

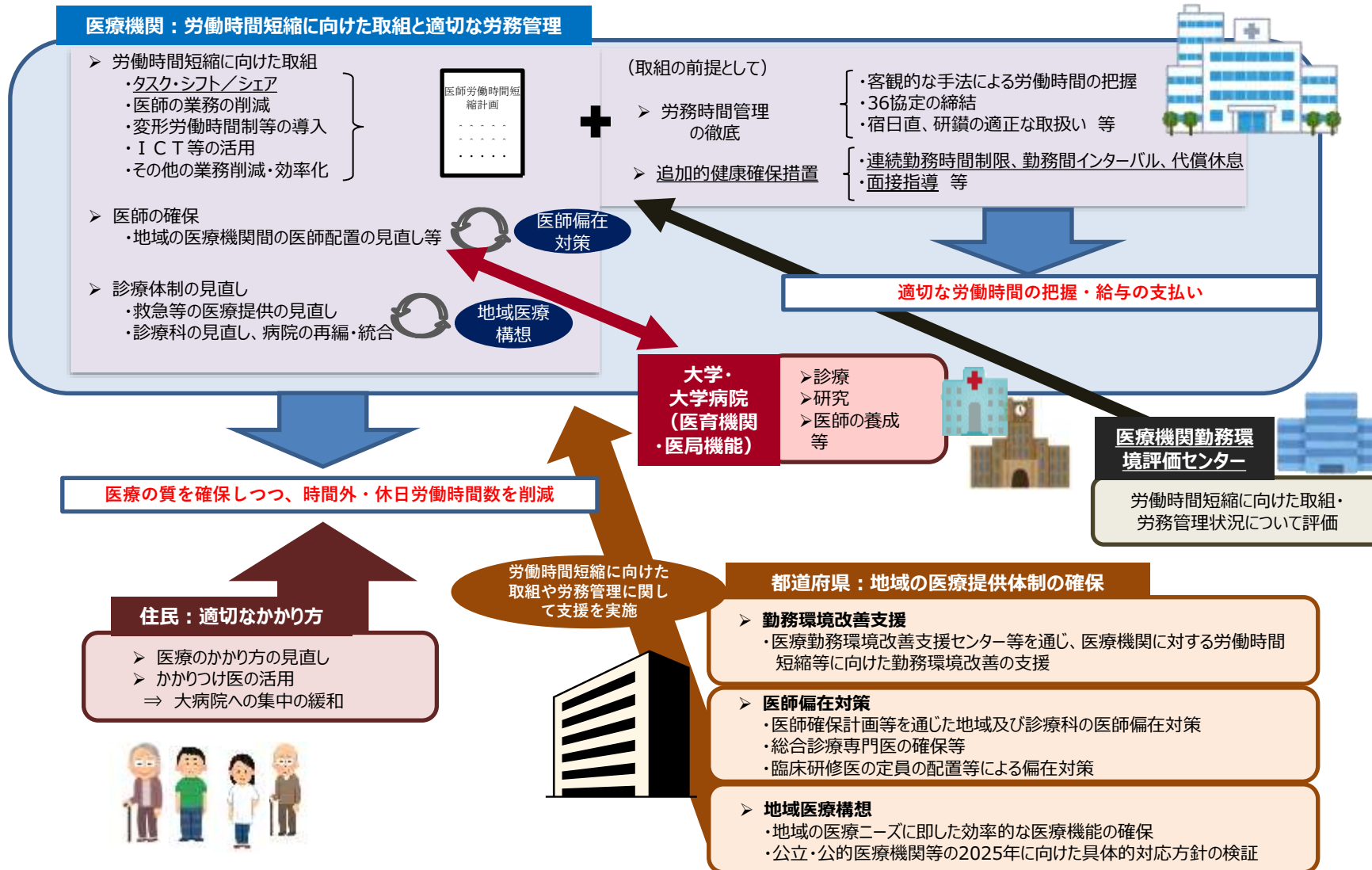
働き方改革の推進について (その2)

働き方改革の推進(その2)

1. 働き方改革の推進に係る現状等について
2. 地域医療体制確保加算について
3. 医療機関におけるタスクシェア・タスクシフトについて
4. 手術・処置の時間外等加算について
5. 看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について
6. ICTの活用等について
7. 論点

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"> 実態調査 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 必要に応じて追加的支援策の実施・規制水準の検証 					<p>施行</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

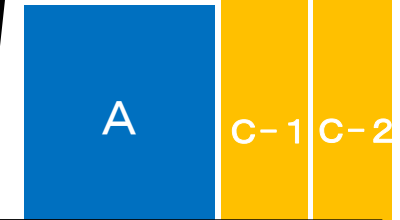
C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

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。

「医師の勤務環境把握に関する研究」調査概要

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

1. 調査背景

令和6年4月の医師に対する時間外休日労働の上限時間規制の適用前において、医師の時間外労働の状況やその分布等の実態把握は不可欠であることから、平成28年、令和元年に実施した厚生労働科学特別研究事業である「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究（研究代表者：井元清哉）」及び「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）」と同等規模の勤務実態調査を行った。

2. 研究班

研究課題名：「医師の勤務環境把握に関する研究」

研究代表者：小池 創一（自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門・教授）

研究分担者：谷川 武（順天堂大学大学院 医学研究科 公衆衛生学講座・主任教授）

和田 裕雄（順天堂大学大学院 医学研究科 公衆衛生学講座・教授）

福井 次矢（東京医科大学 茨城医療センター・病院長）

片岡 仁美（岡山大学病院 ダイバーシティ推進センター・教授）

吉村 健佑（千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター・特任教授）

佐藤 香織（明治大学 商学部 専任准教授）

井出 博生（東京大学未来ビジョン研究センター データヘルス研究ユニット・特任准教授）

種田 憲一郎（国立保健医療科学院 国際協力研究部・上席主任研究官）

3. 調査期間

令和4年7月11日（月）～17日（日）

4. 調査対象

①施設調査 全国全ての病院と無作為抽出された診療所並びに介護老人保健施設等。

配布施設18,974施設（令和元年調査（R1調査）19,112施設）

②医師調査 全国全ての病院数の半数（4,087病院）を病床規模に応じて層化無作為抽出した病院に勤務する医師、またそれ以外の医療機関においては、上記全施設に勤務する医師を対象に調査票を配布した（WEBでも回答可能とした。）。

5. 調査内容

病院・常勤勤務医の1週間の労働時間、診療科別の時間外・休日労働時間等の調査を行った。

6. 回収数

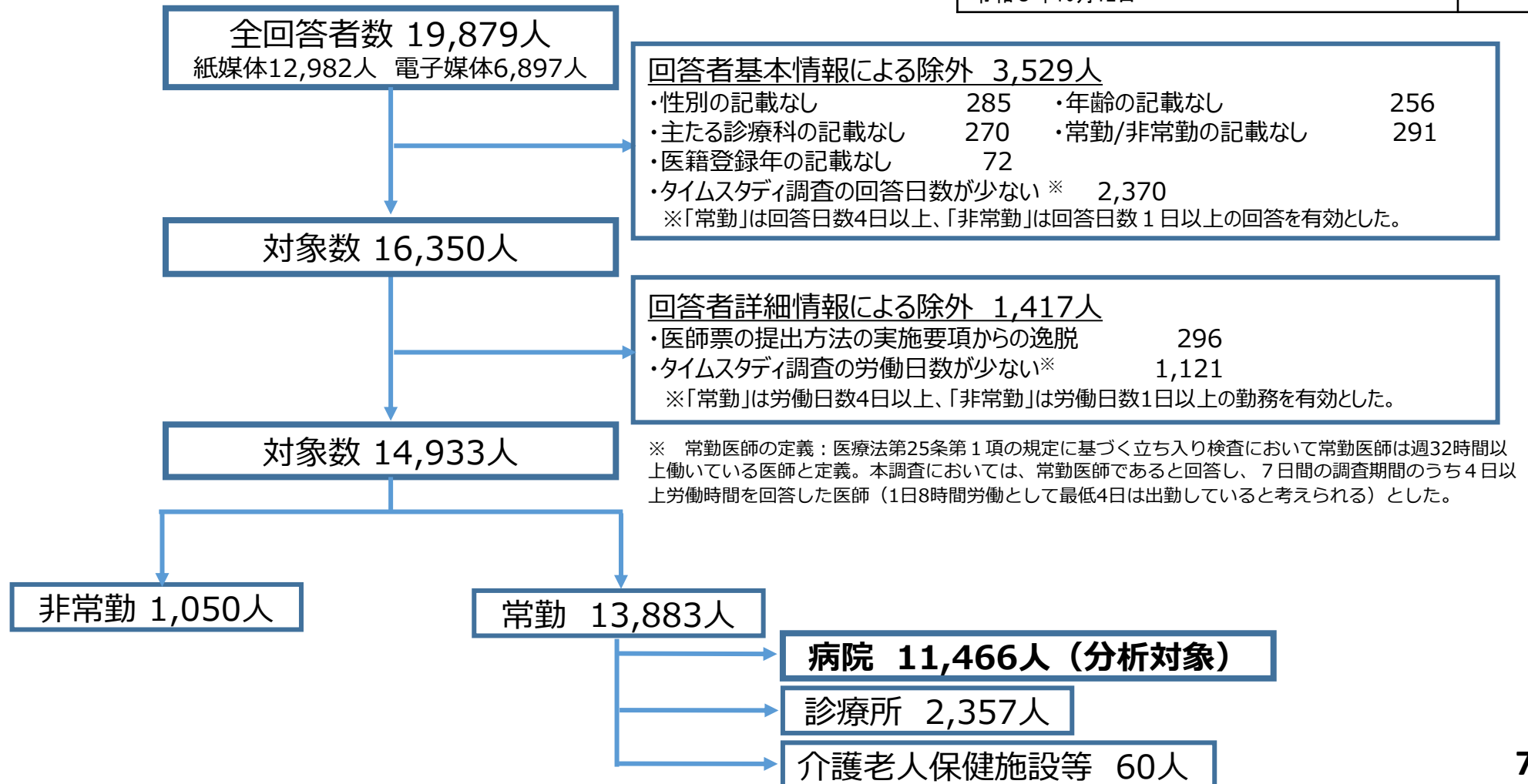
【施設票】5,424施設（回収率28.6%、（R1調査）3,967施設）【医師票】19,879人（WEB回答者含む、（R1調査）20,382人）

「医師の勤務環境把握に関する研究」分析対象データについて

- 今回調査（R4調査）は平成28年、令和元年の医師の勤務実態調査と同様に、全回答者のうち、病院勤務の常勤医師を分析対象とした。
- H28調査、R1調査と同様、兼業先の労働時間も含めて調査を行った。
- 全回答者数（19,879人）は平成28年（15,677人）とR1調査（20,382人）と同等の規模であった。

- ※ H28調査：平成28年厚生労働科学特別研究事業「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究（研究代表者：井元清哉）」
- ※ R1調査：令和元年度厚生労働科学研究事業「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）」
- ※ 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。

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	

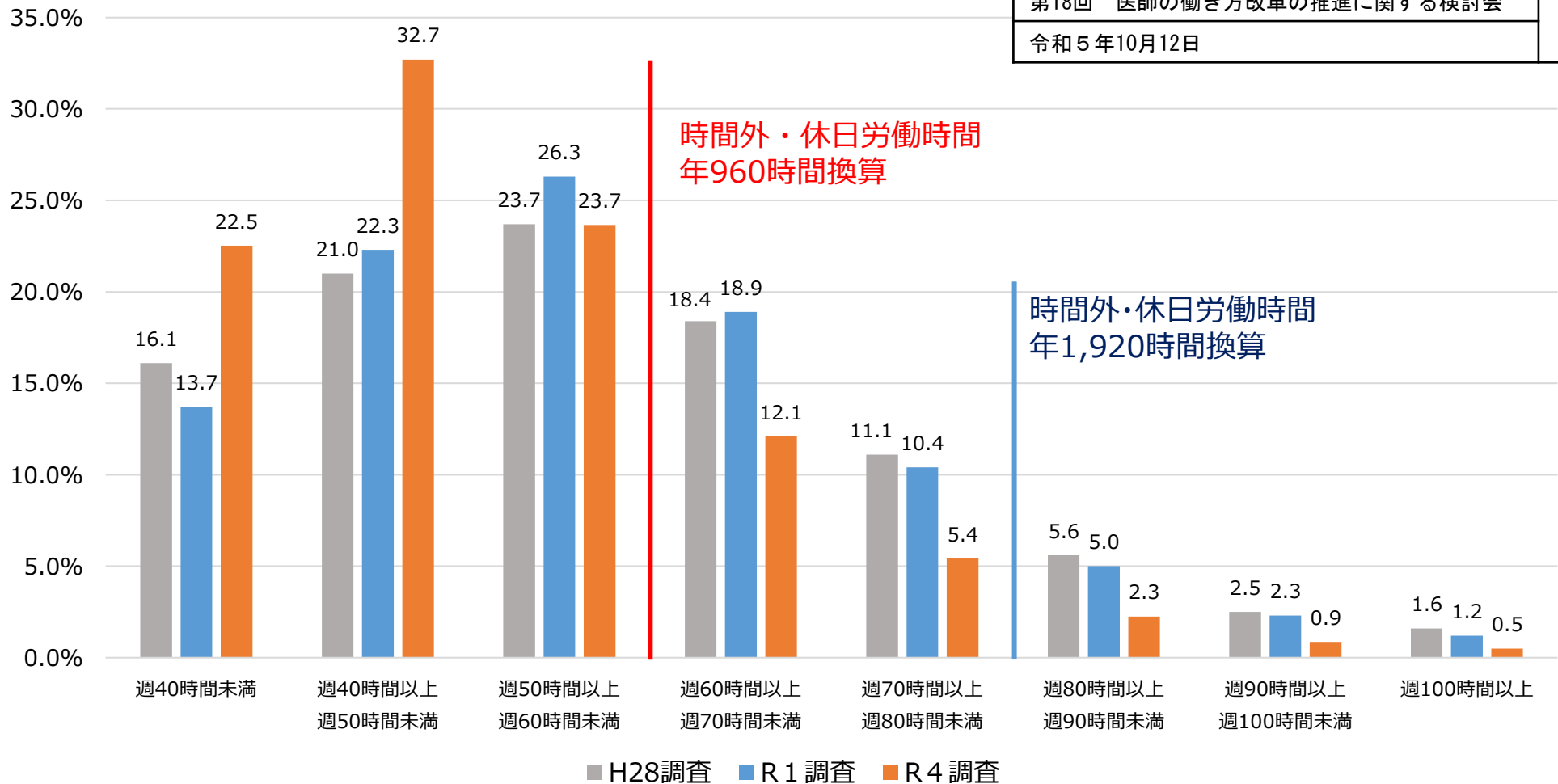


週労働時間区分と割合 <病院・常勤勤務医>

○ 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	



時間外・休日労働時間
年960時間換算

時間外・休日労働時間
年1,920時間換算

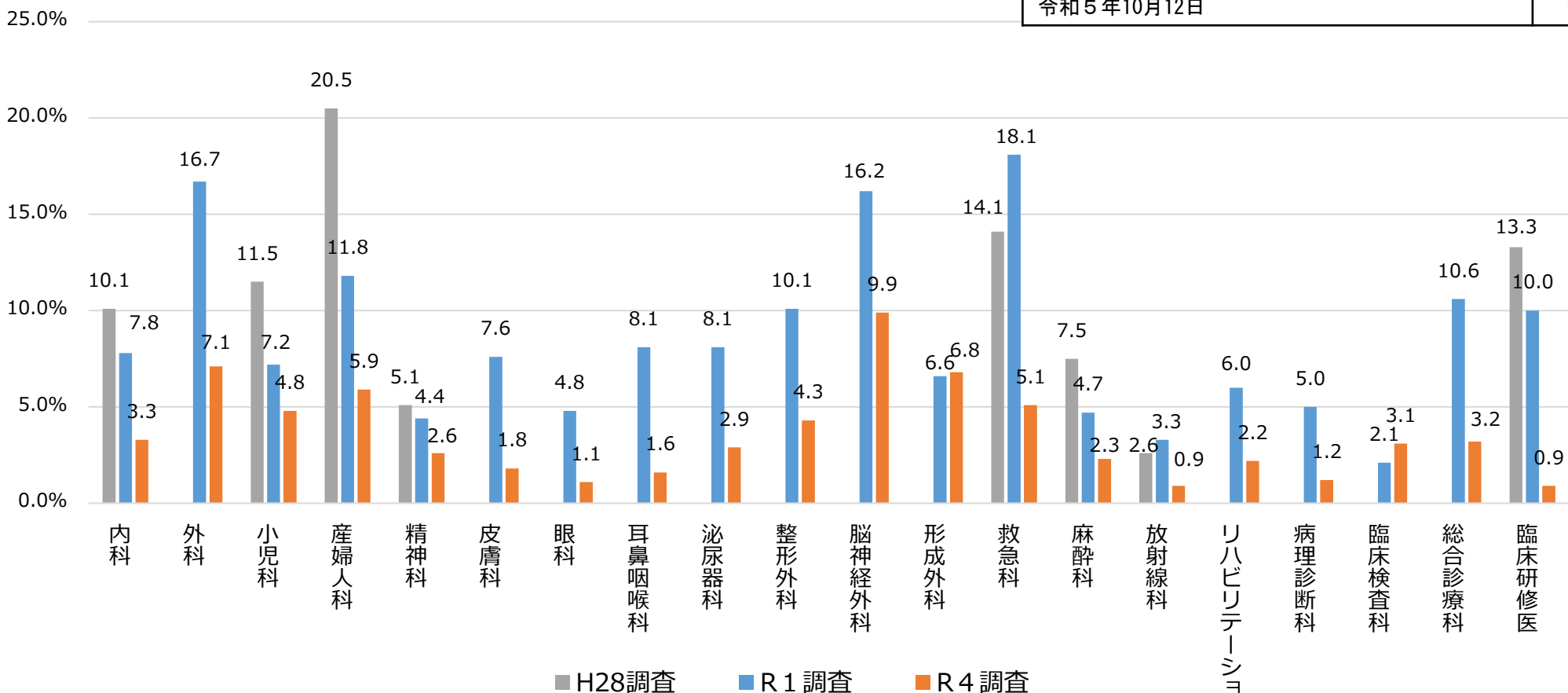
- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ R 4 調査では、宿日直の待機時間は勤務時間を含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R 1 調査では宿日直許可を取得している医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R 1 調査ではさらに診療科別、性・年齢・勤務医療機関の構成が、「H30三師統計」の構成と同様になるように調整を行っている。
- ※ 週労働時間の区分別割合は、小数点第2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。

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

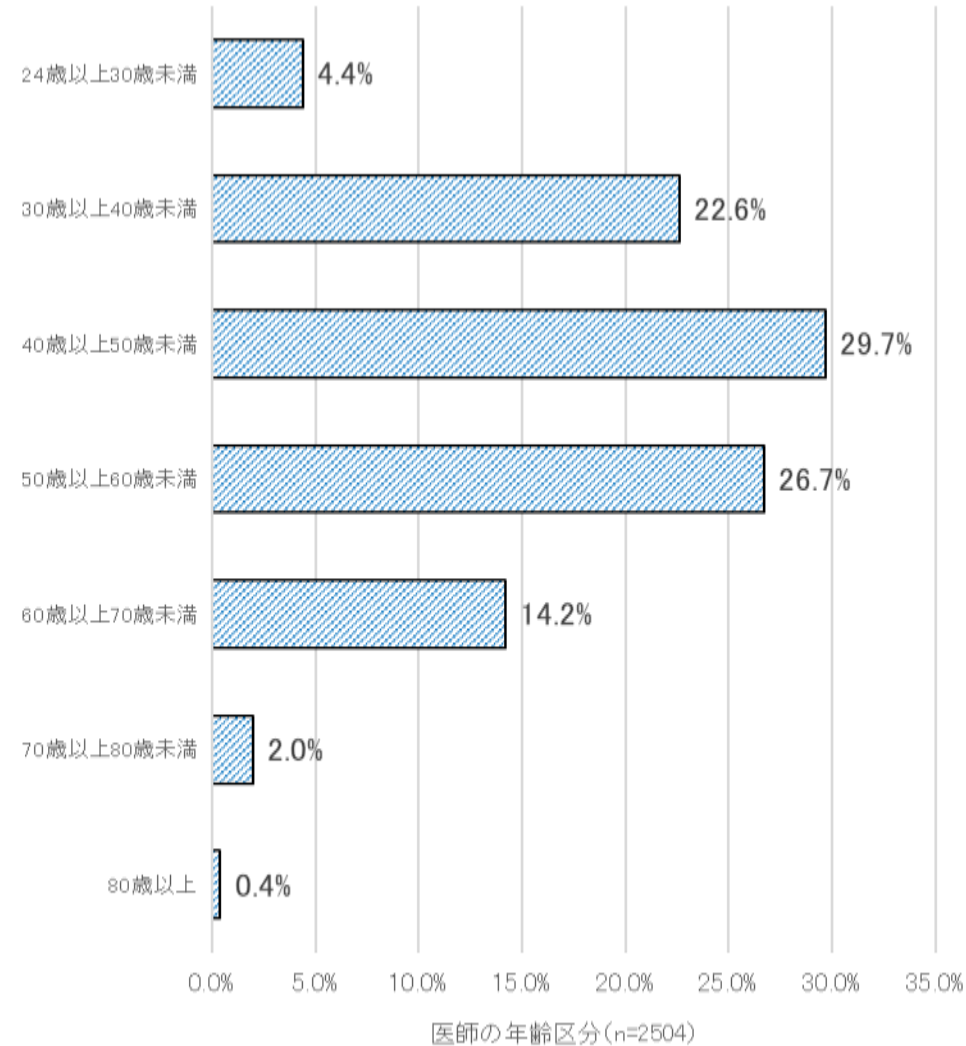
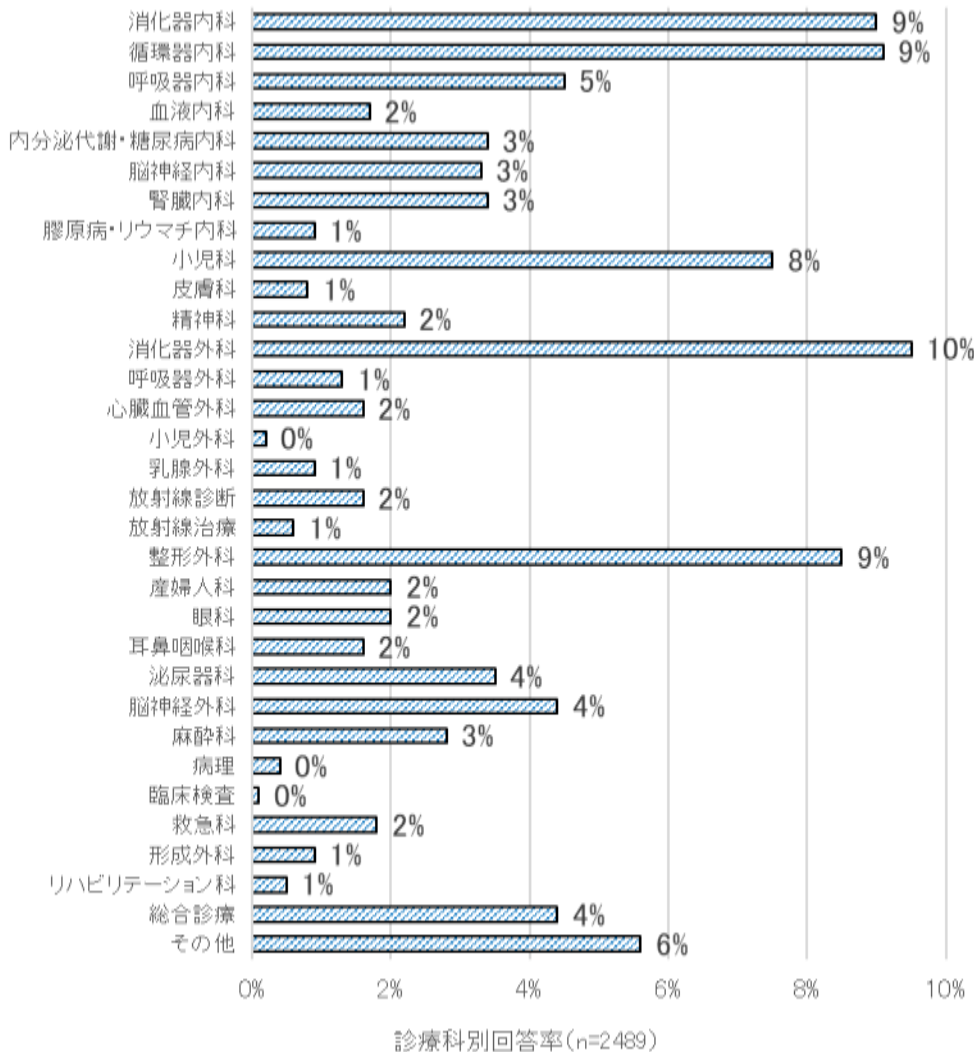
□ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。

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。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 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。
- ※ R4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）。
- ※ R1調査、R4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ている。
- ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

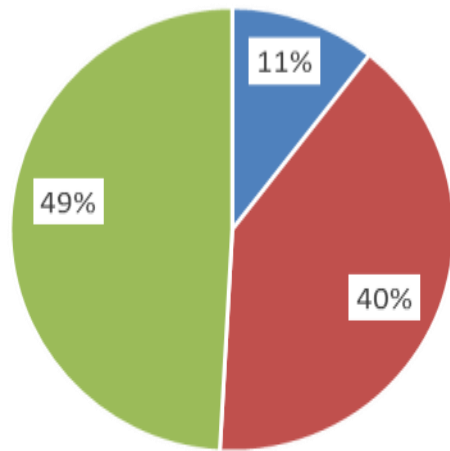
○ 令和4年度入院・外来医療等における実態調査の医師票の回答者における、診療科及び年齢区分は以下のとおり。



医師の勤務状況の改善の必要性

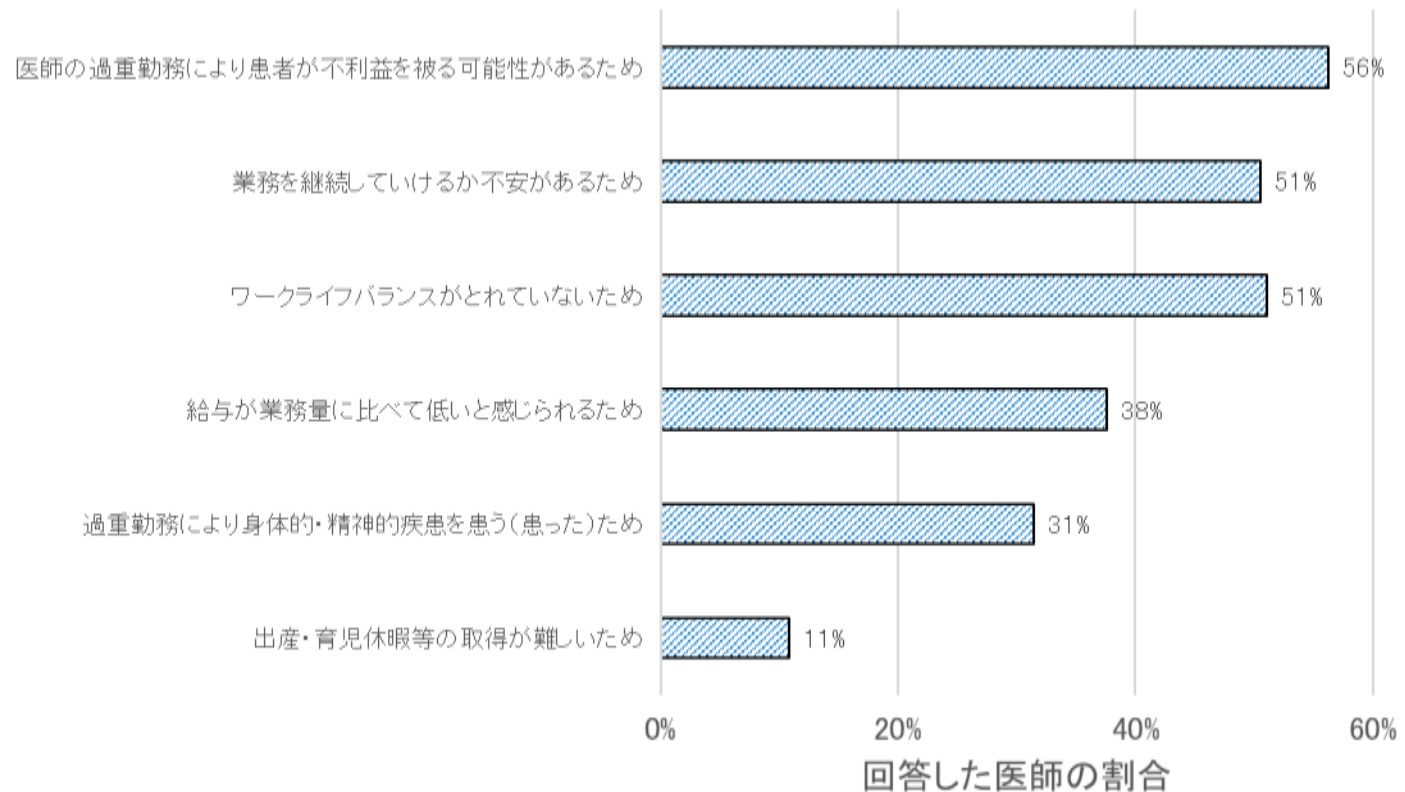
- 現在の勤務状況について、「改善の必要性が高い」、または「改善の必要がある」と回答した医師は51%であった。
- 「改善の必要性が高い」、又は「改善の必要がある」を選択した理由は、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」が56%、「業務を継続していけるか不安があるため」、「ワークライフバランスがとれていないため」がそれぞれ51%であった。

①現在の勤務状況 (n数=2505) (令和4年11月1日時点)



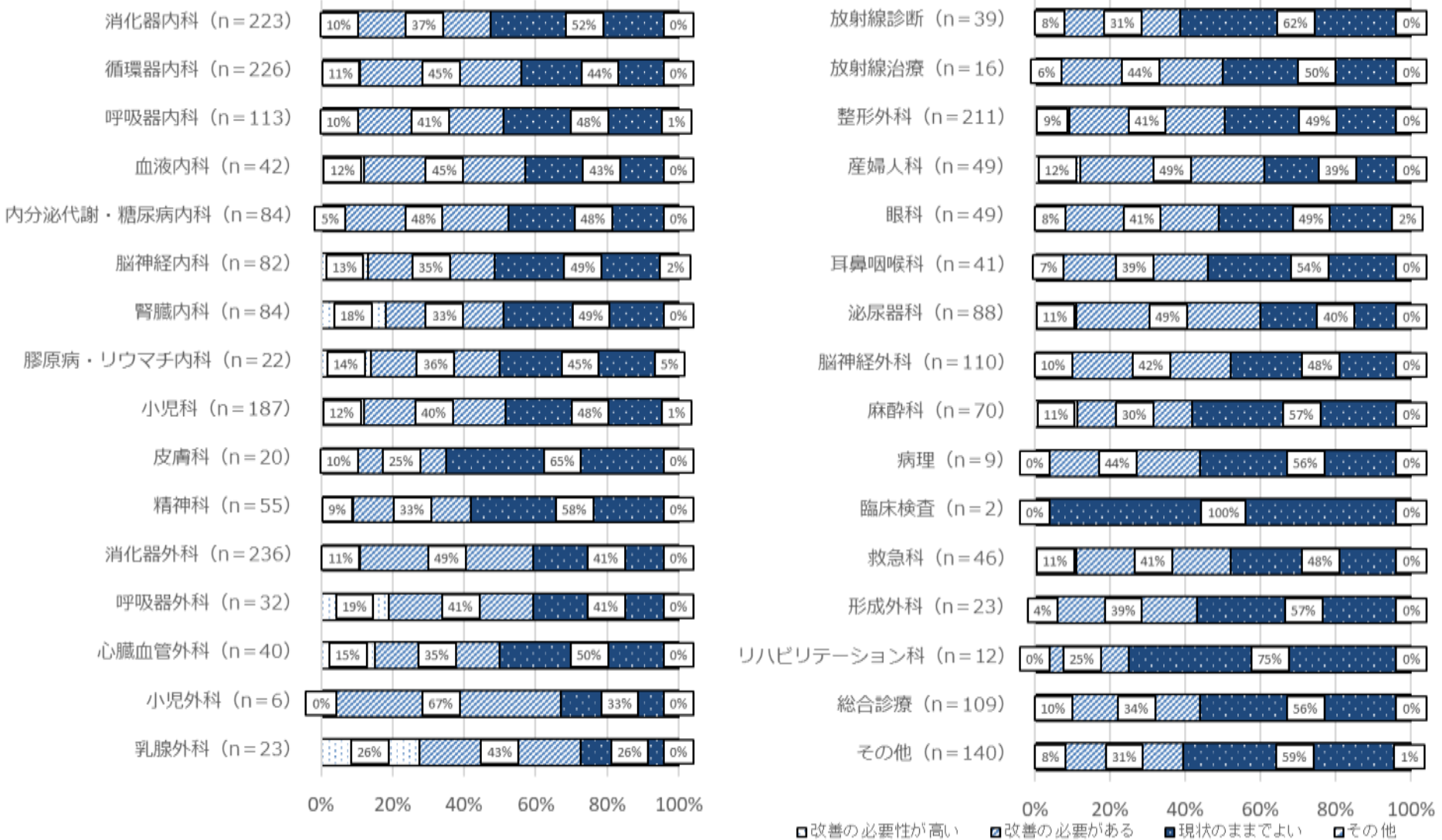
- 改善の必要性が高い
- 改善の必要がある
- 現状のままでよい

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



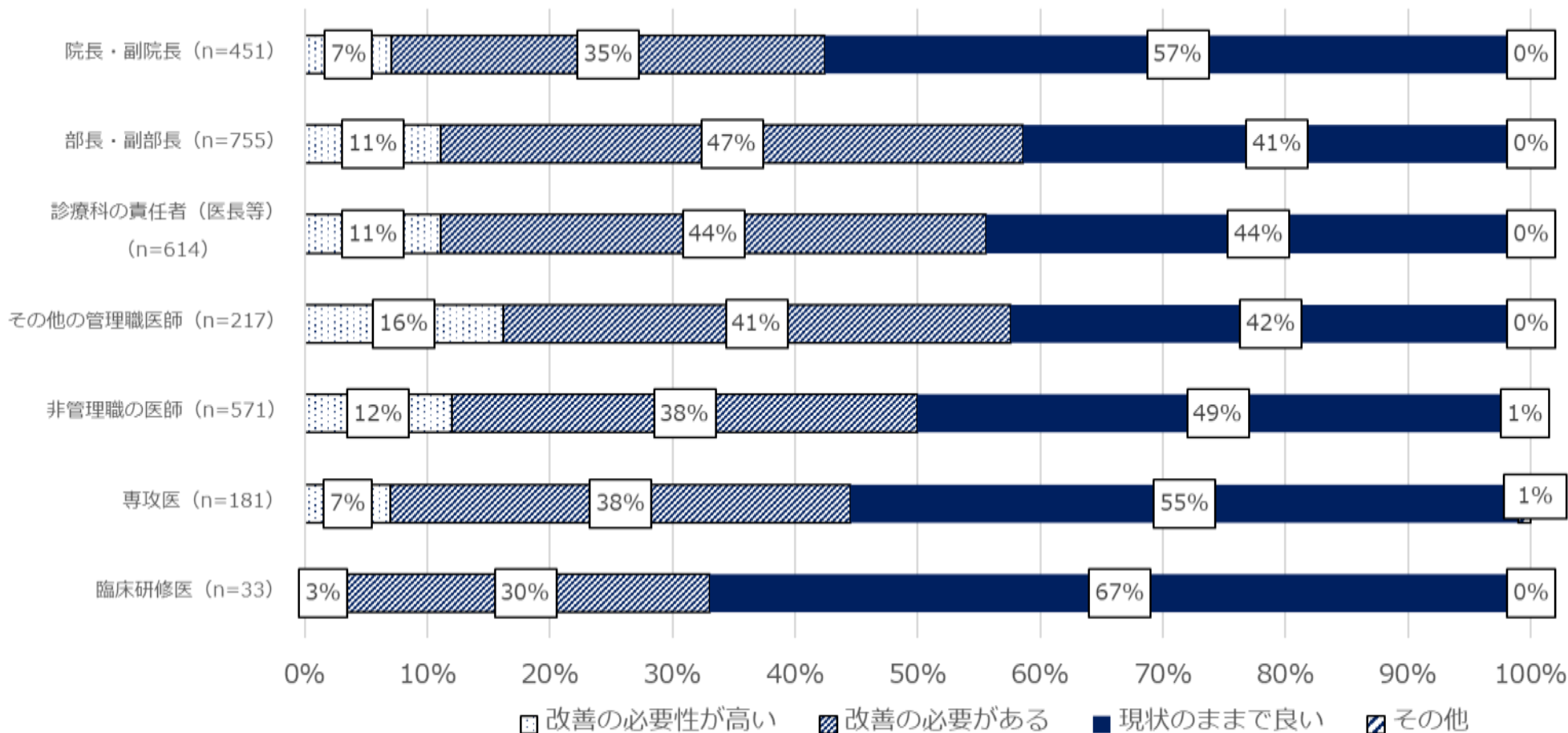
診療科別に見た医師の勤務状況の改善の必要性

○ 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。

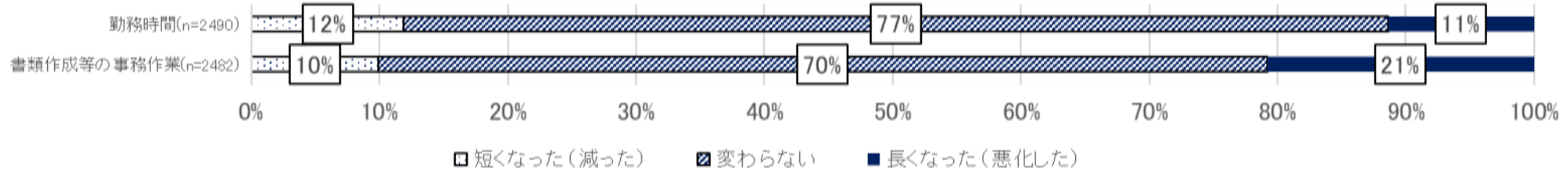


回答した職位別の医師の割合

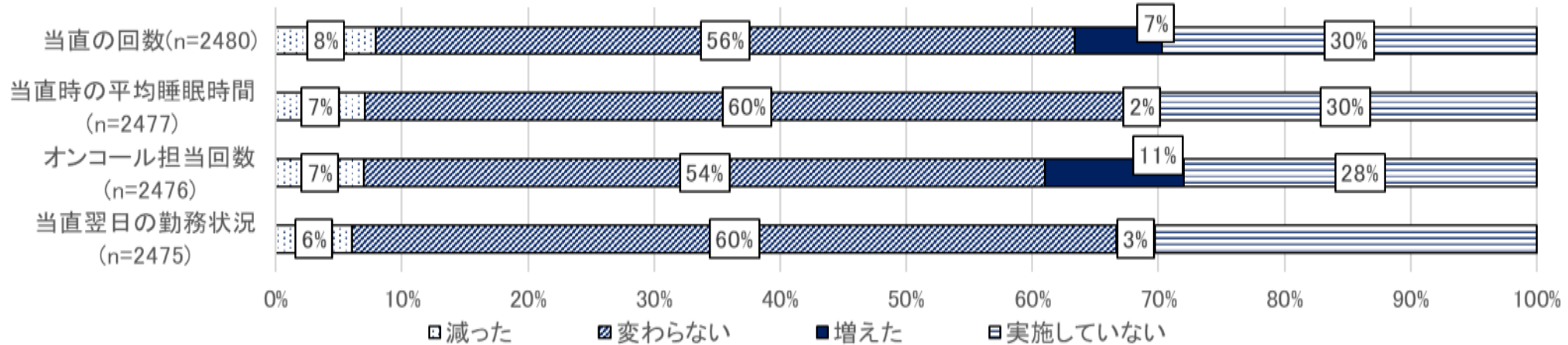
医師の勤務状況の以前との比較

- 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。

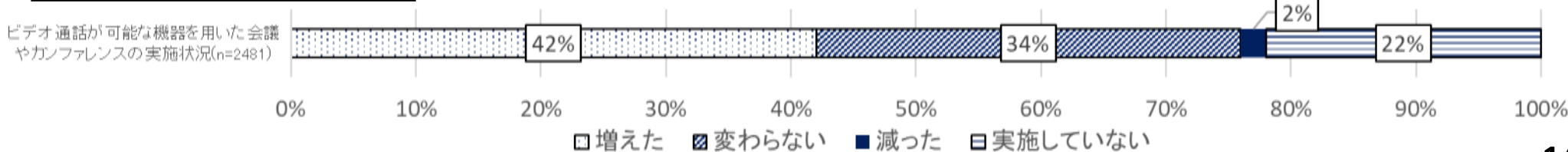
1. 勤務時間の状況及び書類作成等の事務作業の状況



2. 当直の状況

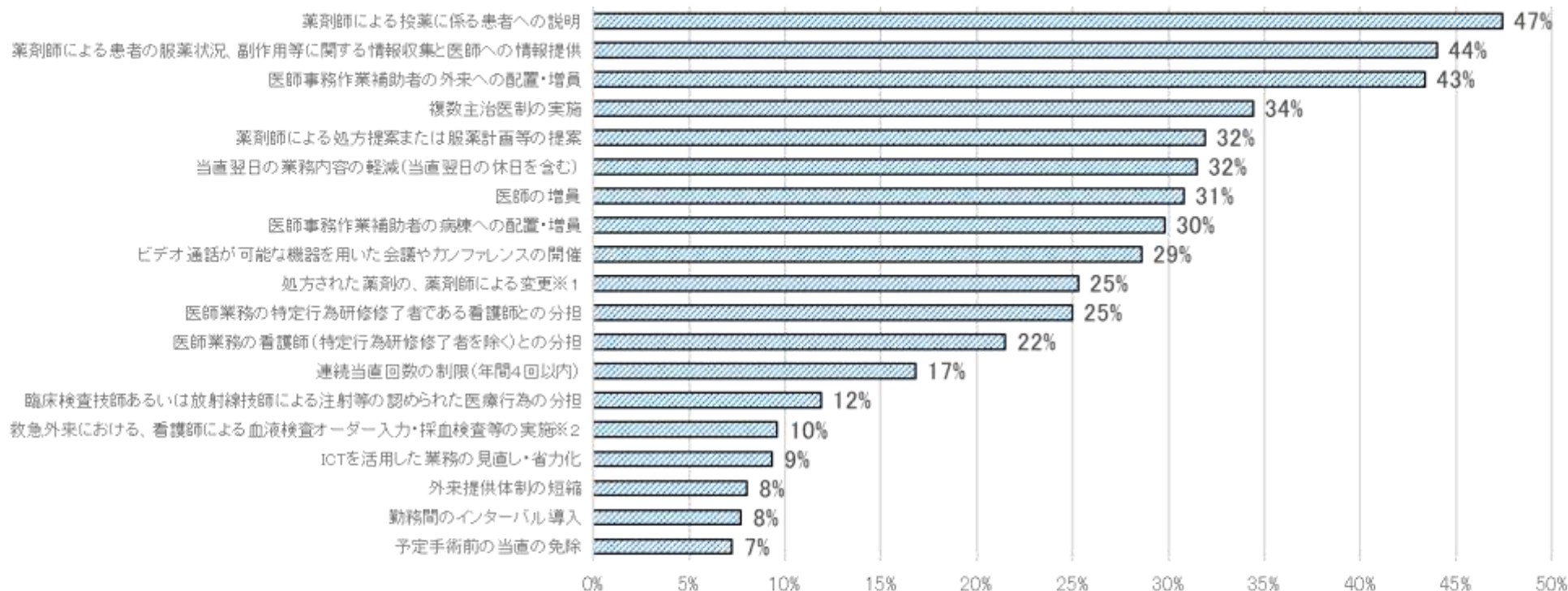


3. ICTを活用した取組みの状況



○ 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

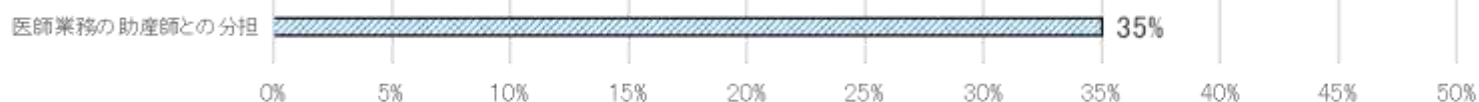


所属している診療科で実施している、と回答した医師の割合(n=2400)

※1 事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの

※2 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. 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



所属診療科で実施している、と回答した医師の割合(産婦人科抜粋)(n=49)

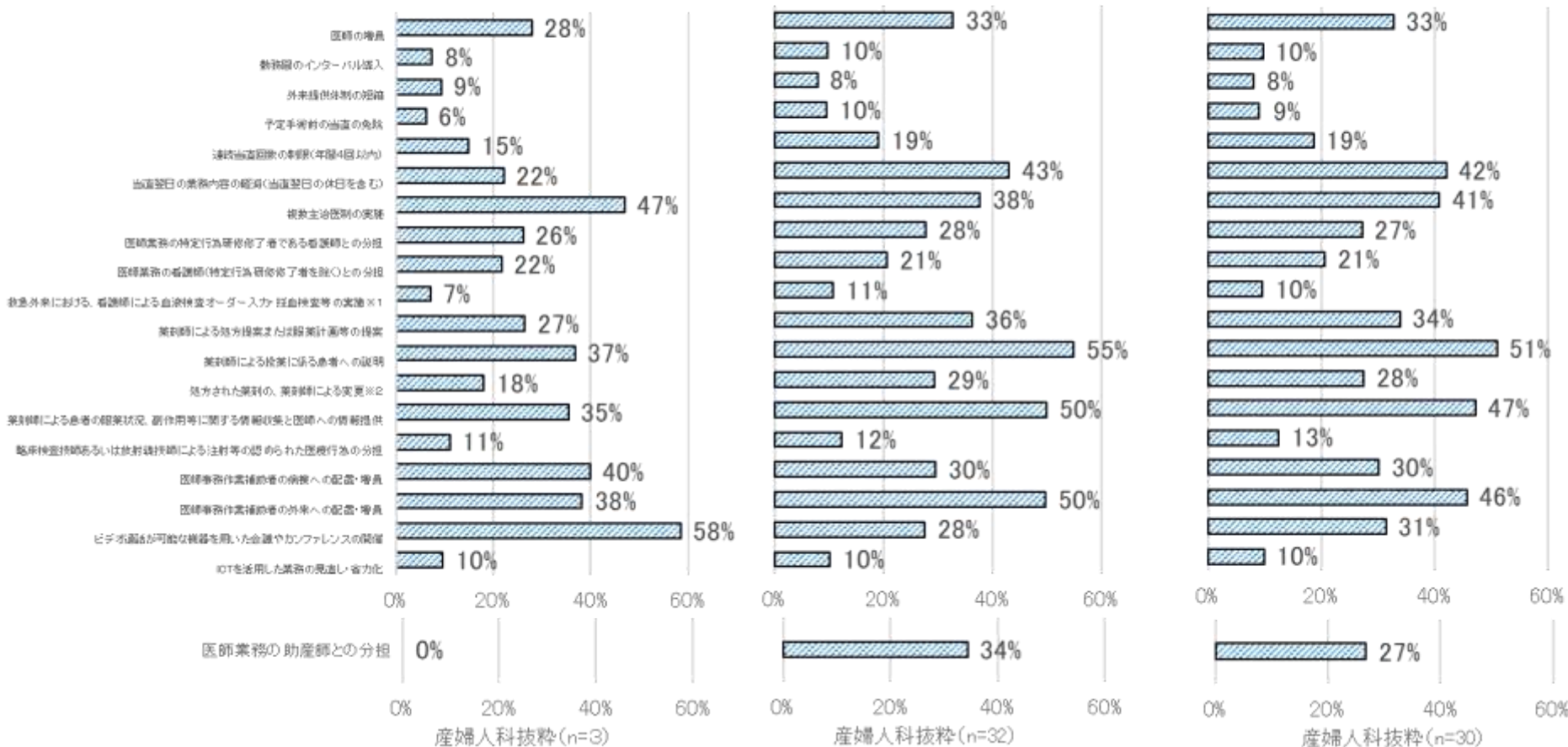
医師の負担軽減策の実施状況

○ 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)

急性期一般入院基本料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

医師の働き方改革に関する検討会 報告書(平成31年3月28日)(抄)

1. 医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

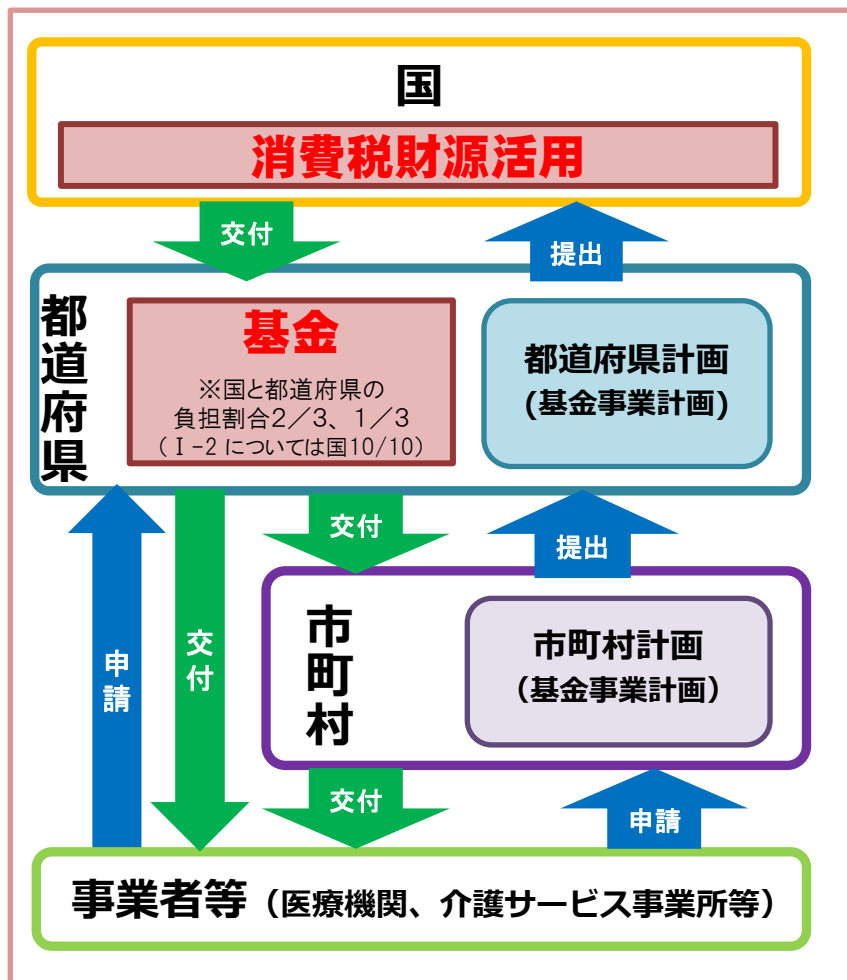
(1) 医師の働き方改革を進める基本認識

- 医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成の在り方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、医療・介護連携や国民の医療のかかり方等における様々な課題が絡み合って存在している。また、個々の医師の健康確保と、医療の質や安全の確保は表裏一体であり、ともに進めていく必要がある。
- 医師の働き方改革は、全ての人が医療を受ける可能性があることにかんがみても国民全体・社会全体で考えられるべき課題であり、医療提供体制の改革や、たばこ対策・生活習慣病予防・がん検診の受診率向上等の予防医療の推進に加えて、上手な医療のかかり方について国民の理解を得ることも一体として進め、必要な時に適切な医療を受けられる体制を維持していく必要がある。特に、医療提供体制の改革は、医師の需給や偏在、養成の在り方、医療提供体制における機能分化・連携、国民の医療のかかり方等に関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきものであり、各医療機関が2024年4月からの規制内容を遵守できる条件整備を図る観点からも推進していくことが求められる。
- 本検討会が、「中間的な論点整理」、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」をとりまとめてから1年あまりが経過する中、長時間労働の中で患者と向き合っている現場の医師からは「医療現場の働き方は変わっておらず、本当に医師の働き方は変わっていくのか」という声もあるが、こうした現場の医師の期待を裏切ってはならない。
- 医療機関と医療従事者が話し合い(勤務環境の改善に向けた労使間の取組など)の中で取り組むことはもとより、行政、国民それぞれの立場から、また、医療分野と労働分野の双方から、医師と国民が受ける医療の両方を社会全体で守っていくという強い決意の下に、医師の働き方改革に取り組んでいかなければならない。
- まずは、2024年4月からの平成30年改正労働基準法に基づく新たな時間外労働に対する規制(新時間外労働規制)の適用まで、必要かつ実効的な支援策を十分に講じながら、最大限の改革を行い、その後も絶え間なく取組を進めていかなければならない。

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、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※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

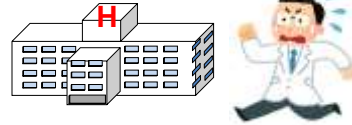
- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

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 ※B水準・連B水準相当(派遣先は労働時間を通算し以下の要件を満たせば可)

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

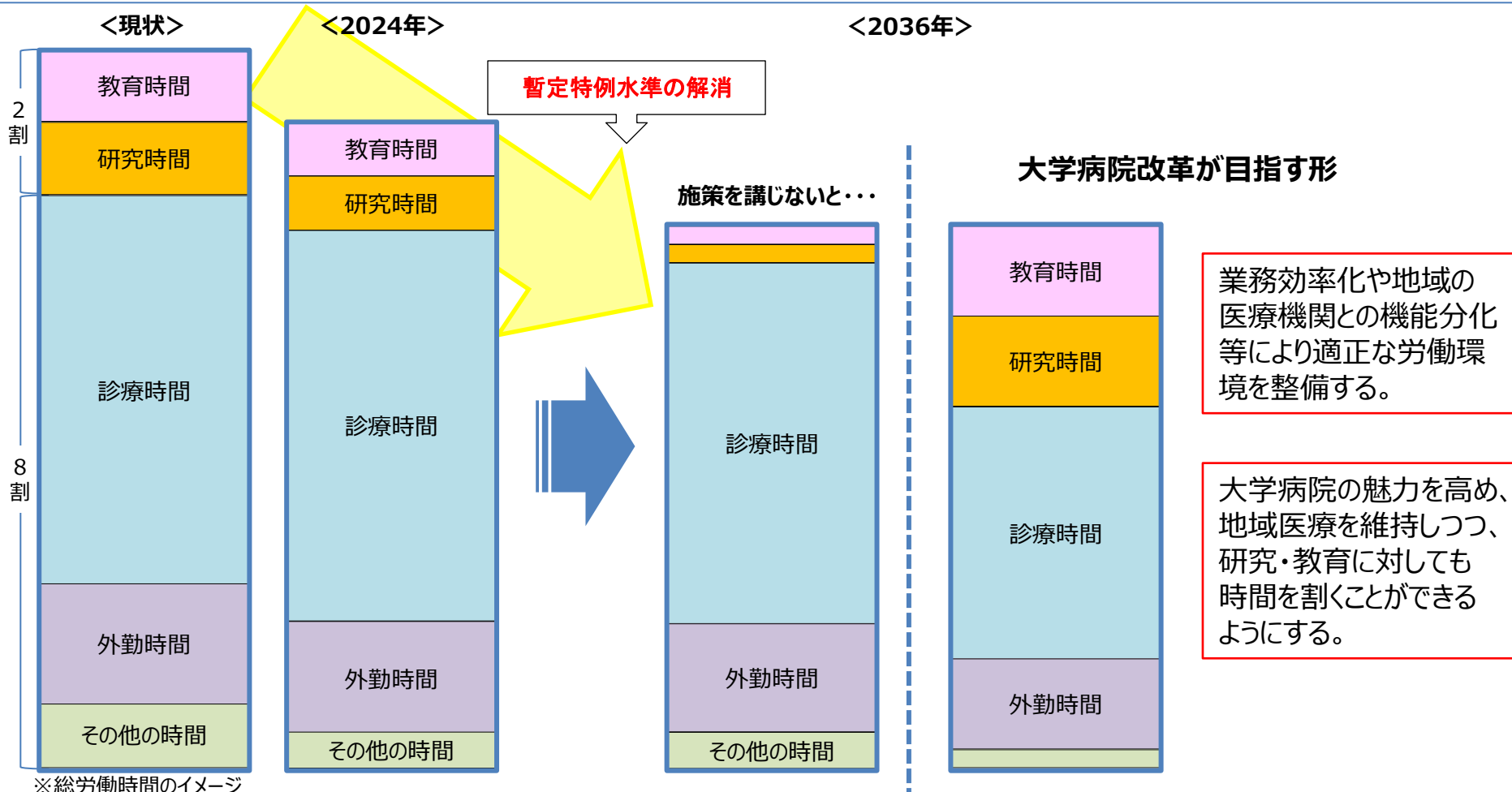
※20床未満の場合は20床として算定。

大学病院改革のイメージ

第1回今後の医学教育の在り方に関する検討会 資料5改 (R5.5.26)

大学病院では、診療機能の需要増大に伴い若手医師を中心とした**教育・研究時間の確保が困難**になり、医師としてのキャリア形成の上で**大学病院の魅力が低下**している。令和6年4月より**医師の時間外・休日労働の上限規制**が適用されることを踏まえ、大学病院の業務効率化や地域の医療機関との機能分化等により**適正な労働環境を整備**しつつ、**質の高い医療を提供しながら教育・研究機能を維持**することが不可欠。

→大学病院が**医学教育・研究を牽引し、地域の医療機関への医師派遣を含む高度で専門的な医療を提供し続けるための改革を促し、医師が大学病院で働きたいと思えるような魅力をも高める取組**と併せて国が支援を講じる必要。



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。

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③

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

（医師の働き方改革について）

- 地域医療体制確保加算を算定している医療機関で労働時間が長い医師の割合が増えているのは、働き方改革が進み、交代勤務にすることにより、日中の勤務が全て時間外になったことや近隣の医療機関が働き方改革を進めたこと等の影響も考えられる、との指摘があった。
- 医師事務作業補助者には、レセプト請求時の症状詳記の業務を積極的に担っていただくことも考えられる、との指摘があった。
- 宿日直について考える場合、多くの集中治療室での業務はチームで行われていることにも配慮すべきではないか、との指摘があった。
- M F I C Uにおける宿日直許可取得の割合が高いが、医師の確保が困難であることを考慮しなければならない、との指摘があった。
- 勤務間インターバルを推進していくべき、との指摘があった。
- 医師の働き方改革において特定行為研修修了看護師の活用は重要な要素であったはずだが、思ったように育成・活用されていない現状がある。さらなる診療報酬上の後押しを検討すべきではないか、との指摘があった。

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④

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>（続き）

（看護職員の負担軽減について）

○ 夜間における看護業務の負担軽減に資する取組について、以下の指摘があった。

- 「11 時間以上の勤務間隔の確保」は単独の必須項目としてはどうか
- 「夜勤後の暦日の休日の確保」も効果があるとなっており、必須化していないことで取り組まれていない可能性があるため、準必須項目化も検討してはどうか

○ 看護職員と看護補助者の業務分担について、以下の指摘があった。

- 急性期か否かにかかわらず、看護職員と看護補助者の業務分担状況に大きな差はなく、直接患者に触れる業務は看護職員が主に担っていることが多い。これらの結果から、医療機関における介護職員の確保は介護施設との競合にもなるという点で留意が必要であるものの、急性期から慢性期のいずれの病棟でも看護と介護のニーズがあることから、看護職員の負担軽減のため、介護福祉士の配置の評価や従来とは異なる看護補助者の配置の評価を考えるべき
- 看護補助体制充実加算の有無により業務分担の状況は大きな差はないが、加算有りの方が看護職員と看護補助者との協働の割合はやや高く、看護補助者に対する直接患者に係わる業務に関する研修や、協働する看護職員への研修の充実が効果的なのではないか

○ 看護職員の負担感は強く、負担軽減策として看護補助者との業務分担や協働を推進していくことが効果的であるといった指摘があった。

○ 看護補助者の確保が困難になってきていることから、介護が必要な高齢患者等に対してどのように対応すべきか検討が必要との指摘があった。

○ また、看護補助者の減少の理由として介護保険における介護職員処遇改善加算等の影響も考えられ、結果的に、看護職員の離職につながることも想定される。このような中で、看護補助者をいかに定着させるかが重要であり、看護補助体制充実加算について中小病院でも加算が算定できるような配慮が必要である、といった指摘があった。一方で、看護補助者を教育しても直接患者にケアを提供することが難しい場合や直接患者にケアを提供することを希望しない場合があり、看護補助者の教育の充実や処遇の改善だけでは対応しきれないことも直視し、看護職員の負担を増加させないよう留意すべき、といった指摘もあった。

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⑤

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>（続き）

（病院薬剤師の業務の広がりと現状について）

- 回復期病棟からの退院後の薬局への情報提供等の業務は、地域包括ケアの観点から重要であるが、薬剤師の手が回らないことによって十分に実施がされていない現状があるため、早急に対応する必要があるとの指摘があった。
- 急性期病棟であっても薬剤師の配置が十分でない施設がある現状があるとの指摘があった。また、地域包括ケア病棟においても、状態が安定しておらず医療を必要とする患者が一定数いる中で、適切な薬物療法を提供する観点から薬剤師の関与が重要との指摘があった。
- 周術期薬剤管理加算の届出を行っている施設は、全体の約1割であり、手術件数が多い施設の届出割合が多かった。
- 周術期の薬剤管理など診療報酬で評価されている業務が実施できない理由として薬剤師が不足していることが多く挙げられており、このため必要な業務を十分実施することができない状況がある。
- チーム医療やタスク・シフト/シェア推進の中で、医療機関における薬剤師の業務は集中治療室を含めた様々な病棟薬剤業務や周術期における薬学管理にも広がってきており、医師の負担軽減及び医療の質向上への貢献の観点からも評価されている。今後は外来においても薬剤情報の収集や処方提案、併用薬の確認など医療安全等を高める取組を実施すべきとの指摘があった。

働き方改革の推進(その2)

1. 働き方改革の推進に係る現状等について
2. 地域医療体制確保加算について
3. 医療機関におけるタスクシェア・タスクシフトについて
4. 手術・処置の時間外等加算について
5. 看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について
6. ICTの活用等について
7. 論点

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

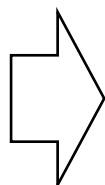


地域医療体制確保加算の見直し

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] <u>「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</u> すること。	
<u>以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。</u>	
<u>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。</u>	
<u>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。</u>	
<u>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。</u>	

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、 必要な事項を記載 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
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
- ・ 年間の時間外・休日労働時間数の平均・最長
 - ・ 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
 - ・ 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
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
- ・ 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
 - ・ 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
 - ・ 労使の話し合い、36協定の締結
 - ・ 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
 - ・ 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
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
- ・ 管理者マネジメント研修
 - ・ 働き方改革に関する医師の意識改革
 - ・ 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）

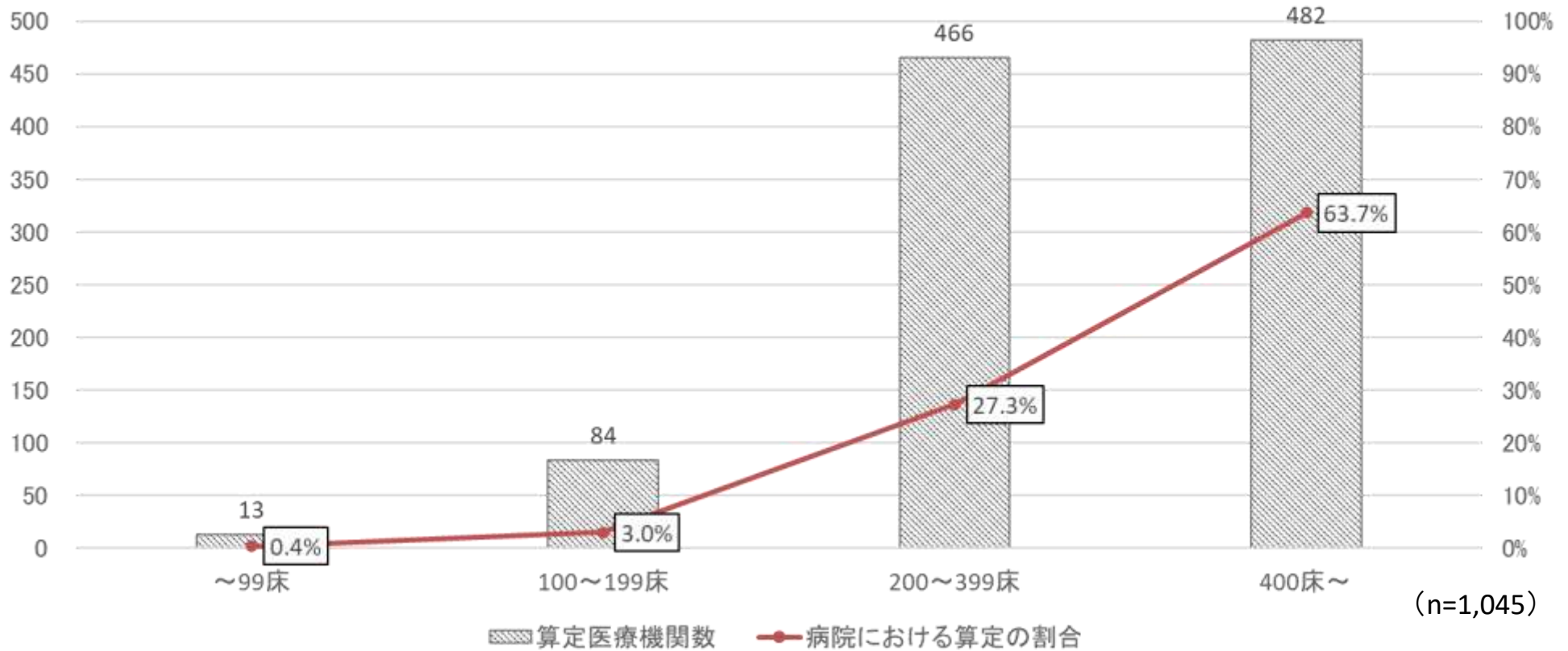
- (1)～(5)それぞれにおいて、最低1つの取組について①計画作成時点における取組実績と②計画期間中の取組目標を計画に記載
- (1) タスク・シフト/シェア
- (2) 医師の業務の見直し
- (3) その他の勤務環境改善(ICT活用、WLB推進等)
- (4) 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理
- (5) C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化

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936医療機関、2021年7月は966医療機関であり増加傾向)

病床規模別の地域医療体制確保加算算定状況



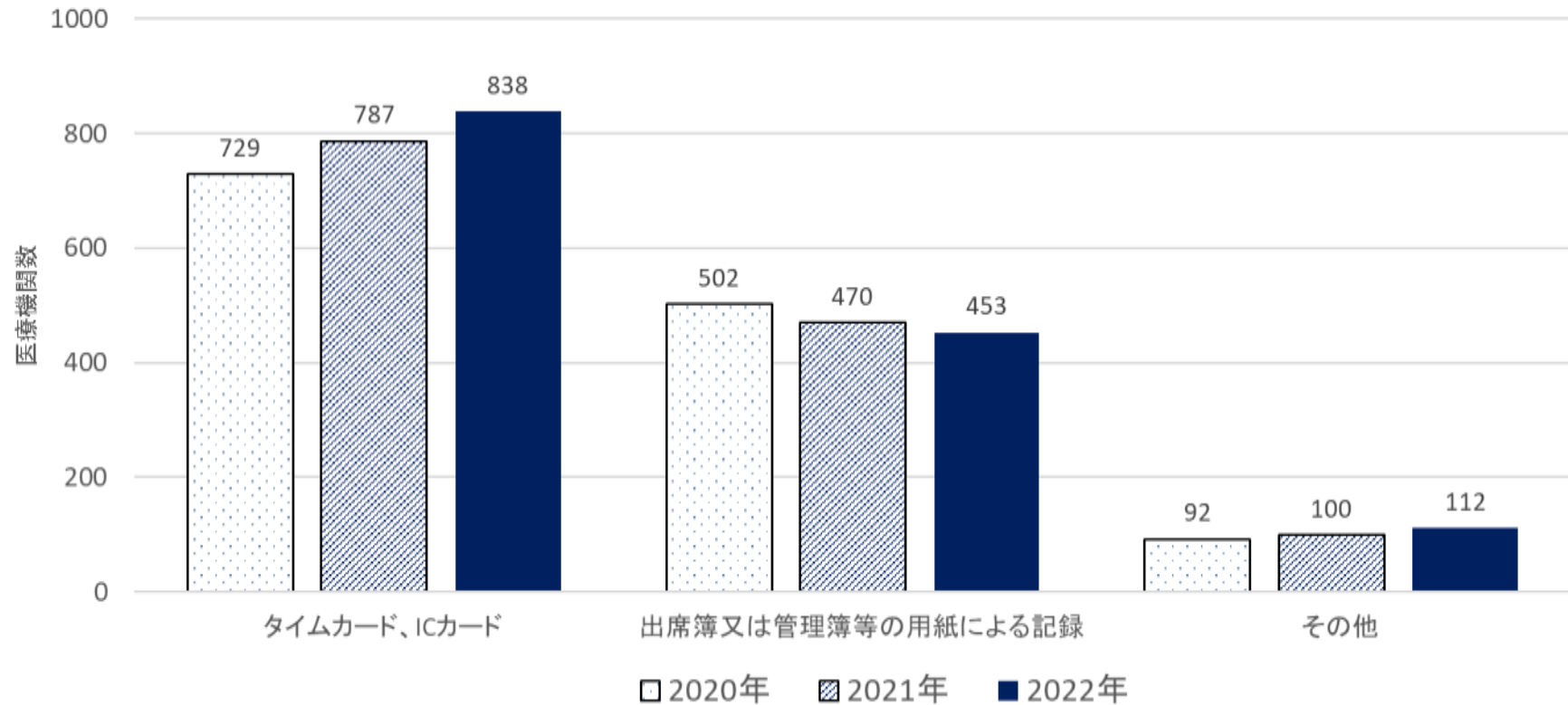
地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況①

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)



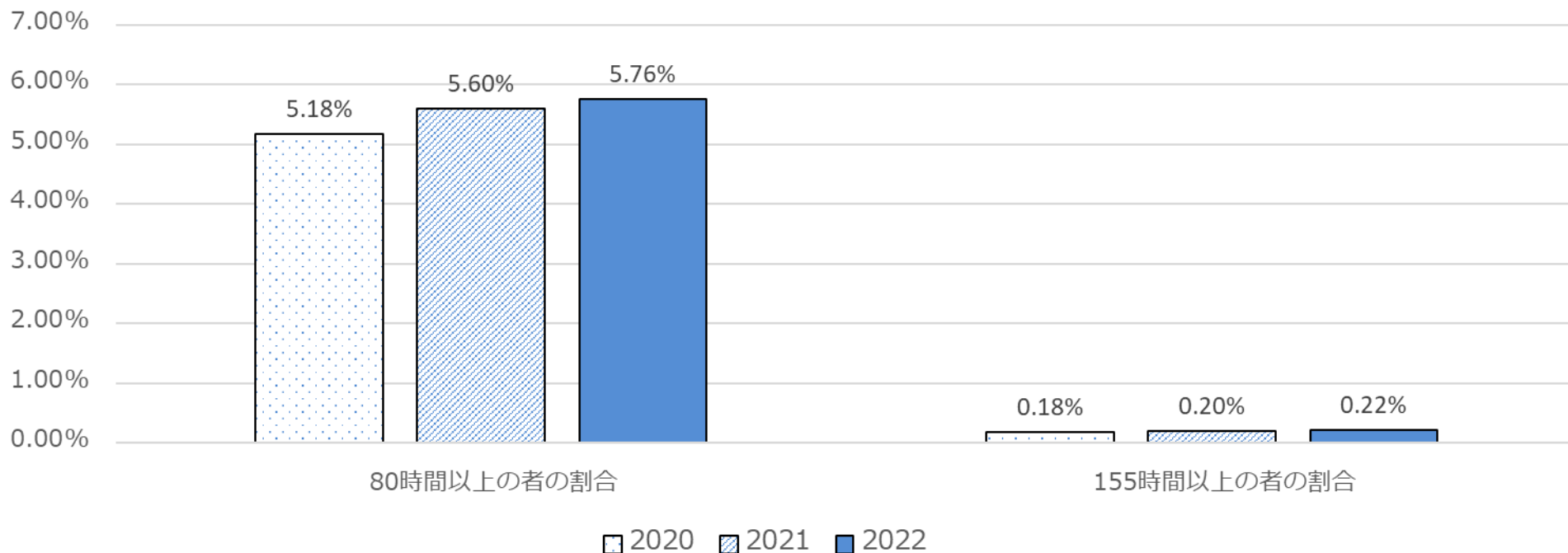
※ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関の2020年、2021年の人数を示しているため、医療機関数は2020年～2022年で同一となっている。

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

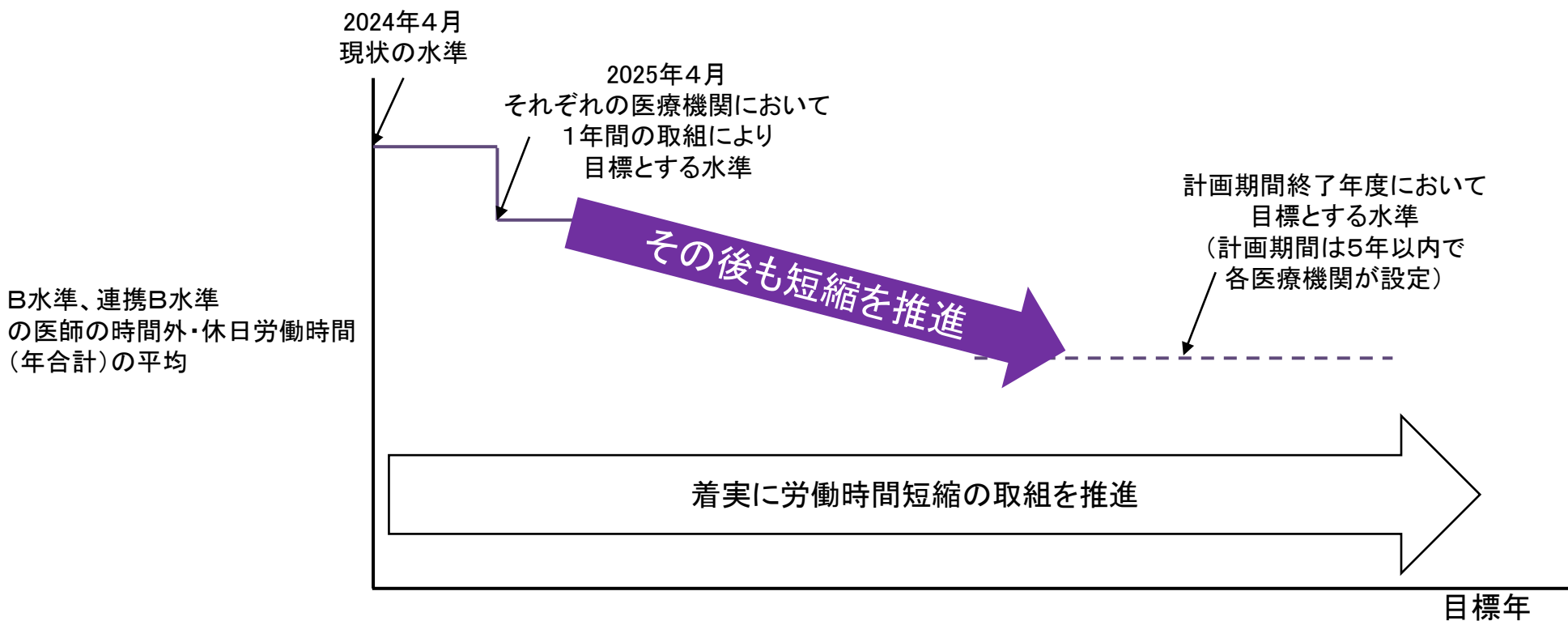


	2020		2021		2022	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
80時間以上の者の人数	6,275	5.18%	6,978	5.60%	7,371	5.76%
155時間以上の者の人数	218	0.18%	251	0.20%	280	0.22%
1037医療機関における常勤医師数合計	121,111	100%	124,651	100%	127,982	100%

各医療機関における時間外・休日労働時間短縮の目標のイメージ

- 医師の働き方改革を推進するためには、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、診療体制の見直し等、医師の確保、様々な取組が求められる。
- 各医療機関は、医師労働時間短縮計画を策定し、次年度及び計画期間終了年度の目標を設定し、医師の働き方改革を、2024年度以降も進めていくこととなっている。
- 上記を踏まえ、医師の労働時間短縮の目標のイメージは以下のとおり。

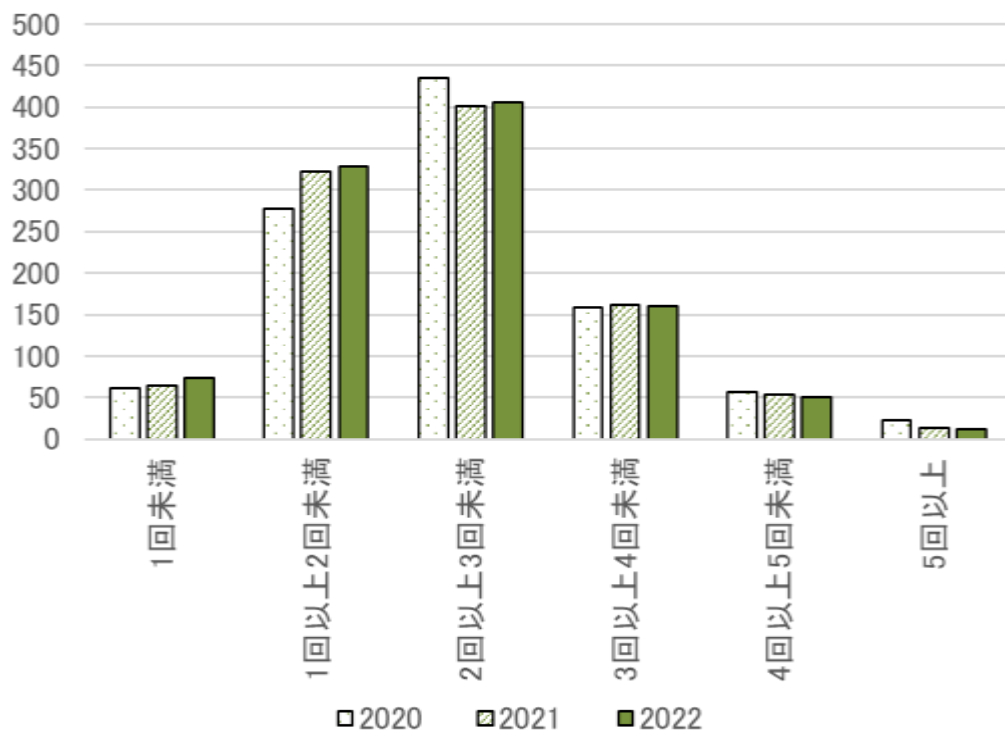
各医療機関における医師の労働時間短縮の目標のイメージ



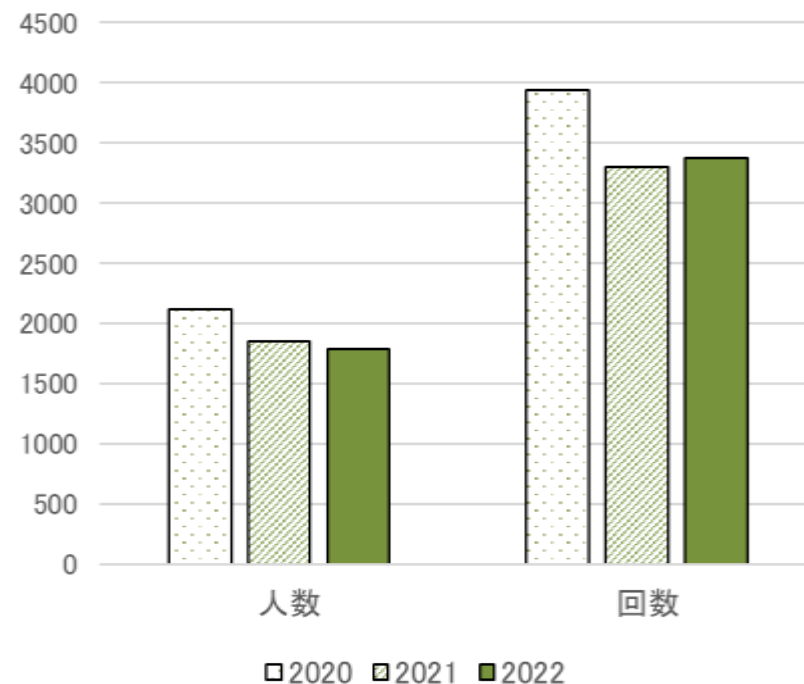
地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況③ 宿日直及び連日当直の状況

○ 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)



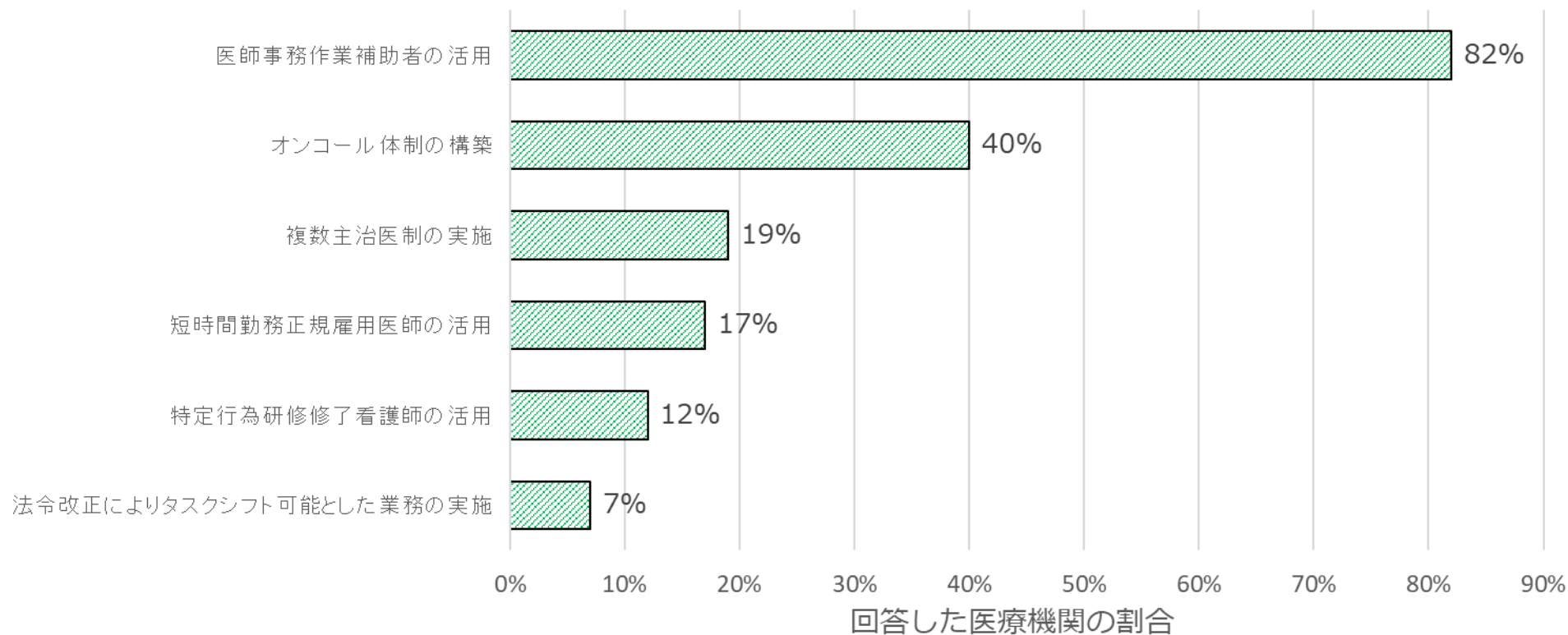
※ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関の2020年、2021年の人数を示しているため、医療機関数は2020年～2022年で同一となっている。

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)



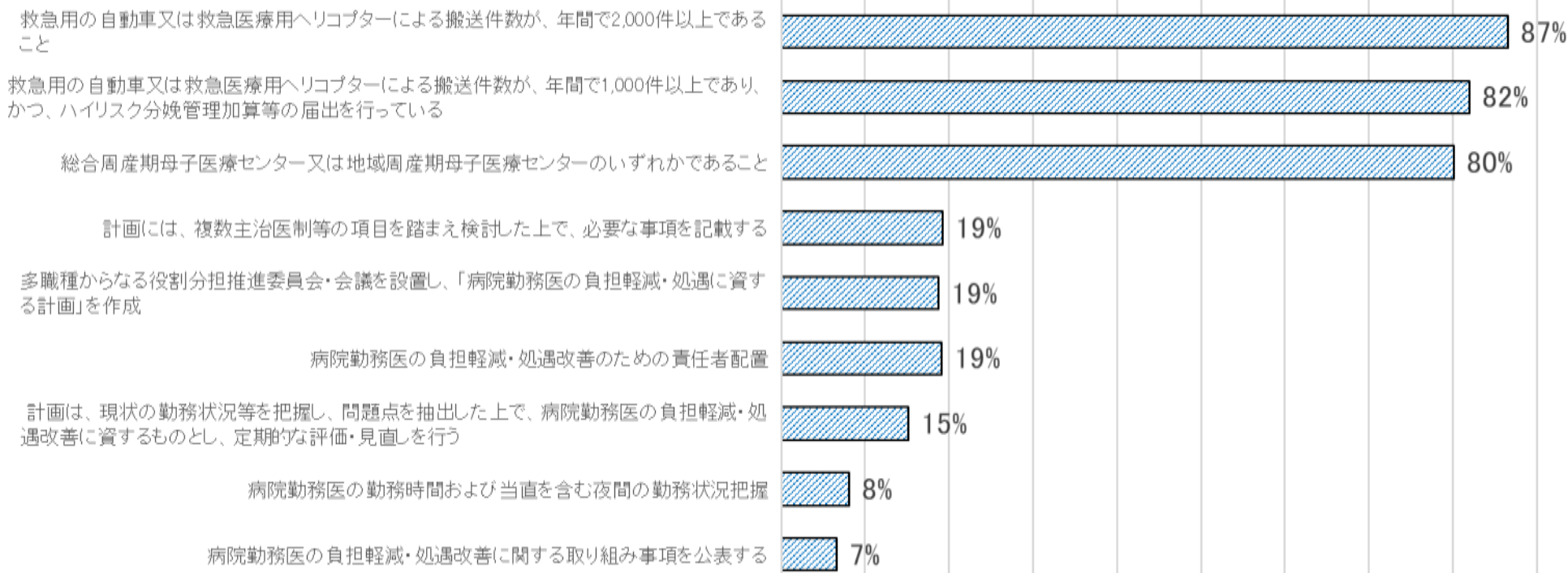
- 地域医療体制確保加算を届け出していた医療機関は41%であった。
- 地域医療体制確保加算を届け出していない医療機関の届出困難な理由として、救急医療に係る実績等が挙げられた。

■ 地域医療体制確保加算の届出有無 (n=1,095)

	医療機関数	(割合)
届出:無	650	59%
届出:有	445	41%

届出:無

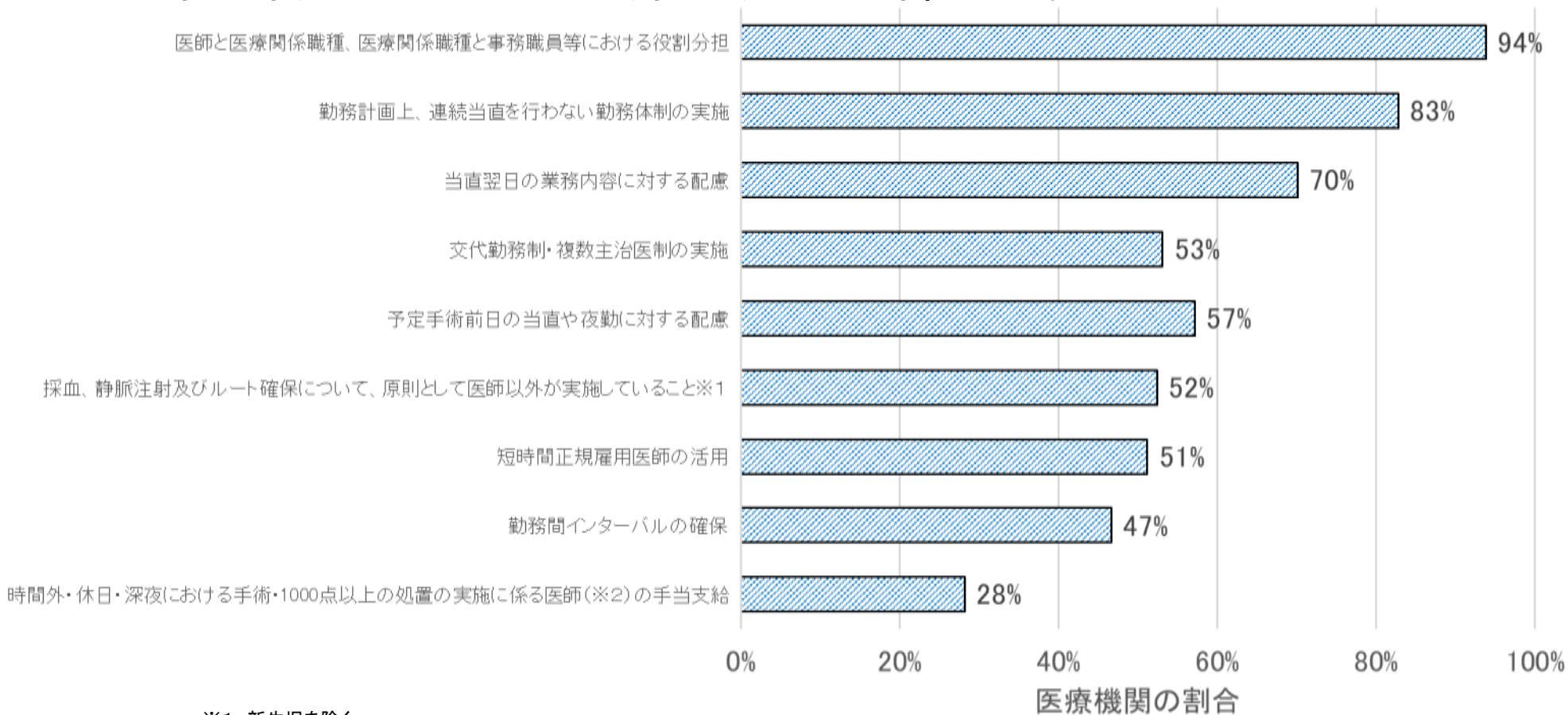
■ 満たせない要件 (n=603)



「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組

○ 「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組として、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（94%）、勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施（83%）等が挙げられた。

■ 地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組 (n=413)



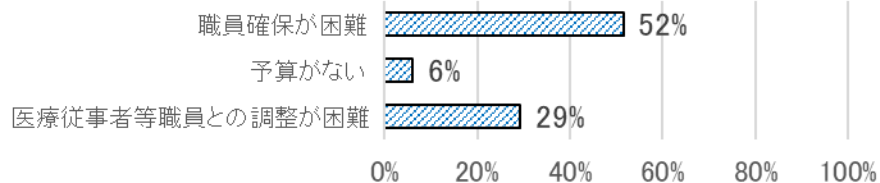
※1 新生児を除く

※2 術者又は第一助手

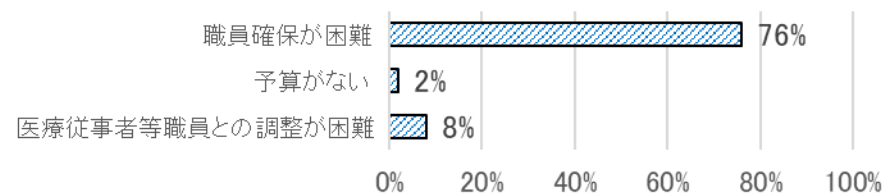
「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施しない理由

○ 「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施していない項目について、その理由として、「職員確保が困難」を挙げる医療機関が多かった。

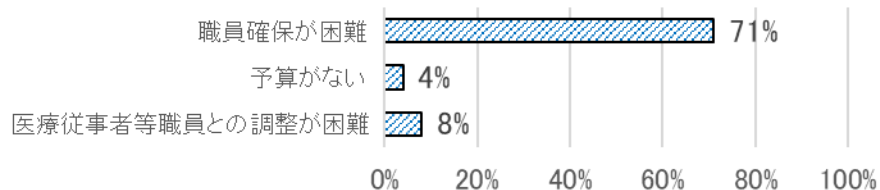
① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担



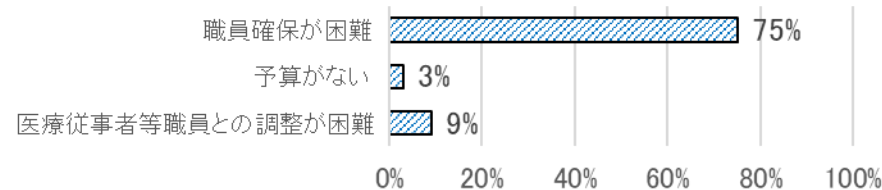
④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮



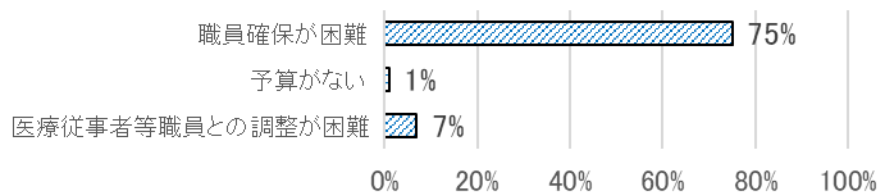
② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務



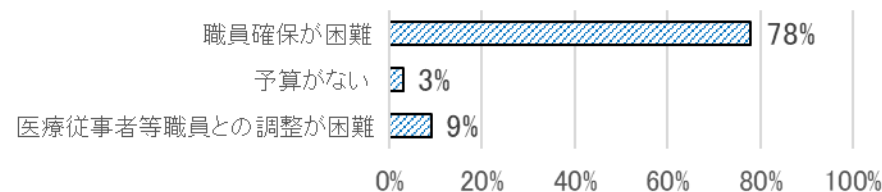
⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮



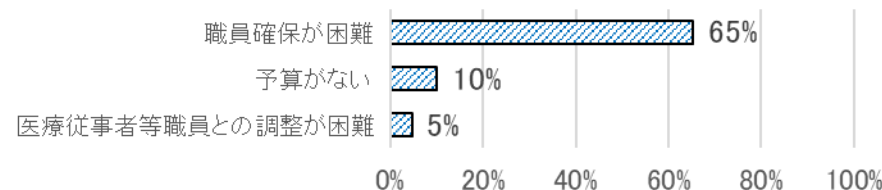
③ 勤務間インターバルの確保



⑥ 交代勤務制・複数主治医制の実施



⑦ 短時間正規雇用医師の活用



総合入院体制加算の概要①

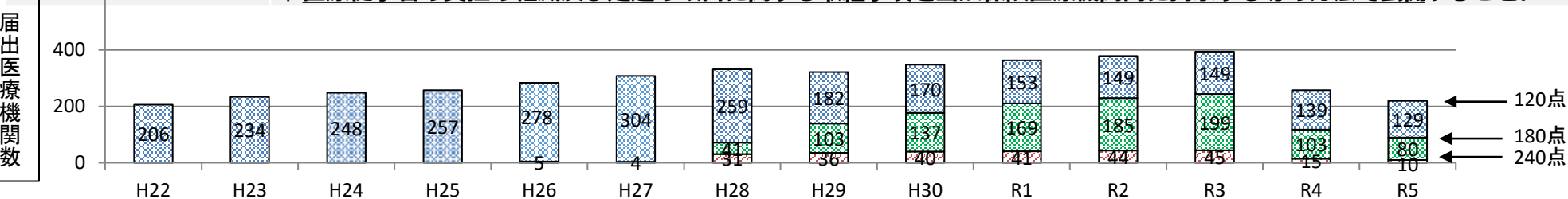
○ 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価。

(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"> 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。 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"> ア 次のいずれにも該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> 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 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。 イ 紹介受診重点医療機関である。 外来を縮小する体制を有すること。(右記) 次のいずれにも該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 		
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 : 3割3分以上 必要度 II : 3割以上	必要度 I : 3割以上 必要度 II : 2割7分以上

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)		
	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、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。	
	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(以下この項において「委員会等」という。)</u> 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。	
	ウ	イの計画は、 <u>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。	
	エ	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。	
	(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>	
	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。	



働き方改革の推進(その2)

1. 働き方改革の推進に係る現状等について
2. 地域医療体制確保加算について
3. 医療機関におけるタスクシェア・タスクシフトについて
 - 3-1. 特定行為研修修了看護師について
 - 3-2. 医療機関における薬剤師の業務について
 - 3-3. 医師事務作業補助体制加算について
4. 手術・処置の時間外等加算について
5. 看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について
6. ICTの活用等について
7. 論点

「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

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在している間。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

働き方改革の推進(その2)

1. 働き方改革の推進に係る現状等について
2. 地域医療体制確保加算について
3. 医療機関におけるタスクシェア・タスクシフトについて
 - 3-1. 特定行為研修修了看護師について
 - 3-2. 医療機関における薬剤師の業務について
 - 3-3. 医師事務作業補助体制加算について
4. 手術・処置の時間外等加算について
5. 看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について
6. ICTの活用等について
7. 論点

医療機関における医師の労働時間の短縮に向けて(ロードマップ)

医師の働き方改革に関する検討会 報告書
参考資料(H31.3.28)

((A) ・ (B) 水準の適用を中心に整理したもの)

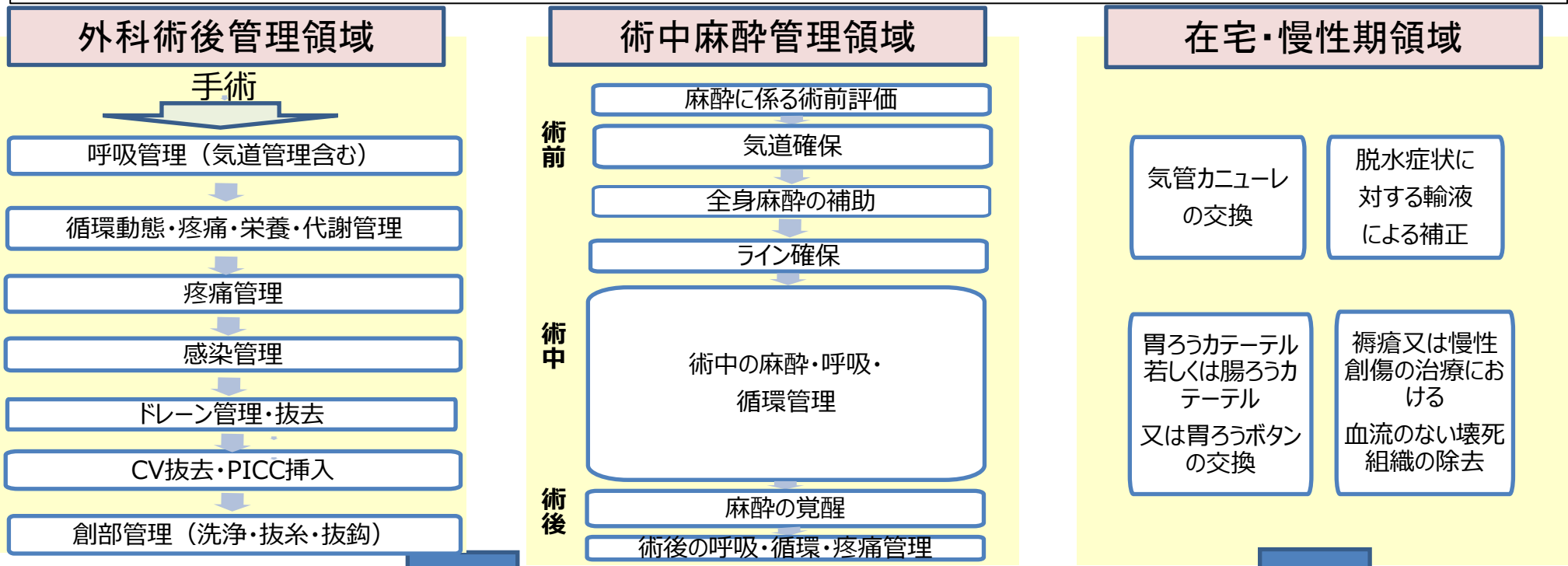
年度	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
医療機関内マネジメント	労働時間管理の適正化	労働時間管理の適正化の徹底		連続勤務時間制限、勤務間インターバルの導入促進			より質の高い医療へ		
	36協定等の自己点検	・時間外労働の上限時間数の方向性を提示 ・宿日直許可基準の現代化、研鑽の取扱いの提示		医療機関向け説明会の集中開催(宿日直、研鑽、上限時間数、健康確保措置等)			上限規制スタート		
	産業保健の仕組みの活用	・緊急的な取組の都道府県(勤改センター※)・団体等を通じた周知・促進		一般則超の労働時間となっている医療機関に 医師等勤務時間短縮計画 策定促進 ※税制等によるインセンティブ			暫定特例水準対象医療機関については、 ・病院長向け勤務環境マネジメント研修受講や 医師の労働時間短縮のための計画策定 が必要(医療機関) ・地域医療支援センターによる地域枠医師等の派遣や各種補助金等による支援を行うこととする		
	タスク・シフティングの推進	※都道府県医療機関勤務環境改善支援センター		重点的支援対象機関の洗い出し ・医療勤務環境改善支援センター ：病院長向け勤務環境マネジメント研修受講勸奨等医療機関内のマネジメント改革支援 ・地域医療支援センター：地域枠医師等の派遣 ・その他、地域内における医療機関の機能分化・連携の推進、各種補助金等による支援			暫定特例水準対象医療機関の労働時間短縮を図り、暫定特例水準対象医療機関数の縮減を図る		
	女性医師等の支援	医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組		2024年までに暫定特例水準対象医療機関数の縮減を図る					
医師の意識改革	医療勤務環境マネジメントシステムの導入促進、好事例の収集・周知		医療機関向け勤務環境改善Webサイト(いきサボ)掲載の好事例を充実し、横展開						
	現行制度に基づく導入促進とともに、医師の長時間労働の実態がある一定の医療機関に医師労働時間短縮計画の義務づけを検討		病院長向けトップマネジメント研修等による管理者の意識改革 タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業等により好事例創出 ※ICT活用含む			引き続き、医療勤務環境改善支援センター等の取組を通じて医療機関全体の労働時間短縮を図る			
	好事例を分析し、タスク・シフティング等勤務環境改善を一層促進								
人材養成	医師事務作業補助者等(専門職支援人材)	医療機関内の専門職支援人材のスキルアップ方策等の検討		医療機関内の専門職支援人材のスキルアップ方策等の実施に向けた取組			医療機関内における専門職支援人材の活用の推進		
	特定行為研修修了看護師	特定行為研修修了者数約1,000人		特定行為研修制度(パッケージ研修)によるチーム医療の推進			特定行為研修修了者(外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域)約10,000人目標		
地域医療提供体制	地域内の医療機関の機能分化・連携の推進	全ての公立・公的医療機関等における具体的な対応方針の合意形成(地域医療構想)		地域医療構想の実現に向けた取組の強化(医療機関の再編や在宅医療等への移行等)			地域医療構想の実現		
	医師偏在対策	医師偏在対策に向けた医療法等改正法成立 地域枠医師(2018)約2千人		改正医療法の順次施行都道府県による医師確保計画策定			医師確保計画に基づく医師偏在対策の実施[都道府県] PDCAサイクルに基づき次期計画策定		
	医師の養成	医師需給分科会第3次中間取りまとめ(2021年までの医師養成数)		医師の勤務実態把握調査			2021年以降の医師需給の検討		
国民の医療のかかり方	上手な医療のかかり方に関する懇談会提案		関係機関への働きかけ、周知コンテンツの作成、集中的周知広報実施			効果を検証し、さらに効果的な広報実施			
				医師の働き方改革や労働実態、医師偏在対策や医師偏在の状況等を勘案した医師養成			引き続き、定期的な医師需給推計		
				地域医療支援センターが派遣調整する地域枠医師の増加(約1万人へ)					

より質の高い医療提供体制構築

↑総合的推進

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間に相当する。週100時間勤務の外科系医師の場合、週7時間程度の時間がこれに相当する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。
- 特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域（救急、集中治療領域等を含む。）における業務分担が進むことが期待される。



外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

在宅・慢性期領域において、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅または施設等で療養する患者に柔軟な対応が可能に。

患者に対するきめ細やかなケアによる医療の質の向上、医療従事者の長時間労働の削減等の効果が見込まれる。

(一連の流れの中で特定行為研修修了者がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施)

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

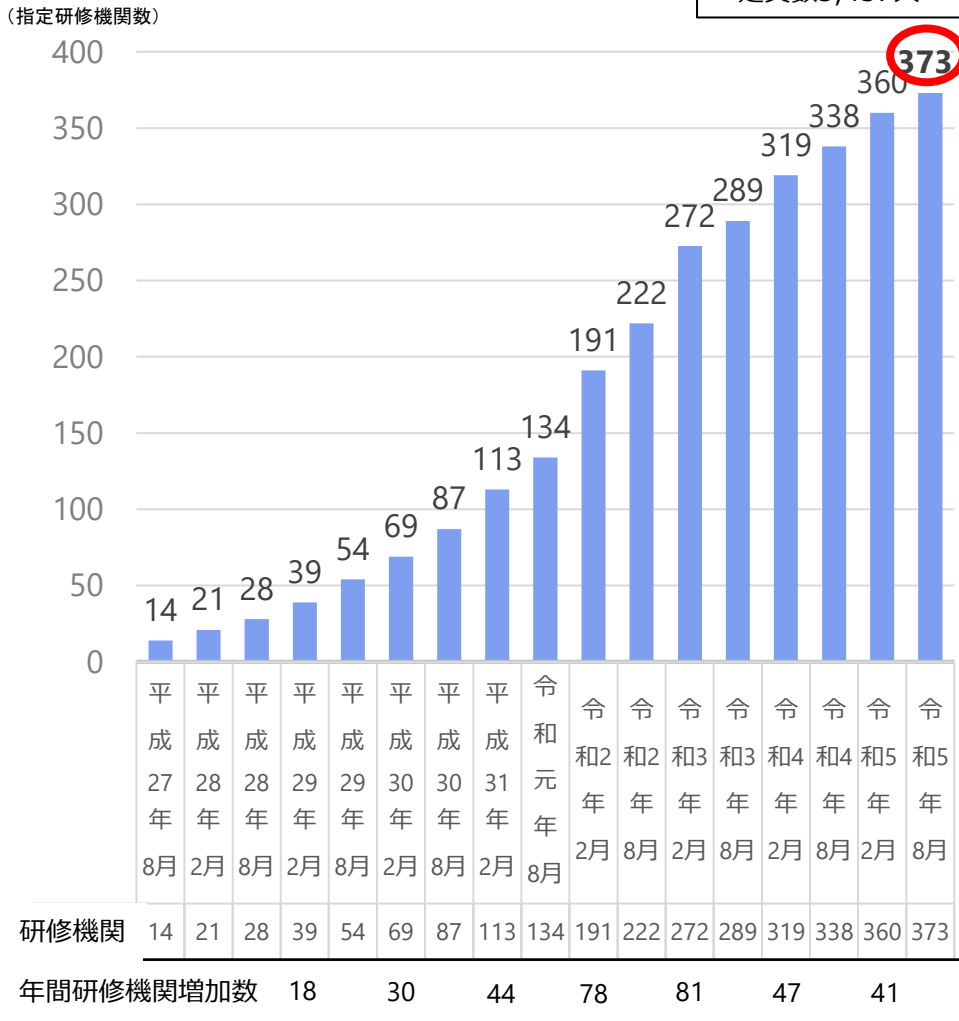
①～③の合計 + α（その他、地域の実情に応じて都道府県独自の観点で目標数を追加）

都道府県ごとの特定行為研修修了者の就業者の目標値

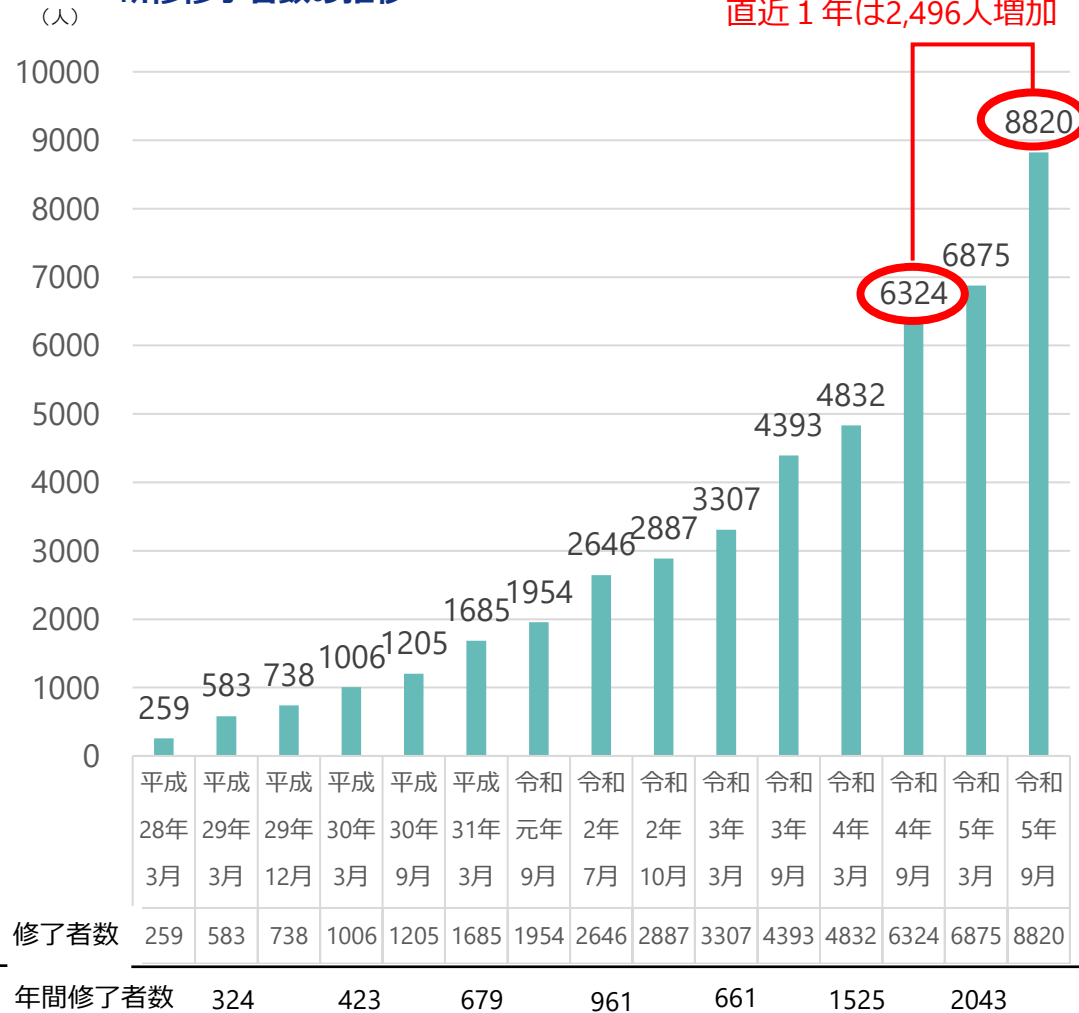
現状（指定研修機関数・研修修了者の推移）

- 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8月現在で**373**機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は**5,437**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8月現在で**8,820**名である。

■ 指定研修機関数の推移



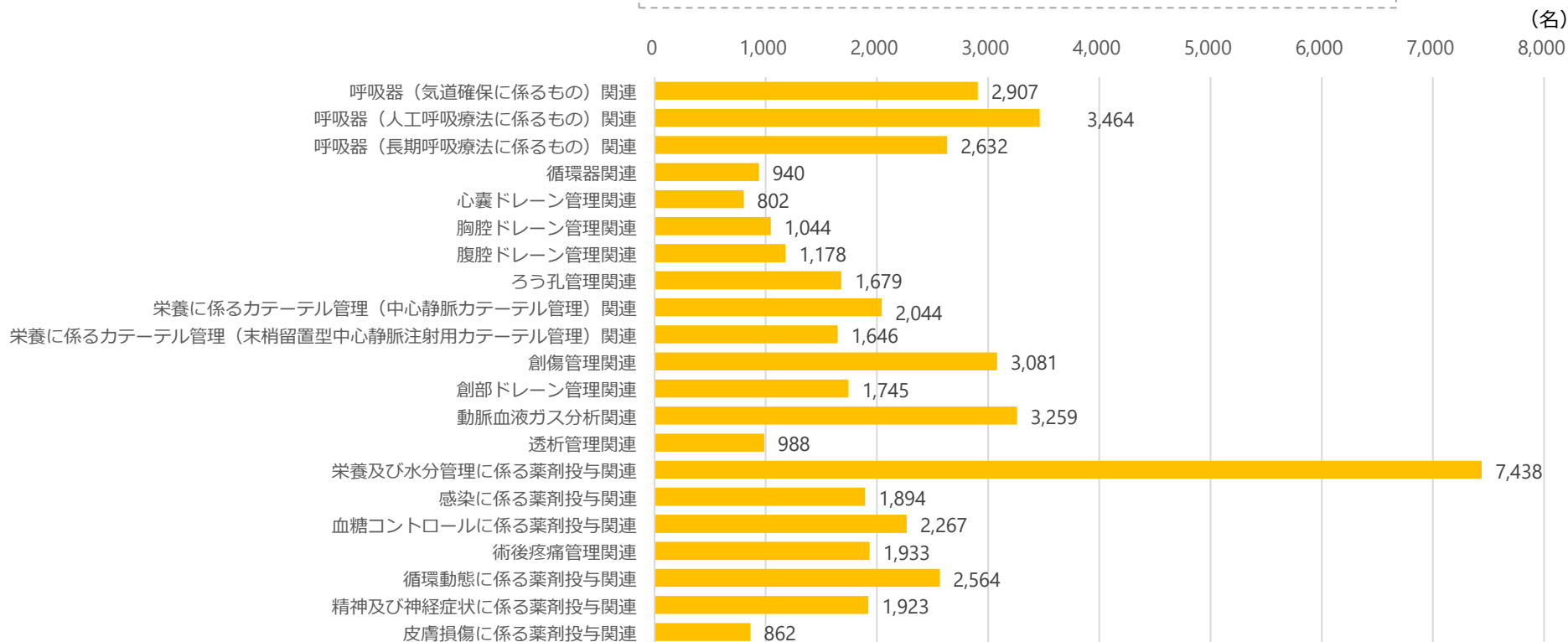
■ 研修修了者数の推移



特定行為研修を修了した看護師数（特定行為区分別）

■ 特定行為研修を修了した区分別看護師数

特定行為研修修了者数： **8,820名**（令和5年9月現在）
各区分別修了者数の合計値：46,290名



出典：医政局看護課調べ

■ 就業場所別の就業状況

n=4,653

就業場所	病院	診療所	訪問看護 ステーション	介護福祉 施設	教育機関	その他	未就労	不明※1
就業者総数	3,481	47	246	30	44	26	12	767
割合	74.8%	1.0%	5.3%	0.6%	0.9%	0.6%	0.3%	16.5%

※1
「都道府県」「就業場所」いずれかに回答がない者

出典：令和4年「看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業」調査結果をもとに医政局看護課にて作成

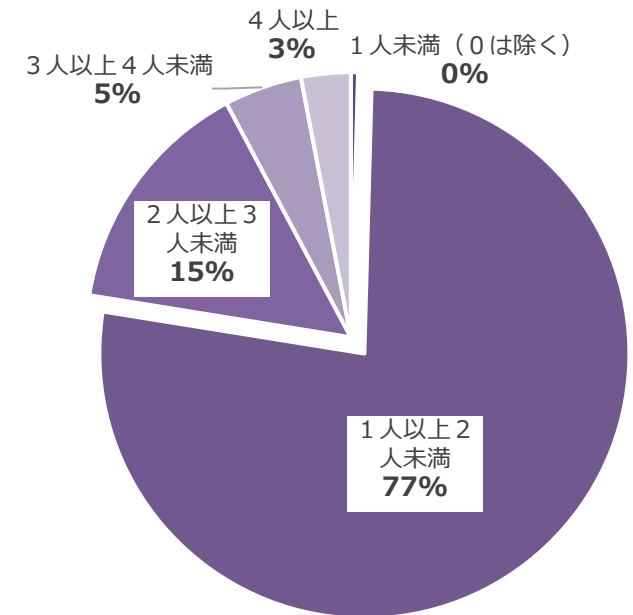
特定行為研修修了看護師の配置状況（病棟）

- 病棟における特定行為研修修了看護師の配置有無の割合は、届出入院料により異なる。
- 急性期一般入院料1～3及び特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）の病棟のうち1割以上は、特定行為研修修了看護師が配置されており、病棟あたりの配置人数は約8割が1人以上2人未満であった。

■ 入院料別の特定行為研修修了看護師の配置有無

入院料	特定行為研修修了看護師を配置している病棟の割合
急性期一般入院料1 (n=3112)	11.7% ★
急性期一般入院料2～3 (n=135)	10.4% ★
急性期一般入院料4～6 (n=497)	6.8%
特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1） (n=633)	13.6% ★
専門病院入院基本料（7対1） (n=19)	0.0%
小児入院医療管理料（病床単位で届け出ている場合を除く） (n=159)	1.9%
地域一般入院料1～2 (n=59)	3.4%
地域一般入院料3 (n=131)	2.3%
地域包括ケア病棟入院料 (n=326)	7.4%
回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=523)	3.3%
療養病棟入院料1 (n=314)	3.8%
療養病棟入院料2 (n=46)	2.2%

■ 急性期一般入院料1～3及び特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）における、1病棟あたりの特定行為研修修了看護師の配置人数（n=463）



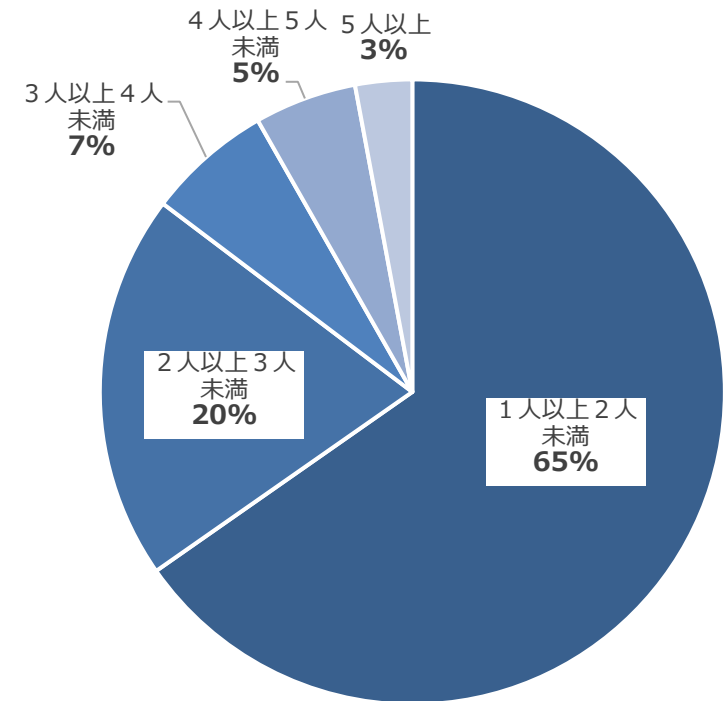
特定行為研修修了看護師の配置状況（治療室）

- 治療室における特定行為研修修了看護師の配置有無の割合は、届出入院料により異なる。
- 救命救急入院料では約1～2割、特定集中治療室管理料では約3～4割、ハイケアユニット入院医療管理料では約1割の治療室で特定行為研修修了看護師が配置されており、治療室あたりの配置人数は1人以上2人未満が65%、2人以上3人未満が20%であった。

■ 治療室別の特定行為研修修了看護師の配置有無

入院料	特定行為研修修了看護師を配置している治療室の割合
救命救急入院料1 (n=92)	21.7%
救命救急入院料2 (n=12)	25.0%
救命救急入院料3 (n=41)	12.2%
救命救急入院料4 (n=28)	14.3%
特定集中治療室管理料1 (n=77)	41.6%
特定集中治療室管理料2 (n=46)	41.3%
特定集中治療室管理料3 (n=129)	26.4%
特定集中治療室管理料4 (n=19)	31.6%
ハイケアユニット入院医療管理料1 (n=329)	13.7%
ハイケアユニット入院医療管理料2 (n=21)	9.5%
脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (n=94)	9.6%
小児特定集中治療室管理料 (n=13)	7.7%
新生児特定集中治療室管理料1 (n=30)	6.7%
新生児特定集中治療室管理料2 (n=64)	0.0%
母体胎児集中治療室管理料 (n=54)	0.0%
新生児集中治療室管理料 (n=48)	2.1%
新生児治療回復室入院医療管理料 (n=90)	4.4%

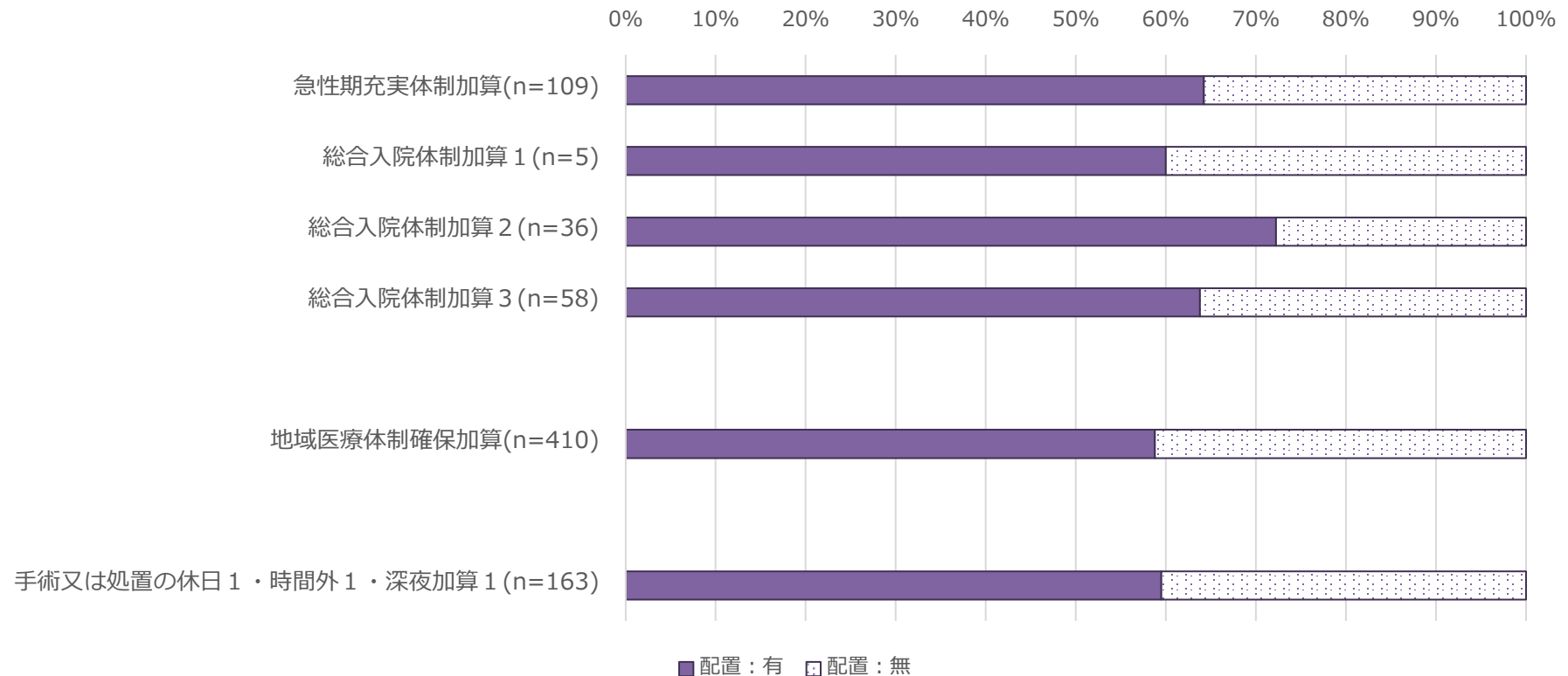
■ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料及びハイケアユニット入院医療管理料における、1治療室あたりの特定行為研修修了看護師の配置人数 (n=170)



加算届出別の特定行為研修修了看護師の配置状況

- 特に業務分担が進むことが期待される救急医療等において、地域で役割を担うと考えられる急性期充実体制加算、総合入院体制加算を届け出ている医療機関や、医師の働き方改革が求められる地域医療体制確保加算、手術又は処置の休日加算1・時間外加算1・深夜加算1を届け出ている医療機関のうち、約6割は、特定行為研修修了看護師を病棟又は治療室に配置していた。

■ 急性期充実体制加算、総合入院体制加算、地域医療体制確保加算、手術又は処置の休日加算1・時間外加算1・深夜加算1届出医療機関における、特定行為研修修了看護師の配置有無



(注)施設票に対応する病棟票又は治療室票において、病棟又は治療室のいずれかに特定行為研修修了看護師数が計上されていた場合に「配置：有」として計上している。

働き方改革の推進(その2)

1. 働き方改革の推進に係る現状等について
2. 地域医療体制確保加算について
3. 医療機関におけるタスクシェア・タスクシフトについて
 - 3-1. 特定行為研修修了看護師について
 - 3-2. 医療機関における薬剤師の業務について
 - 3-3. 医師事務作業補助体制加算について
4. 手術・処置の時間外等加算について
5. 看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について
6. ICTの活用等について
7. 論点

病棟薬剤業務実施加算について

中医協 総 - 4 - 3
3 . 1 2 . 8
一 部 改 変

病棟薬剤業務実施加算1 120点(週1回) 病棟薬剤業務実施加算2 100点(1日につき)

- ※ 病棟薬剤業務実施加算1: 一般病棟入院料、療養病棟入院料等を算定する病棟が対象
病棟薬剤業務実施加算2: 救命救急入院料、特定集中室管理料等を算定する高度急性期医療に係る治療室が対象

[算定要件]

薬剤師が病棟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)を実施している場合に算定する。



病棟薬剤業務の具体例

- ① 患者の医薬品の**投薬・注射状況の把握**
- ② 医薬品の**医薬品安全性情報等の把握、周知**
- ③ **入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案**
- ④ 薬剤を**同時に投与する場合の相互作用の確認**
- ⑤ **ハイリスク薬**の患者への**投与前の説明**
- ⑥ 薬剤の投与にあたり、**流量又は投与量の計算等の実施**
- ⑦ 「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」※に掲げる事項
- ⑧ **退院時**の薬学的管理指導

※ 平成22年4月30日付け医政局長通知

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

- 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ルに基づき、医師等と協働して実施
- 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**を提案
- ③ 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
- ④ 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を提案
- ⑤ 入院患者の持参薬の内容を確認し、医師に対し、服薬計画を提案するなどの薬学的管理を実施
- ⑥ 抗がん剤等の適切な無菌調製

2) 薬剤に関する相談体制の整備

各医療スタッフからの相談に応じることができる体制を整えることが望まれる。

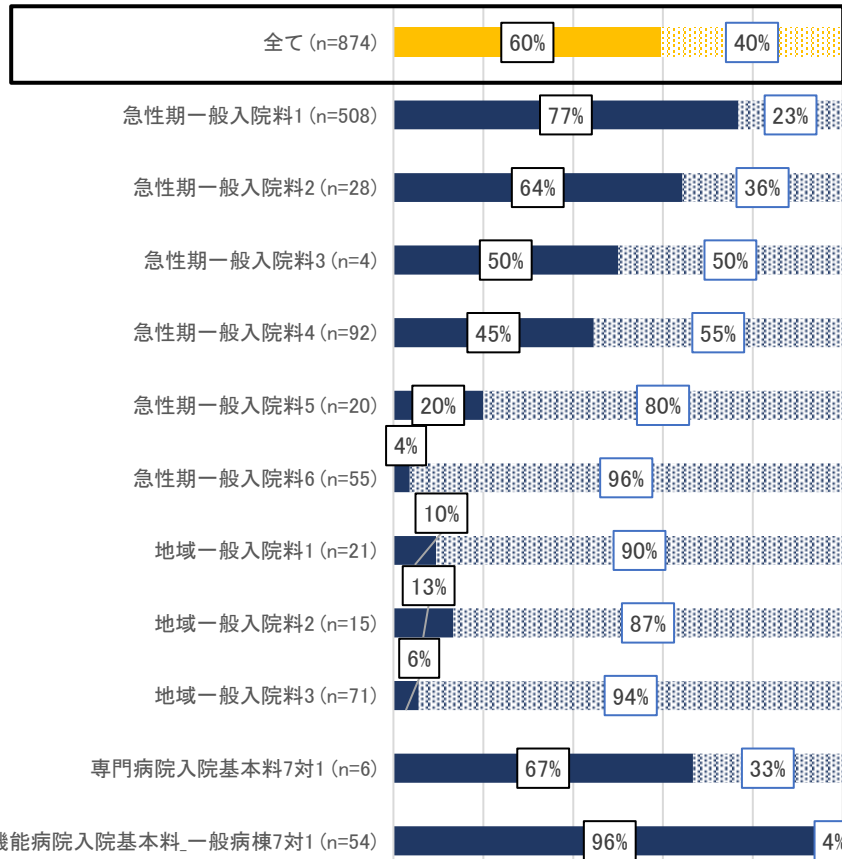
病棟薬剤業務実施加算 1 の届出状況等

- 病棟業務実施加算1が届出されているのは、全体の約6割であった(874施設中、521施設)。
- 急性期一般入院料の届出施設では、当該入院料が6から1となるにつれて、病棟薬剤業務実施加算の届出割合が増加する傾向が見られた。
- 届出できない理由としては、薬剤師の配置が困難であるためとの回答が多かった。

■入院基本料別の加算届出状況

(施設割合)

0% 20% 40% 60% 80% 100%

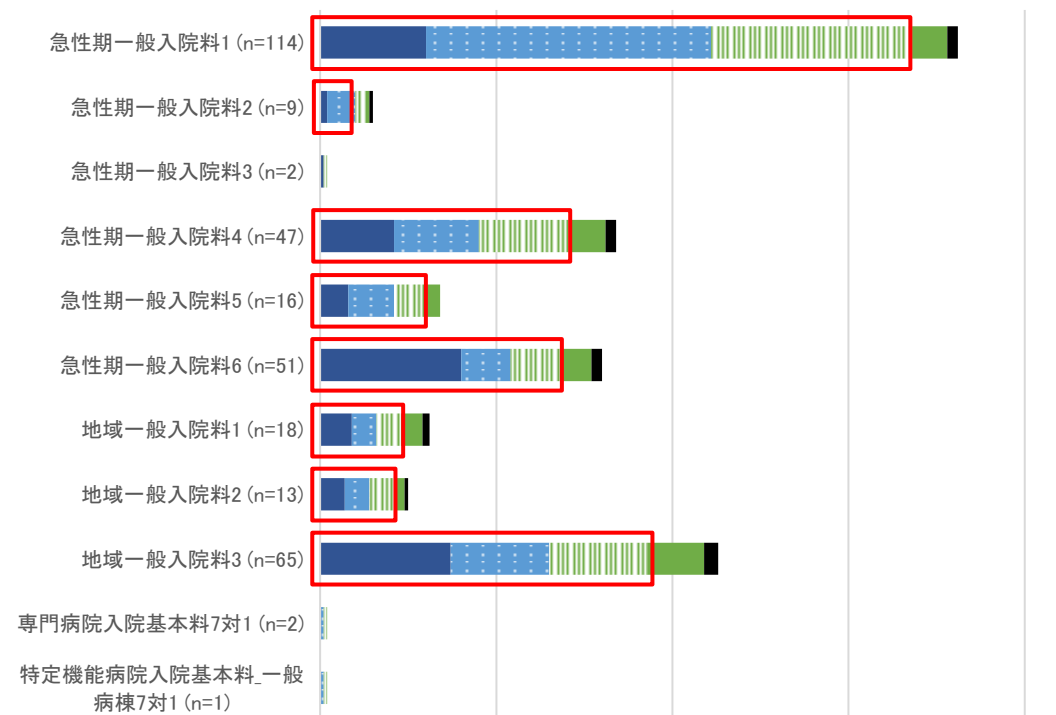


■ 病棟薬剤業務実施加算1あり ※ 病棟薬剤業務実施加算1なし

■加算届出できない理由

(施設数)

0 50 100 150 200



- 常勤の薬剤師を2名以上配置することが困難なため
- 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師を全ての病棟(障害者入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料を算定する病棟を除く)に配置することが困難なため
- 病棟薬剤業務を1週間につき20時間相当実施することが困難なため
- 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、院内からの相談に対応できる体制の整備が困難なため
- その他

- 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

チーム医療推進に向けた薬剤師の資質向上のための研修について

- 近年のチーム医療の進展や薬物療法の高度化・複雑化等に対応するため、薬剤師免許を取得した直後の新人を対象にした教育・研修が実施されている。
- 数年間の教育研修プログラムを整備した院内の研修制度（レジデント制度）としては、病棟業務を含む基本スキルを幅広く習得する研修や、がん化学療法や抗菌薬治療など専門領域に特化した研修がある。

■医療機関における新人薬剤師への教育研修の類型

職場研修	薬剤師レジデント制度
日常の業務を通じて、On the Job Training (OJT)として比較的短期間で実施(長くとも1年以内)。	中央業務をはじめとした基礎的な業務内容から、専門性の高い各分野の業務内容の教育研修を時間をかけて実施(通常2~3年程度)。

■大学病院におけるレジデント制度の事例 (京都大学医学部附属病院薬剤部の例)

- 新人は全てレジデントとして採用(2年間の有期雇用・フルタイム)。
- 一般研修(1年目)では、薬剤師の基本スキルとして、①倫理研修、②内服薬・注射薬・麻薬の調剤、③抗がん剤等の調製・監査、④TDM・医薬品情報、⑤一般病棟業務を習得。
- 専門研修(2年目)では、①内科・外科・がん病棟専門業務、②緩和・感染・急性期専門研修、③治験業務などを習得し、学会発表を目指す。
- 一般に、レジデント制度を運用している施設では複数年にわたる体系的なプログラムを用意しており、また、レジデント薬剤師は、常勤/非常勤職員として採用されていることが多い。

教育プログラム		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
レジデントプログラム 一般研修	午前	初年研修	調剤・監査(内服)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)
	午後	初年研修	調剤・監査(内服)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)	調剤・監査(注射)
	プラスα		病棟研修導入	病棟研修	病棟研修	病棟研修	病棟研修	病棟研修	病棟研修	病棟研修	病棟研修	病棟研修	病棟研修
	研修課題	マニュアル編纂						研究チーム					成果報告会
レジデントプログラム 専門研修	午前	セントラル配属(午前 or 午後)											
	午後	内科病棟/外科病棟/がん病棟から一つ											
	プラスα	病棟責任	DI/TDM			ICT						緩和	
	研修課題	研究テーマ決定	論文紹介	症例発表	学会発表	論文紹介	症例発表	学会発表	論文紹介	症例発表	学会発表	学会発表	成果報告会
専攻研修	症例報告 添削												
	勉強会(一晩)	臨床研究	RMP	吸入薬		栄養	薬物動態	ポリファーマシー		感染	周術期	診療報酬	
	学会				Future Forum			抗がん剤学会				抗がん剤学会	

(参考) 薬剤師の資質向上の必要性

- チーム医療の推進により、薬剤師は多職種との連携の下で病棟の薬剤業務の充実や薬物療法への積極的な関与など、更なる業務の充実が求められている。
- 一方で、地域の薬局等の関連機関や医療機能の異なる医療機関との連携に係る業務にも今後さらなる関与が必要とされており、薬物療法をとりまく最新の知見を幅広く習得するなど生涯研修による質の向上が必要とされている。

2. 今後の薬剤師に求めるべき役割及びそれを踏まえた需給推計

(1) 今後の薬剤師が目指す姿

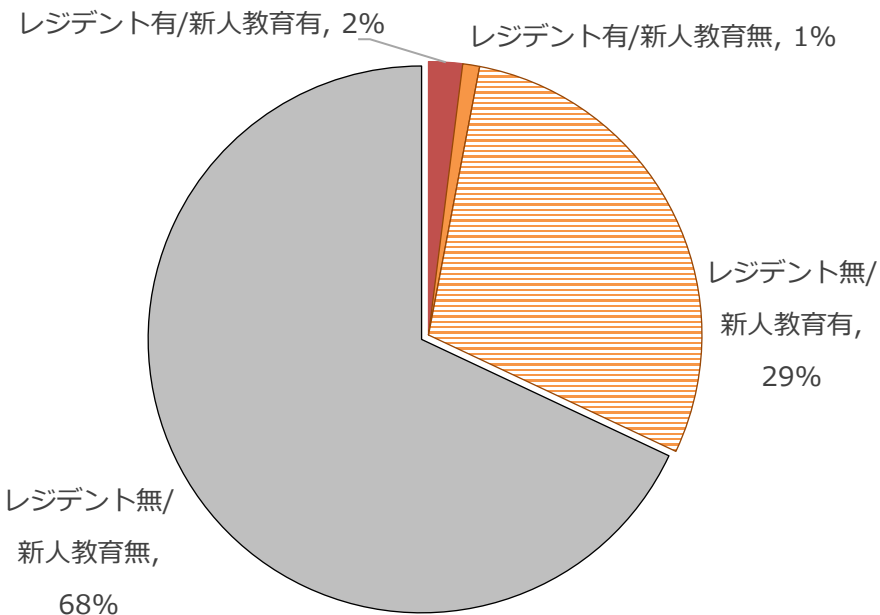
② 医療機関

- チーム医療の推進により、多職種と連携しながら病棟の薬剤業務の充実が求められている。病床機能別に病棟業務の時間を見ると、急性期の病床において病棟業務の時間が多く、病院機能によって病棟業務の実施状況に差があり、回復期、慢性期などの病床で更なる充実が期待される。
- 「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日厚生労働省医政局長通知)において薬剤師を積極的に活用することが可能な業務や、「医師の働き方改革を進めるためのタスクシフト／シェアの推進に関する検討会」(令和2年12月23日議論の整理)において示された取組を含め、医薬品の専門家である薬剤師が薬物療法に積極的に関わっていくことが必要である。
- 病棟業務のほか、薬剤師による外来支援業務、治験・臨床研究、手術室、ICU、救命救急等の業務への取組も必要である。
- 入退院時等におけるシームレスな薬学的管理を実践するため、地域の薬局等の関連機関や機能の異なる医療機関間との連携に係る業務にも今後関与していく必要がある。薬局と医療機関の連携のためには、医療機関の薬剤師として在宅医療をはじめとする薬局の業務についても理解しておくことが必要であり、薬局の薬剤師との会議や研修等により連携を充実させる取組が効果的である。
- また、上記の連携等の業務は、薬局の場合と同様に、電子処方箋等の取組や電子版お薬手帳の活用により、業務が大きく変わっていくことが予想されるため、ICTを活用した薬剤師の業務を積極的に考えることが必要となる。
- 医療機関における医療安全の取組として、医療安全管理部門に薬剤師を配置すること等により、院内における医薬品安全管理の組織体制を構築するとともに、他職種への研修等を通して、必要となる情報提供や安全確保を目的とした取組が求められる。
- 薬機法改正により、先駆け審査指定制度や条件付き早期承認制度等が法制化され、優れた医薬品が早期に実用化されることになるが、医薬品リスク管理計画(RMP)等を活用して副作用のモニタリングを行うことにより、医薬品の適正使用により貢献していくことが求められる。(薬局の薬剤師も同様)
- このような業務の充実の一方で、薬局の場合と同様に、対物業務の効率化も考える必要がある。特に、中小規模の医療機関では病棟業務に係る時間が短い傾向があり、十分な病棟業務や院内での活動の確保・充実のために、業務効率化が求められる。
- 上記のような各種取組の推進のためには、免許取得後に薬物療法をとりまく最新の知見を幅広く習得するなど生涯研修による質の向上が必要であるとともに、がんなどの疾患領域に応じた専門性も求められる。

病院薬剤師の研修

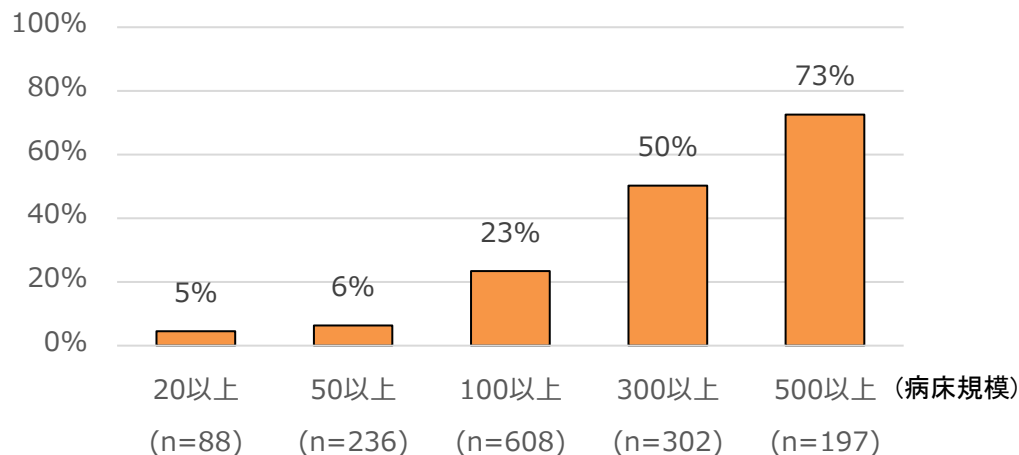
- 病院薬剤師の研修について、新人向けの研修制度(卒後研修)として実施している医療機関は約3割。
- 病床規模が大きい病院ほど、研修が実施されている傾向がある。

■各施設における薬剤師卒後研修の概要¹⁾ (日本病院薬剤師会の会員施設、n=1505)

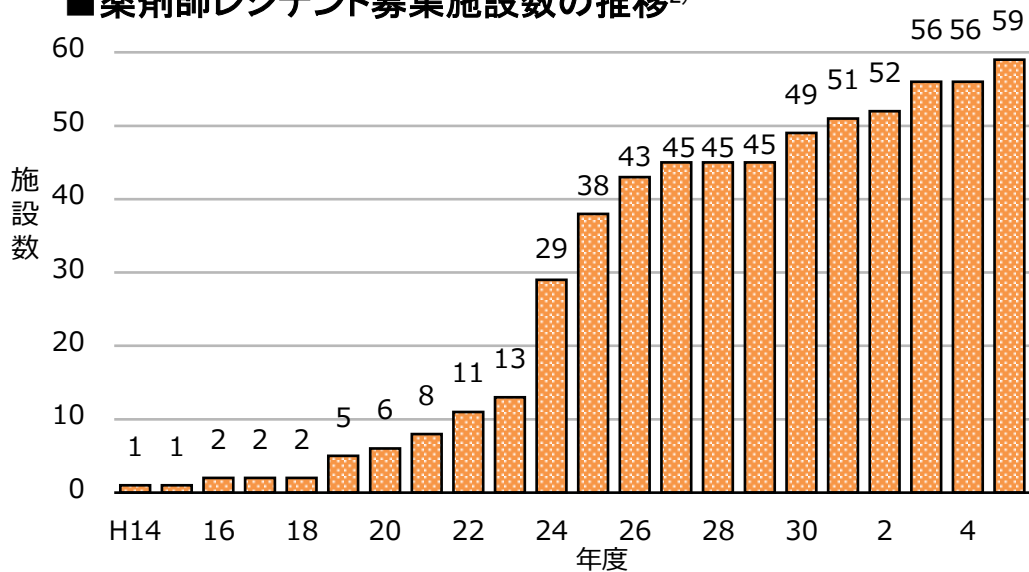


※回答選択肢の定義について
 ・レジデント: 薬剤師レジデントプログラム
 ・新人教育: 1か月以上のカリキュラムに基づいた自施設の新人教育プログラム

■病床規模別の新人教育(卒後研修)の実施割合¹⁾ ※実施割合はレジデントと新人教育の両方を含んでいる



■薬剤師レジデント募集施設数の推移²⁾



出典: 1) 厚生労働行政推進調査事業費補助金
 (医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)
 令和元年度 分担研究報告書「薬剤師の卒後研修カリキュラムの調査研究」
 2) 第3回薬剤師の養成及び資質向上に関する検討会(2020年10月21日)
 日本薬剤師レジデント制度研究会公表資料を用いて一部更新

地域と連携した教育研修体制の事例

- 金沢大学附属病院では、薬剤師の研修の一環として、能登半島北部の医療過疎地域への薬剤師出向により、地域医療を研修する仕組みがある。
- このような仕組みは、出向先の不足した人員を補うだけでなく、病院業務のノウハウを出向先の病院の業務に定着させることで、地域医療の質の向上に寄与する取組となっている。
- また、地域の病院での業務経験を通じて地域医療を俯瞰する広い視野が修得できることは、大学病院の目指す指導的な人材の育成機能の強化につながる。

■ 概要と経緯



- 金沢大学附属病院において、医療全体を俯瞰し行動できる人材の育成することを目的として、地域医療を経験するために、薬剤師が不足している地域病院への薬剤師出向を2018年11月から開始した。

(出向先1) 町立富来病院(2018年11月～2020年3月)
常勤薬剤師が一時的に不在となったので、出向受け入れ。
(現在は常勤薬剤師が確保されている。)

(出向先2) 公立宇出津総合病院(2022年4月～)
常勤薬剤師が1名となったため、出向受け入れ。
(現在、勤務経験3年以上の若手薬剤師が3か月交代で出向。)

■ 町立富来病院での主な対応事例

- ・ 多職種による入院患者薬剤管理プロトコルの作成
- ・ 患者服薬カートを導入(1日配薬から1週間配薬に変更)
- ・ 周術期の薬物療法(抗菌薬、鎮痛薬)の見直し
- ・ 介護医療院における薬剤師業務の確立
- ・ 薬剤師連携会議の発足
- ・ 町立富来病院関連薬局メーリングリストの開設、薬剤管理サマリの提供
- ・ 職員のニーズにあった研修会や、周辺病院も参加する講演会の企画
- ・ 採用医薬品等を整理し、後発品の利用促進及び廃棄医薬品の低減
- ・ 病棟薬剤業務の充実に向けた準備

■ 金沢大学附属病院におけるメリット

- ・ 出向経験者のスキルアップ
 - ✓ 地域の実情にあった多職種連携などの経験から、転院先のニーズを理解することにつながり、必要な情報を適切に選別できるようになったことで退院時薬剤指導を工夫するなど、転院・退院先と密な連携をとれるようになった。
- ・ 大学病院として目指す指導的な人材の育成機能の強化
 - ✓ 高齢者に特有の心不全、嚥下障害、感染症などの疾患への対応や、地域での介護、在宅医療、看取りなど、高度急性期施設では直接体験することができない経験を通じて、地域医療を俯瞰する広い視野を修得した人材を育成することにつながる。
- ・ 医療機関同士の情報連携や研修会等の活性化

地域医療の経験により質の高い薬物療法を提供できた事例

- 地域の病院での経験によって、出向経験者のスキルアップや、大学病院として目指す指導的な人材の育成機能の強化につながり、質の高い薬物療法の提供に寄与している。

地域医療の経験を活かして基幹病院における業務の質が向上した事例

- 地域医療や地域の薬局との連携を経験することで、転院先のニーズなど必要な情報を適切に選別できるようになったため、退院時薬剤指導を工夫し転院・退院先と密な連携をとれるようになった。
- 周辺地域の病院の医師等と協働し、様々な意見交換を経ることで、医療機関間における情報共有や医療従事者の交流の必要性を強く実感し、研修会や講習会の質が向上した。

地域の病院の課題に対応するだけでなく自身のスキルアップにつなげた事例

- 地域の病院の医師・看護師等は、がん化学療法や緩和ケアに対する対応経験が少なく、患者が転院してきた際に継続した対応が難しいことが課題となっていたが基幹病院での知識や経験を活用して対応にあたった。これらの経験を通じて、自身のがん薬物療法に係る専門分野のスキルアップにもつなげることができた。

病棟業務等のノウハウを活用して出向先の地域の医療の質の向上につなげた事例

- 地域の病院では入院患者に対する持参薬の確認や服薬指導等を必要に応じて実施していたが、病棟業務に関するマニュアル等を整備し、業務手順を整理することで、全ての入院患者への対応が可能となり、病棟薬剤業務実施加算に必要な業務の立ち上げをすることができた。
- 周術期に使用する抗菌薬や鎮痛薬等に関して医師や看護師から問い合わせを受けることが多かったことから、よく聞かれる内容に関して地域の病院の実情に合った周術期薬剤マニュアルを作成し、各病棟へ配布することで医薬品情報の有効活用につなげることができた。

第8次医療計画における薬剤師の確保について

- 第8次医療計画における薬剤師の確保に関しては、地域医療における薬物療法の質や公衆衛生の向上及び増進等に資するため、薬剤師の業務・役割について更なる充実が求められている。
- 都道府県では、地域の実情に応じた薬剤師確保について地域と連携して取り組むことが記載されており、基幹病院が地域の病院に出向する取組もこのような確保策として有益と考えられる。

7 医師の確保及び医療従事者(医師を除く。)の確保

(2) 医師以外の医療従事者の確保について

② 薬剤師

薬剤師については、地域医療における薬物療法の有効性・安全性の確保や公衆衛生の向上及び増進等に資するため、調剤等の業務に加え、病院薬剤師にあっては病棟薬剤業務やチーム医療等、薬局薬剤師にあっては在宅医療や高度な薬学的管理を行う機能等を中心とした業務・役割の更なる充実が求められている。薬剤師の従事先には業態の偏在や地域偏在があり、特に病院薬剤師の不足が喫緊の課題となっていることも踏まえ、必要な薬剤師の確保を図るため、病院及び薬局それぞれにおける薬剤師の就労状況を把握し、地域医療介護総合確保基金(修学資金貸与、医療機関への薬剤師派遣等)の積極的な活用を含め、地域の実情に応じた薬剤師の確保策について、可能な限り具体的に記載すること。確保策の検討及び実施に当たっては、都道府県の薬務主管課及び医務主管課並びに都道府県薬剤師会等の関係団体が連携して取り組むこと。特に、病院薬剤師の確保策の検討及び実施については、都道府県病院薬剤師会とも連携の上取り組むこと。

入院時のポリファーマシー対策の評価と実施状況

- 入院時のポリファーマシー対策は、総合的な評価と処方変更について多職種と連携した取組を評価した「薬剤総合評価調整加算」と実際に減薬したことを評価する「薬剤調整加算」がある。
- 薬剤総合評価調整加算等の算定回数は緩やかな増加傾向であるが、少ない。
- 同加算を算定している施設は16.5%であり、施設ごとの1か月の算定回数は1～9回が大半である。

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

①薬剤総合評価調整加算(退院時1回 100点)

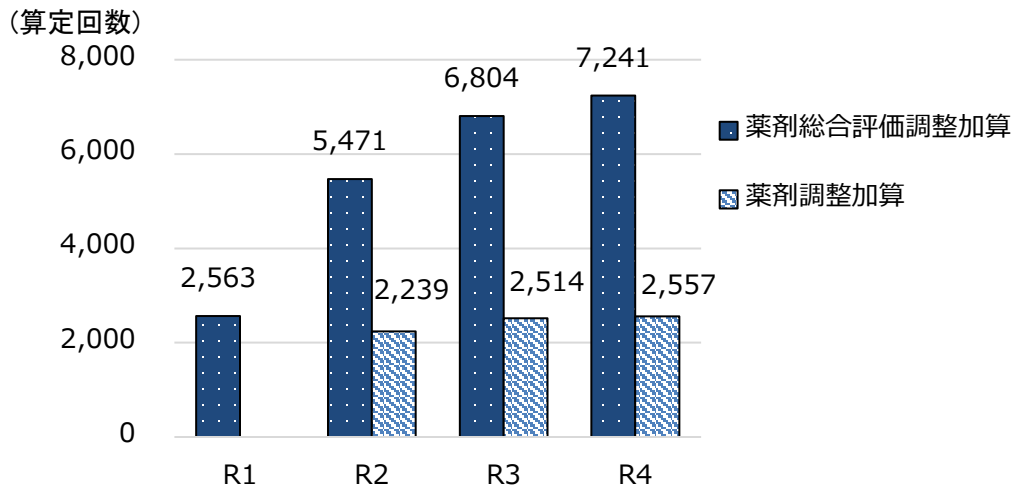
- ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。
- イアを踏まえ、**医師、薬剤師及び看護師等の多職種によるカンファレンスを実施**し、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更を行う。
- ウ **カンファレンスにおいて、処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有**した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
- エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し**必要に応じて、再度カンファレンス**において総合的に評価を行う。

②薬剤調整加算(退院時1回 150点)

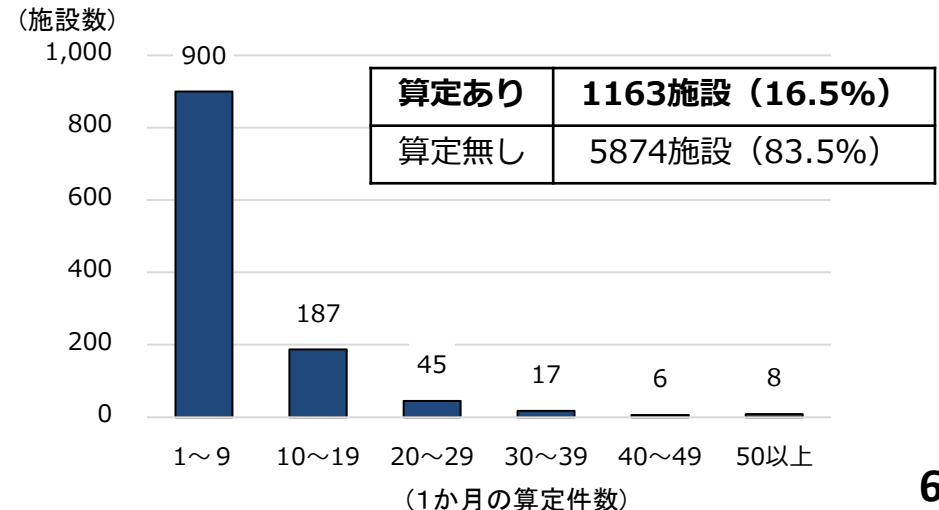
- ①に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。
- ・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
 - ・退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

※平成28年改定で調整や減薬を評価する薬剤総合評価調整加算が新設されたが、令和2年度改定で調整と減薬を①②に分けた段階的な評価とした。

■薬剤総合評価調整加算及び薬剤調整加算の算定数の推移¹⁾



■薬剤総合評価調整加算の1か月の算定回数(n=7037)²⁾

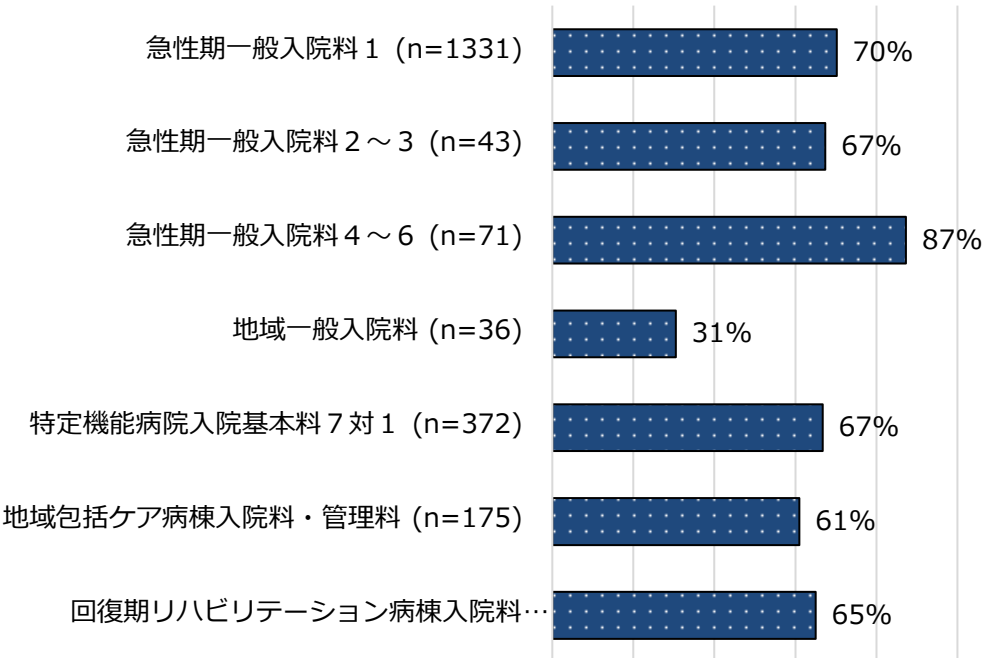


入院中のポリファーマシー対策の実施状況等

- 病棟での薬剤師による薬学管理として「入院中のポリファーマシー対策を医師・看護師等と実施」しているとの回答は、急性期や回復期の病棟において同程度の割合（6割程度）で実施されている。
- 薬剤総合評価調整加算を算定していない理由としては、「多職種によるカンファレンスを行うことが難しいため」が最も多かった。

■病棟における薬剤師の業務のうち「入院中のポリファーマシー対策を医師・看護師と実施している」割合¹⁾

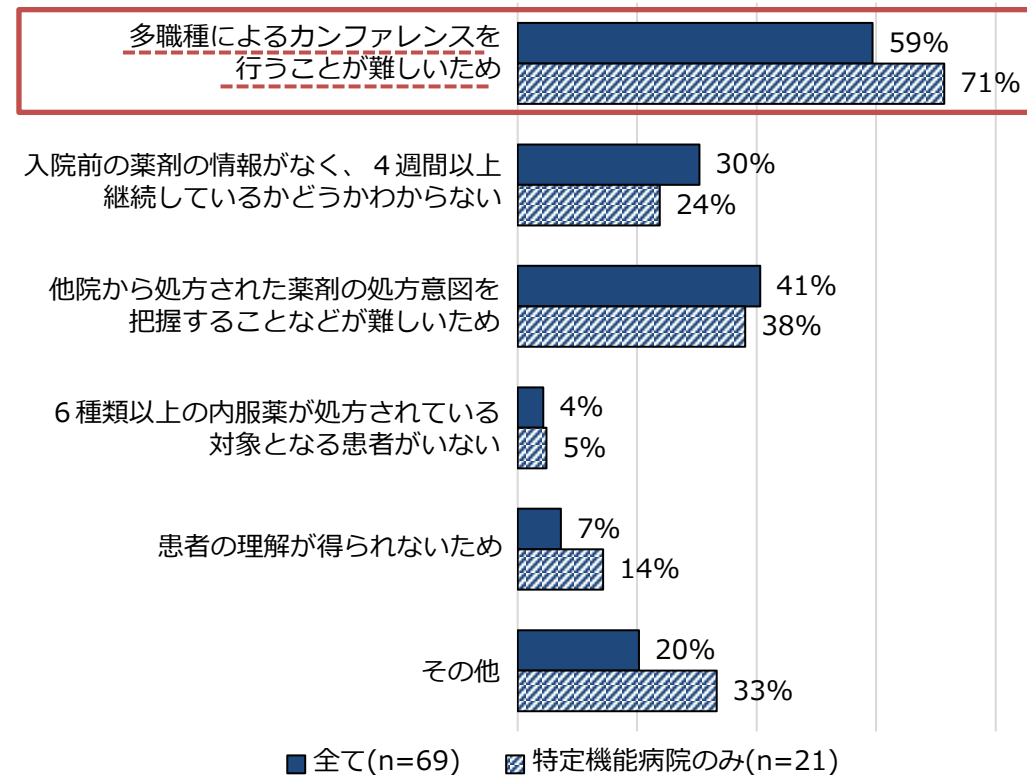
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■薬剤総合評価調整加算を算定していない理由

(ポリファーマシーを解消するための取組を実施していると回答した施設のうち、3か月間に同加算の算定がなかった施設n=69、複数回答)²⁾

0% 20% 40% 60% 80%



■ 全て(n=69) ▨ 特定機能病院のみ(n=21)

ポリファーマシー対策の進め方

- 病院におけるポリファーマシー対策においては、入院前から退院後まで全般に渡って多職種との連携・情報共有を行いながら進める手引きが作成され、さらなる推進が求められる。

ポリファーマシー対策における病院薬剤師のかかわり

入院前

● 服用中の薬剤の確認

お薬手帳や薬剤管理サマリー等から服用中の薬剤の確認、薬物療法に係る情報の収集

入院時

● 総合的な評価、リスク評価に応じた処方提案

面談・問診票・薬物療法に係る情報を通じて服薬状況や副作用などの確認、PIMs※等のリスク評価、身体機能等の評価、服薬計画の提案

入院中

● 処方見直しの検討

対象患者のスクリーニング、処方内容の総合的な評価、薬物療法の適正化の検討、処方見直しの優先順位の検討（離脱症状や再燃などに留意）、非薬物療法の検討、患者・家族等と情報共有

● 処方見直し後の対応

服薬指導を通じて処方見直し後の状況や経過の確認、患者や家族等への説明

退院時

● 退院時指導、保険薬局や転院先医療機関等への情報提供

処方変更や中止理由を患者や家族等へ説明、お薬手帳や薬剤管理サマリー等の記載、転院先等への継続的な対応の依頼、治療上必要な投与期間などの情報共有

退院後

● 薬剤管理サマリーの返書への対応

日常
業務

● 医療機関連携、地域での取り組み、職員や患者・家族等への教育・啓発

多職種との連携・情報共有



働き方改革の推進(その2)

1. 働き方改革の推進に係る現状等について
2. 地域医療体制確保加算について
3. 医療機関におけるタスクシェア・タスクシフトについて
 - 3-1. 特定行為研修修了看護師について
 - 3-2. 医療機関における薬剤師の業務について
 - 3-3. 医師事務作業補助体制加算について
4. 手術・処置の時間外等加算について
5. 看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について
6. ICTの活用等について
7. 論点

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。

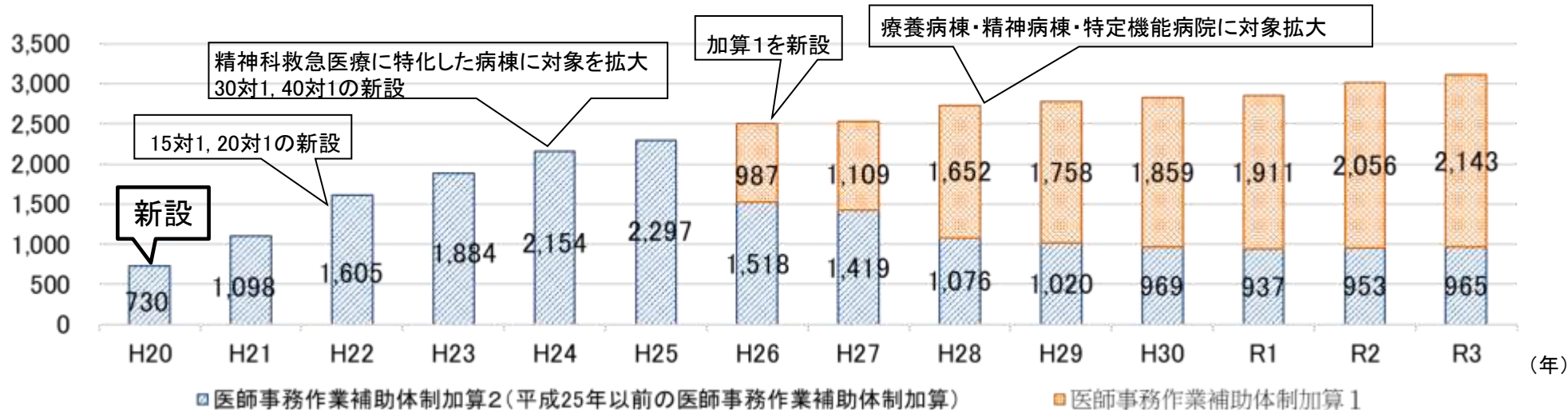
※ ①(必須)及び②~⑦のうち少なくとも2項目以上

- 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)



(年)

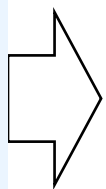
医師事務作業補助体制加算の評価の充実

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>

- 医師事務作業補助体制加算を届け出ている医療機関は68%であった。
- 医師事務作業補助体制加算を届け出していない医療機関の届出困難な理由は、「救急医療にかかる実績」、「全身麻酔手術件数の実績要件」等が挙げられた。

■ 医師事務作業補助体制加算の届出有無 (n=1086)

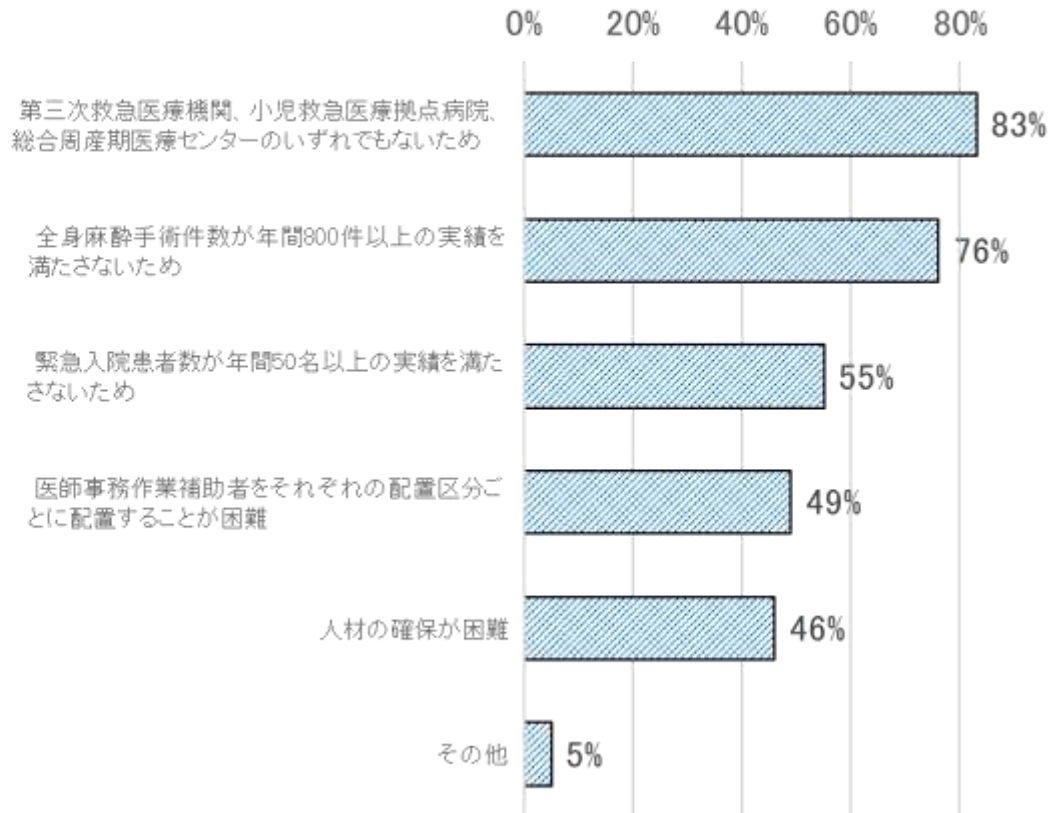
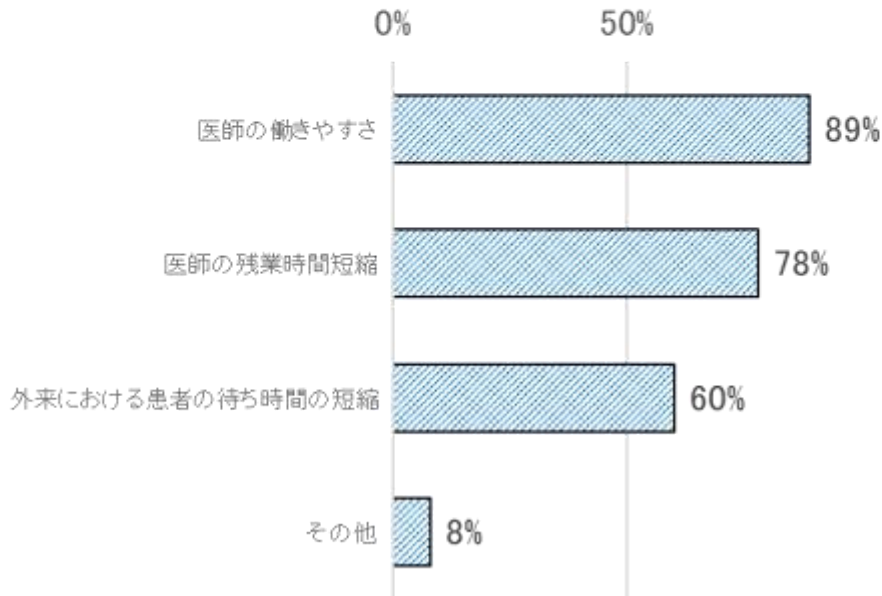
	医療機関数	(割合)
届出:無	346	32%
届出:有	740	68%

届出:無

■ 届出が困難な理由 (n=340)

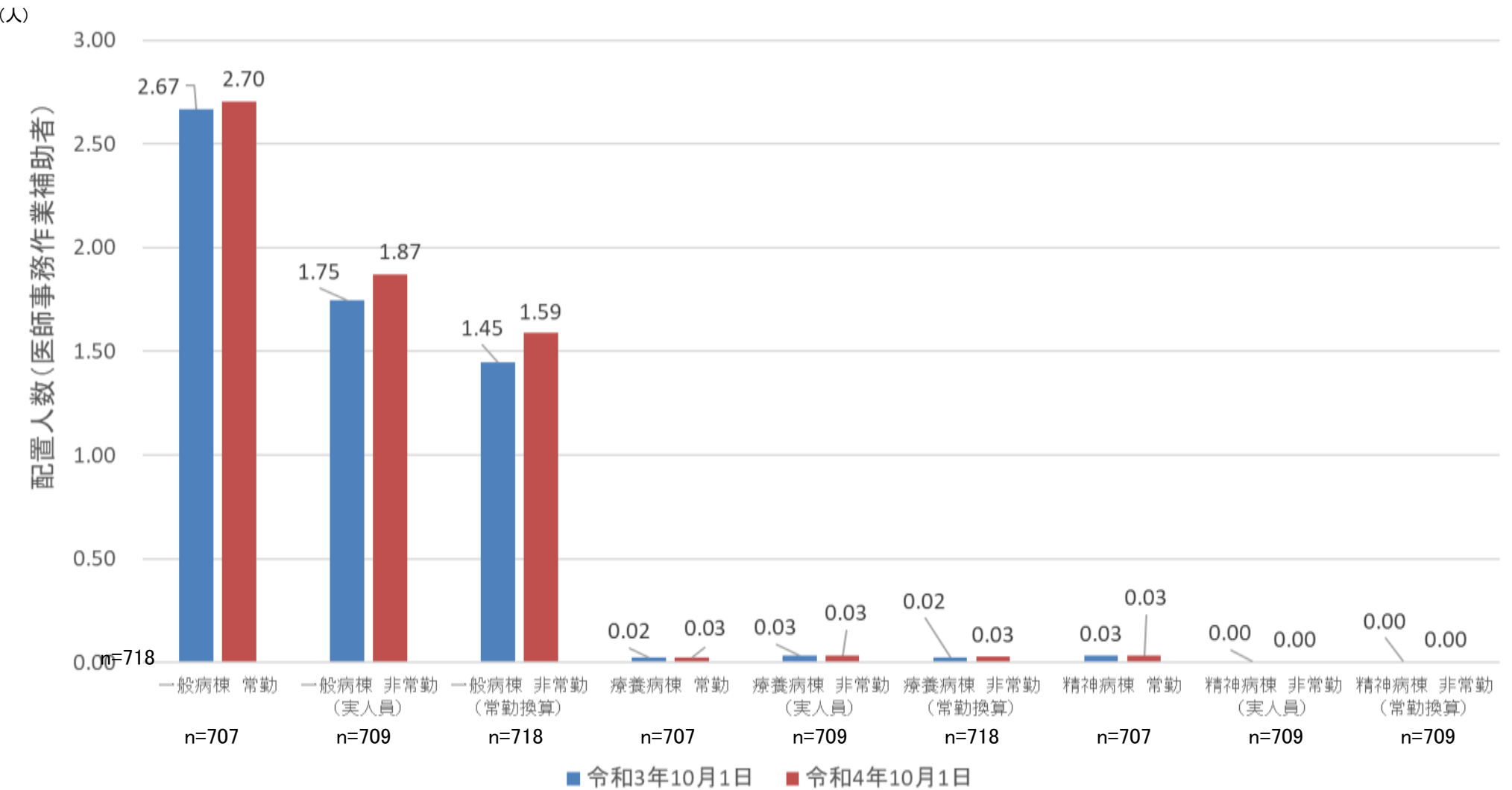
届出:有

■ 医師事務作業補助者の効果 (n=725)



医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関の病棟における医師事務作業補助者の配置

○ 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、各病棟ごとの医師事務作業補助者の職員数の平均は、令和4年10月1日時点で、令和3年10月1日時点より多い傾向が見られた。

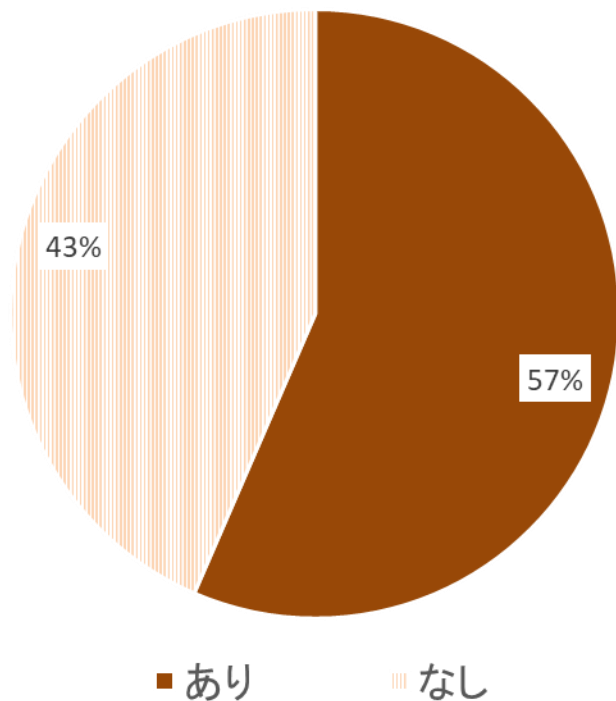


出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設調査票(A票、D票))

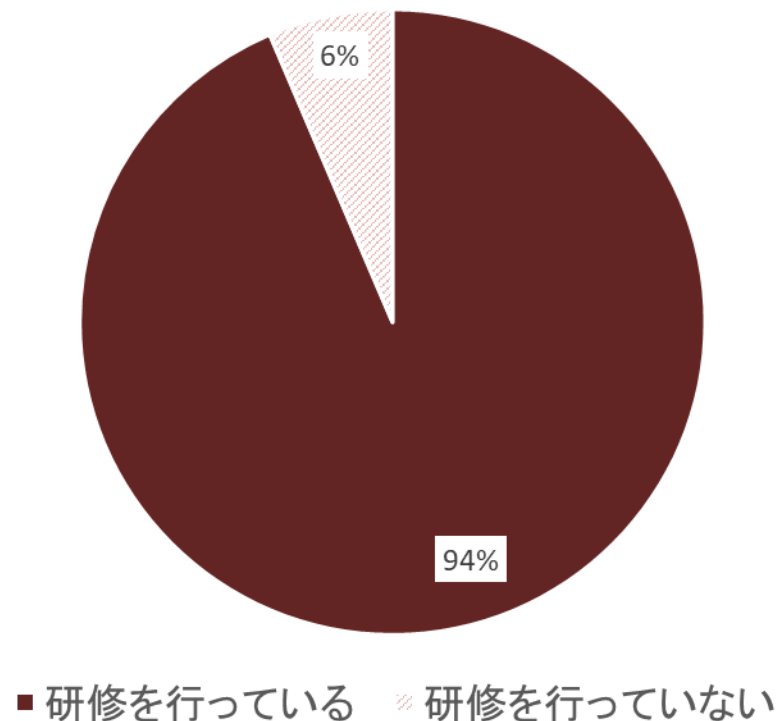
医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における 医師事務作業補助者の人事

- 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における、57%の医療機関に医師事務作業補助者の人事考課が有り、94%の医療機関が医師事務作業補助者に対する院内教育・新人研修を実施していた。

■ 医師事務作業補助者の人事考課の有無
(n=722)



■ 医師事務作業補助者に対する院内教育・新人研修の実施状況について (n=732)



医師事務作業補助者の業務

- 医師事務作業補助者の業務内容について、令和5年は平成30年と比較して、診断書の記載、診察予約・変更や調整、紹介状の返書等の、技術を要する業務を実施している割合が高くなっている。

実務者の業務内容比較 (H30-R5)

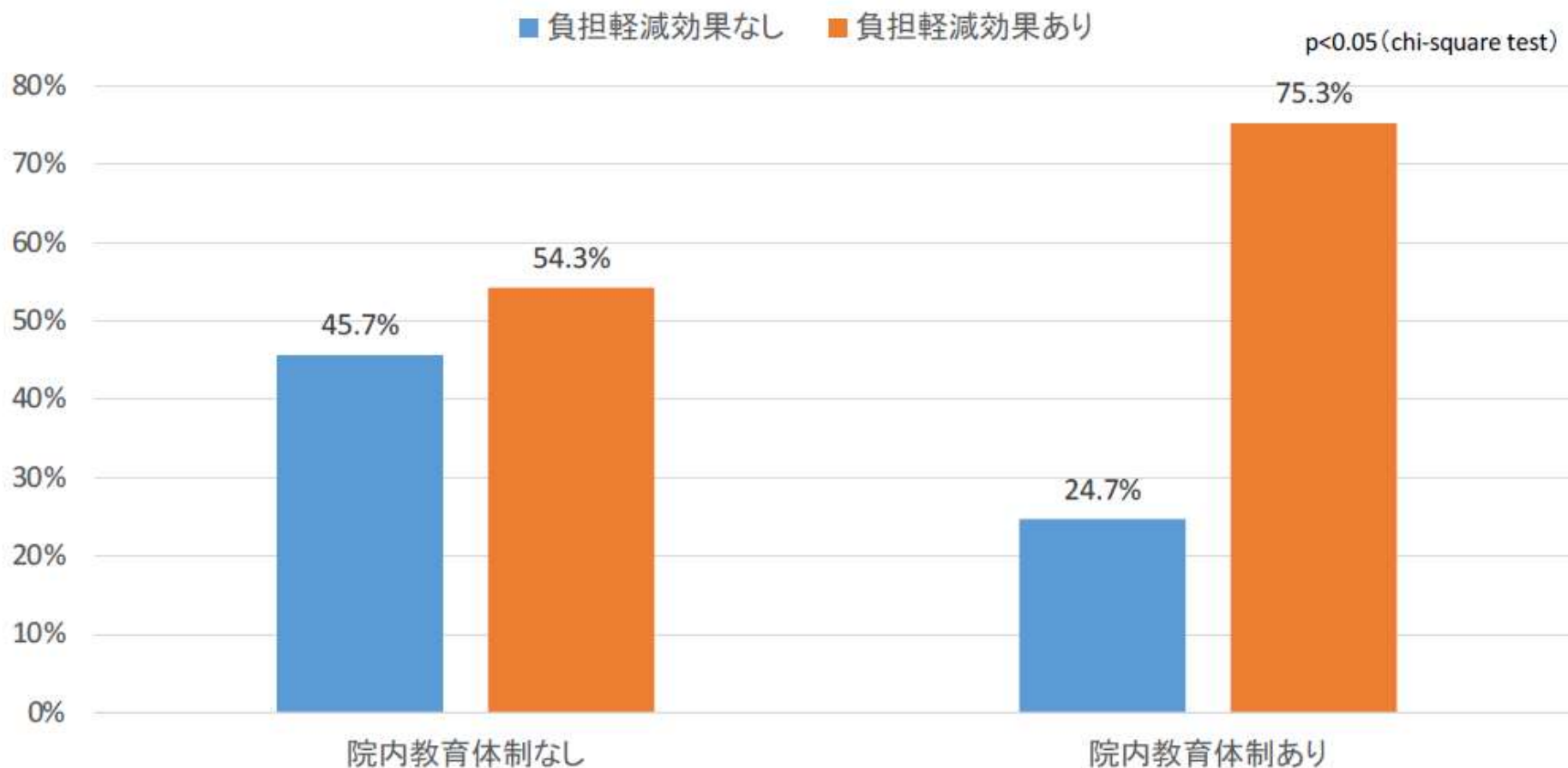


調査方法
 調査対象：日本医師事務作業補助者協会会員
 調査機関：令和5年9月21日～10月4日
 調査方法：WEB回答形式

一部抜粋

院内教育体制の整備と医師の事務作業負担軽減効果

- 院内教育体制を有する施設とそれ以外の施設を比較し、院内教育体制を有する施設において医師の事務作業負担軽減効果が有意に高い。



※負担軽減効果: 医師の事務作業負担軽減
※回答施設数: 350施設

再診患者の逆紹介に係る業務への医師事務作業補助者の支援による効果

- 再診患者の逆紹介に係る業務に医師事務作業補助者が支援を行うことで、逆紹介患者数が有意に増加した事例があった

取組内容

- ・ 病院の中でも外来患者が多い整形外科でプロジェクトを開始。
- ・ 逆紹介に係る支援業務は特にスキルが必要であるため、キャリアパス・ラダーを構築し、院内の教育システムを構築。
- ・ このプロジェクトの前後で、逆紹介患者数が増加した

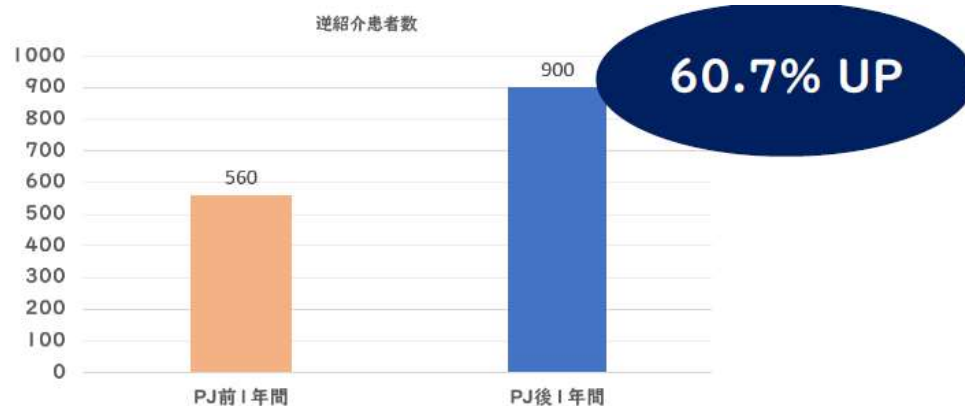
※ 医師事務作業補助者による支援の対象業務: 逆紹介する患者の抽出、紹介状の作成、逆紹介のタイミングコントロール

整形外科でプロジェクトを実施した結果



有意水準5%でT検定をした結果、有意差があった

整形外科以外の診療科にも広げてプロジェクトを実施した結果



60.7% UP

医師事務作業補助者に係る勤務状況・能力の評価、教育体制の例

取組内容

(1) 入職時研修の充実

- ・ 全体研修、各診療科のローテーション研修(3ヶ月間)、実践的に学ぶ固定科研修(3ヶ月間)を実施
- ・ 研修項目一覧表により、研修内容、指導を管理

(2) キャリアパスの導入

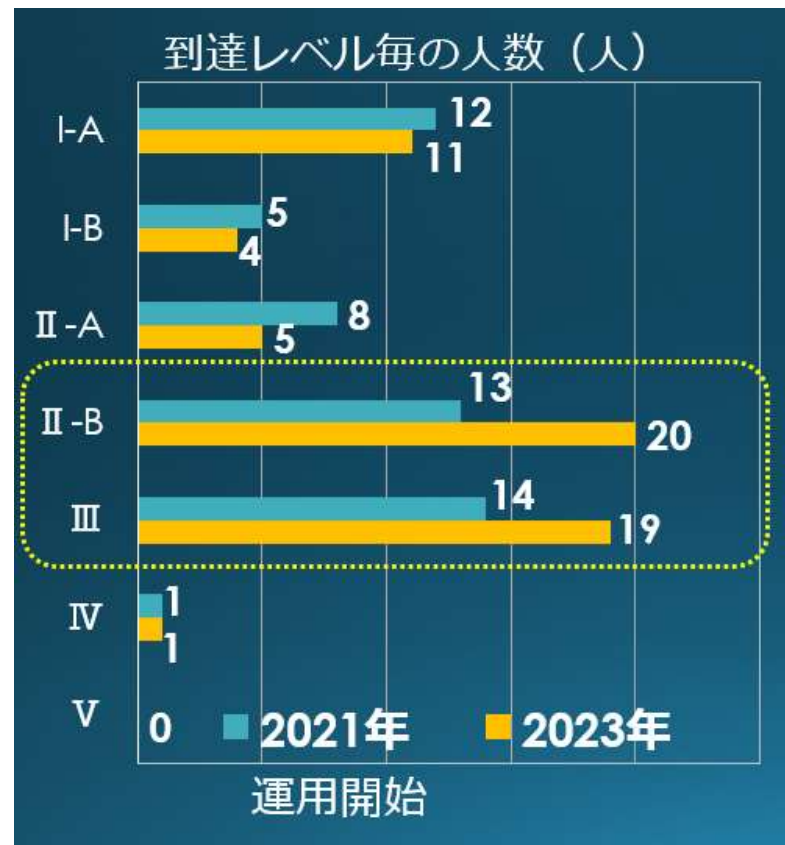
- ・ レベルごとに到達目標、教育テーマ等を設定したキャリアパスを作成。レベルごとに業務評価シートを作成

効果

業務が標準化されるとともに、導入後、高いレベルに到達する医師事務作業補助者が増加。

キャリアパス

レベル	担当職(担当)	到達目標	教育テーマ	集合研修	OJT
レベルⅤ	係長	到達目標(実践・管理・教育)、 教育テーマ、研修内容を記載			
レベルⅣ	主任				
レベルⅢ	リーダー	【到達目標】 業務遂行に必要となる知識・技術の習得。 業務遂行に必要となる実践的スキルを身に付ける。 【教育】 研修プログラム等を通じてリーダーシップを習得する。 メンター・アシスタント等との関わり、実践的スキルを身に付ける。 【研修】 専門知識・スキルを習得し、専門領域に関する業務に携わることが出来る。 研修プログラム等における教育的役割を担うことが出来る。	【教育】 専門知識・技術の習得。 業務プロセスの理解と実践的スキルを身に付ける。 【研修】 チームリーダーに求められるスキルを習得する。 【研修】 研修を受ける。	リーダーシップ研修 職業キャリア 基礎的研修 臨床研修等 臨床研修等 臨床研修等	リーダーシップ研修 チームリーダー研修 専門知識・技術研修 基礎的研修 研修を受ける。
レベルⅡ	II-B II-A	【到達目標】 業務遂行に必要となる知識・技術の習得。 業務遂行に必要となる実践的スキルを身に付ける。 【教育】 研修プログラム等を通じてリーダーシップを習得する。 メンター・アシスタント等との関わり、実践的スキルを身に付ける。 【研修】 専門知識・スキルを習得し、専門領域に関する業務に携わることが出来る。 研修プログラム等における教育的役割を担うことが出来る。	【教育】 専門知識・技術の習得。 業務プロセスの理解と実践的スキルを身に付ける。 【研修】 チームリーダーに求められるスキルを習得する。 【研修】 研修を受ける。	【II-B】 プリセプター研修 【II-A】 メンター研修	【II-B】 プリセプター研修 研修を受ける。 【II-A】 メンター研修 研修を受ける。
レベルⅠ	I-B I-A	【到達目標】 業務遂行に必要となる知識・技術の習得。 業務遂行に必要となる実践的スキルを身に付ける。 【教育】 研修プログラム等を通じてリーダーシップを習得する。 メンター・アシスタント等との関わり、実践的スキルを身に付ける。 【研修】 専門知識・スキルを習得し、専門領域に関する業務に携わることが出来る。 研修プログラム等における教育的役割を担うことが出来る。	【教育】 専門知識・技術の習得。 業務プロセスの理解と実践的スキルを身に付ける。 【研修】 チームリーダーに求められるスキルを習得する。 【研修】 研修を受ける。	【I-B/I-A】 メンター研修	【レベルⅠ】 アシスタント研修 研修を受ける。
	入職				



医師事務作業補助者の業務範囲について

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>（抜粋）

- 医師事務作業補助者には、レセプト請求時の症状詳記の業務を積極的に担っていただくことも考えられる、との指摘があった。

医師事務作業補助体制加算 留意事項（抜粋）

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。

働き方改革の推進(その2)

1. 働き方改革の推進に係る現状等について
2. 地域医療体制確保加算について
3. 医療機関におけるタスクシェア・タスクシフトについて
- 4. 手術・処置の時間外等加算について**
5. 看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について
6. ICTの活用等について
7. 論点

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)

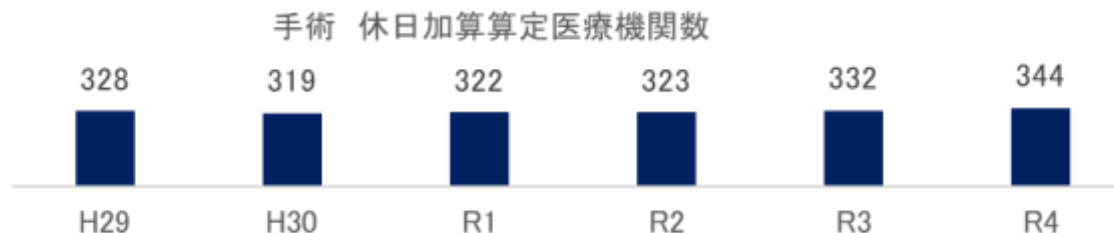
(2)チーム制を導入しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。

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、以下のア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]

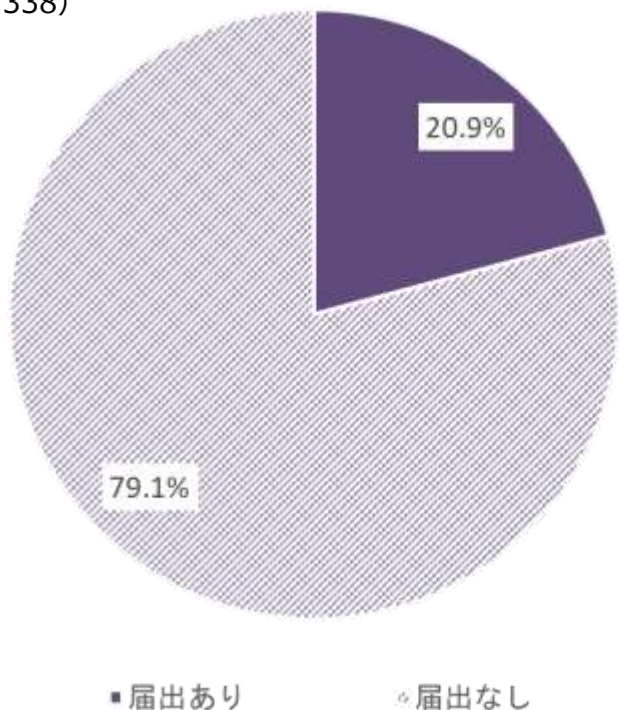
手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数 **及び 2 日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った日数**

(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。

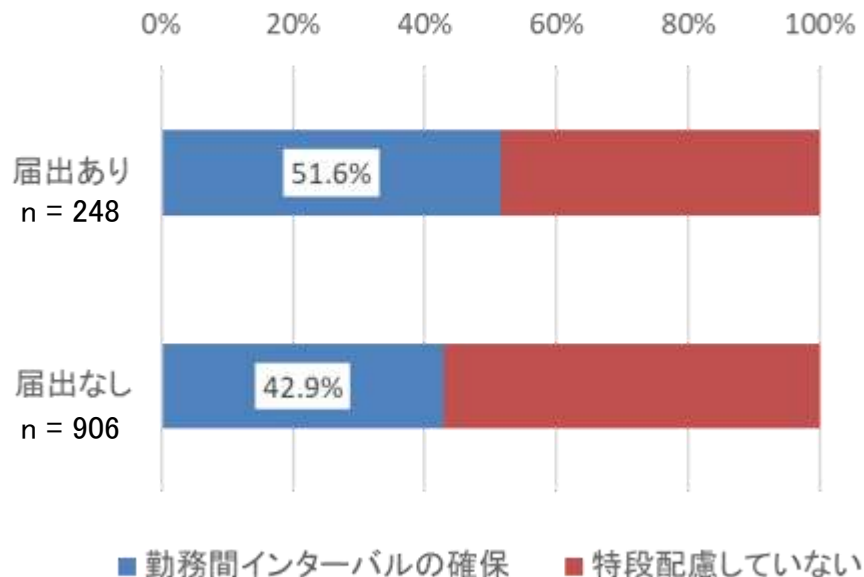
- 急性期一般入院料等を届け出ている医療機関において、20.9%の医療機関が、手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1を届け出ている。
- 手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1を届け出ている医療機関は、届け出していない医療機関に比較し、当直明けの医師の勤務について、勤務間インターバルの配慮をしている割合に大きな差はない。

■手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1の届け出状況

(n=1,338)



■手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1の届け出の有無別の自院での当直明けの医師の勤務に対する対応



※ A票の対象医療機関のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関の回答を集計。

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票(A票)）

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时间**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时间**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时间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。

働き方改革の推進(その2)

1. 働き方改革の推進に係る現状等について
2. 地域医療体制確保加算について
3. 医療機関におけるタスクシェア・タスクシフトについて
4. 手術・処置の時間外等加算について
5. 看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について
6. ICTの活用等について
7. 論点

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		【急性期看護補助体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 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（7対1、10対1） 	【看護補助加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院基本料 13対1、15対1、18対1、20対1^{※1} 障害者施設等入院基本料（7対1、10対1）の注加算 特定一般病棟入院料 【看護補助者配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の注加算
看護職員と看護補助者の業務分担・協働の更なる推進		【看護補助体制充実加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算 	【看護補助体制充実加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算等^{※2}
夜間の看護体制関係	看護職員の手厚い夜間配置	【看護職員夜間配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 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（7対1、10対1） 	【夜間看護加算】 <ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料の注加算 【看護職員夜間配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の注加算 精神科救急急性期医療入院料の注加算 精神科救急・合併症入院料の注加算
	看護補助者の夜間配置	【夜間急性期看護補助体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算 	【夜間75対1看護補助加算】 <ul style="list-style-type: none"> 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）
	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	【夜間看護体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 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） 	【夜間看護体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算 障害者施設等入院基本料の注加算
	小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保	【夜間看護体制特定日減算】 <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料 結核病棟入院基本料 精神病棟入院基本料 専門病院入院基本料 障害者施設等入院基本料 地域包括ケア病棟入院料 	
	適切な夜勤時間の管理	【月平均夜勤時間が72時間以下であること】 <ul style="list-style-type: none"> 病院の入院基本料等の施設基準 	

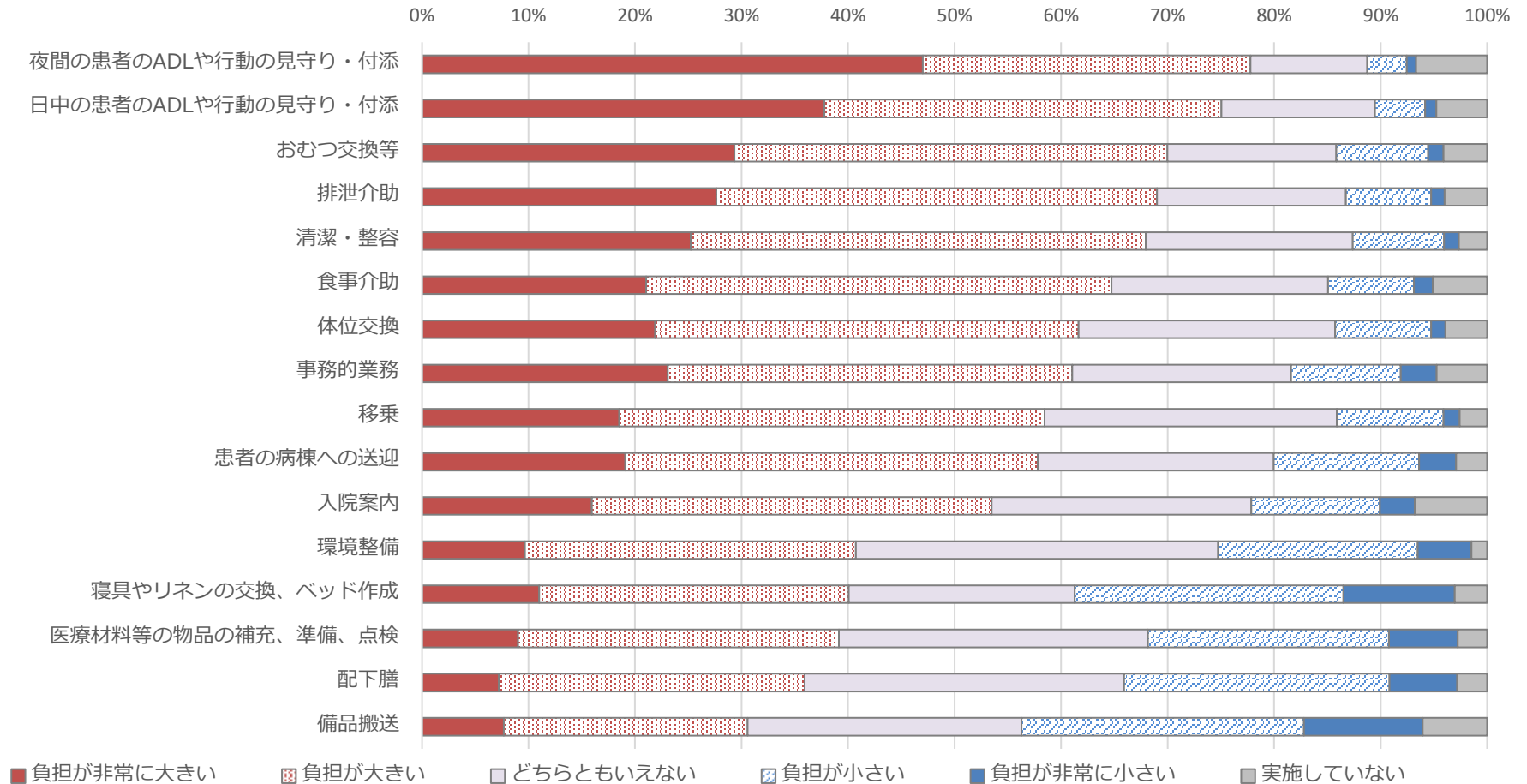
※1 結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料

※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

○ 看護職員が「負担が非常に大きい」と感じる業務としては、日中/夜間の患者のADLや行動の見守り・付添や排泄に関する援助が挙げられた。

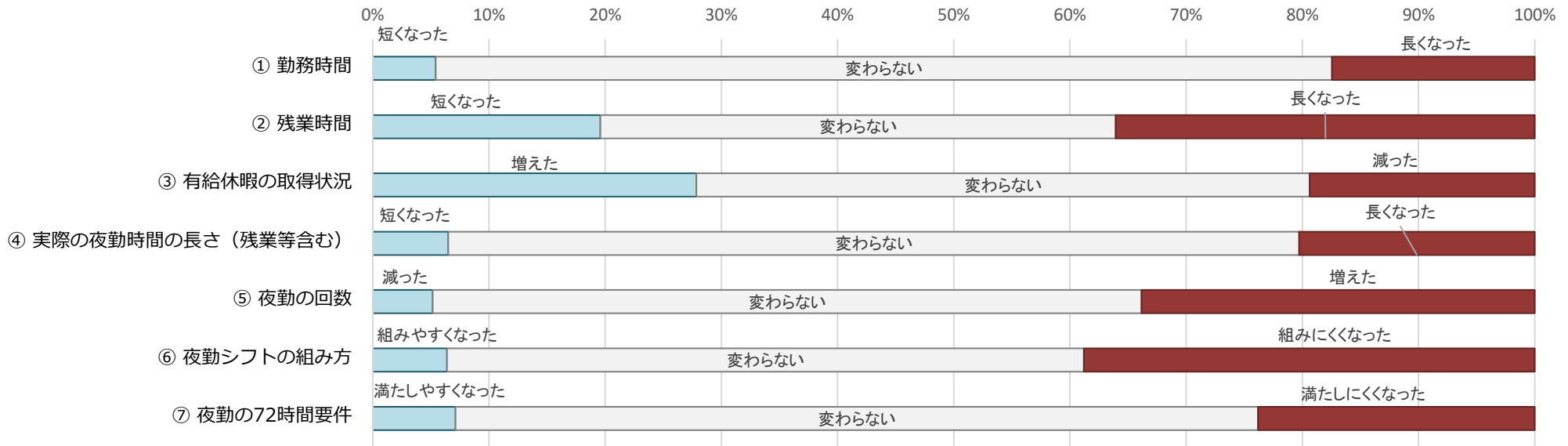
■ 看護職員の業務負担感

(n=2,183人)

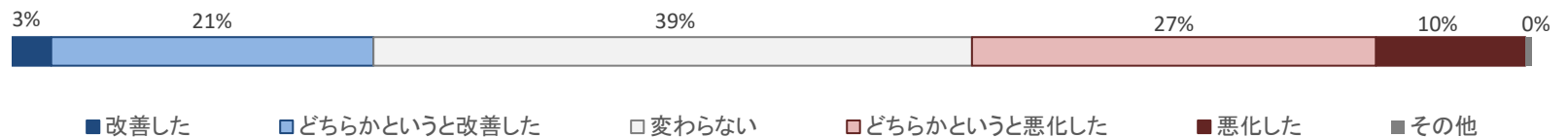


○ 令和4年11月時点において、病棟の看護職員の勤務状況は、約4割の病棟で悪化傾向であった。

■ 病棟の看護職員の勤務状況（令和4年11月時点における直近1年間の変化）



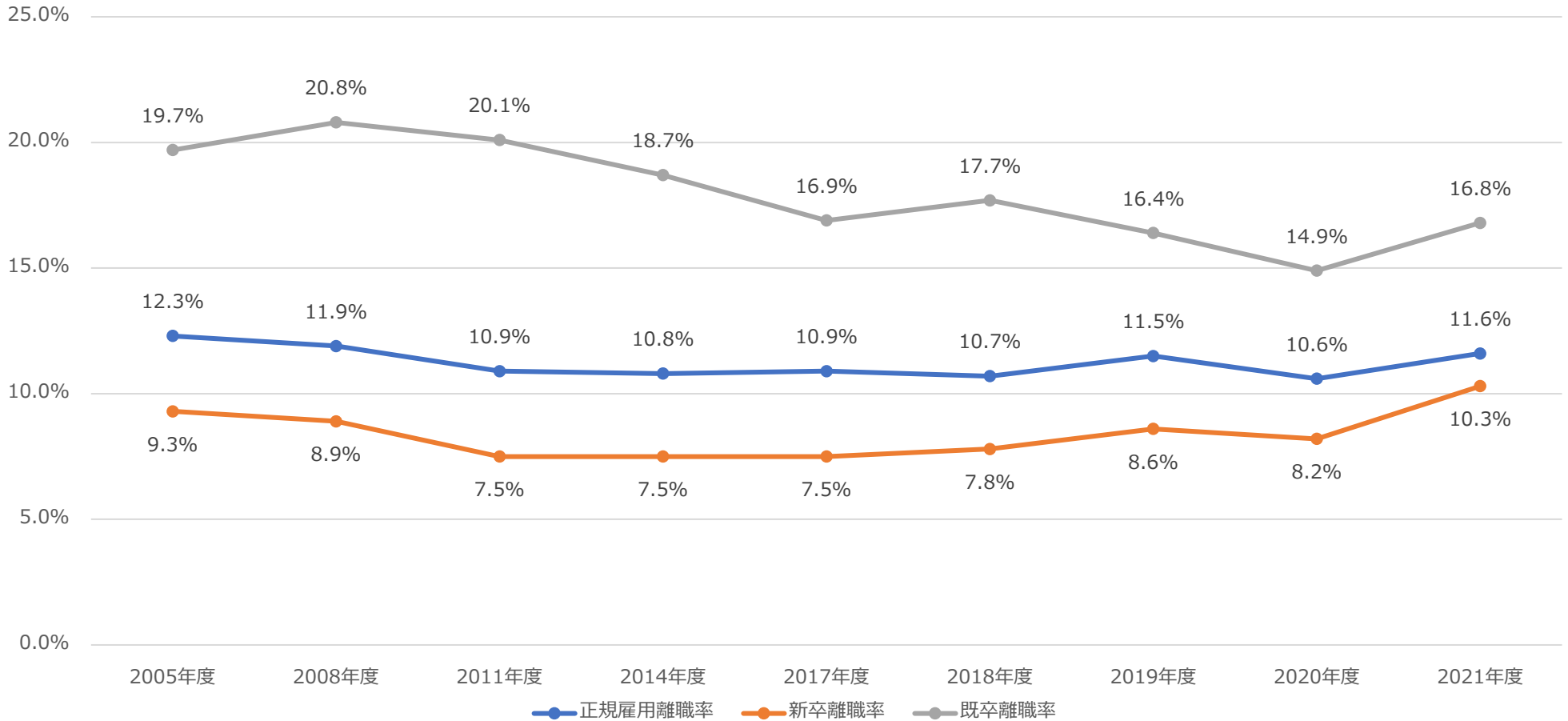
■ 病棟の看護職員の総合的にみた勤務状況（令和4年11月時点における直近1年間の変化）



看護職員の離職率の推移

○ 2020年以前は、正規雇用看護職員及び新卒看護職員の離職率は横ばい、既卒看護職員の離職率は低下傾向であったが、コロナ禍以降の2020年から2021年にかけて離職率が上昇している。

■ 看護職員の離職率の推移



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

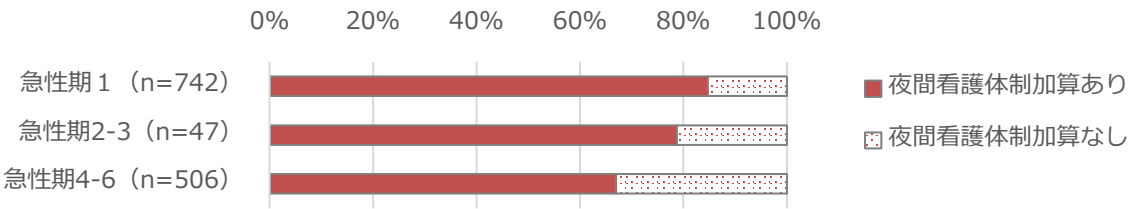
- 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、業務管理等の項目を見直す。
 - ① 「ア 11時間以上の勤務間隔の確保」又は「ウ 連続する夜勤の回数が2回以下」のいずれかを満たしていることを**必須化**する。
 - ② 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料）の施設基準における満たすべき項目の数について、**2項目以上から3項目以上に変更**する。

※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
満たす必要がある項目数（ア又はウを含むこと）	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保（※1）	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話	○	○	○	○	○
ク 看護補助者の夜間配置（※2）	○	○	○	○	○
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	○
コ 夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	○	○	○	○	○

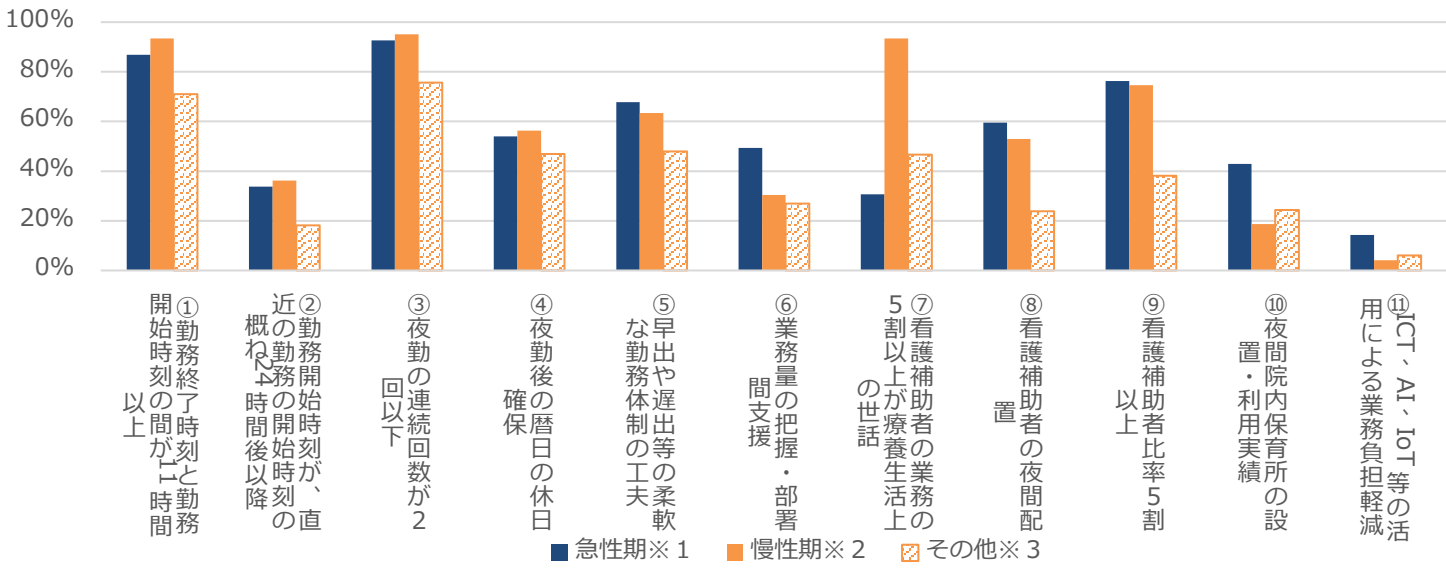
夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目の取組状況

- 急性期看護補助体制加算届出施設のうち約8割は、夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の評価である「夜間看護体制加算」を届け出ていた。
- 負担軽減に資する取組として、「勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上」や「夜勤の連続回数が2回以下」は約8割の施設が実施していた。
- 「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」の取組は約1割の施設が実施していた。

■急性期看護補助体制加算届出施設における、夜間看護体制加算の届出状況



■夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目の取組状況



(※1)急性期:看護職員夜間配置加算(12対1加算1、16対1加算1)、急性期看護補助体制加算の夜間夜間看護体制加算届出施設

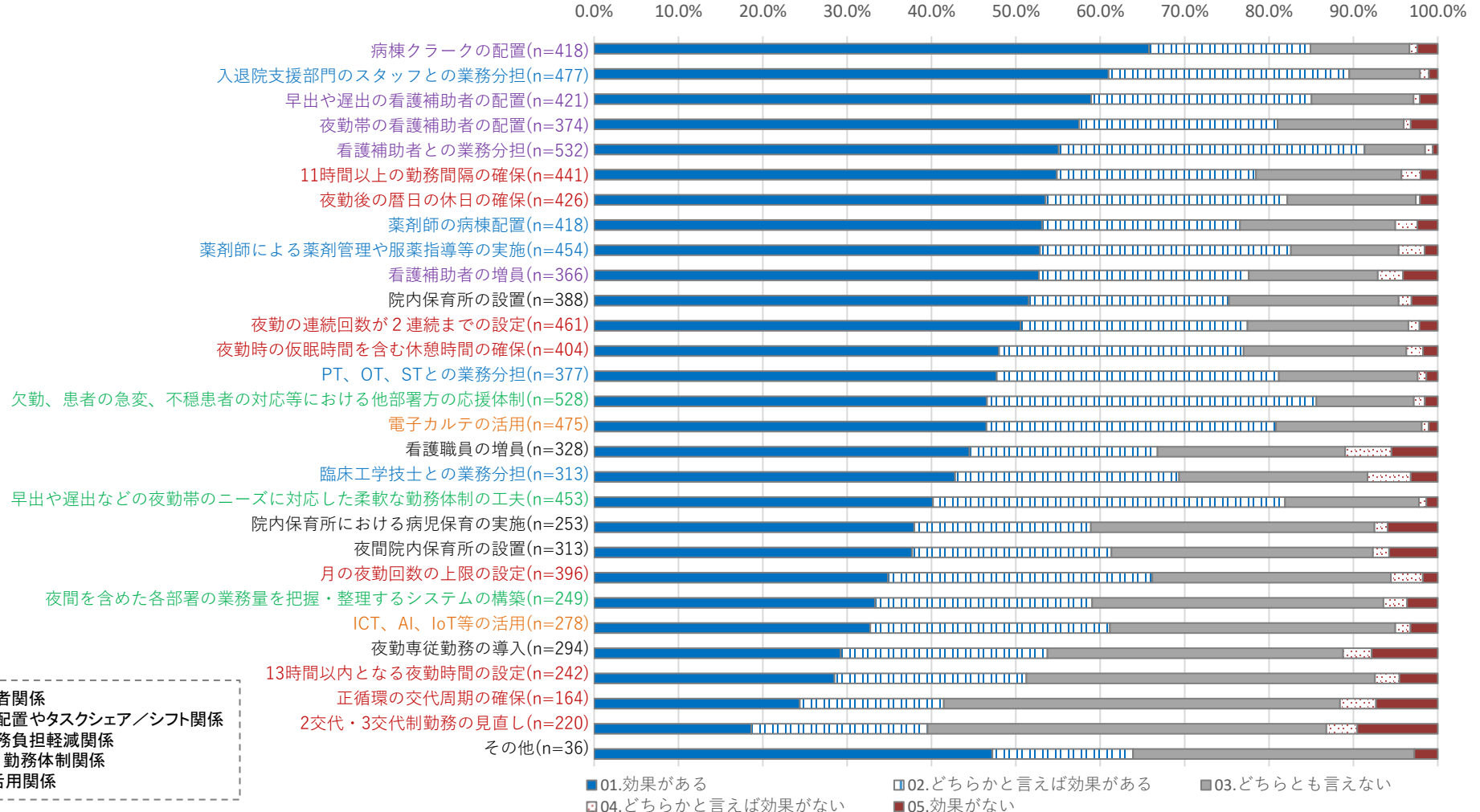
(※2)慢性期:看護補助加算の夜間看護体制加算届出施設

(※3)その他:障害者施設等入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料の夜間看護体制加算届出施設

看護職員の業務負担軽減策に対しての効果

○ 看護職員の業務負担軽減策について、他職種の配置やタスクシェア/シフトに関するものとしては「病棟クラークの配置」、「入退院支援部門のスタッフとの業務分担」、「看護補助者の配置」、「薬剤師の病棟配置」等、夜間の勤務負担軽減に関するものとしては「11時間以上の勤務間隔の確保」等が、効果があるものとして挙げられた。

■ 看護補助者を配置している病棟における、看護職員の業務負担軽減策に対しての効果（無回答を除く）

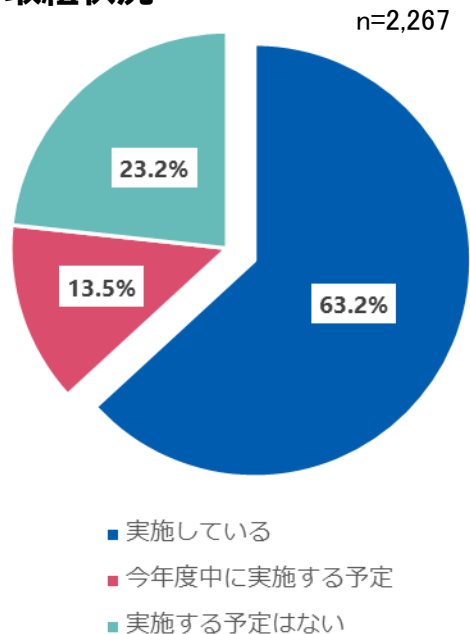


紫: 看護補助者関係
青: 他職種の配置やタスクシェア/シフト関係
赤: 夜間の勤務負担軽減関係
緑: 応援体制・勤務体制関係
橙: ICT等の活用関係

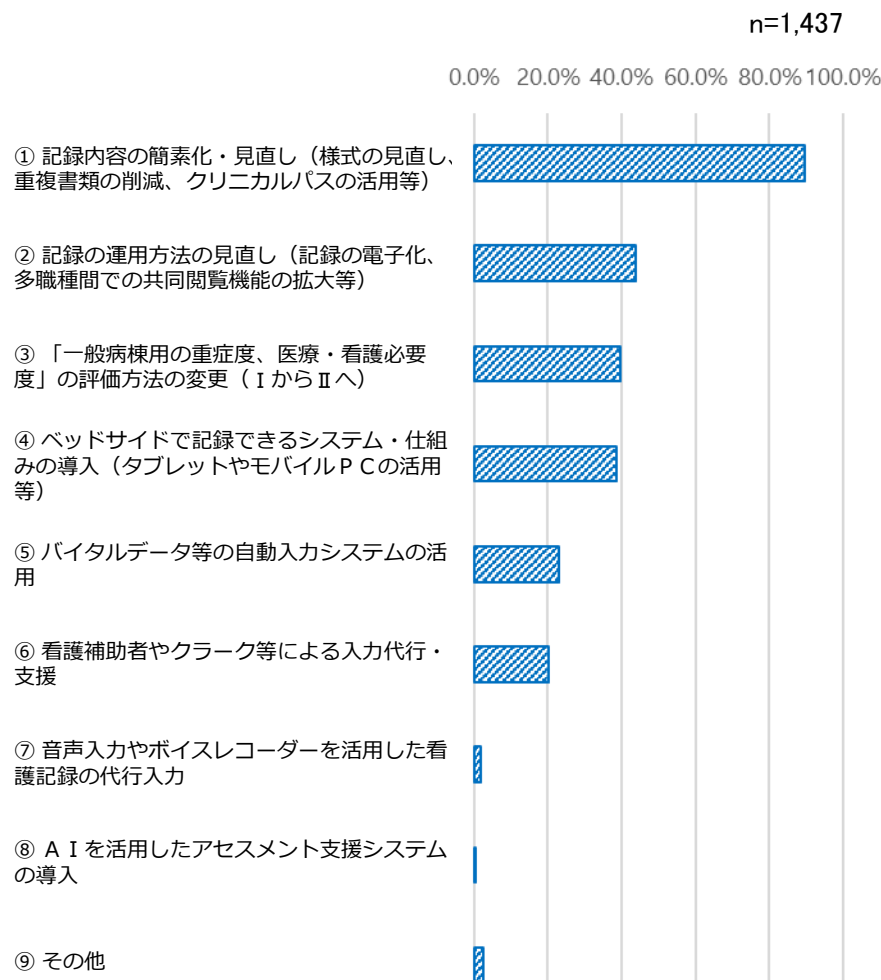
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟看護管理者票)

○ 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。

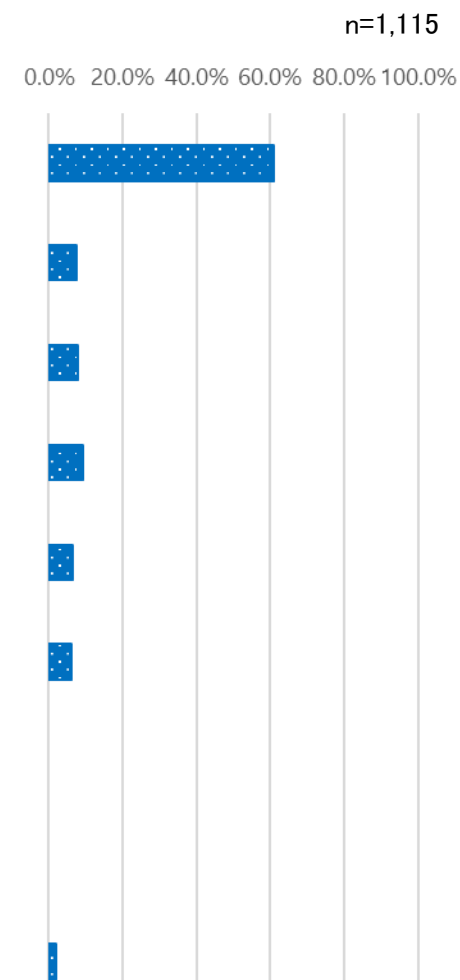
① 看護記録に係る負担軽減の取組状況



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



入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）

○ 40床あたりの看護補助者の数は、入院料別にその人数や比率が異なるものの、いずれの入院料においても看護補助者を一定数配置している。

■入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（常勤換算数）（40床あたり）

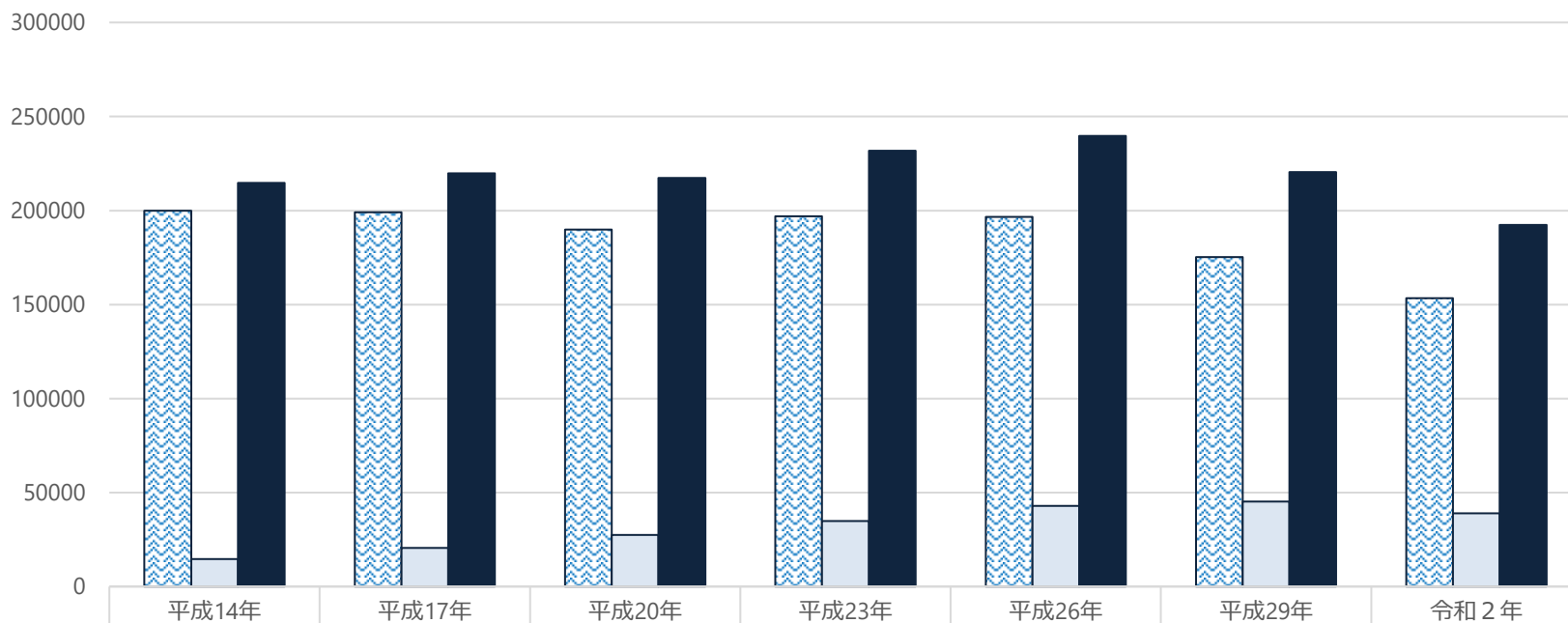
入院料グループ	回答施設数	40床あたり職員数の施設平均（単位：人）		
		全職員	看護職員	看護補助者 介護福祉士
急性期一般入院料1	1,752	32.77	26.34	3.45
急性期一般入院料2-3	72	28.38	21.82	3.09
急性期一般入院料4-6	147	26.07	19.42	3.68
特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）	443	33.88	27.95	2.76
専門病院入院基本料（7対1）	25	24.01	21.48	1.98
小児入院医療管理料（病床単位で届け出ている場合を除く）	79	39.92	34.27	2.14
地域一般入院料1～2	37	30.95	19.22	5.80
地域一般入院料3	41	25.99	15.65	5.38
地域包括ケア病棟入院料	232	29.86	18.54	6.03
地域包括ケア病棟入院料1	138	30.86	19.01	6.48
地域包括ケア病棟入院料2	93	28.42	17.88	5.35
地域包括ケア病棟入院料3	1	25.36	15.36	7.60
回復期リハビリテーション病棟入院料	347	45.60	17.36	7.12
回復期リハビリテーション病棟入院料1	238	48.61	18.06	7.14
回復期リハビリテーション病棟入院料2	32	43.48	17.98	6.60
回復期リハビリテーション病棟入院料3	68	38.17	15.24	7.28
回復期リハビリテーション病棟入院料4	8	27.61	11.99	7.34
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1	44.60	18.80	5.80
療養病棟入院料1	386	26.02	12.72	9.49
療養病棟入院料2	76	24.85	11.94	9.31

注) 20床以下の病棟は除いて集計している

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。

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	【看護職員夜間配置加算】 看護職員夜間12対1配置加算1 105点 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	【看護職員夜間配置加算】 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>	
	【注加算の看護職員夜間配置加算】 地域包括ケア病棟入院料 65点 精神科救急入院料 65点 精神科救急・合併症入院料 65点	【注加算の看護職員夜間配置加算】 地域包括ケア病棟入院料 <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	【急性期看護補助体制加算】 夜間30対1急性期看護補助体制加算 120点 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	【急性期看護補助体制加算】 夜間30対1急性期看護補助体制加算 <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>	
	【看護補助加算】 夜間75対1看護補助加算 50点	【看護補助加算】 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	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 14日以内の期間 141点 オ 15日以上30日以内の期間 116点	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>	
	夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算） 八 夜間看護配置加算1 100点 二 夜間看護配置加算2 50点	夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算） 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>	

【参考】近年の看護補助者の配置に係る主な評価の変遷

急性期看護補助体制加算

看護補助加算

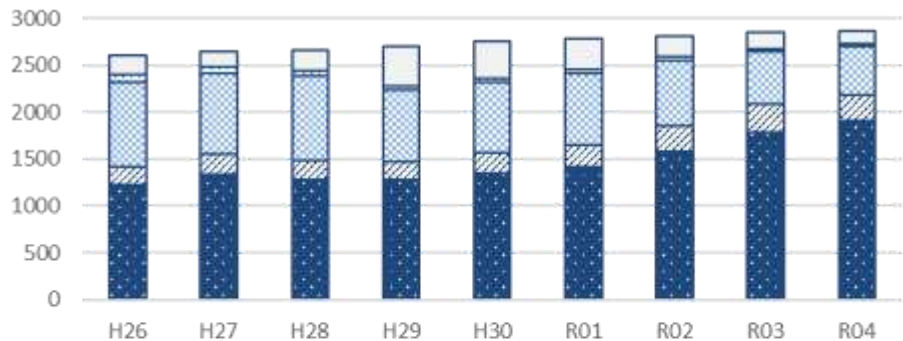
H22	H24	H26	H28	H30	R2	R4
50 : 1 120点 75 : 1 80点	<u>25:1 (看護補助者5割以上)</u> 160点 <u>25:1 (看護補助者5割未満)</u> 140点 50:1 120点 75:1 80点 夜間50:1 10点 夜間100:1 5点	25:1 (看護補助者5割以上) 160点 25:1 (看護補助者5割未満) 140点 50:1 120点 75:1 80点 夜間25:1 35点 夜間50:1 25点 夜間100:1 15点	25:1 (看護補助者5割以上) 160点 25:1 (看護補助者5割未満) 140点 50:1 120点 75:1 80点 夜間30:1 40点 夜間50:1 35点 夜間100:1 20点	25:1 (看護補助者5割以上) 210点 25:1 (看護補助者5割未満) 190点 50:1 170点 75:1 130点 夜間30:1 90点 夜間50:1 85点 夜間100:1 70点	25:1 (看護補助者5割以上) 240点 25:1 (看護補助者5割未満) 220点 50:1 200点 75:1 160点 夜間30:1 120点 夜間50:1 115点 夜間100:1 100点	25:1 (看護補助者5割以上) 240点 25:1 (看護補助者5割未満) 220点 50:1 200点 75:1 160点 夜間30:1 125点 夜間50:1 120点 夜間100:1 105点
				夜間看護体制加算 10点	夜間看護体制加算 60点	夜間看護体制加算 60点
看護補助加算 1 109点 看護補助加算 2 84点 看護補助加算 3 56点	看護補助加算 1 109点 看護補助加算 2 84点 看護補助加算 3 56点	看護補助加算 1 109点 看護補助加算 2 84点 看護補助加算 3 56点	看護補助加算 1 109点 看護補助加算 2 84点 看護補助加算 3 56点 夜間75:1 30点	看護補助加算 1 129点 看護補助加算 2 104点 看護補助加算 3 76点 夜間75:1 40点	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 夜間75:1 50点	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 夜間75:1 55点
			夜間看護体制加算 (入院初日) 150点	夜間看護体制加算 (入院初日) 165点	夜間看護体制加算 (入院初日) 165点	夜間看護体制加算 (入院初日) 165点 看護補助体制充実加算 5点

赤字: 前回改定から新設又は増点したもの

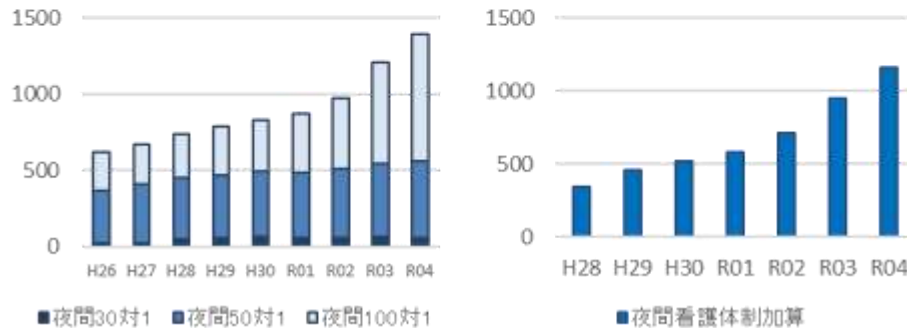
急性期看護補助体制加算及び看護補助加算の届出状況

○ 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

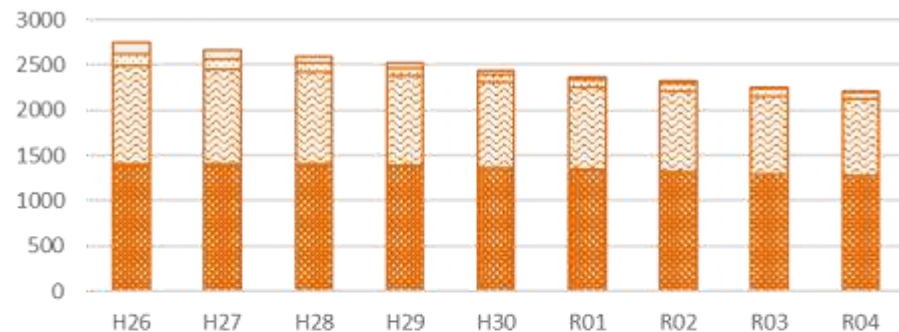


■ 25対1(看護補助者5割以上) ■ 25対1(看護補助者5割未満) ■ 50対1 ■ 75対1 ■ 不明

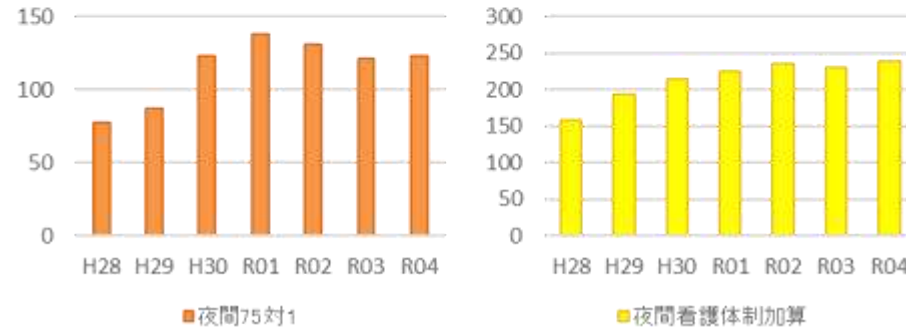


■ 夜間30対1 ■ 夜間50対1 ■ 夜間100対1 ■ 夜間看護体制加算

■ 看護補助加算の届出医療機関数



■ 加算1 ■ 加算2 ■ 加算3 ■ 不明



■ 夜間75対1

■ 夜間看護体制加算

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。

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
<p>【急性期看護補助体制加算】</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>50対1急性期看護補助体制加算 200点</p> <p>75対1急性期看護補助体制加算 160点</p> <p>(新設)</p>	<p>【急性期看護補助体制加算】</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>50対1急性期看護補助体制加算 200点</p> <p>75対1急性期看護補助体制加算 160点</p> <p><u>(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</u></p>
<p>【看護補助加算】</p> <p>看護補助加算1 141点</p> <p>看護補助加算2 116点</p> <p>看護補助加算3 88点</p> <p>(新設)</p>	<p>【看護補助加算】</p> <p>看護補助加算1 141点</p> <p>看護補助加算2 116点</p> <p>看護補助加算3 88点</p> <p><u>(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</u></p>
<p>夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) 45点</p> <p>看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)</p> <p>(1) 14日以内の期間 141点</p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 116点</p> <p>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</p>	<p>イ 夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) <u>50点</u></p> <p><u>(新) □ 看護補助体制充実加算</u> <u>55点</u></p> <p>イ 看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)</p> <p>(1) 14日以内の期間 <u>146点</u></p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 <u>121点</u></p> <p><u>(新) □ 看護補助体制充実加算</u></p> <p><u>(1) 14日以内の期間</u> <u>151点</u></p> <p><u>(2) 15日以上30日以内の期間</u> <u>126点</u></p> <p>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</p> <p><u>(新) □ 看護補助体制充実加算</u> <u>165点</u></p>

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

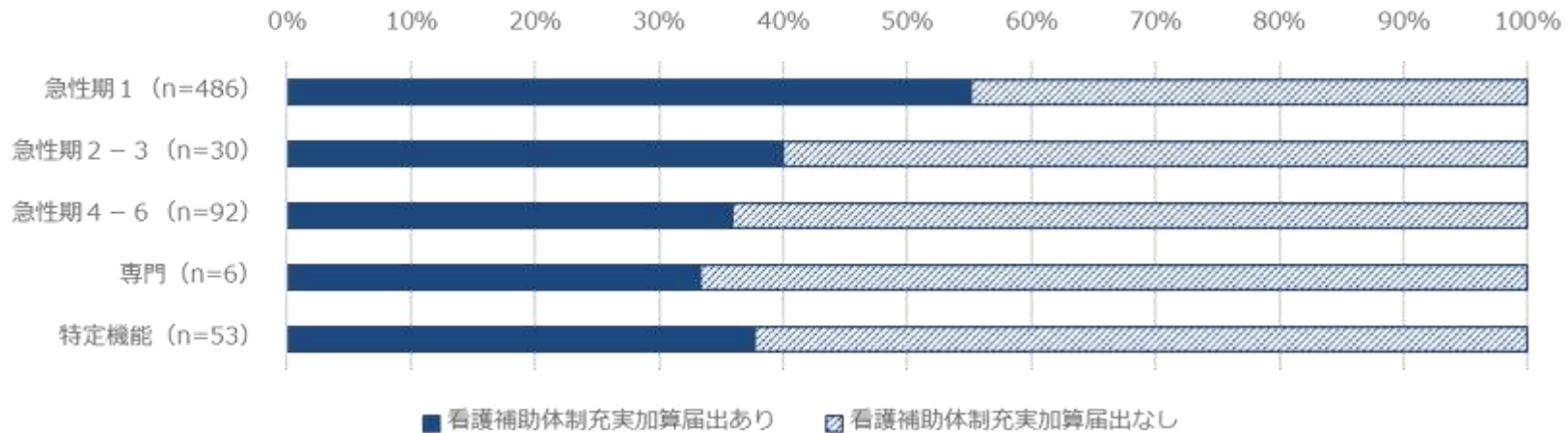
研修対象	研修内容
看護師長等	所定の研修※ ¹ を修了していること。
看護職員	<p><u>全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。</u> <u>研修は、講義及び演習により、次の項目を行う研修であること。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> イ (イ) 看護補助者との協働の必要性 (ロ) 看護補助者の制度的な位置づけ (ハ) 看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方 (ニ) 看護補助者との協働のためのコミュニケーション (ホ) 自施設における看護補助者に係る規定及び運用
看護補助者	<p>現行の研修内容※²のうち、<u>工（日常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
 工 日常生活にかかわる業務
 オ 守秘義務、個人情報保護
 カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

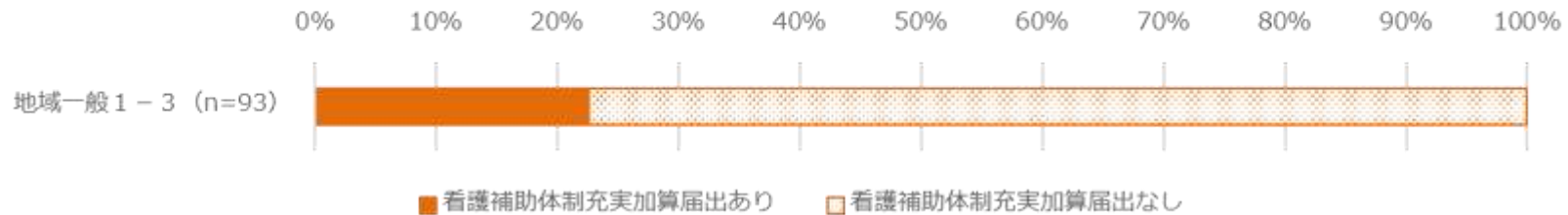
看護補助体制充実加算の届出状況

○ 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の評価である看護補助体制充実加算について、急性期看護補助体制加算を届け出る施設では約4割、看護補助加算を届け出る施設では2割超が届け出ている。

■急性期看護補助体制加算を届け出る施設における、看護補助体制充実加算の届出有無（令和4年11月1日時点）



■看護補助加算を届け出る施設における、看護補助体制充実加算の届出有無（令和4年11月1日時点）

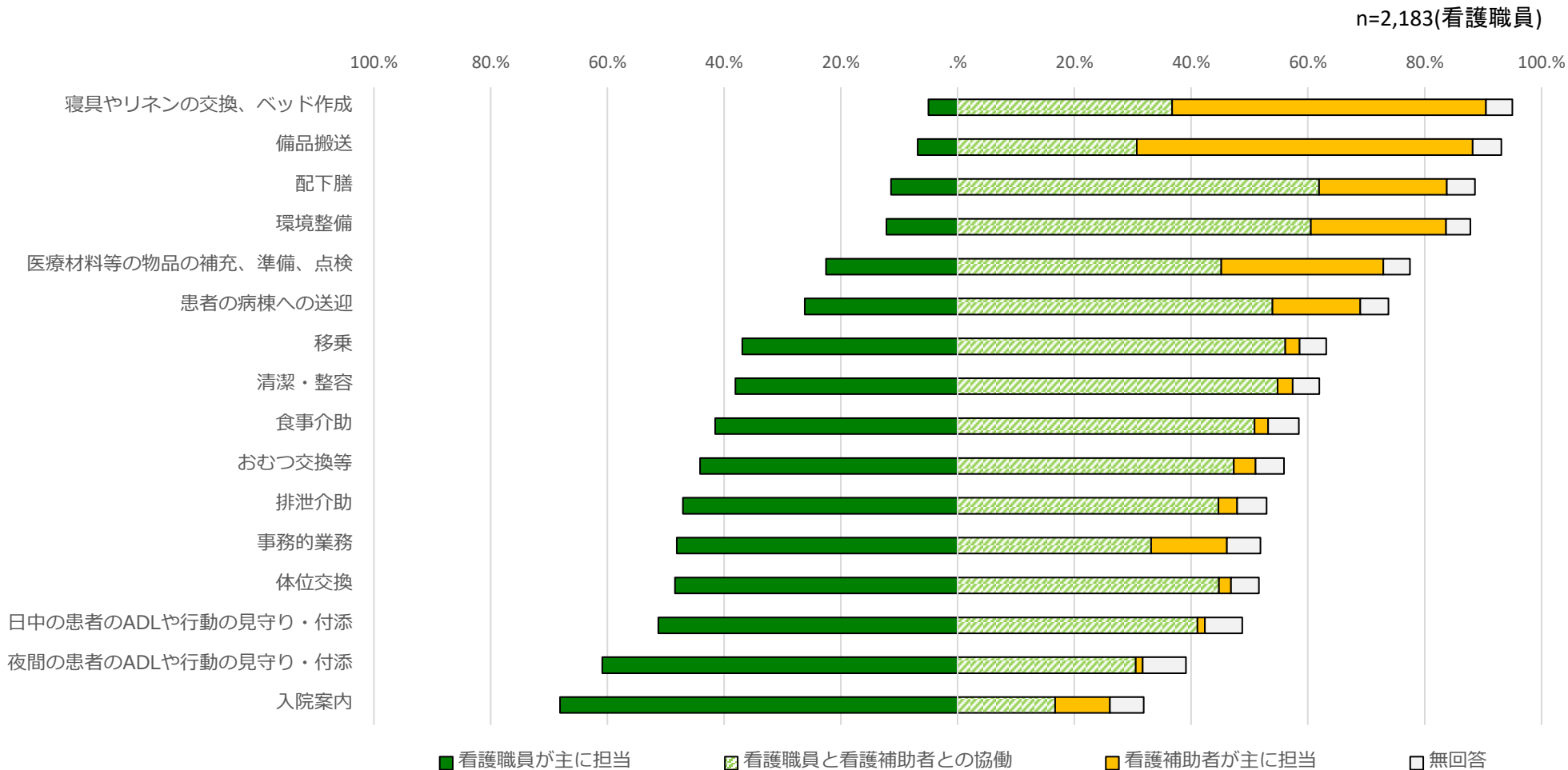


看護職員と看護補助者の業務分担状況

診調組 入-1
5. 9. 29

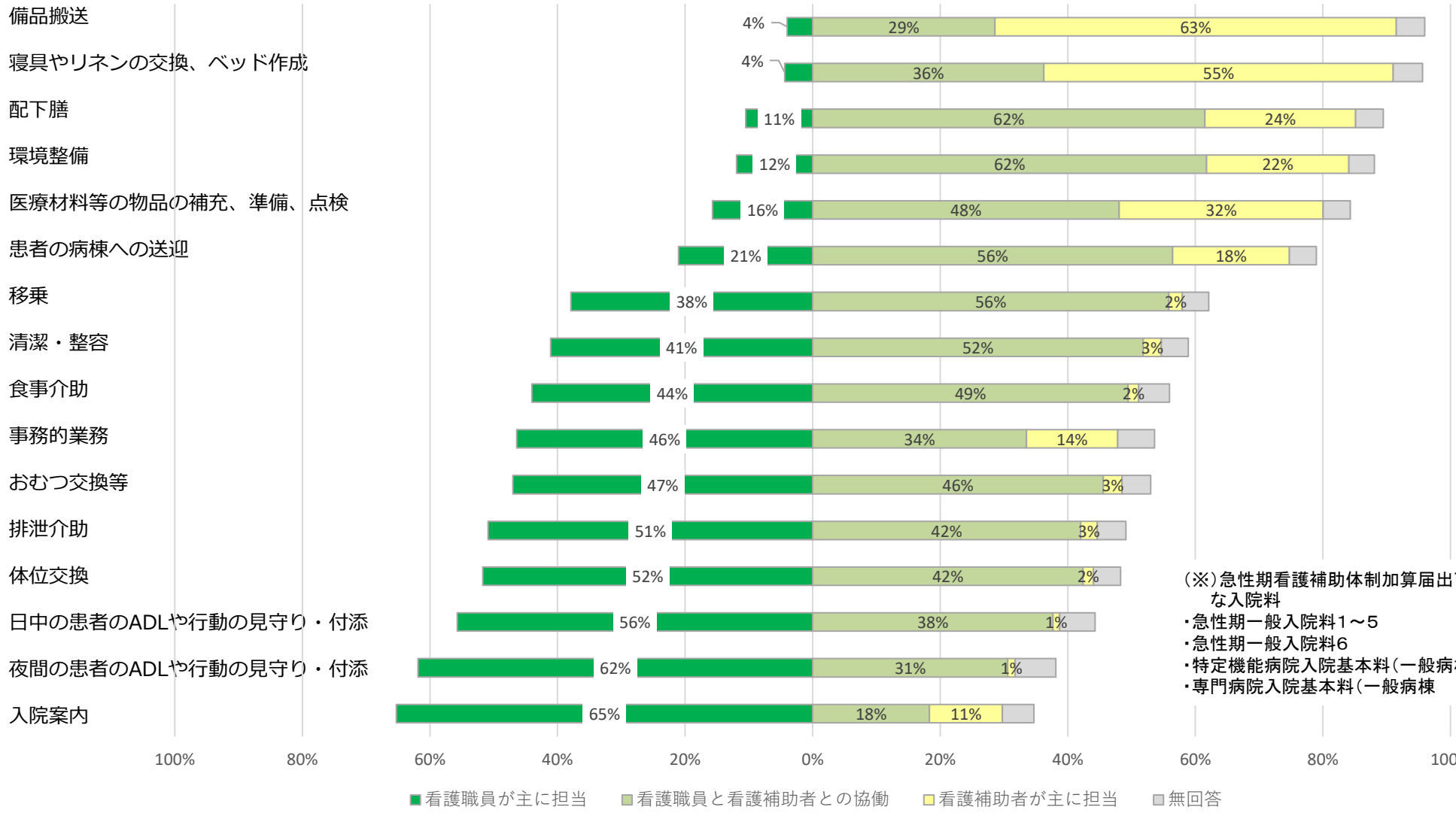
○ 看護職員と看護補助者の業務分担状況として、備品搬送等の直接患者に係わらない業務は「看護補助者が主に担当」する割合が高いが、患者のADLや行動の見守り・付添や排泄に関する援助等、直接患者に提供されるケアは、「看護職員が主に担当」及び「看護職員と看護補助者との協働」する割合が高い。

■ 看護職員と看護補助者の業務分担状況



■急性期看護補助体制加算（※）届出あり、かつ、看護補助体制充実加算届出ありの医療機関における、看護職員と看護補助者の業務分担状況

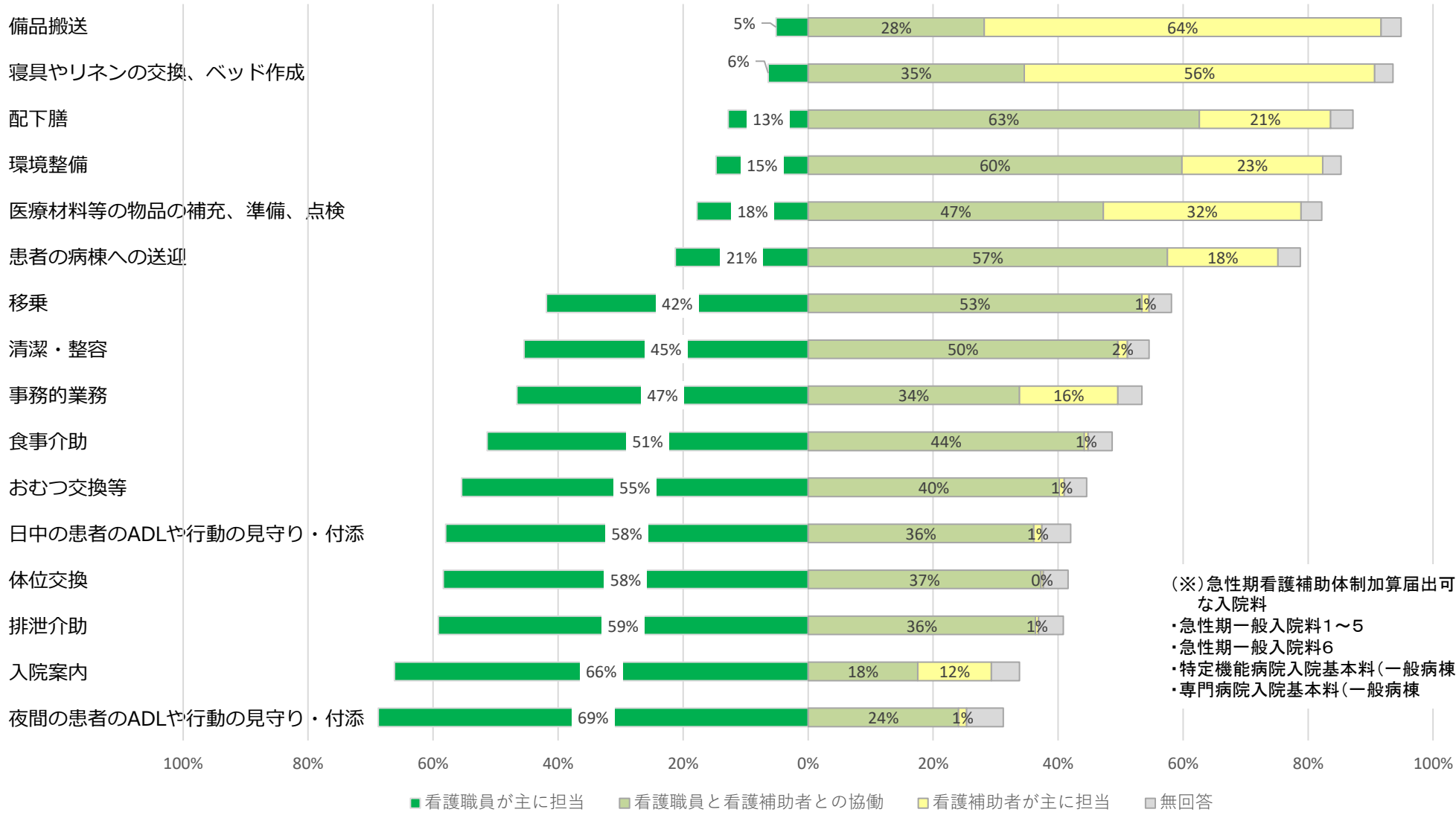
(n=847)



(※)急性期看護補助体制加算届出可能な入院料
 ・急性期一般入院料1~5
 ・急性期一般入院料6
 ・特定機能病院入院基本料(一般病棟)
 ・専門病院入院基本料(一般病棟)

看護職員と看護補助者の業務分担状況_急性期看護補助体制加算届出あり②

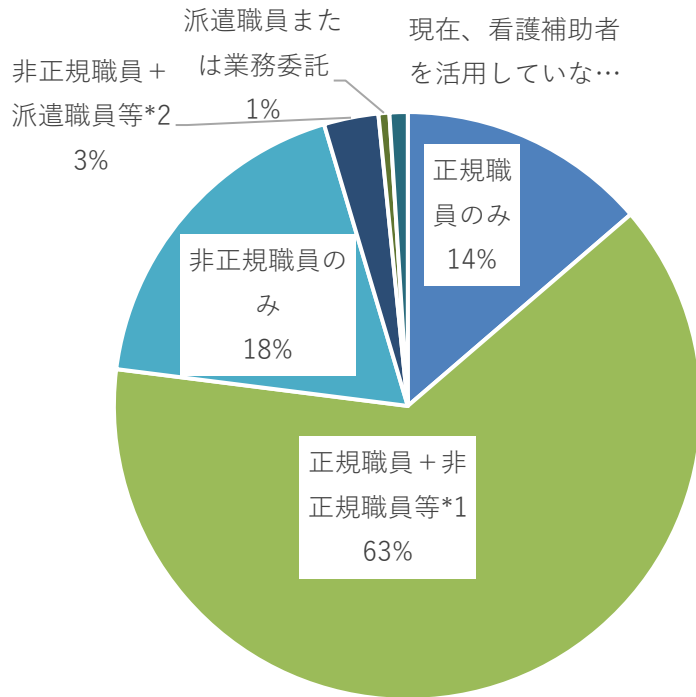
■急性期看護補助体制加算（※）届出あり、かつ、看護補助体制充実加算届出なしの医療機関における、看護職員と看護補助者の業務分担状況



看護補助者の雇用形態等

- 病院における看護補助者の雇用形態は、約6割が正規職員と非常勤職員を組み合わせで雇用しており、約2割は非正規職員や非常勤職員のみでの雇用であった。
- 非正規職員の離職率は、正規職員より4.7ポイント高かった。

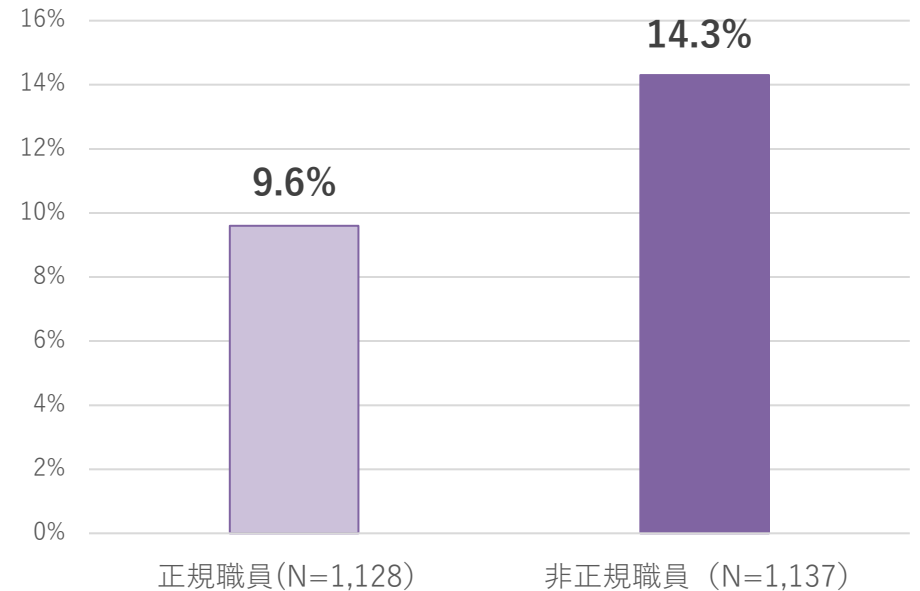
■ 看護補助者の雇用形態 (n=1,266)



*1:非正規職員等 = (非正規職員、派遣職員または業務委託)

*2:派遣職員等 = (派遣職員または業務委託)

■ 看護補助者の雇用形態別平均離職率 (n=1,266)



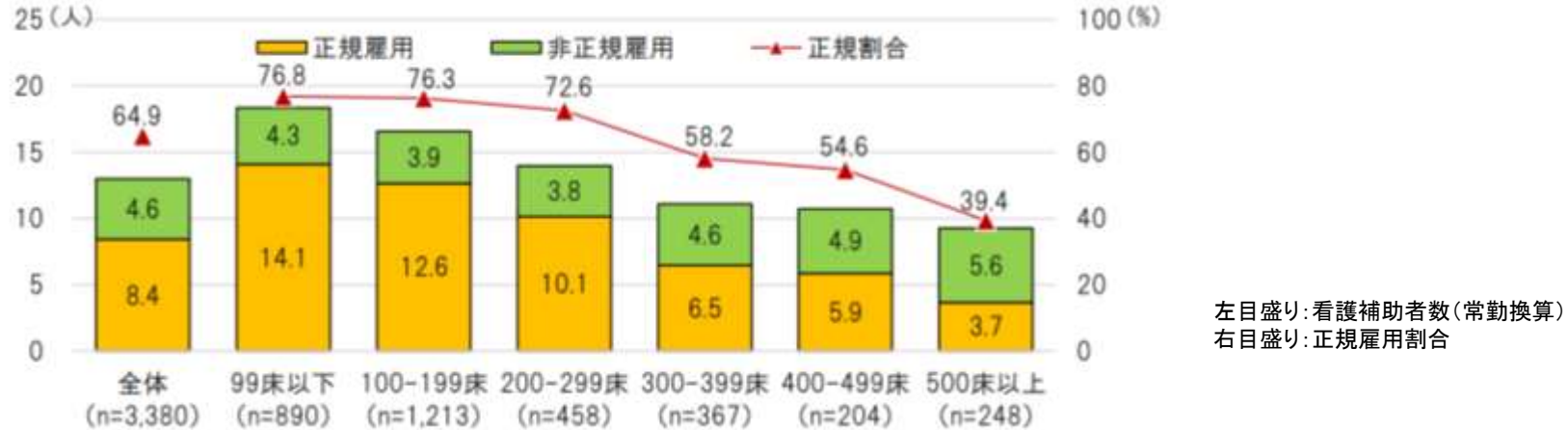
(注) 離職率 =
$$\frac{2018\text{年度退職者数}}{(\text{年度当初の在籍者数} + \text{年度末の在籍者数}) / 2}$$

【調査対象】 全国8,331病院の看護管理者 【有効回答】 1,266件 (15.2%) 【調査方法】 webアンケート

看護補助者の雇用形態等

- 許可病床 100 床あたりの看護補助者数は13.0人、うち正規雇用は8.4人(64.6%)、非正規雇用は4.6人(35.4%)であった。
- 2019年度に採用された看護補助者のうち、同年度内に退職した割合は、正規雇用は25.6%、非正規雇用は32.9%であり、非正規雇用の離職率の方が7.3ポイント高かった。

■雇用形態別・病床規模別の看護補助者数（許可病床100床あたり）



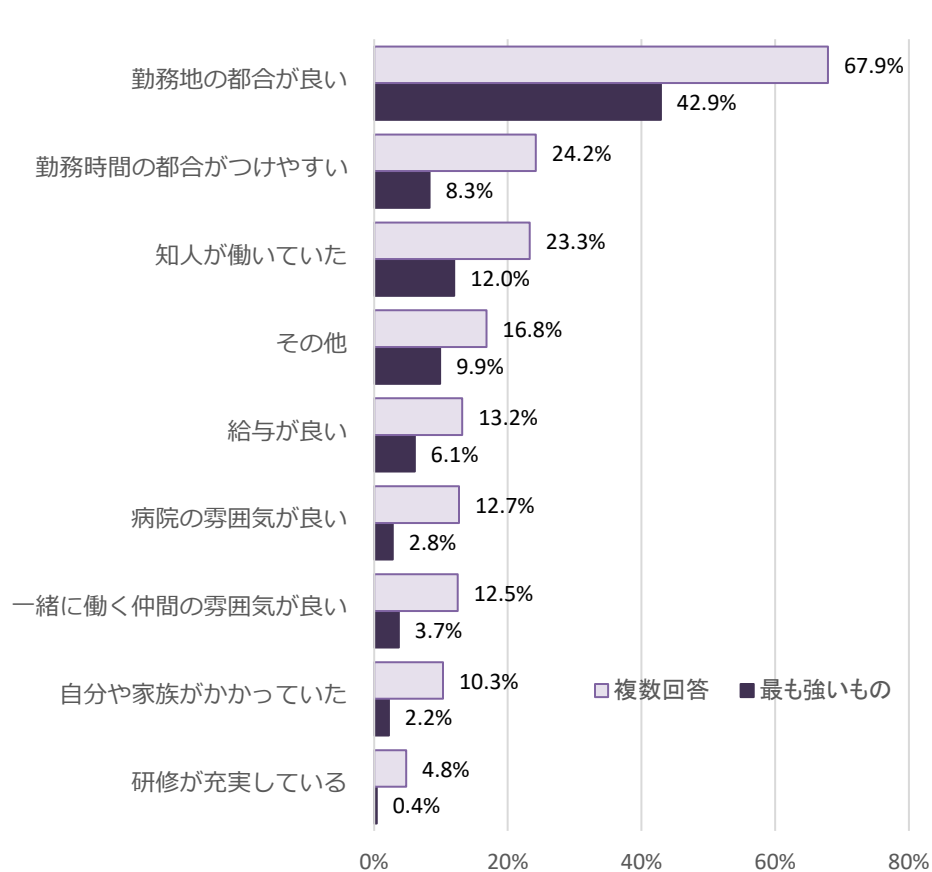
■雇用形態別の看護補助者の採用・退職状況（n=3,248）

	正規雇用	非正規雇用	正規・非正規合算
①採用予定人数	3.0人	3.1人	6.1人
②採用者数	2.3人	3.3人	5.6人
③採用割合（②／①）	76.7%	105.1%	91.1%
④2019年度の総退職者数	2.5人	2.6人	5.1人
⑤②のうち2019年度退職者数	0.6人	1.1人	1.7人
⑥年度内離職率（⑤／②）	25.6%	32.9%	29.9%

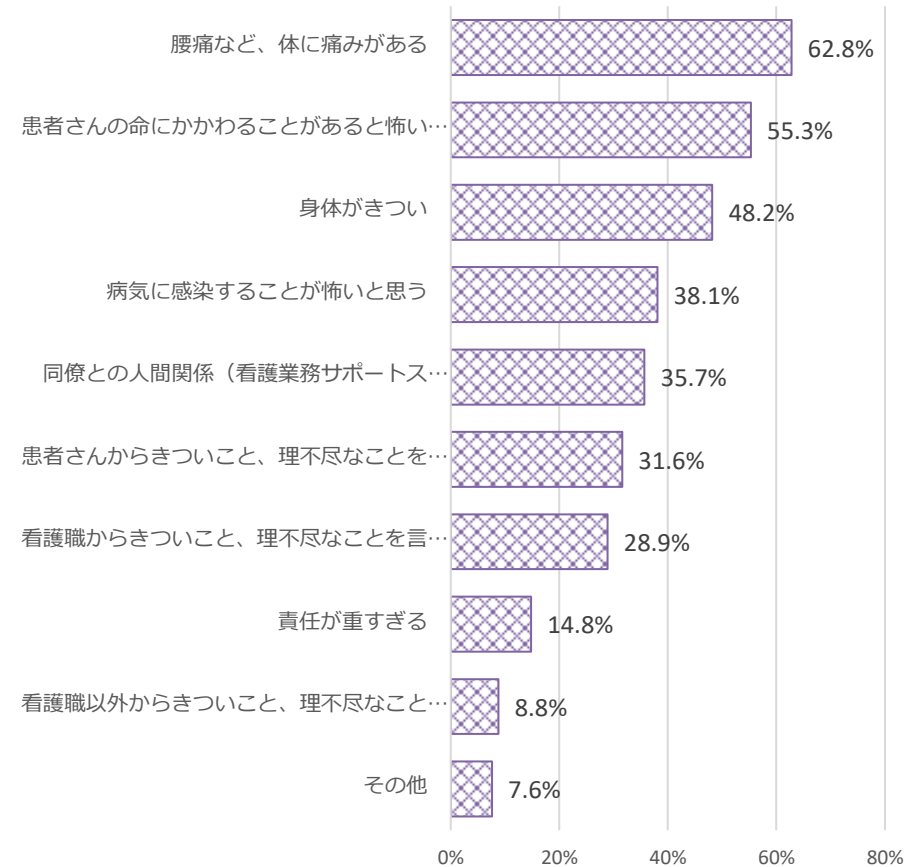
看護補助者の現状①

- 看護補助者に対するアンケート調査の結果において、看護補助者が今の病院で働き始めた理由は「勤務地の都合が良い」が最も多かった。
- また、病院勤務の難しさとしては「腰痛などの身体の痛み」、「命に関わる業務であること」、「身体のきつさ」等が挙げられた。

■ 今の病院で働き始めた理由（複数回答）（n=1,337）



■ 病院勤務の難しさ（複数回答）（n=1,337）

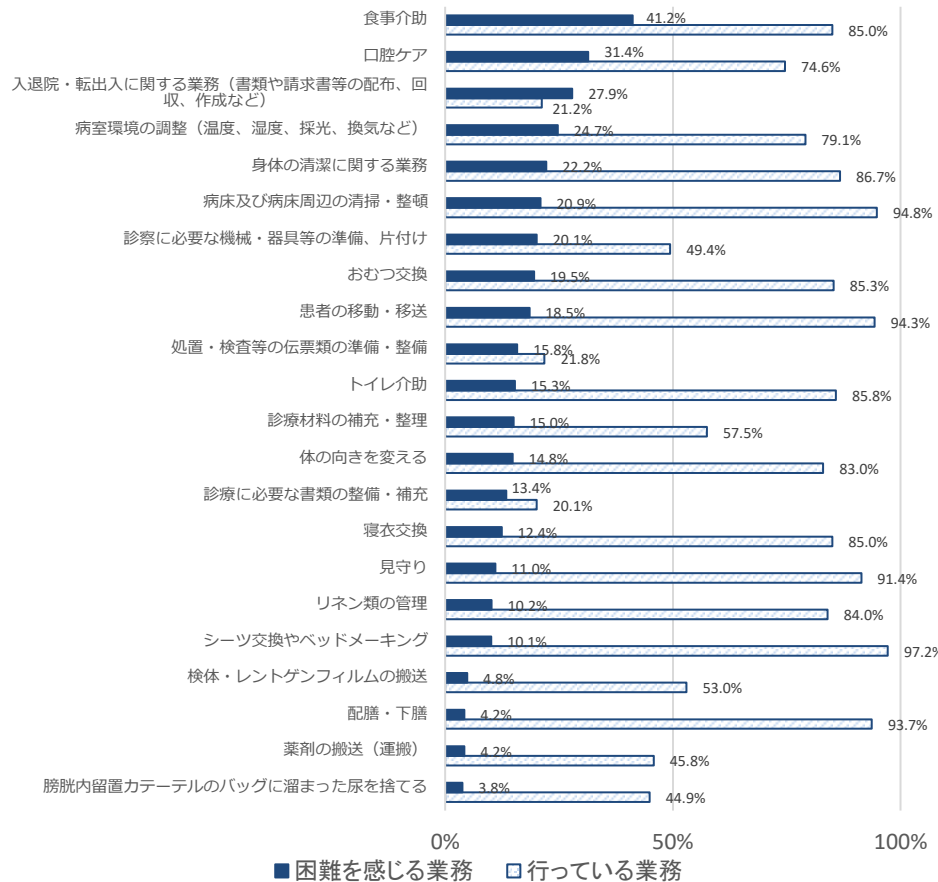


【調査対象】全国8,331病院の看護補助者【有効回答】1,266件（15.2%）【調査方法】webアンケート

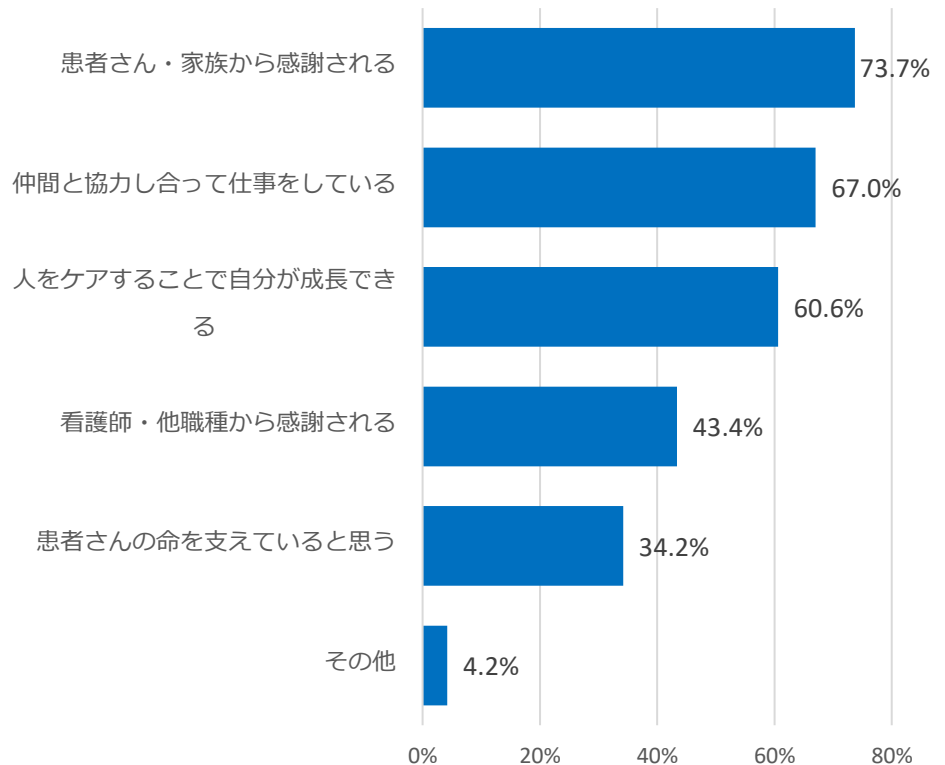
看護補助者の現状②

- 看護補助者に対するアンケート調査の結果において、看護補助者が困難さを感じるケアは「食事介助」、「口腔ケア」等の直接ケアが多かった。
- 看護補助者における病院で働くやりがいとしては、「患者・家族からの感謝」、「仲間との協力」、「ケアを通じた自分の成長」等が挙げられた。

■ 困難さを感じるケア（複数回答）（n=1,337）



■ 病院で働くやりがい（複数回答）（n=1,337）

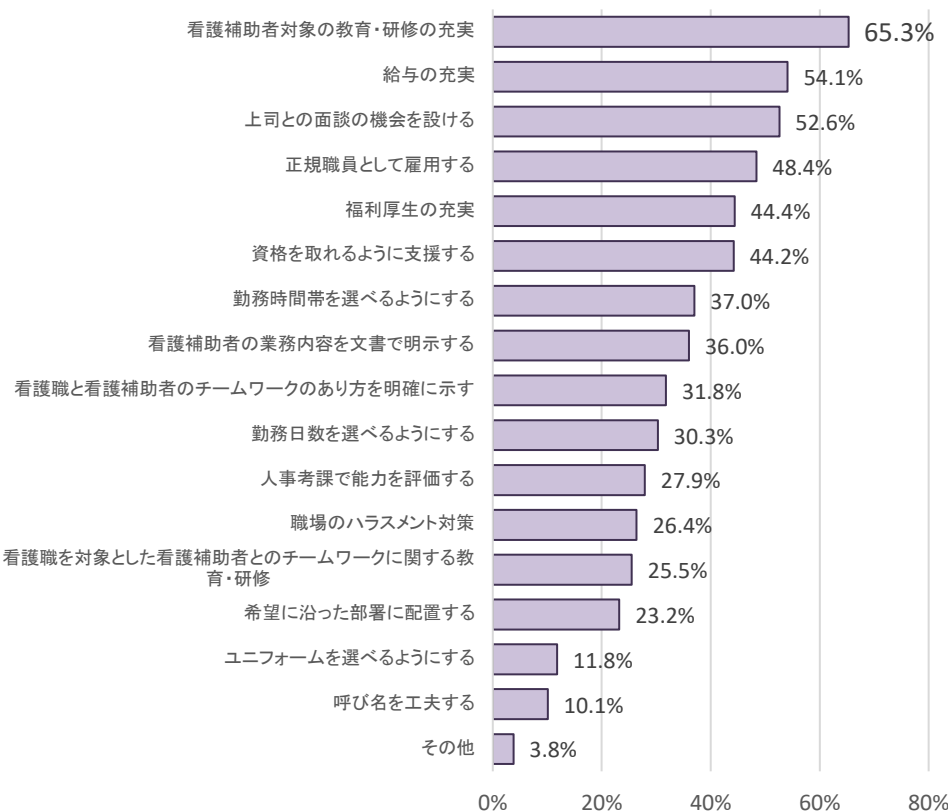


【調査対象】 全国8,331病院の看護補助者 【有効回答】 1,266件（15.2%） 【調査方法】 webアンケート

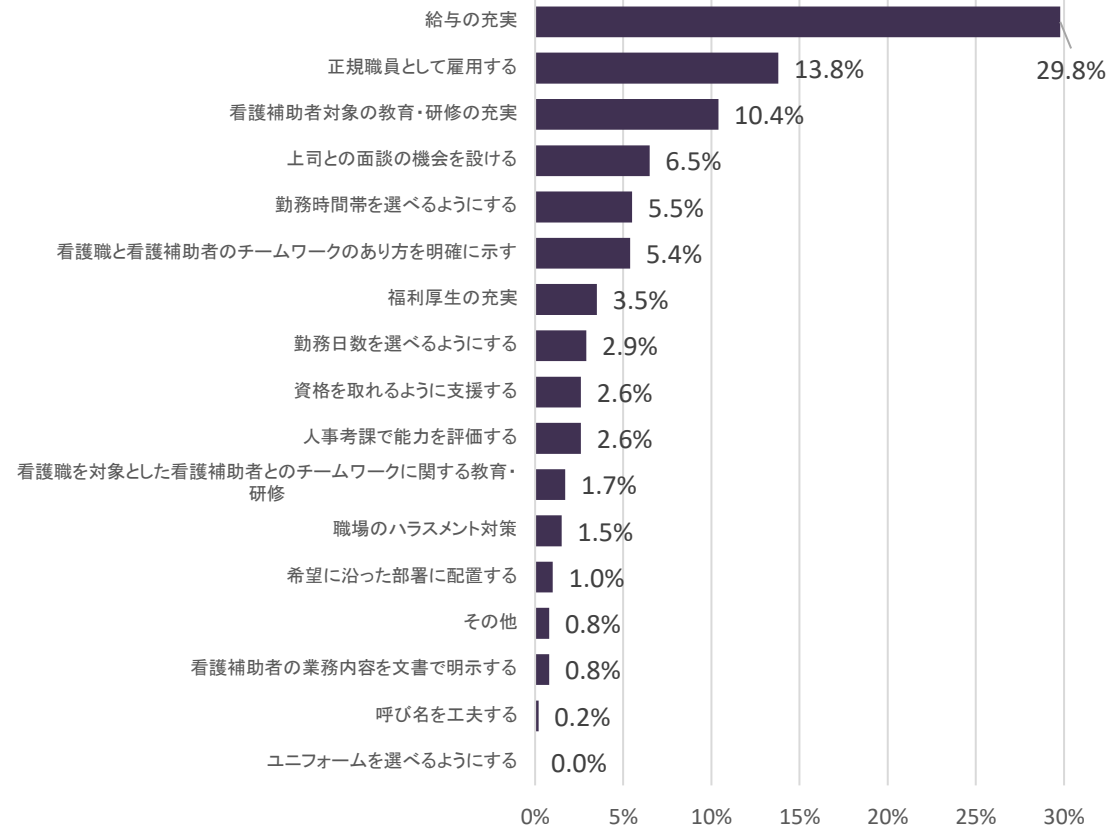
看護補助者の確保・定着に向けた工夫

- 看護管理者に対するアンケート調査の結果において、看護補助者の確保・定着のための工夫としては、「看護補助者対象の教育・研修の充実」、「給与の充実」、「上司との面談の機会を設ける」等が取り組まれていた。
- 最も大切なことは、「給与の充実」が挙げられた。

■ 看護補助者の確保・定着のための工夫点（実施していること）（複数回答）（n=1,253）



■ 看護補助者の確保・定着のための工夫点（最も大切なこと）（択一回答）（n=1,253）



【調査対象】 全国8,331病院の看護管理者 【有効回答】 1,266件（15.2%） 【調査方法】 webアンケート

【参考】看護補助者への直接ケアに関する研修

モジュール		単元/主な内容	時間数
2	周辺業務	<講義> 生活環境に関わる業務 病床及び病床周辺の清掃・整頓、病室環境の調整、シーツ交換やベッドメイキング、リネン類の管理 <演習> ①ベッドメイキング、②膀胱留置カテーテルの取り扱い、尿量測定、③経管栄養の準備と片付け	講義：50分 演習： ①10分 ②25分 ③20分
		<講義> 診療に関わる周辺業務 処置・検査等の伝票類の準備・整備、診療に必要な書類の整備・補充 医療機器及びその他の器具等の準備・片付け、診療材料の補充・整理 入退院・転出入に関する業務 <演習> 医療機器等の取り扱い	講義：60分 演習：25分
3	直接ケア総論	<講義> 直接ケアに関わる医療安全 1) 患者誤認防止、2) 転倒・転落防止、3) スキンケア防止 <演習> KYT（危険予知訓練）	講義：55分 演習：20分
		<講義> 患者・患者家族とのコミュニケーション 1) 良好なコミュニケーション、2) 患者理解 <演習> コミュニケーション手技	講義：60分 演習：25分
4-1	各論 清潔に関する業務	<講義> 身体の清潔に関する業務 1) シャワー、入浴介助、2) 清拭、3) 手浴・足浴、4) 洗髪 5) 口腔ケア、6) 洗面と整容、7) 寝衣交換 <演習> ・口腔ケア、清拭・寝衣交換	講義：120分 演習：30分
4-2	各論 排泄に関する業務	<講義> 排泄に関する業務 1) 排泄介助（トイレ・ポータブルトイレ・尿器・便器）、2) おむつ交換 <演習> おむつ交換・その他の排泄介助	講義：50分 演習：20分
4-3	各論 食事に関する業務	<講義> 食事に関する業務 1) 食事介助、2) 配下膳 <演習> 食事介助・配下膳	講義：50分 演習：10分
4-4	各論 安全・安楽に関する業務	<講義> 安全安楽に関する業務 1) 体位交換、2) 温電法・冷電法、3) 見守り <演習> 体位交換、温電法・冷電法、見守り	講義：60分 演習：30分
4-5	各論 移動・移送に関する業務	<講義> 移動・移送に関する業務 1) 歩行介助、2) 入院、検査、病棟移動のための搬送(車椅子、ストレッチャー) <演習> 歩行介助、車椅子・ストレッチャーの移動・移送介助	講義：55分 演習：20分
			講義：560分 演習：235分

看護補助者の退職者減少を目指した「看護補助者ラダー※」の導入に係る取組

背景・目的

- ・人間関係やリアリティショックを原因に、看護補助者の定着率が低かった（退職率12.2%、1年以内離職率43.4%（2016年））
- ・看護補助者の欠員時は看護師が業務をカバーするため、看護師の時間外勤務が増加する他、看護師本来の専門性が発揮しづらかった
- ・業務標準化が出来ていない点、部署間で連携できていない点が課題であった
- ・看護補助者の教育体制確立、モチベーション及び自主性の向上を目的として「看護補助者ラダー」を作成・導入した

※ ラダー（Ladder：はしごを意味する）とは、臨床実践に必要な能力を段階的に示し、看護職の人材育成やキャリア開発、能力評価に活用されているツールのひとつ。

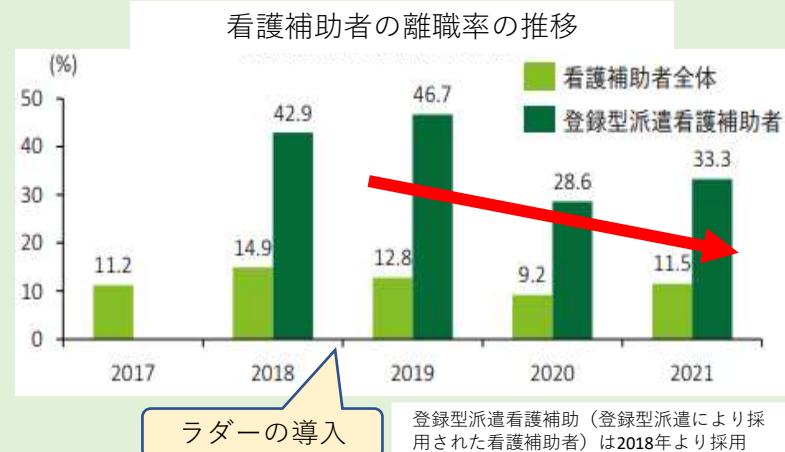
取組内容

- 看護師のクリニカルラダーを参考に看護補助者ラダーを作成・導入
- レベルに応じた役割が遂行できるような教育体制を構築

看護補助者ラダー		教育体制
ラダーレベル	能力基準	
レベル0 入職後3年頃	「チーム医療の一員としての自覚」 ・入職～12カ月未満	入職前：1日見学実施 入職初週：オリエンテーション 2週目：師長との面談 3カ月目：フォローアップ研修 (※各人に個別フォロー看護補助者を設置)
レベルI 入職後7年頃	「看護補助者業務の理解と範囲を理解」 ・看護師指示・サポートのもとベッドサイドケアが安全確実にできる	・メンバーシップ研修 ・チームSTEPPS研修
レベルII 入職後10年頃	「部署内チームでのリーダーシップを発揮」 ・経験を積み重ね、業務を効率的な～(中略)～ チーム医療の一員として主体的に行動できる	・指導担当看護補助者研修 (※新規入職者を指導) ・リーダーシップ研修
レベルIII	「拡大チーム内でのリーダーシップを発揮」 ・看護補助者のリーダーとしての役割が遂行できる	・ファシリテーション研修 (※リーダーシップ研修のファシリテーターを行う)

取組効果

看護補助者の離職率の低下



- ◎モチベーション向上、職場環境改善、リアリティショック軽減等が図られた。
- ◎教育体制、フォロー体制の充実により、入職後間もない看護補助者も無理なく業務に取り組めた。

【富山県立中央病院】 働きやすい勤務時間の整備、看護補助業務の細分化・明確化による本人の適性に合わせた配置に係る取組

背景・目的

求職者が自身の意思や適性に合った業務が選択できること、また、幅広い層に求人のアプローチができること等を目的として、看護補助者の業務の細分化・明確化に関する取組等を実施した。また、働きやすい環境を整備するため、勤務時間を柔軟な設定とした。

取組内容

1 「看護補助者」を院内の主要業務ごとに「看護補助者」「看護助手」「看護助手（事務）」の3種類の業種に区別

【業種毎の主な業務内容】

看護補助者	・患者の日常生活上の世話等、直接業務が中心
看護助手	・搬送、配膳、シーツ交換等の間接業務が中心
看護助手（事務）	・書類作成・パソコン入力、入院患者への説明（オリエンテーション・荷物運び等） ・Word、Excelが使用可能であることが必須

2 業種別のユニフォーム

- ◆ 各業種でユニフォームを分けることで、一瞥して区分が可能となった。

3 マニュアル、チェックリスト作成等による業務の差別化

- ◆ 看護助手ワーキング（看護補助者全体を対象とした取組）による業務調査結果を基にマニュアル及びチェックリストを作成し、業務の差別化に取り組んでいる。

4 勤務の自由度を高める勤務条件の設定

- ◆ 子育て期の女性は長時間労働が困難であることから、就業時間を「8:00～20:00」のうち4時間以上と設定した。
- ◆ 勤務時間を「最短5時間/週～最長35時間/週」と設定した。

5 勤務曜日・時間、異動希望の受け入れ

- ◆ 年2回の面談を実施し、勤務曜日・時間、異動に関する希望を受け入れている。

6 複数名配置による協力体制

- ◆ 病棟に複数名の看護補助者を配置しフロア間の協力体制を取ることで、急な欠勤にも対応可能となり、休みがとりやすい環境を整備している。

取組効果

看護補助者の高い定着率の維持

平均勤務年数：6.3年※
(最高勤務年数17年)

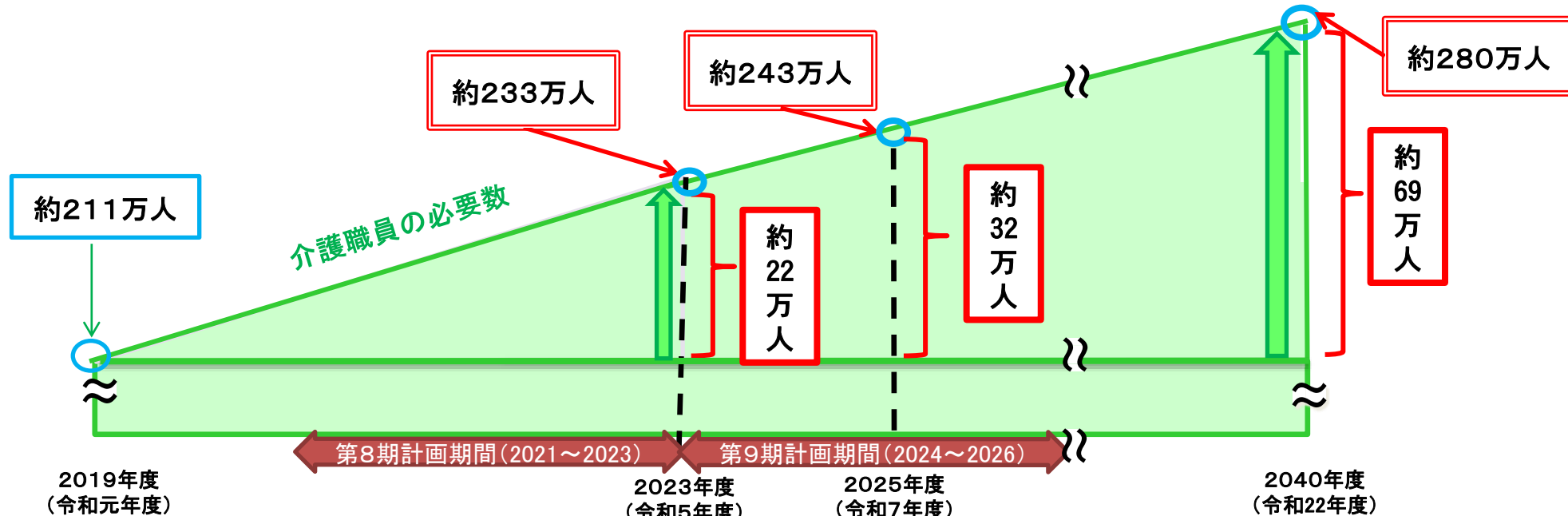
※看護補助者（非正規）平均勤続年数：5.8年（出典：「令和元年度厚生労働科学特別研究事業「看護師と看護補助者の協働推進に向けた実態研究」表1-53看護補助者の2018年度の平均勤続年数」）

第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

- 第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
 - ・2023年度には約233万人（+約22万人（5.5万人/年））
 - ・2025年度には約243万人（+約32万人（5.3万人/年））
 - ・2040年度には約280万人（+約69万人（3.3万人/年））
 となった。 ※（）内は2019年度（211万人）比

※ 介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。

- 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。

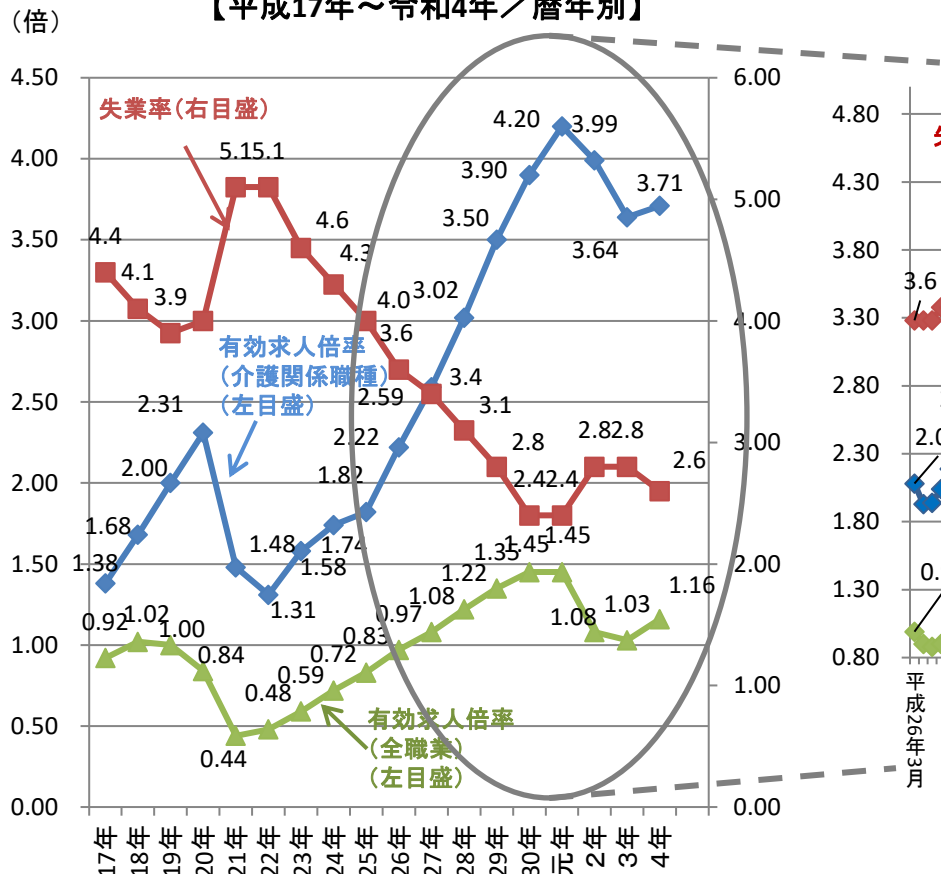


注1) 2019年度（令和元年度）の介護職員数約211万人は、「令和元年介護サービス施設・事業所調査」による。
 注2) 介護職員の必要数（約233万人・243万人・280万人）については、足下の介護職員数を約211万人として、市町村により第8期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。
 注3) 介護職員数には、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数を含む。
 注4) 2018年度（平成30年度）分から、介護職員数を調査している「介護サービス施設・事業所調査」の集計方法に変更があった。このため、同調査の変更前の結果に基づき必要数を算出している第7期計画と、変更後の結果に基づき必要数を算出している第8期計画との比較はできない。

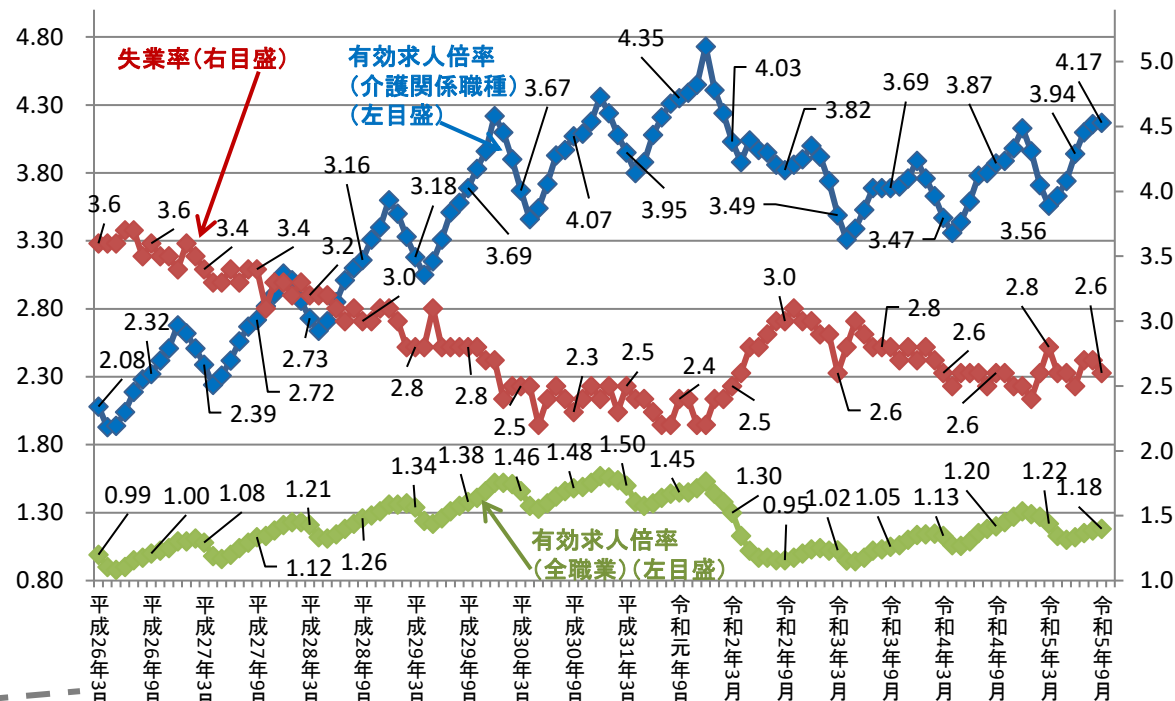
介護分野における人材確保の状況と労働市場の動向 ～有効求人倍率と失業率の動向～

○ 介護関係職種の有効求人倍率は、依然として高い水準にあり、全職業より高い水準で推移している。

有効求人倍率(介護関係職種)と失業率
【平成17年～令和4年／暦年別】



有効求人倍率(介護関係職種)(原数値)と失業率(季節調整値)
【平成26年3月～令和5年9月／月別】



注)平成23年度の失業率は東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県において調査の実施が困難な状況となっており、当該3県を除く結果となっている。

【出典】厚生労働省「職業安定業務統計」、総務省「労働力調査」

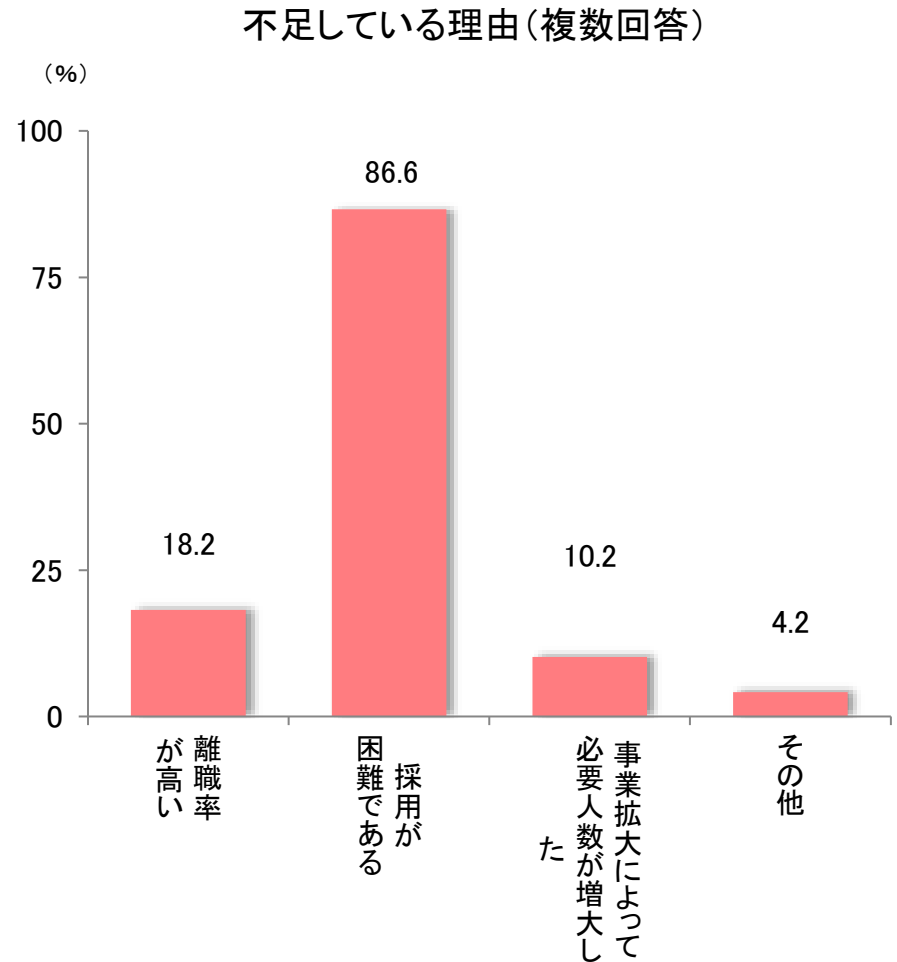
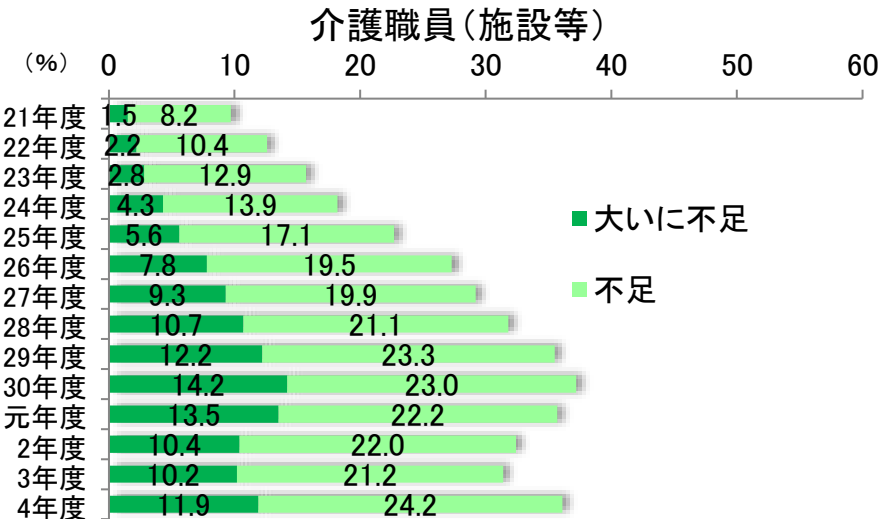
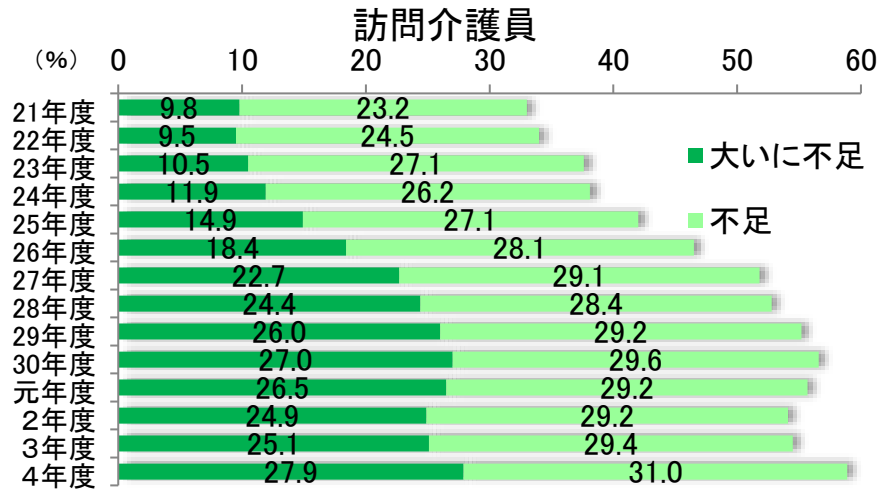
(※1)全職業及び介護関係職種の有効求人倍率はパートタイムを含む常用の原数値。

月別の失業率は季節調整値。

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

介護サービス事業所における従業員の過不足の状況

○ 介護サービス事業所における人手不足感は強くなってきており、訪問介護の人手不足感が特に強い。不足の理由に採用が困難であることを挙げる割合が高い。



注) 訪問介護員・介護職員を含む従業員全体で見た場合に、「大いに不足」、「不足」、「やや不足」を選択した施設・事業所が回答。

【出典】令和2年度介護労働実態調査(公益財団法人介護労働安定センター)

注) 介護職員(施設等): 訪問介護以外の指定事業所で働く者。

訪問介護員: 訪問介護事業所で働く者。

【出典】平成21～令和4年度介護労働実態調査(公益財団法人介護労働安定センター)

テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の配置医や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかり受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないかと。

(3) 入退院支援

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(4) 医療・介護の人材確保

- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

働き方改革の推進(その2)

1. 働き方改革の推進に係る現状等について
2. 地域医療体制確保加算について
3. 医療機関におけるタスクシェア・タスクシフトについて
4. 手術・処置の時間外等加算について
5. 看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について
6. ICTの活用等について
7. 論点

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。

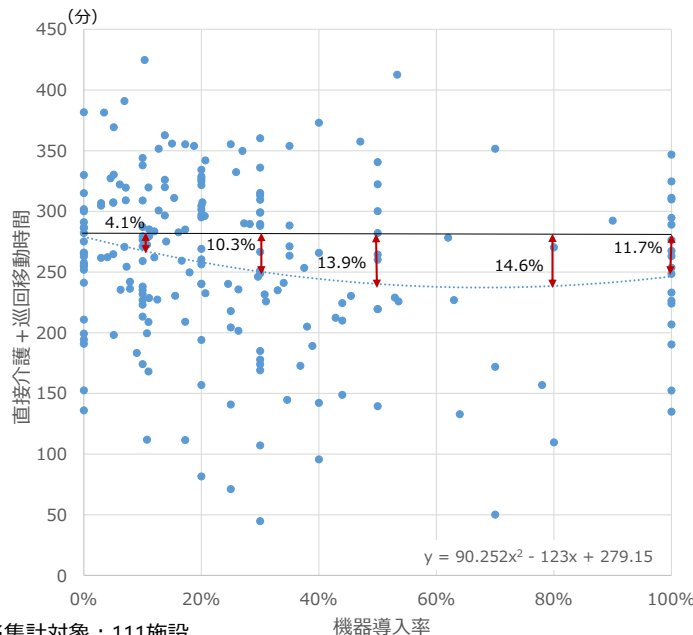
主なオペレーションの変更

- ・ 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)



利用者向け調査：見守り機器導入利用者へのケアの変更 n=177



- 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 n=177



※WHO-5 精神的健康状態表を用いて評価。

主な実証結果

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。



事例概要

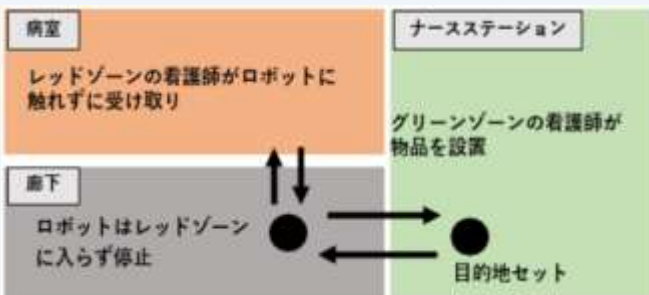
COVID-19病棟における、レッドゾーンやグレーゾーンへの頻回な立ち入りによる看護師の感染曝露機会増大の課題を受け、物品搬送ロボットを導入し、感染曝露機会の軽減と、搬送業務時間が削減された事例

課題

- ・レッドゾーンやグレーゾーンへの頻回な立ち入りによる感染曝露の機会が増加。
- ・搬送・受け渡しは、PPE着用の負担と感染リスクが伴う。
- ・頼む側・頼まれる側の負担が増え、本来のケアに集中できない。
- ・PPEの着脱に時間がかかるため、まとめてケアを行うようになる。

取組内容

COVID-19病棟での物品搬送ロボット活用



機械に触れず受け渡す工夫
頻回消毒を避ける

- ロボットはグレーゾーン内 レッドゾーン直前で停止
 - ▶ レッドゾーン担当の看護師が手を伸ばして受け取る
 - ▶ レッドゾーンから手が届く位置で停止するようあらかじめマッピング
- 経路地設定により、各病室をまわって検体を回収する際にも稼働
 - ▶ 病室へ運ぶ/回収する 両方の作業を担う
- ナースコール等でレッドゾーン担当看護師と連絡を取り合う

成果・効果

1.業務に要する時間短縮

削減された搬送業務時間
 $15 \text{ 分} \times 1,655 \text{ 回} = 24,825 \text{ 分} / 6 \text{ カ月}$
 (414 時間)

約 **69 時間 / 月** の短縮

2.物品搬送に関わる費用削減

$\left[\begin{array}{l} \text{PPEコスト} \\ 41,375 \text{ 円} \end{array} + \begin{array}{l} \text{人件費} \\ 138,000 \text{ 円} \end{array} \right] > \begin{array}{l} \text{物品搬送ロボット} \\ \text{ランニングコスト} \\ 99,800 \text{ 円} \end{array}$

約 **79,575 円 / 月** の削減

3.看護師の身体的・精神的負担軽減

物品配送ロボットの活用に係るメリット

- ・搬送業務を代行してくれた
- ・感染曝露の機会が削減した
- ・他の業務に時間を充てられた

メリットがあると回答した者：16名
 (COVID-19病棟スタッフ18名に調査)

【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

【社会医療法人柏葉会 柏葉脳神経外科病院】

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

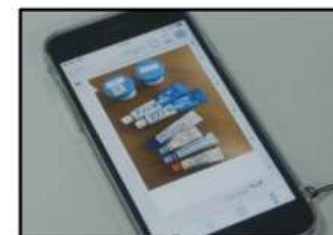
スマートフォンを用いた音声入力システムの活用

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

日本人看護師と外国人看護補助者とのコミュニケーションにおけるスマートフォン活用例 ～言葉の壁を越えたチームチャット・それぞれの母国語に自動翻訳（自動生成AI）～

事例概要

スマートフォンによる自動翻訳を活用したチームチャットを導入することでコミュニケーションが円滑になり、日本人看護師等と外国人看護補助者との間で業務上の教育・指導・依頼などが見られ始めた。

課題

地域包括ケア病棟における外国人看護補助者（技能実習生）は、基本的な日本語は理解でき、日常的な場面でもある程度理解することが可能であるが、積極的なコミュニケーションに壁があった。

取組内容

1. 取組の土台

- 2018年にスマートフォンを業務端末として採用。幅広い職域のスタッフに対して、基本的には1人1台体制の整備。
- チームチャットを活用することで、対話の多くがオンラインへとシフトし、報告・連絡・相談等が場所に縛られず自分のタイミングで可能となる等、業務の効率化に繋がっていた。

2. 導入病棟の概要

地域包括ケア病棟

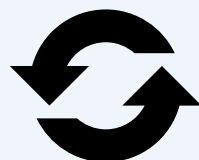
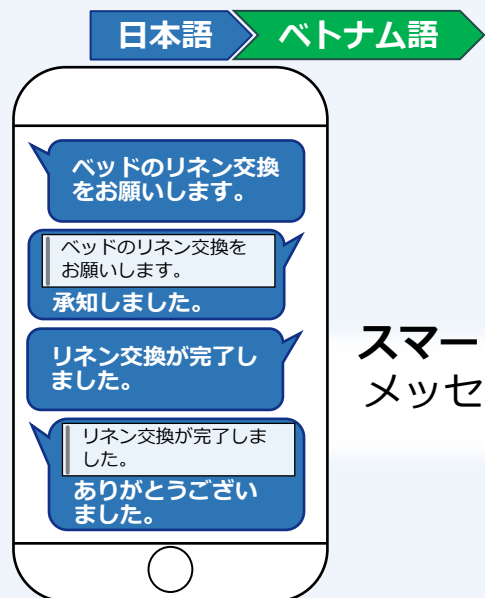
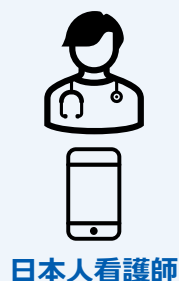
看護師23名・看護補助者13名・セラピスト10名・薬剤師1名・栄養士1名

- ◆ 看護補助者の体制（リーダー：日本人、サブリーダー：フィリピン人）
- ◆ 5カ国語運用（ミャンマー語、ベトナム語、英語、フィリピン語、日本語）
- ◆ 外国人看護補助者の日本語レベル（※）は、N4が6割、N3が3割

※国際交流基金と日本国際教育支援協会が実施している日本語能力試験の区分。

試験にはN1からN5の5つのレベルがあり、一番優しいレベルがN5で、一番難しいレベルがN1。

3. 事例

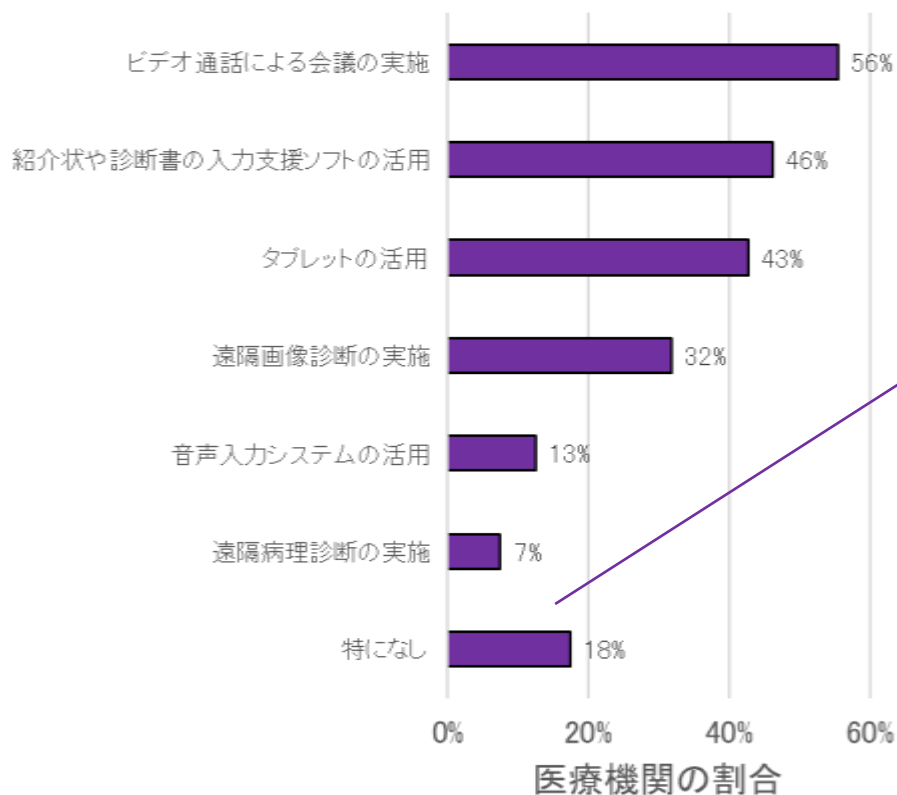


スマートフォン（自動生成AI）を活用して
メッセージをそれぞれの母国語に自動翻訳
音声入力にも対応

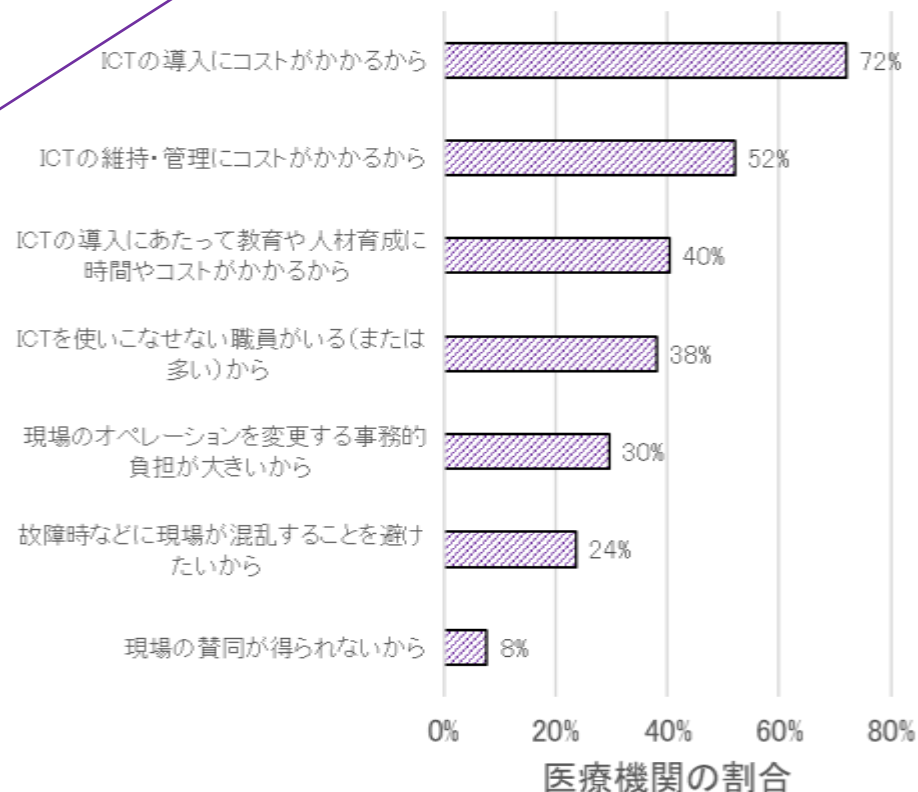


- 医療機関における、「ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組」としては、「ビデオ通話による会議の実施」(56%)等があげられたが、18%の医療機関は「特になし」と回答した。
- ICTを活用していない理由としては「ICTの導入にコストがかかるから」(72%)、「ICTの維持・管理にコストがかかるから」(52%)等が挙げられた。

① ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組状況 (n=1,094)



② ICTを活用していない理由 (n=186)



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

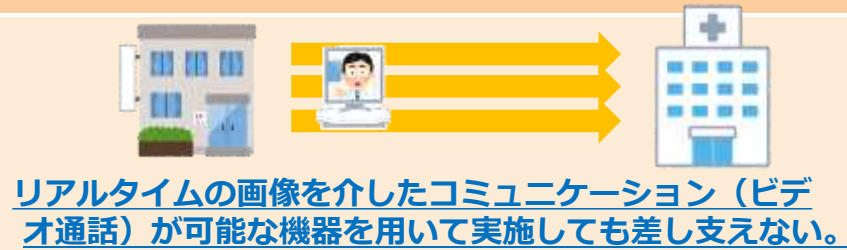
情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

- 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)



改定後



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者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

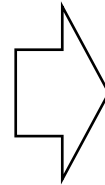
- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
- ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
- ◆ 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、**当該基準の適合性の有無に影響が生じない場合の届出を不要**とする。また、同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている訪問看護療養費等の加算について、**同じ金額の評価区分を統合**する。
- ◆ 小児科外来診療料等の**施設基準の届出を省略**する。

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〕

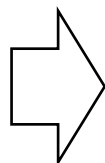
注1 **小児科を標榜する保険医療機関において**、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

- ◆ 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
8201xxxxx	施設要件 ア
8201xxxxx	施設要件 イ
(略)	ウ～オ (略)



〔レセプト表示イメージ〕

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

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

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	3項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保（※1）	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話	○	○	○	○	○
ク 看護補助者の夜間配置（※2）	○	○	○	○	○
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	○
コ 夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	○	○	○	○	○

- 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

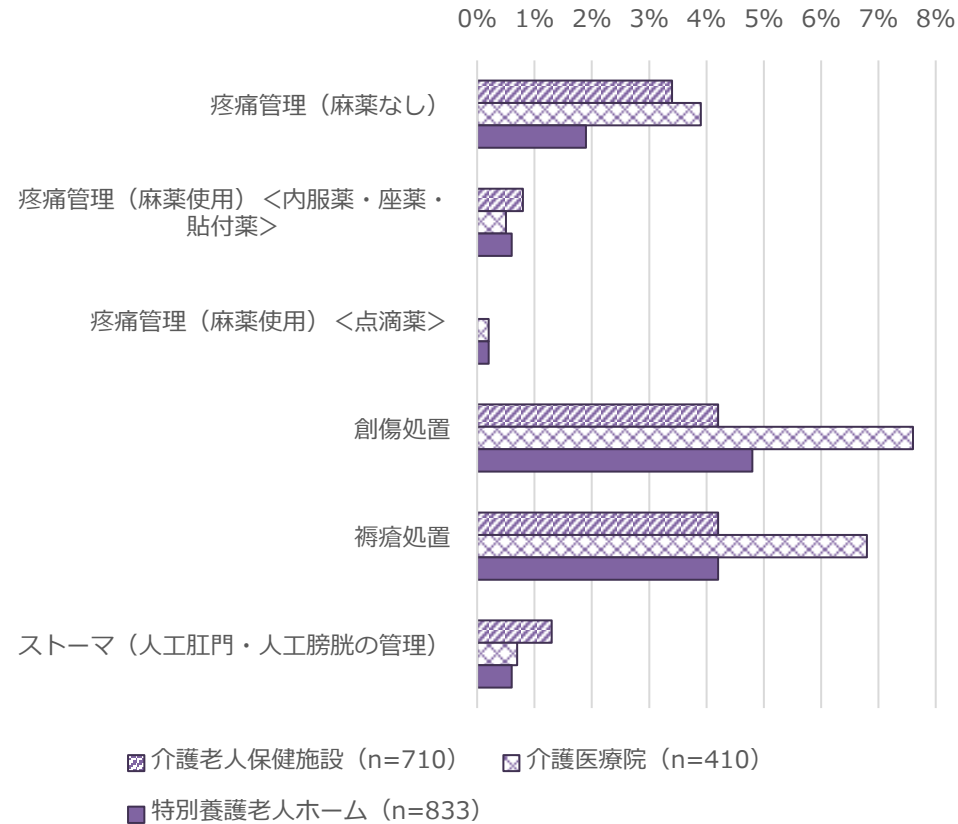
点数	施設基準
<p>A226-2 緩和ケア診療加算／B001・24 外来緩和ケア管理料</p>	<p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。(略)</p> <p>(2) 緩和ケアチームの構成員は、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感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア 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 アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。 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褥瘡管理者として専従で配置していること。(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。

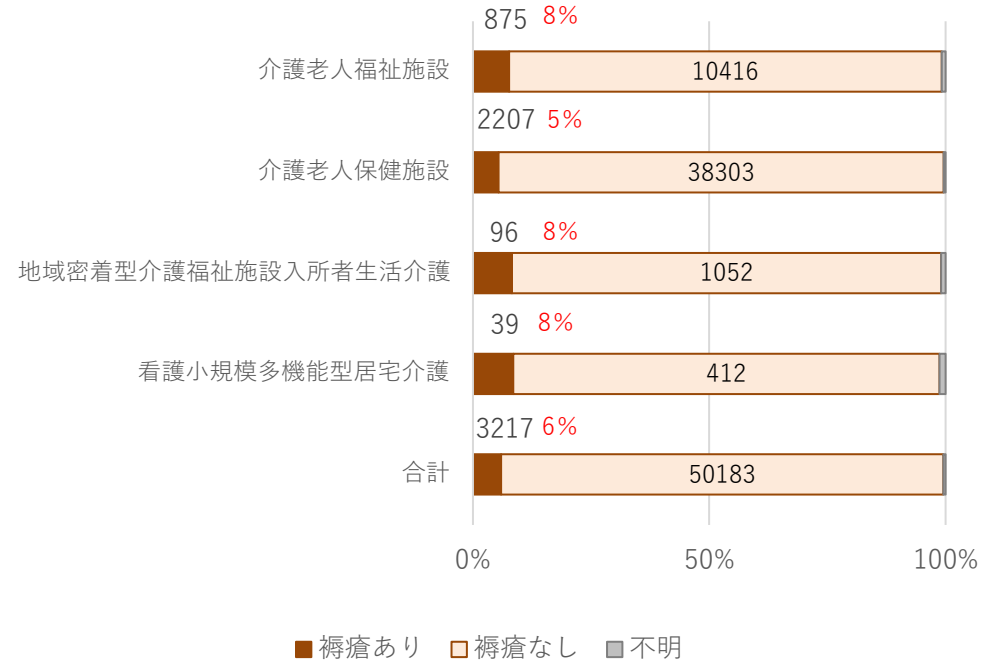
【参考】介護保険施設等で実施されている医療処置等

- 介護保険施設入所者においては、必ずしも割合は高くはないが、疼痛管理や創傷処置、褥瘡処置等を実施している者がいる。
- 施設入所時等に褥瘡がある利用者が6%程度いる。

■ 介護保険施設における処置等の実施状況



■ 介護サービス利用開始時の褥瘡の有無

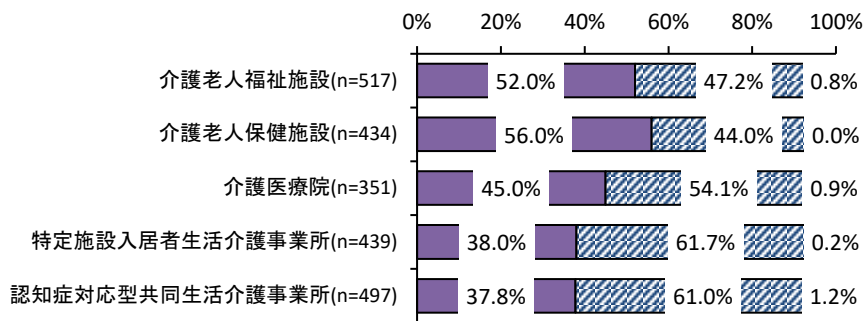


出典：介護保険総合データベースのLIFEデータを用いて算出
 対象期間：2021年5月～2022年2月
 集計条件：褥瘡マネジメント加算（I）を算定ありかつ、サービス利用開始時（前月に当該サービス＋事業所番号での請求がないもの）の利用者のうち、
 1. 現在の褥瘡の有無を集計
 2. ①で褥瘡が有りであった利用者に対し、その後の追跡で、N月の1月以降3月以内／4月以降6月以内／7月以降9月以内／10月以降12月以内の現在の褥瘡の有無が「無し」となった者を集計

【参考】介護保険施設等における感染対策に関する外部専門家による実地指導・研修

- 介護保険施設等における感染対策について、4～5割の施設等は外部専門家による実地指導等を受けていた。
- 外部専門家による支援の効果としては、「より適切な対応ができるようになった」、「職員の不安を軽減することができた」、「利用者の施設内療養の課題を解決できた」等が挙げられた。
- 外部専門家による支援を受けていない施設等のうち約7割は、外部専門家による支援について、「今後受ける予定」又は「今後受けたい」という希望があった。

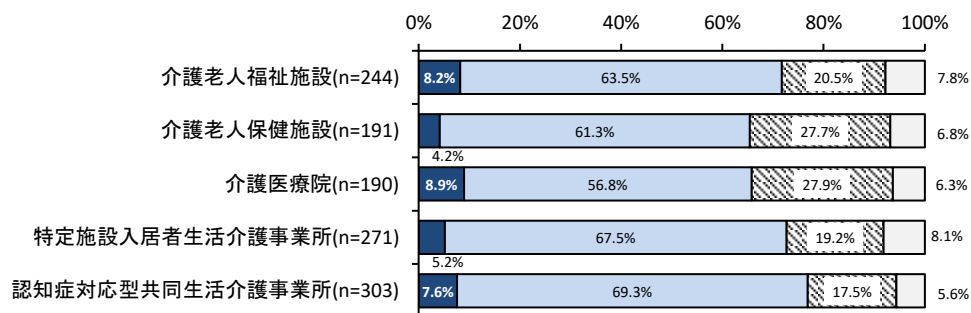
■ 感染対策に関して外部専門家による実地指導などの有無



■ はい ■ いいえ ■ 無回答

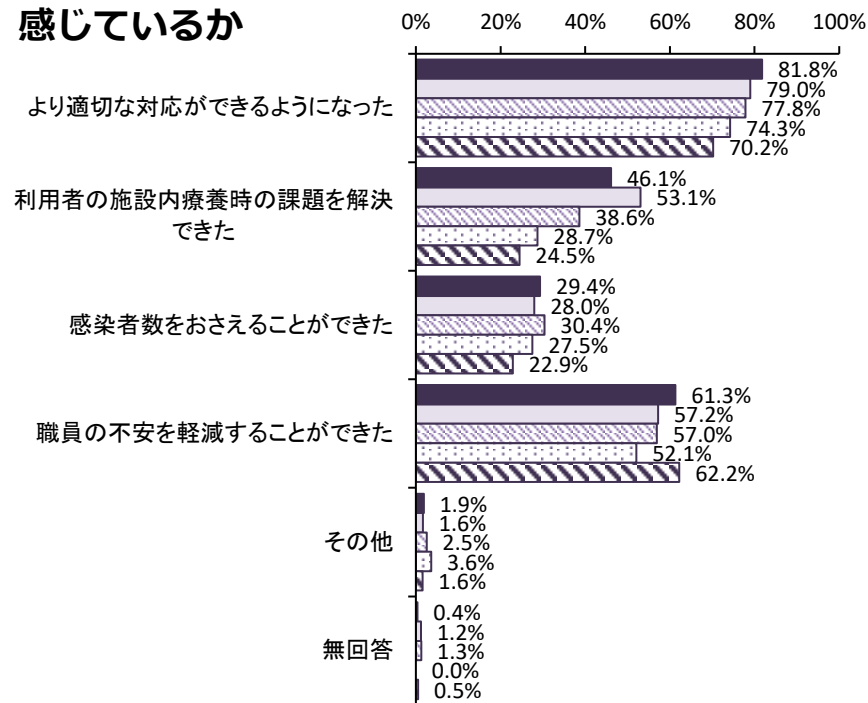
「いいえ」

■ 今後感染対策に関して外部専門家による実地指導の意向



■ 今後受ける予定である ■ 今後受けたい ■ 特に必要ない ■ 無回答

■ 外部専門家による指導、研修にどのような効果を感じているか



■ 介護老人福祉施設(n=269)
 □ 介護老人保健施設(n=243)
 □ 介護医療院(n=158)
 □ 特定施設入居者生活介護事業所(n=167)
 □ 認知症対応型共同生活介護事業所(n=188)

働き方改革の推進(その2)

1. 働き方改革の推進に係る現状等について
2. 地域医療体制確保加算について
3. 医療機関におけるタスクシェア・タスクシェアについて
 - 3-1. 特定行為研修修了看護師について
 - 3-2. 医療機関における薬剤師の業務について
 - 3-3. 医師事務作業補助体制加算について
4. 手術・処置の時間外等加算について
5. 看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について
6. ICTの活用等について
7. 論点

働き方改革の推進に係る課題①

(働き方改革の推進に係る現状等について)

- ・ 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・休日労働時間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、特定労務管理対象機関(B水準、連携B水準及びC水準)の医療機関の対象医師については、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追加的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・休日労働時間の上限も、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水準及び連携B)は2035年度末の終了が目標とされている。
- ・ 医師の労働時間は平成28年、令和2年、令和4年と調査を行う中で、徐々に改善が見られるが、令和4年調査においても、時間外・休日労働時間が年960時間相当、年1,860時間相当以上の医師が一定の割合で見られる。
- ・ 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。

(地域医療体制確保加算について)

- ・ 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。
- ・ 急性期充実体制加算が新設され、地域医療体制確保加算を算定している医療機関の中で、一定の医療機関は、総合入院体制加算ではなく、急性期充実体制加算を届け出ている。

(特定行為研修修了看護師について)

- ・ 医師の働き方改革の検討においては、タスク・シフティングの推進策の1つとして、特定行為研修の受講推進及び研修修了看護師が適切に役割を果たせる業務分担の具体的な検討等が求められてきた。
- ・ 第8次医療計画においても、都道府県ごとの特定行為研修修了者の就業者の目標値を算出するにあたり、基本的な考え方としてタスク・シフト／シェアに資する就業者が挙げられている。
- ・ 特定行為研修修了看護師の病棟・治療室への配置状況は、以下のとおりであった。
 - － 急性期一般入院料1～3及び特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)の病棟の約1割で配置されており、病棟あたりの配置人数は約8割が1人以上2人未満
 - － 救命救急入院料では約1～2割、特定集中治療室管理料では約3～4割、ハイケアユニット入院医療管理料では約1割の治療室で配置されており、治療室あたりの配置人数は1人以上2人未満が65%、2人以上3人未満が20%

働き方改革の推進に係る課題②

(医療機関における薬剤師の業務について)

- ・ 近年のチーム医療の進展や薬物療法の高度化・複雑化等に対応するため、薬剤師免許を取得した直後の薬剤師を対象にした数年間のプログラムによる教育・研修(レジデント制度など)が、一部の医療機関で実施されており、特に病床規模の大きい病院における実施割合が高い。
- ・ 教育研修の一環として、地域の病院へ出向する仕組みを導入している病院もあり、周囲の医療機関等と連携して地域医療を経験することで広い視野を身につけることができ、出向経験者のスキルアップや、基幹病院として目指す指導的な人材の育成機能の強化につながり、基幹病院における質の高い薬物療法の提供に寄与するだけでなく、地域の病院の薬剤師確保に資する取組となっている。
- ・ ポリファーマシー対策は急性期病棟のほか回復期病棟においても実施されるものであり、多職種と連携した取組は薬剤総合評価調整加算で評価されているが、算定回数は多くない。
- ・ 薬剤総合評価調整加算が算定できない理由として多いのは「多職種によるカンファレンスを行うこと」であるが、急性期や回復期の病棟における実態として、医師・看護師と入院中のポリファーマシー対策を行っているのは約6割の病院であった。

(医師事務作業補助体制加算について)

- ・ 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。
- ・ 明確化されていない業務範囲が指摘されている。
- ・ 医師事務作業補助者の人事マネジメントの有効性が報告されている。

(手術・処置の時間外等加算について)

- ・ 手術もしくは処置の時間外等加算1において、勤務環境に特に配慮を要する領域への対応が行われているが、交代勤務制の導入、チーム制の導入、時間外等の手当のいずれかの導入で要件を満たすこととされている。
- ・ 手術もしくは処置の時間外等加算1を届け出ている医療機関においても、勤務間インターバルの確保を行っていない医療機関が一定程度存在する。

働き方改革の推進に係る課題③

(看護職員の負担軽減について)

- ・ 看護職員の負担軽減については、累次の改定で主に夜間の看護体制を充実することに対して診療報酬上の評価が行われてきたが、令和4年11月時点において、約4割の病棟の看護職員の勤務状況は悪化傾向であり、コロナ禍以降の2020年から2021年にかけて離職率も上昇している。
- ・ 夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の評価である「夜間看護体制加算」を届け出ている施設において、「勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上」や「夜勤の連続回数が2回以下」は約8割が実施していた。一方で、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」の取組は約1割のみであった。
- ・ 看護職員と看護補助者の協働や看護補助者の業務については、以下のような実態がある。
 - － 人数は比率は異なるものの、いずれの入院料においても看護補助者が一定数配置されているが、医療機関に勤務する看護補助者等は減少してきている
 - － 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の評価である看護補助体制充実加算について、急性期看護補助体制加算を届け出る施設では約4割、看護補助加算を届け出る施設では2割超が届け出ている。
 - － 看護職員と看護補助者の業務分担状況として、備品搬送等の直接患者に係わらない業務は「看護補助者が主に担当」する割合が高いが、患者のADLや行動の見守り・付添や排泄に関する援助等、直接患者に提供されるケアは、「看護職員が主に担当」及び「看護職員と看護補助者との協働」する割合が高い。
 - － 看護補助者は非正規に比べて正規職員の方が離職率が低い
 - － 看護補助者が困難さを感じるケアは「食事介助」、「口腔ケア」等の直接ケアが多い
 - － 看護管理者が行っている看護補助者の確保・定着のための工夫としては、「看護補助者対象の教育・研修の充実」、「給与の充実」、「上司との面談の機会を設ける」等であり、最も大切なことは「給与の充実」が挙げられた。また、看護補助者の定着率を上げるために、看護補助者向けのラダーを作成・導入し、教育体制を充実する等により、離職率が低下している事例もある
- ・ 高齢患者が増加する中で介護福祉士の配置の評価や従来とは異なる看護補助者の配置の評価を考えるべきといった指摘もあるが、介護分野における介護職員の不足感も強い。

(ICTの活用等について)

- ・ 介護の分野においては、介護ロボットの活用の検証が進められている。
- ・ これまで、医療従事者の負担軽減の観点から、診療報酬においても、ICTの活用が推進されてきた。
- ・ 近年、ICTの積極的な活用により、病棟業務の大幅な負担軽減が図られる事例が報告されている。
- ・ 類似の改定において、加算の施設基準における専従要件の緩和が行われてきた。
- ・ 緩和ケア診療加算、外来緩和ケア加算、感染対策向上加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算等において、チームの構成員はチームに専従等であることが要件とされている。
- ・ 介護保険施設等で、褥瘡処置、感染対策について、外部の専門家による実地指導、研修等を行うことの有効性が指摘されている。

働き方改革の推進に係る論点①

【論点】

【地域医療体制確保加算について】

- 地域医療体制確保加算について、医師の働き方改革を推進する実効性を担保する観点から、医師の長時間労働が減少するよう、要件を見直すことについて、どのように考えるか。

【特定行為研修修了者について】

- 医師の働き方改革に向けてタスク・シフティングをより推進する観点から、特定行為研修修了看護師が医療機関に配置され適切に役割を果たせるよう業務分担することの評価について、どのように考えるか。

【医療機関における薬剤師の業務について】

- 病院薬剤師のさらなるチーム医療の推進と医療の質の向上の観点から、病棟を含む幅広い業務を習得させる教育研修体制とともに、地域の病院へ出向して地域医療を経験させる取組を行っている医療機関の評価についてどのように考えるか。
- ポリファーマシー対策に係る業務の効率的な遂行の観点から、薬剤総合評価調整加算に関して、多職種によるカンファレンスの実施を一律に求めるのではなく、多職種での情報共有・連携に取り組む実務的な要件へ見直すことについて、どのように考えるか。

【医師事務作業補助体制加算について】

- 医師事務作業補助体制加算について、医師事務作業補助者の適切な人事管理を推進すること、及び医師事務作業補助者の業務範囲を明確化することについて、どのように考えるか。

【手術・処置の時間外等加算について】

- 手術・処置の時間外等加算について、医師の働き方改革を推進する実効性を担保する観点から、複数主治医制等の要件を見直すこと及び24年4月から義務化されるインターバルの確保を推進することについて、どのように考えるか。

働き方改革の推進に係る論点②

【論点】

【看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について】

- 看護職員の更なる負担軽減のため、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等のうち、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」の取組をより推進することについて、どのように考えるか。
- 看護職員と看護補助者の協働を推進し、中、軽症等の高齢者の急性期医療に対応するような病棟等における医療提供体制を確保する観点から、看護補助者の中でもより直接患者に対するケアを提供する者の評価について、どのように考えるか。

【ICTの活用等について】

- 【再掲】「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等のうち、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」の取組をより推進することについて、どのように考えるか。
- 緩和ケア診療加算、外来緩和ケア加算、感染対策向上加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算等において、チームの構成員が、地域で専門領域に係る活動をした場合も専従要件を満たすことを明確化することについてどのように考えるか。
- ICT、AI、IoTを活用することで職員の常勤や専従要件などを緩和することについてどのように考えるか。