

調査実施小委員会からの報告について

中医協総会資料の「総-1」につきましては、中医協調査実施小委員会の資料と同一の内容ですので、コスト削減の観点から省略させていただきますのでご了承ください。

同時にお渡ししている中医協調査実施小委員会の資料をご覧ください。

横断的事項(その4)

－医療従事者の働き方、病床数の取扱い、
地域の実情を踏まえた対応－

平成29年11月8日

横断的事項(その4)

1. 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減
2. 診療報酬における病床数の取扱い
3. 地域の実情を踏まえた対応

1 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減

1) 医療機関における勤務環境改善の取組の推進

2) 医療従事者の常勤要件の見直し

① 医師

② 医師以外

3) 医師の勤務場所に係る算定要件の緩和

4) 看護職員の夜間等の負担軽減

医療機関における勤務環境改善の取組

病院勤務医の勤務環境改善に係る体制に関連する評価の近年の変遷

(平成20年改定)

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目

1. 外来診療を縮小するための体制を確保
2. 病院勤務医の負担の軽減に資する計画
3. 勤務医の勤務時間を把握し、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上のための計画を策定を、入院時医学管理加算、医師事務作業補助体制加算、ハイリスク分娩管理加算の施設基準とする。

(平成22年改定)

対象とする診療報酬項目を拡大(3項目→8項目)

(平成24年改定)

負担軽減策の見直し

対象とする診療報酬項目を拡大(8項目→15項目)

(平成26年改定)

対象とする診療報酬項目を拡大(15項目→18項目)

(平成28年改定)

対象とする診療報酬項目を拡大(18項目→19項目)

病院勤務医・看護職員の勤務環境改善に係る体制に関連する評価

- 診療報酬における負担軽減の取組は、医師、看護職員を対象とし、種々の加算等の要件となっており、加算等の届出時に加え、毎年定期的にその取組状況を地方厚生(支)局に報告することを求めている。

病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等

総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算1・2、ハイリスク分娩管理加算、看護職員夜間配置加算、精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、呼吸ケアチーム加算、病棟薬剤業務実施加算、認知症ケア加算1、小児入院医療管理料1・2、移植後患者指導管理料等

・病院勤務医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。

- ア 当該保険医療機関内に、病院勤務医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師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。
- 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を設置し、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、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。
- ウ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、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(客観的な手法を用いることが望ましい。)。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。
- エ イに規定する委員会等において、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた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策定し、職員に対して周知徹底していること。
 - (イ) 当該計画には以下の項目を含むこと。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(静脈採血の検査部における実施○年○月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等)
 - (ロ) 当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。
 - ① 医師事務作業補助者の配置
 - ② 短時間正規雇用医師の活用
 - ③ 地域の他の保険医療機関との連携体制
 - ④ 交代勤務制の導入(ただし、本規定を準用する、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注3の加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1では必ず本項目を計画に含むこと。)
 - ⑤ 外来縮小の取組み(ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)
 - ⑥ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮等
- オ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画は第三者による評価を受けていることが望ましい。

・加算等の届出の際に、様式13の2(次ページ参照)を届け出ることに加え、毎年7月において、前年度における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成果を評価するため、様式13の2を届け出ること。

看護職員の負担軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等

急性期看護補助体制加算、看護補助加算、看護職員夜間配置加算、認知症ケア加算1 等

(参考)様式13の2、13の3

様式13の2 病院勤務医の負担の軽減及び 処遇の改善に対する体制(新規・7月報告)(抜粋)

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

平成____年____月____日時点の病院勤務医の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

(i) 必ず計画に含むもの

医師・看護師等の業務分担(医師・助産師の業務分担を含む)

(ii) 計画に含むことが望ましいもの

医師事務作業補助者の配置
 短時間正規雇用の医師の活用
 地域の他の医療機関との連携体制
 交代勤務制の導入(ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注3加算、小児特定集中治療室管理料、総合産科特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。)

外来縮小の取組み(ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと。)

ア 初診における選定療養の額 _____円

イ 診療情報提供料等を算定する割合 _____割

予定手術等の術者の当直、夜勤に対する配慮(ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。)

(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等

勤務時間(平均週 _____時間(うち、残業 _____時間))

連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 _____回)

当直翌日の通常勤務に係る配慮(当直翌日は休日としている 当直翌日の業務内容の配慮を行っている その他(具体的に: _____))

業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定

その他

(3) 職員等に対する周知(有 _____ 無 _____)

具体的な周知方法(_____)

(4) 役割分担推進のための委員会又は会議

ア 開催頻度(_____回/年)

イ 参加人数(平均 _____人/回) 参加職種(_____)

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者(名前: _____ 職種: _____)

様式13の3 看護職員の負担の軽減及び 処遇の改善に対する体制(新規・7月報告)(抜粋)

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

平成____年____月____日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

看護職員と他職種との業務分担(薬剤師 リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語療法士)
 臨床検査技師 臨床工学技士 その他(職種 _____))

看護補助者の配置

ア 主として事務的業務を行う看護補助者の配置 有 _____ 無 _____

イ 看護補助者の夜間配置 有 _____ 無 _____

短時間正規雇用の看護職員の活用

多様な勤務形態の導入

妊娠・子育て中の看護職員に対する配慮

ア 院内保育所 有 _____ 無 _____ (夜間保育の実施 有 _____ 無 _____)

イ 妊娠中の夜勤の減免制度 有 _____ 無 _____

ウ 子育て中の夜勤の減免制度 有 _____ 無 _____

エ 育児短時間勤務 有 _____ 無 _____

オ 他部署等への配置転換 有 _____ 無 _____

(2) 看護職員の勤務時間の把握等

勤務時間(平均週 _____時間(うち、残業 _____時間))

2交代の夜勤に係る配慮

勤務後の暦日の休日の確保 仮眠2時間を含む休憩時間の確保

16時間未満となる夜勤時間の設定

その他(具体的に: _____)

3交代の夜勤に係る配慮

夜勤後の暦日の休日の確保 残業が発生しないような業務量の調整

その他(具体的に: _____)

医療勤務環境改善の法律上の枠組み（改正医療法）

医療勤務環境改善に関する改正医療法の規定（平成26年10月1日施行）

第四節 医療従事者の確保等に関する施策等

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

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

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

- 一 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。
- 二 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する調査及び啓発活動を行うこと。
- 三 前二号に掲げるもののほか、医療従事者の勤務環境の改善のために必要な支援を行うこと。

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

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

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

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

医療機関の管理者は？

医療従事者の勤務環境改善等への取組

厚生労働省は？

医療機関の管理者が講ずべき措置の「指針」策定（※手引書）

都道府県は？

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

そのため「医療勤務環境改善支援センター」機能を確保

国は？

都道府県の活動をバックアップ（調査研究、情報提供その他）

医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針(平成26年厚生労働省告示第376号)

■ 医療勤務環境改善マネジメントシステムの実施に関し、各段階で取り組むべき事項を示すもの。平成26年10月1日から適用。

指針の概要

1. 目的

病院又は診療所の管理者が、医療従事者その他の職員の協力の下、一連の過程を定めて継続的に行う自主的な勤務環境改善活動を促進。
→医療従事者の勤務環境改善その他の医療従事者の確保に資する措置の適切かつ有効な実施を図り、安全で質の高い医療の提供に資する。

2. 改善方針の表明

<マネジメントシステム導入準備>

管理者は、医療勤務環境改善を通じて医療従事者の確保・定着や患者の安全と健康の確保を図ること、医療勤務環境改善活動を組織全体で実施すること等の改善方針を表明し、医療従事者等に周知。

3. 体制の整備

<マネジメントシステム導入準備>

管理者は、医療勤務環境改善マネジメントシステムの実施体制を整備するため、多様な部門及び職種により構成される協議組織の設置（安全衛生委員会等の既存組織の活用を含む。）等を実施。

4. 現状分析

<Plan>

管理者は、手引書等を参考として、医療勤務環境に関する現状を定量的・定性的に把握し、客観的に分析。分析結果を踏まえ、病院又は診療所全体の状況を勘案して優先的に実施する措置を決定。

5. 改善目標の設定

<Plan>

管理者は、改善方針に基づき、現状分析の結果等を踏まえ、改善目標を設定し、可能な限り一定期間に達成すべき到達点を明らかにするとともに、改善目標を医療従事者等に周知。

6. 改善計画の作成

<Plan>

管理者は、一定の期間に係る改善計画を作成。改善計画には、改善目標達成のための具体的な実施事項、実施時期、実施の手順等を、病院又は診療所の状況に応じて必要な次の事項について定める。

- 働き方の改善 ■ 医療従事者の健康の支援
- 働きやすさの確保のための環境の整備 ■ 働きがいの向上

7. 改善計画の実施

<Do>

管理者は、改善計画を適切かつ継続的に実施し、改善計画の内容及び進捗状況を医療従事者等に周知。進捗状況を踏まえ、必要があると認めるときは、改善計画に定めた事項について修正。

8. 評価及び改善

<Check & Act>

管理者は、あらかじめ評価の実施手順及び評価の実施者を定める。評価の実施者は、改善計画期間終了時に改善目標の達成状況及び改善計画の実施状況の評価を行い、その結果を管理者に報告。管理者は、次回の改善目標の設定及び改善計画の作成に当たって評価結果を反映する等の必要な改善を行う。

9. 医療勤務環境改善マネジメントシステムの見直し

管理者は、評価・改善の結果を踏まえ、定期的に、改善方針見直し等の医療勤務環境改善マネジメントシステムの全般的な見直しを行う。

10. 医療従事者の参画

管理者は、改善目標の設定、改善計画の作成、評価の実施、改善目標及び改善計画等の見直しに当たっては、協議組織の議を経るほか、あらかじめ医療従事者の意見を聴くこと等により、医療勤務環境改善マネジメントシステムの運用に係る医療従事者の参画を図る。

11. 都道府県による支援の活用等

管理者は、医療従事者の勤務環境の改善に関する都道府県による支援を活用するとともに、手引書等を参考として、病院又は診療所の状況に応じた適切な措置を講ずるよう努めなければならない。

医療従事者の勤務環境改善の促進

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

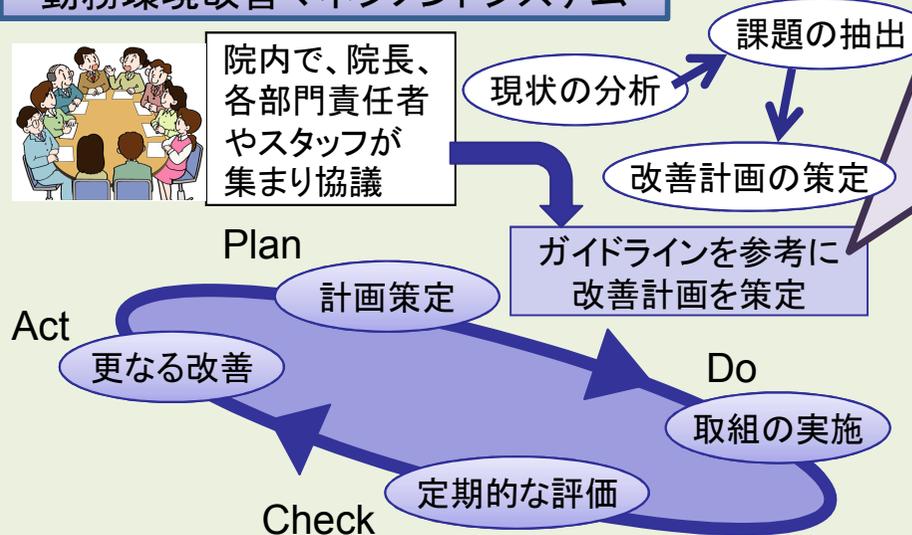
- ▶ 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。医療機関の自主的な取組を支援するガイドラインを国で策定。
- ▶ 医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制（医療勤務環境改善支援センター）を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。
- ▶ 医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組（現状分析、改善計画の策定等）を促進。

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、各部門責任者やスタッフが集まり協議



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

「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例

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

「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例

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

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



都道府県 医療勤務環境改善支援センター

（平成29年3月現在 全都道府県においてセンター設置済み）

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

医療従事者の勤務環境改善の取組事例 ※「いきサポ」に掲載中

(「医療分野の「雇用の質」向上マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業報告書(平成27年3月)」における掲載事例)

医療機関名	勤務環境改善の取組の対象範囲(●)、取組の概要(◇)
大曲中通病院(秋田県)	●看護職員 ◇正循環による夜勤・交代制シフトの導入
三友堂病院(山形県)	●当初は看護職員、その後に全職員を対象 ◇短時間勤務正職員制度の導入など
リハビリテーション天草病院 (埼玉県)	●リハビリテーション職、看護師 ◇多職種連携によるチームアプローチ(PT、OT、ST、看護師が、3病棟及び外来・通所部門の4チーム体制で、患者アプローチや教育プログラム等を実施)
等潤病院(東京都)	●法人職員 ◇人事制度の整備(就業規則改定、等級制度・評価制度の導入)、給与制度の整備、短時間正職員制度導入、夜勤制限正職員制度導入、フレックス導入、時間単位年休制度導入、24時間院内保育の整備、研修制度の充実、研修等奨励金貸与制度・奨学金制度の整備など
東京女子医科大学病院 (東京都)	●東京女子医科大に在籍し(男性職員や学生も対象)、子育て支援を必要とする方(育休中を含む) ◇派遣型家事育児援助システム「職場内ファミリーサポートシステム」の導入
日本医科大学 多摩永山病院 (東京都)	●女性診療科・産科も含む全職員 ◇子育て中の時間短縮勤務 ●産婦人科を中心とする小児科・内科等の医師 ◇宿直免除、宿直明けの勤務緩和 ◇セミオープンシステムの導入(妊婦健診の半分を連携施設(35施設)で対応)など
東京大学医学部附属病院(東京都)	●「処置・手術の休日・時間外・深夜加算」の届出診療科に属する医師 ◇緊急手術等手当の導入
藤沢市民病院(神奈川県)	●こども診療センター小児救急科の医師 ◇24時間診療体制の実施に伴う、医師の交代制勤務の導入
聖隷三方原病院(静岡県)	●看護職員 ◇キャリアデザイン支援(スペシャリスト・ジェネラリスト育成)、キャリア継続支援(ワークシェア制度(子が6歳になるまで短日又は短時間勤務が可能、夜勤や月3回まで)など)
渡辺病院/ウェルフェア北園 渡邊病院(鳥取県)	●全職員(ターゲットは法人の看護職・介護職員) ◇勤務形態の多様な選択(5段階勤務ステップ)と報酬ポイント制(仕事量に応じ賞与で加算)の導入
岡山旭東病院(岡山県)	●全職員 ◇全員参加型の病院経営(毎年の経営指針書の作成過程で職員が関与)
近森病院(高知県)	●全職員 ◇チーム医療の推進(患者のステージに応じ、チーム医療を2種類の型に分ける)
済生会熊本病院(熊本県)	●医師 ◇地域医療連携の強化、医療秘書(医師事務作業補助者)の導入・配置部署の拡大
産業医科大学病院(福岡県)	●全職員 ◇医療連携アドバイザー(多職種連携の問題を改善する人)の育成プログラム開発と養成
へつぎ病院(大分県)	●看護師 ◇短時間正職員・短時間研修正職員制度の導入

病院内保育所に対する都道府県による補助の概要

補助概要

- 子どもを持つ女性医師、看護職員をはじめとする医療従事者の離職防止及び再就業を促進するため、医療機関に勤務する職員の乳幼児等に対する保育を行う病院内保育所の運営・施設整備を支援。
- 病院内保育所運営・施設整備補助については、消費税財源を活用して創設された「地域医療介護総合確保基金」における医療従事者の確保に関する事業として各都道府県の基金事業として実施。
- 補助基準については、都道府県が地域の実情に応じて設定が可能であるため、以下の記載については、平成25年度のものの一例として記載。

【補助基準(平成25年度までの国庫補助)】

○運営費補助

補助先：病院・診療所（自治体立、公的団体立を除く） 補助率：2/3（公費）

補助単価：180,800円/月（保育士1人当たり）

※実施加算分：24時間保育23,410円/日、病児等保育187,560円/月、緊急一時保育20,720円/日、
児童保育10,670円/日、休日保育11,630円/日

○施設整備費補助

補助先：病院・診療所（自治体立を除く） 調整率：0.33

基準面積：5㎡×収容定員（30人を限度） 基準単価：155,800円 ※基準単価は地域や建物の構造によって異なる。

【補助実績】

（単位：百万円）

	平成23年度		平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度	
	件数	交付決定額	件数	交付決定額	件数	交付決定額	件数	実績額	件数	実績額
運営事業	1,268	3,829	1,316	3,656	1,358	3,476	1,568	5,052	1,701	5,301
施設整備事業	7	25	22	112	12	30	24	195	23	115

※平成23～25年度は医療提供体制推進事業費補助金における交付決定額(事業費ベース)。

(厚生労働省医政局看護課調べ)

※平成26～27年度は地域医療介護総合確保基金における実績額。

【参考】全国の病院における院内保育の実施状況（出典：平成26年医療施設（静態・動態）調査）

病院総数 8,493 実施病院数 3,523 （実施割合 41.5%）

病院における院内保育の実施状況

- 院内保育、夜間保育、病児保育を実施している病院数は、近年増加傾向にある。
- 院内保育を実施している病院における保育施設の利用者について、「自施設の看護師・准看護師」が95.7%、「その他の自施設の職員」が79.5%、「自施設の医師・歯科医師」が67.4%であった。

病院における院内保育・夜間保育・病児保育の実施状況

	病院総数	うち 院内保育を 実施している	うち			
			夜間保育有		病児保育有	
H20	8,794	3,031	1,426	47.0%	449	14.8%
H23	8,605	3,259	1,688	51.8%	557	17.1%
H26	8,493	3,523	1,903	54.0%	668	19.0%

院内保育を実施している病院における院内保育施設の利用者

	院内保育を 実施している (再掲)	保育施設の利用者									
		自施設の医師・ 歯科医師		自施設の看護 師・准看護師		その他の自施設 の職員		併設施設の職員		その他	
		H20	3,031	1,666	55.0%	2,860	94.4%	2,086	68.8%	911	30.1%
H23	3,259	1,979	60.7%	3,077	94.4%	2,368	72.7%	1,003	30.8%	258	7.9%
H26	3,523	2,373	67.4%	3,372	95.7%	2,802	79.5%	1,191	33.8%	286	8.1%

医師事務作業補助者、勤務医の負担軽減策

医師事務作業補助体制の評価①

- 医師事務作業補助体制加算1の評価を引き上げるとともに、医師の指示に基づく診断書作成補助・診療録の代行入力に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める。

【医師事務作業補助体制加算1】

改定前	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	860点
20対1	648点
25対1	520点
30対1	435点
40対1	350点
50対1	270点
75対1	190点
100対1	143点



平成28年度診療報酬改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	<u>870点</u>
20対1	<u>658点</u>
25対1	<u>530点</u>
30対1	<u>445点</u>
40対1	<u>355点</u>
50対1	<u>275点</u>
75対1	<u>195点</u>
100対1	<u>148点</u>

[施設基準](業務の場所)

医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含める。



医師事務作業補助体制の評価②

- 20対1補助体制加算について、25対1, 30対1, 40対1補助体制加算の施設基準と同様の基準に緩和し、75対1, 100対1補助体制加算については、年間の緊急入院患者数の要件を「100名以上」から「50名以上」に緩和する。

改定前

【20対1補助体制加算】

[主な要件] 15対1と同様の施設基準

- ・第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター設置医療機関
- ・年間緊急入院患者数800名以上

【50対1,75対1,100対1補助体制加算】

[主な要件]

- ・年間緊急入院患者数100名以上



平成28年度診療報酬改定後

【20対1補助体制加算】

[主な要件] **25対1,30対1,40対1と同様の施設基準** 15対1の施設基準を満たしている、又は以下の要件を満たしていること

- ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院
- ・年間緊急入院患者数200名以上又は全身麻酔手術件数年間800件以上

【50対1,75対1,100対1補助体制加算】

[主な要件]

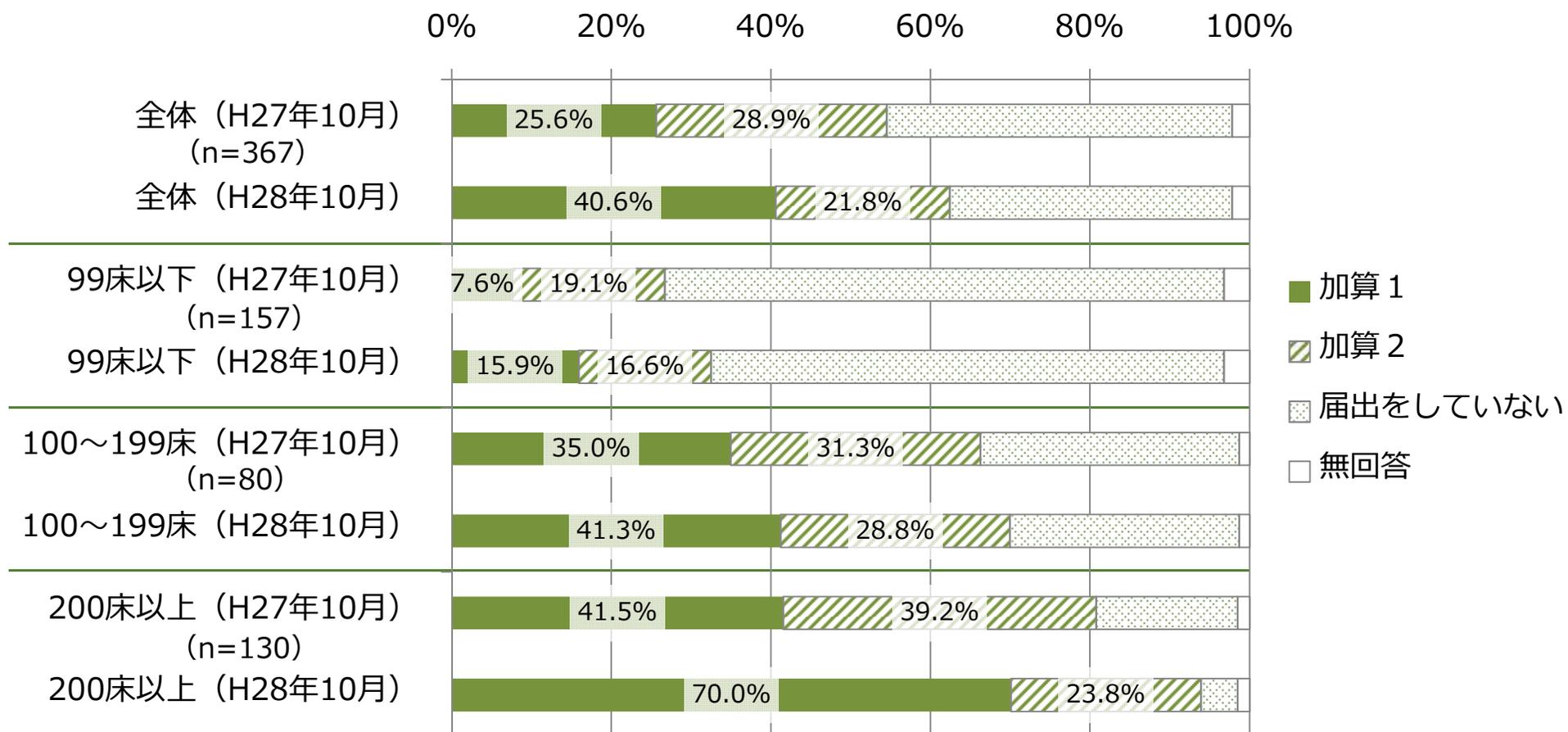
- ・年間緊急入院患者数100名以上 (**75対1及び100対1補助体制加算については50名以上**)

- 50対1, 75対1, 100対1補助体制加算の対象として、**療養病棟入院基本料**及び**精神病棟入院基本料**を追加する。
- **特定機能病院入院基本料(一般・結核・精神)**について、特定機能病院として求められる体制以上に勤務医負担軽減に取り組む医療機関を評価するため、**医師事務作業補助体制加算1に限り**、要件を満たす場合に算定可能とする。

医師事務作業補助体制加算の届出状況

○ 医師事務作業補助体制加算の届出は、全体的に増加しており、中でも加算1の割合が増加してきている。

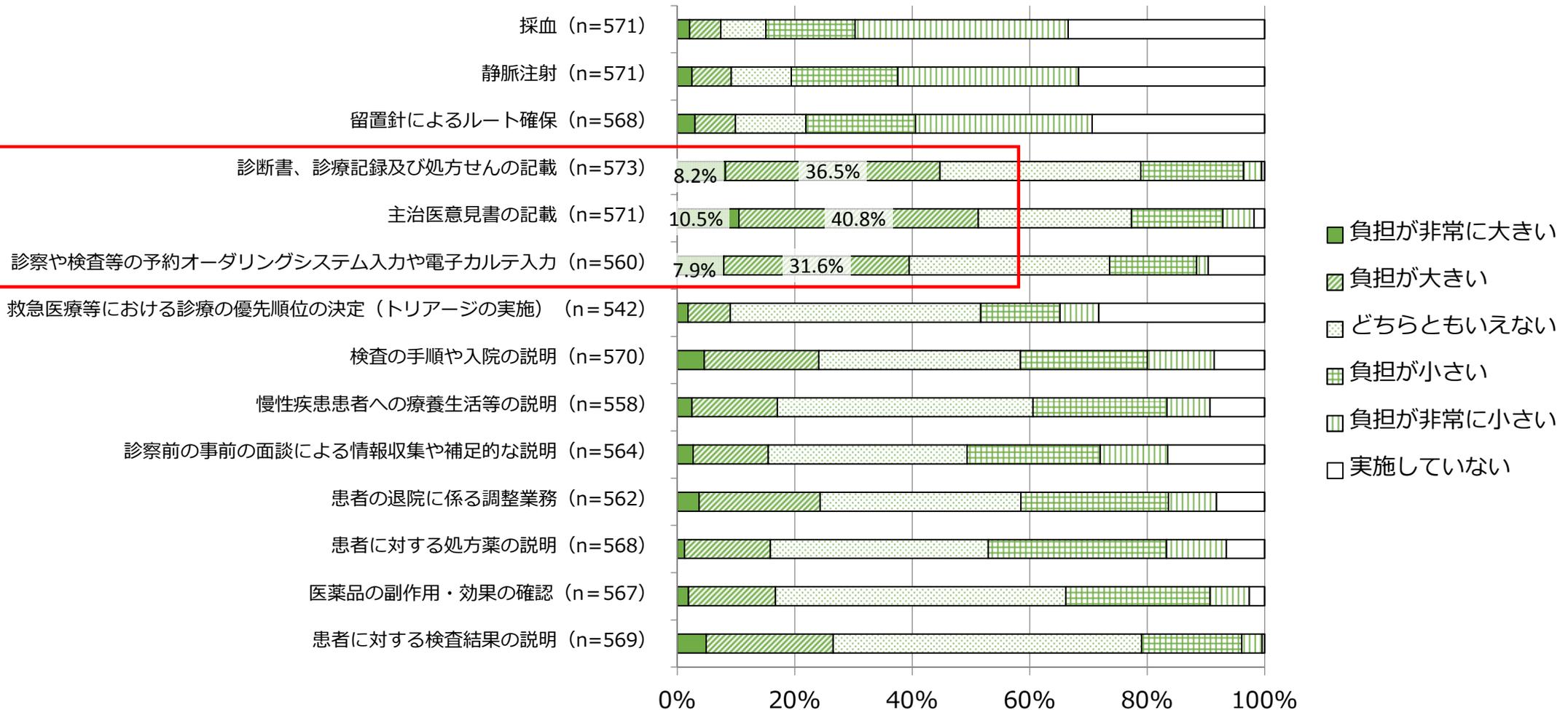
医師事務作業補助体制加算の届出状況 (n=367)



各業務の医師の負担感

○ 各業務の負担感として、「診断書、診療記録及び処方せんの記載」「主治医意見書の記載」「診察や検査等の予約オーダリングシステム入力や電子カルテ入力」については、「負担が非常に大きい」又は「負担が大きい」と選択した医師が多かった。

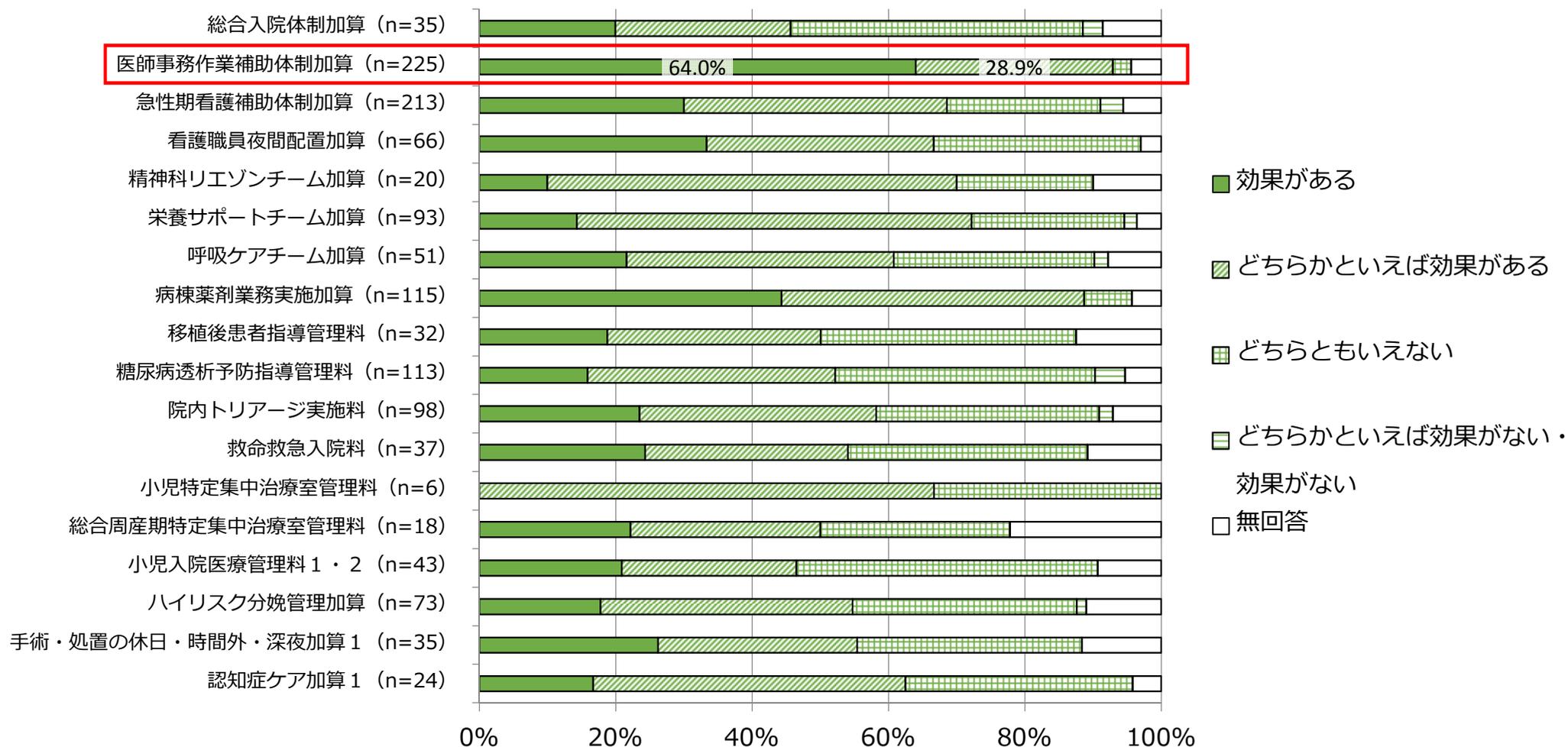
＜各業務の負担感＞
(医師への調査)



勤務医の負担軽減策の効果(算定施設の回答)

○ 医師事務作業補助体制加算は、勤務医の負担軽減に「効果がある」、「どちらかといえば効果がある」と回答した施設は9割超であった。

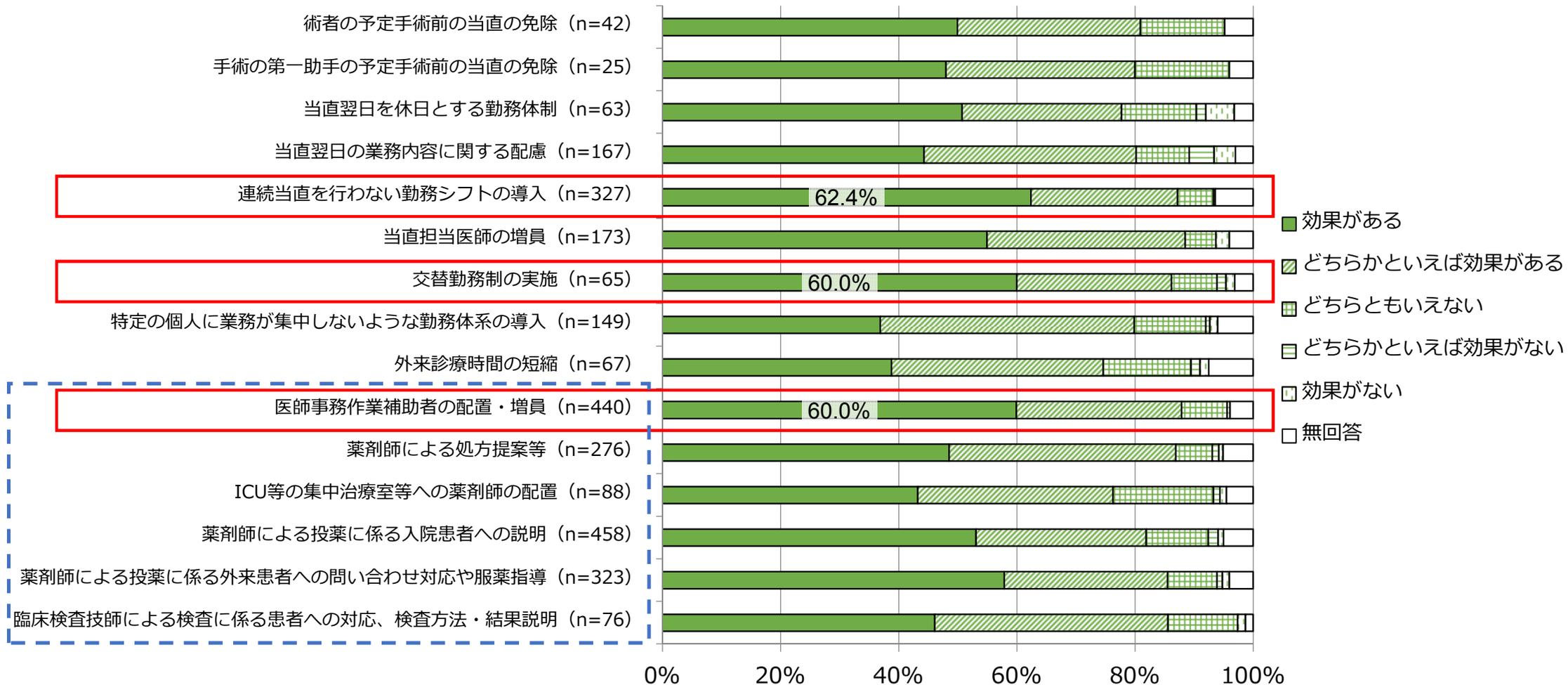
＜病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする診療報酬項目の効果＞
(算定施設)



勤務医の負担軽減策の効果(医師の回答)

- 勤務医の負担軽減策として、医師が効果があるとして選択したものは、上から「連続当直を行わない勤務シフトの導入」「交替勤務制の実施」「医師事務作業補助者の配置・増員の配置・増員」であった。
- 他職種との業務の分担に関する項目も、効果のある負担軽減策として選択されていた。

＜診療科で実施している勤務医の負担軽減策の効果＞
 (当該負担軽減策を実施している診療科に所属する医師)



医療機関における勤務環境改善に関する課題と論点(案)

【課題】

【医療機関における勤務環境改善の取組み】

- ・病院での勤務環境改善の取組(責任者の配置、役割分担推進のための委員会設置等)は、医師及び看護職員を対象としたものであり、特定入院料や入院基本料等加算等の特定の評価の施設基準要件となっている。これらの取組については、毎年、地方厚生(支)局へ別々の様式で提出している。
- ・病院職員は、夜間・休日の対応が一定程度必要であるが、医師・看護職員以外の職種にも求められてきている。
- ・平成26年施行の改正医療法により、「病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めなければならない。」とされており、各病院において、短時間勤務正職員制度の導入等の取組がされている。
- ・「地域医療介護総合確保基金」における医療従事者の確保に関する事業として病院内保育所の運営・施設整備の支援を行っており、院内保育、夜間保育、病児保育を実施している病院数は、近年増加傾向にある。

【医師事務作業補助者、勤務医の負担軽減策】

- ・医師事務作業補助体制加算は、勤務医の負担軽減に「効果がある」、「どちらかといえば効果がある」と回答した施設は9割超であった。
- ・勤務医の負担軽減策として、医師が効果があるとして選択したものは、「連続当直を行わない勤務シフトの導入」「交替勤務制の実施」「医師事務作業補助者の配置・増員の配置・増員」であった。また、他職種との業務の分担に関する項目も、効果のある負担軽減策として選択されていた。

【論点(案)】

- 医師事務作業補助者の配置や他職種との業務の分担等が負担軽減策として効果があるとされたことを踏まえ、加算や特定入院料で評価されてきた勤務医の負担軽減策については、医療機関の取組がさらに進むよう見直してはどうか。
- 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減・処遇の改善に資する体制に係る手続きについて、合理化することとしてはどうか。

2 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減

1) 医療機関における勤務環境改善の取組の推進

2) 医療従事者の常勤要件の見直し

① 医師

② 医師以外

3) 医師の勤務場所に係る算定要件の緩和

4) 看護職員の夜間等の負担軽減

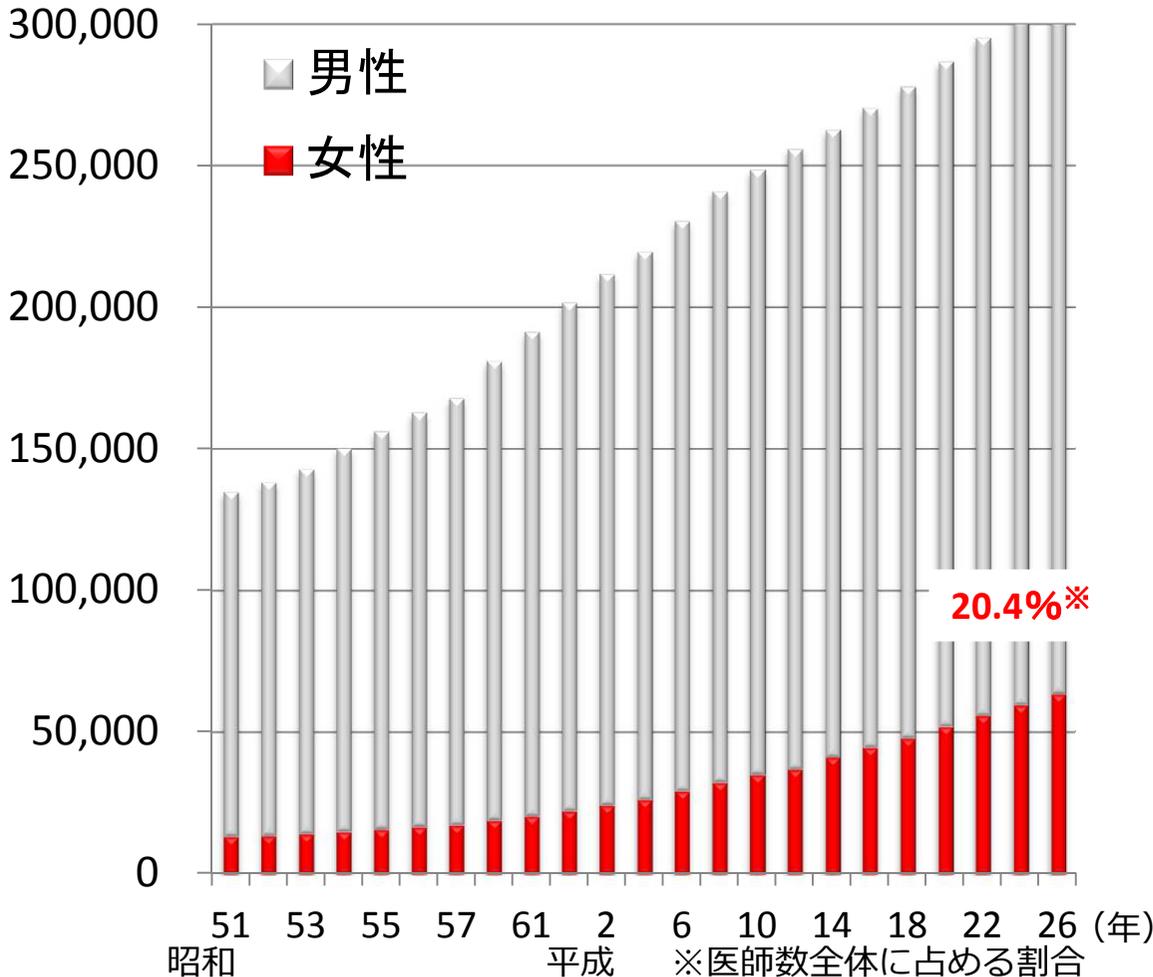
医師の働き方の現状

女性医師の年次推移

第1回 医師の働き方改革に関する検討会
(平成29年8月2日)資料3

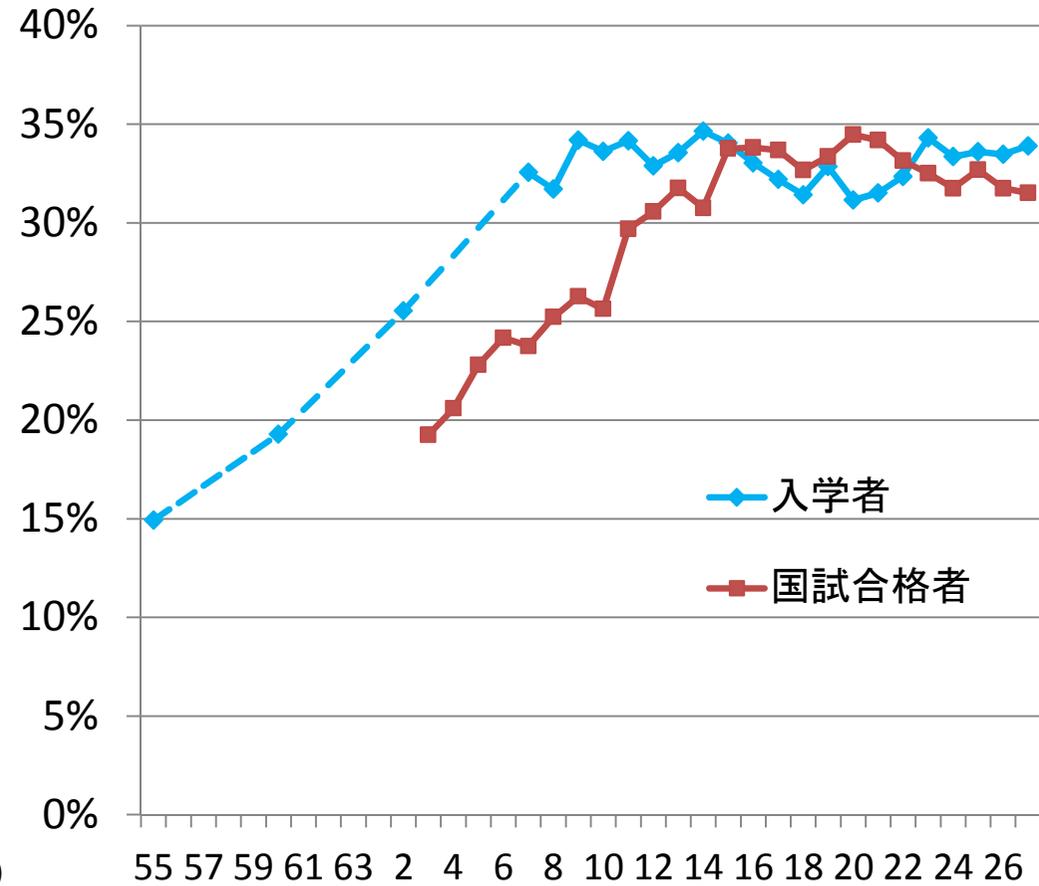
- 全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成26年時点で**20.4%**を占める。
- 近年、若年層における女性医師は増加しており、**医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1**となっている。

女性医師数の推移



(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

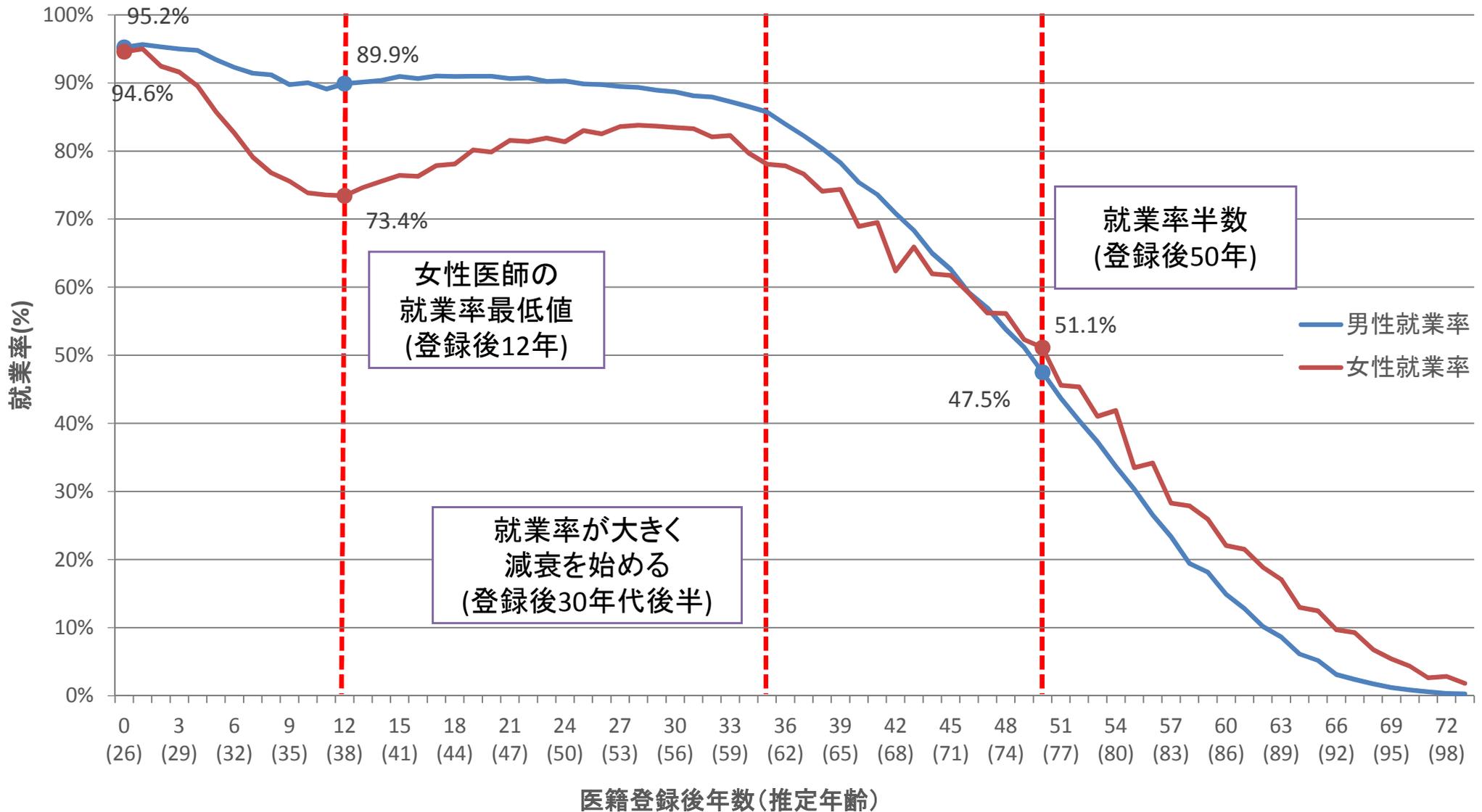
医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合



(出典) 学校基本調査(文部科学省)

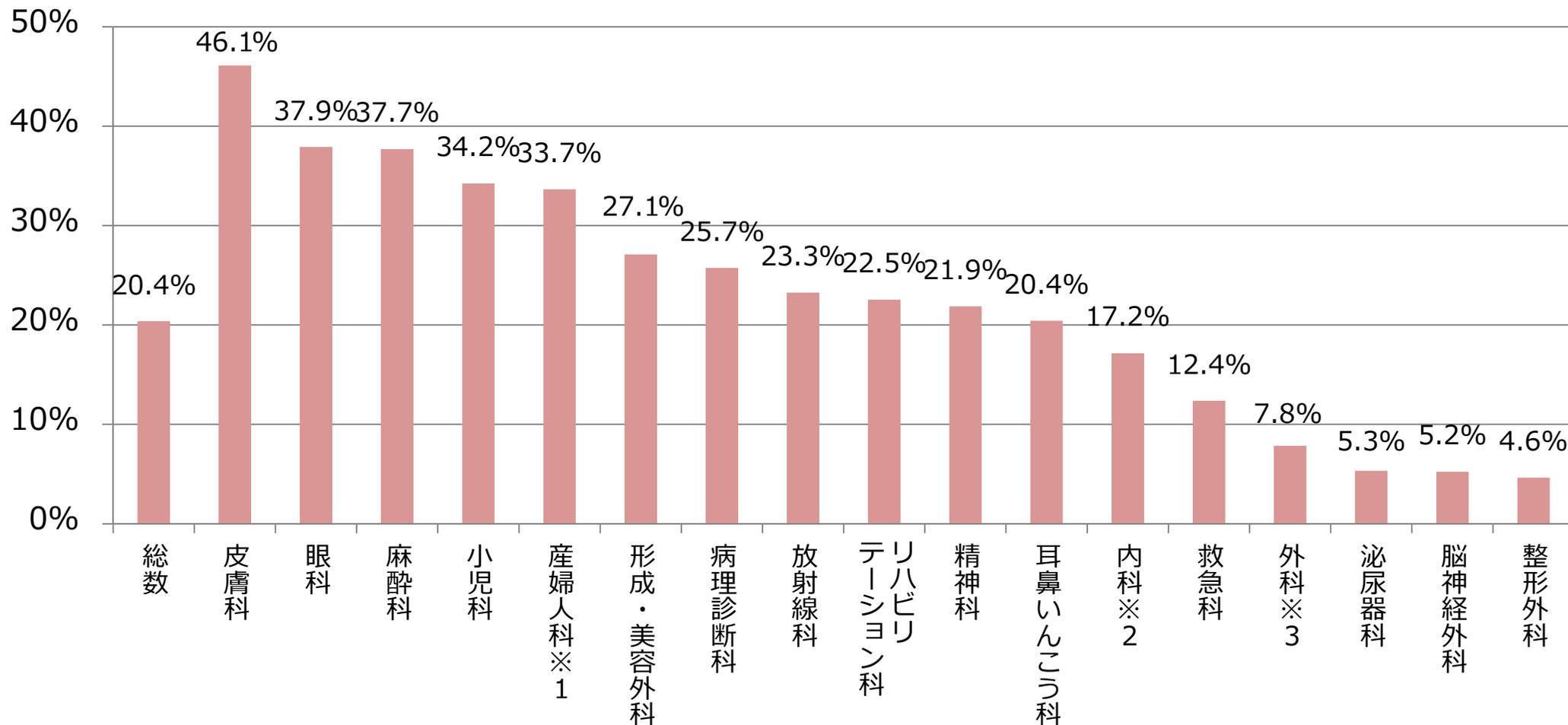
厚生労働省医政局医事課試験免許室調べ

女性医師の就業率の推移は、M字カーブの曲線になる。



※2004年～2014年の医師・歯科医師・薬剤師調査(医師届出票)および厚生労働省から提供された医籍登録データを利用して作成
 ※推定年齢は医籍登録後年数が0年の届出票の満年齢(12月末時点)の平均値が26.8歳であることを考慮し設定
 出典：医療従事者の需給に関する検討会 第4回医師需給分科会 資料より

- 医療施設従事医師数の女性割合は20.4%であり、平成24年の19.6%と比べて増加している。
- 皮膚科や小児科、産婦人科といった診療科では女性医師の占める割合は高いが、外科や脳神経外科などの診療科では低い。



※1・・・産婦人科、産科、婦人科

※2・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

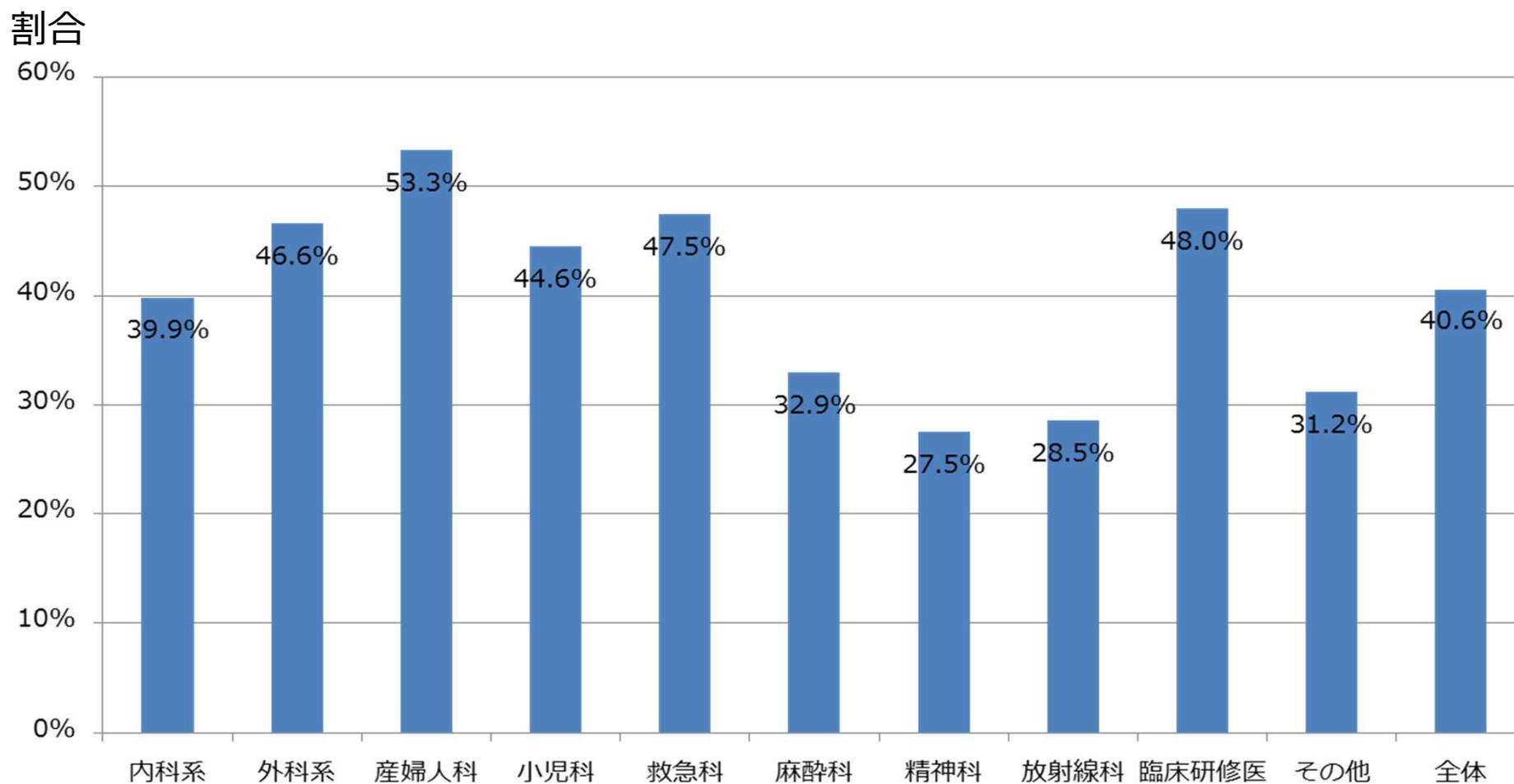
※3・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

第2回 医師の働き方改革に関する
検討会(平成29年9月21日)資料3

- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合で見ると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。



※ 病院勤務の常勤医師のみ

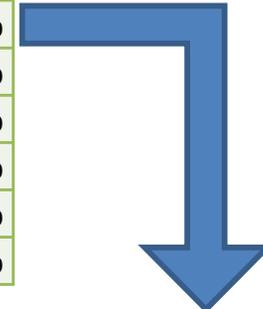
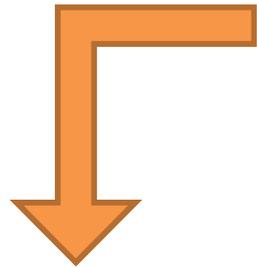
※ 診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。 診療外時間：教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。 待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。 勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）。

※ 「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

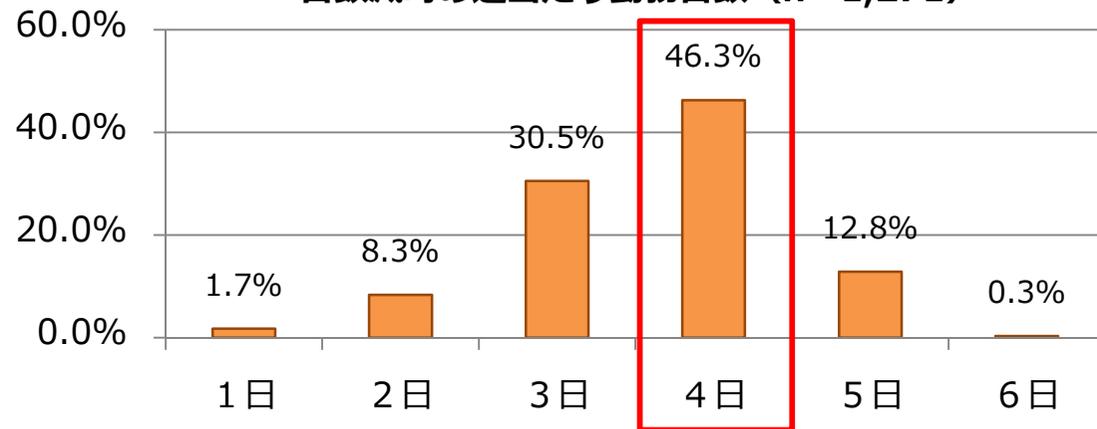
育児中の女性医師の働き方

- 育児中の女性医師の働き方は、25.6%が「日数減」、26.8%が「時間短縮勤務」を選択した。
- 「日数減」を選択した医師のうちでは、週当たり勤務日数は「4日」が最も多く、「時間短縮勤務」を選択した医師の内では、1日の勤務時間数は「6時間」「7時間」が多かった。

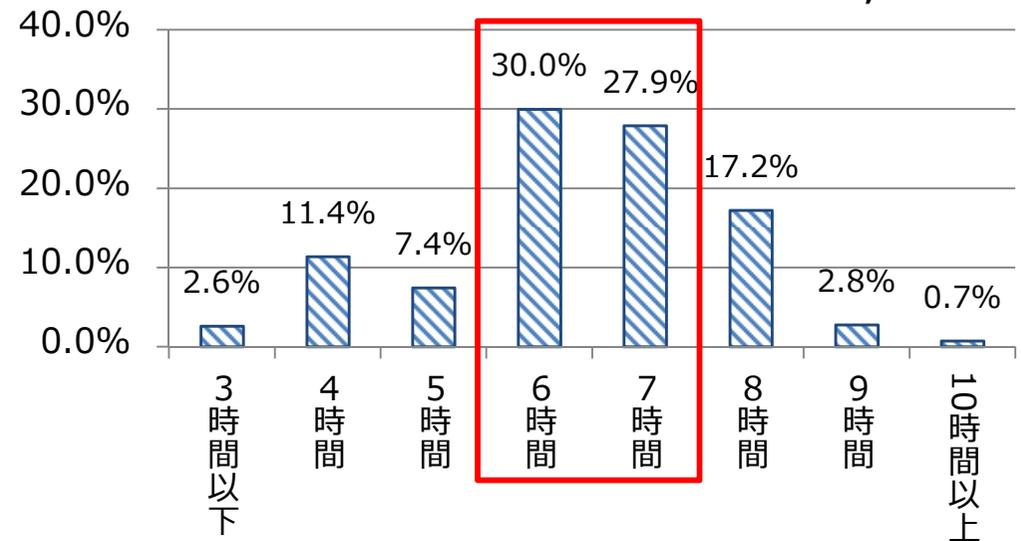
	回答件数	割合
業務内容軽減	2,204	42.2%
変化なし（通常勤務）	1,503	28.8%
時間短縮勤務	1,401	26.8%
日数減	1,339	25.6%
研究生・見学生・大学院	518	9.9%
休職・辞職	383	7.3%
その他	131	2.5%
合計	5,225	100.0%



日数減時の週当たり勤務日数 (n=1,271)



時間短縮勤務時の1日の勤務時間数 (n=1,265)



<参考> 調査の概要

全病院(8,475施設)に対して、病院に勤務する女性医師に調査票の配布を依頼。病院からは、関係医療機関(診療所)に勤務する女性医師へも一部配布。無記名で委託先へ直接返送してもらい回収。

病院から医師への質問票配布数:30,323枚、回収数:10,612枚、有効回答数:10,373枚

出典:女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書(平成29年8月)日本医師会男女共同参画委員会、日本医師会女性医師支援センター

育児休業

- 子が1歳(保育所に入所できないなど、一定の場合は、最長2歳)に達するまでの育児休業の権利を保障
- 父母ともに育児休業を取得する場合は、子が1歳2か月に達するまでの間の1年間【パパ・ママ育休プラス】
- 父親が出産後8週間以内に育児休業を取得した場合、再度の育児休業の取得が可能

介護休業

- 対象家族1人につき、通算93日の範囲内で合計3回まで、介護休業の権利を保障

※ 有期契約労働者は、下記の要件を満たせば取得可能(介護も同趣旨)

- ① 同一の事業主に引き続き1年以上雇用
- ② 子が1歳6か月になる前日までに労働契約(更新される場合には更新後の契約)の期間が満了することが明らかでないこと

子の看護休暇

- 小学校就学前の子を養育する場合に年5日(2人以上であれば年10日)を限度として取得できる(1日又は半日単位)

介護休暇

- 介護等をする場合に年5日(対象家族が2人以上であれば年10日)を限度として取得できる(1日又は半日単位)

所定外労働・時間外労働・深夜業の制限

- 3歳に達するまでの子を養育し、又は介護を行う労働者が請求した場合、所定外労働を制限
- 小学校就学前までの子を養育し、又は介護を行う労働者が請求した場合、月24時間、年150時間を超える時間外労働を制限
- 小学校就学前までの子を養育し、又は介護を行う労働者が請求した場合、深夜業(午後10時から午前5時まで)を制限

短時間勤務の措置等

- 3歳に達するまでの子を養育する労働者について、**短時間勤務の措置(1日原則6時間)**を義務づけ
- 介護を行う労働者について、3年の間で2回以上利用できる次のいずれかの措置を義務づけ
 - ①短時間勤務制度 ②フレックスタイム制 ③始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ ④介護費用の援助措置

不利益取扱いの禁止等

- 事業主が、育児休業等を取得したこと等を理由として解雇その他の不利益取扱いをすることを禁止
- 事業主に、上司・同僚等からの育児休業等に関するハラスメントの防止措置を講じることを義務付け

実効性の確保

- 苦情処理・紛争解決援助、調停
- 勧告に従わない事業所名の公表

短時間勤務制度の利用期間(企業調査)

○ 医療・福祉の業種において、3歳以降も短時間勤務制度を利用する従事者が一定程度存在する。

	合計	育児休業後の短時間勤務制度期間:最も多い利用期間									
		1歳未満	2歳未満	3歳未満	3歳以降、 小学校就学前 まで	小学校1年生 まで	小学校3年生 まで	小学校卒業ま で	小学校卒業以 降	該当者がいな い、 わからない、	無回答
全体	2328	149	205	594	187	62	89	48	4	826	164
	100.0%	6.4%	8.8%	25.5%	8.0%	2.6%	3.8%	2.1%	0.2%	35.5%	7.1%
建設業	198	10	30	31	12	1	7	0	0	89	18
	100.0%	4.8%	15.2%	15.5%	6.2%	0.5%	3.7%	0.0%	0.0%	45.0%	9.2%
製造業	574	17	39	139	51	11	16	5	0	231	64
	100.0%	3.0%	6.8%	24.3%	8.9%	2.0%	2.8%	0.9%	0.0%	40.2%	11.2%
情報通信業、運輸業、郵便業	341	35	6	91	26	4	21	3	0	147	6
	100.0%	10.4%	1.8%	26.8%	7.7%	1.2%	6.1%	0.9%	0.0%	43.2%	1.8%
卸売業、小売業	269	13	8	87	21	5	13	14	4	80	23
	100.0%	4.7%	3.2%	32.3%	8.0%	1.9%	4.9%	5.1%	1.6%	29.6%	8.7%
金融業、保険業、不動産業、 電気・ガス・熱供給・水道業	58	1	11	7	14	1	10	0	0	15	0
	100.0%	1.7%	18.2%	12.0%	23.4%	1.7%	17.6%	0.0%	0.0%	25.3%	0.0%
飲食業、宿泊業、教育・学習 支援業、その他サービス業	362	26	41	59	31	17	9	20	0	155	4
	100.0%	7.1%	11.4%	16.2%	8.5%	4.6%	2.3%	5.6%	0.0%	42.9%	1.2%
医療・福祉	425	39	69	148	29	16	8	4	0	73	39
	100.0%	9.2%	16.3%	34.7%	6.7%	3.7%	2.0%	1.0%	0.0%	17.1%	9.3%
その他	81	9	0	24	1	5	3	2	0	36	0
	100.0%	10.7%	0.0%	30.3%	1.2%	6.5%	3.7%	2.5%	0.0%	45.0%	0.0%

<参考> 調査の概要

農林水産業、公務(他に分類されないもの)を除く全業種(鉱業・採石業・砂利採取業、建設業、製造業、電気・ガス・熱供給・水道業、情報通信業、運輸業、卸売・小売業、金融・保険業・不動産業、飲食店・宿泊業、医療・福祉、教育・学習支援業、その他サービス業)で、従業員51人以上の企業に対して郵送による調査を実施(平成28年12月～平成29年1月)。

出典: 平成28年度仕事と家庭の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書 企業アンケート調査結果(平成29年2月 三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

- 雇用保険法において、被保険者については、1週間の所定労働時間が20時間以上であることを要件の一つとしている。

適用事業及び被保険者について

- 雇用保険は、一部の事業（農林水産業の個人事業で常時5人以上を雇用する事業以外＝暫定任意適用事業）を除き、労働者が雇用される事業を強制適用事業としている。【法5】

- 雇用保険の適用事業（※1）に雇用される労働者を被保険者としている。【法4 I】

<適用除外>【法6】

- ① 1週間の所定労働時間が20時間未満である者
- ② 同一の事業主に継続して31日以上雇用されることが見込まれない者
- ③ 季節的に雇用される者（短期雇用特例被保険者に該当する者を除く。）であって、4月以内の期間を定めて雇用される者又は一週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満である者
- ④ 日雇労働者（※2）であって、適用区域（※3）に居住し適用事業に雇用される等の要件に該当しない者
- ⑤ 国、都道府県、市町村等に雇用される者
- ⑥ 昼間学生

※1 労働者が雇用される事業（農林水産の事業のうち常時雇用する労働者の数が5人未満の個人事業は暫定任意適用事業）

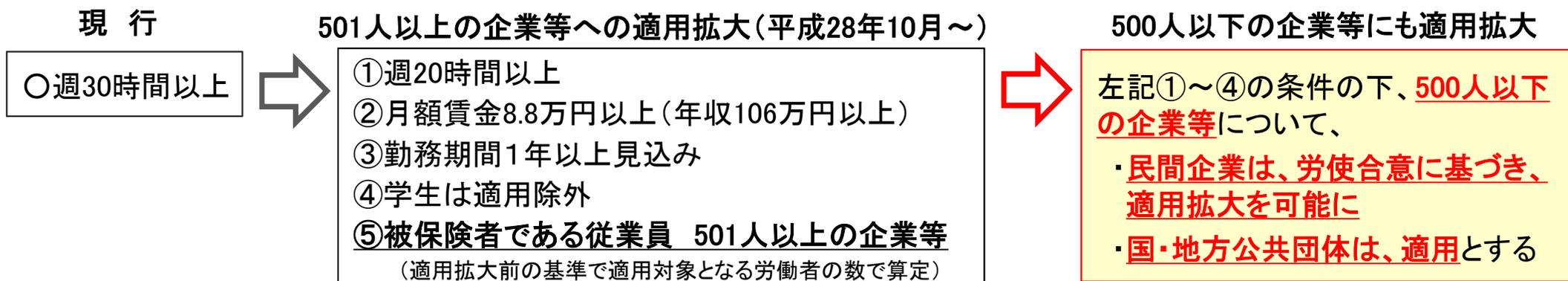
※2 日々雇用される者又は30日以内の期間を定めて雇用される者

※3 東京都の特別区若しくは公共職業安定所の所在する市町村の区域又はこれらに隣接する市町村の全部又は一部の区域であって、厚生労働大臣が指定するもの

○ 労働参加の促進と年金水準の確保等のため、501人以上の企業における平成28年10月の被用者保険の適用拡大(※)の施行の日から、**500人以下の企業も、労使の合意に基づき、企業単位で、短時間労働者への適用拡大を可能とする。**【公布日施行(平成28年10月実施)】

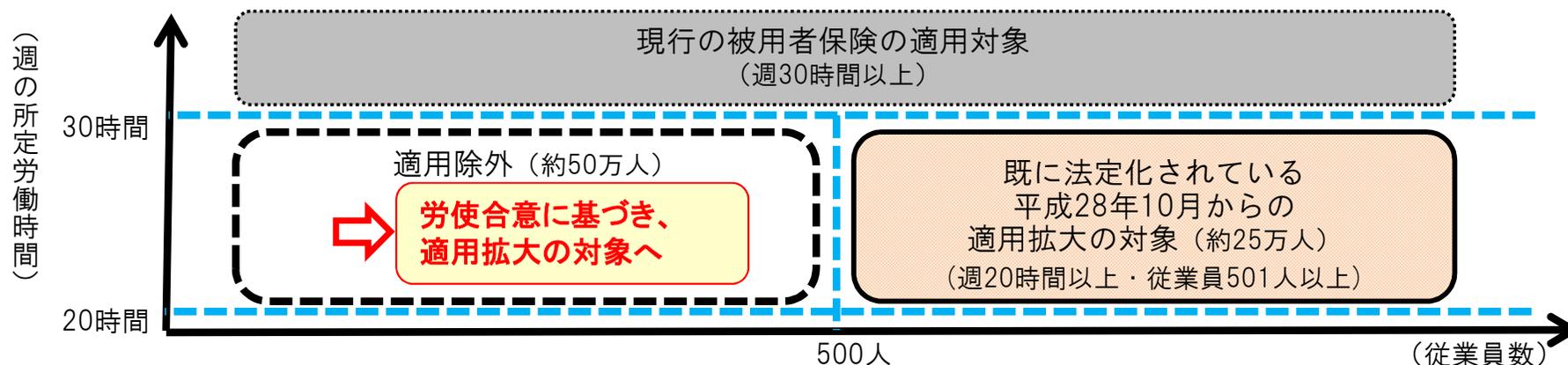
(国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする)

※ 501人以上の企業等を対象に、平成28年10月から適用拡大を実施することは既に法定化。



※施行後3年以内に検討を加え、その結果に基づき、必要な措置を講じる。

<被用者保険の適用拡大のイメージ>

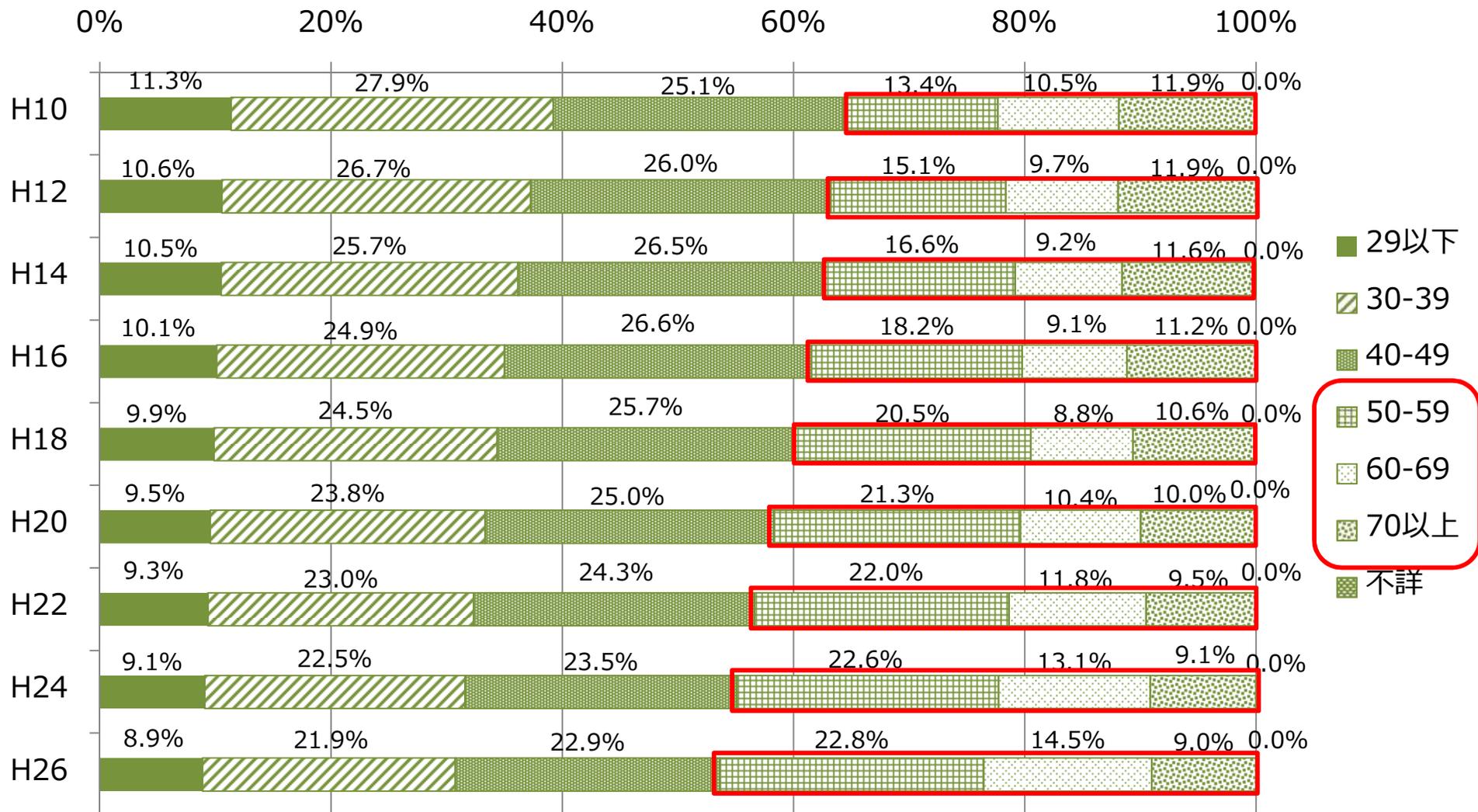


※ 就業調整を防ぎ、被用者保険の適用拡大を円滑に進める観点から、短時間労働者の賃金の引上げ及び労働時間の延長を行う事業主に対し、取組への一時的な支援を実施予定。(雇用保険二事業のキャリアアップ助成金の活用)

50歳以上の医師の占める割合の年次推移

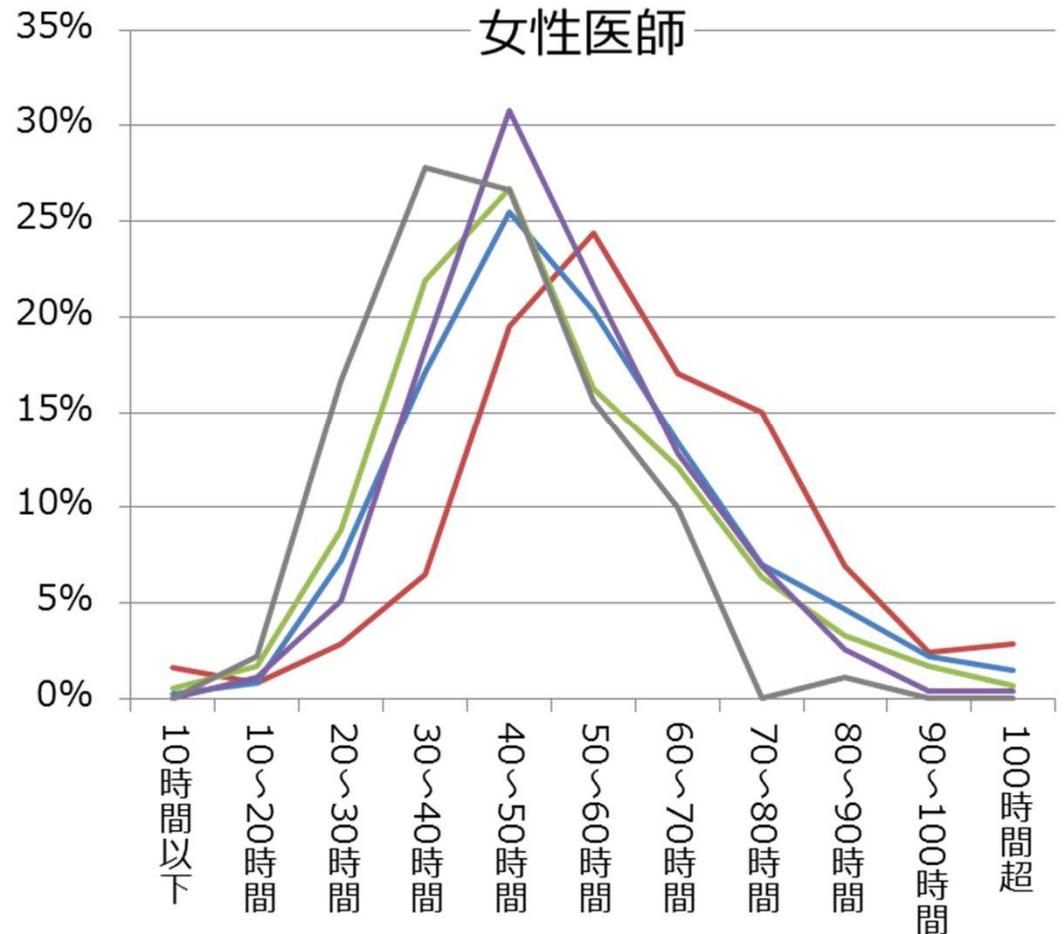
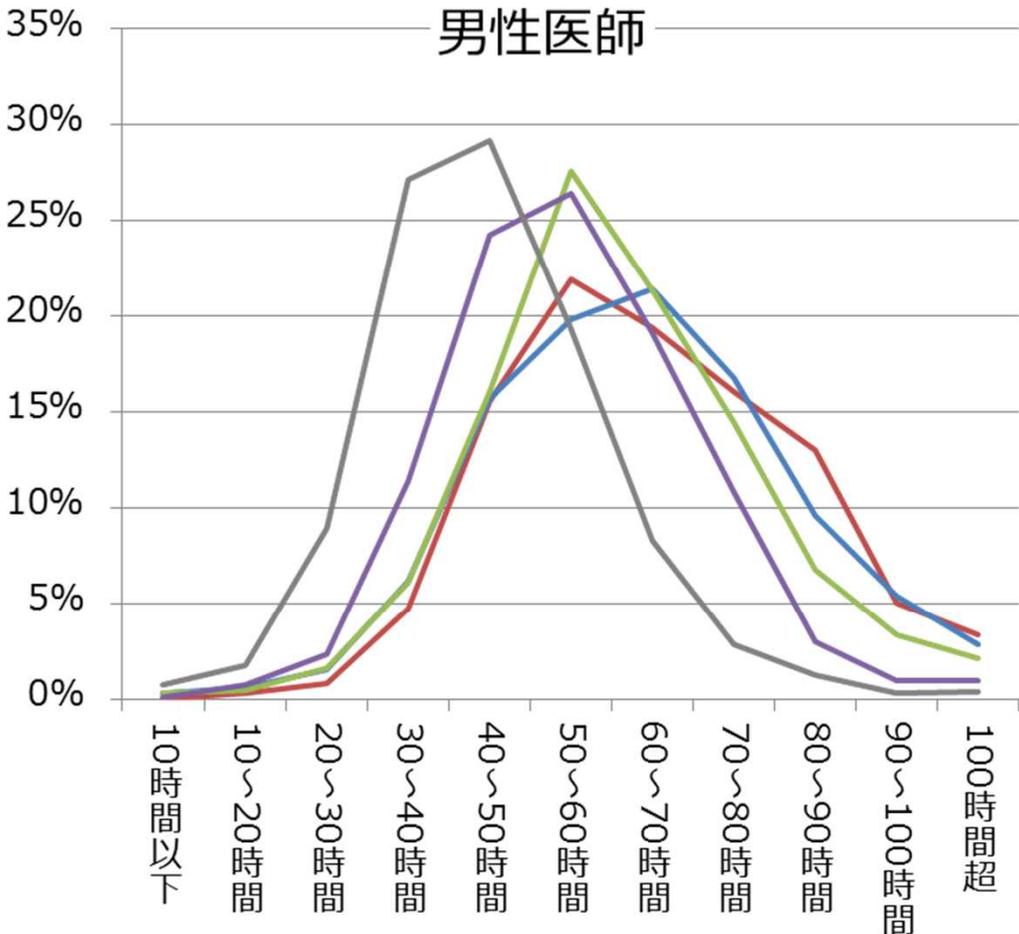
○ 医療施設に従事する医師のうち、50歳以上の医師の占める割合が増加しており約5割となっている。

＜年齢階級別の医療施設従事医師の割合の年次推移＞



○ 男性医師は、20代は「50～60時間」にピークがあり、30代で「60～70時間」にピークが上がり、その後、徐々にピークが下がる。女性医師は、20代は「50～60時間」にピークがあり、30代～50代でピークがいったん下がり、60代でさらにピークが下がる。

— 20代 — 30代 — 40代 — 50代 — 60代以上



※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間を含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋当直の待機時間）。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

医師の働き方改革に係る議論

1. 働く人の視点に立った働き方改革の意義

- (1) 経済社会の現状
- (2) 今後の取組の基本的考え方
- (3) 本プランの実行
 - (コンセンサスに基づくスピードと実行)
 - (ロードマップに基づく長期的かつ継続的な取組)
 - (フォローアップと施策の見直し)

2. 同一労働同一賃金など非正規雇用の処遇改善

- (1) 同一労働同一賃金の実効性を確保する法制度とガイドラインの整備
(基本的考え方)
 - (同一労働同一賃金のガイドライン)
 - ① 基本給の均等・均衡待遇の確保
 - ② 各種手当の均等・均衡待遇の確保
 - ③ 福利厚生や教育訓練の均等・均衡待遇の確保
 - ④ 派遣労働者の取扱
- (法改正の方向性)
 - ① 労働者が司法判断を求める際の根拠となる規定の整備
 - ② 労働者に対する待遇に関する説明の義務化
 - ③ 行政による裁判外紛争解決手続の整備
 - ④ 派遣労働者に関する法整備
- (2) 法改正の施行に当たって

3. 賃金引上げと労働生産性向上

- (1) 企業への賃上げの働きかけや取引条件の改善
- (2) 生産性向上支援など賃上げしやすい環境の整備

4. 罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正

- (基本的考え方)
- (法改正の方向性)
- (時間外労働の上限規制)
- (パワーハラスメント対策、メンタルヘルス対策)
- (勤務間インターバル制度)
- (法施行までの準備期間の確保)

- (見直し)
- (現行制度の適用除外等の取扱)
- (事前に予測できない災害その他事項の取扱)
- (取引条件改善など業種ごとの取組の推進)
- (企業本社への監督指導等の強化)
- (意欲と能力ある労働者の自己実現の支援)

5. 柔軟な働き方がしやすい環境整備

- (1) 雇用型テレワークのガイドライン刷新と導入支援
- (2) 非雇用型テレワークのガイドライン刷新と働き手への支援
- (3) 副業・兼業の推進に向けたガイドラインや改定版モデル就業規則の策定

6. 女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備

- (1) 女性のリカレント教育など個人の学び直しへの支援などの充実
- (2) 多様な女性活躍の推進
- (3) 就職氷河期世代や若者の活躍に向けた支援・環境整備

7. 病気の治療と仕事の両立

- (1) 会社の意識改革と受入れ体制の整備
- (2) トライアングル型支援などの推進
- (3) 労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化

8. 子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就労

- (1) 子育て・介護と仕事の両立支援策の充実・活用促進
(男性の育児・介護等への参加促進)
- (2) 障害者等の希望や能力を活かした就労支援の推進

9. 雇用吸収力、付加価値の高い産業への転職・再就職支援

- (1) 転職者の受入れ企業支援や転職者採用の拡大のための指針策定
- (2) 転職・再就職の拡大に向けた職業能力・職場情報の見える化

10. 誰にでもチャンスのある教育環境の整備

11. 高齢者の就業促進

12. 外国人材の受入れ

13. 10年先の未来を見据えたロードマップ

- (時間軸と指標を持った対応策の提示)
- (他の政府計画との連携)

労働基準法等改正など長時間労働の是正等について （「働き方改革実行計画」の関係部分の抜粋）

I 労働基準法の改正（上限規制の導入）

（時間外労働の上限規制）

週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を、原則として、月45時間、かつ、年360時間とし、違反には以下の特例の場合を除いて罰則を課す。特例として、臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回るできない時間外労働時間を年720時間（＝月平均60時間）とする。かつ、年720時間以内において、一時的に事務量が増加する場合について、最低限、上回ることをできない上限を設ける。

この上限について、①2か月、3か月、4か月、5か月、6か月の平均で、いずれにおいても、休日労働を含んで、80時間以内を満たさなければならないとする。②単月では、休日労働を含んで100時間未満を満たさなければならないとする。③加えて、時間外労働の限度の原則は、月45時間、かつ、年360時間であることに鑑み、これを上回る特例の適用は、年半分を上回らないよう、年6回を上限とする。

他方、労使が上限値までの協定締結を回避する努力が求められる点で合意したことに鑑み、さらに可能な限り労働時間の延長を短くするため、新たに労働基準法に指針を定める規定を設けることとし、行政官庁は、当該指針に関し、使用者及び労働組合等に対し、必要な助言・指導を行えるようにする。

（現行の適用除外等の取扱）

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

「医師の働き方改革に関する検討会」について

- ◆ 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)においては、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制をはじめ法律で導入する方向性が示されている。
- ◆ この中で、医師については、医師法(昭和23年法律第201号)に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするものの、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、具体的には、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を開催するものである。

構成員

(計24名) (※五十音順)

赤星 昂己	東京医科歯科大学医学部附属病院 救命救急センター救急医
荒木 尚志	東京大学大学院法学政治学研究科教授
市川 朝洋	公益社団法人日本医師会常任理事
猪俣 武範	順天堂大学附属病院医師
今村 聡	公益社団法人日本医師会女性医師支援センター長
◎ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
戎 初代	東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師
岡留 健一郎	福岡県済生会福岡総合病院名誉院長
片岡 仁美	岡山大学医療人キャリアセンターMUSCATセンター長
工藤 豊	保健医療福祉労働組合協議会事務局次長
黒澤 一	東北大学環境・安全推進センター教授
渋谷 健司	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授
島田 陽一	早稲田大学法学学術院教授
鶴田 憲一	全国衛生部長会会長
遠野 千尋	岩手県立久慈病院副院長
豊田 郁子	特定非営利法人架け橋理事長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
斐 英洙	ハイズ株式会社代表取締役社長
馬場 武彦	社会医療法人ペガサス理事長
福島 通子	塩原公認会計士事務所特定社会保険労務士
三島 千明	青葉アーバンクリニック総合診療医
村上 陽子	日本労働組合総連合会総合労働局長
森本 正宏	全日本自治団体労働組合総合労働局長
山本 修一	千葉大学医学部附属病院院長

◎:座長

38

本検討会の検討事項

- (1) 新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方
- (2) 医師の勤務環境改善策
- (3) その他

検討のスケジュール

- ◆ 第1回(平成29年8月2日) 医師の働き方改革について
 - ◆ 第2回(平成29年9月21日) 労働時間法制等について
 - ◆ 第3回(平成29年10月23日) 医師の勤務実態について
- ※ 今後も定期的に検討会を開催し、平成30年の年明けを目途に中間整理を行う予定。

参考:働き方改革実行計画(抜粋)

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

診療報酬における医師の常勤の取扱い

常勤配置の取扱いの明確化

- 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。

例)常勤医師1名、常勤看護師1名の配置要件の場合



育児休業を取得している期間、非常勤看護師2名の常勤換算により施設基準を満たすことが可能。

常勤看護師が育児休業を取得

休業期限

※ 常勤換算される非常勤従事者は各々が当該施設基準上求められる資質を有していなければならない。
例) 経験年数〇年以上、所定の研修を修了していること 等

- 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。



短時間勤務制度を利用している期間は週30時間以上の勤務で常勤としてカウント可能。

短時間勤務制度利用期間

診療報酬における現行の医師の常勤の取扱いについて

- 一部の施設基準において、医師に関する常勤の定義が示されており、週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であるものとされている。
- 平成28年度診療報酬改定において、産前産後休暇等や短時間勤務制度に関する規定が追加された。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて【通知】
(平成28年3月4日保医発0304第1号)

第1 基本診療料の施設基準等

8 基本診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法(昭和22年法律第49号)第65条に規定する休業(以下「産前産後休業」という。)、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律(平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。)第2条第1号に規定する育児休業(以下「育児休業」という。)、同条第2号に規定する介護休業(以下「介護休業」という。)、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項(第2号に係る部分に限る。)の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業(以下「育児休業に準ずる休業」という。)を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、**育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合**にあっては、**週30時間以上の勤務で常勤扱い**とすること。

別添2 入院基本料等の施設基準等

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4の3 7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。)に係る入院患者数及び医師の数について

(2) 常勤の医師の数

ア 医師数は、常勤(**週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上**であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、**育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合**にあっては、**所定労働時間が週30時間以上**であることをいう)の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

A307 小児入院医療管理料(1日につき)

小児入院医療管理料1 4,584点、小児入院医療管理料2 4,076点、小児入院医療管理料3 3,670点
 小児入院医療管理料4 3,060点、小児入院医療管理料5 2,145点

入院中の15歳未満の患者(児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者)を対象に算定する。

＜医師の配置に関する施設基準＞

管理料1	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が二十名以上配置されていること。
管理料2	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が九名以上配置されていること。
管理料3	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が五名以上配置されていること。
管理料4	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が三名以上配置されていること。
管理料5	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が一名以上配置されていること。

- 小児入院医療管理料において、小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。
- 小児入院医療管理料において、少なくとも所定労働時間が週24時間程度の勤務を行っている複数の小児科又は小児外科の医師を組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師と同じ時間医師を配置する場合には、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなす。ただし、小児入院医療管理料1を算定する病棟において、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなすことができるのは、10名までに限る。T

※ 小児入院医療管理料における常勤要件の見直しについて

平成18年度診療報酬改定において、小児医療の提供体制の確保を図る観点から、子育てしながら働くことができる環境の整備を進めるため、小児科の医師の常勤要件について、複数の小児科の医師が共同して常勤の場合と同等の時間を勤務できている場合には、常勤として取り扱うこととされた。

診療報酬における医師の配置要件

常勤医師の配置が要件となっている主な診療報酬項目①

関連する診療科・領域	診療報酬項目
小児科	A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料 A307 小児入院医療管理料 B001-2-11 小児かかりつけ診療料 D291-2小児食物アレルギー負荷検査 H007 障害児(者)リハビリテーション料
産婦人科	A237ハイリスク分娩管理加算
リハビリテーション科	A100/A104/A105 一般病院・特定機能病院・専門病院入院基本料 ADL維持向上等体制加算 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 及び 体制強化加算 H000 心大血管疾患リハビリテーション料 及び 初期加算 H001 脳血管疾患リハビリテーション料 及び 初期加算 H001-2 廃用症候群リハビリテーション料 及び 初期加算 H002 運動器リハビリテーション料 及び 初期加算 H003 呼吸器リハビリテーション料 及び 初期加算 H006 難病患者リハビリテーション料 H007 障害児(者)リハビリテーション料(再掲) H007-2 がん患者リハビリテーション料 H007-3 認知症患者リハビリテーション料 H008 集団コミュニケーション療法料 H007-4 リンパ浮腫複合的治療料
麻酔科	L009 麻酔管理料(Ⅰ) L010 麻酔管理料(Ⅱ)

注：関連する診療科・領域については、整理のため便宜的に選択したものであり、表に示されている診療科以外の診療科が関連する場合もありうる。

常勤医師の配置が要件となっている主な診療報酬項目②

関連する診療科・領域	診療報酬項目
精神科	A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算 A231-4 摂食障害入院医療管理加算 A247 認知症ケア加算 A249 精神科急性期医師配置加算 A311 精神科救急入院料 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 A311-3 精神科救急・合併症入院料 A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料 A312 精神療養病棟入院料 A318 地域移行機能強化病棟入院料 I002 通院・在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算 I002-3 救急患者精神科継続支援料 I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 I014 医療保護入院等診療料 I016 精神科重症患者早期集中支援管理料
集中治療	A300 救命救急入院料3・4 ※広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師 A301 特定集中治療室管理料2・4 ※広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
在宅医療	C002 在宅時医学総合管理料 C002-2施設入居時等医学総合管理料 C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 C152-2 持続血糖測定器加算
緩和ケア	A226-2 緩和ケア診療加算 A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算 A310 緩和ケア病棟入院料 B00124 外来緩和ケア管理料

注：関連する診療科・領域については、整理のため便宜的に選択したものであり、表に示されている診療科以外の診療科が関連する場合もありうる。

常勤医師の配置が要件となっている主な診療報酬項目③

関連する診療科・領域	診療報酬項目
かかりつけ医	A001 再診料 地域包括診療加算 及び 認知症地域包括診療加算 B001-2-11 小児かかりつけ診療料(再掲)
チーム医療	A226-2 緩和ケア診療加算(再掲) A233-2 栄養サポートチーム加算 A234-2 感染防止対策加算 B001 27 糖尿病透析予防指導管理料 B001 24 外来緩和ケア管理料(再掲) C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(再掲)
その他	A205-2 超急性期脳卒中加算 A240 総合評価加算 A309 特殊疾患病棟入院料 B001 14 高度難聴指導管理料 B001 20 糖尿病合併症管理料 B001 25 移植後患者指導管理料 B011-4 医療機器安全管理料 等 (その他、D 検査、E 画像診断、F 投薬、G 注射、K 手術、M 放射線治療、N 病理診断に含まれる項目)

注:関連する診療科・領域については、整理のため便宜的に選択したものであり、表に示されている診療科以外の診療科が関連する場合もありうる。

常勤医師の配置を要件としている診療報酬の考え方

- 常勤医師の配置を要件としている診療報酬については、大まかに、緊急対応の必要性の有無、主治医による継続的な診療の有無などの観点によって分類ができる。

		例
入院	夜間等の緊急対応の必要性が高いもの	A205-2 超急性期脳卒中加算 A237ハイリスク分娩管理加算 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 L009・L010 麻酔管理料(Ⅰ)(Ⅱ) K514-6 生体部分肺移植術
	夜間等の緊急対応の必要性が低いもの	A233-2 栄養サポートチーム加算 A234-2 感染防止対策加算
外来・在宅	主治医による継続的かつ全人的な診療	B001-2-9 地域包括診療料 B001-2-11 小児かかりつけ診療料 C002 在宅時医学総合管理料
	継続的な診療	B001 20 糖尿病合併症管理料 B001 25 移植後患者指導管理料 B001 27 糖尿病透析予防指導管理料
入院及び 外来・在宅	夜間等の緊急対応の必要性が高いもの	H000 心大血管疾患リハビリテーション料
	夜間等の緊急対応の必要性が低いもの	H002 運動器リハビリテーション料 H007 障害児(者)リハビリテーション料 D239-3 神経学的検査

精神保健指定医

精神保健指定医とは

- 精神保健指定医制度は昭和62年の精神衛生法改正(精神保健法の成立)により創設された。
- 精神科医療においては、本人の意思によらない入院や、一定の行動制限を行う事があるため、これらの業務を行う医師は、患者の人権にも十分に配慮した医療を行うに必要な資質を備えている必要がある。
そのため、一定の精神科実務経験を有し、法律等に関する研修を終了した医師のうちから、厚生労働大臣が「精神保健指定医」を指定し、これらの業務を行わせることとしたものである。

【精神保健指定医 精神保健福祉法(法)第18条】

厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第十九条の四に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医(以下「指定医」という。)に指定する。

1. 五年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
2. 三年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
3. 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。
4. 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修(申請前一年 以内に行われたものに限る。)の課程を修了していること。

精神保健指定医の職務

中医協 総 - 1
29. 10. 18改

【入院時】	○ 1. 措置入院、緊急措置入院時の判定	法第29条第1項、法第29条の2第1項
	2. 医療保護入院時の判定	法第33条第1項
	3. 応急入院時の判定	法第33条の7第1項
【入院中】	4. 措置入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第1項
	5. 医療保護入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第2項
	6. 任意入院者の退院制限時の診察	法第21条第3項
	7. 入院者の行動制限の判定	法第36条第3項
【退院時】	8. 措置入院者の措置症状消失の判定	法第29条の5
	9. 措置入院者の仮退院の判定	法第40条
	○ 10. 措置入院の解除の判定(※都道府県知事等が指定する指定医による診察の結果に基づく解除)	法第29条の4第2項
	○ 11. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定	法第38条の7第2項
【移送】	○ 12. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定	法第29条の2の2第3項 法第34条第4項
	○ 13. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定	法第34条第1項及び第3項
【その他】	○ 14. 精神医療審査会委員としての診察	法第38条の3第3項、第6項 法第38条の5第4項
	○ 15. 精神病院に対する立入検査、質問及び診察	法第38条の6第1項
	○ 16. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察	法第45条の2第4項
	17. 上記2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9の職務を行った際の診療録記載の記載義務	法第19条の4の2

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく入院形態について

1 任意入院(法第20条)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

2 措置入院／緊急措置入院(法第29条／法第29条の2)

【対象】 入院させなければ精神障害のために自傷他害のおそれのある精神障害者

【要件等】 精神保健指定医2名の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置することができる。

※ 緊急措置入院は、急速な入院の必要性があることが条件で、指定医の診察は1名で足りるが、入院期間は72時間以内に限られる。

3 医療保護入院／応急入院(法第33条／法第33条の7)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者

【要件等】 精神保健指定医(又は特定医師)の診察及び家族等のうちいずれかの者の同意が必要

※1 病院管理者は、家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合、市町村長の同意により入院させることができる。

※2 応急入院は、入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態になく、急速を要し、家族等の同意が得られない者が対象。精神保健指定医(又は特定医師)の診察が必要であり、入院期間は72時間以内に限られる。

※3 いずれも特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

- 精神療養病棟入院料に新規に入院する患者の約8割は任意入院患者である一方、措置入院の患者は1.5%であった。

1ヶ月間の平均新規入院患者数

	精神科救急入院料 算定病棟 (n=51施設)		精神科急性期治療病棟入院料 算定病棟 (n=100施設)		精神病棟入院基本料 算定病棟 (n=368施設)		精神療養病棟入院料 算定病棟 (n=280病棟)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
新規入院患者数	33.37 (人)	100.0%	21.70 (人)	100.0%	11.84 (人)	100.0%	2.60 (人)	100.0%
(うち) 救急搬送・ 警察搬送患者数	3.57 (人)	10.7%	0.86 (人)	4.0%	0.58 (人)	4.9%	0.03 (人)	1.2%
(うち) 緊急措置入院 患者数	0.75 (人)	2.2%	0.01 (人)	0.0%	0.01 (人)	0.1%	0.00 (人)	0.0%
(うち) 措置入院患者数	2.55 (人)	7.6%	0.36 (人)	1.7%	0.19 (人)	1.6%	0.04 (人)	1.5%
(うち) 応急入院患者数	1.08 (人)	3.2%	0.11 (人)	0.5%	0.13 (人)	1.1%	0.01 (人)	0.4%
(うち) 任意入院患者数					6.82 (人)	57.6%	2.01 (人)	77.3%

※平成26年10月の1ヶ月間における新規入院患者を対象としている。

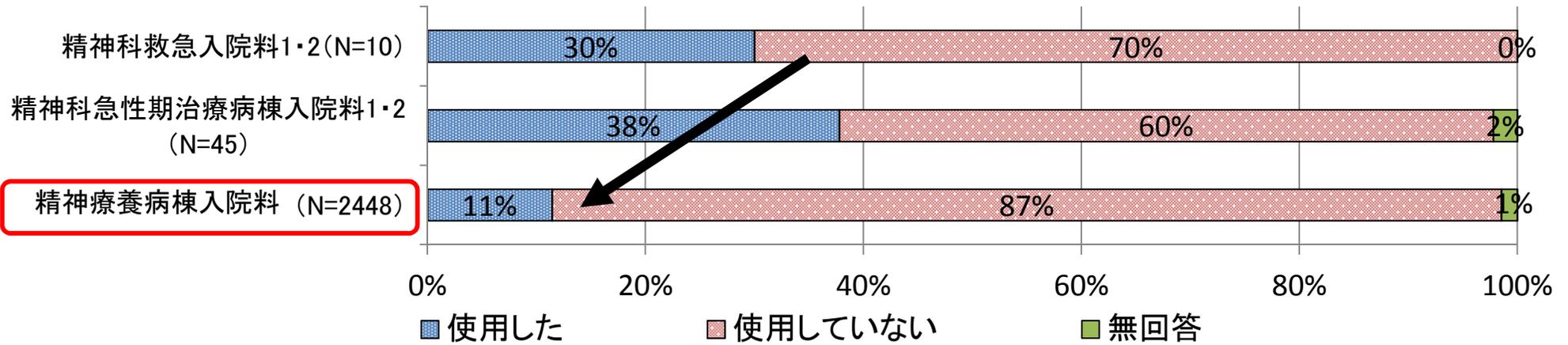
出典：平成26年度検証部会調査（精神医療）

<参考> 精神療養病棟入院料等に係る医師の配置に関する診療報酬上の要件

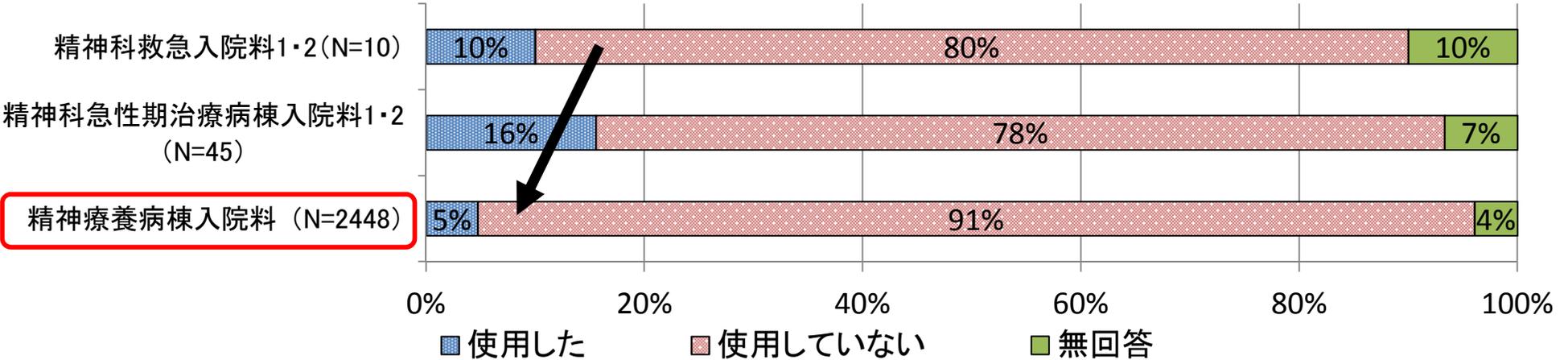
入院料	医師の配置に関する診療報酬上の要件
精神科救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が5名以上配置。 ○ 当該病棟に、常勤の精神保健指定医が1名以上配置、かつ、当該病棟における常勤の医師の数が16対1以上配置。
精神科急性期治療病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が2名以上配置。 ○ 当該病棟に、常勤の精神保健指定医が1名以上配置。
精神病棟入院基本料	(規定なし)
精神療養病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が2名以上配置。 ○ 当該病棟に、専任の常勤精神科医が1名以上配置。

病棟区分別の隔離・身体拘束の状況

各入院料を算定する患者に対して調査日から過去1年間における隔離室の使用状況



各入院料を算定する患者に対して調査日から過去1年間における身体拘束の状況



精神療養病棟入院料を算定する病棟に入院する患者は、精神保健指定医の判断が必要とされる隔離・身体拘束の割合が低い。

精神療養病棟入院料における医師の配置要件

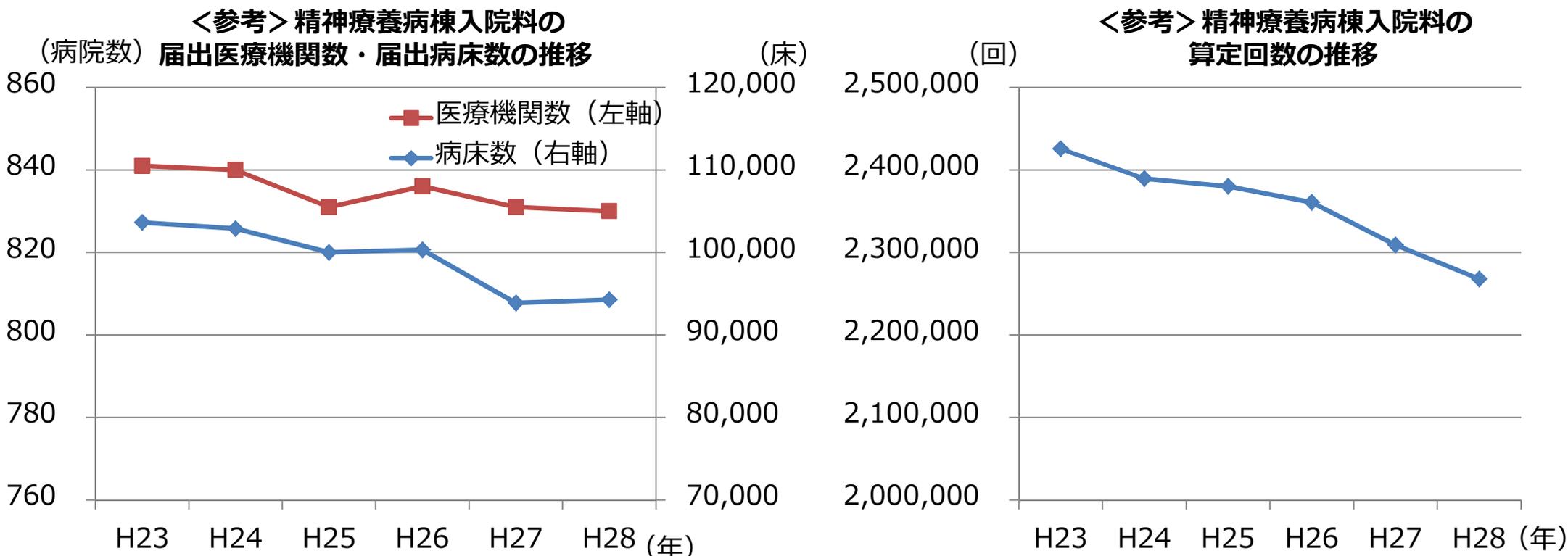
A312 精神療養病棟入院料(1日につき) 1,090点

主として長期にわたり療養が必要な精神障害患者が入院する病棟として認められた精神病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。

<医師の配置に関する施設基準(抜粋)>

当該病棟を有する**保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置**され、かつ、当該**病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置**されていること。

※ 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週2日以内とすること。



出典: 医療機関数・病床数は保険局医療課調べ、算定回数は社会医療診療行為別統計(平成28年6月審査分)

医師の常勤要件の見直しに関する課題と論点(案)

【課題】

【医師の常勤要件の見直し】

- 近年、女性医師の割合は増加傾向にある。また、医療施設に従事する医師のうち、50歳以上の医師の占める割合が高くなってきている。
- 小児科・産婦人科のように、特に女性医師の割合が高い診療科がある。これらの診療科については、勤務時間が60時間以上の割合が全体の平均よりも高い。
- 医師の年齢が上がるほど、勤務時間は短くなる傾向にある。
- 育児中の女性医師の働き方は、25.6%が「日数減」、26.8%が「時間短縮勤務」を選択していた。
- 小児入院医療管理料においては、週24時間程度の勤務を行っている複数の医師の組み合わせにより、常勤の医師が配置されているものとみなすことができる。
- 常勤医師の配置を要件としている診療報酬については、大まかに、緊急対応の必要性の有無、主治医による継続的な診療の有無などの観点によって分類ができる。

【精神病棟入院基本料】

- 精神療養病棟入院料の施設基準において、保険医療機関内に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていることが要件となっている。
- 精神療養病棟入院料算定病棟において、措置入院の患者は1.5%であった。行動制限については、過去1年間に隔離室を使用した病棟は11%、身体拘束を行った病棟は5%であった。
- 精神保健指定医の分布には地域差がある。

【論点(案)】

- 女性医師、50代以上の医師の割合が増加傾向であることや、常勤医師の配置を要件としている診療報酬項目の個々の性質の違いを踏まえ、小児科・産婦人科・その他専門性の高い特定の領域や、夜間等の緊急対応の必要性が低い項目については、週一定時間の勤務を行っている複数の医師の組み合わせにより、常勤の医師が配置されているものとみなしてはどうか。
- 精神療養病棟における新規入院患者に占める措置入院患者の割合が低いこと等を踏まえ、精神療養病棟入院料における精神保健指定医の配置要件の見直しを検討してはどうか。

2 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減

1) 医療機関における勤務環境改善の取組の推進

2) 医療従事者の常勤要件の見直し

① 医師

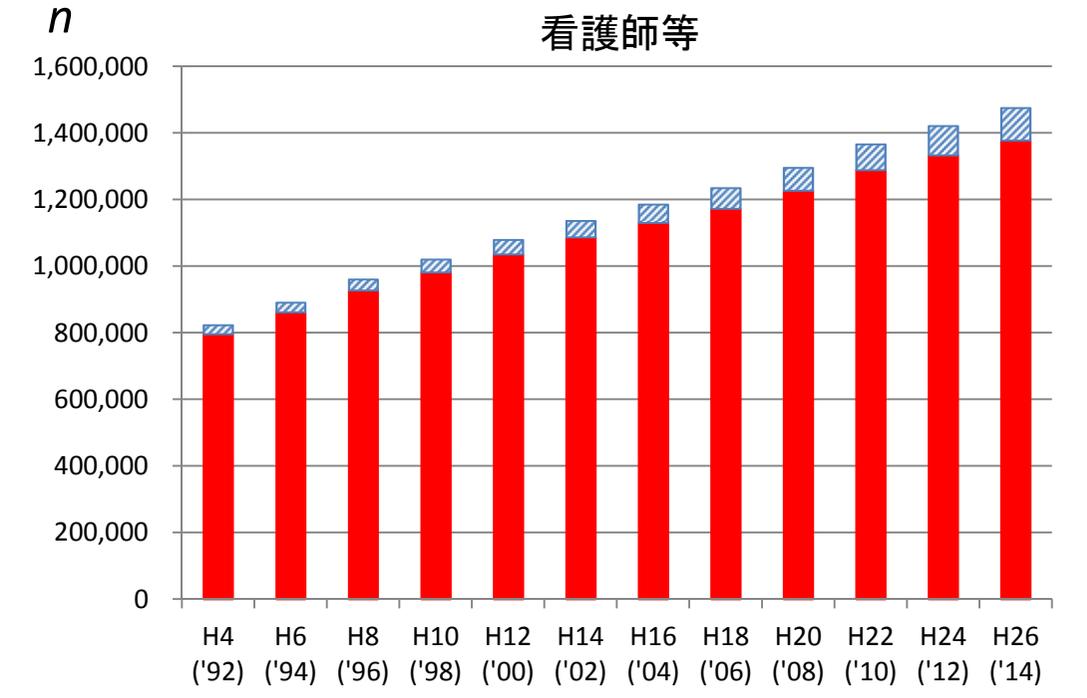
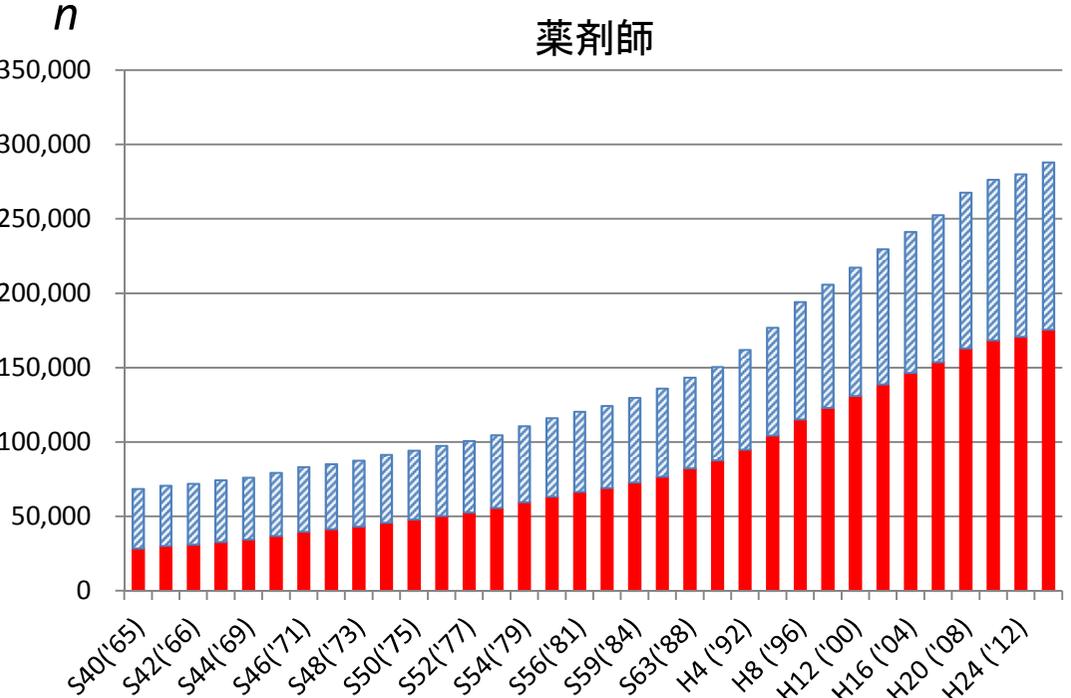
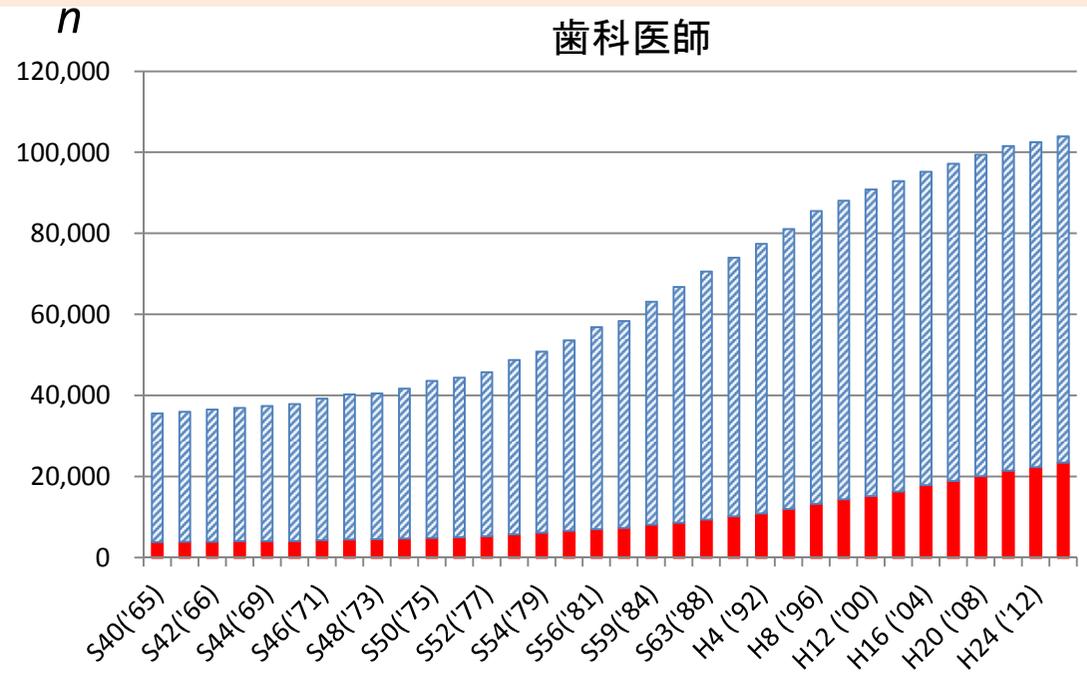
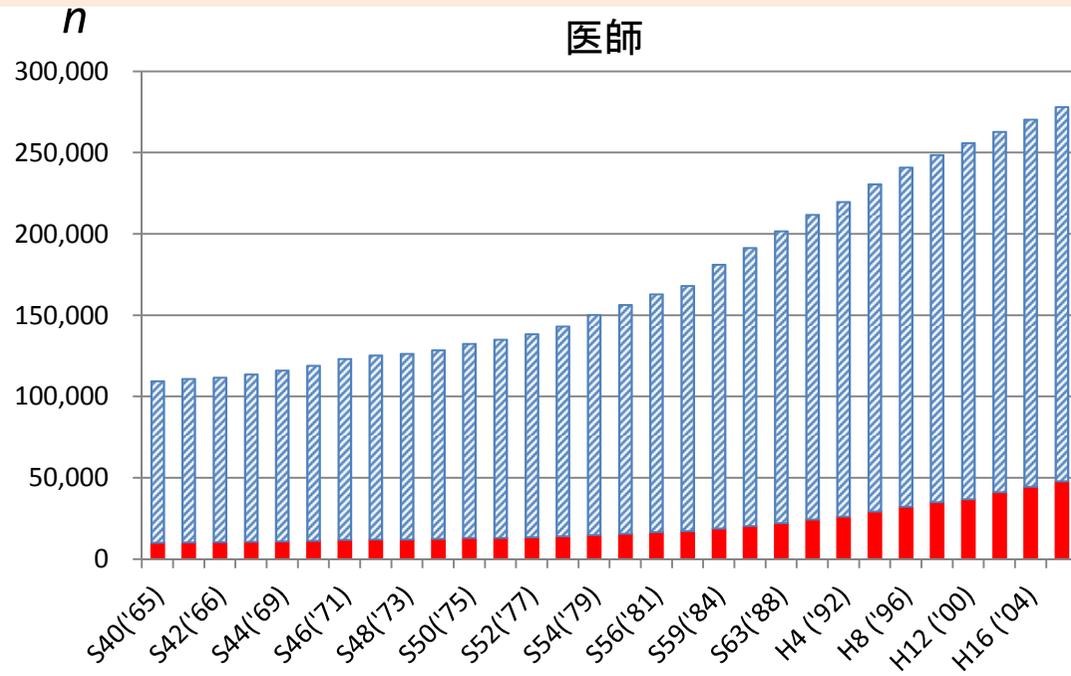
② 医師以外

3) 医師の勤務場所に係る算定要件の緩和

4) 看護職員の夜間等の負担軽減

医療従事者における女性数の年次推移

... 男 ... 女

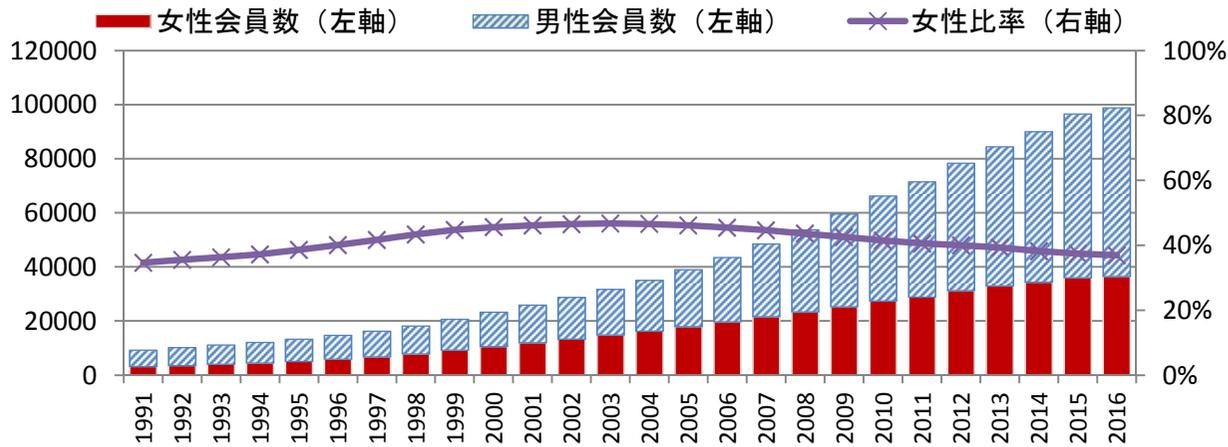


医師、歯科医師、薬剤師は平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査、看護師等は平成26年衛生行政報告例に基づく
 看護師等には、保健師、看護師、准看護師を含む。

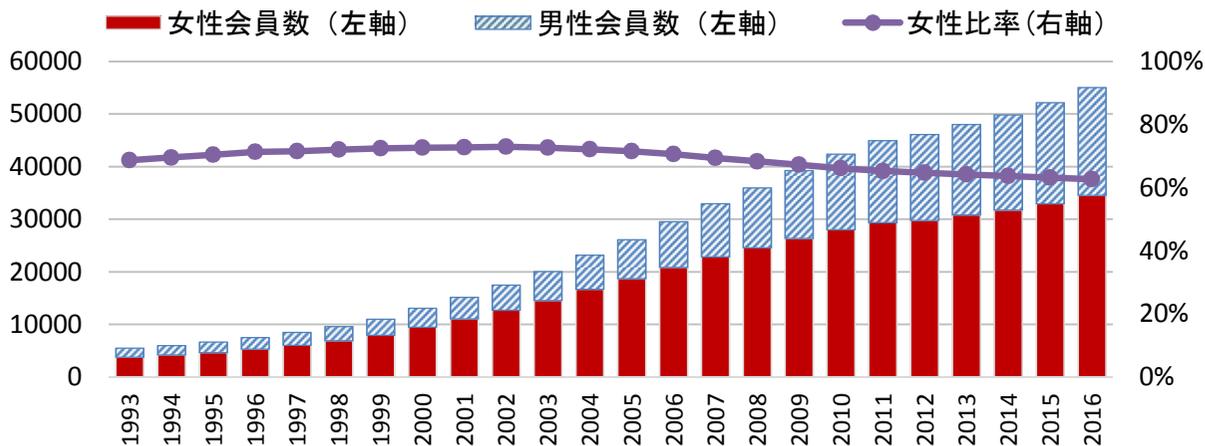
医師・看護職員以外の医療従事者

- 女性の医療従事者の数は増えている。
- 病院で働く職員は、休日や夜間等の時間外の対応が一定程度必要であり、その対応は、医師・看護職員以外の職種においても求められてきている。

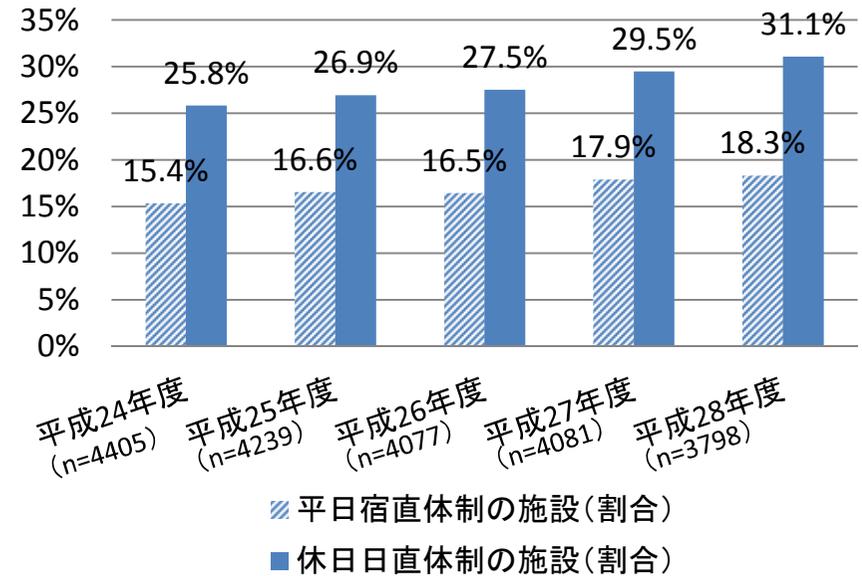
■ 男女別の理学療法士数推移¹⁾



■ 男女別の作業療法士数推移²⁾



■ 病院薬剤師の夜間休日勤務の割合³⁾



出典 1) 理学療法白書2016
 2) 作業療法白書2015及び日本作業療法士協会提供資料
 3) 日本病院薬剤師会提供資料

かかりつけ薬剤師の評価(出来高)

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

(新) かかりつけ薬剤師指導料 70点(1回につき)

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[算定要件]

- ① 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得た上で、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。
- ② 同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、その旨を薬剤服用歴に記載する。
- ③ 患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定できる。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が指導等を行った場合は当該指導料を算定できない(要件を満たせば、薬剤服用歴管理指導料は算定できる。)
- ④ 手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載する。
- ⑤ 担当患者に対して以下の業務を実施すること。
 - ア 薬剤服用歴管理指導料に係る業務
 - イ 患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬等の情報を把握
 - ウ 担当患者から24時間相談に応じる体制をとり、患者に開局時間外の連絡先を伝え、勤務表を交付(やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師でも可)
 - エ 調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案
 - オ 必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理等を実施

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

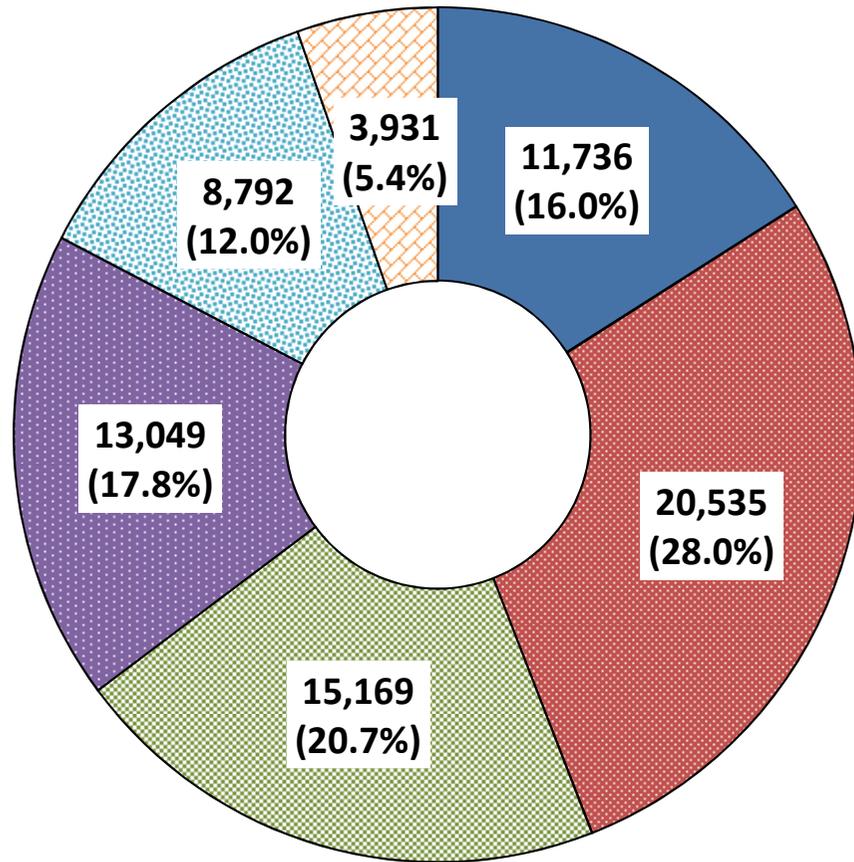
- (1) 以下の経験等を全て満たしていること。
 - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。
 - イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。
 - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に6月以上在籍していること。
- (2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。(当該規定は、平成29年4月1日から施行)
- (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

性別、年齢階級別に見た薬剤師数

○ 年齢階級別に見ると、相当数の薬剤師が子育て世代にあたる。

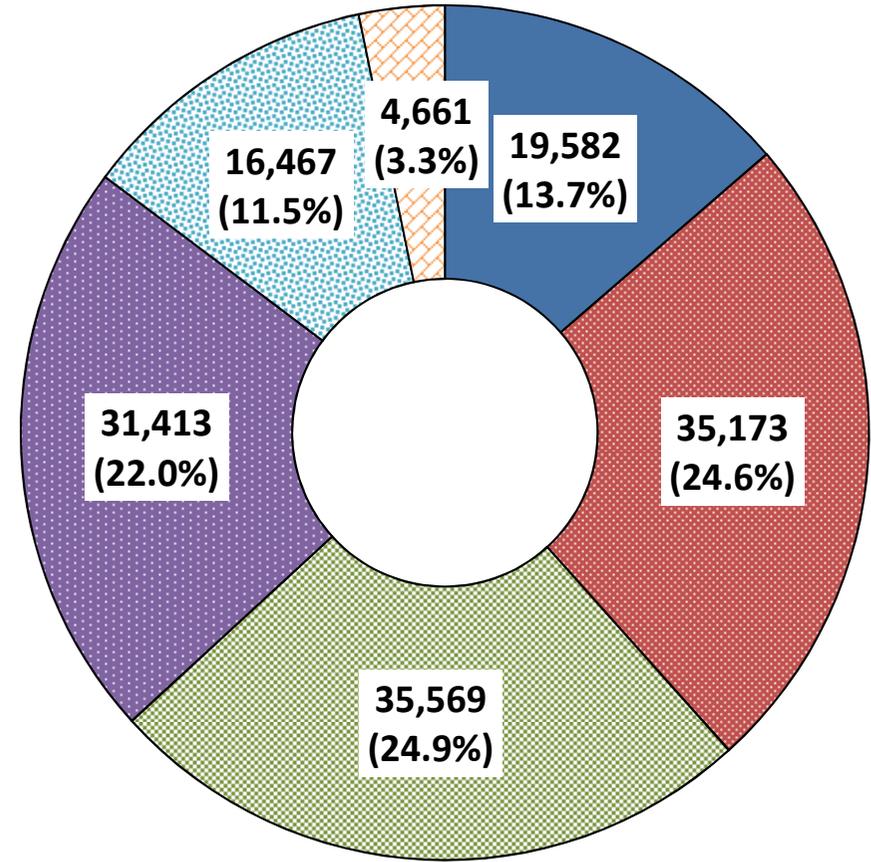
薬剤師数（人）

男性（総数 73,212）



■ 29歳以下 ■ 30～39歳
 ■ 40～49歳 ■ 50～59歳
 ■ 60～69歳 ■ 70歳以上

女性（総数 142,865）



■ 29歳以下 ■ 30～39歳 ■ 40～49歳
 ■ 50～59歳 ■ 60～69歳 ■ 70歳以上

育児休業

- 子が1歳(保育所に入所できないなど、一定の場合は、最長2歳)に達するまでの育児休業の権利を保障
- 父母ともに育児休業を取得する場合は、子が1歳2か月に達するまでの間の1年間【パパ・ママ育休プラス】
- 父親が出産後8週間以内に育児休業を取得した場合、再度の育児休業の取得が可能

介護休業

- 対象家族1人につき、通算93日の範囲内で合計3回まで、介護休業の権利を保障

- ※ 有期契約労働者は、下記の要件を満たせば取得可能(介護も同趣旨)
- ① 同一の事業主に引き続き1年以上雇用
 - ② 子が1歳6か月になる前日までに労働契約(更新される場合には更新後の契約)の期間が満了することが明らかでないこと

子の看護休暇

- 小学校就学前の子を養育する場合に年5日(2人以上であれば年10日)を限度として取得できる(1日又は半日単位)

介護休暇

- 介護等をする場合に年5日(対象家族が2人以上であれば年10日)を限度として取得できる(1日又は半日単位)

所定外労働・時間外労働・深夜業の制限

- 3歳に達するまでの子を養育し、又は介護を行う労働者が請求した場合、所定外労働を制限
- 小学校就学前までの子を養育し、又は介護を行う労働者が請求した場合、月24時間、年150時間を超える時間外労働を制限
- 小学校就学前までの子を養育し、又は介護を行う労働者が請求した場合、深夜業(午後10時から午前5時まで)を制限

短時間勤務の措置等

- 3歳に達するまでの子を養育する労働者について、**短時間勤務の措置(1日原則6時間)**を義務づけ
- 介護を行う労働者について、3年の間で2回以上利用できる次のいずれかの措置を義務づけ
 - ①短時間勤務制度 ②フレックスタイム制 ③始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ ④介護費用の援助措置

不利益取扱いの禁止等

- 事業主が、育児休業等を取得したこと等を理由として解雇その他の不利益取扱いをすることを禁止
- 事業主に、上司・同僚等からの育児休業等に関するハラスメントの防止措置を講じることを義務付け

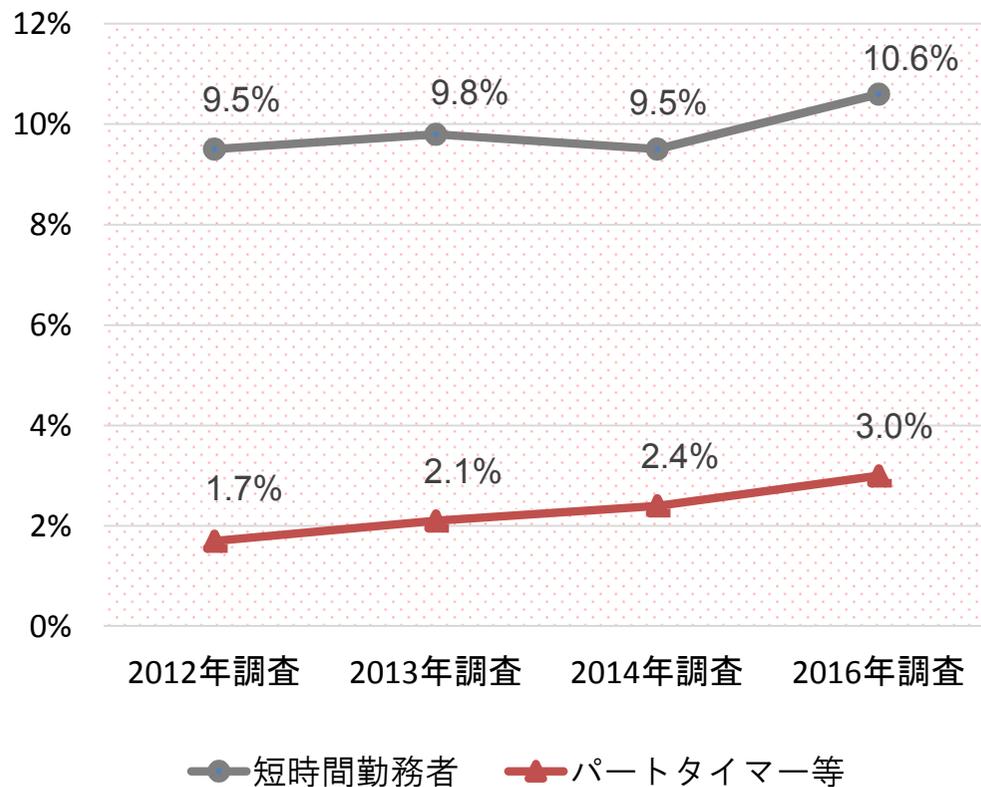
実効性の確保

- 苦情処理・紛争解決援助、調停
- 勧告に従わない事業所名の公表

看護師、管理栄養士の就業状況

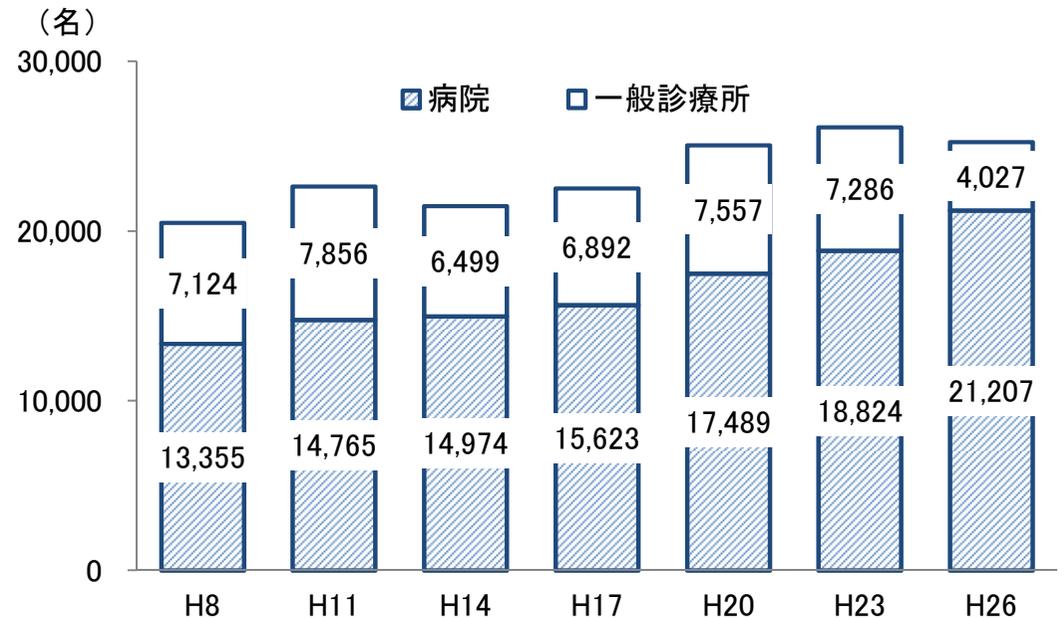
- 病院勤務看護職員において、短時間勤務者やパートタイム勤務者の割合が増えている。
- 病院勤務管理栄養士は年々増加傾向にあり、約5%は非常勤職員である。

■ 病院勤務看護職員のうち、短時間勤務者・パートタイム勤務者等の割合の推移



出典：公益社団法人 日本看護協会「病院における看護職員需給状況調査」(2012～2014年)、「2016年「病院看護実態調査」

■ 病院・一般診療所における管理栄養士数の推移



注1) 平成8年及び11年の人数は常勤換算ではない(平成14～26年は常勤換算数)。

注2) 平成8～23年の一般診療所における人数は「栄養士」を含む。

出典：厚生労働省 医療施設(静態・動態)調査

■ 病院・有床診療所における常勤・非常勤管理栄養士数

	常勤職員 (名)	非常勤職員 (名)	非常勤職員 の割合
病院 (n=2,841)	2,533	130	4.9%
有床診療所 (n=101)	115	2	1.7%

出典：公益社団法人日本栄養士会

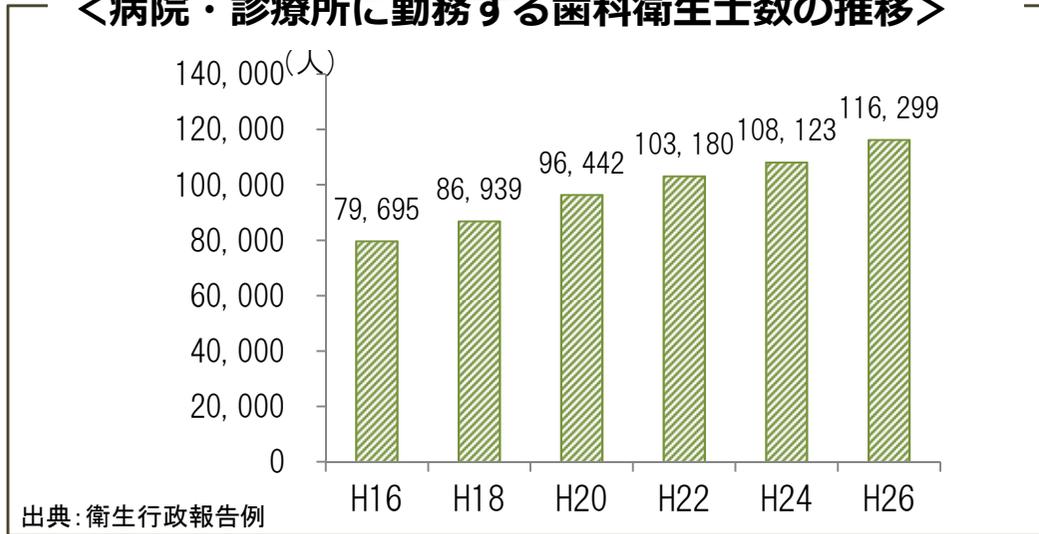
平成28年度全国病院栄養部門実態調査(同会提供データ)

歯科衛生士の就業状況

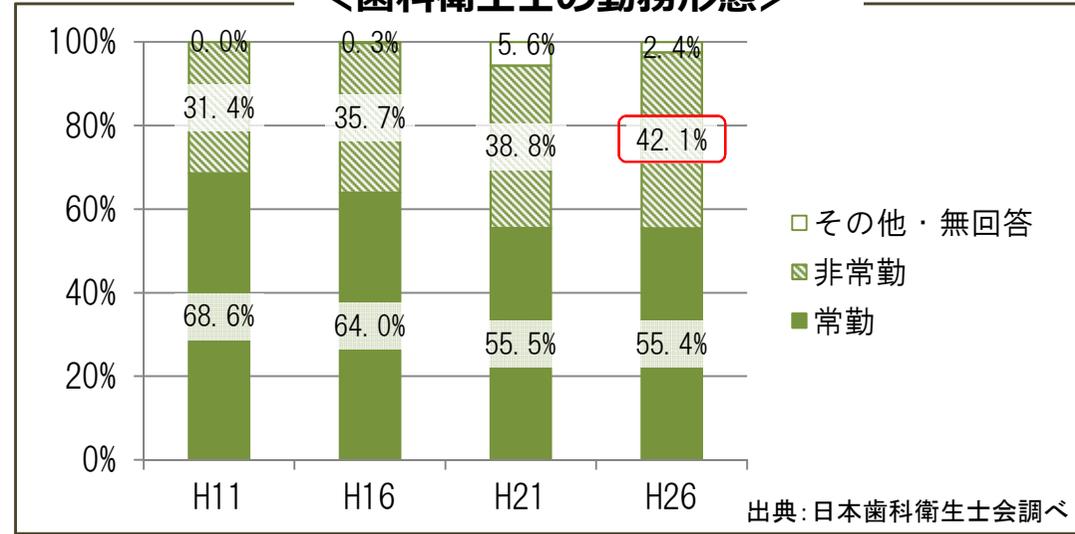
- 歯科衛生士の就業者数は増加しているが、勤務形態は非常勤が増加している。
- 就業していない理由は「出産・育児」が多く、再就職する際の障害は「勤務時間」が多い。

■ 歯科衛生士の就業状況

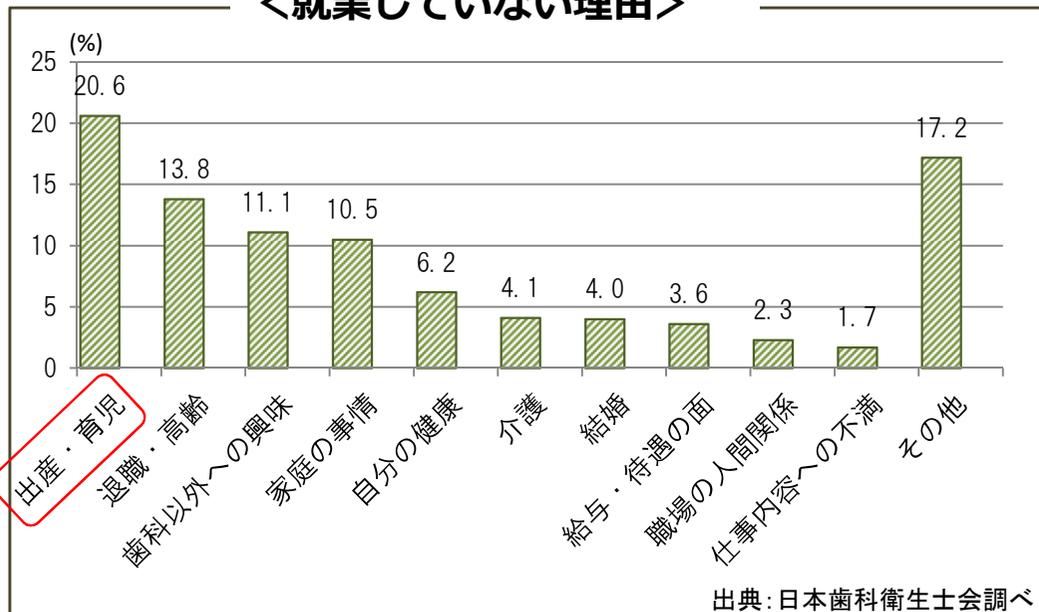
<病院・診療所に勤務する歯科衛生士数の推移>



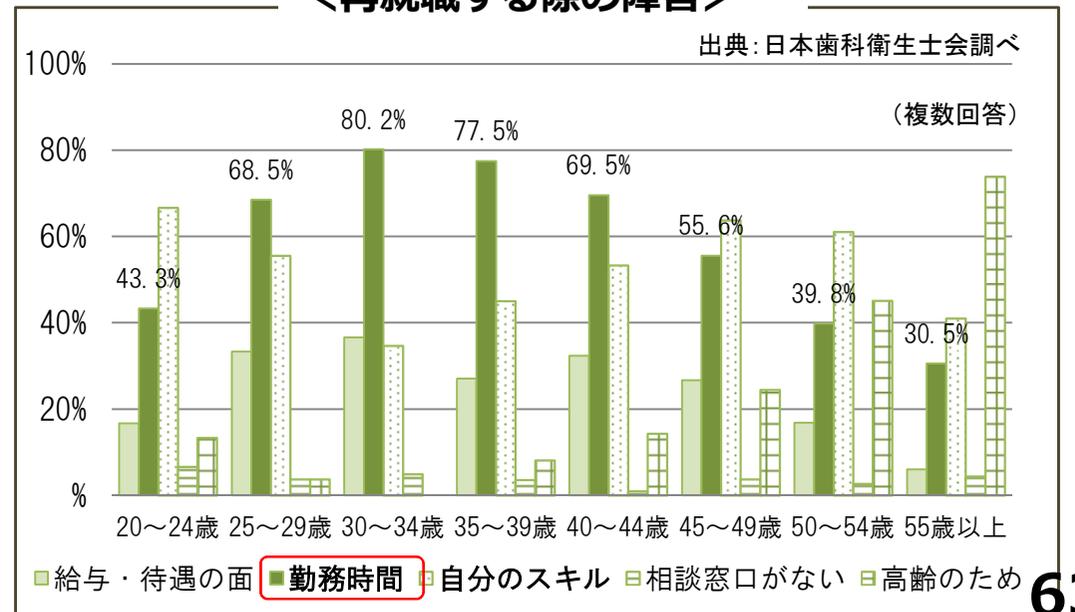
<歯科衛生士の勤務形態>



<就業していない理由>



<再就職する際の障害>



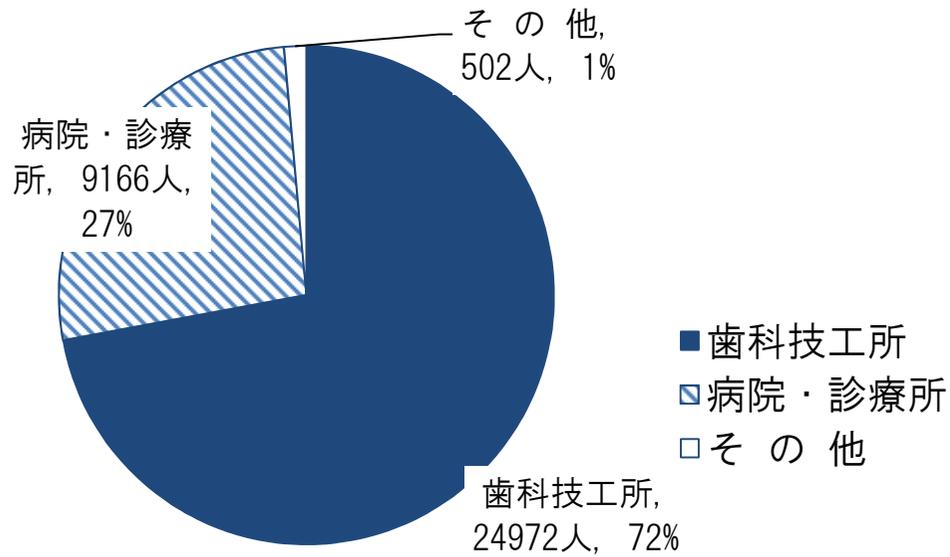
歯科技工士の就業状況

○ 病院・診療所に勤務する歯科技工士は約3割であり、年々減少している。

■ 歯科技工士の就業状況

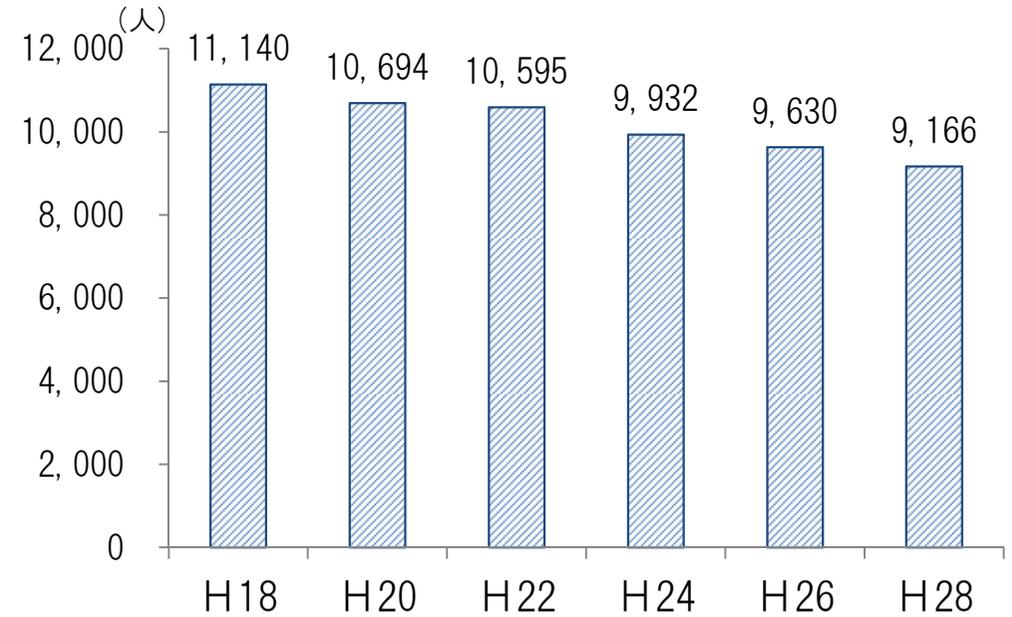
<歯科技工士の就業先(平成28年)>

就業歯科技工士数: 34,640人



出典: 衛生行政報告例

<病院・診療所に勤務する歯科技工士数の推移>



出典: 衛生行政報告例

常勤要件のある評価（看護師、管理栄養士、歯科衛生士、歯科技工士）

- 医学管理や在宅医療に係る診療報酬項目の中には、施設基準等において、看護師等の常勤要件が課せられているものがあるが、各々の指導や管理における各職種の業務内容を踏まえると、常勤要件の必要性が高くないものがある。

■ 看護師等の常勤要件のある項目（一部）

	評価項目	備考
看護師	糖尿病合併症管理料	糖尿病の外来患者に対し指導やフットケア等を実施する評価。外来（※）での評価において、当該管理料のみ看護師の常勤要件がある。 ※ 精神科専門療法を除く
管理栄養士	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	重点的な褥瘡管理が必要な在宅療養者に対し、多職種で褥瘡の指導管理を実施する評価。在宅での評価において、当該指導料のみ管理栄養士の常勤要件（※）がある。 ※ 診療所については非常勤でも可とされている
歯科衛生士又は看護師	歯科治療総合医療管理料、在宅患者歯科医療総合医療管理料	全身的な疾患を有する患者に対して、歯科治療を行うにあたり総合的医学管理を行った場合の評価。歯科衛生士の常勤要件がある。
歯科技工士	有床義歯修理（歯科技工加算1、2）	有床義歯の修理を当日又は翌日行った場合の評価。歯科技工士の常勤要件がある。

(参考)施設基準に含まれる診療報酬項目(医科点数表)

○ 外来において看護師の常勤要件が含まれるもの

B001 20 糖尿病合併症管理料 170点 (月に1回を限度)

糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中以外の患者に対し、医師又は看護師が糖尿病足病変に関する指導を行った場合に算定

糖尿病合併症管理料の施設基準 (抜粋)

- (1) 当該保険医療機関内に糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤医師(当該指導について相当な経験を有する者に限る。)が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に糖尿病足病変の指導を担当する専任の**常勤看護師**(当該指導について相当な経験を有し、かつ、当該指導に係る研修を受けたものに限る。)が配置されていること。

○ 在宅医療において管理栄養士の常勤要件が含まれるもの

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる在宅で療養中の患者に対し、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協働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算定

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準 (抜粋)

- (1) 当該保家医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
 - ア 常勤の医師
 - イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師
 - ウ **常勤の管理栄養士**(診療所にあっては、非常勤の管理栄養士でもよい。)

(参考)施設基準に含まれる診療報酬項目(歯科点数表)

○ 歯科衛生士の常勤要件が含まれるもの

B004-6 歯科治療総合医療管理料(Ⅰ) 140点 (月に1回を限度)

厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者で、別の医科の医療機関から情報提供を受けたものに対し、歯科治療を行うに当たって総合的医療管理を行った場合に算定

B004-6-2 歯科治療総合医療管理料(Ⅱ) (1日につき) 45点

高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全又は脳血管障害がある患者に対し、歯科治療を行うに当たって総合的医療管理を行った場合に算定

歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)及び歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)の施設基準 (抜粋)

- (1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されていること。
- (2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び**常勤の歯科衛生士**又は看護師がそれぞれ1名以上配置されていること

○ 歯科技工士の常勤要件が含まれるもの

M029 有床義歯修理 234点

歯科技工加算1 破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、装着した場合 50点

歯科技工加算2 破損した有床義歯を預かって修理を行い、翌日に装着した場合 30点

歯科技工加算1及び2の施設基準 (抜粋)

- (1) **常勤の歯科技工士**を配置していること。
- (2) 歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備していること。

医師以外の医療従事者の常勤要件の見直しに関する課題と論点(案)

【課題】

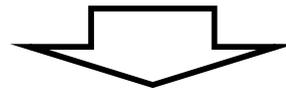
- ・近年、女性の医療従事者数は、職種を問わず、増加している。

【かかりつけ薬剤師】

- ・かかりつけ薬剤師指導料の施設基準として、当該保険薬局に週32時間以上勤務している保険薬剤師を配置することとしている中、相当数の薬剤師が子育て世代に該当している。

【看護師、管理栄養士、歯科衛生士、歯科技工士】

- ・短時間勤務者の増加(看護職員)、一定数の非常勤職員の従事(管理栄養士)、非常勤職員の増加(歯科衛生士)、従事者数の減少(歯科技工士)と、各医療従事者により、その就業状況は様々である。
- ・一部の報酬項目では、その業務の特性等から、常勤要件の必要性が高くないものがある。



【論点(案)】

- かかりつけ薬剤師指導料の1週間当たりの勤務時間の要件について、子育て世代などの薬剤師が、育児・介護休業法に基づいて短時間勤務する場合に、他の薬剤師との連携も図りながらかかりつけ薬剤師として活躍できるよう、基準を見直してはどうか。
- 看護師、管理栄養士、歯科衛生士、歯科技工士について、人材の有効活用の観点から、常勤の必要性が高くない業務において、常勤要件を見直してはどうか。

2 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減

1) 医療機関における勤務環境改善の取組の推進

2) 医療従事者の常勤要件の見直し

① 医師

② 医師以外

3) 医師の勤務場所に係る算定要件の緩和

4) 看護職員の夜間等の負担軽減

集中治療室等における医師の勤務場所

集中治療室における医師の勤務場所の要件

- 集中治療室に係る診療報酬の施設基準において、医師の勤務場所は治療室内に常時勤務していることが要件となっているものが多い。

項目名	医師の勤務場所に関する施設基準	点数	算定回数
A300 救命救急入院料	専任の医師が、 <u>午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という。)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられていること</u>	1日につき 7,623～11,393点	計74,607回
A301 特定集中治療室管理料	専任の医師が <u>常時、特定集中治療室内に勤務していること</u>	1日につき 7,837～13,650点	計82,050回
A301-4 小児特定集中治療室管理料	専任の医師が <u>常時、小児特定集中治療室内に勤務していること</u> 。当該専任の医師に、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと	1日につき 13,720～15,752点	計752回
A302 新生児特定集中治療室管理料1	専任の医師が <u>常時、新生児特定集中治療室内に勤務していること</u>	1日につき 10,174点	12,340回
(参考) A302 新生児特定集中治療室管理料2	専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。なお、当該医師のみで対応できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えていること。	1日につき 8,109点	11,403回
A303 総合周産期特定集中治療室管理料 母胎・胎児集中治療室管理料	専任の医師が <u>常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること</u>	1日につき 7,125点	13,521回
A303 総合周産期特定集中治療室管理料 新生児集中治療室管理料	専任の医師が <u>常時、新生児特定集中治療室内に勤務していること</u>	1日につき 10,174点	25,012回

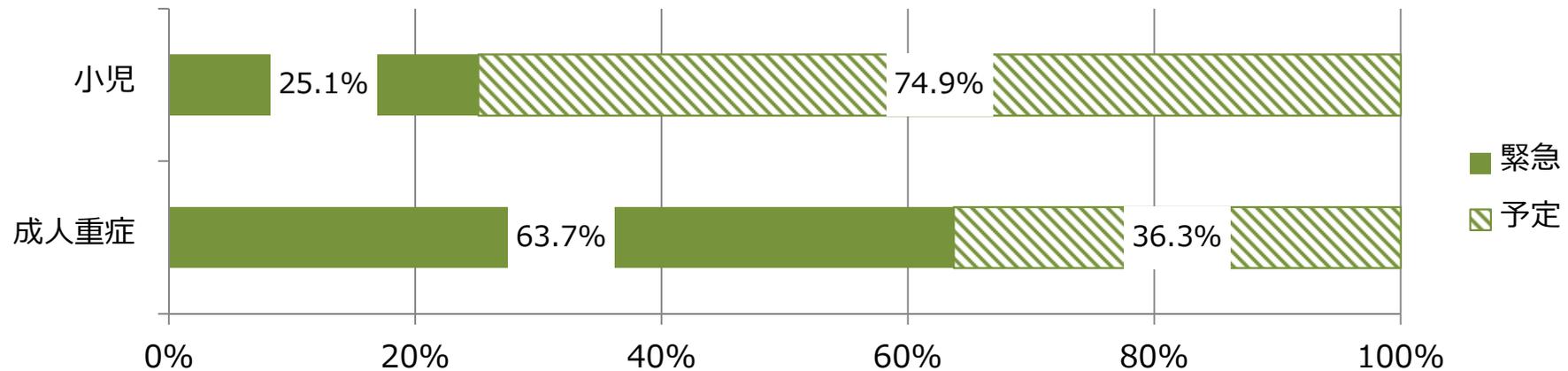
注：点数は出来高での点数を記載しており、包括評価病院の場合は点数が異なる。

出典：算定回数は、社会医療診療行為別統計（平成28年6月審査分）

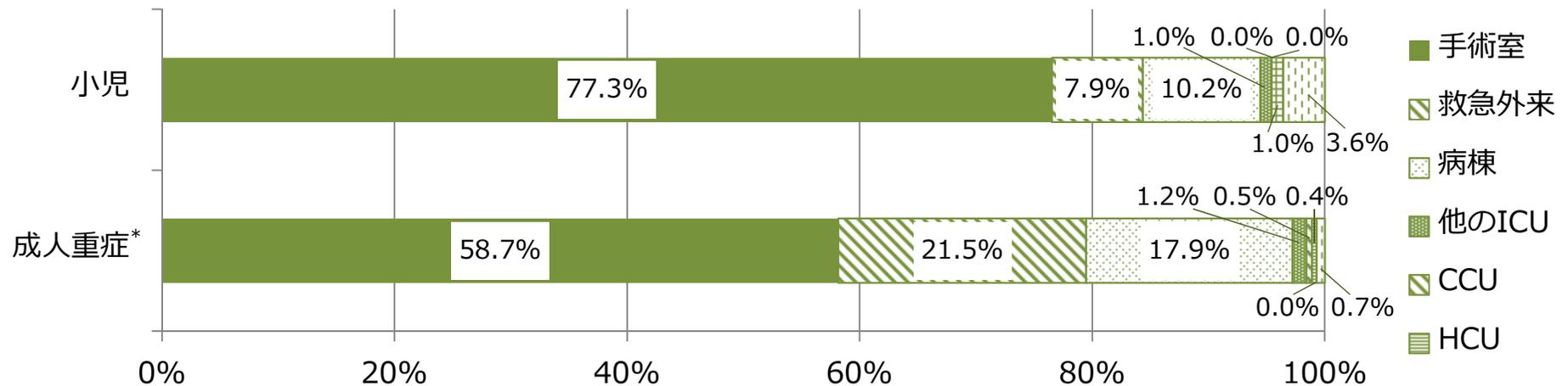
ICU入室患者の入室形式・入室経路

- ICU入室患者は、小児の25.1%、成人重症の63.7%が緊急入室であった。
- ICU入室患者の入室経路は、手術室、救急外来、病棟を合わせると、9割超であった。

< ICU入室患者の入室形式 >



< ICU入室患者の入室経路 >



※ 小児は15歳以下の患者。成人重症は、16歳以上の患者のうち、予定もしくは手技で入室し24時間以内に生存退室した者を除いた患者。

<参考> 調査の概要

2015年4月～2016年3月まで継続的にデータ収集を行なった8病院9施設について、JIPAD(日本ICU患者データベース)に登録されたICU入室患者を分析。

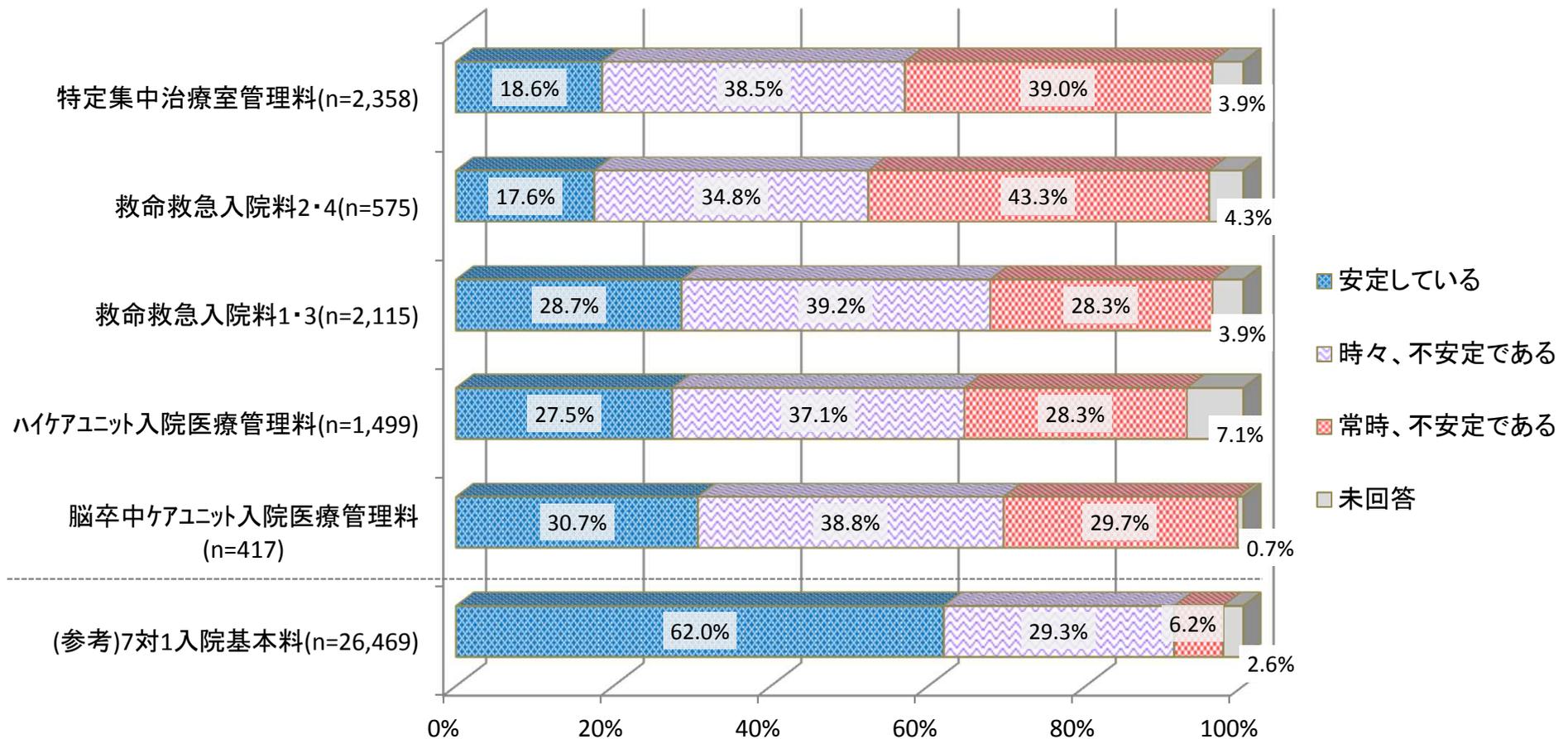
特定集中治療室等の患者の状態①

診調組 入-1
29.11.2改

- 各治療室に入室中の状態について、特定集中治療室と救命救急入院料2・4では約4割、救命救急入院料1・3、ハイケアユニット、脳卒中ケアユニットでは約3割が、「常時、不安定である」患者である。

<入室中の患者の状態>

※ 調査対象期間内の1週間

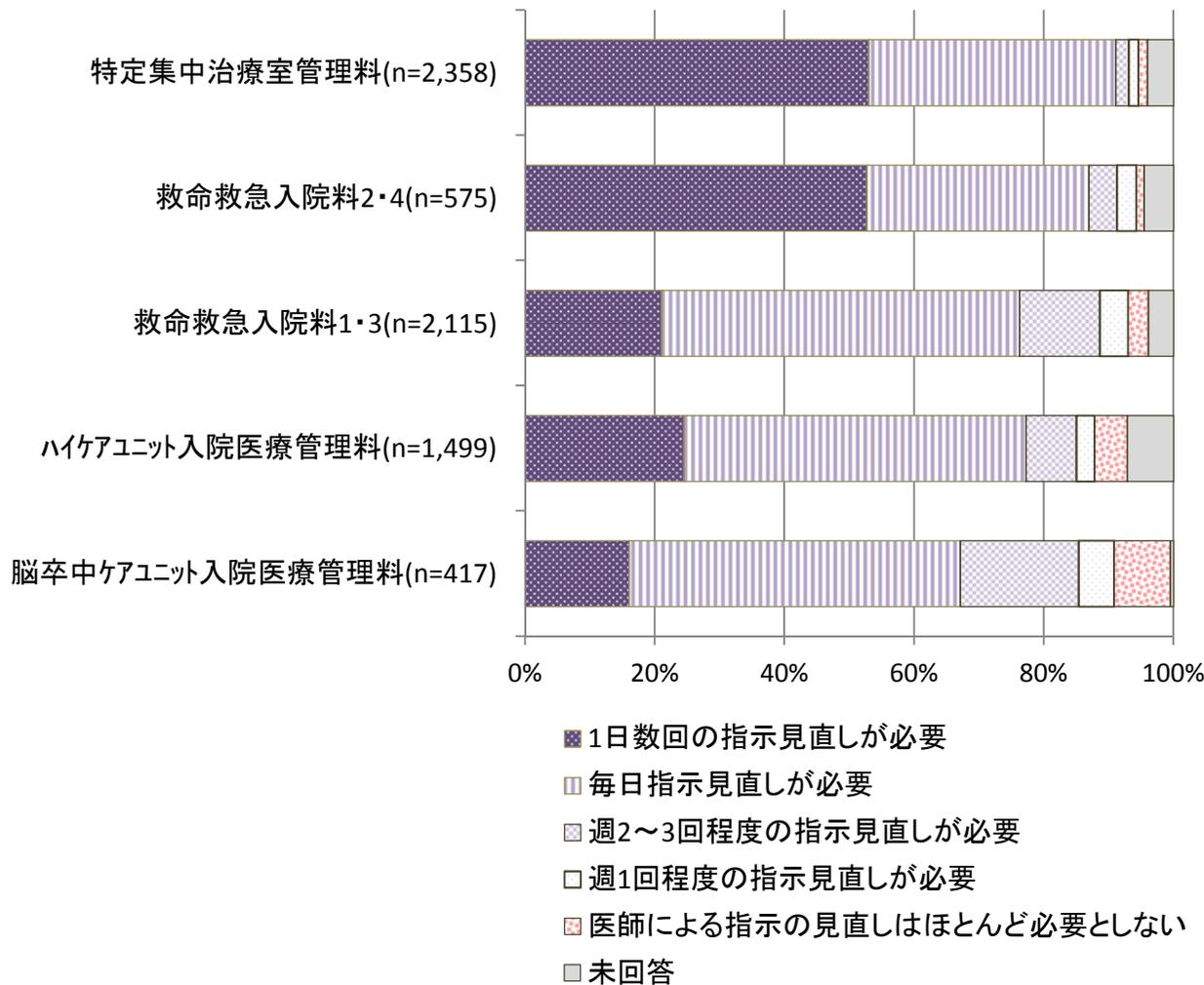


特定集中治療室等の患者の状態②

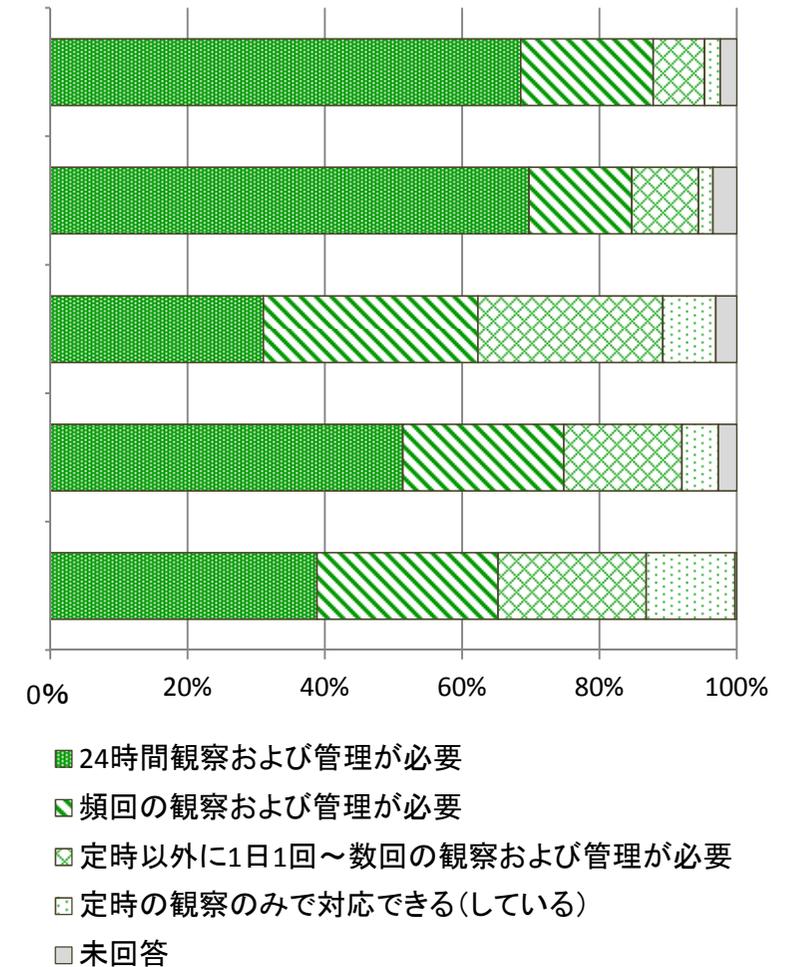
診調組 入-1
29.11.2改

- 各治療室の患者への医師の指示の見直しの頻度について、特定集中治療室管理料と救命救急入院料2・4では約5割、救命救急入院料1・3の約2割が「1日数回の指示見直しが必要」であった。
- 各治療室の患者への看護職員による直接の看護提供頻度について、特定集中治療室管理料と救命救急入院料2・4では約7割、救命救急入院料1・3の約3割が「24時間観察および管理が必要」であった。

＜医師の指示の見直しの頻度＞



＜看護職員による直接の看護提供頻度＞



※ 調査対象期間内の1週間

ICTを活用した医師の勤務場所

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の医師配置要件の見直し

- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に規定する医師配置要件の経験年数について、夜間休日に当該医療機関の外にいる医師が迅速に診療上の判断ができる場合には、経験年数を一定程度緩和する。

平成28年度 改定前(医師の配置要件)

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5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。



現行(医師の配置要件)

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、夜間又は休日であって、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。

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減

- 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。

[画像診断管理加算の施設基準]

夜間又は休日に撮影された画像について、専ら画像診断を担当する医師が、自宅等当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。

※電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

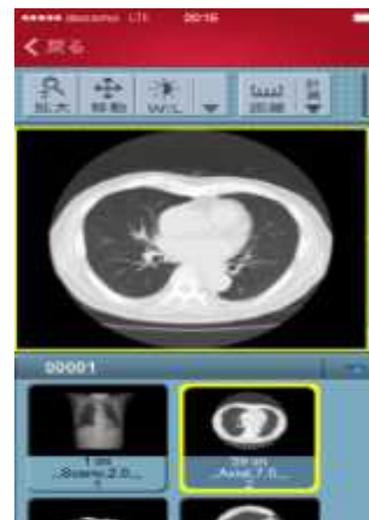
Join (ジョイン) 販売名: 汎用画像診断装置用プログラム Join

○ CT、MRIなどの画像等処理して診療のため、汎用モバイルIT機器に情報を提供するプログラム

【主な機能】

- ① 医療画像等を表示する
- ② 医療従事者間でHIS(採血、心電図、処方箋、手術室映像等)を共有する
- ③ 医療従事者間で情報を共有(メッセージのやりとり等)する

■ 医用画像共有機能画面



■ 医用画像ビューワー機能詳細



■ 医用画像共有機能詳細

- 医用画像を閲覧する際は、標準搭載されている医用画像(DICOM)ビューワーを介して閲覧するため、より詳細な情報を確認できる。
- ビューワー画面では同一患者が受診した関連検査の画像を表示される。
- ドラッグアンドドロップによる画像の切り替え、スクロールによる画像の動きを確認できる。

- スマートフォンやタブレットを用い、病院外より、院内の画像情報その他の診療情報に対してアクセスし、院内で診療にあたる医師に対して助言等を行うことを可能とする技術が開発されている。

<事例> SYNAPSE ZERO (シナプス ゼロ)

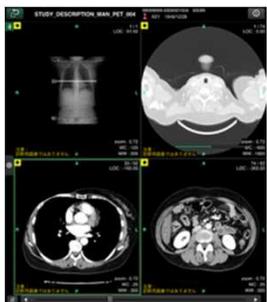
- 病院外より、院内の画像情報その他の診療情報に対してアクセスが可能。
- 院内の医師を支援するための多様な機能を備えている(以下の①~⑤)。
- ブラウザ上で動作するため、端末へ特別なソフトウェアのインストール不要で、任意の環境(スマートフォン、タブレット、PC)で使用可能。
- 当該機器を用いて、院内の医師を支援することによって、以下の項目に資する可能性がある。
院外にいる上級医からの診療に関する助言に伴い、治療の安全性の向上、診療上の意思決定にかかる時間の短縮、医師の労働時間の短縮

①画像閲覧機能

患者情報、検査機器などで簡単に画像検索可能。
複数シリーズ表示、過去検査比較表示が可能。
患者匿名化にも対応。



検索結果



複数シリーズ表示



過去検査比較

②手術映像などの閲覧機能

病棟や手術室などに設置したビデオカメラによる撮影映像のストリーミング再生、及び、録画、再生が可能。



④タイムライン(時系列)管理機能

検査データ、写真、動画、コメント、タスク(業務)を時系列で表示可能。
タスクは診療内容毎の切り替え、及び、進捗管理が可能。
スタッフ間の円滑なコミュニケーションによるチーム医療支援が可能。

⑤医療スタッフへの通知機能

新入院など、患者に関する重要イベントをスタッフへ通知可能。

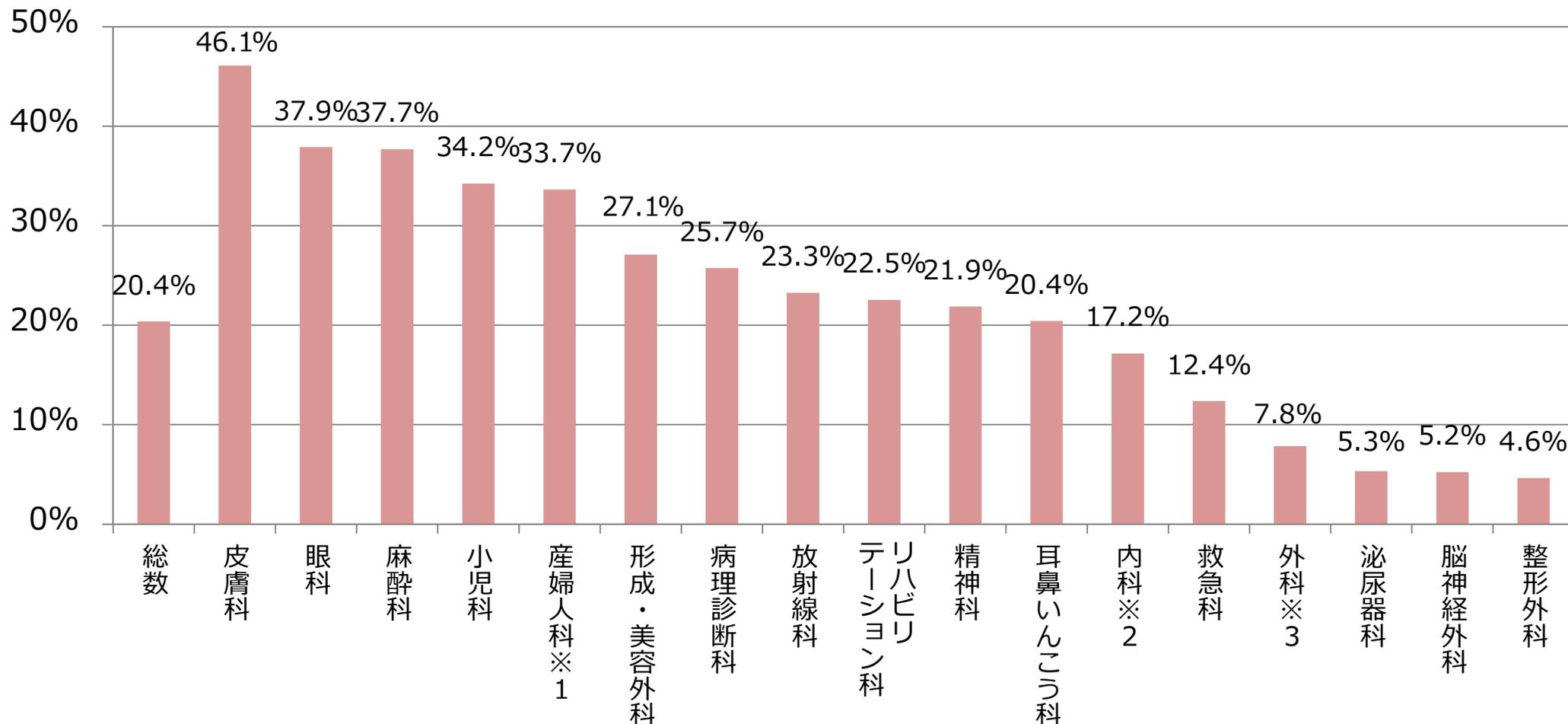


タイムライン(時系列)表示

- 参加者一覧
- コメント随時登録、共有
- クリックで画像閲覧
- タスク登録、進捗管理
- 写真、動画を貼り付け、共有

③病院間における画像情報その他の診療情報の共有が可能。

- 医療施設従事医師数の女性割合は20.4%であり、平成24年の19.6%と比べて増加している。
- 皮膚科や小児科、産婦人科といった診療科では女性医師の占める割合は高いが、外科や脳神経外科などの診療科では低い。



※1・・・産婦人科、産科、婦人科

※2・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※3・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

医師の多様な働き方による勤務負担軽減に関する課題と論点(案)

【課題】

【集中治療室等における医師の勤務場所】

- 集中治療室に係る診療報酬の施設基準において、配置を求める医師について、治療室内に常時、勤務していることが要件となっているものが多い。現状では、治療室における勤務中においては、医師は治療室の外に出ることができない運用となっている。
- 「常時、不安定である」患者は、特定集中治療室と救命救急入院料2・4では約4割、救命救急入院料1・3では約3割であった。また、医師の指示の見直しの頻度について、「1日数回の指示見直しが必要」な患者は、特定集中治療室管理料と救命救急入院料2・4では約5割、救命救急入院料1・3の約2割であった。

【ICTを活用した医師の勤務場所】

- 平成28年度診療報酬改定において、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、画像診断管理加算において、ICTを活用するなどして医師が迅速に院外でも対応可能な場合について、配置要件の見直しを行った。
- スマートフォンやタブレットを用い、病院外より、院内の画像情報その他の診療情報に対してアクセスし、院内で診療にあたる医師に対して助言等を行うことを可能とする技術が開発されている。
- 放射線科のように、女性医師の占める割合が全体と比較して高い診療科がある。

【論点(案)】



- 医師の行う診療内容や集中治療室の要件の趣旨を踏まえ、集中治療室に勤務する医師については、一定の要件の下で、「常時、治療室内に勤務していること」との要件の運用を見直し、ICUに入室する重症患者に対して入室前から診療を行うこと等を可能とすることについて、どのように考えるか。
- ICTを活用した医師の柔軟な配置を推進することについて、どのように考えるか。

2 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減

- 1) 医療機関における勤務環境改善の取組の推進
- 2) 医療従事者の常勤要件の見直し
 - ① 医師
 - ② 医師以外
- 3) 医師の勤務場所に係る算定要件の緩和
- 4) 看護職員の夜間等の負担軽減

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	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】	【看護補助加算】
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】	
	看護補助者の夜間配置	【夜間急性期看護補助体制加算】 ※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】 ※看護補助加算の注加算 ※一般病棟・専門病棟（13対1）のみ算定可
	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】 ※急性期看護補助体制加算の注加算等	【夜間看護体制加算】 ※看護補助加算の注加算
	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 ※入院基本料の施設基準	

看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

➤ 月平均夜勤時間数の計算方法及び基準に適合しなくなった際の評価を見直す。

【月平均夜勤時間数の計算に含まれる者の要件】

改定前

月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間で除して得た数(常勤換算した数)を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。

【月平均夜勤時間超過減算の評価】

改定前

基準に該当しなくなってから3月に限り、所定点数から100分の20に相当する点数を減算する。

平成28年度診療報酬改定後

【7対1及び10対1入院基本料】

月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

【7対1及び10対1入院基本料以外】

月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

夜勤時間帯に病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合には、当該看護要員の病棟勤務の夜勤時間を月の総夜勤時間で除して得た数を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。

※ 短時間正職員については、7対1及び10対1入院基本料の場合、現行通り、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

平成28年度診療報酬改定後

基準に該当しなくなってから3月に限り、所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。

➤ 月平均夜勤時間数の基準のみを満たさない場合の評価を新設する。

(新) 夜勤時間特別入院基本料

イ 入院基本料の100分の70に相当する点数

ロ イの点数が特別入院基本料を下回る場合は、特別入院基本料に10点を加えた点数

[施設基準]

- ① 月平均夜勤時間数が72時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしていること。
- ② 医療勤務環境改善支援センターに相談すること。

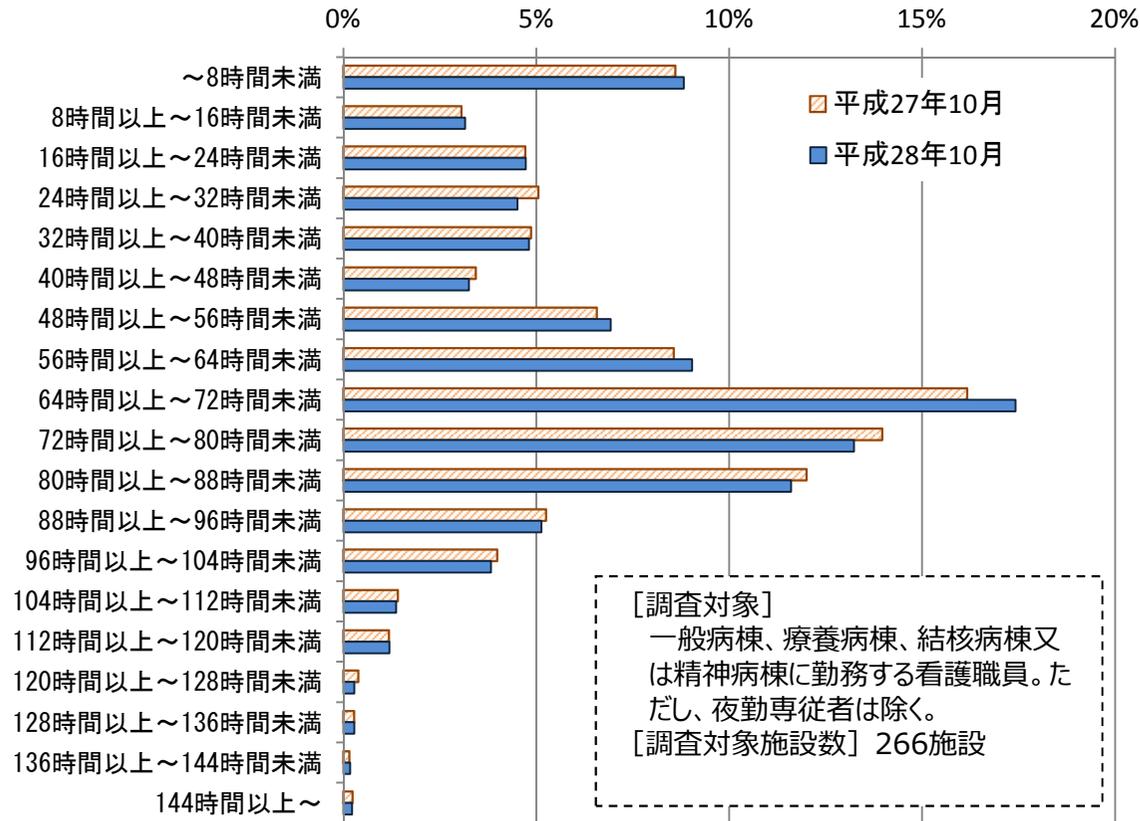
[算定対象]

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料

看護職員の1ヶ月間の夜勤時間数

- 病棟に勤務する看護職員の1ヶ月間の夜勤時間数は、「64時間以上72時間未満」が最も多く、1ヶ月間の夜勤時間数が72時間以上を超える看護職員の割合は、改定前（H27）に比べ改定後（H28）は1.6ポイント減少している。
- 月平均夜勤時間数も同様に0.3時間減少している。

■ 看護職員の1ヶ月間の夜勤時間数の分布



	平成27年10月	平成28年10月
集計対象看護職員総数	37,782 (100%)	36,792 (100%)
夜勤時間数72時間以上の看護職員数	14,702 (38.9%)	13,731 (37.3%)

-1.6ポイント

■ 常勤看護職員の月平均夜勤時間数

n=854(人)

月平均夜勤時間数	平成27年10月	平成28年10月
平均値	66.5時間	66.2時間
(標準偏差)	(14.4)	(14.7)
中央値	67.7時間	67.1時間

[調査対象病棟]

一般病棟、療養病棟、結核病棟又は精神病棟（調査票は各病棟の看護師長が記載）。

[夜勤時間の算出]

夜勤時間 = 延べ夜勤時間数 ÷ 夜勤従事者の合計数
 なお、次の者は除外している。

- 夜勤専従者（専ら夜勤時間帯に従事する者）
- 7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料病棟の場合は、月夜勤時間数が16時間未満及び短時間正職員で月夜勤時間数が12時間未満の者
- 7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟以外の病棟の場合は、月夜勤時間数が8時間未満の者

出典：平成28年度検証部会調査（チーム医療；看護師長票）

夜間看護体制の充実に関する評価

➤ 看護職員及び看護補助者の夜間配置の評価を充実するとともに、看護職員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を行っている場合を評価する。

看護職員夜間配置加算

7対1、10対1一般病棟における看護職員の夜間配置及び夜間看護体制の評価

改定前	
看護職員夜間配置加算	50点



平成28年度診療報酬改定後	
1 看護職員夜間12対1配置加算	
(新)イ 看護職員夜間12対1配置加算1	80点
□ 看護職員夜間12対1配置加算2	60点
(新)2 看護職員夜間16対1配置加算	40点

※1のイ(看護職員夜間12対1配置加算1)及び2(看護職員夜間16対1配置加算)に、夜間看護体制の評価が含まれている。

急性期看護補助体制加算

7対1、10対1一般病棟における看護補助者の夜間配置及び夜間看護体制の評価

改定前	
夜間25対1	35点
夜間50対1	25点
夜間100対1	15点
(新規)	



平成28年度診療報酬改定後	
夜間30対1	40点
夜間50対1	35点
夜間100対1	20点
夜間看護体制加算	10点

看護補助加算

13対1一般病棟における看護補助者の夜間配置の評価
13対1、15対1、18対1、20対1病棟における夜間看護体制の評価

改定前	
看護補助加算1, 2, 3(1日につき)	
(新規)	
(新規)	



平成28年度診療報酬改定後	
看護補助加算1, 2, 3(1日につき)	
(新)夜間75対1看護補助加算(1日につき)	30点
(新)夜間看護体制加算(入院初日)	150点

有床診療所入院基本料

有床診療所における看護職員の夜間配置の評価

改定前	
夜間看護配置加算1	80点
夜間看護配置加算2	30点



平成28年度診療報酬改定後	
夜間看護配置加算1	85点
夜間看護配置加算2	35点

85

夜間看護体制の評価に関する項目

- ①勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上
- ②勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降※1
- ③夜勤の連続回数2回以下
- ④業務量の把握・部署間支援
- ⑤看護補助者比率5割以上※2
- ⑥看護補助者の夜間配置
- ⑦看護補助者への院内研修※3
- ⑧夜間院内保育所の設置

[加算等の算定要件]

看護職員夜間配置加算(1のイ及び2)

: 7項目(①~⑥、⑧)のうち4項目以上

急性期看護補助体制加算(夜間看護体制加算)

: 6項目(①~⑤、⑧)のうち3項目以上

看護補助加算(夜間看護体制加算)

: 7項目(①~⑤、⑦、⑧)のうち4項目以上(⑥は必須)

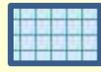
※1 ②は、3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟を有する保険医療機関のみの項目である。

※2 ⑤の看護補助者比率=(みなし看護補助者を除いた看護補助者数)/(みなし看護補助者を含む看護補助者数)

※3 ⑦は、看護補助加算を算定する保険医療機関のみの項目である。

夜間看護体制の充実に関する評価～勤務編成の例～

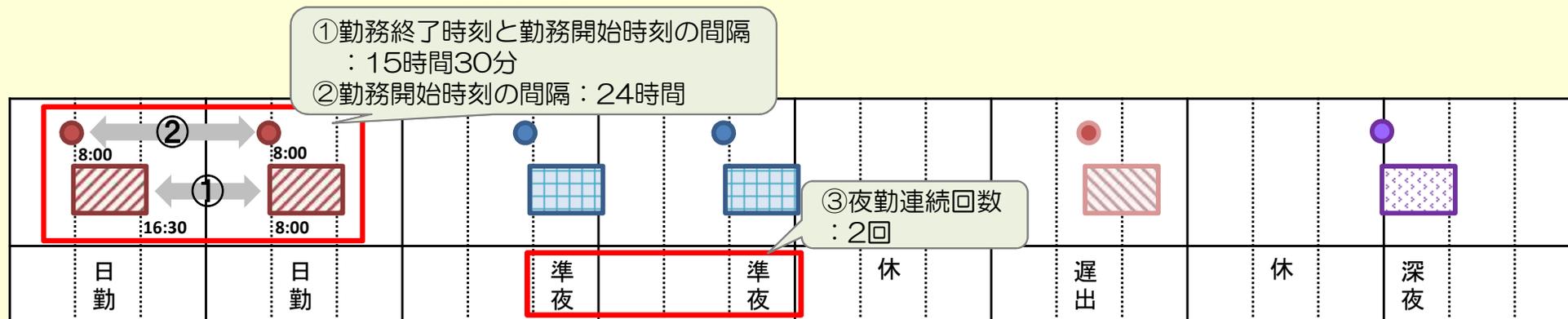
勤務編成(シフト)の例

	日勤	8:00～16:30		遅出	12:00～20:30
	準夜勤	16:00～0:30		深夜勤	0:00～8:30

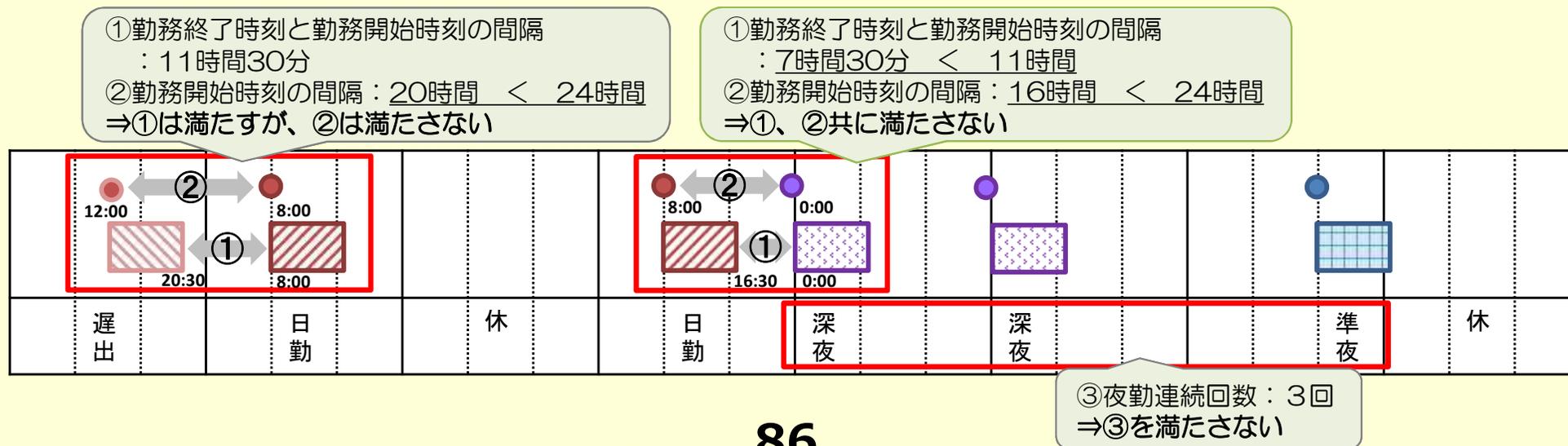
【夜間看護体制の評価に関する項目(勤務編成関連)】

- ①勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上
- ②勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降
- ③夜勤の連続回数2回以下

夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の項目を満たすシフト



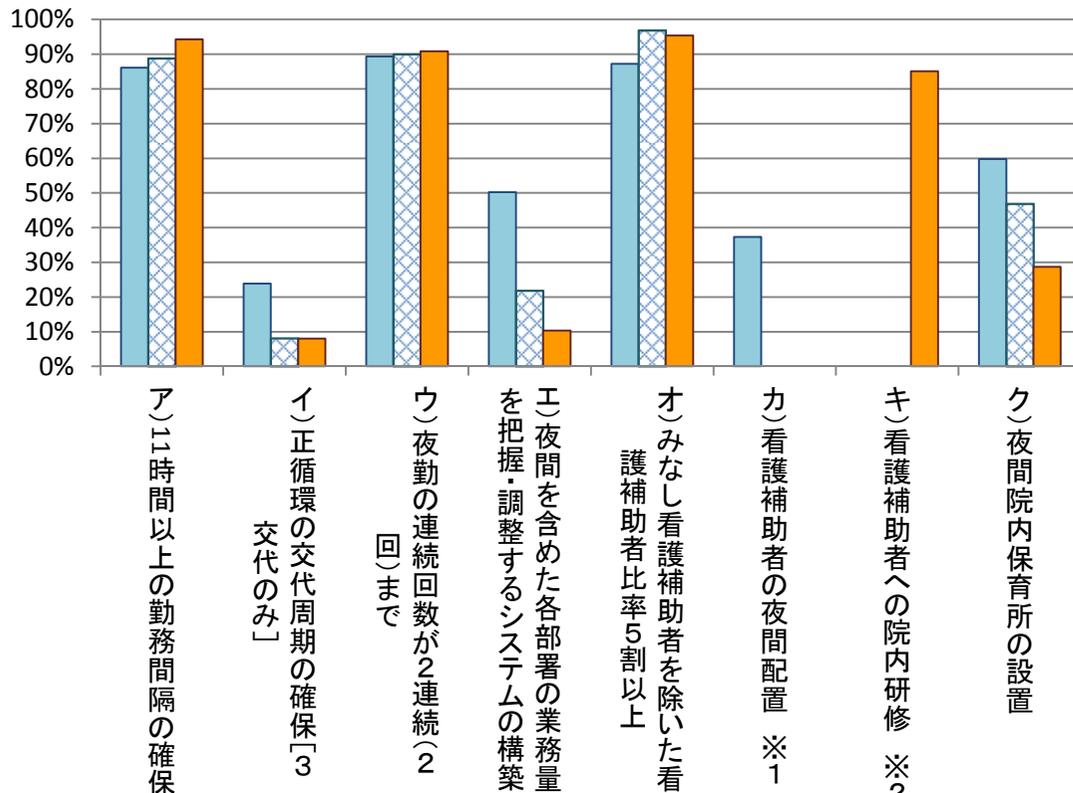
夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の項目を満たさないシフト



夜間看護体制加算等の届出状況

○ 夜間看護体制加算等を算定する医療機関において、「11時間以上の勤務間隔の確保」や「夜勤連続回数」は8割以上取り組まれているが、「各部署の業務量の把握・調整」は、取組の実施率が低い。

■ 夜間看護体制に関する取組状況



■ 看護職員夜間配置加算 (n=281)

■ 夜間看護体制加算 (看護補助加算) (n=87)

■ 夜間看護体制加算 (急性期看護補助体制加算) (n=166)

(※1) カ) 看護補助者の夜間配置は、「看護職員夜間配置加算」のみ評価項目に含まれる

(※2) キ) 看護補助者への院内研修は、「夜間看護体制加算 (看護補助加算)」のみ評価項目に含まれる

注：平成29年10月1日時点で各加算を届け出ている医療機関のうち、夜間看護体制に関する取組状況も届け出ているものを集計している。

出典：保険局医療課調べ

■ 夜間看護体制の充実に関する加算の届出医療機関数

		平成28年10月1日時点	平成29年10月1日時点
急性期	看護職員夜間12対1配置加算、16対1配置加算	585 施設	720 施設
	夜間看護体制加算 ※急性期看護補助体制加算の注加算	427 施設	476 施設
慢性期	夜間看護体制加算 ※看護補助加算の注加算	182 施設	207 施設

【夜間看護体制加算 (看護補助加算) の算定要件】

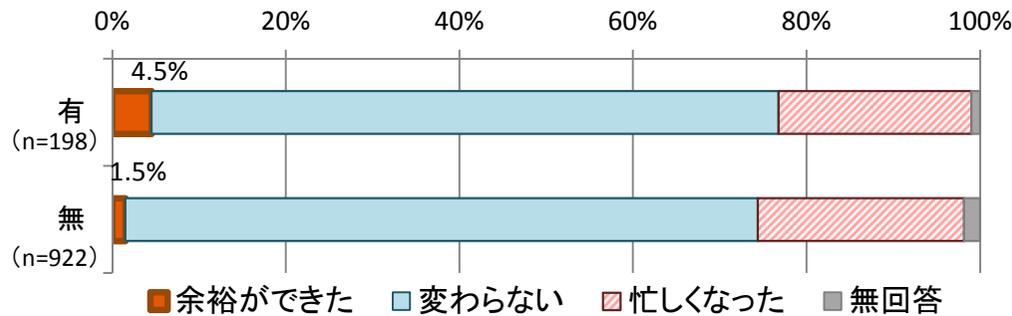
- (1) **看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。**
- (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、4項目以上を満たしていること。
 - ・11時間以上の勤務間隔の確保
 - ・正循環の交代周期の確保 [3交代のみ]
 - ・夜勤の連続回数が2連続(2回)まで
 - ・夜間を含めた各部署の業務量の把握・調整するシステムの構築
 - ・看護補助者への院内研修
 - ・みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上
 - ・夜間院内保育所の設置

夜間看護体制の充実による効果

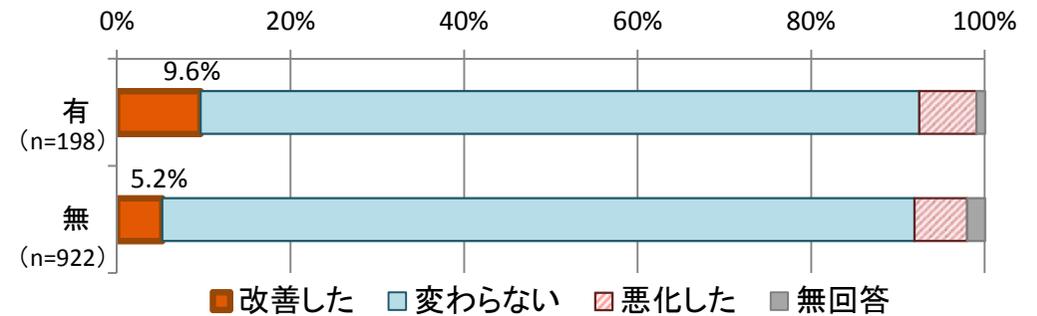
○ 改定後の夜勤の状況は「変わらない」という病棟が多いが、負担軽減に資する勤務編成（シフト）や部署間支援等の取組の評価である「夜間看護体制加算」等を算定している病棟は、夜勤時の繁忙度や総合的にみた勤務状況等が改善している割合がやや高い。

夜間看護体制加算等の算定の有無別夜勤の状況

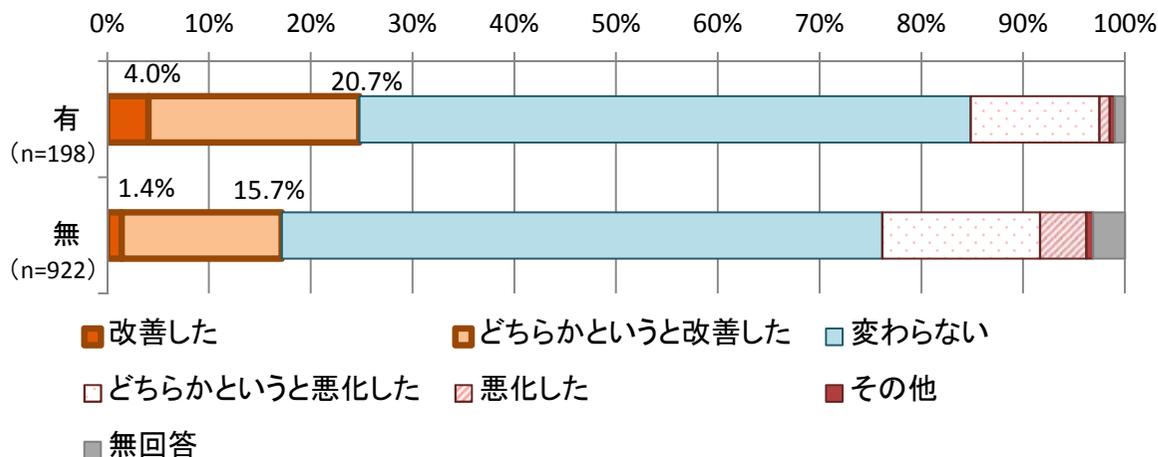
■ 夜勤時の繁忙度 (H28改定前後比較)



■ 夜勤シフトの組み方 (H28改定前後比較)



■ 総合的にみた勤務状況 (1年前と比較)



[夜間看護体制加算等の算定の有無]

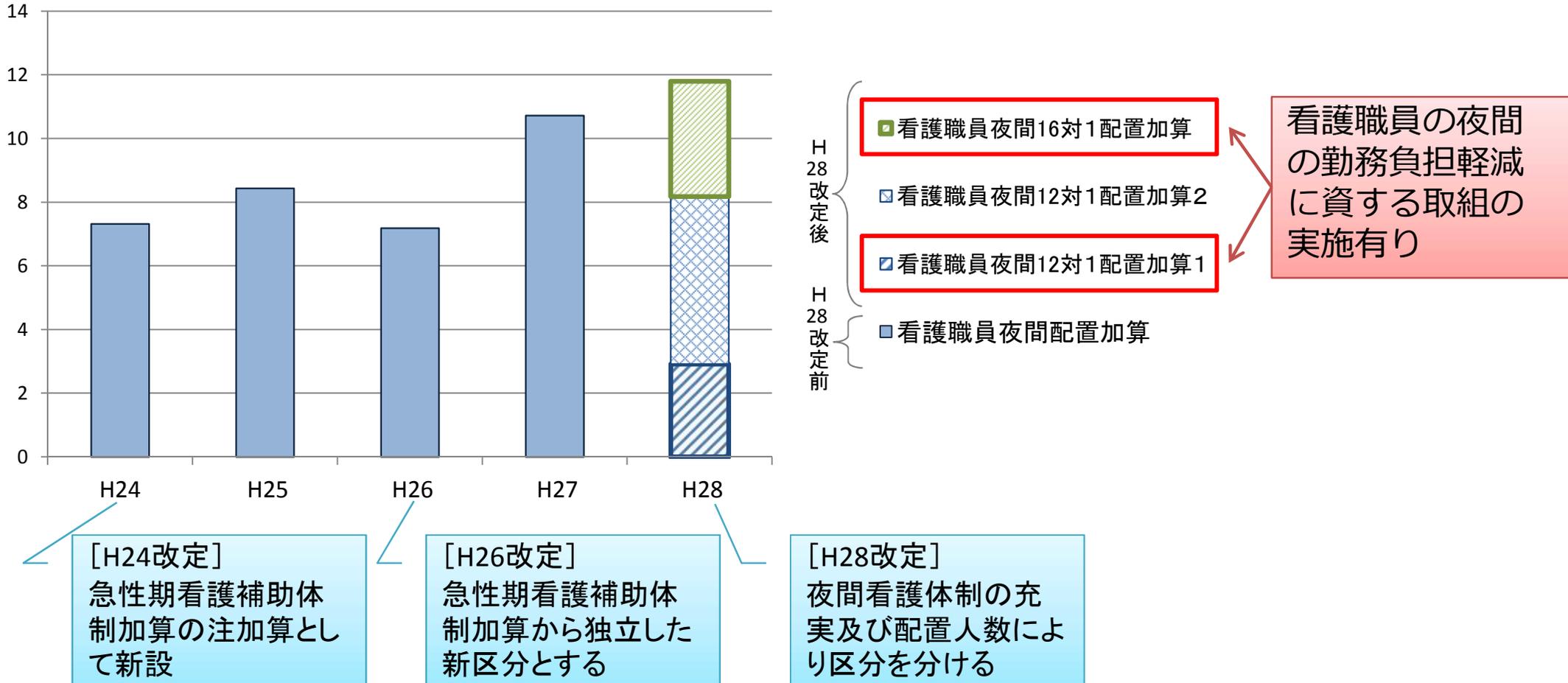
- 夜間看護体制加算等「有」は、次のいずれかを算定している病棟
- ・看護職員夜間12対1配置加算1又は16対1配置加算
 - ・急性期看護補助体制加算の注加算である「夜間看護体制加算」
 - ・看護補助体制加算の注加算である「夜間看護体制加算」

急性期病棟における看護職員の手厚い夜間配置に関する評価

- 急性期病棟における看護職員の手厚い夜間配置に対する評価である「看護職員夜間配置加算」の算定回数は、平成24年の加算新設以降、横ばいから増加傾向である。
- 看護職員夜間12対1配置加算のうち、約3割が看護職員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を実施している「夜間12対1配置加算1」を算定している。

■ 看護職員夜間配置加算の算定回数の推移

(万回)



看護補助者の夜間配置に関する評価

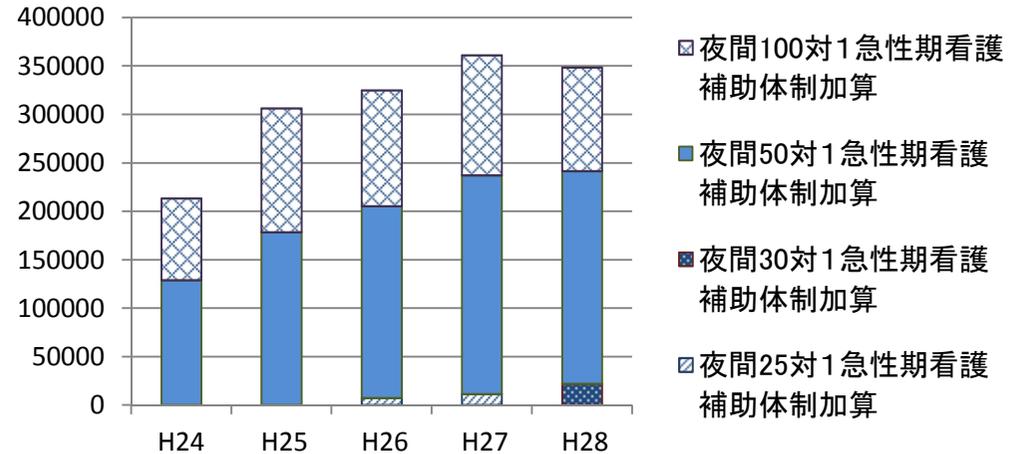
- 急性期病棟における看護補助者の夜間配置に関する評価である「夜間急性期看護補助体制加算」の算定回数は増加傾向である。
- 慢性期病棟における看護補助者の夜間配置は、平成28年に「夜間75対1看護補助加算」が新設された。実施件数は、看護補助加算の約2%に留まる。

■急性期看護補助体制加算の算定状況

急性期

	H28年6月の 実施件数 ^{注1)}
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の合計)	145,919 (100%)
夜間急性期看護補助体制加算 (30対1、50対1、100対1の合計)	48,289 (33.1%)
夜間看護体制加算 ※H28新設	14,696 (10.1%)

■夜間急性期看護補助体制加算の算定回数の推移

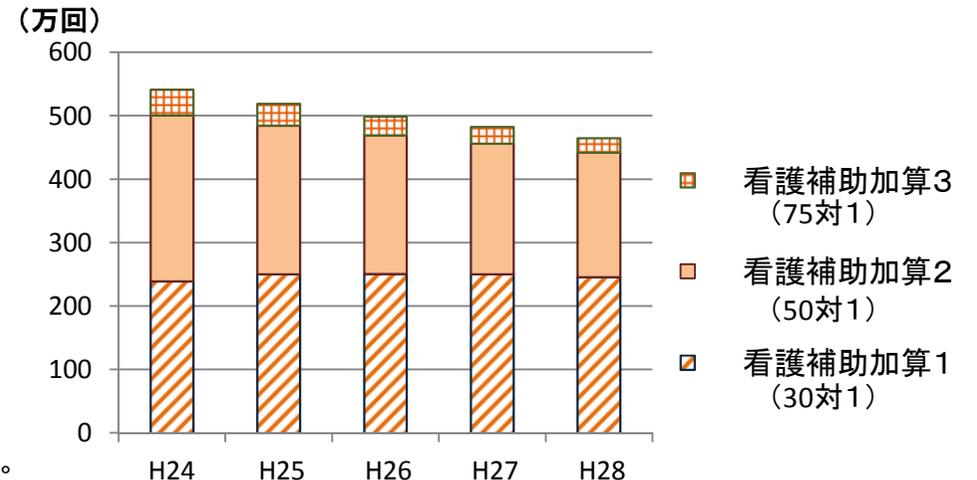


■看護補助加算の算定状況

慢性期

	H28年6月の 実施件数 ^{注1)}
看護補助加算(1、2、3の合計)	202,363 (100%)
夜間75対1看護補助加算 ^{注2)} ※H28新設	4,162 (2.1%)
夜間看護体制加算 ※H28新設	3,991 (2.0%)

(参考) 看護補助加算の算定回数の推移



注1) 実施件数は、当該加算を算定した明細書の数である。

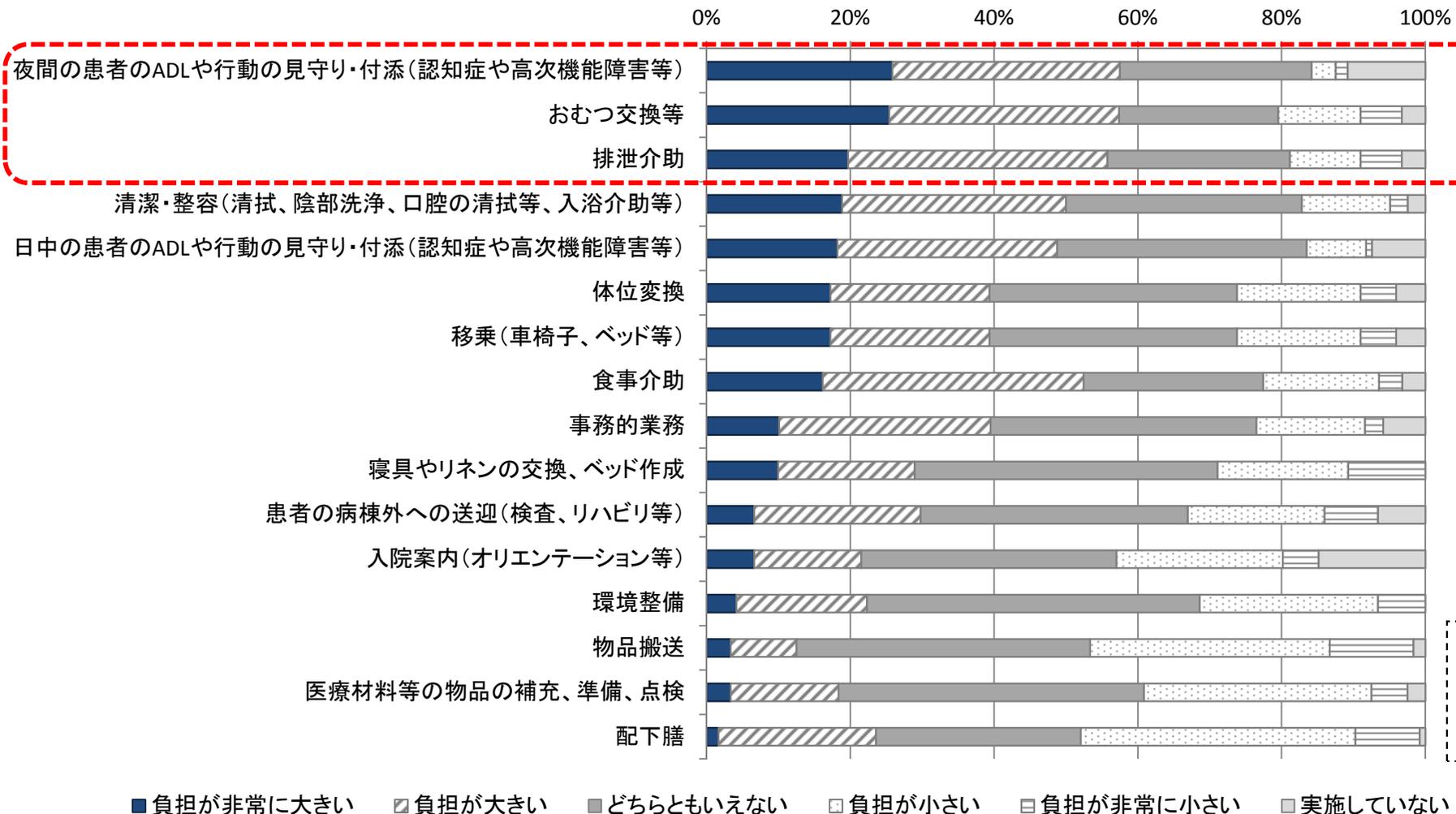
注2) 夜間75対1看護補助加算は、一般病棟・専門病棟(13対1)のみ算定可。

出典：社会医療診療行為別調査・統計(各年6月審査分)

慢性期病棟における業務負担感

- 慢性期病棟における看護職員の業務負担感は、「夜間の患者のADLや行動の見守り・付添」が最も高く、次いで「おむつ交換等」や「排泄介助」等の夜間も継続的に実施する必要がある業務の負担感が大きい。

慢性期病棟における業務負担感



[調査対象]
入院基本料を算定する病棟のうち、7対1及び10対1以外の病棟の看護師長

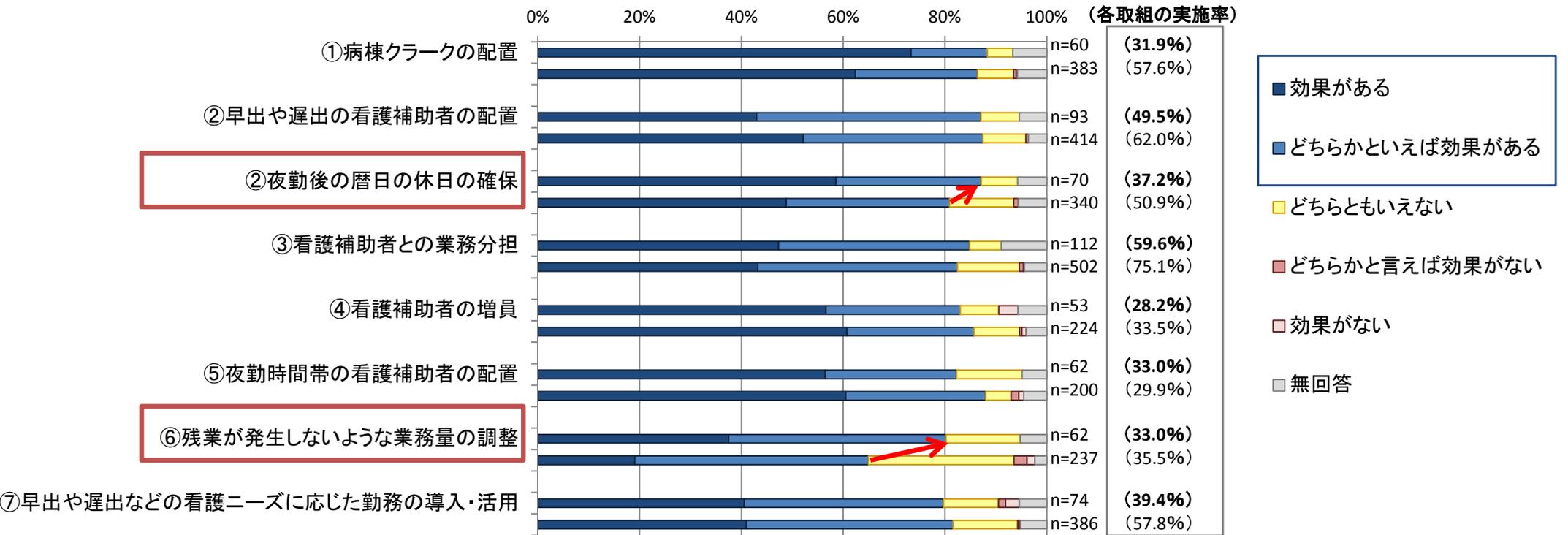
出典：平成28年度検証部会調査（チーム医療；看護師長票）を
保険局医療課にて再集計

慢性期病棟における負担軽減に関するニーズ

- 慢性期病棟では、看護職員の負担軽減に資する取組の実施率は低いが、負担軽減に取り組んでいる病棟では、急性期病棟に比べ「残業が発生しないような業務量の調整」や「夜勤後の暦日の休日の確保」などといった勤務環境改善の取組の実施効果が高い。

看護職員の負担軽減に取り組んでいる病棟における、取組内容別負担軽減効果

(上位8項目^{注1}のみ抽出)



[調査対象病棟] (調査票は各病棟の看護師長が記載)
 上段：慢性期病棟
 入院基本料を算定する病棟のうち、7対1及び10対1以外の病棟
 下段：急性期病棟
 入院基本料を算定する病棟のうち、7対1及び10対1の病棟の病棟

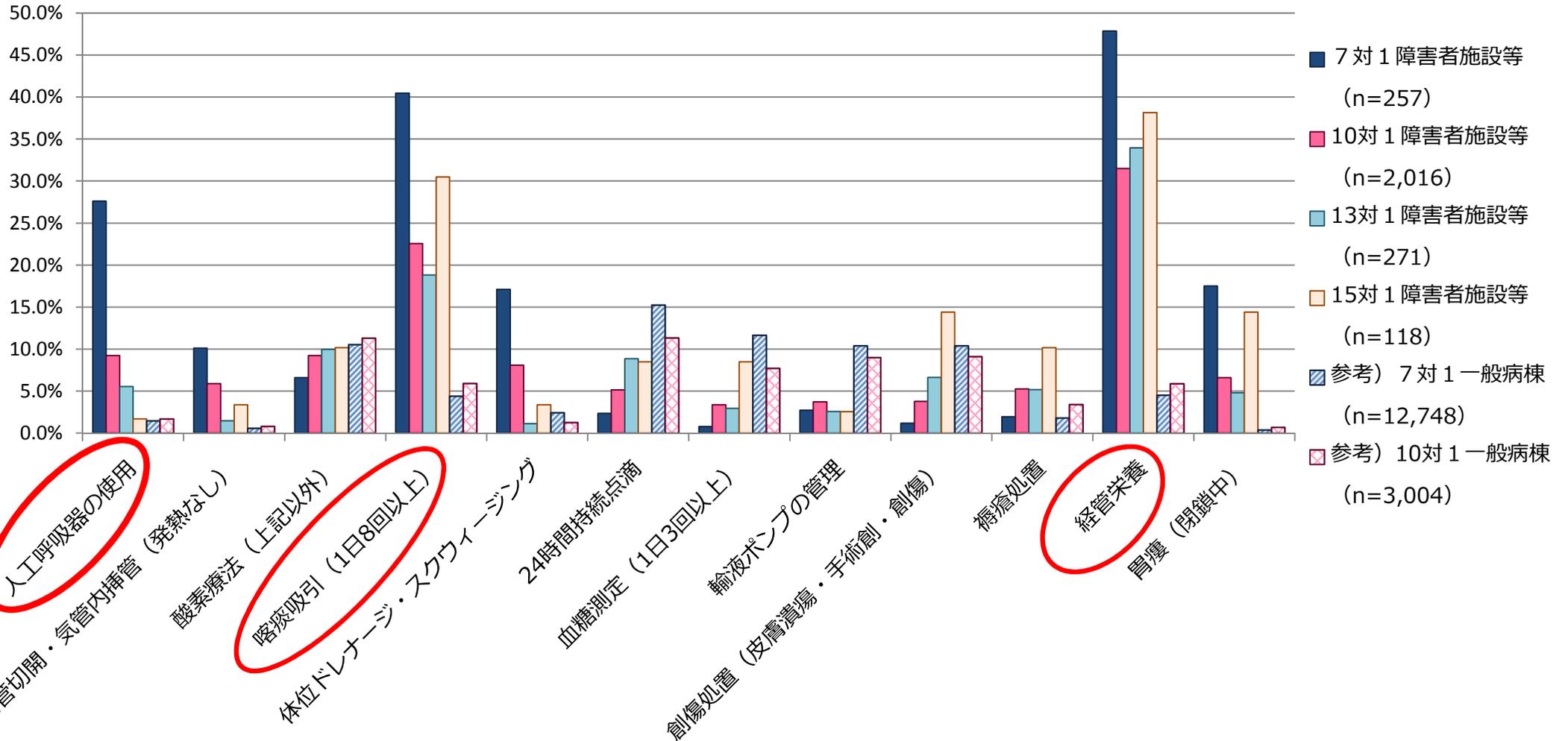
注1：慢性期病棟における取組実施率が10%未満であった取組は除外している。

出典：平成28年度検証部会調査（チーム医療；看護師長票）を
 保険局医療課にて再集計

障害者病棟で行われる医療行為・処置等

- 障害者病棟では、3割以上の患者に「経管栄養」を、2割以上の患者に「1日8回以上の喀痰吸引」を行っており、一般病棟よりも割合が高い。
- 特に看護配置数が多い障害者病棟には、人工呼吸器を使用している患者が多く、7対1では27.6%を占める。

障害者病棟で行われる医療行為・処置等

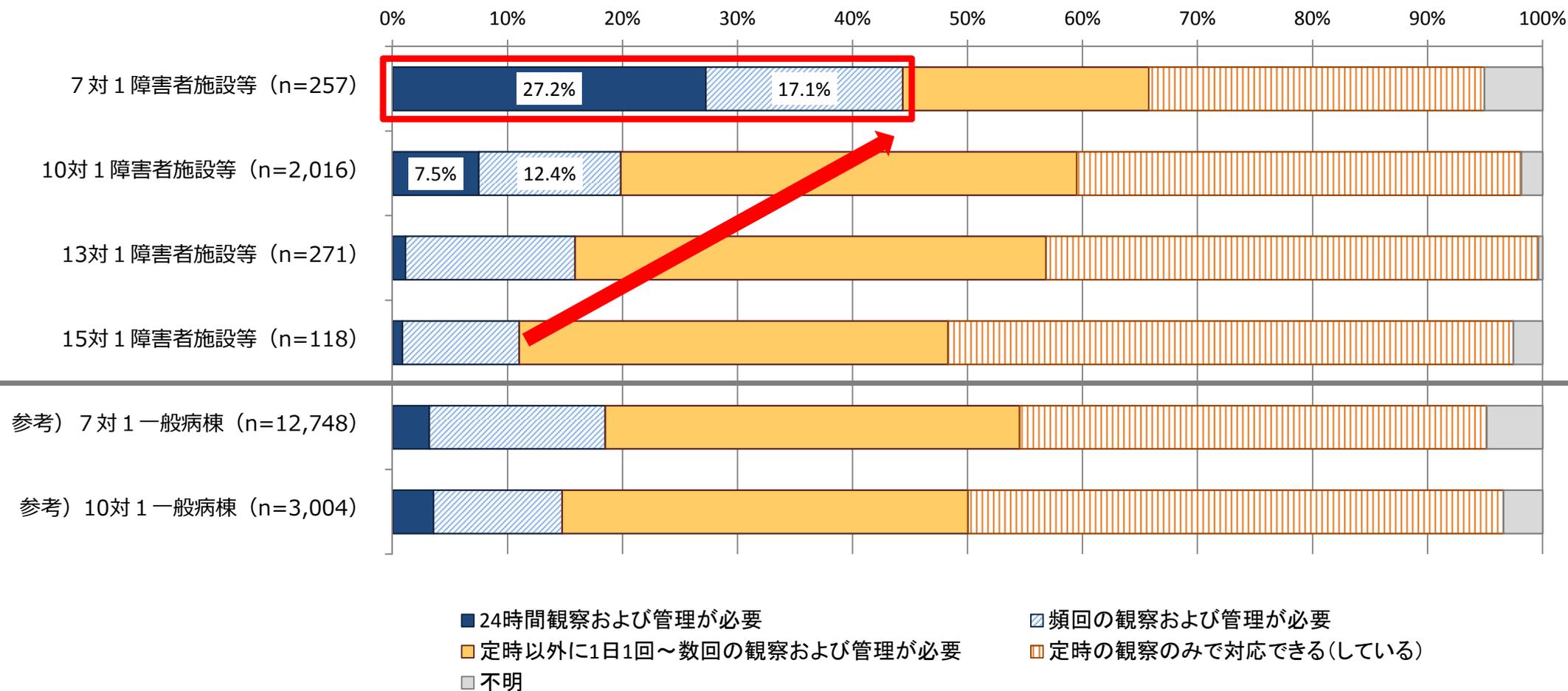


出典：平成28年度入院医療等の調査（患者票）

障害者病棟における看護提供の頻度

- 障害者病棟では、看護配置数が多い病棟ほど頻回な観察・管理が必要な患者の割合が高い。
- 看護配置基準が同じ障害者病棟と一般病棟を比較しても、特に7対1では障害者病棟では頻回な観察・管理が必要な患者の割合が高い。

看護師による直接の看護提供の頻度（調査基準日から遡った過去7日間）



入院基本料別身体抑制の状況

- 一般病棟における身体抑制中の患者割合は10%未満だが、障害者では15%を超える。

	障害病棟		一般病棟（専門、特定機能含む）		(参考) 療養病棟
	7対1	10対1	7対1	10対1	
身体抑制※中の患者割合	15.2%	22.9%	4.6%	7.0%	15.9%
(調査対象患者数)	(257)	(2,016)	(18,626)	(3,050)	(4,904)

※身体抑制：

「四肢、体幹部の抑制」、「ベッドを柵で囲い込む」、「介護衣の着用」、「車いすや椅子から立ち上がれないようにする」、「ミトンの着用」、「自分の意志で開けることの出来ない居室等への隔離」

一般病棟と障害者病棟における看護補助者の配置に関する評価

- 急性期病棟（7対1、10対1）には、一般病棟のみ看護補助者の配置の評価があり、慢性期病棟（13対1、15対1）は、全ての入院基本料に看護補助者配置の評価がある。そのため、障害者病棟（7対1、10対1）には、看護補助者の配置の評価がない。

	7対1	10対1	13対1	15対1
一般病棟 入院基本料	【急性期看護補助体制加算】		【看護補助加算】	
障害者施設等 入院基本料	看護補助者配置に関する評価がない			

急性期看護補助体制加算 (1日につき)	
1 25対1 (看護補助者5割以上)	160点
2 25対1 (看護補助者5割未満)	140点
3 50対1	120点
4 75対1	80点
※入院後14日のみ	
イ 夜間30対1	40点
ロ 夜間50対1	35点
ハ 夜間100対1	20点
夜間看護体制加算	10点
[対象病棟] 以下の入院基本料を算定する7対1、10対1病棟	
<ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟 ・特定機能病院(一般病棟) ・専門病院 	

看護補助加算 (1日につき)	
1 看護補助加算1 (30対1)	109点
2 看護補助加算2 (50対1)	84点
3 看護補助加算3 (75対1)	56点
夜間75対1	30点
※入院後20日のみ	
夜間看護体制加算 (入院初日)	150点
[対象病棟] 以下の入院基本料を算定する13対1、15対1、18対1、20対1病棟	
<ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟、・結核病棟、・精神病棟 ・特定機能病院 ・専門病院 ・障害者施設等 	
※ 夜間75対1は、一般病棟又は専門病院の13対1のみ	

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律に対する附帯決議【抄】

平成28年6月3日公布 (平成28年法律第65号)

一、二 (省略)

三 入院中における医療機関での重度訪問介護については、制度の施行状況を踏まえ、個々の障害者の支援のニーズにも配慮しつつ、その利用の在り方について検討すること。また、**障害者が入院中に安心して適切な医療を受けることができるよう、看護補助者の配置の充実等、病院におけるケアの充実に向けた方策を検討すること。**

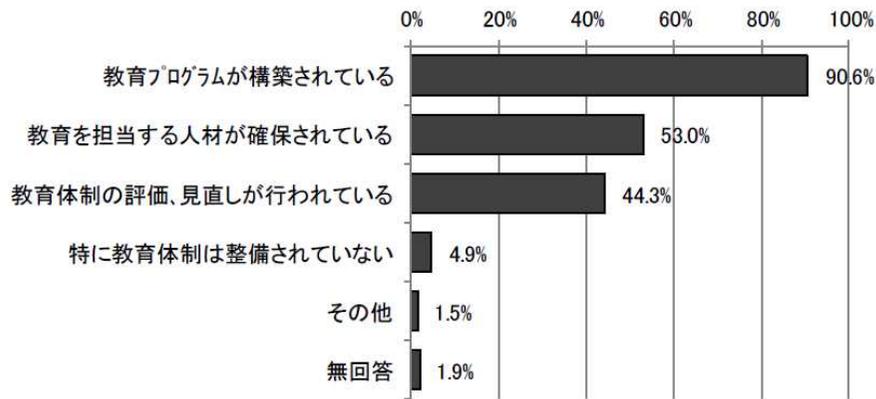
四～十 (省略)

看護補助者に対する教育体制と業務分担状況

- 看護補助者に対する教育体制は、9割の病棟で教育プログラムが構築されており、そのうち7割は定期的に研修等を実施している。
- 看護職員と看護補助者との業務分担は、認知症患者等の見守り・付添は看護職員が主に担当することが多く、患者への直接的なケアは、5割以上が看護職員と看護補助者が協働して実施している。

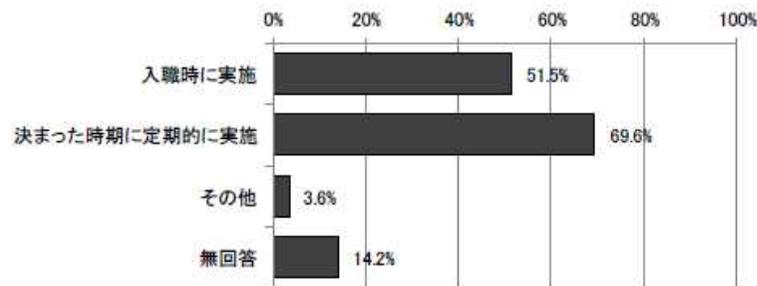
■ 看護補助者に対する教育体制とその運用

(看護補助者が配置されている病棟、n=1,082) (複数回答)



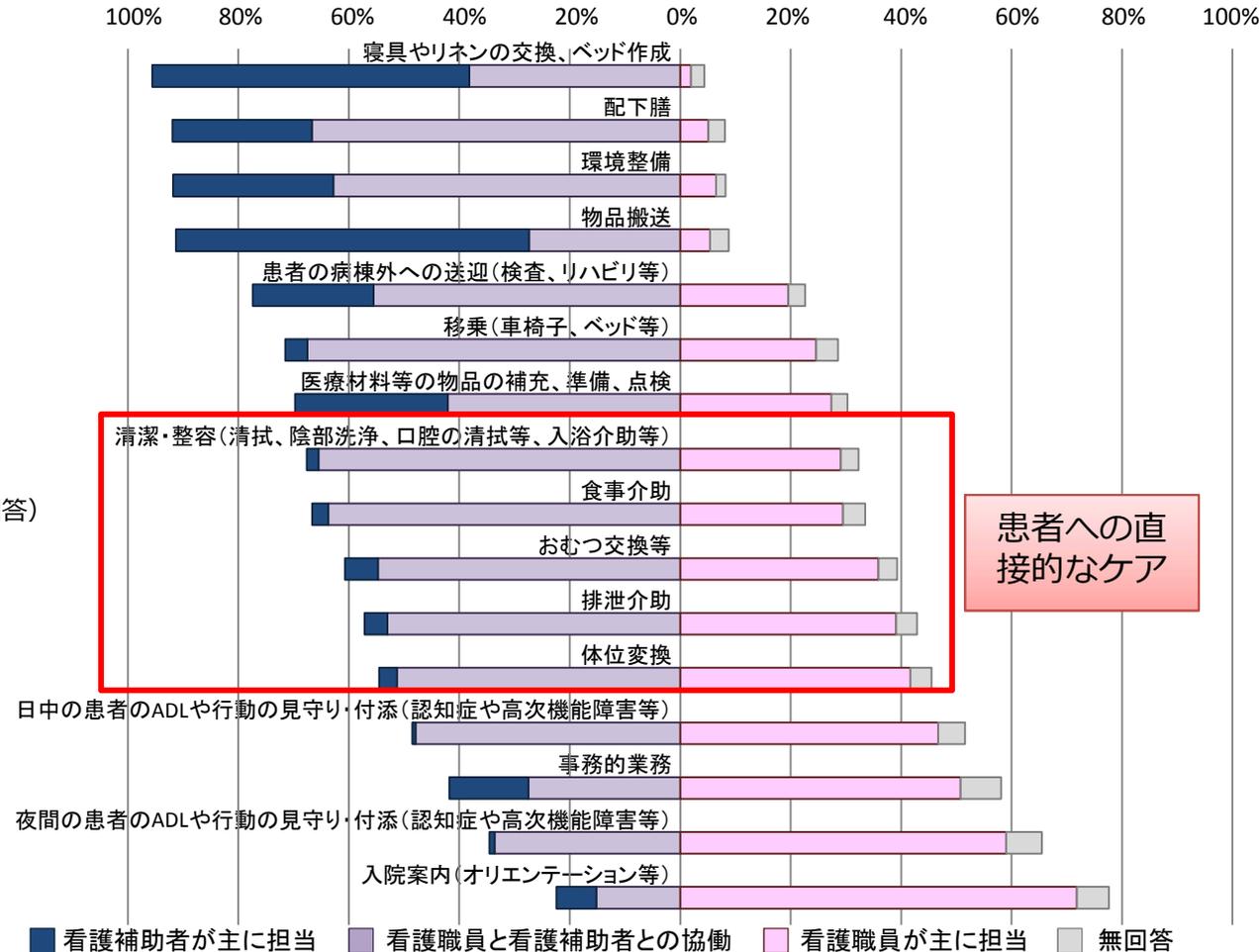
■ 教育プログラムの実施時期

(教育プログラムが構築されている病棟、n=980) (複数回答)



■ 看護職員と看護補助者との業務分担状況

(看護補助者が配置されている病棟、n=1,082)



患者への直接的なケア

ナースコールデータを活用した負担軽減に資する取組例

概要

総病床:400床(うち、一般病棟318床)、病床利用率:98.7%、平均在院日数:10.0日、1月間の患者数:9,590人、看護師の勤務体制:完全2交代制

【ナースコールの履歴データ調査の概要】

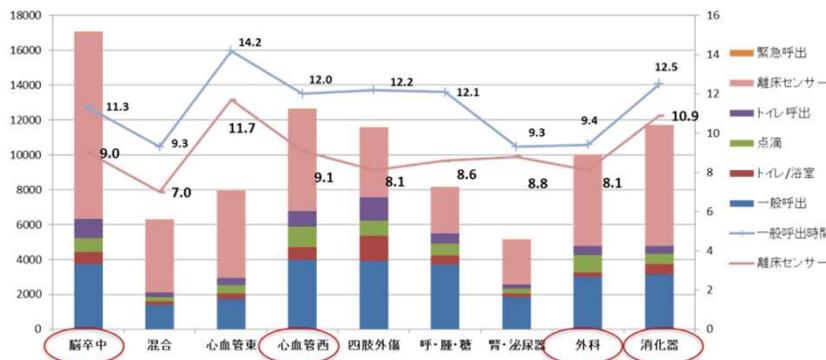
2014年4月1ヶ月間の一般病棟におけるナースコールの履歴データを集計(1ヶ月間の総ナースコール数:92,022回)

履歴データ:病棟別・時間別のナースコール回数、応答時間

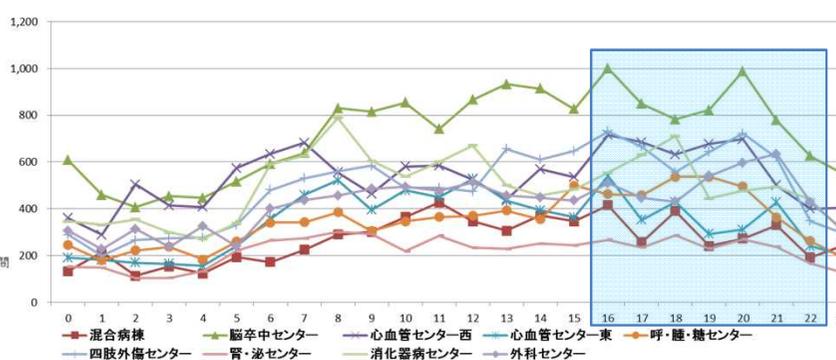
呼び出し種別(一般呼出、トイレ呼出、点滴コール、離床センサー、共同トイレ/浴室コール、緊急コール)等

ナースコールデータを用いた分析結果

■呼び出し種別・病棟別ナースコール数



■時間帯別・病棟別ナースコール数



- ✓ 病棟によりナースコール呼出数は差がある
- ✓ 多い病棟では400~500回/日の呼出がある。
- ✓ 転倒・転落リスク対策のために使用している「離床センサー」のコールが、全体の50~60%を占める。
- ✓ 夕方(16時)~就寝(22時)までのナースコールが、全体の30~35%を占める病棟もある。

分析結果に基づく負担軽減の取組

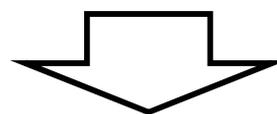
夜間のナースコール呼出が多く、その60%が離床センサーによるコールであった病棟において、**看護補助者を21時30分まで配置し、不穏患者の見守りや排泄介助の一部を看護補助者に業務委譲**

不穏患者対応業務の約30%を看護補助者が担うようになり、看護師が医療的介入を必要とする専門的ケアに専念できる時間の確保、ナースコールによる業務中断の減少、引き継ぎ時間や記録時間の確保ができた。

看護職員の夜間等の負担軽減に関する課題と論点(案)

【課題】

- 看護職員の業務の中で、夜間の患者のケアに対する負担感が高いが、平成28年度診療報酬改定で新設した、負担軽減に資する勤務編成（シフト）や部署間支援等の取組の評価である「夜間看護体制加算」等を算定している病棟は、夜勤時の繁忙度や勤務状況等がやや改善している。
- 慢性期病棟では、「夜間の患者のADLや行動の見守り・付添」や、「排泄介助」等の夜間も継続的に実施する必要がある業務の負担感が大きい。
- 障害者病棟のうち看護配置数が多い病棟では、人工呼吸器を使用している患者割合が高く、頻回な観察・管理が必要な患者割合が高い。また、障害者病棟での身体抑制率は一般病棟よりも高い状況である。
- 看護補助者を配置している医療機関では、既に看護補助者に対する教育体制は構築されてきている。患者への直接的なケアも、5割以上は看護職員と看護補助者との協働により実施されている。
- 一部の病院では、ナースコールを活用した業務内容の分析を行い、入眠前のケアが必要な時間帯に看護補助者を配置するといった取組により、看護職員がより専門的なケアを実施することが可能となったことが示された。



【論点(案)】

- 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進するために、看護業務の見直しや看護補助者への研修、身体抑制減の対応等、より質の高い看護の提供を目指す取組推進についてどのように考えるか。
- 看護師の管理や観察の頻度の高い障害者病棟(7対1、10対1)において、障害者が入院中に安心して適切な医療を受けられるため看護補助者の配置の評価についてどのように考えるか。
- 慢性期病棟における夜間の看護業務の負担軽減、ケアの充実を促進するために、看護補助者の夜間の配置の評価を充実してはどうか。

横断的事項(その4)

1. 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減

2. 診療報酬における病床数の取扱い

(1) 病床数を要件とした診療報酬

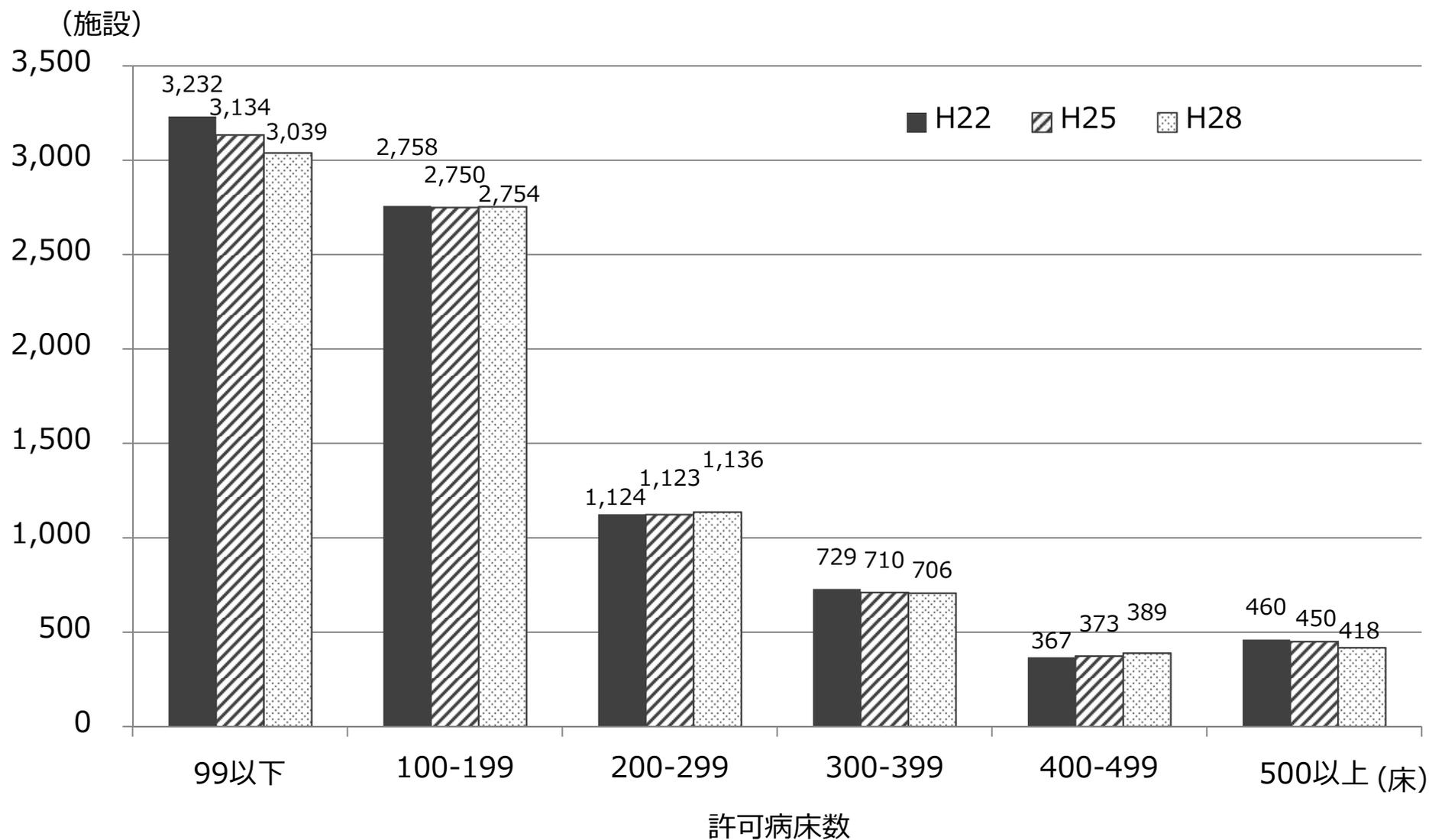
(2) 大病院受診時定額負担

3. 地域の実情を踏まえた対応

病床規模別の状況

病床規模別施設数(病院)の年次推移

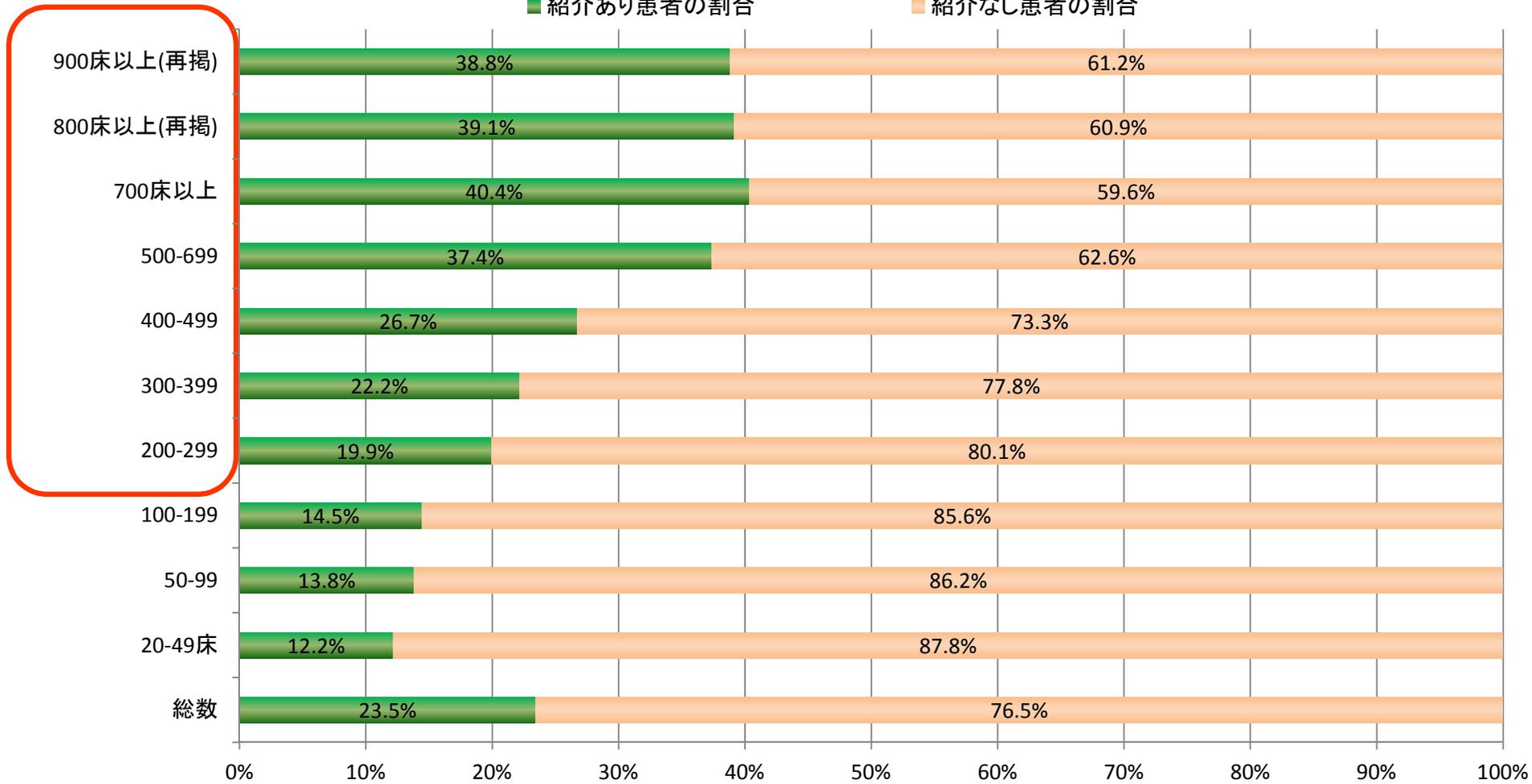
○ 99床以下・500床以上の病院の施設数は減少傾向にある一方、400-499床・200-299床の病院の施設数は増加傾向にある。



病床規模別の紹介率の状況

中医協 総-3
27.4.8改

○ 病床規模が大きくなるほど紹介率は高くなる傾向にあるが、病床数が200床以上の病院についてみても、外来患者総数に占める紹介なしの患者の割合が6割～8割と高い水準にある。



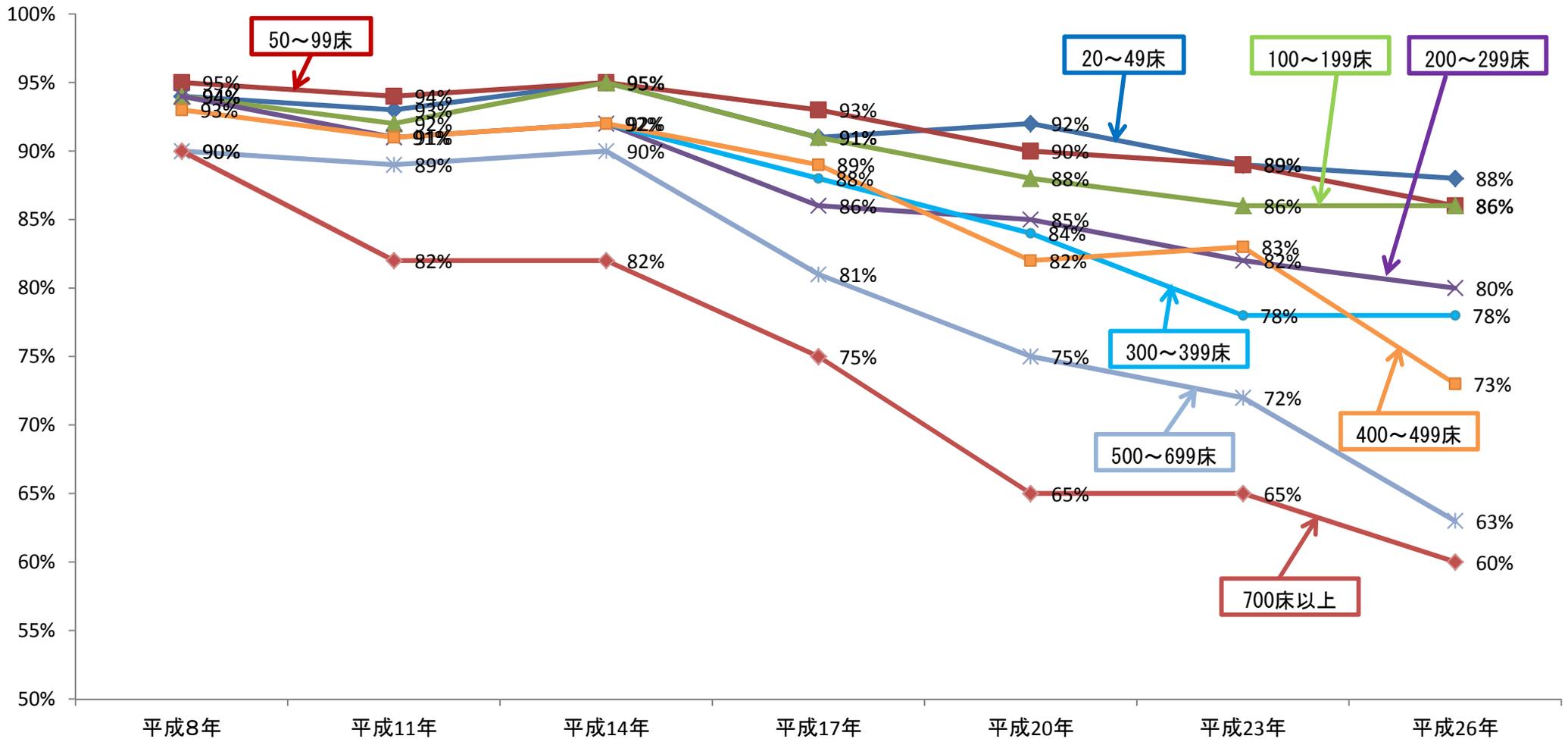
紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、（病院や一般診療所等からの）紹介ありと答えた患者の割合。

（出所）平成26年患者調査を基に作成。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床数別）

中医協 総-3
27.4.8改

○ 400床以上の病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として6割以上と高い水準にある。また、400床未満の病院は、概ね8割以上であった。



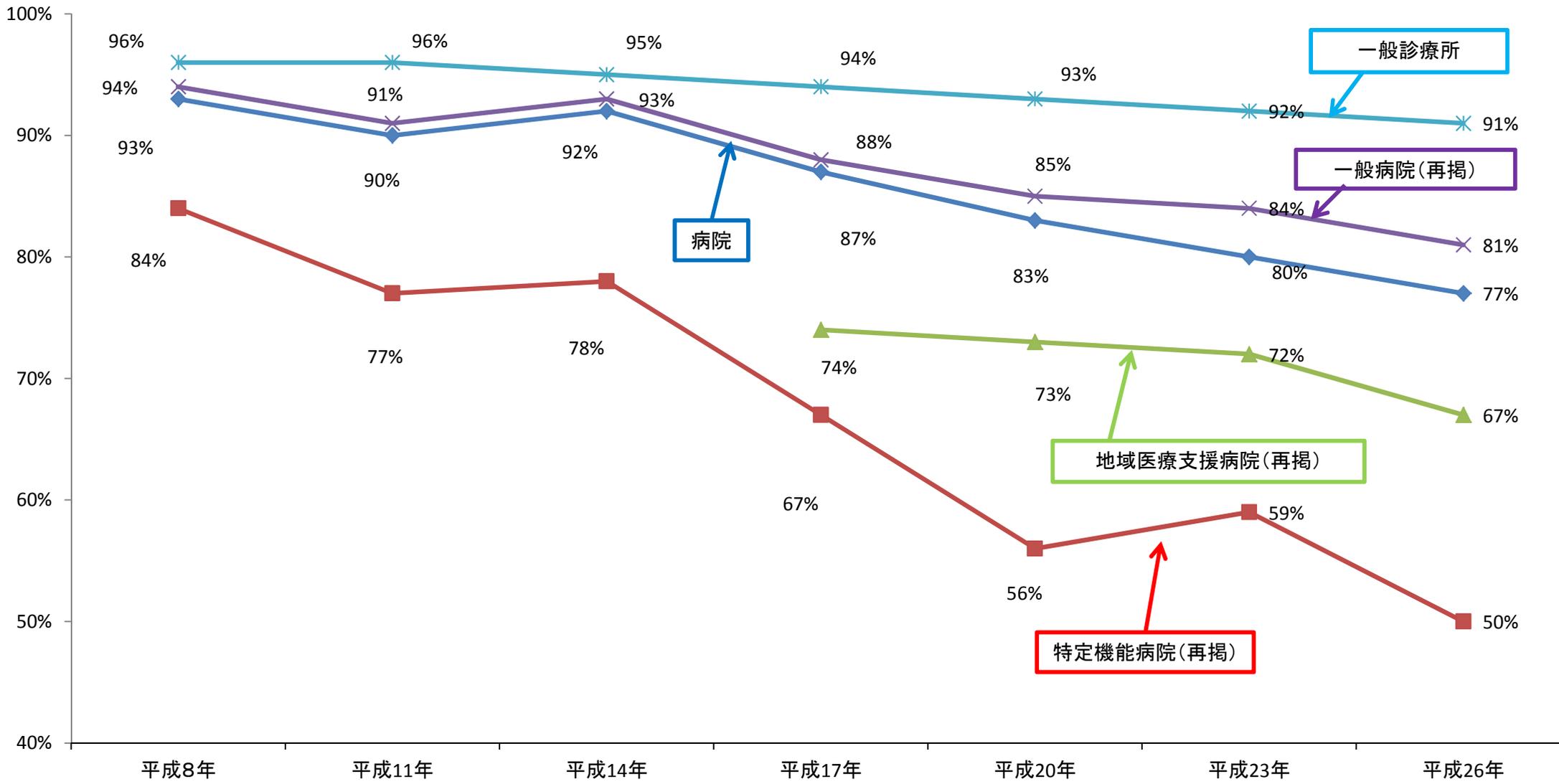
(出所) 平成8年～平成26年患者調査を基に作成。

注1：平成8年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。

注2：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（施設別）

○ 特定機能病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として5割と高い水準にある。



(出所) 平成8年～平成26年患者調査を基に作成。
注：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

横断的事項(その4)

1. 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減
2. 診療報酬における病床数の取扱い
 - (1) 病床数を要件とした診療報酬
 - (2) 大病院受診時定額負担
3. 地域の実情を踏まえた対応

病床数が要件に含まれる診療報酬項目

- 病床規模に応じた医療機関の機能等を踏まえ、診療報酬には病床数が施設基準等の要件に含まれる項目が存在する。

	例
許可病床数500床以上	初診料・外来診療料における特定の点数(209点、54点※ ¹)の算定要件 ※ ¹ 通常の点数はそれぞれ282点、73点
	地域包括ケア病棟入院料における届出可能な病棟数の制限
許可病床数500床未満	在宅患者共同診療料の算定要件
許可病床数200床以上	小児外来診療料において特定の患者に対する保険外併用療養費に係る選定療養の適用
	在宅療養後方支援病院の要件
許可病床数200床未満	特定療養指導管理料、地域包括診療料、在宅時医学総合管理料等の算定要件
	処方料、処方せん料における加算の要件
一般病床数200床以上	外来診療料の算定要件
	一般病棟10対1入院基本料等においてデータ提出が要件
一般病床数200床未満	再診料の算定要件
	データ提出加算における特定の点数(加算1 170点、2 180点※ ²)の算定要件 ※ ² 一般病床数200症以上はそれぞれ120点、130点
許可病床数100床以上	精神疾患診療体制加算の算定要件
	精神科急性期医師配置加算の算定要件※ ³ ※ ³ 精神病床を除く許可病床数が100床以上の場合

病床数500床が要件に含まれる診療報酬項目

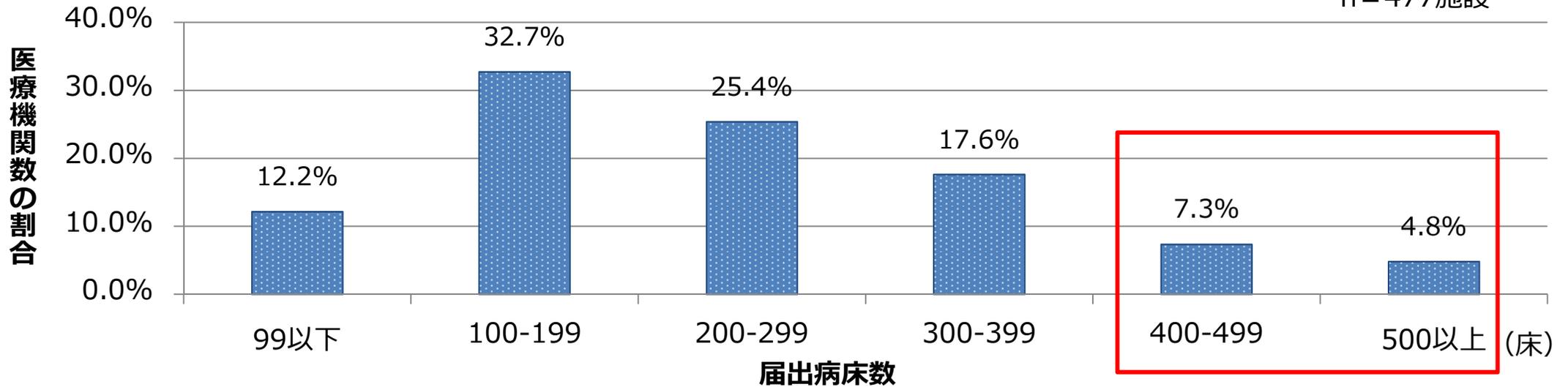
項目名	病床数に係る要件	点数	病院の算定回数
A000 初診料	下記以外の病院	282点	3,512,597回
	特定機能病院、 <u>許可病床数500床以上の地域医療支援病院</u> ※ ※ 紹介率等が低い病院で、文書による紹介がない患者の場合	209点	918回
<u>許可病床数500床以上かつ一般病床数200床以上</u> ※ ※ 特定機能病院・地域医療支援病院でなく、紹介率等が低い病院で、文書による紹介がない患者の場合			
A002 外来診療料	<u>一般病床数200床以上</u>	73点	13,403,712回
	特定機能病院、 <u>一般病床数200床以上かつ許可病床数500床以上の地域医療支援病院</u> ※ ※ 紹介率等が低い病院で、他の病院(200床未満)又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている場合	54点	0回
	<u>一般病床数200床以上かつ許可病床数500床以上</u> ※ ※ 特定機能病院・地域医療支援病院でなく、紹介率等が低い病院で、他の病院(200床未満)又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている場合		
A206 在宅患者緊急入院診療加算1	(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は在宅療養後方支援病院が他の保険医療機関の求めに応じて在宅患者を入院させた場合に算定) <u>許可病床数500床以上の在宅療養後方支援病院は、特定の疾病等を有する患者を入院させた場合に限り算定</u>	入院初日 2,500点	308回
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	○以下の場合にあっては、届出可能な病棟は1病棟に限る ・ <u>許可病床数が500床以上の病院</u> であって、地域包括ケア病棟入院料1又は2の届出を行う場合 等	1日につき 2,044点～2,558点	入院料 1 646,586回 2 28,920回
C012 在宅患者共同診療料	<u>許可病床数500床未満の在宅療養後方支援病院</u>	1年以内に合わせて 2回まで 240～1,500点	計20回

地域包括ケア病棟入院料の算定回数

○ 病床規模別にみると、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている500床以上の医療機関は施設数ベースで4.8%、病床数ベースで6.1%、400-499床の医療機関は施設数ベースで7.3%、病床数ベースで7.9%であった。

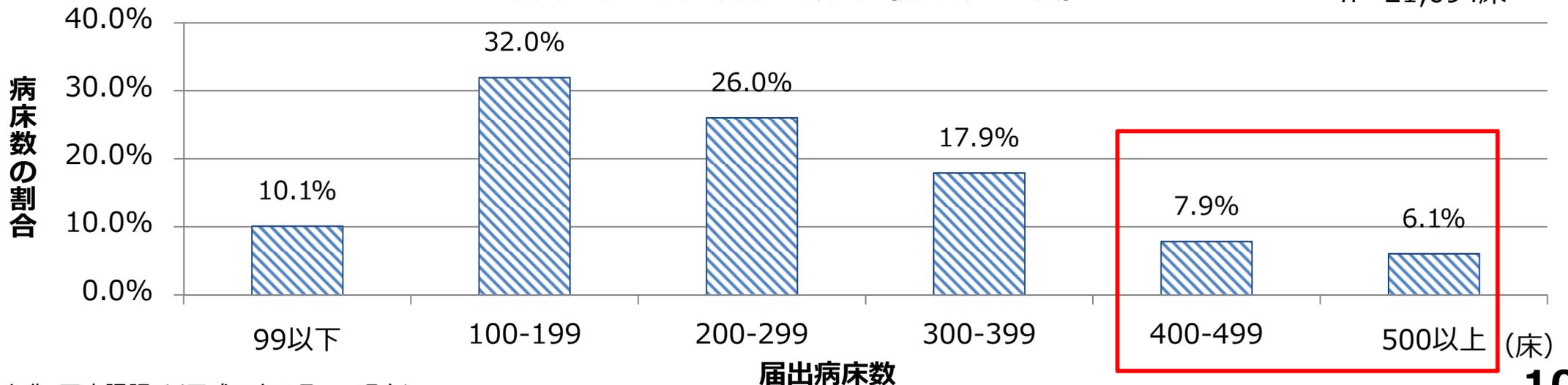
病床規模別の医療施設の分布（施設数ベース）

n = 477施設



病床規模別の医療施設の分布（病床数ベース）

n = 21,094床



医療法上、病床数が承認要件となっている病院

	地域医療支援病院	特定機能病院	臨床研究中核病院
概要	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院について、厚生労働大臣が承認するもの。
病院数	553 (平成29年6月1日時点)	85 (平成29年4月1日時点)	11 (平成29年10月時点)
主な要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>原則として200床以上の病床*</u>及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。 ○ 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること。 ○ 以下のいずれかを満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> ① 紹介率が80%以上 ② 紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上 ③ 紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>病床数は400床以上*</u>であること。 ○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 原則定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。 ○ 紹介率50%以上、逆紹介率40%以上であること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>病床数は400床以上*</u>であること。 ○ 定められた診療科のうち10以上の診療科を標榜していること。 ○ 特定臨床研究に関する計画を立案し、及び実施する能力を有すること。 ○ 他の病院又は診療所に対し、特定臨床研究の実施に関する相談に応じ、援助を行う能力を有すること。 ○ 不適正事案の防止等のための管理体制が整備されていること。 ○ 臨床研究支援・管理部門に所属する人員数が一定数以上であること。
根拠法	医療法第4条	医療法第4条の2	医療法第4条の3

*病床数はいずれも許可病床数

病床数を要件とした診療報酬に関する課題と論点(案)

【課題】

(病床規模別の状況等)

- 病床規模別の病院数の年次推移をみると、99床以下・500床以上の病院の施設数は減少傾向にある一方、400-499床・200-299床の病院の施設数は増加傾向にある。
- 病床規模が大きくなるほど紹介率は高くなる傾向にある。また、400床以上の病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にある。
- 医療法で定められている特定機能病院、臨床研修中核病院は、許可病床数400床以上を要件としている。

(診療報酬上の評価)

- 病床規模に応じた医療機関の機能等を踏まえ、診療報酬には病床数が要件に含まれる診療報酬項目が存在する。
- 病床数が要件に含まれる診療報酬項目では、主として外来医療における機能分化を進める目的等で評価が設定されており、例えば、外来診療料は、一般病床数200床以上では73点であるが、特定機能病院と許可病床数500床以上の地域医療支援病院では54点となっている。また、許可病床数500床以上であっても、在宅療養後方支援病院については、在宅患者緊急入院診療加算1(入院初日 2,500点)で評価されている。

(将来の入院医療ニーズ)

- 将来の入院医療ニーズは緩やかに横ばいから減少に変化すること、医療・介護の支え手の減少が見込まれていることから、病床規模が500床以上の大病院は今後も減少することが予測される。

【論点(案)】



- 500床以上の病院の施設数が減少していることや、特定機能病院等の要件が許可病床数400床以上を要件としていること等を踏まえ、病床数を要件とした診療報酬については、各項目の趣旨や算定実績等も考慮しつつ、病床数を見直してはどうか。

横断的事項(その4)

1. 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減

2. 診療報酬における病床数の取扱い

(1) 病床数を要件とした診療報酬

(2) 大病院受診時定額負担

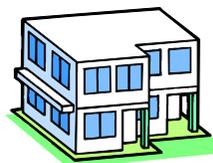
3. 地域の実情を踏まえた対応

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担（現行制度）

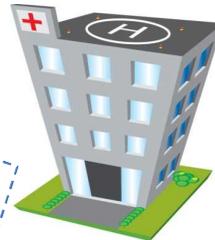
➤ 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。

- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
- ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
- ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
 [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
 救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
- ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。

中小病院、診療所



大病院

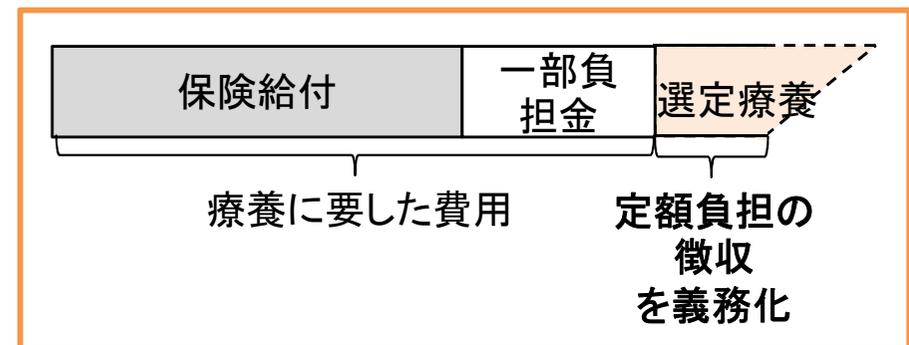


外来受診



紹介状なし
外来受診

定額負担を徴収



紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養 (200床以上の選定療養取扱い)

- 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初・再診において特別の料金を徴収できる。

※初診については、平成8年度診療報酬改定において導入され、再診については、平成14年度診療報酬改定において導入。

200床以上の選定療養の取扱い

- 初・再診において、特別の料金を以下の患者から徴収できる。
 - ◀初診▶
他の保険医療機関等からの紹介なしに病院を受診した患者。
 - ◀再診▶
病院が他の医療機関(200床未満)に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者。
- 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、特別の料金を徴収してはならない。
- 特別の料金は、徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
- 特別の料金を徴収しようとする場合には、患者への十分な情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意があった場合に限られ、また、初・再診に係る費用の徴収について、患者にとってわかりやすく明示する。

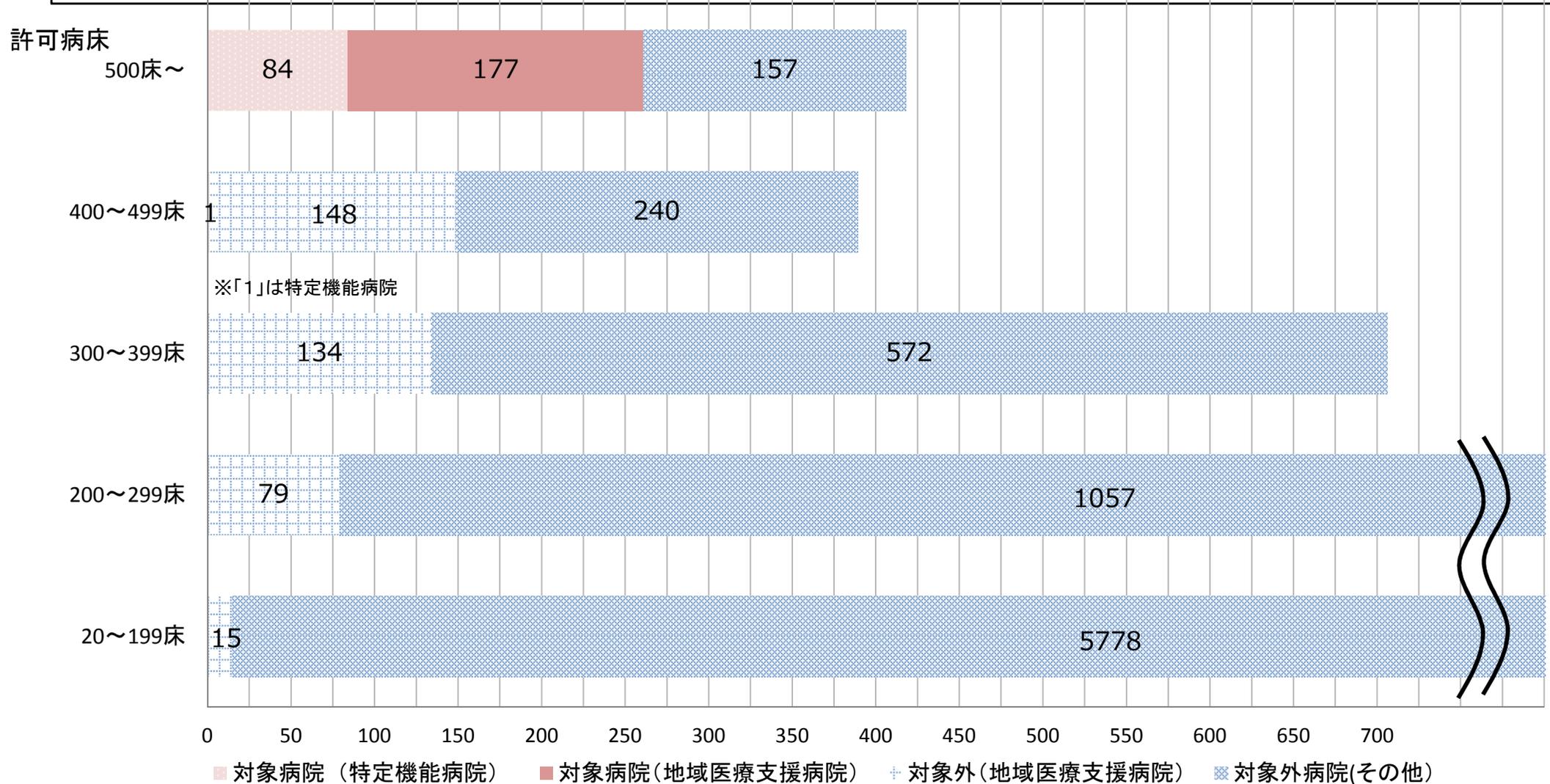
特別な機能を有する病院等

中医協 総 - 3
27 . 9 . 30改

	特定機能病院	地域医療支援病院
概要	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。
病院数	85 (平成29年4月1日時点)	553 (平成29年6月1日時点)
主な要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ <u>紹介率50%以上、逆紹介率40%以上</u>であること。 ○ 病床数は<u>400床以上</u>であること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 以下のいずれかを満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> ① <u>紹介率が80%以上</u> ② <u>紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上</u> ③ <u>紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上</u> ○ <u>原則として200床以上</u>の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。 ○ 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること。

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の対象病院数 (病床規模別・病院機能別の病院数)

- 紹介状なしで大病院を受診した場合に定額負担の徴収が義務づけられている病院は262病院。
(特定機能病院:85 地域医療支援病院:177 ※特定機能病院は平成29年4月、地域医療支援病院は平成29年6月現在)
- 地域医療支援病院の病床規模別の病院数は以下の通り。 ※対象病院数は、許可病床数で集計しているため、対象外病院も一部含まれる。



(出所)平成28年医療施設調査、特定機能病院一覧を基に医療課において作成

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入に関する論点

中医協 総 - 6
27 . 11. 18改

○ 定額負担の金額(初・再診)についてどう考えるか。

➤ 初診時の特別の料金の最低金額を設定する場合、額に関する以下の案についてそれぞれどう考えるか。

A	3,000円程度	現に大病院で特別の料金として徴収されている額の平均と同程度の水準。
B	5,000円程度	診療所を初診で訪れ、他院へ紹介された場合の自己負担額(3割)を超える水準。 患者の受診行動に影響を与えるとされる水準。現行の徴収金額の地域差に配慮した水準。
C	10,000円程度	現行で徴収されている金額を上回り、外来の機能分化を更に進めるための水準。 大規模医療機関と診療所での1日あたり入院外診療費の差に近い水準。

➤ 再診時の特別の料金の最低金額を設定する場合、額に関する以下の案についてそれぞれどう考えるか。

D	1,000円程度	現に大病院で特別の料金として徴収されている額の平均と同程度の水準。
E	初診時の特別の料金の最低金額の約4分の1	現行の初診料と外来診療料が4対1の比率になっていることを参考とした水準。
F	初診時の特別の料金の最低金額の約2分の1	現に特別の料金として徴収されている初診における額の平均と、再診における額の平均の差に近い水準。

➤ 現行の選定療養の実態に鑑み、医科・歯科で異なる金額設定とすることについてどう考えるか。

G	医科における特別の料金の最低金額の6割程度	初診時の特別の料金について、医科と比べた歯科の水準。
H	医科における特別の料金の最低金額と同等程度	

病院外来受診時の一定定額自己負担制度導入に関する調査研究（概要）

（平成25年度厚生労働科学特別研究事業 - 研究代表者 菅原琢磨（法政大学経済学部教授））

中医協 総 - 3
27 . 9 . 30

1. 研究方法

<ウェブ調査>

- ①軽症・初診、②軽症・再診、③重症・初診、④重症・再診の4つのケースについて、定額負担として i) 0円、ii) 1,000円、iii) 5,000円、iv) 10,000円、v) 20,000円の5つの金額を想定し、a) 大病院を受診、b) 診療所を受診、c) 受診しない、という3つの受診行動のいずれを選ぶか、ウェブ上でアンケートを実施（n=1,849）。

<ヒアリング調査>

- 13の医療機関に対してヒアリングを実施し、病院外来の現状を把握するとともに、定額負担の導入に当たっての課題を整理。

2. 調査結果

<ウェブ調査>

- 軽症（風邪）・初診であっても大病院を選好するサンプルは約2割。
- 重症（心筋梗塞の前哨）の場合には、初診・再診ともに約7割が大病院を選好。
- 一定規模以上の病院において**5,000円以上**の定額負担を設定することで、軽症の場合に当該病院の受診を控える可能性。

<ヒアリング調査>

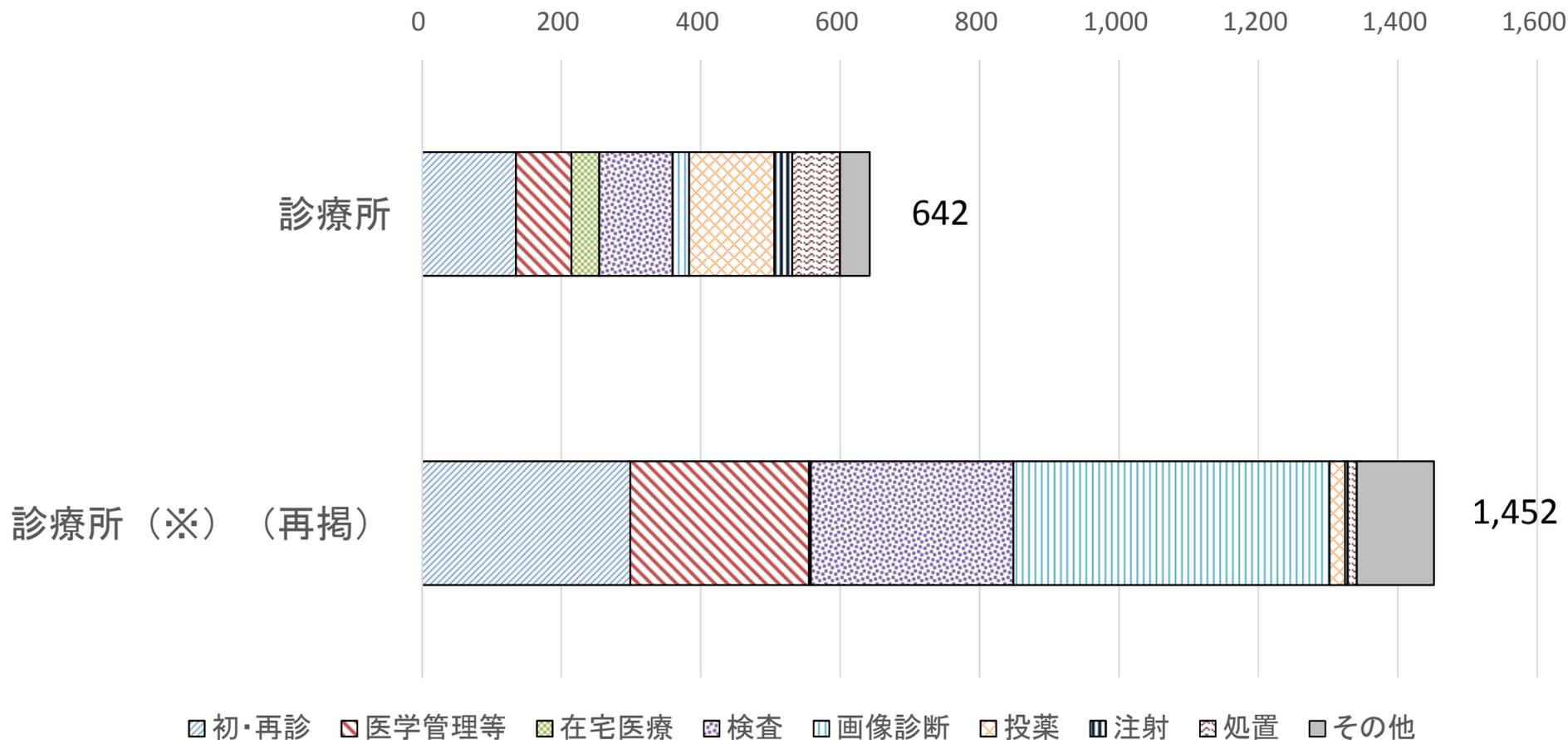
- 外来における紹介状なし初診の割合は1～2割程度。
- 医療機関、診療科ごとに「初診」「再診」の定義・期間が異なっている。院内の他科受診の場合に「再診」扱いとなる場合もある。
- 自己負担を回避するための救急車の不適切利用の増加や安易な紹介状作成ニーズの増大の懸念。
- 5,000円以上の定額負担の導入により、軽症受診者数はかなり抑制されるのではないか。

機能別にみた入院外診療1日あたりの診療報酬

中医協 総 - 6
27.11.18

○ 診療所において、診療情報提供料(I)が算定される初診の単価は、約1,450点(自己負担割合が3割の場合、自己負担額約4,350円に相当。)であった。

入院外診療1回あたり診療報酬(点)



(※) 診療日数が1日で、初診料と診療情報提供料(I)が算定されているレセプトに限って集計した場合。

平成26年社会医療診療行為別調査

徴収を認められない患者及び徴収を求めないことができる患者

	対象から除く患者
料金の徴収を行うことは認められない	<ul style="list-style-type: none">○ 国の公費負担医療制度の受給対象者○ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る)○ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者○ エイズ拠点病院におけるHIV感染者○ 救急の患者
金額の支払を求めないことができる	<ul style="list-style-type: none">① 自施設の他の診療科を受診している患者② 医科と歯科との間で院内紹介された患者③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者⑤ 外来受診から継続して入院した患者⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者⑦ 治験協力者である患者⑧ 災害により被害を受けた患者⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

大病院調査の結果①

中医協 検 - 4 - 1
29 . 5 . 3 1

<500床以上の病院における対応状況>

紹介状を持たない患者から受診時に定額負担を徴収する制度について、平成28年4月から徴収が義務化された500床以上の病院※のうち、94.2%が平成28年10月時点で医科・初診時の徴収金額を5,000円以上6,000円未満としていた。

※特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院

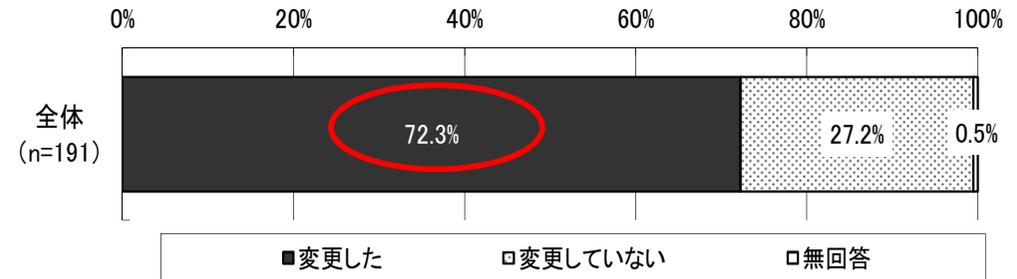
なお、医科・初診時の徴収金額を平成28年4月以降変更した500床以上の病院は72.3%で、そのうち、94.3%が5,000円未満だった金額を5,000円以上に引き上げていた。

図表 225 初診に係る受診時の定額負担の金額別分布(医科)【500床以上の病院】
(単位:上段「件」、下段「%」)

	総数	~1000円未満	1000円以上~	2000円以上~	3000円以上~	4000円以上~	5000円以上~	6000円以上~	7000円以上~	8000円以上~	無回答
平成27年10月	191	1	16	39	65	12	54	1	0	1	2
	100.0	0.5	8.4	20.4	34.0	6.3	28.3	0.5	0.0	0.5	1.0
平成28年4月	191	1	12	12	8	1	145	1	1	8	2
	100.0	0.5	6.3	6.3	4.2	0.5	75.9	0.5	0.5	4.2	1.0
平成28年10月	191	1	0	0	0	0	180	1	1	7	1
	100.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	94.2	0.5	0.5	3.7	0.5

(注)「~1000円未満」の1施設は、地域医療支援病院の承認を取り下げており、義務化対象外施設となっている。

図表 210 平成28年4月以降の、初診に係る受診時の定額負担の金額の変更状況【500床以上の病院】



図表 226 平成28年10月時点における初診に係る受診時の定額負担額別施設数(医科、平成27年10月時点の定額負担額別)【500床以上の病院のうち、金額変動があった施設】(単位:上段「件」)

		平成27年10月時点→平成28年10月時点				計
		増額		減額		
		5000円未満	5000円以上	5000円未満	5000円以上	
平成27年10月時点	0円	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	1~4999円	0	132	0	0	132
		0.0%	94.3%	0.0%	0.0%	94.3%
	5000円以上	0	8	0	0	8
		0.0%	5.7%	0.0%	0.0%	5.7%
計		0	140	0	0	140
		0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%

(注)・金額変動があった病院140施設を集計対象とした(「金額変動なし」49件、「金額無回答」2件が集計対象外)。

・上記の図表は、平成27年10月時点と比較して平成28年10月時点の受診時の定額負担単価(医科)が増額となった施設、減額となった施設に分類し、さらにその内訳を平成28年10月時点の定額負担単価(医科)が「5000円未満」、「5000円以上」の施設に分類し、対象施設分布を平成27年10月時点の定額負担単価(医科)別にみたもの。

大病院調査の結果②

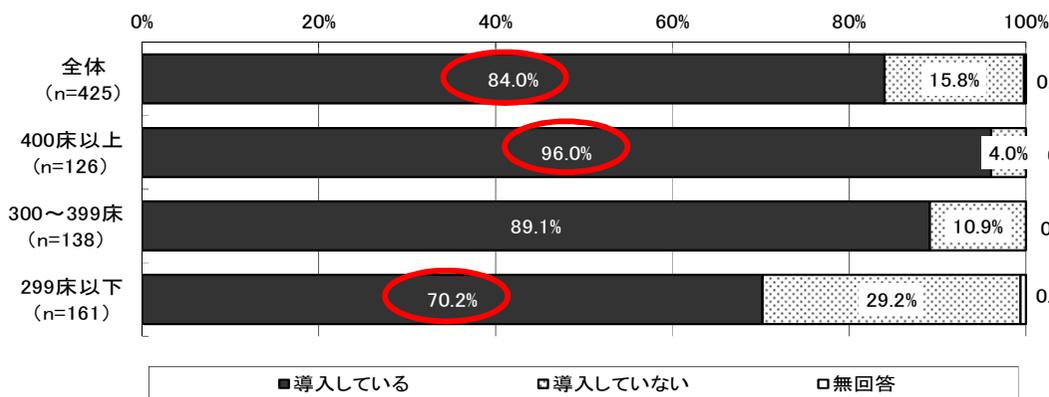
中医協 検 - 4 - 1
29 . 5 . 3 1

< 200床以上500床未満の病院における対応状況 >

定額負担の徴収が義務化されていない200床以上500床未満の病院※では、定額負担を徴収している病院は84.0%で、病床数別にみると400床以上で96.0%、299床以下で70.2%となっていた。

200床以上500床未満の病院のうち、平成28年4月以降、医科・初診時の定額負担の金額を5,000円以上としている病院数は増加しているものの依然として10%に満たなかった。病床数別にみると平成28年10月時点で400床以上の病院の19.0%は5,000円以上であった。 ※一般病床が200床以上500床未満の病院

図表 207 初診時選定療養費を徴収する制度の導入状況
【200床以上500床未満の病院】



図表 231 初診時選定療養費の金額別分布(医科)
【200床以上500床未満の病院】 (単位:上段「件」、下段「%」)

	総数	~1000円未満	1000円以上~	2000円以上~	3000円以上~	4000円以上~	5000円以上~	6000円以上~	7000円以上~	8000円以上~	無回答
平成27年10月	357	27	126	111	63	8	13	0	0	1	8
	100.0	7.6	35.3	31.1	17.6	2.2	3.6	0.0	0.0	0.3	2.2
平成28年4月	357	24	122	111	58	8	26	0	0	1	7
	100.0	6.7	34.2	31.1	16.2	2.2	7.3	0.0	0.0	0.3	2.0
平成28年10月	357	24	119	108	61	7	29	1	0	0	7
	100.0	6.7	33.3	30.3	17.1	2.0	8.1	0.3	0.0	0.0	2.0

図表 232 初診時選定療養費の金額別分布(平成28年10月、医科、病床規模別)
【200床以上500床未満の病院】 (単位:上段「件」、下段「%」)

	総数	~1000円未満	1000円以上~	2000円以上~	3000円以上~	4000円以上~	5000円以上~	6000円以上~	7000円以上~	8000円以上~	無回答
全体	357	24	119	108	61	7	29	1	0	1	7
	100.0	6.7	33.3	30.3	17.1	2.0	8.1	0.3	0.0	0.3	2.0
400床以上	121	3	22	39	29	3	21	1	0	1	2
	100.0	2.5	18.2	32.2	24.0	2.5	17.4	0.8	0.0	0.8	1.7
300~399床	123	4	46	42	21	3	6	0	0	0	1
	100.0	3.3	37.4	34.1	17.1	2.4	4.9	0.0	0.0	0.0	0.8
299床以下	113	17	51	27	11	1	2	0	0	0	4
	100.0	15.0	45.1	23.9	9.7	0.9	1.8	0.0	0.0	0.0	3.5

大病院調査の結果③

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞

中医協 検 - 4 - 1
2 9 . 5 . 3 1

500床以上の病院、200床以上500床未満の病院のいずれにおいても、初診患者について、平成28年10月の紹介状なしの患者比率等は平成27年10月より減少していたが、500床以上の病院の方が200床以上500床未満の病院よりも比率がより低下していた。

(500床以上の病院:42.6%→39.7%(2.9%減)、200床以上500床未満の病院:60.3%→59.4%(0.9%減))

図表 240

初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等
(n=139) 【500床以上の病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	2,373.6	2,120.2	2,196.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1,010.1	843.4	872.8
③うち、定額負担徴収の対象患者数(人)	478.9	325.5	341.0
④うち、定額負担徴収患者数(人)	433.2	283.9	297.8
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	42.6%	39.8%	39.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	20.2%	15.4%	15.5%
⑦対象患者数比率(③/②)	47.4%	38.6%	39.1%
⑧徴収患者比率A(④/②)	42.9%	33.7%	34.1%
⑨徴収患者比率B(④/③)	90.5%	87.2%	87.3%

図表 243

初診患者数、紹介状なしの患者数、初診時選定療養費徴収患者数等
(n=247) 【200床以上500床未満の病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数	1,533.2	1,344.7	1,451.4
②うち、紹介状なしの患者数	924.9	792.3	862.5
③うち、初診時選定療養費の対象患者数	506.7	401.7	430.3
④うち、初診時選定療養費の徴収患者数	434.3	334.8	359.3
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	60.3%	58.9%	59.4%
⑥初診時選定療養費徴収患者比率(③/①)	33.0%	29.9%	29.6%
⑦対象患者数比率(③/②)	54.8%	50.7%	49.9%
⑧徴収患者比率A(④/②)	47.0%	42.3%	41.7%
⑨徴収患者比率B(④/③)	85.7%	83.3%	83.5%

(注)

- ・全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。
- ・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

大病院調査の結果④

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞

中医協 検 - 4 - 1
2 9 . 5 . 3 1

500床以上の病院における平成28年10月時点の、紹介状なしの初診患者のうち定額負担の対象となる患者割合（徴収患者比率A）は34.1%、定額負担の対象となる患者のうち実際に徴収した患者割合（徴収患者比率B）は87.3%であった。

また、500床以上の病院のうち、14.1%の病院が、紹介状を持たず、定額負担を求めないことができる正当な理由のない患者であるが、説明しても同意が得られなかったために、徴収しなかった患者がいると回答した。

【再掲】図表 240

初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（n=139）【500床以上の病院】

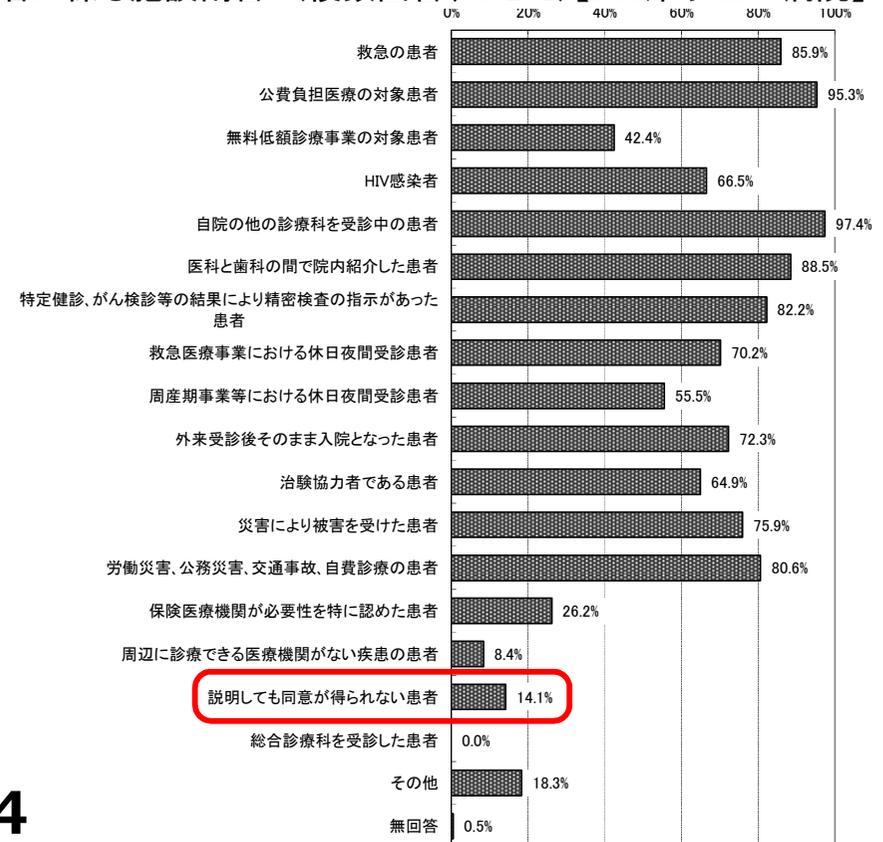
	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	2,373.6	2,120.2	2,196.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1,010.1	843.4	872.8
③うち、定額負担徴収の対象患者数(人)	478.9	325.5	341.0
④うち、定額負担徴収患者数(人)	433.2	283.9	297.8
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	42.6%	39.8%	39.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	20.2%	15.4%	15.5%
⑦対象患者数比率(③/②)	47.4%	38.6%	39.1%
⑧徴収患者比率A(④/②)	42.9%	33.7%	34.1%
⑨徴収患者比率B(④/③)	90.5%	87.2%	87.3%

(注) ・全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。

・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

図表 249

紹介状を持たない患者であるものの、受診時の定額負担を徴収しない患者に係る施設割合（複数回答、n=191）【500床以上の病院】



大病院調査の結果⑤

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞

中医協 検 - 4 - 1
2 9 . 5 . 3 1

医科・初診時の徴収金額別にみると、紹介状なしの患者比率は、設定金額が5,000円以上の病院では約37%であり、5,000円未満の病院では約61%であった。

また、平成27年10月は医科・初診時の徴収金額が5,000円未満であったが、平成28年10月までに5,000円以上に増額した病院では、紹介状なしの患者のうち初診に係る定額負担徴収対象患者数は、32.0%減少していた。

図表 246
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価が5000円未満であった病院）(n=220)
【全病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	1,476.7	1,296.7	1,401.3
②うち、紹介状なしの患者数(人)	915.6	789.2	860.3
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数(人)	515.0	411.8	441.4
④うち、定額負担の徴収患者数(人)	446.6	347.4	372.6
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	62.0%	60.9%	61.4%
⑥対象患者数比率(③/②)	56.2%	52.2%	51.3%
⑦徴収患者比率A(④/②)	48.8%	44.0%	43.3%
⑧徴収患者比率B(④/③)	86.7%	84.4%	84.4%

図表 247
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価が5000円以上であった病院）(n=49)
【全病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	2,603.8	2,388.3	2,464.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	975.8	865.5	905.5
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数(人)	429.4	338.3	354.4
④うち、定額負担の徴収患者数(人)	355.1	264.1	275.5
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	37.5%	36.2%	36.7%
⑥対象患者数比率(③/②)	44.0%	39.1%	39.1%
⑦徴収患者比率A(④/②)	36.4%	30.5%	30.4%
⑧徴収患者比率B(④/③)	82.7%	78.1%	77.7%

図表 248 初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価について5000円未満から5000円以上に増額した病院）(n=110)【全病院】

	平成27年10月	平成28年10月	増減率
①初診患者数	2,211.7	2,031.6	-8.1%
②うち、紹介状なしの患者数	1,016.7	854.6	-15.9%
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数	494.1	336.0	-32.0%
④うち、定額負担の徴収患者数	443.7	294.8	-33.6%
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	46.0%	42.1%	
⑥対象患者数比率(③/②)	48.6%	39.3%	
⑦徴収患者比率A(④/②)	43.6%	34.5%	
⑧徴収患者比率B(④/③)	89.8%	87.7%	

(注)

- 500床以上の病院、200床以上500床未満の病院を合わせた全病院のうち、図表246は平成27年10月、平成28年4月、平成28年10月いずれも5000円未満であった施設を、図表247はいずれも5000円以上であった施設を集計対象とし、図表248は平成27年10月は5000円未満であったが、平成28年10月には5000円以上に増額した施設を集計対象とした。
- 患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

大病院調査の結果⑥

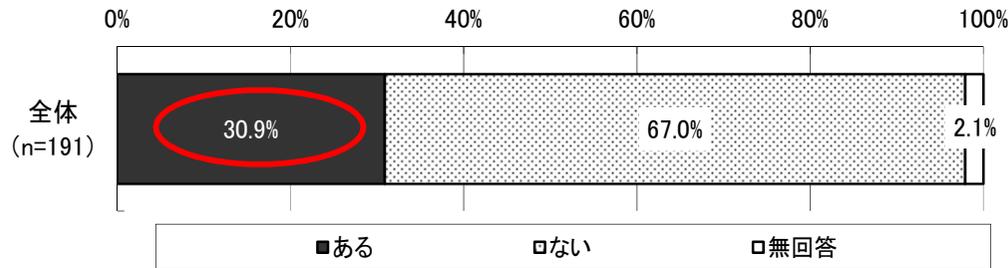
<義務化への対応で困ったこと>

中医協 検 - 4 - 1

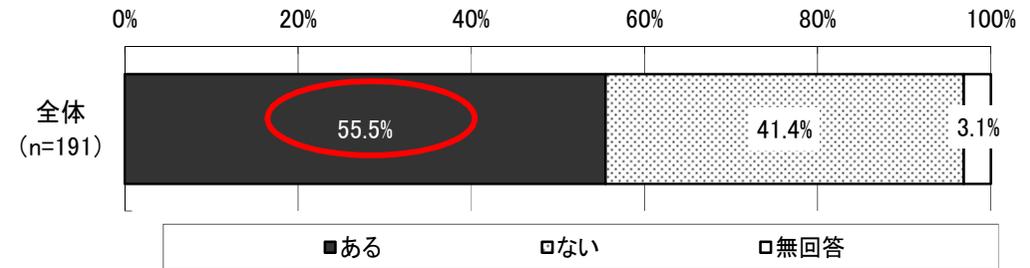
2 9 . 5 . 3 1

平成28年4月以降、紹介状を持たない初診患者から受診時に定額負担を徴収することが義務化された500床以上の病院のうち、定額負担の金額を変更する際に困ったことがあったと回答した病院は30.9%で、実際に徴収する際に困ったことがあったと回答した病院は55.5%であった。

図表 251 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額を変更する際に困ったことの有無【500床以上の病院】



図表 255 初診に係る受診時の定額負担を徴収する際に困ったことの有無【500床以上の病院】



図表 252 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額を変更する際に困ったこと(自由記述式)【500床以上の病院】

- 患者への周知、説明、クレーム対応
 - ・金額が高いことに患者から苦情が寄せられる。
 - ・掲示や受付時に説明していても、支払い時に納得いかない患者の対応に苦慮している。
 - ・病状によっては受診しないと初診か再診かわからないことがあり、事前の電話での問合せに苦慮した。
- 徴収金額や対象患者の基準が曖昧であること
 - ・金額をいくらにすべきか決定する根拠が少なく困った。
 - ・定額負担を求めなくともよい患者の範囲が不明確なため、現在でも取り扱いに疑義が生じることがある。
- 受診患者の減少
 - ・経済的な理由で選定療養費に了承されず、受診せずに帰った患者もいる。

図表 256 初診に係る受診時の定額負担を徴収する際に困ったこと(自由記述式)【500床以上の病院】

- 患者への説明、クレーム対応
 - ・患者への周知。負担が大きくなることの説明方法。
 - ・お金を払えば大病院を受診できる制度と解釈している患者がいる。
 - ・患者からの意見が増えた(公立病院なのになぜ高額な料金をとるのか等)。
 - ・乳幼児医療証を持っており、医療費が無料であるため、定額負担が理解されにくい。
- 患者とのトラブル
 - ・同意を取って受診後、会計にて支払いを拒否する場合。
 - ・過去に受診した患者で、中止・治癒等の転帰の後に受診した患者から徴収する際にトラブルになることがあった。
- その他
 - ・緊急性について患者側と医師側で認識にずれがある。

大病院調査の結果（再診について）

○ 検証調査によると、500床以上の病院において、他医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者数は、再診延べ患者数30,971人のうち144人であり、再診の定額負担徴収の対象患者数についても20人とともに少数であった。（定額負担徴収患者比率＝0.1％）

図表 297 再診患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（導入施設、n=69）【500床以上の病院】

		平成27年10月	平成28年4月	平成28年10月
①再診患者延べ人数		32,348.9	30,381.1	30,971.4
②うち、他医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者数		150.9	143.1	144.3
③うち、定額負担徴収の対象患者数		20.3	19.0	20.1
④うち、定額負担徴収患者数		0.0	0.7	1.2
⑤他医療機関を紹介したが自院を受診した患者比率（②／①）		0.5%	0.5%	0.5%
⑥定額負担徴収対象患者比率（③／①）		0.1%	0.1%	0.1%
⑦対象患者数比率（③／②）		13.4%	13.3%	13.9%
⑧徴収患者比率A（④／②）		0.0%	0.5%	0.8%
⑨徴収患者比率B（④／③）		0.0%	3.5%	5.8%

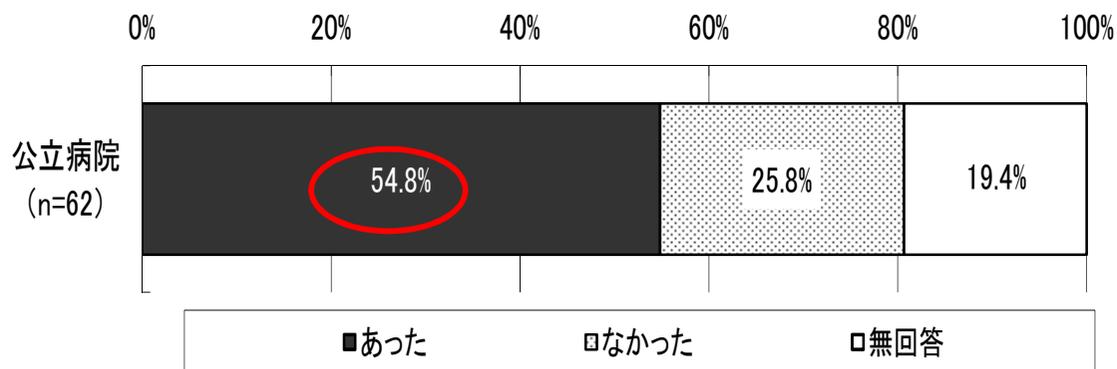
（注）・全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。

・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

大病院調査の結果（条例改正について）

- 受診時定額負担の導入時において、初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の有無は、500床以上の病院の「公立病院」62施設では「あった」が54.8%、「なかった」が25.8%であった。
- また、条例改正の時期については、6月以降が8割以上であった。

図表 218 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の有無【500床以上の病院】



図表 219 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の時期（条例改正があった施設）【500床以上の病院】

月	施設数(件)	構成割合(%)
1月	0	0.0
2月	1	2.9
3月	2	5.9
4月	3	8.8
5月	0	0.0
6月	18	52.9
7月	2	5.9
8月	1	2.9
9月	1	82.2%
10月	6	17.6
全体	34	100.0

第107回社会保障審議会医療保険部会（平成29年10月4日）各委員の発言要旨

（対象範囲についての意見）

- ・ 病院と診療所の機能分化を進めるという大きな考え方は支持するので、機能分化を進める意思表示として、病床数を現在の500床から引き下げ対象範囲を拡大すべき。
- ・ 定額負担の導入によって、特定機能病院の初診を受ける患者数がすこしでも減少したのは確か。地域支援病院の病床基準を200床以上まで拡大して、相当数の病院においてやるべきではないか。

（設定金額についての意見）

- ・ 患者の受診行動の変化は金額の問題だけでは進まない。
- ・ 定額負担の5,000円という金額が、患者が紹介状を持たずに受診することに対するペナルティーと捉えているか、あるいは、5,000円を払えば紹介状なしでも大病院の診療が受けられる利用料と捉えているか、受けとめ方がとても微妙で、現在の定額負担制度で出ている効果はこの程度で然るべしという印象。

（再診についての意見）

- ・ 初診の議論だけでは病診連携が十分にできない。患者にはある程度の治療方針が立ったら、地域の中小病院・診療所に戻ることを促す必要があり、ひいてはそれが大病院勤務医の負担軽減につながる。

（対象とならない患者についての意見）

- ・ 救急患者が定額負担徴収の対象とならない患者となっていることが、軽症患者が救急を利用する要因となっている可能性があり、この点は本制度の目的からは意図しない方向に進んでいるおそれがある。対象除外患者類型ごとの受診数の推移等のデータを取って分析をする必要があるのではないか。

紹介状なしの大病院受診時の定額負担に係る課題と論点(案)

【課題】

- 平成28年度から、特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院は、紹介状なしで受診する外来患者から定額負担(「医科・初診5,000円以上」等)を徴収することとされている。
- 許可病床数500床以上の医療機関数は年々減少傾向にある。
- 特定機能病院や臨床研修中核病院は、許可病床数400床以上であることが承認要件とされており、一定の病床数を有することを要件とする診療報酬項目の見直しが、検討課題となっている。
- 国の公費負担医療制度の受給対象者等は、導入当時の議論において、制度趣旨にそぐわないものとして対象から除外されている。
- 平成28年度検証調査の結果概要は以下のとおりであった。
 - 定額負担の徴収が義務である病院の9割以上は、医科・初診時の徴収金額が5,000円以上6,000円未満。
 - 定額負担の徴収が義務でない病院のうち8割以上でも一定額を徴収。うち、400床以上の病院では、9割以上が一定額を徴収し、うち徴収金額が5,000円以上は2割程度。
 - 紹介状なしの患者比率は、義務である病院で42.6%→39.7%に、義務ではない病院で60.3%→59.4%に低下。
 - 徴収金額別で紹介状なしの患者比率を見ると、5,000円未満では6割以上、5,000円以上では4割未満。
 - 定額負担の徴収が義務である病院において、紹介状なしの患者のうち定額負担の対象除外となる患者の割合は約6割。
 - 再診については、500床以上の病院において、定額負担徴収対象患者比率が0.1%と少なかった。
 - 受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の有無は、500床以上の病院の「公立病院」では「あった」が54.8%。また、条例改正の時期については、6月以降が8割以上であった。

【論点(案)】

- 診療報酬における病床数に係る要件の見直しや検証調査の結果等を踏まえ、対象医療機関の範囲の拡大についてどう考えるか。また、範囲を拡大する場合には、自治体による条例改正が必要な公的医療機関については、6ヶ月の経過措置を設けてはどうか。
- 設定金額については、検証調査の結果等を踏まえつつ、更なる引上げの効果は現時点で不明であることから、現在のままとしてはどうか。
- 対象除外患者の範囲については、制度趣旨にそぐわないものとして定められているものであり、現在のままとしてはどうか。

横断的事項(その4)

1. 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減

2. 診療報酬における病床数の取扱い

(1) 病床数を要件とした診療報酬

(2) 大病院受診時定額負担

3. 地域の実情を踏まえた対応

医療資源の少ない地域に関する評価の経緯

平成24年度診療報酬改定

- 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする
※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く
- 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設
- チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設

平成26年度診療報酬改定

- 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の要件を緩和した評価を導入
- 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える
- チーム医療等に係る評価については、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和

平成28年度診療報酬改定

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し

<対象地域に関する要件>

- 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件※とする
- 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に加える

※要件 -----
①人口当たり医師数が下位
1/3かつ人口当たり看護
師数が下位1/2
②病院密度が下位15%又は
病院密度が下位15%

<経過措置>

平成28年1月1日において現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、平成30年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。

- 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加える
(特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く)

医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏の見直し

医療資源の少ない地域に配慮した評価※1を更に適切に推進する観点から、人口当たりの医師・看護師数や病院密度が低い地域が対象となるよう対象地域に関する要件等を見直した上で評価を継続する。

※1: 医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上で、それに見合った評価を設定したもののや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めたもの等

➤ 一般病棟10対1入院基本料を算定している病院※2を新たに対象に加える。

※2: 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く。

➤ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に加える。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域・41二次医療圏)

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	留萌	留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鯨ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
秋田県	北秋田	北秋田市、上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市、美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町、東成瀬村

都道府県	二次医療圏	市町村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
福島県	南会津	下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
長野県	木曾	木曾郡(上松町、南木曾町、木祖村、王滝村、大桑村、木曾町)
	北信	中野市、飯山市、下高井郡(山ノ内町、木島平村、野沢温泉村)、下水内郡(栄村)
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
滋賀県	湖西	高島市
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	高幡	須崎市、中土佐町、檮原町、津野町、四万十町
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	阿蘇	阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村、南阿蘇村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域を対象とする。

[経過措置]

平成28年1月1日時点で改定前の特定地域において、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、平成30年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件の緩和

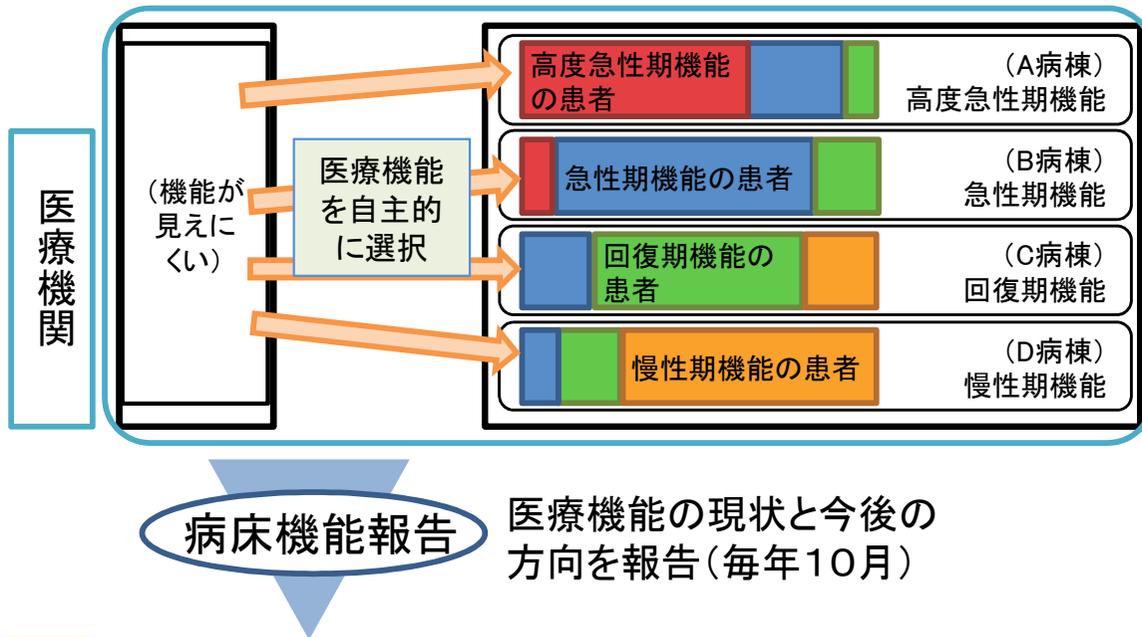
- 医療資源の少ない地域（特定地域）においては、入院基本料の算定、人員配置、夜勤の要件が緩和の対象となっている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主要要件緩和等	緩和の対象
A100 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A108 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A226-2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A233-2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A246 退院支援加算2*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上※ ¹ 、看護職員の最小必要数の4割以上※ ² が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※ ¹ 特定地域以外では、13対1以上 ※ ² 特定地域以外では、7割以上	人員配置
A317 特定一般病棟入院料	・一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） ・看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 ・看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
B001 24 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置

* 医療資源の少ない地域に所在する保健医療機関（特定機能病院、許可病床数が200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

出典：算定回数は特定地域の要件の緩和の対象となっているものについて、社会医療診療行為別統計（平成28年6月審査分）より

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「**地域医療構想**」は、**2025年に向け、病床の機能分化・連携を進める**ために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

都道府県 医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

南和地域の広域医療提供体制の再構築

第8回地域医療構想に関するWG
(平成29年10月26日)資料1-2改

発想の契機

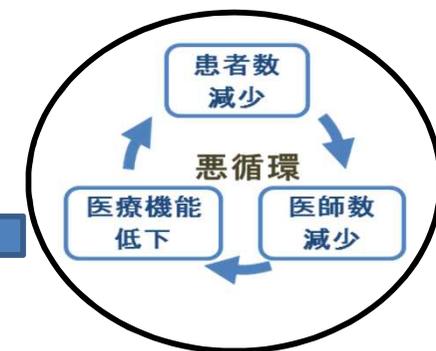
- ・町立大淀病院
- ・県立五條病院
- ・国保吉野病院

3つの公立病院(急性期)がそれぞれ医療を提供

連携内容

医療機能が低下している3つの公立病院を、1つの救急病院(急性期)と2つの地域医療センター(回復期・療養期)に役割分担し、医療提供体制を再構築

12市町村とともに、県が構成員として参加する全国でも珍しい一部事務組合で3病院の建設、改修、運営を実施



南和広域医療企業団

回復期・慢性期

吉野病院 (96床)
改修 (H28年4月)



急性期・回復期

南奈良総合医療センター (232床)
新設 (H28年4月)

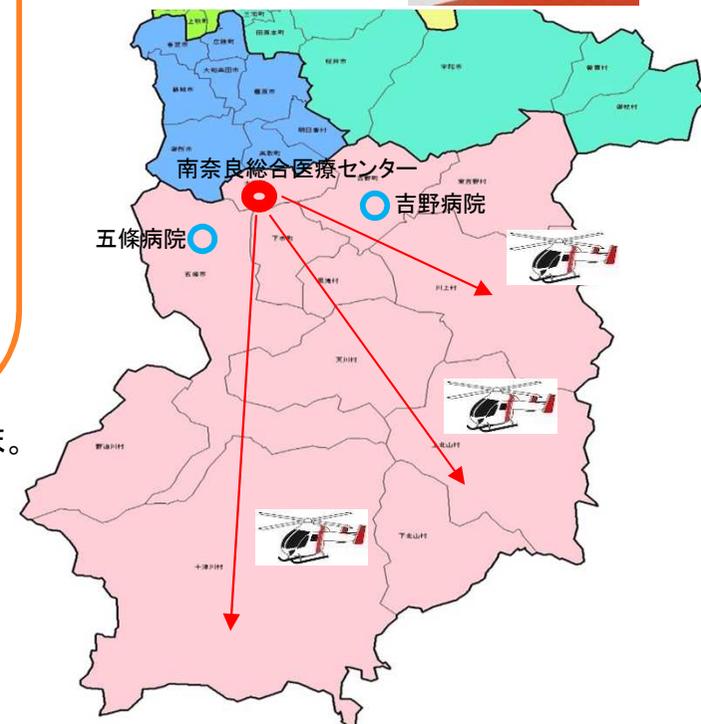
回復期・慢性期

五條病院 (45床)
改修 (H29年4月)



連携

H29.3ドクターヘリ
運用開始



※医療提供体制の再構築前の3つの公立病院の病床数は、大淀病院275床、五條病院199床、吉野病院99床。

連携の成果

- ・急性期から慢性期まで**切れ目の無い医療提供体制を構築**
- ・救急搬送受入数 計 5.7件→**11.2件/日**(H28年度実績)
- ・病床利用率 65.0%→**88.8%**(H28年度実績)
- ・**へき地診療所との連携強化**
(医療情報ネットワークで結び、病院の予約や検査結果の相互利用)

南和地域の医療提供体制の再構築、ドクターヘリの運用により、救急医療、へき地医療、災害医療等が充実

■一般病棟7対1入院基本料算定病院

【医療法人】(n=60、平均病床数=172)

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	3,768,169	99.9%	3,918,814	99.9%	4.0%
II 介護収益	4,712	0.1%	3,409	0.1%	▲27.6%
III 医業・介護費用	3,739,523	99.1%	3,889,724	99.2%	4.0%
IV 損益差額(I+II-III)	33,358	0.9%	32,499	0.8%	—
V その他の医業・介護 関連収益	88,780	2.4%	68,859	1.8%	▲22.4%
VI その他の医業・介護 関連費用	70,266	1.9%	86,504	2.2%	23.1%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	51,873	1.4%	14,854	0.4%	—
1床あたり医業収益	21,908	—	22,784	—	—
1床あたり入院診療収益	15,105	—	15,705	—	—

■一般病棟10対1入院基本料算定病院

【医療法人】(n=81、平均病床数=141)

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	2,379,685	99.8%	2,405,984	99.8%	1.1%
II 介護収益	5,768	0.2%	4,016	0.2%	▲30.4%
III 医業・介護費用	2,344,414	98.3%	2,386,952	99.0%	1.8%
IV 損益差額(I+II-III)	41,040	1.7%	23,048	1.0%	—
V その他の医業・介護 関連収益	71,639	3.0%	69,945	2.9%	▲2.4%
VI その他の医業・介護 関連費用	69,176	2.9%	64,043	2.7%	▲7.4%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	43,503	1.8%	28,950	1.2%	—
1床あたり医業収益	16,877	—	17,064	—	—
1床あたり入院診療収益	11,575	—	11,719	—	—

【公立】(n=60、平均病床数=391)

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	8,416,701	100.0%	8,555,013	100.0%	1.6%
II 介護収益	2,259	0.0%	3,399	0.0%	50.5%
III 医業・介護費用	8,967,278	106.5%	9,308,406	108.8%	3.8%
IV 損益差額(I+II-III)	▲548,318	▲6.5%	▲749,994	▲8.8%	—
V その他の医業・介護 関連収益	1,262,384	15.0%	1,321,191	15.4%	※※
VI その他の医業・介護 関連費用	481,746	5.7%	1,494,410	17.5%	※※
VII 総損益差額(IV+V-VI)	232,320	2.8%	▲923,212	▲10.8%	—
1床あたり医業収益	21,526	—	21,880	—	—
1床あたり入院診療収益	14,751	—	14,960	—	—

【公立】(n=47、平均病床数=173)

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	2,409,907	99.9%	2,409,929	99.9%	0.0%
II 介護収益	2,816	0.1%	3,273	0.1%	16.2%
III 医業・介護費用	2,737,013	113.4%	2,895,401	120.0%	5.8%
IV 損益差額(I+II-III)	▲324,290	▲13.4%	▲482,199	▲20.0%	—
V その他の医業・介護 関連収益	456,447	18.9%	615,697	25.5%	※※
VI その他の医業・介護 関連費用	143,534	5.9%	553,086	22.9%	※※
VII 総損益差額(IV+V-VI)	▲11,377	▲0.5%	▲419,588	▲17.4%	—
1床あたり医業収益	13,930	—	13,930	—	—
1床あたり入院診療収益	8,626	—	8,674	—	—

※合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。

※「構成比率」は、「I 医業収益」と「II 介護収益」を合算した金額に対する割合である。

※※公立病院は、平成26年度から新会計基準が適用されたため、伸び率は算出していない。

病床数を要件とする診療報酬の取扱い

- 病床規模に応じた医療機関の機能等を踏まえ、診療報酬には病床数が施設基準等の要件に含まれる項目が存在する。

	例
許可病床数500床以上	初診料・外来診療料における特定の点数(209点、54点※ ¹)の算定要件 ※ ¹ 通常の点数はそれぞれ282点、73点
	地域包括ケア病棟入院料における届出可能な病棟数の制限
許可病床数500床未満	在宅患者共同診療料の算定要件
許可病床数200床以上	小児外来診療料において特定の患者に対する保険外併用療養費に係る選定療養の適用
	在宅療養後方支援病院の要件
許可病床数200床未満	特定療養指導管理料、地域包括診療料、在宅時医学総合管理料等の算定要件
	処方料、処方せん料における加算の要件
一般病床数200床以上	外来診療料の算定要件
	一般病棟10対1入院基本料等においてデータ提出が要件
一般病床数200床未満	再診料の算定要件
	データ提出加算における特定の点数(加算1 170点、2 180点※ ²)の算定要件 ※ ² 一般病床数200症以上はそれぞれ120点、130点
許可病床数100床以上	精神疾患診療体制加算の算定要件
	精神科急性期医師配置加算の算定要件※ ³ ※ ³ 精神病床を除く許可病床数が100床以上の場合

項目名	病床数に係る要件	点数	病院の算定回数
A001 再診料	一般病床数200床未満の病院	72点	12,787,055回
A206 在宅患者緊急入院診療加算1	(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は在宅療養後方支援病院が他の保険医療機関の求めに応じて在宅患者を入院させた場合に算定) 許可病床数500床以上の在宅療養後方支援病院は、特定の疾病等を有する患者を入院させた場合に限り算定	入院初日 2,500点	308回
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	○地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2については、許可病床数200床未満に限る ○以下の場合にあつては、届出可能な病棟は1病棟に限る ・許可病床数が500床以上の病院であつて、地域包括ケア病棟入院料1又は2の届出を行う場合 等	1日につき 2,044点～2,558点	入院料 1 646,586回 2 28,920回 管理料 1 277,165回 2 16,963回
B000 特定疾患療養管理料	許可病床数100床未満の病院	月2回まで 147点	1,615,075回
	許可病床数100床以上200床未満の病院	月2回まで 87点	1,643,423回
B001-2-9 地域包括診療料	許可病床数200床未満の病院(又は診療所)	月1回 1,503点	191回
B001-2-10 認知症地域包括診療料		月1回 1,515点	17回
B001-3 生活習慣病管理料		月1回 650点～1,280点	計15,386回

出典：病院の算定回数は、社会医療診療行為別統計(平成28年6月審査分)

項目名	病床数に係る要件	点数	病院の算定回数
C002 在宅時医学総合管理料	(診療所、)在宅療養支援病院及び許可病床数200床未満の病院	月1回 510点～5,400点	1 16,905回 2 7,766回 3 6,220回
C002-2 施設入居時医学総合管理料		月1回 510点～3,900点	1 9,592回 2 5,708回 3 5,397回
C010 在宅患者連携指導料		月1回 900点	1回
C012 在宅患者共同診療料	許可病床数500床未満の在宅療養後方支援病院	1年以内に合わせて 2回まで 240～1,500点	計20回
F100 処方料	(診療所又は)許可病床数200床未満の病院において、入院中の患者以外の患者(特定の疾患を主病とするものに限る)に対して処方を行った場合	月2回まで 18点又は65点加算	18点 224,869回 65点 593,276回
F400 処方せん料	(診療所又は)許可病床数200床未満の病院において、入院中の患者以外の患者(特定の疾患を主病とするものに限る)に対して処方せンを交付した場合	月2回まで 18点又は65点加算	18点 691,897回 65点 2,322,243回
在宅療養支援病院	許可病床数200床未満の病院又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しない病院		

項目名	病床数に係る要件	点数	病院の算定回数
A105 専門病院入院基本料	<u>一般病床数200床以上</u>	1日につき 1,121点～1,591点	30,224回
A248 精神疾患診療体制加算	<u>許可病床数100床以上</u>	入院初日1,000点 入院初日から 3日以内に1回 330点	266回 255回
A249 精神科急性期医師配置加算	<u>精神病床を除く許可病床数が100床以上</u>	1日につき 500点	166,405回
B001-2 小児科外来診療料	許可病床数200床以上の病院は、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した3歳未満の乳幼児の初診については、保険外併用療養費に係る選定療養の対象となる	1日につき 572点	42,962回 (うち、200症以上は15,246回)
		1日につき 682点	28,345回 (うち、200症以上は15,288回)
F100 処方料	抗悪性腫瘍剤処方管理加算： <u>許可病床数200床以上</u>	月1回 70点加算	28,603回
F400 処方せん料	抗悪性腫瘍剤処方管理加算： <u>許可病床数200床以上</u>	月1回 70点加算	111,996回
在宅療養後方支援病院	<u>許可病床数200床以上の病院</u>		

地域の実情を踏まえた対応に関する課題と論点(案)

【課題】

【医療資源の少ない地域】

- ・ 医療資源の少ない地域については、人口当たりの医師・看護師数や病院密度が低い地域が対象となっており、41二次医療圏と離島を含む二次医療圏が対象となっている。
- ・ 医療資源の少ない地域に配慮し、入院基本料の算定、人員配置、夜勤の要件が緩和の対象となっている。
- ・ 2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるため、都道府県により地域医療構想が策定されている。
- ・ 医療資源の少ない地域においては、医療機関同士が役割分担して医療提供体制を再構築し、一定規模以上の病院がその病床規模に応じて求められる役割以外の機能も含めて、さまざまな機能を果たしている場合がある。
- ・ 医療法人と公立で病院の1床あたり医業収益と入院診療収益を比較すると、医療法人の方が公立に比べ、平均病床数は小さいが、いずれも収益が高い。公立は、医療法人に比べ、その他の医療・介護関連収益が高い。

【病床数を要件とする診療報酬の取扱い】

- ・ 病床規模に応じた医療機関の機能に着目し、機能分化・連携を推進する等の観点から、病床数が要件に含まれる診療報酬項目が存在する。
- ・ 病床数が増加又は減少することで算定できなくなる診療報酬の項目がある。
- ・ 200床以上の病院では、当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在すると、当該診療所が在宅医療を提供していなくても、在宅療養支援病院となることのできない取扱いとなっている。

【論点(案)】



- 医療資源の少ない地域においては、一定規模以上の病院がその病床規模に応じて求められる役割以外の機能も含めて、さまざまな機能を果たしている場合があることなども踏まえ、病床数を要件とした診療報酬について、各項目の趣旨等も勘案しつつ、一定の配慮を行うことについて、どのように考えるか。