

個別事項について（その10）

人口・医療資源の少ない地域
救急医療
業務の簡素化

1. 人口・医療資源の少ない地域について
2. 救急医療について
3. 業務の簡素化について

1. 人口・医療資源の少ない地域について
2. 救急医療について
3. 業務の簡素化について

これまでの人口・医療資源の少ない地域に関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

（人口・医療資源の少ない地域における対応）

- 巡回診療、医師派遣、代診医派遣は、へき地医療拠点病院やへき地医療拠点病院以外の医療機関においても実施されているとのヒアリング調査を踏まえ、このような派遣元の医療機関が果たしている機能に着目した評価の在り方について検討することは、地域医療の継続的な確保に資するのではないかと意見があった。
- 人口の少ない二次医療圏では、総合入院体制加算や急性期充実体制加算の件数要件の達成が困難な場合があるため、地域の実情を踏まえた基準緩和や代替的な評価の検討が必要ではないかと意見があった。
- 人口・医療資源の少ない地域におけるオンライン診療は、外来医療について代替手段が乏しく、医療アクセスが困難である地域への補完という特性を有しており、都市部における利便性向上を目的としたオンライン診療とは性質が異なるとの意見があった。
- D to P with N は、看護師の同席により、オンライン診療では対応困難な検査・処置の実施や、患者の状況把握、生活に即した療養支援が可能となるなどの利点があり、これらの実態を踏まえて今後の評価の在り方を議論すべきではないかと意見があった。

1. 人口・医療資源の少ない地域について

1－1. 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況

1－2. 医療資源の少ない地域について

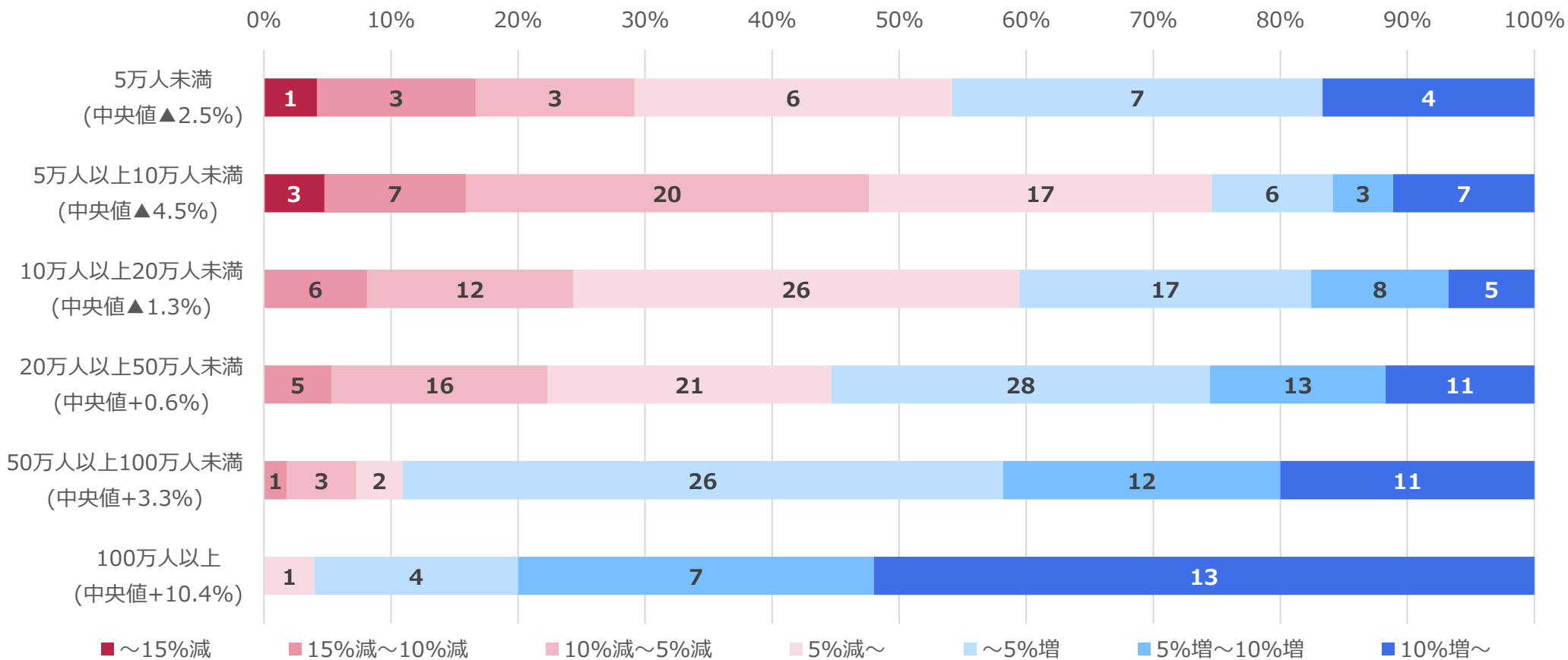
1－3. 人口の少ない地域の外来医療について

令和6年8月26日

人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

- ・人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にある。
- ・50万人以上100万人未満、100万人以上の二次医療圏では、2012年から2022年にかけて診療所数が増加傾向にある。

2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）



資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

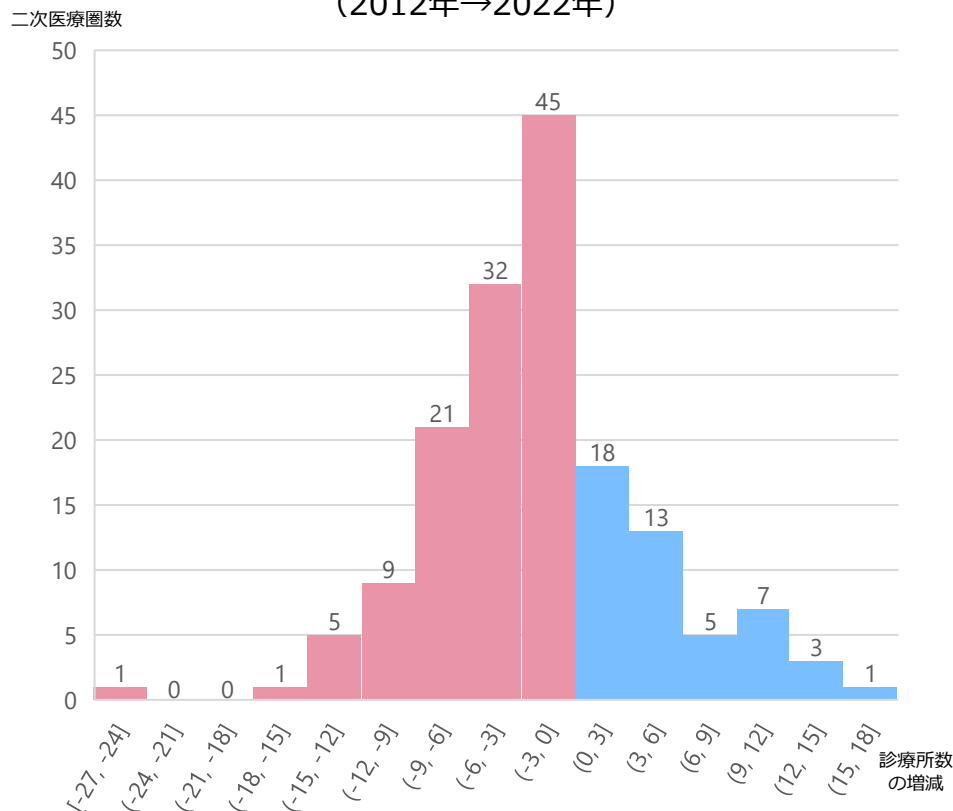
※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

令和6年8月26日

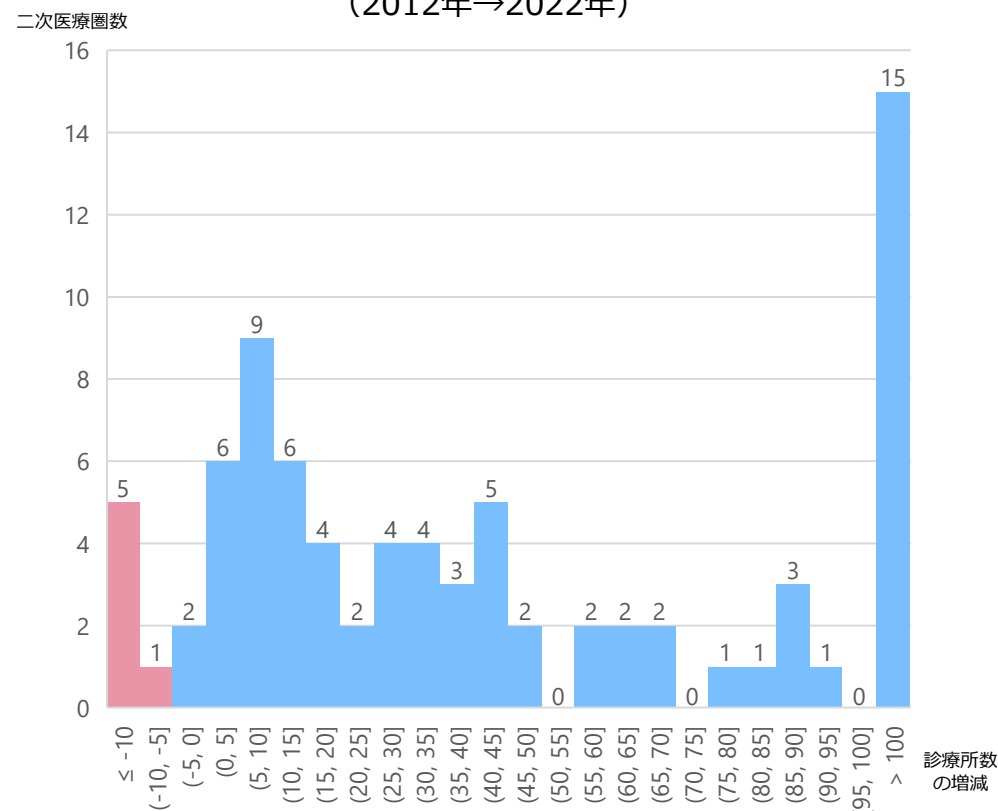
人口規模別の二次医療圏における診療所数の変化（2012年→2022年）

人口20万人未満の二次医療圏の診療所数は減少傾向、人口50万人以上の二次医療圏の診療所数は増加傾向にある。

人口20万人未満の二次医療圏での診療所数の増減
(2012年→2022年)



人口50万人以上の二次医療圏での診療所数の増減
(2012年→2022年)



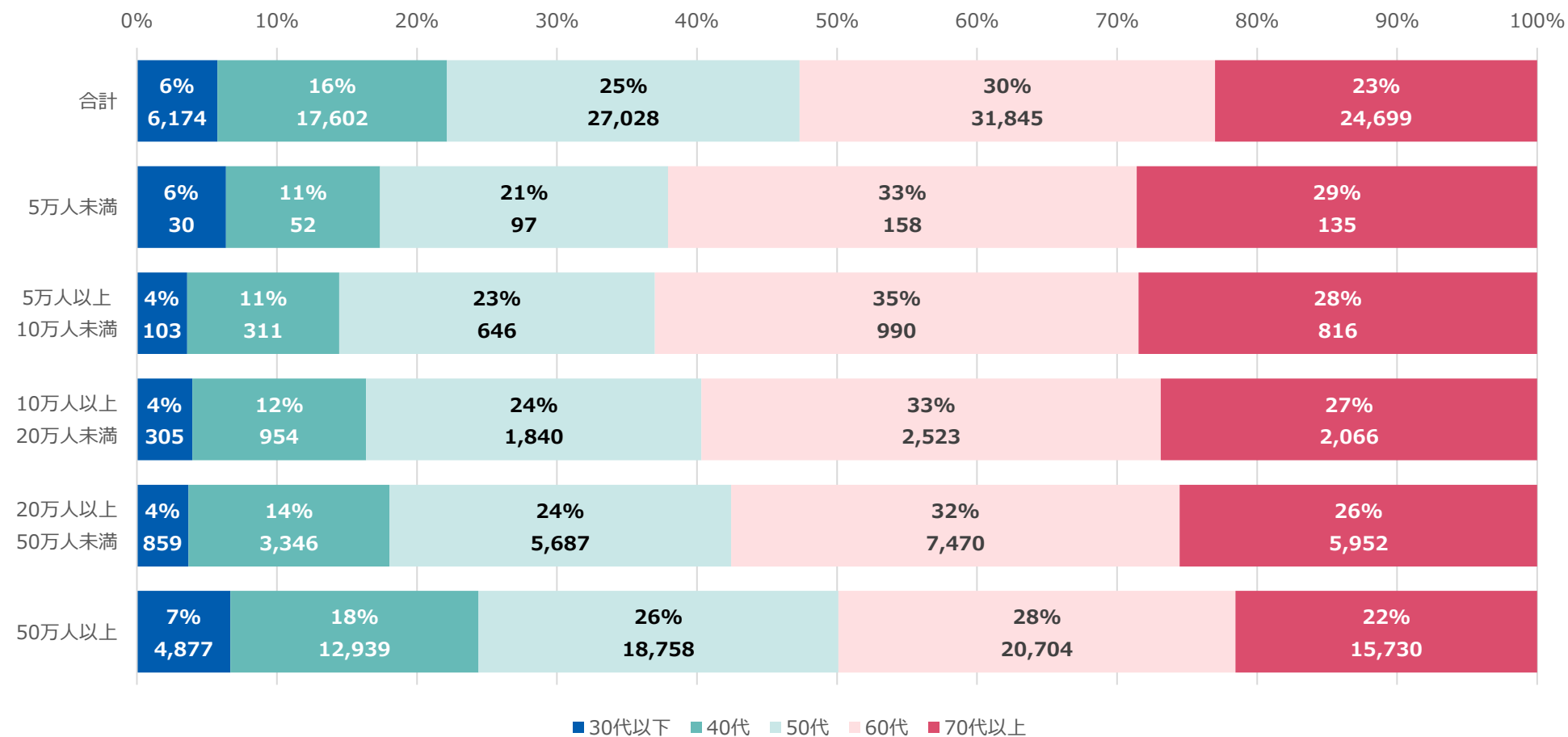
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

人口規模別にみた診療所医師の年齢階級別の分布

診療所の医師は過半数が60代以上であり、人口20万人未満の二次医療圏では、60代以上の医師が60%以上を占める。

人口規模ごとの二次医療圏別にみた年齢階級別の診療所医師数

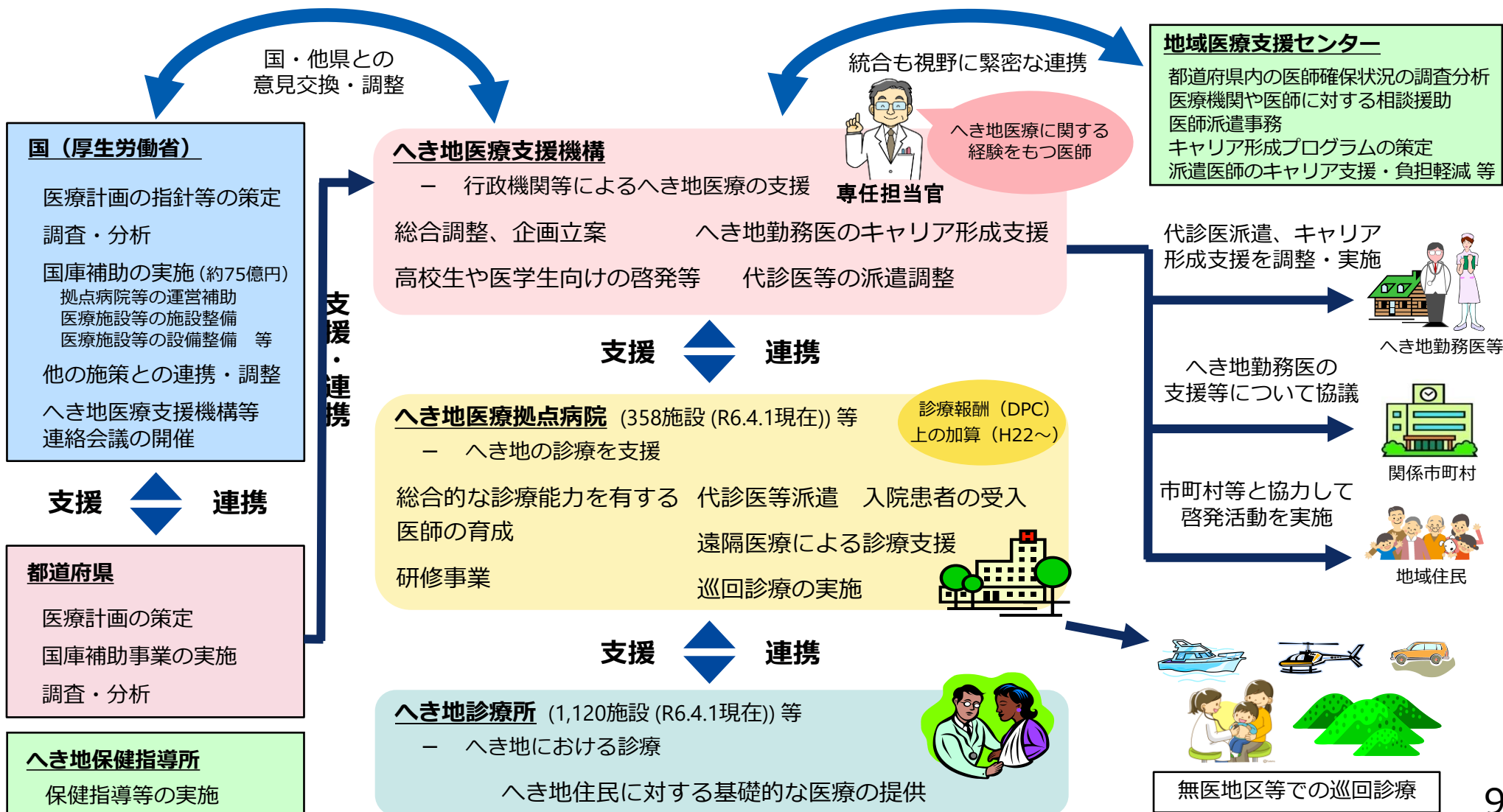


出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（令和4年）の届出票情報を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において特別集計したもの。

※届出票情報を利用し独自集計したため、医師・歯科医師・薬剤師統計の公表値とは一致しない場合がある。

へき地における医療の体系図

へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



へき地医療拠点病院の概要

へき地医療拠点病院の目的、指定要件等については「へき地保健医療対策等実施要綱」(令和4年7月29日医政発0729第13号医政局長通知)に定められている。

1 目 的

へき地診療所への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県単位で「へき地医療拠点病院」として編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行い、へき地における住民の医療を確保する。

2 指定要件

都道府県知事は、次に掲げる事業(ア、イ又はカのいずれかの事業は必須)を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められる病院をへき地医療拠点病院として指定する。

- ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
- イ へき地診療所等への代診医等の派遣(継続的な医師派遣も含む)及び技術指導、援助に関すること。
- ウ 特例措置許可病院への医師の派遣に関すること。
- エ 派遣医師等の確保に関すること。
- オ へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。
- カ 遠隔医療等の各種診療支援に関すること。
- キ 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関すること。
- ク その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関すること。

3 へき地医療拠点病院における医療活動の実施状況

(期間: 令和5年4月1日～令和6年3月31日) ※対象病院358施設

4 事業（必須事業）						へき地診療所等への 遠隔医療による支援	主要 3 事業を合計で 年12回以上実施して いる病院数（割合）	4 事業（必須事業） のいずれの事業の実 施もなかった病院数 （割合）
主要 3 事業								
無医地区等への巡回診療		へき地診療所等への医師派遣		へき地診療所等への代診医等派遣				
延べ実施回数	平均実施回数	延べ実施回数	平均実施回数	延べ実施回数	平均実施回数	実施病院数（割合）		
4,507回	13回	16,810回	47回	3,280回	9回	122病院（34.1%）	254病院（70.9%）	39病院（10.9%）

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施

- ・医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ

- ・若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施

- ・人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。
- ・医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ・是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R8年度全体策定

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

- ・管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする

- ・要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

③ 保険医療機関の管理者要件

- ・保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3) 経済的インセンティブ

- ・診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- ・派遣医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)※保険給付と関連の乏しい使途に当たるとはならないかとの意見あり
- ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援

- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

- ・医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

(5) リカレント教育の支援

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

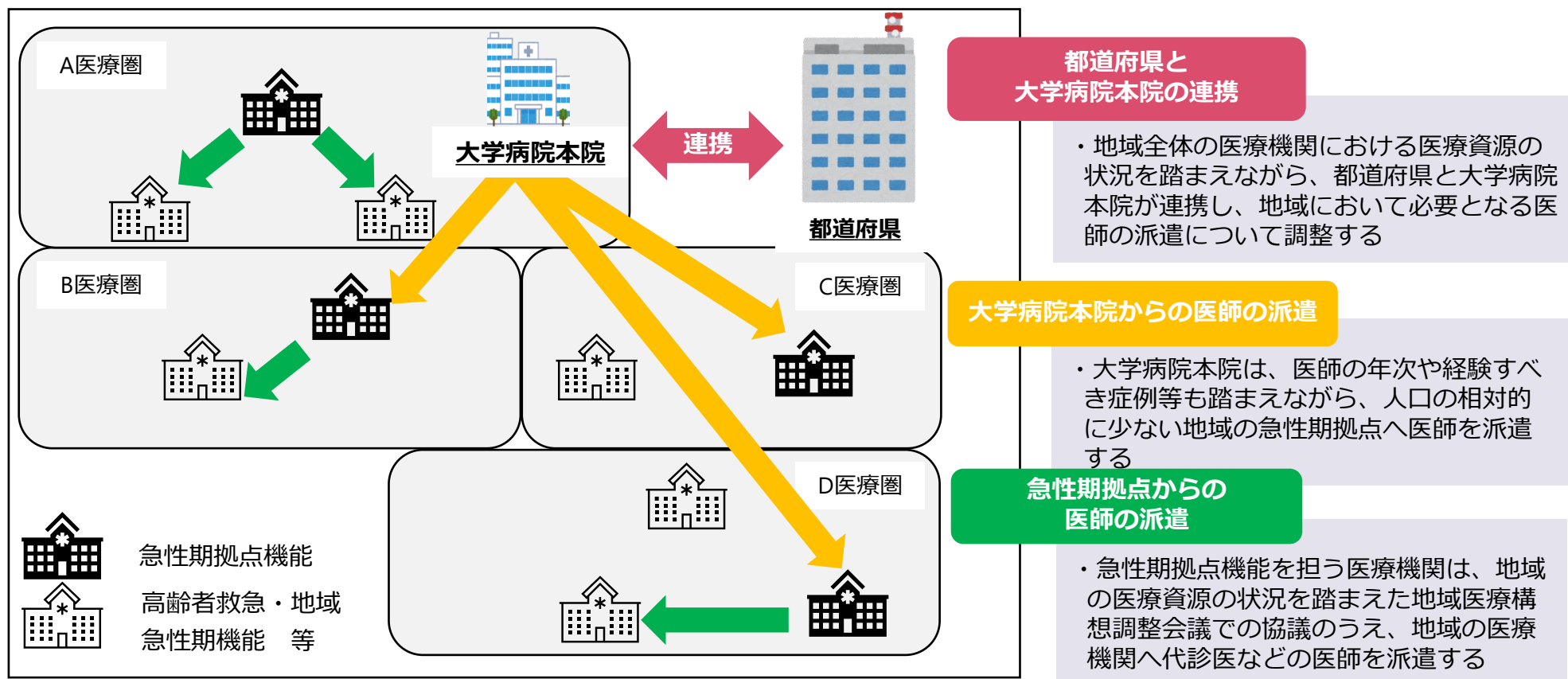
(7) 医師偏在指標のあり方

(8) 医師養成過程を通じた取組

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

2040年に向けた取組の広域な圏域のイメージ

- 都道府県内には、県庁所在地等の医療資源が相対的に豊富な地域と、相対的に資源の少ない地域が存在する。都道府県が大学病院本院等と連携し、急性期の拠点機能を有する病院等に対して、医師の派遣や教育体制の確保等の取組を行う等、県全体として効率的な提供体制を確保できるよう、各圏域の提供体制を構築することが必要。



1. 人口・医療資源の少ない地域について

1－1. 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況

1－2. 医療資源の少ない地域について

1－3. 人口の少ない地域の外来医療について

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価（概要）

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、施設基準の緩和等、その特性に配慮した評価を行っている。
- 急性期から回復期における機能分化が困難である観点から一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料について要件緩和や混合病棟を認める等の対応を行っている。

<評価の概要>

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A 1 0 0 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	入院基本料 1 ～ 3 の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A 2 0 5 - 2 超急性期脳卒中加算	情報通信機器を用いて他の保険医療機関と連携し、診療を行う場合にも届出可能	施設基準の緩和
A 2 0 7 医師事務補助体制加算	20対1 から100対1 までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の緩和
A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A 2 4 6 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、病室単位で届出が可能	施設基準の緩和
A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1 以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4 割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和	人員配置
	※1 特定地域以外では13対1 以上 ※2 特定地域以外では7 割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3） 「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件の緩和（地域包括ケア病棟入院料2及び4）	病床数
A 3 1 7 特定一般病棟入院料	一般病棟が1 病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1 以上又は15対1 以上 看護要員1 人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A 2 4 8 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満） 24時間の往診体制について、D to P with Nを実施できる体制でも可能とする（在支診も同様）	病床数 施設基準の緩和
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B 0 0 1 2 4 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B 0 0 1 2 7 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

改定年度

改定内容

平成24年	○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とした ※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 ○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えた ○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、<u>利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し</u> ＜対象地域に関する要件＞ ➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 ○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加えた （特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く） ※要件①かつ② ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%
平成30年	○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く） ○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 ＜対象＞ ○地域包括ケア入院医療管理料1～4 ○地域包括ケア病棟入院料1・3 ○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算 ○在宅療養支援診療所 ○在宅療養支援病院 ○在宅療養後方支援病院
令和2年	○ 医療資源の少ない地域について、<u>医師に係る要件を緩和（※）</u>するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した ※ 「人口当たり医師数が下位1/3」→「人口当たり医師数が下位1/2」 ○ へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とした
令和4年	○ 入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。 ○ 超急性期脳卒中加算の遠隔医療の体制構築の要件の見直し。
令和6年	○ 回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、届出を病室単位で可能な区分を新設 ○ 地域包括ケア病棟入院料2及び4の施設基準における、「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件を緩和 ○ 在宅療養支援病院・診療所に係る24時間の往診体制の要件について、D to P with Nの実施体制を整備することで要件を満たすこととする緩和

医療資源の少ない地域（令和6年度診療報酬改定）

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	県南	大仙市、仙北市、美郷町、 横手市 、湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曾	木曾郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

医療資源の少ない地域の見直しのシミュレーション

- 医療資源の少ない地域について、令和5年医療施設静態調査等の直近の統計を用いて見直しのシミュレーションを行った。
- 医療資源の少ない地域に該当していた37医療圏のうち5医療圏が同地域に該当しなくなる。

(令和6年度
改定)
37医療圏

引き続き要件に該当する二次医療圏数	32医療圏※1
新たに要件に該当する二次医療圏数	7医療圏
要件に該当しない二次医療圏数	5医療圏

(令和8年度
改定)
39医療圏※1

参考：医療資源の少ない地域の基準：①かつ②を満たすこと

① 医療従事者の確保が困難な地域

「人口当たり医師数※2が下位1/2」かつ「人口当たり看護師数※2が下位1/2」

② 医療機関が少ない地域

「病院密度※3が下位15%」または「病床密度※3が下位15%」

※1 上記参考の基準を満たす場合のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域が対象に含まれる。

※2 人口については、令和2年国勢調査（令和2年10月1日時点）、医療従事者数については、令和5年医療施設（静態・動態）調査（令和5年10月1日時点。病院従事者数の医師総数並びに保健師、助産師、看護師、准看護師及び看護業務補助者数）を用いて算出。

※3 面積については、全国都道府県市区町村別面積調（令和2年10月1日時点）、医療従事者数については、令和5年医療施設（静態・動態）調査（病院施設数及び病院病床数）を用いて算出。

1. 人口・医療資源の少ない地域について

1－1. 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況

1－2. 医療資源の少ない地域について

1－3. 人口の少ない地域の外来医療について

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果①（再掲）

診調組 入-2
7. 8. 21

	医療機関の主な意見等
外来医療について	- 地域人口が減少しており、外来患者は減少している。 - 各地域の診療所が医師不足により閉鎖することが多く、へき地医療拠点病院でありながら、かかりつけ医の役割も担っている。 - 隣接自治体の診療所で診療できる医師がいなくなり、当診療所にも医師派遣をしている近隣病院（注：へき地医療拠点病院ではない病院）が新たに医師派遣を担うことになった。ただ、派遣元となる近隣病院にとっては、さらに派遣先が増えることになり、当診療所への派遺回数を今年から減らしたいとの要望があった。現状、なんとか維持してほしいと交渉して続けていただけている状況であるが、こうした病院からの派遣医師がなくなると、地域の診療体制が軒並み潰れるか縮小せざるを得ない。 - 外来・在宅医療の維持には、地域自治体による支援（補助金、デマンドタクシー等の移動手段の整備等）が必要不可欠である。
在宅医療について	- 患者の高齢化に伴い、来院する手段が限られているため、訪問診療の実施が必要と考えている。 - 訪問診療を実施する上で、以下のような課題を感じている。 ① 訪問診療実施中における通常診療の維持（時間や人員の制約） ② 交通費や燃料費の負担 24時間対応は困難であるため、患者の理解を得ながら、時間外の急変には連携する基幹病院の救急が対応している。医師は連携する基幹病院から派遣されているため、平時から診療情報の共有はこまめに行うことができている。 - 訪問診療の必要性を感じているが、医師や看護師が不足しているため実施を制限し、患者側の自助努力により来院をしていただく形を基本とせざるを得ない。 - 管理栄養士による訪問栄養指導ができる体制は整えているものの、実際に訪問したケースはまだない。訪問の必要な方がいれば依頼しようと思うが、管理栄養士も人員不足で病院から在宅に出すことは厳しい状況にある。

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果④（再掲）

診調組 入-2
7. 8. 21

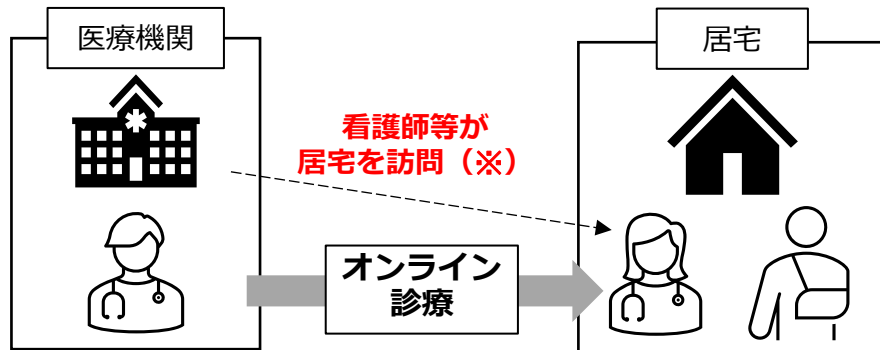
	医療機関の主な意見等
救急医療体制 について	- 離島地域においては、定期船による搬送が主となるが、本数が少ない。 - 離島地域では、ドクターヘリが生命線となっている。 - 現状、転院搬送の受入れを近隣病院から拒否されることは比較的少ないが、今後、受入側医療機関の人員不足による病床削減により、転院搬送の受入れについて影響を受ける可能性があると感じている。 - 遠隔診療のシステムが構築されている医療機関では、初療について高次救急医療機関の判断を仰ぎ対応する事例もある。
その他	- 地域内における産婦人科が医師不足により継続不可となり、別の地域の医療機関で出産をしてもらうことが多くなっている。地域における若年層が定着しない要因となっており、医療従事者不足にも影響を与えている。 - へき地診療所においては、へき地医療拠点病院やへき地医療拠点病院以外からの医師派遣が生命線となっている。 - 全ての課題は「人材不足」に関連して生じている。 - 人材不足を補うための対策（例：オンライン診療等）についても、これらを導入・実施する人材自体がいないため、積極的に取り組めない。

D to P with Nとして想定される診療形態

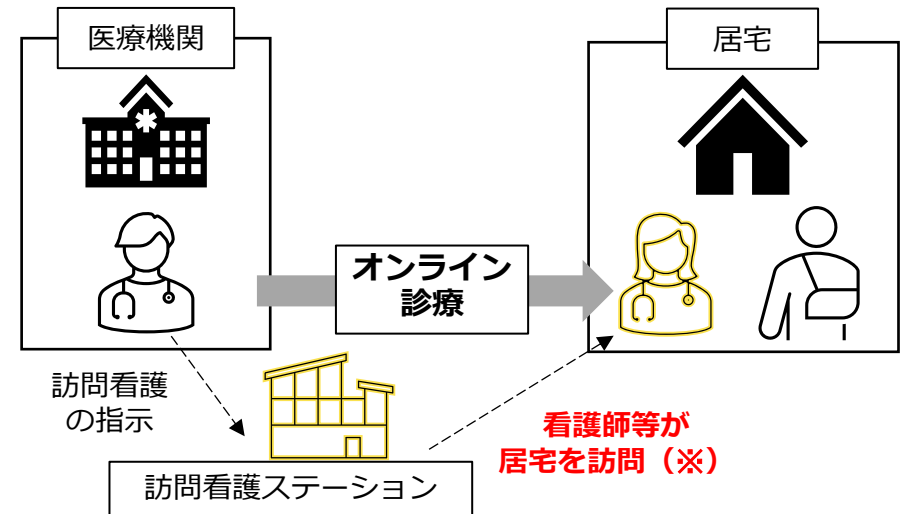
中医協 総-1
7. 11. 7改

- オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿って実施した場合に想定されるD to P with Nの看護師等の所属先として、医師と同一の医療機関の場合と、訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの場合が考えられる。
- また、看護師等が患者の居宅を訪問する場合については、訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問として看護師等が患者の居宅を訪問した際にオンライン診療を実施する場合と、事前に予定された訪問看護がない場合に看護師等が患者の居宅に訪問し、オンライン診療を実施する場合等が想定される。

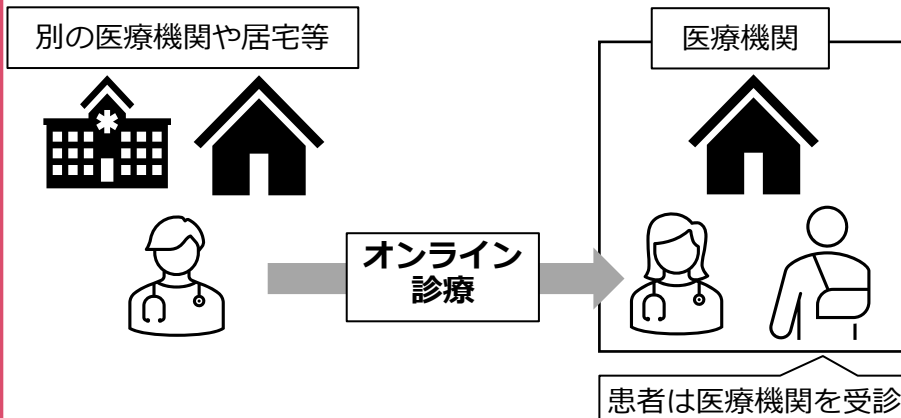
医師と同一の医療機関の看護師等の場合



訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等の場合



(参考) 上記形態のほか、患者が医師が不在の時間帯に医療機関に受診した場合に、オンライン診療を実施することも考えられる。



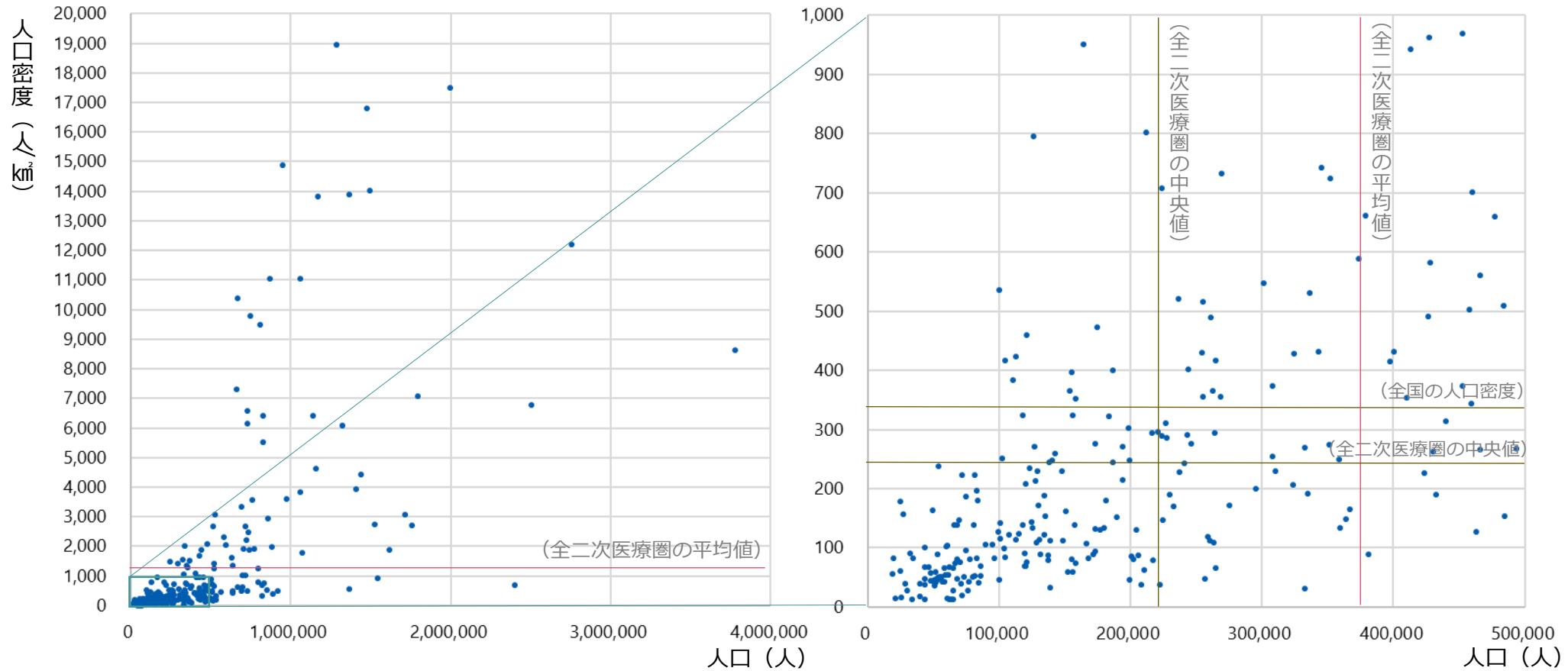
(※) 看護師等が患者の居宅を訪問する場合における、訪問看護との関係

状況	想定される事例
訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）	✓ 訪問時に緊急に医師の診察が必要であると判断した場合 ✓ 予め訪問看護と医師の診察を同時刻に予定している場合
予定された訪問看護がない場合	✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合

二次医療圏の人口・人口密度の分布

診調組 入-2
7. 8. 21

- 二次医療圏ごとの人口・人口密度の分布を示したものは以下のとおり。
- 全二次医療圏の人口平均値は約38.2万人であり、中央値は約22.3万人であった。二次医療圏の人口密度にはばらつきがあり、全二次医療圏の平均値以下である二次医療圏は268医療圏であり、全国の人口密度以下である二次医療圏は194医療圏であった。



	最大値	第三四分位数	平均値	中央値	第一四分位数	最小値	(参考) 全国
人口密度 (人/km ²)	18,938.8	693.5	1,212.1	244.5	88.7	12.5	338.2
人口 (人)	3,777,491	482,440	382,261	223,258	100,834	19,122	126,146,099

※人口・面積は、令和2年国勢調査結果。二次医療圏は、令和6年4月1日時点（330医療圏）。

小規模な二次医療圏（※人口・人口密度が一定基準未満である医療圏を想定）

① へき地診療所等



- ・ 過疎地域等に所在し、巡回診療、医師・代診医派遣等による支援を受ける医療機関
- ・ D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用し、住民に対する基礎的な医療を提供

② へき地診療所等への支援を実施する病院



- ・ 地域の救急患者や入院患者を受け入れる病院
- ・ オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師・代診医派遣等を実施
- ・ D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供

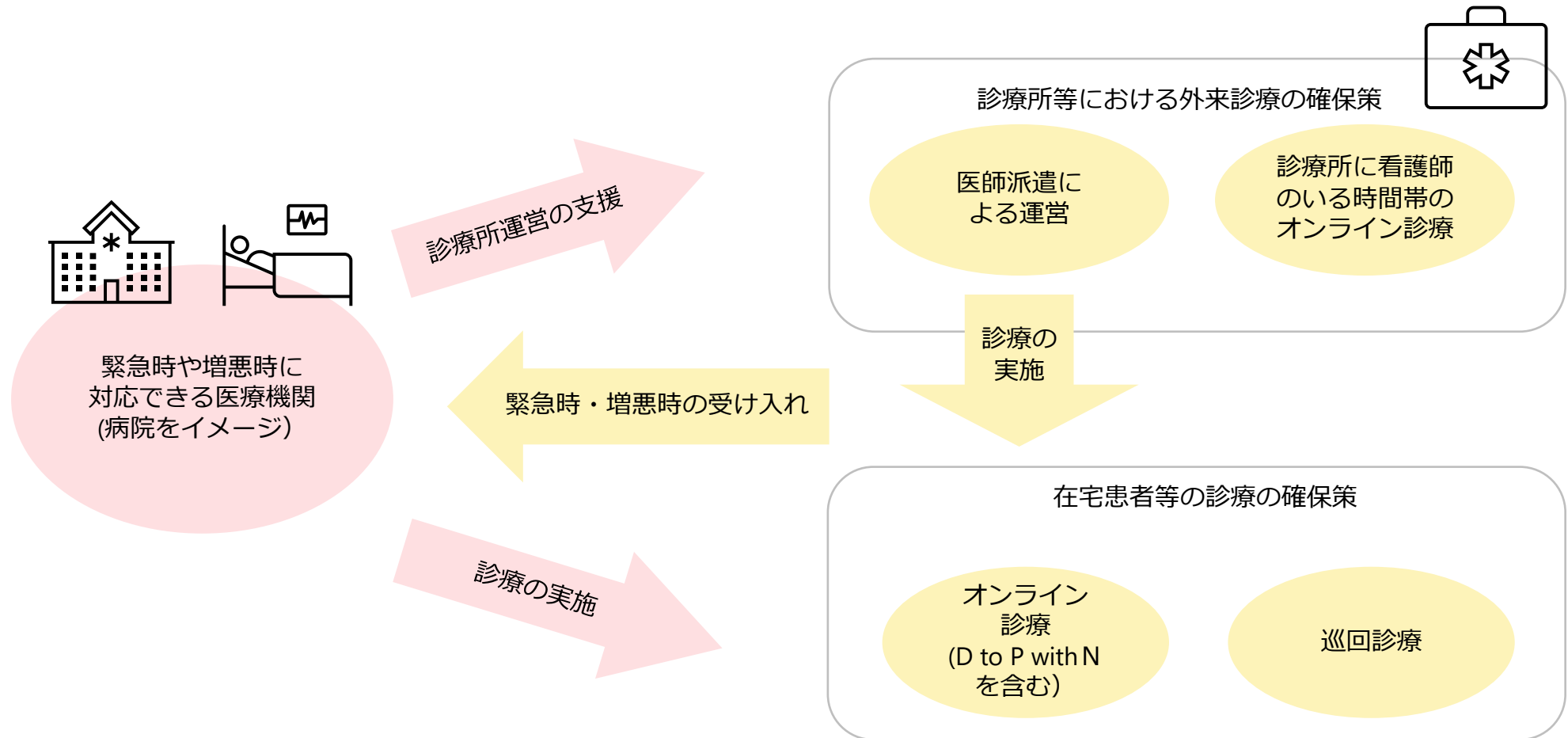
③ 拠点的功能を有する病院



- ・ 急性期の拠点的な機能を担う病院
- ・ オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師派遣・代診医派遣等を実施
- ・ D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供

人口の少ない地域で外来医療を確保する仕組み（イメージ）

- 人口が減少し、診療所も減少する中で、人口の少ない地域で外来医療を守るためには、診療所運営の支援や診療支援として、医師派遣、巡回診療及び情報通信機器を用いた診療等を行う仕組みを地域の実情に応じて組み合わせていくことが求められるのではないかな。
- また、そうした仕組みは、緊急時や増悪時に対応できる医療機関と連携して機能する必要があるのではないかな。



人口・医療資源の少ない地域についての現状と課題

（人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況）

- 人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にあり、従事する医師の高齢化も進んでいる。
- へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行うこととされている。へき地診療所等への医師派遣、代診医派遣、巡回診療を合わせて「主要3事業」と呼び、情報通信技術を活用した遠隔医療と合わせて「必須事業」と呼ぶ。
- 急性期拠点機能を担う医療機関は、地域の医療資源の状況を踏まえた地域医療構想調整会議での協議のうえ、地域の医療機関へ代診医などの医師を派遣することが想定されている。

（医療資源の少ない地域について）

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 医療資源の少ない地域について、令和5年医療施設静態調査等の直近の統計を用いて見直しのシミュレーションを行ったところ、医療資源の少ない地域に該当していた37医療圏のうち32医療圏が引き続き該当、7医療圏が新たに該当、5医療圏が同地域に該当しないとの結果であった。

（人口の少ない地域の外来医療について）

- 医療資源の少ない地域に関するヒアリング調査では、地域の外来診療を、へき地医療拠点病院ではない近隣病院からの医師派遣に頼っている現状に関する意見があった。
- 過疎地域等に所在する医療機関は、へき地診療所等への支援を実施する病院や地域の救急患者や入院患者を受け入れる病院から、オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師・代診医派遣等の支援を受けている例がある。
- 全二次医療圏の人口平均値は約28.2万人であり、中央値は約22.3万人であった。二次医療圏の人口密度にはばらつきがあり、全二次医療圏の平均値以下である二次医療圏は268医療圏であり、全国の人口密度以下である二次医療圏は194医療圏であった。
- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っているへき地医療拠点病院は83施設、へき地診療所は134施設。へき地拠点病院において、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関は7施設であり、実施した巡回診療のうちほとんどをオンライン診療で実施している医療機関もみられた。
- 離島等におけるオンライン診療の活用事例としてD to P with Nが挙げられ、これは患者が医療機関を受診していることとされている。また、D to P with D 型の特徴として、医療資源が限られる地域においても専門の医師等による診察を受けることができることが挙げられる。

人口・医療資源の少ない地域についての論点

【論点】

（医療資源の少ない地域について）

- 医療資源の少ない地域について、令和5年医療施設静態調査等の直近の統計を用いて見直しを行うこととしてはどうか。
- 対象地域の見直しにより当該地域から除外された医療圏に所在している医療機関であって、現に入院料等の届出を行っているものについては2年間の経過措置を設けているが、医療資源の少ない地域に配慮した施設基準等による届出を行った医療機関の運営の安定性を担保する観点から、その期間を延長することについてどのように考えるか。

（人口の少ない地域の外来医療について）

- 人口の少ない地域における外来診療体制を確保する観点から、人口・人口密度が少ない二次医療圏において、継続的な巡回診療、医師派遣、代診医派遣による診療や、D to P with N、D to P with Dを含む情報通信機器を用いた診療を活用し、地域の外来診療確保やそのための支援を行うとともに、増悪した急性期の患者を受け入れることのできる医療機関について評価を行うことについてどのように考えるか。

1. 人口・医療資源の少ない地域について
2. 救急医療について
3. 業務の簡素化について

2. 救急医療について

2－1. 救急医療をとりまく状況

2－2. 救急患者連携搬送に関する評価

2－3. 救急外来応需体制に関する評価

2－4. 救急入院医療に関する評価

救急出動件数と搬送人員の推移

診調組 入 - 3
7 . 7 . 3

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

図1 救急自動車による救急出動件数及び搬送人員の推移

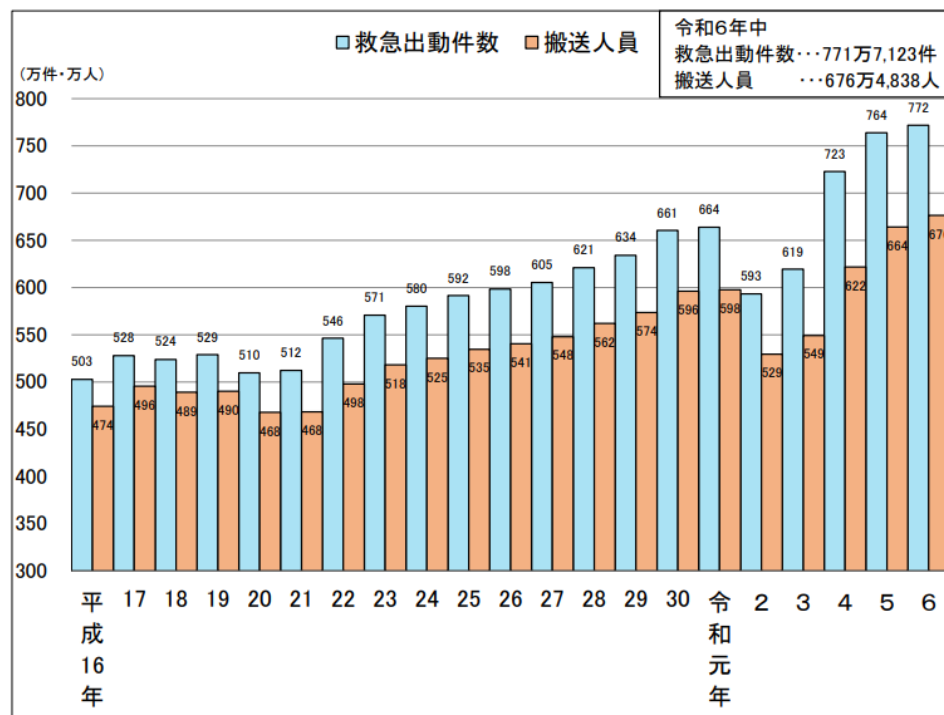
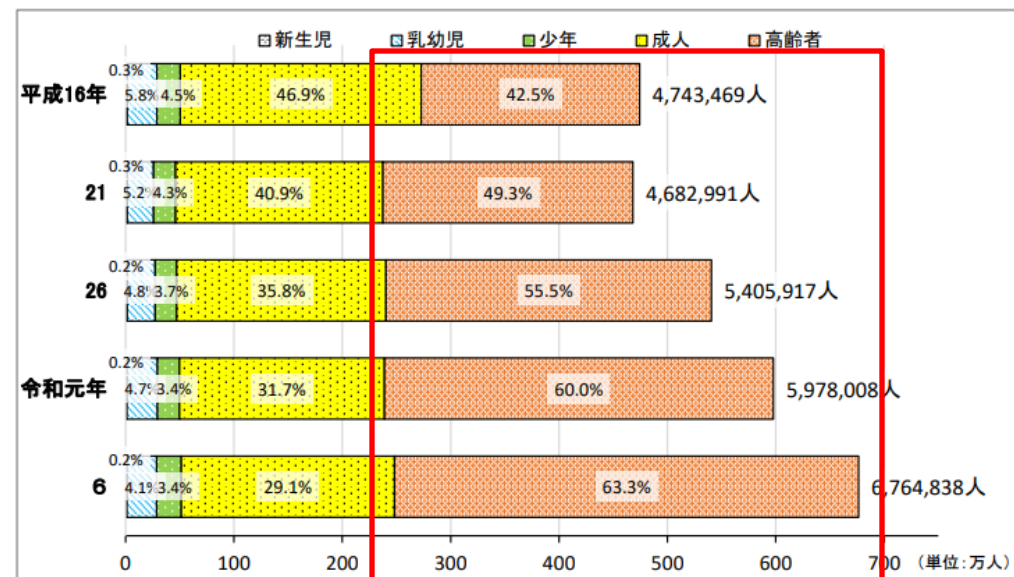


図8 年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



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

2 年齢区分の定義

新生児：生後28日未満の者

乳幼児：生後28日以上満7歳未満の者

少年：満7歳以上満18歳未満の者

成人：満18歳以上満65歳未満の者

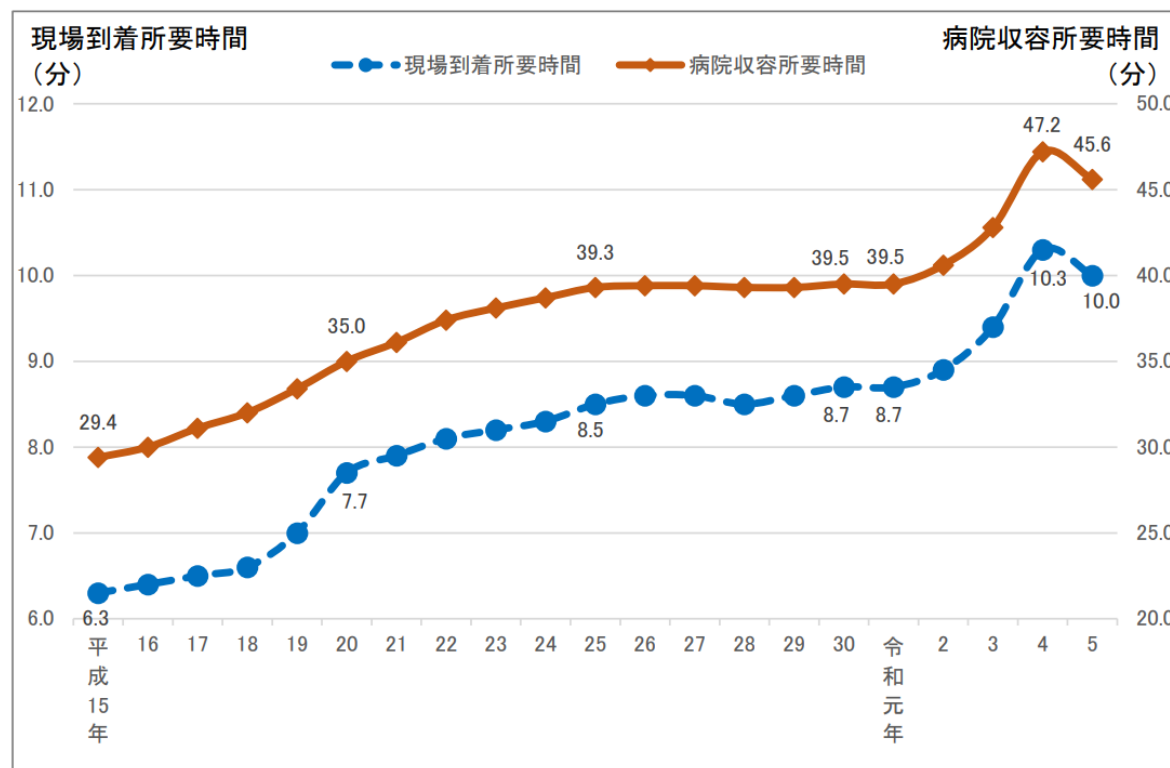
高齢者：満65歳以上の者

救急自動車による現場到着所要時間等の推移

診調組 入 - 3
7 . 7 . 3

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

図 11 現場到着所要時間及び病院収容所要時間の推移



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

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

救急医療体制体系図

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和5年3月31日付け医政地発0331第14号)抜粋)
(救急医療対策事業実施要綱(令和5年5月16日付け一部改正医政発0516第21号)抜粋)

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（312力所）
（うち、高度救命救急センター（50力所））

令和7年4月1日現在

ドクターヘリ（57力所）

令和6年2月1日現在

入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制（389地区、2,473力所）

共同利用型病院（19力所）

令和5年4月1日現在（令和5年度救急医療提供体制の現況調べより）

初期救急医療

在宅当番医制（668地区）

休日夜間急患センター（547力所）

令和5年4月1日現在（令和5年度救急医療提供体制の現況調べより）

○重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本とし、原則として、重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

高度救命救急センターは、特に高度な診療機能を有し、通常の救命救急センターでは対応困難な外傷や疾患等の診療を担うもの。

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者を受け入れるもの。

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者を受け入れるもの。

救急医療体制等に関連する主な評価について

診調組 入－3
7 . 7 . 3

救急医療体制に関連する評価

A200 総合入院体制加算	十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等評価したもの。 【主な施設基準】 (加算1) 高度救命救急センター・救命救急センターの設置 (加算2) 高度救命救急センター・救命救急センターの設置又は二次救急医療機関等 かつ 年間救急搬送件数2,000件以上 (加算3) 高度救命救急センター・救命救急センターの設置又は二次救急医療機関等
A200-2 急性期充実体制加算	手術等の高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制を評価したもの。 【主な施設基準】次のいずれかを満たしていること。 ・高度救命救急センター又は救命救急センターの設置 ・年間救急搬送件数2,000件以上
A252 地域医療体制確保加算	地域の救急医療体制、周産期医療体制又は小児救急医療体制において重要な機能を担うとともに、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する取組を実施する体制を評価するもの。 【主な施設基準】次のいずれかを満たしていること。 ・年間救急搬送件数2,000件以上 ・年間救急搬送件数1,000件以上かつ小児・周産期医療に関する加算等の届出 ・総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有する病棟又は病室において算定するもの。 【主な施設基準】二次救急医療機関又は救急告示病院であること。（許可病床数200床未満の医療機関の一般病床において算定する場合は、救急外来を有する又は24時間救急患者を受け入れていることにより満たすものとみなす。）
A304 地域包括医療病棟入院料	高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担う病棟において算定するもの。 【主な施設基準】二次救急医療機関又は救急告示病院であること。
DPC/PDPS 機能評価係数Ⅱ	- 救急医療指数（救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価） - 体制評価指数（救命救急センター等の体制や救急車で来院し入院となった患者数の実績を評価）

在宅医療を担う医療機関や介護保険施設等との連携に関連する評価

在宅療養支援病院・診療所 在宅療養後方支援病院 地域包括ケア病棟入院料	地域において、介護保険施設等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて協力医療機関として定められることが望ましい。
A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価したもの。
A253 協力対象施設入所者入院加算	介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

救急搬送・救急診療に関連する主な評価について

診調組 入 - 3
7 . 7 . 3

救急搬送に対する評価

C004 救急搬送診療料	患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合の評価。
C004-2 救急患者連携搬送料	三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上、自院又は搬送先の医療機関に属する緊急自動車をを用いて転院搬送する場合の評価。 【対象医療機関】年間救急搬送件数2,000件以上

救急外来応需体制に対する評価

B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	地域の他の医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するもの。夜間、休日又は深夜であって、あらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。
B001-2-5 院内トリアージ実施料	夜間、休日又は深夜に受診した、初診料を算定する患者（救急自動車等で搬送された者を除く。）に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	- 診療時間以外の夜間や休日、深夜において、救急搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、初診料を算定する初診の日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす第二次救急医療機関（第三次救急医療機関併設を除く。）又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
B006 救急救命管理料	患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。

救急入院医療に対する評価

A205 救急医療管理加算	- 緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす救急医療機関又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
A300 救命救急入院料	救命救急センターを有している病院の治療室において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に算定する。 【対象医療機関】・救命救急センター

2. 救急医療について

2－1. 救急医療をとりまく状況

2－2. 救急患者連携搬送に関する評価

2－3. 救急外来応需体制に関する評価

2－4. 救急入院医療に関する評価

これまでの救急医療に関する主な意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

（救急搬送に関する評価について）

- 救急患者連携搬送料は搬送元医療機関で算定するものである一方、受入側医療機関の評価がない。救急患者連携搬送は受入側医療機関の協力を前提とした制度であることから、受入側にも一定の評価を設けることが必要ではないかとの意見があった。
- 地域包括ケア病棟において「救急患者連携搬送料」を算定した患者を受け入れた場合について、在宅患者支援病床初期支援加算の対象としたことには意義がある。救急連携搬送における受入側医療機関への評価をさらに充実させることで、医療機関間の機能分担や連携の促進につながるのではないかと意見があった。
- 救急患者連携搬送にあたっては、病院救急車だけでなく、患者等搬送事業者を活用することについても、今後検討の余地があるのではないかと意見があった。

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

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

(新) 救急患者連携搬送料

1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院1日目の患者の場合	1,200点
3	入院2日目の患者の場合	800点
4	入院3日目の患者の場合	600点



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

[施設基準]

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

急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

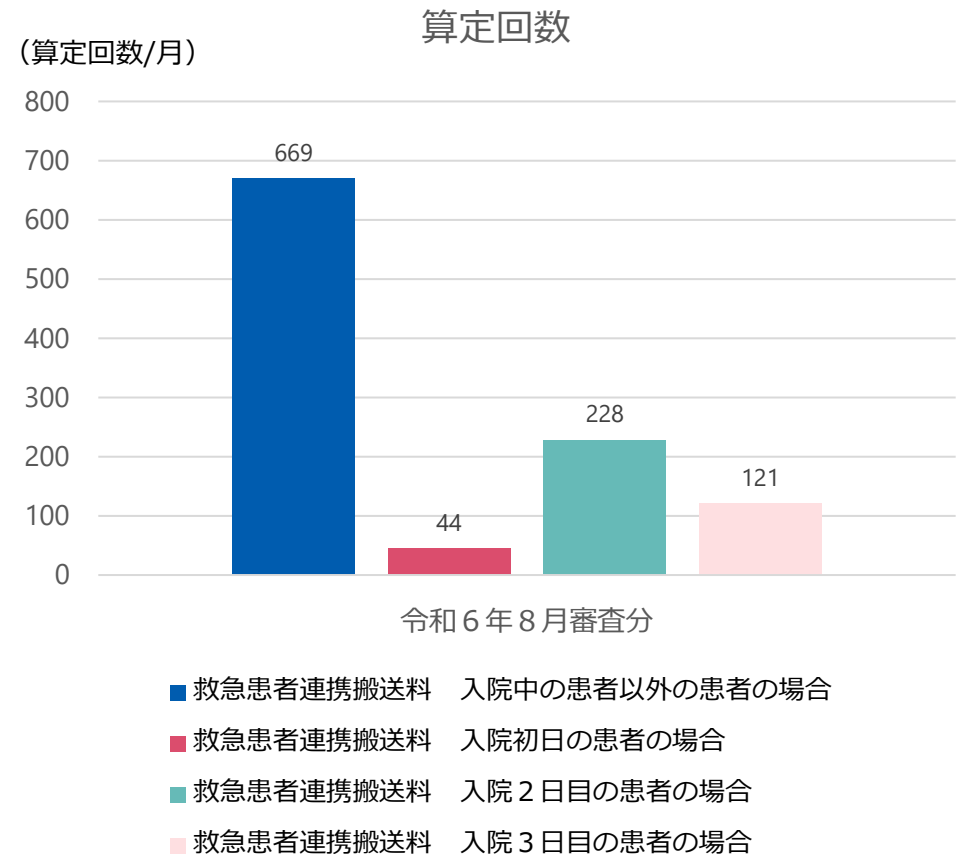
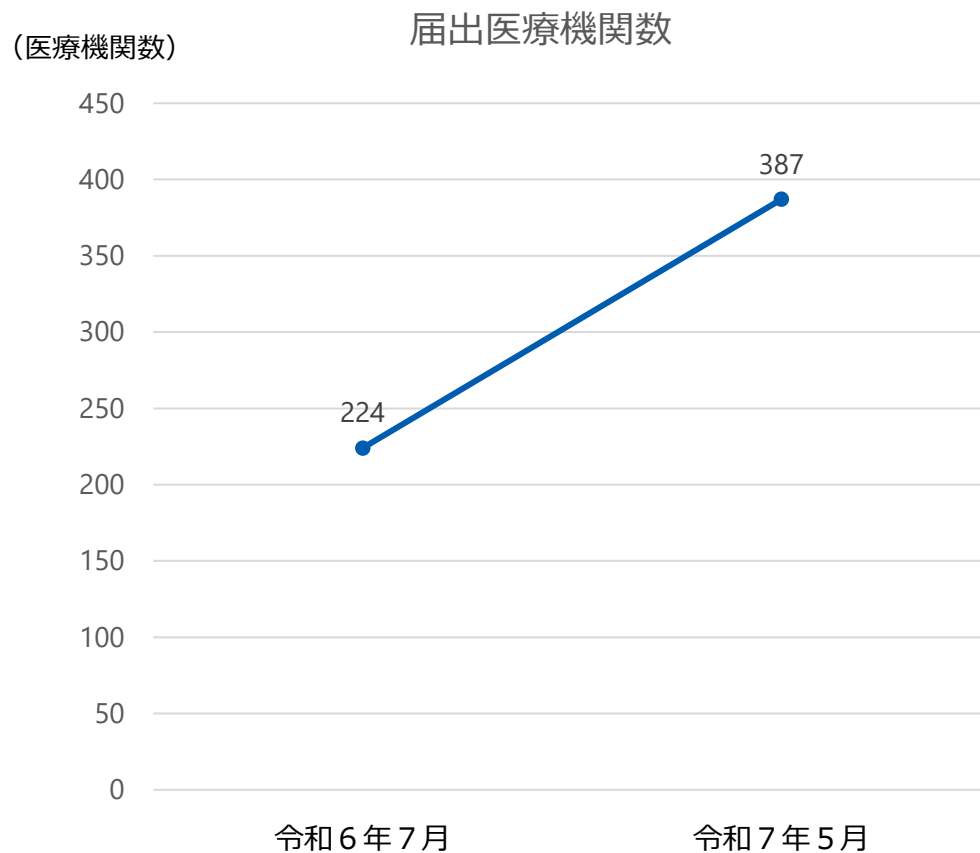
- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

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

救急患者連携搬送料の届出医療機関数と算定回数

診調組 入 - 3
7 . 7 . 3

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



出典：

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

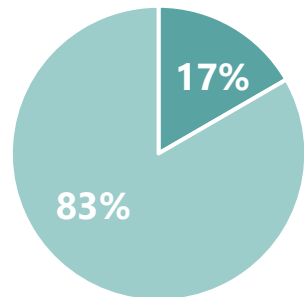
(算定回数) 社会医療診療行為別統計

救急患者連携搬送料の届出状況

診調組 入 - 1
7. 5. 22 改

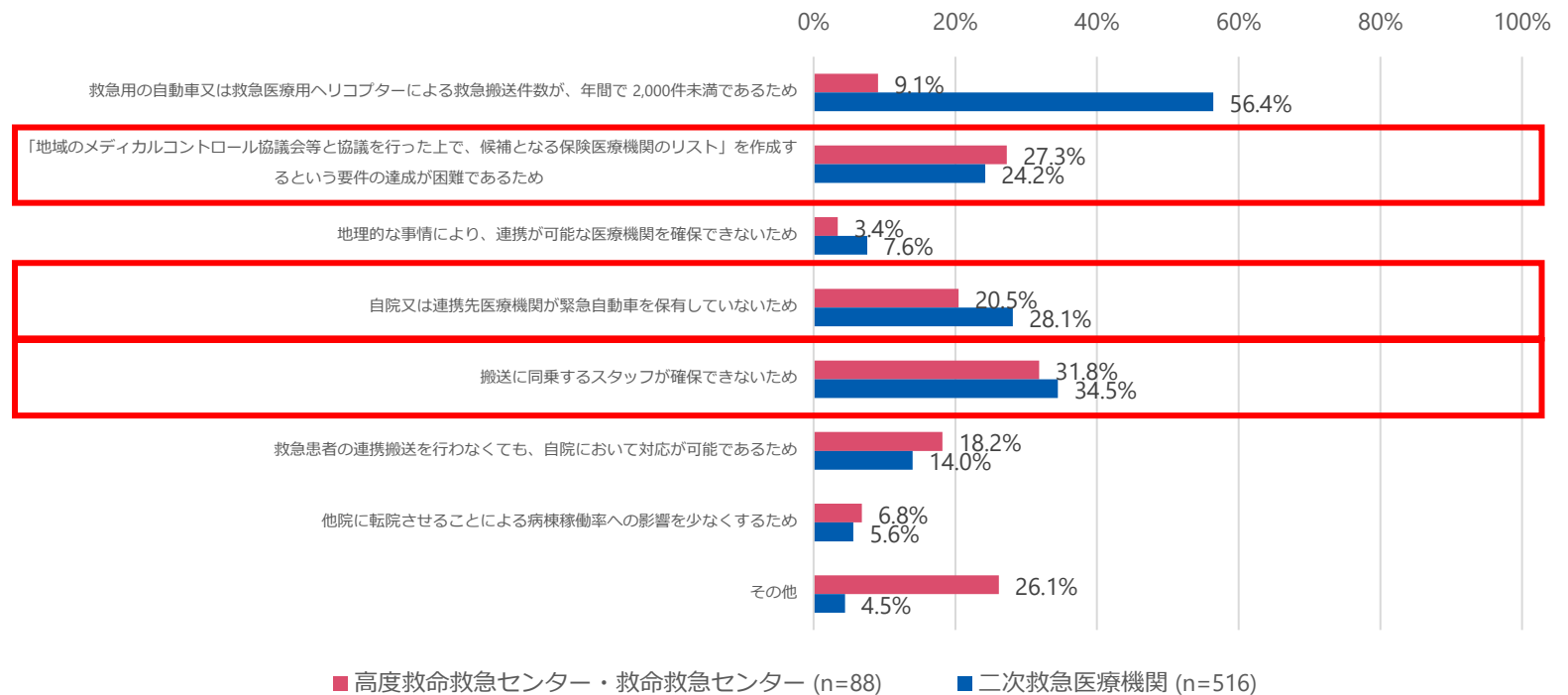
- 高度救命救急センター、救命救急センター及び二次救急医療機関であって、救急患者連携搬送料を届け出ていると回答した医療機関は、17%であった。
- 救急患者連携搬送料を届け出していない理由としては、「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で2,000件未満であるため」「搬送に同乗するスタッフが確保できないため」「自院又は連携先医療機関が緊急自動車を保有していないため」「地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリスト」を作成するという要件の達成が困難であるため」等が多かった。

救急患者連携搬送料の
届出状況(n=1,063)



■ 届け出ている
■ 届け出していない

救急患者連携搬送料を届け出していない理由（複数選択可）



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

- 令和6年10月1か月に「救急患者連携搬送料」を算定した患者の状況は以下のとおり。
- 算定患者数が多い医療機関もある一方で、ほとんどの医療機関において、実際に搬送・受入を行った患者数は少数であった。
- 算定患者の中には、急性疾患に対する治療を終了し、必ずしも緊急自動車等による搬送が必要でない可能性のある患者が一定程度含まれていた。

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

	回答した医療機関数	最大値（人）	75%tile（人）	中央値（人）	平均値（人）	25%tile（人）	最小値（人）
救急患者連携搬送料を算定した患者数	147	59.0	6.0	1.0	4.4	0.0	0.0
うち、緊急手術・処置等を必要とする患者	128	7.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
うち、緊急での手術・処置は要しないが、予定手術・処置を必要とする患者	130	10.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0
うち、上記以外で、急性疾患に対する治療を必要とする状態であった患者	136	59.0	3.0	0.0	3.0	0.0	0.0
うち、急性疾患に対する治療は終了し、リハビリが必要であった患者	136	8.0	1.0	0.0	0.8	0.0	0.0
うち、急性疾患に対する治療は終了し、社会資源等の調整が必要であった患者	134	11.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0

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

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

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

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

第2章 増加する救急需要への対策に関する検討

3 転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用

（中略）

エ 患者等搬送事業者の活用に向けて

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

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

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

（中略）

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

※下線部は引用時に付記

概要

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

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

患者等搬送事業者の認定

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

○ 認定対象となる患者等搬送事業者は、道路運送法に定める以下の者

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

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

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

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



患者等搬送事業者の指導

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

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

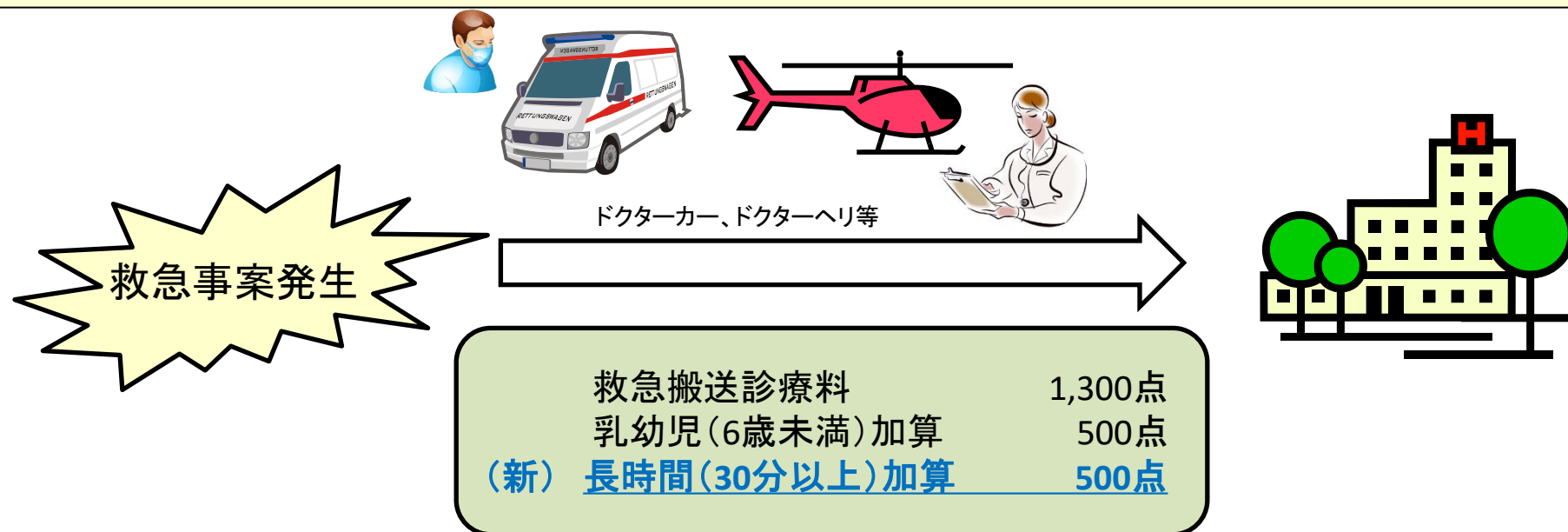


救急医療の推進③

一定時間以上の救急搬送診療に対する適切な評価

- 医師が救急車等に同乗して診療を行った場合の評価である救急搬送診療料について、30分以上診療を行っている場合の加算を新設し、ドクターカー等による救急搬送診療を適切に評価する。

救急搬送診療料 **1,300点**
(新) 長時間(30分以上)加算 **500点**



2. 救急医療について

2－1. 救急医療をとりまく状況

2－2. 救急患者連携搬送に関する評価

2－3. 救急外来応需体制に関する評価

2－4. 救急入院医療に関する評価

これまでの救急医療に関する主な意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

（救急外来応需体制に関する評価について）

- 救急患者を多数受け入れる医療機関においては、医師・看護師等の人員配置に加え、24時間体制で検査・処方等が可能な診療体制の整備が不可欠である。こうした体制を構築し、地域の救急医療において重要な役割を果たしている医療機関については、適切な評価がなされるべきではないかとの意見があった。

院内トリアージ実施料の概要

B001-2-5 院内トリアージ実施料 300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。

【算定留意事項通知】

- (1) 院内トリアージ実施料については、院内トリアージ体制を整えている保険医療機関において、夜間、休日又は深夜に受診した患者であって初診のものに対して当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われ、診療録等にその旨を記載した場合に算定できる。ただし、「B 0 0 1 - 2 - 6」夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者については算定できない。
- (2) 院内トリアージを行う際には患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。

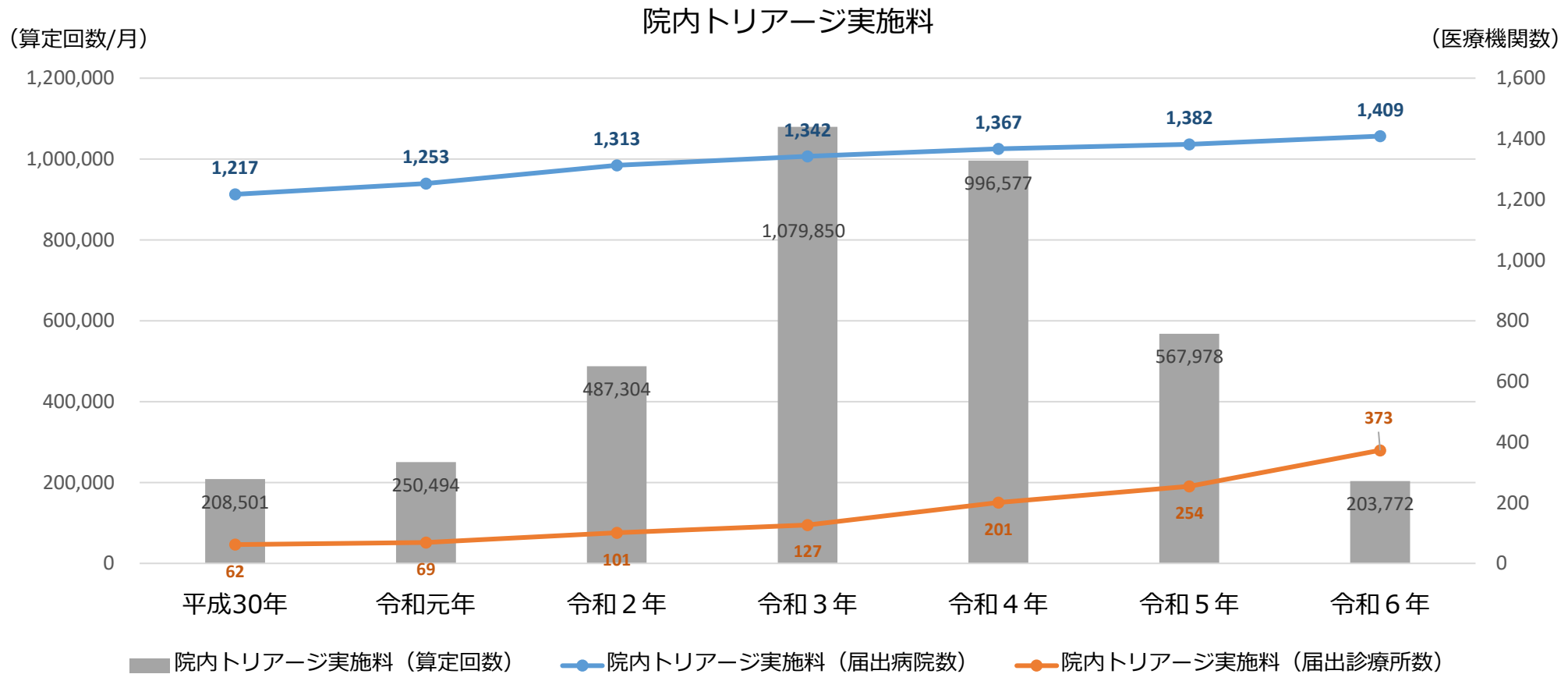
【院内トリアージ実施料の施設基準】

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

院内トリアージ実施料の算定回数等

診調組 入 - 3
7 . 7 . 3

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



出典：

（算定回数）社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分）※新型コロナウイルス感染症臨時的取扱等を除く。

（届出医療機関数）各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

夜間休日救急搬送医学管理料の概要

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

【算定留意事項通知】

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

【夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準】

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

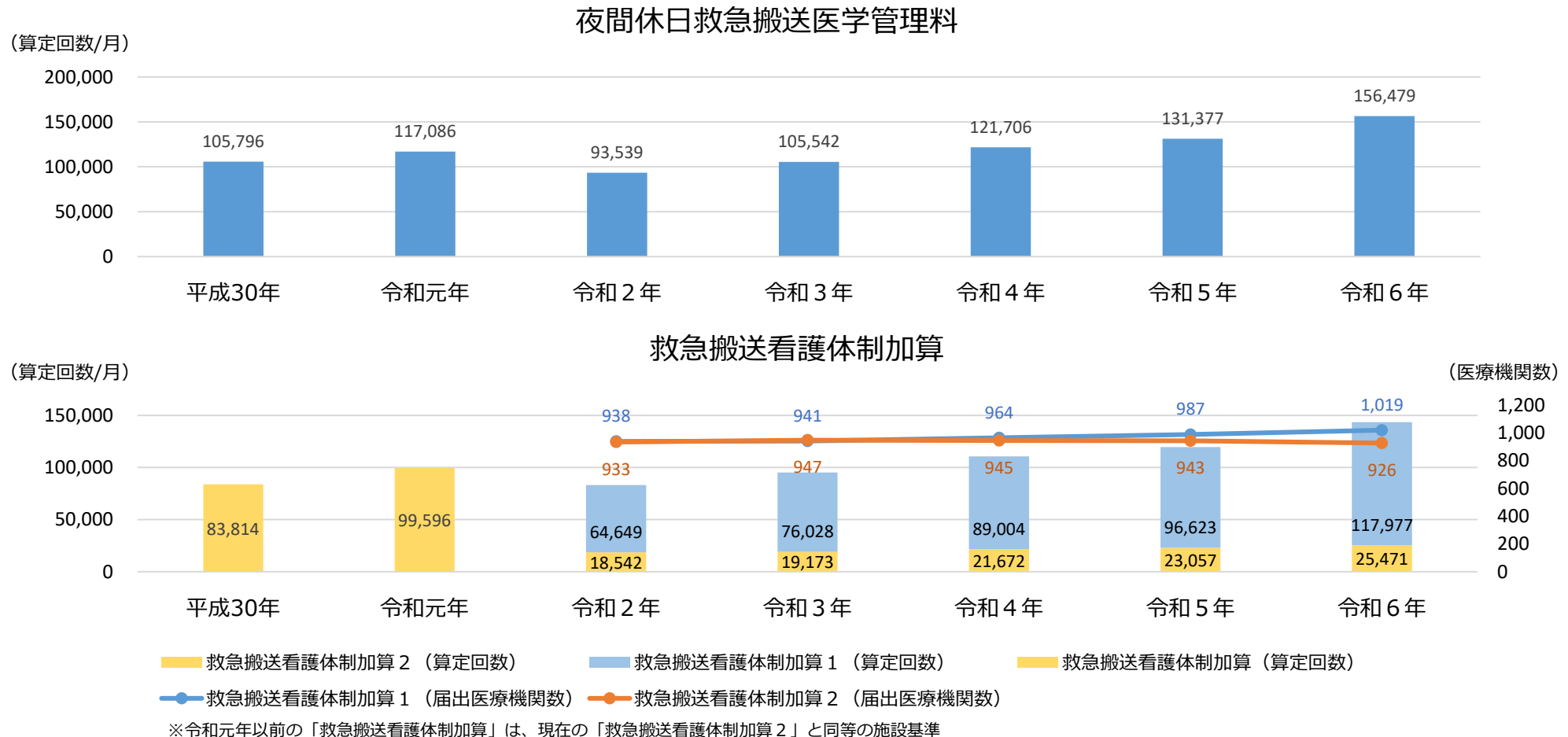
【救急搬送看護体制加算の施設基準】（抜粋）

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

夜間休日救急搬送医学管理料の算定回数等

診調組 入 - 3
7 . 7 . 3

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



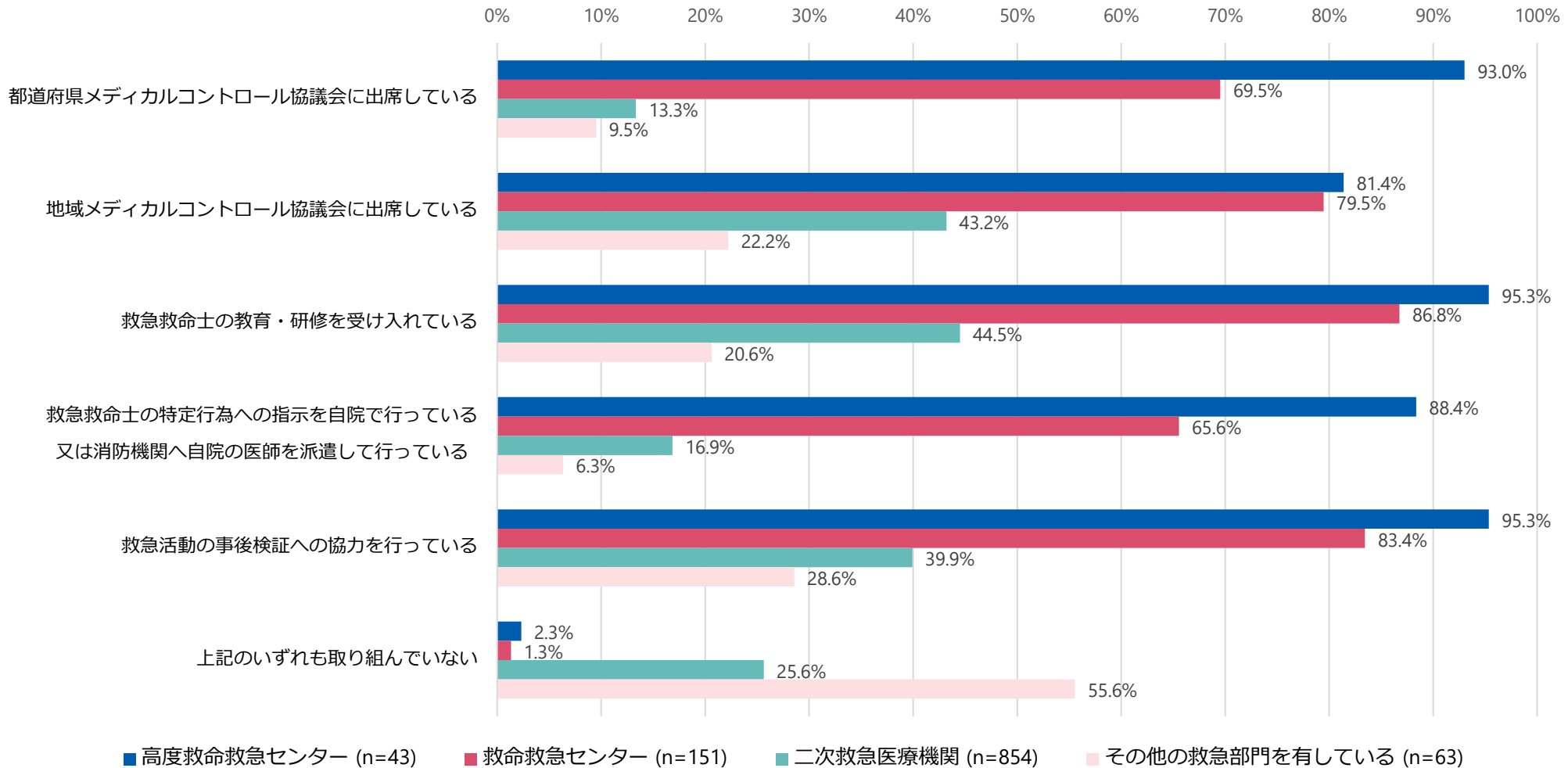
出典：(算定回数) 社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分）
(届出医療機関数) 各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

地域の救急医療に関する取組状況

診調組 入 - 1
7 . 8 . 2 8

- 高次の救急医療機関であるほど、地域の救急医療に関する取組への参加割合が高かった。

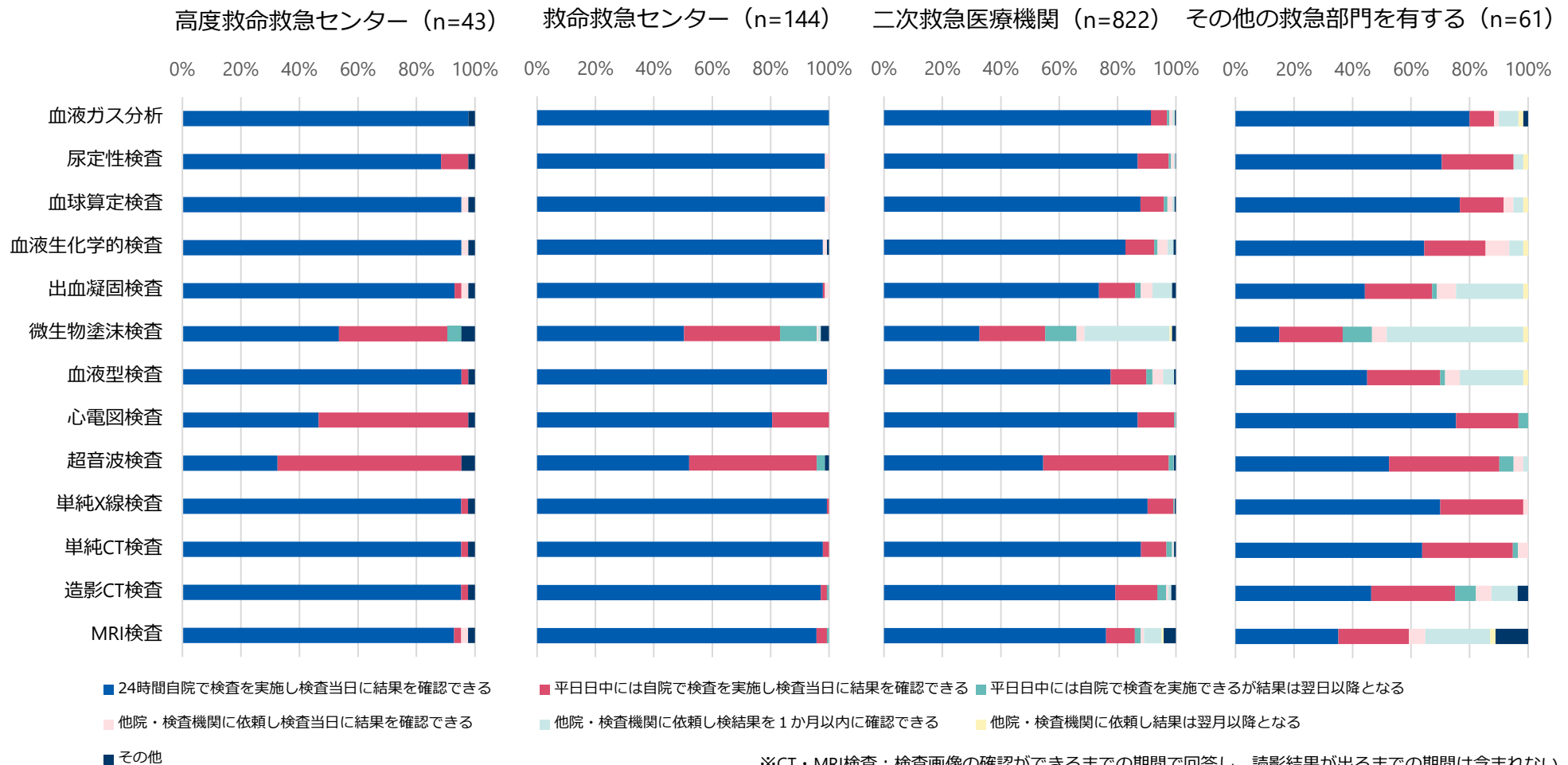
地域の救急医療に関する取組状況



救急医療機関の検査体制

診調組 入 - 1
7 . 8 . 2 8

- 救急医療機関における各検査項目の実施体制は以下のとおり。高次の救急医療機関であるほど、24時間の検査体制又は自院での検査体制を、多くの検査項目で有している傾向があった。
- 救命救急センターの一部には、夜間休日に「微生物塗抹検査」「心電図検査」「超音波検査」の検査体制を有しない病院があった。

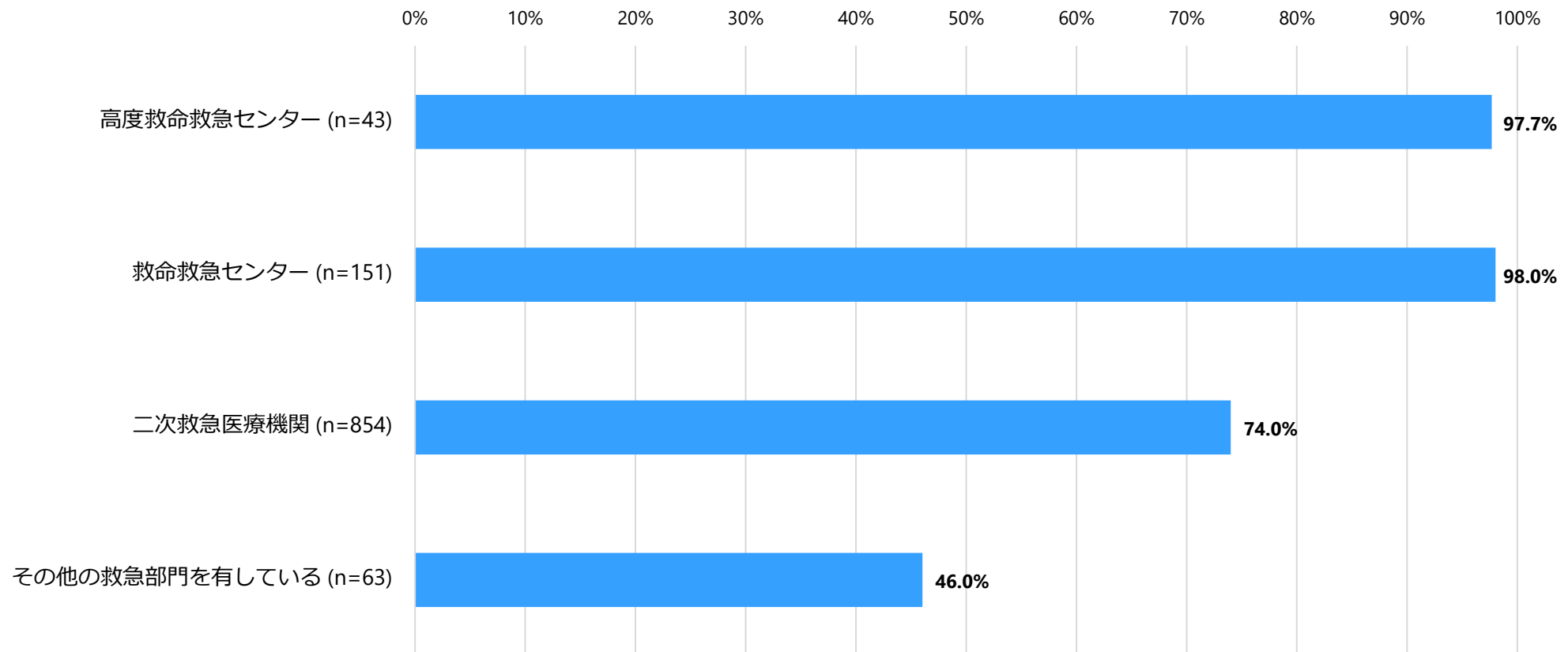


救急外来の業務を行う看護師の24時間配置

診調組 入-1
7. 8. 28

- 高次の救急医療機関であるほど、救急外来の業務を行う看護師の24時間配置を実施している割合が高かった。

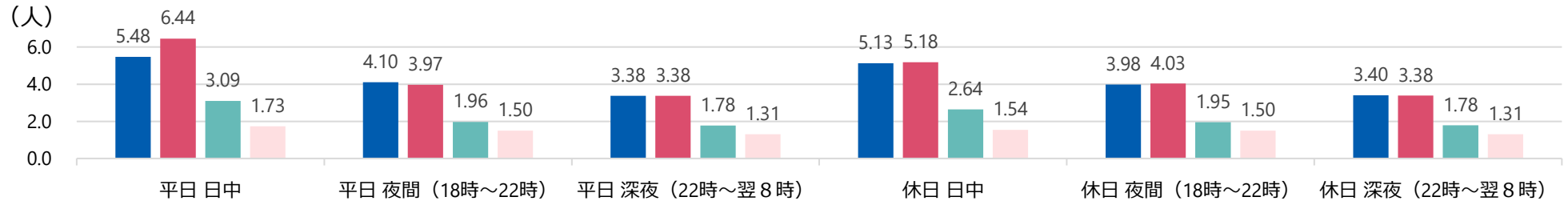
救急外来の業務を行う看護師の24時間配置を実施している割合



救急外来の業務を行う看護師・薬剤師・救急救命士の人数

- 救急外来に従事するために常時配置されている実人数（施設平均）は、看護師では高度救命救急センター、救命救急センターでは3人以上であり、その他の救急医療機関でも、時間帯を問わず1人以上であった。薬剤師、救急救命士の実人数（施設平均）は、高度救命救急センター、救命救急センターでは、平日日中で1人以上であり、その他の救急医療機関でも、時間帯により配置を行っている医療機関があった。

救急外来に従事するために常時配置されている看護師の実人数（施設平均）



救急外来に従事するために常時配置されている薬剤師の実人数（施設平均）



救急外来に従事するために常時配置されている救急救命士の実人数（施設平均）

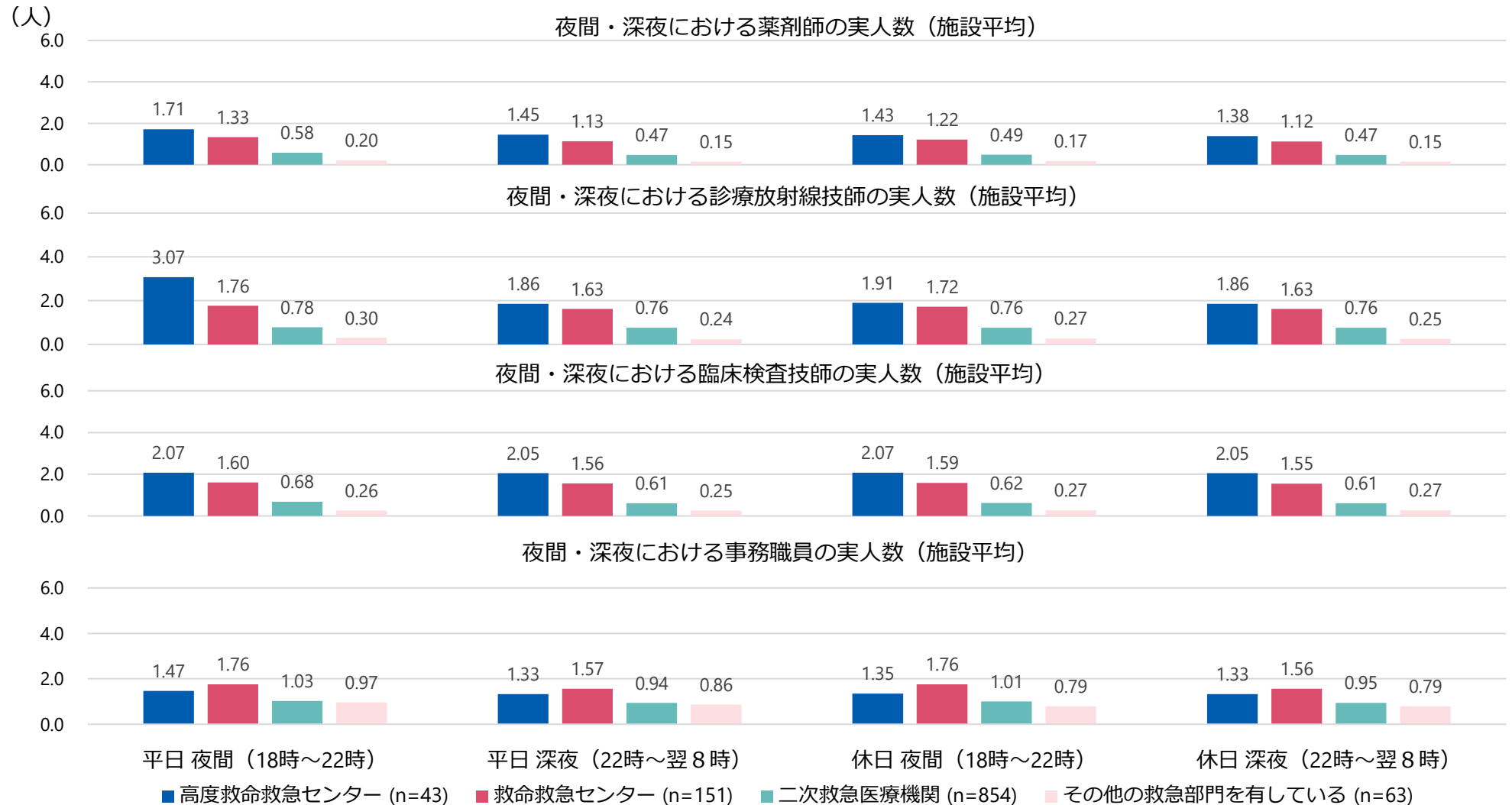


■ 高度救命救急センター (n=43) ■ 救命救急センター (n=151) ■ 二次救急医療機関 (n=854) ■ その他の救急部門を有している (n=63)

夜間・深夜における院内職員の人数

診調組 入-1
7. 8. 28改

- 高次の救急医療機関であるほど、夜間・深夜において院内に配置されている薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、事務職員の実人数（施設平均）が多い傾向があった。



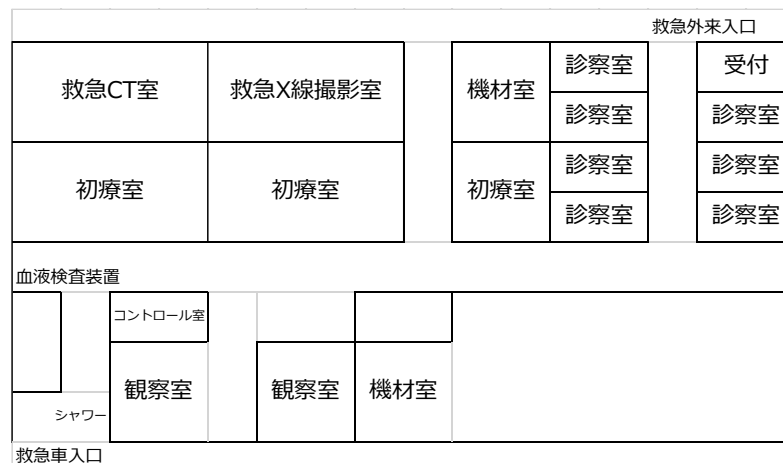
(参考) 救急外来体制の例

診調組 入 - 3
7 . 7 . 3

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

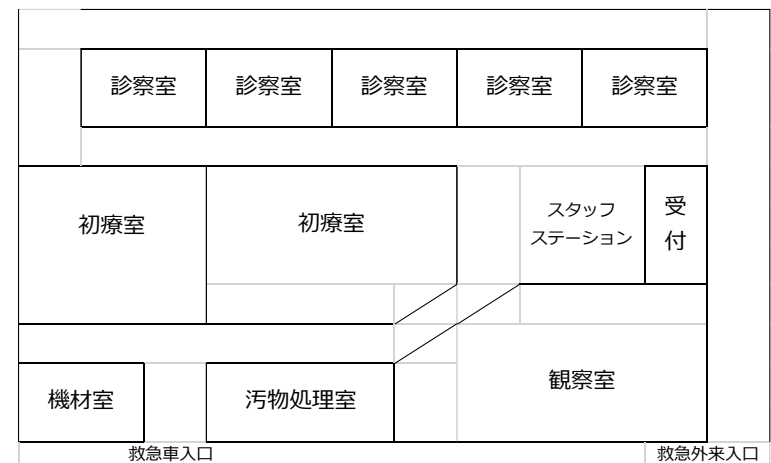
大学病院・救命救急センター（1,200床程度）の例

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



地方公立・第二次救急医療機関（420床程度）の例

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



(参考) 救命救急センターにおける施設評価の例

診調組 入-3
7. 7. 3

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

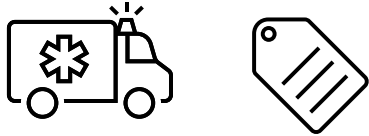
1	救命救急センター専従医師数	22	救命救急センターの機能及び診療体制等に関する会議
2	1のうち、救急科専門医数	23	第三者による医療機能の評価
3.1	休日及び夜間帯における医師数	24	休日及び夜間勤務の適正化
3.2	休日及び夜間帯における救急専従医師数	25	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員
4	救命救急センター長の要件	26	救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組
5	転院及び転棟の調整を行う者の配置	27	院内急変への診療体制
6	診療データの登録制度への参加と自己評価	28	脳死判定及び臓器・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

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

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

救急外来における診療と診療報酬の算定例

診療前



- 救急救命士への指示

救急救命管理料

- 院内トリアージ

院内トリアージ実施料

救急外来 初期診療

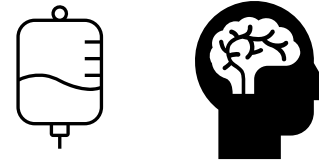


- 気道、呼吸、循環、意識状態、体温等の確認
- 問診・診察
- 検査・処置の必要性の判断

夜間休日救急搬送医学管理料

※夜間休日における
初診の救急搬送患者のみが対象

検査 処置・手術



- 生理検査（心電図、超音波検査等）
- 血液検査
- 画像検査（CT・MRI等）
- 注射・投薬・輸血
- 緊急手術

検体検査料・生体検査料
薬剤料・注射料・手術料 等

入院・転院 帰宅



- 集中治療室、急性期病棟等への入室

救命救急入院料
救急医療管理加算 等

- 転院搬送への同乗

救急患者連携搬送料 等

- 救急隊からの患者受入要請への対応
- 受診相談電話への対応
- 診療スタッフの確保
- 救急隊からの引継ぎ

- 上記管理料の対象とならない患者に対する医学管理

- 転帰（入院・転院・帰宅等）の判断
- 患者・家族への説明

24時間救急診療を応需する体制の確保

- 救急外来に従事する医師、看護師等の配置
- 緊急に血液検査・画像検査を実施できる体制
- 緊急手術を行う外科医・麻酔科医・手術室スタッフの体制
- 救急患者へ注射薬・内服薬の調剤を実施できる体制 等

地域の救急医療に関する取組

- 都道府県MC協議会、地域MC協議会への参加
- 救急救命士の教育・研修の受入
- 救急活動の事後検証への協力
- 院内外の医療従事者に対する救急に関する教育コースの実施 等

直接的な評価を実施していない主なもの

2. 救急医療について

2－1. 救急医療をとりまく状況

2－2. 救急患者連携搬送に関する評価

2－3. 救急外来応需体制に関する評価

2－4. 救急入院医療に関する評価

救急医療管理加算の算定要件・対象患者

A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から起算して7日を限度）

1 救急医療管理加算 1 1,050点

2 救急医療管理加算 2 420点

（加算2を算定する患者のうち5割以上が「その他の重症な状態」である医療機関において加算2を算定する場合は210点）

【算定要件】（抜粋）

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、別表に掲げる状態のうち一から十二のいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、入院時点で重症であり緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、入院後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症ではない患者は含まれない。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態であっても算定できる。
- 救急医療管理加算2の対象となる患者は、別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態にあって、医師が診察等の結果、入院時点で重症であり緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、入院後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症ではない患者は含まれない。なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態であっても算定できる。
- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ・ 別表の一から十二までのうち該当する状態
 - ・ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの 等

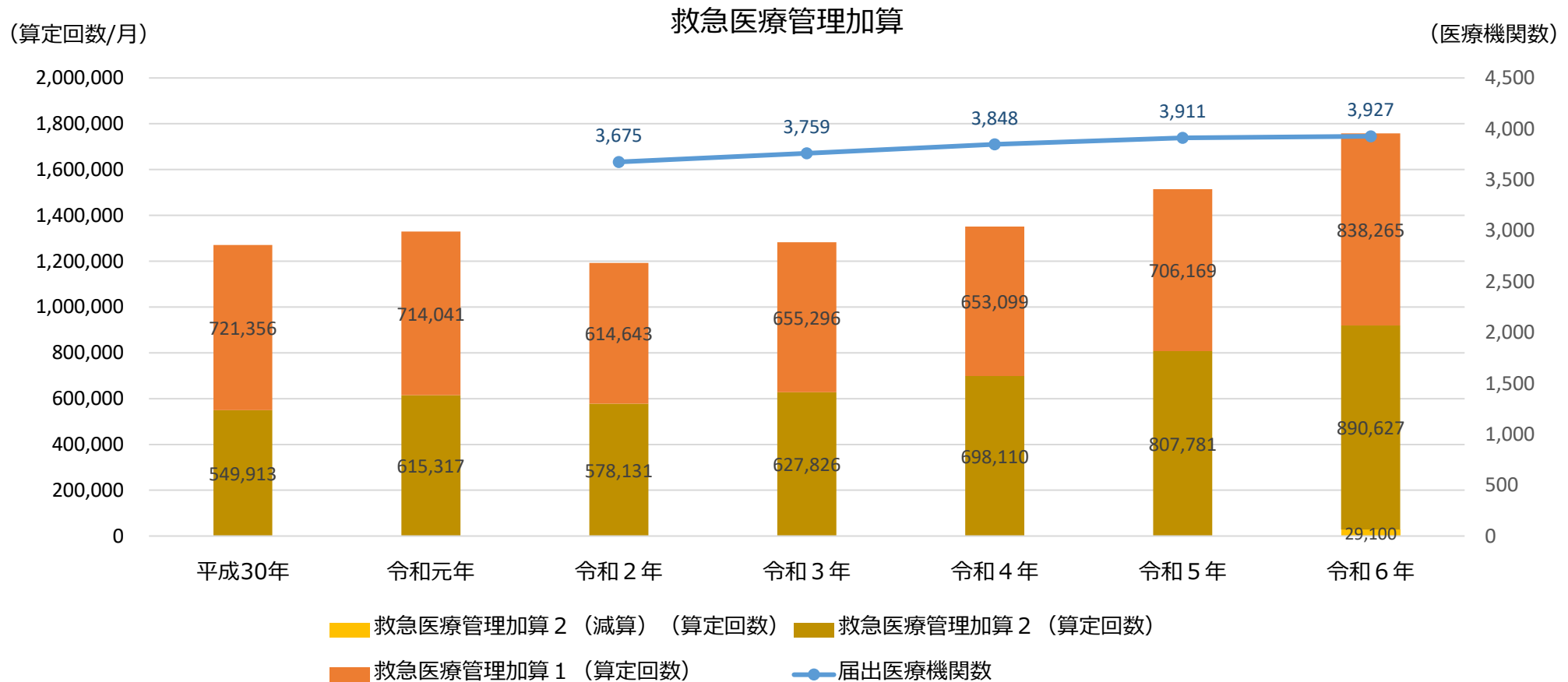
別表第七の三 救急医療管理加算に係る状態		診療報酬明細書の摘要欄に記載する内容・指標等
一	吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	－
二	意識障害又は昏睡	JCS（Japan Coma Scale）（JSC0の状態については、緊急入院が必要である根拠）
三	呼吸不全で重篤な状態	P/F比（P/F比400以上の状態については、緊急入院が必要である根拠等）
四	心不全で重篤な状態	NYHA分類（NYHAⅠ度の状態については、緊急入院が必要である根拠）
五	急性薬物中毒	－
六	ショック	平均血圧70mmHg以上又は未満、昇圧剤の使用の有無
七	重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）	肝不全：AST値、ALT値 腎不全：eGFR値（腎不全） 重症糖尿病：HbA1c（JSD/NGSP）、随時血糖値
八	広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷	Burn Index（顔面熱傷・気道熱傷以外でBurn Index0の状態については、緊急入院が必要である根拠）
九	外傷、破傷風等で重篤な状態	－
十	緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態	－
十一	消化器疾患で緊急処置（注）を必要とする重篤な状態	－
十二	蘇生術を必要とする重篤な状態	－
十三	その他の重症な状態	－

（注）緊急処置は、「J034」イレウス用ロングチューブ挿入法及び「J034-3」内視鏡的結腸軸捻転解除術を指す。（令和6年4月12日付け保険局医療課事務連絡）

救急医療管理加算の算定回数等

診調組 入 - 3
7 . 7 . 3

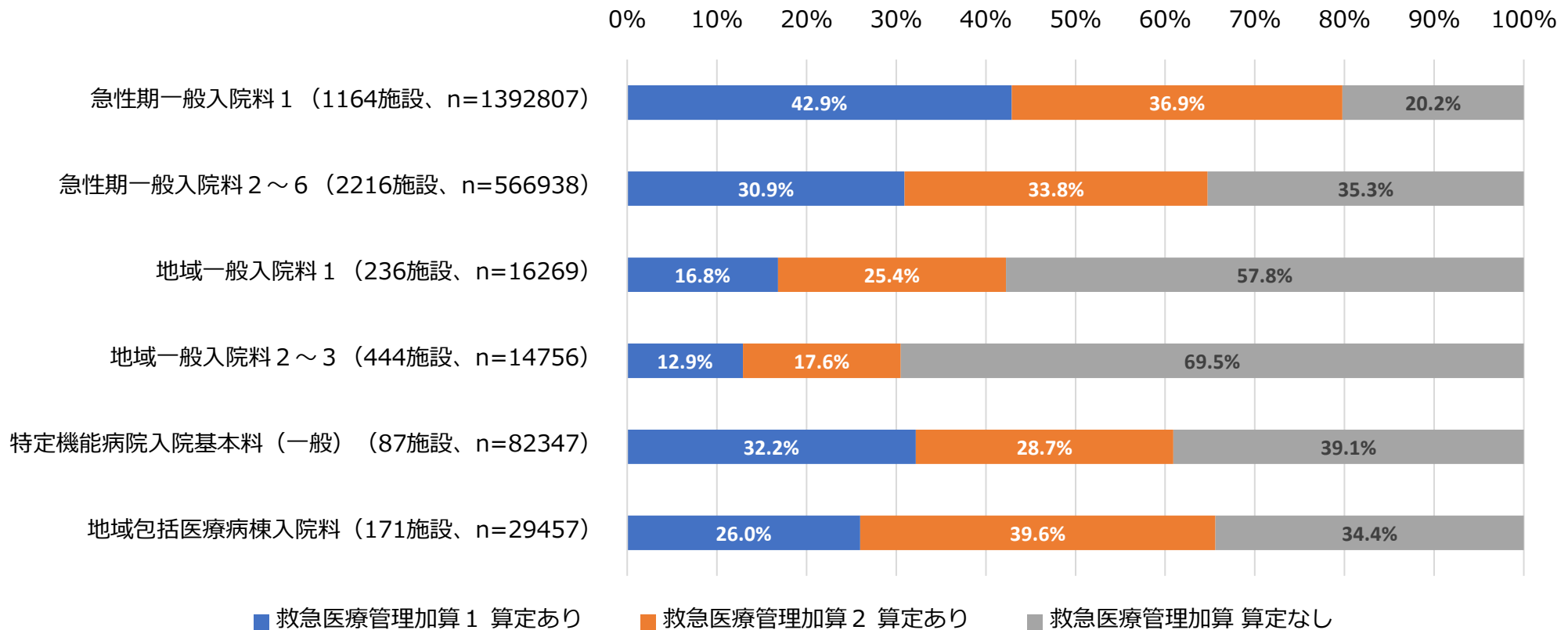
- 「救急医療管理加算」の算定回数は、令和2年に減少したものの、以降は増加傾向である。届出医療機関数は、令和2年以降横ばい～やや増加傾向である。



救急搬送患者における救急医療管理加算の算定状況

- 救急搬送され入院した患者における入院初日の「救急医療管理加算」の算定割合は以下のとおり。
- 急性期一般入院料 1 を算定する患者の算定割合は、約80%であった一方、地域一般入院料 2 ～ 3 では、約31%であった。

救急搬送され入院した患者における入院初日の「救急医療管理加算」算定状況



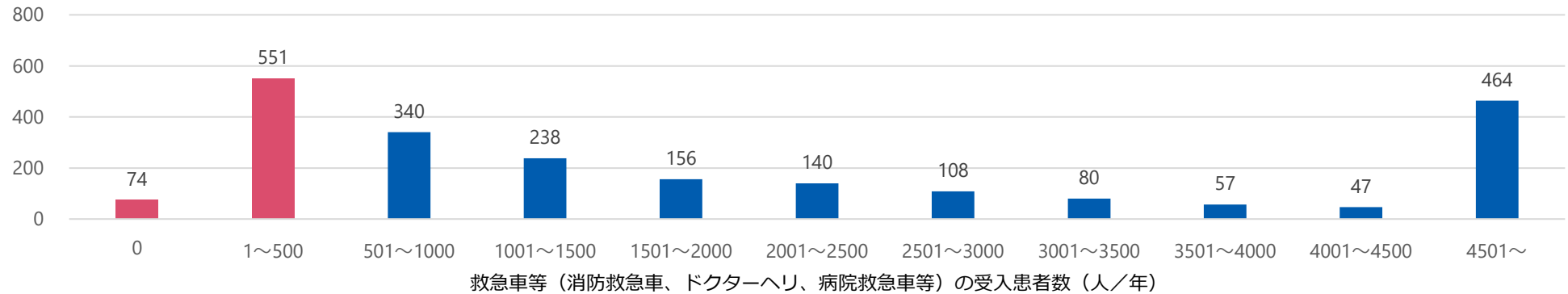
救急医療管理加算を算定する医療機関の救急搬送件数

診調組 入 - 3
7 . 7 . 3

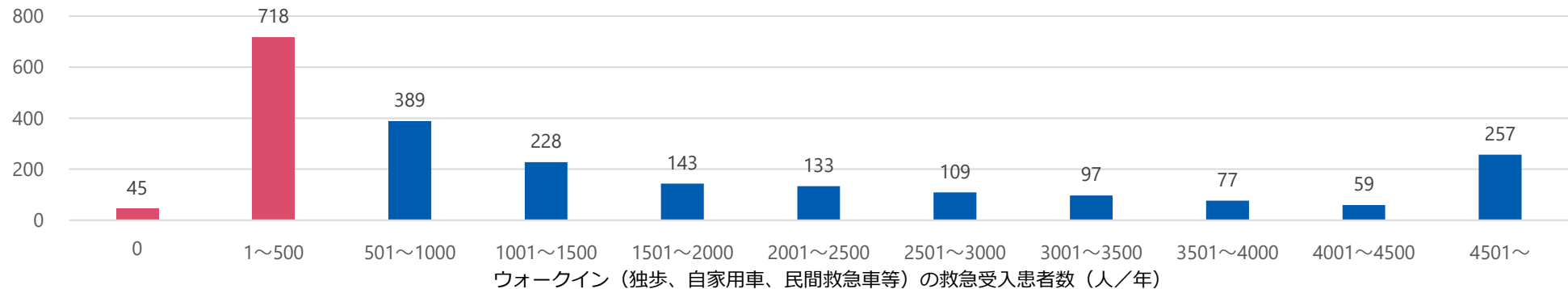
- 「救急医療管理加算」を算定する医療機関の救急車等の受入患者数の分布は以下のとおり。
- 救急車等の受入患者数が500件以下である医療機関は約27.7%であり、ウォークインの救急受入患者数が500件以下である医療機関は約33.8%であった。

(医療機関数)

「救急医療管理加算」を年間10件以上算定する医療機関 (n=2,255) における救急車等の受入患者数



「救急医療管理加算」を年間10件以上算定する医療機関 (n=2,255) におけるウォークインの救急受入患者数



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

救急医療についての現状と課題

（救急医療をとりまく状況）

- 令和6年中の救急自動車による救急出動件数、搬送人員は、集計を開始した昭和38年以降、最多となった。年齢区分別の搬送人員と構成比の推移をみると、「高齢者」が増加している。
- 救急自動車による現場到着所要時間及び病院収容所要時間は、新型コロナウイルス感染症の発生以降大幅に延長し、令和5年においても、以前の水準には戻っていない。

（救急患者連携搬送に関する評価）

- 救急医療の体制構築に係る指針では、増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化することや、救急医療機関が新たな患者を受け入れられるよう、他の医療機関と連携を強化し、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進することが求められている。
- 「救急患者連携搬送料」は、算定患者数が多い医療機関もある一方で、ほとんどの医療機関において、実際に搬送・受入を行った患者数は少数であった。算定患者の中には、急性疾患に対する治療を終了し、必ずしも緊急自動車等による搬送が必要でない可能性のある患者が一定程度含まれていた。
- 総務省消防庁の「救急業務のあり方に関する検討会」において、増加する救急需要への対策に関する検討として、「転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用」が挙げられ、地域の実情に応じた患者等搬送事業者を活用する体制の整備が望まれている。
- 「救急搬送診療料」については、当該診療に要した時間が30分を超えた場合の評価として、長時間加算を設けている。
- 地域包括ケア病棟においては、「救急患者連携搬送料」を算定し搬送された患者について、在宅患者支援病床初期加算の対象となっている。

（救急外来応需体制に関する評価）

- 救急外来医療に対する評価として「院内トリアージ実施料」「夜間休日救急搬送医学管理料」がある。
- 高次の救急医療機関であるほど、地域の救急医療に関する取組への参加割合や、24時間の検査体制又は自院での検査体制を有する割合、救急外来の業務を行う看護師、薬剤師等の配置を実施している割合が高かった。
- 救急外来における体制として、診察室、初療室、観察室等を含む専用の区画を有し、救急患者に対応できる医師、看護師、薬剤師等の職員を配置し、24時間検体検査・画像検査・処方等を実施できる体制を有している例がある。

（救急入院医療に関する評価）

- 緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合の評価として、「救急医療管理加算」がある。
- 急性期一般入院料1を算定する患者の救急医療管理加算算定割合は、約80%であった一方、地域一般入院料2～3では、約31%であった。
- 「救急医療管理加算」を年間10件以上算定する医療機関のうち、救急車等の受入患者数が500件以下である医療機関は約27.7%であり、ウォークインの救急受入患者数が500件以下である医療機関は約33.8%であった。

救急医療についての論点

【論点】

(救急患者連携搬送に関する評価)

- 救急患者の適切な受入の促進に向けて、救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関での入院が適当と判断された救急患者について、自院等の救急自動車で搬送できない場合や搬送先が遠距離な場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から「救急患者連携搬送料」の評価のあり方についてどのように考えるか。また、受入側医療機関における連携体制の確保や受入を促すための評価のあり方についてどのように考えるか。

(救急外来応需体制に関する評価)

- 救急医療機関においては、夜間休日を含め医師・看護師等を配置し、検査・処方等が可能な体制を備え、地域の救急医療に関する取組を担っている現状を踏まえ、このような体制をとる救急医療機関における救急外来診療を評価することについてどのように考えるか。

(救急入院医療に関する評価)

- 「救急医療管理加算」は、緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合の評価であることや、当該加算の救急搬送患者への算定状況、算定医療機関における救急搬送件数等の現状を踏まえ、その評価のあり方についてどのように考えるか。

1. 人口・医療資源の少ない地域について
2. 救急医療について
3. 業務の簡素化について

3. 業務の簡素化について

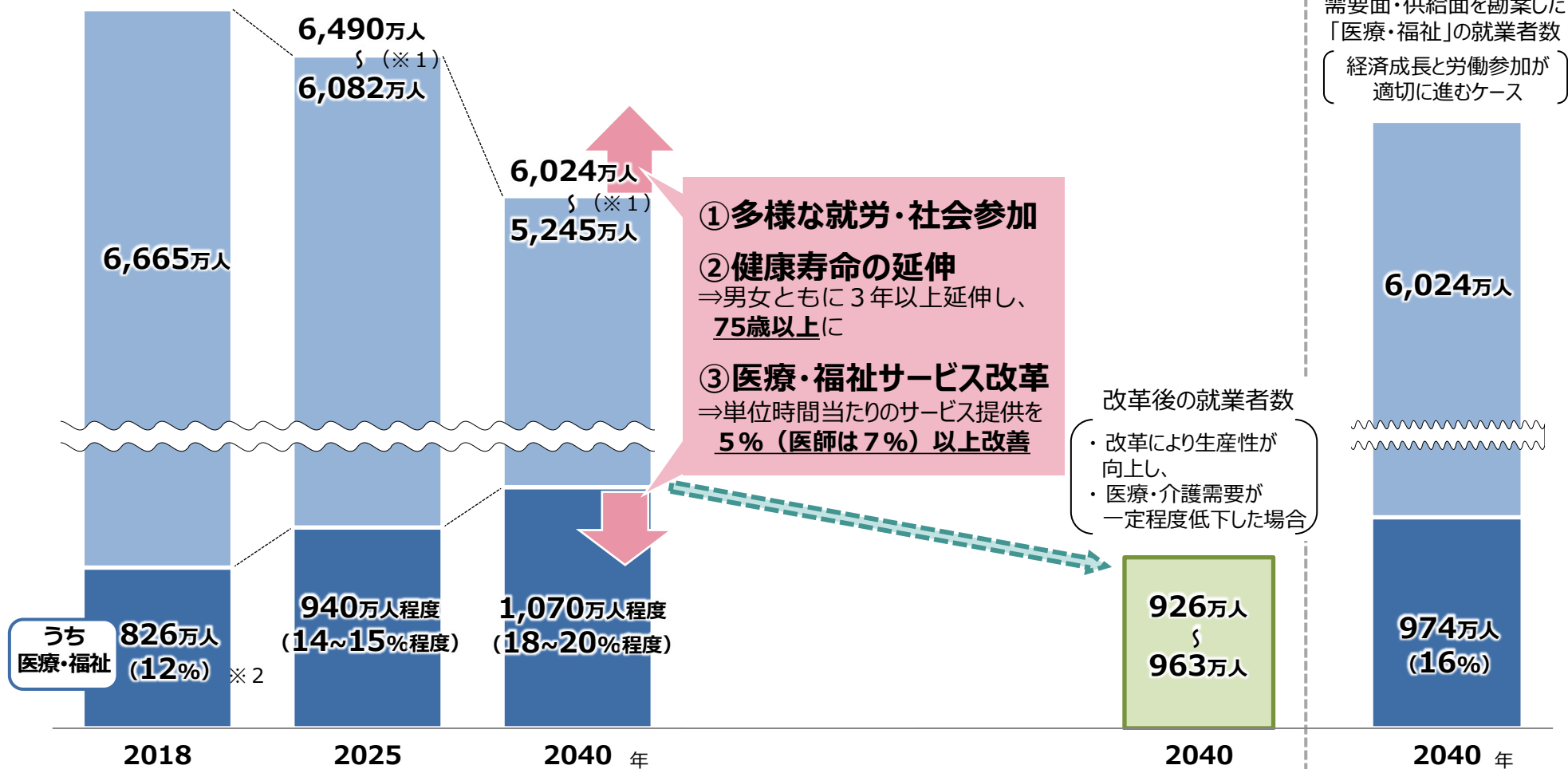
3 – 1. 診療に係る業務の簡素化について

3 – 2. 届出に係る業務の簡素化について

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

これまでの業務の簡素化に関する主な意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

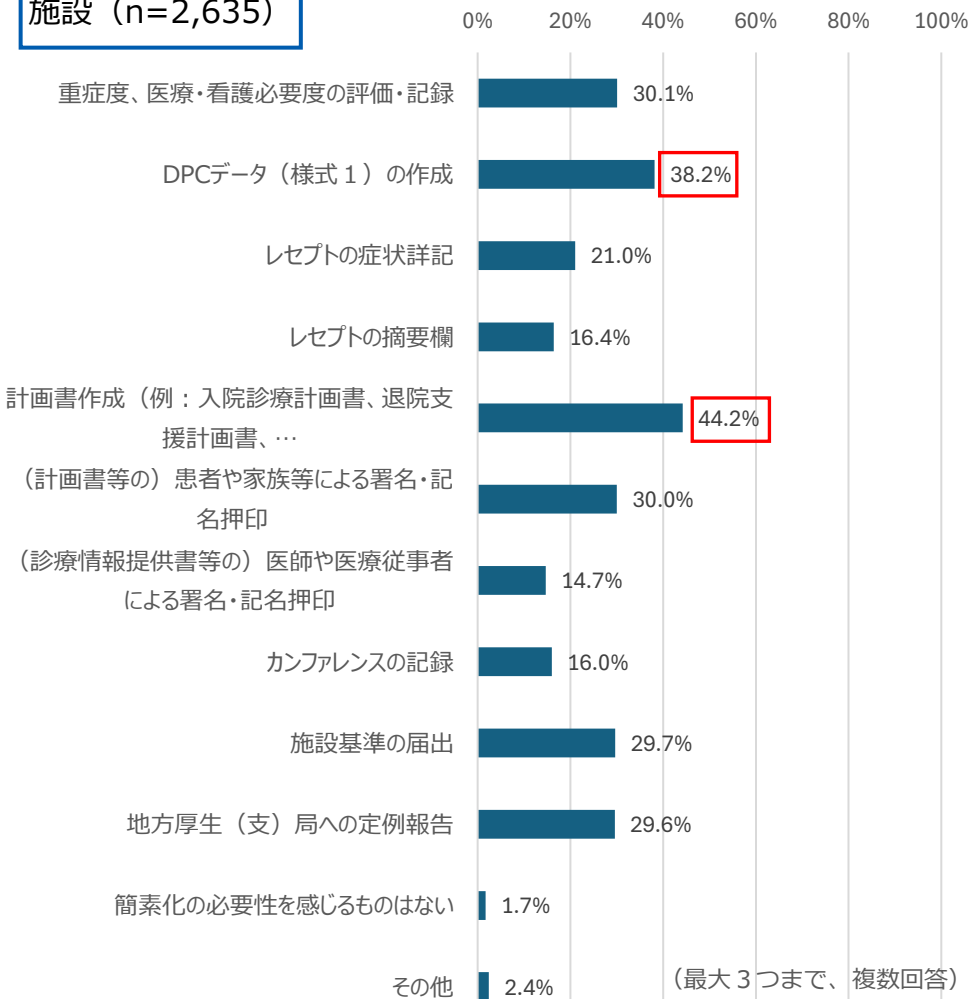
- 業務の簡素化は、積極的に進めるべき。入院すると患者は何度も署名を求められるが形式的なものも多いため、患者負担軽減の観点からも計画書等の署名の必要性は検討すべきとの意見があった。
- リハ計画書の説明は重要だが、適時に医師が患者や家族に説明をするのは難しい場合も多く、医師の指示を受けた療法士等が説明して同意を得る仕組みも必要ではないかとの意見があった。
- 電子署名やIT機器を活用した業務の簡素化は重要だが、導入費用がかかることも認識して検討する必要があるとの意見があった。
- 訪問看護指示書が例示されているが、この医師の署名は入院診療計画書等とは違うため、各様式の趣旨を考慮しながら簡素化を検討する必要があるとの意見があった。

記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるもの

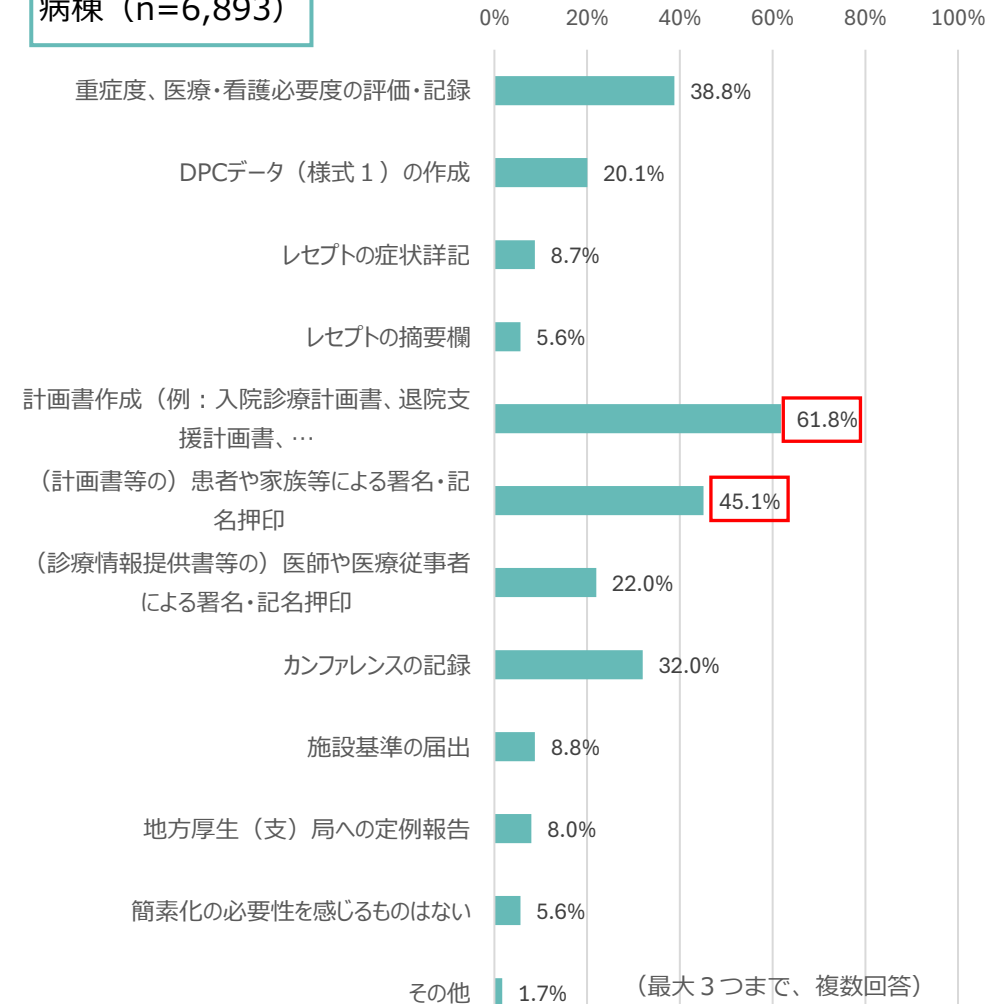
中医協 総－3
7. 10. 8改

- 診療報酬上求められる記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるものについて、施設と病棟のいずれも「計画書作成」が最も多く、次いで施設では「DPCデータ（様式1）の作成」、病棟では「（計画書等）患者や家族等による署名・記名押印」が多かった。

施設（n=2,635）



病棟（n=6,893）



留意事項通知で示す様式の共通項目について

- 診療報酬算定に係る留意事項通知で示す各種様式には共通項目もあるが、記載が統一されていないことが多い。

(例1) 生年月日

(別紙様式1) 退院証明書

患者氏名

患者住所

電話番号

生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日 (歳)

(別紙様式12の4)

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書 (退院時)

患者氏名	(ふりがな)
	生年月日:西暦 年 月 日 (歳)

(別紙様式32) 認知症療養計画書

患者氏名	性別	年齢	生年月日

(例2) 要介護度

(別紙様式6の3) 退院支援計画書

障害者手帳	☐ 取得済[級]	☐ 申請予定(年 頃まで)	☐ 不要
障害支援区分	☐ 認定済[区分]	☐ 申請予定(年 頃まで)	☐ 不要
要介護認定	☐ 認定済[]	☐ 申請予定(年 頃まで)	☐ 不要

(別紙様式21) リハビリテーション実施計画書

☐ 要介護状態区分等
☐ 申請中 ☐ 要支援状態区分(☐ 1 ☐ 2)
☐ 要介護状態区分(☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)

(別紙様式32) 認知症療養計画書

介護認定	申請予定・申請中	非該当・要支援(I・II)・要介護(I・II・III・IV・V)
------	----------	----------------------------------

- 入院診療計画書や退院支援計画書の様式には署名欄が設けられており、主治医や患者又はその家族等の署名が必要である。
- 入院支援計画書は全ての入院患者に作成し説明に用いた文書は患者に交付するとともに、その写しを診療録に添付する必要がある。

【入院診療計画書 (別紙2)】

別紙2

入院診療計画書

(患者氏名) _____ 印

年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病 名 (他に考え得る病名)	
症 状	
治 療 計 画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
そ の 他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) *印は、地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) を算定する患者にとっては必ず記入すること。

注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

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

別添2 入院基本料等の施設基準等より抜粋

入院診療計画の基準

- ・ 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添6の別紙2又は別紙2の3を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添6の別紙2の2を参考にすること。なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導 (栄養・服薬) ・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。
- ・ 説明に用いた文書は、患者 (説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等) に交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。

入院診療計画書について

- 医療法において、入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画等を記載する入院診療計画書の作成等が規定されているが、患者が短期間で退院することが見込まれる場合はこの限りでないとされている。

医療法

第六条の四 病院又は診療所の管理者は、患者を入院させたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該患者の診療を担当する医師又は歯科医師により、次に掲げる事項を記載した書面の作成並びに当該患者又はその家族への交付及びその適切な説明が行われるようにしなければならない。ただし、**患者が短期間で退院することが見込まれる場合**その他の厚生労働省令で定める場合は、この限りでない。

- 一 患者の氏名、生年月日及び性別
- 二 当該患者の診療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名
- 三 入院の原因となつた傷病名及び主要な症状
- 四 入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画
- 五 その他厚生労働省令で定める事項

医療法施行規則

第一条の五 患者の診療を担当する医師又は歯科医師は、法第六条の四第一項の規定により、**入院した日から起算して七日以内**に同項に規定する書面（以下「**入院診療計画書**」という。）を作成し、当該患者又はその家族に対し当該書面を交付して適切な説明を行わなければならない。

第一条の六 法第六条の四第一項に規定する厚生労働省令で定める場合は、次に掲げる場合とする。

- 一 **患者が短期間で退院することが見込まれる場合**
- 二 当該書面を交付することにより、当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合
- 三 当該書面を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正する法律の一部について」（平成19年3月30日医政発第0330010号）

第1 医療に関する情報の提供に関する事項（抜粋） 2 入院診療計画書及び退院療養計画書に関する事項について

(1) 入院診療計画書について

② **入院診療計画書の交付及び適切な説明を行うことを要しない場合として、次の場合を定めるものであること。**

- ア **患者が入院した日から起算して7日以内で退院することが見込まれる場合**
 - イ 入院診療計画書を交付することにより、病名等について情報提供することとなり、当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合
 - ウ 入院診療計画書を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合
- なお、イに該当するとの判断を行う場合については、当該患者の家族とよく話し合うことが必要であること。

平成18年度診療報酬改定「疑義解釈資料の送付について（その8）」（平成19年6月1日事務連絡）

（問5）「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正する法律の一部について」（平成19年3月30日医政発第0330010号）（以下「医政局長通知」という。）で、次の場合には入院診療計画書の交付及び適切な説明を行うことを要しないとされたが、診療報酬上の取扱いはどうになるのか。

- ア 患者が入院した日から起算して7日以内で退院することが見込まれる場合
- イ 入院診療計画書を交付することにより、病名等について情報提供することとなり、当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合
- ウ 入院診療計画書を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合

（答）入院基本料等の施設基準の要件とされている「入院診療計画書の作成及び患者等への説明」については、次のとおりである。

- 例えば、**緊急入院で数時間後に死亡した場合や日帰り入院などの7日以内の入院であっても、従前どおり、入院診療計画の策定等が必要である。**
- 例えば、悪性腫瘍等で患者本人に告知していないなどの場合には、従前どおり、当該患者の家族とよく話し合った上で、可能な範囲において患者本人に入院診療計画の交付及び説明を行うことが必要である。なお、その場合においては、病名等について情報提供することが当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがあると判断した客観的な理由及び説明内容などをカルテに記載すること。
- 一般的には、保険医療機関において、療養の給付を行なう際に、入院診療計画を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合は想定できない。

規制改革推進に関する答申～利用者起点の社会変革～（抜粋）

- 規制改革推進に関する答申において、医療機関等又は医師等の負担軽減の観点から、診療報酬上の書面について、署名又は記名・押印を不要とすること等の可否の検討が求められている。

規制改革推進に関する答申～利用者起点の社会変革～ 抜粋（令和6年5月31日 規制改革推進会議）

（6）健康・医療・介護

（iii）医療・介護等分野における基盤整備・強化

イ 診療報酬上の書面要件の廃止・デジタル化

【a：措置済み、b,c：令和6年検討開始、令和7年度結論・措置】

- a 厚生労働省は、診療報酬の算定要件として書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目の全てについて、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」遵守を前提に、「構造改革のためのデジタル原則」（令和3年12月22日デジタル臨時行政調査会）に倣い、電磁的方法による作成又は電磁的方法での情報提供が可能であることについて明確化する。
- B 厚生労働省は、医療機関等又は医師等の負担軽減の観点から、診療報酬上の書面のうち、以下の事項について、検討し、必要に応じて、見直す。
 - ・ 署名又は記名・押印を要する文書（診療情報提供書、療養・就労両立支援指導料の主治医意見書等）について、署名又は記名・押印を不要とすること等の可否。
 - ・ 電磁的方法による作成又は電磁的方法での情報提供を行う場合において、電子署名を不要とすること等の可否。
- C 厚生労働省は、診療報酬に関し、厚生労働省が発出する疑義解釈については、ファイル形式による電子データにより厚生労働省ホームページに掲載されているが、医療分野における透明性及び公正性の一層の確保及び利用者の利便性向上の観点から、地方厚生局等に寄せられる疑義を幅広く踏まえて、疑義解釈を示すとともに、厚生労働省が発出する疑義解釈の電子データについて、検索性、一覧性及び視認性をもって確認できるように整理した上で公表する。

- 診療報酬上、留意事項通知等で署名又は記名押印を求めている様式としては、以下のような例がある。

署名又は記名押印		様式（例）
医師	患者・家族	
○	○	- 入院診療計画書 - リハビリテーション実施計画書 - 目標設定等支援・管理シート - 職場復帰の可否等についての主治医意見書 - 短期滞在手術等同意書
○	—	- 診療情報提供書 - 訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書 - 介護職員等喀痰吸引等指示書
—	○	- 緩和ケア実施計画書 - 生活習慣病療養計画書 - 認知症療養計画書 「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」に関する同意書
<参考> 記名のみ		- 退院証明書 - 栄養管理計画書 - 精神科リエゾンチーム診療実施計画書

※署名又は記名押印を要する文書については、電子的な署名を含む。

診療報酬上、様式で求める署名又は記名・押印について

- 診療報酬上、様式で求める署名又は記名・押印については、以下のように、代替方法が考えられるものもある。

	種類	様式（例）	署名／ 記名・押印		代替方法についての検討の考え方
			医師	患者・ 家族	
院内や、医療機関と患者 本人との間で使用するもの	計画書	入院診療計画書	○	○	・ 院内で使用したり、院内で直接患者に手渡されるものであるため、医療従事者の署名は記名で代替しうるのではないかな。 ・ 患者・家族の署名について、個々の書類におけるその意義を踏まえどう考えるか。
		リハビリテーション実施計画書	○ (説明者)	○	
		生活習慣病 療養計画書	—	○	
	評価書	神経学的検査チャート	○	—	
	同意書	輸血同意書	—	○	
他機関との間で 使用するもの	情報提供書、 意見書	診療情報提供書	○	—	・ 他機関に交付される書類であっても、作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合等、記名で代替しうる場合があるのではないかな。 ・ 患者・家族の署名について、個々の書類におけるその意義を踏まえどう考えるか。
		職場復帰の可否等についての 主治医意見書	○	○	
	医師からの 指示書	訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書	○	—	
		介護職員等喀痰吸引等指示書	○	—	

診療に係る業務の簡素化に係る課題と論点

(医療DXへの対応を見据えた様式項目の標準化について)

- ・ 診療報酬算定に係る留意事項通知で示す各種様式には共通項目もあるが、記載が統一されていないことが多い。
- ・ 診療報酬改定DX対応方針の4つのテーマの1つである「標準様式のアプリ化とデータ連携」の取組の一環として、診療報酬に係る留意事項通知で示す76様式のデータテーブルが作成され、一定程度の共通項目の標準化が可能となっている。

(業務負担軽減のための様式の整理・見直しについて)

- ・ 診療報酬上求められる記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるものについて、施設と病棟のいずれも「計画書作成」が最も多く、次いで施設では「DPCデータ(様式1)の作成」、病棟では「(計画書等)患者や家族等による署名・記名押印」が多かった。
- ・ 入院診療計画書のように法令上は患者が短期間で退院することが見込まれる場合は作成しなくてもよいとされているが、診療報酬上は全患者に作成を求めているものがある。
- ・ 規制改革推進に関する答申において、医療機関等又は医師等の負担軽減の観点から、診療報酬上の書面について、署名又は記名・押印を不要とすること等の可否の検討が求められている。
- ・ 診療報酬上、様式で求める署名又は記名・押印には、それぞれ役割があるが、代替方法が考えられるものもある。

【論点】

(医療DXへの対応を見据えた様式項目の標準化について)

- 医療DXへの対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図ることについて、どのように考えるか。

(業務負担軽減のための様式の整理・見直しについて)

- 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うことをどのように考えるか。
- 各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止することについて、どのように考えるか。

3. 業務の簡素化について

3 – 1. 診療に係る業務の簡素化について

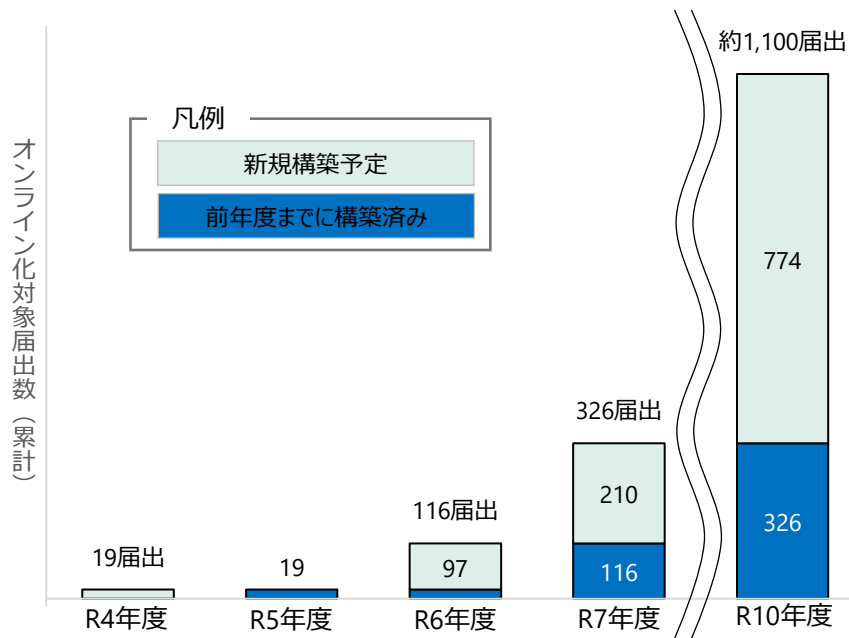
3 – 2. 届出に係る業務の簡素化について

施設基準等届出のオンライン化について

- 施設基準等届出（令和6年度診療報酬改定時：約1,100件）のオンライン化については、令和4年4月から段階的に実施しており、令和6年度までに116件の届出のオンライン化を実施、令和7年度は新たに210件の届出をオンライン化する予定。（令和7年度中には合計326件の届出を実施予定）
- 残る約800件の届出についても、施設基準届出等の電子化に関するワーキンググループでの検討結果や、診療報酬改定に係る告示・通知等に基づき、令和10年度の全届出オンライン化に向けて改修を進めていく予定。

令和7年度 オンライン化対象届出（計210件）				
対象届出				届出数
医科	基本診療料	A	入院基本料等加算	74
		B	医学管理	1
	特掲診療料	C	在宅医療	36
		D	検査	49
		E	画像診断	22
		F	投薬	2
		G	注射	3
		H	リハビリテーション	20
		L	麻酔	3

今後の予定



オンライン化対象届出拡大のスケジュール（予定）

令和4年度 ・ オンライン届出機能の構築 19届出

令和6年度 ・ オンライン化対象届出拡大（+ 97届出追加）

令和7年度 ・ オンライン化対象届出拡大（+ 210届出追加予定）

令和8年1月末
リリース予定

令和10年度 ・ 原則全ての届出をオンライン化予定

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式9）

中医協 総一7
7. 11. 5

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

基本診療料の届出

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

第2 届出に関する手続き（抜粋）

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

様式9「入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類」

【別添7に様式9の添付が必要な基本診療料】

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

【様式9で報告する事項】

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

4. 勤務実績表

種別 ^①			病 棟 名	氏名	雇用・ 勤務形態 ^②	看護補助者の 業務 ^③	夜勤の有無 ^④ （該当する夜勤従事者 につき）^{④A}	日付別の勤務時間数 ^⑤						月延べ勤務時 間数	（再掲）月 延べ勤務時間 数の計算に含 めない者の夜 勤時間数 ^⑥	
1日	2日	3日	……	日	時	時	時	時	時	時	時	時	時	時	時	
看護師					常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専									
					常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専									
准看護 師					常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専									
					常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専									
看護補 助者					常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専									
					常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専									
その他					常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専									
					常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専									
夜勤従事職員数の計								〔B〕	月延べ勤務時間数 （上段と中段の計）						〔C〕	
月延べ夜勤時間数								〔D－E〕	月延べ夜勤時間数 （中段の計）						〔D〕 ^⑧	〔E〕
（再掲）主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計															〔F〕 ^⑨	
1日看護職員配置数 （必要数） ^⑩			〔A/配置区分の数 ^⑪ 〕×3			月平均1日当たり看護職員配置数			〔C/（日数×8）〕							
主として事務的業務を 行う看護補助者配置数 （上掲）			〔A/200〕×3			月平均1日当たりの主として事務 的業務を行う看護補助者配置数			〔F/（日数×8）〕							

注1) 1日看護職員配置数 ≤ 月平均1日当たり看護職員配置数

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

5. 勤務体制及び申し送り時間

勤 務 体 制				
3交代制	日 勤	(: ~ :)	夜 勤	(: ~ :)
2交代制	日 勤	(: ~ :)	夜 勤	(: ~ :)
その他	日 勤	(: ~ :)		(: ~ :)
申し送り時間				
3交代制	日 勤	(: ~ :)	夜 勤	(: ~ :)
2交代制	日 勤	(: ~ :)	夜 勤	(: ~ :)
その他	日 勤	(: ~ :)		(: ~ :)

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

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

様式9（小数点以下の処理）

○ 様式9における入院患者の数や看護要員等の算出の際、項目によって小数点以下の処理方法が異なっている。

■ 入院患者の数及び看護要員の数（小数点以下の取扱いについて記載のあるものを抜粋）

項目	小数点処理
① 1日平均入院患者数	小数点以下切り上げ
② 月平均1日当たり看護職員配置数	小数点以下第2位以下切り捨て
1日看護職員配置数（必要数）	小数点以下切り上げ
④ 平均在院日数	小数点以下切り上げ
⑥ 月平均夜勤時間	小数点第2位以下切り捨て
⑦ 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数	小数点以下第2位以下切り捨て
最小必要数以上の看護職員配置数（必要数）	小数点以下切り上げ
⑧ 月平均1日当たり看護補助者配置数	小数点以下第2位切り捨て
1日看護補助者配置数（必要数）	小数点以下切り上げ
⑨ 月平均1日当たり看護補助者夜間配置数	小数点以下第2位以下切り捨て
夜間看護補助者配置数（必要数）	小数点以下切り上げ
⑩ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数	小数点第3位以下切り捨て
主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）	小数点第3位以下切り捨て
⑪ 月平均1日当たり看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数	小数点以下第2位以下切り捨て
1日看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数（必要数）	小数点以下切り上げ

■ 小数点処理が必要な項目が多数存在する。

■ 配置数と必要数で「少数点以下切り上げ」「小数点以下第2位以下切り捨て」など、小数点以下の処理方法が異なっている。

3. 入院患者の数及び看護要員の数

① 1日平均入院患者数〔A〕 _____人（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日）

※小数点以下切り上げ

② 月平均1日当たり看護職員配置数 _____人〔C／（日数×8）〕※小数点以下第2位以下切り捨て

（参考）1日看護職員配置数（必要数）： _____＝〔（A／配置区分の数）×3〕※小数点以下切り上げ

③ 看護職員中の看護師の比率 _____%

〔月平均1日当たり看護職員配置数のうちの看護師数／1日看護職員配置数〕

④ 平均在院日数 _____日（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日）

※小数点以下切り上げ

⑤ 夜勤時間帯（16時間） _____時 _____分 ～ _____時 _____分

⑥ 月平均夜勤時間 _____時間〔（D－E）／B〕※小数点第2位以下切り捨て

⑦ 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数 _____人

※小数点以下第2位以下切り捨て

＜看護職員配置加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注3）を届け出る場合に記載＞

（参考）最小必要数以上の看護職員配置数（必要数）： _____＝〔（A／50）×3〕※小数点以下切り上げ

⑧ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____人 ※小数点以下第2位以下切り捨て

＜看護補助加算・看護補助体制充実加算（A106 障害者施設等入院基本料の注9・注10）、A207-3 急性期看護補助体制加算、A214 看護補助加算、看護補助体制加算（A304 地域包括医療病棟入院料の注5）、看護補助加算・看護補助体制充実加算（A307 小児入院医療管理料の注9・注10）、看護補助者配置加算・看護補助体制充実加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注4・注5）等を届け出る場合に記載＞

（参考）1日看護補助者配置数（必要数）： _____＝〔（A／配置区分の数）×3〕※小数点以下切り上げ

⑨ 月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____人 ※小数点以下第2位以下切り捨て

＜看護補助加算・看護補助体制充実加算（A106 障害者施設等入院基本料の注9・注10）、A207-3 夜間急性期看護補助体制加算、A214 夜間75対1看護補助加算、夜間看護補助体制加算（A304 地域包括医療病棟入院料の注6）、看護補助加算・看護補助体制充実加算（A307 小児入院医療管理料の注9・注10）を届け出る場合に記載＞

（参考）夜間看護補助者配置数（必要数）： _____＝〔（A／配置区分の数）×3〕※小数点以下切り上げ

⑩ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____人〔F／（日数×8）〕

※小数点第3位以下切り捨て

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）： _____＝〔（A／200）×3〕

※小数点第3位以下切り捨て

⑪ 月平均1日当たり看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数 _____人

※小数点以下第2位以下切り捨て

＜A215 精神科地域包括ケア病棟入院料を届け出る場合に記載＞

（参考）1日看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数（必要数）： _____＝〔（A／13）×3〕※小数点以下切り上げ

様式9（勤務体制及び申し送り時間）

- 様式9には「勤務体制及び申し送り時間」を報告する欄が設けられている。
- 勤務形態が多様化しており勤務実績表に用いる記号が増えているため、医療機関は適時調査や監査指導の際、勤務記号表など勤務実績を確認するのに必要な書類を別に提出している。

適時調査実施要領等（抜粋）

I. 事前に提出していただく書類

1. 基本診療料の施設基準に係る書類

(1) 入院基本料等（共通）

① 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式9）（「様式9」で届け出る特定入院料を含む。）

※月平均夜勤時間数を4週間で計算している場合は、4週間で作成した「様式9」も併せて提出してください。

② 入院基本料等及び特定入院料を算定している病棟（治療室含む。）の勤務実績表

③ 勤務実績を確認する際に必要な次の書類

- ・ 勤務実績表に用いている記号等の内容及び申し送り時間が分かる一覧表
- ・ 勤務形態（日勤、準夜勤、深夜勤など）ごとの勤務時間が分かる書類
- ・ 会議、研修、他部署勤務の時間及び出席者が分かる一覧表

(例) ■ 勤務記号表（夜勤時間帯 17:00～9:00、申し送り時間は申し送る側から除外）

記号	始業時間	終業時間	日勤帯勤務時間数	夜勤帯勤務時間数	申し送り
日1	8:00	16:30	7.25	1	16:15～16:30
日2	8:30	17:00	7.75	0.5	16:45～17:00
長日	8:30	20:30	8	3.75	20:15～20:30
・ ・ ・					
遅	12:30	20:00	4.5	3.5	なし
夜1	16:00	8:30	1	15.25	8:15～8:30
夜2	16:30	9:00	0.5	15.75	8:45～9:00
夜3	20:00	9:00	0	12.75	8:45～9:00

4. 勤務実績表

種別 ^{※1}	番号	氏名	雇用・勤務形態 ^{※2}	看護補助者の業務 ^{※3}	夜勤の有無 該当する一役制従事者 の業務 ^{※4}	日付別の勤務時間数 ^{※5}	月延べ勤務時間数	(両端)月平均夜勤時間数 ^{※6}
看護師			常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜等	1日 2日 3日 …… 日 曜 曜 曜		
			常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜等			
准看護師			常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜等			
			常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜等			
看護補助者			常勤・短時間・非常勤・兼務 事務的業務		有・無・夜等			
			常勤・短時間・非常勤・兼務 事務的業務		有・無・夜等			
その他			常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜等			
			常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜等			
夜勤従事職員数の計					(B)	月延べ勤務時間数 (上段と中段の計)		
月延べ夜勤時間数					(D-E)	月延べ夜勤時間数 (中段の計)		
(両端) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計						(F) ^{※8}		
1日看護職員配置数 (必要数) ^{※10}		[(A/配置区分の数 ^{※11}) × 3]		月平均1日当たり看護職員配置数		[C/(日数 × 8)]		
主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上段)		[(A/200) × 3]		月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数		[F/(日数 × 8)]		

注1) 1日看護職員配置数 ≤ 月平均1日当たり看護職員配置数

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

5. 勤務体制及び申し送り時間

勤務体制					
3交代制	日勤	(: ~ :)	夜勤	(: ~ :)	深夜勤 (: ~ :)
2交代制	日勤	(: ~ :)	夜勤	(: ~ :)	
その他	日勤	(: ~ :)		(: ~ :)	(: ~ :)
申し送り時間					
3交代制	日勤	(: ~ :)	夜勤	(: ~ :)	深夜勤 (: ~ :)
2交代制	日勤	(: ~ :)	夜勤	(: ~ :)	
その他	日勤	(: ~ :)		(: ~ :)	(: ~ :)

■ 看護職員の負担軽減のため勤務形態が多様化しており、勤務表作成に用いる記号が膨大な数になっている。

施設基準及び選定療養の届出状況等の報告について

- 施設基準の届出を行った保険医療機関は、「毎年8月1日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行う」こととされており、毎年自己点検を行い、病院・有床診療所（医科）は要件を全て満たしているか否かに関わらず、診療所（医科・歯科）・薬局は要件を満たしていない場合、地方厚生（支）局に報告を提出している。
- その際、下記の報告様式について、対象となる場合は提出を求めている。
 - ・ 診療報酬改定等に必要となる届出実態を把握するため、厚生労働省に提出する様式
 - ・ 適合性等を確認するため、施設基準通知等で定められている様式

- 診療報酬改定等に活用するため厚生労働省に提出する様式の例（全32様式）

様式	名称	対象
別紙様式1	入院基本料等に関する実施状況報告書	入院料を算定する全医療機関
別紙様式2	有床診療所入院基本料等に関する実施状況報告書	該当入院料を算定する診療所
別紙様式3	保険薬局における施設基準届出状況報告書	全保険薬局
別紙様式4	特別の療養環境の提供に係る届出状況報告書	設定している全医療機関
別紙様式5	選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書（歯科）	該当実績がある歯科医療機関

- 適合性等を確認するために地方厚生（支）局に提出する様式の例（病院33様式、有床診療所15様式、診療所 医科:8様式 歯科:2様式 等）

様式	名称	対象
（基本）様式5の7	療養病棟入院基本料の施設基準に係る届出書	届出医療機関
（基本）様式13	総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類	届出医療機関
（基本）様式13の2	医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	届出医療機関
（基本）様式13の3	看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	届出医療機関

- またこの他、毎年10～11月に報告が必要となる受結率等にかかる報告書では、大部な添付書類が必要とされており、医療機関等の負担が大きい。
- 上記のほか、施設基準等の適合性の確認や実績の把握方法としては、以下のようなものもある。
 - 【施設基準等の適合性】 適時調査 I 自己点検（毎年） II 臨場による確認（病院の場合は、概ね1～3年に1回）
特定共同指導、共同指導
 - 【診療報酬に係る実績】 入院・外来医療等における実態調査、DPCデータ、NDBデータ

歯科診療報酬における保険適用の判断に係る取扱いについて

- 歯科診療報酬においては、以下のとおり、事前に保険適用について厚生局に判断を求めることとされているが、通知等で明確化されているものも含まれている。

歯冠修復及び欠損補綴 通則

20 次の場合において、ブリッジ又は小児義歯を適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、保険適応の有無について判断を求める。なお、それぞれの取扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからホまで以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が1歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取扱いとする。

イ M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の(10)により、「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した場合において、外傷、腫瘍等（歯周病が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合

ロ M017に掲げるポンティックの(15)により、有床義歯では目的が達せられないか又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合であってブリッジを行う以外に方法がない場合

ハ M017に掲げるポンティックの(19)により、矯正・先天性欠如等により第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は3歯であるが、間隙のほうが1歯分程度小さく2歯分となる場合

ニ M017に掲げるポンティックの(19)により、移植歯を支台歯とするブリッジを製作する場合

ホ M018に掲げる有床義歯の(10)により、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外は咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合

届出に係る業務の簡素化に係る課題と論点

(施設基準等届出のオンライン化について)

- 施設基準等届出(令和6年度診療報酬改定時:約1,100件)のオンライン化は、令和4年4月から段階的に実施。令和7年度中に合計326件の届出について実施予定で、令和10年度の全届出オンライン化に向けて改修を進めていく予定である。

(様式9について)

- 基本診療料の施設基準等の届出の際に、届出書である別添7の添付書類として、入院患者の数や看護要員の数等を確認するための「様式9」の提出が求められる。
- 様式9は、記載にあたって参考にすべき注意事項が多い、看護要員等の算出の際の小数点以下の処理方法が項目によって異なるといった状況があり、その作成は煩雑であるという指摘がある。

(施設基準及び選定療養の届出状況等の報告について)

- 診療報酬の算定要件となる施設基準や保険外併用療養費制度として認められた選定療養等について、その適合性や実績を確認するため、多数の様式について、毎年、地方厚生(支)局長や厚生労働省に報告を求めているが、適合性や実績については、他の把握方法もある。
- 「妥結率、取引に係る状況並びに流通改善に係る取組状況」のように、毎年、大量の添付書類を求めている報告がある。

(歯科診療報酬における保険適用の判断に係る取扱いについて)

- 歯科診療報酬において、保険適用の判断を事前に厚生局に求めることを独自に設けているが、その適用について明確なものも含まれている。

【論点】



- 施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目の最小化に取り組むことについて、どのように考えるか。
- 作成が煩雑であるという指摘がある様式9について、業務の簡素化の観点から、注意事項の記載の整理や小数点以下の処理を可能な限り統一する等の見直しを行うことについて、どのように考えるか。
- 施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生(支)局長や厚生労働省に報告を求めている様式を、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものを限定したり、添付書類を省略するなど簡素化を図ることについて、どのように考えるか。
- 歯科診療報酬において保険適用について事前承認を求めることとされているもののうち、通知等で明確化されているものを、厚生局への事前承認の対象から除外とすることについて、どのように考えるか。

参考資料

医療資源の少ない地域（令和２年度診療報酬改定）

中医協 総－２
３．８．２５

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
青森県	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
	西北五地域	所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
	北秋田	北秋田市及び上小阿仁村
秋田県	大仙・仙北	大仙市、仙北市及び美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町及び東成瀬村
	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曽	木曽郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	大田	大田市及び邑智郡
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第二条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

機能評価係数Ⅱの評価内容③（体制評価指数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」（0.5P）	
へき地	・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P） ・「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）		
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
感染症	・ 新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P） <u>（令和6年度で終了）</u> ・ 新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P） <u>（令和6年度で終了）</u> ※ 上記のいずれも満たした場合（0.75P） <u>（令和6年度で終了）</u> ・ GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P） <u>（令和6年度で終了）</u> ・ <u>第一種協定指定医療機関に該当（0.5P）（令和7年度以降の評価）</u> ・ <u>流行初期医療確保措置の対象となる協定の締結(入院に係るものに限る)（0.5P）（令和7年度以降の評価）</u>		

機能評価係数Ⅱの評価内容④（体制評価指数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
治験等の実施	右記のいずれか1項目を満たした場合（1P）	治験等の実施 ・ 過去3力年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・ 20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) （※）協力施設としての治験の実施を含む。	
臓器提供の実施	・ 過去3力年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P）	・ 過去3力年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P） ・ 過去3力年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（0.5P）	
医療の質向上に向けた取組	・ 医療の質指標に係るDPCデータの提出(0.5P)（令和7年度以降の評価） ・ 病院情報の自院のホームページでの公表(0.25P)(※) ・ 医療の質指標の自院のホームページでの公表(0.25P)（令和7年度以降の評価） (※)令和6年度は1Pとして評価		
医師少数地域への医師派遣機能	(評価は行わない)	・ 「医師少数地域」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に3年以上在籍しているものに限る）（1P）	(評価は行わない)

へき地医療におけるオンライン診療の活用状況

診調組 入 - 1
7. 6. 19 改

- へき地医療の現場において、オンライン診療による巡回診療が一部実施されており、実施した巡回診療のうちほとんどをオンライン診療で実施している医療機関もみられた。
- へき地診療所におけるオンライン診療について、受診者が患家にいる場合よりも診療所にいる場合の方が多く、そのような形態でのオンライン診療の活用の推進が考えられる。

	施設数（※1）	情報通信機器を用いた診療の届出数（※2）
へき地医療拠点病院	358施設	83施設
へき地診療所	1,120施設（※3）	134施設

※1 令和6年4月1日時点
 ※2 令和7年4月1日時点、
 ※3 全体の施設数には歯科診療所を含む

○ へき地拠点病院

巡回診療を実施した医療機関のうち、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関数	7 / 98 (7.1%)
代診医派遣を実施した医療機関のうち、オンライン診療による代診医派遣を実施した医療機関数	0 / 100 (0%)
ICTによるへき地医療の診療支援の実施状況として、へき地の住民に対するオンライン診療（D to P※）で活用と回答した医療機関数 ※D to P with N、D to P with Dを含む	31 / 358 (8.7%)

	延べ実施回数	延べ受診患者数
北部上北広域事務組合公立野辺地病院（青森県）	8 / 22 (36.4%)	37 / 91 (40.7%)
村上総合病院（新潟県）	153 / 155 (98.7%)	513 / 1,382 (37.1%)
長野県立木曽病院（長野県）	4 / 12 (33.3%)	4 / 12 (33.3%)
独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター（山口県）	12 / 24 (50.0%)	31 / 175 (17.7%)
山口県立総合医療センター（山口県）	4 / 98 (4.1%)	19 / 472 (4.0%)
小国公立病院（熊本県）	23 / 23 (100%)	12 / 12 (100%)
県立大島病院（鹿児島県）	10 / 51 (19.6%)	201 / 1,110 (18.1%)

○ へき地診療所

ICTによるへき地医療の診療支援の実施状況として、へき地の住民に対するオンライン診療（D to P※）で活用と回答した医療機関数 ※D to P with N、D to P with Dを含む	75 / 1,120 (6.7%)
上記医療機関におけるオンライン診療のうち受診者が患家にいるケースの件数	462件
上記医療機関におけるオンライン診療のうち受診者が診療所にいるケースの件数	3,604件

Case9 鳥羽市立神島診療所

—基礎情報—

所在地 : 三重県鳥羽市神島 (人口 17,525 人) (参考 神島 309 人)

設立主体 : 公立 (鳥羽市)

病床数 : —

医療機関種別 : 診療所

主な診療科 : 内科

勤務医師数

- 常勤医 : 1 名

- 非常勤医 : 0 名

利用システム : 専用システム

主な特徴

導入費用	運営費用	予約	ビデオ通話	決済
有	有	無	有	無



—導入経緯—

- 近隣地域のへき地診療所当たりの患者数が年々減少しているため、各へき地診療所に医師が常駐するよりも少ない医師で対応できるグループ診療の仕組みを 2020 年に取り入れた。
- グループ診療の仕組みにおいて、医師が島外の診療所に勤務している場合でも、島内の患者を診療できるよう、オンライン診療を導入することとした。また、島外でも患者の医療情報を参照するために、クラウド型の電子カルテシステムを併せて導入した。

—実施しているオンライン診療の特徴—

(利用方法)

- 週 4 回は島を訪れての対面診療を実施しており、オンライン診療は、それ以外の曜日や夜間・休日、船の欠航等により島を訪問できない日の代替手段として実施している。
- 島内に居住する看護師が常駐し、患者の来院に対応している。患者が診療所に来院し、診療所内に設置したデバイスを用いてオンライン診療を実施する。患者のほとんどが高齢者のため、オンライン診療を実施する際は看護師の補助が必須である。機会は少ないが、夜間・休日等に看護師が患者宅を訪問した上でオンライン診療を実施することもある。
- 初診からのオンライン診療は行っていない。

(利用する患者像)

- 患者は島内の居住者に限られており高齢者が多い。担当の医師はほとんどの島民と面識がある。
- どのような疾患であっても、希望があれば一度はオンライン診療に応じ、対面診療への切替えの

必要性については適宜医師が判断することとしている。

(職員や患者への理解促進)

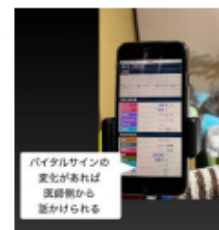
- 離島という性質上、職員全員がオンライン診療の必要性、意義を理解している。通信機器の使用方法については、導入時にベンダーによる説明会を開催して理解を促進した。
- 日々の対面診療で患者との信頼関係を構築できている、高齢の患者もオンライン診療を受け入れている。通信機器の使用は看護師や事務職員が行うため、患者は不安なく利用できている。
- (処方箋・薬剤の受渡し方法)
- 島内に薬局がないため、患者に本土の薬局まで行ってもらうこともある。2022 年 12 月から一部薬剤について、本土の薬局からのオンライン服薬指導+患者宅への配送の運用を開始している。

(受診料の回収方法)

- 受診料については、患者が診療所に来院してオンライン診療を受けるため、その場で看護師又は事務職員へ支払う。夜間・休日等に看護師が患者宅へ訪問した上でオンライン診療を行う場合は、翌営業日に患者が診療所にて支払う仕組みとしている。

(その他の工夫)

- 在宅患者のベッド付近にバイタルアラートとスマートフォンを付けて、バイタル危険値が出た場合には、医師が所持する iPad に連絡が届く仕組みを利用している。


 バイタルサインを測定する
 スマートフォンのイメージ

—課題と解決策—

課題
■ 市立の診療所であるため、導入するシステム等については、市役所担当職員との調整が必要となる。2017 年ごろから電子カルテやオンライン診療の導入を市役所と調整しているが、医療機関側の意向と合致せずに導入が困難であった。

解決
➢ 市役所担当職員と地域医療体制を検討する上で、継続的な議論を続け、電子カルテやオンライン診療の導入が実現。 ➢ さらに、国土交通省「スマートアイランド推進実証調査」を活用して導入費用を確保し、導入に至ることができた。

—導入の効果—

(医療機関)

- クラウド型電子カルテと併用することで、医師が島外に居ながらにして、患者情報を閲覧できるとともに、即時に処方箋を交付できることで、オンライン診療時にも対面診療とほとんど変わらない対応が可能になった。

(患者)

- 情報基盤が拡充されたことにより、情報の面でも不安なく、画面越しに医師の顔を見ながら診療を受けられるようになり、継続的に適切に診察を受けることができるようになった。

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

- へき地医療において、患者が看護師等という場合のオンライン診療（D to P with N）が有効であることを踏まえ、へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、D to P with Nを実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に新設する。

（新） 看護師等遠隔診療補助加算

50点

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、所定点数に加算する。

〔施設基準〕

次のいずれにも該当すること。

- (1) 「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定を受けていること。
- (2) 当該保険医療機関に、へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修な研修を修了した医師を配置していること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。



へき地診療所又はへき地医療拠点病院の医師



情報通信機器を用いた診療



患者が看護師等という場合

1 診断を目的とする場合 750点 2 その他の場合 500点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

〔対象患者〕

- 注1
- ・ 指定難病の疑いがある患者
 - ・ てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者
- 注2
- ・ 指定難病の患者
 - ・ てんかんの患者（知的障害を有する者に限る。）

〔対象医療機関〕 ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院
- ・ てんかん診療拠点機関

〔算定要件〕

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。
- ・ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について
患者説明・同意

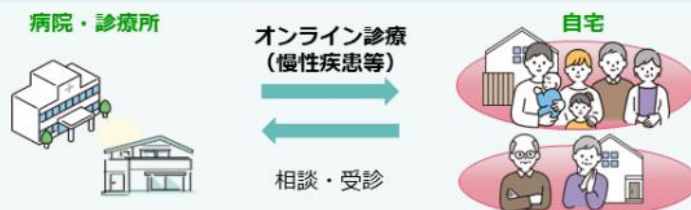
主治医のもとで遠隔地の医師が
オンライン診療を行う（初診も可）



- 「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」（令和5年6月）において、遠隔医療に期待される役割として以下のとおり整理されている。
- また、D to P with D 型の特徴として、医療資源が限られる地域においても専門の医師等による診察を受けることができることや、主治医等にとって、専門の医師等との情報共有がスムーズとなることが挙げられている。

通院に伴う患者負担の軽減及び 継続治療の実現

- ・ 定期的な対面診療にオンライン診療を組み合わせることによる、物理的な距離の解消。医学管理の継続性確保や服薬コンプライアンス等の向上。



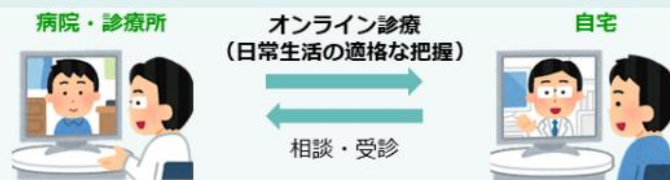
訪問診療および往診等に伴う医療従事者の 負担軽減・医療資源の柔軟な活用

- ・ 対面診療と組み合わせたオンライン診療による、訪問診療の継続実施や往診。
- ・ 医療資源の少ない地域や医師の偏在に対応した医療の確保



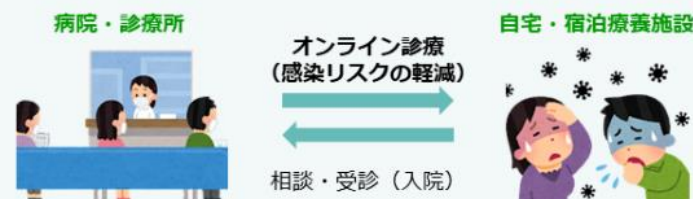
日常生活の的確な把握 対面に伴う心理的負担の軽減

- ・ 患者の居宅等の日常生活の状況下にある環境での診療が可能になり、医療従事者は日常生活の的確な把握が可能。
- ・ 患者の受診時の抵抗感が軽減し、医師とより率直にコミュニケーションを取ることが可能。



感染リスクの軽減

- ・ 医療従事者及び患者等の感染リスクを軽減。



- 遠隔医療のうち、D to P with D 型及び D to D 型の遠隔医療について、有用性や、非代替性／効率性などの視点を踏まえると、以下のような場面での活用が想定されるのではないか。

D to P with D 型のオンライン診療

- 具体的なシーンとしては、次のような場合が考えられるのではないか。
- 希少性の高い疾患等であり、地理的に近隣の医療機関では診断・治療が困難な疾患について、専門の医師と地域のかかりつけ医と連携して治療方針を決定する場合
 - かかりつけ医を受診する患者に、専門の医師の診療技術の提供が期待される＜有用性＞
 - 地理的に専門医への受診が困難な患者が、専門的な診療を受けることができる＜非代替性＞
 （例）指定難病、てんかん、希少がん、医療的ケア児（者）等
- 在宅医療において、一部の診療科や多職種チームでなければ対応困難な場合
 - 外来の受診が困難な患者に、専門の医師の診療技術の提供が期待される＜有用性＞
 - 専門医が往診を行うよりも効率的である＜効率性＞
 （例）眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科等の診療科、緩和ケアチーム等

D to D 型の遠隔医療

① 検査・画像診断支援

- 検査・画像診断等に関する専門の医師がいない被支援施設の医師に代わり、専門施設の専門の医師が検査・画像診断等を実施する場合
 - 非支援施設の患者に、専門施設と同等の診断技術の提供が期待される＜有用性＞
 - 集約的に診断を行うことで、各医療機関で行うよりも効率的に実施できる場合も想定される＜効率性＞
 （例）遠隔画像診断、遠隔病理診断、遠隔脳波診断等、エキスパートパネル（がん遺伝子パネル検査）

② 診療支援

- 緊急性が高い病態の患者に専門の医師の助言により治療方針が変更となり得る場合に、リアルタイムに患者の診療情報を共有し、専門の医師が被支援施設の医師に専門的な助言を行う
 - 専門の医師の診断技術の提供により患者のアウトカムが向上することが期待される＜有用性＞
 - 専門の医師が不在の施設の患者について、緊急に必要な専門的判断を提供できる＜非代替性＞
 （例）遠隔 I C U、超急性期脳卒中加算

医療機関における業務の効率化・合理化

➤ 医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

会議や研修の効率化・合理化

会議



・安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてもよいと判断した場合には、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。



院内研修



・抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化。
・急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件を見直す。

院外研修



・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。

記録の効率化・合理化

診療録



・栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。
・在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

レセプト
摘要欄



・画像診断の撮影部位や算定日等について選択式記載とする。

事務の効率化・合理化

● 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。

● 文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。



医療機関におけるICTを活用した業務の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
- ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
- ◆ 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、**当該基準の適合性の有無に影響が生じない場合の届出を不要**とする。また、同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている訪問看護療養費等の加算について、**同じ金額の評価区分を統合**する。
- ◆ 小児科外来診療料等の**施設基準の届出を省略**する。

現行

【小児科外来診療料】
〔算定要件〕
注1 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小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

改定後

【小児科外来診療料】
〔算定要件〕
注1 **小児科を標榜する保険医療機関において**、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

- ◆ レセプト摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について**選択式記載**とする。また、一部の検査等の診療行為について、**レセプト請求時にあらかじめ検査値の記載**を求め、審査支払機関からの**レセプト返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減**を図る。

〔例：デセントリク点滴静注840mg・同1200mgを請求する場合に記載を求めている項目〕
・「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載すること。

コード	レセプト表示文言
8201xxxxx	施設要件 ア
8201xxxxx	施設要件 イ
(略)	ウ～オ (略)

〔レセプト表示イメージ〕

33	点滴注射	95X 1
	デセントリク点滴静注1200mg	44,886 X 1
	施設要件 ア	
	医師要件 イ	
	併用投与 ア	

医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
 - ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている保守管理の計画書や研修修了証の写し等について、[添付資料の低減等](#)を行う。
 - ◆ 施設基準の届出について、1つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合を行う。
 - ◆ レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行う。

【現行】

【改定後】

記載事項	選択式コード	レセプト表示文言
(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合) 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を当該月に算定している場合) 当該往診を行った年月日を記載すること。	850100093	往診を行った年月日; (元号)yy"年 "mm"月"dd"日



記載不要

- 施設基準の届出について、現在主に紙で届け出ることとされている施設基準について[電子的な届出を可能にする](#)ことで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

診療報酬改定DXの射程と効果

○ 最終ゴール

進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等(※)における負担の極小化をめざす

- ・ 共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携
- ・ 中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供も検討

(※) 病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションのこと。

4つのテーマ

○最終ゴールをめざして、医療DX工程表に基づき、令和6年度から段階的に実現

共通算定モジュールの開発・運用

- 診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
- 次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討
- モジュールとの接続は、クラウド型レセコンとのクラウド間連携による提供を基本(※)
- レセプトの作成・請求をできるよう支援する機能を追加実装

標準様式データ項目の構造化とデータ連携

- 各種帳票様式※1データの標準マスタ作成とコード化・構造化、統一的なAPI仕様等の作成による互換性確保
※1 医療機関で作成する診療計画書や同意書など。
- 施設基準届出等の電子申請をシステム改修により更に推進

共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善

- 基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備
- 地単公費マスタの作成と運用ルールを整備

診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等

- 診療報酬改定の施行時期を後ろ倒しし、システム改修コストを低減
- 診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化

(※) オンプレミス型レセコンの医療機関等への対応は、当該レセコンベンダにオンプレミス型レセコン向けモジュールの提供から開始

診療報酬改定DXに関する調査研究（データテーブルの作成）

- 診療報酬改定DX対応方針の4つのテーマの1つである「標準様式データ項目の構造化とデータ連携」の取組の一環として、診療報酬に係る留意事項通知で示す76様式について、データテーブルを作成した。
- 本データテーブルでは、76様式の記載項目（約3000）が、どの様式でどのような項目名で使われているか、どの項目が共通しているかなどを整理した。

■データテーブル（イメージ）

									退院証明書	緩和ケア実施計画書	児童・思春期精神医療入院診療計画書	...
データID	分類1	分類2	分類3	分類4	項目名	データ型	リスト値	カウント	別紙様式01	別紙様式03	別紙様式04	...
AA0001	患者情報	基本情報	氏名	ふりがな	患者氏名（ふりがな）	テキスト型	-	5		(ふりがな)		
AA0002	患者情報	基本情報	氏名	ふりがな	患者氏名（フリガナ）	テキスト型	-	2				
AA0003	患者情報	基本情報	氏名	保護者	保護者氏名	ファイル型	-	2				
AA0004	患者情報	基本情報	氏名	本人・家族	本人・家族氏名	テキスト型	-	1				
AA0005	患者情報	基本情報	氏名	漢字	患者氏名	テキスト型	-	58	患者氏名	氏名	患者氏名	
AA0006	患者情報	基本情報	氏名	漢字	患者氏名2	テキスト型	-	3			(患者氏名)	
AA0007	患者情報	基本情報	性別		性別	テキスト型	-	2				
AA0008	患者情報	基本情報	性別		(例1) 生年月日	選択リスト型	男;女	32	性別（男・女）		(男・女)	
AA0009	患者情報	基本情報	生年月日		生年月日	日付型	-	42	年 月 日	年 月 日	年 月 日生	
AA0010	患者情報	基本情報	生年月日	元号	生年月日（元号（平成・令和））	選択リスト型	平成;令和	1				
AA0011	患者情報	基本情報	生年月日	元号	生年月日（元号（明・令））	選択リスト型	明;大;昭;平;令	11	生年月日（明・大・昭・平・令）	生年月日 明・大・昭・平・令		
AA0012	患者情報	基本情報	生年月日	元号	生年月日（元号（明・昭））	選択リスト型	明;大;昭	2				
AA0013	患者情報	基本情報	生年月日	元号	生年月日（元号（明治・令和））	選択リスト型	明治;大正;昭和;平成;令和	1				
AA0014	患者情報	基本情報	生年月日	元号	生年月日（元号（昭・令））	選択リスト型	昭;平;令	1			生年月日 昭・平・令	
AA0015	患者情報	基本情報	生年月日	元号	生年月日（元号（昭和・令和））	選択リスト型	昭和;平成;令和	1				
...												

様式9（記載上の注意事項）

- 様式9作成にあたっては、様式に記載された算出方法や記載上の注意事項等の他に、別添6別紙4に定める「平均在院日数の算定方法」や別紙5の「看護要員の配置状況（例）」等を参考にして記載する必要があり煩雑である。

届出ごとの看護補助者や看護職員の算出方法

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を行う場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ夜勤時間数（計）〔G〕	〔C〕÷〔1日看護職員配置数×日数×8〕
みなし看護補助者の月延べ夜勤時間数（計）〔H〕	
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔I〕	看護補助者（みなしを除く）のみの〔D〕
1日看護補助者配置数（必要数） ^{※10} 〔J〕	〔A÷配置区分の数 ^{※11} 〕×3〕
月平均1日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者を含む）	〔G+H÷（日数×8）〕
月平均1日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者を除く）〔K ^{※12} 〕	〔G÷（日数×8）〕
夜間看護補助者配置数（必要数） ^{※10}	A÷配置区分の数 ^{※11}
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	〔I÷（日数×16）〕
看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（％）	〔（K÷J）×100〕

〔看護職員配置加算（地域包括ケア病院入院料の注3）を届け出る場合の看護職員数の算出方法〕

1日看護職員配置数（必要数） ^{※10} 〔L〕 ^{※12}	〔（A÷13）×3〕
月平均1日当たり看護職員配置数	〔C÷（日数×8）〕
月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数	〔（C-（L×日数×8））÷（日数×8）〕

〔記載上の注意〕

※1 看護職員及び看護補助者を別記記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護職員の欄に記載すること。

※2 看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央病室勤務、当該診療領域病棟間隔の看護師等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

※3 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」、病棟と病棟以外（外来等）に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に該当する場合は雇用・勤務形態の「専任」に○を記入すること。

※4 看護補助者について、延べ夜勤時間数（うち夜間勤務時間）を記入すること。

※5 看護補助者について、延べ夜勤時間数（うち夜間勤務時間）を記入すること。

※6 配置数の上限（（A÷200）×3）を超える主として事務的業務を行う看護補助者は様式9に記載しないこと。

※7 夜勤専従者は「夜勤」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間数が、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は○を記入すること。

※8 夜勤専従に該当する者について、夜勤を含めた文化体育施設等を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。

※9 上記は夜勤時間数、夜間は夜間勤務時間において当該病棟で勤務した時間数、夜間は夜間勤務時間において当該病棟以外で勤務した時間数と夜間勤務時間数をそれぞれ記入すること。

※10 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。

①夜勤専従者、②急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者

※11 〔D〕は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数（月延べ夜勤時間数除夜の平均）」の計である。

※12 〔F〕は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ夜勤時間数」の計である。

※13 小数点以下切り上げとする。

※14 「配置区分の数」とは、当該届出に係る入院基本料又は加算に求める看護配置数（例えば、急性期一般入院料1の場合「7」、10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30）」をいう。

※15 地域包括ケア病院入院料の注4に掲げる看護職員配置加算及び注5に掲げる看護補助体制加算加算は、みなし看護補助者を除いて要件を満たす必要がある。

※16 地域包括ケア病院入院料を届け出る場合には、13対1の「13」で計算するが、地域包括ケア病院入院料の注2の届出を行う場合においては、15対1の「15」で計算すること。

※14 地域移行強化診療入院料を届け出る場合には、作業療法士及び精神保健福祉士を看護職員配置数に含めることができること。この場合、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士は、勤務実績表において看護補助者として記入すること。

※15 精神科患者入院診療管理料、特設療養病棟入院料又は精神看護病棟入院料を届け出る場合には、「月平均1日当たり看護職員配置数」は「月平均1日当たり看護職員及び看護補助者配置数」、1日看護職員配置数（必要数）は「1日看護職員及び看護補助者配置数（必要数）」と読み替えること。この場合、看護職員数及び看護補助者数の合計が基準を満たすこと。

※16 精神科地域包括ケア病院入院料を届け出る場合には、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師は、勤務実績表において「その他」欄に記入すること。

〔届出上の注意〕

1 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する医療機関において、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行う場合は、一般病棟入院基本料の届出とは、同一の看護配置の病棟ごとにそれぞれ本届出を作成すること。

2 届出から1か月の各病棟の看護職員数を届出すること。

3 月平均夜勤時間数計算を算定する場合には、看護職員を採用状況等に関する書類を添付すること。

4 夜勤時間別入院基本料を算定する場合には、看護職員を採用状況等に関する書類を添付すること。

5 夜間看護加算・看護補助体制加算加算（A10）療養病棟入院基本料の注12・注13、A207-4看護職員夜間勤務加算、看護職員夜間勤務加算（A304）地域包括ケア病院入院料の注9、A309-3地域包括ケア病院入院料の注9、A311精神科急性期病棟入院料の注4、A311-3精神科急性期病棟入院料の注4）は、夜間16対1（A207-4看護職員夜間勤務加算及びA304地域包括ケア病院入院料の注9は、12対1の場合も含む。）を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により夜間の看護職員の配置状況が分かる書類（様式9の2を参照）を添付すること。

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

別添2 入院基本料等の施設基準等

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準（抜粋）

3 平均在院日数については次の点に留意すること。

（2）平均在院日数については、直近3か月間の数値を用いて別添6の別紙4により計算すること。なお、平均在院日数は小数点以下は切り上げること。

4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

（3）ケ上記(2)のAからクまで及び(3)のAからクまでに係る看護要員の配置数、人員構成及び夜間勤務に係る具体的な算出方法等については、別添6の別紙5の例を参考とすること。

■ 様式9の記載には、各項目に記載された算出方法の他に、〔記載上の注意〕と〔届出上の注意〕を確認して記載する。

■ その他に、上記に示すとおり、施設基準通知の別添6別紙4「平均在院日数の算定方法」や別添6別紙5「看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）」も参考に記載する。

赤枠内が〔記載上の注意〕と〔届出上の注意〕