

中央社会保険医療協議会 総会（第 424 回） 議事次第

令和元年9月25日(水) 薬価専門部会終了後～
於 厚生労働省講堂（低層棟2階）

議 題

○医療機器及び臨床検査の保険適用について

○個別事項（その2）について

○調剤報酬（その1）について

○その他

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時: 令和元年9月25日(水) 薬価専門部会終了後
会場: 中央合同庁舎第5号館 講堂(低層棟2階)

速記

中医協関係者

秋山	中村	関	荒井	田辺会長	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官	
松本							吉森	
今村							幸野	
城守							平川	
猪口							間宮	
島							宮近	
林							松浦	
有澤							染谷	
保険医療材料等 専門組織 小澤委員長					田村	横地	吉川	

中医協関係者

医療指導監査室長	歯科医療管理官	保険医療企画調査室長	医療技術評価推進室長	医療課長	薬剤管理官	総務課長	医療介護連携政策課長	調査課長	調査課数理企画官	医政局総務課長	医政局経済課長	医政局医療機器政策室長	医薬・生活衛生局 医療機器審査管理課長
----------	---------	------------	------------	------	-------	------	------------	------	----------	---------	---------	-------------	------------------------

厚生労働省

厚生労働省

関係者席

関係者席

関係者席・日比谷クラブ

日比谷クラブ

一般傍聴席

一般傍聴席・厚生労働記者会

医療機器の保険適用について（令和元年 12 月収載予定）

区分Ｃ１（新機能）

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均 価格との比	頁数
①	メドトロニック Advisa MRI	日本メドトロニック株式会社	792,000 円	類似機能区分 比較方式	改良加算（ハ） 3 %	0.66	2

区分Ｃ２（新機能・新技術）

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均 価格との比	頁数
①	ハイブリッドコートⅡ	サンメディカル株式会社	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。		なし	なし	5

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 メドトロニック Advisa MRI

保険適用希望企業 日本メドトロニック株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
メドトロニック Advisa MRI	C 1（新機能） チャレンジ申請	本品は、皮下の外科的に作成したポケットに植え込み、心臓内に留置する電極と接続して使用する植込み型心臓ペースメーカーである。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
メドトロニック Advisa MRI	792,000 円	112 ペースメーカー （４）デュアルチャンバ(Ⅳ型) 763,000 円 改良加算(ハ) 3 %	0.66

※ 類似機能区分の基準材料価格は消費税率の引き上げに伴う見直し後の価格として算出

○ 加算の定量化に関する研究班報告に基づいたポイント（試行案）

改良加算（ハ）構造等における工夫により、類似材料に比して、患者にとって低侵襲な治療や合併症の発生が減少するなど、より安全かつ有効な治療を出来る

a. 主に機能自体で直接的な工夫がなされている

に1ポイント該当し、合計1ポイント（1ポイントあたり3%換算で3%の加算）となる。

○ チャレンジ申請について

本品は機能区分 112 ペースメーカー（４）デュアルチャンバ（Ⅳ型）に該当する製品として、平成 24 年 10 月 1 日に保険適用されている。本品は頻拍変動感知型抗上室性頻拍ペーシング機能（以下、Reactive ATP 機能）を有しているが、保険適用時は Reactive ATP 機能の有用性を証明する臨床データがなかった。その後、Reactive ATP 機能に係る大規模臨床研究等が行われ、この結果をもってチャレンジ申請が行われた。

なお、本品はチャレンジ申請が導入される前に保険適用された製品であり、チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた上でチャレンジ申請による再評価がされたものである。

<参考>

平成 29 年度までに保険適用された医療機器については、令和 2 年 3 月 31 日までの期間に限り、既収載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができる。

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
メドトロニック Advisa MRI	881,000 円	112 ペースメーカー (4) デュアルチャンバ(IV型) 改良加算 (ハ) 5 %	0.74

※ 類似機能区分の基準材料価格は消費税率の引き上げに伴う見直し前の価格として算出

○ 市場規模予測 (ピーク時)

予測年度：10 年度

本医療機器使用患者数：1,523 人／年

予測販売金額：12.1 億円／年

○ 諸外国におけるリストプライス

アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラリア	外国平均価格
1,887,000 円 (17,000 米ドル)	1,138,800 円 (7,800 ポンド)	1,027,200 円 (8,025 ユーロ)	1,012,800 円 (7,912.5 ユーロ)	951,824 円 (11,780 豪ドル)	1,197,881 円

1 米ドル = 111 円 1 ポンド=146 円

1 ユーロ=128 円 1 豪ドル=80.8 円

(平成 30 年 6 月～平成 31 年 5 月の日銀による為替レートの平均)

※ 外国価格算出ルールにより、アメリカ合衆国の価格が、その他 4 カ国の価格の相加平均 (=1,032,656 円) の 1.83 倍となり 1.8 倍を上回るため、アメリカ合衆国の価格を 1,032,656 ×1.8=1,858,781 円とみなし、5 カ国の相加平均をとることで算出した。

製品概要

1 販売名	メドトロニック Advisa MRI
2 希望業者	日本メドトロニック株式会社
3 使用目的	本品は、皮下の外科的に作成したポケットに植え込み、心臓内に留置する電極と接続して使用する植込み型心臓ペースメーカーである。
4 構造・原理	製品特徴 - 本品は、徐脈に対するペーシング治療だけでなく、頻拍変動感知型抗上室性頻拍ペーシング治療機能(Reactive ATP機能)によって心房細動の持続時間を減少させる。 - Reactive ATP機能とは、同一エピソード内の上室性頻拍の興奮の頻度、および規則性の変化を自動的に検出し、その状態に合わせた抗上室性頻拍ペーシング機能(A-ATP機能)を繰り返し送出する機能である。 ※ A-ATP機能とは、心房細動のエピソードが検出されると、事前に設定された早いレートでペーシングを行い、不整脈を停止させる機能である。 出典: 企業提出資料 タイムインターバル A-ATP機能によってエピソードが止まらなかった場合に、一定の時間(エピソードの初期検出からの経過時間)を経過したのちに再度A-ATP機能が送出される機能。 リズム変化 同一エピソード内における心房リズムの規則性及びサイクル長の変化を検出し、その変化に応じて繰り返しA-ATP機能の送出が可能となる。 臨床成績 - 心房性頻拍不整脈の既往のあるデュアルチャンバペースメーカー植込み患者1166名を対象とした無作為化比較試験(MINERVA study)において、Reactive ATP機能使用群では未使用群と比べて、24時間以上持続する頻拍不整脈の発症率が有意に低かった(P<0.001)。 - 心房性頻拍不整脈の既往のないペースメーカー又はICD植込み患者2580名を対象とした多施設観察研究(ASSERT study)において、24時間以上持続する心房性頻拍不整脈を有する患者では、有しない患者と比べて、脳梗塞発症率や心不全入院率が有意に高かった。(脳梗塞: P<0.001 心不全P=0.004) - 以上より、Reactive ATP機能が脳梗塞発症率や心不全入院率の低下に寄与することが高い蓋然性をもって示されている。

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 ハイブリッドコートⅡ
 保険適用希望企業 サンメディカル株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
ハイブリッドコートⅡ	C2（新技術）	象牙細管の封鎖又は歯質と修復物、補綴物等との界面の封鎖に用いる。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ハイブリッドコートⅡ	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。		

○ 準用技術料

I001 歯髄保護処置 3 間接歯髄保護処置 30点

○ 留意事項案

- （１）区分番号「M001 歯冠形成 1 生活歯歯冠形成」を行った歯に対して、歯科用シーリング・コーティング材を用いて、象牙細管の封鎖を目的としてコーティング処理を行った場合に算定する。

○ 推定適用歯数

推定適用歯数：約 4,000,000 歯／年

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分
ハイブリッドコートⅡ	特定保険医療材料ではなく新規技術料を希望する。	

○ 準用希望技術料

M005 装着 注1 内面処理加算 45点

○ 市場規模予測（ピーク時）

予測年度：10年度

推定適用歯数：（生活歯歯冠形成の場合）約4,000,000歯／年

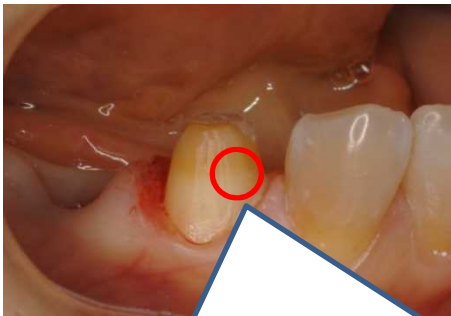
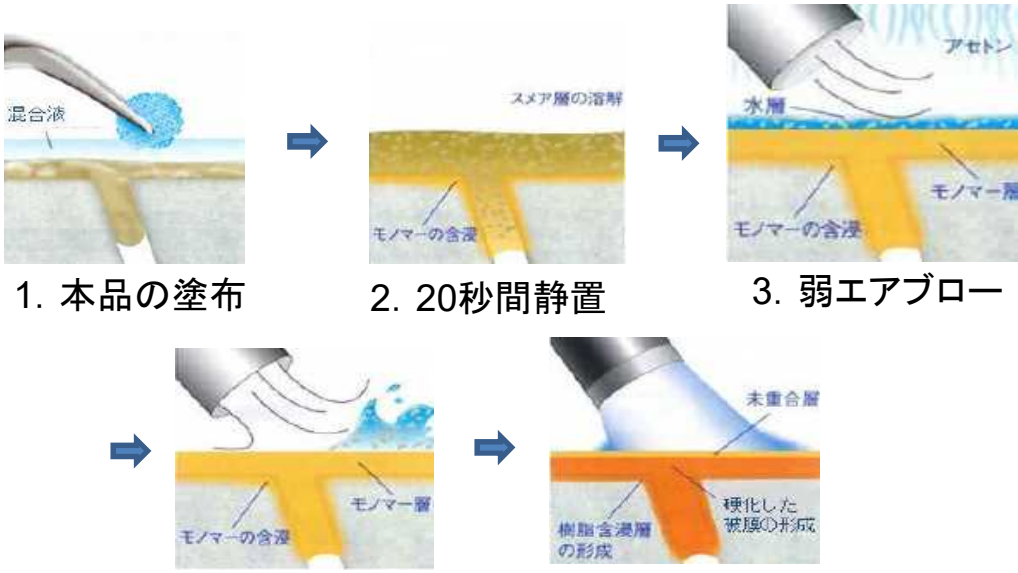
（う蝕歯インレー修復形成の場合）約8,000,000歯／年

予測医療費：約17億円／年

○ 諸外国におけるリストプライス

海外における販売実績なし

製品概要

1 販売名	ハイブリッドコートⅡ
2 希望業者	サンメディカル株式会社
3 使用目的	象牙細管の封鎖又は歯質と修復物、補綴物等との界面の封鎖に用いる。
4 構造・原理	製品特徴 出典: 企業提出資料 - 本品は、う蝕治療に用いる材料であり、う蝕に感染した歯質を除去し間接修復を行う際に適用する。 - 本品は、歯冠形成直後の象牙質に塗布し、硬化被膜を形成することによって、疼痛及び二次う蝕の抑制を目的として使用する歯科用シーリング・コーティング材である。 治療の流れ    1. 本品の塗布 2. 20秒間静置 3. 弱エアブロー 4. 強エアブロー 5. 光照射 適用範囲 - 生活歯歯冠形成を行った歯に対して、象牙細管の封鎖を目的としてコーティング処理を行った場合

臨床検査の保険適用について（令和元年 10 月収載予定）

		測定項目	測定方法	参考点数	頁数
①	E 3 (新項目)	F G F 2 3	CLEIA 法	D007-61 1, 25-ジヒドロキシビタミン D ₃ 388 点 及び D007-62 25-ヒドロキシビタミン D 400 点 を合算した点数 788 点	2

体外診断用医薬品に係る保険適用決定区分及び保険点数（案）

販売名 デタミナーCL FGF23

保険適用希望企業 日立化成ダイアグノスティックス・システムズ株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
デタミナーCL FGF23	E3（新項目）	血清中の線維芽細胞増殖因子23（FGF23）の測定（FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症の診断の補助）

○ 測定項目概要及び保険点数

測定項目	測定方法	保険点数	準用保険点数
FGF23	CLEIA法	788点	D007-61 1,25-ジヒドロキシビタミンD ₃ D007-62 25-ヒドロキシビタミンD

留意事項案

FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症の診断又は治療効果判定を目的として、CLEIA法によりFGF23を測定した場合は、本区分の「61」1,25-ジヒドロキシビタミンD₃の所定点数と「62」25-ヒドロキシビタミンDの所定点数を合算した点数を準用して算定する。ただし、診断時には1回を限度とし、その後は腫瘍性骨軟化症の場合には腫瘍摘出後に1回、薬剤性の場合には被疑薬中止後に1回を限度として算定する。

〔参考〕

○ 企業の希望保険点数

販売名	保険点数	準用保険点数
デタミナーCL FGF23	1,400点	D014-43 抗アクアポリン抗体 D007-62 25-ヒドロキシビタミンD

○ 市場規模予測（ピーク時）

予測年度：4年度

本体外診断用医薬品使用テスト数：4,146回／年

予測販売金額：3,267万円／年

3

個別事項（その2）

（医療従事者の働き方、地域の実情を踏まえた対応）

個別事項（その2）

1. 医療従事者の働き方

- (1) 医師の働き方改革に係るこれまでの経緯
- (2) 令和2年度概算要求における医師・医療従事者の働き方改革の推進について
- (3) 診療報酬上の評価について（再掲）

2. 地域の実情を踏まえた対応

- (1) 医療資源の少ない地域
- (2) 無医地区等について

- (1) 医師の働き方改革に係るこれまでの経緯
- (2) 令和 2 年度概算要求における医師・医療従事者の働き方改革の推進について
- (3) 診療報酬上の評価について (再掲)

医師の時間外労働規制について①

一般則

2024年4月～

将来
（暫定特例水準の解消
（＝2035年度末）後）

- 【時間外労働の上限】
- （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

（原則）
1か月45時間
1年360時間

※この（原則）については医師も同様。

年1,860時間／
月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む

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

年960時間／
月100時間（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

特例水準（医療機関を特定）
B：地域医療確保暫定

C-1 C-2
集中的技能向上水準
（医療機関を特定）

C-1：初期・後期研修医が、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、特定の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

将来に向けて
縮減方向

C-1

C-2

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置（いわゆるドクターストップ）

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）

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底（代償休息不要）

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取組を講ずる。

医師の時間外労働規制について②

(A) 水準

(B) 水準

(C) 水準

の 上 限	締結できる時間数	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下	
		②「臨時的な必要がある場合」 （休日労働を含む）	月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり）	
			年960時間以下	年1,860時間以下
	③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）	月100時間未満（例外につき同上）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
適正な労務管理（労働時間管理等）		一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）		
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施		現行どおり （勤務環境改善の努力義務）	義務	
追 加 的 健 康 確 保 措 置	連続勤務時間制限28時間※1（宿日直許可なしの場合）		努力義務 （②が年720時間等を超える場合のみ）	義務
	勤務間インターバル9時間			
	面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止）		時間外労働が月100時間以上となる場合は義務 （月100時間以上となる前に実施※3）	

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

- ❑ 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（36協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 (C)－1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間（その後の勤務間インターバル9時間）又は24時間（同24時間）とする。

※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能（(C)－1水準が適用される初期研修医を除く）。

※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、(A)水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、(B)・(C)水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

2024年4月までの見通し

2019年度

2020年度

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

医療機関（医療機能、勤務実態（時間外労働時間数）等は様々）

労務管理の適正化

なるべく多くが（A）水準の者のみの医療機関となるような取組、支援策が必要

時短計画策定の推奨・義務化・PDCA

※計画策定の義務化は、遅くとも2021年度～

評価機能による第三者評価

※評価機能による第三者評価開始は、遅くとも2022年度～

（取組状況を踏まえて）

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（義務化）

※義務化開始年限は、今後、臨床研修部会等において検討。

審査組織による（C）-2対象医療機関の個別審査

※審査組織による個別審査開始は、遅くとも2022年度～

都道府県による特定の
実施

（医療機関からの申請方式を想定）

（A）水準の者のみの医療機関

（B）水準の特定を受けた医療機関

（C）-1水準の特定を受けた医療機関

（C）-2水準の特定を受けた医療機関

※特定を受けた医療機関の医師全員が当然に各水準の適用対象となるわけではない

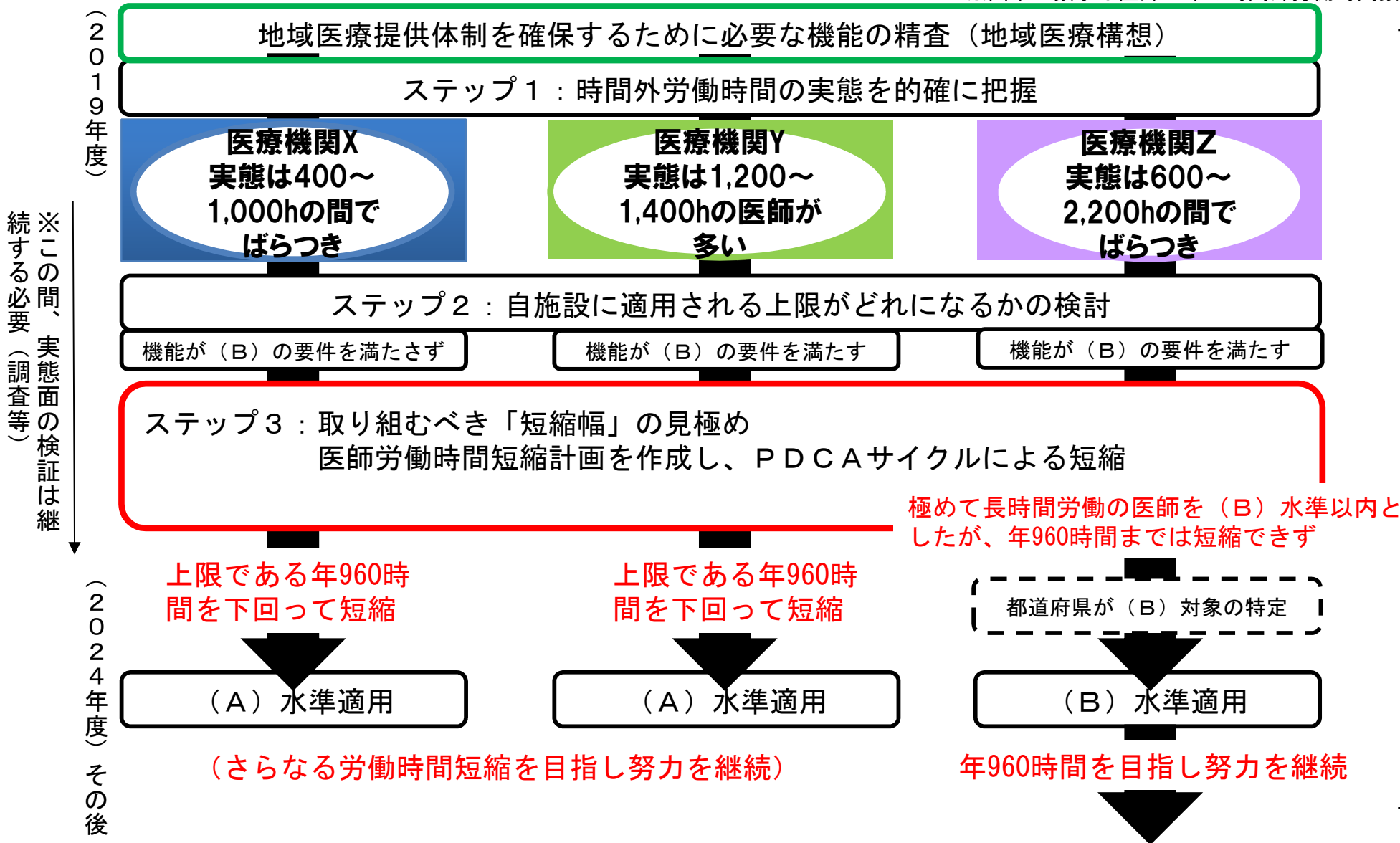
（B）・（C）医療機関の義務
・（B）・（C）水準適用者への追加的健康確保措置
・時短計画、評価受審等

上限規制適用までの5年間ににおける医療機関の動き

- 2024年4月の時間外労働の上限規制適用までの5年間に於いて、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要。

<各医療機関の状況に応じた5年間の動き(例)>

※図中の数字は医師の年の時間外労働時間数



(B)水準の適用となる医療機関は、地域において必須の医療機能を有し、(A)水準の適用に向けた重点支援対象とするもの。都道府県は(A)・(B)の役割分担も含めた医療提供体制のあり方・必要な支援策を不断に検討していく必要。

- (1) 医師の働き方改革に係るこれまでの経緯
- (2) 令和 2 年度概算要求における医師・医療従事者の働き方改革の推進について
- (3) 診療報酬上の評価について (再掲)

医療提供体制の改革に係る令和2年度概算要求の概要

- 医療提供体制の改革については、2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった課題への対応が必要となっている。
- 令和2年度概算要求では、2040年の医療提供体制の展望を見据えて、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革の実施に向けた実効的な施策を講じるための要求を行っている。

質が高く効率的な医療提供体制の確保 (令和2年度概算要求の主な事項)

I. 地域医療構想の実現に 向けた取組の推進

691.2億円(690.1億円)

- ・地域医療介護総合確保基金(注) 689.1億円(689.1億円)
- ・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 1.2億円(―)
- ・地域医療構想・医師偏在対策推進支援事業 0.8億円(0.8億円)

三位一体で推進

II. 地域間の医師・診療科間偏在 の解消など医師偏在対策の推進

75.6億円(4.9億円)

- ・認定制度を活用した医師少数区域における勤務の推進事業 22.7億円(―)
- ・都道府県外医師を対象とした医師確保事業 5.0億円(0.5億円)
- ・地域医療構想・医師偏在対策推進支援事業【再掲】 0.8億円(0.8億円)
- ・総合診療医等の養成支援 47.2億円(3.6億円)

III. 医師・医療従事者の 働き方改革の推進

75.6億円(21.7億円)

- ・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 61.8億円(15.3億円)
- ・2024年度から始まる新たな制度設計等への支援 7.1億円(2.2億円)
- ・組織マネジメント改革の推進等 3.3億円(2.8億円)
- ・医師の働き方改革の推進に向けた調査研究 3.4億円(0.6億円)

(注) 地域医療介護総合確保基金は消費税財源であるため、概算要求の段階においては、事項要求とし機械的に前年同額としているが、予算編成過程において検討する。

※ 上記のほか、地域医療構想、医師偏在対策、医療従事者働き方改革については、「経済財政運営と改革の基本方針2019」を踏まえ、財源と合わせて、予算編成過程で検討する。

令和2年度概算要求における医師・医療従事者の働き方改革の推進

75.6億円(21.7億円)

※金額は令和2年度概算要求額、()内は令和元年度当初予算額

- 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。

■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 61.8億円(15.3億円)

・タスク・シフティング等医療勤務環境改善推進事業	41.8億円(3.9億円)	・特定行為に係る看護師の研修制度の推進	6.9億円(5.9億円)
・医療専門職支援人材確保・活用促進事業(新規)	0.9億円	・助産師活用推進事業	0.8億円(0.6億円)
・Tele-ICU体制整備促進事業	5.5億円(5.0億円)	・病院薬剤師を活用した医療安全等の推進事業(新規)	0.4億円
・妊産婦モニタリング支援事業(新規)	5.5億円		

■2024年度から始まる新たな制度設計等への支援 7.1億円(2.2億円)

・医師の労働時間短縮のための「評価機能」(仮称)の設置準備(新規)	1.0億円	・全国の病院等を検索できる医療情報サイトの基盤構築経費(新規)	2.7億円
・医療のかかり方普及促進事業	2.2億円(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(新規)	1.2億円

■組織マネジメント改革の推進等 3.3億円(2.8億円)

・医療機関管理者を対象としたマネジメント研修	0.6億円(0.5億円)	・女性医師支援センター事業	1.4億円(1.4億円)
・医療従事者勤務環境改善推進事業	0.2億円(0.1億円)	・女性医療職等の働き方支援事業	0.5億円(0.5億円)
・医療現場における暴力・ハラスメント対策普及啓発事業(新規)	0.3億円	・看護業務の効率化に向けた取組の推進	0.3億円(0.3億円)

■医師の働き方改革の推進に向けた調査研究 3.4億円(0.6億円)

・医師の健康確保措置実施準備調査研究事業(新規)	1.0億円	・三師調査分析事業(新規)	0.9億円
・集中的技能水準向上に向けた準備支援事業(新規)	0.3億円	・ICTを活用した医科歯科連携の検証事業(新規)	0.3億円
・医師等働き方調査事業	0.6億円(0.6億円)	・脳卒中患者に対する口腔機能管理モデル事業(新規)	0.3億円

タスク・シフティング等医療勤務環境改善推進事業

令和2年度概算要求額
4,179,608千円(385,419千円)

【課題】

- 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)等を踏まえて開催された、「医師の働き方改革に関する検討会」が取りまとめた報告書(平成31年3月28日)においては、医療機関全体としての効率化や他職種も含めた勤務環境改善に取り組むことが不可欠とされた。また、医師の実施している業務を他の職種へ移管すること(タスク・シフティング)が一定程度見込まれるとともに、タスク・シェアリングも必要とされており、タスク・シフティング、タスク・シェアリング等に係る先進的な取組を周知し、普及させていくことが重要とされる。

(事業内容)

- ① タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進や勤務間インターバルの導入等による、勤務環境改善や労働時間短縮に関する先進的な取組を行う医療機関に対する支援
- ② 会議開催等を通じて、勤務環境改善や労働時間短縮に資する好事例の普及活動を行う医療関係団体に対する支援

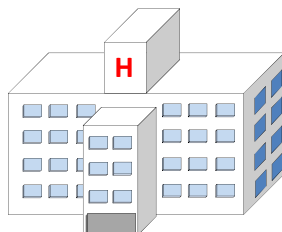
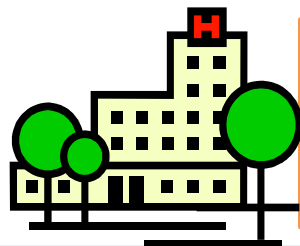
①医療機関による勤務環境改善や労働時間短縮の取組に対する支援

先進的取組を行っている
医療機関の取組をメニュー化

先進的取組を踏まえて
改善等に取り組む医療
機関に対して補助

【メニュー例】

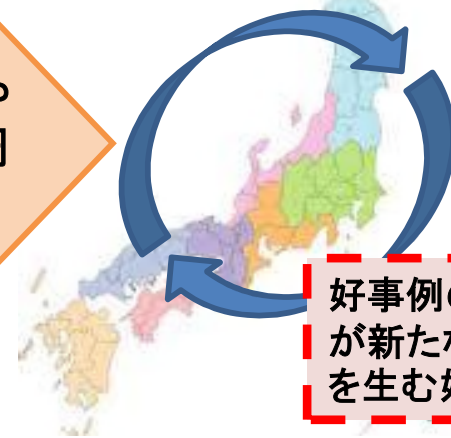
- ・勤怠管理等のICT機器導入
- ・勤務間インターバルなどの
具体的な勤務環境改善
の仕組みを導入



補助事業で得られた好事例や効果の周知・普及

様々な医療機関の好事例・効果が周知・普及
されることで、勤務環境改善や労働時間短縮
に取り組もうとしている医療機関への示唆となる

好事例や
効果の周
知・普及



好事例の普及
が新たな好事例
を生む好循環へ

②医療関係団体による勤務環境改善や労働時間短縮の普及活動に対する支援



会議開催等を通じた好事例の普及等、医師の勤務
環境改善や労働時間短縮に資する取組に係る経
費に対して補助

医療専門職支援人材確保・活用促進事業

令和2年度概算要求額
90,673千円(0千円)

現状と課題

- 医師の働き方改革を進めるにあたって、医師・看護師等の医療専門職から看護補助者や医師事務作業補助者のような医療専門職支援人材へのタスクシフティングが重要。
しかし、医療専門職支援人材については、
 - ① 医療機関によって研修実施の有無や内容にばらつきがあり、また、研修を実施していても入職時期が一定ではない場合が多く、タイムリーな研修実施が困難
 - ② 医療専門職支援人材となる可能性のある人材へのアプローチ（医療機関で働くことの魅力の発信等）不足
医療専門職支援人材の必要性及び活用方法について、医療機関管理者等の認識不足などの理由により、勤務経験が活かされる環境が整っておらず、必要な人材を確保することが難しい状況。
- また、患者等からの苦情対応は医療専門職を疲弊させ、生産性を下げる要因ともなっていることから、医療機関のマネジメント層に向けて、苦情対処の重要性や、苦情対応にかかる人材の活用方法等に関する啓発も必要。

事業内容等

令和元年度の医療関係者との勉強会及び医療専門職支援人材実態調査研究（厚生科学研究費・予定）の結果をもとに、医療専門職支援人材の確保・活用のため以下の取り組みを行う。

- ① 医療専門職支援人材向け入職研修のeラーニング作成（看護補助者向けコースのほか、医療機関で働く全ての医療専門職支援人材向け共通コースを設定）※医療機関の概要、医療安全や秘密保持等の基礎知識と業務の概要を学ぶ
- ② 医療専門職支援人材の業務内容や魅力、医療専門職支援人材になる方法等を示したポスターやPR動画等を作成し、高校やハローワーク等で配布するなど、関係者へ周知を行う。※医療のかかり方の周知とタイアップし、シニア層含めて幅広く周知
- ③ 医療機関マネジメント層向けの支援人材活用プログラムの開発
医療専門職支援人材の活用等に関するプログラム開発を行う。この中では、専門職種が患者とのトラブルにより生産性を下げることの無いような苦情対応にかかる人材の活用方法等についてのプログラムの開発・展開も行う。
- ④ 医療機関マネジメント層向けの医療専門職支援人材の活用・確保方法等に関する情報発信（シンポジウムの開催等）。
※①～③の成果物を周知・活用

スケジュール（予定）

令和元年度	令和2年度	令和3年度
医療専門職支援人材に関する勉強会	・医療専門職支援人材向け入職研修プログラムのeラーニング作成	
「看護補助者活用推進のための看護管理者研修テキスト」改訂	・医療専門職支援人材確保活用キャンペーン（パンフレット、PR動画、シンポジウム。医療のかかり方普及促進事業と連携）	
看護業務効率化先進事例周知事業で看護補助者活用について表彰	・医療機関マネジメント層向けの支援人材活用プログラムの開発	
	・医療機関マネジメント層向けに支援人材活用方策等を展開（シンポジウム等）	

委託先

検討中

看護師の特定行為に係る研修機関支援事業

事業目的

令和2年度概算要求額 591,523千円 (令和元年度予算額 491,541千円)

- 2025年に向けて更なる在宅医療等の推進を図るためには、個別に熟練した看護師のみでは足りないことから、医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助(特定行為)を行う看護師を養成する必要がある。(平成27年特定行為研修制度を創設)
- 特定行為研修修了者を効果的に活用するためには、質の高い修了者を確保する必要がある。そのためには、研修を実施する指定研修機関の確保、質の充実が不可欠である。
- 特定行為研修制度の普及や理解促進、研修受講者の確保のためには、研修に関する情報共有・情報発信を行う必要がある。

事業概要

看護師の特定行為に係る研修機関導入促進支援事業

207,583千円(145,371千円)

指定研修機関の確保を図るため、指定研修機関の設置準備に必要な、カリキュラム作成や備品購入、eラーニングの導入、実習体制構築等の経費に対する支援を行う。【補助先：指定研修予定機関】

導入促進支援事業(指定研修機関指定前の補助)



看護師の特定行為に係る指定研修機関運営事業

327,127千円(334,485千円)

指定研修機関及び協力施設が質の高い研修を行うため、指導者経費や実習に係る消耗費、委託費、指定研修機関と協力施設の連携に必要な会議費等に対する支援を行う。【補助先：指定研修機関】

運営事業(指定研修機関指定後の補助)



看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業 11,685千円(11,685千円)

医療機関の管理者や医師・看護師等を対象とした特定行為研修に関するシンポジウム等を開催する。

看護師が特定行為研修受講に関する情報を収集しやすい環境を整えるため、指定研修機関が実施している特定行為研修の受講に係る情報を収集し、ポータルサイトを設置・運営する。【補助先(委託先)：公募により選定した団体】

特定行為研修修了者に係る特定行為実践モデル事業 26,994千円(0千円)

特定行為研修修了者を複数名雇用する医療機関等において、効果的な特定行為実践を行うためのシステム作り、修了者の段階的な雇用等、モデル的な取組を行う。【補助先：特定行為研修の修了者(複数名以上)を有する医療機関等】

看護師の特定行為における指定研修機関電子申請手続等に係る検討・調査事業 18,134千円(0千円)

指定研修機関が行う特定行為研修に係る申請書作成や報告等の手続きを電子的に行うための検討・調査を実施する。

【補助先(委託先)：公募により選定した団体】

看護師の特定行為に係る指導者育成等事業

令和2年度概算要求額 58,088千円（令和元年度予算額 58,088千円）

事業の目的

- 2025年に向けて、更なる在宅医療等の推進を図るためには、個別に熟練した看護師のみでは足りないことから、医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助（特定行為）を行う看護師を養成するため、特定行為研修制度を創設。
- 特定行為研修の質を担保しつつ、研修を円滑かつ効果的に実施するためには、指導者や指導者リーダーの育成が重要である。このため、指定研修機関や実習施設における指導者を対象に、制度の内容や指導の方法等、手順書において看護師が行う病状の確認の範囲等について、理解促進を図り、効果的な指導ができる指導者や指導者リーダーの育成を図る。
- また、特定行為研修修了者や指定研修機関数の増加を図るため、現行の特定行為研修制度の実施方式や指定研修機関の負担など、特定行為研修の実態や課題について調査・分析等を行う。

指導者育成事業

特定行為研修における指導者（主に指定研修機関や実習施設における指導者）向けの研修を行い、特定行為研修の質の担保を図る。

○指導者育成

- ・目的：特定行為研修の質の担保を図るため、制度の趣旨・内容、手順書、指導方法等の理解を促進し、適切な指導ができる指導者を育成する
- ・概要：指導者（予定者含む）に対して、指導者講習会を実施
- ・委託先：公募により選定された団体
- ・備考：講習会の開催回数、各回の定員及び場所については参加者の利便性を考慮し設定

厚生労働省



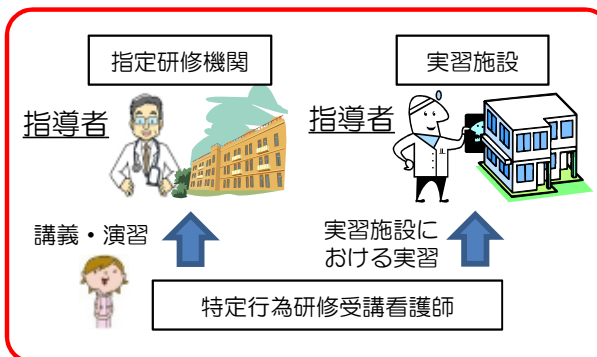
公募により選定

指導者講習会の実施に必要な経費を支援

委託先団体



指定研修機関や実習施設における指導者向け講習会の企画、運営、参加者募集 など



○指導者リーダー育成

- ・目的：指導者講習会を企画・実施する者（リーダー）を育成する
- ・概要：指導者講習会を実施する事業者を対象に、研修会を実施
- ・委託先：公募により選定された団体

実態調査・分析等事業

◆調査・分析等の内容

- ・指定研修機関及び協力施設（実習施設）における研修についての実態調査及び分析等
- ・研修修了者の活動実態や活躍推進に向けた課題等に係る調査・分析等
- ・特定行為研修制度に係る実態や課題を踏まえた改善策の検討に資する調査及び分析
- ・調査結果の公表・周知 等

◆委託先：公募により選定された団体

病院薬剤師を活用した医療安全等の推進事業

令和2年度概算要求額：37,426千円（0千円）

現状の課題

- 近年の医療の質や安全性の国民の意識の高まりに加え、急速な医療技術の高度化や新薬の登場などによる薬物療法の複雑化に対応するため、薬剤師の専門性を活かしながら、医療の質の向上、医療安全の推進につなげていく必要がある。
- 一部の先進的な取組を行っている病院では、手術室やICU（集中治療室）、救命救急等のハイリスクな部門において、積極的に処方提案や投与量・投与速度の算出等に関わることによって、医療安全や、医師等からのタスク・シフティングの推進に貢献していると考えられる。
- 国会等でも（東京女子医大において、小児への鎮静薬としての使用が禁忌であるプロポフォールの大量投与により患者が死亡した事案に関連して）医薬品に関する院内の医療事故を防止するために、医薬品の専門家である薬剤師が主体的に関与する必要性について指摘を受けている。

方向性

- 病院薬剤師を活用した先進的な取組を全国に普及するための仕組みを構築し、医薬品に関する医療安全、チーム医療の推進による医師等の働き方改革を全国的に推進する必要がある。
- 現在、働き方改革における医師等の業務負担軽減のため、タスク・シフティングの重要性が指摘されており、チーム医療における病院薬剤師の活用を進める必要がある。

事業内容

病院薬剤師を活用した先進的な取組を普及するための仕組みの構築

医療安全やタスク・シフティングに関連する取組を収集する

- （例）医師と薬剤師の間の事前の合意に基づく処方関連業務支援
- ・持参薬や入院継続処方の薬剤師によるオーダー入力業務
 - ・プロトコルに基づく医薬品の薬剤師による新規オーダー入力業務
 - ・手術中の麻薬等持続鎮痛薬の薬剤師による手術室での処方監査や調製

研修会を実施する

- ・収集した取組を専門家が評価する
- ・普及すべき好事例の薬剤師が習得すべき技術等が必要な取組を抽出
- ・薬剤師の知識や技術等の向上のための体系的な研修プログラムを設計
- ・研修会での普及啓発を行う

e-learningの実施や研修資材を配布

- ・研修会以外のツールも用意する



病院薬剤師を活用した好事例の収集



専門家による評価と研修プログラムの作成



研修会の実施
普及啓発

期待される効果

- 先進的な取組を評価し、研修を通じて全国に普及する仕組みを構築することで、医薬品に関する医療安全と効率的な医療提供、更にチーム医療の推進による医師等の働き方改革が全国的に推進されることが期待される。

医療のかかり方普及促進事業(国実施分)

令和2年度概算要求額
217,376千円(217,376千円)

【課題】

- 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)等を踏まえ、「医師の働き方改革に関する検討会」が開催され報告書(平成31年3月28日)が取りまとめられた。同報告書において、医師の勤務負担軽減・労働時間短縮に向けては、医療提供者側の取組だけでなく、患者やその家族である国民の理解が欠かせないため、医療機関へのかかり方を含めた国民の理解を得るための周知の取組を関係者が一体となって推進する必要があるとされている。

(事業内容)

- ・国民(患者)の医療機関へのかかり方に関する意識と行動の変革及び医療機関の負担軽減に向けた具体的な取組を推進するための国民運動の展開
- ・上手な医療のかかり方について国民が理解しやすいように、分かりやすく情報を整理したウェブサイトの整備、啓発資料の作成
- ・多様な取組主体が参画し、国民運動を広く展開していくためのイベント開催等の実施

医療関係者、企業、行政等が参画する国民運動の展開

※広告代理店等に業務委託

ポスター等啓発資料の提供

イベント開催

厚生労働大臣表彰

ウェブサイトの整備

- ・上手な医療のかかり方についての周知啓発
- ・関係機関・団体等による上手な医療のかかり方を広める取組事例の展開

医療機関管理者を対象としたマネジメント研修事業

令和2年度概算要求額
59,041千円(48,151千円)

【課題】

- 医師の働き方改革を進めるにあたり、個々の医療機関が労働時間短縮・医師の健康確保を進めていくことが重要とされている。しかし、現時点においては医師の在院時間ですら管理していない病院もあり、管理者の意識改革を早急に進める必要がある。また、改革の必要性は認識しているがどのように取り組めばいいかわからない医療機関管理者もいると考えられる。医療機関管理者について、医師の労働時間短縮策等の必要性の認識を高めるとともに、具体的なマネジメント改革の進め方の普及を図る。

(事業内容)

- ・医師の働き方改革に向けたトップマネジメント研修や都道府県単位の病院長向け研修を更に拡大して実施。

トップマネジメント研修

※保健医療科学院



全ての都道府県から推薦された病院長に対し、意識改革や勤務環境・処遇などの労務管理に関するマネジメントに係る研修

各都道府県における研修

※医療関係団体等に業務委託



トップマネジメント研修を受講した病院長を含めた有識者が講義

各医療機関での実践



各都道府県における研修を受講した病院長が院内の勤務環境改善策を検討・実施

医療従事者勤務環境改善推進事業

令和2年度概算要求額
20,804千円(10,597千円)

背景

医師・看護職等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（平成26年10月1日施行）に基づき、勤務環境改善マネジメントシステム※¹が創設されるとともに、各都道府県に医療勤務環境改善支援センター※²が設置されている。

※¹ 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み

※² 医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。平成29年3月、全都道府県に設置済み。

事業概要

医療勤務環境改善支援センターは、各医療機関の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく「勤務環境改善計画」の策定・実施・評価等を総合的にサポートしているが、各都道府県により設置時期や取組状況が様々であることから、①有識者による、支援センター実施団体及びアドバイザーに対する指導・助言、②支援センターの運営やアドバイザーの活動に資する資料の作成を委託事業により実施し、支援センターの活動の活性化やアドバイザーの質の均てん化とその向上を図るものである。

更に、平成30年度末に医師の働き方改革に関する検討会の報告書がとりまとめられ、医師の勤務環境改善にむけたより一層の取組が重要であることから、令和2年度においては、当事業の実施体制の強化を図り、支援センターの活動促進を図る。 ※平成29年度より実施

①支援センター実施団体及びアドバイザーに対する指導・助言

- 支援センター実施団体やアドバイザーからの要請を受け、医療勤務環境に関する有識者が、指導・助言を行う。
- 全国のアドバイザーを対象として、好事例の説明会等を開催する。



②都道府県職員やアドバイザーを対象とした研修のための教材開発

- 医療勤務環境に関する有識者らにより、勤務環境改善に取り組んでいる医療機関の実態調査や検討会等を行い、支援センターの運営やアドバイザーの活動に資する資料を作成し、研修会等で教材等として活用する。



支援センターの活動の活性化
アドバイザーの質の均てん化及び向上

都道府県 医療勤務環境改善支援センター

各医療機関の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく「勤務環境改善計画」の策定・実施・評価等を、専門家のチームにより、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的にサポート

医療労務管理支援事業（労働基準局予算）

○労務管理面でのアドバイザー配置



社会保険労務士、
医業経営コンサルタントなど

医業分野アドバイザー事業（医政局予算）
（地域医療介護総合確保基金対象事業）

○診療報酬制度面、医療制度・医事法制面
○組織マネジメント・経営管理面
等に関する専門的アドバイザーの派遣等

- (1) 医師の働き方改革に係るこれまでの経緯
- (2) 令和 2 年度概算要求における医師・医療従事者の働き方改革の推進について
- (3) 診療報酬上の評価について (再掲)**

- 医療機関の勤務環境の改善のためには、院内での労務管理や労働環境の改善のマネジメントシステムを機能させる必要がある。これまで診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制への評価を行ってきた。総合入院体制加算においては、病院に勤務する全医療従事者を対象とした負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備を要件とした。
- また、個別の取組みについて、診療報酬において以下の対応を行っている。
 - ー タスク・シフティングの推進
医師事務作業補助体制加算をはじめとした、他職種へのタスク・シフティングに資する体制への評価を行っている。また、看護師の特定行為研修制度のパッケージ化がすすめられており、今後研修を修了した看護師の数は増加する見込みである。
 - ー 人員配置の合理化
診療報酬の各項目において、一定の質の担保等のために人員の配置を要件としている。これまで、医療の実態により応じた要件となるよう、常勤要件の明確化やその他の要件の見直しを行ってきた。
 - ー チーム医療・複数主治医制等の推進
医療の質向上のため、チーム医療の推進に資する体制への評価を行っている。また、一部の項目においては、算定の要件として複数主治医制等を求めているものがある。
 - ー 書類作成・研修要件等の合理化
一部の診療報酬においては、算定の要件として、診療録への記載や書類作成、研修の受講等を求めているものがある。

勤務環境改善に関連する診療報酬の対応（主なもの）

中医協 総-2-1
元 5 2 9

＜医師の勤務環境改善・働き方改革に資する主な診療報酬改定項目＞

	院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践	タスク・シフティング、チーム医療の推進	医師事務作業補助者の配置	勤務環境に特に配慮を要する領域への対応	多様な勤務形態の推進	その他（外来医療の機能分化）
H18年度				・小児入院医療管理料の小児科医の常勤要件を緩和 ・ハイリスク分娩管理加算等の新設		
H20年度	病院勤務医の負担軽減等の体制整備を評価（3つの診療報酬項目）		医師事務作業補助体制加算の新設			診療所における夜間、早朝等における診療の評価を新設
H22年度		・栄養サポートチーム加算等を新設 ・看護補助者の配置の評価を新設				
H24年度						二次救急医療機関の救急外来の評価の新設、院内トリアージの評価の新設
H26年度						
H28年度					・産休・育休等に係る常勤要件の緩和 ・脳卒中ケアユニット等の夜間の医師の勤務体制の緩和	紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担の導入
H30年度	・効果のある負担軽減策を計画に含むことを要件化 ・評価の対象となる項目を整理					

評価対象となる項目を拡大

評価対象となるチーム医療の拡大
タスク・シフティングに係る評価の充実・拡大

評価の充実、対象病棟の拡大

産科・小児科・救急医療等の重点的な対応が求められる領域について評価の充実・拡大

常勤要件の緩和の拡大等

対象病院の拡大

評価の充実・拡大

令和2年度診療報酬改定に向けた議論(1ラウンド)の概要(抜粋)①

①－1 医療機関内での取組

<マネジメントについて>

- 医療機関内におけるマネジメントに対する取組などやるべきことはやるという前提で、その取組に資する診療報酬の在り方について検討する必要があるのではないか。

<働き方改革に伴うコストについて>

- 働き方改革により医療従事者の勤務体系が変わり、人件費等の増加が見込まれるため、入院基本料の在り方を検討する必要があるのではないか。
- 入院基本料の議論を行う前に、非効率な医療がないか検証する必要があるのではないか。
- 医師の働き方改革に取り組むことは、医療を受ける患者・国民の医療安全に資するものであり、それを支えるためには一定財源が必要である。
- 医師の働き方改革に伴って追加的に生じるコストを患者が負担することについては非常に違和感を覚える。
- 大病院の負担軽減を図るべく患者の受療行動を変えるために、診療報酬上における方策を考える必要があるのではないか。

<歯科医師、薬剤師、看護師の働き方改革について>

- 歯科医師についても、実態を把握した上で対応をとる必要があるのではないか。
- 日本は世界一薬剤師を養成しているにもかかわらず病棟では薬剤師が不足しているのは構造的な問題が考えられるのではないか。最大の要因は給与差と考えている。
- 医療経済実態調査の結果によれば、医療機関の薬剤師の平均給与は薬局の管理薬剤師でない一般の薬剤師よりも高く、給与面だけの問題ではないのではないか。
- 病棟薬剤師の役割は大きいが中小病院では薬剤師が不足している。このような状況も踏まえ、病棟薬剤師の評価や配置要件について検討する必要があるのではないか。
- 看護職員の仕事に対する多様性を受け入れる環境をつくるためには、現在の月平均夜勤時間7.2時間要件や2人夜勤体制について、働き方改革の観点から、柔軟なやり方を検討する必要があるのではないか。
- 患者への安全な医療を提供しつつ、働き方改革の推進・看護職員の健康管理を適切に行う観点から、月平均夜勤時間7.2時間要件については、継続していく必要があるのではないか。

令和2年度診療報酬改定に向けた議論(1ラウンド)の概要(抜粋)②

<業務の効率化やタスク・シフティング等について>

- 薬局から医療機関への問い合わせについては、予め対応方針を合意している簡素なものに関しては対応を省力化し、負担軽減を図っていく必要があるのではないか。
- 看護職員へのタスク・シフティングについて、特定行為研修の修了看護師は増加しているが、必ずしも現場で活用されていない。また、1,860時間の時間外労働を超えているのは大学病院がほとんどであるが、一般の看護職員が実施可能な静脈注射や採血をしていないというデータもあり、それらの対応について検討する必要があるのではないか。
- 書類作成、研修の受講、会議への参加等の診療以外の業務負担や事務作業について、I C T 等も活用しながら、更なる効率化と合理化について検討する必要があるのではないか。
- 医師事務作業補助体制加算について、中小規模の病院が施設基準を満たしにくいという状況について検討する必要があるのではないか。
- 地方においては、民間の中小病院が医療提供体制を支えており、実情に即した形の評価ができるかという視点で検討することも必要ではないか。

<人員等の配置にかかる要件の見直しについて>

- 専従の医師、看護師等の配置要件については、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるような見直しについて検討する必要があるのではないか。
- 人員配置の合理化については、医療の質の確保を前提として、項目一つずつについて慎重に議論を行う必要があるのではないか。また、労働条件の悪化につながるような緩和は慎重に検討する必要があるのではないか。

令和2年度診療報酬改定に向けた議論(1ラウンド)の概要(抜粋)③

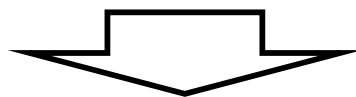
①－２ 地域全体での取組み（救急・小児科・産科領域における取組）

- 十分な人員を配置できないものの救急医療を提供する体制を確保している医療機関に対する評価について検討する必要があるのではないか。
- 働き方改革を実現していく過程において、地域の医療提供体制の効率化もあわせて進めていかなければ、地域医療が崩壊しかねない。
- ハイリスク妊産婦指導料の対象について、現行、精神疾患の患者に限られているが、産後の適切なフォローは、生活習慣病への移行のリスクの観点から重要であることから、妊娠合併症の有病率が高い妊婦の糖尿病についても対象として検討する必要があるのではないか。
- ハイリスク妊婦が増えている一方、分娩取扱い機関が減少しており、ハイリスク妊産婦への医療サービス確保に係る産科医の負担軽減策に加え、産前から育児期まで切れ目なく支援を継続するためにも、産科外来への助産師の配置が有効ではないか。
- 訪問看護の利用者で難病や医療的ケア児に該当する子どもの割合が増えており、小児や重症者への対応力が高い訪問看護が十分に地域提供されることが重要ではないか。
- 働き方改革の中で産科医の過重労働、長時間労働への対応として、助産師の関与は重要であるが、低リスクの妊娠であっても異常が生じれば、産科医の速やかな対応が求められる。院内助産の実施については、地域差が大きいことから、その要因を明確にし、助産師の供給の面からも検討する必要があるのではないか。

医療従事者の働き方に係る現状及び課題

【現状及び課題】

- 2024年4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される。
- 2024年4月までに、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。
- 令和2年度概算要求では、2040年の医療提供体制の展望を見据えて、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革の実施に向けた実効的な施策を講じるための要求を行っている。
- 診療報酬においては、医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。



【論点】

- 医療機関における勤務環境改善に資する取組の評価について、令和2年度概算要求等の状況やこれまでの診療報酬での対応を踏まえ、どのような評価の在り方が考えられるか。

個別事項（その2）

1. 医療従事者の働き方

- (1) 医師の働き方改革に係るこれまでの経緯
- (2) 令和2年度概算要求における医師・医療従事者の働き方改革の推進について
- (3) 診療報酬上の評価について（再掲）

2. 地域の実情を踏まえた対応

- (1) 医療資源の少ない地域
- (2) 無医地区等について

- (1) 医療資源の少ない地域
- (2) へき地（無医地区等）

改定年度	改定内容
平成24年	○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする ※ 特定機能病院、200床以上の病院、D P C対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 ○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える ○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し ＜対象地域に関する要件＞ ➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 ○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加える (特定機能病院、200床以上の病院、D P C対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く) ※要件①かつ② ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%
平成30年	○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く） ○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 ＜対象＞ ○地域包括ケア入院医療管理料1～4 ○地域包括ケア病棟入院料1・3 ○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算 ○在宅療養支援診療所 ○在宅療養支援病院 ○在宅療養後方支援病院

現行の「医療資源の少ない地域」(41医療圏)

中医協 総-1

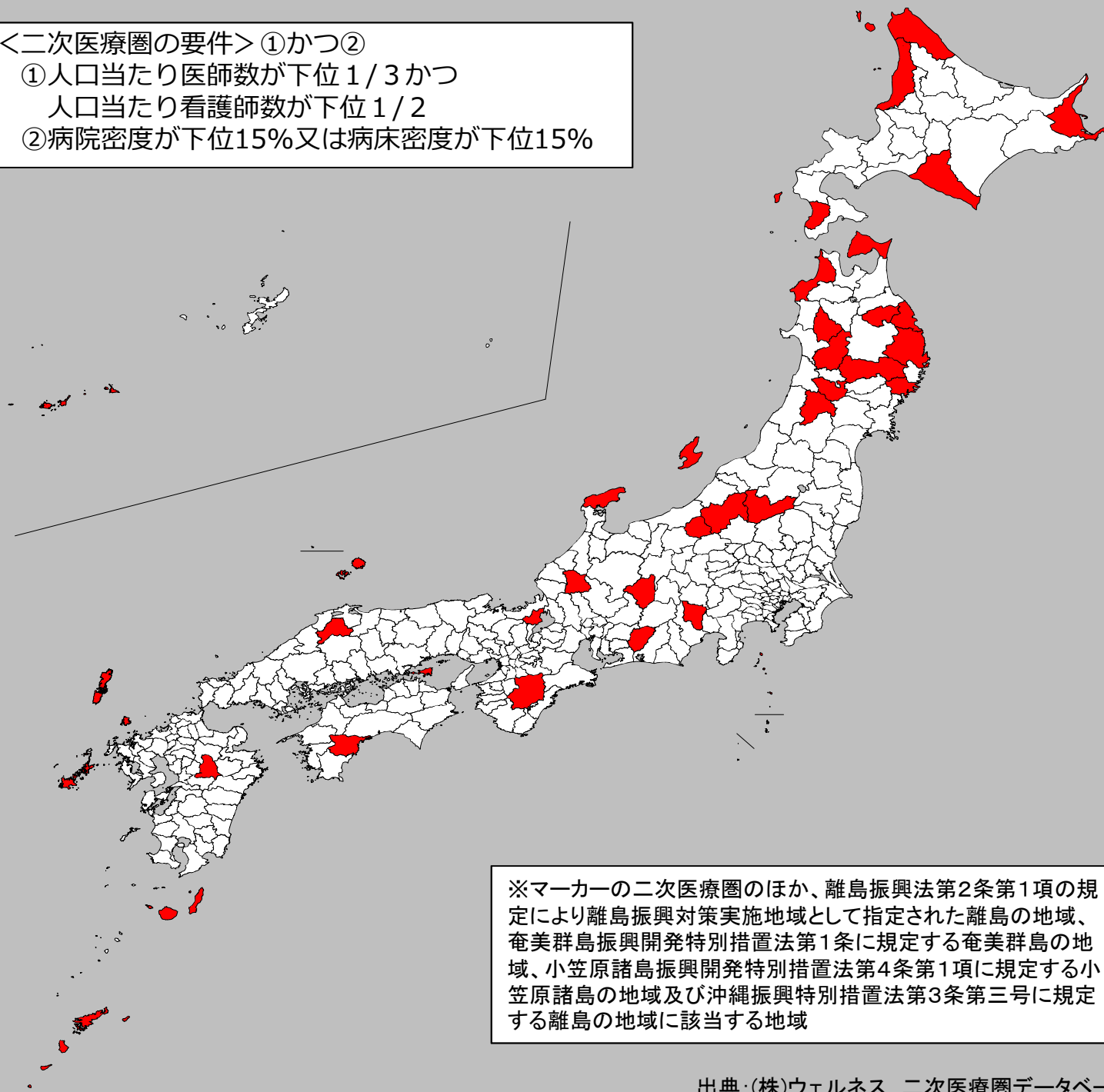
元 7 10

＜二次医療圏の要件＞ ①かつ②

①人口当たり医師数が下位 1/3 かつ

人口当たり看護師数が下位 1/2

②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%



※マーカーの二次医療圏のほか、離島振興法第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

- 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
- 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域
- 北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域
- 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域
- 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域
- 青森県五所川原市、つがる市、鱸ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域
- 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域
- 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域
- 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域
- 岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域
- 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域
- 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域
- 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
- 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
- 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
- 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域
- 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域
- 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域
- 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域
- 新潟県佐渡市の地域
- 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
- 福井県大野市及び勝山市の地域
- 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域
- 長野県木曽郡の地域
- 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡
- 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域
- 滋賀県高島市の地域
- 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域
- 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域
- 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島の地域
- 香川県小豆郡の地域
- 高知県須崎市、中土佐町、橋原町、津野町及び四万十町の地域
- 長崎県五島市の地域
- 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域
- 長崎県壱岐市の地域
- 長崎県対馬市の地域
- 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域
- 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域
- 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域
- 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域
- 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和

中 医 協 総 - 1
元 . 7 . 1 0

○ 医療資源の少ない地域（特定地域）においては、入院料の算定、人員配置基準、夜勤の要件、病床数の要件が一部緩和されている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A 1 0 0 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	入院基本料 1 ～ 3 の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A 2 4 6 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上※ ¹ 看護職員の最小必要数の4割以上※ ² が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、240床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3）	人員配置 病床数
A 3 1 7 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A 2 4 8 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援診療所	許可病床数240床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数240床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B 0 0 1 2 4 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B 0 0 1 2 7 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

注）下線部については、平成30年度診療報酬改定にて追加もしくは項目名が変更となったもの。

医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く。

- 医療機関の病床数が一定程度以上又は未満であることを基準としている診療報酬について、医療資源の少ない地域においては、当該基準の病床数を2割不足又は超過しても差し支えないこととする。

[対象]

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| ○ 地域包括ケア入院医療管理料1、2、3及び4 | ○ 地域包括ケア病棟入院料1及び3 |
| ○ 精神疾患診療体制加算 | ○ 精神科急性期医師配置加算 |
| ○ 在宅療養支援診療所 | ○ 在宅療養支援病院 |
| ○ 在宅療養後方支援病院 | |



<参考> 医療資源の少ない地域に配慮した評価

- 医療資源の少ない地域については、次のように設定。
 - ① 「人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2」かつ「病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%」を満たす二次医療圏 ⇒ 41二次医療圏
 - ② 離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域
- 医療資源の少ない地域に配慮した評価としては、医療従事者が少ないこと等に着目し、緩和ケア診療加算・栄養サポート加算等の専従要件等を一定程度緩和した上で、それに見合った評価を設定したものや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めたもの等を設定。

医療資源の少ない地域に配慮した評価の算定状況

令和元年7月10日
中医協総会資料(改)

○ 算定回数は、増加傾向にあるものの、一部の算定項目については算定されていない。

算定項目	点数	H28件数	H29件数	H30件数	H28回数	H29回数	H30回数
緩和ケア診療加算（特定地域）	200	0	0	0	0	0	0
栄養サポートチーム加算（特定地域）	100	10	20	3	34	42	7
褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）	250	0	1	0	0	1	0
入退院支援加算2（特定地域）（一般病棟入院基本料等の場合）	95	2	5	5	2	5	5
入退院支援加算2（特定地域）（療養病棟入院基本料等の場合）	318	4	6	0	4	6	0
地域包括ケア病棟入院料1～4（特定地域）	2,371～1,743	0	0	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料1～4（生活療養）（特定地域）	2,357～1,729	0	0	22	0	0	562
地域包括ケア入院医療管理料1～4（特定地域）	2,371～1,743	2	9	0	88	133	0
地域包括ケア入院医療管理料1～4（生活療養）（特定地域）	2,357～1,729	0	0	0	0	0	0
特定一般病棟入院料1	1,121	112	124	192	1,861	1,520	2,549
特定一般病棟入院料2	960	93	190	119	1,818	3,061	1,680
特定一般病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理1～4	2,371～1,743	0	0	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 入院期間加算（14日以内）	450	146	227	237	1,543	1,767	1,879
特定一般病棟入院料 入院期間加算（15日以上30日以内）	192	72	73	116	809	639	831
特定一般病棟入院料 重症児（者）受入連携 加算	2,000	0	0	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 救急・在宅等支援病床初期 加算	150	84	62	116	872	527	1,156
特定一般病棟入院料 一般病棟看護必要度評価 加算	5	0	0	91	0	0	1,446
外来緩和ケア管理料（特定地域）	150	0	0	0	0	0	0
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	175	0	0	0	0	0	0

都道府県毎の人口10万対医師数の変化

○ 都道府県毎の人口10万対医師数について、平成23年から平成29年を比較すると、上位・下位ともに入れ替わりがみられる。

多	平成23年	人口10万対 医師数		平成26年	人口10万対 医師数		平成29年	人口10万対 医師数
	高 知	221.2		高 知	234.8		高 知	259.7
	徳 島	201.9		徳 島	215.9		徳 島	229.9
	福 岡	199		福 岡	208.7		京 都	215
	京 都	197.7		京 都	208.1		石 川	214.3
	岡 山	196.8		岡 山	208.1		岡 山	212.9
	...	...		...	...		...	...
	新 潟	123.1		岐 阜	134.1		青 森	138.8
	静 岡	123		静 岡	131.5		三 重	138.4
	三 重	122.3		福 島	131.3		新 潟	136.9
少	千 葉	121.3		新 潟	129.7		静 岡	134.3
	埼 玉	108.8		埼 玉	114.8		埼 玉	124.9

都道府県毎の人口10万対看護師数の変化

○ 都道府県毎の人口10万対看護師数について、平成23年から平成29年までを比較すると、上位に入れ替わりがみられる。

多	平成23年	人口10万対 看護師数		平成26年	人口10万対 看護師数		平成29年	人口10万対 看護師数
	高 知	910.3		高 知	1010.7		高 知	1099.2
	長 崎	790.8		長 崎	863.6		長 崎	924.2
	熊 本	778.3		熊 本	852.0		鹿 児 島	918.3
	石 川	771.9		鹿 児 島	837.1		熊 本	892.4
	鹿 児 島	768.3		石 川	831.0		佐 賀	887.8
	...	...		...	...		...	...
	愛 知	453.3		愛 知	498.8		愛 知	525.5
	茨 城	424.8		茨 城	470.7		茨 城	503.8
	神 奈 川	400.7		神 奈 川	447.9		千 葉	482.9
	千 葉	385.5		千 葉	439.8		神 奈 川	471.2
少	埼 玉	348.0		埼 玉	387.9		埼 玉	427.6

人口段階別市区町村の変動(2015→2040)【H30推計】

総務省自治体戦略2040構想研究会
第一次・第二次報告の概要(抜粋)

	人口増減率(2015年→2040年)				
	増加	±0~▲10%	~▲20%	~▲30%	~▲40% ~▲50%
100万人以上	さいたま市、川崎市、福岡市(3団体)	札幌市、横浜市、名古屋市、京都市、大阪市、広島市(6団体)	仙台市、神戸市(2団体)		
50~100万人	川口市、大田区、世田谷区、杉並区、板橋区、練馬区(6団体)	宇都宮市、千葉市、船橋市、江戸川区、相模原市、浜松市、岡山市、熊本市(8団体)	足立区、八王子市、新潟市、静岡市、堺市、東大阪市、姫路市、松山市、北九州市、鹿児島市(10団体)		
20~50万人	つくば市、越谷市、柏市、港区、新宿区、文京区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、渋谷区、豊島区、荒川区、調布市、西東京市、藤沢市、岡崎市(17団体)	水戸市、高崎市、伊勢崎市、太田市、川越市、上尾市、草加市、市川市、松戸市、中野区、北区、葛飾区、府中市、町田市、茅ヶ崎市、大和市、金沢市、福井市、松本市、一宮市、豊田市、四日市市、大津市、豊中市、吹田市、茨木市、明石市、西宮市、倉敷市、福山市、高松市、久留米市、佐賀市、大分市、宮崎市、那覇市(36団体)	盛岡市、山形市、前橋市、所沢市、平塚市、厚木市、長岡市、富山市、長野市、岐阜市、豊橋市、春日井市、津市、高槻市、枚方市、八尾市、尼崎市、加古川市、宝塚市、奈良市、和歌山市、松江市、徳島市、高知市、佐世保市(25団体)	旭川市、青森市、八戸市、秋田市、春日部市、市原市、横須賀市、富士市、寝屋川市、呉市、下関市、長崎市(12団体)	函館市(1団体)
10~20万人	戸田市、朝霞市、三郷市、ふじみ野市、木更津市、流山市、浦安市、中央区、台東区、三鷹市、小金井市、日野市、刈谷市、安城市、東海市、草津市、浦添市、沖縄市、うるま市(19団体)	帯広市、小山市、新座市、富士見市、成田市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、立川市、武蔵野市、小平市、東村山市、国分寺市、東久留米市、伊勢原市、海老名市、藤枝市、豊川市、西尾市、小牧市、稲沢市、桑名市、彦根市、和泉市、箕面市、米子市、出雲市、東広島市、廿日市市、山口市、防府市、丸亀市、筑紫野市、春日市(34団体)	苫小牧市、大崎市、土浦市、古河市、ひたちなか市、佐野市、那須塩原市、熊谷市、鴻巣市、深谷市、入間市、久喜市、坂戸市、野田市、佐倉市、我孫子市、青梅市、昭島市、多摩市、鎌倉市、小田原市、秦野市、座間市、高岡市、小松市、白山市、甲府市、上田市、大垣市、多治見市、各務原市、三島市、富士宮市、磐田市、掛川市、半田市、伊勢市、松阪市、鈴鹿市、長浜市、東近江市、岸和田市、池田市、泉佐野市、伊丹市、川西市、三田市、橿原市、生駒市、鳥取市、津山市、宇部市、新居浜市、飯塚市、諫早市、別府市、都城市、鹿屋市、霧島市(59団体)	鉾田市、北見市、江別市、弘前市、一関市、奥州市、酒田市、取手市、筑西市、足利市、栃木市、加須市、狭山市、上越市、飯田市、沼津市、焼津市、瀬戸市、宇治市、守口市、松原市、大東市、羽曳野市、尾道市、岩国市、周南市、西条市、大牟田市、唐津市、八代市、延岡市(31団体)	石巻市、鶴岡市、日立市、桐生市、富田林市、河内長野市、門真市、今治市(8団体)
3~10万人	名取市、富谷市、利府町、守谷市、つくばみらい市、志木市、吉川市、伊奈町、印西市、千代田区、狛江市、稲城市、野々市市、瑞穂市、常滑市、大府市、知立市、高浜市、日進市、長久手市、幸田町、守山市、栗東市、京田辺市、木津川市、藍住町、大野城市、福津市、志免町、新宮町、粕屋町、鳥栖市、合志市、大津町、菊陽町、宜野湾市、名護市、豊見城市、南城市、読谷村、南風原町(41団体)	千歳市、恵庭市、滝沢市、東根市、牛久市、鹿嶋市、さくら市、下野市、壬生町、東松山市、蕨市、和光市、八潮市、白岡市、四街道市、袖ヶ浦市、白井市、国立市、東大和市、清瀬市、武蔵村山市、綾瀬市、能美市、津幡町、鯖江市、甲斐市、美濃加茂市、可児市、袋井市、菊川市、長泉町、岩倉市、清須市、北名古屋市、みよし市、東郷町、扶桑町、大治町、蟹江町、いなべ市、菰野町、野洲市、長岡京市、精華町、芦屋市、加東市、播磨町、香芝市、葛城市、広陵町、岩出市、総社市、府中町、下松市、筑後市、宗像市、太宰市、古賀市、那珂川町、篠栗町、大村市、石垣市、糸満市(63団体)	音更町、北上市、岩沼市、東松島市、柴田町、天童市、那珂市、神栖市、東海村、阿見町、上三川町、みどり市、大泉町、本庄市、橘川市、蓮田市、鶴ヶ島市、三芳町、上里町、宮代町、東金市、あきる野市、瑞穂町、逗子市、葉山町、寒川町、黒部市、砺波市、射水市、かほく市、敦賀市、坂井市、南アルプス市、笛吹市、中央市、諏訪市、駒ヶ根市、茅野市、塩尻市、佐久市、東御市、安曇野市、中津川市、羽島市、島田市、御殿場市、裾野市、湖西市、清水町、碧南市、蒲郡市、犬山市、江南市、知多市、尾張旭市、豊明市、田原市、弥富市、あま市、東浦町、武豊町、亀山市、近江八幡市、甲賀市、湖南市、福知山市、向日市、貝塚市、摂津市、藤井寺市、大阪狭山市、小野市、稲美町、太子町、田原本町、瀬戸内市、赤磐市、善通寺市、東温市、松前町、香南市、直方市、行橋市、小郡市、糸島市、宇美町、岡垣町、武雄市、小城市、神埼市、長与町、宇土市、益城町、中津市、由布市、始良市、宮古島市、西原町(98団体)	網走市、伊達市、北広島市、石狩市、十和田市、三沢市、むつ市、花巻市、久慈市、紫波町、塩竈市、角田市、多賀城市、登米市、亘理町、米沢市、寒河江市、南陽市、石岡市、結城市、龍ヶ崎市、下妻市、常総市、笠間市、坂東市、かすみぐら市、銚田市、小美玉市、茨城町、鹿沼市、真岡市、大田原市、館林市、藤岡市、富岡市、安中市、玉村町、行田市、秩父市、飯能市、羽生市、北本市、幸手市、日高市、杉戸町、松伏町、館山市、茂原市、旭市、鴨川市、君津市、八街市、富里市、大網白里市、羽村市、南足柄市、大磯町、三条市、新発田市、見附市、燕市、阿賀野市、南魚沼市、胎内市、魚津市、滑川市、小矢部市、七尾市、越前市、富士吉田市、山梨市、北杜市、須坂市、小諸市、伊那市、中野市、千曲市、高山市、関市、瑞浪市、恵那市、土岐市、本美市、郡上市、伊豆の国市、函南町、津島市、愛西市、名張市、高島市、米原市、亀岡市、八幡市、泉大津市、高石市、泉南市、四條畷市、交野市、熊取町、相生市、豊岡市、赤穂市、西脇市、高砂市、加西市、篠山市、丹波市、たつの市、猪名川町、大和郡山市、天理市、桜井市、橋本市、田辺市、紀の川市、倉吉市、境港市、浜田市、益田市、真庭市、浅口市、三原市、三次市、光市、山陽小野田市、鳴門市、小松島市、阿南市、坂出市、三豊市、伊予市、四国中央市、南国市、四万十市、田川市、苅田町、伊万里市、島原市、荒尾市、玉名市、山鹿市、菊池市、宇城市、宇佐市、小林市、日向市、出水市、薩摩川内市、日置市、志布志市(150団体)	室蘭市、岩見沢市、滝川市、登別市、北斗市、黒石市、稚内市、つがる市、五所川原市、平川市、宮古市、大船渡市、釜石市、白石市、栗原市、横手市、大館市、鹿角市、由利本荘市、湯川市、大仙市、新庄市、上山市、常陸太田市、北茨城市、常陸大宮市、稲敷市、桜川市、行方市、日光市、矢板市、沼田市、渋川市、毛呂山町、小川町、寄居町、富津市、匝瑳市、香取市、山武市、いすみ市、福生市、三浦市、愛川町、柏崎市、小千谷市、十日町市、村上市、糸魚川市、妙高市、五泉市、魚沼市、氷見市、南砺市、加賀市、大野市、都留市、韭崎市、甲州市、岡谷市、下呂市、熱海市、伊東市、御前崎市、牧之原市、新城市、伊賀市、舞鶴市、綾部市、城陽市、京丹後市、南丹市、柏原市、阪南市、洲本市、三木市、南あわじ市、朝来市、淡路市、大和高田市、海南市、大田市、安来市、雲南市、玉野市、笠岡市、井原市、高梁市、備前市、府中市、庄原市、柳井市、吉野川市、阿波市、美馬市、観音寺市、さぬき市、大洲市、西予市、柳川市、八女市、大川市、中間市、朝倉市、みやま市、雲仙市、人吉市、天草市、日田市、佐伯市、杵臼市、杵築市、豊後大野市、日南市、西都市、指宿市、曽於市、奄美市、南九州市(117団体)

※人口は2015年時点 ※下線(赤字)は2040年の人口が下位の人口区分へ変動する団体。枠囲み(緑文字)は2040年の人口が上位の人口区分へ変動する団体。

※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率のカテゴリ

※ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(H30. 3)」から作成
※ 地域別将来推計人口では福島県内市町村は推計がないため、市区町村数の合計は1,682としていた

- (1) 医療資源の少ない地域
- (2) へき地（無医地区等）

へき地保健医療対策における「へき地」とは

交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち医療の確保が困難であって、「無医地区」及び「無医地区に準じる地区」の要件に該当する地域

※ 「無医地区」及び「無医地区に準じる地区」を擁する都道府県は、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府を除く43府県

無医地区・準無医地区

○ 無医地区

医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として概ね半径4Kmの区域内に人口50人以上が居住している地域であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区

○ 準無医地区

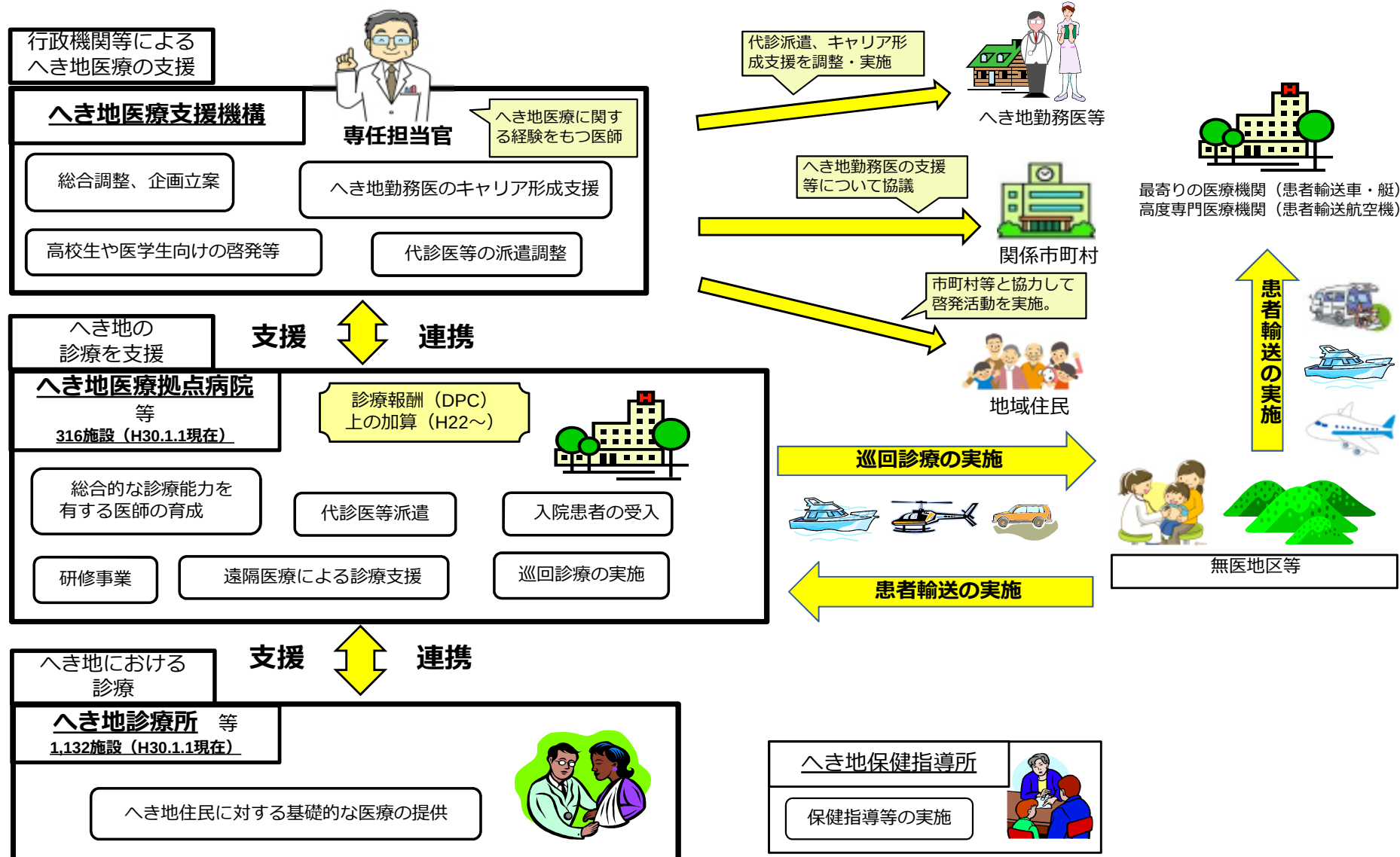
無医地区には該当しないが、無医地区に準じ医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区

無医地区・準無医地区の推移

区 分	H21.10現在 (A)	H26.10現在 (B)	増減 (B－A)
無医地区	705	637	△68
準無医地区	371	420	49
合 計	1, 076	1, 057	△19

へき地保健医療対策の概要

○へき地（無医地区等）における医療の確保を図るため、へき地に対する支援事業の企画、調整及び医師派遣を実施するへき地医療支援機構、へき地における医療の提供等を行うへき地医療拠点病院及びへき地診療所の運営等に対する補助を行う。



へき地医療拠点病院等であることが要件に含まれる主な診療報酬項目

中医協 総-1(改)
元 . 7 . 1 0

○ 一部の報酬項目において、へき地医療拠点病院等の指定を受けていることを要件としている。

報酬項目	へき地に係る要件
医師事務作業補助体制加算2 20 対1、25 対1、30 対1及び40 対1補助体制加算	「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24 年3月21 日医政発0321 第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13 年5月16 日医政発第529 号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。
遠隔画像診断	受信側(画像診断が行われる病院である保険医療機関)においては以下の基準を全て満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満たしていれば足りるものであること。 ア 画像診断管理加算1、2又は3に関する施設基準を満たすこと。 イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。
医科点数表第2章第9部処置の通則の5並びに歯科点数表第2章第8部処置の通則の6に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準	「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24 年3月31 日医政地発0331 第3号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13 年5月16 日医政発第529 号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。
保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準	標本等の受取又は受信側(病理標本等の観察及び評価が行われる保険医療機関)においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。 ア 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。 イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院又は病理診断科を標榜する医療機関であること。 ウ イに掲げる医療機関のうち、特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院以外の医療機関であって、病理診断科を標榜する医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本等について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師又は常勤の歯科医師が観察を行い、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たる医師又は歯科医師のうち少なくとも1名以上は、病理診断の経験を7年以上有していること。 エ 病理標本が送付される場合においては、受取側の保険医療機関に送付される病理標本について、別添2の様式79 の2に定める計算式により算出した数値が100 分の80 以下であること。 オ デジタル病理画像の観察及び評価を行う場合は、デジタル病理画像による病理診断の施設基準に係る届出を行っていること。
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製に関する施設基準	受信側(病理診断が行われる保険医療機関)においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

医療資源の少ない地域及びへき地に配慮した項目の整理

- 医療資源の少ない地域に配慮した要件とへき地に配慮した要件が分けて設定されている。

	医療資源の少ない地域	へき地医療拠点病院等
○ 緩和ケア診療加算等の人員配置の緩和 ○ 地域包括ケア病棟入院料1・3の病床数要件の緩和 ○ ICTを用いたカンファレンスの要件緩和等	対象	対象外
○ 遠隔画像診断 ○ 保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準等	対象外	対象

(注) へき地が存在している地域であるが、医療資源の少ない地域ではない地域もあれば、医療資源の少ない地域であるが、へき地が存在しない地域もある。また、医療資源の少ない地域であって、へき地が存在している地域もある。

1ラウンド(7月10日総会)での主な意見

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価について、算定がされていない原因を分析する必要があるのではないか。
- へき地については、医療資源も限られており、その他の地域と一律に扱うのは困難な場合もあるのではないか。
- ICTの活用は、医療資源の少ないところでこそ生かせるのではないか。
- 遠隔画像診断のようなICTを利活用するに当たっては、へき地とそれ以外で丁寧に要件を設定することが必要ではないか。
- 医療資源の少ない地域やへき地については、ICTの活用を含め、どのように医療を提供していけるのかということを検討する必要があるのではないか。

地域の実情を踏まえた対応に関する課題と論点(案)

【課題】

【医療資源の少ない地域】

- ・ 医療資源の少ない地域については、人口当たりの医師・看護師数や病院密度が低い地域が対象となっており、41二次医療圏と離島を含む二次医療圏が対象となっている。
- ・ 医療資源の少ない地域に配慮し、入院基本料の算定、人員配置、夜勤の要件が緩和の対象となっている。
- ・ 都道府県毎の人口10万対医師数、看護師数については、平成23年から平成29年までを比較すると上位や下位に入れ替わりが見られる。

【へき地】

- ・ 平成26年10月1日時点で、無医地区が637地区、準無医地区が420地区存在する。
- ・ 一部の報酬項目において、へき地医療拠点病院等の指定を受けていることを要件としているものがある。
- ・ 医療資源の少ない地域に配慮した要件とへき地に配慮した要件が分けて設定されている。

【論点(案)】



- 医療資源の少ない地域について、人口当たり医師数等に基づいて設定している。人口当たり医師数等が経年で変化していることを踏まえ、シミュレーションを行うに当たっては直近の統計に基づいて行うこととしてはどうか。
- 医療資源の少ない地域に配慮した要件とへき地に配慮した要件について、異なる診療報酬項目の要件となっているが、それぞれの要件の趣旨・目的等を踏まえ、それぞれが要件となっている診療報酬について、見直すこととしてはどうか。

参考

(医療従事者の働き方)

医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要

- 医師の働き方改革に関する検討会（座長：岩村正彦東京大学大学院法学政治学研究科教授）において、医師の時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等についてとりまとめを行った（平成31年3月28日）。

1. 医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

医師の働き方改革を進める基本認識

- 我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており危機的な状況。昼夜を問わず患者への対応を求められる仕事で、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態。
- 健康への影響や過労死の懸念、仕事と生活の調和への関心の高まり、女性医師割合の上昇等も踏まえ、改革を進める必要。
- 医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成のあり方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、国民の医療のかかり方等の様々な課題が存在。これらに関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきであり、規制内容を遵守できる条件整備の観点からも推進する必要。

医師の診療業務の特殊性

（応召義務について）

- 医療機関としては労働基準法等の関係法令を遵守した上で医師等が適切に業務遂行できる体制・環境整備を行う必要。応召義務を理由に、違法な診療指示等に従うなど、際限のない長時間労働を求められていると解することは正当ではない。

（医師の診療業務の特殊性）

- 公共性（国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質等の確保が必要）
- 不確実性（疾病発生が予見不可能である等）
- 高度の専門性（業務独占、養成に約10年要する）
- 技術革新と水準向上（新しい診断・治療法の追求と活用・普及の両方が必要）

2. 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿

- 労働時間管理の適正化が必要。その際、宿日直許可基準における夜間に従事する業務の例示等の現代化、医師の研鑽の労働時間の取扱いについての考え方等を示す必要。
- 医師の労働時間短縮のために、医療機関のマネジメント改革（意識改革、チーム医療の推進（特定行為研修制度のパッケージ化等）、ICT等による効率化）、地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策の推進、上手な医療のかかり方の周知を全体として徹底して取り組んでいく必要。また、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境の整備が重要。
- 個々の医療機関に対するノウハウ提供も含めた実効的な支援策、第三者の立場からの助言等が重要。
- 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会でとりまとめた方策を国が速やかに具体的施策として実行。

3. 医師の働き方に関する制度上の論点

時間外労働の上限規制の構成 ※具体的な内容はP 4・5

診療従事勤務医の時間外労働の上限水準として、脳・心臓疾患の労災認定基準を考慮した（A）水準を設定。このほかに、2つの水準を設定。

- 地域医療提供体制の確保の観点（①2024年時点ではまだ約1万人の需給ギャップが存在し、さらに医師偏在解消の目標は2036年、②医療計画に基づき改革に取り組む必要性、③医療ニーズへの影響に配慮した段階的改革の必要性）から、やむを得ず（A）水準を超えざるを得ない場合を想定し、地域医療確保暫定特例水準（（B）水準）を設定。

※「臨時的な必要がある場合」の1年あたり延長することができる時間数の上限（1,860時間）については、過重労働を懸念する声があがっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から賛同できないとの意見があった。

- 地域医療の観点から必須とされる機能を果たすためにやむなく長時間労働となる医療機関として、その機能については具体的に以下のとおり。

◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」」双方の観点から、

- i 三次救急医療機関
- ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
- iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
- iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関
（例）精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関

以上について、時間外労働の実態も踏まえると、あわせて約1,500程度と見込まれる。

◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関
（例）高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

- ①臨床研修医・専門研修中の医師の研鑽意欲に応えて一定期間集中的に知識・手技を身につけられるようにすること、②高度な技能を有する医師を育成する必要がある分野において新しい診断・治療法の活用・普及等が図られるようにすること、が必要であり、集中的技能向上水準（（C）－1水準（①に対応）、（C）－2水準（②に対応））を設定。

B・C水準の適用の対象、手順等

(B) 水準

医療機関機能、労働時間短縮の取組等の国が定める客観的要件を踏まえ都道府県が対象医療機関を特定⇒特定された機能にかかる業務につき（A）水準超での36協定が可能に。新たに設ける「評価機能」が医療機関ごとの長時間労働の実態や取組状況の分析・評価を実施。結果を医療機関・都道府県に通知・住民に公表し、当該医療機関と地域医療提供体制の双方から労働時間短縮に向けて取り組む。

(C) - 1 水準 (研修医)

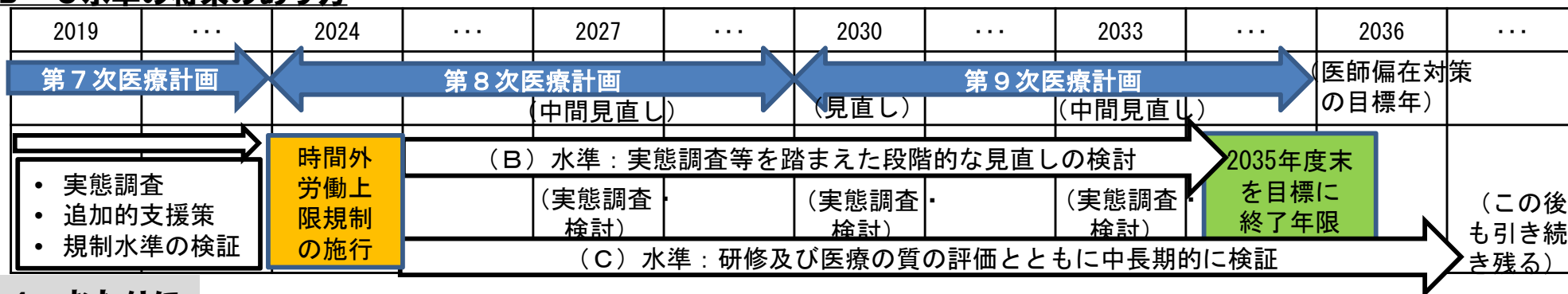
臨床研修・専門研修プログラムにおいて想定最大時間外労働（実績）を明示。これが（A）水準を超える医療機関を都道府県が特定（※超えない場合は（A）水準の適用）⇒「臨床研修・専門研修に係る業務」につき（A）水準超での36協定が可能に。医師は明示時間数を踏まえ自らプログラムを選択・応募。

(C) - 2 水準 (高度特定技能)

高度技能育成を要する分野を審査組織（※高度な医学的見地からの審査を行う）が特定。必要な設備・体制を整備している医療機関を都道府県が特定⇒「高度特定技能育成に係る業務」につき（A）水準超での36協定が可能に。医師が自由な意欲により計画を作成し、審査組織の個別承認を経たのちに実際の適用となる。

※現在、一般労働者の副業・兼業に係る労働時間管理の取扱いについては「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」において検討されている。このため、兼業（複数勤務）を行う医師に対する労働時間管理等の在り方については、改めて検討。

B・C水準の将来のあり方



4. おわりに

- とりまとめ内容の制度化・実施の際には、追加的健康確保措置が実効性をもって運用され、医師の健康を確実に担保するとともに、（B）水準の解消等に向けて労働時間短縮を着実に推進することが最重要。
- 個々の医療機関が労働時間短縮・医師の健康確保を進めた上で、労使で十分に話し合い、時間外労働について36協定を締結することが重要。さらに、地域医療確保のためにも、医療機関に対する実効的な支援等について確実に実行に移していけるよう、厚生労働省を始めとした行政の速やかな具体的対応を強く求める。
- 医師と国民が受ける医療の双方を社会全体で守っていくと強く決意する。

Tele-ICU体制整備促進事業

令和2年度概算要求額 545,789千円
【運営費:95,789千円 設備整備費:450,000千円】
(令和元年度予算額:497,894千円)

背景

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

事業内容

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。

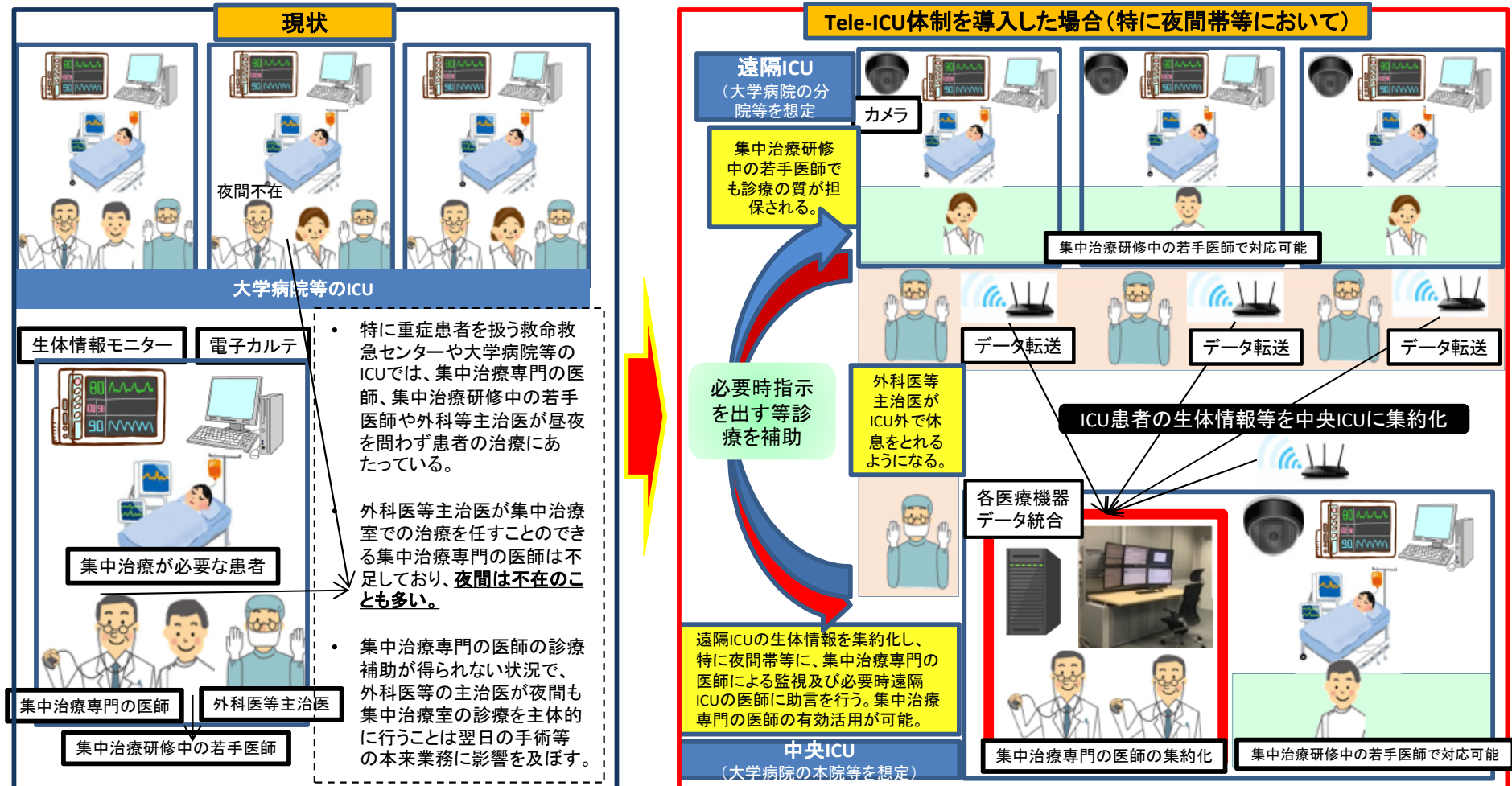
設備投資費

- ・複数のICUを連結するネットワーク構築費
- ・複数のICUを効率良くモニタリング可能なICT基盤の整備費(※)

運営経費

- ・複数のICUをネットワークで連携するために必要な運営経費(回線使用料等)
- ・中心的なICUで患者のモニタリング業務に従事する医師、看護師等の人件費

※複数のICUに在室する患者のモニタ情報、電子カルテ情報等を集約・統合し、多数の患者を効率的にモニタリングできる重症度予測システム等の診療補助システムを組み込んだ情報プラットフォームを指す。



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年度概算要求額:552,491千円(0千円)
【運営費:124,991千円 設備整備費:427,500千円】

背景

他の診療科と比べて産科医師は少数であり、分娩取り扱い施設において、経験豊富な医師が確保できなかったり、妊産婦モニタリングに必要な体制を十分確保できないために長時間勤務が余儀なくされているケースもあり、医師確保や勤務環境改善にあたっての課題となっている。

事業内容

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で踏まえた勤務環境の改善を行う。

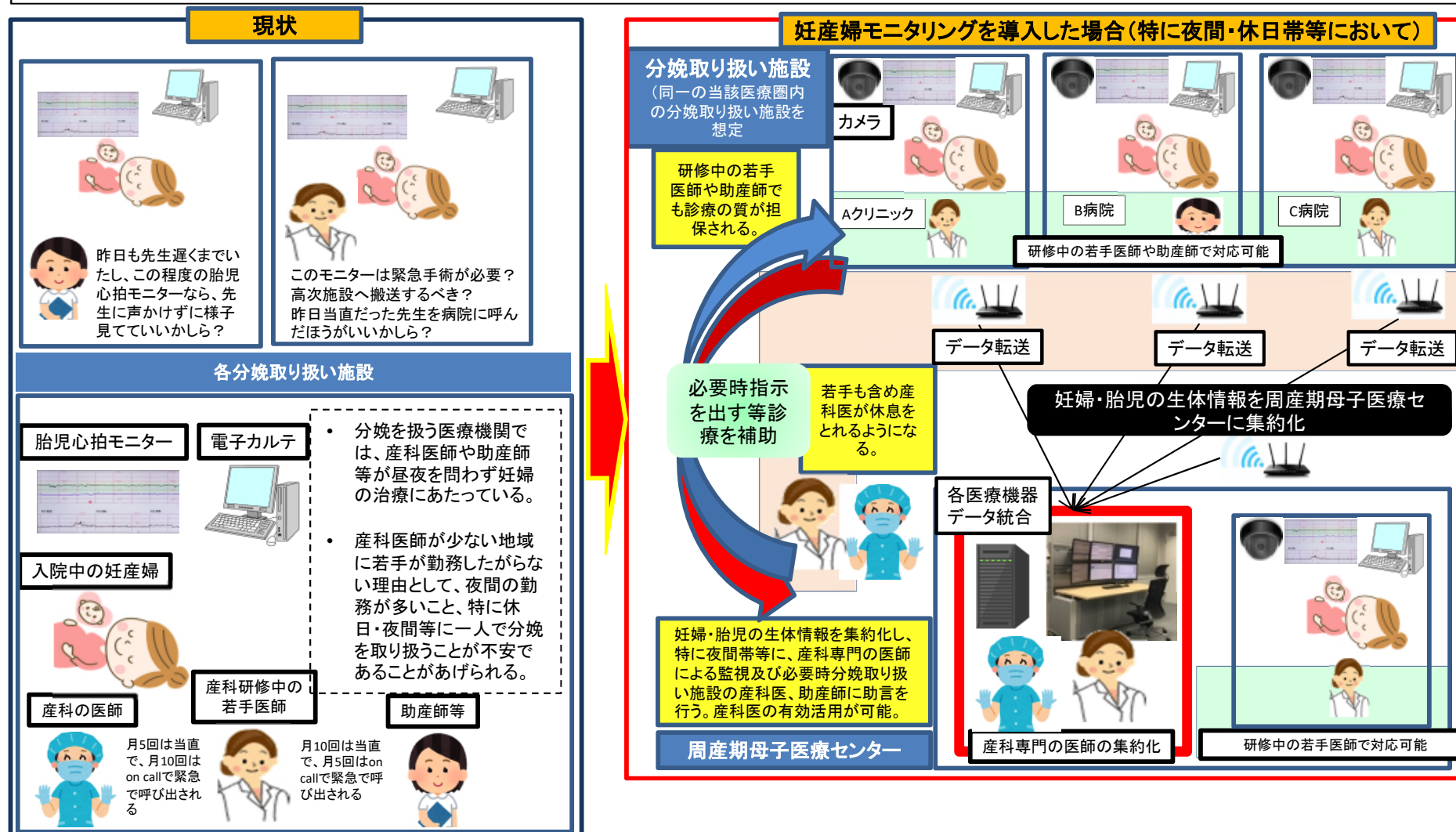
設備投資費

- ・複数の分娩取り扱い施設を連結するネットワーク構築費
- ・複数の分娩取り扱い施設を効率良くモニタリング可能なICT基盤の整備費(※)

※複数の分娩取り扱い施設の患者のモニタ情報、電子カルテ情報等を集約・統合し、多数の患者を効率的にモニタリングできる重症度予測システム等の診療補助システムを組み込んだ情報プラットフォームを指す。

運営経費

- ・複数の分娩取り扱い施設をネットワークで連携するために必要な運営経費(回線使用料等)
- ・中心的な分娩取り扱い施設で患者のモニタリング業務に従事する医師、看護師等の人件費



助産師活用推進事業

令和2年度概算要求額 83,850 千円 （令和元年度予算額 61,290 千円）

<助産師活用の背景>

- 積極的な助産師活用の場として、院内助産、助産師外来、助産所等が挙げられ、医師との協働のもと、その専門性をさらに活用することで、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、妊婦の多様なニーズに応えることが期待される。
- 医師の働き方改革の実現に向け、医師以外の職種へのタスクシフティング・タスクシェアリングの推進が求められており、産科医療機関においては、産科医師の負担軽減を目的とした、助産師の積極的な活用の推進が必要。

■ 助産ケア中心の妊娠・出産支援 システムのメリット

産婦人科診療ガイドラインでは、院内助産システムについてのメリットが示されている。

Low risk妊娠および分娩に対しては、**助産ケアを中心とした管理が、予後を損なうことなく妊婦から肯定的（満足度が高い）評価を受ける可能性がある。**研究結果は、「**助産師が責任を持ち、妊娠から分娩まで助産師が深く関与した場合は、当該妊婦の満足度が高いこと**」を指摘しており、全妊娠および分娩の約3割は全妊娠期全期間を通じて**数回の医師のみ（助産ケアを中心として妊娠および分娩管理を行う）で良好な妊娠予後が得られる**ことを示唆している。（産婦人科診療ガイドライン2017）

「**助産師外来**」緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が医師と役割分担をし、妊娠婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うこと。

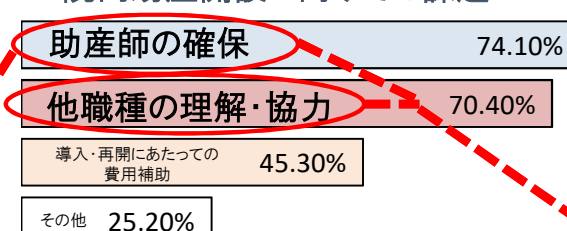
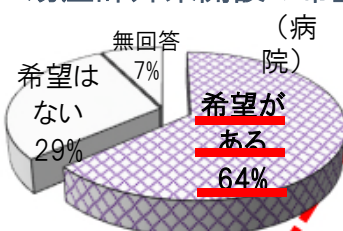
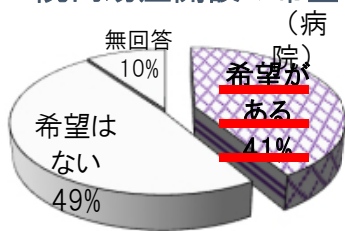
「**院内助産**」緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊娠婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制。（※医療法における「助産所」には該当しない）

■ 院内助産開設の希望

■ 助産師外来開設の希望

■ 院内助産開設に向けての課題

■ 院内助産・助産師外来の開設数及び導入率



		箇所数	分娩取扱い箇所数	導入率
院内助産	病院	160	1,031	16%
	診療所	54	1,242	4%
助産師外来	病院	563	1,031	55%
	診療所	438	1,242	35%

出典：平成28年度 分娩施設におけるウイメンズヘルスケアと助産ケア提供状況に関する実態調査（日本看護協会） ※看護管理者（看護部長、産科関連病棟棟長、外来師長）が回答

助産師出向の検討、計画立案、運営、評価等 継続

- ▶ 多くの助産師が就業している高度医療機関においては、ハイリスク妊産婦の増加により、正常分娩の介助経験を積み重ねることが困難

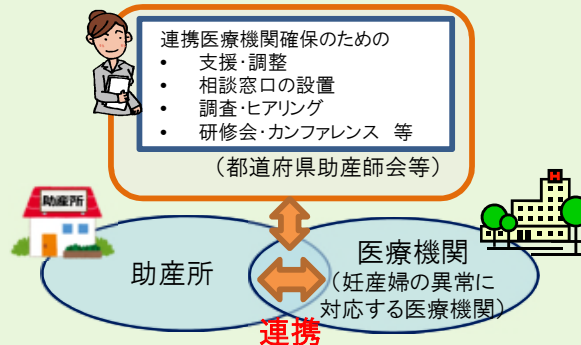
出向により、分娩経験等を得られ助産実践能力が向上

- 協議会※の設置 ○実践能力の高い助産師を育成
- ※既存の看護職員確保、助産師出向支援等の協議会でも可（都道府県看護協会、助産師会、都道府県医師会・産婦人科医会、都道府県行政担当者、学識経験者等）



助産所と嘱託医療機関等の連携に係る支援 継続

助産所において、嘱託医療機関等を円滑に確保できるよう支援



院内助産・助産師外来の実際及び効果についての理解促進

院内助産・助産師外来を実施するためには、**産科医師等の理解・協力が必要**

産科医師等を対象に、院内助産等の実施までのプロセスや効果等についての理解促進を目的とした取組を実施

- 院内助産等の実施に関する講演・セミナー・シンポジウム等
- 院内助産・助産師外来ガイドライン改訂版（H30）の周知

医師の労働時間短縮のための「評価機能」(仮称)の設置準備

令和2年度概算要求額
98,067千円(0千円)

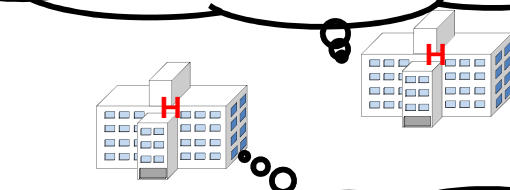
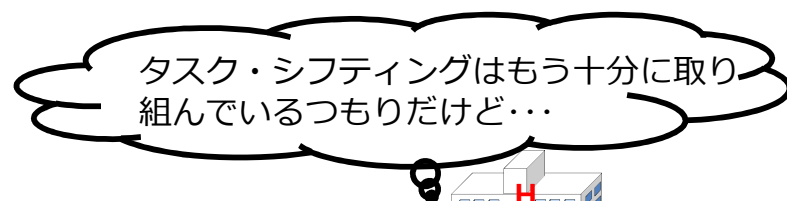
【課題】

- 医師の働き方改革を実効的に進めていくためには、個々の医療機関における医師の長時間労働の実態や労働時間短縮の取組状況を分析・評価し、効果的な取組を推進していく必要がある。そのため、地域医療提供体制の実情やタスク・シフティングの実施状況等を評価するために必要な医療に関する知見をもって取組状況の分析・評価を行う「評価機能」(仮称)を設ける。

(事業内容)

「評価機能」の設置に向け、必要な専門人材の育成等の準備を開始する。

医師の労働時間短縮に取り組む医療機関が直面する“医療ならではの”様々な隘路



- 医療機関内で、さらなるタスク・シフティングが可能な部分
- 医療機関間での機能分化・連携が可能な部分
- 都道府県による重点的支援を要する部分(医師偏在対策等)

…等を明らかにし、**医師の労働時間短縮につながる効果的対策につなげる**

まずは、専門人材の育成等から着手

※「評価機能」は、都道府県から中立の機能を想定。また、2024年4月から適用される医師に対する時間外労働の上限規制において、「地域医療確保暫定特例水準」の適用に当たっては、医療機関が当該分析・評価を受けていることが要件とされる見込み。

全国の病院等を検索できる医療情報サイトの基盤構築

令和2年度概算要求額 268,263千円(0千円)

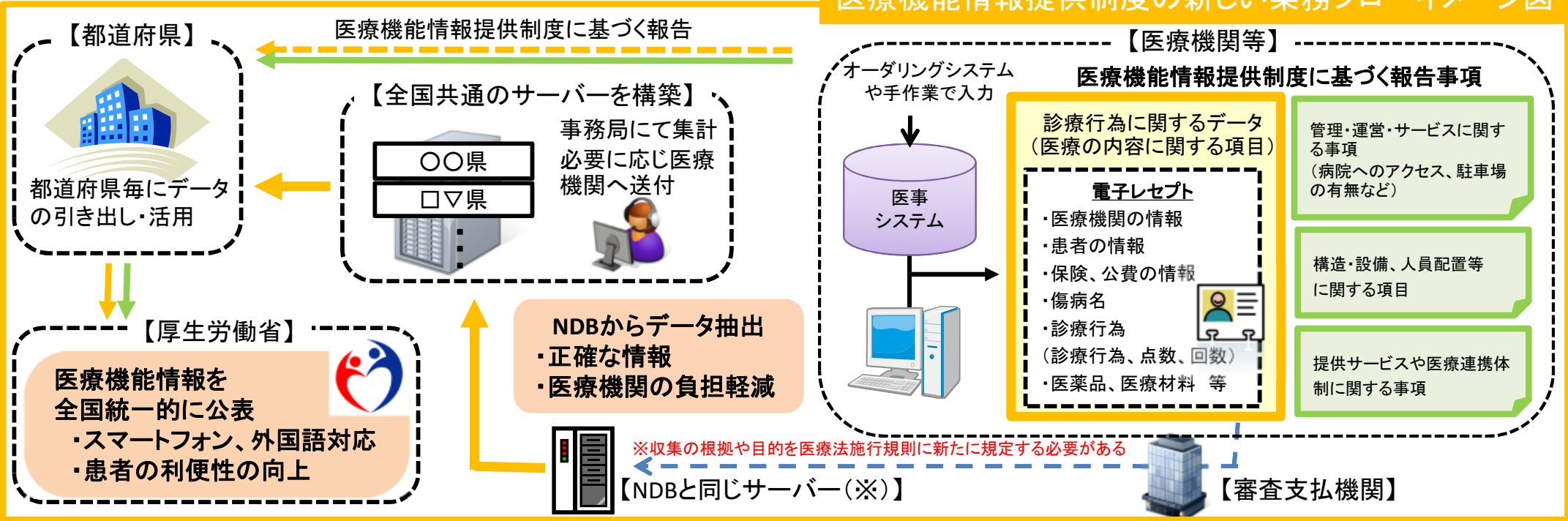
現状の課題

- 医療機能情報提供制度については、都道府県毎の公開であるため、スマートフォンや外国語への対応等を含め、公表方法に差がある。また、例えば県境の患者は複数の都道府県の検索サイトを閲覧しなければならないなど利便性が悪い。
- 規制改革実施計画において、医療機関の負担軽減が求められている。また、都道府県毎に対応状況が異なるため、内容の正確性が十分ではないとの懸念もある。

対応案

- 厚生労働省が管理する全国統一的な検索サイトの基盤を構築することで利便性を向上する。
- レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)からデータを抽出し、医療機関が利用できる仕組みを付加することで、医療機関からの報告に係る負担軽減につなげるとともに、正確性を担保する。

医療機能情報提供制度の新しい業務フローイメージ図



システムの基盤構築に向けた工程表(案)

令和2年度(診療報酬改定)				令和3年度				令和4年度(診療報酬改定)			
4月	7月	10月	1月	4月	7月	10月	1月	4月	7月	10月	1月
仕様書作成				プロジェクト管理(統計調査、レセプトデータ集計の運用等)							
調達支援・都道府県(契約変更等)支援											
				システム基盤構築				データ移行		並行運用、運用・保守 診療報酬改定に伴う機能改修等(随時)	

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

令和2年度概算要求額 121,726千円(0千円)

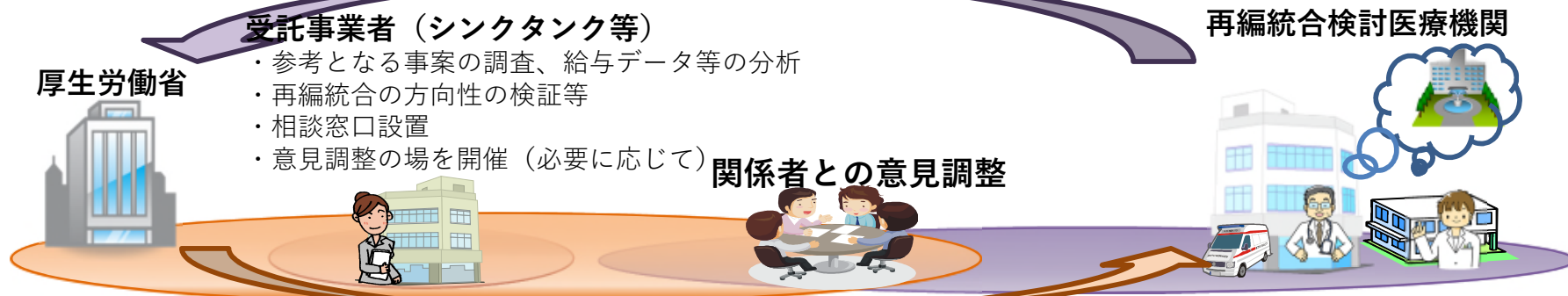
現状と課題

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年の地域医療構想の実現に向け、2019年央に、国から都道府県に対し公立・公的医療機関等が策定した医療機能の分化・連携に向けた具体的対応方針について再検証を求め、医療機関同士の再編統合の検討を除いて2019年度内に見直しを行うこととなっている。
- 2020年度より見直した具体的対応方針に基づいて、医療機能の移管や、医療機関同士の再編統合の取組を実施していくこととなるが、医療機関間の勤務環境、給与体系、一時的な収益減少等の調整が障壁となる。
- また、2024年の医師の働き方改革を踏まえると、医師の時間外労働を縮減し、地域において効率的な医療提供体制を構築し、医療従事者を効果的かつ効率的に配置する必要がある、これまで以上に高度な調整を要することが見込まれる。
- 特に、**国が設定する重点的に支援する区域**については、都道府県と連携し、**再編統合の方向性等について直接助言**することとしており、適切な助言を行うために必要な事項の整理やデータの分析を行うとともに、再編・統合の調整過程で発生した課題に迅速に対応していく必要がある。

事業内容

- 過去の再編統合事案における人事給与体系等の労働条件についての調整内容の調査・分析。
- 医療機関からの相談窓口を設置し、再編統合の際に必要な対策のための基礎資料(財務シミュレーション、統合した際のデメリットを縮小するための諸施策の立案、人材統合のための研修、人事配置等の対策等)の作成に関する助言。
- 国が設定する重点的に支援する区域の再編統合後の勤務環境や給与体系及び一時的な収益の減少等の給与体系等に関する調査分析。
- 国が設定する重点的に支援する区域の国、都道府県及び医療機関による意見調整の場の設置

<重点的に支援する区域の事業のイメージ> ①データの提出、再編統合の方向性等の相談



②基礎資料の提供や再編統合の方向性等の直接的な助言

女性医師支援センター事業

女性医師支援センター事業

※日本医師会への委託事業(H18'~)

令和2年度概算要求額(令和元年度予算額)

140,629千円(140,629千円)

女性医師バンク事業

女性医師がライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の促進を図るため、パートタイム勤務等の職業斡旋事業を実施

日本医師会 女性医師バンク

西日本センター
(福岡県医師会内)

中央センター
(兼)東日本センター
(日本医師会内)

コーディネーター(2名)+アドバイザー(5名)



求職者
(ドクター)

求職登録
・相談

インターネット

紹介

求人登録
・紹介依頼

インターネット

紹介



求人者
(医療機関)

再就業講習会事業

都道府県医師会において、病院管理者や女性医師、研修医等を対象に、女性医師が就業継続できるよう、多様な女性医師像の提示や就業環境改善等に関する講習会を実施
※H29'実績;延べ79回

(学会・医会との共催を含む)

面談・成立

○就業成立 660名
○求人登録 9,161名
○求職登録 984名
(※H18'~H29'実績)

女性医療職等の働き方支援事業

令和2年度概算要求額 51,816千円 (51,816千円)

現状

近年、医師についても女性割合が高まっているが(現在、医学部生の約3分の1が女性)、出産・育児・介護等によりキャリアを中断せざるを得ない場合があり、特に女性医師の割合が多い診療科(小児、産婦人科等)等において課題となっている。また、男性医師や医師以外の医療従事者も含めた勤務環境改善等の支援が必要であるため、女性医師以外の医療従事者への支援も必要となっている。

課題

女性医師がキャリアと家庭を両立していくためには、女性医師がキャリアと家庭を両立できるようにすることが重要であり、平成27年度より女性医師支援の先駆的取組を行う機関を選定し、その取組を地域の医療機関に普及するための経費を支援してきた。

その結果、それまで女性医師支援の取組実績がない施設に新たな支援チームが立ち上がるなど、女性医師支援の機運が高まっている。

一方、女性医療職がキャリアと家庭を両立していくためには、女性医療職等支援について中核的な役割を担う拠点医療機関等がない等、全国的な動きとしてはまだ十分とは言えない。

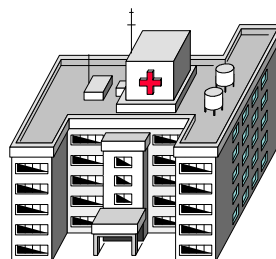
対応案

女性医師等をはじめとした医療職がキャリアと家庭を両立出来るような支援を普及させるため、女性医療職等支援で中核的な役割を担う拠点医療機関を各地域で選定し、復職支援等にかかる必要な経費を支援する。

新たに就職又は再就職する女性医療職等



③復職率、女性幹部率等の実績公表



①キャリアと家庭を両立出来るような取組を実施するのに必要な経費を支援

②事業成果等の実績報告

厚生労働省



期待される効果

- ・全国的な女性医療職等就労環境の環境整備が推進される。
- ・女性医療職等が就職先を探す際に活用できる。
- ・これから女性医療職等支援に取組もうとする医療機関の先行事例となる。

女性医療職等に係る主な取組

令和2年度概算要求額 192,445千円 (192,445千円)

女性医師等就労支援事業 地域医療介護総合確保基金で実施可

- 各都道府県において女性医師等支援に係る取組を実施
 - 大学病院や医師会等において相談窓口を設置
 - 復職のための研修を実施する医療機関への補助
 - 勤務環境改善の取組を実施する医療機関への補助 等

女性医療職等の働き方支援事業

令和2年度予概算要求額 51,816千円 (51,816千円)

- 女性医療職等支援の先駆的な取組を行う医療機関を「女性医療職等キャリア支援モデル推進医療機関」として位置づけ、地域の医療機関に普及可能な支援策のモデルの構築や、シンポジウム等の普及・啓発のための必要経費を補助。
- 平成28年度実施機関: 東京女子医科大学、久留米大学
 平成29年度実施機関: 広島大学、佐賀大学
 平成30年度実施機関: 広島大学、大分大学
- ＜女性医療職等支援に資する先駆的な取組例＞

・女性医療職等に対するキャリア教育 ・復職支援(Eラーニング, シミュレーターを用いた実技練習等)	・育児支援(院内保育所の利用促進等) ・勤務環境改善(ワークシェアリング等)
--	---

女性医師支援センター事業

令和2年度概算要求額 140,629千円 (140,629千円)

- (公社)日本医師会に委託し、次のような取組等を実施
 - 就職を希望する女性医師に対する医療機関や再研修先の紹介 (平成30年度 就業成立件数 204件)
 - 学会等におけるブース出展やシンポジウムの開催 (平成30年度 実績 26回)
 - 都道府県医師会等において病院管理者や医学生、研修医に対する
 女性医師のキャリア形成や勤務環境改善に関連する講習会・講演会の開催 (平成30年度 講習会開催件数 79回)
 - 全国の大学医学部や各医学会の女性医師支援や男女共同参画の担当者に対する
「大学医学部・医学生女性医師支援担当者連絡会」の開催 (平成30年度 参加者数 264人)
 - 講習会等への託児サービス併設補助

看護職員の確保策を実施するために必要な経費

事業名

医療現場における暴力・ハラスメント対策普及啓発事業

令和2年度概算要求額
34,150千円令和元年度予算額
0千円

事業背景

平成30年度版「過労死等防止対策白書」において、労災支給決定(認定)事案の分析がされ、看護師については、精神障害の事案の割合が多く、その発病に関与したと考えられる業務によるストレス要因は、患者からの暴力や入院患者の自殺の目撃等の「事故や災害の体験・目撃をした」が約8割とされており、患者からの暴力等に対する対策が必要である。

事業目的

平成31年度特別研究「看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査と対応策に向けた研究」においてとりまとめられた内容を活用し、施設種別によっては、暴力・ハラスメントに対する対応方針等が異なることから、病院・診療所・在宅の施設別に研修が受講できる暴力・ハラスメントに対する教材(e-ラーニング)を作成・周知することで、医療機関等における暴力・ハラスメント対策の実施を促し離職防止を図る。

事業概要

- 看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する組織的な対応を促すためのマニュアルを活用し、個々の医療機関等でどのような取組を行っていけば良いか等の教材(e-ラーニング)を開発。
- 個々の医療機関等で活用してもらうために、幅広く周知を行う。



スケジュール

平成30年度	令和元年度	令和2年度	
～3月	4月～3月 特別研究「看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査と対応策に向けた研究」	4月～7月	8月～3月
		内容検討	事業者選定手続
		e-ラーニング作成	配布

補助先(委託先)

公募

看護業務効率化先進事例収集・周知事業【継続】

令和2年度概算要求額 26,821千円 (令和元年度予算額 26,821千円)

背景

「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」(平成29年4月6日)や「医師の働き方改革に関する検討会」(平成29年8月から実施)において、医師から看護職へのタスク・シフティング(業務の移管)の推進が議論され、看護職の活躍の場や業務の拡大が期待されている。

看護職の活躍の場や業務の拡大に伴い、これまで以上に看護業務の効率化を図り、看護職がより専門性を発揮できる働き方の推進や生産性の向上が必要となる。

事業内容等

◆事業目的:

看護業務の効率化としては、他職種との連携推進、ICTの利活用等が想定されるが、各施設の特性により取り組みの程度や取り組める内容にも差異が大きいと想定されるため、看護業務の効率化に関する先駆的な取組を収集し、その中から汎用性が高く効果のある取組を選定し、広く周知する。

◆事業内容:

看護業務の効率化に資する取組を広く募集し、選考委員会を設置して先進的取組を選定・表彰、周知する。

＜取組例＞申し送り時間短縮、ベッドコントロールのAI活用、体温や血圧・心拍数などの自動記録等

- 選考委員会を設置し、有識者の意見を聞いて先進的取組を選定。
- 周知方法は、取組事例の報告会+動画を作成しHP上で公表。
- 選定した先進的取組の他施設での試行を支援。

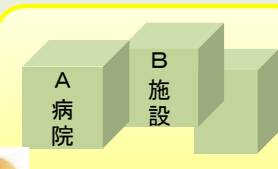
取組の公表(周知)

HP上での動画公開



報告会・受賞式

↑
動画作成



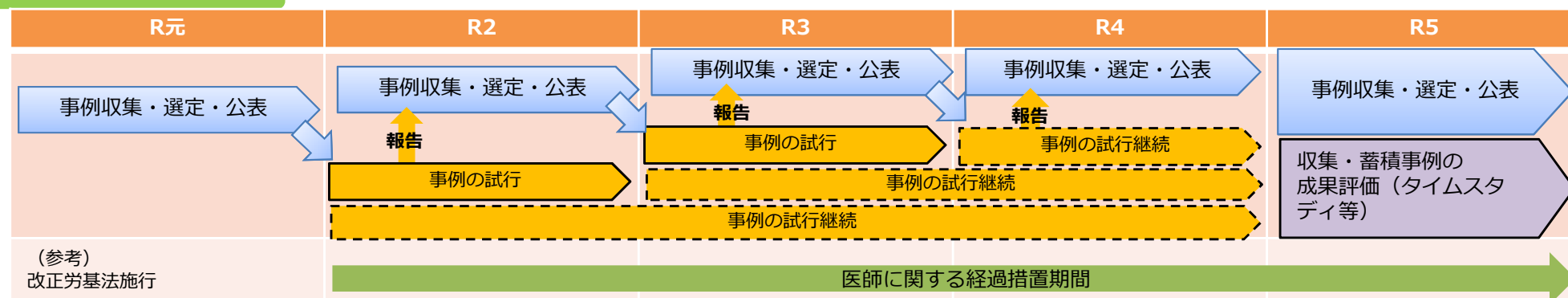
選定

選考委員会



先進的取組医療機関

スケジュール(予定)



委託先

公募により選定した団体

医師の健康確保措置実施準備調査研究事業

令和2年度概算要求額
102,240千円(0千円)

【課題】

- 医師の働き方改革として、2024年4月から医師に対して時間外労働時間の上限規制が適用されるとともに、長時間労働の状況にある医師に対して追加的健康確保措置を実施することとされているが、疲労回復に効果的な代償休息の付与方法や効果的な面接指導の実施方法について、実証実験を行う必要がある。

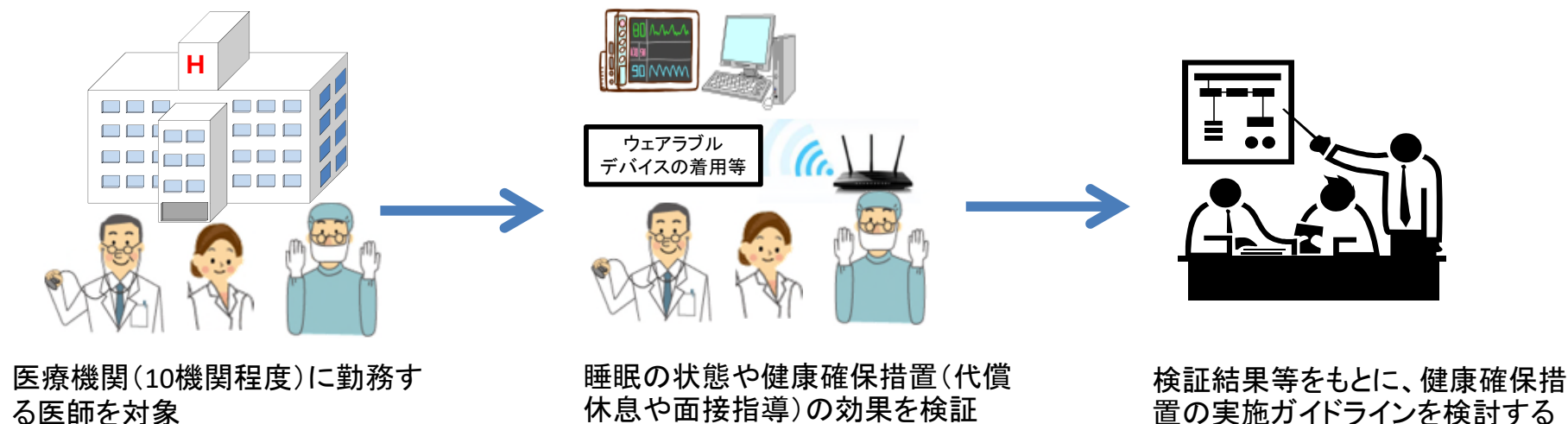
(事業内容)

実際に、医療機関(10機関程度)に勤務する医師の睡眠の状態などを確認し、

- 疲労回復に効果的な代償休息の付与方法(時間休又は勤務間インターバルの幅の延長のいずれが効果的な休息となるのか等)
- 効果的な面接指導の実施方法について、実証実験を行い、検証する。

実態を踏まえた健康確保措置の調査研究

※民間シンクタンク等に業務委託



集中的技能向上水準の適用に向けた準備支援 令和2年度概算要求額：27,091千円(0千円)

背景

- 2018年の労働基準法改正に基づき、2024年4月から診療に従事する医師に対する時間外労働時間の上限規制が適用される。
- 医師の時間外労働時間の上限水準は、一般労働者と同等の960時間とする(A)水準を原則としたうえで、地域の医療提供体制を確保するための暫定的な特例として1,860時間とする(B)水準、一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師に適用される水準として1,860時間とする(C)水準が設定されることとなっている。
- このうち(C)水準については、初期研修医及び後期研修医を対象とする(C)－1水準と、公益上必要とされる分野において一定期間集中的に高度特定技能の習得に関連する診療業務を行う医師を対象とする(C)－2水準の2類型に整理されている。

課題

- (C)－2水準については、対象となる医療機関の要件(設備、症例数、指導医等)を個別に審査する必要があるため、また、各分野の医師から提出される高度特定技能育成計画を個別に審査する必要があるため、様式、審査方法、審査基準等を確定し、審査体制を構築する必要がある。

事業内容

- (C)－2水準の高度特定技能の審査を行うに当たって必要な申請書類の様式や審査方法を検討する。
加えて、それぞれの分野において、疾病・治療法ごとに審査基準が異なっていると考えられることから、技能の習得に必要な時間数、症例数、設備等について、個別具体的に検討する。



期待される効果

- 2024年4月から(C)－2水準が適正に適用されることにより、医師の勤務環境改善に資することができる。

医師等働き方調査事業

令和2年度概算要求額
58,188千円(58,188千円)

○ 各都道府県の医療勤務環境改善支援センターの活動を支援

都道府県 医療勤務環境改善支援センター

医療労務管理アドバイザー

- ・ 人数は都道府県により異なる
- ・ 社会保険労務士等
- ・ 労働局が社労士会等へ委託
- ・ 財源：労働保険特会

アドバイザーのほかに相談員を配置

医業経営アドバイザー

- ・ 人数は都道府県により異なる
- ・ 医業経営コンサルタント等
- ・ 財源：基金

医師等働き方調査事業

- ・ 医政局から民間事業者へ委託
- ・ 全病院（約8,400）を対象に郵送や電話等による調査を行い、長時間労働などの労務管理上の問題等をかかえる医療機関を抽出
- ・ 必要経費：人件費、旅費、印刷製本費、通信運搬費 等



連携

マネジメントシステム導入支援、助言等

医師の長時間労働等を調査、改善支援

医療機関

勤務環境改善に取り組む医療機関

労務管理上の問題等をかかえる医療機関

三師調査等の詳細な調査分析事業

令和2年度概算要求額：91,550千円（0千円）

現状と課題

- 第196回通常国会において成立した医療法及び医師法の一部を改正する法律により、医師確保対策について地域医療対策協議会において協議し、その結果に基づき地域医療支援センターが医師派遣等、医師の配置調整を行うこととなった。
- 医師派遣等の医師の配置調整は、重点的、効率的に行われることが重要であるとともに、医師の働き方改革を実施するためには、個別医療機関における医師の配置状況等について詳細を把握する必要がある。
- また、働き方改革を進めていく上では、医師の長時間労働是正のためにタスクシフト等の施策を行う必要があるが、個別医療機関における医師の配置状況等を詳細に把握することで、より重点的にタスクシフティングに向けた人材確保が必要な医療機関の実態を明らかにする

事業内容

- 三師調査の個票を経年にわたって分析し、どのような病院にどのような医師が移動し、在籍しているかを明らかにすることで、医師の教育・研鑽や医師派遣の実態等を明らかにする。この結果と病床機能報告等の医療提供内容とを複合的に分析することで、医療需要に対して医師の配置が手薄であり、重点的な支援が必要である医療機関の実態（医療需要と医師確保のミスマッチ）を把握する。
- また、現在公表している医師偏在指標（暫定版）は派遣の実績が反映できていないことから、今後の医師確保計画において、それらの実績が計画策定及び評価等に反映できるよう三師調査のデータのとり方等について調査分析を行う。

その他

予算項目：（項）医療提供体制確保対策費（目）保健福祉調査委託費
対象経費： 委託費
委託先： 入札等により決定

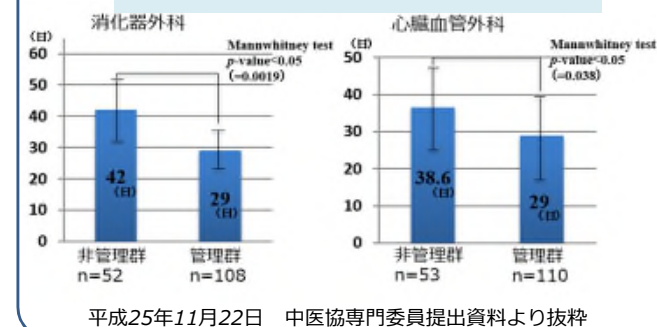
ICTを活用した医科歯科連携の推進事業

令和2年度概算要求額:31,064千円(新規)

背景・目的

- 入院患者等に対する **歯科医師による口腔機能管理**
→ **在院日数の減少**や肺炎の発症率の低下などの効果が報告
- 歯科標榜のある病院は、病院全体の約2割
→ 歯科標榜のない病院において、歯科専門職(歯科医師・歯科衛生士)の介入による口腔機能管理を推進する必要
- 歯科標榜がない病院や介護施設等、歯科医師がいない施設では、地域の歯科診療所からの訪問歯科診療により対応しているが、訪問歯科診療を実施している医療機関は歯科診療所全体の約2割
→ 効果的・効率的な歯科専門職の介入が必要

入院患者に対する口腔機能の管理
→ 統計学的有意に在院日数が減少



歯科医師がいない病院等において、ICTを活用した歯科医師の介入による口腔機能管理を推進 → 医師の負担軽減

事業概要 (イメージ)

- 歯科標榜のない病院や介護施設において、オンライン診療を活用した口腔機能管理等に関するモデル事業を実施し、効果的・効率的な歯科専門職の介入方法について検証
- 地域の状況に応じたオンライン診療 (Dentist to P with DH/Ns) を実施することで、適切な運用・活用方法等を検証

対面診療時



オンライン診療時 (Dentist to P with DH)



オンライン診療時 (Dentist to P with N)



■脳卒中患者に対する口腔機能管理モデル事業

令和2年度概算要求額:30,050千円(新規)

背景・目的

- 脳卒中患者の多くに摂食嚥下障害が生じる(脳卒中患者の30~70%)。また、脳卒中患者の肺炎の多くは誤嚥性肺炎である、との報告がある。
- 脳卒中急性期患者に対して、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士などの多職種による介入を行うことで、口腔衛生状態や口腔機能が改善することにより、**誤嚥性肺炎の予防や早期の経口摂取**等が期待される。

脳卒中患者に対する急性期からの口腔機能管理を推進 →医師の負担軽減

- (現状)・摂食嚥下チームに歯科医師が参加していない場合も多く、急性期から歯科が介入する重要性が歯科医療従事者も含め、医療従事者に十分理解されているとは言い難い。
- ・ 歯科標榜がある病院は、病院全体の約2割程度であり、地域の歯科診療所の歯科医師との連携による対応が必要である。
 - ・ 一方で、歯科診療所の歯科医師は、脳卒中急性期患者への対応に慣れていないことが多く、急性期へ歯科介入は進んでいない。

事業内容(イメージ)

- 脳卒中急性期患者に対する、歯科専門職を含むチーム医療による早期の口腔機能管理の地域連携モデル事業
 - ・ 歯科標榜のある脳卒中急性期病院を核とした、地域の歯科診療所の歯科専門職に対する研修会等(脳卒中急性期患者に対する口腔機能管理を実践できる歯科専門職の育成)
 - ・ 脳卒中急性期患者に対するチーム医療における効果的・効率的な歯科専門職の介入・連携方法の検証
⇒ 歯科標榜の有無やチームを構成する職種の違い等、地域の状況に応じた介入方法の検討
 - ・ 脳卒中急性期患者に対する早期の口腔機能管理介入の効果の検証

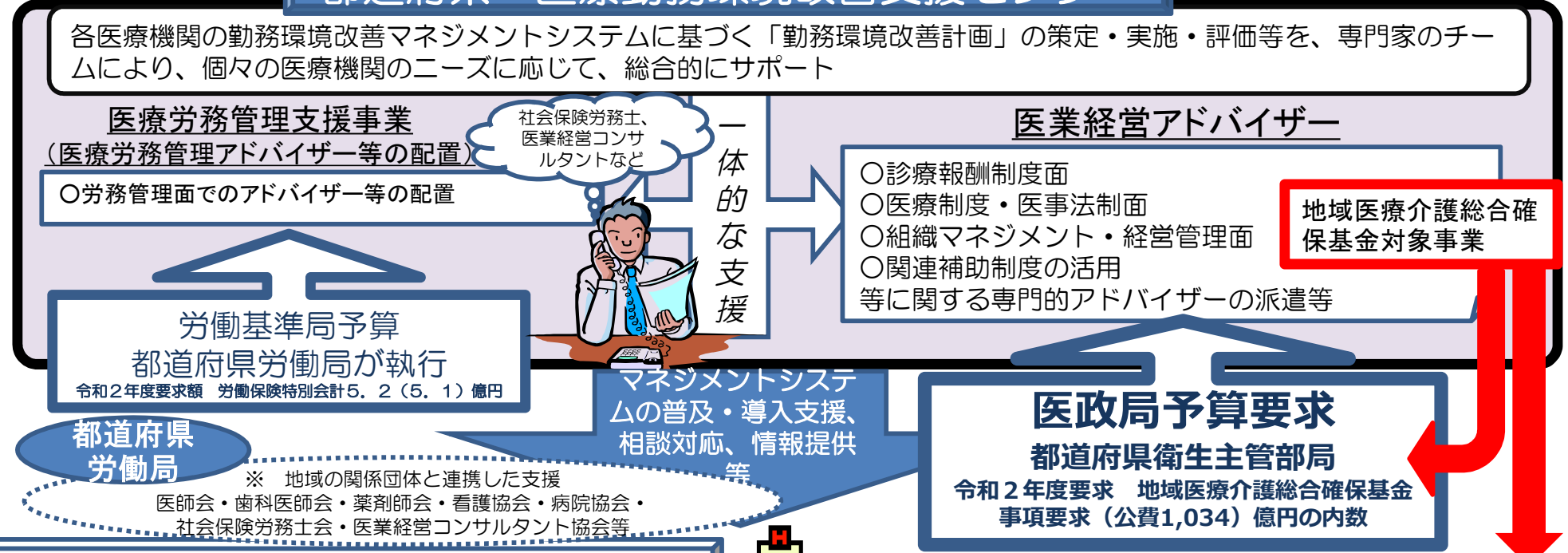


脳卒中リハのステージ	歯科医師・ 歯科衛生士の役割
【急性期】 発症直後の治療段階 → 廃用症候群予防 セルフケアの早期自立 	➢ 誤嚥性肺炎の予防・改善 ➢ 早期の安全な経口摂取の開始 ➢ 食べる楽しみ(QOL)の回復 等
【回復期】 リハビリテーション期 → 在宅復帰を前提とした チームによる集中的・包括的リハ 	➢ 「嚥める・食べられる口」への回復 ➢ 患者状態に応じた歯科治療 ➢ 患者の状態にあわせた食形態の検討、口腔機能管理 等
【維持期】 日常生活に戻る段階 → 獲得した能力を長年に維持 (通所・訪問リハ) 	口腔機能の維持・管理 等・
誤嚥性肺炎の予防 経口摂取の回復 食べる楽しみを通じた患者のQOL回復 在院日数の減少 等 	

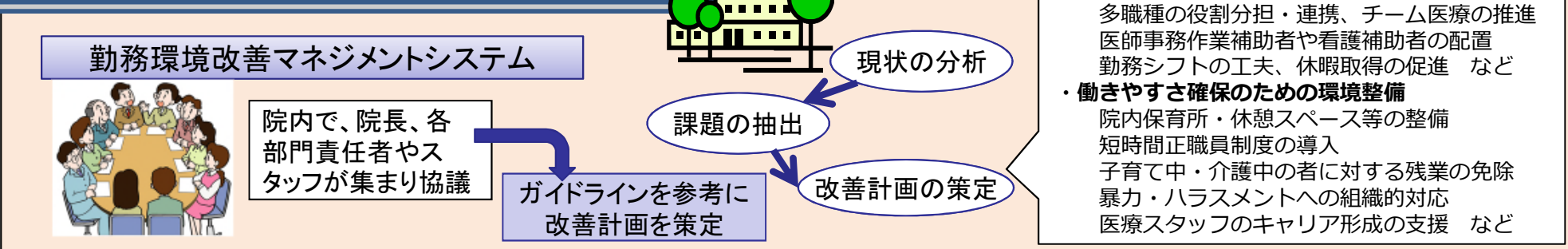
医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関への支援体制の構築 (平成26年10月1日施行)

【事業イメージ(全体像)】
医師・看護職等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、国の指針・手引きを参照して、各医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に向けた取組を行う仕組み(勤務環境改善マネジメントシステム)を創設するとともに、各都道府県に、こうした取組を行う医療機関に対する総合的・専門的な支援体制(医療勤務環境改善支援センター)を設置する。センター事業は地域の医療関係団体等による実施も可能。(都道府県の実情に応じた柔軟な実施形態が可能。)

都道府県 医療勤務環境改善支援センター



勤務環境改善に取り組む医療機関



医療従事者の確保・定着に向けた勤務環境改善のための取組

国民が将来にわたり質の高い医療サービスを受けるためには、長時間労働など厳しい勤務環境におかれている医療従事者の勤務環境の整備が喫緊の課題であることから、労務管理支援など、医療機関の勤務環境改善に向けた主体的な取組に対する支援の充実を図ることにより、医療従事者全体の勤務環境の改善に向けた取組の充実につなげる。

令和2年度要求額 672,650(603,869)千円

医療労務管理支援事業

516,209(512,788)千円

全国47都道府県の医療勤務環境改善支援センターに社会保険労務士などの労務管理の専門家(医療労務管理アドバイザー)を配置(※)し、医療機関からの各種相談に応じるとともに、医療機関の求めに応じ、医療労務管理アドバイザーを派遣し、医療従事者の勤務環境改善に向けた取組を支援する。

また、医療従事者の働き方改革に向けて、研修やセミナーなどを通じた法や制度の周知を図る。

(※)東京4名、大阪・愛知各3名
その他道府県2名



勤務環境改善に向けた調査研究事業

39,507(36,630)千円

医療従事者の勤務環境改善に資するため、以下の取り組みを行う。

- ・有識者による検討委員会の設置
- ・医療機関の勤務環境改善にかかる事例収集
- ・医療勤務環境改善マネジメントシステムの効果的な推進策を検討するためのモデル事業の実施
- ・医療機関の労働実態(時間外労働、夜勤、連続勤務等)を把握するため、全医療機関を対象とした実態調査



マネジメントシステムの普及促進等事業

93,081(30,598)千円

勤務環境改善に関する好事例、国による支援施策、医療機関が自主的に勤務環境の改善に取り組む際に活用できる支援ツールなどを掲載したHP(いきいき働く医療機関サポートWeb)を運営する。

また、医療勤務環境改善マネジメントシステムの普及・啓発のためのセミナーの開催、周知用リーフレットの作成・配布に加え、新たにインターネットバナー広告等による周知の強化を行う。

さらに、勤務環境改善に取り組み、成果を上げた医療機関の事例を収集し、動画等を作成・配信する。



医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

令和元年5月29日
中医協総会資料(改)

- 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理する。

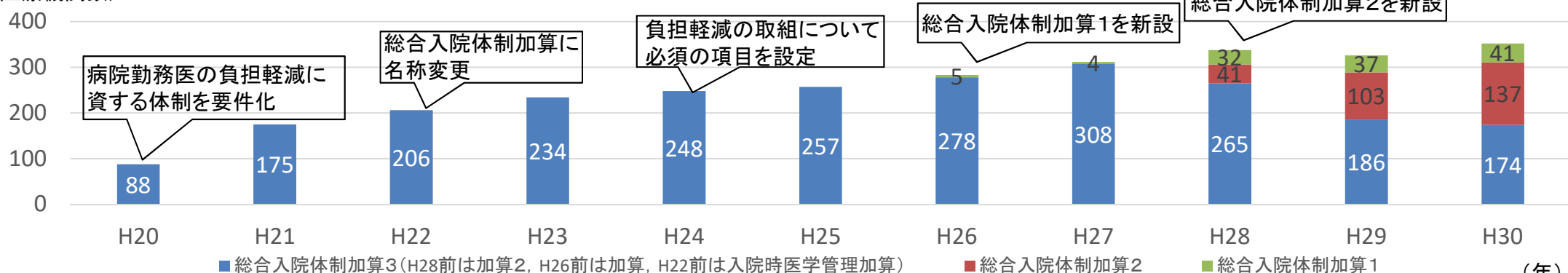
改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

病院に勤務する医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備。

- ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置。
- イ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際等、必要に応じて開催。
- ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。
- エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む。
- ① 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み(許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)
② 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい) ③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善 ⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減
- オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開。

(医療機関数)

総合入院体制加算の届出医療機関数



(年)

病院勤務医の事務負担の軽減

令和元年5月29日
中医協総会資料(改)

医師事務作業補助体制加算

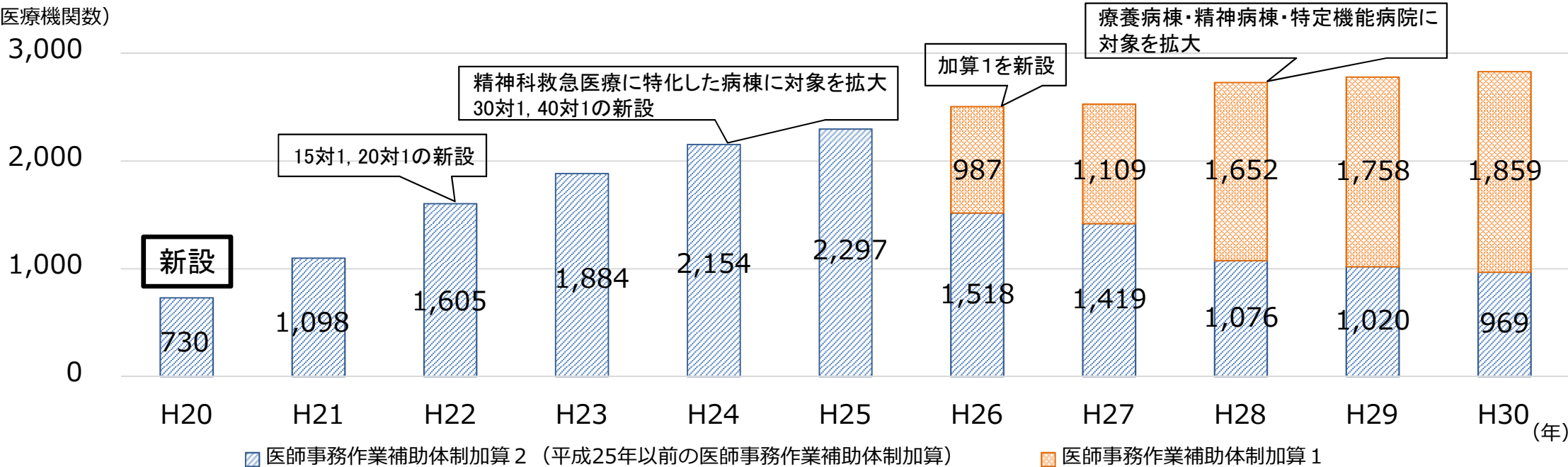
- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことが要件となっている。

※ 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



医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移

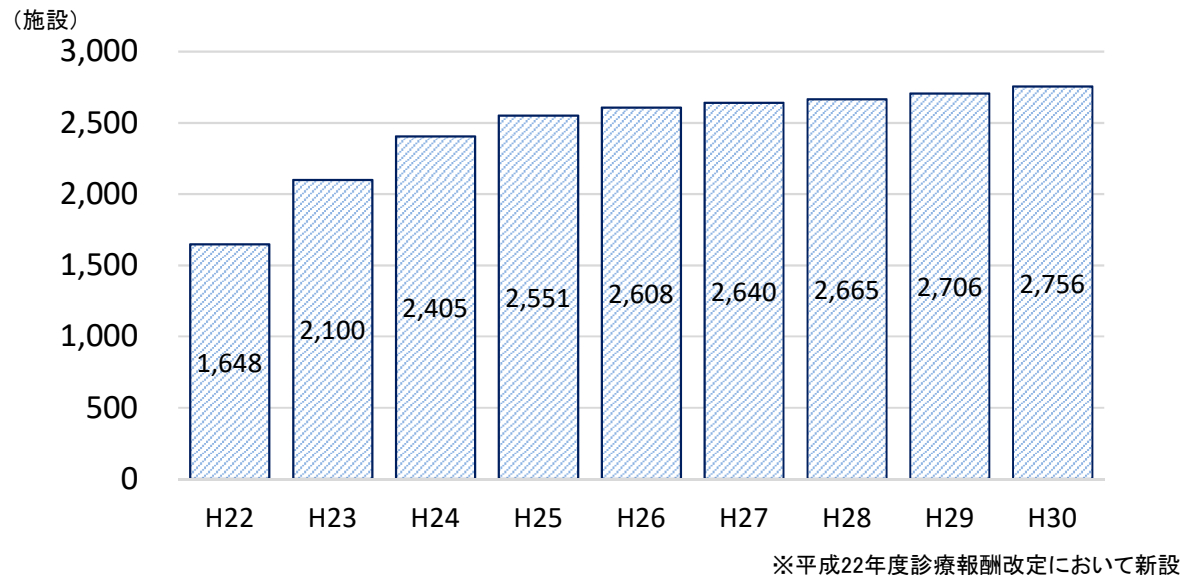


看護職員の負担軽減に係る主な加算の届出状況

令和元年5月29日
中医協総会資料(改)

○ 看護職員の負担軽減に係る主な加算の届出医療機関数は、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算ともに増加傾向である。

■ 急性期看護補助体制加算の届出医療機関数

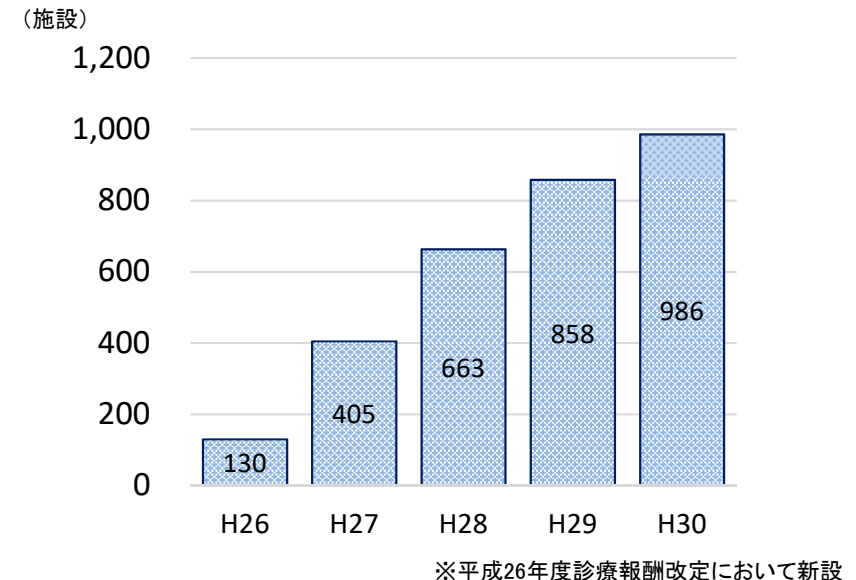


25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 210点
 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 190点
 50対1急性期看護補助体制加算 170点
 75対1急性期看護補助体制加算 130点

<施設基準>

- ・緊急入院患者数200名／年以上又は総合周産期母子医療センター設置
- ・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
- ・看護補助者の院内研修1回／年、業務内容・業務範囲の見直し1回／年
- ・看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制を整備 等

■ 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Ⅰ 95点
 看護職員夜間12対1配置加算Ⅱ 75点
 看護職員夜間16対1配置加算Ⅰ 55点
 看護職員夜間16対1配置加算Ⅱ 30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Ⅱ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Ⅰのみ) 等

薬剤師の病棟における業務に対する評価

平成24年度診療報酬改定において新設

- 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

病棟薬剤業務実施加算1 100点(週1回)

[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、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

平成28年度診療報酬改定において新設

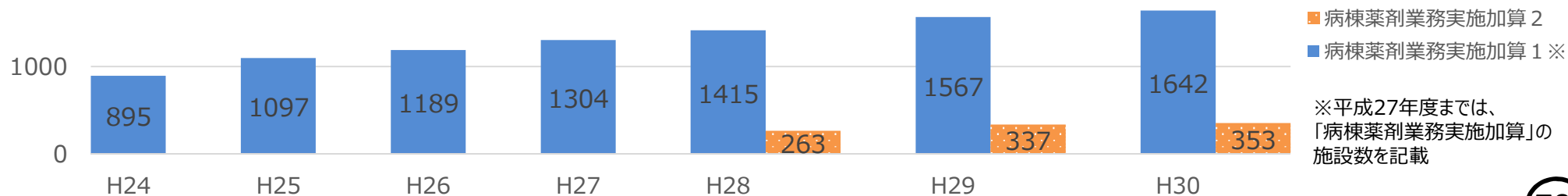
- 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

病棟薬剤業務実施加算2 80点(1日につき)

[主な算定要件]

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。

(参考) ■ 病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数
2000(施設)



調剤報酬（その1）

調剤報酬（その１）

- 1． 薬局、薬剤師の概況
- 2． 薬局に関する指摘事項等
- 3． 平成30年度調剤報酬改定の主な事項
- 4． 調剤料①（薬局における調剤業務という視点での検討）
 - ※ 調剤基本料、薬学管理料については、次回以降に議論予定

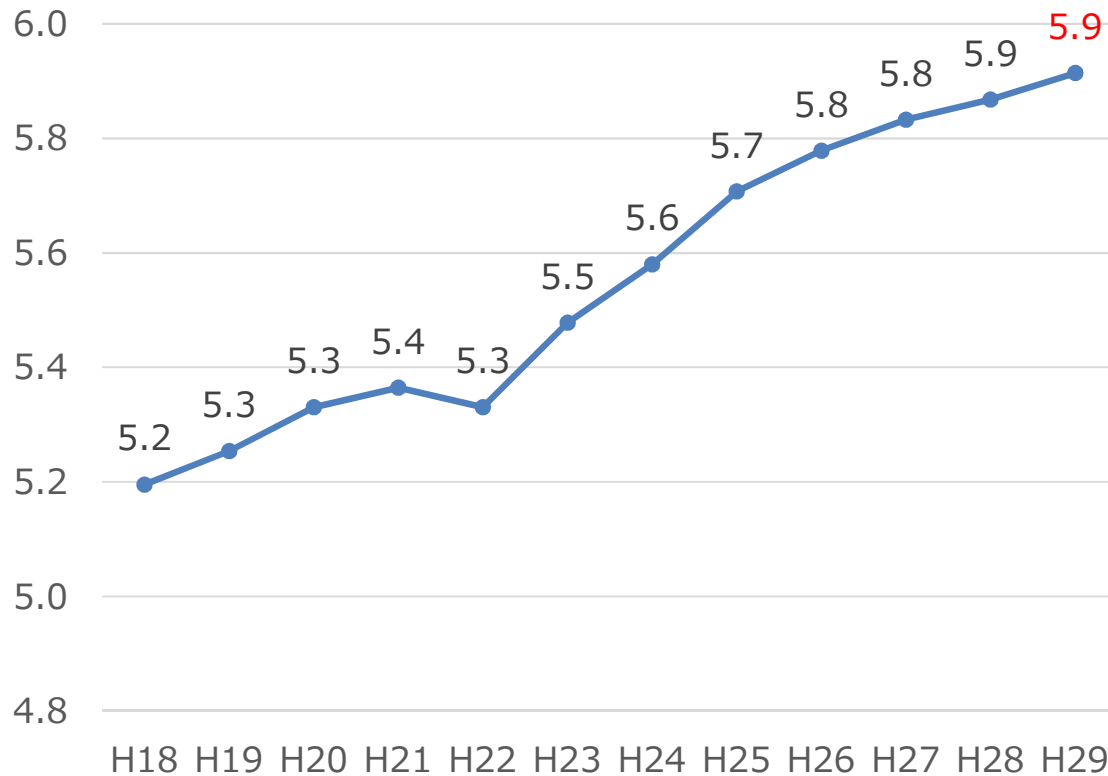
調剤報酬（その１）

1. 薬局、薬剤師の概況
2. 薬局に関する指摘事項等
3. 平成30年度調剤報酬改定の主な事項
4. 調剤料①（薬局における調剤業務という視点での検討）
 - ※ 調剤基本料、薬学管理料については、次回以降に議論予定

薬局数の推移等

- 薬局数は増加している（平成29年度は約5.9万）。
- 20店舗以上を経営する薬局の割合は増加傾向にある。一方、個人又は1店舗の薬局の割合は減少傾向にある。

薬局数の推移（万）

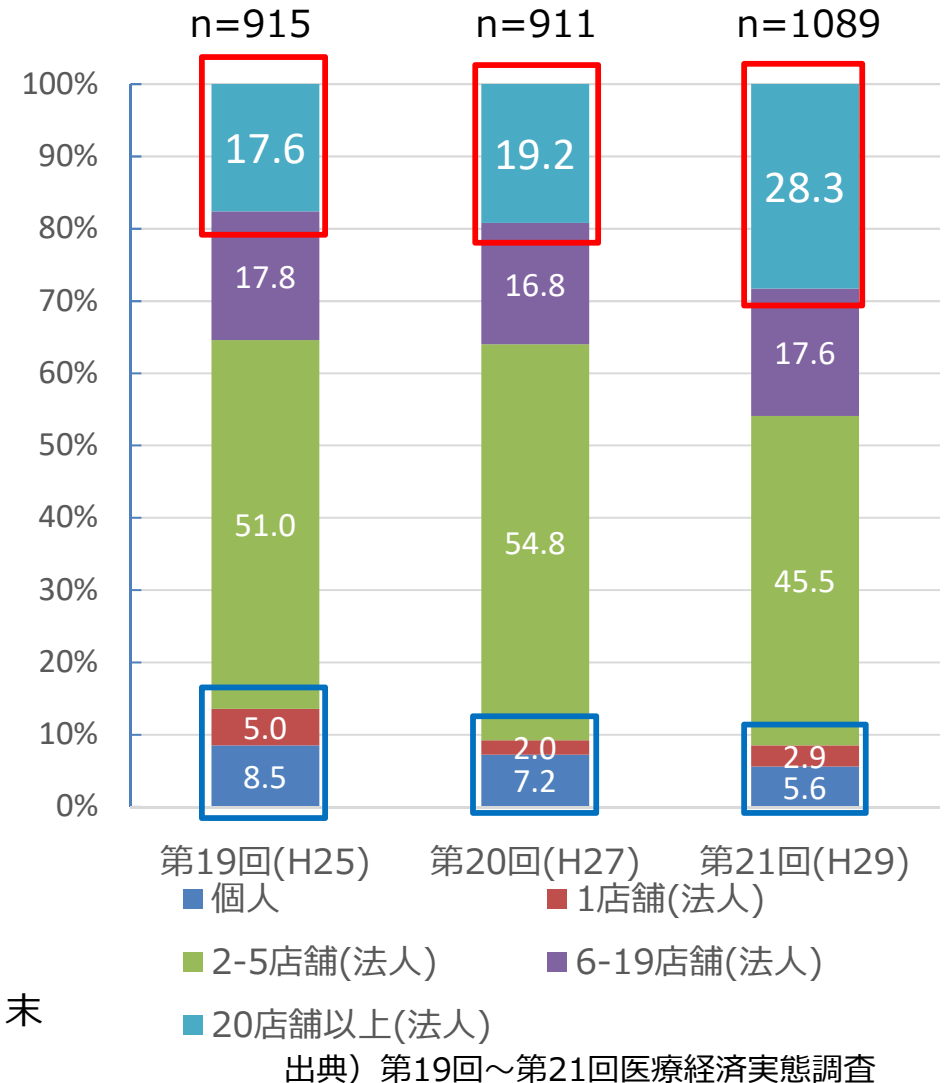


※宮城県及び福島県の一部は集計されていない。

出典）衛生行政報告例

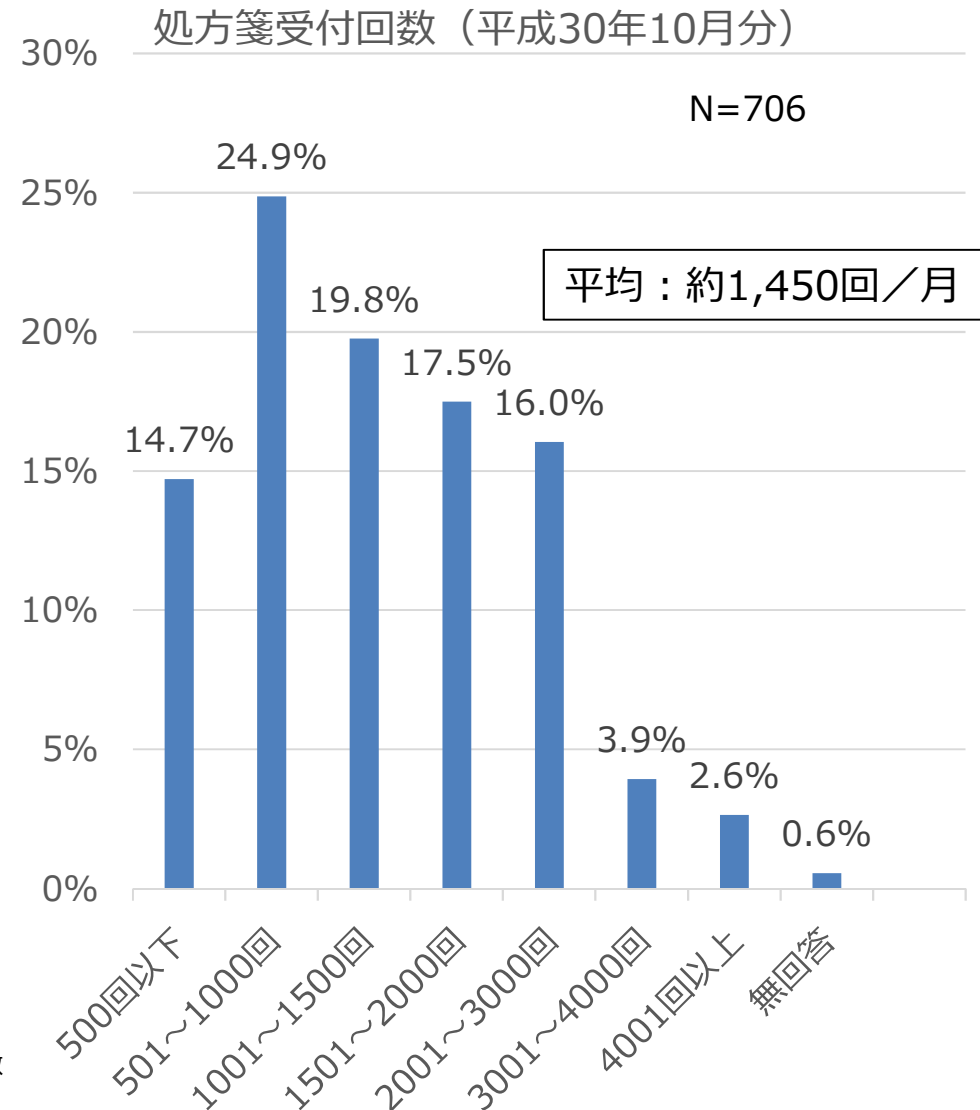
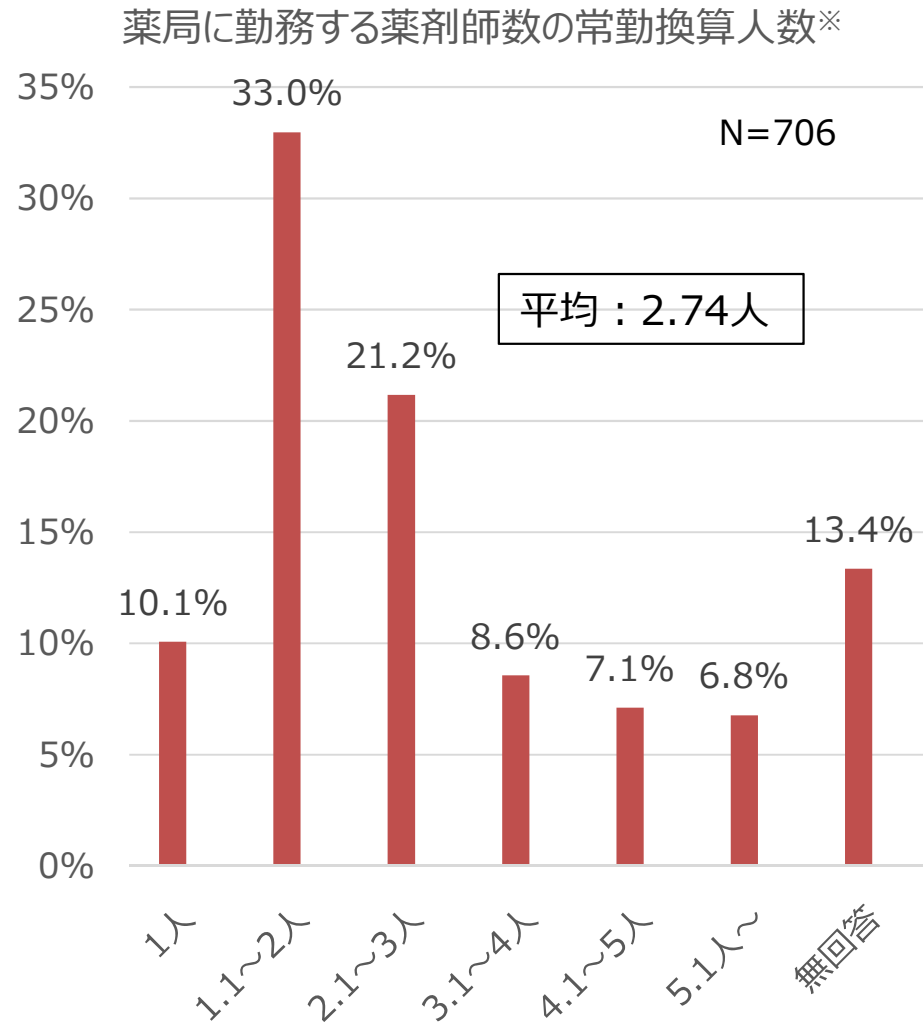
参考：一般診療所101,505施設、病院8,439施設（平成29年1月末
日現在：平成28年医療施設調査）

同一法人の薬局の店舗数の推移



薬局の店舗あたりの薬剤師数（常勤換算）、1ヶ月間の処方箋受付回数

- 1店舗あたりの薬剤師数（常勤換算）は平均で2.74人で、「1.1～2人」の割合が最も多かった。
- 1ヶ月間の処方箋受付回数は平均で約1,450回で、「501～1000回」の割合が最も多かった。



※非常勤職員の常勤換算は、薬局の1週間の所定労働時間を基本として小数点第1位までで算出（小数点以下第2位を切り捨て）。

例：1週間の所定勤務時間が40時間の薬局で、週4日（各日5時間）勤務の非常勤職員1人いる場合
 非常勤職員数（常勤換算）＝（5時間×4日×1人）÷40時間（週所定労働時間）＝0.5人

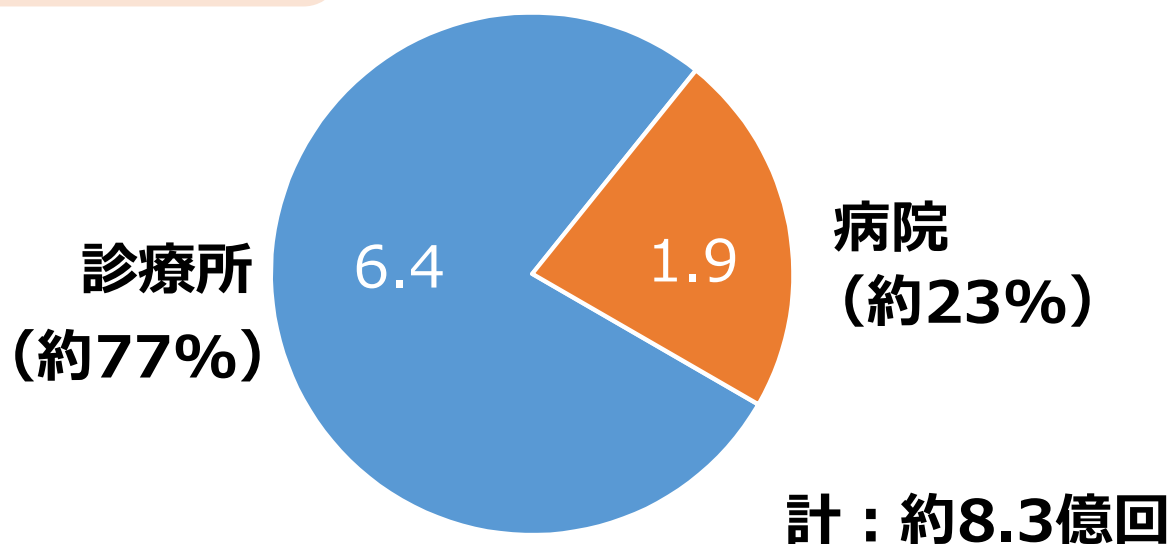
医療機関及び薬局の施設数、薬剤師数、処方箋発行枚数

- 薬局では、約5.9万施設に約17万人の薬剤師が従事。一方、病院では、約8,400施設に約5.2万人の薬剤師が従事。また、診療所では、約10.1万施設に約5,900人の薬剤師が従事。
- 処方箋の発行元は診療所が約8割。

1 施設数、薬剤師数



2 年間処方箋受付回数（億回）



出典：以下の情報に基づき医療課において作成

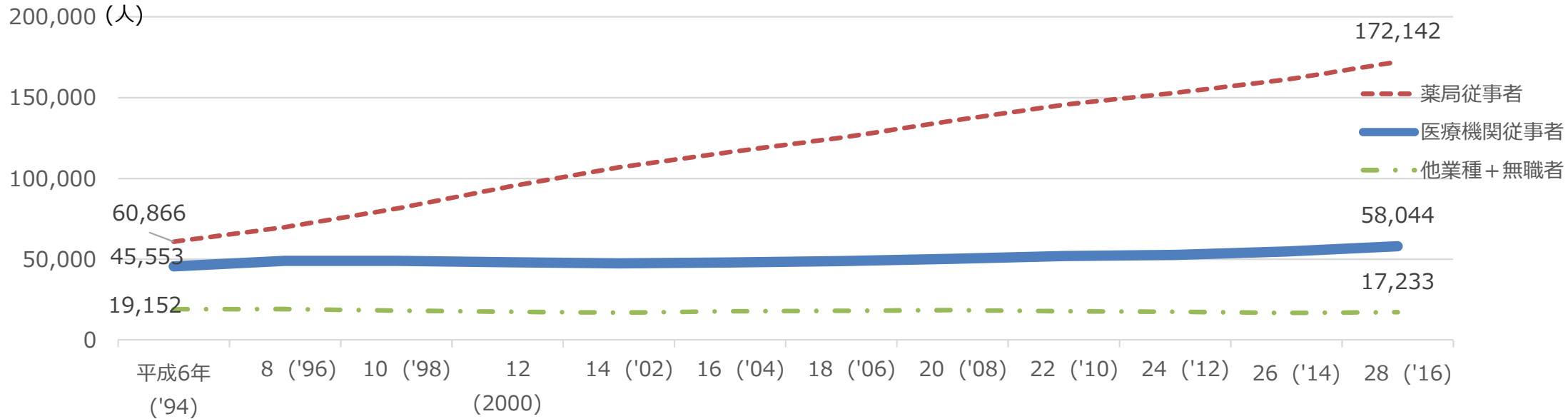
①医療機関の施設数：医療施設（静態・動態）調査（平成29年度）、②薬局の施設数：衛生行政報告例（平成29年度）、③薬剤師数：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年度）、④処方箋発行枚数：調剤医療費（電算処理分）の動向（平成29年度）

薬剤師数の業務種別推移と年齢階級別の割合

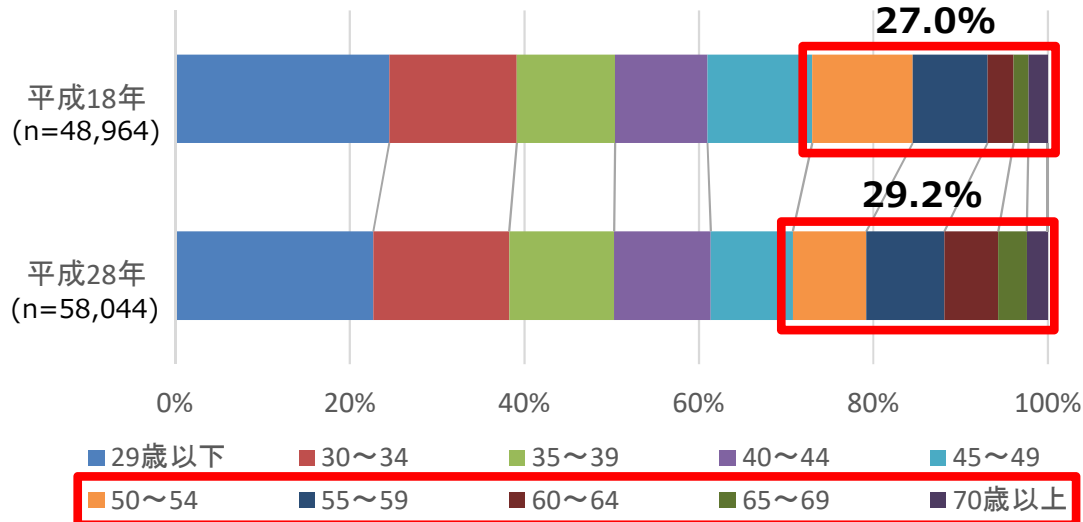
中医協 総 - 2 - 1
元 . 5 . 2 9

- 医療機関に従事する薬剤師の増加は緩やか。
- 平成18年と28年の比較において、医療機関及び薬局に従事している50歳以上の薬剤師の割合は若干増えている。

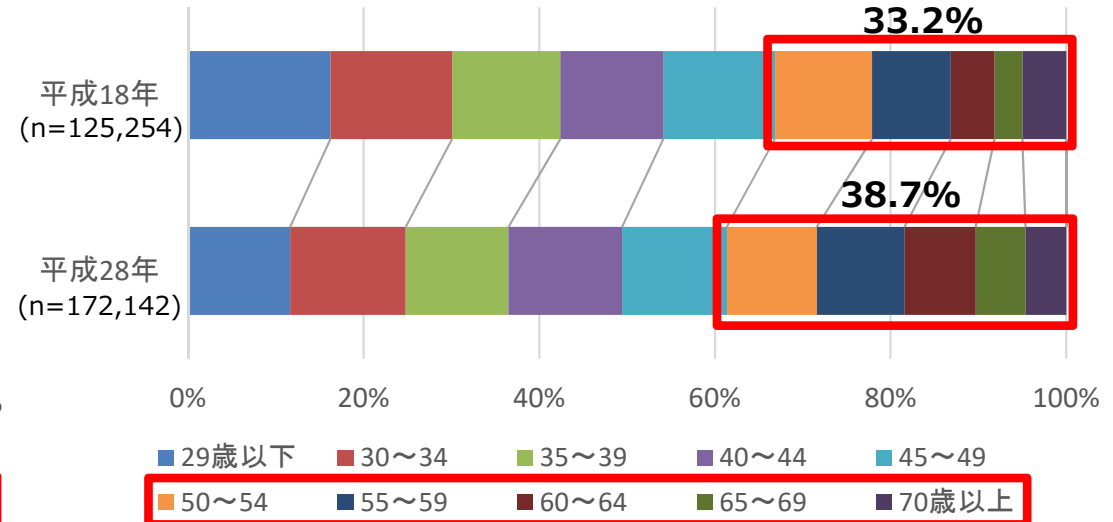
■ 業務種別の薬剤師数（実人数）



■ 医療機関に従事している薬剤師の年齢階級別割合



■ 薬局に従事している薬剤師の年齢階級別割合



業務種別の薬剤師数（詳細）

参考

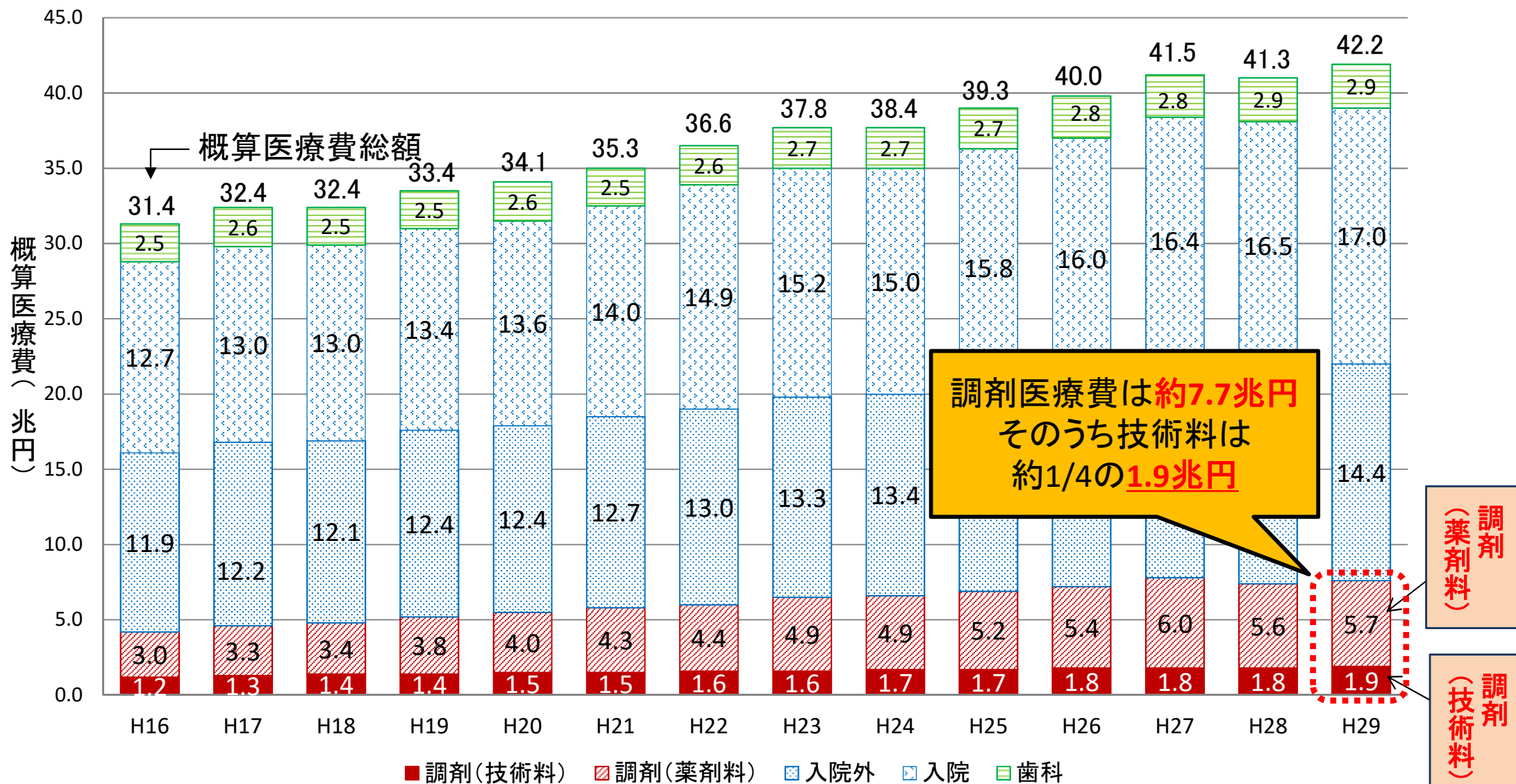
平成28(2016)年12月31日現在

	総数 ¹⁾	薬局	病院	診療所	大学	医薬品 関係企業	衛生行政機 関又は保健 衛生施設	その他の者
総数	301,323	172,142	52,145	5,899	5,046	42,024	6,813	17,233
29歳以下	39,494	20,009	13,033	136	583	3,898	962	872
30～39歳	76,714	42,761	15,528	491	1,227	10,432	2,347	3,927
40～49歳	71,949	42,830	10,916	969	1,236	11,097	1,568	3,331
50～59歳	60,514	34,829	8,222	1,857	1,154	10,072	1,483	2,895
60～69歳	38,409	23,744	3,773	1,711	792	4,636	411	3,338
70歳以上	14,243	7,969	673	735	54	1,889	42	2,870
平均年齢	46.0歳	46.5歳	40.7歳	56.8歳	46.1歳	46.8歳	42.3歳	53.0歳

注：1)「総数」には、「施設の種別」の不詳を含む。

調剤医療費の推移

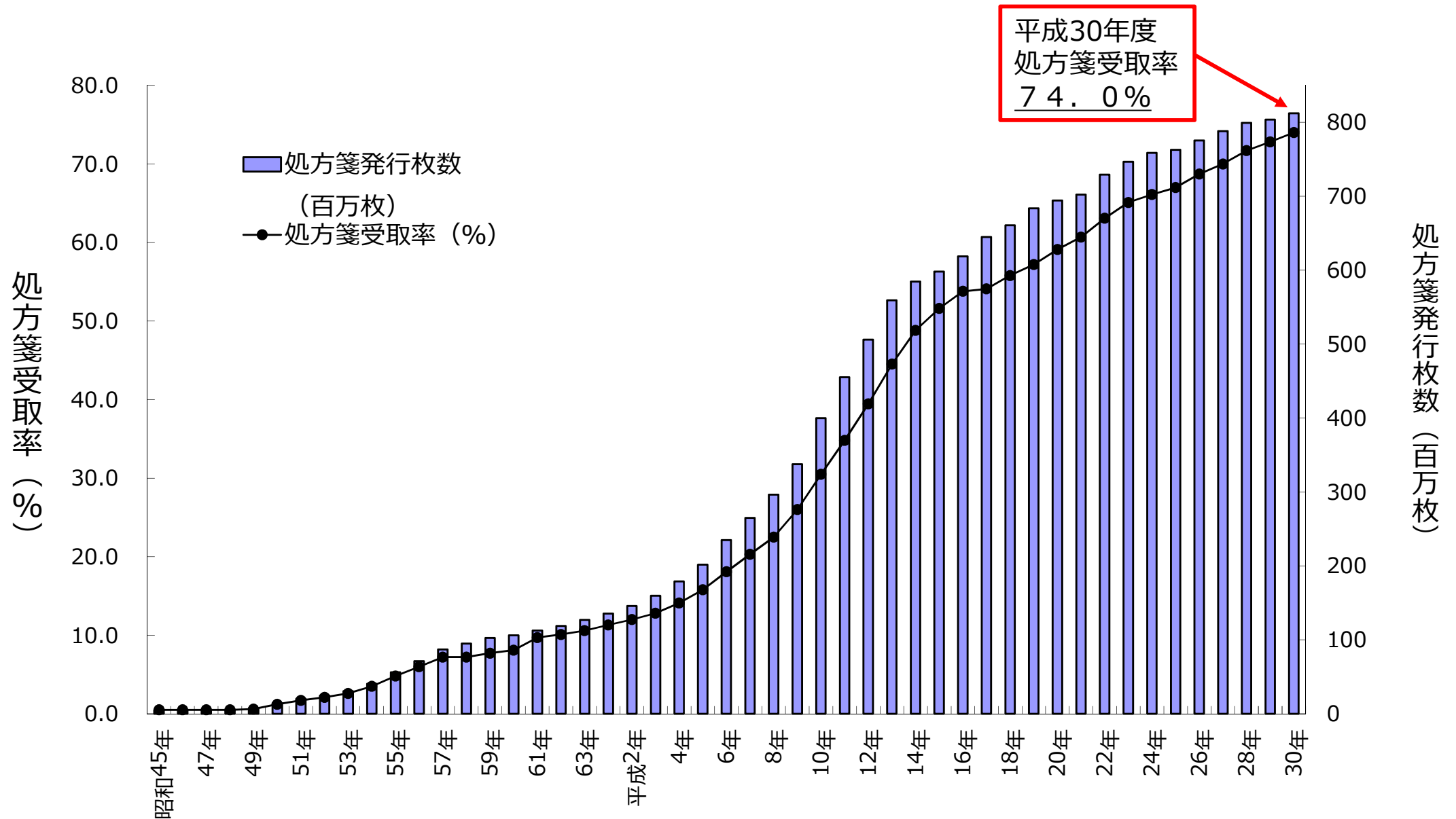
- 平成29年度の概算医療費は約42.2兆円であった。
- 調剤医療費は約7.7兆円で、その内訳は、薬剤料が約5.7兆円、技術料が約1.9兆円であった。



※医科(入院外、入院)及び歯科には、薬剤料が含まれる。

処方箋受取率の年次推移

○ 平成30年度の処方箋発行枚数は約 8 億枚で、処方箋受取率は74.0%。



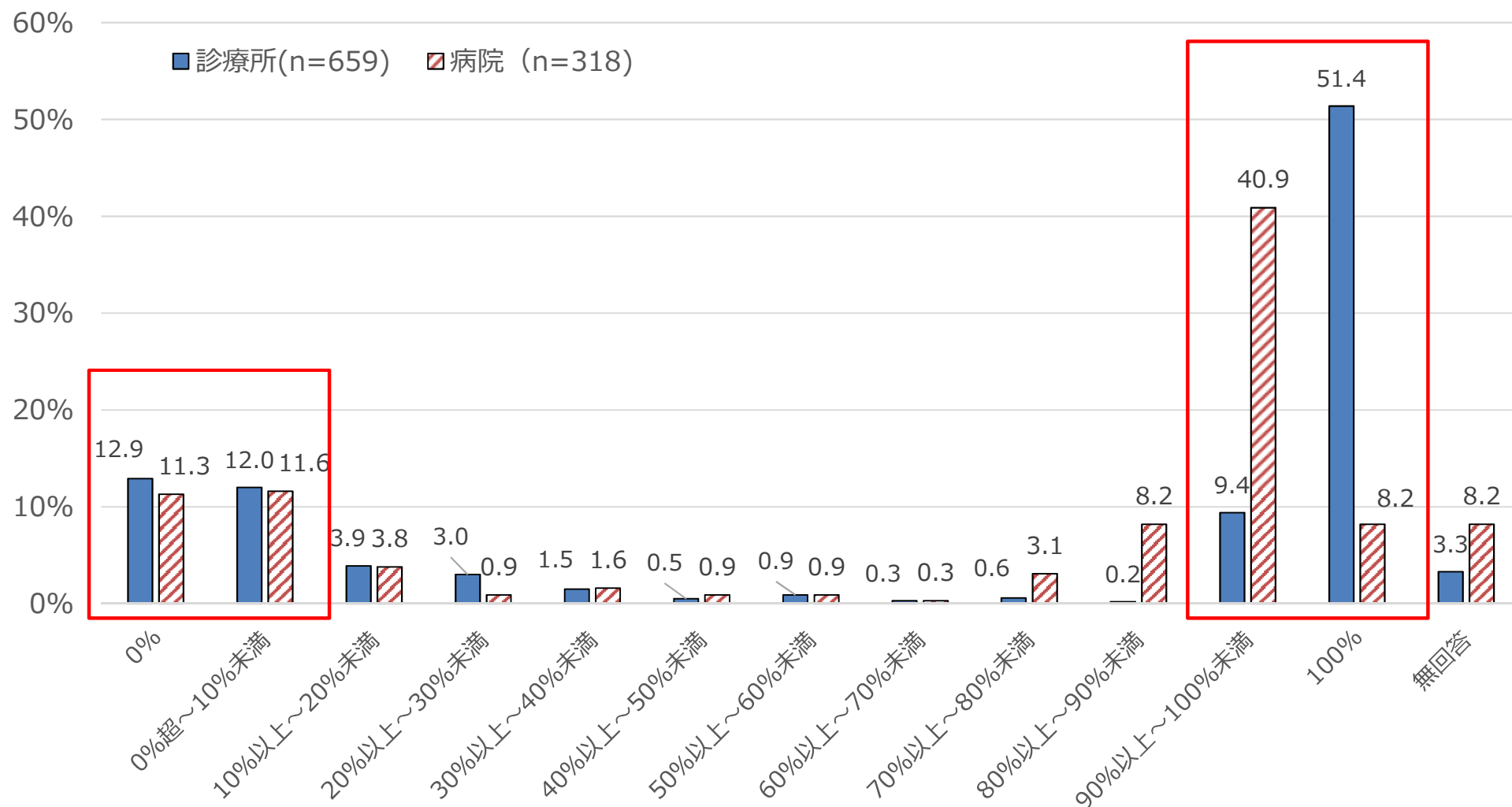
※処方箋受取率 (%) = $\frac{\text{処方箋枚数(薬局での受付回数)}}{\text{医科診療(入院外)日数} \times \text{医科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$

出典: (公社)日本薬剤師会「保険調剤の動向

外来患者の院内・院外処方状況

- 院外処方の割合が90%以上と回答した医療機関は、診療所で約6割、病院で約5割であった（約5割の診療所では、院外処方の割合は100%。）。
- 院外処方の割合が10%以下と回答した医療機関は、診療所、病院のいずれも約2割であった。

外来の院外処方の割合



調剤報酬（その１）

1. 薬局、薬剤師の概況
2. 薬局に関する指摘事項等
3. 平成30年度調剤報酬改定の主な事項
4. 調剤料①（薬局における調剤業務という視点での検討）
 - ※ 調剤基本料、薬学管理料については、次回以降に議論予定

経済財政運営と改革の基本方針（いわゆる骨太の方針）（調剤報酬部分の抜粋）

平成28年	平成28年度診療報酬改定の影響について、調査・検証を行う。特に、かかりつけ薬剤師による服薬状況の一元的・継続的把握、服薬指導等への評価の新設を含む調剤報酬については、患者本位の医薬分業の実現の観点から、改定内容の「見える化」や効果の検証等を実施する。
平成29年	調剤報酬については、薬剤の調製などの対物業務に係る評価の適正化を行うとともに、在宅訪問や残薬解消などの対人業務を重視した評価を、薬局の機能分化の在り方を含め検討する。これらの見直しと併せて、様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精査し、それに応じた評価を更に進める。
平成30年	患者本位の医薬分業を実現し、地域において薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことができるよう、調剤報酬の在り方について引き続き検討する。
令和元年	調剤報酬について、2018年度診療報酬改定の影響の検証やかかりつけ機能の在り方の検討等を行いつつ、 <u>地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討</u> する。その際、 <u>医療機関及び薬局における調剤の実態や報酬体系を踏まえ、調剤料などの技術料について、2018年度診療報酬改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う</u> 。

医薬分業の今後のあり方について①

中	医	協	総	-	6
元	.	5	.	1	5

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

1. 医薬分業の現状

- （前略）厚生労働省の調査では、薬局において応需した処方箋のうち約2.8%について疑義照会が行われ、応需処方箋の約1.0%が処方変更につながっていることが示されるなど、一定の役割を果たしてきた。その一方で近年、これまで長らく薬局においては概して調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務が行われるにとどまり、薬剤師による薬学的管理・指導が十分に行われているとはいえず、そのような状況下での医薬分業については、患者にとってのメリットが感じられないとの指摘や、公的医療保険財源や患者の負担に見合ったものになっていないとの指摘がされるようになってきている。
- （前略）1970年代以降、診療報酬で処方箋料の引上げや薬価差解消等の措置がとられたこともあり、処方箋受取率は上昇を続け、現在では処方箋受取率7割、薬局数は5万9千を超えている。費用面では、調剤技術料は調剤報酬改定での引上げもあって直近で1.8兆円に達しており、収益を内部留保として積み上げている薬局もある。
- このような中で、厚生労働省は、平成27年に患者本位の医薬分業の実現に向けて「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進して、薬剤師の業務を対物業務から対人業務を中心とした業務ヘシフトさせ、薬剤師がその専門性を発揮するよう、医療保険制度等における対応も含めて施策を進めてきた。
- 今回、本部会では、薬剤師・薬局のあり方と併せて医薬分業のあり方に関して議論してきたが、医薬分業により、医療機関では医師が自由に処方できることや医薬品の在庫負担がないことに加え、複数の医療機関を受診している患者について重複投薬・相互作用や残薬の確認をすることで、患者の安全につながっているという指摘がある一方で、現在の医薬分業は、政策誘導をした結果の形式的な分業であって多くの薬剤師・薬局において本来の機能を果たせておらず、医薬分業のメリットを患者も他の職種も実感できていないという指摘や、単純に薬剤の調製などの対物中心の業務を行うだけで業が成り立っており、多くの薬剤師・薬局が患者や他の職種から意義を理解されていないという危機感がないという指摘、さらには、薬剤師のあり方を見直せば医薬分業があるべき姿になるとは限らず、この際院内調剤の評価を見直し、院内処方へ一定の回帰を考えるべきであるという指摘があった。このことは関係者により重く受け止められるべきである。

医薬分業の今後のあり方について②

中	医	協	総	-	6
元	.	5	.	1	5

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

2. 今後の地域における薬物療法の提供に当たっての患者支援のあり方

- （前略）患者は、外来、在宅、入院、介護施設など複数の療養環境を移行することから、療養環境に関わらず、医師と薬剤師が密に連携し、他の職種や関係機関の協力を得ながら、患者の服薬状況等の情報を一元的・継続的に把握し、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施することが重要となっている。
- （前略）がんの薬物療法に関して、経口薬が増加して外来で処方される機会が多くなっているなど、専門性が高い薬学的管理が継続的に必要となる薬物療法が提供される機会が増加している。このような状況に適切に対応するためには、臨床現場で専門性が高く、実践的な経験を有する医療機関の薬剤師が中心的な役割を果たしつつも、地域の実情に応じて、一定の資質を有する薬局の薬剤師が医療機関の薬剤師と連携しながら対応することが望ましいと考えられる。
- （前略）薬剤師・薬局が経済的な利益の追求や効率性にのみ目を奪われ、このような機能を果たさず、調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務にとどまる場合には、患者にとってメリットが感じられないものとなり、今後の患者に対する医薬分業の地域医療における意義は非常に小さくなると言わざるを得ない。
- 本部会での議論では、現在の薬局薬剤師と比較して、医療機関の薬剤師は医療への貢献度が他の職種から見てもわかりやすく、その役割が見える存在になっている一方で、医療機関の薬剤師業務が十分評価されておらず、医療機関の薬剤師の総数が薬局の薬剤師に比較して増えていないとの指摘があった。
- 今後、薬局薬剤師と医療機関の薬剤師が連携して、外来や入退院時に患者情報等の共有を行いながら切れ目のない薬学的管理と患者支援を行うことが一層求められると考えられるが、そのためには、医療機関の薬剤師の役割はさらに重要になってくる。

医薬分業の今後のあり方について③

中	医	協	総	-	6
元	.	5	.	1	5

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

3. おわりに

- 本部会では、今回、薬剤師・薬局のあり方と医薬分業のあり方に関して幅広く議論してきたが、これには、薬剤師法や薬機法上の措置のほか、医療保険制度や介護保険制度における報酬上の措置、医療法における医療計画上の措置など関連制度が密接に関係する。そのため、それら関連制度の検討に当たっては、今回の本部会での議論を踏まえることが期待される。
- （前略）医療保険制度における対応においては、平成28年度改定以降の調剤報酬改定において、患者本位の医薬分業となるよう、累次にわたる改定で見直しを進めるとされたが、今回の制度部会での議論も十分踏まえ、患者のための薬局ビジョンに掲げた医薬分業のあるべき姿に向けて、診療報酬・調剤報酬において医療機関の薬剤師や薬局薬剤師を適切に評価することが期待される。

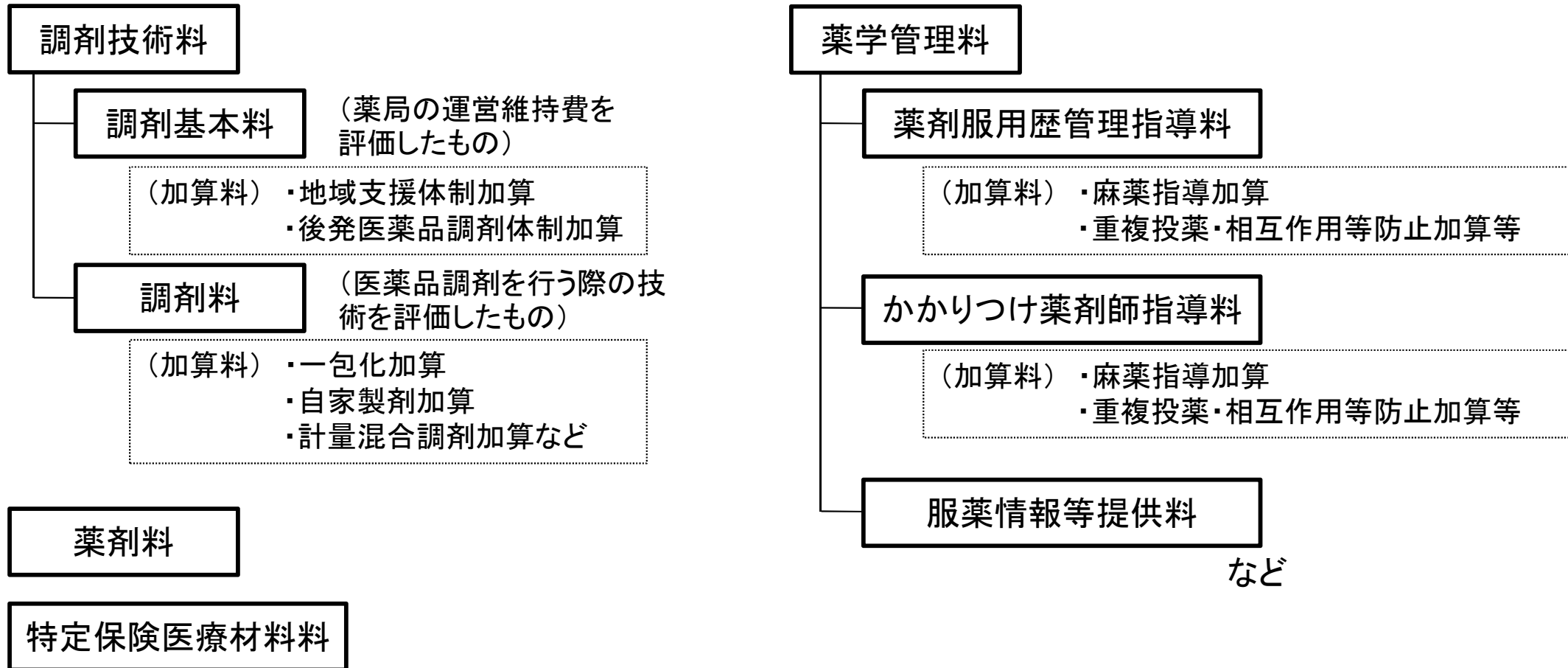
調剤報酬（その１）

- 1． 薬局、薬剤師の概況
- 2． 薬局に関する指摘事項等
- 3． 平成30年度調剤報酬改定の主な事項
- 4． 調剤料①（薬局における調剤業務という視点での検討）
 - ※ 調剤基本料、薬学管理料については、次回以降に議論予定

調剤報酬の体系

- 調剤報酬は、調剤基本料、調剤料、薬学管理料、薬剤料等から構成されている。

<調剤報酬の構成>



薬局における対人業務の評価の充実①

服用薬剤調整支援料

- 患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

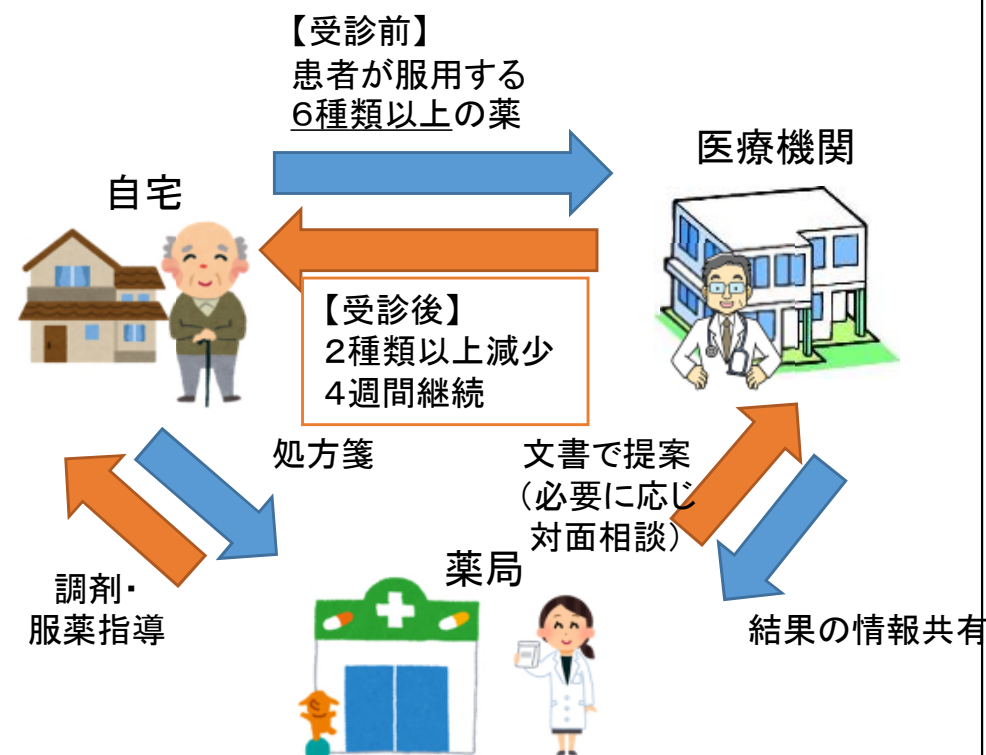
(新) 服用薬剤調整支援料

125点

[算定要件]

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

- (1) 当該保険薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上(うち少なくとも1種類は保険薬剤師が提案したもの)減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定
- (2) 服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
- (3) 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。
- (4) 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り新たに算定することができる。



	届出薬局数	算定回数
服用薬剤調整支援料	(届出不要)	189

(出典)

平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

薬局における対人業務の評価の充実②

服薬情報提供料

○ 服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

現行	
【服薬情報提供料】 服薬情報提供料	20点



改定後	
【服薬情報提供料】 服薬情報等提供料1 ※保険医療機関の求めがあった場合	30点
服薬情報等提供料2 ※患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合	20点

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



保険医療機関

医療機関へ文書等で情報提供

- ・患者の服用薬及び服薬状況
- ・患者の服薬指導の要点、患者の状態等
- ・患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報



保険薬局

患者等への情報提供や必要な指導

- ・医薬品緊急安全性情報や医薬品・医療機器等安全性情報等
- ・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導



患者

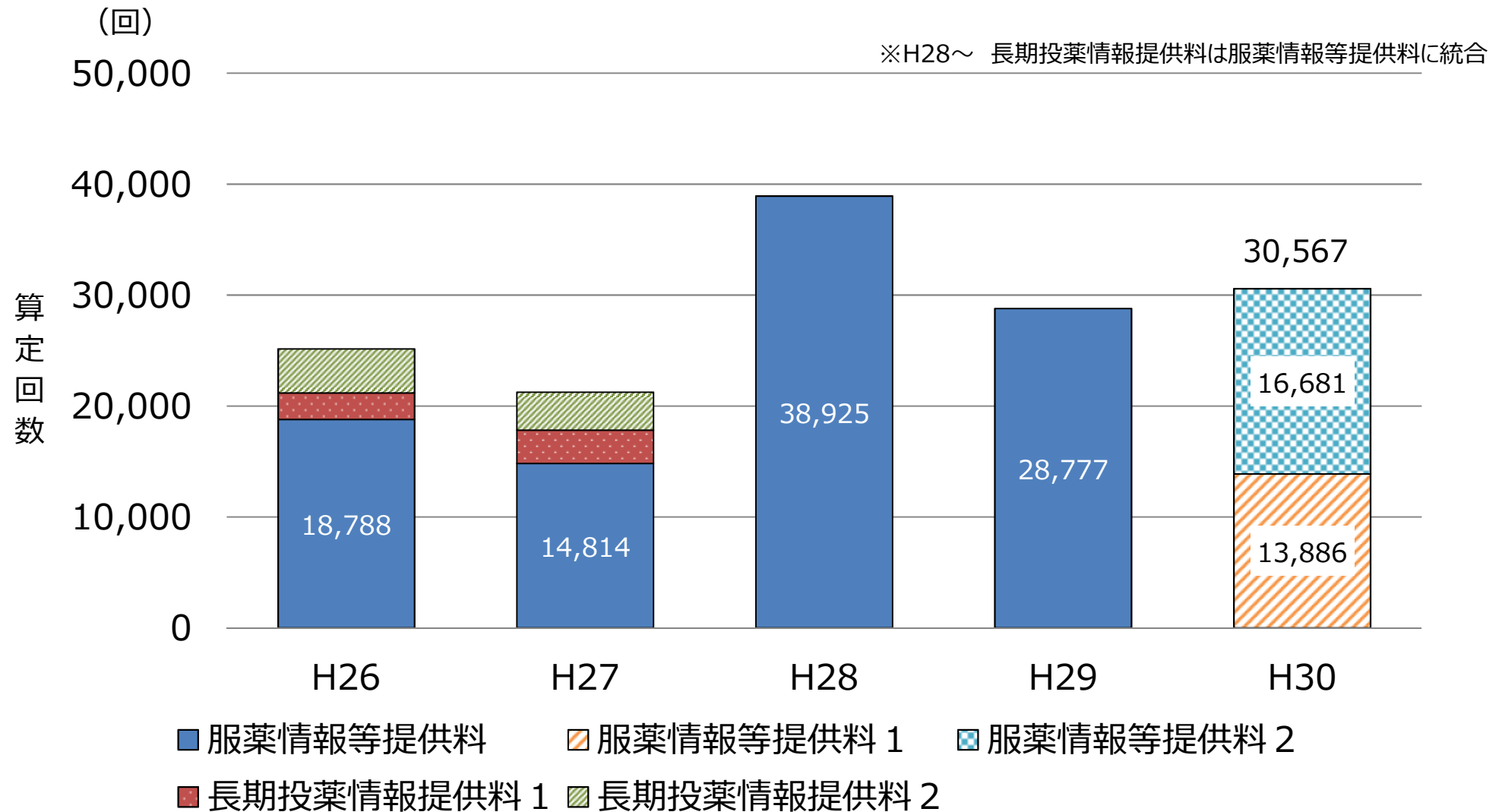
例えば、向精神薬の減薬の場合に副作用の発現状況のフォローを指示

※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

服薬情報等提供料の算定状況

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 1

- 服薬情報等提供料は、近年、1月あたり約3万回算定されている。



薬局における対人業務の評価の充実③

1. 重複投薬・相互作用等防止加算

- 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について、残薬調整に係るものの以外の評価を見直す。

現行

【重複投薬・相互作用等防止加算】	30点
薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。	
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	30点

改定後

【重複投薬・相互作用等防止加算】	
薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
イ 残薬調整に係るものの以外の場合	40点
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	
イ 残薬調整に係るものの以外の場合	40点
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点

重複算定は不可

2. 乳幼児服薬指導加算

- 乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

現行

【乳幼児服薬指導加算】	10点
6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。	

改定後

【乳幼児服薬指導加算】	
6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、 <u>12点</u> を所定点数に加算する。	

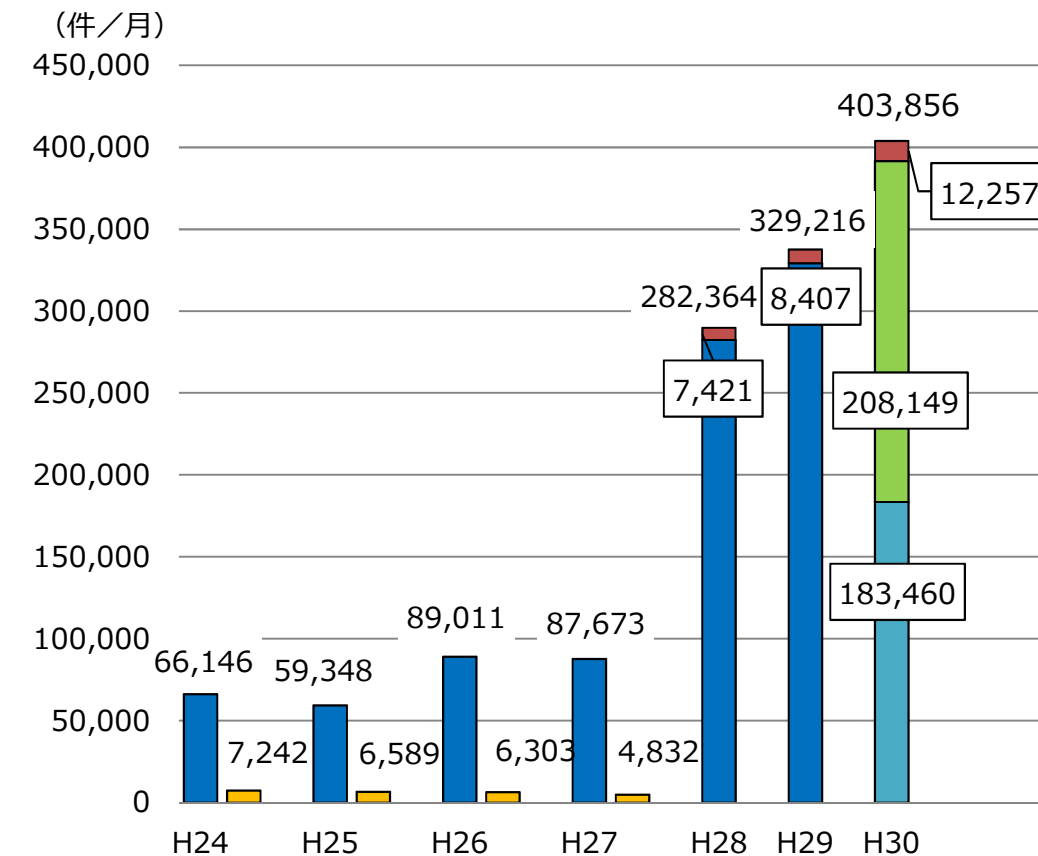
重複投薬、残薬解消に関する取組の実態

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 1

○ 重複投薬・相互作用等防止加算及び外来服薬支援料の算定回数は増加傾向にある。

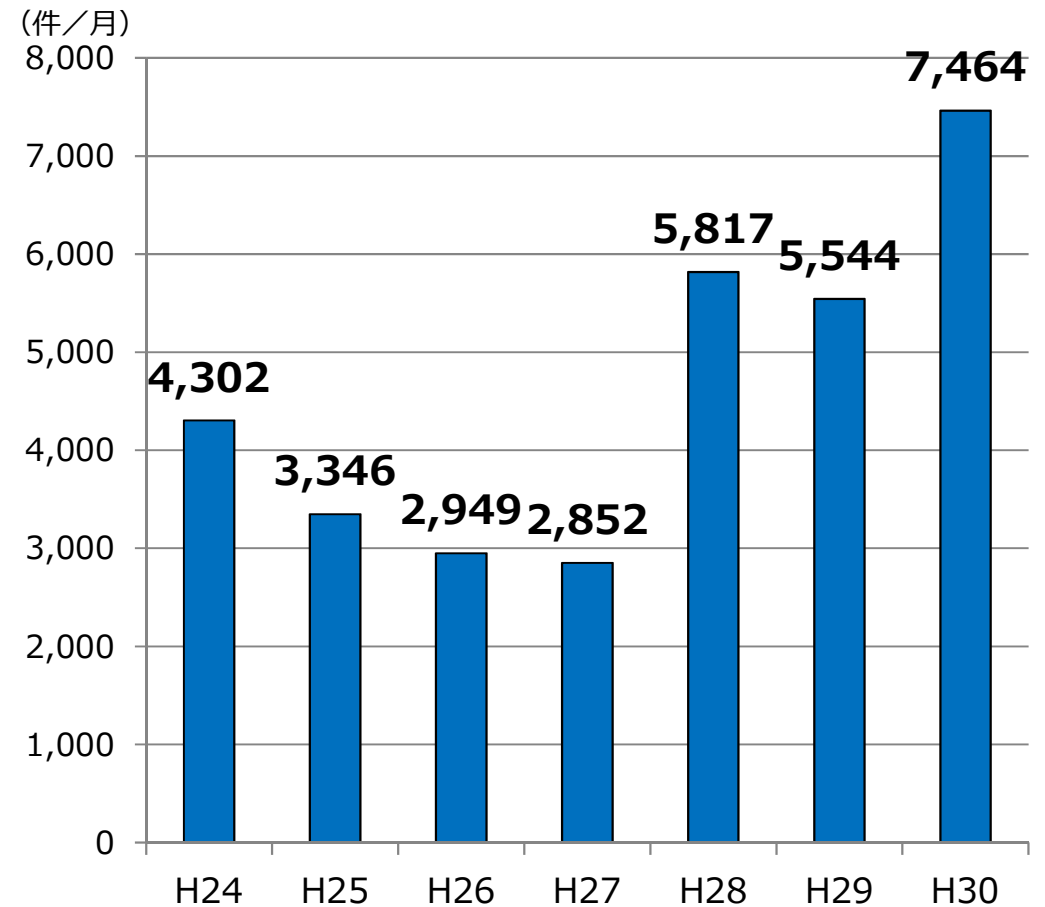
➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む



■ 処方変更あり ■ 処方変更なし ■ 残薬調整以外 ■ 残薬調整
■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（平成30年度は残薬調整以外及び残薬調整分を含む）

➤ 外来服薬支援料の算定回数



薬局における対人業務の評価の充実④

薬剤服用歴管理指導料

- 薬剤服用歴の記録の記載等の見直しとともに薬剤服用歴管理指導料等について評価を見直す。

現行

【薬剤服用歴管理指導料】

- | | |
|---------------------------|-----|
| 1 原則6月以内に処方箋を持参した患者に行った場合 | 38点 |
| 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 | 50点 |
| 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 | 38点 |

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50点を算定する。

改定後

【薬剤服用歴管理指導料】

- | | |
|-----------------------------|------------|
| 1 原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 | <u>41点</u> |
| 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 | <u>53点</u> |
| 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 | <u>41点</u> |

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、53点を算定する。

調剤料

- 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料を見直す。

現行

15日分以上 21日分以下の場合	70点
22日分以上 30日分以下の場合	80点
31日分以上の場合	87点

改定後

15日分以上 21日分以下の場合	<u>67点</u>
22日分以上 30日分以下の場合	<u>78点</u>
31日分以上の場合	<u>86点</u>

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

○ 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

改定前

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 70点

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 270点

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 50点/38点



改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 73点

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 280点

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 53点/41点

かかりつけ薬剤師の要件

かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

かかりつけ薬剤師指導料

73点(1回につき)

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[算定要件]

- ① 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得た上で、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。
- ② 同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、その旨を薬剤服用歴に記載する。
- ③ 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行う。患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定できる。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が指導等を行った場合は当該指導料を算定できない(要件を満たせば、薬剤服用歴管理指導料は算定できる。)
- ④ 手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載する。
- ⑤ 担当患者に対して以下の業務を実施すること。
 - ア 薬剤服用歴管理指導料に係る業務
 - イ 患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬等の情報を把握
 - ウ 担当患者から24時間相談に応じる体制をとり、患者に開局時間外の連絡先を伝え、勤務表を交付(やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師でも可)
 - エ 調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案
 - オ 必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理等を実施
 - カ 必要に応じ、患者の同意を得て、患者が入手している血液・生化学検査結果の情報を参考に薬学的管理及び指導を実施

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

(1) 以下の経験等を全て満たしていること。

ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。

イ 当該保険薬局に週32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあつては、週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務していること。

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。

(2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。

(3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

※平成30年度改定における主な変更点は赤字部分

かかりつけ薬剤師の推進

かかりつけ薬剤師の適切な推進

- 当該指導料を算定しようとする薬剤師本人が次に掲げる全ての事項を説明した上で、患者の同意を得る。
 - ア かかりつけ薬剤師の業務内容
 - イ かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等
 - ウ かかりつけ薬剤師指導料の費用
 - エ 当該指導料を算定しようとする薬剤師が、当該患者がかかりつけ薬剤師を必要とすると判断した理由
- 患者に同意書へのかかりつけ薬剤師に希望する事項及び署名の記載を求める。
- かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供する。
- 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行う。

同意書の様式(例)

かかりつけ薬剤師指導料について

《かかりつけ薬剤師が実施すること》

- 1 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
- 2 お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
- 3 お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
- 4 処方医や地域の医療に関わる他の医療者(看護師等)との連携を図ります。
- 5 開局時間内／時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
- 6 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
- 7 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
- 8 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
- 9 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができます。
- 10 次回から、かかりつけ薬剤師指導料を算定します。

《薬学的観点から必要と判断した理由》(薬剤師記入欄)

《かかりつけ薬剤師に希望すること》(患者記入欄)

- | | |
|---|---|
| ☐ 薬の一元的・継続的な把握 | ☐ 他の医療関係者との連携 |
| ☐ 薬の飲み合わせなどのチェック | ☐ 飲み残した場合の薬の整理 |
| ☐ 薬に関する丁寧な説明 | ☐ 調剤後のフォロー |
| ☐ 時間外の電話相談 | ☐ 在宅療養が必要になった場合の対応 |
| ☐ その他() | |

かかりつけ薬剤師()に関する情報

【経歴】

【認定薬剤師、専門薬剤師資格】

【修了した研修】

【論文、学会発表の実績】

【所属学会・団体、その他】

【連絡先】



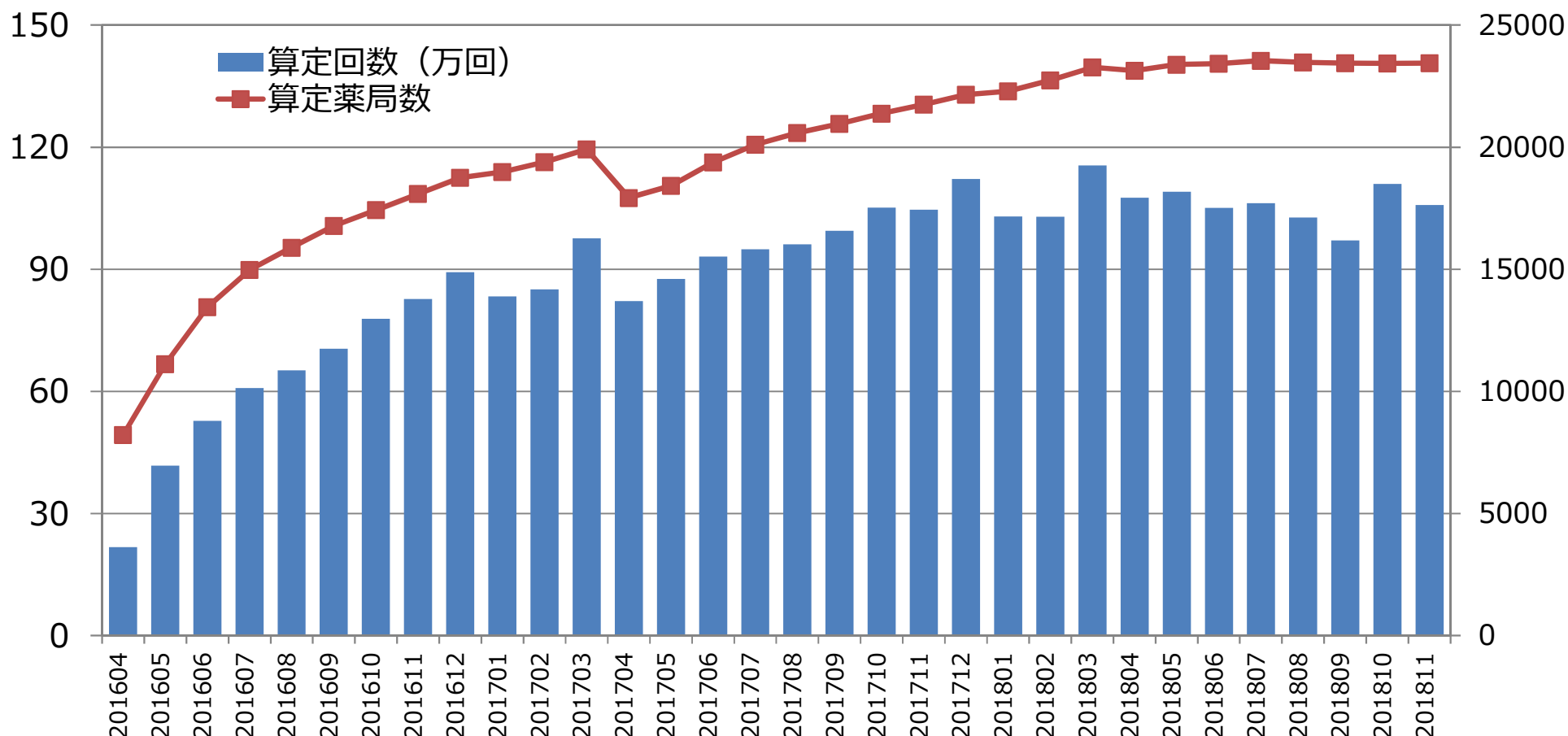
- かかりつけ薬剤師は、患者から血液検査などの結果の提供がある場合に、それを参考に薬学的管理・指導を行うことを明確化。
- かかりつけ薬剤師指導料等の算定実績がある場合に調剤基本料の特例対象から除く取扱いを廃止する。

かかりつけ薬剤師指導料の算定状況（2018年11月まで）

- かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数、算定薬局数は最近横ばい。平成30年11月の算定回数は、全処方箋枚数7,068万枚の1.50%に相当する。

算定回数（万回）

算定薬局数



〔出典〕「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課）特別集計

薬局における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発品の数量割合の基準を引き上げ、数量割合に応じた評価に見直す。

改定前	
後発医薬品調剤体制加算1(65%以上)	18点
後発医薬品調剤体制加算2(75%以上)	22点



改定後	
後発医薬品調剤体制加算1(<u>75%以上</u>)	18点
後発医薬品調剤体制加算2(<u>80%以上</u>)	22点
後発医薬品調剤体制加算3(<u>85%以上</u>)	<u>26点</u>

- 後発医薬品の数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

(新)後発医薬品の数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料の減算(20%以下) 2点減算

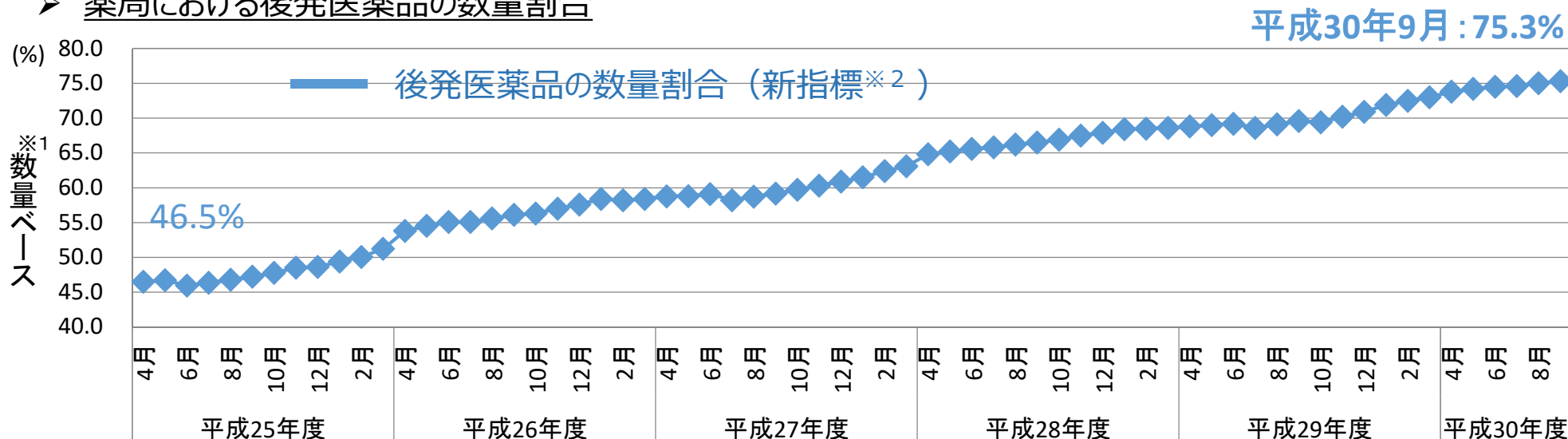
処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局は地方厚生局への報告が必要(年1回)

ただし、以下の場合には含まない。

- ① 処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局
- ② 当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ない場合

直近1ヶ月の処方箋受付回数のうち先発用医薬品変更不可のある処方箋の受付回数が5割以上

- 薬局における後発医薬品の数量割合

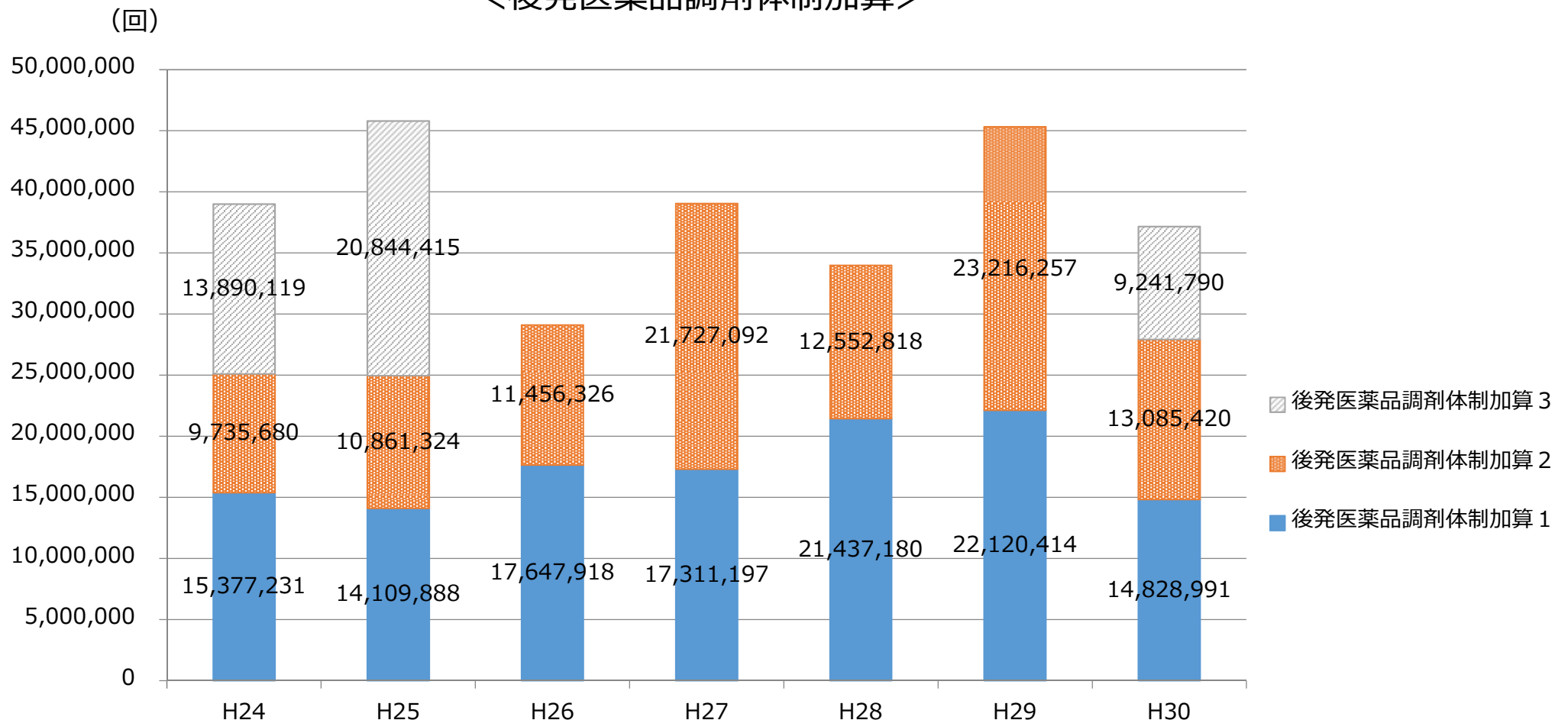


後発医薬品に係る診療報酬の算定状況（調剤）

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 1

- 後発医薬品調剤体制加算については、平成30年度診療報酬改定において、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げた。
- 平成30年度の後発医薬品使用体制加算の算定回数は、前年度より減少した。

＜後発医薬品調剤体制加算＞



いわゆる門前薬局等の評価の見直し①(特例の拡大)

- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方箋回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、
①特定の医療機関からの処方箋集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の
調剤基本料を引き下げる。また、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。

【薬局グループ】 ⇒ グループ全体の処方箋受付回数が月4万回超



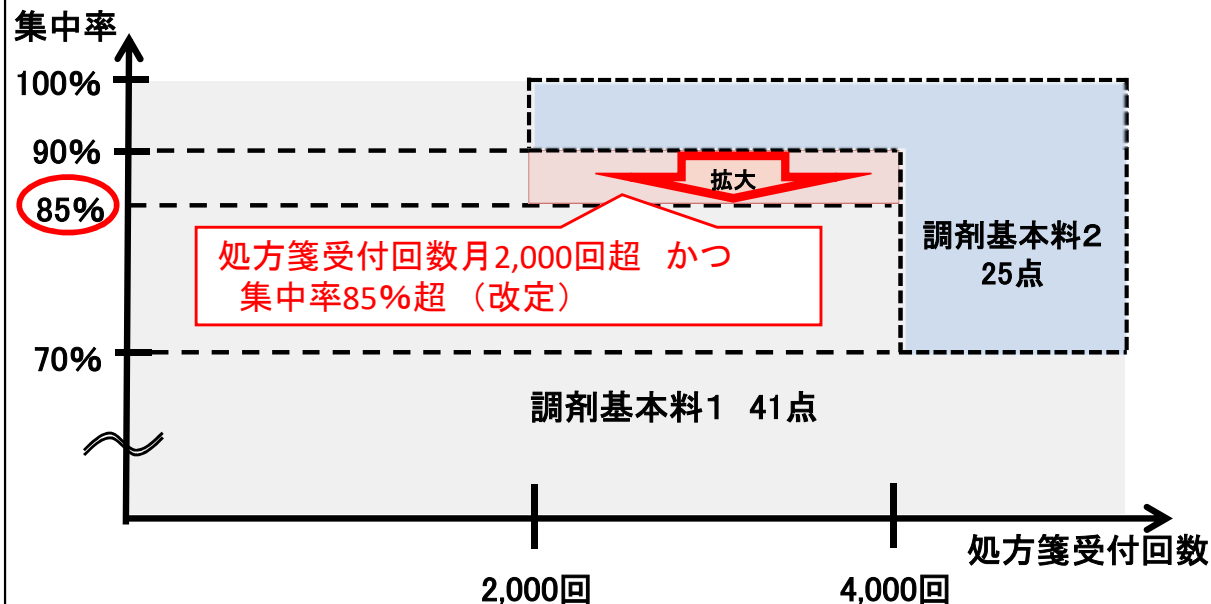
調剤基本料3-イ (グループ全体4万回超から40万回以下) 20点

- ①処方箋集中率が95%超の薬局 ⇒ **集中率が85%超の薬局(改正)**
- ②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局

(新) 調剤基本料3-ロ (グループ全体40万回超) 15点

- ①処方箋集中率が85%超の薬局
- ②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局

- 処方箋受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2 25点

- ・処方箋受付回数月4,000回超 かつ 集中度70%超
- ・処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中度90%超
- ⇒ **処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中度85%超 (改正)**

調剤基本料2 25点

- ・特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4,000回超 (集中度にかかわらず対象)

上記に以下の場合を追加

- ① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数が月4,000回を超える場合。
- ② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が月4,000回を超える場合。

いわゆる門前薬局等の評価の見直し②

同一敷地内薬局の評価の見直し

- 特定の医療機関との不動産取引の関係がある等のいわゆる同一敷地内薬局に対する評価を見直す（特別調剤基本料）

（新） 特別調剤基本料

10点

[調剤基本料注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局]

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

- (1) 病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該病院に係る処方箋による調剤の割合が95%を超えること。
- (2) 調剤基本料1、2、3のイ及び3のロのいずれにも該当しない保険薬局

医療資源の少ない地域の薬局

- 医療資源の少ない地域の薬局について、当該地域に存在する医療機関が限定されることを踏まえ、調剤基本料の特例対象から除外する。

[調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準]

- (1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。

イ 「基本診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第62号)の別表第六の二に規定する地域に所在すること。

ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関数(歯科医療を担当するものを除く。)の数が10以下であって、許可病床の数が200床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が70%を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。

ハ 処方箋受付回数が一月に2,500回を超えないこと。

- その他、処方箋集中率の算出に当たり同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋は、除外する。

医療資源が少ない地域の薬局に対する特例

○ 以下の①～③の基準に該当する保険薬局は、調剤基本料1を算定する。

① 医療を提供しているが医療資源の少ない地域（施設基準告示別表第六の二）に所在

② 処方箋受付回数が1月に2,500回以下

中学校区

③ 以下の医療提供体制の基準を満たす
薬局A: 中学校区内の医療機関数※が10以下で
許可病床数200床以上の病院がない

薬局A

すべて集中率70%以下

薬局B

集中率70%超の
医療機関がある

中学校区外

医療機関A

③ 以下の医療提供体制の基準を満たす
薬局B: 中学校区内の医療機関に医療機関Aを加えて
医療機関数※が10以下で
許可病床数200床以上の病院がない

※歯科のみの医療機関は含まない

	平成30年
医療資源の少ない地域に所在する薬局数	110

出典：保険局医療課調べ（7月1日時点）

- ・ 当年2月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定する。
- ・ 当年4月1日から翌年3月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

調剤基本料(平成30年改定時)

項目	要件	点数※1
調剤基本料1	調剤基本料2、3-イ、3-ロ、特別調剤基本料以外 (医療資源の少ない地域にある薬局は、処方せん集中率の状況等によらず、調剤基本料1)	41点
調剤基本料2	次のいずれかに該当 ①処方せん受付回数が <u>月4,000回超</u> ＋処方せん集中率 <u>70%超</u> ②処方せん受付回数が <u>月2,000回超</u> ＋処方せん集中率 <u>85%超</u> ③いわゆる医療モール内の医療機関からの処方せん受付回数の合計が <u>月4,000回超</u> など	25点
調剤基本料3 ※ 特別調剤基本料に該当する場合は、特別調剤基本料を優先	イ 同一グループ薬局※2による処方せん受付回数が <u>月4万回超40万回以下</u> で、次のいずれかに該当 ①処方せん集中率 <u>85%超</u> ②医療機関との間で不動産の賃貸借取引:有	20点
	ロ 同一グループ薬局※2による処方せん受付回数が <u>月40万回超</u> で、次のいずれかに該当 ①処方せん集中率 <u>85%超</u> ②医療機関との間で不動産の賃貸借取引:有	15点
特別調剤基本料	次のいずれかに該当 ①病院と不動産取引等その他の特別な関係:有＋処方せん集中率 <u>95%超</u> (いわゆる敷地内薬局等を想定) ②地方厚生局に調剤基本料に係る届出を行わなかった場合	10点

※1 医薬品の取引価格の妥結率が50%以下である場合等は、点数が50%減算される。

※2 同一グループ薬局は、当該薬局にとっての、①最終親会社、②最終親会社の子会社、③最終親会社の関連会社、④①～③とフランチャイズ契約を締結している会社、が該当。

	H30算定回数
調剤基本料1	51,583,420
調剤基本料2	5,303,930
調剤基本料3 イ	4,420,193
調剤基本料3 ロ	5,497,291
特別調剤基本料	265,816

地域医療に貢献する薬局の評価

地域支援体制加算の新設

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。

(新) 地域支援体制加算 35点

○地域支援体制加算の施設基準

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

地域医療に貢献する体制を有することを示す実績

1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること。

① 夜間・休日等の対応実績	400回
② 麻薬指導管理加算の実績	10回
③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	40回
④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績	40回
⑤ 外来服薬支援料の実績	12回
⑥ 服用薬剤調整支援料の実績	1回
⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	12回
⑧ 服薬情報等提供料の実績	60回

○基準調剤加算は廃止する

調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1)を適用しない。

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績を有していること。
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。

基準調剤加算と地域支援体制加算の主な施設基準の比較

○ 平成30年度診療報酬改定では、地域に貢献する薬局を評価する観点から、基準調剤加算を廃止し、地域支援体制加算を新設。

	基準調剤加算（32点）	地域支援体制加算(35点)
調剤基本料の区分	○調剤基本料 1 を算定する薬局のみ算定可	○調剤基本料の区分に関わらず算定可。ただし、調剤基本料 1 以外の場合は 8 つの実績要件が適用される ○調剤基本料 1 ① 麻薬小売業者の免許を受けていること ② 在宅患者薬剤管理の実績を有していること ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること ※ 基準調剤加算においても同様の要件あり ○調剤基本料 1 以外 1 年に常勤薬剤師 1 人当たり、以下の全ての実績を有すること。 ① 夜間・休日等の対応実績（400回） ② 麻薬指導管理加算の実績（10回） ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績（40回） ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績（40回） ⑤ 外来服薬支援料の実績（12回） ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績（1 回） ⑦ 単一建物診療患者が 1 人の在宅薬剤管理の実績（12回） ⑧ 服薬情報等提供料の実績（60回）
開局時間	○平日は 1 日 8 時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局	
医薬品の備蓄品目数	○1,200品目以上	
かかりつけ薬剤師指導料	○届出あり	
24時間体制	○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携（連携する薬局数は3以下）	
在宅	○在宅業務の体制整備 ※①在宅業務実施体制の周知、②医療材料・衛生材料の供給体制、③在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーションとの連携体制、④その他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携体制等 ○在宅の業務実績（1 回/年以上）	
後発医薬品	○集中率が90%を超える薬局：後発医薬品の調剤割合が30%以上	○集中率が85%を超える薬局：後発医薬品の調剤割合が50%以上
医療安全	○PMDAメディナビの登録	○PMDAメディナビの登録 ○プレアボイド事例の報告、副作用報告の体制
その他	○定期的な研修実施 ○プライバシーに配慮した構造 ○一般医薬品の販売及び購入者の薬剤服用歴に基づいた情報提供 ○健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示	

調剤報酬（その１）

- 1． 薬局、薬剤師の概況
- 2． 薬局に関する指摘事項等
- 3． 平成30年度調剤報酬改定の主な事項
- 4． 調剤料①（薬局における調剤業務という視点での検討）
 - ※ 調剤基本料、薬学管理料については、次回以降に議論予定

調剤の種類、調剤料の位置づけ

- 薬剤師が行う内服薬の調剤業務には、①計数調剤、②計量混合、③自家製剤、④一包化等がある。
- 調剤料は、処方内容の確認、医師への問合せ、薬剤調製などに係る技術料を評価したもの。

1. 調剤の主な種類（内服薬）

	主な内容例
計数調剤	PTPシートの薬剤の調剤
計量混合	散剤（粉薬）、液剤（水剤）などを計量し、混合
自家製剤	錠剤を粉碎して散剤化
一包化	服用方法の異なる複数薬剤を服用時点ごとに分包化

2. 調剤料の位置づけ

処方内容の確認、医師への問合せ（疑義照会を含む）、薬剤調製、調剤録の作成・保存等の業務に係る技術料

【参考】

○調剤基本料

医薬品の備蓄（廃棄、損耗を含む）、建物、調剤用機器等の体制整備に関する経費

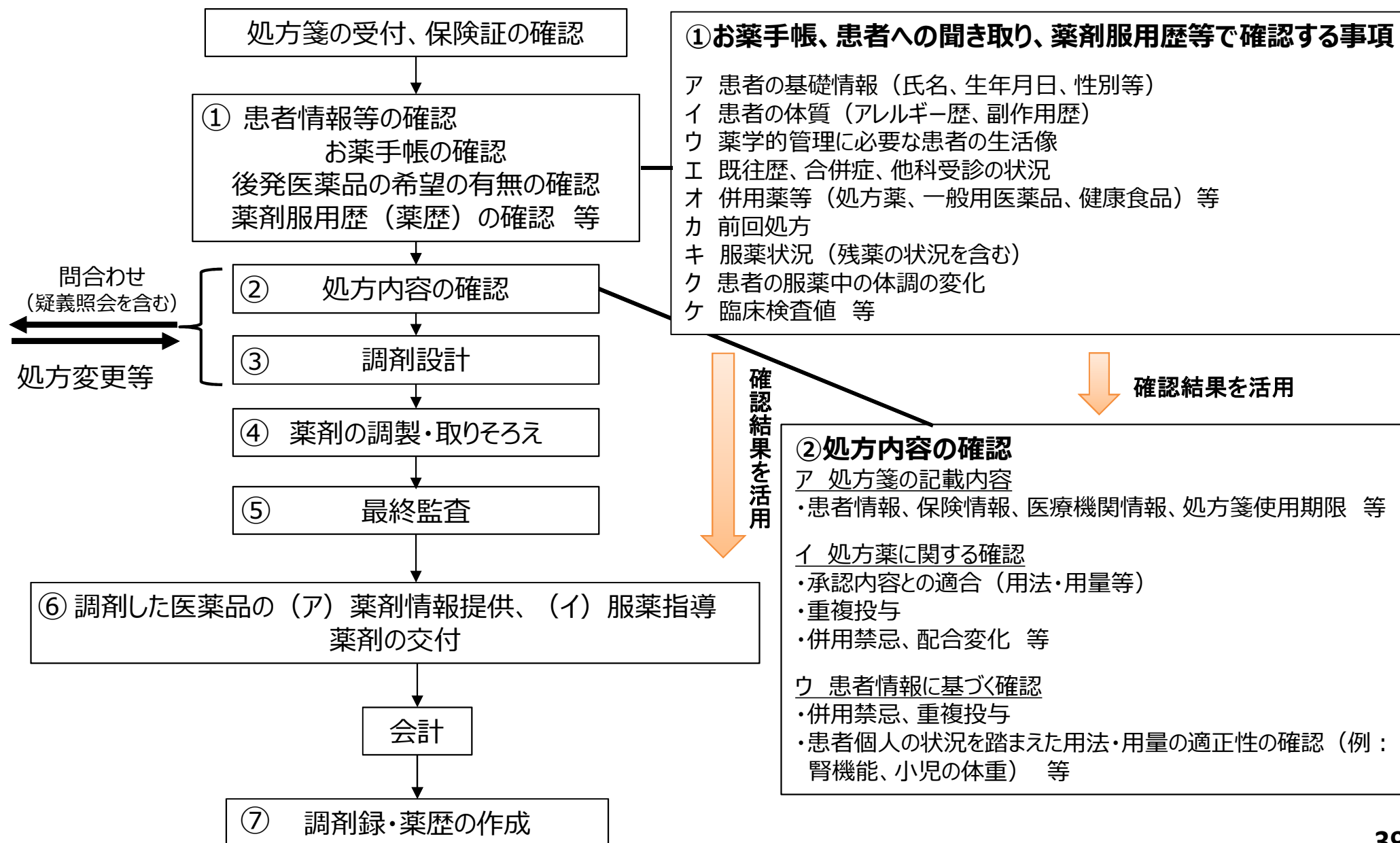
○薬学管理料

薬剤情報提供文書を用いた説明・服薬指導、医療機関への情報提供、患者の残薬の整理等の業務に関する技術料

薬局での調剤業務の流れについて

- 薬局の調剤業務は、①患者情報等の確認、②処方内容の確認、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録、薬歴の作成などのステップから構成される。

医療機関



調剤料の算定要件

参考

	算定点数及び算定要件
内服薬	○内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） イ 14日分以下の場合 （1）7日目以下の部分（1日分につき） 5点 （2）8日目以上の部分（1日分につき） 4点 ロ 15日以上21日分以下の場合 67点 ハ 22日以上30日分以下の場合 78点 ニ 31日以上の場合 86点 ※服薬時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず1剤として算定。4剤分以上の部分については算定しない。
	○屯服薬21点 ・1回の処方せん受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。
	○浸煎薬（1調剤につき） 190点 ・4調剤以上の部分については算定しない。
	○湯薬（1調剤につき） イ 7日分以下の場合190点 ロ 8日以上28日分以下の場合 （1）7日目以下の部分190点 （2）8日目以上の部分（1日分につき） 10点 ハ 29日以上の場合400点 ・4調剤以上の部分については算定しない。
	○内服用滴剤 ・内服用滴剤を調剤した場合は1調剤につき、10点を算定する。
注射薬	○注射薬26点 ・注射薬の調剤料は、調剤した調剤数、日数にかかわらず、1回の処方せん受付につき所定点数を算定。
外用薬	○外用薬（1調剤につき） 10点 ・外用薬の調剤料は、投与日数にかかわらず、1調剤につき算定。 ・外用薬の調剤料は、1回の処方せん受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。

※薬局の調剤料（内服薬）は、「1剤」あたりの点数として設定されている。剤数は、服用時点が同一であるものは1剤とされており、1処方での剤数は最大で3。

主な調剤料の加算

参考

嚥下困難者用製剤加算、一包化加算

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））
（略）

注 1（略）

2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、所定点数に80点を加算する。【嚥下困難者用製剤加算】

3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。【一包化加算】

イ 42日分以下の場合投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数

ロ 43日分以上の場合 220点

自家製剤加算

次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき（イの（1）に掲げる場合にあっては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。

イ 内服薬及び屯服薬

（1）錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬20点

（2）錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬90点

（3）液剤45点

ロ 外用薬

（1）錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤90点

（2）点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤75点

（3）液剤45点

計量混合調剤加算

2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、所定点数に、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。

イ 液剤の場合 35点

ロ 散剤又は顆粒剤の場合 45点

ハ 軟・硬膏剤の場合 80点

※薬局の調剤料（内服薬）は、「1剤」あたりの点数として設定されている。剤数は、服用時点が同一であるものは1剤とされており、1処方での剤数は最大で3。

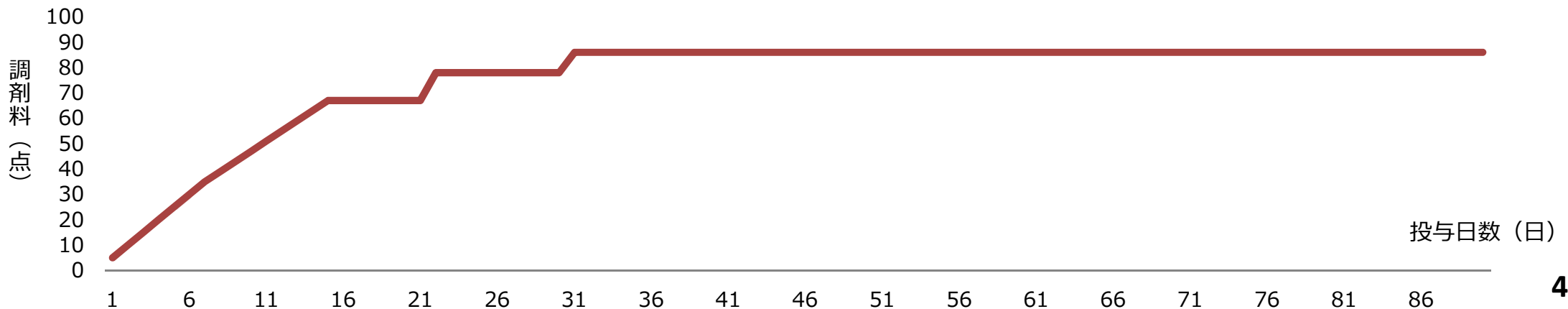
調剤料（内服薬）について

○ 内服薬の調剤料は、14日目までは1日ごとに増加し、その後は日数に応じた一定の点数となる。

調剤料 処方内容の確認、医師への問合せ（疑義照会を含む）、薬剤調製、調剤録の作成・保存等の業務に係る技術料	内服薬 1 剤の場合 ①処方日数：1 日～1 4 日 1 日～ 7 日 8 日～1 4 日	<u>5点／1 日</u> <u>4点／1 日</u>
	②処方日数：1 5 日～2 1 日 ③処方日数：2 2 日～3 0 日 ④処方日数：3 1 日～	<u>67点</u> （定額） <u>78点</u> （定額） <u>86点</u> （定額）

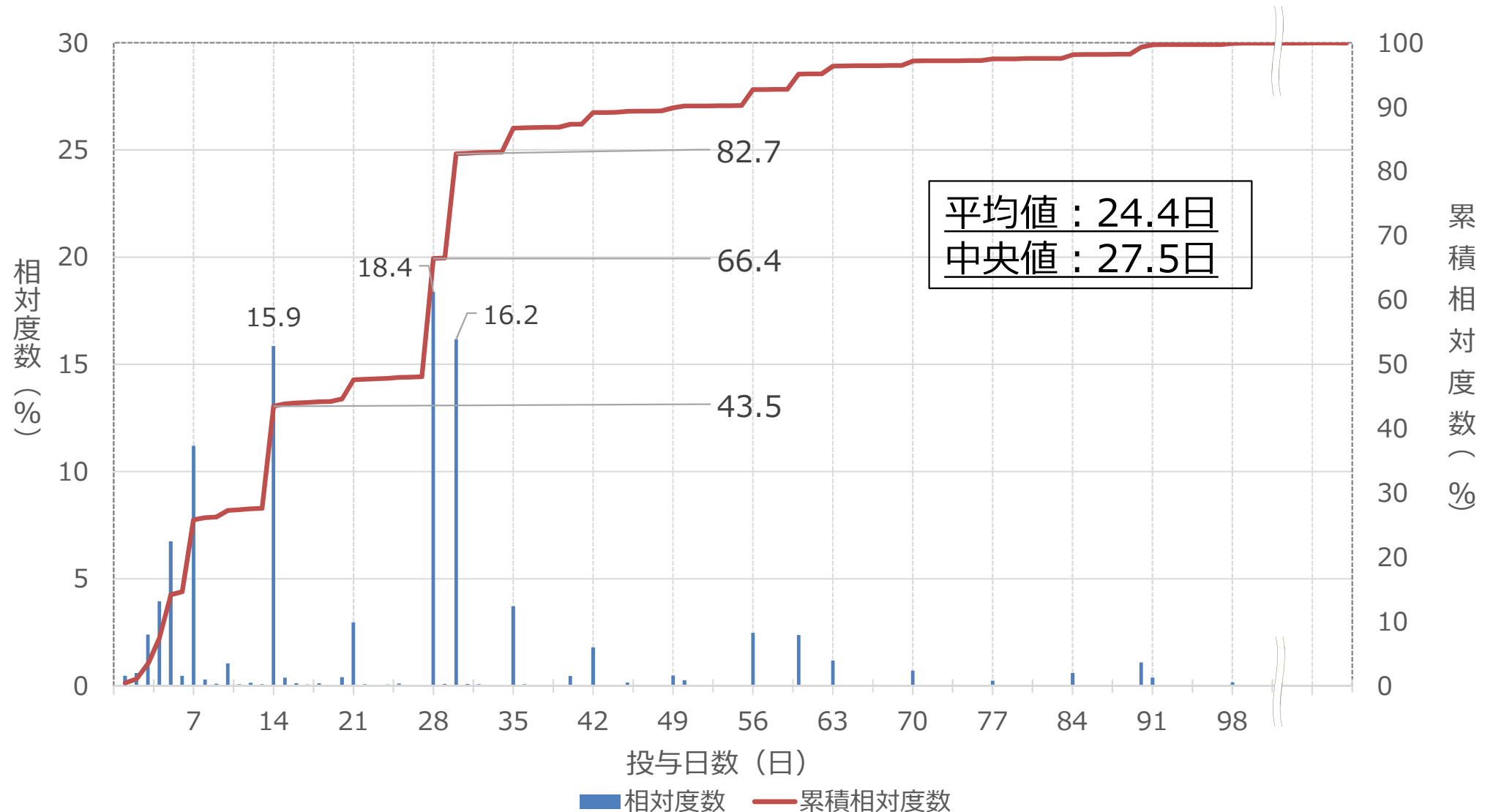
【14日分までの調剤料の点数】

日数（日）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
点数（点）	5	10	15	20	25	30	35	39	43	47	51	55	59	63



内服薬の投与日数の分布

- 内服薬の投与日数では、14日分、28日分及び30日分の割合が多い。
- 全体の約45%が14日分以下の投与日数であった。



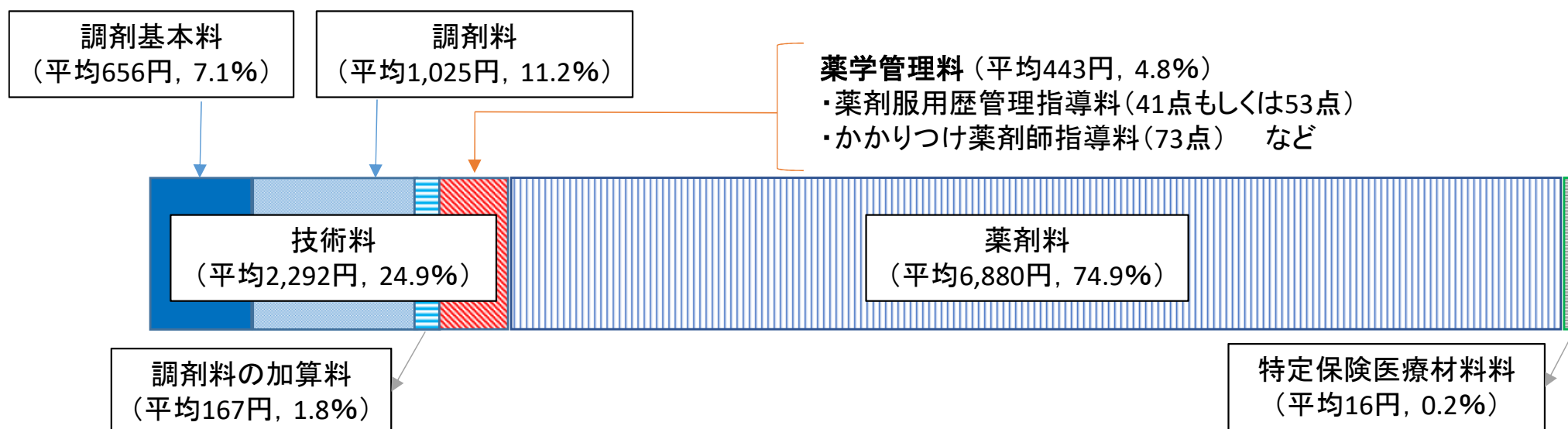
調剤医療費の内訳（平成29年度分）

- 平成29年度の調剤医療費の内訳は、技術料が約1.9兆円、薬剤料が約5.7兆円であった。
- 技術料（約1.9兆円）の内訳は、調剤基本料が約5,500億円、調剤料が約9,900億円、薬学管理料が約3,700億円であった。

調剤医療費の内訳（平成29年度分）

	技術料				薬剤料
	調剤基本料	調剤料	薬学管理料	技術料小計	
金額（億円）	5,478	9,945	3,699	19,122	57,413

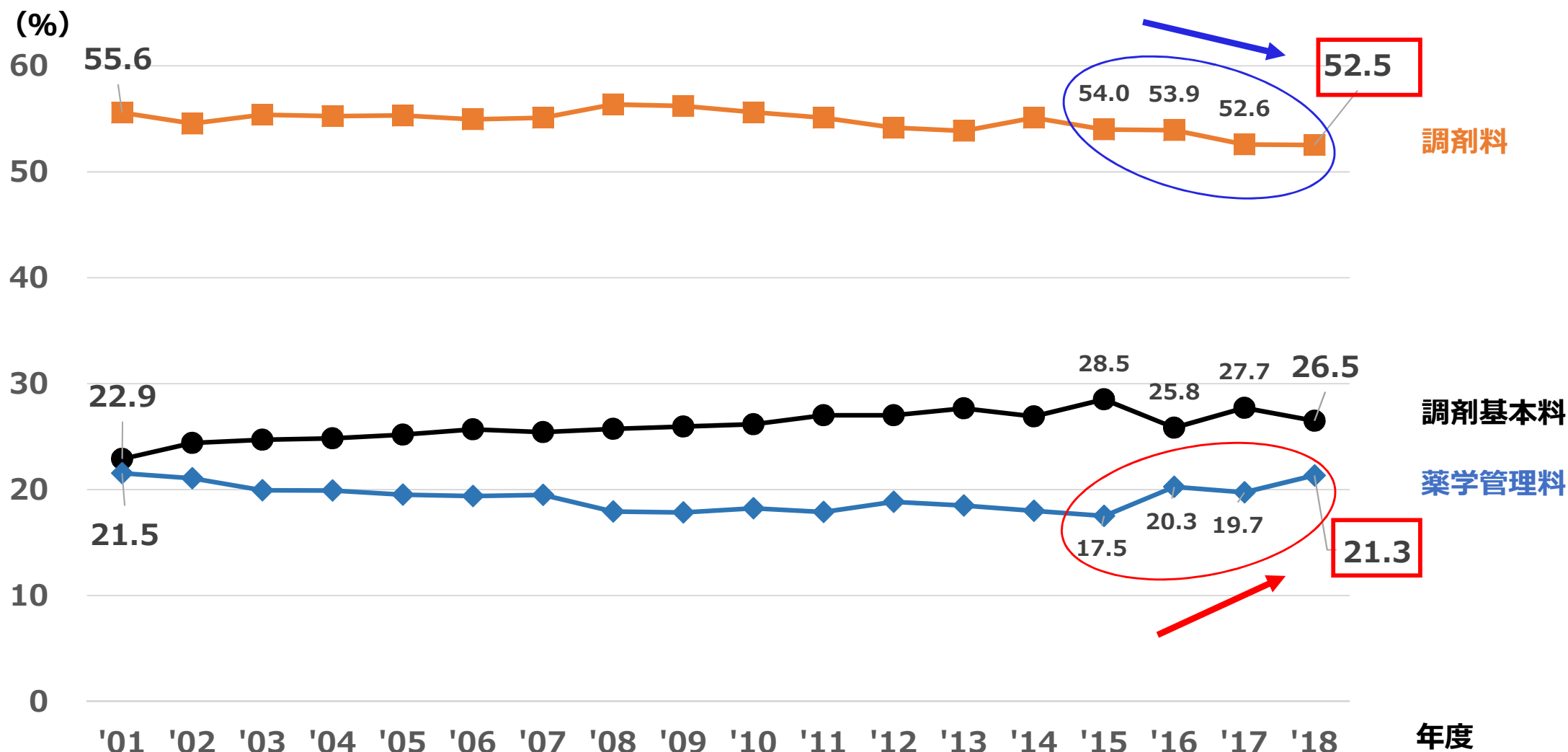
（参考）処方箋1枚あたりの調剤報酬（平均9,187円、平成29年度）の内訳



出典)調剤医療費の動向(平成29年度)より医療課にて作成

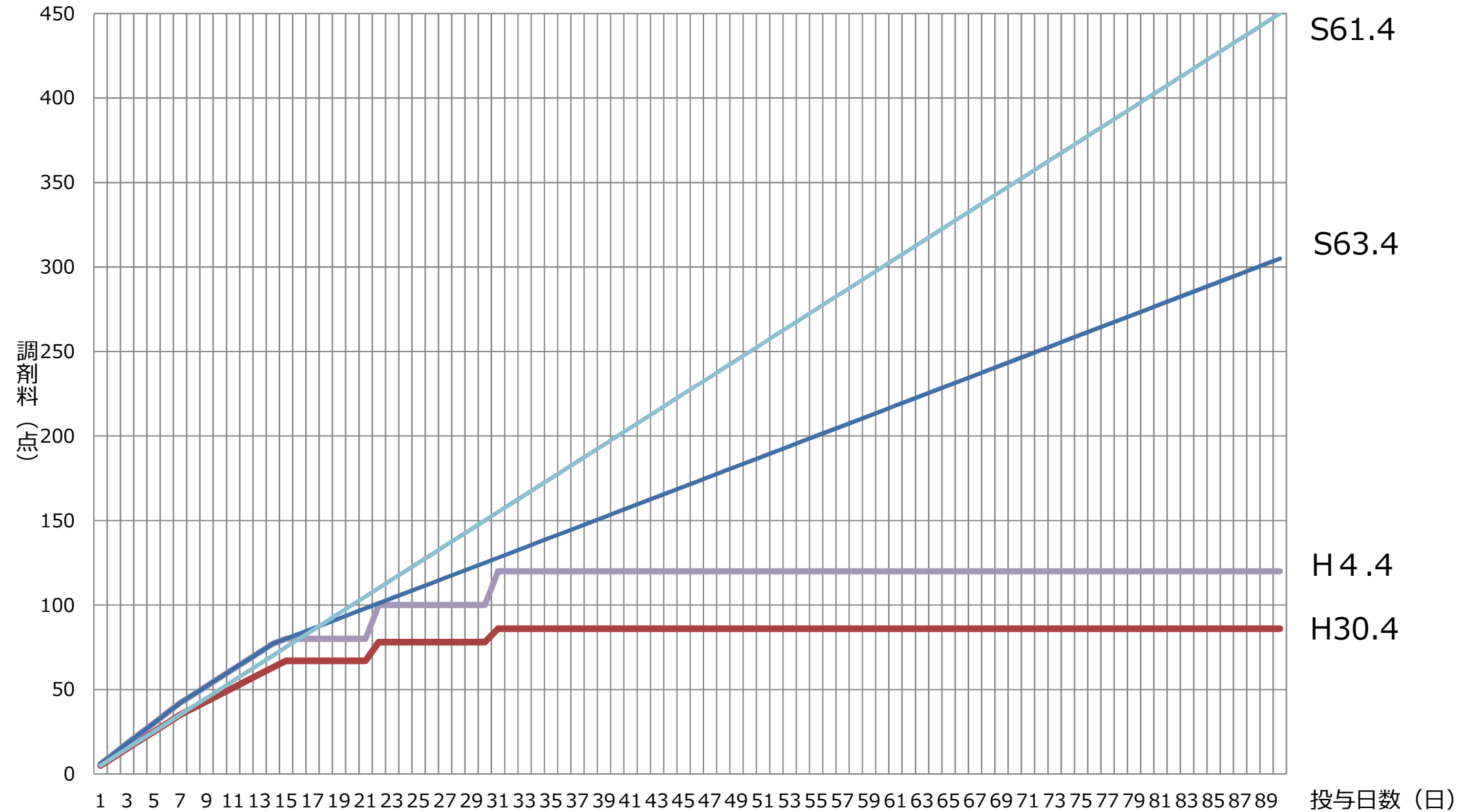
技術料に占める調剤基本料、調剤料、薬学管理料（点数ベース）の割合

- 「調剤料」の占める割合は近年減少傾向にあるが、引き続き技術料の50%を超えている。
- 対人業務を評価する「薬学管理料」の占める割合は、近年増加傾向にあるものの、20%程度。



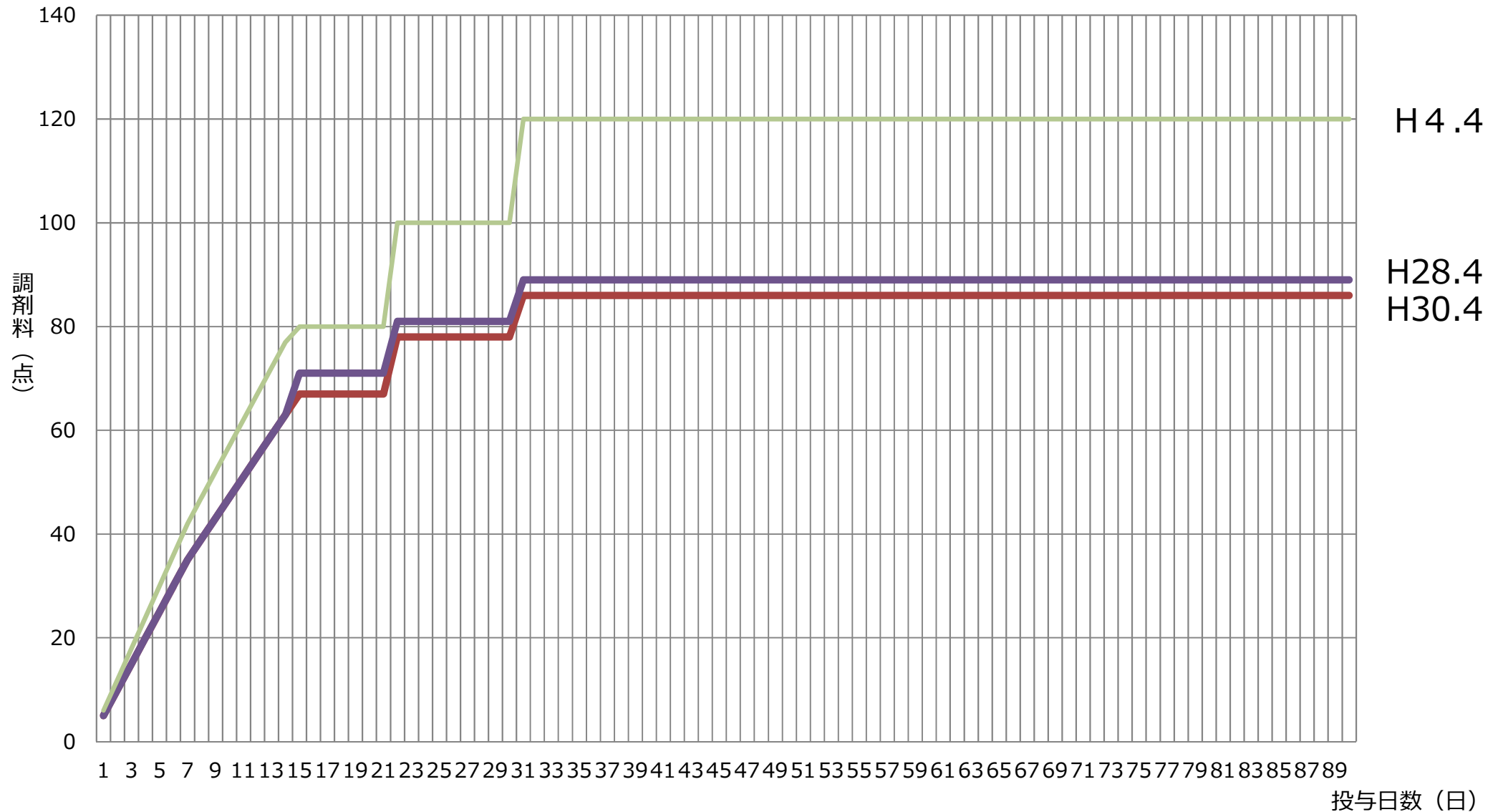
薬局の調剤料（内服薬）の変遷①（昭和61年度～）

- 平成3年度までの調剤料は、投与日数に完全に比例した点数であった。
- 平成4年度以降の調剤料は、一定以上の投与日数では定額の点数となった。



薬局の調剤料（内服薬）の変遷②（平成4年度～）

○ 内服薬の調剤料は、長期的には平成4年度の点数に比べて低い点数となっている。

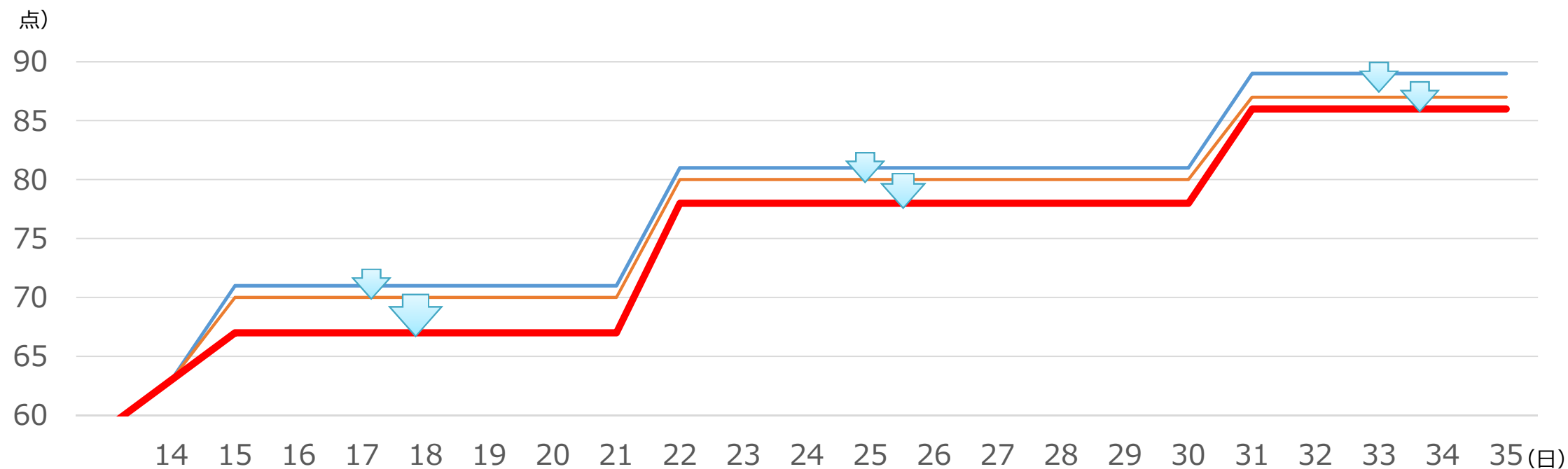


薬局の調剤料（内服薬）の変遷③（平成22年度～）

○ 平成22年度以降では、投与日数が15日分以上の点数が引き下げられている。

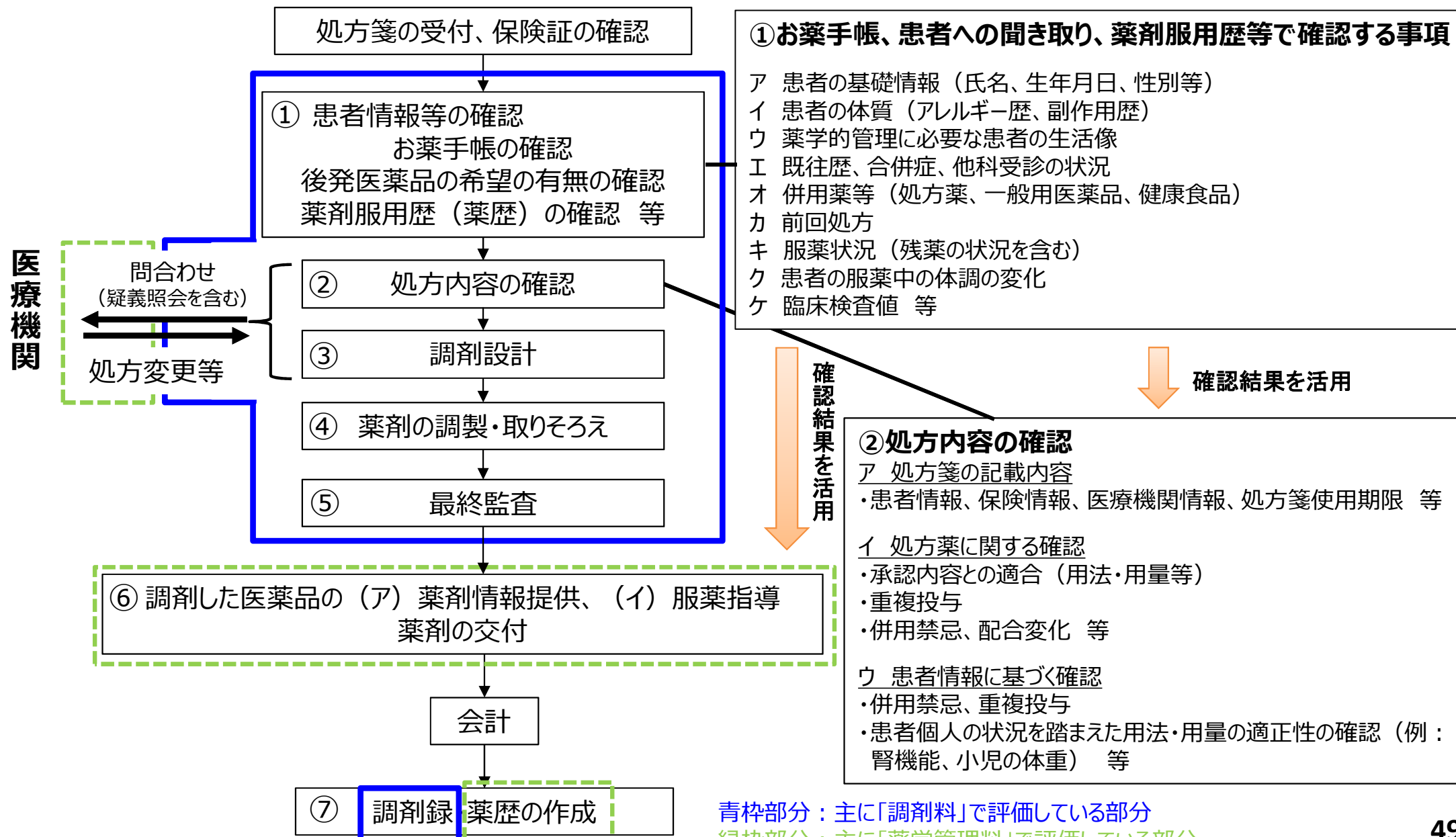
	15～21日	22～30日	31日～
平成22年度改定	71点	81点	89点
平成28年度改定	70点	80点	87点
平成30年度改定	67点	78点	86点

■ 処方日数による調剤料の推移（内服薬1剤の場合）



薬局での調剤業務の流れについて

- 薬局の調剤業務は、①患者情報等の確認、②処方内容の確認、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録、薬歴の作成などのステップから構成される。



調剤報酬に関する現状・課題

【現状・課題】

- 薬局数は増加している（平成29年度では約5.9万）。20店舗以上を経営する薬局の割合は増加傾向にある（全体の20～30%）。一方、個人又は1店舗の薬局の割合は減少傾向にある（全体の10%程度）。
- 平成30年度調剤報酬改定において、ポリファーマシーへの対応、医療機関等への情報提供、重複投薬への対応等の評価や調剤料の適正化を行い、対物業務から対人業務への転換を進めた。また、いわゆる門前薬局や大型チェーン薬局の調剤基本料の適正化を行った。
- 調剤料は、処方内容の確認、医師への問合せ（疑義照会を含む）、薬剤調製等の業務に係る技術料。調剤業務は、①患者情報等の確認、②処方内容の確認、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への情報提供、服薬指導、⑦調剤録・薬歴の作成などのステップから構成される。
- 内服薬の投与日数は、全体の約45%が14日分以下となっている。
- 平成29年度の技術料の内訳は、調剤基本料が約5,500億円、調剤料が約9,900億円、薬学管理料約3,700億円であり、調剤料がその約半分を占めている。
- 技術料に占める調剤料の割合は近年減少傾向にある。対人業務を評価する薬学管理料の占める割合は約20%程度。

調剤報酬に関する論点

【論点】

<総論>

- 患者本位の医薬分業の実現に向けて、平成30年度調剤報酬改定の影響を検証しつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進を進めるため、どのような対応が必要と考えるか。

<調剤料>

- 内服薬の調剤料は投与日数により、5点（1日分の調剤）から86点（31日分以上の調剤）まで変動する。薬局の調剤業務の内容を踏まえつつ、調剤料をどのように見直していくべきか。
- 調剤技術料に占める調剤料の割合は大きく、調剤料の見直しによる薬局への影響は大きい。このことを踏まえ、対物業務から対人業務への転換をどのように進めていくべきか。

參考資料

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(入院医療)

- 1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(DPC制度)

- 3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

- 4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

- 6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

- 7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。
- 8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。53

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(医療と介護の連携)

- 9 介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、
- ① 医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
 - ② 維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
 - ③ 有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
- に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(医療従事者の負担軽減、働き方改革)

- 10 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。

(データの利活用)

- 11 診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 12 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。
- 13 院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 14 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型門前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見③

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(後発医薬品の使用促進)

15 後発医薬品の数量シェア80%目標の達成に向けて、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(薬価制度の抜本改革)

16 「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。

また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。

(費用対効果評価)

17 試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成30年度中に結論を得ること。

(明細書の無料発行)

18 現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成32年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

19 先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価(分類)について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。

(その他)

20 ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。

令和元年台風 15 号の影響による停電に伴う

医療保険制度の主な対応状況について

被災者の方の支援に関すること

1. 被保険者証等の提示が無い場合の受診の取扱い

被保険者証等を紛失した場合など、医療機関に提示できない場合であっても、氏名、生年月日等を申し出ることによって、保険により受診できることとした。

主に被災地の医療機関等への配慮に関すること

1. 診療報酬の請求の取扱いについて

診療録等の滅失等の場合の概算請求

診療録及びレセプトコンピュータ等を滅失、汚損又は棄損等した場合、令和元年 8 月診療分については概算による請求を行うことができることとした。

2. 診療報酬の算定について

患者の急激な増加等に鑑み、診療報酬の算定について柔軟な取扱いを行うこととした。

(1) 医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

被災者を受け入れたことにより医療法上の許可病床を超過する場合には、通常適用される診療報酬の減額措置を行わないこととした。

(2) 看護配置の変動に関する取扱い

被災者を受け入れたことにより、看護要員の比率等に変動があった場合でも当面、変更の届出は不要とした。

(3) 平均在院日数等の取扱い

被災者を受け入れたことにより、平均在院日数、「重症度、医療・看護必要度」、在宅復帰率、医療区分 2・3 の患者割合が入院基本料等の施設基準を満たさなくなった場合でも、当面、被災前から算定していた入院基本料を算定することとした。

(4) 本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

原則として、当該患者が実際に入院した病棟の入院基本料等を算定することとした。また、会議室等病棟以外の場所に入院させた場合には、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のう

ち、当該患者が本来入院すべき病棟の入院基本料を算定することとした。

(5) 透析を目的とした他医療機関受診の取扱い

被災前から継続して入院している慢性透析患者であって、今般の被災により当該保険医療機関の透析設備が使用不可能となるなど真にやむを得ない事情がある場合には、当該患者が透析を目的として他医療機関受診を行った場合は、その日について入院基本料等の控除を行わないこととした。

(6) DPC 対象病院の要件等の取扱い

被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増した場合に、看護要員の数等の施設基準を満たさなくなった場合については、「DPC 対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」には該当せず、届出は不要とした。また、DPC 対象病院等が提出する退院患者に係るデータについて、令和元年6月分までのデータチェックの提出期限を当分の間延長できることとした。

3. 保険調剤について

(1) 記載事項が不十分な処方箋の取扱い

被災により被保険者証を保険医療機関に提示できなかったため、保険薬局が、保険者番号、被保険者証の番号、又は保険医療機関の記載がない処方箋を受け付けた場合であっても、加入保険、事業所名、処方箋を受け付けた場所等を被災者に確認することによって、保険調剤として取り扱ってよいこととした。

(2) 処方箋を持参できない場合の取扱い

被災地の保険薬局において、被災者が処方箋を持参できない場合であっても、交通の遮断等やむをえない理由により医師の診療を受けることができないと認められ、医師への電話等により処方内容を確認できる場合には、事後的に処方箋が発行されることを条件として、保険調剤として取り扱ってよいこととした。

主に被災地以外の医療機関への配慮に関すること

1. 診療報酬の算定について

被災地から患者を受け入れている医療機関の状況等に鑑み、診療報酬の算定について柔軟な取扱いを行うこととした。

(1) 医療法上の許可病床数を超過する場合の取扱い

被災者を受け入れたことにより医療法上の許可病床を超過する場合には、通常適用される診療報酬の減額措置を適用しないこととした。

(2) 看護配置の変動に関する取扱い

被災者を受け入れたことや、被災地に職員を派遣したことにより、看護要員の比率等に変動があった場合でも、当面、変更の届出は不要とした。

(3) 平均在院日数等の取扱い

被災地の医療機関から転院の受け入れを行った場合には、当面、当該患者を除いて平均在院日数、「重症度、医療・看護必要度」、在宅復帰率、医療区分2・3の患者割合を計算できることとした。

(4) 本来の病床でない病床等に入院した場合の取扱い

原則として、当該患者が実際に入院した病棟の入院基本料等を算定することとした。

(5) 透析を目的とした他医療機関受診の取扱い

被災地の保険医療機関に被災前から継続して入院している慢性透析患者の転院を受け入れた場合であって、当該被災地以外の医療機関の透析設備の不足等、真にやむを得ない事情により、当該患者が透析を目的として他医療機関受診を行った場合は、その日について入院基本料等の控除を行わないこととした。