

# 医療と介護のクロスロード

～2025年を見据えた診療報酬体系と2020年改訂～



国際医療福祉大学大学院 教授  
(医療福祉経営専攻、医学研究科公衆衛生専攻)  
武藤正樹



# 国際医療福祉大学三田病院 2012年



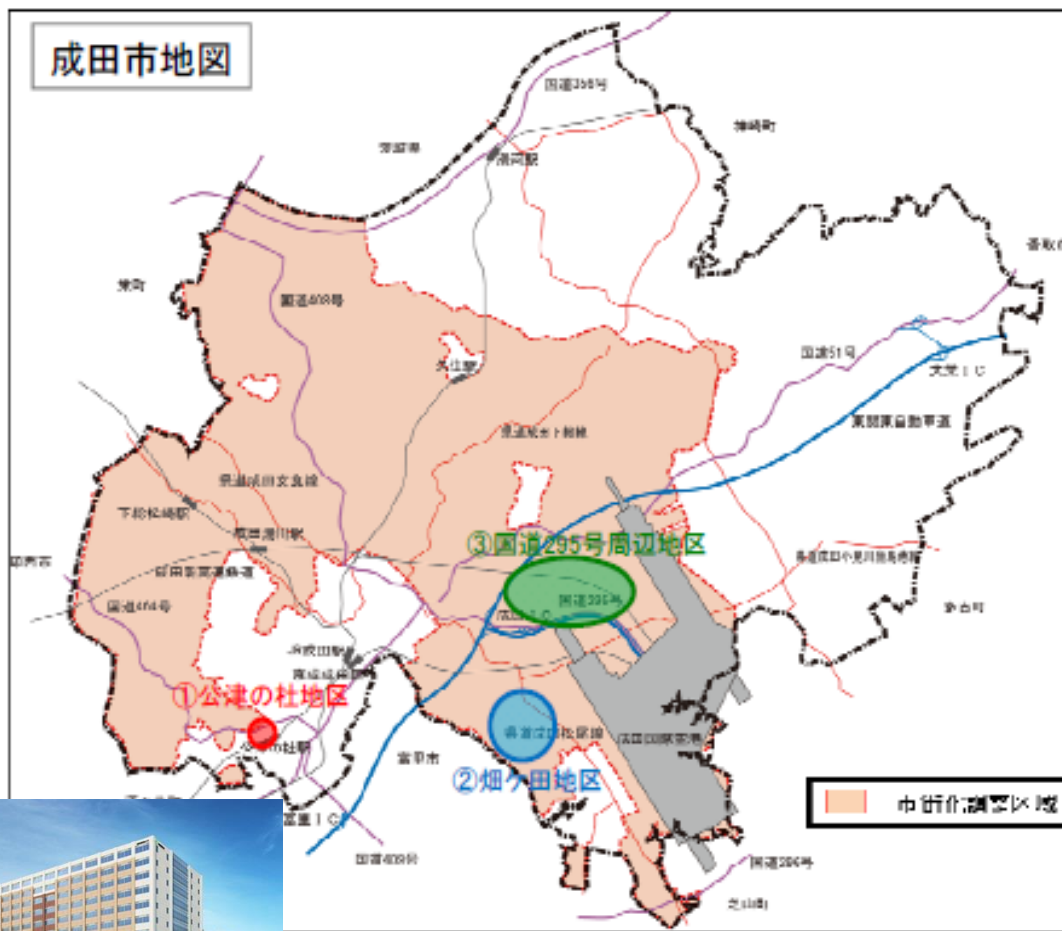
JCI認証取得



# 国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

## 1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



### ①公津の杜地区

#### 【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部  
(当初4学科⇒順次拡大)

### ②畑ヶ田地区

#### 【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

### ③国道295号周辺地区

#### 【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー







国際医療福祉大学医学部  
2017年4月開校





# 2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定





2018年4月、国際医療福祉大学  
心理・医療福祉マネジメント学科  
大学院（h-MBA, MPH）



# 目次



- パート 1
  - 2020年改訂へ向けて
- パート 2
  - どうなる消費税？
- パート 3
  - どうなる7対1？
- パート 4
  - どうなる働き方改革？



パート1

2020年改訂へ向けて



# 2020年改訂へ向けての議論開始

中医協 3月6日

# 2018年中医協付帯意見

- 入院医療
- DPC制度
- 外来、在宅医療、かかりつけ医
- 医薬品の適正使用
- 生活習慣病の医学管理、オンライン診療
- 医療と介護の連携
- 医療従事者の負担軽減、働き方改革
- データ利活用
- 歯科診療報酬
- 調剤報酬
- 後発医薬品の使用促進
- 薬価制度の抜本改革
- 費用対効果
- 明細書の無料発行
- 医療技術の評価
- その他



# 次期診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール（案）

中医協 総-1参考  
3 1 . 3 . 6

2019年

2020年

4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
中医協総会	第1ラウンド						第2ラウンド				諮問・答申・附帯意見	
診療報酬改定結果検証部会	2018年度調査総会報告		2019年度調査実施				2019年度調査総会報告					
保険医療材料専門部会			議論、業界意見聴取			議論、業界意見聴取			とりまとめ	総会報告		
薬価専門部会			議論、業界意見聴取			議論、業界意見聴取			とりまとめ	総会報告		
医療技術評価分科会	技術提案書募集		提案書評価				先進医療会議とりまとめ、報告			とりまとめ	総会報告	
入院医療等の調査・評価分科会		2018年度調査報告、議論				2019年度調査実施		報告、議論	とりまとめ	総会報告		
各種調査 ・材料価格調査 ・薬価調査 ・医療経済実態調査		2019年度調査実施						総会報告				

# パート2 どうなる消費税

2020年4月改訂の前に  
2019年10月消費増税改定が控えている



消費税は2019年10月に予定通り引き上げたい（2018年10月14日）



2019年12月  
から来年度予算編成が始まる。  
消費税増税を織り込んだ  
予算編成へ

# 消費増税8%から10%へ

- 1%の増税で2.8兆円の税収があがる
- 2%で5.6兆円、しかし半分が国債返還分にまわる
- 子ども・子育てにも回る
- 医療・介護分は1.4～1.5兆円と言われている



# 消費税の仕組み

# 消費税の基本的な仕組み

(イメージ)



取引	売上げ(税抜)	1000	売上げ(税抜)	3000	支払総額	3240
	消費税①	80	消費税②	240		
消費税	納付税額 A	① 80	仕入れ(税抜)	1000	消費者が負担した消費税	240 (=納付税額A+B)
			仕入れに係る消費税①	80		
			納付税額 B	②-① 160		

① 80 → 税務署への申告・納付  
 ②-① 160 → 税務署への申告・納付 (仕入税額控除)

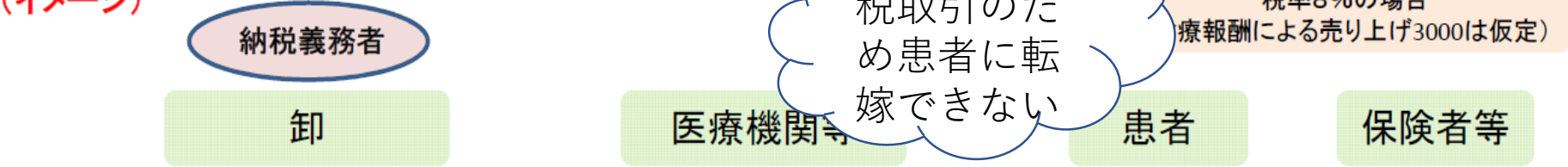
- 納税義務者は、製造業者や小売店
- 最終的な負担者は、消費者



診調組 税 - 1	診調組 税 - 3
2 7 . 8 . 7	2 4 . 6 . 2 0

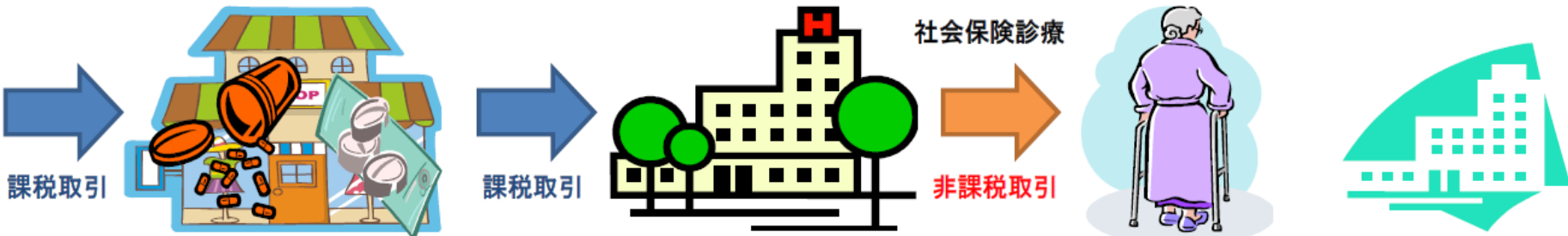
# 社会保険診療における消費税の取扱い(現状・非課税)

(イメージ)



医療は非課税取引のため患者に転嫁できない

税率8%の場合  
療報酬による売り上げ3000は仮定)



取引

売り上げ(税抜)	1000
消費税②	80
-----	
仕入れ(税抜)	900
仕入れに係る消費税①	72

消費税

納付税額

② - ①

8

仕入税額控除

税務署への  
申告・納付

診療報酬による売り上げ	3000
消費税非課税	
-----	
仕入れ(税抜)	1000
仕入れに係る消費税②	80

社会保険診療は非課税のため、  
当該仕入分に係る仕入税額控除  
を行えない

納税はしない

支払総額

3000 (診療報酬  
対応分含む)

× 患者の自己  
負担割合

支払総額

3000 (診療報酬  
対応分含む)

× (1 - 患者の自己  
負担割合)

- 卸は納税義務者となるが、医療機関等は納税義務者とはならない。
- 非課税取引である社会保険診療においては、当該仕入分に係る仕入税額控除を行えないため、仕入に係る税負担(本図では80)は診療報酬で手当てされている。

# 非課税となる取引とは

- 消費税の性格から、課税対象になじまないものや社会政策的な配慮から課税することが適当ではない取引。以下の13項目の取引については「非課税取引」とされている。

## 【課税対象になじまないもの】

- ① 土地の譲渡及び貸付け
- ② 有価証券、有価証券に類するもの及び支払手段の譲渡
- ③ 利子に対価とする貸付金その他の特定の資産の貸付け等
- ④ 郵便切手類、印紙及び証紙の譲渡、物品切手等の譲渡
- ⑤ 国、地方公共団体等が、法令に基づき徴収する手数料等に係る役務の提供等

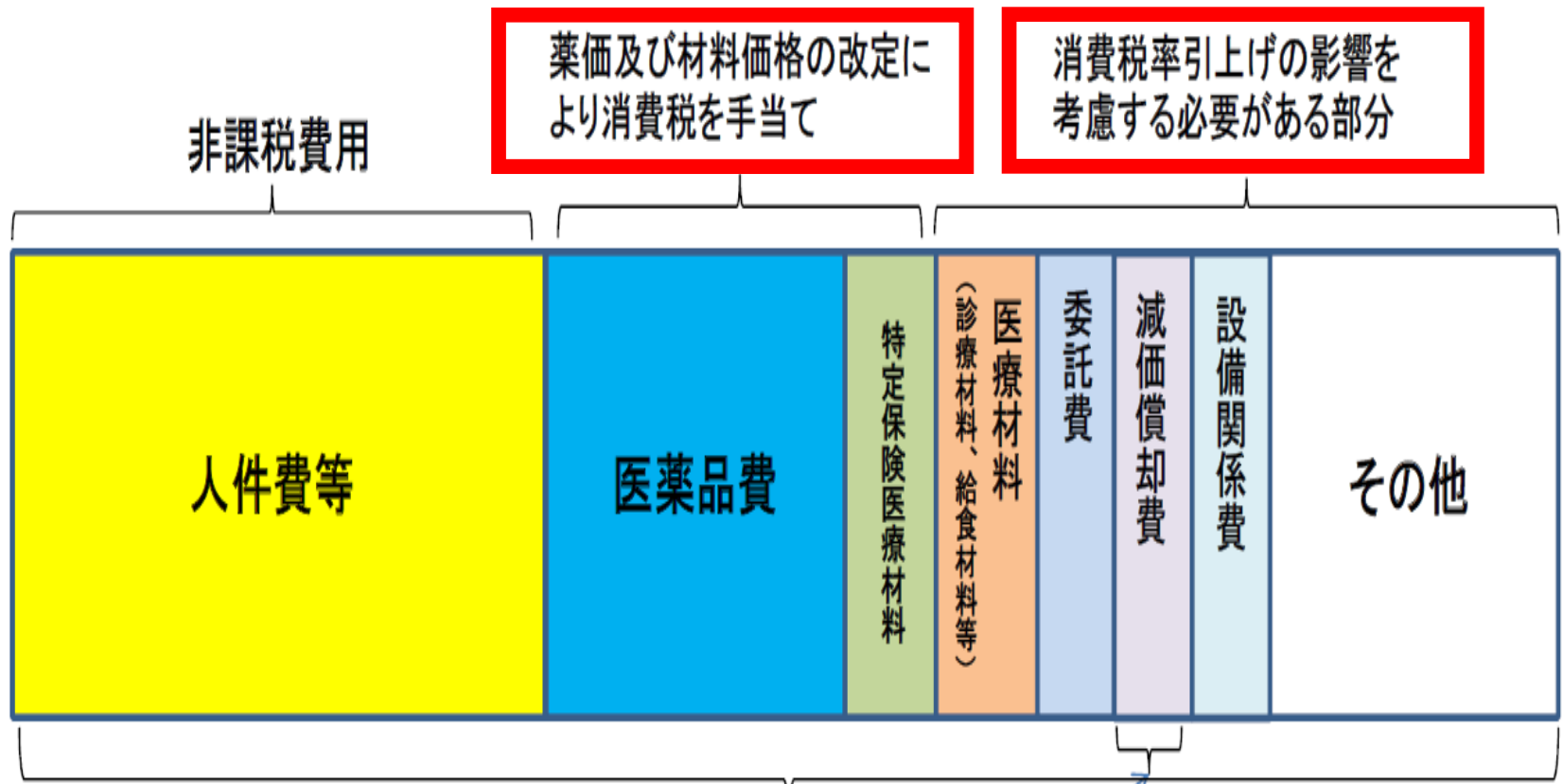
## 【社会政策的な配慮から課税することが適当ではないもの】

- ⑥ 公的な医療保障制度に係る療養、医療、施設療養又はこれらに類する資産の譲渡等
- ⑦ 介護保険法の規定に基づく、居宅・施設・地域密着型介護サービス費の支給に係る居宅・施設・地域密着型サービス等
- ⑧ 医師、助産師その他医療に関する施設の開設者による、助産に係る資産の譲渡等
- ⑨ 墓地、埋葬等に関する法律に規定する埋葬・火葬に係る埋葬料・火葬料を対価とする役務の提供
- ⑩ 身体障害者の使用に供するための特殊な性状、構造又は機能を有する物品の譲渡、貸付け等
- ⑪ 学校、専修学校、各種学校等の授業料、入学金、施設設備費等
- ⑫ 教科用図書の譲渡
- ⑬ 住宅の貸付け



# 医療機関等の費用構造（イメージ） ①

# ②



①マクロレベルでのコストアップ分の把握  
→医療経済実態調査により把握

②高額投資の状況把握  
→医療機関等の設備投資に関する調査を実施することで把握

# 消費税 8% への引上げ対応時に整理した診療報酬対応

(『診調組 税-2 25.6.21』より抜粋)

	案 1〔基本診療料・調剤基本料〕	案 2〔個別項目〕	案 3〔1点単価〕
考え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本診療料・調剤基本料に消費税対応分を上乗せ</li> <li>※例えば、医科では、診療所は初・再診料、病院は入院基本料への上乗せが考えられる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>消費税負担が大きいと考えられる点数項目に代表させて、消費税対応分を上乗せ(平成元年、9年の対応と同様)</li> <li>※「高額投資」が必要と考えられる点数項目に配慮</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1点単価に消費税対応分を上乗せ</li> </ul>
メリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>○全ての医療機関等が上乗せ点数を算定できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「高額投資」を実施した個々の医療機関等の消費税負担に配慮した手当ができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○大きな消費税負担の伴う点数項目を特定して、点数の上乗せができる</li> <li>○今回の消費税対応分が明確で分かりやすくなる</li> </ul>
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>●同じ基本診療料・調剤基本料を算定する医療機関等の中では、上乗せ点数が一律に手当される</li> <li>※例えば、一定の施設類型ごとの消費税負担の大きさに配慮するため、入院基本料の種類(一般病棟、療養病棟、精神病棟等)ごとの消費税負担額(薬価・特定保険医療材料価格に係るものを除く)を算出し、それに見合う手当(消費税3%対応分)を行うことも考えられる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「高額投資」の定義付けとともに、実施された「高額投資」の用途・額・時期等の審査が必要となるが、実際上は困難</li> <li>●加算分だけ基本診療料・調剤基本料の上乗せ分が薄くなる</li> <li>●※仮に10%時に課税転換する場合は、1年半のために審査体制の整備等を行うこととなる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●平成元年、9年の対応への指摘(例:限られた項目に配分する方法は透明性・公平性に欠ける)が継続</li> <li>●個別の診療行為との対応関係が明確でない投資が太宗を占めるため、このような対応には限界がある</li> <li>●医科・歯科・調剤を通じて、全ての医療機関等に一律に手当される</li> <li>●仮に課税転換する場合は、過去の消費税対応分も含めて1点単価で調整すると、1点単価が10円を下回ることとなる</li> </ul>

※「仮に課税転換する場合」については、課税転換の方針は決まっていないが、診療側に課税転換を求める意見があることから記述しているもの

# 消費税率8%引上げ時の対応(平成26年度改定)

○ 平成26年4月の消費税引上げでは、医療機関等の実態調査に基づき、消費税対応分として、必要額(診療報酬改定全体+1.36%)を確保。

◆ 診療報酬本体(+0.63%)

…多くの医療機関等に手当される等の観点から、初再診料、入院基本料等の基本的な点数に上乘せ

◆ 薬価・特定保険医療材料価格(+0.73%)

…市場実勢価格に消費税3%分を上乘せ

医療機関等の仕入れの構造

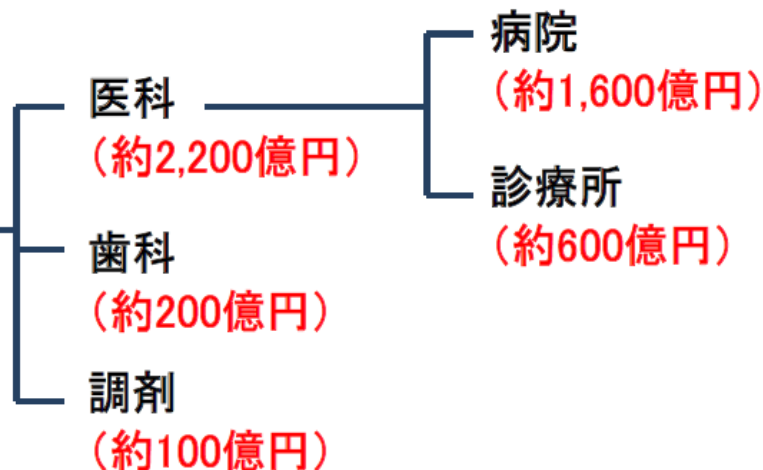
非課税仕入れ (人件費等)	診療報酬で補てん (改定率1.36%相当)	
	新たに医療機関等に発生する消費税負担	
課税仕入れ (委託費等)	5%	3%
課税仕入れ (医薬品・医療材料)	5%	3%

全ての仕入れ価格が3%引き上げられるわけでない(非課税仕入れが存在)ので、改定率は1.36%相当

26年度の改定率(消費税対応)

薬・材料	0.73%
	(約3,000億円)
本体	0.63%
	(約2,600億円)
合計	1.36%
	(約5,600億円)

本体報酬の財源配分





2015年11月30日

# 消費税率8%への引上げに伴う 補てん状況の把握結果について

# 消費税率 5%から8%への引上げに伴う補てん状況の把握結果② (病院)

- 病院全体としての補てん率は100%を上回った一方で、特定機能病院やこども病院の補てん率は100%を下回った。

(1施設・1年間当たり)

	病院全体	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乘せ分 (A)	28,167 千円	27,751 千円	12,925 千円	233,702 千円	93,600 千円
3%相当負担額 (B)	27,518 千円	27,408 千円	9,612 千円	238,242 千円	98,118 千円
補てん差額 (A-B)	649 千円	343 千円	3,314 千円	▲4,540 千円	▲4,518 千円
補てん率 (A/B)	102.36 %	101.25 %	134.47 %	98.09 %	95.39 %
医業・介護収益 (C)	3,757,894 千円	3,782,823 千円	1,525,851 千円	27,158,301 千円	11,092,767 千円
医業・介護収益に対する補てん 差額の割合 ((A-B)/C)	0.02 %	0.01 %	0.22 %	▲0.02 %	▲0.04 %
集計施設数	(1,044)	(781)	169	78	16

※ 病院全体、一般病院の値は、施設の類型別に算出した値を、施設数に応じて加重平均したもの

[ 第20回医療経済実態調査及びレセプト情報・特定健診等情報データベースを基に、  
厚生労働省保険局医療課において推計 ]

2018年7月25日

控除対象外消費税の診療報酬による  
補てん状況把握  
〈平成28年度〉



## 平成28年度 補てん状況把握結果②-1 【病院】

- 病院全体としての補てん率は、85.0%であった。
- 一般病院は85.4%、精神科病院は129.0%、特定機能病院は61.7%、こども病院は71.6%であった。

(1施設・1年間当たり)

	病院全体	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乘せ分 (A)	17,860千円	16,865千円	12,667千円	148,716千円	79,688千円
3%相当負担額 (B)	21,005千円	19,739千円	9,820千円	241,114千円	111,307千円
補てん差額 (A-B)	▲3,145千円	▲2,874千円	2,847千円	▲92,398千円	▲31,619千円
補てん率 (A/B)	85.0%	85.4%	129.0%	61.7%	71.6%
医業・介護収益 (C)	2,964,340千円	2,844,417千円	1,473,927千円	28,686,225千円	13,186,547千円
医業・介護収益に対する補てん 差額の割合((A-B)/C)	▲0.11%	▲0.10%	0.19%	▲0.32%	▲0.24%
集計施設数	(994)	(785)	121	68	20
平均病床数	(248)	(194)	237	839	455

※ 病院全体、一般病院の値は、施設の類型別に算出した値を、全国施設数(平成28年度医療施設調査)に応じて加重平均したものの。

# 補てん不足、バラつきの理由

- 補てん不足
  - 「NDBデータの抽出時に、複数月にまたがる入院日数について各月重複してデータを抽出した」ため。
- バラつきの理由
  - 病院の総収入に入金基本料が占める割合が病院類型ごとにバラついていたため。
    - 特定機能病院は手術料などが大きく、総収入にしめる入院基本料の割合が小さいため、補てん率が下がったと考えられる。

2016年、18年度の2回の  
診療報酬改定の是正の機  
会を4年間も逃してきた  
ことは非常に大きな問題  
だ（猪口委員）

衝撃を受けている。  
厚労省には二重三重の  
不手際について猛省を  
求めたい（中川委員）





# 今後の対応①

## 厚生労働省保険局

- 過去の調査では、病院種別や入院種別で相当のばらつきが確認された。このバラつきにどのように対応する必要があるか、検証調査のさらなる精緻化、複数回調査の実施なども含めて検討しなければならない



森光敬子保険局医療課長

# 今後の対応②

## 日本医師会

- これまでの診療報酬で補てんする制度を前提とした上で、「補てん額を上回る仕入れ消費税額を医療機関が負担している場合にはその超過額の税額控除（還付）を認める新たな制度」を求めている



日本医師会今村聡副会長

# 今後の対応③

## 財務省

- ① 医療保険制度内での対応  
とすること
- ② 総額に於いて医療機関等  
が負担する医療税額と  
の範囲内での対応と  
すること
- ③ 各病院に別れたと  
（能にれいさ基きべ  
間機）入づで、置でる  
院定間仕基上配て図  
病特型のにた護いを  
・に類の額つ看用心  
所らのお総行のも対  
療さ院ののを間々なる  
診は病お額分型一緻い  
、門ど、当配類テ精て  
間部なて相源各のけし  
科病院い額財に別たと





# 消費税対応 2019年診療報酬改定方針



- 2019年に実施する診療報酬改定の見直し案を点した。
- 入院料に課税し、総収入割合を考慮して、税率に占める割合を決定する。
- 年明けに案を作成する。

2018年10月31日中医協

# 2019年10月消費増税対応

中医協2019年2月13日



# 消費税率10%対応診療報酬改定 (2019年10月)

全体改定率 +0.88% (満年度分 4100億円)

1. 診療報酬改定 +0.41% (約1900億円)  
(2019年10月実施)

各科改定率	医科	+0.48%	(約1600億円)
	歯科	+0.57%	
	調剤	+0.12%	

2. 薬価等  
(2019年10月実施)

① 薬価	▲0.51%
※ うち、消費税対応分	+0.42%
実勢価改定等	▲0.93%
② 材料価格	+0.03%
※ うち、消費税対応分	+0.06%
実勢価改定	▲0.02%

\* 告示は2019年10月近く



# パート3 どうなる7対1？



中医協総会

## 改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点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

# 入院医療分科会

中医協診療報酬調査専門組織  
入院医療等の調査・評価分科会



診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会  
委員名簿

氏 名	所 属
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
おかむら よしたか 岡村 吉隆	公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長
おがた ひろや 尾形 裕也	東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
しま ひろじ 島 弘志	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 病院長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つつい たかこ 筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
はやしだ けんし 林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
ふじもり けんじ 藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 教授
ほんだ のぶゆき 本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

# 入院医療のポイント 7対1 入院基本料の見直し

看護師配置数と重症患者割合  
(重症度、医療・看護必要度)

## 現在の7対1入院基本料における評価指標

評価指標	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	施設基準
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

# 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方 2016年改定

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

## 重症者の定義

A得点が2点以上かつ  
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

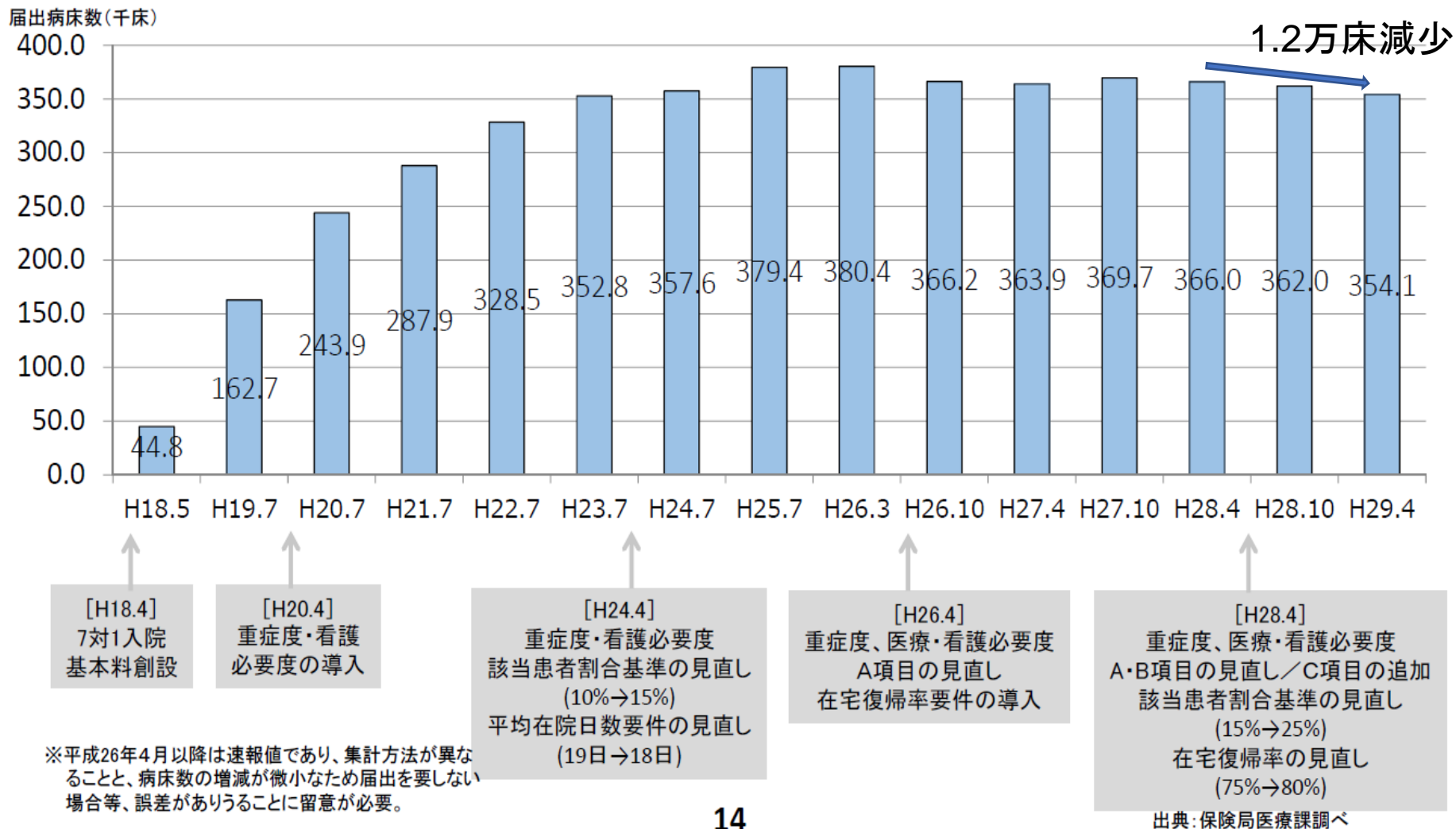
C 1得点が1点以上の患者



# 2016年改定の 7対1への影響

# 一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



# 2018年診療報酬改定

7対1, 10対1を統合・再編して  
新評価体系へ

## 一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

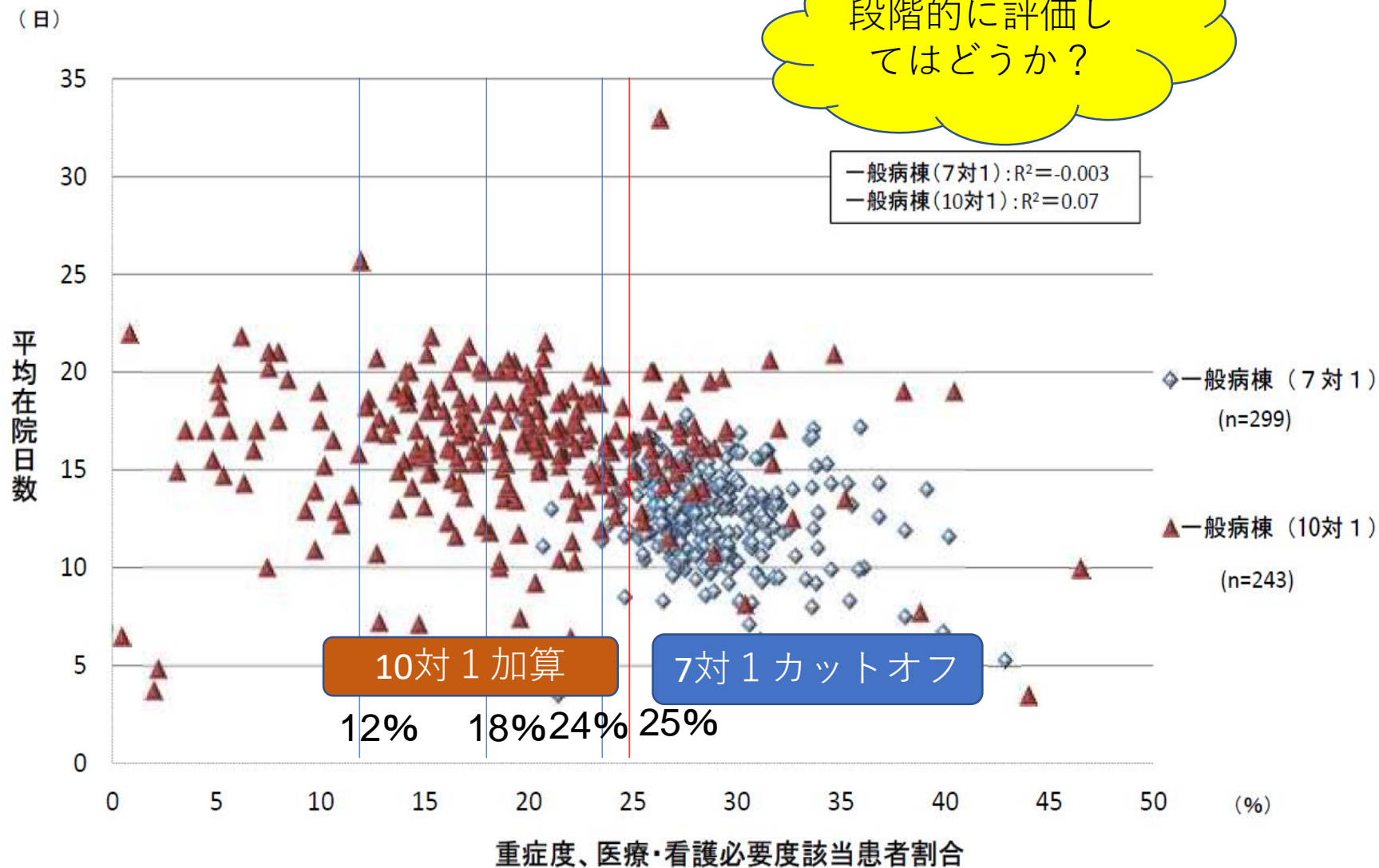
## 一般病棟（10対1）の加算による評価について

### 【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	基準値
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上



# 平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



7対1と10対1  
の診療報酬点数  
の差を考え  
れば、病院と  
しては7対1を  
維持したいと  
考えてしまう

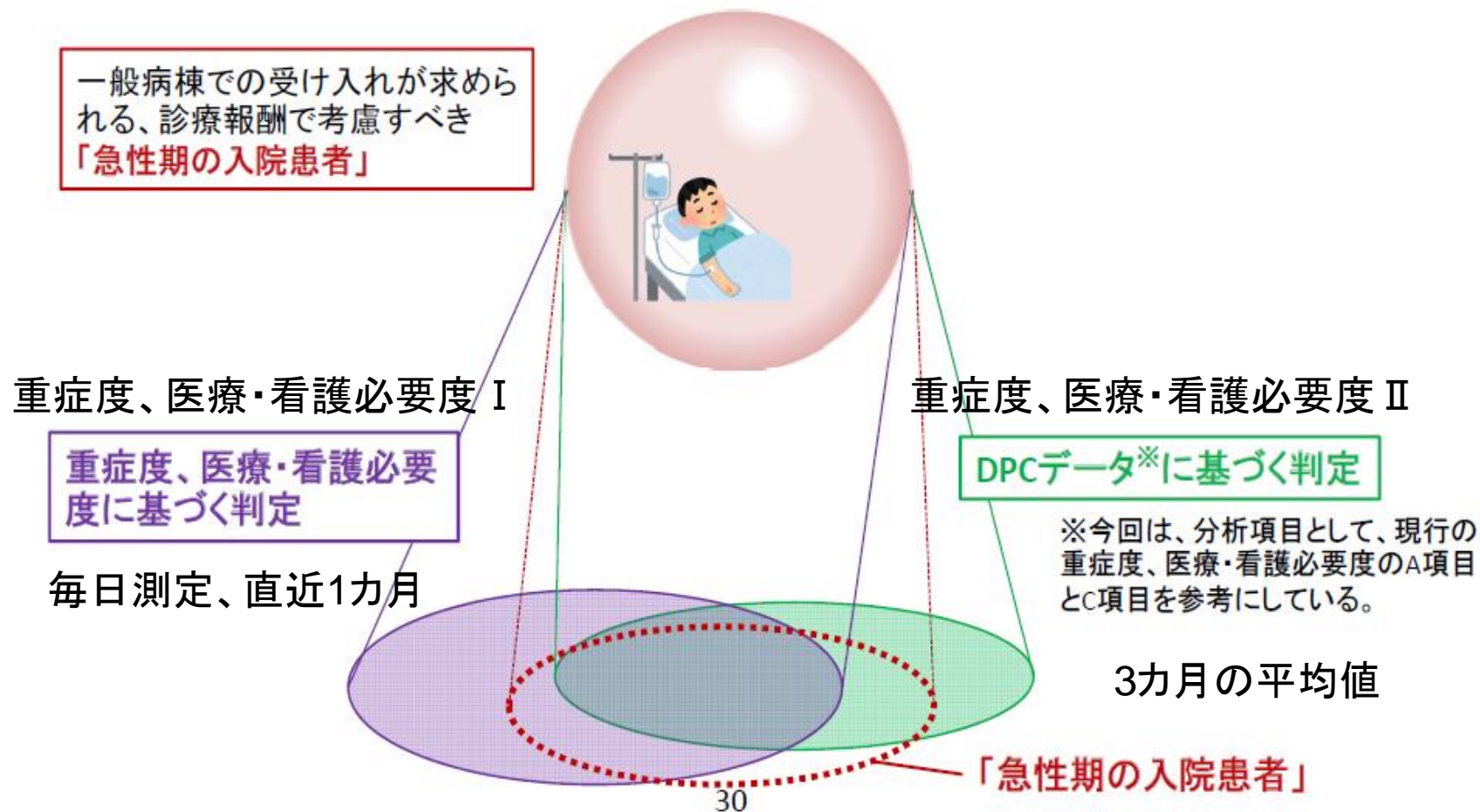
7対1ではカットオフ  
値である25%ギリギ  
リの病院が圧倒的だ  
が、10対1では正規分  
布に近くなっている

段階的に評価  
してよいので  
はないか？



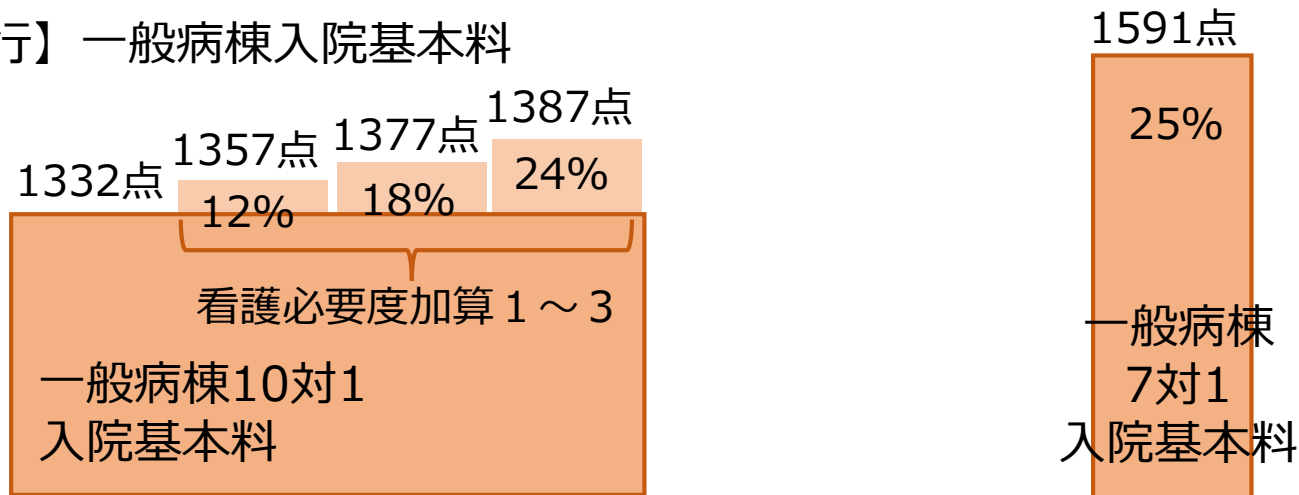
## 急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図

- 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。



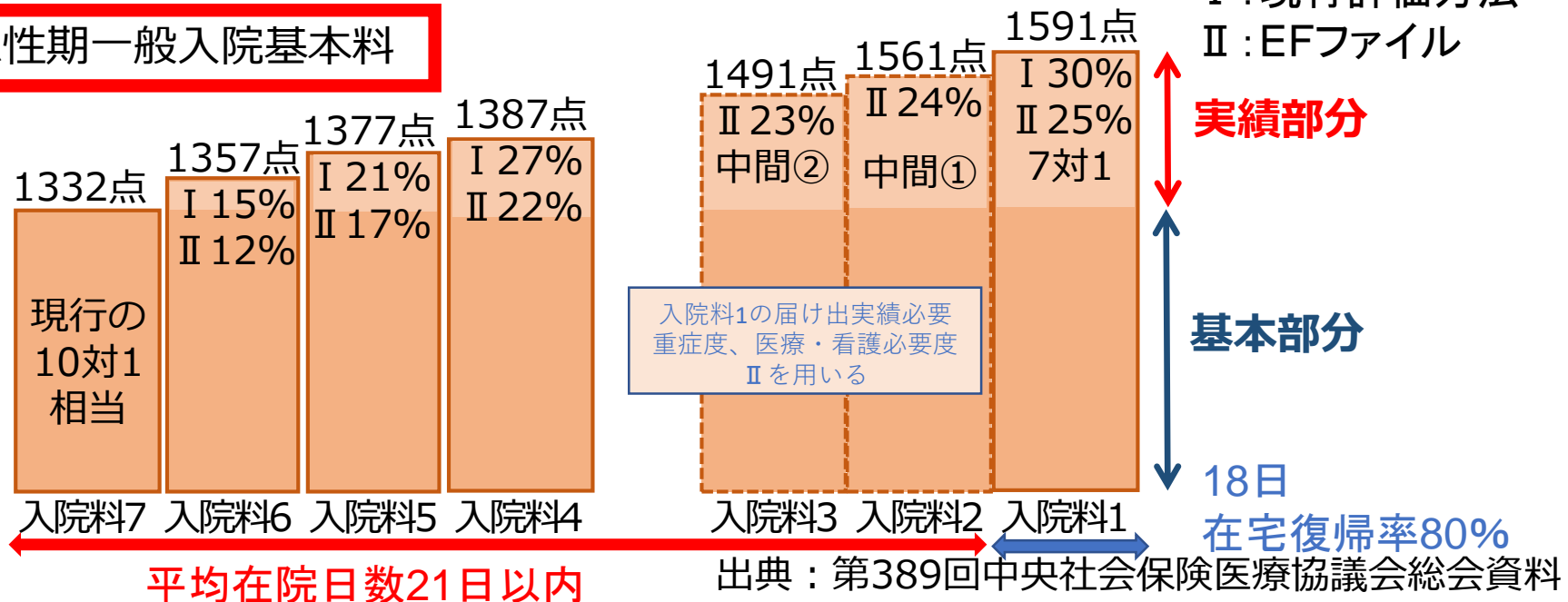
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料





# 急性期一般入院料と地域一般入院料の改定後の現状（2018年6月）

2017年11月		2018年6月						
一般病棟入院基本料	合計	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2	急性期一般入院料3	急性期一般入院料4	急性期一般入院料5	急性期一般入院料6	急性期一般入院料7
7対1	1,527	1,480	26	0	3	2	2	0
10対1	2,177	29	4	0	459	689	508	431
13対1	402	0	0	0	2	6	9	5
15対1	744	0	0	0	0	0	1	2

2017年11月		2018年6月			
一般病棟入院基本料	合計	地域一般入院料1	地域一般入院料2	地域一般入院料3	その他
7対1	1,527	2	0	0	12
10対1	2,177	12	1	4	40
13対1	402	217	143	8	12
15対1	744	11	13	699	18


7対1からのランクダウン45病院  
 10対1からのランクアップ33病院  
 差し引き1200床の減  
 （日本アルトマーク調べ）  
2018年11月時点で、7対1病床は1年前から比べて6498床減

# 入院医療分科会の再編・統合 ～DPCなど2つのWG設置、内容は非公開に～



中医協総会  
2018年5月23日

- 入院医療に関する診療報酬の技術的な検討を行う「入院医療等の調査・評価分科会」と「DPC評価分科会」を再編・統合
- 新たな分科会の下に「DPCワーキンググループ」（仮称）と「診療情報・指標等ワーキンググループ」（同）を設置する厚生労働省案が了承された。



# 入院医療分科会の再編・統合後の 初回分科会

入院医療分科会（2018年7月12日）

# 入院医療分科会の再編・統合

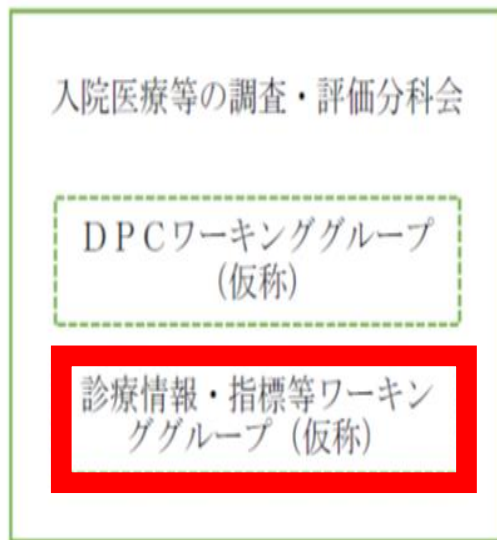
分科会長 武藤

入院医療等の調査・評価分科会

DPC評価分科会

現 行

分科会長 尾形



再編後のイメージ

○DPCワーキング (山本班長)

DPC (診断群分類)、  
医療機関別係数等に関する  
調査研究・結果分析

○診療情報・指標等ワーキング  
(池田班長)

データ提出加算の提出データ、  
医療ニーズやアウトカム等の  
指標等に関する調査研究・  
結果分析など



# 消える7対1・・・

- 7対1、10対1は新入院評価体系へ・・・
- 基本部分は10対1、実績部分の評価は重症度、医療・看護必要度Ⅱへ
- 基本部分、実績部分の内容見直しも今後起きる
- 看護配置に基づく入院基本料から、実績に基づく新入院評価体系へ
- 実績を達成するための入院基本料への変換

看護師集めてなんぼの世界から  
実績達成してなんぼの世界へ

# 地域包括ケア病棟

病床機能区分の回復期の主流となる病棟

# 地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の役割・機能
  - ①急性期病床からの患者受け入れ
    - 重症度・看護必要度
  - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
    - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
  - ③在宅への復帰支援
    - 在宅復帰率
- データ提出
  - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期・高度急性期

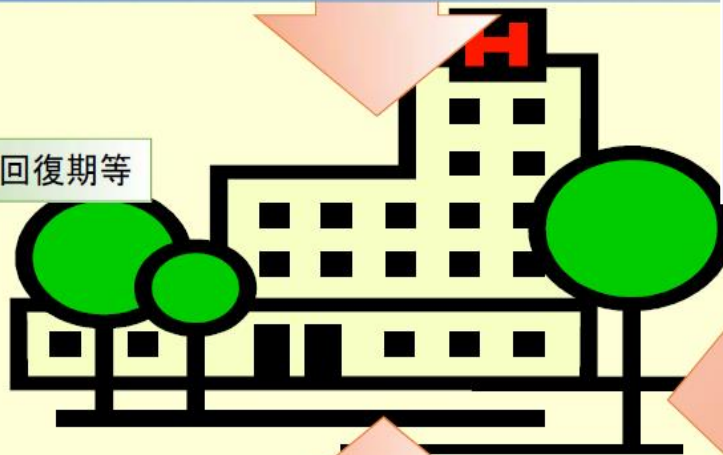


急性期

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



実際には  
④「一般病棟代替機能」  
もある。

短期滞在手術  
化学療法  
糖尿病教育入院  
レスパイト入院

②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

長期療養  
介護等



介護施設等

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定  
・在宅療養支援病院の届出 など



自宅・在宅医療



# 地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1  
29.6.7

- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の入棟元をみると、自院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の退棟先をみると、自宅への退棟が約6割で、そのうち在宅医療の提供のない患者が大部分を占める。

【入棟元】 (n=1,395)

自宅	26.7%	
自院	自院の7対1、10対1病床	49.4%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	0.4%
	自院の療養病床	0.0%
他院	他院の7対1、10対1病床	13.5%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	0.1%
	他院の療養病床	0.4%
介護療養型医療施設	0.1%	
介護老人保健施設	1.2%	
介護老人福祉施設（特養）	1.2%	
居住系介護施設	2.9%	
障害者支援施設	0.0%	
その他	1.9%	
不明	2.2%	

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=438)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
自院	介護老人福祉施設（特養）		4.1%
	居住系介護施設（グループホーム等）		4.8%
	障害者支援施設		0.0%
	一般病床		1.4%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.9%
療養病床	在宅復帰機能強化加算あり		0.9%
		在宅復帰機能強化加算なし	1.4%
	その他の病床		0.2%
他院	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.5%
その他の病床		0.5%	
有床診療所	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%	
	在宅復帰機能強化加算なし	0.2%	
介護施設	介護療養型医療施設		0.5%
	介護老人保健施設	在宅強化型	1.4%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.5%
	上記以外		3.2%
死亡退院			3.2%
その他			0.0%
不明			11.2%

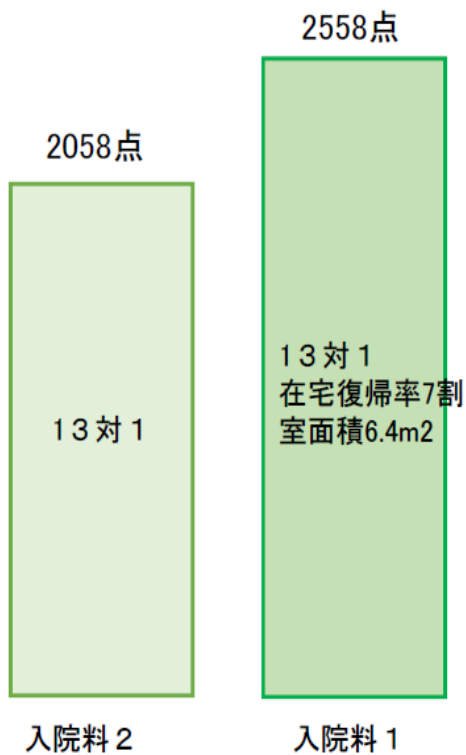
地域包括ケア病棟は創設当初の3つの機能を育てて行くことが大事だ

自宅からの患者については負荷がかかることが確認できた。何らかの評価を検討してもいいのではないか

2017年8月24日 入院医療分科会

# 地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

## 【現行】



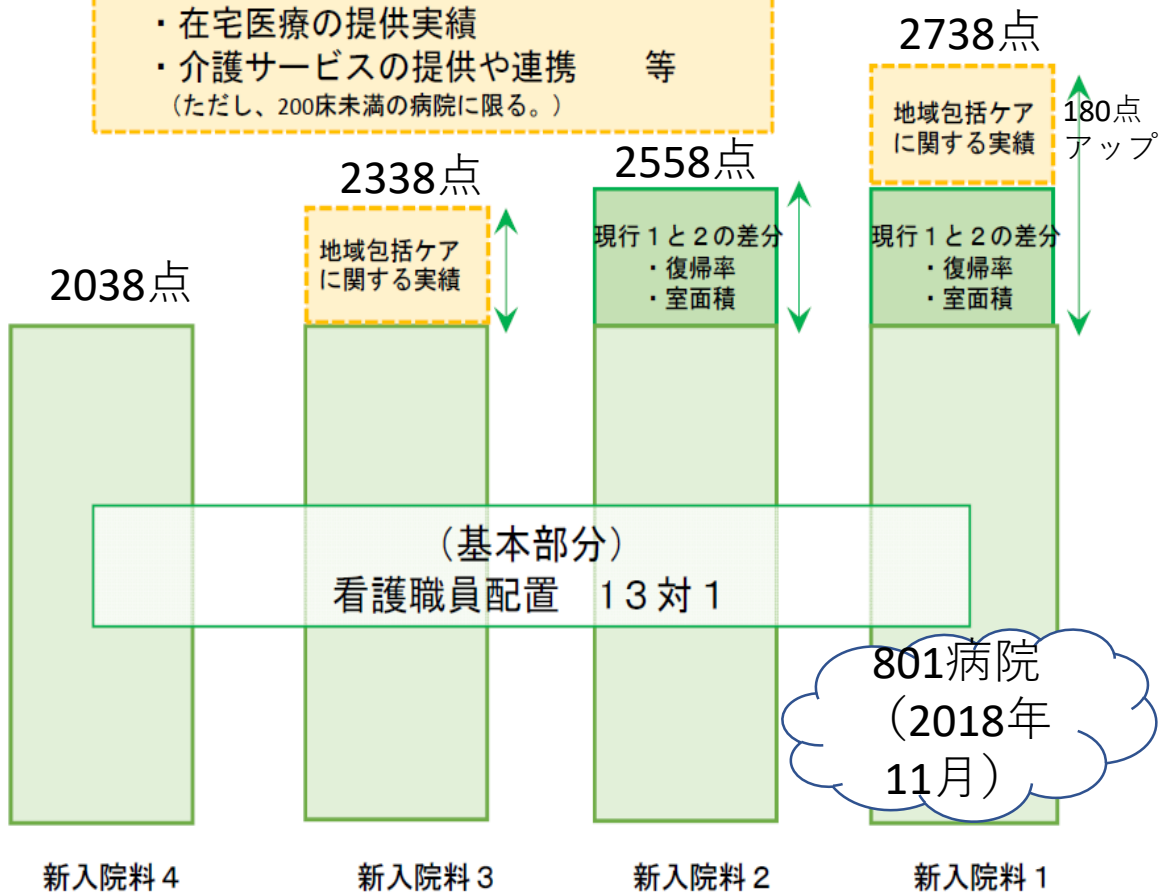
再編

## 【平成30年度改定の見直し（案）】

### 【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
  - ・ 在宅医療の提供実績
  - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- (ただし、200床未満の病院に限る。)

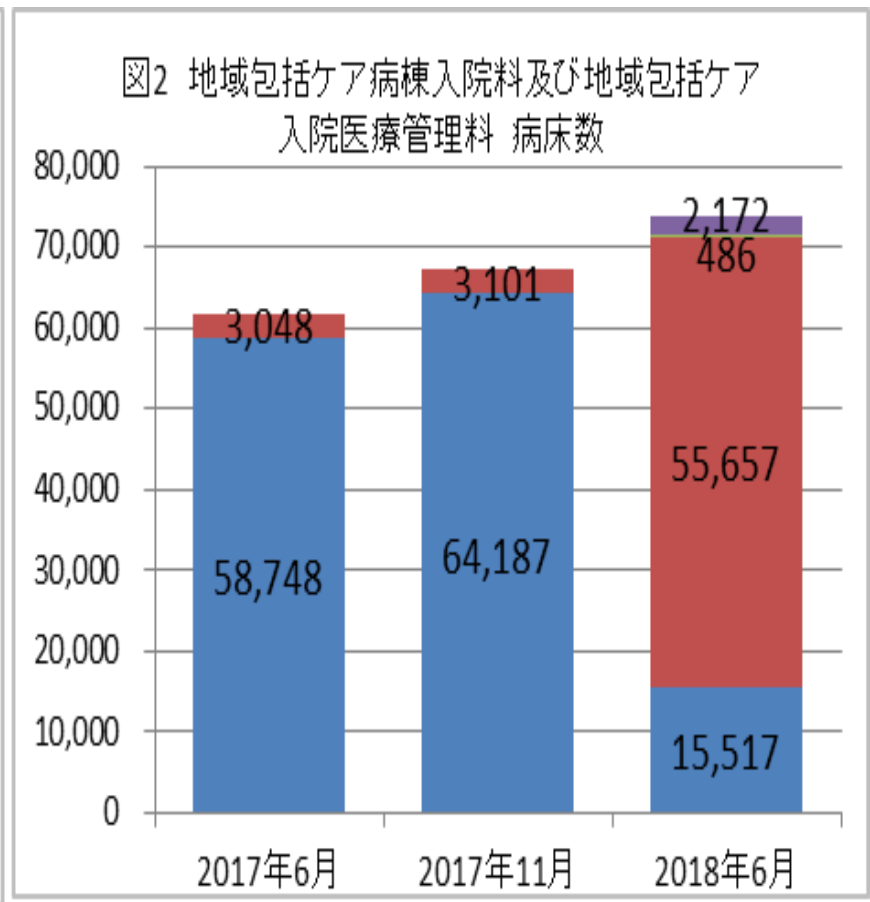
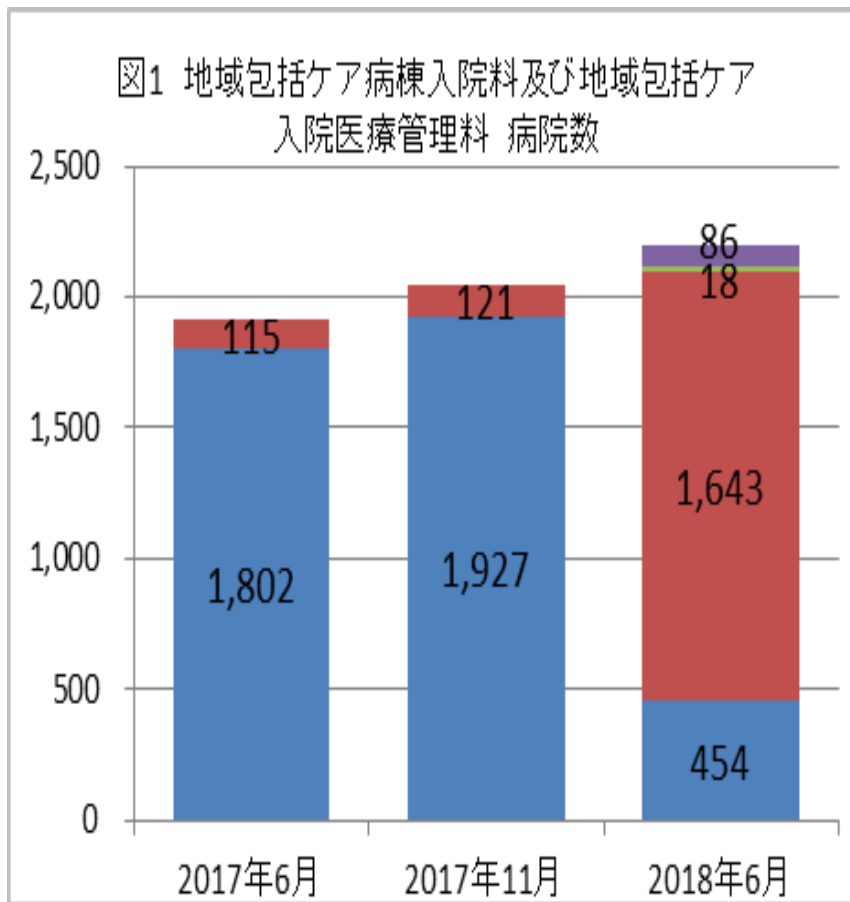
- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

# 地域包括ケア病棟 2191病院、73,832床（2018年6月）

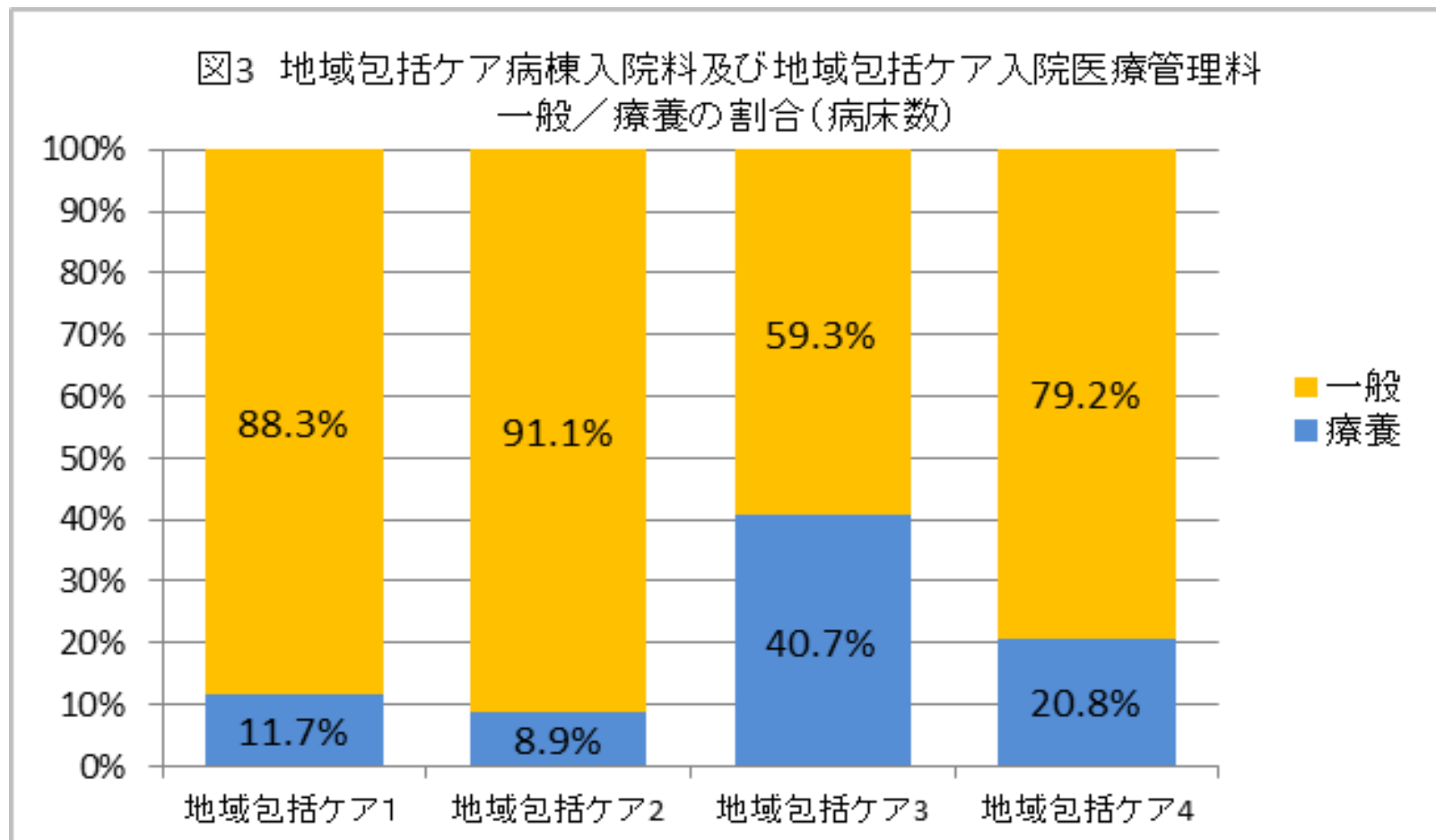


■ 地域包括ケア1 
 ■ 地域包括ケア2 
 ■ 地域包括ケア3 
 ■ 地域包括ケア4  
 （日本アルトマーク調べ）



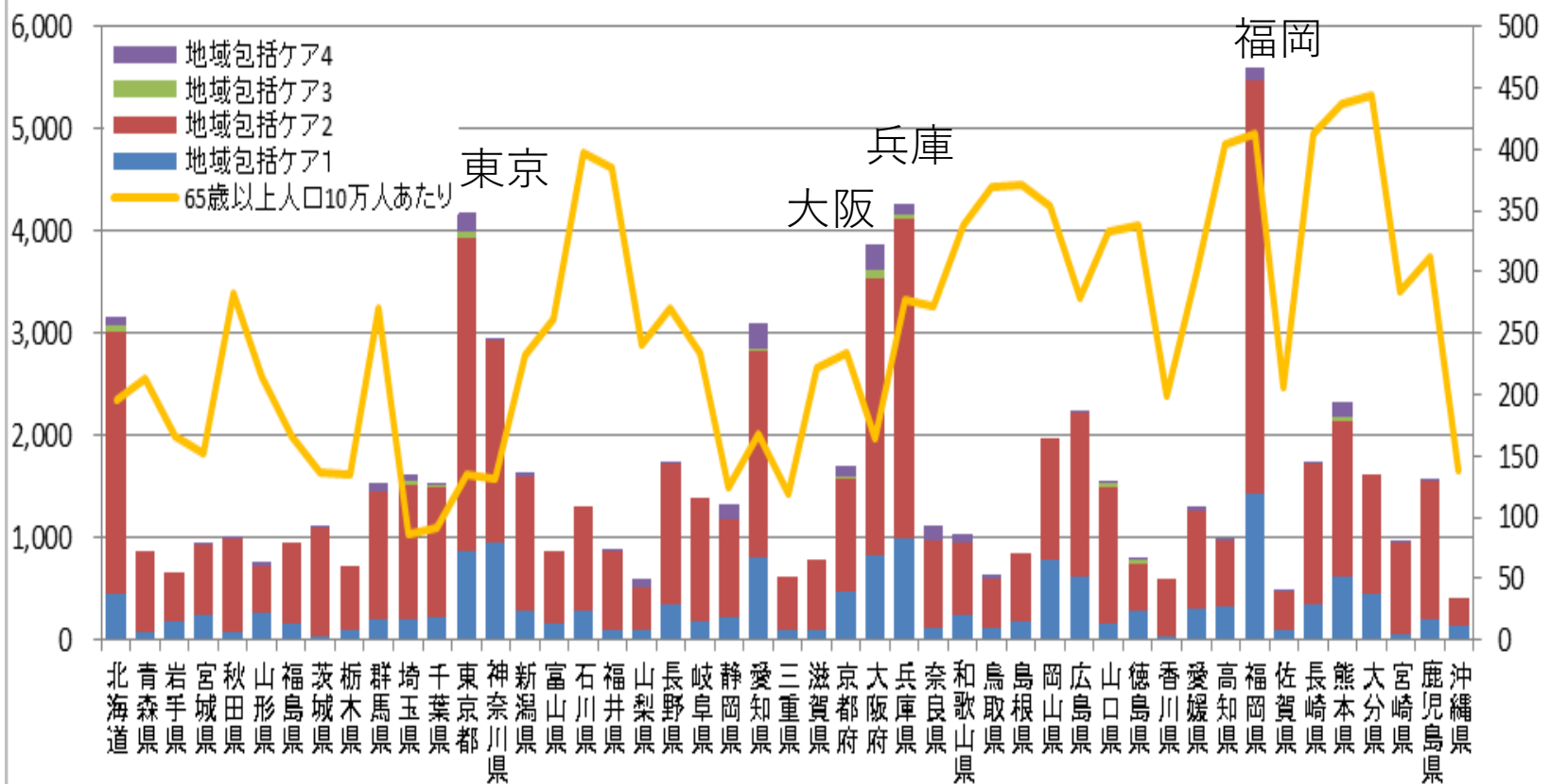
# 地域包括ケア病棟

一般病床からの転換9割、療養からの転嫁1割



# 都道府県別地域包括ケア病棟

図4 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料 都道府県別病床数



# 地域包括ケア病棟ウェブセミナー (2019年1月21日)

Live Symposium  
病院経営

療養病床から60床の  
地ケア病棟への転換で、  
入院単価  
680点アップ

一般病床49床を地  
ケア病棟に転換、近  
隣の病院との連携協  
定でポストアキュート  
の受け入れ

BRIDGE  
Bright Days Together

演者  
医療法人十善会 野瀬病院 病院長  
野瀬 範久 先生

演者  
独立行政法人  
地域医療機能推進機構 (JCHO)  
東京高輪病院 院長  
木村 健二郎 先生

座長  
国際医療福祉大学大学院 教授  
武藤 正樹 先生

野瀬病院 (神戸)  
(90床)  
野瀬範久院長

JCHO東京高輪病院  
(239床)  
木村健二郎院長

国際医療福祉大学  
武藤正樹



# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

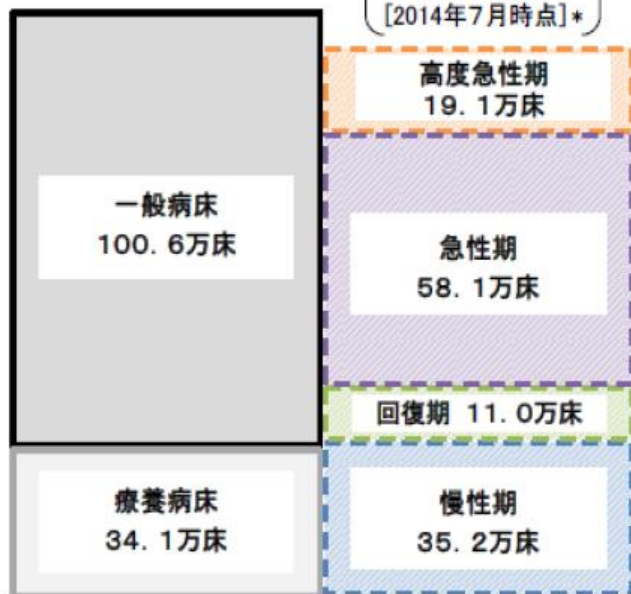
- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化し、必要のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。  
 （→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療へ）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、急性期医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じた適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

地域包括ケア病棟は地域医療構想における、急性期と回復期にまたがる最大病棟となるだろう

## 【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



## 【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。  
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度



# 回復期リハビリテーション



2017年10月25日 中医協

## 回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

### 効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の} \left( \frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right) \text{の総和}}$$

### 実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

#### 必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

#### まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い（退棟患者の4割以上）保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。  
（高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者）

医療機関の判断で、各月の入棟患者数（高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数）の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- 入棟時に年齢が80歳以上の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

（除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

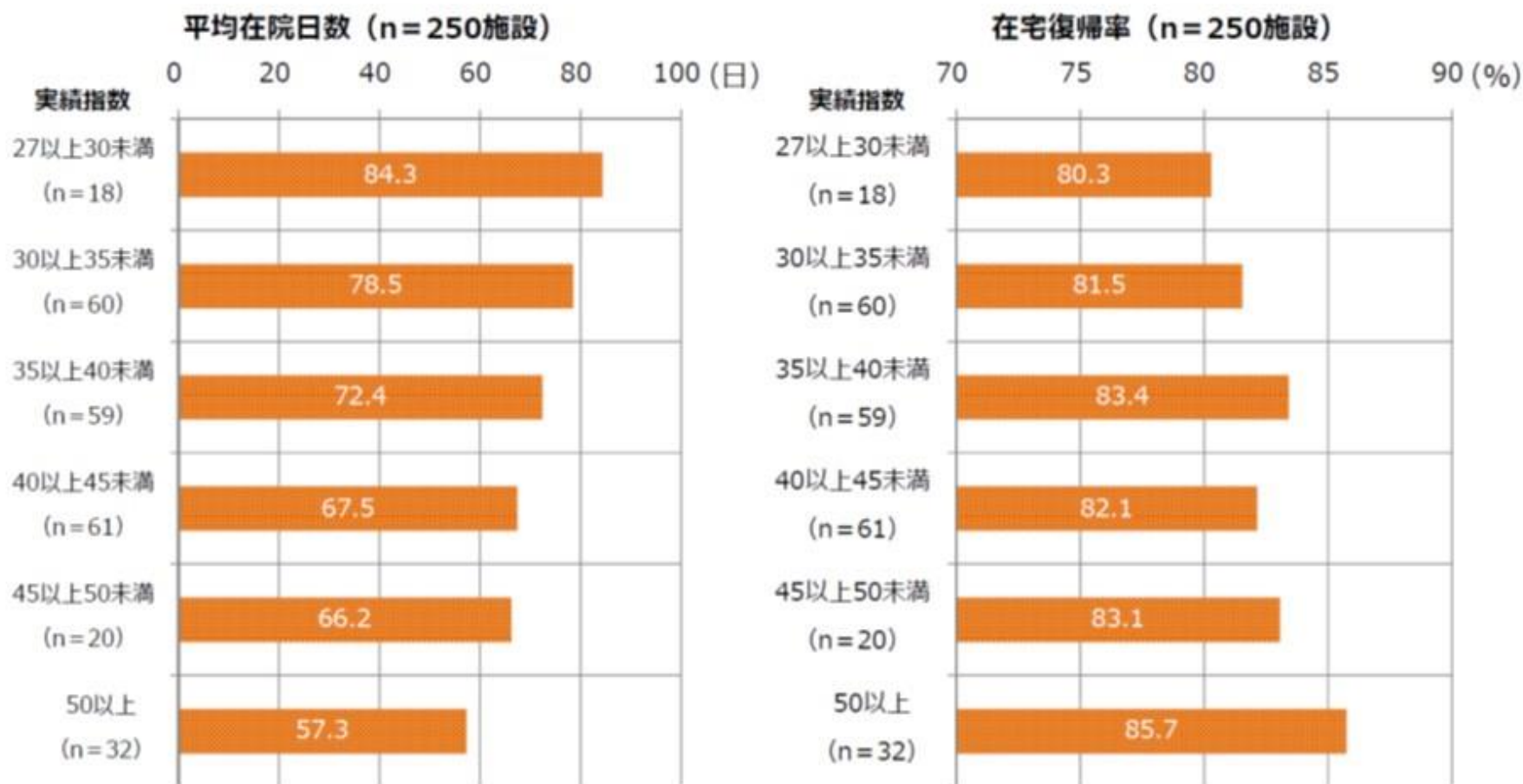
※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

27未満が連続するとペナルティの対象に！



## 回復期リハ病棟における実績指数と平均在院日数・在宅復帰率

○ 実績指数が高いほど、平均在院日数は短い傾向、在宅復帰率は横ばいかやや高い傾向。

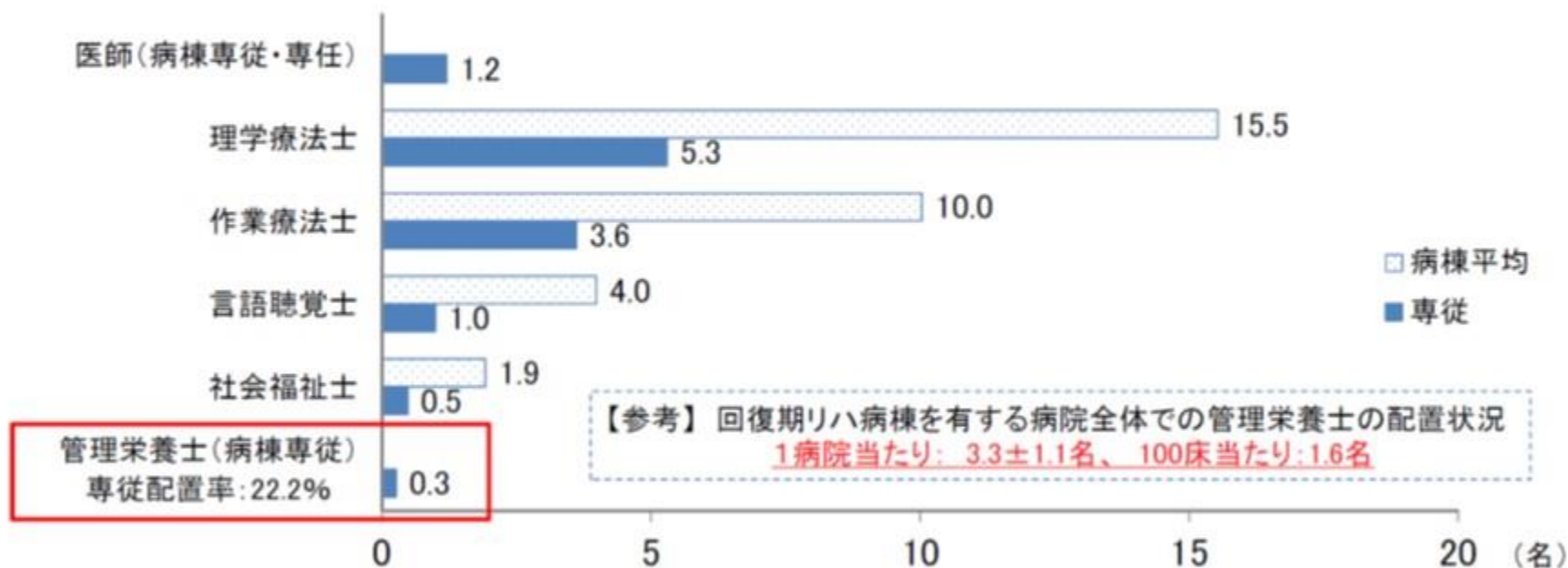


※ 回復期リハビリテーション病棟のうち、一定のリハビリ提供実績を有する病棟(過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟)について分析。実績指数27未満については、n=1とサンプルが少ないためグラフに示していない。

出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査)速報値

## 回復期リハビリテーション病棟における職員配置の状況

- 回復期リハビリテーション病棟(調査対象:1,058病棟)の職員配置数をみると、管理栄養士の平均配置数は1病棟当たり0.3名であった。病院全体の配置数でみると、1病院当たり3.3名(100床当たり1.6名)であった。
- 回復期リハビリテーション病棟のうち、管理栄養士を専従で配置している病棟は22.2%であった。



値は平成28年9月1日時点の常勤換算数; 同時点での回復期リハ病棟1病棟当たりの平均病床数: 45.8±9.5床

※ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び社会福祉士については、内数としての病棟専従者に加えて1病棟当たりの平均配置人数も記載

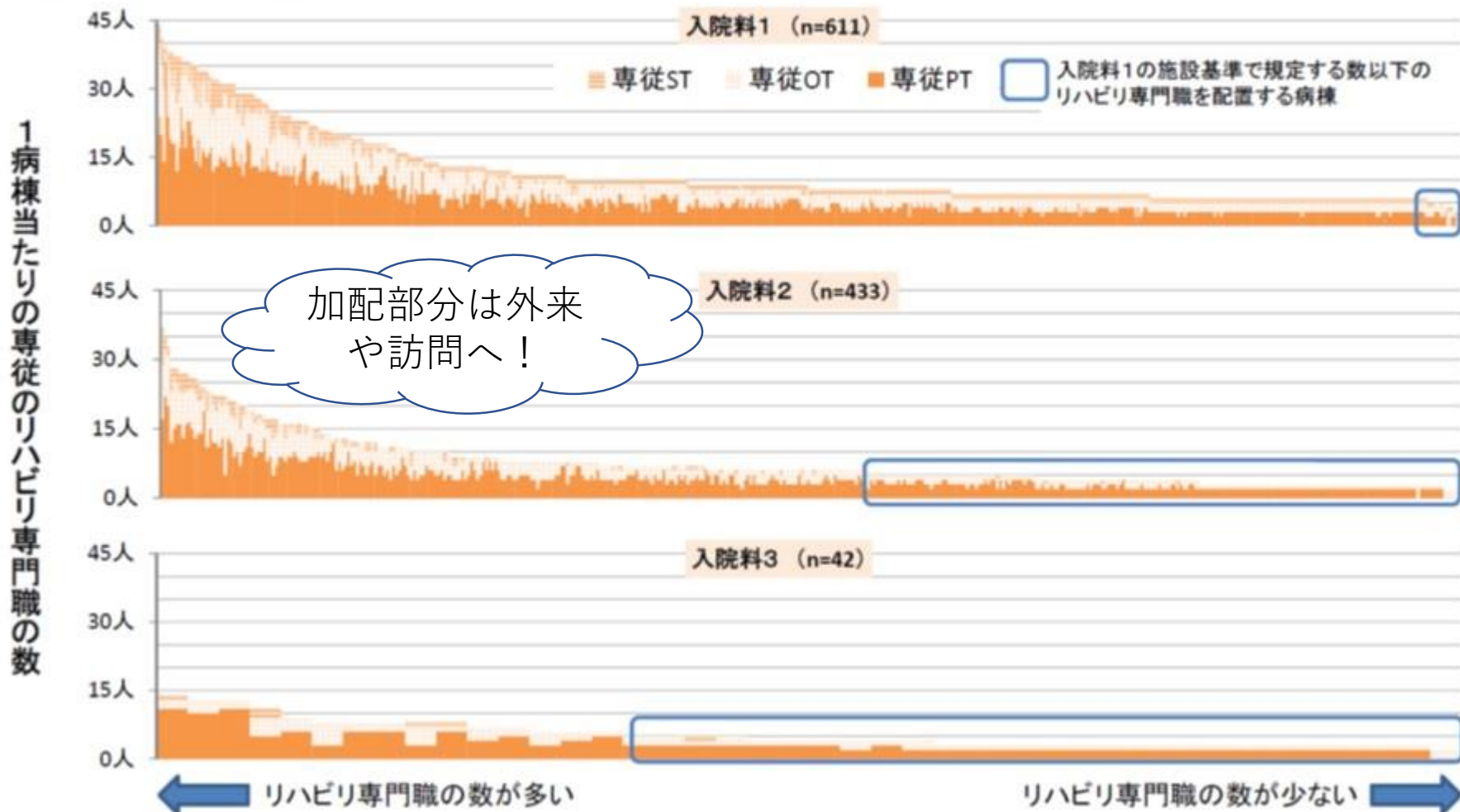
図 回復期リハ病棟における主な人員配置(看護師を除く)の状況

出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会



## 回復期リハビリテーション病棟における専従のリハビリ専門職の配置状況②

- 入院料2や3であっても、一定割合の病棟は、入院料1の施設基準で規定する数よりも多く、病棟専従のリハビリ専門職を配置していた。

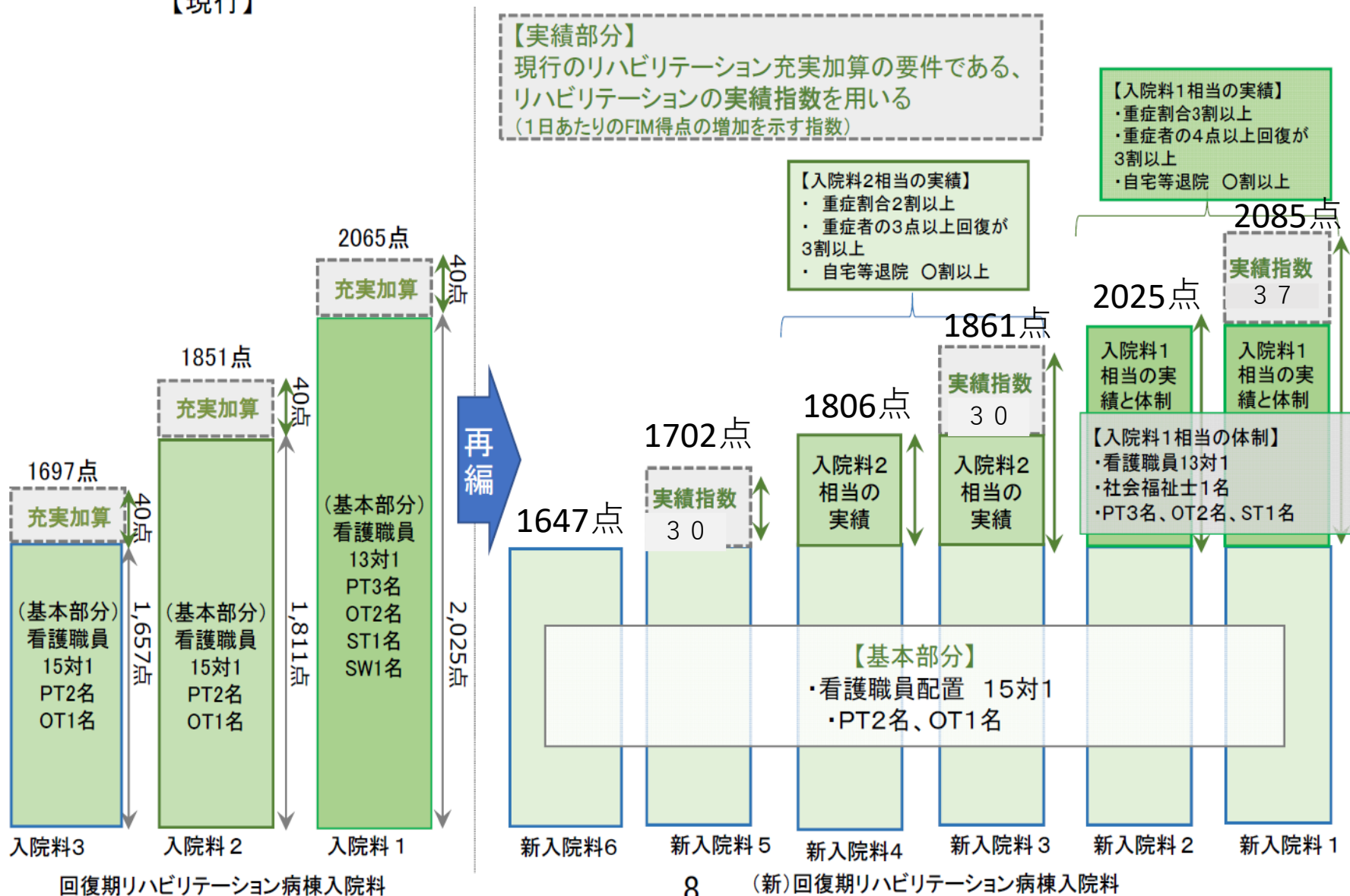


出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

# 回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定の見直し(案)】



# FIMを上げるには？

## 排泄リハ・嚥下リハに着目！

### Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

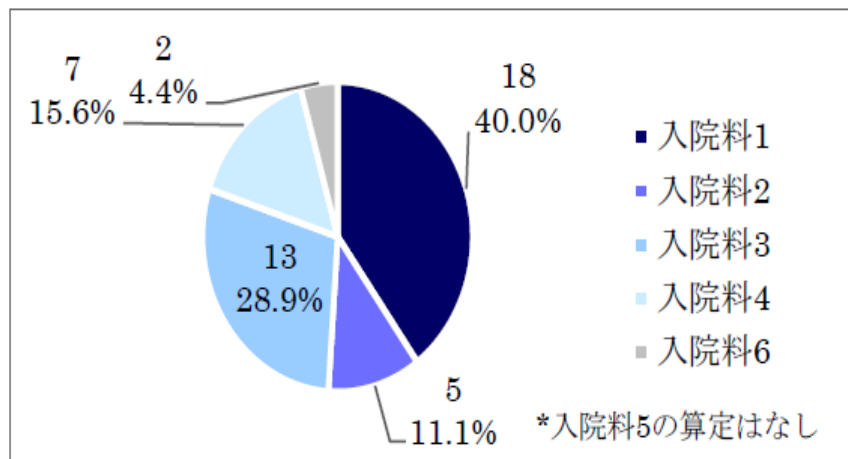
- ✓ 「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価（合計：126点～18点）

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計21～3点				
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

# 回復期リハビリテーション病棟

(図表 27) 入院料の算定状況 (n=45)

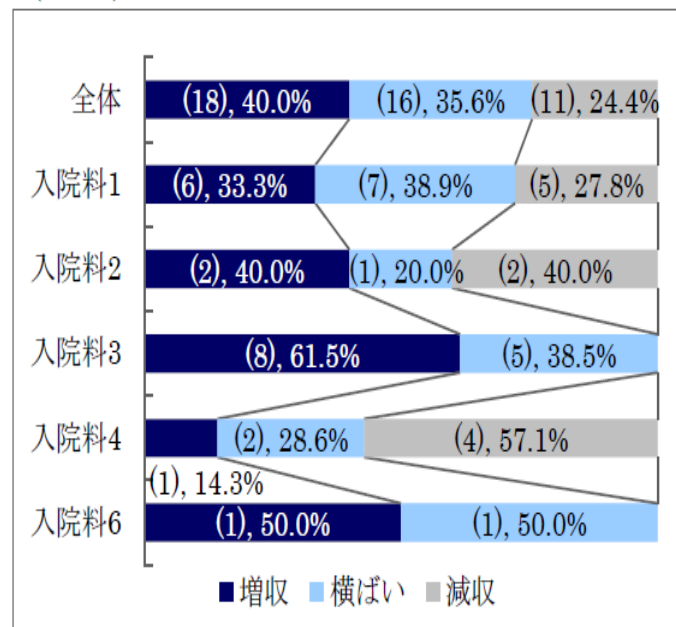


(図表 28) 改定前後の算定入院料の状況 (n=45)

改定後	改定前 (回復期リハビリテーション病棟入院料)			
	入院料 1	入院料 2	入院料 3	その他
入院料 1	17	1	-	-
入院料 2	4	1	-	-
入院料 3	-	13	-	-
入院料 4	-	5	1	1
入院料 6	-	-	2	-

独立行政法人福祉医療機構  
2018年7月調査  
183病院

(図表 29) 前年同時期と比較した医業収益の変化 (n=45)





# パート4 どうなる働き方改革



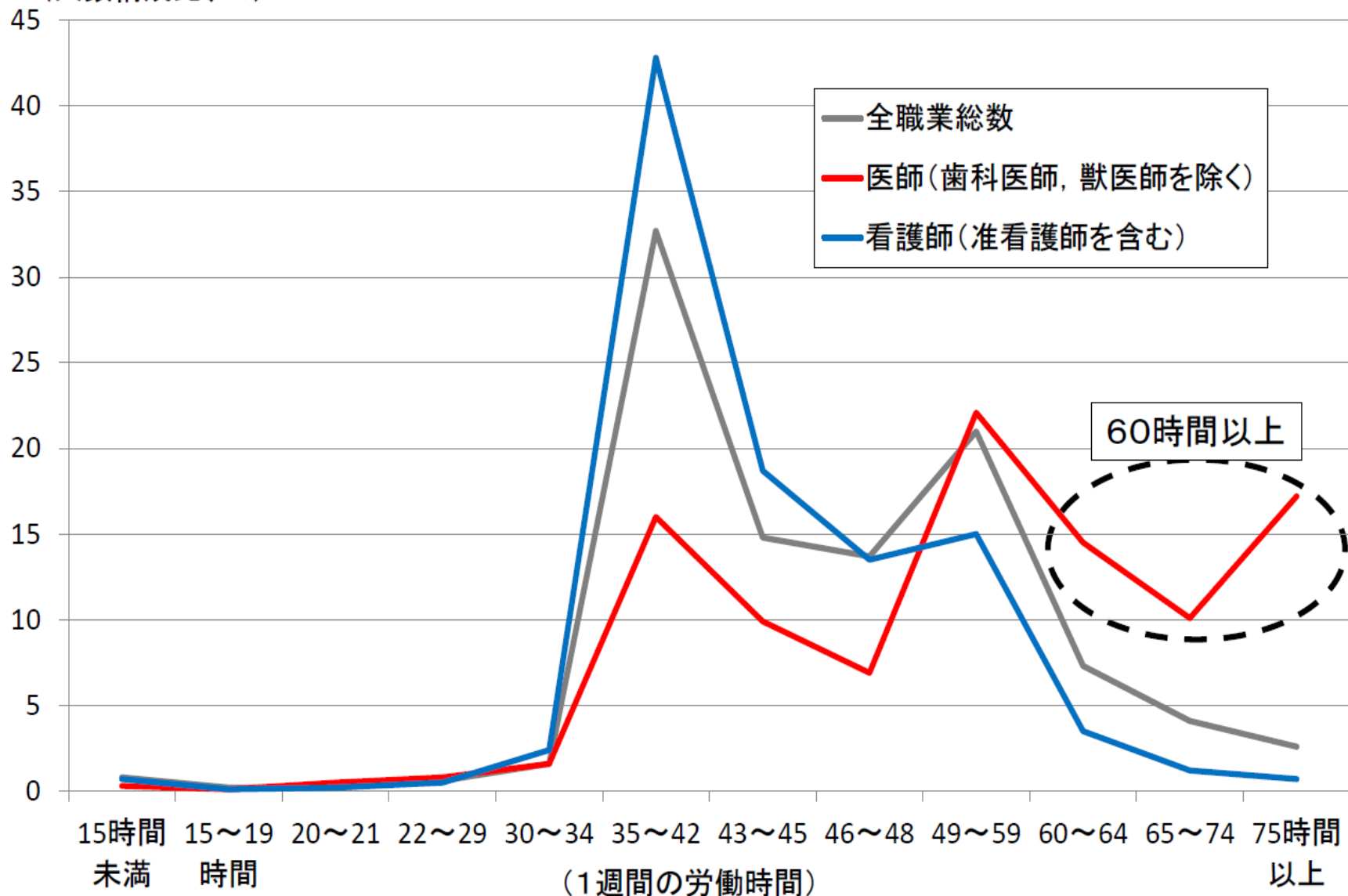
# 日本の医師は他の職種より 労働時間が長い

当直明け  
で手術、  
疲れた～



# 医師等の1週間の労働時間の分布

(人数構成比、%)

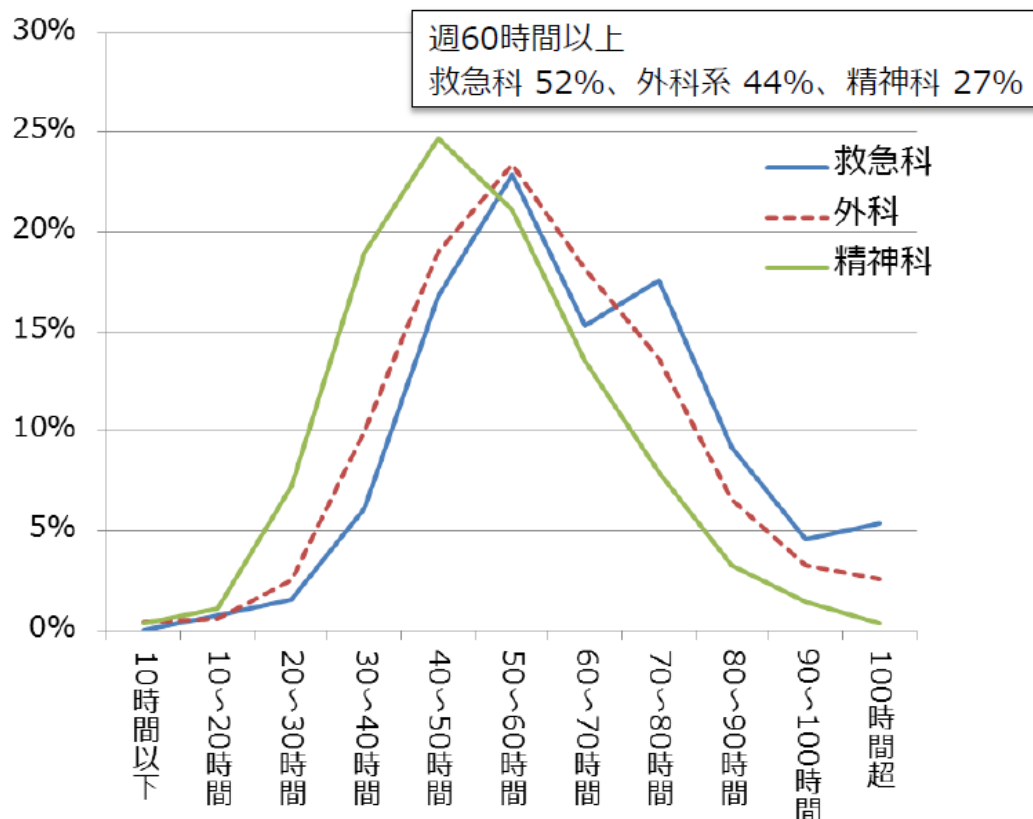


(出典)総務省・平成24年就業構造基本調査  
(年間就業日数200日以上、正規職員)

# 病院常勤勤務医の診療科別の週当たり勤務時間

○ 病院常勤勤務医の週当たり勤務時間（診療＋診療外＋当直の待機時間）が60時間以上の割合は、平均の勤務時間が相対的に長い救急科・外科系はそれぞれ52%・44%、平均の勤務時間が相対的に短い精神科であっても27%。

週当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科系	56時間16分
外科系	59時間28分
産婦人科	59時間22分
小児科	56時間49分
救急科	63時間54分
麻酔科	53時間21分
精神科	50時間45分
放射線科	52時間36分
臨床研修医	60時間55分
全診療科平均	56時間28分

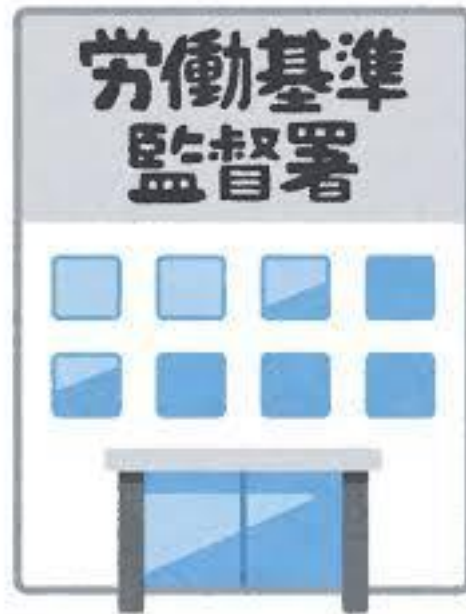


※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。なお、当直の待機時間には、労働基準法上の労働時間に該当するものと該当しないものの両方が含まれていると考えられる。

「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）結果を基に医政局医事課で作成



# 相次ぐ労基署の 病院への立ち入り



# 聖路加国際病院 医師の長時間労働指摘2016年6月



# 研修医の過労死自殺が起きた 新潟市民病院

## 患者のみなさまへ

当院は、新潟労働基準監督署の指導により、医師の労働時間を縮減し、適正化を図ることにいたしました。

今後も、病院として最大限の努力を払って診療の質と安全性の確保をいたしますが、従来と異なる対応となる場合が出てくる可能性があります。

この点につき、ご理解のほどお願い申し上げます。

平成29年6月6日  
新潟市民病院  
院長 片柳 憲雄



# 労働基準監督署のあいつぐ 是正勧告

- 特定機能病院で労基法違反残業のあいつぐ摘発
  - 大学病院付属病院で労基法違法残業や残業代の未払いが相次ぎ発覚している。
  - 報道によれば全国85の特定機能病院のうち、7割超の64病院で労働基準法違反があったとして労働基準監督署が是正勧告し、少なくとも28病院に複数回の勧告を行っていたことが2018年2月に明らかになった。
- 自治体病院でもあいつぐ摘発
  - 全国自治体病院協議会の調査によれば44都道府県170の自治体病院に労基署による摘発が行われた
  - 沖縄の県立病院18億円、好生館病院8億円の支払い等
  - 東京都立小児総合医療センター、1.2億円の支払い



佐賀県医療センター好生館、未払い残業代  
5億6千万円支給へ労基署から是正勧告  
(2017年)



# 沖縄の県立病院2年間で医師の 残業代の支払い**18億円**（2017年）



(資料写真) 県立南部医療センター・こども医療センター

# 医師の働き方改革検討会



第6回医師の働き方改革検討会（2018年1月）



# 「第1回 医師の働き方改革に関する検討会」

座長 岩村正彦 東京大学大学院教授

2017年8月2日





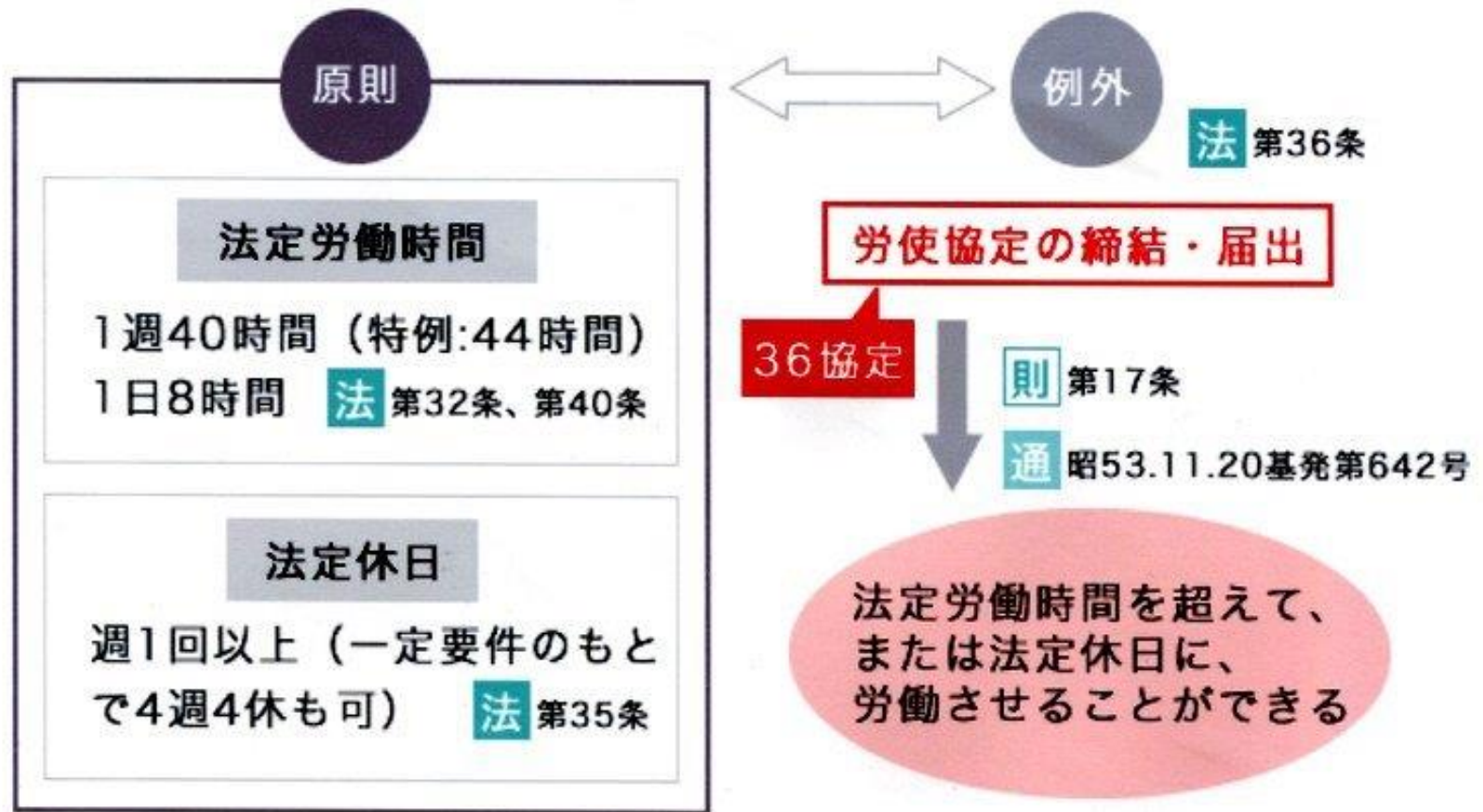
# 労働基準法(労働時間)

法定労働時間:

休憩時間を除いて、**1日に8時間、1週間に40時間**を超えて労働させてはいけません。(特例措置対象事業を除く)

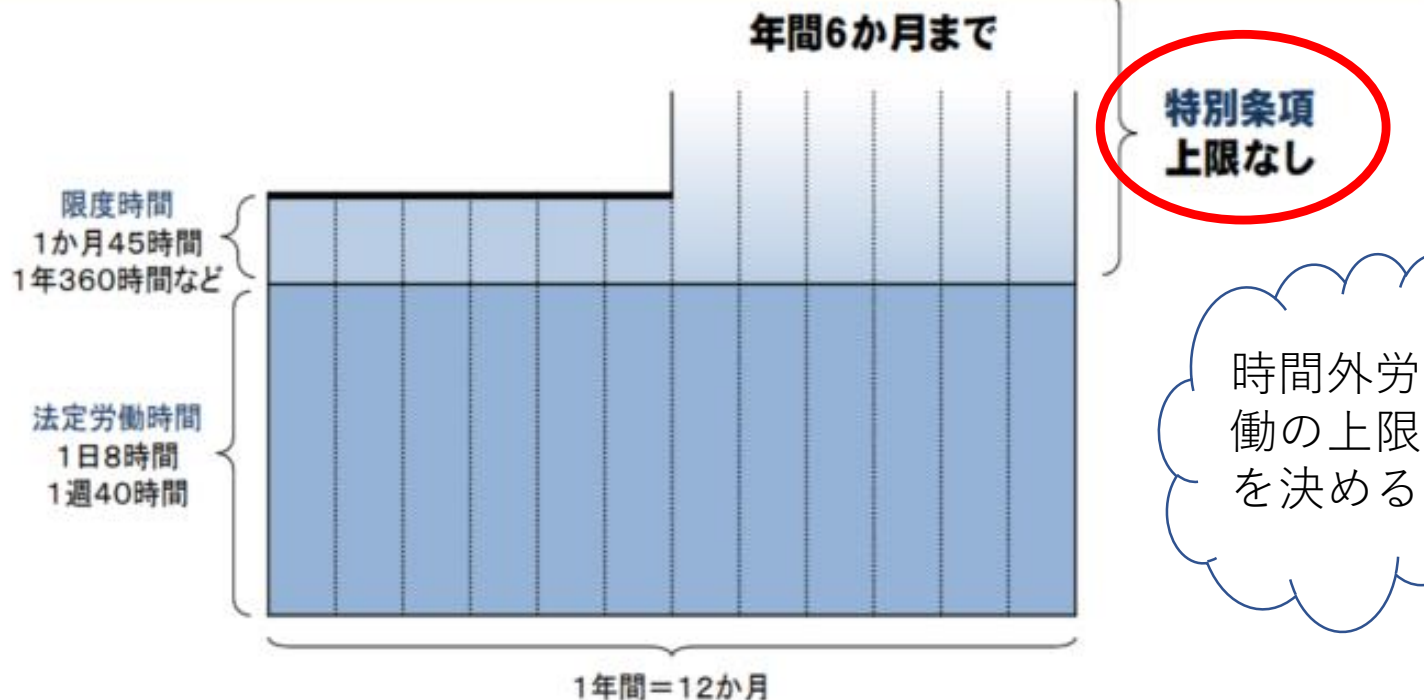


# 36協定（サブロク協定）



## ②36協定について（制度概要）

- 労働基準法での原則的な労働時間の上限：**1日8時間・1週40時間**【法定労働時間】
- これを延長する場合は、**労使協定(36協定)の締結・届出**が必要
- 36協定での延長時間は、「時間外労働の限度基準」(大臣告示)に規定
  - 「1か月45時間」「1年360時間」等(※)【**限度時間**】
    - ※ 「1日」、「3か月以内の期間」、「1年間」について協定する必要
    - ※ ほかに、「1週間15時間」「3か月120時間」などの限度時間が規定されている
    - ※ ただし、①工作物の建設等の事業、②自動車の運転の業務、③新技術、新商品等の研究開発などの業務は限度時間の適用除外とされている
  - **「特別条項」**を結べば、例外的に限度時間を超えることができる(年間6か月まで)
    - ※**特別条項**について、**その上限時間が規定されていない**





# 働き方改革関連法

2018年6月29日



4月から  
『働き方改革』



# 働き方改革関連法

## 時間外労働（残業）の上限を規制



大企業

2019年4月～

中小企業

2020年4月～

### 【原則として】

🕒 月45時間・年360時間

### 【例外でも】

🕒 年720時間以内（※休日労働を含まない）

🕒 単月100時間未満、  
2~6か月平均80時間以内（※休日労働を含む）



医師への適用は **2024年4月～**、  
**上限時間も別に設定**



## 応 招 の 義 務

医師法第 19 条：診療に従事する**医師**は、  
**診察治療の求めがあった場合には、**  
正当な事由がなければ、これを**拒んではならない。**

保助看法第 39 条：業務に従事する**助産師**は、  
助産又は妊婦、褥婦若しくは新生児の  
**保健指導の求めがあった場合は、**  
正当な事由がなければ、これを**拒んではならない。**

# 応招義務の問題から、 上限規定の適用を 2024年まで猶予する

この間、「医師に適用する規制の具体的な在り方」  
「医師の労働時間短縮策」を、先の検討会で議論し、  
2019年3月末までに結論を得る。

# 医師の働き改革の3つのポイント

上限時間

自己研鑽  
宿日直

タスシェア・  
シフト

上限時間等の制度的な議論の整理と複数案

労働としての診療と自己研鑽の時間的区分はむつかしい

昭和24年の宿日直許可基準について、現在の実態を踏まえた解釈の現代化が必要。

看護特定行為、医師事務作業補助者、複数主治医、医師のシフト制など



# 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

考え方

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

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

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

勤務医を雇用する医療機関における取組項目  
※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。

## 1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

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

## 2 36協定等の自己点検

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

## 3 産業保健の仕組みの活用

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

## 4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

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

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

## 5 女性医師等の支援

- ❑ 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。

## 6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

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

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

行政の支援等

# 第17回 医師の働き方改革に関する検討会

2019年1月21日



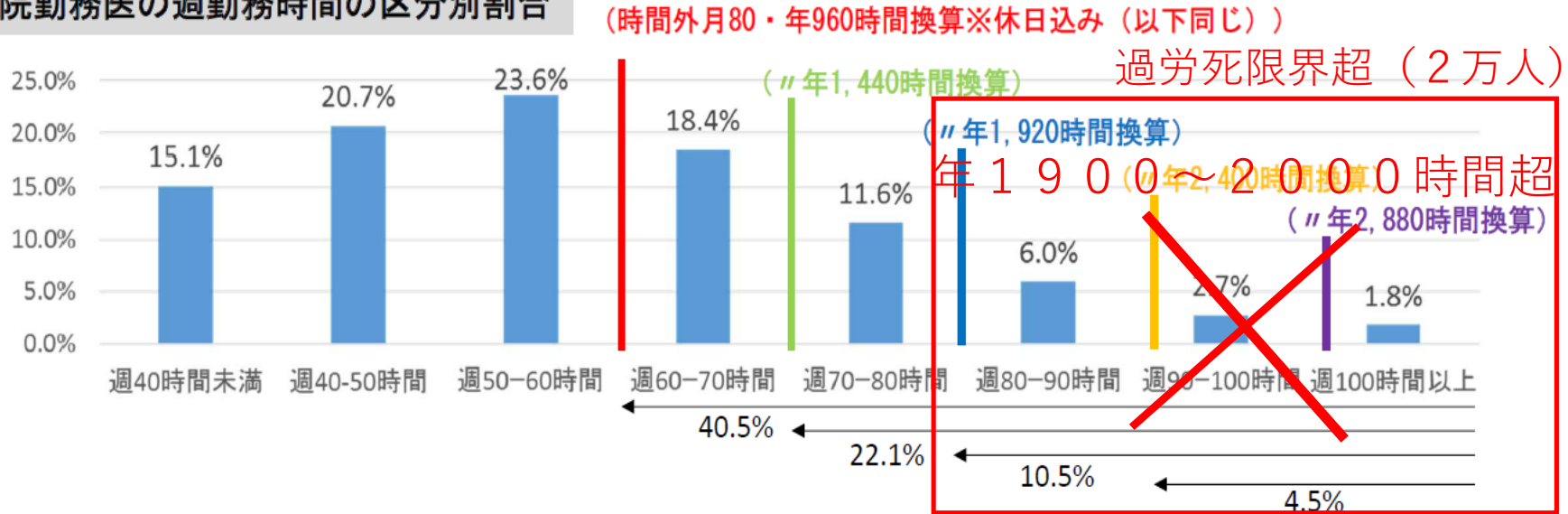


# 第17回医師の働き方改革検討会 (2019年1月21日)

- 超過重労働（上位10%、2万人）の時間外労働短縮が最優先事項
  - 「時間外労働年1860時間」は36協定でも超えられない上限
- 水準A（2024年度以降適用される水準）
  - 勤務医に2024年度以降適用される水準
  - 時間外労働年960時間以内・月100時間未満
- 水準B（地域医療確保暫定特例）
  - 地域医療確保暫定特例水準
  - 時間外労働年1860時間以内・月100時間未満
- 水準C（技能向上）
  - 若手医師が短期間に集中的に行う技能向上のため
- \* 連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間
- 働き方改革を進めるためには、地域での医療連携、さらには医療機関の集約も必要

# 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合、医師の年間就業日数

## 1. 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



※「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)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。

## 2. 年間就業日数の比較

	総数	医師	専門技術的職業
200日未満	6.1%	3.5%	4.7%
200~249日	42.7%	19.6%	47.2%
250~299日	42.6%	41.4%	39.0%
300日以上	7.6%	35.0%	8.7%

※平成29年就業構造基本調査(総務省)。年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)の場合、年間就業日数は280日程度となる。



# 2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

## 病院勤務医の働き方の変化のイメージ

(時間外労働の年間時間数)

現状



2024.4  
上限規制適用

2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

2023年度末までに  
解消

約1割  
約2万人

1,900~  
2,000時間程度

水準B  
暫定特例水準

約3割  
約6万人

暫定特例水準対象についても、  
時間外労働が年960時間以内と  
なることを目指し、さらなる  
労働時間短縮に取り組む

2035年度末までに解消

960時間

2024年以降適用される

水準A

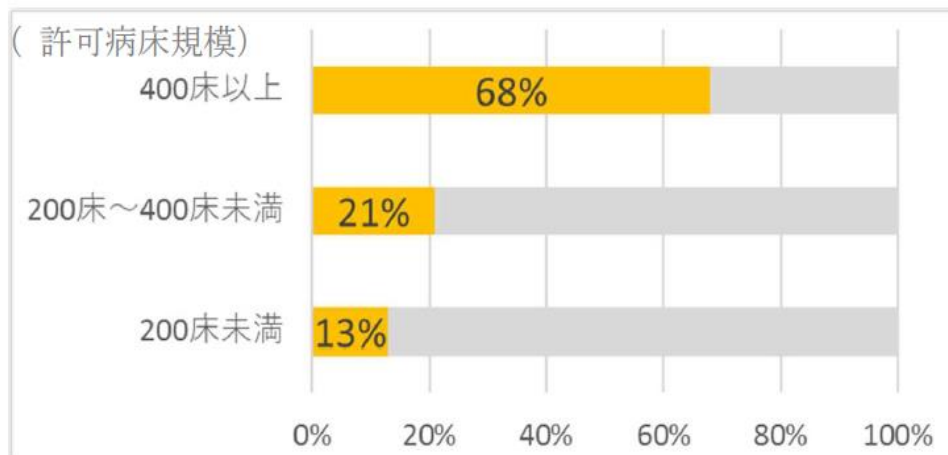
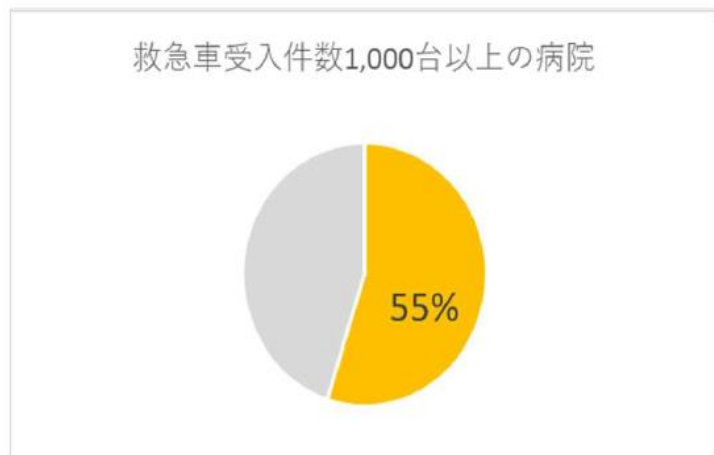
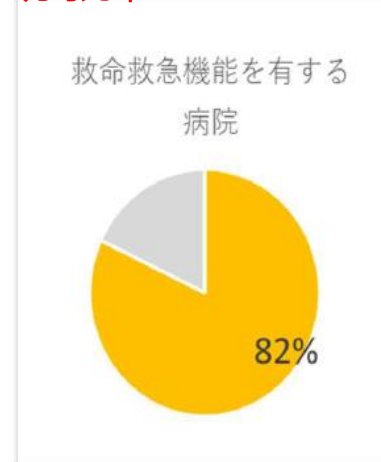
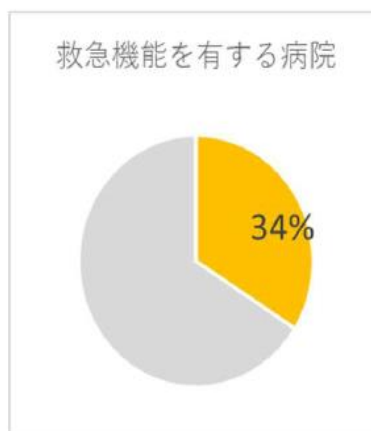
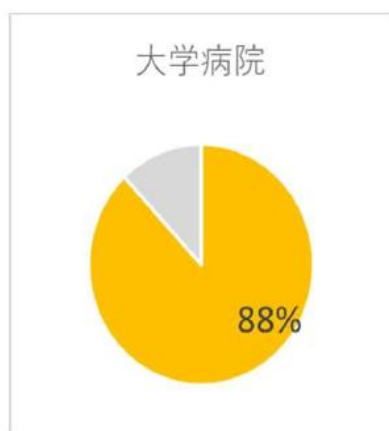
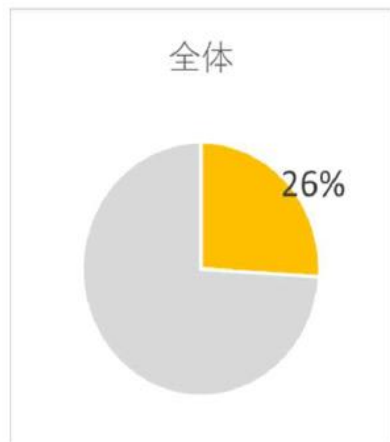
約6割  
約12万人

暫定特例水準対象を除き、  
2024.4以降、年960時間を超え  
る時間外労働の医師は存在し  
てはならないこととなる

# 地域医療確保暫定特例水準(案)を超える働き方の医師がいる病院

週勤務時間が80時間を超える者がいる病院の割合

B水準超の勤務医がいる病院



※「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)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

# 医師の時間外労働規制について(案)

一般則

(例外)  
 ・年720時間  
 ・複数月平均80時間  
 (休日労働含む)  
 ・月100時間未満  
 (休日労働含む)  
 年間6か月まで

(原則)  
 1か月45時間  
 1年360時間

【時間外労働の上限】

2024年4月～

年1,900～2,000時間／  
 月100時間 (例外あり)  
 ※いずれも休日労働含む

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  
 特例水準(医療機関を  
 特定)

年□□□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

C：一定の期間  
 集中的に技能向上の  
 ための診療を必要と  
 する医師向けの別の  
 水準  
 ※対象医療機関を  
 特定し、本人の申し  
 出に基づく。

将来  
 (暫定特例水準の解消 (=2035年度末) 後)

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

将来に向けて縮減方向  
 C：一定の期間  
 集中的に技能向上の  
 ための診療を必要と  
 する医師向けの別の  
 水準  
 ※対象医療機関を  
 特定し、本人の申し  
 出に基づく。

## 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・代償休暇のセット(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・代償休暇のセット(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・代償休暇のセット(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・代償休暇のセット(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・代償休暇のセット(義務)

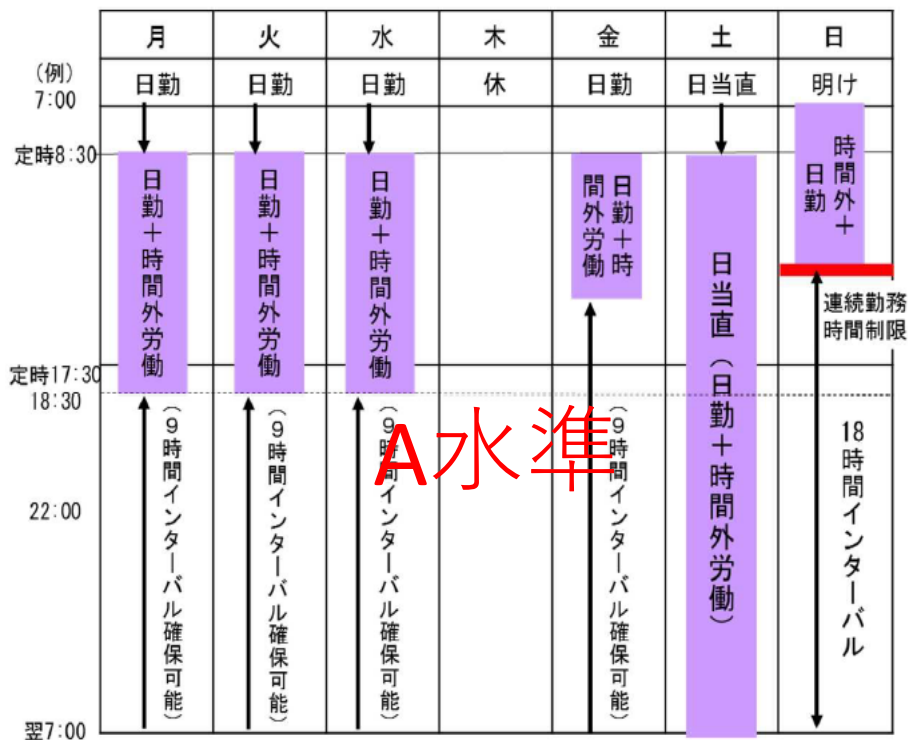
【追加的健康確保措置】

連続勤務時間制限28時間、インターバル9時間の確保

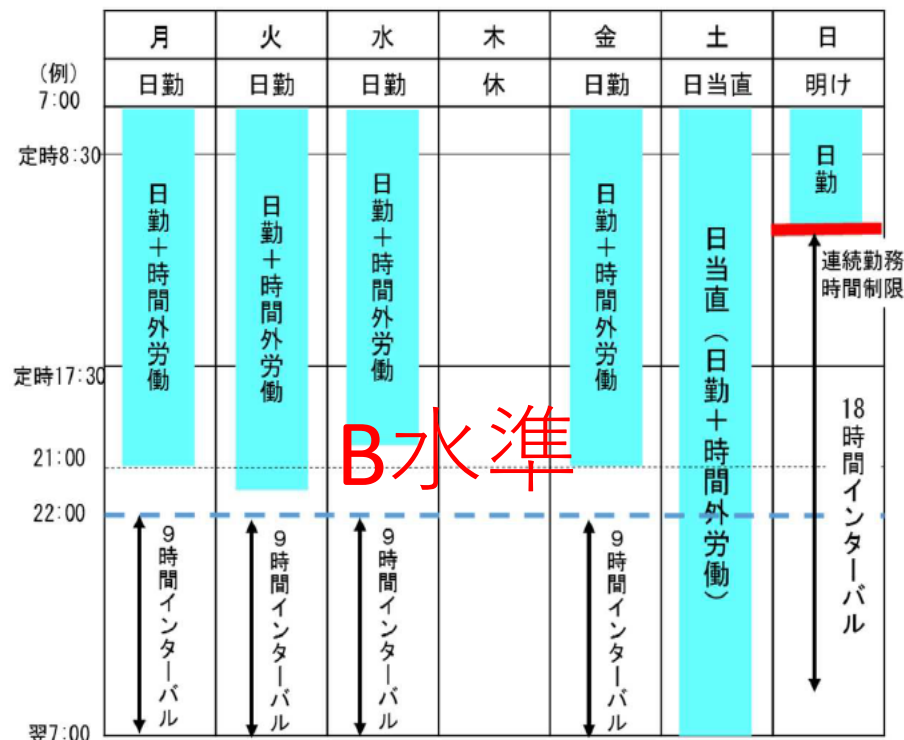


# (A)・(B)の水準を適用した後の働き方のイメージ

(A) 時間外労働年960時間程度≒週20時間の働き方(例)



(B) 時間外労働年1,900時間程度≒週40時間の働き方(例)



※図中の勤務時間を示す帯には各日法定休憩を含む

- ❑ 概ね週1回の当直(宿日直許可なし)を含む週6日勤務
- ❑ 当直日とその翌日を除く4日間のうち1日は半日勤務で、各日は1時間程度の時間外労働(早出又は残業)
- ❑ 当直明けは昼まで
- ❑ 年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)

- ❑ 概ね週1回の当直(宿日直許可なし)を含む週6日勤務
- ❑ 当直日とその翌日を除く4日間は早出又は残業を含め14時間程度の勤務
- ❑ 当直明けは昼まで
- ❑ 年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)

※勤務間インターバル9時間、連続勤務時間制限28時間等を遵守して最大まで勤務する場合の年間時間外労働は、法定休日年間52日のみ見込むと2,300時間程度、(A)・(B)と同様に80日程度の休日を見込むと年2,100時間程度となる。



# A水準の働き方イメージ

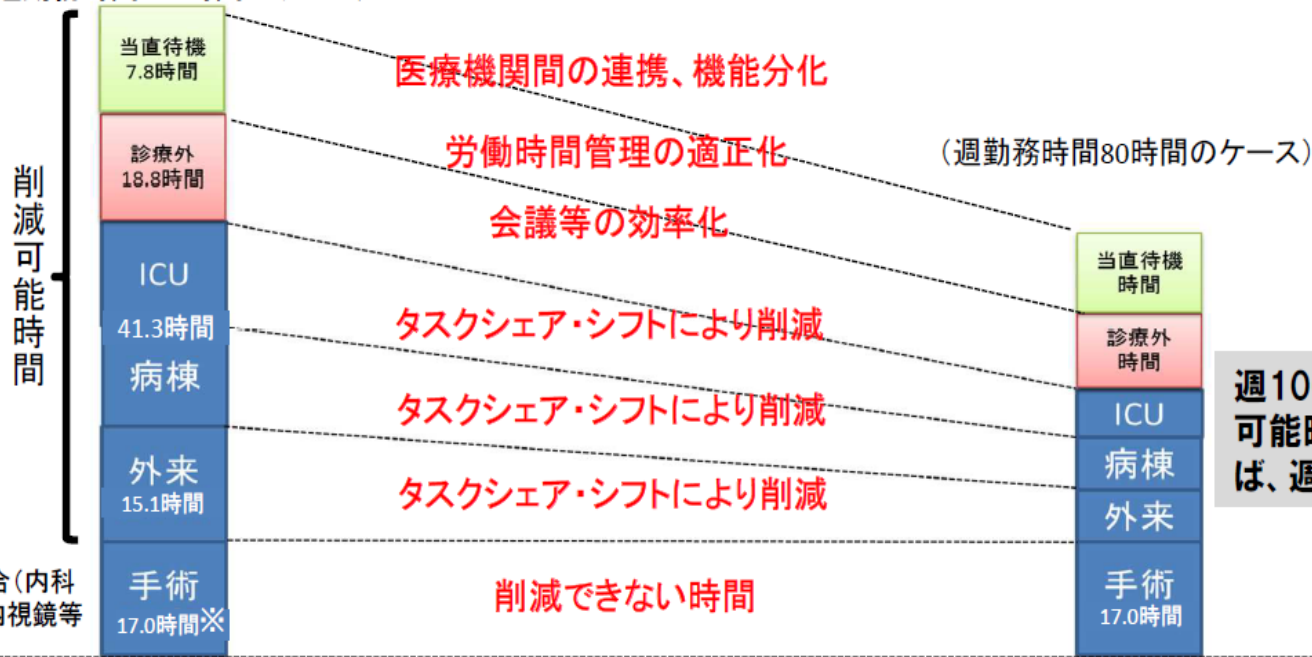
- 年960時間・月100時間未満という働き方のイメージ
- 毎日ほぼ定時に帰り、当直は週1回、月2回は週休2日を取得できるペースの働き方。



# 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)



週100時間勤務の場合、削減可能時間を約25%削減できれば、週80時間水準が達成可能

※外科医の場合(内科医等の場合も内視鏡等の手技が該当)

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。

# 医師の勤務環境の改善

タスクシフト・  
タスクシェアリング

# 看護特定行為の導入



「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」  
(座長：有賀徹・昭和大学病院院長)



# 看護特定行為とは？

- 「チーム医療推進会議」2013年3月  
(座長：永井良三・自治医科大学学長)
- 「特定行為」について  
「実践的な理解力、思考力および判断力を  
要し、かつ高度な専門知識および技能を持って  
行う必要のある行為」  
と定義した上で、保助看法で明確化し、  
具体的な特定行為については省令で定めるとしてい  
る。
- その研修制度についても別途、定めることとする。



## 医療・介護関連一括法案を閣議決定 特定行為の研修制度 法制化へ

医療介護一括法で法制化（2014年6月）

12日の閣議で「地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する法律の整備等に関する法律案」の国会提出が決定した。

この法案は、地域における効率的かつ質の高い医療提供体制の構築などを通じ、必要な医療・介護を推進するための関係法律の整備を行うもの。特定行為に係る看護師の研修制度の創設など、看護関連の法改正事項が数多く盛り込まれている。具体的な内容は以下の通り。

### 【保健師助産師看護師法の改正】

高度・専門的な知識・技能が必要な特定行為を手順書（プロトコール）に基づいて行う看護師に指定研修機関での研修を義務付けること

### 【医療法の改正】

医療従事者の勤務環境改善のため国における指針の策定や都道府県での取り組みを支援する仕組みの創設

### 【看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正】

看護師等の離職時等における都道府県ナースセンターへの届出規定（努力義務）の創設

### 【都道府県への基金造成】

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度として都道府県への基金の造成など

# 看護特定行為制度の概要

- 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（例えば脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など）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、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る看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の大きな狙いのひとつ。
- 本制度は2014年6月に成立した「地域における医療及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」（医療介護一括法）の中の保助看法の改正に基づく。

# 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
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	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
	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整
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

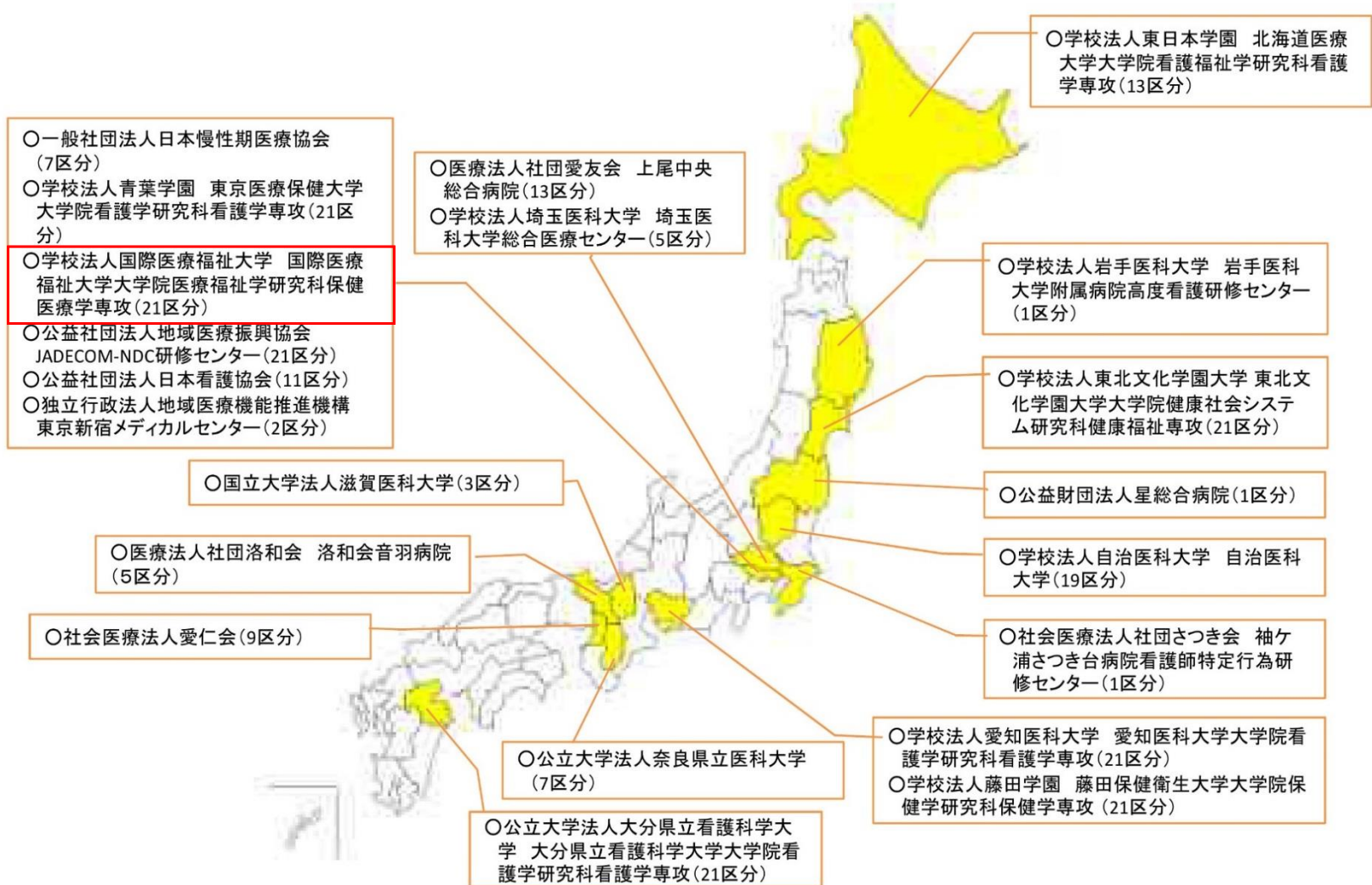
特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外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
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
	抗不安薬の臨時的投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	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

厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)



# 特定行為研修を行う指定研修機関

現在、71施設



# 国際医療福祉大学大学院 NP養成コース

- 国際医療福祉大学大学院修士課程
  - 「自律して、または医師と協働して診断・治療等の医療行為の一部を  
実施することができる高度で専門的な看護実践家を養成する」
  - 「NPの実践家としての能力獲得のために、演習・実習を重視した」
- カリキュラム
  - 1年目は講義と演習が中心
    - 臨床推論、病態機能学、臨床薬理学、臨床栄養学、フィジカルアセスメント学、  
診断学演習など外来患者の疾患管理に必要な知識と方法について学ぶ。
    - 3つのP（フィジカルアセスメント、ファーマコロジー、パソフィジオロジー）
  - 2年目からは医療現場での実習カリキュラム
    - 国際医療福祉大学の関連の三田病院（東京港区）や熱海病院（静岡県熱海市）でマンツーマンで医師につき、医師の指示の下で、診療の具体的なやり方を学ぶ
    - 生活習慣病患者の外来での生活指導、退院後のフォローアップ
    - 学習領域は代謝性障害と循環器障害が中心

# 国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス) 特定行為看護師養成分野

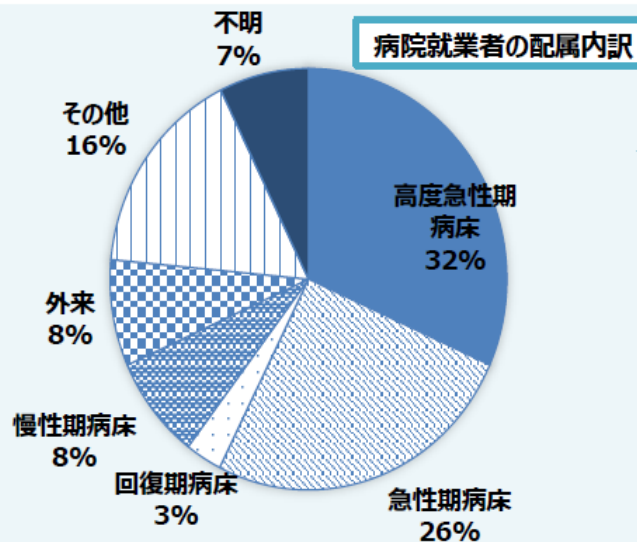
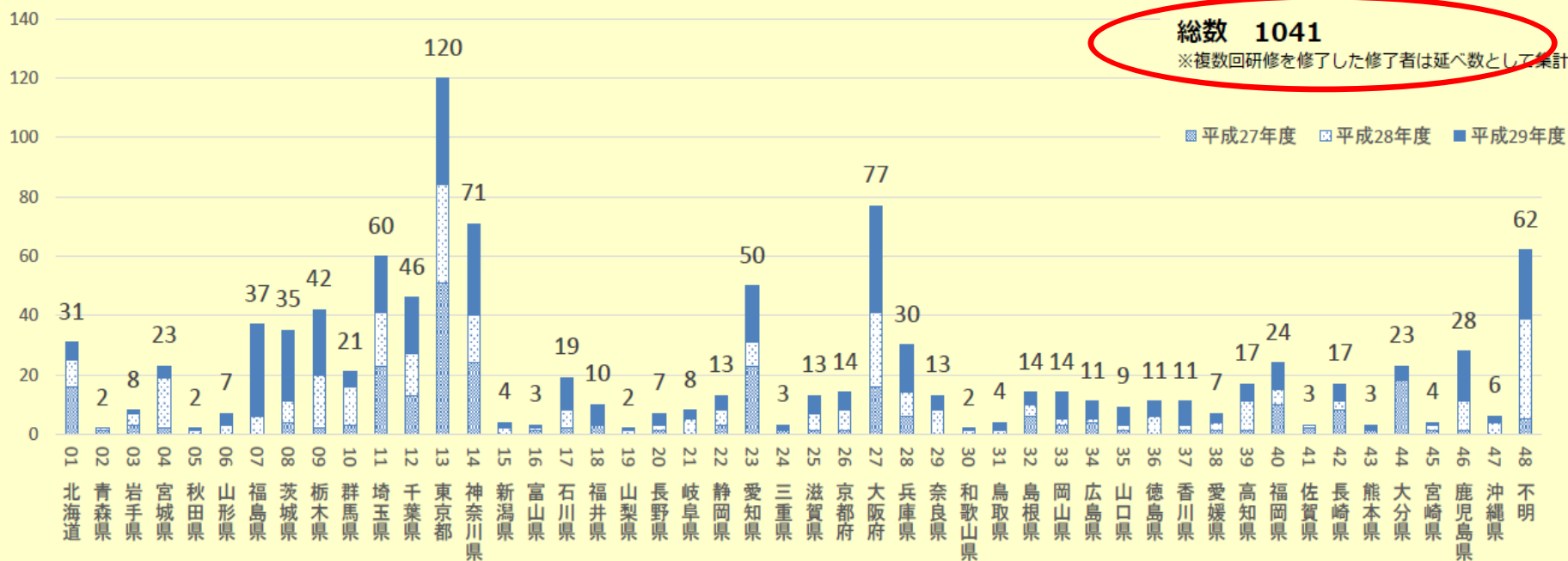


旧ナースプラクティショナー養成講座1年生



# 都道府県別 特定行為研修修了者就業状況

(平成30年3月現在 看護課調べ)



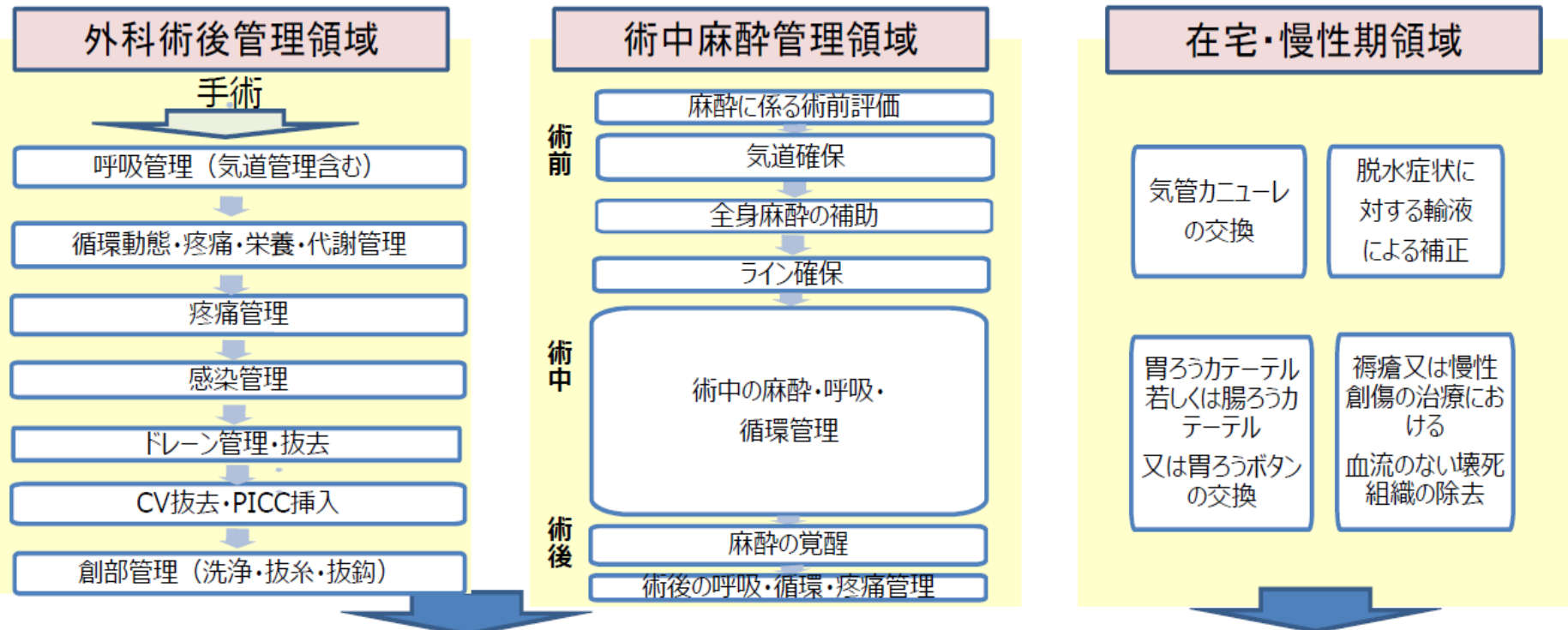
## 【就業場所別修了者数】

就業場所	修了者総数	割合	2017年度修了者	2016年度修了者	2015年度修了者
病院	870	84%	373	270	227
診療所	11	1%	2	4	5
訪問看護ステーション	47	5%	29	14	4
介護施設	15	1%	6	5	4
その他	36	3%	10	8	18
不明	62	6%	23	34	5
<b>総数</b>	<b>1041名</b>	<b>100%</b>	<b>443名</b>	<b>335名</b>	<b>263名</b>



# 特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間に相当する。週100時間勤務の外科系医師の場合、週7時間程度の時間がこれに相当する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。
- 特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域（救急、集中治療領域等を含む。）における業務分担が進むことが期待される。



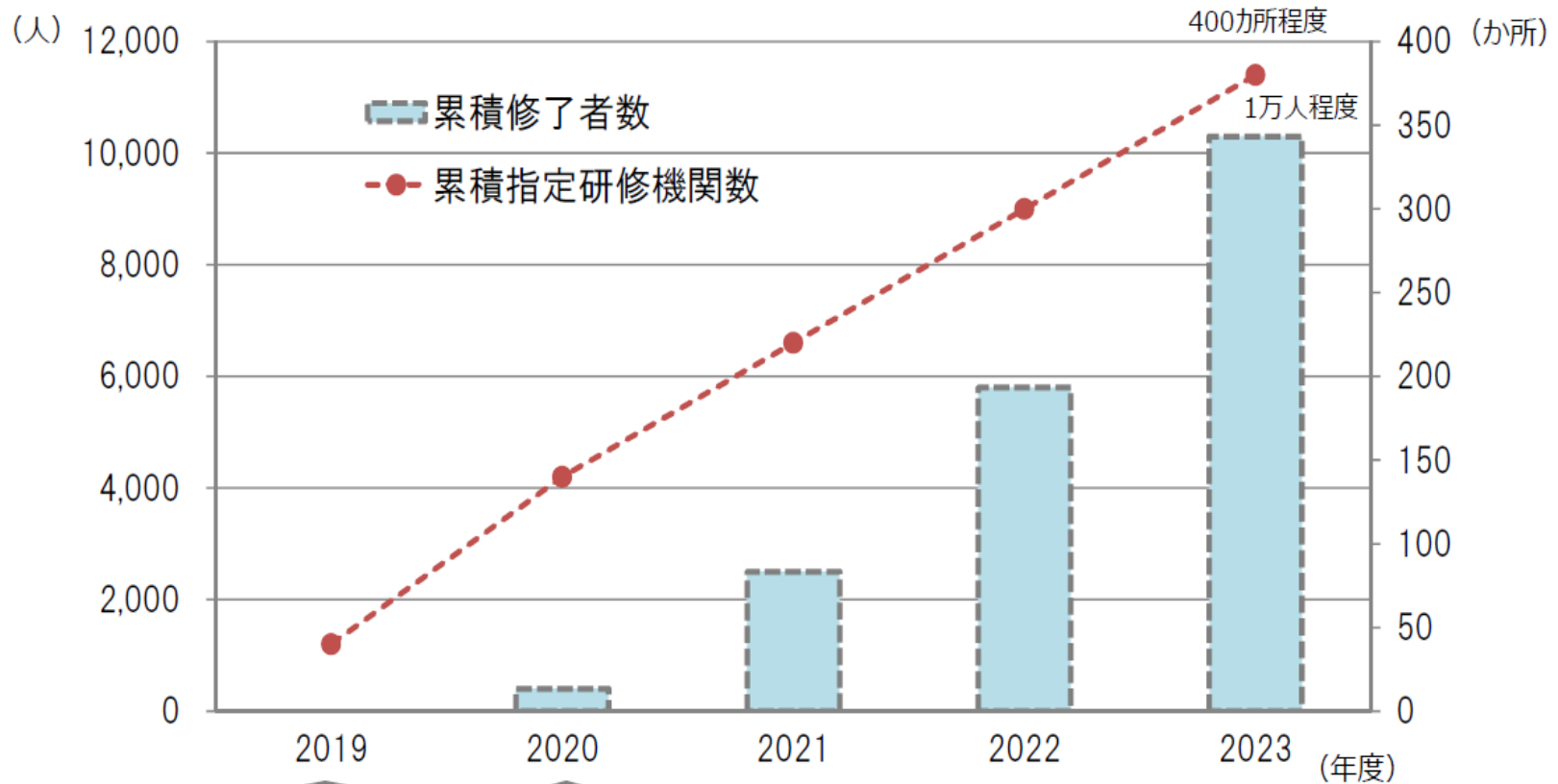
外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

在宅・慢性期領域において、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅または施設等で療養する患者に柔軟な対応が可能に。

# 特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

○ 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度末までにパッケージ研修の修了者として1万人の養成を目指す。

## ■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



省令改正 (パッケージ研修創設)  
パッケージ研修を実施する  
指定研修機関の申請開始

パッケージ研修  
開始

# 特定行為看護師を 2024年までに 1万人まで増やそう！

現在、医政局看護課  
と指定研修機関、指  
導者、研修修了者の  
実態調査中



すべての大学病院  
が特定行為の指定  
研修機関へ！

# タスク・シェアリング (業務の共同化)

複数主治医制の移行

24時間体制における医師のシフト制の導入



1988年、89年 ブルックリンの  
キングスカウンティー病院で  
ERの12時間シフトを経験



# 1989年のニューヨークから 米国の医師の働き方改革が始まった

- リビー・ジオン事件

- 1984年、18歳の女子高校生のリビー・ジオンが、ニューヨークの病院の救急外来に搬送され死亡した
- 20時間連続勤務していたレジデントが、過労や睡眠不足から、その患者に禁忌の医薬品（メペジリジン）投与を行い、患者が悪性高熱症で死亡する。
- このため1986年、ニューヨーク州高位裁判所大陪審が、インターンやレジデントの長時間労働が医療の質を低下させていると指摘。
- 1989年、ニューヨーク州ではレジデントの労働時間を週平均80時間以内とし、連続24時間以上の労働を禁止するニューヨーク州衛生法典を成立させた。

# 診療報酬と 医師の働き方改革

# 最重要課題は医師の働き方改革



中医協委員 猪口雄二氏

- 「私自身は、2018年度の診療報酬と介護報酬の同時改定よりも、医師の働き方改革の問題の方が大きいと考えている」
- 「医師のシフト制などが基本になれば、多数の医師がいる病院でないと、とても対応できない。けれども、今の診療報酬体系では、それだけの医師を雇用する余裕はなく、とてもシフト体制は組むことができない」。



# 医師事務作業補助体制加算が最も成功した！



自民党厚生労働部会「医師の働き方改革に関するプロジェクトチーム」座長  
参議院議員羽生田俊氏

- 改革は、業  
改の作  
方た務  
きっ事  
働あ師  
のが医  
師果の  
医効酬  
でも報  
ま最療  
今で診  
補
- 36協定を  
ろはす  
定はで  
こ算に望  
めとを省  
くを  
ふる算  
もい加  
所でのに  
療んこ  
診結て  
よ
- 指、でてな  
が中中し  
いるのと  
払あ酬院  
未が報病  
の院療る  
当病診い  
手るたて  
外れれし  
間さら宮  
時摘限運  
は、払  
支い

# 総合入院体制加算

- 施設基準に「病院勤務医の負担軽減・処遇改善に資する体制の整備」が盛り込まれている

「医師の勤務状況を把握し、改善提言を行う責任者の配置、多職種からなる役割分担推進委員会の設置、勤務医の夜間も含めた勤務状況を把握した上で、特定人に業務集中が起きない勤務体系の策定、当直日の翌日は休日とする、予定手術の術者は前日の当直・夜勤を行わない」

次期診療報酬改定で  
さらなる働き方改革の  
後押しを

# 医療と介護のクロスロード to 2025

- **2月20日緊急出版！**
- 2018年同時改定の「十字路口」から2025年へと続く「道」を示す！
- 医学通信社から  
2018年2月出版予定  
本体価格 1,500円 + 税





# ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで  
[mutoma@iuhw.ac.jp](mailto:mutoma@iuhw.ac.jp)