

# 個別事項(その8)

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. 医師事務作業補助体制加算について
3. 手術・処置の時間外等加算について
4. 医療機関における薬剤師業務に係る評価について
5. 特定行為研修修了者の活用について
6. 看護職員の処遇改善と負担軽減について
7. ICTの活用について
8. 地域医療体制確保加算について
9. 論点

## 医師の働き方改革に関する経緯

### これまでの経緯

#### □ 「働き方改革実行計画」(平成29年3月28日 働き方改革実現会議決定)

「医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、**改正法の施行期日(※平成31年4月1日)の5年後を目途に規制を適用**することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、**2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。**」

#### □ 働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律(平成30年7月6日 公布)

時間外労働の上限規制に関し、大企業は平成31年4月より、中小企業は令和2年4月より適用。医師については、令和6年4月から適用。

#### □ 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」報告書とりまとめ(平成31年3月28日)

平成29年8月2日より22回開催し、医師の時間外労働規制の具体的なあり方、労働時間の短縮策等について取りまとめ。

⇒ 「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を令和元年7月5日に立ち上げ。

⇒ 「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」を令和元年10月23日に立ち上げ。

### 議論の状況

□ 医師の働き方改革の推進に関する検討会(令和元年7月～現在 計12回 第11回において中間とりまとめ)

□ 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(令和元年10月～現在 計7回 第7回において議論の整理)

# 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要

(令和3年2月2日 法案閣議決定、令和3年5月28日 公布)

## 改正の趣旨

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

中医協 総-1-2  
3 . 7 . 2 1

## 改正の概要

### <Ⅰ. 医師の働き方改革>

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

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

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

### <Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

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

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

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

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

### <Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

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

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

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

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

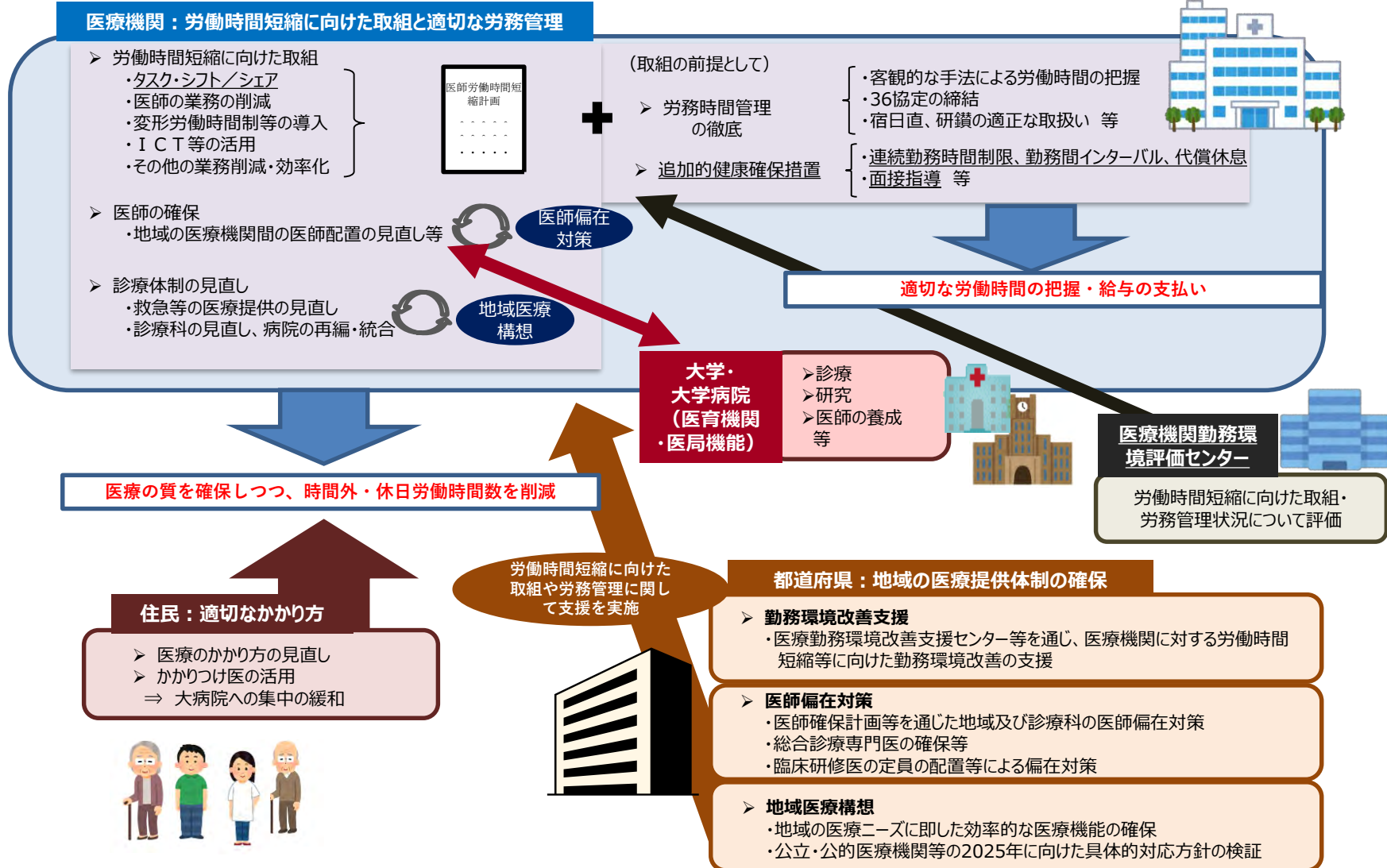
#### 3. 外来医療の機能の明確化・連携 (医療法)【令和4年4月1日施行】

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

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

# 医師の働き方改革の全体像

※下線部は法改正事項

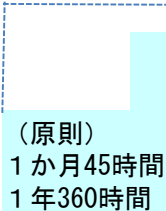


# 医師の時間外労働規制について

## 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】



※この(原則)については医師も同様。

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(例外あり)  
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

※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】

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・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。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・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。

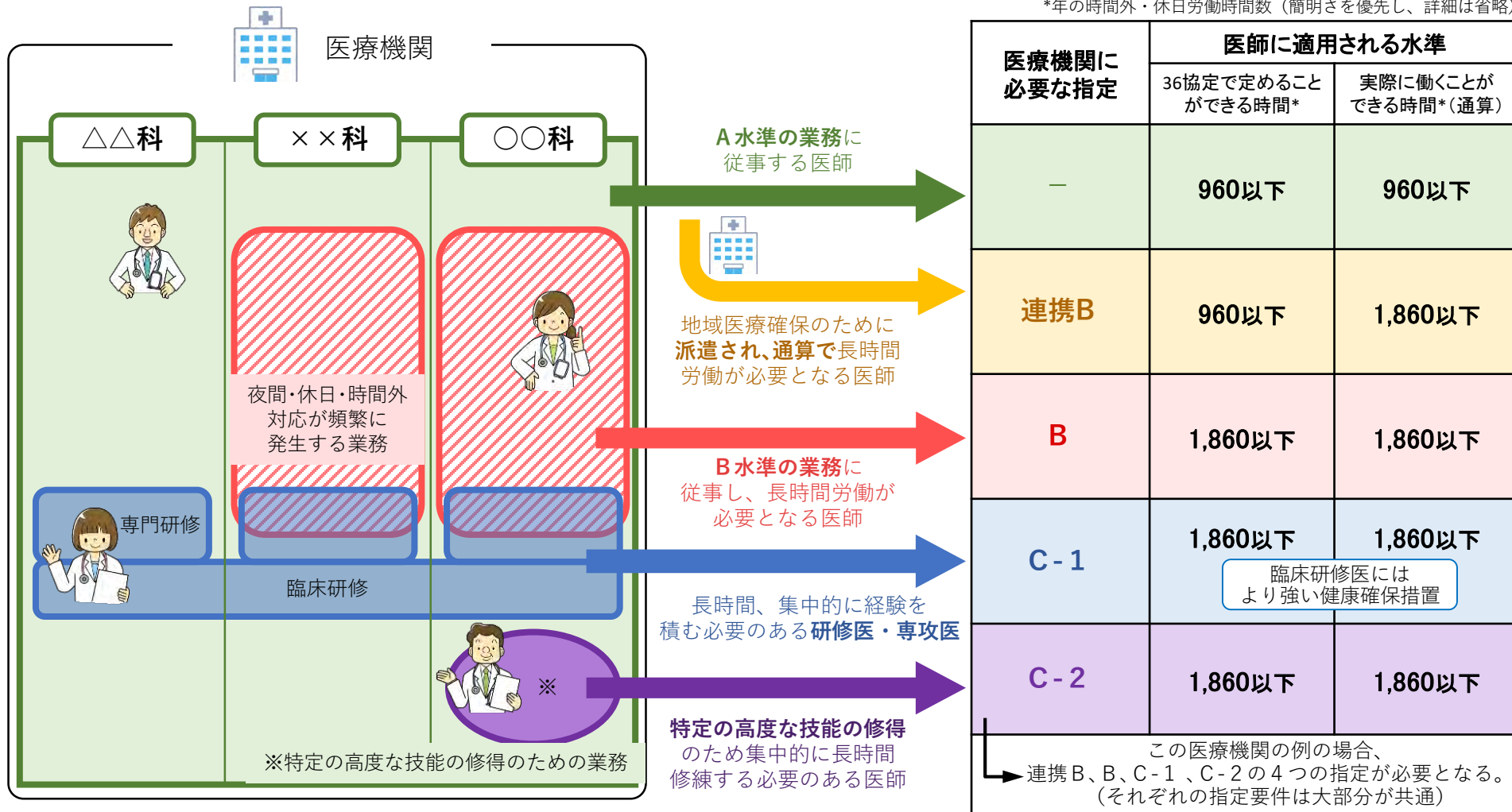
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

# 各水準の指定と適用を受ける医師について

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

\*年の時間外・休日労働時間数（簡明さを優先し、詳細は省略）





# 2024年4月に向けたスケジュール

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始(改正労働基準法の施行)

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

## 時短計画案の作成

都道府県の指定を受けようとする場合は、第三者評価を受審する前までに作成

※時間外・休日労働が年960時間を超えている医師がいる医療機関は、時短計画を作成し取り組むよう努め、その時短計画に基づく取組(PDCA)に対して都道府県が支援

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

## 医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価

労働時間実績や時短の取組状況进行评估

※第三者評価に関する規定は2022年4月施行

## 都道府県による特例水準対象医療機関の指定

(医療機関からの申請)

地域医療への影響等を踏まえた都道府県の判断

※都道府県の指定に関する事前準備規定は2022年4月施行

C-1水準

## 臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示

※開始年限は、臨床研修部会等において検討

C-2水準

## 審査組織による医療機関の個別審査

特定の高度な技能の教育研修環境を審査

※審査組織における審査に関する規定は2022年4月施行

時間外・休日労働が年960時間以下の医師のみの医療機関は都道府県の指定不要

## 特例水準の指定を受けた医療機関

- 時短計画に基づく取組み
- 特例水準適用者への追加的健康確保措置
- 定期的な時短計画の見直し、評価受審

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

※一医療機関は一つ又は複数の水準の指定  
※特例水準は、指定の対象となった業務に従事する医師に適用される。

労務管理の一層の適正化・タスクシフト/シェアの推進の取組み



## 令和3年度予算における医師・医療従事者の働き方改革の推進

124.8億円

中医協 総-1-2  
3 . 7 . 2 1

- 2040年に向けて総合的な医療提供体制改革を実施していくため、地域医療構想の実現に向けた取組や医師の偏在対策と連携しつつ、医師の労働時間短縮を強力に進めていくための、実効的な施策を講じる。

## ■勤務医の労働時間短縮の推進

95.3億円 ※地域医療介護総合確保基金(795.8億円)の内数

勤務医の労働時間短縮を推進するため、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を対象とし、医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組に要する、I C T等機器、休憩室整備費用、改善支援アドバイス費用、短時間勤務要員の確保経費等をパッケージとして助成を行う。

## ■働きやすく働きがいのある職場づくりに向けた環境の整備

20.1億円

・医療専門職支援人材確保支援事業	0.1億円	・特定行為に係る看護師の研修制度の推進	7.0億円
・Tele-ICU体制整備促進事業	5.5億円	・助産師活用推進事業	0.8億円
・妊産婦モニタリング支援事業	6.5億円	・病院薬剤師を活用したタスク・シフティング推進事業	0.2億円

## ■2024年度から医師への時間外労働上限規制導入に伴う、新たな医師の健康確保措置の仕組み等、医師の働き方改革の実現

5.8億円

・医師の労働時間短縮のための「評価機能」(仮称)設置準備	1.5億円	・長時間労働医師への面接指導実施に係る研修事業(新規)	0.1億円
・医療のかかり方普及促進事業	2.2億円	・医療機能の分化・連携に向けた具体的対応方針に対する病院支援事業	1.5億円
・集中的技能向上水準の適用に向けた対応事業	0.5億円		

## ■組織マネジメント改革の推進等

3.6億円

・医療機関管理者を対象としたマネジメント研修	0.4億円	・女性医師支援センター事業	1.4億円
・医療従事者勤務環境改善推進事業	0.1億円	・女性医療職等の働き方支援事業	0.5億円
・医療勤務環境好事例普及展開事業(新規)	0.1億円	・看護業務の効率化に向けた取組の推進	0.3億円
・医師等働き方調査事業	0.4億円	・ICTを活用した医科歯科連携の検証事業	0.3億円

## 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. **医師事務作業補助体制加算について**
3. 手術・処置の時間外等加算について
4. 医療機関における薬剤師業務に係る評価について
5. 特定行為研修修了者の活用について
6. 看護職員の処遇改善と負担軽減について
7. ICTの活用について
8. 地域医療体制確保加算について
9. 論点

# 病院勤務医の事務負担の軽減

## 医師事務作業補助体制加算(平成20年度改定において新設)

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

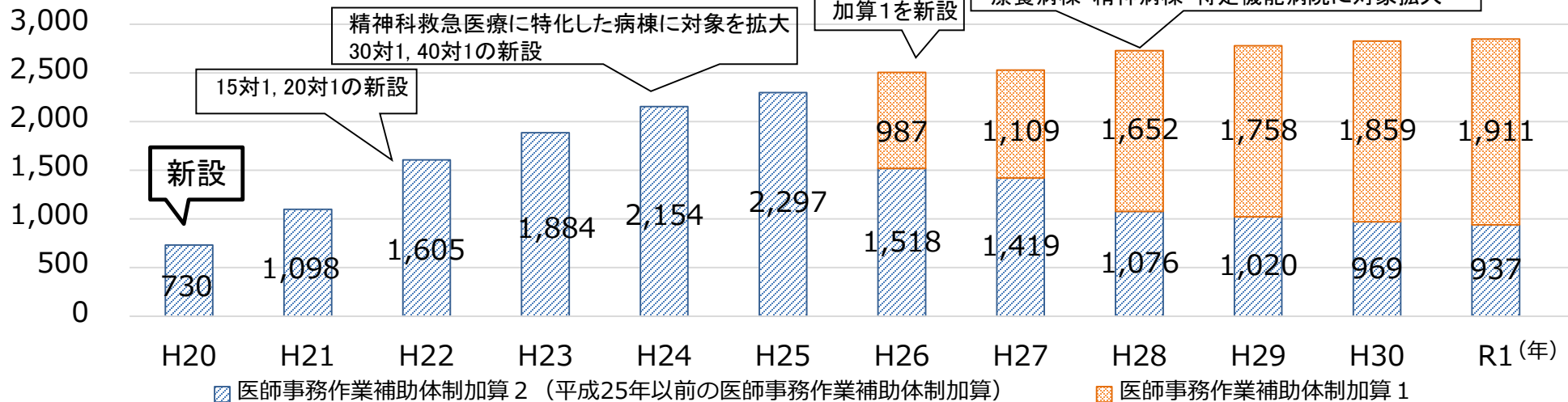
※ ①(必須)及び②~⑦のうち少なくとも2項目以上

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

医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	970点/910点
20対1	758点/710点
25対1	630点/590点
30対1	545点/510点
40対1	455点/430点
50対1	375点/355点
75対1	295点/280点
100対1	248点/238点

## 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移

(医療機関数)



# 医師事務作業補助体制加算の評価に係る経緯①

## 平成26年度改定

- 医師事務作業補助者の配置による効果を勘案し、医師事務作業補助者の業務を行う場所について、一定以上の割合を病棟又は外来とした上で、医師事務作業補助体制加算の更なる評価を新設した。

### [施設基準] (業務の場所)

医師事務作業補助者の業務を行う場所について、80%以上を病棟又は外来とする。

## 平成28年度改定

- 医師の指示に基づく診断書作成補助・診療録の代行入力に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める。

### [施設基準] (業務の場所)

医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含める。

## 令和2年度改定

- 業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める業務を更に拡大した。

### [施設基準] (業務の場所)

医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び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、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等)に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。

# 医師事務作業補助体制加算の評価に係る経緯②

平成26年度以前	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
30対1	410点
40対1	330点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

平成26年度改定		
医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
15対1	<u>860点</u>	810点
20対1	<u>648点</u>	610点
25対1	<u>520点</u>	490点
30対1	<u>435点</u>	410点
40対1	<u>350点</u>	330点
50対1	<u>270点</u>	255点
75対1	<u>190点</u>	180点
100対1	<u>143点</u>	138点

平成28年度改定		
医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
15対1	<u>870点</u>	810点
20対1	<u>658点</u>	610点
25対1	<u>530点</u>	490点
30対1	<u>445点</u>	410点
40対1	<u>355点</u>	330点
50対1	<u>275点</u>	255点
75対1	<u>195点</u>	180点
100対1	<u>148点</u>	138点

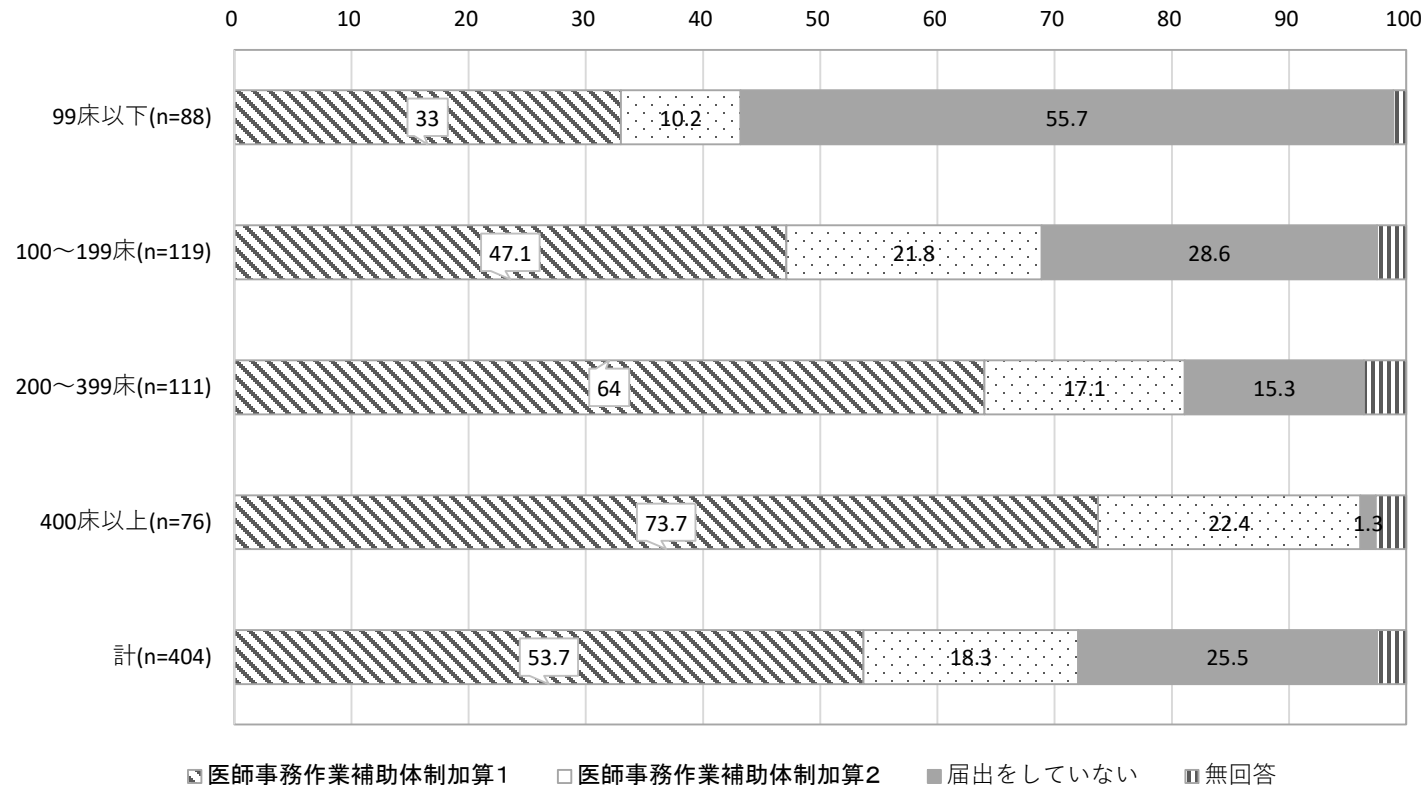
平成30年度改定		
医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
15対1	<u>920点</u>	<u>860点</u>
20対1	<u>708点</u>	<u>660点</u>
25対1	<u>580点</u>	<u>540点</u>
30対1	<u>495点</u>	<u>460点</u>
40対1	<u>405点</u>	<u>380点</u>
50対1	<u>325点</u>	<u>305点</u>
75対1	<u>245点</u>	<u>230点</u>
100対1	<u>198点</u>	<u>188点</u>

令和2年度改定		
医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
15対1	<u>970点</u>	<u>910点</u>
20対1	<u>758点</u>	<u>710点</u>
25対1	<u>630点</u>	<u>590点</u>
30対1	<u>545点</u>	<u>510点</u>
40対1	<u>455点</u>	<u>430点</u>
50対1	<u>375点</u>	<u>355点</u>
75対1	<u>295点</u>	<u>280点</u>
100対1	<u>248点</u>	<u>238点</u>

# 医師事務作業補助体制加算の届出状況

医師事務作業補助体制加算の届出状況をみると、令和2年10月では、「医師事務作業補助体制加算1」53.7%、「医師事務作業補助体制加算2」18.3%および「届出をしていない」が25.5%であった。  
病床規模別にみると、「99床以下」では「届出をしていない」(55.7%)、「100～199床以下」「200床～399床」「400床以上」では「医師事務作業補助体制加算1」(47.1%、64.0%、73.7%)が最も多かった。

医師事務作業補助体制加算の届出状況（病床数別）

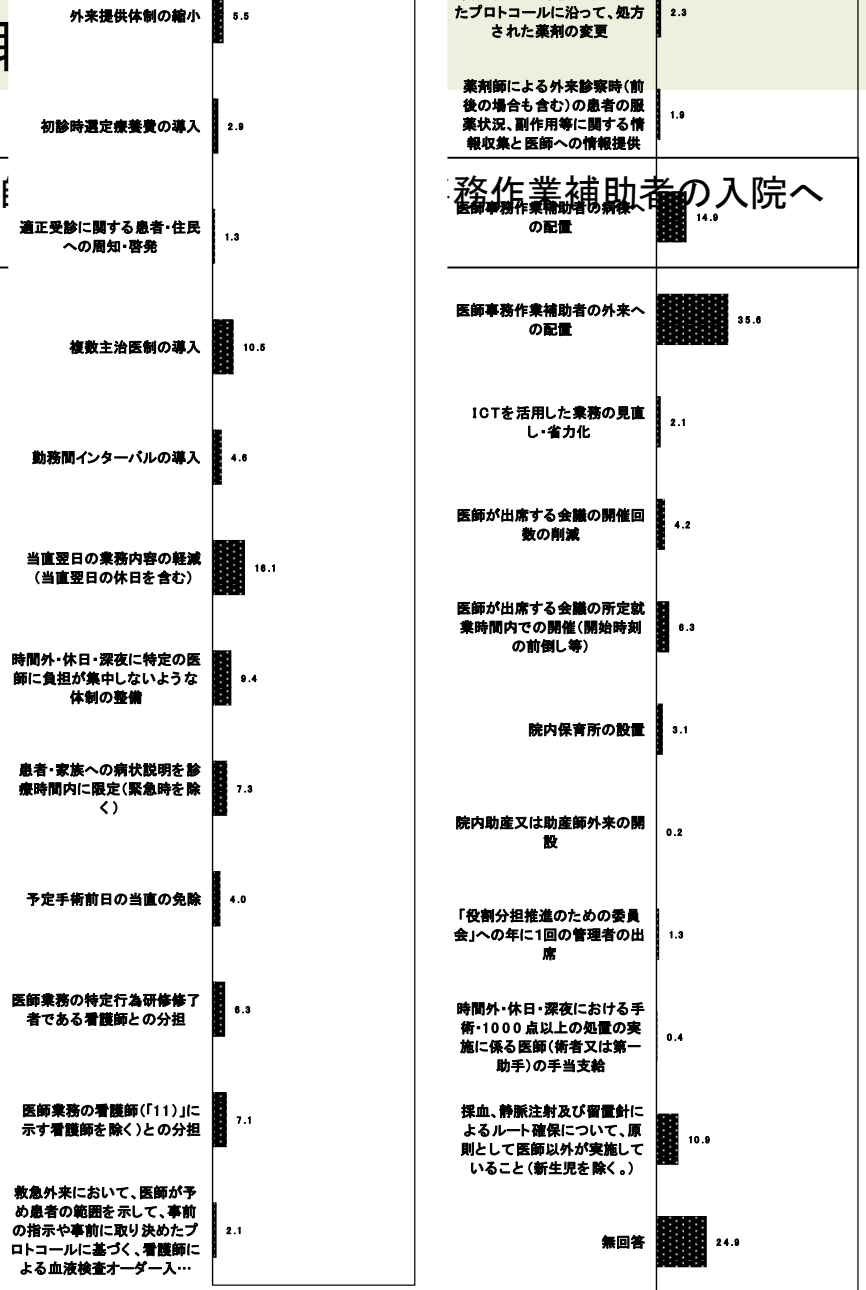
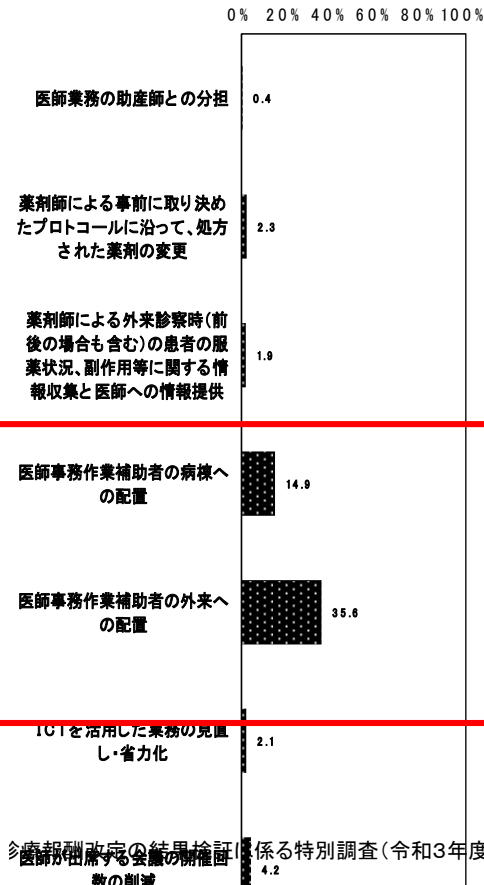
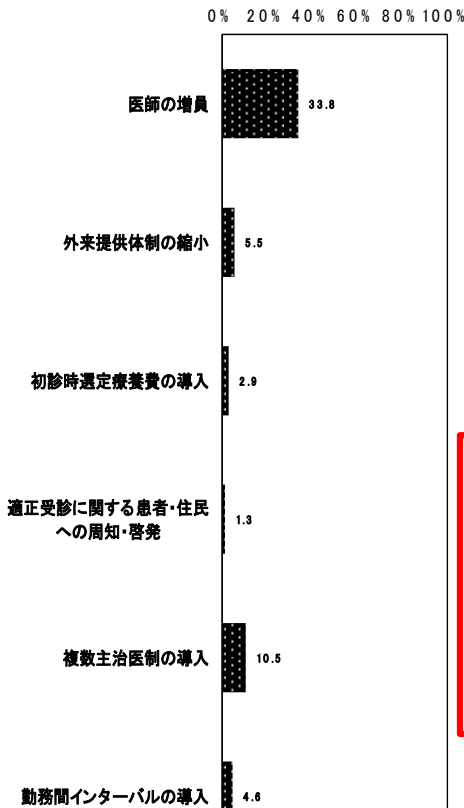


# 医師の負担軽減効果がある取組

○ 医師の負担軽減策として特に効果のある取組が多かったものは、「医師の配置」「医師事務作業補助者の外来への配置」であった。

特に医師の負担軽減効果がある取組(複数回答、3つまで)(施設票)

n = 477

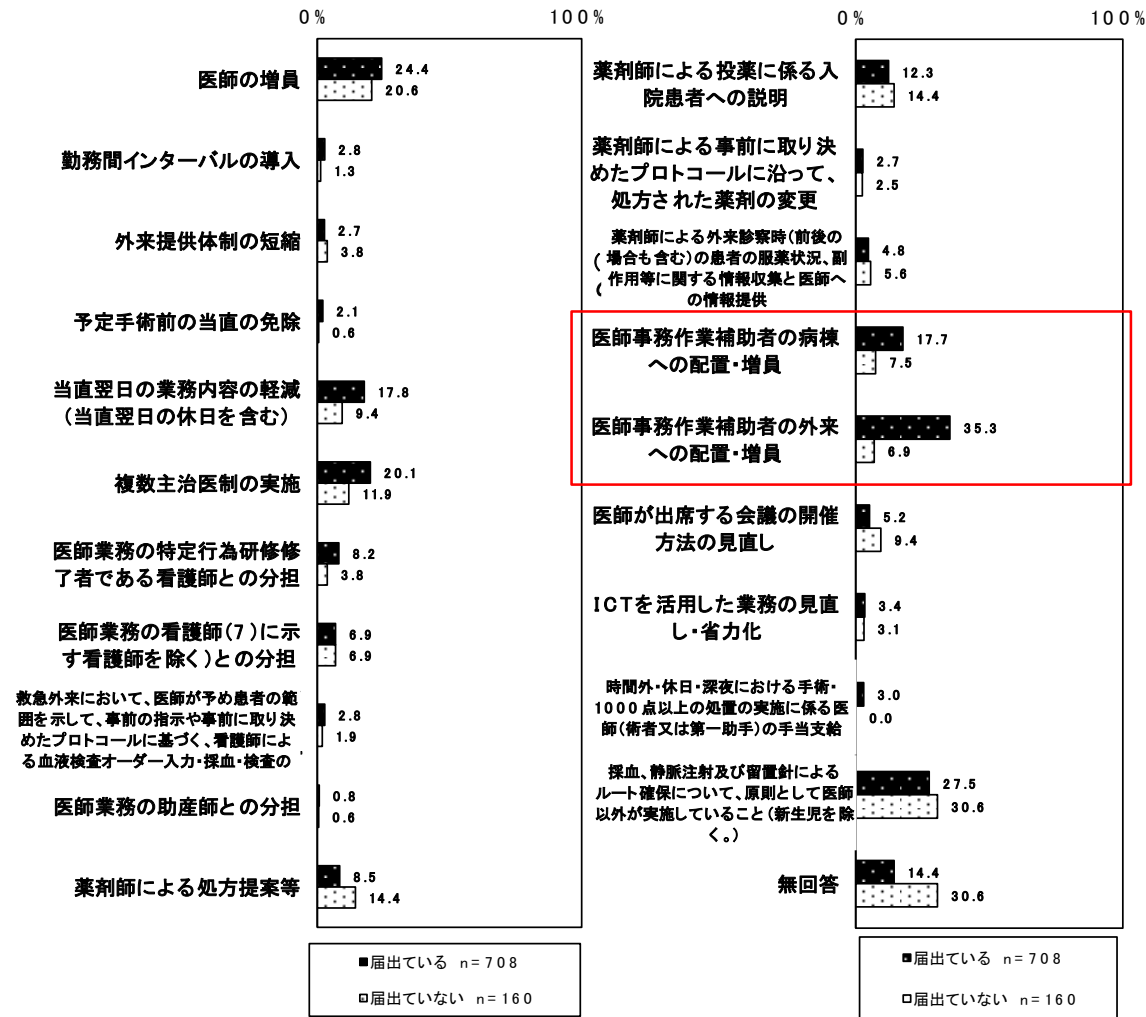




# 医師の負担軽減効果がある取組（医師の回答）

○ 医師事務作業補助体制加算を届け出ている医療機関において、「医師事務作業補助者の配置・増員」が医師の負担軽減に効果があると回答した医師が、届出のない医療機関より、顕著に多かった。

医師の負担軽減策として実施されている取組について、特に効果のある取組（複数回答）  
（医師事務作業補助体制加算の届出有無別）（医師票）

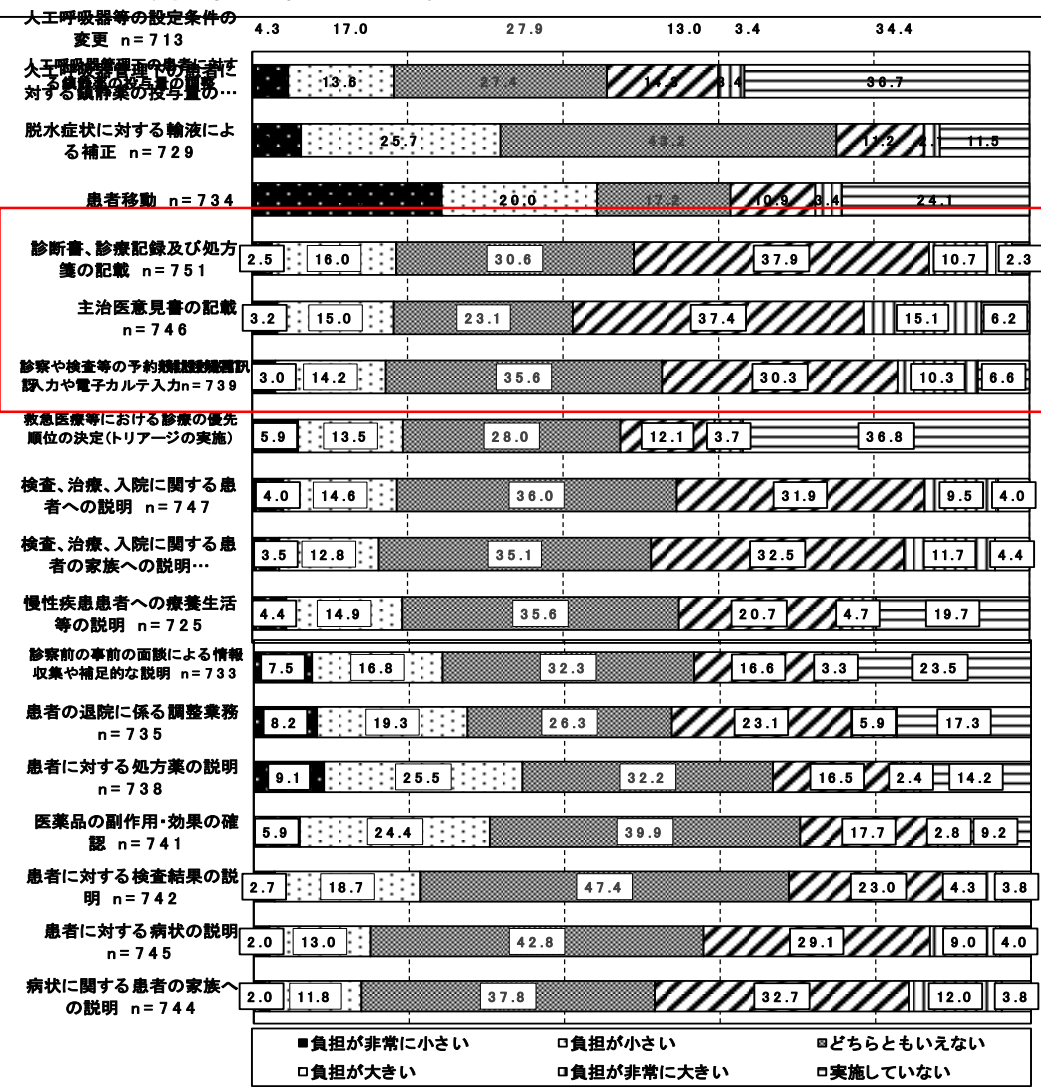
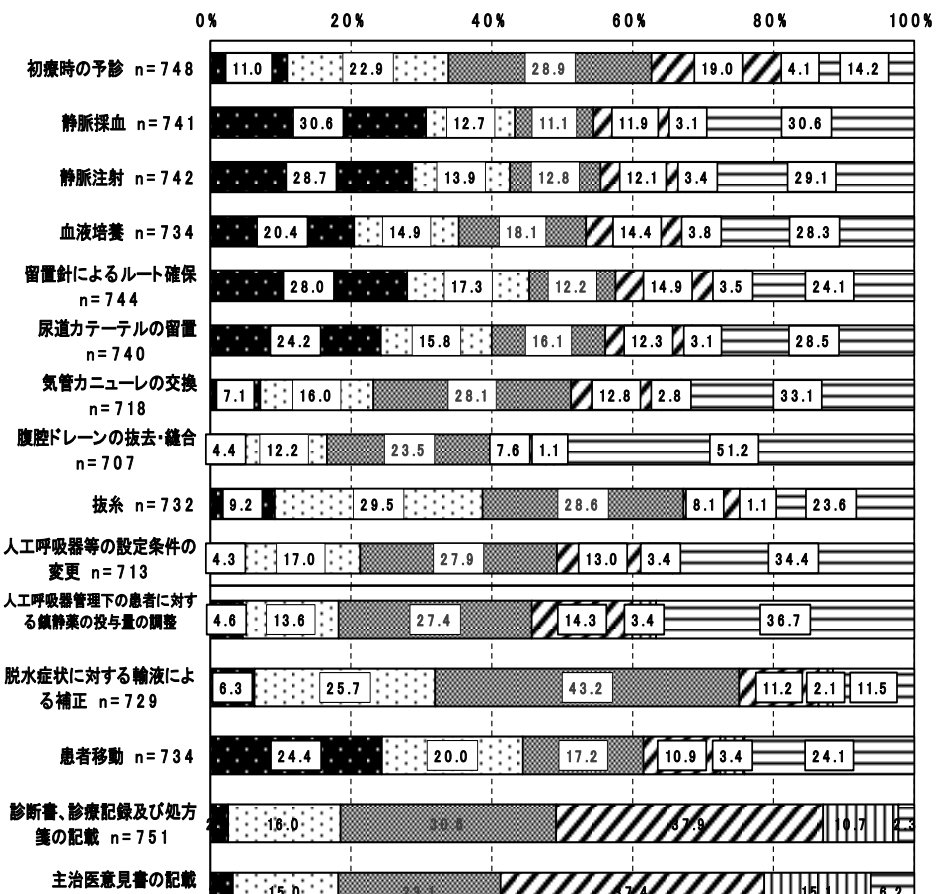


# 各業務の負担感(医師の回答)

人工呼吸器等の設定条件の変更	n=744	4.3	17.0	27.9	13.0	3.4	34.4
人工呼吸器管理下の患者に対する鎮静薬の投与量の調整	n=718	7.1	16.0	28.1	12.8	2.8	33.1
脱氷症状に対する輸液による補正	n=729	6.3	25.7	43.2	11.2	2.1	11.5
患者移動	n=734	24.4	20.0	17.2	10.9	3.4	24.1
診断書、診療記録及び処方箋の記載	n=751	18.0	30.8	37.9	10.7	2.3	
主治医意見書の記載	n=746	15.0	23.1	37.4	15.1	6.2	
診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテ入力	n=739	3.0	14.2	35.6	30.3	10.3	6.6

○「主治医意見書の記載」、「診断書、診療記録及び処方箋の記載」、「診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテ入力」といった事務作業については、負担感が大きいという回答が多かった。

## 各業務の負担感(医師票)

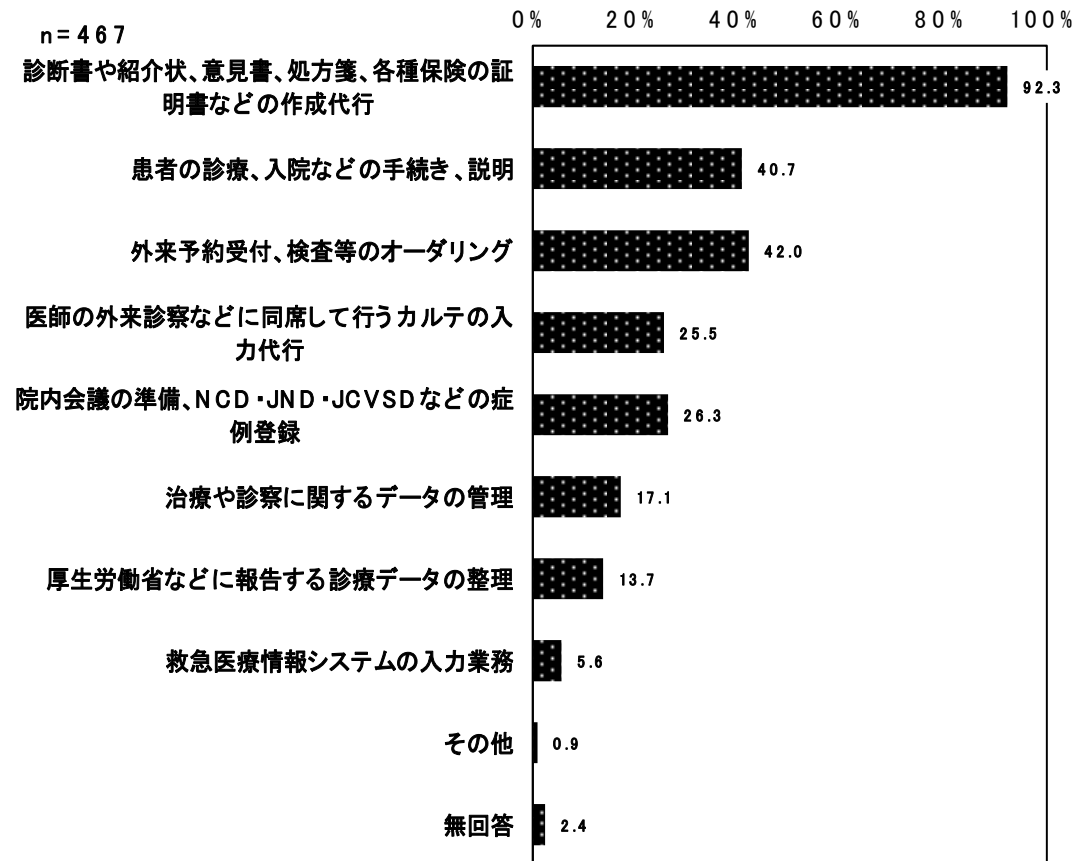


【出典】令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度調査)「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(医師票)

# 医師事務作業補助者の導入により改善・軽減が見られた医師業務内容(医師の回答)

○ 医師事務作業補助者の導入により、改善・軽減がみられた医師業務として医師により回答された内容は以下のとおりであった。

## 医師事務作業補助者の導入により改善・軽減が見られた医師業務内容(複数回答)



# 医師事務作業補助者の業務について

○ 必ずしも医師が行う必要はなく、看護師その他の医療関係職種のほか、医師事務作業補助者（「医師の指示で事務作業の補助を行う事務に従事する者」をいう。）等の事務職員が行うことも可能であるとして、以下に掲げる業務が示されている。

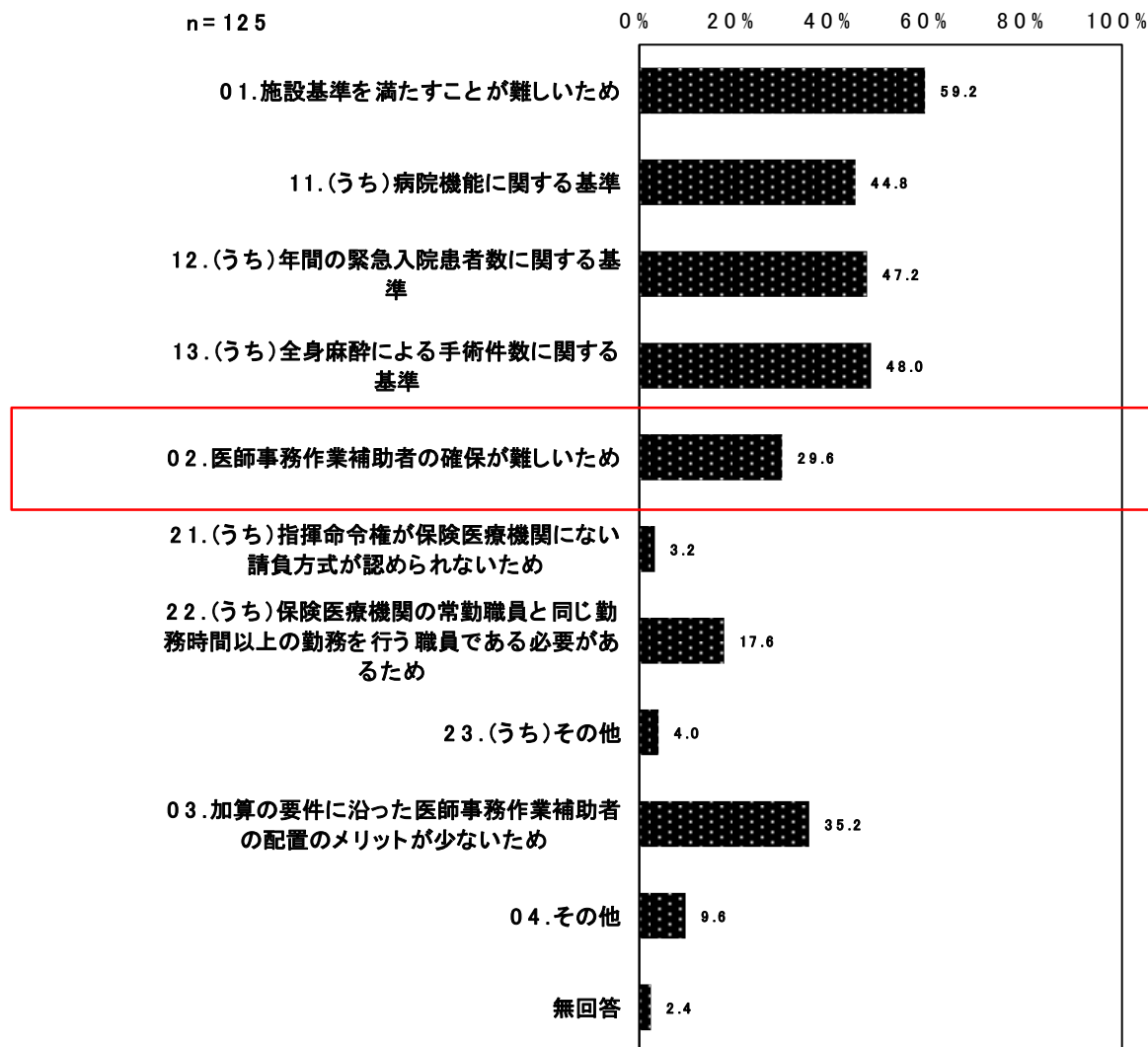
- ① 診療録等の代行入力（電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力）
- ② 各種書類の記載（医師が最終的に確認または署名（電子署名を含む。）することを条件に、損保会社等に提出する診断書、介護保険主治医意見書等の書類、紹介状の返書、診療報酬等の算定に係る書類等を記載する業務）
- ③ 医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務
- ④ 日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領（日常的に行われる18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）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、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

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（医政発0930第16号、令和3年9月30日）

# 医師事務補助体制加算を届出していない理由

○ 医師事務作業補助体制加算を届け出していない理由として、「施設基準を満たすことが難しいため」が59.2%で最も多かったが、「医師事務作業補助者の確保が難しいため」という回答も約3割みられた。

## ■ 医師事務作業補助体制加算を届出をしていない理由



# 医師事務作業補助者の現状と課題

- 医師事務作業補助研究会においては、医師事務作業補助者配置による効果について「医師の働き方への貢献」「患者満足度の向上」「チーム医療の推進」「地域連携の推進」「病院経営への貢献」とまとめている。
- 一方、医師事務作業補助者の課題としては、「キャリアパス形成が不十分」「雇用問題、不安定な処遇」「人員確保・人材育成」をあげている。

## 医療施設調査 平成26年医療施設(静態・動態)調査

全国施設総数	8,493施設
医師事務作業補助者 従事施設	3,252施設

医師事務作業補助者 従事者数 28,097人

- ・平成28年診療報酬改定にて特定機能病院にも加算取得可能施設が拡大したことから、現在は約4万人は従事していると推計される。
- ・また、診療所にも同様の業務を行っている事務職員がいる。

### 【医師事務作業補助者の業務内容】

各種診断書、退院サマリー等の文書代行作成  
診療情報提供書(紹介状、返書等)の代行作成  
診療録の代行記載、各種オーダー  
臨床データベース入力(NCD、がん登録等)  
学会資料収集・作成、文献検索  
患者・家族説明文書の作成、手術予定の管理  
院内会議資料作成 等

### 医師事務作業補助者配置による効果

#### 【医師の働き方への貢献】

- ・事務作業の負担軽減、専門の業務に専念できる環境作り

#### 【患者満足度の向上】

- ・診断書等書類の早期完成 ・患者に向き合う時間の増加

#### 【チーム医療の推進】

- ・役割分担推進による生産性向上 ・多職種間の橋渡し役

#### 【地域連携の推進】

- ・他院との迅速な医療情報連携

#### 【病院経営への貢献】

- ・医師が業務に専念できることによる機会損失コストの防止

## 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数 (平成30年)

医師事務作業補助体制加算1	1,859
医師事務作業補助体制加算2	969
合計	2,828

- ・近年も届出施設は増加している。
- ・タスクシフティングが注目されており、今後も届出施設(実務者)が増加することが見込まれる。

### 医師事務作業補助者の課題

#### 1. キャリアパス形成が不十分

- ・個人のスキルに偏りがある ・到達目標が不明確
- ・教育体制が不十分

#### 2. 雇用問題、不安定な処遇

- ・特に公立病院では非常勤職員の割合が大きく、積極的な活用やスキルアップ・モチベーションアップを図りにくい
- ・不安定な処遇は、モチベーションの低下や離職に繋がる

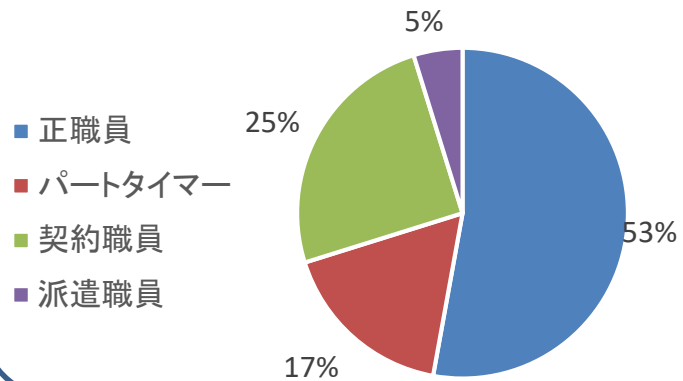
#### 3. 人員確保・人材育成

- ・人件費を賄うことができないため増員できない
- ・教育する余裕がない(人員が足らず手が回らない、離職や異動、産休・育休)
- ・募集しても応募者がなかなか来ない(他業種との競合)

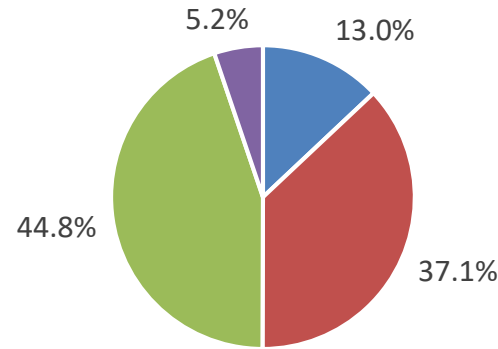
# 医師事務作業補助者の雇用形態（実務者調査）

- 民間病院（医療法人等）では、正規職員の割合が高いが、公立病院・公的病院等では、正規職員の割合が低い。
- 全体では、47%がパートタイマー、契約社員、派遣社員といった雇用形態であった。

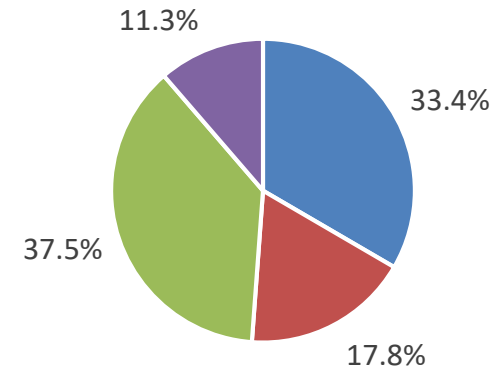
## 実務者の雇用形態（実務者調査）



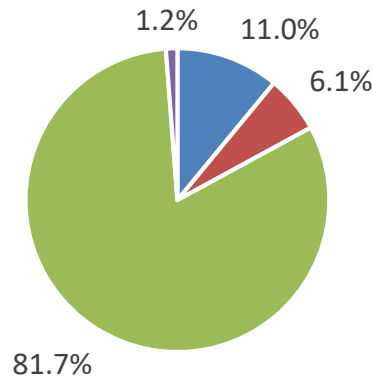
## 自治体



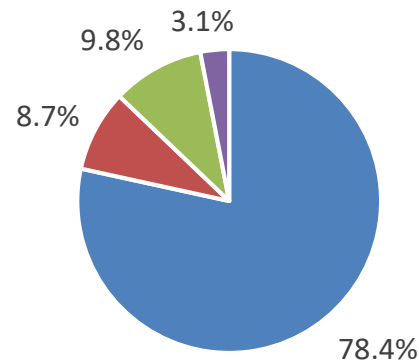
## その他公的



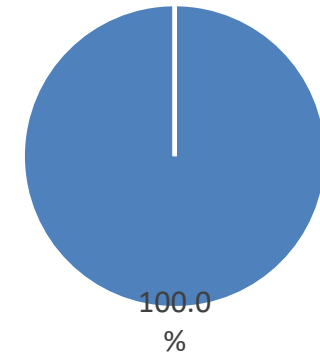
## 社保団体



## 医療法人



## 個人

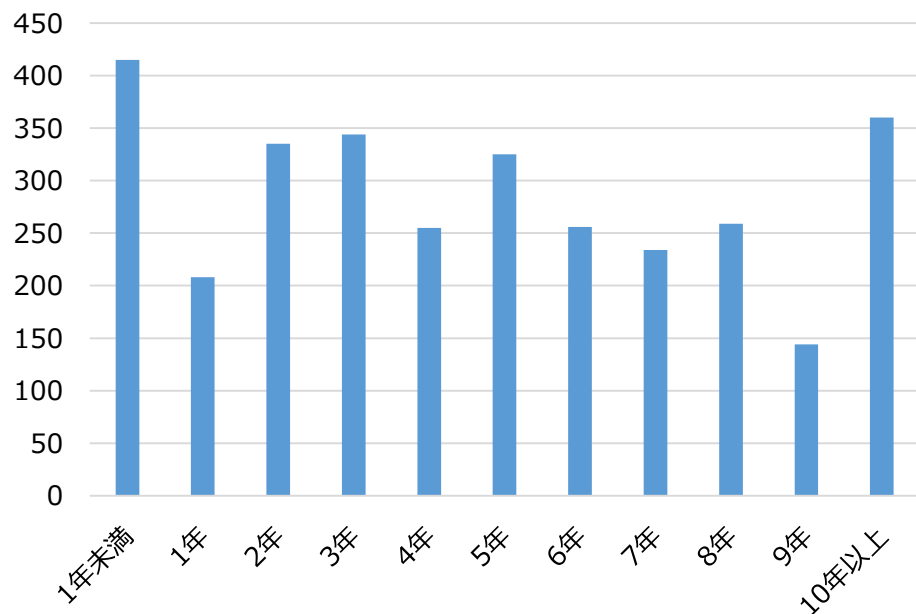




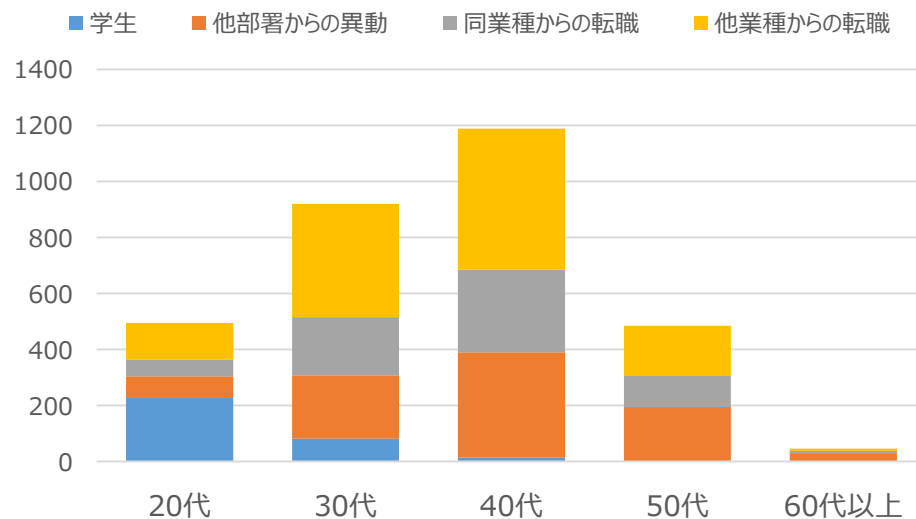
# 医師事務作業補助者の経験年数、年代と前職、従事する業務(実務者調査)

- 医師事務作業補助体制加算創設から10年が経過し、経験豊富な実務者が育ってきている一方で、経験年数が浅い実務者も多い。
- 実務者の前職は、全体の約40%が他業種からの転職で最も多い。
- 学生からの就職は全体の10%であり、20代の40%超を占めている。

## 実務者の経験年数 (実務者調査)



## 年代と前職

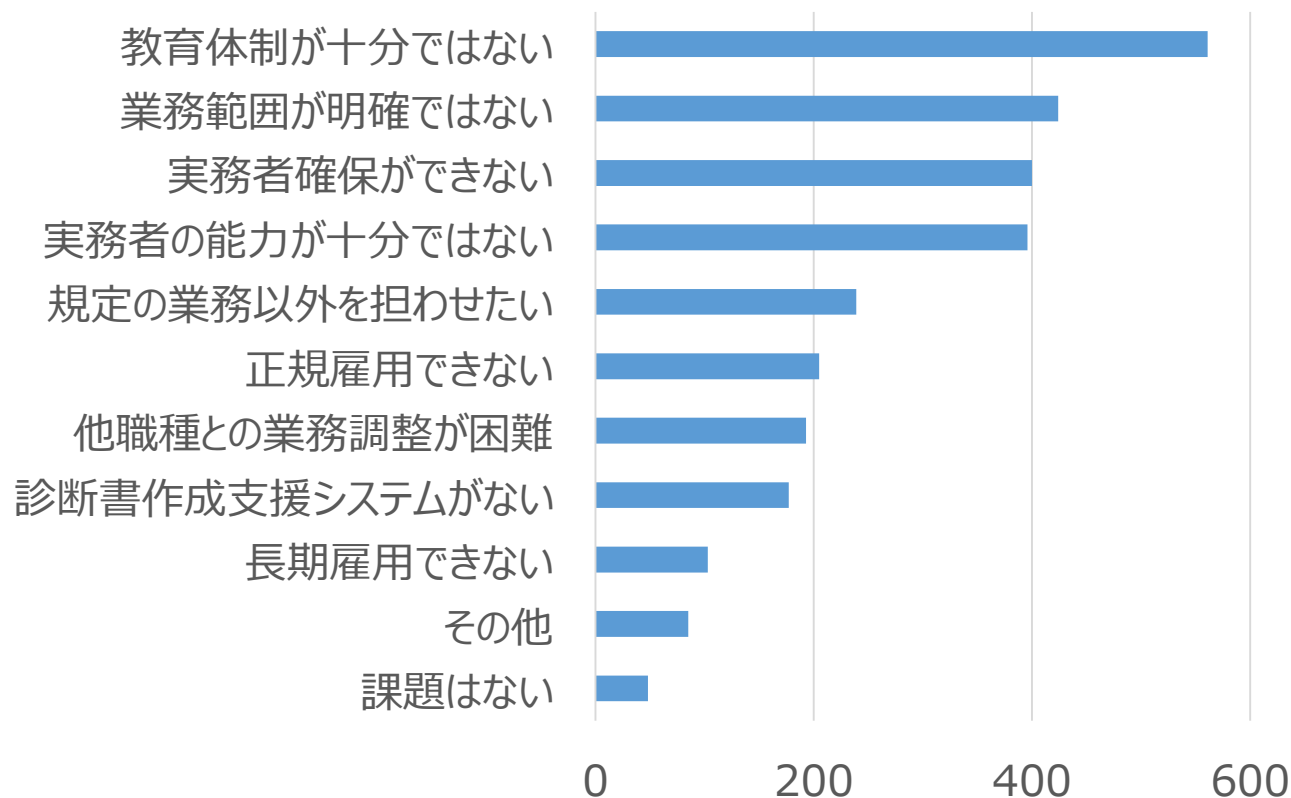


(資料)NPO法人日本医師事務作業補助研究会

# 医師事務作業補助者配置に関する課題(施設調査・病院)

○ 施設調査・病院調査においては、医師事務作業補助者配置に関する課題として、「教育体制や実務者の能力など教育・養成面の課題」「業務範囲や規定外の業務の取り扱いなど業務面の課題」「実務者の確保や正規雇用・長期雇用ができないことなど雇用面の課題」等があげられた。

配置管理者が医師事務作業補助者に関して、抱えている課題はありますか。  
該当する番号に○を付けてください。(複数回答可)



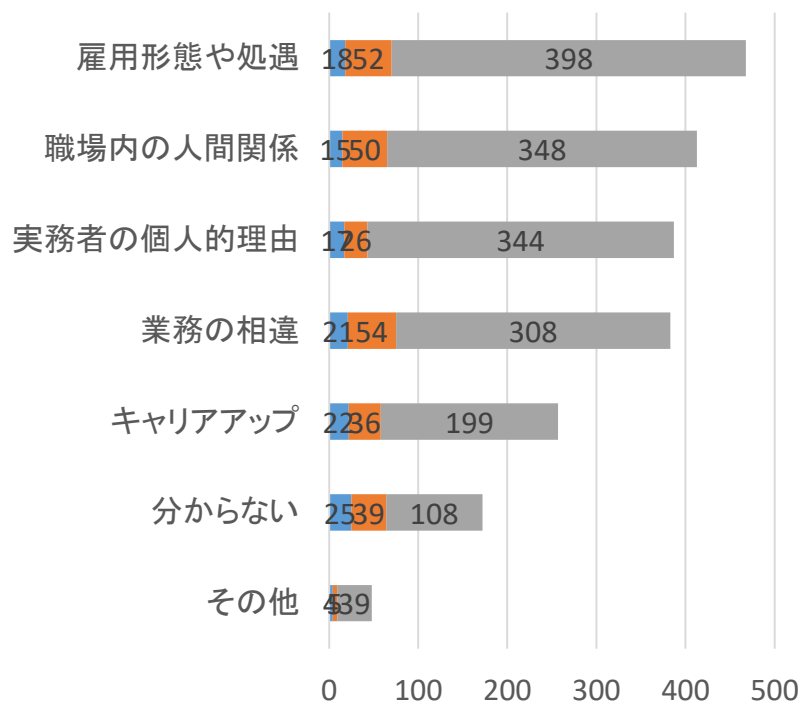
# 医師事務作業補助者の定着率に関する課題(施設調査・実務者調査)

○ 施設調査・実務者調査においては、雇用形態や処遇、職場内の人間関係、キャリアアップなどが実務者定着の課題としてあげられている。

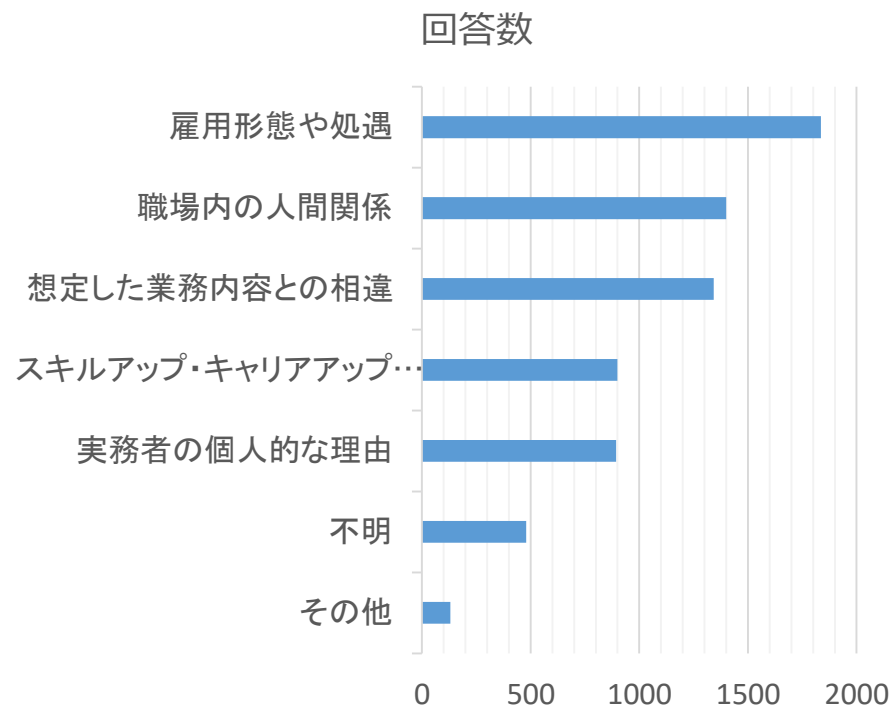
15) 前年度のアンケートで『採用3～5年目の実務者が定着していない』という結果がありました。あなたはどのように思われますか。該当する番号に○を付けてください。(複数回答可)

1☐	実務者の、何らかの個人的な理由☐	2☐	実務者が思っていた業務と実際に相違があった☐
3☐	雇用形態や処遇に関する理由☐	4☐	スキルアップ・キャリアアップが望めない☐
5☐	職場内の人間関係☐	6☐	その他(自由記載)☐

(施設調査・配置管理者の視点)

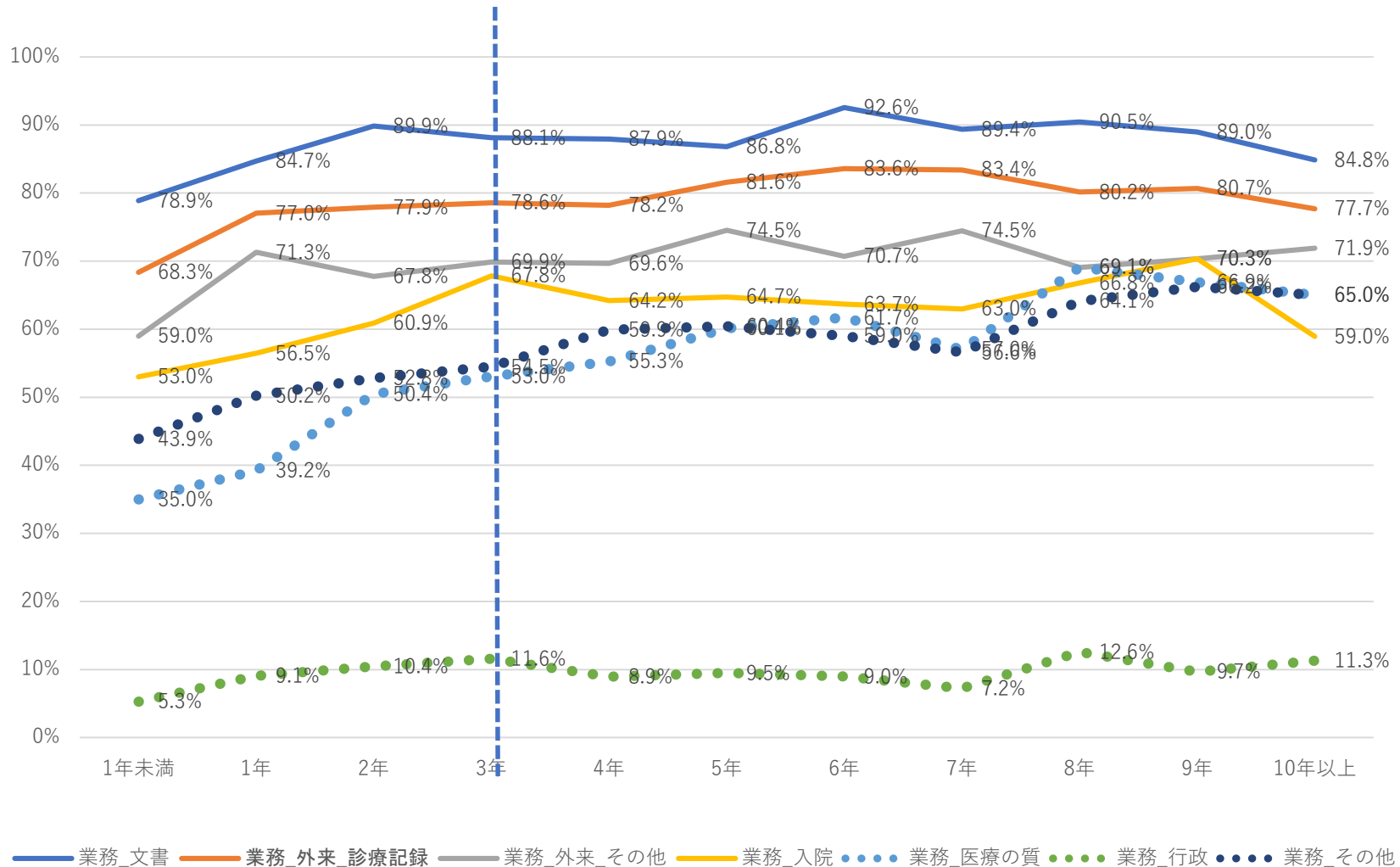


(実務者調査)



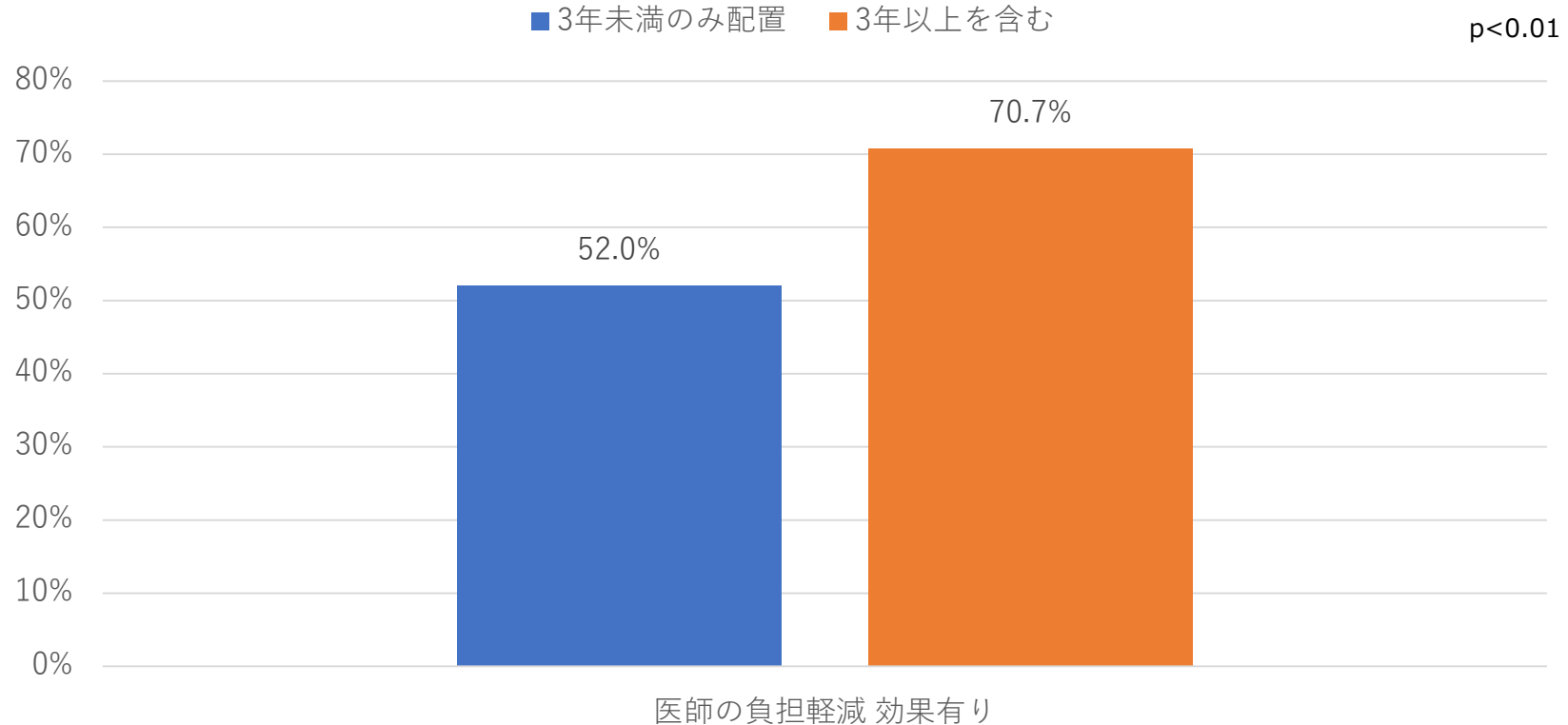
# 医師事務作業補助者の受け持ち業務

○ 主な業務(書類作成、外来業務、入院業務)はおよそ3年程度以上の経験で、受け持つ割合が一定となり、医療の質やその他業務は経験年数が増すにつれて受け持つ割合が高くなっていく。



# 3年以上の実務経験を有する実務者の配置と医師の負担軽減効果

○ 3年以上の実務経験を有する実務者を配置している施設と3年未満の実務者のみの施設を比較したところ、3年以上の実務経験を有する実務者を配置している施設において、医師の負担軽減効果が有意に高い結果であった。

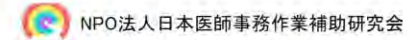


※医師の負担軽減：医師の事務作業負担軽減+医師の残業時間減少  
※実務者の経験年数算出が可能であった616施設を対象とした  
※2変数でのX2乗検定

# 医師事務作業補助者のキャリアパス

- 医師事務作業補助研究会においては、参考として医師事務作業補助者のキャリアパスを示している。
- キャリアパスにおいては、医師事務の主要な業務を網羅的にできるようになるのに3年かかることを踏まえ、経験年数3年以上の職員はより高度な医師の負担軽減に関する取組を行いつつ、リーダーとなって後輩職員を育成することを目標としている。

臨床支援士(医師事務作業補助者)のキャリアパスモデル



レベル	経験年数	役職	期待基準	教育テーマ	院内・院外研修
レベル5		課長	<ul style="list-style-type: none"> <li>全体の運営方針、および目標の設定を行い、その実現に向け統括ができる。</li> <li>部署の教育計画を立案し実施できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>マネジメント業務の習得</li> <li>リーダーシップの展開</li> <li>総合判断力や問題解決形成力・課題解決力を高める</li> <li>戦略的発想を身につける</li> <li>チーム医療の推進役としての力量を高める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者研修、学会、研究会</li> </ul>
レベル4-I (総合上級) / レベル4-II (専門上級)	5~	係長主任	<ul style="list-style-type: none"> <li>スタッフの教育、指導専門職として、業務のスーパーバイズ、スキル指導やOJT、研修講師、カウンセリング等を行うことができる</li> <li>豊富な専門知識・専門技術を有し、難度の高い業務を効率的に遂行できる</li> <li>役職者として、全体の運営方針および目標の設定と、その実現に向けた活動および上位役職者の補佐ができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>役職者に求められるチームマネジメント、リーダーシップ、部下指導、人材育成の基本を身につける</li> <li>専門性を深化、拡大する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者研修</li> <li>共通項目(部署内マネジメント、リーダーシップ、コーチング、問題解決)</li> <li>専門的項目(学会的な臨床支援技術、学会、研究会)</li> <li>専門的項目(学会、研究会)</li> </ul>
レベル3(中級後期)	3~5	リーダー	<ul style="list-style-type: none"> <li>チームリーダーとし、管理者を補佐し、自主的に業務の管理、スタッフの指導、業務の企画・立案、業務改善ができる</li> <li>幅広い実務知識と経験を有し、難易度が極めて高い業務にも対応できる</li> <li>新人や後輩の指導、改善提案などにも対応できる</li> <li>緊急時の対応を適切に行うことができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>小規模グループ(チーム)のリーダーに求められるマネジメント業務を習得する</li> <li>患者サービスの質向上や医師の負担軽減の向上に向けた業務の改善力、問題解決力を高める</li> <li>新人や後輩への指導力を高める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リーダーシップ研修</li> <li>共通項目(チームワーク、コミュニケーション)</li> <li>専門的項目(実践的な臨床支援技術、院内勉強会、外部研修会、学会、研究会)</li> </ul>
レベル2(中級前期)	2~3		<ul style="list-style-type: none"> <li>基礎的な実務知識、技能を応用し、比較的難易度の高い業務にも対応できる</li> <li>決められた内容の業務を手際よく効率的に実施できる</li> <li>現場のニーズや状況の変化に適切に対応できる</li> <li>協働スタッフ、上司、医師へ適時、報告・連絡・相談ができる</li> <li>患者、家族の目線に立ったサービス質向上を考えることができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実践的な診療支援技術、知識を習得する</li> <li>現場における状況判断力を高める</li> <li>専門性をより深める</li> <li>改善提案力を高める</li> <li>多職種間の調整力を高める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>共通項目(チームワーク、コミュニケーション)</li> <li>専門的項目(実践的な臨床支援技術、院内勉強会、外部研修会)</li> </ul>
レベル1(初級)	1~2	スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> <li>配置後6か月以内に医師事務作業補助者研修(32時間)を受講し、決められた内容の業務を決められた手順で実施できる</li> <li>基礎的な実務知識・技能を有し、指導を受けながら比較的難易度の高くない業務を担当できる</li> <li>協働するスタッフ・他部門・他職種とコミュニケーション・連携を図ることができる</li> <li>患者のプライバシーに配慮し、業務遂行できる</li> <li>上司への報告・連絡・相談ができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師事務作業補助者の役割を理解する</li> <li>院内の仕組みを理解する</li> <li>社会人・組織人としての自覚を養う</li> <li>初期の不安や悩みをフォローする</li> <li>基本的な医学専門用語や疾患を習得する</li> <li>医療文書作成の基本を習得する</li> <li>専門性の基礎作りを行う</li> <li>患者サービス・接遇の実践力を高める</li> <li>基礎的な業務を医師、他部門、他職種と連携し、実施できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新人研修(入職時・フォロー)</li> <li>32時間の基礎研修</li> <li>共通項目(組織の理念・ルール、職業倫理、コンプライアンス、個人情報保護、医療安全、院内感染予防)</li> <li>接遇マナー</li> <li>OJT</li> <li>院内勉強会</li> <li>外部研修会</li> </ul>

## 医師事務作業補助者に係る課題(小括)

- 医師事務作業補助者の配置は、様々な負担軽減策の中でも効果が大きく、医師事務作業補助体制加算の届出は増加を続けている。
- これまでの診療報酬改定においては、業務場所及び業務の直接性に着目して、医師事務作業補助体制加算1と2に区別を設けてきている。一方、令和3年9月30日に、医師事務作業補助者)等の事務職員が行うことが可能である業務が示された。
- 医師事務作業補助者については、人材の確保の難しさや、定着率、キャリアパスの課題が指摘されている。一方、一定経験を有する医師事務作業補助者も育ってきており、3年以上の実務経験を有する実務者の配置により、医師の負担軽減効果がより高いことが示されている。



## 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. 医師事務作業補助体制加算について
3. **手術・処置の時間外等加算について**
4. 医療機関における薬剤師業務に係る評価について
5. 特定行為研修修了者の活用について
6. 看護職員の処遇改善と負担軽減について
7. ICTの活用について
8. 地域医療体制確保加算について
9. 論点

# 手術・処置の休日・時間外・深夜加算について

○ 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)を実施した。また、平成28年度改定において、予定手術前の当直の免除の要件について、勤務医負担軽減の取組を広げるため、病院全体で届出する場合に限って、予定手術の前日における当直等の日数の上限を、規模に応じて緩和を行った。

## (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)～(7) (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)略

(2)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に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。)に当直、夜勤及び緊急呼出し当番(以下「当直等」という。)を行っている者があるか確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。また、当該記録について、毎年1月から12月までのものを作成し、少なくとも5年間保管していること。

(3) (2)の当直等を行った日が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。ただし、緊急呼び出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数には数えない。

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て等を支給しており、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。後略しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア～イ (略)

8～9 (略)

# 医療従事者の負担軽減・人材確保について⑨

## 手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準の見直し

- 予定手術前の当直の免除の要件について、勤務医負担軽減の取組を広げるため、病院全体で届出する場合に限って、予定手術の前日における当直等の日数の上限を、規模に応じて緩和を行う。
- 現行では、算定している診療科の合計で年間12日以内であるところ、毎日の当直人数が6人以上であって、病院全体で届出を実施している保険医療機関においては年間24日以内とする。

### 現行

(2) 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に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼び出し当番（以下、「当直等」という。）を行っている者があるか確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。

(3) (2)の当直等を行った日が年間12日以内であること。ただし、緊急呼び出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数には数えない。



### 改定後

(2) 従前通り

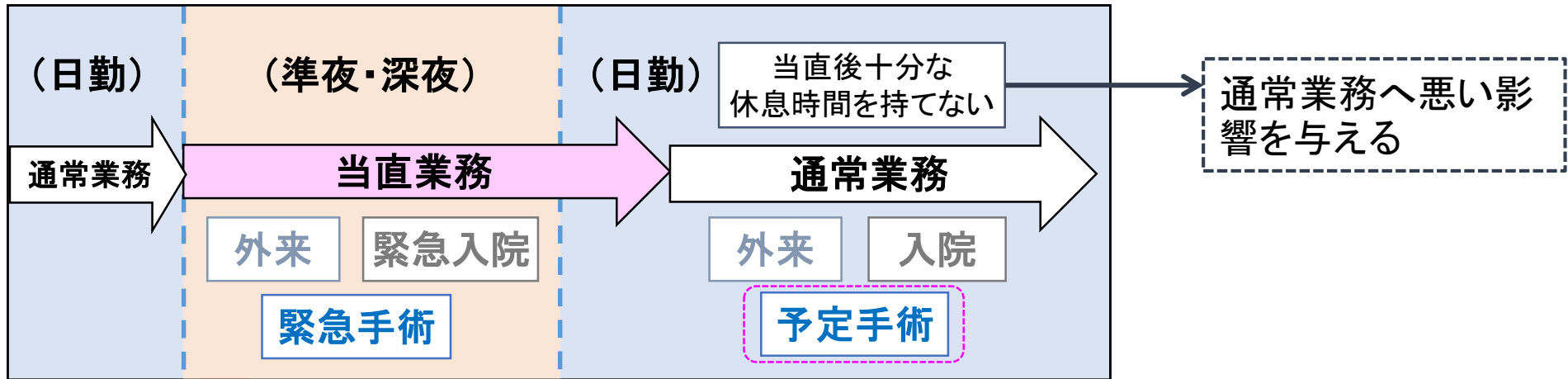
(3) (2)の当直等を行った日が届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日6人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内）であること。ただし、緊急呼び出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数には数えない。

# 「予定手術前の当直への配慮」のイメージ

中医協 総-1(抜粋)

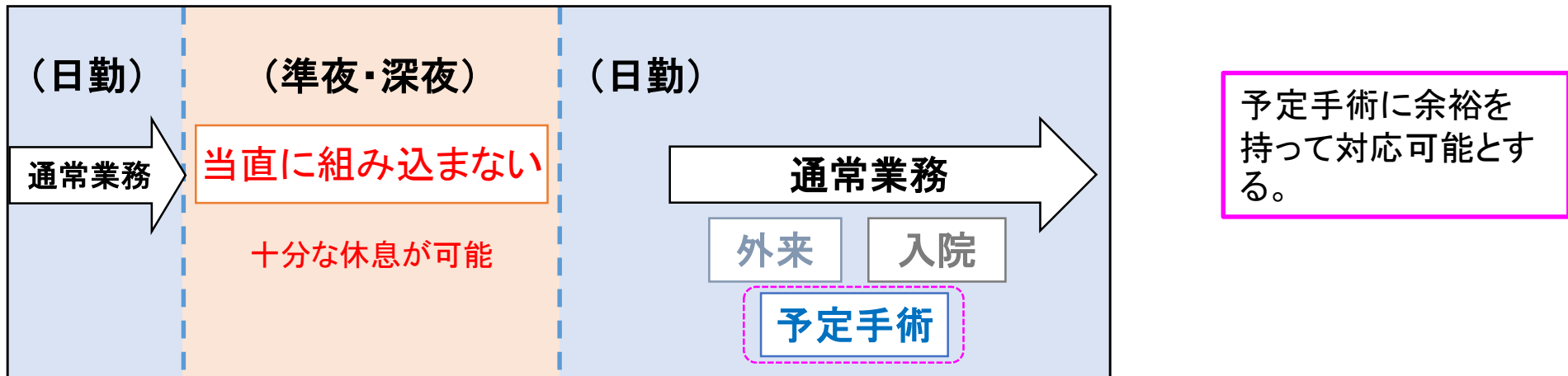
25.12.6

## ① 通常の体制(配慮を行わない場合)



「予定手術前の当直」に組み込まない

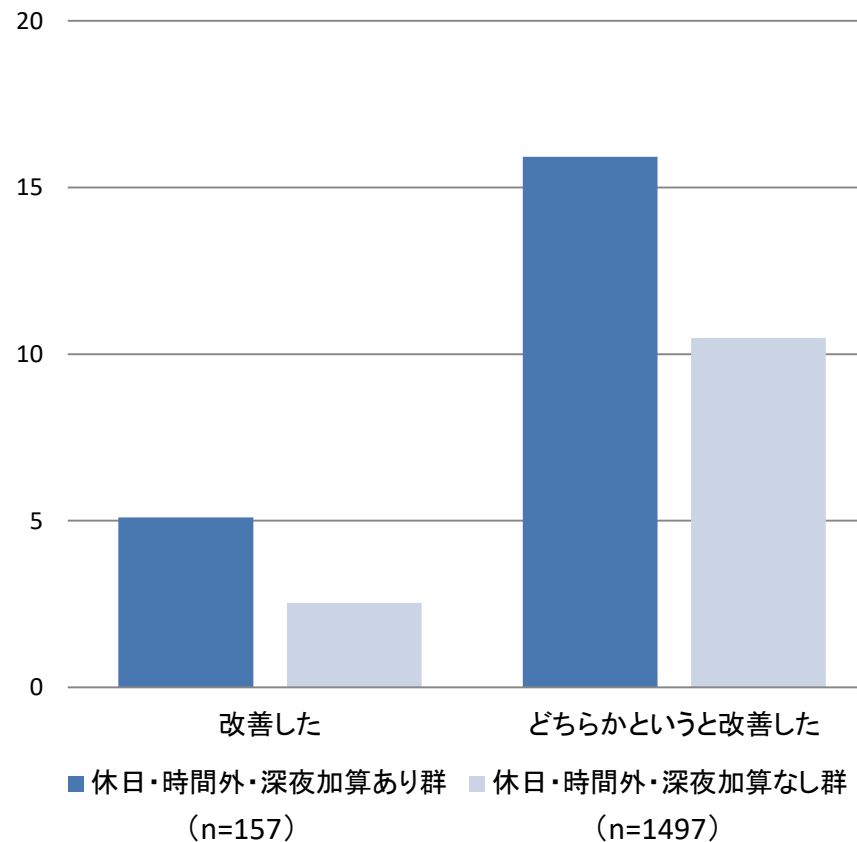
## ② 配慮を行う場合



# 手術・処置の時間外等加算の効果について

○ 加算を算定している施設においては、算定していない施設に比べて負担軽減や処遇改善の効果が見られる。

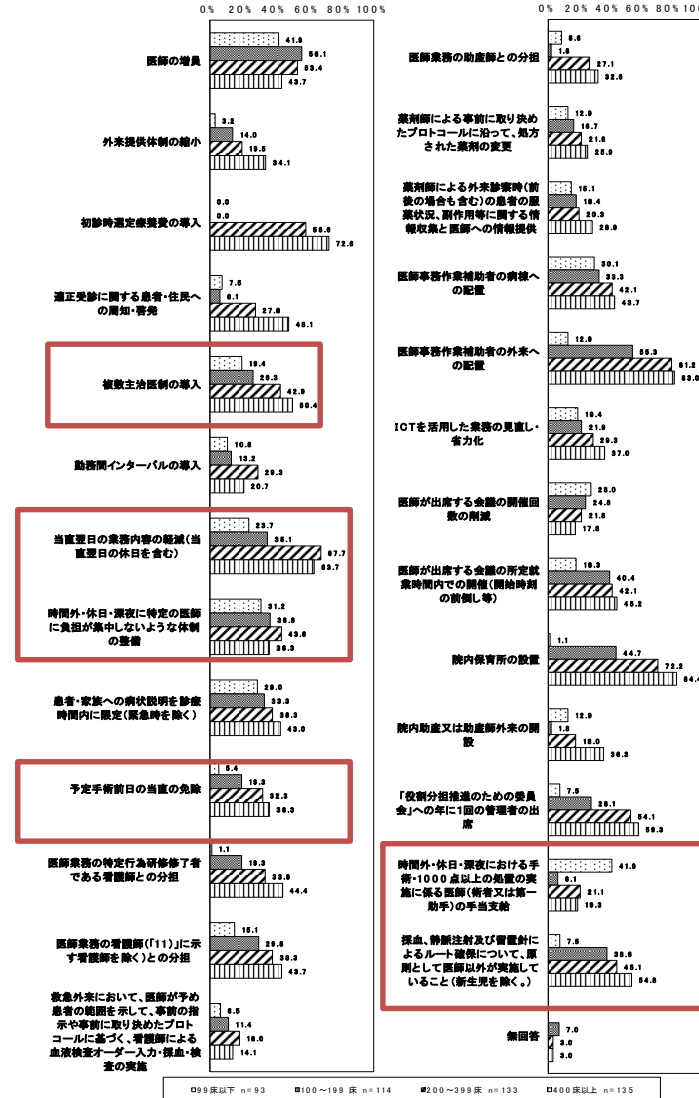
## 勤務状況の変化



# 勤務環境に特に配慮を要する領域について

○ 診療科で実施されている医師の負担軽減策に係る状況以下の通り(施設票)。

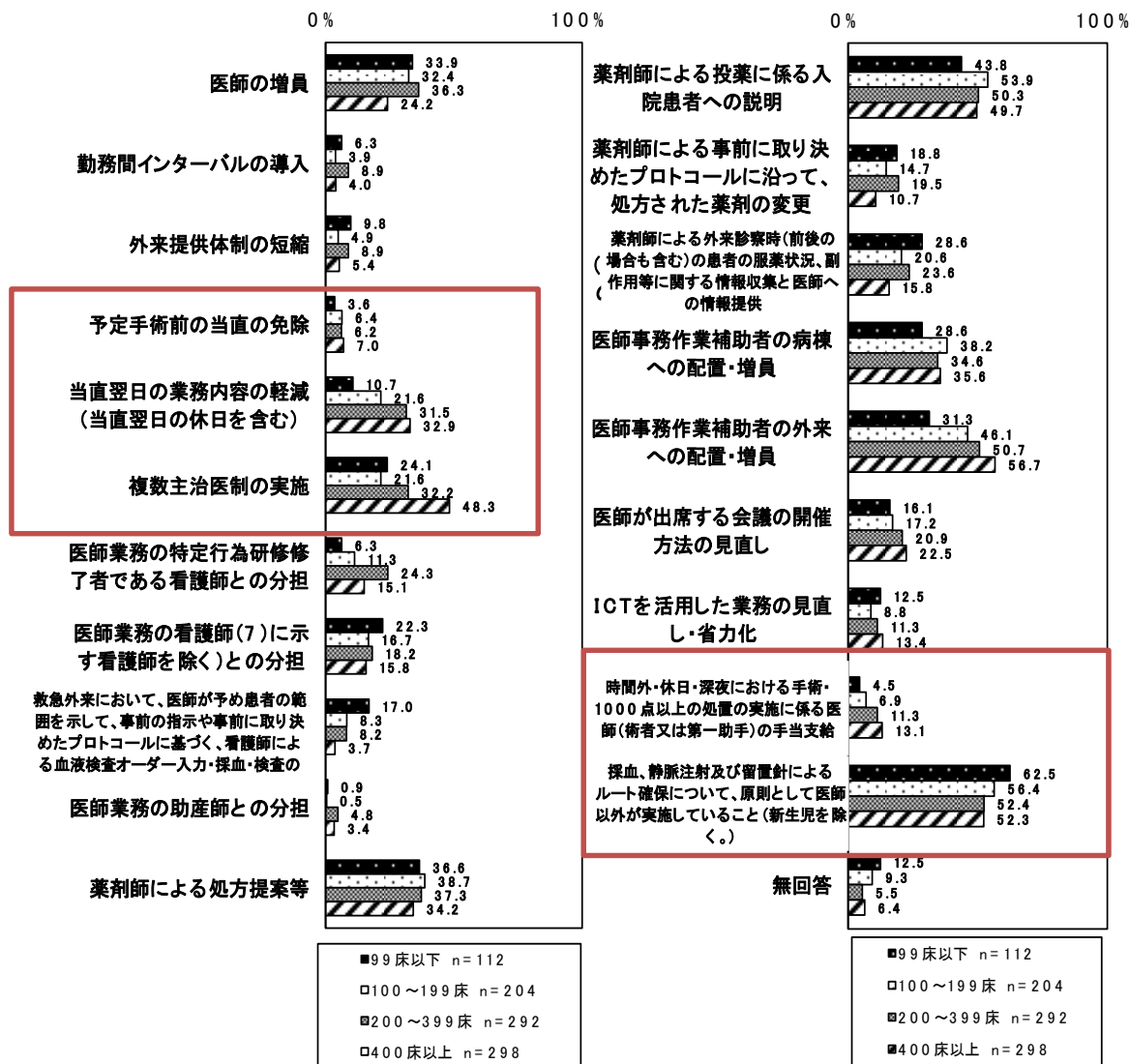
診療科で実施している医師の負担軽減策(複数回答)(病床規模別)(施設票)



# 勤務環境に特に配慮を要する領域について

○ 診療科で実施している医師の負担軽減策に係る状況は以下の通り(医師票)。

診療科で実施している医師の負担軽減策(複数回答)(病床規模別)(医師票)

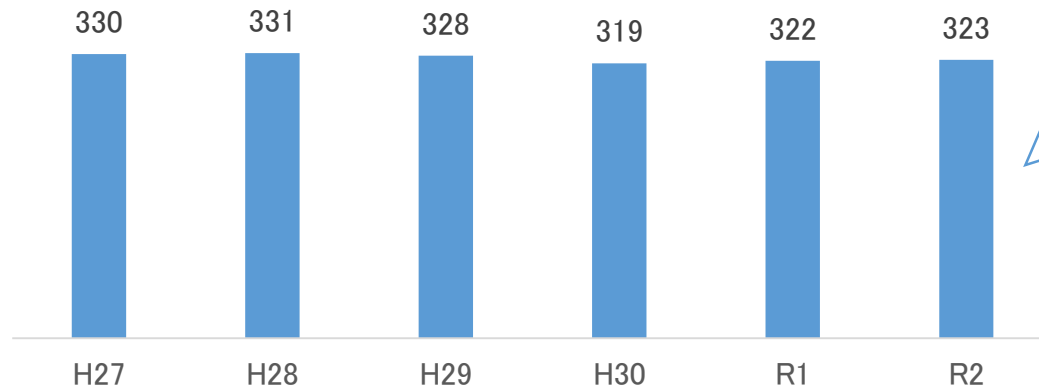




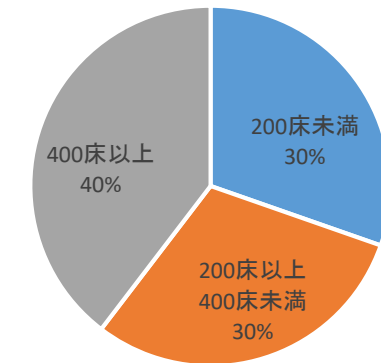
# 手術・処置の休日・時間外・深夜加算の届出医療機関数について

○ 手術・処置の休日・時間外・深夜加算について、平成28年度に見直しが行われたが、届出医療機関数は横ばいであり、令和2年の病床規模別医療機関の内訳は以下のとおり。

手術 休日加算算定医療機関数



R2 病床規模別  
手術休日加算算定医療機関数

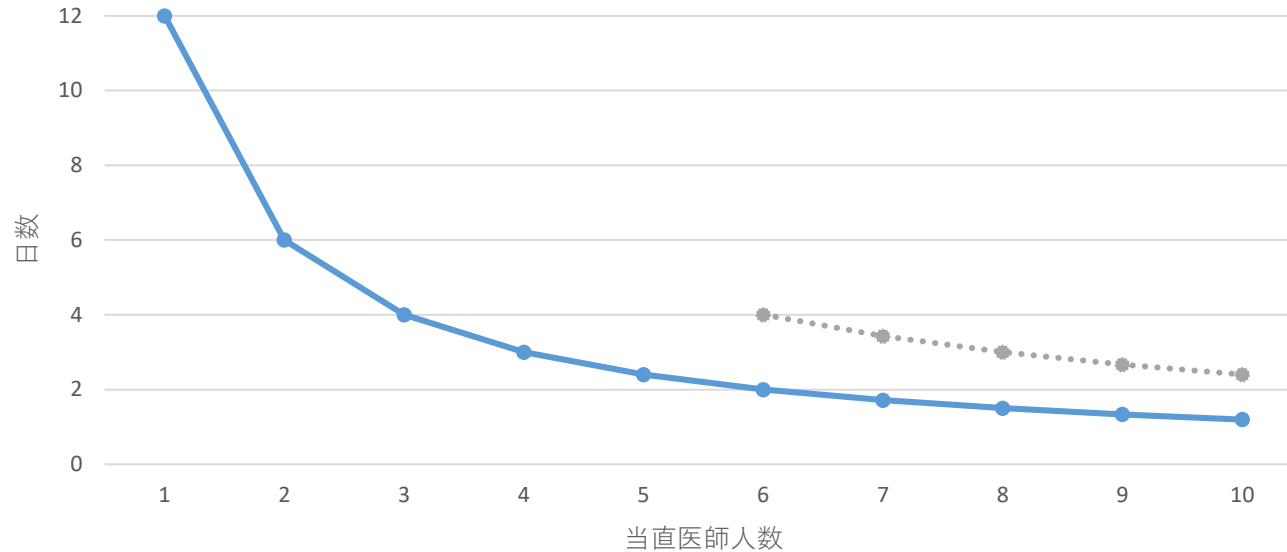


※ 一部、病床数データが確認出来なかった病院を除外して集計

# 手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準における予定手術前日当直等日数について

○ 現行の施設基準においては、施設における当直人数によって、平均の予定手術の前日における当直等の日数には大きな開きがある。

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の算定施設における、  
当直医師数から想定される日数の上限における平均個人負担



●— 予定手術の前日における当直等の日数の上限が12日以内 左記上限の際の当該当直日数の平均 (日)  
 ●... 予定手術の前日における当直等の日数の上限が24日以内 左記上限の際の当該当直日数の平均 (日)

	当直を行う医師数 (人)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
予定手術の前日における当直等の日数の上限が12日以内	左記上限の際の当該当直日数の平均 (日)	12	6	4	3	2.4	2	1.7	1.5	1.3	1.2
	左記上限の場合の最大個人負担可能性 (日)	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
予定手術の前日における当直等の日数の上限が24日以内	左記上限の際の当該当直日数の平均 (日)	-	-	-	-	-	4	3.4	3	2.7	2.4
	左記上限の場合の最大個人負担可能性 (日)	-	-	-	-	-	24	24	24	24	24

# 勤務環境に特に配慮を要する領域について

○ 特に規模の大きい施設において、一定の連続当直の実態が認められた。

	調査数	令和3年6月
		平均値
全体	n=373	0.9
99床以下	n=60	0.4
100床～199床以下	n=89	0.2
200床～399床以下	n=112	0.9
400床以上	n=110	1.8

## 手術・処置の時間外等加算に係る課題(小括)

- 平成26年改定において、勤務医負担軽減及び処遇の改善を行う観点から、勤務医負担軽減の体制整備や時間外手当の支給を要件とした「手術・処置の時間外等加算1」を新設した。
- 当該加算については、6割以上が、また当該加算の要件である「予定手術前の当直免除」、「当直翌日の通常業務に係る配慮」、「交替勤務制の実施」のについては、半数以上が「効果があった」又は「どちらかといえば効果があった」と回答している。
- 「予定手術前の当直の免除」の要件については、予定手術の前日における当直等の日数が、算定診療科の合計で年間12日以内である必要があるが、施設基準を満たすために、加算を算定する診療科を限定する傾向がみられ、特に大規模な医療機関において、病院全体に取組を広げにくいとの声を踏まえ、毎日の当直人数が6人以上であって、病院全体で届出を実施している保険医療機関においては年間24日以内とする要件緩和が平成28年度改定において行われた。
- 手術・処置の休日・時間外・深夜加算について、平成28年度に見直しが行われたが、算定医療機関数は横ばいである。
- 現行の施設基準においては、施設における個々人の負担に偏りが生じている可能性がある。
- 特に規模の大きい施設において、一定の連続当直の実態が認められた。

## 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. 医師事務作業補助体制加算について
3. 手術・処置の時間外等加算について
4. 医療機関における薬剤師業務に係る評価について
  - 4-1 周術期における薬学的管理業務について
  - 4-2 病棟薬剤業務実施加算について
5. 特定行為研修修了者の活用について
6. 看護職員の処遇改善と負担軽減について
7. ICTの活用について
8. 地域医療体制確保加算について
9. 論点

# 病棟薬剤業務実施加算について

- 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
- 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

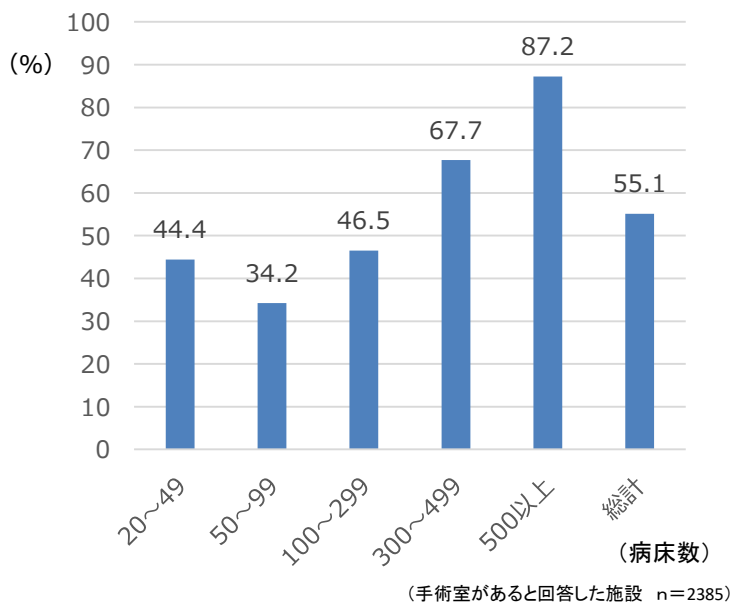
## 2) 薬剤に関する相談体制の整備

**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。

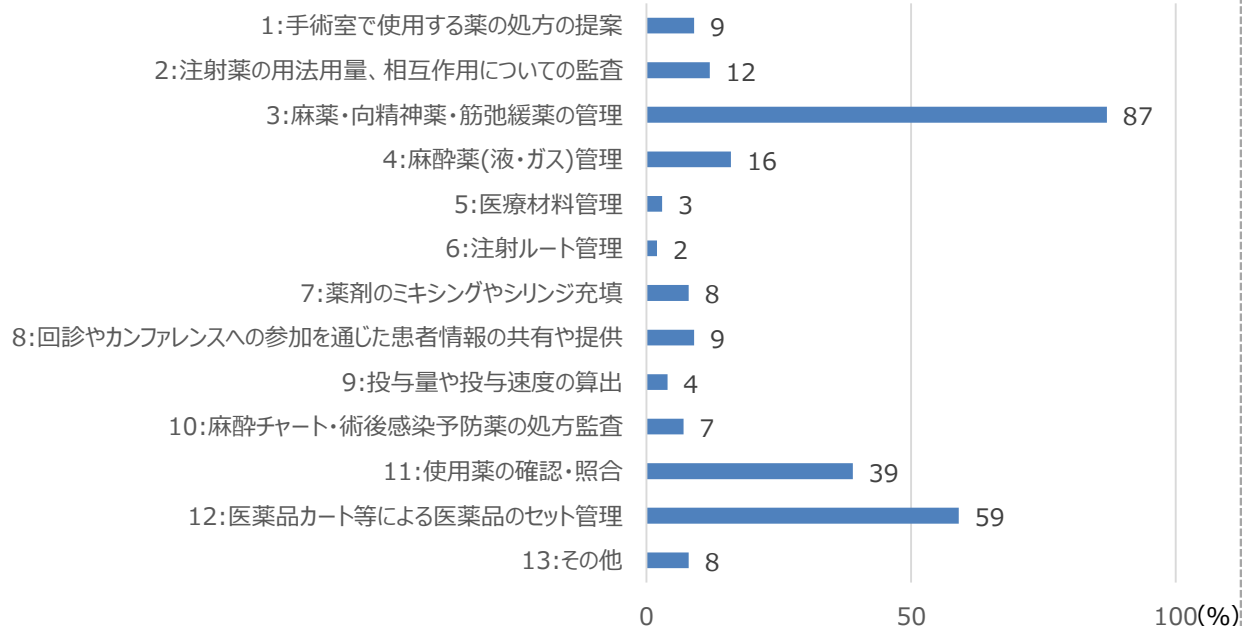
# 周術期の薬剤師関与の状況

- 手術室があると回答した施設のうち、薬剤師が手術関連業務に関与している施設は55.1%だった。
- 薬剤師が行っている手術関連業務の内容について、「麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理」が87%、「医薬品カート等による医薬品のセット管理」が59%が多かった。
- 関与は「専従」が5.5%、「専任・兼務」が94.5%だった。

薬剤師が手術関連業務に関与している割合



薬剤師が行っている手術関連業務の内容



専従、専任、兼務で関与している割合

		病床規模					全体
		20~49	50~99	100~299	300~499	500以上	総計
専従	施設数	0	0	2	6	63	71
		0%	0%	0.4%	1.6%	22.7%	5.5%
専任・兼務	施設数	56	119	445	380	215	1215
		100.0%	100.0%	99.6%	98.4%	77.3%	94.5%

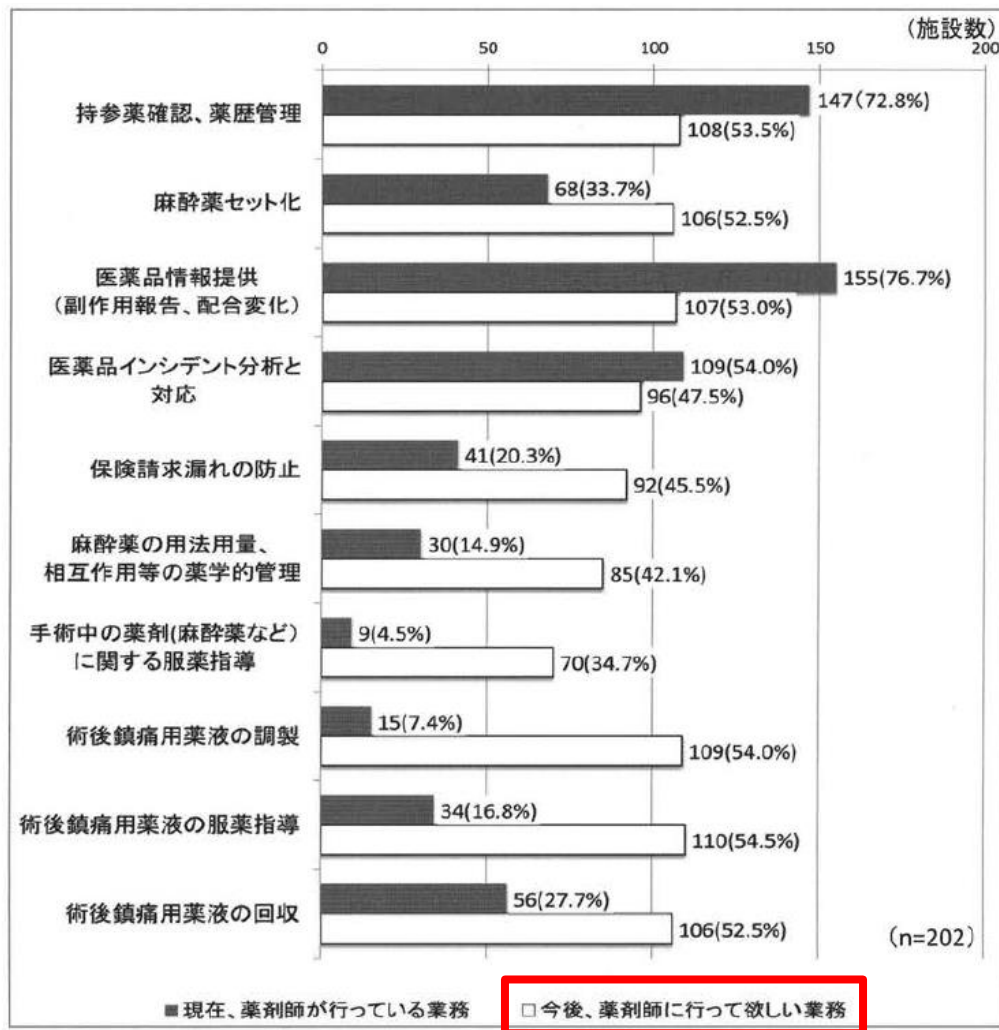


# 周術期における薬剤師関与の要望

○ 周術期医療において、手術部長が薬剤師に介入を求めている業務は多岐にわたっていた。

**[方法]** 全国の国公私立大学病院、国立病院機構、全国自治体病院の**手術部長を対象に**アンケート調査。

周術期医療における現在の薬剤師の業務／今後の薬剤師に行って欲しい業務



# 広島大学病院手術室薬剤師の業務

- ①手術患者の評価
- ②医薬品情報提供
- ③リスクマネジメント
- ④医薬品の法や規制に基づく管理
- ⑤注射薬調製
- ⑥薬品運用の効率化
- ⑦副作用，術中イベントのレビューと病棟薬剤師への申し送り



麻薬/毒薬管理・セット化



手術室配置薬供給，管理

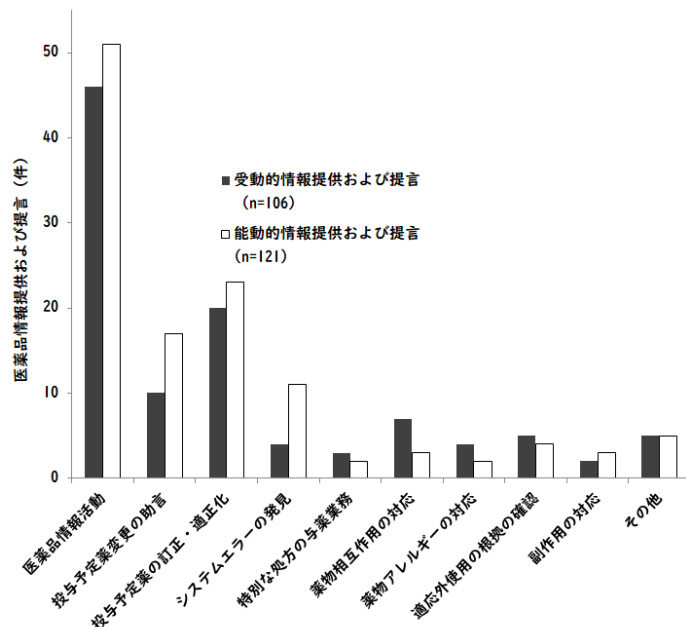


麻酔薬等セット化



注射薬調製

図1 手術室専任薬剤師による医薬品情報提供および提言の形態別件数



柴田ゆうかほか日病薬誌48(10)1185-1189,2012

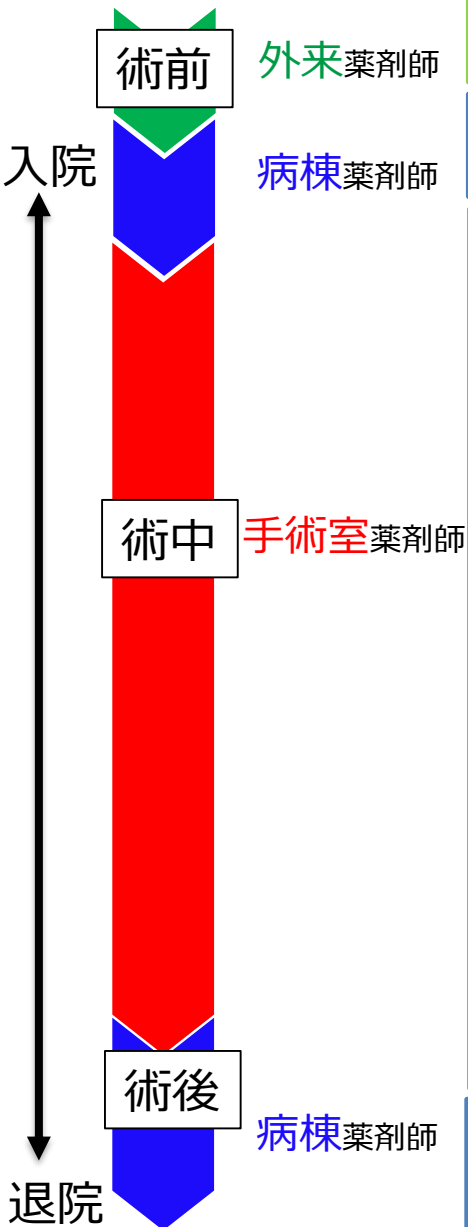
表2 薬剤師配置後の注射剤調製

注射剤混合調製	1月あたり平均混合件数(件)	従来の混合調製	
		職種	混合状況
patient controlled analgesia(PCA) 用薬液	76.8	麻酔科 医師	手術中に麻酔管理をしながら混合調製
心筋保護液・充填液・自己血回収装置用抗凝固剤	10	臨床工 学技士	手術開始時に機器管理をしながら混合調製
ポリビニルアルコールヨウ素(眼洗浄用消毒剤)	80.3	看護師	手術中に手術介助をしながら混合調製

柴田ゆうかほか日病薬誌43(7)923-926,2007

# 周術期における薬剤師の関与の具体例

○ 術前, 術中, 術後にわたり薬学的介入を行っている。



副作用・アレルギー歴, 常用薬・サプリメント確認, 既往歴評価, 医師への情報提供  
術前休薬必要な薬の確認, 休薬指導, かかりつけ薬局との連携

術前休薬状況の確認  
周術期処方設計 (術後感染予防抗菌薬, ステロイドカバー, 静脈血栓塞栓症予防, せん妄予防等)

## ① 手術患者の評価

術前評価 (副作用・アレルギー歴, 出血・血栓リスク)  
麻酔記録, 手術記録に基づく術中・術後使用薬チェック

## ② 医薬品情報提供

術式ごとに定められた手順書, 電子カルテ, 患者情報モニターシステムなどを活用し, 薬物療法に関する問題点の抽出を行い  
文書や口頭で情報提供および提言  
医薬品の安全性情報, 行政通知, 供給状況の伝達と対応協議

## ③ リスクマネジメント

手術室内における医薬品使用状況と適応外使用の確認  
適正使用推進, 注射ルート管理  
医薬品の安全使用のための業務手順書に基づく手順や体制整備

## ④ 医薬品の法や規制に基づく管理

麻薬, 毒薬, 向精神病薬, 習慣性医薬品, 劇物, 特定生物由来製品

## ⑤ 注射薬調製

## ⑥ 薬品運用の効率化

麻酔薬等セット化, 配置薬適正化

## ⑦ 副作用, 術中イベントのレビューと病棟薬剤師への申し送り

表1 手術室専任薬剤師による  
医薬品情報提供および提言の受諾状況

情報提供および提言 内容の分類	情報提供および 提言の受諾状況	
	件数 (件)	受諾率 (%)
医薬品情報活動	97	99
投与予定薬変更の助言	27	100
投与予定薬の訂正・適正化	43	98
システムエラーの発見	15	100
特別な処方の与薬業務	5	100
薬物相互作用の対応	10	100
薬物アレルギーの対応	6	100
適応外使用の根拠の確認	9	100
副作用の対応	5	100
その他	10	100
全体	227	99

柴田ゆうかほか日病薬誌48(10)1185-1189,2012

術後疼痛・嘔気・せん妄のモニタリングと薬剤提案  
術後感染予防管理 (抗菌薬の適正化と血糖管理), 術前休止薬の再開確認  
退院時服薬指導, 薬剤管理サマリー作成と転院退院後の医療機関との連携

# 周術期における薬剤師の活用について

## 日本手術医学会 手術医療の実践ガイドライン(改定第三版)

○周術期のチーム医療において、薬剤師による手術患者の薬学的管理の重要性の認識が拡大している。手術患者の既往歴や内服歴についての評価を行い、薬剤の術前休止または継続に関する積極的な処方提案、周術期使用薬剤の薬学的管理の実施、副作用モニタリング、プロトコールに基づく薬剤の変更、休止薬再開に関する助言など、周術期患者に医薬品が使用される全ての場面において薬剤師が関与していくことが望まれる。

## 日本麻酔科学会 周術期管理チーム薬剤師業務モデル

術前： 薬歴聴取，休薬指導，アレルギー・副作用歴の確認，術中使用薬剤の準備・確認  
術中： 麻酔薬準備，麻酔薬使用量チェック，PCAポンプ・薬液準備  
術後： 術後の薬物管理・提案，PCAポンプ管理

## 日本麻酔科学会 周術期管理チーム導入済み施設のメリット(薬剤師)

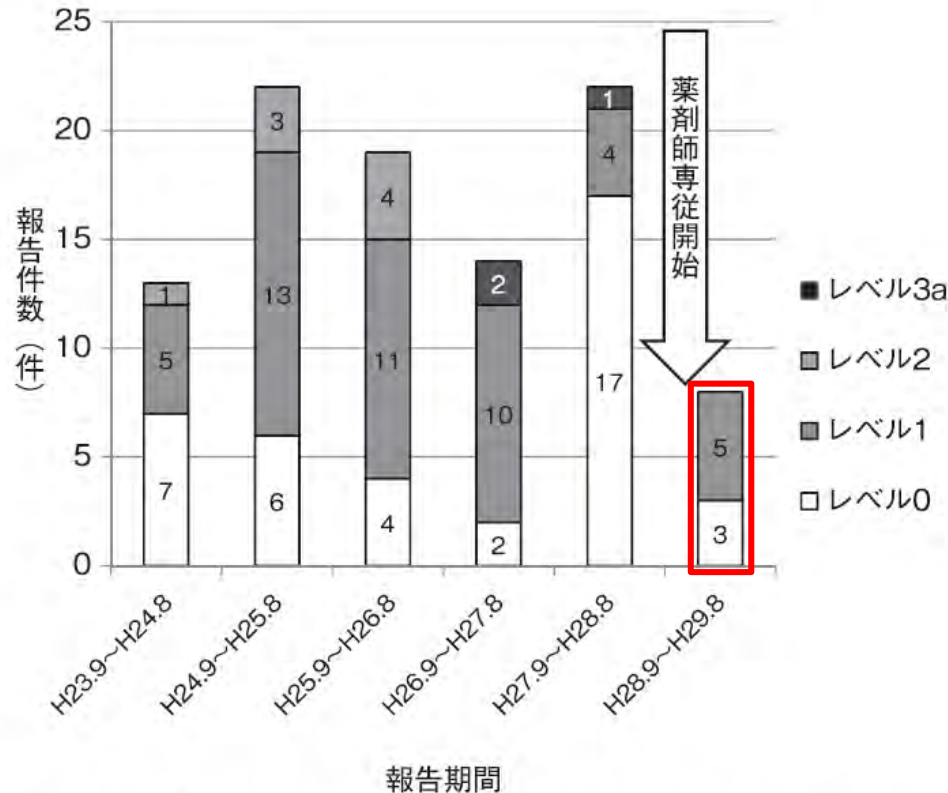
- 術前に中止が必要な薬剤を事前に確認し、適切な休薬を提案
- アレルギー・副作用歴を事前に確認することで、術中使用薬剤(抗菌薬等)の処方変更などを提案
- 手術部スタッフへの医薬品の情報を提供することで、医薬品の適正使用に貢献
- 術後の疼痛コントロールの評価やオピオイド等による副作用のモニタリング



# 医療安全の効果

○ 薬剤師専従後、薬品関連のインシデント・アクシデント報告件数は減少した。

## 手術室における薬品関連のインシデント・アクシデント報告の推移



レベル0：間違っただけが発生したが、患者には実施されなかった。  
レベル1：間違っただけを実施したが、患者には変化が生じなかった。  
レベル2：事故により患者への継続的な観察の強化が必要。  
レベル3a：簡単な処置や治療を要した。

### [介入]

平日午前8時30分～午後5時の終日（昼休憩1時間を除く）、担当薬剤師1名がローテーションにより手術室に専従し、主に①～④の業務を行った。

- ①麻薬管理業務
- ②毒薬・向精神薬・血液製剤管理業務
- ③その他の薬品の定数薬品管理業務
- ④薬学的管理業務

### [方法]

薬剤師専従前5年間と、専従後1年間の手術室における薬品関連のインシデント・アクシデント報告件数と報告事例を比較

# 業務効率化の効果

○ 対象とした7診療科の手術すべてにおいて手術患者入れ替え時間の短縮が認められた。

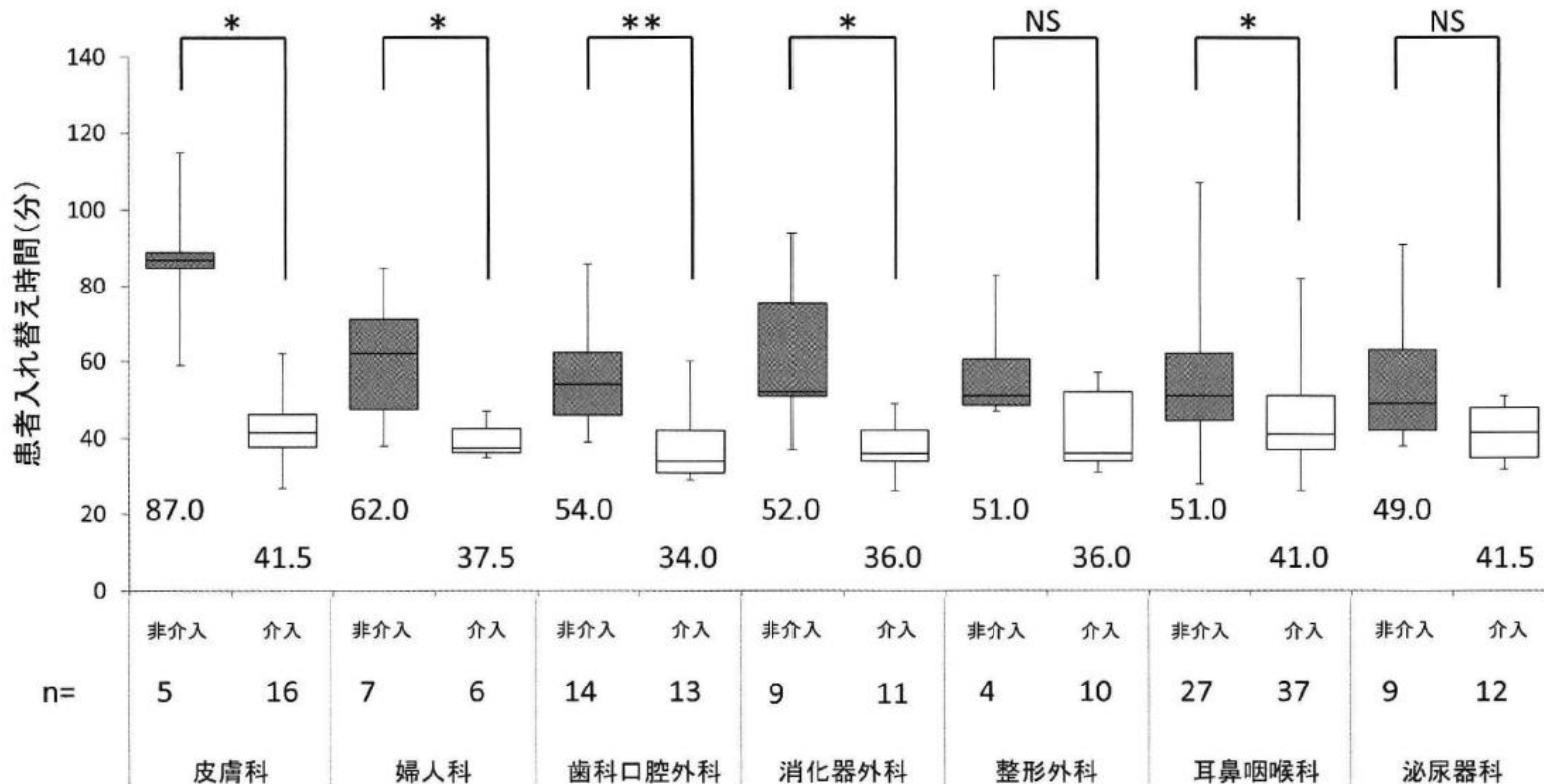
## [介入]

- ・ 薬剤師 1 名が手術室に専従し、麻酔薬調製および麻薬管理を行った。

## [方法]

- ・ 薬剤師専従開始前後 3ヶ月（10月～12月）の患者入れ替え時間を比較（麻酔科医管理下の吸入麻酔薬による全身麻酔）

診療科別の患者入れ替え時間比較



	2008年10月 (専従開始前)	2014年10月 (専従開始後)
手術室数(部屋)	9	11
手術室スタッフ数(人)		
麻酔科医	12	16
看護師	31	40
看護助手	4	5
臨床工学士	4	4
清掃員	2	2
薬剤師	0	1

薬剤師専従開始前後における手術室数と手術室スタッフ数の変化

\* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.001$ , NS: not significant

# 周術期における薬剤師の活用

○「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」で、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として、周術期における薬剤管理等の薬剤に関連する業務に薬剤師を積極的に活用することが考えられるとまとめられた。

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

医政発0930第 16号令和 3年 9月30日

## 1. 基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

その上で、まずは、現行制度の下で実施可能な範囲において、医師以外の医療関係職種が実施可能な業務についてのタスク・シフト/シェアを最大限に推進することが求められる。このため、厚生労働省において令和元年6月から7月にかけて実施したヒアリングの中で各種職能団体及び各種学会から提案のあった項目を基に、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について、3. のとおり整理した。

## 3. 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

### 3) 薬剤師

#### ① 周術期における薬学的管理等

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

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

（※）「代行入力」とは、医師が確認・署名等を行うことを前提に、医師以外の者が電子カルテに処方や検査の指示等を入力することを指す。

薬剤師においては、必要に応じて、疑義照会や処方提案を行う。



## 周術期における薬学的管理業務に係る課題(小括)

- 手術室がある施設のうち、半数超の施設で薬剤師が手術関連業務に関与しており、医師からはさらなる介入を求められている。
- 手術室への薬剤師の介入は医療安全の向上、業務の効率化の報告がある。
- 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として、周術期における薬剤管理等の薬剤に関連する業務に薬剤師を積極的に活用することとされている。

## 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. 医師事務作業補助体制加算について
3. 手術・処置の時間外等加算について
4. **医療機関における薬剤師業務に係る評価について**
  - 4-1 周術期における薬学的管理業務について
  - 4-2 **病棟薬剤業務実施加算について**
5. 特定行為研修修了者の活用について
6. 看護職員の処遇改善と負担軽減について
7. ICTの活用について
8. 地域医療体制確保加算について
9. 論点

# 病棟薬剤業務実施加算について

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

### 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

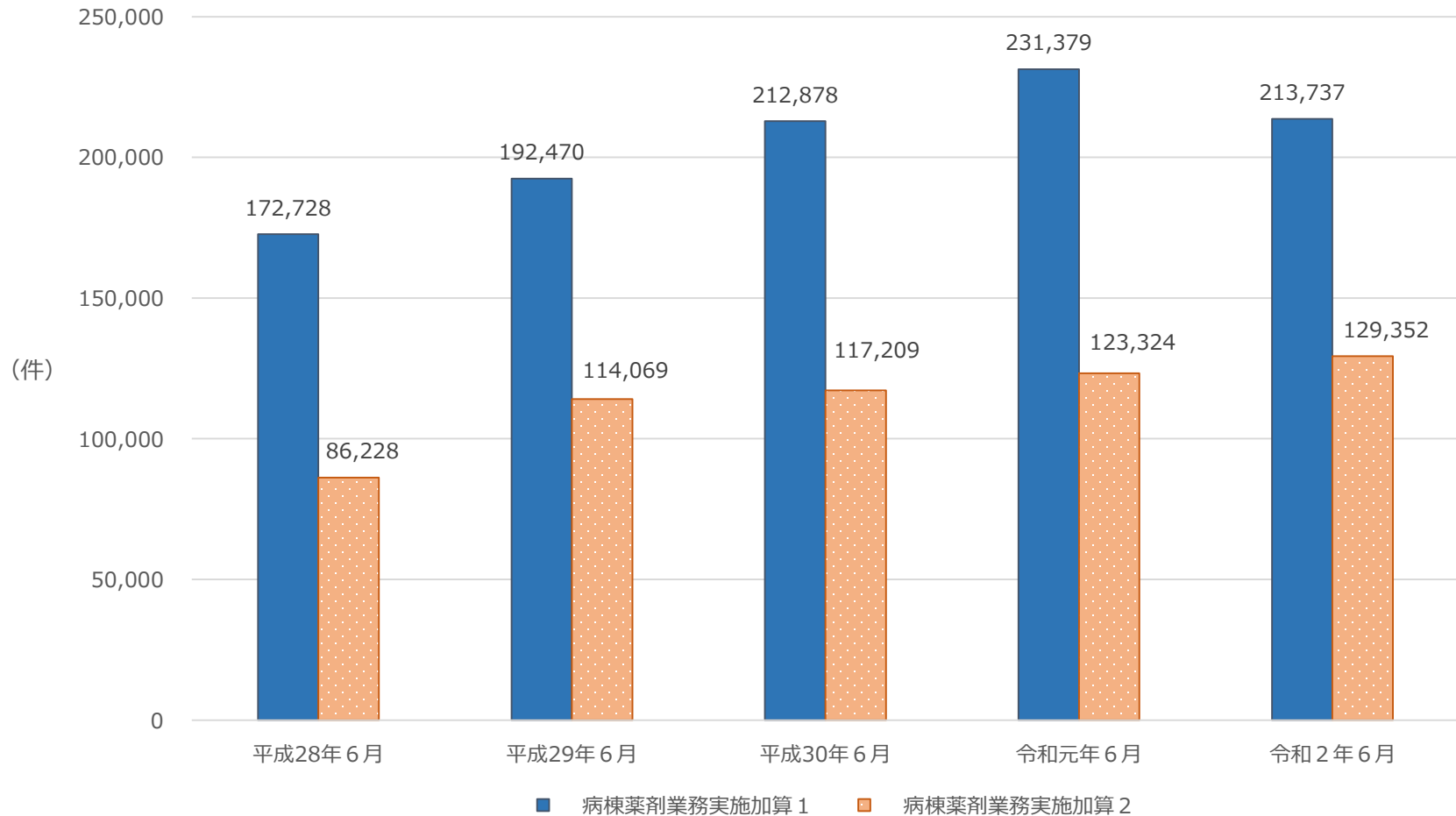
**各医療スタッフからの相談に応じる**ことができる体制を整えることが望まれる。

※ 平成22年4月30日付け医政局長通知

# 病棟薬剤業務実施加算の算定回数推移

○ 病棟薬剤業務実施加算の算定回数は上昇傾向である。

## 病棟薬剤業務実施加算算定回数

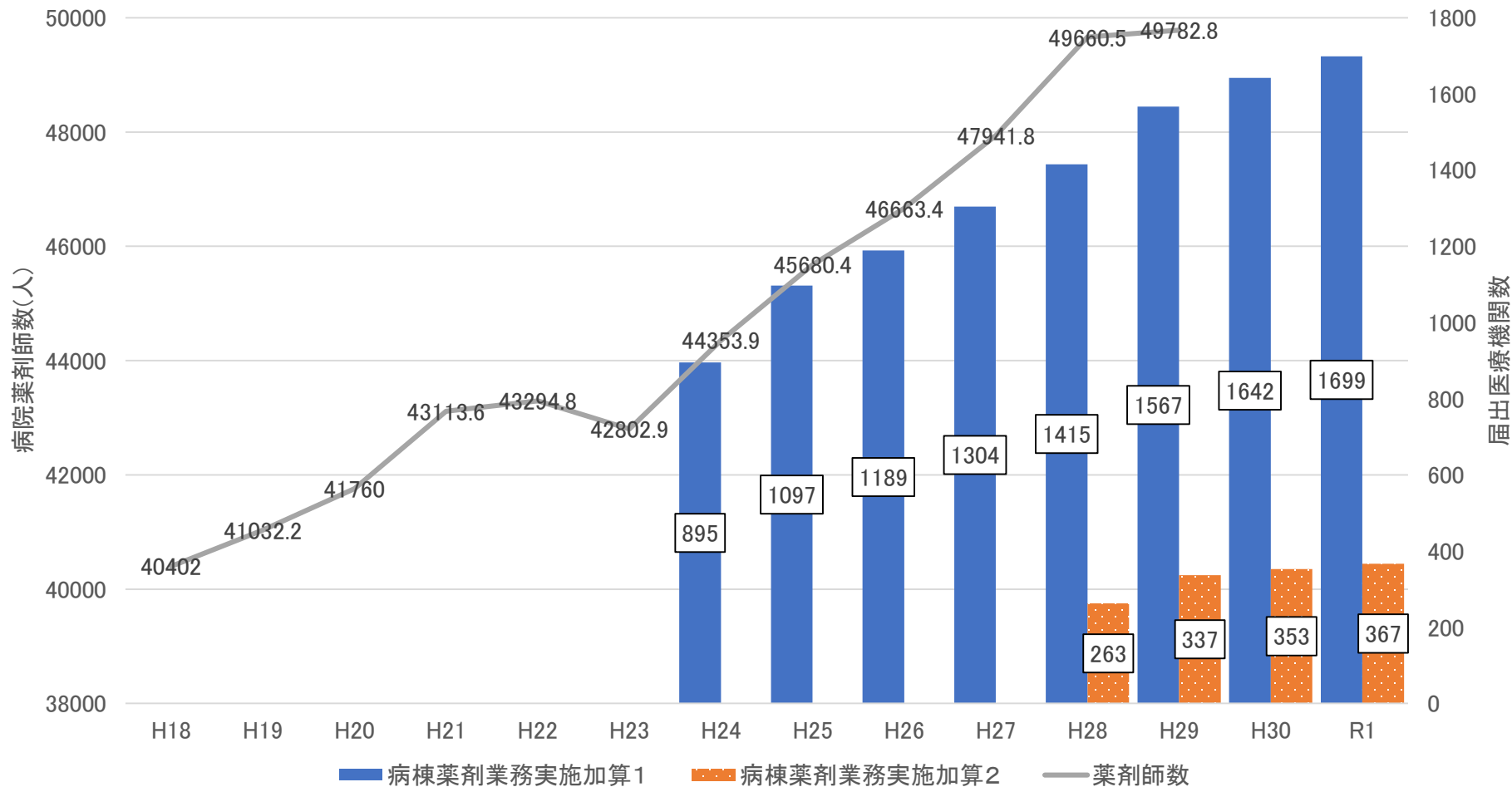


# 病院薬剤師数と病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数

○ 病院薬剤師数の増加に伴い、病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数は増加している。

病院薬剤師数(人)		
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査		
H26	H28	H30
48,980	52,145	54,150

病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数と病院薬剤師数



出典：日本病院薬剤師会提供資料  
H24～R1病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数、H29年度医療施設静態調査・H18～28年度病院報告 病院の従事者数(薬剤師)

# 「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」について

(令和3年2月9日閣議決定)

政府は、成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（平成30年法律第104号）第11条第1項の規定に基づき、成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針を別紙のとおり定める。

## Ⅱ 成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項

### 1 成育過程にある者及び妊産婦に対する医療

#### （2）小児医療等の体制

- ・ 小児医療等における専門的な薬学管理に対応するため、医療機関・薬局の医療従事者間の連携を推進する。

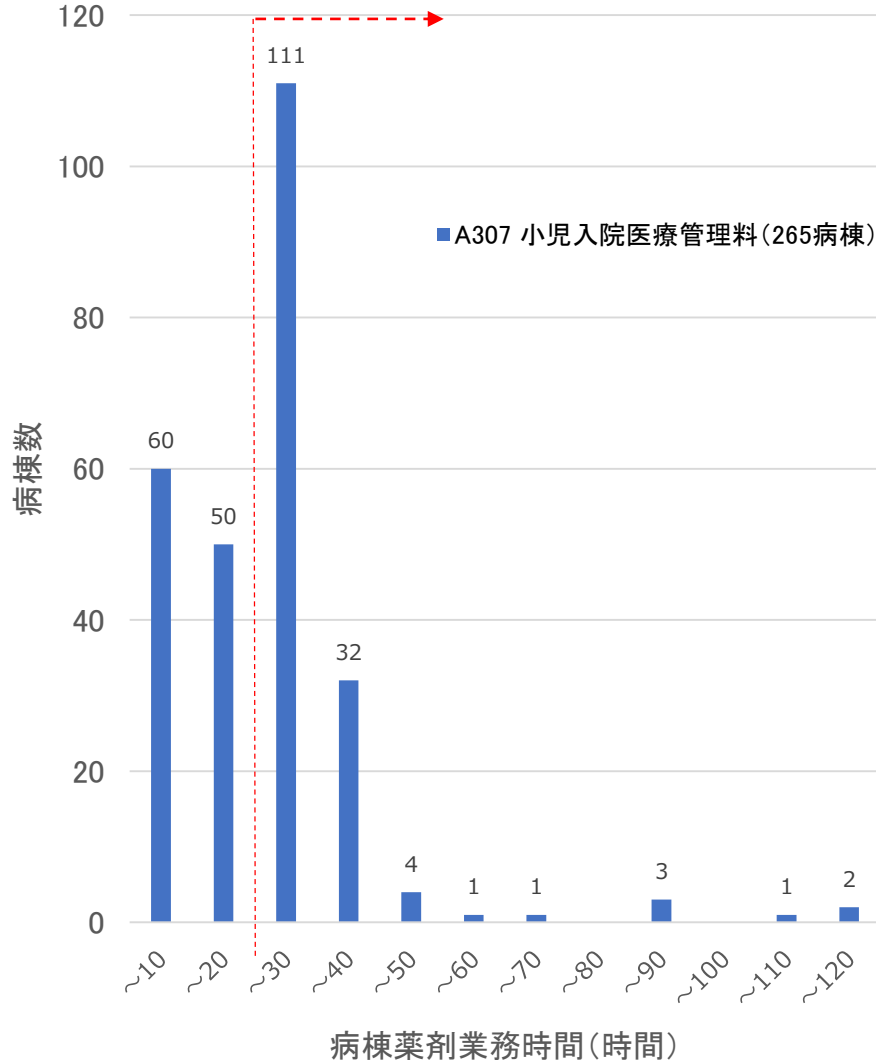
#### （3）その他成育過程にある者に対する 専門的 医療等

- ・ 小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行うことができる 移行期医療の支援等、小児慢性特定疾病を抱える児童等の健全な育成に係る施策を総合的に推進する。

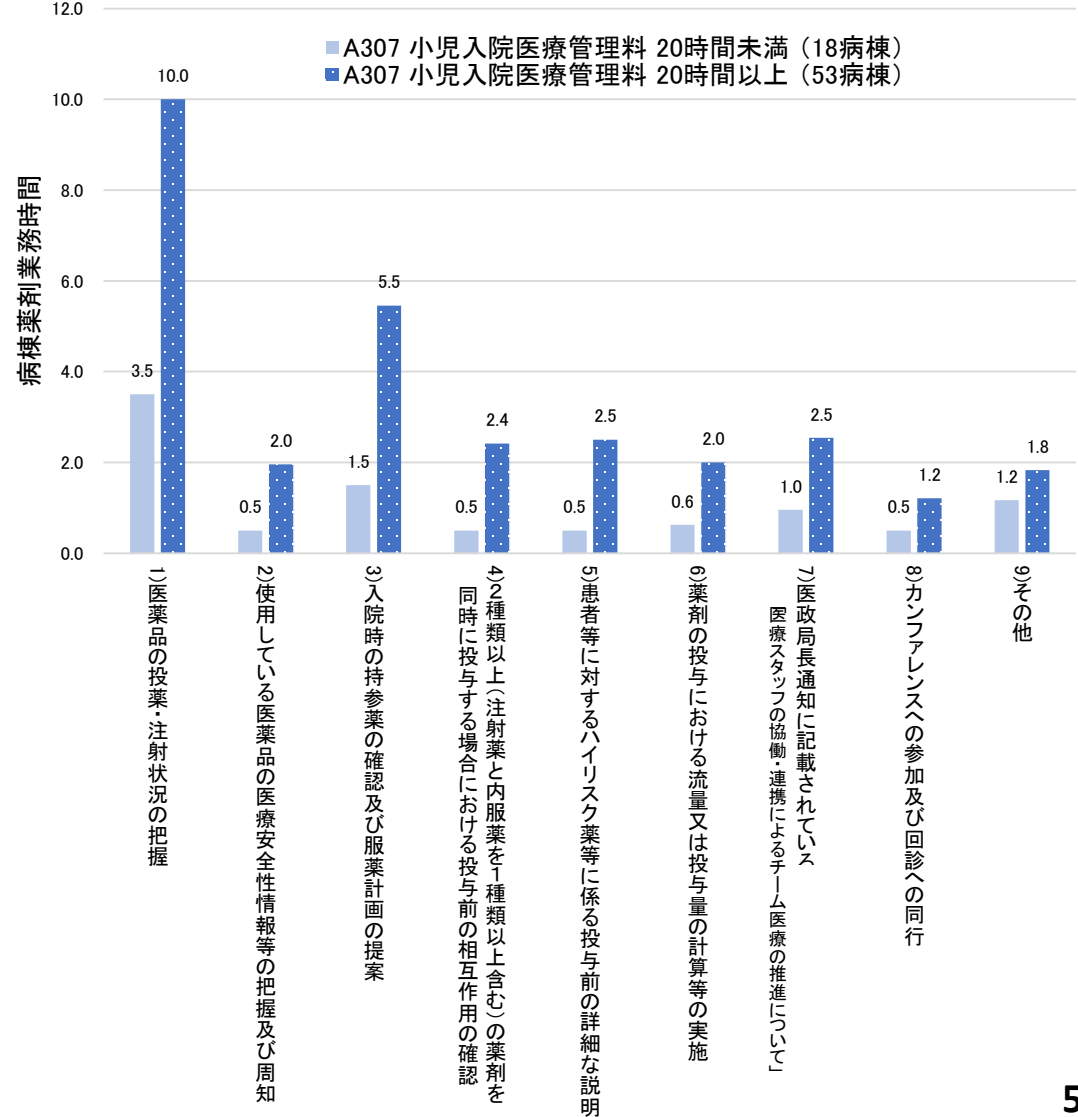
# 小児入院医療管理料を算定する病棟の病棟薬剤業務時間

○ 小児入院医療管理料を算定する病棟は、20時間以上の病棟薬剤業務を実施している施設が多い。

A307 小児入院医療管理料を算定する病棟の病棟薬剤業務時間(1週間当たり)



A307 小児入院医療管理料を算定する病棟の病棟薬剤業務時間の内訳 中央値(1週間当たり)





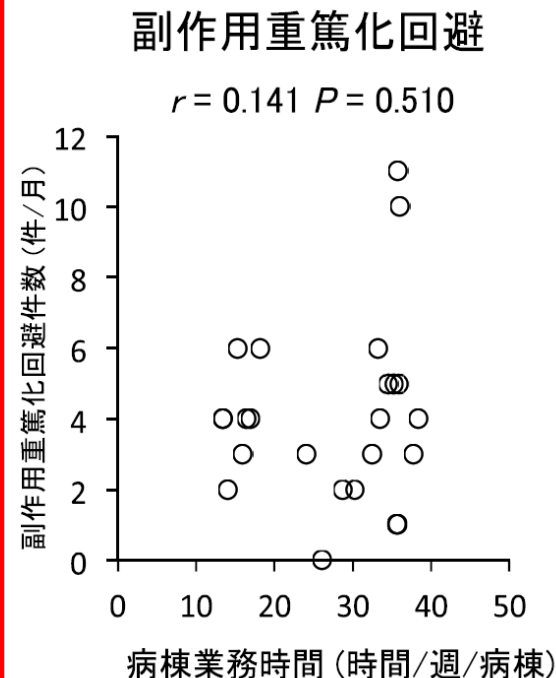
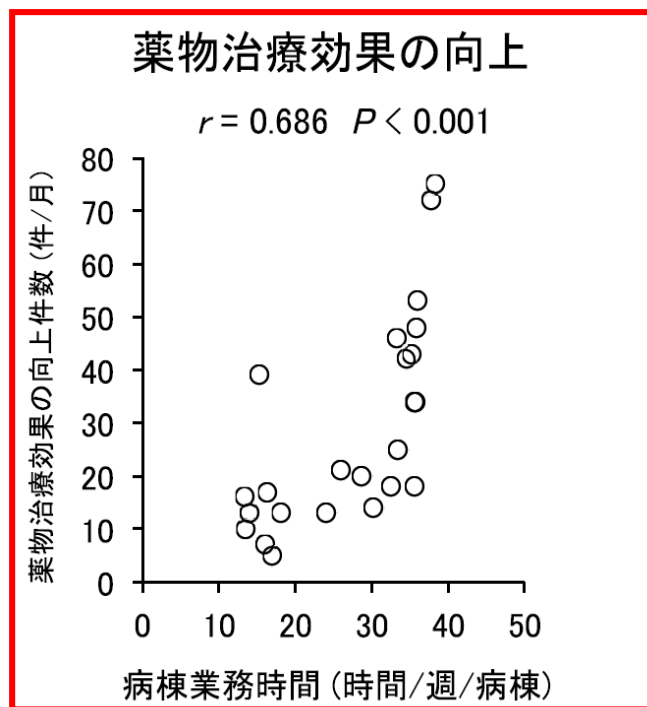
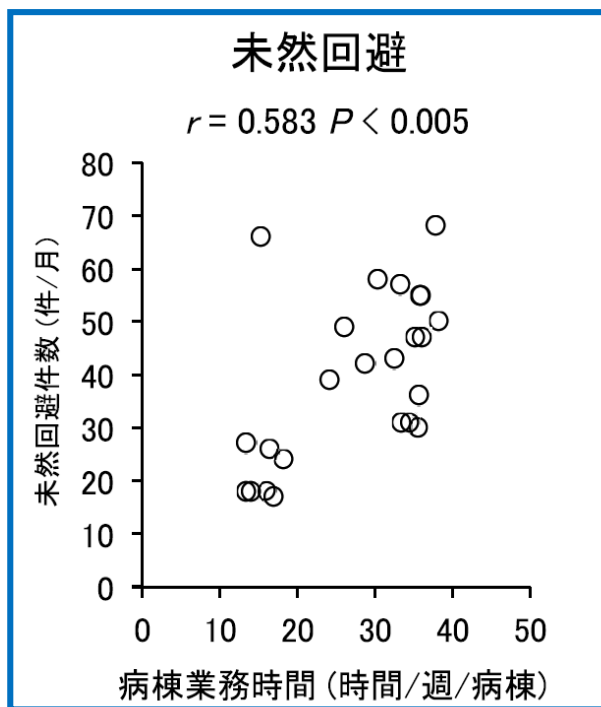
# 薬剤師の病棟業務時間とプレアボイド件数の関連

○ 薬剤師の病棟業務時間が多いと、薬物療法の安全性のみならず薬物治療効果の向上に寄与できる可能性がある。

【方法】2015年4月～2017年3月の24ヶ月間、病棟業務に伴うプレアボイド件数および薬剤師の病棟業務時間を調査。

※病棟業務時間には【B008】薬剤管理指導料に該当する業務に要した時間を含む

■ 各月における1病棟1週間あたりの薬剤師の病棟業務時間と報告別のプレアボイドの件数の相関



・未然回避 (薬物療法の安全性の向上に寄与)  
副作用、相互作用等を未然に防止した報告

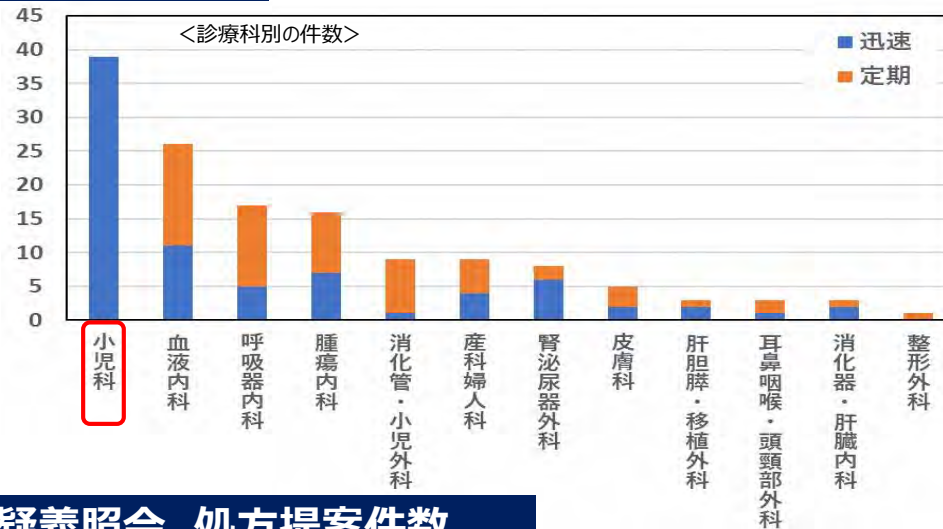
・薬物治療効果の向上 (薬物療法の有効性の向上に寄与)  
薬剤の変更や用量の是正等に基づく薬物治療効果の向上による患者不利益を回避した報告

・副作用重篤回避  
発現した副作用、相互作用等を発見し、薬学的ケアにより遷延化、重篤化を防止した報告

# 三重大学医学部附属病院の小児病棟の薬剤師の取り組み

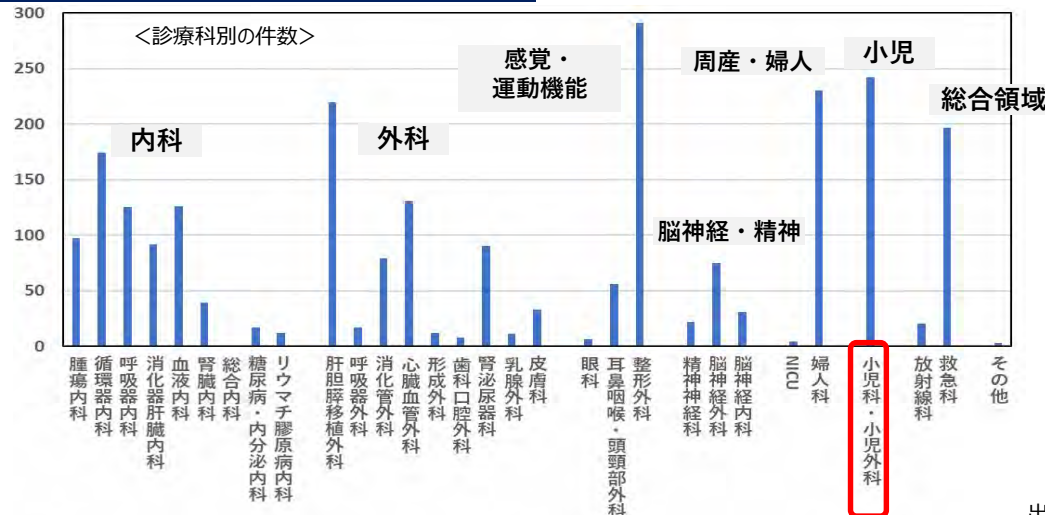
- 小児病棟において薬剤師は、下記の様な業務を実施している。
- 小児は標準治療が確立されておらず、体格により薬用量も異なるため、薬剤師によるダブルチェックの重要度が高い。

## 1. レジメンの把握



- ・小児は年齢・体重にあわせた個別化治療のレジメンも多く、迅速に妥当性や支持療法を確認する必要がある。
- ・化学療法の場合、性腺毒性を評価し、妊孕性温存治療について医師と協議する。

## 2. 疑義照会、処方提案件数



- ・小児は体重、体表面積で薬用量が異なり、成人に比して、薬剤師によるダブルチェックの重要度が高い。
- ・また、高額かつ厳格な管理が必要な医薬品が増え薬学的介入が必要とされている。

## 病棟薬剤業務実施加算に係る課題(小括)

- 病院薬剤師の増加に伴い病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数は増加している。
- 薬剤師の病棟業務時間が多いと、薬物療法の安全性のみならず、薬物治療効果の向上に寄与できる可能性がある。
- 小児入院医療管理料を算定する病棟でも、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を実施するために薬剤師が介入している。

## 働き方改革の推進(その2)

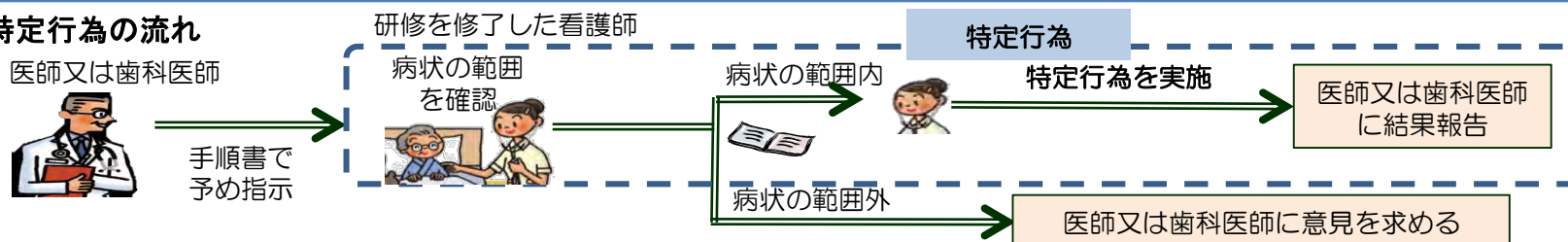
1. 働き方改革の推進に係る現状等について
2. 医師事務作業補助体制加算について
3. 手術・処置の時間外等加算について
4. 医療機関における薬剤師業務に係る評価について
5. **特定行為研修修了者の活用について**
6. 看護職員の処遇改善と負担軽減について
7. ICTの活用について
8. 地域医療体制確保加算について
9. 論点

# 特定行為に係る看護師の研修制度の概要

## 1. 目的

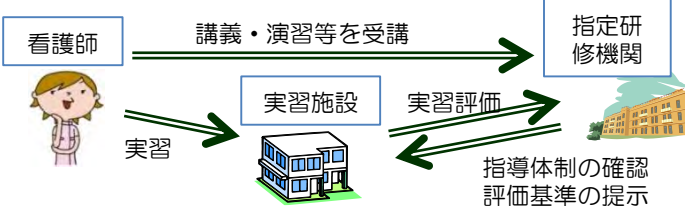
- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設(平成27年10月)し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能としたことで、更なる制度の普及を図る。

## 2. 特定行為の流れ



## 3. 特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、協力施設と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
  - ① 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
  - ② 実習は、受講者の所属する医療機関等(協力施設)で受けることを可能としている



## 4. 研修の内容(平成31年4月～)

「共通科目」 全ての特定行為区分に共通するもの の向上を図るための研修		「区分別科目」 特定行為区分ごとに異なるものの向上を 図るための研修	
共通科目の内容	時間数	特定行為区分(例)	時間数
臨床病態生理学(講義、演習)	30	呼吸器(気道確保に係るもの)関連	9
臨床推論(講義、演習、実習)	45	創傷管理関連	34
フィジカルアセスメント (講義、演習、実習)	45	創部ドレーン管理関連	5
臨床薬理学(講義、演習)	45	栄養及び水分管理に係る薬剤投与 関連	16
疾病・臨床病態概論 (講義、演習)	40	感染に係る薬剤投与関連	29
医療安全学、特定行為実践 (講義、演習、実習)	45		
合計	250		

※全ての科目で、講義及び実習を行う。一部の科目については演習を行う。  
※1区分ごとに受講可能。

# 特定行為及び特定行為区分(21区分38行為)

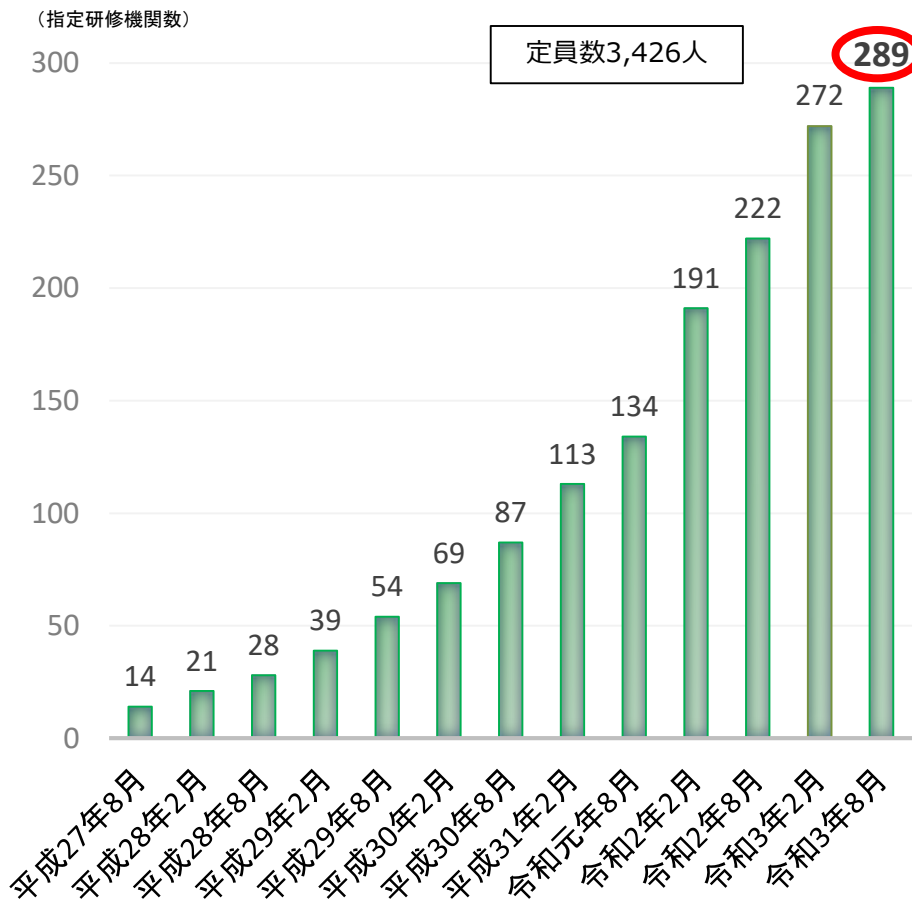
特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
人工呼吸器からの離脱	
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じよく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗不安薬の臨時的投与
	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

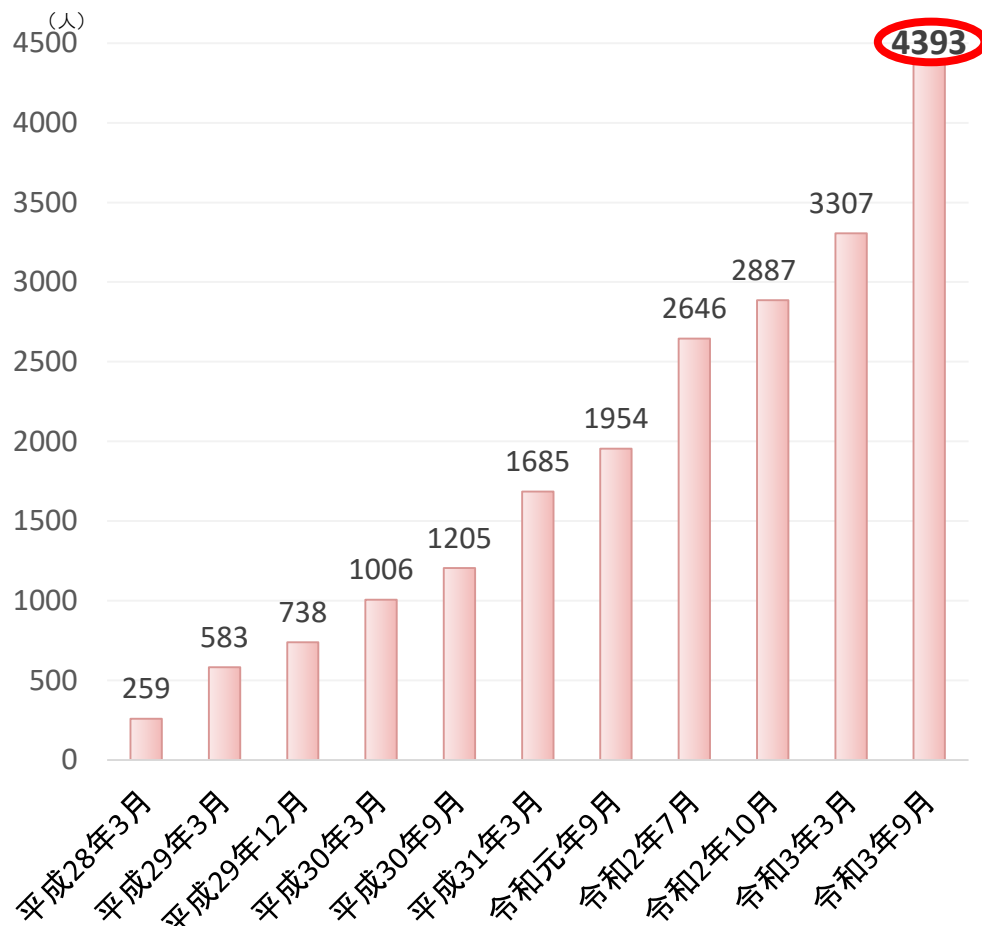
# 特定行為に係る看護師の研修制度 指定研修機関数・研修修了者の推移

- 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3年8月現在で289機関である。
- これらの指定研修機関が年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は3,426人（令和3年8月現在）となっている。
- 特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和3年9月現在で4,393名である。

■指定研修機関数の推移



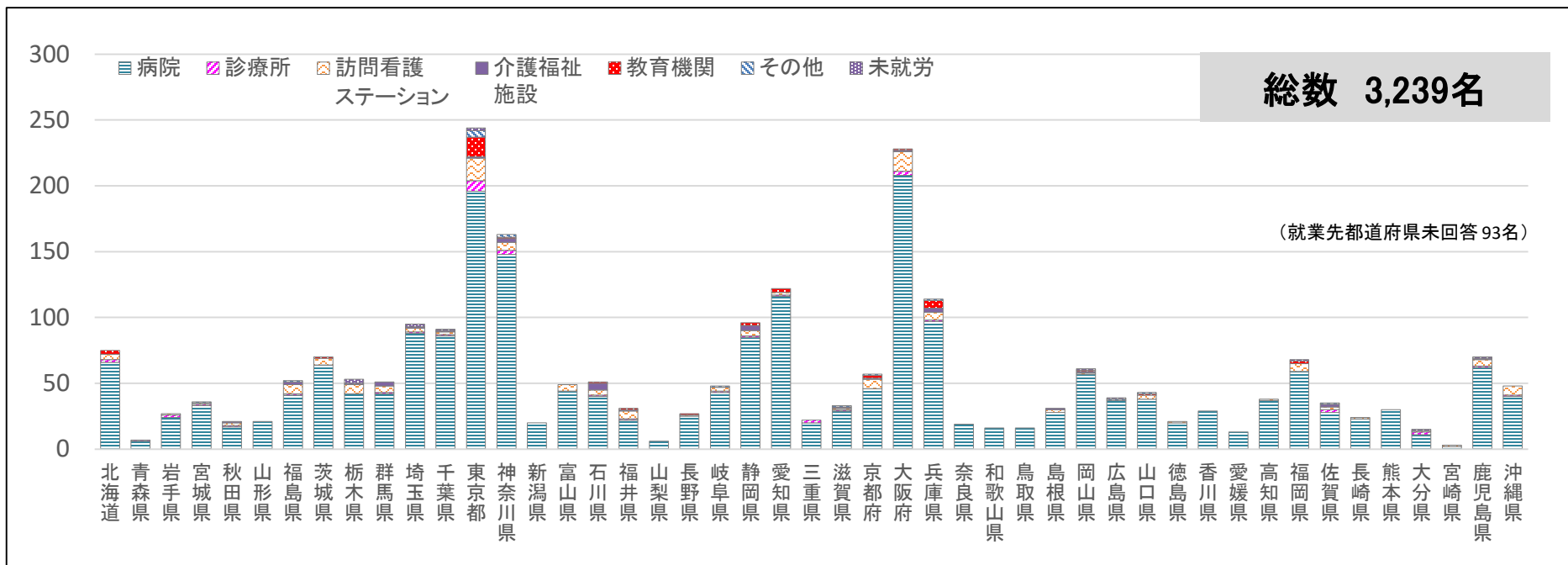
■研修修了者数の推移



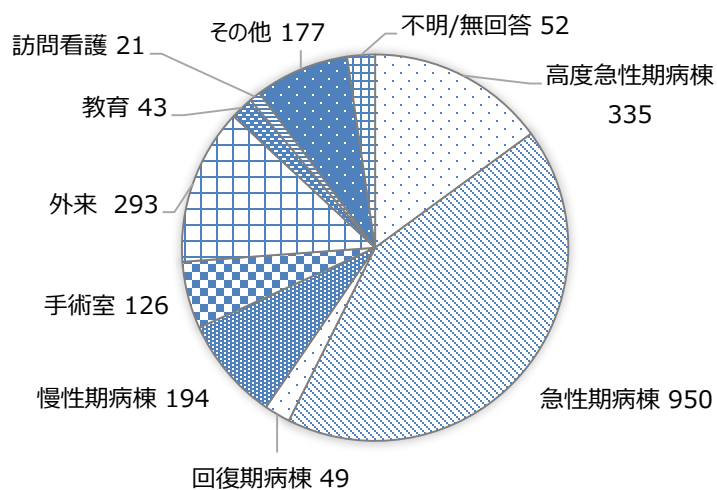
(看護課調べ)



# 都道府県別 特定行為研修修了者就業状況



## 病院に就業する修了者の活動場所



## 【就業場所別修了者数】

就業場所	割合	人数
病院	69.2%	2,240
診療所	1.2%	40
訪問看護ステーション	4.5%	145
介護福祉施設	1.0%	34
教育機関	1.3%	41
その他	0.5%	16
未就労	0.5%	16
不明	21.8%	707
<b>総数</b>	<b>100%</b>	<b>3,239名</b>

# 診療報酬(平成30年度改定)における特定行為研修の評価

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p>■ <b>B001 糖尿病合併症管理料</b>                      糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合で医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月に1回に限り算定する。                      糖尿病合併症管理料の要件である「適切な研修」</p>	以下の2区分とも修了した場合 ○ 創傷管理関連 ○ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
<p>■ <b>B001 糖尿病透析予防指導管理料</b>                      糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。                      糖尿病透析予防指導管理料の看護師の要件である「適切な研修」</p>	○ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
<p>■ <b>C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料</b>                      重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。                      在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件である「所定の研修」</p>	○ 創傷管理関連
<p>■ <b>A301 特定集中治療室管理料1及び2</b>                      1回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間1回に限り算定できる。対象となる患者は、次に掲げる状態にあつて、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者。                      ア 意識障害又は昏睡                      イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪                      ウ 急性心不全（心筋梗塞含む）                      エ 急性薬物中毒                      オ ショック                      カ 重篤な代謝障害                      キ 広範囲熱傷                      ク 大手術後                      ケ 救急蘇生後                      コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態                      特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」</p>	以下の8区分をすべて修了した場合 ○ 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ○ 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ○ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ○ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ○ 循環動態に係る薬剤投与関連 ○ 術後疼痛関連 ○ 循環器関連 ○ 精神及び神経症状にかかる薬剤投与関連

# 診療報酬(令和2年度改定)における特定行為研修の評価

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p>■ <b>A200 総合入院体制加算</b>            病院の医療従事者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            ア～ウ、オ（略）エ「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に挙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）～（ニ）、（ハ）、（ト）（略）            （ホ）特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減            医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画の項目の1つ</p>	<p>○特定行為研修修了者である看護師</p> <p>特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修のうち、いずれの区分であっても該当する。また、領域別パッケージ研修も該当する。</p>
<p>■ <b>L010 麻酔管理料Ⅱ</b>            担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察を行った担当医師又は麻酔科標榜医は、当該診察の内容を当該看護師に共有すること。            麻酔管理料Ⅱの要件である「適切な研修」</p>	<p>以下のいずれかの研修を修了した看護師</p> <p>①術中麻酔管理領域（パッケージ研修）            ②以下の6区分をすべて修了した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸器（気道確保に係るもの）関連</li> <li>・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連</li> <li>・動脈血液ガス分析関連</li> <li>・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</li> <li>・術後疼痛管理関連</li> <li>・循環動態に係る薬剤投与関連</li> </ul>
<p>■ <b>C300 特定保険医療材料</b>            在宅における特定保険医療材料の追加            在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については薬剤料、特定保険医療材料の費用については特定保険医療材料により、当該保険医療機関において算定する。</p> <p>011 膀胱瘻用カテーテル            012 交換用胃瘻カテーテル                (1) 胃留置型①バンパー型 ア ガイドワイヤーあり ガイドワイヤーなし                    ②バルーン型                (2) 小腸留置 ①バンパー型 ②一般型            013 局所陰圧閉鎖処置用材料            014 陰圧創傷治療用カートリッジ</p>	<p>特定保険医療材料の算定に関連する特定行為</p> <p>①ろう孔管理関連</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換</li> <li>・膀胱ろうカテーテルの交換</li> </ul> <p>②創傷管理関連区分のうち</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・創傷に対する陰圧閉鎖療法</li> </ul>

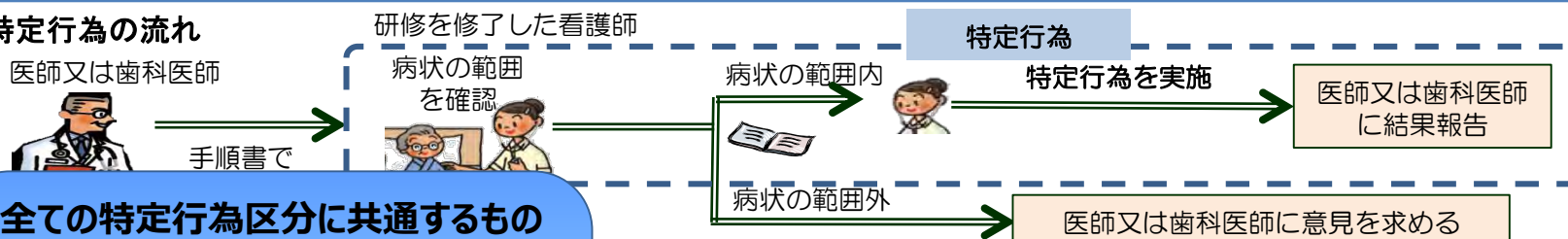
# 特定行為に係る看護師の研修制度の概要

再掲

## 1. 目的

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設(平成27年10月)し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能としたことで、更なる制度の普及を図る。

## 2. 特定行為の流れ



全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修として、臨床病態生理学や臨床推論等の「共通科目」の受講が必要となっており、更に、特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修として、「区分別科目」の受講が必要となっている。

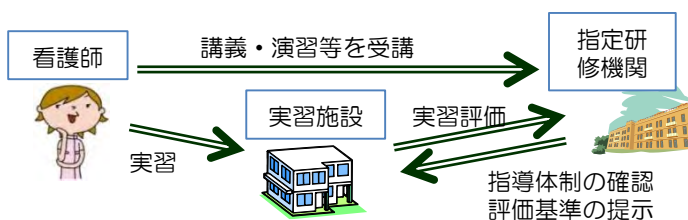
## 4. 研修の内容(平成31年4月～)

「共通科目」 全ての特定行為区分に共通するもの の向上を図るための研修	
共通科目の内容	時間数
臨床病態生理学(講義、演習)	30
臨床推論(講義、演習、実習)	45
フィジカルアセスメント (講義、演習、実習)	45
臨床薬理学(講義、演習)	45
疾病・臨床病態概論 (講義、演習)	40
医療安全学、特定行為実践 (講義、演習、実習)	45
合計	250

「区分別科目」 特定行為区分ごとに異なるものの向上を 図るための研修	
特定行為区分(例)	時間数
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	9
創傷管理関連	34
創部ドレーン管理関連	5
栄養及び水分管理に係る薬剤投与 関連	16
感染に係る薬剤投与関連	29

※全ての科目で、講義及び実習を行う。一部の科目については演習を行う。  
※1区分ごとに受講可能。

② 実習は、受講者の所属する医療機関等(協力施設)で受けることを可能としている



# 施設基準に係る研修についての整理①

- 以下の加算の施設基準に係る研修について、認定看護分野、専門看護分野と関連する特定行為区分は以下の通り。
- 特定行為研修は、全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修として、臨床病態生理学や臨床推論等の「共通科目」の受講が必要となっており、更に、特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修として、「区分別科目」の受講が必要となっている。

項目		研修に関する施設基準	認定看護分野	専門看護分野	特定行為区分
A230-4	精神科リエゾンチーム加算	<p>ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600 時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。</p> <p>イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。</p> <p>ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものである。</p> <p>(イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要</p> <p>(ロ) 精神症状の病因・病態、治療</p> <p>(ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法</p> <p>(ニ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術</p> <p>(ホ) 患者・家族の支援、関係調整</p> <p>(ヘ) ケアの連携体制の構築（他職種・他機関との連携、社会資源の活用）</p> <p>(ト) ストレスマネジメント</p> <p>(チ) コンサルテーション方法</p> <p>エ 実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。</p>	・認知症看護	<p>・老年看護</p> <p>・精神看護</p>	・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
A233-2	栄養サポートチーム加算	<p>ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、40 時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。</p> <p>イ 栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。</p> <p>(イ) 栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）</p> <p>(ロ) 栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導</p> <p>(ハ) 経静脈栄養剤の側管投与方法・薬剤配合変化の指摘</p> <p>(ニ) 経静脈輸液適正調剤法の取得</p> <p>(ホ) 経静脈栄養のプランニングとモニタリング</p> <p>(ヘ) 経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導</p> <p>(ト) 経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング</p> <p>(チ) 簡易懸濁法の実施と有用性の理解</p> <p>(リ) 栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応</p> <p>(ヌ) 栄養療法に関する問題点・リスクの抽出</p> <p>(ル) 栄養管理についての患者・家族への説明・指導</p> <p>(ヲ) 在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導</p>	・摂食嚥下障害看護		<p>・栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連</p> <p>・栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連</p> <p>・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</p>



## 施設基準に係る研修についての整理②

項目		研修に関する施設基準	認定看護分野	専門看護分野	特定行為区分
A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<p>ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600 時間以上の研修</p> <p>イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修</p>	・皮膚・排泄ケア		・創傷管理関連
A242	呼吸ケアチーム加算	<p>ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。 (600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)</p> <p>イ 呼吸ケアに必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。</p> <p>ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。</p> <p>(イ) 呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要</p> <p>(ロ) 呼吸機能障害の病態生理及びその治療</p> <p>(ハ) 呼吸ケアに関するアセスメント（呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等）</p> <p>(ニ) 患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア</p> <p>(ホ) 呼吸ケアに関する看護技術（気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等）</p> <p>(ヘ) 安全管理（医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等）</p> <p>(ト) 呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ</p> <p>(チ) 呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント</p> <p>(リ) コンサルテーション方法</p> <p>エ 実習により、事例に基づくアセスメントと呼吸機能障害を有する患者への看護実践</p>	<p>・救急看護・集中ケア／クリティカルケア (2021年度以降統合)</p> <p>・新生児集中ケア</p> <p>・小児救急看護 ／小児プライマリケア</p> <p>・慢性呼吸器疾患看護 ／呼吸器疾患看護</p>	・急性・重症患者看護	<p>・呼吸器(気道確保に係るもの)関連</p> <p>・呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連</p>

## 特定行為研修修了者の活用に係る課題（小括）

（特定行為研修修了者の活用に係る評価について）

- 医師の働き方改革を推進する観点から、特定行為研修修了者である看護師の配置及び活用の評価について充実が図られてきている。
- 特定行為研修を行う指定研修機関及び特定行為研修修了者は、年々増加しており、約7割が病院で就業している。
- 病院に就業する特定行為研修修了者の活動場所は、急性期病棟が最も多く、次いで高度急性期病棟であった。
- 全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修として、臨床病態生理学や臨床推論等の「共通科目」の受講が必要となっており、更に、特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修として、「区分別科目」の受講が必要となっている。

## 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. 医師事務作業補助体制加算について
3. 手術・処置の時間外等加算について
4. 医療機関における薬剤師業務に係る評価について
5. 特定行為研修修了者の活用について
6. **看護職員の処遇改善と負担軽減について**
  - 6-1 看護職員の処遇改善について
  - 6-2 看護補助者の活用等について
  - 6-3 看護職員の夜間負担軽減について
7. ICTの活用について
8. 地域医療体制確保加算について
9. 論点



### Ⅲ. 未来社会を切り拓く「新しい資本主義」の起動

#### 2. 分配戦略～安心と成長を呼ぶ「人」への投資の強化～

##### (2) 公的部門における分配機能の強化等

###### ① 看護、介護、保育、幼児教育など現場で働く方々の収入の引上げ等

看護、介護、保育、幼児教育など、新型コロナウイルス感染症への対応と少子高齢化への対応が重なる最前線において働く方々の収入の引上げを含め、全ての職員を対象に公的価格の在り方を抜本的に見直す。民間部門における春闘に向けた賃上げの議論に先んじて、保育士等・幼稚園教諭、介護・障害福祉職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を3%程度(月額9,000円)引き上げるための措置<sup>48</sup>を、来年2月から前倒しで実施する。

看護については、まずは、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、段階的に収入を3%程度引き上げていくこととし、収入を1%程度(月額4,000円)引き上げるための措置<sup>49</sup>を、来年2月から前倒しで実施した上で、来年10月以降の更なる対応について、令和4年度予算編成過程において検討し、必要な措置を講ずる。

48 他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

49 看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

### 厚生労働省関係

#### ○ 看護、介護、保育など現場で働く方々の収入の引上げ 1,665億円

保育士等、介護・障害福祉職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を3%程度(月額9,000円)引き上げるための措置(注1)を、令和4年2月から実施する。

看護については、まずは、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関(注2)に勤務する看護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、段階的に収入を3%程度引き上げていくこととし、収入を1%程度(月額4,000円)引き上げるための措置(注3)を、令和4年2月から実施する。

※ 保育所等における収入の引上げについては、内閣府に計上

(注1) 他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

(注2) 「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関」: 一定の救急医療を担う医療機関(救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関)

(注3) 看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

### 内閣府・文部科学省関係

#### ○ 教育・保育など現場で働く方々の収入の引上げ 935億円

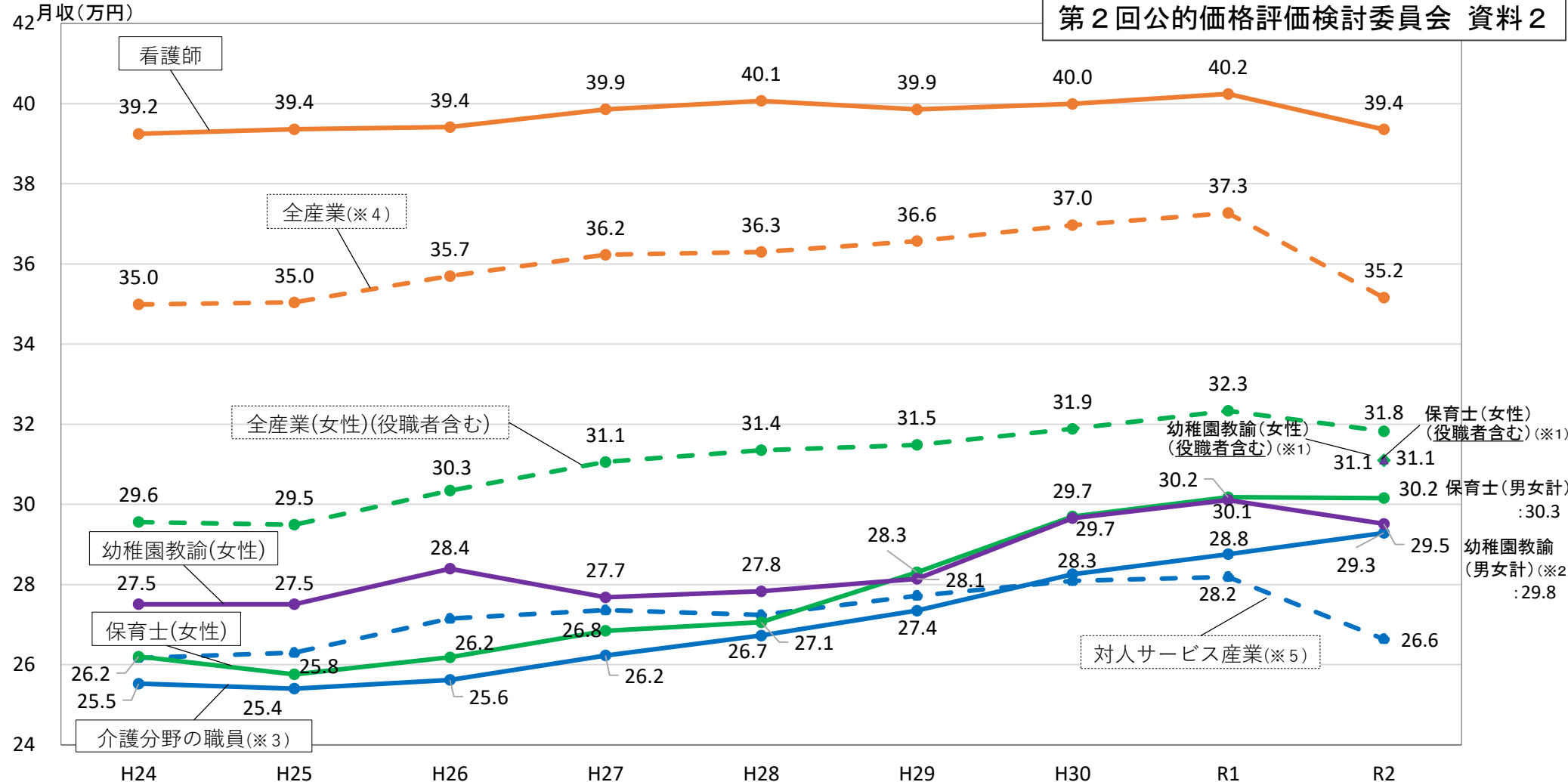
保育士等・幼稚園教諭を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を3%程度(月額9,000円)引き上げるための措置(※)を、令和4年2月から実施する。

※ 他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

(注) 今回の処遇改善の対象となる「教育・保育などの現場で働く方々」には、地域型保育事業などの公定価格の対象の事業所で働く方々、放課後児童クラブの職員、及び公定価格の対象でない私学助成を受ける幼稚園の教諭等が含まれる。

# 職種別平均賃金（役職者除く）（月収換算）

第2回公的価格評価検討委員会 資料2



(出典) 厚生労働省「賃金構造基本統計調査」(平成24年から令和2年までの各年で公表されたもの)を基に作成。いずれも一般労働者(短時間労働者を含まないもの)。  
 (注1) 「役職者含む」としたものの以外は、役職者を除いた数値。ただし、「全産業」及び「対人サービス産業」は、令和元年までは100人以上の企業の役職者、令和2年は10人以上の事業所の役職者を除いた数値。  
 (注2) 「月収」とは、賃金構造基本統計調査における「きまって支給する現金給与額」に、「年間賞与その他特別給与額」の1/12を足した額。  
 「きまって支給する現金給与額」とは、労働協約又は就業規則などにあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって6月分として支給される現金給与額(基本給、職務手当、精皆勤手当、家族手当が含まれるほか、時間外勤務、休日出勤等超過労働給与を含む)のこと。いわゆる手取り額でなく、税込み額である。  
 (※1) 令和元年までは職種別の賃金については役職者を除いたものを調査していたが、令和2年から調査方法が変わり、職種別の賃金について役職者を含んだものも調査している。  
 (※2) 令和元年以前の「幼稚園教諭」は、令和2年より「幼稚園教員、保育教諭」に区分を変更している。  
 (※3) 「介護分野の職員」は、令和元年までは「ホームヘルパー」及び「福祉施設介護員」を、令和2年は「訪問介護従事者」及び「介護職員(医療・福祉施設等)」をそれぞれ加重平均したもの。  
 (※4) 「全産業」は、産業別データの「産業計」から役職別データの「役職計」を除いて算出したもの。  
 (※5) 「対人サービス産業」は、産業別データの「宿泊業、飲食サービス業」及び「生活関連サービス業、娯楽業」を加重平均し、役職別データの「宿泊業、飲食サービス業」及び「生活関連サービス業、娯楽業」の「役職計」を除いて算出したもの。

	診療報酬（医療）	介護・障害福祉サービス等報酬	子ども・子育て支援新制度の公定価格
報酬・価格の決まり方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2年に1度の実態調査で把握される医療機関等の類型ごとの収支状況等を踏まえ、その提供に要する費用の額等を勘案して個々の診療行為ごとに報酬を決定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実態調査で把握される施設や在宅サービスの類型ごとの収支状況等を踏まえ、その提供に要する平均的な費用の額等を勘案して、原則3年ごとに報酬を決定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育・保育に通常要する費用の額を勘案して公定価格（基本額＋各種加算）を決定</li> <li>・公定価格の金額については人件費・事業費・管理費について対象となる費目を積み上げて算定</li> <li>・人件費は国家公務員給与の改定状況、事業費・管理費は物価の動向等を踏まえて毎年度改定</li> </ul>
処遇改善の仕組み	<p>看護師等の負担軽減のため、看護職員や看護補助者の配置増に対する加算等があるが、賃金改善を直接の目的とする仕組みはない</p> <p>※医療においては、医師、看護職員、リハビリテーション専門職等多様な専門職がチームでサービス提供を担っている点に留意が必要</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処遇改善加算：介護職員が対象</li> <li>・特定処遇改善加算：経験・技能のある介護職員に重点を置いた加算</li> </ul> <p>※平成21年以降、介護職員の処遇改善加算の創設や順次の拡充等の取組を実施。                  ※加算の取得は、加算により取得される額以上の賃金改善が要件                  ※障害福祉についても同様の仕組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処遇改善等加算Ⅰ：全職種が対象</li> <li>・処遇改善等加算Ⅱ：技能・経験を積んだ副主任保育士・専門リーダー等が対象</li> </ul> <p>※平成25年以降、保育士等の処遇改善等加算の創設や順次の拡充等の取組を実施                  ※加算の取得は、加算により取得される額以上の賃金改善が要件</p>
費用負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者負担 年齢・所得に応じて1～3割（高額療養費制度あり）</li> <li>・給付費 診療報酬（保険料：公費＝6：4）</li> </ul>	<p>【介護】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担 所得に応じて1～3割（高額介護サービス費制度あり）</li> <li>・給付費 介護報酬（保険料：公費＝1：1）</li> </ul> <p>【障害福祉】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担 所得に応じて最大1割（高額障害福祉サービス等給付費制度あり）</li> <li>・給付費 障害福祉サービス等報酬（全額公費）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担 市町村が設定（上限あり）                      ※0～2歳は応能負担、3歳以上は無償</li> <li>・給付費 原則公費、一部事業主拠出金あり                      ※公立保育所等は地方交付税措置</li> </ul>

➤ 処遇改善の方向性

- 保育士等・幼稚園教諭、介護・障害福祉職員について、今回の経済対策に盛り込まれた措置（保育士等・幼稚園教諭、介護・障害福祉職員を対象に収入を3%程度引き上げる）を前提として、今後の処遇改善の目標についてどのように考えるか。
- こうした今後の目標を議論するに当たって、職種間の均衡をどのように考慮するか。労働時間や経験年数、勤続年数等の要素を考慮すべきか。
- 全産業平均を上回る賃金水準である看護師の処遇改善の在り方について、今回の経済対策に盛り込まれた措置（一定の看護職員を対象に段階的に収入を3%程度引き上げていくこととし、収入を1%程度引き上げる）も踏まえ、どのように考えるか。看護師のキャリアアップに伴う処遇改善に向けて、どう考えるか。
- 国際的に見て低い水準にある労働分配率の引上げについて、どう考えるか。

➤ 処遇改善に向けた政策手法

- 処遇改善の実効性の担保、経験・技能のある職員への重点化など、現行の介護・障害・保育の制度について、どのように評価するか。今後、見直すべき点はないか。
- 診療報酬の制度において、処遇改善の仕組みがなかったが、今後、どのような取組が考えられるか。
- 公的価格の制度には利用者負担や保険料負担があり、処遇改善加算の仕組みを拡充・新設する場合、これらの負担に影響することをどう考えるか。
- 処遇改善につながる他の政策手法（例：社会福祉法人の社会福祉充実財産の活用、経験・技術に応じた処遇ルールの特例等）は考えられないか。

➤ 安定財源の確保と併せた道筋

- 処遇改善に必要な財源について、どのように確保することが考えられるか。

## 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. 医師事務作業補助体制加算について
3. 手術・処置の時間外等加算について
4. 医療機関における薬剤師業務に係る評価について
5. 特定行為研修修了者の活用について
6. **看護職員の処遇改善と負担軽減について**
  - 6-1 看護職員の処遇改善について
  - 6-2 看護補助者の活用等について
  - 6-3 看護職員の夜間負担軽減について
7. ICTの活用について
8. 地域医療体制確保加算について
9. 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	慢性期
看護補助者との役割分担の推進		<b>【急性期看護補助体制加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院基本料</li> <li>特定機能病院入院基本料（一般病棟）</li> <li>専門病院入院基本料（7対1、10対1）</li> </ul>	<b>【看護補助加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域一般入院基本料</li> <li>13対1、15対1、18対1、20対1※</li> <li>障害者施設等入院基本料（7対1、10対1）の注加算</li> <li>特定一般病棟入院料</li> </ul> <b>【看護補助者配置加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括ケア病棟入院料の注加算</li> </ul>
夜間の看護体制関係	看護職員の手厚い夜間配置	<b>【看護職員夜間配置加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院基本料</li> <li>特定機能病院入院基本料（一般病棟）</li> <li>専門病院入院基本料（7対1、10対1）</li> </ul>	<b>【夜間看護加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院基本料の注加算</li> </ul> <b>【看護職員夜間配置加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括ケア病棟入院料の注加算</li> <li>精神科救急入院料の注加算</li> <li>精神科救急・合併症入院料の注加算</li> </ul>
	看護補助者の夜間配置	<b>【夜間急性期看護補助体制加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期看護補助体制加算の注加算</li> </ul>	<b>【夜間75対1看護補助加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護補助加算の注加算（地域一般入院料1又は2、13対1※のみ）</li> </ul>
	負担軽減に資する勤務編成（シフト）や、部署間支援等の推進	<b>【夜間看護体制加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期看護補助体制加算の注加算（夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合のみ）</li> </ul>	<b>【夜間看護体制加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護補助加算の注加算</li> <li>障害者施設等入院基本料の注加算</li> </ul>
	小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保	<b>【夜間看護体制特定日減算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟入院基本料</li> <li>結核病棟入院基本料</li> <li>精神病棟入院基本料</li> <li>専門病院入院基本料</li> <li>障害者施設等入院基本料</li> <li>地域包括ケア病棟入院料</li> </ul>	
	適切な夜勤時間の管理	<b>【月平均夜勤時間が72時間以下であること】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>病院の入院基本料等の施設基準</li> </ul>	

※ 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

# 看護職員の負担軽減策に係る加算等の主な変遷①

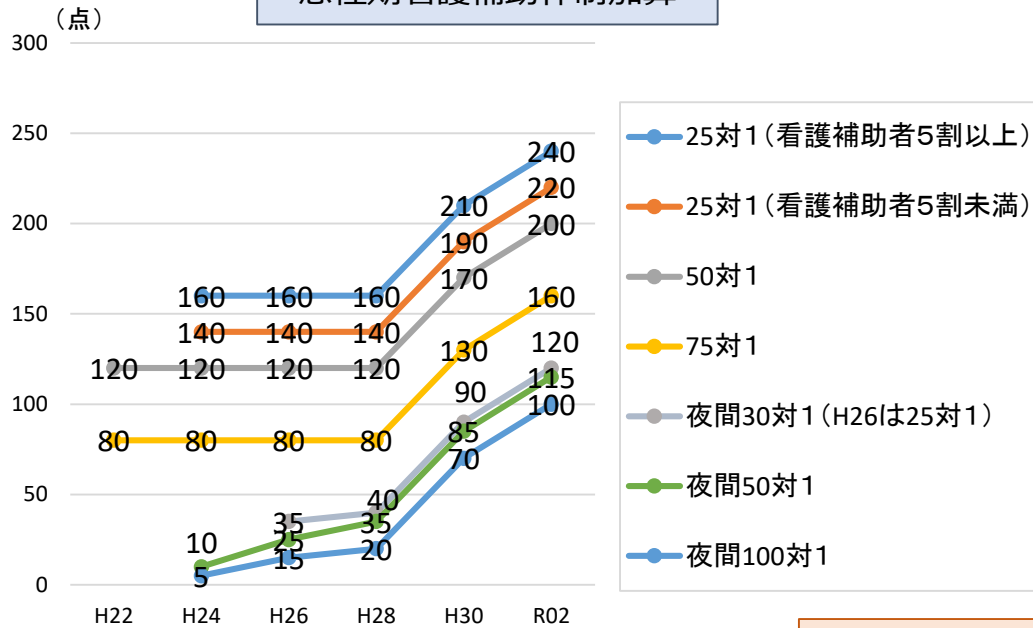
中医協 総-1-2  
3 . 7 . 2 1

	急性期		慢性期
	急性期看護補助体制加算	看護職員夜間配置加算	看護補助加算
H22 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期における医師や看護職員の負担軽減、業務分担推進のために新設</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>(H12新設)</li> <li>(加算1は15~20対1、加算2・3は13~20対1入院基本料が対象)</li> </ul>
H24 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>25対1、夜間50対1、夜間100対1、看護職員夜間配置加算を新設</li> <li>負担軽減・処遇改善の体制整備を要件化</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>加算1の対象施設に13対1入院基本料も追加(必要度10%以上が要件)</li> </ul>
H26 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間50対1、夜間100対1の評価を引き上げ</li> <li>夜間25対1を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期看護補助体制加算の看護職員夜間配置加算を独立</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記必要度の要件を5%以上に変更</li> <li>負担軽減・処遇改善の体制整備を要件化</li> </ul>
H28 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間25対1を30対1に変更</li> <li>夜間30対1、夜間50対1、夜間100対1の評価を引き上げ</li> <li>夜間看護体制加算を新設</li> <li>定期的な業務範囲の見直しを要件化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>12対1加算2の評価引上げ</li> <li>夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理を要件とした12対1加算1と16対1を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間75対1、夜間看護体制加算を新設</li> <li>業務範囲見直しを要件化</li> </ul>
H30 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価を引き上げ</li> <li>定期的な業務内容の見直しを要件化</li> <li>身体的拘束を最小化する取組を要件化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価を引き上げ</li> <li>16対1加算2を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価を引き上げ</li> <li>看護補助者の院内研修を要件化</li> <li>定期的な業務内容・業務範囲の見直しを要件化</li> <li>身体的拘束を最小化する取組を要件化</li> <li>各入院料の注加算を新設</li> </ul>
R02 改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価を引き上げ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価を引き上げ</li> <li>夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理について、「夜勤後の暦日の休日確保」「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」等の項目を追加、夜間院内保育所の要件を変更</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全区分の評価を引き上げ</li> </ul>

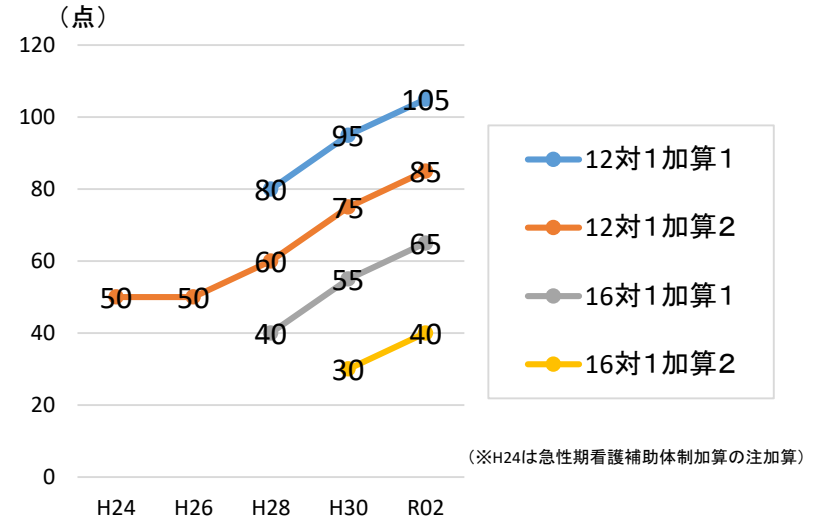


# 看護職員の負担軽減策に係る加算等の主な変遷②

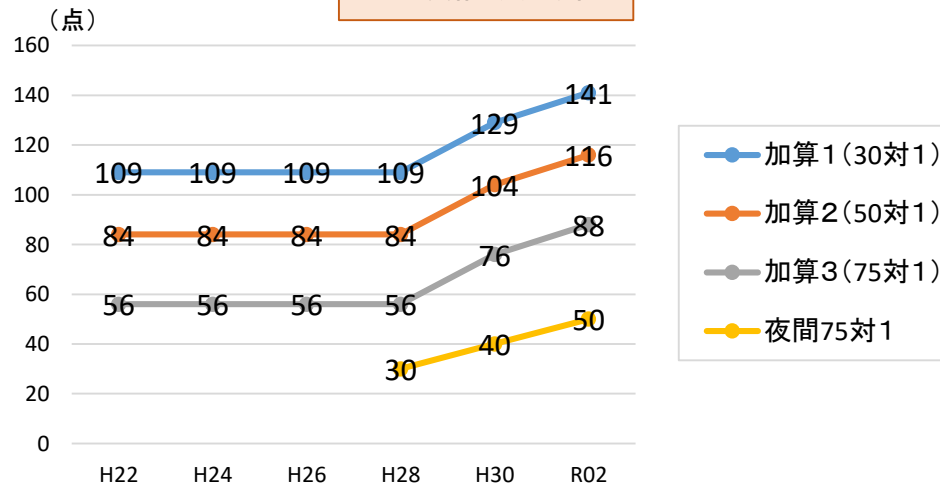
### 急性期看護補助体制加算



### 看護職員夜間配置加算



### 看護補助加算



# 看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進

## 看護補助者の配置に係る評価の充実

- 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。



### 現行

#### 【急性期看護補助体制加算】

25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)	210点
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)	190点
50対1急性期看護補助体制加算	170点
75対1急性期看護補助体制加算	130点
夜間30対1急性期看護補助体制加算	90点
夜間50対1急性期看護補助体制加算	85点
夜間100対1急性期看護補助体制加算	70点

#### 【看護補助加算】

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対1看護補助加算	40点

夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) 35点

看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)	
イ 14日以内の期間	129点
ロ 15日以上30日以内の期間	104点

看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算) 150点

### 改定後

#### 【急性期看護補助体制加算】

25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)	<u>240点</u>
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)	<u>220点</u>
50対1急性期看護補助体制加算	<u>200点</u>
75対1急性期看護補助体制加算	<u>160点</u>
夜間30対1急性期看護補助体制加算	<u>120点</u>
夜間50対1急性期看護補助体制加算	<u>115点</u>
夜間100対1急性期看護補助体制加算	<u>100点</u>

#### 【看護補助加算】

看護補助加算1	<u>141点</u>
看護補助加算2	<u>116点</u>
看護補助加算3	<u>88点</u>
夜間75対1看護補助加算	<u>50点</u>

夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) 45点

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

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

# 入院基本料等の看護補助者に係る加算

区分(配置数)		点数	算定対象病棟	主な要件
急性期看護補助体制 加算※1	25対1 (看護補助者5割以上)	240点	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院基本料</li> <li>特定機能病院入院基本料(一般病棟)</li> <li>専門病院入院基本料の7対1、10対1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料7又は10対1入院基本料については、重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者が0.7割以上(Ⅱの場合は0.6割以上)であること※2</li> <li>(共通要件※3)</li> </ul>
	25対1 (看護補助者5割未満)	220点		
	50対1	200点		
	75対1	160点		
	夜間30対1 夜間50対1 夜間100対1 夜間看護体制加算*	120点 115点 100点 60点		
看護補助加算	【1】30対1以上	141点	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域一般入院基本料</li> <li>13対1、15対1、18対1、20対1入院基本料(療養病棟入院料は除く)</li> <li>特定一般病棟入院料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護補助加算1を算定する地域一般入院料1・2又は13対1の病棟については、重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者が0.6割以上(Ⅱの場合は0.5割以上)であること※2</li> <li>(共通要件※3)</li> </ul>
	【2】50対1以上	116点		
	【3】75対1以上	88点		
夜間看護体制加算*		165点※4		
夜間75対1看護補助加算	夜間75対1以上	50点※5	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域一般入院料1・2</li> <li>13対1入院基本料</li> </ul>	
看護補助加算	14日以内	30対1以上かつ	障害者施設等入院基本料の7対1、10対1	<ul style="list-style-type: none"> <li>(共通要件※3)</li> </ul>
	15~30日以内	夜間75対1以上		
夜間看護体制加算		150点※4		
夜間看護加算	看護要員16対1以上	45点	療養病棟入院基本料	<ul style="list-style-type: none"> <li>ADL区分3の患者の割合が5割以上</li> <li>(共通要件※3)</li> </ul> ※療養病棟は看護補助者の配置(20対1)が入院基本料の算定要件
看護補助配置加算	【1】2名以上	25点	有床診療所入院基本料	-
	【2】1名以上	15点		
夜間看護配置加算	【1】夜間の看護要員2名以上 【2】夜間の看護職員1名以上	100点 50点		
看護補助者配置加算	25対1	160点	地域包括ケア病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> <li>(共通要件※3)</li> </ul>

(※1) 年間の緊急入院患者200名以上の実績を有する又は総合周産期母子医療センターを設置していること、年間の救急搬送人数の把握をしていること等が必要

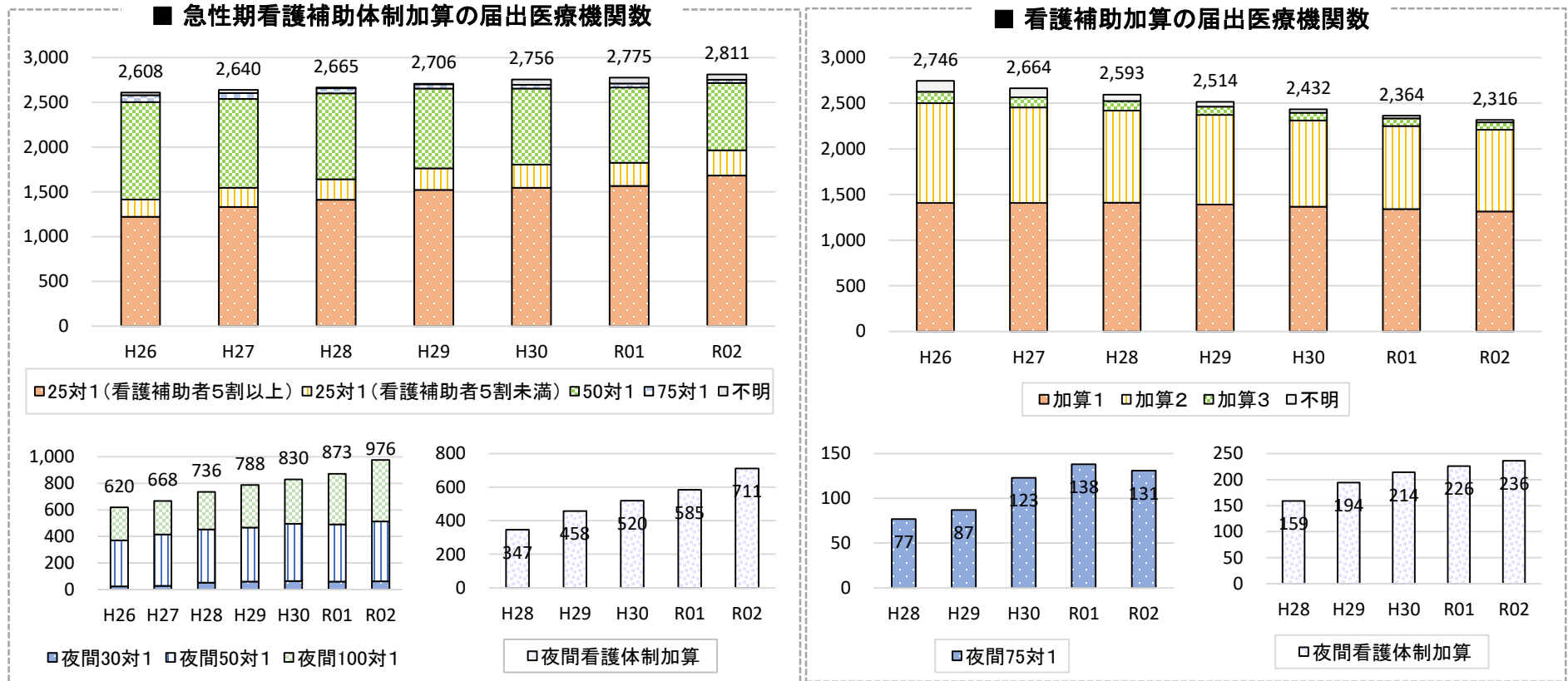
(※2) 基準を満たす患者=一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票で測定した結果、A得点2点以上かつB得点3点以上、A得点3点以上又はC得点1点以上の患者

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

(※4) 入院初日に限り算定 (※5) 20日を限度として算定 \*夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の実施に係る要件あり

# 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増加傾向、看護補助加算は減少傾向である。



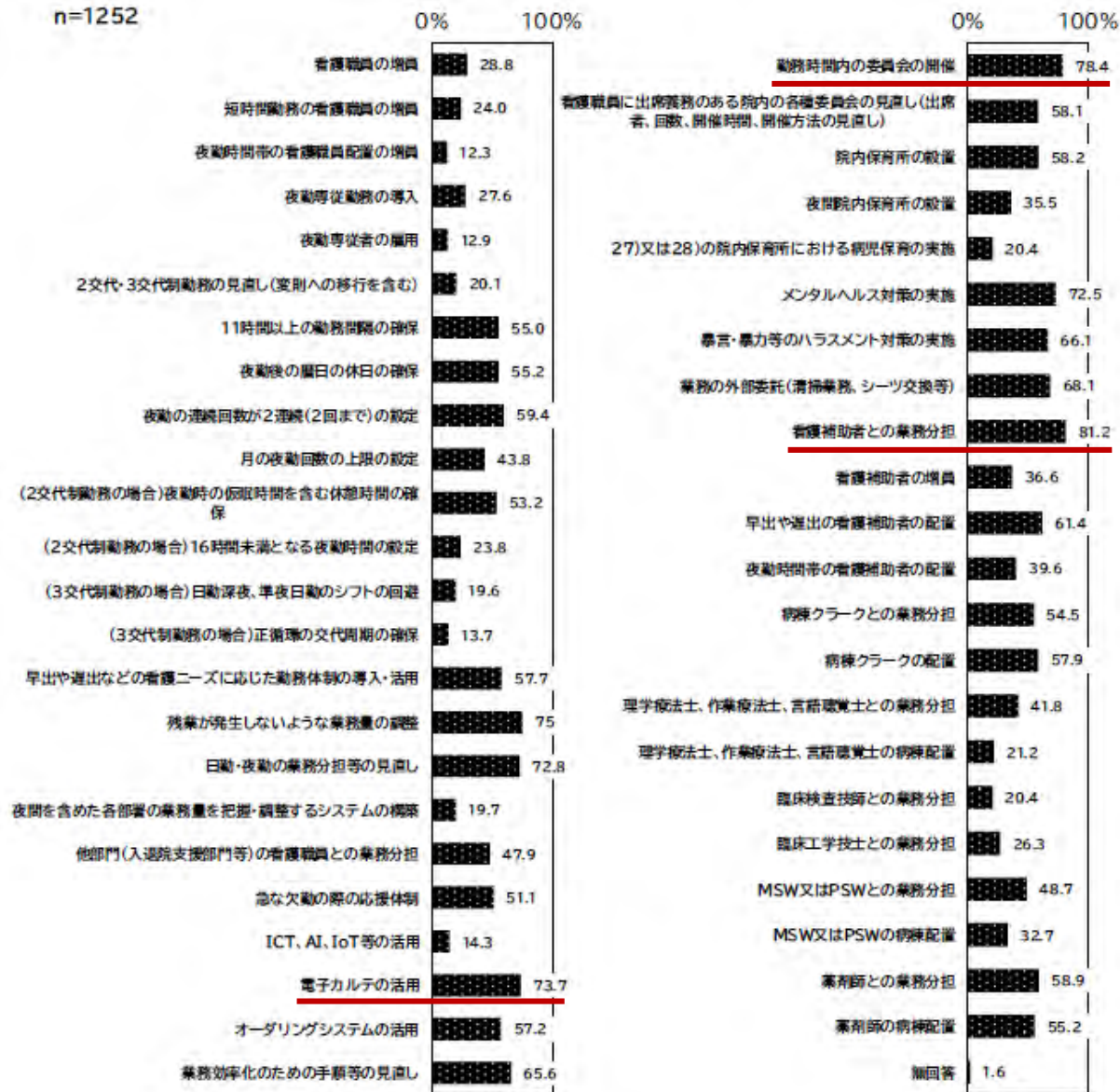
## 参考：急性期看護補助体制加算及び看護補助加算に係る留意事項

- 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にのみ算定できる。

# 看護職員の負担軽減策として実施している取組

○ 看護職員の負担軽減策として、実施している取組についてみると、「看護補助者との業務分担」が最も多く、次いで、「勤務時間内の委員会の開催」や「電子カルテの活用」等が多く実施されていた。

## ■ 看護職員の業務負担軽減策

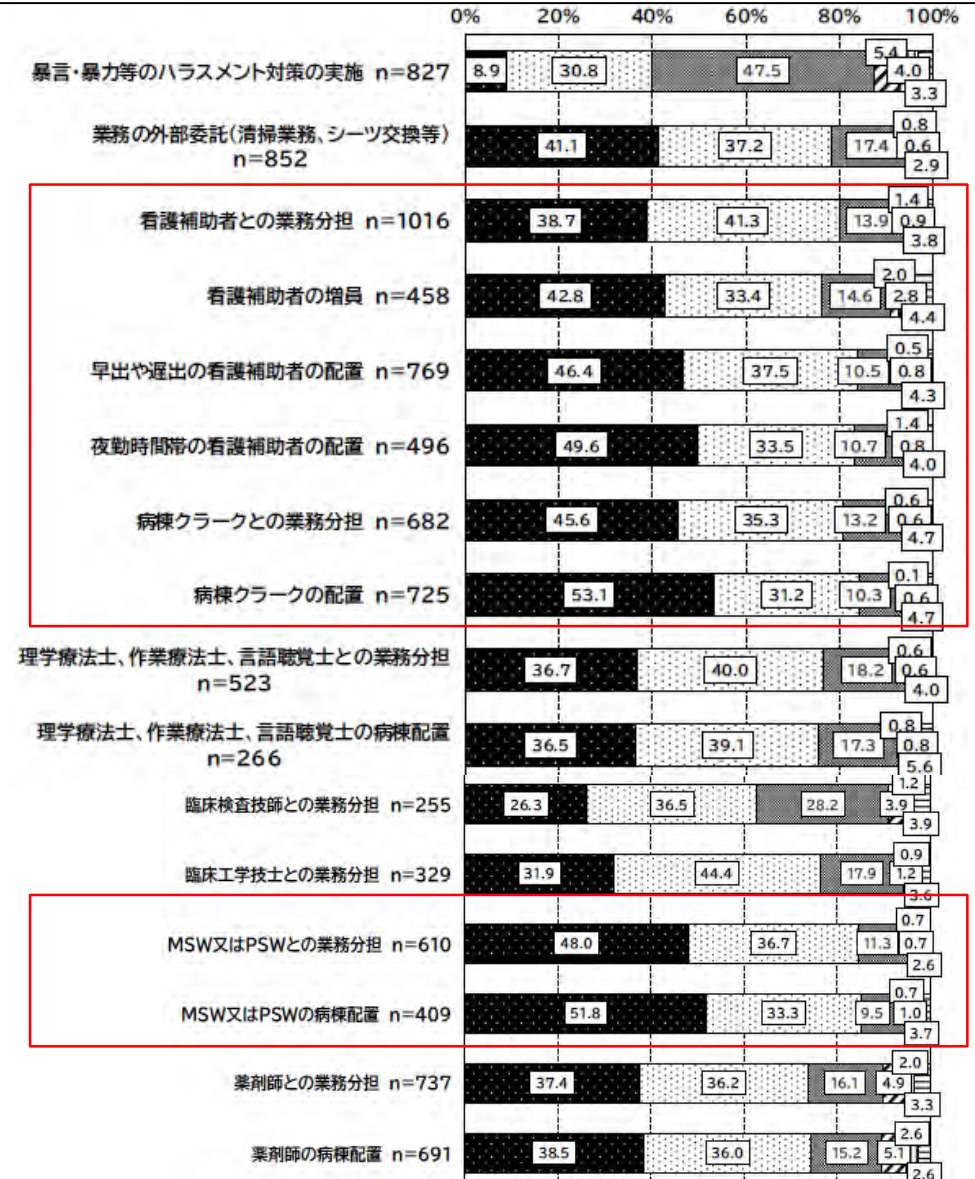




# 看護職員の負担軽減策の効果①

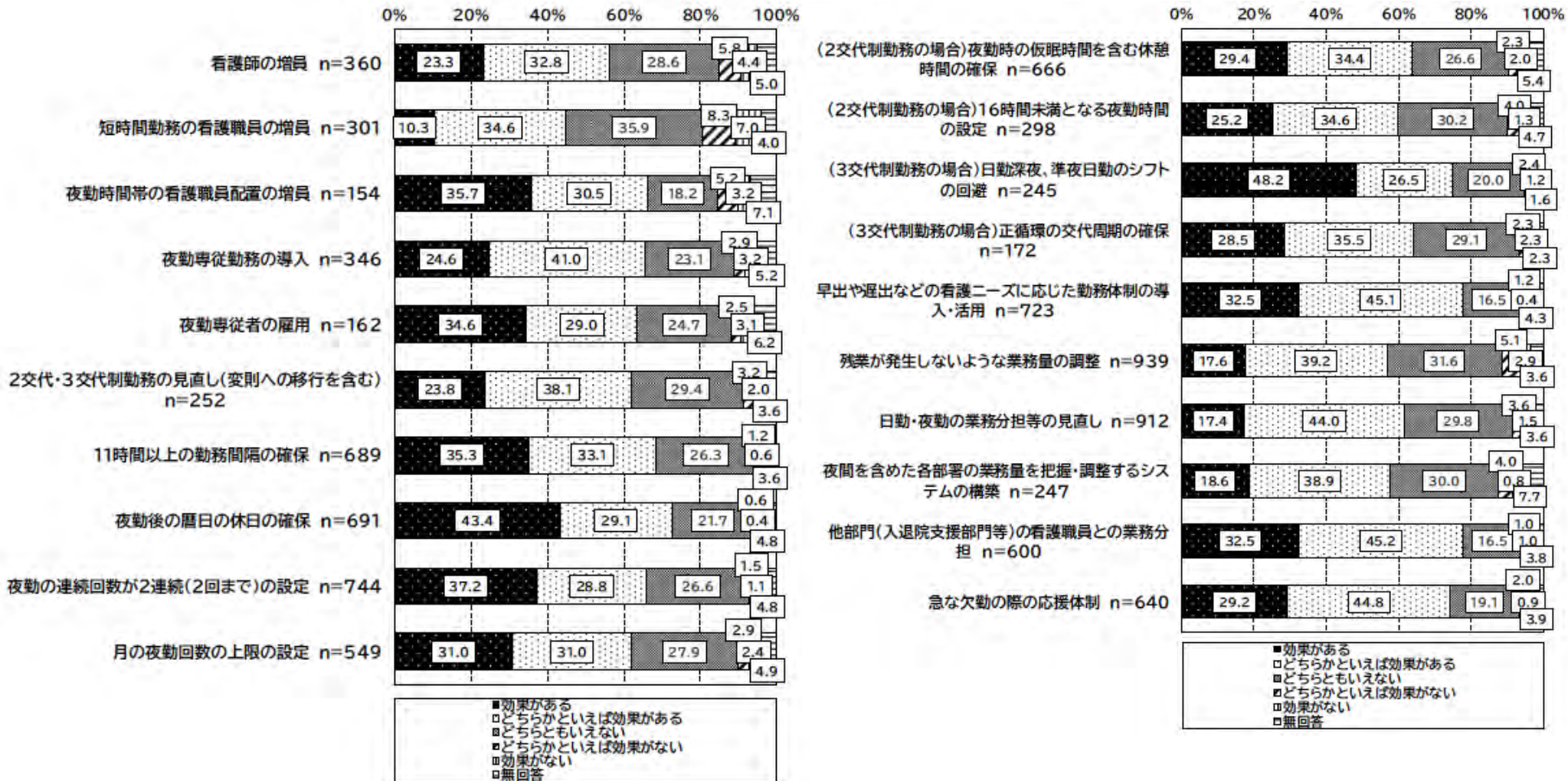
○ 看護職員の負担軽減策の効果のうち、看護補助者や病棟クラーク、MSW、PSWを活用した取組について、効果があると回答した割合が高かった。

## ■ 看護職員の負担軽減策の効果



# 看護職員の負担軽減策の効果②

## ■ 看護職員の負担軽減策の効果

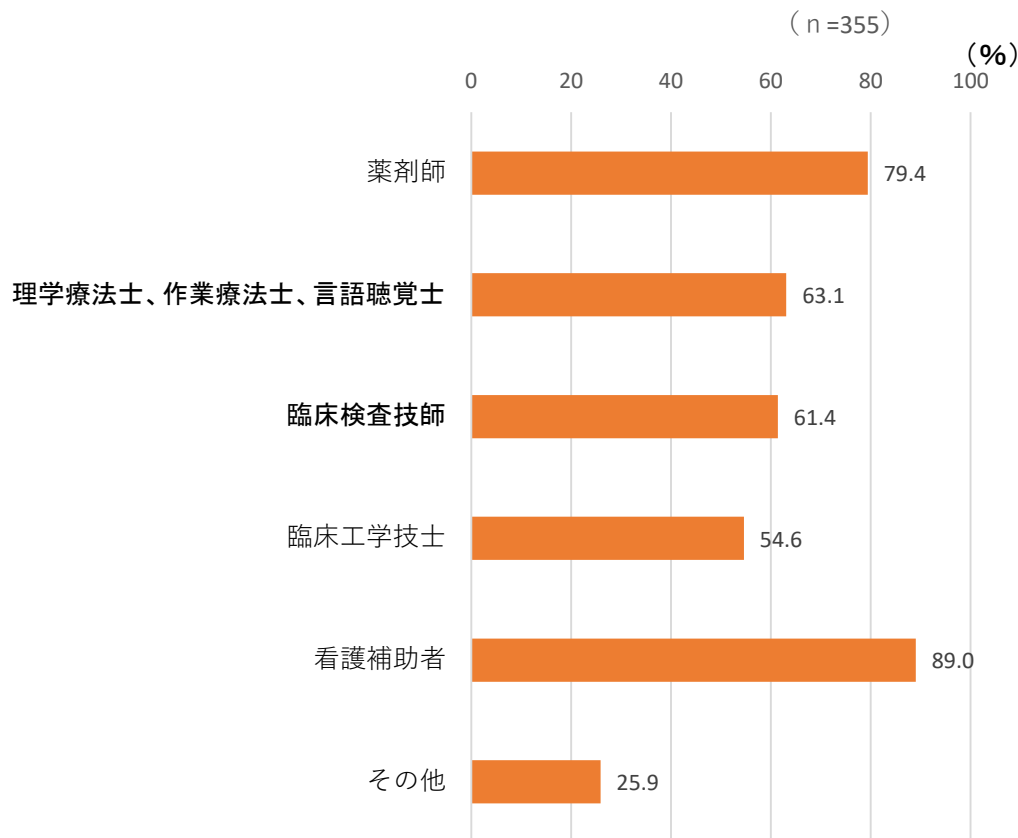




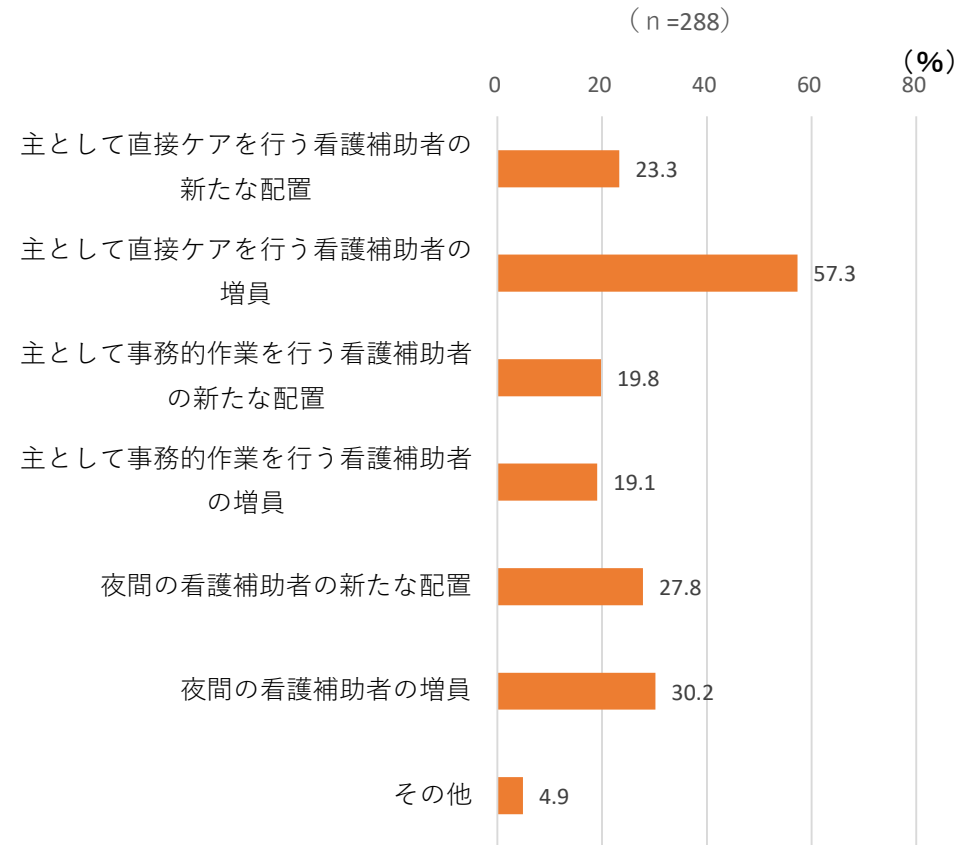
# 看護補助者の配置・増員の状況について

- 看護職員と他職種との業務分担を見ると、看護補助者が9割程度であり最も多かった。
- 看護補助者の配置・増員を実施してる場合の状況についてみると、「直接ケアを行う看護補助者の増員」が最も多く、次いで「夜間の看護補助者の増員」が多かった。
- 事務的作業を行う看護補助者の配置・増員は2割に満たなかった。

■ 看護職員と他職種との業務分担



■ 看護補助者の配置・増員の状況



# 看護補助者活用の業務内容

- 看護補助者が実施している業務のうち、日常生活に関わる業務の実施割合は7～9割程度であった。
- 看護補助者が困難を感じると回答した業務は、「食事介助」が最も割合が高く、次いで「口腔ケア」が高い。

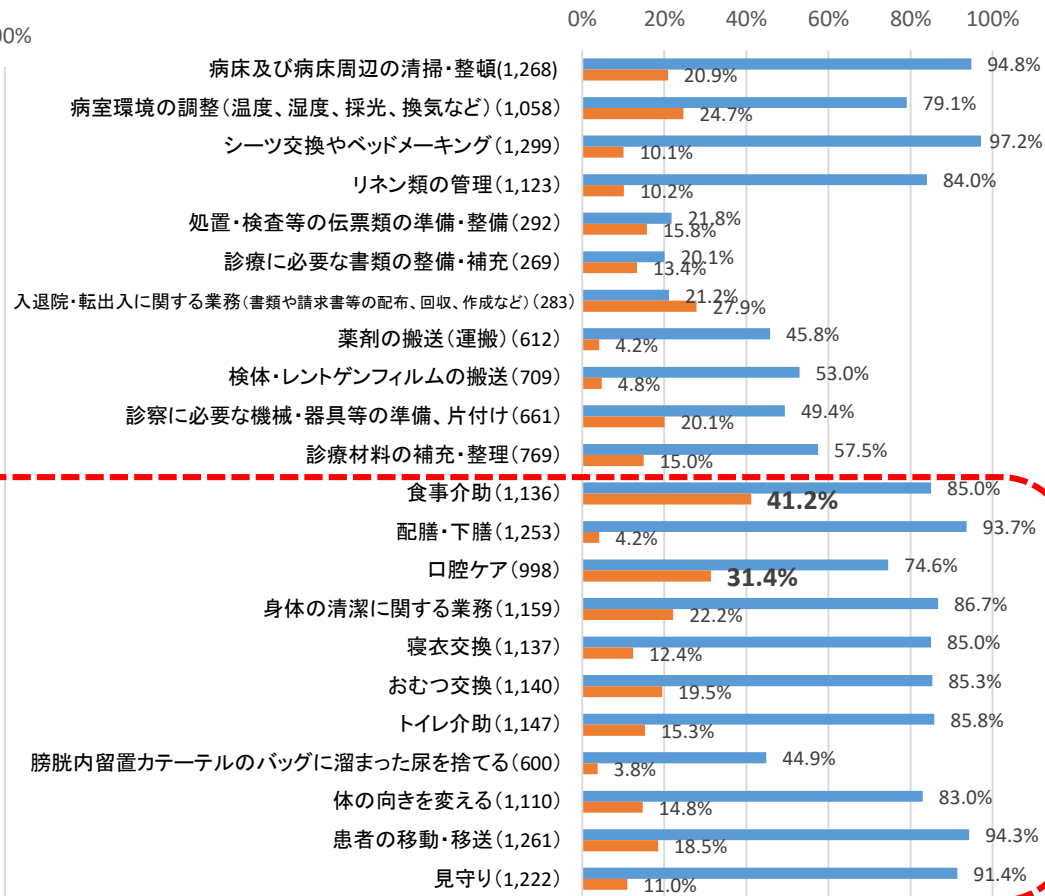
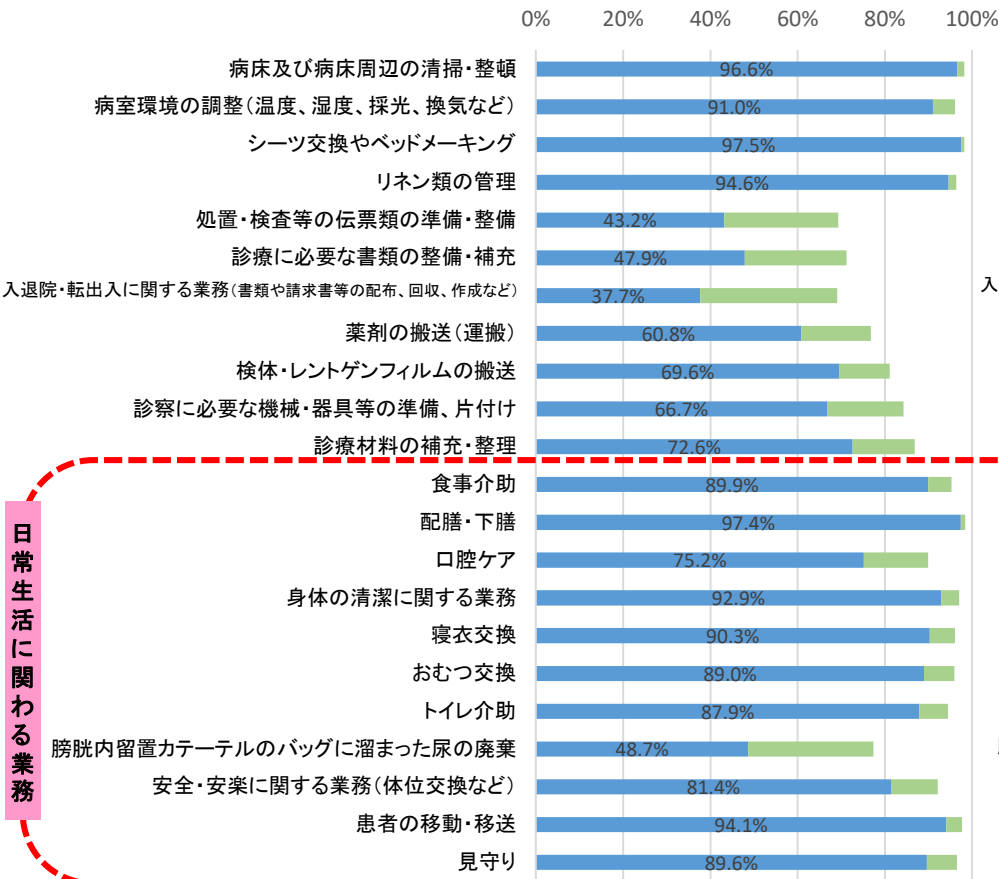
## 看護補助者の業務内容

(看護管理者が回答/複数回答) n=1,253

## 看護補助者が行っている業務と困難を感じる業務

(看護補助者が回答) n=1,337

[困難を感じる業務の分母は、当該業務を行っていると回答した人数(括弧内の数字)]



■ 現在の業務 ■ 今後活用したい業務

■ 行っている業務 ■ 困難を感じる業務

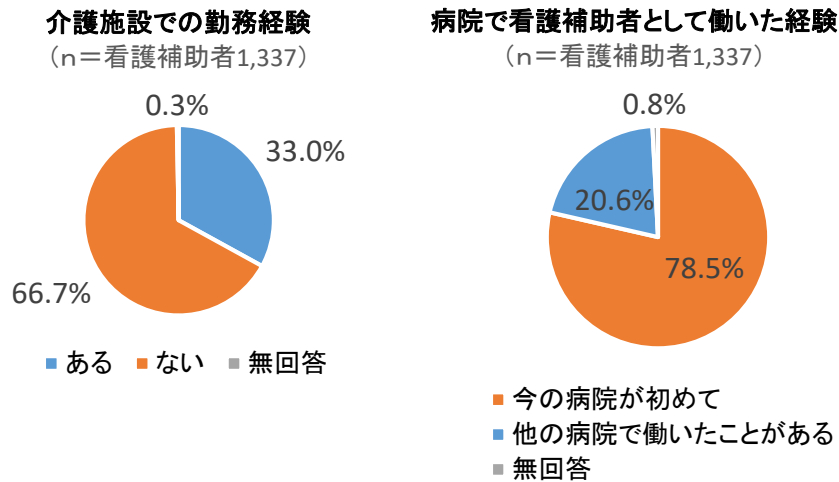
<研究概要> 【対象】 病院(8,331施設)に依頼し、看護管理者1名、看護補助者1名ずつ回答 【回収数】 看護管理者調査 1,266(有効回収率15.2%)、看護補助者調査1,337(有効回収率16.0%)

【出典】令和元年度厚生労働科学特別研究「看護師と看護補助者の協働の推進に向けた実態調査研究」(研究代表者 坂本すが) 保険局医療課にて作成(看護管理者調査、看護補助者調査)

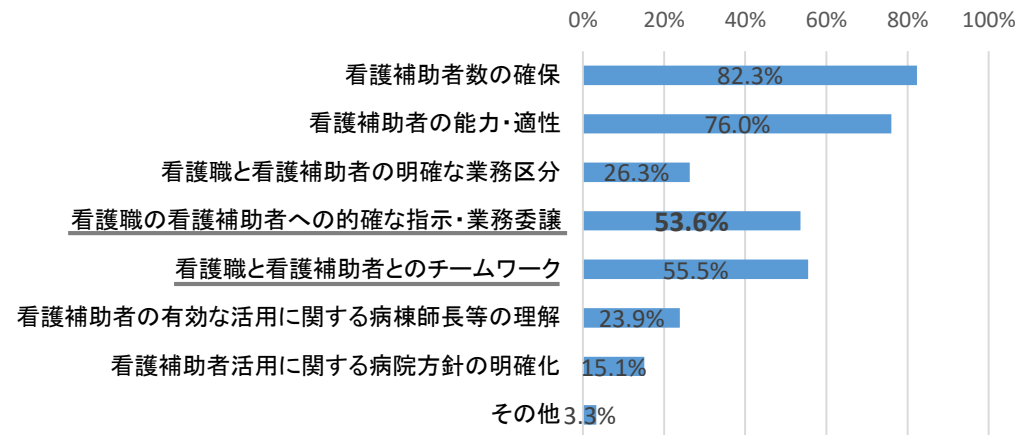
# 看護補助者活用の推進に係る研修

- 病院や介護施設での勤務経験がない看護補助者の割合は7割程度であった。
- 今後看護補助者を活用する上での課題として、5割以上の施設の看護管理者が「看護職の看護補助者への的確な指示・業務委譲」、「看護職と看護補助者とのチームワーク」を挙げている。
- 看護補助者を対象とした研修を実施している施設は多いが、看護補助者との協働について、看護師長・看護職を対象とした研修を実施している施設は2割に満たない。

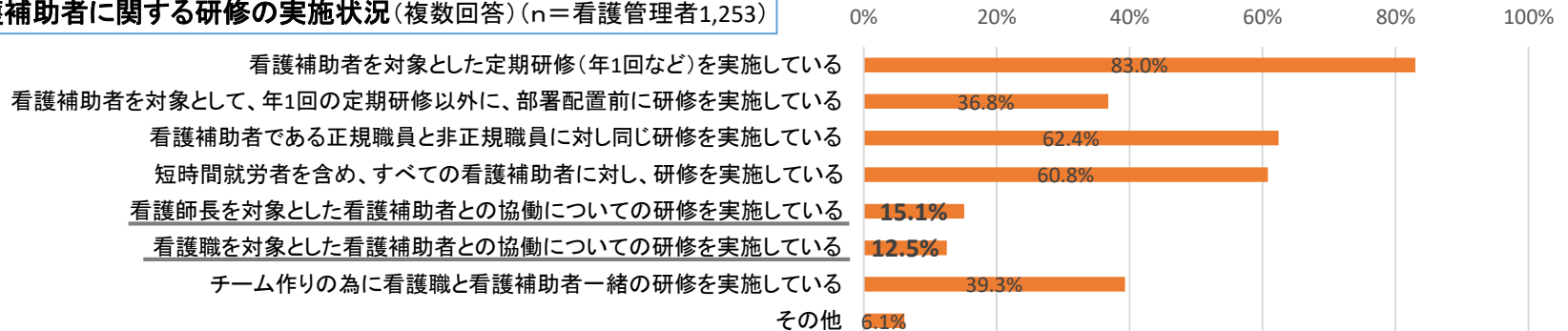
看護補助者の勤務経験



看護補助者を活用する上での課題 (n=看護管理者1,253)



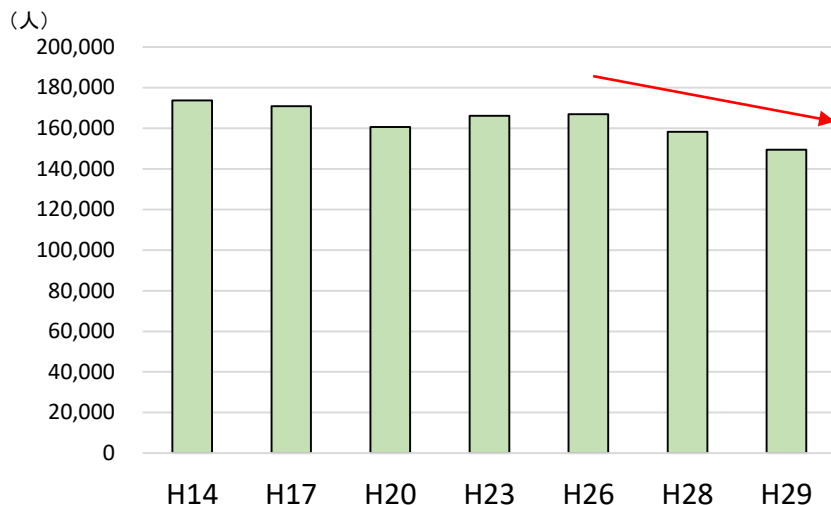
看護補助者に関する研修の実施状況 (複数回答) (n=看護管理者1,253)



<研究概要> 【対象】 病院(8,331施設)に依頼し、看護管理者1名、看護補助者1名ずつ回答 【回収数】 看護管理者調査 1,266(有効回収率15.2%)、看護補助者調査1,337(有効回収率16.0%)

○ 病院で働く看護補助者の総数、100床あたりの看護補助者数ともに近年、微減傾向にある。

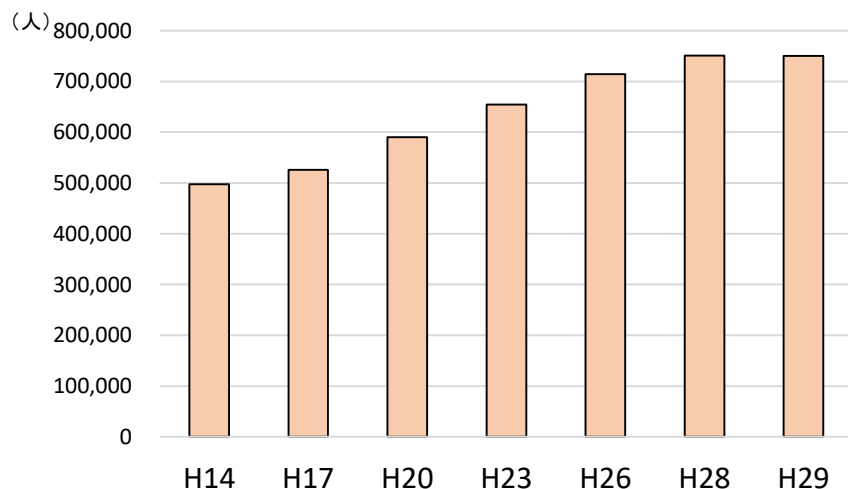
■ 看護業務補助者数の推移(常勤換算)



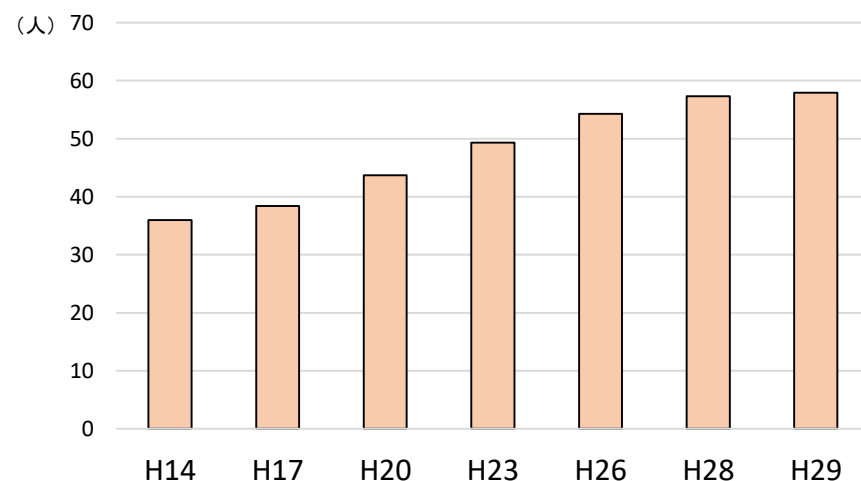
■ 100床あたりの看護業務補助者数の推移(常勤換算)



(参考): 看護師数の推移(常勤換算)



(参考): 100床あたりの看護師数の推移(常勤換算)



## 看護補助者の活用等に係る課題(小括)

- 急性期看護補助体制加算の届出医療機関数は増加傾向だが、看護補助加算は減少傾向である。
- 看護職員の負担軽減策として、実施している取組についてみると、「看護補助者との業務分担」が最も多く、次いで、「勤務時間内の委員会の開催」や「電子カルテの活用」等が多く実施されていた。
- 看護職員と他職種との業務分担を見ると、看護補助者が9割程度であり最も多く、看護補助者の配置・増員を実施している場合の状況についてみると、「直接ケアを行う看護補助者の増員」が最も多く、次いで「夜間の看護補助者の増員」が多かった。
- 看護補助者が実施している業務のうち、日常生活に関わる業務の実施割合は7～9割程度であり、看護補助者が困難を感じると回答した業務は、「食事介助」が最も割合が高く、次いで「口腔ケア」が高かった。
- 病院や介護施設での勤務経験がない看護補助者の割合は7割程度であった。
- 今後、看護補助者を活用する上での課題として、5割以上の施設の看護管理者が「看護職の看護補助者への的確な指示・業務委譲」、「看護職と看護補助者とのチームワーク」を挙げている。
- 看護補助者を対象とした研修を実施している施設は多いが、看護補助者との協働について、看護師長・看護職を対象とした研修を実施している施設は2割に満たない。

## 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. 医師事務作業補助体制加算について
3. 手術・処置の時間外等加算について
4. 医療機関における薬剤師業務に係る評価について
5. 特定行為研修修了者の活用について
6. **看護職員の負担軽減について**
  - 6-1 看護職員の処遇改善について
  - 6-2 看護補助者の活用等について
  - 6-3 **看護職員の夜間負担軽減について**
7. ICTの活用について
8. 地域医療体制確保加算について
9. 論点

# 夜間看護体制の見直し

## 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

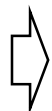
- より柔軟に夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を行えるよう、夜間看護体制加算等における項目内容の見直しを行う。

	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 精神科救急入院料、精神科 救急・合併症入院料の注加算
※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					
<b>満たす必要がある項目数</b>	<b>4項目以上</b>	<b>3項目以上</b>	<b>4項目以上</b>	<b>4項目以上</b>	<b>2項目以上</b>
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 <b>夜勤後の暦日の休日確保(新)</b>	○	○	○	○	○
オ <b>夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫(新)</b>	○	○	○	○	○
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、 <b>夜勤従事者の利用実績(見直し)</b> ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ <b>ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減(新)</b>	○	○	○	○	○

## 看護職員の夜間配置に係る評価の充実

- 看護職員の負担軽減を推進する観点から、看護職員夜間配置加算の評価を充実する。

現行	
【看護職員夜間配置加算】	
12対1加算1	95点
12対1加算2	75点
16対1加算1	55点
16対1加算2	30点



改定後	
【看護職員夜間配置加算】	
12対1加算1	<b>105点</b>
12対1加算2	<b>85点</b>
16対1加算1	<b>65点</b>
16対1加算2	<b>40点</b>

現行	
【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	55点
精神科救急入院料	55点
精神科救急・合併症入院料	55点



改定後	
【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	<b>65点</b>
精神科救急入院料	<b>65点</b>
精神科救急・合併症入院料	<b>65点</b>

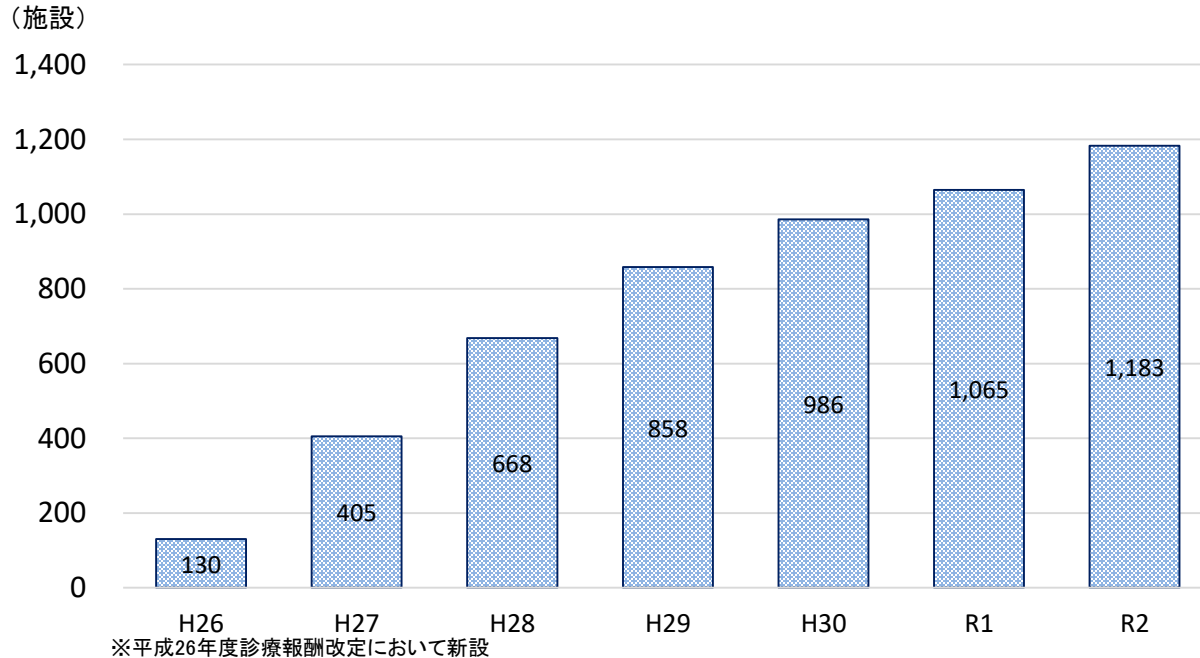




# 看護職員夜間配置加算の届出状況

○ 看護職員夜間配置加算の届出医療機関数は増加傾向である。

## ■ 看護職員夜間配置加算の届出医療機関数



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

<施設基準>  
 ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が、Ⅰ7%又はⅡ6%以上(16対1配置加算2以外)  
 ・夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を実施(加算1のみ)等

項目		対象病棟	配置	算定日数	現行点数
A207-4	看護職員夜間配置加算	・急性期一般入院基本料 ・特定機能病院入院基本料(一般病棟) ・専門病院入院基本料の7対1、10対1	12対1加算1	1日につき(14日以内)	105
			12対1加算2		85
			16対1加算1		65
			16対1加算2		40
A308-3	看護職員夜間配置加算	地域包括ケア病棟入院料	16対1	1日につき	65
A311	看護職員夜間配置加算	精神科救急入院料	16対1	1日につき(30日以内)	65
A311-3	看護職員夜間配置加算	精神科救急・合併症入院料	16対1	1日につき(30日以内)	65

# 夜間看護体制加算等の届出状況及び負担軽減の取組状況

- 夜間看護体制の充実に関する加算の届出は増加傾向にある。
- 夜間における看護業務の負担軽減項目において、「ア勤務終了時刻と開始時刻の間が11時間以上」及び「ウ 夜勤の連続回数が2回以下」については80%以上の施設が取組を行っていた。

## ■ 夜間看護体制の充実に関する加算の届出状況

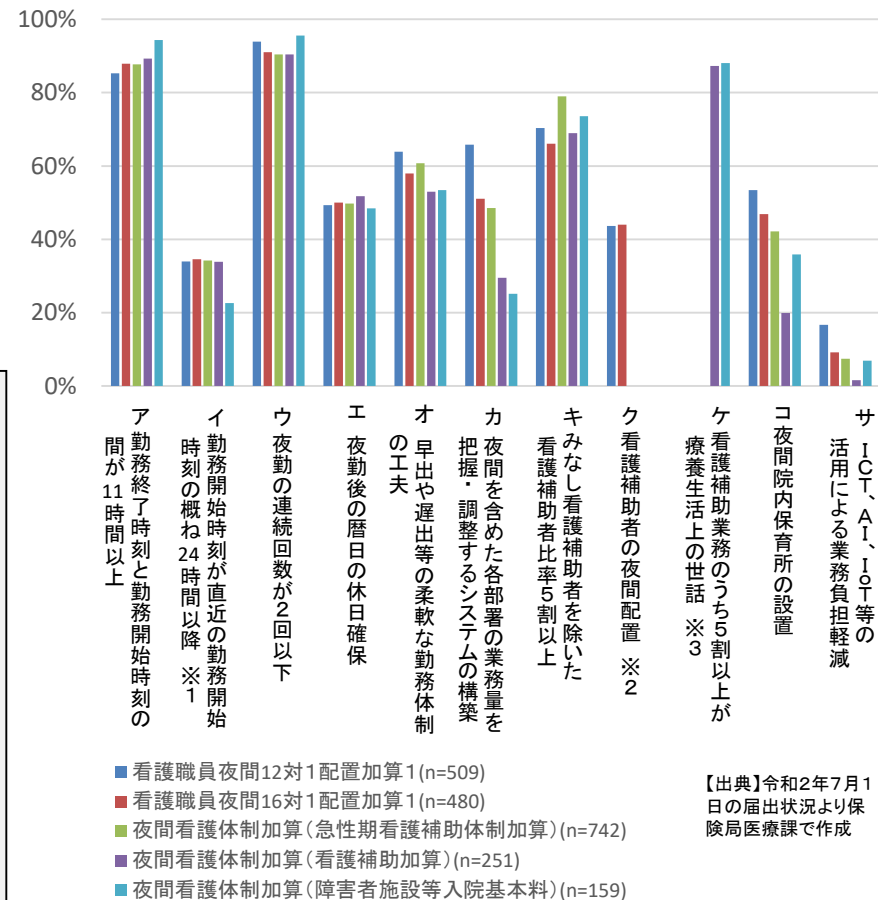
		H29	H30	R01	R02
急性期	看護職員夜間 12対1配置加算1	327 施設	359 施設	393施設	510施設
	看護職員夜間 16対1配置加算1	346 施設	405 施設	447施設	474施設
	夜間看護体制加算 (急性期看護補助体制加算の注加算)	458 施設	520 施設	585施設	711施設
慢性期	夜間看護体制加算 (看護補助加算の注加算)	194 施設	214 施設	236施設	247施設
	夜間看護体制加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)	-	160 施設	167施設	173施設

【出典】保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

### 【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】

- ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
- イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。(※1)
- ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
- エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。
- オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。
- カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
- キ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
- ク 夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を届け出ている病棟であること。(※2)
- ケ 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること。(※3)
- コ 当該保健医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を処置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。
- サ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

## ■ 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 (R02)

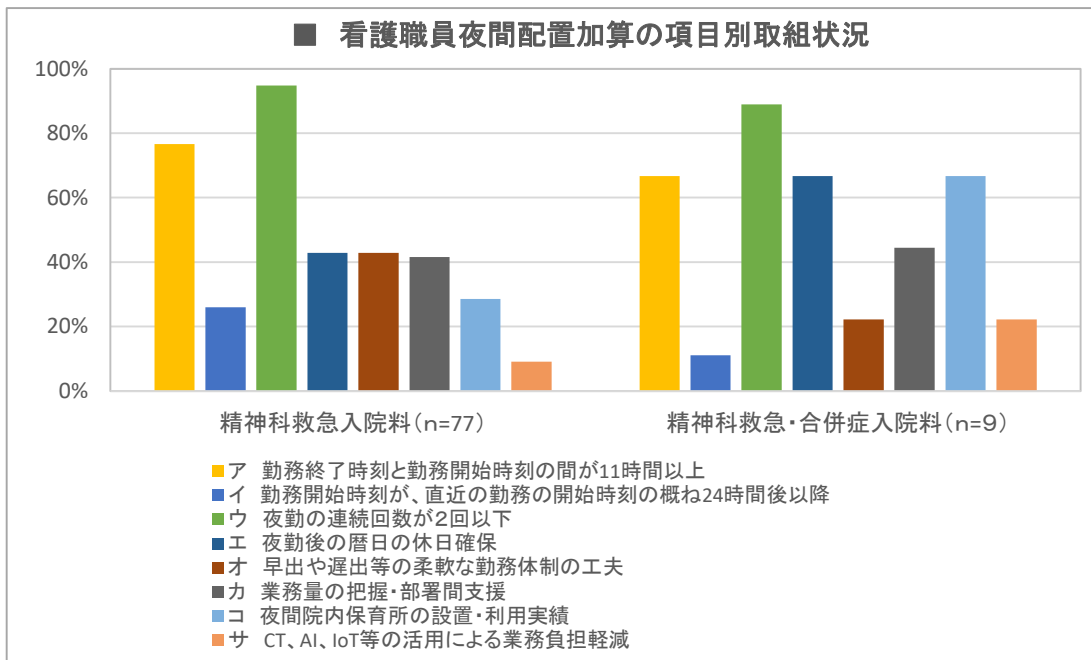


【出典】令和2年7月1日の届出状況より保険局医療課で作成

※1 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟のみが対象 ※2 看護職員夜間配置加算のみ評価項目に含まれる ※3 看護補助加算及び障害者施設等入院基本料の夜間看護体制加算のみ評価項目に含まれる

# 精神科救急入院料等における夜間看護体制の負担軽減項目

- 精神科救急に係る入院料において実施されている取組は、「夜勤の連続回数が2回まで」、「11時間以上の勤務間隔の確保」が多かった。
- 3項目以上実施している施設は、精神科救急入院料では7割以上、精神科救急・合併症入院料では9割弱であった。



看護職員夜間配置加算	
精神科救急入院料、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	2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 (新)	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫 (新)	○
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 (見直し) ※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 (新)	○

※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

## ■ 3項目以上実施している割合

	3項目以上の割合	2項目	3項目	4項目	5項目	6項目	7項目	8項目	9項目	10項目	11項目
精神科救急入院料	74.0%	17	16	10	18	9	3	1	0	0	0
精神科救急・合併症入院料	88.9%	0	2	4	0	1	0	0	1	0	0

# 回復期リハビリテーション病棟の夜間における看護師配置状況

○ 回復期リハビリテーション病棟の夜間における看護職員配置状況を見ると、回復期リハビリテーション病棟入院料4以外では16対1以上配置されていた。

## ■ 回復期リハビリテーション病棟の夜間における看護職員配置状況(平均)

		回復期リハビリ テーション病棟 入院料1 (病棟数=患者 数223、看護師 数、准看護師数 220)	回復期リハビリ テーション病棟 入院料2 (病棟数=21)	回復期リハビリ テーション病棟 入院料3 (病棟数=59)	回復期リハビリ テーション病棟 入院料4 (病棟数=9)	回復期リハビリ テーション病棟 入院料5 (病棟数=6)	回復期リハビリ テーション病棟 入院料6 (病棟数=6)
令和3年6月1日(24時時点)	ア 患者数	42.4	36.5	34.2	30.6	25.0	34.7
	イ 看護師数	2.6	2.9	1.8	1.0	2.2	1.7
	ウ 准看護師数	0.2	0.4	0.3	0.4	0.0	0.5
看護職員1人当たりの患者数(四捨五入)		15	11	16	21	12	16
令和3年6月2日(24時時点)	ア 患者数	42.7	36.7	34.4	30.8	25.3	35.5
	イ 看護師数	2.5	2.8	1.8	1.3	2.2	2.0
	ウ 准看護師数	0.2	0.4	0.3	0.1	0.0	0.3
看護職員1人当たりの患者数(四捨五入)		16	11	16	21	12	15
令和3年6月3日(24時時点)	ア 患者数	42.9	37.1	34.7	30.4	25.5	35.2
	イ 看護師数	2.5	2.7	1.9	1.3	2.0	1.8
	ウ 准看護師数	0.3	0.5	0.2	0.1	0.2	0.3
看護職員1人当たりの患者数(四捨五入)		15	12	16	21	12	16
令和3年6月4日(24時時点)	ア 患者数	43.0	37.0	34.7	30.2	25.5	35.0
	イ 看護師数	2.6	2.9	2.0	1.2	2.0	1.8
	ウ 准看護師数	0.2	0.3	0.1	0.3	0.2	0.3
看護職員1人当たりの患者数(四捨五入)		16	12	16	19	12	16
令和3年6月5日(24時時点)	ア 患者数	42.7	36.7	34.4	30.1	25.5	34.7
	イ 看護師数	2.5	2.5	1.8	1.1	1.8	1.7
	ウ 准看護師数	0.2	0.4	0.2	0.4	0.3	0.7
看護職員1人当たりの患者数(四捨五入)		16	12	17	19	12	15

【出典】R3年度入院医療等における実態調査(病棟票)

※看護職員数=看護師数+准看護師数

### 【施設基準】

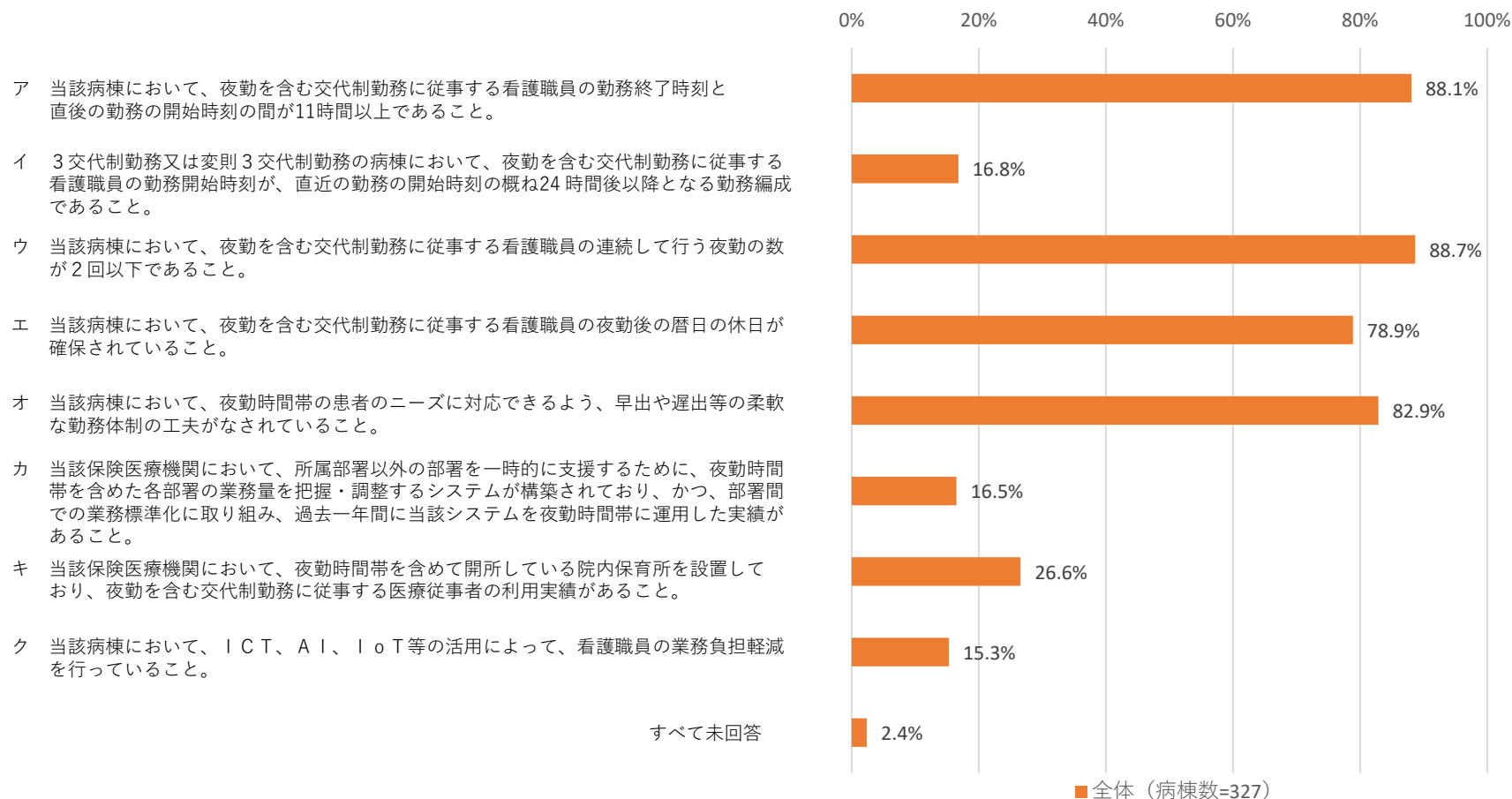
回復期リハビリテーション病棟入院料1~6: 夜勤を行う看護職員数は2人以上

※回復期リハビリテーション病棟入院料3~6: 看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員数は1人以上

# 回復期リハビリテーション病棟における夜間看護業務の負担軽減に資する業務管理

○ 回復期リハビリテーション病棟における夜間看護業務の負担軽減について、「勤務の終了時刻と直後の開始時刻の間が11時間以上であること」、「連続する夜勤の数が2回以下であること」「早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫」は8割以上の施設が実施していた。

## ■ 回復期リハビリテーション病棟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(複数回答)





# 回復期リハビリテーション病棟における患者の状況について

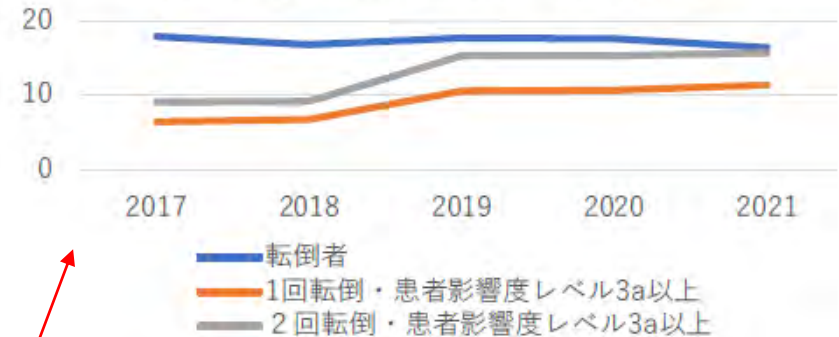
- 回復期リハビリテーション病棟における高齢化が進んでおり、認知症高齢者割合も増加している。
- 患者の転倒割合は減少しているが、転倒等が患者に与える影響度分類3a以上の割合は増えており、昼夜を問わず対策の実施が必要。

【回復期病棟の入院患者の高齢化の推移】

	2020年	2019年	2018年	2017年	2016年
平均年齢	76.9	76.6	76.5	76.2	76.0
75歳以上の割合	65.4	65.4	64.8	64.0	63.4

出典) 回復期リハビリテーション病棟協会：「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」2021年2月 P.71より

【転倒者と患者影響度レベル3a以上】



出典) 回復期リハビリテーション病棟協会：「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」2017年2月～2021年2月より

	2021	2020	2019	2018	2017
退棟時の要介護者(%)	54.7	53.4	53.9	-	-
認知症高齢者の日常生活自立度(退棟時)Ⅱ～M(%)	43.0	41.5	41.4	41.7	40.5
上記Ⅲ以上(%)	24.3	22.8	22.7	22.6	22.1
入院中に転倒した者(%)	16.4	17.6	17.7	16.8	17.9
患者影響度レベル3a以上の転倒(%)	11.4	10.7	10.6	6.8	6.5
(上段)1回転倒	15.7	15.3	15.3	9.2	9.1
(下段)2回以上転倒					

出典) 回復期リハビリテーション病棟協会：「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」2017年2月～2021年2月より

(参考) インシデント・アクシデントの患者影響度分類

	影響レベル	傷害の継続性	傷害の程度	内容	
インシデント	0			エラーや医薬品・医療器具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった	
	1	なし	実害なし	何らかの影響を及ぼした可能性はあるが、実害はなかった	
	2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった(バイタルサインの軽度変化、観察の強化、安全確認の検査などの必要性は生じた)	
アクシデント	3	3a	一過性	軽度	簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)
		3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)
	4	永続的	軽度～高度	永続的な障害や後遺症が残存(有意な機能障害や美容上の問題は伴わない場合、伴う場合の両者を含む)	
	5	死亡		死亡(現疾患の自然経過によるものを除く)	

(出典) 独立行政法人地域医療機能推進機構 医療安全管理指針より抜粋

## 看護職員の夜間負担軽減に係る課題(小括)

- 看護職員夜間配置加算や夜間看護体制加算の届出医療機関数は増加傾向にある。病棟種別に応じた看護補助加算の算定を可能としている。
- 夜間における看護業務の負担軽減項目において、「勤務終了時刻と開始時刻の間が11時間以上」及び「夜勤の連続回数が2回以下」については80%以上の施設が取組を行っていた。
- 精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料については、現行、満たす必要がある項目数は2項目以上だが、3項目以上実施している施設は、精神科救急入院料では7割以上、精神科救急・合併症入院料では9割弱であった。
- 回復期リハビリテーション病棟の夜間における看護職員配置状況を見ると、回復期リハビリテーション病棟入院料4以外では16対1以上配置されていた。
- 回復期リハビリテーション病棟における夜間看護業務の負担軽減について、「勤務の終了時刻と直後の開始時刻の間が11時間以上であること」、「連続する夜勤の数が2回以下であること」「早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫」は8割以上の施設が実施していた。
- 回復期リハビリテーション病棟における高齢化が進んでおり、認知症高齢者割合も増加している。
- 患者の転倒割合は減少しているが、転倒等が患者に与える影響度分類3a以上の割合は増えており、昼夜を問わず対策の実施が必要。



## 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. 医師事務作業補助体制加算について
3. 手術・処置の時間外等加算について
4. 医療機関における薬剤師業務に係る評価について
5. 特定行為研修終了者の活用について
6. 看護職員の処遇改善と負担軽減について
7. ICTの活用について
8. 地域医療体制確保加算について
9. 論点

- タスク・シフト／シェアの推進とあわせて、医師の業務自体の見直し・削減を行うことが考えられる。例えば、当直やオンコールの分担、会議のあり方について医療機関内で見直しを行うことにより、長時間労働の削減を進めていくことが考えられる。
- また、柔軟な働き方の導入により、労働時間の削減を行う。
- そのほか、オンラインコミュニケーションツールや音声入力の技術等を用いて、業務の効率化を図ることも可能。
- こうした医療機関における取組に対して、医療勤務環境改善支援センターにおける相談支援のほか、その費用について、一部助成を行う。

< 医師の業務の見直し >

平日日中の外来業務の見直し  
夜間休日の外来業務の見直し  
当直の分担の見直し  
オンコール体制の見直し  
診療科編成の見直し  
主治医制の見直し  
総合診療科の活用  
勤務時間内の病状説明  
勤務日数の縮減  
委員会、会議の見直し

< 変形労働時間制の導入 >

業務の閑散に合わせた所定労働時間を設定。あらかじめ夜間まで手術がある場合は通常の労働時間に組み込む等により、柔軟な働き方を可能とする。

< ICT等の活用 >

- ・ 情報連携を支援するオンラインコミュニケーションツールの活用
- ・ 音声入力を用いたカルテ業務の効率化
- ・ オンライン診療の活用

マネジメントシステムの普及（研修会等）・導入支援、勤務環境改善に関する相談対応、情報提供等



- 医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）と医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）が連携して医療機関を支援
- センターの運営協議会等を通じ、地域の関係機関・団体（都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会等）が連携して医療機関を支援

予算

都道府県 医療勤務環境改善支援センター

Tele-ICU体制整備促進事業

令和2年度予算案 545,789千円  
特に夜間休日等において、遠隔より適切な助言を行い、若手医師等、現場の医師をサポートし勤務環境を改善するため、複数のICUを中心的なICUで集約的に患者をモニタリングし、集中治療を専門とする医師による適切な助言等を得るため、下記の設備投資費、運営経費を支援する。

ICTを活用した産科医師不足地域に対する妊産婦モニタリング支援

令和2年度予算案：552,491千円  
複数の分娩取り扱い施設の医療情報をICTにより共有し、核となる周産期母子医療センターにおいて、周産期専門の医師等が集約的に妊産婦と胎児をモニタリングし、遠隔地から現場の医師少数区域へ派遣された若手医師等に対し適切な助言を行う体制の整備を促進することにより、医療の生産性の向上の観点を踏まえた勤務環境の改善を行う。

# 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



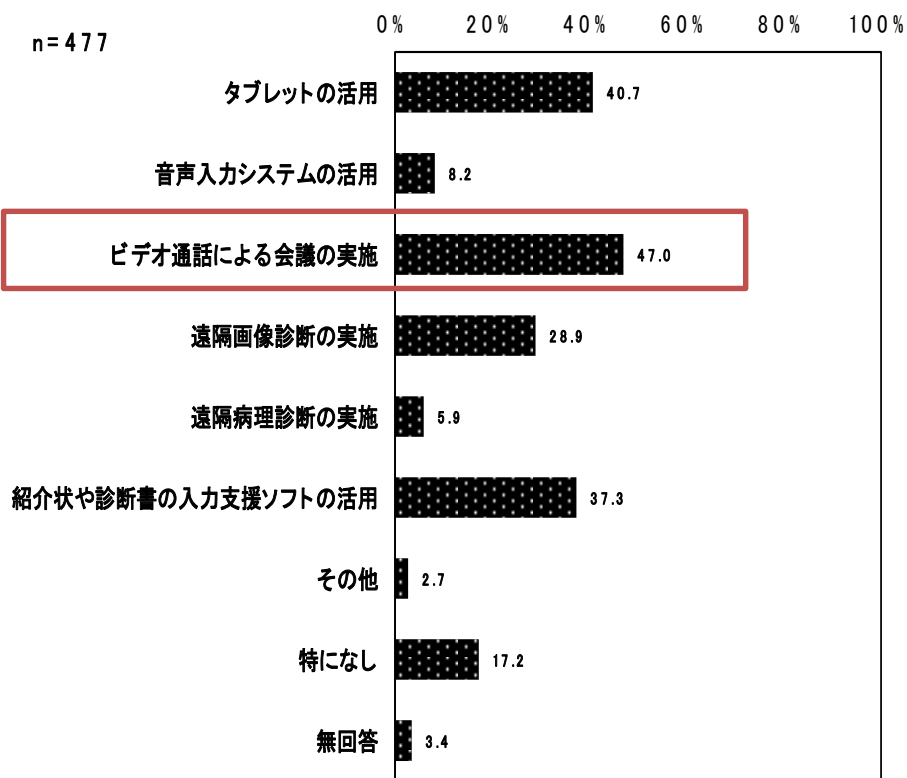
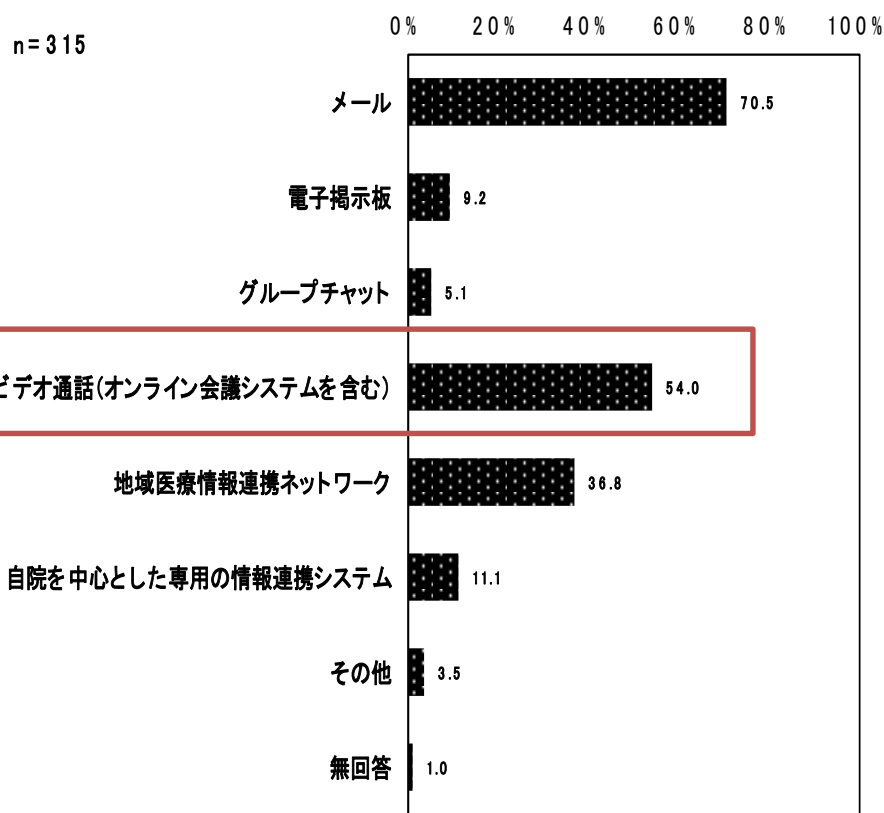
必要な場合、ICT活用可

# 医療機関内でのICT活用状況①

○ 医療機関においては、ICTを医療機関の連携や会議の実施等に活用している。

「ICTを活用している」場合:活用しているICTの種類(複数回答)

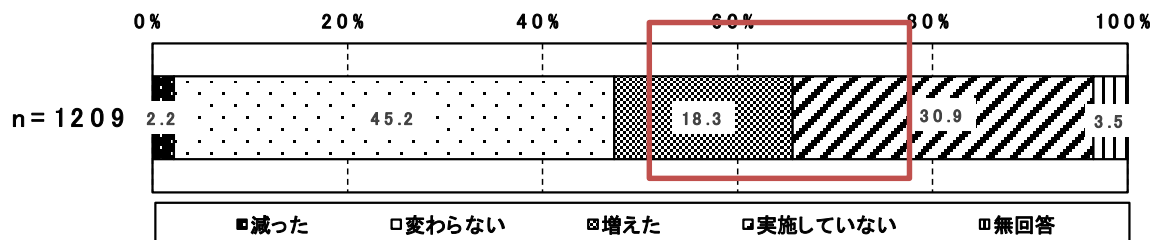
ICTを活用した業務の見直し・省力化としての取組(複数回答)



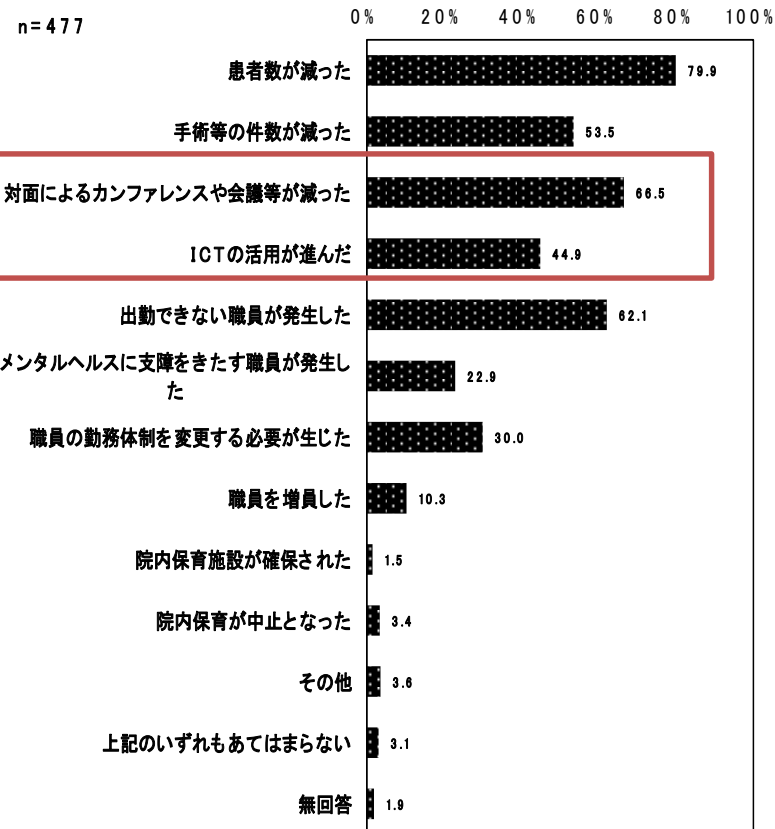
# 医療機関内でのICT活用状況②

- ICTを用いたカンファレンスの実施状況の変化について、「増えた」と回答した施設は18.3%であった。
- 新型コロナウイルス感染症拡大が医療従事者の働き方に与えた影響で最も多かったものは「患者数が減った」(79.9%)、次いで「対面によるカンファレンスや会議等が減った」(66.5%)であった。「ICTの活用が進んだ」(44.9%)との回答もあった。

図表 3-78 ICTを用いたカンファレンスの実施状況の変化



新型コロナウイルス感染症拡大による医療従事者の働き方への影響(複数回答)



# 診療報酬の算定にあたり求めている会議に関する施設基準(例)

○ 現状における診療報酬の算定にあたり求めている会議の施設基準には、対面を原則とするものや、直接対面を求めるものがある。

## 感染防止対策加算

### 【施設基準一部抜粋】

(1)～(7)略

(8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たす場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(以下「ビデオ通話」という。)が可能な機器を用いて実施することができる。

ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる**感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。**

イ (2)に掲げるチームと2の(3)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が**4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。**

(9)略

## 入退院支援加算

### 【施設基準一部抜粋】

(1)～(4)

(5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、**対面で行うことが原則**であるが、当該3回中1回(当該保険医療機関又は連携機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。)又は連携機関の場合、当該3回中3回)に限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。

# オンライン等による研修の実施

○新型コロナウイルス感染症が拡大している状況を鑑み、オンライン会議システムやe-learning形式を活用した研修を実施している。

## 〈実施例〉

### オンライン会議システムを活用した実施

- 出席状況の確認
  - ・受講生は顔を出して参加とし、事務局がランダムな時間でスクリーンショットを行う
  - ・講義中、講師がランダムにキーワードを表示し、受講生は研修終了後にキーワードを事務局に提出する
- 双方向コミュニケーション・演習方法
  - ・受講生からの質問等については、チャットシステムや音声発信を活用
  - ・ブレイクアウトルーム機能を活用してグループ毎に演習を実施後、全体の場に戻って受講生が検討内容を発表
- 理解度の確認
  - ・確認テストの実施や課題の提出

### 動画配信やe-learning形式による実施

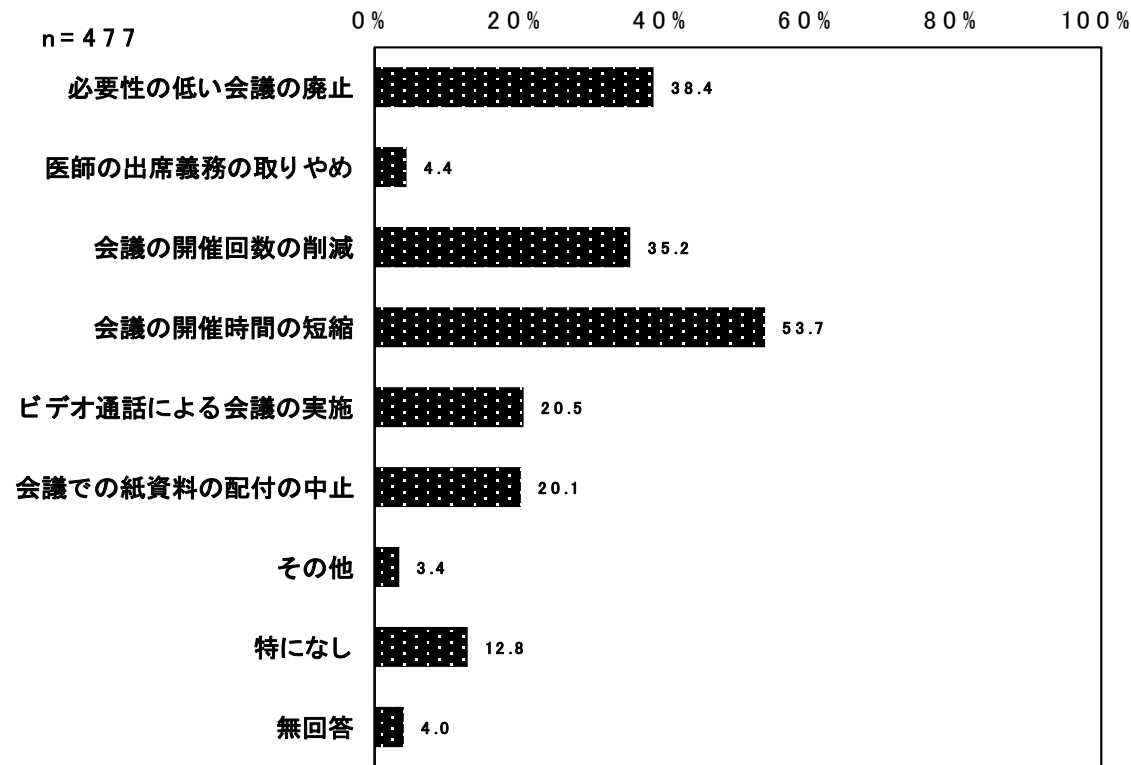
- 研修時間の確保・進捗の管理
  - ・主催者側が、受講生の学習時間、進捗状況、テスト結果を把握
  - ・早送り再生を不可とし、全講義の動画を視聴しなければレポート提出ができないようにシステムを構築
- 双方向コミュニケーション
  - ・質問を受け付け、適宜講師に回答を求めるとともに、質問・回答について講習会のWebページに掲載
  - ・演習を要件とする研修については、オンライン会議システムと組み合わせて実施
- 理解度の把握
  - ・読み飛ばし防止と理解度の確認のため、講座毎に知識習得確認テストを設定



# 院内の会議に関する負担削減のための取組

○ 院内の会議に関する負担軽減のための取組で最も多かったものは「会議開催時間の短縮」(53.7%)であった。なお、「その他」には、「共通の会議を統合し、回数を削減」、「電子会議、メール会議の開催」、「時間外会議の削減」、「会議メンバーの削減」等の回答があった。

## 院内の会議に関する負担軽減のための取組（複数回答）



## 医療従事者の負担軽減等に対する評価に係る課題（小括）

- 医師の働き方改革として、ICTの活用が求められている。
- 令和2年度診療報酬改定において、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、実施要件を見直した。
- 医療機関においては、ICTを医療機関の連携や会議の実施等に活用している。
- 現状における診療報酬の算定にあたり求めている会議の施設基準には、対面を原則とするものや、直接対面を求めるものがある。
- 研修については、個別に内容を確認して、オンラインでの研修を認めているところ。
- 医療機関においては、院内の会議に関する負担削減のための取組が行われている。

## 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. 医師事務作業補助体制加算について
3. 手術・処置の時間外等加算について
4. 医療機関における薬剤師業務に係る評価について
5. 特定行為研修終了者の活用について
6. 看護職員の処遇改善と負担軽減について
7. ICTの活用について
8. 地域医療体制確保加算について
9. 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。**

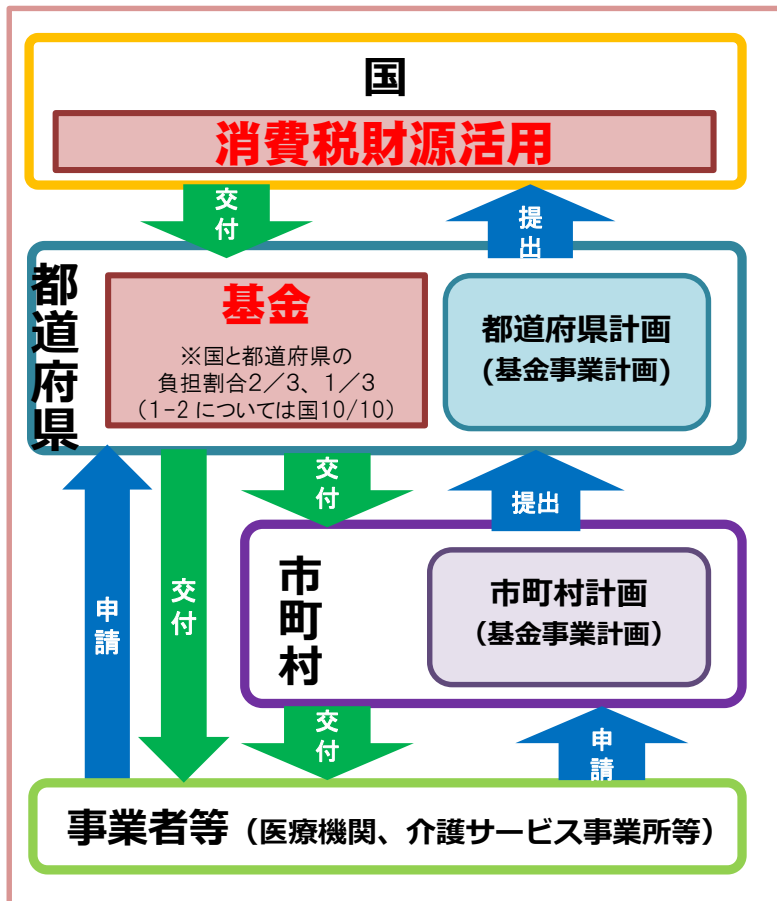
- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、**連続当直を行わない勤務体制の実施**
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ **予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮**
- オ **当直翌日の業務内容に対する配慮**
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



# 地域医療介護総合確保基金

令和3年度予算額:公費で2003億円  
(医療分 1,179億円、介護分 824億円)

- 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域を念頭に置きつつ、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

- 1-1 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
- 1-2 地域医療構想の達成に向けた病床数又は病床の機能の変更に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業
- 6 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の推進（地域医療介護総合確保基金区分Ⅵ）

令和3年度予算額：9,533百万円（公費143億円）  
（令和2年度予算額9,533百万円（公費143億円））  
※地域医療介護総合確保基金（医療分）796億円の内数

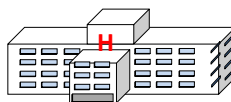
勤務医の働き方改革を推進するため、地域医療介護総合確保基金を活用し、以下の財政的支援を行う。  
⇒**地域医療の確保を目的として都道府県が医療機関向け補助を実施**

中医協 総-1-2  
3 . 7 . 2 1

## 地域医療勤務環境改善体制整備事業

### 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。  
（補助に当たっては客観的要件を設定）



連続勤務時間制限・勤務間インターバル、面接指導などに取り組み、かつ、時短計画を定めるなどを条件に交付する。



### 医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組の実施

医療機関において医師の労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善のため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



支援



### 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する。

## 【地域医療介護総合確保基金管理運営要領】(抜粋)

### 別記3 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

#### 2 対象事業

##### ○地域医療勤務環境改善体制整備事業

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(1)に掲げる医療機関が行う(2)の事業を対象とする。

#### (1)対象医療機関

次のいずれかを満たす医療機関であって「4 交付要件」を満たすもの。ただし、診療報酬により令和2年度改定で新設された地域医療体制確保加算を取得している場合は対象としない。

- ①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1000件以上2000件未満であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
- ②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1000件未満の医療機関のうち、次のいずれかに当てはまる医療機関
  - ア 夜間・休日・時間外入院件数が、年間で500件以上であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
  - イ 離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど、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、次のいずれかに当てはまる医療機関
  - ア 周産期医療、小児救急医療機関、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場合
  - イ 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療を担う医療機関であって一定の実績と役割がある場合など、5疾病5事業で重要な医療を提供している場合
- ④その他在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

#### (2)対象事業

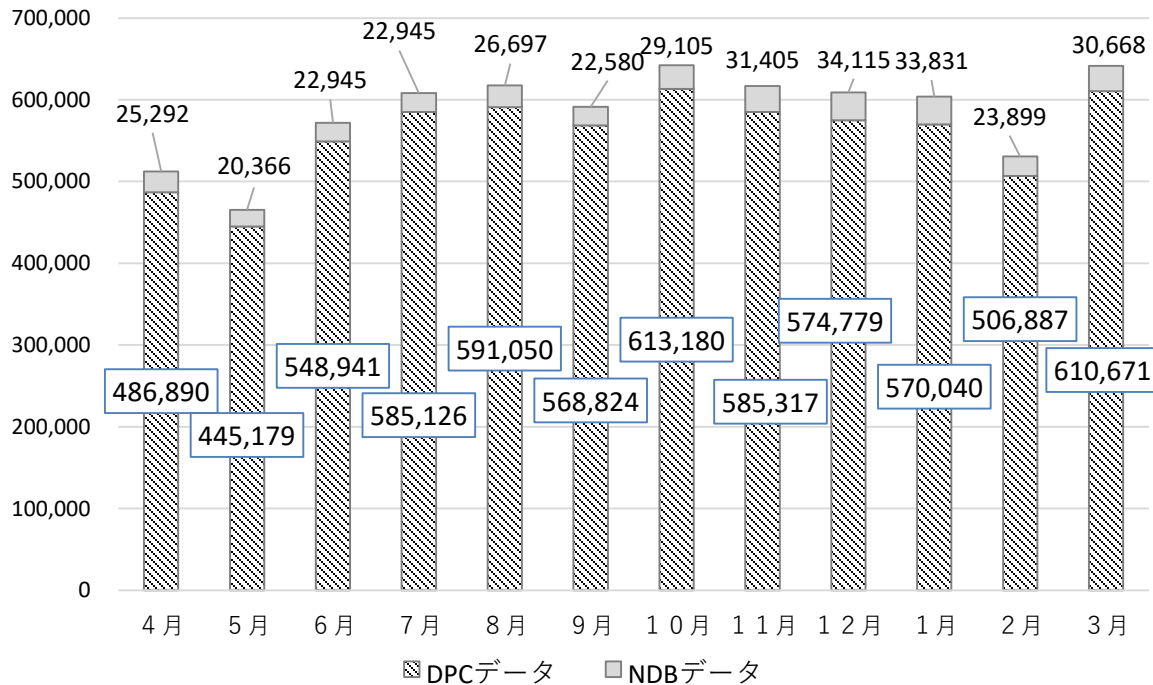
医師の労働時間短縮に向けた取組として、4の(3)における医療機関が作成した「勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に基づく取組を総合的に実施する事業。



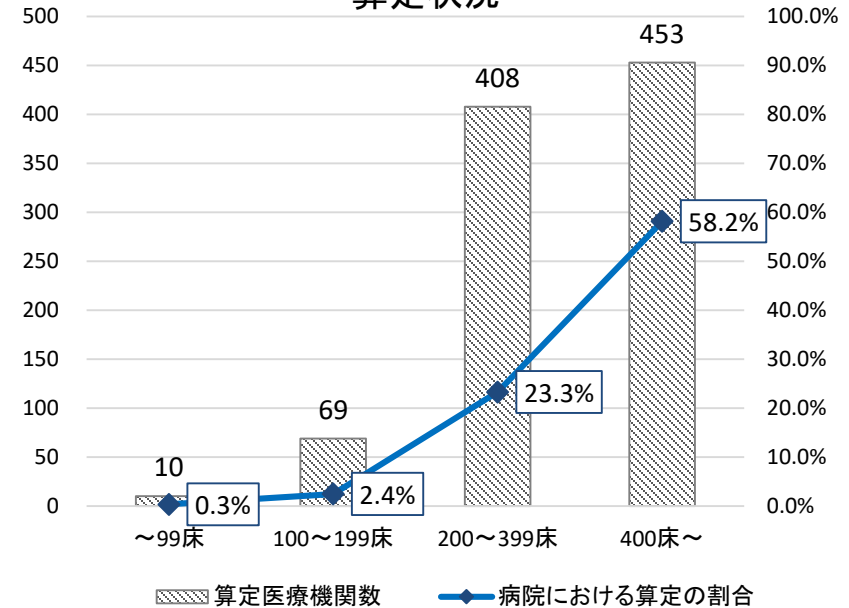
# 地域医療体制確保加算の算定状況

○ 令和2年度改定において新設した地域医療体制加算の算定回数は各月60万回前後で推移。算定医療機関は直近で940医療機関であった。

地域医療体制確保加算の算定回数



病床規模別の地域医療体制確保加算算定状況



(n=940)

※ 出典 DPCデータ、NDBデータ（令和2年4月～令和3年3月診療分）

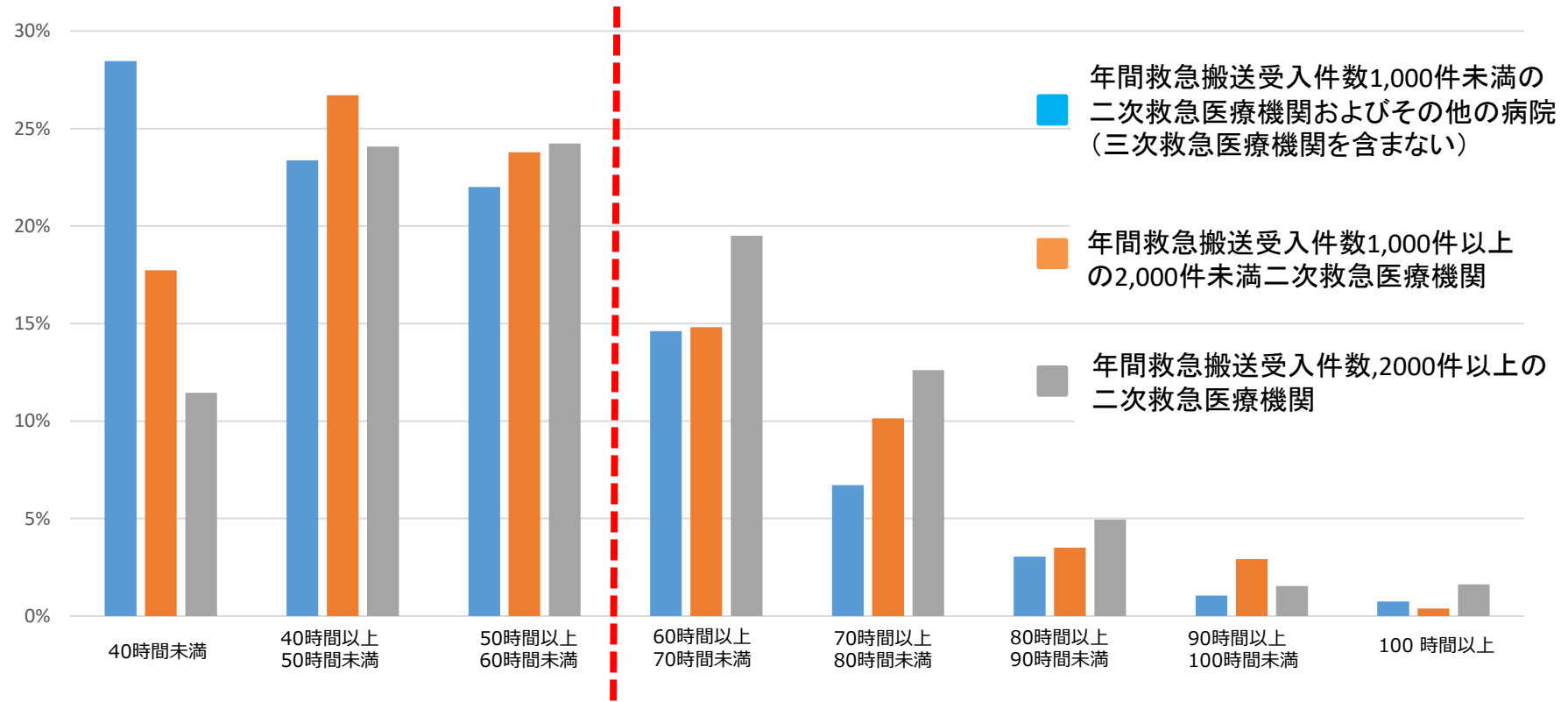
※ 出典 DPCデータ（令和3年3月）  
令和元年医療施設（動態）調査

○ 年間救急搬送受入件数が2,000件以上の二次救急医療機関において、より受入件数の少ない二次救急医療機関よりも長時間勤務（週60時間以上等）を行う医師の割合が大きい。

中医協 総 - 3  
元 . 1 2 . 1 8

## <年間救急搬送受入件数別医師労働時間分布(三次救急を除く)>

(割合)



※1 勤務時間に関する出典:医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班  
※2 救急搬送受け入れ実績に関する出典:平成29年度病床機能報告

- 救急搬送の受け入れ体制においては、救急搬送を年間1,000件以上受け入れている医療機関において、地域の救急搬送受け入れの大半を担っている。
- 救急搬送を年間1,000件以上受け入れている医療機関において、地域の脳卒中や急性心筋梗塞等の心疾患の大部分の緊急治療対応を行っている。また、これらの医療機関においては、より救急搬送の受け入れ件数が少ない医療機関と比較した際に、脳卒中や急性心筋梗塞の対応数が救急搬送受け入れ件数に比して高い傾向にある。（夜間入院500件以上を同様に位置づけ）
- さらに、救急搬送を年間2,000件以上受け入れている医療機関において、地域の脳卒中や急性心筋梗塞等の心疾患の緊急治療対応を行っている割合はさらに高い。また、これらの医療機関においては、より救急搬送の受け入れ件数が少ない医療機関と比較した際に、脳卒中や急性心筋梗塞の対応数が救急搬送受け入れ件数に比してさらに高い傾向にある。また、急性心筋梗塞等の心疾患における大動脈バルーンポンピングや経皮的体外循環等や脳卒中における血栓溶解療法の対応についても、これらの医療機関において大部分の対応を行っている。また、これらの医療機関について、医師の労働時間も長時間となる傾向がある。
- 産科救急・小児救急・精神科救急医療においては、救急搬送の受け入れ件数が少なくても地域医療確保のために必要な医療機関の役割を担っている医療機関が存在する。
- 年間1,000件以上救急搬送を受け入れている医療機関を有しない二次医療圏については、医療圏全体として救急搬送受入件数が少ない、単独で救急医療の大部分を担っている医療機関が存在しない、患者流出が多い、地理的な条件（島しょ）を有する等、様々な実情がある。

## 【地域医療介護総合確保基金管理運営要領】(抜粋)

### 別記3 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

#### 2 対象事業

##### ○地域医療勤務環境改善体制整備事業

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(1)に掲げる医療機関が行う(2)の事業を対象とする。

#### (1)対象医療機関

次のいずれかを満たす医療機関であって「4 交付要件」を満たすもの。ただし、診療報酬により令和2年度改定で新設された地域医療体制確保加算を取得している場合は対象としない。

- ①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1000件以上2000件未満であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
- ②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1000件未満の医療機関のうち、次のいずれかに当てはまる医療機関
  - ア 夜間・休日・時間外入院件数が、年間で500件以上であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
  - イ 離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど、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、次のいずれかに当てはまる医療機関
  - ア 周産期医療、小児救急医療機関、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場合
  - イ 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療を担う医療機関であって一定の実績と役割がある場合など、5疾病5事業で重要な医療を提供している場合
- ④その他在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

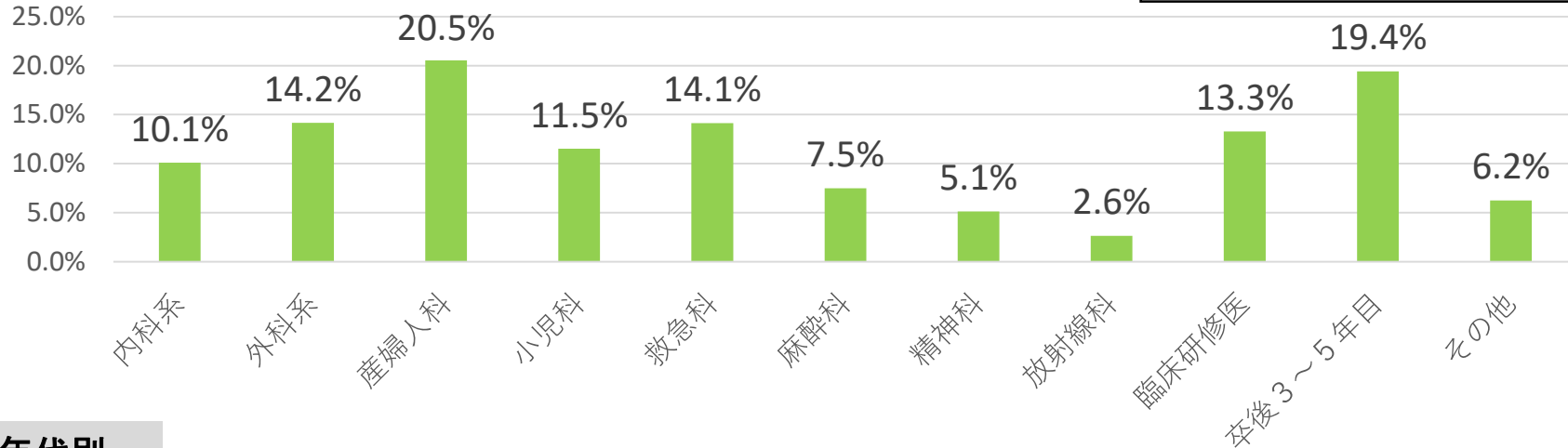
#### (2)対象事業

医師の労働時間短縮に向けた取組として、4の(3)における医療機関が作成した「勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に基づく取組を総合的に実施する事業。

# 週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合

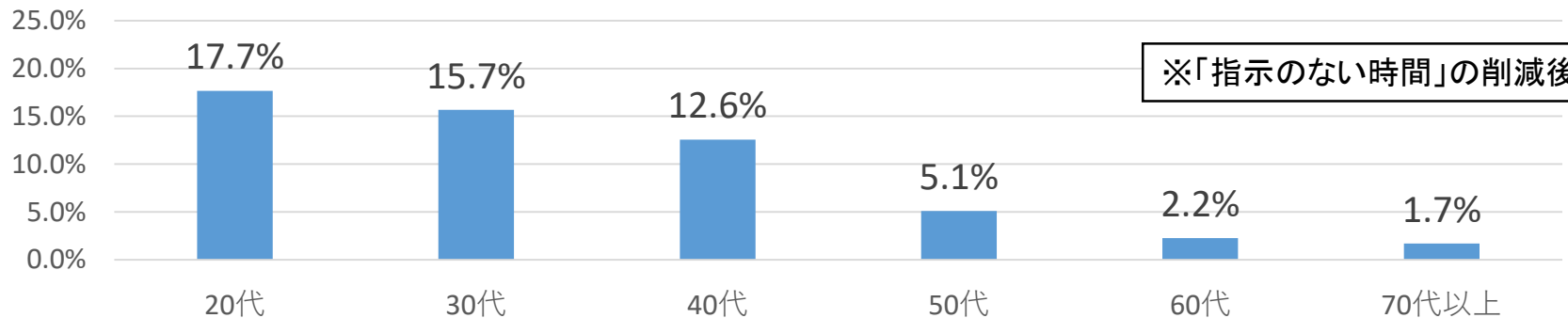
## 1. 診療科別

※「指示のない時間」の削減後



## 2. 年代別

※「指示のない時間」の削減後



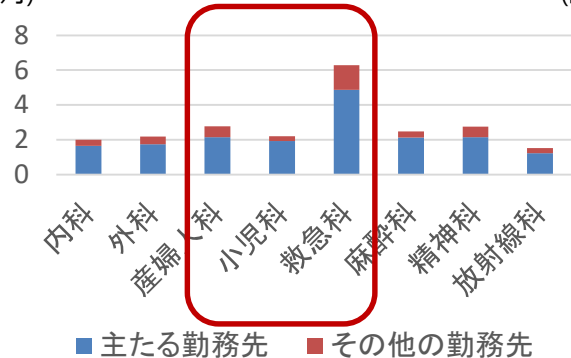
※1 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「診療外時間」(教育、研究、学習、研修等)における上司等からの指示(黙示的な指示を含む。)がない時間(調査票に「指示無」を記入)が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。

※2 「卒後3～5年目」に含まれる医師については、「臨床研修医」以外の各診療科に含まれる医師と重複。

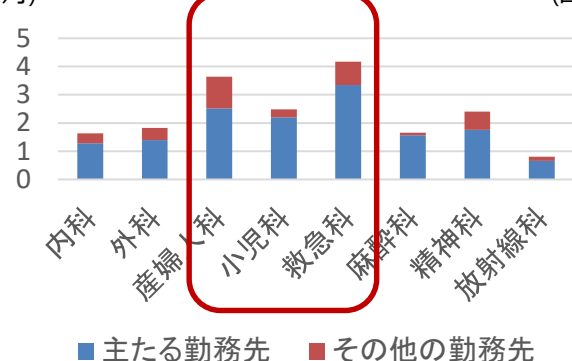
# 主な診療科ごとの日直・宿直・オンコール回数

○ 主な診療科の1月あたりの日直回数、宿直回数、オンコール回数の平均値及び中央値を比較すると、平均値では、日直、宿直回数で救急科が最も多く、産婦人科、小児科も相対的に回数が多かった。オンコール回数においては、産婦人科の回数が他の診療科に比べて多かった。中央値では、日直回数、宿直回数において、救急科が最も多く、続いて、産婦人科、小児科の回数が多かった。オンコール回数では、産婦人科が最も多かった。

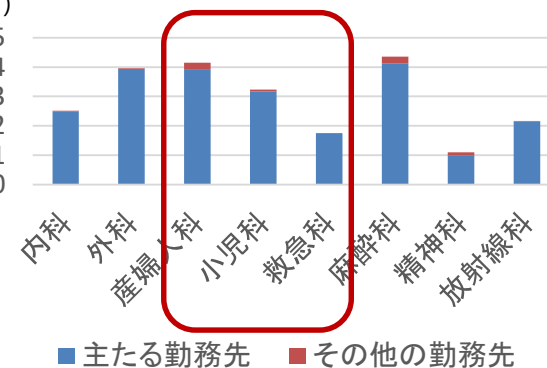
(回/月) 1月あたりの日直回数(平均値)



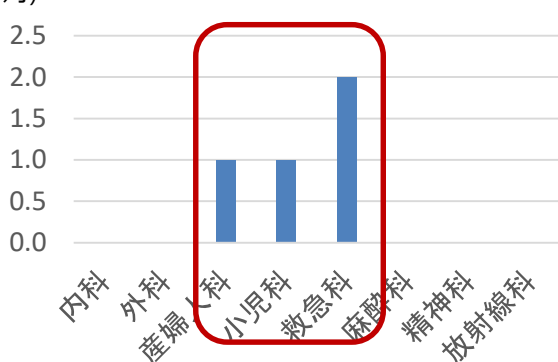
(回/月) 1月あたりの宿直回数(平均値)



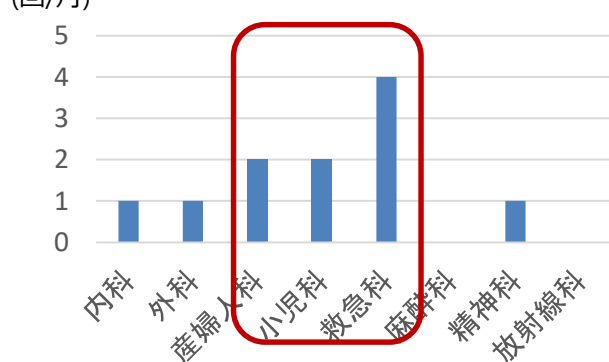
(回/月) 1月あたりのオンコール回数(平均値)



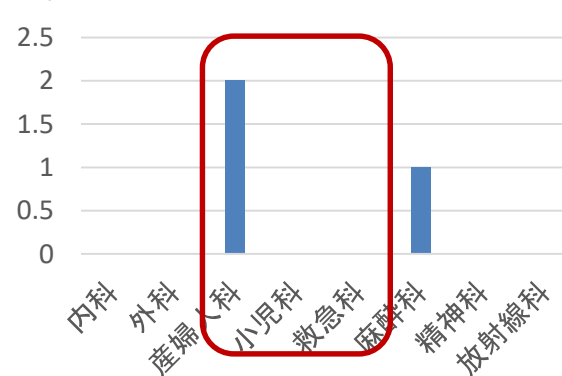
(回/月) 1月あたりの日直回数(中央値)



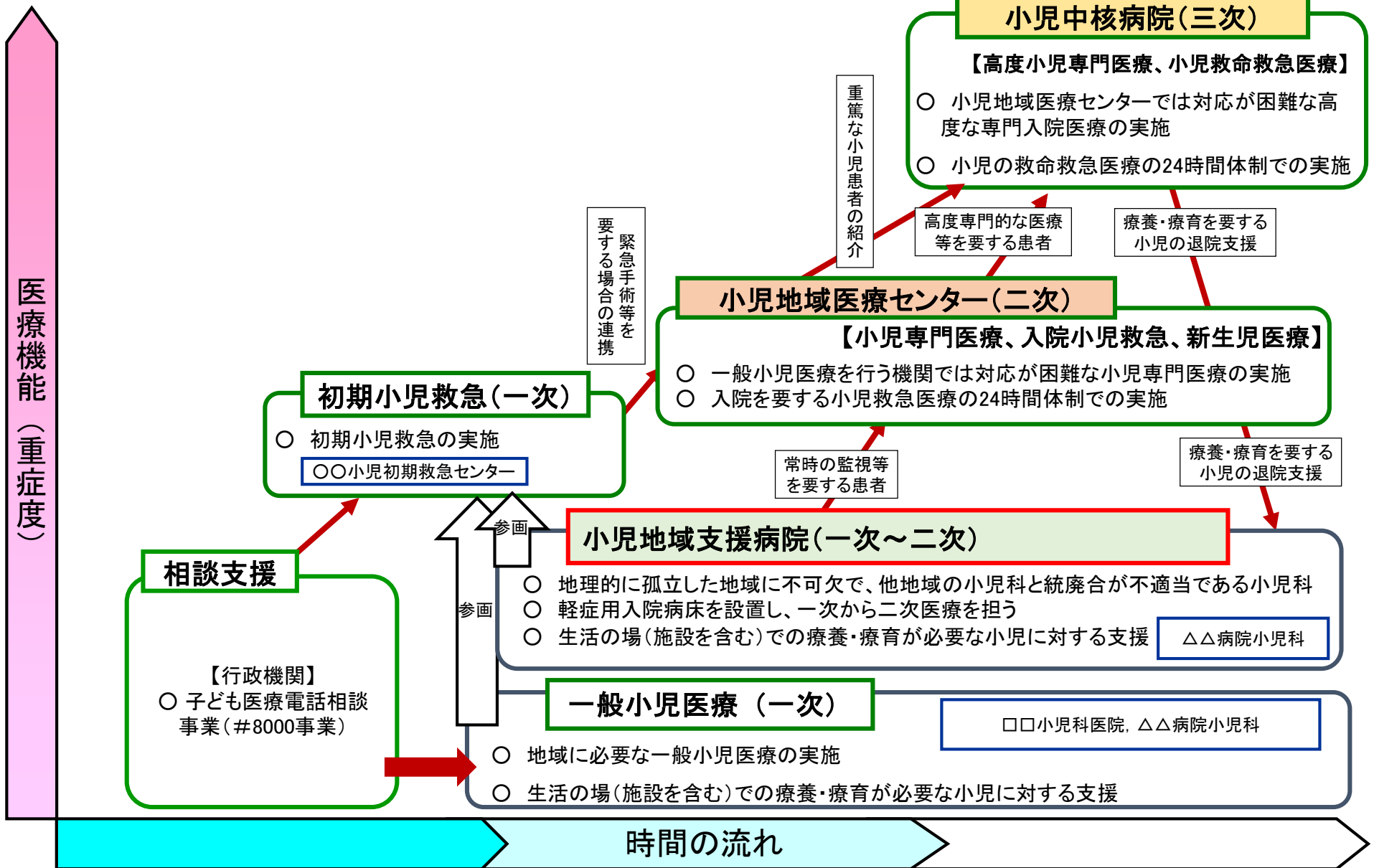
(回/月) 1月あたりの宿直回数(中央値)



(回/月) 1月あたりのオンコール回数(中央値)



# 小児医療の体制

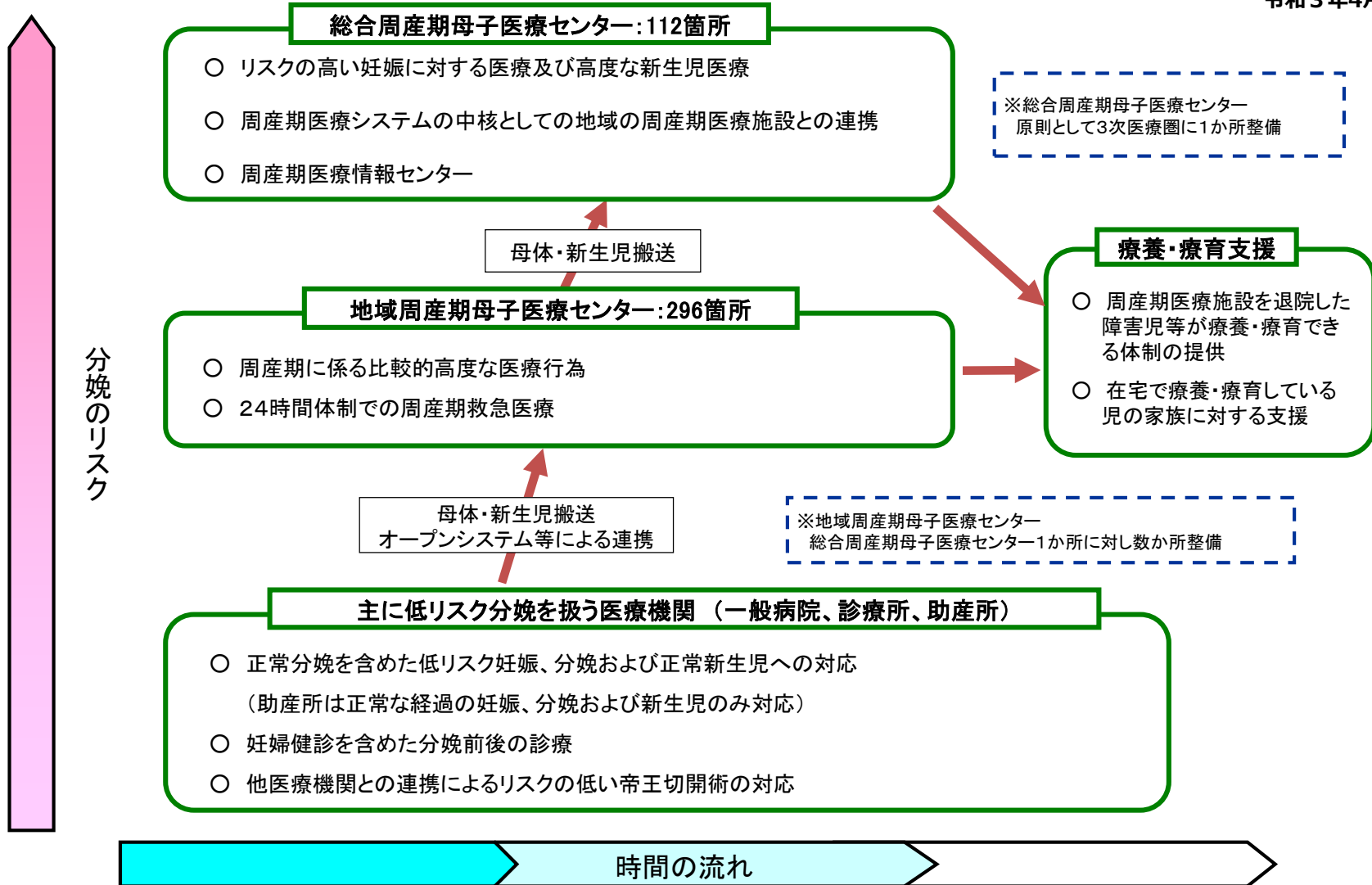




## 2. 周産期母子医療センターについて 周産期医療の体制

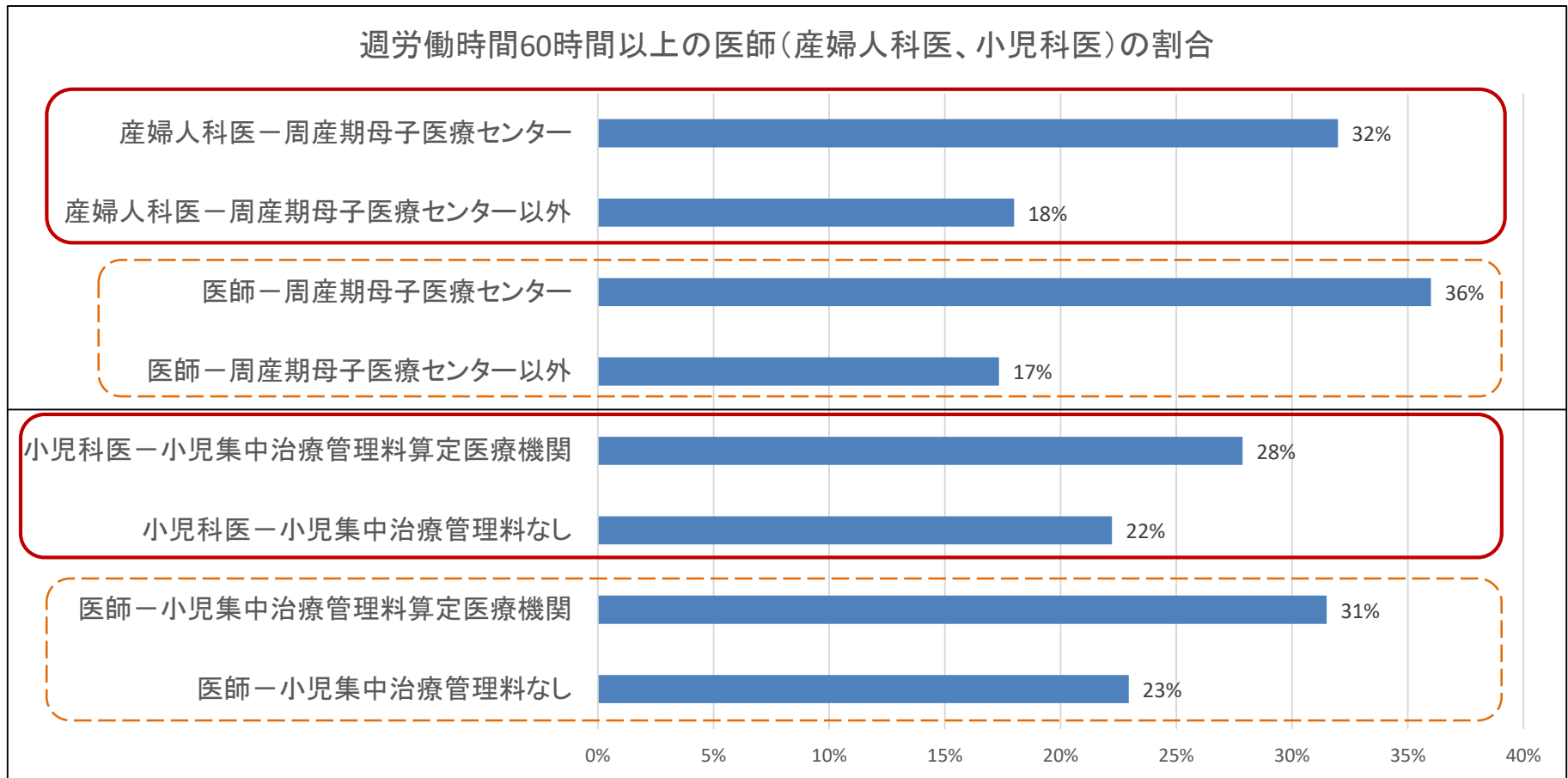
中 医 協 総 - 1  
3 . 1 1 . 1 9

令和3年4月1日現在



# 周産期母子医療センター等における週労働時間60時間以上の医師の割合

- 調査対象施設における1週間の労働時間が60時間以上(年間時間外・休日労働時間960時間相当)以上の医師の割合については、医師全体、産婦人科医、小児科医のいずれでも、周産期母子医療センター(総合・地域)、小児集中治療管理料を算定する医療機関の方が、週労働時間60時間以上の割合が高い。



# 2024年4月に向けたスケジュール

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始（改正労働基準法の施行）

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

## 時短計画案の作成

都道府県の指定を受けようとする場合は、第三者評価を受審する前までに作成

※時間外・休日労働が年960時間を超えている医師がいる医療機関は、時短計画を作成し取り組むよう努め、その時短計画に基づく取組（PDCA）に対して都道府県が支援

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

## 医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価

労働時間実績や時短の取組状況を評価

※第三者評価に関する規定は2022年4月施行

## 都道府県による特例水準対象医療機関の指定

（医療機関からの申請）

地域医療への影響等を踏まえた都道府県の判断

※都道府県の指定に関する事前準備規定は2022年4月施行

C-1水準

## 臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示

※開始年限は、臨床研修部会等において検討

C-2水準

## 審査組織による医療機関の個別審査

特定の高度な技能の教育研修環境を審査

※審査組織における審査に関する規定は2022年4月施行

時間外・休日労働が年960時間以下の医師のみの医療機関は都道府県の指定不要

## 特例水準の指定を受けた医療機関

- 時短計画に基づく取組み
- 特例水準適用者への追加的健康確保措置
- 定期的な時短計画の見直し、評価受審

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

※一医療機関は一つ又は複数の水準の指定  
※特例水準は、指定の対象となった業務に従事する医師に適用される。

# 医師労働時間短縮計画の記載事項

医師の働き方改革の推進に関する検討会  
中間とりまとめ 参考資料

令和3年7月1日

## 1. 必須記載事項

前年度実績及び当年度目標並びに計画期間終了年度の目標

### ①労働時間数

- ・ 時間外・休日労働時間数の平均
- ・ 時間外・休日労働時間数の最長
- ・ 960時間超～1860時間の人数・割合（全体及び診療科単位）
- ・ 1860時間超の人数・割合（全体及び診療科単位）

### ②労務管理・健康管理

- ・ 労働時間管理方法
- ・ 宿日直許可基準に沿った運用
- ・ 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

### ③意識改革・啓発

- ・ 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

### ④策定プロセス

- ・ 各職種が参画する委員会や会議、チーム等において計画の検討を行い、策定したか
- ・ 計画内容について医師にきちんと周知されているか

## 2. 任意記載事項（労働時間短縮に向けた取組）

### タスク・シフト／シェア

- ①職種に関わりなく特に推進するもの
  - i) 説明と同意
  - ii) 各種書類の下書き・作成
  - iii) 診察前の予診等
  - iv) 患者の誘導
- ②職種毎に推進するもの
  - i) 助産師：助産師外来・院内助産
  - ii) 看護師：特定行為（38行為21区分）等
  - iii) 薬剤師：服薬指導、処方提案、処方支援等
  - iv) 診療放射線技師：撮影部位の確認等
  - v) 臨床検査技師：採血業務等
  - vi) 臨床工学技士：清潔野における器械出し等
  - vii) 医師事務作業補助者：診療録等の代行入力

### 医師の業務の見直し

- ・ 外来業務の見直し
- ・ 日当直の体制や分担の見直し
- ・ 日当直中の業務の見直し
- ・ オンコール体制の見直し
- ・ 主治医制の見直し
- ・ 副業・兼業先の労働時間の状況も踏まえた勤務シフトの管理

### その他の勤務環境改善

- ・ ICTの導入その他の設備投資
- ・ 出産・子育て・介護など、仕事と家庭の両立支援
- ・ 更なるチーム医療の推進

### 副業・兼業先の労働時間の管理

- ・ 副業・兼業先の労働時間も踏まえた勤務シフトの管理（再掲）
- ・ 副業・兼業先との勤務シフトの調整
- ・ 副業・兼業先への医師労働時間短縮の協力要請

⇒ 労働時間短縮目標未達成の場合、計画の見直し等により追加的な対策を講じる必要

# 医師労働時間短縮計画について

- 医師労働時間短縮計画で記載する内容は、地域医療体制確保加算の要件において求めている「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」と相違点がある。
- 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」においては、計画の内容や見直しは医療機関にゆだねられているが、時短計画においては「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、①労働時間の短縮に関する目標及び②実績並びに③労働時間短縮に向けた取組状況を記載し、これに基づきPDCAサイクルの中で、毎年自己評価を行うことが求められている。

## 地域医療体制確保加算における施設基準

### 【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(※)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**」(※)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)

※ 「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

## 医師労働時間短縮計画 (医療法で暫定特例水準の医療機関(令和6年度から義務化))

### ○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
- ・ 年間の時間外・休日労働時間数の最長
- ・ 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



# 各医療機関で医師の負担軽減策として実施されている取組

○ 各医療機関で医師の負担軽減策として実施されている取組は、地域医療体制確保加算の届出の有無別、病床規模別に以下のとおりであった。

調査数	地域医療体制確保加算あり		地域医療体制確保加算なし	
	200床未満 N=11	200床以上 N=208	200床未満 N=181	200床以上 N=52
医師の増員	63.6%	50.5%	53.0%	48.1%
外来提供体制の縮小	0.0%	31.7%	10.5%	11.5%
初診時選定療養費の導入	0.0%	74.5%	0.0%	40.4%
適正受診に関する患者・住民への周知・啓発	9.1%	43.8%	7.2%	21.2%
複数主治医制の導入	63.6%	50.0%	22.7%	40.4%
勤務間インターバルの導入	27.3%	30.3%	12.2%	7.7%
当直翌日の業務内容の軽減（当直翌日の休日を含む）	63.6%	72.1%	30.4%	50.0%
時間外・休日・深夜に特定の医師に負担が集中しないような体制の整備	63.6%	41.3%	35.4%	40.4%
患者・家族への病状説明を診療時間内に限定（緊急時を除く）	36.4%	40.9%	33.7%	46.2%
予定手術前日の当直の免除	45.5%	39.4%	12.2%	19.2%
医師業務の特定行為研修修了者である看護師との分担	27.3%	44.2%	11.0%	25.0%
医師業務の看護師（「11」に示す看護師を除く）との分担	54.5%	44.2%	23.2%	34.6%
救急外来において、医師が予め患者の範囲を示して、事前の指示や事前に取り決めたプロトコルに基づく看護師による血	27.3%	18.3%	8.8%	9.6%
医師業務の助産師との分担	0.0%	35.1%	2.8%	13.5%
薬剤師による事前に取り決めたプロトコルに沿って、処方された薬剤の変更	27.3%	27.9%	13.3%	11.5%
薬剤師による外来診察時（前後の場合も含む）の患者の服薬状況、副作用等に関する情報収集と医師への情報提供	45.5%	28.4%	15.5%	13.5%
医師事務作業補助者の病棟への配置	63.6%	43.8%	24.9%	46.2%
医師事務作業補助者の外来への配置	81.8%	86.5%	45.3%	76.9%
ICTを活用した業務の見直し・省力化	45.5%	35.1%	17.7%	30.8%
医師が出席する会議の開催回数の削減	54.5%	20.7%	22.1%	19.2%
医師が出席する会議の所定就業時間内での開催（開始時刻の前例し等）	45.5%	43.3%	37.0%	51.9%
院内保育所の設置	0.0%	4.3%	1.7%	5.8%
院内助産又は助産師外来の開設	0.0%	31.3%	1.7%	15.4%
「役割分担推進のための委員会」への年に1回の管理者の出席	63.6%	63.9%	20.4%	36.5%
時間外・休日・深夜における手術・1000点以上の処置の実施に係る医師（術者又は第二助手）の手当支給	18.2%	24.5%	6.6%	5.8%
採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外が実施していること（新生児を除く。）	72.7%	55.8%	41.4%	34.6%



# 地域医療体制確保加算の算定医療機関において実施している負担軽減等の取組

○ 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実施している病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善の取組と、「算定を契機に開始」「特に効果がある」の設問に対する回答状況は以下のとおりであった。

	実施している		左記のうち算定を契機に開始した取組		特に効果があるとの回答があった取組	
	数	割合	数	割合	数	割合
調査数	224	100.0%	-	-	-	-
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	217	96.9%	15	6.9%	102	47.0%
勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施	206	92.0%	13	6.3%	60	29.1%
勤務間インターバルの確保	117	52.2%	16	13.7%	17	14.5%
予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮	153	68.3%	10	6.5%	35	22.9%
当直翌日の業務内容に対する配慮	188	83.9%	16	8.5%	67	35.6%
交代勤務制・複数主治医制の実施	137	61.2%	10	7.3%	30	21.9%
短時間正規雇用医師の活用	148	66.1%	12	8.1%	23	15.5%
時間外・休日・深夜における手術・1000点以上の処置の実施に係る医師（術者又は第一助手）の手当支給	63	28.1%	1	1.6%	2	3.2%
採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外が実施していること（新生児を除く。）	127	56.7%	5	3.9%	21	16.5%
その他	23	10.3%	3	13.0%	2	8.7%
無回答	5	2.2%	-	-	-	-

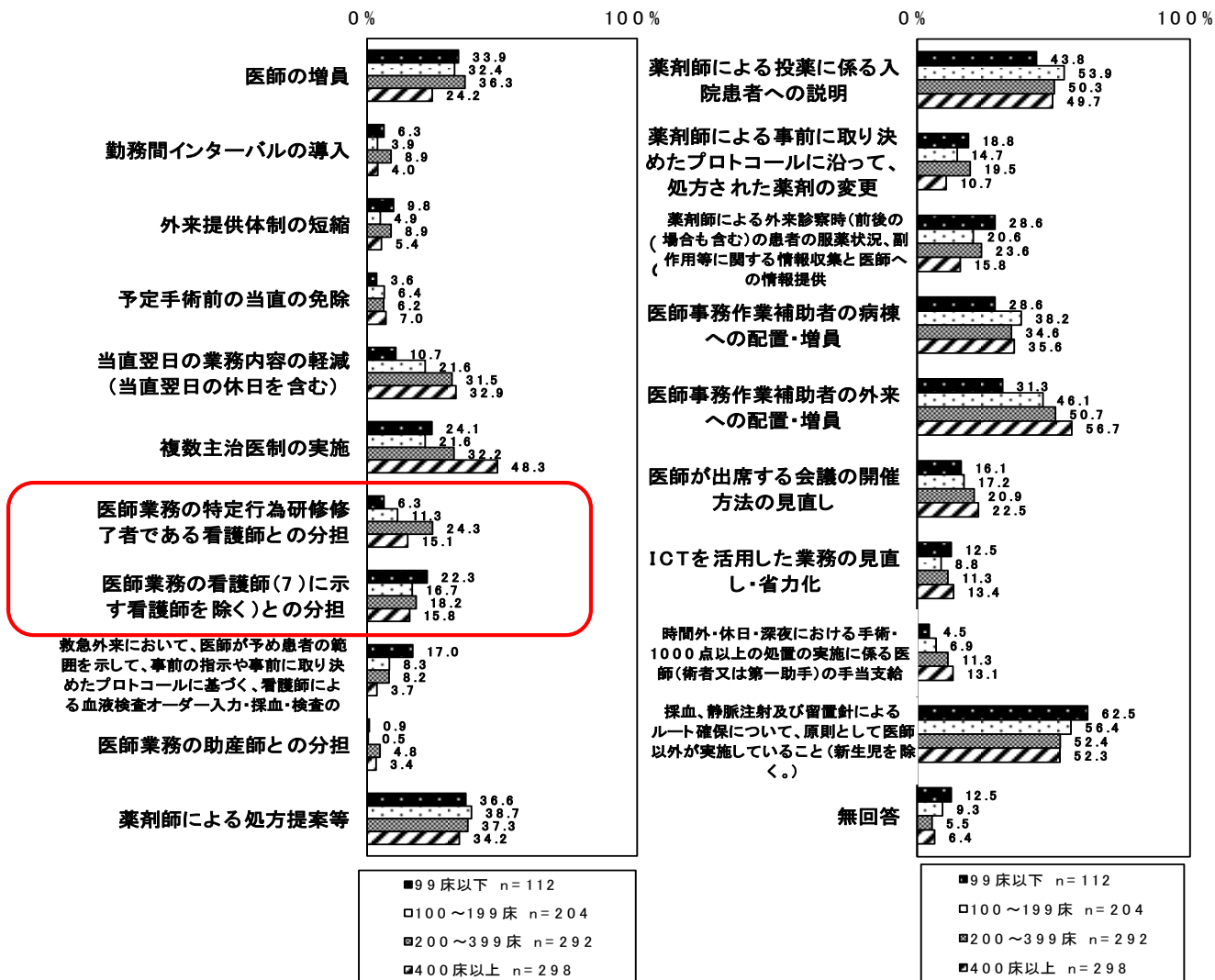
※「実施している」と回答した数を分母として割合を算出  
分子は「実施している」かつ「算定を契機に開始」の回答数

※「実施している」と回答した数を分母として割合を算出  
分子は「実施している」かつ「特に効果がある」の回答数

# 医師の負担軽減策として実施されている取組～特定行為研修修了者との分担①

○ 医師の負担軽減策について病床規模別にみると、200床未満の施設では特定行為研修修了者である看護師より、特定行為研修修了者以外の看護師との業務分担の方が多いが、200～399床規模の施設においては特定行為研修修了者である看護師との分担の方が多かった。また、400床以上では同程度であった。

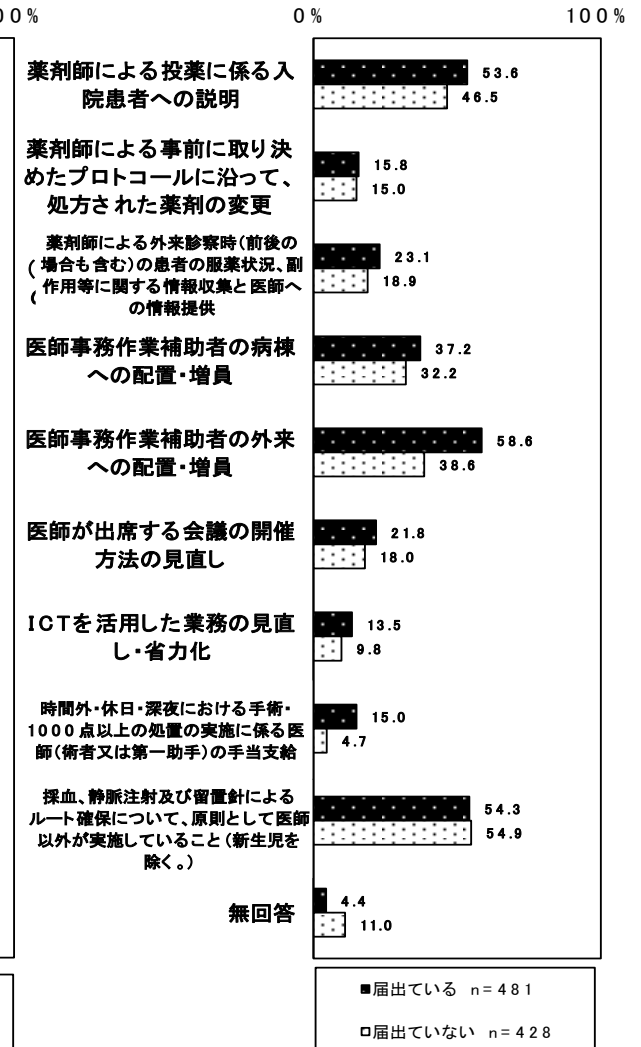
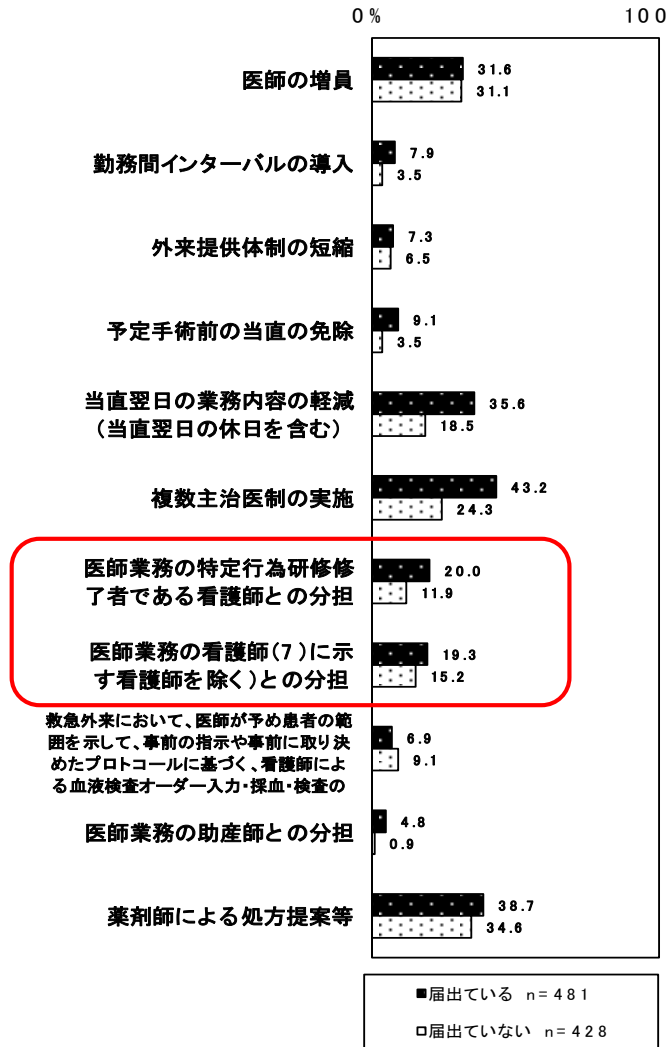
## ■ 医師の負担軽減策として実施され (複数回答) (病床規模別)



# 医師の負担軽減策として実施されている取組～特定行為研修修了者との分担②

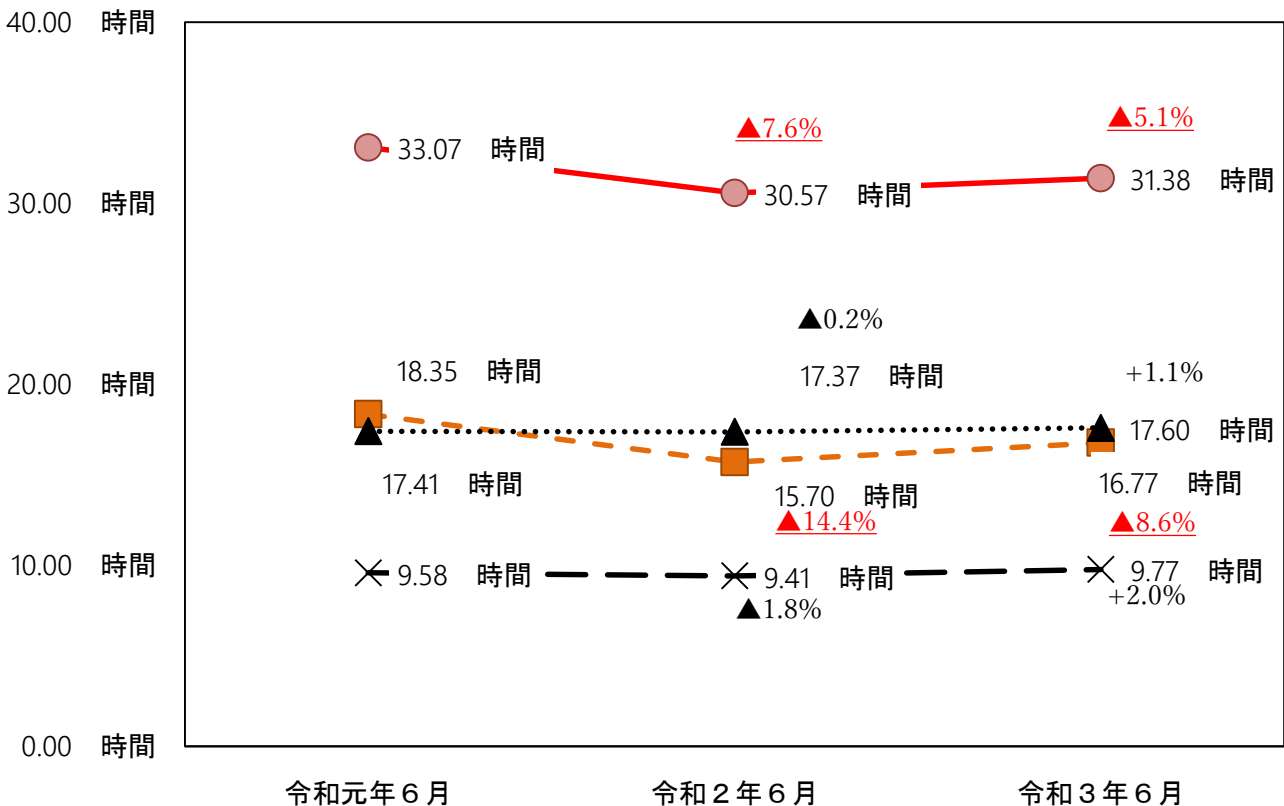
○ 地域医療体制確保加算を届け出ている施設では、届け出していない施設に比べて、特定行為研修修了者である看護師と医師の業務を分担する割合が多かった。

## ■ 医師の負担軽減策として実施され (複数回答) (地域医療体制確保加算の届出)



# 医師1人あたりの1か月の超過勤務時間数(施設票)

○ 医師1人あたりの1か月の超過勤務時間数(平均値)は、地域医療体制確保加算の届出の有無別、病床規模別に以下のとおりであった。

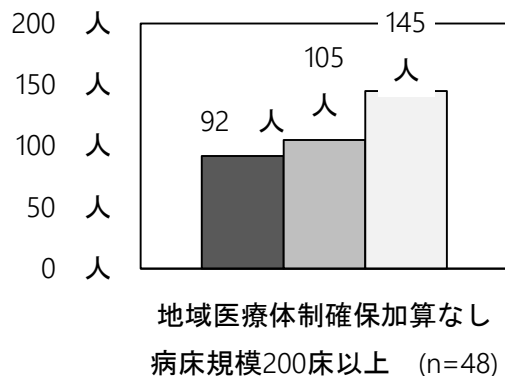
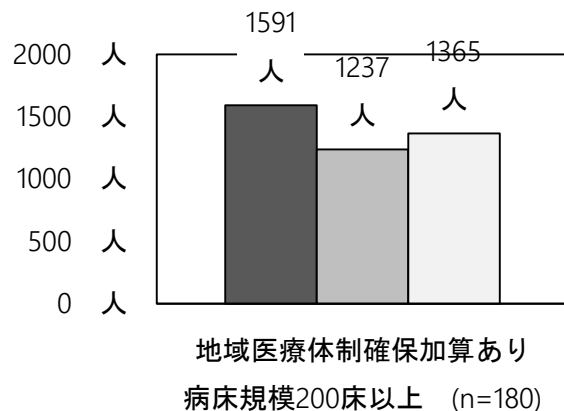


	200床以上	
	地域医療体制確保加算あり	地域医療体制確保加算なし
調査数	N=184	N=48
令和元年6月	33.07 時間	17.41 時間
令和2年6月	30.57 時間	17.37 時間
令和3年6月	31.38 時間	17.60 時間
	200床未満	
	地域医療体制確保加算あり	地域医療体制確保加算なし
調査数	N=11	N=138
令和元年6月	18.35 時間	9.58 時間
令和2年6月	15.70 時間	9.41 時間
令和3年6月	16.77 時間	9.77 時間

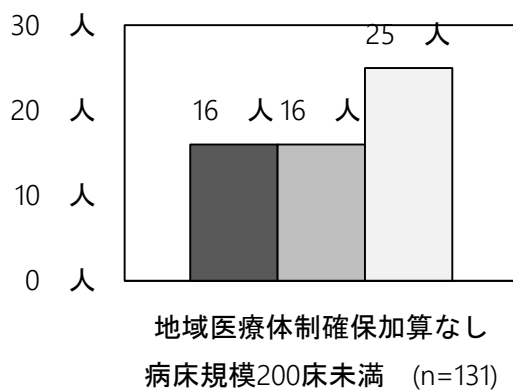
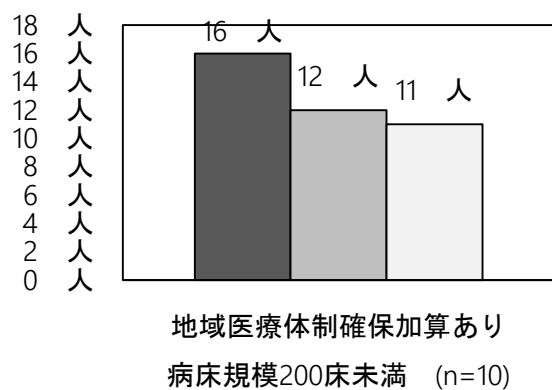
- 地域医療体制確保加算あり  
病床規模200床未満 (N=11)
- 地域医療体制確保加算あり  
病床規模200床以上 (N=184)
- ×— 地域医療体制確保加算なし  
病床規模200床未満 (N=138)
- …▲… 地域医療体制確保加算なし  
病床規模200床以上 (N=48)

# 1か月の超過勤務時間が80時間超の医師数(施設票合計)

○ 超過勤務時間が80時間超の医師数は、地域医療体制確保加算の届出の有無別、病床規模別に以下のとおりであった。



	200床以上	
	地域医療体制確保加算あり	地域医療体制確保加算なし
調査数	N=180	N=48
令和元年6月	1591人	92人
令和2年6月	1237人	105人
令和3年6月	1365人	145人
	200床未満	
	地域医療体制確保加算あり	地域医療体制確保加算なし
調査数	N=10	N=131
令和元年6月	16人	16人
令和2年6月	12人	16人
令和3年6月	11人	25人

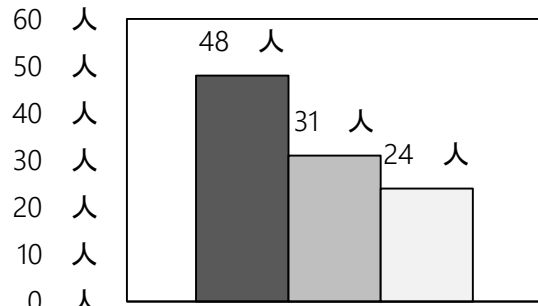


■ 令和元年6月    □ 令和2年6月  
□ 令和3年6月

■ 令和元年6月    □ 令和2年6月  
□ 令和3年6月

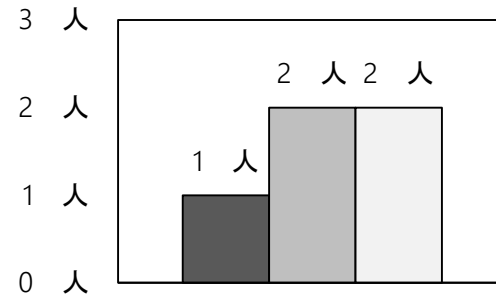
# 1か月の超過勤務時間が155時間超の医師数(施設票合計)

○ 超過勤務時間が155時間超の医師数は、地域医療体制確保加算の届出の有無別、病床規模別に以下のとおりであった。



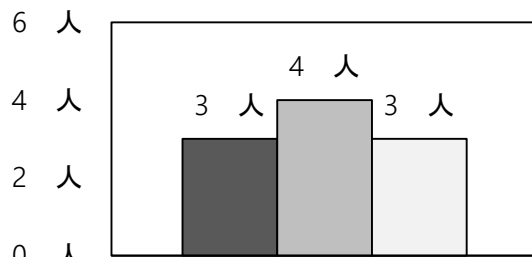
地域医療体制確保加算あり  
病床規模200床以上 (n=180)

■ 令和元年6月 □ 令和2年6月  
□ 令和3年6月



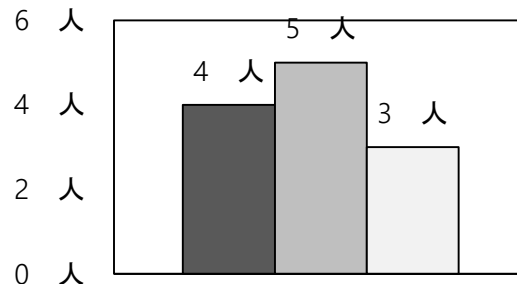
地域医療体制確保加算なし  
病床規模200床以上 (n=48)

■ 令和元年6月 □ 令和2年6月  
□ 令和3年6月



地域医療体制確保加算あり  
病床規模200床未満 (n=10)

■ 令和元年6月 □ 令和2年6月  
□ 令和3年6月



地域医療体制確保加算なし  
病床規模200床未満 (n=131)









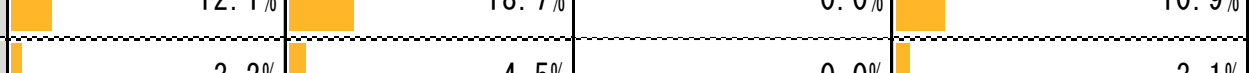

■ 令和元年6月 □ 令和2年6月  
□ 令和3年6月

	200床以上	
	地域医療体制確保加算あり	地域医療体制確保加算なし
調査数	N=180	N=48
令和元年6月	48人	1人
令和2年6月	31人	2人
令和3年6月	24人	2人
	200床未満	
	地域医療体制確保加算あり	地域医療体制確保加算なし
調査数	N=10	N=131
令和元年6月	3人	4人
令和2年6月	4人	5人
令和3年6月	3人	3人



# 1年前と比較した医師の勤務時間・勤務状況(医師票)

○ 調査対象施設に勤務している医師の1年前と比較した勤務時間と勤務状況は、地域医療体制確保加算の届出の有無別、病床規模別に以下のとおりであった。

	病床規模	200床以上		200床未満		
		地域医療体制確保加算	あり	なし	あり	なし
	調査数	N=462	N=134	N=20	N=294	
1) 勤務時間	1 短くなった		15.4%	9.0%	15.0%	12.2%
	2 変わらない		68.2%	70.9%	80.0%	76.9%
	3 長くなった		13.9%	17.9%	0.0%	9.2%
	— 無回答		2.6%	2.2%	5.0%	1.7%
13) 総合的にみた勤務状況	1 改善した		3.9%	6.0%	5.0%	6.5%
	2 どちらかという 改善した		21.4%	9.0%	5.0%	13.6%
	3 変わらない		55.2%	56.0%	80.0%	62.6%
	4 どちらかという 悪化した		12.1%	18.7%	0.0%	10.9%
	5 悪化した		3.2%	4.5%	0.0%	3.1%
	6 その他		1.1%	1.5%	0.0%	0.3%

## 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. 医師事務作業補助体制加算について
3. 手術・処置の時間外加算等について
4. 医療機関における薬剤師業務に係る評価について
5. 特定行為研修終了者の活用について
6. 看護職員の処遇改善と負担軽減について
7. ICTの活用について
8. 地域医療体制確保加算について
9. 論点

# 働き方改革の推進に係る論点

## 【医師事務作業補助者について】

- 医師事務作業補助者の行うことが可能な業務が整理されたこと及び医師事務作業補助者の実務経験による医師への負担軽減効果の差も踏まえ、医師事務作業補助体制加算の評価の在り方について、どのように考えるか。

## 【手術・処置における時間外等加算について】

- 予定手術の前日における当直等について、個々人の医師における負担と連続当直が認められる実態を踏まえ、手術・処置の時間外等加算の評価の在り方について、どのように考えるか。

## 【周術期における薬学的管理業務について】

- 周術期における薬学的管理業務に薬剤師を活用することの評価の在り方について、どのように考えるか。

## 【病棟薬剤業務実施加算について】

- 小児入院医療管理料を算定している病棟における病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方について、どのように考えるか。

## 【特定行為研修修了者の活用について】

- 特定行為研修修了者の増加や医師との役割分担の状況を踏まえ、医師の働き方改革を一層推進させる観点から、特定行為研修修了者の活用に係る評価の在り方について、どのように考えるか。

## 【看護職員の処遇改善について】

- 「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」を踏まえ、看護職員の処遇改善の在り方について、どう考えるか。

# 働き方改革の推進に係る論点

## 【看護補助者の活用について】

- 医療現場において、看護補助者配置の必要性や期待が高い一方で、人員確保が困難な状況も踏まえつつ、看護補助者との役割分担を適切に推進する観点から、看護師や補助者に対する研修の実施及び直接ケアを行う看護補助者について、その評価の在り方をどのように考えるか。

## 【看護職員の夜間負担軽減について】

- 看護職員の夜間における負担軽減の取組をより推進する観点から、現状の実施状況等を踏まえた夜間看護体制加算等の項目数について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における患者の状況や看護職員の配置状況等も踏まえ、看護職員の夜間配置の評価について、医療の質の向上の観点から、どのように考えるか。

## 【医療従事者の負担軽減等に対する評価について】

- 診療報酬の算定に当たり求めている会議等について、対面を原則としているところ、目的や質の担保の重要性を踏まえつつ、ビデオ会議等を更に活用していくことについて、どのように考えるか。
- 診療報酬の要件とされている研修について、研修の目的等を踏まえ、必要とされる内容を整理した上で、オンライン等による研修を更に活用していくことについて、どのように考えるか。

## 【地域医療体制確保加算について】

- 地域医療体制確保加算の算定状況や、各医療機関での取組の状況、診療科毎の勤務環境の現状や当該診療科を有する医療機関が地域に果たす役割を踏まえ、さらに働き方化改革を着実に進めていく観点から、その評価の在り方について、どのように考えるか。
- また、2024年の上限規制の適用開始に向けて、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」が示され、今後、各医療機関において、計画策定に向けた取組が進められる中で、実効性ある取組について、どのように考えるか。