

個別事項（その4）

（感染症、脳卒中、医療従事者の働き方②）

個別事項（その4）

1. 感染症について

- 外来における薬剤耐性（AMR）対策

2. 脳卒中について

- 脳梗塞の超急性期治療を行う医療機関の基準について
- Drip and Ship法について

3. 医療従事者の働き方②

- 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

1. 感染症について

- 外来における薬剤耐性（A M R）対策

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン 2016-2020

1. 普及啓発・教育

- ・ 1.1 国民に対する薬剤耐性の知識・理解に関する普及啓発活動の推進
- ・ 1.2 関連分野の専門職に対する薬剤耐性に関する教育、研修の推進

2. サーベイランス・モニタリング

- ・ 2.1 医療・介護分野における薬剤耐性に関する動向調査の強化
- ・ 2.2 医療機関における抗微生物薬使用量の動向の把握
- ・ 2.3 畜水産、獣医療等における動向調査・監視の強化
- ・ 2.4 医療機関、検査機関、行政機関等における薬剤耐性に対する検査手法の標準化と検査機能の強化
- ・ 2.5 ヒト、動物、食品、環境等に関する統合的なワンヘルス動向調査の実施

3. 感染予防管理

- ・ 3.1 医療、介護における感染予防・管理と地域連携の推進
- ・ 3.2 畜水産、獣医療、食品加工・流通過程における感染予防・管理の推進
- ・ 3.3 薬剤耐性感染症の集団発生への対応能力の強化

4. 抗微生物製剤適正使用

- ・ 4.1 医療機関における抗微生物薬の適正使用の推進
- ・ 4.2 畜水産、獣医療等における動物用抗菌性物質の慎重な使用の徹底

5. 研究開発・創薬

- ・ 5.1 薬剤耐性の発生・伝播機序及び社会経済に与える影響を明らかにするための研究の推進
- ・ 5.2 薬剤耐性に関する普及啓発・教育、感染予防・管理、抗微生物剤の適正使用に関する研究の推進
- ・ 5.3 感染症に対する既存の予防・診断・治療法の最適化に資する研究開発の推進
- ・ 5.4 新たな予防・診断・治療法等の開発に資する研究及び産学官連携の推進
- ・ 5.5 薬剤耐性の研究及び薬剤耐性感染症に対する新たな予防・診断・治療法等の研究開発に関する国際共同研究の推進

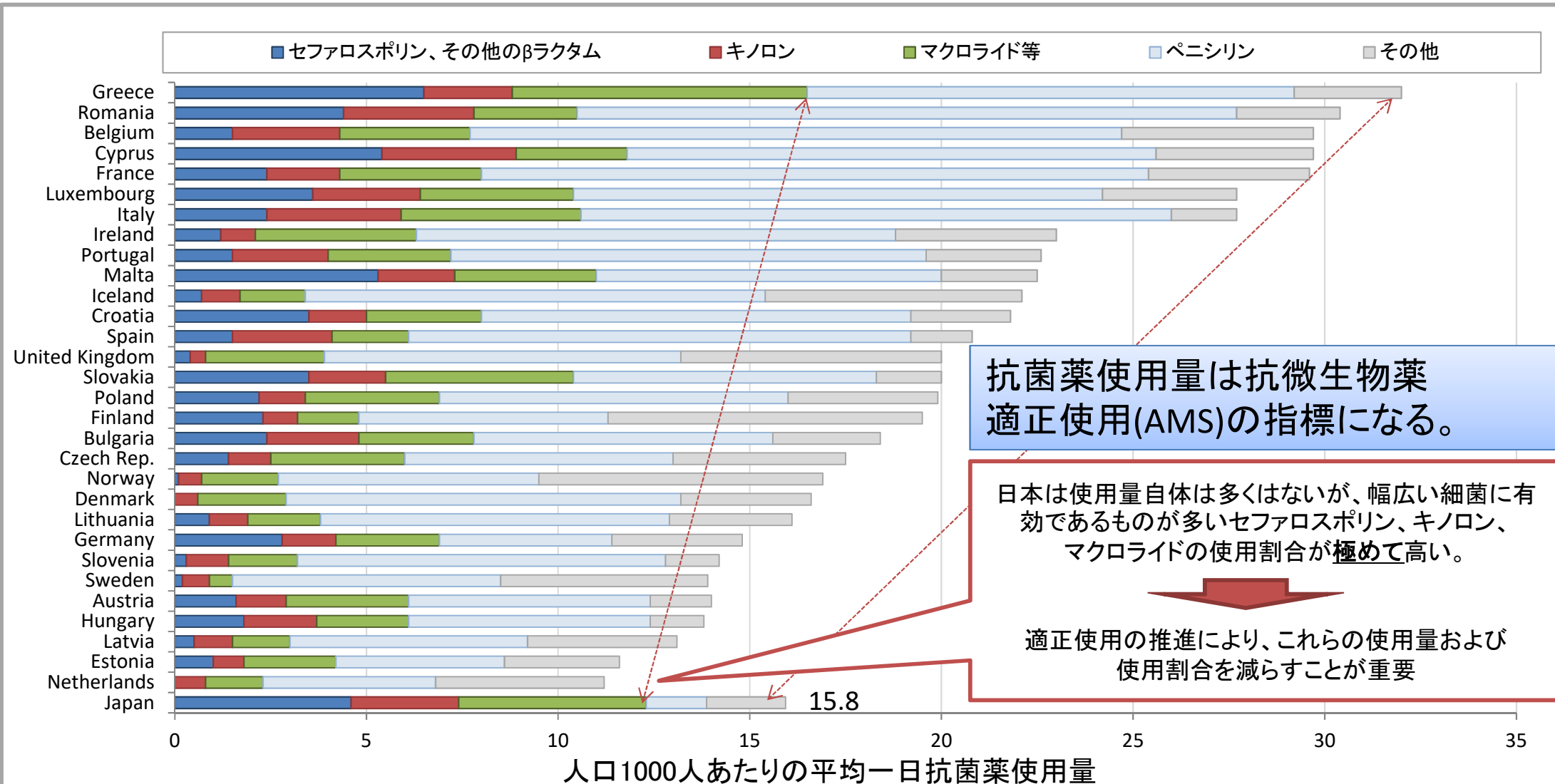
6. 国際協力

- ・ 6.1 薬剤耐性に関する国際的な施策に係る日本の主導力の発揮
- ・ 6.2 薬剤耐性に関するグローバル・アクション・プラン達成のための国際協力の展開

薬剤耐性(AMR)対策アクションプランにおける数値目標

抗微生物薬について、2020年までに、経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライドの使用量を**半減**させ、全体の使用量を**33%減**とする。

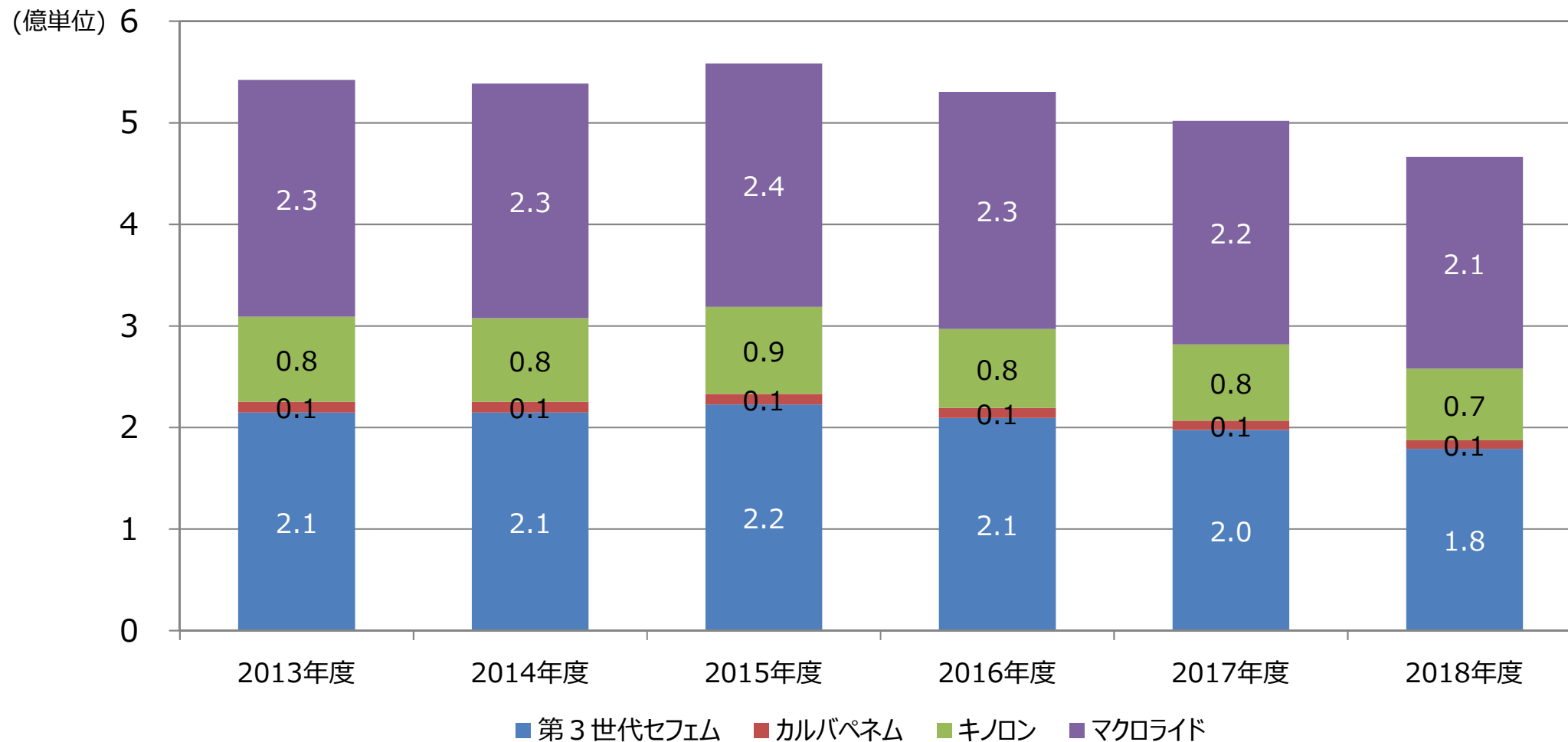
医療分野における抗菌薬使用量



広域抗菌薬の数量の推移(調剤分)(各年度4～9月)

中医協 総-4-1
元 . 6 . 2 6

○ 第3世代セフェムやキノロン等の経口広域抗菌薬の数量は、近年減少傾向にある。



注1) 2018年度のデータを参照するため、各年度4～9月の値の合計としている。

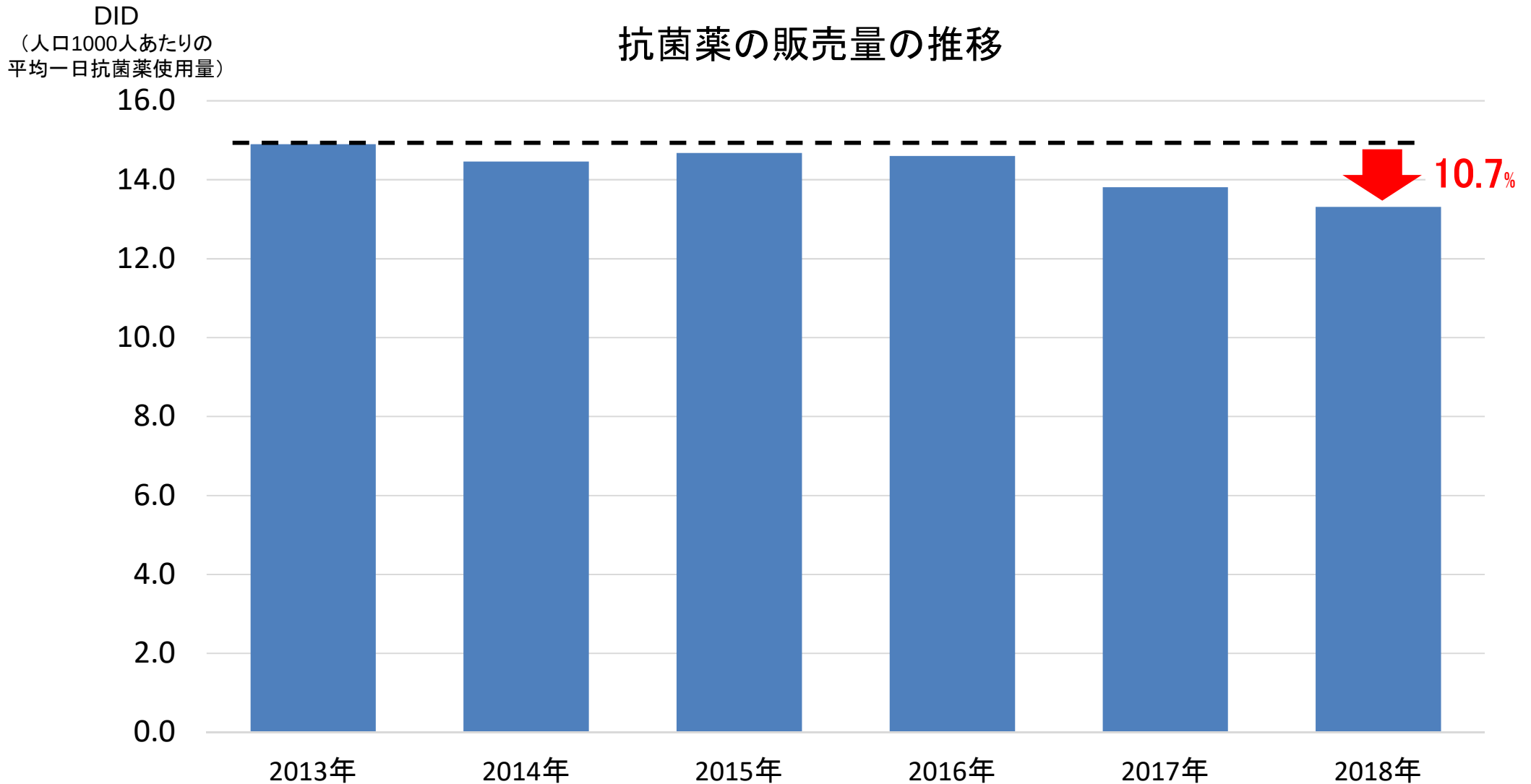
注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3) 経口剤のみを集計対象としている。

出典：最近の調剤医療費の動向（調剤メディアス）
（保険局調査課特別集計）

抗菌薬の販売量の推移

○ 抗菌薬の販売量は減少傾向であり、2018年は2013年と比較して、10.7%減少していた。



抗微生物薬適正使用に向けた取り組み

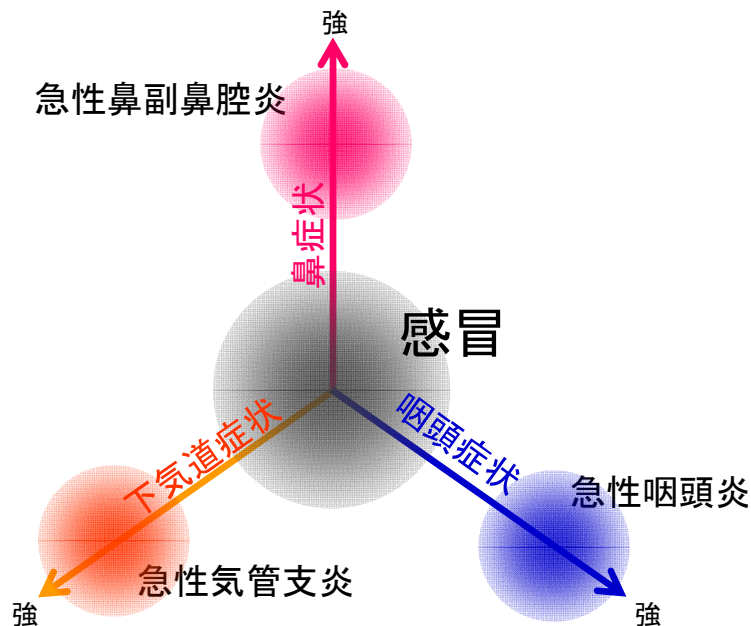
中医協 総-4-1
元 . 6 . 2 6

- ・ 日本で使用される抗菌薬のうち約90%は外来診療で処方される経口抗菌薬である。

- ・ 外来診療の現場で活用できる「抗微生物薬適正使用の手引き 第一版」を平成29年6月1日発表

急性気道感染症

診断・治療の考え方



患者・家族への説明内容

- ・ 多くは対症療法が中心であり、抗菌薬は必要なし。休養が重要。
- ・ 改善しない場合の再受診を。

急性下痢症

診断・治療の考え方

- ・ 細菌性・ウイルス性に関わらず、多くは自然に治るため、抗菌薬は不要。
- ・ 対症療法や水分摂取励行が重要。

- ✓ 全身状態(日常生活への支障程度)
 - ✓ 海外渡航歴
 - ✓ 血性下痢
 - ✓ 発熱
- 等を踏まえて、便の検査や抗菌薬処方を検討。

患者・家族への説明内容

- ・ 多くは対症療法が中心であり、抗菌薬の使用は、腸内細菌叢を乱す可能性あり。
- ・ 糖分、塩分の入った水分補給が重要。
- ・ 感染拡大防止のため、手洗いを徹底。
- ・ 改善しない場合の再受診を。

0～19歳における年齢ごとの受診理由

中医協 総 - 4

3 1 . 4 . 1 0

- 0歳では予防接種等の保健サービスの利用が多い。全ての年齢で喘息等の呼吸器系の疾患やアトピー性皮膚炎等の皮膚の疾患が多く見られる。また、5歳以降になると精神及び行動の障害が見られる。

年齢	0歳	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳
最多 人数(万人)	予防接種 12.4	喘息 20.7	喘息 15.0	アレルギー性鼻炎 8.1	ざ瘡(アクネ) 4.8
2番目	乳幼児の 検査・健診・管理 4.0	予防接種 14.3	アレルギー性鼻炎 10.6	その他の保健サービス 8.0	その他の保健サービス 4.7
3番目	その他の皮膚炎及び 湿疹 2.2	急性気管支炎 11.3	皮膚及び粘膜の病変を 伴うその他の ウイルス性疾患 6.8	喘息 5.5	屈折及び調節の障害 (眼) 3.7
4番目	アトピー性皮膚炎 2.1	その他の 急性上気道感染症 7.2	その他の精神及び 行動の障害 6.6	その他の精神及び 行動の障害 5.4	その他の精神及び 行動の障害 3.4
5番目	急性気管支炎 2.1	アトピー性皮膚炎 6.8	その他の保健サービス 6.5	皮膚及び粘膜の病変を 伴うその他の ウイルス性疾患 4.4	アレルギー性鼻炎 3.2
6番目	その他の 急性上気道感染症 2.0	急性咽頭炎及び 急性扁桃炎 5.6	アトピー性皮膚炎 4.9	その他の四肢の骨折 4.0	アトピー性皮膚炎 2.8
7番目	その他の皮膚及び 皮下組織の疾患 1.9	アレルギー性鼻炎 5.5	予防接種 4.8	屈折及び調節の障害 (眼) 3.3	神経症性障害、 ストレス関連障害及び 身体表現性障害 2.5

外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

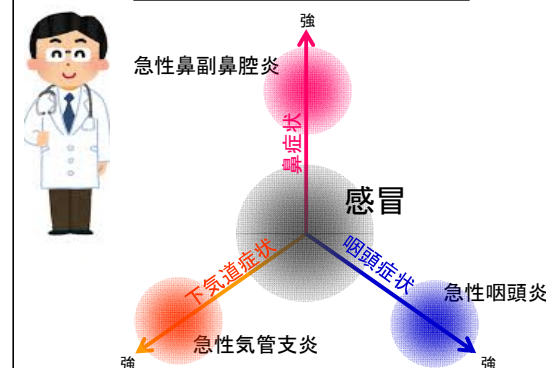
急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあつては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

急性気道感染症

診断・治療の考え方



患者・家族への説明内容

- ・多くは対症療法が中心であり、抗菌薬は必要なし。休養が重要。
- ・改善しない場合の再受診を。

「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

届出医療機関数及び算定回数

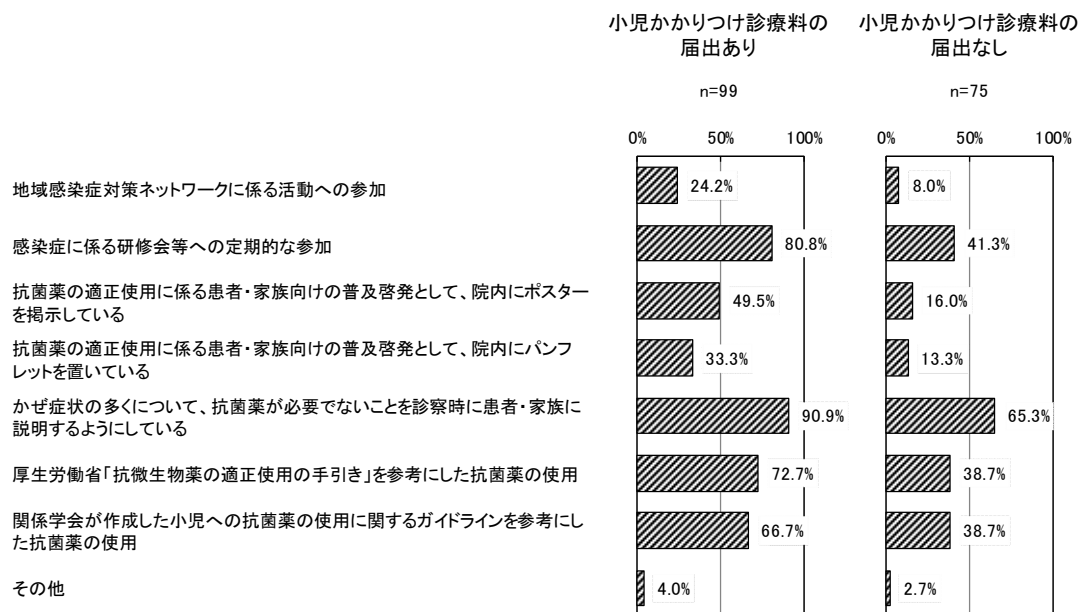
	届出医療機関数	算定回数
小児抗菌薬適正使用支援加算	(届出不要)	242,576

抗菌薬の適正使用に係る取組

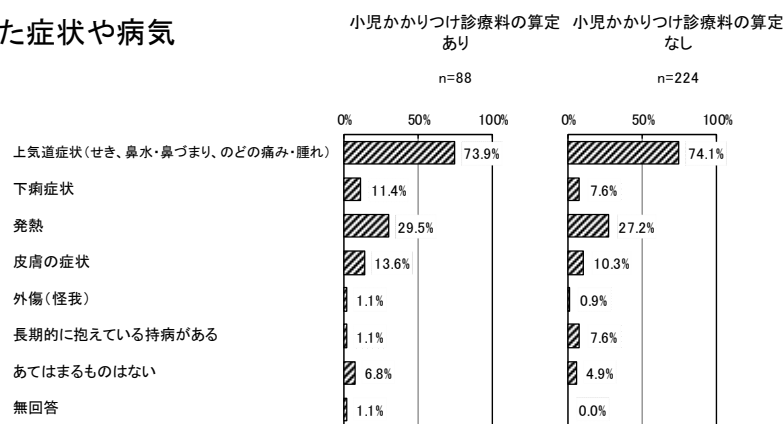
中医協 総-4-1
元 . 6 . 2 6

- 小児かかりつけ診療料の施設基準の届出がある施設の方が、届出のない施設に比べて、抗菌薬の適正使用に関する取組を行っている割合が高かった。
- 小児かかりつけ診療料の算定があった患者の方が、抗菌薬を処方された割合が少なかった。

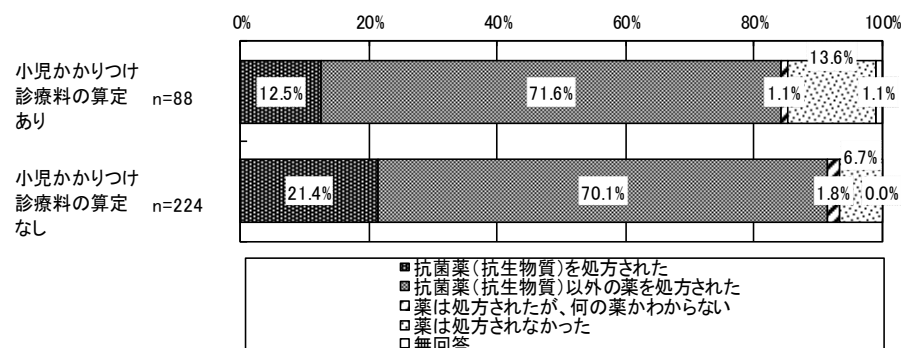
○ 小児科・小児外科患者への抗菌薬の適正使用に関する取組状況



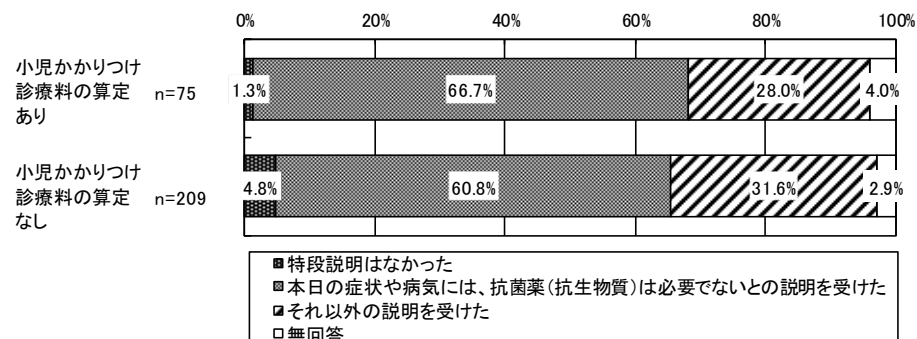
○ 受診の理由となった症状や病気



○ 薬の処方の状況



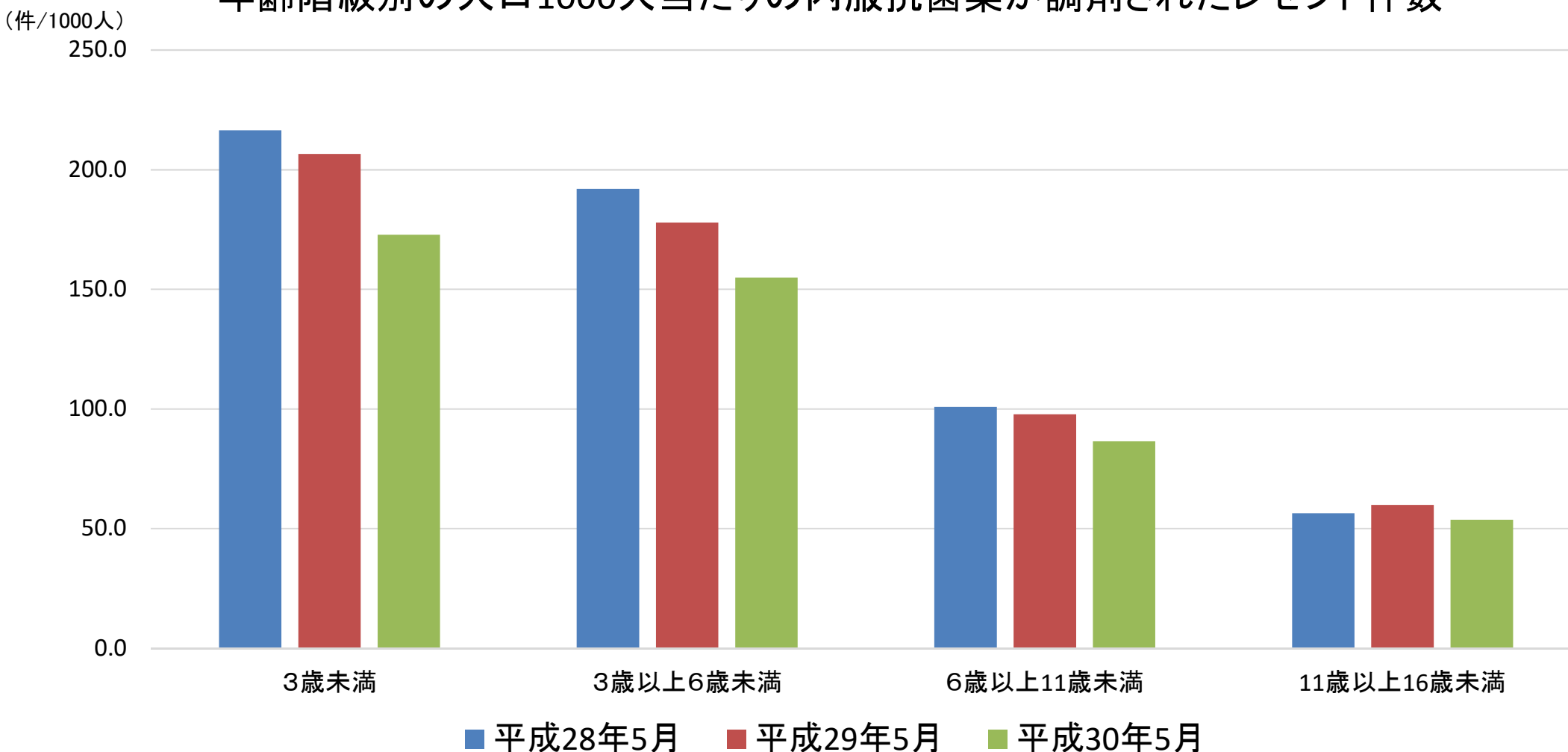
○ 薬の処方の医師による説明



年齢階級別の内服抗菌薬の状況

- いずれの年齢階級においても、平成29年と平成30年を比較すると、内服抗菌薬が調剤されたレセプト件数は減少している。
- 内服抗菌薬が調剤されたレセプト件数は3歳未満が最も多く、次いで3歳以上6歳未満が多い。

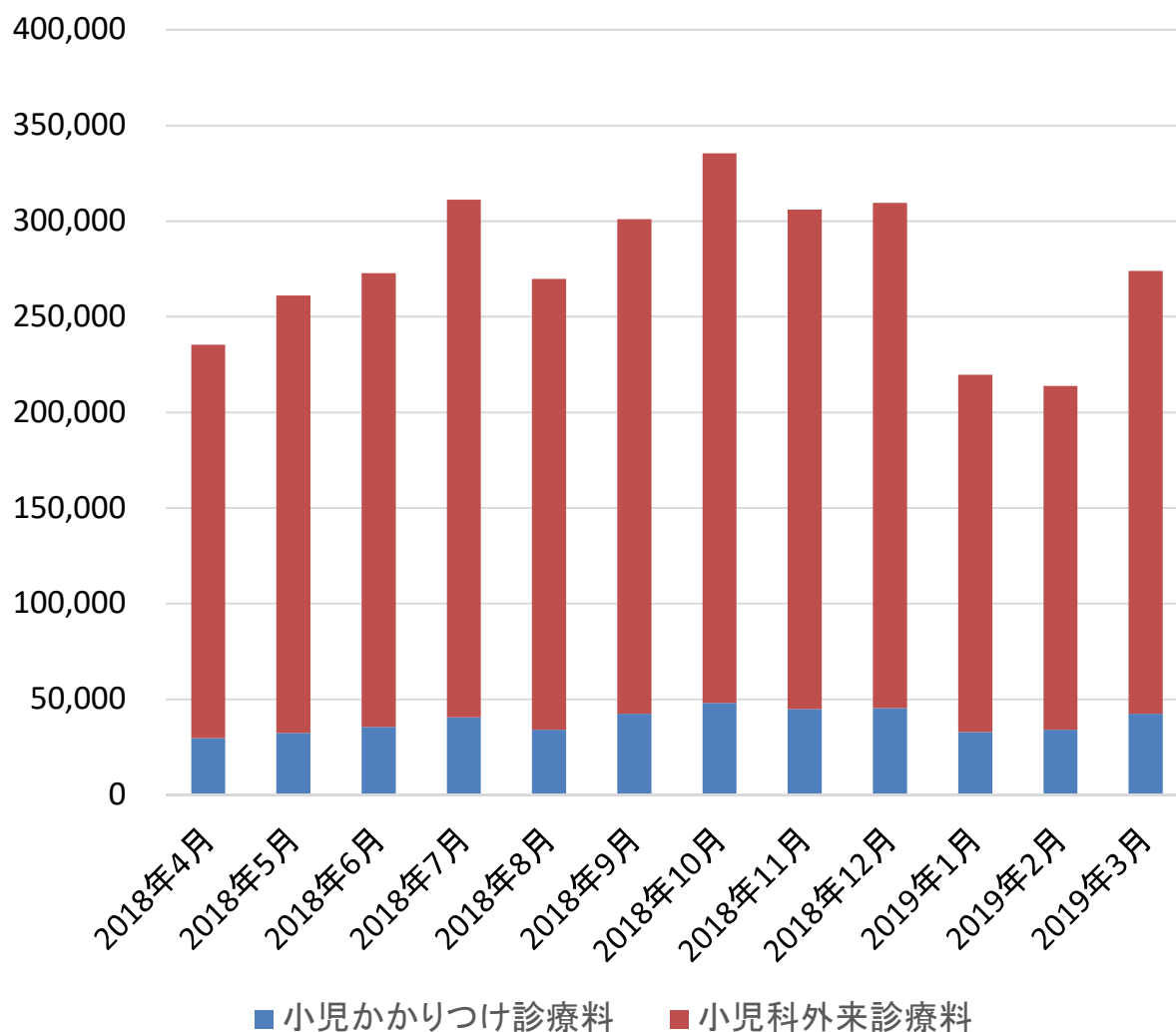
年齢階級別の人口1000人当たりの内服抗菌薬が調剤されたレセプト件数



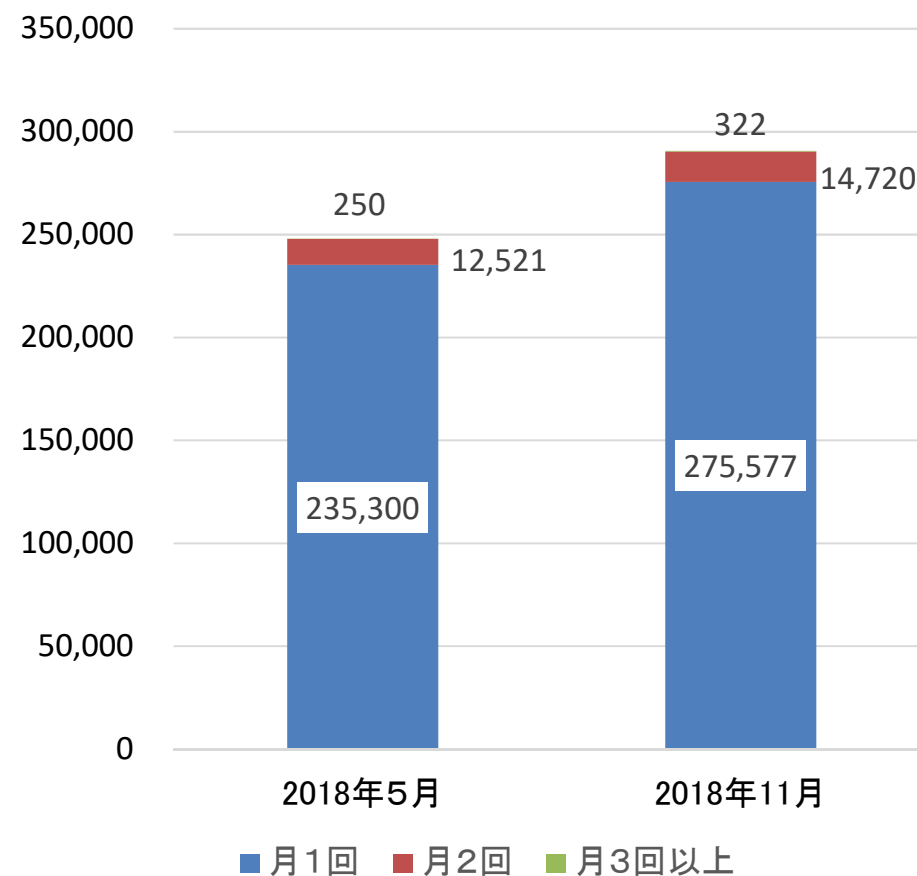
小児抗菌薬適正使用支援加算の算定状況

- 小児抗菌薬適正使用支援加算は、月20万回～35万回算定されていた。
- また、月2回以上算定されているレセプトが約5%存在していた。

小児抗菌薬適正使用支援加算の算定回数



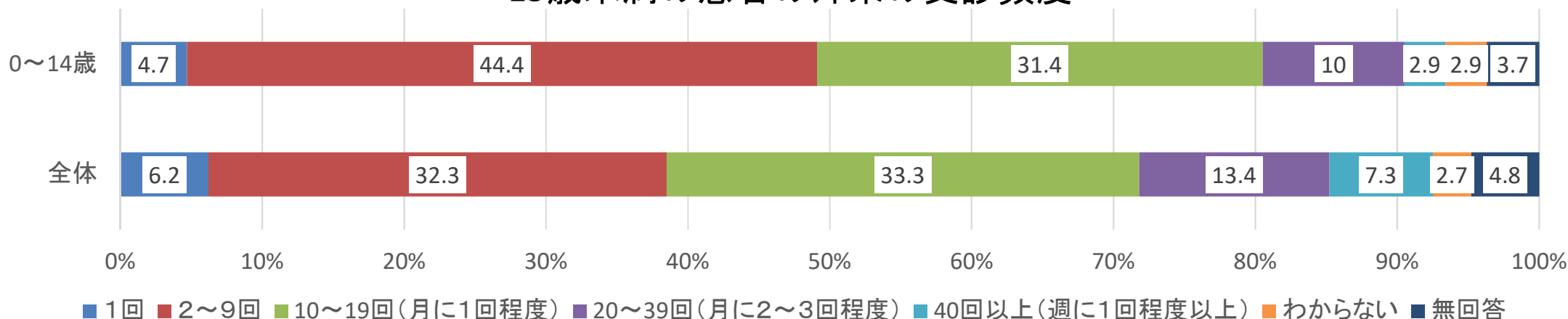
小児抗菌薬適正使用支援加算の単月の算定回数別の算定件数



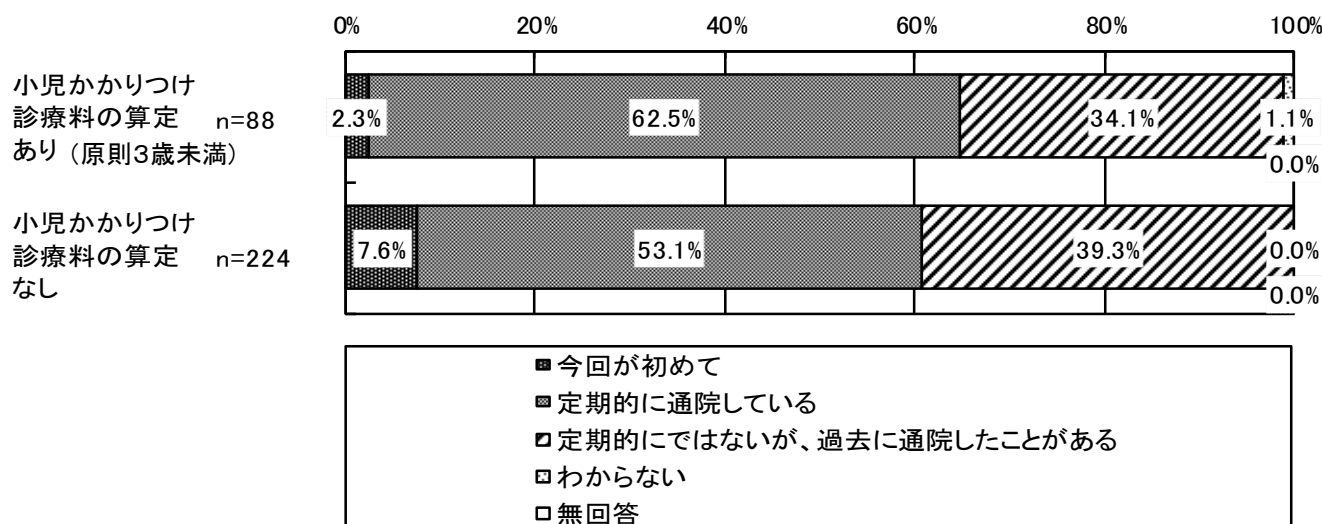
小児患者の外来の受診頻度

- 15歳未満の患者について、受診頻度が月に1回未満の患者が49.1%であり、月1回程度受診する患者が31.4%であった。
- 小児かかりつけ診療料を算定している患者について、定期的(3月に1回程度)に通院している患者は、62.5%であった。

15歳未満の患者の外来の受診頻度



出典: 平成29年度受療行動調査



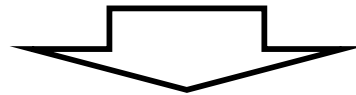
出典: 平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成30年度調査)

感染症に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【外来における薬剤耐性(AMR)対策】

- 薬剤耐性(AMR)対策アクションプランにおいて、抗微生物薬について、2020年までに、経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライドの使用量を半減させ、全体の使用量を33%減とすることが目標とされている。
- 抗菌薬の販売量及び経口広域抗菌薬の数量は、近年減少傾向にある。
- 平成30年度診療報酬改定において新設した小児抗菌薬適正使用支援加算については、月20万回～35万回算定されていた。また、月2回以上算定されているレセプトが約5%存在していた。
- 年齢階級別に内服抗菌薬が調剤されたレセプト件数を見ると、3歳未満が最も多く、次いで3歳以上6歳未満が多い。
- 15歳未満の患者について、月に1回程度の受診する患者が44.4%であり、月2回以上受診する患者が47.2%であった。
- 小児かかりつけ診療料を算定している患者について、定期的(3月に1回程度)に通院している患者は、62.5%であった。



【論点】

- 小児抗菌薬適正使用支援加算について、抗菌薬の使用状況や算定状況、小児の受療頻度等を踏まえ、対象年齢や算定頻度等の算定要件を見直すこととしてはどうか。

2. 脳卒中について

- 脳梗塞の超急性期治療を行う医療機関の基準
- Drip and Ship法

脳梗塞の急性期治療について

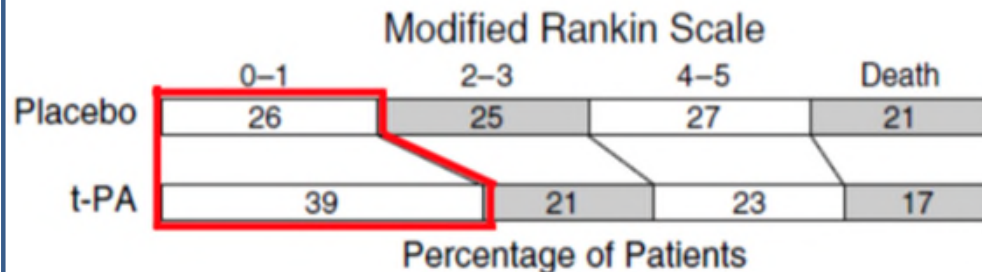
- 脳卒中の急性期治療に関しては、脳梗塞に対するrt-PA療法が実施可能である発症後経過時間の延長や、急性期血管内治療の科学的根拠の確立等、治療技術の進歩が見られる。
- 脳卒中の急性期診療においては、単一の医療施設で、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することが困難な場合があることから、地域における複数の医療施設が連携し、24時間体制を確保することが求められる。
- rt-PA療法の実施率は急性期脳梗塞の約5%に留まり、また、地域によって実績に差がある可能性も指摘されている。

脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会報告書（平成29年7月）より引用改変

脳梗塞の急性期治療の進歩

- rt-PA静注療法実施群では、
 - ・ 後遺症なく経過する割合が13%増加¹
 - ・ 死亡率は偽薬群と差がない¹

脳梗塞発症後3ヶ月の臨床転帰



(※) Modified Rankin Scale 0-1:明らかな障害を認めない

- 血管内治療実施群では、
 - ・ 後遺症が軽く経過する割合が約20%増加²
 - ・ 死亡率は非実施群と差がない²

出典 1. N Engl J Med 333: 1581-7, 1995 2. Lancet 387:1723-1731, 2016

地域における脳梗塞の急性期診療の体制

- rt-PA静注療法の提供体制には地域差があるとされている
 - ・ rt-PA療法可能な施設が一つでもある市町村分布¹



- ・ rt-PA療法を常時行える病院のない医療圏は9.7%
血栓回収術を常時行える病院のない医療圏は27.4%²
- (※)46都道府県の日本脳卒中協会支部と宮城県脳卒中協会へのアンケート調査による

出典 1. 脳卒中31:141-147,2009 2. 脳卒中41:93-99,2019

超急性期脳卒中加算の概要

A205－2 超急性期脳卒中加算 12,000点(入院初日)

【算定要件】

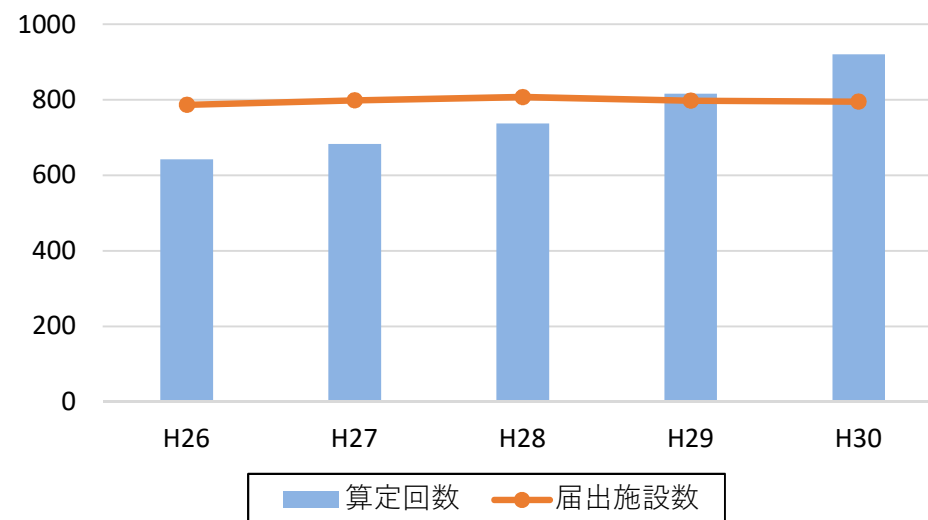
- (1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5 時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 投与に当たっては、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会rt-PA(アルテプラゼ)静注療法指針改訂部会作成の「rt-PA(アルテプラゼ)静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること。
- (3) 投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA 適正使用に係る講習会を受講していること。

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。
- (2) 薬剤師が常時配置されていること。
- (3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。
- (4) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。
- (5) 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。
- (6) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。(省略)
- (7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

【算定回数・届出医療機関数】

(回数・施設数)



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）
保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

rt-PA静注療法の実施施設の要件

- 日本脳卒中学会は、「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法 適正治療指針第二版」に定める「治療を行う施設」の基準が厳格過ぎたことが、rt-PA療法が普及しない一因である可能性を考慮し、平成28年9月に基準の改訂を行った。
（脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会報告書（平成29年7月）より引用改変）
- 現状、A205－2 超急性期脳卒中加算の施設基準は、当該指針（第三版）の推奨する施設基準には対応していない。

	改訂前の指針（第二版）	改訂後の指針（第三版）	A205－2 超急性期脳卒中加算（再掲）
人員配置基準	・ 日本脳卒中学会専門医などの急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を持つ医師を中心とする診療チームがあること ・ 実施担当医が日本脳卒中学会の承認する本薬使用のための講習会を受講し、証明を取得すること	・ <u>急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療を開始できること</u> （脳卒中診療担当者は、日本脳卒中学会の承認する本薬使用のためのe－ラーニングを受講することが望ましい）	・ <u>専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る）を1名以上配置</u>
	（記載なし）	（記載なし）	薬剤師の常時配置
	（記載なし）	（記載なし）	<u>診療放射線技師及び臨床検査技師の常時配置</u>
脳外科対応	脳外科的処置が迅速に行える体制	迅速に <u>脳外科医が対応できる体制</u>	脳外科的処置が迅速に行える体制
設備	ストロークケアユニット又はそれに準ずる設備	推奨項目から削除 （静注後の管理はSCU又はそれに準ずる集中治療室等の設備で行うことが望ましい）	脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること （ICUやSCUと兼用であっても構わない）
	CT又はMRIが24時間実施可能	<u>頭部CT又はMRI、一般血液検査と凝固学的検査、心電図検査が施行可能</u>	CT、MRI、 <u>脳血管造影等の脳画像撮影及び診断が常時行える体制</u>

2. 脳卒中について

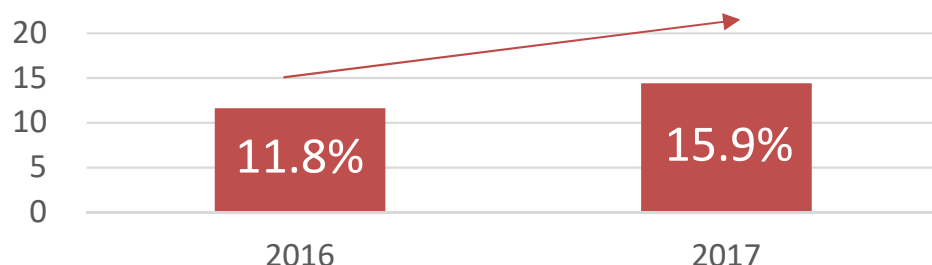
- 脳梗塞の超急性期治療を行う医療機関の基準
- Drip and Ship法

脳梗塞治療におけるDrip and Ship法について

- 脳梗塞の急性期治療において、一次搬送された施設からより専門的な医療機関に二次搬送された割合は増加している。
- 治療においてrt-PAを投与する場合、発症から投与までの時間が短い方が患者の予後がよく、rt-PAを投与した上で血管内治療等の専門的治療が可能な医療機関に搬送する方法(Drip and Ship法)が活用されている。

※ Drip and ship法: 遠隔診療等を用いることによって、脳卒中に精通した医師の指示下にrt-PA療法を開始した上で、血管内治療が可能な施設を含む、より専門的な診療が可能な施設に、脳梗塞患者を搬送することをいう。

脳梗塞の急性期治療において一次搬送施設からより専門的な医療機関に二次搬送された割合

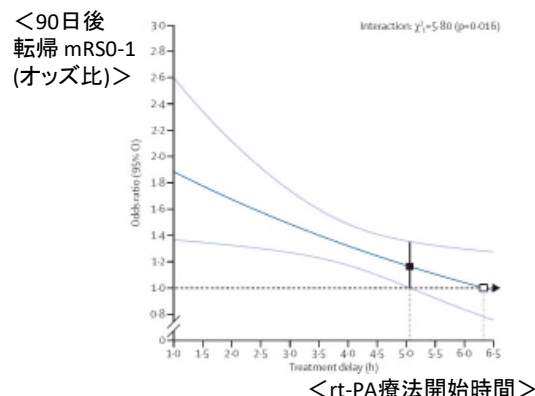


- 脳梗塞の急性期治療において血管内治療が行われた症例のうち、一次搬送施設からより専門的な医療機関に二次搬送された割合は約16%あり、増加している。

出典: 厚生労働科学研究費補助金「脳卒中の急性期医療体制における施設間連携体制構築のための研究」

rt-PAを投与するまでの時間と予後

- 脳梗塞の超急性期では、発症からrt-PAを投与するまでの時間が短い方が、患者の予後がよい。



出典: Lancet 2014;384:1929-1935

Drip and Ship法とMother Ship法を比較した場合の臨床転帰

	Drip and ship	Mother ship (tPA治療を行ったもの)	P値
n	368	1926	
年齢	23-98 (76, 74.4)	16-103 (77, 75.6)	0.072
男性	216 (58.7%)	1079 (56.0%)	0.34
発症前mRS 0-1	302 (83.0%)	1483 (77.7%)	0.021
SICH	25 (7.1%)	118 (6.7%)	0.79
発症90日後mRS 6	37 (10.1%)	187 (9.7%)	0.85
発症90日後mRS 5-6	88 (23.9%)	474 (24.7%)	0.76
発症90日後mRS 0-2	161 (43.8%)	834 (43.4%)	0.91

- 脳梗塞に対して血管内治療を行った症例において、Drip and Ship法でrt-PA静注療法を行った例と自施設でrt-PA静注療法を行った例では、安全性に差はなかった。

※ Mother ship: 脳卒中発症後、血管内治療が可能な施設を含む専門的な施設に直接搬送されること

※ SICH:: symptomatic intracranial hemorrhage (症候性頭蓋内出血)

※ mRS:: modified Rankin Scale
0=後遺症無く軽快, 6=死亡, であり、数値が低いほど転帰良好を示す

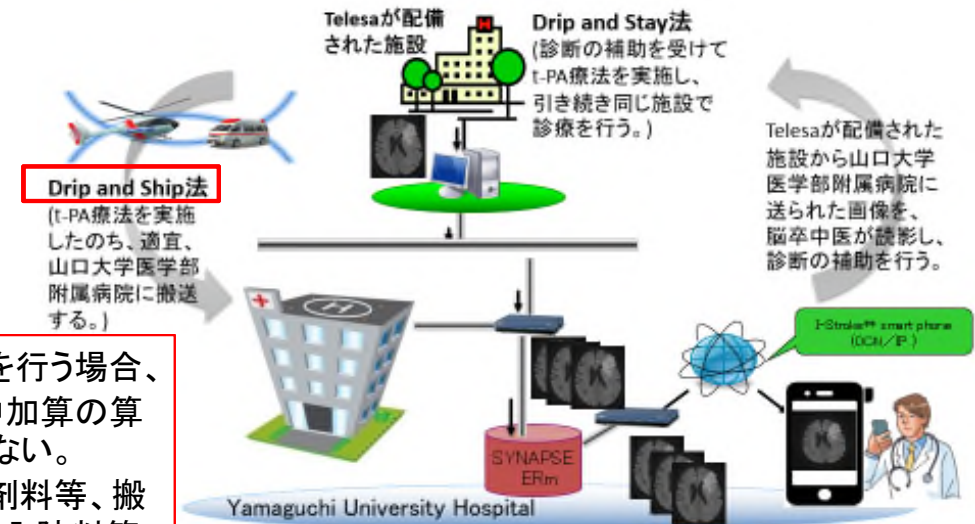
Drip and Ship法の実施にかかる評価

- 各地域における医療資源の状態によっては、遠隔診療を用いた診断の補助や、Drip and Ship法、Drip and Stay法の活用を通じ、平均的な救急搬送圏外の施設との連携体制の構築が必要である。
(脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会報告書(平成29年7月)より引用改変)
- 現行の超急性期脳卒中加算は、所定時間内にrt-PAを投与した場合に、入院料の加算として算定できることとなっているため、Drip and Ship法を実施した場合は算定できない。

超急性期脳卒中加算の算定要件(再掲)

- 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。

地域における脳卒中の急性期診療施設の連携(例)



Drip and Ship法を行う場合、超急性期脳卒中加算の算定要件を満たさない。
(搬送元では薬剤料等、搬送先では以降の入院料等の算定は可能)

出典: 鈴木倫保構成員提供資料を改変

脳卒中治療に係る現状及び課題と論点

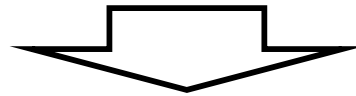
【現状及び課題】

【脳梗塞の超急性期治療を行う医療機関の基準】

- 脳卒中の急性期治療に関しては、脳梗塞に対するrt-PA療法が実施可能である発症後経過時間の延長や、急性期血管内治療の科学的根拠の確立等、治療技術の進歩が見られる。
- 脳卒中の急性期診療においては、単一の医療施設で、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することが困難な場合があることから、地域における複数の医療施設が連携し、24時間体制を確保することが求められるが、地域によって提供体制に差がある可能性も指摘されている。
- 日本脳卒中学会は、「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法 適正治療指針第二版」に定める「治療を行う施設」の基準が厳格過ぎたことが、rt-PA療法が普及しない一因である可能性を考慮し、平成28年9月に基準の改訂を行ったが、現状、超急性期脳卒中加算の施設基準はこれに対応していない。

【Drip and Ship法】

- 脳梗塞の急性期治療において、一次搬送された施設からより専門的な医療機関に二次搬送された割合は増加している。
- 治療においてrt-PAを投与する場合、発症から投与までの時間が短い方が患者の予後がよいことが知られており、rt-PAを投与した上で血管内治療等の専門的治療が可能な医療機関に搬送する方法（Drip and Ship法）が活用されている。
- 現行の超急性期脳卒中加算は、所定時間内にrt-PAを投与した場合に、入院料の加算として算定できることとなっていることから、Drip and Ship法を実施した場合は算定できない。



【論点】

- 急性期脳梗塞の治療法の現状や地域の医療提供体制、学会による治療指針の改訂等を踏まえ、治療を行う医療機関を適切に評価する観点から、超急性期脳卒中加算の施設基準や算定要件等を見直すことについてどのように考えるか。

3. 医療従事者の働き方について

- 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について

勤務環境改善に関連する診療報酬の対応(主なもの)

<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		産科・小児科		
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
医療等の重点的な対応が
ついて評価の充実・拡大

次回以降議論

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

(今回議論)

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進

(次回以降議論)

- タスク・シフティングの推進、チーム医療の推進
- 業務の効率化や人員配置の合理化・適正化、書類作成・研修要件の合理化
- 柔軟な働き方や業務の効率化に資するICT等の利活用の推進

医療従事者の働き方に関するこれまでの主な意見

（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））

- 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。

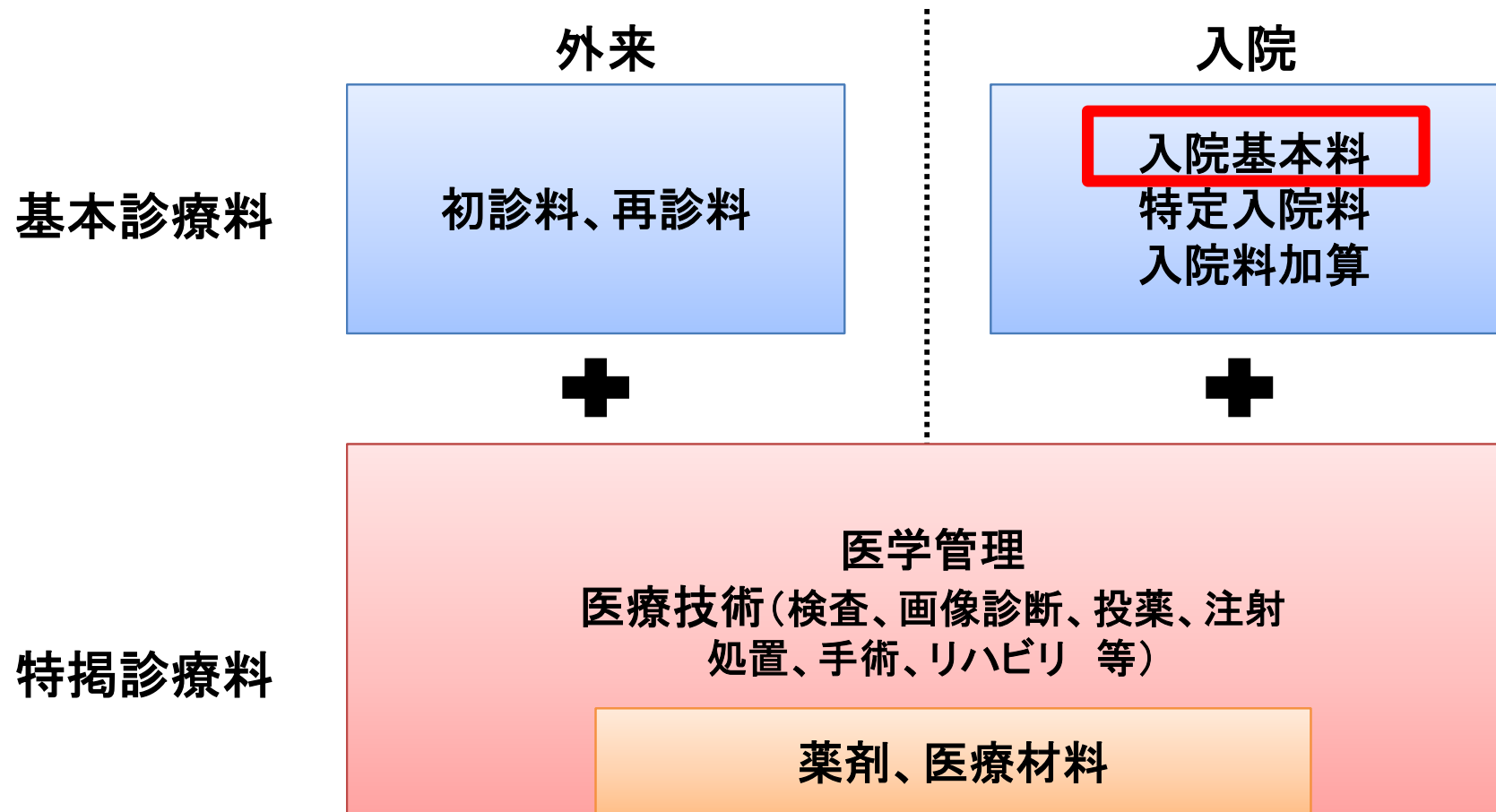
（中央社会保険医療協議会総会（令和元年9月25日）における主な意見）

- 保険医療機関の収入は診療報酬によって占められるため、診療に必要なコストは診療報酬によって手当てされることが原則である。
- 勤務環境改善に取り組む医療機関に対して、診療報酬での評価が必要ではないか。

3. 医療従事者の働き方について

- 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について
 - ・ 全ての医療機関に求められる取組
 - ・ 特に勤務環境改善が必要な医療機関に求められる取組

診療報酬の基本構造



- 「基本診療料」は、初・再診、入院時の診察行為又は入院サービスの費用のほか、基本的な診療行為の費用も一括して支払うもの。簡単な検査、処置等（例：血圧測定等）、入院の場合の皮内、皮下、筋肉内、静脈内注射の注射手技、簡単な処置等を含んでいる。
- 入院基本料等は、療養環境（寝具等を含む。）の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等に要する費用は、特に規定する場合を除き含まれている。
- 「特掲診療料」は、基本診療料として一括して支払うことが適当でない特別の診療行為に対して個別的な評価をなし、個々に点数を設定し、それらの診療行為を行った場合は、個々にそれらの費用を算定する。

入院基本料の変遷①

中医協 診－1
24・8・22

入院時医学管理料

医学的管理に関する費用

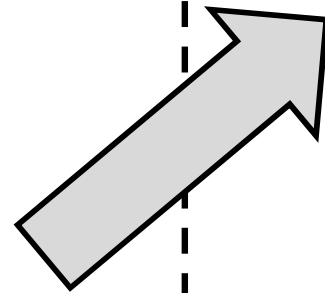
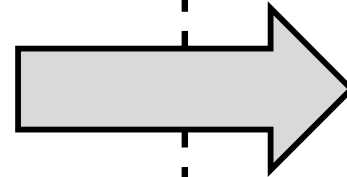
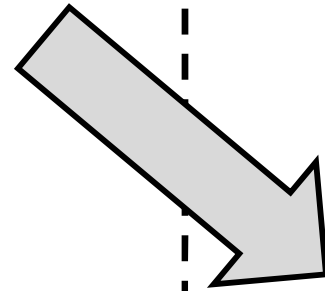
看護料

看護師等の数に応じた評価

室料、入院環境料

療養環境の提供の評価

平成11年度以前



入院基本料

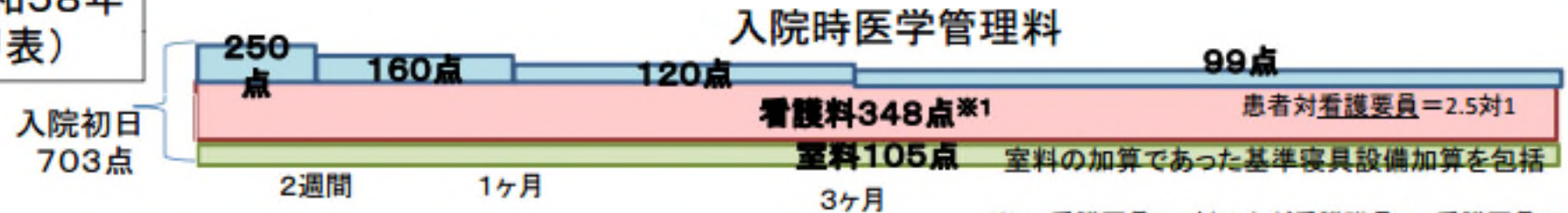
入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。

平成12年度以降

入院基本料の変遷②

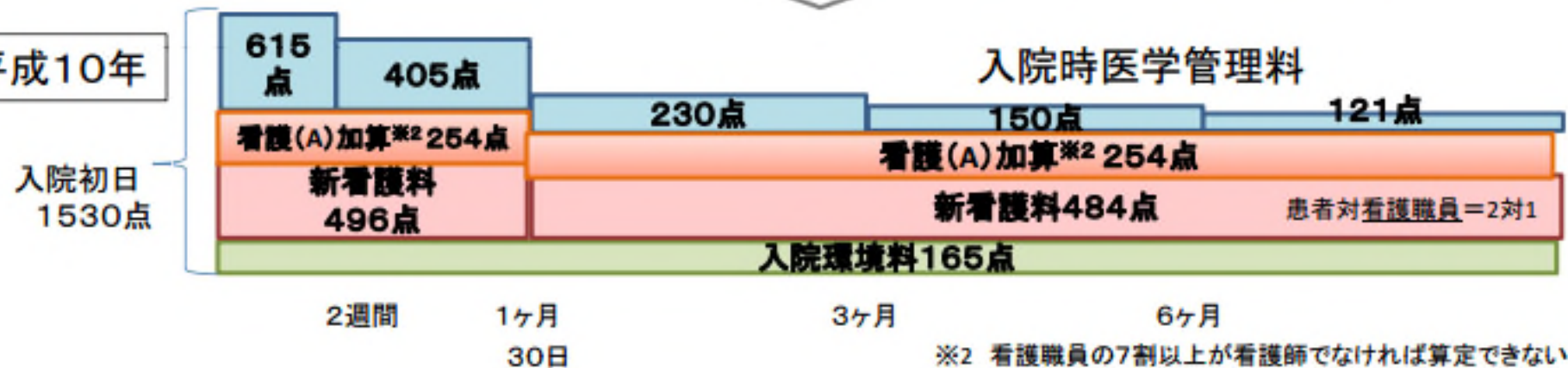
中医協 診 - 1
2 4 . 8 . 2 2

昭和58年
(甲表)



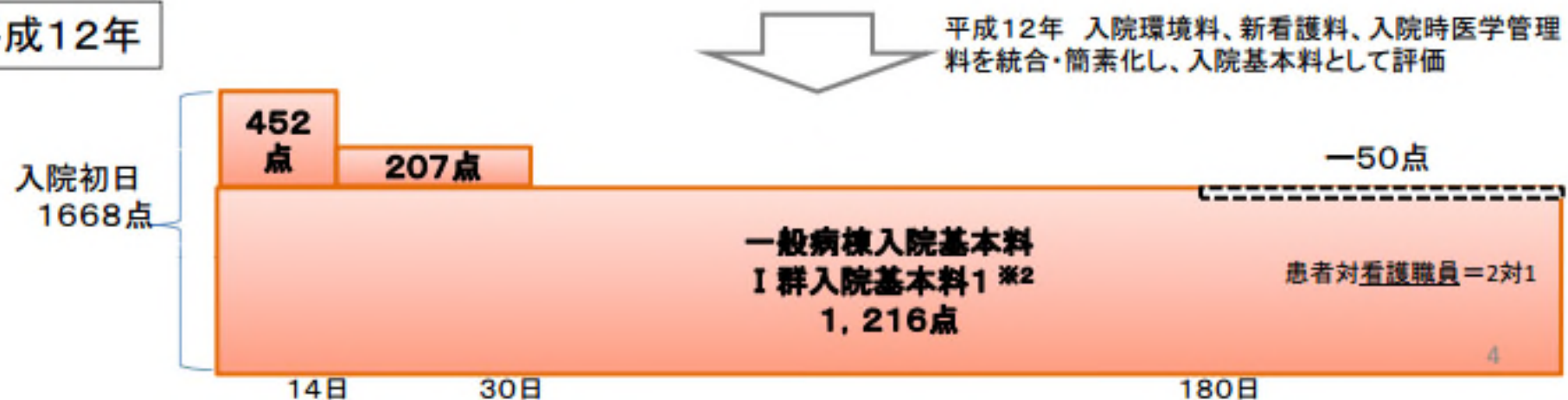
※1 看護要員の8割以上が看護職員で、看護要員の半数以上が看護師でなければ算定できない

平成10年



※2 看護職員の7割以上が看護師でなければ算定できない

平成12年



平成12年 入院環境料、新看護料、入院時医学管理料を統合・簡素化し、入院基本料として評価

入院料の要件となっている項目の変遷

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策については、平成18年度診療報酬改定において、入院基本料の算定要件とした。栄養管理体制については、平成24年度診療報酬改定において、入院基本料の算定要件とした。

項目	平成12年度前	平成12年度改定	平成14年度改定	平成18年度改定	平成24年度改定
入院診療計画	入院治療計画加算	入院診療計画未実施減算	→	減算の廃止 (入院料の要件化)	→
院内感染防止対策	院内感染防止対策加算	院内感染防止対策未実施減算	→	減算の廃止 (入院料の要件化)	→
医療安全管理体制	—	—	医療安全管理体制未整備減算	減算の廃止 (入院料の要件化)	→
褥瘡対策	—	—	褥瘡対策未実施減算	減算の廃止 (入院料の要件化)	→
栄養管理体制	—	—	—	栄養管理実施加算	加算の廃止 (入院料の要件化)※

※有床診療所については、平成26年度改定で加算として再度評価を設けた

これまでの厚労省における医療安全施策

平成13年 4月	厚生労働省に医療安全推進室設置、医療安全対策検討会議を開催
14年 4月 10月	医療安全対策検討会議にて、「医療安全推進総合対策」策定 病院及び有床診療所に、医療安全管理のための整備確保義務（省令改正）
15年 4月	特定機能病院・臨床研修病院に、医療安全専任管理者・部門・患者相談窓口配置義務（省令改正）
12月	「厚労大臣医療事故対策緊急アピール」：医療安全を医療政策の最重要課題のひとつ
16年10月	特定機能病院等に、医療事故情報等の報告義務（省令改正）
17年 5月	「医療安全対策検討会議」報告書（医療事故未然防止対策等）
18年 6月	第5次改正医療法公布（法改正）
19年 4月	第5次改正医療法施行（法改正） 病院及び有床診療所に加え、無床診療所、助産所にも、医療安全管理体制整備、 及び、都道府県に、医療安全支援センター設置義務 等
26年 6月	第6次改正医療法公布（法改正）
27年10月	医療事故調査制度施行（法改正）

入院料の要件となっている項目

第2部 入院料等 通則 注7

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節(特別入院基本料等を含む。)及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

○ 入院診療計画

- ・ 医師・看護師等が共同して、病名や推定される入院期間等の入院に必要な事項を記載した入院診療計画を策定し、患者が入院した日から起算して7日以内に、当該入院診療計画を文書により患者に交付し、説明を行う。 等

○ 院内感染防止対策

- ・ 院内感染防止対策委員会を設置し、月1回程度、定期的に開催する。
- ・ 各病棟の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」を週1回程度作成する。
- ・ 職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液を設置している。 等

○ 医療安全管理対策

- ・ 安全管理のための指針が整備されている。
- ・ 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されている。
- ・ 安全管理のための委員会が月1回程度開催されている。
- ・ 安全管理の体制確保のための職員研修が年2回程度開催されている。 等

○ 褥瘡対策

- ・ 褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されている。
- ・ 日常生活自立度が低い入院患者について、褥瘡因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者等については、褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行う。 等

○ 栄養管理体制

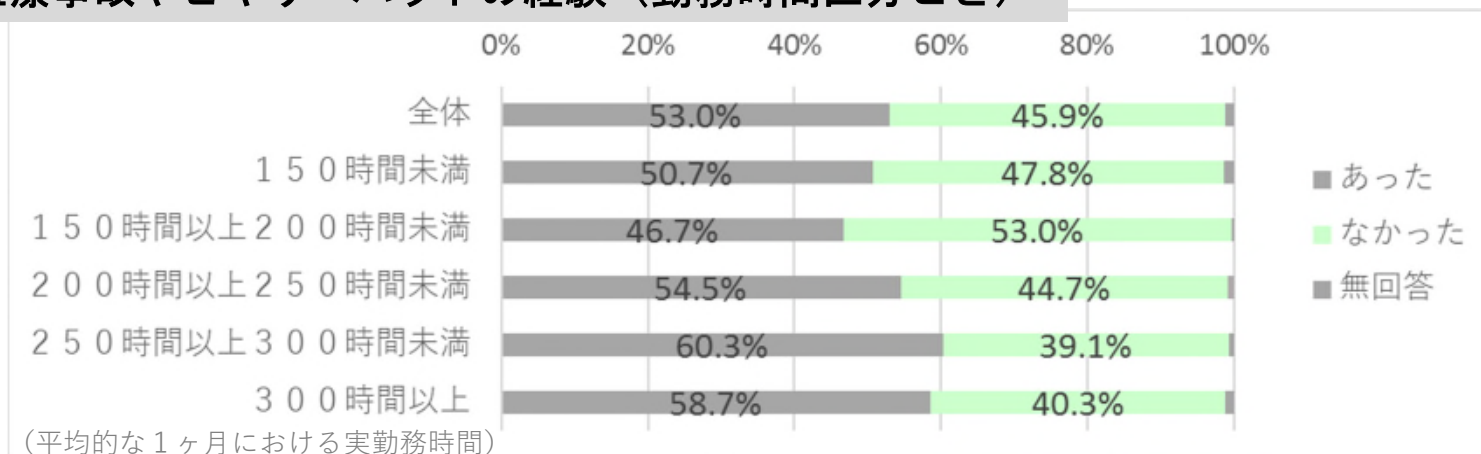
- ・ 保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されている。
- ・ 医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順を作成する。 等

※ 上記要件を満たせない場合、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が配置されているときは、入院基本料等から1日につき40点減算する。

働き方と医療安全との関係

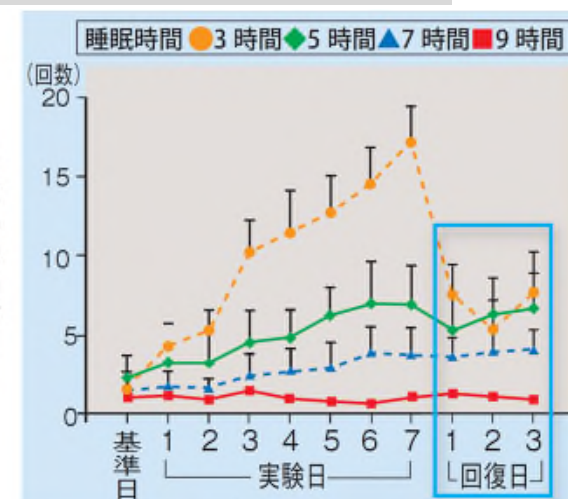
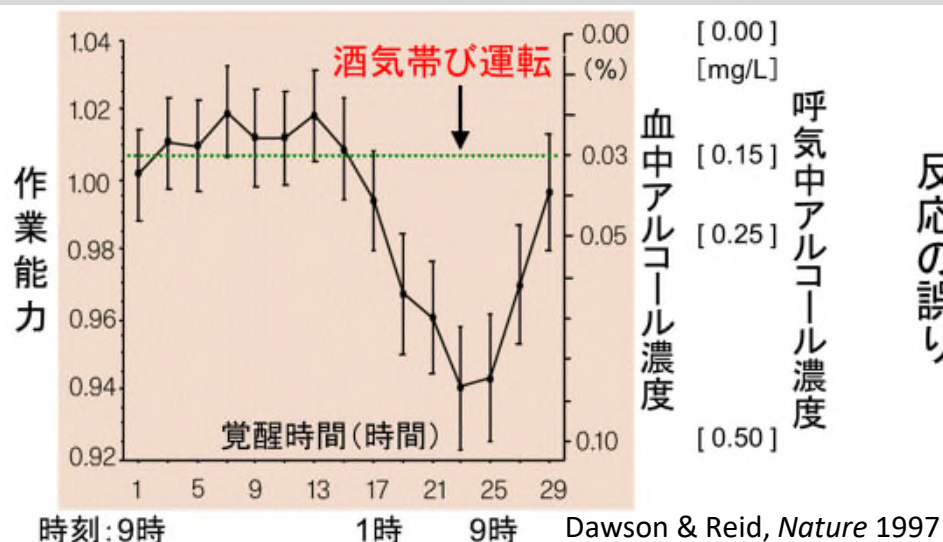
- 医療事故やヒヤリ・ハットを経験した割合は、勤務時間が長くなるほど上昇する。
- 睡眠不足は、作業能力を低下させたり、反応の誤りを増加させたりすることがわかっている。

1. 医療事故やヒヤリ・ハットの経験（勤務時間区分ごと）



(出典) 平成29年度厚生労働省・文部科学省委託「過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業報告書(医療に関する調査)」

2. 睡眠と作業能力の関係（第5回検討会 高橋正也参考人報告資料より抜粋）



医療勤務環境改善に関する改正医療法の規定（平成26年10月1日施行）

※平成27年4月以降、条文番号が変更

第四節 医療従事者の確保等に関する施策等

第三十条の十九 病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めなければならない。

医療機関の管理者は？

医療従事者の勤務環境改善等への取組

第三十条の二十 厚生労働大臣は、前条の規定に基づき病院又は診療所の管理者が講ずべき措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るための指針となるべき事項を定め、これを公表するものとする。

厚生労働省は？

医療機関の管理者が講ずべき措置の「指針」策定（※手引書）

第三十条の二十一 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。

都道府県は？

医療機関の勤務環境改善を促進するための支援（相談、情報提供、助言、調査、啓発活動その他の援助）

一 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。

二 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する調査及び啓発活動を行うこと。

三 前二号に掲げるもののほか、医療従事者の勤務環境の改善のために必要な支援を行うこと。

2 都道府県は、前項各号に掲げる事務の全部又は一部を厚生労働省令で定める者に委託することができる。

3 都道府県又は前項の規定による委託を受けた者は、第一項各号に掲げる事務又は当該委託に係る事務を実施するに当たり、医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点としての機能の確保に努めるものとする。

そのため「医療勤務環境改善支援センター」機能を確保

4 第二項の規定による委託を受けた者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であつた者は、正当な理由がなく、当該委託に係る事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

国は？

都道府県の活動をバックアップ（調査研究、情報提供その他）

第三十条の二十二 国は、前条第一項各号に掲げる事務の適切な実施に資するため、都道府県に対し、必要な情報の提供その他の協力を行うものとする。

医療従事者の勤務環境改善の促進

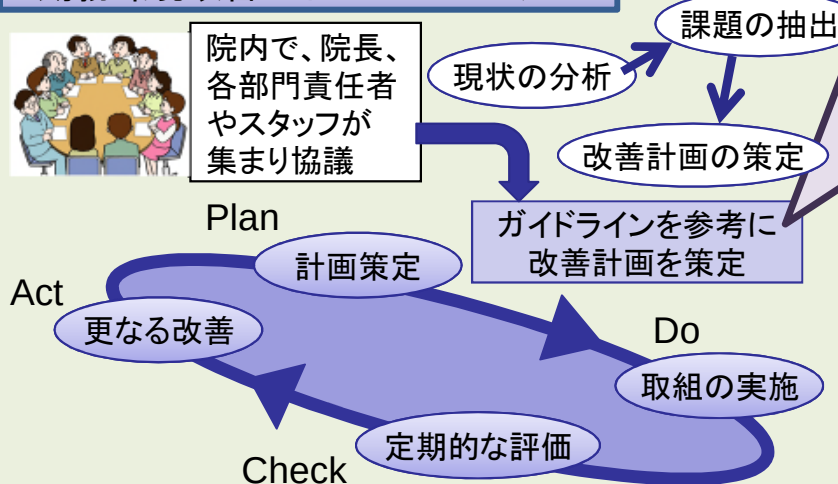
医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（平成26年10月1日施行）に基づき、

- 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（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。医療機関の自主的な取組を支援するガイドラインを国で策定。
- 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（医療勤務環境改善支援センター）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。

➡ 医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組（現状分析、改善計画の策定等）を促進。

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



- 医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針（厚労省告示）
- 勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（厚労省研究班）

「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例

- ✓ 多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
- ✓ 医師事務作業補助者や看護補助者の配置
- ✓ 勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など

「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例

- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 短時間正職員制度の導入
- ✓ 子育て中・介護中の者に対する残業の免除
- ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応
- ✓ 医療スタッフのキャリア形成の支援 など

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



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

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

考え方

勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。

医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。

医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的枠組みについて、早急な検討が必要。

勤務医を雇用する医療機関における取組項目

※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

- まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。
- ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。

2 36協定等の自己点検

- 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。
- 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。

3 産業保健の仕組みの活用

- 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。

4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

- 点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。
- 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。

※「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発1228001号）

5 女性医師等の支援

- 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。

6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

- 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。

- 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等

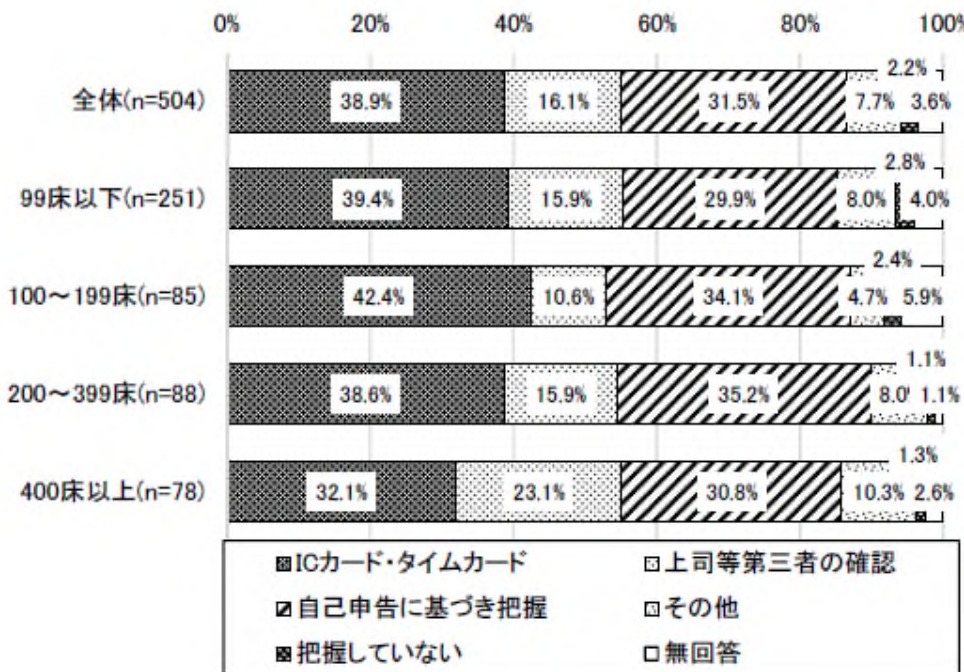
行政の支援等

医師の労働時間の把握方法

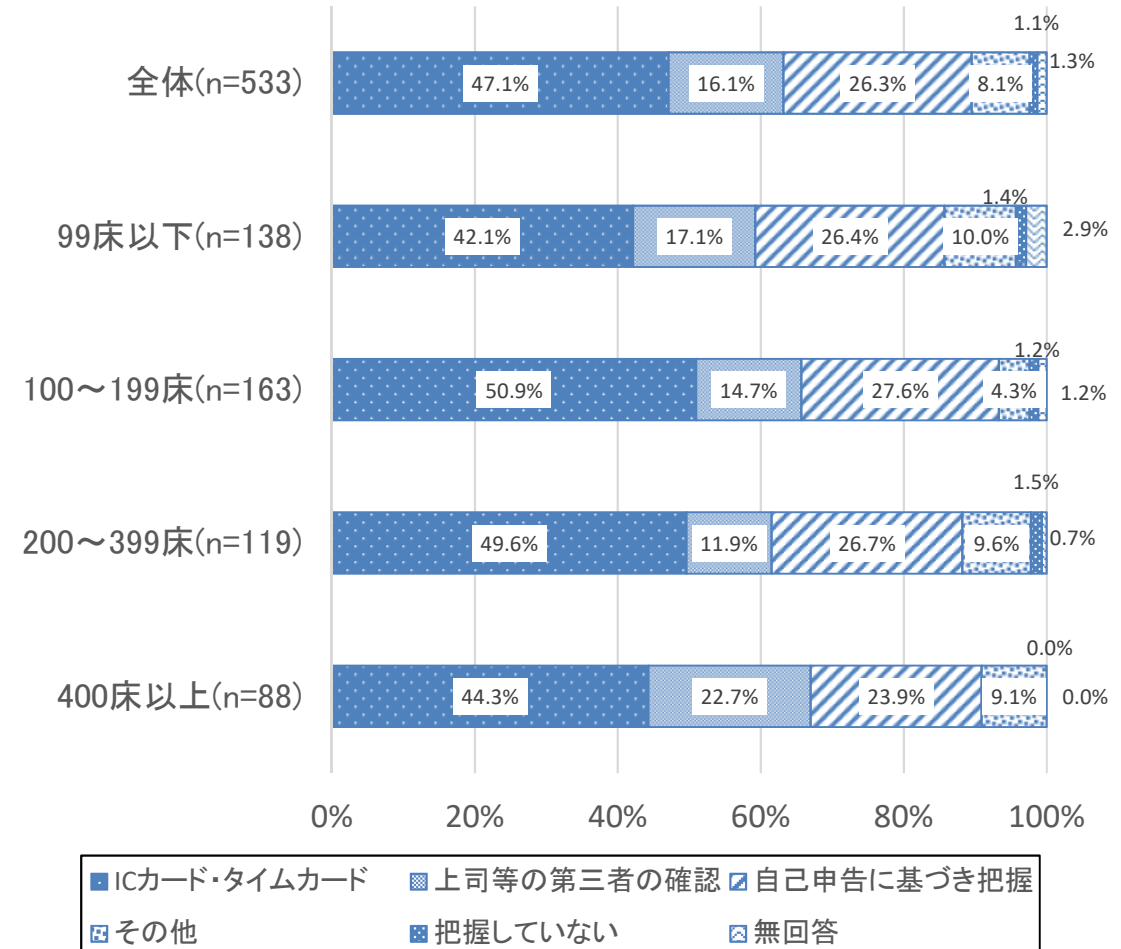
- 医師の労働時間の把握方法として、「ICカード・タイムカード」が最も多く、次いで「自己申告に基づき把握」が多かった。
- 令和元年度調査では、平成30年度調査と比較して、「ICカード・タイムカード」の割合が増加し、「自己申告に基づき把握」の割合が減少していた。

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成30年度調査)

図表 1 - 151 医師の労働時間の把握方法



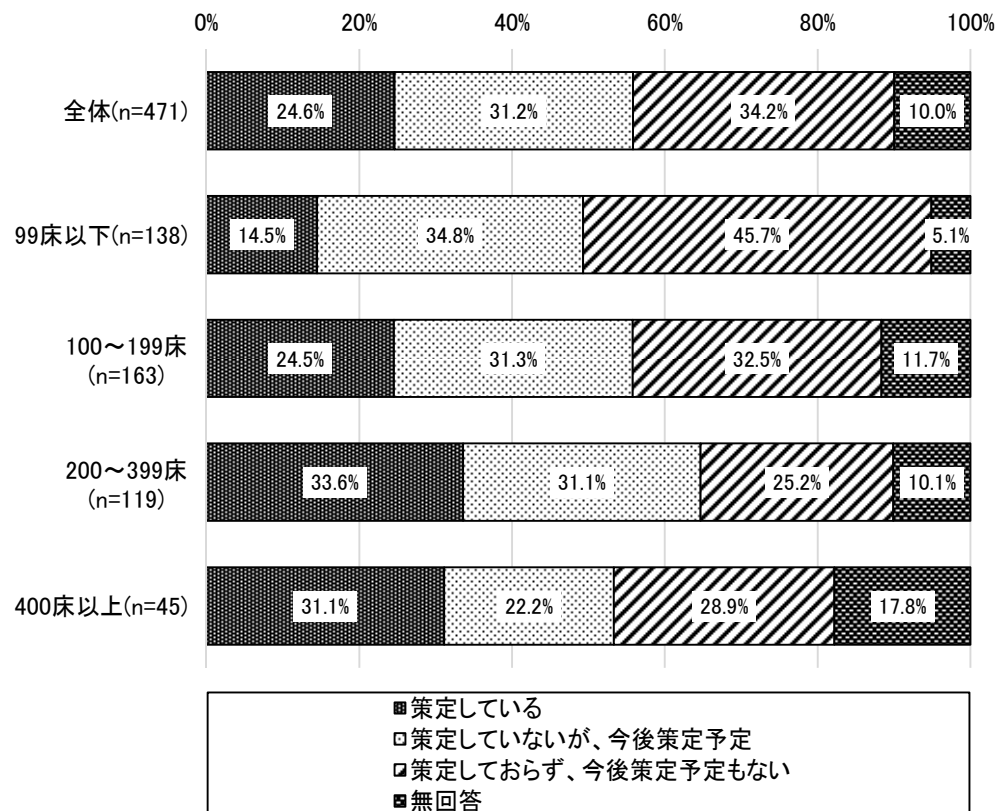
平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査 速報値)



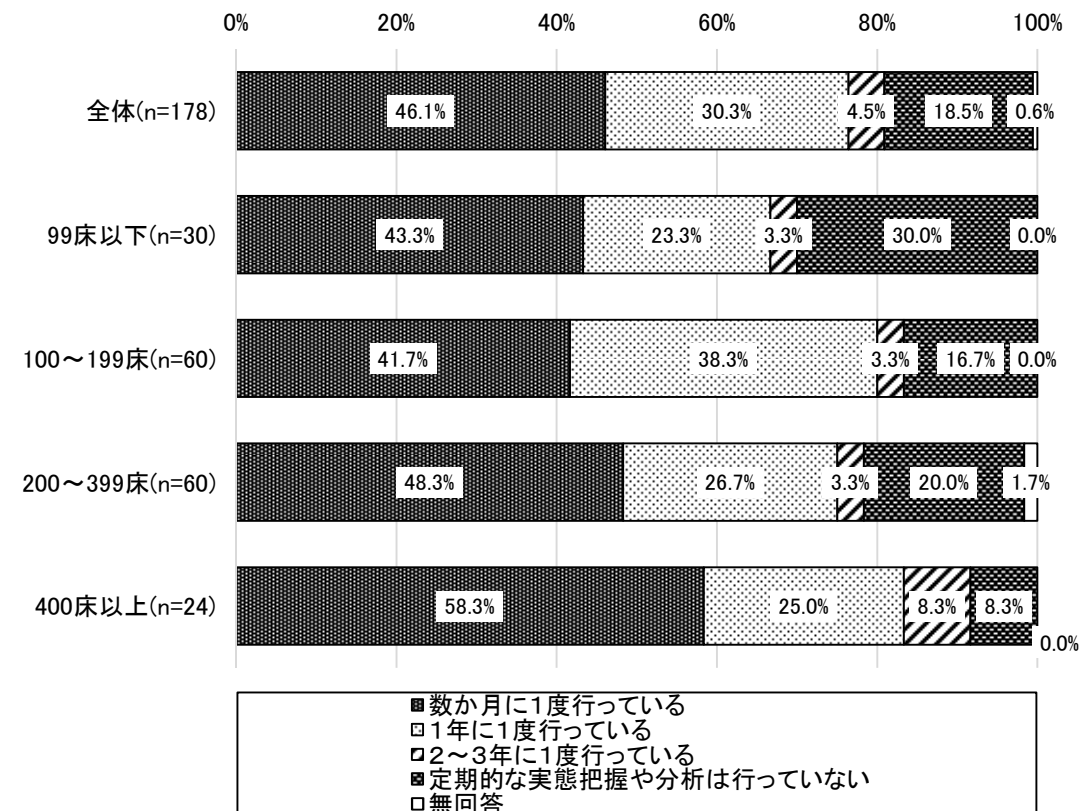
医療従事者の勤務環境改善マネジメントの状況

- 勤務環境改善の取組を要件としている診療報酬項目を届出していない医療機関において、勤務環境改善の取組について、計画を策定している医療機関は24.6%であり、数か月に1度計画の見直しを行っている医療機関が46.1%で最も多かった。

勤務環境改善の取組について、計画策定の有無



勤務環境改善の取組について、計画の見直しの頻度



3. 医療従事者の働き方について

- 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について
 - ・ 全ての医療機関に求められる取組
 - ・ 特に勤務環境改善が必要な医療機関に求められる取組

医師の働き方改革に関する検討会 報告書（抜粋）

【p14】

（地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関）

○（略）

①・②（略）

③ 以下のような医師の労働時間短縮に向けた対応がとられていること。

- ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等が計画的に推進されていること
- ・ 実際に医師の時間外労働が短縮していること。短縮していない場合には、評価機能（※後述（3））による長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価に基づき当該医療機関内及び地域医療提供体制における労働時間短縮に向けた対応の進捗が確認され、医師労働時間短縮計画等の見直しにより追加的な対応が取られていること。
- ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと。具体的な内容は、地域医療提供体制への影響や他制度の取扱い等を考慮して検討。

○ 当該特定は、地域医療提供体制を踏まえた判断となることから、都道府県において対象医療機関を特定し、その際、当該医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について、評価機能が行う客観的な要因分析・評価を踏まえる。

【p16】

○ ③については、

- ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等の計画的推進に関しては、各医療機関で定める医師労働時間短縮計画（※（3）のとおり国から記載項目を示す・医療機関内で取り組める事項を想定）の作成・実施により確認する。
- ・ 実際の時間外労働の短縮状況については、医師労働時間短縮計画における前年度実績（時間数）により確認する。短縮していない場合については、医療機関内の取組を当該計画により確認するほか、医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について評価機能が行う客観的な要因分析・評価の結果、都道府県医療審議会等における協議の状況等により、労働時間短縮に向けた取組状況を確認する。
- ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反に関しては、労働基準行政との連携により確認する。

医師の働き方改革に関する検討会 報告書(抜粋)

【p22】

(追加的健康確保措置②ー1 面接指導)

○ (略)

○ これらは、月の時間外労働について、100時間未満という上限規制を例外的に緩和するための要件であることから、時間外労働が「月100時間未満」の水準を超える前に、睡眠及び疲労の状況を客観的に確認し、疲労の蓄積が確認された者については月100時間以上となる前に面接指導を行うこと等を義務付けることとする。

※ 面接指導を実施する医師については、長時間労働の医師の面接指導に際して必要な知見に係る講習を受けて面接指導に従事することを想定。また、医療機関の管理者は認めない。

※ 院内の産業保健チーム等、コメディカルも含めた職員体制の中で医師の健康にも配慮することも重要である。

※ こうした面接指導の実施体制について、医師労働時間短縮計画に記載し、実効性を確認する。

【p24】

○ こうした就業上の措置等を実効あるものとする観点からも、各医療機関において長時間労働を行っている医師の負担軽減に取り組むほか、特に医師少数区域等において長期間にわたり(B)水準が適用される長時間労働を行っている医師がいる場合には、医療提供体制の効率化を図った上で、医師偏在対策において優先的な対応が必要である。都道府県は、医療機関が定める医師労働時間短縮計画の内容や医師の勤務実態によりこうした優先的な対応が必要な医療機関を把握し、地域医療支援センターに情報提供を行って、優先的な対応につなげていく。

医師労働時間短縮計画について(案)(1)

（計画の内容）

- 各医療機関における医師の労働時間の実績及び削減目標並びに労働時間短縮に向けた取組について記載する。

（労働時間）

- 医師の労働時間については、より精緻な目標設定・分析評価のため、平均時間数・最長時間数のほか、960～1860時間の医師の人数・割合、1860時間超の医師の人数・割合について、対象診療科（後述）を明らかにした上で、目標及び実績を記載することを求めることとしてはどうか。また、当面、2024年度までの各年度の削減目標の記載を求めることにより、労働時間の上限規制の適用に向けて医療機関がより計画的に労働時間短縮に向けた取り組みを進め、進捗状況を把握することができるのではないか。

（時間短縮に向けた取り組み）

- 労働時間短縮に向けた取組については、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」（平成30年2月27日）に記載されている事項、「医師の働き方改革に関する検討会報告書」（平成31年3月28日）において同計画に盛り込むこととされている事項等が想定される。
- 一方、医療機関によっては、過去に対応済みの事項等もあると考えられ、また、ここに列挙されていない取組も想定されるため、計画策定及び評価の際には、こうした医療機関毎の事情に留意する必要があるのではないか。

医師労働時間短縮計画について(案)(2)

(策定義務の対象医療機関)

- 一定の長時間労働が見られる医療機関として、36協定上、時間外・休日労働時間が年960時間を超える業務に従事する医師のいる医療機関に対して、策定を義務付けることとしてはどうか。
- この場合、2024年4月以降は(B)(C)医療機関に策定が義務付けられる。また、2024年3月以前は、(B)(C)医療機関としての特定が想定される医療機関のほか、(A)医療機関となることを予定しているものの、(A)水準を超える時間労働している医師が勤務する医療機関についても、2024年4月の時間外労働の上限の適用開始に向けて、策定義務の対象に含まれる。

(計画の位置づけ)

- 現在、医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、各都道府県の医療勤務環境改善支援センターにおいては、医療法第30条の19及び第30条の21に基づき、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(勤務環境改善マネジメントシステム)の導入支援を行っている。
- 医療法第30条の19に基づく努力義務が課されている勤務環境改善マネジメントシステムにおいては、各医療機関が改善計画を策定し(P)、計画に基づき取組の実施(D)、定期的な評価(C)、そして更なる改善(A)を行うこととされている。
- 医師労働時間短縮計画についても、このPDCAサイクルの中で策定から改善までの一連の取組を実施していくことが想定されるが、報告書において、労働時間の改善状況を毎年検証していくこととしていることを踏まえ、各医療機関内において、医師を含む各職種が参加しながら、年1回のPDCAサイクルで、労働時間の状況、労働時間削減に向けた計画の策定、取組状況の自己評価を行うこととしてはどうか。(評価機能による評価のサイクルはp10)

医師労働時間短縮計画の項目例（案）

1. 時間外労働の状況【必須記載事項】

2024年度までの労働時間削減の目標と前年度実績

- 平均時間数
- 最長時間数
- 960～1860時間の医師の人数・割合／960～1860時間の医師の属性（診療科毎）
- 1860時間超の医師の人数・割合／1860時間超の医師の属性（診療科毎）

労務管理

- 労働時間管理方法
- 宿日直許可基準に沿った運用
- 研鑽の時間管理
- 労使の話し合い、36協定の締結
- 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- 勤務間インターバル、面接指導等の追加的健康確保措置の実施
- …

2. 労働時間短縮に向けた取組【一部必須記載事項とすることを検討】

意識改革・啓発

- 管理者マネジメント研修
- 患者への医師の働き方改革に関する説明
- 働き方改革について医師の意見を聞く仕組み
- …

タスク・シフティング

- 初診時の予診
- 検査手順の説明や入院の説明
- 薬の説明や服薬の指導
- 静脈採血
- 静脈注射
- 静脈ラインの確保
- 尿道カテーテルの留置
- 診断書等の代行入力
- 患者の移動
- …

医師の業務の見直し

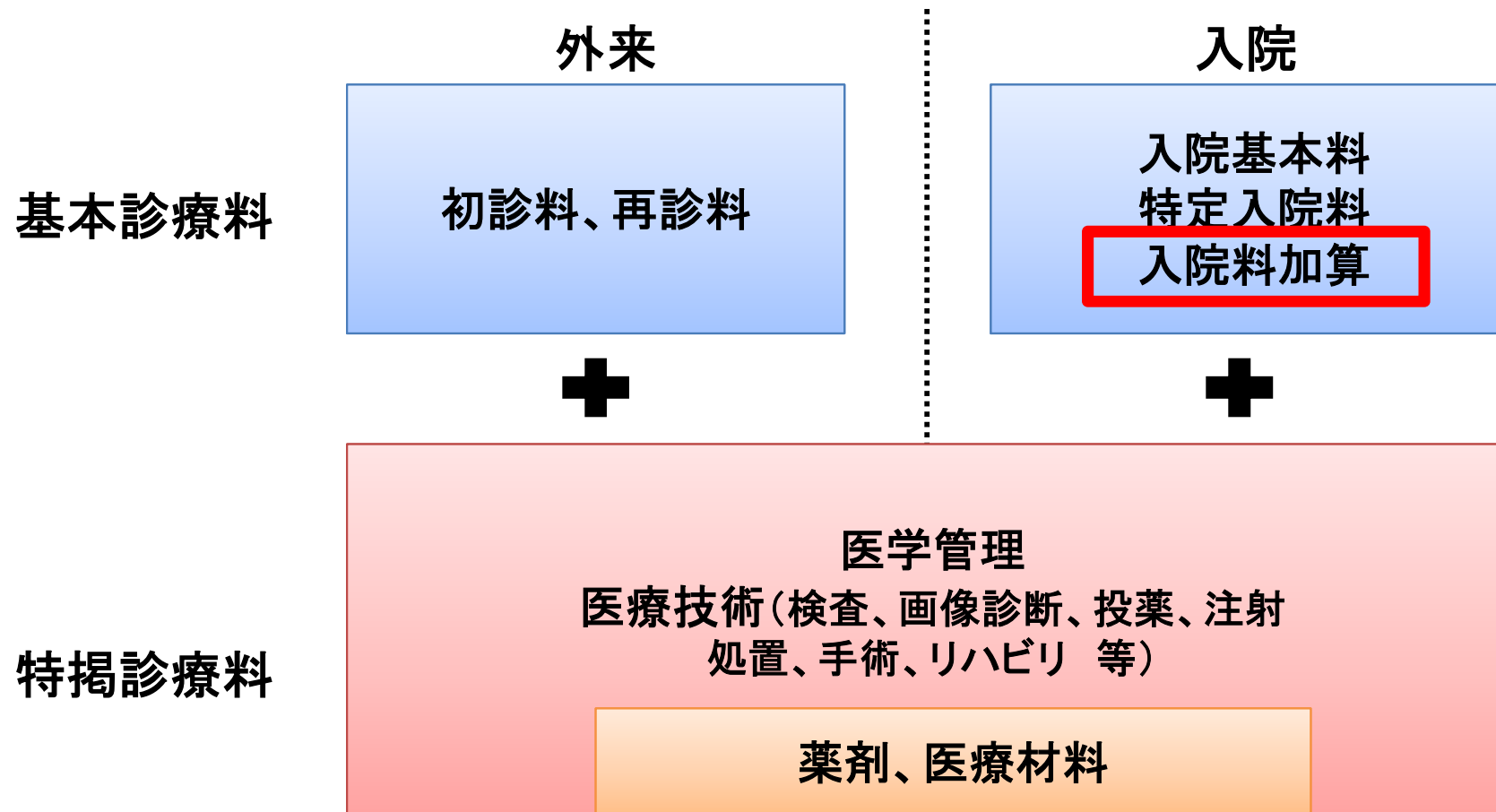
- 平日日中の外来業務の見直し
- 夜間休日の外来業務の見直し
- 当直の分担の見直し
- オンコール体制の見直し
- 診療科編成の見直し
- 主治医制の見直し
- 総合診療科の活用
- 勤務時間内の病状説明
- 連続勤務時間制限
- 勤務間インターバル
- 勤務日数の縮減
- 委員会、会議の見直し
- …

勤務環境改善

- ICTの導入、その他の設備投資
- 出産・子育て・介護に関する復職、両立支援
- 更なるチーム医療の推進
- …

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

診療報酬の基本構造



- 「基本診療料」は、初・再診、入院時の診察行為又は入院サービスの費用のほか、基本的な診療行為の費用も一括して支払うもの。簡単な検査、処置等（例：血圧測定等）、入院の場合の皮内、皮下、筋肉内、静脈内注射の注射手技、簡単な処置等を含んでいる。
- 入院基本料等は、療養環境（寝具等を含む。）の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等に要する費用は、特に規定する場合を除き含まれている。
- 「特掲診療料」は、基本診療料として一括して支払うことが適当でない特別の診療行為に対して個別的な評価をなし、個々に点数を設定し、それらの診療行為を行った場合は、個々にそれらの費用を算定する。

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

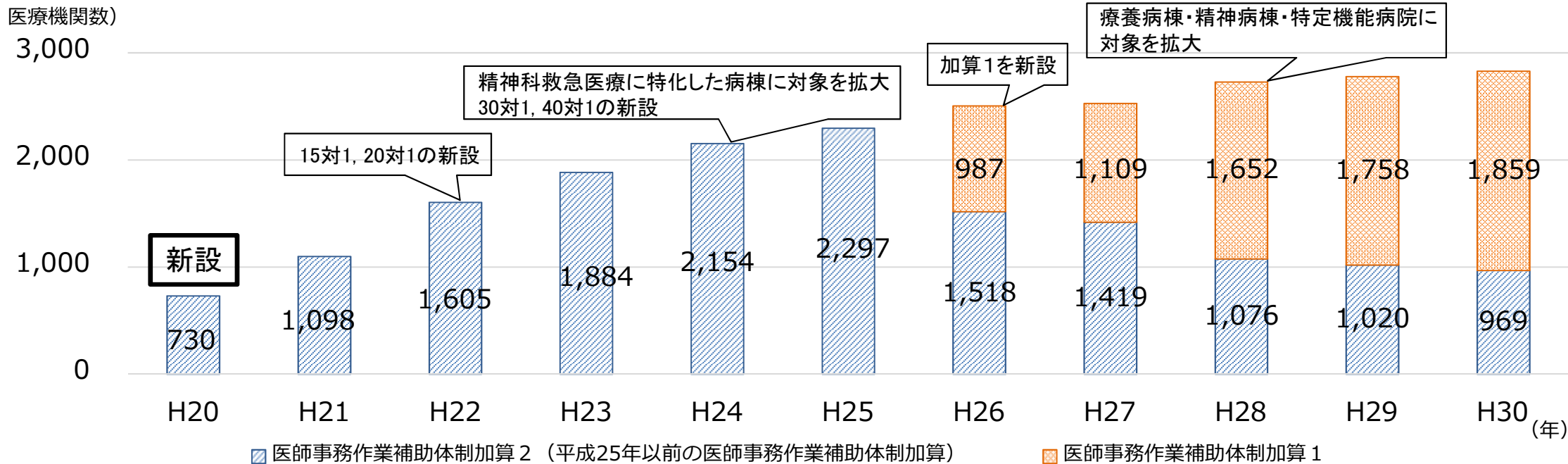
- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことが要件となっている。

※ 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



医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

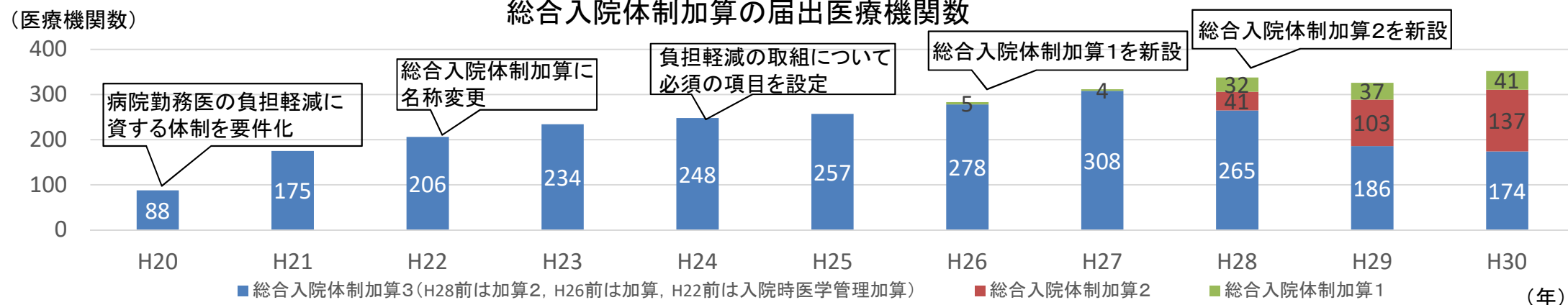
令和元年5月29日
中医協総会資料(改)

- 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、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。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。



医療従事者の働き方に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【全ての医療機関に求められる取組】

- 医療機関の管理者は、医療法第30条の19に基づく医療従事者の勤務環境改善等への取組を行う努力義務が課されている。
- 医師の労働時間短縮に関する当面今後5年間の改革を着実に進めるためには、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の確実な実施が不可欠である。
- 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組等については、現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべきである。
- 医師の労働時間の把握方法として、「ICカード・タイムカード」が最も多く、次いで「自己申告に基づき把握」が多かった。
- 勤務環境改善の取組について、計画を策定している医療機関は24.6%であり、数か月に1度計画の見直しを行っている医療機関が46.1%で最も多かった。
- 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制については、入院料の要件となっている。

【特に勤務環境改善が必要な医療機関に求められる取組】

- 医師の働き方改革に関する検討会報告書において、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関については、医師の労働時間短縮に向けた対応が必要であるとされている。
- 医師事務作業補助体制加算等について、負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の作成等を要件として求めている。

【論点】

- 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について、今後全ての医療機関においてマネジメントの実践が求められることや働き方と医療安全との関係を踏まえ、基本診療料等における評価の在り方についてどのように考えるか。
- 医師事務作業補助体制加算等の診療報酬項目において作成を求めている医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、医師の時間外労働規制に係る検討状況を踏まえ、見直しを検討してはどうか。