

2022年度診療報酬改定 【医科②】



2022年3月18日
東和薬品株式会社
医薬政策課

本資料は正確性を保証するものではありません。あらかじめご了解くださいますようお願い致します。

改定の項目一覧

Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－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確保

[①地域医療体制確保加算の見直し](#)

Ⅱ－3 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進

[①勤務医の負担軽減の取組の推進](#)

[②夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し](#)

Ⅱ－4 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

[①医師事務作業補助体制加算の見直し](#)

[②特定行為研修修了者の活用の推進](#)

[③病棟薬剤業務実施加算の見直し](#)

[④周術期における薬学的管理の評価の新設](#)

[⑤看護補助者の更なる活用に係る評価の新設](#)

Ⅱ－5 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

[①医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化](#)

[②医療機関等における事務等の簡素化・効率化](#)

[③標準規格の導入に係る取組の推進](#)

(注) Ⅱ-2については、別途諮問・答申が行われており、出典元の資料に掲載されていません。

Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－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確保 ① 地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

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

現行

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 520点

【施設基準】

「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

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

改定後

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 **620点**

【施設基準】

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

以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。

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

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

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

地域医療体制確保加算の見直し

医師労働時間短縮計画について

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

＜参考＞ 現行の要件
(地域医療体制確保加算)

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

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

地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

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

(新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)

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



【算定要件】

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

【施設基準】

【救急医療に係る実績】

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

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

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

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

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

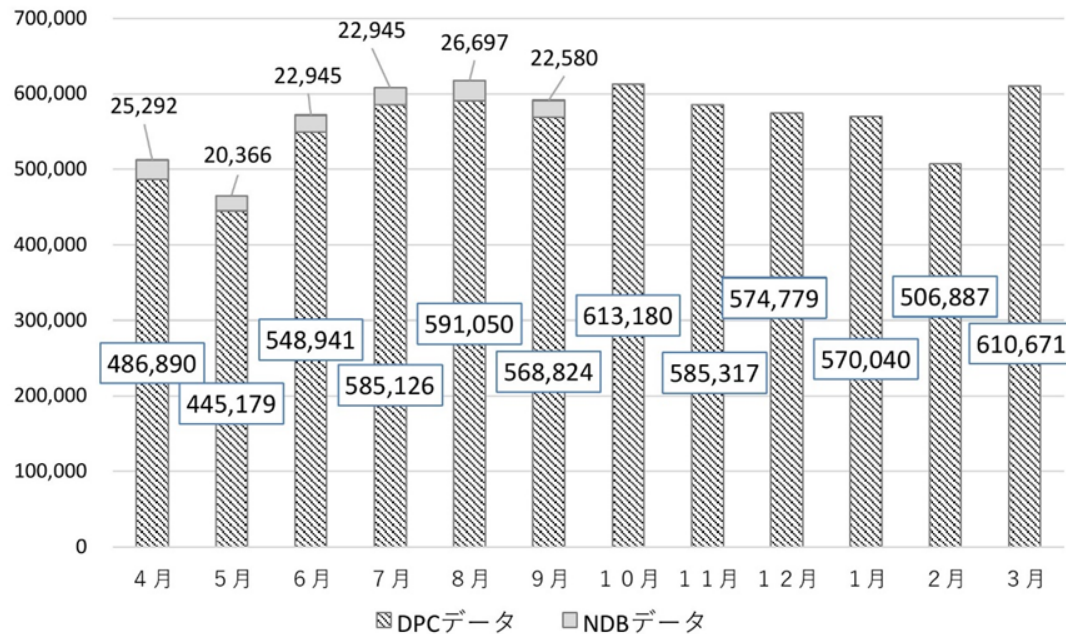
- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



地域医療体制確保加算の算定状況

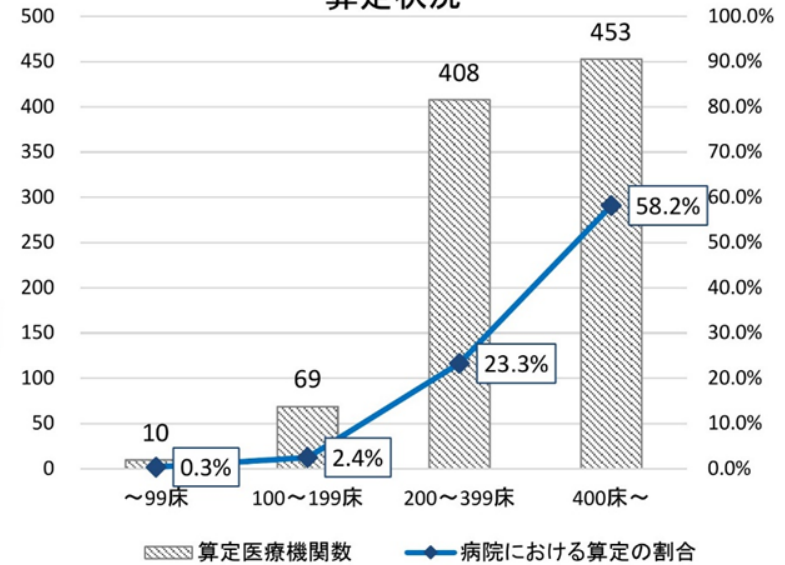
○ 令和2年度改定において新設した地域医療体制加算の算定回数は各月60万回前後で推移。算定医療機関は直近で940医療機関であった。

地域医療体制確保加算の算定回数



※ 出典 DPCデータ (令和2年4月～令和3年3月診療分)
NDBデータ (令和2年4月～9月診療分)

病床規模別の地域医療体制確保加算算定状況



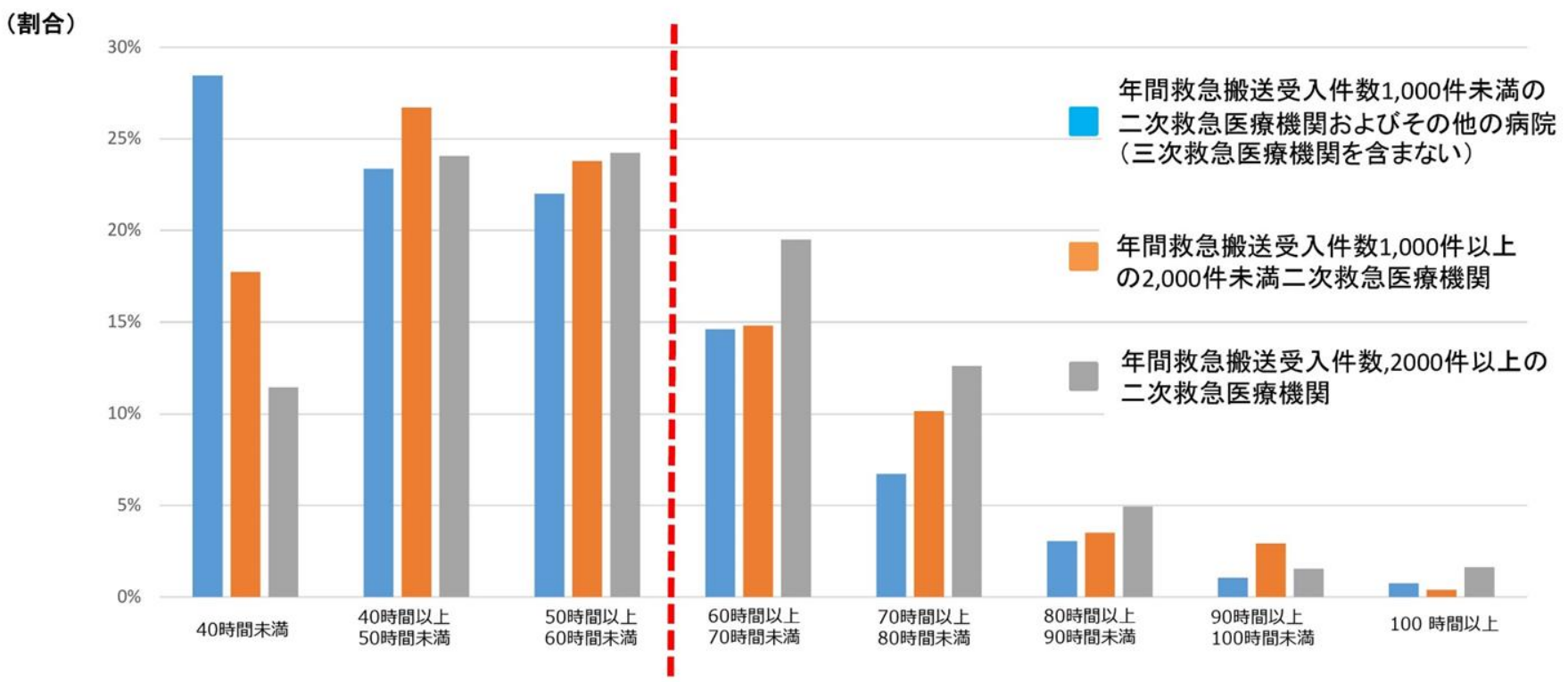
(n=940)

※ 出典 DPCデータ (令和3年3月)
令和元年医療施設(動態)調査

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

中医協 総 - 3
元 . 1 2 . 1 8

<年間救急搬送受入件数別医師労働時間分布(三次救急を除く)>



※1 勤務時間に関する出典:医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班
※2 救急搬送受け入れ実績に関する出典:平成29年度病床機能報告

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

【地域医療介護総合確保基金管理運営要領】(抜粋)

別記3 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

2 対象事業

○地域医療勤務環境改善体制整備事業

地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める(1)に掲げる医療機関が行う(2)の事業を対象とする。

(1)対象医療機関

次のいずれかを満たす医療機関であって「4 交付要件」を満たすもの。ただし、診療報酬により令和2年度改定で新設された地域医療体制確保加算を取得している場合は対象としない。

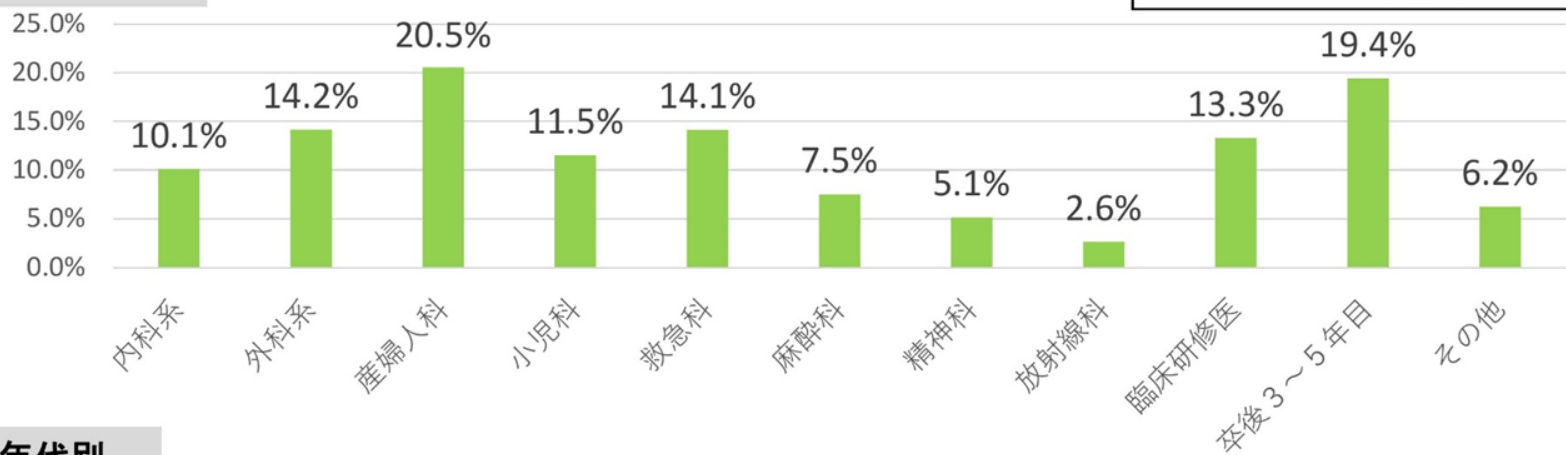
- ①救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1000件以上2000件未満であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
- ②救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1000件未満の医療機関のうち、次のいずれかに当てはまる医療機関
 - ア 夜間・休日・時間外入院件数が、年間で500件以上であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
 - イ 離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど、特別な理由の存在する医療機関
- ③地域医療の確保に必要な医療機関であって、次のいずれかに当てはまる医療機関
 - ア 周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している場合
 - イ 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療を担う医療機関であって一定の実績と役割がある場合など、5疾病5事業で重要な医療を提供している場合
- ④その他在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

(2)対象事業

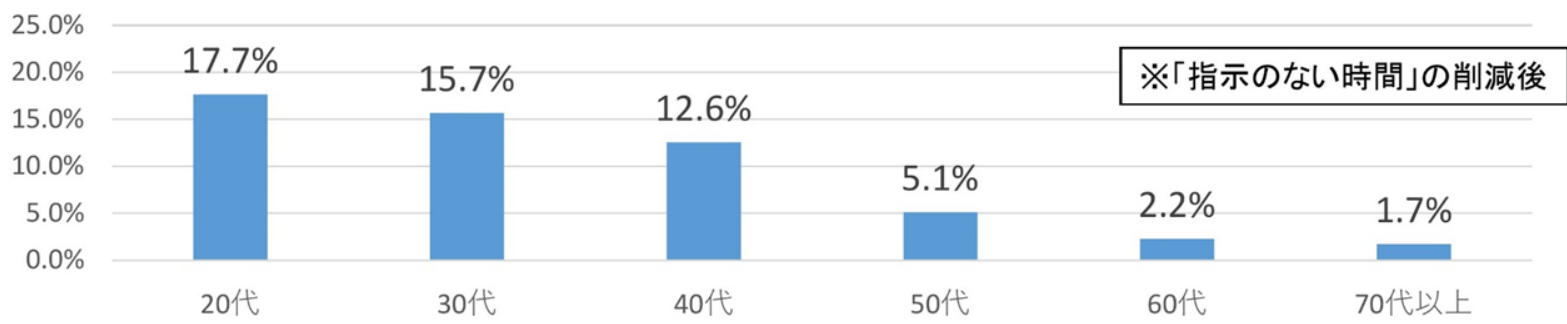
医師の労働時間短縮に向けた取組として、4の(3)における医療機関が作成した「勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に基づく取組を総合的に実施する事業。

週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合

1. 診療科別



2. 年代別

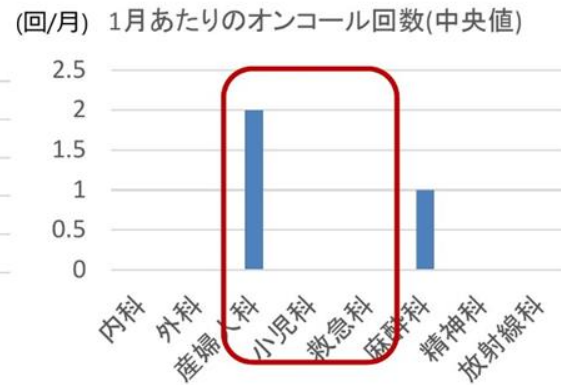
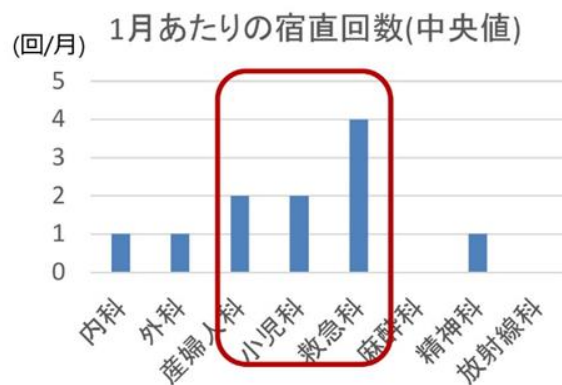
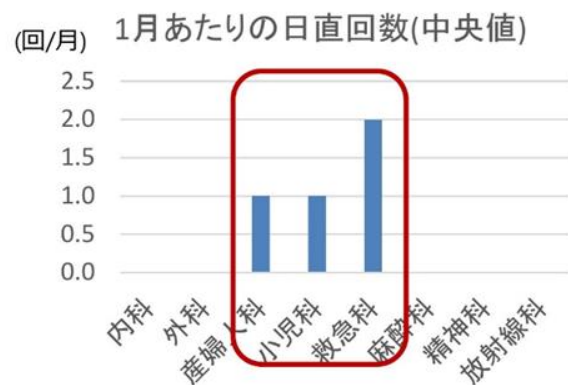
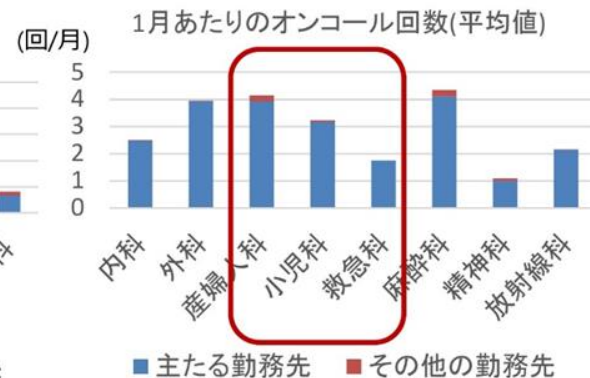
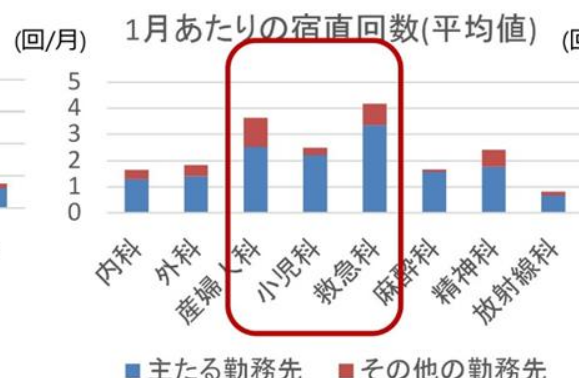
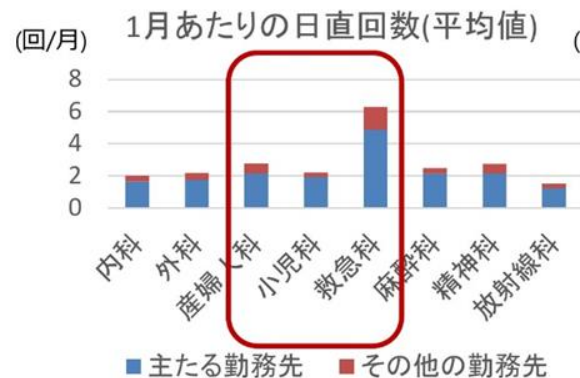


※1 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「診療外時間」(教育、研究、学習、研修等)における上司等からの指示(黙示的な指示を含む。)がない時間(調査票に「指示無」を記入)が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。

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

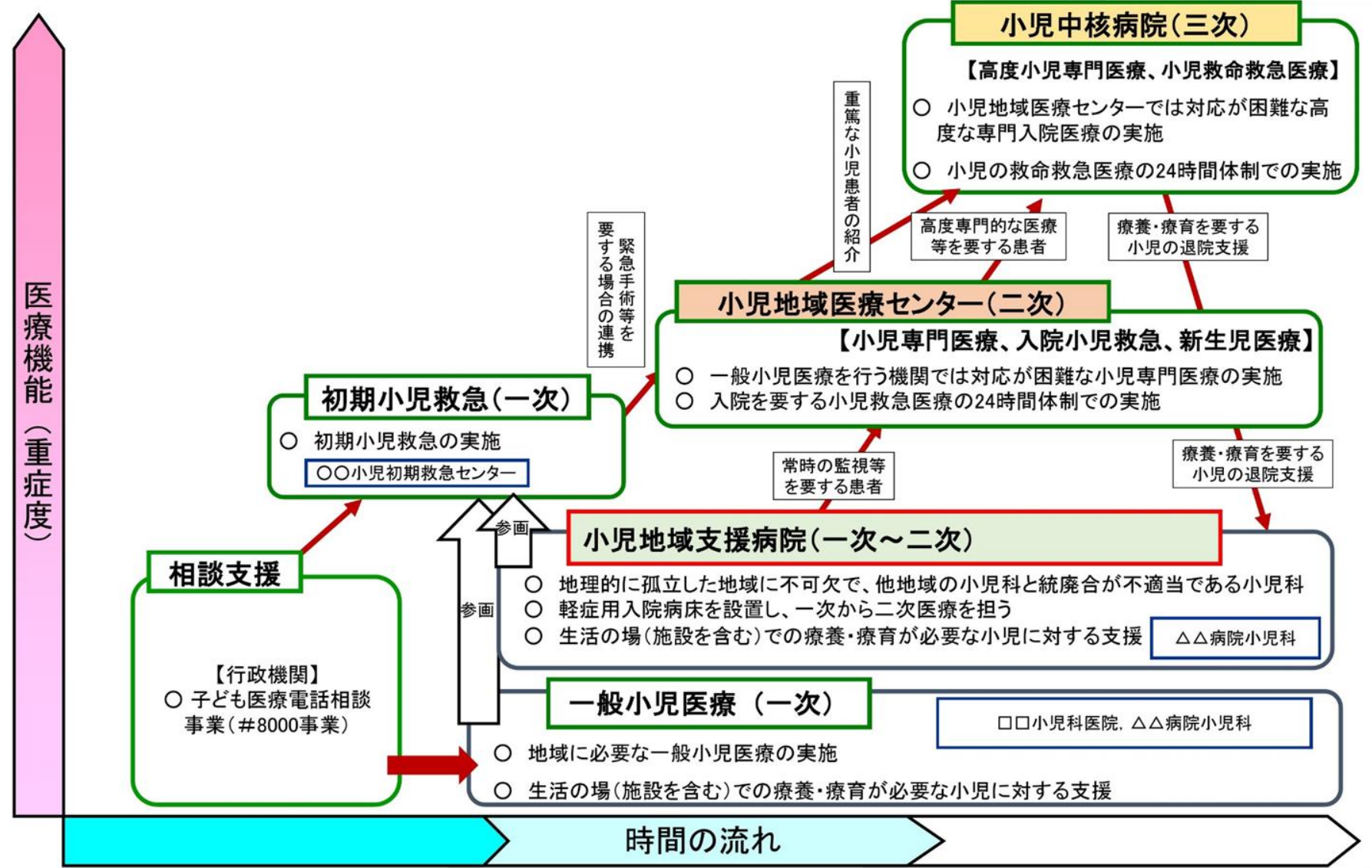
主な診療科ごとの日直・宿直・オンコール回数

○ 主な診療科の1月あたりの日直回数、宿直回数、オンコール回数の平均値及び中央値を比較すると、平均値では、日直、宿直回数で救急科が最も多く、産婦人科、小児科も相対的に回数が多かった。オンコール回数においては、産婦人科の回数が他の診療科に比べて多かった。中央値では、日直回数、宿直回数において、救急科が最も多く、続いて、産婦人科、小児科の回数が多かった。オンコール回数では、産婦人科が最も多かった。



厚生労働省「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」より集計

小児医療の体制

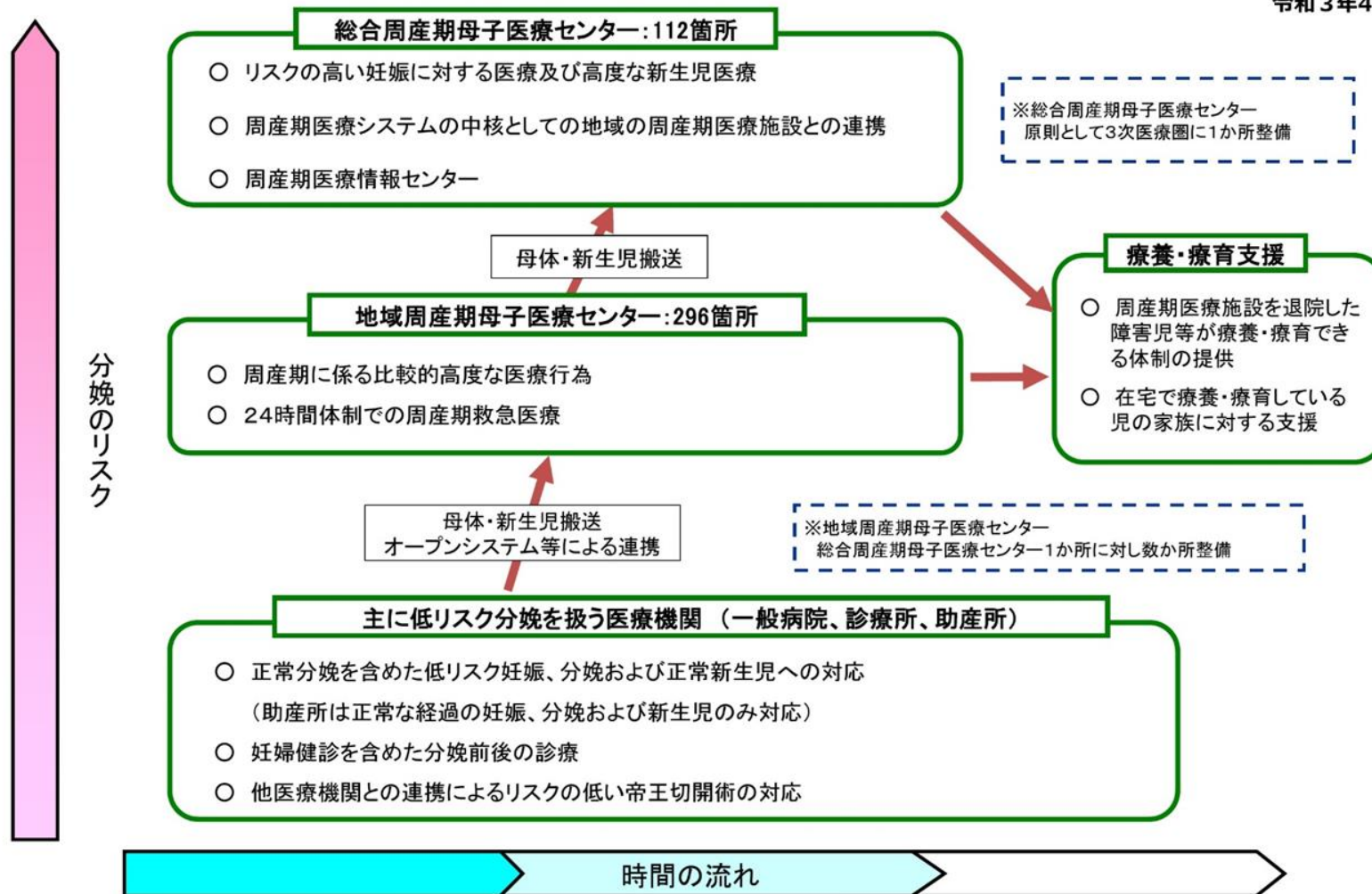


医政局地域医療計画課提供資料

2. 周産期母子医療センターについて 周産期医療の体制

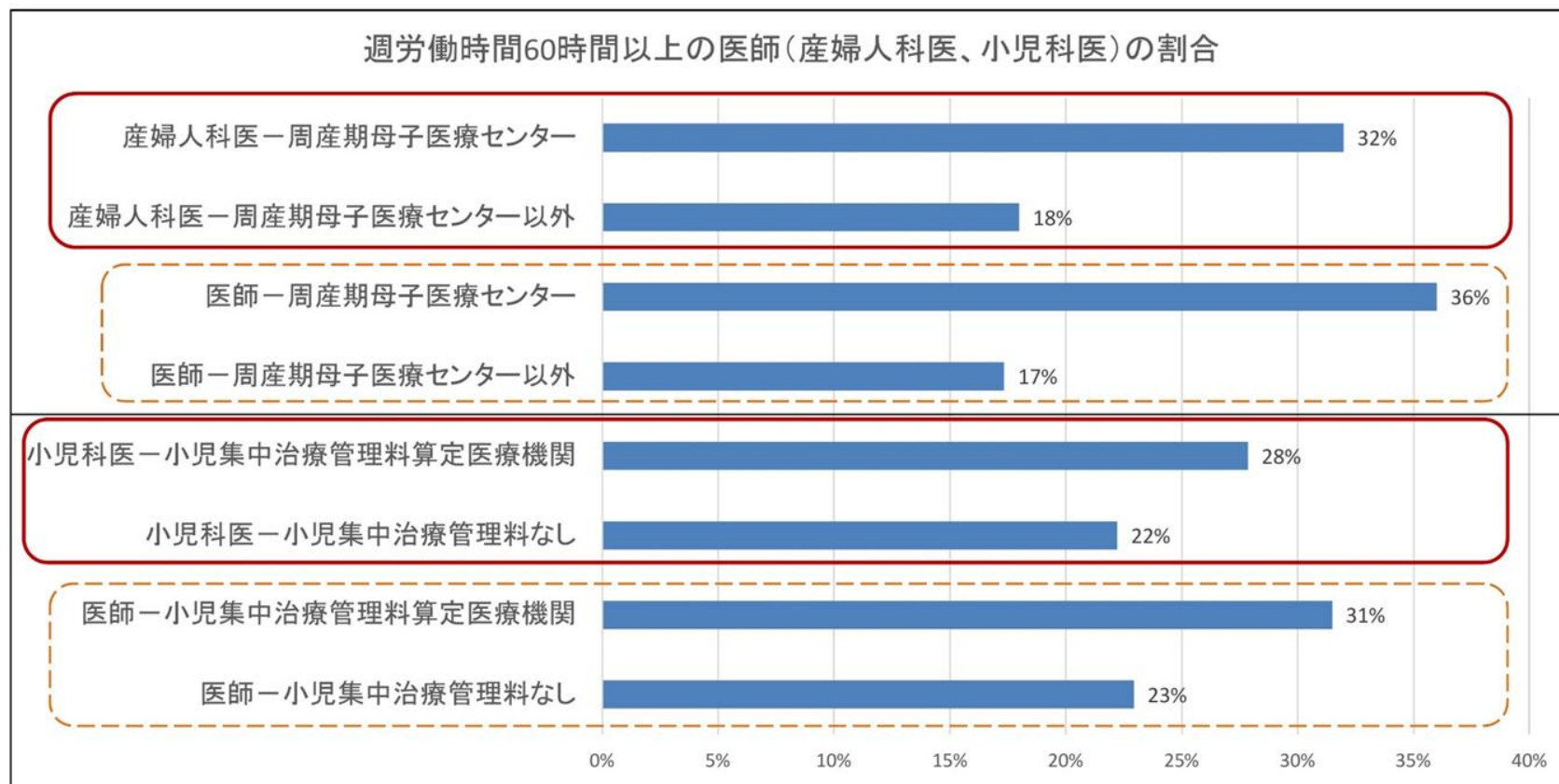
中医協 総 - 1
3 . 1 1 . 1 9

令和3年4月1日現在



周産期母子医療センター等における週労働時間60時間以上の医師の割合

- 調査対象施設における1週間の労働時間が60時間以上（年間時間外・休日労働時間960時間相当）以上の医師の割合については、医師全体、産婦人科医、小児科医のいずれでも、周産期母子医療センター（総合・地域）、小児集中治療管理料を算定する医療機関の方が、週労働時間60時間以上の割合が高い。



厚生労働省「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」より集計

Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－3 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進

- ①勤務医の負担軽減の取組の推進
- ②夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し

勤務医の負担軽減の取組の推進

手術及び処置の時間外加算1等に係る要件の見直し

- 手術及び処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の要件について、医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践の観点から、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る上限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師1人当たりの当直回数に要件を変更する。

現行

【時間外加算1・休日加算1・深夜加算1】

〔施設基準〕

手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数

届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日6人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内）であること。



改定後

【時間外加算1・休日加算1・深夜加算1】

〔施設基準〕

手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数 **及び2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った日数**

(2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の**各医師について年間4日以内**であり、**かつ、(2)のイの2日以上連続で当直を行った回数が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間4回以内**であること。

Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－3 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進

- ①勤務医の負担軽減の取組の推進
- ②夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し①

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

- 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、業務管理等の項目を見直す。
- ①「ア 11時間以上の勤務間隔の確保」又は「ウ 連続する夜勤の回数が2回以下」のいずれかを満たしていることを**必須化**する。
- ②看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料）の施設基準における満たすべき項目の数について、**2項目以上から3項目以上に変更**する。

※1 3交代制勤務又は変則3交代勤務の病棟のみが対象 ※2 夜間30・50・100対1急性期看護補助体制加算の届出が該当	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 急性期看護補助体制加算 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 障害者施設等入院基本料 の注加算	看護職員夜間 配置加算 精神科救急急性期医療入院料、 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（ア又はウを含むこと）	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保（※1）	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ 夜間を含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世話			○	○	
ク 看護補助者の夜間配置（※2）					
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	
コ 夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	○	○	○	○	○

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し②

夜間の看護配置に係る評価の見直し

- 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、夜間の看護配置に係る評価を見直す。

現行			改定後		
看護職員 の配置に 係る加算	【看護職員夜間配置加算】		【看護職員夜間配置加算】		
	看護職員夜間12対1配置加算1	105点	看護職員夜間12対1配置加算1	110点	
	看護職員夜間12対1配置加算2	85点	看護職員夜間12対1配置加算2	90点	
	看護職員夜間16対1配置加算1	65点	看護職員夜間16対1配置加算1	70点	
	看護職員夜間16対1配置加算2	40点	看護職員夜間16対1配置加算2	45点	
看護補助者 の配置に係る 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】		
	地域包括ケア病棟入院料	65点	地域包括ケア病棟入院料	70点	
	精神科救急入院料	65点	精神科救急急性期医療入院料	70点	
	精神科救急・合併症入院料	65点	精神科救急・合併症入院料	70点	
	【急性期看護補助体制加算】		【急性期看護補助体制加算】		
	夜間30対1急性期看護補助体制加算	120点	夜間30対1急性期看護補助体制加算	125点	
	夜間50対1急性期看護補助体制加算	115点	夜間50対1急性期看護補助体制加算	120点	
	夜間100対1急性期看護補助体制加算	100点	夜間100対1急性期看護補助体制加算	105点	
	【看護補助加算】		【看護補助加算】		
	夜間75対1看護補助加算	50点	夜間75対1看護補助加算	55点	
	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）		夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）		50点
	看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）		看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）		
	イ 14日以内の期間	141点	イ（1）14日以内の期間	146点	
	ロ 15日以上30日以内の期間	116点	（2）15日以上30日以内の期間	121点	
	夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）		夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）		
	ハ 夜間看護配置加算1	100点	ハ 夜間看護配置加算1	105点	
	ニ 夜間看護配置加算2	50点	ニ 夜間看護配置加算2	55点	

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設①

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。

(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

[施設基準]

・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。

現行

【急性期看護補助体制加算】

25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）	240点
25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）	220点
50対1急性期看護補助体制加算	200点
75対1急性期看護補助体制加算	160点

(新設)

【看護補助加算】

看護補助加算1	141点
看護補助加算2	116点
看護補助加算3	88点

(新設)

夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算） 45点

看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）

(1) 14日以内の期間	141点
(2) 15日以上30日以内の期間	116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） 160点

改定後

【急性期看護補助体制加算】

25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）	240点
25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）	220点
50対1急性期看護補助体制加算	200点
75対1急性期看護補助体制加算	160点

(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算

【看護補助加算】

看護補助加算1	141点
看護補助加算2	116点
看護補助加算3	88点

(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算

イ 夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算） **50点**

(新) □ 看護補助体制充実加算 **55点**

イ 看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）

(1) 14日以内の期間 **146点**

(2) 15日以上30日以内の期間 **121点**

(新) □ 看護補助体制充実加算

(1) 14日以内の期間 **151点**

(2) 15日以上30日以内の期間 **126点**

イ 看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算） 160点

(新) □ 看護補助体制充実加算 **165点**

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設②

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

研修対象	研修内容
看護師長等	所定の研修※ ¹ を修了していること。
看護職員	<u>全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。</u> <u>研修は、講義及び演習により、次の項目を行う研修であること。</u> イ（イ）看護補助者との協働の必要性 （ロ）看護補助者の制度的な位置づけ （ハ）看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方 （ニ）看護補助者との協働のためのコミュニケーション （ホ）自施設における看護補助者に係る規定及び運用
看護補助者	現行の研修内容※²のうち、<u>エ（日常生活にかかわる業務）について業務内容毎に業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、それを用いて研修を実施すること。</u>

- ※1（イ）国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）
（ロ）講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- ① 看護補助者の活用に関する制度等の概要
 - ② 看護職員との連携と業務整理
 - ③ 看護補助者の育成・研修・能力評価
 - ④ 看護補助者の雇用形態と処遇等
- ※2 ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
エ 日常生活にかかわる業務
オ 守秘義務、個人情報の保護
カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－4 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- ① 医師事務作業補助体制加算の見直し
- ② 特定行為研修修了者の活用の推進
- ③ 病棟薬剤業務実施加算の見直し
- ④ 周術期における薬学的管理の評価の新設
- ⑤ 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

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

現行

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



改定後

医師事務作業補助体制加算1の施設基準
(削除)

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

※ 医師事務作業補助体制加算2については上記要件を設けない

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

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

現行

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
15対1	970点	910点
20対1	758点	710点
25対1	630点	590点
30対1	545点	510点
40対1	455点	430点
50対1	375点	355点
75対1	295点	280点
100対1	248点	238点

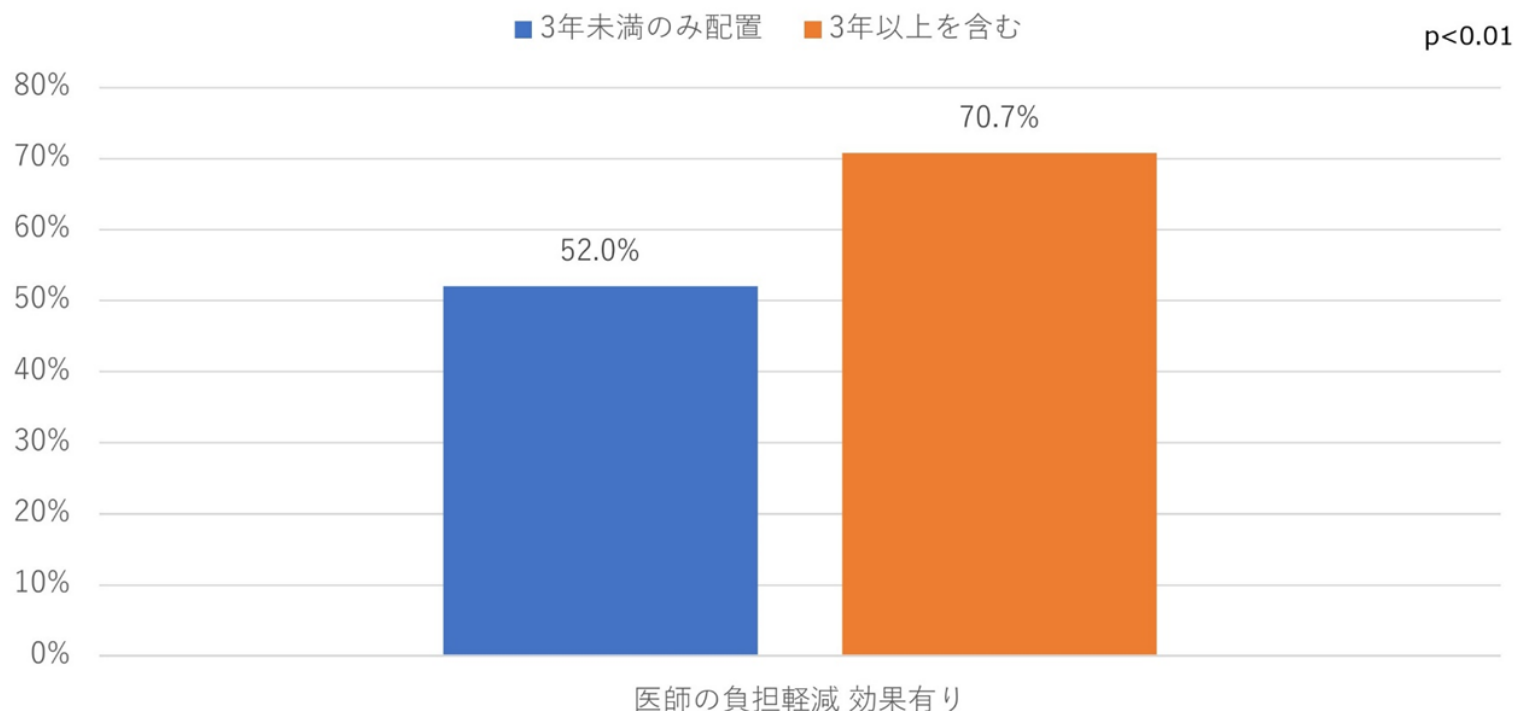


改定後

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

3年以上の実務経験を有する実務者の配置と医師の負担軽減効果

- 3年以上の実務経験を有する実務者を配置している施設と3年未満の実務者のみの施設を比較したところ、3年以上の実務経験を有する実務者を配置している施設において、医師の負担軽減効果が有意に高い結果であった。



※医師の負担軽減：医師の事務作業負担軽減＋医師の残業時間減少
 ※実務者の経験年数算出が可能であった616施設を対象とした
 ※2変数でのX2乗検定



NPO法人日本医師事務作業補助研究会調べ（2019年4月）

医師事務作業補助者のキャリアパス

- 医師事務作業補助研究会においては、参考として医師事務作業補助者のキャリアパスを示している。
- キャリアパスにおいては、医師事務の主要な業務を網羅的にできるようになるのに3年かかることを踏まえ、**経験年数3年以上の職員はより高度な医師の負担軽減に関する取組**を行いつつ、リーダーとなって後輩職員を育成することを目標としている。

臨床支援士(医師事務作業補助者)のキャリアパスモデル



NPO法人日本医師事務作業補助研究会

レベル	経験年数	役職	期待基準	教育テーマ	院内・院外研修
レベル5		課長	- 全体の運営方針、および目標の設定を行い、その実現に向け統括ができる。 - 部署の教育計画を立案し実施できる	- マネジメント業務の習得 - リーダーシップの展開 - 総合判断力や問題解決形成力・課題解決力を高める - 戦略的発想を身につける - チーム医療の推進役としての力量を高める	管理者研修、学会、研究会
レベル4-I (総合上級)	5~	係長主任	- スタッフの教育、指導専門職として、業務のスーパーバイズ、スキル指導やOJT、研修講師、カウンセリング等を行うことができる - 豊富な専門知識・専門技術を有し、難度の高い業務を効率的に遂行できる - 役職者として、全体の運営方針および目標の設定と、その実現に向けた活動および上位役職者の補佐ができる	- 役職者に求められるチームマネジメント、リーダーシップ、部下指導、人材育成の基本を身につける - 専門性を深化、拡大する	- 管理者研修 - 共通項目(部署内マネジメント、リーダーシップ、コーチング、問題解決) - 専門的項目(応用的な臨床支援技術、学会、研究会) - 専門的項目(学会、研究会)
レベル3(中級後期)	3~5	リーダー	- チームリーダーとし、管理者を補佐し、自主的に業務の管理、スタッフの指導、業務の企画・立案、業務改善ができる - 幅広い実務知識と経験を有し、難易度が極めて高い業務にも対応できる - 新人や後輩の指導、改善提案などにも対応できる - 緊急時の対応を適切に行うことができる	- 小規模グループ(チーム)のリーダーに求められるマネジメント業務を習得する - 患者サービスの質向上や医師の負担軽減の向上に向けた業務の改善力、問題解決力を高める - 新人や後輩への指導力を高める	- リーダーシップ研修 - 共通項目(チームワーク、コミュニケーション) - 専門的項目(実践的な臨床支援技術、院内勉強会、外部研修会、学会、研究会)
レベル2(中級前期)	2~3		- 基礎的な実務知識、技能を応用し、比較的難易度の高い業務にも対応できる - 決められた内容の業務を平穩よく効率的に実施できる - 現場のニーズや状況の変化に適切に対応できる - 協働スタッフ、上司、医師へ適時、報告・連絡・相談ができる - 患者、家族の目線に立ったサービス質向上を考えることができる	- 実践的な診療支援技術、知識を習得する - 現場における状況判断力を高める - 専門性をより深める - 改善提案力を高める - 多職種間の調整力を高める	- 共通項目(チームワーク、コミュニケーション) - 専門的項目(実践的な臨床支援技術、院内勉強会、外部研修会)
レベル1(初級)	1~2	スタッフ	- 配置後6カ月以内に医師事務作業補助者研修(32時間)を受講し、決められた内容の業務を決められた手順で実施できる - 基礎的な実務知識・技能を有し、指導を受けながら比較的難易度の高くない業務を担当できる - 協働するスタッフ・他部門・他職種とコミュニケーション・連携を図ることができる - 患者のプライバシーに配慮し、業務遂行できる - 上司への報告・連絡・相談ができる	- 医師事務作業補助者の役割を理解する - 院内の仕組みを理解する - 社会人・組織人としての自覚を養う - 初期の不安や悩みをフォローする - 基本的な医学専門用語や疾患を習得する - 医療文書作成の基本を習得する - 専門性の基礎作りを行う - 患者サービス・接遇の実践力を高める - 基礎的な業務を医師、他部門、他職種と連携し、実施できる	- 新人研修(入職時・フォロー) 32時間の基礎研修 - 共通項目(組織の理念・ルール、職業倫理、コンプライアンス、個人情報保護、医療安全、院内感染予防) - 接遇マナー - OJT - 院内勉強会 - 外部研修会

Ver.1.1 (2017年11月4日)

出典：厚生労働省 中医協 (2021/12/08) 総-4-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00126.html

Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－4 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- ① 医師事務作業補助体制加算の見直し
- ② 特定行為研修修了者の活用の推進
- ③ 病棟薬剤業務実施加算の見直し
- ④ 周術期における薬学的管理の評価の新設
- ⑤ 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

特定行為研修修了者の活用の推進

研修要件の見直し

- 精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、呼吸ケアチーム加算の算定に係る適切な研修に、特定行為に係る研修を追加する。

現行

【精神科リエゾンチーム加算】

〔施設基準〕

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。



改定後

【精神科リエゾンチーム加算】

〔施設基準〕

ア 国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるもの）又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修であること。

※【栄養サポートチーム加算】【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】【呼吸ケアチーム加算】についても同様

特定行為及び特定行為区分（2 1 区分 3 8 行為）

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

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

施設基準に係る研修についての整理

- 以下の加算の施設基準に係る研修について、認定看護分野、専門看護分野と関連する特定行為区分は以下の通り。
- 特定行為研修は、全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修として、臨床病態生理学や臨床推論等の「共通科目」の受講が必要となっており、更に、特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修として、「区分別科目」の受講が必要となっている。

項目	認定看護分野	専門看護分野	特定行為区分
A230-4 精神科リエゾンチーム加算	・認知症看護	・老年看護 ・精神看護	・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
A233-2 栄養サポートチーム加算	・摂食嚥下障害看護		・栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連 ・栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	・皮膚・排泄ケア		
A242 呼吸ケアチーム加算	・救急看護・集中ケア／クリティカルケア（2021年度以降統合） ・新生児集中ケア・小児救急看護／小児プライマリケア ・慢性呼吸器疾患看護／呼吸器疾患看護	・急性・重症患者看護	・呼吸器(気道確保に係るもの)関連・呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連

目次に戻る

Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－4 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- ① 医師事務作業補助体制加算の見直し
- ② 特定行為研修修了者の活用の推進
- ③ 病棟薬剤業務実施加算の見直し
- ④ 周術期における薬学的管理の評価の新設
- ⑤ 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

病棟薬剤業務実施加算の見直し

病棟薬剤業務実施加算の見直し

- 小児入院医療管理料において、病棟薬剤師による介入が医療の質の向上につながっている実態を踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟について、病棟薬剤業務実施加算1を算定可能とする。

現行 (病棟薬剤業務実施加算1が算定可能な入院料)

急性期一般入院料 1～7

地域一般入院料 1～3

療養病棟入院料 1、2、注11

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（一般病棟、結核病棟、精神病棟）

専門病院入院基本料



改定後 (病棟薬剤業務実施加算1が算定可能な入院料)

急性期一般入院料 1～6

地域一般入院料 1～3

療養病棟入院料 1、2、注11

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（一般病棟、結核病棟、精神病棟）

専門病院入院基本料

(新) 小児入院医療管理料 1～5

病棟薬剤業務実施加算について

病棟薬剤業務実施加算1	120点(週1回)
病棟薬剤業務実施加算2	100点(1日につき)

- ※ 病棟薬剤業務実施加算1：一般病棟入院料、療養病棟入院料等を算定する病棟が対象
 病棟薬剤業務実施加算2：救命救急入院料、特定集中室管理料等を算定する高度急性期医療に係る治療室が対象



[算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に算定する。

病棟薬剤業務の具体例

- | |
|--|
| ① 患者の医薬品の 投薬・注射状況の把握 |
| ② 医薬品の 医薬品安全性情報等の把握、周知 |
| ③ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案 |
| ④ 薬剤を 同時に投与する場合の相互作用の確認 |
| ⑤ ハイリスク薬 の患者への 投与前の説明 |
| ⑥ 薬剤の投与にあたり、 流量又は投与量の計算等の実施 |
| ⑦ 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」※に掲げる事項 |
| ⑧ 退院時 の薬学的管理指導 |

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコルに基づき、医師等と協働して実施
- ② **薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等**について、医師に対し、積極的に**処方**を提案
- ③ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案
- ④ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方を提案
- ⑤ 入院患者の持参薬の内容を確認し、医師に対し、服薬計画を提案するなどの薬学的管理を実施
- ⑥ 抗がん剤等の適切な無菌調製

2) 薬剤に関する相談体制の整備

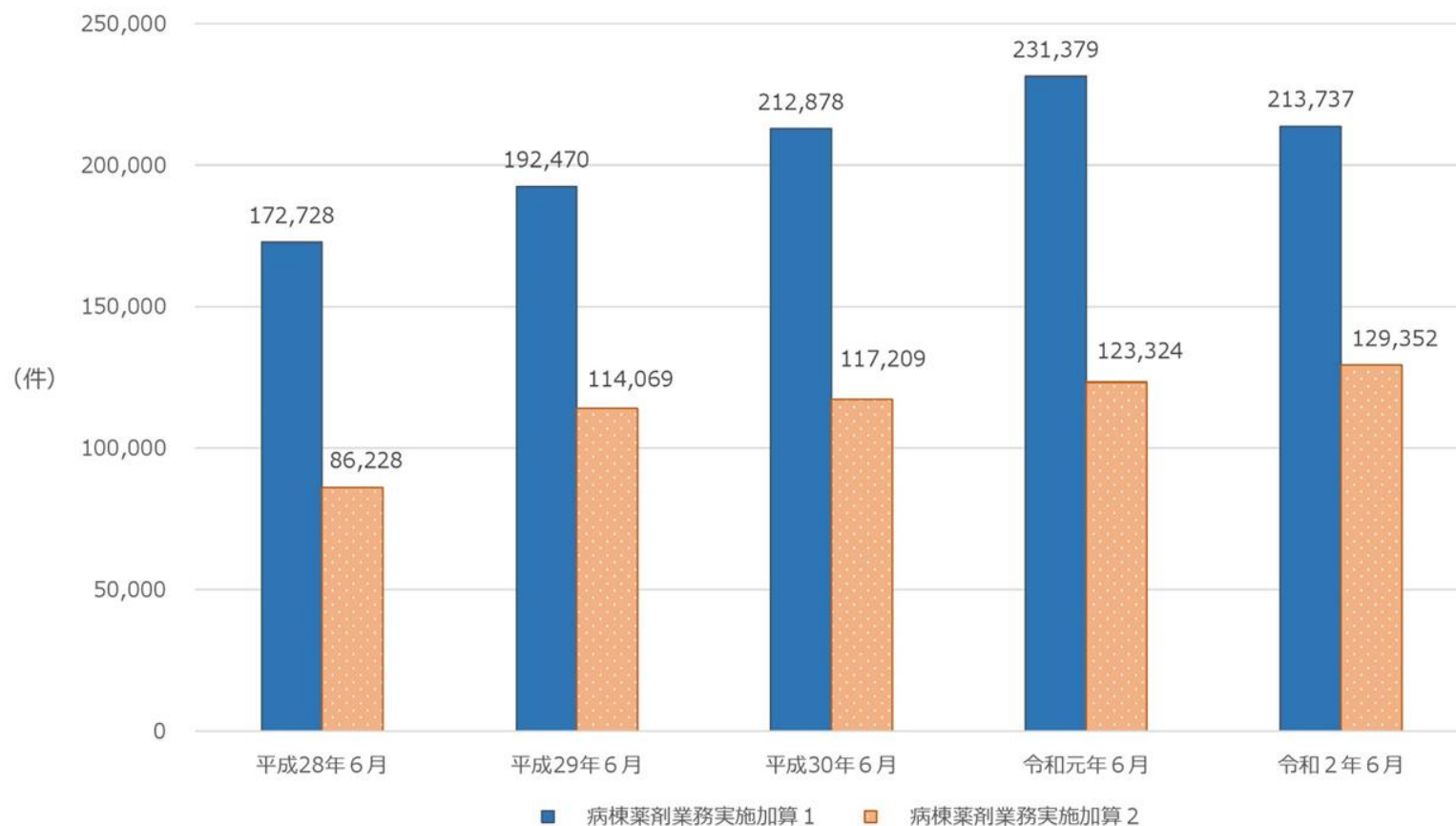
各医療スタッフからの相談に応じることができる体制を整えることが望まれる。

※ 平成22年4月30日付け医政局長通知

病棟薬剤業務実施加算の算定回数の推移

- 病棟薬剤業務実施加算の算定回数は上昇傾向である。

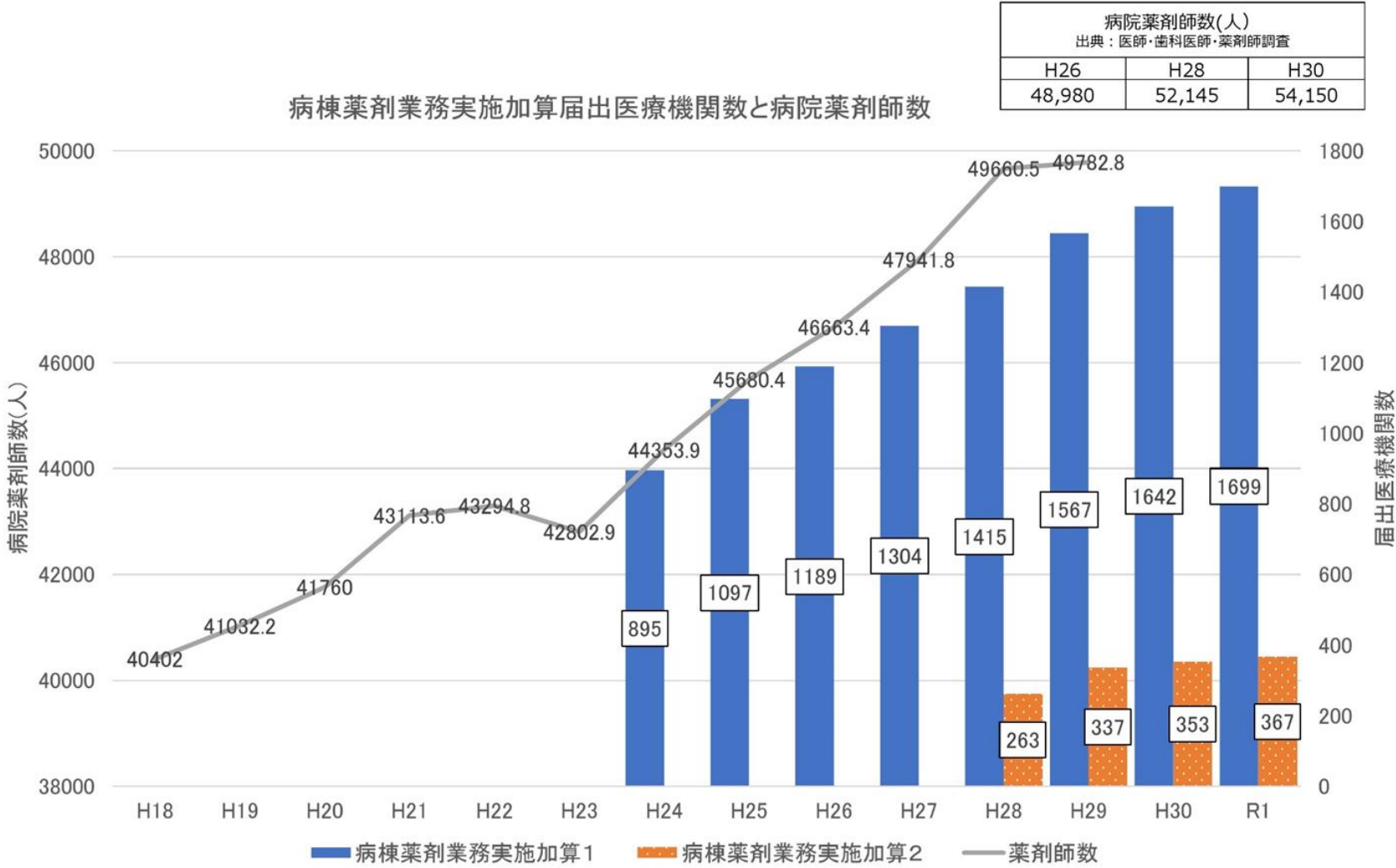
病棟薬剤業務実施加算算定回数



出典：社会医療診療行為別統計各年 6 月

病院薬剤師数と病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数

○ 病院薬剤師数の増加に伴い、病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数は増加している。

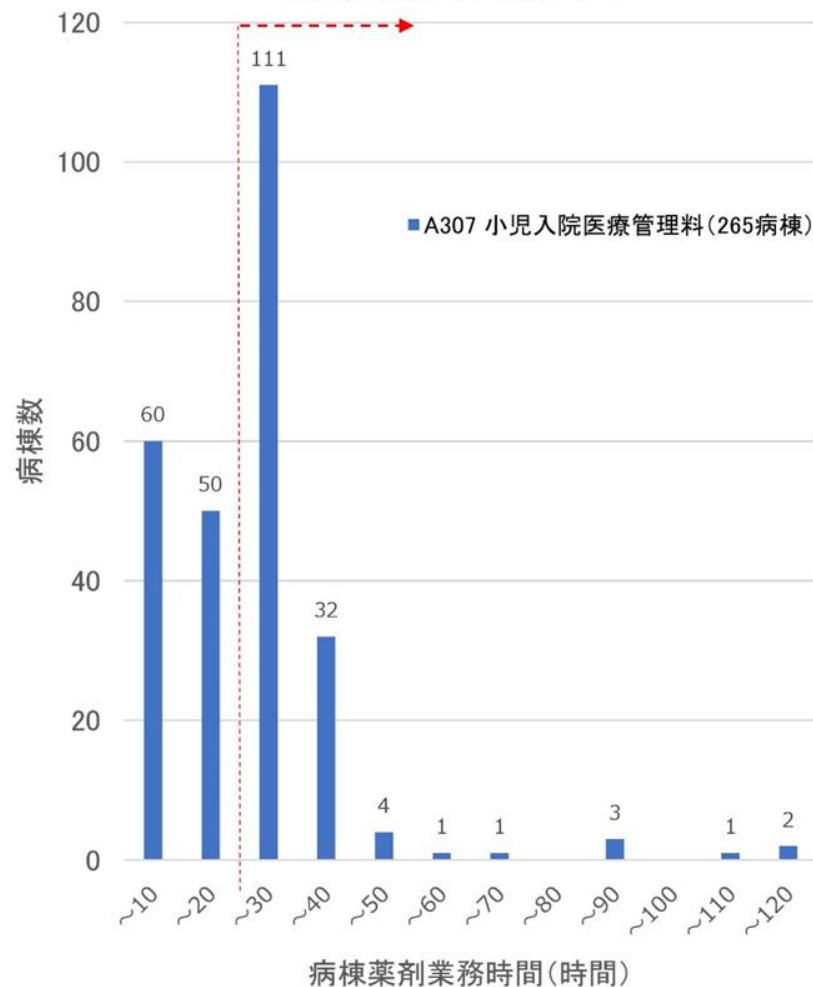


出典：日本病院薬剤師会提供資料
H24～R1病棟薬剤業務実施加算届け出受理状況H29年度医療施設静態調査・H18～28年度病院報告 病院の従事者数(薬剤師)

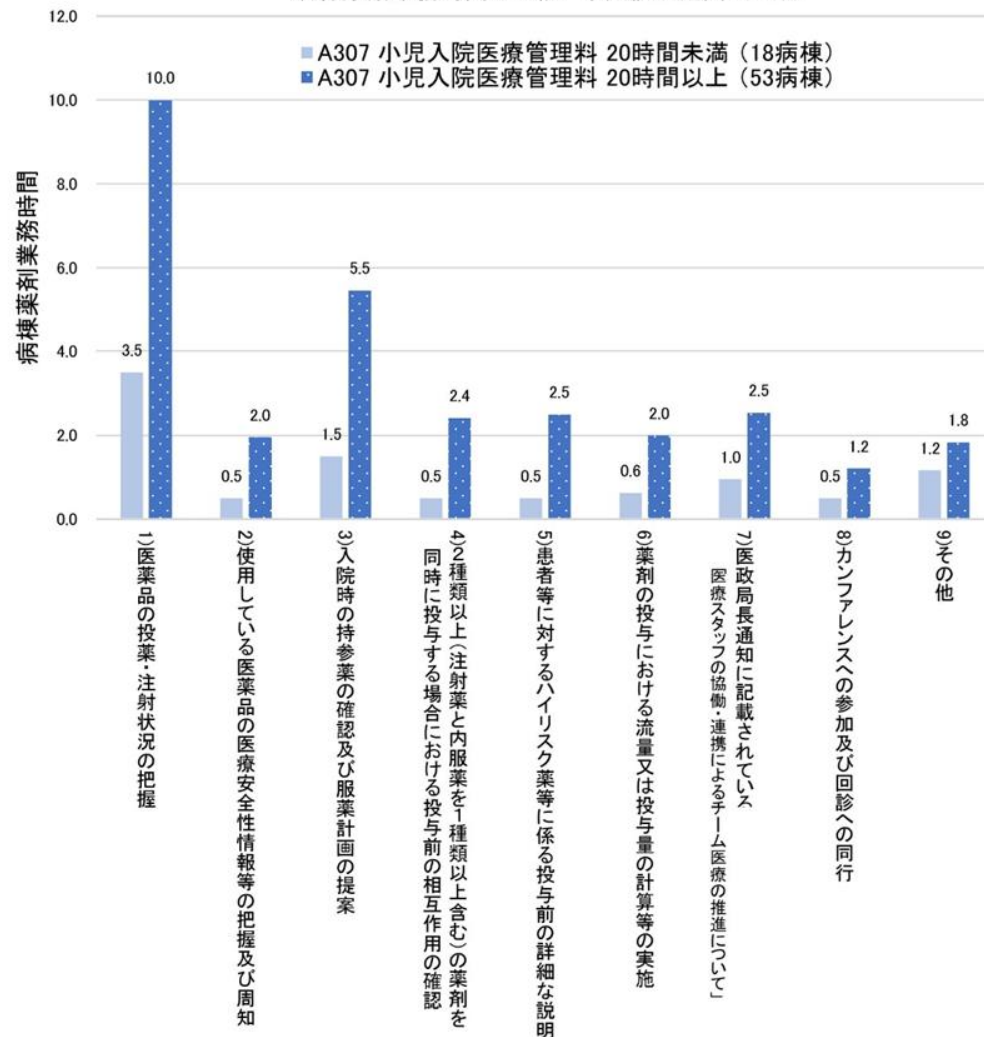
小児入院医療管理料を算定する病棟の病棟薬剤業務時間

○ 小児入院医療管理料を算定する病棟は、20時間以上の病棟薬剤業務を実施している施設が多い。

A307 小児入院医療管理料を算定する病棟の
病棟薬剤業務時間(1週間当たり)



A307 小児入院医療管理料を算定する病棟の
病棟薬剤業務時間の内訳 中央値(1週間当たり)



出典：日本病院薬剤師会 提供資料

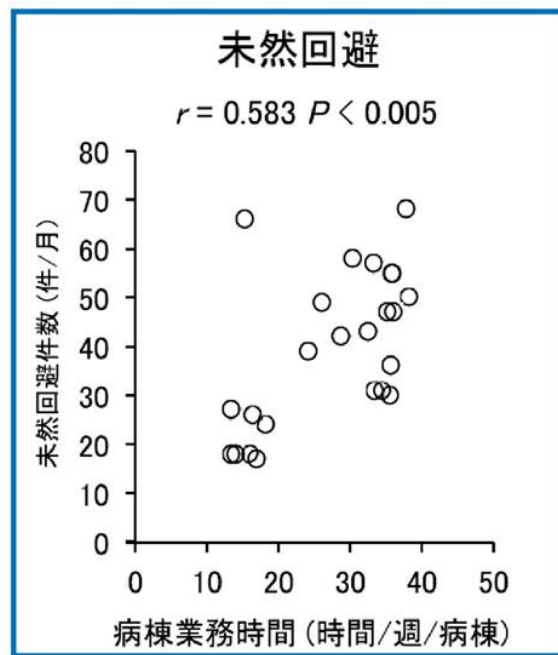
薬剤師の病棟業務時間とプレアボイド件数の関連

- 薬剤師の病棟業務時間が多いと、薬物療法の安全性のみならず薬物治療効果の向上に寄与できる可能性がある。

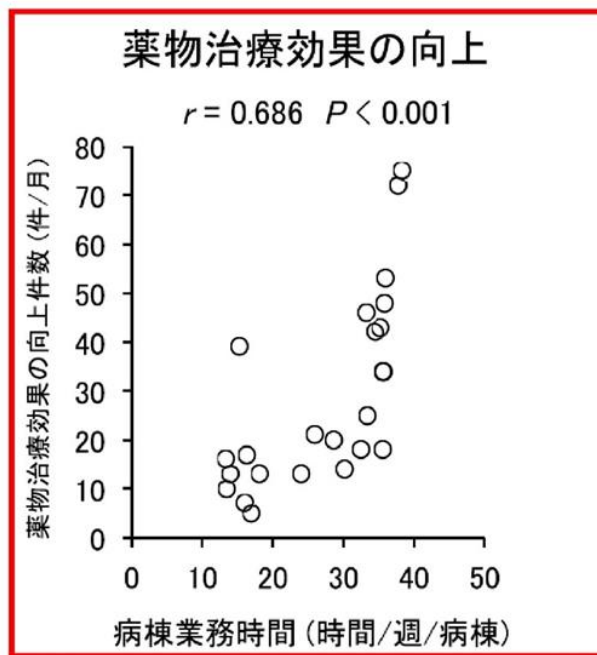
【方法】2015年4月～2017年3月の24ヶ月間、病棟業務に伴うプレアボイド件数および薬剤師の病棟業務時間を調査。

※病棟業務時間には【B008】薬剤管理指導料に該当する業務に要した時間を含む

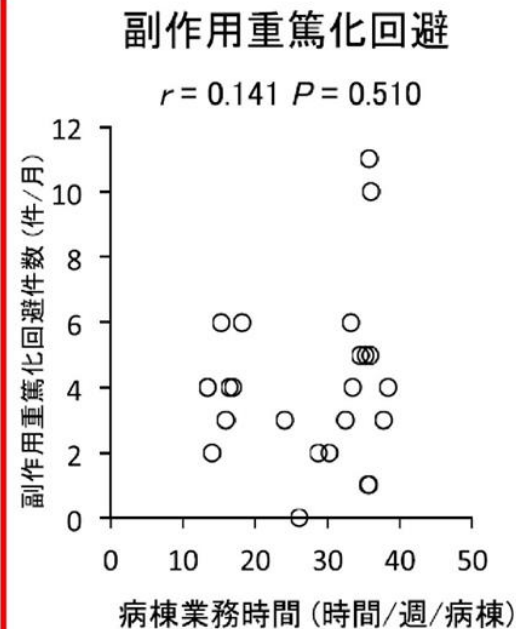
- 各月における1病棟1週間あたりの薬剤師の病棟業務時間と報告別のプレアボイドの件数の相関



・未然回避(薬物療法の安全性の向上に寄与)
副作用、相互作用等を未然に防止した報告



・薬物治療効果の向上(薬物療法の有効性の向上に寄与)
薬剤の変更や用量の是正等に基づく薬物治療効果の向上による患者不利益を回避した報告



・副作用重篤回避
発現した副作用、相互作用等を発見し、薬学的ケアにより遷延化、重篤化を防止した報告

出典: 石川雅之他 千葉大学医学部附属病院薬剤部 薬剤師の病棟業務時間とプレアボイド件数の相関 医療薬学45(3) 143—149 (2019)

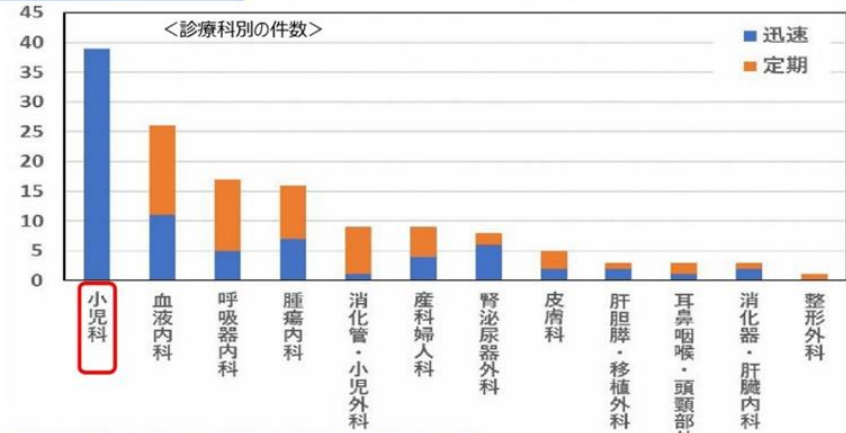
出典: 厚生労働省 中医協 (2021/12/08) 総-4-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00126.html

三重大学医学部附属病院の小児病棟の薬剤師の取り組み

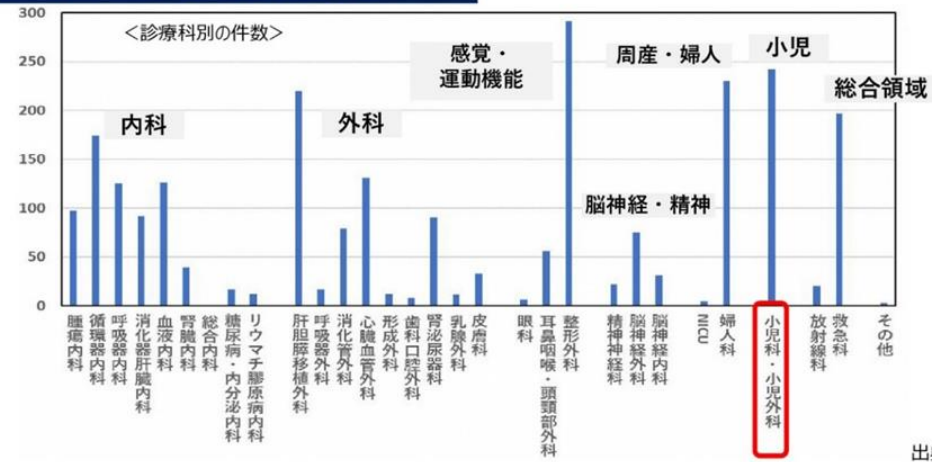
- 小児病棟において薬剤師は、下記の様な業務を実施している。
- 小児は標準治療が確立されておらず、体格により薬用量も異なるため、薬剤師によるダブルチェックの重要度が高い。

1. レジメンの把握



- ・小児は年齢・体重にあわせた個別化治療のレジメンも多く、迅速に妥当性や支持療法を確認する必要がある。
- ・化学療法の場合、性腺毒性を評価し、妊孕性温存治療について医師と協議する。

2. 疑義照会、処方提案件数



- ・小児は体重、体表面積で薬用量が異なり、成人に比して、薬剤師によるダブルチェックの重要度が高い。
- ・また、高額かつ厳格な管理が必要な医薬品が増え薬学的介入が必要とされている。

出典：厚生労働省 中医協（2021/12/08）総-4-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00126.html

出典：三重大学医学部附属病院提供データ（令和2年度の実績）を元に医療課で編集

Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－4 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- ① 医師事務作業補助体制加算の見直し
- ② 特定行為研修修了者の活用の推進
- ③ 病棟薬剤業務実施加算の見直し
- ④ 周術期における薬学的管理の評価の新設
- ⑤ 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

周術期における薬学的管理の評価の新設

- 薬剤師による周術期の薬物療法に係る医療安全に関する取組の実態を踏まえ、質の高い周術期医療が行われるよう、手術室の薬剤師が病棟の薬剤師と薬学的管理を連携して実施した場合の評価を新設する。

麻酔管理料（Ⅰ）・麻酔管理料（Ⅱ）

2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合

（新） 周術期薬剤管理加算 75点

〔算定要件〕

- ・ 専任の薬剤師が周術期における医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する周術期薬剤管理を病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して実施した場合に算定する。
 - ・ 周術期薬剤管理とは、次に掲げるものであること。なお、ア及びイについて、その内容を診療録等に記載すること。
 - ア **「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について（令和3年9月30日医政発0930第16号）」の3の3）①等に基づき、周術期の薬学的管理等を実施すること。**
 - イ アについては**病棟薬剤師等と連携して実施**すること。
 - ウ **時間外、休日及び深夜においても、当直等の薬剤師と連携し、安全な周術期薬剤管理が提供できる体制を整備**していること。
- また、病棟薬剤師等と連携した周術期薬剤管理の実施に当たっては、「根拠に基づいた周術期患者への薬学的管理ならびに手術室における薬剤師業務のチェックリスト」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。

〔施設基準の概要〕

- ・ 当該保険医療機関内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な**専任の薬剤師**が配置されていること。
- ・ **病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- ・ 周術期薬剤管理に関する**プロトコルを整備**していること。なお、周術期薬剤管理の実施状況を踏まえ、定期的な**プロトコルの見直し**を行うこと。
- ・ 周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師、病棟薬剤業務実施加算の施設基準における専任の薬剤師及び医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各薬剤師が周術期薬剤管理を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- ・ 医薬品の安全使用や、重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等を盛り込んだ**薬剤の安全使用に関する手順書（マニュアル）を整備し、必要に応じて当直等の薬剤師と連携**を行っていること。

病棟薬剤業務実施加算について

病棟薬剤業務実施加算1	120点(週1回)
病棟薬剤業務実施加算2	100点(1日につき)

- ※ 病棟薬剤業務実施加算1：一般病棟入院料、療養病棟入院料等を算定する病棟が対象
 病棟薬剤業務実施加算2：救命救急入院料、特定集中室管理料等を算定する高度急性期医療に係る治療室が対象



[算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に算定する。

病棟薬剤業務の具体例

- | |
|--|
| ① 患者の医薬品の 投薬・注射状況の把握 |
| ② 医薬品の 医薬品安全性情報等の把握、周知 |
| ③ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案 |
| ④ 薬剤を 同時に投与する場合の相互作用の確認 |
| ⑤ ハイリスク薬 の患者への 投与前の説明 |
| ⑥ 薬剤の投与にあたり、 流量又は投与量の計算等の実施 |
| ⑦ 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」※に掲げる事項 |
| ⑧ 退院時 の薬学的管理指導 |

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコルに基づき、医師等と協働して実施
- ② **薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等**について、医師に対し、積極的に**処方**を提案
- ③ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案
- ④ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方提案
- ⑤ 入院患者の持参薬の内容を確認し、医師に対し、服薬計画を提案するなどの薬学的管理を実施
- ⑥ 抗がん剤等の適切な無菌調製

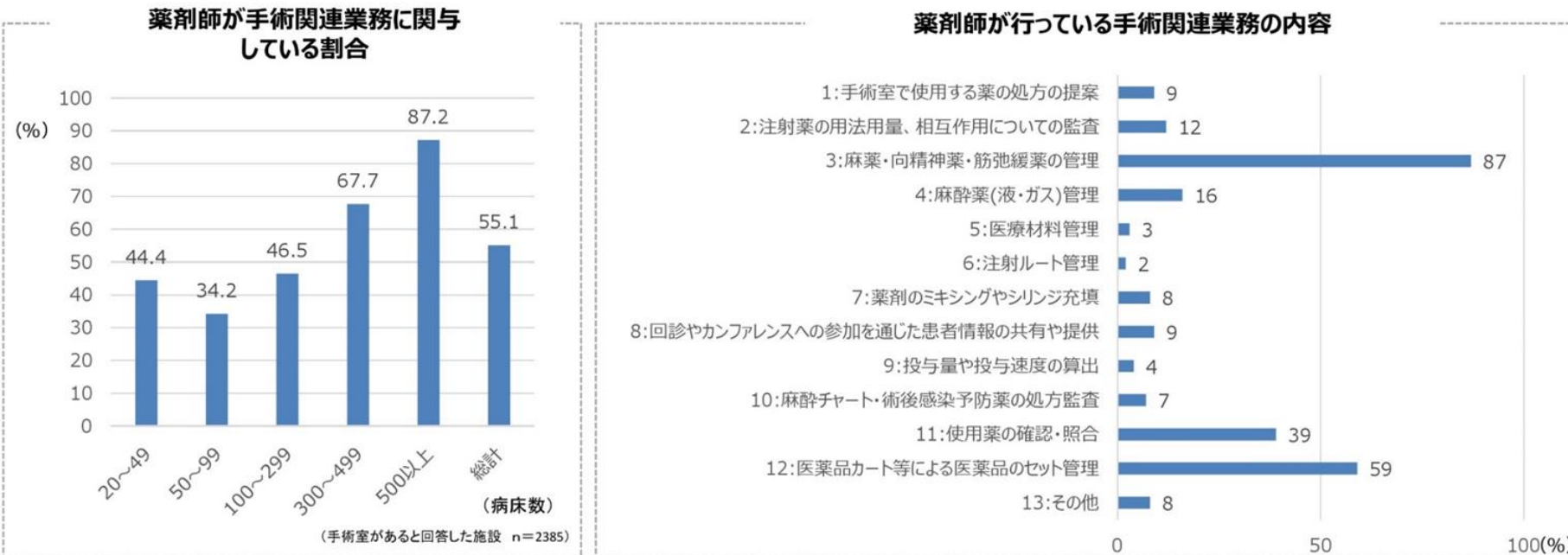
2) 薬剤に関する相談体制の整備

各医療スタッフからの相談に応じることができる体制を整えることが望まれる。

※ 平成22年4月30日付け医政局長通知

周術期の薬剤師関与の状況

- 手術室があると回答した施設のうち、薬剤師が手術関連業務に関与している施設は55.1%だった。
- 薬剤師が行っている手術関連業務の内容について、「麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理」が87%、「医薬品カート等による医薬品のセット管理」が59%が多かった。
- 関与は「専従」が5.5%、「専任・兼務」が94.5%だった。



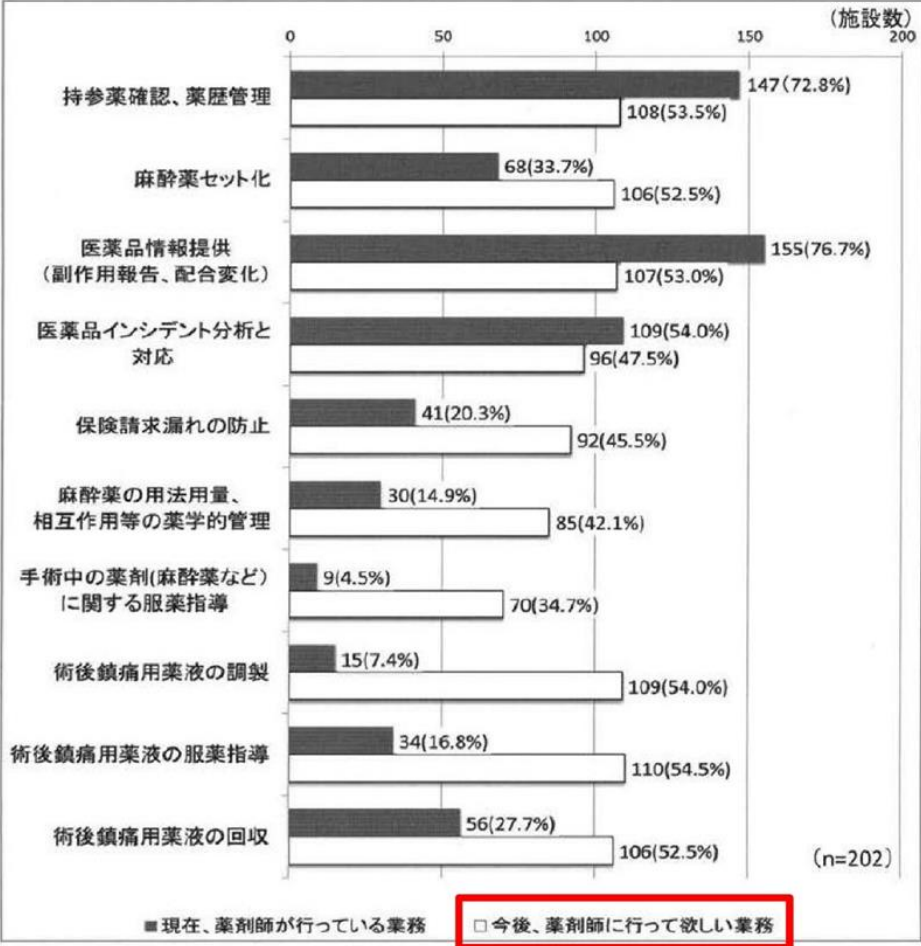
専従、専任、兼務で関与してる割合		病床規模					全体
		20～49	50～99	100～299	300～499	500以上	総計
専従	施設数	0	0	2	6	63	71
		0%	0%	0.4%	1.6%	22.7%	5.5%
専任・兼務	施設数	56	119	445	380	215	1215
		100.0%	100.0%	99.6%	98.4%	77.3%	94.5%

周術期における薬剤師関与の要望

○ 周術期医療において、手術部長が薬剤師に介入を求めている業務は多岐にわたっていた。

[方法] 全国の国公立大学病院、国立病院機構、全国自治体病院の手術部長を対象にアンケート調査。

周術期医療における現在の薬剤師の業務／今後の薬剤師に行って欲しい業務

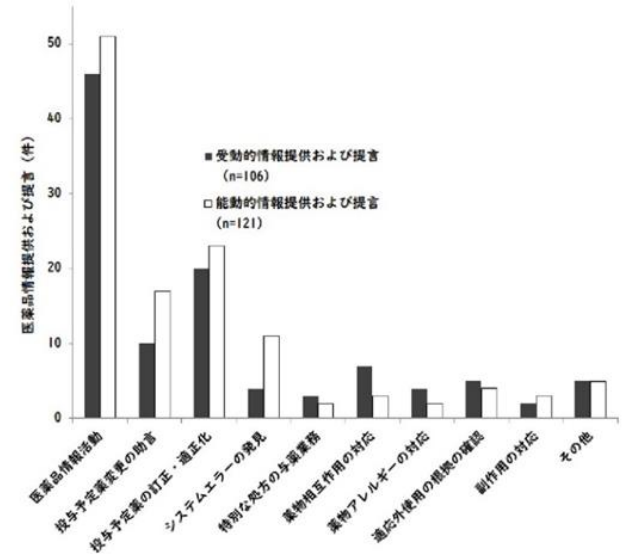


【出典】柴田ゆうか他 広島大学病院薬剤部 手術室における薬剤師業務の現況と課題 2011年度厚生労働省チーム医療実証事業全国202施設の調査より 手術医学2012：33（4）：381－388

広島大学病院手術室薬剤師の業務

- ①手術患者の評価
- ②医薬品情報提供
- ③リスクマネジメント
- ④医薬品の法や規制に基づく管理
- ⑤注射薬調製
- ⑥薬品運用の効率化
- ⑦副作用、術中イベントのレビューと病棟薬剤師への申し送り

図1 手術室専任薬剤師による医薬品情報提供および提言の形態別件数



柴田ゆうかほか日病薬誌48(10)1185-1189,2012



麻薬/毒薬管理・セット化



手術室配置薬供給、管理



麻酔薬等セット化



注射薬調製

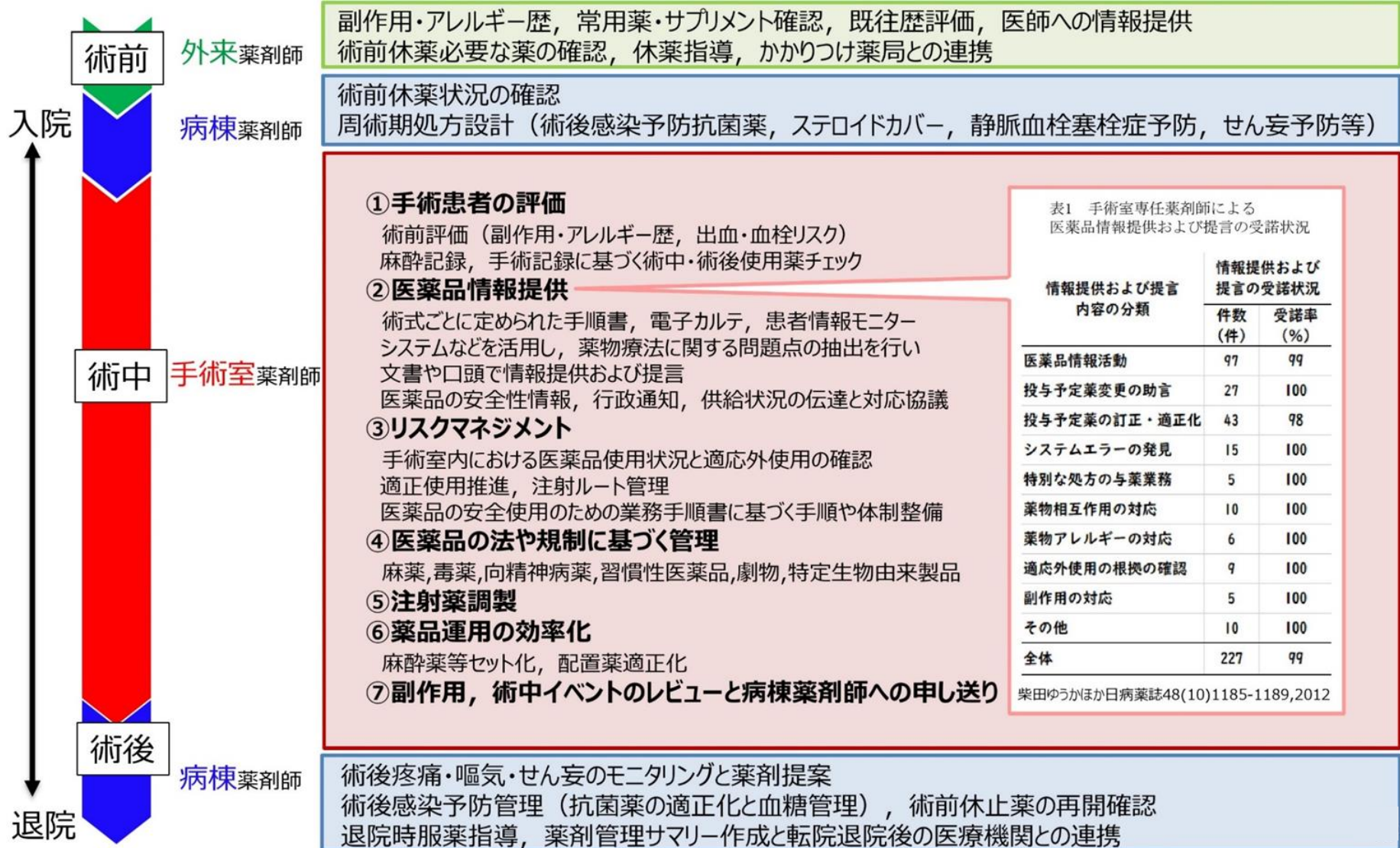
表2 薬剤師配置後の注射剤調製

注射剤混合調製	1月あたり 平均混合 件数(件)	従来の混合調製	
		職種	混合状況
patient controlled analgesia(PCA) 用薬液	76.8	麻酔科 医師	手術中に麻酔管理 をしながら混合調製
心筋保護液・充填液・ 自己血回収装置用抗凝固剤	10	臨床工 学技士	手術開始時に機器管理 をしながら混合調製
ポリビニルアルコール ヨウ素 (眼洗浄用消毒剤)	80.3	看護師	手術中に手術介助 をしながら混合調製

柴田ゆうかほか日病薬誌43(7)923-926,2007

周術期における薬剤師の関与の具体例

○ 周術期医療において、手術部長が薬剤師に介入を求めている業務は多岐にわたっていた。



周術期における薬剤師の活用について

日本手術医学会 手術医療の実践ガイドライン(改定第三版)

○周術期のチーム医療において、薬剤師による手術患者の薬学的管理の重要性の認識が拡大している。手術患者の既往歴や内服歴についての評価を行い、薬剤の術前休止または継続に関する積極的な処方提案、周術期使用薬剤の薬学的管理の実施、副作用モニタリング、プロトコルに基づく薬剤の変更、休止薬再開に関する助言など、周術期患者に医薬品が使用される全ての場面において薬剤師が関与していくことが望まれる。

日本麻酔科学会 周術期管理チーム薬剤師業務モデル

術前： 薬歴聴取，休薬指導，アレルギー・副作用歴の確認，術中使用薬剤の準備・確認
術中： 麻酔薬準備，麻酔薬使用量チェック，PCAポンプ・薬液準備
術後： 術後の薬物管理・提案，PCAポンプ管理

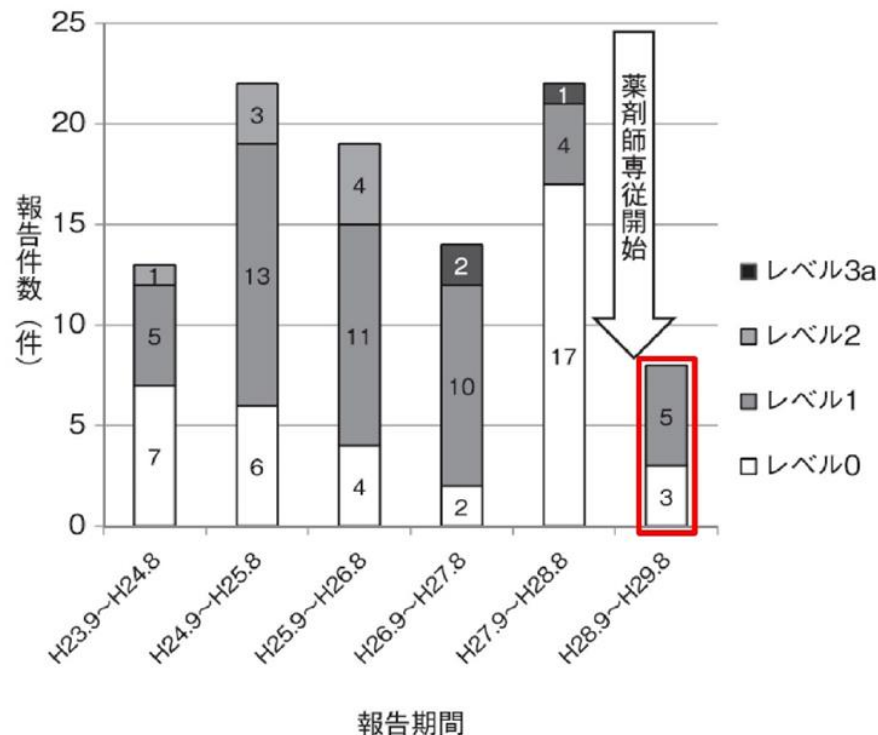
日本麻酔科学会 周術期管理チーム導入済み施設のメリット(薬剤師)

- 術前に中止が必要な薬剤を事前に確認し，適切な休薬を提案
- アレルギー・副作用歴を事前に確認することで，術中使用薬剤(抗菌薬等)の処方変更などを提案
- 手術部スタッフへの医薬品の情報を提供することで，医薬品の適正使用に貢献
- 術後の疼痛コントロールの評価やオピオイド等による副作用のモニタリング

医療安全の効果

○ 薬剤師専従後、薬品関連のインシデント・アクシデント報告件数は減少した。

手術室における薬品関連のインシデント・アクシデント報告の推移



レベル0：間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった。
 レベル1：間違ったことを実施したが、患者には変化が生じなかった。
 レベル2：事故により患者への継続的な観察の強化が必要。
 レベル3a：簡単な処置や治療を要した。

[介入]

平日午前8時30分～午後5時の終日（昼休憩1時間を除く）、担当薬剤師1名がローテーションにより手術室に専従し、主に①～④の業務を行った。

- ①麻薬管理業務
- ②毒薬・向精神薬・血液製剤管理業務
- ③その他の薬品の定数薬品管理業務
- ④薬学的管理業務

[方法]

薬剤師専従前5年間と、専従後1年間の手術室における薬品関連のインシデント・アクシデント報告件数と報告事例を比較

【出典】日江井和英他 地方独立行政法人岐阜県立多治見病院薬剤部 1, 看護部2, 麻酔科3, 外科4 地方中核病院における手術室専従薬剤師業務の取り組みとアンケート調査結果 Vol.54No.12 2018日本病院薬剤師会雑誌

業務効率化の効果

○ 対象とした7診療科の手術すべてにおいて手術患者入れ替え時間の短縮が認められた。

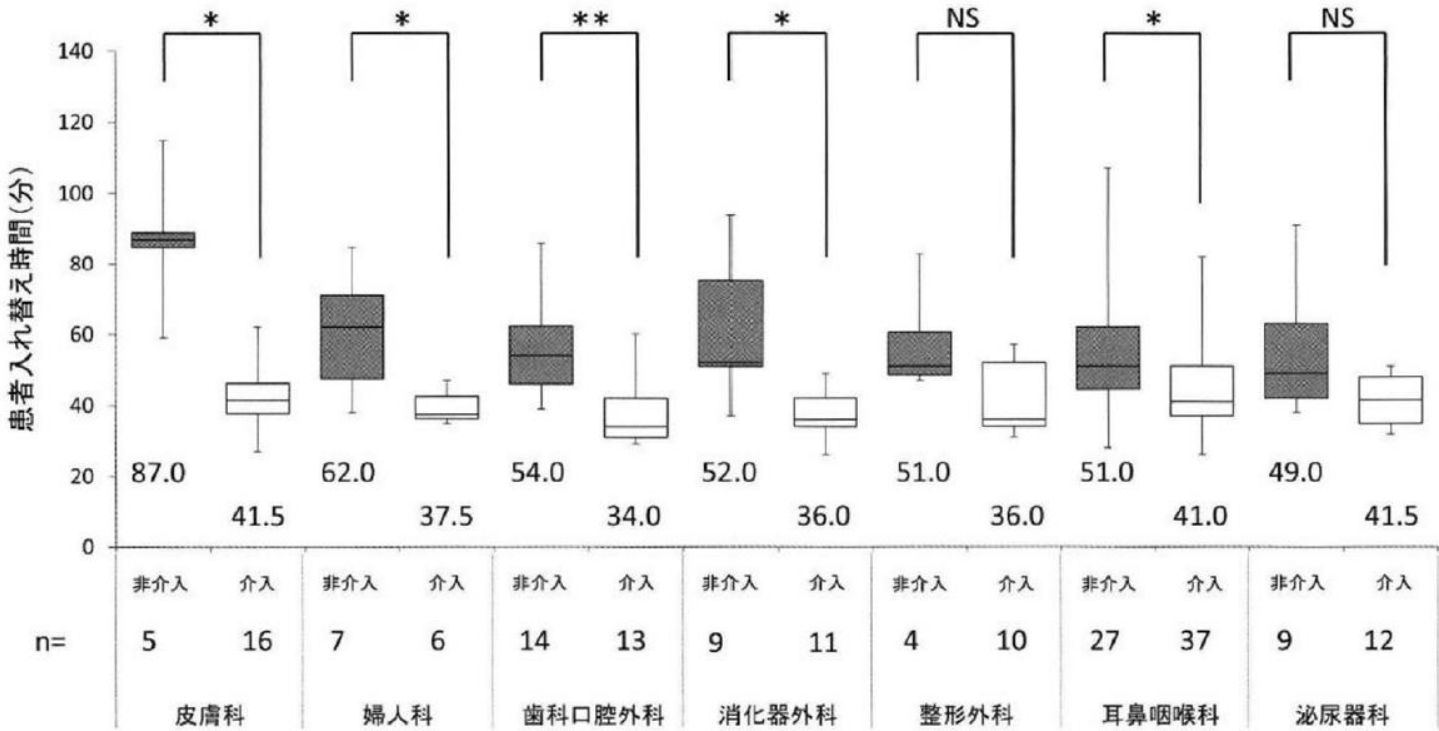
[介入]

- ・ 薬剤師 1 名が手術室に専従し、麻酔薬調製および麻薬管理を行った。

[方法]

- ・ 薬剤師専従開始前後 3 ヶ月（10月～12月）の患者入れ替え時間を比較（麻酔科医管理下の吸入麻酔薬による全身麻酔）

診療科別の患者入れ替え時間比較



	2008年10月 (専従開始前)	2014年10月 (専従開始後)
手術室数(部屋)	9	11
手術室スタッフ数(人)		
麻酔科医	12	16
看護師	31	40
看護助手	4	5
臨床工学士	4	4
清掃員	2	2
薬剤師	0	1

薬剤師専従開始前後における手術室数と手術室スタッフ数の変化

* $P < 0.05$, ** $P < 0.001$, NS : not significant

【出典】加藤正太郎他 秋田大学医学部附属病院薬剤部 麻酔科薬剤師による麻酔薬調製と麻薬管理が及ぼす手術患者入れ替え時間への影響 日臨麻会誌Vol. 37 No. 3, 295～300, 2017

周術期における薬剤師の活用

- 「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」で、現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例として、**周術期における薬剤管理等の薬剤に関連する業務に薬剤師を積極的に活用することが考えられるとまとめられた。**

現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について

医政発0930第 16号令和 3 年 9 月30日

1. 基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

その上で、まずは、現行制度の下で実施可能な範囲において、医師以外の医療関係職種が実施可能な業務についてのタスク・シフト/シェアを最大限に推進することが求められる。このため、厚生労働省において令和元年 6 月から 7 月にかけて実施したヒアリングの中で各種職能団体及び各種学会から提案のあった項目を基に、現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例について、3. のとおり整理した。

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

3) 薬剤師

① 周術期における薬学的管理等

周術期における薬剤管理等の薬剤に関連する業務として、以下に掲げる業務については、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

- ア 手術前における、患者の服用中の薬剤、アレルギー歴及び副作用歴等の確認、術前中止薬の患者への説明、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコルに基づく術中使用薬剤の処方オーダーの代行入力（※）、医師による処方後の払出し
- イ 手術中における、麻酔薬等の投与量のダブルチェック、鎮痛薬等の調製
- ウ 手術後における、患者の状態を踏まえた鎮痛薬等の投与量・投与期間の提案、術前中止薬の再開の確認等の周術期の薬学的管理

（※）「代行入力」とは、医師が確認・署名等を行うことを前提に、医師以外の者が電子カルテに処方や検査の指示等を入力することを指す。

薬剤師においては、必要に応じて、疑義照会や処方提案を行う。

出典：厚生労働省 中医協（2021/12/08）総-4-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00126.html



Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－4 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- ① 医師事務作業補助体制加算の見直し
- ② 特定行為研修修了者の活用の推進
- ③ 病棟薬剤業務実施加算の見直し
- ④ 周術期における薬学的管理の評価の新設
- ⑤ 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設①

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。

(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

[施設基準]

・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。

現行

【急性期看護補助体制加算】

25対1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者 5割以上)	240点
25対1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者 5割未満)	220点
50対1 急性期看護補助体制加算	200点
75対1 急性期看護補助体制加算	160点

(新設)

【看護補助加算】

看護補助加算 1	141点
看護補助加算 2	116点
看護補助加算 3	88点

(新設)

夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) 45点

看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)
 (1) 14日以内の期間 141点
 (2) 15日以上30日以内の期間 116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) 160点

改定後

【急性期看護補助体制加算】

25対1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者 5割以上)	240点
25対1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者 5割未満)	220点
50対1 急性期看護補助体制加算	200点
75対1 急性期看護補助体制加算	160点

(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算

【看護補助加算】

看護補助加算 1	141点
看護補助加算 2	116点
看護補助加算 3	88点

(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算

イ 夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) **50点**

(新) □ 看護補助体制充実加算 **55点**

イ 看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)

(1) 14日以内の期間 **146点**

(2) 15日以上30日以内の期間 **121点**

(新) □ 看護補助体制充実加算

(1) 14日以内の期間 **151点**

(2) 15日以上30日以内の期間 **126点**

イ 看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算) 160点

(新) □ 看護補助体制充実加算 **165点**

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設②

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

研修対象	研修内容
看護師長等	所定の研修※1を修了していること。
看護職員	<u>全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。</u> <u>研修は、講義及び演習により、次の項目を行う研修であること。</u> イ（イ）看護補助者との協働の必要性 （ロ）看護補助者の制度的な位置づけ （ハ）看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方 （二）看護補助者との協働のためのコミュニケーション （ホ）自施設における看護補助者に係る規定及び運用
看護補助者	現行の研修内容※2のうち、<u>エ（日常生活にかかわる業務）について業務内容毎に業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、それを用いて研修を実施すること。</u>

- ※1（イ）国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）
（ロ）講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- ① 看護補助者の活用に関する制度等の概要
 - ② 看護職員との連携と業務整理
 - ③ 看護補助者の育成・研修・能力評価
 - ④ 看護補助者の雇用形態と処遇等
- ※2 ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
エ 日常生活にかかわる業務
オ 守秘義務、個人情報の保護
カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

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】 - 急性期一般入院基本料 - 特定機能病院入院基本料（一般病棟） - 専門病院入院基本料（7対1、10対1）	【看護補助加算】 - 地域一般入院基本料 13対1、15対1、18対1、20対1※ - 障害者施設等入院基本料（7対1、10対1）の注加算 - 特定一般病棟入院料 【看護補助者配置加算】 - 地域包括ケア病棟入院料の注加算
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】 - 急性期一般入院基本料 - 特定機能病院入院基本料（一般病棟） - 専門病院入院基本料（7対1、10対1）	【夜間看護加算】 - 療養病棟入院基本料の注加算 【看護職員夜間配置加算】 - 地域包括ケア病棟入院料の注加算 - 精神科救急入院料の注加算 - 精神科救急・合併症入院料の注加算
	看護補助者の夜間配置	【夜間急性期看護補助体制加算】 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（地域一般入院料1又は2、13対1※のみ）
	負担軽減に資する勤務編成（シフト）や、部署間支援等の推進	【夜間看護体制加算】 急性期看護補助体制加算の注加算（夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合のみ）	【夜間看護体制加算】 - 看護補助加算の注加算 - 障害者施設等入院基本料の注加算
	小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保	【夜間看護体制特定日減算】 - 一般病棟入院基本料 - 結核病棟入院基本料 - 精神病棟入院基本料 - 専門病院入院基本料 - 障害者施設等入院基本料 - 地域包括ケア病棟入院料	
	適切な夜勤時間の管理	【月平均夜勤時間が72時間以下であること】 病院の入院基本料等の施設基準	

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

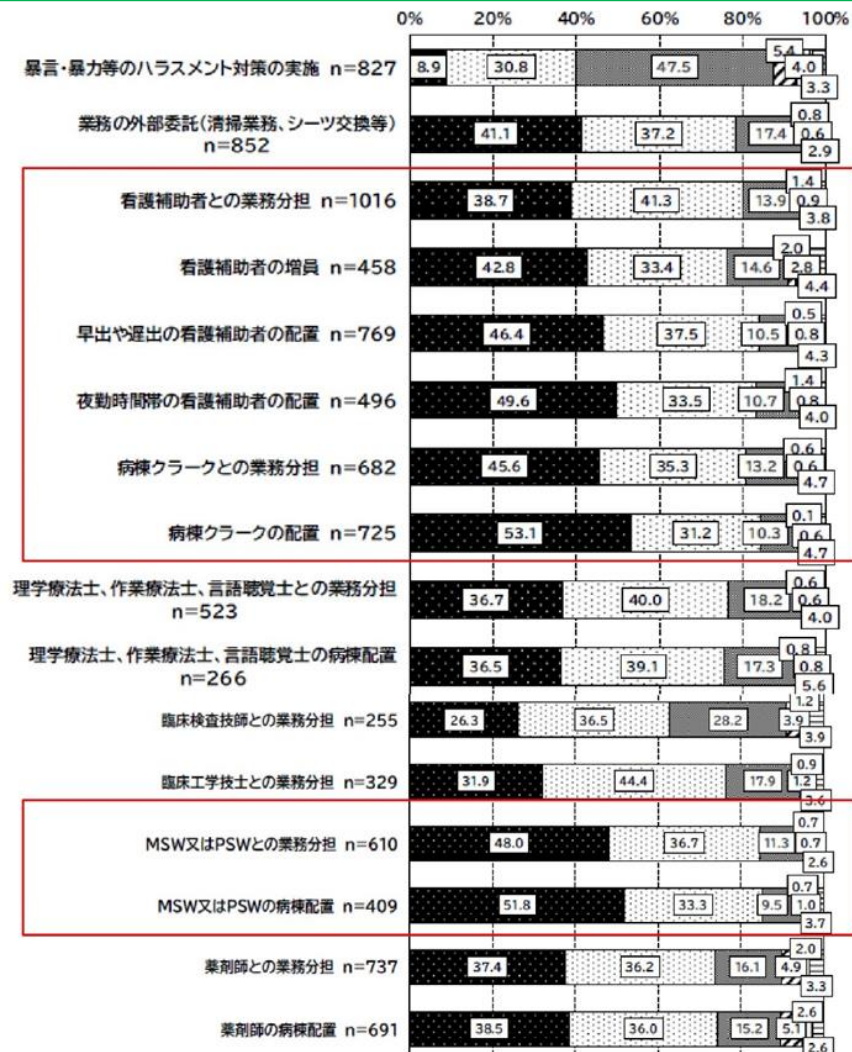
出典：厚生労働省_中医協（2021/12/08）総-4-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00126.html

看護職員の負担軽減策の効果①

- 看護職員の負担軽減策の効果のうち、看護補助者や病棟クラーク、MSW、PSWを活用した取組について、効果があると回答した割合が高かった。

■ 看護職員の負担軽減策の効果



【出典】令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度調査)「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(看護師長票)

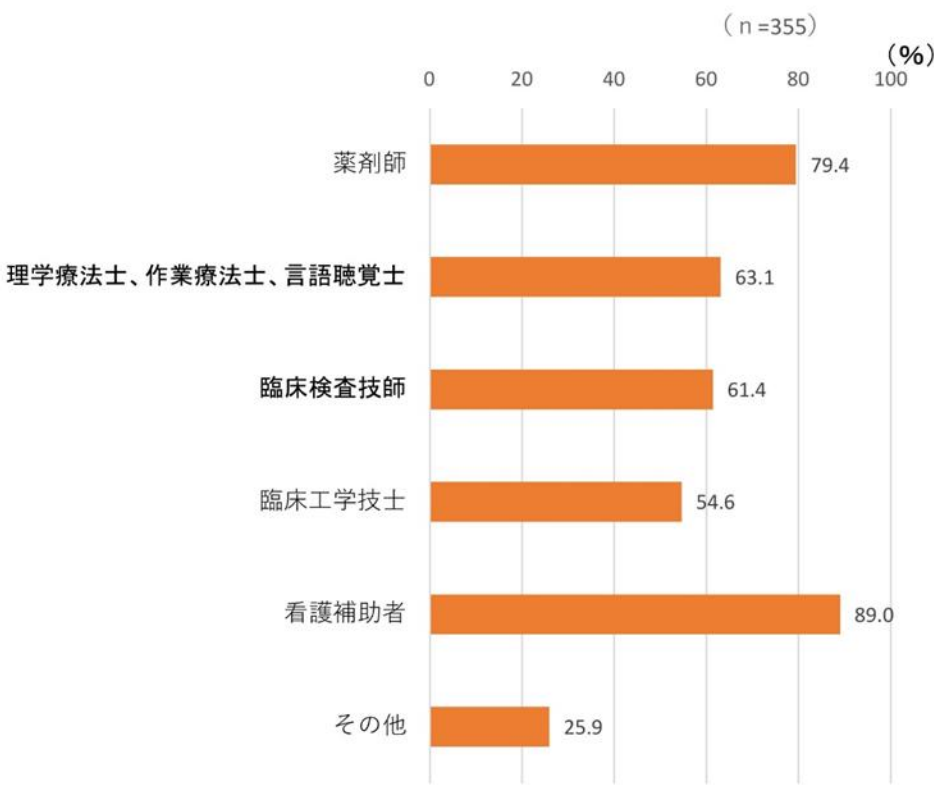
出典：厚生労働省_中医協(2021/12/08) 総-4-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00126.html

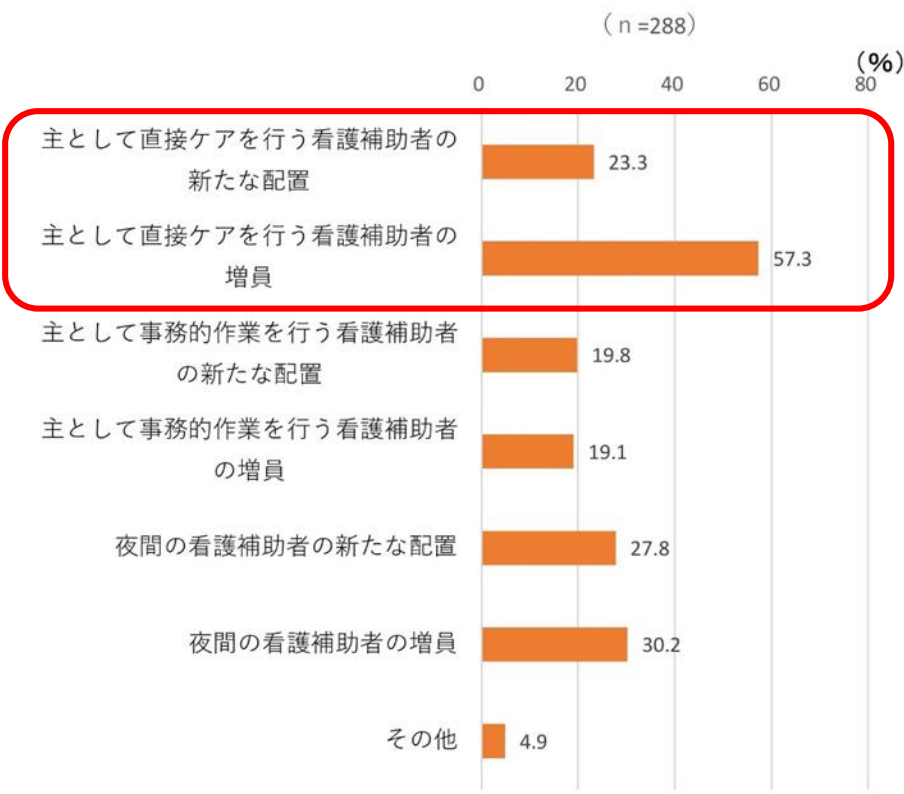
看護補助者の配置・増員の状況について

- 看護職員と他職種との業務分担を見ると、看護補助者が9割程度であり最も多かった。
- 看護補助者の配置・増員を実施してる場合の状況についてみると、「直接ケアを行う看護補助者の増員」が最も多く、次いで「夜間の看護補助者の増員」が多かった。

■ 看護職員と他職種との業務分担



■ 看護補助者の配置・増員の状況



※急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算、療養病棟入院基本料注1・2(夜間看護加算)のいずれかの届出をしている施設が対象 ※無回答除く
 【出典】令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度調査)「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)

看護補助者活用の業務内容

- 看護補助者が実施している業務のうち、日常生活に関わる業務の実施割合は7～9割程度であった。
- 看護補助者が困難を感じると回答した業務は、「食事介助」が最も割合が高く、次いで「口腔ケア」が高い。

看護補助者の業務内容

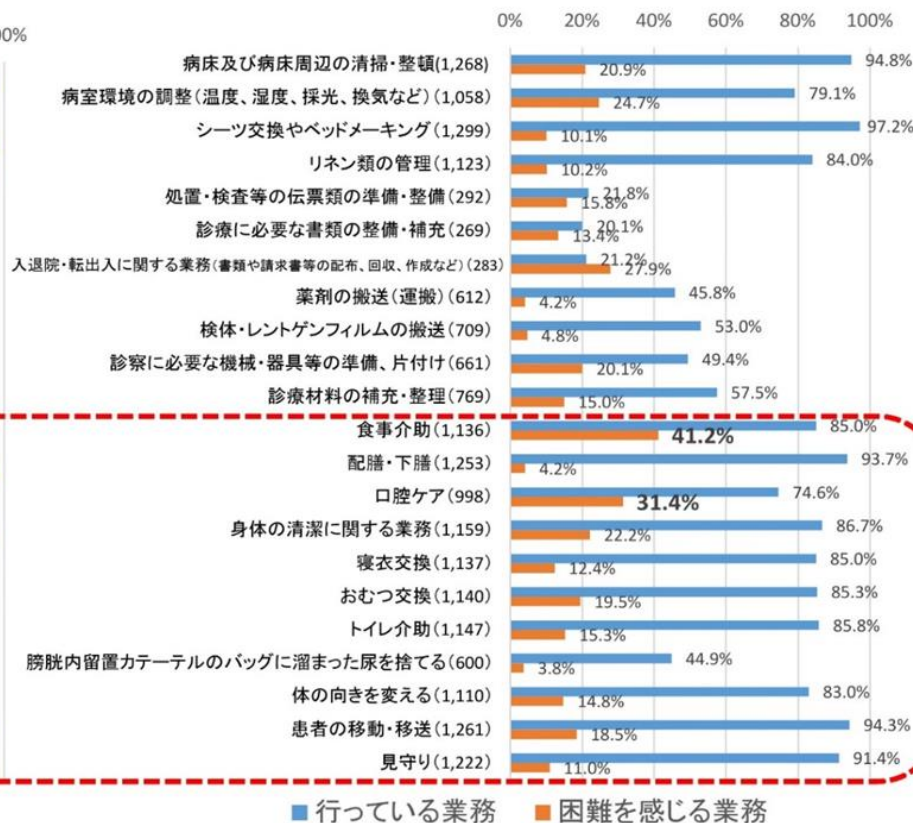
(看護管理者が回答／複数回答) n=1,253



看護補助者が行っている業務と困難を感じる業務

(看護補助者が回答) n=1,337

[困難を感じる業務の分母は、当該業務を行っている人数(括弧内の数字)]



<研究概要> 【対象】 病院(8,331施設)に依頼し、看護管理者1名、看護補助者1名ずつ回答 【回収数】 看護管理者調査 1,266(有効回収率15.2%)、看護補助者調査1,337(有効回収率16.0%)

【出典】令和元年度厚生労働科学特別研究「看護師と看護補助者の協働の推進に向けた実態調査研究」(研究代表者 坂本すが) 保険局医療課にて作成(看護管理者調査、看護補助者調査)

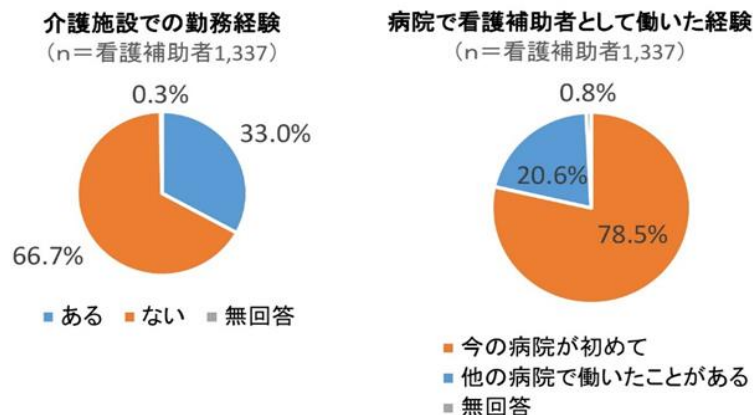
出典：厚生労働省_中医協(2021/12/08) 総-4-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00126.html

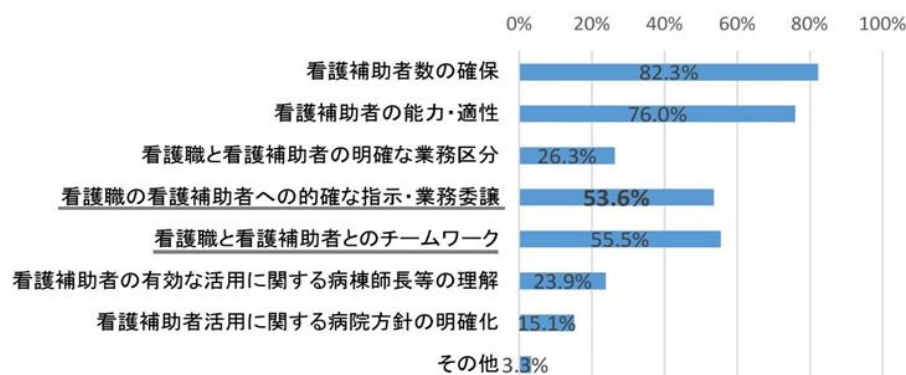
看護補助者活用の推進に係る研修

- 病院や介護施設での勤務経験がない看護補助者の割合は7割程度であった。
- 今後看護補助者を活用する上での課題として、5割以上の施設の看護管理者が「看護職の看護補助者への的確な指示・業務委譲」、「看護職と看護補助者とのチームワーク」を挙げている。
- **看護補助者を対象とした研修を実施している施設は多いが、看護補助者との協働について、看護師長・看護職を対象とした研修を実施している施設は2割に満たない。**

看護補助者の勤務経験



看護補助者を活用する上での課題(n=看護管理者1,253)



看護補助者に関する研修の実施状況(複数回答)(n=看護管理者1,253)



<研究概要> 【対象】 病院(8,331施設)に依頼し、看護管理者1名、看護補助者1名ずつ回答 【回収数】 看護管理者調査 1,266(有効回収率15.2%)、看護補助者調査1,337(有効回収率16.0%)

【出典】令和元年度厚生労働科学特別研究「看護師と看護補助者の協働の推進に向けた実態調査研究」(研究代表者 坂本すが) 保険局医療課にて作成(看護管理者調査、看護補助者調査)

出典：厚生労働省_中医協(2021/12/08) 総-4-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00126.html

Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－5 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

- ① 医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化
- ② 医療機関等における事務等の簡素化・効率化
- ③ 標準規格の導入に係る取組の推進

医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化

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

- 医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。

現行 (例：入退院支援加算)



原則対面 (ICT活用に制限)



改定後



リアルタイムの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

- ・入退院支援加算 ・感染防止対策加算 ・退院時共同指導料 1 及び 2 ・介護支援等連携指導料
- ・退院時共同指導加算 (訪問看護療養費)

現行 (例：在宅患者訪問看護・指導料)

関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、要件を満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。



改定後

1 人以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

- ・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

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

原則、対面で実施



やむを得ない場合に
限り、ICT活用可

改定後

原則、対面で実施

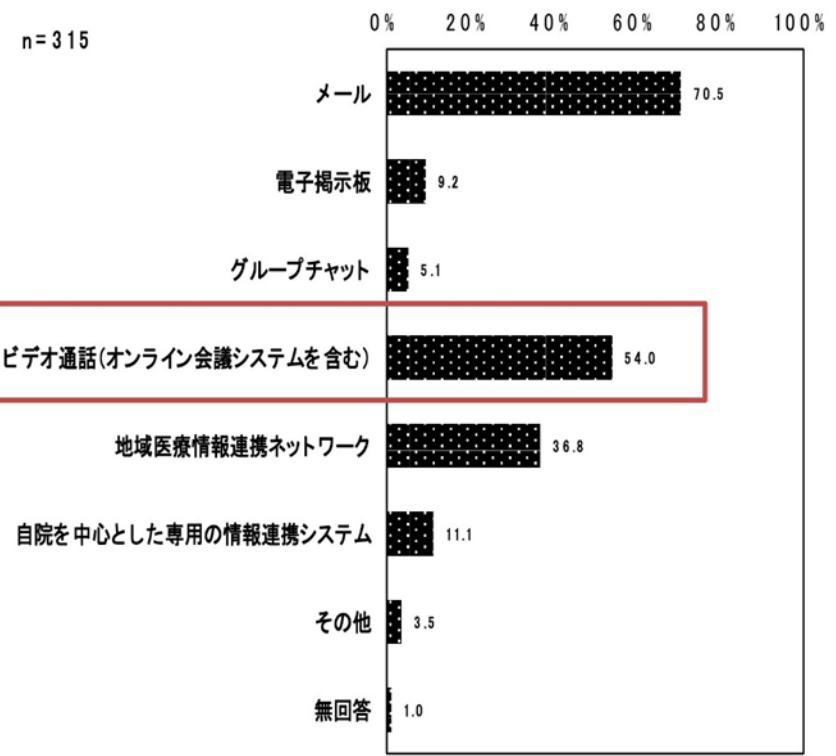


必要な場合、ICT活用可

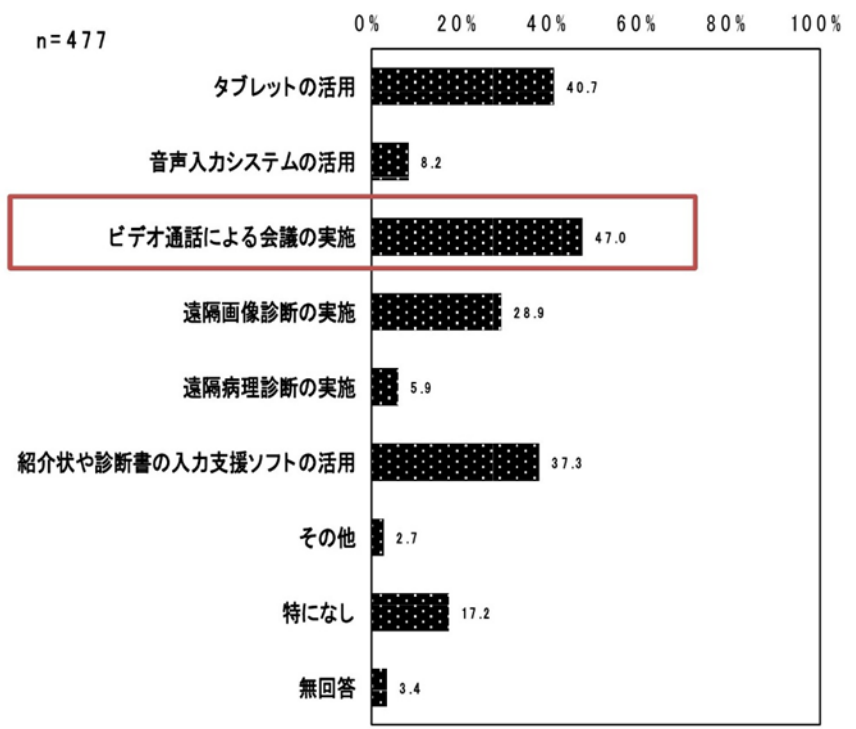
医療機関内でのICT活用状況①

○ 医療機関においては、ICTを医療機関の連携や会議の実施等に活用している。

「ICTを活用している」場合:活用しているICTの種類(複数回答)



ICTを活用した業務の見直し・省力化としての取組(複数回答)

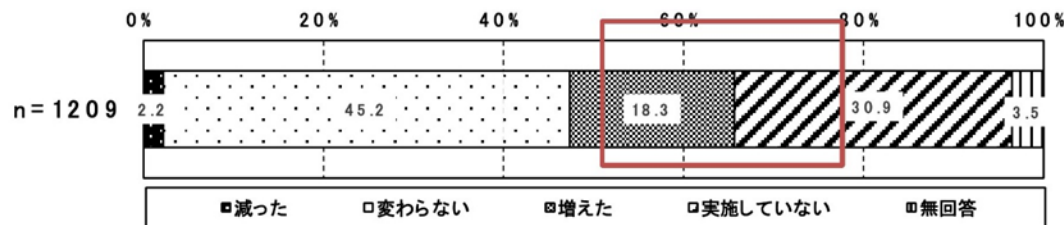


【出典】令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度)「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)

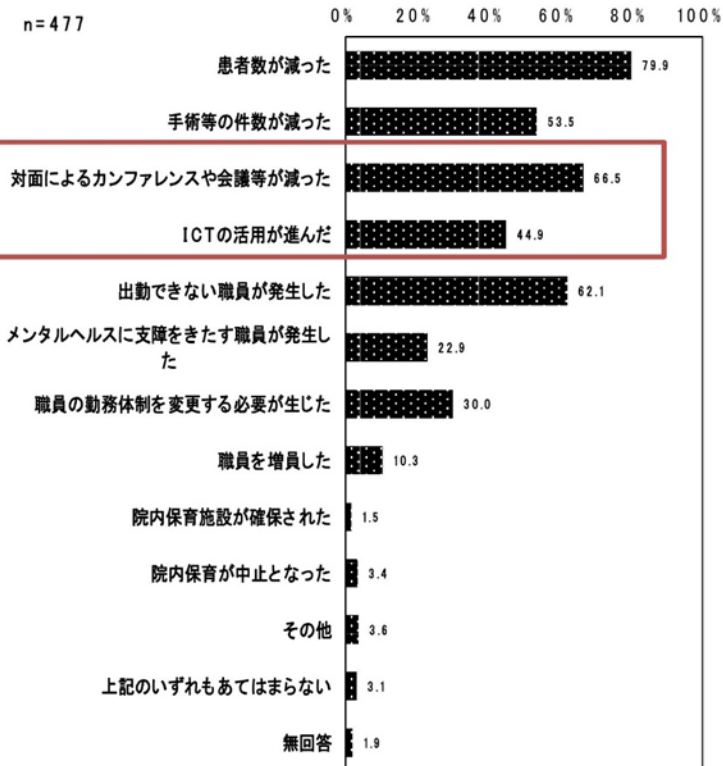
医療機関内でのICT活用状況②

- ICTを用いたカンファレンスの実施状況の変化について、「増えた」と回答した施設は18.3%であった。
- 新型コロナウイルス感染症拡大が医療従事者の働き方に与えた影響で最も多かったものは「患者数が減った」（79.9%）、次いで「対面によるカンファレンスや会議等が減った」（66.5%）であった。「ICTの活用が進んだ」（44.9%）との回答もあった。

図表 3-78 ICTを用いたカンファレンスの実施状況の変化



新型コロナウイルス感染症拡大による医療従事者の働き方への影響（複数回答）



【出典】令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和3年度）「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」（施設票）

診療報酬の算定にあたり求めている会議に関する施設基準（例）

- 現状における診療報酬の算定にあたり求めている会議の施設基準には、対面を原則とするものや、直接対面を求めるものがある。

感染防止対策加算

【施設基準一部抜粋】

(1)～(7)略

(8)(7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たす場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて実施することができる。

ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。

イ (2)に掲げるチームと2の(3)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

(9)略

入退院支援加算

【施設基準一部抜粋】

(1)～(4)

(5)(4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、対面で行うことが原則であるが、当該3回中1回（当該保険医療機関又は連携機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は連携機関の場合、当該3回中3回）に限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。

オンライン等による研修の実施

- 新型コロナウイルス感染症が拡大している状況を鑑み、オンライン会議システムやe-learning形式を活用した研修を実施している。

〈実施例〉

オンライン会議システムを活用した実施

- 出席状況の確認
 - ・受講生は顔を出して参加とし、事務局がランダムな時間でスクリーンショットを行う
 - ・講義中、講師がランダムにキーワードを表示し、受講生は研修終了後にキーワードを事務局に提出する
- 双方向コミュニケーション・演習方法
 - ・受講生からの質問等については、チャットシステムや音声発信を活用
 - ・ブレイクアウトルーム機能を活用してグループ毎に演習を実施後、全体の場合に戻って受講生が検討内容を発表
- 理解度の確認
 - ・確認テストの実施や課題の提出

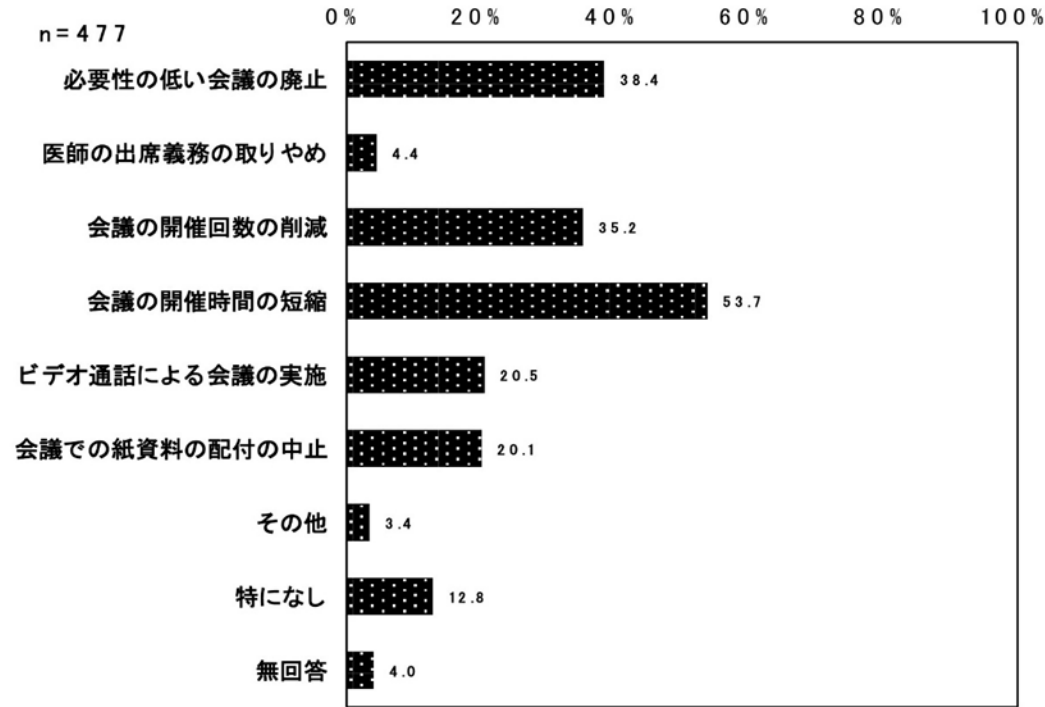
動画配信やe-learning形式による実施

- 研修時間の確保・進捗の管理
 - ・主催者側が、受講生の学習時間、進捗状況、テスト結果を把握
 - ・早送り再生を不可とし、全講義の動画を視聴しなければレポート提出ができないようにシステムを構築
- 双方向コミュニケーション
 - ・質問を受け付け、適宜講師に回答を求めるとともに、質問・回答について講習会のWebページに掲載
 - ・演習を要件とする研修については、オンライン会議システムと組み合わせて実施
- 理解度の把握
 - ・読み飛ばし防止と理解度の確認のため、講座毎に知識習得確認テストを設定

院内の会議に関する負担削減のための取組

- 院内の会議に関する負担軽減のための取組で最も多かったものは「会議開催時間の短縮」（53.7%）であった。なお、「その他」には、「共通の会議を統合し、回数を削減」、「電子会議、メール会議の開催」、「時間外会議の削減」、「会議メンバーの削減」等の回答があった。

院内の会議に関する負担軽減のための取組（複数回答）



【出典】令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度)「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)

Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－5 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

- ① 医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化
- ② 医療機関等における事務等の簡素化・効率化
- ③ 標準規格の導入に係る取組の推進

医療機関におけるICTを活用した業務の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
- ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
- ◆ 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、**当該基準の適合性の有無に影響が生じない場合の届出を不要**とする。また、同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている訪問看護療養費等の加算について、**同じ金額の評価区分を統合**する。
- ◆ 小児科外来診療料等の**施設基準の届出を省略**する。

現行

【小児科外来診療料】
【算定要件】

注1 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小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。



改定後

【小児科外来診療料】
【算定要件】

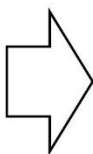
注1 **小児科を標榜する保険医療機関において**、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

- ◆ レセプト摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について**選択式記載**とする。また、一部の検査等の診療行為について、**レセプト請求時にあらかじめ検査値の記載**を求め、審査支払機関からの**レセプト返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減**を図る。

【例：テセントリク点滴静注840mg・同1200mgを請求する場合に記載を求めている項目】

・「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載すること。

コード	レセプト表示文言
8201xxxxx	施設要件 ア
8201xxxxx	施設要件 イ
(略)	ウ～オ (略)



【レセプト表示イメージ】

33	点滴注射	95X 1
	テセントリク点滴静注1200mg	44,886X 1
	施設要件 ア	
	医師要件 イ	
	併用投与 ア	

② 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

基本的な考え方：医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。

具体的な内容：

1. 所定の研修を修了していることの確認を目的として、施設基準の届出の際に添付を求めている修了証の写し等の文書について、届出様式中に当該研修を修了している旨を記載すること等により施設基準の適合性が確認できる場合には、当該文書の添付を不要とする。
2. 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、「担当者氏名」等の変更があった場合など、当該基準への適合の有無に影響が生じない場合においては、当該届出を不要とする。
3. レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について選択式記載に変更する。また、一部の診療行為について、レセプト請求時にあらかじめ特定の検査値の記載を求めることにより、審査支払機関の審査におけるレセプトの返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減を図る。
4. 小児科外来診療料等に係る施設基準の届出の省略を行う。



地方厚生（支）局への届出の簡素化

- 施設基準の届出項目や手続き等が保険医療機関の負担となっているものについて、届出の省略や手続きの簡素化を図ってきている。
- 各保険医療機関等からの施設基準の届出については、研修修了証の添付を求めているものがある。

施設基準等の届出書類（イメージ）

様式〇

×××××加算に係る届出書

①	医療機関名	△△病院
②	研修を修了した医師の氏名	〇〇 太郎

例：一部の施設基準については、届出時に研修修了証の添付を求める場合がある

※～～
※～～
※～～
※研修受講した修了証を添付すること。

研修修了証

〇〇 太郎

あなたは、●●研修に参加し、下記の課程を修了したことを証します。

令和〇年〇月〇日

〇〇〇 〇〇〇 学会
会長 〇〇 〇〇

- 施設基準通知において、研修修了証の添付を求めている例

A208-2 超急性期脳卒中加算に関する施設基準

当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。

様式15 超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出書添付書類

【記載上の注意】

日本脳卒中学会等が行う、脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会等の**受講が確認できる文書を添付すること。**

地方厚生（支）局への届出の簡素化

- 訪問看護ステーションの届出基準通知において届出内容と異なる事情が生じた場合に変更の届出が必要、とされており、連絡先等の変更のみが生じた場合であっても届出が必要となっている。

届出に関する通知（現行）

○訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて

第3 届出受理後の措置

- 届出受理後において、届出内容と異なった事情が生じた場合には、指定訪問看護事業者に対して、遅滞なく変更の届出を行わせること。
- 届出の受理を行った訪問看護ステーションについては、適宜調査を行い、届出と内容が異なる状況にある場合には届出の変更を行うなど運用の適正を期すこと。
- 訪問看護ステーションの基準に適合しないことが判明し、所要の指導の上、なお改善が見られない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該訪問看護ステーションに係る指定訪問看護事業者に弁明を行う機会を与えること。
- 前記3により届出が無効となった場合は、審査支払機関に対し、速やかにその旨を通知すること。
- 前記3による届出の無効後の取扱いについては、当該届出による算定は不当利得になるため、返還措置を講ずることとし、不正又は不当な届出をした訪問看護ステーションに対しては、その届出に係る新たな届出は、受理取消後6月間は受け付けられないものであること。
- 届出事項については、地方厚生（支）局において閲覧に供するとともに、保険者等に提供しよう努めること。
- 届出を行った訪問看護ステーションは、当該届出による算定を行う訪問看護ステーションである旨の掲示を行うものであること。
- 届出を行った訪問看護ステーションは、毎年7月1日現在で届出書の記載事項等について、地方厚生（支）局長へ報告を行うものであること。

○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

第3 届出受理後の措置等

- 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。（病床数の著しい増減とは、病床数の変更や、病床の種類ごとの病床数に対して1割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。）ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

（参考様式）

別添様式3

24時間対応体制加算（基指第18号に規定する地域又は医療を提供しているが医療費の少ない地域）に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先① 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）
 連絡先② 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

受付年月日		年	月	日	受付番号	（助指23）	号
次年度年月日		年	月	日			
（届出事項）24時間対応体制加算（基指第18号に規定する地域又は医療を提供しているが医療費の少ない地域） 上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者の所在地及び名称							
①	代表者の氏名			印			
②	代表者の氏名			印			
地方厚生（支）局長 殿							
ステーションコード	①			②			
指定訪問看護ステーションの所在地及び名称	①			②			
管轄者の氏名	①			②			
※ 基指第18号に規定する地域又は医療を提供しているが医療費の少ない地域のうち、該当するものこの○を付すこと。（両方に該当する場合は両方に○を付すこと。）							
1. 24時間対応体制加算に係る届出内容 ○医療増強を担う職員（ ）人（①・②訪問看護ステーションの合計）							
訪問看護ステーション	①			②			
担当職員を要する職員	人			人			
常勤	人	非常勤	人	常勤	人	非常勤	人
助産師	人	非常勤	人	常勤	人	非常勤	人
看護士	人	非常勤	人	常勤	人	非常勤	人
看護士	人	非常勤	人	常勤	人	非常勤	人
○連絡先							
○連絡先電話番号							
1	（ ）	2	（ ）				
3	（ ）	4	（ ）				
5	（ ）	6	（ ）				
※ 連絡先電話番号については、医療機関又は看護所の別に応じて記載すること。 ※ 連絡先電話番号については、医療機関又は看護所の別に応じて記載すること。							

Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－5 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

- ①医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化
- ②医療機関等における事務等の簡素化・効率化
- ③標準規格の導入に係る取組の推進

標準規格の導入に係る取組の推進

診療録管理体制加算の見直し

- 医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、電子カルテの導入状況及びHL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークであるHL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の導入状況について報告を求めることとする。

改定後

【診療録管理体制加算（入院初日）】

〔施設基準〕

3 届出に関する事項

(1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。

(2) 毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添様式により届け出ること。



電子カルテ情報等の標準化を本格的に進めるために

今後、電子カルテ情報の標準化を迅速かつ効率的に進めていくためには、国民、医療機関、保険者など、それぞれの関係者にとって、その効果が実感でき、利用（導入）したくなる、費用負担に納得できる状況が必要。

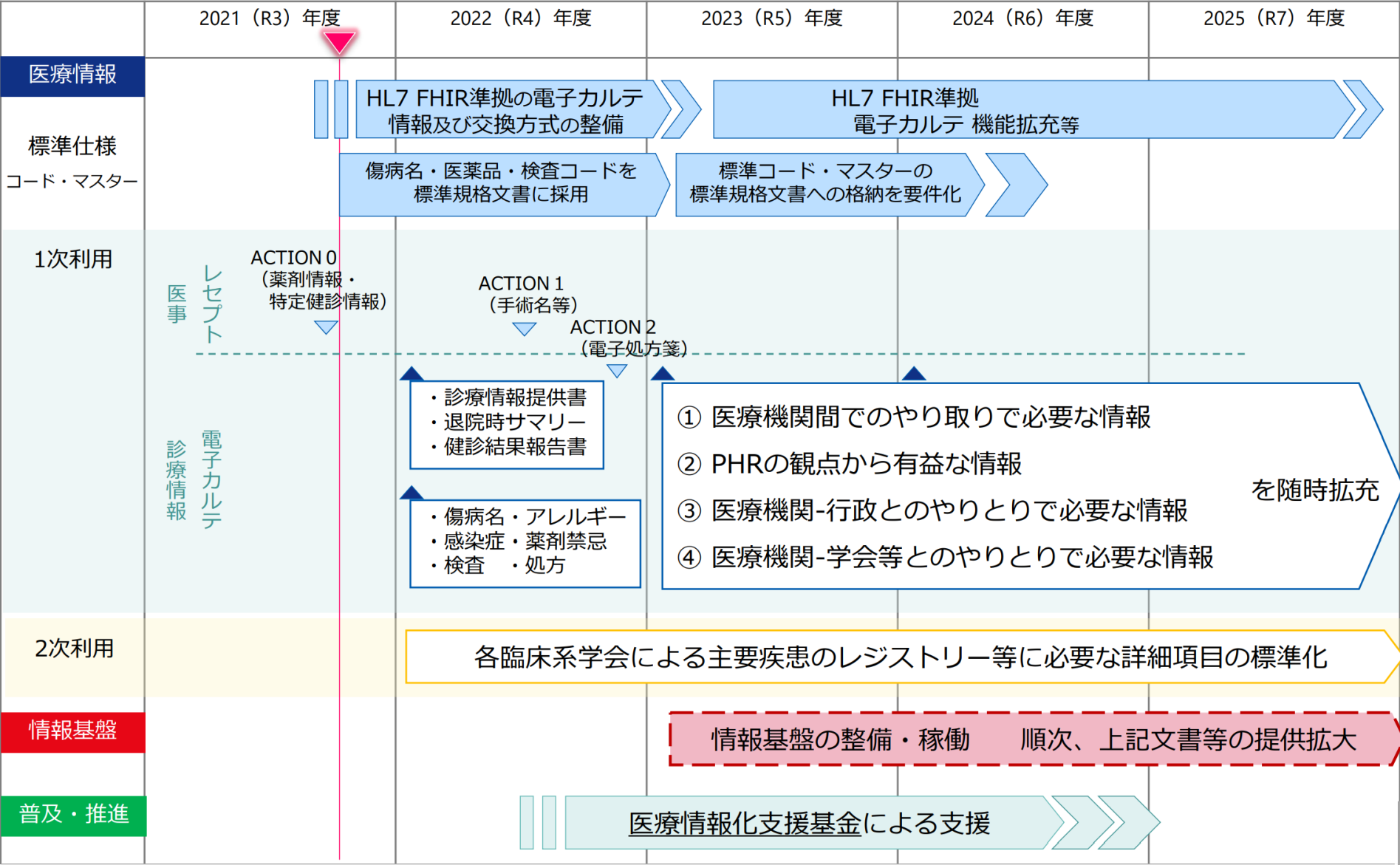
期待される効果

国民	・ スマホ等で自らの医療情報を把握でき、持ち運び可能 ・ 通院を要せず、タイムリーに検査結果等を把握
医療機関	・ より正確な患者への問診を効率的に実施 ・ 日常的な文書（診療情報提供書等）を自動的に作成可能 ・ 他の医療機関の診療情報提供書等の取込作業が不要 ・ システム関係経費の節減、 診療所でも安価なクラウド版電子カルテを導入 ・ データの利活用（二次利用）への貢献
保険者	・ 重複検査の防止等、医療費の適正化 ・ 特定健診（40歳以上75歳未満・年1回）に加え、 診療情報（検査結果等）を活用した保健指導
ベンダー	・ 計画的かつ効率的なシステム開発が可能 ・ カスタムオーダー対応からの解放（SE人材の有効活用）

想定される施策

- ・ Web技術を活用した標準規格（HL7 FHIR）の採用
- ・ マイナポータルや民間PHRの拡充・活用促進
- ・ 診療領域や疾患に特有の必須入力項目の策定
- ・ 頻用文書の構造化・規格化と診療報酬改定時のシステム更新に合わせた新規リリース
- ・ 標準化作業体制の抜本的強化
- ・ オンライン情報基盤の整備
- ・ 次世代医療基盤法の見直し
- ・ 診療報酬等での対応等
- ・ 医療情報化支援基金による支援

電子カルテ情報等の標準化 今後の進め方（イメージ）



出典：厚生労働省 医療情報ネットワークの基盤に関するWG（2021/12/22）資料1 <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/000871058.pdf>

共有・交換する情報

➤ 今後、どの情報（文書、医療情報）を標準化し、共有・交換する必要があるのか？

課題・論点

共有することが有用な医療情報（①～⑦）を多く含む文書として①、②の標準化を進めている。
 また、患者が自身の医療情報を確認できる仕組み（PHR）を推進するため、健康増進法に基づく
 検診の標準フォーマットが作成され、③の標準規格化も併せて進められている。
 一方で、既存の地域医療情報連携ネットワークにおいて、①、②はすでに電子的に、
 またネットワークに参加していない医療機関でも紙・FAX等で交換され、情報共有がされており、
 医療機関が標準化規格を導入するメリットを感じにくい課題がある。

3 文 書	① 診療情報提供書、② キー画像等を含む退院時サマリー、③ 健診結果報告書
7 医療情報	① 傷病名、② アレルギー情報、③ 感染症情報、④ 薬剤禁忌情報 ⑤ 救急時に有用な検査情報、⑥ 生活習慣病関連の検査情報、⑦ 処方情報（※）

※ HELICS協議会の要請により、「処方箋データHL7FHIR記述仕様」の名称が、
 「処方情報HL7FHIR記述仕様」に変更されたため、区分を「文書」→「情報」に変更

共有・交換する情報

➤ 今後、どの情報（文書、医療情報）を標準化し、共有・交換する必要があるのか？

対応方針(案)

HL7 FHIRの規格特性を踏まえ、文書等に含まれる医療情報（リソース）の標準化を進めつつ、その組み合わせ（セット）により以下の文書等の標準化を進めてはどうか。

視点

- 
- ① 医療機関間でのやりとりで必要な情報は何か ② PHRの観点から有益な情報は何か
 - ③ 医療機関－行政とのやりとりで必要な情報は何か ④ 医療機関－学会等とのやりとりで必要な情報は何か
- a. 患者が自身の医療情報を確認できる仕組み（PHR）に活用できる文書等を速やかに標準化してはどうか。
 - b. 救急時に加え、災害時に有用な文書等、具体的には透析情報等の標準化や在宅酸素療法の有無を確認できるようにしてはどうか。
 - c. 電子カルテ情報から円滑に出力し、行政機関等に（患者を介して）提出する文書を標準化してはどうか。
 - d. 新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、医療機関において作成する文書であって公衆衛生対策に活用可能な文書を標準化してはどうか。
 - e. 関係学会等と連携し、2次利用に繋がる基本的な情報を標準化してはどうか。その際、収集する情報が多くなりすぎないように実際の診療において入手できる基本的な情報とする等の工夫が必要ではないか。

共有・交換する情報

➤ 以下の文書等を候補として、電子カルテ情報を活用した標準化（標準規格を用いた既存様式の記述や情報項目のコード化）を検討してはどうか。

文書・医療情報	送信元	送信先	受益者	効果
透析 情報	医療機関	個人	患者(PHR)	提出、管理 省力化
予防接種 情報	医療機関	個人	患者(PHR)、行政	提出、管理 省力化
感染症発生届	医療機関	行政機関	医療機関、行政	提出、管理 省力化
傷病手当金意見書	医療機関	保険者	医療機関、保険者	提出、管理 省力化
診断書(生命保険会社等)	医療機関	保険会社	医療機関、民間	提出、管理 省力化
主治医意見書	医療機関	行政機関	医療機関、行政	提出、管理 省力化

厚生労働省 医政局 研究開発振興課 医療情報技術推進室 調べ

共有・交換する情報（「電子カルテ内の標準化等」）

➤ 必要な情報を適切に共有・交換するための課題・論点について

課題・論点

厚生労働省 標準規格（2021/12/16 時点）

HS001 医薬品HOTコードマスター **YJコードが頻用**
 HS005 ICD10対応標準病名マスター
 HS007 患者診療情報提供書及び電子診療データ提供書（患者への情報提供）
 HS008 診療情報提供書（電子紹介状）
 HS009 IHE統合プロファイル「可搬型医用画像」およびその運用指針
 HS011 医療におけるデジタル画像と通信（DICOM）
 HS012 JAHIS臨床検査データ交換規約
 HS013 標準歯科病名マスター
 HS014 臨床検査マスター **ハウスコードが多数存在**
 HS016 JAHIS 放射線データ交換規約
 HS017 HIS,RIS,PACS,モダリティ間予約,会計,照射録情報連携指針（JJ1017指針）
 HS022 JAHIS処方データ交換規約 **アレルギー、薬剤禁忌の**
 HS024 看護実践用語標準マスター **標準規格は存在しない**
 HS026 SS-MIX2ストレージ仕様書および構築ガイドライン
 HS027 処方・注射オーダ標準用法規格
 HS028 ISO 22077-1:2015 保健医療情報－医用波形フォーマット－パート1：1
 HS030 データ入力用書式取得・提出に関する仕様（RFD）
 HS031 地域医療連携における情報連携基盤技術仕様
 HS032 HL7 CDAに基づく退院時サマリー規約
 HS033 標準歯式コード仕様
 HS034 口腔審査情報標準コード仕様
 HS035 医療放射線被ばく管理統合プロファイル

○標準規格文書の中に付与すべき厚労省標準規格コード等を明確化し、その維持・管理体制を強化することが必要。

○情報・データの連続性の確保および2次利用の効果・効率性を担保するためには、標準規格文書の中に標準規格コードを付与する必要があるが、多くの医療機関においてハウスコードと呼ばれる医療機関独自のコードが採用されている。このハウスコードを厚労省標準規格コードに振り直すため（マッピング）には、医療機関に多大な負担が生じるため、マッピング作業が進んでいない。

○新型コロナウイルス感染症の流行時に、新たな検査試薬などが承認された際に速やかに標準規格コードが更新されない等の課題が明らかになった。

○標準化を進めている電子カルテ情報の中には、コードが付与されていない情報がある。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/johoka/index.html

出典：厚生労働省 医療情報ネットワークの基盤に関するWG（2021/12/22）資料2-2

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/000871060.pdf>

共有・交換する情報（「電子カルテ内の標準化等」）

➤ 標準化を進めている電子カルテ情報のデータコードの扱いについて

医療情報	データ形式（採用されるコード）	規格管理団体 ※
傷病名	・ 厚労省標準規格「HS005 ICD対応標準病名マスター」等で活用されているICD-10コードと病名管理番号（傷病名マスター）	医療情報システム開発センター:MEDIS 社会保険診療報酬支払基金
アレルギー	・ 厚労省標準規格として採用されているコード等はないため、テキストデータ	
感染症	・ 厚労省標準規格「HS014 臨床検査マスター」等で活用されているJLACコード	医療情報システム開発センター:MEDIS
薬剤禁忌	・ 厚労省標準規格では、症状や重症度、制限情報等を含めたコードがないため、テキストデータ	
検査(救急)	・ 厚労省標準規格「HS014 臨床検査マスター」等で活用されているJLACコード	医療情報システム開発センター:MEDIS
検査(生活習慣病)	・ 厚労省標準規格「HS014 臨床検査マスター」等で活用されているJLACコード	医療情報システム開発センター:MEDIS
処方	・ 厚労省標準規格「HS001 医薬品HOTコードマスター」、 薬価基準収載医薬品コード、YJ(個別医薬品)コード、 レセプト電算医薬品マスター、等で活用されている薬品コード ・ 厚労省標準規格「HS027 処方・注射オーダ標準用法規格」等で 活用されている用法コード	医療情報システム開発センター:MEDIS 厚労省医政局経済課 社会保険診療報酬支払基金 日本医療情報学会
透析	・ 厚労省標準規格「HS014 臨床検査マスター」等で活用されているJLACコード ・ 厚労省標準規格では透析情報等に関するコードがないため、テキストデータ	医療情報システム開発センター:MEDIS
予防接種	・ 厚労省標準規格「HS005 ICD対応標準病名マスター」等で活用されているICD-10コードと病名管理番号（傷病名マスター）	医療情報システム開発センター:MEDIS 社会保険診療報酬支払基金

※ 一般社団法人 医療情報標準化推進(HELICS)協議会「医療情報化指針一覧表」（2021/12/16 時点）
<http://helics.umin.ac.jp/helicsStdList.html>

共有・交換する情報（「電子カルテ内の標準化等」）

➤ 必要な情報を適切に共有・交換するための対応方針

対応方針(案)

- 「共有・交換する情報」に付与すべきコードを明確化したうえで、標準規格コードの保守管理の仕組みを検討してはどうか。
- その際、検査試薬や医薬品等承認後速やかに標準規格コードを付与する仕組みを検討してはどうか。
- それらの標準規格コードを各医療機関において導入するためのマッピング作業を医療機関等の負担が少ない形で実施できる仕組みを検討してはどうか。
- 現時点で標準規格コードのないアレルギー情報及び薬剤禁忌情報についてもコード付与・標準規格化を今後整備してはどうか。



