア病棟では、この看護師が救急外来の対応中、夜勤の看護師が1名になるため、3名の看護師を配置している急性期病棟から1名が応援に行っている。 	<p>(病棟から救急外来への応援)</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院全体で1～2名程度の看護補助者が必ず夜勤をしている。看護師が救急外来対応を行っている間、看護補助者が地域包括ケア病棟の夜勤者の1名としてカウントできれば、地域包括ケア病棟に看護補助者を応援に送ることができる。
事例2	120床 (急性期一般病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟)	<ul style="list-style-type: none"> 看護師の確保に力を入れているものの、以前に比べると子育てのために時短勤務や夜勤ができない看護師が増えており、<u>夜勤者の確保が非常に困難になっている。</u> 急性期一般病棟では看護師3名が夜勤をしており、<u>救急外来はこのうちの1名が対応している。</u> 	<p>(病棟から救急外来への応援)</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急外来への応援の間は看護師と看護補助者のあわせて2名の配置でよければ、夜勤の勤務がもう少し組みやすくなる。
事例3	197床 (急性期一般病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟等)	<ul style="list-style-type: none"> 救急外来は管理当直者（看護師長または副看護師長）が対応しているが、一人での対応が難しい場合には<u>自宅で待機している待機看護師を電話で呼ぶ仕組みになっている。</u>待機看護師の病院到着までは10分から20分程度はかかる。 	<p>(病棟から救急外来への応援)</p> <ul style="list-style-type: none"> 病棟の看護師の配置基準があるので、病棟からの応援は行っていないが、<u>待機看護師到着までの間、病棟の看護師が救急外来に応援に来てくれると大変助かる。</u>

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

職業紹介事業

【令和4年度まで】

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

【令和5年度】

1. 法令に違反する職業紹介事業者への厳正な対応

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

2. 有料職業紹介事業の更なる透明化

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

3. 優良な紹介事業者の選択円滑化

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

雇用仲介事業（職業紹介事業、募集情報等提供事業）に係る追加的対応について

診調組 入-1
7. 6. 26

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

職業紹介事業

1. 法令順守徹底のためのルールと施行の強化

お祝い金・転職勧奨禁止の実効性確保

【職業安定局長通達：令和7年1月1日施行】

お祝い金・転職勧奨禁止について、職業紹介事業の許可条件に追加。

※指導監督にも関わらず、違反が継続・反復する場合は、許可取消の対象。

2. 雇用仲介事業の更なる見える化

職種ごとの紹介手数料実績の見える化

【職業安定法施行規則：令和7年4月1日施行】

職業紹介事業者の手数料実績（職種ごと・平均手数料率）の公開義務化。

募集情報等提供事業

1. 法令順守徹底のためのルールと施行の強化

金銭等提供の禁止

【職業安定法指針：令和7年4月1日施行】

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

2. 雇用仲介事業の更なる見える化

違約金等に係るトラブルへの対応

【職業安定法指針：令和7年4月1日施行】

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

※違約金規約の明示については、職業紹介事業者にも同様に求める 99

医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度

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

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

必須基準

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

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

基本基準

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

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

本認定制度は以下団体の協力により創設

医療分野

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

介護分野

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

保育分野

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

適正認定事業者 54社※

（医療分野41社、介護分野26社、保育分野16社）
※令和7年6月1日時点

【認定マークの付与】



【特設サイトで公表】



事業者の選別に資する取組（見える化）の推進

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



登録・更新番号 / 発行年月日・ 届出受理年月日	事業者氏名 / 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(人) 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%	3	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%		4	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

職業紹介事業者の状況（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

職業紹介事業者の状況（法第32条の16 第3項に関する事項（情報提供））その2

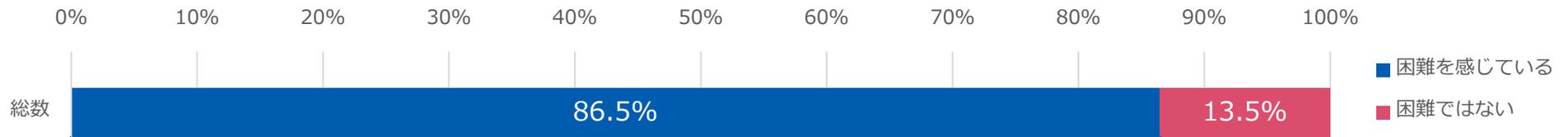
取扱業務の職種	手数料実績率・額
023 看護師、准看護師	令和06年度 20.0%
008 建築・土木・測量技術者	令和06年度 35.0%
049 福祉・介護の専門的職業	令和06年度 20.0%
024 医療技術士	令和06年度 20.0%
034 一般事務・秘書・受付の職業	令和06年度 20.0%

職種毎の手数料実績が表示

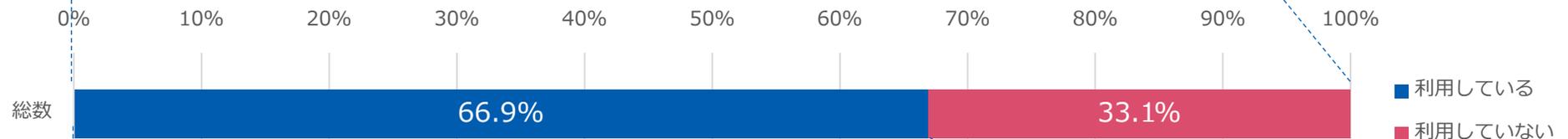
看護職員確保のための求人サービス利用状況

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

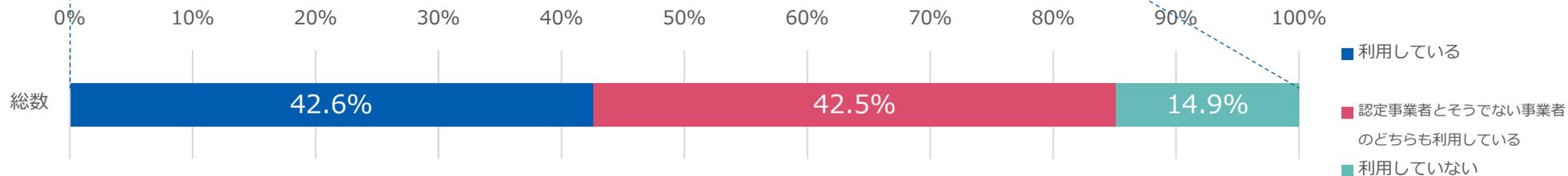
看護職員の確保について、困難を感じていますか（直近1年間の変化について）（n=3,190）



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

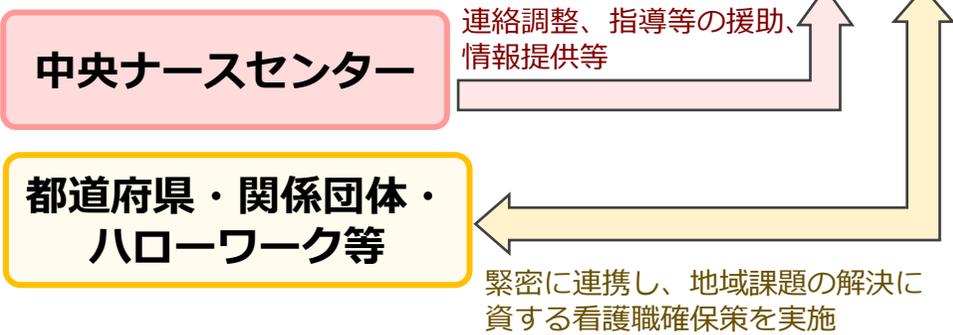
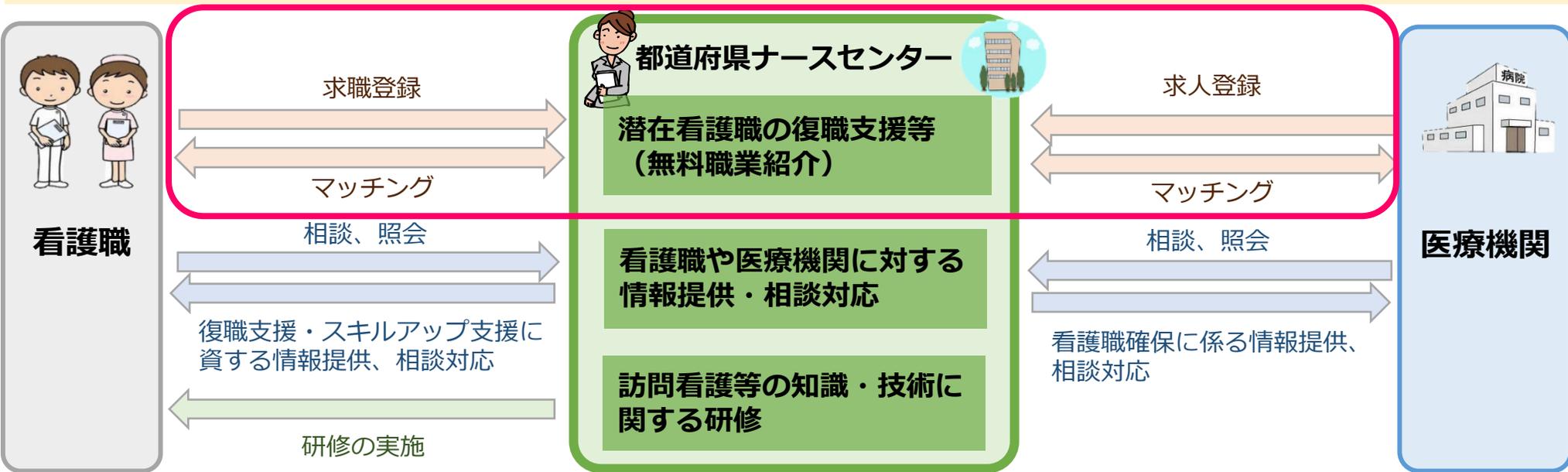


認定事業者を利用していますか（n=1,747）



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

働き方・タスクシフト／シェアに係る現状と課題①

（看護職員の確保について）

- ・看護職員就業者数は2023年（令和5年）には174.6万人となった。看護職員の就業場所は病院・診療所が多いが、訪問看護ステーション（2002年：2.4万人→2023年：8.7万人）や介護保険施設等（2002年：6.8万人→2023年：16.8万人）において増加傾向となっている。
- ・入院料の施設基準を満たす看護職員の配置を行うにあたり、困難を感じることもあるか尋ねたところ、「大いに感じる」・「感じる」は約8割であった。
- ・看護職員の夜勤について、勤務シフトが組みにくくなったが3割を越えており、看護職員の夜勤の回数（1人当たり）について「増えた」が2～3割となっている。
- ・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組としては、「妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」は84.0%で実施されていた。
- ・出生動向基本調査によると、約7割の女性が第1子出産後も就業継続している。育児・介護休業法において、育児・家族介護を行う労働者の深夜業の制限が規定されている。
- ・いずれの入院料においても一定数の短時間勤務又は夜勤免除者が配置されている。
- ・病院勤務看護職員の夜勤手当（夜勤1回あたり）額は、2010年代に入ってほとんど変化がない。看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組として「夜勤手当の見直し」は15.0%で実施、直近3年以内に実施した看護職員の夜勤者の確保策として、「夜勤者確保のための夜勤手当の増額（一律）」は12.4%、「夜勤回数に応じた夜勤手当以外の手当の支給」は8.7%で行われていた。
- ・看護職員夜間配置加算では夜間における看護職員の負担軽減に資する業務管理が進められてきた。当該加算では、病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていることを算定要件としている。看護職員夜勤配置加算の届出施設数及び算定回数は増えている
- ・平成30年度診療報酬改定にて、許可病床数が100床未満の病床規模の小さい病院において、一時的に夜間の救急外来を病棟の看護職員が対応したことにより病棟の看護体制が2名を満たさなくなった場合の夜間看護体制特定日減算が新設された。
- ・100床を越える病院においても救急外来対応のための人員確保が困難な現状がある。
- ・看護職員の確保について有料の求人サービスを利用している医療機関は約7割であった。そのうち、認定事業者を利用している医療機関は42.6%、認定事業者とそうでない事業者のどちらも利用している医療機関は42.5%、利用していない医療機関は14.9%であった。

【課題】

- 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善について、現状をどのように評価するか。
- 医療機関において臨時に病棟外での業務が生じた場合の人員体制については、一部の医療機関が夜間看護体制特定日減算の算定対象となっているが、実態を踏まえ、現状をどのように評価するか。
- 求人サービス等の活用について、現状をどのように評価するか。

3. 働き方・タスクシフト/シェア(その3)

3-1. 看護職員の働き方について

3-2. 看護職員のICT活用について

3-3. 特定行為研修、タスクシフト/シェア

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>	○	○	○	○	○	

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：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

（施策のスキーム図）



- 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

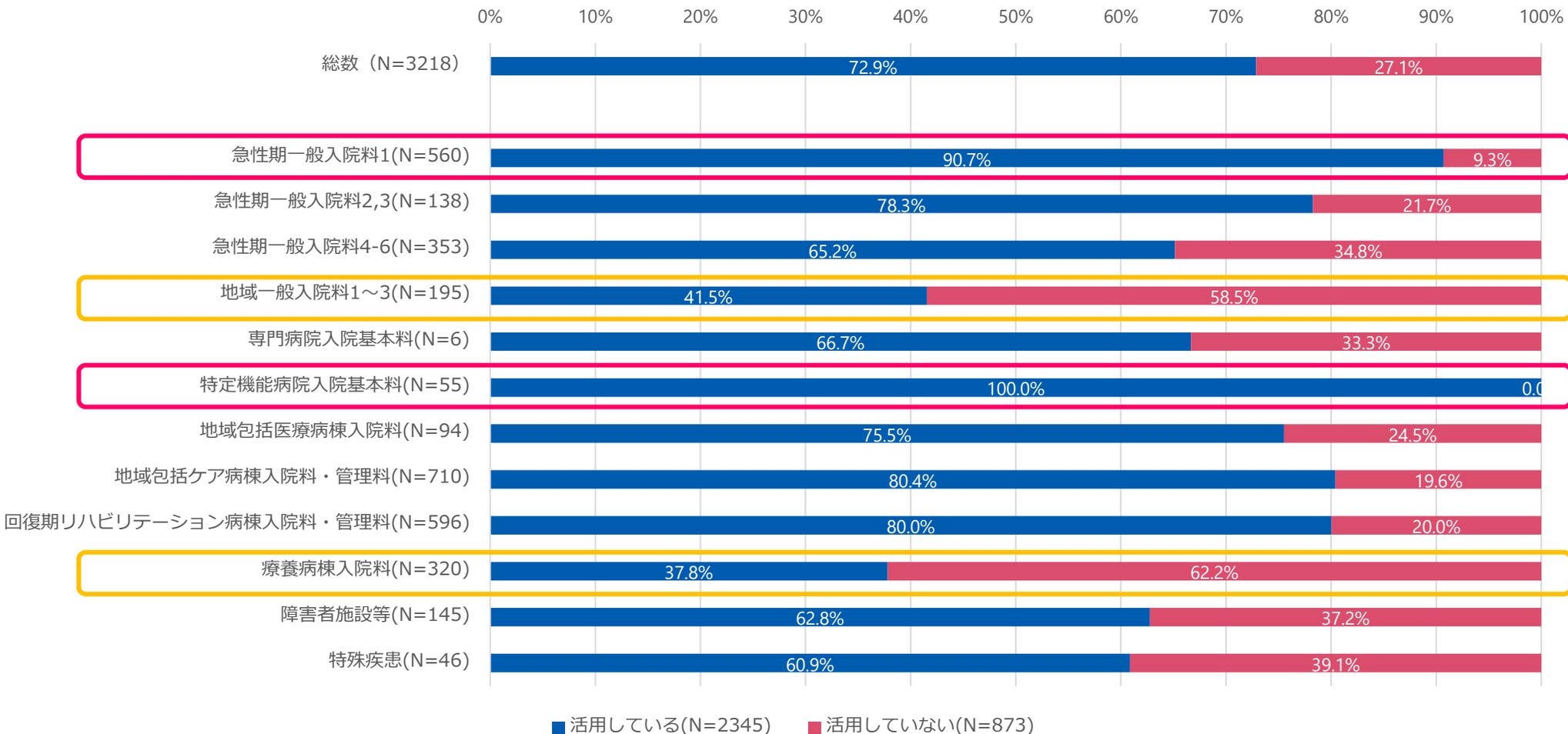
⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

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。

ICT（情報通信技術）の活用状況について

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

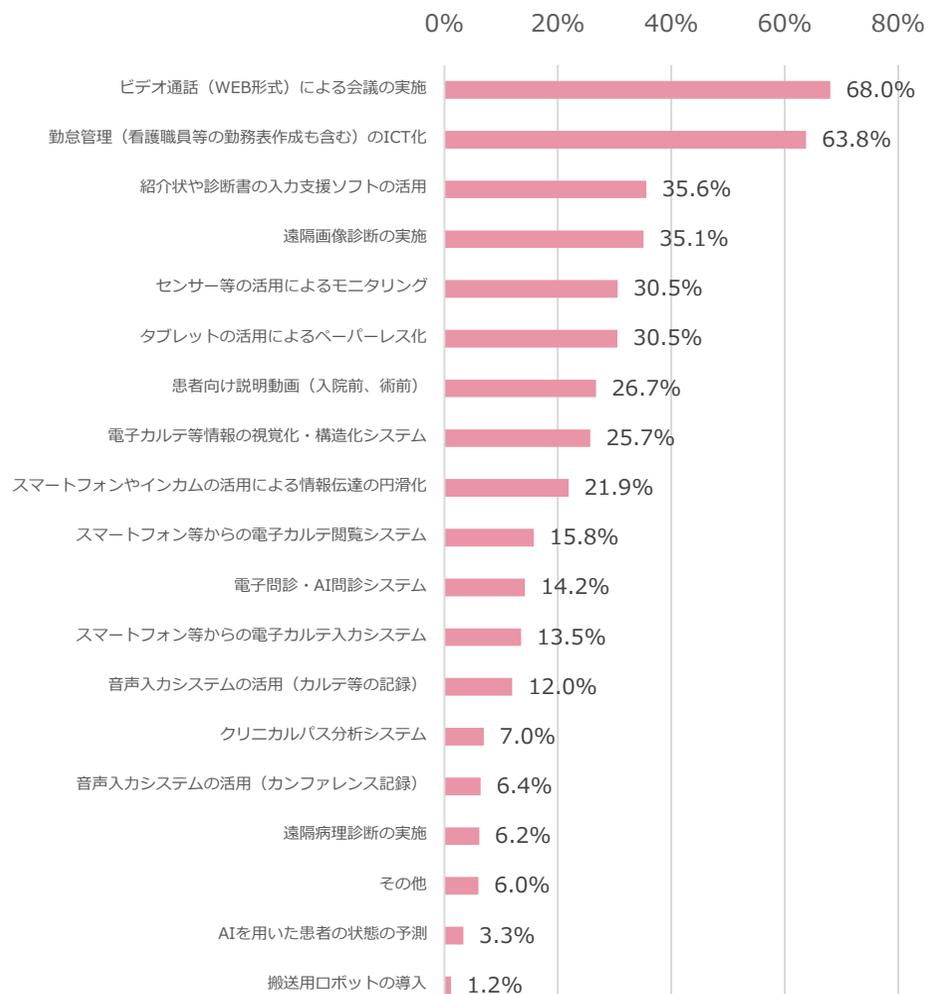
ICT（情報通信技術）の活用状況について



ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（全入院料）①

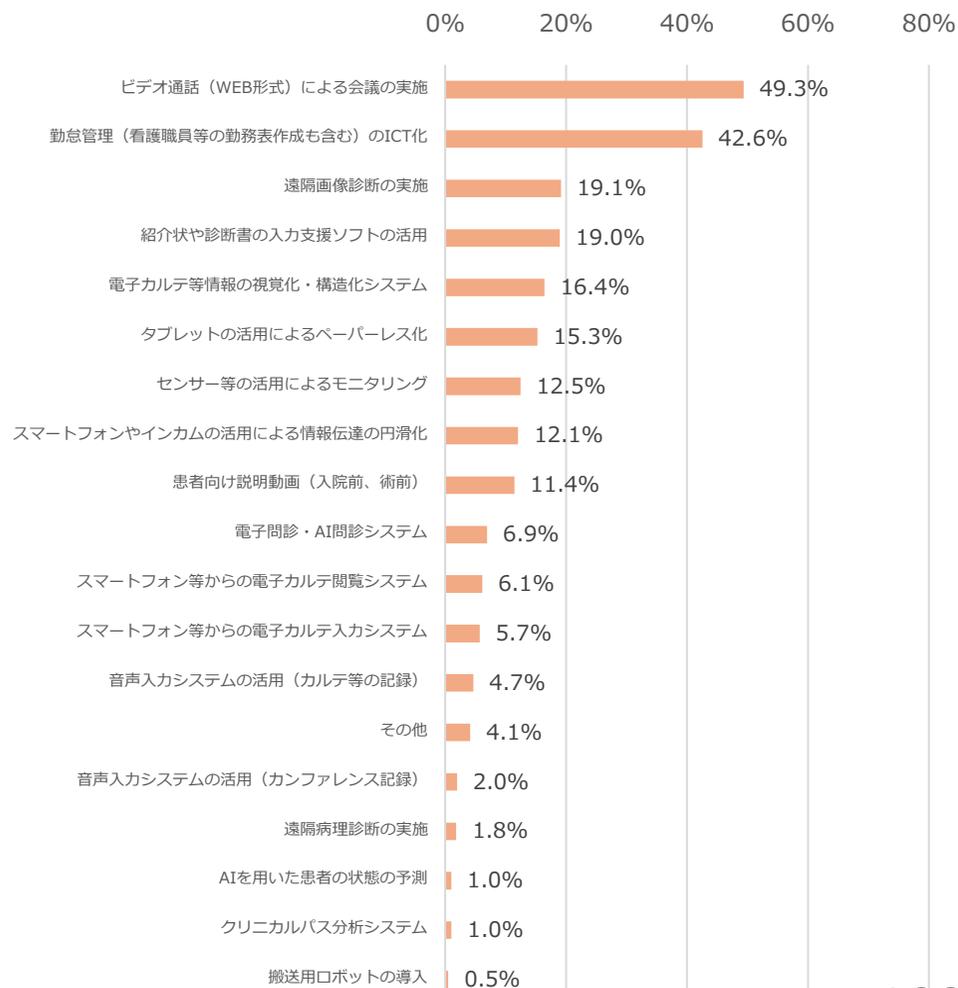
- ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組は、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」68.0%、「勤怠管理のICT化」63.8%、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」35.6%が進められていた。
- 特に有効だったICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について上位3つを尋ねたところ、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」49.3%、「勤怠管理のICT化」42.6%、「遠隔画像診断の実施」19.1%の順であった。

ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について(N=2,341)



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

(N=2,298)



ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（入院料別）②

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

ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（n=2,341）

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

ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（入院料別）③

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

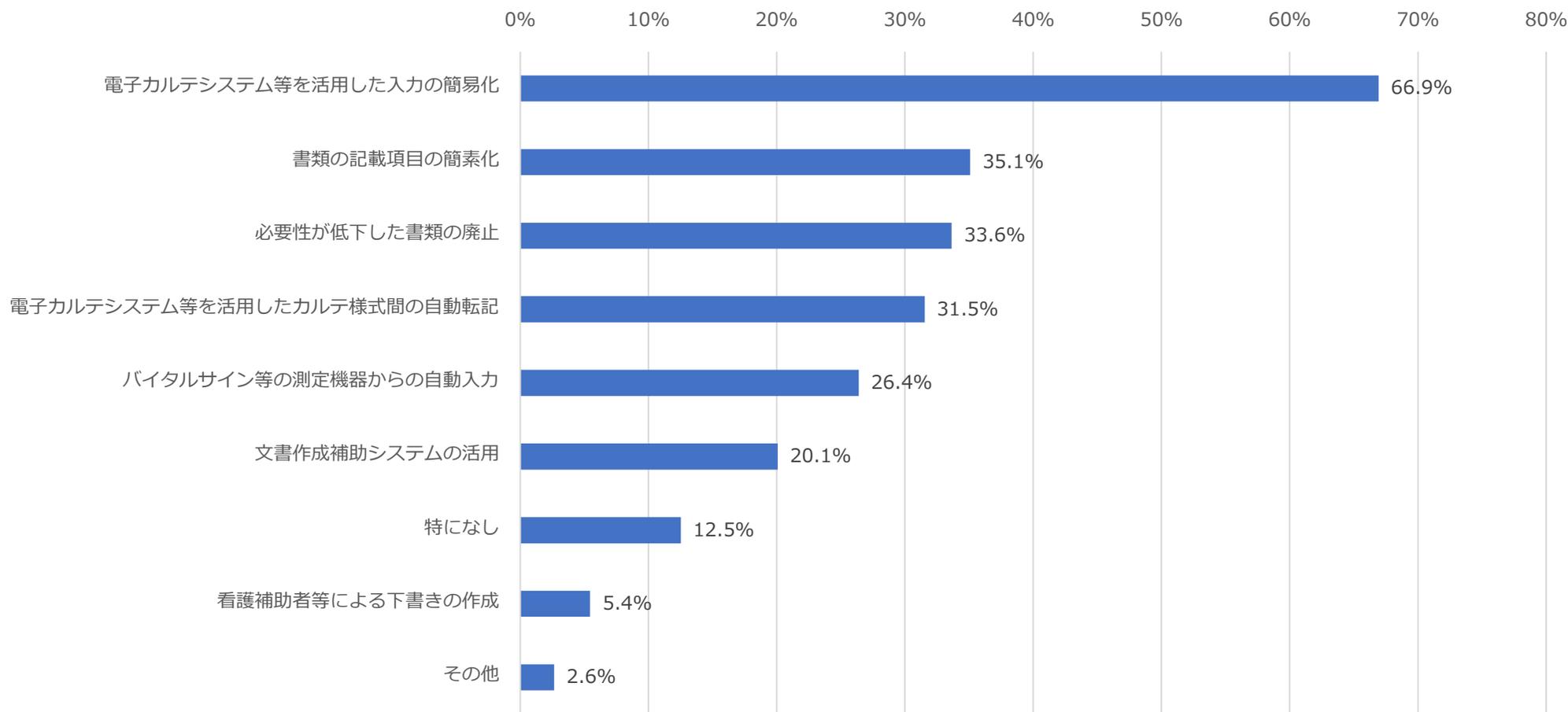
ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（n=2,341）

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

医療機関における看護職員の記録に関する負担軽減の取組について (全入院料)

- ICT機器を活用している医療機関における看護職員の記録に関する負担軽減の取組として、電子カルテシステム等を活用した入力の簡易化が66.9%、書類の記載項目の簡素化が35.1%であった。
- ICTを活用した取組としては、「電子カルテシステム等を活用したカルテ様式間の自動転記」31.5%、「バイタルサイン等の測定機器からの自動入力」26.4%、「文書作成補助システムの活用」20.1%であった。

看護職員の記録に関する負担軽減の取組 (N=2,277)



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

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

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

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



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

課題・背景

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

事業概要

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

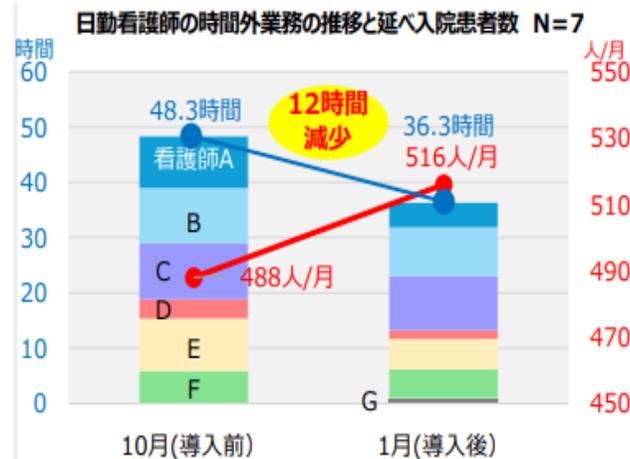


効果

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



■バイタルサイン測定機器導入による看護師の業務時間の削減



時間外業務の減少

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

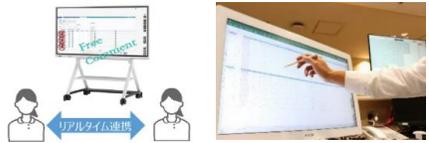
看護業務の効率化の主な例①

業務内容（行為時間） ※行為時間合計1440分（24時間）	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
A:入院（13.22分） <ul style="list-style-type: none"> ・入院オリエンテーション ・入院診療計画書 ・転倒転落アセスメント ・アナムネーゼ 等 	転倒転落アセスメント	転倒・転落予測システムAI	電子カルテに記載された看護記録をAIが解析し入院患者の転倒転落リスクを評価し、リスクの高い患者の要因を一目で把握できる。 	○転倒転落リスク判定に係る時間 患者1人につき5分 ⇒ 0分へ削減 ○転倒・転落インシデント報告件数 導入前460件 ⇒ 導入後 284件
B:情報共有（190.68分） <ul style="list-style-type: none"> ・患者等からの情報収集 ・看護師間の報告・連絡・相談 ・看護師間の申し送り ・医師への報告・連絡・相談 ・他の職種への報告・連絡・相談・調整 ・カンファレンス 等 	看護師間の報告・連絡・相談	インターコミュニケーションシステム	無線機にイヤホンとマイクを取り付けた通信機器で、携帯電話と違い、作業をする両手が空き、複数の人と同時に通話を行うことができる。 	○報告・連絡に伴う時間・移動距離の削減（日勤8時間内を想定） 導入前32分7秒/日 ⇒ 導入後0分/日
	看護師間の報告・連絡・相談	SNS: Teams等	チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有など様々な機能があり、1対1だけでなく、グループで使用できる。	○業務移動距離の減少(4~5km/日) ⇒看護師1人当たり1日100分の時間を創出⇒看護師(200名)の時間外労働が年間6000時間減少

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

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

看護業務の効率化の主な例②

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

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

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

看護業務の効率化の主な例③

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

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子(研究代表者 坂本すが)を基に医政局看護課で作成。
 ※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、患寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

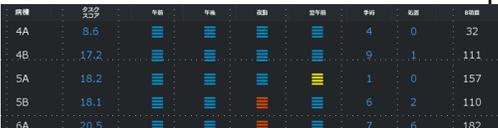
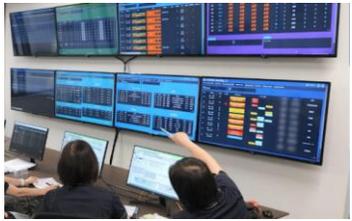
看護業務の効率化の主な例④

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

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

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

看護業務の効率化の主な例⑤

業務内容 (行為時間)	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
<p>※行為時間合計1440分(24時間)</p> <p>G:搬送・移送 (10.21分)</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の搬送 薬・検体・書類の搬送 	薬・検体・書類の搬送	物品搬送ロボット	<p>ロボットが検体や薬剤等を搬送する。</p> 	○削減された搬送業務時間：約69時間/月の短縮
<p>H:点検作業 (5.14分)</p> <ul style="list-style-type: none"> 機器類の点検(車いす・酸素ボンベ・DC等) 病棟の安全や管理の点検(施設、消防設備等) 薬品や物品の使用期限の点検 	機器類の点検	<p>総合滅菌管理システムAries/IoT(Internet of Things)技術</p>  <p>GS1識別コード</p>	<p>個々の手術機器に二次元バーコードが貼付され、洗浄・組立・滅菌・保管・使用・回収使用履歴管理ができ、手術準備等が効率的に行える。</p> 	<p>○手術1件の器械組み立てに要する時間が 566.3秒 ⇒ 312.8秒</p> <p>○手術件数が1,134件増加</p>
<p>I:その他(297.50分)</p> <ul style="list-style-type: none"> ME機器の取り寄せ・管理・返却 書類の作成 電話対応 業務に関する打ち合わせ 委員会・会議 等 	その他	<p>患者および病院資源の統合システム</p> 	<p>入院、退院、検査、バイタルサイン等の情報をリアルタイムに把握、集約することで、業務量の可視化や業務の最適化が行える。</p> <p>※手術件数、内視鏡件数、血管造影件数、化学療法件数、呼吸器稼働台数等の指標からタスクスコアを算出。</p> 	<p>○ベッドコントロールがスムーズにできるようになり、病床稼働率が89.9%から94.1%へ上昇</p> <p>○看護師の応援体制が強化され、一般急性期病棟の超過勤務時間が5,700時間(1,100万円以上)減少</p>

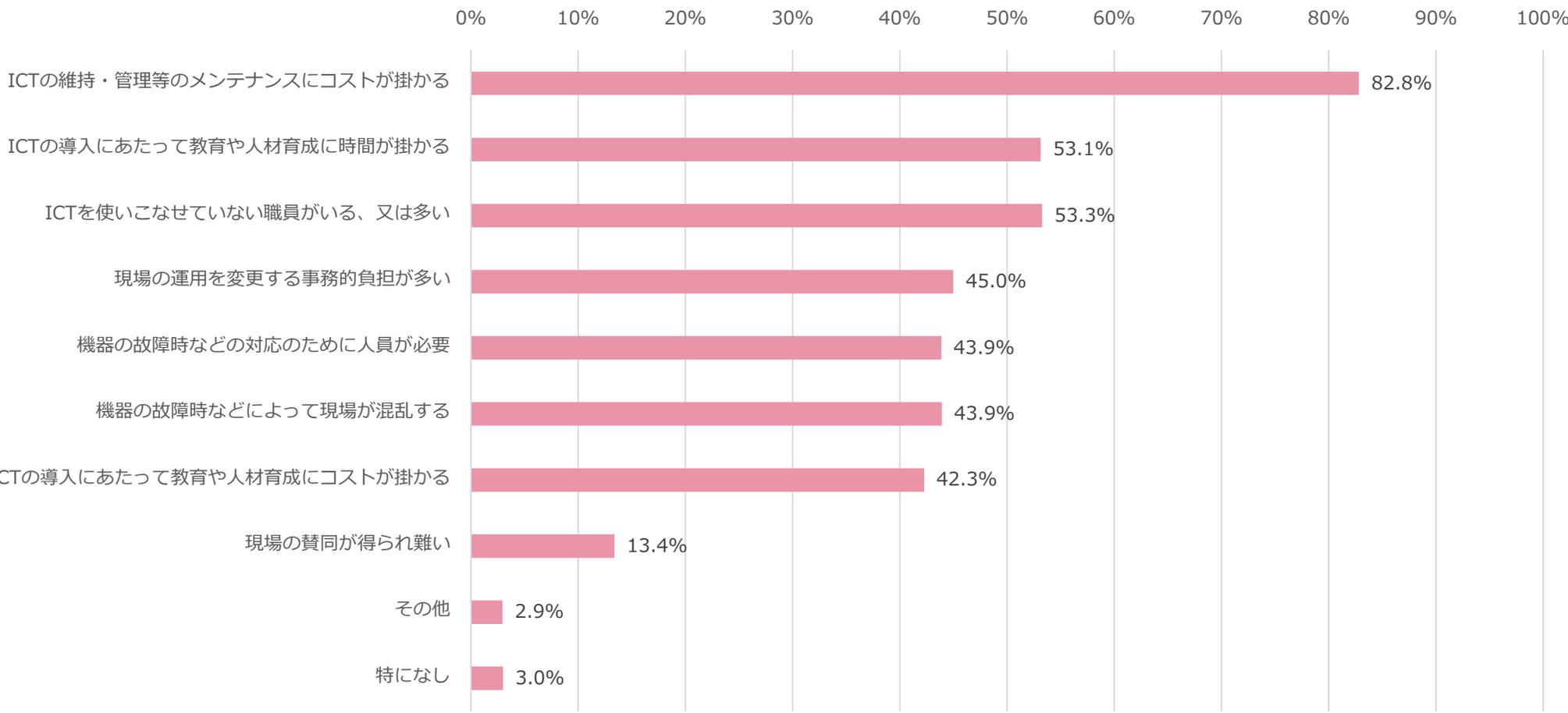
※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子(研究代表者 坂本すが)を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、119 恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

ICT機器活用継続についての課題

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

ICT活用継続に係る課題（複数回答）（N=2,309）



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A～D票））

働き方・タスクシフト／シェアに係る現状と課題②

(ICT活用について)

- ・ 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、令和6年度診療報酬改定において「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位置づけられた。
- ・ 令和6年度補正予算では、人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ（生産性向上・職場環境整備等事業）として、生産性向上に資する取組として、ICT機器の導入による業務の効率化、職員間の情報伝達の効率化（チーム医療の推進）等の対応がなされた。
- ・ ICT（情報通信技術）の活用状況について、「活用している」は72.9%であった。入院料別には、特定機能病院は10割、急性期一般入院料1では約9割が活用していると回答した。一方で、地域入院料1～3、療養病棟入院料は約4割が活用していると回答した。
- ・ ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組は、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」68.0%、「勤怠管理のICT化」63.8%、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」35.6%が進められていた。
- ・ ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について、入院料別についてみた場合、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」、「勤怠管理のICT化」、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」、「患者向け説明動画（入院前、術前）」において、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料において取組が進んでいる。また、「音声入力システムの活用（カンファレンス記録）」について特定機能病院入院基本料において取組が進んでいる。
- ・ 看護職員の記録に関する負担軽減の取組として、電子カルテシステム等を活用した入力の簡易化が66.9%、書類の記載項目の簡素化が35.1%であった。ICTを活用した取組としては、「電子カルテシステム等を活用したカルテ様式間の自動転記」31.5%、「バイタルサイン等の測定機器からの自動入力」26.4%、「文書作成補助システムの活用」20.1%であった。
- ・ ICT機器活用継続についての課題について、「ICTの維持・管理等のメンテナンスにコストがかかる」が82.8%、「ICTを使いこなせていない職員がいる又は多い」53.3%、「ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間がかかる」53.1%であった。

【課題】

- 看護業務におけるICT機器活用について、活用している医療機関の状況や、看護業務の効率化や省力化に資する例がみられることを踏まえ、現状をどのように評価するか。

3. 働き方・タスクシフト/シェア(その3)

3-1. 看護職員の働き方について

3-2. 看護職員のICT活用について

3-3. 特定行為研修、タスクシフト/シェア

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

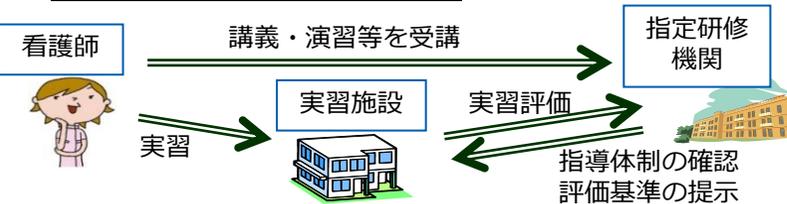
- さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設（平成27年10月）し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成している。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理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



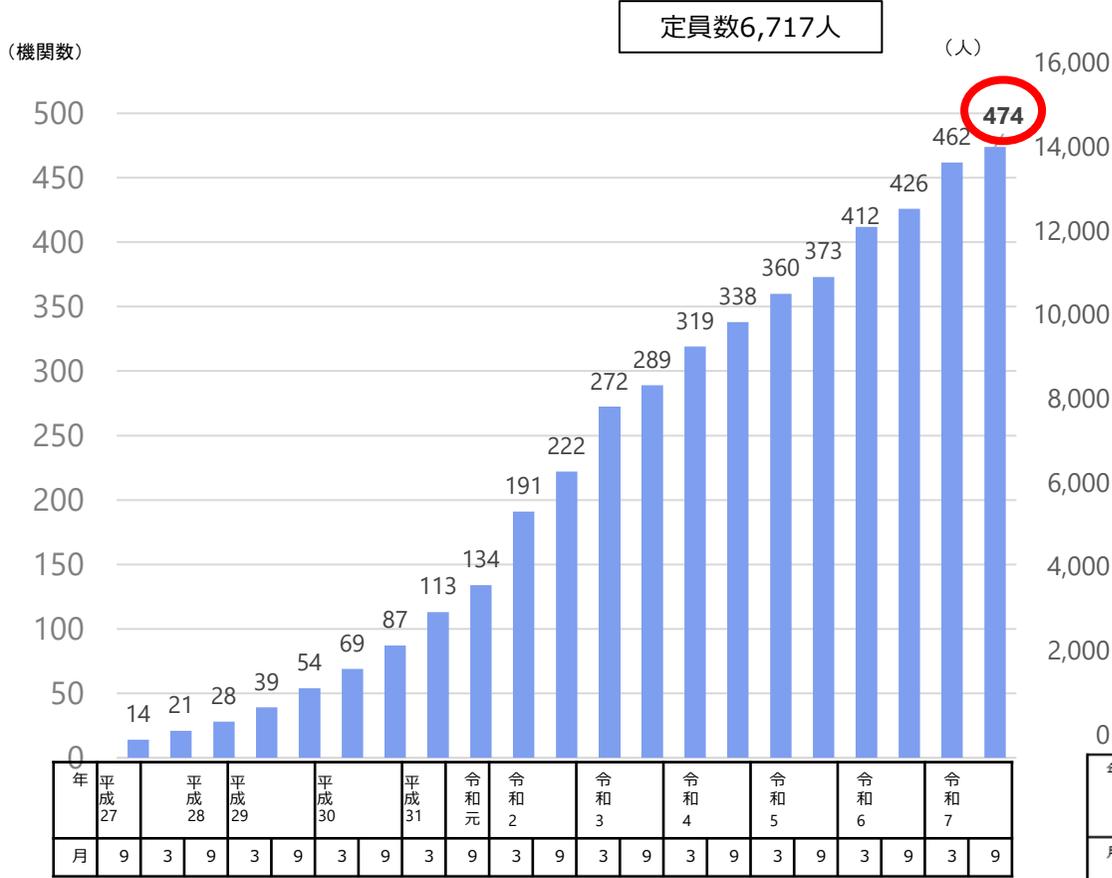
「区分別科目」 特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修	
特定行為区分（例）	時間数
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	9
創傷管理関連	34
創部ドレーン管理関連	5
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	16
感染に係る薬剤投与関連	29

※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

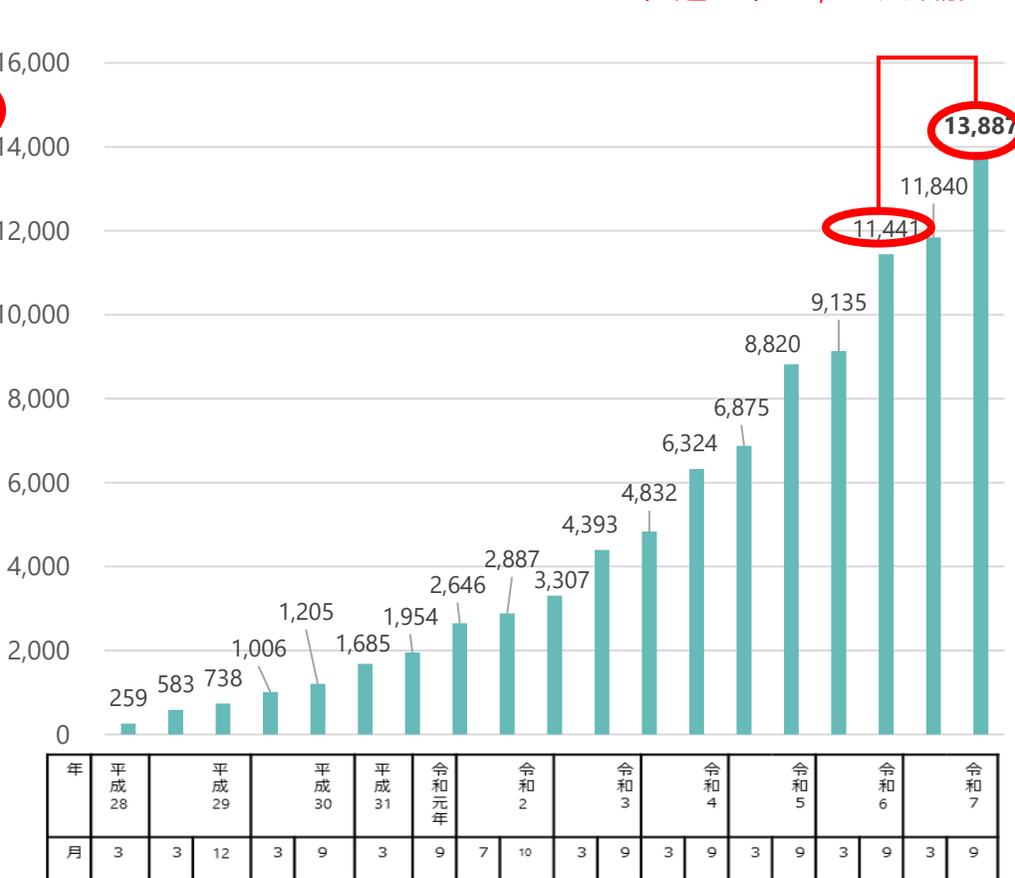
- 特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和7年9月現在で**474**機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は**6,717**人である。
- 特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和7年9月現在で**13,887**人である。

■ 指定研修機関数の推移



■ 特定行為研修修了者数の推移

直近1年は2,446人増加



年間増加数 14 26 33 47 88 67 49 35 53 48

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

特定行為研修を行う指定研修機関等の状況

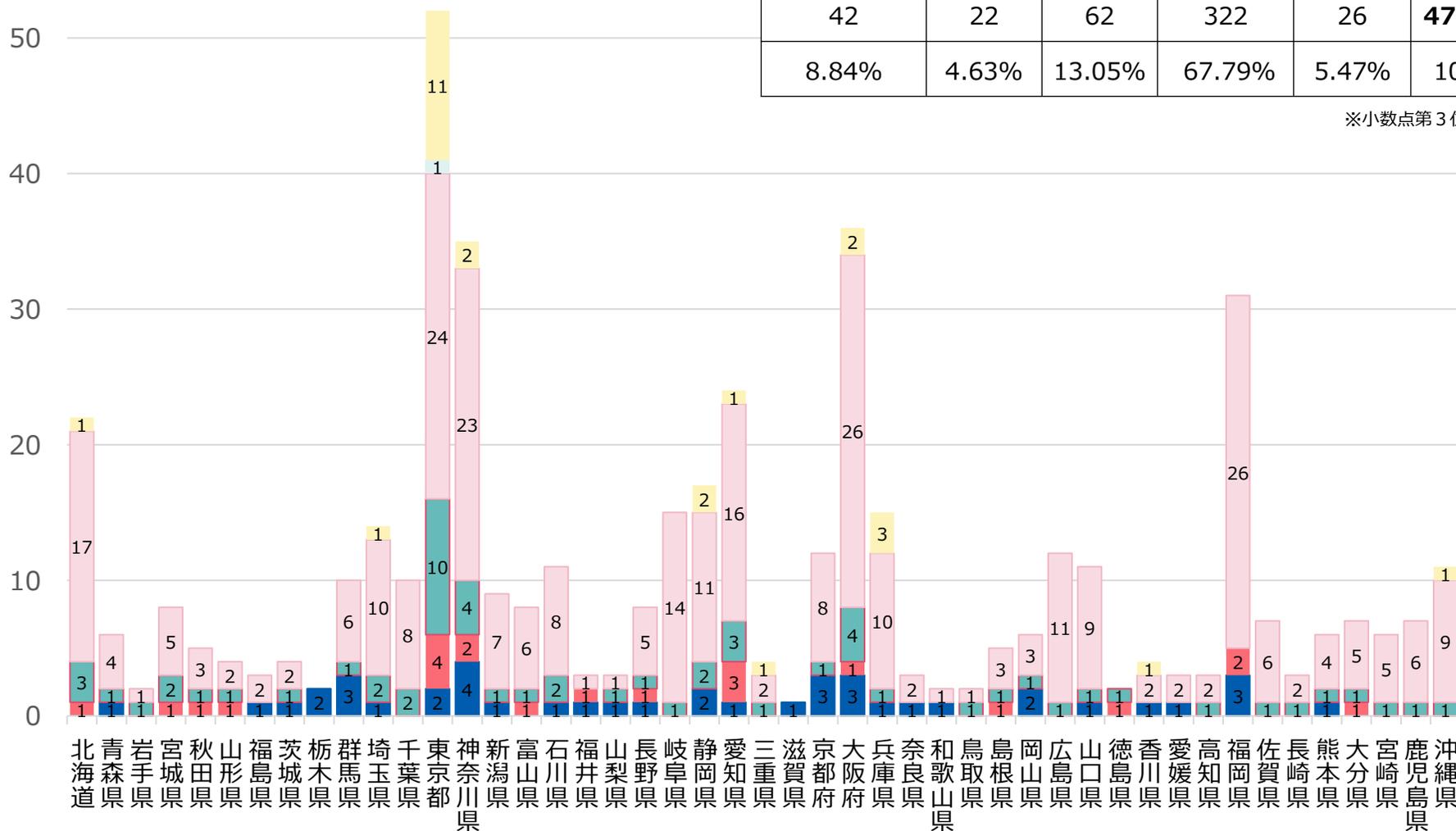
■都道府県別指定研修機関数(令和7年9月現在)

■施設の種別別指定研修機関数(令和7年9月現在)

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

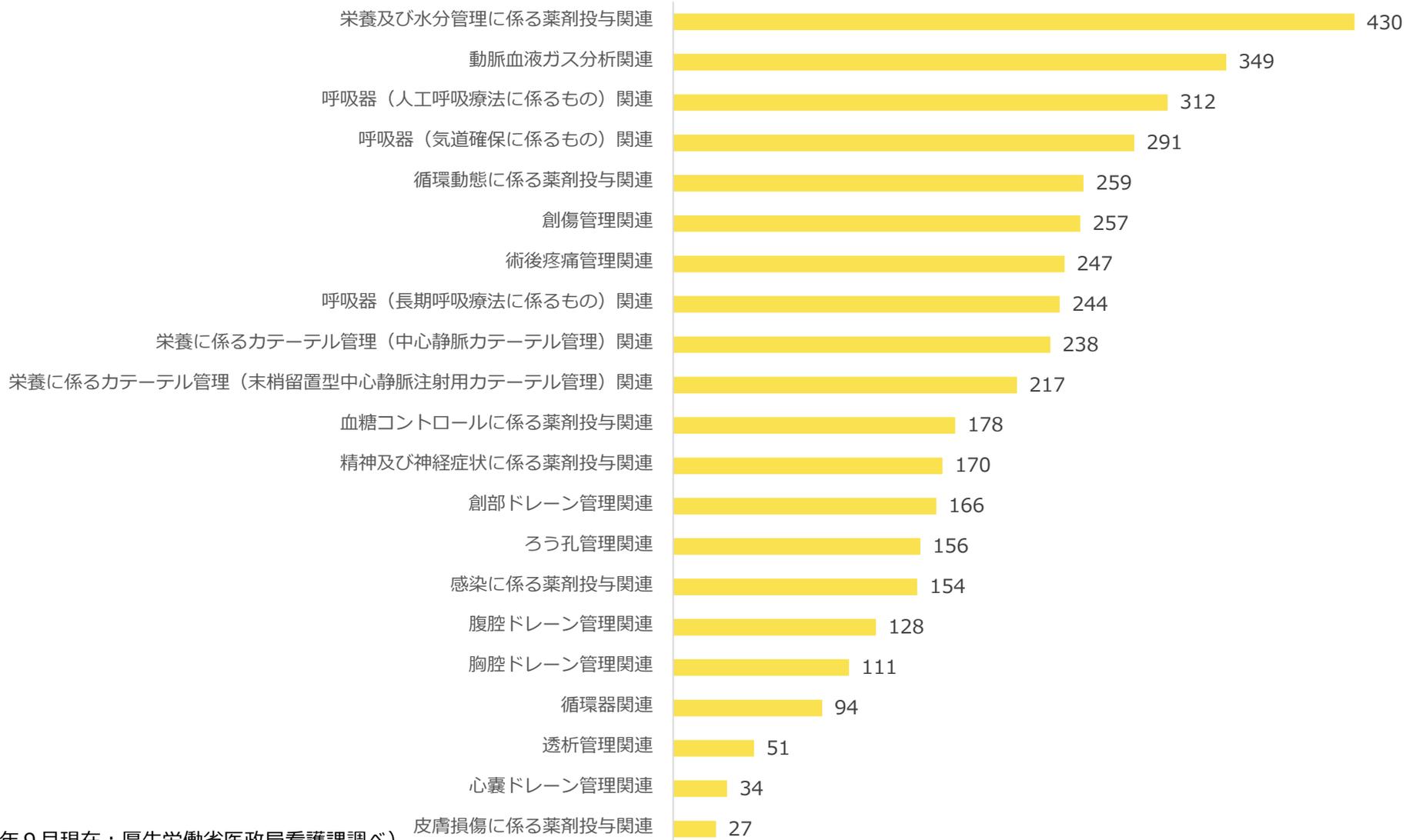
※小数点第3位を四捨五入

(機関数)



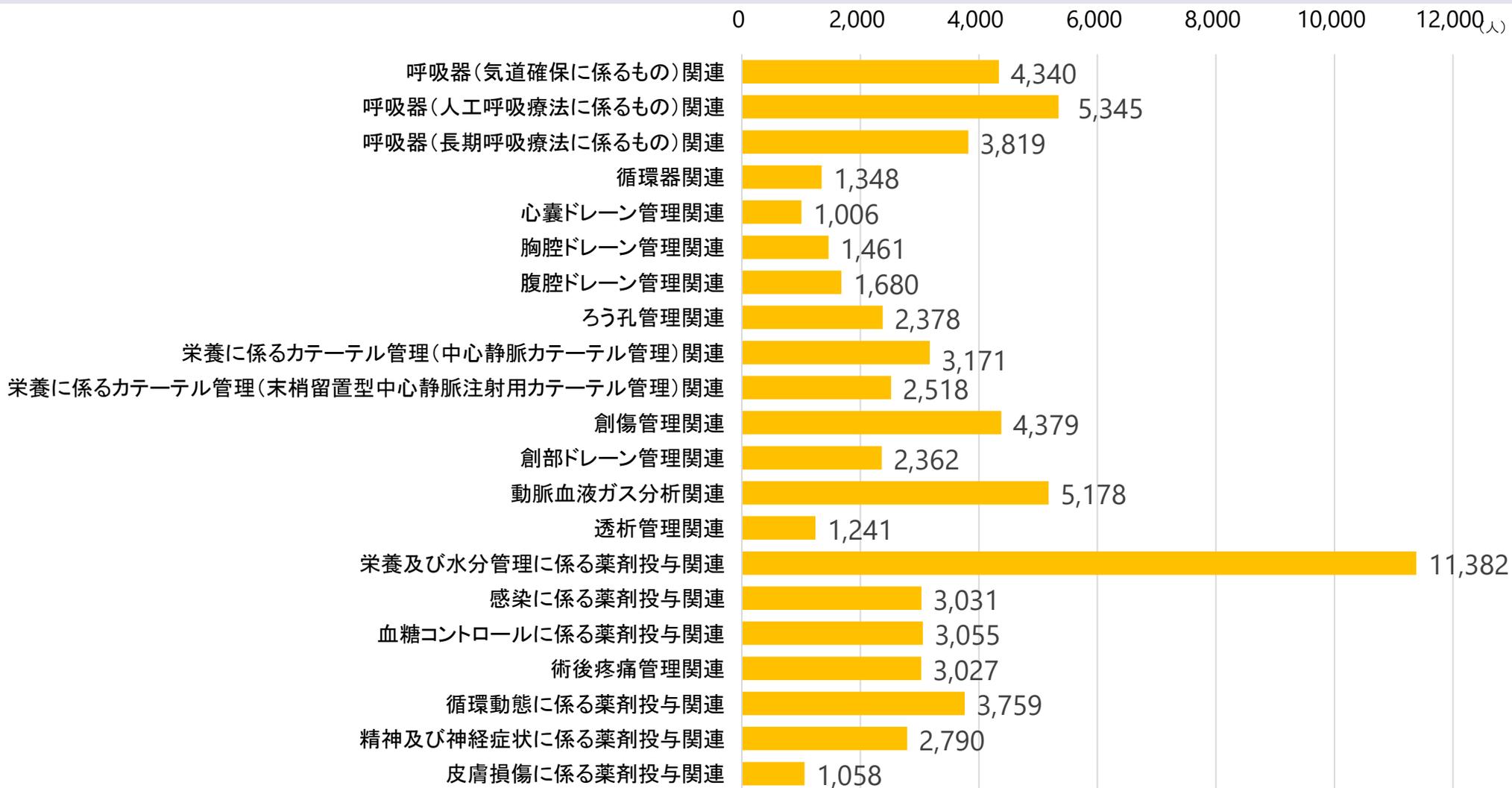
特定行為区分別の指定研修機関の指定数

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



特定行為区分別の特定行為研修を修了した看護師数

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



特定行為研修修了者数： 13,887名 (令和7年9月現在)

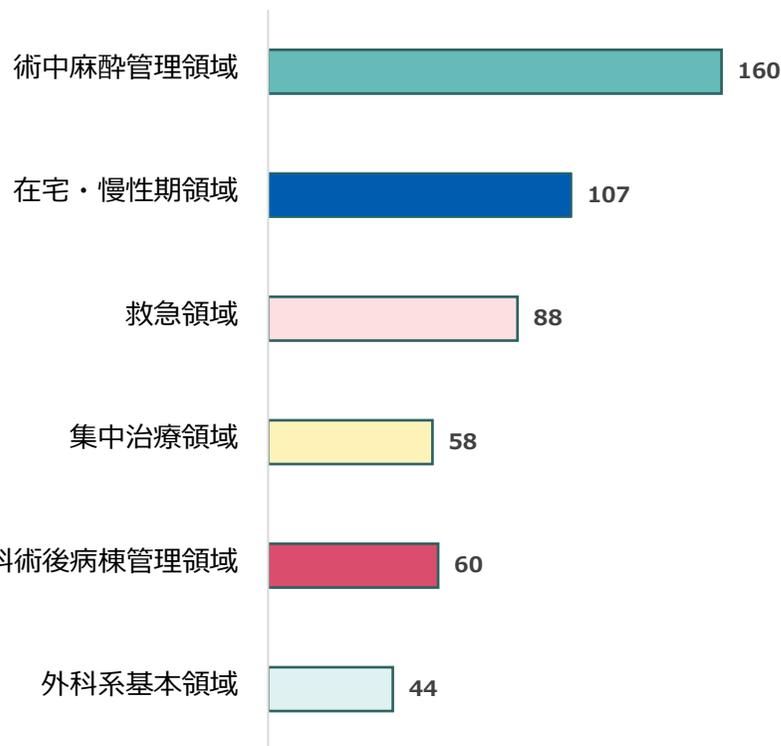
各区分別修了者数の合計値：68,328名

領域別パッケージの特定行為研修指定研修機関数推移及び修了者数推移

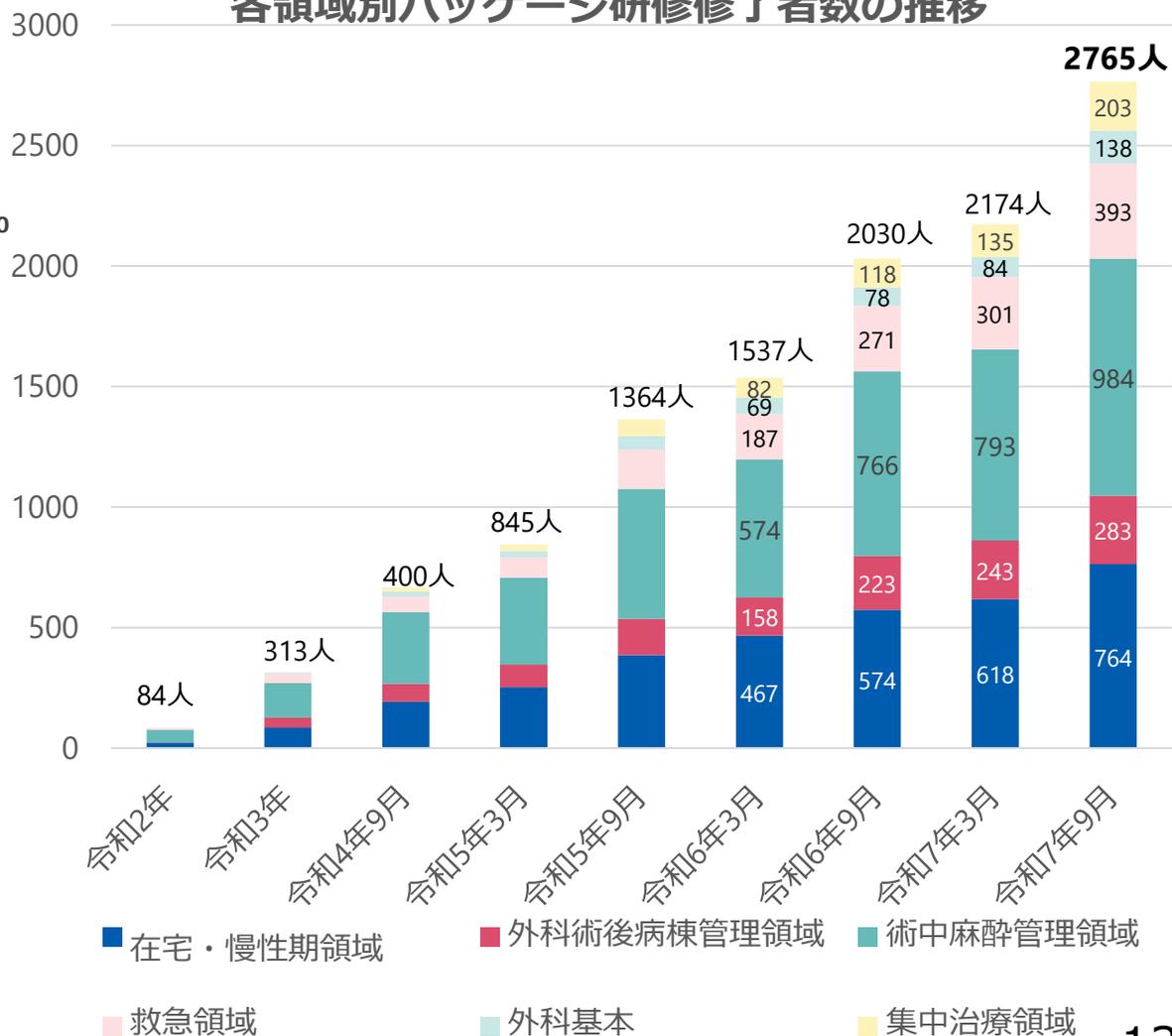
領域別パッケージ研修において令和7年9月で、指定研修機関は277機関、修了者数は2,765人となった。

各領域別のパッケージ研修実施

指定研修機関数



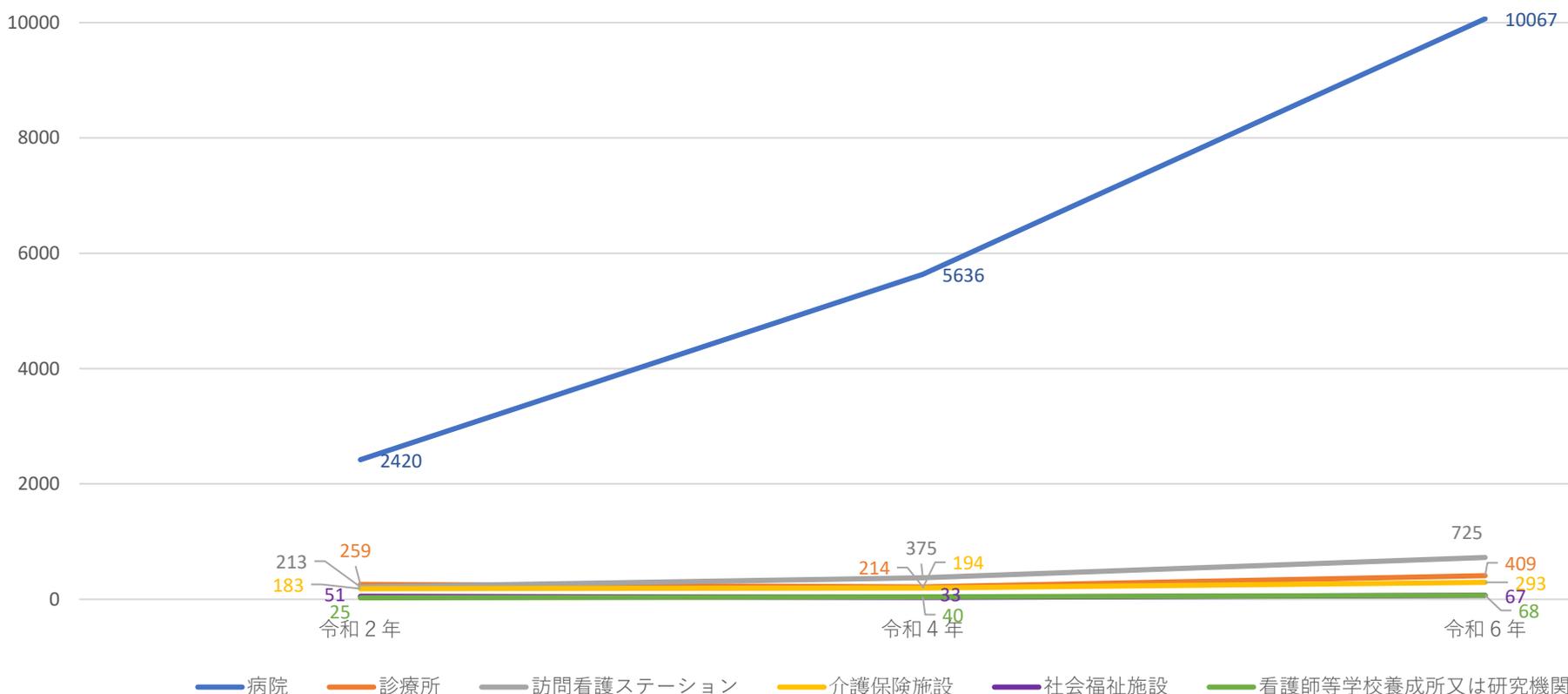
各領域別パッケージ研修修了者数の推移



就業場所別の特定行為研修修了者の就業状況

	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
【令和2年】								
就業者数（人）	2,420	259	213	183	51	25	39	3,190
割合	75.9%	8.1%	6.7%	5.7%	1.6%	0.8%	1.2%	100.0%
【令和4年】								
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%
【令和6年】								
就業者数（人）	10,067	409	725	293	67	68	80	11,709
割合	85.9%	3.5%	6.2%	2.5%	0.6%	0.6%	0.7%	100.0%

単位（人）



特定行為研修修了者の就業状況

【就業場所別】

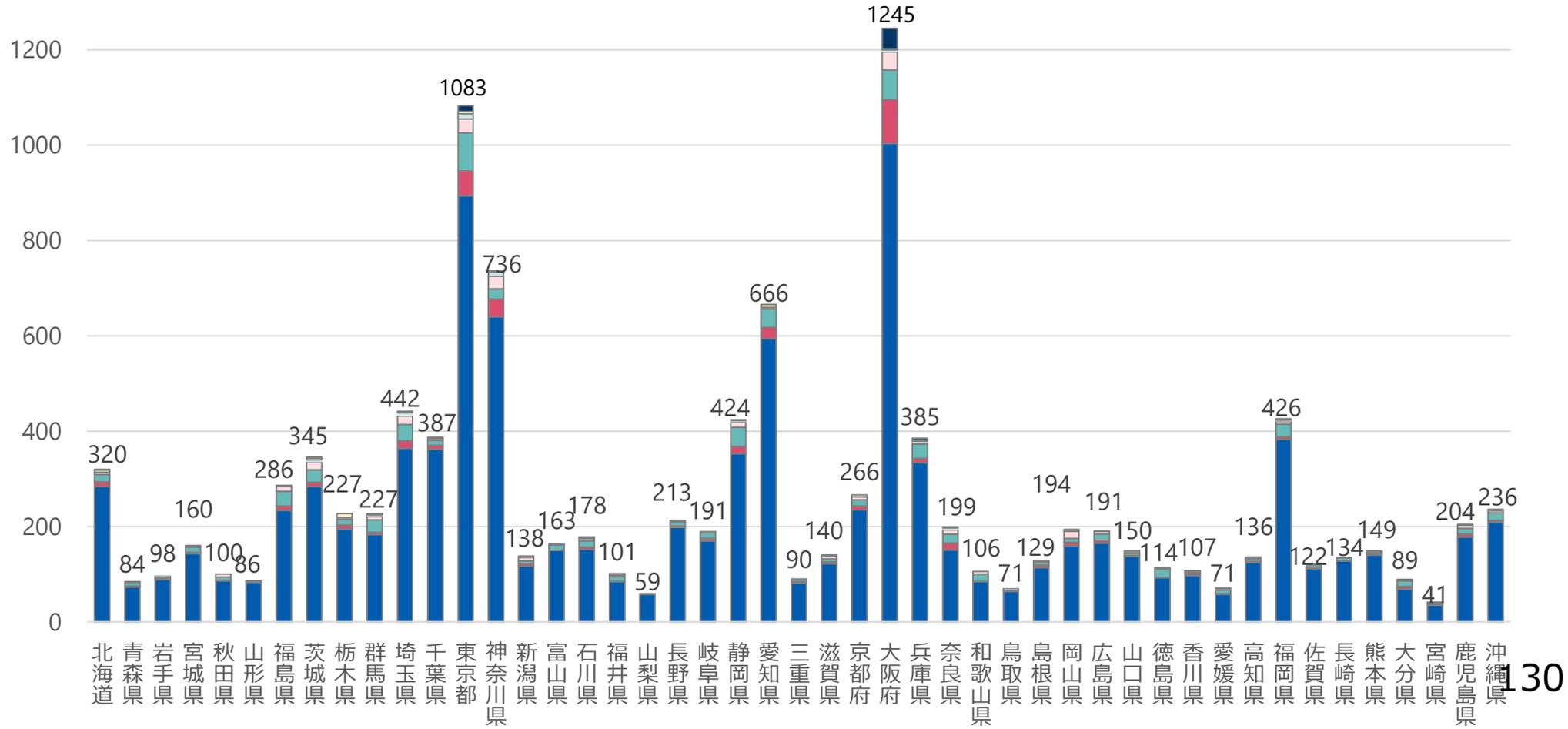
【出典】令和6年度衛生行政報告例より看護課作成

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

【都道府県別】

(人)

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



感染対策向上加算等における専従要件の明確化

感染対策向上加算等における専従要件の明確化

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

現行

【感染対策向上加算】

[施設基準]

感染対策向上加算 1

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

ア～エ (略)

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

(中略)



改定後

【感染対策向上加算】

[施設基準]

感染対策向上加算 1

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

ア～エ (略)

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

介護保険施設等は次に掲げるものをいう。

イ 指定介護老人福祉施設 □ 指定地域密着型介護老人福祉施設 ハ 介護老人保健施設

ニ 介護医療院 ホ 指定特定施設入居者生活介護事業所

ヘ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所

ト 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所

チ 指定認知症対応型共同生活介護事業所 リ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

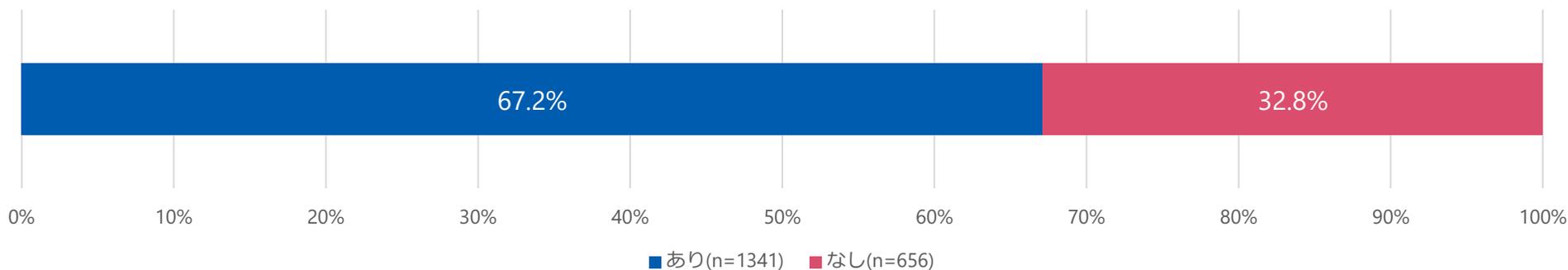
又 指定障害者支援施設 ル 指定共同生活援助事業所 ヲ 指定福祉型障害児入所施設

(中略)

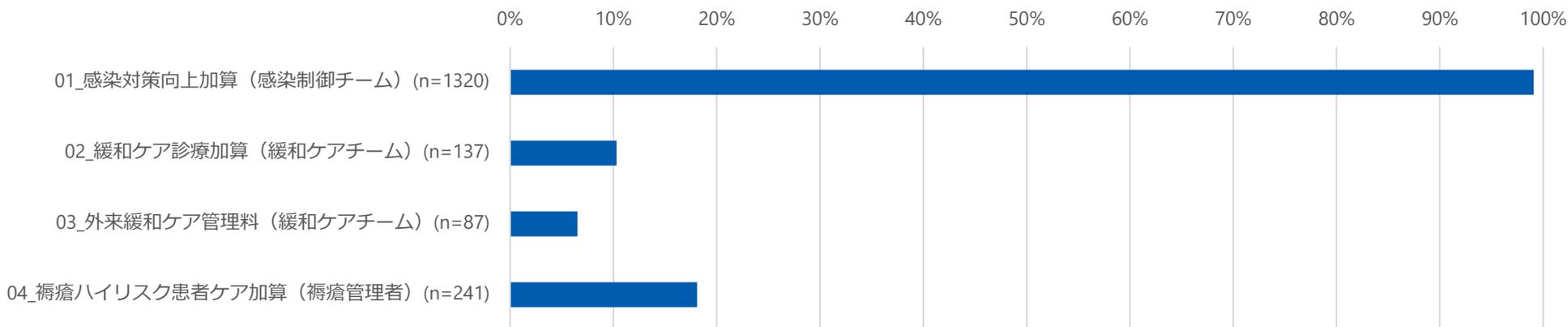
※緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算も同様。

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

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



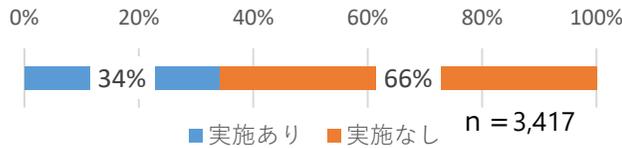
活用している加算



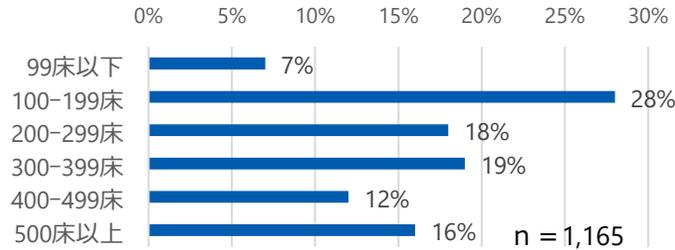
病院と介護保険施設等との連携

- 地域の介護保険施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が一定存在しており、病院規模に関わらず、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が訪問による支援等を実施している。
- 今後、このような取組を推進していくためには、医療機関独自の取組だけでなく、都道府県単位での調整等、効率的な実施に係る体制を整備することが重要。

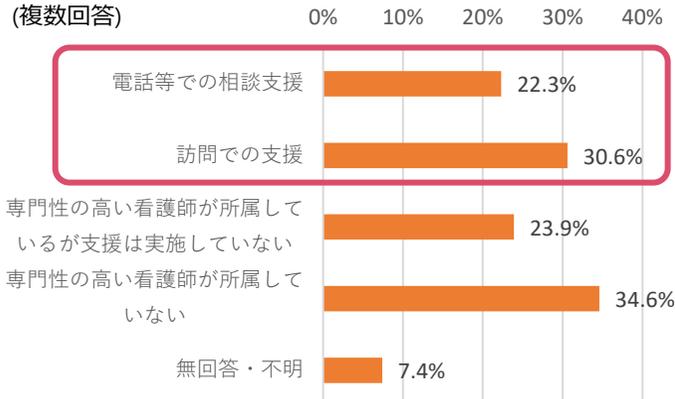
■看護師による介護施設等への支援を実施している病院



■支援実施病院の病床規模割合



■特定行為研修修了者等による地域の介護施設等での活動状況 (複数回答)



■看護師による支援内容別の実施病院割合 (複数回答)

調査対象：全国8,079病院 回収数：3,417病院

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

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

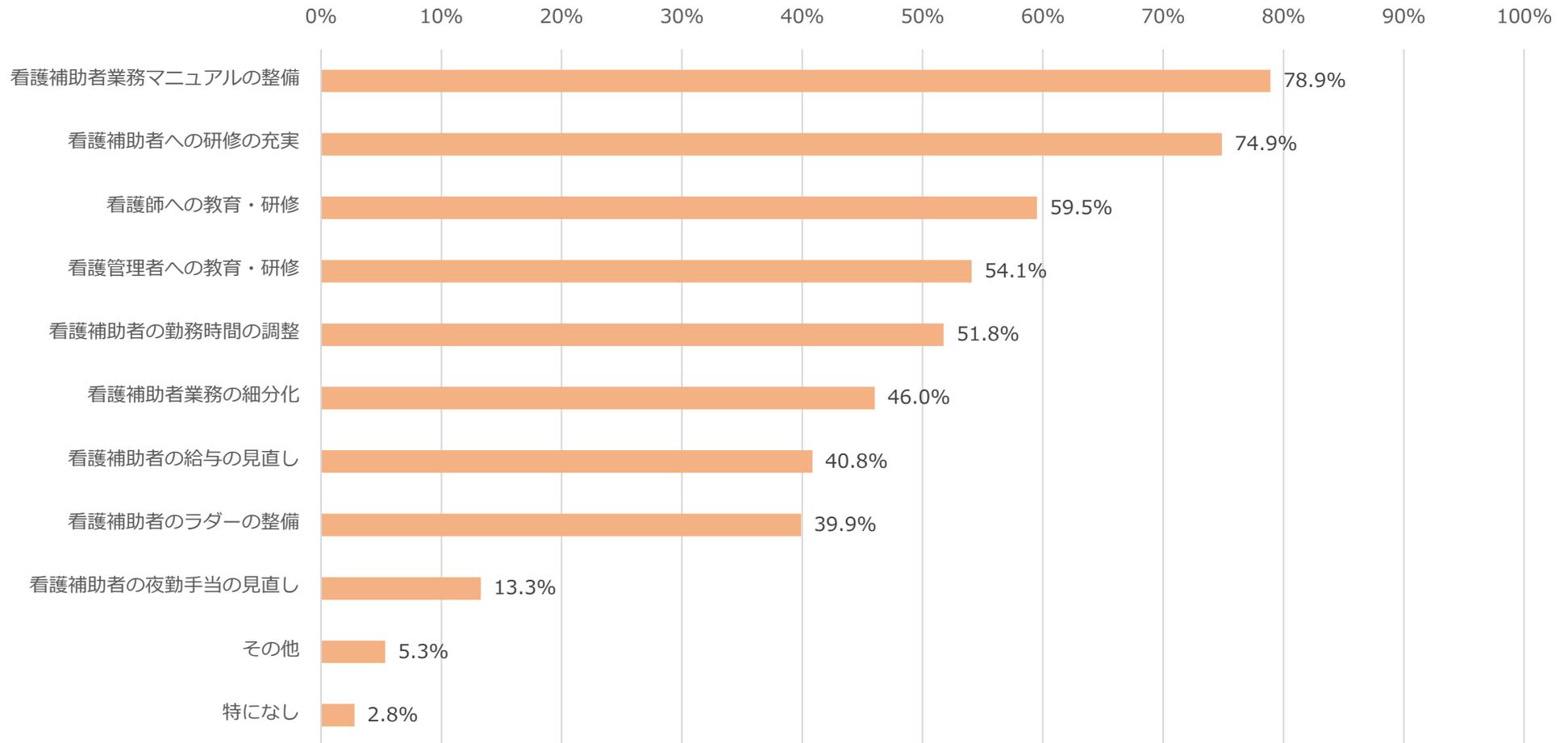
- 看護補助者の配置に係る評価における夜間看護体制加算の評価を見直す。

※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

看護補助者の定着を促進するための取組について

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

看護補助者の定着を促進するための取組（複数回答あり）（n=3,188）

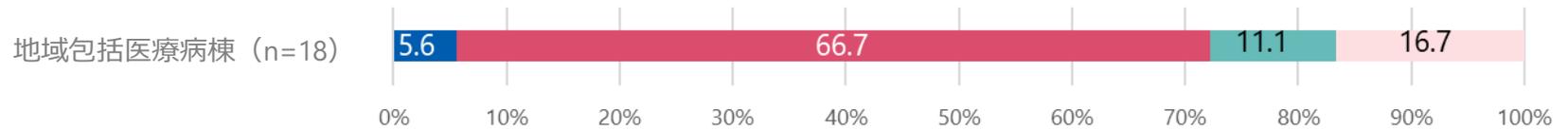


「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」について

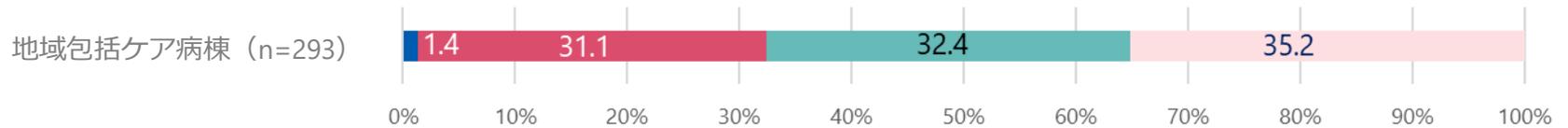
診調組 入-1参考資料
7 . 5 . 2 2 改

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

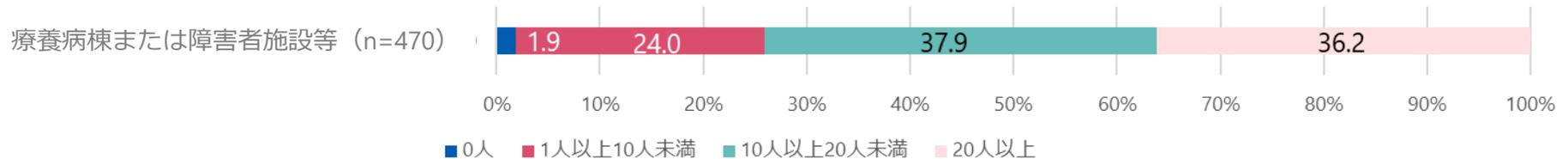
地域包括医療病棟入院料を算定し、看護補助体制充実加算 1～3 のいずれかを届け出ている施設における
「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数



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



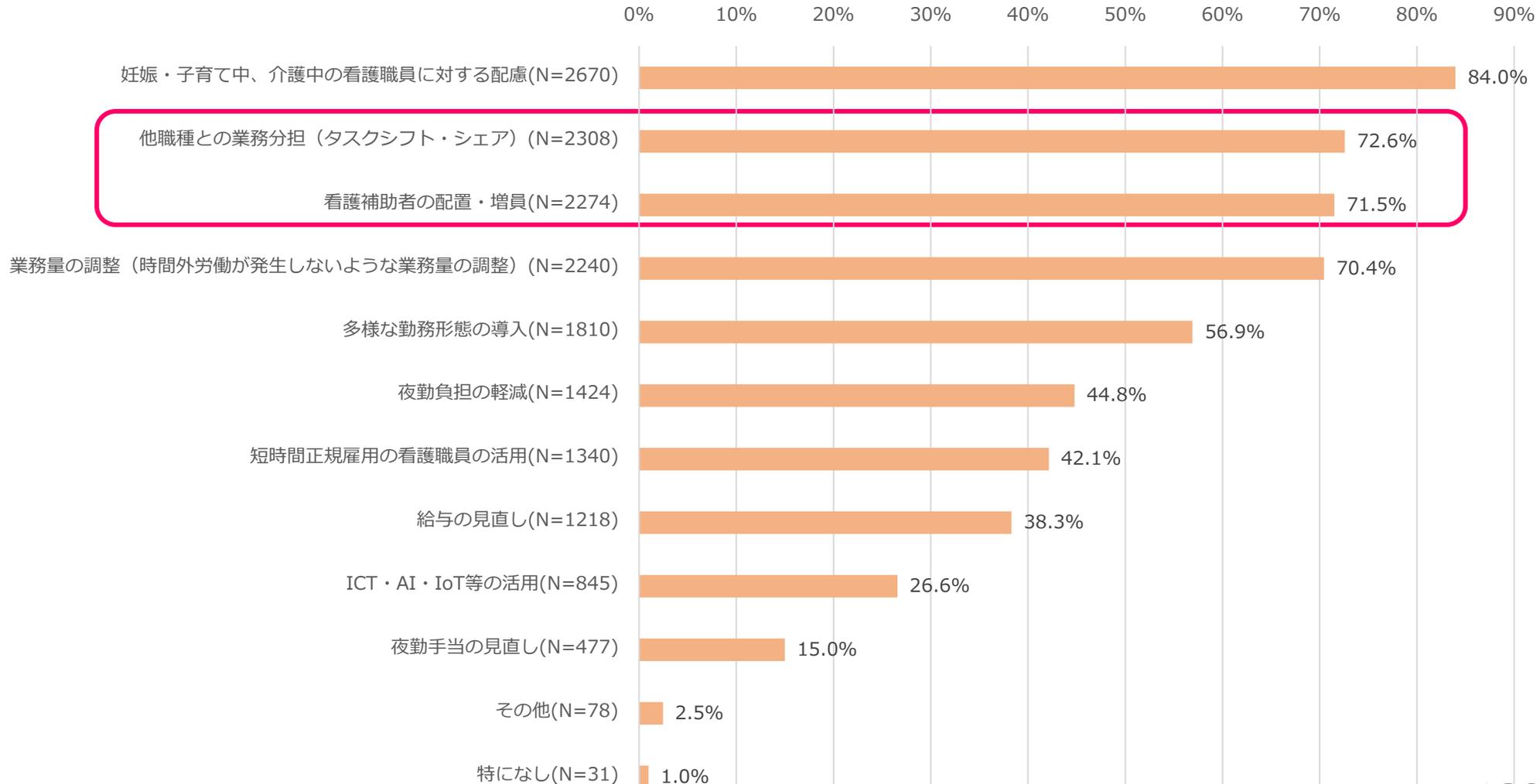
療養又は障害を算定し看護補助体制充実加算 1～3 のいずれかを届け出ている施設における
「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数



看護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

- 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を尋ねたところ、「他職種との業務分担（タスクシフト・シェア）」は72.6%、「看護補助者の配置・増員」は71.5%で実施されていた。

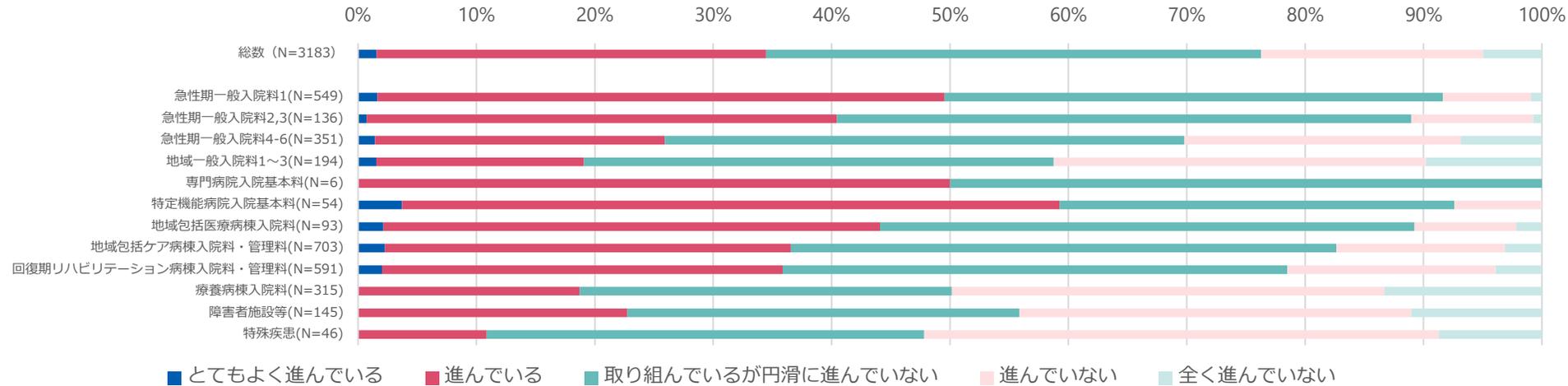
看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施している内容(N=2274)



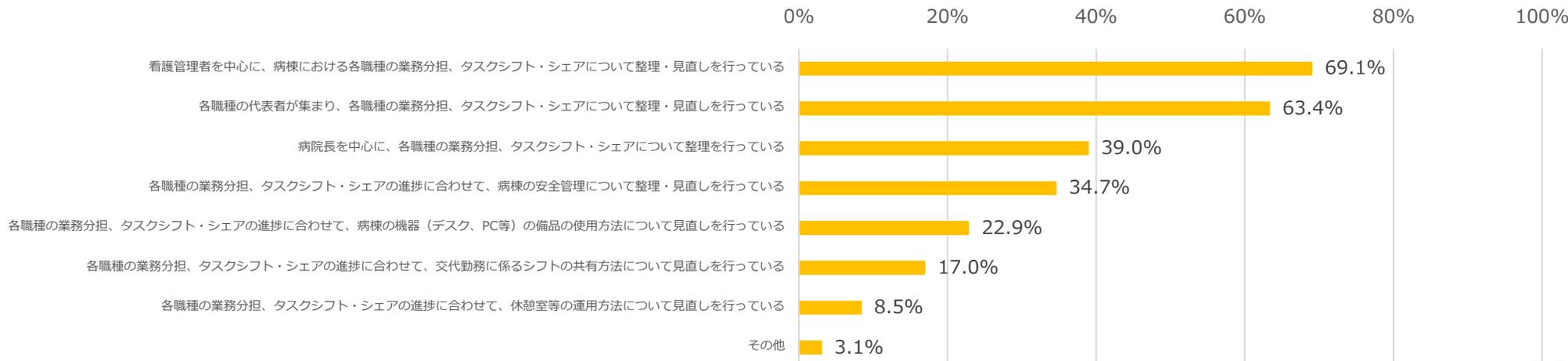
タスクシフト・シェアの進捗、工夫・取組について

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

タスクシフト・シェアの取組の進行状況について



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



働き方・タスクシフト/シェアに係る現状と課題③

(特定行為研修について)

- ・特定行為研修の領域別パッケージ研修において、令和7年9月で、指定研修機関は277機関、修了者数は2,765人となった。
- ・令和6年時点において、特定行為研修修了者の85.9%は病院に就業している。
- ・令和6年度診療報酬改定では、感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化している。
- ・令和6年度入院・外来医療等における実態調査において、感染症対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定している場合、専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じて助言に係る業務を行っているのは67.2%であった。
- ・地域の介護保険施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が一定存在しており、病院規模に関わらず、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が訪問による支援等を実施している。今後、このような取組を推進していくために、効率的な実施に係る整備が進められることが期待されている。

(タスクシフト/シェアについて)

- ・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組として、「他職種との業務分担（タスクシフト・シェア）は72.6%で実施されていた。
- ・病棟業務におけるタスクシフト・シェアの取組の進行状況について、「とてもよく進んでいる」は1.6%、「進んでいる」は32.9%であった。入院料別にみた場合、急性期一般入院料1、専門病院、特定機能病院において「とてもよく進んでいる」「よく進んでいる」は5割前後であった。
- ・「とてもよく進んでいる」「進んでいる」と回答した医療機関のうち、タスクシフト・シェアを進めるための工夫・取組について尋ねたところ、「看護管理者を中心に整理・見直しを行っている」が69.1%、「各職種の代表者が集まり整理・見直しを行っている」が63.4%であった。
- ・看護補助者の定着を促進するための取組として、「看護補助者業務のマニュアルの整備」は77.2%、「看護補助者の研修の充実」は72.7%であり、取組が進められている。
- ・看護補助体制充実加算を算定している場合の「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数は、療養病棟及び障害者施設等において「20人以上」が36.2%であり、多くの人数を配置していた。

【課題】

- 特定行為研修修了者が果たす役割について、現状をどのように評価するか。
- 看護職員から看護補助者へのタスクシフト/シェアについて、現状をどのように評価するか。

1. 包括的な機能を担う入院医療について(その3)
2. 重症度、医療・看護必要度
3. 働き方・タスクシフト/シェア(その3)
4. 病棟における多職種でのケア(その2)

4. 病棟における多職種ケア(その2)

4-1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等

4-2. 病棟における多職種の業務

4-3. 病棟における看護業務とタスクシェア

11-1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 土日祝日に提供するリハビリテーション単位数が平日の8割以上であることの要件が厳しすぎるのではないかと意見があった。
- 病棟配置によって、ADLの評価、維持や廃用予防といった観点から意義があるのではないかと意見があった。

【今後の検討の方向性】

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について、土日祝日のリハビリテーション提供量の評価のあり方について、検討する。

15-3. 栄養管理体制について

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 地域包括医療病棟で低栄養リスクの患者が多いのは、管理栄養士が病棟配置されて、的確に栄養スクリーニングが行えているという結果ではないかと意見があった。
- 低栄養リスクだけでなく、GLIM基準で低栄養と判定された患者の状況についても示せないかと指摘があった。

【今後の検討の方向性】

- 低栄養の実態を更に分析するとともに、標準的な手法による低栄養の把握を推進するための要因を検討する。

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②

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

【算定要件】 (概要)

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、**患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定**できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、**原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成**すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、**カンファレンスが定期的**に開催されていること。
- 適切な口腔ケアを提供するとともに、**口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す**こと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。**専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。**
- **専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行う**とともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

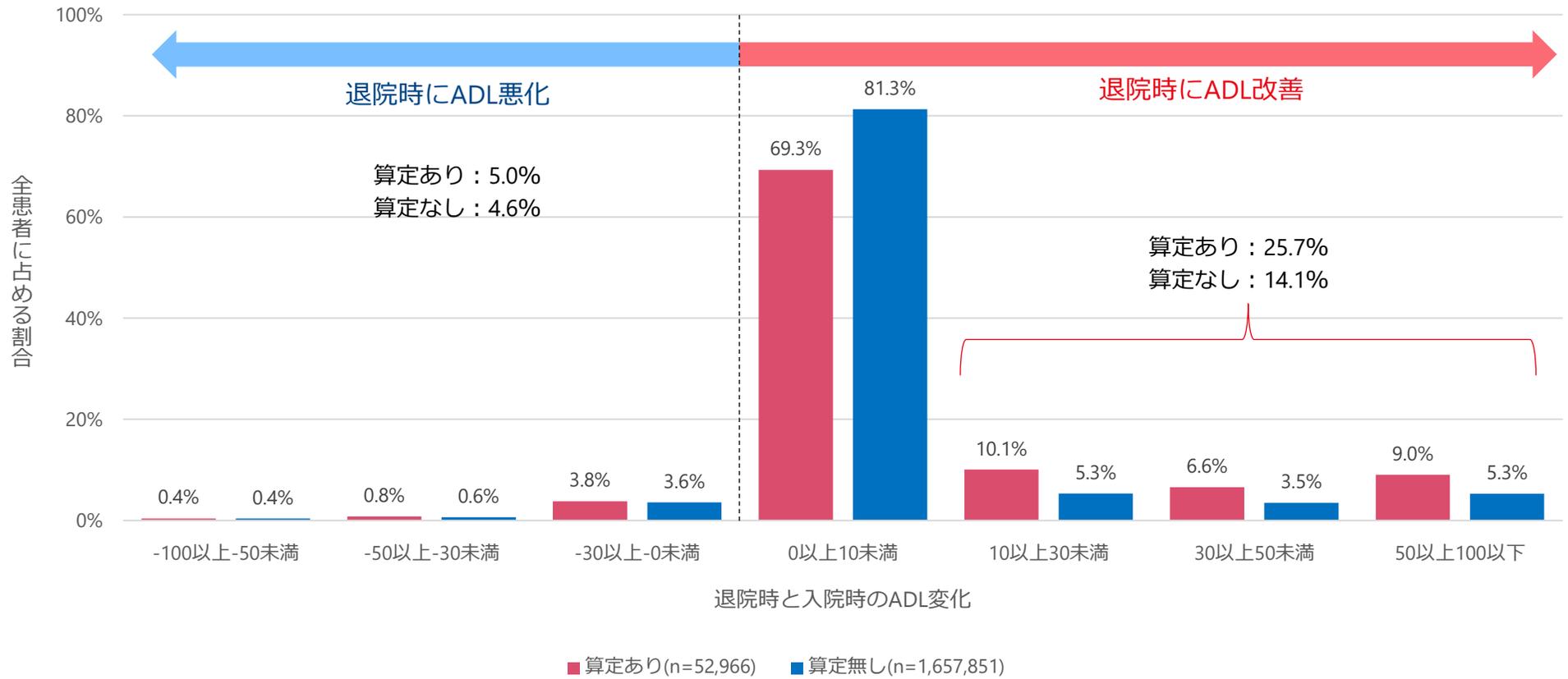
【施設基準】 (概要)

- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、**専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。**
- 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。
- 当該保険医療機関において、**一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務**していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
 - ア 疾患別リハ料が算定された患者のうち、**入棟後3日までに疾患別リハ料が算定された患者割合が8割以上**であること。
 - イ **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**であること。
 - ウ **退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満**であること。
 - エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。
- 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定とADL変化

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

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

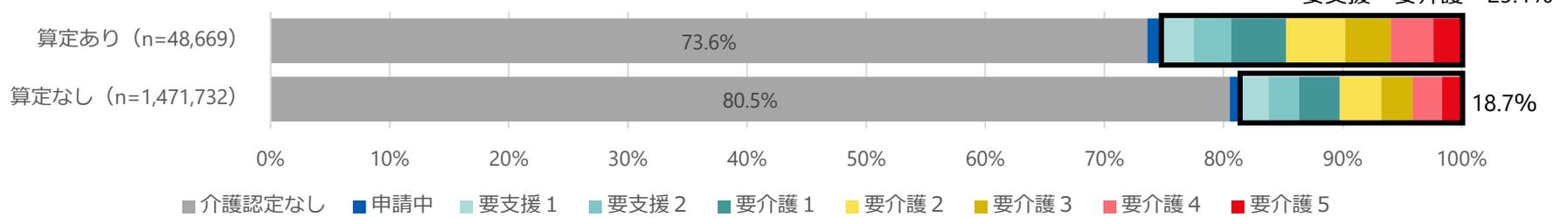


※ 退院時Barthel Index (以下BI) - 入院時BI = ADL変化として集計

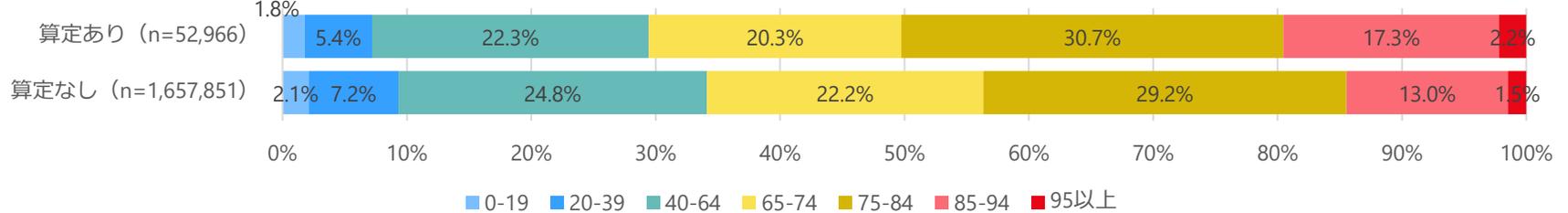
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算が算定されている患者像

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

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の有無別の要介護認定状況

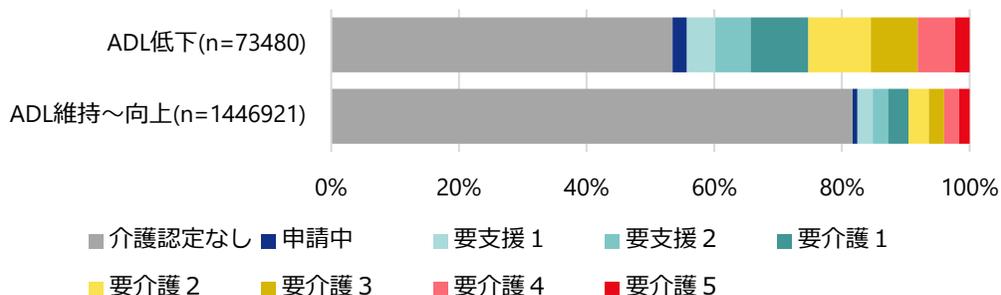


リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の有無による年齢区分

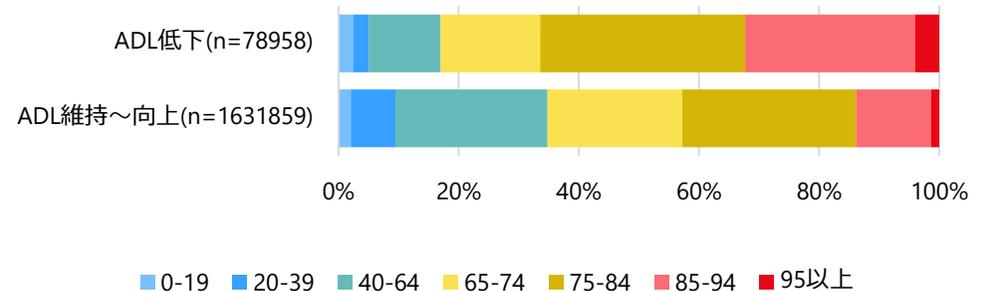


【参考】急性期一般病棟におけるADLが低下する患者の特徴

介護度



年齢区分

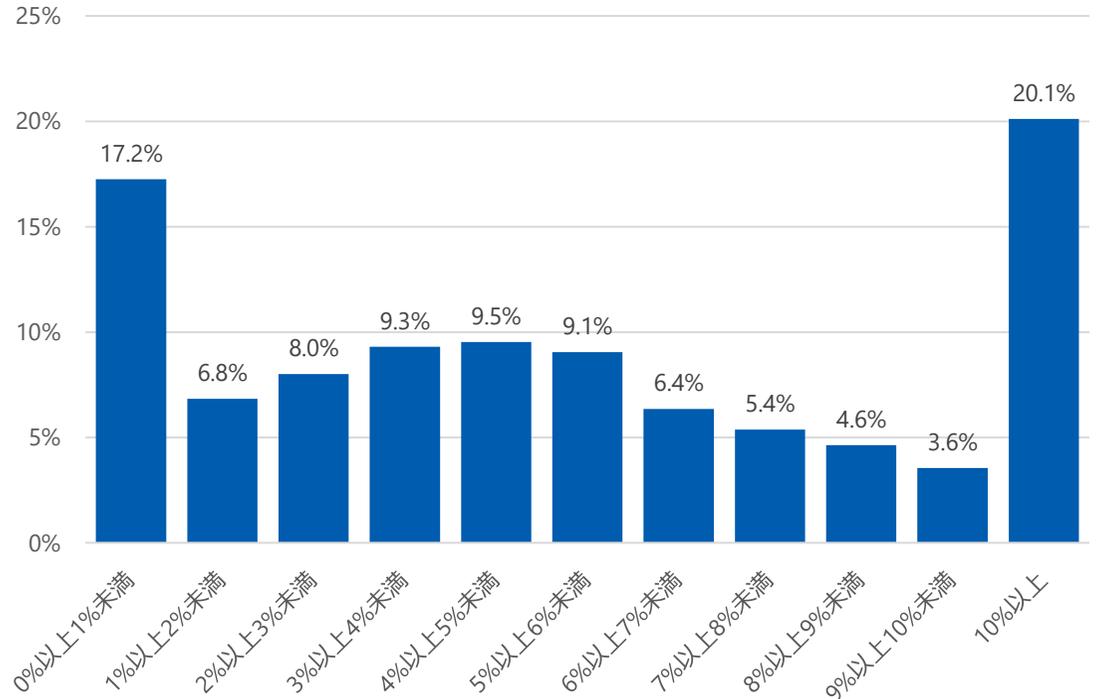
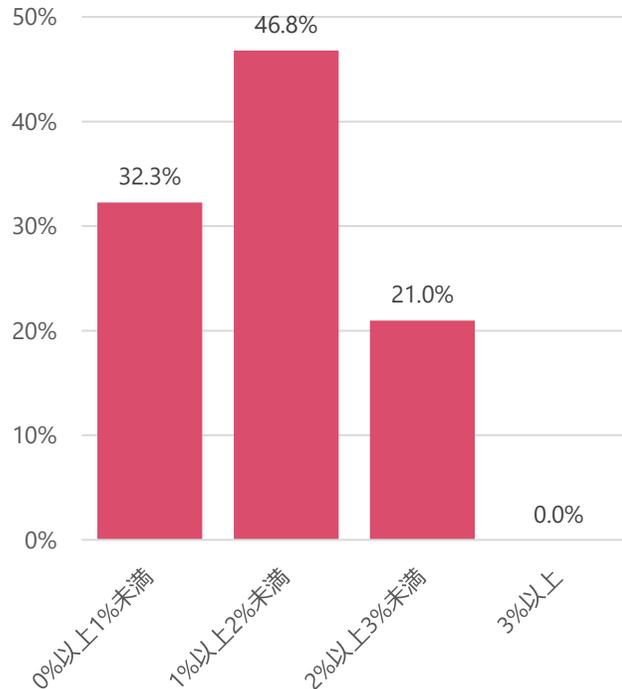


急性期一般病棟における施設ごとのADL低下割合

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

体制加算の届出施設(※)におけるADL低下割合の分布(n=62)

体制加算を算定していない施設におけるADL低下割合(n=3148)



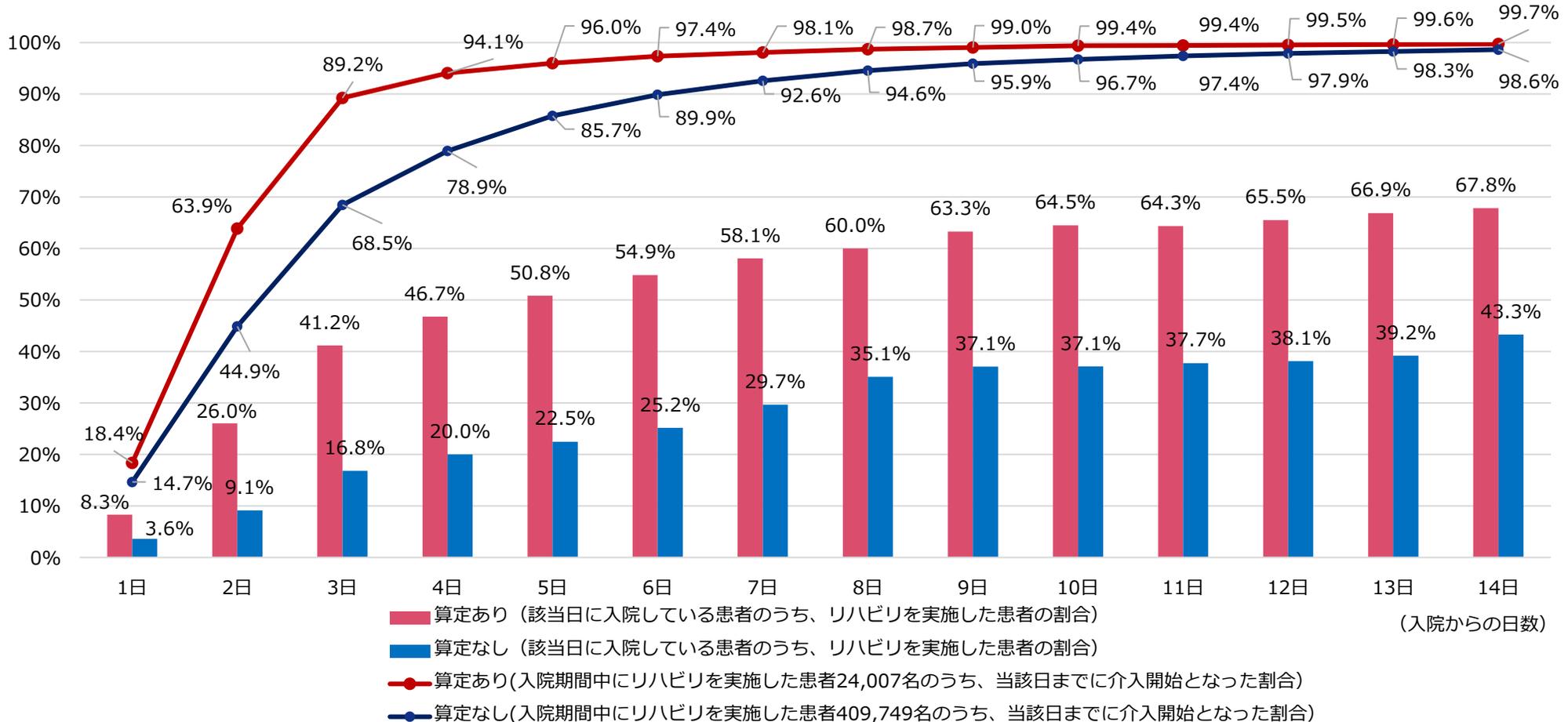
保険局医療課調べ（※令和6年8月1日定例報告におけるADL低下割合を集計した。複数の病棟で届出がある場合は、施設内の平均値を用いた。）

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

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定とリハビリ介入状況

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定ありの患者は、算定なしの患者と比べて、リハビリの実施割合が高かった。
- 算定ありの患者は、算定なしの患者と比べて、入院中にリハビリを実施された患者のうち、入院3日目までにリハビリが開始された割合が9割近くと高かった。

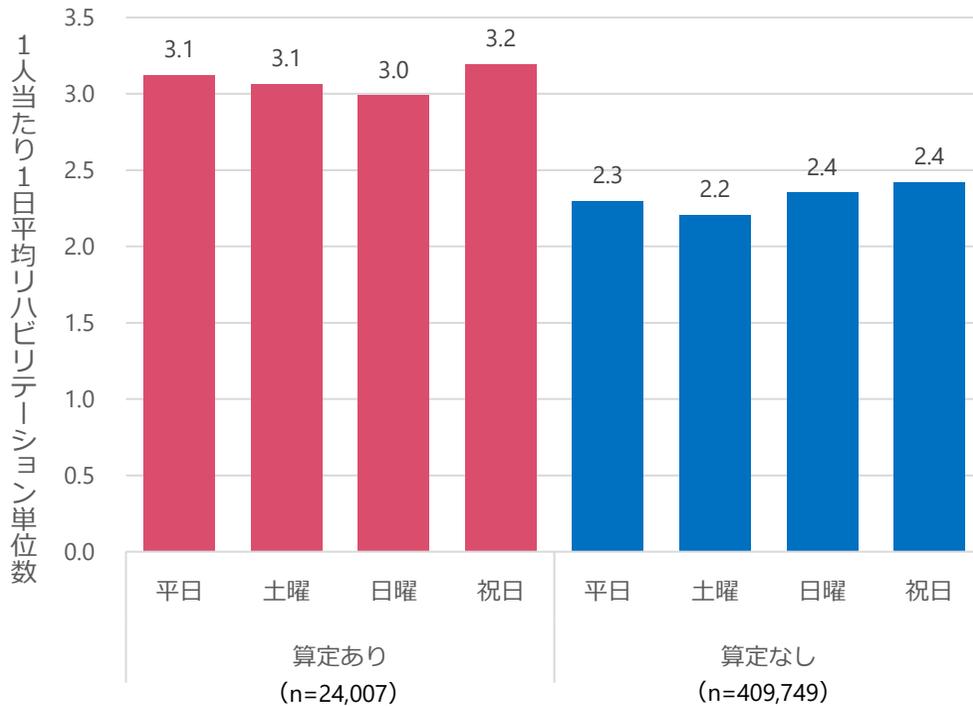
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定別のリハビリ介入状況



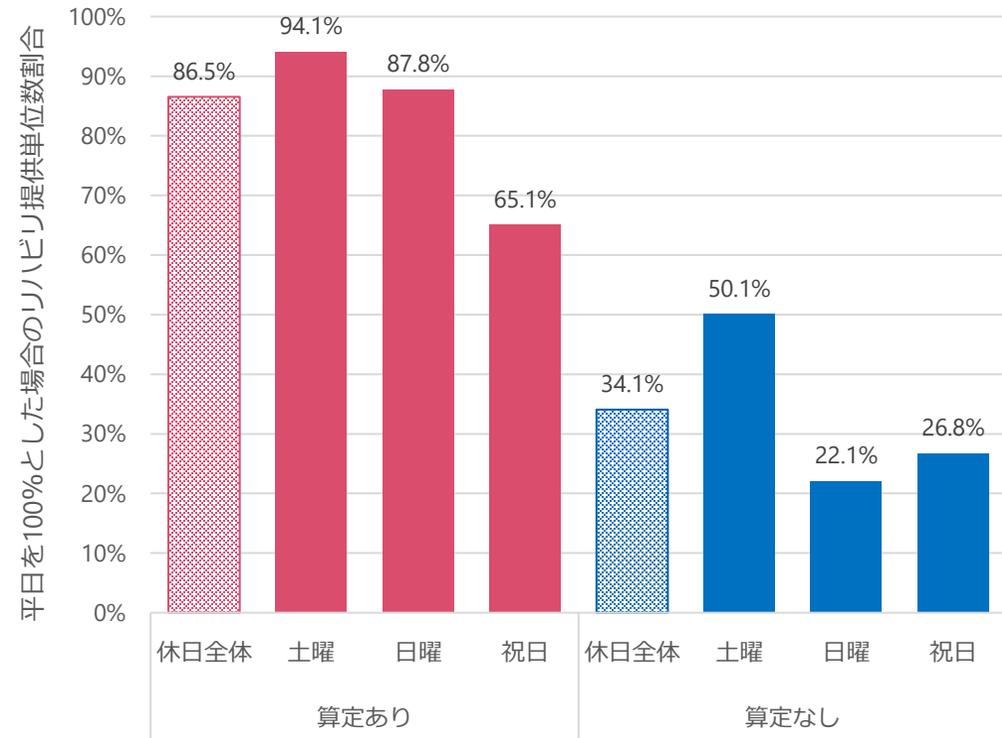
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と休日リハの実施状況

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について、患者1人当たりの1日平均リハビリ単位数は、算定なしの場合と比べて、算定ありの場合で多く、休日も平日と変わらなかった。
- 土日祝日の施設全体におけるリハビリ提供量は、算定ありの場合、休日全体で平日の86.5%、算定なしの場合、休日全体で平日の34.1%であった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と
各曜日の1人あたり1日平均リハビリ実施単位数
(リハビリ提供単位数/リハビリ実施患者数)



リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と
施設全体の休日のリハビリ提供量



地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

(新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

[算定要件]

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



包括的に提供

[施設基準] (抜粋)

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

地域包括医療病棟③ 注加算

地域包括医療病棟入院料の注加算

(新) 初期加算 (1日につき) 150点

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 看護補助体制加算 (1日につき)

25対1看護補助体制加算 (看護補助者5割以上)	240点
25対1看護補助体制加算 (看護補助者5割未満)	220点
50対1看護補助体制加算	200点
75対1看護補助体制加算	160点

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 夜間看護体制加算 (1日につき) 71点

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者 (看護補助加算を算定する患者に限る。) について算定する。

[施設基準]

夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

(新) 看護職員夜間12対1配置加算 (1日につき)

看護職員夜間12対1配置加算1 110点 / 看護職員夜間12対1配置加算2 90点

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 夜間看護補助体制加算 (1日につき)

夜間30対1看護補助体制加算	125点
夜間50対1看護補助体制加算	120点
夜間100対1看護補助体制加算	105点

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者 (看護補助加算を算定する患者に限る。) について算定する。

(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

看護補助体制充実加算1	25点
看護補助体制充実加算2	15点
看護補助体制充実加算3	5点

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者 (看護補助加算を算定する患者に限る。) について算定する。

(新) 看護職員夜間16対1配置加算 (1日につき)

看護職員夜間16対1配置加算1 70点 / 看護職員夜間16対1配置加算2 45点

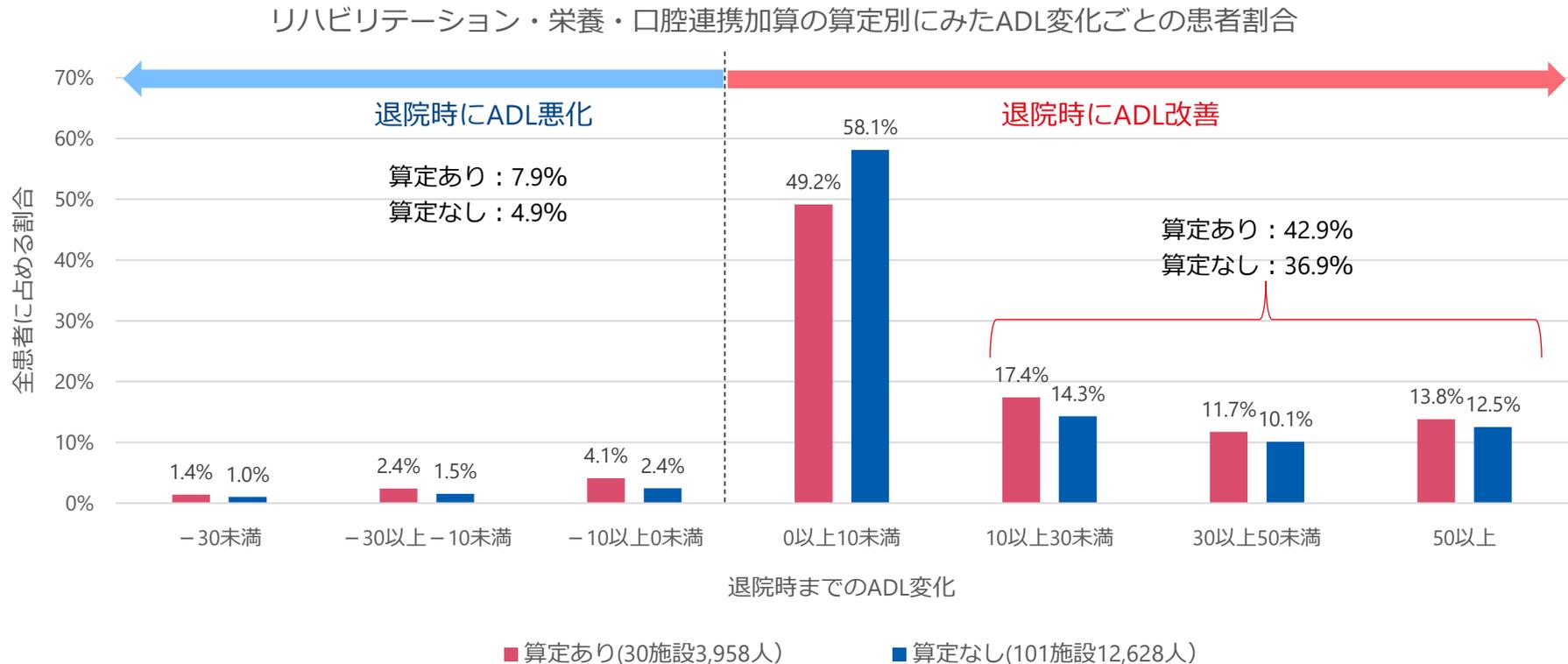
(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 (1日につき) 80点

[算定要件・施設基準]

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と同等の施設基準を満たした保険医療機関において、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から14日を限度として算定する。

地包医病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定とADL変化

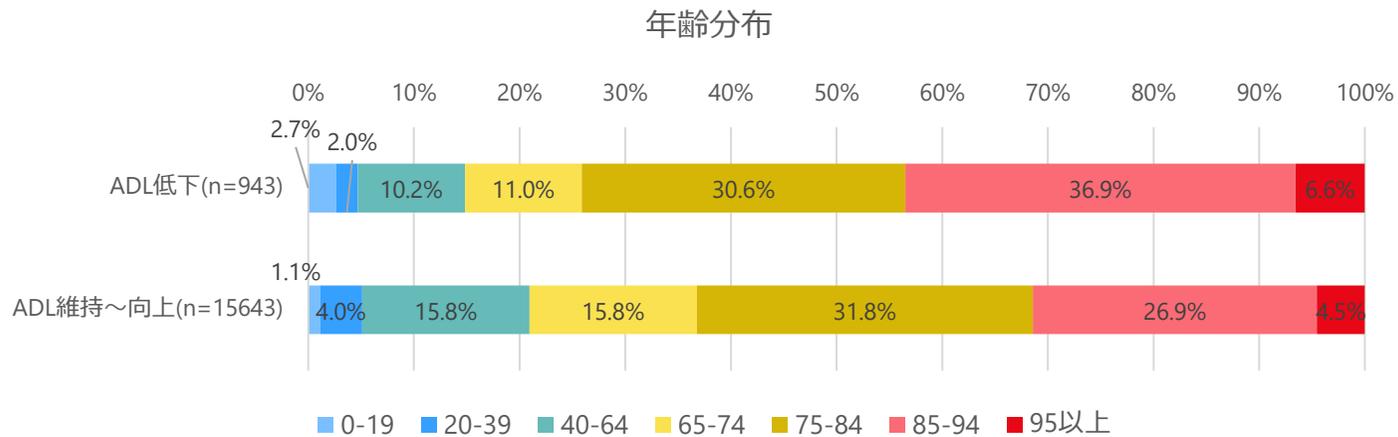
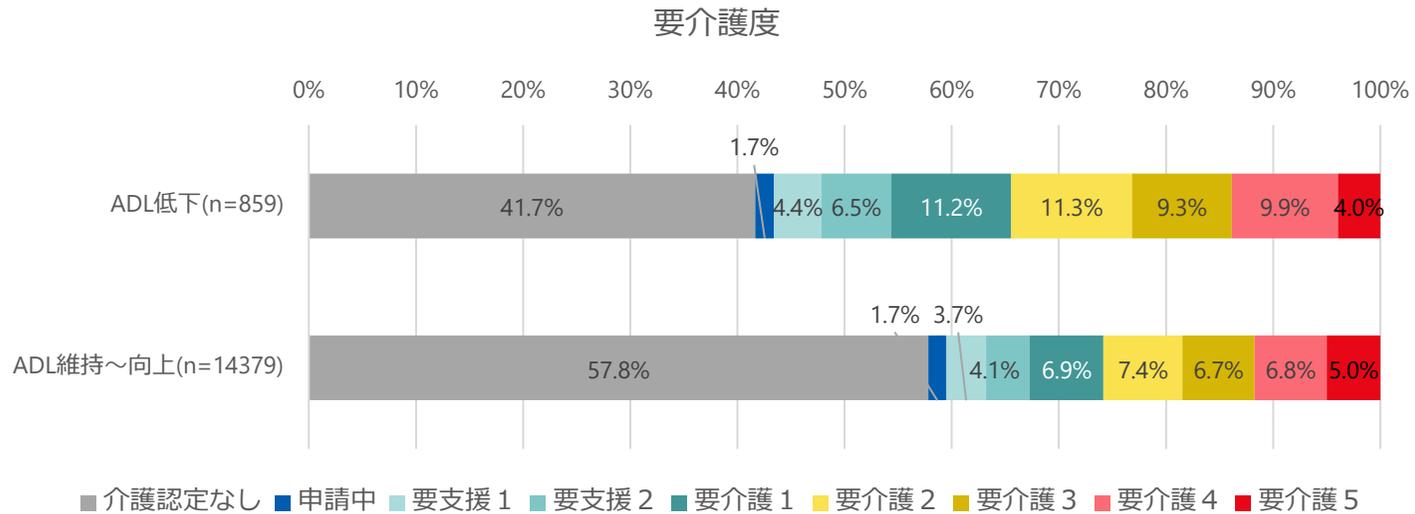
- 退院時までのADLスコアの変化の分布は、以下のとおり。
- 退院時にADLが悪化した患者の割合は、連携加算の算定ありの施設で7.9%、算定なしの施設で4.9%であった。一方、ADLが大きく改善した患者の割合は、加算の算定ありの患者が多かった。



※ (退院時Barthel Index (以下BI) - 入院時BI) × 100 = ADL変化として集計

地域包括医療病棟におけるADLが下がる要因

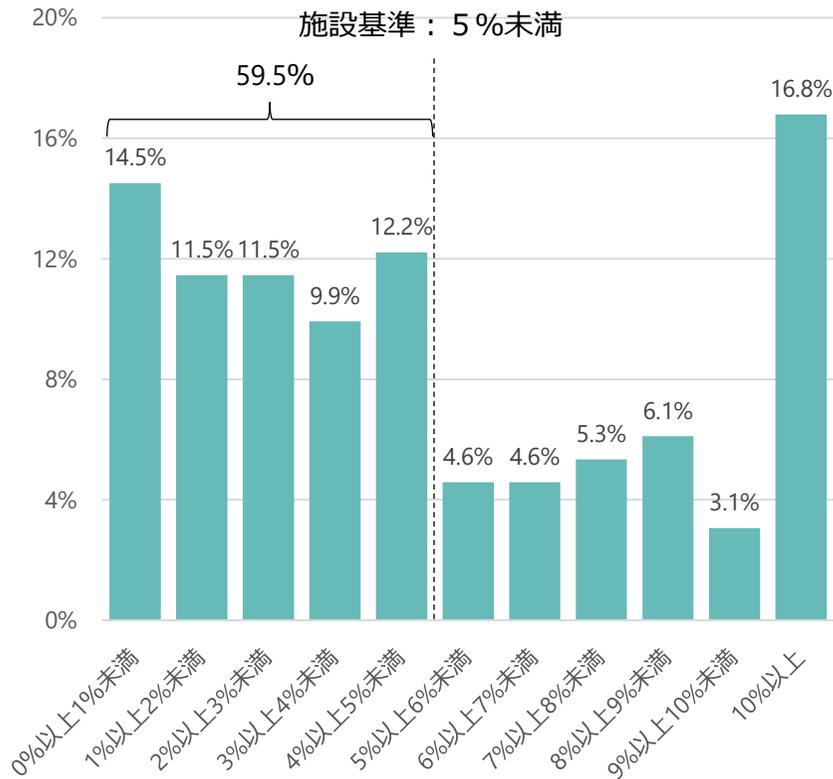
- 地域包括医療病棟において、退院時に入院時よりADLが低下した患者は、ADLが維持又は向上した患者と比べ、要介護度が高い患者や高齢の患者が多かった。



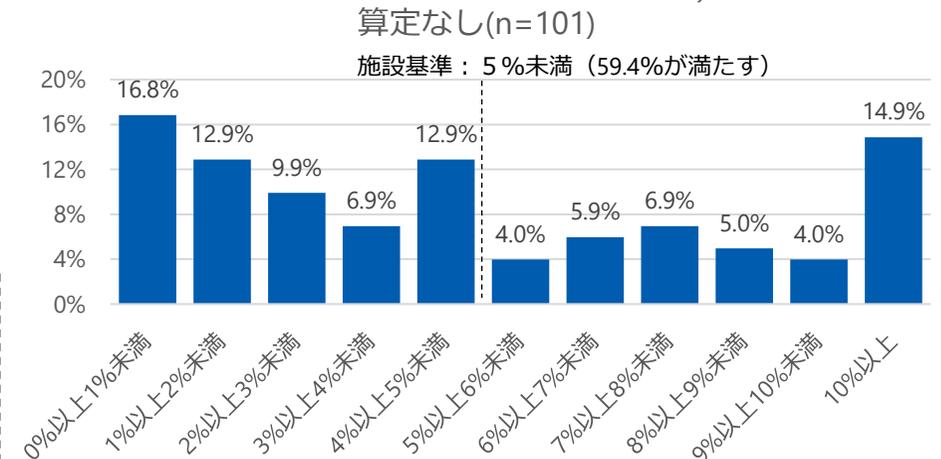
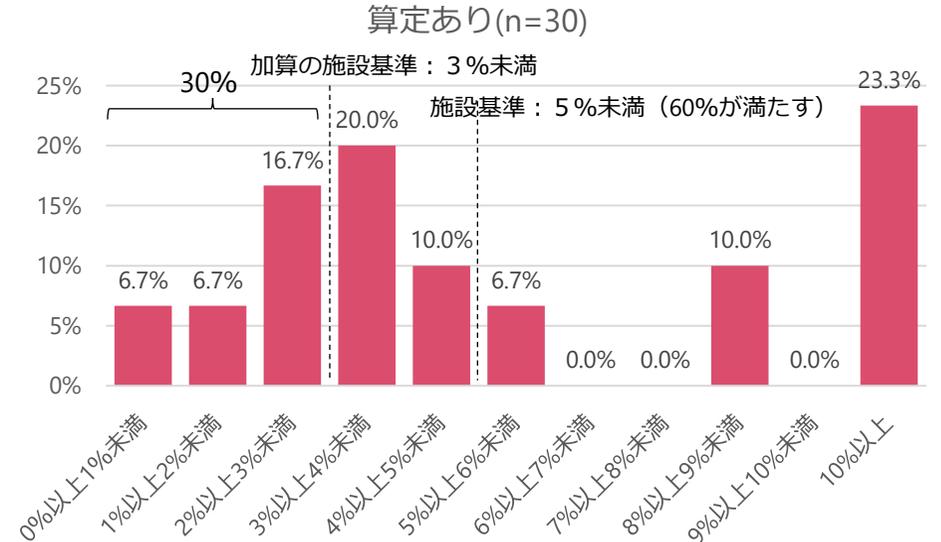
地域包括医療病棟における施設ごとのADL低下割合

- 地域包括医療病棟全体では、退院時にADLが低下した患者の割合が5%未満の施設は、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定にかかわらず、60%程度であった。
- 連携加算を算定している施設において、ADLが低下した患者の割合が3%未満の施設は30%であった。

地域包括医療病棟全体(n=131)



リハ栄養口腔連携加算の届出有無別にみたADLが低下した患者の割合の分布

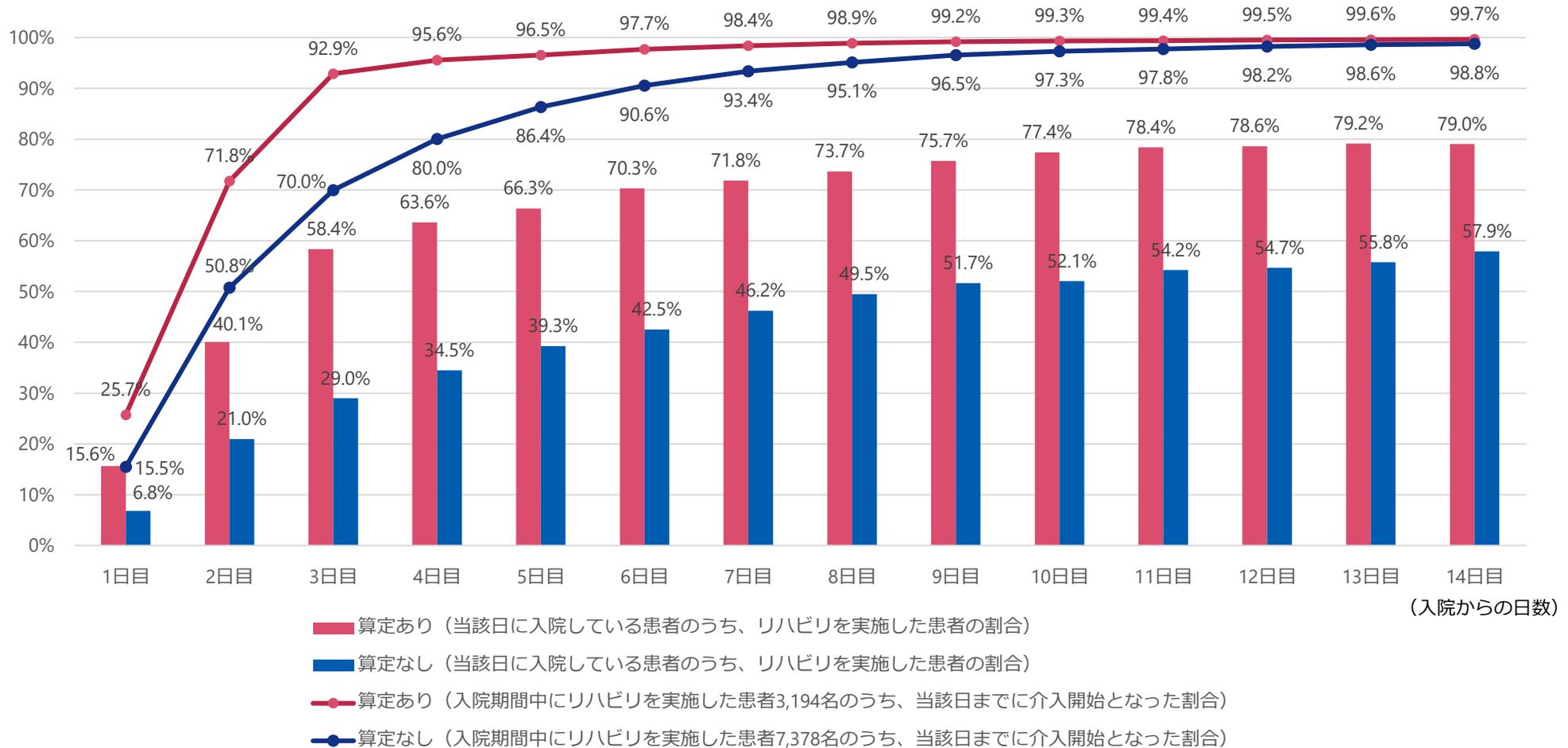


DPCデータを用いて、2024年12月までに地域包括医療病棟において連携加算の算定実績がある施設とない施設に分けて、2024年11月～12月に当該病棟から退院した症例のうち、ADLがエラーなく入力されている全15,357症例について、死亡退院を除く退院患者に対する、退院時に入院時よりADLが低下した患者の割合を施設毎に集計し、分布を示した。本来集計から除くべき「がんの終末期」が含まれているため、過大評価の可能性があるので注意。

地包医療棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定とリハビリ介入状況

- 地域包括医療病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定ありの患者は、算定なしの患者と比べて、リハビリの実施割合が高く、入院3日目までにリハビリが開始された割合は9割を超えていた。
- リハビリテーション介入割合は、算定の有無に関わらず、急性期一般入院料よりも高かった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無別のリハビリ介入状況



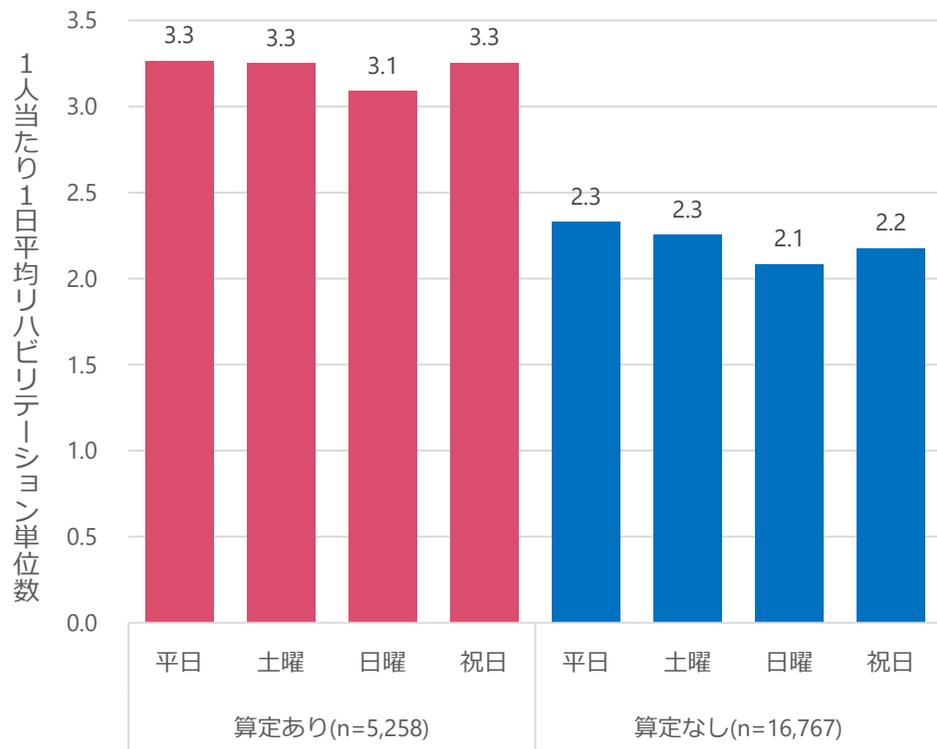
地包医療棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定と休日リハの実施状況

- 地域包括医療病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、患者1人当たりの1日平均リハビリ単位数は、算定なしの場合と比べて、算定ありの場合で多く、休日も平日と変わらなかった。
- 土日祝日の施設全体におけるリハビリ提供量は、算定なしの場合と比べて、算定ありの場合で高く、休日全体では平日の86%程度であった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定と

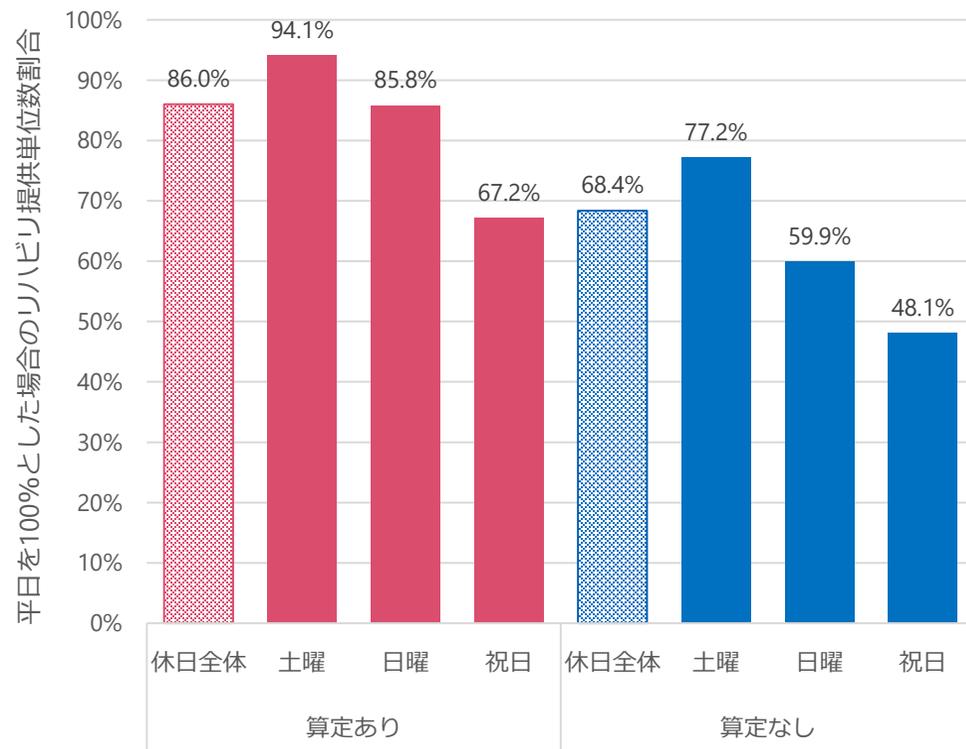
各曜日の1人あたり1日平均リハビリ実施単位数

(リハビリ提供単位数/リハビリ実施患者数)



リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定と

施設全体の休日のリハビリ提供量



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（再掲）

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②

（新） リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

【算定要件】（概要）

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、カンファレンスが定期的開催されていること。
- 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。
- 専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うとともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

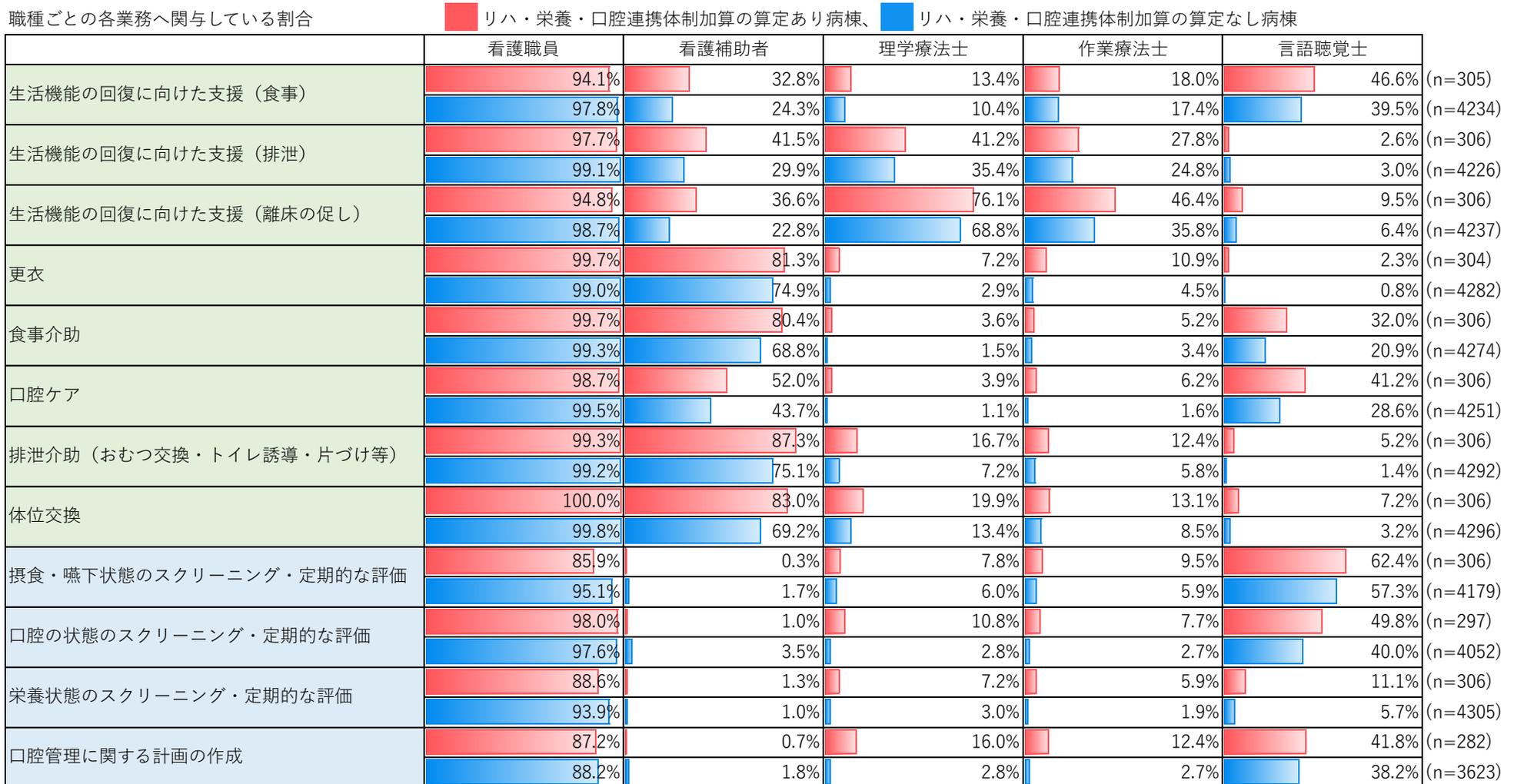
【施設基準】（概要）

- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。
- 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。
- 当該保険医療機関において、一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
 - ア 疾患別リハ料が算定された患者のうち、入棟後3日までに疾患別リハ料が算定された患者割合が8割以上であること。
 - イ 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割以上であること。
 - ウ 退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。
 - エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。
- 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

急性期病棟における療法士の病棟業務への関与状況

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

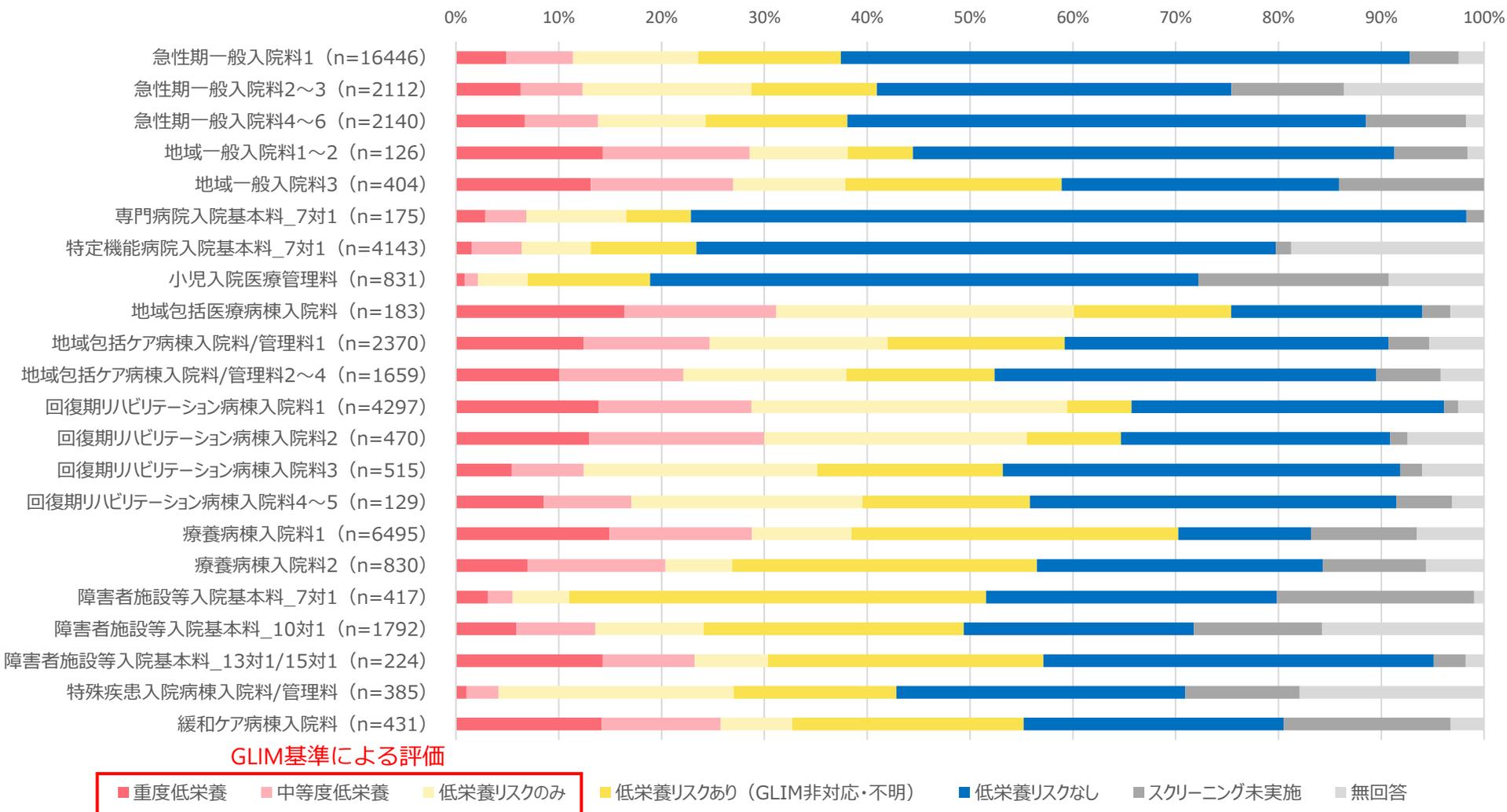
職種ごとの各業務へ関与している割合



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（A票））

入院料ごとの入院時の低栄養の状況

○ 入院時の低栄養の状況は、以下のとおり。GLIM基準による低栄養（重度・中等度）に該当する患者は、地域包括医療病棟、回復期リハビリテーション病棟等で約3割だった。



退院患者調査の見直し①

➤ 適切な診断群分類の設定及び適切な入院医療の評価を行う観点から、調査項目を見直す。

様式1の見直し①

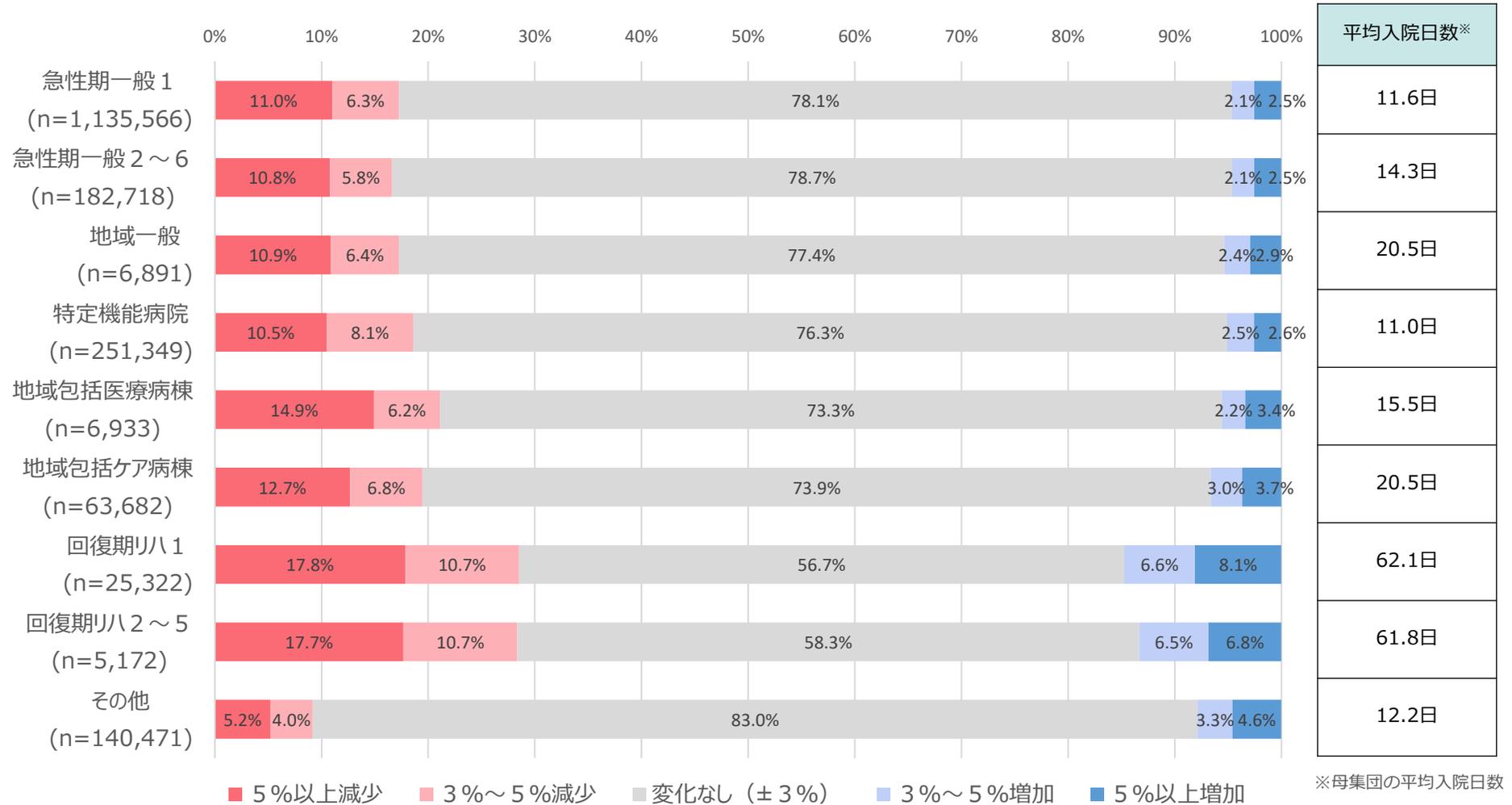
[様式1の主な見直し内容(全ての病棟を対象とする項目)]

項目名	対象病棟等の指定	必須条件	見直しの内容
【削】心不全患者情報/ 左室駆出率			
【新】心不全患者情報/ バイオマーカー	—	必須	医療資源病名が050130(心不全)に定義される傷病名である場合、BNP値又はNT-proBNP値を入力する。
【新】解離性大動脈瘤情報/ 発症時期	—	必須	主傷病等が解離性大動脈瘤の場合、発症の時期を入力する。
【新】川崎病患者情報/ ガンマグロブリン	—	必須	医療資源病名が150070(川崎病)に定義される傷病名である場合、ガンマグロブリンの追加投与の有無を入力する。
身長・体重	—	必須	体重について、入院時に加え退院時の体重の入力を必須とする。
低栄養の有無	—	任意	血中アルブミン値等に基づく入力(必須)を廃止し、GLIM基準に基づく入力(任意)とする。
P/F比	—	必須	救急医療入院(呼吸不全又は心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。酸素投与の有無及びFiO2の入力を必須とする。
NYHA	—	必須	救急医療入院(心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。
血行動態的特徴	—	必須	対象疾患を見直すとともに、救急医療入院(心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。循環作動薬の使用の入力を必須とする。

【削】：項目の削除、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

入院料ごとの入退院時の体重変化

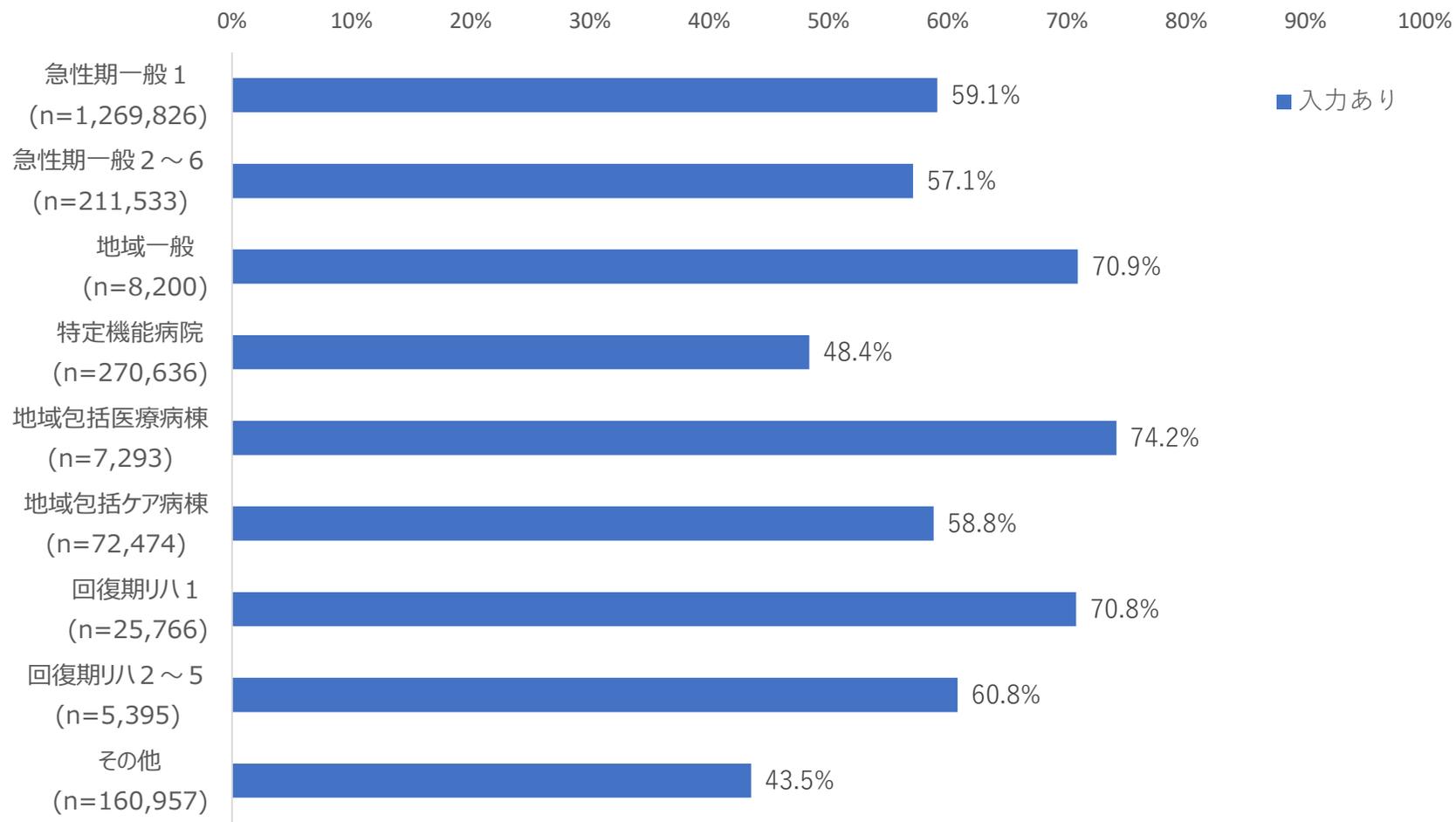
- 入院料ごとの入退院時の体重変化は、以下のとおり。
- 回復期リハビリテーション病棟では、減少・増加とも体重変化がある患者が多かった。



集計対象：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）と紐付け可能で、令和6年6月以降入院かつ令和7年3月までに退院した入院期間3日以上 of 症例（無回答・回答不備を除く）

入院料ごとの低栄養（GLIM基準による評価）の入力状況

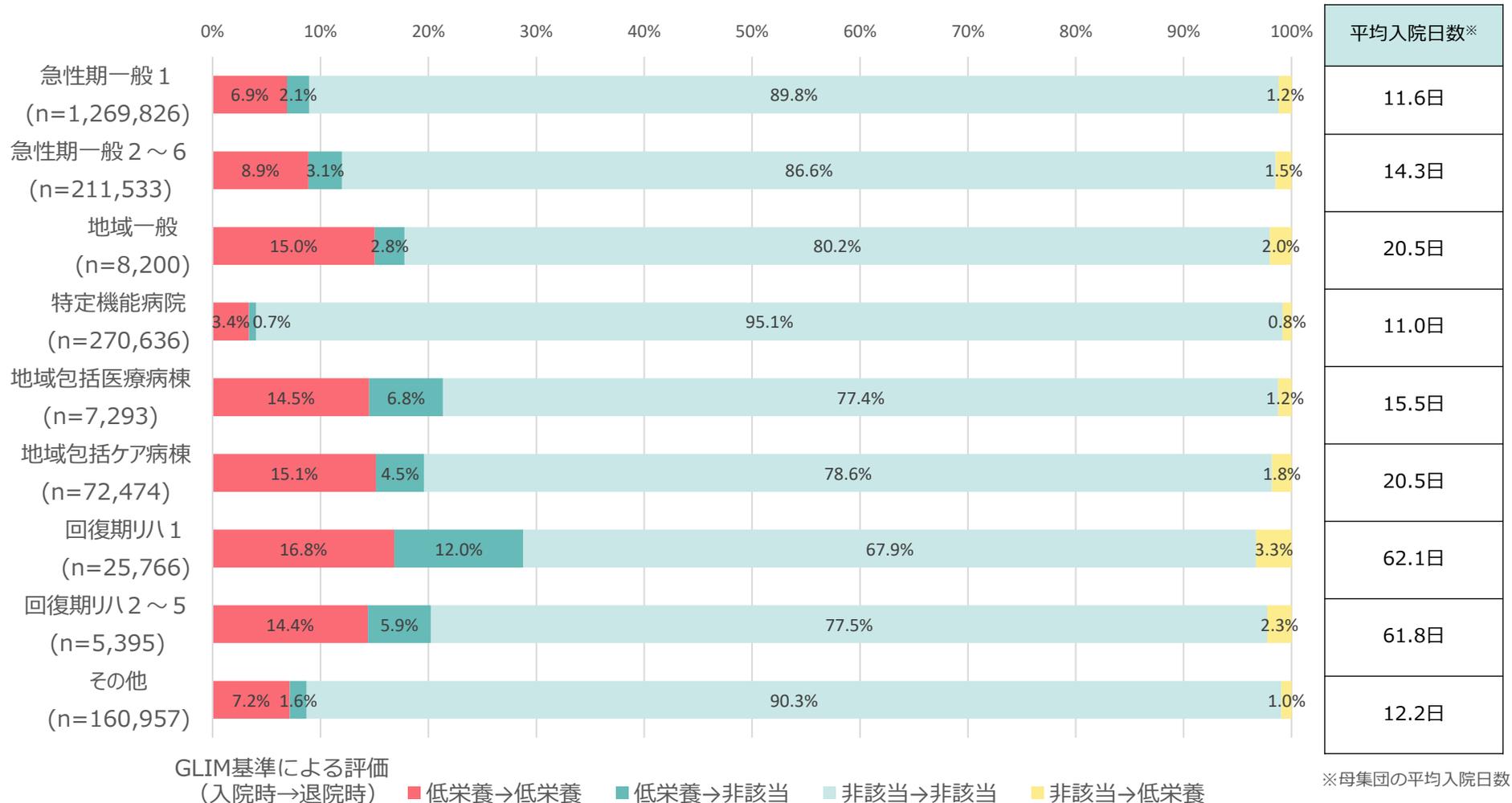
- DPCデータにGLIM基準による低栄養の情報（任意）が入力されている割合は、地域包括医療病棟が最も高く、74.2%だった。



集計対象：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）と紐付け可能で、令和6年6月以降入院かつ令和7年3月までに退院した入院期間3日以上 の症例

入院料ごとの入退院時の低栄養状態の変化

- 入院料ごとの入退院時の低栄養状態の変化は、以下のとおり。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 では、入院時に低栄養の患者が約 3 割おり、退院時には 12.0%が非該当に改善していた。



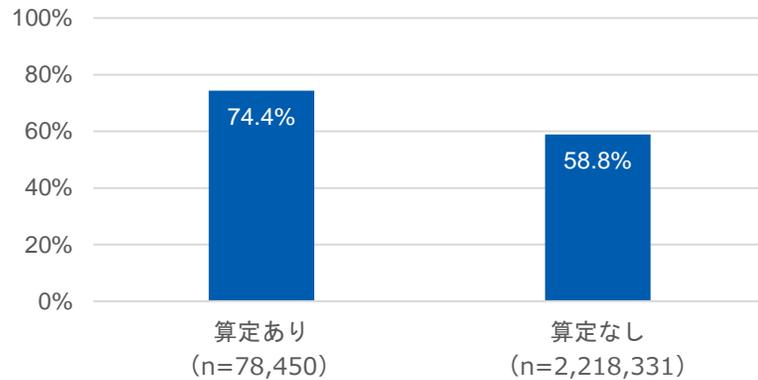
集計対象：令和 6 年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）と紐付け可能で、令和 6 年 6 月以降入院かつ令和 7 年 3 月までに退院した入院期間 3 日以上 の症例（無回答・回答不備を除く）

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と栄養状態

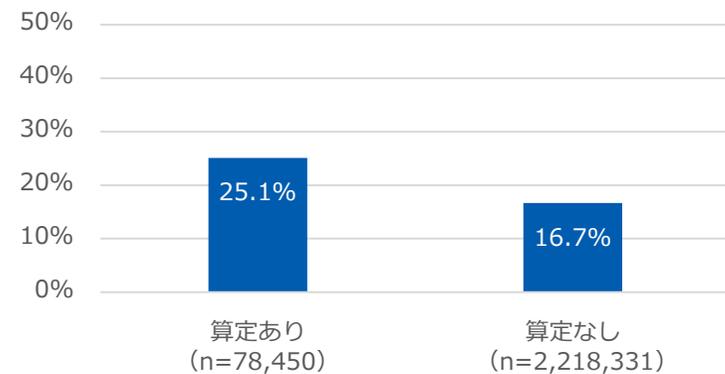
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定ありの患者のほうが、低栄養の入力割合と入院栄養食事指導料の算定患者割合が高かった。
- また、算定ありの患者のほうが、入院時の低栄養の割合が高かった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無別

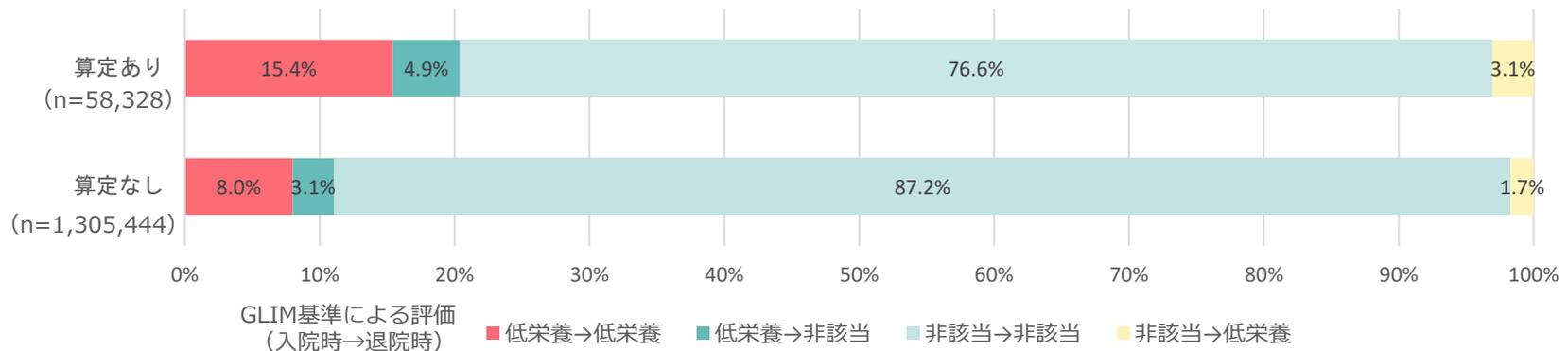
■ 低栄養（GLIM基準による評価）の入力割合



■ 入院栄養食事指導料の算定患者割合



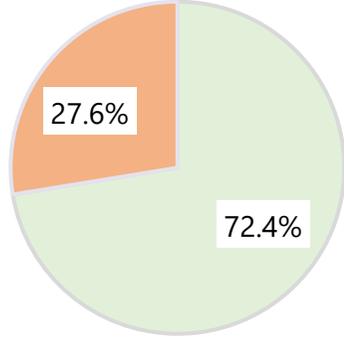
■ 入退院時の低栄養状態の変化



歯科治療が必要な入院患者の状況

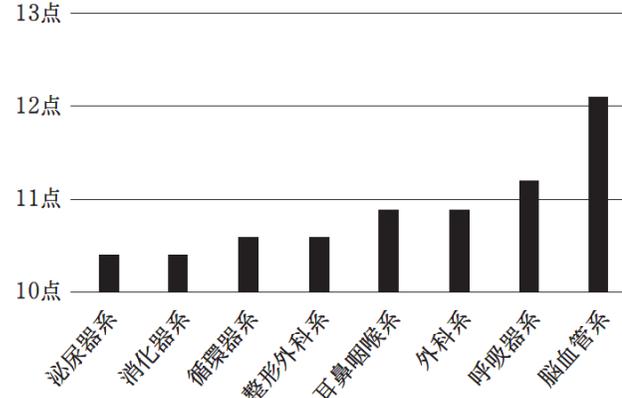
○ 入院患者の約3割は口腔衛生状態が不良であった。特に高齢者では、約85%に口腔機能障害がみられたとの報告がある。

入院患者における口腔衛生状態の割合

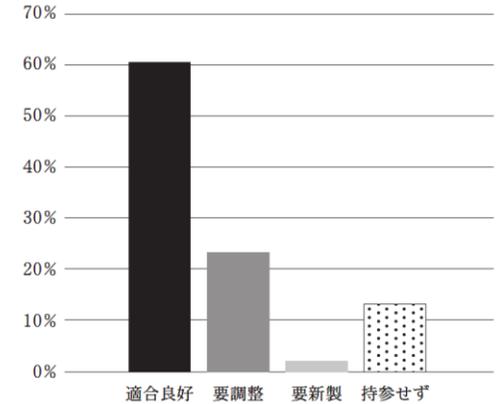


■ OAG13点未満 ■ OAG13点以上

疾患別のOAG点数



入院患者の義歯適合状態

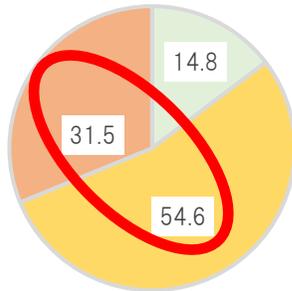


対象: 鳥取赤十字病院の全ての入院患者232名

手法: 歯科口腔外科の歯科医師および歯科衛生士が、口腔アセスメントガイド(OAG、Oral Assessment Guide)を用いて口腔内の評価を実施。OAG13点以上を中等症以上の口腔衛生不良群とした。

出典: 鳥取赤十字医誌 第23巻、26-30、2014年、(報告)当院入院患者の口腔内状態の調査結果

回復期リハビリテーション病棟入院患者で
口腔機能障害がある者の割合



■ 良好 ■ 中等度の障害 ■ 重度の障害

口腔機能障害の項目別のスコア

項目	スコア 1	スコア 2	スコア 3
	n(%)	n(%)	n(%)
声	83(77.6)	14(13.1)	10(9.3)
嚥下	86(80.4)	15(14.0)	6(5.6)
口唇	68(63.6)	36(33.6)	3(3.8)
歯・義歯	23(21.5)	50(46.7)	34(31.8)
粘膜	77(72.0)	24(22.4)	6(5.6)
歯肉	58(54.2)	45(42.1)	4(3.7)
舌	55(51.4)	48(44.9)	4(3.7)
唾液	81(75.7)	14(13.1)	12(11.2)

スコア 1 : 良好

スコア 2 : 中等度の障害

スコア 3 : 重度の障害

対象: 回復期リハビリテーション病棟入院している65歳以上の高齢患者108名

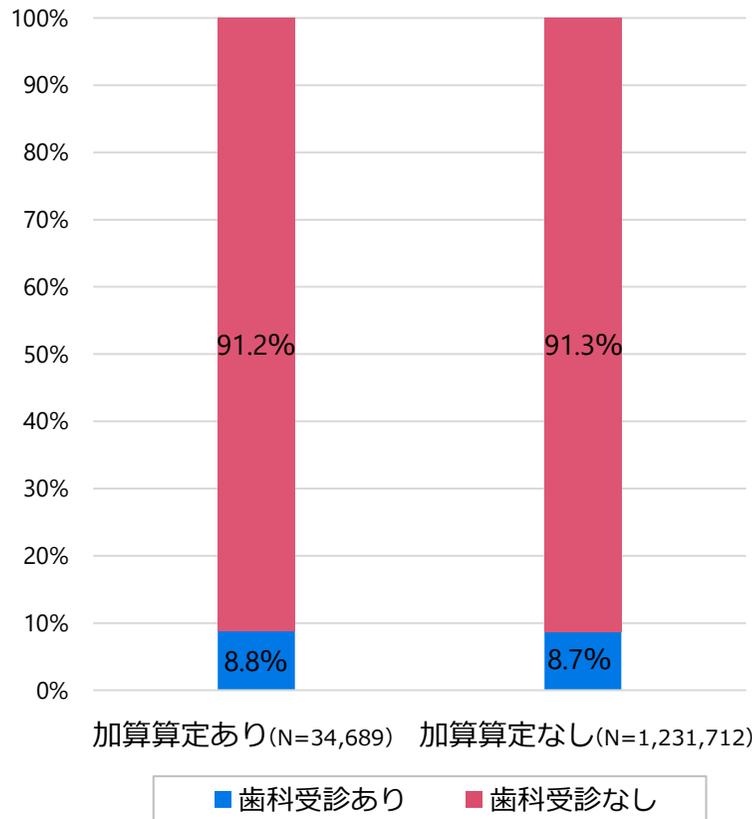
手法: 歯科衛生士により、改定口腔アセスメントガイド(ROAG、Revised Oral Assessment Guide)を用いて口腔内の評価を実施。ROAGスコア9点以上を口腔機能障害ありとしている。

出典: 白石他「高齢入院患者における口腔機能障害はサルコペニアや低栄養と関連する」日本静脈経腸栄養学会雑誌 31(2) : 711-717 : 2016

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と退院後の歯科受診率

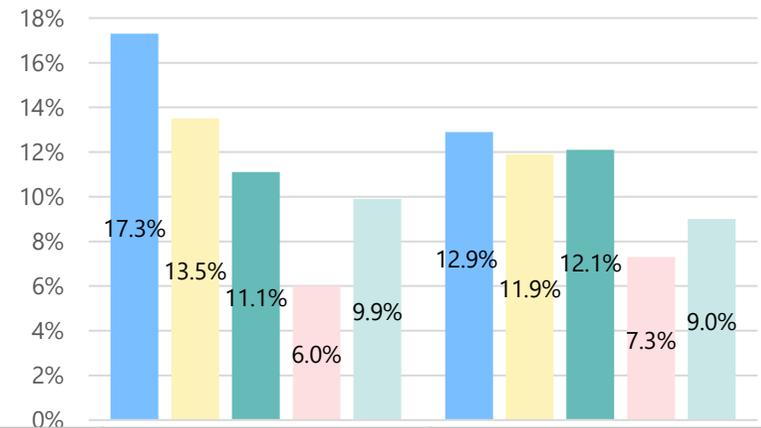
- 入院患者のうち、全体や疾患別でも、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無による退院後の歯科受診状況に大きな差はなく、歯科受診率は低い。

【入院患者（令和7年2月分）のうち、加算の算定有無による退院後の歯科受診率】



(参考) 入院患者（令和7年2月分）のうち、退院後に歯科受診した患者の入院時主傷病上位5疾患は、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、大腿骨転子部骨折、うっ血性心不全、細菌性肺炎であった。

各疾患別の入院患者のうち、退院後の歯科受診率は以下のとおり。



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

算出方法：NDBデータの令和7年2月分入院レセプトにおいて、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料（7対1入院基本料又は10対1入院基本料）のいずれかの算定がある患者のうち、入院と同月もしくは翌月に「歯科初診料」又は「歯科訪問診療料」の算定がある者を「歯科受診あり」として、件数を抽出。（病院への歯科訪問診療料は除く。）

4. 病棟における多職種ケア(その2)

4-1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等

4-2. 病棟における多職種の業務

4-3. 病棟における看護業務とタスクシェア

11-2. 病棟におけるリハビリテーションについて

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 病棟配置の療法士の役割は明示されていないが、病棟における生活機能回復のための介入は重要であるとの意見があった。一方、一部は生活介助の延長ともとらえられるため、リハビリとして実施する効果を科学的に検証する必要もあるのではないかという指摘があった。
- 病棟における生活の場に即した短時間のリハビリテーションは重要だが、例えばトイレ場面の介助等は短時間で終わり、カルテ記載を含めるとカルテ記載のほうがかかることもあるため、位置づけを検討してはどうかとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 病棟におけるリハビリテーションについて、令和7年度入院外来調査の結果を踏まえ、更に検討する。

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3名以上	-
OTの病棟配置				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】 【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】	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 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	-	-	-
休日リハ	【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。

【POCリハビリテーションの定義】

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】

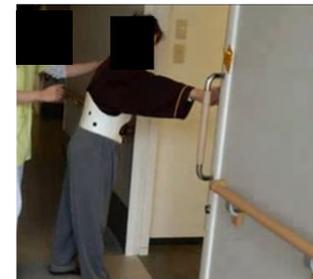
70歳代女性 第12胸椎圧迫骨折(既往歴;左視床出血) 目標:杖歩行自立、ADL:自宅内ADL自立



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

生活の場における短時間のリハビリテーションの効果について

- 生活の場における短時間のリハビリテーションについては、一定の効果が示されている。

- DPC対象病院における地域包括ケア病棟において、POCリハビリテーション導入病院への入院は良好なBI効率と関連していた可能性がある。

関 知嗣ら,日本慢性期医療協会誌,136,78-84,2021.

- 外科手術入院患者における骨格筋量の変化は、中央値で入院 1 日当たり病棟専従理学療法士配置前 $-0.052\text{kg}/\text{m}^2$ から配置後 $-0.004\text{kg}/\text{m}^2$ となり、専従理学療法士を中心としたADL 維持向上活動が骨格筋量の減少予防にも有用である。（※）

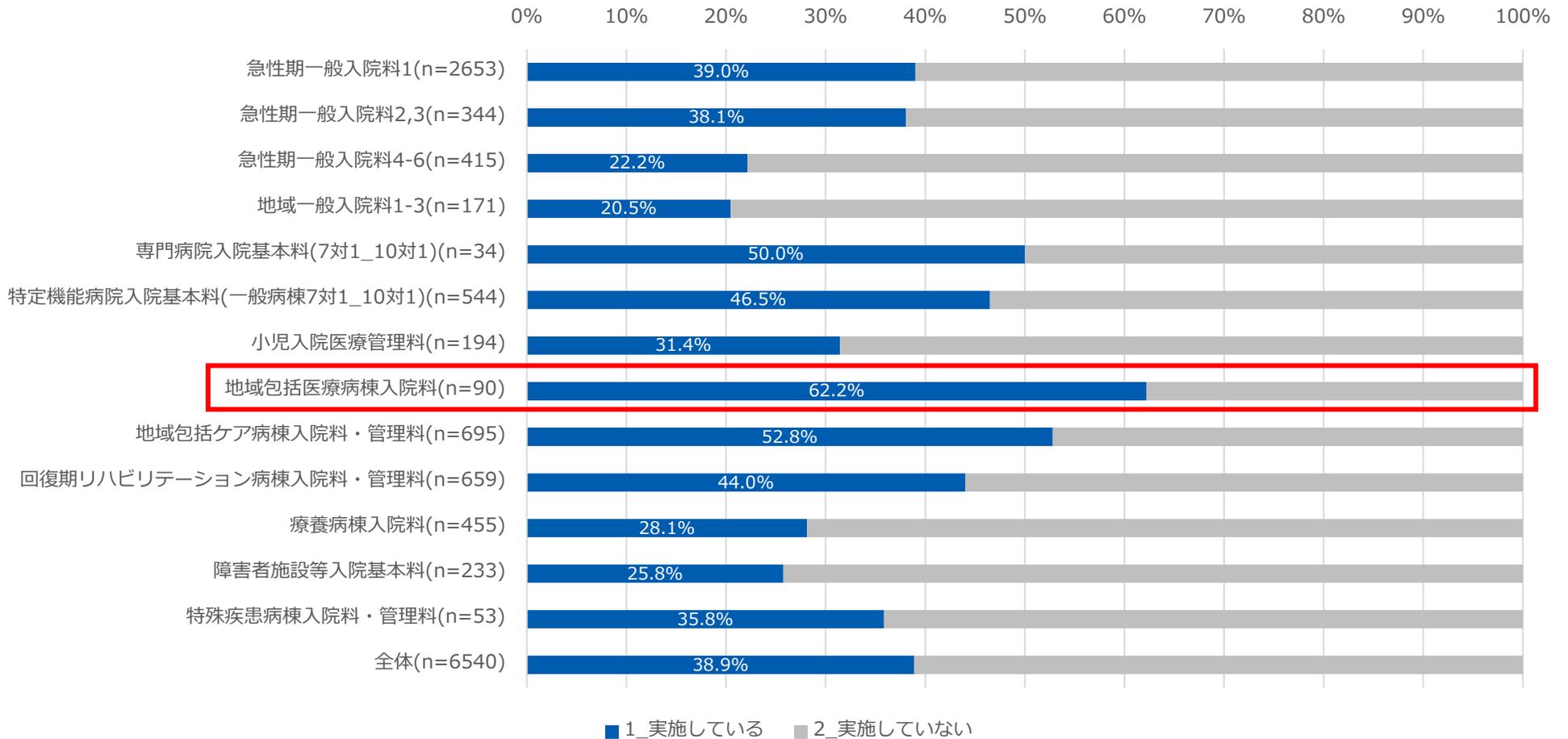
安田 耕平,日本サルコペニア・フレイル学会誌,5(1),163-165,2021.

※令和6年診療報酬改定にて廃止となったADL維持向上等体制加算の算定病棟における研究。病棟専従療法士は、疾患別リハビリテーション料との兼務は不可。

入院料ごとの疾患別リハビリテーション料以外のADL指導

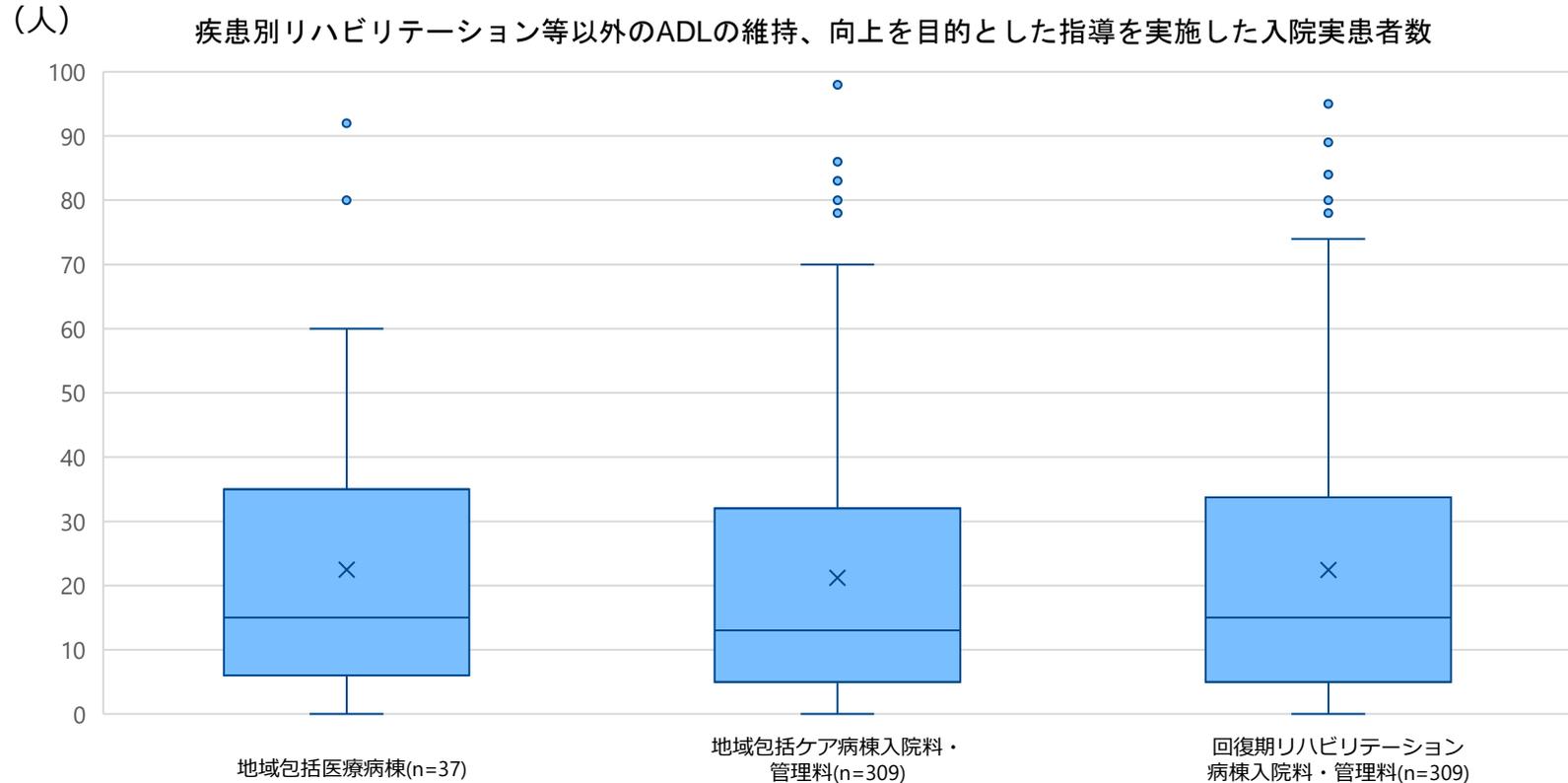
- 入院料ごとの疾患別リハビリテーション等以外のADLの維持、向上等を目的とした指導の実施割合は以下のとおり。
- 地域包括医療病棟にて、実施している割合が最も高かった。

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



疾患別リハビリテーション等以外のADL指導を実施した患者数

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



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

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

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（A票、B票））

療法士の配置が要件となっている病棟における病棟業務への関与状況

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

職種ごとの各業務へ関与している割合

■ 回復期リハビリテーション病棟(n=666)、 ■ 地域包括ケア病棟(n=701)、 ■ 地域包括医療病棟(n=93)

	看護職員	看護補助者	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
生活機能の回復に向けた支援（食事）	96.2%	57.5%	24.6%	46.0%	70.0%
	96.0%	48.5%	17.8%	22.3%	49.1%
	91.4%	35.5%	12.9%	26.9%	60.2%
生活機能の回復に向けた支援（排泄）	97.9%	71.1%	63.4%	71.9%	14.6%
	97.6%	63.6%	51.4%	41.4%	4.6%
	92.5%	44.1%	63.4%	36.6%	6.5%
生活機能の回復に向けた支援（離床の促し）	97.1%	65.2%	84.3%	76.6%	24.9%
	96.9%	53.5%	78.3%	51.8%	10.7%
	88.2%	43.0%	82.8%	53.8%	12.9%
更衣	96.8%	94.6%	32.0%	42.9%	12.3%
	97.6%	94.9%	8.3%	8.8%	1.8%
	96.8%	94.6%	8.6%	9.7%	4.3%
食事介助	98.3%	88.3%	13.2%	22.7%	56.6%
	98.4%	89.9%	4.6%	5.4%	31.6%
	95.7%	92.5%	5.4%	7.5%	33.3%
口腔ケア	98.3%	72.2%	8.0%	11.1%	61.4%
	98.4%	68.3%	2.4%	2.3%	39.5%
	96.8%	55.9%	4.3%	6.5%	55.9%
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	97.0%	94.0%	35.7%	36.8%	15.8%
	96.9%	95.7%	13.5%	10.8%	3.7%
	95.7%	96.8%	12.9%	11.8%	3.2%
体位交換	98.3%	91.3%	33.3%	30.5%	14.1%
	98.6%	92.0%	16.1%	11.8%	6.3%
	97.8%	93.5%	23.7%	19.4%	8.6%

11-3. 病棟における栄養管理について

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 管理栄養士の業務として、給食管理業務が一定割合あるが、調理員不足により調理等の業務が増えている場合もあり、そこを解決して、病棟での栄養管理に専念できるようにしなければならないとの意見があった。
- 栄養サポートチーム加算の算定回数が増えていないのは、患者がいないのではなく、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士が共同で診療を行うことの負担が大きいのではないか。高齢者の入院が今後ますます増加する中で、栄養管理の観点からどのように推進すべきか検証すべきではないかとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

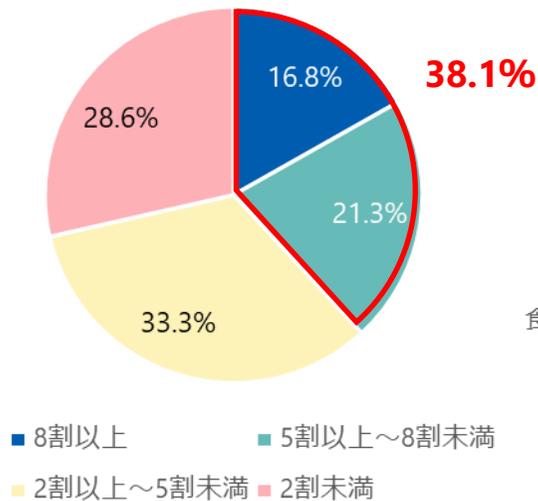
- 病棟における栄養管理について、管理栄養士が病棟での業務時間を確保するための要因や栄養サポートチームの役割について、更に検討する。

管理栄養士の病棟での業務状況

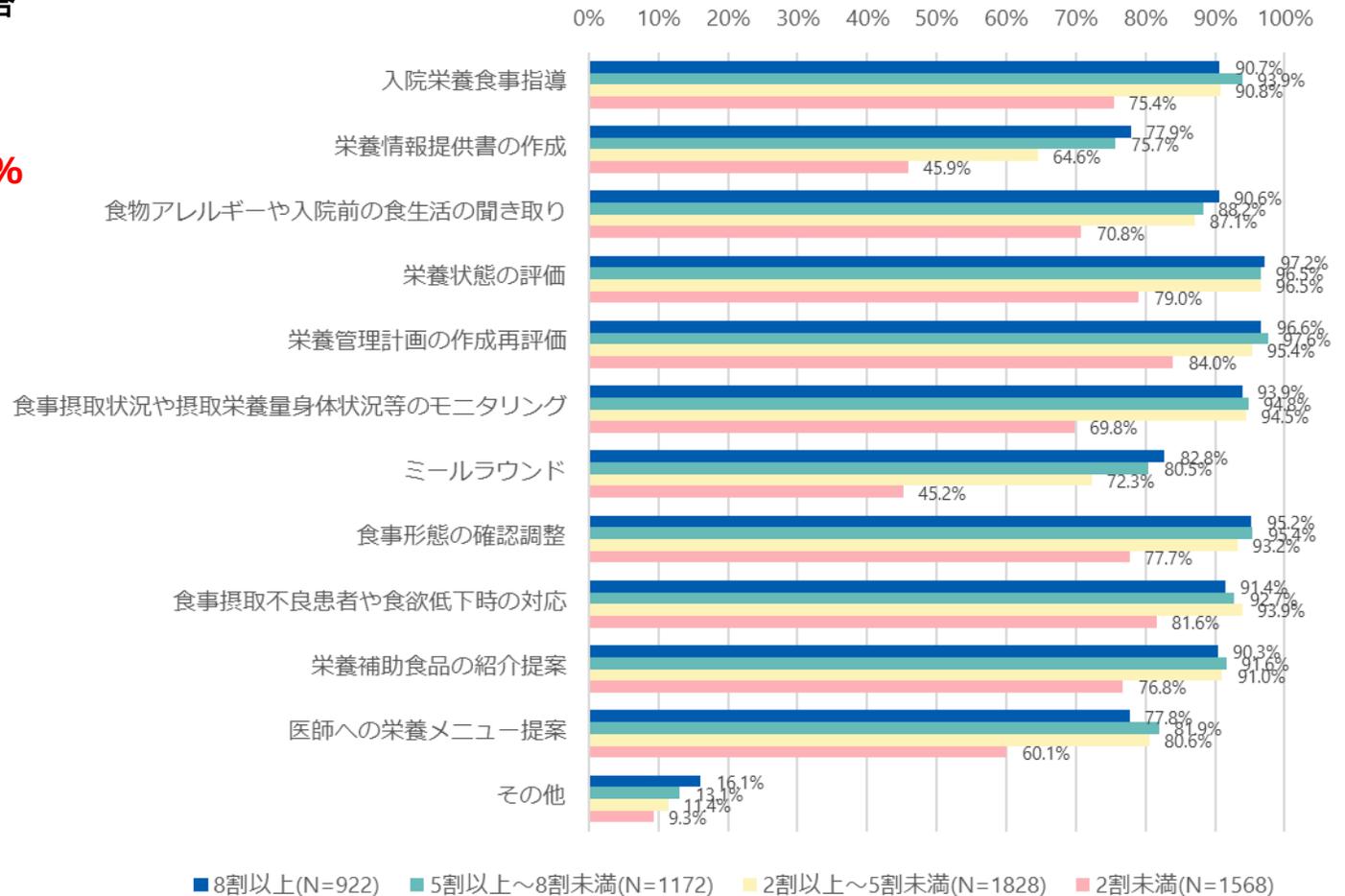
診調組 入-1
7.6.26

- 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



- 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～	「A 2 3 3 - 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。

病棟での管理栄養士の主な業務内容

○ 病棟に配置される管理栄養士に求められる業務内容は、以下のとおり。

	回復期リハビリテーション 病棟入院料 1	地域包括医療病棟入院料	入院栄養管理体制加算 (特定機能病院入院料)	リハビリテーション・ 栄養・口腔連携体制加算
配置要件	専任の管理栄養士 1 名以上	専任の管理栄養士 1 名以上 (1 名につき 1 病棟に限る)	専従の管理栄養士 1 名以上	専任の管理栄養士 1 名以上 (1 名につき 1 病棟に限る)
業務内容 (算定要件)	<ul style="list-style-type: none"> 全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、<u>管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行う。その際、栄養状態の評価には、GLIM基準を用いる。</u> 全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、<u>入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び栄養管理に係る計画の見直しを共同して行う。</u> 栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、<u>栄養状態に関する再評価を週 1 回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図る。</u> 	<p>全ての入院患者に対する低栄養の予防、改善等を目的とした栄養管理を行い、多職種のカンファレンスにおいて、<u>患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始を含む）に関する提案</u>を行う。</p> <p>[リハビリテーション・栄養・口腔連携加算]</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>入棟後、原則 48 時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認を行うとともに、GLIM 基準を用いた栄養状態の評価を行う。</u> <u>週 5 回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行う。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、食事変更や食形態の調整等の対応を行う。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> <u>入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定を行う。</u> 当該病棟に入院している患者に対して、<u>栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じミールラウンドや栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理</u>を行う。 医師、看護師等と連携し、当該患者の栄養管理状況等について共有を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>原則入棟後 48 時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認を行うとともに、GLIM 基準を用いた栄養状態の評価を行う。</u> <u>週 5 回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行う。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、食事変更や食形態の調整等の対応を行う。</u> 多職種のカンファレンスにおいて、<u>患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始を含む）に関する提案</u>を行う。

管理栄養士の病棟配置と各種加算の関係

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

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

※届出病院数は、主な施設基準等の届出状況等（令和6年8月時点）より集計

病棟診療における検査業務の課題

採血、検査についての説明

「採血、検査説明については、・・・

医師と看護職員及び臨床検査技師との適切な業務分担を導入することで、医師等の負担を軽減することが可能となる。」

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進（医政発第1228001号）より

- 患者の**結果報告確認（特に早朝検査）**が**医師・看護師の本来業務が優先されることにより、患者処置が遅延してしまう場合がある**
- 看護師の業務負担軽減への取り組みとして、臨床検査技師による**採血・検査についての説明等**の実施への期待が高い割合を占めている（第306回中医協総会 入院医療(その3)より）

<医療現場における事例>

- ・検査結果のチェックもれや遅れによる処置および治療の遅延 ※医療安全情報：日本医療機能評価機構
- ・輸液中の四肢からの採血により検査結果に影響がおよび不要な治療が実施 ※医療安全情報：日本医療機能評価機構
- ・病棟採血検体の再採血の件数（採血管の間違いや採血量の不足等）

臨床検査技師の病棟配置による効果

- ・オンタイムで必要な生理検査実施（胸痛発作時の心電図記録）
- ・病棟採血／病棟内検査の実施 ・インシデントの減少（検体再採血率の減少等）
- ・検査説明（検査前／検査結果）を行う事で患者のセルフケア（自己管理）意識の啓発
- ・医師の具体的指示による検査結果のモニタリング（処置の遅延防止）
- ・看護師が患者の観察、直接ケアなど本来業務に専念できる

検査に関する専門的知識を有する臨床検査技師が病棟に常駐することにより、**タスクシェアリング**が推進し、**医師／看護師等の負担軽減**に繋がる。

病棟における臨床検査関連業務の内容とタイムテーブル

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

参考資料3

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷浜松病院による調査

診療科：循環器内科、心臓血管内科

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

通常業務時間

①主業務の予定時間帯	②突発的に発生する業務一覧	
早朝採血 検体搬送→遠心または測定		7:00
		7:30
患者情報の把握 早朝カンファレンス		8:00
		8:30
採血・検体採取業務 検体搬送→遠心または測定 心電図測定(歩行負荷含む)		9:00
		9:30
検査指示ひろい	採血の取り直し 心電図装着・測定・取外し 生食シリンジの補充 看護師のマンパワーフォロー 病棟への検査関連問い合わせ対応 患者介助・情報収集 検体搬送→遠心または測定 医師・看護師との密な情報交換 各検査室⇔病棟間の患者搬送 追加採血・検体採取 POCT検査	10:00
患者へ本日の検査時間連絡		10:30
血糖測定 患者へのSMBG操作指導		11:00
早朝採血結果の確認・把握 早朝採血結果の医師・看護師へ報告		11:30
		12:00
昼休憩		12:30
カンファレンス資料準備		13:00
カンファレンス		14:00
看護師のマンパワーフォロー		※PHSを持つことで、 病棟と検査部門との仲介役へ 14:30
患者へ翌日の検査案内 (採血、心電図など)		15:00
	15:30	
病棟の検査備品補充	16:00	
	16:30	
	17:00	

社団医療法人養生会 かしま病院（福島県）
臨床検査技師1名 終日病棟常駐

担当病棟：一般病棟（東2病棟）

業務内容

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

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

入院料ごとの病棟の職員数（40床当たり）

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

入院料	回答施設数	回答病棟数	全職員数	看護職員数	看護補助者	うち介護福祉士	リハビリ職	うち理学療法士	うち作業療法士	うち言語聴覚士	管理栄養士	相談員	臨床検査技師
急性期一般入院料1	432	2620	35.52	27.62	3.80	0.51	1.52	0.97	0.37	0.18	0.33	0.32	0.05
急性期一般入院料_2-3	120	334	31.65	23.36	3.58	0.60	1.59	1.04	0.38	0.17	0.21	0.42	0.27
急性期一般入院料_4-6	273	405	31.44	21.05	4.75	0.83	1.43	0.99	0.29	0.14	0.35	0.30	0.26
特定機能病院入院基本料	40	547	35.56	29.62	2.74	0.04	0.24	0.15	0.06	0.03	0.19	0.15	0.01
専門病院入院基本料	6	31	29.58	26.28	2.61	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児入院医療管理料	128	166	41.72	34.84	2.34	0.04	0.49	0.26	0.12	0.12	0.19	0.32	0.00
地域一般入院料1-2	61	68	34.32	18.09	5.09	0.96	3.20	2.44	0.58	0.19	0.72	0.47	0.59
地域一般入院料3	98	107	27.24	16.10	5.41	1.11	1.57	1.07	0.38	0.12	0.44	0.24	0.27
地域包括医療病棟入院料	82	91	38.03	21.88	6.21	1.68	4.78	3.20	1.08	0.49	0.76	0.69	0.34
地域包括ケア病棟入院料	406	457	32.07	19.23	6.50	2.11	3.33	2.06	0.90	0.38	0.36	0.64	0.15
地域包括ケア病棟入院料1	226	262	34.38	19.35	6.87	2.46	4.17	2.47	1.18	0.52	0.46	0.77	0.23
地域包括ケア病棟入院料2	176	190	28.96	19.15	5.96	1.65	2.14	1.48	0.48	0.18	0.21	0.45	0.04
地域包括ケア病棟入院料3	1	1	37.95	21.64	7.49	2.87	4.51	2.87	1.44	0.21	0.62	1.03	0.62
地域包括ケア病棟入院料4	4	4	27.29	14.68	6.98	1.22	4.02	2.45	1.35	0.22	0.30	0.60	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	469	640	44.76	17.55	6.87	3.21	16.73	9.02	5.63	2.07	0.69	0.98	0.10
回復期リハビリテーション病棟入院料1	336	480	47.02	18.03	6.77	3.23	18.47	9.87	6.23	2.37	0.77	1.05	0.08
回復期リハビリテーション病棟入院料2	45	54	38.54	16.08	6.68	3.27	12.73	6.62	4.50	1.61	0.61	0.90	0.36
回復期リハビリテーション病棟入院料3	80	88	36.05	15.61	6.83	2.89	10.82	6.41	3.45	0.96	0.36	0.69	0.06
回復期リハビリテーション病棟入院料4	13	13	46.76	18.36	12.00	4.10	9.68	5.79	3.10	0.79	0.54	0.70	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料5	5	5	42.89	19.64	6.66	4.03	14.47	7.94	5.62	0.91	0.50	0.59	0.00
療養病棟入院料1	227	399	26.55	12.43	9.32	3.58	1.15	0.70	0.31	0.14	0.41	0.31	0.16
療養病棟入院料2	31	44	24.44	11.97	7.76	2.59	1.49	1.03	0.38	0.08	0.45	0.27	0.10
その他	260	409	34.25	20.11	7.76	3.07	2.29	1.24	0.70	0.35	0.25	0.40	0.14
全体	2122	6620	34.80	23.57	4.98	1.30	3.09	1.80	0.91	0.37	0.35	0.41	0.11

4. 病棟における多職種ケア(その2)

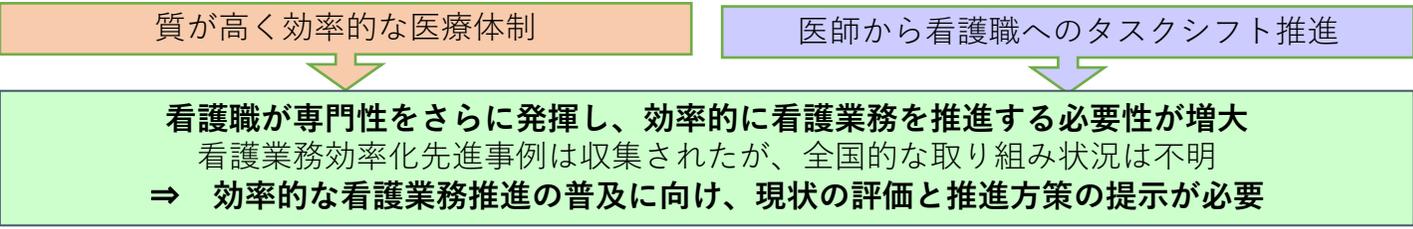
4-1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等

4-2. 病棟における多職種の業務

4-3. 病棟における看護業務とタスクシェア

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

背景



研究目的

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

研究方法

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

調査概要

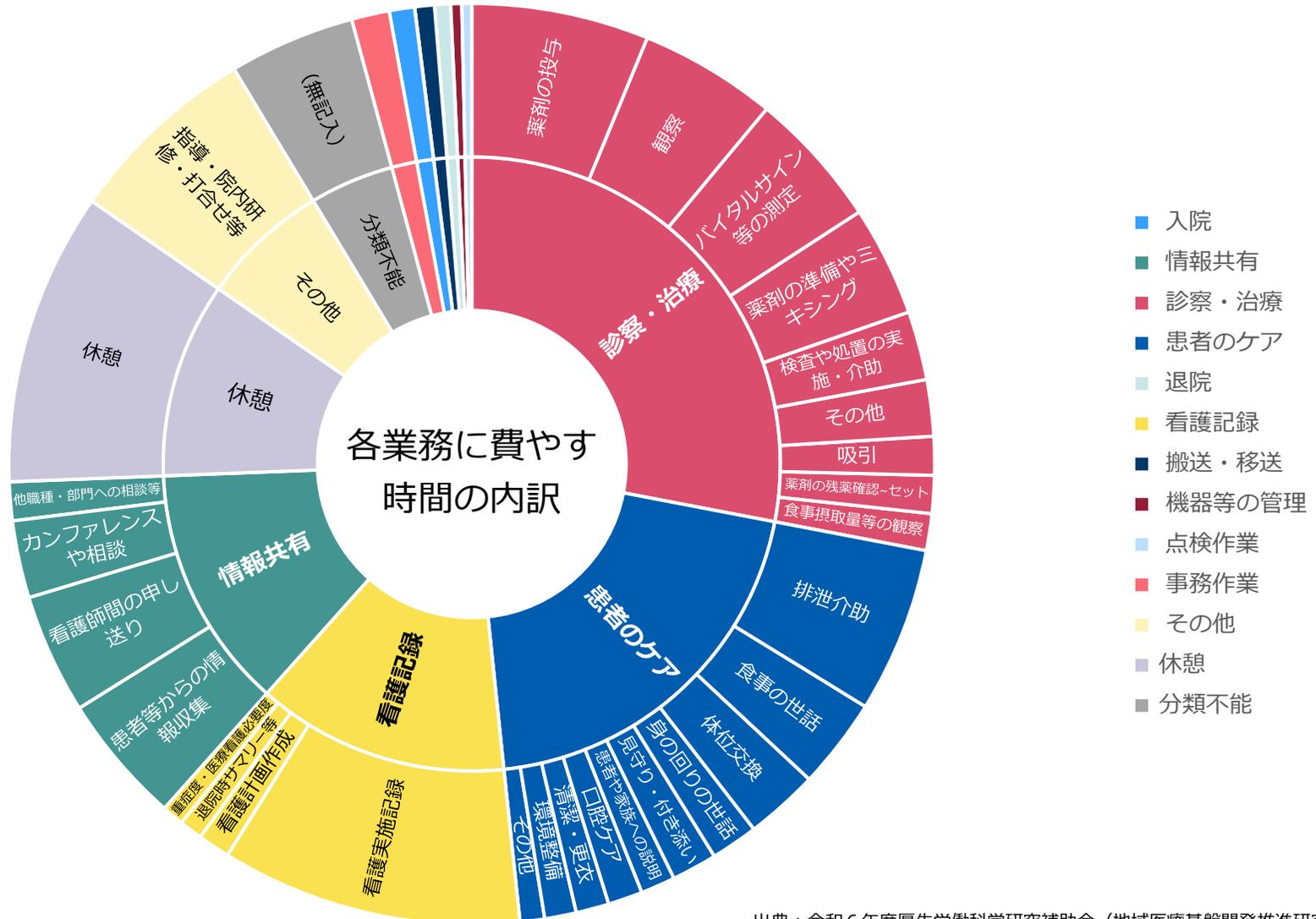
	(1)病院の看護業務のタスク・シフト/シェア、及び、業務効率化に関する調査	(2)-①病棟の看護業務タイムスタディ調査、 (2)-②病棟基本調査	(3)病院看護職のタスク・シフト/シェア、及び、業務効率化に関する意識調査	(4)病院看護のタスク・シフト/シェア、及び、業務効率化の取組に係る好事例調査
調査内容	タスク・シフト/シェアや業務効率化の取組状況、組織における推進体制、看護業務の変化、業務効率化が進んだ看護業務、取組の促進要因や阻害要因等	①病棟看護師の看護業務(84項目)別 従事時間数 1病棟：24時間×3日間×3名 ②病棟の属性、看護師の勤務体制、所定勤務時間帯、業務効率化の状況等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

研究成果

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

病棟における看護業務の全体像

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



出典：令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」

分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）の結果を用いて医療課にて作成 186

病棟における「診察・治療」に係る業務の分担状況①

- 栄養状態、摂食・嚥下状態、ADL、口腔の状態等に関するスクリーニング・評価や、各種計画の作成については、管理栄養士や療法士がそれぞれ主として実施している病棟が多かった。

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

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

病棟における「診察・治療」に係る業務の分担状況②

- 薬剤の準備・投与に関する業務は薬剤師が関与している病棟が多かった。
- 薬剤の投与、バイタルサイン等の測定、検査実施や診察の介助、吸引については、看護師が主として実施している病棟がほとんどであった。
- 検査の準備や実施は、臨床検査技師が関与している病棟が約3割あった。

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

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

病棟における「診察・治療」に係る業務の分担状況③

- 病棟におけるリハビリテーションや自立援助、嚥下訓練に関する業務は、療法士が関与している病棟が多かった。
- 食事に関する業務について、管理栄養士が関与している病棟が多かったが、ミールラウンドや食事変更の調整を主として実施している病棟は約2割だった。

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

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

病棟における「患者のケア」に係る業務の分担状況①

- 患者のケアに係る業務の多くは、看護師が主として実施していると回答した病棟が多かった。
- 食事の配膳や排泄介助、見守り・付き添い、食事介助、体位交換については、看護補助者が主として実施していると回答した病棟が1割～2割程度みられた。

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

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

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟A～D票）

病棟における「患者のケア」に係る業務の分担状況②

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

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

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

各専門職が関与している病棟業務の状況

- 病棟業務の多職種連携に関する調査において各専門職が関与している業務と、その結果を踏まえ想定されるメリットは以下のとおり。

職種	関与している業務	想定されるメリット
薬剤師	<ul style="list-style-type: none">残薬確認・処方依頼・セット薬剤の準備・ミキシング	薬学専門性に基づく服用薬剤情報の取扱いにより、薬物治療の精度向上、副作用や相互作用のリスクの低減、重複等を省くといった処方の効率化を実現できる。更に、病棟薬剤管理や無菌的処理により安全性が向上する。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none">ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成生活機能の回復支援（排泄、食事、離床）食事介助、口腔ケア	病棟でのADL動作を療法士が専門的視点に立って評価、指導を行うことで生活機能の回復を促進できる。
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none">栄養状態のスクリーニングや評価、計画作成食形態や経腸栄養剤の検討ミーラウンドや食事変更の調整栄養指導や食事に関する相談対応	的確な食事摂取量の把握や食欲等の聞き取りにより、患者の状態に応じた速やかな食事変更や相談対応ができる。
臨床検査技師	<ul style="list-style-type: none">検査の準備や実施検査に関する患者への説明	早朝や必要時の生理検査・検体検査の実施、医師の具体的指示による検査結果の確認により、その後の処置等を遅滞なく適時に実施できる。 適切な検査手技により、検体再採取率が減少する。

病棟における多職種ケアに係る現状と課題

(リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等)

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（以下、体制加算）の算定に関わらず、退院時にADLが低下する患者の割合は5%程度であった。一方、体制加算算定ありの患者においては、退院時にADL（Barthel index）が2以上改善した割合が算定なしの患者に比べて多かった。
- 体制加算を算定された群は、算定されていない群より要介護度の高い患者や高齢の患者が多かった。こうした特徴は、入院中にADLが低下する患者の特徴と一致していた。
- 体制加算算定ありの患者は、3日目までにリハビリを開始した患者が約9割であり、体制加算算定なしの患者と比較してリハビリの実施割合・早期の介入の割合がともに高かった。
- 体制加算算定ありの患者は、算定なしの患者と比較し1日当たりのリハビリ実施量が多く、休日も実施単位数は変わらなかった。さらに、施設全体の休日のリハビリテーション提供量は、体制加算算定なしの場合と比べて、算定ありの施設で高く、休日全体では86%程度であった。
- 地域包括医療病棟における、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても、概ね急性期一般入院料における体制加算と同様の傾向であったが、加算を算定している施設におけるADLが低下する患者の割合は比較的高い施設があった。また、リハビリテーションの実施割合や休日のリハビリテーション提供量は急性期一般入院料よりも多かった。
- 体制加算算定ありの病棟では、療法士が生活機能の回復や栄養・口腔状態に係る項目へ関与している割合が高かった。
- 体制加算算定ありの患者のほうが、低栄養の入力割合と入院栄養食事指導料の算定患者割合が高かった。また、入院時の低栄養の割合が高かった。
- 体制加算加算の算定有無による退院後の歯科受診状況に大きな差はなく、歯科受診率は低かった。

(病棟における多職種の業務)

- 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うち、疾患別リハビリテーション等以外のADLの維持、向上等を目的とした指導を実施している割合は地域包括医療病棟にて最も高く、実施した患者数は同程度であった。
- 回復期リハビリテーション病棟では、「生活機能の回復に向けた支援」等、ADLに係る項目について、療法士が関与している割合が比較的高かった。また、地域包括医療病棟では、地域包括ケア病棟と比べ、生活機能の回復に向けた排泄や離床の促しの支援、体位交換等の業務について療法士が関与している割合が高い傾向であった。

病棟における多職種ケアに係る現状と課題

- 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約4割。病棟配置されている管理栄養士の業務としては、栄養評価やミールラウンド、食事変更や食形態の調整等の対応がある。
- 管理栄養士の病棟配置や多職種連携が要件となっている特定入院料や加算は、原則、栄養サポートチーム加算の出来高算定や併算定はできない。
- 病棟における検査業務について、臨床検査技師が病棟に常駐し、早朝検査や心電図測定、検査結果の説明等を実施することで、看護師等の負担軽減につながる取組が行われている。

(病棟における看護業務とタスクシェアについて)

- 看護師を対象としたタイムスタディでは、診察・治療に係る業務と患者のケアに係る業務に費やす時間が長く、両者を合わせて全体の約半分であった。
- 病棟における診察・治療に係る業務について、患者のスクリーニングや評価、リハビリ・栄養・口腔に係る計画の作成、残薬の確認やセット、病棟におけるリハビリテーション、ミールラウンドや食形態の調整については、薬剤師、療法士、管理栄養士がそれぞれ関与している病棟が多かった。一方、薬剤の投与、バイタルサイン等の測定、検査実施や診察の介助、吸引については、看護師が実施している病棟がほとんどであった。
- 病棟における患者のケアに係る業務の多くは看護師が主に担当している病棟がほとんどであったが、食事の配膳や排泄介助、見守り・付き添い、食事介助、体位交換、環境整備、身体の清潔・更衣については、看護補助者が主として担当している病棟が1割～2割程度みられた。排泄、離床の取組や患者宅への訪問について、理学療法士や作業療法士が関与又は主として実施している病棟が他の項目より多くみられた。



【課題】

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と実際の介入状況や、退院時にADLが低下する患者の割合が比較的高いことやADLが低下する患者の特徴について、現状をどのように評価するか。
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算や、病棟の施設基準において専門職の病棟配置が進みつつある背景を踏まえ、病棟における各専門職の業務やタスクシェアに関する現状をどのように評価するか。