

個別事項（その6）

（治療と仕事の両立支援、救急/小児・周産期、
業務の効率化・合理化）

個別事項（その6）

1．治療と仕事の両立支援について

2．救急医療、小児・周産期医療について

- 救急医療について
- 小児・周産期医療について

3．業務の効率化・合理化

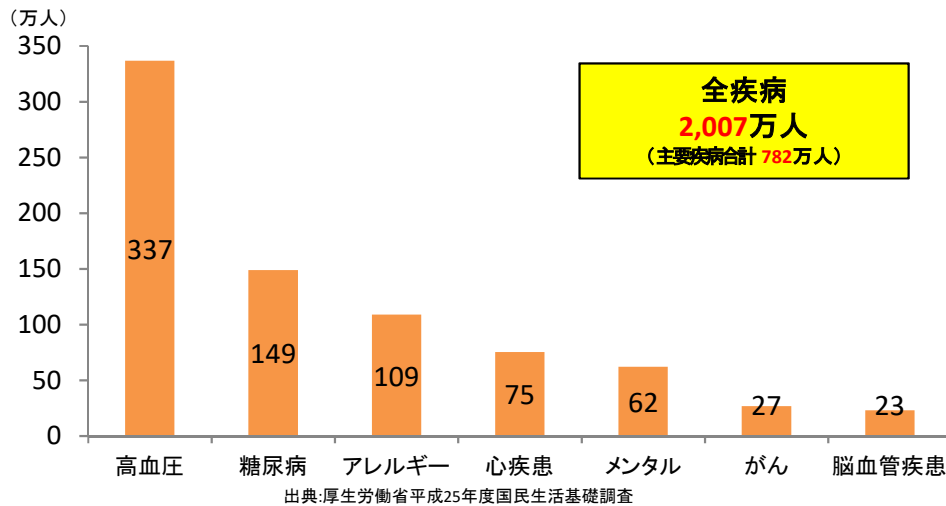
- 書類作成・研修要件の合理化
- 医療機関と薬局の連携による業務の効率化
- 診療報酬明細書の記載及び地方厚生（支）局への届出に当たっての業務の効率化

1 . 治療と仕事の両立支援について

現状

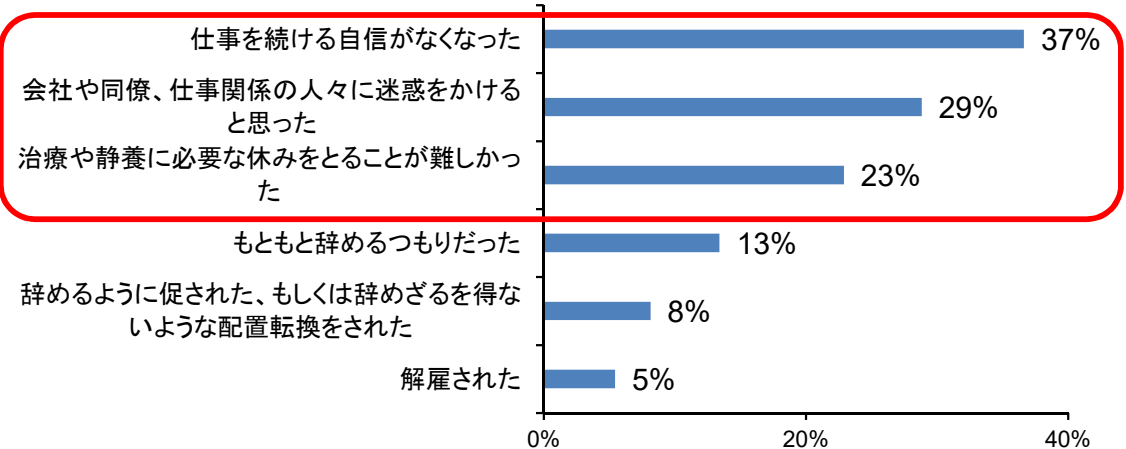
日本の労働人口の**約3人に1人**が
何らかの疾病を抱えながら働いている

◆罹患しながら働く人数(主な疾病)



治療を続けながら働くための
制度や社内の理解が不十分

◆がん患者の離職理由



課題

治療と仕事が両立可能な環境が必要
⇒現実には困難な状況に直面している方々も多い

- 治療と仕事の両立に向けては、主治医や会社と連携したコーディネーターによる支援が重要。

病気を抱える労働者の就業希望: 92.5% (2013年度)

がん罹患後に離職した主な理由:

①仕事を続ける自信の喪失、②職場に迷惑をかけることへの抵抗感(2013年)

- 患者にとって身近な相談先が不足している。

例えば、がん診療連携拠点病院で、就労専門家の配置やハローワークとの連携による相談支援体制が整備されているのは38%(399か所中150か所)のみ(2016年)

- 治療と仕事の両立に向けた柔軟な休暇制度・勤務制度の整備が進んでいない。

病気休暇制度のある企業割合: 22.4% (常用雇用者30人以上民営企業) (2012年)

病気休業からの復帰支援プログラムのある企業割合: 11.5% (常用雇用者50人以上民営企業) (2012年)

働き方改革実行計画に基づく今後の対応

1 会社の意識改革と受入れ体制の整備

- 治療と仕事の両立を含む社員の健康保持増進に対する**経営トップ、管理職等の意識改革**
- 柔軟な休暇制度・勤務制度等**両立を可能とする社内制度**の整備促進
- 治療と仕事の両立等の観点からの**傷病手当金の支給要件**等の検討

2 トライアングル型支援などの推進

- 主治医、会社・産業医、両立支援コーディネーターによる**トライアングル型サポート体制**の構築
- 患者ごとに作成する「**治療と仕事両立プラン**」の具体的内容の検討・普及
- トライアングル型サポート体制のハブとなる**両立支援コーディネーター**の育成・配置
- 会社向け「**疾患別サポートマニュアル**」、医療機関向け「**企業連携マニュアル**」の策定・普及
- 医療面だけでなく、就労・両立支援まで拡大した**不妊治療への支援**



治療と仕事の両立が普通にできる社会を目指す

治療と仕事の両立支援ガイドライン

「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を作成し、普及促進を行っている。（平成28年2月公表、平成31年3月改訂）

本ガイドラインは、事業場において、治療が必要な疾病を抱える労働者が、業務によって疾病を増悪させることがないよう、治療と仕事の両立のために必要となる就業上の措置や治療に対する配慮が適切に行われるようにするため、両立支援を行うための環境整備、個別の両立支援の進め方など、具体的な取組方法等をまとめたもの。

ガイドラインの構成

- ◇ 治療と仕事の両立支援を巡る状況
- ◇ 両立支援の位置づけと意義
- ◇ 両立支援を行うに当たっての留意事項
- ◇ 両立支援を行うための環境整備
- ◇ 両立支援の進め方

（参考資料）様式例集、支援制度・機関、疾患別留意事項（がん、脳卒中、肝疾患、難病）、企業・医療機関連携マニュアル（解説編、事例編：がん、脳卒中、肝疾患）※平成31年3月時点

両立支援の対象者

- ◇ 雇用形態を問わず、全ての労働者

両立支援の対象疾患

- ◇ 反復継続して治療が必要な全ての疾患
（例：がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、難病 等）

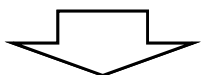
ガイドラインの対象読者

- ◇ 事業者、人事労務担当者、産業保健スタッフ（産業医、保健師、看護師等）**労働者**（その家族）、**医療機関関係者**（医師、看護師、MSW）

治療と仕事の両立支援の進め方

個別の両立支援の進め方

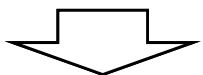
両立支援を必要とする労働者からの申出



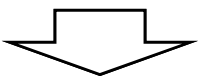
両立支援のための情報のやりとり

※ 以下、ガイドラインの様式例を活用できる

- ① 労働者から、主治医に対して、業務内容等を記載した書面を提供



- ② 主治医から、就業継続の可否や就業上の措置、治療への配慮等について意見書を作成

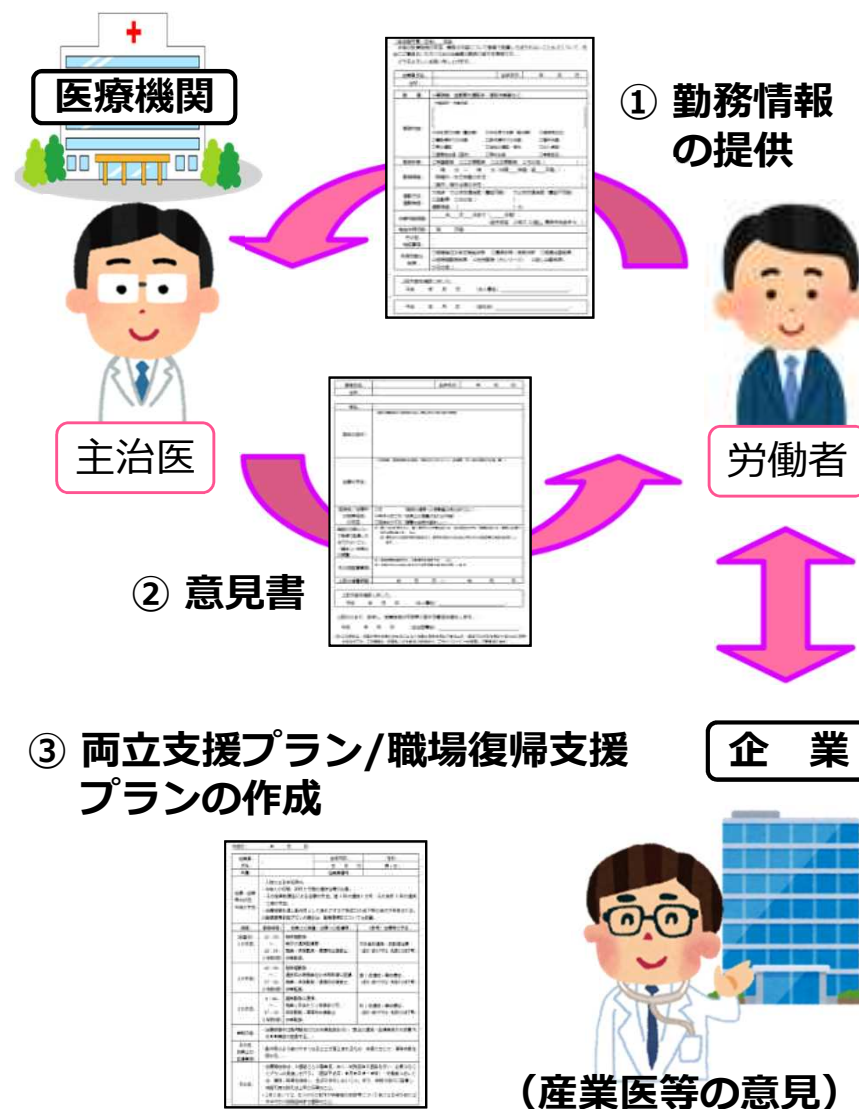


- ③ 職場における両立支援の検討と実施

事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、労働者本人と十分に話合った上で、就業継続の可否、具体的な措置（作業転換等）や配慮（通院時間の確保等）の内容を決定・実施

※ 「両立支援プラン」の作成が望ましい

※ 両立支援の検討は、労働者からの申出から始まる



がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

令和元年5月15日
中医協総会資料(改)

- がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。
- 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価を設ける。

(新) 療養・就労両立支援指導料 1,000点
相談体制充実加算 500点



[算定要件]

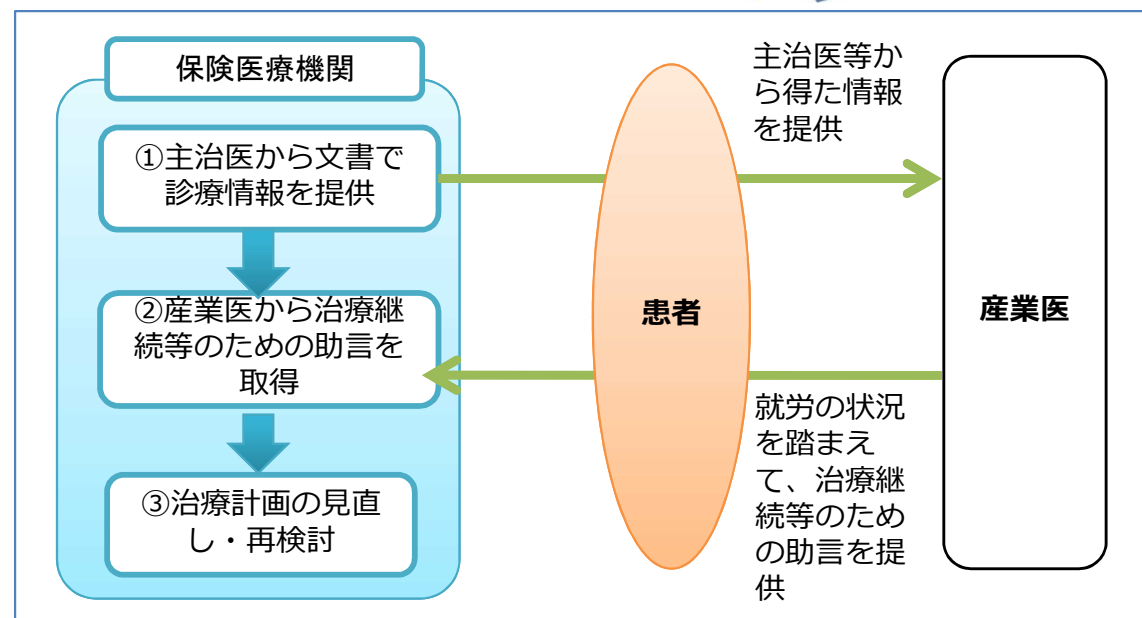
就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。

- (1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
- (2) 医師又は医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
- (3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
- (4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

患者サポート体制充実加算に
規定する窓口と兼用可

[相談体制充実加算の施設基準]

- (1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
- (2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。



[両立支援の流れ(イメージ)]

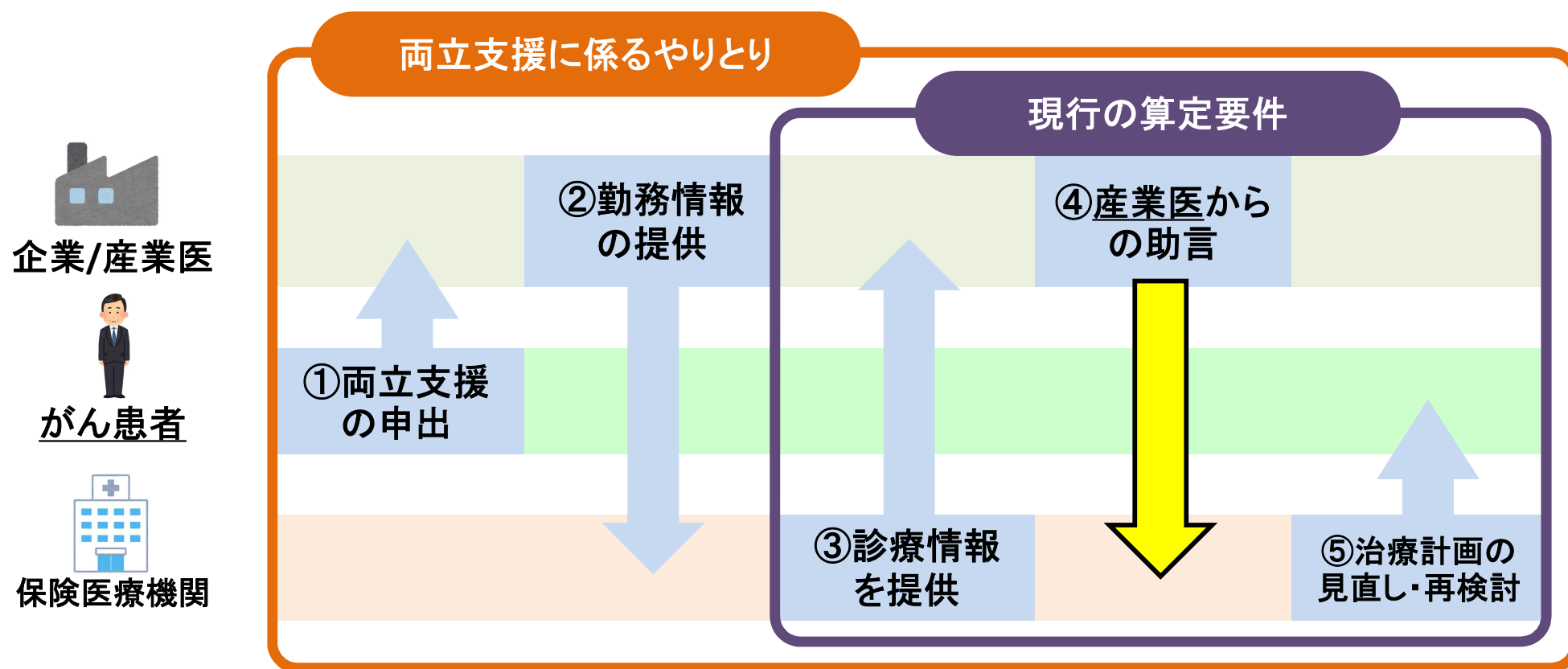
届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
療養・就労両立支援指導料	(届出不要)	10
相談体制充実加算	(病院) 482 (診療所) 85	5

(出典)
届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)
算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

療養・就労両立支援指導料の現状と課題

- 主治医は、診療情報を提供した後、産業医からの助言を踏まえ、治療計画の見直し・再検討を行うまで、療養・就労両立支援指導料を算定することができない。
- また、対象患者は、現行では、産業医が選任されている事業場に勤務しているがん患者に限定されている。



産業医の選任義務（安衛則第13条第1項）

	1～49人	50～999人	1000～3000人	3001人以上
産業医の選任義務の別	選任義務なし (医師等による健康管理等の努力義務)	産業医 (嘱託可※)	産業医 (専属)	2人以上の産業医 (専属)

※ただし、有害業務に500人以上の労働者を従事させる事業場においては、専属の産業医の選任が必要。

※産業医は、日本医師会等が実施する産業医養成研修を修了、産業医科大学を卒業又は労働衛生コンサルタント試験（保健衛生）に合格した医師から選任しなければならない。

産業医の職務（安衛則第14条第1項）

次の事項で、医学に関する専門的知識を必要とするもの

- ① 健康診断・その結果に基づく措置
- ② 長時間労働者に対する面接指導・その結果に基づく措置
- ③ ストレスチェック、高ストレス者への面接指導・その結果に基づく措置
- ④ 作業環境の維持管理
- ⑤ 作業管理
- ⑥ 上記以外の労働者の健康管理
- ⑦ 健康教育、健康相談、労働者の健康の保持増進措置
- ⑧ 衛生教育
- ⑨ 労働者の健康障害の原因の調査、再発防止

●：具体的措置を、産業医以外の他の医師に委ねることができるもの

産業医の権能

- ◇ 事業者、総括安全衛生管理者への勧告
(安衛法第13条第3項、安衛則第14条第3項)
 - ◇ 衛生委員会における労働者の健康障害防止対策等の調査審議
(安衛法第18条)
 - ◇ 衛生管理者への指導、助言
(安衛則第14条第3項)
 - ◇ 労働者の健康障害防止のための職場巡視及び現場における緊急的措置の実施
(安衛則第15条)
- 《平成29年6月施行》
- ◇ 長時間労働者等に関する情報の把握
(安衛則第51条の2、第52条の2等)

【近年の産業医制度の見直し】

- ・ 病院の院長等が、自身の病院の産業医を務めることを禁止した(安衛則改正・平成28年3月公布、平成29年4月施行)
- ・ 産業医が、健診の有所見者や長時間労働者に関する情報を事業者から取得できるようにした(安衛則改正・平成29年3月公布・6月施行)
- ・ 産業医の養成研修の科目に、**「病気の治療と仕事の両立支援」**を加えた(大臣告示改正・平成29年3月公示・10月適用)

●産業医等の選任状況

- ・ 産業医の選任義務がある事業場は、約16.4万事業場（労働者は約2,470万人）で、産業医の選任率は87.0%
- ・ 労働者1,000人以上の規模の事業場では選任率が高く（99.8%）、労働者500人未満の事業場では選任率が低い（86.5%）
- ・ 産業医の選任義務がない事業場における労働者の健康管理を行う医師の選任率は、概ね30～40%（平成22年労働安全衛生基本調査、平成23年労働災害防止対策等重点調査報告、平成26年経済センサス）

●産業医の養成研修・講習を修了した医師の数

- ・ 現在、産業医の養成研修・講習を修了した医師は約9万人（実働は推計約3万人※）
※（公社）日本医師会産業保健委員会答申（平成28年3月）からの推計
- ・ なお、平成27年度に新たに産業医の資格を取得した医師数は3,498人（厚生労働省調べ）

治療と仕事の両立に係る診療報酬上の対象患者の範囲（案）

- 診療報酬において、治療と仕事の両立のための取組に対し評価を行う場合、対象疾患については、主治医等によるきめ細やかな調整が不可欠な疾患として、以下の全てを満たすことを原則としてはどうか。

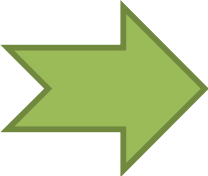
＜基本的な考え方＞

- ①治療の継続が生命予後に大きな影響を及ぼすこと
- ②治療の継続のために、就労上、一定の配慮が必要であること
- ③就労の継続のために、治療上、一定の配慮が必要であること
- ④職業病や作業関連疾患（※）でないこと

＜その他考慮すべき要素の例＞

- ・治療の内容や病状によって、ADLや状態に変化が生じうること
- ・日中の通院治療を一定期間継続する必要があること
- ・一度の通院に係る所要時間が長いこと

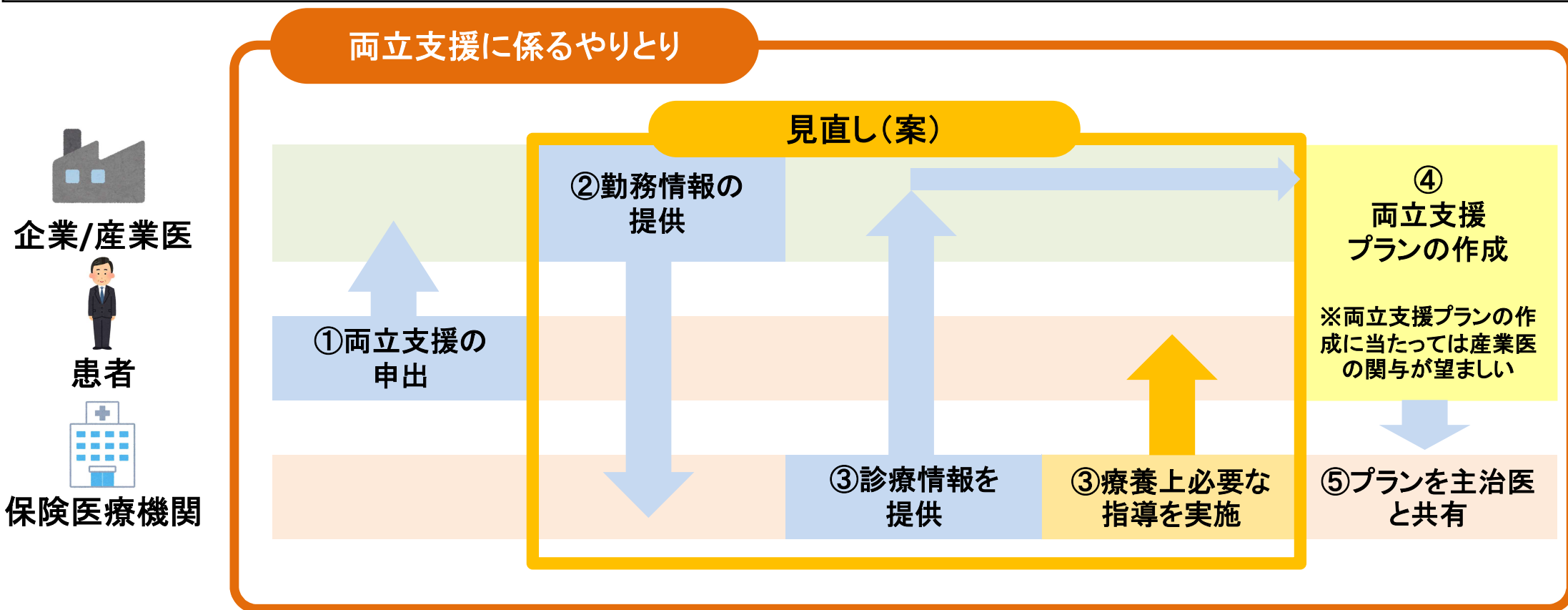
（※）作業関連疾患：一般住民にも広く存在する疾患ではあるが、作業条件や作業環境の状態によって、発症率が高まったり、悪化したりする疾患



これらの要件を満たす疾患として、当面の間、がん患者を優先して評価することとしてはどうか。

療養・就労両立支援指導料の見直し(案)①

- 両立支援に係るやりとりのうち、企業からの勤務情報の提供に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対し診療情報を提供した場合を評価してはどうか。
- なお、主治医からの診療情報の提供に当たっては、患者本人に文書を交付する場合と患者本人の同意を得た上で患者とともに来院した産業医等に診療情報を提供をする場合が考えられる。



②主治医への勤務情報提供の内容 (勤務情報、相談事項等)

職務内容、勤務形態、勤務時間、通勤方法・時間、休業可能期間、有給休暇日数、利用可能な勤務制度、その他特記事項(仕事を行うために最低限必要な要件、避けるべき作業や困りごとの相談)など

③主治医による指導・情報提供の内容 (両立支援に必要な情報)

現在の症状、治療の状況、通院後または通院治療中の就業継続の可否、望ましい就業上の措置、その他配慮が必要な事項、措置や配慮が必要な理由・必要な期間の目安など

療養・就労両立支援指導料の見直し(案)②

- 産業医が選任されていない事業場においても、労働者の健康に係る業務を担当する者が選任されている場合があり、治療と仕事の両立支援に関与する産業医以外の者が診療情報の提供先となり得る。

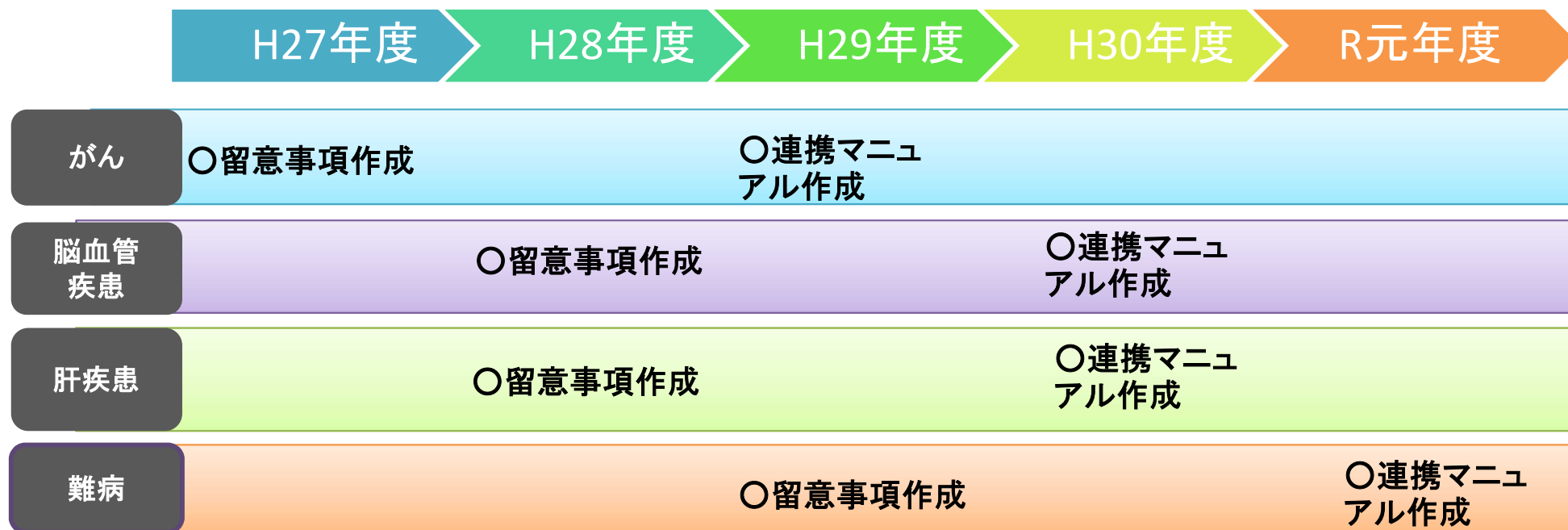
労働安全衛生法に位置づけられている労働者の健康に係る業務を担当する者

職種	選任すべき事業場/主な業務内容
産業医 (労働安全衛生法第13条)	常時50人以上の労働者を使用する事業場
	健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置 等
保健師 (労働安全衛生法第13条の2)	選任に特段の定めはない
	労働者の健康管理、保健指導 等
総括安全衛生管理者 (労働安全衛生法第10条)	常時100人～1000人以上の労働者を使用する事業場 (業種により選任すべき事業場の規模が異なる)
	以下の業務を統括管理すること ・ 労働者の危険または健康障害を防止するための措置に関すること ・ 健康診断の実施その他健康の保持増進のための措置に関すること 等
衛生管理者 (労働安全衛生法第12条)	常時50人以上の労働者を使用する事業場
	総括安全衛生管理者の統括管理する業務のうち衛生に係る技術的事項を管理すること
安全衛生推進者 (衛生推進者) (労働安全衛生法第12条の2)	常時10人以上50人未満の労働者を使用する事業場 (衛生推進者は安全衛生推進者を選任する必要がない事業場において選任する)
	総括安全衛生管理者の統括管理する以下の業務を担当すること ・ 労働者の危険または健康障害を防止するための措置に関すること ・ 健康診断の実施その他健康の保持増進のための措置に関すること 等

療養・就労両立支援指導料の見直し(案)③

- がん、脳卒中、肝疾患及び難病については、治療と仕事の両立支援にあたり、特に留意すべき事項(治療や症状に応じた配慮事項等)が示されている。
- また、がん、脳卒中及び肝疾患については、企業と医療機関が情報のやりとりを行うための様式の記載例(企業・医療機関連携マニュアル)が示されており、難病についても令和元年度中に連携マニュアルが作成される予定である。

両立支援ガイドライン 疾患別留意事項等作成(イメージ)



治療と仕事の両立支援に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 日本の労働人口のうち、約3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いている。
- 厚生労働省では、事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインを作成し、普及促進を行っている。
- 平成30年度診療報酬改定で新設した療養・就労両立支援指導料の算定回数は月10回であった。
- 主治医は、診療情報を提供した後、産業医からの助言を踏まえ、治療計画の見直し・再検討を行うまで、療養・就労両立支援指導料を算定することができない。
- また、療養・就労両立支援指導料の対象患者が、産業医が選任されている事業場に勤務しているがん患者に限定されている。
- 両立支援に係るやりとりのうち、企業からの勤務情報の提供に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対し診療情報を提供した場合が評価の対象となり得る。
- 産業医が選任されていない事業場においても、労働者の健康に係る業務を担当する者が選任されている場合があり、治療と仕事の両立支援に関与する産業医以外の者が診療情報の提供先となり得る。
- がん、脳卒中、肝疾患及び難病については、治療と仕事の両立支援にあたり、特に留意すべき事項（治療や症状に応じた配慮事項等）が示されている。
- また、がん、脳卒中及び肝疾患については、企業と医療機関が情報のやりとりを行うための様式の記載例（企業・医療機関連携マニュアル）が示されており、難病についても令和元年度中に企業・医療機関連携マニュアルが作成される予定である。

【論点】

- 療養・就労両立支援指導料について、治療と仕事の両立支援を推進する観点から、現行の算定要件や算定状況を踏まえ、評価の在り方や対象疾患の見直しを検討してはどうか。

2. 救急医療、小児・周産期医療について

- 救急医療について

- － 救急医療管理加算

- － 救急搬送看護体制加算

- 小児・周産期医療について

救急医療管理加算の概要

A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

- 1 救急医療管理加算1 900点
- 2 救急医療管理加算2 300点

【算定要件】（抜粋）

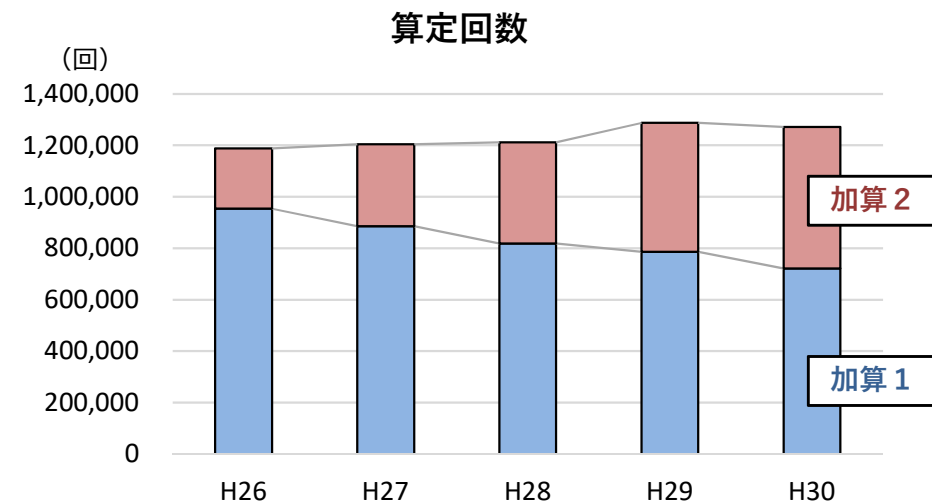
- (1) （略）
- (2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態であっても算定できる。
- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態であっても算定できる。
- (4) 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒
オ ショック

カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

【施設基準】（抜粋） ※届出不要

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
 - ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）
 - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）

(参考)救急医療等の推進について(平成26年度診療報酬改定)

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

平成26年度改定前

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態



平成26年度改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

<救急医療管理加算1>

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

<救急医療管理加算2>

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

(参考)小児医療・周産期医療・救急医療の充実(平成28年度診療報酬改定)

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行う。

平成28年度改定前

救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(1日につき、7日まで)

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

【救急医療管理加算2の対象患者】

アからケまでに準じる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者



平成28年度改定後

救急医療管理加算1 900点
救急医療管理加算2 300点(1日につき、7日まで)

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

【救急医療管理加算2の対象患者】

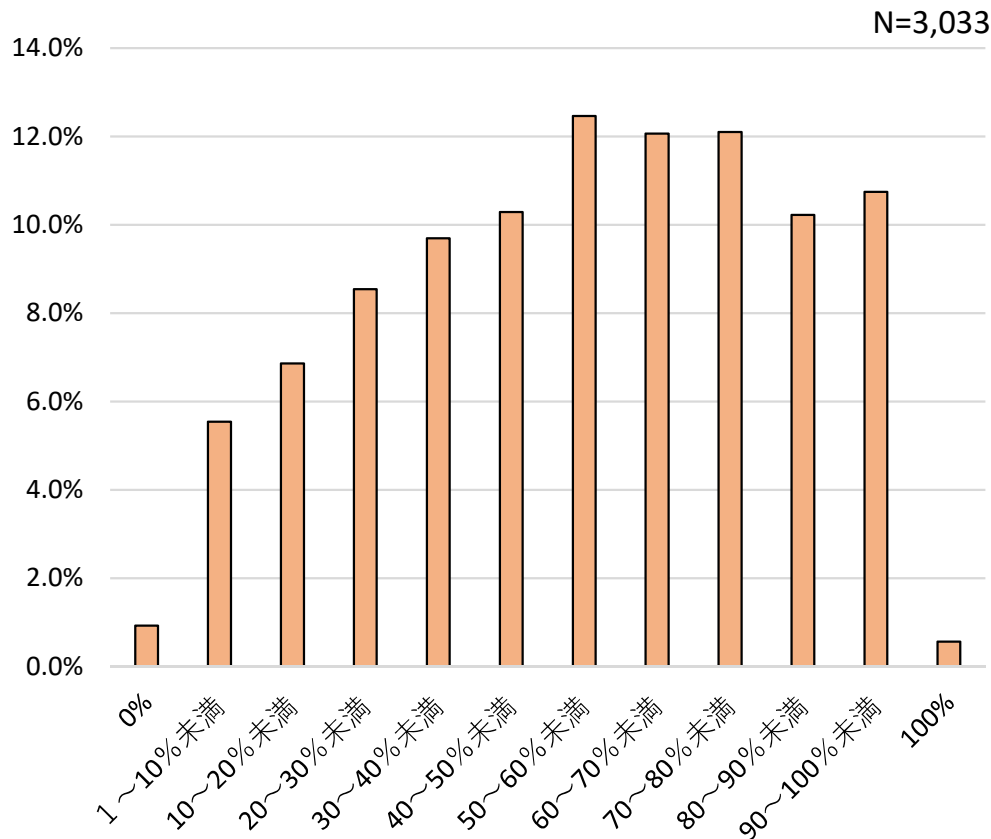
アからケまでに準じる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

救急医療管理加算の算定状況

- 救急搬送から入院した患者のうち、救急医療管理加算を算定する患者割合をみると、50～60%未満の施設が最も多かったが、分布にばらつきがみられた。
- 救急医療管理加算を算定する患者のうち、加算2を算定する患者が占める割合をみると、20～30%未満の施設が最も多かったが、分布にばらつきがみられた。

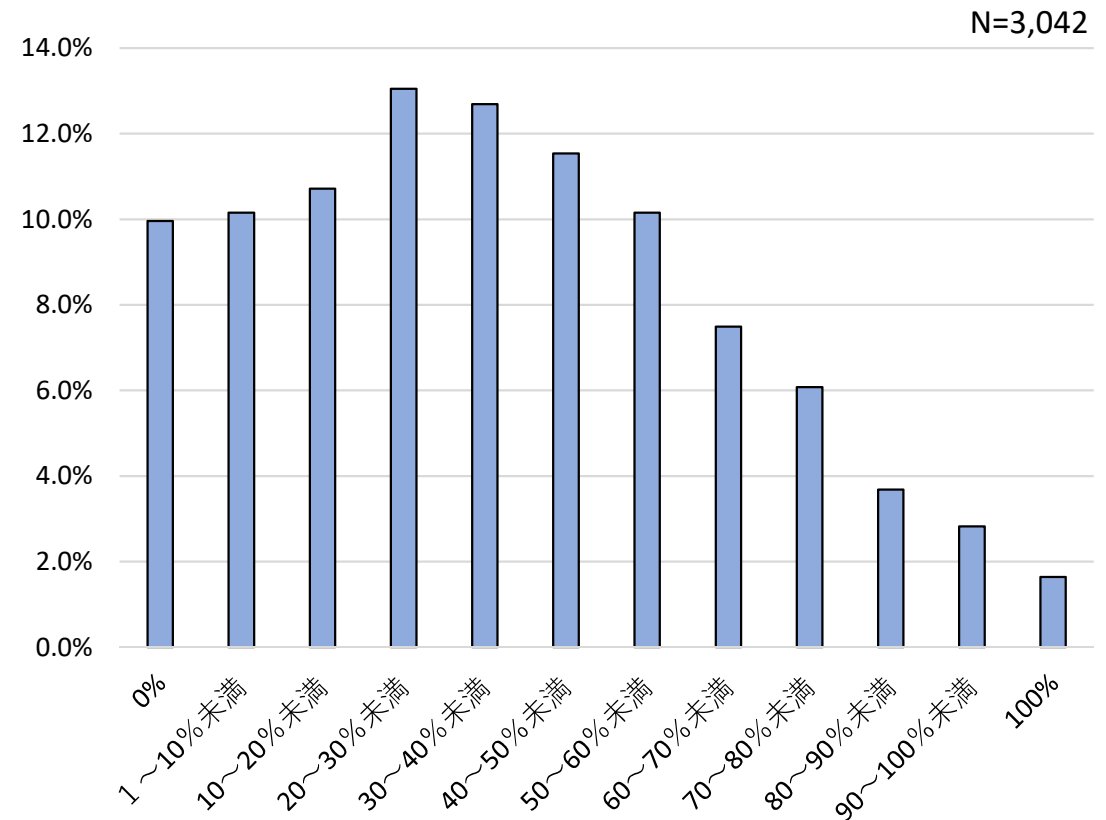
救急搬送入院のうち

救急医療管理加算を算定する患者割合



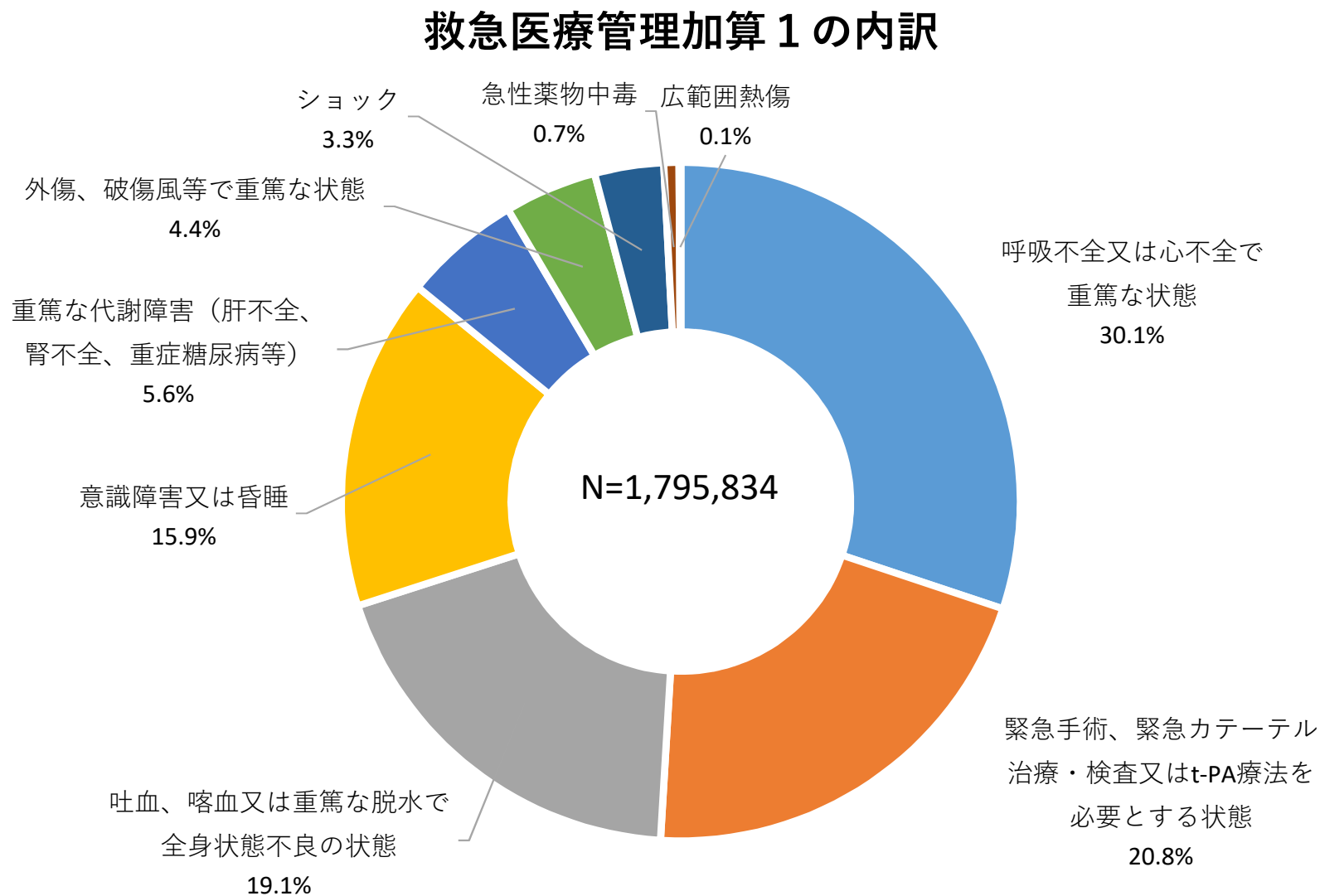
救急医療管理加算を算定する患者のうち

加算2が占める割合



加算1の内訳

- 救急医療管理加算1の対象患者の状態の内訳をみると、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」が最も多く、約3割であった。



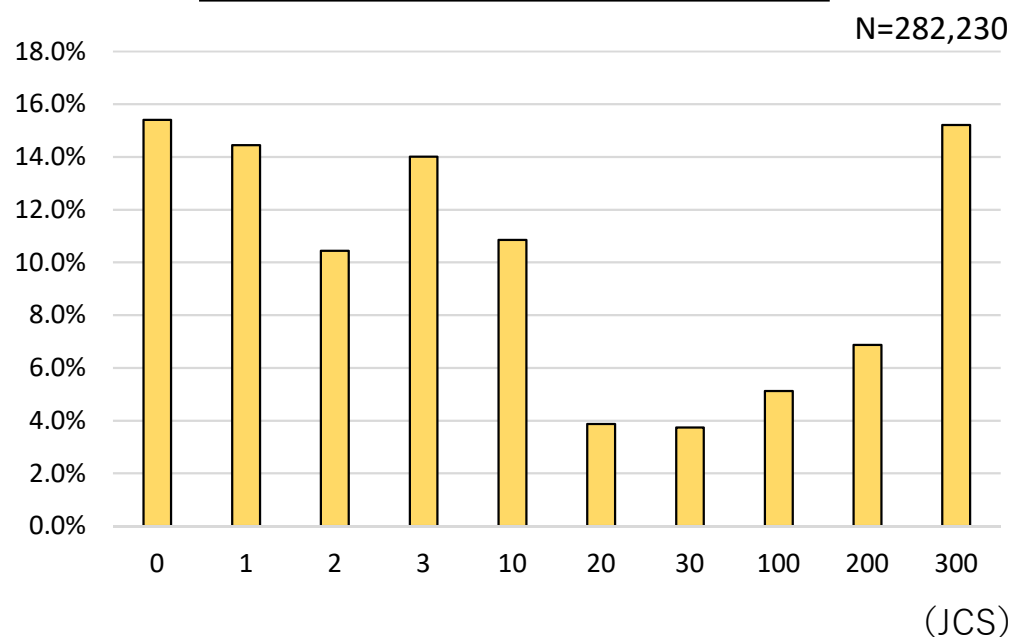
「意識障害又は昏睡」の患者について

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「Ⅰ 意識障害又は昏睡」の患者の入院時のJCSをみると、JCS0が16%弱であった。
- 加算算定患者のうちJCS0の患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

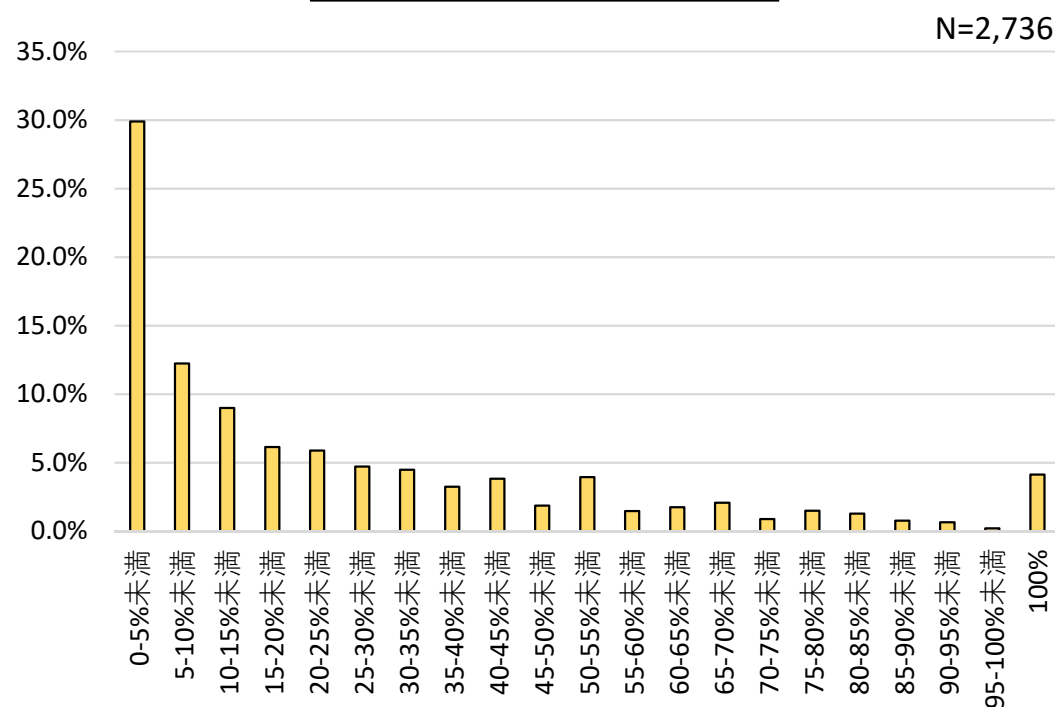
(参考) JCS:Japan Coma Scale

Ⅰ. 覚醒している 0 意識清明 1 見当識は保たれているが意識清明ではない 2 見当識障害がある 3 自分の名前・生年月日が言えない	Ⅱ. 刺激に応じて一時的に覚醒する 10 普通の呼びかけで開眼する 20 大声で呼びかけたり、強く揺るなどで開眼する 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する	Ⅲ. 刺激しても覚醒しない 100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする 200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする 300 痛み刺激に対し全く反応しない
---	--	---

救急医療管理加算1 算定患者のうち
「意識障害又は昏睡」の患者のJCS



「意識障害又は昏睡」の患者のうち
JCS 0 の患者が占める割合



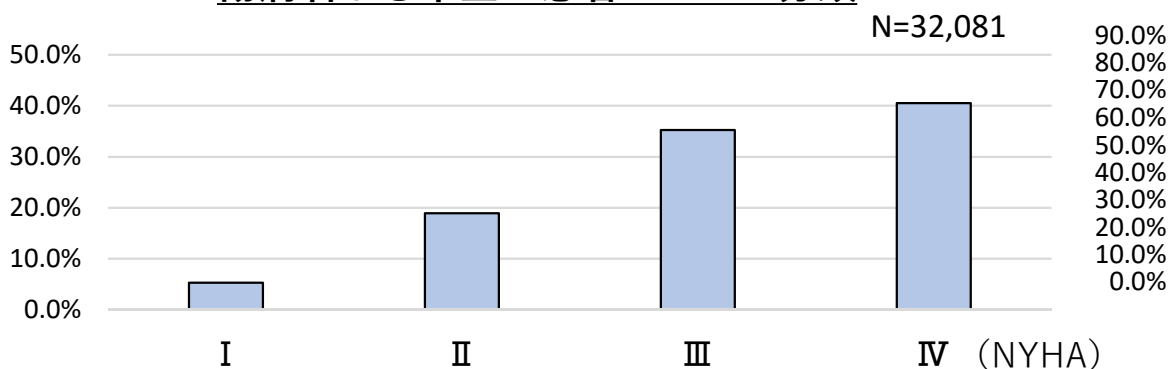
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者について

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で、傷病名が心不全の患者の入院時のNYHA心機能分類をみると、レベル I が1割弱であった。
- 加算算定患者のうちレベル I の患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

(参考) NYHA心機能分類

I	身体活動に制限のない心疾患患者(心疾患を有するがそのために身体活動が制限されることのない患者。通常身体活動では疲労、動悸、呼吸困難あるいは強心症状はきたさない。)	III	身体活動に高度の制限のある心疾患患者。軽い日常生活でも愁訴を訴える。(心疾患を有し、そのために身体活動が高度に制限される患者。安静時は無症状であるが、通常以下の身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。)
II	身体活動に軽度の制限のある心疾患患者。普通の生活可能だが疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状あり。(心疾患を有し、そのために身体活動が軽度から中等度制限される患者。安静時は無症状である。通常身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。)	IV	身体活動を制限し安静にしても心不全症状・狭心症状が生じ、わずかな身体活動でも訴えが増強する。(心疾患を有し、そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者。安静時においても心不全あるいは狭心症状を示すことがある。少しの身体活動でも愁訴が増加する。)

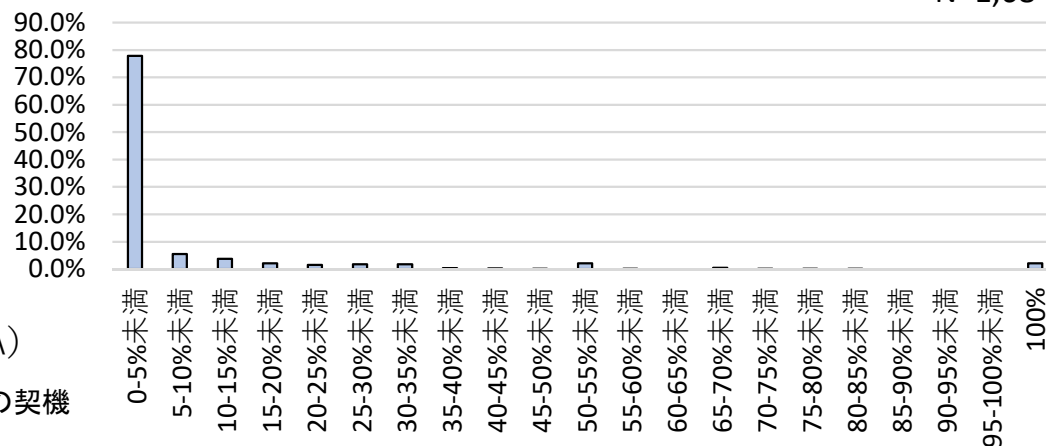
救急医療管理加算1算定患者のうち
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で
傷病名が心不全の患者のNYHA分類



「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で
傷病名が心不全の患者のうち

NYHA分類 I の患者の占める割合

N=1,684



※傷病名は、主傷病、医療資源を最も投入した傷病、入院の契機

出典:平成30年度DPCデータ となった傷病のいずれかに心不全が該当した場合を集計

「広範囲熱傷」の患者について

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「キ 広範囲熱傷」の患者の入院時のBurn Indexをみると、0-5未満が約35%であった。
- 加算算定患者のうちBurn Indexが0-5未満の患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、100%の施設も約2割あった。

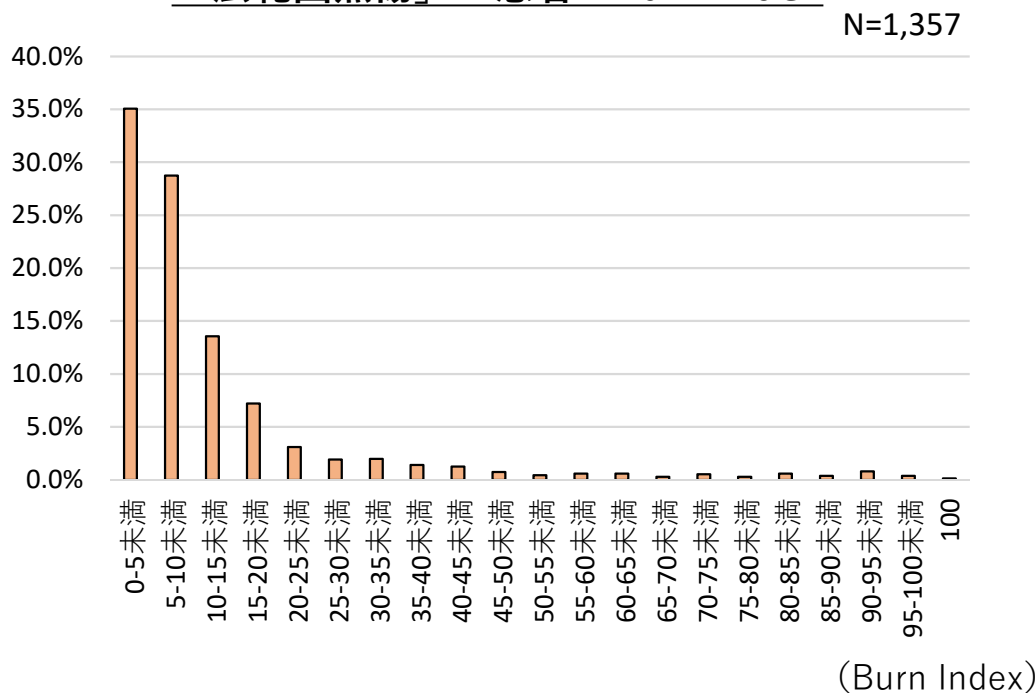
(参考) Burn Index

$$= \text{Ⅲ度熱傷面積(\%)} + \text{Ⅱ度熱傷面積(\%)} \times 1/2$$

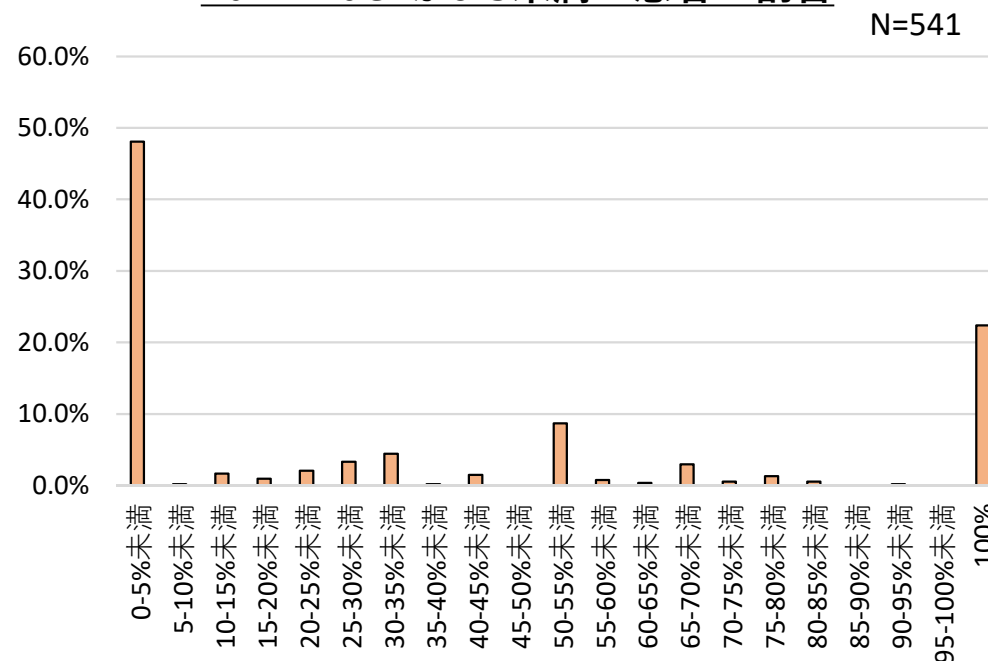
※Burn Index 10～15以上が重症とされる

I 度熱傷	表皮の熱傷
Ⅱ 度熱傷	真皮まで達する熱傷
Ⅲ 度熱傷	全層熱傷

救急医療管理加算1 算定患者のうち
「広範囲熱傷」の患者のBurn Index



「広範囲熱傷」の患者のうち
Burn Indexが0-5未満の患者の割合



救急医療体制体系図

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（291カ所）
（うち、高度救命救急センター（42カ所））

○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

平成30年7月1日現在

ドクターヘリ（53カ所）

平成30年9月24日現在

入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制病院（421地区、2,851カ所）

共同利用型病院（22カ所）

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

平成30年4月1日現在

初期救急医療

在宅当番医制（625地区）

休日夜間急患センター（575カ所）

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

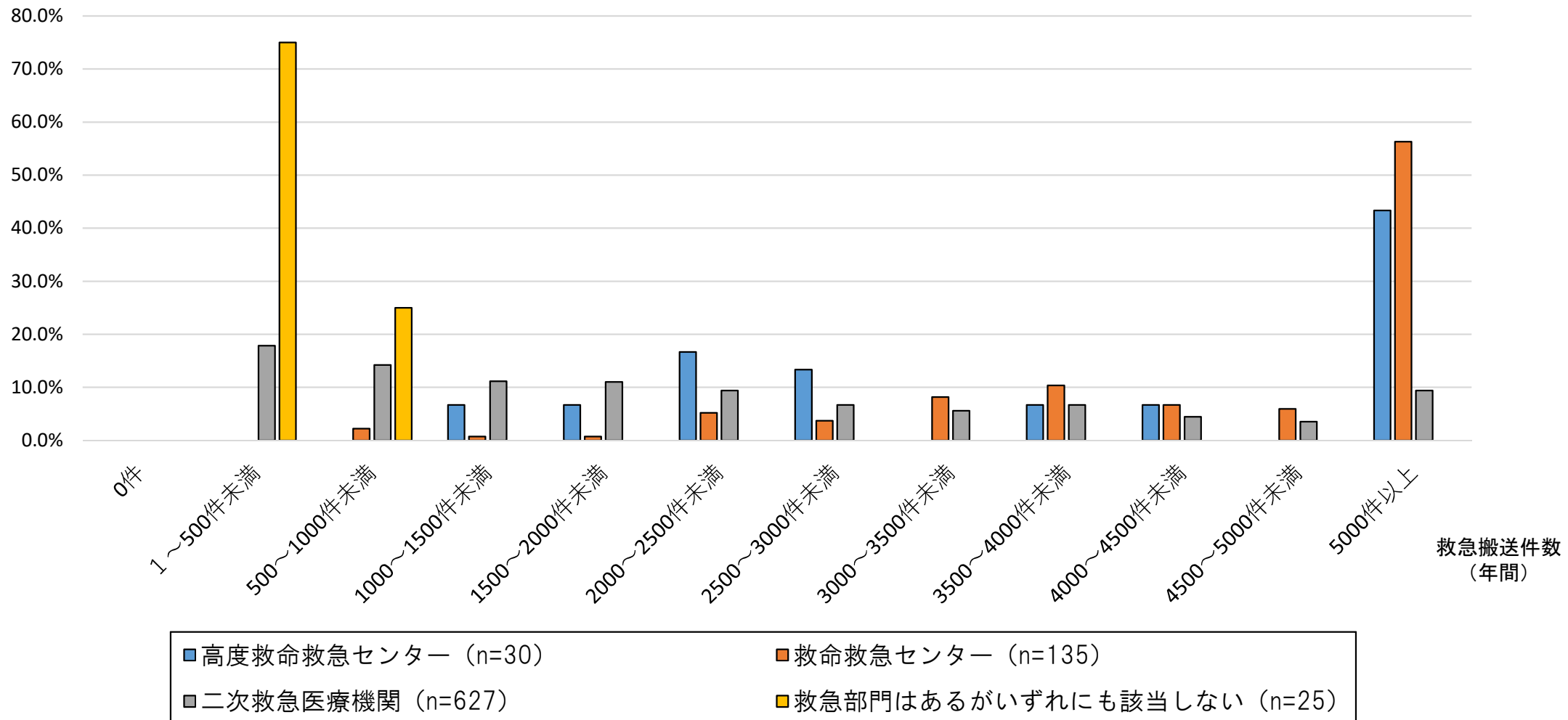
○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

平成30年4月1日現在

救急医療体制と救急搬送件数

- 救急医療提供体制別に、年間の救急搬送件数をみると、高度救命救急センターや救命救急センターは年間5000件以上が最も多かったが、二次救急医療機関は分布がばらついていた。救急部門はあるがいずれにも該当しない医療機関は、500件未満が最も多かった。

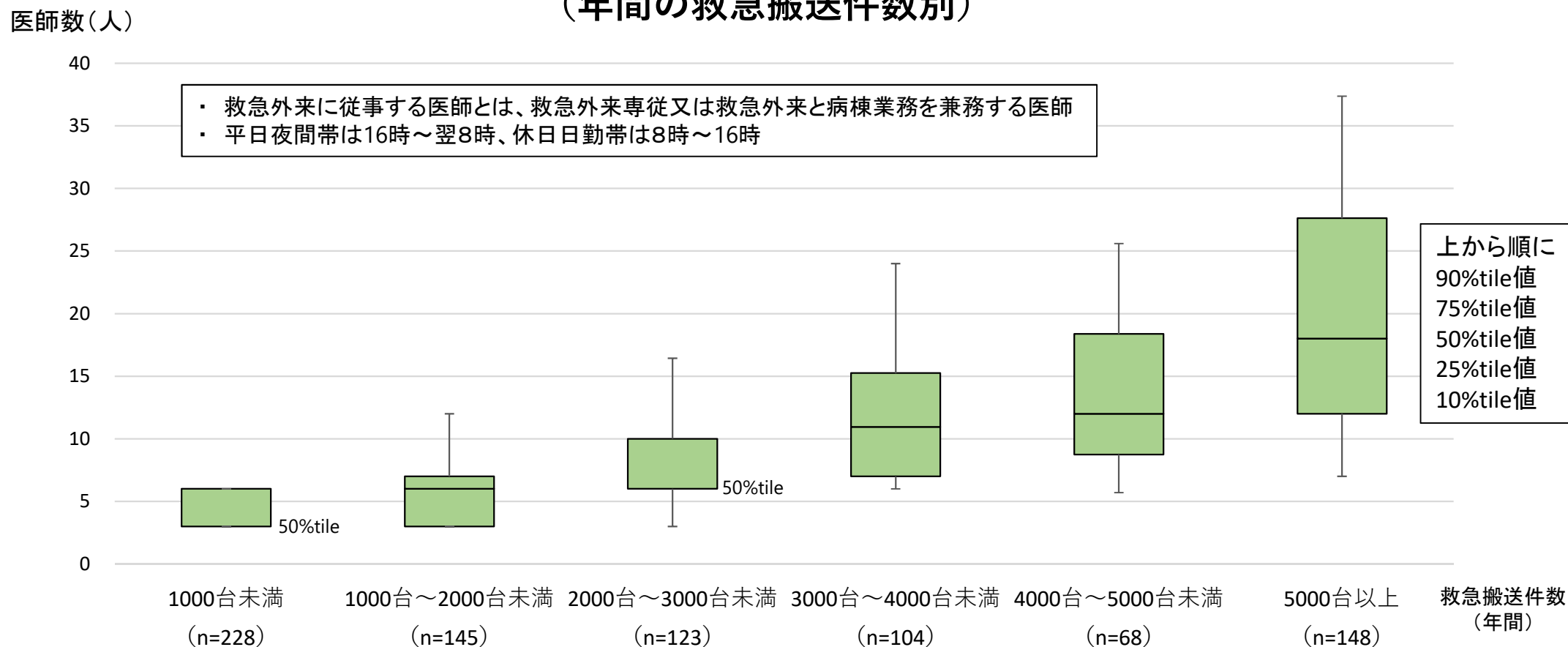
救急医療体制別の年間救急搬送件数



救急外来に従事する医師数と救急搬送件数

- 年間の救急搬送件数別に、平日夜間帯及び休日日勤帯に救急外来に従事する医師数の合計をみると、救急搬送件数が多いほど医師数が多い傾向にあったが、搬送件数が多いにも関わらず医師数が少ない施設もあった。

平日夜間帯及び休日日勤帯に救急外来に従事する医師数の合計 (年間の救急搬送件数別)



2. 救急医療、小児・周産期医療について

- 救急医療について

- － 救急医療管理加算

- － 救急搬送看護体制加算

- 小児・周産期医療について

夜間休日救急搬送医学管理料及び救急搬送看護体制加算の概要

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料（初診料を算定する初診の日に限り算定） 600点

精神科疾患患者等受入加算 400点

救急搬送看護体制加算 200点 ←H30改定で新設

【算定要件】（抜粋）

(1) 夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関（都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。）又は都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外（土曜日以外の日（休日を除く。））にあつては、夜間に限る。）、休日に、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であつて初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定する。

なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同様である。

(2)、(3) 略

【夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準】

(1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であつて、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）

イ 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所
ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。

(2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほか重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

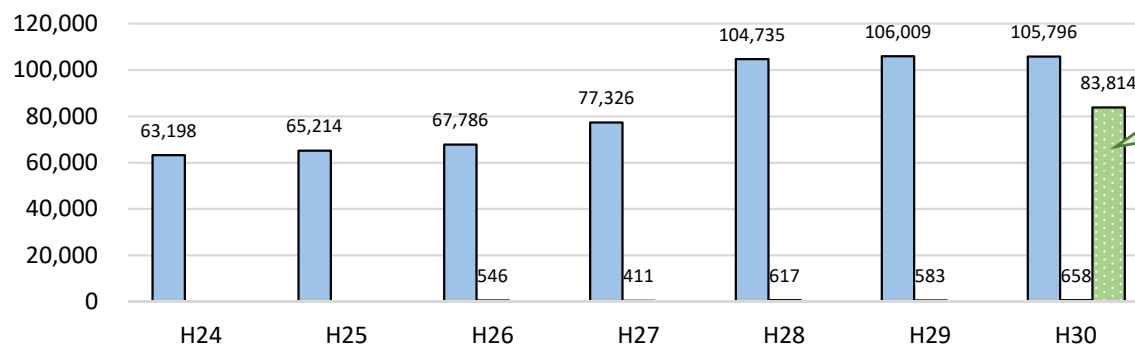
(3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

【救急搬送看護体制加算の施設基準】

(1) 救急用の自動車（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第2条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上であること。

(2) 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が配置されていること。当該専任の看護師は、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。

届出医療機関数及び算定回数



救急搬送看護体制加算の
届出医療機関数
病院：1,644 診療所：12

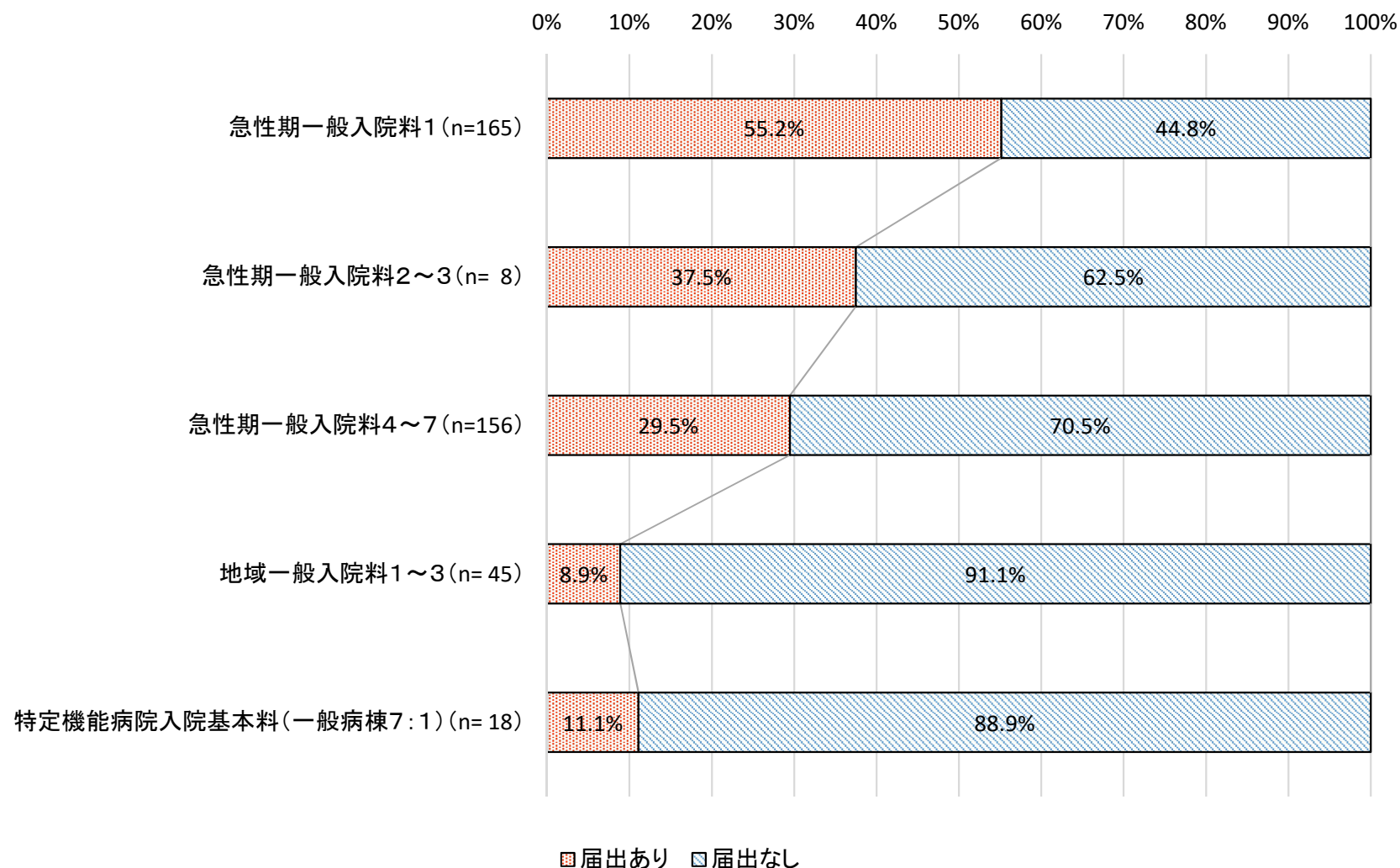
■ 夜間休日救急搬送医学管理料
■ 精神科疾患患者等受入加算
■ 救急搬送看護体制加算

（出典）
届出医療機関数：保険局医療課調べ（平成30年7月1日時点）
算定回数：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）

救急搬送看護体制加算の届出状況

○ 救急搬送看護体制加算の届出状況をみると、急性期一般入院料1では5割以上が届出を行っていた。

■ 救急搬送看護体制加算の届出状況(入院基本料別)



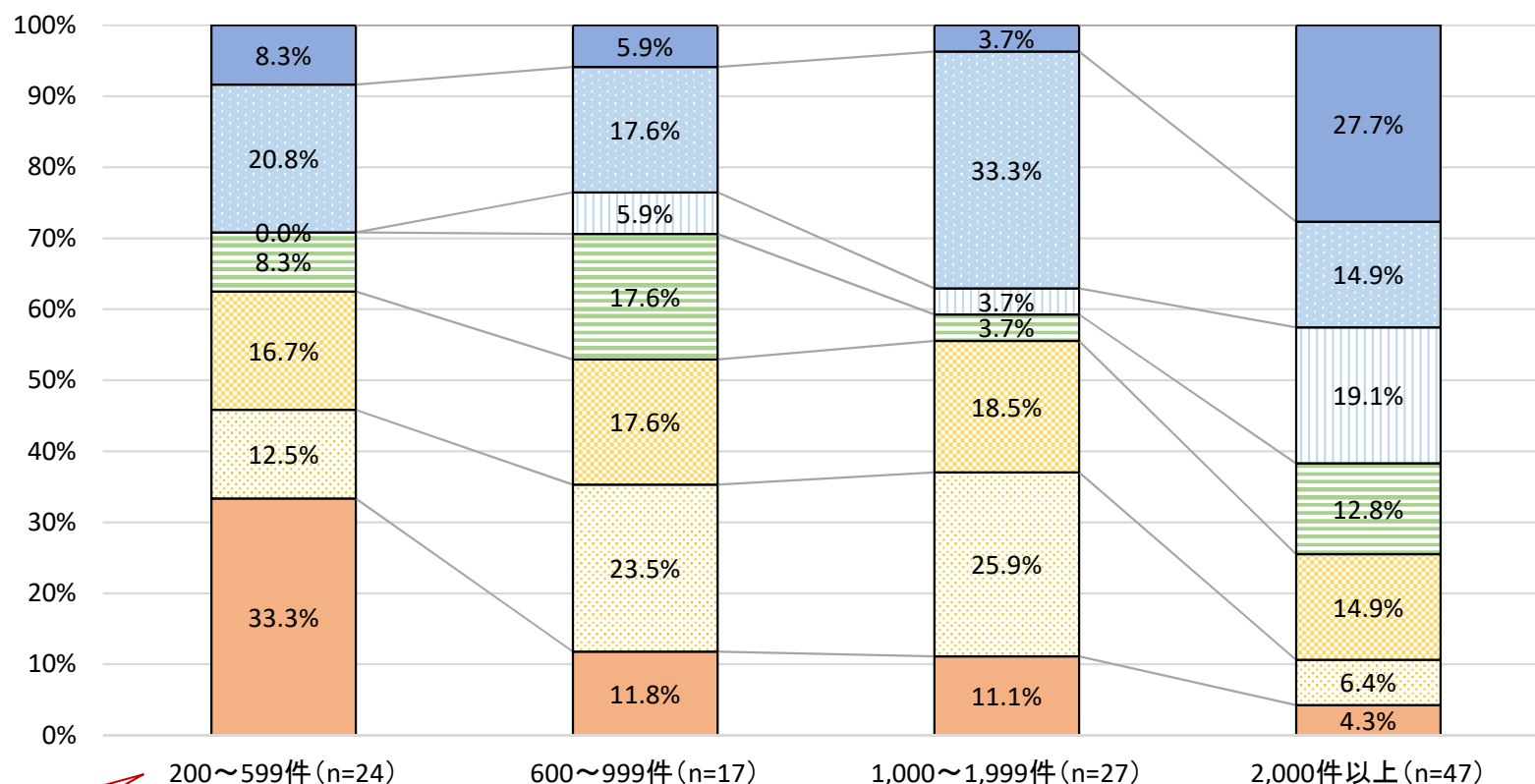
※無回答を除く

【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(令和元年度調査)「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)(速報値)

救急搬送件数と看護師数との関係 ①

○ 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる年間の搬送件数が多いほど、救急患者の受入れへの対応に係る専任の看護師の配置人数が多い傾向にある。

■ 年間の救急搬送件数別の 救急患者の受入れに係る専任の看護師の配置人数

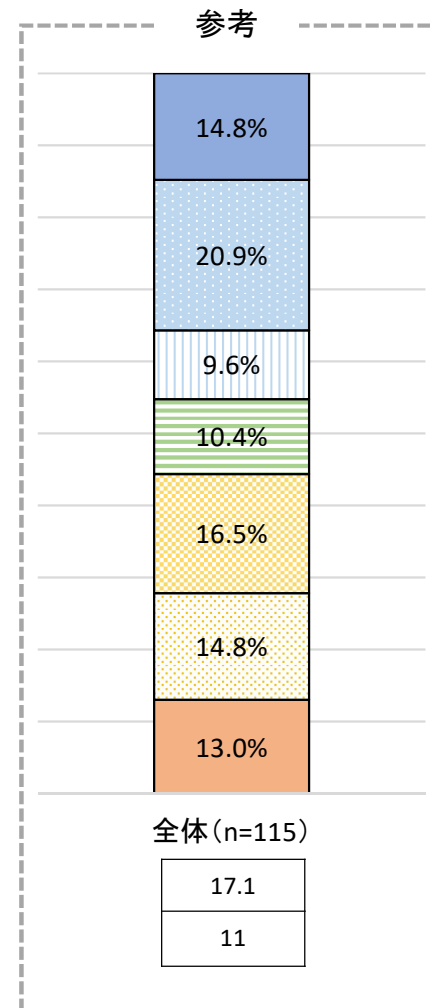


平均	10.2
中央値	6

平均	20.0
中央値	7

平均	12.5
中央値	8

平均	22.1
中央値	17



平均	17.1
中央値	11

救急用の自動車
又は救急医療用
ヘリコプター
による
年間の搬送件数

救急患者の受入れに係る専任の看護師の配置人数:

■ 1人 ■ 2~4人 ■ 5~9人 ■ 10~14人 ■ 15~19人 ■ 20~29人 ■ 30人以上

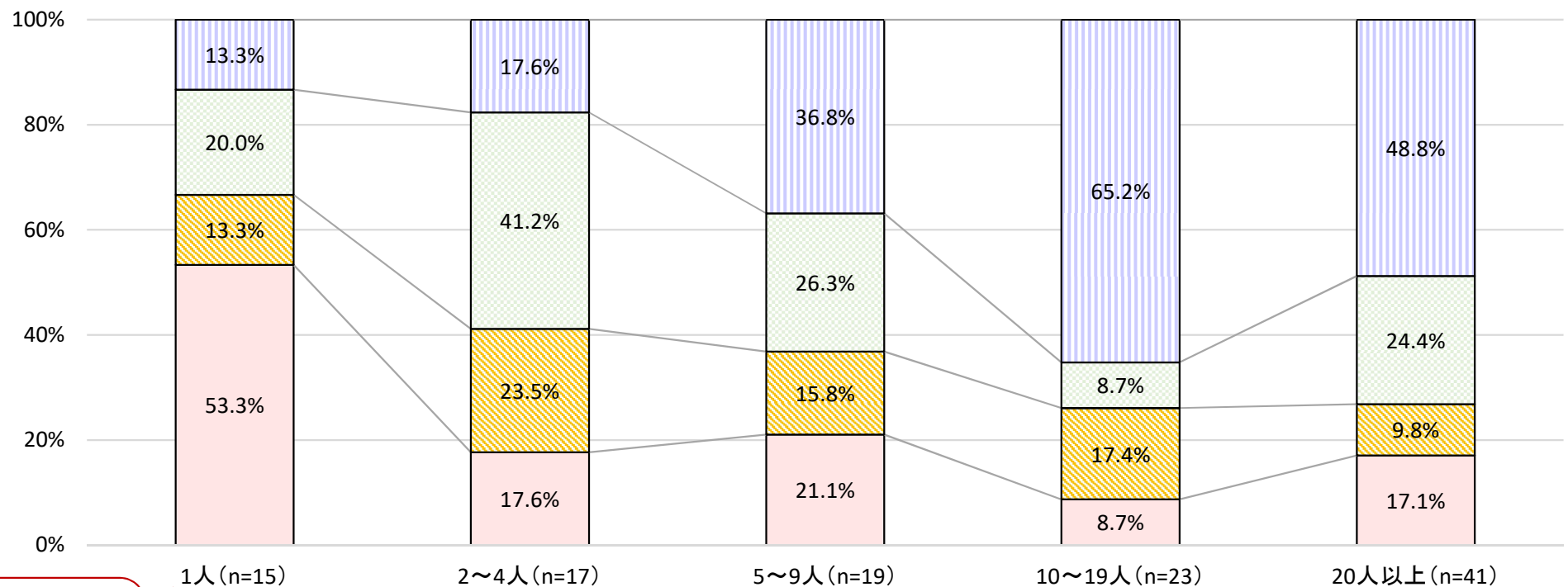
※救急搬送看護体制加算を届出ている施設のみ、無回答を除く

【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(令和元年度調査)「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)(速報値)

救急搬送件数と看護師数との関係 ②

○ 救急患者の受入に係る専任の看護師の配置人数が多いほど、年間の搬送件数が多い傾向にあるが、専任の看護師が1名であっても年間2,000件以上の搬送を受入れている施設があった。

■ 救急患者の受入に係る専任の看護師の配置人数別の 年間の救急搬送件数別



救急患者の
受入に係る
専任の看護師の
配置人数

救急用の自動車又は救急医療ヘリコプターによる年間の搬送件数:

□ 200～599件 ■ 600～999件 □ 1,000～1,999件 ■ 2,000件以上

※救急搬送看護体制加算を届出ている施設のみ、無回答を除く

【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(令和元年度調査)「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)(速報値)

救急医療に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

（救急医療管理加算）

- 救急医療管理加算の算定回数は近年ほぼ横ばいであり、加算2の割合が増加傾向にある。
- 救急搬送から入院した患者のうち、救急医療管理加算を算定する患者割合をみると、50%～60%未満の施設が最も多かったが、分布にばらつきがみられた。また、加算を算定する患者のうち、加算2を算定する患者が占める割合をみると、20～30%未満の施設が最も多かったが、分布にばらつきがみられた。
- 救急医療管理加算1を算定する患者のうち、「意識障害又は昏睡」「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」「広範囲熱傷」の患者について、それぞれ指標を用いて重症度をみると、指標上は重症度が必ずしも高くない症例が一定程度あった。
- 救急医療提供体制別に、年間の救急搬送件数をみると、高度救命救急センターや救命救急センターは年間5000台以上が最も多かったが、二次救急医療機関は分布がばらついていて、救急部門はあるがいずれにも該当しない医療機関は、500件未満が最も多かった。
- 年間の救急搬送件数別に、平日夜間帯及び休日日勤帯に救急外来に従事する医師数の合計をみると、救急搬送件数が多いほど医師数が多い傾向にあったが、搬送件数が多いにも関わらず医師数が少ない施設もあった。

（救急搬送看護体制加算）

- 夜間休日救急搬送医学管理料における救急搬送看護体制加算の届出状況については、急性期一般入院料1では5割以上が届出を行っていた。
- 救急搬送件数が多いほど、専任の看護師の配置人数が多い傾向にあるが、専任の看護師が1名であっても年間2,000件以上の搬送を受入れている施設があった。

【論点】

- 救急医療管理加算は、緊急に入院が必要な重篤な患者に対する医療を評価する項目であるが、現行の加算1の対象患者の状態にばらつきがあることや、加算2の算定が増加傾向にあることを踏まえ、対象患者の要件についてどのように考えるか。
- 救急医療体制について、救急搬送件数と従事する医師数の関係等も踏まえ、救急搬送の件数や重症度に応じた適切な体制を確実に整備する観点から、どのような対応が考えられるか。
- 救急医療体制の充実とともに、救急部門におけるタスク・シフト／タスク・シェアリングの観点から、専任の看護師配置の実態を踏まえ、現行の施設基準についてどのように考えるか。

2. 救急医療、小児・周産期医療について

- 救急医療について
- 小児・周産期医療について

周産期医療の体制

総合周産期母子医療センター

- リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
- 周産期医療システムの中核としての地域の周産期医療施設との連携
- 周産期医療情報センター

109箇所

※総合周産期母子医療センター
原則として3次医療圏に1か所整備

母体・新生児搬送

地域周産期母子医療センター

- 周産期に係る比較的高度な医療行為
- 24時間体制での周産期救急医療

300箇所

母体・新生児搬送
オープンシステム等による連携

※地域周産期母子医療センター
総合周産期母子医療センター1か所に対し
数か所整備

療養・療育支援

- 周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制の提供
- 在宅で療養・療育している児の家族に対する支援

■■療育センター

主に低リスク分娩を扱う医療機関（一般病院、診療所、助産所）

- 正常分娩を含めた低リスク妊娠、分娩および正常新生児への対応
(助産所は正常な経過の妊娠、分娩および新生児のみ対応)
- 妊婦健診を含めた分娩前後の診療
- 他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応

平成31年4月1日現在

時間の流れ

分娩のリスク

周産期母子医療センター

総合周産期母子医療センター 109箇所

母体及び新生児に対するきわめて高度な医療を提供

目標：

- 合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること
- 周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図ること



整備内容

○施設数

- 総合周産期母子医療センターは、原則として三次医療圏に1カ所整備するものとする

○設備

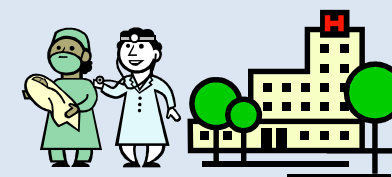
- MFICU（母体・胎児集中治療室）
- NICU（新生児集中治療室）
- GCU（新生児回復期集中治療室）
- ドクターカー等

地域周産期母子医療センター 300箇所

周産期に係る比較的高度な医療を提供

目標：

- 周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
- 24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること



整備内容：

○施設数

- 地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センター1箇所に対して数カ所の割合で整備するものとする

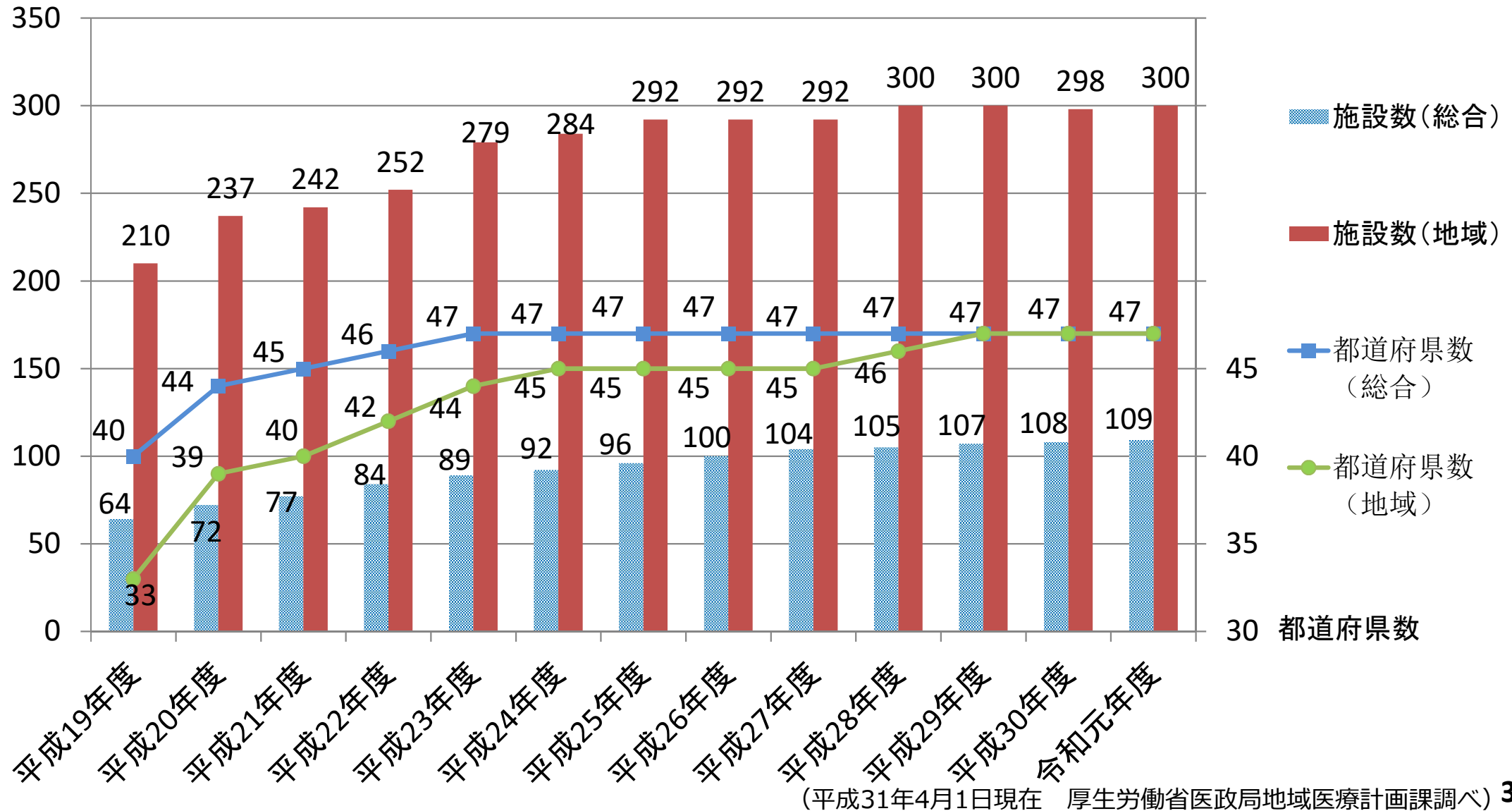
○設備

- 分娩監視装置等、産科医療に必要な設備
- 新生児用人口換気装置等を備えた新生児病室

総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの推移

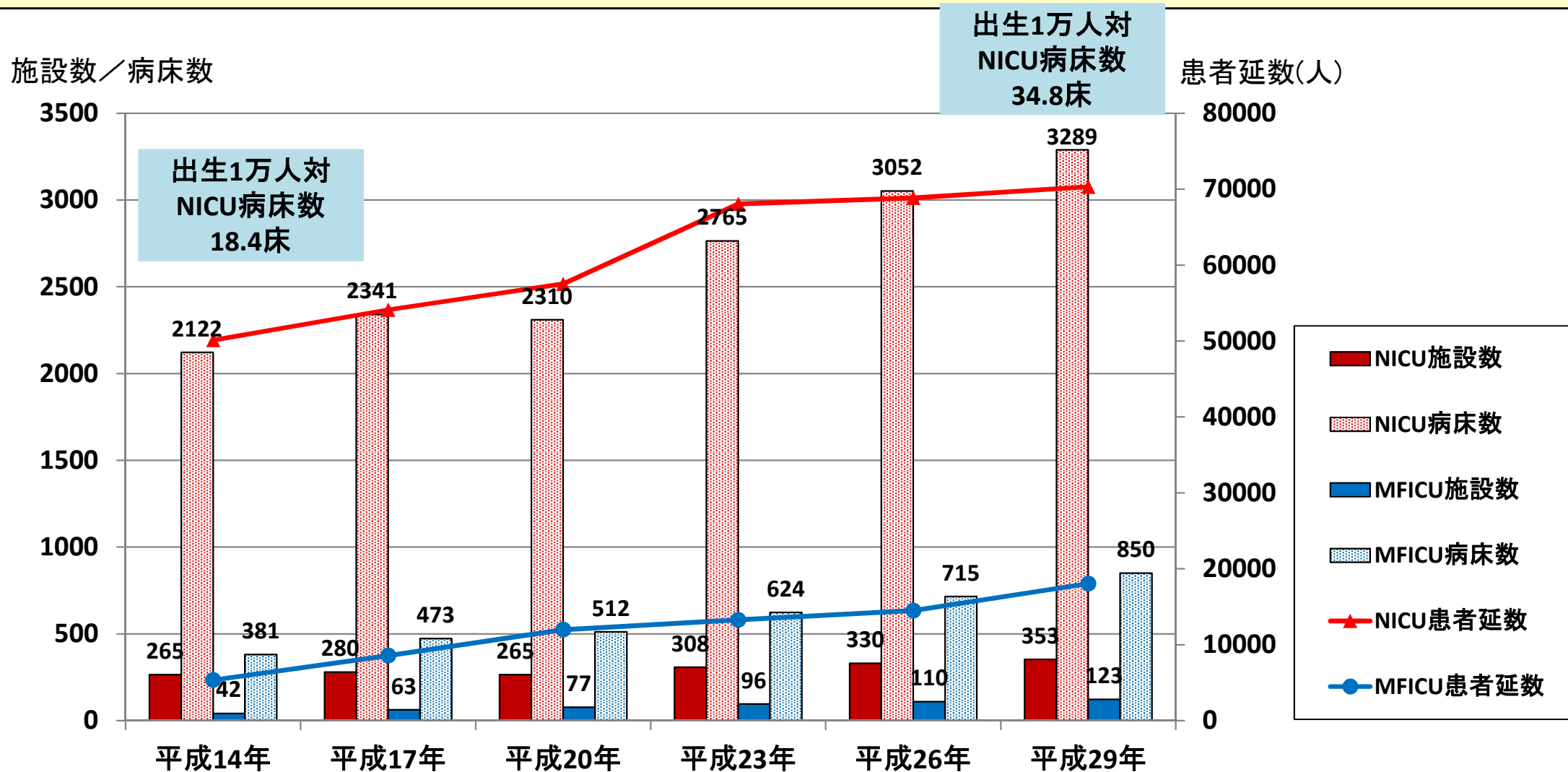
- 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの施設数と所在都道府県数はいずれも増加しており、平成29年度までに全都道府県に配置されている。

施設数



NICU(新生児集中治療室)・MFICU(母体・胎児集中治療室)の病床数と患者延数の推移

- NICU及びMFICUの病床数・患者延数は増加してきたが、近年、NICUの患者数は横ばい傾向である。
(NICUについては、出生1万人対25～30床を目標として整備を進めてきた。)



出典:厚生労働省「医療施設(静態・動態)調査」

※ 患者延数は9月中の患者数

NICU(新生児集中治療室)の整備について

NICU病床の必要数推計

■平成6年 出生千当たり2床と推計

厚生省心身障害研究「ハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究」
(分担研究者 多田裕)

■平成17年 ハイリスク新生児の増加、新生児死亡率の改善等を踏まえ、出生千当たり3床と再推計

厚生労働省子ども家庭総合研究「周産期母子医療センターネットワーク」
による医療の質の評価と、フォローアップ・介入による改善・向上に関する
研究」(研究代表者 藤村正哲)

NICU病床の整備目標

■平成22年「子ども・子育てビジョン」(閣議決定)

➢ 平成26年度までに全国平均で出生1万人当たり25～30床整備

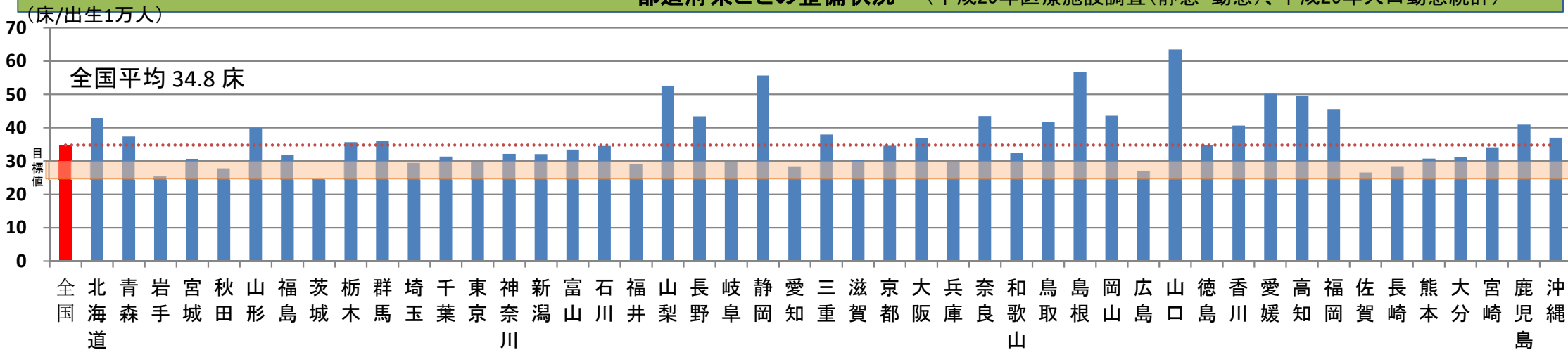
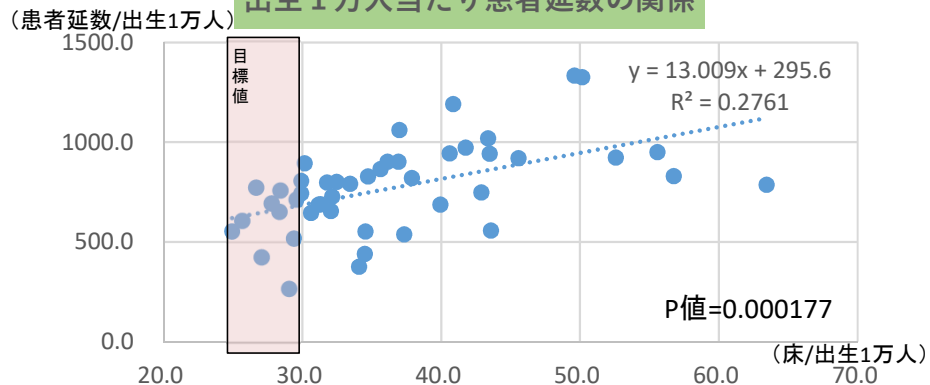
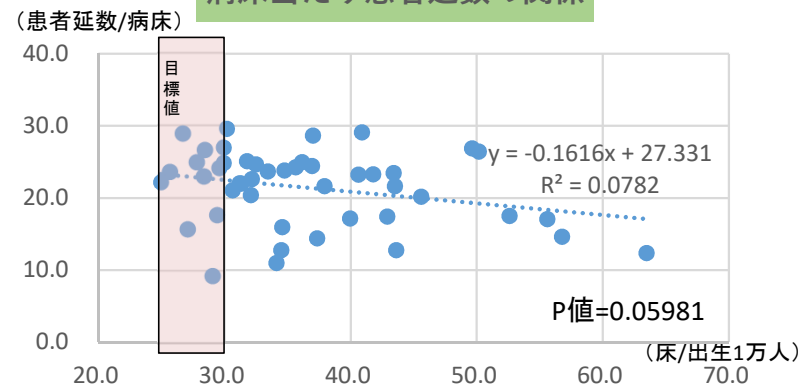
■平成26年 全国平均30.4床(6県が出生1万人当たり25床未満)

■平成27年「少子化社会対策大綱」(閣議決定)

➢ 平成31年度までに全都道府県で出生1万人当たり25～30床整備

■平成29年 **全都道府県において目標を達成**。(全国平均34.8床)
目標を大きく上回る都道府県もある。

都道府県ごとの整備状況 (平成29年医療施設調査(静態・動態)、平成29年人口動態統計)

出生1万人当たり病床数と
出生1万人当たり患者延数の関係出生1万人当たり病床数と
病床当たり患者延数の関係

出生1万人当たり病床数が多いほど、病床利用が低値となる傾向にある。ただし、実績等を踏まえた分析が必要である。

出典: 医療施設調査(静態・動態)
人口動態統計

*熊本県を除く
*患者延数は9月中の患者数

NICU整備の現状

第15回医療計画の見直し等に関する検討会(令和元年10月18日)資料2

精査中

○ 都道府県の人口規模によってNICU病床規模ごとの施設数は様々であり、病床規模ごとの実績も様々である。

(参考) 周産期母子医療センターのNICU病床数の整備基準

【総合】 9床以上(12床以上とすることが望ましい)

*三次医療圏の人口が概ね100万人以下の地域に設置されている場合は、当分の間、6床以上で差し支えない。

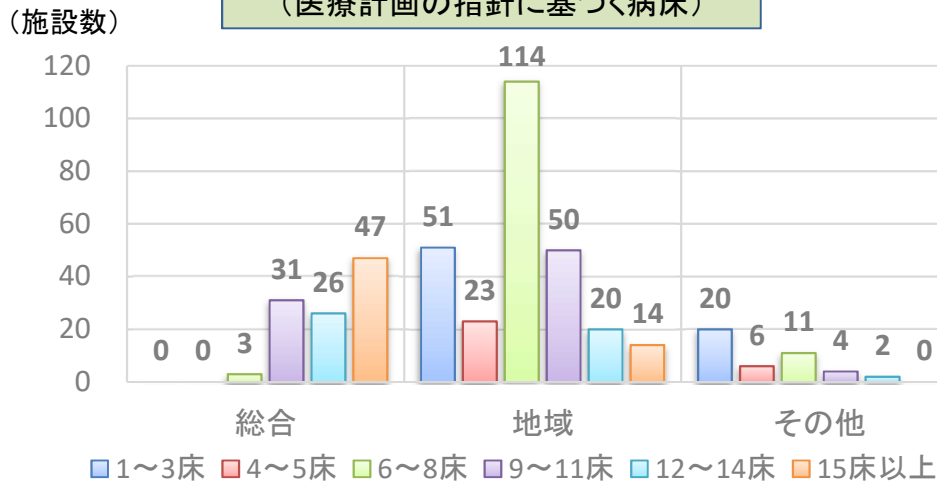
*患者受入実績やカバーする医療圏の人口等に応じ、医療の質を確保するために適切な病床数とする。

【地域】 「NICUを設けることが望ましい」としているが、病床数の基準はない。

(周産期医療の体制構築に係る指針より一部引用)

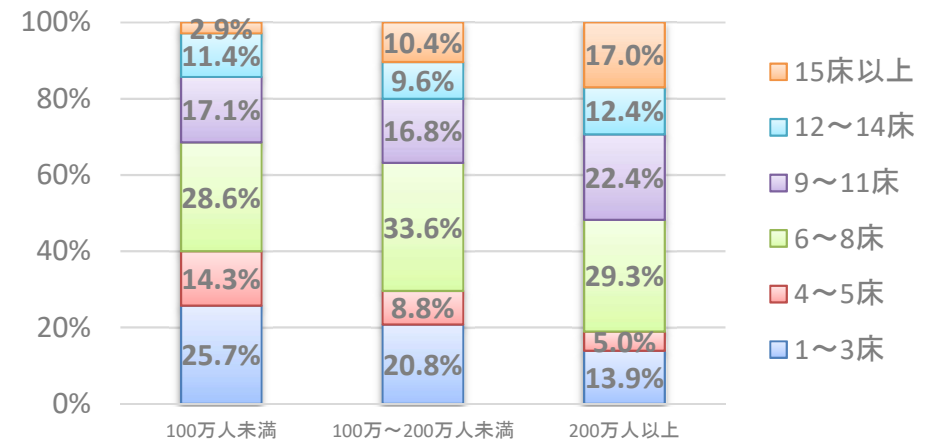
NICU病床規模別の施設数

(医療計画の指針に基づく病床)



都道府県人口規模別のNICU病床規模別施設数の割合

(医療計画の指針に基づく病床)



NICU病床規模別の入院児数

(医療計画の指針に基づく病床)

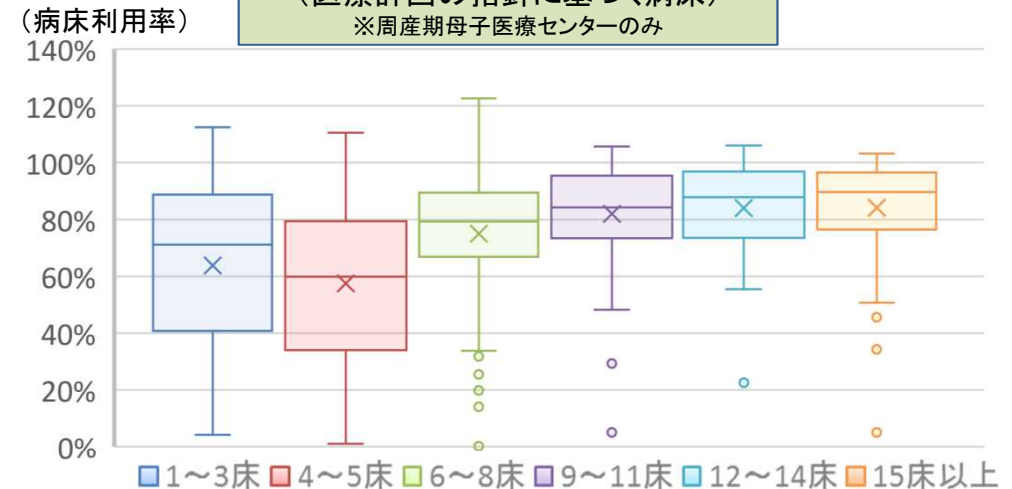
※周産期母子医療センターのみ



NICU病床規模別の病床利用率

(医療計画の指針に基づく病床)

※周産期母子医療センターのみ



新生児特定集中治療室に関する診療報酬の施設基準

- 新生児特定集中治療室については、A302とA303において診療報酬上の評価を行っている。
- A302新生児特定集中治療室管理料1とA303 総合周産期特定集中治療室管理料2は同じ点数であるが、求めている要件が異なっている。

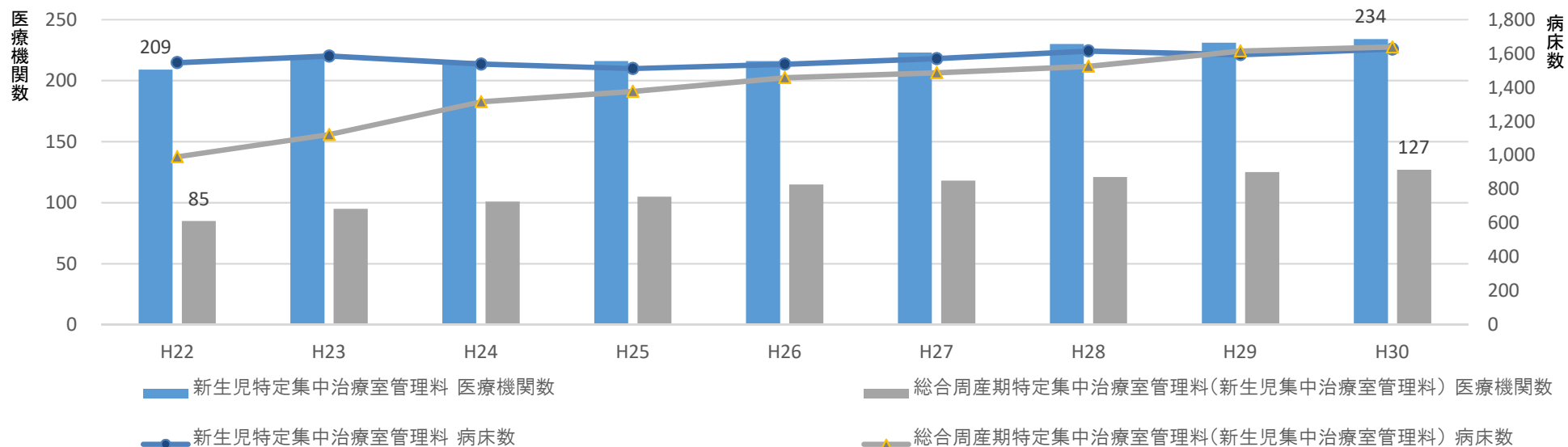
	A303 総合周産期特定集中治療室管理料2 10,539点(1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料1 10,539点(1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料2 8,434点(1日につき)
施設要件	総合周産期母子医療センター 又は地域周産期母子医療センター	—	—
医師の配置	○専任の医師が常時、治療室内に勤務		○専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ○緊急時は別の医師が速やかに診療に参加
看護師の配置	○助産師又は看護師の数は常時3対1以上		
構造設備等	○1床あたり7平方メートル以上 ○原則バイオクリーンルーム ○救急蘇生装置等の装置及び器具を常備、 ○自家発電装置を有し、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能		
医師の当直	○ 当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室・中間室・回復室からなる病棟以外での当直勤務を併せて行わない。		—
看護師の夜勤	○ 当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わない。		
その他	○ 出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数:直近1年間で4件以上 ○ 開胸手術、開頭手術、又は開腹手術:年間6件以上実施	○出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数:直近1年間で30件以上	
	○ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること	—	

新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数等の推移

平成31年4月10日
中医協総会資料(改)

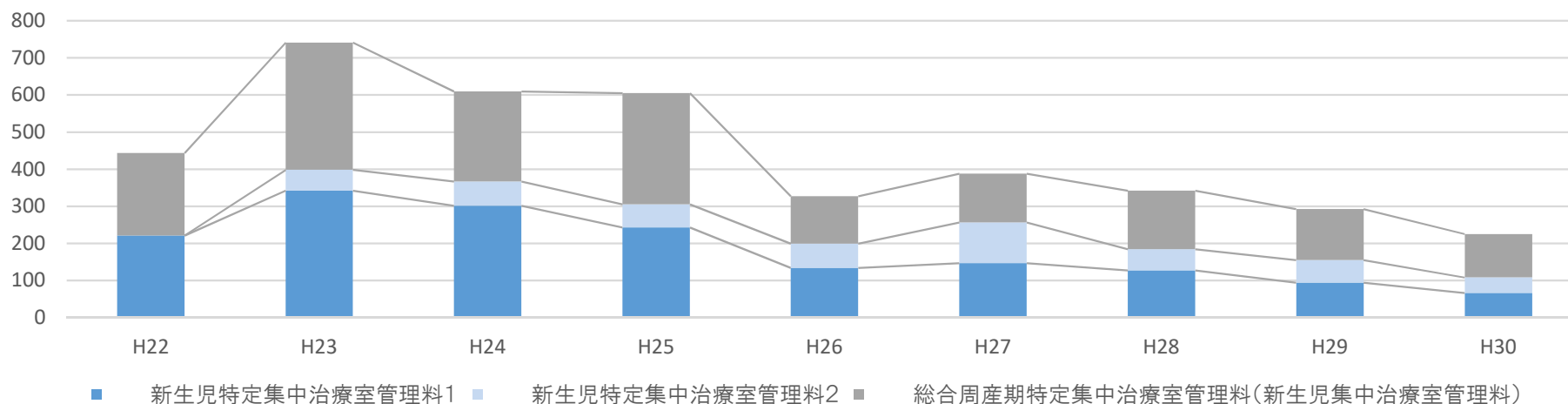
新生児集中治療室管理料の届出医療機関数及び病床数はほぼ横ばいだが、算定者数は減少傾向。

■新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数及び病床数



■新生児特定集中治療室管理料等の算定者数

※算定者数とは実施件数(明細書の枚数)を示す。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

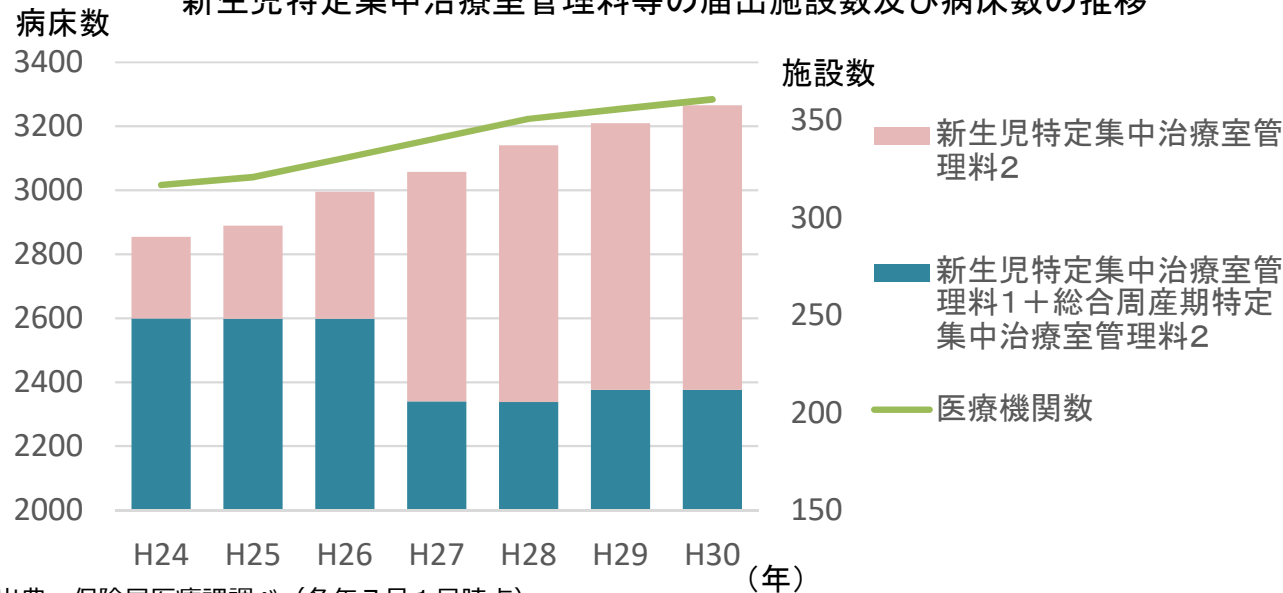
※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

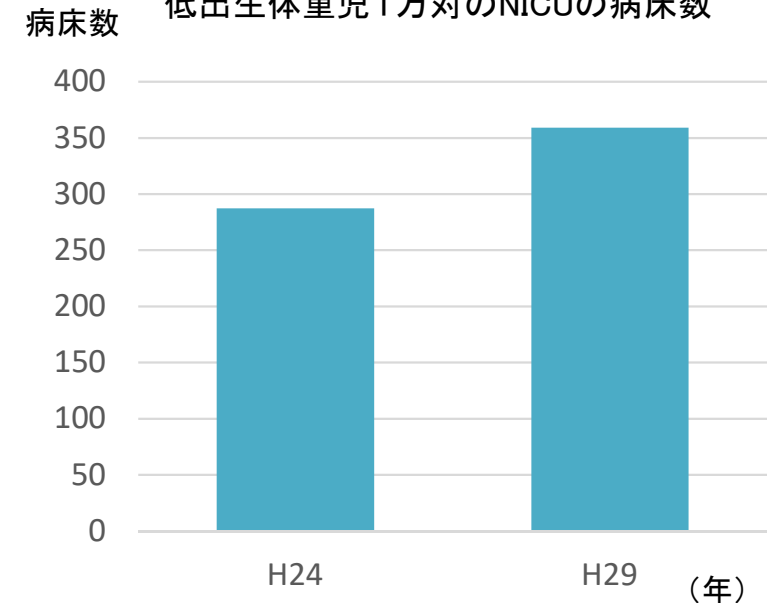
新生児集中治療室(NICU)等の病床数等の推移

- 新生児集中治療室(NICU)については、届出施設及び病床数はいずれも増加傾向。
- 内訳としては、新生児特定集中治療室管理料2を算定する病床の割合が増加傾向。
- 新生児特定集中治療室管理料2は6～8床が最も多く、総合周産期特定集中治療室管理料は15床以上の施設が最も多かった。

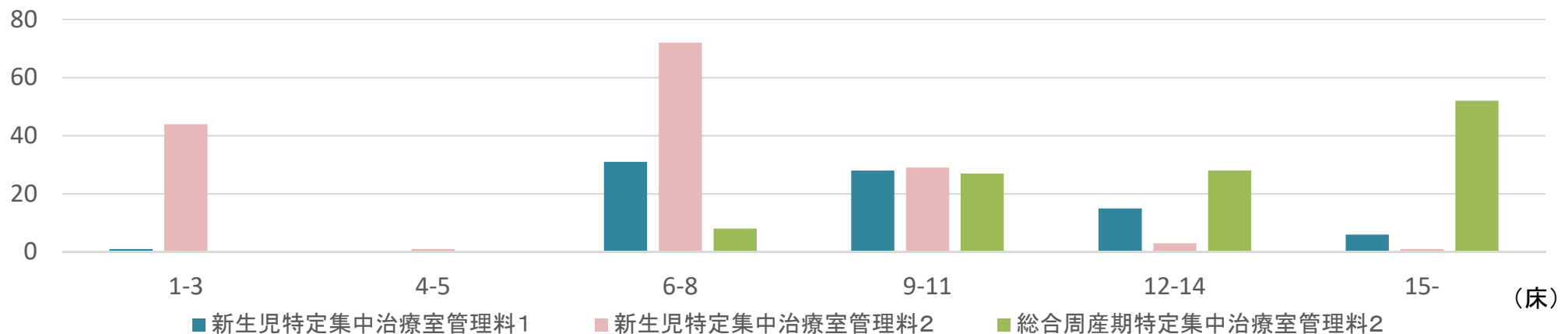
新生児特定集中治療室管理料等の届出施設数及び病床数の推移



低出生体重児1万対のNICUの病床数



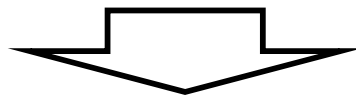
1施設当たりの新生児特定集中治療室管理料等を算定する病床の分布



小児・周産期医療に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 周産期医療の体制について、総合周産期母子医療センターを原則として3次医療圏に1か所、地域周産期母子医療センターを総合周産期母子医療センター1か所に対して数か所の割合で整備しており、いずれも平成29年度までに全都道府県に配置されている。
- 新生児集中治療室については、出生1万人当たり25～30床を目標に整備をしており、平成29年に全ての都道府県において目標を達成した。
- 新生児特定集中治療室については、新生児特定集中室管理料と総合周産期特定集中治療室管理料において評価を行っている。新生児特定集中室管理料1と総合周産期特定集中治療室管理料2は同じ点数であるが、求めている要件が異なっている。
- 新生児特定集中治療室管理料等の届出施設及び病床数は増加傾向であり、内訳としては、新生児特定集中治療室管理料2の病床数が増加傾向である。また、新生児特定集中治療室管理料等の算定者数は減少傾向である。
- 新生児特定集中治療室管理料2を届出ている医療機関について、6～8床の届出が最も多く、総合周産期特定集中治療室管理料2を届出ている医療機関については、15床以上の届出が最も多かった



【論点】

- 新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料2について、いずれも新生児特定集中治療室に対する評価であることを踏まえ、評価の在り方について検討してはどうか。

3. 業務の効率化・合理化

勤務環境改善に資する取組として診療報酬での評価が考えられる事項

(前回議論)

- 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

(今回議論)

- 届出・報告の簡素化、人員配置の合理化の推進、書類作成・研修要件の合理化

(次回以降議論)

- タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3. 業務の効率化・合理化

- 書類作成・研修要件の合理化
- 医療機関と薬局の連携による業務の効率化
- 診療報酬明細書の記載及び地方厚生（支）局への届出に当たっての業務の効率化

診療報酬の算定にあたり作成を求めている書類

- 緩和ケア実施計画書 (A226-2緩和ケア診療加算)
- 児童・思春期精神医療入院診療計画書 (A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料)
- 栄養治療実施計画 (A233-2栄養サポートチーム加算)
- 入退院支援加算 (A246入退院支援加算)

等

様式を定めているものに加え、診療録への記載を求めている事項も多数存在する。

診療報酬の算定にあたり求めている研修

- 緩和ケアに関する研修(医師) (A226-2緩和ケア診療加算)
- 認知療法・認知行動療法に関する研修(医師) (I003-2認知行動療法)
- 所定の研修を修了したもの等が行う院内研修(急性期一般入院基本料 他)

等

診療報酬の算定にあたり開催を求めている会議

- 症状緩和に係るカンファレンス (A226-2緩和ケア診療加算)
- 精神症状の評価や診療方針の決定等に係るカンファレンス及び回診
(A230-4精神科リエゾンチーム加算)
- 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診 (A233-2栄養サポートチーム加算)
- 認知症患者のケアに係るチームによるカンファレンス (A247認知症ケア加算)

等

診療報酬の算定に当たり記載を求めている事項の簡素化

現状と課題

- 診療報酬の算定に当たって、計画書を診療録に添付することを要件にしている項目と、計画書に基づき行った指導の内容を診療録に記載する項目がある。
- 診療報酬の算定に当たって、医師が他職種への指示事項を診療録に記載し、他職種が実際に行った指導の内容について記録を作成することを求めている項目がある。

(例)A233-2 栄養サポートチーム加算

- 栄養サポートチーム加算の算定に当たっては、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとしている。
- ただし、栄養サポートチーム加算(特定地域)の算定に当たっては、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士の全てが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること、とされている。

(例)B001・13 在宅療養指導料

- 在宅療養指導料の算定に当たっては、医師が、診療録に保健師、助産師又は看護師への指示事項を記載するとともに、保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記することが求められている。

論点

- 当該事例も含め、医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、医師等に求めている診療録等の記載について、簡素化を行う方向で検討を進めてはどうか。

院内研修について①

現状と課題①

- 例えば、感染防止対策加算及び抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている医療機関については、感染制御チームによる年2回程度の院内感染対策に関する研修を行うとともに、抗菌薬適正使用支援チームによる年2回程度の抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を実施する必要がある。

(例) A234-2 感染防止対策加算1及び2 施設基準 抜粋

- 感染制御チームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。

(例) A234-2 感染防止対策加算 注3 抗菌薬適正使用支援加算 施設基準 抜粋

- 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。
 - ・ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。

院内研修について②

現状と課題②

- 例えば、看護補助加算等の施設基準において、年に1回以上の受講が要件とされている院内研修について、内容が大きく変化しないと考えられる研修内容についても、毎年の受講が求められているものがある。

(例)

急性期看護補助体制加算、看護補助加算等
における看護補助者の院内研修の施設基準

当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。

- ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
- イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
- ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
- エ 日常生活にかかわる業務
- オ 守秘義務、個人情報の保護
- カ 看護補助業務における医療安全と感染防止等

⇒例えばアについては、1年毎に受講が必要なほど内容が変わるようなものではないのではないか。

様式 18 の 3

(届出様式)

夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注13）
看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注9）
急性期看護補助体制加算
看護職員夜間配置加算
看護補助加算
看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注4）

に係る届出書添付書類

4 看護補助者に対する研修

看護補助業務に必要な基礎的な知識・技術を
習得するための院内研修の実施状況

実施日： 月 日
(複数日ある場合は複数日)

研修の主な内容等

・
・
・
・
・
・

論点

- 当該事例も含め、医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、施設基準で求める院内研修の内容等について、質の担保を考慮したうえで、簡素化する方向で検討を進めてはどうか。

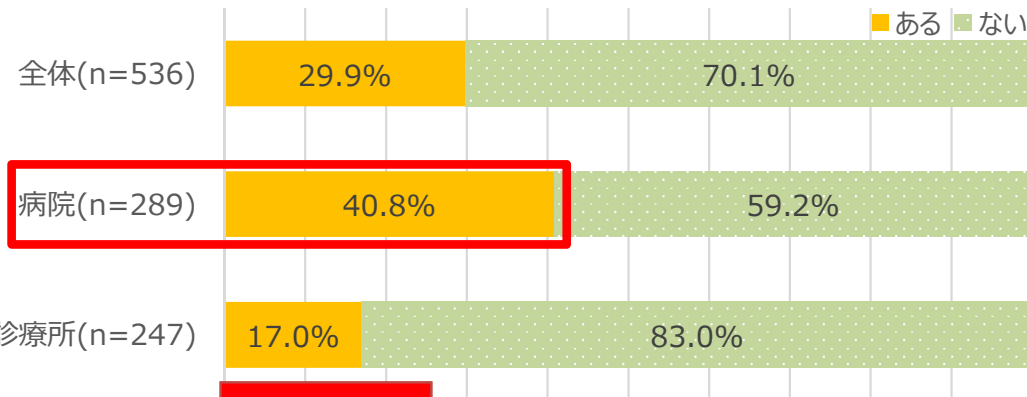
3. 業務の効率化・合理化

- 書類作成・研修要件の合理化
- 医療機関と薬局の連携による業務の効率化
- 診療報酬明細書の記載及び地方厚生（支）局への届出に当たっての業務の効率化

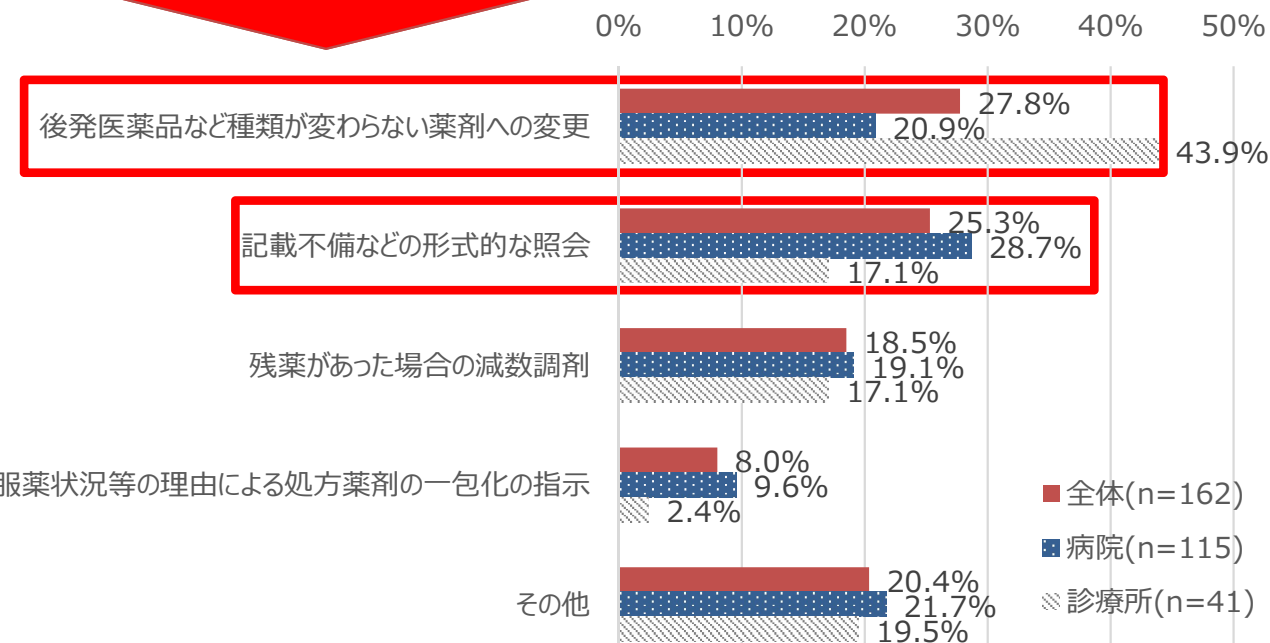
- 医療機関において、薬局からの疑義照会について負担に感じているものがある。
- 医療機関と薬局間での「事前の取決め」により、問い合わせを簡素化している医療機関がある。

■ 保険薬局からの疑義照会について、負担に感じているものはあるか¹⁾

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



具体的内容



事前の取決めにより、処方医への事前確認を不要としている項目(例)²⁾

1. 成分が同一の銘柄変更
2. 内服薬の剤形変更 (例: OD錠⇔普通錠⇔散)
3. 内服薬の規格変更 (例: 5mg2錠→10mg1錠)
4. 半割・粉碎・混合
5. 医療上の必要性が認められる一包化
6. 軟膏・クリーム剤の規格変更 (例: 5g2本⇔10g1本)

※ 調剤後、医療機関への報告を求める場合もある。

合意受諾書

一般社団法人川崎市薬剤師会(以下、甲という)は別紙「川崎市院外処方疑義照会プロトコル(別添1)」に準じて医療機関と処方箋に保つる薬剤師法第23条2項の取り扱いについて合意した。それに伴い、貴薬局(以下乙という)は甲の開催する研修会を受講し十分理解した上で運用を開始するものとする。また、本プロトコルは薬局・薬局開設者および保険薬剤師の責任において運用するものとする。

記

- 1 別紙「川崎市院外処方疑義照会プロトコル」のとおり合意内容であることを了承する。
- 2 本プロトコルの改定情報は甲よりホームページ・電子メール等を通じて配信する。乙は最新情報の収集を怠らないものとする。
- 3 本プロトコルの効果等についての情報収集に乙は協力し、甲へ情報無償提供を了承する。
- 4 乙は本プロトコルの運用中止や、乙連絡先変更があった場合は、甲事務局に速やかに連絡する。
- 5 本プロトコルの不明点は処方箋発行元に連絡する。尚その回答はその医療機関の回答であり、他の医療機関には届度確認をするものとする。
- 6 乙が不正・不誠実等行為を行い、合意先医療機関又は甲がそれを認めた場合、甲は乙に対し本合意受諾書を解除するものとする。
- 7 乙が甲会費資格を失った場合、本合意受諾書も失効するものとする。
- 8 本プロトコル内容の変更をはじめ、甲が必要と思われる措置が発生した場合は、乙は甲の指示に従うものとする。
- 9 乙が本プロトコル運用において発生した調剤上・経済上・その他諸問題一切は、乙の責任と了承した上で運用する。

平成 年 月 日
名称(甲) : 一般社団法人 川崎市薬剤師会
住所 : 川崎市川崎区富士見 1-1-1
代表者役職氏名 : 会長 嶋 元

(乙)
会員薬局住所 : 〒
電話・FAX : TEL FAX
開設者名 :
会員薬局名 :
情報連絡電子メール:
(pdf等の添付ファイル受信が出来、業務として常時使用可能なメールアドレスを記載ください。ゼロとオーの混同等判るように記載してください。)

薬局からの問合せへの対応の効率化（京都大学医学部附属病院の事例）

- 京都大学医学部附属病院では、問合せの効率化に係る薬局との取決めを2013年10月より開始。
- 2014年9月時点では13%、2015年3月時点では21%の処方変更が取決めに基づく事後報告であった。また、問合せがあったものの取決めの範囲内であったものが約15%あった。

問合せ簡素化の取決めの内容等

※2016年3月改定（第3版）

（１）取決めの具体的な内容

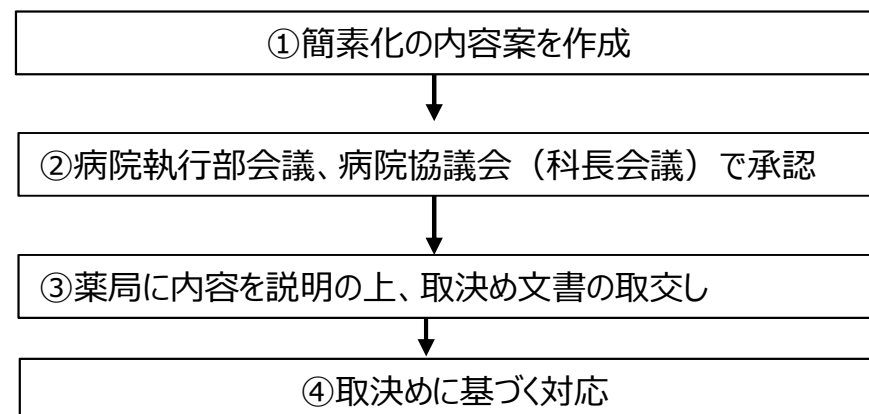
- ①成分名が同一の銘柄変更
- ②剤形の変更
- ③別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- ④患者の同意を得て行う半割、粉碎あるいは混合
- ⑤患者の同意を得て行う一包化
- ⑥湿布薬や軟膏での取決め範囲内での規格変更
- ⑦一般名処方における類似剤形内での変更
- ⑧取決め範囲内での日数短縮
- ⑨その他取決め事項

（２）取決めに基づく対応

- 上記（１）の内容の範囲であれば、薬局が調剤後に、処方箋に変更内容を記載した上で、その内容を京大病院薬剤部宛てにFAXで送付
- 京大病院薬剤部においては、送付されたFAXの内容に基づき、処方オーダー記録を修正

※令和元年9月末時点で40薬局と取決め文書を取り交わしている。

京大病院での対応の簡素化の運用



簡素化による効果

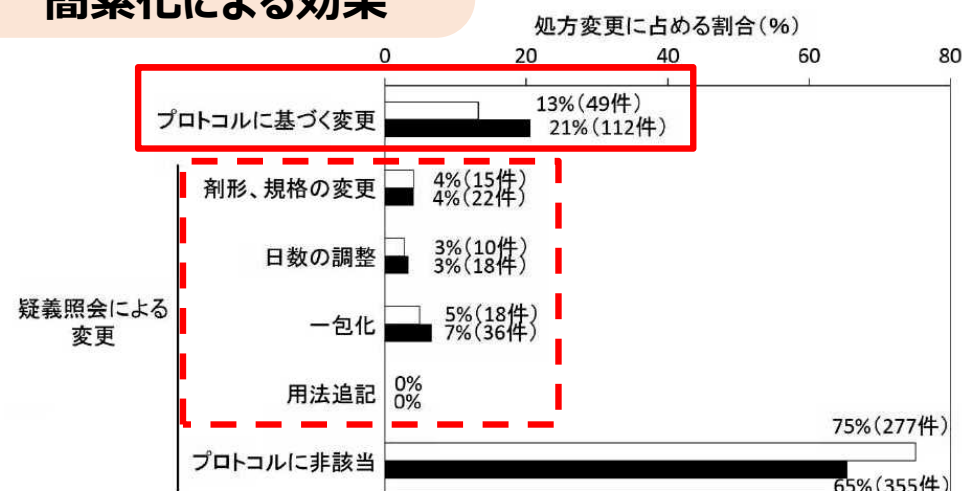


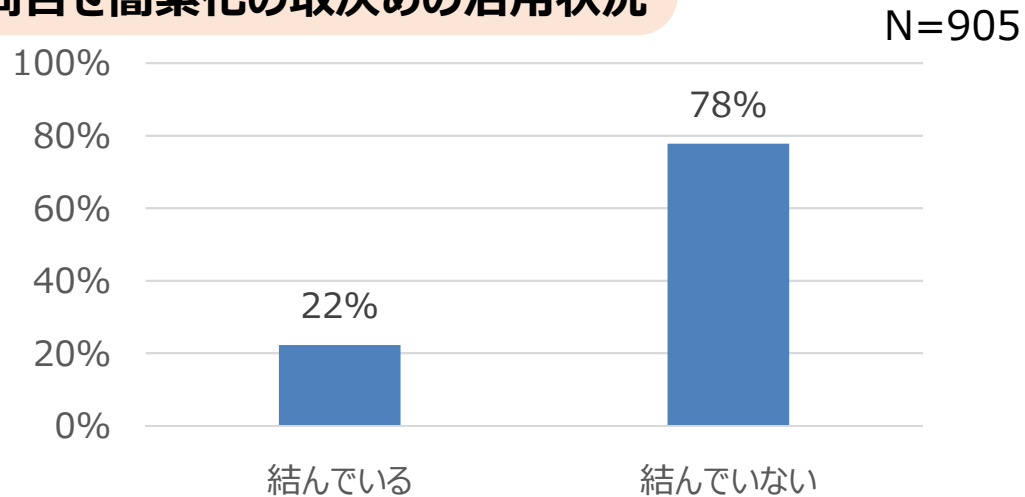
図4 2014年9月（改定前）と2015年3月（改定後）におけるプロトコルに該当する内容が処方変更にあたる割合

□ 2014年9月 ■ 2015年3月

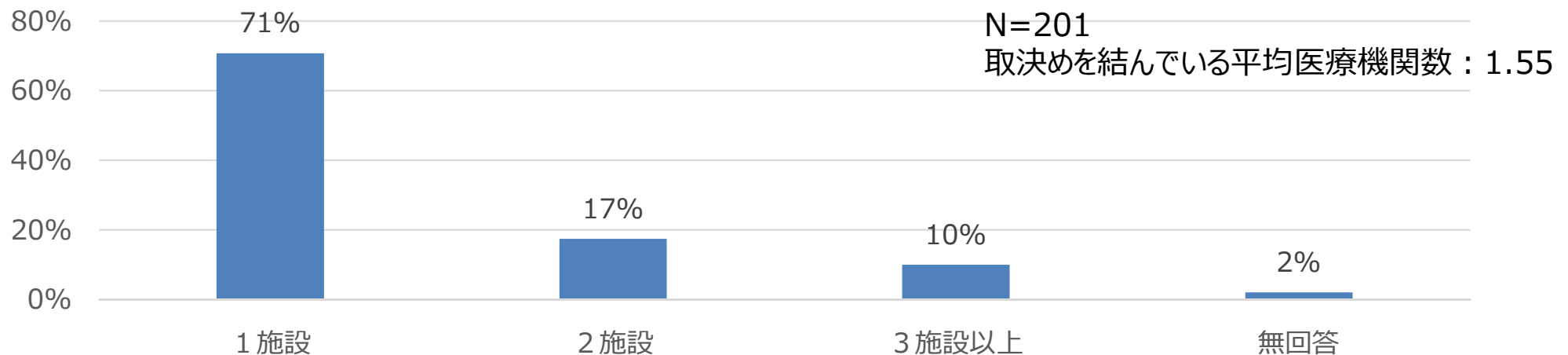
薬局での問合せ簡素化の取決めの活用状況

- 問合せの簡素化に関して、医療機関と文書による取決めを結んでいる薬局は全体の約20%であった。
- 薬局ごとの取決めを結んでいる医療機関数は、平均で約1.6施設であった。

(1) 問合せ簡素化の取決めの活用状況



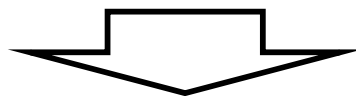
(2) 問合せ簡素化の取決めを結んでいる医療機関数



医療機関と薬局の連携による業務の効率化に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 医療機関と薬局間での事前の取決めにより、問合せを簡素化している医療機関がある。京都大学医学部附属病院の事例では、処方箋の変更がされたもののうち、約1／3が取決めに基づき簡素化が可能と推定された。



【論点】

- 医療機関における医師等の医療従事者の負担軽減や患者の待ち時間の短縮等の観点から、薬局から医療機関への問合せの簡素化の取組を推進することについてどう考えるか。

3. 業務の効率化・合理化

- 書類作成・研修要件の合理化
- 医療機関と薬局の連携による業務の効率化
- 診療報酬明細書の記載及び地方厚生（支）局への届出に当たっての業務の効率化

レセプト摘要欄の記載事項の選択式化

現状・課題

- 例えば、画像診断は「撮影部位を記載すること。」とされており、レセプト摘要欄に手入力で撮影部位を記載しているが、レセプト摘要欄への手入力は記載ミスとなっている。
- また、入力された撮影部位のレセプト表示も分かりにくく、入力後の確認が難しい。

〔入力画面イメージ〕

コメント
撮影部位きょうぶ

手入力記載

〔レセプト表示イメージ〕

70	撮影部位頭部		
	M R I 撮影（1. 5テスラ以上3テスラ未満の機器）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	1,450 X	1
	画像診断管理加算 1（コンピューター断層診断）	70 X	1
	撮影部位胸部		
	C T 撮影（1 6 列以上 6 4 列未満マルチスライス型機器）		
	2 回目以降減算（C T、M R I）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	840 X	1

令和 2 年度診療報酬改定での対応案

- 医療従事者の負担軽減や業務効率化の観点から、レセプト摘要欄に手入力で記載を求めていた事項のうち、撮影部位等について選択式記載としてはどうか。
- また、レセプトに表示される際に、どの診療行為に対するコメントか分かるような記載（所要のコードを設定）としてはどうか。

〔入力画面イメージ〕

CT撮影（撮影部位）		
☐ 頭部	☐ 頸部	☒ 胸部
☐ 腹部	☐ 骨盤	☐ ..

該当部位選択

〔レセプト表示イメージ〕

70	M R I 撮影（撮影部位）：頭部		
	M R I 撮影（1. 5テスラ以上3テスラ未満の機器）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	1,450 X	1
	画像診断管理加算 1（コンピューター断層診断）	70 X	1
	C T 撮影（撮影部位）：胸部		
	C T 撮影（1 6 列以上 6 4 列未満マルチスライス型機器）		
	2 回目以降減算（C T、M R I）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	840 X	1

歯科診療報酬明細書様式の見直し

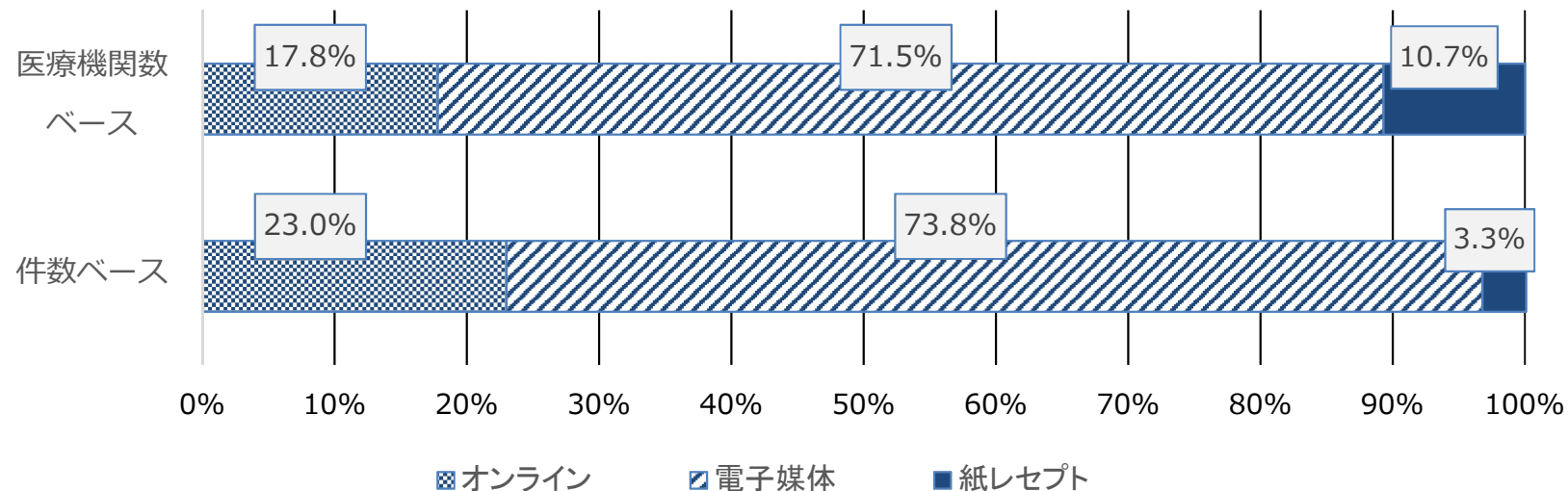
歯科診療報酬明細書について

- 歯科診療報酬明細書には、紙媒体による手書き請求の利便性の観点から、あらかじめ診療行為名称等が記載されている。（次頁）
一方、当該様式には日付や部位等の情報欄が無いことから、これらの情報の摘要欄への記載を求めている、医療従事者の負担になっているとの指摘もある。

令和2年度診療報酬改定での対応案

- 医療従事者の負担軽減や効率的な事務の推進のため、歯科診療報酬明細書を、算定日順に整理した様式に見直し、摘要欄への記載を簡素化できるようにしてはどうか。
- 医療現場への影響を鑑み、改修等に対して経過措置を設けてはどうか。
- 紙媒体による手書き請求に限定して、当面の間、従前の様式でも差し支えないこととしてはどうか。

歯科診療報酬の請求方法



(出典) R1.6 社会保険支払基金HP

【参考】 歯科診療報酬明細書（様式第三）（抜粋）

初診	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	特	特導	特選	特地	外来課															
再診	×	時間外	×	休日	×	深夜	×	乳	×	乳・時間外	×	乳・休日	×	乳・深夜	×	特	×	再外来課	×								
管理・リハ	歯管	+	+	+	+	+	+	義管		実地指		P画像	×	×		測り		その他									
投薬・注射	内屯外注					調	×	×		処方	×	+	×		情	×	+	×		処	×	+	×		注	×	×
X線検査	全額	枚		色調	×	P混検		×	P部検	×		基本	×		精密	×		その他									
	標	×	×	S培	×	顎運動	×				基本	×		精密	×		その他										
	パ	×	×	EMR	×		×	×			査	×			×		その他										
処置・手術	う蝕	×		保護処置	×	×	×	×	充填	×	×		知覚過敏	×	×		咬調	×	×								
	抜	×		感	×	根	×	根	×	加圧	×	生	×		除	×	F局										
	髓	×		根	×	貼	×	充	×	充	×	切	×		去	×	T.cond	×									
		×		処	×	貼	×	充	×	充	×	+	×			×	歯清										
	S C	×	+	×	×	+	×	SRP 前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×								
	PCur 前	×		小	×	大	×	前	×	小	×	大	×	SPT(I)		SPT(II)		P処	×	P基処							
術	抜歯 乳	×		前	×	+	×	臼	×	+	×	埋	×	+	×	切開	×	×									
その他																											
麻酔	伝麻	×		浸麻	×			その他																			
歯冠形成	補診	×	×			維持管理	×	×	×		×		印象	×		×	×	×									
	(生単)	前C	×		(失単)	前C	×	+	×	(窩洞)	×		×		×	×	×										
	金硬	×		金硬	×	+	×		+	×		TxC	×		咬合	×	×										
	乳	×		乳	×				+	×		修整	×		×	×											
	(生フ)	前接	×	+	×	(失フ)	前	×	+	×	+	×		試適	×	×											
	金	×	+	×	金	×	+	×	+	×				×	×												
	文台	×		支台築造	メタル	前小	×	大	×	その他	前小	×	大	×	修形	×	充形	×	+	×							
	金	乳前小銀	×		×	×	×	×	×	硬ジ	×	×	充	×	材	×	×										
	復	前小パ	×		×	×	×	×	×	乳	×	×	1	×	I	×	×										
	冠修復	大パ	×		×	×	×	×	×	仮着	×	×	充	×	材	×	×										
欠損	大銀	×		×	×	×	×	×	装着	×	+	×	2	×	II	×	×										
補綴	ボ	パ前	×		銀前	×		パ大	×	C	小	×	装着	×	×	リテーナー	×	×									
	前	パ小	×		銀小	×		鑄	パ小	×	A	大	×	材料	×	×	Br装着	×	×								
	装	パ大	×		銀大	×		鑄	銀	×	パ	鑄	×	コ	×	屈曲	不特	×	保	×							
	1~4歯	×		床	×	鑄	双大	×	双大	×	線	14	双	×	不	双	×	レストアシ	×	×							
有床義歯	5~8歯	×		床	×	鑄	双小	×	双小	×	鉤	K	レストアリ	×	特	レストアリ	×	間接	×	人	×	×					
9~11歯	×		適	×	造	14	腕大	×	腕大	×	双	×	床	×	+	×	+	×	工	×	×						
12~14歯	×		合	×	鉤	腕犬小	×	腕犬小	×	コ	腕	×	床	×	+	×	+	×	歯	×	×						
総義歯	×			×			腕前	×	腕前	×			修理	×	+	×	+	×		×	×						
その他																											

地方厚生（支）局への届出の簡素化（１）

現状・課題

- 施設基準の届出項目や手続き等が保険医療機関の負担となっており、届出の省略や手続きの簡素化など、さらに効率化・合理化する余地がある。

現行

様式○
×××××管理料1に勤務する従事者の名簿[ICU]

	職種	氏名	勤務の態様	勤務時間	備考
1	医師	〇〇太郎	常勤		
2	医師	〇〇二郎	常勤		
3	医師	〇〇××	常勤		
4	医師	〇〇△△	常勤		
5	医師	〇〇□□	常勤		
	⋮				

例：一部の施設基準については、届出時に従事者の氏名や経歴の提出を求める場合がある

様式○
×××××管理料1に勤務する従事者の名簿[ICU]

	職種	氏名	勤務の態様	勤務時間	備考
1	看護師	〇〇花子	常勤・専任	38.75	5年
2	看護師	〇〇◇◇	常勤・専任	38.75	
3	看護師	〇〇××	常勤・専任	38.75	
4	看護師	〇〇△△	常勤・専任	38.75	
5	看護師	〇〇□□	常勤・専任	38.75	

経歴書

〇〇花子
H12.5 看護師免許取得
H12.4～H16.3
◇◇大学附属病院 ICU・CCU
H16.4～現在
■■医学部附属病院 ICU

認定証

〇〇花子 殿
☆☆の認定資格を与える。
20〇〇年〇月〇日
〇〇 〇〇

(名簿・添付書類省略)

簡素化後

提出不要

令和２年度診療報酬改定での対応案

- 医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、届出に係る様式の簡素化や添付資料の低減等の取組をさらに進めることとしてはどうか。

地方厚生（支）局への届出の簡素化（２）

現状・課題

- 例えば、健康保険法に定める訪問看護事業所については、「その他の職員」が変更となった場合には都度変更の届出を行うことが定められおり、届出に係る事業所の負担が大きい。（※介護保険上は同様の規定はなし。）

○健康保険法（抄）

（変更の届出等）

第九十三条 指定訪問看護事業者は、当該指定に係る訪問看護事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は当該指定訪問看護の事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

○健康保険法施行規則（抄）

（指定訪問看護事業者に係る指定の申請）

第七十四条 法第八十八条第一項の指定を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書及び書類を当該申請に係る訪問看護事業を行う事業所の所在地を管轄する地方厚生局長等に提出しなければならない。

- 一 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名及び住所
- 二 訪問看護ステーションとなる事業所の名称及び所在地
- 三 当該指定に係る訪問看護事業の開始の予定年月日
- 四 申請者の定款、寄附行為又は条例等
- 五 申請者が、現に他の訪問看護ステーション、病院、診療所又は介護老人保健施設の開設者であるときは、その概要
- 六 申請者が、同時に他の訪問看護ステーション、病院、診療所又は介護老人保健施設を開設しようとするときは、その概要
- 七 訪問看護ステーションとなる事業所の平面図並びに設備及び備品等の概要
- 八 指定訪問看護を受ける者の予定数
- 九 訪問看護ステーションとなる事業所の管理者その他の職員の氏名及び経歴（看護師等については、免許証の写しを添付すること。）並びに管理者の住所
- 十 運営規程
- 十一 職員の勤務の体制及び勤務形態
- 十二 事業計画
- 十三 保健、医療又は福祉サービスの提供主体との連携の内容
- 十四 指定訪問看護の事業に係る資産の状況
- 十五 その他厚生労働大臣が必要と認める事項

（変更の届出）

第七十七条 法第九十三条の厚生労働省令で定める事項は、第七十四条第一項第一号、第四号、第五号、**第九号**及び第十号に掲げる事項とする。

（参考様式）

訪問看護事業変更届	
指定訪問看護事業者	名 称
	所在地
訪問看護ステーション	名 称
	所在地
変更の事由	
変更の内容	
訪問看護ステーションの名称・所在地の変更（変更前）	
開設者（法人等）の名称・所在地の変更	
法人等の代表者の氏名・住所の変更	
法人等の定款・寄附行為・条例の変更	
法人等が他に開設している介護老人保健施設等の名称・所在地・施設内容の変更、廃止（変更後）	
管理者の変更（交替）、氏名・住所の変更	
その他の職員の採用（転入）・退職（転出）・死亡	
その他の職員の氏名の変更	
運営規程の変更	
変 更 の 年 月 日	
年 月 日	

上記のとおり変更の届け出をします。

年 月 日

ステーションコード：

指定訪問看護事業者の

名称・所在地

〒

代表者の氏名

電話番号

（ ）

印

殿

（注）次の変更事由の場合は、それぞれに掲げる書類を添付すること。

- 1 開設者（法人等）の名称・所在地の変更、代表者の氏名・住所の変更または定款・寄附行為・条例の変更の場合は、変更後の定款・寄附行為・条例の写
 - 2 開設者（法人等）が他に開設している介護老人保健施設等の名称・所在地・施設内容の変更の場合は、変更後の介護老人保健施設等の概要表
 - 3 管理者・その他の職員を採用した場合は、その者の看護師等の免許証の写し
 - 4 運営規程の変更の場合は、変更後の運営規程
- この変更届は、変更の事由が生じたときから10日以内に提出すること。

◆令和元年8月7日 社会保障審議会 介護保険部会 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会（第1回）〈議事録より抜粋〉

「訪問看護ステーションにおいても、こちらの届出は厚生局になりますけれども、管理者以外の1人が変更しても届け出るような、そういったものがまだ残っておりますので、いろいろ広い視野で洗っていただいて検討いただければありがたいと思います。」

令和2年度診療報酬改定での対応案

- 当該事例も含め、事業所の負担軽減及び業務効率化の観点から、変更届出の内容等について検討を進めてはどうか。