

病院経営者からみた改定対応



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、在宅医療センター、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院グループ

富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



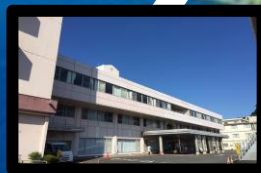
衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦

目次

- パート1
 - 新たな地域医療構想と改定
- パート2
 - 減る急性期ニーズ
- パート3
 - 増える包括期ニーズ
- パート4
 - 増える在宅医療ニーズ
- パート5
 - 求められるDX活用



パート1 新たな地域医療構想と 2026年改定

第1回新たな地域医療構想等に関する検討会

2024年3月29日



新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。**
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**等を活用して支援。

など

【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。その際、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保する必要。

など

【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映） 等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール

年度

地域医療構想の策定と取り組みの進め方

2026年7月
ガイドライン発出

現状・課題 の把握

- 基本となるデータとして**人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等**を関係者で共有する

～2027年度
上半期頃

区域の設定

- 現在の**構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直し**
 - 医療機関の連携・再編・集約化など、医療提供体制構築のための議論
⇒人口20万人以上を目安としながら検討
 - 必要病床数の運用
⇒区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定
- 設定した構想区域における必要病床数を算出する

設定した区域 の課題の把握

- 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定

～2028年度末

取組の決定

- 遅くとも2028年度までに、急性期拠点機能を報告する医療機関を含めた医療機関の設定など、課題に応じて、対応案を検討・決定**する
- その際、病床数だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。具体的には、医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する

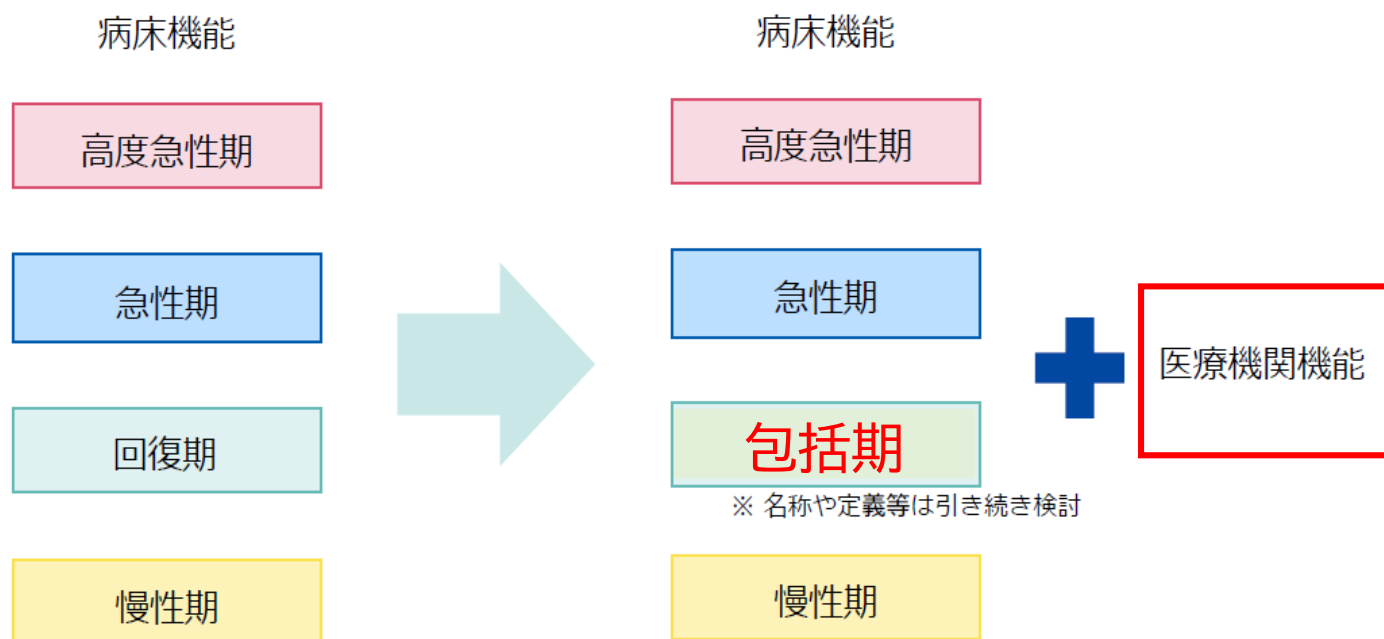
～2035年度

取組の推進

- 2040年を見据えた医療提供体制について、**2035年を目途に、一定の成果を確保**する

病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



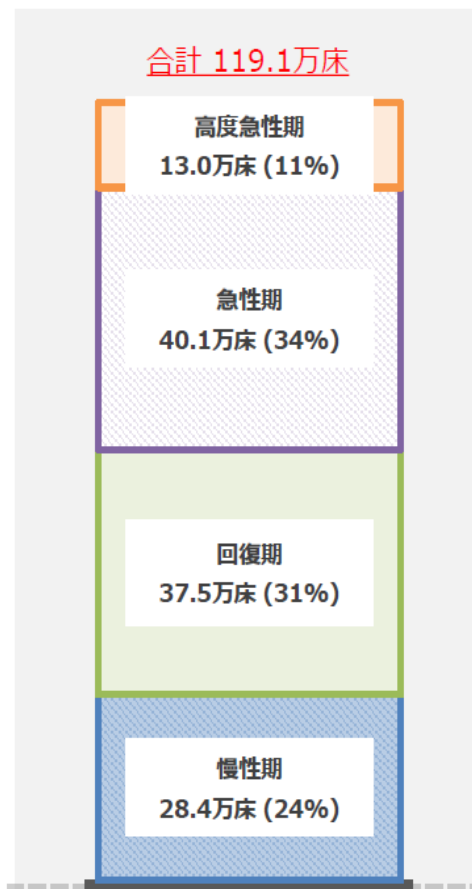
包括期入院機能とは？

- ・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能
- ・地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟、回復期リハ病棟など

2025年度病床機能報告について

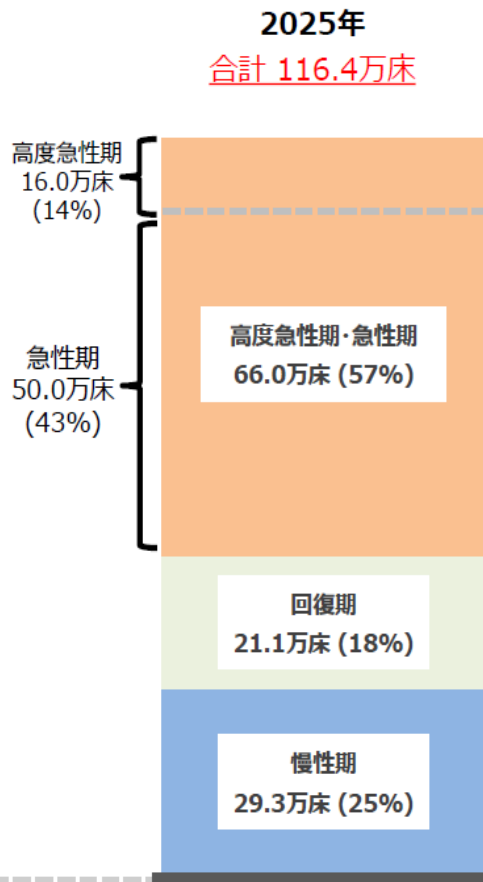
2025年の病床数の必要量

(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※2 ※4



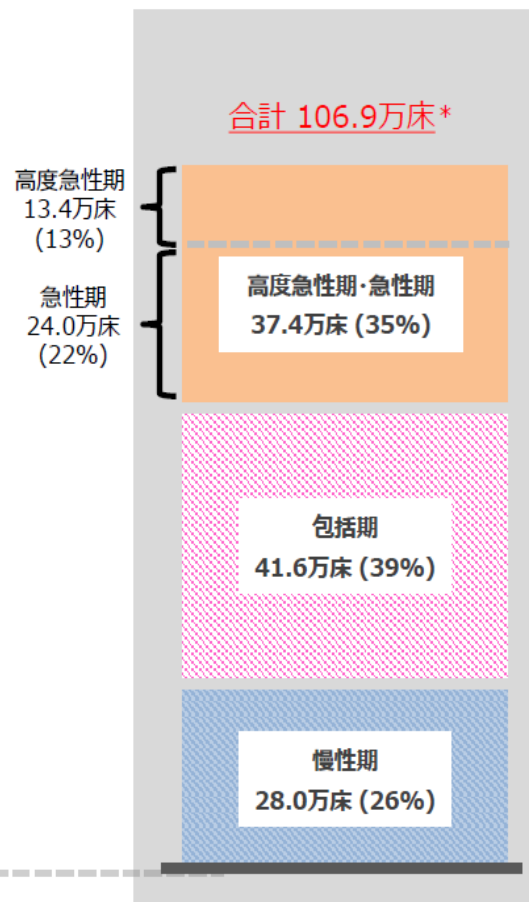
2025年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※4



2040年の病床数の必要量の機械的試算

(2028年度(令和10年度)末までに、都道府県が地域の実情(構想区域の見直し等)も考慮し設定するものであり、あくまで参考値である点に留意) ※3 ※4



出典：2025年度病床機能報告

※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※2：平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※3：令和6年度(2024年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(令和5年(2023年)推計)』等を用いて、現在の構想区域(令和6年度)を前提に機械的に試算したもの

※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

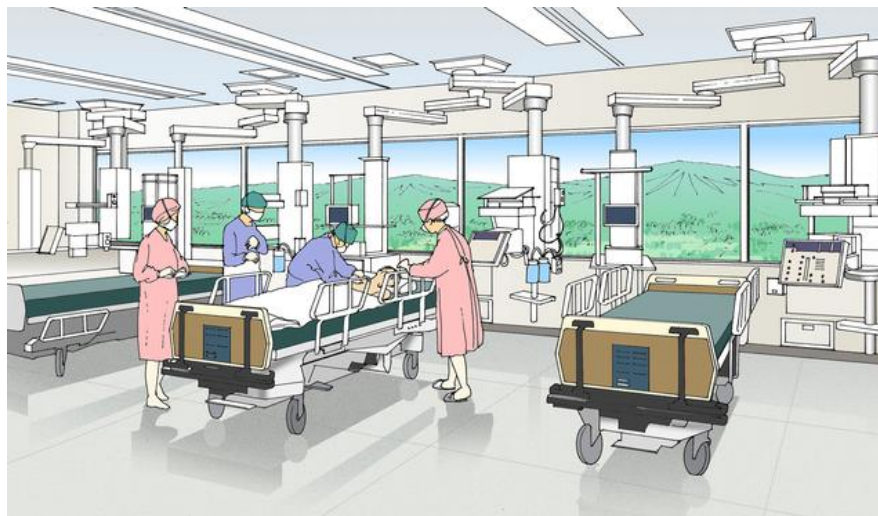
- 医育及び広域診療機能
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

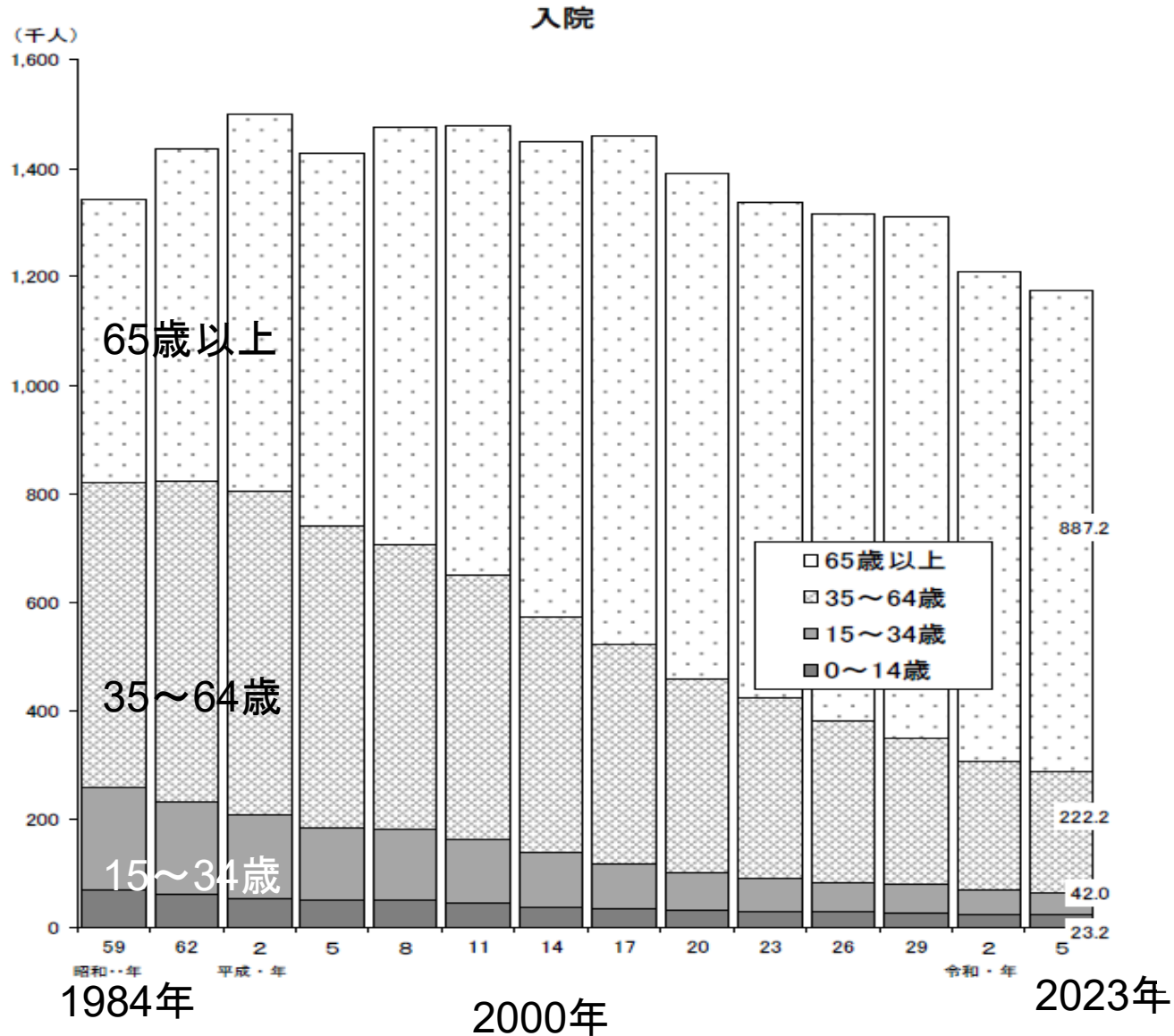
2026年診療報酬改定は
新地域医療構想対応改定

パート2

減る急性期医療ニーズ

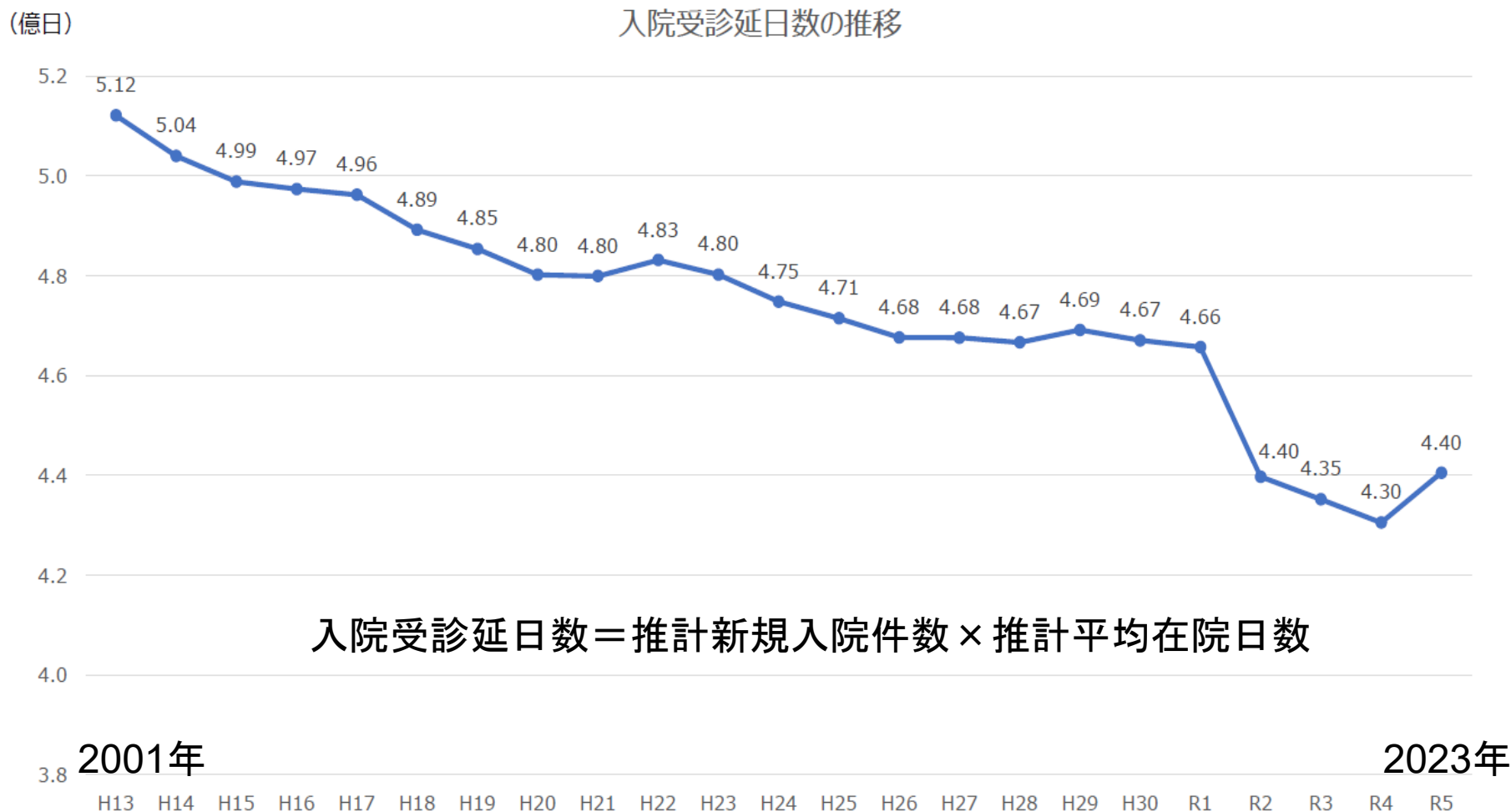


患者調査でみる入院患者の年次推移



入院の受診延日数の推移（平成13年度～令和5年度）

○入院の受診延日数は減少傾向にある。



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

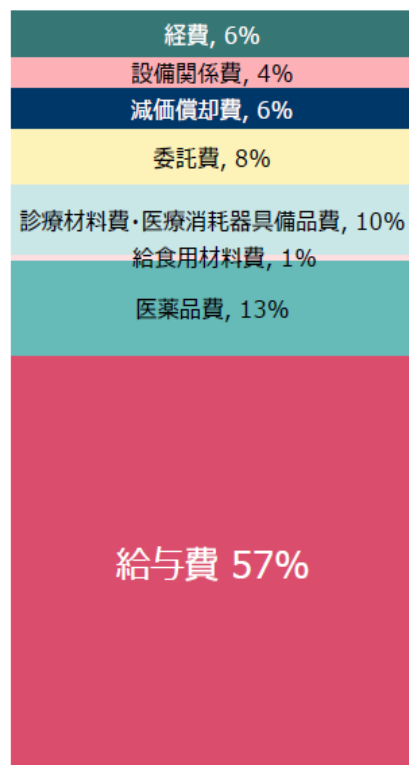
※ 1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約 98%に相当。

※ 2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

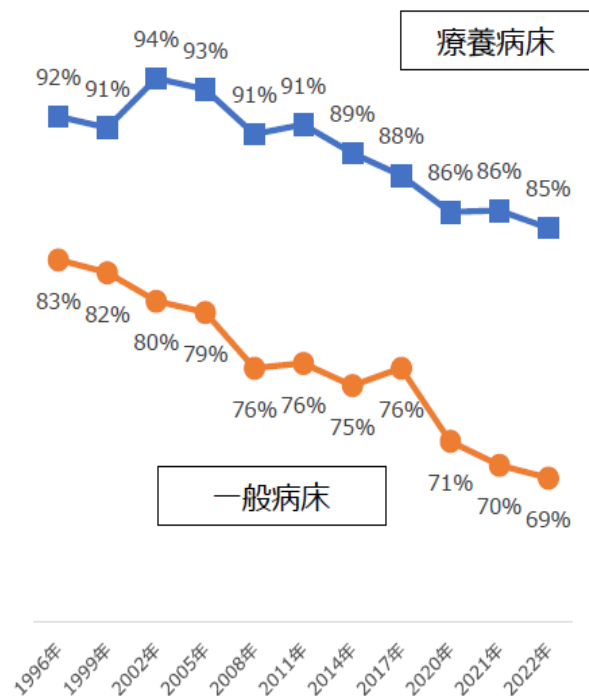
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

病床利用率の推移



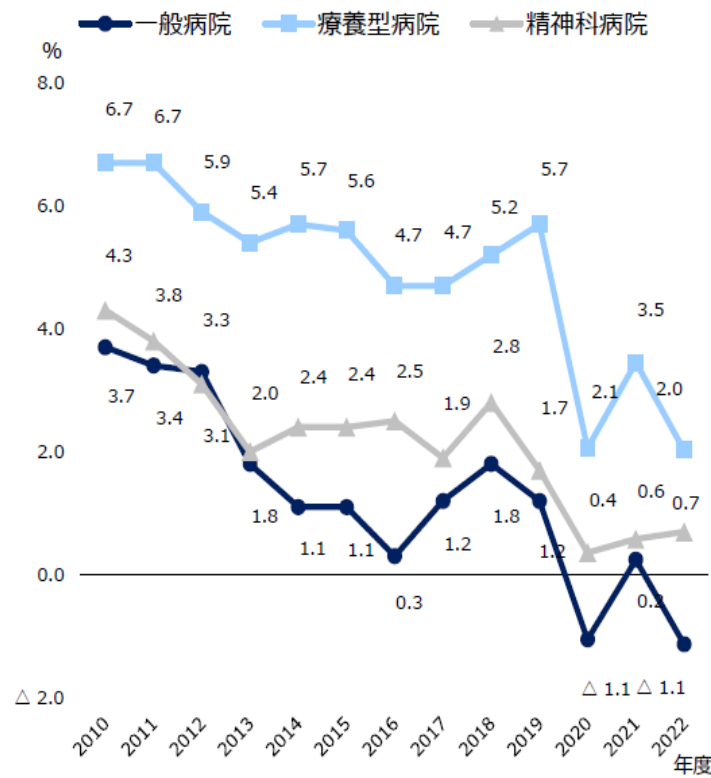
資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過の旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病院の医業利益率の推移



注1）コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい

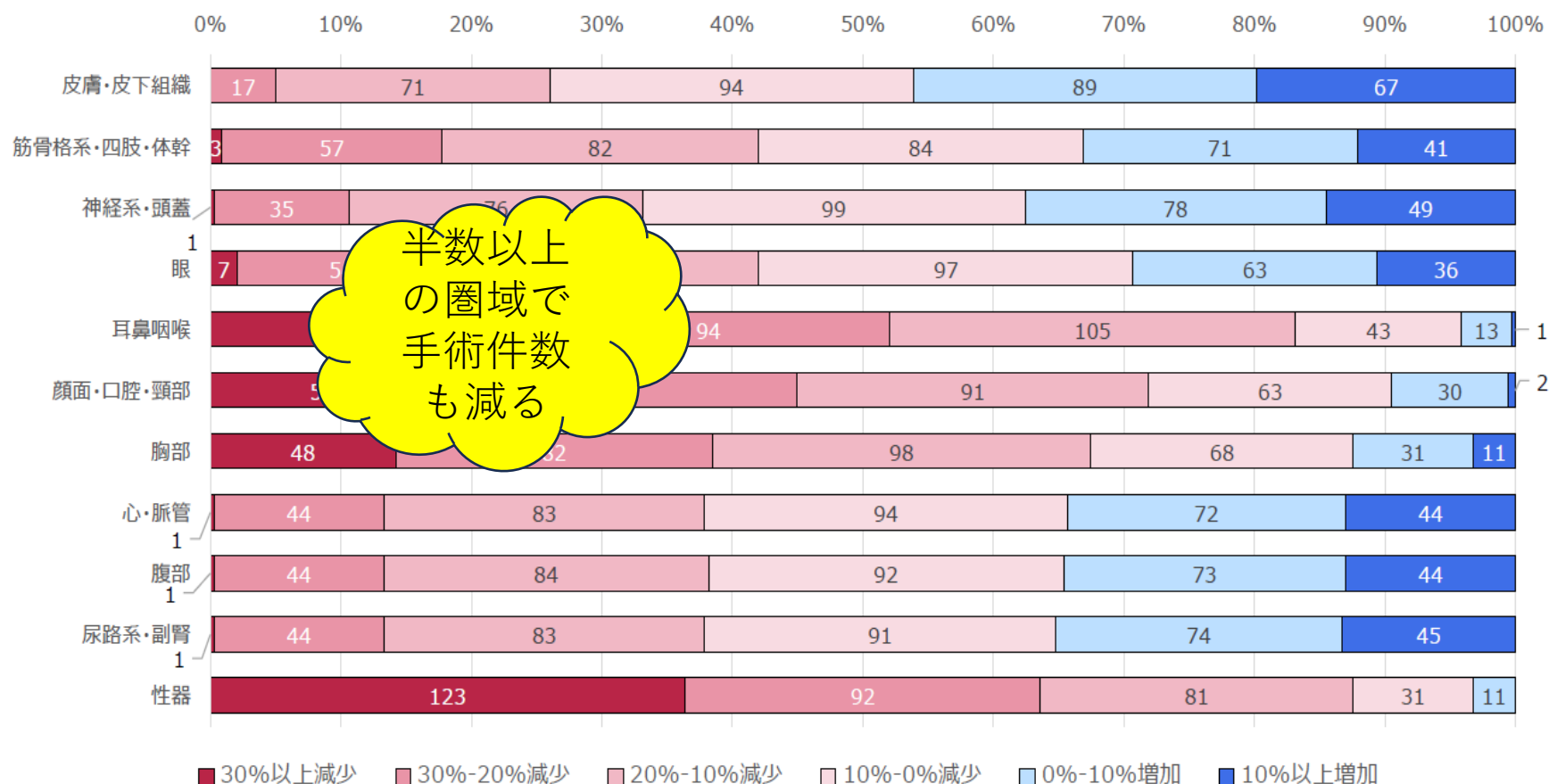
注2）コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2022年度 病院の経営状況について」WAM Research Reportより

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

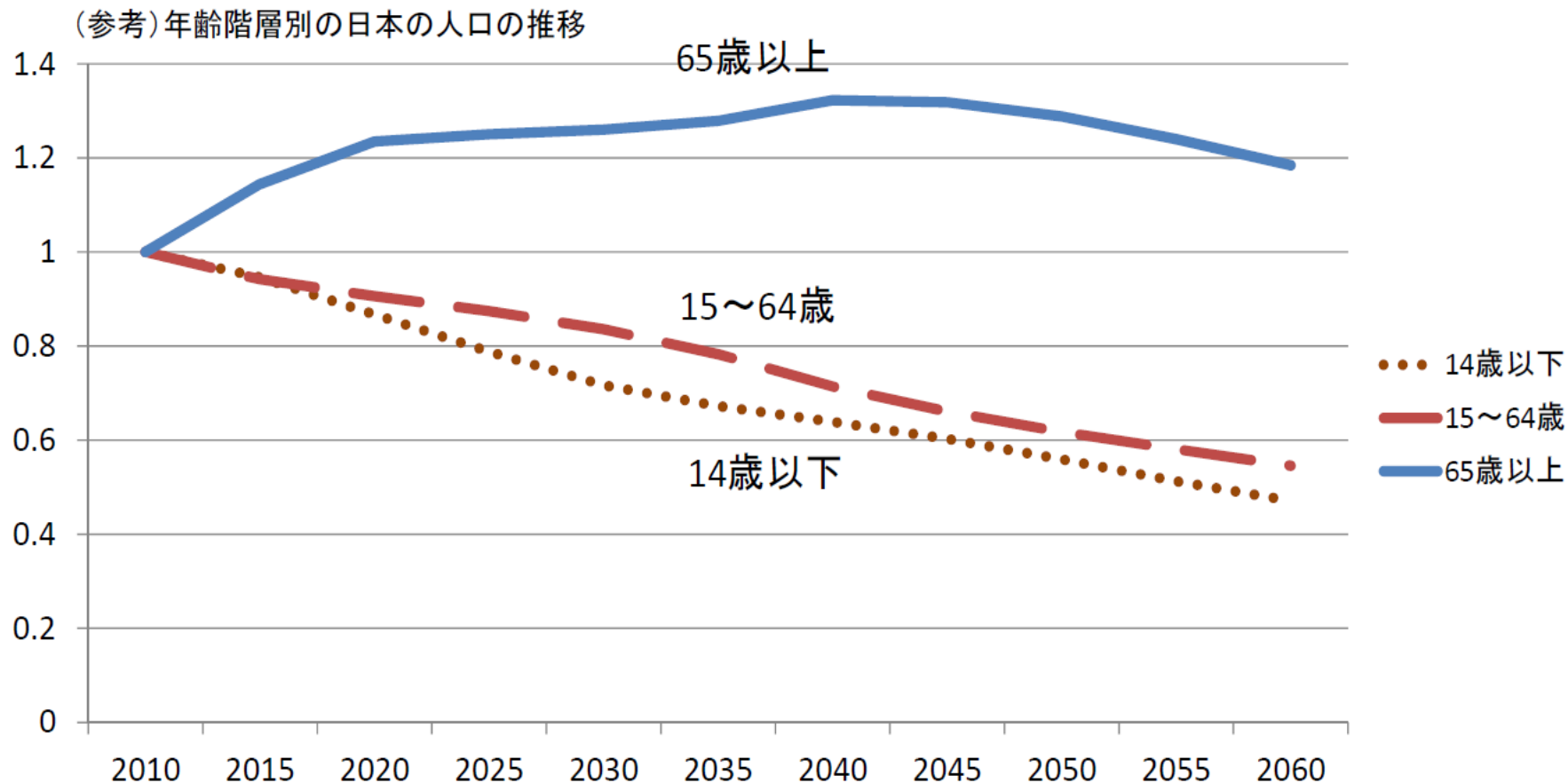
入院医療ニーズの将来予測① ～年齢構成～

中 医 協

②総(Ⅲ)6

2 9 . 3 . 1 5

○年齢階層別の日本の人口の推移をみると、今後、65歳未満の人口は減少していくことが想定される。



※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

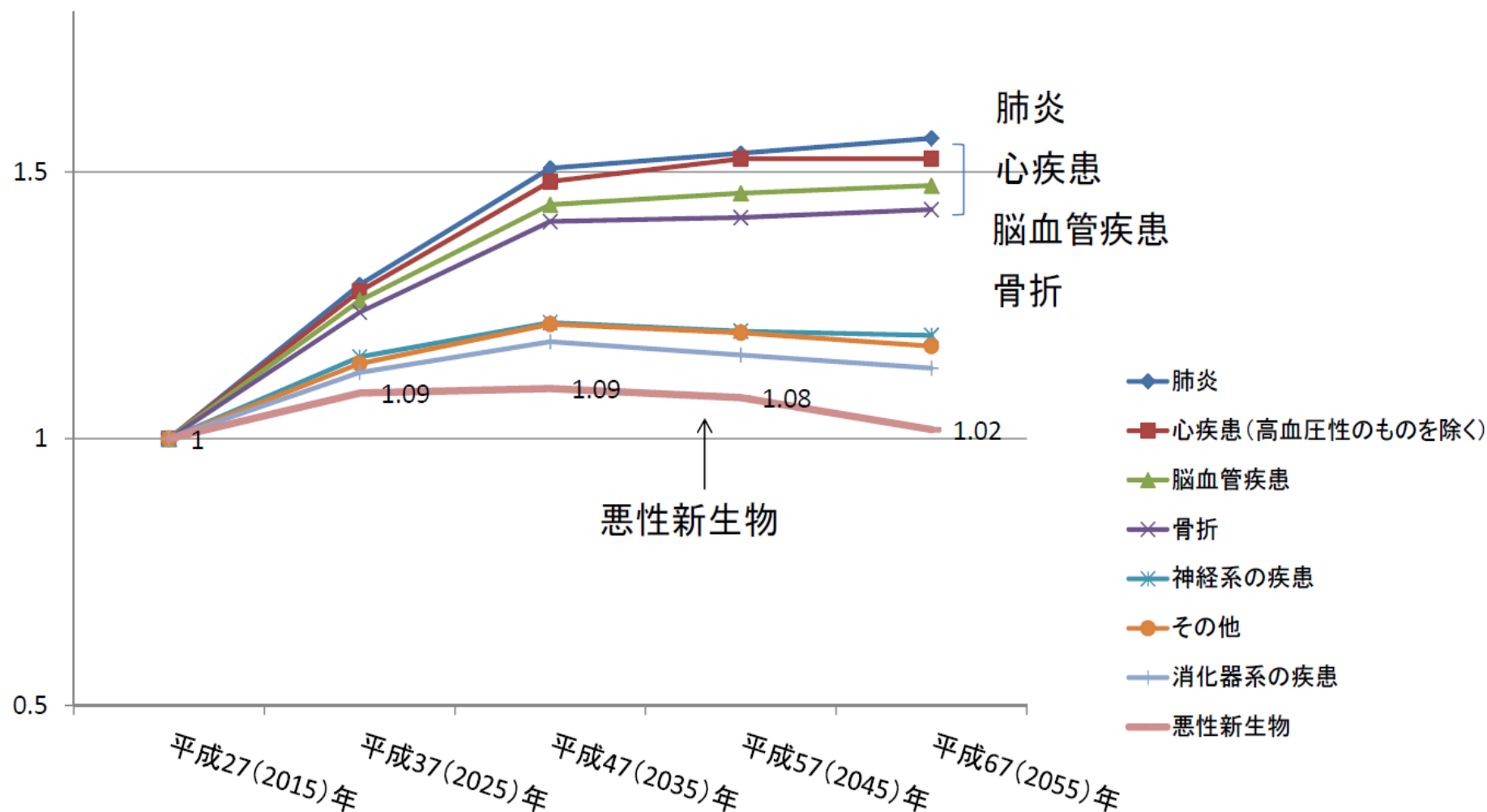
(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
厚生労働省「人口動態統計」

(平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

入院医療ニーズの将来予測② ～疾患構成～

中医協②総(Ⅲ)2
29.11.24

(参考) 入院患者の将来推計 2015年を1とした場合の増加率

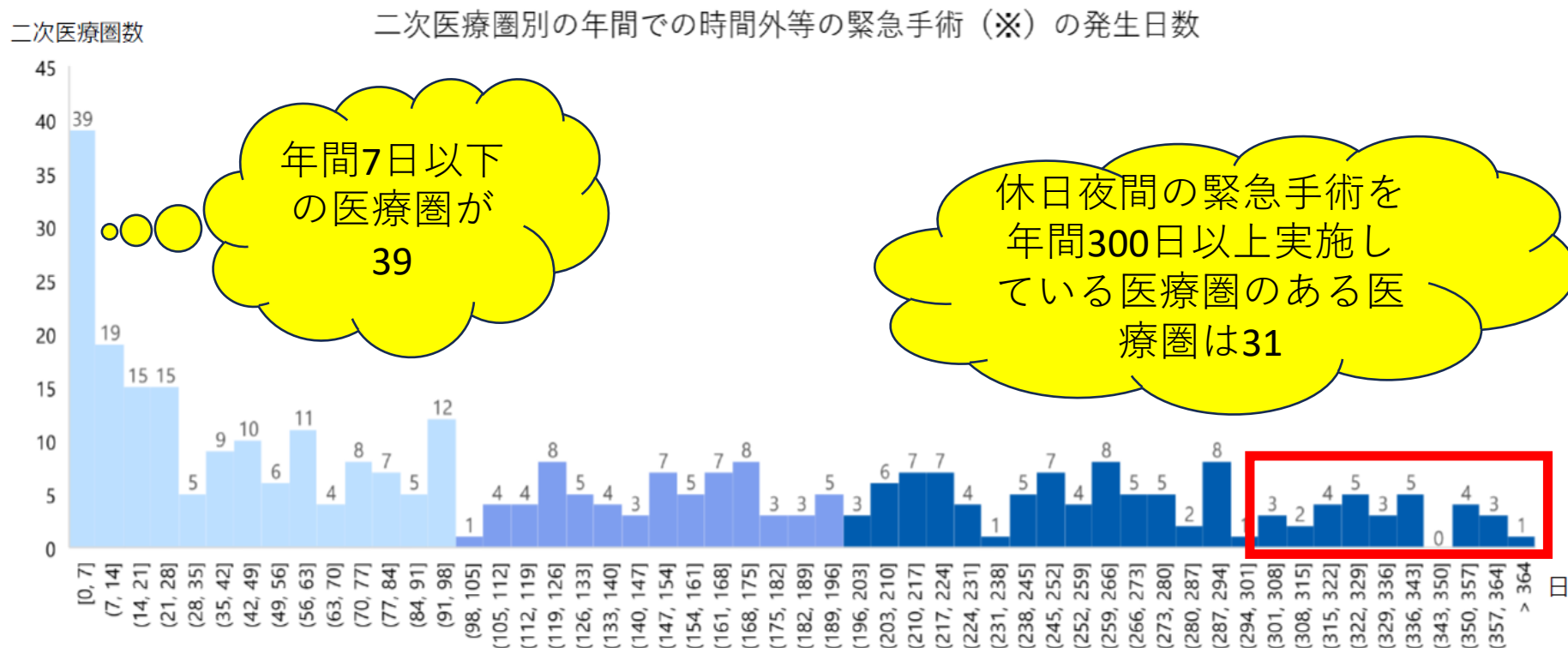


救急・急性期医療の 集約化



24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

- 緊急手術を24時間体制で実施するためには、手術の主たる診療科、救急部門、麻酔科に関わる医師・看護師のほか、血液検査や画像検査等の検査部門、薬剤部門等、様々な人員が必要となる。
- 二次医療圏毎に年間における夜間や休日等の緊急手術（※）を実施する日数は、360日以上実施する医療圏は3、300日以上は31、200日以上は102、100日以下の医療圏は165であった。



2022年度NDBデータ

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

医療機関あたりの症例数と医療の質について ハイボリュームセンター

様々な手術において、症例の多い医療機関ほど死亡リスクが低い傾向があることが知られている。

胃や大腸、肺等のがんに対する手術について、症例数の少ない医療機関において死亡リスクが高い傾向が見られた。

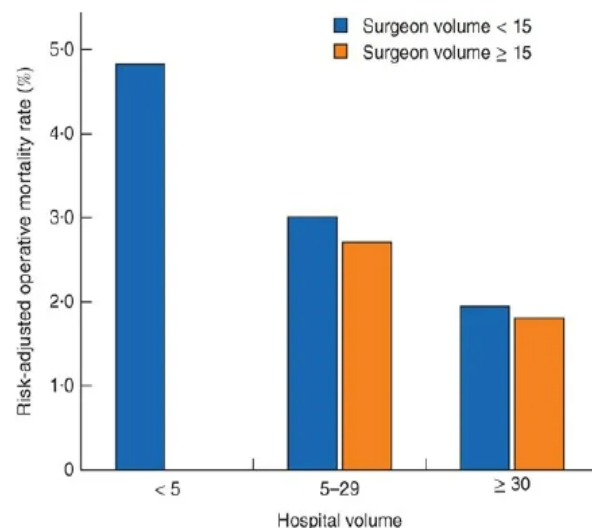
食道切除術について、症例数の多い医療機関では術後・30日死亡率が症例数の少ない施設と比べて低い傾向が見られた。

手術種類毎の医療機関の症例数規模と死亡リスク

	Stomach		Colorectum		Lung		Breast		Uterus	
	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
Crude HR										
High	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Medium	1.17	0.93-1.47	1.08	0.93-1.25	1.17	0.83-1.65	1.18	0.98-1.42	0.97	0.82-1.15
Low	1.39	1.11-1.73	1.20	1.04-1.39	1.11	0.81-1.52	1.29	1.06-1.56	1.15	1.05-1.24
Very low	2.29	1.81-2.91	1.76	1.49-2.07	1.70	1.23-2.36	1.75	1.43-2.12	1.19	1.00-1.41

Okawa et al. Hospital volume and postoperative 5-year survival for five different cancer sites: A population-based study in Japan. *Cancer Science*. 2020

食道切除術の症例数規模と死亡率の関係



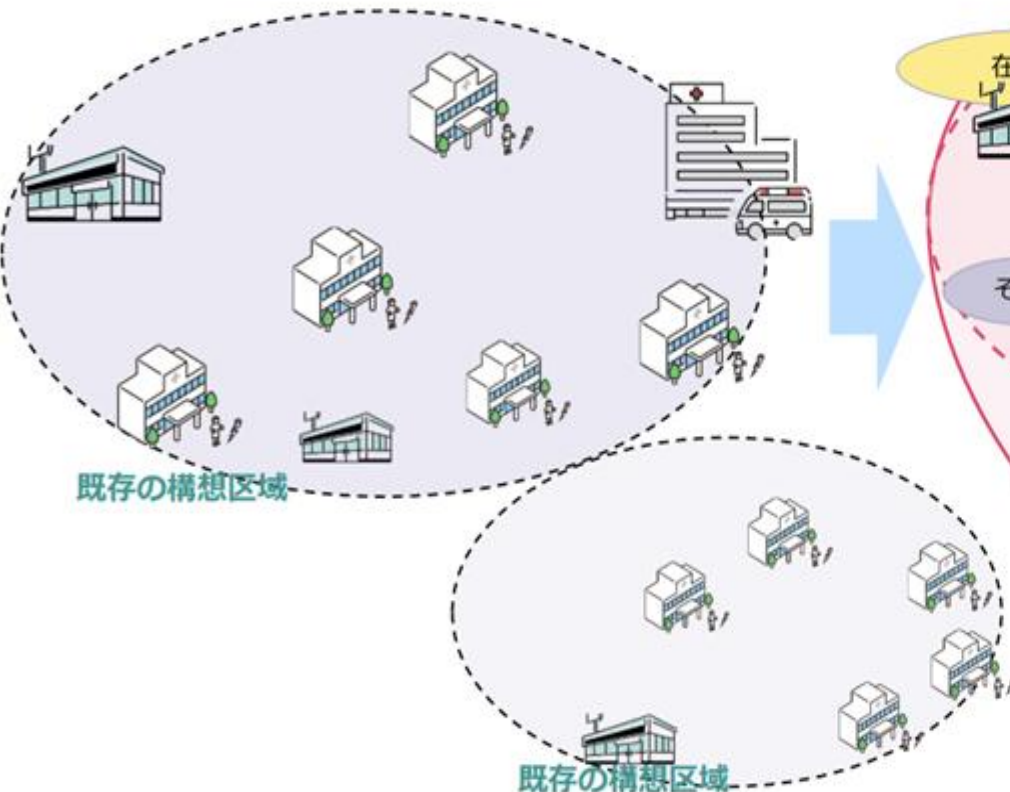
Nishigori et al. Impact of hospital volume on risk-adjusted mortality following oesophagectomy in Japan. *Br J Surg*. 2016

項目	急性期病院A	急性期病院B
想定される病院像	地域の急性期拠点病院	一般的な急性期病院
看護配置	7対1	10対1
救急搬送件数	2000件以上	1500件以上 または人口20万人以下では地域シェア率最大かつ1000件以上
全麻手術件数	1200件以上	500件以上
平均在院日数	16日以内	21日以内
ケアミクス制限	ケアミクス不可	地域包括医療病棟不可

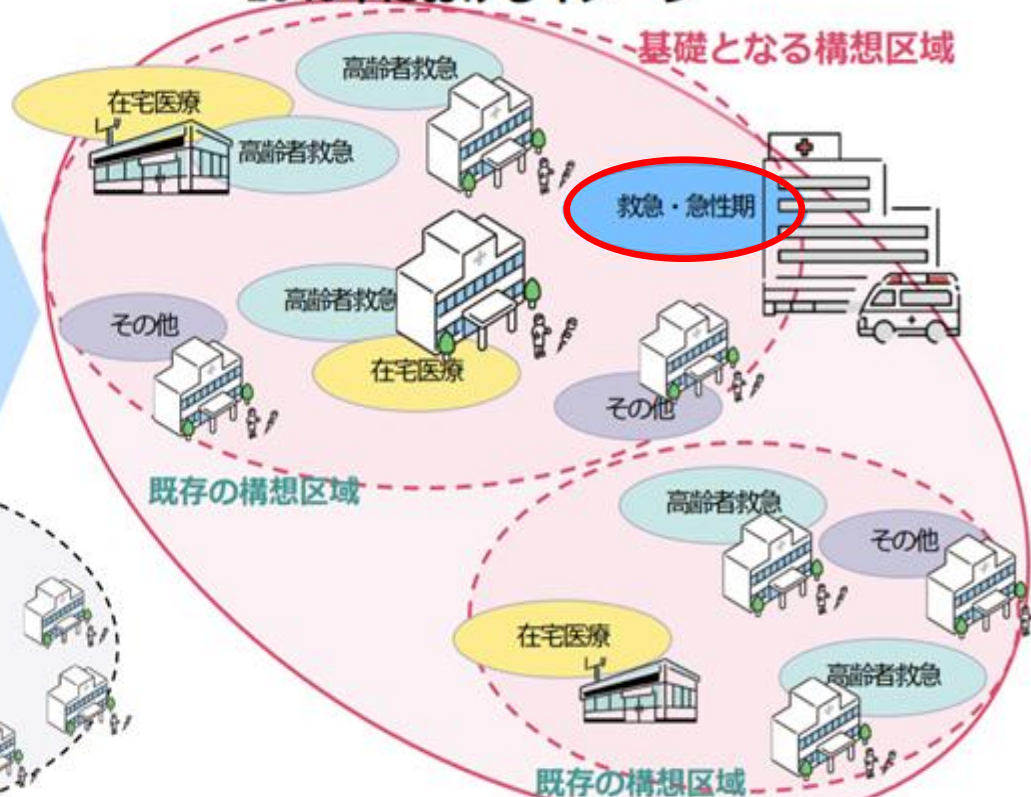
2040年に求められる基礎となる構想区域（イメージ）（案）

- 2040年頃を見据えると、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大するとともに、地域の実情に応じて、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられるのではないかな。
- 地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が【その他地域を支える機能】を発揮する。

これまでのイメージ



2040年におけるイメージ

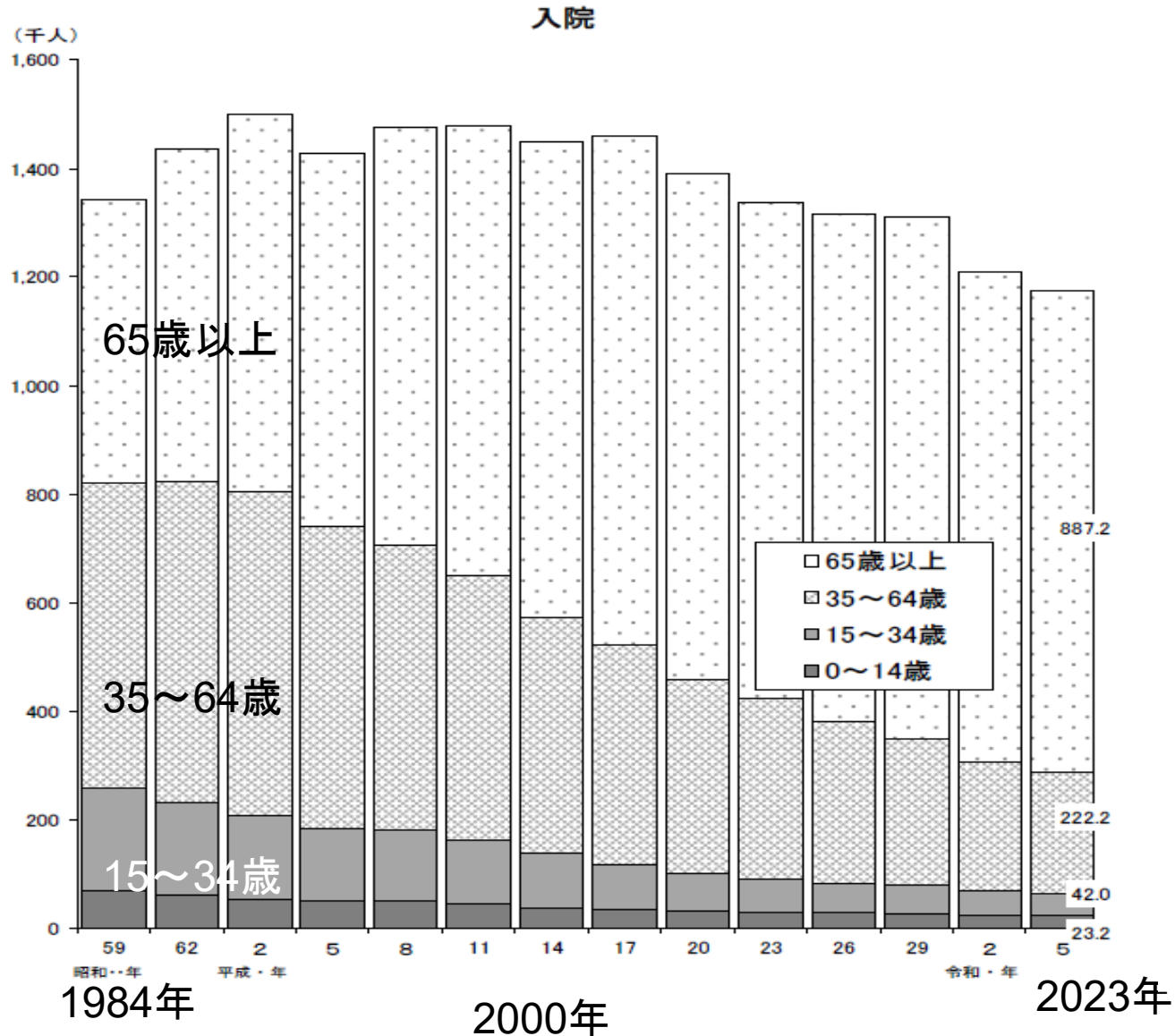


その他：専門医療の提供等を通じ、地域を支える機能

パート3 増える包括期ニーズ



患者調査でみる入院患者の年次推移



5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

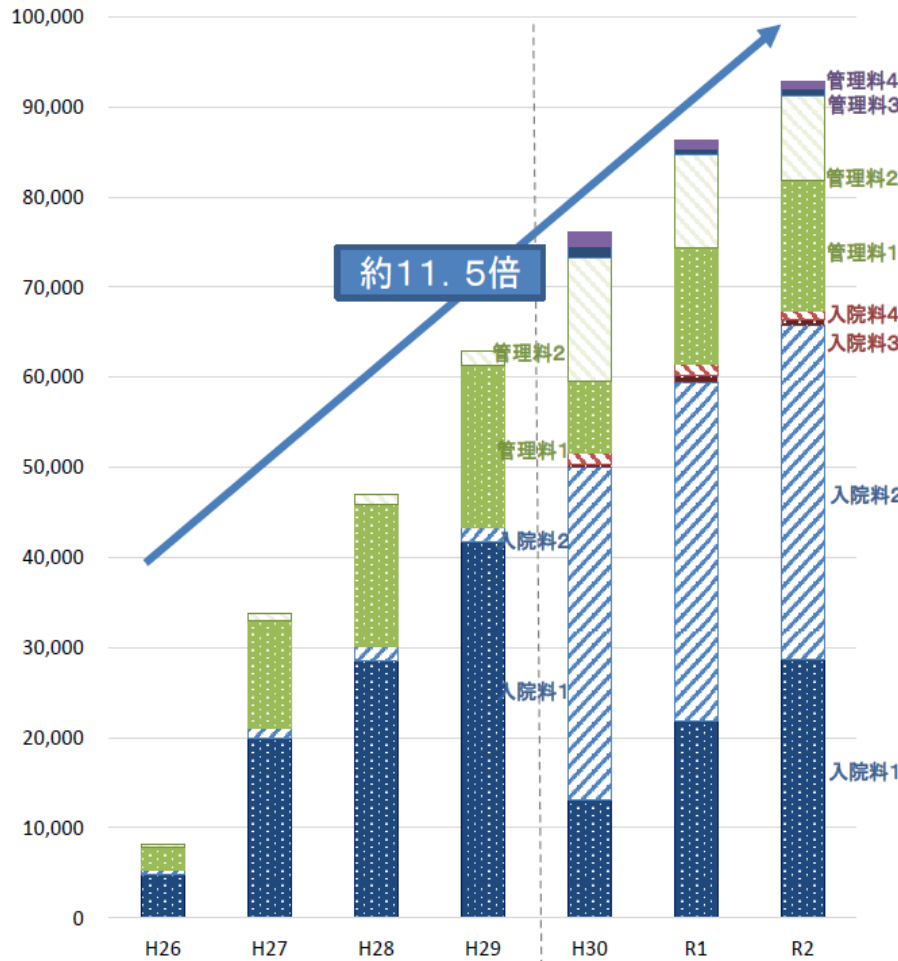
より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

入院料別の届出病床数の推移

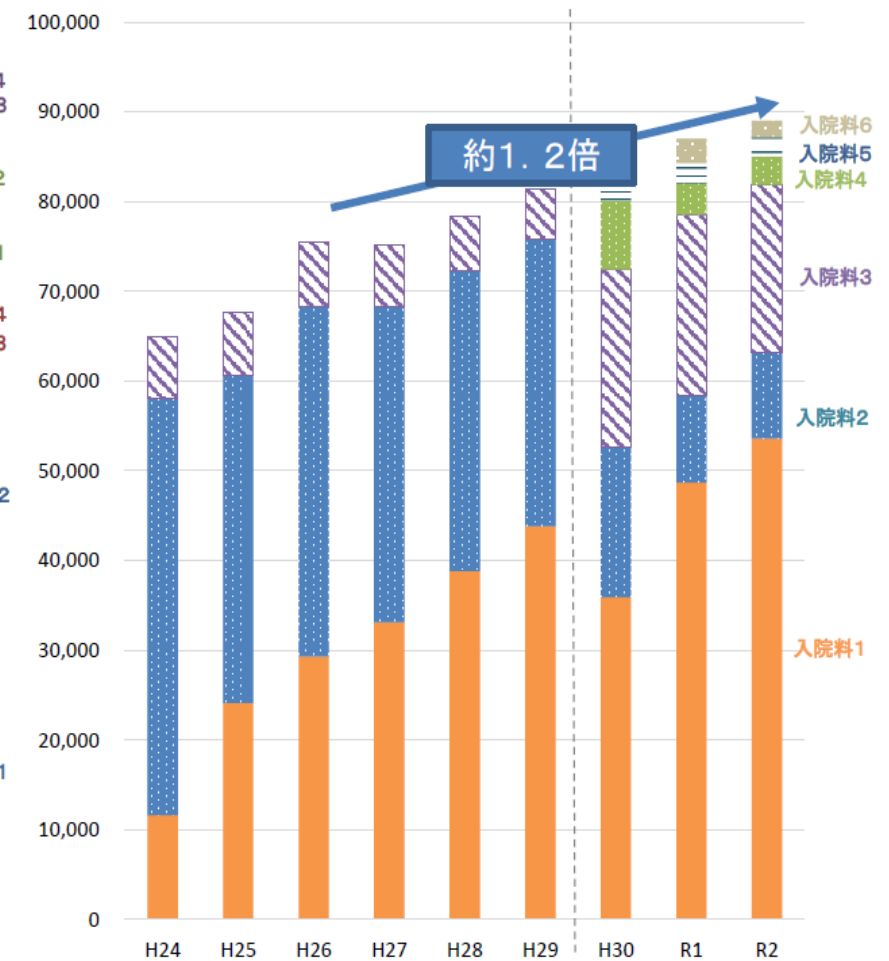
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



衣笠病院

本年度平均 2025/01時点

高齢者救急・地域急性期機能

【救急】

依頼数	[件/月]	74
受入数	[件/月]	51
応需率	[%]	69%
うち入院数	[件/月]	29
入院率	[%]	57%

【外来】

患者数	[人/日]	319
診療単価	[円]	8,873



【入院】

	[全体]	急性期_本4	地ケア_本5	地ケア_東5	回りハ_東4	緩和ケア
実働病床数	194	50	53	38	33	20
延患者数	[人/日] 169	40	45	36	31	17
病床利用率	[%] 87%	79%	85%	95%	95%	85%
平均在院日数	[日] 23	12	30	34	75	18
診療単価	[円/日] 40,468	46,108	36,644	35,651	37,660	51,971
在宅復帰率	[%]		80%	80%	86%	
後期高齢者(75≦)構成	[%] 70%	66%	73%	78%	67%	3170%

2024年改定 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

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

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

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

包括的に提供

地域包括医療病棟② 施設基準等

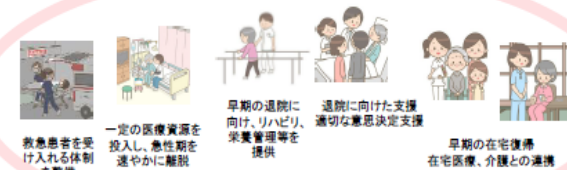
地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 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。



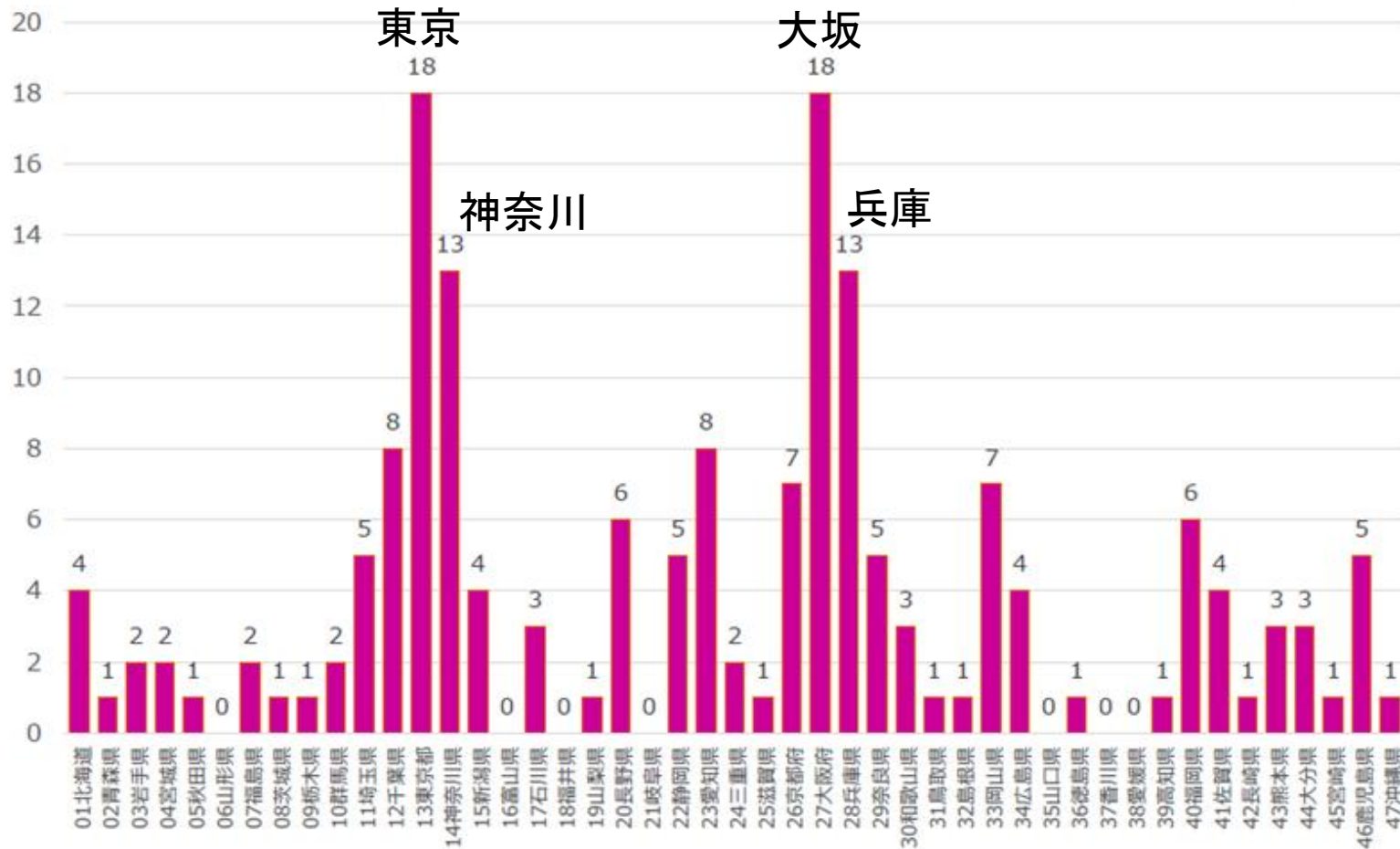
包括的に提供

〔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

292病院(14,824床)



想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

- 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料 1（7 対 1）、急性期入院基本料 2－6 を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期入院基本料 1 からの一部転換



救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

②急性期入院基本料 2－6 からの転換



急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

③地域包括ケア病棟からの転換



既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

- 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の医療資源投入量その他の特徴を踏まえ、**入院形態（予定入院／緊急入院）や手術の実施状況に応じて患者により異なる入院料を設定**する。
- 包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、**急性期病棟の併設がない場合について更に評価**する。

現行

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

【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。



改定後

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき）

- | | |
|----------------|---------------|
| 1 地域包括医療病棟入院料1 | |
| イ 入院料1 | <u>3,367点</u> |
| ロ 入院料2 | <u>3,267点</u> |
| ハ 入院料3 | <u>3,117点</u> |
| 2 地域包括医療病棟入院料2 | |
| イ 入院料1 | <u>3,316点</u> |
| ロ 入院料2 | <u>3,216点</u> |
| ハ 入院料3 | <u>3,066点</u> |

【算定要件】

- 同一病院内の**A100一般病棟入院基本料算定病棟の有無**に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。
地域包括医療病棟入院料1：A100算定病棟なし
地域包括医療病棟入院料2：A100算定病棟あり
- 入院料1～3については、**患者の入院形態及び治療予定**に応じて、以下のいずれかを算定する。
 入院料1：**緊急入院**で、主傷病に対して**手術を行わない**もの
 入院料2：入院料1にも3にも該当しないもの
 入院料3：**予定入院**で、主傷病に対して**手術を行う**もの

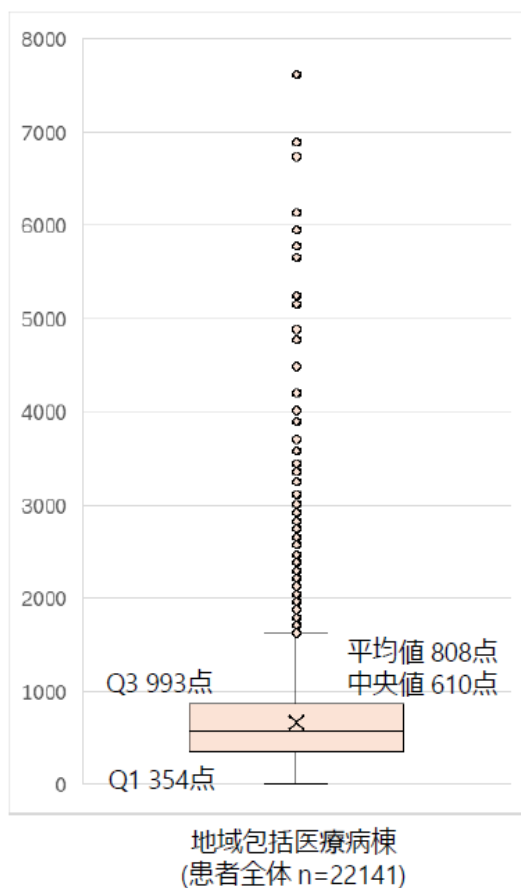
※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。

患者ごとの包括内出来高実績点数の分布

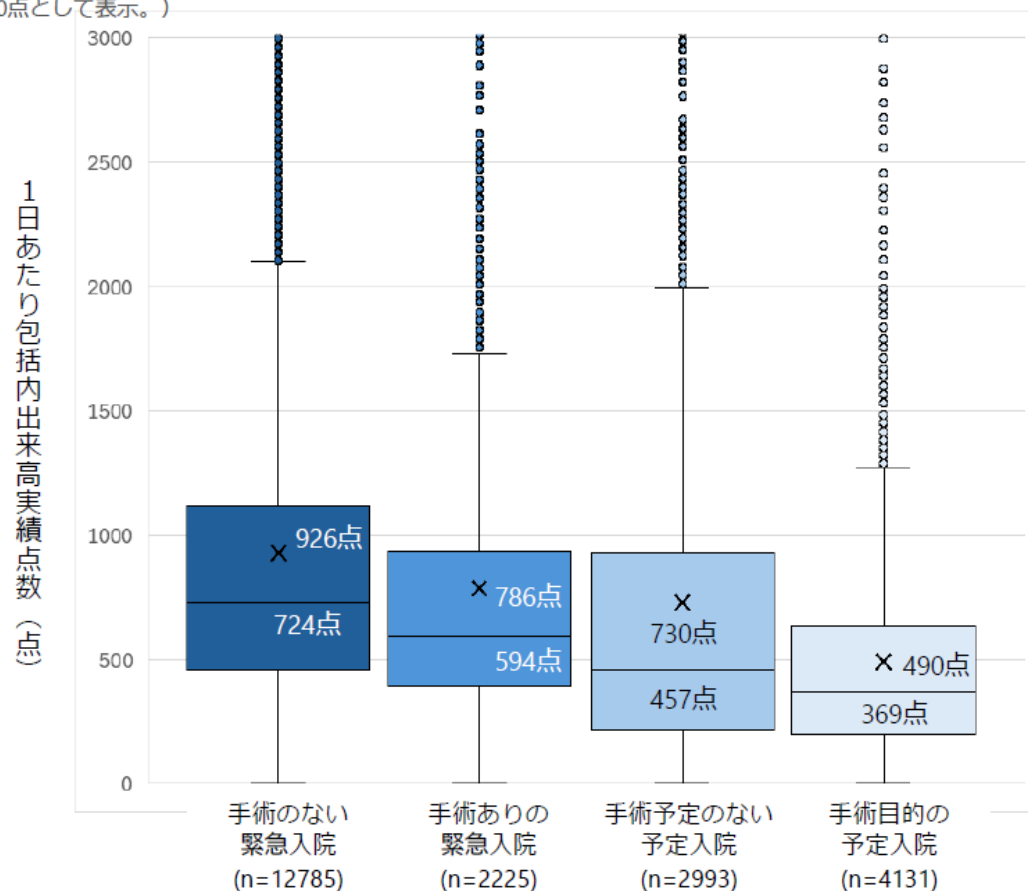
診調組 入-3
7.9.11改

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

1日あたり包括内出来高実績点数の分布



(全データを反映した後に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）
上端3000点として表示。)



地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

- 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の医療資源投入量その他の特徴を踏まえ、**入院形態（予定入院／緊急入院）や手術の実施状況に応じて患者により異なる入院料を設定**する。
- 包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、**急性期病棟の併設がない場合について更に評価**する。

現行

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

【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。



改定後

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき）

- 地域包括医療病棟入院料1
 - イ 入院料1 3,367点
 - ロ 入院料2 3,267点
 - ハ 入院料3 3,117点
- 地域包括医療病棟入院料2
 - イ 入院料1 3,316点
 - ロ 入院料2 3,216点
 - ハ 入院料3 3,066点

【算定要件】

- 同一病院内の**A100一般病棟入院基本料算定病棟の有無**に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。
地域包括医療病棟入院料1：A100算定病棟なし
地域包括医療病棟入院料2：A100算定病棟あり
- 入院料1～3については、**患者の入院形態及び治療予定**に応じて、以下のいずれかを算定する。
 入院料1：**緊急入院**で、主傷病に対して**手術を行わない**もの
 入院料2：入院料1にも3にも該当しないもの
 入院料3：**予定入院**で、主傷病に対して**手術を行う**もの

※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。

衣笠病院グループは
地域包括医療病棟(ケア
ミクスなし、緊急入院あり
手術なし)を目指す

パート4 増える在宅医療ニーズ

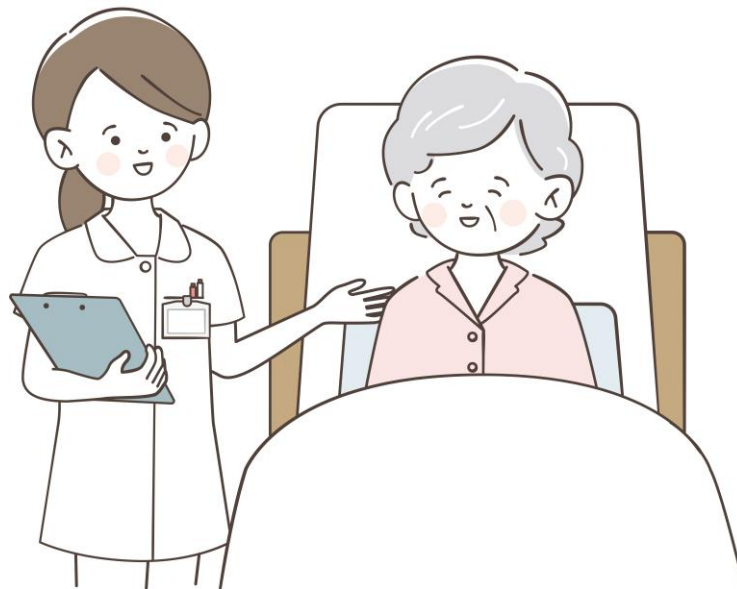
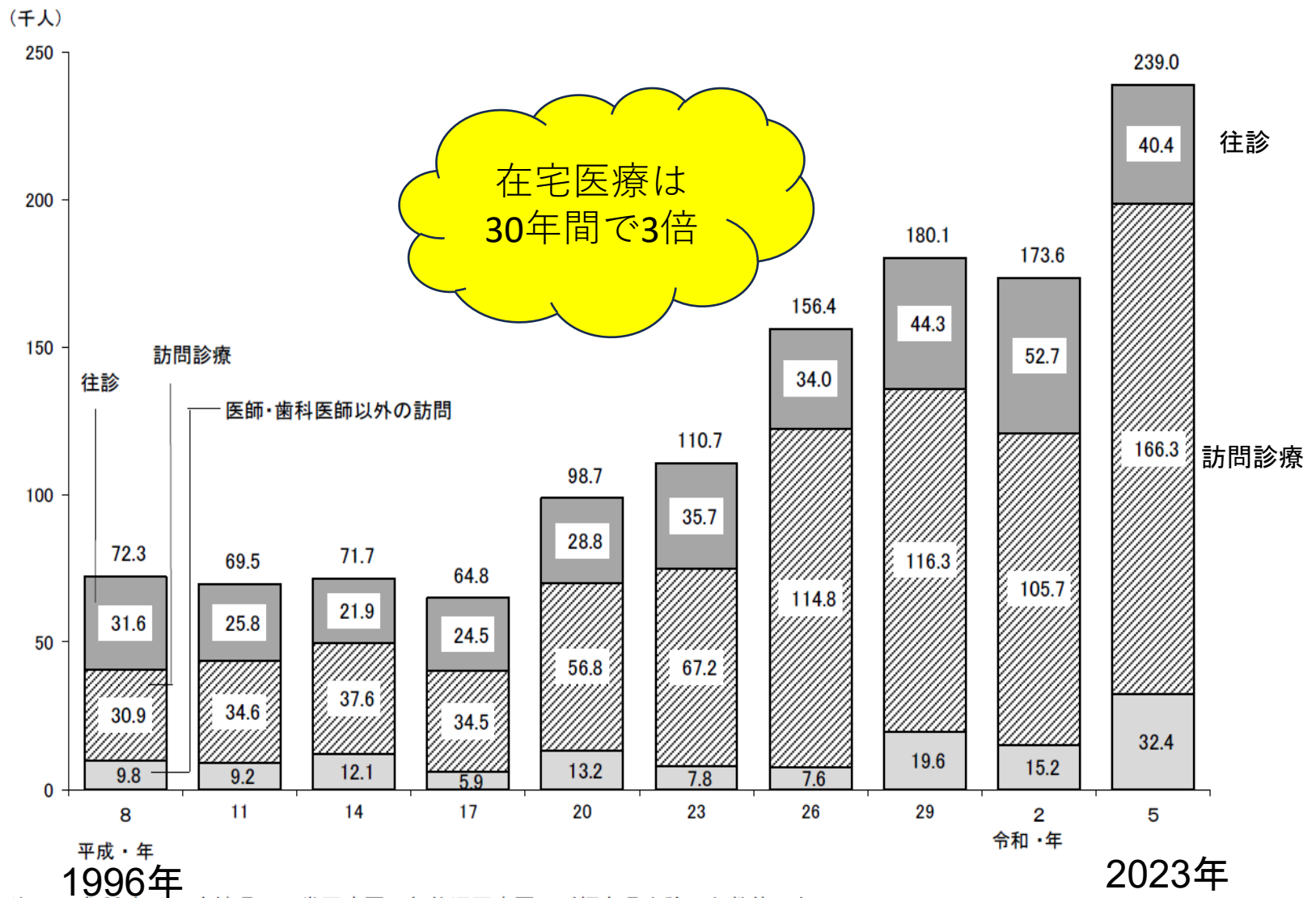


図3 在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移



注：平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

2023年患者調査

5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

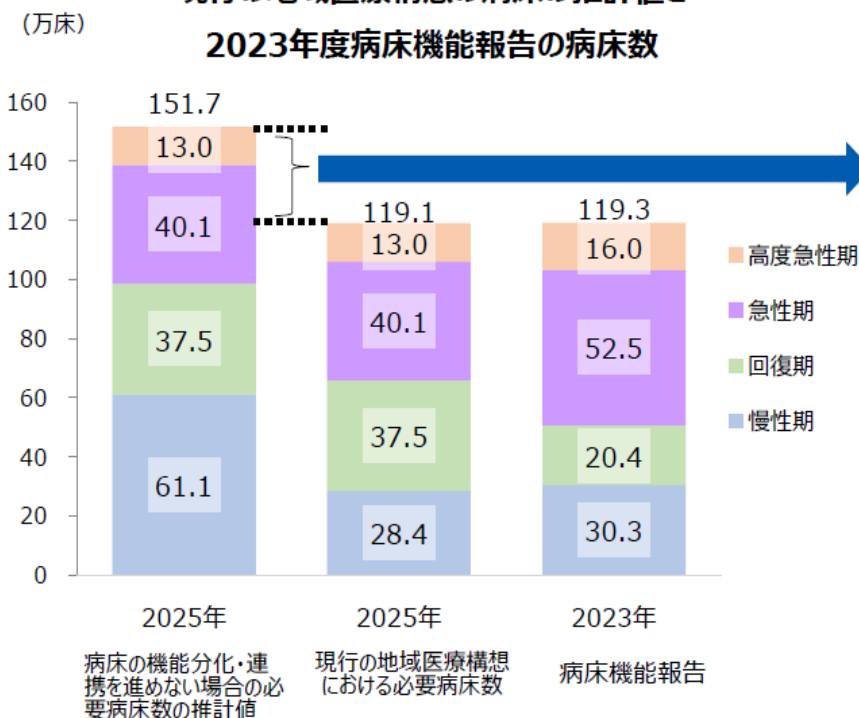
現行の地域医療構想の評価について

令和6年8月26日

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未満の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未満の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分1の患者に係る病床数は12.5万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分1以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.3万床の減床となっている。

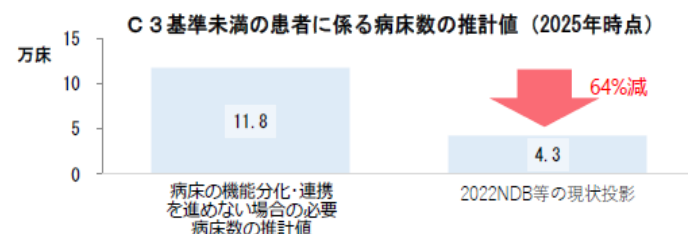
現行の地域医療構想の病床の推計値と

2023年度病床機能報告の病床数

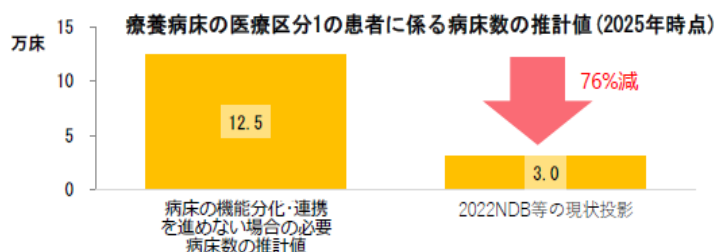


① C3基準未満の患者に係る病床

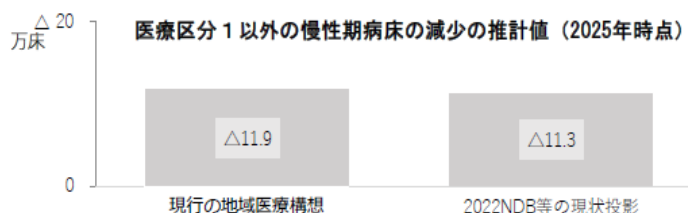
C3は
225点以下



② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床

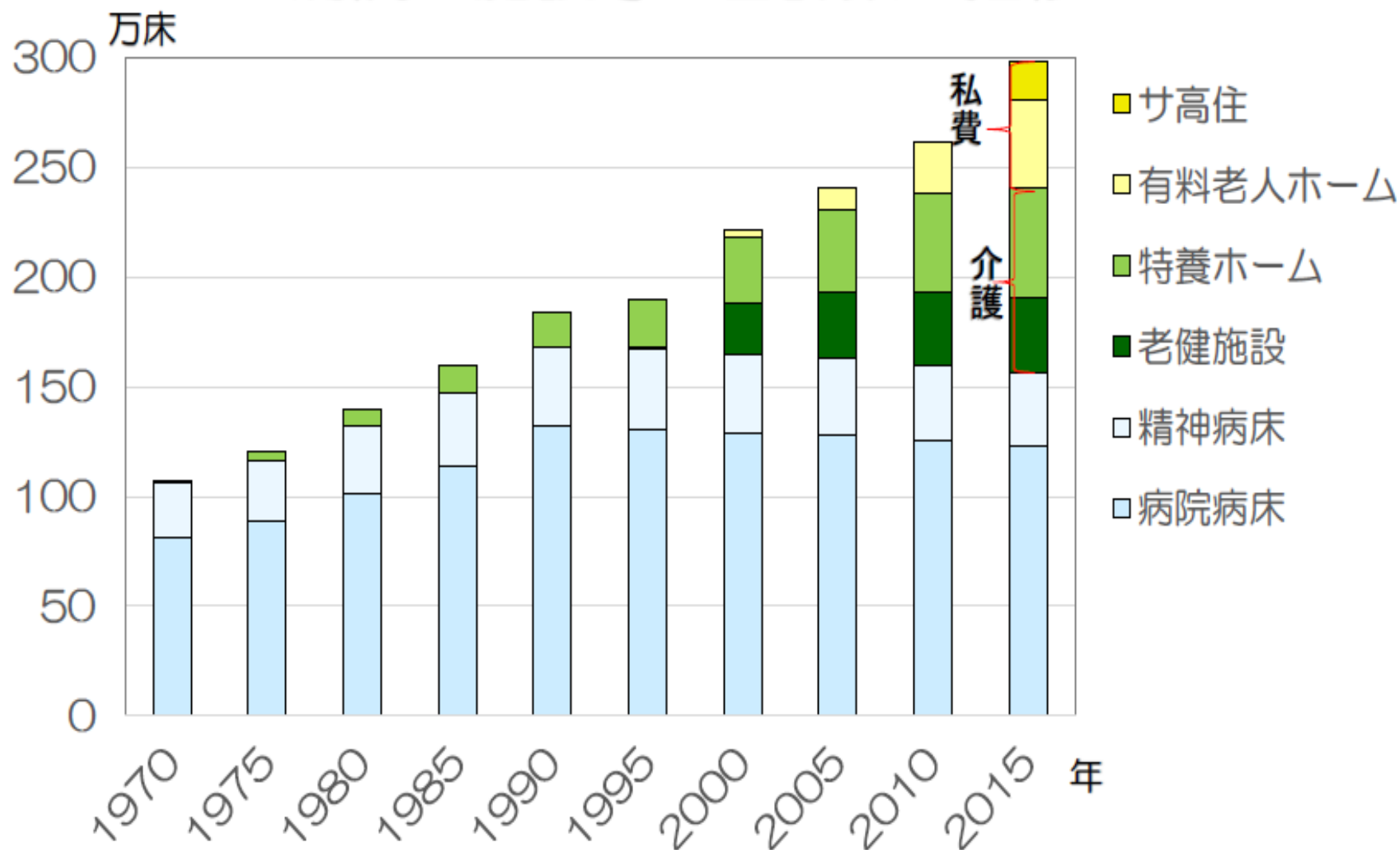


③ 医療区分1以外の慢性期病床の減少



※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

病院と施設等の合計数の推移



※ 現在、病院＋施設＋特定施設等 ＝ 約300万床
 (病院は施設の肩代わりをする必要がなくなった)

衣笠病院グループ 在宅医療・訪問系（2025年1月）

- 衣笠病院グループ
 - 衣笠病院附属在宅クリニック
 - 訪問診療 286件、往診 40件
 - 衣笠病院訪問看護ステーション
 - 訪問看護延べ561件
 - 医療保険 114件
 - 介護保険447件)
 - 訪問リハ
 - 訪問リハ延べ103件

- 衣笠病院
 - 訪問栄養指導 3件
- 長瀬ケアセンター
 - 訪問看護
 - 訪問延べ673件
 - (医療保険 179件、介護保険 494件)
 - 訪問リハ 81件



在宅医療の体制について

○在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。

○国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

○入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む） ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

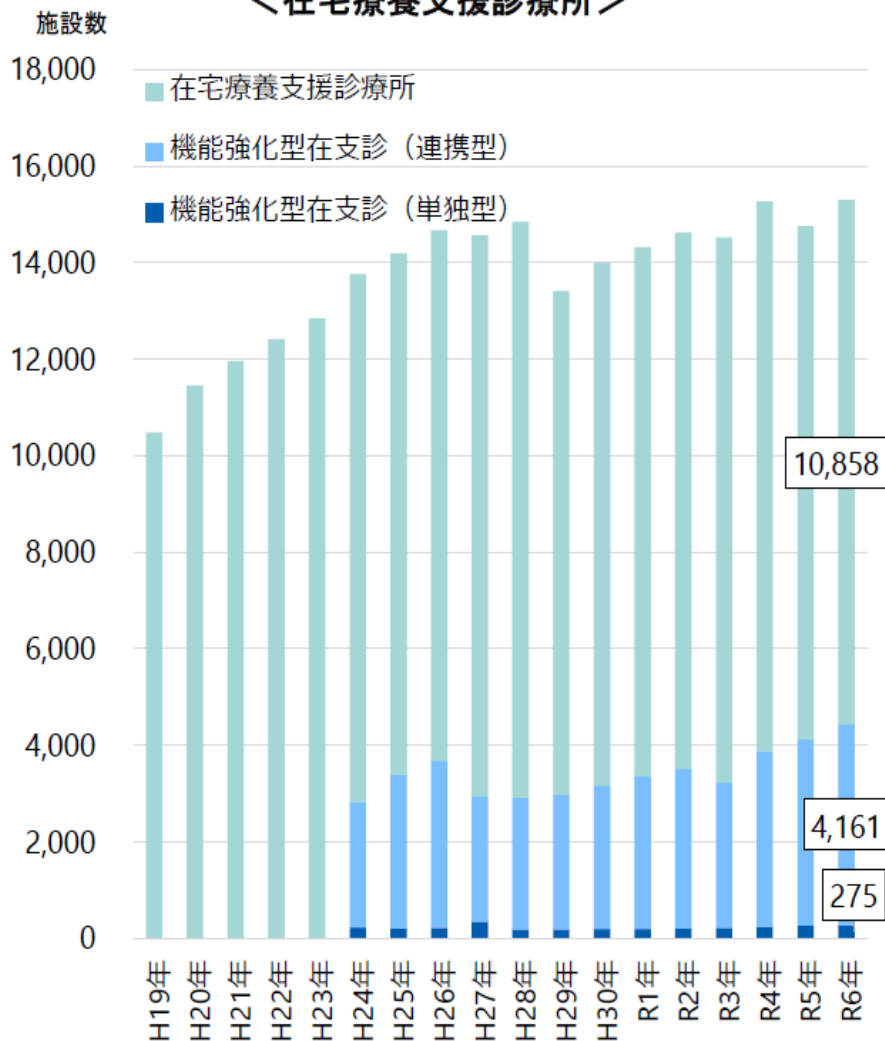
- ・市町村 ・保健所
- ・医師会等関係団体 等

在宅療養支援診療所・病院の届出数

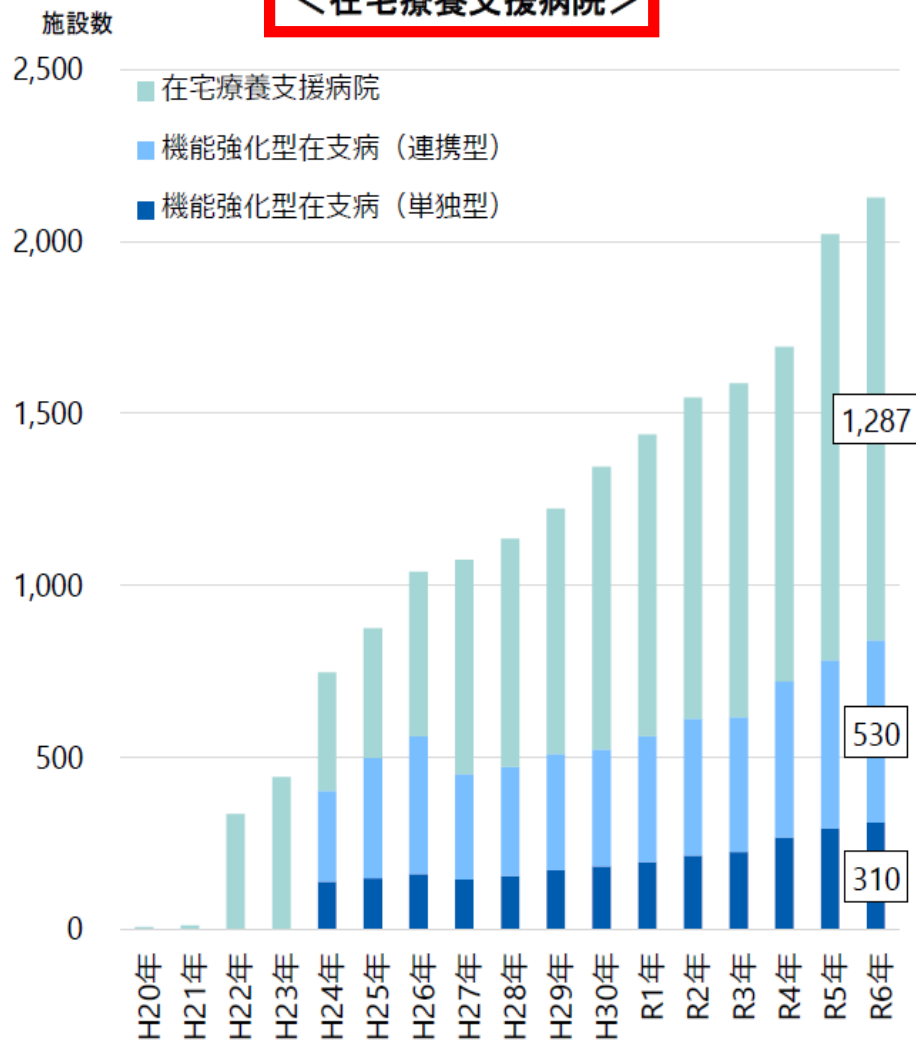
中医協 総-2
7. 8. 27

- 届出施設数について、在宅療養支援診療所は横ばい、在宅療養支援病院は増加傾向である。
- 機能強化型の在宅療養支援診療所と病院はいずれも、連携型が特に増加傾向である。

<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



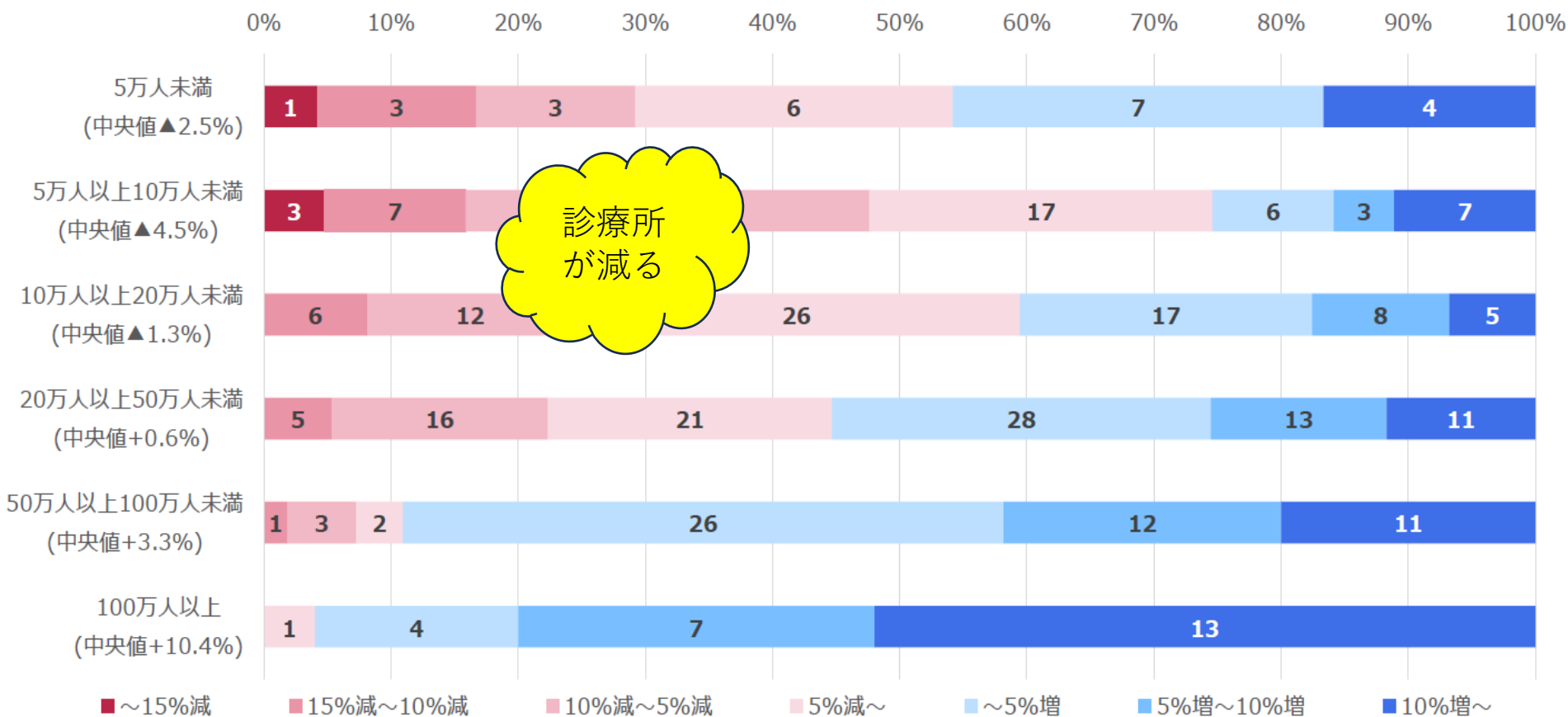
出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

衣笠病院は機能強化型
在宅療養支援病院

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）



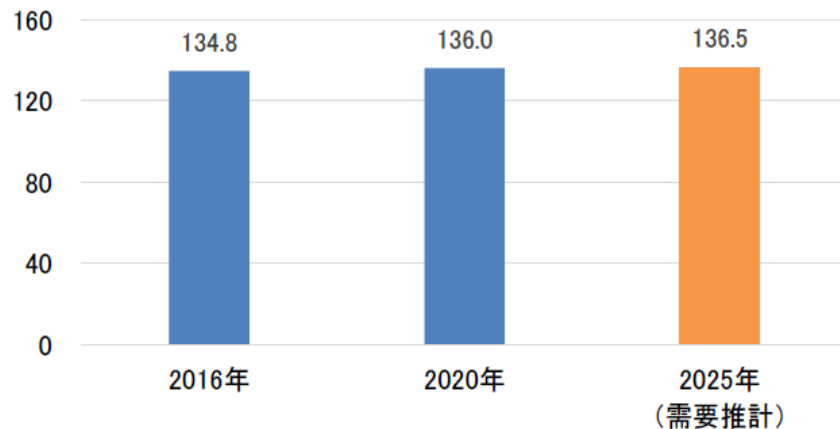
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※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。

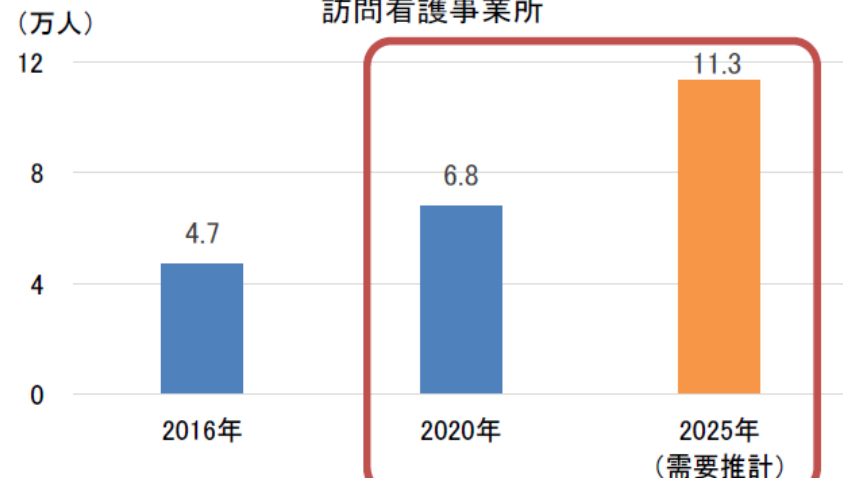
領域別の就業看護職員数と需要推計

訪問看護に従事する看護職員は増加しているが、2025年の需要推計との比較によれば、ニーズの増大に伴って、今後とも大幅に訪問看護に従事する看護職員の確保を推進していくことが必要。

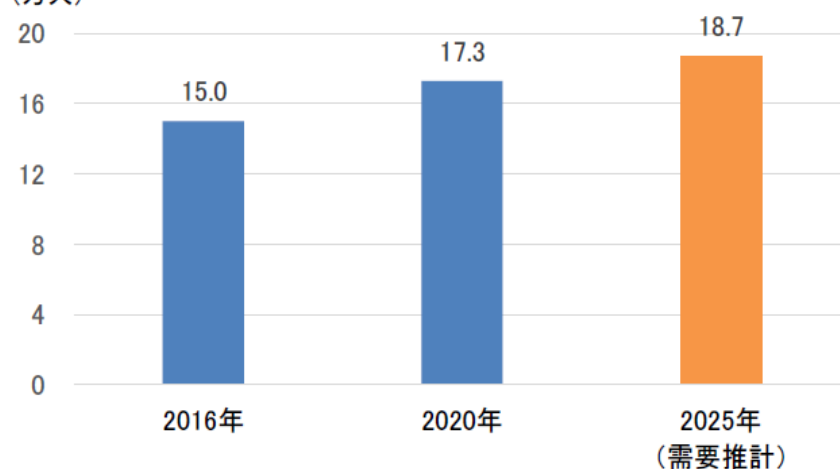
(万人) 病院＋有床診療所＋精神病床＋無床診療所



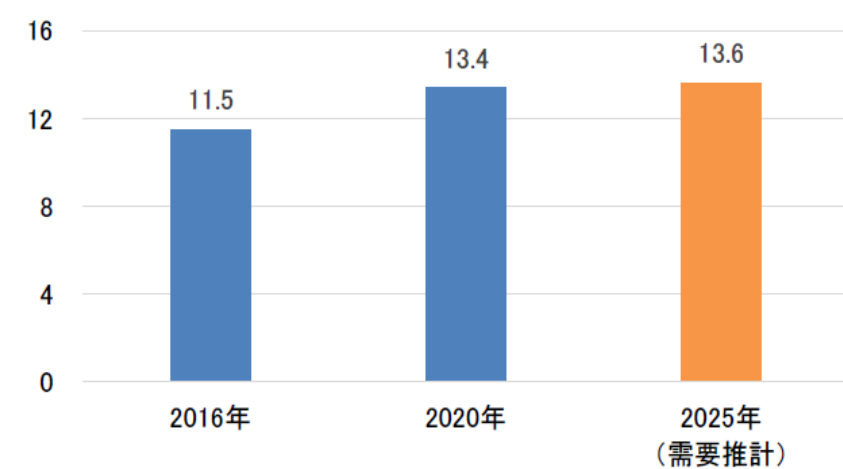
訪問看護事業所



(万人) 介護保険サービス等



(万人) 保健所・市町村・学校養成所等

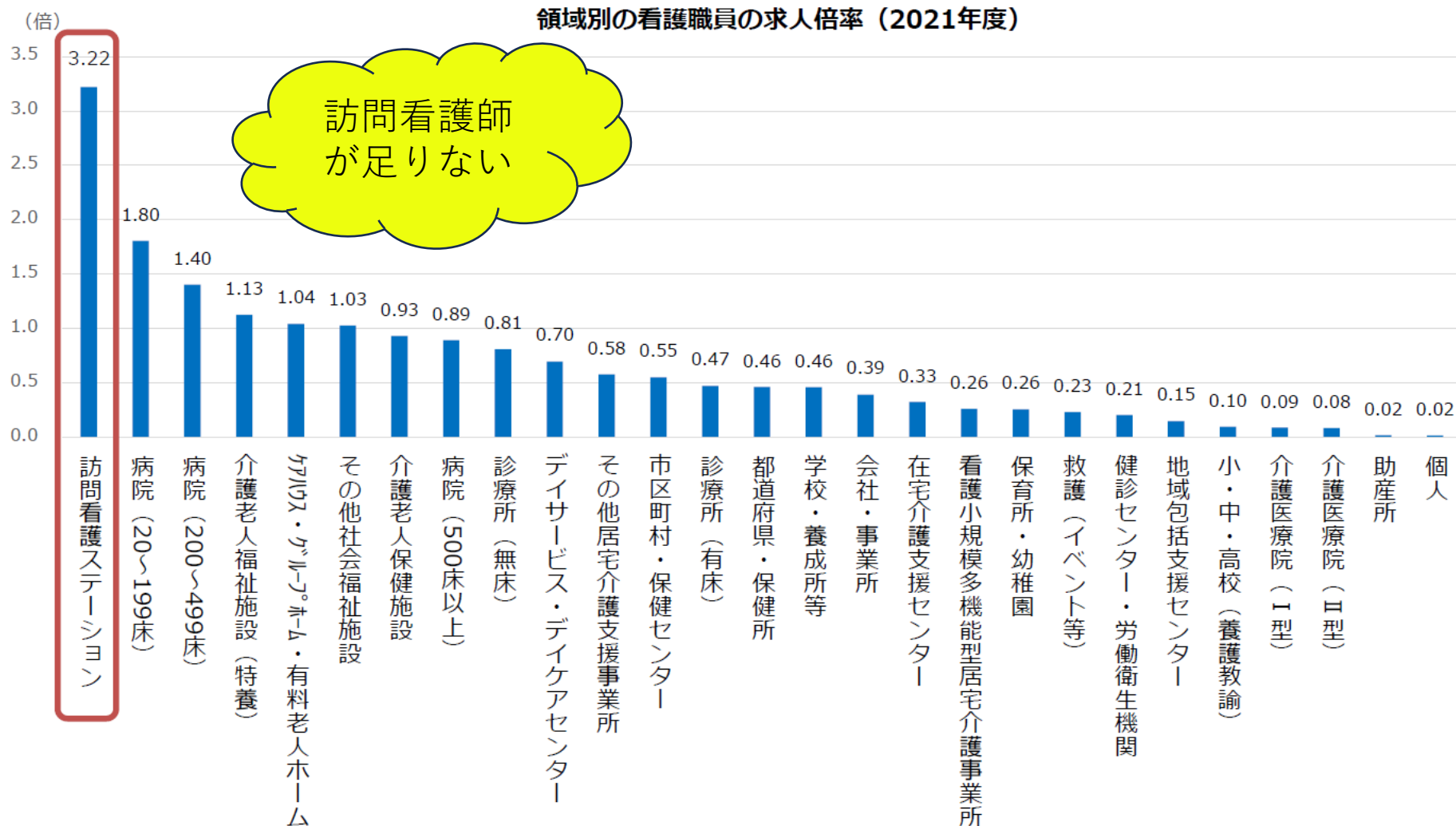


資料出所 2016年の就業看護職員数:厚生労働省「医療施設(静態)調査」「衛生行政報告例(隔年報)」「病院報告(従事者票)」に基づき厚生労働省
医政局看護課において集計・推計
2020年の就業看護職員数:厚生労働省「令和2年度医療施設(静態)調査」「令和2年度衛生行政報告例(隔年報)」
2025年の需要推計:「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ(概要)」(令和元年(2019年)11月15日)

※ 訪問看護事業所の2025年の需要推計は、医療保険、介護保険及び精神病床からの基盤整備の合計。

領域別の看護職員の求人倍率

都道府県ナースセンターにおける領域別の看護職員の求人倍率を比較すると、訪問看護ステーションの求人倍率が3.22倍と最大になっており、訪問看護における人材確保が困難である状況にあると言える。

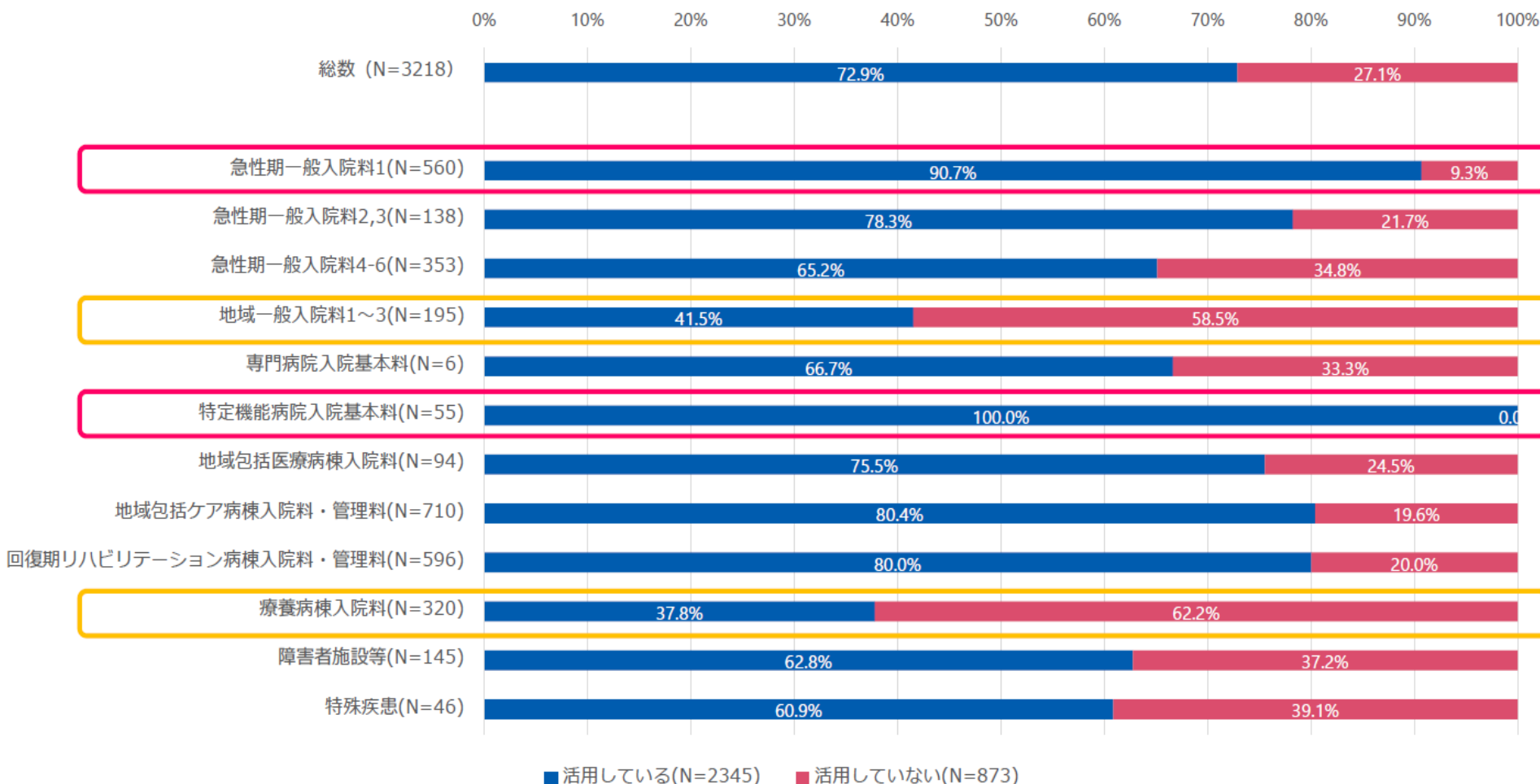


パート5 増えるDX活用

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。

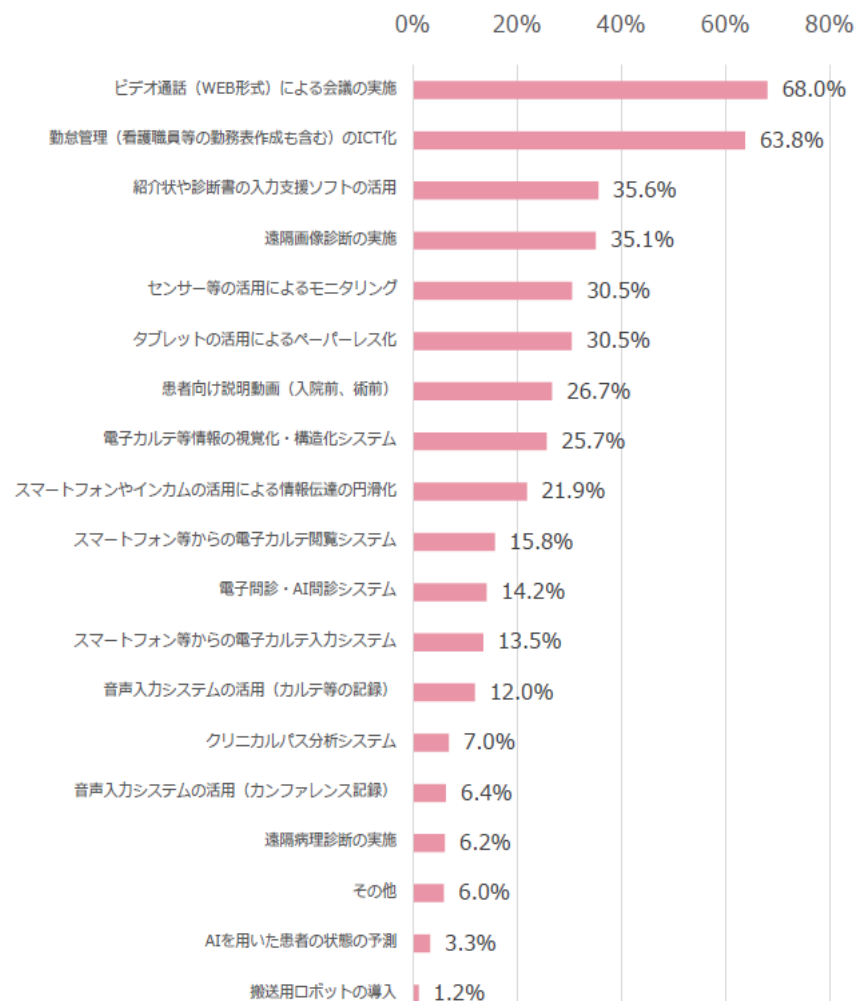
ICT（情報通信技術）の活用状況について



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

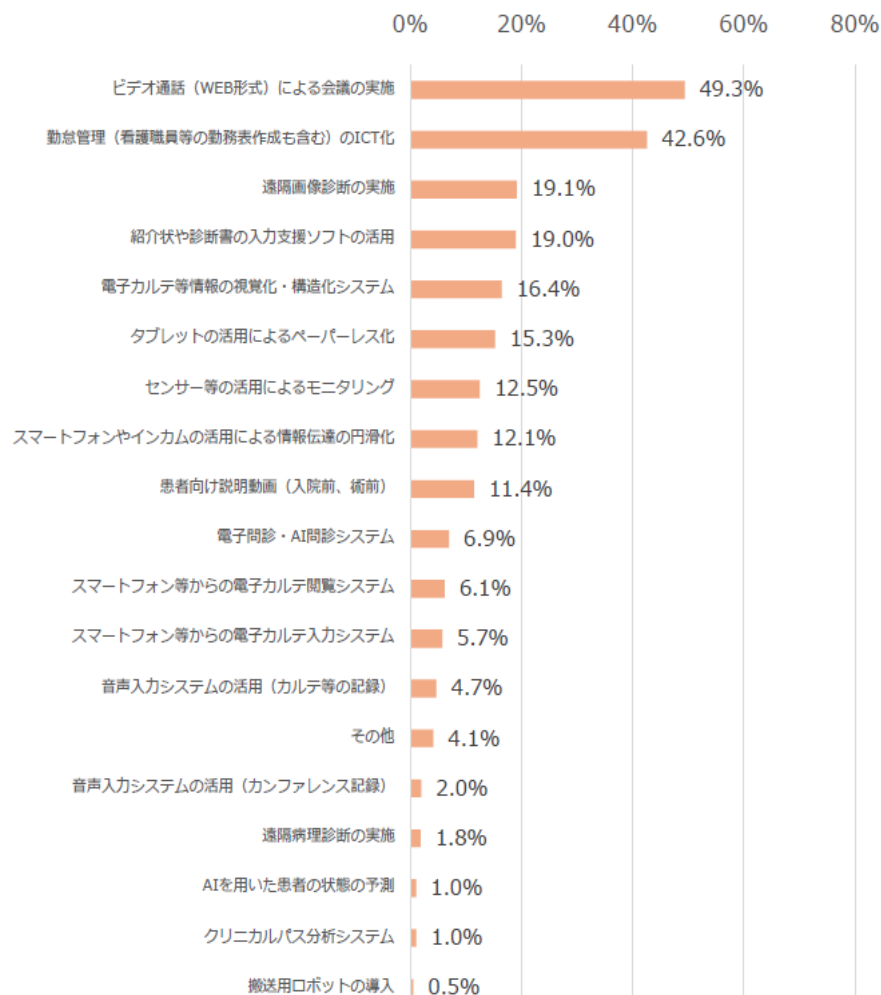
- ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組は、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」68.0%、「勤怠管理のICT化」63.8%、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」35.6%が進められていた。
- 特に有効だったICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について上位3つを尋ねたところ、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」49.3%、「勤怠管理のICT化」42.6%、「遠隔画像診断の実施」19.1%の順であった。

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）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。

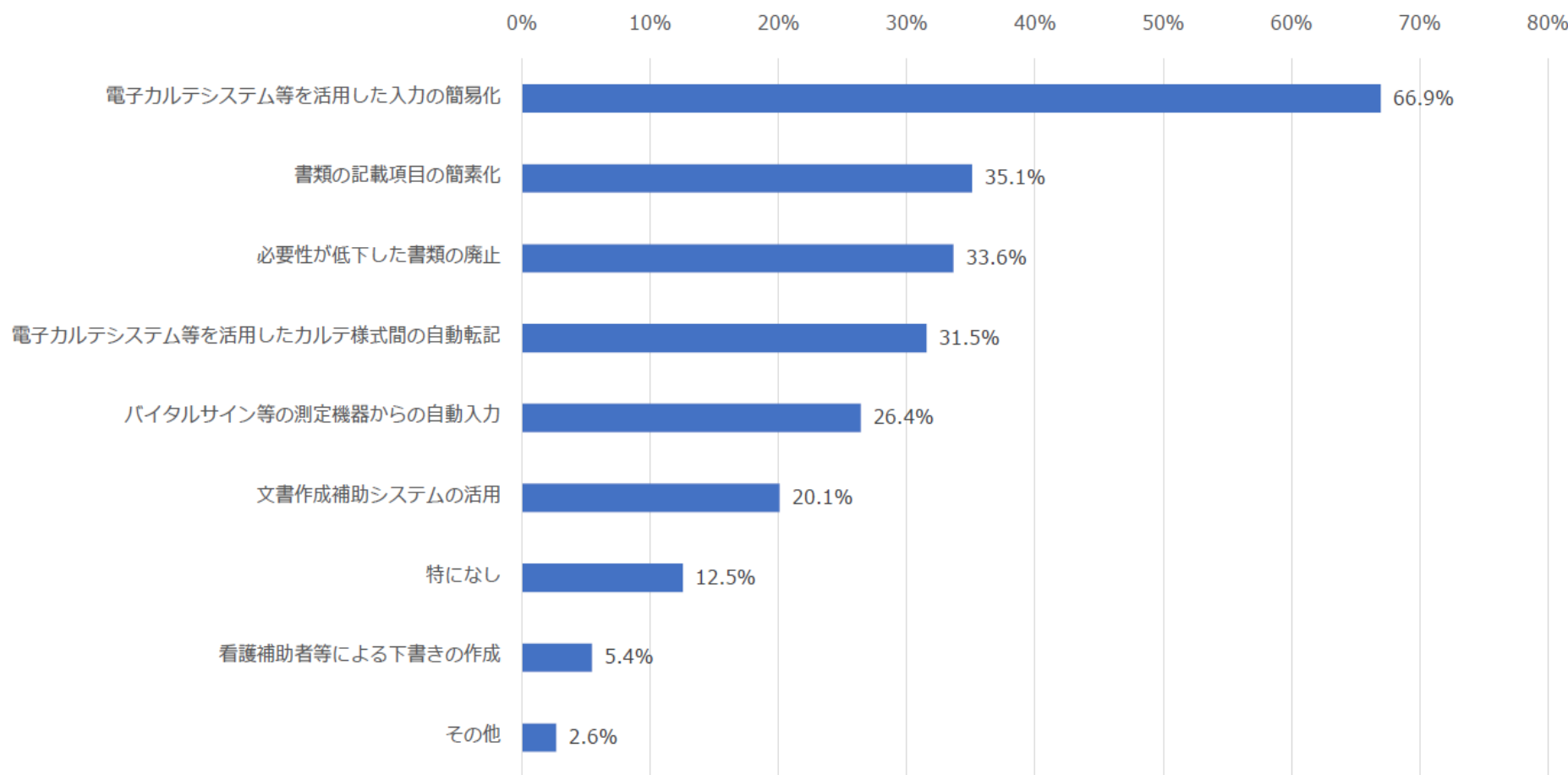
ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（n=2,341）

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）	臨床カルパス分析システム	音声入力システムの活用（カンファレンス記録）	遠隔病理診断の実施	その他	AIを用いた患者の状態の予測	搬送用ロボットの導入	特になし
急性期一般入院料1(N=506)	19.8%	20.9%	14.4%	10.3%	12.3%	9.1%	6.1%	3.0%	0.0%
急性期一般入院料2,3(N=108)	14.8%	11.1%	8.3%	3.7%	10.2%	4.6%	1.9%	0.9%	0.0%
急性期一般入院料4-6(N=230)	8.3%	7.8%	3.9%	3.9%	2.6%	4.3%	0.9%	0.9%	0.0%
地域一般入院料1~3(N=81)	4.9%	2.5%	2.5%	2.5%	3.7%	1.2%	3.7%	1.2%	0.0%
専門病院入院基本料(N=4)	25.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
特定機能病院入院基本料(N=54)	24.1%	48.1%	16.7%	14.8%	24.1%	9.3%	5.6%	5.6%	0.0%
地域包括医療病棟入院料(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。



課題・背景

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

事業概要

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

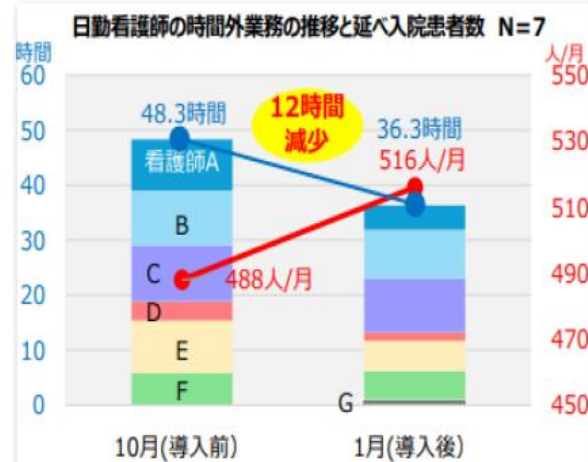


効果

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



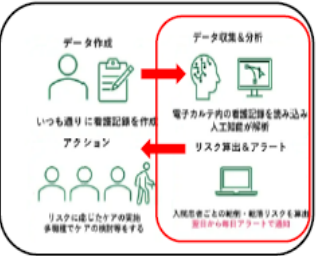
■ バイタルサイン測定機器導入による看護師の業務時間の削減



時間外業務の減少

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

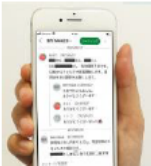
看護業務の効率化の主な例①

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） ・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） ・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	SNS: Teams等	チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有など様々な機能があり、1対1だけでなく、グループで利用できる。 	○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
	医師への報告・連絡・相談			○医師からの指示待ちの減少と指示が明確化された。
	他の職種への報告・連絡・相談・調整、カンファレンス			○タイムリーな情報共有(適切な時期の職種間の打ち合わせや患者に合わせた対応が可能に)
	患者等からの情報収集	AI問診	タブレット端末で予診票の入力を行う。入力結果をコピーして、電子カルテに貼り付ける。	○外来受付から会計終了の平均時間 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	見守りセンサー 睡眠モニター	ベッド上で体の動と心拍数・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。 	○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)の間隔をあけることができる。 ○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。
	検査の準備・実施・片付け(採血・血糖測定・X-P等)	双方向ホワイトボード	病棟と検査室の双方からホワイトボードに最新の状況を書き込み、患者の状況や検査の進捗等が一目で確認できる。 	○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。 	○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、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。

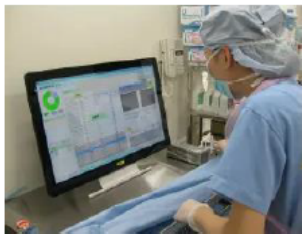
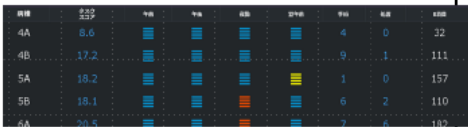
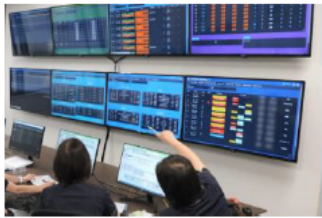
看護業務の効率化の主な例④

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
※行為時間合計1440分（24時間） G:搬送・移送（10.21分） ・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	ロボットが検体や薬剤等を搬送する。 	○削減された搬送業務時間：約69時間/月の短縮
H:点検作業（5.14分） ・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（施錠、消防設備等） ・薬品や物品の使用期限の点検	機器類の点検	総合滅菌管理システムAries/IoT(Internet of Things)技術	個々の手術機器に2次元バーコードが貼付され、洗浄・組立・滅菌・保管・使用・回収使用履歴管理ができ、手術準備等が効率的に行える。 	○手術1件の器械組み立てに要する時間が 566.3秒 ⇒ 312.8秒 ○手術件数が1,134件増加 
I:その他(297.50分) ・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	患者および病院資源の統合システム	入院、退院、検査、バイタルサイン等の情報をリアルタイムに把握、集約することで、業務量の可視化や業務の最適化が行える。 ※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。 	○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 ○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 

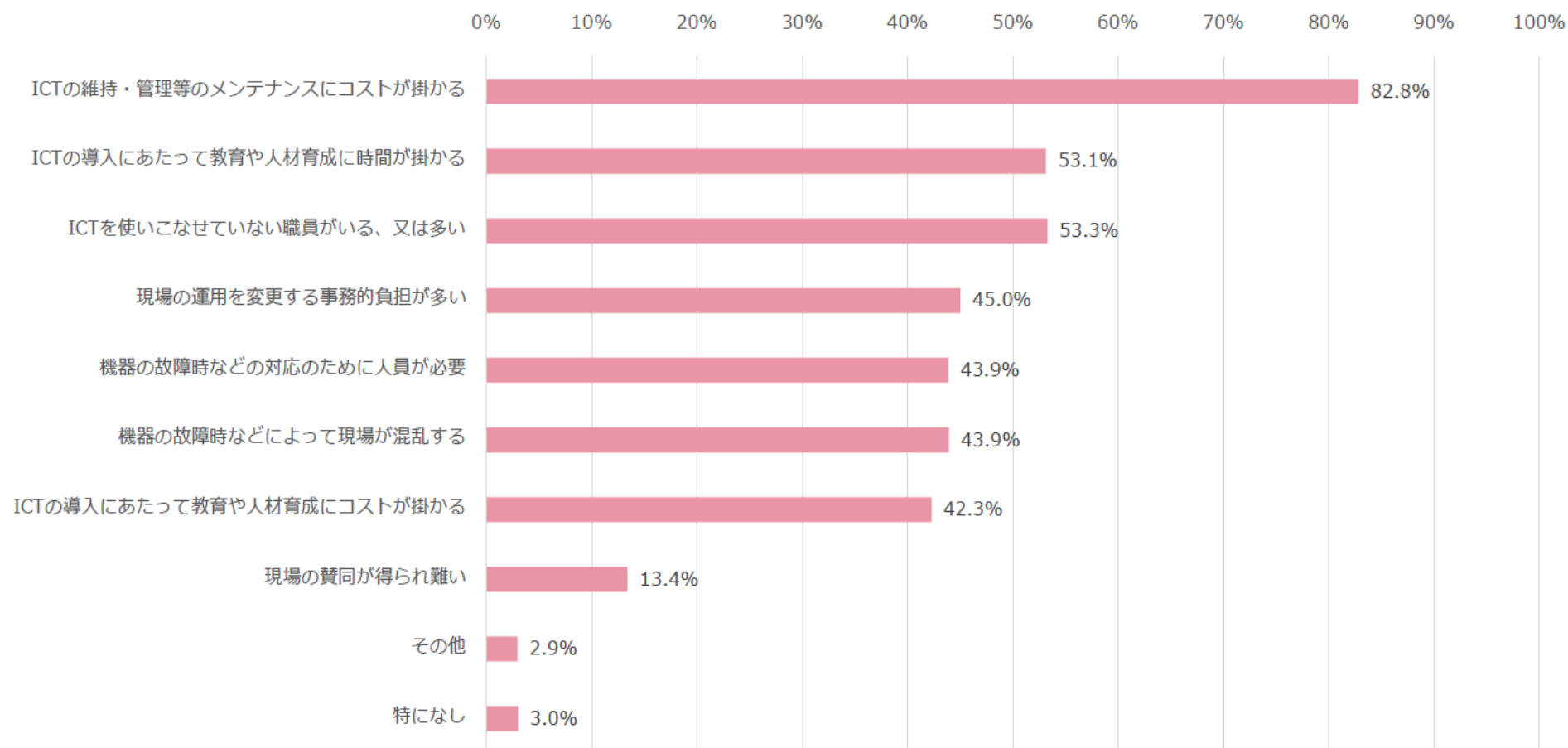
※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すか）を基に医政局看護課で作成。

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

ICT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）



2026年改定とDX

単なるハードウェアの導入(マイナ保険証対応など)の段階から、「電子カルテ情報共有サービス」や「電子処方箋」を実際に使いこなし、多職種や他施設間でリアルタイムに診療情報を連携させる体制(電子的診療情報連携)が評価された

まとめと提言

- ・ 2026年改定は新地域医療構想改定
- ・ 医療ニーズは急性期から包括期・在宅期へ
- ・ 包括期ニーズに応えるのは地域包括医療病棟
- ・ 在宅期ニーズに応えるのは在宅療養支援病院
- ・ そしてDXがすべての病棟で求められる

2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

・ 2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！

- ・ 地域医療構想、医療DX
- ・ 働き方改革、かかりつけ医
- ・ 医師偏在対策、少子化対策など
- ・ ポスト2040年も予想
- ・ 医学通信社より、
2025年7月発刊
- ・ 2色刷240頁、2600円



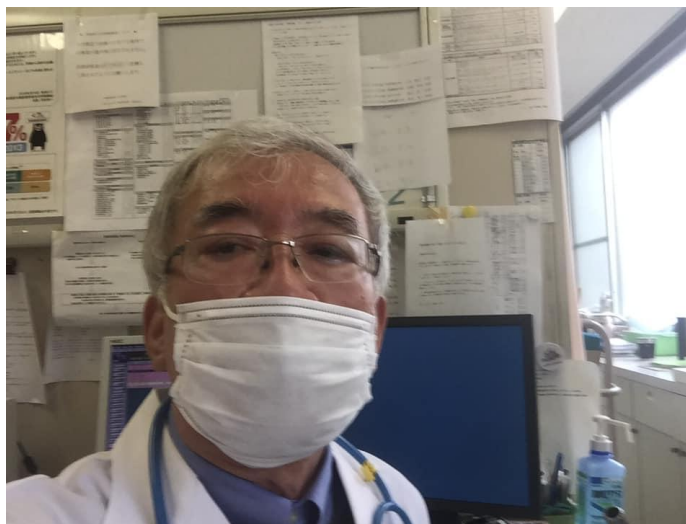
2025年から2040年の15年で、医療と介護は
どう変わるか、医療機関はいかに対応するか——
その難路の行程を的確に指し示す、
新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、
かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、
医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——の
アウトラインとその全体像。

医学通信社



ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健を担当しています。
患者さんをご紹介します

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp