

## 働き方改革とタスクシフト

日本全体で「働き方改革」が推進されていますが、「医師・医療従事者の働き方改革」には、大きく2つの特長があります。

一つ目の特長は、「地域医療構想」「医師偏在対策」「医師・医療従事者の働き方改革」を「三位一体」で推進することです。「働き方改革」だけに注目せずに、全体像をしっかりと捉えて進めることが必要となります。まず基本となる「地域医療構想」によって、2次医療圏ごとの病床数と病床機能（病院機能）が見直され、各医療機関（病院）の医師・医療従事者の配置人数が固まります。それを基に職種ごとに「医師・医療従事者の働き方改革」を進めることとなります。

二番目の特長は「医師・医療従事者の働き方改革」の中心は「医師の働き方改革」であるということです。医師には、「応召義務」「当直」「専門性の研鑽」という職務上の特長があり、それらの運用といかにバランスさせるかが論点となります。

医師の働き方改革を推進のための具体策の一つが「タスクシフト」と「タスクシェア」になります。とは言え医師からの「タスクシフト」「タスクシェア」を進めても、仕事量の総量はかわらないので、医師以外の医療従事者の人員配置数を考慮して進めることが必要です。

上記の二つの特長を理解した上で「医師・医療従事者の働き方改革」を進めることが重要です。

医師の時間外労働時間については、2024年3月末までを第1ステップ、2035年3月末までを第2ステップとして上限規制が設けられています。なお、除外規定として病院の機能を加味した「B水準」、医師の専門性の研鑽を考慮した「C水準」が設けられています。

女性の医師や医療従事者は、今後さらに比率があがってくるので、身体的な特長や産休・育休などを配慮することが、さらに求められてきます。

タスクシフトについては、「特定行為研修（特定看護師）」と「医師事務作業補助体制加算」が注目されています。

「医師・医療従事者の働き方改革」のための各種の予算も計上されており、それとは別に令和2年度の診療報酬改定でも、各種の項目で評価が進んでいます。

2025年、2040年に向けての、「医師・医療従事者の働き方改革」について、医療政策全体を俯瞰してご理解いただく一助になれば幸いです。

Q:医療従事者の働き方改革のポイントは何ですか？

A:2025年問題、2040年問題を視野に入れた改革です。①医療再編の骨子である「地域医療構想」を中心に、②医師の偏在の解消、③医師・医療従事者の働き方改革の3つが相互に関連しています。特に、医師については、「応召義務」の扱い、「当直」や「専門性の研鑽」の運用などの特殊要因もあり、それらも考慮した上での長時間労働の対策が焦点になっています。（）

また、それに対する予算も計上されています。（）

図1 2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）



厚生労働省 第66回社会保障審議会医療部会 平成31年4月24日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210433\\_00004.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210433_00004.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000504323.pdf>

図2 医療提供体制の改革に係る令和2年度概算要求の概要



厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会（第424回）個別事項（その2） 令和元年9月25日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00039.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00039.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000550468.pdf>

Q:医師の働き方改革で論点になっている「応召義務」とは何ですか？  
 A:医師法の第19条に「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」とあり、その「正当な理由」については、病気や不在などに極めて限定されているため、時間外等でも診療することが必要となります。医師の働き方改革については、医師の数だけでなく、この「応召義務」の運用が論点となっています。（ 図3 ・ 図4 ）

## 医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要

□ 医師の働き方改革に関する検討会（座長：岩村正彦東京大学大学院法学政治学研究科教授）において、医師の時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等についてとりまとめを行った（平成31年3月28日）。

1. 医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

**医師の働き方改革を進める基本認識**

- 我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており危機的な状況。昼夜を問わず患者への対応を求められる仕事で、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態。
- 健康への影響や過労死の懸念、仕事と生活の調和への関心の高まり、女性医師割合の上昇等も踏まえ、改革を進める必要。
- 医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成のあり方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域が存在、国民の医療のかかり方等の様々な課題が存在。これらに関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきであり、規制内容を遵守できる条件整備の観点からも推進する必要。

**医師の診療業務の特殊性（応召義務について）**

- 医療機関としては労働基準法等の関係法令を遵守した上で医師等が適切に業務遂行できる体制・環境整備を行う必要。応召義務を理由に、違法な診療指示等に従うなど、際限のない長時間労働を求められていると解することは正当ではない。

**（医師の診療業務の特殊性）**

- 公共性（国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質等の確保が必要）
- 不確実性（疾病発生が予見不可能である等）
- 高度の専門性（業務独占、養成に約10年要する）
- 技術革新と水準向上（新しい診断・治療法の追求と活用・普及の両方が必要）

2. 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿

- 労働時間管理の適正化が必要。その際、宿日直許可基準における夜間に従事する業務の例示等の現代化、医師の研鑽の労働時間の取扱いについての考え方を示す必要。
- 医師の労働時間短縮のために、医療機関のマネジメント改革（意識改革、チーム医療の推進（特定行為研修制度のパッケージ化等）、ICT等による効率化）、地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策の推

進、上手な医療のかかり方の周知を全体として徹底して取り組んでいく必要。また、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境の整備が重要。

- 個々の医療機関に対するノウハウ提供も含めた実効的な支援策、第三者の立場からの助言等が重要。
- 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会等とりまとめた方策を国が速やかに具体的施策として実行。<sup>1</sup>

厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会 報告書 平成31年3月29日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_04273.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04273.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496523.pdf>

図4 応召義務について

## 応召義務について

○ 医師法第19条に、いわゆる医師の応召義務が規定されており、診療に従事する医師は、正当な事由がなければ患者からの診療の求めを拒んではならないとされている。

<参考> 医師法（昭和23年法律第201号）・抄  
 第19条 診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。  
 2（略）

○ ここにいう「正当な事由」のある場合とは、医師の不在又は病気等により事実上診療が不可能な場合に限られると解される。  
 （昭和30年8月12日付医収第755号長野県衛生部長あて厚生省医務局医務課長回答）

<「正当な事由」に該当しないとされる例>（昭和24年9月10日付医発第752号厚生省医務局長通知）

- ・ 医業報酬が不払であっても直ちにこれを理由として診療を拒むことはできない。
- ・ 診療時間を制限している場合であっても、これを理由として急施を要する患者の診療を拒むことは許されない。等

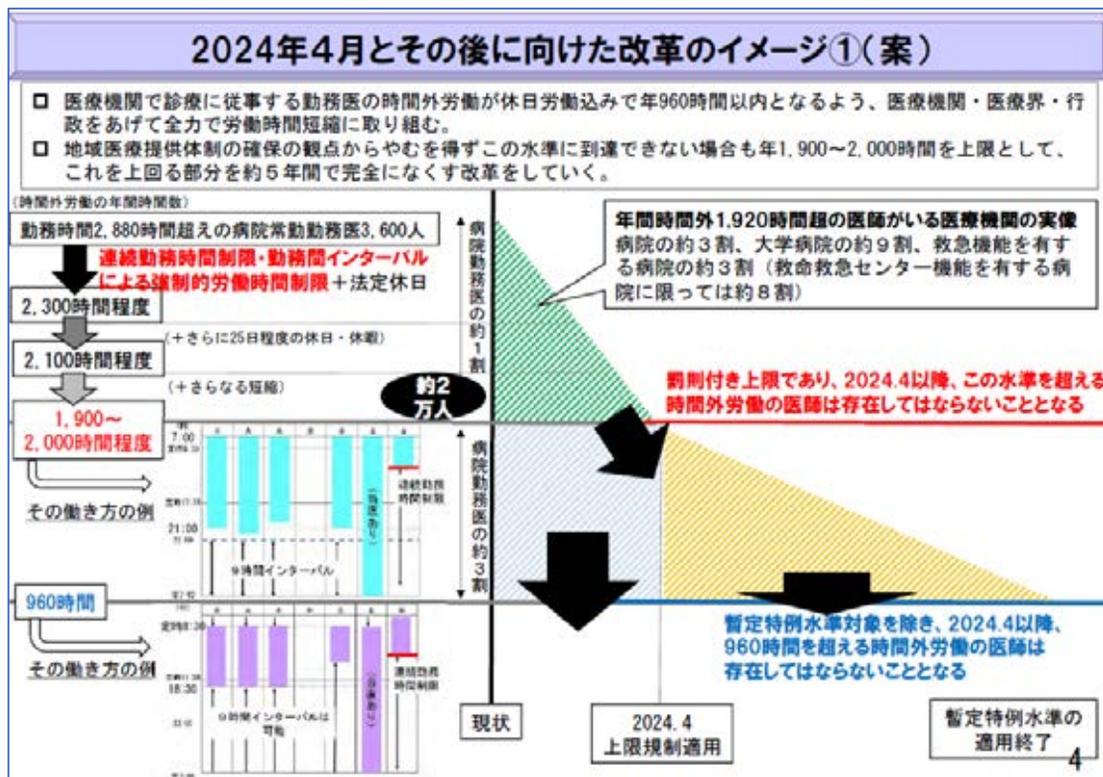
12

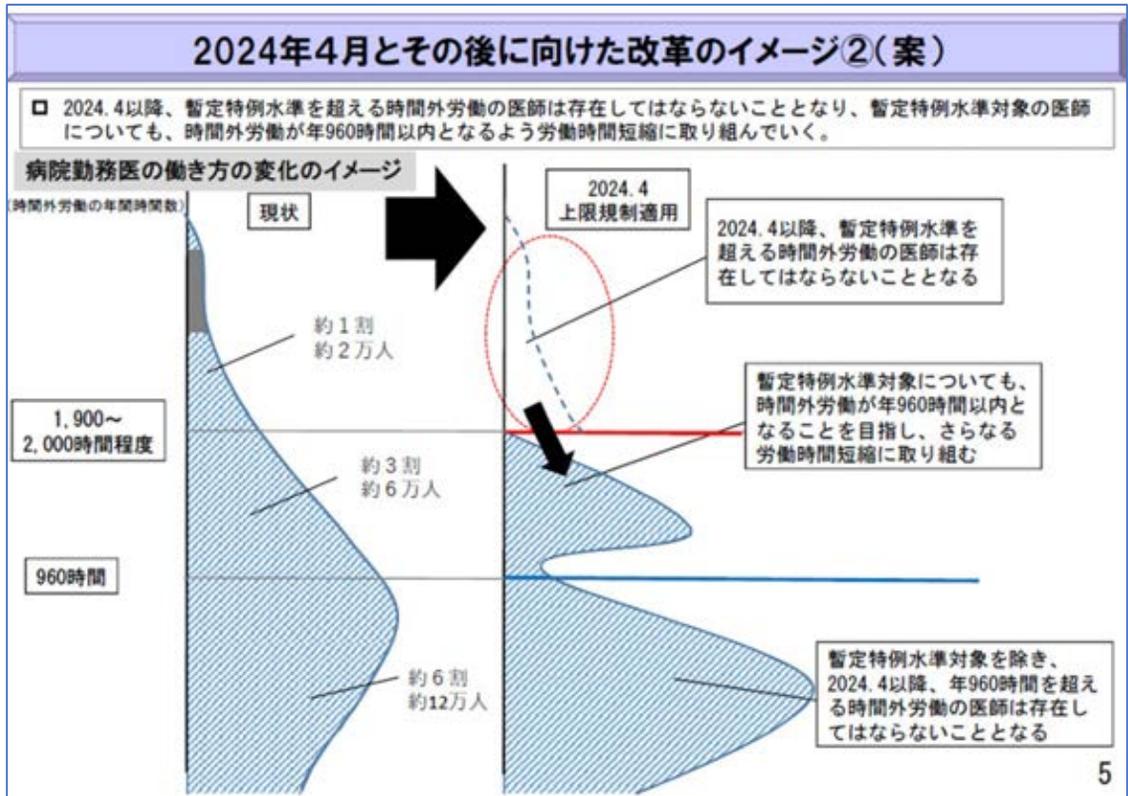
厚生労働省 第一回医師の働き方改革に関する検討会 平成29年8月2日  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000173615.html>  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173611.pdf>

Q:医師の働き方改革の概要はどのようなものですか？

A:病院勤務医の時間外労働の調査で、全体の1割（約2万人）の医師が、年間に1900～2000時間程度以上の時間外労働をしており、全体の3割（6万人）の医師が、年間に960時間から1900～2000時間程度の時間外労働をしているとの結果がでました。2024年4月までに、一部の医師を除き、1860時間以上の時間外労働をする医師をゼロにすることが第一ステップです。その後、2035年3月末には、一部の医師を除き、時間外労働を960時間以内にするのが第二ステップでゴールになります。（ 図5 ・ 図6 ）

図5 2024年4月とその後に向けた改革のイメージ①（案）





Q:一部の医師に除外規定があるのは、具体的にはどのような場合ですか？

A:各ステップで暫定的な除外規定があります。

「B水準」とは、「地域医療確保暫定特例水準」と呼び、病院の機能として3つの項目から規定されます。

(ア) 救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの(例：二次・三次救急医療機関、在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関)

(イ) 政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」

この(ア)と(イ)で1500病院程度を特定します。

(ウ) 特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療機関・医師(例：高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等)も該当します。

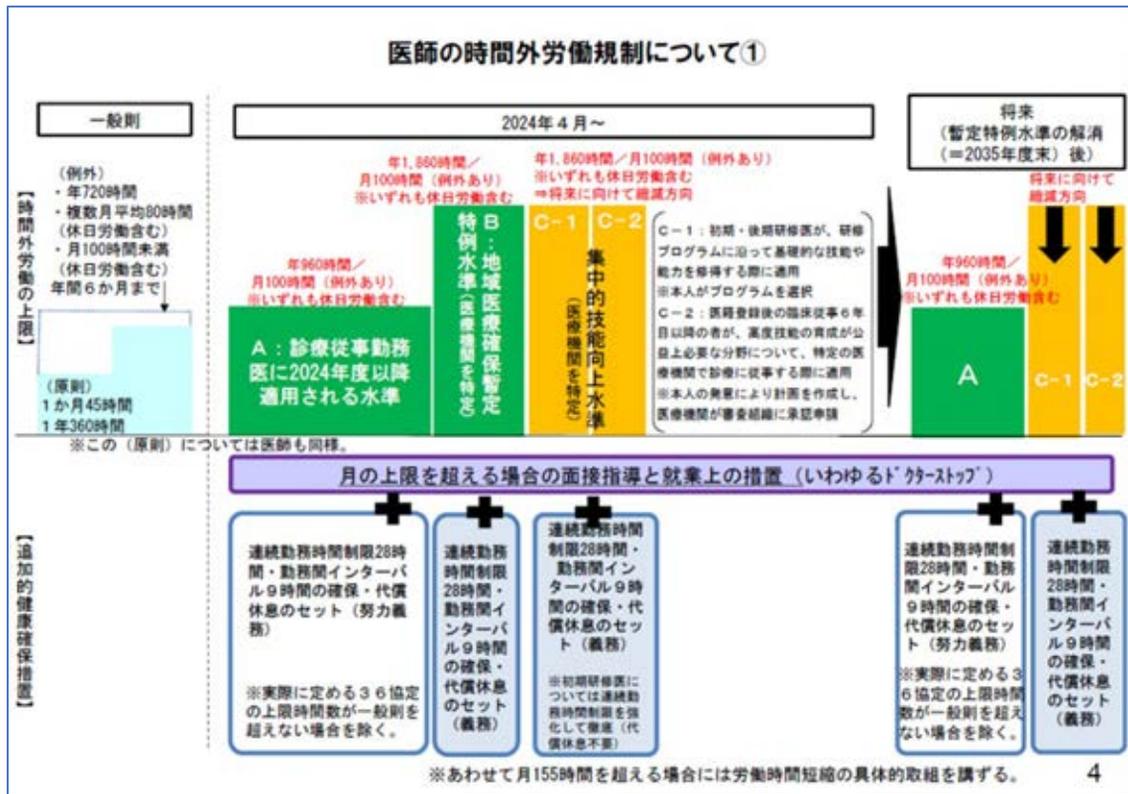
「C水準」とは：「集中的技能向上水準」と呼び、医師の専門性の研鑽に係る運用で2類型に整理されます。

「C-1」：初期研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラム／カリキュラムに参加する後期研修医であって、予め作成された研修計画に沿って、一定期間集中的に数多くの診療を行い、様々な症例を経験することが医師(又は専門医)としての基礎的な技能や能力の修得に必要不可欠である場合

「C-2」：医籍登録後の臨床に従事した期間が6年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合

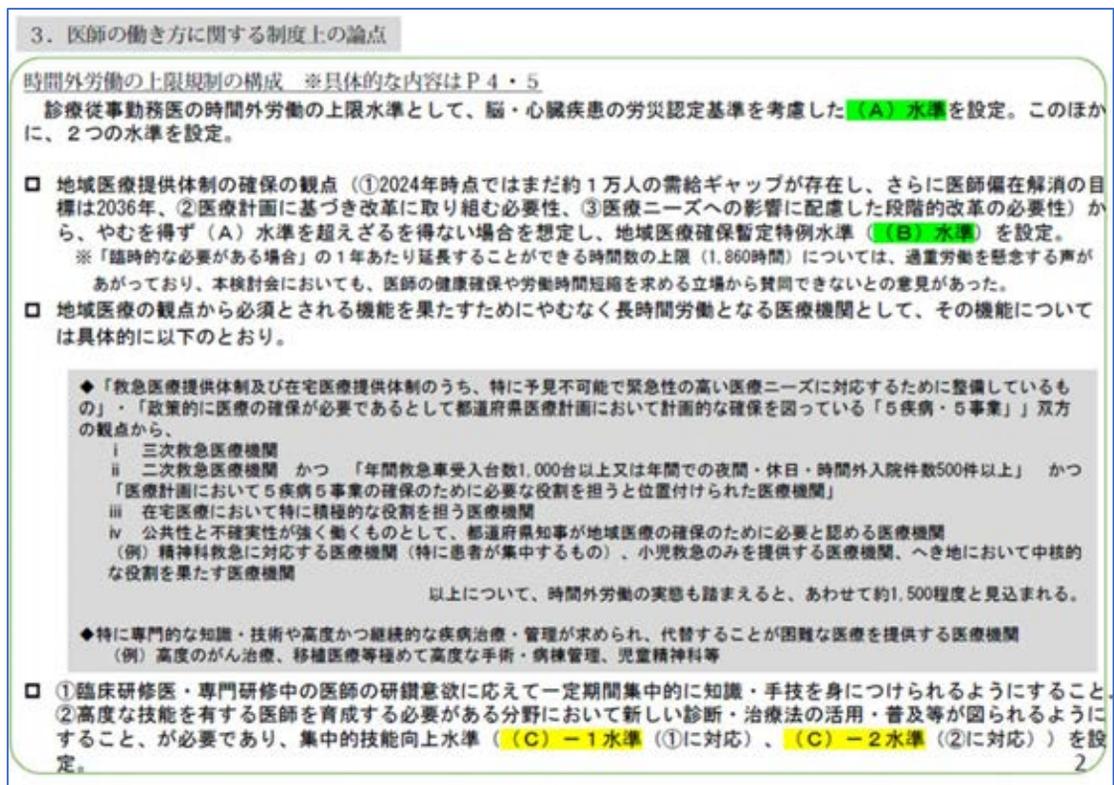
に類型分けされています。( 図7 、 図8 )

「B水準」、「C水準」ともに、その特定や、それに伴う対策は、連続勤務時間やインターバル時間など詳細に規定されています。( 図9 、 図10 、 図11 )



厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会 報告書 平成31年3月29日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_04273.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04273.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496523.pdf>

図8 医師の働き方に関する制度の論点



厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会 報告書 平成31年3月29日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_04273.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04273.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496523.pdf>

**B・C水準の適用の対象、手順等**

**(B) 水準**  
医療機関機能、労働時間短縮の取組等の国が定める客観的要件を踏まえ都道府県が対象医療機関を特定⇒特定された機能にかかる業務につき(A)水準超での36協定が可能に。新たに設ける「評価機能」が医療機関ごとの長時間労働の実態や取組状況の分析・評価を実施。結果を医療機関・都道府県に通知・住民に公表し、当該医療機関と地域医療提供体制の双方から労働時間短縮に向けて取り組む。

**(C) -1 水準 (研修医)**  
臨床研修・専門研修プログラムにおいて想定最大時間外労働(実績)を明示。これが(A)水準を超える医療機関を都道府県が特定(※超えない場合は(A)水準の適用)⇒「臨床研修・専門研修に係る業務」につき(A)水準超での36協定が可能に。医師は明示時間数を踏まえ自らプログラムを選択・応募。

**(C) -2 水準 (高度特定医療)**  
高度技能育成を要する分野を審査組織(※高度な医学的見地からの審査を行う)が特定。必要な設備・体制を整備している医療機関を都道府県が特定⇒「高度特定技能育成に係る業務」につき(A)水準超での36協定が可能に。医師が自由な意欲により計画を作成し、審査組織の個別承認を経たのちに実際の適用となる。

※現在、一般労働者の副業・兼業に係る労働時間管理の取扱いについては「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」において検討されている。このため、兼業(複数勤務)を行う医師に対する労働時間管理等の在り方については、改めて検討。

**B・C水準の将来のあり方**

2019	...	2024	...	2027	...	2030	...	2033	...	2036	...
第7次医療計画		第8次医療計画				第9次医療計画				医師偏在対策の目標年	
		(中間見直し)		(見直し)		(中間見直し)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>実態調査</li> <li>追加的支援策</li> <li>規制水準の検証</li> </ul>		時間外労働上限規制の施行		(B)水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討				2035年度末を目標に終了年限		(この後も引き続き進む)	
				(実態調査・検討)		(実態調査・検討)		(実態調査・検討)			
				(C)水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証							

**4. おわりに**

- とりまとめ内容の制度化・実施の際には、追加的健康確保措置が実効性をもって運用され、医師の健康を確実に担保するとともに、(B)水準の解消等に向けて労働時間短縮を着実に推進することが最重要。
- 個々の医療機関が労働時間短縮・医師の健康確保を進めた上で、労使で十分に話し合い、時間外労働について36協定を締結することが重要。さらに、地域医療確保のためにも、医療機関に対する実効的な支援等について確実に実行に移していけるよう、厚生労働省を始めとした行政の速やかな具体的な対応を強く求める。
- 医師と国民が受ける医療の双方を社会全体で守っていくと強く決意する。

厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会 報告書 平成31年3月29日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_04273.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04273.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496523.pdf>

図10 医師の時間外労働規制について②

**医師の時間外労働規制について②**

	(A) 水準	(B) 水準	(C) 水準
36協定で定められた上限	①通常の時間外労働(休日労働を含まない) 月45時間以下・年360時間以下		
	②「臨時的な必要がある場合」(休日労働を含む) 月100時間未満(ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり) 年960時間以下 年1,860時間以下		
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間(休日労働を含む)	月100時間未満(例外につき同上)		
	年960時間以下 年1,860時間以下		
適正な労務管理(労働時間管理等)	一般労働者と同様の義務(労働基準法、労働安全衛生法)		
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施	現行どおり(勤務環境改善の努力義務)	義務	
追加的健康確保措置	連続勤務時間制限28時間※1(宿日直許可なしの場合)※2	努力義務(②が年720時間等を超える場合のみ)	義務
	勤務間インターバル9時間	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務(月100時間以上となる前に実施※3)	
	面接指導(睡眠・疲労の状況の確認を含む)・必要に応じ就業上の措置(就業制限、配慮、禁止)		

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

□ 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討(36協定にも記載)。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 (C) -1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間(その後の勤務間インターバル9時間)又は24時間(同24時間)とする。  
 ※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代休によることも可能(C) -1水準が適用される初期研修医を除く。  
 ※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、(A)水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、(B)・(C)水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会 報告書 平成31年3月29日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_04273.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04273.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496523.pdf>

医師の働き方改革に関する検討会報告書（平成31年3月26日）  
※緊急的な取組は平成30年2月27日公表

### 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

**考え方**

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

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

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

<b>1</b>	<b>医師の労働時間管理の適正化に向けた取組</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。</li> <li>□ ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上記が確認する等、在院時間を的確に把握する。</li> </ul>
<b>2</b>	<b>36協定等の自己点検</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。</li> <li>□ 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。</li> </ul>
<b>3</b>	<b>産業保健の仕組みの活用</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応策について個別に議論する。</li> </ul>
<b>4</b>	<b>タスク・シフティング（業務の移管）の推進</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。 <small>※「医師及び医療関係職と業務職員等との関与での役割分担の推進について」（平成19年12月25日厚生労働省220005号）</small></li> <li>□ 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。</li> </ul>
<b>5</b>	<b>女性医師等の支援</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。</li> </ul>
<b>6</b>	<b>医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等</li> </ul>

勤務医を雇用する医療機関における取組項目  
※1～3については先行の労働時間規制により当然実現される事項も含まれており、改めて、各医療機関において積極的に実施されるべき。

行政の支援等

厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会 報告書 平成31年3月29日

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_04273.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04273.html)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496523.pdf>

Q:働き方改革に対する予算配分はあるのでしょうか？

A:令和2年度の概算要求で①「地域医療構想」関連で約700億円、②医師の偏在の解消に対して約76億円、③医師・医療従事者の働き方改革に対して約76億円が要求されています。（[図2](#)）

③医師・医療従事者の働き方改革に対する76億円のうち、タスクシフト関連で約42億円、特定行為研修（特定看護師）関連に約7億円、Tele-ICU体制整備に5.5億円となっています。（[図12](#)）



厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会 (第424回) 個別事項 (その2) 令和元年9月25日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00039.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00039.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000550468.pdf>

Q:医療に従事する女性の働き方改革はどのようなものがありますか？

A:令和2年度の概算要求で2億円の予算がついていますが、まだまだ不十分だと思います。( 図13 ) 医療職種別の従事者数の推移をみても、看護師以外は女性の比率が増しており、制度や予算の配慮や充実がさらに必要だと思います ( 図14 、 図15 、 図16 )

第2回医師の働き方改革の推進に関する検討会(令和元年9月2日)参考資料2

### 女性医療職等に係る主な取組

令和2年度概算要求額 192,445千円 (192,445千円)

**女性医師等就労支援事業** 地域医療介護総合確保基金で実施可

- 各都道府県において女性医師等支援に係る取組を実施
  - 大学病院や医師会等において相談窓口を設置
  - 復職のための研修を実施する医療機関への補助
  - 勤務環境改善の取組を実施する医療機関への補助 等

**女性医療職等の働き方支援事業** 令和2年度予算要求額 51,816千円 (51,816千円)

- 女性医療職等支援の先駆的な取組を行う医療機関を「女性医療職等キャリア支援モデル推進医療機関」として位置づけ、地域の医療機関に普及可能な支援策のモデルの構築や、シンポジウム等の普及・啓発のための必要経費を補助。
- 平成28年度実施機関：東京女子医科大学、久留米大学  
平成29年度実施機関：広島大学、佐賀大学  
平成30年度実施機関：広島大学、大分大学

<女性医療職等支援に資する先駆的な取組例>

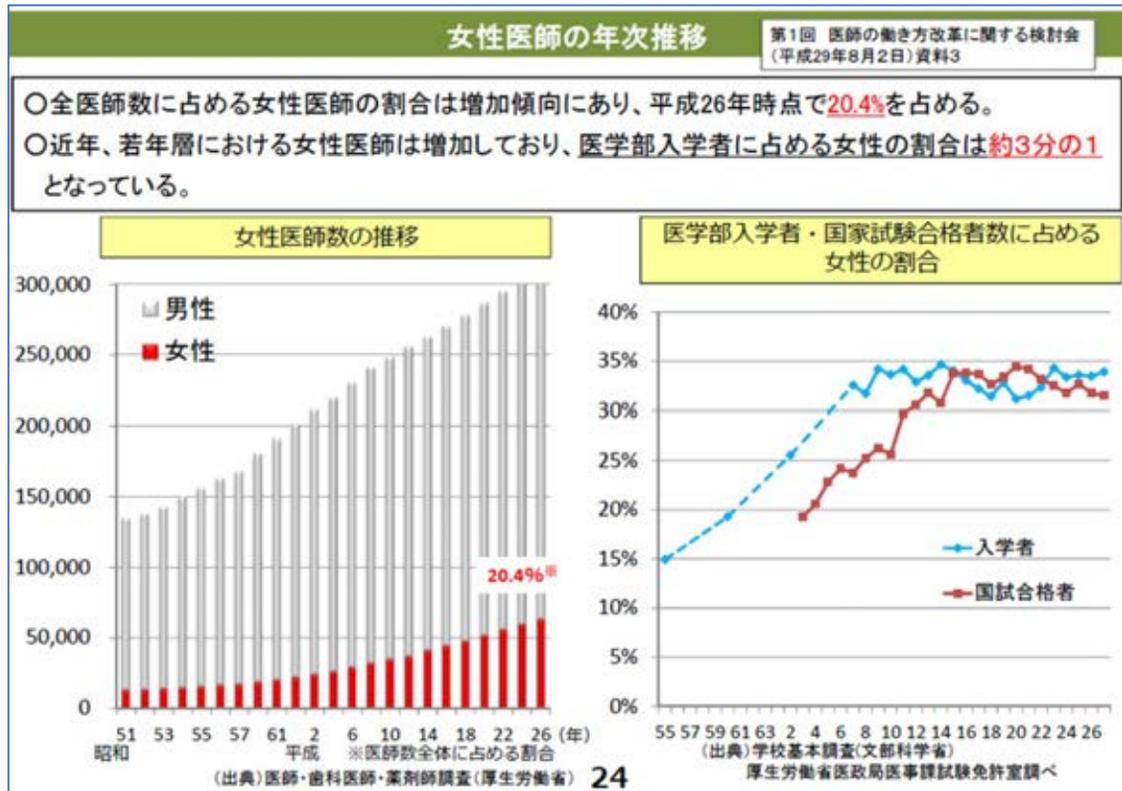
- ・女性医療職等に対するキャリア教育
- ・復職支援(Eラーニング、シミュレーターを用いた実技練習等)
- ・育児支援(院内保育所の利用促進等)
- ・勤務環境改善(ワークシェアリング等)

**女性医師支援センター事業** 令和2年度概算要求額 140,629千円 (140,629千円)

- (公社)日本医師会に委託し、次のような取組等を実施
  - 就職を希望する女性医師に対する医療機関や再研修先の紹介 (平成30年度 就業成立件数 204件)
  - 学会等におけるブース出展やシンポジウムの開催 (平成30年度 実績 26回)
  - 都道府県医師会等において病院管理者や医学生、研修医に対する女性医師のキャリア形成や勤務環境改善に関連する講習会・講演会の開催 (平成30年度 講習会開催件数 79回)
  - 全国の大学医学部や各医学会の女性医師支援や男女共同参画の担当者に対する「大学医学部・医学生女性医師支援担当者連絡会」の開催 (平成30年度 参加者数 264人)
  - 講習会等への託児サービス併設補助

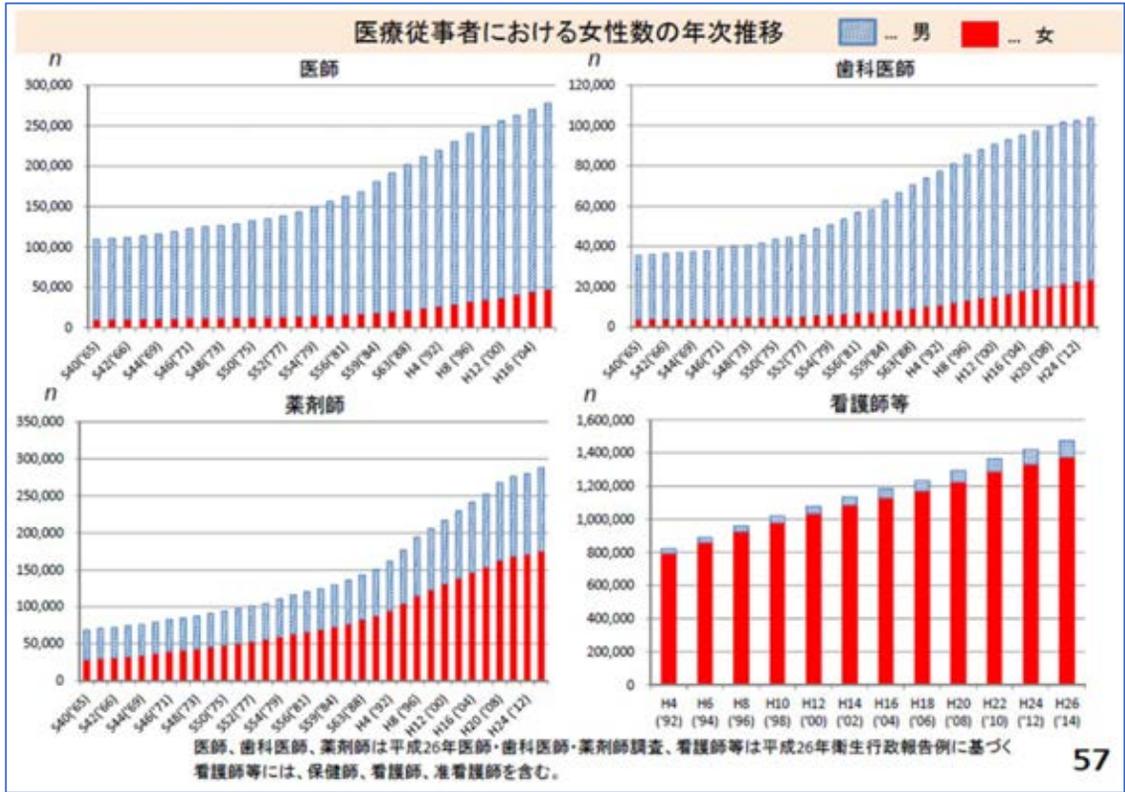
厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会 (第424回) 個別事項 (その2) 令和元年9月25日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00039.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00039.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000550468.pdf>

図14 女性医師の年次推移



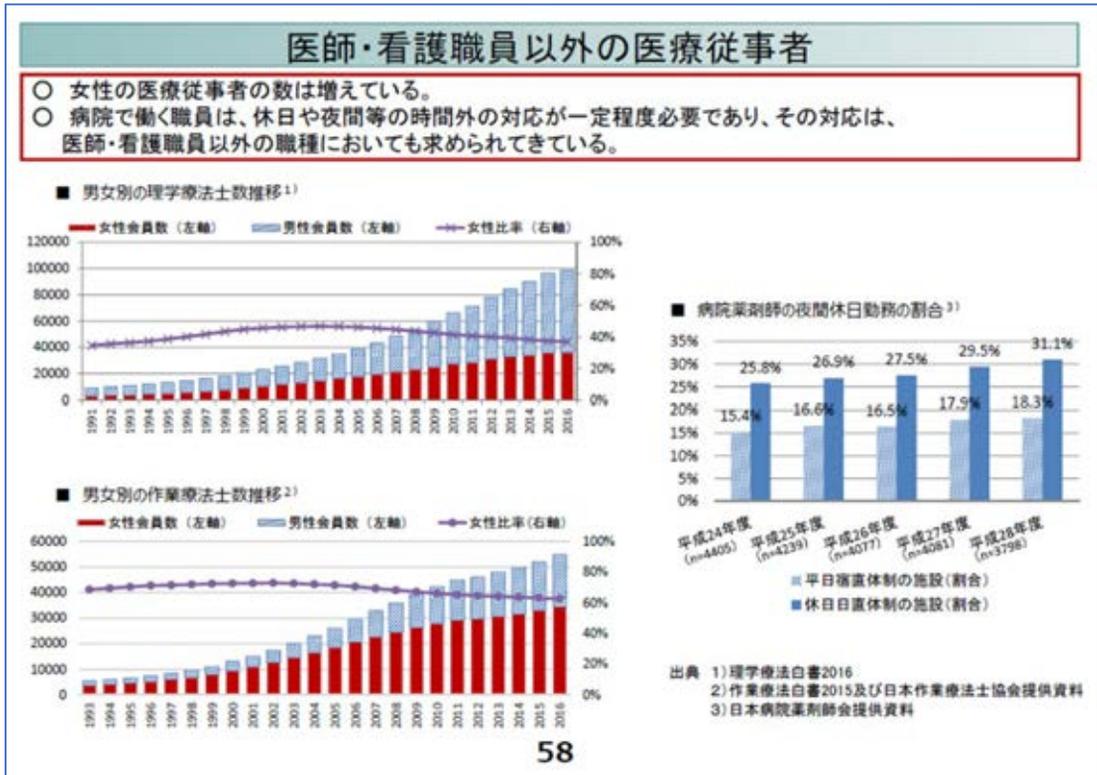
厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会 (第368回) 横断的事項 (その4) について 平成29年11月8日  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183536.html>  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000183841.pdf>

図15 医療従事者における女性数の年次推移



厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会（第368回）横断的事項（その4）について 平成29年11月8日  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183536.html>  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000183841.pdf>

図16 医師・看護職員以外の医療従事者

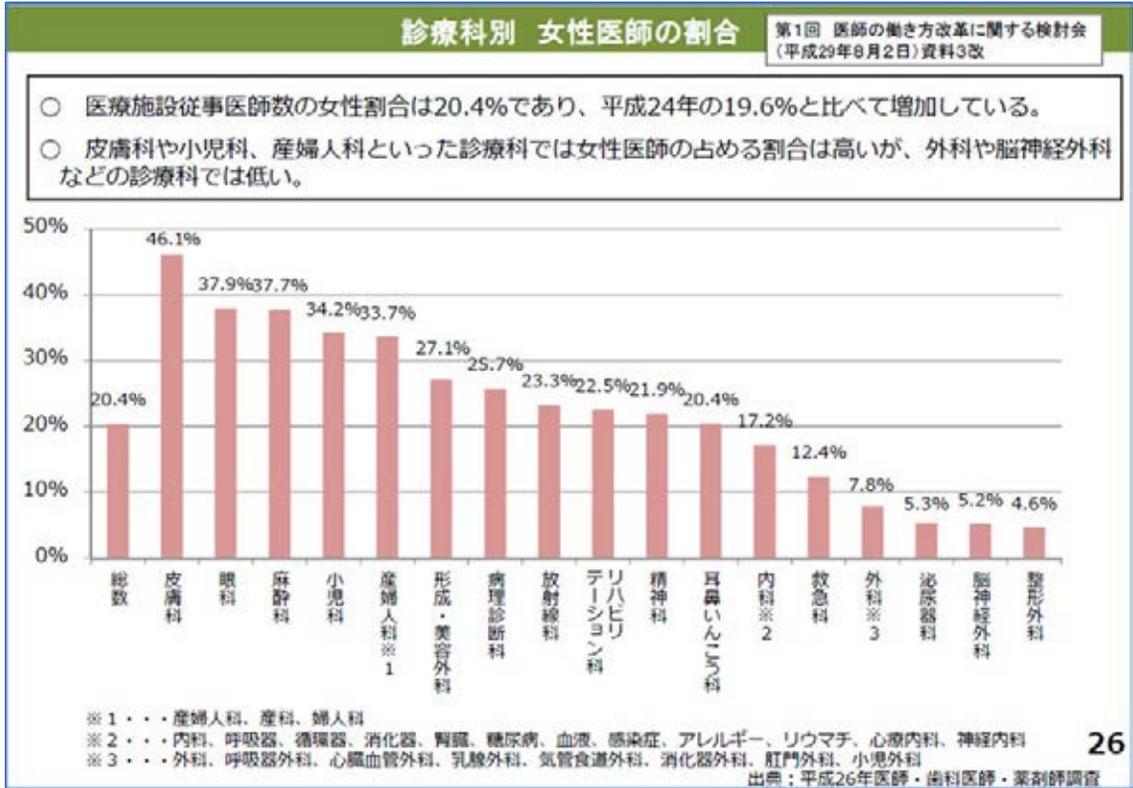


厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会（第368回）横断的事項（その4）について 平成29年11月8日  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183536.html>  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000183841.pdf>

Q:女性の医師の診療科に特長はありますか？

A:日本の女性の医師は、現在20%程度で、OECD平均が40%に比べて著しく低いです。日本の女性の医師の比率が高い診療科は、皮膚科（46%）、眼科（38%）、麻酔科（38%）、小児科（34%）、産婦人科（34%）です。少ないのが、救急（12%）、外科（8%）、脳外科（5%）、整形外科（4%）になります。（ 図17 ）  
今後女性の医師が増えるに伴い、女性と男性の良い意味での身体的な特長や、診療科ごとの時間外勤務の状況など配慮することで、診療科の男女の構成もかわってくると思います。（ 図18 ）

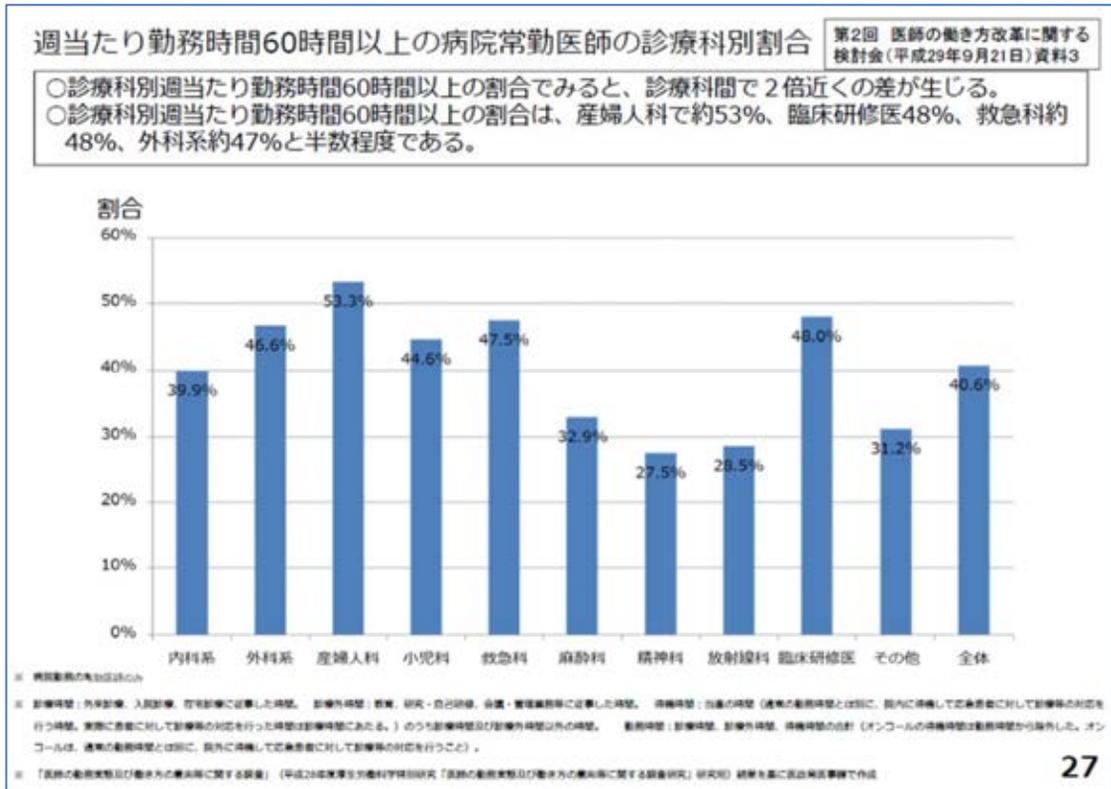
図17 診療科別 女性医師の割合



厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会（第368回）横断的事項（その4）について 平成29年11月8日

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183536.html>

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000183841.pdf>



厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第368回)横断的事項(その4)について 平成29年11月8日

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183536.html>

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000183841.pdf>

Q:タスクシフト、タスクシェアとは何ですか？

A:タスクシフトとは、異なる職種間で仕事の役割分担を見直すこと、タスクシェアとは、同じ職種内で仕事を分担することを意味します。タスクシフトとタスクシェアの推進のために令和2年度の概算要求では約42億円が要求されています。( 図19 )

第2回医師の働き方改革の推進に関する検討会(令和元年9月2日)参考資料2

令和2年度概算要求額  
4,179,608千円(385,419千円)

## タスク・シフティング等医療勤務環境改善推進事業

**【課題】**

○ 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)等を踏まえて開催された、「医師の働き方改革に関する検討会」が取りまとめた報告書(平成31年3月28日)においては、医療機関全体としての効率化や他職種も含めた勤務環境改善に取り組むことが不可欠とされた。また、医師の実施している業務を他の職種へ移管すること(タスク・シフティング)が一定程度見込まれるとともに、タスク・シェアリングも必要とされており、タスク・シフティング、タスク・シェアリング等に係る先進的な取組を周知し、普及させていくことが重要とされる。

**【事業内容】**

① タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進や勤務間インターバルの導入等による、勤務環境改善や労働時間短縮に関する先進的な取組を行う医療機関に対する支援  
 ② 会議開催等を通じて、勤務環境改善や労働時間短縮に資する好事例の普及活動を行う医療関係団体に対する支援

①医療機関による勤務環境改善や労働時間短縮の取組に対する支援

先導的取組を行っている医療機関の取組をメニュー化 → 先導的取組を踏まえて改善等に取り組む医療機関に対して補助

【メニュー例】  
 ・勤怠管理等のICT機器導入  
 ・勤務間インターバルなどの具体的な勤務環境改善の仕組みを導入

補助事業で得られた好事例や効果の周知・普及  
 様々な医療機関の好事例・効果が周知・普及されることで、勤務環境改善や労働時間短縮に取り組もうとしている医療機関への承継となる

好事例や効果の周知・普及

②医療関係団体による勤務環境改善や労働時間短縮の普及活動に対する支援

会議開催等を通じた好事例の普及等、医師の勤務環境改善や労働時間短縮に資する取組に係る経費に対して補助

好事例の普及が新たな好事例を生む好循環へ

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第424回) 個別事項(その2) 令和元年9月25日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00039.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00039.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000550468.pdf>

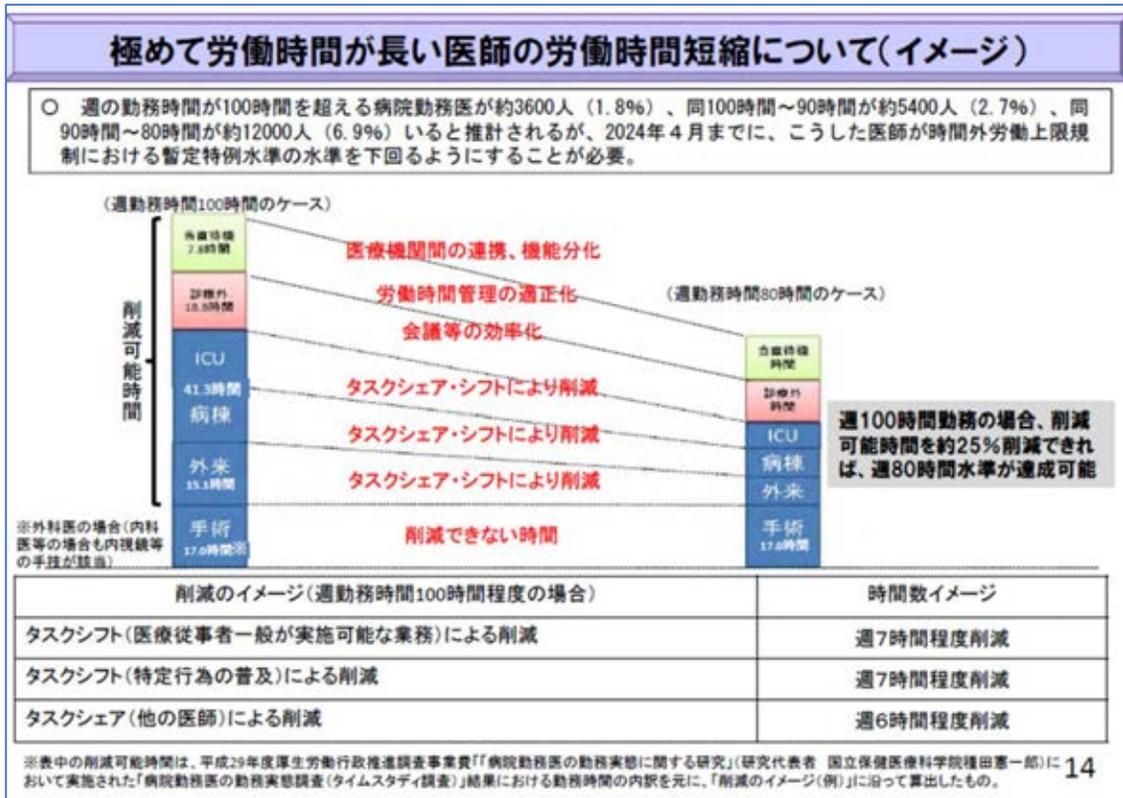
Q:タスクシフト、タスクシェアの具体的なシミュレーションや注意点はありますか？

A:タスクシフト、タスクシェアをしても、仕事量の全体量には変わりはありません。端的に言えば「誰がやるか？」が変わっただけです。よって、当事者間だけでなく、医療機関全体で検討をしないと、タスクシフトやタスクシェアをされた側が、忙しくなるだけということがおきるので注意が必要です。

医療従事者の働き方改革の中心は医師になります。時間外労働が100時間の医師をモデルとした場合、

①一般の医療従事者へのタスクシフトで7時間、②特定行為研修の看護師(特定看護師)へのタスクシフトで7時間、③医師へのタスクシェアで6時間の合計20時間が削減できるとのシミュレーションが提示されています。

( 図20 )



厚生労働省 16回 医師の働き方改革に関する検討会 平成31年1月11日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_03209.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03209.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000467710.pdf>

Q:特定行為研修（特定看護師）だけで7時間も短縮が可能なのでしょうか？

A:医師・医療従事者の働き方改革に対する令和2年度の概算要求76億円のうち、タスクシフト関連の約42億円について、特定行為研修（特定看護師）関連に約6億円の予算が要求されています。人的な数値目標も2023年度に1万人とし、修得をしやすいように、パッケージ研修も始まりました。（ 図12 、 図21 、 図22 ）

第2回医師の働き方改革の推進に関する検討会(令和元年9月2日)参考資料2

### 看護師の特定行為に係る研修機関支援事業

令和2年度概算要求額 591,523千円 (令和元年度予算額 491,541千円)

**事業目的**

- 2025年に向けて更なる在宅医療等の推進を図るためには、個別に熟練した看護師のみでは足りないことから、医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助(特定行為)を行う看護師を養成する必要がある。(平成27年特定行為研修制度を創設)
- 特定行為研修修了者を効果的に活用するためには、質の高い修了者を確保する必要がある。そのためには、研修を実施する指定研修機関の確保、質の充実が不可欠である。
- 特定行為研修制度の普及や理解促進、研修受講者の確保のためには、研修に関する情報共有・情報発信を行う必要がある。

**看護師の特定行為に係る研修機関導入促進支援事業**  
207,583千円(145,371千円)

指定研修機関の確保を図るため、指定研修機関の設置準備に必要な、カリキュラム作成や資材購入、eラーニングの導入、実習体制構築等の経費に対する支援を行う。【補助先：指定研修予定機関】

**導入促進支援事業(指定研修機関指定前の補助)**

厚生労働省 → 指定研修機関(指定前) → 実習施設(予定)

導入促進支援事業(指定研修機関指定前の補助)

- eラーニング導入
- カリキュラムや実習要領の作成
- シミュレーター等 機器購入
- 実習施設に必要経費の一部も支援

**看護師の特定行為に係る指定研修機関運営事業**  
327,127千円(334,485千円)

指定研修機関及び協力施設が高品質の研修を行うため、指導者経費や実習に係る消耗費、委託費、指定研修機関と協力施設の連携に必要な会議費等に対する支援を行う。【補助先：指定研修機関】

**運営事業(指定研修機関指定後の補助)**

厚生労働省 → 指定研修機関 → 実習施設

運営事業(指定研修機関指定後の補助)

- 指導者による研修・実習
- 実習施設における実習
- 実習に係る消耗・協力
- 実習評価

**看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業** 11,685千円(11,685千円)

医療機関の管理者や医師・看護師等を対象とした特定行為研修に関するシンポジウム等を開催する。看護師が特定行為研修受講に関する情報を収集しやすい環境を整えるため、指定研修機関が実施している特定行為研修の受講に係る情報を収集し、ポータルサイトを設置・運営する。【補助先(委託先)：公費により選定した団体】

**特定行為研修修了者に係る特定行為実践モデル事業** 26,994千円(0千円)

特定行為研修修了者を複数名雇用する医療機関等において、効果的な特定行為実践を行うためのシステム作り、修了者の段階的な雇用等、モデル的な取組を行う。【補助先：特定行為研修の修了者(複数名以上)を有する医療機関等】

**看護師の特定行為における指定研修機関電子申請手続に係る検討・調査事業** 18,134千円(0千円)

指定研修機関が行う特定行為研修に係る申請書作成や報告等の手続を電子的に行うための検討・調査を実施する。【補助先(委託先)：公費により選定した団体】

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第424回)個別事項(その2) 令和元年9月25日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00039.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00039.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000550468.pdf>

図22 特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

医師の働き方改革に関する検討会報告書(平成31年3月28日)

## 特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間に相当する。週100時間勤務の外科系医師の場合、**週7時間程度**の時間がこれに相当する。
- 2023年度末までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。
- 特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域(救急、集中治療領域等を含む。)における業務分担が進むことが期待される。

**外科術後管理領域**

手術

- 呼吸管理(気道管理含む)
- 循環動態・疼痛・栄養・代謝管理
- 疼痛管理
- 感染管理
- ドレーン管理・抜去
- CV抜去・PICC挿入
- 創部管理(洗浄・抜糸・抜釘)

**術中麻酔管理領域**

術前

- 麻酔に係る術前評価
- 気道確保
- 全身麻酔の補助
- ライン確保

術中

- 術中の麻酔・呼吸・循環管理

術後

- 麻酔の覚醒
- 術後の呼吸・循環・疼痛管理

**在宅・慢性期領域**

- 気管カニューレの交換
- 脱水症状に対する輸液による補正
- 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうポタンの交換
- 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

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

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

患者に対するきめ細やかなケアによる医療の質の向上、医療従事者の長時間労働の削減等の効果が見込まれる。

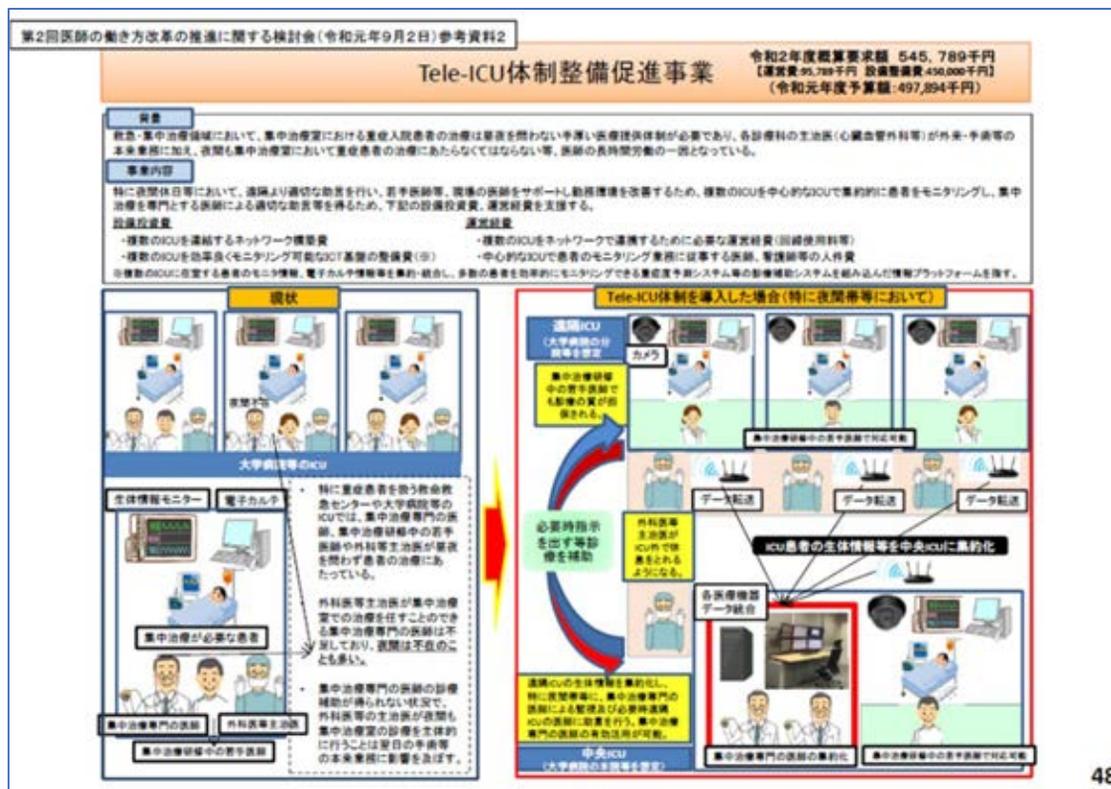
厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第415回)働き方改革と医療の在り方について 令和元年5月29日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00026.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00026.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000513118.pdf>

Q:Tele-ICUとは何ですか？

A:医師・医療従事者の働き方改革に対する令和2年度の概算要求76億円のうち、Tele-ICU体制整備は3番目に大きな5.5億円が要求されています。ICUを遠隔で集中管理することで外科医等の負担軽減を目的としています。

( 図12 、 図23 )

図23 Tele-ICU体制整備促進事業



厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第424回)個別事項(その2) 令和元年9月25日

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00039.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00039.html)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000550468.pdf>

Q:働き方改革は診療報酬では評価されているのでしょうか？

A:平成18年の診療報酬改定で「ハイリスク分娩加算」等で勤務環境が条件とされ、平成20年度の診療報酬からは「病院勤務医の負担軽減」を条件とした各種のチーム医療関連の加算が改定のたびに拡大されています。

( 図24 )

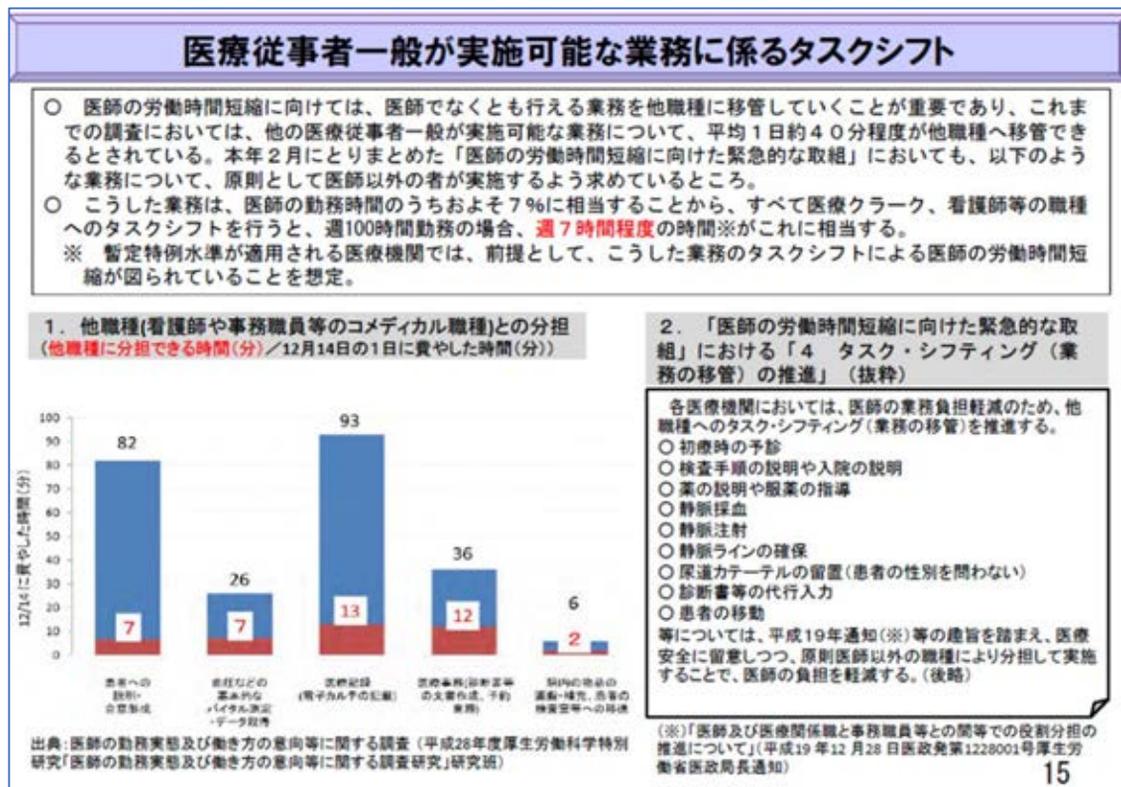
図24 勤務環境改善に関連する診療報酬の対応（主なもの）

勤務環境改善に関連する診療報酬の対応（主なもの）							
＜医師の勤務環境改善・働き方改革に資する主な診療報酬改定項目＞							
	院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践	タスク・シフティング、チーム医療の推進	医師事務作業補助者の配置	勤務環境に特に配慮を要する領域への対応	多様な勤務形態の推進	その他（外来医療の機能分化）	
H18年度				<ul style="list-style-type: none"> <li>小児入院医療管理料の小児科医の常勤要件を緩和</li> <li>ハイリスク分娩管理加算等の新設</li> </ul>			
H20年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院勤務医の負担軽減等の体制整備を評価（3つの診療報酬項目）</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>医師事務作業補助体制加算の新設</li> </ul>	産科・小児科、救急医療等の重点的な対応が求められる領域について評価の充実・拡大		<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所における夜間、早朝等における診療の評価を新設</li> </ul>	
H22年度	評価対象となる項目を拡大	<ul style="list-style-type: none"> <li>栄養サポートチーム加算等を新設</li> <li>看護補助者の配置の評価を新設</li> </ul>					
H24年度		評価対象となるチーム医療の拡大 タスク・シフティングに係る評価の充実・拡大				<ul style="list-style-type: none"> <li>二次救急医療機関の救急外来の評価の新設、院内トリアージの評価の新設</li> </ul>	
H26年度							
H28年度						<ul style="list-style-type: none"> <li>産休・育休等に係る常勤要件の緩和</li> <li>脳卒中ケアユニット等の夜間の医師の勤務体制の緩和</li> </ul>	紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担の導入
H30年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>効果のある負担軽減策を計画に含むことを要件化</li> <li>評価の対象となる項目を整理</li> </ul>				常勤要件の緩和等の拡大等	対象病院の拡大 評価の充実・拡大	

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会（第415回）働き方改革と医療の在り方について 令和元年5月29日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00026.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00026.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000513118.pdf>

Q:タスクシフトで注目されている項目は何ですか？

A:「医師事務作業補助体制加算」が、大変注目されています。いわゆるメディカルクラーク、ドクタークラークと呼ばれるものです。各種の調査結果でも有用との結果が多く、診療報酬の改定の度に運用しやすいように改定されています。（ 図25 、 図26 、 図27 、 図28 ）

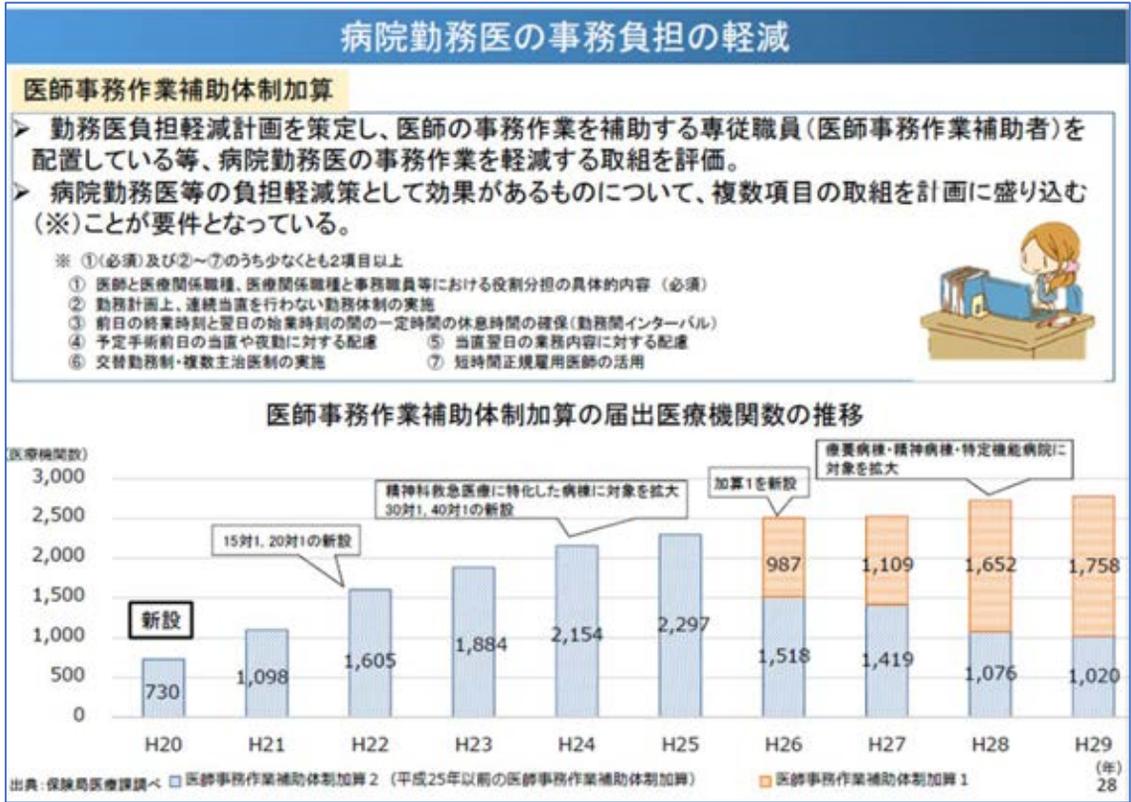


厚生労働省 16回 医師の働き方改革に関する検討会 平成31年1月11日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_03209.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03209.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000467710.pdf>

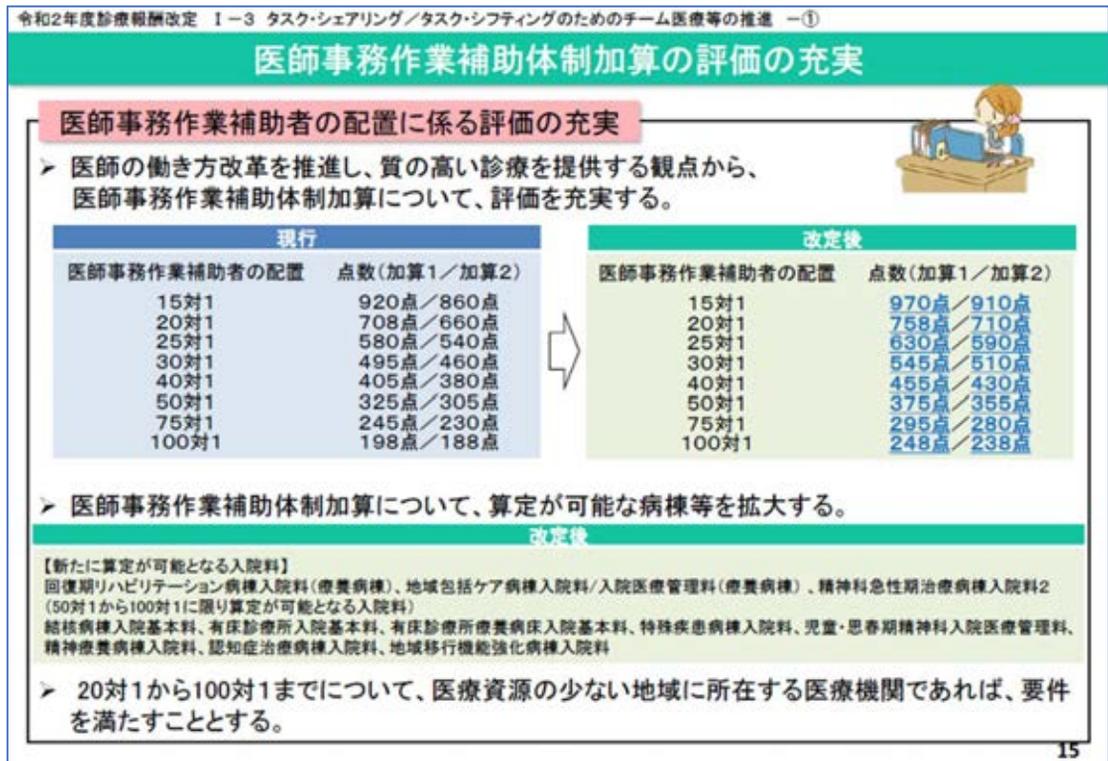
図26 勤務医の負担軽減策の効果(算定施設の回答)



厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第368回) 横断的事項(その4)について 平成29年11月8日  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingiki2/0000183536.html>  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000183841.pdf>



厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会 (第415回) 働き方改革と医療の在り方について 令和元年5月29日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00026.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00026.html)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000513118.pdf>



Q:令和2年度の診療報酬改定で、働き方改革はどのように扱われていますか？

A:

- 1.地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療提供体制等の評価
- 2.医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- 3.タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進
- 4.業務の効率化に資するICTの利活用の推進

の4つの軸で評価されています。主たる項目を列挙します。（ 図29 ～ 図45 ）

図29 地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

令和2年度診療報酬改定 1-1 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価 ①

### 地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

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

**(新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)**

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

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

**【施設基準】**

**【救急医療に係る実績】**

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

**【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】**

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

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

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

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



## 救急医療体制の充実

### 救急搬送看護体制加算の評価区分の新設

- 救急医療体制の充実を図る観点から、救急搬送看護体制加算について、救急外来への搬送件数及び看護師の配置の実績に応じた新たな評価区分を設ける。

#### 現行（夜間休日救急搬送医学管理料の加算）

救急搬送看護体制加算 200点

##### 【施設基準】

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を配置。



#### 改定後（夜間休日救急搬送医学管理料の加算）

救急搬送看護体制加算1 400点

##### 【施設基準】

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を複数名配置。

救急搬送看護体制加算2 200点

##### 【施設基準】

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を配置。

図31 医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和

## 医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和

- 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

### 常勤換算の見直し

週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、**週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能とする。**

### 医師の配置について

医師については、複数の非常勤職員を組み合わせた**常勤換算でも配置可能とする項目を拡大する。**

- （対象となる項目）
- ・ 緩和ケア診療加算
  - ・ 栄養サポートチーム加算
  - ・ 感染防止対策加算 等

### 看護師の配置について

看護師については、**外来化学療法加算について、非常勤職員でも配置可能とする。**

### 専従要件について

専従要件について、専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、**他の業務に従事できる項目を拡大する。**

- （対象となる項目）
- ・ ウイルス疾患指導料（注2）
  - ・ 障害児（者）リハビリテーション料
  - ・ がん患者リハビリテーション料



令和2年度診療報酬改定 1-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 一②

## 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

**「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」の見直し**

➤ 医療従事者の勤務環境の改善に関する取組が推進されるよう、総合入院体制加算の要件である「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」の内容及び項目数を見直す。

現行	改定後
<p><b>【総合入院体制加算】</b>  <b>【施設基準】</b>                      病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること                      ア〜オ (略)                      エ 「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。                      (イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組(許可病床数400床以上の病院は必ず含むこと)                      (ロ) 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育を含むことが望ましい)                      (ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師勤務の事務作業の負担軽減                      (ニ) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応の負担軽減及び処遇改善                      (ホ) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</p>	<p><b>【総合入院体制加算】</b>  <b>【施設基準】</b>                      病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること                      ア〜オ (略)                      エ 「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも<b>3項目以上</b>を含んでいること。                      (イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組(許可病床数400床以上の病院は必ず含むこと)                      (ロ) 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育を含むことが望ましい)                      (ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減                      (ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応の負担軽減及び処遇改善                      (ホ) 特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減                      (ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減                      (ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</p>

**多職種からなる役割分担推進のための委員会等の見直し**

➤ 管理者によるマネジメントを推進する観点から、総合入院体制加算等における「多職種からなる役割分担推進のための委員会・会議」について、管理者の年1回以上の出席を要件とする。

**改定後**

【総合入院体制加算】【施設基準】(上記施設基準のイ)  
 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、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。

※医師事務作業補助体制加算、処遇及び半日の休日加算1・時間外加算1・深夜加算1についても同様。

令和2年度診療報酬改定 1-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 一③、④

## 薬剤師の病棟業務に対する評価の充実

**病棟薬剤業務実施加算の評価の充実**

➤ 病棟薬剤業務実施加算1及び2について、評価を充実する。

現行	改定後
<p><b>【病棟薬剤業務実施加算】</b>                      1 病棟薬剤業務実施加算1(週1回) 100点                      2 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき) 80点</p>	<p><b>【病棟薬剤業務実施加算】</b>                      1 病棟薬剤業務実施加算1(週1回) 120点                      2 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき) 100点</p>

➤ 病棟薬剤業務実施加算2の対象病棟に、ハイケアユニット入院医療管理料を追加する。

**薬剤師の常勤要件の緩和**

➤ 病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置要件を緩和する。

現行	改定後
<p><b>【病棟薬剤業務実施加算】</b>                      (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。                      (5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。</p>	<p><b>【病棟薬剤業務実施加算】</b>                      (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2名以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。なお、<b>週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている非常勤の薬剤師を2名組み合わせ</b>て常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、1名は常勤薬剤師であることが必要。                      (5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、<b>院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。</b></p>

※ 薬剤管理指導料についても同様。

令和2年度診療報酬改定 1-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 ⑤

### 夜間看護体制の見直し

**夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し**

➢ より柔軟に夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を行えるよう、夜間看護体制加算等における項目内容の見直しを行う。

	看護職員夜間配置加算 12対1加算1 16対1加算1	夜間看護体制加算 急性期看護体制加算 の注加算	夜間看護体制加算 看護補助加算の注加算	夜間看護体制加算 障害者施設入院患者基本料 の注加算	看護職員夜間配置加算 精神科救急入院料、精神科 救急・合併症入院料の注加算
満たす必要がある項目数	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	2項目以上
ア 11時間以上の勤務時間の確保	○	○	○	○	○
イ 正帰りの交代期間の確保(※1)	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の翌日の休日確保(※)	○	○	○	○	○
オ 夜勤等の二重に負担した多数な勤務体制の工夫(※)	○	○	○	○	○
カ 夜間を占めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上のケア	○	○	○	○	○
ク 看護補助者の夜間配置(※2)	○	○	○	○	○
ケ みなし看護補助者を擁した看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	○
コ 夜間院内感染予防対策、夜間救急救急心採用実績(※参照し) ※ただし、利用者が少ない等の場合は求めない	○	○	○	○	○
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減(※)	○	○	○	○	○

※1 3交代勤務又は交代制勤務の両者のみ対象  
※2 夜間30・50・100対1急性期看護補助体制加算の適用が前提

**看護職員の夜間配置に係る評価の充実**

➢ 看護職員の負担軽減を推進する観点から、看護職員夜間配置加算の評価を充実する。

現行	改定後	現行	改定後
【看護職員夜間配置加算】	【看護職員夜間配置加算】	【注加算の看護職員夜間配置加算】	【注加算の看護職員夜間配置加算】
12対1加算1 95点	12対1加算1 105点	地域包括ケア病棟入院料 55点	地域包括ケア病棟入院料 65点
12対1加算2 75点	12対1加算2 85点	精神科救急入院料 55点	精神科救急入院料 65点
16対1加算1 55点	16対1加算1 65点	精神科救急・合併症入院料 55点	精神科救急・合併症入院料 65点
16対1加算2 30点	16対1加算2 40点		

令和2年度診療報酬改定 1-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 ⑥

### 特定集中治療室管理料の見直し

**専門の研修を受けた看護師の配置要件の見直し**

➢ 特定集中治療室管理料1・2の専門の研修を受けた看護師の配置について、より柔軟な働き方に対応する観点から要件の緩和を行う。

※専門性の高い看護師の配置に係る経過措置は、予定通り令和2年3月31日で終了

現行	改定後
【特定集中治療室管理料1及び2】 【施設基準】	【特定集中治療室管理料1及び2】 【施設基準】
<ul style="list-style-type: none"> <li>集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。</li> <li>専任の常勤看護師を2名組み合わせることで、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。</li> </ul>

**生理学的スコアの測定に係る要件の見直し**

➢ 特定集中治療室管理料1・2において提出が要件となっている生理学的スコア(SOFAスコア)について、特定集中治療室管理料3・4についても要件とする。

※令和2年10月1日以降に当該治療室に入室した患者が提出対象

**生理学的スコア(SOFAスコア)**  
 呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、それぞれ5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの

	0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (mmHg)	>400	≤400	≤200	呼吸器補助下
凝固機能	血小板数(×10 <sup>3</sup> /μl)	>150	≤150	≤100	≤50
肝機能	プロトロンビン時	<1.3	1.3-1.9	2.0-2.9	3.0-11.9
循環機能	血圧低下	なし	平均動脈圧<70mmHg	ドパミン>5μg あるいはドブタミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5μg あるいはエドニブリン<0.1μg あるいはメレニドネフリン<0.1μg
中枢神経機能	Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9
腎機能	クレアチニン値(μg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-2.9	3.0-4.9
				あるいは尿量500ml/日未満	あるいは尿量200ml/日未満

令和2年度診療報酬改定 1-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 ①-③

## 入退院支援に係る人員配置の見直し

### 入退院支援加算3の配置要件の見直し

より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行うことができるよう、入退院支援加算3について、入退院支援部門の看護師の配置要件を見直す。

現行	改定後
<p>【入退院支援加算3】 【施設基準】 入退院支援部門に以下のいずれかを配置</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師</li> <li>入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師 及び 専任の社会福祉士</li> </ul>	<p>【入退院支援加算3】 【施設基準】 入退院支援部門に以下のいずれかを配置</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、<b>小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師</b></li> <li>入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師 及び 専任の社会福祉士</li> </ul>

### 入退院支援部門の職員の常勤要件緩和

入退院支援加算及び入院時支援加算について、入退院支援部門の職員を非常勤職員でも可能とする。

改定後

【入退院支援加算、入院時支援加算】  
【施設基準】  
(入退院支援部門について)当該専任の看護師(社会福祉士)については、**週3日以上常勤として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤看護師(社会福祉士)(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する者に限る。)**を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師(社会福祉士)と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師(社会福祉士)が配置されている場合には、基準を満たしているとみなすことができる。

令和2年度診療報酬改定 1-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 ①-③

## 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

### B項目の評価方法の見直し

重症度、医療・看護必要度のB項目について、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とし、「評価の手引き」により求めている「**根拠となる記録**」を不要とする。

B	患者の状態等	患者の状態			×	介助の実施		=	評価
		0点	1点	2点		0	1		
9	寝廻り	できる	何かにつかまればできる	できない	実施なし	実施あり		点	
10	移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり		点	
11	口腔清潔	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり		点	
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり		点	
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり		点	
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ					点	
15	危険行動	ない		ある				点	
									日得点

### A・C項目の評価方法の見直し

A項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る)及びC項目について、必要度Ⅰにおいても、**レセプト電算処理システム用コードを用いた評価**とする。

### 必要度Ⅱの要件化

許可病床数**400床以上**の医療機関において、一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1~6に限る)又は**特定機能病院入院基本料**(一般病棟7対1に限る)について**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**を用いることを要件とする。

【経過措置】  
令和2年3月31日時点において既に一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1~6に限る)又は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1に限る)を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※ 日単位及び院外研修の見直しについて、特定集中治療室用・ハイケアユニット用の必要度についても同様。

### 院外研修の見直し

重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件について、「所定の**(院外)研修**を修了したものが行う研修であることが望ましい」との記載を**削除**する。

令和2年度診療報酬改定 Ⅰ-3 タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進 ①、③

## タスク・シェアリング／タスク・シフティングのための評価の充実

**医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実**

➢ 医師の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について、算定が可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。

現行	改定後
医師事務作業補助体制加算1 198～920点	医師事務作業補助体制加算1 <u>248～970点</u>
医師事務作業補助体制加算2 188～860点	医師事務作業補助体制加算2 <u>233～910点</u>

➢ 20対1～100対1補助体制加算について、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関であれば、要件を満たすこととする。

**【新たに算定可能となる入院料】**

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料(療養病棟)
- ・地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(療養病棟)
- ・結核病棟入院基本料
- ・有床診療所入院基本料
- ・有床診療所療養病棟入院基本料
- ・精神療養病棟入院料 等

**看護職員の夜間配置に係る評価の充実**

➢ 看護職員の負担軽減を推進する観点から、看護職員夜間配置加算の評価を充実する。

現行	改定後
看護職員夜間配置加算 30～95点	看護職員夜間配置加算 <u>40～105点</u>
看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算) 55点	看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算) <u>65点</u>

**看護補助者の配置に係る評価の充実**

➢ 看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。

現行	改定後
25対1～75対1急性期看護補助体制加算 130～210点	25対1～75対1急性期看護補助体制加算 <u>160～240点</u>
夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算 70～90点	夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算 <u>100～120点</u>
看護補助加算1～3 76～129点	看護補助加算1～3 <u>88～141点</u>
夜間75対1看護補助加算 40点	夜間75対1看護補助加算 <u>50点</u>
夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算) 35点	夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算) <u>45点</u>
看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算) 104～129点	看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算) <u>116～141点</u>
看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算) 150点	看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算) <u>160点</u>

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 働き方改革の概要 令和2年3月5日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html)

令和2年度診療報酬改定 Ⅰ-3 タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進 ①

## 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

**医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実**

➢ 医師の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について、評価を充実する。

現行		改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)	医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	920点/860点	15対1	<u>970点/910点</u>
20対1	708点/660点	20対1	<u>758点/710点</u>
25対1	580点/540点	25対1	<u>630点/590点</u>
30対1	495点/460点	30対1	<u>545点/510点</u>
40対1	405点/380点	40対1	<u>455点/430点</u>
50対1	325点/305点	50対1	<u>375点/355点</u>
75対1	245点/230点	75対1	<u>295点/280点</u>
100対1	198点/188点	100対1	<u>248点/238点</u>

➢ 医師事務作業補助体制加算について、算定が可能な病棟等を拡大する。

**【新たに算定可能となる入院料】**

回復期リハビリテーション病棟入院料(療養病棟)、地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(療養病棟)、精神科急性期治療病棟入院料2(50対1から100対1に限り算定が可能となる入院料)

結核病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病棟入院基本料、特殊疾患病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料

➢ 20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たすこととする。

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 働き方改革の概要 令和2年3月5日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html)

令和2年度診療報酬改定 1-3 タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進 ③

### 看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進

**看護補助者の配置に係る評価の充実**

➤ 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。



現行	改定後
<b>【急性期看護補助体制加算】</b>	
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 210点	25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) <b>240点</b>
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 190点	25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) <b>220点</b>
50対1急性期看護補助体制加算 170点	50対1急性期看護補助体制加算 <b>200点</b>
75対1急性期看護補助体制加算 130点	75対1急性期看護補助体制加算 <b>160点</b>
夜間30対1急性期看護補助体制加算 90点	夜間30対1急性期看護補助体制加算 <b>120点</b>
夜間50対1急性期看護補助体制加算 85点	夜間50対1急性期看護補助体制加算 <b>115点</b>
夜間100対1急性期看護補助体制加算 70点	夜間100対1急性期看護補助体制加算 <b>100点</b>
<b>【看護補助加算】</b>	
看護補助加算1 129点	看護補助加算1 <b>141点</b>
看護補助加算2 104点	看護補助加算2 <b>116点</b>
看護補助加算3 76点	看護補助加算3 <b>88点</b>
夜間75対1看護補助加算 40点	夜間75対1看護補助加算 <b>50点</b>
<b>【看護加算】</b>	
夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) 35点	夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) <b>45点</b>
<b>【看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)】</b>	
イ 14日以内の期間 129点	イ 14日以内の期間 <b>141点</b>
ロ 15日以上30日以内の期間 104点	ロ 15日以上30日以内の期間 <b>116点</b>
<b>【看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算)】</b>	
看護補助者配置加算 150点	看護補助者配置加算 <b>160点</b>

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 働き方改革の概要 令和2年3月5日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html)

令和2年度診療報酬改定 1-3 タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進 ②

### 麻酔科領域における医師の働き方改革の推進

**麻酔管理料(Ⅱ)の見直し**

➤ 麻酔を担当する医師の一部の行為を、適切な研修(特定行為研修)を修了した看護師が実施しても算定できるよう見直す。

➤ 麻酔前後の診察について、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が実施した場合についても算定できるよう見直す。



現行	改定後
<b>【麻酔管理料(Ⅱ)】</b>	
<b>【算定要件】</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、硬膜外麻酔、脊髄麻酔又はマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関において常勤として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当するもの(担当医師)又は当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察を行い、担当医師が、硬膜外麻酔、脊髄麻酔又はマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。</li> <li>麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合、当該麻酔科標榜医は、診察の内容を担当医師に共有すること。</li> <li>担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても算定できないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察の内容を当該看護師に共有すること。</li> </ul>
<b>【施設基準(新設)】</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修(※)を修了した常勤看護師が実施する場合にあっては、当該研修を修了した常勤看護師が1名以上配置されていること。</li> </ul> <p><small>※ 保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる麻酔中の患者の看護に係る研修</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>上記の場合にあっては、麻酔科標榜医又は麻酔を担当する当該医師と連携することが可能な体制が確保されていること。</li> </ul>

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 働き方改革の概要 令和2年3月5日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html)

令和2年度診療報酬改定 1-3 タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進 ④

## 栄養サポートチーム加算の見直し

**栄養サポートチーム加算の見直し**

➤ 結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。

現行	改定後
<p><b>【算定可能病棟】</b>                      急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、療養病棟入院基本料1、2                      ただし、療養病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。</p>	<p><b>【算定可能病棟】</b>                      急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、療養病棟入院基本料1、2、<b>結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟、精神病棟)</b>                      ただし、療養病棟、<b>結核病棟、精神病棟</b>については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。</p>

18

令和2年度診療報酬改定 1-4 業務の効率化に資するICTの利活用の推進 ①

## 医療機関における業務の効率化・合理化

➤ 医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

**会議や研修の効率化・合理化**

- 会議** ➤ 安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。
- 院内研修** ➤ 抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化。急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件を見直す。
- 院外研修** ➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。

**記録の効率化・合理化**

- 診療録** ➤ 栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。  
 ・在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。
- レセプト摘要欄** ➤ 画像診断の撮影部位や算定日等について**選択式記載**とする。

**事務の効率化・合理化**

- 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。
- 文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。

20

## 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

### 情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

- 情報通信機器を用いたカンファレンスや共同指導について、日常的に活用しやすいものとなるよう、実施要件を見直す。



#### 【対象となる項目】

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1・2 注1
- ・ 退院時共同指導料2 注3
- ・ 介護支援等連携指導料
- ・ 在宅患者訪問看護・指導料 注9
- ・ 同一建物居住者訪問看護・指導料 注4
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び退院時共同指導加算も同様)

#### 現行



#### 改定後



令和2年度診療報酬改定 1-4 業務の効率化に資するICTの利活用の推進 一③

## 外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し

### 外来栄養食事指導料の見直し

➤ 栄養食事指導の効果を高めるため、外来における栄養食事指導における継続的なフォローアップについて、情報通信機器等を活用して実施した場合の評価を見直す。

現行	改定後
<b>【外来栄養食事指導料】</b> イ 初回 260点 ロ 2回目以降 200点  <b>【算定要件】</b> 注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。	<b>【外来栄養食事指導料】</b> イ 初回 260点 ロ 2回目以降 (1) 対面で行った場合 200点 (2) 情報通信機器を使用する場合 180点  <b>【算定要件】</b> 注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。 2 日の2については、医師の指示に基づき管理栄養士が電話等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

### 算定の例



厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 働き方改革の概要 令和2年3月5日  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html)

本記事に関するお問い合わせはこちら  
<http://go.3M.com/wocn/>

