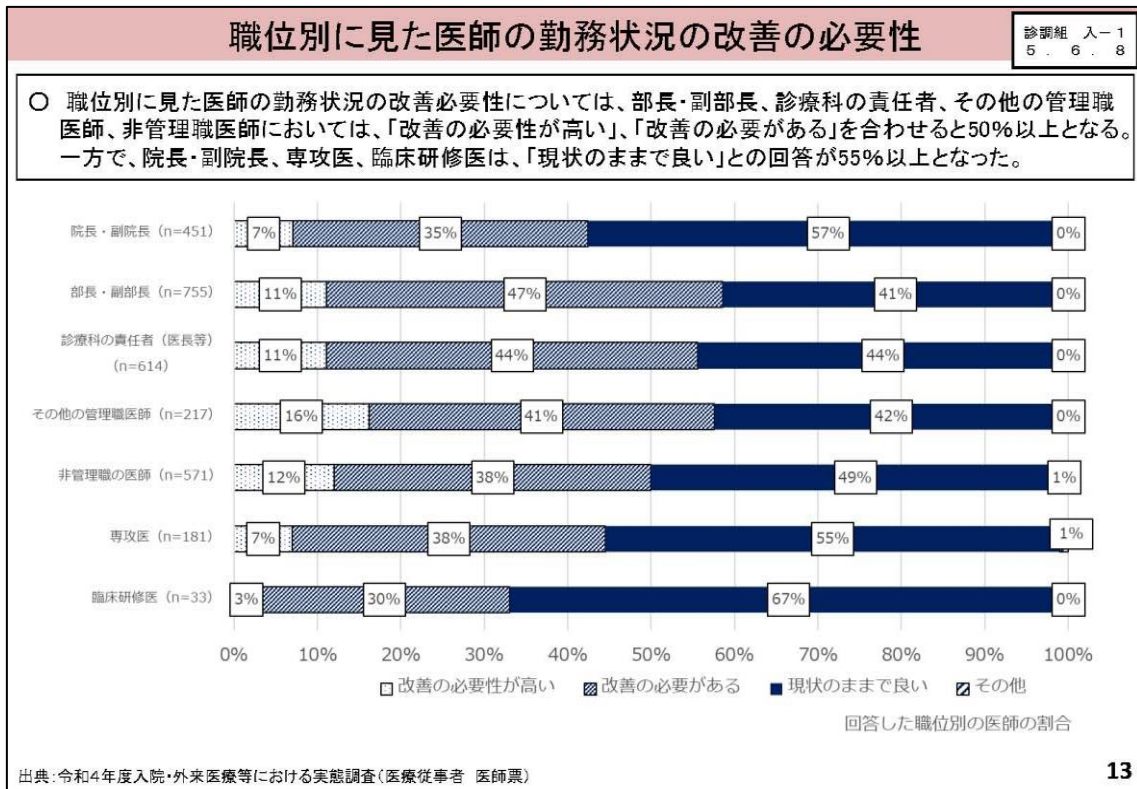


○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。最初に総論といたしまして働き方改革につきましては、医療機関の積極的なマネジメントでまず対応するものと考えております。



そうした観点で見ますと、資料の13ページの結果がございませども、そうしたものを積極的に進める立場にある院長・副院長が、多くの方が現状のままでいいという回答結果については非常に残念と言わざるを得ません。

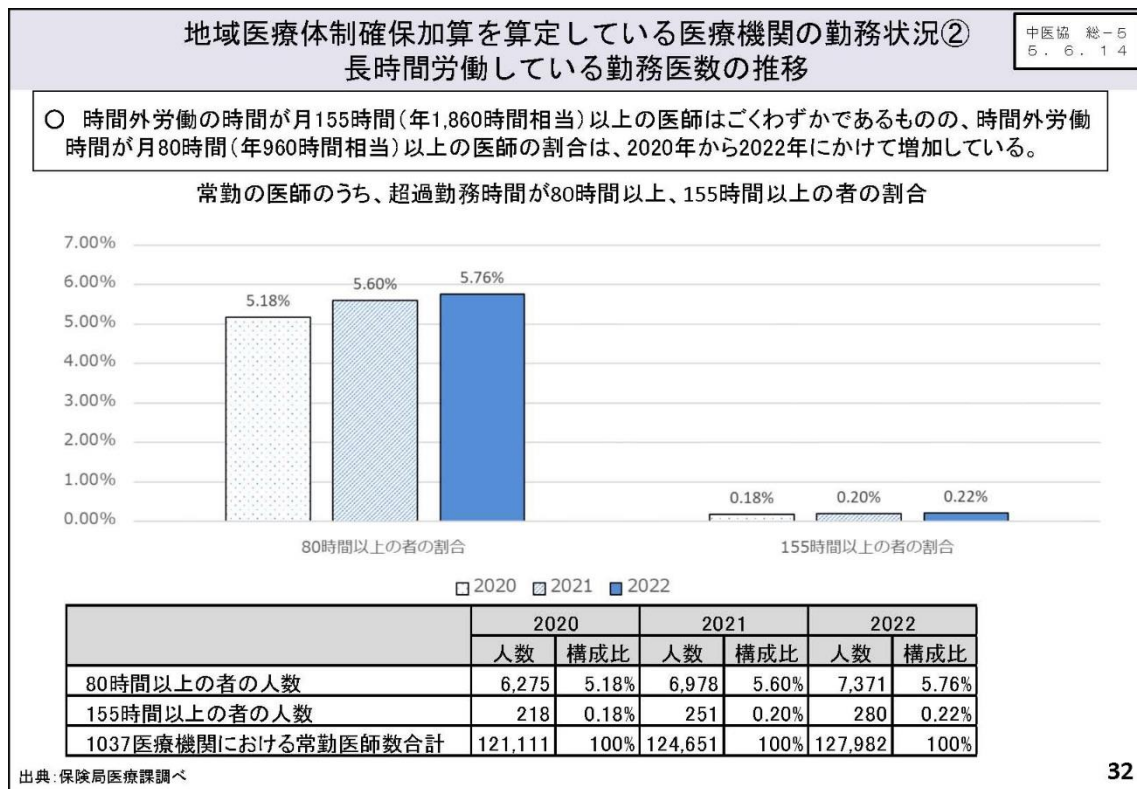
仮に、法規制に対応するための経費が発生するということであれば、まずは補助金で措置すべきであると考えます。

一方で、医療の質が向上するものについては診療報酬で対応する一定の合理性はございますが、そもそも医療機能の重点化や医療DXの活用による効率化といった観点で今後は考えるべきだというのが健保連の基本スタンスです。

【地域医療体制確保加算について】

○ 地域医療体制確保加算について、医師の働き方改革を推進する実効性を担保する観点から、医師の長時間労働が減少するよう、要件を見直すことについて、どのように考えるか。

それでは、論点に沿ってコメントいたします。まず1つ目の地域医療体制確保加算ですが、この加算は皆さま方もご承知のとおり、勤務医の過酷な労働を軽減することによって医療の質が高まるという考え方のもと、診療報酬で評価してきたと理解をしております。

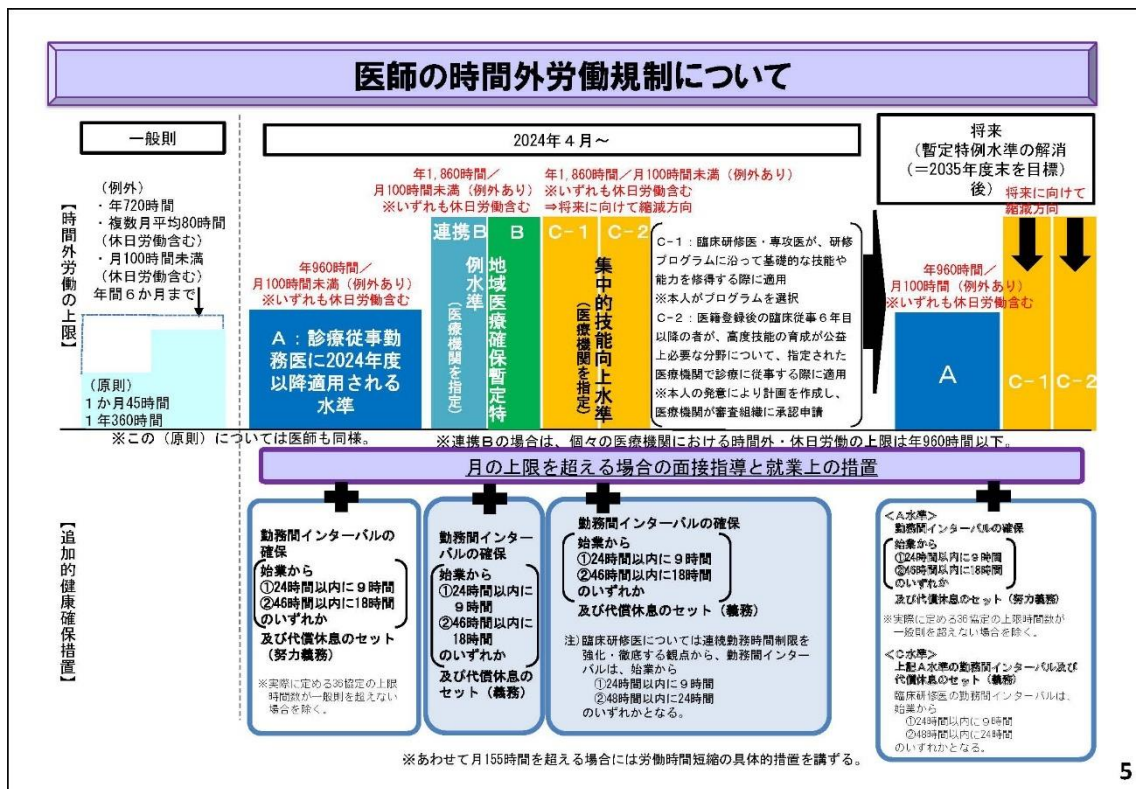


資料の32ページを見ますと、月の超過時間が「80時間以上」「155時間以上」の割合がわずかではございますが増加しており、コロナ禍の影響があったとしても、この3年間で改善が見られてないことは非常に、

見られていないことは事実でございます。その一方で、この加算が年間の残業時間を1,860時間までに抑えることを主な目標として導入されたものであることを念頭に置いて、32ページのグラフを改めて見ますと、既に医師の約94%。

といいますのは、全体を 100 と見ますと、左側の「80 時間以上」の者の割合が 2022 年度は 5.76%でございます。

「155 時間以上」の者の割合が 0.22 で、これが内数か、ちょっと外数か、ちょっとわかりかねますけども、であっても、94%の方がですね、超過勤務時間が月 80 時間以内という、5 ページに示してあります A 水準を達成しているということがわかります。



つまり、この加算の目的と効果のいずれの観点から見ても、このまま評価を継続するという必要性は乏しく、廃止が妥当と言わざるを得ません。

続きまして、27 ページに移りますけども、現行の施設基準で規定されております労働時間短縮の取組は組織としては取り組まなきゃいけないことであり、実質的に救急搬送 2,000 件さえクリアすれば算定できる仕組みになっていると言えます。

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室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 **勤務時間インターバル**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**



救急搬送の受け入れということであれば、救命救急入院料やICUなどの入院料、救急医療管理加算、DPCの係数ってかたちで別途評価されているはずですが。

【特定行為研修修了者について】

- 医師の働き方改革に向けてタスク・シフティングをより推進する観点から、特定行為研修修了看護師が医療機関に配置され適切に役割を果たせるよう業務分担することの評価について、どのように考えるか。

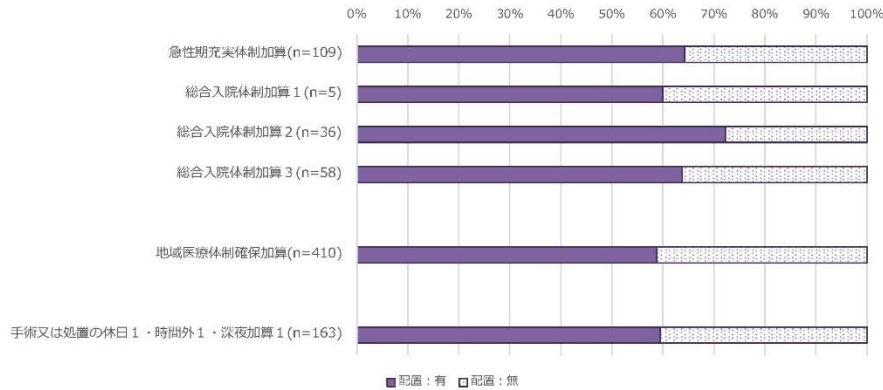
続きまして、特定行為研修修了者についてです。医師の働き方改革においては、看護師とのタスクシェア、看護師のタスクシフトが重要だとは考えております。

とりわけ特定行為研修を研修を修了した看護師の活用は不可欠であり、既に診療報酬の施設基準で評価されているものがありますが、54ページに示されているとおり、既に業務分担が進むことが期待される急性期医療において、総合入院体制加算と同様に、特定行為研修を修了した看護師の配置や活用を進めるべきだと考えます。

加算届出別の特定行為研修修了看護師の配置状況

○ 特に業務分担が進むことが期待される救急医療等において、地域で役割を担うと考えられる急性期充実体制加算、総合入院体制加算を届け出ている医療機関や、医師の働き方改革が求められる地域医療体制確保加算、手術又は処置の休日加算1・時間外加算1・深夜加算1を届け出ている医療機関のうち、約6割は、特定行為研修修了看護師を病棟又は治療室に配置していた。

■急性期充実体制加算、総合入院体制加算、地域医療体制確保加算、手術又は処置の休日加算1・時間外加算1・深夜加算1届出医療機関における、特定行為研修修了看護師の配置有無

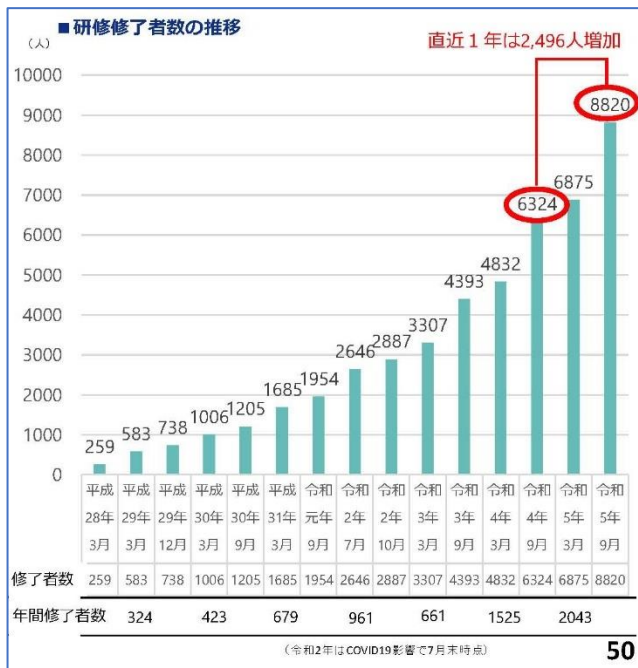


(注)施設票に対応する病棟票又は治療室票において、病棟又は治療室のいずれかに特定行為研修修了看護師数が計上されていた場合に「配置:有」として計上している。

出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票(A票)及び病棟票)

54

一方、資料 50 ページを見ますと、先ほど池端委員からも言及がございましたが、まだまだ 2025 年の目標としている人数には及ばない状況ですので、しっかり人材育成にも取り組んでいただきたいと思います。



50

【医療機関における薬剤師の業務について】

- 病院薬剤師のさらなるチーム医療の推進と医療の質の向上の観点から、病棟を含む幅広い業務を習得させる教育研修体制とともに、地域の病院へ出向して地域医療を経験させる取組を行っている医療機関の評価についてどのように考えるか。
- ポリファーマシー対策に係る業務の効率的な遂行の観点から、薬剤総合評価調整加算に関して、多職種によるカンファレンスの実施を一律に求めるのではなく、多職種での情報共有・連携に取り組む実務的な要件へ見直すことについて、どのように考えるか。

続きまして、医療機関における薬剤師の業務についてですが、62 ページに紹介がございます高度な機能を持つ病院の薬剤師が地域の病院へ出向して地域医療を経験する仕組みは、出向元・出向先のいずれにとっても良いことだということは十分に理解ができます。

地域と連携した教育研修体制の事例

- 金沢大学附属病院では、薬剤師の研修の一環として、能登半島北部の医療過疎地域への薬剤師出向により、地域医療を研修する仕組みがある。
- このような仕組みは、出向先の不足した人員を補うだけでなく、病院業務のノウハウを出向先の病院の業務に定着させることで、地域医療の質の向上に寄与する取組となっている。
- また、地域の病院での業務経験を通じて地域医療を俯瞰する広い視野が修得できることは、大学病院の目指す指導的な人材の育成機能の強化につながる。

■概要と経緯



- 金沢大学附属病院において、医療全体を俯瞰し行動できる人材の育成することを目的として、地域医療を経験するために、薬剤師が不足している地域病院への薬剤師出向を2018年11月から開始した。

(出向先1) 町立富来病院(2018年11月～2020年3月)
常勤薬剤師が1名一時的に不在となったので、出向受け入れ。
(現在は常勤薬剤師が確保されている。)

(出向先2) 公立宇出津総合病院(2022年4月～)
常勤薬剤師が1名となったため、出向受け入れ。
(現在、勤務経験3年以上の若手薬剤師が3か月交代で出向。)

出典：金沢大学附属病院薬剤部提供資料を基に医療課で作成

■町立富来病院での主な対応事例

- ・ 多職種による入院患者薬剤管理プロトコルの作成
- ・ 患者服薬カードを導入(1日配薬から1週間配薬に変更)
- ・ 周術期の薬物療法(抗菌薬、鎮痛薬)の見直し
- ・ 介護医療院における薬剤師業務の確立
- ・ 薬剤師連携会議の発足
- ・ 町立富来病院関連薬局メーリングリストの開設、薬剤管理サマリの提供
- ・ 職員のニーズにあった研修会や、周辺病院も参加する講演会の企画
- ・ 採用医薬品等を整理し、後発品の利用促進及び廃棄医薬品の低減
- ・ 病棟薬剤業務の充実にに向けた準備

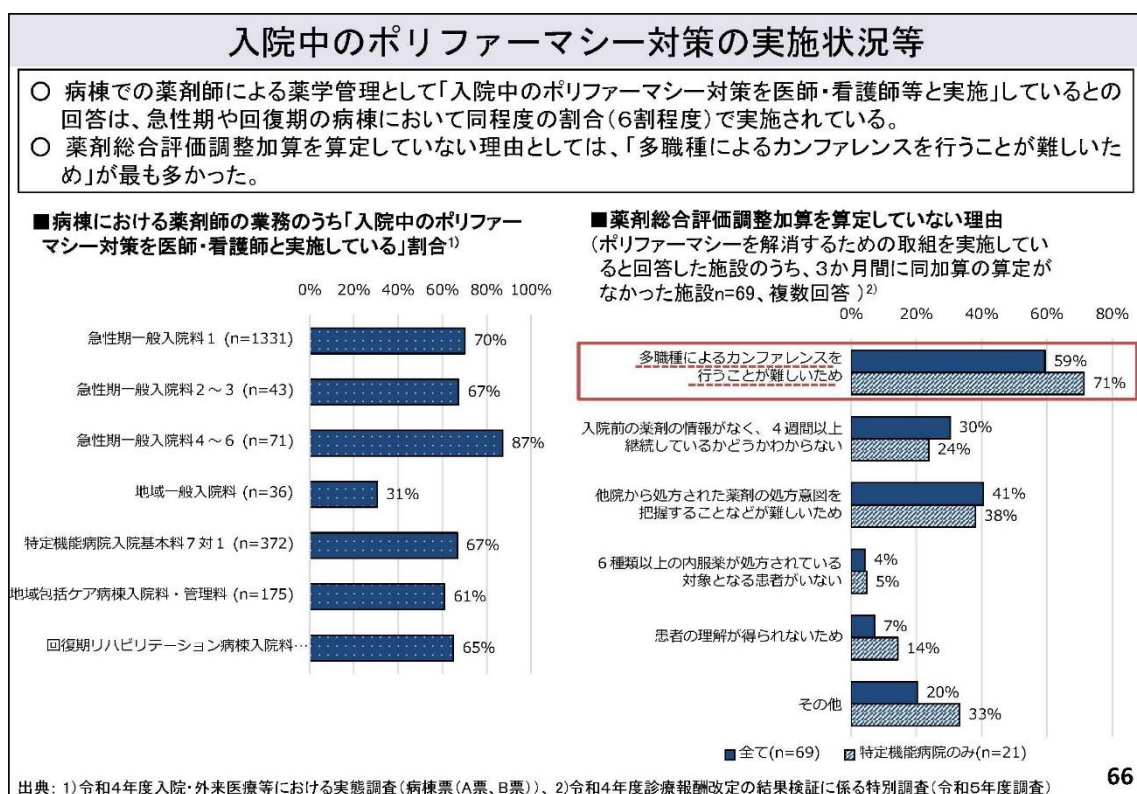
■金沢大学附属病院におけるメリット

- ・ 出向経験者のスキルアップ
 - ✓ 地域の実情にあった多職種連携などの経験から、転院先のニーズを理解することにつながり、必要な情報を適切に選別できるようになったことで退院時薬剤指導を工夫するなど、転院・退院先と密な連携をとれるようになった。
- ・ 大学病院として目指す指導的な人材の育成機能の強化
 - ✓ 高齢者に特有の心不全、嚥下障害、感染症などの疾患への対応や、地域での介護、在宅医療、看取りなど、高度急性期施設では直接体験することができない経験を通じて、地域医療を俯瞰する広い視野を修得した人材を育成することにつながる。
- ・ 医療機関同士の情報連携や研修会等の活性化

ただ、出向先で、例えば病棟薬剤業務実施加算を算定できる場合もあり、こうした取組自体を評価することについては、保険者としては、プラスアルファでどのようなメリットがあるのか、慎重に見極めたいと思います。教育や研修を通じて薬剤師業務の質の向上を図ることは重要なことだと考えております。

一方で、薬剤師には医師のような卒後研修制度がないことや、病院における薬剤師確保が来年度から本格的に進むことを踏まえ、こうした取組ができる医療機関は限られてますので、医療機関の薬剤師の教育研修の実施状況やその効果等を今後は検証していくことがまずは必要だと考えます。

また、ポリファーマシー対策は重要な課題であり、取組を推進していくべきだと考えております。



資料 66 ページを見ますと、薬剤総合評価調整加算を算定していない理由として、多職種によるカンファレンスの実施が最も多くなっています。

また、急性期だけでなく回復期の病棟においても取組が進んでいることから、カンファレンスの実施も一定の意味があると考えられますので、単純にカンファレンスの実施を要件から外すということではなく、実務的な要件に見直して、医療の質を下げないようにするというのであれば検討の余地はあると考えます。

【医師事務作業補助体制加算について】

○ 医師事務作業補助体制加算について、医師事務作業補助者の適切な人事管理を推進すること、及び医師事務作業補助者の業務範囲を明確化することについて、どのように考えるか。

次に、医師事務作業補助体制加算についてです。医師事務作業補助者の活用が医師の負担軽減として効果があることは理解しております。

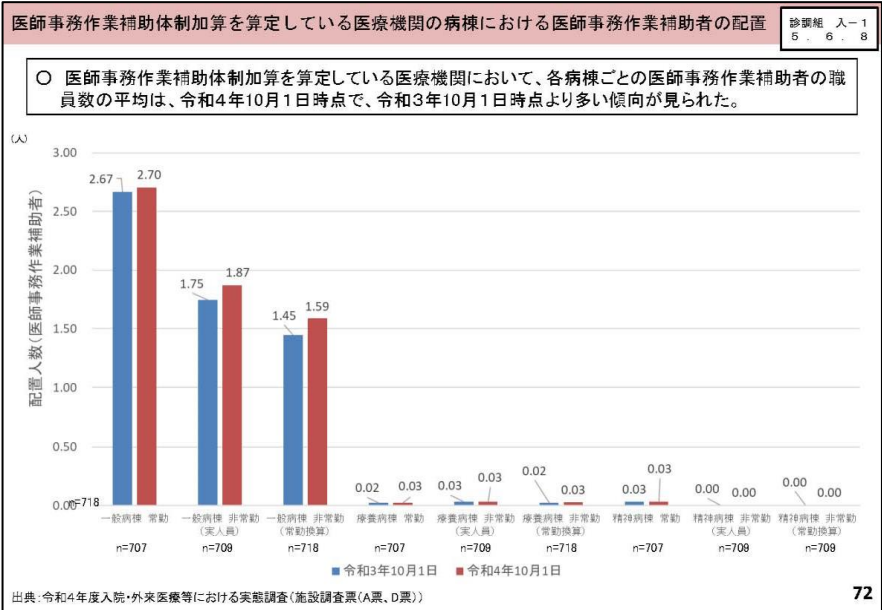
改定後

医師事務作業補助体制加算 1 の施設基準
(削除)

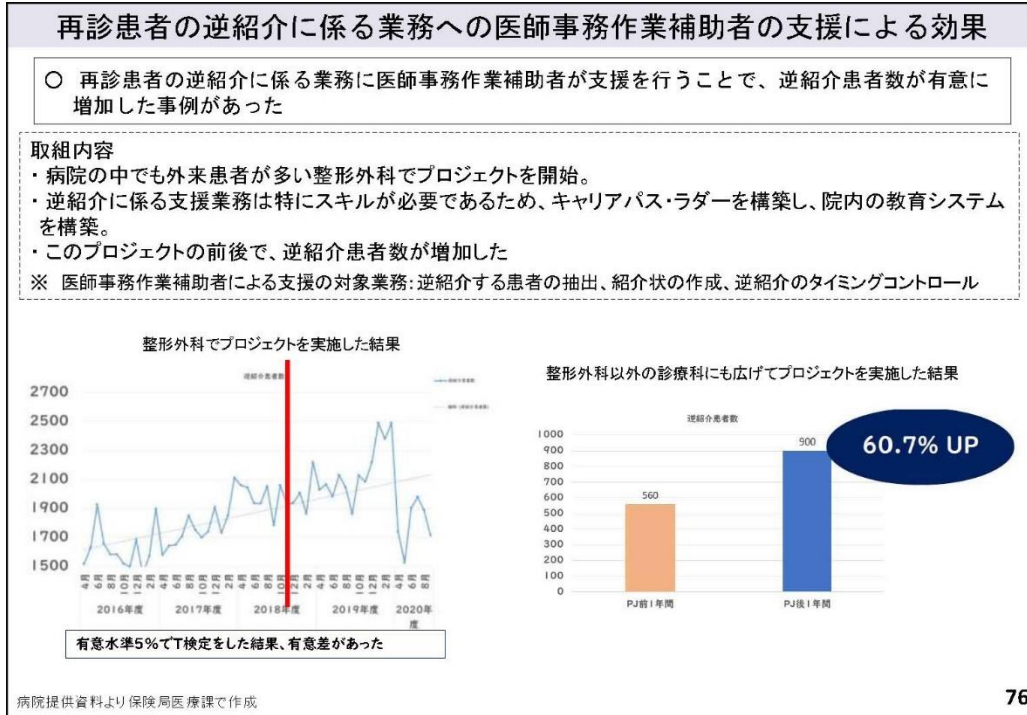
当該保険医療機関における 3 年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに 5 割以上配置されていること。

※ 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

資料 70 ページにありますように、前回改定で経験年数に応じた体系を導入し、評価を充実した経緯があり、72 ページを見ますと、算定の医療機関も増えております。



また、76 ページを見ますと、逆紹介の増加に貢献する効果も見てとれます。



補助者を配置するだけでなく、質の高い業務を行うことが重要であり、単に、さらなる評価の拡充ということであれば納得はしかねますけども、人事管理の推進や、業務範囲を加算の算定条件で明確化し、実効性のある見直しを行うことであれば検討する余地はあると考えます。

続きまして、手術・処置の時間外加算についてです。

【手術・処置の時間外等加算について】

○ 手術・処置の時間外等加算について、医師の働き方改革を推進する実効性を担保する観点から、複数主治医制等の要件を見直すこと及び24年4月から義務化されるインターバルの確保を推進することについて、どのように考えるか。

13

資料 83、84 ページのルールに則り、医療の安全性を確保する観点から、時間外加算の施設基準において、しっかりとインターバルや代償休息の確保を規定すべきです。

連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制・代償休息等について

 令和3年9月15日 第15回
 医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料1(改)

勤務シフト等を組むに当たっての基本ルール

 ※義務対象はB・連携B・C水準の適用となる医師。A水準の適用となる医師については努力義務。
 ※C-1水準が適用される臨床研修医については次頁参照。

- (1) 勤務間インターバルを次の2種類の方法により確保する。
- ① 始業から**24時間以内**に**9時間の連続した休息時間**を確保を基本とし、
 - ② 始業から**46時間以内**に**18時間の連続した休息時間**を確保(宿日直許可のない宿日直に従事させる場合)
- * 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合は、9時間の連続した休息時間が確保されたものとみなす。
- (2) 代償休息を付与することを前提として勤務シフト等を組むことは、原則として認められない。
- * 個人が連続して15時間を超える対応が必要な業務が予定されている場合は、代償休息の付与を前提とした運用を認める。ただし、当該業務の終了後すぐに代償休息を付与すること。

代償休息の基本ルール

- (3) 予定された9時間又は18時間の連続した休息時間中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合は、当該労働時間に相当する時間の代償休息を事後的に付与する。(翌月末までに付与する。)
- * 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合に、当該連続した9時間の間に通常の勤務時間と同態様の労働が発生し十分な睡眠が確保できなかった場合は、管理者は、当該労働時間に相当する時間の休息を事後的に付与する配慮義務を負う。

83

 連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制・代償休息等について
 (C-1水準が適用される臨床研修医)

 令和3年9月15日 第15回
 医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料1(改)

勤務シフト等を組むに当たっての基本ルール

- (1) 勤務間インターバルを次の2種類の方法により確保する。
- ① 始業から**24時間以内**に**9時間の連続した休息時間**を確保を原則とし、
 - ② 始業から**48時間以内**に**24時間の連続した休息時間**を確保(臨床研修における必要性から、指導医の勤務に合わせた24時間の連続勤務時間とする必要がある場合)
- * 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合は、9時間の連続した休息時間が確保されたものとみなす。

代償休息の基本ルール

- (2) 代償休息の必要がないように勤務間インターバルの確保を徹底することを原則とする。
- * ただし、以下を要件として代償休息の付与を認める。
- ① 臨床研修における必要性から、オンコール又は宿日直許可のある宿日直への従事が必要な場合に限る。
 - ② 臨床研修医の募集時に代償休息を付与する形式での研修を実施する旨を明示する。
 - ③ 代償休息を付与する期限は、以下のとおりとする。
 - ・「当該診療科の研修期間の末日」又は「翌月末」までのいずれか早い日までの間に付与する。
 - ・「翌月末」より前に「当該診療科の研修期間の末日」を迎える場合は、「当該診療科の研修期間の末日」までに代償休息を付与することが困難である場合に限り、「翌月末」までに付与するものとする。

84

勤務環境に特に配慮を要する領域への対応

中医協 総-5
5. 6. 14

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

(例) 手術・処置の休日・時間外・深夜加算

- (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
(2) ~ (4) (略)
- ・勤務医負担軽減等の実施に係る施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関にて、緊急のための休日等における対象患者に対する手術等を評価。(対象患者)
- 次に掲げる入院中の患者以外の患者に対する手術。ただし、手術が保険医療機関等の都合により休日等に行われた場合は算定できない。
ア~イ(略)
- (主な施設基準)
- 1~3(略)
- 4 医師の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として次の体制を整備していること。
(1)当該保険医療機関内に医師の負担軽減等に関して提言するための責任者が配置されていること。(2)~(6)(略)
- 5 循環器系、腫瘍系等に関するルート確保について次のいずれも実施していること。(1)(2)(略)
- 6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日に於ける医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。(1)(7)(略)
- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれも実施していること。
(1)在宅勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア~キ(略)
- (2)チーム制を導入しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア~カ(略)
- (3)稼働が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを厚生(支)局長に届け出ていること。~(略)
- ア~イ(略)
- 8~9(略)



出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日)

80

80 ページを見ますと、現行の施設基準では、手当を上乗せすれば、必ずしも交代制勤務やチーム制を導入する必要がないことになっております。手当は、ある意味、当然であり、時間外対応加算 1 として高い評価を得るのであれば全ての負担軽減策を講じるべきです。

【論点】

【看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について】

- 看護職員の更なる負担軽減のため、「夜間看護体制加算」等の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うち、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」の取組をより推進することについて、どのように考えるか。
- 看護職員と看護補助者の協働を推進し、中、軽症等の高齢者の急性期医療に対応するような病棟等における医療提供体制を確保する観点から、看護補助者の中でもより直接患者に対するケアを提供する者の評価について、どのように考えるか。

続きまして、看護職員の負担軽減および看護職員と看護補助者の協働についてです。

【参考】近年の看護補助者の配置に係る主な評価の変遷

	H22	H24	H26	H28	H30	R2	R4	
急性期看護補助体制加算		25:1 (看護補助者5割以上) 160点 25:1 (看護補助者5割未満) 140点	25:1 (看護補助者5割以上) 160点 25:1 (看護補助者5割未満) 140点	25:1 (看護補助者5割以上) 160点 25:1 (看護補助者5割未満) 140点	25:1 (看護補助者5割以上) 210点 25:1 (看護補助者5割未満) 190点	25:1 (看護補助者5割以上) 240点 25:1 (看護補助者5割未満) 220点	25:1 (看護補助者5割以上) 240点 25:1 (看護補助者5割未満) 220点	
	50:1 120点 75:1 80点	50:1 120点 75:1 80点	50:1 120点 75:1 80点	50:1 120点 75:1 80点	50:1 170点 75:1 130点	50:1 200点 75:1 160点	50:1 200点 75:1 160点	
		夜間50:1 10点 夜間100:1 5点	夜間25:1 35点 夜間50:1 25点 夜間100:1 15点	夜間30:1 40点 夜間50:1 35点 夜間100:1 20点	夜間30:1 40点 夜間50:1 35点 夜間100:1 20点	夜間30:1 90点 夜間50:1 85点 夜間100:1 70点	夜間30:1 120点 夜間50:1 115点 夜間100:1 100点	夜間30:1 125点 夜間50:1 120点 夜間100:1 105点
				夜間看護体制加算 10点	夜間看護体制加算 60点	夜間看護体制加算 60点	夜間看護体制加算 60点 看護補助体制充実加算 5点	
看護補助加算	看護補助加算1 109点 看護補助加算2 84点 看護補助加算3 56点	看護補助加算1 109点 看護補助加算2 84点 看護補助加算3 56点	看護補助加算1 109点 看護補助加算2 84点 看護補助加算3 56点	看護補助加算1 109点 看護補助加算2 84点 看護補助加算3 56点 夜間75:1 30点	看護補助加算1 129点 看護補助加算2 104点 看護補助加算3 76点 夜間75:1 40点	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 夜間75:1 50点	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 夜間75:1 55点	
				夜間看護体制加算 (入浴初日) 150点	夜間看護体制加算 (入浴初日) 165点	夜間看護体制加算 (入浴初日) 165点	夜間看護体制加算 (入浴初日) 165点 看護補助体制充実加算 5点	
							97	

赤字: 前回改定から新設又は増点したもの

資料の 97 ページを見ますと、看護補助者の配置については近年の改定で毎回充実が図られてきたことがわかります。

一方で、資料の 103、104 ページを見ますと、看護補助体制充実加算届出の有無で業務分担の状況について必ずしも大きな差がないように見て取れます。

加算を新設した効果が果たしてあったのか、については疑問を持っております。医療機関が看護補助者の配置を進めたいということであれば、既存の診療報酬上の評価を原資として、マネジメントで対応すべきだというふうに考えます。

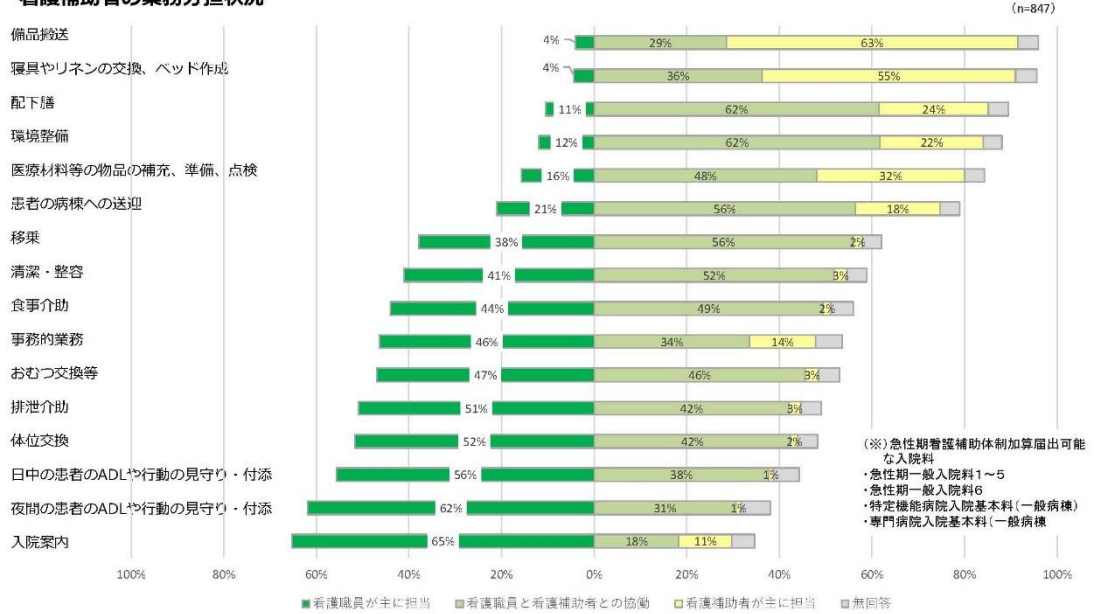
看護補助者が患者への直接的なケアを提供することについては、看護補助体制充実加算の要件である研修をしっかりと実施し、直接のケアを提供できる人材を増やすことが必要です。

看護補助者の離職を防止し、定着率を高めるために効果がある取組を病院側で責任を持って進めていただきたいと思います。

看護職員と看護補助者の業務分担状況_急性期看護補助体制加算届出あり①

診調組 入-2
5. 10. 12

■急性期看護補助体制加算(※)届出あり、かつ、看護補助体制充実加算届出ありの医療機関における、看護職員と看護補助者の業務分担状況



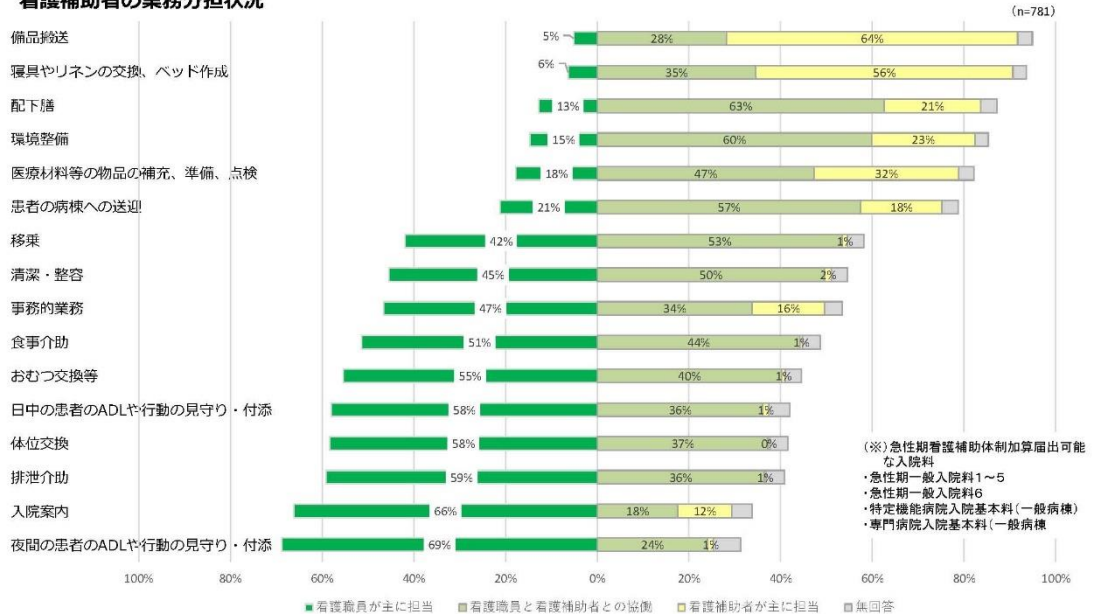
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟看護管理者票)

103

看護職員と看護補助者の業務分担状況_急性期看護補助体制加算届出あり②

診調組 入-2
5. 10. 12

■急性期看護補助体制加算(※)届出あり、かつ、看護補助体制充実加算届出なしの医療機関における、看護職員と看護補助者の業務分担状況



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟看護管理者票)

104

【ICTの活用等について】

- 【再掲】「夜間看護体制加算」等の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うち、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」の取組をより推進することについて、どのように考えるか。
- 緩和ケア診療加算、外来緩和ケア加算、感染対策向上加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算等において、チームの構成員が、地域で専門領域に係る活動をした場合も専従要件を満たすことを明確化することについてどのように考えるか。
- ICT、AI、IoTを活用することで職員の常勤や専従要件などを緩和することについてどのように考えるか。

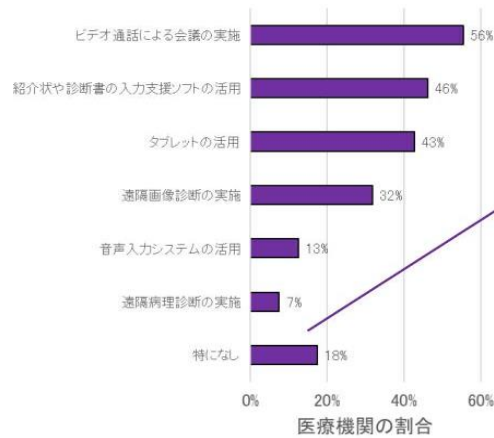
最後に、ICTの活用についてですが、今後、労働人口が減少することを踏まえますと、ICTの活用は最大限に進め、業務を効率化していく必要があると考えます。看護職員の負担軽減の観点からも、省力化の取組として、124 ページで紹介されている事項をしっかりと進めていくべきだと考えます。

医療機関におけるICTを活用した業務の見直し、省力化の取組

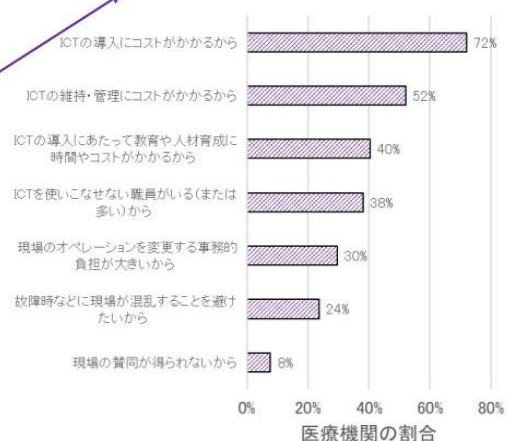
診問組 入-1
5 . 6 . 8

- 医療機関における、「ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組」としては、「ビデオ通話による会議の実施」(56%)等があげられたが、18%の医療機関は「特になし」と回答した。
- ICTを活用していない理由としては「ICTの導入にコストがかかるから」(72%)、「ICTの維持・管理にコストがかかるから」(52%)等が挙げられた。

① ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組状況 (n=1,094)



② ICTを活用していない理由 (n=186)



出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設調査票(A票、D票))

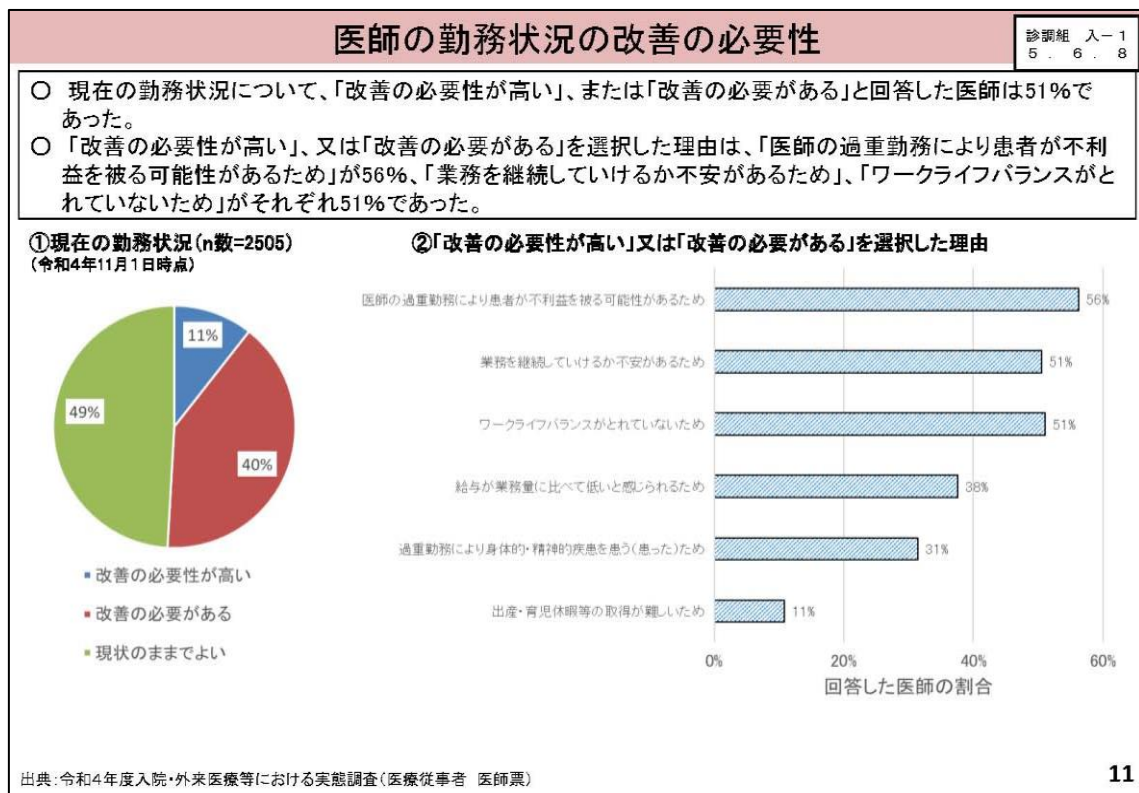
緩和ケア診療加算などについて、チームの構成員が地域の専門領域で活動した場合の専従要件の明確化については、本来業務に影響がないのであれば、地域全体の医療の質の改善につながると考えますので、緩和の方向で検討することに異論はございません。私からは以上になります。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは、はい。鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

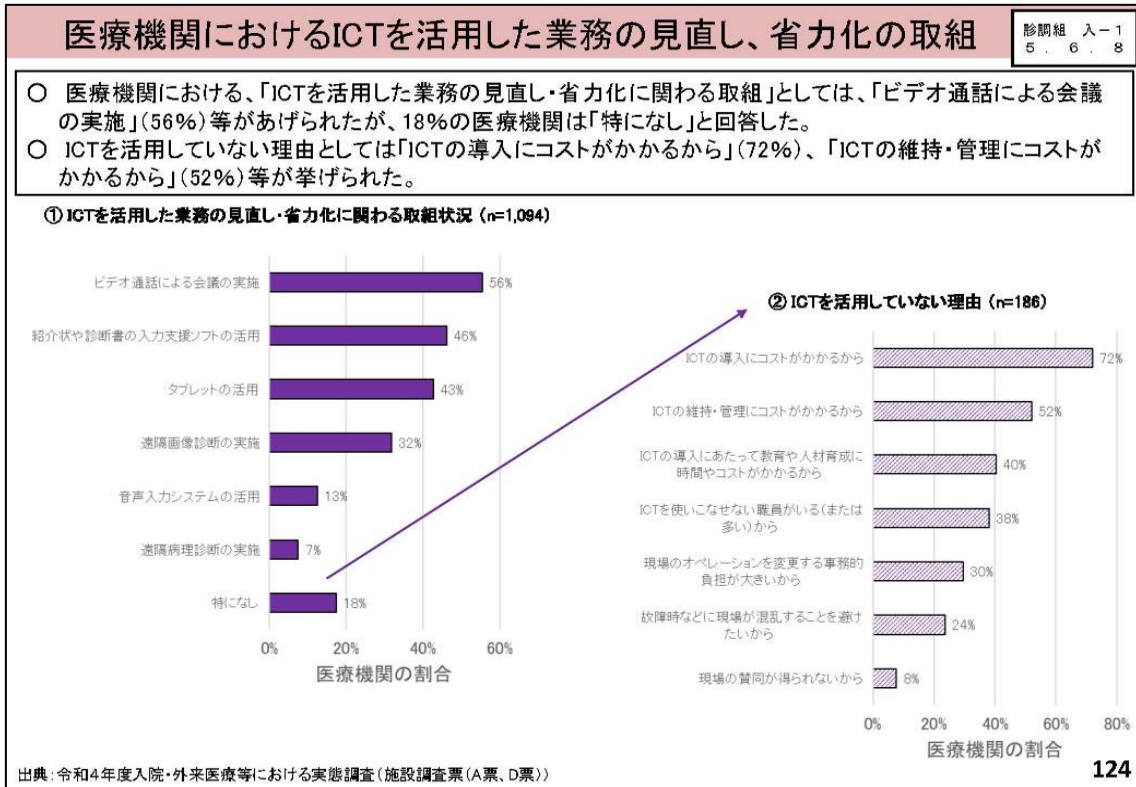
はい、ありがとうございます。ICTの活用について一言、申し上げたいと思います。



まず資料の 11 ページで、お医者様のほうが自分の勤務状況については改善の必要性、また改善の必要があると 90%以上のお医者様がそのようにおっしゃっていて、なぜ改善が必要かというところで、患者様が不利益を被る可能性があるためと。

これ、最も重要な視点かなと思ってて、お医者様の、非常に私たち患者としては、非常に重要な視点をお持ちのお医者様が多いというふうに思っております。

一方で、資料の 124 ページなんですけど、ちょっと、すいません。



コスト、ICTの導入、活用していない理由として、ICTの導入コストがかかるから、ICTの維持管理にコストがかかるから、ICTの導入に当たって教育や人材育成に時間やコストがかかるからという。

これ、主にたぶん、経営側の視点かとは思いますが、その安全性とコストの関係性について、やっぱり経営される側の皆さまに、ある一定の、その指標というか、何でしょう、投資対効果というか、そういったものをきちんと見せていく必要があるのではないかというふうに思っています。

コストっていう、お金で、イメージとしては、お金と時間だと思うんですけども、お金がなくてできないのかっていう視点もあるかとは思いますが、そこが、より、かけるコストと効果を見せつつ、お金をかけていただく、時間をかけていただくという視点と、あとは行政側というか、で、何かできないかっていうところ、2つ、ちょっとご要望として挙げさせていただきたいと思います。以上です。

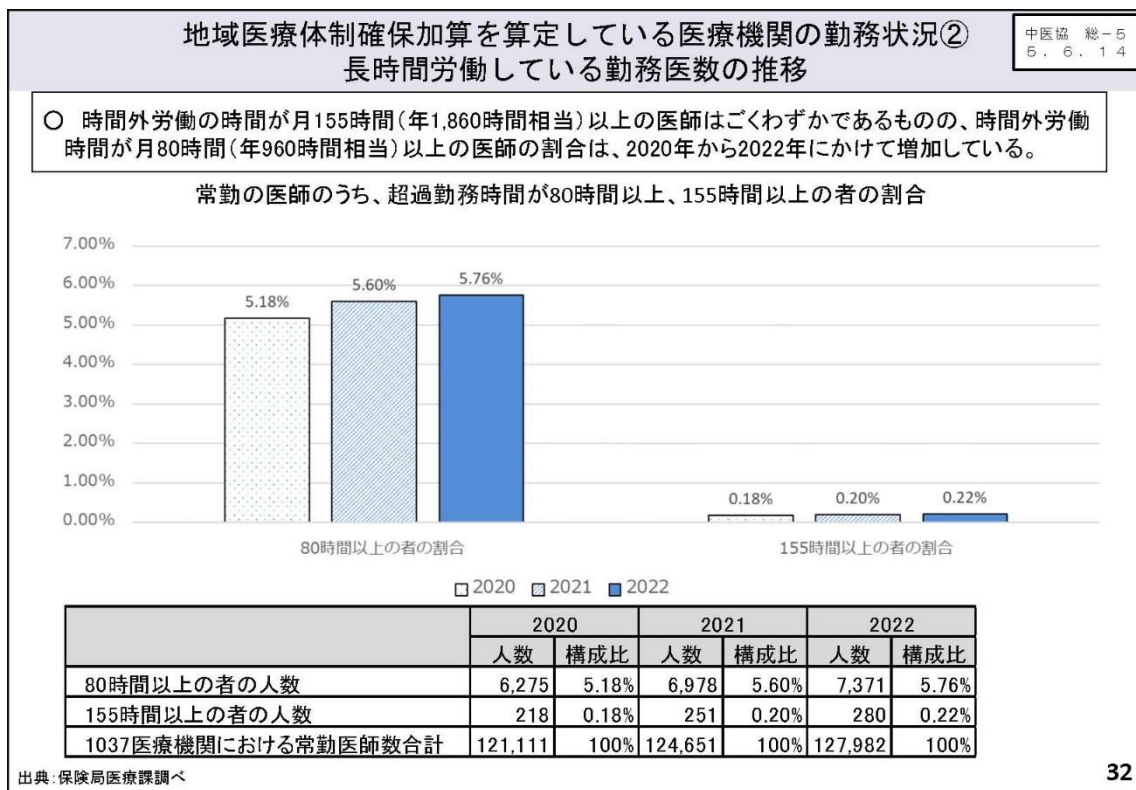
○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。それでは佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

はい、ありがとうございます。患者・国民が安心して医療を受けるためには、医師、医療従事者の働き方改革は重要であります。

その上で、医師の働き方改革の実効性を高める観点から、各種加算の見直しを進めるべきですが、



特に資料 32 ページによれば、地域医療体制確保加算を算定している医療機関では、月 80 時間以上の医師の割合が高くなっています。加算により、医師の働き方改革に逆行する結果が生じているとすれば大きな問題であり、制度の改善が必要です。

医師や看護職員などの負担の軽減や労働時間の短縮につながる取組を促す方向で、要件の厳格化も含めた検討が必要ではないでしょうか。

勤務間インターバルの確保を推進することなど、労働時間短縮の実績に基づく評価についても検討すべきと考えます。

連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制・代償休息等について

令和3年9月15日 第15回
 医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料1(改)

※義務対象はB・連携B・C水準の適用となる医師。A水準の適用となる医師については努力義務。
 ※C-1水準が適用される臨床研修医については次頁参照。

勤務シフト等を組むに当たっての基本ルール

(1) 勤務間インターバルを次の2種類の方法により確保する。

① 始業から**24時間以内**に**9時間の連続した休息時間**を確保を基本とし、

② 始業から**46時間以内**に**18時間の連続した休息時間**を確保(宿日直許可のない宿日直に従事させる場合)

* 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合は、9時間の連続した休息時間が確保されたものとみなす。

(2) 代償休息を付与することを前提として勤務シフト等を組むことは、原則として認められない。

* 個人が連続して15時間を超える対応が必要な業務が予定されている場合は、代償休息の付与を前提とした運用を認める。ただし、当該業務の終了後すぐに代償休息を付与すること。

代償休息の基本ルール

(3) 予定された9時間又は18時間の連続した休息時間中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合は、当該労働時間に相当する時間の代償休息を事後的に付与する。(翌月末までに付与する。)

* 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合に、当該連続した9時間の間に通常の勤務時間と同態様の労働が発生し十分な睡眠が確保できなかった場合は、管理者は、当該労働時間に相当する時間の休息を事後的に付与する配慮義務を負う。

83

また、勤務間インターバルの実施に関して、資料 83 ページに記載のとおり、宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合には休息時間を確保したものとみなす取扱いが認められております。

それ自体が問題であり、まずは勤務実態を十分に踏まえた宿日直許可の取得が進むよう取り組み、無許可の宿日直をなくすことが重要だと考えております。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

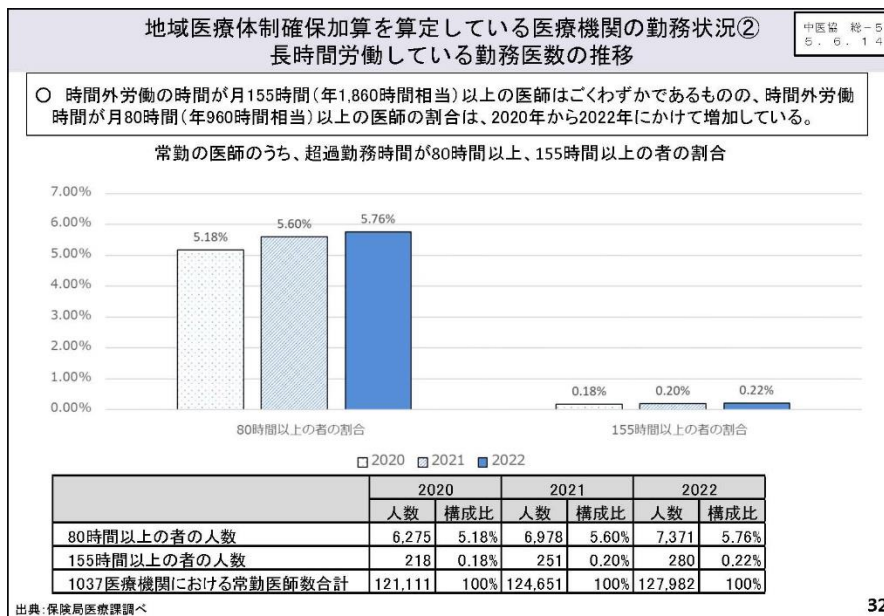
はい、ありがとうございました。ほかは、はい、長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。まず地域医療体制確保加算を廃止すべきというご意見がありましたが、反対です。むしろ、これからまさに必要な加算であるというふうに考えております。

なぜかと申しますと、来年の4月から医師についての時間外、休日労働時間の上限規制が適用されるからです。

現在まだ、例えば来年4月から大学病院等の基幹病院から派遣がどうなるのかという実態が必ずしも決まってないところも少なくありませんし、実際に始まったらどうなるかということも極めて変動の範囲が大きいところです。したがって、このときにこそ、この加算を役立てなければいけません。



また、32 ページのグラフで、むしろ増加していると。やはりここはコロナ禍という影響は極めて大きかったというふうに考えます。

また、その効果を実効的なものにするためには、先ほど申し上げました 35 ページの所には、働き方改革、具体的な取組。また、37 ページも実施している取組がございますが、これはやはり実際の効果を出すために、どうすればいいのかということころ。ここの検討もしっかりすべきだと思っております。

そういう意味では、まさにこれから、特に来年 4 月からが本当に始まる。そのところで、まだどうなるかはわからない状況ですから、これ、絶対に必要です。廃止することはあり得ないと。その結果、地域医療提供に大混乱が起こることということを非常に心配します。

次に、例えば看護職員等の費用、あるいは I T 化のコストなどについて何度も申し上げておりますけれども、診療報酬という公定価格で経営しております医療機関においては、経営者の努力、マネジメントに限界があります。原資がございません。したがって、全てにおいて改革、改善のための原資が必要だということは、ぜひ、ご理解いただきたいと思っております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい、江澤委員、お願いします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。地域医療体制確保加算につきましては、長島委員と全く同様で、もう廃止というのは全くあり得ないものだというふうに思います。まさに来年の 4 月から医師の働き方改革が実施される中で、本当にわれわれ現場としましても、全国の地域の医療機関で、当直医の確保、あるいは救急の受け入れにどういった影響が出るのかって、本当に全く今、不明な状況であります。

したがって、われわれのまず第一の使命は地域住民の命を守ることが第一の使命でございますので、そこを、使命を全うしながら、そして、これからの各全国の大学病院をはじめ、派遣する側の医療機関の対応というのがこれから動きが出てくるところでありますので、現時点において廃止というのはもう全く、今、論じてはならないことだというふうに思っておりますので、その辺はぜひ、ご理解をいただきたいというふうに思います。

あわせまして、もう1点。医師事務作業補助体制加算でございますが、地域医療体制確保加算は、救急搬送2,000件以上、年間2,000件以上とか、いろいろ急性期の現場に当然、配慮したものでありまして、これはこれで当然、必要でございますし、

一方で、医師事務作業補助体制加算の救急搬送の件もございましたけれども、患者数に対して一般病床は、患者数16に対して医師が1、あるいは療養病床では48に対して1以上というかたちで、実は受け持ち患者さんを結構、慢性期も多いというかたちで、必ずしも今回の医師の働き方改革っていうのは全ての医師の働き方を改革するというところでございますので、いろいろ、そういった見地からも、いろいろ検討が必要ではないかというふうに思っております。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。太田委員、お願いいたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

はい、ありがとうございます。私も地域医療体制確保加算に関してです。長島先生、江澤先生と同じく、この地域医療体制確保加算は必ずこれは残していただかなければいけない点数だというふうに思っております。

先ほど、松本先生のほうから医療、患者さんに提供される医療の質に関連しないのであるならば廃止をすべきではないかというようなご発言あったと思います。実際、支払側の先生方からすれば、そうだと思うんですが、その医療の質の前に医療が提供されるというのが、まず大前提だというふうに思います。

今、非常に大きな改革を、特に医師の働き方改革っていうのはやいる中で、地域の医療提供体制を確保するために、まず、この加算というものは、やはり働き方改革でできてきた点数であり、これを使いながら地域の医療の提供体制を維持しながら改革を進めていくというかたちの点数、非常に重要な点数だというふうに私ども認識しておりますので、ぜひとも、これに関しては、ご理解賜りたいというふうに思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、森委員、お願いします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。地域の病院の出向なんですけど、私、実はこの金沢の事例を病院のほうからも聞きました。まだまだ、おっしゃるように、この取組を行えるとこってのは確かに少ないのは現実です。

地域と連携した教育研修体制の事例

○ 金沢大学附属病院では、薬剤師の研修の一環として、能登半島北部の医療過疎地域への薬剤師出向により、地域医療を研修する仕組みがある。

○ このような仕組みは、出向先の不足した人員を補うだけでなく、病院業務のノウハウを出向先の病院の業務に定着させることで、地域医療の質の向上に寄与する取組となっている。

○ また、地域の病院での業務経験を通じて地域医療を俯瞰する広い視野が修得できることは、大学病院の目指す指導的な人材の育成機能の強化につながる。

■概要と経緯

石川県

○ 金沢大学附属病院において、医療全体を俯瞰し行動できる人材の育成することを目的として、地域医療を経験するために、薬剤師が不足している地域病院への薬剤師出向を2018年11月から開始した。

（出向先1）町立富来病院（2018年11月～2020年3月）
常勤薬剤師が一時的に不在となったので、出向受け入れ。
（現在は常勤薬剤師が確保されている。）

（出向先2）公立宇出津総合病院（2022年4月～）
常勤薬剤師が1名となったため、出向受け入れ。
（現在は、勤務経験3年以上の若手薬剤師が1か月交代で出向。）

出典：金沢大学附属病院薬剤部提供資料を基に医療課で作成

■町立富来病院での主な対応事例

- ・ 多職種による入院患者薬剤管理プロトコルの作成
- ・ 患者服薬カードを導入（1日配薬から1週間配薬に変更）
- ・ 周術期の薬物療法（抗菌薬、鎮痛薬）の見直し
- ・ 介護医療院における薬剤師業務の確立
- ・ 薬剤師連携会議の発足
- ・ 町立富来病院関連薬局メーリングリストの開設、薬剤管理サマリの提供
- ・ 職員のニーズにあった研修会や、周辺病院も参加する講演会の企画
- ・ 採用医薬品等を整理し、後発品の利用促進及び廃薬医薬品の低減
- ・ 病棟薬剤業務の充実に向けた準備

■金沢大学附属病院におけるメリット

- ・ 出向経験者のスキルアップ
 - ✓ 地域の実情にあった多職種連携などの経験から、転院先のニーズを理解することにつながり、必要な情報を適切に選別できるようになったことで退院時薬剤指導を工夫するなど、転院・退院先と密な連携をとれるようになった。
- ・ 大学病院として目指す指導的な人材の育成機能の強化
 - ✓ 高齢者に特有の心不全、嚥下障害、感染症などの疾患への対応や、地域での介護、在宅医療、看取りなど、高度急性期施設では直接体験することができない経験を通じて、地域医療を俯瞰する広い視野を修得した人材を育成することにつながる。
- ・ 医療機関間士の情報連携や研修会等の活性化

62

ただ、通常、こういう大学病院で急性期の医療、専門的に、薬剤師はかなり専門性が出て、専門的な医療をやっている薬剤師がですね、地域の病院に行ってですね、そこで行われていれば、それから、地域医療を学んでくる。それから、そういう病院はですね、入退院の紹介先になってくる。そういう薬剤師が帰ってきたときに、この大学病院の中でも医療の質向上とともにですね、病院との連携もすごく良かったという報告がありました。

まだまだ、この取組、少ないんですけども、医療の質向上、それから連携の推進という観点からもですね、前向きに検討をお願いしたいというふうに思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほか、よろしいでしょうか。はい。まず鈴木委員からお願いいたします。

○鈴木順三委員（全日本海員組合組合長代行）

はい、ご指名ありがとうございます。私もですね、今、お話を聞いて、地域医療体制加算について、ちょっと意見を述べさせていただきたいというふうに思っています。どちらにしましてもですね、勤務医の先生方がですね、長時間労働にならないのが一番いいことで、それについては皆さん異論はないということで、その方法としてですね、1つ、地域医療加算ということで、この中では、どちらかというとな労働時間の短縮計画とか、担当者を置くとかってということで、これ、一般企業であれば、当然、されている問題、しなきゃいけないような問題がですね、そういったことについてですね、加算されるということは、ちょっといかがかなというような、普通だったら、このぐらい当然でしょうというようなかたちを考えられます。

ですから、例えば、こういう加算があるんであればですね、やはり、何て言うかな、その加算の必要性というかですね、どういうふうな部分で、もっと突っ込んだですね、ものが出ていかないと、何となく、支払側としては「これ普通やってるよね、それなのに加算もらえるのよね」というのはちょっと考えにくいかなと思い、考えているような感じです。

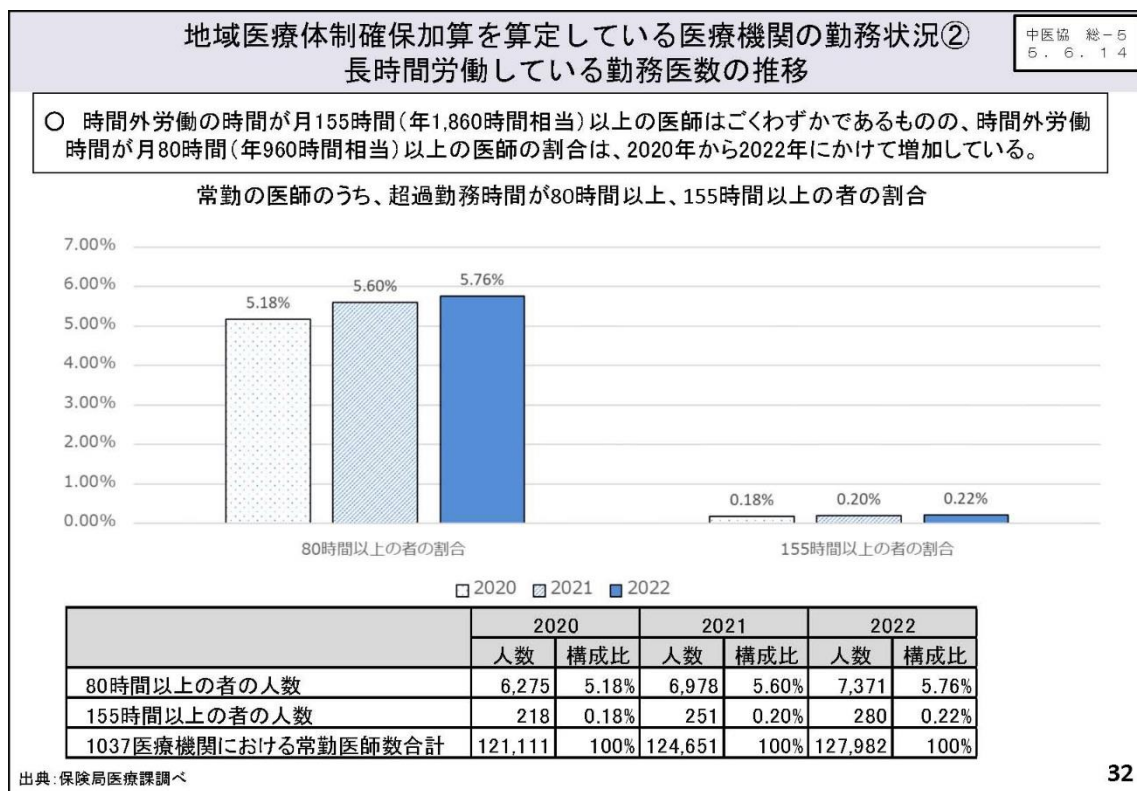
それと、地域医療でですね、人口減少とか、いろんな変化で対応するんですが、大変なんです、ということは十分、承知してます。ですから、どこの業態でもですね、人口減少で働き方、働く者がいなくなるような現実ですから、こういったかたちで今、このまま漫然と、何て言うんですかね、この加算というかたちでやるんじゃないくて、もっと突っ込んだですね、加算を、こういうふうにするんだということで、納得ができるよう、それで地域を守っていただけるという納得性のある内容にはっきりとしていただかないと、ただ、このまま加算がいいです、悪いですじゃなくて、その項目の中身をもっと充実していただいて、一般的でやってること以上に、地域ではこんなにもっとやるんですよ、という説得力のある、何て言うかな、内容に、要件にしていればというふうに感じました。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。まず、すいません、松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。2号側の委員の方から地域医療体制確保加算については、さまざまなご意見をいただきました。



32

それで、1つ、お尋ねしたいんですけども、32ページのグラフを拝見したときの、その下に表があるんですけども。

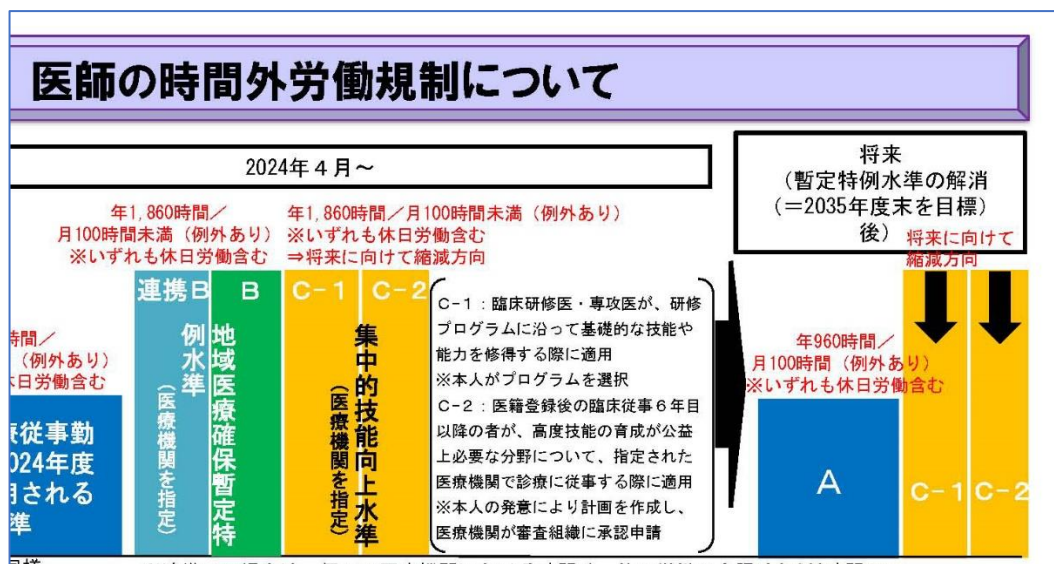
例えば、2022年の場合に「80時間以上」の方が7,371人、「155時間以上」の方が280人。これは内数か外数かは別としまして、約7,500人相当になります。

先ほど来、地域の医療提供体制に支障をきたすというご発言も出ておりますけども、少なくともこの方を除いた方々はもうA水準を達成しているというのは、これはもう事実として読み取れますので、

そうすると、この7千5、6百人のための方々のために、この加算が必要であると。逆に言うと、こういう方々が地域医療体制を担っていると、そういう認識でよろしいかどうかをまずお尋ねしたいというふうに思います。

それで、もし、どうしても加算を廃止するってことに抵抗があるようでございますけども、

その場合、例えば法令順守を最低限の条件として、毎年、確実に超過勤務を短縮するための客観的な実績基準を導入して、特に過剰な労働をしている医師の負担を軽減することで医療の質を上げることが担保できないのであれば、やはり加算の継続はあり得ないというふうに考えております。実効的な要件を設定して継続する場合でも期限を区切るべきです。



この点で非常に気になっておりますのは、資料の5ページでございます。一番右端に「将来」というところで、「2035年度末を目標」という記載がございます。

もちろん、医師の養成に関しましては教育という観点もございますので、十分、その辺の年数の確保というのは承知いたしますけども、

受け取り次第によっては、「2035年まで、こうした加算が」という発言につながりかねないという懸念を持っております。

そういうこともありますので、実効的な要件を設定して、継続する場合でも期限は区切るべきだということは改めて主張させていただきます。私からは以上になります。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。どういたしましょう。今、松本委員から2号側委員の方にご質問がありました。それも踏まえてということ。まず、長島委員から、ご発言をお願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。まずは来年4月から制限の適用が始まるんです。そこが全く違うというところ。

それから、医療というのは全員でやっています。したがって、1人の医師だけでやってませんので、1人の医師は当然、全員に影響してるわけです。

例えば、1人を減らそうと思えば、ほかの方が増えるということもあり得るわけなので、ここの方だけってことはあり得なくて、これ、全員に関係してるということです。

それから、「毎年、確実な」ということですが、先ほど申しましたが、1つはその医療機関ではどうしようもない外的な要因、例えば今回のコロナ禍のような急激な医療需要の急増とか、人口減少、あるいは地域の医療提供体制の変化など、まず外的な要因があるので、その医療機関だけじゃどうしようもないという場合があるということ。

また、計画の立て方としても、毎年、同じように短縮するっていうのではなくてメリハリをつけてやるというところがあると。

場合によっては、ある年間は短縮されないっていうのがあっても全然おかしくはないんです。全体の計画の中では。

そういうふうに、一様に、毎年、着実に下がっていくというものでもないし、外的要因も極めて大きいということであるので、松本委員のおっしゃるようにはいきませんということだと思っております。

すみません、別のことで続けて発言させてもらって、よろしいですか。はい。

一般企業なら、もう普通にしてることというご指摘がございましたが、一般企業は当然、大いに参考すべきであります。医療機関と一般企業は全く違います。

一番わかりやすい違いは、一般企業には中医協がありません。ご自分たちの判断で、なんでも決められます。医療機関の診療報酬は国が全体を決めて、改定率等を決めて、それで、中医協で1つひとつのところを決めてます。医療機関は、なんにも決めておりません。このところ、十分にご理解いただければと思います。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、それでは続きまして、茂松委員、お願いいたします。

○茂松茂人委員（日本医師会副会長）

はい、ありがとうございます。お話を聞いておりますと、何か医療というものが普通の一般企業と全く同じように理解をされているのではないかというふうにわれわれは誤解をします。

これはですね、われわれ本当に、毎日、毎日、医療の質を上げるために勉強もします。学問もします。だから、働く中でそれをしていかねばなりません。

どこが、どこからどこまでが仕事であって、どこからどこまで自分の自己研鑽というのは、なかなか判断がしづらい。

その中で、われわれは、それをしっかりと学問しながら人の命を預かって、1人でも亡くさないように頑張っているというのはわれわれの医療というものであります。

ですから、医療というものは準公的なものとして考えられています。ですから、中医協というものがございます。

その中で、やっぱり一般の企業の方々と同じに考える。これも同じことです。モノに対しての、やはり大切さを考えると同じようなことだろうと思いますが、われわれは1人も亡くしてはなりません。そういうことを考えると、本当に時間というものは本当になくなってきます。

これが働き方改革で進んでいく。その中でやっていこうとすれば、もっと、われわれも努力をしなければならないというふうには思っておりますが、なにせ、学問をしなければならないということもございます。そういうことを少しご理解をいただければと思います。

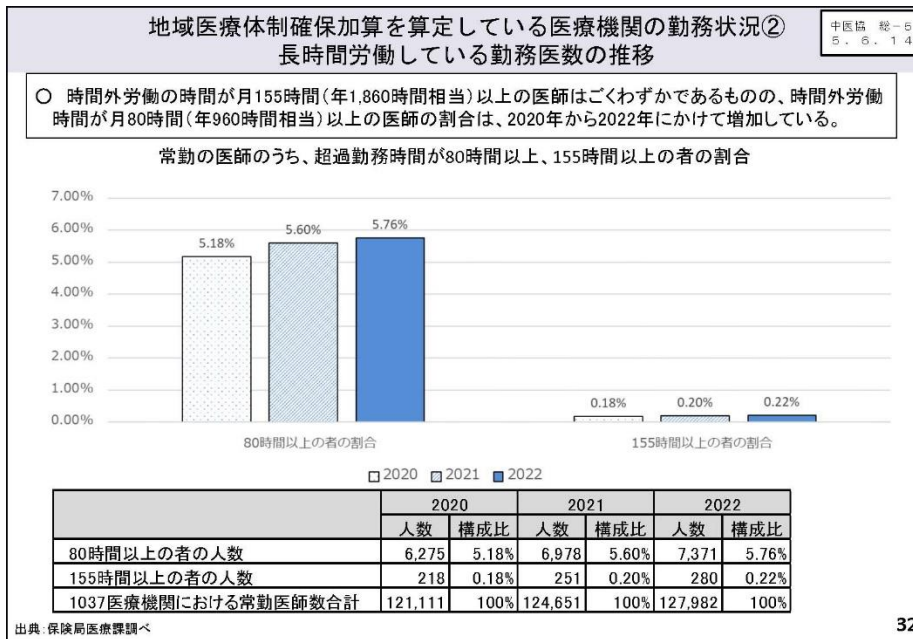
先ほど、前回も申しましたが、何も効率よくやっていくことが医療の質を良くすることではありません。やはり医療の姿勢を良くするということが、その効率はある程度、捨てないと、余裕を持った中でしないといけないということもあるということも、ご理解をいただきたいというふうに思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、太田委員、お願いいたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

すいません、32 ページの松本先生のご質問なんですが、長島先生が答えられたとおりですね、この 80 時間以下、年間 960 時間を達成するために、われわれ、さまざまな工夫をしてきました。



32

当然、ある一定程度、やはり余分に人を雇っては、一時的にワークシェアリングというようなかたちに近いかたちでコストを増加させながら、この改革を対応してきたという部分がございます。

決して、この、今、残っている 7,500 人だけではなく、そのA水準の中に入る、この94%の方の体制をつくるために、やはりその医療機関というのはやっぱりコストをかけて、この対策を行ってきているということはぜひ、ご認識いただきたいと思います。

来年の4月に運輸ですとか建築というところも、この時間外労働規制、入りますが、多くのそういう業界も値上げやなんかというものを働き方改革で行ってます。

当然、マネジメントの中で、何らかのかたちで吸収すべきだと、われわれ、生産性の向上、努力しますが、できない部分っていうのはやはりございます。

長島委員、茂松委員からありますけど、やはり公定価格で、われわれ、やっている中で、最終的には折り合える値段設定というものを設定していただかないと、われわれとしては医療の提供を持続可能で行うということができないということはいぜひご理解いただきたいと思いますというふうに思います。以上です。