

入院（その6）

- 1． 特定機能病院入院基本料について
- 2． 医師の診療科偏在について
- 3． 働き方改革について
- 4． 地域加算について
- 5． 病院薬剤師について

1． 特定機能病院入院基本料について

1－1． 評価等の現状

1－2． 特定機能病院の見直しについて

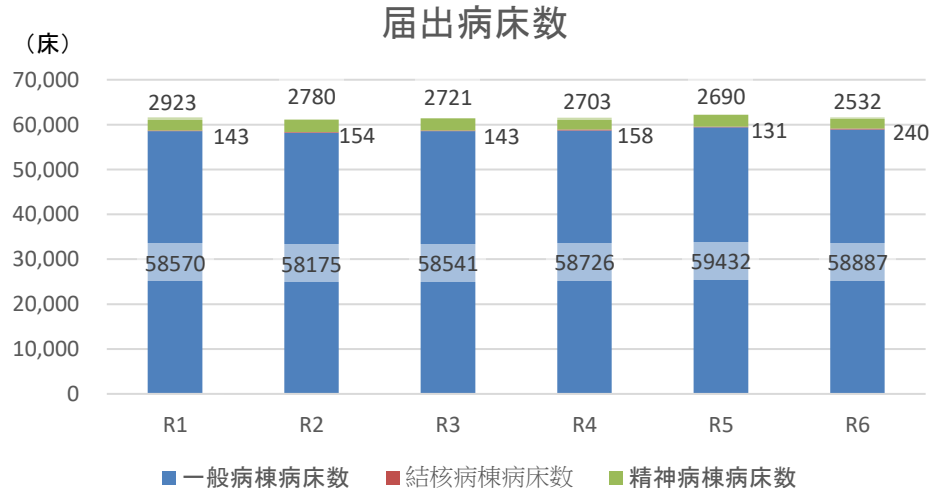
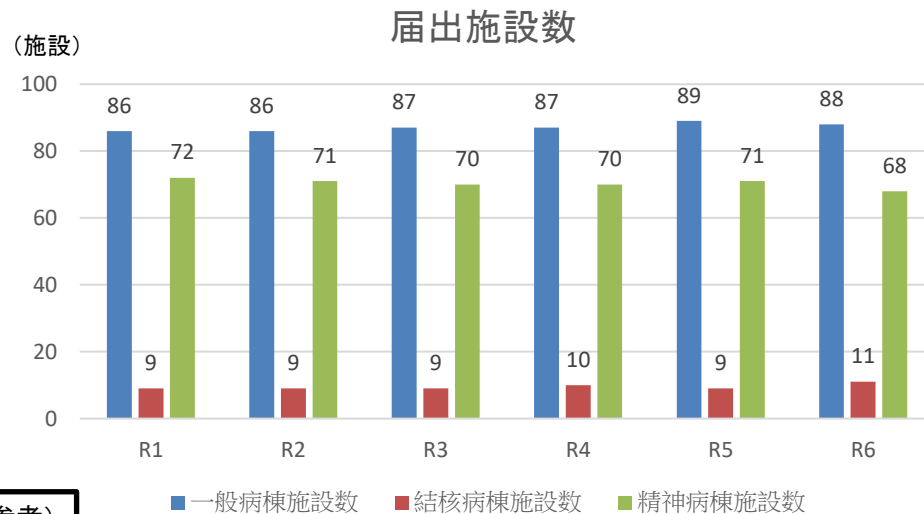
特定機能病院入院基本料の概要

A104 特定機能病院入院基本料(1日につき)

1 一般病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,822点	ロ 10対1入院基本料	1,458点
2 結核病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,822点	ロ 10対1入院基本料	1,458点
	ハ 13対1入院基本料	1,228点	ニ 15対1入院基本料	1,053点
3 精神病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,551点	ロ 10対1入院基本料	1,393点
	ハ 13対1入院基本料	1,038点	ニ 15対1入院基本料	948点

【算定要件(抜粋)】

- **特定機能病院**の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。



(参考)

A100 一般病棟入院基本料(1日につき)

1 急性期一般入院基本料	イ 急性期一般入院料1	1,688点	ロ 急性期一般入院料2	1,644点	ハ 急性期一般入院料3	1,569点
	ニ 急性期一般入院料4	1,462点	ホ 急性期一般入院料5	1,451点	ヘ 急性期一般入院料6	1,404点
2 地域一般入院基本料	イ 地域一般入院料1	1,176点	ロ 地域一般入院料2	1,170点	ハ 地域一般入院料3	1,003点

特定機能病院制度の概要

趣 旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

※承認を受けている病院（令和7年11月1日現在） … 88病院（大学病院本院79病院）

役 割

○高度の医療の提供

○高度の医療技術の開発・評価

○高度の医療に関する研修

○高度な医療安全管理体制

承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率50%以上、逆紹介率40%以上）
- 病床数 ……400床以上の病床を有すること
- 人員配置
 - ・ 医 師……通常の2倍程度の配置が最低基準。医師の配置基準の半数以上がいずれかの専門医。
 - ・ 薬剤師……入院患者数÷30が最低基準。（一般は入院患者数÷70）
 - ・ 看護師等…入院患者数÷2が最低基準。（一般は入院患者数÷3）
 - ・ 管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備……集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要
- 医療安全管理体制の整備
 - ・ 医療安全管理責任者の配置
 - ・ 専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置
 - ・ 監査委員会による外部監査
 - ・ 高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置
- 原則定められた16の診療科を標榜していること
- 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること 等

※ がん等の特定の領域に対応する特定機能病院は、診療科の標榜、紹介率・逆紹介率等について、別途、承認要件を設定。

（令和7年11月時点における制度概要）

【病院数】

	①大学病院本院	②ナショナルセンター等	③その他の病院
総合型	79	1	1
特定領域型	0	3	4

【病院名一覧（類型別）】

1. 総合型・大学附属病院本院病院)	(略)			
2. 総合型・ナショナルセンター等	国立国際医療研究センター病院			
3. 総合型・その他の病院	聖路加国際病院			
4. 特定領域型・ナショナルセンター等	国立がん研究センター中央病院	国立がん研究センター東病院	国立循環器病研究センター	
5. 特定領域型・その他の病院	がん研究会有明病院	静岡がんセンター	大阪国際がんセンター	愛知県がんセンター

1． 特定機能病院入院基本料について

1－1． 評価等の現状

1－2． 特定機能病院の見直しについて

特定機能病院の承認要件の見直し①

- 特定機能病院は、これまで高度の医療提供等が承認要件となっていたが、特定機能病院88病院のうち79病院ある大学病院本院について、2040年頃を見据えて果たしていくべき役割として、**高度な医療等を提供する拠点としての機能や、地域医療への人的協力を果たしていること等、地域医療における役割を積極的に果たすことがより一層期待されており、それらの機能の評価が必要**である。
- そのため、令和6年7月以降、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において特定機能病院が果たすべき役割・機能について改めて検討が行われ、**現在の「承認要件」に新たな要件を加えた上で、「基礎的基準」として新たな基準が設けられることとなった。**

基礎的基準の概要

基準	項目
医療提供	紹介率、逆紹介率、 基本診療科の幅広い設置 、専門医配置、高難度新規医療技術への対応、先進医療又は難病医療等の実施等。
教育	いわゆるStudent Doctorの育成、研修医数・専攻医数、幅広い基本診療科の専門研修プログラムを基幹施設として担っていること、地域の医療機関への学習機会の提供、看護師・薬剤師その他専門職の実習受け入れ・育成等
研究	査読付き英語論文、IRB設置、COI管理、 研究支援組織設置等
地域医療への人的協力(医師)	地域に一定の人的協力（医師）を行っていること
医療安全	管理者の要件（医療安全に係る経験、研修受講義務等）、医療安全管理部門の設置（重大事案発生時の対応 の強化等 、専従の医師、看護師等の配置等）、医療安全管理責任者の配置（ 要件（医療安全にかかる経験） 、業務内容 の明確化等 ）、ピアレビュー（内容 の明確化等 ）、監査委員会の設置（委員の要件 の追加 、監査内容 の明確化 ）、高難度新規医療技術への対応等 【 重大事案の考え方について、患者への影響度及び回避可能性が一定以上のものを明確化 ）】

（注1）**太字下線**が新設。

特定機能病院の承認要件の見直し②

- 「基礎的基準」については、大学病院本院を念頭として、現在の「承認要件」に地域医療への人的協力などの新たな要件を加えた基準として整理された。
- ナショナルセンター等については、全国の医師等に対する高度な教育・研修を行っているものについて、大学病院本院の地域医療への人的協力等に準じた役割を果たしていると評価されることとなった。
- 一方で、特定機能病院入院基本料については、重症度、医療・看護必要度等の施設基準を満たせば、特定機能病院であれば、その果たす役割や機能が異なる病院でも、同じ入院基本料を算定可能となっている。

現行基準による承認

- 標榜診療科数 ○紹介率・逆紹介率
- 高度医療の提供 ○高度の医療技術開発
- 高度医療の研修 等

承認要件
見直し

基礎的基準による承認(新基準)※

- 医療提供 ○教育 ○研究 ○医療安全
- +
- 地域医療への人的協力
- 政策医療向上の取組

現行基準による承認

※令和8年4月目途施行に向けて準備中

特定機能病院
入院基本料

特定機能病院
(n=88)

病院によって、承認要件や
果たす機能が異なる

大学病院本院
(n=79)

ナショナルセンター等
(n=4)

その他
(n=5)

特定機能病院入院基本料における課題と論点

(特定機能病院の評価等の現状)

- ・ 特定機能病院については、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を有すること等が承認要件となっている。
- ・ 特定機能病院88病院のうち、79病院が大学病院本院、4病院がナショナルセンター等、5病院がその他の病院となっている。

(特定機能病院の承認要件の見直し)

- ・ 大学病院本院について、2040年頃を見据えて果たしていくべき役割として、高度な医療等を提供する拠点としての機能や、地域医療への人的協力を果たしていること等、地域医療における役割を積極的に果たすことがより一層期待されており、それらの機能の評価が必要となっている。
- ・ 令和6年7月以降、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において特定機能病院が果たすべき役割・機能について改めて検討が行われ、現在の「承認要件」に地域医療への人的協力などの新たな要件を加えた上で、「基礎的基準」として新たな基準が設けられることとなった。
- ・ ナショナルセンター等については、全国の医師等に対する高度な教育・研修を行っているものについて、大学病院本院の地域医療への人的協力等に準じた役割を果たしていると評価されることとなった。
- ・ 特定機能病院入院基本料については、重症度、医療・看護必要度等の施設基準を満たせば、特定機能病院であれば、その果たす役割や機能が異なる病院でも、同じ入院基本料を算定可能となっている。

【論点】

- 特定機能病院の承認要件については、現在の承認要件を基本としつつ、大学病院本院が求められる役割を果たすことができる水準を確保するための基礎的基準が設定され、①当該基準を満たす病院、②当該基準で求められる水準に準ずる役割を果たすと評価できるナショナルセンター等、③現在の承認要件を満たすその他の特定機能病院の3つに分かれることとなった。これらの病院の果たす役割や機能の違いを踏まえ、特定機能病院入院基本料の評価のあり方についてどのように考えるか。

2. 医師の診療科偏在について

2－1. 手術の休日・時間外・深夜加算 1

2－2. 診療科偏在の現状と取組

勤務医の働き方改革の取組の推進

処置及び手術の休日加算1等の要件の見直し

- 勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

現行

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

- 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) 交代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、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

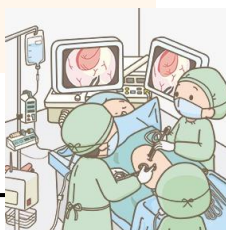


改定後

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。
- (1) 交代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、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

※ 令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、7に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による。



処置・手術の休日・時間外・深夜加算1の施設基準

- 令和6年度診療報酬改定以降、処置・手術の休日等加算1において、手当の支給要件を満たし、かつ、交代勤務制もしくはチーム制のいずれかを選択することとなった。さらに、令和6年度から、医師の時間外・休日労働時間の上限規制等が実施されている。
- チーム制では、緊急呼び出し当番を行った医師は翌日を休日とする必要があり、当番中に診療を実施しなかった場合は、翌日を休日としなくて差し支えないものの、予め診療の実施の有無を予見することは困難と考えられるため、診療が実施されなくとも、通常、緊急呼び出し当番の翌日は休日として扱われることになると考えられる。

令和6年度改定前
医師の負担軽減・処遇改善の体制

休日・時間外・深夜加算1

3つの体制から1つを選択

交代勤務制

夜勤医師の翌日
日勤帯は休日

チーム制

緊急呼び出し
当番医師の翌日
は休日
(当番中に診療した
場合のみ)

手当支給

休日等の手術
等に手当を支給

術者・第一助手が、予定手術前日に
当直等を行う日が年4日以内

改定後

令和6年度改定以降
医師の負担軽減・処遇改善の体制

休日・時間外・深夜加算1

いずれかの体制を選択

交代勤務制

夜勤医師の翌日
日勤帯は休日

チーム制

緊急呼び出し当番医師
の翌日は休日
(当番中に診療した場
合のみ)

手当支給

休日等の手術等に手当を支給

術者・第一助手が、予定手術前日に
当直等を行う日が年4日以内

医療法

医師の
働き方改革

・時間外・休日労働時間
の上限規制

・勤務間インターバル
(A水準は努力義務)

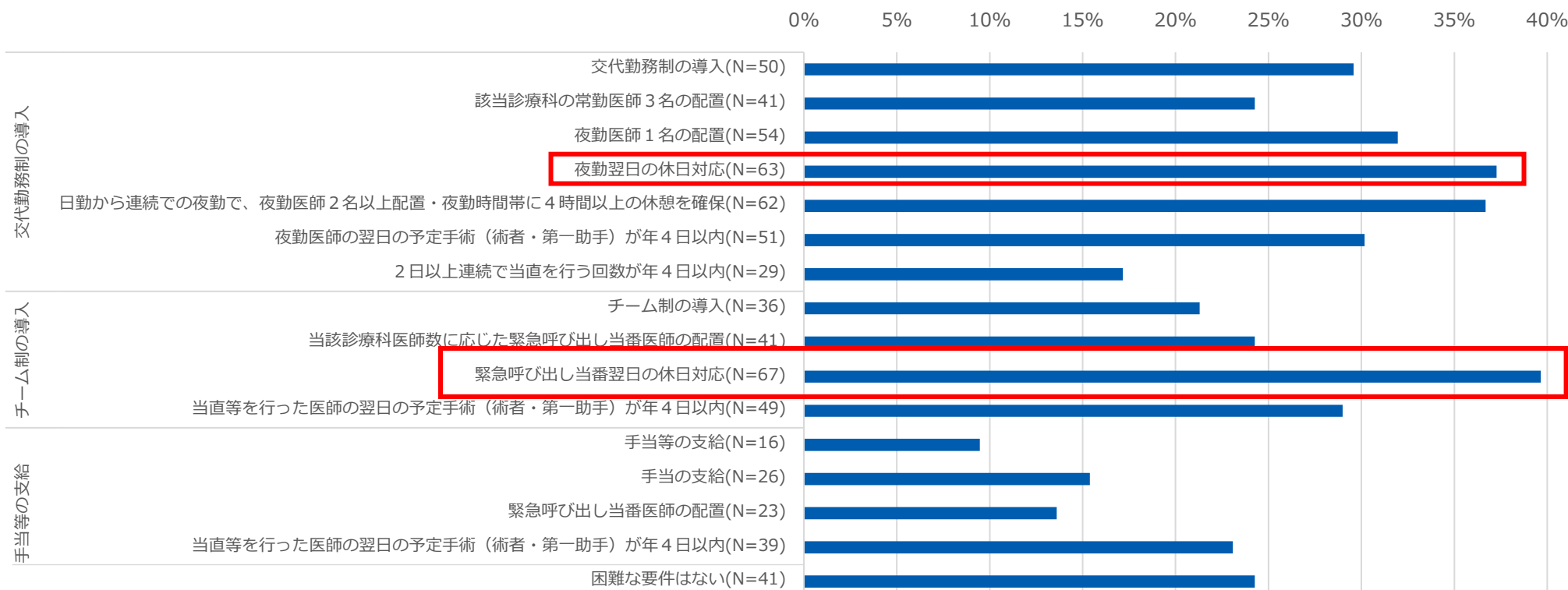
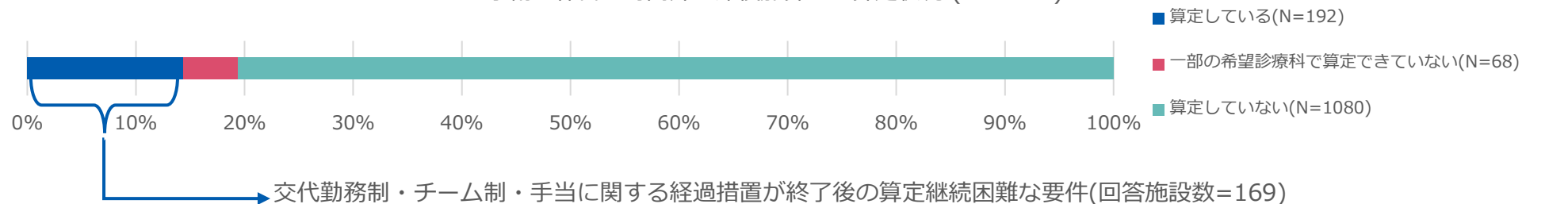
・面接指導

手術の休日・時間外・深夜加算 1 の算定状況等

診調組 入-1
7. 8. 2 8 改

- 令和 7 年 5 月時点で手術の休日・時間外・深夜加算 1 を届け出ている病院（192）において、交代勤務制・チーム制・手当に関する経過措置終了後に算定困難となる要件について、「困難な要件はない」（41）と回答する病院がある一方、「緊急呼び出し当番翌日の休日対応」、「夜勤翌日の休日対応」、「日勤からの連続夜勤で、夜勤医師 2 名以上配置・夜勤時間帯に 4 時間以上の休暇を確保」が多かった。

手術の休日・時間外・深夜加算 1 の算定状況 (N=1340)



2. 医師の診療科偏在について

2－1. 手術の休日・時間外・深夜加算 1

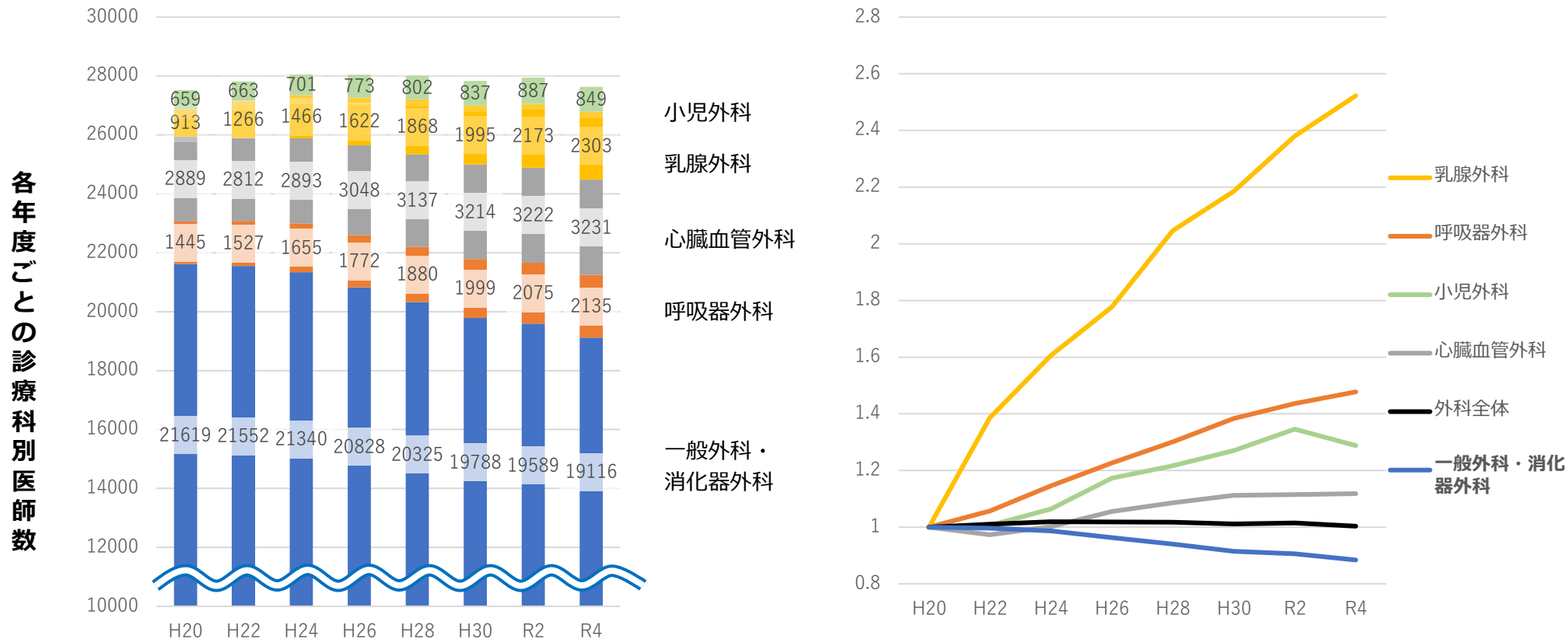
2－2. 診療科偏在の現状と取組

外科の医師数の推移

診調組 入 - 1
7 . 7 . 3 1 改

- 外科の医師数の推移の内訳を見てみると、一般外科・消化器外科以外の全ての診療科で増加傾向にある一方で、一般外科・消化器外科は一貫して減少している。

主に外科に従事する医師の推移（左：医師数、右：平成20年を1とした場合の比率）



※一般外科・・外科、気管食道外科、肛門外科

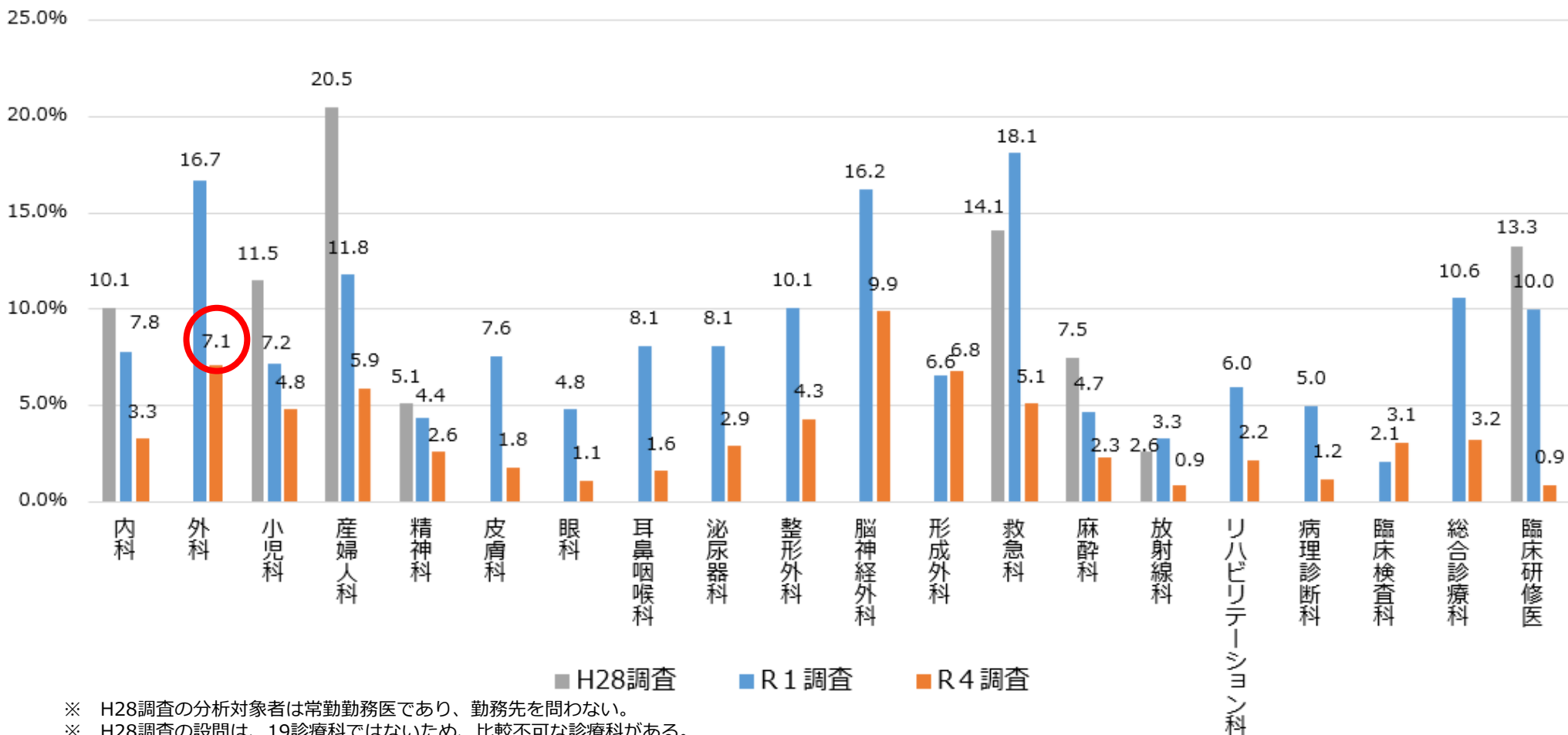
診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

第18回 医師の働き方改革の推進に
関する検討会
令和5年10月12日

資料
2

○ 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。

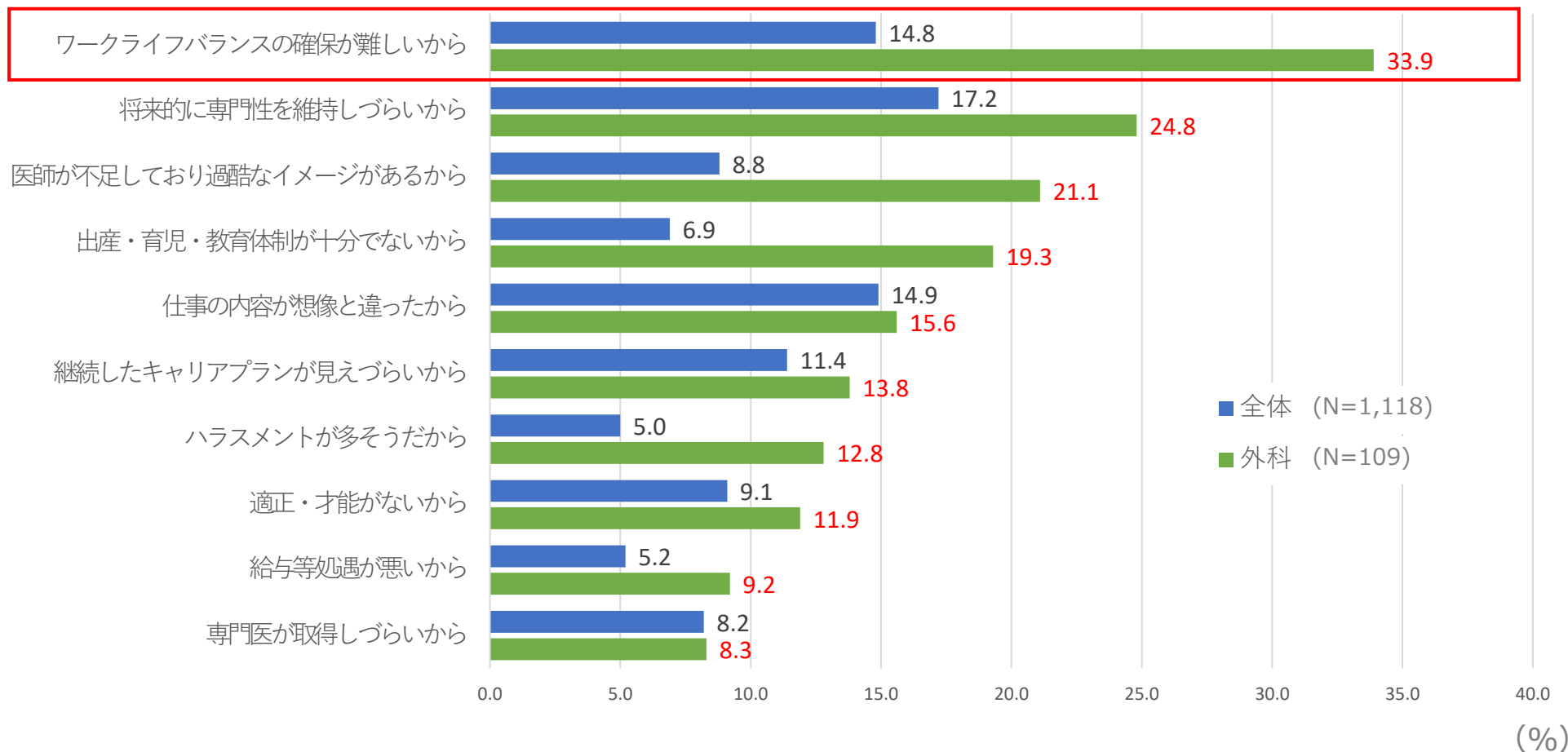


- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「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。

専攻医が基本領域を選択しなかった理由

外科領域を選択することをやめた専攻医は、「ワークライフバランスの確保」に課題を感じている割合が高い。

専攻医が希望していた基本領域を選択しなかった理由（複数回答、選択肢の上位10、%）



出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究）

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者：日本専門医機構理事長 渡辺毅）

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおける診療科偏在対策

- 「経済財政運営と改革の基本方針2024」において、『医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため（中略）総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する。』こととされた。
- 2024年12月、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が策定され、診療科偏在の是正に向けた取組として、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援の実施や、外科医師の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について検討を行うこととなった。

総合的な対策パッケージの具体的な取組

- 医師養成課程を通じた取組
- 医師確保計画の実行性の確保
- 地域偏在対策における経済的インセンティブ等
- 地域の医療機関の支え合いの仕組み

➤ 診療科偏在の是正に向けた取組

- 診療科偏在は、地域ごとの取組のみでは十分でなく、国全体として取り組むべき課題である。労働環境の改善や今後の医療需要の見込み等を踏まえ、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施する。
- 外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討を行う。

消化器外科の明るい未来を達成するためのロードマップ

日本消化器外科学会は消化器外科医が減少している現状に危機感を持ち、消化器外科の未来に向けての改革を真摯に推し進め、結果として国民に質の高い消化器外科診療を提供できる体制を確かなものにすることを目指して、活動して参ります。

1. 継続可能な消化器外科診療の構築

- ・一人でも多くの医学部学生や初期研修医に消化器外科の重要性和魅力を伝えるために広報に努めます。
- ・長時間労働の解消のための働き方改革を積極的に推進し、消化器外科医の心と体の健康を守るべく労働環境の改善に努めます。

2. 消化器外科医のキャリア形成の支援

- ・学びの場や教育ツール及び先進的な医療への参加の機会を提供し、ロボット支援手術などの最新の手術に至るまでの期間を短縮し、早期に自立できるよう支援を行います。
- ・多様な価値観や人生観、働き方を尊重し、男女の均等な活躍を支援します。
- ・ライフ・イベントに配慮した働き方や知識・技術のステップアップを支援いたします。
- ・地方で活動する消化器外科医への学びの場や先進的医療参加の機会を提供し、支援します。

3. 高度ながん手術の集約化・重点化

- ・医師の健康維持・促進のための働き方改革や術後成績の向上に資する、高度ながん手術に対する合理的な集約化・重点化を目指します。集約化・重点化施設における研究・教育体制の充実を図ります。

4. 高度ながん手術と救急の手術に対するインセンティブの受領

- ・高度ながん手術や救急の手術に対応する対価を含め、外科医としての適切なインセンティブを受領できるシステムの構築に向けて、国民から理解を得られるよう努力をいたします。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

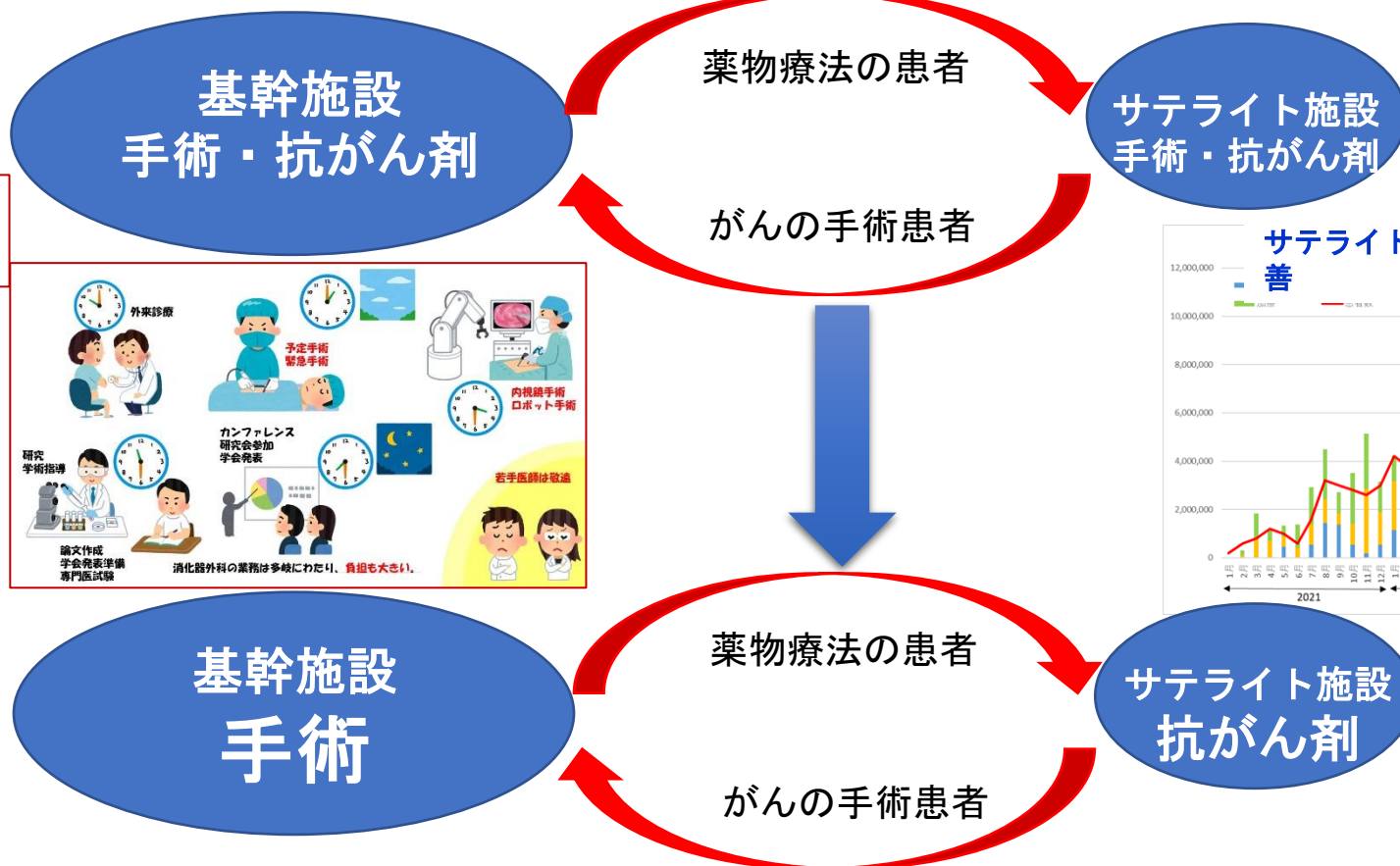
- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取り組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取り組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。

	想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
都道府県又は更に広域 (※1)での集約化 の検討が必要な医療	- 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 - 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	特に集約化の検討が必要な医療についての考え方 (医療技術の観点) - がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 - 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 (医療需給の観点) - 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
がん医療圏又は複数のがん 医療圏単位での集約化 の検討が必要な医療	- がん診療連携拠点病院等 - 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
更なる均てん化が 望ましい医療	患者にとって身近な診療所・病院(かかりつけ医を含む)	更なる均てん化が望ましい医療についての考え方 がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

(※1)国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

好事例-3

病院の新たな機能分化に基づく集約化による負担軽減



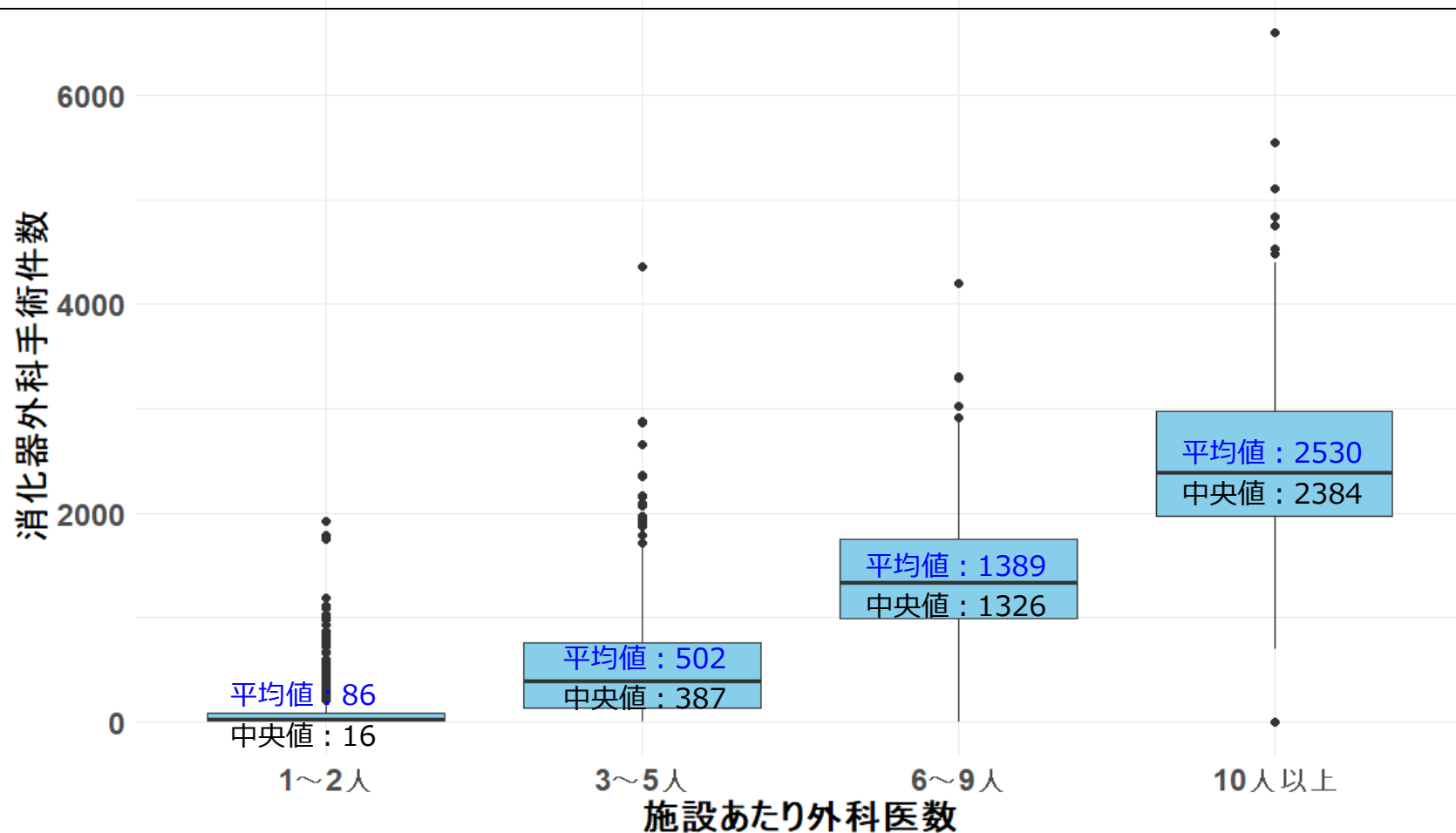
基幹病院のがんの薬物療法をサテライト施設へ移譲。高度ながんの手術患者は基幹病院へ紹介し、機能分化、効率化、集約化によって基幹病院の負担軽減を実現。一方でサテライト施設の経営は劇的に改善した。

山口大学 消化器・腫瘍外科学 永野浩昭教授の取り組み

医療機関別消化器外科医師数と消化器外科手術件数

診調組 入 - 1
7 . 7 . 3 1

- 医療機関の所属消化器外科医師数が多くなると、消化器外科手術件数※が多くなる傾向にある。
- 所属消化器外科医師数が1～2人の医療機関の多くは、年間の手術件数が100件未満であり、3～5人の医療機関でも、半数以上は年間手術件数が500件に満たない。

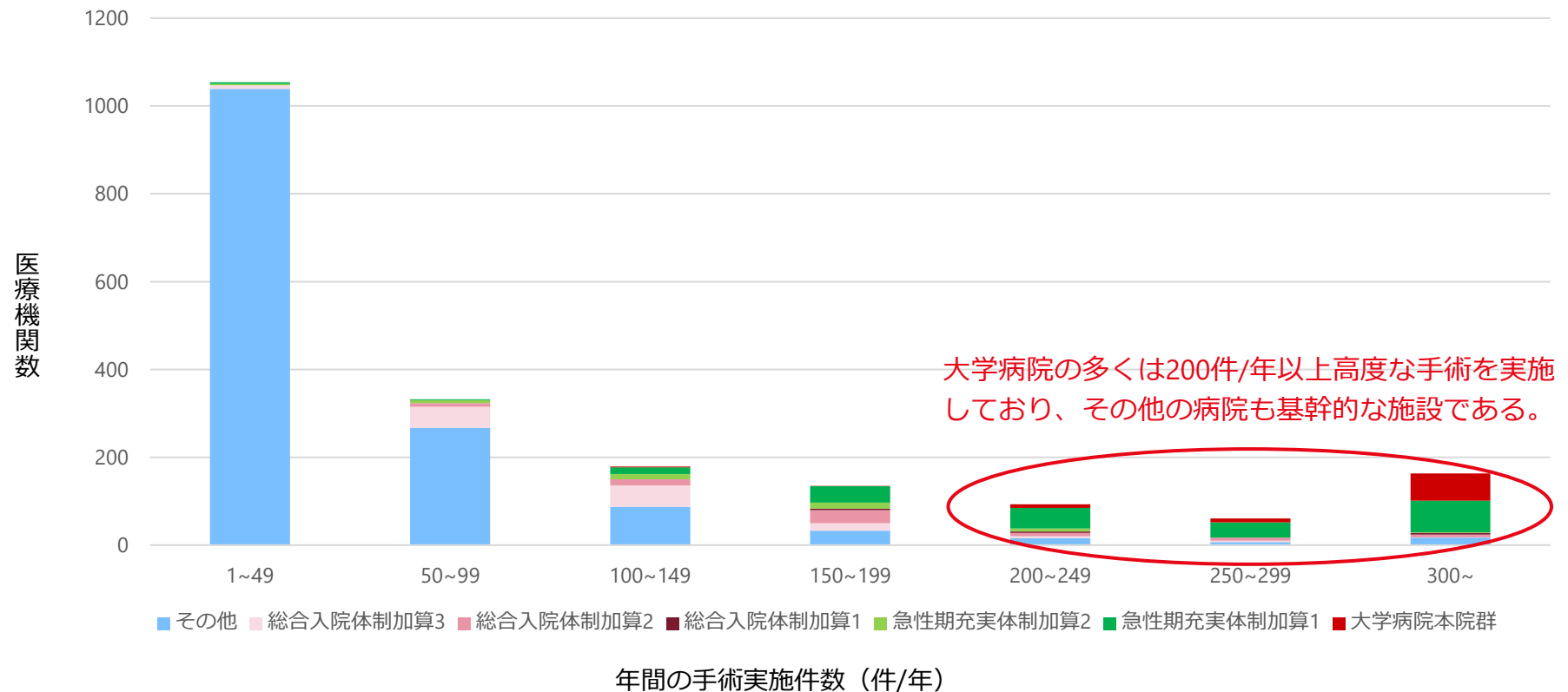


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医療機関の常勤医師
※診療報酬点数表第10部手術における、第7款胸部の食道及び第9款腹部に属する手術

医療機関別高度な手術の実施状況

- 消化器外科領域の高度な手術※の実施状況をみると、全医療機関でみると多くは年間の手術件数は50件未満である一方、大学病院本院ではより多くの手術件数のある施設が多くなっており、大学病院本院の多くが200件/年以上実施している。
- また、大学病院本院以外の医療機関で、200件/年以上実施している施設の多くは、総合入院体制加算、急性期充実体制加算届医療機関である。

消化器外科領域における高度な手術の年間実施件数別の医療機関数の分布（n = 2017）



総合入院体制加算

診調組 入-3
7 . 7 . 3

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算 1 260点	総合入院体制加算 2 200点	総合入院体制加算 3 120点
共通の施設基準	- 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としても良い。） - 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。 - 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。 - 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。 - 救急時医療情報閲覧機能を有していること。 次のいずれにも該当すること。 - 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。 - 紹介受診重点医療機関である。		
実績要件	全身麻酔手術件数 年2000 件以上	全身麻酔手術件数が 年1200 件以上	全身麻酔手術件数が年800件以上
	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 <u>悪性腫瘍手術：400件/年以上</u> ウ <u>腹腔鏡下手術：100件/年以上</u> エ 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		
	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	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす
救急自動車等による搬送件数	－	年間2,000件以上	－
精神科要件	(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		
	精神患者の入院受入体制がある	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	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
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等	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A 2点以上又はC 1点以上)	必要度Ⅰ： <u>3割3分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割2分以上</u>	必要度Ⅰ： <u>3割1分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割以上</u>	必要度Ⅰ： <u>2割8分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>2割7分以上</u>

急性期充実体制加算

診調組 入-3
7 . 7 . 3

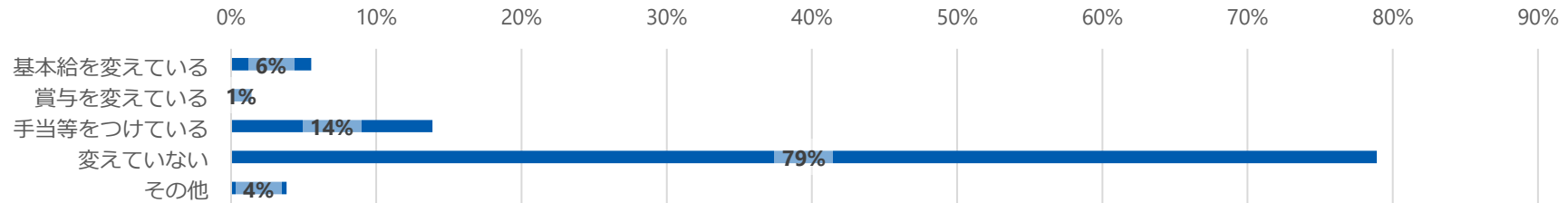
(1-7日/8-11日/12-14日)	急性期充実体制加算 1 (440点/200点/120点)	急性期充実体制加算 2 (360点/150点/90点)
入院料等	- 急性期一般入院料 1 を届け出ている（急性期一般入院料 1 の病棟では、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） - 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・ 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である - 総合入院体制加算の届出を行っていない	
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 - 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 - 精神疾患診療体制加算 2 の算定件数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精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上 - 救急時医療情報閲覧機能を有していること	
手術等の実績	- 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上） ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 ◆心臓胸部大血管手術 100件/年以上 ◆化学療法 1,000件/年以上（外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が 6 割以上であること。）	
高度急性期医療の提供	上記のうち 5 つ以上を満たす	上記のうち 2 つ以上を満たし、以下のいずれかを満たす ◆異常分娩 50件/年以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上
感染防止に係る取組	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている	
医療の提供に係る要件	- 感染対策向上加算 1 を届け出ている - 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している - 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 若しくは 2 を届け出ている	
院内心停止を減らす取組	院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている	
早期に回復させる取組	- 一般病棟における平均在院日数が14日以内 - 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1 割未満	
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす	◆ 病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆ 紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆ 紹介受診重点医療機関
医療従事者の負担軽減	処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の施設基準の届出を行っていることが望ましい	
充実した入退院支援	入退院支援加算 1 又は 2 の届出を行っている	
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	- 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない - 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の 9 割以上 - 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 - 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない	

診療科毎の医師の処遇

診療組 入 - 1
7 . 7 . 3 1

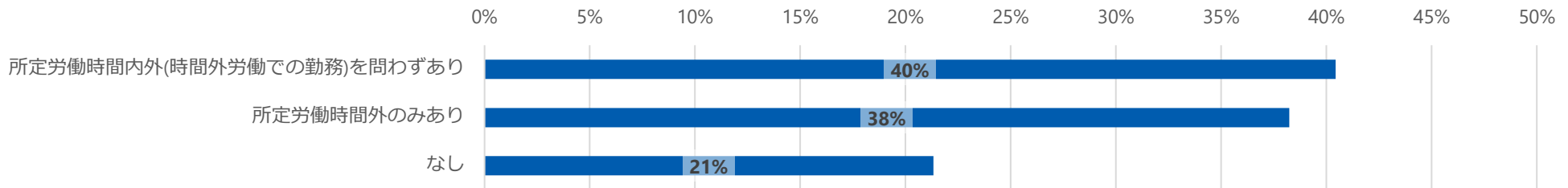
- 診療科毎の医師の処遇として、医師が不足している診療科において「基本給を変えている」（6%）、「賞与を与えている」（1%）、「手当等をつけている」（14%）等が挙げられた。
- 手当をつける仕組みがある場合の、月あたりの平均的な手当の金額について、「1～5万円」と回答した医療機関が46%であったが、18%の医療機関では「10万円以上」であった。

医師が不足している診療科で給与を変えていますか(n=995)



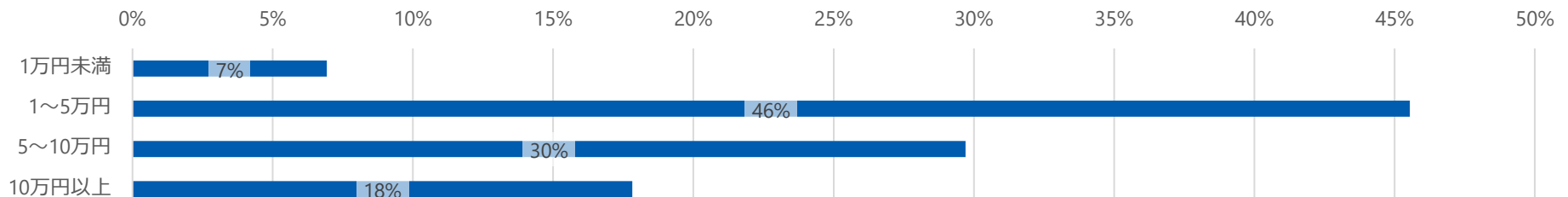
〔手当等をつけている場合〕

手術を行う診療科や、手術に関して、手当をつける仕組みがありますか(n=136)



〔手当をつける仕組みがある場合〕

手当が支払われた医師の月当たりの平均的な手当の金額について(n=101)



医師の診療科偏在における課題と論点

(手術の休日・時間外・深夜加算1について)

- チーム制では、緊急呼び出し当番を行った医師は翌日を休日とする必要があり、当番中に診療を実施しなかった場合は、翌日を休日としなくて差し支えないものの、予め診療の実施の有無を予見することは困難と考えられるため、診療が実施されなくとも、通常、緊急呼び出し当番の翌日は休日として扱われることになると考えられる。

(外科医の現状について)

- 外科の医師数の推移の内訳を見ると、一般外科・消化器外科以外の全ての診療科で増加傾向にある一方で、一般外科・消化器外科は一貫して減少している。
- 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。

(診療科偏在の是正に向けた取組)

- 令和6年12月にとりまとめられた「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」において、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討を行うこととされた。
- 各病院の消化器外科医師数によって機能分化を図り、がんの症例数が少なかった病院が、術後のフォローアップと化学療法に特化し、全てのがん症例を拠点的な病院に紹介することで、拠点的な病院で高度な手術を実施する一方、化学療法については大学病院に通うことなく、近隣の病院で実施できるようになった事例がある。
- 所属外科医師数が1～2人の医療機関の多くは、年間の手術件数が100件未満であり、3～5人の医療機関でも、半数以上は年間手術件数が500件に満たない。
- 消化器外科領域の高度な手術の実施状況をみると、全医療機関の多くは年間の手術件数が50件未満である一方、大学病院本院の多くが200件/年以上実施しており、その他に200件/年以上実施している施設の多くは、総合入院体制加算、急性期充実体制加算届医療機関である。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算では、悪性腫瘍400件/年以上や、腹腔鏡下手術100件/年以上等の実績要件を設けている。
- 大学病院を含む一部の病院では、全国的に減少している消化器外科医など外科医の診療体制を維持するため、外科医等への処遇改善を実施している。

医師の診療科偏在における課題と論点

【論点】

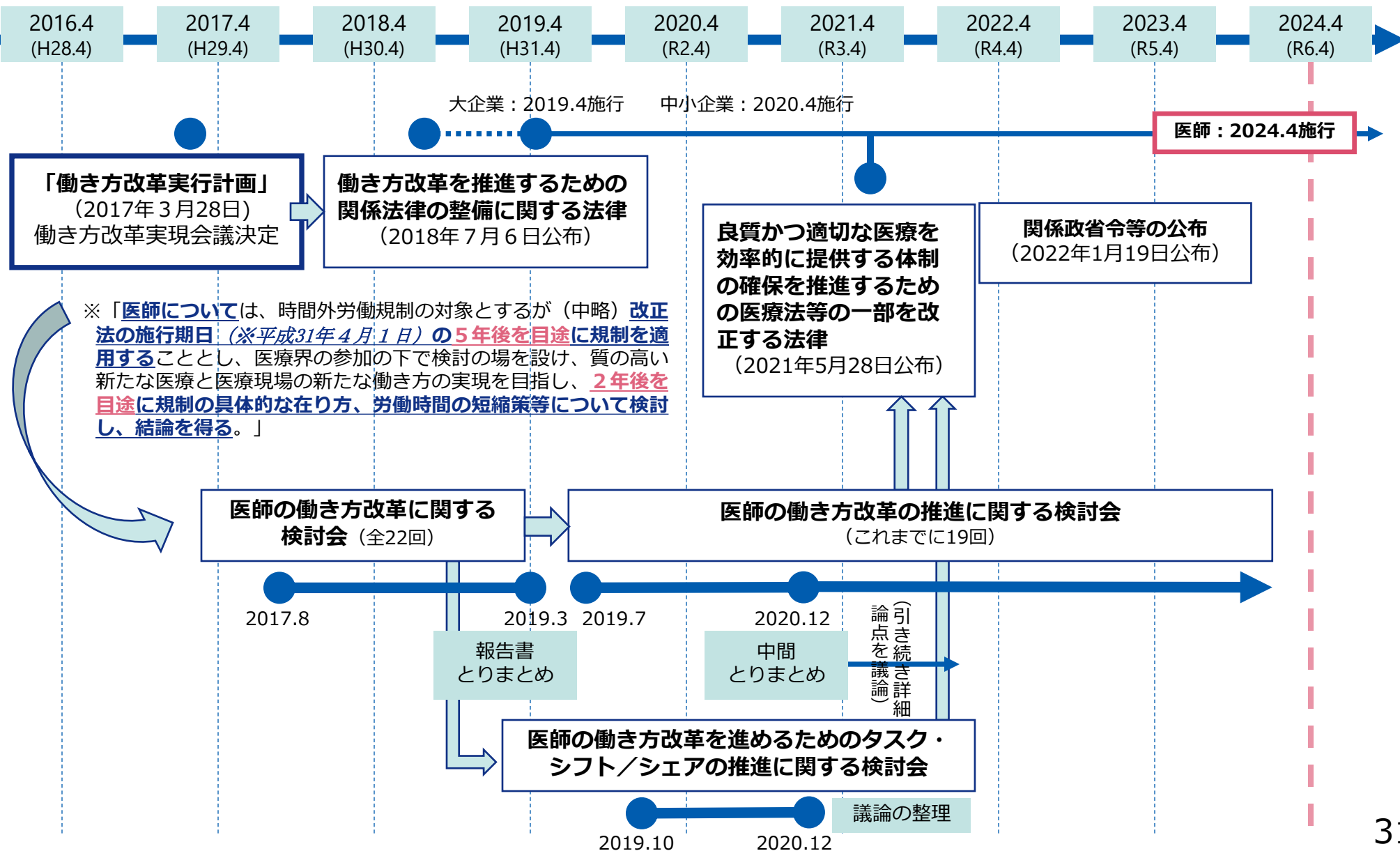
- 処置及び手術の休日・時間外・深夜加算1について、チーム制では、診療があった緊急呼び出し当番翌日を休日とすることとされているものの、当該緊急呼び出し当番における診療の有無が予見できないことや、令和6年度以降、医師の働き方改革により、原則、勤務間インターバルが確保されていること等を踏まえ、チーム制において緊急呼び出し当番翌日を休日とすることの必要性をどのように考えるか。
- 医師数が減少する診療科があるなど医師の診療科偏在が課題となっていることを踏まえ、地域の診療体制の確保とともに勤務環境等の改善や診療科偏在の解消を図る取組みの評価のあり方についてどのように考えるか。

3. 働き方改革について

3－1. 医師の働き方改革

3－2. 医師事務作業補助体制加算

医師の働き方改革の議論の進捗



医師に対する時間外・休日労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024年4月～)

現 状

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、
約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

【医師の長時間労働】 特に救急、産婦人科、外科や若手の
医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】 客観的な時間管理が行われていない
医療機関も存在

【業務が医師に集中】 患者への病状説明や血圧測定、
記録作成なども医師が担当

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理**の推進

タスク・シフト/シェアの推進

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**の推進

＜行政による支援＞

- ・医療勤務環境改善支援センター
を通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発 等

2024年4月以降の制度概要

2024年4月以降の制度概要					
水準		長時間労働が必要な理由	年の上限時間	追加的健康確保措置	
				面接指導	休息時間の確保
一般則		—	(原則) 360時間 (例外) 720時間	—	—
勤務医の 上限規制	A水準	(臨時的に長時間労働が必要な場合の原則的な水準)	960時間	義務	努力義務
	連携B水準	地域医療の確保のため、派遣先の労働時間を通算すると長時間労働となるため	1,860時間 (各院では960時間)		義務
	B水準	地域医療の確保のため	1,860時間		
	C-1水準	臨床研修・専攻医の研修のため	1,860時間		
	C-2水準	高度な技能の修得のため			

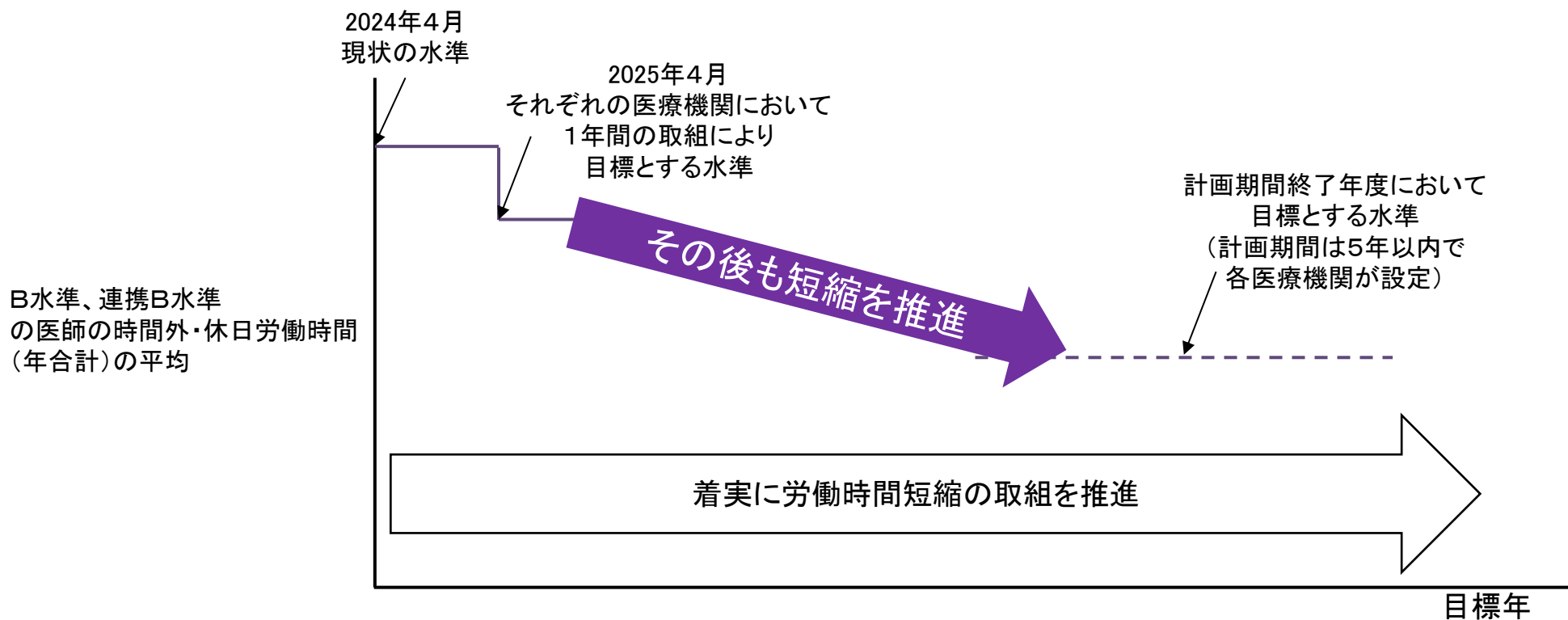
医師の健康確保

＜面接指導＞ 健康状態について、研修を受けた医師がチェック

＜休息時間の確保＞ 勤務間インターバル規制と代償休息の確保

- 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

地域医療体制確保加算

- 地域の救急医療体制、周産期医療体制又は小児救急医療体制において重要な機能を担うとともに、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する取組を実施する体制を評価する。

地域医療体制確保加算 620点(入院初日に限る)



[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、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

【救急搬送、周産期医療又は小児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件以上であること。
- 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、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。)等に係る届出を行っていること。
- 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。

【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
- 「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」の作成
- 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)

【医師の時間外・休日労働時間に係る基準】(※)

- 医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ＩＣカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師(以下、この項において、「対象医師」という。)の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。ただし、1年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。

ア 令和6年度においては、1,785時間以下

イ 令和7年度においては、1,710時間以下



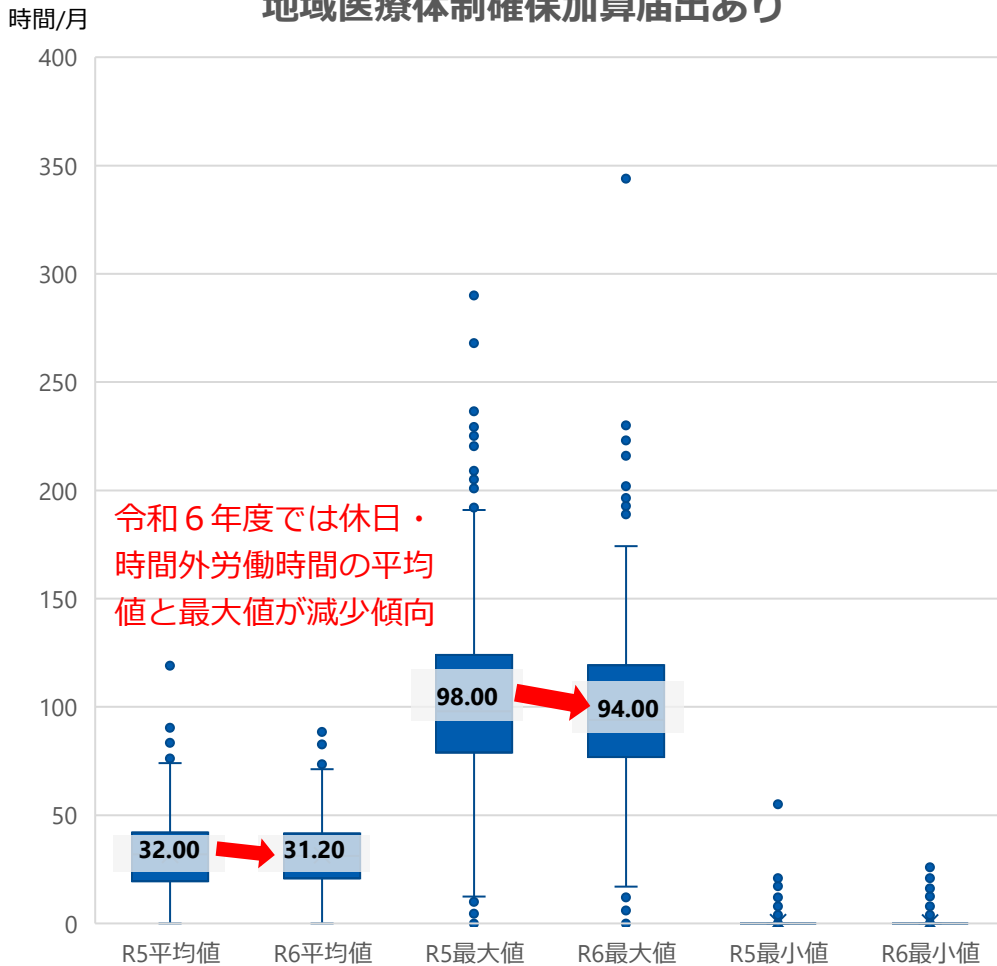
※令和6年度診療報酬改定における見直し

医師の月あたり休日・時間外労働時間の状況

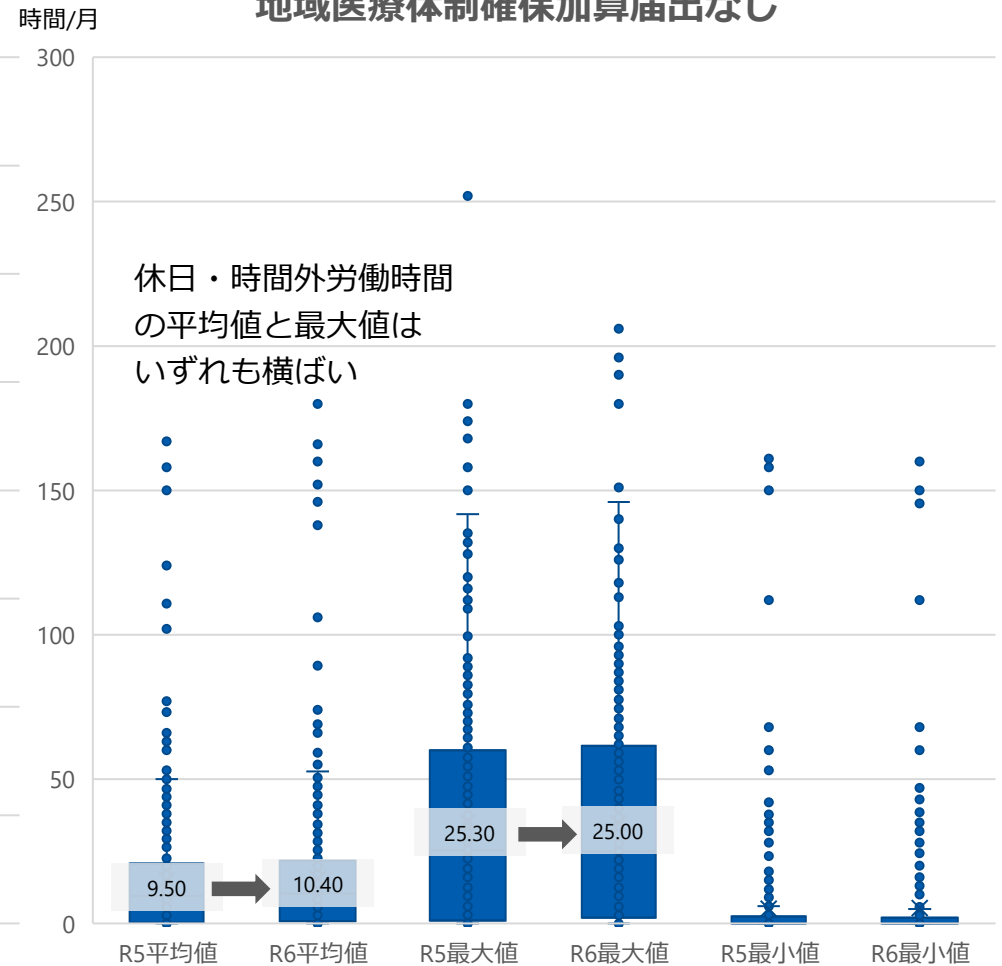
診調組 入 - 1
7 . 7 . 3 1 改

- 急性期病院において、地域医療体制確保加算を届け出ている病院では、届出のない病院と比較して、月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が長い傾向にある。
- 地域医療体制確保加算を届け出ている病院では、令和5年度と比較して、令和6年度では月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が減少傾向にあった。

地域医療体制確保加算届出あり



地域医療体制確保加算届出なし



3. 働き方改革について

3－1. 医師の働き方改革

3－2. 医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算の見直し

医師事務作業補助体制加算の要件の見直し

- 医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算1の要件に、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましいことを追加する。

改定後

【医師事務作業補助体制加算1】
[施設基準]

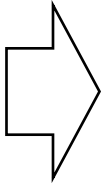
- 当該保険医療機関において、3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。

医師事務作業補助体制加算の評価の見直し

- 医師事務作業補助体制加算の評価を見直す。

現行

配置	加算1	加算2
15対1	<u>1,050点</u>	<u>975点</u>
20対1	<u>835点</u>	<u>770点</u>
25対1	<u>705点</u>	<u>645点</u>
30対1	<u>610点</u>	<u>560点</u>
40対1	<u>510点</u>	<u>475点</u>
50対1	<u>430点</u>	<u>395点</u>
75対1	<u>350点</u>	<u>315点</u>
100対1	<u>300点</u>	<u>260点</u>



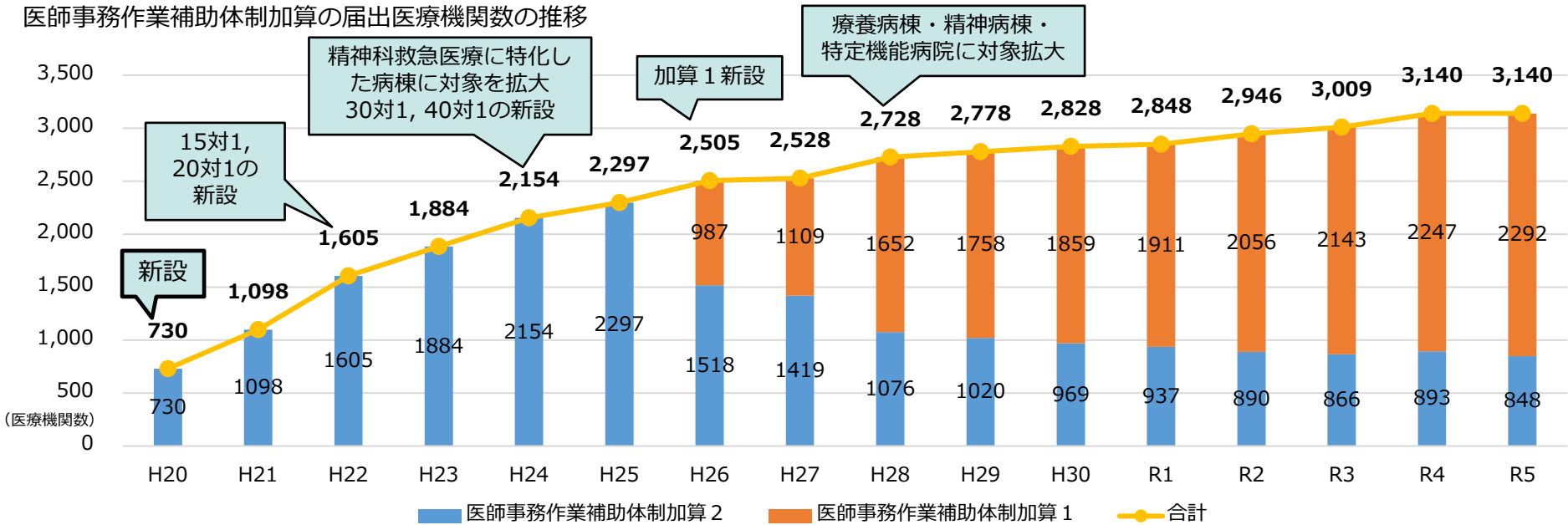
改定後

配置	加算1	加算2
15対1	<u>1,070点</u>	<u>995点</u>
20対1	<u>855点</u>	<u>790点</u>
25対1	<u>725点</u>	<u>665点</u>
30対1	<u>630点</u>	<u>580点</u>
40対1	<u>530点</u>	<u>495点</u>
50対1	<u>450点</u>	<u>415点</u>
75対1	<u>370点</u>	<u>335点</u>
100対1	<u>320点</u>	<u>280点</u>

医師事務作業補助者

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）を配置している等の評価である医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数は増加傾向である（令和4年から令和5年は横ばい）。

■ 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日）

医師事務作業補助体制加算（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、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

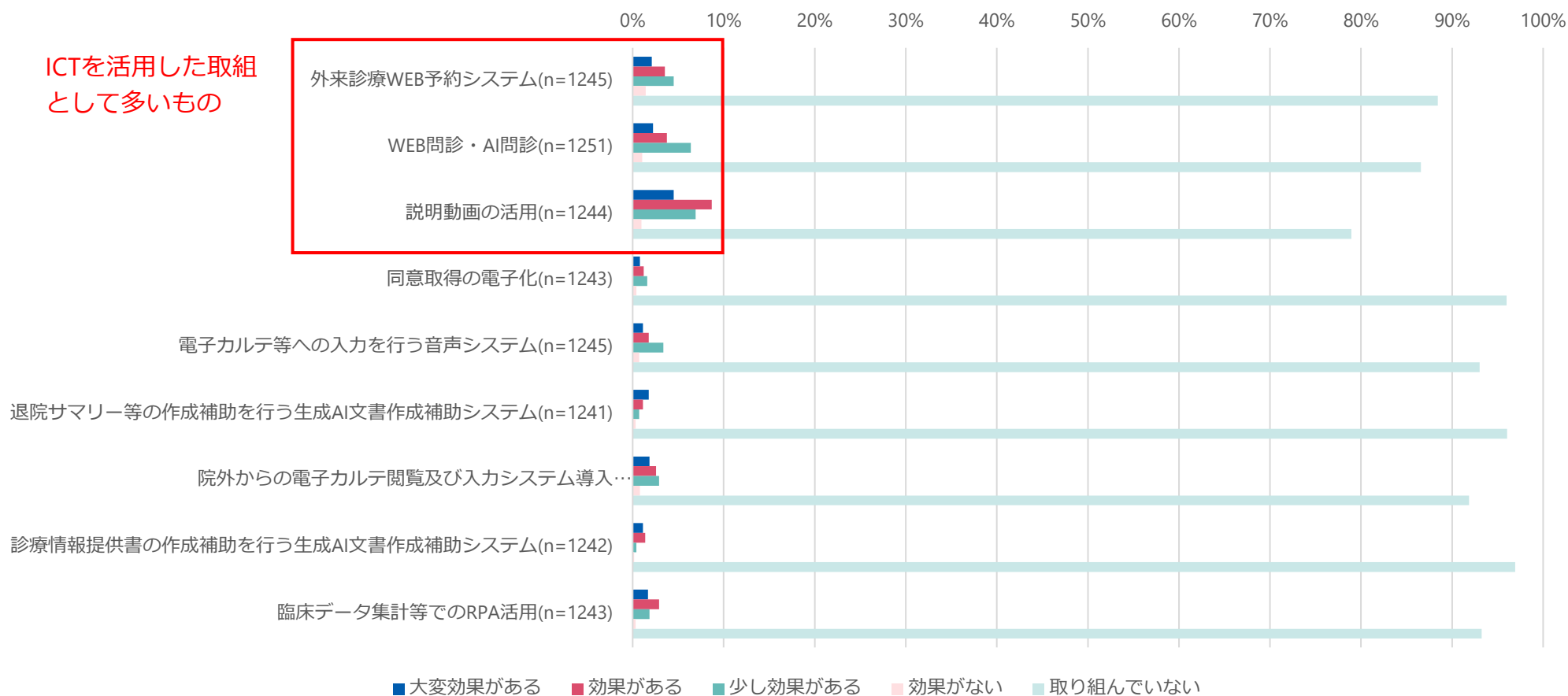
配置	加算1	加算2
15対1	1,070点	995点
20対1	855点	790点
25対1	725点	665点
30対1	630点	580点
40対1	530点	495点
50対1	450点	415点
75対1	370点	335点
100対1	320点	280点

ICTを活用した医師事務業務の省力化等に関わる取組

診調組 入-1
7. 8. 2 8 改

- 医師事務業務の省力化に向けたICT活用として、いずれの取組についても、約80%以上の病院で取り組まれていなかった。
- ICTを活用した取組としては、「説明動画の活用」、「WEB問診・AI問診」、「外来診療WEB予約システム」が多かった。

ICTを活用した医師事務業務省力化の取組(n=1258)



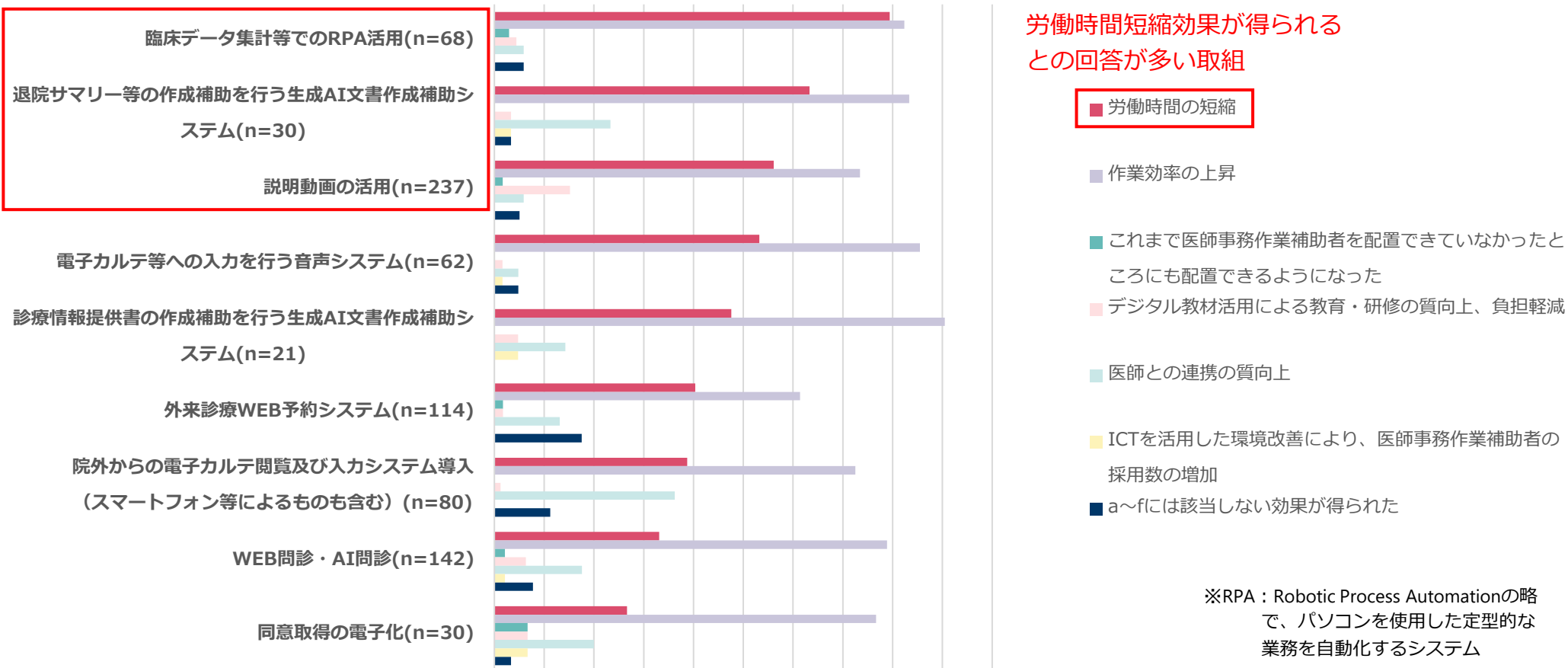
ICTを活用した医師事務業務の省力化の取組による効果

診調組 入-1
7. 8. 28 改

- ICTを活用した取組について、いずれの取組も「作業効率の上昇」、「労働時間の短縮」が得られる効果の中で最も多かった。
- 労働時間の短縮の効果が得られるとの回答の割合が多い取組として「臨床データ集計等でのRPA※活用」、「退院サマリー等の作成補助を行う生成AI文書作成補助システム」、「説明動画の活用」があった。

ICTを活用した医師事務業務省力化得られた効果 ※ICTを活用した医師事務業務省力化の取組を行っていない施設を除く

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



○ 医師事務作業補助者が実施している主たる業務のうち、いくつかの業務については、生成AIによる文書作成補助システム等を活用した、ICTによる労働時間短縮・作業効率上昇が想定される。

No.	業務の性質	業務内容	詳細	ICT活用
1	診断書等の 文書作成補助	紹介状の返書の下書き・仮作成	紹介状の返書	文書作成補助システム
2		主治医意見書の下書き・仮作成	介護保険主治医意見書	文書作成補助システム
3		特定疾患等の申請書	特定疾患（難病）臨床調査個人表	文書作成補助システム
4		レセプト症状詳記の下書き・仮作成	レセプトに関する症状詳記	－
5		入院診療計画書等の下書き・仮作成	入院診療計画書の作成	－
6		診療情報提供書の下書き・仮作成	診療情報提供書	文書作成補助システム
7		退院等各種サマリーの下書き・仮作成	患者・家族への説明文書の作成	説明動画
8		診断書の下書き・仮作成	病院様式診断書	診断書作成支援システム
9			保険会社様式診断書	診断書作成支援システム
10			身障障害者診断書	診断書作成支援システム
11			労災後遺障害診断書	診断書作成支援システム
12	診療記録への 代行入力	検査オーダーの代行入力	検査の指示	－
13			画像の指示	－
14			処置の指示	－
15			食事の指示	－
16		処方箋の代行入力	内服薬の処方	－
17			注射薬の処方	－
18		クリニカルパス等を代行入力	クリニカルパスの入力	－
19			地域医療連携パスの入力	－
20		診療録等の代行入力	外来診療録作成（SOAP全て記載）	音声入力
21			外来診療録作成（その他）	音声入力
22			病棟回診の記録	音声入力
23			手術記録	音声入力
24			麻酔記録	音声入力
25		診察前の予診	初診患者への予診の記録	WEB問診、AI問診
26			再診患者への予診の記録	WEB問診、AI問診
27		退院等各種サマリーの下書き・仮作成	退院サマリーの作成	文書作成補助システム
28			診察予約・変更や調整	－

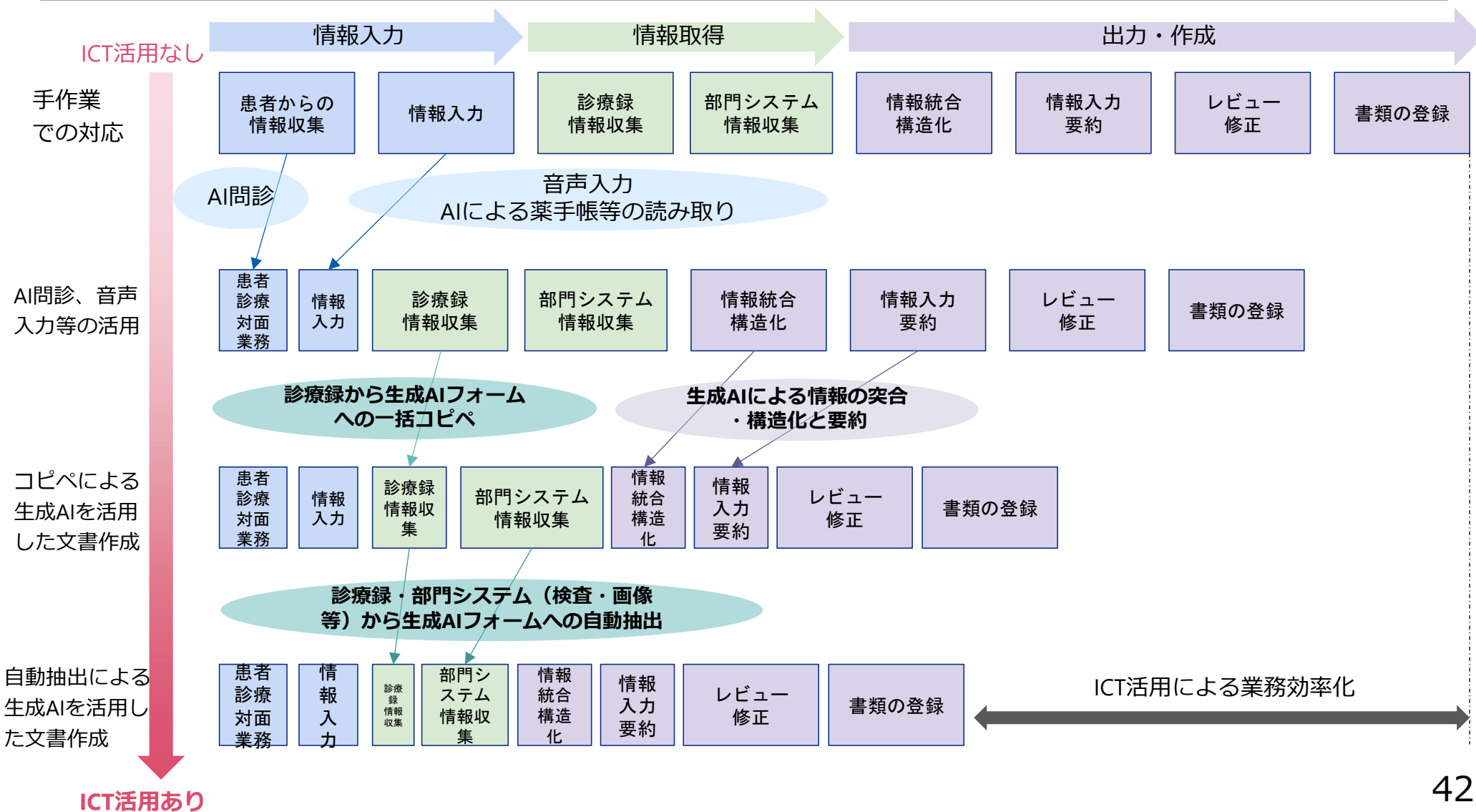
No.	業務の性質	業務内容	詳細	ICT活用
29	医療の質の向上に 資する事務作業	各種臨床データに関する調査・代行入力	がん登録（院内・全国）	RPA
30			NCD登録	RPA
31			JND登録	RPA
32			JCVSD登録	RPA
33			診療録や画像結果などの物的整理	画像ファイリングシステム
34			臨床データ集計	RPA
35			臨床研修のための資料作成	－
36		研究申請書の準備	学術論文などの資料の検索	－
37			教育や臨床研修のカンファレンス準備	WEB会議システム
38		教育や研修・カンファレンスのための準備作業	院内会議の資料作成	音声入力 文書作成補助システム
39			通信文の物理的整理	－
40			カンファレンスの記録	音声入力
41			救急医療情報システム入力	RPA
42	行政上の業務		ヒヤリ・ハット事例収集事業	－
43			感染症サーベイランス事業	RPA
44	入院時の案内等の 病棟における患者 対応業務	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	次回来院時の説明	説明動画
45			検査・手術等の日程調整	－
46			検査・手術のための説明・同意書取得	説明動画
47		入院時オリエンテーション等の説明	入院手続きの説明	説明動画
48			逆紹介の説明	－

※RPA：Robotic Process Automationの略で、パソコンを使用した定型的な業務を自動化するシステム

生成AIを活用した文章作成補助システム等の業務効率化のイメージ

診調組 入-1
7. 9. 18

- 生成AIによる文章作成補助システムを活用した場合、紹介状や退院サマリーの作成において、診療録からの情報収集、情報突合と構造化、要約といったプロセスが自動化される。



生成AI等の活用による医師事務作業の負担軽減について

○生成AIによる文書作成補助システム、RPA、WEB問診・AI問診等による、文書作成や情報入力等に係る医師事務作業の業務時間の削減効果事例は以下のとおり。

生成AIによる文書自動作成

病院	対象文書	効率化効果（1件当たり作成時間）
国立大学病院 （1000床規模）	退院時サマリ作成	1時間 → 20分（ 削減率66% ）
国立大学病院 （1000床規模）	診療情報提供書・退院時サマリ作成	平均 47%削減 （年間1人当たり63時間の削減）
民間病院 （750床規模）	退院時サマリ	医師事務作業補助者による下書き 30分 → 0分（ 削減率100% ） 医師による作成 10分 → 5分（ 削減率50% ）
民間病院 （400床規模）	退院時サマリ作成	15分 → 10分（ 削減率33% ）
民間病院 （200床規模）	診療情報提供書・紹介返書・退院時サマリ・主治医意見書等	医師事務作業補助者による下書き 30分 → 15分（ 削減率50% ）

生成AIによるがん登録作業効率化

病院	効率化効果
民間病院 （800床規模）	- 登録の際の患者スクリーニング作業時間（削減率27.1%） - がん登録作業時間（削減率16%）

WEB問診・AI問診

病院	効率化効果
民間病院 （300床規模）	1問診当たり約10分→6分に短縮（ 削減率40% ）
診療所	1問診当たり約12分→約6分に短縮（ 削減率50% ）

働き方改革における課題と論点

(医師の働き方改革について)

- 2024年4月より医師に対する時間外・休日労働の上限規制と健康確保措置が適用されている。
- 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、変形労働時間制等の導入、ICT等の活用等、様々な取組が求められており、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。
- 令和6年度診療報酬改定において、医師の労働時間について、原則として客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録することや、特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の1年間の時間外・休日労働時間の上限が、地域医療体制確保加算の施設基準として新設された。
- 地域医療体制確保加算届出病院は、その他の病院と比較して、勤務環境の現状把握・分析の実施率や、ICTを活用した業務見直しの割合が高く、令和5年度と比較して、令和6年度では月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が減少傾向にあった。

(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の届出医療機関数は年々増加傾向である。
- ICTを活用した取組としては、「説明動画の活用」、「WEB問診・AI問診」、「外来診療WEB予約システム」が多かった。
- ICTを活用した取組について、いずれの取組も「作業効率の上昇」、「労働時間の短縮」が得られる効果の中で最も多く、労働時間の短縮の効果が得られるとの回答の割合が多い取組として「臨床データ集計等でのRPA活用」、「退院サマリー等の作成補助を行う生成AI文書作成補助システム」、「説明動画の活用」があった。
- 生成AIによる文章作成補助システムを活用した場合、紹介状や退院サマリーの作成において、カルテからの情報収集、情報突合と構造化、要約といったプロセスが自動化される。
- 文書自動作成、WEB問診・AI問診等による、文書作成や情報入力等に係る医師事務作業の業務時間の削減効果事例がある。

働き方改革における課題と論点

【論点】

- 地域医療体制確保加算届出医療機関における勤務環境改善の取組状況や、時間外・休日労働時間の減少を踏まえ、地域医療体制確保加算における、年度毎の時間外・休日労働時間の上限基準の漸減について、今後のあり方をどのように考えるか。
- 医師事務作業補助において、生成AIを活用した文書作成補助システム等が、作業効率の向上や労働時間の削減効果を示していることを踏まえ、生成AI等のICTを活用して医師事務業務の省力化の取組を進めるにあたり、その評価についてどのように考えるか。

4. 地域加算について

地域加算について

- 地域加算は、医業経費における地域差に配慮したものであり、「人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域」に所在する保険医療機関において、入院基本料又は特定入院料の加算として算定できる。
- 「人事院規則で定める地域」とは、一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定されている地域である。
- また、「人事院規則で定める地域に準じる地域」とは、人事院規則で定める地域に囲まれている地域及び複数の地域に隣接している地域とし、当該地域の級地は、隣接する対象地域の級地のうち、低い級地と同様としている。

現行の診療報酬における「人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域」

区分	人事院規則で定める地域 （平成26年に定められたもの）	人事院規則で定める地域に準じる 地域	点数 （1日につき）
1級地	東京都特別区	－	18点
2級地	横浜市、大阪市 等	－	15点
3級地	さいたま市、千葉市、名古屋市 等	東久留米市、大府市	14点
4級地	神戸市 等	習志野市、昭島市 等	11点
5級地	京都市、広島市、福岡市 等	小金井市、東海市、八幡市 等	9点
6級地	仙台市、静岡市、高松市 等	桶川市、我孫子市、長久手市 等	5点
7級地	札幌市、新潟市、岡山市 等	伊勢崎市、土岐市、小野市 等	3点

※ 人事院規則で定める地域は令和7年度より見直しが行われているが、地域加算に係る地域及び級地区分については、当面の間、なお従前の例によることとしている。（令和7年3月11日医療課事務連絡）

人事院規則で定める地域の見直しについて

- 令和6年給与法改正によって人事院規則で定める地域が見直され、級地区分の設定は市区町村ごとから都道府県ごとを基本とする取扱いに変更された。
- 当該地域は令和7年度より見直しが行われているが、地域加算に係る地域及び級地区分については、当面の間、なお従前の例によることとしている。（令和7年3月11日医療課事務連絡）



区分	支給割合	見直し前
1級地	20%	東京都特別区
2級地	16%	横浜市、大阪市 等
3級地	15%	さいたま市、千葉市、名古屋市 等
4級地	12%	神戸市 等
5級地	10%	京都市、広島市、福岡市 等
6級地	6%	仙台市、静岡市、高松市 等
7級地	3%	札幌市、新潟市、岡山市 等

区分	支給割合	見直し後	
		都府県で指定	中核的な市を個別に指定(※)
1級地	20%	—	東京都特別区
2級地	16%	東京都	横浜市、大阪市 等
3級地	12%	神奈川県、大阪府	さいたま市、千葉市、名古屋市 等
4級地	8%	愛知県、京都府	仙台市、静岡市、神戸市、広島市、福岡市 等
5級地	4%	茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、静岡県、三重県、滋賀県、兵庫県、奈良県、広島県、福岡県	札幌市、岡山市、高松市 等

※ 国家公務員が在籍している地域のみ掲げている。

見直しによる地域加算対象医療機関数の変化について

- 「人事院規則で定める地域」の見直しにより、現在の級地区分から人事院規則により見直された級地区分へ変更した場合であっても、地域加算を算定可能な病院・有床診療所数には大きな変化はない。

《現在の診療報酬上の級地ごと病院・有床診療所数》

基準日：令和7年4月1日

級地	1 級地	2 級地	3 級地	4 級地	5 級地	6 級地	7 級地	該当無し
病院数	417	474	374	302	774	995	1,304	3,248
有床診療所数	5	10	10	2	14	18	23	133

4,722病院・有床診療所

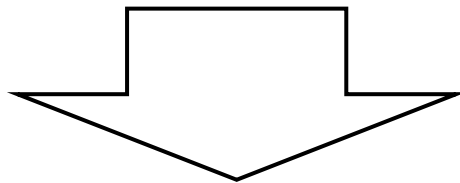
《「人事院規則で定める地域」の見直しに対応した場合の級地ごと病院・有床診療所数》

級地	1 級地	2 級地	3 級地	4 級地	5 級地	該当無し
病院数	417	593	720	1,001	2,030	3,127
有床診療所数	5	12	14	24	39	121

4,855病院・有床診療所

地域加算の見直しに係る課題と論点

- 地域加算は、医業経費における地域差に配慮したものであり、「人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域」に所在する保険医療機関において、入院基本料又は特定入院料の加算として算定できる。
- 令和7年度より「人事院規則で定める地域」が見直され、級地区分の設定は市区町村ごとから都道府県ごとを基本とする取扱いに変更されたが、地域手当に係る地域及び級地区分については、当面の間、なお従前の例によることとしている。
- 「人事院規則で定める地域」の見直しにより、現在の級地区分から人事院規則により見直された級地区分へ変更した場合であっても、地域加算を算定可能な病院・有床診療所数には大きな変化はない。



【論点】

- 「人事院規則で定める地域」の見直しを踏まえ、地域加算における地域区分を見直すことについて、どのように考えるか。

5. 病院薬剤師について

5－1. 病院薬剤師を取り巻く環境

5－2. 病院薬剤師間連携

病院薬剤師におけるこれまでの議論の概要

薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ（抜粋） 令和3年6月30日

◆（薬剤師確保）

全国の薬剤師総数に基づき薬剤師の養成数を考えるとともに、薬剤師の従事先には業態の偏在や地域偏在があり、偏在を解消するための薬剤師確保の取組が必要である。**特に病院薬剤師の確保は喫緊の課題**である。医療計画における医療従事者の確保の取組、**地域医療介護総合確保基金の活用や自治体の予算による就職説明会への参加、就業支援、復職支援、奨学金の補助などの取組のほか、実務実習において学生の出身地で実習を受けるふるさと実習の取組などが実施されているが、取組の実態を調査するとともに、需要の地域差を踏まえ、これらの取組の更なる充実も含め、地域の実情に応じた効果的な取組を検討すべきである。**

薬剤師確保計画ガイドライン（抜粋）（令和5年6月9日）

◆ 薬剤師確保計画

（1）計画に基づく対策の必要性

地域医療介護総合確保基金については、これまでも医療従事者の確保のために活用されてきたが、限りある財源を有効に活用するためにも、病院薬剤師の確保、薬剤師少数区域や薬剤師少数都道府県における薬剤師の確保に重点的に用いるべきである。

（2）薬剤師確保の方針

業態間での偏在状況について、全国的に病院薬剤師の偏在指標が目標偏在指標を下回っていることを踏まえると、**病院薬剤師の確保策の充実が図られるべき**である。

薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会（薬剤師の偏在への対応策）（抜粋） 令和5年3月29日

◆（病院・薬局間の給与拡散の実態）

20代での病院・薬局間の給与格差が病院への就職に影響していることが考えられる中、病院における対応策として、薬局に近づきよう、年代別の給与水準の上昇率をなだらかにし、生涯年収は変えずに20代、30代の給与水準を高くすることが考えられる。

◆（病院で働く薬剤師を増やすための方策）

- ✓ 年齢が高くなるに従い、薬局薬剤師において「いずれの条件でも勤務したくない」という薬剤師の割合が高くなる傾向がみられたが、これは業態の違いにより業務スキルが異なり、業態を超えて転職をする際に業務スキルを身に付ける際の障壁が大きくなるためと考えられた。このことから、病院で働く薬剤師を増やすためには20代～40代の薬剤師をターゲットとして確保策を企画することが有用と言える。また勤務してもよいと考える条件の最上位に給与面が挙げられていたものの、仕事面、生活面についても相応に高い割合で回答されていたことから、**給与面だけでなく仕事面、生活面の条件を、求職する薬剤師にとって魅力的なものとすることや、求職する薬剤師の個人属性に応じたアピールをすることで、病院で働く薬剤師を増やすことにつながると考えられる。**

令和8年改定に向けた、病院薬剤師におけるこれまでの中医協議論の概要

第610回 中央社会保険医療協議会 医療提供体制について（令和7年6月25日）

- ◆ 薬局の薬剤師数は需要より増加している一方で、病院薬剤師の確保が喫緊の課題となっており、薬剤師を薬局から病院へシフトさせることが必須である。
- ◆ **病院薬剤師の確保は喫緊の課題**で、第8次医療計画に記載され、都道府県において薬剤師確保計画の作成や、医療介護総合確保基金を活用した事業などが進められていますが、目の前の対策と併せて、薬剤師偏在是正を目標とする2036年に向け、中長期的な目標に向けた取組も必要。
- ◆ 薬局・薬剤師について、これまでも発言したとおり、喫緊の課題は、病棟で勤務する病院薬剤師の確保ということは明らかだと思います。この問題は、R6年改定でも取り組んできたかと思いますが、成果はあまり出ているようには見えません。

第616回 中央社会保険医療協議会 調剤について（その1）（令和7年9月10日）

- ◆ OECD先進国の中でも、人口当たりの薬剤師数は、我が国は最も多い状況に対し、**病院の薬剤師不足は逼迫**をしています。病棟業務である入院患者さんへの薬剤指導あるいは薬剤のミキシング、抗がん剤の無菌調製などの病棟業務を担う薬剤師の育成・養成というのも視野に入れていかないといけない喫緊の課題。
- ◆ 病院に関しては、薬局もそうですけれども、対物から対人、特に**病院は病棟業務がかなり高度化しており、あるいは外来でも、例えば抗がん剤治療を外来でやる等々、高度な薬剤を扱うものが増えてきている**ということで、本当に薬剤師の重要性はますます増している中でこういう状況にあるということで、このままいくと調剤だけではなくて、いろいろな意味での**薬剤師の不足により、病院の機能がかなり落ちてしまうのではないかという声が盛んに病院団体からも上がっています。**
- ◆ 病院薬剤師の不足につきまして、これはもう御周知のとおりでございますけれども、**病院と薬局で算定できる薬学管理料に差があり、ひいては薬剤師の処遇に病院と薬局で大きな違いがあるということが背景にありますので、今後、病院薬剤師の評価については、これまでの枠組みにとらわれることなく、忌憚のない議論が必要。**

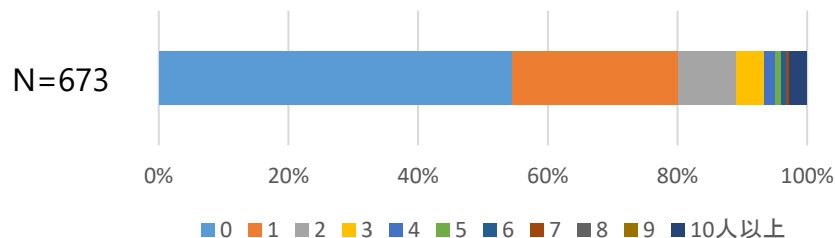
第13回 入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）（令和7年9月25日）

- ◆ **院内処方と院外処方との同一業務に対する報酬上の点数差が大きすぎる**ため、薬局薬剤師数が大幅に増加し、病院薬剤師数が人手不足に陥っていると考えられるので、再度検討すべきではないかとの意見があった。一方で、院内処方の評価を上げることで、院内処方の増加につながる恐れがあるので、**入院患者の調剤に対する評価を検討してはどうか**との意見があった。
- ◆ 調剤以外の病棟業務等のニーズが増え、病院薬剤師数は増加している。ただし、薬剤師の人件費を賄う場合、**病棟薬剤業務実施加算により150床程度の算定で得られる診療報酬でようやく1人分となり、小規模病院では当該診療報酬によって薬剤師の人件費が確保できない現状があるとの意見があった。**

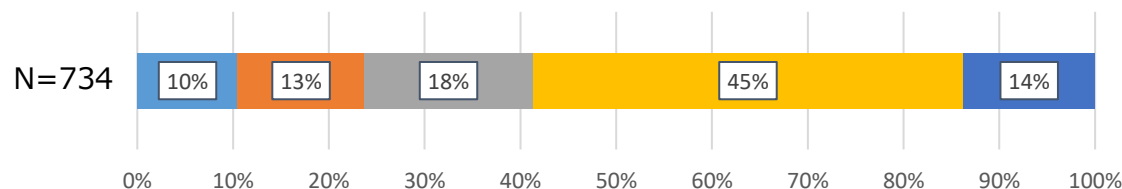
病院薬剤師の充足状況

- 病院薬剤師の令和6年度の採用状況について、半数以上の病院で採用がなかった。
- 定年退職を除き、約4割の病院で1名以上の病院薬剤師の離職者がいた。
- 「日中十分な人数を確保している」と回答できた病院は、全体の14%であった。

■ 令和6年度採用者数別施設数の割合

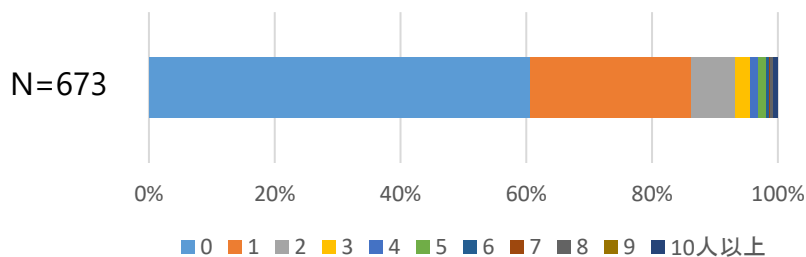


■ 通常業務を実施する上での充足状況



- 欠員により疲弊・撤退した業務（業務縮小）がある
- 人員不足により、すべき業務ができない日がある
- 掛け持ち業務となり余裕のない職員がいる
- 最低限の人数を確保できている（スタッフの急な休みで欠員になることもある）
- 日中十分な人数を確保している

■ 令和6年度離職者（定年退職を除く）数別施設数の割合



薬剤師の院内処方に対する評価

- 病院薬剤師が行う対物業務に対する診療報酬上の評価は以下のとおり。
- 病院薬剤師の対物業務について、業務内容は多岐にわたる。

入院患者への調剤にかかる対物業務に対する診療報酬上の評価

入院患者（院内）

（1週間の短期入院の場合）

F000 調剤料
1日につき7点

→**49点（7点×7日）**

調剤技術基本料

→**42点（月1回）**

※薬剤管理指導料が未算定時のみ算定可

合計：91点

調剤技術基本料（入院：42点 月1回）

- 重複投薬の防止等、保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに**投薬の適正を確保**することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤を行ったことの評価。

調剤業務

- 薬剤の監査（処方内容の適正確認）
- 分包作業や錠剤の分割などの業務

注射薬の管理・調製

- 無菌環境下での注射薬調製（注射薬混合、無菌調剤）
- 注射薬の品質管理と安全管理
- 投与用製剤の取り扱い管理

薬剤在庫管理

- 薬品の発注・受領・在庫の適正化
- 薬剤の期限管理（有効期限の確認と廃棄管理）
- 薬品の棚卸し、在庫調整

薬剤の品質管理

- 医薬品の適正保管管理（温度・湿度管理など）
- 使用期限やロット管理
- 医薬品の異常品管理・回収対応

安全管理業務

- 医薬品の副作用や相互作用のチェック
- 薬剤事故やヒヤリハットの管理・報告

薬剤関連書類の管理

- 処方箋や調剤記録の保管
- 医薬品使用記録の作成と管理

（参考）調剤料と調剤技術基本料の算定状況

	算定回数（1か月）
調剤料	7,951,324回
調剤技術基本料 入院	243,850回

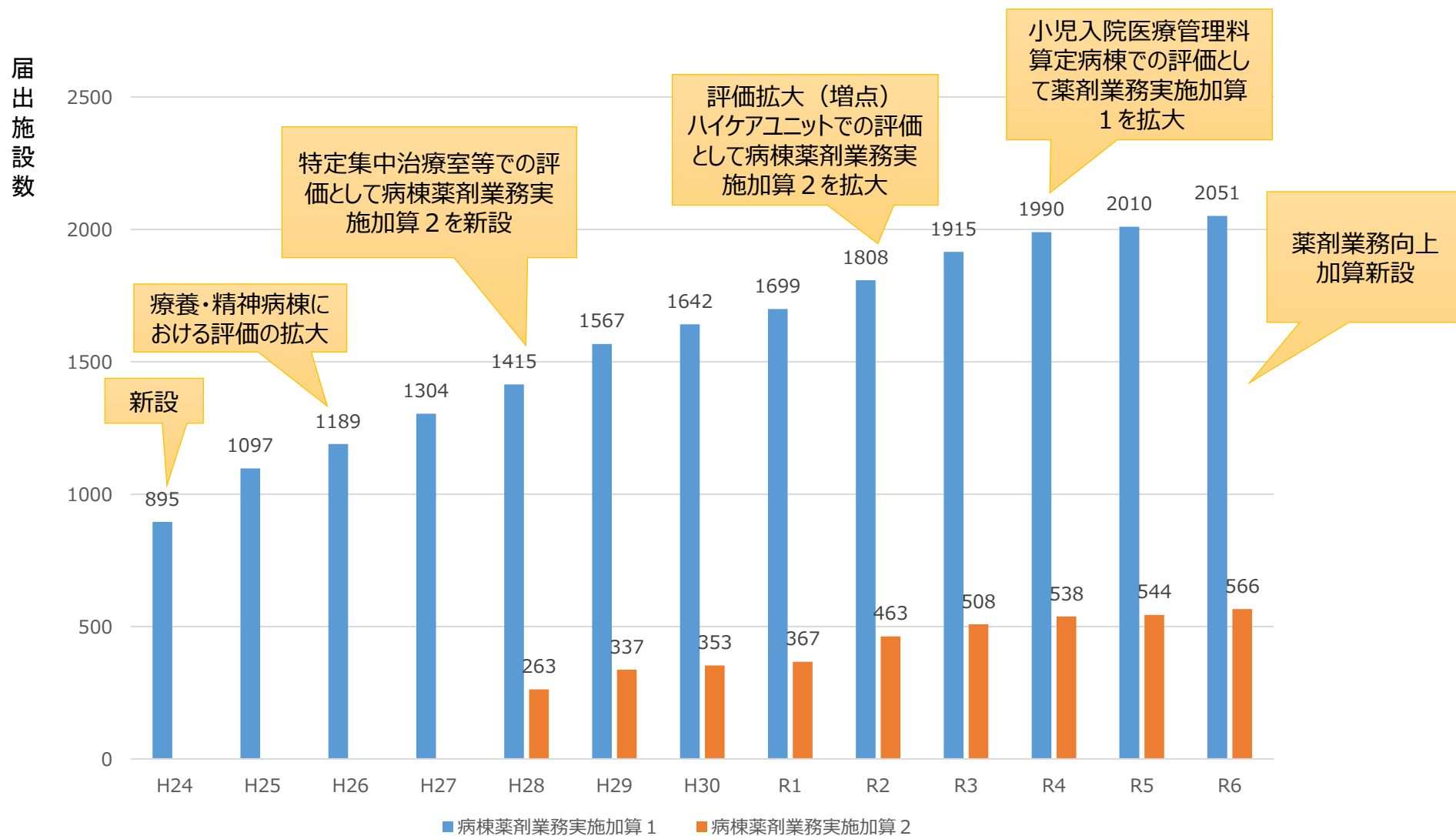
出典：社会医療診療行為別統計（令和6年8月審査分）



病棟薬剤業務実施加算の算定状況

診調組 入 - 1
7 . 7 . 17

○ 平成24年に新設以降、病棟薬剤業務実施加算の届出施設数は増加している。



薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

薬剤業務向上加算の新設

- 病棟薬剤業務実施加算1（120点/週1回）について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

（新） 薬剤業務向上加算 100点（週1回）



〔算定要件〕

病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修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であって、病棟薬剤業務実施加算1を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り所定点数に加算する。

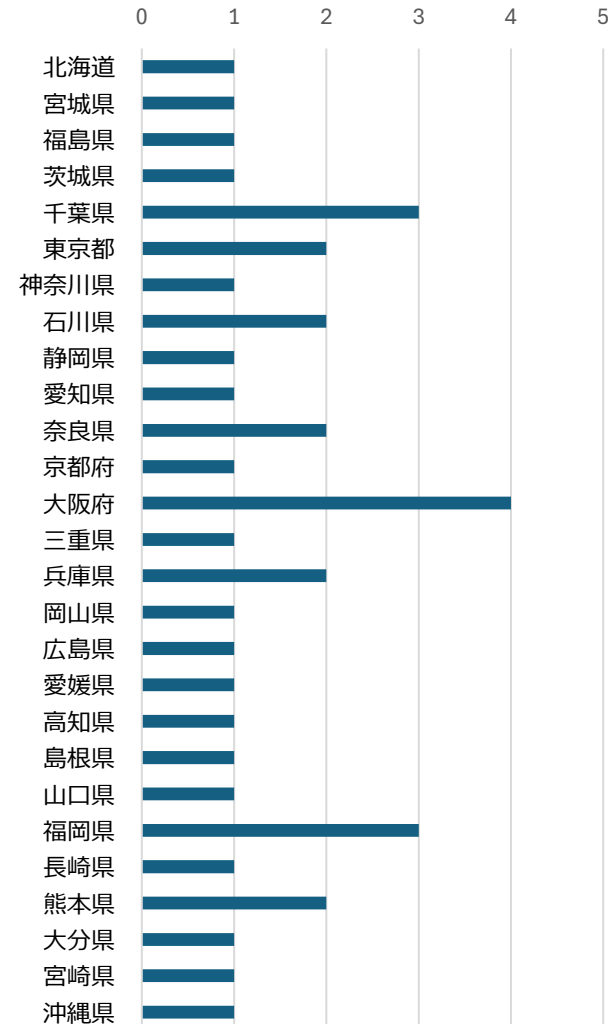
〔主な施設基準〕

- (1) **免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていること**として以下の要件を満たすこと。
 - ア 研修を総括する責任者の配置及び研修の計画、実施等に関して検討するための委員会が設置されている
 - イ 十分な指導能力を有する常勤薬剤師が研修を受ける薬剤師の指導に当たっている
 - ウ 研修を受ける薬剤師の研修内容を定期的に評価・伝達する体制の整備及び研修修了判定が適切に実施されている
 - エ 調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施している
 - オ 研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施している
- (2) **都道府県における薬剤師確保の取組を実施する部署と連携して自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）へ出向を実施させる体制**として、以下の要件を満たすこと。
 - ア 出向先は、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関である
 - イ 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師である
 - ウ 出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、出向に関する具体的な計画が策定されている
- (3) **特定機能病院又は急性期充実体制加算1、2に係る届出を行っている保険医療機関**であること。

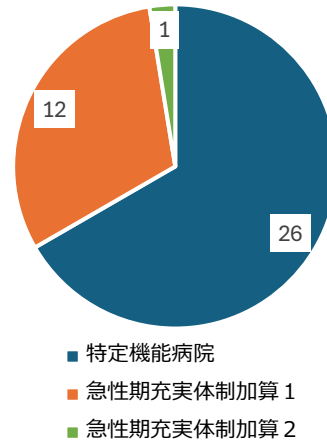
薬剤業務向上加算の算定状況等

- 薬剤業務向上加算は、令和7年9月時点で39施設が算定しており、その内訳は特定機能病院が66.7%と最も多かった。
- 薬剤業務向上加算を算定することによる、薬剤師の採用への影響については、「採用あり」が半数以上を占めている。

■ 都道府県別出向元病院の内訳 出向人数（人）



■ 病院機能別届出状況

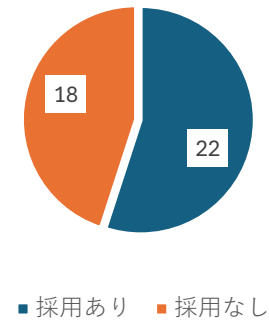


他県に出向させている医療機関は3施設（7.7%）

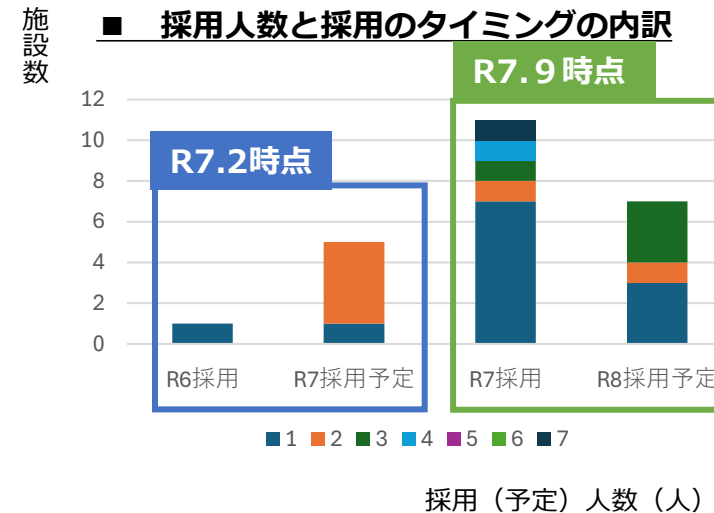
■ 出向終了人数



■ 薬剤業務向上加算を算定することによる採用増加への影響について



■ 採用人数と採用のタイミングの内訳



5. 病院薬剤師について

5－1. 病院薬剤師を取り巻く環境

5－2. 病院薬剤師間連携

薬剤師業務に関連する評価

○: 出来高算定可、×: 対象の入院料等でない、－: 入院料等に包括

○主な病棟における加算等

入院料加算 医学管理料	病棟 入院料等	特定機能 病院	急性期一 般	地域包括 医療病棟	地域包括 ケア病棟	回復期 リハビリ テーショ ン病棟	療養病棟	精神病棟	精神科 地域包括 ケア	小児入院 医療管理 料
A 244 病棟薬剤業務 実施加算 1		○	○	○	-	-	○	○	-	○
A 250 薬剤総合評価 調整加算		○	○	○	○	○	○	○	○	×
B008 薬剤管理指導料 B014 退院時薬剤情報 管理指導料		○	○	○	-	-	○	○	-	-

○主な治療室における加算等

入院料加算 医学管理料	治療室 管理料等	救命救急 入院料	特定集中 治療室	ハイケア ユニット	脳卒中 ケア ユニット	小児特定 集中 治療室	新生児特定 集中 治療室	新生児特定集中 治療室重症児 対応体制強化	総合周産期 特定集中治療室
A 244 病棟薬剤業務 実施加算 2		○	○	○	○	○	○	○	○
A 250 薬剤総合評価 調整加算		×	×	×	×	×	×	×	×
B008 薬剤管理指導料 B014 退院時薬剤情報 管理指導料		○	○	○	○	○	○	○	○

転院・転所患者の入退院における薬剤師の関わり

- 急性期医療を受けた後、リハビリや療養を目的に転院・転所する患者に対する薬剤師の関わりと報酬上の評価は以下のとおり。

医科

転院元病院（病院薬剤師）

診療報酬上の評価

退院時薬剤情報管理指導料

算定可能病棟に制限あり

・退院時薬剤情報管理指導料（90点・退院時1回）・患者への指導を評価

（精神科）地域包括ケア・回復期リハビリテーション病棟は包括のため**算定不可**

薬剤総合評価調整加算（100点・退院時）

退院時薬剤情報連携加算は医療機関への情報提供は**対象外**

薬剤調整加算（150点 退院時）

入院料によらず算定可能

薬剤師の業務

＜退院時に求められる薬剤師の役割＞

- ・療養の場に向けて服薬の簡素化
- ・急性期治療で開始した薬剤の適切な見直しの推進
- ・転院先で薬剤料が包括される場合の服用薬剤の調整



転院元病院

回復期・療養病棟への転院・施設等への転所

自宅・施設

薬剤師の業務



＜入院中に求められる薬剤師の役割＞

- ・服用中薬剤の総合的評価（持参薬含む）
- ・必要に応じた、薬物治療全般に対する、投与量設計・TDM等への参画
- ・医師等と協働したタスクシフト・シェア
- ・薬剤総合評価調整

＜退院時に求められる薬剤師の役割＞

- ・療養の場に向けて服薬の簡素化の観点

（精神科）地域包括ケア・回復期リハビリテーション病棟は包括のため**算定不可**

診療報酬上の評価

（精神科）地域包括ケア・回復期リハビリテーション病棟は包括のため**算定不可**

算定可能病棟に制限あり

- ・病棟業務実施加算
- ・薬剤管理指導料

薬剤総合評価調整加算（100点・退院時）

薬剤調整加算（150点 退院時）

入院料によらず算定可能

退院時薬剤情報管理指導料

算定可能病棟に制限あり

・退院時薬剤情報管理指導料（90点・退院時1回）・患者への指導を評価

・退院時薬剤情報連携加算（60点・退院時1回）・**薬局へ**の情報提供

切れ目のない薬剤情報連携のイメージ

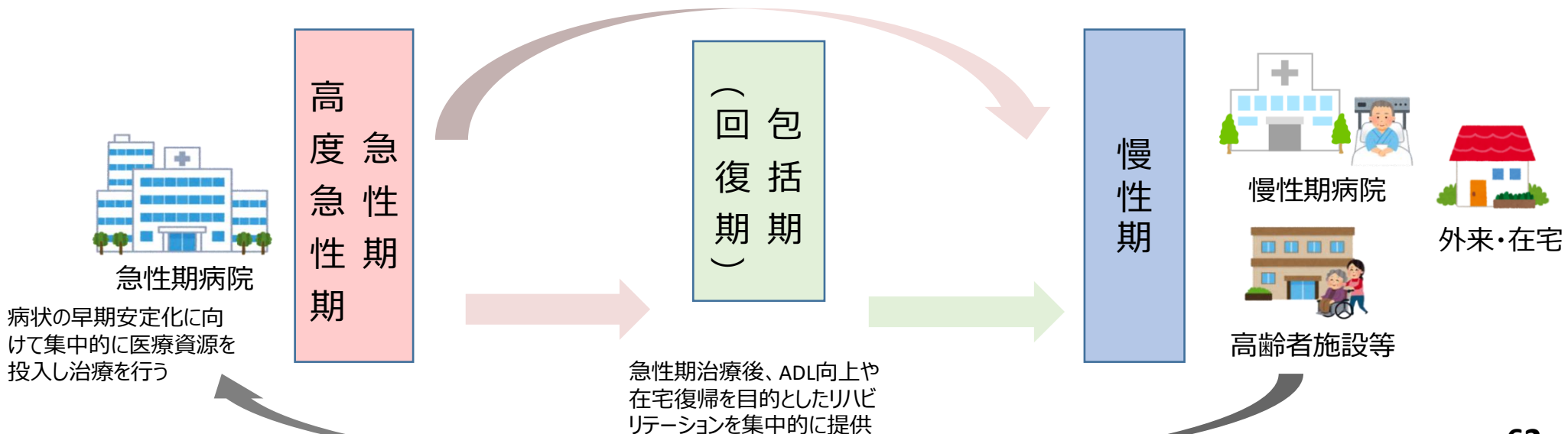
- 病院薬剤師が実施する薬物治療の連携方法として、入院中の薬物治療や副作用、ポリファーマシー対策に係る薬剤の調整等の薬物治療に特化した情報提供書（薬剤サマリー）がある。
- 薬剤サマリーは、多職種で共有することを前提とし、患者の退院後の生活環境や支援体制は異なるため、それに応じた情報の整理が求められるだけでなく、高度急性期、急性期、包括期（回復期）、慢性期の各フェーズに応じて、処方変更等の要点を明確に記載し、次の担当者がスムーズに治療を引き継げるよう記載内容や重点を変化させることが重要である。

<高度急性期・急性期の病床における薬剤情報連携>

- ・ 一般的に**在院日数が短く**、患者の病態が急速に変化するため、服薬管理を再考することまでは困難であり、**入院前の服薬管理の評価に留まる場合も多い**と考えられる。
- ・ このような場合でも、患者の既往歴や常用薬、急性期での薬剤変更の意図が特に重要であり、介入を要する問題点、退院時点での患者状態と服薬時の注意事項などを回復期・慢性期病院に情報提供する。
(例：手術後に一時的に中止した抗凝固薬などの再開時期について)

<包括期（回復期）・慢性期の病床における薬剤情報連携>

- ・ **入院期間が長期化**し、治療の安定化や患者のADLの回復を支えるための薬物療法の調整が中心となる。
- ・ 処方変更や薬剤再評価の機会が増えるため、リハビリテーションの進行状況やポリファーマシー対策の進捗も含めた情報共有が欠かせない。
- ・ **退院後の療養生活を見据えた服薬管理の再考**を行い、服薬管理上の注意点や引き続き介入を要する問題点などを、**地域生活を支える保険薬局等へ情報提供**する。
(例：リハビリに伴う転倒リスクを低減するため、睡眠薬や向精神薬の適正使用について記載する)



退院時薬剤師業務の現状の評価

- 退院時の薬剤師業務の診療報酬上の評価として、退院時薬剤情報管理指導料がある。
- 退院時薬剤情報管理加算における情報連携に対する評価として退院時薬剤情報連携があるが、情報連携先としては、評価の対象が薬局に限られている。

退院時の地域における継続的な薬学的管理を支援する取組の評価

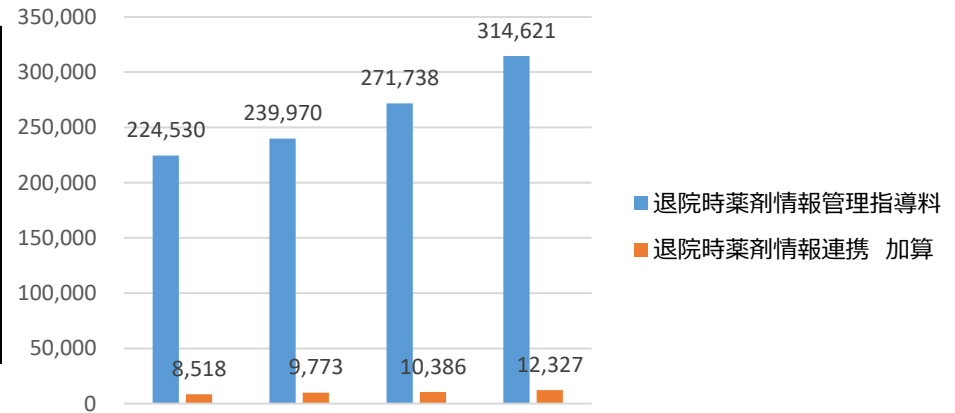
①退院時薬剤情報管理指導料（90点・退院時1回）

入院中に使用した主な薬剤を手帳に記載した上で、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を患者等に行った場合（H12年度～）

②退院時薬剤情報連携加算（60点・退院時1回）

入院前の内服薬の変更又は中止した患者について、保険薬局に対して文書により当該患者の状況を情報提供した場合（R2年度～）

■ 退院時に対する評価の算定状況



出典：社会医療診療行為別統計

	退院時薬剤情報管理指導料	退院時薬剤情報連携加算	薬剤総合評価調整加算	薬剤調整加算
対象患者	薬物治療を受けた退院患者すべて	入院前の薬剤の変更または中止した患者	入院時6剤以上内服している患者	
評価項目	入院中使用薬剤、退院後の薬剤についてをお薬手帳に記載し、交付することで、継続的な薬学管理を支援する取組を評価	文書による当該患者の薬物治療に関する情報提供をし、継続的な薬学的管理を支援する取組	多職種連携下での適切な体制で薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更を実施することでのポリファーマシー対策に対する評価	2剤以上減薬したことでのポリファーマシー対策に対する評価
指導・連携の対象	患者への指導	薬局のみ	患者への指導	規定なし

- 入院時のポリファーマシー対策に関する診療報酬上の評価は、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する「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。

医
科

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)

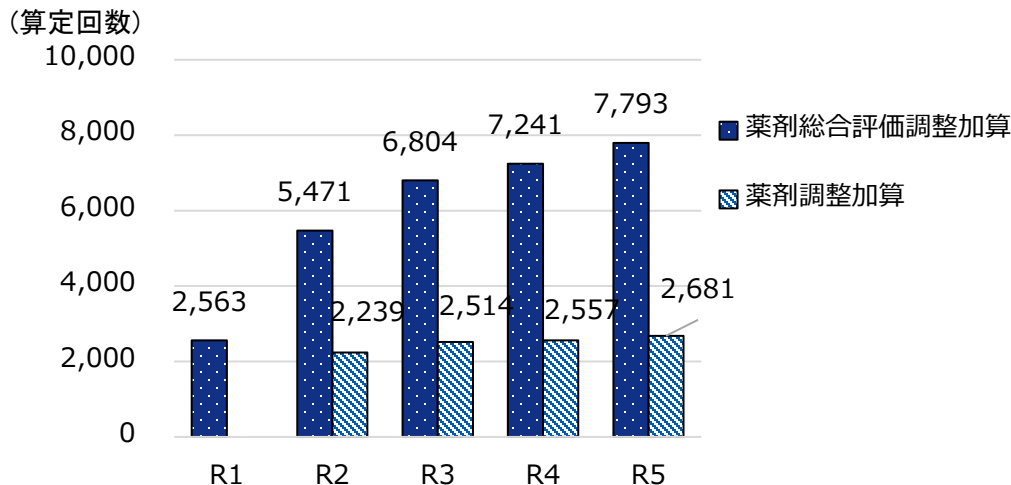
- ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。
 イ アを踏まえ、医師、薬剤師及び看護師等の**多職種による連携の下で**、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更を行う。
 ウ 処方内容を変更する際の留意事項を**多職種で共有した上で**、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
 エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し必要に応じて、再評価を行う。
 オ 実施するに当たっては、**病棟等における日常的な薬物療法の総合的な評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。**
 カ **ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。**

②薬剤調整加算(退院時1回 150点)

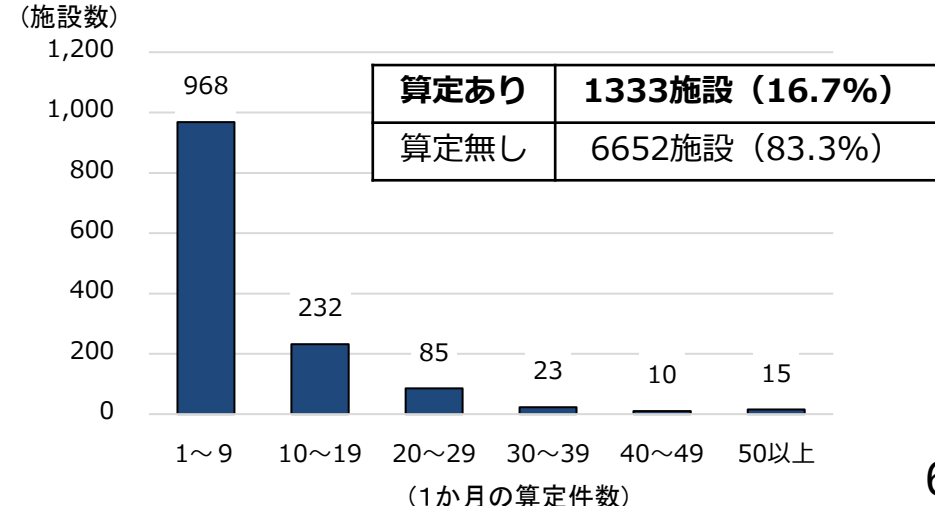
- ①に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。
 ・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
 ・退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

※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⁾



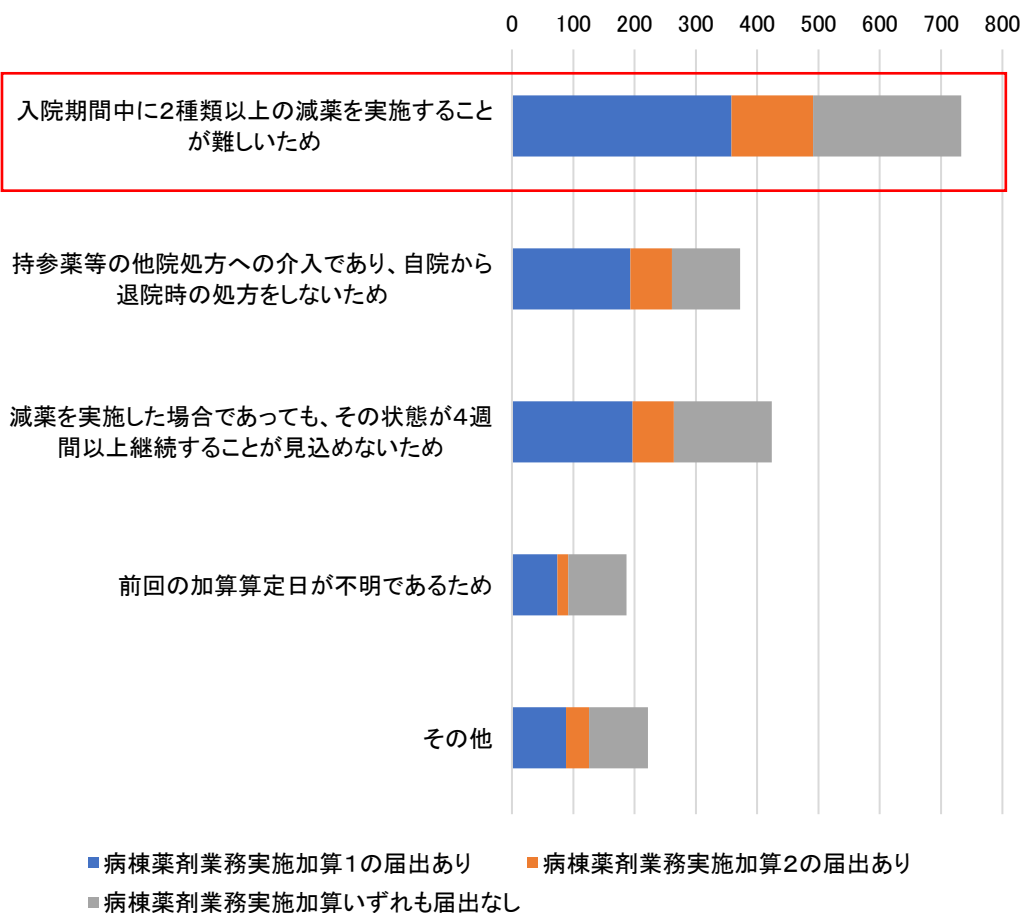
■薬剤総合評価調整加算の1か月の算定回数(n=7985)²⁾



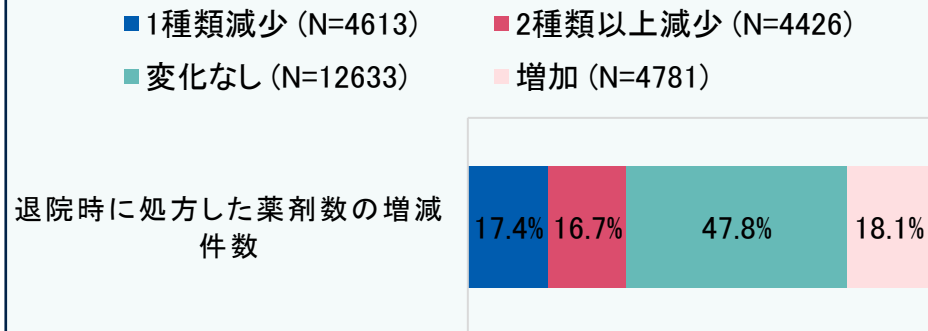
入院中のポリファーマシー対策の実施状況等

- 薬剤調整加算を算定していない理由としては、「入院期間中に2種類以上の減薬を実施することが難しいため」が最も多かった。2種類以上減少に至っている割合は16.7%であるが、1種類以上減少している割合は34.1%であった。
- 入院中に2種類以上の減薬を実施することが難しい理由として、「入院期間が短いこと」、「処方の変更に対する反応を確認しながら1剤ずつ減量する必要があるため」が多かった。

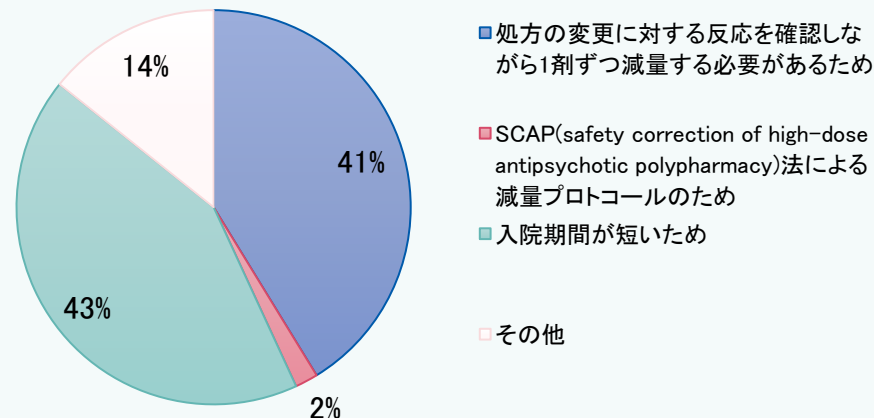
薬剤調整加算を算定していない理由



ポリファーマシー対策の介入による退院時処方薬剤数の増減割合



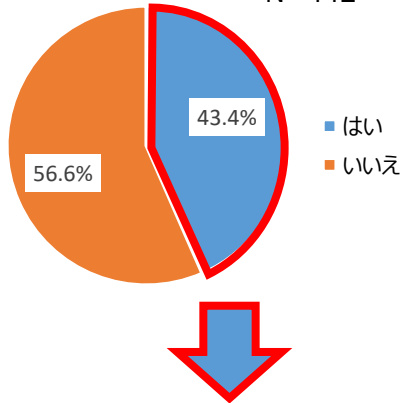
入院中に2種類以上の減薬を実施することが難しい理由



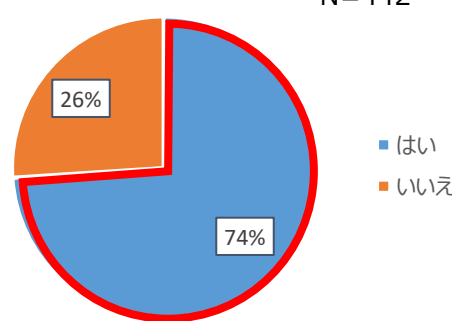
転院・転所時の病院薬剤師間の薬剤に関する情報連携

- 転院・転所時にも薬剤サマリーを作成し、情報連携をしている医療機関は4割を超えていた。
- 転院・転所先病院で、薬剤サマリー受領経験がある医療機関は7割を超えており、そのうち8割は、薬剤サマリーの内容が診療情報提供書を補完するものであり、有用と捉えていた。
- 薬剤サマリーの提出がないため、服用中薬剤や転院前の薬物治療等に関する情報が不足し、病院間の薬剤師が別途連携をはかったことがある割合は、8割を超えていた。
- 薬剤調整し、退院した患者が連携不足により中止薬剤が再開されていた事例に遭遇した経験のある薬剤師は半数を超えていた。

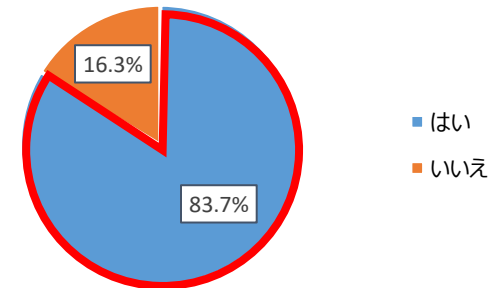
■ 退院時の転院・転所時の薬剤サマリー実施の有無 N=442



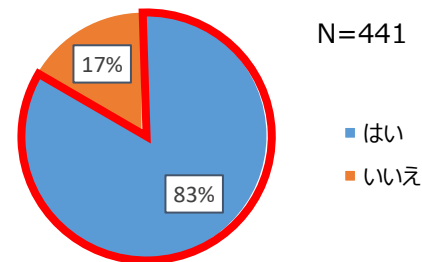
■ 転院元からの薬剤情報提供文書受領経験の有無 N=442



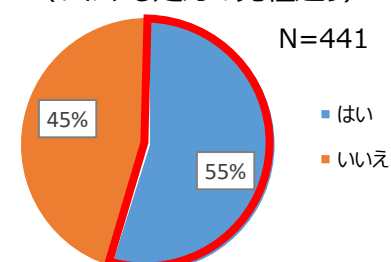
■ 病院薬剤師間連携による情報提供は診療情報提供書の内容を補完するものであったか N=326



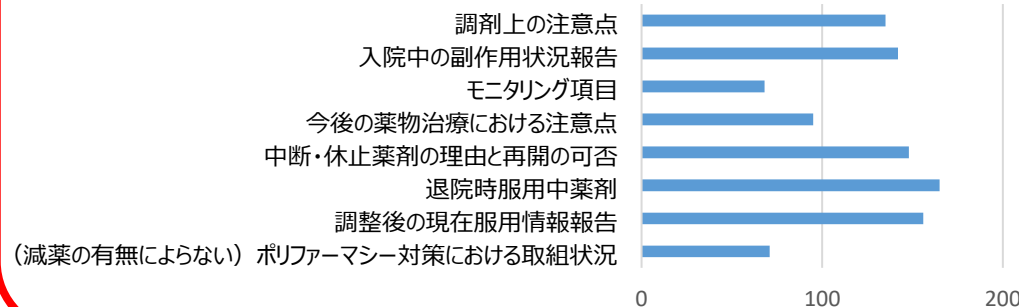
■ 薬剤師間情報提供がなく、転院元の服用状況把握のため電話や地域連携室経由等で照会したことがあるか N=441



■ 多剤投薬に対する薬剤調整後、連携不足による中止薬剤が再開した事例に遭遇した経験があるか（いわゆる処方先祖返り） N=441



■ 提供情報内容の内訳 (N=192：複数選択可)



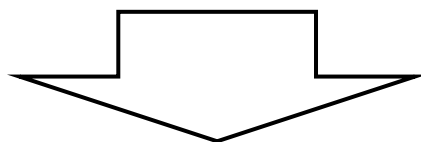
病院薬剤師についての課題と論点

(病院薬剤師を取り巻く環境)

- 病院薬剤師は不足しており、人件費を含め、その確保が喫緊の課題である。
- 令和6年度改定において新設した薬剤業務向上加算により、新規採用者数の拡大につながった事例がある。

(薬剤師間連携について)

- 退院時の薬薬連携として、病院薬剤師から薬局への薬剤情報提供については退院時情報連携加算として診療報酬上の評価を設けている一方、急性期から回復期、回復期から慢性期の切れ目ない薬剤情報連携は重要であるが、病院から病院への転院・転所時等に病院薬剤師が行う薬剤情報提供業務に対しては、診療報酬上の評価がない。
- ポリファーマシー対策の観点等から、転院・転所時に薬物治療に特化した薬剤情報の連携をすることは、患者の薬物治療において重要であるため、診療情報提供書とは別に、薬剤情報提供書の作成・交付に取り組んでいる病院もある。一方で、転院元から薬剤情報提供がない場合においては、別途問い合わせを実施する手間が生じたり、連携不足により、いわゆる「処方先祖返り」が生じる場合があり、患者の薬物治療に影響を及ぼすリスクがある。
- 急性期病院では、入院期間が短いため、ポリファーマシー対策に十分に介入できないことが多く、医療機関間で病院薬剤師が連携し、転院・転所を含めて長期的に薬剤師が介入することで、ポリファーマシー対策を促進することが考えられる。しかしながら、病院のポリファーマシー対策に対する診療報酬上の評価として、薬剤総合評価調整加算があるが、この評価において、病院薬剤師間の情報連携については、評価対象とされていない。



【論点】

- 病院薬剤師の業務に対する評価のあり方についてどのように考えるか。
- 転院・転所時におけるシームレスな薬物治療の実施や、転院・転所を含めた長期的な薬剤師の介入によるポリファーマシー対策を推進する観点から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。