

# 働き方改革の推進について (その1)

# 1. 働き方改革の推進に係る現状等について

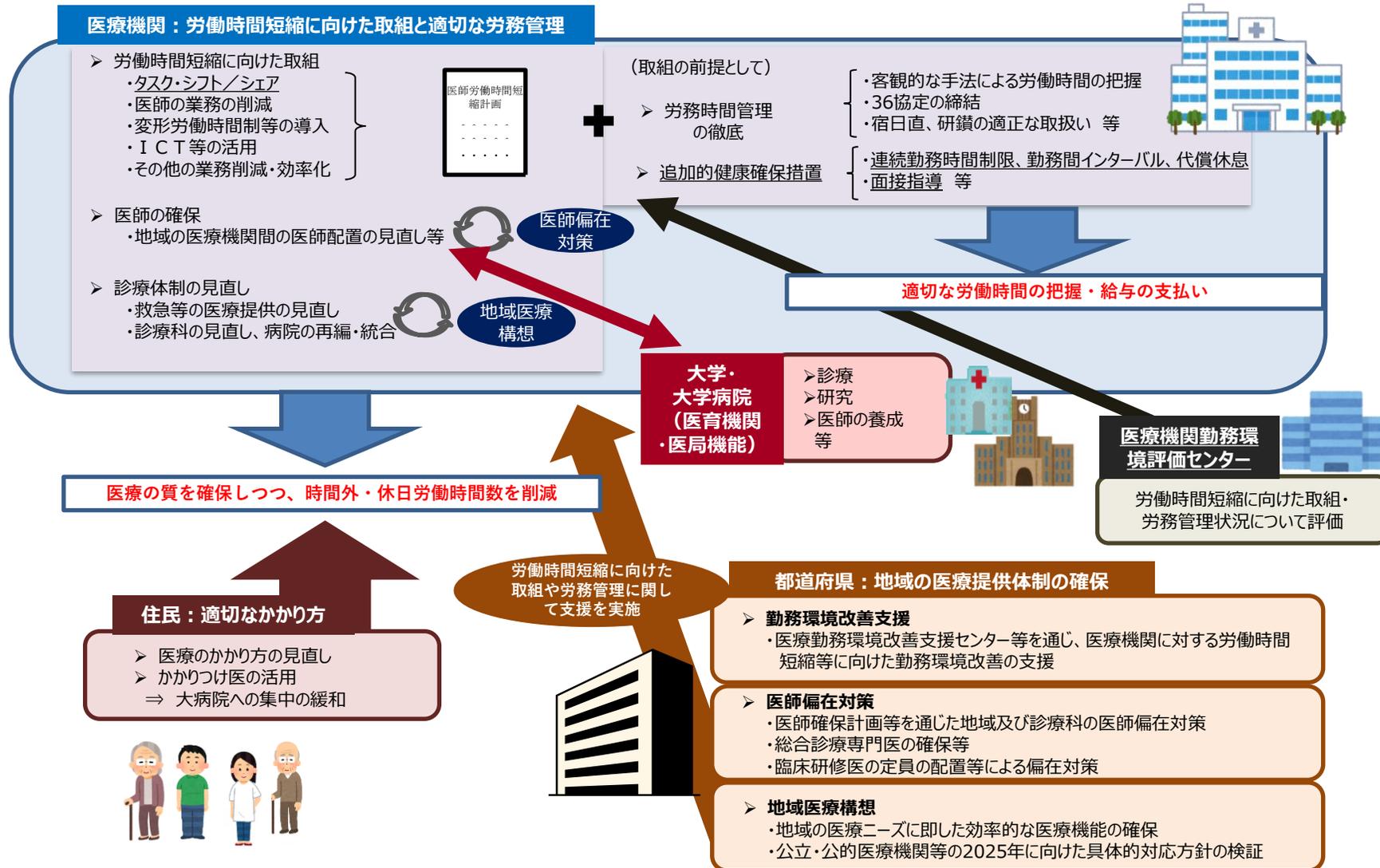
## 1) 働き方改革の推進について

## 2) 医師の勤務時間等の現状について

# 2. 診療報酬における働き方改革に向けたこれまでの取組について

# 医師の働き方改革の全体像

※下線部は法改正事項



# 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 づく地域枠・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>					<p><b>施行</b></p> <p>（B）水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討</p> <p>（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</p>														<p>2036.3</p> <p>2035年度末を 目標に終了年限</p>	（この後も引き続き）
									（中間見直し）			（見直し）			（中間見直し）						
									（実態調査・検討）			（実態調査・検討）			（実態調査・検討）						

# 医師の時間外労働規制について

## 一般則

- (例外)
- ・年720時間
  - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
  - ・月100時間未満 (休日労働含む)
- 年間6か月まで

【時間外労働の上限】

(原則)  
1か月45時間  
1年360時間

2024年4月～

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む  
⇒将来に向けて縮減方向

将来  
(暫定特例水準の解消  
(=2035年度末を目標)  
後) 将来に向けて  
縮減方向

年960時間／  
月100時間未満 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

**A : 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準**

連携B  
例水準  
(医療機関を指定)

B  
地域医療確保暫定特

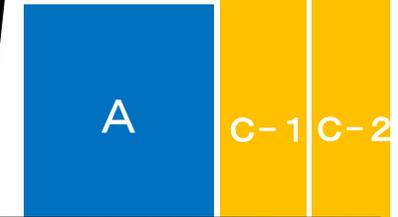
C-1  
集中的技能向上水準  
(医療機関を指定)

C-2

C-1 : 臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
※本人がプログラムを選択

C-2 : 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用  
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

年960時間／  
月100時間未満 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む



※この(原則)については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】

勤務間インターバルの確保  
始業から  
①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間のいずれか  
及び代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

勤務間インターバルの確保  
始業から  
①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間のいずれか  
及び代償休息のセット (義務)

### 勤務間インターバルの確保

始業から  
①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間のいずれか  
及び代償休息のセット (義務)

注) 臨床研修医については連続勤務時間制限を強化・徹底する観点から、勤務間インターバルは、始業から  
①24時間以内に9時間  
②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

### <A水準> 勤務間インターバルの確保

始業から  
①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間のいずれか  
及び代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

### <C水準> 上記A水準の勤務間インターバル及び代償休息のセット (義務)

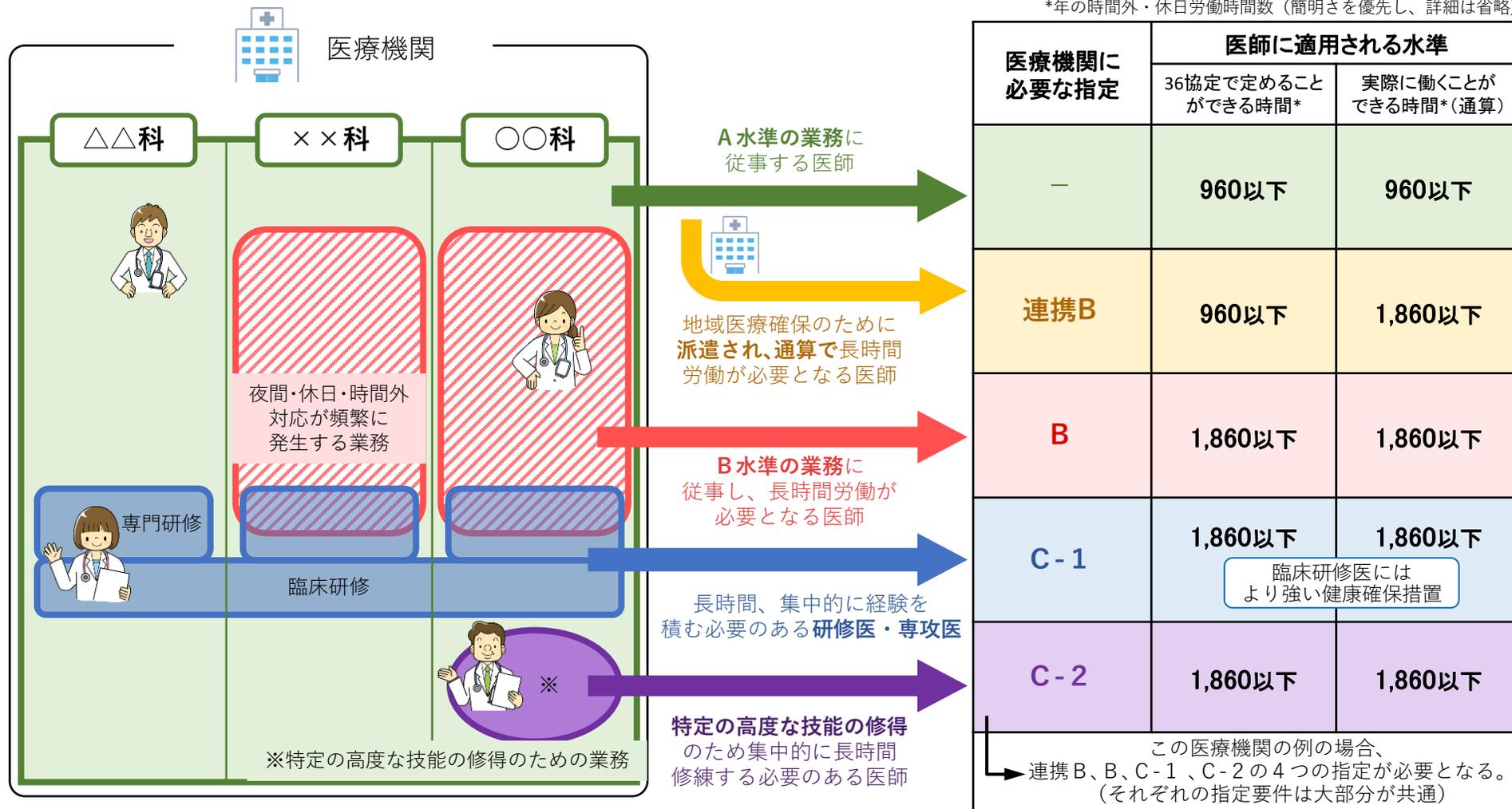
臨床研修医の勤務間インターバルは、始業から  
①24時間以内に9時間  
②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

## 各水準の指定と適用を受ける医師について

A水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、**指定される事由となった業務に従事する医師にのみ適用される**。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関は**それぞれの水準についての指定を受ける必要がある**。

\*年の時間外・休日労働時間数（簡明さを優先し、詳細は省略）



# 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要 (令和3年2月2日 法案閣議決定、令和3年5月28日 公布)

## 改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

## 改正の概要

### <Ⅰ. 医師の働き方改革>

#### 長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等 (医療法)【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始(令和6年4月1日)に向け、次の措置を講じる。

- ・ 勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・ 地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・ 当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施 等

### <Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

#### 1. 医療関係職種の業務範囲の見直し (診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法)【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

#### 2. 医師養成課程の見直し (医師法、歯科医師法)【①は令和7年4月1日/②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

### <Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

#### 1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け (医療法)【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

#### 2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律)【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

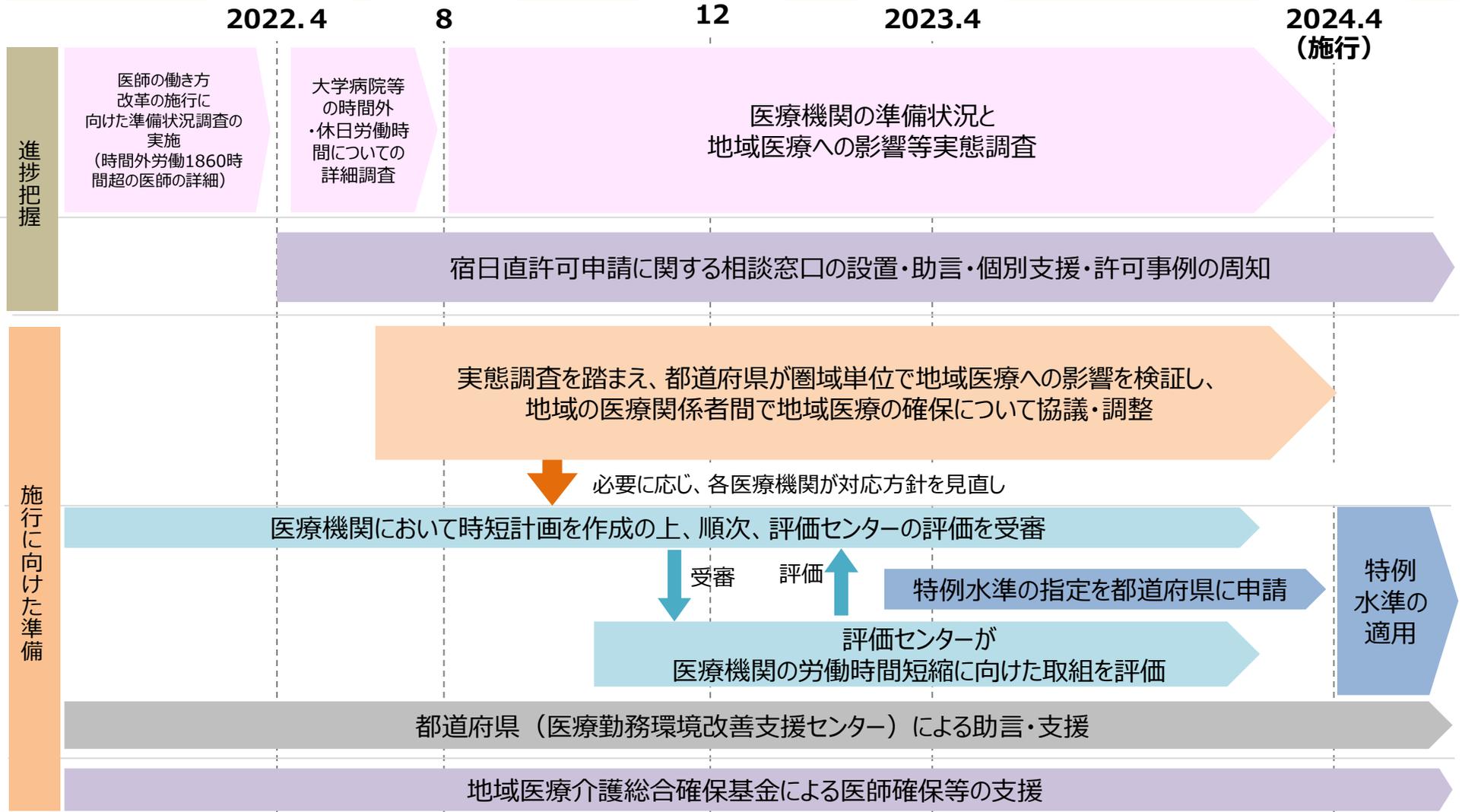
#### 3. 外来医療の機能の明確化・連携 (医療法)【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

### <Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

## 2024年度の時間外労働の上限規制の施行に向けた準備プロセス

- 2024年度からの上限規制の適用開始に向け、円滑な実施を確保するとともに、必要な地域医療に影響が出ることのないよう、国・都道府県の責任の下で進捗を管理していく。
- 特に、大学病院など、地域医療の確保のため医師を派遣している医療機関が、施行に向けて必要な取り組みを進めることができず、地域医療が守られるよう、施行直前まで、その準備状況と地域医療への影響や医師の派遣実態についての調査を実施し必要な支援や対応について検討を行う。

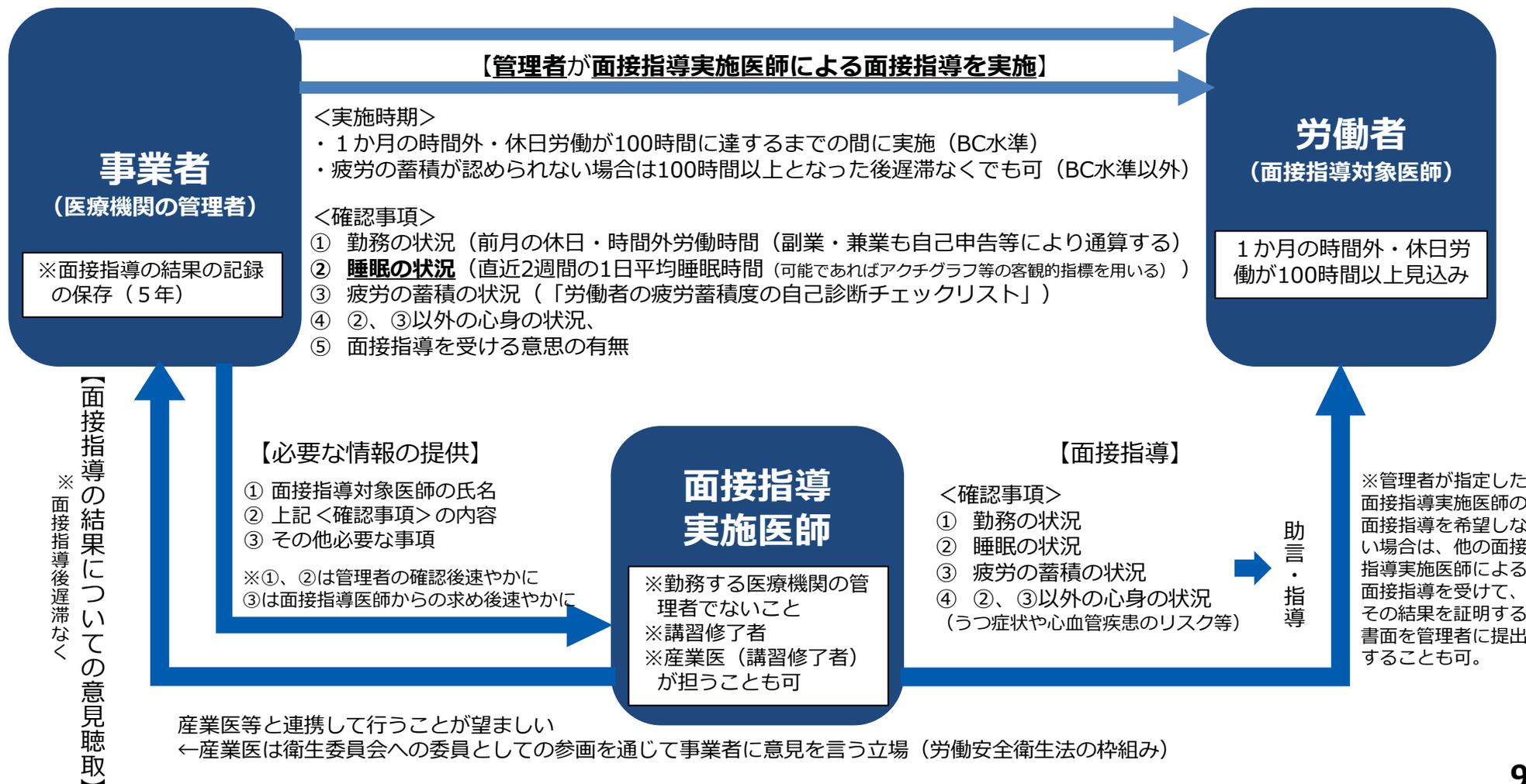


## 追加的健康確保措置（面接指導）

1か月の時間外・休日労働が**100時間以上**となることが見込まれる医師が面接指導の対象となります。

**【必要と認める場合には遅滞なく労働時間の短縮、宿直の回数の減少その他の適切な措置を実施】**

※1か月の時間外・休日労働が155時間を超える場合には遅滞なく**労働時間短縮のために必要な措置**を講じなければならない。



## 勤務シフト等を組むに当たっての基本ルール

※義務対象はB・連携B・C水準の適用となる医師。A水準の適用となる医師については努力義務。  
※C-1水準が適用される臨床研修医については次頁参照。

(1) 勤務間インターバルを次の2種類の方法により確保する。

①始業から**24時間以内**に**9時間の連続した休息時間**を確保  
を基本とし、

②始業から**46時間以内**に**18時間の連続した休息時間**を確保(宿日直許可のない宿日直に従事させる場合)

\* 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合は、9時間の連続した休息時間が確保されたものとみなす。

(2) 代償休息を付与することを前提として勤務シフト等を組むことは、原則として認められない。

\* 個人が連続して15時間を超える対応が必要な業務が予定されている場合は、代償休息の付与を前提とした運用を認める。ただし、当該業務の終了後すぐに代償休息を付与すること。

## 代償休息の基本ルール

(3) 予定された9時間又は18時間の連続した休息時間中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合は、当該労働時間に相当する時間の代償休息を事後的に付与する。(翌月末までに付与する。)

\* 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合に、当該連続した9時間の間に通常の勤務時間と同態様の労働が発生し十分な睡眠が確保できなかった場合は、管理者は、当該労働時間に相当する時間の休息を事後的に付与する配慮義務を負う。

## 勤務シフト等を組むに当たっての基本ルール

(1) 勤務間インターバルを次の2種類の方法により確保する。

①始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間を確保  
を原則とし、

②始業から48時間以内に24時間の連続した休息時間を確保  
(臨床研修における必要性から、指導医の勤務に合わせた24時間の連続勤務時間とする必要がある場合)

\* 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合は、9時間の連続した休息時間が確保されたものとみなす。

## 代償休息の基本ルール

(2) 代償休息の必要がないように勤務間インターバルの確保を徹底することを原則とする。

\* ただし、以下を要件として代償休息の付与を認める。

① 臨床研修における必要性から、オンコール又は宿日直許可のある宿日直への従事が必要な場合に限る。

② 臨床研修医の募集時に代償休息を付与する形式での研修を実施する旨を明示する。

③ 代償休息を付与する期限は、以下のとおりとする。

・「当該診療科の研修期間の末日」又は「翌月末」までのいずれか早い日までの間に付与する。

・「翌月末」より前に「当該診療科の研修期間の末日」を迎える場合は、「当該診療科の研修期間の末日」までに代償休息を付与することが困難である場合に限り、「翌月末」までに付与するものとする。

「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）に基づく、  
診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士及び救急救命士の業務範囲の見直し内容

◆ 検討会で合意が得られたもの

- ✓ 法律事項については、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律を令和3年5月28日に公布
- ✓ 政省令事項については、臨床検査技師等に関する法律施行令の一部を改正する政令等を令和3年7月9日付で公布

臨床検査技師 <臨床検査技師等に関する法律施行令（附則）>

（施行期日）

- 1 この政令は、令和3年10月1日から施行する。ただし、附則第3項の規定は、公布の日から施行する。  
（令和6年4月1日前に臨床検査技師の免許を受けた者等に関する経過措置）
- 2 令和6年4月1日前に臨床検査技師の免許を受けた者及び同日前に臨床検査技師国家試験に合格した者であって同日以後に臨床検査技師の免許を受けたものは、診療の補助として、この政令による改正後の第8条の2第2号及び第7号に掲げる行為を行おうとするときは、あらかじめ、厚生労働大臣が指定する研修を受けなければならない。
- 3 （略）
- 4 病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所に勤務する臨床検査技師のうち附則第2項に規定する者がいる場合は、令和6年4月1日までの間に、当該者に対し、同項に規定する研修の受講の機会を与えるように努めなければならない。  
（罰則に関する経過措置）
- 5 （略）

臨床工学技士 <臨床工学技士法施行令（附則）>

（施行期日）

- 1 この政令は、令和3年10月1日から施行する。ただし、附則第3項の規定は、公布の日から施行する。  
（令和7年4月1日前に臨床工学技士の免許を受けた者等に関する経過措置）
- 2 令和7年4月1日前に臨床工学技士の免許を受けた者及び同日前に臨床工学技士国家試験に合格した者であって同日以後に臨床工学技士の免許を受けたものは、診療の補助として、この政令による改正後の第1条第2号に掲げる行為（シャントへの接続及びシャントからの除去を除く。）を行おうとするときは、あらかじめ、厚生労働大臣が指定する研修を受けなければならない。
- 3 （略）
- 4 病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所に勤務する臨床工学技士のうち附則第2項に規定する者がいる場合は、令和6年4月1日までの間に、当該者に対し、同項に規定する研修の受講の機会を与えるように努めなければならない。  
（罰則に関する経過措置）
- 5 （略）

診療放射線技師 <診療放射線技師法、放射線技師法施行規則（令和3年10月1日施行）>

- ・病院又は診療所以外の場所における医師又は歯科医師が診察した患者に対する、その医師又は歯科医師の指示を受け、出張して超音波診断装置その他の画像による診断を行うための装置であつて厚生労働省令で定めるものをを用いた検査
- ・静脈路に造影剤注入装置を接続する行為、造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為並びに当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為
- ・動脈路に造影剤注入装置を接続する行為（動脈路確保のためのものを除く。）及び造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為
- ・核医学検査のために静脈路に放射性医薬品を投与するための装置を接続する行為、当該放射性医薬品を投与するために当該装置を操作する行為並びに当該放射性医薬品の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為
- ・下部消化管検査のために肛門にカテーテルを挿入する行為、当該カテーテルから造影剤及び空気を注入する行為並びに当該カテーテルから造影剤及び空気を吸引する行為
- ・上部消化管検査のために鼻腔に挿入されたカテーテルから造影剤を注入する行為及び当該造影剤の注入が終了した後に当該カテーテルを抜去する行為

放射線技師法  
第26条第4号

診療放射線技師法施行規則  
第15条の2第1号

診療放射線技師法施行規則  
第15条の2第2号

診療放射線技師法施行規則  
第15条の2第3号

診療放射線技師法施行規則  
第15条の2第4号

診療放射線技師法施行規則  
第15条の2第6号

「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）に基づく、  
 診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士及び救急救命士の業務範囲の見直し内容

臨床検査技師＜臨床検査技師等に関する法律、臨床検査技師等に関する法律施行令、臨床検査技師等に関する法律施行規則（令和3年10月1日施行）＞

・医療用吸引器を用いて鼻腔、口腔又は気管カニューレから喀痰を採取する行為	臨床検査技師等に関する法律施行令 第8条の2第2号
・内視鏡用生検鉗子を用いて消化管の病変部位の組織の一部を採取する行為	臨床検査技師等に関する法律施行令 第8条の2第7号
・運動誘発電位検査	臨床検査技師等に関する法律施行規則 第1条の2第5号
・体性感覚誘発電位検査	臨床検査技師等に関する法律施行規則 第1条の2第6号
・持続皮下グルコース検査	臨床検査技師等に関する法律施行規則 第1条の2第13号
・直腸肛門機能検査	臨床検査技師等に関する法律施行規則 第1条の2第22号
・法第11条に規定する採血(以下この条において「採血」という。)を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に接続されたチューブにヘパリン加生理食塩水を充填する行為	臨床検査技師等に関する法律施行規則 第10条の2第1号
・採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に点滴装置を接続する行為(電解質輸液の点滴を実施するためのものに限る。)	臨床検査技師等に関する法律施行規則 第10条の2第2号
・採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に血液成分採血装置を接続する行為、当該血液成分採血装置を操作する行為並びに当該血液成分採血装置の操作が終了した後に抜針及び止血を行う行為	臨床検査技師等に関する法律施行規則 第10条の2第3号
・超音波検査のために静脈路に造影剤注入装置を接続する行為、造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為並びに当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為	臨床検査技師等に関する法律施行規則 第10条の2第4号

臨床工学技士＜臨床工学技士法、臨床工学技士法施行令、臨床工学技士法施行規則（令和3年10月1日施行）＞

・血液浄化装置の穿刺針その他の先端部のシャント、表在化された動脈若しくは表在静脈への接続又はシャント、表在化された動脈若しくは表在静脈からの除去	臨床工学技士法施行令 第1条第2号
・手術室又は集中治療室で生命維持管理装置を用いて行う治療における静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続、薬剤を投与するための当該輸液ポンプ又は当該シリンジポンプの操作並びに当該薬剤の投与が終了した後の抜針及び止血	臨床工学技士法施行規則 第31条の2第1号
・生命維持管理装置を用いて行う心臓又は血管に係るカテーテル治療における身体に電氣的刺激を負荷するための装置の操作	臨床工学技士法施行規則 第31条の2第2号
・手術室で生命維持管理装置を用いて行う鏡視下手術における体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラの保持及び手術野に対する視野を確保するための当該内視鏡用ビデオカメラの操作	臨床工学技士法施行規則 第31条の2第3号

救急救命士＜救急救命士法（令和3年10月1日施行）＞

・この法律で「救急救命処置」とは、その症状が著しく悪化するおそれがあり、若しくはその生命が危険な状態にある傷病者(以下この項並びに第44条第2項及び第3項において「重度傷病者」という。)が病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は重度傷病者が病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間(当該重度傷病者が入院しない場合は、病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に滞っている間。同条第2項及び第3項において同じ。)に、当該重度傷病者に対して行われる気道の確保、心拍の回復その他の処置であって、当該重度傷病者の症状の著しい悪化を防止し、又はその生命の危険を回避するために緊急に必要なものをいう。

救急救命士法  
第2条

## 【参考】現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例（1）

### 【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について  
(令和3年9月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知)

#### 看護師

- ① 特定行為（38行為21区分）の実施
- ② 事前に取り決めたプロトコール（※）に基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
- ③ 救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施
- ④ 血管造影・画像下治療（IVR）の介助
- ⑤ 注射、採血、静脈路の確保等
- ⑥ カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
- ⑦ 診察前の情報収集

#### 助産師

- ① 院内助産 ② 助産師外来

#### 薬剤師

- ① 周術期における薬学的管理等
- ② 病棟等における薬学的管理等
- ③ 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
- ④ 薬物療法に関する説明等
- ⑤ 医師への処方提案等の処方支援
- ⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

#### 診療放射線技師

- ① 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
- ② 画像誘導放射線治療（IGRT）における画像の一次照合等
- ③ 放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等
- ④ 血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為
- ⑤ 病院又は診療所以外の場所での医師が診察した患者に対するエックス線の照射
- ⑥ 放射線検査等に関する説明、同意書の受領
- ⑦ 放射線管理区域内での患者誘導
- ⑧ 医療放射線安全管理責任者

#### 臨床検査技師

- ① 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
- ② 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認
- ③ 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定
- ④ 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引
- ⑤ 検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為
- ⑥ 病棟・外来における採血業務
- ⑦ 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作
- ⑧ 輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
- ⑨ 救急救命処置の場における補助行為の実施
- ⑩ 細胞診や超音波検査等の検査所見の記載
- ⑪ 生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
- ⑫ 病理診断における手術検体等の切り出し
- ⑬ 画像解析システムの操作等
- ⑭ 病理解剖

#### 臨床工学技士

- ① 心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作
- ② 人工呼吸器の設定変更
- ③ 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血
- ④ 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引
- ⑤ 人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑥ 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑦ 血液浄化装置のバスキュラーアクセスへの接続を安全かつ適切に実施する上で必要となる超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確認
- ⑧ 全身麻酔装置の操作
- ⑨ 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入
- ⑩ 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備
- ⑪ 手術室や病棟等における医療機器の管理
- ⑫ 各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為
- ⑬ 生命維持管理装置を装着中の患者の移送

## 【参考】現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例（2）

### 【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

理学療法士	視能訓練士
① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付	① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力
作業療法士	② 視機能検査に関する検査結果の報告書の記載
① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付	義肢装具士
② 作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等	① 義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等
言語聴覚士	② 装具を用いた足部潰瘍の免荷
① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付	③ 切断者への断端管理に関する指導
② 侵襲性を伴わない嚥下検査	救急救命士
③ 嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択	① 病院救急車による患者搬送の際の患者観察
④ 高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等	② 救急外来等での診療経過の記録
	③ 救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応

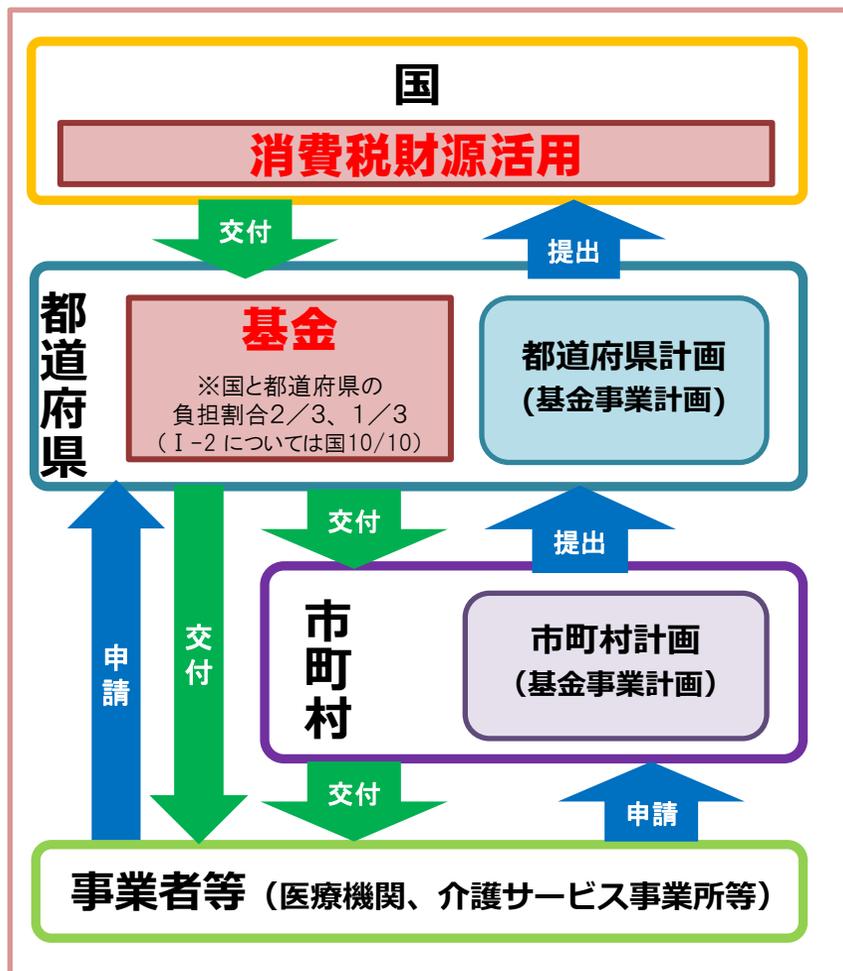
### 【その他職種にかかわらずタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

- ① 診療録等の代行入力（電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力）
- ② 各種書類の記載（医師が最終的に確認または署名（電子署名を含む。）することを条件に、損保会社等に提出する診断書、介護保険主治医意見書等の書類、紹介状の返書、診療報酬等の算定に係る書類等を記載する業務）
- ③ 医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務
- ④ 日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領（日常的に行われる検査について、医療機関の定めた定型的な説明を行う、又は説明の動画を閲覧してもらった上で、患者又はその家族から検査への同意書を受領）
- ⑤ 入院時のオリエンテーション（医師等から入院に関する医学的な説明を受けた後の患者又はその家族等に対し、療養上の規則等の入院時の案内を行い、入院誓約書等の同意書を受領）
- ⑥ 院内での患者移送・誘導
- ⑦ 症例実績や各種臨床データの整理、研究申請書の準備、カンファレンスの準備、医師の当直表の作成等の業務

# 地域医療介護総合確保基金

令和5年度予算額:公費で1,763億円  
(医療分 1,029億円、介護分 734億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



## 都道府県計画及び市町村計画 (基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
  - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
  - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
  - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**

医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2

  - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
  - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

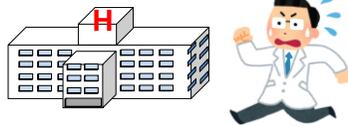
- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

## 勤務医の労働時間短縮を図るため、労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成を行う。(医療機関が行う事業に対し都道府県が補助を実施)

### 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

#### 1. 補助の対象となる医療機関

地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める医療機関。



< 具体的要件 (いずれかを満たす) >

※診療報酬上の「地域医療体制確保加算」を取得している医療機関は補助対象外。

- ①救急用の自動車等による搬送件数が年間1000件以上2000件未満
- ②救急搬送件数が年間1000件未満のうち、
  - ・夜間・休日・時間外入院件数が年間500件以上で地域医療に特別な役割がある医療機関
  - ・離島、へき地等で同一医療圏内に他に救急対応可能な医療機関が存在しない等、特別な理由の存在する医療機関
- ③地域医療の確保に必要な医療機関であって、
  - ・周産期医療、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している医療機関
  - ・脳卒中や心筋梗塞等の急性期医療を担う医療機関で、一定の実績を有するなど、5疾病5事業で重要な医療を提供している医療機関
- ④在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

#### 2. 交付の要件

月の時間外・休日労働時間が80時間を超える医師を雇用(雇用予定含む)している医療機関で、年間の時間外・休日労働時間が960時間を超える36協定を締結している若しくは締結を予定していること。

#### 医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組

医療機関において医師の労働時間短縮計画を策定し、勤務環境改善の体制整備として次のような取組を総合的に実施

- ・勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・当直明けの勤務負担の緩和
- ・複数主治医制の導入
- ・女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- ・タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進
- ・これらに類する医師の業務見直しによる労働時間短縮に向けた取組



#### 3. 補助対象経費

上記の総合的な取組に要する経費をパッケージとして補助。

#### 4. 補助基準額

最大使用病床数 × 133千円

※20床未満の場合は20床として算定。

# 地域医療介護総合確保基金（医療分）の対象事業の取扱い

## 事業区分Ⅳ

標準事業例「48 地域包括ケアの拠点となる病院・薬局における薬剤師の確保支援」

地域薬剤師会において、求職希望の薬剤師の氏名、勤務希望地域、勤務条件などを登録し、薬剤師の確保が困難な、地域包括ケア等を担う病院・薬局からの求めに対して、周辺地域に勤務する薬剤師の緊急派遣などの協議・調整を行うための体制整備を支援する。

事業区分Ⅳに関連する基金の対象して差し支えない経費として以下を明示

薬剤師修学資金貸与事業を行うために必要な経費（都道府県が認めた薬剤師が不足する地域に所在する医療機関等を勤務地として、一定期間の勤務を修学資金返済義務免除要件としているものに限る）

（「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例の取扱いについて」（令和3年2月19日付医政地発0219第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

地域における病院薬剤師の安定的な確保を目的として、都道府県が指定する病院（薬剤師の偏在状況や充足状況等を踏まえ薬剤師が不足とされている地域・医療機関に限る）へ期間を定めて薬剤師派遣を行うための経費

（「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例の取扱いについて」（令和3年9月28日付医政地発0928第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

「地域医療介護総合確保基金を活用した薬剤師修学資金貸与事業の取扱いについて」において、具体的な要件及び基本的な考え方を周知。

（令和3年12月24日付厚生労働省医政局地域医療計画課、同省医薬・生活衛生局総務課連名事務連絡）

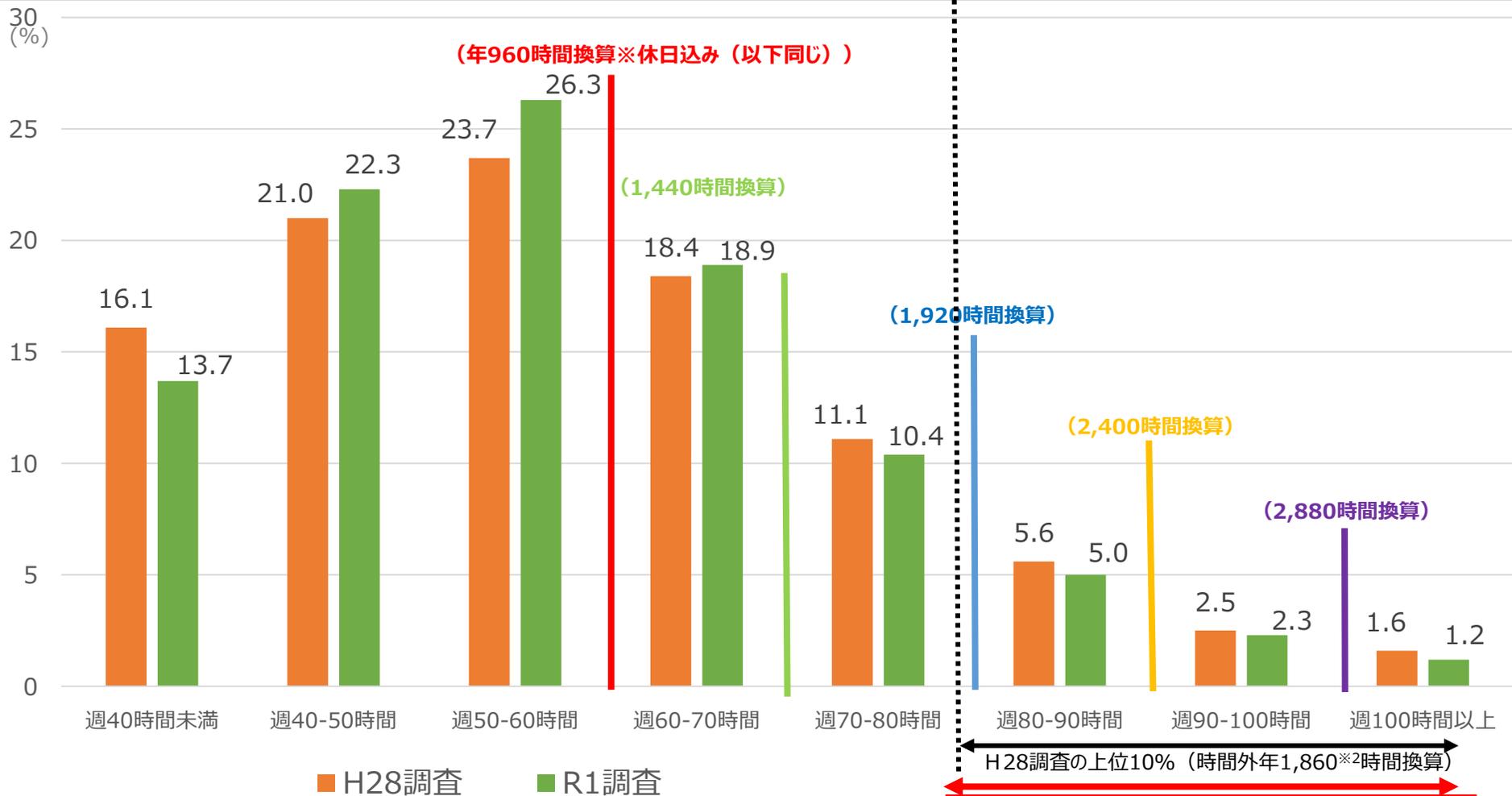
# 1. 働き方改革の推進に係る現状等について

1) 働き方改革の推進について

2) 医師の勤務時間等の現状について

2. 診療報酬における働き方改革に向けたこれまでの取組について

# 病院常勤勤務医の週労働時間の区分別割合



※1 H28調査、R1調査ともに、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している

※2 H28調査ではグラフにおける分布の上位10%は年1,904時間であったが、雇用管理の便宜上、12月で割り切れるきりのよい近似値として1,860時間としている

※3 R1調査では宿日直許可を取得していることがわかっ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た上で、診療科別の性、年齢調整、

診療科ごとの勤務医療機関調整を行っていることに留意が必要

※4 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

# 病院・常勤勤務医の週当たり勤務時間：病院種別（全体・救急病院・大学病院）（令和元年 医師の勤務実態調査）

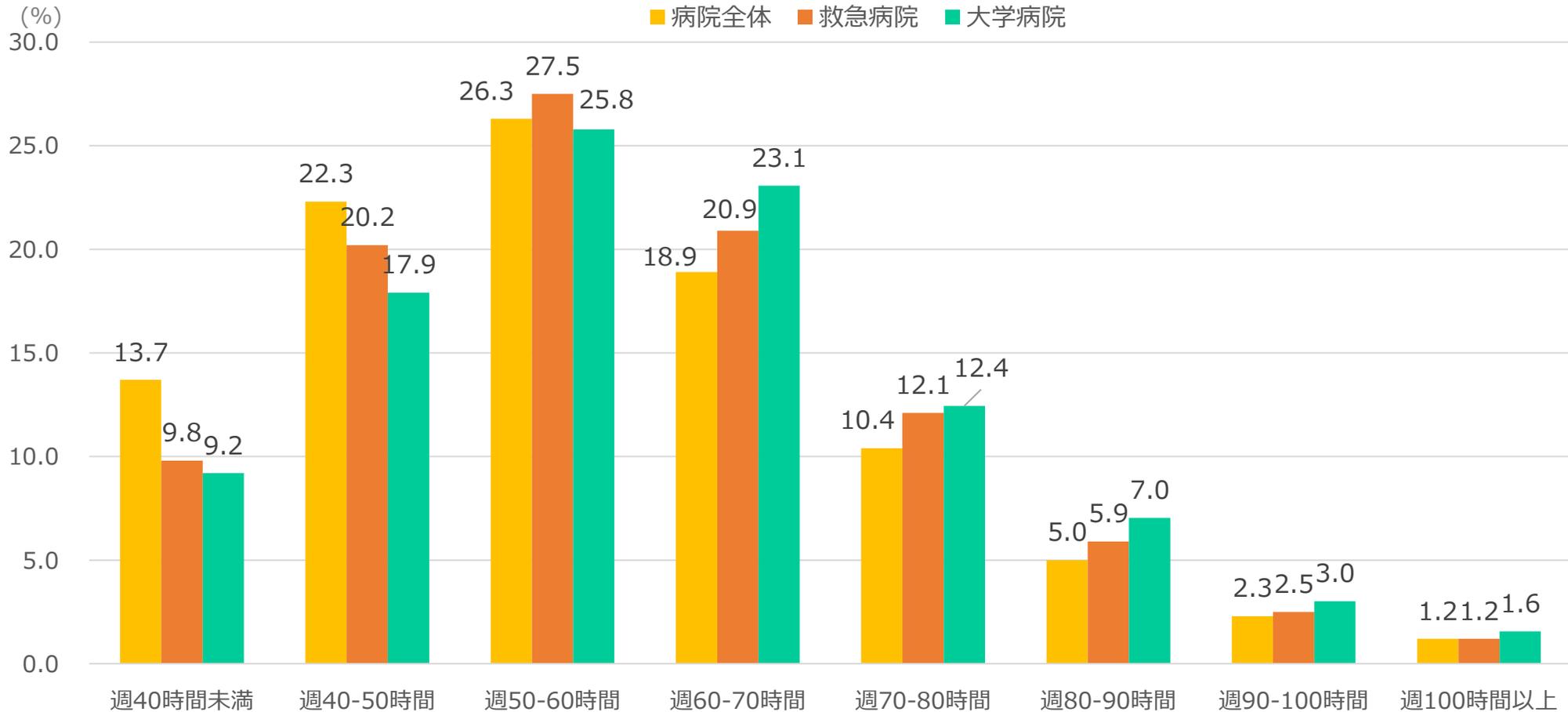
第9回 医師の働き方改革の推進に関する検討会

参考資料3

令和2年9月30日

(改)

○ 病院常勤勤務医全体、救急病院常勤勤務医と比較し、週50-60時間までは大学病院常勤勤務医の方が割合が低いが、週60時間以上では大学病院常勤勤務医の方が割合が高く、大学病院常勤勤務医は長時間労働医師が多い傾向にある。



※ 宿日直許可を取得していることがわかっ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勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 三次救急病院及び救急車を1,000台以上受け入れている二次救急病院を救急病院とし、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告救急機能を用いた。

出典：令和元年 医師の勤務実態調査（医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた需給等に関する研究（研究代表者：小池 創一））

# 病院・常勤勤務医の週当たり勤務時間：診療科別平均・診療科別分布（令和元年 医師の勤務実態調査）

第9回 医師の働き方改革の推進に関する検討会

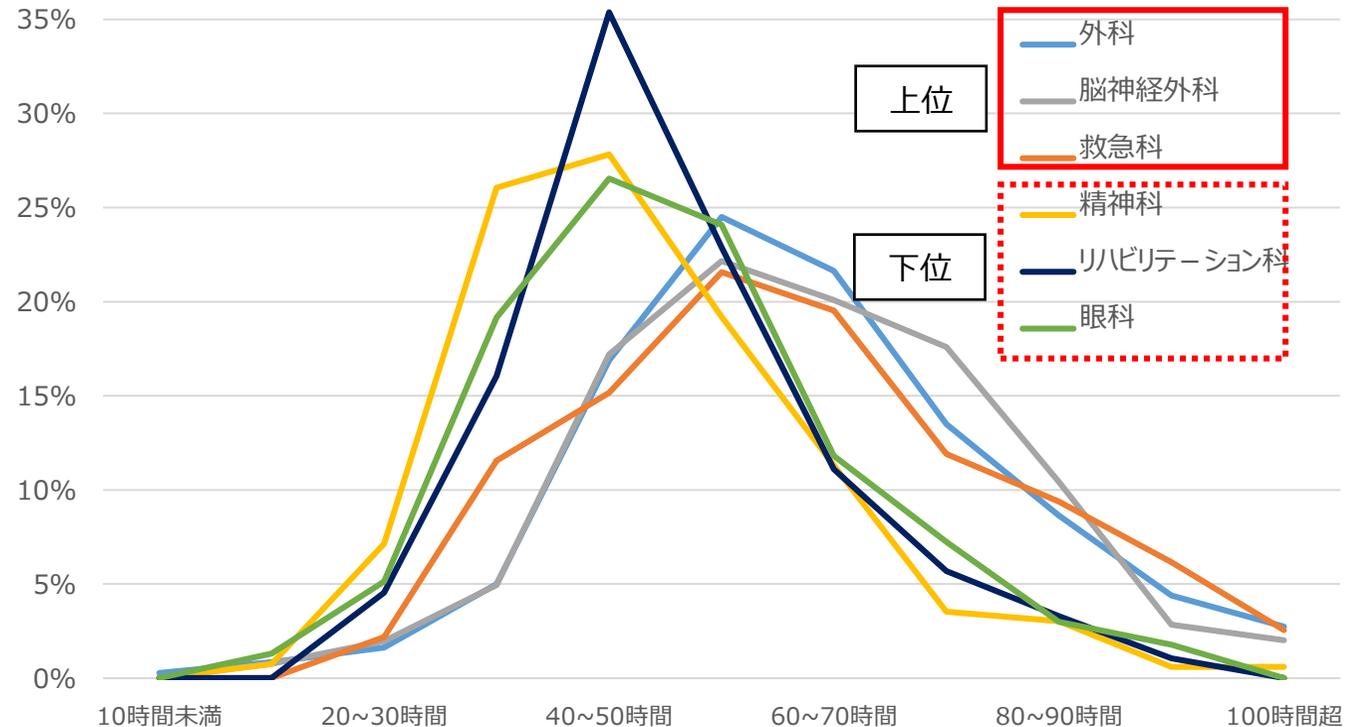
参考資料3  
(改)

令和2年9月30日

- 病院・常勤勤務医の週当たり勤務時間（診療時間＋診療外時間（指示なしを除く）＋宿直・日直中の待機時間※）が60時間以上の割合は、平均の勤務時間が相対的に長い外科で51%、脳神経外科で53%、救急科で50%であった。一方、平均の勤務時間が相対的に短く週50時間を下回る精神科では、19%であった。
- 平成28年調査と比較し、比較可能な範囲では、各診療科で週当たり勤務時間は短くなっている。
- ※ 外科については平成28年調査では「外科系」として他の診療科とあわせて集計しているため直接比較はできない。

週当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科	56時間13分
外科	61時間54分
小児科	54時間15分
産婦人科	58時間47分
精神科	47時間50分
皮膚科	53時間51分
眼科	50時間28分
耳鼻咽喉科	55時間02分
泌尿器科	56時間59分
整形外科	58時間50分
脳神経外科	61時間52分
形成外科	54時間29分
救急科	60時間57分
麻酔科	54時間06分
放射線科	52時間54分
リハビリテーション科	50時間24分
病理診断科	52時間49分
臨床検査科	46時間10分
総合診療科	57時間15分
臨床研修医	57時間26分
全診療科平均	56時間22分

平均勤務時間の上位3診療科、下位3診療科を抽出



※ 宿日直許可を取得していることがわかっ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勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

出典：令和元年 医師の勤務実態調査（医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた需給等に関する研究（研究代表者：小池 創一））

# 医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査(大学病院調査)診療科別の集計

令和4年8月17日

第89回社会保障審議会医療部会

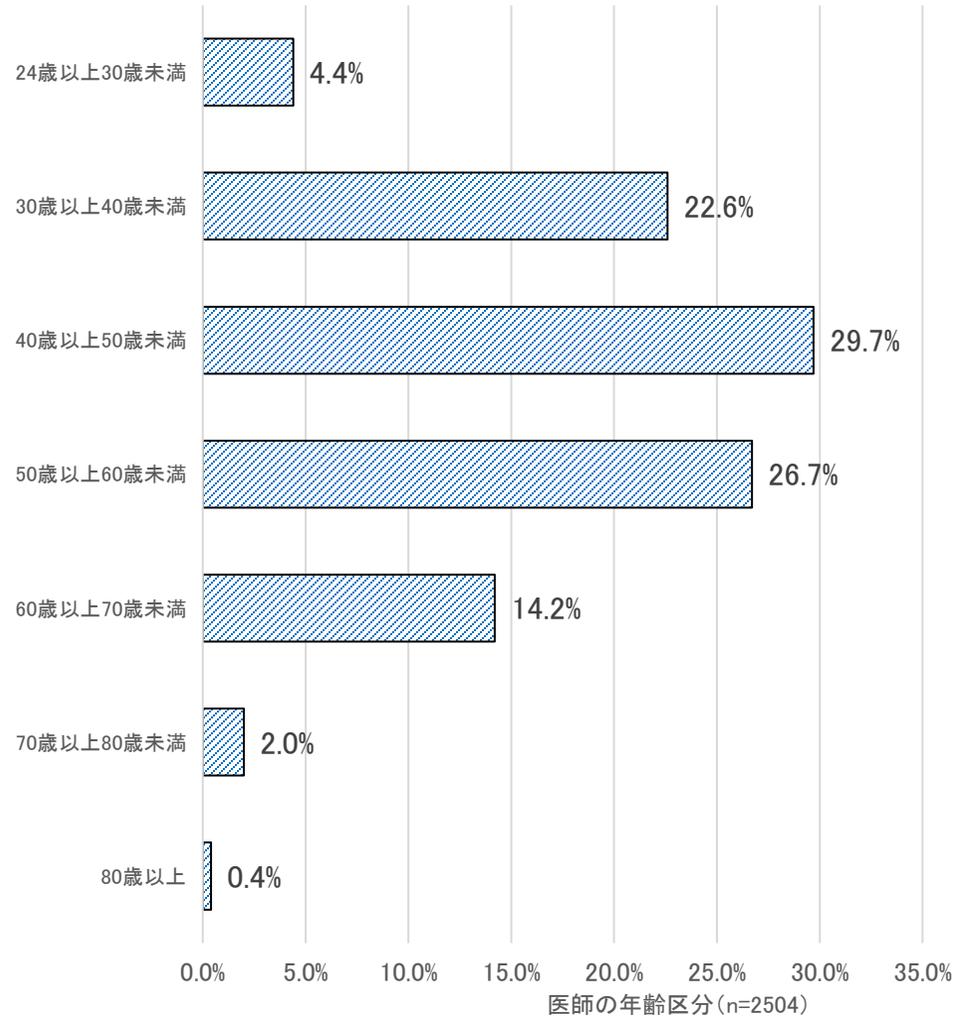
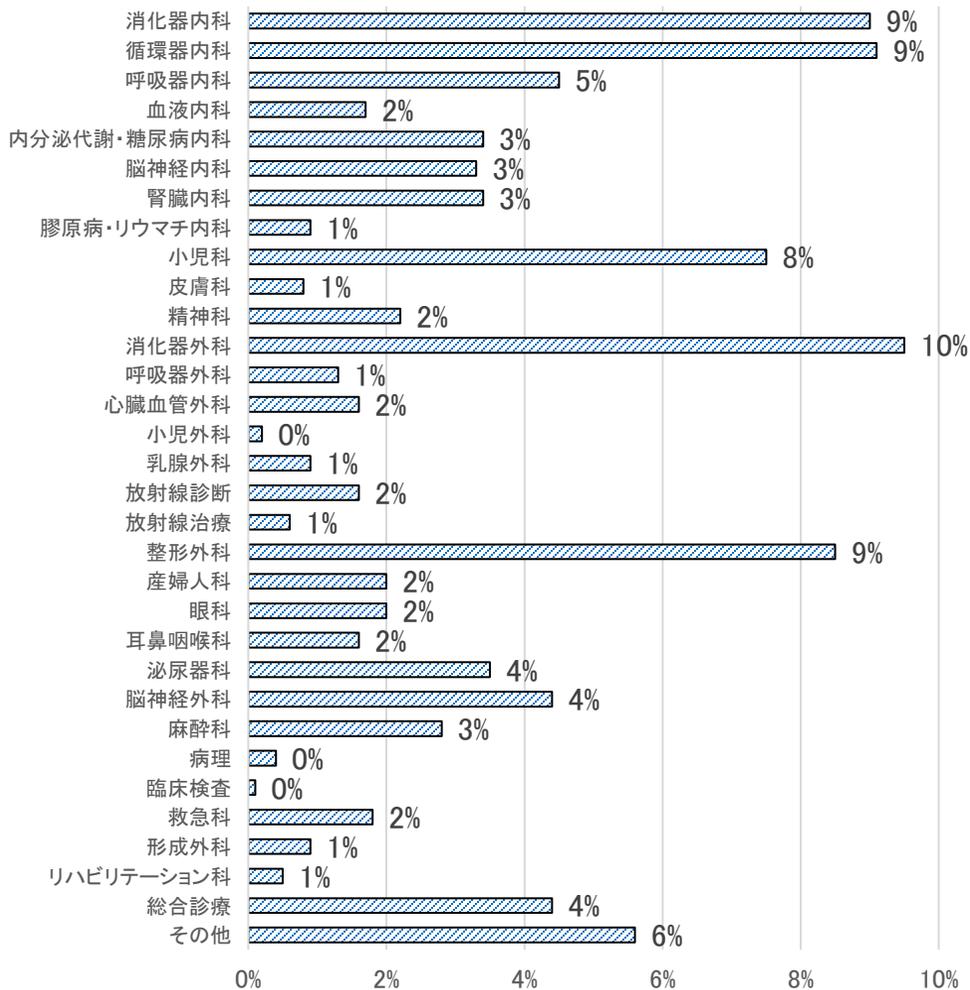
資料3(改)

令和4年3月-4月に行った「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査」では、大学病院の本院及び防衛医科大学学校病院を対象に調査を行った。

時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超の医師数が多い診療科は上から順に外科、内科、産婦人科で、その割合が多い診療科は上から順に産婦人科、脳神経外科、外科だった。

診療科 (集計の便宜上、厚生労働省において 19診療科及びその他に分類した)	所属 医師数	時間外・休日労働時間1,860時間超の医師数	時間外・休日労働時1,860時間超の医師の割合
1 内科	12,340	220	1.8%
2 小児科	2,508	70	2.8%
3 皮膚科	1,602	4	0.2%
4 精神科	1,534	12	0.8%
5 外科	4,883	248	5.1%
6 整形外科	2,257	48	2.1%
7 産婦人科	2,128	150	7.0%
8 眼科	1,791	11	0.6%
9 耳鼻咽喉科	1,476	18	1.2%
10 泌尿器科	1,306	21	1.6%
11 脳神経外科	1,321	76	5.8%
12 放射線科	2,075	6	0.3%
13 麻酔科	2,408	41	1.7%
14 病理	635	7	1.1%
15 臨床検査	184	0	0.0%
16 救急科	1,400	43	3.1%
17 形成外科	848	14	1.7%
18 リハビリテーション科	375	2	0.5%
19 総合診療	515	11	2.1%
20 その他	2,132	32	1.5%
合計	43,718	1,034	2.4%

○ 令和4年度入院・外来医療等における実態調査の医師票の回答者における、診療科及び年齢区分は以下のとおり。

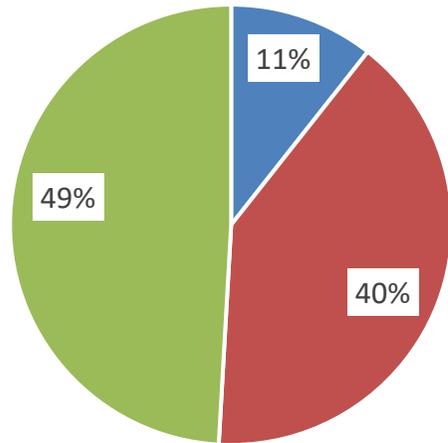


診療科別回答率 (n=2489)

医師の年齢区分 (n=2504)

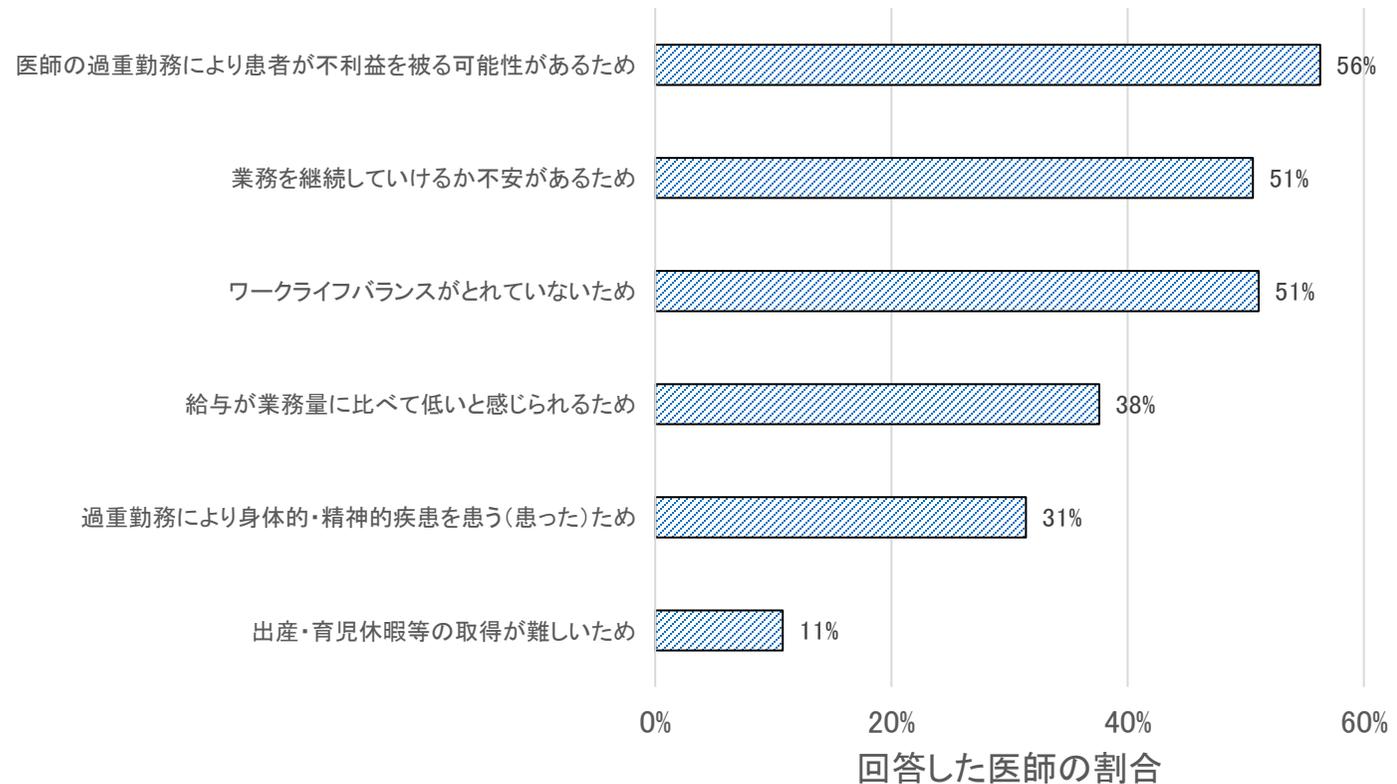
- 現在の勤務状況について、「改善の必要性が高い」、または「改善の必要がある」と回答した医師は51%であった。
- 「改善の必要性が高い」、又は「改善の必要がある」を選択した理由は、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」が56%、「業務を継続していけるか不安があるため」、「ワークライフバランスがとれていないため」がそれぞれ51%であった。

## ①現在の勤務状況 (n数=2505) (令和4年11月1日時点)



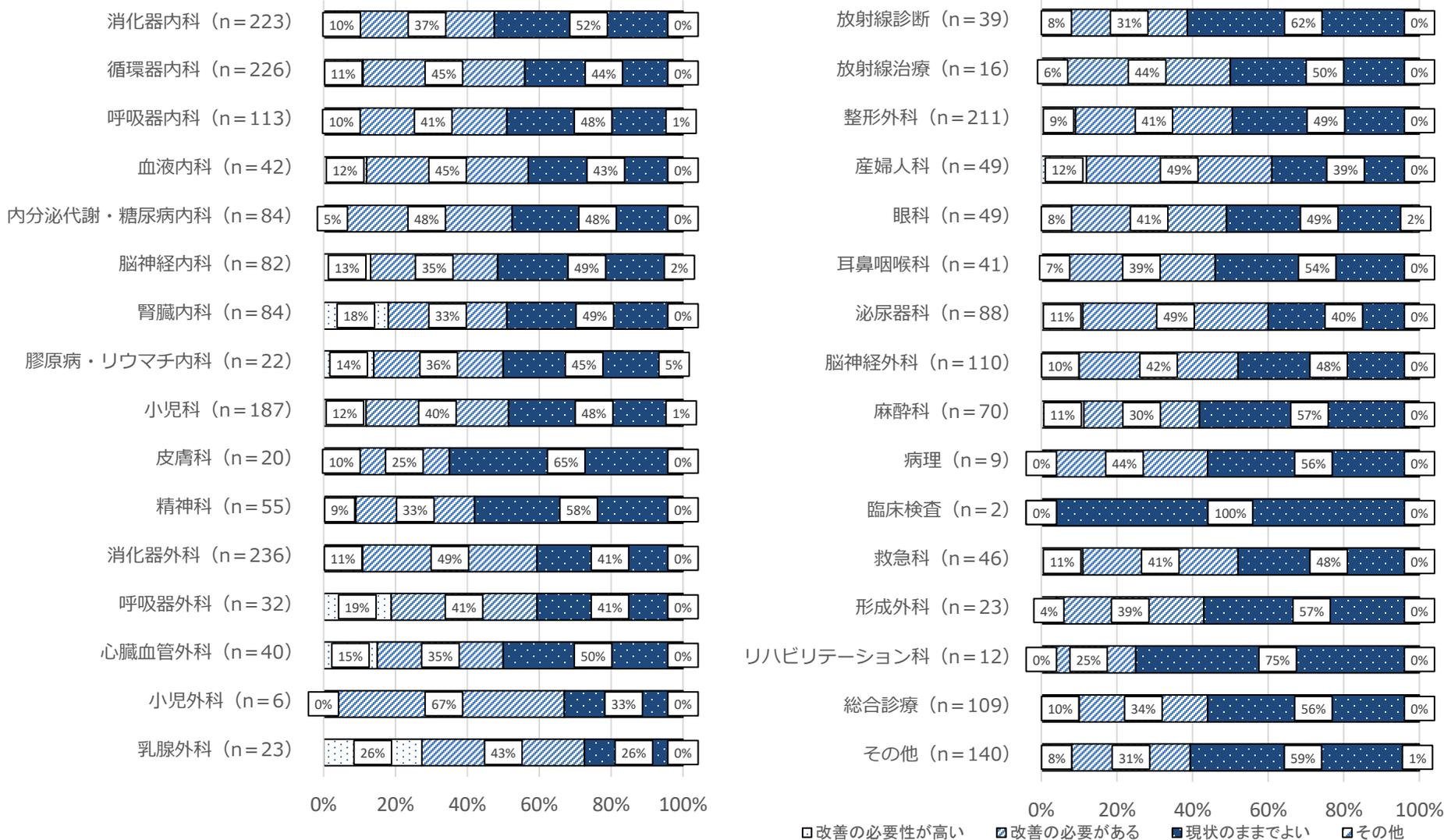
- 改善の必要性が高い
- 改善の必要がある
- 現状のままでよい

## ②「改善の必要性が高い」又は「改善の必要がある」を選択した理由



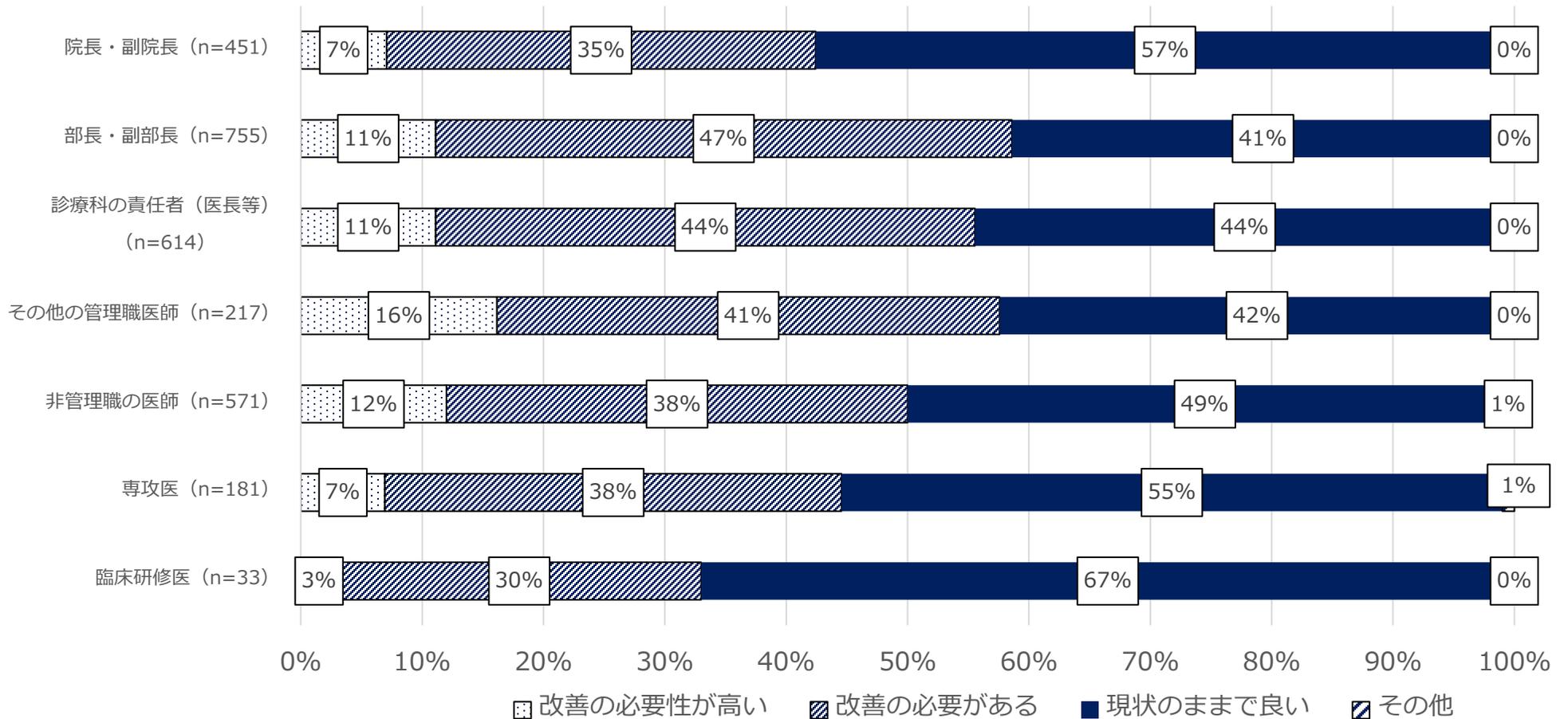
# 診療科別に見た医師の勤務状況の改善の必要性

○ 診療科別に見た医師の勤務状況の改善必要性については、以下のとおりであった。



# 職位別に見た医師の勤務状況の改善の必要性

○ 職位別に見た医師の勤務状況の改善必要性については、部長・副部長、診療科の責任者、その他の管理職医師、非管理職医師においては、「改善の必要性が高い」、「改善の必要がある」を合わせると50%以上となる。一方で、院長・副院長、専攻医、臨床研修医は、「現状のままで良い」との回答が55%以上となった。

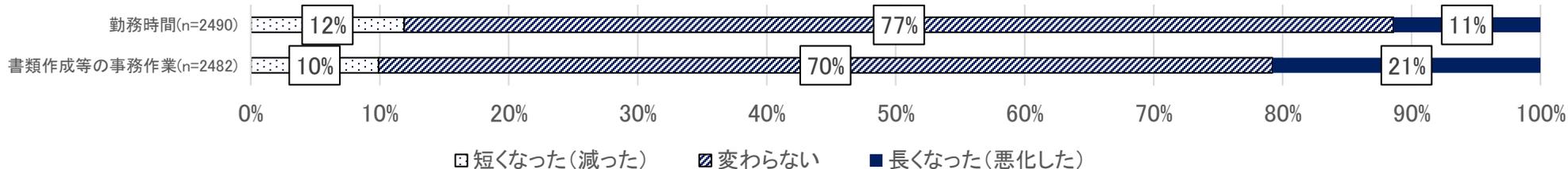


回答した職位別の医師の割合

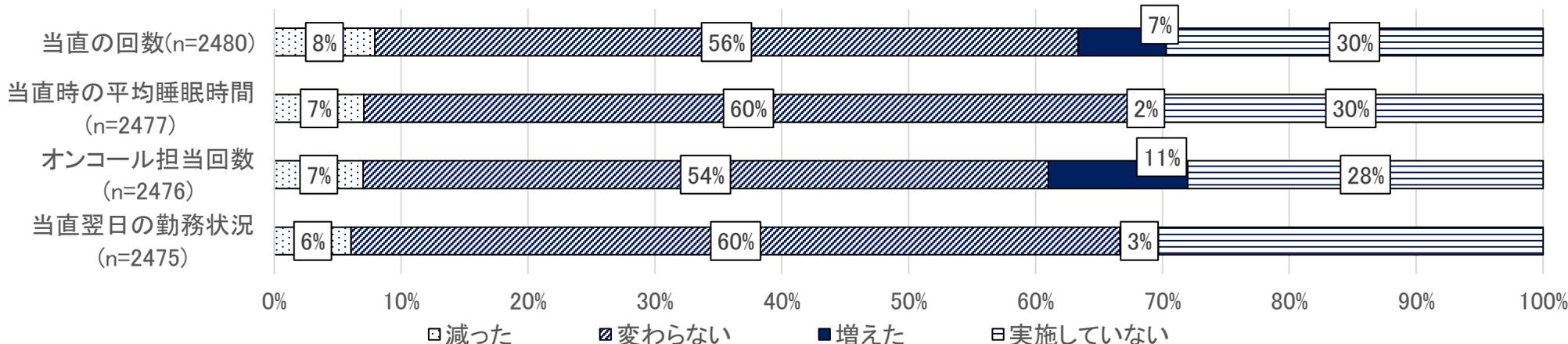
# 医師の勤務状況の以前との比較

- 勤務医への調査において、1年前と比較して、勤務時間が短くなったと回答した勤務医は12%、長くなったと回答した医師は11%であり、変わらないと回答した医師が77%を占めた。
- 当直回数、当直時の睡眠時間等について、例えば当直翌日の勤務状況は、変わらないと回答した医師が60%を占めた。

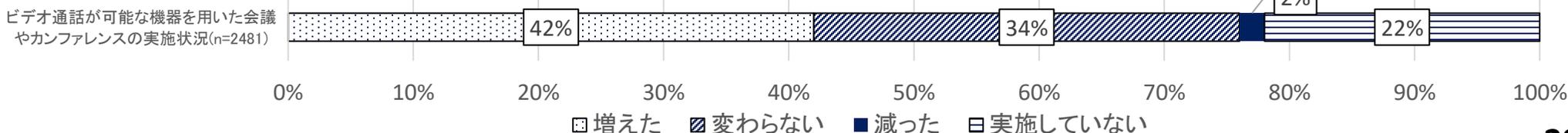
## 1. 勤務時間の状況及び書類作成等の事務作業の状況



## 2. 当直の状況



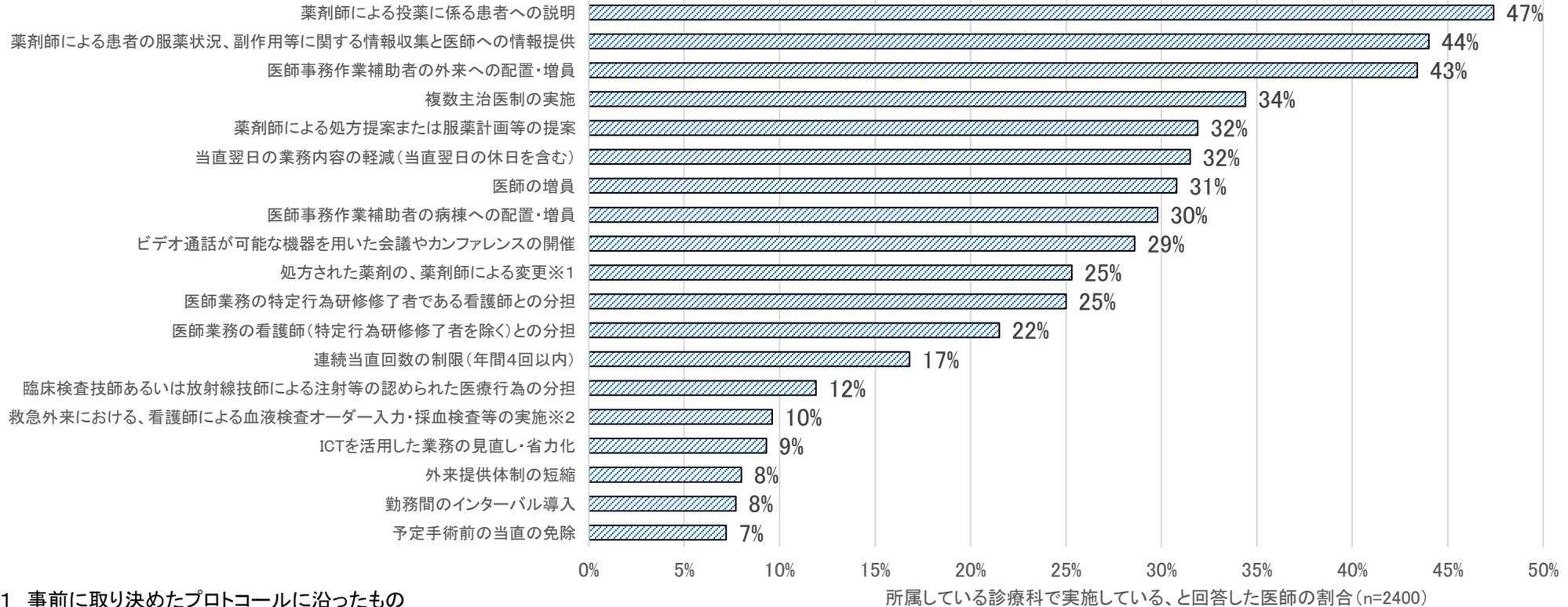
## 3. ICTを活用した取組みの状況



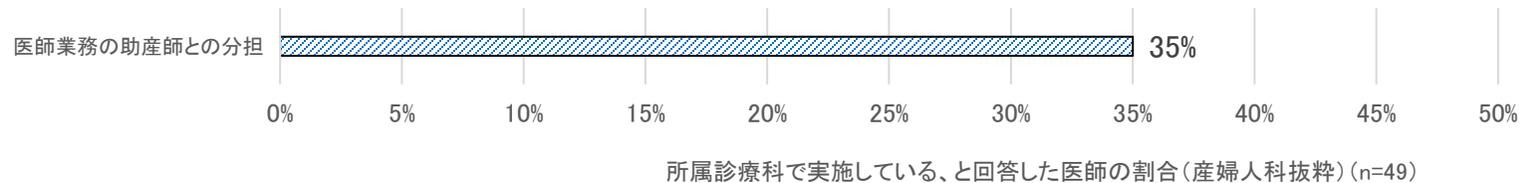
# 医師の負担軽減策の実施状況

○ 所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、薬剤師による投薬に係る患者への説明(47%)、医師事務作業補助者の外来への配置・増員(43%)といった取組が挙げられた。

## 1. 全診療科を対象とした結果



## 2. 産婦人科医に質問した、所属する診療科において「医師業務の助産師との分担」に取り組んでいると回答した医師の割合



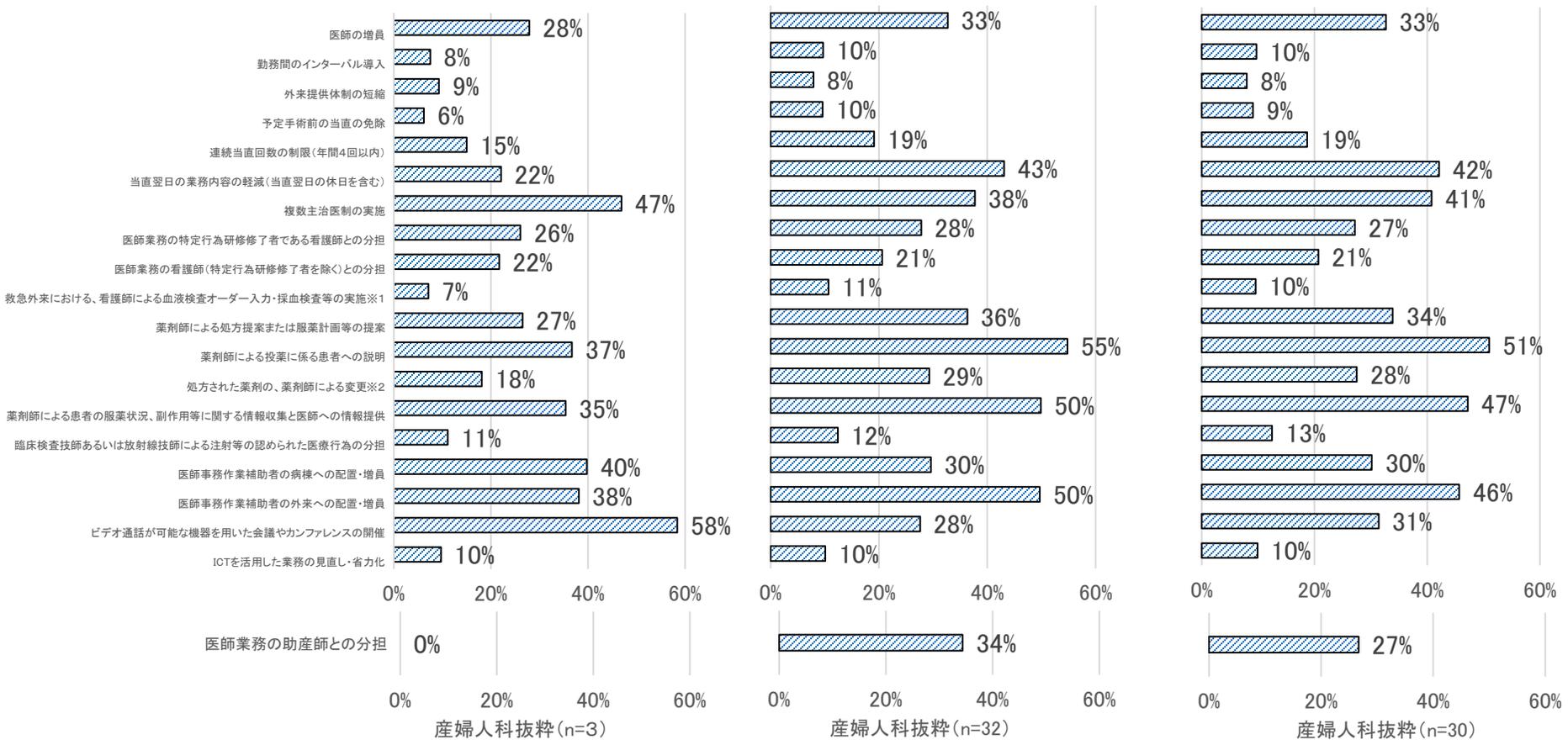
# 医師の負担軽減策の実施状況

○ 施設基準の届出種別による医師の負担軽減策の実施状況を見ると、急性期一般入院基本料1、地域医療体制確保加算と届出施設は、「薬剤師による投薬に係る患者への説明」、「薬剤師による医師への情報提供」の割合が多かった。特定機能病院は「ビデオ通話が可能な機器を用いた会議等の開催」の割合が多かった。

特定機能病院入院基本料 (n=226)

急性期一般入院料1 (n=1370)

地域医療体制確保加算届出施設 (n=1421)



※1 医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づくもの  
 ※2 事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの

1. 働き方改革の推進に係る現状等について
2. 診療報酬における働き方改革に向けたこれまでの取組について

# 診療報酬における働き方改革に向けたこれまでの取組について

○ 診療報酬における働き方改革に関連した主な改定項目を以下のとおり類型化した。

	1) 医師の働き方改革に対する評価				2) タスクシフト、タスクシェアに対する評価	3) 医療従事者の負担軽減等に対する評価	
	① 地域医療体制確保加算	② 勤務環境に特に配慮を要する領域への対応	③ 働き方改革に係る環境整備等の推進	④ 多様な勤務形態の推進			
H20年度			入院時医学管理加算(現総合入院体制加算)等において病院勤務医の負担軽減等の体制整備を評価(3つの診療報酬項目)		医師事務作業補助体制加算の新設		
H22年度			評価対象となる項目を拡大		看護補助者の配置の評価を新設 栄養サポートチーム加算等を新設		
H24年度					病棟薬剤業務実施加算を新設		
H26年度		手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し					
H28年度		重点的な対応が求められる領域について評価の充実・拡大			産休・育休等に係る常勤要件の緩和 脳卒中ケアユニットの夜間の医師の勤務体制の緩和		産休・育休等に係る常勤要件の緩和
H30年度			総合入院体制加算において効果のある負担軽減策を計画に含むことを要件化 評価の対象となる項目を整理		特定行為研修の評価を導入	重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減(必要度Ⅱの導入) 業務の効率化・合理化	
R2年度	地域医療体制確保加算新設			常勤要件の緩和の拡大等		総合入院体制確保加算において、効果のある負担軽減策を計画に含むことを要件化 評価の対象となる項目を整理	重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減(B項目評価方法の見直し)
R4年度	施設基準の見直し						

## 1) 医師の働き方改革に係る取組への評価について

- ① 地域医療体制確保加算
- ② 勤務環境に特に配慮を要する領域への対応
- ③ 働き方改革に係る環境整備等の推進
- ④ 多様な勤務形態の推進

## 2) タスクシェア・タスクシフトに対する評価について

## 3) 医療従事者の負担軽減等に対する評価について

# 地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

- 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

## (新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。



### [算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

### [施設基準]

#### 【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、**年間で2,000件以上**である(※1)こと。

#### 【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「**病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画**」(※2)の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

※1 診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)を対象として、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、**以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。**

- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、**連続当直を行わない勤務体制の実施**
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ **予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮**
- オ **当直翌日の業務内容に対する配慮**
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



# 地域医療体制確保加算の見直し

## 地域医療体制確保加算の見直し

- ▶ 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

### 現行

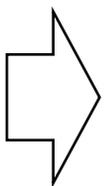
#### 【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 520点

#### 【施設基準】

「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。



### 改定後

#### 【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 **620点**

#### 【施設基準】

「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。

以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。

ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ウ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する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のいずれかであること。

# 地域医療体制確保加算の見直し

## 医師労働時間短縮計画について

- 医師の働き方改革をより実効的に進める観点から、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づく、「医師労働時間短縮計画」作成を求めるとし、「実績」「取込目標」等の記載を求める。

＜参考＞ 現行の要件  
(地域医療体制確保加算)

- |  |
|--|
| ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。  |
| ② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。  |
| ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 |
| ④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。                 |
| ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、 <b>必要な事項を記載</b> すること。(※例示は省略)   |
| ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。  |

### ○労働時間と組織管理（共通記載事項）

- |   |
|---|
| (1) 労働時間数<br>以下の全ての項目について、①前年度実績、②当年度目標及び③計画期間終了年度の目標を記載<br>・ 年間の時間外・休日労働時間数の平均・最長<br>・ 年間の時間外・休日労働時間数960時間超～1,860時間の人数・割合<br>・ 年間の時間外・休日労働時間数1,860時間超の人数・割合  |
| (2) 労務管理・健康管理<br>以下の全ての項目について、①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を記載<br>・ 労働時間管理方法、宿日直許可の有無を踏まえた時間管理<br>・ 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等<br>・ 労使の話し合い、36協定の締結<br>・ 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制<br>・ 追加的健康確保措置の実施(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) |
| (3) 意識改革・啓発<br>以下の項目のうち、最低1つの取組について、①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を計画に記載<br>・ 管理者マネジメント研修<br>・ 働き方改革に関する医師の意識改革<br>・ 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明  |

### ○労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意の取組を記載）

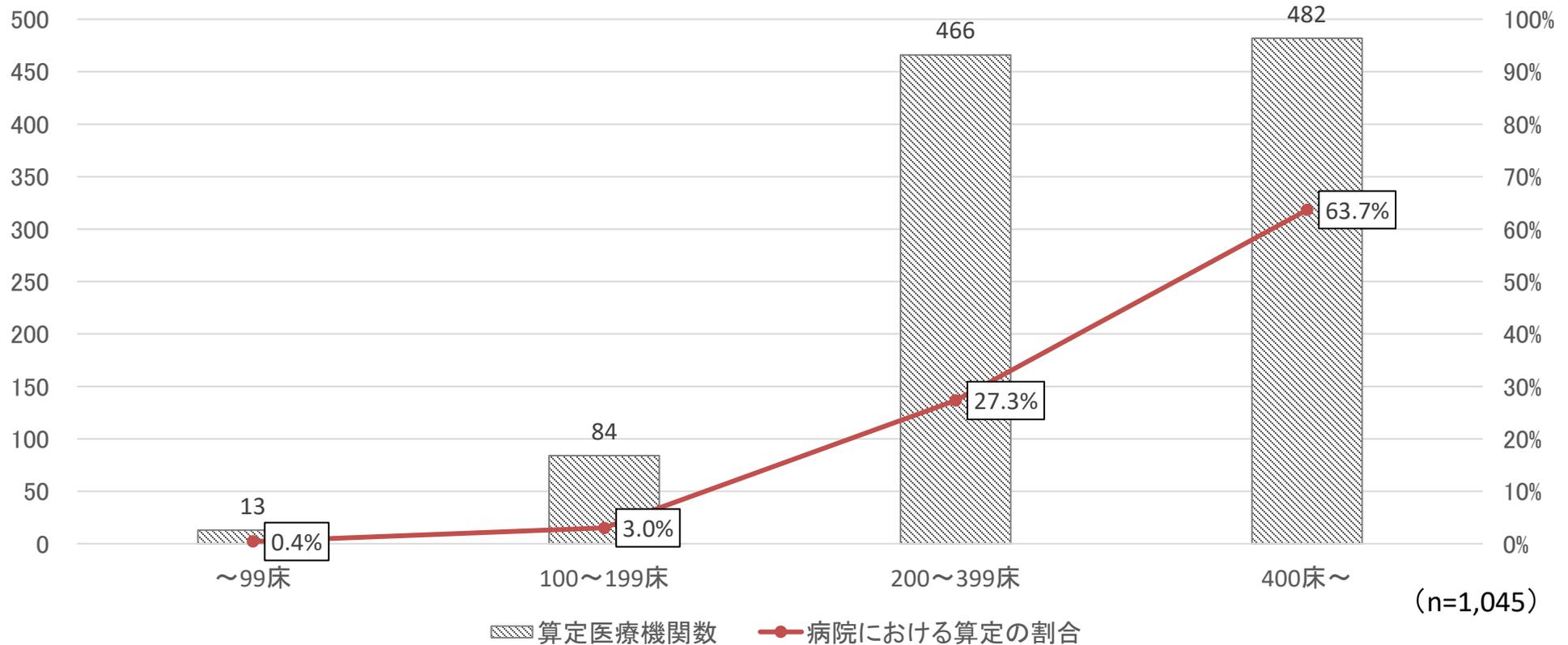
- |  |
|--|
| (1)～(5)それぞれにおいて、最低1つの取組について①計画作成時点における取組実績と②計画期間中の取組目標を計画に記載 |
| (1) タスク・シフト/シェア  |
| (2) 医師の業務の見直し  |
| (3) その他の勤務環境改善(ICT活用、WLB推進等)                                 |
| (4) 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理                                       |
| (5) C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化                              |

# 地域医療体制確保加算の算定状況

○ 地域医療体制確保加算の算定医療機関は直近で1,045医療機関(※)であった。

※ 2022年9月、2020年7月は944医療機関、2021年7月は972医療機関

## 病床規模別の地域医療体制確保加算算定状況



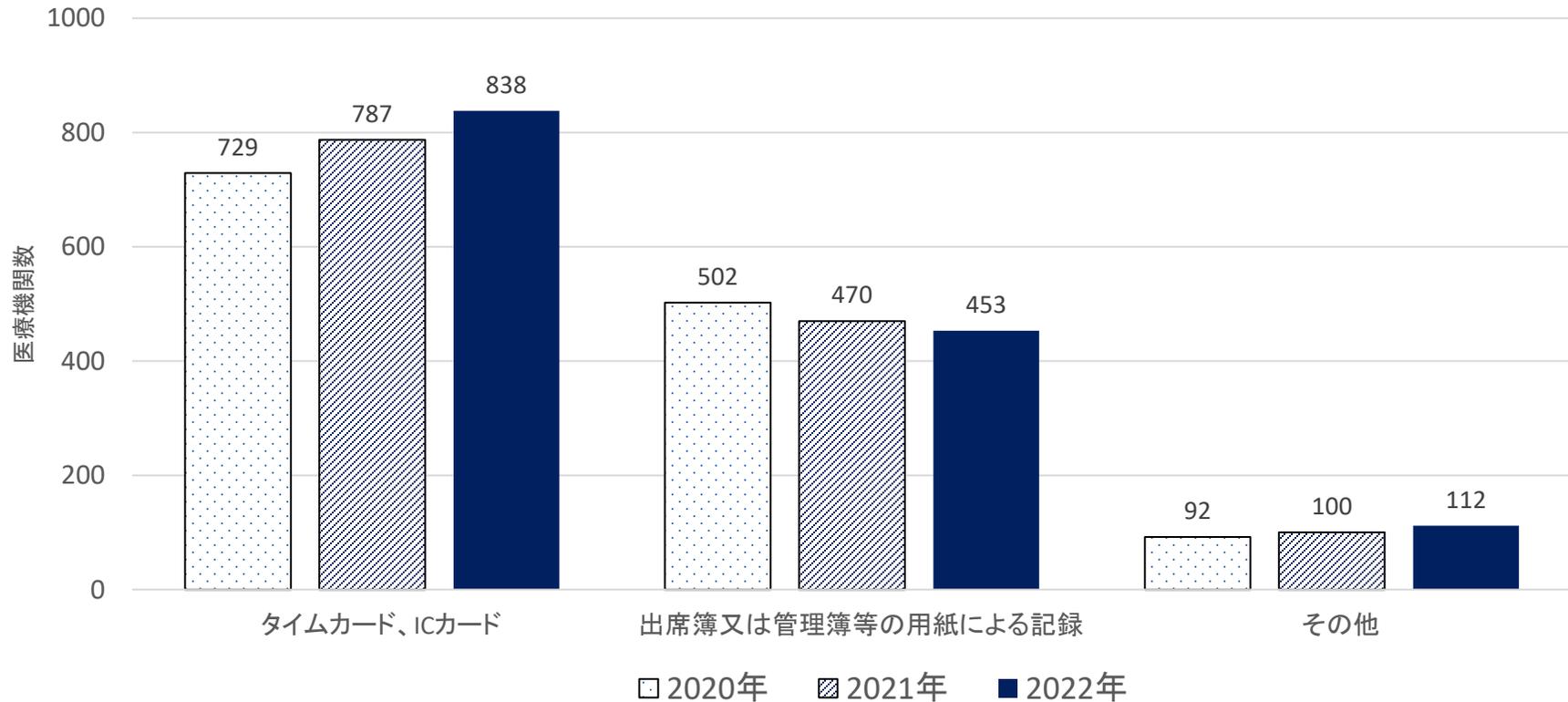
# 地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況①

## 勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

○ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関において、勤務時間の具体的な把握方法として、タイムカード、ICカードによる勤務状況の把握が増加している。

### 勤務時間の具体的な把握方法

(n=1,037)



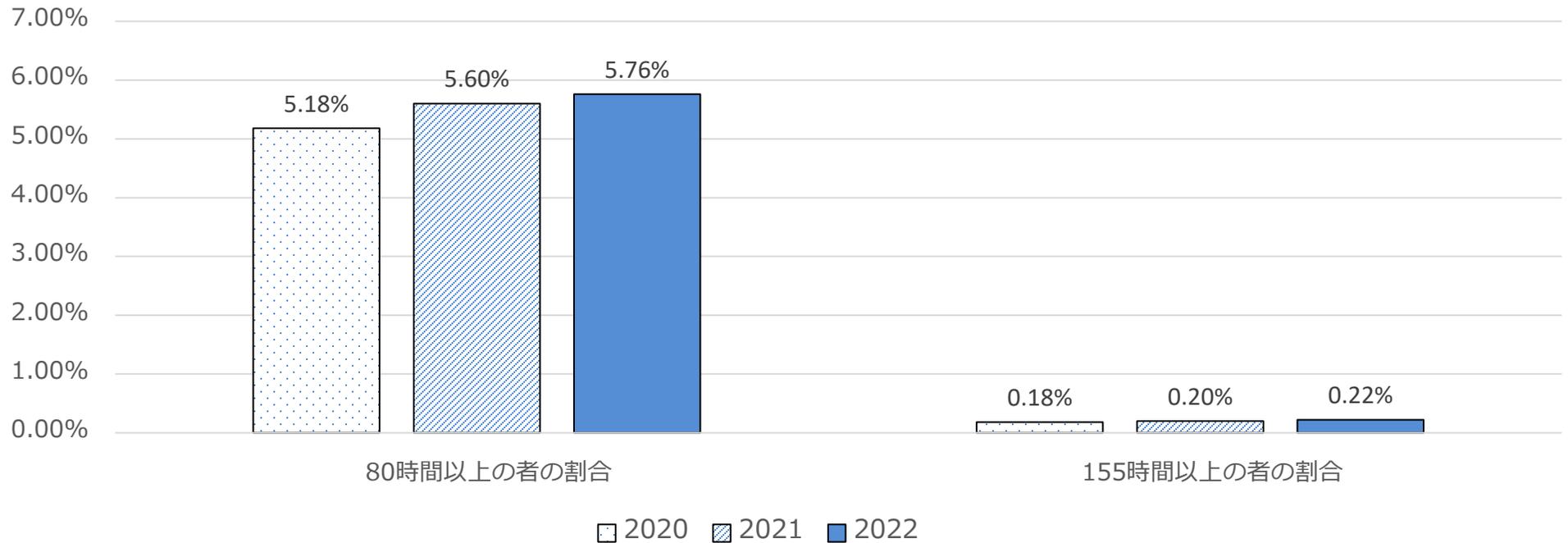
※ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関の2020年、2021年の人数を示しているため、医療機関数は2020年～2022年で同一となっている。

# 地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況②

## 長時間労働している勤務医数の推移

○ 時間外労働の時間が月155時間(年1,860時間相当)以上の医師はごくわずかであるものの、時間外労働時間が月80時間(年960時間相当)以上の医師の割合は、2020年から2022年にかけて増加している。

常勤の医師のうち、超過勤務時間が80時間以上、155時間以上の者の割合



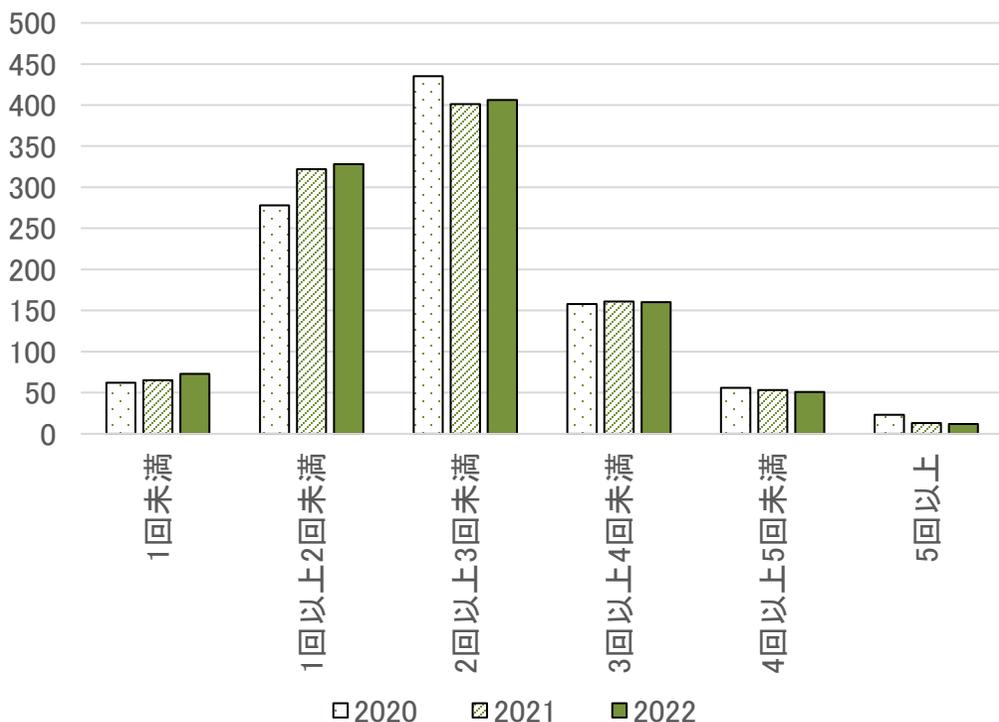
	2020		2021		2022	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
80時間以上の者の人数	6,275	5.18%	6,978	5.60%	7,371	5.76%
155時間以上の者の人数	218	0.18%	251	0.20%	280	0.22%
1037医療機関における常勤医師数合計	121,111	100%	124,651	100%	127,982	100%

# 地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況③

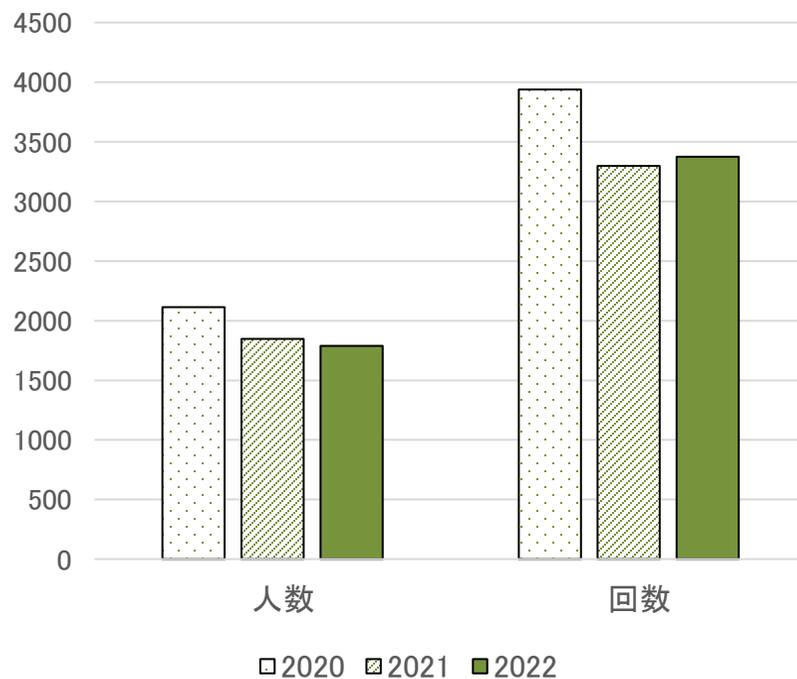
## 宿日直及び連日当直の状況

○ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関において、宿日直(月平均)の回数は、2回未満が増加し、4回以上が減少している。連日当直を実施した者の人数は減少しているが、回数は、2021年から2022年にかけてわずかに増加している。

① 宿日直回数の平均(回/月)  
(n=1,037)



② 連日当直を実施した者の人数及び回数  
(n=1,037)



※ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関の2020年、2021年の人数を示しているため、医療機関数は2020年～2022年で同一となっている。

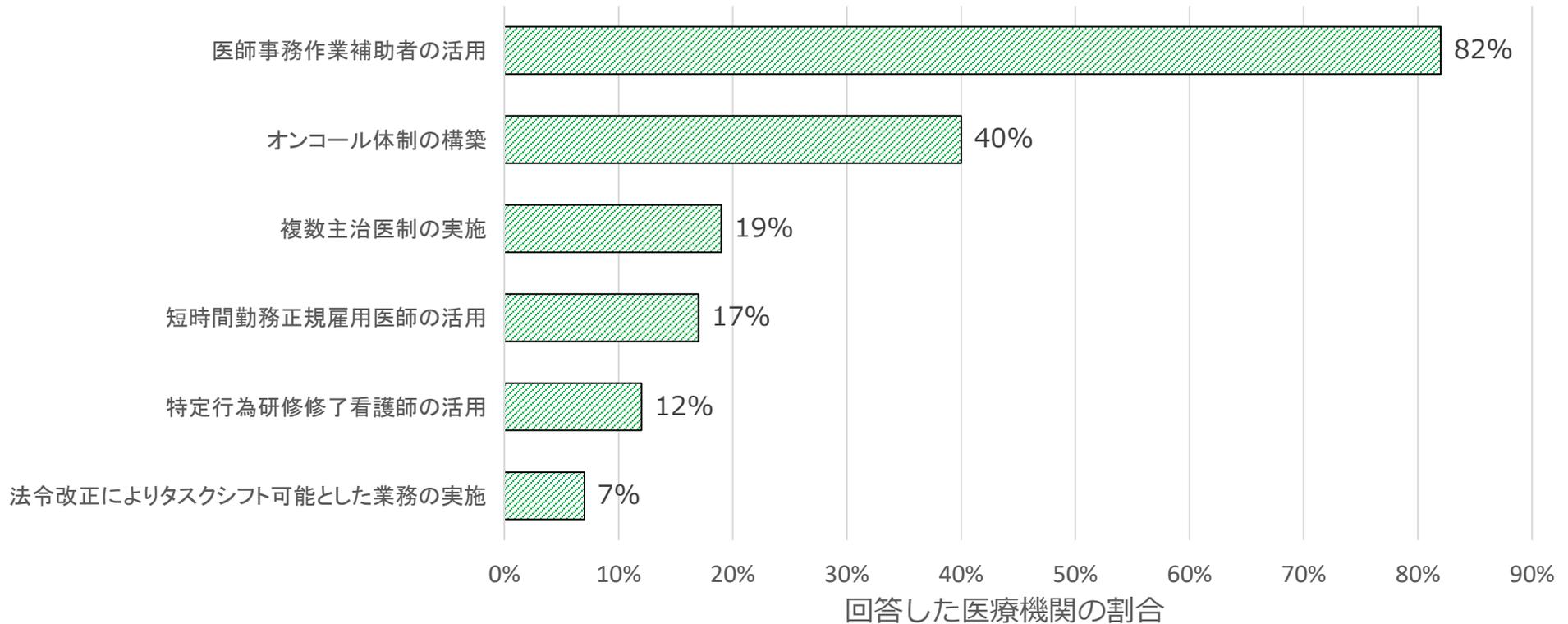
# 地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況④

## B水準・C水準等に相当する医師の、働き方改革に向けた具体的な取組

○ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関において、2022年における働き方改革に向けた具体的な取組については、以下の通りであった。

### 医師の働き方改革に向けた具体的な取り組み

(n=1,037)



## 1) 医師の働き方改革に係る取組への評価について

- ① 地域医療体制確保加算
- ② 勤務環境に特に配慮を要する領域への対応
- ③ 働き方改革に係る環境整備等の推進
- ④ 多様な勤務形態の推進

## 2) タスクシェア・タスクシフトに対する評価について

## 3) 医療従事者の負担軽減等に対する評価について

# 勤務環境に特に配慮を要する領域への対応

- 当直等の負担軽減を図る観点から、勤務環境に特に配慮を要する領域への対応として、手術・処置の休日・時間外・深夜加算の要件等の見直し(平成26年度改定、令和4年度改定)等を実施した。

## (例) 手術・処置の休日・時間外・深夜加算

### (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

#### (2) ~ (4) (略)

・勤務医負担軽減等の実施に係る施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関にて、緊急のための休日等における対象患者に対する手術等を評価。(対象患者)

次に掲げる入院中の患者以外の患者に対する手術。ただし、手術が保険医療機関等の都合により休日等に行われた場合は算定できない。

ア~イ(略)

(主な施設基準)

1~3(略)

4 医師の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として次の体制を整備していること。

(1)当該保険医療機関内に医師の負担軽減等に関して提言するための責任者が配置されていること。(2)~(6)(略)

5 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について次のいずれも実施していること。(1)~(2)(略)

6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。(1)~(7)(略)

7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

(1)交替勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア~キ(略)

(2)チーム制を導入しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア~カ(略)

(3)医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下の又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを厚生(支)局長に届け出ていること。~(略)

ア~イ(略)

8~9(略)



## 勤務医の負担軽減の取組の推進

### 手術及び処置の時間外加算 1 等に係る要件の見直し

- 手術及び処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の要件について、医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践の観点から、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る上限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師 1 人当たりの当直回数に要件を変更する。

#### 現行

##### 【時間外加算 1 ・ 休日加算 1 ・ 深夜加算 1】

##### [施設基準]

手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数

届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日6人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内）であること。



#### 改定後

##### 【時間外加算 1 ・ 休日加算 1 ・ 深夜加算 1】

##### [施設基準]

手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数 **及び 2 日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った日数**

(2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の **各医師について年間 4 日以内** であり、 **かつ、(2)のイの 2 日以上連続で当直を行った回数が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間 4 回以内** であること。

## 1) 医師の働き方改革に係る取組への評価について

- ① 地域医療体制確保加算
- ② 勤務環境に特に配慮を要する領域への対応
- ③ 働き方改革に係る環境整備等の推進
- ④ 多様な勤務形態の推進

## 2) タスクシェア・タスクシフトに対する評価について

## 3) 医療従事者の負担軽減等に対する評価について

# 総合入院体制加算の概要①

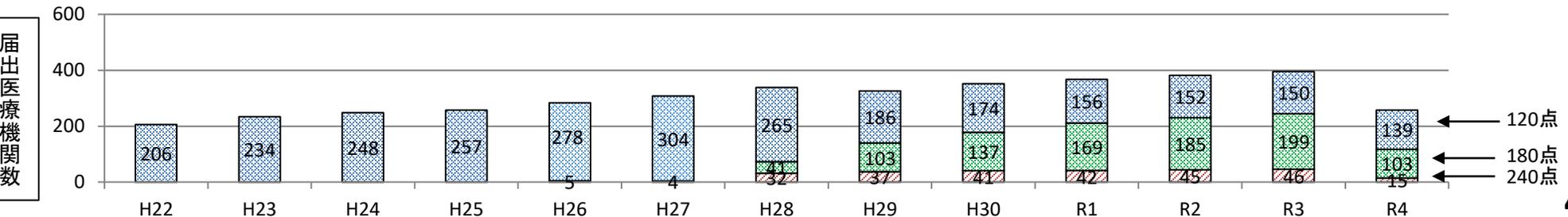
○ 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。</li> <li>内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している。(※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない。) <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 次のいずれにも該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している</li> <li>診療情報提供料Iの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。</li> </ul> </li> <li>イ 紹介受診重点医療機関である。</li> </ul> </li> <li>外来を縮小する体制を有すること。(右記)</li> <li>次のいずれにも該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。</li> <li>イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。</li> </ul> </li> <li>病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。</li> </ul>		
実績要件	<p>(共通要件) 全身麻酔による手術件数が年800件以上</p> <p>ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上  イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上  工 放射線治療(体外照射法)：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上</p>		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす —	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす —
精神科要件	<p>(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること</p> <p>精神患者の入院受入体制がある</p> <p>以下のいずれも満たす  イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出  ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</p> <p>以下のいずれかを満たす  イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出  ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</p>		
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(A2点以上又はC1点以上)		必要度Ⅰ： <b>3割3分以上</b> 必要度Ⅱ： <b>3割以上</b>	必要度Ⅰ： <b>3割以上</b> 必要度Ⅱ： <b>2割7分以上</b>

# 総合入院体制加算の概要②

○ 施設基準に含まれる、医療従事者の勤務環境改善の取組に関する要件は、以下のとおり。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準 (医療従事者の勤務環境改善の取組等)	病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。(中略)		
	<p>ア 当該保険医療機関内に、<u>医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善</u>に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、<u>その改善の必要性等について提言するための責任者を配置</u>すること。</p> <p>イ 当該保険医療機関内に、<u>多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議</u>(以下この項において「委員会等」という。)を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、<u>当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席</u>すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。</p> <p>ウ <u>イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画</u>とすること。また、<u>当該計画を職員に対して周知徹底</u>していること。</p> <p>エ <u>イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。</u>            (イ) <u>外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組</u>(許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)            (ロ) <u>院内保育所の設置</u>(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい。)            (ハ) <u>医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減</u>            (ニ) <u>医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</u>            (ホ) 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる<u>研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減</u>            (ヘ) <u>院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減</u> (ト) <u>看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</u></p> <p>オ <u>医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開</u>すること。</p>		



## 1) 医師の働き方改革に係る取組への評価について

- ① 地域医療体制確保加算
- ② 勤務環境に特に配慮を要する領域への対応
- ③ 働き方改革に係る環境整備等の推進
- ④ 多様な勤務形態の推進

## 2) タスクシェア・タスクシフトに対する評価について

## 3) 医療従事者の負担軽減等に対する評価について

# 多様な勤務形態の推進①

- 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。

# 多様な勤務形態の推進②

## 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、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。

# 断続的な宿日直の許可基準について

## ○断続的な宿日直とは

・本来業務の終了後などに宿直や日直の勤務を行う場合、当該宿日直勤務が断続的な労働と認められる場合には、行政官庁の許可を受けることにより、労働時間や休憩に関する規定は適用されないこととなる。

## ○断続的な宿日直の許可基準（一般的許可基準） ※S22発基17号

・断続的な宿日直の許可基準は以下のとおり。

### 1. 勤務の態様

- ① 常態として、ほとんど労働をする必要のない勤務のみを認めるものであり、定時的巡視、緊急の文書又は電話の收受、非常事態に備えての待機等を目的とするものに限って許可するものであること。
- ② 原則として、通常の労働の継続は許可しないこと。したがって始業又は終業時刻に密着した時間帯に、顧客からの電話の收受又は盗難・火災防止を行うものについては、許可しないものであること。

### 2. 宿日直手当

宿直勤務 1 回についての宿直手当又は日直勤務 1 回についての日直手当の最低額は、当該事業場において宿直又は日直の勤務に就くことの予定されている同種の労働者に対して支払われている賃金の一人 1 日平均額の  $1 / 3$  以上であること。

### 3. 宿日直の回数

許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週 1 回、日直勤務については月 1 回を限度とすること。ただし、当該事業場に勤務する 18 歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべてのものに宿直又は日直をさせてもなお不足であり、かつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて週 1 回を超える宿直、月 1 回を超える日直についても許可して差し支えないこと。

### 4. その他

宿直勤務については、相当の睡眠設備の設置を条件とするものであること。

# 断続的な宿日直の許可基準について

## ○断続的な宿日直の許可基準（医師、看護師等の場合） ※R1基発0701第8号

・医師等の宿日直勤務については、前記の一般的な許可基準に関して、より具体的な判断基準が示されており、以下の全てを満たす場合には、許可を与えるよう取り扱うこととされている。

- ① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。  
(通常の勤務時間が終了していたとしても、通常の勤務態様が継続している間は宿日直の許可の対象にならない。)
- ② 宿日直中に従事する業務は、前述の一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。  
例えば以下の業務等をいう。
  - ・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
  - ・ 医師が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
  - ・ 看護職員が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
  - ・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと
- ③ 宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ること。
- ④ 上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること。

※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能（深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能）

## ○ 宿日直中に通常勤務と同態様の業務が生じてしまう場合

・宿日直中に、通常と同態様の業務（例えば突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等への対応など）がまれにあり得るとしても、一般的には、常態としてほとんど労働することがない勤務と認められれば、宿日直の許可は可能である（宿直の場合には、夜間に十分な睡眠が取り得るものであることも必要。）。

・なお、許可を受けた宿日直中に、「通常と同態様の業務」をまれに行なった場合、その時間については、本来の賃金（割増賃金が必要な場合は割増賃金も）を支払う必要がある。

# 救命救急入院料等の主な施設基準①

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	医師の配置	看護配置	必要度		その他
救命救急 入院料	入院料1	~3日 10,223点 ~7日 9,250点 ~14日 7,897点	187 3,593床	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)	4対1	HCU用	測定評価	救命救急 センターを 有している こと  ※「イ」は 救命救急 入院料 「ロ」は 広範囲熱傷 特定集中 治療管理料 を指す
	入院料2	~3日 11,802点 ~7日 10,686点 ~14日 9,371点	26 200床	・救命救急入院料1の基準 ・特定集中治療室管理料1又は3の基準	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)	2対1	ICU用 (I・II)	I:8・7 II:7・6 割	
	入院料3	イ・ロ:~3日 10,223点 イ・ロ:~7日 9,250点 イ:~14日 7,897点 ロ:~60日 8,318点	80 1,639床	・救命救急入院料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内)	4対1	HCU用	測定評価	
	入院料4	イ・ロ:~3日 11,802点 イ・ロ:~7日 10,686点 イ・ロ:~14日 9,371点 ロ:~60日 8,318点	80 891床	・救命救急入院料2の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備	・専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内)	2対1	ICU用 (I・II)	I:8・7 II:7・6 割	
特定集中 治療室 管理料 (ICU)	管理料1	~7日 14,211点 ~14日 12,633点	141 1,487床	・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上)(治療室内)	2対1	ICU用 (I・II)	I:8割 II:7割	※「イ」は 特定集中治 療室管理料 「ロ」は 広範囲熱傷 特定集中 治療管理料 を指す
	管理料2	イ・ロ:~7日 14,211点 イ:~14日 12,633点 ロ:~60日 12,833点	76 867床	・特定集中治療室管理料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上)(治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内)				
	管理料3	~7日 9,697点 ~14日 8,118点	349 2,365床	・バイオクリーンルームであること	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)			I:7割 II:6割	
	管理料4	イ・ロ:~7日 9,697点 イ:~14日 8,118点 ロ:~60日 8,318点	62 565床	・特定集中治療室管理料3の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内)				
ハイケア ユニット 入院医療 管理料 (HCU)	管理料1	6,855点	621 6,153床	・病床数30床以下	・専任の常勤医師が常時いる (医療機関内)	4対1	HCU用	8割	/
	管理料2	4,224点	30 309床			5対1		6割	
脳卒中ケア ユニット 入院医療管理料 (SCU)		6,013点	194 1,592床	・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 ・病床数30床以下	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務(医療機関内) ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時勤務すれば可	3対1	一般病棟 用 (I・II)	測定評価	脳梗塞、 脳出血、くも 膜下出血が 8割以上

※医療機関数及び病床数は令和4年9月14日中医協総-6-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

# 救命救急入院料等の主な施設基準②

		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	医師の配置	看護 配置	その他
小児特定集中 治療室 管理料 (PICU)		～7日 16,317点	9 100床	15歳未満(小児慢性特定疾病医療支援の 対象であれば20歳未満)であって、定められ た状態にあり、医師が必要と認めたものが 対象。 算定は14日(急性血液浄化、心臓手術ハイ リスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫 症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、 ECMOを必要とする状態の患者にあつては 35日)を限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 8床以上設置</li> <li>・ 以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期 治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が 直近1年間で50名以上(そのうち、入院後 24時間以内に人工呼吸を実施した患者 が30名以上)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専任の医師が 常時勤務(うち2名 以上がPICU勤務 経験を5年以上) (治療室内)</li> </ul>	2対1	小児入院 医療管理料1 の医療機関で あること
		8日～ 14,211点						
新生児 特定集中 治療室 管理料 (NICU)	管理料 1	10,539点	80 751床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた 患者が対象。 算定は通算して21日(出生体重1500g以上で 厚生労働大臣が定める疾患で入院している 児は35日、出生時体重1000g未満の児は 90日、出生体重1000～1500gの児は60日)を 限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専任の医師が常時、当該治療室内に勤務</li> <li>・ 以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の 患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専任の医師が 常時勤務 (治療室内)</li> </ul>	3対1	/
	管理料 2	8,434点	149 885床					
総合周産 期特定 集中 治療室 管理料 (MFICU)	管理料 1	7,381点	134 857床	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの 高い妊娠と認められる妊産婦であつて、定め られた状態にあり、医師が必要であると認め た者に対して算定する。算定は14日を限度と する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専任の医師が常時当該治療室内に勤務</li> <li>・ 帝王切開が必要な場合、30分以内に児の 娩出が可能となるよう医療機関内に各職員 を配置</li> <li>・ 3床以上設置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専任の医師が 常時勤務 (治療室内)</li> </ul>	3対1	総合/地域周 産期母子医療 センターであ ること
	管理料 2	10,539点	134 1,755床					
新生児治療 回復室 入院医療 管理料 (GCU)		5,697点	200 2,899床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた 患者が対象。算定は30日(出生時体重が 1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で 入院している児は50日、出生体重が1000g 未満の児は120日、出生体重が1000～1500g の児は90日)を限度とする。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専任の小児科 医師の常勤医師 (医療機関内)</li> <li>※ 週3日以上勤務して おり、かつ、22時間 以上の勤務を行って いる専任の小児科の 非常勤医師でも可</li> </ul>	6対1	/

※医療機関数及び病床数は令和4年9月14日中医協総-6-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

## 1) 医師の働き方改革に係る取組への評価について

- ① 地域医療体制確保加算
- ② 勤務環境に特に配慮を要する領域への対応
- ③ 働き方改革に係る環境整備等の推進
- ④ 多様な勤務形態の推進

## 2) タスクシェア・タスクシフトに対する評価について

## 3) 医療従事者の負担軽減等に対する評価について

(再掲)

【参考】 現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例 (1)

【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について  
(令和3年9月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知)

看護師

- ① 特定行為 (38行為21区分) の実施
- ② 事前に取り決めたプロトコール (※) に基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
- ③ 救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施
- ④ 血管造影・画像下治療 (IVR) の介助
- ⑤ 注射、採血、静脈路の確保等
- ⑥ カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
- ⑦ 診察前の情報収集

助産師

- ① 院内助産 ② 助産師外来

薬剤師

- ① 周術期における薬学的管理等
- ② 病棟等における薬学的管理等
- ③ 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
- ④ 薬物療法に関する説明等
- ⑤ 医師への処方提案等の処方支援
- ⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

診療放射線技師

- ① 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
- ② 画像誘導放射線治療 (IGRT) における画像の一次照合等
- ③ 放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等
- ④ 血管造影・画像下治療 (IVR) における補助行為
- ⑤ 病院又は診療所以外の場所での医師が診察した患者に対するエックス線の照射
- ⑥ 放射線検査等に関する説明、同意書の受領
- ⑦ 放射線管理区域内での患者誘導
- ⑧ 医療放射線安全管理責任者

臨床検査技師

- ① 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
- ② 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認
- ③ 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定
- ④ 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引
- ⑤ 検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為
- ⑥ 病棟・外来における採血業務
- ⑦ 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞 (幹細胞等) ・胚細胞に関する操作
- ⑧ 輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
- ⑨ 救急救命処置の場における補助行為の実施
- ⑩ 細胞診や超音波検査等の検査所見の記載
- ⑪ 生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
- ⑫ 病理診断における手術検体等の切り出し
- ⑬ 画像解析システムの操作等
- ⑭ 病理解剖

臨床工学技士

- ① 心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作
- ② 人工呼吸器の設定変更
- ③ 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血
- ④ 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引
- ⑤ 人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑥ 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑦ 血液浄化装置のバスキュラーアクセスへの接続を安全かつ適切に実施する上で必要となる超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確認
- ⑧ 全身麻酔装置の操作
- ⑨ 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入
- ⑩ 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備
- ⑪ 手術室や病棟等における医療機器の管理
- ⑫ 各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為
- ⑬ 生命維持管理装置を装着中の患者の移送

(再掲)

【参考】 現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例 (2)

【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

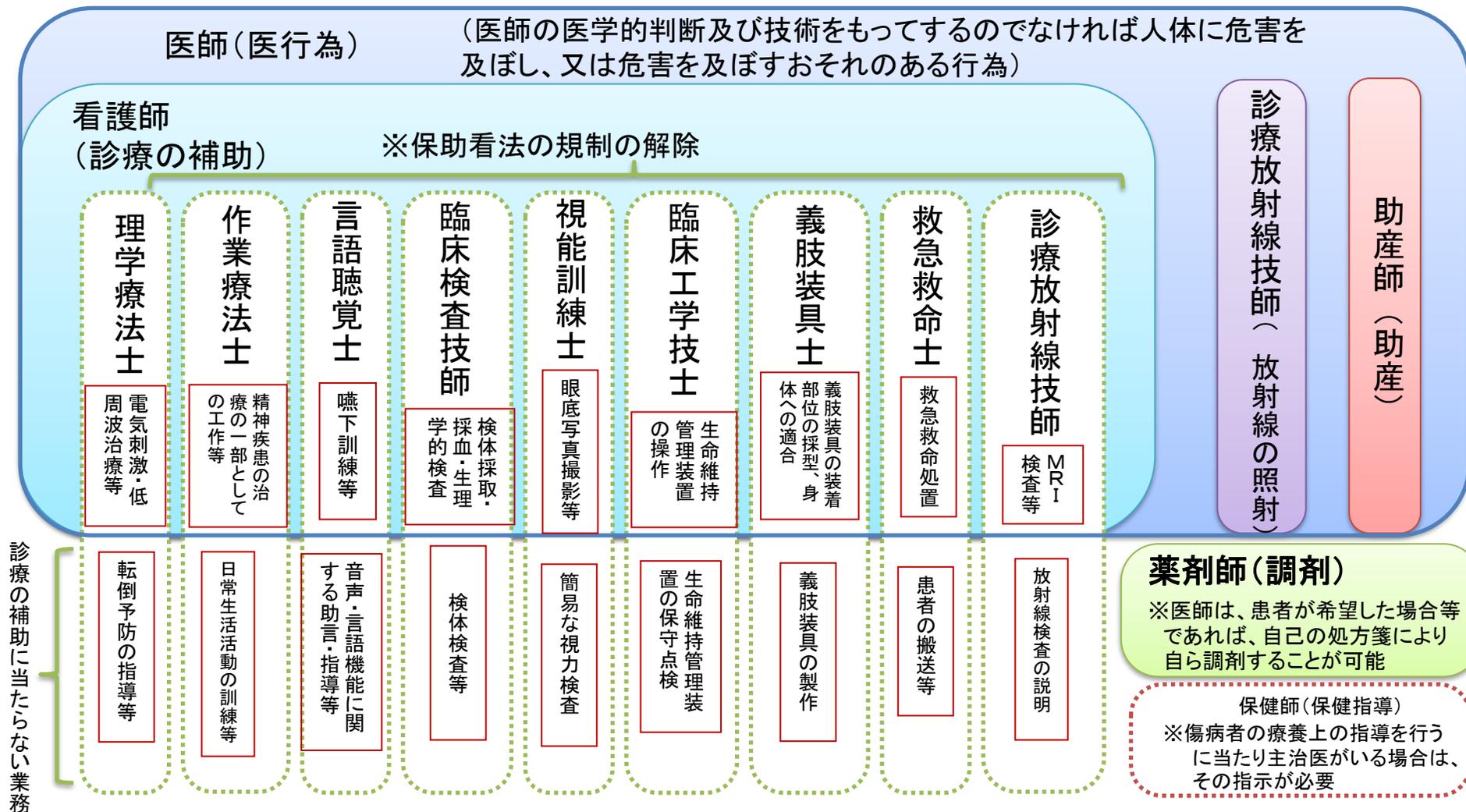
理学療法士	視能訓練士
① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付	① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力 ② 視機能検査に関する検査結果の報告書の記載
作業療法士	義肢装具士
① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付 ② 作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等	① 義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等 ② 装具を用いた足部潰瘍の免荷 ③ 切断者への断端管理に関する指導
言語聴覚士	救急救命士
① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付 ② 侵襲性を伴わない嚥下検査 ③ 嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択 ④ 高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等	① 病院救急車による患者搬送の際の患者観察 ② 救急外来等での診療経過の記録 ③ 救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応

【その他職種にかかわらずタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

- ① 診療録等の代行入力（電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力）
- ② 各種書類の記載（医師が最終的に確認または署名（電子署名を含む。）することを条件に、損保会社等に提出する診断書、介護保険主治医意見書等の書類、紹介状の返書、診療報酬等の算定に係る書類等を記載する業務）
- ③ 医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務
- ④ 日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領（日常的に行われる検査について、医療機関の定めた定型的な説明を行う、又は説明の動画を閲覧してもらった上で、患者又はその家族から検査への同意書を受領）
- ⑤ 入院時のオリエンテーション（医師等から入院に関する医学的な説明を受けた後の患者又はその家族等に対し、療養上の規則等の入院時の案内を行い、入院誓約書等の同意書を受領）
- ⑥ 院内での患者移送・誘導
- ⑦ 症例実績や各種臨床データの整理、研究申請書の準備、カンファレンスの準備、医師の当直表の作成等の業務

# 診療の補助について（歯科領域を除く）

- 業務独占とされている職種は、医師、薬剤師、助産師、看護師及び診療放射線技師。
- 診療放射線技師とその他の医療関係職種については、看護師の業務独占を一部解除する形で、診療の補助の一部を実施することができる。
- 医師の指示の必要性の有無は医療関係職種の行う行為が診療の補助に該当するか否かによって決まることになり、当該行為が行われる場所とは関連がない。



# 病院勤務医の事務負担の軽減

## 医師事務作業補助体制加算(平成20年度改定において新設)

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことが要件となっている。

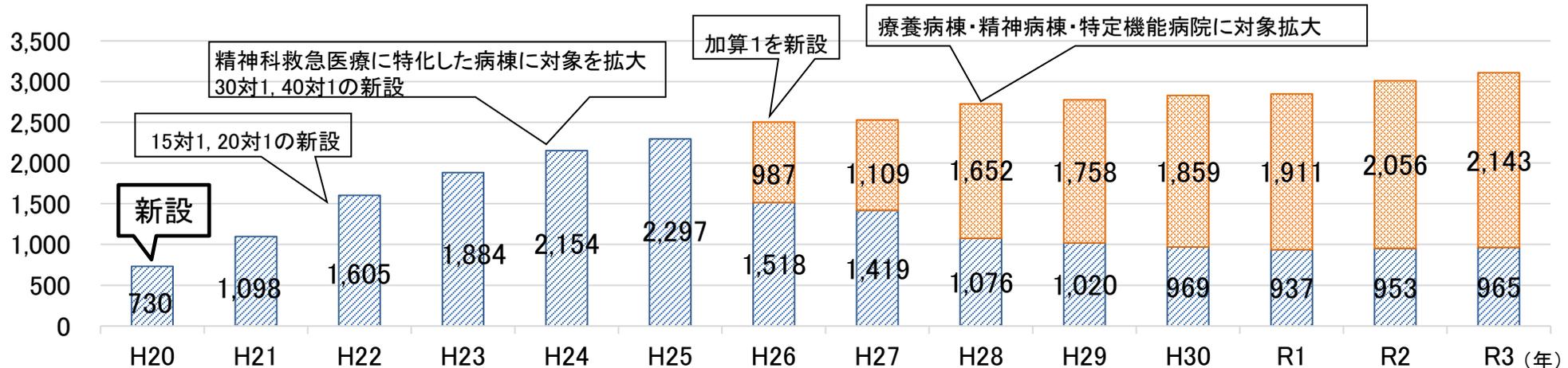
※ ①(必須)及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (必須)
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	1,050点/975点
20対1	835点/770点
25対1	705点/645点
30対1	610点/560点
40対1	510点/475点
50対1	430点/395点
75対1	350点/315点
100対1	300点/260点

## 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移

(医療機関数)



■ 医師事務作業補助体制加算2(平成25年以前の医師事務作業補助体制加算)

■ 医師事務作業補助体制加算1

出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日)

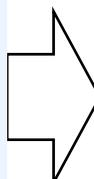
## 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

### 医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

- 医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算1及び2について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価とする。

#### 現行

医師事務作業補助体制加算1の施設基準  
 医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに基準を満たしていること。  
 (新設)



#### 改定後

医師事務作業補助体制加算1の施設基準  
(削除)

当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。

※ 医師事務作業補助体制加算2については上記要件を設けない

(※) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

### 医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

#### 現行

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
1.5対1	970点	910点
2.0対1	758点	710点
2.5対1	630点	590点
3.0対1	545点	510点
4.0対1	455点	430点
5.0対1	375点	355点
7.5対1	295点	280点
10.0対1	248点	238点



#### 改定後

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
1.5対1	<u>1,050点</u>	<u>975点</u>
2.0対1	<u>835点</u>	<u>770点</u>
2.5対1	<u>705点</u>	<u>645点</u>
3.0対1	<u>610点</u>	<u>560点</u>
4.0対1	<u>510点</u>	<u>475点</u>
5.0対1	<u>430点</u>	<u>395点</u>
7.5対1	<u>350点</u>	<u>315点</u>
10.0対1	<u>300点</u>	<u>260点</u>

# 第8次医療計画における 特定行為研修に係る目標値の考え方

令和4年12月5日

第30回医道審議会保健師助産師看護師分科会  
看護師特定行為・研修部会

資料  
2  
※一部改変

## ■ 特定行為研修修了者の就業者数の目標値についての基本的な考え方と算出例

1

在宅・慢性期領域の就業者数

### 【算出例】

- 看護師数が常勤換算5名以上の訪問看護ステーションに、特定行為研修修了者各1名以上の配置する場合の就業者数
- 地域の訪問看護ステーションの特定行為研修への受講ニーズ調査から算出
- 在宅医療を支える医療機関における同行訪問を行う特定行為研修就業者数
- 療養病棟等に1名以上配置する場合の就業者数 等

例

全訪問看護ステーション数：100

うち、看護師が常勤換算で5名以上の訪問看護ステーション数：40

40の訪問看護ステーションに1名以上の修了者：40  
箇所×1名 = **40名以上**

2

新興感染症等の有事に対応可能な  
就業者数

### 【算出例】

- 有事に、ICUや救命救急等の集中治療を担う全ての病棟において、機動的かつ流動的な対応が可能となる特定行為研修修了者の人数（例えば、診療報酬の施設基準に係る看護師以外に2名以上配置、等）
- 新型コロナウイルス感染症の重症患者を受け入れている医療機関のニーズ 等

例

特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟数：35

救命救急入院料を算定する病棟数：15

上記の各病棟に最低2名以上の配置：

2名×35 = **100名以上**

3

医療機関における看護の質の向上と  
タスク・シフト/シェアに資する就業者数

### 【算出例】

- 医療機関の看護師の特定行為研修への受講ニーズ
- 医師労働時間短縮計画の作成対象となる医療機関や、総合入院体制加算を算定する医療機関における特定行為研修修了者の養成ニーズ調査等から算出（例えば、医療機関が以下のように算出したものの積み上げ。  
・高度急性期病棟に各勤務帯1名以上、毎日配置するために必要な人数  
・外科病棟に日勤帯に1名以上、毎日配置するために必要な人数） 等 等

①～③の合計 + α（その他、地域の実情に応じて都道府県独自の観点で目標数を追加）

都道府県ごとの特定行為研修修了者の就業者の目標値

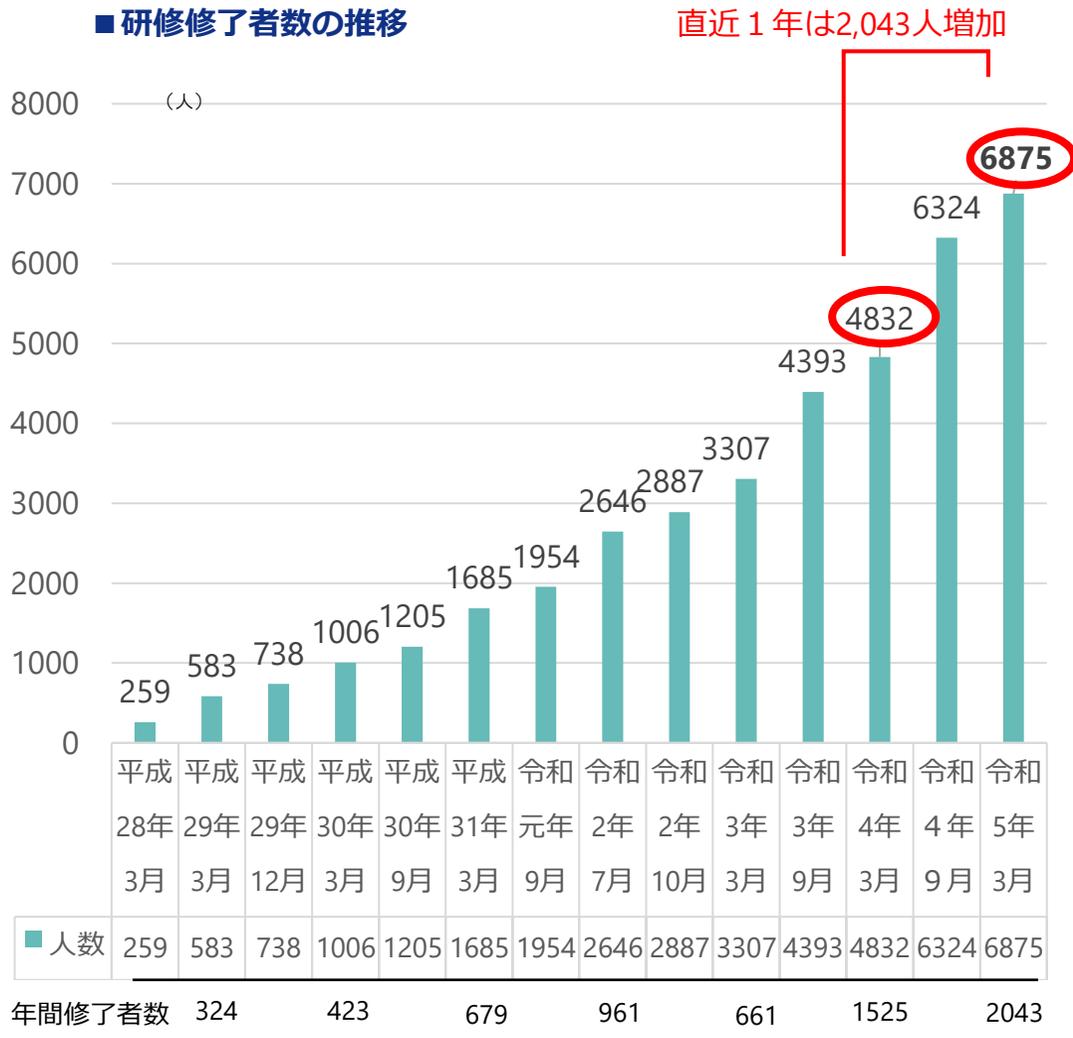
# 特定行為研修の現状（指定研修機関数・研修修了者の推移）

- 特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和5年2月現在で360機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は5,143人である。
- 特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和5年3月現在で6,875名である。

## ■ 指定研修機関数の推移

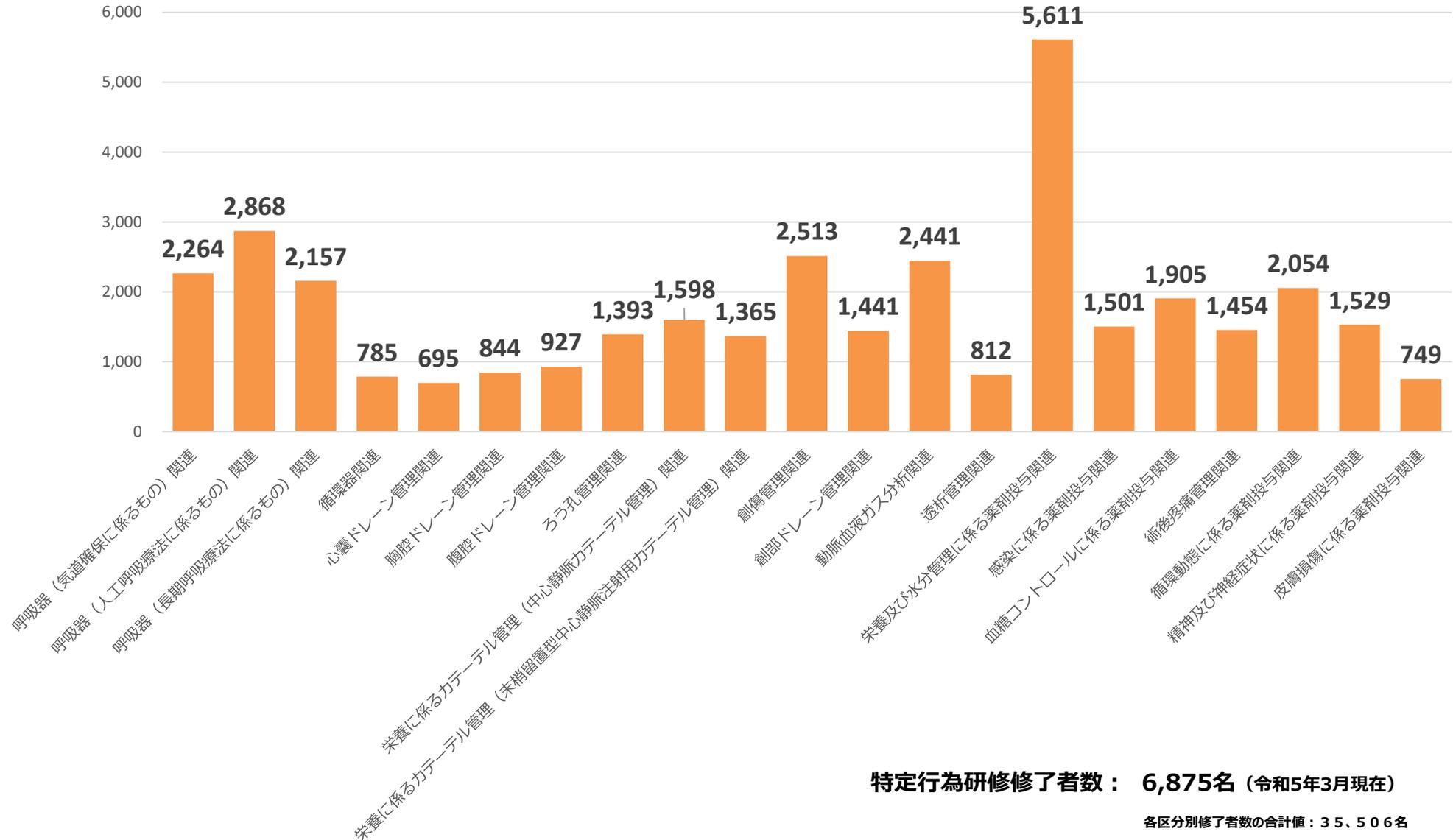


## ■ 研修修了者数の推移



# 特定行為研修を修了した看護師数（特定行為区分別）

(名)



特定行為研修修了者数：6,875名（令和5年3月現在）

各区分別修了者数の合計値：35,506名

（看護課調べ）

# 特定行為研修に係る診療報酬上の評価（平成30年度改定）

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p><b>■ B001・20 糖尿病合併症管理料</b>                      [算定要件]                      糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合に月に1回に限り算定                      [施設基準]                      糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が1名以上配置されていること。</p>	<p>○以下の2区分とも修了した場合                      ・創傷管理関連                      ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連</p>
<p><b>■ B001・27 糖尿病透析予防指導管理料</b>                      [算定要件]                      糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。                      [施設基準]                      透析予防診療チームが設置されており、専任の看護師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有し、かつ、この間に通算1000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了した者。</p>	<p>○血糖コントロールに係る薬剤投与関連</p>
<p><b>■ C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料</b>                      [算定要件]                      重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。                      [施設基準]                      在宅褥瘡対策チームが設置されていること。在宅褥瘡対策チームの医師、看護師（又は保健師、助産師）のいずれか1名以上は、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。                      ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者                      イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者</p>	<p>○創傷管理関連</p>
<p><b>■ A301 特定集中治療室管理料1及び2</b>                      [算定要件]                      1回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間1回に限り算定できる。対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた患者。                      ア 意識障害又は昏睡                      イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪                      ウ 急性心不全（心筋梗塞含む）                      エ 急性薬物中毒                      オ ショック                      [施設要件]                      集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。</p>	<p>○以下の8区分をすべて修了した場合                      ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連                      ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連                      ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連                      ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連                      ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連                      ・循環動態に係る薬剤投与関連                      ・術後疼痛管理関連                      ・循環器関連</p> <p>○以下のパッケージ研修を修了した場合（令和4年度改定～）                      ・外科術後病棟管理領域                      ・術中麻酔管理領域                      ・救急領域                      ・集中治療領域</p>



# 特定行為研修に係る診療報酬上の評価（令和4年度改定）①

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p> <b>■ A230-4 精神科リエゾンチーム加算</b>  <b>■ A233-2 栄養サポートチーム加算</b>  <b>■ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</b>  <b>■ A242 呼吸ケアチーム加算</b>  <b>■ A242-2 術後疼痛管理チーム加算</b> </p> <p>〔施設基準〕            国又は医療関係団体等が主催する研修（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。            （※加算によっては一部表現の違いあり）</p>	<p> <b>【精神科リエゾンチーム加算】</b>            ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連         </p> <p> <b>【栄養サポートチーム加算】</b>            以下の3区分をすべて修了した場合            ・栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連            ・栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連            ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連         </p> <p> <b>【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】</b>            ・創傷管理関連         </p> <p> <b>【呼吸ケアチーム加算】</b>            以下の2区分をすべて修了した場合            ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連            ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連         </p> <p> <b>【術後疼痛管理チーム加算】</b>            ・術後疼痛管理関連            ・パッケージ研修のうち、            外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域、外科系基本領域         </p>
<p> <b>■ C004 重症患者搬送加算（救急搬送診療料）</b> </p> <p>〔算定要件〕            救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、日本集中治療医学会の定める指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。</p> <p>〔施設基準〕            (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される重症患者搬送チームが設置されていること。            ア 集中治療の経験を5年以上有する医師            イ 看護師            ウ 臨床工学技士            (3) (1)のイに掲げる看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師であることが望ましいこと。また、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。</p>	<p>           ○以下の8区分をすべて修了した場合            ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連            ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連            ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連            ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連            ・循環動態に係る薬剤投与関連            ・術後疼痛管理関連            ・循環器関連            ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連         </p> <p>           ○以下のパッケージ研修を修了した看護師            ①外科術後病棟管理領域            ②術中麻酔管理領域            ③救急領域            ④集中治療領域         </p>

# 特定行為研修に係る診療報酬上の評価（令和4年度改定）②

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p><b>■ A300/A301 重症患者対応体制強化加算（救命救急入院料、特定集中治療室管理料）</b>            [算定要件]            重症患者の対応に係る体制につき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室に入院している患者について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]            (1) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師（以下「常勤看護師」という。）が1名以上配置されていること。            (3) 常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師が2名以上配置されていること。            (4) (3)に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講すること。            ア 国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修            イ 保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修</p>	<p>○以下の8区分をすべて修了した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸器（気道確保に係るもの）関連</li> <li>・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連</li> <li>・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</li> <li>・血糖コントロールに係る薬剤投与関連</li> <li>・循環動態に係る薬剤投与関連</li> <li>・術後疼痛管理関連</li> <li>・循環器関連</li> <li>・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</li> </ul> <p>○以下のパッケージ研修を修了した看護師</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①外科術後病棟管理領域</li> <li>②術中麻酔管理領域</li> <li>③救急領域</li> <li>④集中治療領域</li> </ol>
<p><b>■ A300/A301/A301-2・3・4 早期離床・リハビリテーション加算（救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料）</b>            [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室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、入室した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]            (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。            ア 集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師            イ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師            ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士            (4) (1)のイに掲げる集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。</p>	<p>○以下の8区分をすべて修了した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸器（気道確保に係るもの）関連</li> <li>・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連</li> <li>・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</li> <li>・血糖コントロールに係る薬剤投与関連</li> <li>・循環動態に係る薬剤投与関連</li> <li>・術後疼痛管理関連</li> <li>・循環器関連</li> <li>・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</li> </ul> <p>○以下のパッケージ研修を修了した看護師</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①外科術後病棟管理領域</li> <li>②術中麻酔管理領域</li> <li>③救急領域</li> <li>④集中治療領域</li> </ol>

# 特定行為研修に係る診療報酬上の評価（令和4年度改定）③

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p><b>■ 専門性の高い看護師による同行訪問（訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)の八)</b>            [算定要件]            悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に対して、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。            [届出基準]            当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。            ※在宅患者訪問看護・指導料の3、同一建物居住者訪問看護・指導料の3についても同様。</p>	<p>○以下の研修を修了した看護師            ・創傷管理関連</p>
<p><b>■ 機能強化型訪問看護管理療養費1～3（訪問看護管理療養費）</b>            [届出基準]            専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましい。なお、ここでいう専門の研修とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。また、当該看護師は、当該訪問看護ステーション、地域の訪問看護ステーション又は地域の保険医療機関等に対して、当該看護師の有する専門的な知識及び技術に応じて、質の高い在宅医療や訪問看護の提供の推進に資する研修等を実施していることが望ましい。</p>	<p>○特定行為研修修了者である看護師（いずれの区分、領域別パッケージでも可）</p>
<p><b>■ 専門管理加算の「ロ」（訪問看護管理療養費）</b>            [算定要件]            緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。  <input type="checkbox"/> 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合            [届出基準]  <input type="checkbox"/> 保健師助産師看護師法（昭和三十二年法律第二百三十三号）第三十七条の二第二項第五号に規定する指定研修機関において、同項第一号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。            ※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の専門管理加算についても同様。</p>	<p>○以下の研修を修了した看護師            ①以下のいずれかの区分を修了した看護師            ・呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連            ・ろう孔管理関連            ・創傷管理関連            ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連            ②在宅・慢性期領域（パッケージ研修）</p>
<p><b>■ C007/I012-2 手順書加算（訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料）</b>            [算定要件]            当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者1人につき6月に1回に限り150点を所定点数に加算する。</p>	<p>○特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするもの            ・気管カニューレの交換            ・胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換            ・膀胱ろうカテーテルの交換            ・褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去            ・創傷に対する陰圧閉鎖療法            ・持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整            ・脱水症状に対する輸液による補正</p>

# 入院患者の栄養管理に関する主な評価

## 栄養サポートチーム加算 (200点・週1回※)

- 栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合の評価 (H22～)

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

## 早期栄養介入管理加算 (250点/日、早期に経腸栄養を開始した場合400点/日)

- 特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が治療室の医師等と連携し、経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合の評価 (R2～)

## 周術期栄養管理実施加算 (270点/1手術1回)

**R4新設**

- 全身麻酔を実施した患者に対して、管理栄養士が医師と連携し、術前・術後の栄養管理を適切に行った場合の評価 (R4～)

## 入院栄養管理体制加算 (270点/入院初日・退院時)

**R4新設**

- 特定機能病院において、病棟に常勤管理栄養士を配置して、患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保した場合の評価 (R4～)

# 栄養サポートチーム加算の概要

## 栄養サポートチーム加算 200点（週1回※）

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

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

### 【対象患者】

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

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

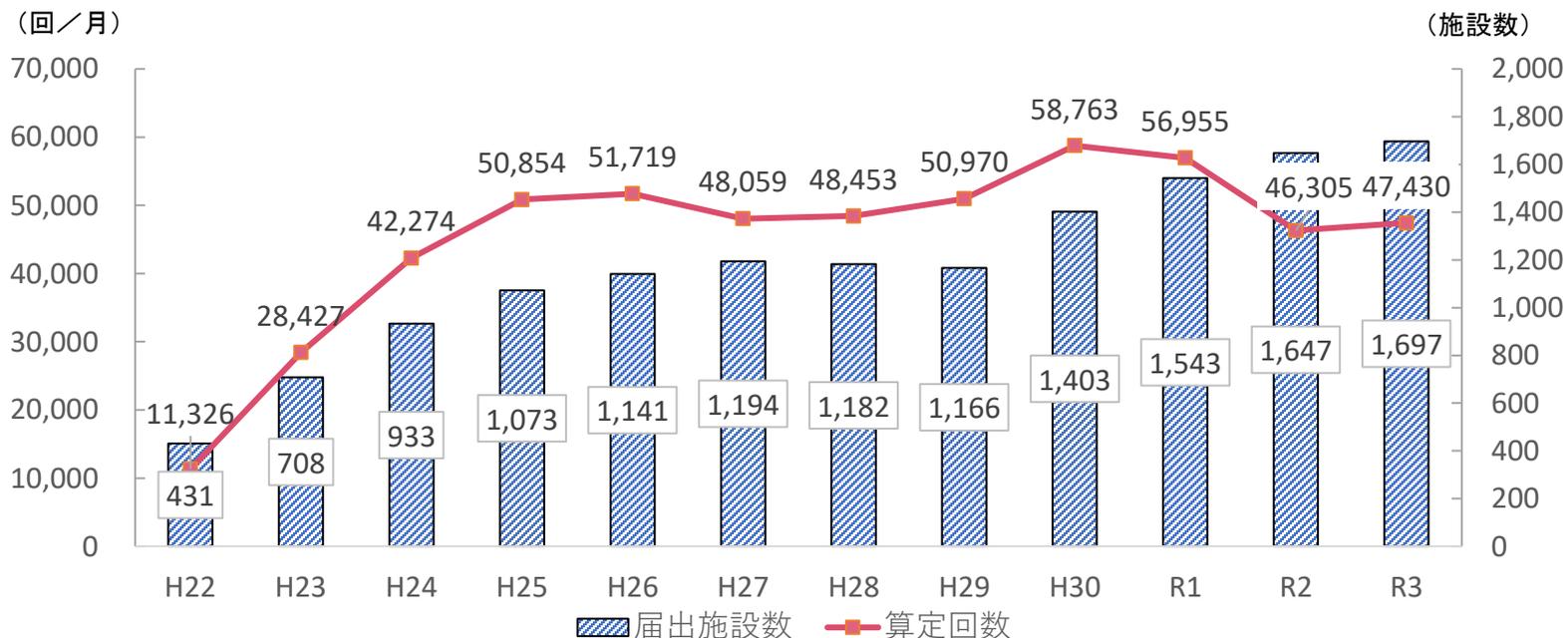


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

# 薬剤師のチーム医療への参画とタスク・シフト/シェアについて①

- チーム医療を推進する観点から、関係法令に照らし、医師以外の医療スタッフが実施することができる業務の内容について、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(平成22年4月30日付け厚生労働省医政局長通知)において示されている。
- 薬剤師については、「近年、医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しているため、医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、チーム医療において薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが非常に有益である」として、実施することができる業務の具体例が示されている。

## 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

以下に掲げる業務については、現行制度の下において薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者(在宅の患者を含む。)に対し、薬学的管理(患者の副作用の状況の把握、服薬指導等)を行うこと。
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。
- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

## 薬剤師のチーム医療への参画とタスク・シフト/シェアについて②

- 「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の報告書(平成29年4月6日)においては、限られた資源を最大限有効活用し、効率的かつ効果的に患者と住民への価値を生み出すため、医療従事者の業務の生産性の向上を図り、従事者間の業務分担と協働を最適化し、それぞれの専門職がその専門性を発揮して担うべき業務に集中できる環境をつくることとされている。
- 薬剤師については、「ビジョンの方向性と具体的方策」において、薬剤師の生産性と付加価値の向上に関して以下のように示されている。

薬剤師の本質がもっぱら調剤業務のみに止まることなく、6年間の教育を経て培われた専門的知見を生かし、人材不足に対応しうる効率的で生産性の高い業務にシフトしていくべきである。このため、調剤を主体とした業務構造を変革し、専門職として処方内容を分析し患者や他職種に助言する機能や、薬物療法のプロトコルを策定する機能を強化すべきである。これらを通じ、薬剤業務のプロフェッショナルとして、積極的にチーム医療の一員としてのプレゼンスを発揮すべきである。

現在、病院においては、薬剤師の病棟配置や他職種との連携などを通じたチーム医療が進められているが、病棟での持参薬管理や服薬管理にとどまらず、医師に対して、治療効果や副作用のモニタリングのための検査の実施を含めた薬物療法の提案を行うことにより、薬物療法の有効性・安全性をさらに向上させていくことが期待される。

さらに、外来診療の場面においても、医師の診察の前に、薬剤師が残薬を含めた服薬状況や、副作用の発現状況等について、薬学的な観点から確認を行うことで、医師の負担軽減につながることを期待される。

# 薬剤師のチーム医療への参画とタスク・シフト/シェアについて③

○「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」における議論を踏まえ、現行制度の下で医師から薬剤師へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例が示されている。

(令和3年9月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知)

## ① 周術期における薬学的管理等

周術期における薬剤管理等の薬剤に関連する業務として、以下に掲げる業務については、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

- ア 手術前における、患者の服用中の薬剤、アレルギー歴及び副作用歴等の確認、術前中止薬の患者への説明、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づく術中使用薬剤の処方オーダーの代行入力、医師による処方後の払出し
- イ 手術中における、麻酔薬等の投与量のダブルチェック、鎮痛薬等の調製
- ウ 手術後における、患者の状態を踏まえた鎮痛薬等の投与量・投与期間の提案、術前中止薬の再開の確認等の周術期の薬学的管理

## ② 病棟等における薬学的管理等

病棟等における薬剤管理等の薬剤に関連する業務として、以下に掲げる業務については、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

- ア 病棟配置薬や調剤後の薬剤の管理状況の確認
- イ 高カロリー輸液等の調製、患者に投与する薬剤が適切に準備されているかの確認、配合禁忌の確認や推奨される投与速度の提案

## ③ 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等

薬剤師が、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づき、薬物治療モニタリング(TDM)や検査のオーダーを医師等と協働して実施し、医師の指示により実施された検査の結果等を確認することで、治療効果等の確認を行い、必要に応じて、医師に対する薬剤の提案、医師による処方の範囲内での薬剤の投与量・投与期間(投与間隔)の変更を行うことは可能である。投与量・投与期間(投与間隔)の変更を行った場合は、医師、看護師等と十分な情報共有を行う必要がある。

また、薬剤師が、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づき、薬物療法を受けている患者に対する薬学的管理(相互作用や重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認、薬剤の効果・副作用等に関する状態把握、服薬指導等)を行い、その結果を踏まえ、必要に応じて、服薬方法の変更(粉碎、一包化、一包化対象からの除外等)や薬剤の規格等の変更(内服薬の剤形変更、内服薬の規格変更及び外用薬の規格変更等)を行うことは可能である。こうした変更を行った場合、医師、看護師等と十分な情報共有を行う必要がある。

なお、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医師と協働して実施する必要がある。

このほか、薬剤師が、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づき、入院患者の持参薬について、院内採用の同種同効薬への変更処方オーダーの代行入力を行い、医師による処方後、払出すことは可能である。

## ④ 薬物療法に関する説明等

医師による治療方針等の説明後の薬物療法に係る治療スケジュール、有効性及び副作用等の患者への説明や、副作用軽減のための対応方法と記録の実施等についての患者への説明については、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

また、患者の苦痛や不安を軽減するため、薬物療法に関して、必要に応じて患者の相談に応じ必要な薬学的知見に基づく指導を行うなどの対応についても、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

## ⑤ 医師への処方提案等の処方支援

入院患者について、薬剤師が、医師に対して処方提案等の処方支援を行うに当たっては、必要に応じて、以下のような取組を行うことが可能であり、また、効果的な処方支援に資すると考えられる。

患者の入院時に持参薬を確認するとともに、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのある患者に対しては、処方の内容を総合的に評価する。

アレルギー歴及び副作用歴等を確認するとともに、医師と綿密に連携し、診療録等による服薬内容、バイタルサイン(血圧、脈拍、体温等)及び腎機能、肝機能に関する検査結果の確認、回診・カンファレンスの参加等により患者の状態を把握した上で処方提案等の処方支援を実施する。

さらに、外来診療の場面においても、医師の診察の前に、残薬を含めた服薬状況や副作用の発現状況等について、薬学的な観点から確認を行い、必要に応じて医師へ情報提供を行うことで、医師の負担軽減に繋がることが期待される。

## ⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

薬剤師が、服薬指導の一環として、糖尿病患者等の自己注射や自己血糖測定等について、練習用注射器等を用いて、注射手技等の実技指導を行い、患者が正しい手順で注射できているか否かなどの確認等を行うことは可能である。ただし、薬剤師が患者に対して注射等の直接侵襲を伴う行為を行うことはできない。

# 病院薬剤師の業務（イメージ）

- 病院薬剤師の業務は、チーム医療を推進する流れの中で、薬剤部での調剤中心の業務だけではなく、病棟や外来における薬剤関連業務等へ関わることで業務範囲は広がってきている。

## チーム医療 (病棟・外来業務)



病棟薬剤業務

薬剤管理指導

入退院支援

感染制御

救急・集中治療ケア

周術期薬剤管理

術後疼痛管理

緩和ケア

外来がん化学療法

糖尿病

骨折リエゾン

抗菌薬適正使用支援

褥瘡対策

栄養サポート

精神科リエゾン

HIV外来

医療安全管理

医薬品情報管理

研修・教育

## 中央業務 (薬剤部業務)



調剤  
注射薬調製  
無菌調製  
院内製剤

医薬品管理

治験  
・  
臨床研究

# 病院薬剤師に関連する主な評価①

## 病棟薬剤業務実施加算

- 薬剤師が病棟等において**病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)**を実施していることを評価(入院基本料等の加算)

※ 病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟又は治療室1週間につき20 時間相当以上実施

- 病棟薬剤業務実施加算1 (120点・週1回): 一般病棟入院料、療養病棟入院料等を算定する病棟(H24年度～)
  - ⇒評価の充実(100点→120点)(R2年度～)
  - ⇒小児入院医療管理料を算定する病棟の追加(R4年度～)
- 病棟薬剤業務実施加算2 (100点・1日につき): 救命救急入院料、特定集中室管理料等を算定する治療室(H28年度～)
  - ⇒ハイケアユニットの追加(R2年度～)

## 薬剤管理指導料

- 医師の同意を得て**薬剤管理指導記録に基づき、服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導**を行ったことを評価(H6年度～)

- 薬剤管理指導料1 (380点・週1回): 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に実施する場合
- 薬剤管理指導料2 (325点・週1回): 1の患者以外の患者に実施する場合

## 退院時薬剤情報管理指導料

- **地域における継続的な薬学的管理を支援するため、退院時に患者等へ服薬指導等や情報提供を行ったことを評価**

- 退院時薬剤情報管理指導料(90点・退院時1回): 入院中に使用した主な薬剤を手帳に記載した上で、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を患者等に行った場合(H12年度～)
- 退院時薬剤情報連携加算(60点・退院時1回): 入院前の内服薬の変更又は中止した患者について、保険薬局に対して文書により当該患者の状況を情報提供した場合(R2年度～)

# 病院薬剤師に関連する主な評価②

## 薬剤総合評価調整加算

### ➤ 多種類の服薬を行っている入院患者の処方総合的な評価及び変更の取組の評価

- 薬剤総合評価調整加算(100点・退院時1回): 処方の内容を総合的に評価した上で、処方の内容を変更し、療養上必要な指導を行った場合(入院基本料等の加算、H28年度～)
- 薬剤調整加算(150点・退院時1回): 上記に加え、退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合の評価(R2年度～)

## 連携充実加算(150点・月1回)

### ➤ 注射による外来化学療法を受ける患者に対して、医師又は薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画(化学療法のレジメン)等を文書により提供した上で、必要な指導を行った場合の評価(外来腫瘍化学療法診療料の加算、R2年度～)

※医療機関と地域の薬局の連携体制を構築し、薬局から得られた情報を分析・整理し、診療に活用することができる体制の整備

## 周術期薬剤管理加算(75点)

**R4新設**

### ➤ 質の高い周術期医療が行われるよう、手術室の薬剤師が病棟薬剤師と連携して薬学的管理を実施した場合等の評価(麻酔管理料の加算、R4年度～)

## 術後疼痛管理チーム加算(100点・1日につき手術日の翌日から起算して3日)

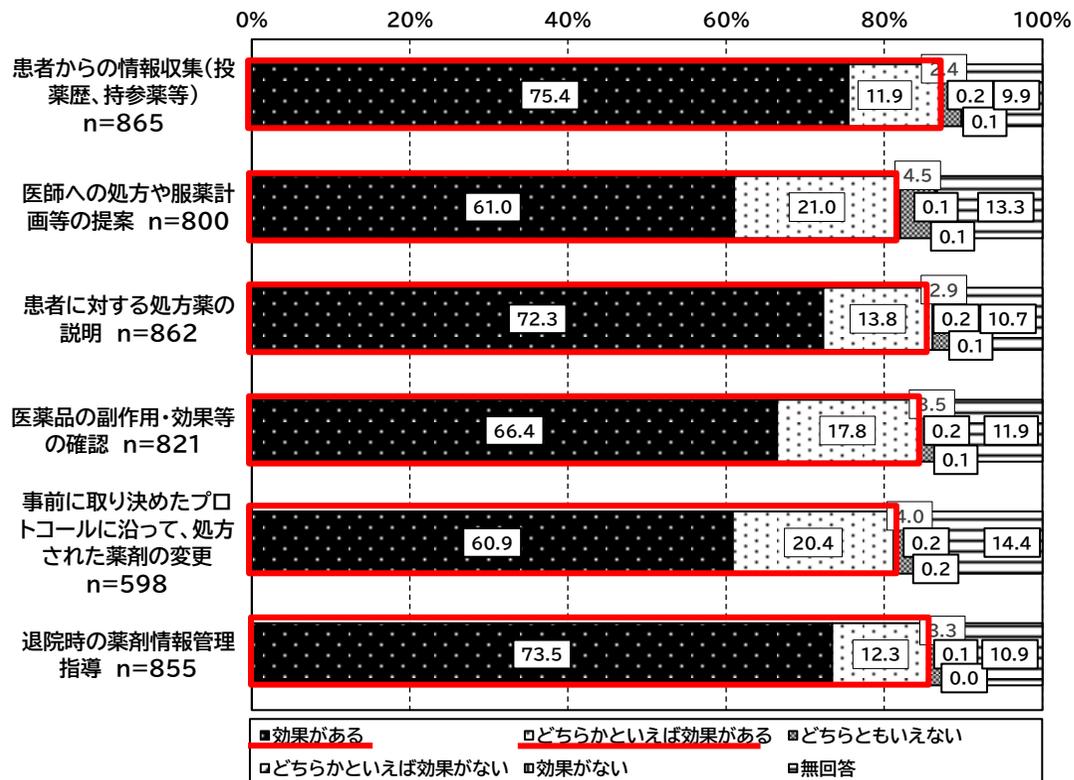
**R4新設**

### ➤ 麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して質の高い術後疼痛管理を行った場合の評価(入院基本料等の加算、R4年度～)

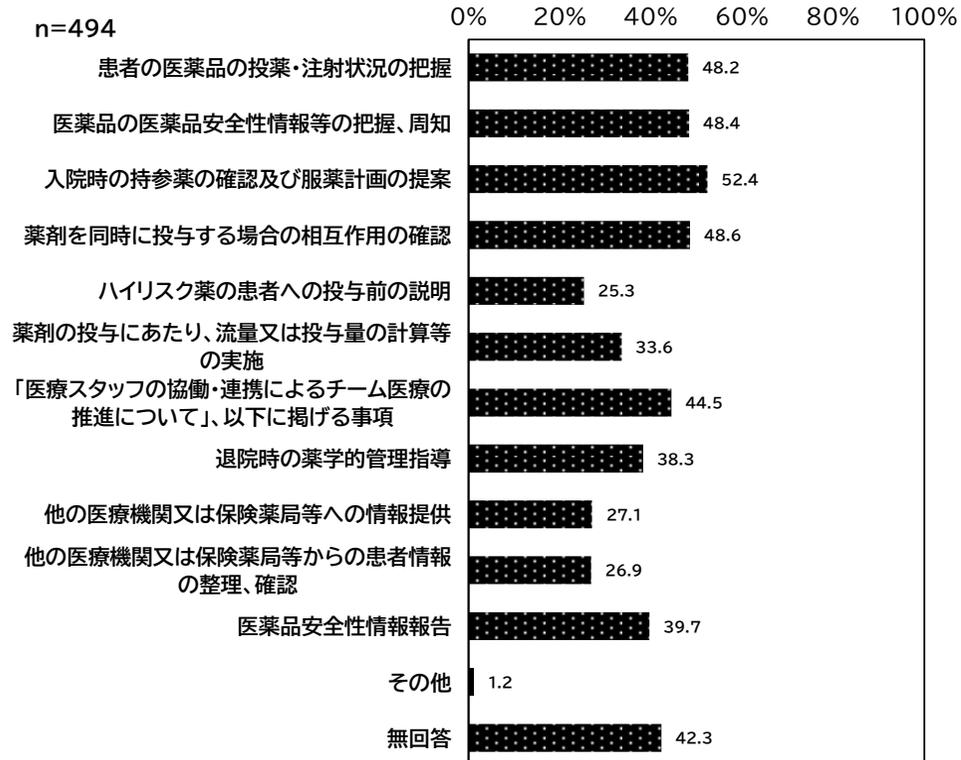
# 病棟における薬剤師の関与の効果及び実施状況（医師調査）

- 病棟薬剤師の配置により医師の負担軽減及び医療の質向上について「効果がある」、「どちらかといえば効果がある」と医師の8割以上から回答があった。
- 病棟薬剤業務実施加算を別途算定することができない病棟でも病棟薬剤業務を実施していた。

## ■ 病棟薬剤師の配置による医師の負担軽減及び医療の質向上への効果



## ■ 病棟薬剤業務実施加算を別途算定することができない患者のみが入院している病棟で病棟薬剤業務として実施していること(複数回答)



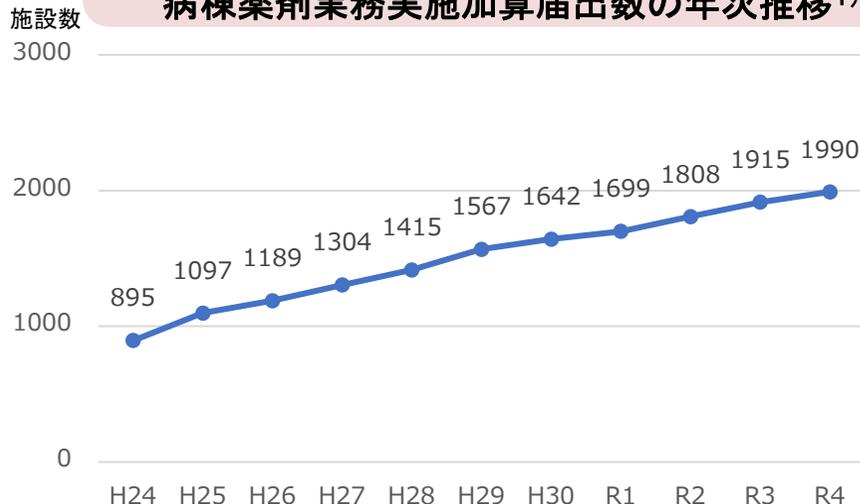
出典：令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度調査)

「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その2)」

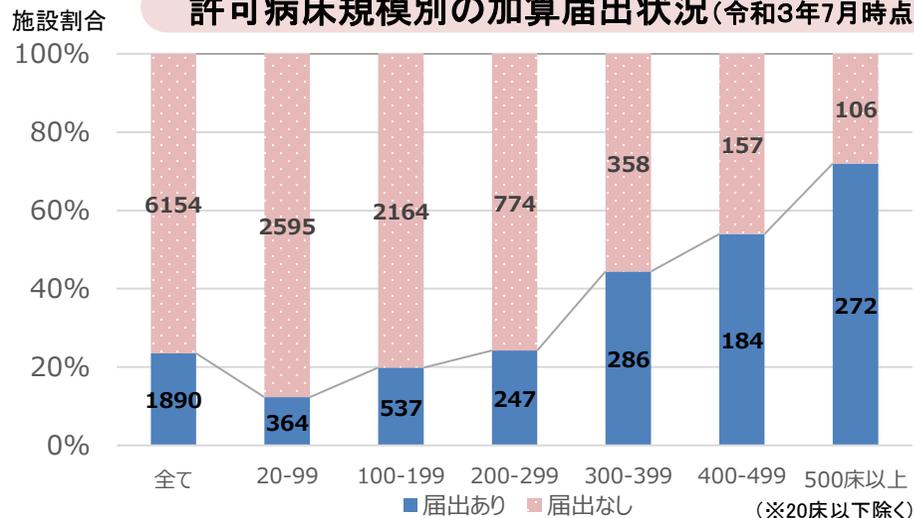
# 病棟薬剤業務実施加算の届出状況等

- 病棟薬剤業務実施加算の届出を行っている病院は、病院全体の約2割。
- 病床規模が大きくなるにつれ、届出率が高い。
- 加算を算定できない最大の理由としては、薬剤師の人数が確保できないことが約6割であった。

## 病棟薬剤業務実施加算届出数の年次推移<sup>1)</sup>



## 許可病床規模別の加算届出状況(令和3年7月時点)<sup>2)</sup>



## 病棟薬剤業務実施加算1を算定できない最大の理由<sup>3)</sup>

薬剤師の人数が確保できず、病棟薬剤業務実施加算1の対象病棟の一部にしか専任の薬剤師を配置できないため

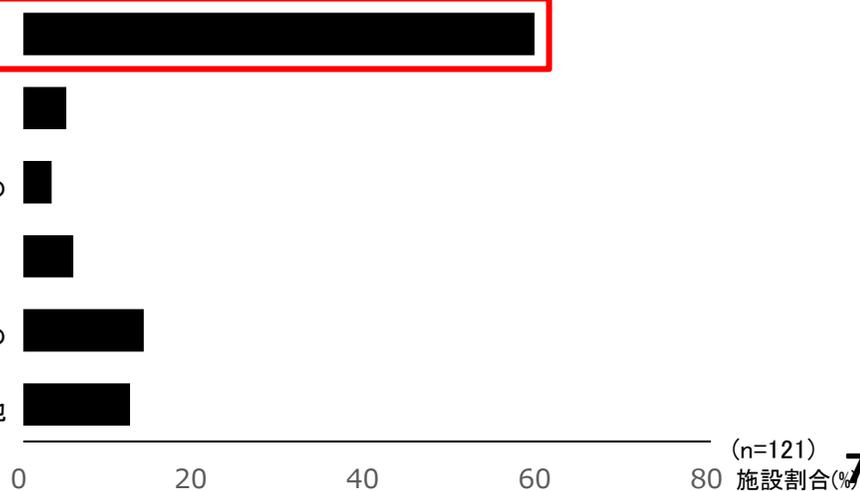
入院患者が少ない等の理由で、病棟薬剤業務実施加算1の対象病棟の一部で20時間の病棟業務時間を確保できないため

病院の方針で、他の分野に注力しているため

すべての対象病棟で1週間に20時間の病棟薬剤業務を実施するより必要な病棟への関与時間を確保したいため

算定できる病棟がないため

その他



出典: 1) 保険局医療課調べ(各年の7月1日現在の届出状況)

2) 保険局医療課調べ(令和3年7月1日現在の届出状況)

3) 厚生労働省委託事業 令和4年度 医療機関の薬剤師における業務実態調査報告書

## 1) 医師の働き方改革に係る取組への評価について

- ① 地域医療体制確保加算
- ② 勤務環境に特に配慮を要する領域への対応
- ③ 働き方改革に係る環境整備等の推進
- ④ 多様な勤務形態の推進

## 2) タスクシェア・タスクシフトに対する評価について

## 3) 医療従事者の負担軽減等に対する評価について

# 看護職員の負担軽減策の全体像

○ 看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、主に夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。

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

※1 結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料

※2 看護補助加算に加え、夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）、看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）及び看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）にも加算あり

# 看護職員の負担軽減策に係る加算等の主な変更

	急性期		回復期・慢性期	
	急性期看護補助体制加算	看護職員夜間配置加算	看護補助加算等	看護職員夜間配置加算等
H22 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期における医師や看護職員の負担軽減、業務分担推進のために<b>加算を新設</b></li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>(H12新設)</li> <li>(加算1は15～20対1、加算2・3は13～20対1入院基本料が対象)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(夜間看護配置加算(有床診療所入院基本料の注加算)はH20新設)</li> </ul>
H24 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>25対1、夜間50対1、夜間100対1、看護職員<b>夜間配置加算を新設</b></li> <li><b>負担軽減・処遇改善の体制整備を要件化</b></li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>加算1の対象施設に13対1入院基本料も追加(必要度10%以上が要件)</li> </ul>	
H26 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間50対1、夜間100対1の評価引上げ</li> <li>夜間25対1を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期看護補助体制加算の看護職員夜間配置加算を独立</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要度の要件を5%以上に変更</li> <li>負担軽減・処遇改善の体制整備を要件化</li> <li>看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)を新設</li> </ul>	
H28 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間25対1を30対1に変更</li> <li>夜間30対1、夜間50対1、夜間100対1の評価引上げ</li> <li><b>夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理を要件</b>とした夜間看護体制加算を<b>新設</b></li> <li>定期的な<b>業務範囲の見直しを要件化</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>12対1加算2の評価引上げ</li> <li><b>夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理を要件</b>とした12対1加算1と16対1を<b>新設</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間75対1、夜間看護体制加算を新設</li> <li>定期的な<b>業務範囲見直しを要件化</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間看護配置加算(有床診療所入院基本料の注加算)の評価引上げ</li> </ul>
H30 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価引上げ</li> <li>定期的な<b>業務内容の見直し、身体的拘束を最小化する取組、看護補助者への院内研修を要件化</b></li> <li>障害者施設等入院基本料(7対1、10対1)の注加算として看護補助加算を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価引上げ</li> <li>16対1加算2を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価引上げ</li> <li>定期的な<b>業務内容の見直し、身体的拘束を最小化する取組、看護補助者への院内研修を要件化</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)を<b>新設</b></li> <li><b>看護職員夜間配置加算</b>(地域包括ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の注加算)を<b>新設</b></li> </ul>
R02 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価引上げ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価引上げ</li> <li>夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価引上げ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価引上げ</li> </ul>
R04 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>夜間急性期看護補助体制加算の評価引上げ</b></li> <li><b>看護補助体制充実加算を新設</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価引上げ</li> <li>夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>夜間75対1看護補助加算の評価引上げ</b></li> <li><b>看護補助体制充実加算を新設</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>看護職員夜間配置加算の評価引上げ</b></li> </ul>

# 入院基本料等の看護補助者に係る加算

区分(配置数)		点数	算定日数限度	算定対象病棟	主な要件
急性期看護補助体制加算	25対1 (看護補助者5割以上) 25対1 (看護補助者5割未満) 50対1 75対1 看護補助体制充実加算※1	240点 220点 200点 160点 5点	14日	・急性期一般入院基本料 ・特定機能病院入院基本料(一般病棟) ・専門病院入院基本料の7対1、10対1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間の緊急入院患者200名以上の実績を有する又は総合周産期母子医療センターを設置していること</li> <li>・年間の救急搬送人数の把握をしていること</li> <li>・急性期一般入院料6又は10対1入院基本料については、重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者が0.7割以上(Ⅱの場合は0.6割以上)であること</li> <li>・(共通要件※3)</li> </ul>
	夜間30対1 夜間50対1 夜間100対1 夜間看護体制加算※2	125点 120点 105点 60点	〃		
看護補助加算	【1】30対1以上 【2】50対1以上 【3】75対1以上	141点 116点 88点	1日につき	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域一般入院基本料</li> <li>・13対1、15対1、18対1、20対1入院基本料(療養病棟入院料は除く)</li> <li>・特定一般病棟入院料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護補助加算1を算定する地域一般入院料1・2又は13対1の病棟については、重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者が0.5割以上(Ⅱの場合は0.4割以上)であること</li> <li>・(共通要件※3)</li> </ul>
	看護補助体制充実加算※1	5点	1日につき		
	夜間看護体制加算※2	165点	入院初日		
	夜間75対1看護補助加算	55点	20日		
看護補助加算	30対1以上かつ 夜間75対1以上	146点 121点	14日 15~30日	障害者施設等入院基本料の7対1、10対1	・(共通要件※3)
看護補助体制充実加算		151点 126点	14日 15~30日		
夜間看護体制加算		150点	入院初日		
夜間看護加算	看護要員16対1以上	50点	1日につき	療養病棟入院基本料 *療養病棟は看護補助者の配置(20対1)が入院基本料の算定要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ADL区分3の患者の割合が5割以上</li> <li>・(共通要件※3)</li> </ul>
看護補助体制充実加算		55点	1日につき		
看護補助配置加算	【1】2名以上 【2】1名以上	25点 15点	1日につき	有床診療所入院基本料	-
夜間看護配置加算	【1】夜間の看護要員2名以上 【2】夜間の看護職員1名以上	105点 55点	1日につき		
看護補助者配置加算	25対1	160点	1日につき	地域包括ケア病棟入院料	・(共通要件※3)
看護補助体制充実加算		165点	1日につき		

(※1) 看護職員・看護補助者に対するより充実した研修の実施に係る要件あり

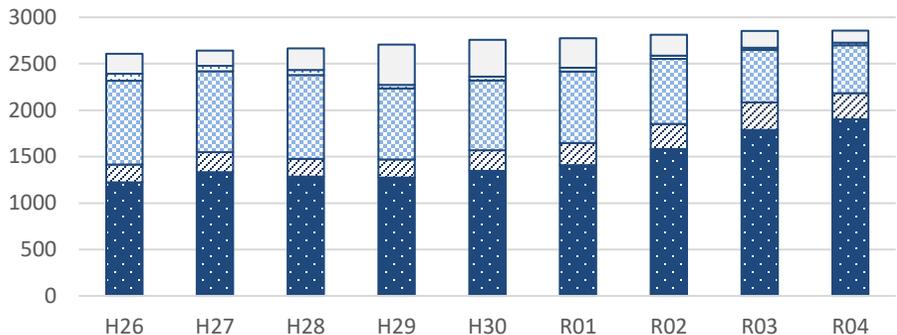
(※2) 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の実施に係る要件あり

(※3) 共通要件は、「看護補助者は年1回以上院内研修を受講すること」「看護職員と看護補助者との業務内容・範囲について、年1回以上見直しを行うこと」「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること」「身体的拘束を最小化する取組の実施」

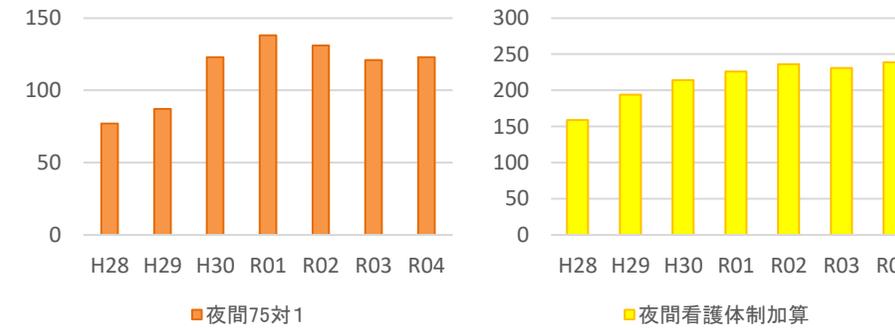
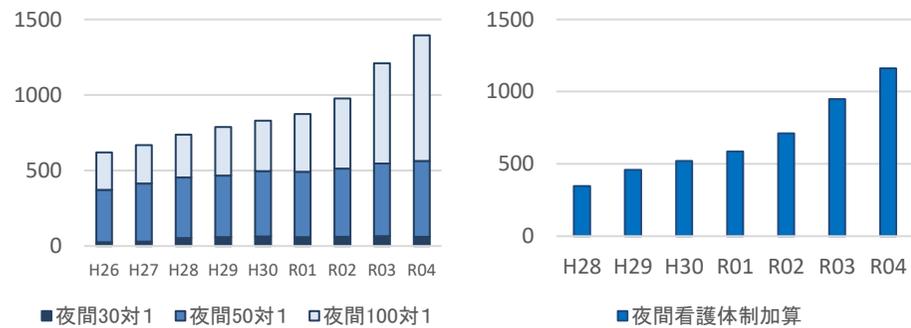
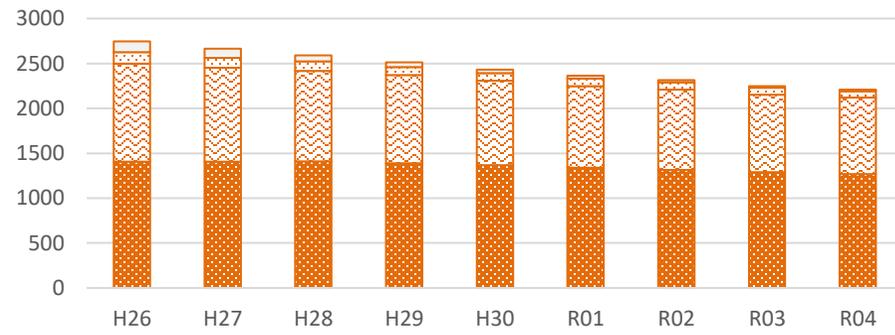
# 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算の届出状況

○ 届出医療機関数は、急性期看護補助体制加算は微増傾向、看護補助加算は減少傾向である。

■ 急性期看護補助体制加算の届出医療機関数



■ 看護補助加算の届出医療機関数



参考：急性期看護補助体制加算及び看護補助加算に係る留意事項

- 当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして（みなし看護補助者）計算することができる。
- ただし、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対1看護補助加算については、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合のみ算定できる。

# 夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し①

## 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

➤ 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
<b>満たす必要がある項目数（ア又はウを含むこと）</b>	<b>4項目以上</b>	<b>3項目以上</b>	<b>4項目以上</b>	<b>4項目以上</b>	<b>3項目以上</b>
<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	○	○	○	○	○
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	○	○	○	○	○

# 夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し②

## 夜間の看護配置に係る評価の見直し

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

現行		改定後	
看護職員の配置に係る加算	<b>【看護職員夜間配置加算】</b> 看護職員夜間12対1 配置加算 1 105点 看護職員夜間12対1 配置加算 2 85点 看護職員夜間16対1 配置加算 1 65点 看護職員夜間16対1 配置加算 2 40点	看護職員の配置に係る加算	<b>【看護職員夜間配置加算】</b> 看護職員夜間12対1 配置加算 1 <u>110点</u> 看護職員夜間12対1 配置加算 2 <u>90点</u> 看護職員夜間16対1 配置加算 1 <u>70点</u> 看護職員夜間16対1 配置加算 2 <u>45点</u>
	<b>【注加算の看護職員夜間配置加算】</b> 地域包括ケア病棟入院料 65点 精神科救急入院料 65点 精神科救急・合併症入院料 65点		<b>【注加算の看護職員夜間配置加算】</b> 地域包括ケア病棟入院料 <u>70点</u> 精神科救急急性期医療入院料 <u>70点</u> 精神科救急・合併症入院料 <u>70点</u>
看護補助者の配置に係る加算	<b>【急性期看護補助体制加算】</b> 夜間30対1 急性期看護補助体制加算 120点 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 115点 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 100点	看護補助者の配置に係る加算	<b>【急性期看護補助体制加算】</b> 夜間30対1 急性期看護補助体制加算 <u>125点</u> 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 <u>120点</u> 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 <u>105点</u>
	<b>【看護補助加算】</b> 夜間75対1 看護補助加算 50点		<b>【看護補助加算】</b> 夜間75対1 看護補助加算 <u>55点</u>
	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算） 45点 看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算） イ 14日以内の期間 141点 オ 15日以上30日以内の期間 116点		夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算） <u>50点</u> 看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算） イ（1）14日以内の期間 <u>146点</u> （2）15日以上30日以内の期間 <u>121点</u>
	<b>夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）</b> 八 夜間看護配置加算 1 100点 二 夜間看護配置加算 2 50点		<b>夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）</b> 八 夜間看護配置加算 1 <u>105点</u> 二 夜間看護配置加算 2 <u>55点</u>

# 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設①

## 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。

### (新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

[施設基準]

- ・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。

現行

改定後

【急性期看護補助体制加算】

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

(新設)

【急性期看護補助体制加算】

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

(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算

【看護補助加算】

看護補助加算1	141点
看護補助加算2	116点
看護補助加算3	88点

(新設)

【看護補助加算】

看護補助加算1	141点
看護補助加算2	116点
看護補助加算3	88点

(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算

夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) 45点

看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)  
 (1) 14日以内の期間 141点  
 (2) 15日以上30日以内の期間 116点

看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算) 160点

イ 夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) 50点

(新) □ 看護補助体制充実加算 55点

イ 看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)

(1) 14日以内の期間 146点

(2) 15日以上30日以内の期間 121点

(新) □ 看護補助体制充実加算

(1) 14日以内の期間 151点

(2) 15日以上30日以内の期間 126点

イ 看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算) 160点

(新) □ 看護補助体制充実加算 165点

## 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設②

### 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

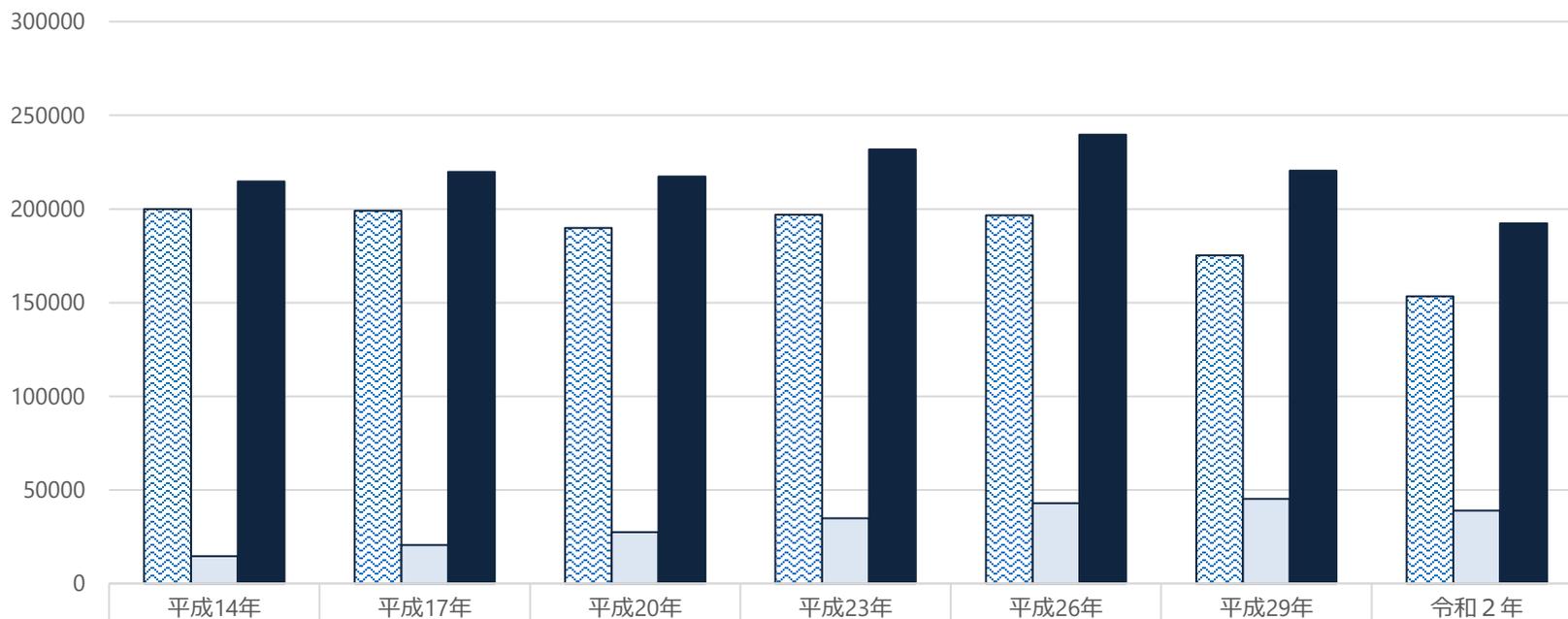
研修対象	研修内容
看護師長等	所定の研修※ <sup>1</sup> を修了していること。
看護職員	<p><u>全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。</u>  <u>研修は、講義及び演習により、次の項目を行う研修であること。</u></p> <p>イ (イ) 看護補助者との協働の必要性                  (ロ) 看護補助者の制度的な位置づけ                  (ハ) 看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方                  (ニ) 看護補助者との協働のためのコミュニケーション                  (ホ) 自施設における看護補助者に係る規定及び運用</p>
看護補助者	<p>現行の研修内容※<sup>2</sup>のうち、<u>工（日常生活にかかわる業務）</u>について業務内容毎に業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、それを用いて研修を実施すること。</p>

- ※1 (イ) 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）  
 (ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- ① 看護補助者の活用に関する制度等の概要
  - ② 看護職員との連携と業務整理
  - ③ 看護補助者の育成・研修・能力評価
  - ④ 看護補助者の雇用形態と処遇等
- ※2 ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解  
 イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解  
 ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術  
 エ 日常生活にかかわる業務  
 オ 守秘義務、個人情報保護の保護  
 カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

# 看護業務補助者等の従事者数

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

看護業務補助者等の常勤換算従事者数の推移



■ 看護業務補助者	199977.6	199141.8	189838.3	196894.2	196696	175234.8	153382.3
□ 介護福祉士	14690.7	20600.5	27481	34942.4	42987.9	45197.1	38965.7
■ 看護業務補助者+介護福祉士	214668.3	219742.3	217319.3	231836.6	239683.9	220431.9	192348

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

出典：令和2年 医療施設調査 全国編 第46表（報告書第9表） 病院の従事者数

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

# 看護補助者の退職者減少を目指した「看護補助者の拡大チーム」の編成と「看護補助者ラダー」の導入

## 課題

### 1. 看護補助者の定着

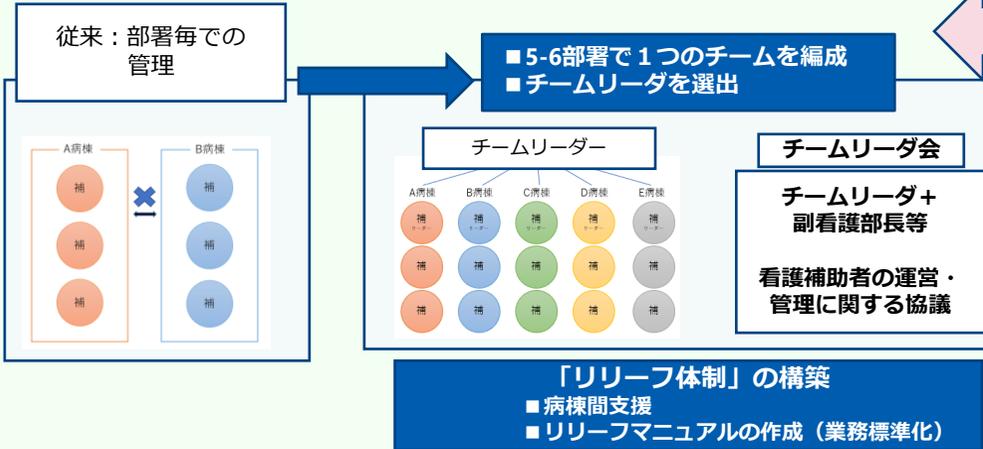
- 退職率が高い：12.2%（2016年）
- 定着率が低い：1年以内の離職：43.4%

### 2. 看護師の負担増加

- 看護補助者の欠員を看護師がカバー

## 取り組み内容

### 「看護補助者の拡大チーム」編成・活性化



業務・役割の明確化

チーム活性化

### 「看護補助者ラダー」の作成・導入

#### ■教育体制の確立

看護補助者自らラダーの検討・作成

レベル0	入職～12カ月未満	
レベルⅠ	看護師の指示・サポートのもとベッドサイドケアが安全・確実にできる	回答者経験年数（中央値）3年
レベルⅡ	経験を積み重ね、業務を効率的なチーム医療の一員として主体的に行動できる	回答者経験年数（中央値）7年
レベルⅢ	看護補助者のリーダーとしての役割が遂行できる	回答者経験年数（中央値）10年

#### ■研修体制の確立

ラダーに合わせた研修

- 新卒採用オリエンテーション
- フォローアップ研修
- メンバーシップ研修
- チームSTEPPS研修
- 指導者担当看護補助者研修
- リーダーシップ研修
- ファシリテーション研修

## 成果・効果

### 1. 看護師の業務量の減少

- (1) 看護補助者のリリーフ体制の確立
- (2) 看護師が専門性の高いケアに専念

### 2. 看護補助者の労働環境・離職率改善

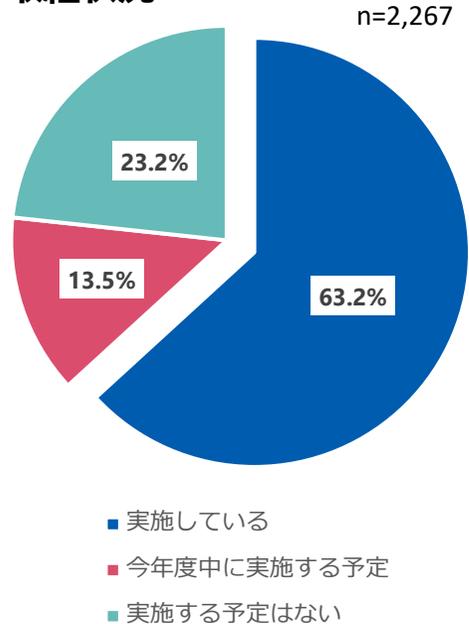
- (1) 有給休暇消化率の改善  
(2016年：11.7% ⇒ 2020年：15.8%)
- (2) 1年以内離職率の減少  
(2016年：43.4% ⇒ 2020年：23.5%)
- (3) 登録型派遣の離職率減少  
(2016年：42.8% ⇒ 2018年：27.3%)

### 3. 看護補助者のモチベーション・人材の質向上

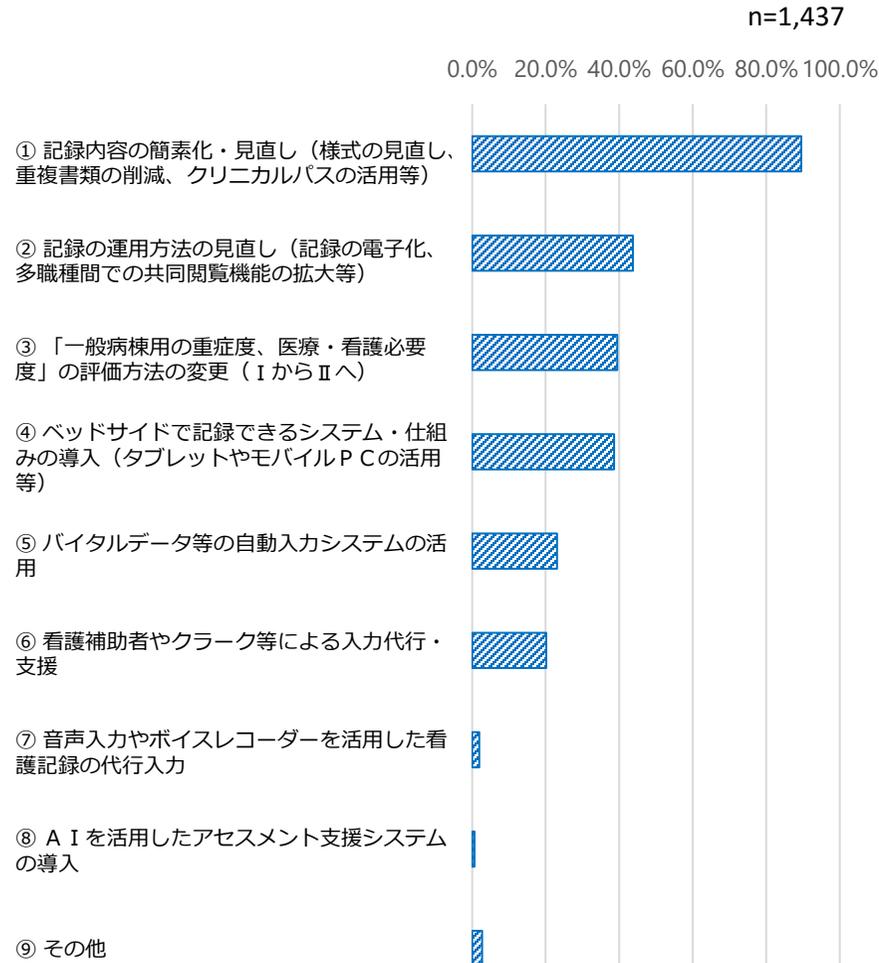
- (1) 日常生活に関わる業務のタスクシェア
- (2) 看護補助者の主体性・安全意識の醸成
- (3) 「患者中心の看護」「共に創り出す医療」理念の浸透

○ 看護記録に係る負担軽減のため実施している取組は「記録内容の簡素化・見直し」が最も多く、最も負担軽減に寄与している取組も同様に「記録内容の簡素化・見直し」が最も多かった。

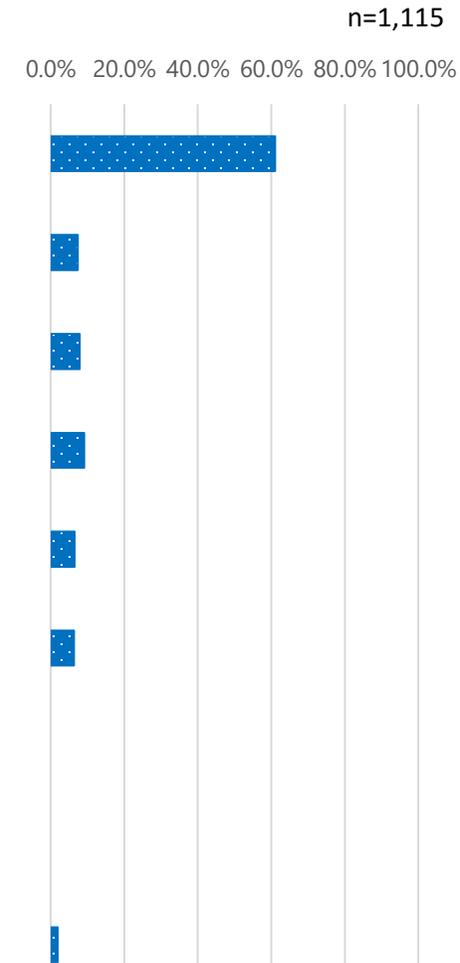
## ① 看護記録に係る負担軽減の取組状況



## ② 看護記録に係る負担軽減の取組の実施内容 (複数回答)



## ③ ②のうち最も負担軽減に寄与している取組



# 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

## 情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

- 情報通信機器を用いたカンファレンスや共同指導について、日常的に活用しやすいものとなるよう、実施要件を見直す。



### 【対象となる項目】

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1・2 注1
- ・ 退院時共同指導料2 注3
- ・ 介護支援等連携指導料
- ・ 在宅患者訪問看護・指導料 注9
- ・ 同一建物居住者訪問看護・指導料 注4
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び退院時共同指導加算も同様)

### 現行

原則、対面で実施



やむを得ない場合に限り、ICT活用可

### 改定後

原則、対面で実施



必要な場合、ICT活用可

## 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を活用した業務の効率化・合理化

### 情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

- 医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。

#### 現行 (例：入退院支援加算)



原則対面 (ICT活用に制限)



#### 改定後



リアルタイムの画像を介したコミュニケーション (ビデオ通話) が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

#### 現行 (例：在宅患者訪問看護・指導料)

関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、要件を満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。



#### 改定後

1人以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

# 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〕

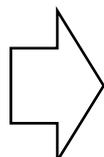
注1 **小児科を標榜する保険医療機関において**、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

- ◆ 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：テ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
<b>8201xxxxx</b>	<b>施設要件 ア</b>
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
	テセントリク点滴静注1200mg	44,886 X 1
	<b>施設要件 ア</b>	
	医師要件 イ	
	併用投与 ア	

# 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。

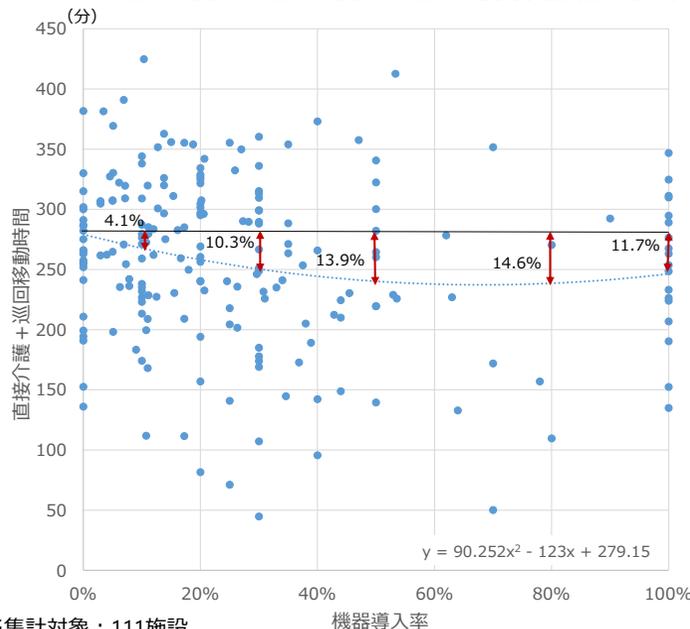
## 主なオペレーションの変更

- ・ 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。

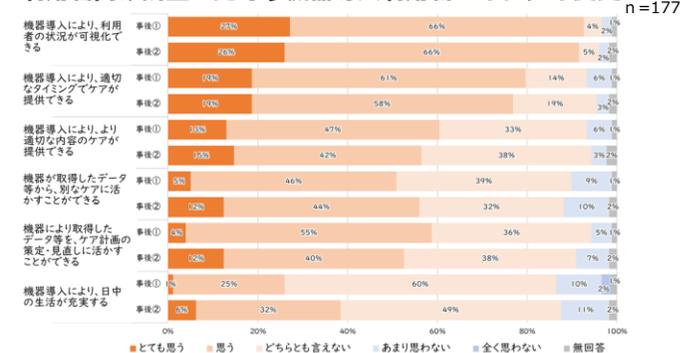
➤ 見守り機器導入で「利用者の状況が可視化できる」、「より適切なタイミングでケアが提供できる」との回答の割合が高かった。

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)



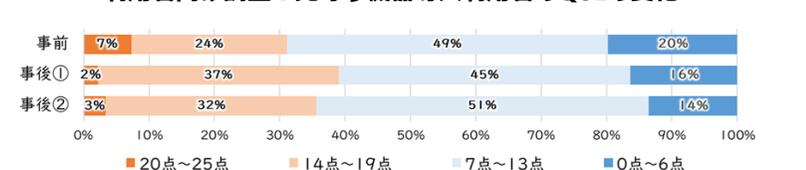
※集計対象：111施設

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。



# 働き方改革の推進についての課題と論点

## (働き方改革に係るこれまでの経緯)

- ・ 働き方改革推進の中で、2024年4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される。診療従事勤務医には年960時間の上限規制が適用されるが、地域量確保暫定特例水準(B水準)及び集中的技能向上水準(C水準)の医療機関においては、特例的に年1,860時間の上限規制が適用される。
- ・ 令和3年改正医療法において、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置の整備等が定められ、2024年4月1日に向け段階的に施行されている。
- ・ 年1,860時間の特例的な時間外労働時間の上限も、将来的には縮減方向であり、特に地域医療確保暫定特例水準(B水準)は2035年度末の終了が目標とされている。
- ・ また、勤務医への意識調査において、一定の医師が勤務状況の改善の必要性を指摘している。
- ・ 2024年4月以降も、働き方改革に向けた継続的な取り組みが求められる。

## (医療従事者の働き方改革に係る取組への評価について)

- ・ 令和2年度改定において、地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供を評価した地域医療体制確保加算が新設され、令和4年度改定においては施設基準の見直しが行われている。
- ・ 地域医療体制確保加算を算定している医療機関において、時間外労働の時間が月155時間(年1,860時間相当)以上の医師はごくわずかであるものの、時間外労働時間が月80時間(年960時間相当)以上の医師の割合は、2020年から2022年にかけて増加している。
- ・ 平成30年度改定において、病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理した。
- ・ 特定集中治療室管理料等の施設基準においては、一定の医師の治療室内での常時勤務等を求めている一方、評価の内容に応じて、専従要件を緩和し緩和ケア診療加算においてチームのいずれか1人が専従であればよいこととする等、多様な勤務形態を推進する診療報酬上の取組が行われている。

## (タスクシェア・タスクシフトに対する評価について)

- ・ 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価するため、平成20年度改定において、医師事務作業補助体制加算が新設され、その後順次評価の拡大・充実が図られてきた。
- ・ また、医師の働き方改革を推進する観点から、特定行為研修修了者である看護師の配置及び活用の評価についても充実が図られてきた。

## (医療従事者の負担軽減等に対する評価について)

- ・ 医療従事者の負担軽減等に対する評価として、例えば、看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、平成22年度改定から、看護補助者の配置や夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。

## 【論点】

- 2024年4月から医師についての時間外労働の上限規制が適用され、働き方改革に向けた継続的な取り組みが求められる中、これまでの医師をはじめとした医療従事者の働き方改革の取組や、これまでの診療報酬上の対応を踏まえ、働き方改革の推進に対する診療報酬の評価の在り方について、どのように考えるか。