

個別（その14）

（医療従事者の働き方④、技術的事項③）

個別（その14）

1．医療従事者の働き方④

- （１）これまでの議論の整理
- （２）医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組について
- （３）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について
- （４）業務の効率化・合理化について

2．技術的事項③

- （１）医療機器の効率的かつ有効・安全な利用
 - ポジトロン断層撮影の共同利用
 - ガイドラインに基づく画像検査の利用
 - 超音波検査の活用
- （２）義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

1. 医療従事者の働き方④

- (1) これまでの議論の整理
- (2) 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組について
- (3) 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について
- (4) 業務の効率化・合理化について

これまでの議論の整理①

○ これまでの中医協総会において、医療従事者の働き方に関する議論を、以下のとおり実施。

【医療従事者の働き方①～③】

<9/25 個別②（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
- 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
- 診療報酬上の評価について

<10/18 個別④（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

<11/8 個別⑦（医療従事者の働き方③）>

- 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
 - 医師事務作業補助体制加算
 - 病院勤務医等の負担軽減策
 - 看護職員の負担軽減等の取組
 - 病棟薬剤業務実施加算等
 - 栄養サポートチーム加算
- 人員配置の合理化の推進
- 会議の合理化の推進

【関連事項】

<10/25 個別⑥

（救急／小児・周産期、業務の効率化・合理化）>

- 救急医療、小児・周産期医療について
- 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

<12/4個別⑫（救急②）>

- 救急医療について

これまでの議論の整理②

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<9/25 個別②（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
- 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
- 診療報酬上の評価について

【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。

【いただいたご意見】

- 保険医療機関の収入は診療報酬によって占められており、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大原則であることを踏まえ、業務分担、協働の促進、常勤配置、専従要件の見直し、24時間対応体制の要件緩和などについて、医療提供の質の確保に配慮しつつ、現場において弾力的な運用が可能となるよう、柔軟な見直しを行うべき。
- 国民・患者の立場からも、医療機関における働き方の改善を着実に進めるということは、医療の質や医療の安全を担保するために欠かせないことから、医療機関でのタスク・シフティングやタスク・シェアリングの推進が必要。
- 一方で、医療機関の施設基準等の人員要件の緩和、専従要件の見直しについては、医療の質や安全を担保するという観点から、慎重な検討が必要。
- 勤務環境を改善するための取組を実施した医療機関に対して、診療報酬において評価する必要がある。
- チーム医療の推進、特に病院薬剤師に係る評価が必要ではないか。
- 時間外労働時間の上限の適用まであと5年間、その間に診療報酬改定が3回あることを踏まえ、取組の進捗を見ながら段階的に手当てしていく必要がある。
- 診療報酬においては、勤務環境改善のための環境整備にまずは取り組んでいくべきではないか。
- 業務の効率化等の観点から、ICTの利活用等を含めた議論が必要ではないか。

これまでの議論の整理③

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<10/18 個別④（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

【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。

【いただいたご意見】

- 医療の質や、医療安全に配慮しながら、労務管理・労働環境改善のための取組を進めるためには、コストがかかる。
- 現行の、総合入院体制加算や医師事務補助体制加算が算定できない、規模の大きい医療機関でも、取組を進める必要がある。
- 診療報酬の項目と、働き方改革の中で医療機関に求める事項について、整理が必要ではないか。
- 医療機関に様々な職種がいる中で、それぞれの仕事を適切にマネジメントするというのは、非常に大変なことであり、その取組そのものを十分に評価していく必要があるのではないか。
- 勤務環境改善マネジメントについては、その取組が活性化するのを待ってから評価するのではないか。
- 医療機関が勤務環境の改善や医師の労働時間の短縮などの一連の取組を実施するとともに、地域医療構想の推進による効率的な医療提供体制の構築を進めていく、という様々な取組を踏まえて、診療報酬で手当てすべき課題を検討していくのは自然な流れである。
- 基本診療料については、具体的な取組とともに、それがどのようにして患者に対するメリットとなっているのか、どのようにして還元されるのか、という観点で、国民から納得の得られるものとする必要があることを踏まえると、直近の改定ではなく、2024年に向けて検討していくことが必要。
- 医師以外の医療従事者については、すでに法改正の対象となっていることから、勤務環境改善等の取組については、各医療機関が順次着手しているため、その取組への評価は、喫緊の課題である。
- 医師の働き方改革についても、2024年まで手当てをしないということではなく、当面の課題を整理して、できるところから対応を検討すべき。

これまでの議論の整理④

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<11/8 個別⑦（医療従事者の働き方③）>

- 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
 - 医師事務作業補助体制加算
 - 病院勤務医等の負担軽減策
 - 看護職員の負担軽減等の取組
 - 病棟薬剤業務実施加算等
 - 栄養サポートチーム加算
- 人員配置の合理化の推進
- 会議の合理化の推進

【論点】

（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）

- 医師事務作業補助体制加算について、医師の負担軽減に効果があることや届出状況、累次の診療報酬改定による対応状況を踏まえ、評価の在り方や算定要件等をどのように考えるか。
- 医療機関の実状に合わせ様々な取組がなされており、一定の効果も認識されていることから、病院勤務医の負担軽減策を推進する観点から、総合入院体制加算の「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の選択肢として、医師の業務負担軽減につながる看護職員との業務分担、特定行為研修修了者の配置、院内助産等の開設等について追加することとしてはどうか。
- 看護職員の夜間における負担軽減の取組について、現状の実施状況や効果の認識を踏まえ、項目内容や項目数等についてどのように考えるか。
- 看護補助者との役割分担について、看護補助者配置の必要性や期待が高い一方で人員確保が困難な状況や、累次の診療報酬改定による対応状況を踏まえ、評価の在り方や算定要件等をどのように考えるか。
- 病棟薬剤業務実施加算について、薬剤師の病棟配置が医師等の負担軽減として効果があるとされたことを踏まえ、医療機関の取組がさらに進むよう評価の在り方の見直しを検討してはどうか。
- 2人以上の常勤薬剤師の配置が要件の診療報酬項目の要件の見直しを検討してはどうか。
- ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟等において、薬剤師の病棟業務実施状況、医師等の負担軽減等の効果を踏まえ、病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方について検討することとしてはどうか。
- 低栄養等の結核患者及び精神疾患患者に対する多職種協働での栄養介入による効果を踏まえ、算定可能病棟の見直しを検討してはどうか。

これまでの議論の整理⑤

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<11/8 個別⑦（医療従事者の働き方③）>

- 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
 - 医師事務作業補助体制加算
 - 病院勤務医等の負担軽減策
 - 看護職員の負担軽減等の取組
 - 病棟薬剤業務実施加算等
 - 栄養サポートチーム加算
- 人員配置の合理化の推進
- 会議の合理化の推進

【いただいたご意見】

（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）

- 医師事務作業補助体制加算は、対象となる入院料の範囲の拡大や、実績要件の見直し等について検討すべきではないか。
- 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目等については、現場で評価されている項目に置き換える等により、負担軽減を図るべきではないか。
- 看護補助者が看護職員の負担軽減に資するというエビデンスがあるということについては理解できるが、看護補助者に係る加算を単純に引き上げればよいかどうかという点については、現場の改善や課題解決につながるかどうかについて、もう少し検討が必要ではないか。
- 看護補助者の確保が困難な実態もあることから、給与や福利厚生の充実など勤務環境の実現に向けた取組を各医療機関でできるよう、診療報酬上の評価でも検討すべきではないか。
- 看護補助者に係る院内研修要件については、基本的な内容は毎年実施する必要はないため、緩和してはどうか。
- 病棟薬剤業務実施加算については、医師の負担軽減や医療の質の向上の観点からも、更に評価していくべきではないか。また、常勤薬剤師2名という要件については、医療機関の規模も含め、検討が必要ではないか。
- タスク・シフティングについては、他の検討会等の進捗も踏まえながら、検討していく必要があるのではないか。
- 現在設けられている加算等の要件について、現場の求めている負担軽減策とのズレが生じている部分については、見直しが必要ではないか。
- 複数の加算で重複しているようなものがあれば、その棲み分けについても検討すべきではないか。

これまでの議論の整理⑥

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<11/8 個別⑦（医療従事者の働き方③）>

- 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
- 医師事務作業補助体制加算
- 病院勤務医等の負担軽減策
- 看護職員の負担軽減等の取組
- 病棟薬剤業務実施加算等
- 栄養サポートチーム加算
- 人員配置の合理化の推進
- 会議の合理化の推進

【論点】

（人員配置の合理化の推進）

- 常勤要件について、常勤換算が可能となっていない診療報酬項目について、常勤の医師の役割や必要性を踏まえ、要件を見直すことをどのように考えるか。
- 外来化学療法加算について、柔軟な働き方を推進する観点から、看護師に係る常勤要件を見直すこととしてはどうか。
- 看護師の専従要件について、業務の効率化を推進する観点から、業務を実施していない時間帯については、他の業務に従事できるような見直しを検討してはどうか。

（会議の合理化の推進）

- 診療報酬の算定に当たり求めている会議について、会議の目的や必要性を踏まえ、開催頻度など必要な見直しをすることとしてはどうか。

【いただいたご意見】

（人員配置の合理化の推進／会議の合理化の推進）

- 提示された3類型の性質を踏まえ、常勤換算等の対応の可否も含めて検討する必要があるのではないか。
- ただ単に働き方改革という理由から要件緩和をするのではなく、個別の項目の要件や会議の趣旨等を踏まえた検討が必要ではないか。

改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・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 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・外来医療の機能分化
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・地域包括ケアシステムの推進のための取組

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・かかりつけ機能の評価
- ・患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・アウトカムにも着目した評価の推進
- ・重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・医療におけるICTの利活用

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・費用対効果評価制度の活用
- ・市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

1. 医療従事者の働き方④

(1) これまでの議論の整理

(2) 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組について

○ 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

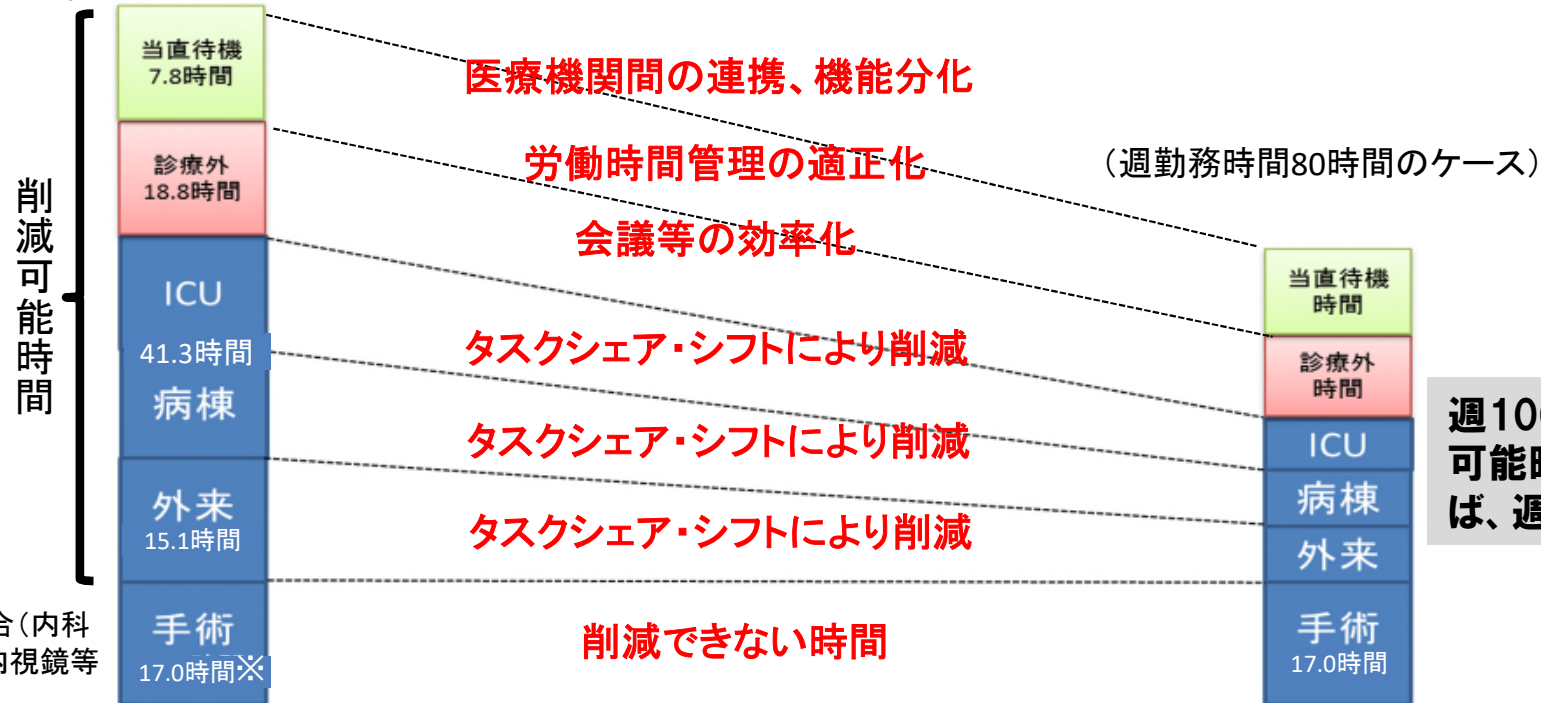
(3) 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等について

(4) 業務の効率化・合理化について

極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

- 週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人（1.8%）、同100時間～90時間が約5400人（2.7%）、同90時間～80時間が約12000人（6.9%）いると推計されるが、2024年4月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。

（週勤務時間100時間のケース）



削減のイメージ（週勤務時間100時間程度の場合）

時間数イメージ

タスクシフト（医療従事者一般が実施可能な業務）による削減

週7時間程度削減

タスクシフト（特定行為の普及）による削減

週7時間程度削減

タスクシェア（他の医師）による削減

週6時間程度削減

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」（研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎）において実施された「病院勤務医の勤務実態調査（タイムスタディ調査）」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ（例）」に沿って算出したもの。

麻酔管理料(Ⅰ)・(Ⅱ)

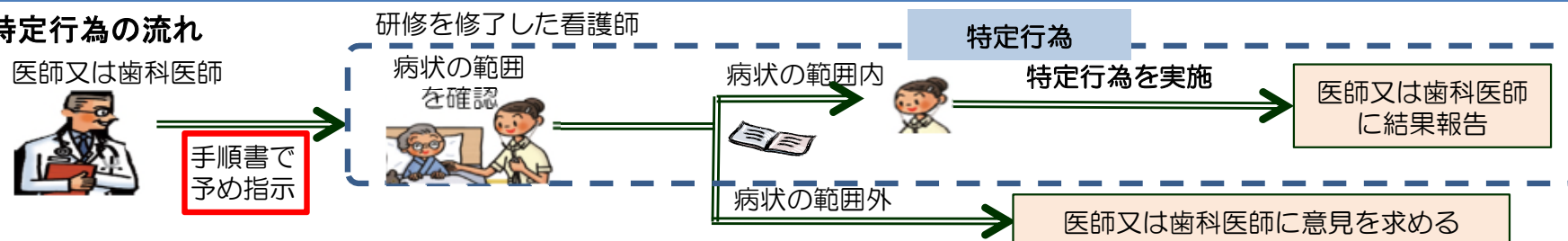
	L009 麻酔管理料(Ⅰ)	L010 麻酔管理料(Ⅱ)
点数	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 1,050点	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 450点
麻酔を実施する職種	常勤の麻酔科標榜医が実施	常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が実施
主な算定要件	・常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察を実施 ・専ら常勤の麻酔科標榜医が硬膜外麻酔(L002)、脊椎麻酔(L004)、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(L008)を実施 ・緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない ・麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技※を自ら実施した場合に算定	・常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、硬膜外麻酔(L002)、脊椎麻酔(L004)、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(L008)を実施 ・緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。 ・主要な麻酔手技※を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない(麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要がある)
施設基準	・麻酔科を標榜する保険医療機関 ・常勤の麻酔科標榜医を1名以上配置 ・常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制を確保 ※主要な麻酔手技とは、気管内挿管・抜管、マスク挿入・除去、脊椎麻酔の実施、硬膜外麻酔の実施等である。	・麻酔科を標榜している保険医療機関 ・常勤の麻酔科標榜医を5名以上配置※ ・常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制を確保 ・24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有する ・麻酔科標榜医とそれ以外の医師が共同した麻酔実施体制を確保 ※週3日以上常態として勤務、かつ、所定労働時間が週24時間以上の非常勤医師を2名以上組み合わせることが可能(常勤配置のうち4名まで)
届出施設数・算定回数	病院 (回) 2,348 2,343 2,357 (施設) 101,868 111,441 115,084 診療所 (回) 505 496 492 (施設) 2,420 2,593 2,666	病院 (回) 407 421 434 (施設) 29,158 30,661 31,028 硬膜外麻酔 脊椎麻酔 全身麻酔 届出施設数 ※診療所の届出・算定はなし

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

1. 目的

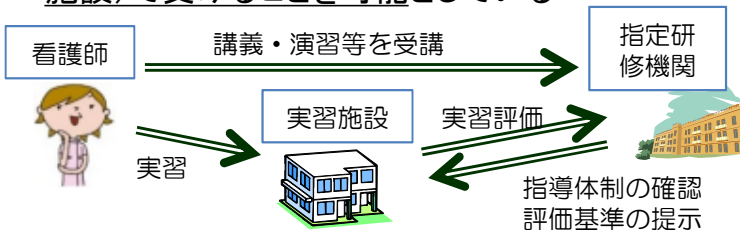
- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設(平成27年10月)し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領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

2. 特定行為の流れ



3. 特定行為研修の実施体制等

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



4. 研修の内容(平成31年4月～)

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

「区分別科目」 特定行為区分ごとに異なるものの向上を 図るための研修	
特定行為区分(例)	時間数
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	9
創傷管理関連	34
創部ドレーン管理関連	5
栄養及び水分管理に係る薬剤投与 関連	16
感染に係る薬剤投与関連	29
※全ての科目で、講義及び実習を行う。一 部の科目については演習を行う。 ※1区分ごとに受講可能。	

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

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

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

医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会において、本制度の施行状況の評価等を踏まえ、特定行為研修の研修内容等について審議を行い、平成30年12月に意見を取りまとめられた。これを受け、平成31年4月26日に保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令の一部を改正する省令が公布された。主な改正点は以下の通り。

主な改正点1：特定行為研修の内容及び時間数について

- 共通科目及び区分別科目の研修内容について、科目横断的に学ぶことによる研修内容の精錬化等を図り、各科目の内容及び時間数を変更する。
- 区分別科目の実習については、講義及び演習の時間とは別に、行為の難易度に応じて5例又は10例程度の症例数で実習を行うこととする。

共通科目	改正前時間数	改正後時間数
臨床病態生理学	45	30
臨床推論	45	45
フィジカルアセスメント	45	45
臨床薬理学	45	45
疾病・臨床病態概論	60	40
医療安全学	30	45
特定行為実践	45	
合計時間	315時間（100%）	250時間（79%）

区分別科目	改正前時間数	改正後時間数	区分別科目	改正前時間数	改正後時間数
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	22	9	創部ドレーン管理関連	15	5
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	63	29	動脈血液ガス分析関連	30	13
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	21	8	透析管理関連	27	11
循環器関連	45	20	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	36	16
心嚢ドレーン管理関連	21	8	感染に係る薬剤投与関連	63	29
胸腔ドレーン管理関連	30	13	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	36	16
腹腔ドレーン管理関連	21	8	術後疼痛管理関連	21	8
ろう孔管理関連	48	22	循環動態に係る薬剤投与関連	60	28
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	18	7	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	57	26
栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	21	8	皮膚損傷に係る薬剤投与関連	39	17
創傷管理関連	72	34			

※区分別科目の時間数に実習時間は含めず、経験すべき実習の症例数は、行為の難易度に応じて5例又は10例程度。

主な改正点2：特定行為研修における特定行為のパッケージ化について

- 領域別に実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能とする。領域は、在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域の3領域。
○パッケージ化する特定行為については、各領域において一般的な患者の状態を想定し、実施頻度の高い特定行為を設定する。

【術中麻酔管理領域】 想定する患者像：麻酔管理のもと手術を行う術中の患者

特定行為区分	特定行為	改正前時間数	改正後時間数※
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	22	9 + 5症例
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	63	
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更		
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整		
	人工呼吸器からの離脱		17 + (5症例×2)
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿(セン)刺法による採血	30	13 + (5症例×2)
	橈(トウ)骨動脈ラインの確保		
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	36	11 + 5症例
	脱水症状に対する輸液による補正		
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	21	8 + 5症例
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	60	
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整		
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整		
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整		12 + 5症例
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整		
区分別科目小計		232	70 + 各5症例
合計時間（共通科目 + 区分別科目）		547時間(100%)	320時間(59%) + 各5症例

※区分別科目の実習は、講義及び演習の時間とは別に、行為の難易度に応じて5例又は10例程度の症例数で行うこと。

全身麻酔の場合の麻酔管理における主な医行為等

- 麻酔管理における一部の医行為については、特定行為研修を修了した看護師が、医師又は歯科医師が診療の補助行為を行わせるために指示として作成した手順書に基づき、実施できる。
- 特に麻酔維持期において、特定行為研修修了者が手順書に基づき実施できる診療の補助行為が多く認められる。

麻酔管理の時期	主な医行為等
術前	診察
麻酔導入	麻酔薬等の投与
	マスク換気
	膀胱留置カテーテルの挿入
	気管挿管
	<u>橈骨動脈ラインの確保</u>
	<u>直接動脈穿刺法による採血</u>
	中心静脈ラインの確保
	<u>末梢留置型中心静脈ラインの確保</u>
	経鼻胃管の挿入
	体位変換

麻酔維持	薬剤投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
	糖質・電解質輸液投与量の調整
	人工呼吸器の設定調整
	気管チューブ位置の調整
麻酔覚醒	人工呼吸器からの離脱
	気管チューブの抜管
	経鼻胃管の抜去
	<u>中心静脈ラインの抜去</u>
	動脈ラインの抜去
術後	診察

(注) 下線の医行為等は該当する特定行為研修修了者であれば、手順書に基づき実施できると考えられるもの。

硬膜外麻酔等の場合の麻酔管理における主な医行為等

○全身麻酔より侵襲性が低い硬膜外麻酔や脊椎麻酔においても、全身麻酔と同様に麻酔管理における一部の医行為については、特定行為研修修了者が手順書に基づき実施できる。

【硬膜外麻酔の例】

麻酔管理の時期	主な医行為等
術前	診察
麻酔導入	硬膜外カテーテルの挿入
	麻酔薬等の投与
	膀胱留置カテーテルの挿入
	体位変換

麻酔維持	薬剤投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
	糖質・電解質輸液投与量の調整
術後	診察
	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整

(注)下線の医行為等は該当する特定行為研修修了者であれば、手順書に基づき実施できると考えられるもの。

(参考)手順書とは

手順書は、医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるために、その指示として作成する文書であって、「看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲」、「診療の補助の内容」等が定められているものです。

具体的に、手順書の記載事項としては、以下の事項となります。

1. 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲
2. 診療の補助の内容
3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者
4. 特定行為を行うときに確認すべき事項
5. 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制
6. 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法

なお、「3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者」とは、その手順書を適用する患者の状態を指し、患者は、医師又は歯科医師が手順書により指示を行う時点において特定されている必要があります。

手順書の具体的な内容については、1. から6. の手順書の記載事項に沿って、各医療現場において、必要に応じて看護師等と連携し、医師又は歯科医師があらかじめ作成することになっています。

また、各医療現場の判断で、記載事項以外の事項やその具体的内容を追加することもできます。

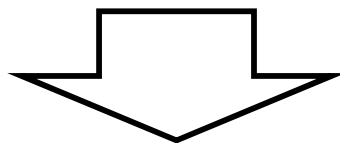
	L009 麻酔管理料(Ⅰ)	L010 麻酔管理料(Ⅱ)																																				
点数	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 1,050点	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 450点																																				
麻酔を実施する職種	常勤の麻酔科標榜医が実施	常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が実施																																				
主な算定要件	・常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察を実施 ・専ら常勤の麻酔科標榜医が硬膜外麻酔(L002)、脊椎麻酔(L004)、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(L008)を実施 ・緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない ・麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技※を自ら実施した場合に算定	・常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、硬膜外麻酔(L002)、脊椎麻酔(L004)、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(L008)を実施 ・緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。 ・<u>主要な麻酔手技※を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない(麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内に</u><u>いる必要がある)</u>																																				
施設基準	・麻酔科を標榜する保険医療機関 ・常勤の麻酔科標榜医を1名以上配置 ・常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制を確保 ※主要な麻酔手技とは、気管内挿管・抜管、マスク挿入・除去、脊椎麻酔の実施、硬膜外麻酔の実施等である。	・麻酔科を標榜している保険医療機関 ・常勤の麻酔科標榜医を5名以上配置※ ・常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制を確保 ・24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有する ・麻酔科標榜医とそれ以外の医師が共同した麻酔実施体制を確保 ※週3日以上常態として勤務、かつ、所定労働時間が週24時間以上の非常勤医師を2名以上組み合わせることが可能(常勤配置のうち4名まで)																																				
届出施設数・算定回数	病院 <table border="1"> <caption>病院 (H28-H30)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>届出施設数</th> <th>算定回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>2,348</td> <td>101,868</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>2,343</td> <td>111,441</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>2,357</td> <td>115,084</td> </tr> </tbody> </table> 診療所 <table border="1"> <caption>診療所 (H28-H30)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>届出施設数</th> <th>算定回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>505</td> <td>2,420</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>496</td> <td>2,593</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>492</td> <td>2,666</td> </tr> </tbody> </table>	年度	届出施設数	算定回数	H28	2,348	101,868	H29	2,343	111,441	H30	2,357	115,084	年度	届出施設数	算定回数	H28	505	2,420	H29	496	2,593	H30	492	2,666	病院 <table border="1"> <caption>病院 (H28-H30)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>届出施設数</th> <th>算定回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>407</td> <td>29,158</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>421</td> <td>30,661</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>434</td> <td>31,028</td> </tr> </tbody> </table> ※診療所の届出・算定はなし	年度	届出施設数	算定回数	H28	407	29,158	H29	421	30,661	H30	434	31,028
年度	届出施設数	算定回数																																				
H28	2,348	101,868																																				
H29	2,343	111,441																																				
H30	2,357	115,084																																				
年度	届出施設数	算定回数																																				
H28	505	2,420																																				
H29	496	2,593																																				
H30	492	2,666																																				
年度	届出施設数	算定回数																																				
H28	407	29,158																																				
H29	421	30,661																																				
H30	434	31,028																																				

医療従事者の働き方に係る現状及び課題と論点①

【現状及び課題】

(タスク・シェアリング／タスク・シフティングについて)

- 麻酔管理料(Ⅱ)については、常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、全身麻酔や硬膜外麻酔等を実施することとなっている。
- 麻酔管理における一部の医行為については、特定行為研修を修了した看護師が手順書に基づき、実施できることとされており、特に麻酔維持期において、特定行為研修修了者が実施できる行為が多いが、それ以外の時期においても特定行為研修修了者が実施できる行為もある。



【論点】

- タスク・シェアリング/タスク・シフティングによる医師の働き方改革を推進する観点から、麻酔管理の一部の診療の補助行為について、特定行為の研修や術中麻酔管理領域のパッケージ研修を修了した者が実施した場合の、麻酔管理料における評価の在り方について、どのように考えるか。

1. 医療従事者の働き方④

- (1) これまでの議論の整理
- (2) 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組について
- (3) 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について
 - 救急医療に係るこれまでの議論の整理
 - 医療機関における労務管理及び長時間労働による影響について
 - 救急医療に係る現状と課題について
- (4) 業務の効率化・合理化について

これまでの議論の整理⑨

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<10/25 個別⑥（救急／小児・周産期、業務の効率化・合理化）>

○ 救急医療について

<12/4個別⑫（救急②）>

○ 救急医療について

【論点】

（10/25 救急医療について）

- 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。

（12/4 救急医療について）

- 救急医療管理加算は緊急入院が必要な重篤な状態の患者に対する医療の評価である。現行、加算1・加算2ともに重症度の基準が明確でなく、患者間や施設間の判断にばらつきが見られることを踏まえ、項目によっては重症度のスコアを記載する等の対応を行うことについてどのように考えるか。
- 救急医療の提供体制の見直しに関する議論や、医療従事者の働き方改革の観点等を踏まえ、地域における救急医療提供体制を確保するにあたり、重篤な患者に対する診療に係る更なる評価のあり方についてどのように考えるか。また、必ずしも入院時に重篤な状態であるとは言えないが、緊急入院が必要な二次救急等の患者を多く受け入れている医療機関について、どのような対応が考えられるか。

1. 医療従事者の働き方④

- (1) これまでの議論の整理
- (2) 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組について
- (3) 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について
 - 救急医療に係るこれまでの議論の整理
 - 医療機関における労務管理及び長時間労働による影響について
 - 救急医療に係る現状と課題について
- (4) 業務の効率化・合理化について

医師の時間外労働規制について①

平成31年4月24日

第66回社会保障審議会医療部会

資料1-4

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

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

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

B：地域医療確保暫定
特例水準(医療機関を特定)

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

C-1

C-2

※この(原則)については医師も同様。

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 36協 定 可 能 な 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。

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。

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

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。

行政の支援等

医師労働時間短縮計画の項目例（案）

第5回 医師の働き方改革の推進に関する検討会

令和元年12月2日

資料2

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・シフト／シェア

- 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
- 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

評価の視点のイメージ(案)

令和元年11月6日

医師労働時間短縮計画の項目を元に、以下のような視点で、各項目について、定量的な段階評価とともに、定性的な所見（〇〇〇の状況の中で、〇〇に関するタスク・シェアリングが進んでいないと考えられる、等）を評価結果として付す。

	評価内容	評価の視点（案）
ストラクチャー	・ 労務管理体制	【労務管理体制】 ・ 勤怠管理方法（タイムカード、紙運用等）、勤怠管理システムの有無 ・ 人事・労務管理の仕組みと各種規程の整備 ・ 労使交渉、36協定 ・ 産業医の体制 ・ 衛生委員会の設置 ・ 健康診断の実施
プロセス	・ 医師の労務実態・管理 ・ 労働時間短縮の取組	【労務の実態・管理】 ・ 医師の勤怠の実態（時間外労働時間、休日の取得、勤務体系（シフト勤務か否か等）） ・ 時間外勤務チェック体制（自己研鑽の上長の承認の有無、上限時間のアラートの有無、介入者のチェック体制等） ・ 当直勤務チェック体制（インターバルの確保、時間外勤務との兼ね合い等） ・ 産業医との面接実施状況 【労働時間短縮の取組】 ・ 意識改革・啓発 ・ 管理職マネジメント研修 ・ 患者への医師の働き方改革に関する説明 ・ 医師の意見を聞く仕組み ・ タスク・シフティングに関すること ・ 医師の業務の見直し ・ 勤務環境改善
アウトカム	・ 医師の労務管理実施後の結果	・ 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）
参考	・ 医療機関の医療提供体制 ・ 医療機関の医療アウトプット	・ 【医療機関の医療提供体制】（※1） ・ 【医療機関の医療アウトプット】（※2）

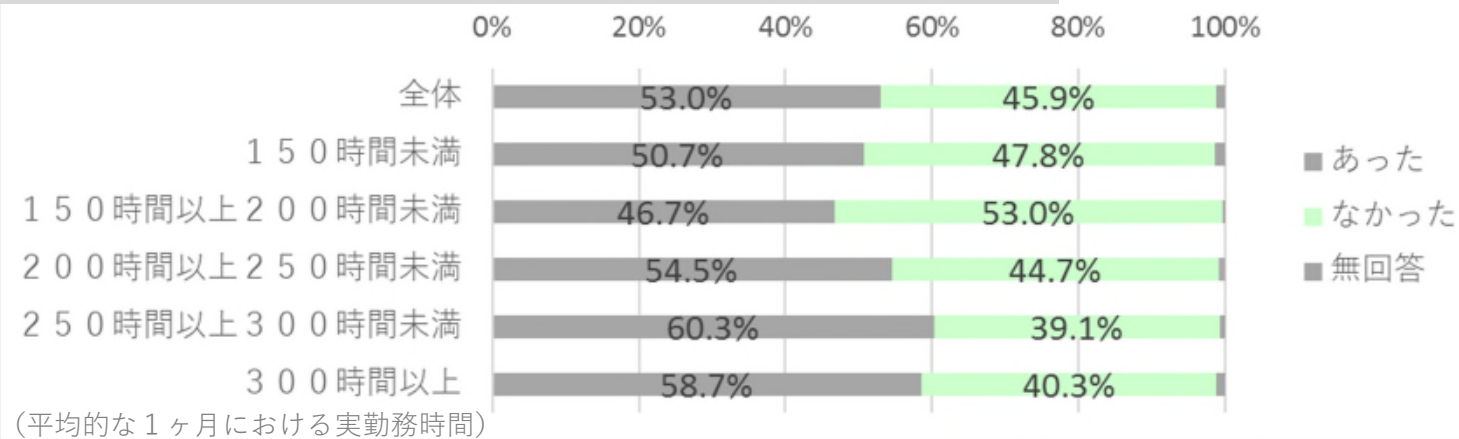
（※1）診療科ごとの医師数、病床数、看護師数、医師事務作業補助者数等、労働時間に影響を与える要素として分析を行うことを想定。

（※2）手術件数、患者数、救急車受け入れ台数の他、医療計画や地域医療構想に用いる項目を想定。

働き方と医療安全との関係

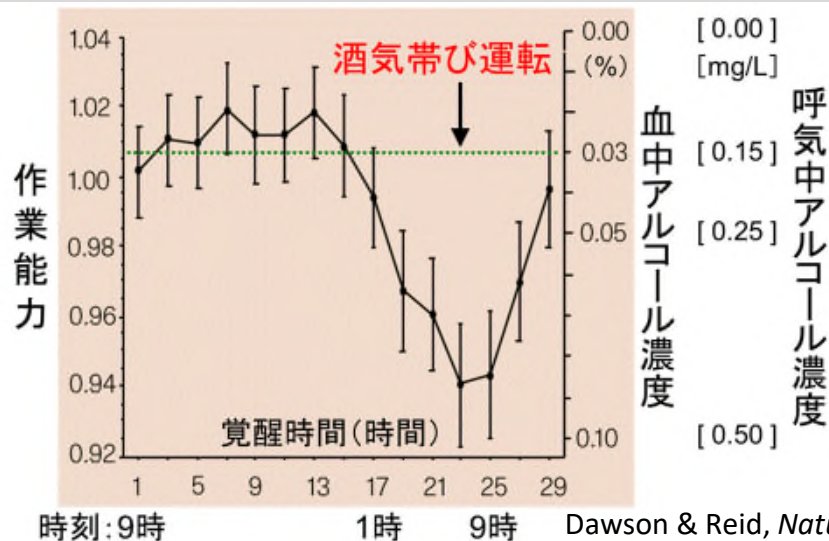
- 医療事故やヒヤリ・ハットを経験した割合は、勤務時間が長くなるほど上昇する。
- 睡眠不足は、作業能力を低下させたり、反応の誤りを増加させたりすることがわかっている。

1. 医療事故やヒヤリ・ハットの経験（勤務時間区分ごと）

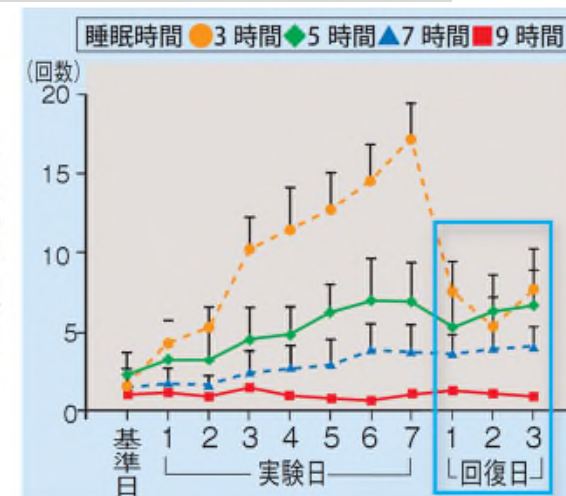


(出典) 平成29年度厚生労働省・文部科学省委託「過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業報告書(医療に関する調査)」

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）



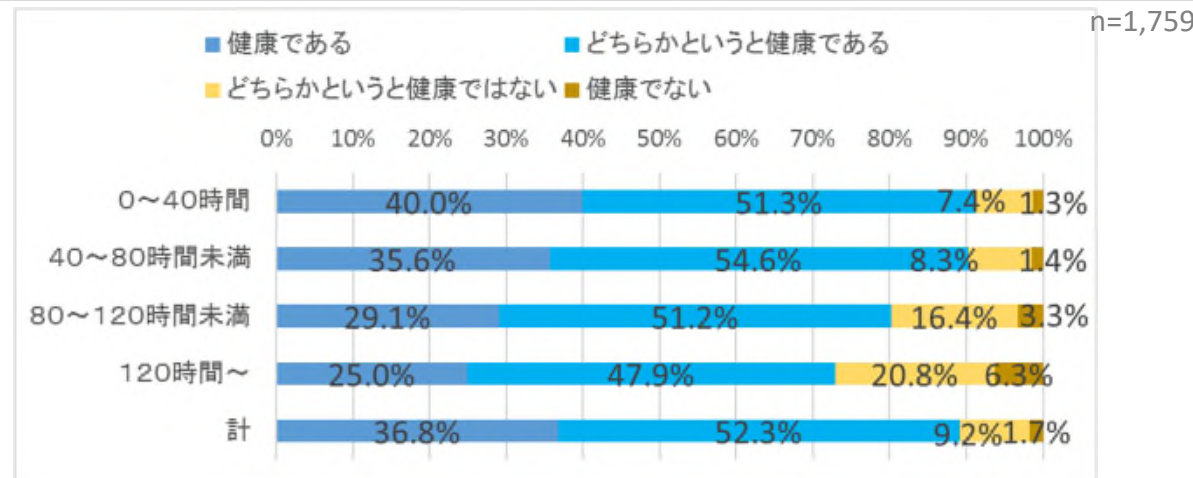
反応の誤り



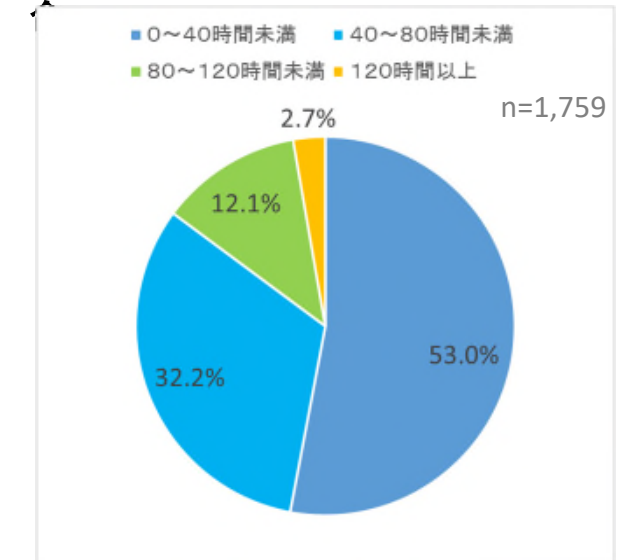
健康状態や睡眠の状況と時間外労働の関係

- 健康状態や睡眠の状況にかかる病院勤務医本人の認識は、時間外労働が長くなるにつれて悪化し、「健康でない」又は「どちらかという健康でない」、「睡眠は不足していた」又は「あまりとれていなかった」の割合が高まる。

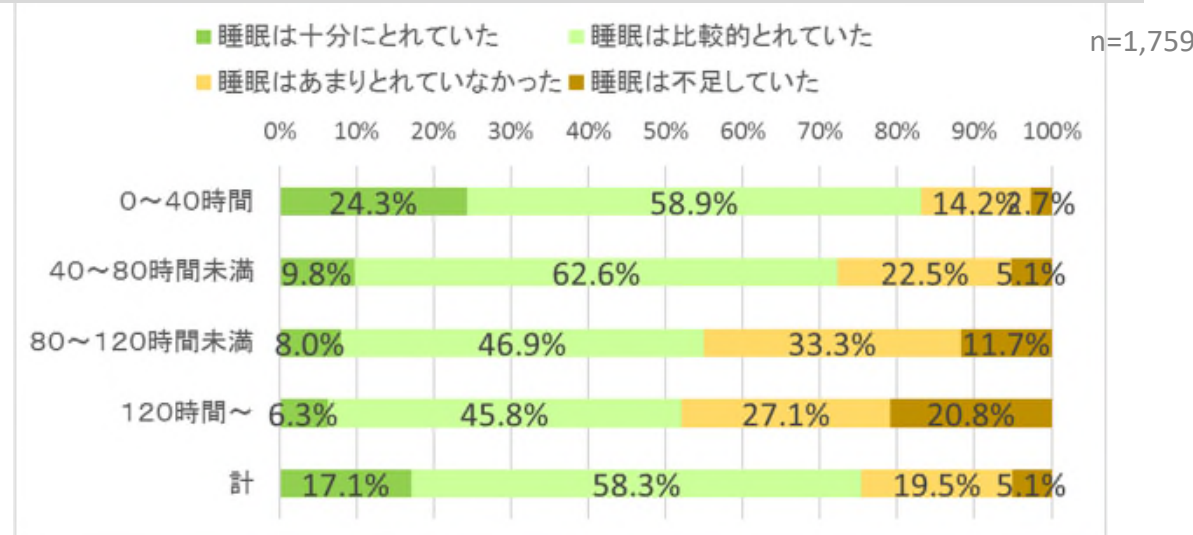
1. 時間外労働時間数（H29.6）の区分ごとにみた現在の健康状態



（参考）本調査における時間外労働時間数（H29.6）の区分ごとの割合



2. 時間外労働時間数（H29.6）の区分ごとにみた睡眠の状況

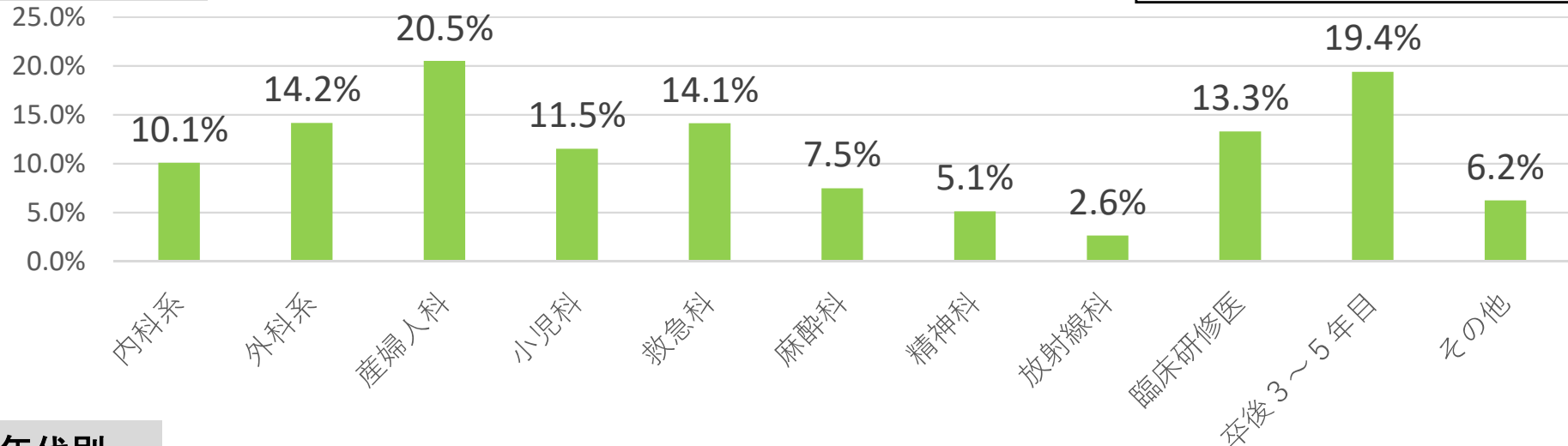


（出典）平成29年度厚生労働省委託 医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業における医療機関アンケート調査（医師票）結果を基に厚生労働省医政局医療経営支援課において作成。病院勤務の週所定労働時間35時間以上の医師2,058名のうち、各項目に回答のあった1,759名分について集計。

週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合

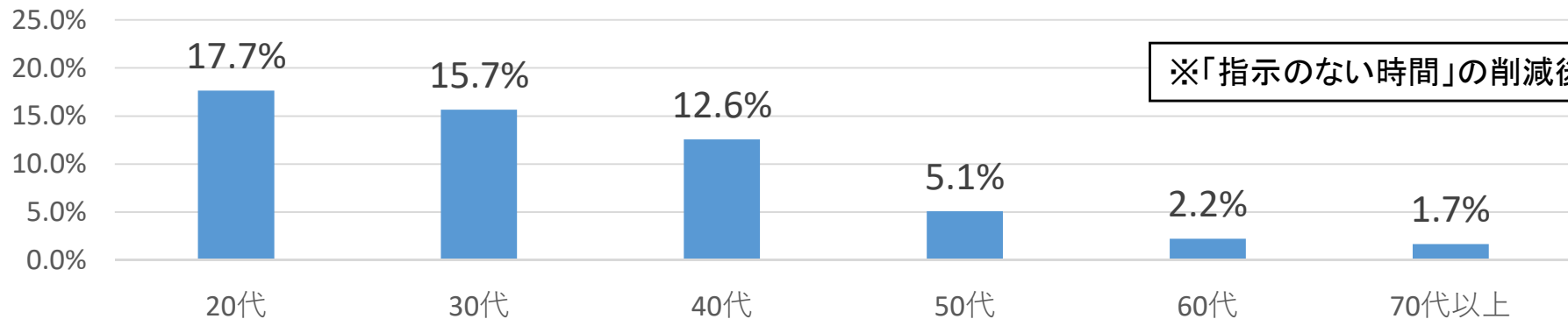
1. 診療科別

※「指示のない時間」の削減後



2. 年代別

※「指示のない時間」の削減後



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

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

1. 医療従事者の働き方④

- (1) これまでの議論の整理
- (2) 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組について
- (3) 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について
 - 救急医療に係るこれまでの議論の整理
 - 医療機関における労務管理及び長時間労働による影響について
 - 救急医療に係る現状と課題について
- (4) 業務の効率化・合理化について

救急医療の体制

中医協 総-3
元. 12. 4

第18回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和元年11月20日

資料
2

重症度



救 護

- 【住民等】
 - 救急搬送要請及び救急蘇生法
- 【救急救命士等】
 - 救急救命士の適切な活動
 - 適切な救急医療機関への直接搬送

実施基準
搬送時連携

救命救急医療

- 24時間365日の救急搬送受入（複数診療科にわたる重篤な救急患者）
 - 傷病者の状態に応じた適切な救急医療
- 〇〇病院（救命センター）

入院救急医療

- 24時間365日の救急搬送受入
 - 傷病者の状態に応じた適切な救急医療
- 病院

初期救急医療

- 傷病者の状態に応じた適切な救急医療
- ◇◇休日・夜間急患センター

救命後の医療

- 在宅等での療養を望む患者に対する退院支援
 - 合併症、後遺症のある患者に対する慢性期の医療
- ◆◆病院

転院時連携

在宅等での生活

時間の流れ

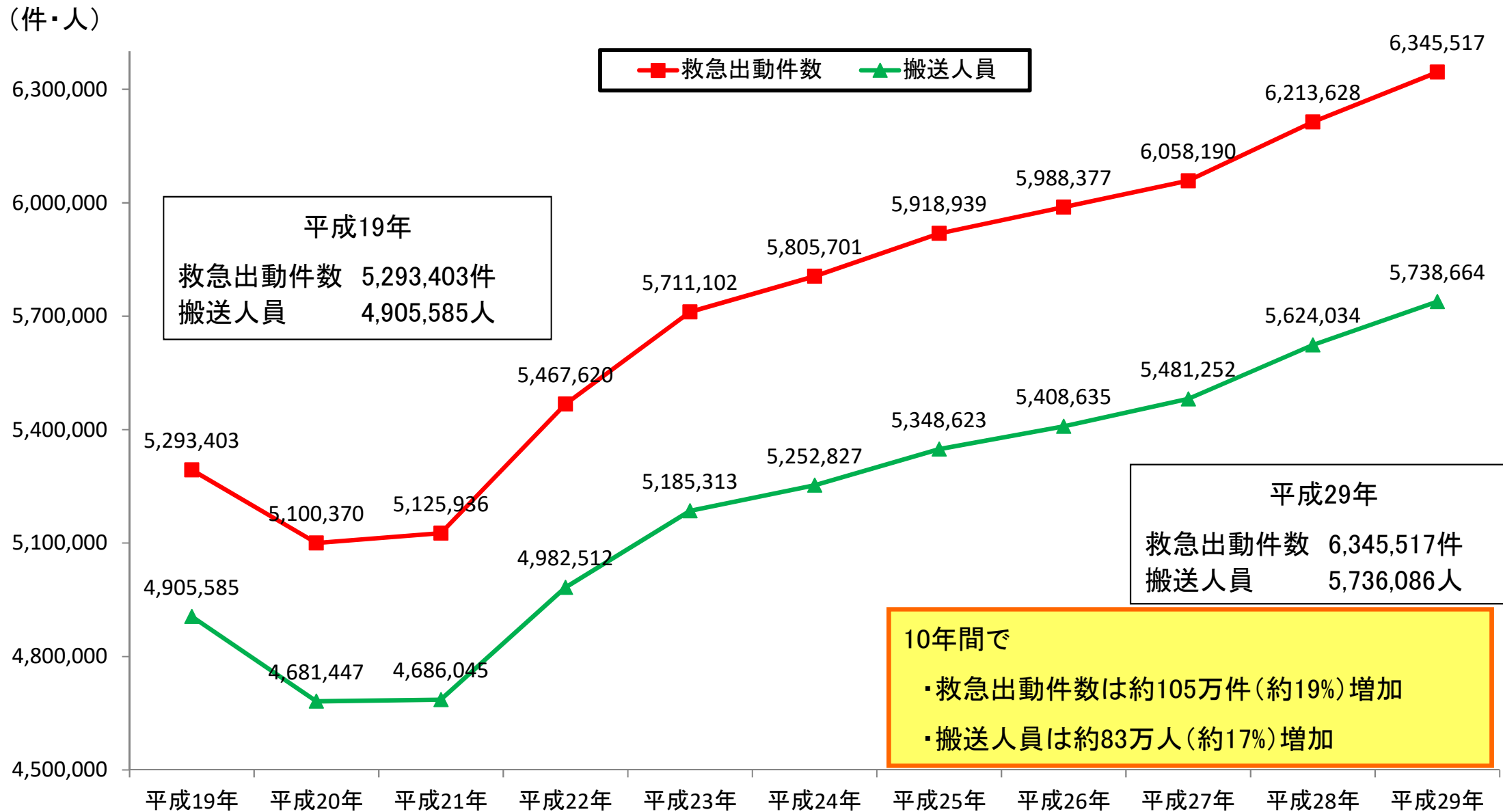
救急出動件数及び搬送人員の推移

第18回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会

参考資料
2

令和元年11月20日

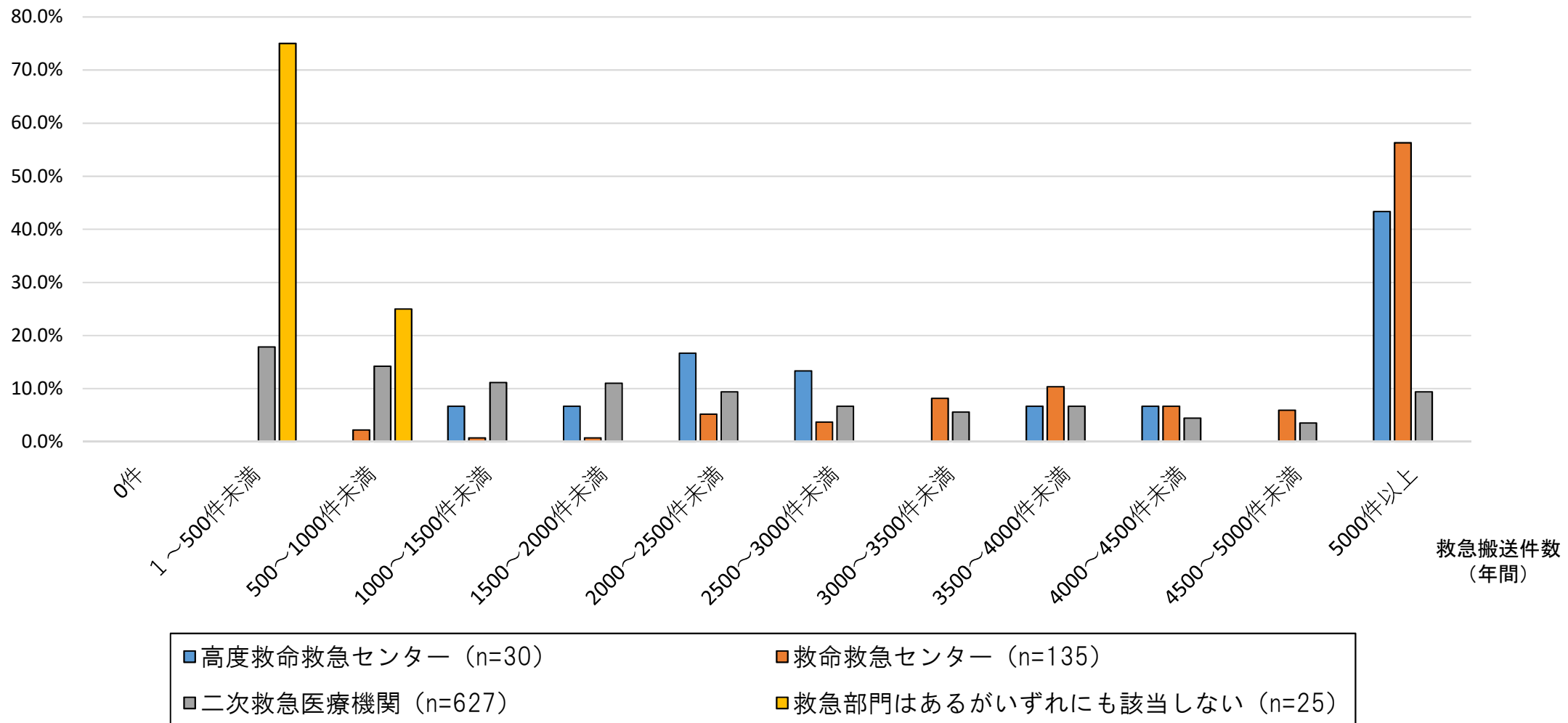
○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、9年連続の増加となり、過去最多となった。



(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

- 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。

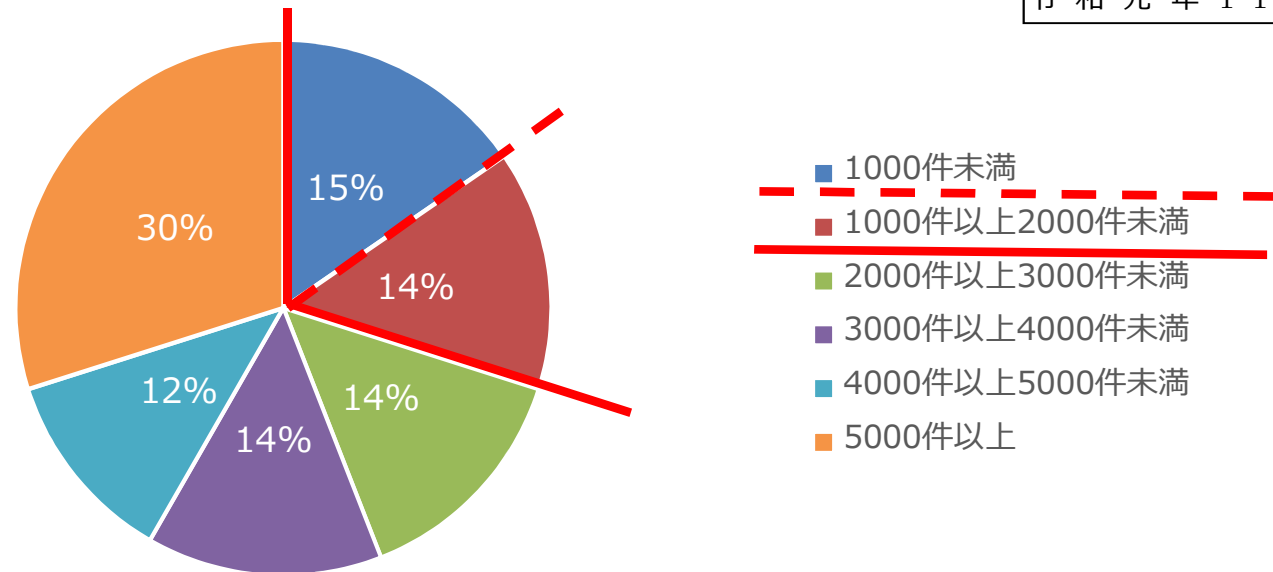
救急医療体制別の年間救急搬送件数



救急搬送件数
(年間)

- 年間2,000件以上救急搬送を受け入れている救急医療機関が、全体のおよそ71%の救急搬送を受入れている。
- 年間1,000件以上では、およそ85%の救急搬送を受け入れている。

年間救急搬送受入件数シェア (%)

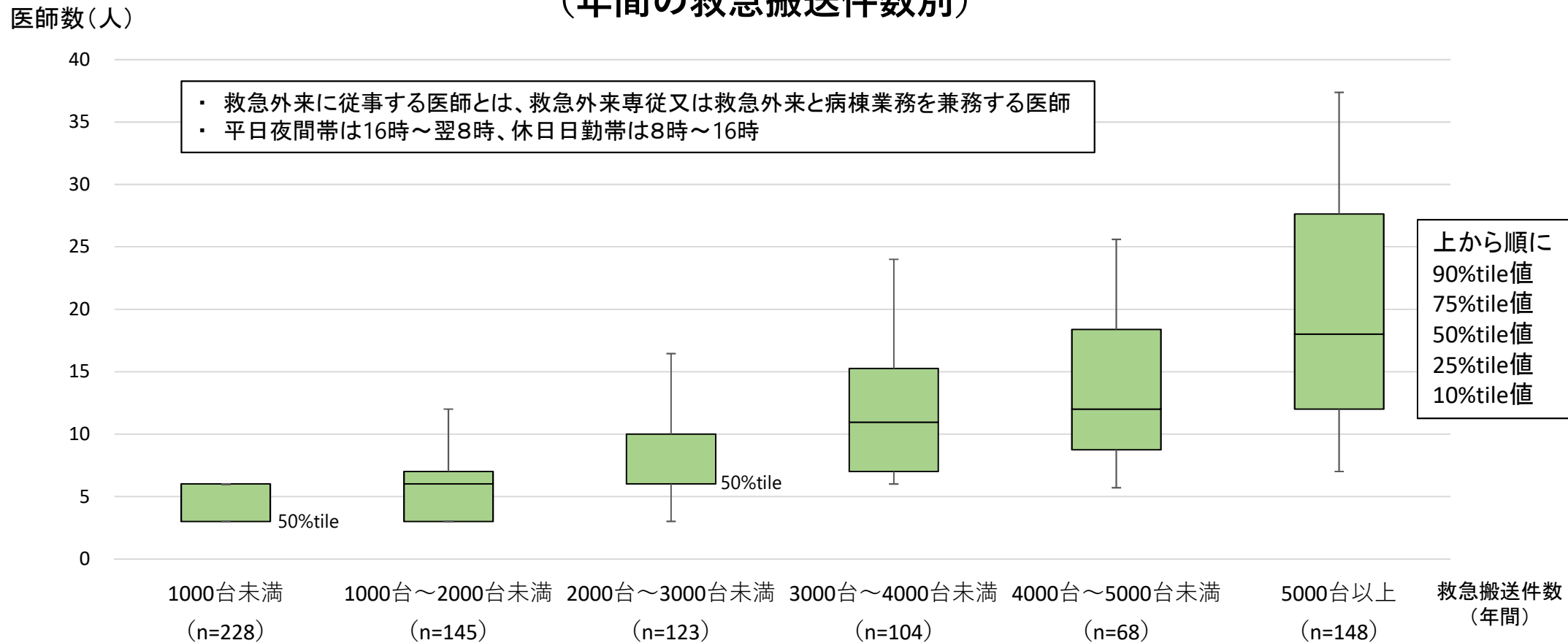


参考) 救急搬送年間受入件数ごとの医療機関内訳

	年間救急搬送受入件数						計
	5,000件以上	4,000件以上 5,000件未満	3,000件以上 4,000件未満	2,000件以上 3,000件未満	1,000件以上 2,000件未満	1,000件未満	
二次救急医療機関	92	102	174	254	487	1,643	2,752
三次救急医療機関	129	40	46	44	26	20	305
その他の医療機関	3	0	3	11	31	1,444	1,492
計	224	142	223	309	544	3,107	4,549

- 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)

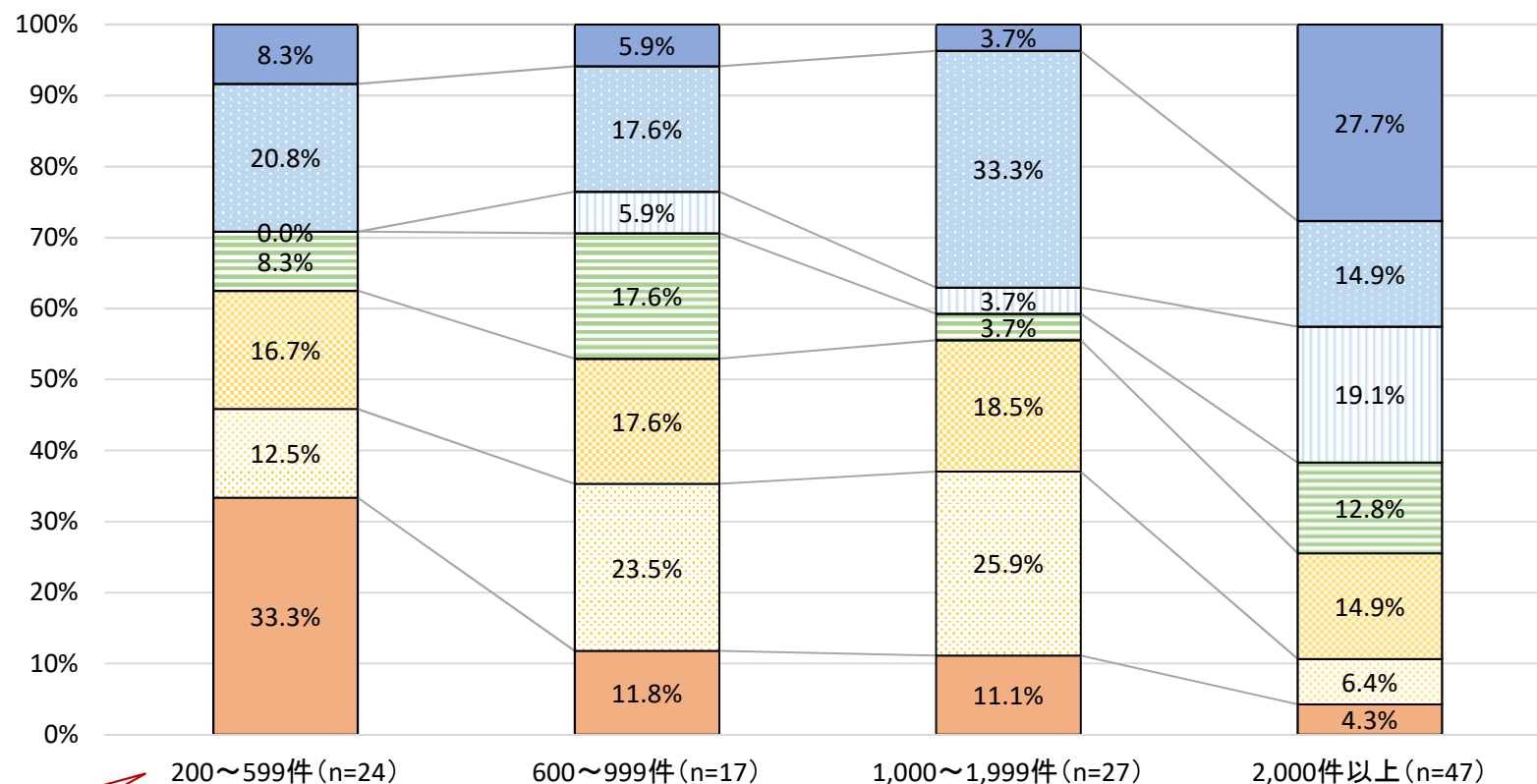


救急搬送件数と看護師数との関係 ①

中医協 総 - 1
元 . 1 0 . 2 5

○ 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



200~599件 (n=24)

平均	10.2
中央値	6

600~999件 (n=17)

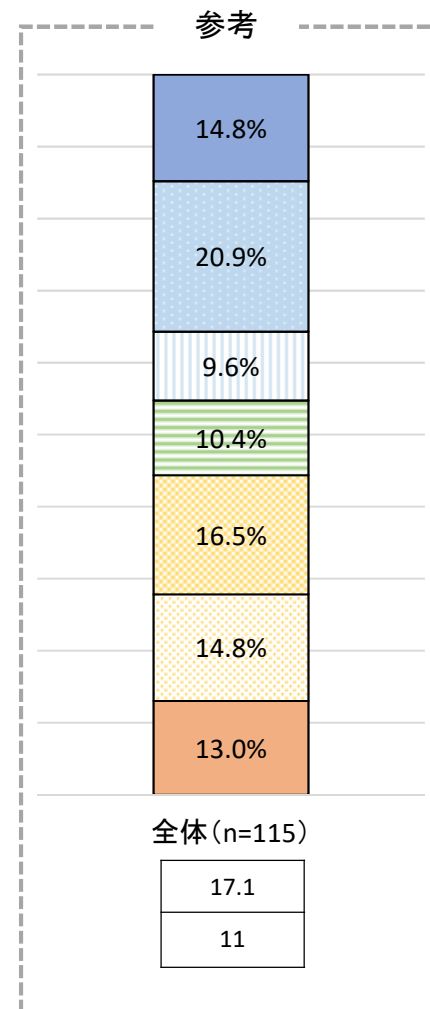
平均	20.0
中央値	7

1,000~1,999件 (n=27)

平均	12.5
中央値	8

2,000件以上 (n=47)

平均	22.1
中央値	17



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

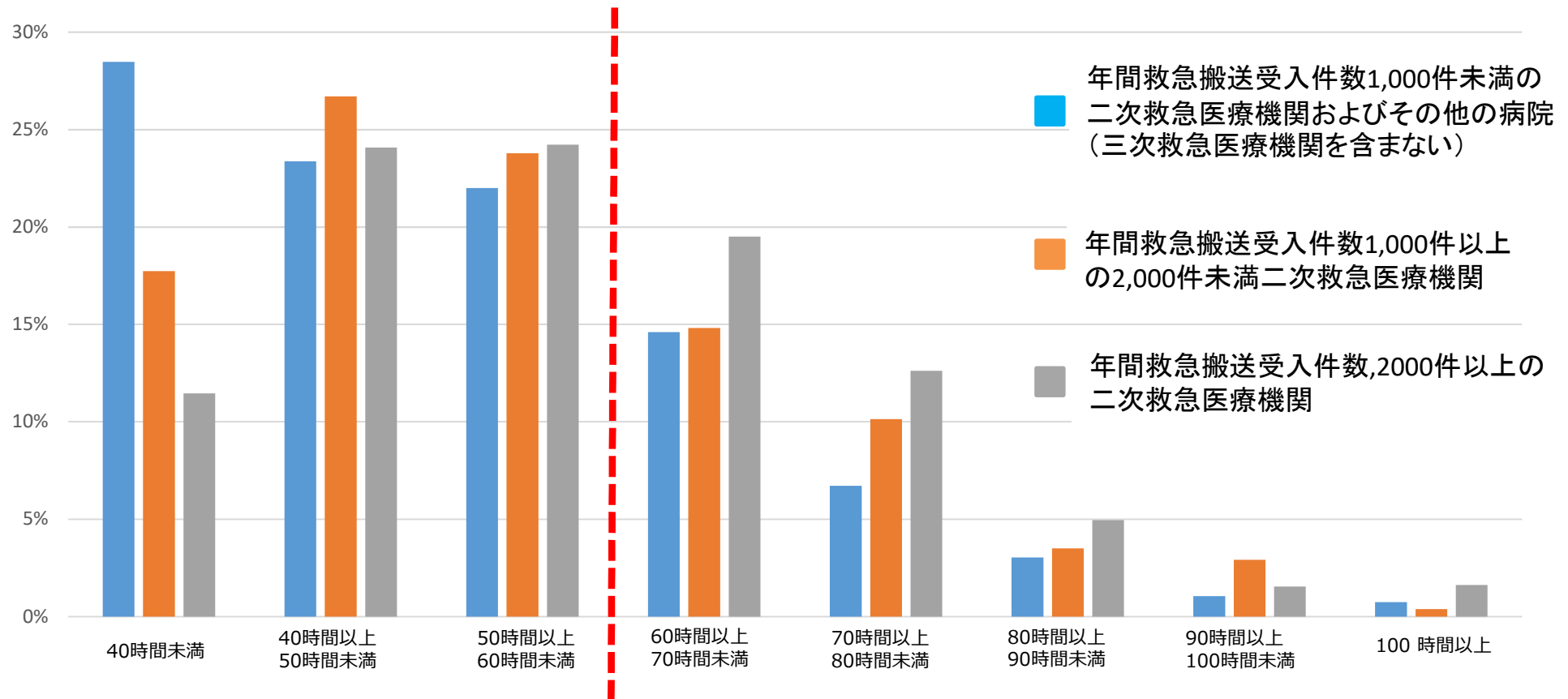
【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)(速報値)

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

中医協 総－3
元．12．4

<年間救急搬送受入件数別医師労働時間分布(三次救急を除く)>

(割合)



※1 勤務時間に関する出典:医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班

※2 救急搬送受け入れ実績に関する出典:平成29年度病床機能報告

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

ポイント

中医協 総-3
元. 12. 4

- これまで議論された観点を踏まえ、今後、下記の3つに該当する医療機関について、第8次医療計画における救急医療提供体制上の位置づけを検討することを基本としつつ、さらに、救急医療提供体制の検討に必要な他の観点も適宜追加していくこととしてはどうか。
 - ✓ 年間2,000件以上救急搬送を受け入れている医療機関について、救急医療提供体制の中で特に重要な役割を果たしていることを踏まえた医療計画における役割や位置づけ
 - ✓ 年間1,000件以上救急搬送を受け入れている医療機関または年間500件以上夜間・休日・時間外入院を受け入れている医療機関について、救急医療提供体制の中で重要な役割を果たしていることを踏まえた医療計画における役割や位置づけ
 - ✓ 年間1,000件以上救急搬送を受け入れている医療機関または年間500件以上夜間・休日・時間外入院を受け入れている医療機関に該当しないが①小児救急・産科救急・精神科救急を提供している医療機関について、各領域の救急医療提供体制における役割や位置づけ、および②応需率が特に高いなど地域医療確保のために重要な医療機関の役割や位置づけ
- また、年間1,000件以上救急搬送を受け入れている医療機関または年間500件以上夜間・休日・時間外入院を受け入れている医療機関を有しない二次医療圏における救急医療提供体制についても検討していくこととしてはどうか。

1. 医療従事者の働き方④

- (1) これまでの議論の整理
- (2) 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組について
- (3) 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について
- (4) 業務の効率化・合理化について
 - 書類作成・研修要件の合理化

これまでの議論の整理⑦

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<10/25 個別⑥（救急／小児・周産期、業務の効率化・合理化）>

- 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

<11/8 横断②（ICTの利活用、情報共有・連携）>

- 医療におけるICTの利活用について
 - カンファレンス等における利活用

【論点】

（10/25 業務の効率化・合理化）

- 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。
- 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。
- 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。
- 訪問看護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。

（11/8 医療におけるICTの利活用について）

- 現在、医療機関間で連携して行うカンファレンス等において、ビデオ通話に限りICTの活用が認められているが、例えば、患者の同席が想定されない、医療機関間又は医療機関内のカンファレンス等において、現在行われている電子掲示板等を活用した情報共有・連携をどのように考えるか。
- 退院時共同指導の実施にあたって、職員のスケジュール調整や指導への移動時間等に課題がみられることを踏まえ、ビデオ通話を活用する場合の評価や要件等についてどのように考えるか。また、その他の加算等においても、「やむをえない場合」に限りICTの活用を認めていることについて、どのように考えるか。

これまでの議論の整理⑧

○ これまでご議論いただいた内容は、以下のとおり。

<10/25 個別⑥（救急／小児・周産期、業務の効率化・合理化）>

- 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

<11/8 横断②（ICTの利活用、情報共有・連携）>

- 医療におけるICTの利活用について
 - カンファレンス等における利活用

【いただいたご意見】

（10/25 業務の効率化・合理化）

- 届出の簡素化や、レセプトの記載の簡素化は進めていくべき。
- 院内研修の簡素化についても、検討していくべきではないか。
- 記載事項や研修要件については、どのような事項には対応でき、どのような事項には対応できないのかなど、整理する必要がある。
- 届出については、記載する様式だけではなく、添付する書類についても整理する必要がある。
- レセプトの入力様式については、選択項目を増やす等により、手書きの部分を減らしていくべき。

（11/8 医療におけるICTの利活用について）

- カンファレンス等におけるICTの利活用は、医療従事者の負担軽減等の観点から、進めていくべき。
- ビデオ通話に加え、電子掲示板等の利活用についても、進めていくべき。

書類作成・研修等の合理化(イメージ)

診療報酬の算定にあたり書類の作成や診療録等への記載を求めている項目(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。

○ 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。

- 作成する書類と、診療録に記載する事項の整理
- 書類の記載者と記載内容の整理

診療報酬の算定にあたり研修の修了等を求めている項目(例)

○ A234-2 感染防止対策加算1及び2(院内研修)

- ・ 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。

○ A214 看護補助加算等(院内研修)

- ・ 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、毎年受講が求められているものがある。

○ 重症度、医療・看護必要度(院外研修)

- ・ 施設基準において、院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましいとされている。

- 研修の受講頻度等の要件見直し

診療報酬の算定にあたり会議の開催を求めている項目(例)

○ A246 入退院支援加算1

- ・ 連携機関の職員との年3回の面会について、やむを得ない事情により対面で面会できない場合は、3回中1回(医療資源の少ない地域に属する医療機関の場合は3回中3回)に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて面会することができる。

○ 入院基本料等

- ・ 安全管理の責任者等で構成される委員会を月1回程度開催する。

- ICTの利活用を含めた要件見直し

医療従事者の働き方に係る現状及び課題と論点②

【現状及び課題】

(医療機関における労務管理及び長時間労働による影響について)

- 2024年4月から、診療従事勤務医の時間外労働の上限水準を設けるとともに、一般の労働者に適用される時間外労働の上限を超えて医師が働かざるを得ない場合に、医師の健康を確保し、医療の質や安全を確保するための措置として「追加的健康確保措置」を講ずることとされている。
- 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組として、医師の労働時間管理の適正化に向けた取組や、36協定等の自己点検、タスク・シフティングの推進等を行うこととされている。
- 医師労働時間短縮計画の具体的な項目等につき、検討が進められている。
- 長時間労働や睡眠不足により、ヒヤリ・ハットの経験割合の増加や、作業能力の低下が見られる。

(救急医療に係る現状と課題について)

- 救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会において、救急搬送を年間1000件以上受け入れている医療機関が、全体の約85%の搬送に対応しており、脳卒中や急性心筋梗塞等の緊急治療対応の大部分を担っていること、また、特に救急搬送を年間2000件以上受け入れている医療機関は、医師の労働時間が長時間になる傾向があること等が示されており、それらを踏まえ、当該医療機関の救急医療提供体制における役割や位置づけについて議論されている。

【論点】

- 医療機関における医師の長時間労働等の過酷な勤務環境を鑑み、これまで行われてきた医師の負担軽減のための取組を引き続き推進するとともに、医療機関が自らの状況を踏まえて行う、医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組を推進することは、医療の質及び医療安全の確保の観点からも重要であり、その評価の在り方についてどのように考えるか。
- また、特に過酷な勤務環境となっている、救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について、地域医療の確保を図る観点から、更なる評価を行うこととしてはどうか。

働き方に係る見直し事項等(全体像)

医師・医療従事者の負担軽減策

- 医療従事者の負担軽減及び処遇改善のための要件の見直し
- 病院勤務医の負担軽減及び処遇改善のための要件の見直し
- 看護職員の負担軽減等の取組に係る評価の見直し
- 救急医療体制における重要な機能を担う医療機関の評価

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

- 医師事務作業補助体制加算の要件の見直し
- 病棟薬剤業務実施加算等の要件の見直し
- 周術期におけるタスク・シェアリング／タスク・シフティング
- 看護補助者に係る評価の見直し
- 栄養サポートチーム加算の要件の見直し

人員配置の合理化

- 医師の常勤要件の見直し
- 看護師の常勤要件及び専従要件の見直し

業務の効率化・合理化

- 会議の合理化
- 書類作成の合理化
- 研修要件の合理化
- 診療報酬明細書の記載の合理化
- 地方厚生(支)局への届出に当たっての業務の効率化

個別（その14）

1. 医療従事者の働き方④

（1）これまでの議論の整理

（2）対応（案）の整理

- 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組について
- 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について
- 業務の効率化・合理化について

2. 技術的事項③

（1）医療機器の効率的かつ有効・安全な利用

- ポジトロン断層撮影の共同利用
- ガイドラインに基づく画像検査の利用
- 超音波検査の活用

（2）義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

2. 技術的事項③

(1) 医療機器の効率的かつ有効・安全な利用

- ポジトロン断層撮影の共同利用
- ガイドラインに基づく画像検査の利用
- 超音波検査の活用

(2) 義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

① ポジトロン断層撮影の共同利用

【主な意見(令和元年度10月23日中医協総会)】

- ポジトロン断層撮影については、限られた施設でしか保有されていないということで、共同利用しやすい環境を作る必要がある。高度な放射線機器を有する他の医療機関を受診する場合の入院料の減額緩和と同様の対応をすることで、共同利用が促進されるひとつのきっかけになると考えられ、賛成である。
- 高度な放射線治療機器の緩和により、どの程度共同利用が進んだのか、データはあるか。

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進(平成30年度診療報酬改定)

- 平成30年度診療報酬改定において放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和した。
- こうした対象における治療は一定程度実施されている。

出来高
病棟

入院基本料から10%減額

入院基本料から5%減額

430回

特定入院料等算定病棟

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から40%減額

有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合

入院料から20%減額

入院料から35%減額

63回

入院料から15%減額

74回

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から10%減額

入院基本料から5%減額

7回

高度な放射線治療機器を用いた治療等の実施状況

- 入院中に他医療機関を受診した際に、入院料の減額の緩和を受ける高度な放射線治療は、強度変調放射線治療（IMRT）、ガンマナイフ、直線加速による放射線治療の定位放射線治療及び粒子線治療である。
- これらの放射線治療の算定回数は増加傾向。一定程度共同利用も行われている。

入院中に他医療機関を受診した際に、入院料の減額の緩和を受ける高度な放射線治療機器

M001 体外照射

3 強度変調放射線治療（IMRT）

M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

M001-3 直線加速器による放射線治療

1 定位放射線

M001-4 粒子線治療

高度な放射線治療機器の算定回数（入院中）

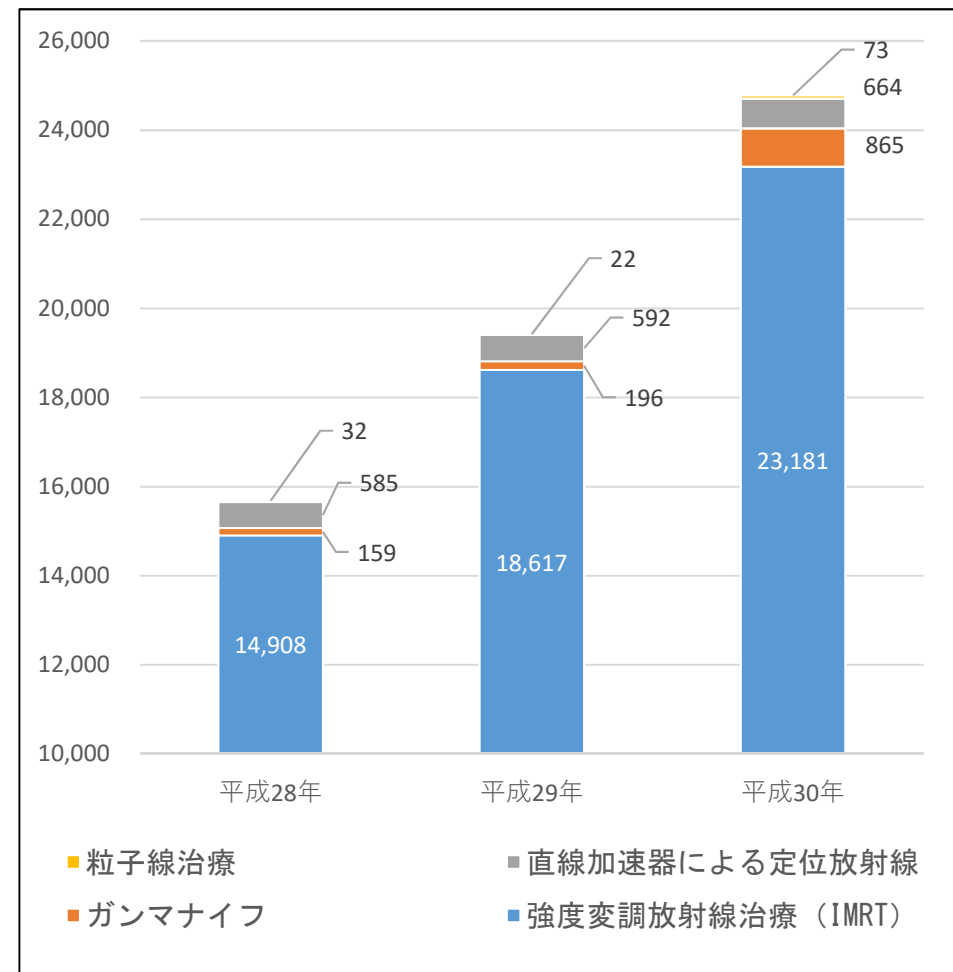
24,783回/月

うち、入院中に高度な放射線治療目的に他医療機関を受診した回数

574回/月

※いずれも平成30年6月時点

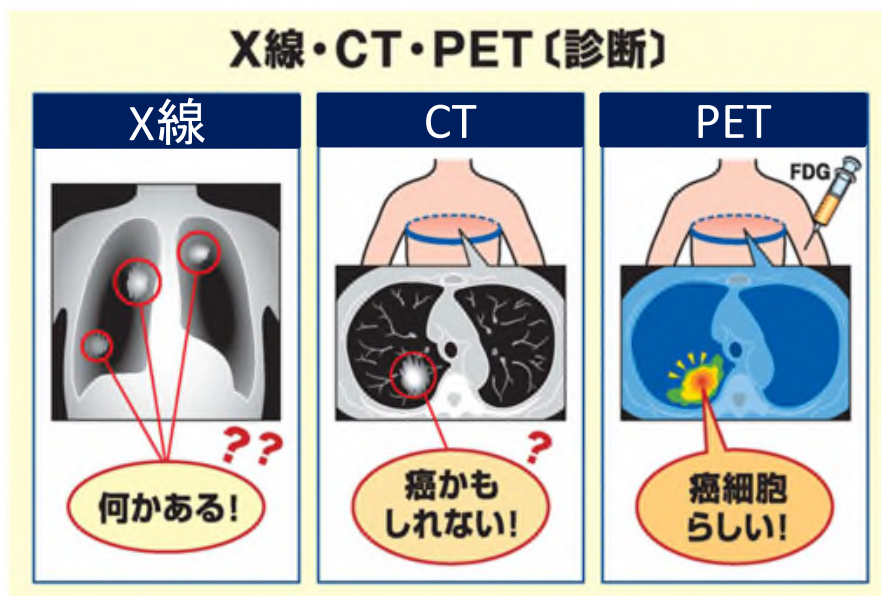
《入院中の高度な放射線治療機器の算定回数推移》



- ポジトロン断層撮影（PET）は、放射能を含む薬剤を用いる、核医学検査の一種であり、放射性薬剤を投与し、その分析を特殊なカメラで捉えて画像化する。
- PET検査は、通常がんや炎症の病巣を調べたり、腫瘍の大きさや場所の特定、良性・悪性の区別、転移状況や治療効果の判定、再発の診断などに利用される。
- がん以外にもアルツハイマー病やてんかん、心筋梗塞の検査としても利用される。

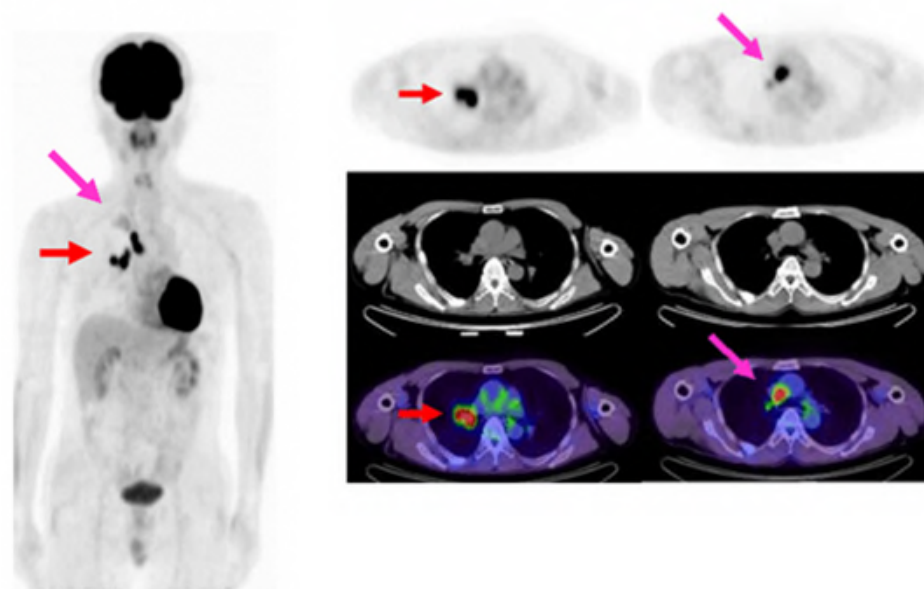
PET検査と他の検査の比較

- ・ 単純X線、CT及びPET検査を比較すると、PET検査は他の検査と比べてより多くの情報を得ることができる。



PET検査の特徴

- ・ がんには放射性薬剤が集まるため、薬剤が集まっている場所や集まり方でがんの部位や転移、機能等を診断することができる。（下図矢印）
- ・ また全身を一目で判断することができる。



① ポジトロン断層撮影の共同利用

【現状・課題】

- 平成30年度診療報酬改定において、高度な放射線治療機器等を共同利用した場合は、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額に係る取扱いの緩和を行い、一定程度算定されている。

【論点】

- 平成30年度改定の際の高度な放射線治療機器への対応を踏まえ、ポジトロン断層撮影についても同様の対応を行ってはどうか。

2. 技術的事項③

(1) 医療機器の効率的かつ有効・安全な利用

- ポジトロン断層撮影の共同利用
- ガイドラインに基づく画像検査の利用
- 超音波検査の活用

(2) 義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

② ガイドラインに基づく画像検査の利用

【主な意見(令和元年度10月23日中医協総会)】

- まずはCT撮影プロトコルの標準化が先決であると考える。不必要な画像検査を避け、医療被ばくを減らすことの意義は分かるが、医療安全の面からは丁寧な画像検査が求められる。医療機関としても訴訟のリスク等があるので、画像検査をしなければならないというのが医療現場の実情。そうした実情を踏まえると、例えば小児の抗菌薬のように、実施しなかった場合に評価するといった手法でこれを評価することは画像診断にはなじまないのではないか。
- 軽度の頭部外傷でも大きな出血が起こる例もある。医療安全の面からは丁寧な画像検査が求められる。
- ガイドラインに基づいて患者、家族の理解を得て画像診断を適正に利用するというのは当然であり、患者、家族の理解を得るための説明というのは、当然ながらこの診断について要件化すべきものであって、加算評価というふうに考えていくのは違和感がある。

- 日本医学放射線学会の画像診断ガイドライン（2016年版）では軽度の頭部損傷を有する小児患者に対する頭部CTは推奨グレードDであり、PECARN rule¹⁾、CHALICE rule²⁾などの基準を使用して頭蓋内損傷のリスクを評価し、撮影に当たって慎重に判断されるべきとされている。

PECARN rule

【2歳未満】

- ・ GCS ≤ 14
- ・ 頭蓋骨骨折の触知
- ・ 意識変容（興奮、傾眠、同じ質問の繰り返し、会話の反応が鈍い）

（全て）No ↓

- ・ 皮下血腫（前額部を除く）
- ・ 意識消失 ≥ 5秒
- ・ 親から見て「普段と違う」
- ・ 激しい受傷機転

（全て）No ↓

CTは推奨されない

（1つでも）
Yes

CTを推奨

（1つでも）
Yes

以下の条件を考慮し、CTを行うか否か決定

- ・ 受診後の症状所見の悪化
- ・ 所見が複数か単一か
- ・ 生後3ヶ月未満
- ・ 医師の経験
- ・ 親の希望

【2歳以上】

- ・ GCS ≤ 14
- ・ 頭蓋底骨折の微候
- ・ 意識変容（興奮、傾眠、同じ質問の繰り返し、会話の反応が鈍い）

（全て）No ↓

- ・ 嘔吐
- ・ 意識消失
- ・ 激しい頭痛
- ・ 激しい受傷機転

（全て）No ↓

CTは推奨されない

（1つでも）
Yes

CTを推奨

（1つでも）
Yes

以下の条件を考慮し、CTを行うか否か決定

- ・ 受診後の症状所見の悪化
- ・ 所見が複数か単一か
- ・ 医師の経験
- ・ 親の希望

CHALICE rule

- ・ 5分以上の意識消失
- ・ 5分以上の健忘
- ・ 傾眠
- ・ 3回以上の嘔吐
- ・ 虐待の疑い
- ・ てんかんの既往のない患者でのけいれん
- ・ GCS < 14. 1歳未満ではGCS < 15
- ・ 開放骨折、陥没骨折の疑い、または大泉門膨隆
- ・ 頭蓋底骨折の所見（耳出血、パンダの目徴候、髄液漏、バトル徴候）
- ・ 神経学的異常
- ・ 1歳未満では5cm以上の皮下血腫や打撲痕
- ・ 高エネルギー外傷などの危険な受傷機転

（1つでも）
Yes

CTを推奨

- 1) Kuppermann N et al : Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma : a prospective cohort study. Lancet 374 : 1160-1170, 2009
- 2) Dunning J et al: Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. Arch Dis Child 91 : 885-891, 2006

新生児、乳児又は幼児に対するCT撮影の要否の判定

- ガイドラインに沿って小児の頭部外傷の診療を行う場合、意識状態の評価が非常に重要である。
- 意識状態の評価は、グラスゴー・コーマ・スケール（GCS）等のスケールを用いて行われることが多いが、新生児、乳児又は幼児において、意識障害の有無の判断は容易ではない。
- 新生児、乳児又は幼児に対するCT撮影の要否の判断は、意識状態の評価に当たって特別なスケールや技術を要する点、さらに、保護者に対してCT撮影の医学的必要性やリスク等についての丁寧な説明が必要である点からも、成人に比べて対応により多くの労力を要する。

《小児用グラスゴー・コーマ・スケール（GCS）》【点数】

開眼(E)	自発的に	4
	呼びかけで	3
	疼痛で	2
	開眼せず	1
最良の言語音声反応(V)	理由ある啼泣、喃語～おしゃべり、見当識あり	5
	あやすと泣きやむ	4
	泣きやまない	3
	うめき～発声のみ	2
	発語なし	1
最良の運動反応(M)	従命(>1歳)、自発運動	6
	払いのける	5
	逃避	4
	上肢の異常屈曲(除皮質硬直)	3
	四肢の異常伸展(除脳硬直)	2
	動かない	1

【最高】 15点

- ・ GCSは開眼（E）、最良の言語音声反応（V）、最良の運動反応（M）それぞれについて評価を行い、合計15～3点で評価を行う。
- ・ **14点以下で意識障害と判断する。**

小児、乳幼児の場合は、特に言語音声反応（V）の評価を行う場合、言葉で異常を表現することができず、泣いている際も何が原因か、あるいは意識状態は正常かなど、総合的に判断する必要がある。



- 新生児、乳幼児、幼児に対してコンピューター断層撮影を行う場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算の評価を行っている。

【関連する診療報酬】

コンピューター断層撮影診断料
通則 4

新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

E200 コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき）
1 CT撮影（一連につき）

イ	64列以上のマルチスライス型の機器の場合	
(1)	共同利用施設において行われる場合	1,020点
(2)	その他の場合	1,000点
ロ	16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ	4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	750点
ニ	イ、ロ、ハ以外の場合	560点

② ガイドラインに基づく画像検査の利用

【現状・課題】

- 新生児、乳幼児、幼児に対してコンピューター断層撮影を行う場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算の評価を行っている。
- 日本医学放射線学会の「画像診断ガイドライン2016」では軽度の頭部外傷を有する小児に、頭部CT検査を行う場合、適切に実施されることを求めている。
- 幼児以下の小児の頭部外傷に対して、ガイドラインに沿った診断を行う場合、意識状態の確認が非常に重要であるが、小児の意識障害の判定は、高い専門性が必要であり、非常に困難であり、成人と比べて労力を要する。

【論点】

- 小児の頭部外傷に対する頭部CT検査については、日本医学放射線学会の画像診断ガイドラインに沿って実施することを新生児、乳幼児及び幼児加算の要件とすることとし、意識状態の確認、判定に係る専門性や労力について更なる評価を検討することとしてはどうか。
- また、小児に対する頭部CT検査の実施状況等を把握するため、撮影に至った理由を摘要欄の選択肢から選択することとしてはどうか。

2. 技術的事項③

(1) 医療機器の効率的かつ有効・安全な利用

- ポジトロン断層撮影の共同利用
- ガイドラインに基づく画像検査の利用
- 超音波検査の活用

(2) 義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

③ 超音波検査の活用

【主な意見(令和元年度10月23日中医協総会)】

- 同じ超音波検査でも簡便に実施できるものや高機能のものがあり、さらには特定の臓器を精査する場合や全体的に精査する場合など、疾患によっても精査の仕方が異なることは理解しているが、現状の評価体系から領域別に評価するほうが良いということは、現状の資料だけでは判断できない。
- 超音波検査の結果の取扱いについて、療養担当規則には、患者の診療を行った場合には診療録に当該診療に関し、必要な事項を記載しなければならないとあることから、必要なことは診療録に記載されていると考える。
- 現場のどういう場面でどのような使用状況なのかをきちっと把握してやるべきであり、検査の必要のない臓器まで検査をするというようなモラルハザードが起きないように仕組みは併せて検討すべき。
- 領域別に評価をするという方向については賛成であるが、不適切な医療が行われないように、設計にあたっては適正化の観点から細分化すべきと考える。
- 機器の進化や環境の変化で実態に合わないものを見直す必要がある。パルスドプラ機能が標準的なものになっているというデータがあれば示してほしい。
- 超音波検査について年々増加傾向とのことだが、在宅と病院、それぞれの場での件数を把握するべきではないか。
- 検査を行う場所ではなく、何を検査したかが大切である。在宅であっても診断をするために詳細に超音波検査を行う場合もあるので、場で分けるのは難しいと考える。

- CTやMRIと比較して簡便、低侵襲であり、かつ診断に有用なものに超音波検査がある。
- 技術の進歩により、高度な機能を有する超音波診断装置の開発が進められ、臨床現場で活用されている。
- 他方、患者の医療ニーズや医療提供体制の多様化に伴い、多様な超音波診断装置が利用されている。



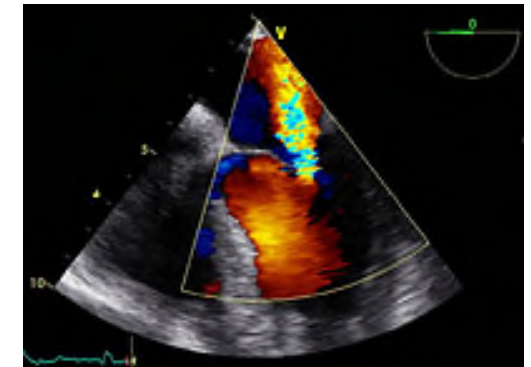
検査室で使用するもの



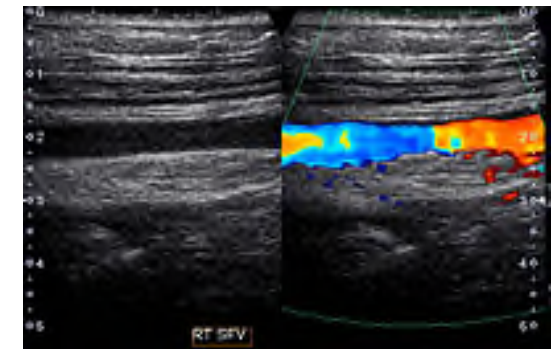
持ち運びが容易で
病室や在宅で使用するもの



3Dで立体的に評価出来る



血流を評価できる



- 超音波検査のうち、一部の検査(胎児心エコー)については実施医師及び医療機関の要件を設けている。
- 超音波検査を同一の部位に同時に2以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により1回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、1回のみの算定とする。

D215 超音波検査(記録に要する費用を含む。)

1 Aモード法	150点
2 断層撮影法(心臓超音波を除く。)	
イ 胸腹部	530点
ロ 下肢血管	450点
ハ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350点
3 心臓超音波検査	
イ 経胸壁心エコー法	880点
ロ Mモード法	500点
ハ 経食道心エコー法	1,500点
ニ 胎児心エコー法	300点
ホ 負荷心エコー法	2,010点
D216-2 残尿測定検査 1超音波検査によるもの	55点

ニ 胎児心エコー法 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、月1回に限り算定する。

2 当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、700点を所定点数に加算する。

胎児心エコー法は、胎児の心疾患が強く疑われた症例に対して、循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有する医師(胎児心エコー法を20症例以上経験している者に限る。)が診断又は経過観察を行う場合に算定し、「注2」の胎児心エコー法診断加算は、当該検査に伴って診断を行った場合に限り算定する。

施設基準

- (1)循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有し、胎児心エコー法を20症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2)当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、胎児心エコー法を実施する医師が専ら循環器内科又は小児科に従事している場合にあっては、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
- (3)倫理委員会が設置されており、必要な時は事前に開催すること。

在宅での超音波検査の活用について

- 超音波装置の小型化が進み、在宅などにおいても検査が行われるようになっており、近年、Point-of-care ultrasound (POCUS)と呼ばれている。
- 在宅患者訪問診療料を算定された患者で、同一日に超音波検査(断層撮影法、経胸壁心エコー法)を算定している者については、経年的に増加傾向にあった。
- POCUSは、迅速で詳細な評価を省略可能であり、短期間に繰り返し実施できる。

在宅患者訪問診療料と超音波検査が
同一日に算定されている回数

在宅患者訪問診療料と同一日に算定されている回数 (/月)	平成28年5月	平成29年5月	平成30年5月
断層撮影法 (胸腹部)	1,954回	2,397回	2,732回
断層撮影法 (下肢血管)	—	—	27回
断層撮影法 (その他)	209回	217回	260回
経胸壁心エコー法	821回	809回	1,056回

出典：NDBデータ

在宅での診療で行うエコーの例

バイタルサイン確認
診察

局所の診察

超音波検査 (POCUS)

数週間後

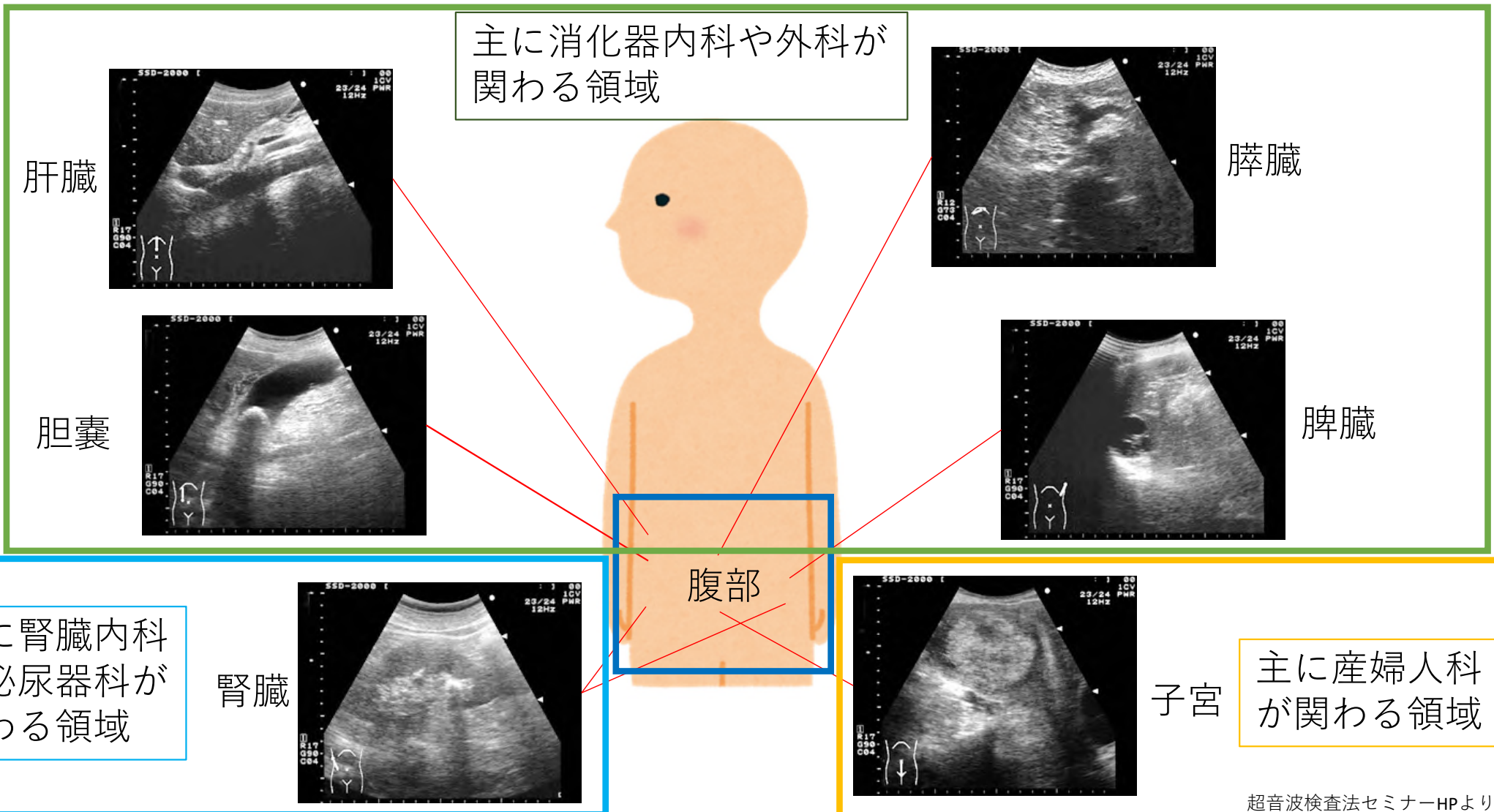
※症状等に基づいて、
焦点を絞って再度実施。

超音波検査 (POCUS)

例えば在宅医療において、
腹水、胸水、
皮下膿瘍等を
経時的に繰り返
し確認し、
胸腹水の排出
や膿瘍切開等
のタイミング
を評価する。

超音波検査の対象臓器

- 超音波検査では様々な臓器を精査、観察することができる。
- 例えば、胸腹部超音波検査では肝臓や胆道、膵臓などといった消化器領域や腎臓、膀胱などの泌尿器科領域、子宮、卵巣などの産婦人科領域、腹部大動脈等多岐に渡る。
- それらすべてを精査することもあれば、一部の領域だけ検査する場合もある。



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、フリーコメント欄に手入力で撮影部位を記載しているが、フリーコメント欄への手入力は記載ミスの原因となっている。
- また、入力された内容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		
	MRI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		
	CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器）		
	2回目以降減算（CT、MRI）		
	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、フリーコメント欄に手入力で記載を求めている事項のうち、部位等の記載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、何に対するコメントか分かるようなコードを設定してはどうか。

〔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	MRI撮影（撮影部位）：頭部		
	MRI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
	CT撮影（撮影部位）：胸部		
	CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器）		
	2回目以降減算（CT、MRI）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	840 X	1

③ 超音波検査の活用

【現状・課題】

- 超音波検査については、機器の高性能化・小型化に伴い、在宅等において迅速、簡便に検査を行う「Point-of-care ultrasound(POCUS)」が普及しつつある。
- 現在、D215-2断層撮影法イ胸腹部で算定されている超音波検査については、どのような臓器や領域の検査が行われているか実態が明らかではない。
- CTやMRIの画像診断についてレセプト摘要欄の記載事項の選択式化について令和元年10月25日中医協で議論がなされている。

【論点】

- 在宅における超音波検査については、POCUSとして実施されており、その臨床的意義や短期間に繰り返し実施される事等を踏まえ、新たな評価の枠組みを設けてはどうか。
- 超音波検査の実態を把握するため、CTやMRI等の画像診断における摘要欄の記載事項の選択式化の議論も踏まえ、検査を実施した臓器や領域等について摘要欄での選択を求めることとしてはどうか。

2. 技術的事項③

(1) 医療機器の効率的かつ有効・安全な利用

- ポジトロン断層撮影の共同利用
- ガイドラインに基づく画像検査の利用
- 超音波検査の活用

(2) 義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

義肢装具の提供に係る医療機関と義肢装具事業者との連携について

【現状・課題】（一部抜粋）

- 義肢装具の提供は、通常、①患部の診察、②採寸（製作に必要な寸法や角度の測定・記録）又は採型（ギプス包帯法による陰性モデル作成）、③義肢装具の製作（採型の場合には陽性モデル作成、プラスチック成形作成、適合検査）、④医師による装着確認（適合判定）、療養上の指導という工程でなされ、診療報酬においては、医療機関内で行われる①、②、④の工程を包括的に処置料として評価している。
- 医療機関（医師）と義肢装具事業者（義肢装具士）との連携の実態に関し、日本義肢協会に対して、聞き取り調査を行ったところ、多くの場合は医療機関内で義肢装具士が医師の指示を受けて採寸・採型を行っている（採型の材料は医療機関が用意している）旨の回答が得られた。
- なお、補装具費や療養費として支給される義肢装具の価格には、義肢装具士の採寸・採型に係る製作加工費及び使用材料費が含まれている。
- 工程②採寸・採型について、多くの場合は義肢装具士が実施しているが、その場所や材料は医療機関が提供し、患者の状態によっては医師や看護師が立ち会うなど、全体として医療機関の管理の下で実施されているという実態がある。

【論点】

- 義肢装具を患者に提供する際の医療機関と義肢装具事業者との連携の実態を踏まえ、それぞれの役割に応じた適切な評価ができるよう評価体系を見直すこととしてはどうか。

【主な意見（令和元年度11月27日中医協総会）】

- 義肢装具の提供について、患部の診察、採寸又は採型、医師による装着確認（適合判定）、療養上の指導といった工程を包括的に処置料として評価しているのであれば、採寸又は採型を医師が行っていない場合は算定できないことを明確にすべきではないか。
- 既製品を提供する際には、義肢装具のオーダーメイドをしていないため、採寸又は採型料の対象ではないのではないかと。
- 義肢装具の採寸・採型について、多くの場合は義肢装具士が実施しているということだが、場所や材料の提供、装具製作後の装着確認（適合判定）、療養上の指導など、医療機関が果たしている役割については適切に評価されるべき。
- 医療機関と義肢装具業者が役割を分担して採寸・採型を行っているという現状に診療報酬の評価が合っていないことが問題であり、それぞれの役割を踏まえた評価に見直す必要があるのではないかと。

義肢装具の提供に係る診療報酬点数

- 義肢装具の提供は、通常、①患部の診察、②採寸（製作に必要な寸法や角度の測定・記録）又は採型（ギプス包帯法による陰性モデル作成）、③義肢装具の製作（採型の場合には陽性モデル作成、プラスチック成形作成、適合検査）、④医師による装着確認（適合判定）、療養上の指導という工程でなされ、診療報酬においては、医療機関内で行われる①、②、④の工程を包括的に処置料として評価している。

（ギプス）

J129 治療装具の採型ギプス

- | | |
|--------------------------------|-------|
| 1 義肢装具採型法（1肢につき） | 200点 |
| 2 義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき） | 700点 |
| 3 体幹硬性装具採型法 | 700点 |
| 4 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき） | 1050点 |

J129-2 練習用仮義足又は仮義手

- | | |
|--------------------------------|-------|
| 1 義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき） | 700点 |
| 2 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき） | 1050点 |

練習用仮義足又は仮義手の処方、採型、装着、調整等については、仮義足又は仮義手を支給する1回に限り算定する。

J129-3 義肢装具採寸法（1肢につき） 200点

（1） B001特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採寸を行った場合は、

1年に1回に限り、所定点数を算定できる。ただし、過去1年以内にJ129-4 治療装具採型法を算定している場合は算定できない。

（2） 当該採寸とJ129-4 治療装具採型法を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

J129-4 治療装具採型法（1肢につき） 700点

（1） B001特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採型を行った場合は、

1年に1回に限り、所定点数を算定できる。ただし、過去1年以内にJ129-3 義肢装具採寸法を算定している場合は算定できない。

（2） 当該採型とJ129-4 治療装具採型法を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

採型法・採寸法の算定及び治療用装具の支給件数について

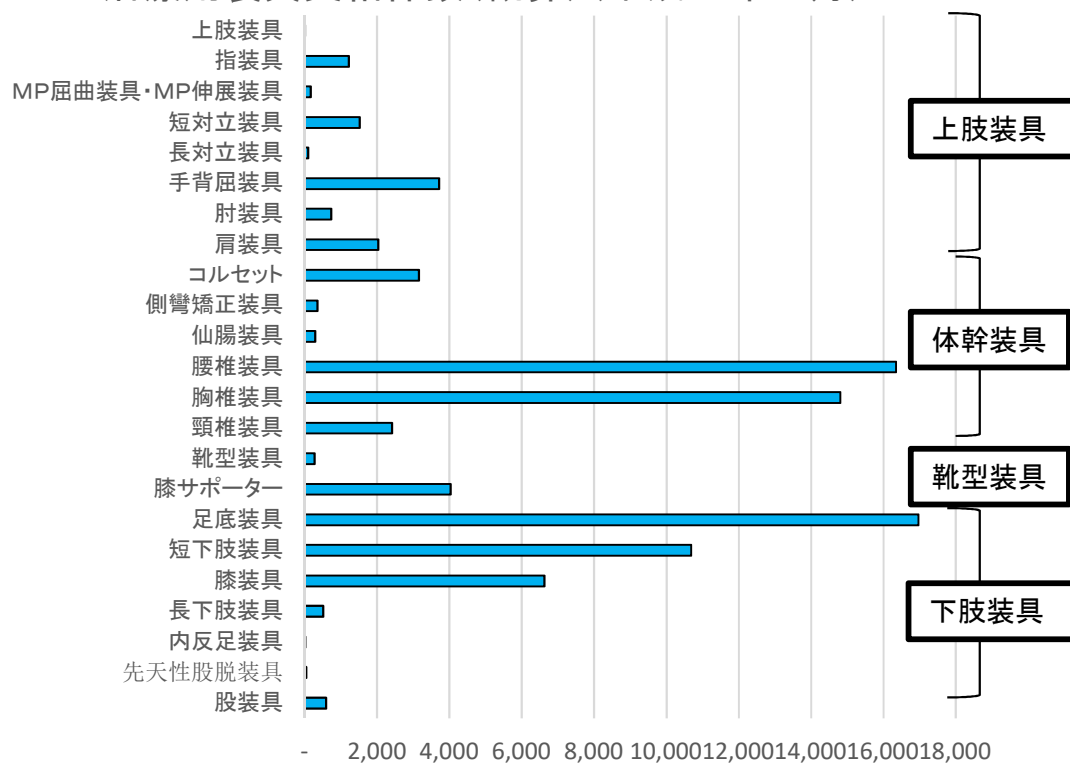
- 採型法と採寸法については、年間約127万回算定されている。
- 治療用装具の支給は、体幹装具や下肢装具が多く、年齢別では小児や高齢者が多い。

＜採型法・採寸法の算定回数について＞

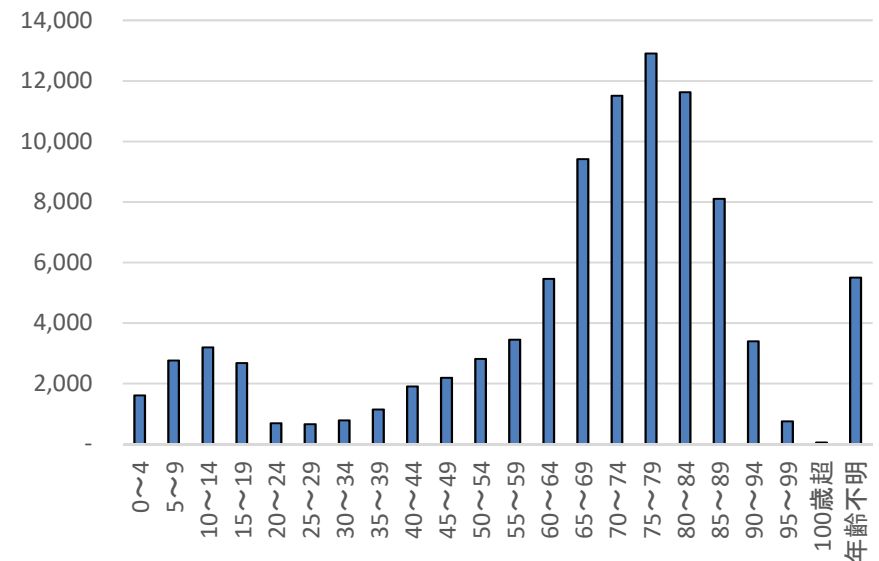
項目	点数	回数/年
J129 1 治療装具の採型ギプス(義肢装具採型法)	200	249,470
J129 2 治療装具の採型ギプス(義肢装具採型法)(四肢切断)	700	22,354
J129 3 治療装具の採型ギプス(体幹硬性装具採型法)	700	148,704
J129 4 治療装具の採型ギプス(義肢装具採型法)(股関節、肩関節離断)	1,050	382
J129-2 1 練習用仮義足・仮義手(義肢装具採型法)(四肢切断)	700	125
J129-2 2 練習用仮義足・仮義手(義肢装具採型法)(股関節、肩関節離断)	1,050	—
J129-3 義肢装具採寸法	200	438,094
J129-4 治療装具採型法	700	417,660
合計		1,276,789

出典：NDBオープンデータ
(平成29年度のレセプト情報)

治療用装具支給件数(概算)(平成30年10月)(注)



治療用装具年齢別支給状況(概算)(平成30年10月)(注)



(注) 以下の抽出率にしたがい抽出した療養費支給申請書(平成30年10月支給決定分)を基に分析

- ・ 全国健康保険協会管掌健康保険 1/2
- ・ 国民健康保険 1/5
- ・ 後期高齢者医療制度 1/5

出典：医療課調べ

採型法の例(その1)

- 例えば、側弯症は3～6か月に1回程度※の診療頻度であり、一般に装具などによる治療を実施した後は、頻回の診療が必要とされる。
- その際には装具治療の適切性について確認し、必要に応じて装具の調整等を行うことがある。

※日本整形外科学会HP「小児の脊柱側弯症」

<脊柱側弯症の例>

採型の手順

骨盤対し腰椎カーブ凹側へ体幹(腰盤)をシタさせる

幅の広いサランラップで体全体と骨盤部分を巻き、骨盤部分はリッターテープのサットフレームにも巻き付け骨盤を安定させる幅の細いサランラップでホディーラインをつくる

側弯凹側腰盤にストラップ(緑包帯)を当て、側屈とローテーションの矯正をかける



腰椎カーブの頂部部までギプスを巻き硬化を待つ。硬化したら胸椎カーブのストラップを強め胸椎カーブを矯正する(アライメントをどこまで戻すかは、立位レントゲンでのカーブタイプ、plumetionのシタの程度や、回旋の程度、年齢、脊柱の柔軟性、脚長差の有無、肩バランス、骨盤傾斜などから装着時の力のバランスを考慮して決める)ストラップを強めたら、ギプスを巻いていく。

後ろでカサ

<脳性麻痺の例(足部変形に対する装具)>



<发育性股関節形成不全>



採型法の例(その2)

<下肢装具の例>

下肢装具の型取り①



←①肌が汚れないようにラップを巻きます→



←②膝から足先まで紐を垂らします



③紐を巻き込んで石膏ギプスを巻きます。→



下肢装具の型取り②

←④数分で固まります。

⑤完全に固まる前に紐を引っ張りながら、ナイフでギプスを切ります。→危険の無い様に身体を抑えます。



←⑥ギプスを外します。

⑦この型をもとに、下肢装具を製作します→



<膝離断患者の義足採型の例>

行棒内立位で型取り開始(石膏ギプス)アシスタント2名で型取り



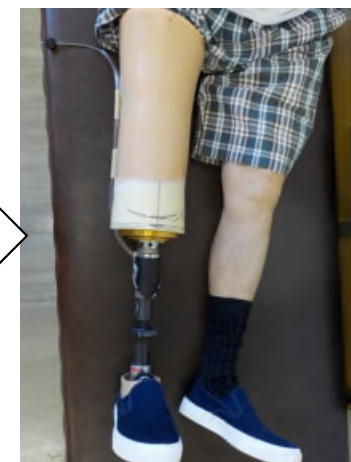
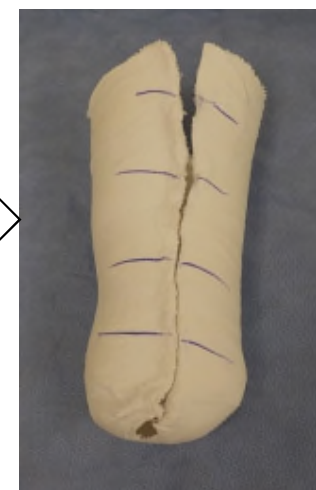
ギプスカット

石膏ギプス巻き上がり



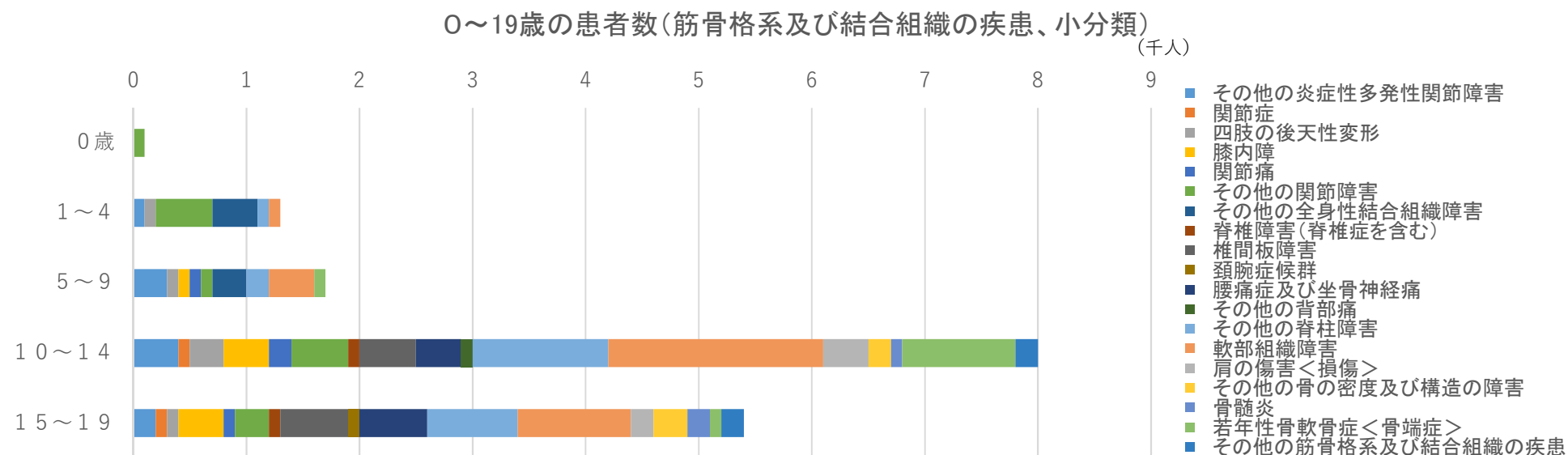
陰性モデル

仮義肢(医療用義肢)の仮合わせ



小児の運動器疾患について

- 0～19歳の運動器疾患の患者数を年齢階級別に見ると、10～14歳が最も多く、特に軟部組織障害や、脊柱障害が多く見られる。
- 小児の運動器疾患の管理については、疾患にもよるが、概ね2～6か月ごとの管理が必要であり、特に、診療開始から間もない時期や、装具などによる治療を実施した後は、頻回の診療が必要とされる。



出典：患者調査（平成29年）

○ 疾患別の診療頻度

先天性股関節脱臼	ペルテス病	内反足	側弯症
装具装着後3～4か月 :週1回以上 ¹⁾	2か月に1回程度 ²⁾	ギプス固定開始後6週程度 :週1回 ³⁾	3～6か月に1回程度 ⁴⁾

出典：1) 「先天性股関節脱臼の診断と治療」(MEDICAL VIEW社)

2) Wook-Cheol Kim, et al. Outcomes of new pogo-stick brace for Legg-Calve-Perthes' disease. Journal of Pediatric Orthopaedics. 2006, 15: 98-103.

3) 「Clubfoot: Ponseti Management (3rd edition)」(GLOBAL HELP, 2009)

4) 日本整形外科学会HP「小児の脊柱側弯症」

治療用装具に係る既製品のリスト化について

令和元年 9 月 6 日
治療用装具療養費検討専門委員会
(治－1) 抜粋

現状と背景

- 治療用装具に係る療養費は、「治療用装具の療養費支給基準について」(S36.7.24保発54号)において「障害者総合支援法の規定に基づく補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」(H18.厚生労働省告示528号)別表1「購入基準」中に定められた装具の価格を基準として算定することとされている。
- この「購入基準」は、支給額を算定する場合の基準であって、支給対象装具の範囲までも示したものではない。
- 最終的には、保険者判断により支給することが可能となっているが、償還の対象となるかどうか判断が分かれるケースが散見される。
- 療養費支給の対象となる治療用装具は、オーダーメイドで製作されたものが基本であるが、疾病または負傷の治療遂行上必要な範囲のものであれば、既製品であっても保険者判断により療養費を支給することが可能となっている。
- 近年既製品に係る申請が増加しているが、「購入基準」はオーダーメイドを念頭に作られており、既製品に関する基準ではないことから、既製品に関しては、療養費の支給対象となるかどうか特に曖昧になっている。



- 療養費の支給に係る既製品の扱いについては、保険者の対応においても差があるとの指摘があり、一定の基準を満たす既製品をリスト化することで、支給決定の円滑化に資することが期待される。



療養費の支給対象とすることが適当と認められる既製品をリスト化

リスト化に当たってのリスト化の対象及び基本的な考え方について

リスト化の対象

令和元年 9 月 6 日
治療用装具療養費検討専門委員会
(治-1) 抜粋

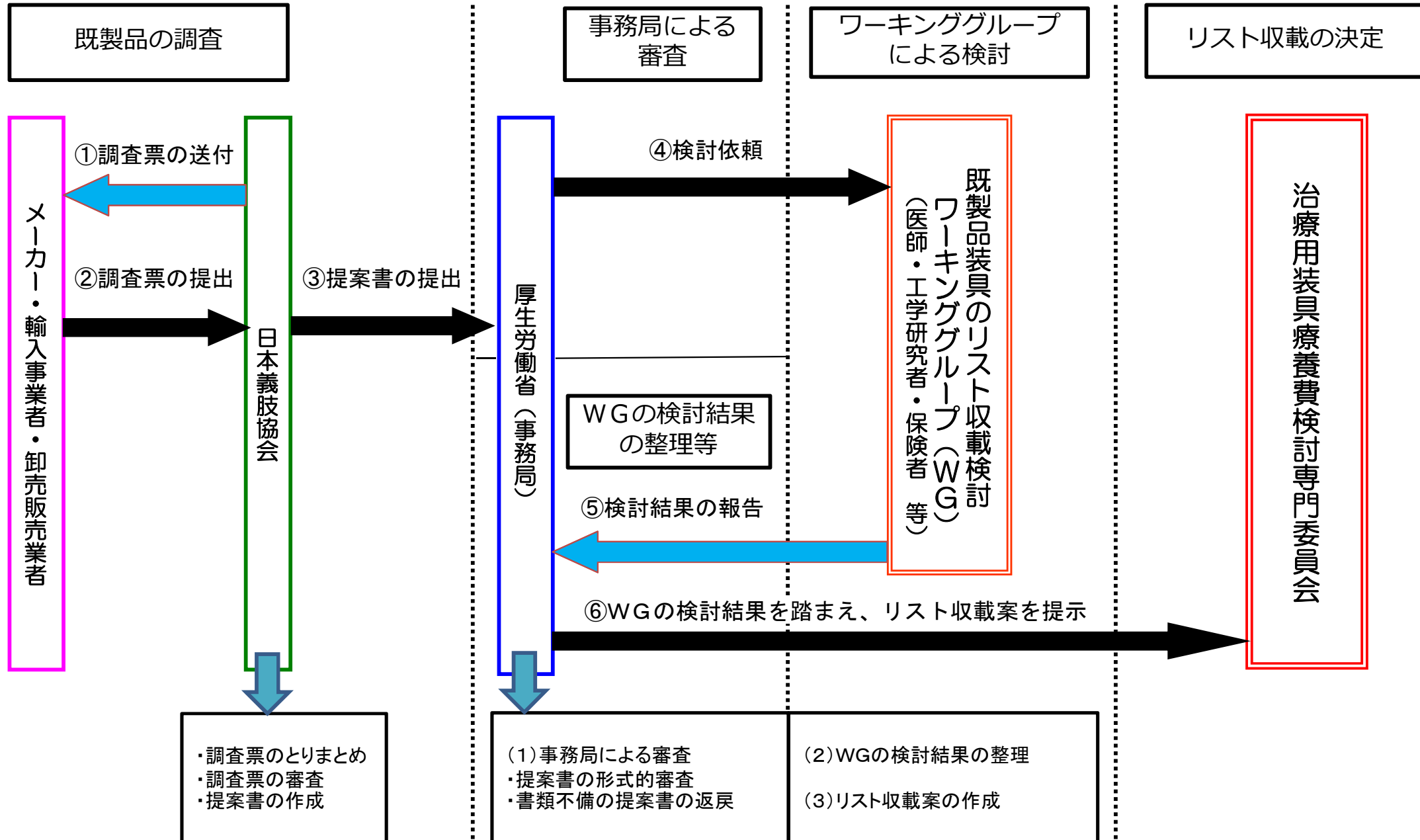
- 以下の条件をすべて満たす既製品をリスト化の対象とする。
 - ① 完成品であること
 - ② 疾病または負傷の治療遂行上必要なものであること
 - ③ オーダーメイドで製作した場合のものと同等もしくはそれに準ずる機能が得られるものと認められるもの

基本的な考え方

- ① 対象品目の追加や見直しを随時行っていく予定
- ② リスト収載された製品であっても、療養費としての最終的な支給の可否は、個々の患者の状況に応じて、正当な利用目的、必要性の有無及び代替品の可否に鑑みて、保険者において判断する。
- ③ リスト収載されていない製品であっても、個別の製品及び事例に応じて、保険者において、療養費としての支給の可否を判断する。
- * リスト収載されていない製品であっても、療養費としての支給対象とすることが適当と認められたものについては、今後随時専門委員会に諮り、リスト収載を行う予定。
- ④ リスト収載された製品については、適正な基準価格の設定のため、どのような方法が考えられるか、今後検討。

①から③については、平成28年 9 月23日通知で明記

既製品のリスト化の流れ



【現状・課題】

- 義肢装具の提供は、通常、①患部の診察、②採寸（製作に必要な寸法や角度の測定・記録）又は採型（ギプス包帯法による陰性モデル作成）、③義肢装具の製作（採型の場合には陽性モデル作成、プラスチック成形作成、適合検査）、④医師による装着確認（適合判定）、療養上の指導という工程でなされ、診療報酬においては、医療機関内で行われる①、②、④の工程を包括的に処置料として評価している。
- 工程②採寸・採型について、多くの場合は義肢装具士が実施しているが、患者の状態に応じて、医師が自ら陰性モデルの作成などを行う場合もある。こうした作業を行わない場合であっても、全体として医療機関の管理の下、義肢装具士への指示や装着確認（適合判定）、療養上の指導、継続的な治療管理等を行っている。
- また、患者の状態によっては上記オーダーメイドの義肢装具ではなく既製品で対応する場合もあり、この場合も医師が既製品の選択・調整等を行っている。
- 現行の診療報酬体系では、各項目の算定において、求められる診療内容が明確なものとなっていない。

【論点】

- 義肢装具を患者に提供する際の医療機関と義肢装具事業者との連携の実態を踏まえ、それぞれの役割に応じた適切な評価ができるよう、評価の体系を見直し、明確化してはどうか。
- 陰性モデルの作成など処置の実施の他、義肢装具士への指示、装着確認（適合判定）、療養上の指導など、診療の内容に応じた評価を行うこととしてはどうか。また、患者の状態によっては、義肢装具に関する継続的な治療管理が必要となることも踏まえた評価としてはどうか。
- 既製品での対応となる場合があることも踏まえ、その診療の内容に応じた評価を行ってはどうか。

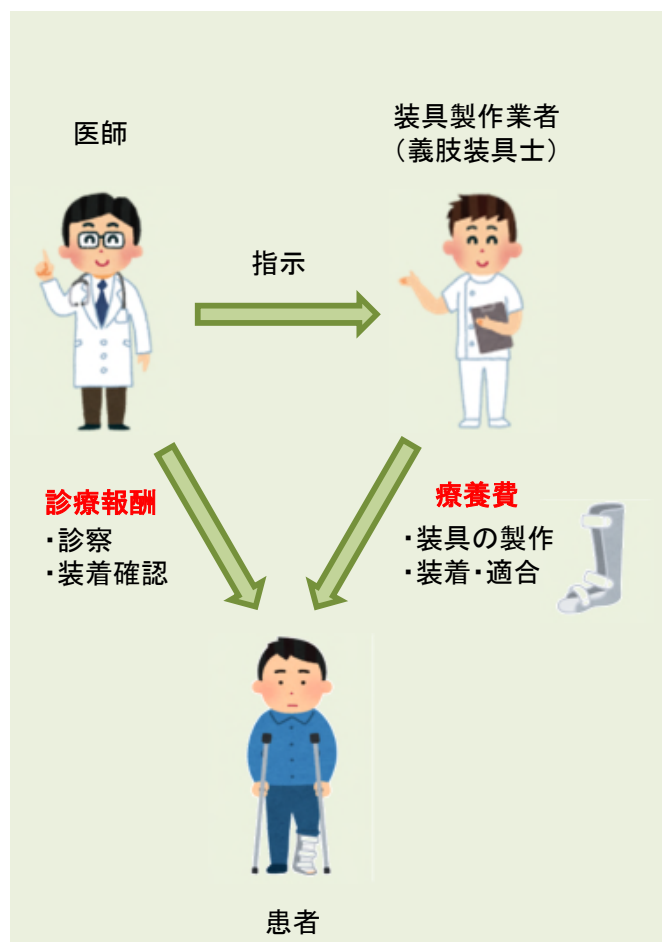
医療機関以外の事業者との連携について①

中 医 協 総 - 4
元 . 1 1 . 2 7

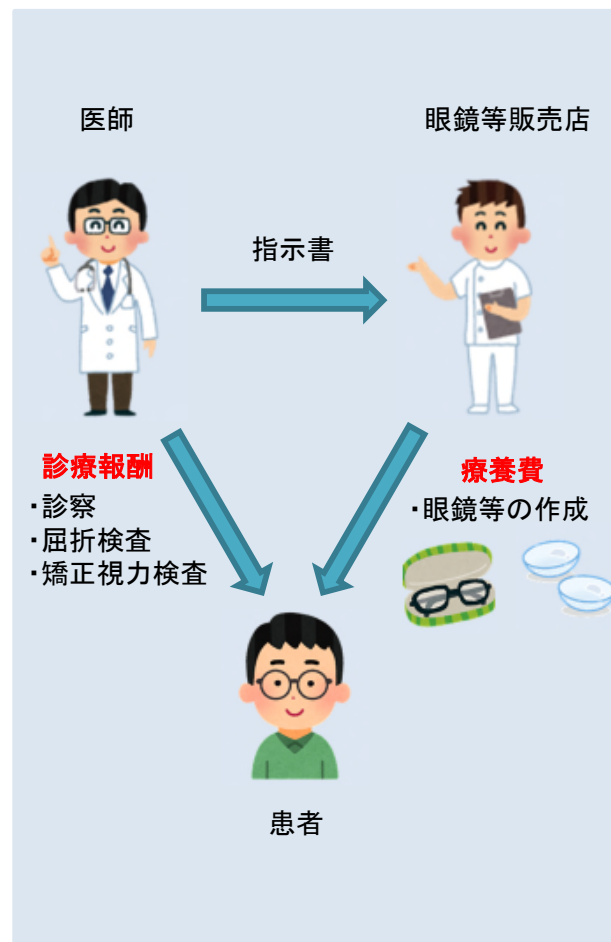
- 医師が疾病又は負傷の治療上、又は日常生活や職業上必要であると認めて患者に装具を装着させる場合、医師の指示や処方をもとに、医療機関以外の事業者と連携して、患者に装具を提供している。

疾病又は負傷の治療遂行上必要なもの

＜義肢装具の場合＞

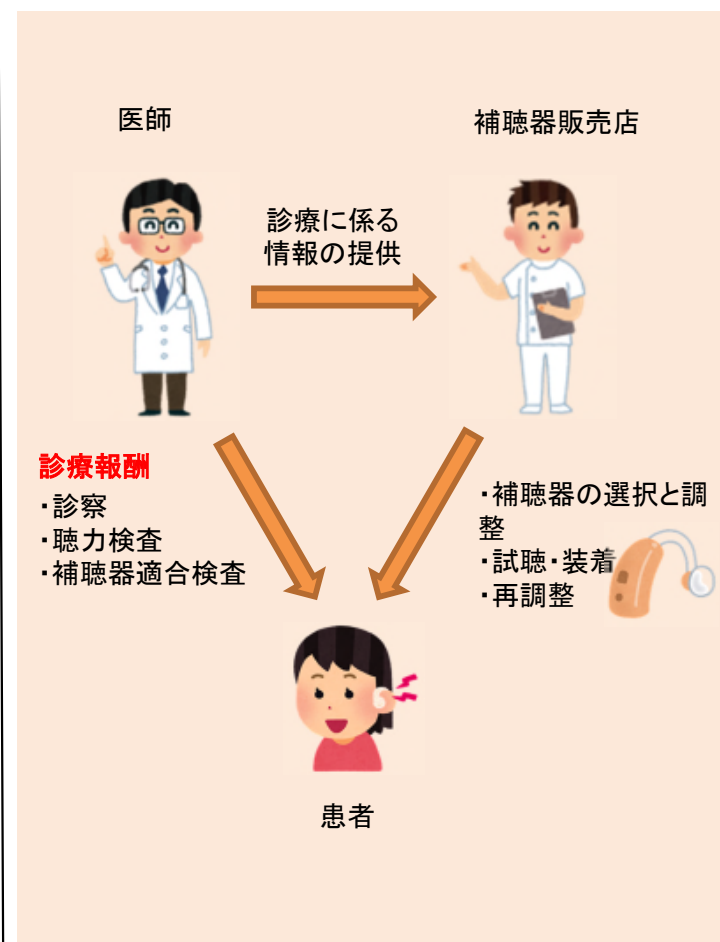


＜小児弱視等の治療用眼鏡等の場合＞



日常生活や職業上の必要性によるもの

＜補聴器の場合＞



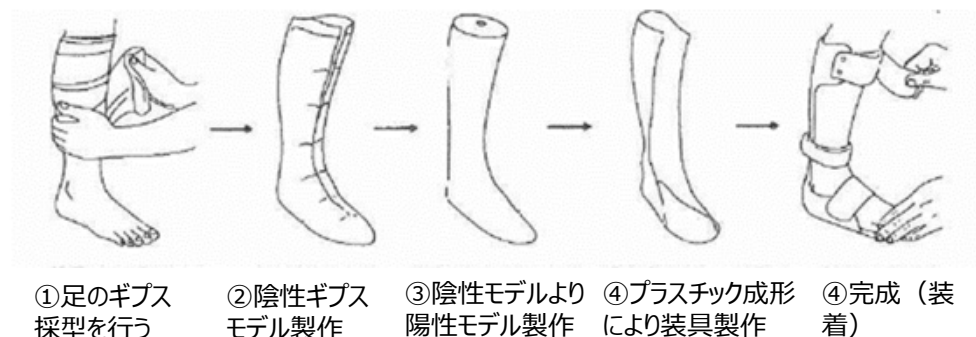
(参考)義肢装具の製作工程

○ 一般に、「採寸」は、義肢装具の製作に必要な寸法や角度を測定・記録することを指し、「採型」は陰性モデルの採型を指す。

装具の基本工作法（治療用装具の療養費支給基準について 平成30年5月24日 保医発0524第3号）

工程	作業の内容
(ア) 患肢及び患部の観察	患部の表面の状況、関節の運動機能（屈伸、内転、外転等）の状況並びに肢位の観察及び特長の把握
(イ) 採寸及び投影図の作成	情報カードの記録、製作に必要な寸法及び角度の測定並びに記録並びに投影図の作成
(ウ) 採型	ギプス包帯法による陰性モデルの採型
(エ) 陽性モデルの製作	陰性モデルへのギプスの注型、陽性モデルの修正、表面の仕上げ及び乾燥
(オ) 組立て	陽性モデルにデザインの記入（アライメント） フレーム：曲げ加工、組立て及び調整 モールド：プラスチック板切断、加熱成形加工、 トリミング及び調整 筋金、締め革、足部覆い、足底板、ネックリング、パッド、ベルト等の仮止め及び各部の結合
(カ) 仮合わせ（中間適合検査）	筋金、締め革、足部覆い、足底板、ネックリング、パッド、ベルト等の調整、試し使用及び仕上げ
(キ) 仕上げ	筋金、締め革、足部覆い、足底板、ネックリング、パッド、ベルト等の付属品の取り付け及び仕上げ
(ク) 適合検査	装具の適合の最終検査並びに装着及び使用による機能の最終検査

採型ギプスによる装具製作の過程（例）



- 義肢装具は、医師の指示に基づき、義肢装具士によって製作される。義肢装具の製作過程において、採寸・採型については、義肢装具士のほか、医師や看護師が行う場合も想定される。
- 医療機関（医師）と義肢装具事業者（義肢装具士）との連携の実態に関し、日本義肢協会に対して、聞き取り調査を行ったところ、多くの場合は医療機関内で義肢装具士が医師の指示を受けて採寸・採型を行っている（採型の材料は医療機関が用意している）旨の回答が得られた。

＜日本義肢協会に対する聞き取り調査＞

※ なお、統計等のデータに基づくものではない

＜医師の義肢装具士への指示＞

医療機関で処方箋にて指示	3割程度
医療機関で（処方箋ではないが）文書にて指示	1割程度
医療機関で直接口頭にて指示	6割程度
医療機関外で電話やFAXにて	－

＜陰性モデルの材料の用意＞

医療機関が用意したギプス	8割程度
医療機関が用意したギプス以外の素材	－
義肢装具士が用意したギプス	1割程度
義肢装具士が用意したギプス以外の素材	1割程度

＜採寸及び投影図の作成＞

医療機関（医師、看護師）が行う	1割程度
医療機関内で義肢装具士が行う	9割程度
医療機関外で義肢装具士が行う	－

＜陰性モデルの作成＞

医療機関（医師、看護師）が行う	－
医療機関内で義肢装具士が行う	10割程度
医療機関外で義肢装具士が行う	－

＜陽性モデルの作成＞

医療機関（医師、看護師）が行う	－
医療機関内で義肢装具士が行う	－
医療機関外で義肢装具士が行う	10割程度