

2024年診療報酬改定

～医師等の働き方改革とタスクシフト～



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

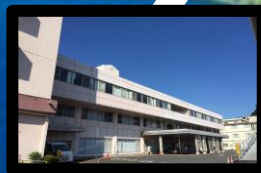
衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次



- パート 1
 - 医師の働き方改革
- パート 2
 - **2024**年診療報酬改定と働き方改革
- パート 3
 - 働き方改革と診療報酬の取り組み
- パート 4
 - 医師の勤務環境への配慮
- パート 5
 - タスクシェア・タスクシフト
- パート 6
 - 看護職員の負担軽減

パート1 医師の働き方改革



2024年惑星直列の工程表

| 年度 事項 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | |
|-------------------|--|--------|--------|--------|------|--------------------|------|--------|-----------|--------|------------------|-----------|------|--------|-----------|--------|------|-----------------------------|------------|
| 地域医療計画・ 地域医療構想 | 第7次医療計画 | | | | | 第8次医療計画 (中間見直し) | | | | | 第9次医療計画 (見直し) | | | | | | | | |
| 診療報酬・介護報酬 | | 診療報酬改定 | 介護報酬改定 | 診療報酬改定 | | 同時改定 | | 診療報酬改定 | 介護報酬改定 | 診療報酬改定 | | 同時改定 | | 診療報酬改定 | 介護報酬改定 | 診療報酬改定 | | 同時改定 | |
| 働き方改革 | <ul style="list-style-type: none"> 実態調査 医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力 必要に応じて追加的支援策の検討 | | | | | 施行 | | | (実態調査・検討) | | | (実態調査・検討) | | | (実態調査・検討) | | | 2036.3 暫定特例水準の適用 終了目標 | (この後も引き続き) |
| | (B) 水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (C) 水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

医師の時間外労働時間の上限規定

- 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
 - 時間外労働年1860時間以内・月100時間未満
- * 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

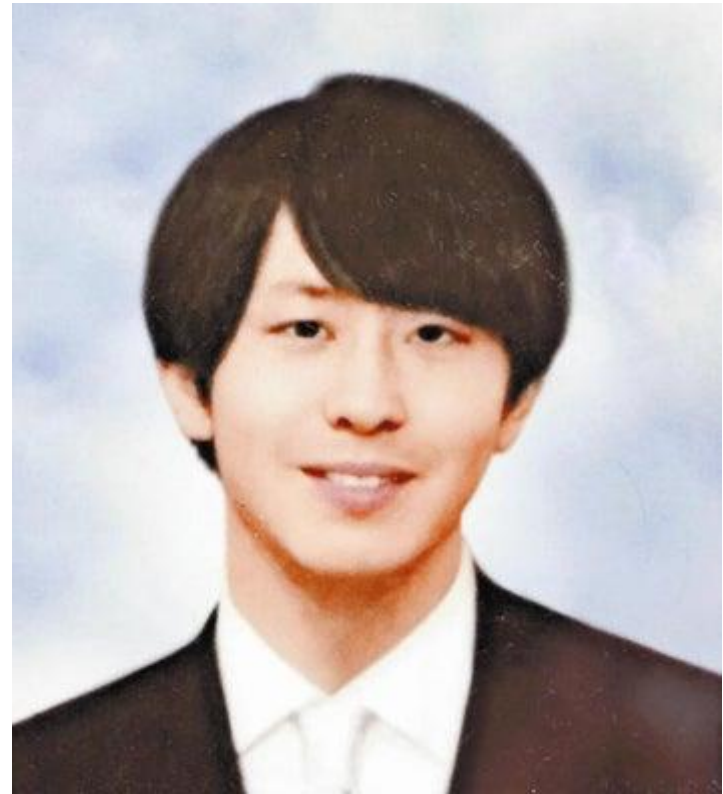
26歳専攻医が過労自殺、 労災認定「3か月休日なし・時間外は月207時間」

・神戸大卒業後の2020年4月からセンターで研修医として勤務22年4月から消化器内科の専攻医として研修を受けながら診療していた。

・2023年5月17日の退勤後、神戸市の自宅で亡くなっているのを訪ねた家族が見つけた。兵庫県警が自殺と断定した。

・労災認定は今年6月5日付。認定によると、高島さんの死亡直前1か月の時間外労働は207時間50分で、3か月平均でも月185時間を超えていた。

・休日も2月を最後に取得していなかったという。



高島晨伍さん（26歳）遺族提供

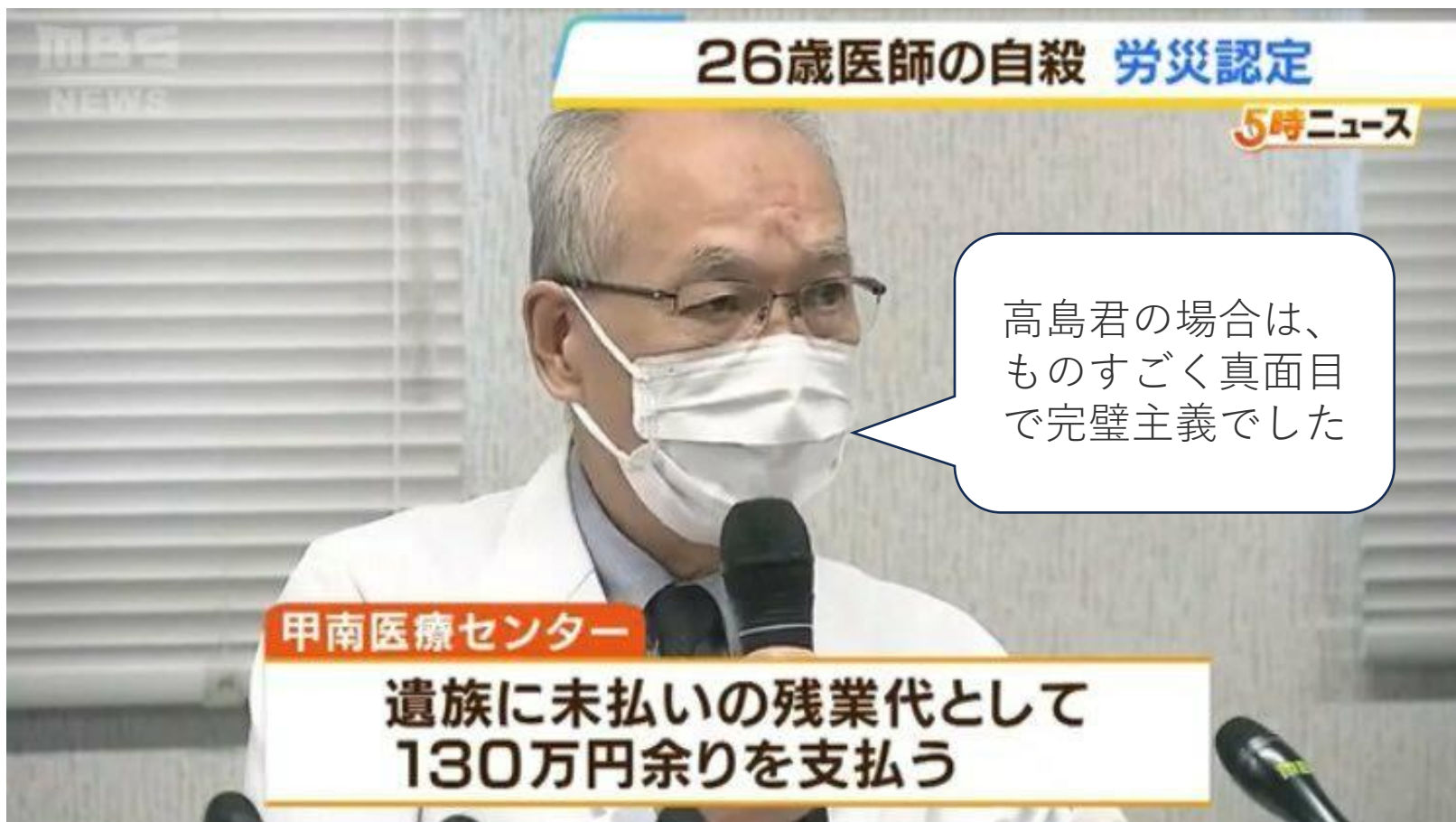
あかあさん、あとうさんへ

本当に感謝しています。お礼も感謝しています。

悪いのは余が僕です。誰にも悪くないです。

最後にお母さんが来てお父さんが電話を
くれたこと嬉しかったです。幸せでした。

「病院として過重な労働をさせた認識はまったくくない」と改めて長時間労働の指示を否定した。



甲南医療センター 具英成 院長は2023年8月17日記者会見

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

2035年度末までに解消

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

960時間

2024年度以降適用される

水準A

約6割
約12万人

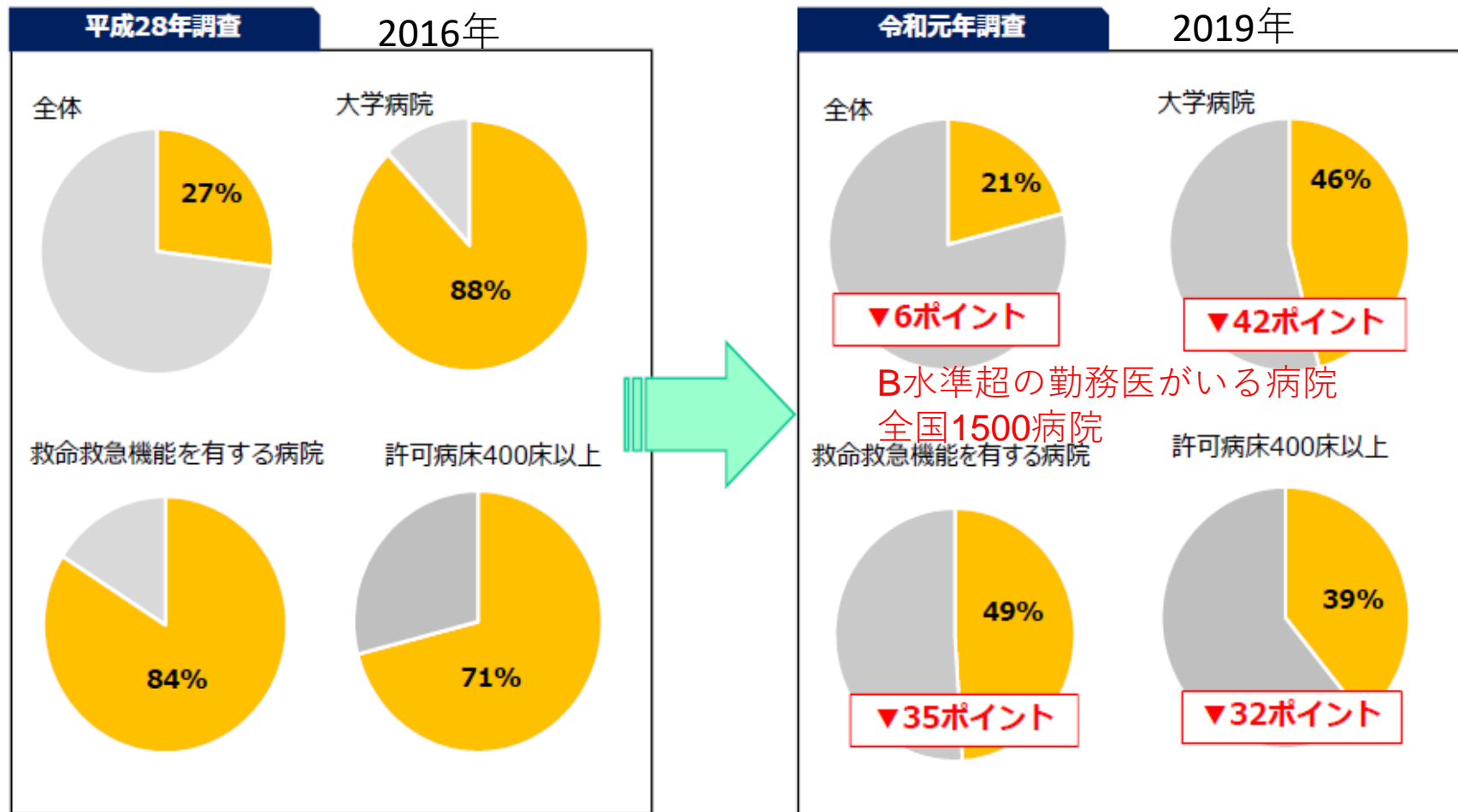
暫定特例水準対象を除き、
2024.4以降、年960時間を超え
る時間外労働の医師は存在し
てはならないこととなる

2016年調査

地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

- 平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。
- 大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。



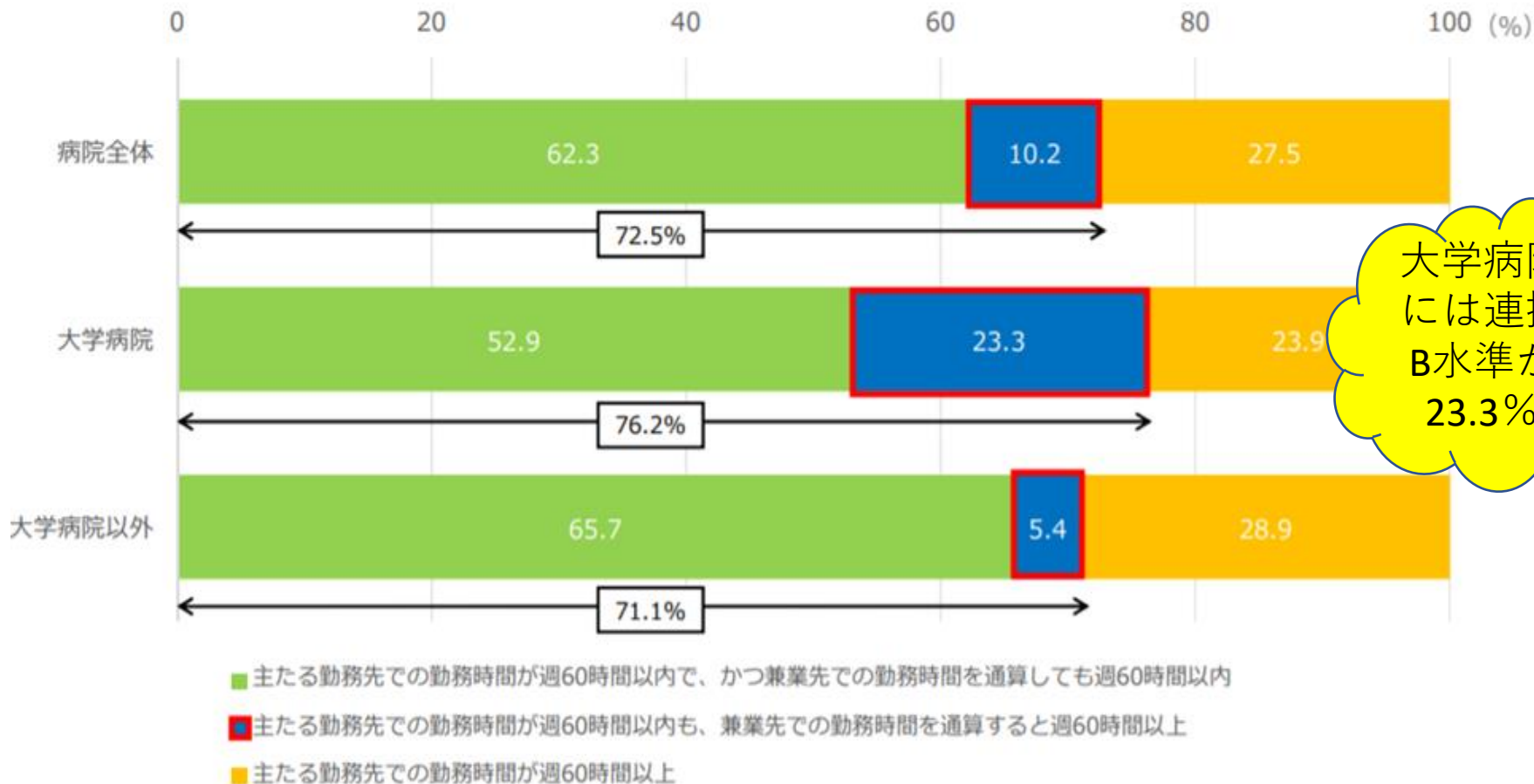
※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診察外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診察外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

副業・兼業：主たる勤務先と兼業先の勤務時間（全体・大学病院・大学病院以外）

○ 主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。

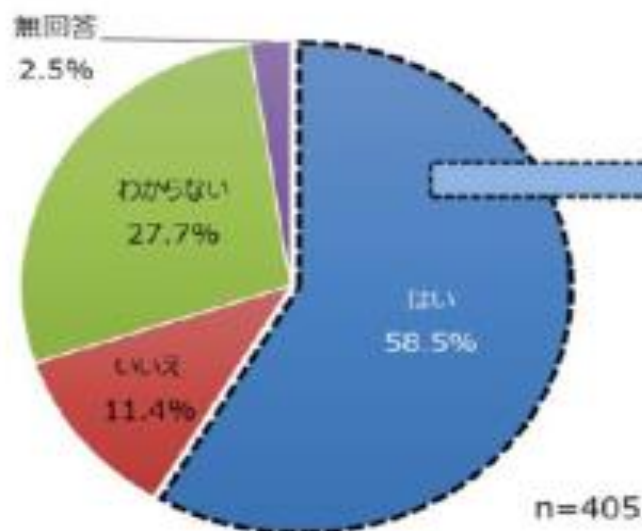


大学病院には連携B水準が23.3%

※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

⑤ 医師の時間外労働の上限規制は、地域医療の崩壊を招く危険性があると思いますか。

| | 病院数 | 割合 |
|-------|-----|--------|
| はい | 237 | 58.5% |
| いいえ | 46 | 11.4% |
| わからない | 112 | 27.7% |
| 無回答 | 10 | 2.5% |
| 合計 | 405 | 100.0% |



⑥ ⑤で「はい」と回答した病院にお聞きします。どのような影響があると考えますか。（複数回答可）

| | 病院数 | 割合 |
|-----------------------|-----|-------|
| 救急医療からの撤退 | 211 | 89.0% |
| 外来診療の制限・縮小 | 152 | 64.1% |
| 病院の経営破綻 | 151 | 63.7% |
| 産科・小児科医療からの撤退 | 139 | 58.6% |
| 医療の質の低下 | 121 | 51.1% |
| 過疎地・へき地医療の確保 | 116 | 48.9% |
| 長時間手術の制限 | 98 | 41.4% |
| 医師のプロフェッショナリズム・モラルの低下 | 85 | 35.9% |
| 医療へのアクセスや利便性の低下 | 84 | 35.4% |
| 研修医教育の制限 | 81 | 34.2% |
| 高度医療の提供制限 | 69 | 29.1% |
| その他 | 5 | 2.1% |
| 無回答 | 2 | 0.8% |

n=237



【医師】医療機関での勤務形態（派遣・受け入れ）

| | % |
|-------------------------|--------|
| 専ら医師を派遣する病院である | 4.1% |
| 医師の派遣、受け入れは概ね半々程度の病院である | 12.0% |
| 専ら医師を受け入れている病院である | 83.9% |
| 合計 | 100.0% |

(n=3,549)

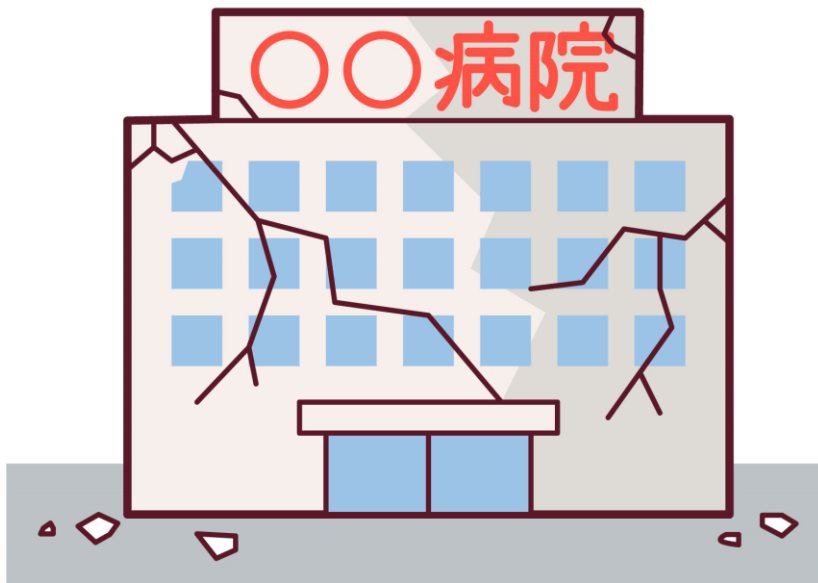
派遣元...受入先の各医師の勤務時間を全て掌握することになる？
受入先...各医師の勤務時間を派遣元に全て報告することになる？
半々 ...両方に対応する必要がある

《把握しなければならない人数が多い→事務作業の煩雑化？》

➡ 各医療機関での対応は可能？

外来や宿日直
を派遣医師に
頼っている

働き方改革で 地域医療崩壊か？



それはオオカミ少年だった・・・？

第2回医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査（令和4年7月～8月）

第1回調査（令和4年3月～）の時点では、各医療機関の準備状況や地域医療提供体制への影響等、総合的な評価が困難であったことから、改めて大学病院の本院と都道府県に対して、医師の時間外・休日労働時間の把握状況、調査時点における時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数を把握するための調査（第2回調査）を行った。その概要は以下のとおりである。

調査対象

- 大学病院の本院：81病院
- 都道府県：地域医療提供体制維持に必要な医療機関

調査時期

令和4年7月11日～令和4年8月19日
2022年

調査方法

- 大学病院本院の各診療科に調査票を配布し、回答を集計
- 各都道府県へ調査票を配布し、都道府県がとりまとめた回答を集計

調査事項

- 大学病院の本院
 - ・ 自院での時間外・休日労働時間数の把握の有無
 - ・ 副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数の把握の有無
 - ・ 調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数
- 都道府県
 - ・ 調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数

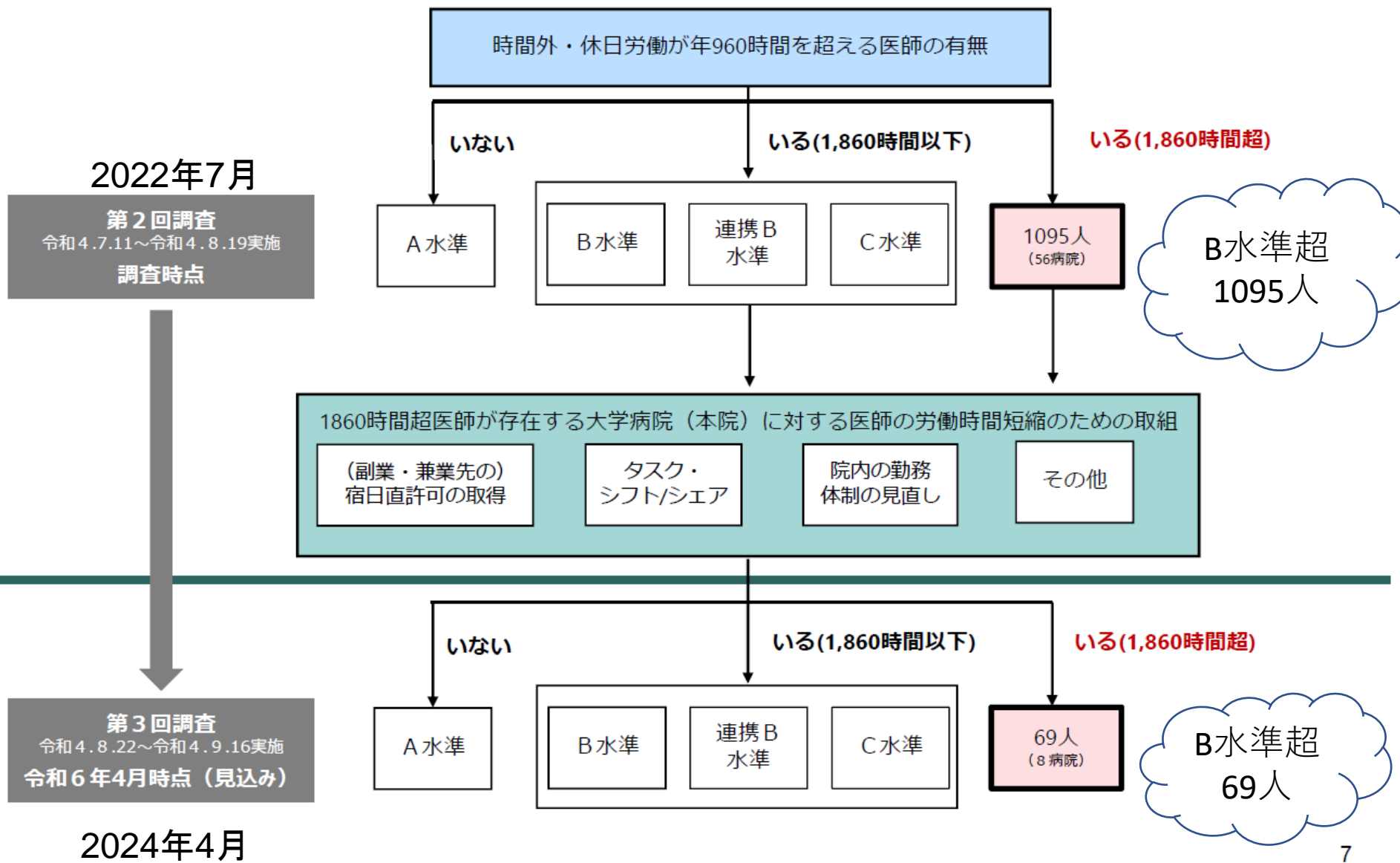
結果の概要

- 大学病院の本院
 - ・ 回答数
大学病院の本院：81病院※1
診療科：2,455診療科
※1 令和4年5～7月に実施した「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査」（大学病院追加調査）により既回答（副業・兼業先を含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数がゼロ）と回答した4大学を含む。
 - ・ 時間外・休日労働時間数の把握状況（診療科単位）

| | | |
|---------------|------|------------------|
| 自院の勤務実績 | 100% | (2,455/2,455診療科) |
| 副業・兼業先の勤務予定 | 100% | (2,455/2,455診療科) |
| 副業・兼業先の勤務実績※2 | 93% | (2,280/2,455診療科) |

※2 勤務実績は、副業・兼業先で実際に勤務した時間
 - ・ 調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超の医師数及び病院数：
1,095人・56病院 **B水準超え**
- 都道府県
 - ・ 回答数
都道府県：45都道府県
 - ・ 調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超の医師数及び医療機関数：
993人（病院：886人、有床診療所：107人）
303医療機関（病院：216/4,257、有床診療所：87/1,427）

医師の働き方改革の施行に向けた大学病院（本院）への調査の全体像



第3回医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査（令和4年8月～9月）

第2回調査の結果を踏まえつつ、今後、各医療機関において医師に対する労働時間短縮の取組を実施した場合であっても、令和6年4月時点で時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超となることを見込まれる医師数と、それに伴う地域医療提供体制への影響等を把握するための調査（第3回調査）を行った。その概要は以下のとおりである。

調査対象

- 大学病院の本院：56病院
第2回調査において、時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当を超える医師がいると回答した病院
- 都道府県
 - ① 第2回調査において、時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当を超える医師がいると回答した医療機関
 - ② 地域医療提供体制維持に必須となる医療機関

調査時期

令和4年8月22日～令和4年9月16日

調査方法

- 大学病院本院に調査票を配布し、回答を集計
- 各都道府県へ調査票を配布し、都道府県がとりまとめた回答を集計

調査事項

- 大学病院の本院
令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超となることを見込まれる医師数
- 都道府県
 - ① 令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超となることを見込まれる医師数
 - ② 令和6年4月時点で医師の引き揚げにより診療機能への支障を来すことを見込まれる医療機関数

結果の概要

- 大学病院の本院
 - 回答数
大学病院の本院：56 病院
 - 労働時間短縮の取組を実施しても、令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超となることを見込まれる医師数：
69人（8病院）
- 都道府県
 - 回答数
都道府県：① 47 都道府県、② 46 都道府県
 - ① 労働時間短縮の取組を実施しても、令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超見込みの医師数：
237人（病院：204人、有床診療所：33人）
 - ② 医師の引き揚げによる診療機能への支障が見込まれる医療機関数：
43 医療機関

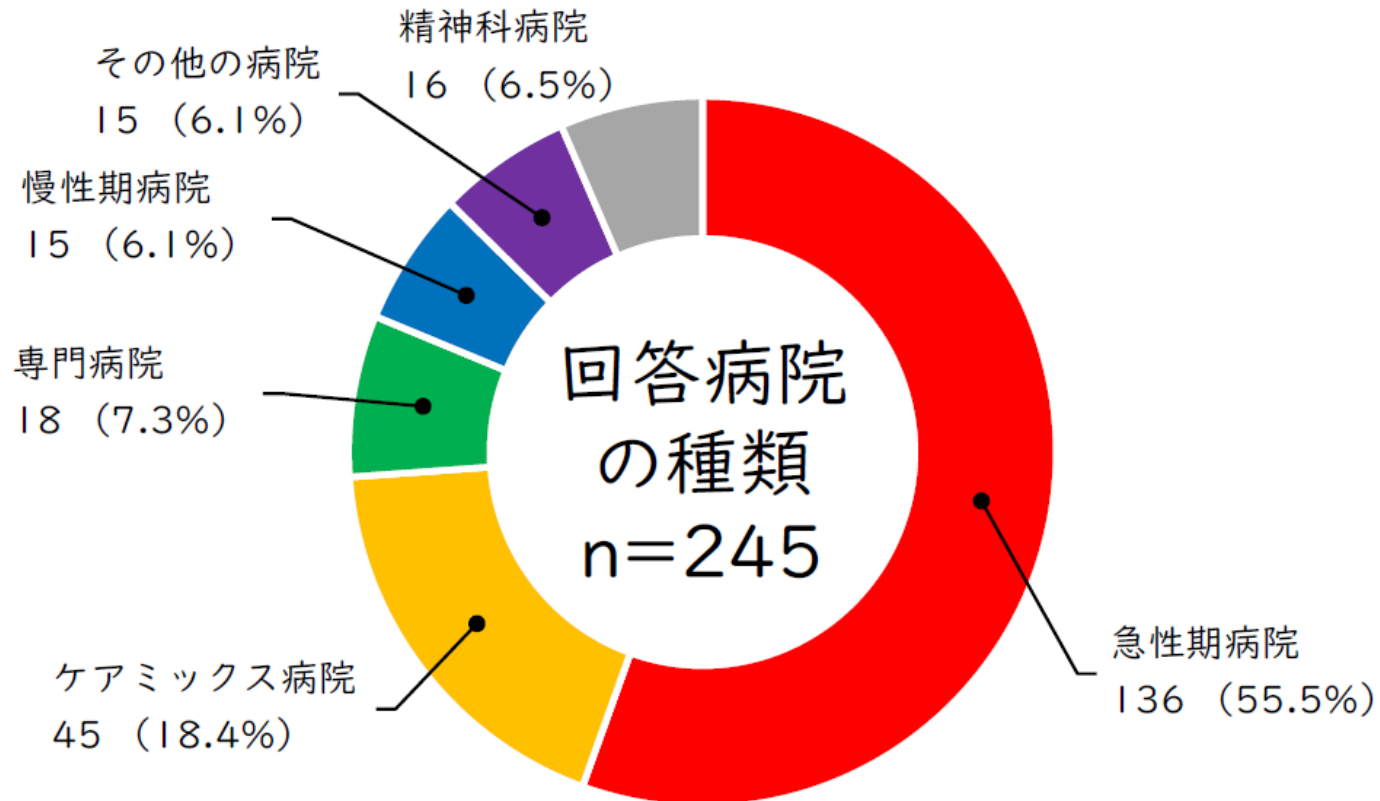


2023年7月13日

2024年4月施行を見据えた医師の働き方改革の 取組状況に関するアンケート調査

回答病院の種類

対象期間：2023年2月28日時点



本調査において、ケアミックス病院、専門病院、その他の病院は下記のとおり区分している

- ケアミックス病院（急性期+回復期など）
- 専門病院（がんセンター、こども病院・小児医療センター、リハビリテーション病院等）
- その他の病院（いずれも該当しない機能の病院）

時間外・休日労働時間の状況②

時間区分別医師数

対象期間：2022年1月～12月

| 【種類・病床規模別】 | 回答 病院数 | 平均 病床数 | B水準超 | | | | | | | | B水準 | | A水準 | |
|------------|-----------|-----------|-----------|------------------|-----|-------------------------|------|-----------------|-------|-----|-----|-----|-----|--|
| | | | 全体 (人) | 年1,860時間超の 医師 | | 年960時間超 1,860時間以下の医師 | | 年960時間以下の 医師 | | (人) | (%) | (人) | (%) | |
| | | | | (人) | (%) | (人) | (%) | (人) | (%) | | | | | |
| 全 体 | 240 | 274 | 13,926 | 54 | 0.4 | 1,058 | 7.6 | 12,814 | 92.0 | | | | | |
| 一般病院 | 225 | 275 | 13,712 | 54 | 0.4 | 1,058 | 7.7 | 12,600 | 91.9 | | | | | |
| 99床以下 | 53 | 69 | 287 | 2 | 0.7 | 7 | 2.4 | 278 | 96.9 | | | | | |
| 100床台 | 52 | 145 | 764 | 0 | 0.0 | 12 | 1.6 | 752 | 98.4 | | | | | |
| 200床台 | 27 | 245 | 1,221 | 0 | 0.0 | 57 | 4.7 | 1,164 | 95.3 | | | | | |
| 300床台 | 35 | 339 | 2,351 | 1 | 0.0 | 134 | 5.7 | 2,216 | 94.3 | | | | | |
| 400床台 | 22 | 454 | 2,230 | 0 | 0.0 | 140 | 6.3 | 2,090 | 93.7 | | | | | |
| 500床以上 | 36 | 618 | 6,859 | 51 | 0.7 | 708 | 10.3 | 6,100 | 88.9 | | | | | |
| 精神科病院 | 15 | 247 | 214 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 214 | 100.0 | | | | | |

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率41.2%、2021年1月～12月）

年1,860時間超の医師（0.1%）

年960時間超1,860時間以下の医師（4.9%）

年960時間以下の医師（95.0%）

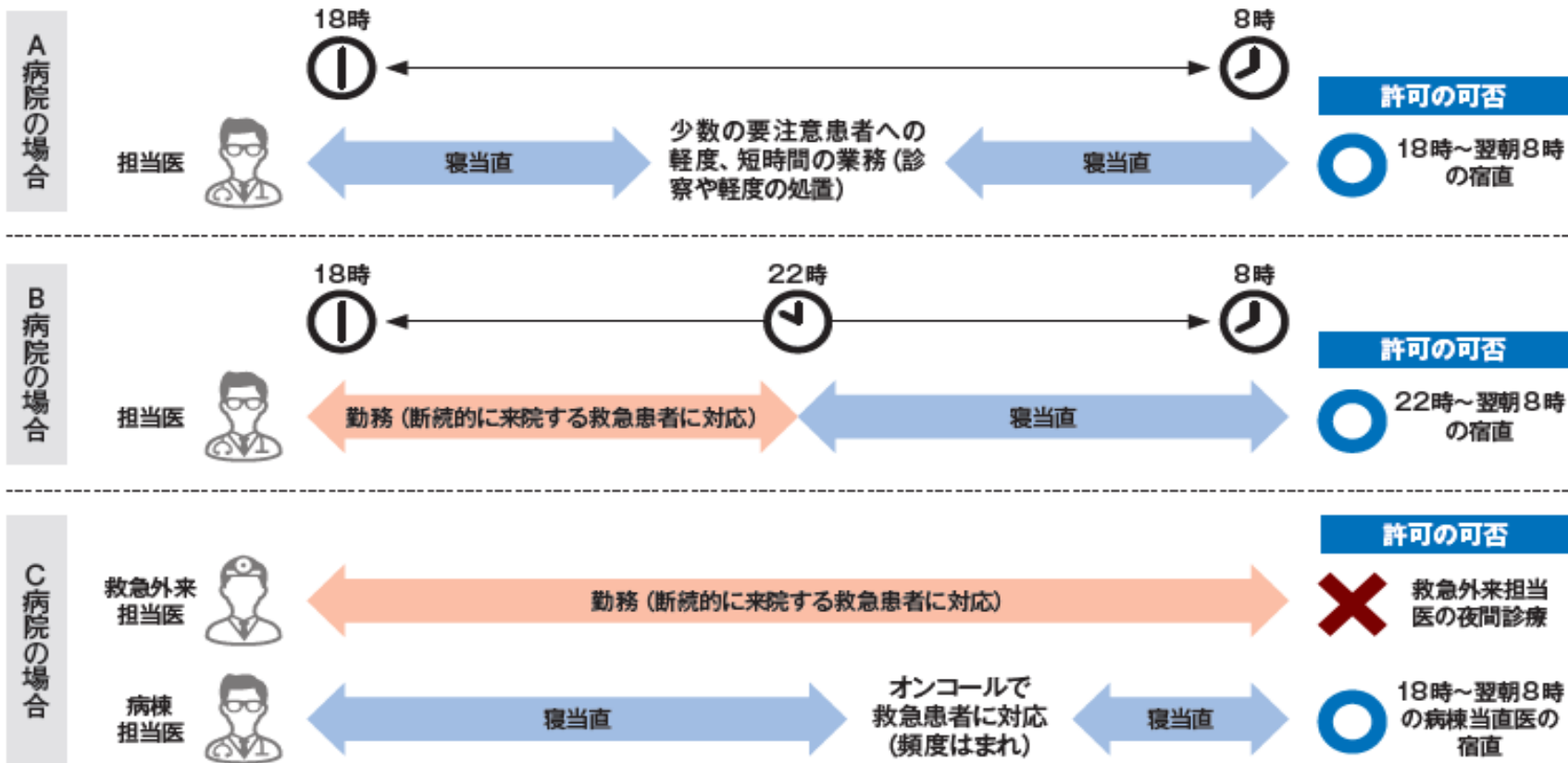
宿日直基準



宿日直許可（管理当直の配置）

• 労基法41条の宿日直勤務

- 仕事の終了から翌日の仕事の開始までの時間や休日について、**原則として通常の労働は行わず**、労働者を事業場で待機させ、電話の対応、火災等の予防のための巡視、**非常事態発生時の連絡等**に当たらせるもの
- 寝当直



断続的な宿日直の許可基準について

○断続的な宿日直の許可基準（医師、看護師等の場合） ※R1基発0701第8号

・医師等の宿日直勤務については、前記の一般的な許可基準に関して、より具体的な判断基準が示されており、以下の全てを満たす場合には、許可を与えるよう取り扱うこととされている。

- ① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。
（通常の勤務時間が終了していたとしても、通常の勤務態様が継続している間は宿日直の許可の対象にならない。）
- ② 宿日直中に従事する業務は、前述の一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。
例えば以下の業務等をいう。
 - ・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 医師が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 看護職員が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
 - ・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと
- ③ 宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ること。
- ④ 上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること。

※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能（深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能）

○宿日直中に通常勤務と同態様の業務が生じてしまう場合

・宿日直中に、通常と同態様の業務（例えば突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等への対応など）がまれにあり得るとしても、一般的には、常態としてほとんど労働することがない勤務と認められれば、宿日直の許可は可能である（宿直の場合には、夜間に十分な睡眠が取り得るものであることも必要。）。

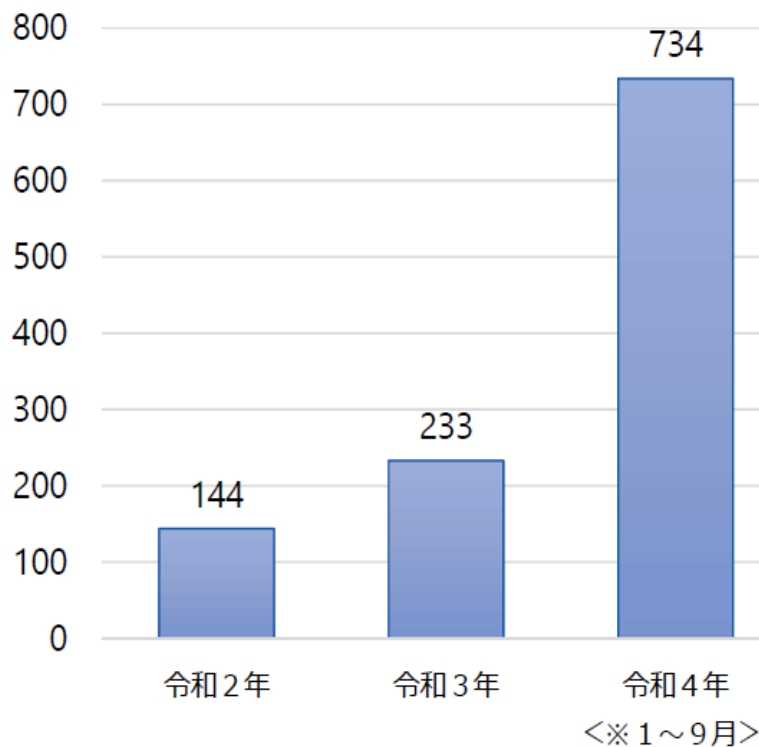
・なお、許可を受けた宿日直中に、「通常と同態様の業務」をまれに行った場合、その時間については、本来の賃金（割増賃金が必要な場合は割増賃金も）を支払う必要がある。

労働基準監督署における医師の宿日直許可の許可件数の推移

<医師の宿日直許可の許可件数（年別）>

| | 令和2年 | 令和3年 | 令和4年（※1月～9月） |
|------|------|------|--------------|
| 許可件数 | 144件 | 233件 | 734件 |

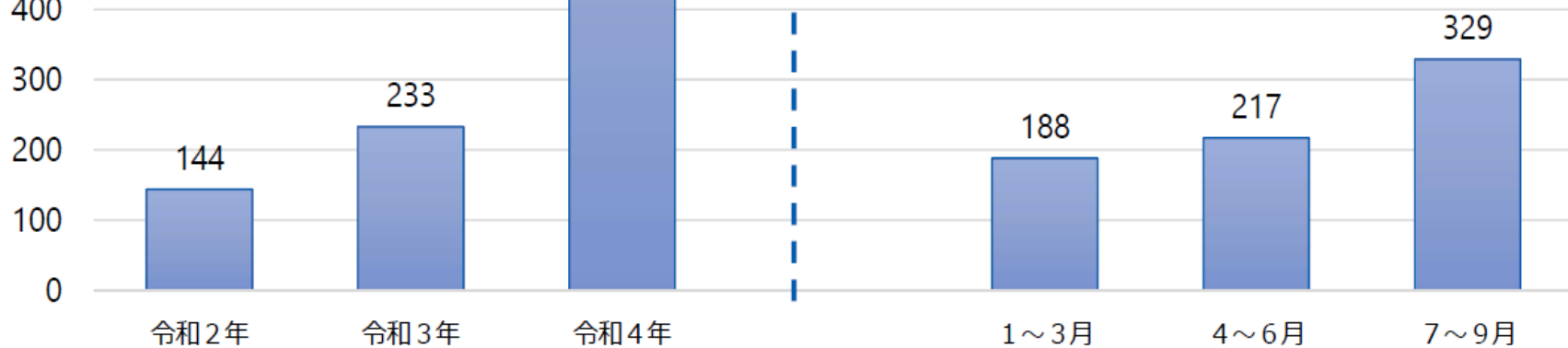
<医師の宿日直許可の許可件数（年別）>



<医師の宿日直許可の許可件数（令和4年：4半期別）>



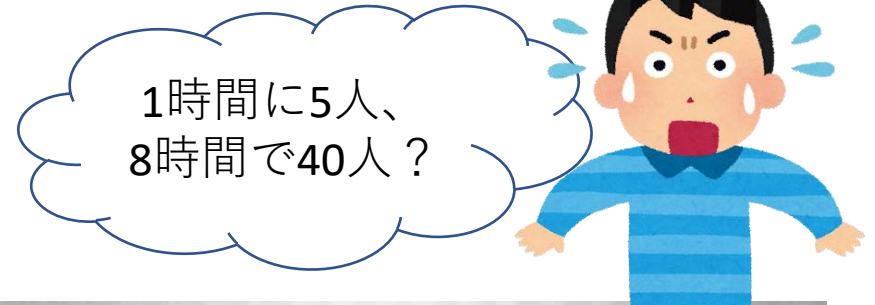
宿日直許可を得ていない病院への派遣はお断り



「1時間に5人の患者を診察可」 ～名ばかり管理当直？～

- 2023年2月、厚生労働省で全国医師ユニオンによる緊急記者会見が行われた。緊急医師の宿日直基準をめぐって「1時間に5人程度の患者を診察しているも、宿日直許可を申請してもよい」という厚生労働省の指導が明らかになった。

- 「宿日直許可をとった時、間は労働時間とみたら、1時間あたりの診察可能人数は、1時間に5人程度と指導している」という。



厚生労働省で緊急記者会見を行った
全国医師ユニオンの植山代表（中央）ら

ICU当直



救命救急入院料等の主な施設基準①

| | | 点数 | 医療機関数 病床数 | 主な施設基準 | 医師の配置 | 看護配置 | 必要度 | その他 |
|--------------------------------------|------|--|---------------|--|---|------|--|---|
| 救命救急 入院料 | 入院料1 | ～3日 10,223点 ～7日 9,250点 ～14日 7,897点 | 187 3,593床 | ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制 | ・専任の医師が常時勤務 (治療室内) | 4対1 | HCU用 測定評価 | 救命救急 センターを 有している こと ※「イ」は 救命救急 入院料 「ロ」は 広範囲熱傷 特定集中 治療管理料 を指す |
| | 入院料2 | ～3日 11,802点 ～7日 10,686点 ～14日 9,371点 | 26 200床 | ・救命救急入院料1の基準 ・特定集中治療室管理料1又は3の基準 | ・専任の医師が常時勤務 (治療室内) | 2対1 | ICU用 (I・II) I:8・7 II:7・6 割 | |
| | 入院料3 | イ・ロ:～3日 10,223点 イ・ロ:～7日 9,250点 イ:～14日 7,897点 ロ:～60日 8,318点 | 80 1,639床 | ・救命救急入院料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 | ・専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内) | 4対1 | HCU用 測定評価 | |
| | 入院料4 | イ・ロ:～3日 11,802点 イ・ロ:～7日 10,686点 イ・ロ:～14日 9,371点 ロ:～60日 8,318点 | 80 891床 | ・救命救急入院料2の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備 | ・専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内) | 2対1 | ICU用 (I・II) I:8・7 II:7・6 割 | |
| 特定集中 治療室 管理料 (ICU) | 管理料1 | ～7日 14,211点 ～14日 12,633点 | 141 1,487床 | ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること | ・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上)(治療室内) | 2対1 | ICU用 (I・II) I:8割 II:7割 I:7割 II:6割 | ※「イ」は 特定集中 治療室管理料 「ロ」は 広範囲熱傷 特定集中 治療管理料 を指す |
| | 管理料2 | イ・ロ:～7日 14,211点 イ:～14日 12,633点 ロ:～60日 12,833点 | 76 867床 | ・特定集中治療室管理料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 | ・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上)(治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内) | | | |
| | 管理料3 | ～7日 9,697点 ～14日 8,118点 | 349 2,365床 | ・バイオクリーンルームであること | ・専任の医師が常時勤務 (治療室内) | | | |
| | 管理料4 | イ・ロ:～7日 9,697点 イ:～14日 8,118点 ロ:～60日 8,318点 | 62 565床 | ・特定集中治療室管理料3の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 | ・専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内) | | | |
| ハイケア ユニット 入院医療 管理料 (HCU) | 管理料1 | 6,855点 | 621 6,153床 | ・病床数30床以下 | ・専任の常勤医師が常時いる (医療機関内) | 4対1 | HCU用 8割 6割 | |
| | 管理料2 | 4,224点 | 30 309床 | | | | | |
| 脳卒中ケア ユニット 入院医療管理料 (SCU) | | 6,013点 | 194 1,592床 | ・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 ・病床数30床以下 | ・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務(医療機関内) ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時勤務すれば可 | 3対1 | 一般病棟 用 (I・II) 測定評価 | 脳梗塞、 脳出血、くも 膜下出血が 8割以上 |

※医療機関数及び病床数は令和4年9月14日中医協総-6-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

救命救急入院料等の主な施設基準②

| | | 点数 | 医療機関数 病床数 | 概要 | 主な施設基準 | 医師の配置 | 看護 配置 | その他 |
|--|----------|----------------|---------------|--|--|--|----------|-------------------------------|
| 小児特定集中 治療室 管理料 (PICU) | | ～7日 16,317点 | 9 100床 | 15歳未満(小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満)であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日(急性血液浄化、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、ECMOを必要とする状態の患者にあつては35日)を限度とする。 | <ul style="list-style-type: none"> ・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上(そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上) | <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務(うち2名以上がPICU勤務経験を5年以上)(治療室内) | 2対1 | 小児入院 医療管理料1 の医療機関であること |
| | | 8日～ 14,211点 | | | | | | |
| 新生児 特定集中 治療室 管理料 (NICU) | 管理料 1 | 10,539点 | 80 751床 | 定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日)を限度とする。 | <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上 | <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務(治療室内) | 3対1 | / |
| | 管理料 2 | 8,434点 | 149 885床 | | | | | |
| 総合周産 期特定 集中 治療室 管理料 (MFICU) | 管理料 1 | 7,381点 | 134 857床 | 疾病のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であつて、定められた状態にあり、医師が必要であると認められた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。 | <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・3床以上設置 | <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務(治療室内) | 3対1 | 総合/地域周 産期母子医療 センターであること |
| | 管理料 2 | 10,539点 | 134 1,755床 | | | | | |
| 新生児治療 回復室 入院医療 管理料 (GCU) | | 5,697点 | 200 2,899床 | 定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。算定は30日(出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g未満の児は120日、出生体重が1000～1500gの児は90日)を限度とする。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・専任の小児科医師の常勤医師(医療機関内) ※ 週3日以上勤務しており、かつ、22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師でも可 | 6対1 | / |

※医療機関数及び病床数は令和4年9月14日中医協総-6-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

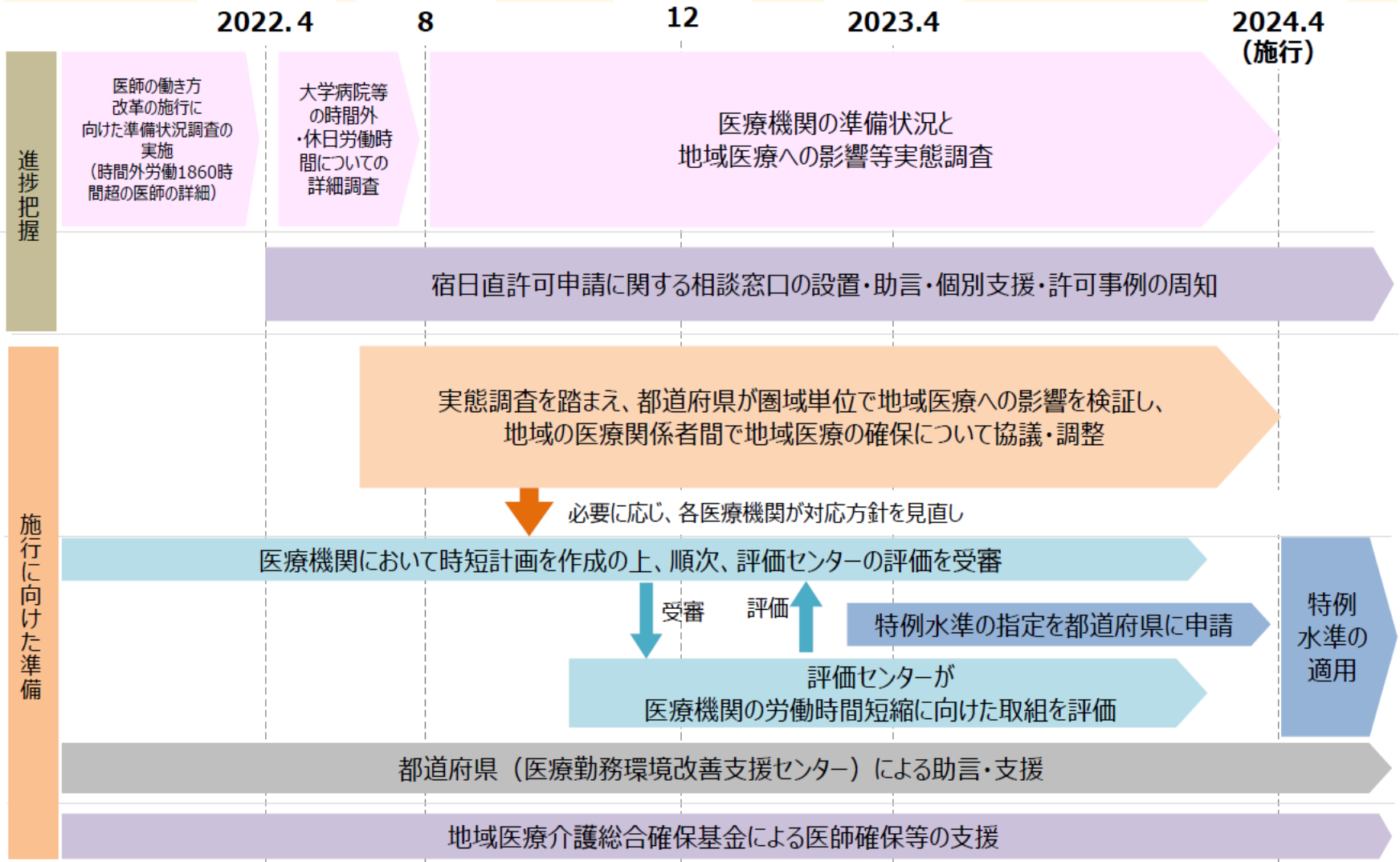
宿日直許可について

- 診療側の島弘志委員（日本病院会副会長）

- 「業務負荷が大きな医師において安易に宿日直許可が出るとなれば本末転倒である」（実態は「業務継続中」であるにもかかわらず、宿日直許可を得て「業務外」となれば、当該勤務医の負担は全く減らない）と指摘
- 「医師が常時勤務することが求められるユニット（ICUなど）」については、『医師の勤務実態』を踏まえて、『診療報酬上の施設基準』（常時ユニット内で勤務することなど）や『宿日直許可基準』の見直し・整理を行っていく必要がある
- ユニットの中にも「常時の医師配置が必ずしも求められず、宿日直許可を得た医師で対応可能なもの（急変時のわずかな処置など）」があるかもしれない、そうした実態が見られたユニットでは「医師の常時配置」という施設基準を見直し、あわせて「宿日直許可を得やすい」仕組みを整備することなどが考えられ、眞鍋医療課長も検討の余地ある旨の考えを示している。

2024年度の時間外労働の上限規制の施行に向けた準備プロセス

- 2024年度からの上限規制の適用開始に向け、円滑な実施を確保するとともに、必要な地域医療に影響が出ることのないよう、国・都道府県の責任の下で進捗を管理していく。
- 特に、大学病院など、地域医療の確保のため医師を派遣している医療機関が、施行に向けて必要な取り組みを進めることができず、地域医療が守られるよう、施行直前まで、その準備状況と地域医療への影響や医師の派遣実態についての調査を実施し必要な支援や対応について検討を行う。



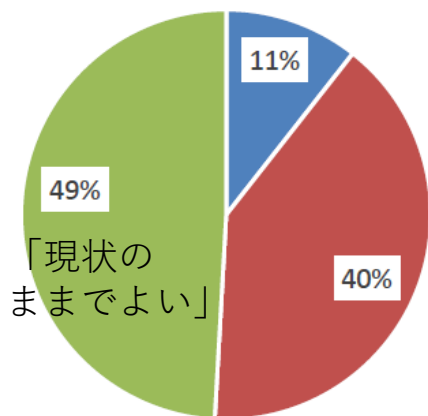
パート2

2024年診療報酬改定と働き方改革



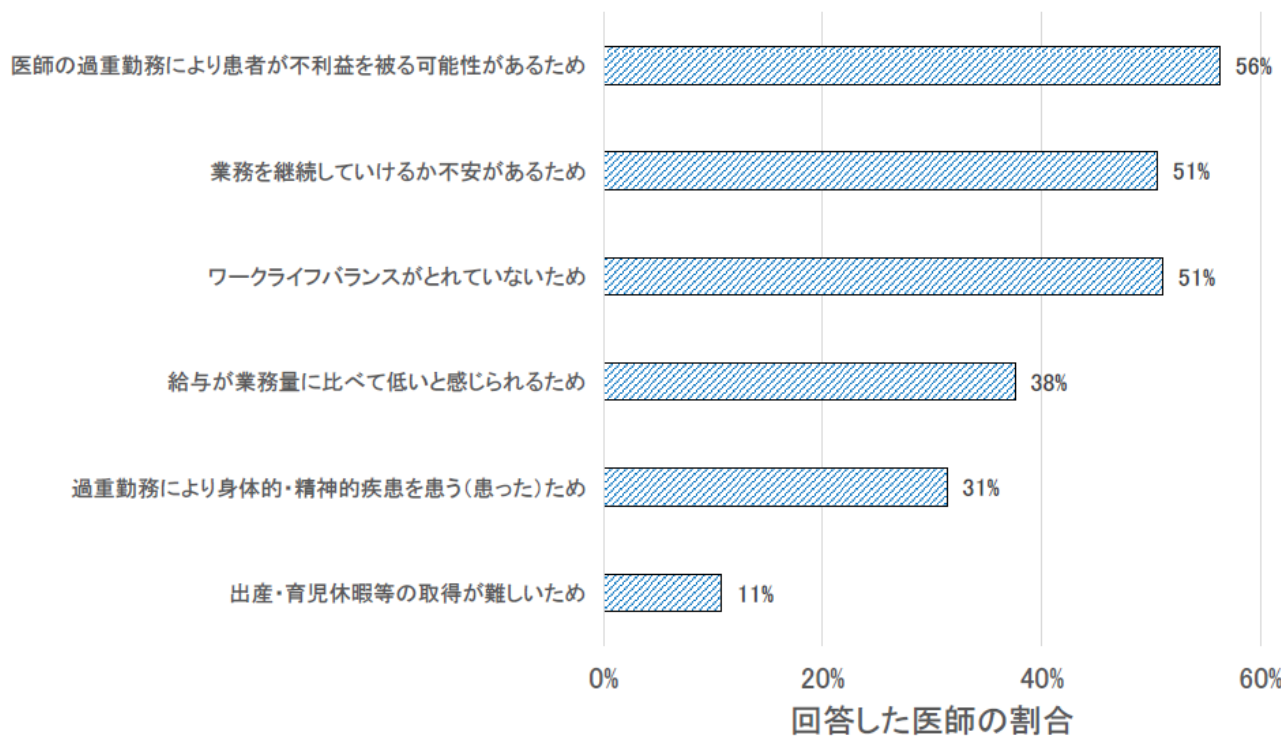
- 現在の勤務状況について、「改善の必要性が高い」、または「改善の必要がある」と回答した医師は51%であった。
- 「改善の必要性が高い」、又は「改善の必要がある」を選択した理由は、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」が56%、「業務を継続していけるか不安があるため」、「ワークライフバランスがとれていないため」がそれぞれ51%であった。

①現在の勤務状況 (n数=2505) (令和4年11月1日時点)



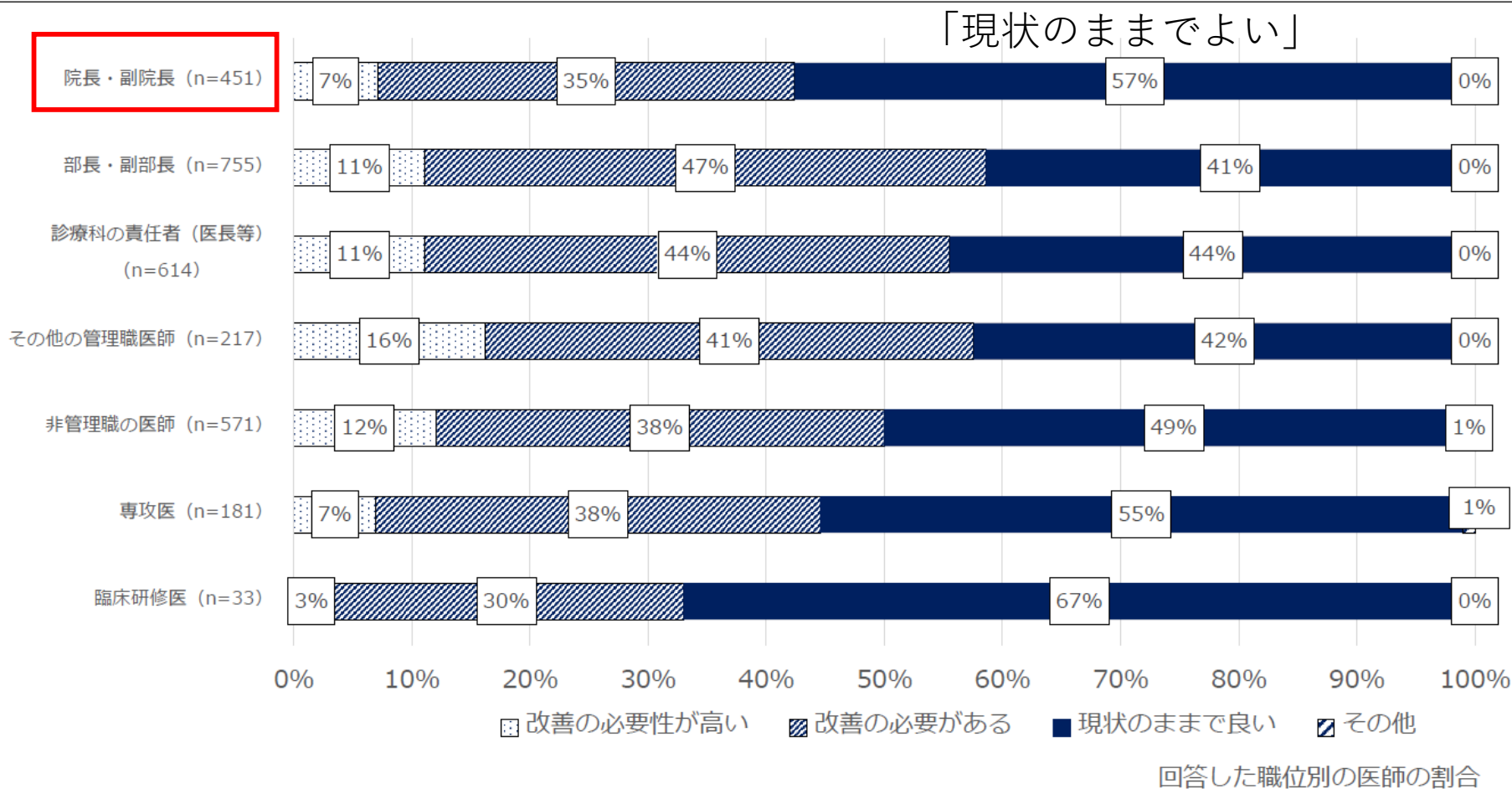
- 改善の必要性が高い
- 改善の必要がある
- 現状のままでよい

②「改善の必要性が高い」又は「改善の必要がある」を選択した理由



職位別に見た医師の勤務状況の改善の必要性

- 職位別に見た医師の勤務状況の改善必要性については、部長・副部长、診療科の責任者、その他の管理職医師、非管理職医師においては、「改善の必要性が高い」、「改善の必要がある」を合わせると50%以上となる。一方で、院長・副院长、専攻医、臨床研修医は、「現状のままで良い」との回答が55%以上となった。



トップの意識が変わらなければ・・・

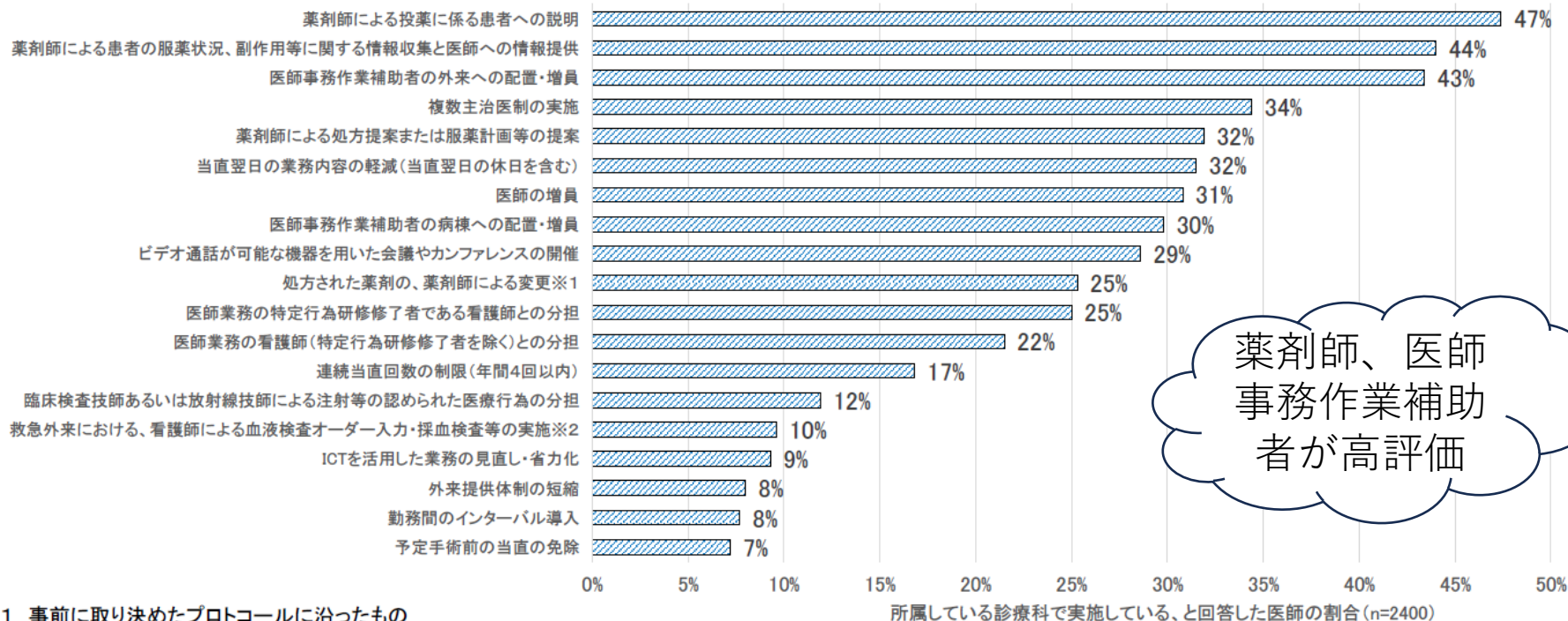
- 支払側の眞田享委員：日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
 - 「スタッフの働き方改革に向けてはトップの意識改革が最も重要だが、病院では院長などの6割近くが『現状のままでよい』と考えており、ここを改善していかなければならない
- 診療側の江澤和彦委員：日本医師会常任理事、吉川専門委員
 - 診療報酬での評価に当たっては現行の延長ではなく、より効果の出る内容への重点化が必要である」
 - 介護現場でスタッフの負担軽減のためにロボットやICT導入が進められているが、介護の質維持などに関するエビデンス構築にはまだ時間がかかる。

医師の負担軽減策の実施状況

診調組 入-1
5 . 6 . 8

○ 所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、薬剤師による投薬に係る患者への説明(47%)、医師事務作業補助者の外来への配置・増員(43%)といった取組が挙げられた。

1. 全診療科を対象とした結果

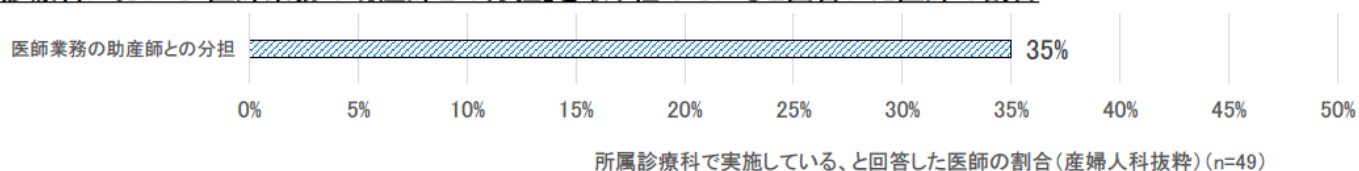


薬剤師、医師事務作業補助者が高評価

※1 事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの

※2 医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づくもの

2. 産婦人科医に質問した、所属する診療科において「医師業務の助産師との分担」に取り組んでいると回答した医師の割合



パート3 働き方改革と 診療報酬の取り組み



中医協

地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

- 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。



[算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、**年間で2,000件以上**である(※1)こと。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「**病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画**」(※2)の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

※1 診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)を対象として、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、**以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。**

- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、**連続当直を行わない勤務体制の実施**
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ **予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮**
- オ **当直翌日の業務内容に対する配慮**
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



2022年改定 地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

- ▶ 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

現行

【地域医療体制確保加算】
地域医療体制確保加算 520点

[施設基準]
「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。



改定後

【地域医療体制確保加算】
地域医療体制確保加算 620点

[施設基準]
「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。

以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。

ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ウ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

地域医療体制確保加算の見直し

医師労働時間短縮計画について

- 医師の働き方改革をより実効的に進める観点から、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づく、「医師労働時間短縮計画」作成を求めるとし、「実績」「取込目標」等の記載を求める。

＜参考＞現行の要件
(地域医療体制確保加算)

- | |
|--|
| ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。 |
| ② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。 |
| ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 |
| ④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。 |
| ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、 必要な事項を記載 すること。(※例示は省略) |
| ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。 |

○労働時間と組織管理 (共通記載事項)

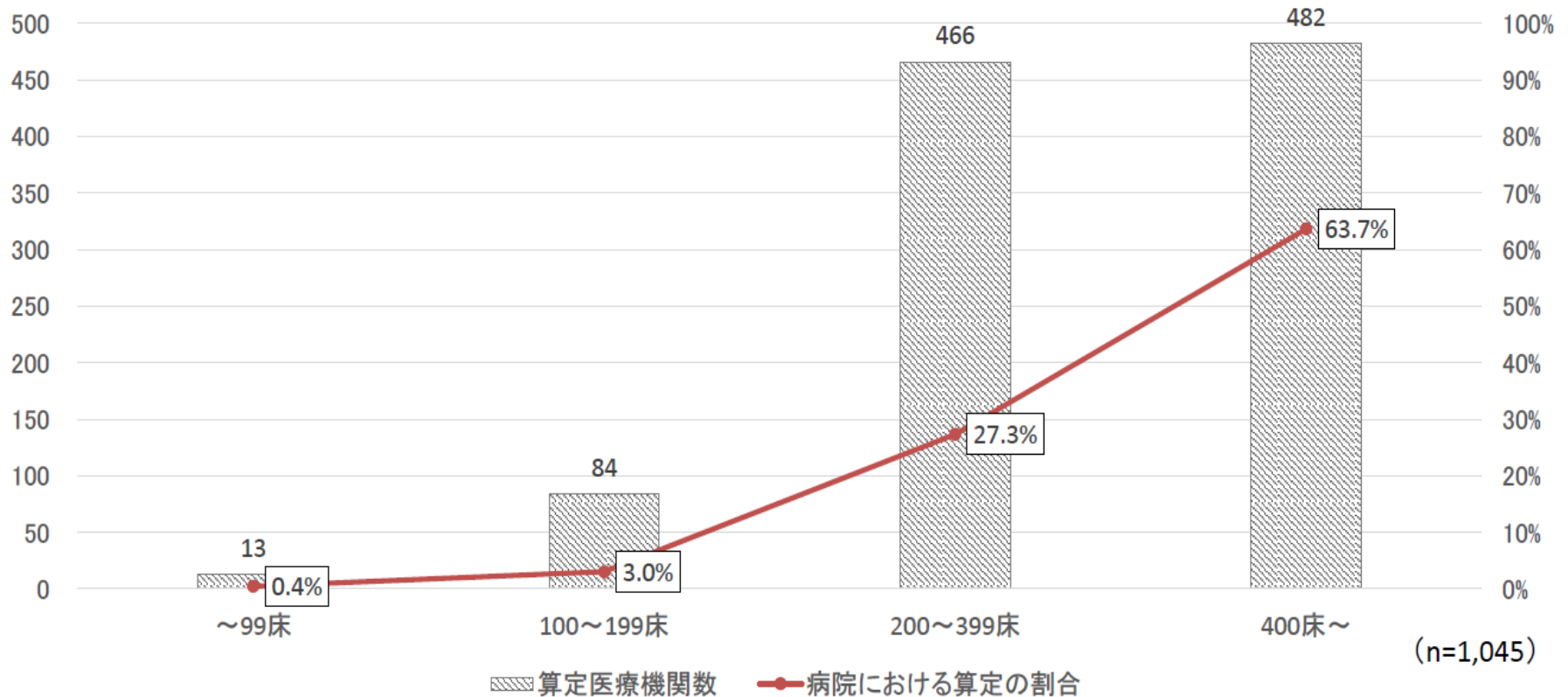
- | |
|--|
| (1) 労働時間数 以下の全ての項目について、①前年度実績、②当年度目標及び③計画期間終了年度の目標を記載 ・ 年間の時間外・休日労働時間数の平均・最長 ・ 年間の時間外・休日労働時間数960 時間超～1,860 時間の人数・割合 ・ 年間の時間外・休日労働時間数1,860 時間超の人数・割合 |
| (2) 労務管理・健康管理 以下の全ての項目について、①前年度の実績、②当年度の実績目標及び③計画期間中の実績目標を記載 ・ 労働時間管理方法、宿日直許可の有無を踏まえた時間管理 ・ 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等 ・ 労使の話し合い、36 協定の締結 ・ 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制 ・ 追加的健康確保措置の実施(連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、面接指導等) |
| (3) 意識改革・啓発 以下の項目のうち、最低1つの取組について、①前年度の実績、②当年度の実績目標及び③計画期間中の実績目標を計画に記載 ・ 管理者マネジメント研修 ・ 働き方改革に関する医師の意識改革 ・ 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明 |
| ○労働時間短縮に向けた取組 (項目ごとに任意の取組を記載) ①～⑤それぞれにおいて、最低1つの取組について①計画作成時点における取組実績と②計画期間中の取組目標を計画に記載 |
| (1) タスク・シフト/シェア |
| (2) 医師の業務の見直し |
| (3) その他の勤務環境改善(ICT活用、WLB推進等) |
| (4) 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理 |
| (5) C-1 水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化 |

地域医療体制確保加算の算定状況

○ 地域医療体制確保加算の算定医療機関は直近で1,045医療機関(※)であった。

※ 2022年9月、2020年7月は944医療機関、2021年7月は972医療機関

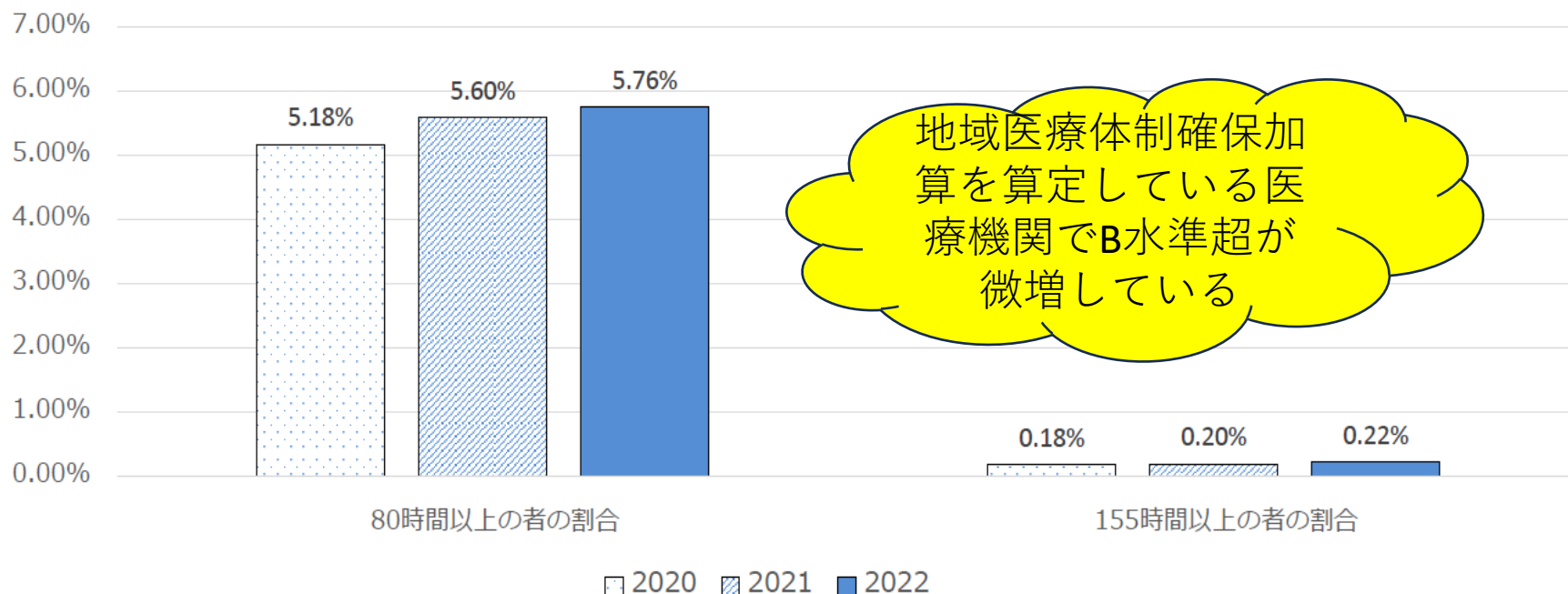
病床規模別の地域医療体制確保加算算定状況



地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況② 長時間労働している勤務医数の推移

- 時間外労働の時間が月155時間(年1,860時間相当)以上の医師はごくわずかであるものの、時間外労働時間が月80時間(年960時間相当)以上の医師の割合は、2020年から2022年にかけて増加している。

常勤の医師のうち、超過勤務時間が80時間以上、155時間以上の者の割合

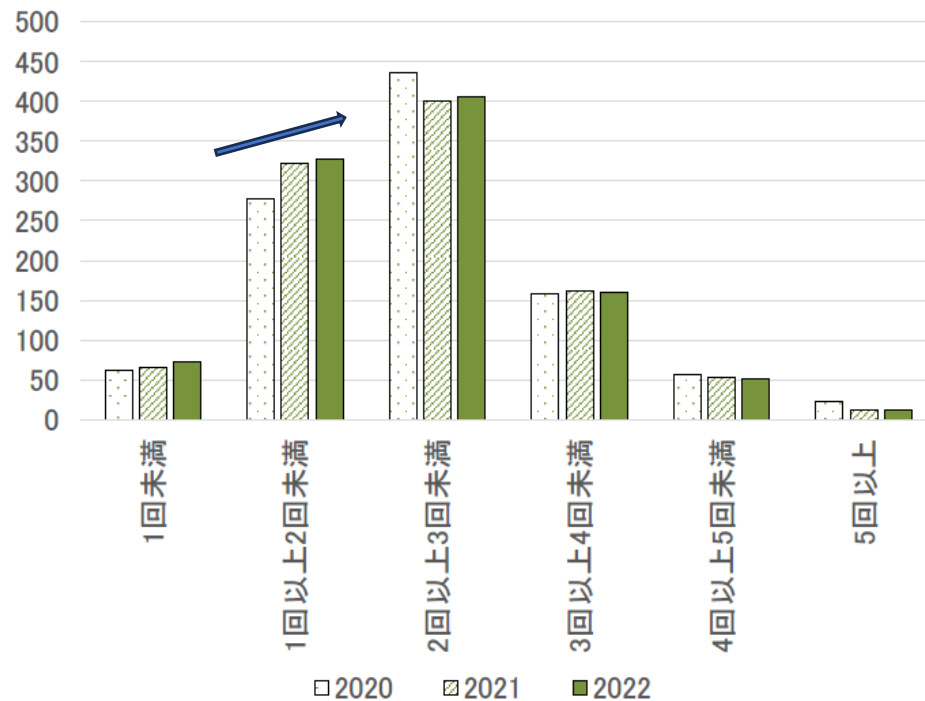


| | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|---------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| | 人数 | 構成比 | 人数 | 構成比 | 人数 | 構成比 |
| 80時間以上の者の人数 | 6,275 | 5.18% | 6,978 | 5.60% | 7,371 | 5.76% |
| 155時間以上の者の人数 | 218 | 0.18% | 251 | 0.20% | 280 | 0.22% |
| 1037医療機関における常勤医師数合計 | 121,111 | 100% | 124,651 | 100% | 127,982 | 100% |

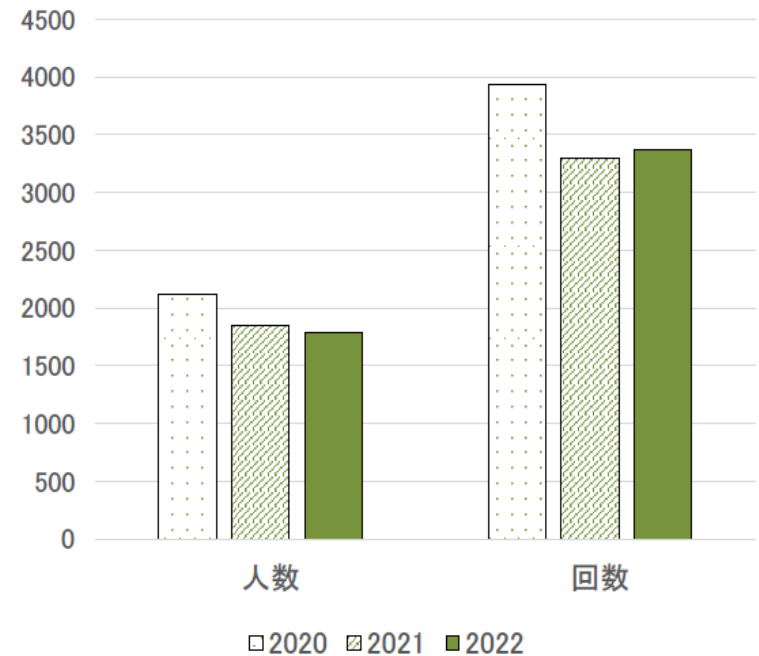
地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況③ 宿日直及び連日当直の状況

○ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関において、宿日直(月平均)の回数は、2回未満が増加し、4回以上が減少している。連日当直を実施した者の人数は減少しているが、回数は、2021年から2022年にかけてわずかに増加している。

① 宿日直回数の平均(回/月)
(n=1,037)



② 連日当直を実施した者の人数及び回数
(n=1,037)



※ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関の2020年、2021年の人数を示しているため、医療機関数は2020年～2022年で同一となっている。

地域連携体制確保加算 中医協委員の意見

- 支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）
 - 地域医療体制確保加算算定医療機関での、「時間外労働増加」については加算の効果・成果が現れていないことは残念だ。
 - 長時間労働をする勤務医の割合がわずかであるが増加してしまっている。『加算を継続すべきか』を議論する必要があり、仮に継続するとしても『勤務時間短縮の計画作成だけでなく、時間短縮の実績を要件化する』などの見直しが必須である」。
- 診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）
 - 「医師働き方改革はこれからが本番であり、10数年かけて継続していかなければならない。地域医療体制確保加算の廃止などはありません」。

パート4

医師の勤務環境への配慮

- ①休日夜間、当直体制
- ②総合入院体制加算
- ③多様な勤務形態

①休日夜間・当直体制など

勤務環境に特に配慮を要する領域への対応

- 当直等の負担軽減を図る観点から、勤務環境に特に配慮を要する領域への対応として、手術・処置の休日・時間外・深夜加算の要件等の見直し(平成26年度改定、令和4年度改定)等を実施した。

(例) 手術・処置の休日・時間外・深夜加算

(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

(2) ~ (4) (略)

・勤務医負担軽減等の実施に係る施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関にて、緊急のための休日等における対象患者に対する手術等を評価。(対象患者)

次に掲げる入院中の患者以外の患者に対する手術。ただし、手術が保険医療機関等の都合により休日等に行われた場合は算定できない。

ア~イ(略)

(主な施設基準)

1~3(略)

4 医師の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として次の体制を整備していること。

(1) 当該保険医療機関内に医師の負担軽減等に関して提言するための責任者が配置されていること。(2)~(6)(略)

5 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について次のいずれも実施していること。(1)~(2)(略)

6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。(1)~(7)(略)

7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

(1) 交替勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア~キ(略)

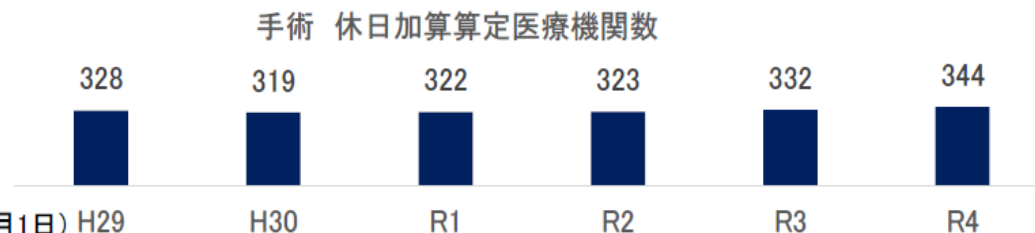
(2) チーム制を導入しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア~カ(略)

(3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下の又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを厚生(支)局長に届け出ていること。~(略)

ア~イ(略)

8~9(略)

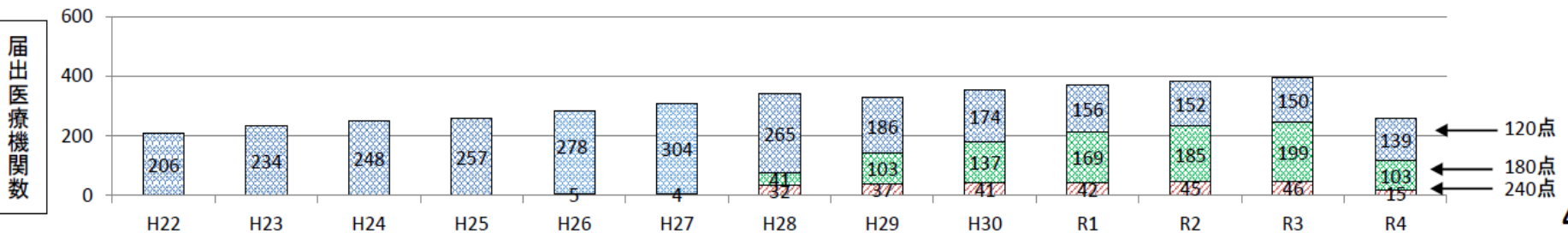


②総合入院体制加算

総合入院体制加算の概要②

○ 施設基準に含まれる、医療従事者の勤務環境改善の取組に関する要件は、以下のとおり。

| (1日につき/14日以内) | 総合入院体制加算1 240点 | 総合入院体制加算2 180点 | 総合入院体制加算3 120点 |
|-------------------------------|--|-------------------|-------------------|
| 共通の施設基準 (医療従事者の勤務環境改善の取組等) | 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。(中略) | | |
| | <p>ア 当該保険医療機関内に、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。</p> <p>イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議(以下この項において「委員会等」という。)を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。</p> <p>ウ イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。</p> <p>エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。</p> <p>(イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組(許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)</p> <p>(ロ) 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい。)</p> <p>(ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減</p> <p>(ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</p> <p>(ホ) 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減</p> <p>(ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減 (ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</p> <p>オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。</p> | | |



③多様な勤務形態

多様な勤務形態の推進①

- 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件の緩和等を実施してきている。

医療従事者の配置

(平成30年度改定)

- ・ 医師については、小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科等の領域について、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。
- ・ リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師については、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。
- ・ 看護師等の常勤職員の配置が求められているものについて、非常勤職員でも配置可能とする。
(対象となる項目) 糖尿病合併症管理料(看護師) 歯科治療時医療管理料(歯科衛生士) 有床義歯修理歯科技工加算1及び2(歯科技工士)
在宅患者訪問褥瘡管理指導料(管理栄養士)

(令和2年度改定)

- ・ 週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能とする。
- ・ 医師については、複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目を拡大する。
(対象となる項目) 緩和ケア診療加算、栄養サポートチーム加算、感染防止対策加算等
- ・ 看護師については、外来化学療法加算について、非常勤職員でも配置可能とする。

産前産後休業取得時等の対応

(平成28年度改定)

- ・ 施設基準上求められる常勤の従事者が、産前・産後休業及び育児・介護休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤従事者を常勤換算することで施設基準を満たすことを原則認める。
- ・ 育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。

多様な勤務形態の推進②

専従要件

(平成30年度改定)

- ・ チームで診療を提供する項目については、チームのいずれか1人が専従であればよいこととする。
(対象となる項目) 緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料
- ・ チームで担当する患者数が一定程度以下の場合には、いずれの構成員も専任であっても差し支えないこととする。
(対象となる項目) 緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、栄養サポートチーム加算
- ・ 職員の専従が要件となっている精神科専門療法(精神科作業療法、精神科ショート・ケア等)について、当該業務を実施していない時間帯については、当該業務と関連する他の業務に従事しても差し支えないこととする。また、当該業務と他の業務が異なる時間帯に実施される場合は、他の業務の専従者として届け出ることを可能とする。
- ・ 一定程度以上の水準のリハビリテーションの提供や外来リハビリテーション等を実施している保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリ専門職の病棟専従の要件を緩和し、入院中の患者に対する退院前の訪問指導や退院後3ヶ月以内の患者に対する外来リハビリテーション等を実施しても差し支えないこととする。

(令和2年度改定)

- ・ 専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、他の業務に従事できる項目を拡大する。
(対象となる項目) ウイルス疾患指導料(注2)、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料 等

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

(平成28年度改定)

- ・ 保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。ただし、夜間又は休日であつて、当該保険医療機関外にいる医師が院外から迅速に診療上の判断を支援する体制が確保されている場合に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこと。

画像診断管理加算

(平成28年度改定)

- ・ 画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が夜間休日に撮影した画像を、送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて扱うこととする。

パート5 タスクシェア・ タスクシフト

- ①現行制度で可能なタスクシェア・タスクシフト
- ②医師事務作業補助者
- ③特定行為研修修了者

①現行制度で可能なタスク
クシエア・タスクシフト

(再掲)

【参考】現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例(1)

【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について
(令和3年9月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知)

看護師

- ① 特定行為(38行為21区分)の実施
- ② 事前に取り決めたプロトコル(※)に基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
- ③ 救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコルに基づく採血・検査の実施
- ④ 血管造影・画像下治療(IVR)の介助
- ⑤ 注射、採血、静脈路の確保等
- ⑥ カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
- ⑦ 診察前の情報収集

助産師

- ① 院内助産
- ② 助産師外来

薬剤師

- ① 周術期における薬学的管理等
- ② 病棟等における薬学的管理等
- ③ 事前に取り決めたプロトコルに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
- ④ 薬物療法に関する説明等
- ⑤ 医師への処方提案等の処方支援
- ⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

診療放射線技師

- ① 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
- ② 画像誘導放射線治療(IGRT)における画像の一次照合等
- ③ 放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等
- ④ 血管造影・画像下治療(IVR)における補助行為
- ⑤ 病院又は診療所以外の場所での医師が診察した患者に対するエックス線の照射
- ⑥ 放射線検査等に関する説明、同意書の受領
- ⑦ 放射線管理区域内での患者誘導
- ⑧ 医療放射線安全管理責任者

臨床検査技師

- ① 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
- ② 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認
- ③ 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定
- ④ 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引
- ⑤ 検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為
- ⑥ 病棟・外来における採血業務
- ⑦ 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞(幹細胞等)・胚細胞に関する操作
- ⑧ 輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
- ⑨ 救急救命処置の場における補助行為の実施
- ⑩ 細胞診や超音波検査等の検査所見の記載
- ⑪ 生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
- ⑫ 病理診断における手術検体等の切り出し
- ⑬ 画像解析システムの操作等
- ⑭ 病理解剖

臨床工学技士

- ① 心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作
- ② 人工呼吸器の設定変更
- ③ 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血
- ④ 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引
- ⑤ 人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑥ 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑦ 血液浄化装置のバスキュラーアクセスへの接続を安全かつ適切に実施する上で必要となる超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確認
- ⑧ 全身麻酔装置の操作
- ⑨ 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入
- ⑩ 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備
- ⑪ 手術室や病棟等における医療機器の管理
- ⑫ 各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為
- ⑬ 生命維持管理装置を装着中の患者の移送

(再掲)

【参考】現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例(2)

【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

理学療法士

- ① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付

作業療法士

- ① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
- ② 作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能(認知機能を含む)、ADL等の評価等

言語聴覚士

- ① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
- ② 侵襲性を伴わない嚥下検査
- ③ 嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択
- ④ 高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等

視能訓練士

- ① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力
- ② 視機能検査に関する検査結果の報告書の記載

義肢装具士

- ① 義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等
- ② 装具を用いた足部潰瘍の免荷
- ③ 切断者への断端管理に関する指導

救急救命士

- ① 病院救急車による患者搬送の際の患者観察
- ② 救急外来等での診療経過の記録
- ③ 救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応

【その他職種にかかわらずタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

- ① 診療録等の代行入力(電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力)
- ② 各種書類の記載(医師が最終的に確認または署名(電子署名を含む。)することを条件に、損保会社等に提出する診断書、介護保険主治医意見書等の書類、紹介状の返書、診療報酬等の算定に係る書類等を記載する業務)
- ③ 医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務
- ④ 日常的に行われる検査に関する定型の説明、同意書の受領(日常的に行われる検査について、医療機関の定めた定型の説明を行う、又は説明の動画を閲覧してもらった上で、患者又はその家族から検査への同意書を受領)
- ⑤ 入院時のオリエンテーション(医師等から入院に関する医学的な説明を受けた後の患者又はその家族等に対し、療養上の規則等の入院時の案内を行い、入院誓約書等の同意書を受領)
- ⑥ 院内での患者移送・誘導
- ⑦ 症例実績や各種臨床データの整理、研究申請書の準備、カンファレンスの準備、医師の当直表の作成等の業務

診療の補助について（歯科領域を除く）

- 業務独占とされている職種は、医師、薬剤師、助産師、看護師及び診療放射線技師。
- 診療放射線技師とその他の医療関係職種については、看護師の業務独占を一部解除する形で、診療の補助の一部を実施することができる。
- 医師の指示の必要性の有無は医療関係職種の行う行為が診療の補助に該当するか否かによって決まることになり、当該行為が行われる場所とは関連がない。



② 医師事務作業補助者

病院勤務医の事務負担の軽減

医師事務作業補助体制加算(平成20年度改定において新設)

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

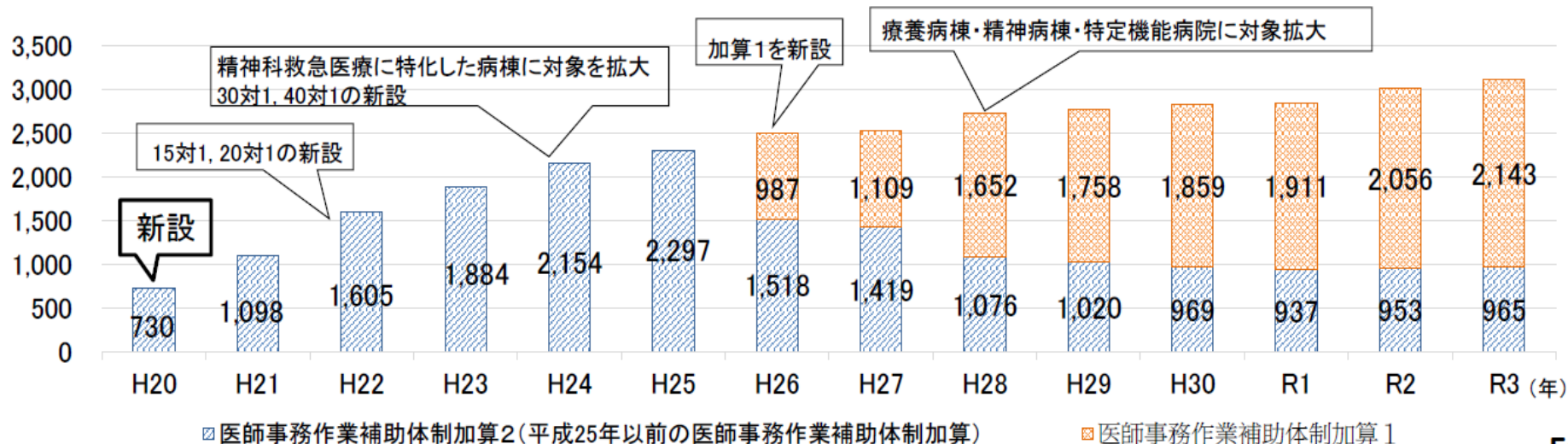
※ ①(必須)及び②~⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容(必須)
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

| 医師事務作業補助者の配置 | 点数(加算1/加算2) |
|--------------|-------------|
| 15対1 | 1,050点/975点 |
| 20対1 | 835点/770点 |
| 25対1 | 705点/645点 |
| 30対1 | 610点/560点 |
| 40対1 | 510点/475点 |
| 50対1 | 430点/395点 |
| 75対1 | 350点/315点 |
| 100対1 | 300点/260点 |

医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移

(医療機関数)



■ 医師事務作業補助体制加算2(平成25年以前の医師事務作業補助体制加算)

■ 医師事務作業補助体制加算1

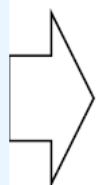
医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

- 医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算1及び2について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価とする。

現行

医師事務作業補助体制加算1の施設基準
 医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに基準を満たしていること。
 (新設)



改定後

医師事務作業補助体制加算1の施設基準
(削除)

当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。

※ 医師事務作業補助体制加算2については上記要件を設けない

(※) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

現行

| 医師事務作業補助者の配置 | 加算1 | 加算2 |
|--------------|------|------|
| 1.5対1 | 970点 | 910点 |
| 2.0対1 | 758点 | 710点 |
| 2.5対1 | 630点 | 590点 |
| 3.0対1 | 545点 | 510点 |
| 4.0対1 | 455点 | 430点 |
| 5.0対1 | 375点 | 355点 |
| 7.5対1 | 295点 | 280点 |
| 10.0対1 | 248点 | 238点 |



改定後

| 医師事務作業補助者の配置 | 加算1 | 加算2 |
|--------------|---------------|-------------|
| 1.5対1 | <u>1,050点</u> | <u>975点</u> |
| 2.0対1 | <u>835点</u> | <u>770点</u> |
| 2.5対1 | <u>705点</u> | <u>645点</u> |
| 3.0対1 | <u>610点</u> | <u>560点</u> |
| 4.0対1 | <u>510点</u> | <u>475点</u> |
| 5.0対1 | <u>430点</u> | <u>395点</u> |
| 7.5対1 | <u>350点</u> | <u>315点</u> |
| 10.0対1 | <u>300点</u> | <u>260点</u> |

医師事務作業補助体制加算

- 医師事務作業補助体制加算を届け出ている医療機関は68%であった。
- 医師事務作業補助体制加算を届け出していない医療機関の届出困難な理由は、「救急医療にかかる実績」、「全身麻酔手術件数の実績要件」等が挙げられた。

■ 医師事務作業補助体制加算の届出有無 (n=1086)

| | 医療機関数 | (割合) |
|------|-------|------|
| 届出:無 | 346 | 32% |
| 届出:有 | 740 | 68% |

届出:無

■ 届出が困難な理由 (n=340)

0% 20% 40% 60% 80%

第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期医療センターのいずれでもないため

83%

全身麻酔手術件数が年間800件以上の実績を満たさないため

76%

緊急入院患者数が年間50名以上の実績を満たさないため

55%

医師事務作業補助者をそれぞれの配置区分ごとに配置することが困難

49%

人材の確保が困難

46%

その他 5%

■ 医師事務作業補助者の効果 (n=725)

届出:有

0% 50%

医師の働きやすさ 89%

医師の残業時間短縮 78%

外来における患者の待ち時間の短縮 60%

その他 8%

③特定行為研修修了者

特定行為研修の現状（指定研修機関数・研修修了者の推移）

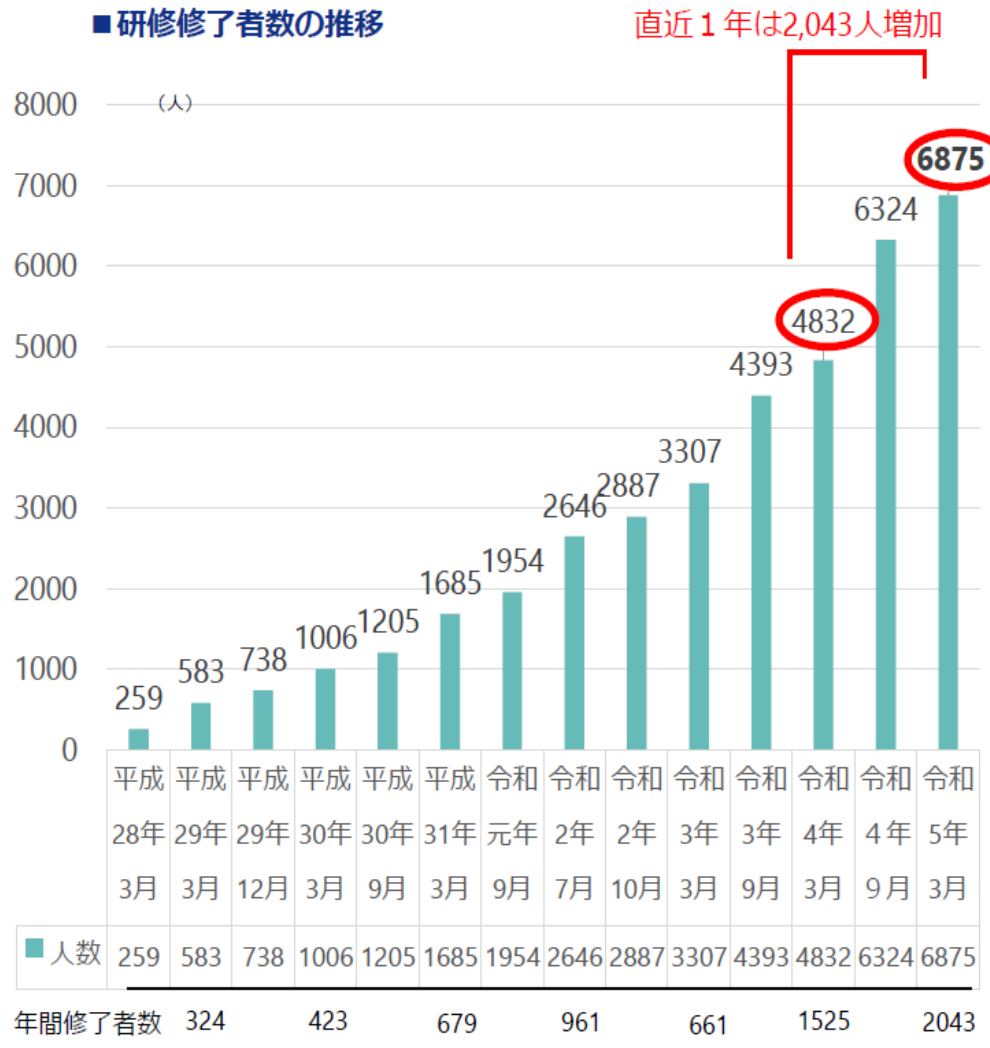
○特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和5年2月現在で360機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は5,143人である。

○特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和5年3月現在で6,875名である。

■ 指定研修機関数の推移

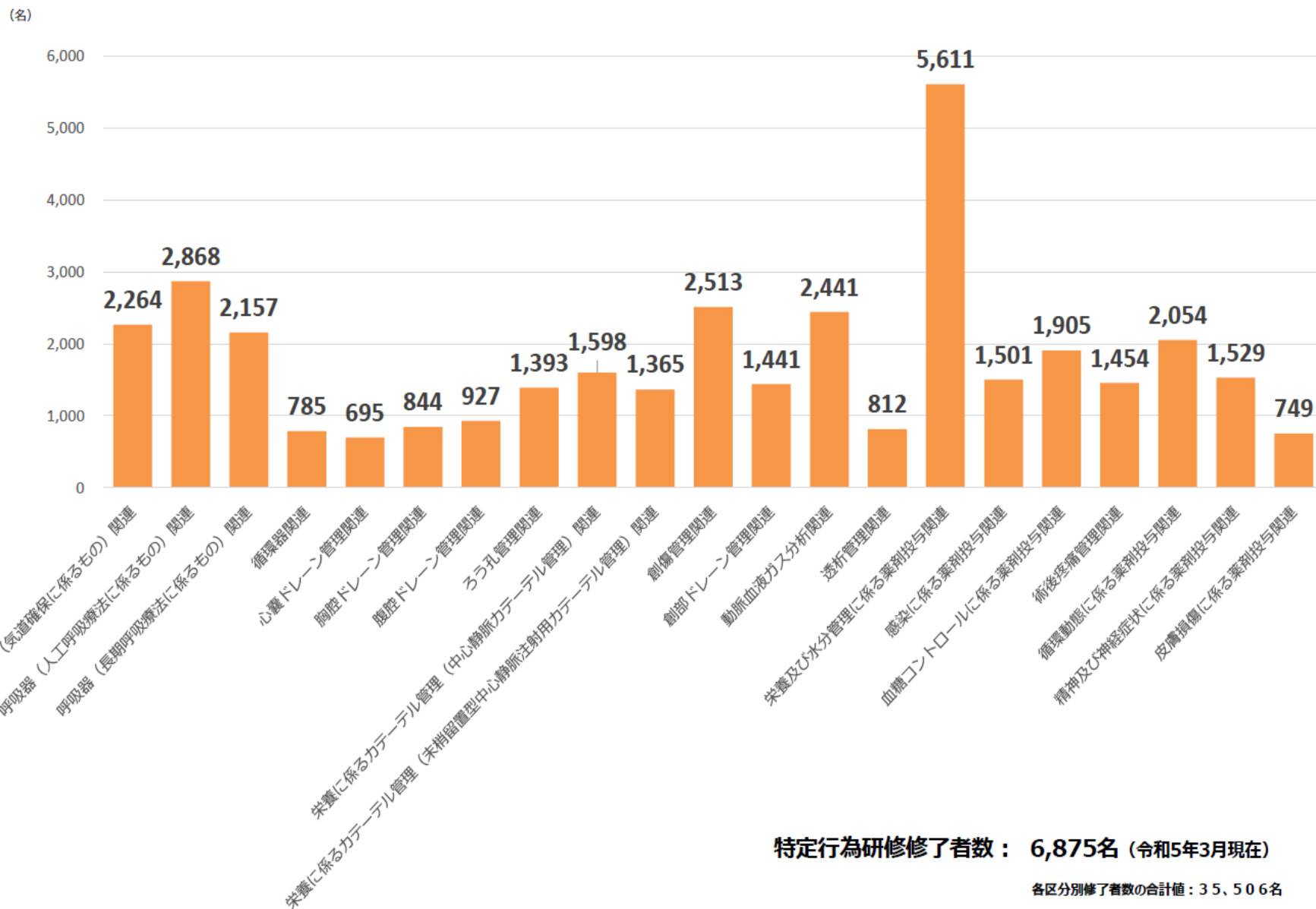


■ 研修修了者数の推移



直近1年は2,043人増加

特定行為研修を修了した看護師数（特定行為区分別）



特定行為研修修了者数： 6,875名（令和5年3月現在）

各区分別修了者数の合計値： 35,506名

（看護課調べ）

特定行為研修修了者 配置による効果



特定行為研修修了者配置による医師の労働時間への影響

(研究方法)

デザイン: 後ろ向き調査及び研修修了者へのヒアリング
 調査項目: 出退勤時刻に基づいた医師の年間勤務時間
 調査期間: 特定行為研修修了者配置前 2016年度
 特定行為研修修了者配置後 2017年・2018年度

調査施設: 特定機能病院(500床以上)
 修了者の配置: 心臓血管外科に2名の
 特定行為研修修了者(21区分修了)を配置

(研究結果)

特定行為研修修了者の配置前と比べ、
 配置後に**医師の年間平均勤務時間が有意に短縮**。

| | 配置前 | 配置後 | P値 |
|------------------|------------------------|------------------------|-------|
| 医師一人あたりの年間平均勤務時間 | 2390.7時間 (SD:321.2) | 1944.9時間 (SD:623.2) | 0.008 |

研修修了者の活動内容

- ◆病棟管理を主とし、それまで医師が実施していた外来との調整や入院のベッドコントロールを実施
- ◆医師不在時は、病棟看護師からの相談・報告を受けて、医師の包括指示の範囲内で対処
- ◆修了者2名で、1か月間で28の特定行為を計281件実施
 <実施内容>
 術前の患者管理(検査・他科依頼・麻酔科外来)、心臓血管外科外来、病棟回診・処置の介助、看護師との合同カンファレンス、ICUでの術後管理(人工呼吸器管理など)、CV抜去やPICC挿入、輸液量の調整など

<ヒアリング前1か月間で実施した特定行為>

| 特定行為 | 実施件数 |
|----------------------------------|------|
| 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 | 5 |
| 侵襲的陽圧換気の設定の変更 | 20 |
| 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 | 3 |
| 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 | 10 |
| 人工呼吸器からの離脱 | 5 |
| 気管カニューレの交換 | 5 |
| 一時的ペースメーカーの操作及び管理 | 11 |
| 一時的ペースメーカーリードの抜去 | 9 |
| 経皮的心肺補助装置の操作及び管理 | 5 |
| 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 | 1 |
| 心嚢ドレーンの抜去 | 11 |
| 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更 | 11 |
| 胸腔ドレーンの抜去 | 12 |
| 中心静脈カテーテルの抜去 | 11 |
| 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 | 8 |
| 褥瘡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 | 2 |
| 創傷に対する陰圧閉鎖療法 | 18 |
| 創部ドレーンの抜去 | 7 |
| 直接動脈穿刺法による採血 | 23 |
| 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 | 7 |
| 脱水症状に対する輸液による補正 | 20 |
| 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与 | 4 |
| インスリンの投与量の調整 | 5 |
| 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 | 20 |
| 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 | 13 |
| 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 | 22 |
| 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 | 10 |
| 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 | 3 |

A病院における特定行為研修修了者の活動による効果

(研究方法)

デザイン：カルテによる後ろ向き調査

調査項目：年齢・性別などの基本情報、糖尿病関連情報、介入内容と状況、血糖コントロール状況

調査期間：特定行為研修修了者配置前 2016年11月～2017年10月

特定行為研修修了者配置後 2017年10月～2018年8月

調査施設：約400床の急性期病院

修了者の配置：看護部に所属し科を横断して活動

(血糖コントロールに係る薬剤投与関連など2区分修了)

インスリンの投与量の調整を主に行う

| | 配置前 (N = 165) | 配置後 (N = 169) | P値 |
|-------------|---------------|---------------|--------|
| 空腹時血糖値改善率 | 85.7% | 98.8% | < 0.01 |
| 目標血糖到達率 | 92% | 98% | < 0.01 |
| 目標血糖到達日数 | 10.4日 | 4.3日 | < 0.01 |
| 介入期間 | 21.7日 | 16.3日 | < 0.01 |
| 低血糖発現件数の割合 | 0.38% | 0.05% | < 0.01 |
| 手術までの血糖改善値* | 85.7 mg/dl | 98.8 mg/dl | < 0.01 |
| 術後血糖安定日数* | 9.3日 | 3.8日 | < 0.01 |

*配置前N = 97; 配置後N = 76

(研究結果)

特定行為研修修了者の配置前に比べ、修了者配置後に**空腹時血糖改善率、目標血糖到達率が有意に上昇し、介入期間の短縮、低血糖発作発現件数の減少、手術時までの有意な血糖改善および術後速やかな血糖安定がみられた**

(考察: 有意な改善がみられた理由)
研修修了者による医療的介入とタイムリーな対応が安全で効果的な血糖コントロールにつながっていると考えられる。
(修了者へのヒアリングより)

B病院における特定行為研修修了者の活動による効果

(研究方法)

デザイン：カルテによる後ろ向き調査

調査項目：特定行為（壊死組織除去）を行った件数・人数、平均年齢、在院日数、褥瘡治癒日数、DESIGN-R

調査期間：特定行為研修修了者配置前 2011年度

特定行為研修修了者配置後 2017年度

調査施設：約500床の急性期病院

修了者の配置：看護部に所属し科を横断して活動。施設や在宅への訪問も行う。

(創傷管理関連など4区分修了)

創傷の壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法などを実施

(研究結果)

特定行為研修修了者の配置前に比べ、配置後に**初回介入時と治癒時のDESIGN-Rの点数の差が上昇し、褥瘡の治癒日数は短縮する**傾向にあった。平均在院日数においては有意差は無かった。

| | 配置前 (褥瘡件数 N = 60) | 配置後 (褥瘡件数 N = 38) |
|--------------------------|----------------------|----------------------|
| 初回介入時と治癒時のDESIGN-Rの点数の差* | 11.2 | 19.3 |
| 褥瘡の治癒日数* | 36.8日 | 34.2日 |
| 平均在院日数 | 44.6日 (SD: 56.4) | 40.4日 (SD: 45.2) |

*D3以上の褥瘡のうち治癒した褥瘡 (配置前 N = 19; 配置後 N = 4)

(考察)

在院日数に関しては、褥瘡を保有していても特定行為研修修了者が在宅・高齢者施設までカバーできるので、早めに退院できるようになってきていることが影響している可能性がある。重症褥瘡の治癒期間、転帰に関しては、在宅・高齢者施設までフォローできるようになった事で、治癒まで追えるようになってきている。(修了者へのヒアリングより)

特定行為研修に係る診療報酬上の評価（平成30年度改定）

| 評価項目 | 特定行為研修において該当する区分 |
|--|---|
| <p>■ B001・20 糖尿病合併症管理料</p> <p>[算定要件] 糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合に月に1回に限り算定</p> <p>[施設基準] 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が1名以上配置されていること。</p> | <p>○以下の2区分とも修了した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・創傷管理関連 ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |
| <p>■ B001・27 糖尿病透析予防指導管理料</p> <p>[算定要件] 糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>[施設基準] 透析予防診療チームが設置されており、専任の看護師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有し、かつ、この間に通算1000時間以上糖尿病者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了した者。</p> | <p>○血糖コントロールに係る薬剤投与関連</p> |
| <p>■ C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料</p> <p>[算定要件] 重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。</p> <p>[施設基準] 在宅褥瘡対策チームが設置されていること。在宅褥瘡対策チームの医師、看護師（又は保健師、助産師）のいずれか1名以上は、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。 ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者 イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者</p> | <p>○創傷管理関連</p> |
| <p>■ A301 特定集中治療室管理料1及び2</p> <p>[算定要件] 1回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間1回に限り算定できる。対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた患者。 ア 意識障害又は昏睡 イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ウ 急性心不全（心筋梗塞含む） エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害 キ 広範囲熱傷 ク 大手術後 ケ 救急蘇生後 コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態</p> <p>[施設要件] 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。</p> | <p>○以下の8区分をすべて修了した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛管理関連 ・循環器関連 <p>○以下のパッケージ研修を修了した場合（令和4年度改定～）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外科術後病棟管理領域 ・術中麻酔管理領域 ・救急領域 ・集中治療領域 |

特定行為研修に係る診療報酬上の評価（令和2年度改定）

| 評価項目 | 特定行為研修において該当する区分 |
|---|---|
| <p>■ A200 総合入院体制加算 [施設基準] 病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること ア～ウ、オ（略）エ「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に挙げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。（イ）～（ニ）、（ハ）、（ト）（略） （ホ）特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画の項目の1つ</p> | <p>○特定行為研修修了者である看護師</p> <p>特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修のうち、いずれの区分であっても該当する。また、領域別パッケージ研修も該当する。</p> |
| <p>■ L010 麻酔管理料Ⅱ [算定要件] 担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察の内容を当該看護師に共有すること。 [施設基準] ・担当医が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施するにあたっては当該研修を修了した常勤看護師が1名以上配置されていること。 ・上記の場合にあつては、麻酔科標榜医又は麻酔を担当する当該医師と連携することが可能な体制が確保されていること。</p> | <p>以下のいずれかの研修を修了した看護師</p> <p>①術中麻酔管理領域（パッケージ研修） ②以下の6区分をすべて修了した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ・動脈血液ガス分析関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛管理関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連 |
| <p>■ C300 特定保険医療材料 在宅における特定保険医療材料の追加 在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については薬剤料、特定保険医療材料の費用については特定保険医療材料により、当該保険医療機関において算定する。</p> <p>011 膀胱瘻用カテーテル 012 交換用胃瘻カテーテル (1) 胃留置型①バンパー型 ア ガイドワイヤーありイ ガイドワイヤーなし ②バルーン型 (2) 小腸留置 ①バンパー型 ②一般型 013 局所陰圧閉鎖処置用材料 014 陰圧創傷治療用カートリッジ</p> | <p>以下の特定行為を実施した場合に算定可能</p> <p>①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</p> <p>②創傷管理関連区分のうち ・創傷に対する陰圧閉鎖療法</p> |

特定行為研修に係る診療報酬上の評価（令和4年度改定）①

| 評価項目 | 特定行為研修において該当する区分 |
|--|---|
| <p> ■ A230-4 精神科リエゾンチーム加算 ■ A233-2 栄養サポートチーム加算 ■ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ■ A242 呼吸ケアチーム加算 ■ A242-2 術後疼痛管理チーム加算 </p> <p>〔施設基準〕 国又は医療関係団体等が主催する研修（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。 （※加算によっては一部表現の違いあり）</p> | <p> 【精神科リエゾンチーム加算】 ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 </p> <p> 【栄養サポートチーム加算】 以下の3区分をすべて修了した場合 ・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 ・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 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 </p> <p> 【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 ・創傷管理関連 </p> <p> 【呼吸ケアチーム加算】 以下の2区分をすべて修了した場合 ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 </p> <p> 【術後疼痛管理チーム加算】 ・術後疼痛管理関連 ・パッケージ研修のうち、 外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域、外科系基本領域 </p> |
| <p> ■ C004 重症患者搬送加算（救急搬送診療料） </p> <p>〔算定要件〕 救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、日本集中治療医学会の定める指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。</p> <p>〔施設基準〕 (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される重症患者搬送チームが設置されていること。 ア 集中治療の経験を5年以上有する医師 イ 看護師 ウ 臨床工学技士 (3) (1)のイに掲げる看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師であることが望ましいこと。また、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。</p> | <p>○以下の8区分をすべて修了した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛管理関連 ・循環器関連 ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 <p>○以下のパッケージ研修を修了した看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> ①外科術後病棟管理領域 ②術中麻酔管理領域 ③救急領域 ④集中治療領域 |

特定行為研修に係る診療報酬上の評価（令和4年度改定）②

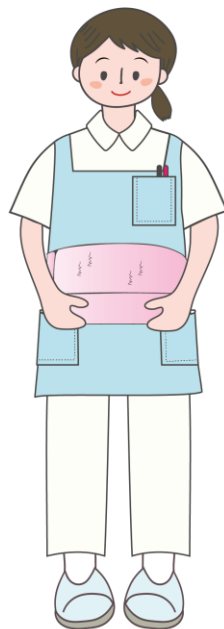
| 評価項目 | 特定行為研修において該当する区分 |
|--|--|
| <p>■ A300/A301 重症患者対応体制強化加算（救命救急入院料、特定集中治療室管理料） [算定要件] 重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] (1) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師（以下「常勤看護師」という。）が1名以上配置されていること。 (3) 常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師が2名以上配置されていること。 (4) (3)に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講すること。 ア 国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修 イ 保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修</p> | <p>○以下の8区分をすべて修了した場合 ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛管理関連 ・循環器関連 ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</p> <p>○以下のパッケージ研修を修了した看護師 ①外科術後病棟管理領域 ②術中麻酔管理領域 ③救急領域 ④集中治療領域</p> |
| <p>■ A300/A301/A301-2・3・4 早期離床・リハビリテーション加算（救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料） [算定要件] 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、入室した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。 ア 集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師 イ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師 ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士 (4) (1)のイに掲げる集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。</p> | <p>○以下の8区分をすべて修了した場合 ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛管理関連 ・循環器関連 ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</p> <p>○以下のパッケージ研修を修了した看護師 ①外科術後病棟管理領域 ②術中麻酔管理領域 ③救急領域 ④集中治療領域</p> |

特定行為研修に係る診療報酬上の評価（令和4年度改定）③

| 評価項目 | 特定行為研修において該当する区分 |
|---|--|
| <p>■ 専門性の高い看護師による同行訪問（訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)の八) [算定要件] 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に対して、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。</p> <p>[届出基準] 当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。 ※在宅患者訪問看護・指導料の3、同一建物居住者訪問看護・指導料の3についても同様。</p> | <p>○以下の研修を修了した看護師 ・創傷管理関連</p> |
| <p>■ 機能強化型訪問看護管理療養費1～3（訪問看護管理療養費） [届出基準] 専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましい。なお、ここでいう専門の研修とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。また、当該看護師は、当該訪問看護ステーション、地域の訪問看護ステーション又は地域の保険医療機関等に対して、当該看護師の有する専門的な知識及び技術に応じ、質の高い在宅医療や訪問看護の提供の推進に資する研修等を実施していることが望ましい。</p> | <p>○特定行為研修修了者である看護師（いずれの区分、領域別パッケージでも可）</p> |
| <p>■ 専門管理加算の「ロ」（訪問看護管理療養費） [算定要件] 緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合</p> <p>[届出基準] ロ 保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三十三号）第三十七条の二第二項第五号に規定する指定研修機関において、同項第一号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。 ※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の専門管理加算についても同様。</p> | <p>○以下の研修を修了した看護師 ①以下のいずれかの区分を修了した看護師 ・呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 ・ろう孔管理関連 ・創傷管理関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ②在宅・慢性期領域（パッケージ研修）</p> |
| <p>■ C007/I012-2 手順書加算（訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料） [算定要件] 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、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（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者1人につき6月に1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> | <p>○特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするもの ・気管カニューレの交換 ・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 ・褥瘡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 ・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</p> |

パート6

看護職員の負担軽減



看護職員の負担軽減策の全体像

○ 看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、主に夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。

| | | 急性期 | 回復期・慢性期 |
|--------------------------|------------------------------|---|--|
| 看護補助者との役割分担の推進 | | 【急性期看護補助体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） | 【看護補助加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院基本料 13対1、15対1、18対1、20対1※¹ 障害者施設等入院基本料（7対1、10対1）の注加算 特定一般病棟入院料 【看護補助者配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の注加算 |
| 看護職員と看護補助者の業務分担・協働の更なる推進 | | 【看護補助体制充実加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算 | 【看護補助体制充実加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算等※² |
| 夜間の看護体制関係 | 看護職員の手厚い夜間配置 | 【看護職員夜間配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） | 【夜間看護加算】 <ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料の注加算 【看護職員夜間配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の注加算 精神科救急急性期医療入院料の注加算 精神科救急・合併症入院料の注加算 |
| | 看護補助者の夜間配置 | 【夜間急性期看護補助体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算 | 【夜間75対1看護補助加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算（地域一般入院料1又は2、13対1※¹のみ） |
| | 負担軽減に資する勤務編成（シフト）や、部署間支援等の推進 | 【夜間看護体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算（夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合のみ） | 【夜間看護体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算 障害者施設等入院基本料の注加算 |
| | 小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保 | 【夜間看護体制特定日減算】 <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料 結核病棟入院基本料 精神病棟入院基本料 専門病院入院基本料 障害者施設等入院基本料 地域包括ケア病棟入院料 | |
| | 適切な夜勤時間の管理 | 【月平均夜勤時間が72時間以下であること】 <ul style="list-style-type: none"> 病院の入院基本料等の施設基準 | |

※1 結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料

※2 看護補助加算に加え、夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）、看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）及び看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）にも加算あり

入院基本料等の看護補助者に係る加算

| 区分(配置数) | | 点数 | 算定日数限度 | 算定対象病棟 | 主な要件 |
|-------------|--|------------------------------------|---------------|---|--|
| 急性期看護補助体制加算 | 25対1 (看護補助者5割以上) 25対1 (看護補助者5割未満) 50対1 75対1 看護補助体制充実加算※1 | 240点 220点 200点 160点 5点 | 14日 | ・急性期一般入院基本料 ・特定機能病院入院基本料(一般病棟) ・専門病院入院基本料の7対1、10対1 | ・年間の緊急入院患者200名以上の実績を有する又は総合周産期母子医療センターを設置していること ・年間の救急搬送人数の把握をしていること ・急性期一般入院料6又は10対1入院基本料については、重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者が0.7割以上(Ⅱの場合は0.6割以上)であること ・(共通要件※3) |
| | 夜間30対1 夜間50対1 夜間100対1 夜間看護体制加算※2 | 125点 120点 105点 60点 | 〃 | | |
| 看護補助加算 | 【1】30対1以上 【2】50対1以上 【3】75対1以上 | 141点 116点 88点 | 1日につき | ・地域一般入院基本料 ・13対1、15対1、18対1、20対1入院基本料(療養病棟入院料は除く) ・特定一般病棟入院料 | ・看護補助加算1を算定する地域一般入院料1・2又は13対1の病棟については、重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者が0.5割以上(Ⅱの場合は0.4割以上)であること ・(共通要件※3) |
| | 看護補助体制充実加算※1 | 5点 | 1日につき | | |
| | 夜間看護体制加算※2 | 165点 | 入院初日 | | |
| | 夜間75対1看護補助加算 | 55点 | 20日 | | |
| 看護補助加算 | 30対1以上かつ 夜間75対1以上 | 146点 121点 | 14日 15~30日 | 障害者施設等入院基本料の7対1、10対1 | ・(共通要件※3) |
| 看護補助体制充実加算 | | 151点 126点 | 14日 15~30日 | | |
| 夜間看護体制加算 | | 150点 | 入院初日 | | |
| 夜間看護加算 | 看護要員16対1以上 | 50点 | 1日につき | 療養病棟入院基本料 *療養病棟は看護補助者の配置(20対1)が入院基本料の算定要件 | ・ADL区分3の患者の割合が5割以上 ・(共通要件※3) |
| 看護補助体制充実加算 | | 55点 | 1日につき | | |
| 看護補助配置加算 | 【1】2名以上 【2】1名以上 | 25点 15点 | 1日につき | 有床診療所入院基本料 | - |
| 夜間看護配置加算 | 【1】夜間の看護要員2名以上 【2】夜間の看護職員1名以上 | 105点 55点 | 1日につき | | |
| 看護補助者配置加算 | 25対1 | 160点 | 1日につき | 地域包括ケア病棟入院料 | ・(共通要件※3) |
| 看護補助体制充実加算 | | 165点 | 1日につき | | |

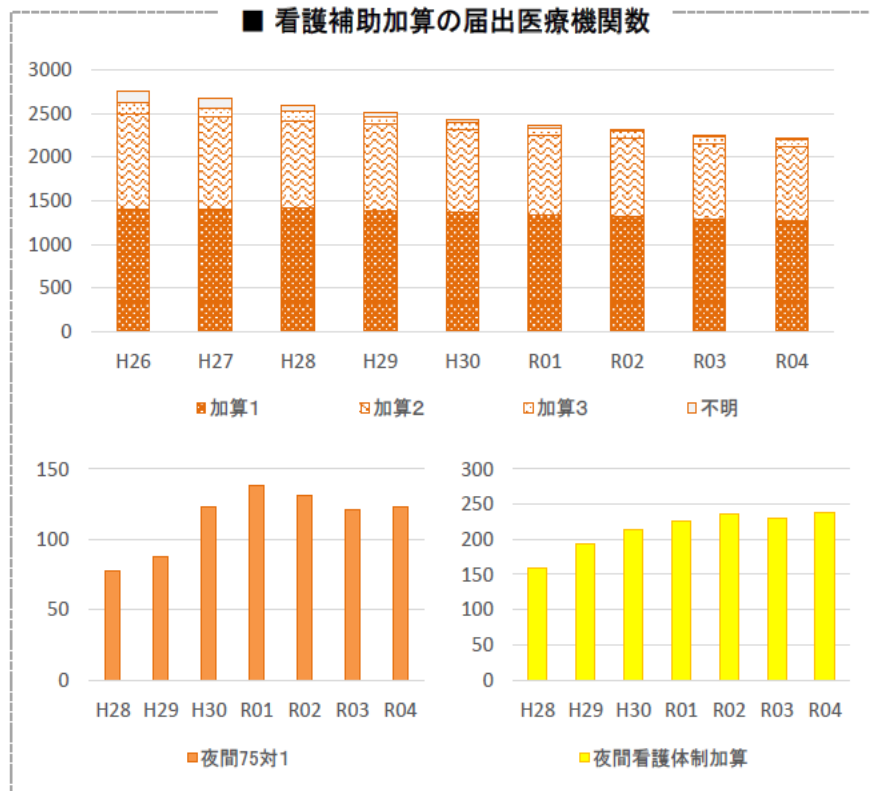
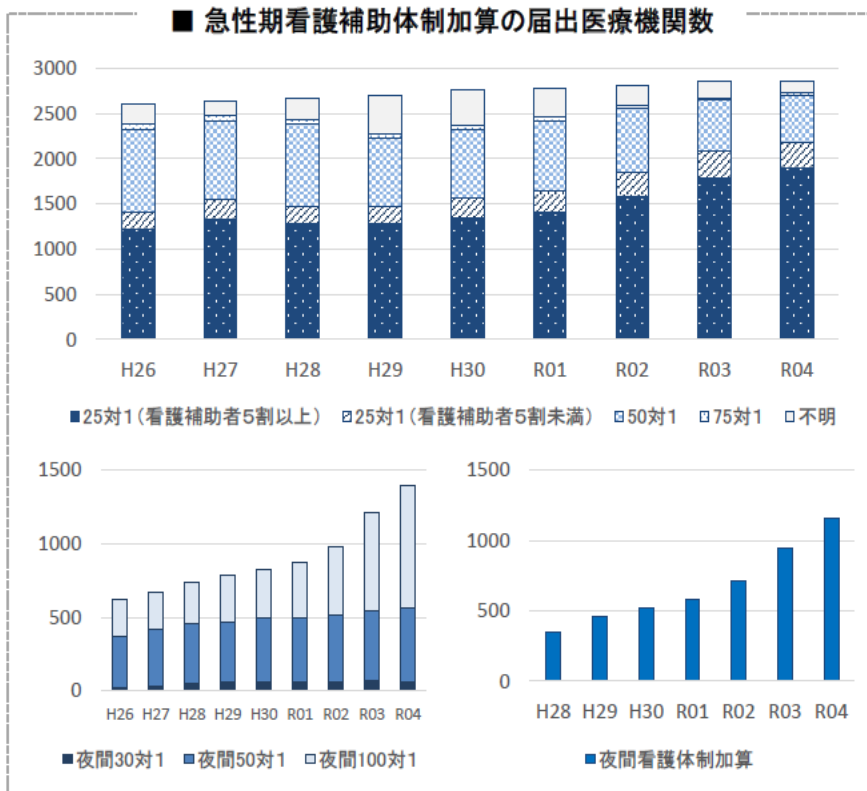
(※1) 看護職員・看護補助者に対するより充実した研修の実施に係る要件あり

(※2) 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の実施に係る要件あり

(※3) 共通要件は、「看護補助者は年1回以上院内研修を受講すること」「看護職員と看護補助者との業務内容・範囲について、年1回以上見直しを行うこと」「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること」「身体的拘束を最小化する取組の実施」

急性期看護補助体制加算及び看護補助加算の届出状況

○ 届出医療機関数は、急性期看護補助体制加算は微増傾向、看護補助加算は減少傾向である。



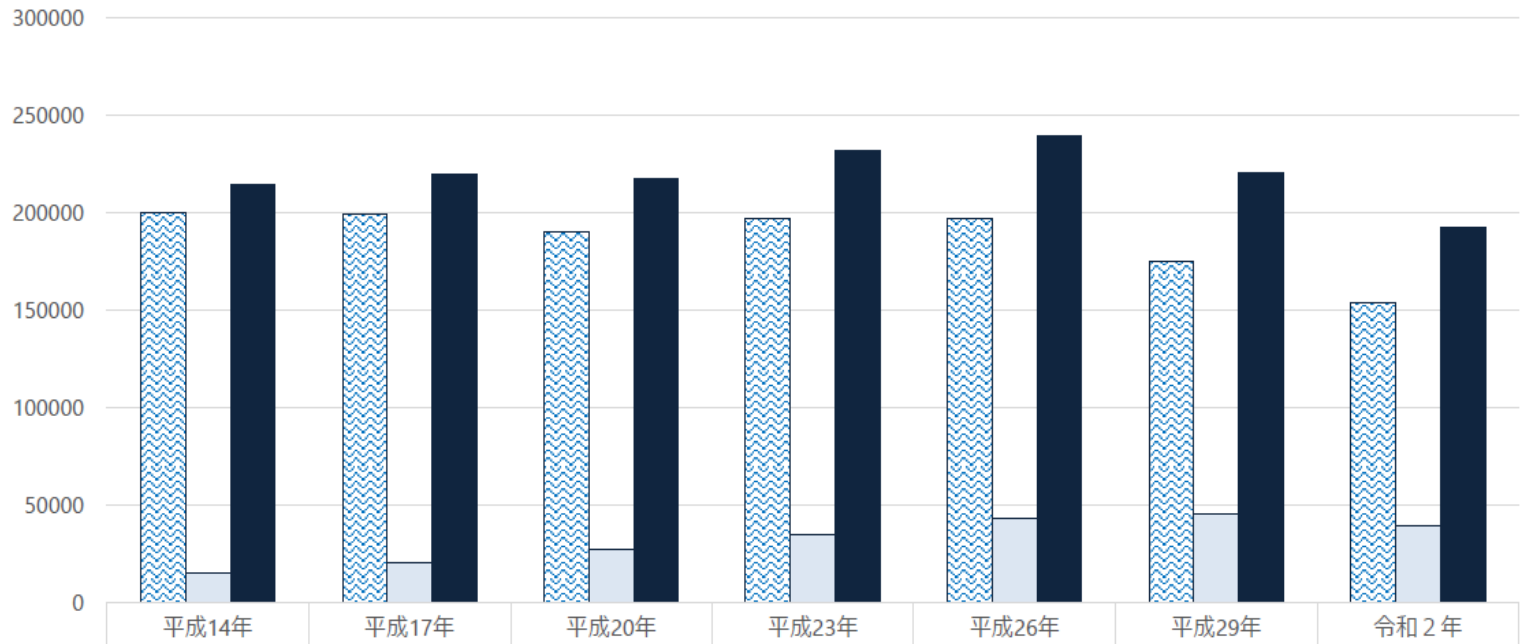
参考：急性期看護補助体制加算及び看護補助加算に係る留意事項

- 当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして（みなし看護補助者）計算することができる。
- ただし、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対1看護補助加算については、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合のみ算定できる。

看護業務補助者等の従事者数

○ 医療機関に勤務する看護業務補助者の従事者数は、平成26年以降減少しており、看護業務補助者と介護福祉士の合計数も同様の傾向である。

看護業務補助者等の常勤換算従事者数の推移



| | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| ■ 看護業務補助者 | 199977.6 | 199141.8 | 189838.3 | 196894.2 | 196696 | 175234.8 | 153382.3 |
| □ 介護福祉士 | 14690.7 | 20600.5 | 27481 | 34942.4 | 42987.9 | 45197.1 | 38965.7 |
| ■ 看護業務補助者 + 介護福祉士 | 214668.3 | 219742.3 | 217319.3 | 231836.6 | 239683.9 | 220431.9 | 192348 |

○看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

出典：令和2年 医療施設調査 全国編 第46表（報告書第9表）病院の従事者数

注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単純に年次比較することはできない。

介護福祉士配置の評価すべきか？

- 看護職員のタスクシフト先として看護補助者に移管することが必要だが、真鍋医療課長は「看護業務補助者は2014年以降減少している」
- 池端委員
 - そろそろ介護福祉士の配置、診療報酬上の評価を検討しなければならない。
- 吉川久美子日本看護協会常任理事
 - 介護現場ですら介護福祉士確保に苦勞している。介護福祉士は介護現場で活躍してもらい、診療報酬での評価に反対である。
 - 看護補助者のなりの存在が、一般国民がそもそも看護補助者の正規雇用を推進、研究・教育体制の充実、業務の切り分け、明瞭化している。そうした取り組みへの評価を合わせて検討すべきだ。

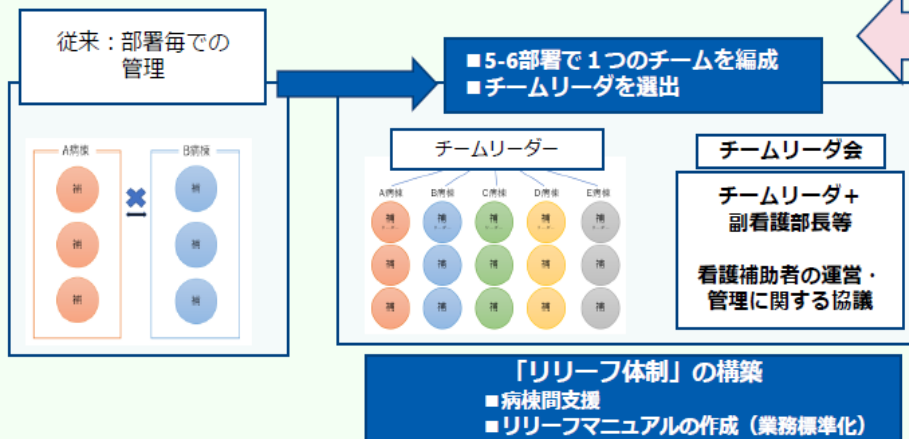
看護補助者の退職者減少を目指した「看護補助者の拡大チーム」の編成と「看護補助者ラダー」の導入

課題

- 1. 看護補助者の定着**
 - 退職率が高い：12.2%（2016年）
 - 定着率が低い：1年以内の離職：43.4%
- 2. 看護師の負担増加**
 - 看護補助者の欠員を看護師がカバー

取り組み内容

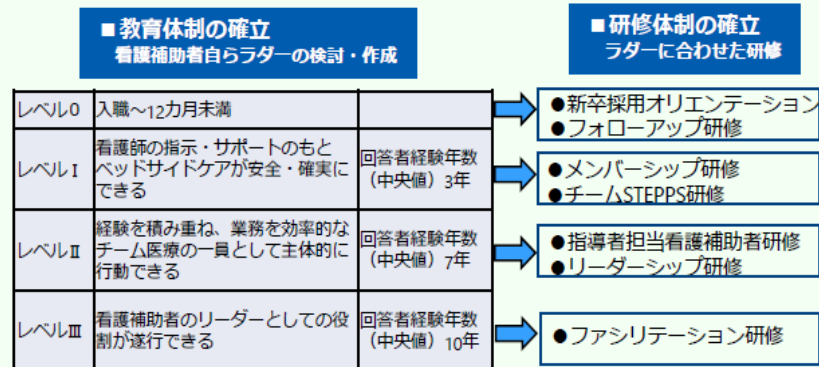
「看護補助者の拡大チーム」編成・活性化



業務・役割の明確化

チーム活性化

「看護補助者ラダー」の作成・導入



成果・効果

1. 看護師の業務量の減少

- (1) 看護補助者のリリーフ体制の確立
- (2) 看護師が専門性の高いケアに専念

2. 看護補助者の労働環境・離職率改善

- (1) 有給休暇消化率の改善
(2016年：11.7% ⇒ 2020年：15.8%)
- (2) 1年以内離職率の減少
(2016年：43.4% ⇒ 2020年：23.5%)
- (3) 登録型派遣の離職率減少
(2016年：42.8% ⇒ 2018年：27.3%)

3. 看護補助者のモチベーション・人材の質向上

- (1) 日常生活に関わる業務のタスクシェア
- (2) 看護補助者の主体性・安全意識の醸成
- (3) 「患者中心の看護」「共に創り出す医療」理念の浸透

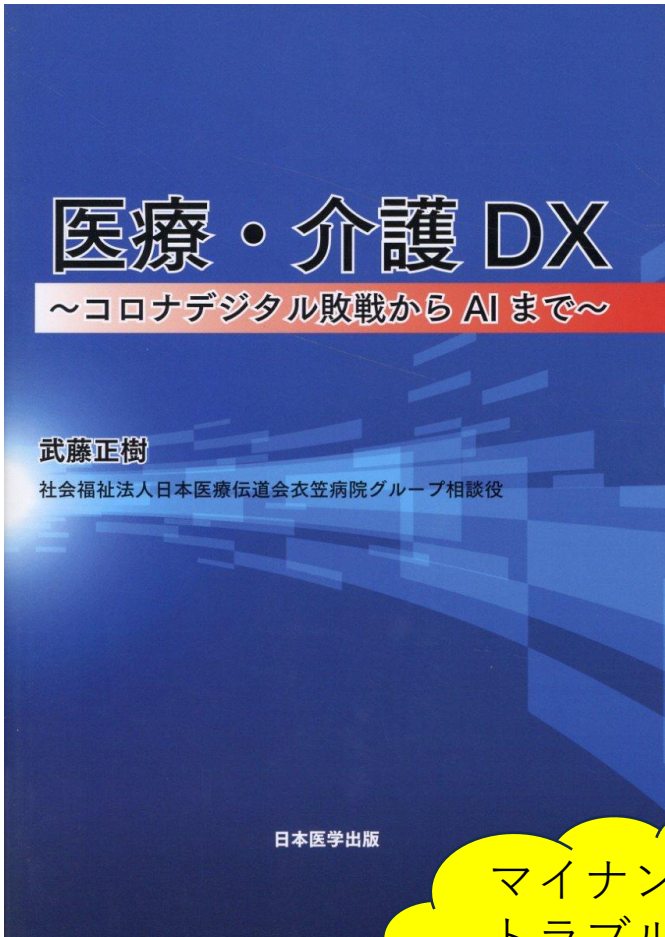


まとめと提言

- 働き方改革では、B水準越えの医師数は思ったよりも少なかった
- 労基法の宿日直規定のクリアが喫緊の課題
- 医師の働き方改革で、特定行為研修修了看護師へのタスクシフトは効果的
- しかし看護師業務のタスクシフト先の看護補助者の減少が課題

医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からAIまで～



- 武藤正樹著
- DXやAIはこれからの医療・介護に必須である。
本書はDXやAIに関心がある方、これから学ぼうとする方へ基礎をわかりやすく解説した
- 発行：[日本医学出版](#)
- 2023年5月29日
- A5判
- 216ページ
- 定価 2,200円+税

マイナンバー
トラブルで大
ピンチ

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。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

muto@kinugasa.or.jp

