

# 報酬制度における常勤・専任要件の見直し等について

(規制改革実施計画 (令和5年6月16日閣議決定) 対応状況)

厚生労働省 老健局  
保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 社会保障審議会（介護給付費分科会）における検討状況及び検討内容

厚生労働省 老健局

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 報酬制度における常勤・専任要件の見直し等について

## 規制改革実施計画の内容

### ■ 報酬制度における常勤・専任要件の見直し等

今後、我が国においては、高齢者の医療・介護需要が高止まりする一方、生産年齢人口は、地域によっても濃淡がありつつも全体として減少することが予想されること、育児・介護などを背景にフルタイムでの勤務が困難な労働者が増加していること、また、「非常勤あるいは兼任でも医療・看護・介護の質には問題が生じないのではないか」、「場合によっては、地域の中で、人材の融通を効かせる仕組みがあっても良いのではないか」との指摘があることも踏まえ、厚生労働省は、診療報酬改定及び介護報酬改定に当たって、常勤又は専任の有資格者の配置要件等について、質が担保された医療及び介護が提供されることを前提に、医療従事者及び介護従事者の柔軟な働き方の支援の観点から、必要な検討を行う。

あわせて、医療及び介護の分野においてサービスの質の確保を前提としつつ、センサー等のロボット等の導入を通じた生産性向上が促されるよう、必要な措置を検討する。

[実施時期：令和5年度措置]



# 報酬制度における常勤・専任要件の見直し等について

## 対応状況

○社会保障審議会介護給付費分科会において、厚生労働省から以下の対応案を示し、議論を行った。議論の結果を踏まえ、令和6年度介護報酬改定において対応予定。

### <テレワーク可能な場面の明確化>

- 人員配置基準等で具体的な必要数（○人以上・○：1以上等）を定めて配置を求めている職種のテレワークに関して、
  - ・ 人員配置基準等を超える部分については、個人情報適切な管理等を前提に、テレワークを実施して差し支えないことを明確化してはどうか。
  - ・ 人員配置基準等を超えない部分についても、利用者の処遇に支障が生じないことを前提に、テレワークを実施しても差し支えない（人員配置基準等における職員数として数えて差し支えない）と考えられるケースについて、職種や業務ごとに具体的な考え方を示してはどうか。

### <通所介護事業所の個別機能訓練加算の人員配置要件の緩和>

- 1日あたりの利用者への個別機能訓練に係る平均実施時間と人材の有効活用の観点から、機能訓練指導員の配置に対して緩和を行うとともに、現行の個別機能訓練加算（I）□について適正化を図ることとしてはどうか。

### <見守り機器を活用した場合の夜間の人員配置基準の緩和等>

- 見守り機器を全床導入した介護老人保健施設における効果測定事業の結果を踏まえ、介護老人保健施設を夜間における人員配置基準の緩和の対象としてはどうか。
- 見守り機器を導入した認知症対応型共同生活介護における効果測定事業の結果を踏まえ、認知症対応型共同生活介護の夜間支援体制加算について、以下の算定要件を満たした場合は、加配する介護職員数の最低基準を0.9人としてはどうか。
  - ・ 利用者の動向を検知できる見守り機器を利用者数の10%以上に設置していること
  - ・ 施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われること

## 論点④

- 介護報酬上の人員配置基準については、管理者がテレワークを行った場合の取扱いは示しているものの、管理者以外の各職種の職員がテレワークを行った場合の取扱いは示していない。
- 提供する介護サービスの質の担保に留意しつつ、柔軟な働き方を可能としていくため、デジタル原則への適合性も踏まえ、管理者以外の各職種の職員がテレワークを行った場合の人員配置基準等における取扱いについて、どのように考えるか。

## 対応案

- 人員配置基準等で具体的な必要数（○人以上・○：1以上等）を定めて配置を求めている職種のテレワークに関して、
  - 人員配置基準等を超える部分については、個人情報の適切な管理等を前提に、テレワークを実施して差し支えないことを明確化してはどうか。
  - 人員配置基準等を超えない部分についても、利用者の処遇に支障が生じないことを前提に、テレワークを実施しても差し支えない（人員配置基準等における職員数として数えて差し支えない）と考えられるケースについて、職種や業務ごとに具体的な考え方を示してはどうか。

# 論点② 個別機能訓練加算の適正化

## 論点②

通所介護・地域密着型  
通所介護のみ該当

- 個別機能訓練加算は、令和3年度介護報酬改定で、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、加算の取得状況や加算を取得した事業所の機能訓練の実施状況等を踏まえ、従来の個別機能訓練加算（Ⅰ）と個別機能訓練加算（Ⅱ）を統合し、人員配置基準等算定要件の見直しを行ったところ。
- 改定に当たっては、旧個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）を併算定していた事業所もあることを踏まえて、激変緩和のために、人員配置につき、専従1名以上（サービス提供時間帯を通じて配置）を要件とする上位区分（Ⅰ）口を設けたという経過がある。
- 個別機能訓練加算を算定している事業所においては、機能訓練指導員の所要時間区分では7時間から8時間未満において人員を配置している事業所も一定数いる。他方で、実施日1日あたりの利用者への個別機能訓練に係る平均実施時間は「10分以上20分未満」の割合が高い。
- 現行の加算（Ⅰ）口の算定要件の一つである「提供時間帯を通じて専従1名以上配置」とあるが、機能訓練指導員の配置時間と機能訓練実施日1日あたりの利用者への個別機能訓練に係る平均実施時間の比較を踏まえ、更なる機能訓練指導員の有効な活用等に向けて、どのような対応が考えられるか。

	請求事業所数	加算(Ⅰ)イ		加算(Ⅰ)口	
		算定事業所数	算定率	算定事業所数	算定率
通所介護	24,459	10,655	43.6%	6,546	26.8%
地域密着型通所介護	18,903	6,710	35.5%	2,388	12.6%

## 対応案

- 1日あたりの利用者への個別機能訓練に係る平均実施時間と人材の有効活用の観点から、機能訓練指導員の配置に対して緩和を行うとともに、現行の個別機能訓練加算（Ⅰ）口について適正化を図ることとしてはどうか。

(※) 算定率（事業所ベース）：加算算定事業所数／サービス算定事業所数（介護給付費等実態統計より特別集計（令和4年8月審査分））

## 論点④ 介護老人保健施設における夜間の人員配置基準の緩和

### 論点④

- 介護老人福祉施設等の夜間の人員配置基準については、令和3年度介護報酬改定において、令和2年度に実施した介護ロボットの導入効果に関する実証結果を踏まえ、介護老人福祉施設（従来型）で見守り機器やインカム等のICTを導入する場合に夜間の人員配置基準を緩和している（見守り機器を100%導入した時に、利用者1人当たりの職員の担当業務時間が平均約25%削減されたことを踏まえ、0.8人の配置とした。例：3人以上としていたものを2.4人以上）。
- 令和3年度以降の効果測定事業において、見守り機器等を活用した夜間見守りに関する実証を行ったところ、介護老人保健施設において、見守り機器を全床導入した場合に「直接介護」と「巡回・移動」の合計時間の削減が確認され、利用者1人当たりの職員の担当業務時間が平均約29%削減されたとの結果が示された。
- このような結果を踏まえ、介護老人保健施設における夜間の人員配置基準の緩和について、ケアの質の向上等を図りつつ、見守り機器やインカム等のICTの活用を推進する観点から、どのように考えるか。

### 対応案

- 見守り機器を全床導入した介護老人保健施設における効果測定事業の結果を踏まえ、介護老人保健施設を夜間における人員配置基準の緩和の対象としてはどうか。
- 令和3年度介護報酬改定と同様の考え方から、短期入所療養介護も対象に追加してはどうか。

# 論点⑤ 認知症対応型共同生活介護における見守り機器等を導入した場合の 夜間支援体制加算の見直し

社保審一介護給付費分科会

第233回 (R5.11.30)

資料3

## 論点⑤

- 令和3年度報酬改定においては、介護老人福祉施設及び短期入所生活介護の夜勤職員配置加算について、令和2年度に実施した介護ロボットの導入効果に関する実証結果を踏まえつつ、職員の負担軽減や職員毎の効率化のばらつきに配慮して、見守り機器やインカム等のICTを導入する場合に、更なる評価を行うこととした（見守り機器を10%導入した時に、夜勤職員1人当たりの業務時間が5.7%減少したことを踏まえ、加配する介護職員を0.9人の配置とする等）。
- 令和3年度以降の効果測定事業において、見守り機器等を活用した夜間見守りに関する実証を行ったところ、認知症対応型共同生活介護において、見守り機器等の導入割合に応じた「直接介護」と「巡回・移動」の合計時間の削減が確認され、見守り機器を10%の割合で導入した場合、夜勤職員1人当たりの業務時間が11.2%減少したとの結果が示された。
- このような結果を踏まえ、見守り機器等を導入した場合の夜間支援体制加算の見直しについて、どのように考えるか。

## 対応案

- 見守り機器を導入した認知症対応型共同生活介護における効果測定事業の結果を踏まえ、認知症対応型共同生活介護の夜間支援体制加算について、以下の算定要件を満たした場合は、加配する介護職員数の最低基準を0.9人としてはどうか。
  - ・ 利用者の動向を検知できる見守り機器を利用者数の10%以上に設置していること
  - ・ 施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われること



# 中央社会保険医療協議会における検討状況及び検討内容

厚生労働省 保険局

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 報酬制度における常勤・専任要件の見直し等について

- 中央社会保険医療協議会において議論。年内に一定の結論を得て、令和6年度診療報酬改定で対応予定。

## 規制改革実施計画の内容

※下線、番号は編注

### ■報酬制度における常勤・専任要件の見直し等

今後、我が国においては、高齢者の医療・介護需要が高止まりする一方、生産年齢人口は、地域によっても濃淡がありつつも全体として減少することが予想されること、育児・介護などを背景にフルタイムでの勤務が困難な労働者が増加していること、また、「非常勤あるいは兼任でも医療・看護・介護の質には問題が生じないのではないか」、「場合によっては、地域の中で、人材の融通を効かせる仕組みがあっても良いのではないか」との指摘があることも踏まえ、厚生労働省は、①診療報酬改定及び介護報酬改定に当たって、常勤又は専任の有資格者の配置要件等について、質が担保された医療及び介護が提供されることを前提に、医療従事者及び介護従事者の柔軟な働き方の支援の観点から、必要な検討を行う。

あわせて、②医療及び介護の分野においてサービスの質の確保を前提としつつ、センサー等のロボット等の導入を通じた生産性向上が促されるよう、必要な措置を検討する。

[実施時期：令和5年度措置]

## 対応方針案

### 【①常勤専任の配置要件について】

- 令和5年6月14日の中医協「働き方改革の推進について（その1）」及び令和5年11月15日の中医協「働き方改革の推進について（その2）」において、多様な勤務形態の推進について議論を行ったところ。

### 【②センサー等のロボット等の導入について】

- 令和5年6月14日の中医協「働き方改革の推進について（その1）」において、「医療の現場で介護ロボットを積極的に活用することは、現時点においては時期尚早であり、更なるエビデンスの構築が必要」との見解が示された。

### 【今後の予定】

- 今後①、②ともに、これまでの御議論を踏まえ、令和6年度診療報酬改定に向け、議論・検討を行う予定。

## 参考資料



# 医師の働き方改革の全体像

※下線部は法改正事項

## 医療機関：労働時間短縮に向けた取組と適切な労務管理

- 労働時間短縮に向けた取組
  - ・タスク・シフト／シェア
  - ・医師の業務の削減
  - ・変形労働時間制等の導入
  - ・ICT等の活用
  - ・その他の業務削減・効率化



(取組の前提として)

- 労働時間管理の徹底
- 追加的健康確保措置

- 客観的な手法による労働時間の把握
- ・36協定の締結
- ・宿日直、研鑽の適正な取扱い 等

- 連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息
- 面接指導 等



- 医師の確保
  - ・地域の医療機関間の医師配置の見直し等



医師偏在対策

- 診療体制の見直し
  - ・救急等の医療提供の見直し
  - ・診療科の見直し、病院の再編・統合



地域医療構想

適切な労働時間の把握・給与の支払い

大学・  
大学病院  
(医育機関  
・医局機能)

- 診療
- 研究
- 医師の養成等



医療機関勤務環境評価センター

労働時間短縮に向けた取組・  
労務管理状況について評価



医療の質を確保しつつ、時間外・休日労働時間数を削減

住民：適切なかかり方

- 医療のかかり方を見直し
- かかりつけ医の活用
- ⇒ 大病院への集中の緩和



労働時間短縮に向けた  
取組や労務管理に  
関して支援を実施

都道府県：地域の医療提供体制の確保

- 勤務環境改善支援
  - ・医療勤務環境改善支援センター等を通じ、医療機関に対する労働時間短縮等に向けた勤務環境改善の支援
- 医師偏在対策
  - ・医師確保計画等を通じた地域及び診療科の医師偏在対策
  - ・総合診療専門医の確保等
  - ・臨床研修医の定員の配置等による偏在対策
- 地域医療構想
  - ・地域の医療ニーズに即した効率的な医療機能の確保
  - ・公立・公的医療機関等の2025年に向けた具体的対応方針の検証

# 時間外労働規制の施行について(中長期の見通し)

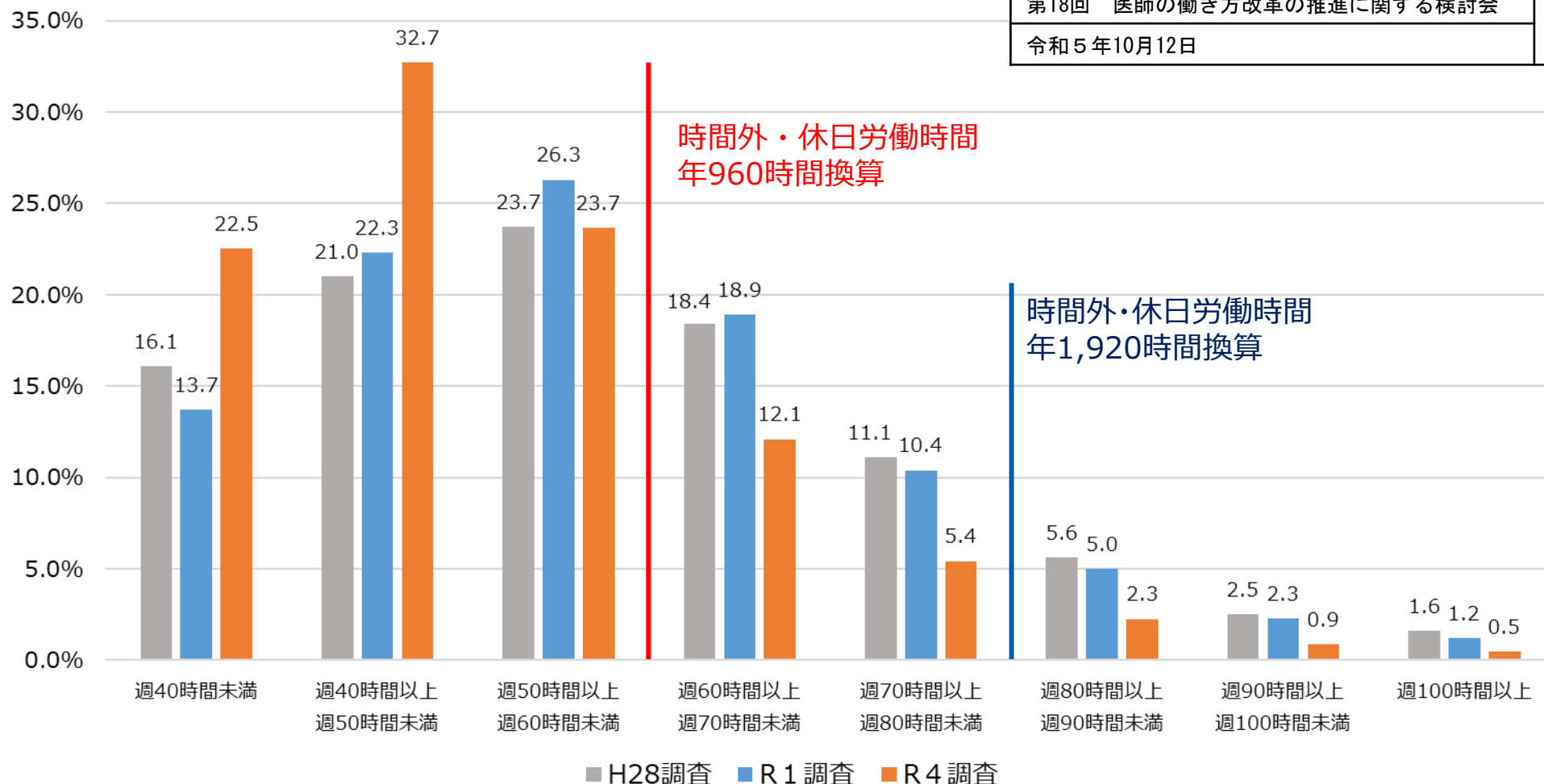
年度 事項	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	
地域医療計画 ・ 地域医療構想	第7次医療計画					第8次医療計画					第9次医療計画								
医師養成				(医師確保計画に基づき地域枠・地元枠の増員開始)	<p>医師偏在対策においては、地域枠・地元枠の増員効果がある程度蓄積した時点で、都道府県における医師の需給均衡を達成するという考え方で、達成目標年を設定（医師需給分科会で議論）。</p>														(達成目標年)
時間外労働上限規制	<ul style="list-style-type: none"> <li>実態調査</li> <li>医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力</li> <li>必要に応じて追加的支援策の実施・規制水準の検証</li> </ul>					施行	(実態調査・検討)	(実態調査・検討)	(実態調査・検討)	2036.3					2035年度末を目標に終了年限	(この後も引き続き)			
(B) 水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討																			
(C) 水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証																			

# 週労働時間区分と割合〈病院・常勤勤務医〉

○ H28調査、R 1 調査、今回調査（R 4 調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間を週労働時間区分と割合で集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,920時間換算を超える医師の割合は9.7%（H28調査）、8.5%（R 1 調査）、3.6%（R 4 調査）と減少していた。

第18回 医師の働き方改革の推進に関する検討会	資料 2
令和5年10月12日	



- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ R 4 調査では、宿日直の待機時間は勤務時間を含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R 1 調査、R 4 調査では宿日直許可を取得している医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R 1 調査ではさらに診療科別、性・年齢・勤務医療機関の構成が、「H30三師統計」の構成と同様になるように調整を行っている。
- ※ 週労働時間の区分別割合は、小数点第2位で四捨五入している。
- ※ R 4 調査で時間外・休日労働時間年1,920時間換算を超える医師の割合について、各労働時間区分の四捨五入後の数字を合計すると3.7%であるが、全体の数から集計し、四捨五入すると3.6%となる。

- 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件の緩和等を実施してきている。

## 医療従事者の配置

### (平成30年度改定)

- ・ 医師については、小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科等の領域について、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。
- ・ リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師については、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。
- ・ 看護師等の常勤職員の配置が求められているものについて、非常勤職員でも配置可能とする。  
(対象となる項目) 糖尿病合併症管理料(看護師) 歯科治療時医療管理料(歯科衛生士) 有床義歯修理歯科技工加算1及び2(歯科技工士)  
在宅患者訪問褥瘡管理指導料(管理栄養士)

### (令和2年度改定)

- ・ 週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能とする。
- ・ 医師については、複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目を拡大する。  
(対象となる項目) 緩和ケア診療加算、栄養サポートチーム加算、感染防止対策加算等
- ・ 看護師については、外来化学療法加算について、非常勤職員でも配置可能とする。

## 産前産後休業取得時等の対応

### (平成28年度改定)

- ・ 施設基準上求められる常勤の従事者が、産前・産後休業及び育児・介護休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤従事者を常勤換算することで施設基準を満たすことを原則認める。
- ・ 育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。

## 専従要件

### (平成30年度改定)

- ・ チームで診療を提供する項目については、チームのいずれか1人が専従であればよいこととする。  
(対象となる項目)緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料
- ・ チームで担当する患者数が一定程度以下の場合には、いずれの構成員も専任であっても差し支えないこととする。  
(対象となる項目)緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、栄養サポートチーム加算
- ・ 職員の専従が要件となっている精神科専門療法(精神科作業療法、精神科ショート・ケア等)について、当該業務を実施していない時間帯については、当該業務と関連する他の業務に従事しても差し支えないこととする。また、当該業務と他の業務が異なる時間帯に実施される場合は、他の業務の専従者として届け出ることを可能とする。
- ・ 一定程度以上の水準のリハビリテーションの提供や外来リハビリテーション等を実施している保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリ専門職の病棟専従の要件を緩和し、入院中の患者に対する退院前の訪問指導や退院後3ヶ月以内の患者に対する外来リハビリテーション等を実施しても差し支えないこととする。

### (令和2年度改定)

- ・ 専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、他の業務に従事できる項目を拡大する。  
(対象となる項目)ウイルス疾患指導料(注2)、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料 等

## 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

### (平成28年度改定)

- ・ 保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。ただし、夜間又は休日であつて、当該保険医療機関外にいる医師が院外から迅速に診療上の判断を支援する体制が確保されている場合に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこと。

## 画像診断管理加算

### (平成28年度改定)

- ・ 画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が夜間休日に撮影した画像を、送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて扱うこととする。



# 専門的な知見を有する者の専従配置を求めている施設基準の例

点数	施設基準
<p>A226-2 緩和ケア診療加算／B001・24 外来緩和ケア管理料</p>	<p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)が設置されていること。                      ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師                      イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師                      ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師                      エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師                      なお、<b>アからエまでのうちいずれか1人は専従</b>であること。ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。(略)</p> <p>(2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。                      また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない(ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。)</p>
<p>A234-2 感染対策向上加算</p>	<p>(2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる<b>感染制御チーム</b>を組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。                      ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)                      イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師                      ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師                      エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師  <b>アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従</b>であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。                      当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。                      また、アに掲げる常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(感染症対策に3年以上の経験を有する医師に限る。)を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。</p>
<p>A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p>	<p>(1) 当該保険医療機関内に、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であつて、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者を<b>褥瘡管理者として専従で配置</b>していること。(略)</p> <p>(2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。</p>

現在の診療報酬の施設基準では、各ケアチーム等の専従配置の者が病院外で支援を行うことはできないが、介護保険施設等では、疼痛管理や褥瘡処置が必要な入所者や感染対策等への対応のために、専門的な知見を有する者による助言や支援を受けたいというニーズがある。

# 介護ロボット等による生産性向上の取組に関する効果測定事業（令和4年度実証事業） 実証テーマ① 見守り機器等を活用した夜間見守り 主な実証結果

社保審一介護給付費分科会

第216回 (R5. 4. 27)

資料1 (改)

## 導入目的

見守り機器を導入することにより、夜間におけるケアの質の確保及び職員の心理的・身体的負担の軽減を目指す。

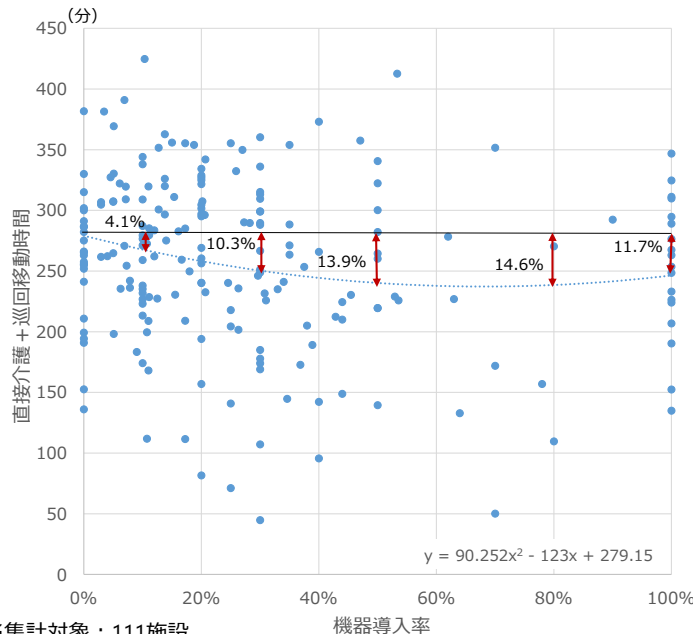
## 主なオペレーションの変更

- ・ 定時巡視をなくし、もしくは定時巡視の頻度を減らして見守り機器での見守りを実施する。
- ・ 見守り機器で利用者の覚醒や離床のタイミングを把握し、利用者の睡眠を妨げずに排せつケアを実施する。
- ・ 転倒・転落リスクの高い利用者に見守り機器を導入し、転倒・転落を防止する。
- ・ 利用者の状況を見守り機器で随時確認することで、夜勤職員の心理的負担を軽減する。

➤ 令和2年度、令和3年度、令和4年度の実証結果を合算した結果では、「直接介護」と「巡回・移動」時間の合計は、見守り機器導入率が増加すると減少。

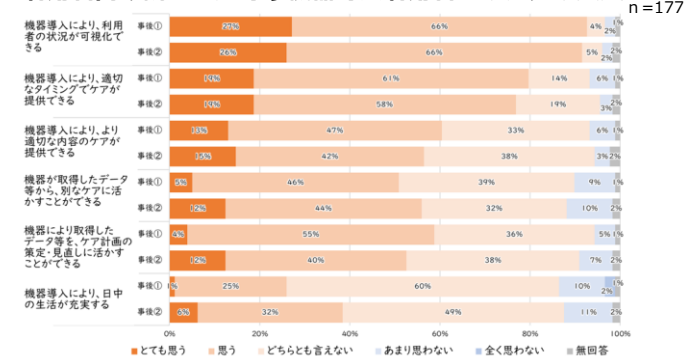
➤ 見守り機器導入で「利用者の状況が可視化できる」、「より適切なタイミングでケアが提供できる」との回答の割合が高かった。

機器の導入率と「直接介護」及び「巡回・移動」時間合計の相関  
(令和2年度、令和3年度、令和4年度の実証結果の合算)



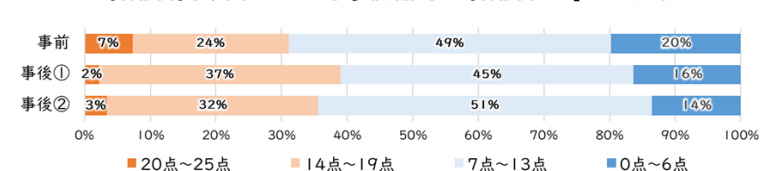
※集計対象：111施設

利用者向け調査：見守り機器導入利用者へのケアの変更



➤ 見守り機器導入利用者のQOLの変化は、機器導入後は14点以上の割合が増加。

利用者向け調査：見守り機器導入利用者のQOLの変化



※WHO-5 精神的健康状態表を用いて評価。

本テーマにおいては、実証の対象となる施設の課題やニーズを聴き、それらの状況に応じて、機器の選定や業務オペレーションの変更等を行った。課題やニーズに応じて4パターンとし、特に重要となる課題やニーズに対し当該実証を実施した。

課題やニーズの聴き取り



課題やニーズとあわせた  
実証機器の選択



移乗支援（装着）



移乗支援（非装着）



排泄予測



介護業務支援機器

機器の導入・実証の実施



排泄予測

主なオペレーション変更の事例

移乗支援（装着）

- 大柄な利用者の介助時について、小柄な職員の場合は2名体制で介助していたが、機器を装着した後は1名での介助に変更した。
- おむつなどの重量物を搬入する作業などバックヤードの業務の際に機器を装着して行うことで、職員の身体的な負担の削減を図った。



移乗支援（非装着）

- 職員2名で行っていた移乗作業について、1名分を移乗支援機器（非装着）に置き換えて、1名での介助に変更した。
- 具体的な移乗支援の流れについて、機器を居室、もしくは居室外の近傍に配置し、その都度、機器をベッドに移動させて移乗支援を行った。

排泄支援

- 定時でのトイレ誘導をなくし、排せつ支援機器の「そろそろ通知」（尿のたまり具合を基にした排尿前の通知）を基に、随時でのトイレ誘導に変更した。
- 随時での誘導が困難な場合、尿量のデータから、定時誘導の時間を変更して排泄ケアを行った。

介護業務支援

- 記録業務の手段をパソコンからスマートフォンに変更し、職員が持ち歩きながらケアの直後に記録の入力を行った。
- 職員間の連絡手段や申し送りについても、内線電話から上記スマートフォンのインカムに変更し、遠く離れた場所の職員の呼び出しや応援要請等を行った。



# 【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 ～

### 事例概要

スマートフォンを用いた音声入力システムを導入し、看護記録時間の削減化が図られ、直接ケア時間の増加、時間外勤務時間の削減が図られた事例

### 課題

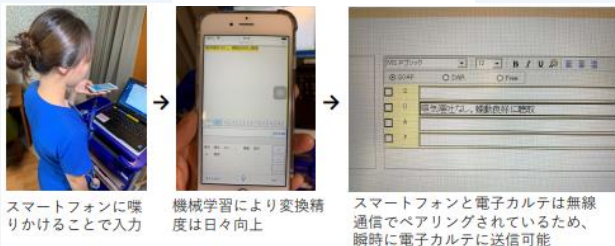
- ・2022年度の新病院開院を控え、看護職員の適切な人員配置や看護業務の役割移譲が課題であった。
- ・看護業務効率化に向けては、「**記録時間の削減**が課題である」と職員の主観としてあったが、業務量調査の結果からも同様のことが明らかとなった。

### 取組内容

#### ① 音声入力システムの導入病棟の選定

AI・ICTに精通している師長が管理している病棟をモデル病棟として選定し、その後院内に広めていくこととした

#### <音声入力の方法>



#### ② 病棟での取り組み

副師長を中心に、スマートフォンの活用が得意な看護師から広めていった音声入力への抵抗感や苦手意識のある看護師に対しては、OJTを通して広めていった看護ケアの隙間時間を活用するなど、工夫しながら記録を行うようにした

#### <音声入力のタイミング>

- ・トイレ付き添いの待ち時間
- ・エレベーターの待ち時間
- ・病室間の移動時間
- ・ナースコール対応～訪室までの移動時間
- ・転棟先から戻る際の移動時間

#### <活用例>

- ・ケア時に観察した皮膚の状態をその場で入力
- ・食事介助の合間に摂取状況をその場で入力
- ・ストーマ交換の時に、ストーマサイズや装具の品番名をメモ代わりに入力
- ・患者情報を収集する時、手書きメモ代わりに音声入力でもメモを記載

### 成果・効果

#### 1. 記録時間の変化

業務時間内記録が平均21.5分→**平均43.5分に増加**し、時間外記録が平均92.2分→**平均59.2分に減少**した

#### 2. 記録スピードの向上

60文字/分（タイピング）  
→270文字/分（音声入力）▶**約4.5倍の速度向上**

#### 3. 直接ケア時間の増加

直接ケア時間は**4.6%増加**し、間接ケアが**22.9%減少**した

#### 4. 一人あたり月平均時間外勤務時間の削減

21.86時間（2018年3月）→**10.92時間**（2019年3月）

#### 5. 患者満足度調査の結果

「質問・相談のしやすさ」「信頼・安心な知識・技術」「言葉遣い・態度」の3項目において患者満足度が前年度と比較して向上した

#### 6. 看護職員満足度調査の結果

取組前後で、特に看護実践に関する満足度が向上し、職員間の連携強化・やりがいにつながった

## 新型コロナウイルス感染症クラスター下での看護記録革命！ ～スマホ活用で問題解決～

## 事例概要

コロナ禍における、紙による看護記録運用の感染拡大リスクを受け、スマートフォンを用いた音声入力システムを導入し、時間外業務の削減や丁寧なケアの提供に繋がった事例

## 課題

- 院内感染が拡大し、看護帳票の病室からの持ち出しが禁止となり、病室内で暗記後にカルテに入力
- 曖昧な記憶を確認するため、レッドゾーン⇔グリーンゾーン間の往復が頻発
- 頻回な往復による、PPEの着脱コストの増加、感染リスクの拡大

## 取組内容

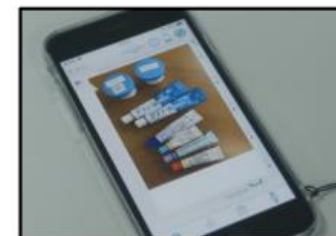
## スマートフォンを用いた音声入力システムの活用

## 1.看護記録用スマートフォンの導入

病室・ナースステーション毎に配置

## 2. 音声入力システムの運用

- ・アプリ上で記録等を音声入力
- ・電子カルテに転送・反映



## 成果・効果

## 1.看護記録にかかる時間の短縮

- (1)時間内に業務を完了できる
- (2)看護記録をスマートフォンからいつでも見ることができる

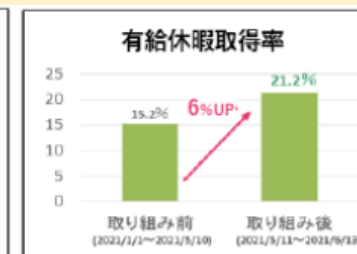
## 2.身体的・精神的負担の軽減

- (1)PPE着脱の身体的負担の軽減
- (2)感染リスクの減少による精神的負担の軽減
- (3)看護帳票を暗記する必要がなくなった

## 3.費用の削減

- (1)印刷物の削減37,000枚/月→24,000枚/月
- (2)PPE着脱回数の減少・費用の削減

## 4.時間外業務の削減・有給休暇消化率の向上



## 5.患者・家族への効果

- (1)スマートフォンからの指示簿閲覧が可能。迅速な処置・投薬が可能 → 患者の安楽
- (2)患者の様子を撮影し家族に伝える → 患者家族の現状理解・安心
- (3)看護記録業務時間の削減 → 丁寧なケアの提供

## 6.職務満足度や連携強化への効果

- (1)クラスター下でも適切なケアを提供できる → 職務満足度が向上
- (2)クラスター下での業務効率化達成 → 看護師間の連携・チーム力の向上

## 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し

再掲

➤ 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、業務管理等の項目を見直す。

- ① 「ア 11時間以上の勤務間隔の確保」又は「ウ 連続する夜勤の回数が2回以下」のいずれかを満たしていることを**必須化**する。
- ② 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料）の施設基準における満たすべき項目の数について、**2項目以上から3項目以上に変更**する。

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

- 集中治療室においては、昼夜を問わずに手厚い医療提供体制が必要であり、各診療科の主治医が夜間も重症患者の治療に対応する必要がある場合があり、長時間労働の一因となっている。
- 遠隔ICUは、特に夜間帯に支援側医療機関における集中治療専門の医師が被支援側の若手医師等に専門的な助言を行うことにより診療の質を保つものとして実施されている。

## 遠隔ICU体制整備促進事業 令和4年度予算額 201,788千円【運営費: 51,788千円 設備整備費: 150,000千円】

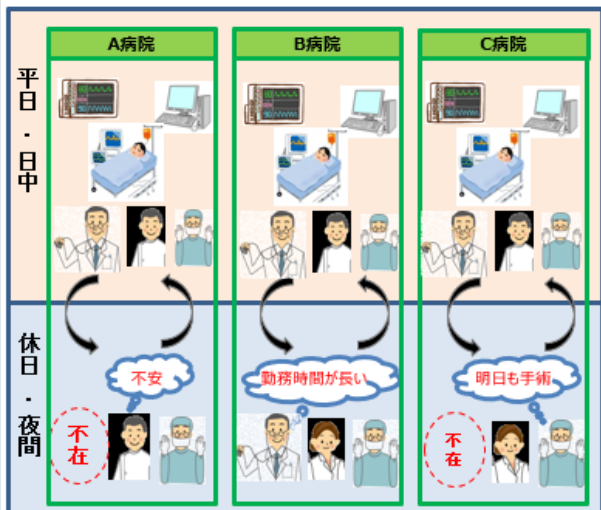
### 背景

救急・集中治療領域において、集中治療室における重症入院患者の治療は昼夜を問わずに手厚い医療提供体制が必要であり、各診療科の主治医(心臓血管外科等)が外来・手術等の本来業務に加え、夜間も集中治療室において重症患者の治療にあたらなくてはならない等、医師の長時間労働の一因となっている。

### 事業内容

本事業は、「遠隔ICU支援を行う側」に勤務する集中治療を専門とする経験豊富な医師が、「遠隔ICU支援を受ける側」に入院する複数の患者を集中的にモニタリングし、若手医師等に対し適切な助言等を行う体制を整備するために必要な設備整備費、運営経費を支援する事業であり、令和元年度から実施している。

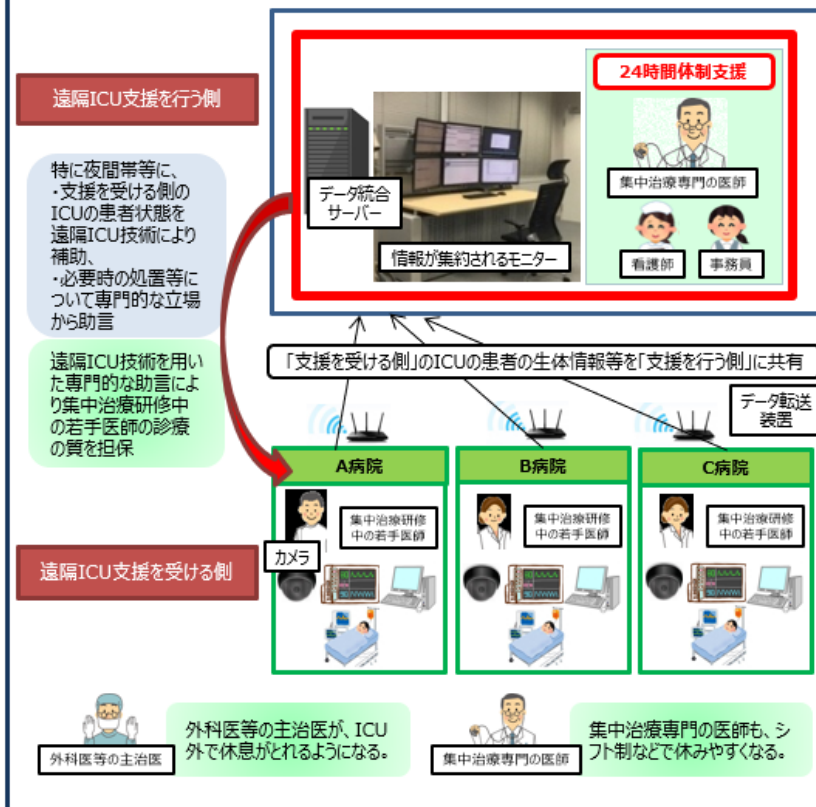
### 整備前のICUの診療体制



- ・ 特に重症患者を扱う救命救急センターや大学病院等のICUでは、集中治療専門の医師、集中治療研修中の若手医師や外科等主治医が昼夜を問わず患者の治療にあたっている。
- ・ 外科医等主治医が集中治療室での治療を任すことのできる集中治療専門の医師は不足しており、夜間は不在のことも多い。
- ・ 集中治療専門の医師の診療補助が得られない状況で、外科医等の主治医が夜間も集中治療室の診療を主体的に行うことは翌日の手術等の本来業務に影響を及ぼす。



### 遠隔ICU体制イメージ

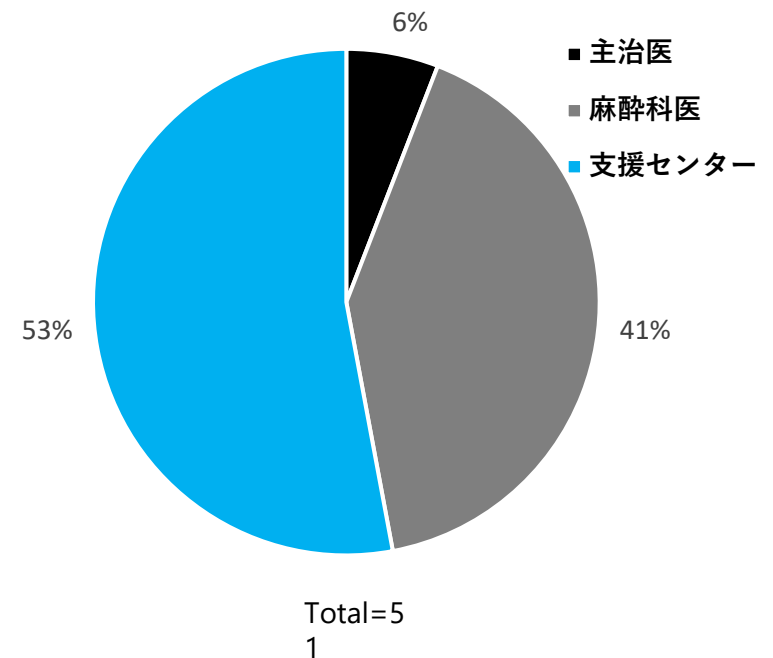
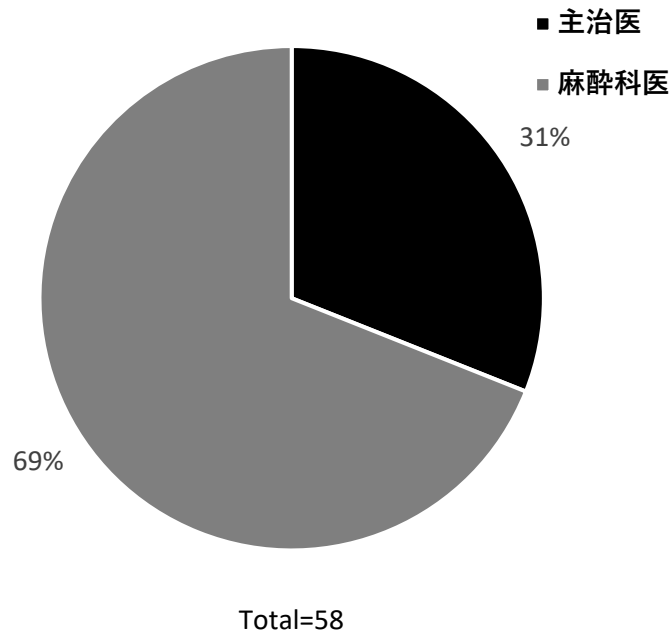


○ 遠隔ICUを導入し支援センターから支援されている施設においては、夜間・土日祝日における治療室から担当医師への直接の連絡が53%減少したとの報告がある。

## 【夜間・土日祝日における緊急コール件数】

(導入前：2019年9月～2020年8月)

(導入後：2022年4月～2023年3月)





- Tele-ICUの有効性を検討するために実施されたメタ解析では、ICU死亡リスク及び院内死亡リスクが減少したという結果が得られている。
- 遠隔集中治療支援システムを導入した例においては、遠隔集中治療支援システム導入後で、ICU内死亡率と院内死亡率の減少がみられた。

## ICU死亡リスク

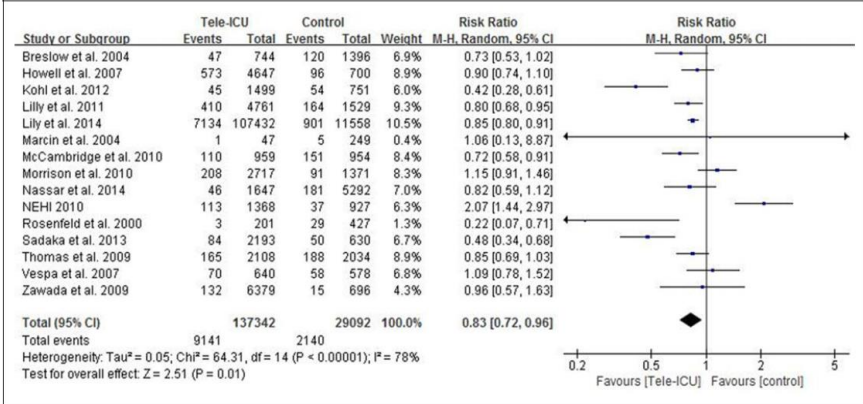


Figure 2. Forest plot of comparisons: intensive care unit telemedicine (Tele-ICU) care versus conventional critical care. Outcome: ICU mortality. Weight is the relative contribution of each study to the overall treatment effect (risk ratio and 95% confidence interval) on a log scale assuming a random-effects model.

## 院内死亡リスク

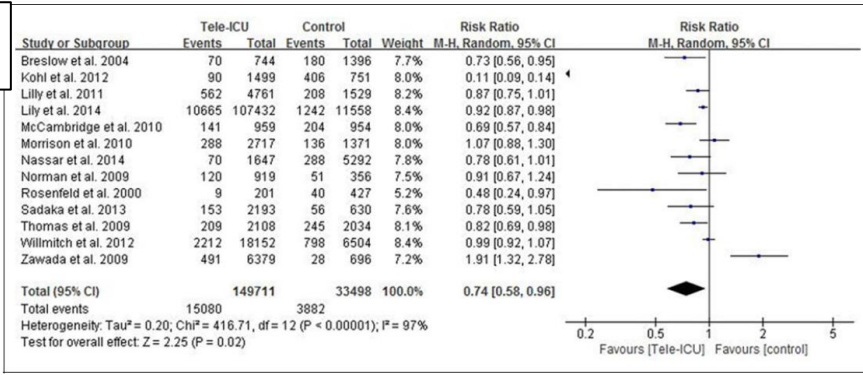


Figure 3. Forest plot of comparisons: intensive care unit telemedicine (Tele-ICU) care versus conventional critical care. Outcome: hospital mortality. Weight is the relative contribution of each study to the overall treatment effect (risk ratio and 95% confidence interval) on a log scale assuming a random-effects model.

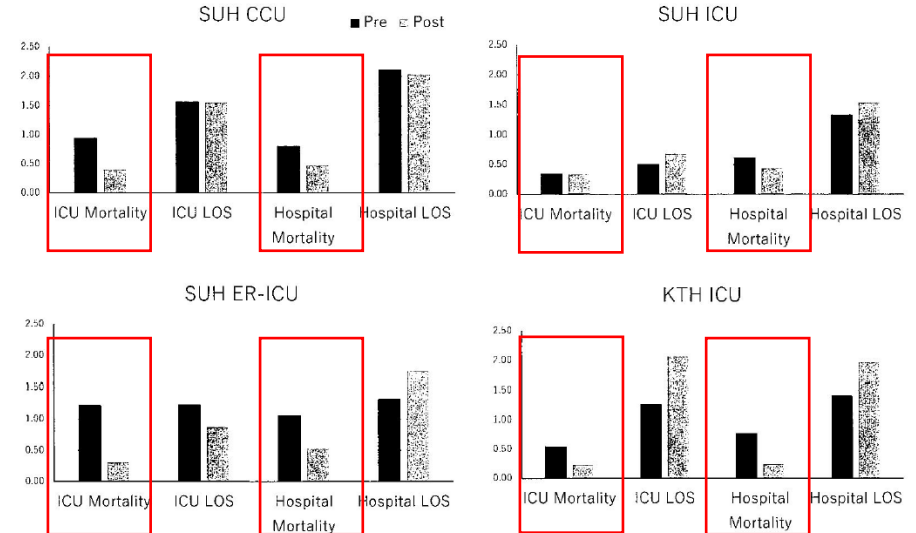
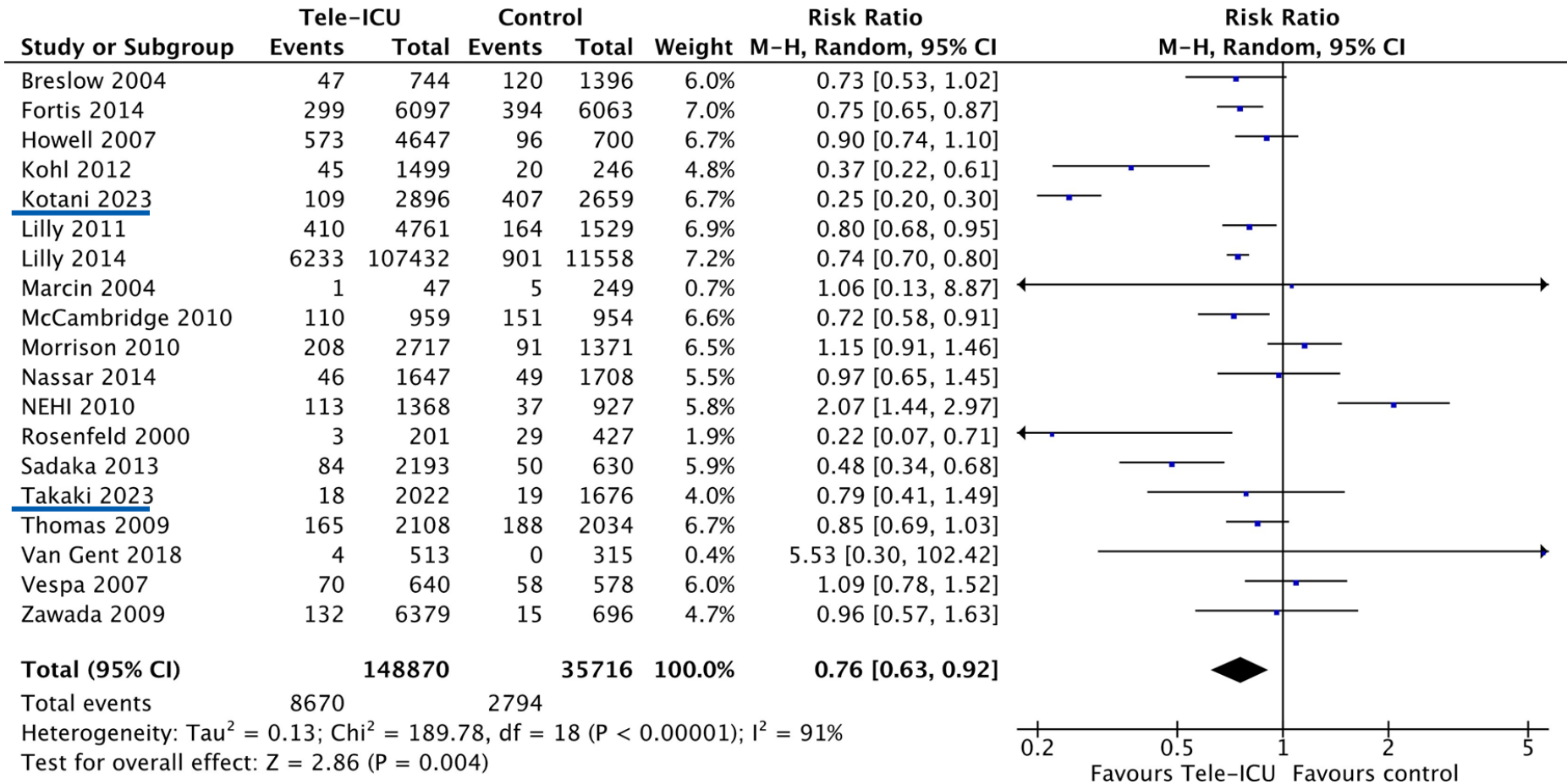


図3 eCareManager™ で得られた入室患者の死亡率比と滞在日数比  
比はICU入室時のAPACHE-IVスコアで予測される値で実測値を除き求めた。Pre: ICU運用前 (2016年1-3月期)。Post: ICU運用後 (2019年1-3月期)。LOS: length of stay (滞在期間)。SHU: 昭和大学院, KTH: 江東豊洲病院。

出典: 医機学 Vol.91, No.1(2021)(25)

○ 国内施設におけるデータを含めて行った解析では、遠隔ICUを導入した治療室において、死亡率が減少したとの報告がある。

## 遠隔 I C U の導入前後で比較した I C U 死亡率



# これまでの中医協総会等における働き方改革の推進に係る主な意見①

## <中医協総会>

(働き方改革に係るこれまでの経緯)

- 地域医療の継続性や医療の安全性と質の向上が損なわれないようにする必要。医師の働き方改革を通じて勤務医の健康を確保することは、医師個人だけでなく安心、安全な医療提供体制を確保するためにも重要。
- これまで診療報酬や地域医療介護総合確保基金による支援が行われているが、医療従事者の働き方改革は一朝一夕にできるものではなく、さらなる強力な支援が必須。
- 医療従事者が減少しているが、医療機関は公定価格で運営されており、人材確保のためには財源が必要。
- 外来も入院も機能分化や連携を推進することが、勤務医の負担軽減に寄与する。
- 働き方改革の中で、現場では宿日直許可の取得が進められているが、宿日直許可を取得できないような医師にも宿日直が許可されるようなことが常態化してしまえば、医師の働き方改革に逆行してしまうのではないかと。宿日直許可と治療室の医師の配置について整理すべきではないか。

(医師の働き方改革に係る取組への評価)

- 地域医療体制確保加算と地域医療介護総合確保基金のすみ分けを考えるべきではないか。
- 地域医療体制確保加算を算定している医療機関で、時間外労働時間が長い医師の割合が高くなっているが、医師の労働時間短縮の取り組みが進む施設基準であるべきではないか。
- タイムカード、ICカードによる労働時間の把握を推進すべきではないか。
- 常勤の医師等が要件になっている施設基準について、もう少し柔軟な働き方を認めてはどうか。

## これまでの中医協総会等における働き方改革の推進に係る主な意見②

### <中医協総会> (続き)

(タスクシェア・タスクシフトに対する評価)

- 慢性期病床や在宅医療等においても、特定行為研修修了者が活躍する場があるのではないか。
- 医師の働き方改革では薬剤師の活用が有効と考えられるが、薬局の薬剤師と医療機関の薬剤師の給与格差が大きいと医療機関での確保が難しいため、診療報酬上の手当が必要ではないか。
- 薬剤総合調整加算については、ポリファーマシー対策の推進から見直す必要があるのではないか。
- 看護補助者の確保においては、教育体制の整備や、業務、役割の明確化が必要ではないか。
- 介護福祉士の資格を持つ看護補助者は減っており、診療報酬において処遇の改善を考慮する必要があるのではないか。
- 介護福祉士は介護の領域で活躍する重要な人材であり、診療報酬で配置を評価することには慎重であるべきではないか。

(医療従事者の負担軽減等に対する評価)

- 看護記録に関して、AIやICTの活用によって業務が効率化されるのではないか。
- 介護におけるロボット等の活用事例が紹介されているが、介護においても全体的に検証事例も少なく、まだまだエビデンスの構築に至っていないのが現実ではないか。医療の現場でロボット等を活用することは、現時点においては時期尚早であり、エビデンスの構築が必要ではないか。