

新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議の開催について

〔 令和 4 年 4 月 28 日 〕
〔 内閣官房長官決裁 〕

1. 趣旨

新型コロナウイルス感染症への政府の対応に関する以下の点について意見を求めるため、「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」(以下「会議」という。)を開催する。

- ① 新型コロナウイルス感染症発生以降これまでの、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく対応や、保健・医療の提供体制の構築の対応等の整理及び評価に関する事項
- ② 上記の対応に係る中長期的観点からの課題の整理に関する事項

2. 構成

- (1) 会議は、新型コロナ対策・健康危機管理担当大臣の下に開催する。
- (2) 会議の構成は、別紙のとおりとする。
- (3) 会議は、必要に応じ、関係者の出席を求めることができる。

3. その他

- (1) 会議の庶務は、厚生労働省の協力を得て、内閣官房において処理する。
- (2) 前各項に定めるもののほか、会議の運営に関する事項その他必要な事項は、座長が定める。

(別紙)

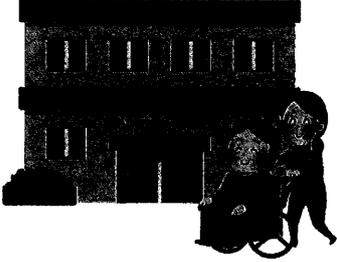
新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議 構成員

(五十音順、敬称略)

秋池 玲子	ボストン・コンサルティング・グループ マネージング・ディレクター&シニア・パートナー
草場 鉄周	日本プライマリ・ケア連合学会理事長
宍戸 常寿	東京大学教授
菅原 晶子	公益社団法人経済同友会常務理事
田中 雄二郎	東京医科歯科大学学長
(座長) 永井 良三	自治医科大学学長
古市 憲寿	社会学者
若林 辰雄	三菱 UFJ 信託銀行株式会社特別顧問

高齢者施設等における従事者の皆様へのPCR検査の実施について

神奈川県では福祉施設でのクラスター対策として、福祉施設職員のためのPCR検査を行います。



概要

県では、日本財団と協定を締結し、高齢者が利用する施設等の従事者の皆様にPCR検査を実施し、引き続き施設内の感染拡大防止対策を強化しています。

希望される皆さまにおかれましては、この機会にぜひお申込みをご検討ください。

対象施設等

新たに通所・訪問サービス事業所等も追加され、すべての介護サービス事業所等が対象となります。

- 特別養護老人ホーム
- 介護老人保健施設
- 介護医療院
- 指定介護療養型医療施設
- 有料老人ホーム
- サービス付き高齢者向け住宅
- 認知症対応型共同生活介護
- 養護老人ホーム
- 軽費老人ホーム
- 小規模多機能型居宅介護
- 看護小規模多機能型居宅介護
- 単独型短期入所生活介護
- 訪問介護
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 通所介護
- 通所リハビリテーション
- 福祉用具貸与
- 居宅介護支援
- 定期巡回・随時対応型訪問介護・看護
- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護
- 介護予防支援等

対象職員

対象施設等で利用者と接する職員

(常勤・非常勤及び職種は問わず、管理者が感染防止のために必要と判断した者)

※非常勤職員のうち、他の対象施設等の職員を兼務している場合は、どの施設等の職員として検査を受けるか調整してください。

申込期間

～令和4年4月30日(土曜日)まで

- 上記期間まで、検体をご提出いただけます。なお、**新規申込**については、原則、**令和4年3月31日(木曜日)まで**となりますので、あらかじめご了承ください。

PCR検査の申込方法

検査を希望する施設等においては、

- [高齢者施設等PCR検査申込フォーム](#) (別ウインドウで開きます) より申込をしてください。
- 申請に関しては [事業者用手順書](#) (PDF: 2,700KB) をご覧ください。

各事業所への検体回収

8月1日から、**次の条件に合致する事業所**については、拠点施設への検体持ち込みではなく、各事業所へドライバーが直接検体回収にお伺いすることが可能になりました。

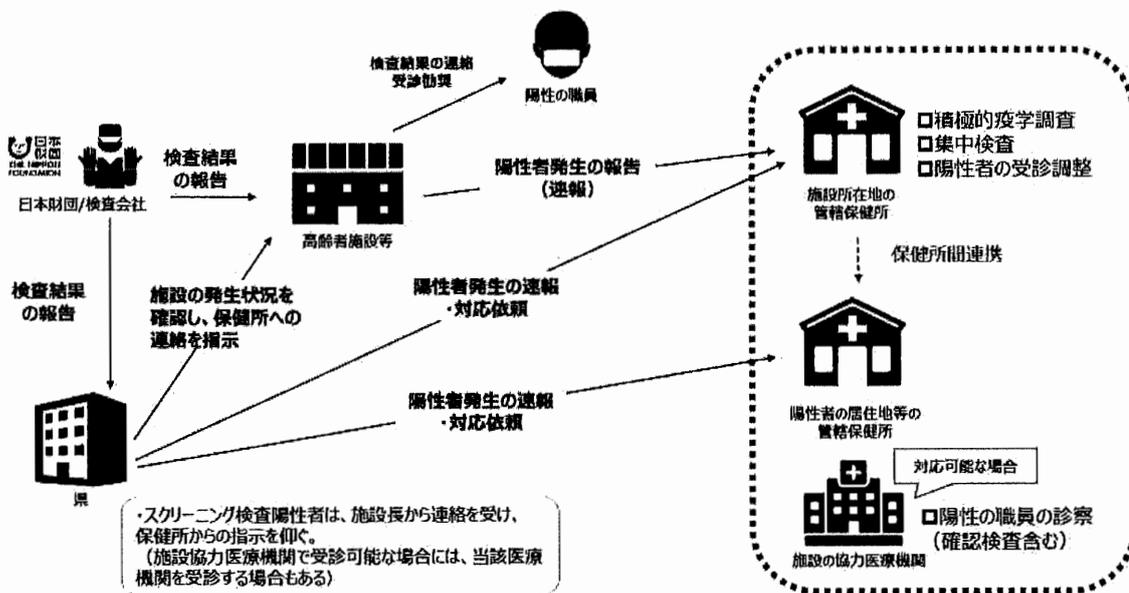
ドライバー直接回収のご利用条件

- 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホームに該当する事業所であること
- 週1回検体を提出できること
- 回収曜日、時間を日本財団に任せることができること

申し込み方法

- 日本財団PCR検査センターお申込みフォームの中で、回収拠点を入力する際に選択欄において「ドライバー回収」を選択してください。(「事業所用手順書」P17)

陽性判明後の流れ



<施設等所管保健所> (陽性判明時の連絡先)

(1)県所管域 ((2)以外)

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/ka8/faq/p3678.html> (別ウィンドウで開きます)

(2)横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市、藤沢市、茅ヶ崎市

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/h3e/faq/p3683.html> (別ウィンドウで開きます)

よくあるご質問

事業全体に関すること

Q1 検査は何回まで受けられますか。

A 回数に制限はありません。1週間おきの定期的な検査を推奨しています。具体的な検査日程に関しては、検査事業者である日本財団へご相談ください。

(日本財団PCR検査センター 050-1741-4180)

Q2 検査を受ける職員の制限はありますか。

A 高齢者が生活する施設・事業所に従事する職員で、常勤・非常勤問わず管理者が必要と認めた方であれば対象となります。従事者の家族、面会に来られる家族は対象となりません。また、令和2年度では対象外だった訪問看護、訪問介護等在宅サービスの従事者も対象となります。

Q3 検査を受ける人数の上限はありますか。

A 高齢者施設・事業所に従事する職員であれば常勤・非常勤に関わらず上限はありません。

Q4 検査を受けるのに費用はかかりますか。

A 費用はかかりません。無料です。

Q5 検査結果の証明書はもらえますか。

A 今回の検査はスクリーニング検査であるため、証明書の発行は行っておりません。

Q6 申込み期間はいつまでですか。

A 県への初回申込みは、令和3年5月14日から令和4年3月31日までです。なお、初回申込を終えられている事業所におかれましては、令和4年4月30日まで検体をご提出いただけます。

巻頭言

新江 良一

あら え りょういち

- 一般社団法人日本病院会 常任理事
- 金沢文庫病院 院長



消費税の課題

控除対象外消費税の問題は、我々、病院人にとって、この約30年、喉に刺さった骨のごとき最重要課題である。

この問題を何とかしたいとの思いから、私が会長を務める、公益社団法人神奈川県病院協会は、平成28年6月に、「消費税に関するアンケート」調査を実施した。

64病院からの回答をもとに控除対象外消費税の分析をしたところ、税率5%のときは、9,731万円だった負担が、8%のときは1億5,270万円となり、特に大規模な設備投資をするときの負担は大きなものとなっていることが明確になった。

控除対象外消費税の問題は、明らかに不合理に病院の経営を圧迫し、看過することができないレベルになっていると言わざるを得ない。

さて、6月15日、「骨太の方針2018」が決定し、10%への消費増税を2019年10月に実施することが明記された。

既に、3月には中医協の消費税負担に関する分科会においても、2年ぶりに議論が再開している。

いよいよ、1989年4月に導入されて以来、30年の歴史の中で、我が国でも税率二桁の大打に乘る時代が来る。一方、OECD諸国の中では、平均20%を上回る税率となっており、我が国の税率は破格の低さである。社会保障と税の一体改革の考え方と、今後の超高齢化の進行を踏まえると、早晚、再増税が避けられないと思われる。だからこそ、この機会に、今後避けてはならない重要な課題を改めて提起したい。

これまで財務省と厚生労働省は、「診療報酬は非課税」という、一見、国民に聞こえのよい言い方をしてきた。その一方で、医療機関に発生する「損税」については、社会保険診療報酬において、「消費税相当分は全体として補填されている」と説明してきた。しかし、その「補填」というのは、「全体として」という言葉で飾られているように、積算根拠が極めて不透明である。特に診療報酬本体への上乗せが、なぜそういう数字なのか、説明を聞いても分からない。また、規模もおそらく不十分であり、雲散霧消して、後には何も残らないところを見ると、損税分が正しく上乗せ補填されているとはとても思えない。

正しく「上乗せ」されているというなら、課税扱いにして、診療報酬から「正しく」「引きはがし」て、外税でもらえば済むはずだ。

これまで、この問題をどう解決するかについては、

医療サイドでも意見が異なっていると言われてきた。「正しく」消費税の計算をすることが、所得税の概算経費率の特例や簡易課税の見直しなど、特に中小医療機関に大きな影響につながる可能性を想像させることで、医療界の意見が一つにはまとまらないようにしてきたのはいったい誰なのか。

意見がまとまらないのを良いことに、これまで、この問題を先送りし続けてきた国は、不誠実といわざるを得ない。

そこで提案だが、今後の議論にあたって、まずは租税の基本原則に立ち戻るべきではないだろうか。

すなわち、

- 1 公平 誰かを利したり、不合理な不公平になることのない、納得できるものであることが必要である。
- 2 中立 特に、大規模な設備投資や業務委託を躊躇せざるを得ないような税制は、明らかに中立とはいえない。
- 3 簡素 普通の人に理解できる、また、将来、税制や税率が変化した際にも基本的に通用する制度、仕組みであること、国民にとっても医療提供側にとっても、保険者にも客観的に見てわかることが重要である。

また、さらに私見を言わしていただければ、こうした原則の上に議論をまとめるためには、もはや、不透明な、診療報酬への上乗せでお茶を濁すべきではない。税の技術的な課題として、税制度の中で解決すべきである。そして、その方法の第一は、「課税」とすることである。

特に今回の増税にあたっては10%の税率を適用しない軽減税率を政策的に設けることが想定されている。

もし社会政策的に社会保険診療報酬を優遇する必要があるというなら、診療報酬を軽減税率の最たるものである「ゼロ課税」として扱うべきである。保険者側の負担を増やすことなく、控除対象外消費税の解消を図るためにはこの方法が最善である。

議論はこれからが正念場である。2019年10月の改正に合わせて、永年の懸案を解消すべく、国に対して抜本的な解決を行うよう、今こそ病院関係者は、意見の統一とともに、関係方面への主張、働きかけを進めるべきであろう。

（別 紙）

I 社会保険診療報酬等の非課税に伴う 控除対象外消費税問題の抜本的な解決

控除対象外消費税問題の解消のため、医療および介護に係る消費税について、社会保険診療報酬および介護報酬の非課税を見直し、消費税制度のあり方に合致する原則課税に改められたい。

（消費税法（昭和 63・12・30 法律 108）第 6 条、第 30 条、別表第一関係）

[理 由]

医療機関は消費税の上乗せされた医療機器や医薬品、医療材料、消耗品等を購入しているが、医療が非課税であるため仕入税額控除を通じて仕入税額の還付を受けることはできない。他の非課税事業者ならば、この仕入税額分を商品価格に転嫁して回収できるのに対し、医療の対価は法令上、社会保険診療報酬として決定されているという特殊性があり、転嫁することもできない。

これをカバーするため、社会保険診療報酬には仕入消費税相当額を補填することとされているが、補填の十分性や、医療機関種別ごとの補填のばらつきの大きさが課題となっている。特に病院は高額な設備投資を行うことが多いため、補填不足が生じやすい。中央社会保険医療協議会・診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」において、平成 30 年 7 月に公表された「消費税率 8%への引上げに伴う補てん状況把握結果」によれば、病院の補填率は 85%であり、15%もの補填不足が生じている。

こうした状況に対し、与党の平成 31 年度税制改正大綱において「所轄省庁を中心に、実際の補填状況を継続的に調査するとともに、その結果を踏まえて、必要に応じて診療報酬の配点方法の見直しなど対応をしていくことが望まれる」との記載がなされた。これらの措置により、全体としての補填不足や補填のばらつきについて、是正が進むことが期待される。

しかしながら、そのような画一的補填方式には個々の医療機関の仕入税額が考慮されていないことから、どれほど補填方法を精緻化しようとも、税負担の不公平性は解消し得ない。そもそも、消費税非課税制度と診療報酬等の公定価

格制度は、その目的を異にする以上、消費税問題を診療報酬によって補填する方法にはおのずと限界がある。

令和元年10月の消費税率引上げ、長期化する新型コロナウイルス感染症による感染防止のための設備投資の増加、マスクや消毒薬等、特に防護服の大幅な価格上昇によって支出が増加していることも相俟って、病院における補填不足はより深刻な状況となっている。消費税率10%超へのさらなる引上げも想定される中で、病院の経営破綻を防ぎ、医療体制を維持・確保するためには、病院にかかる社会保険診療報酬等に対する消費税を原則として課税に改め、仕入税額控除を認めるほかない。

令和3年度地域医療介護総合確保基金（医療分）内示額一覧

	基金規模
01 北海道	25.5億円
02 青森県	11.3億円
03 岩手県	10.4億円
04 宮城県	17.3億円
05 秋田県	10.6億円
06 山形県	6.6億円
07 福島県	12.6億円
08 茨城県	25.7億円
09 栃木県	8.5億円
10 群馬県	12.8億円
11 埼玉県	18.4億円
12 千葉県	25.0億円
13 東京都	71.5億円
14 神奈川県	17.4億円
15 新潟県	22.4億円
16 富山県	4.6億円
17 石川県	3.9億円
18 福井県	11.4億円
19 山梨県	9.9億円
20 長野県	15.8億円
21 岐阜県	6.4億円
22 静岡県	16.6億円
23 愛知県	22.8億円
24 三重県	11.9億円

	基金規模
25 滋賀県	9.5億円
26 京都府	18.0億円
27 大阪府	47.9億円
28 兵庫県	49.5億円
29 奈良県	4.2億円
30 和歌山県	4.2億円
31 鳥取県	5.4億円
32 島根県	11.7億円
33 岡山県	10.2億円
34 広島県	17.9億円
35 山口県	14.0億円
36 徳島県	10.9億円
37 香川県	9.8億円
38 愛媛県	11.3億円
39 高知県	13.0億円
40 福岡県	26.3億円
41 佐賀県	13.6億円
42 長崎県	11.4億円
43 熊本県	19.8億円
44 大分県	10.6億円
45 宮崎県	7.2億円
46 鹿児島県	10.2億円
47 沖縄県	12.4億円
合計	748.3億円

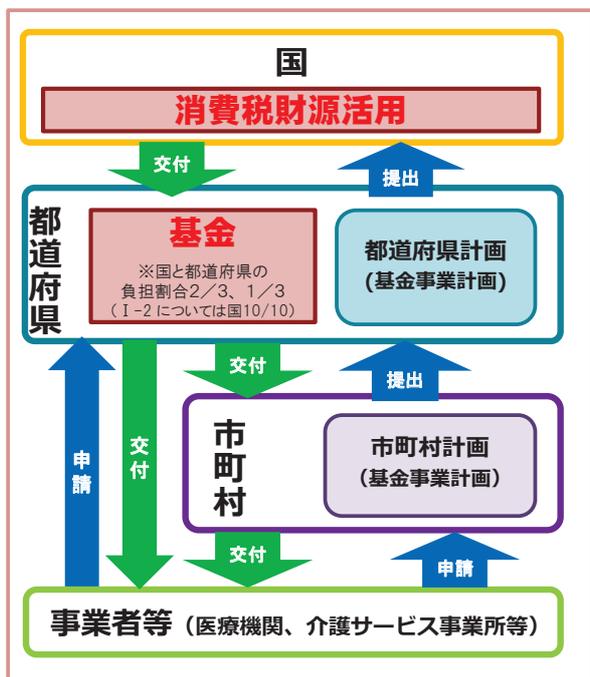
※事業区分1-2「地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業」を除く

※国庫負担分は基金規模の2/3

地域医療介護総合確保基金

令和4年度予算案:公費で1,853億円
(医療分 1,029億円、介護分 824億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画 (基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**

医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2

 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

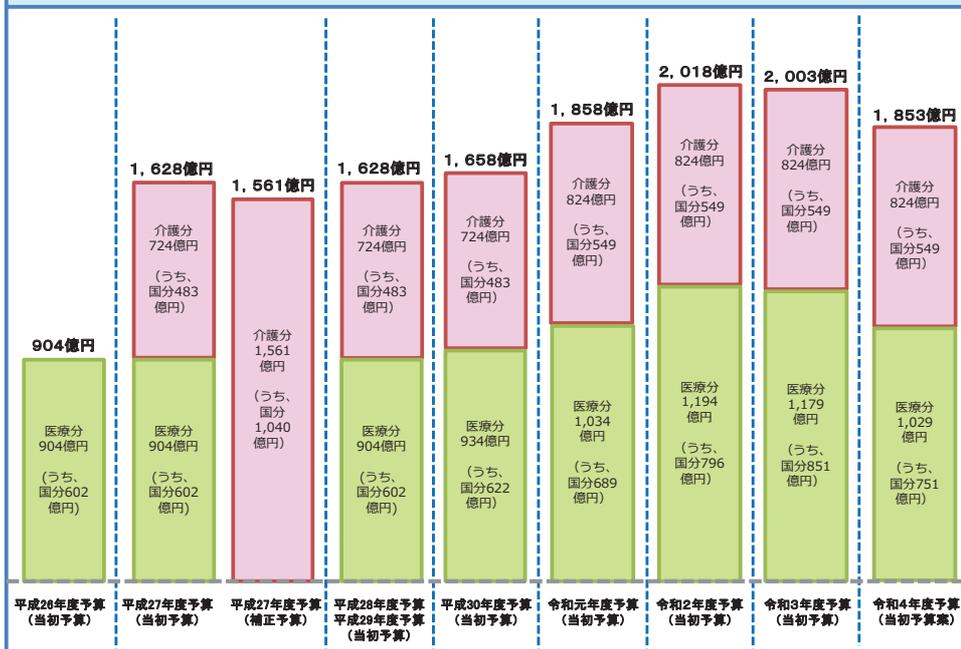
地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 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

地域医療介護総合確保基金の令和4年度予算案について

- 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。
- 地域医療介護総合確保基金の令和4年度予算案は、**公費ベースで1,853億円(医療分1,029億円(うち、国分751億円)、介護分824億円(うち、国分549億円))**を計上。

地域医療介護総合確保基金の予算



地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 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

※ 基金の対象事業変更

- 平成26年度に医療を対象としてI-1、II、IVで創設
- 平成27年度より介護を対象としてIII、Vが追加
- 令和2年度より医療を対象としてVIが追加
- 令和3年度より医療を対象としてI-2が追加

執行状況、令和2年度交付状況等及び 令和3年度内示状況について（報告）

令和3年10月11日
厚生労働省保険局

地域医療介護総合確保基金（医療分・全体）の都道府県別累積執行状況 （平成26～令和元年度交付分）

都道府県別 ※括弧内は国費

都道府県	交付額	執行（予定）額	都道府県	交付額	執行（予定）額
01 北海道	191.8億円 (127.8億円)	182.9億円 (121.9億円)	25 滋賀県	58.8億円 (39.2億円)	58.4億円 (38.9億円)
02 青森県	66.7億円 (44.5億円)	36.4億円 (24.2億円)	26 京都府	139.7億円 (93.2億円)	136.7億円 (91.2億円)
03 岩手県	70.6億円 (47.1億円)	60.6億円 (40.4億円)	27 大阪府	320.6億円 (213.7億円)	320.6億円 (213.7億円)
04 宮城県	76.7億円 (51.1億円)	68.1億円 (45.4億円)	28 兵庫県	223.0億円 (148.6億円)	223.0億円 (148.6億円)
05 秋田県	103.1億円 (68.8億円)	103.1億円 (68.8億円)	29 奈良県	66.0億円 (44.0億円)	53.7億円 (35.8億円)
06 山形県	65.9億円 (43.9億円)	62.6億円 (41.8億円)	30 和歌山県	63.0億円 (42.0億円)	63.0億円 (42.0億円)
07 福島県	99.6億円 (66.4億円)	84.7億円 (56.5億円)	31 鳥取県	86.8億円 (57.8億円)	68.7億円 (45.8億円)
08 茨城県	164.9億円 (109.9億円)	163.1億円 (108.7億円)	32 島根県	93.2億円 (62.1億円)	93.2億円 (62.1億円)
09 栃木県	91.7億円 (61.1億円)	86.1億円 (57.4億円)	33 岡山県	80.5億円 (53.7億円)	78.6億円 (52.4億円)
10 群馬県	80.6億円 (53.8億円)	67.9億円 (45.3億円)	34 広島県	131.6億円 (87.7億円)	94.4億円 (63.0億円)
11 埼玉県	166.3億円 (110.9億円)	127.9億円 (85.3億円)	35 山口県	79.0億円 (52.7億円)	79.0億円 (52.7億円)
12 千葉県	196.4億円 (130.9億円)	154.7億円 (103.1億円)	36 徳島県	115.1億円 (76.7億円)	115.1億円 (76.7億円)
13 東京都	457.0億円 (304.7億円)	231.6億円 (154.4億円)	37 香川県	61.5億円 (41.0億円)	41.6億円 (27.8億円)
14 神奈川県	185.0億円 (123.4億円)	185.1億円 (123.4億円)	38 愛媛県	115.0億円 (76.7億円)	115.0億円 (76.7億円)
15 新潟県	91.0億円 (60.6億円)	88.8億円 (59.2億円)	39 高知県	60.7億円 (40.5億円)	53.9億円 (36.0億円)
16 富山県	72.8億円 (48.5億円)	42.9億円 (28.6億円)	40 福岡県	204.3億円 (136.2億円)	193.2億円 (128.8億円)
17 石川県	60.0億円 (40.0億円)	39.6億円 (28.6億円)	41 佐賀県	46.8億円 (31.2億円)	44.4億円 (29.6億円)
18 福井県	69.9億円 (46.6億円)	66.7億円 (44.5億円)	42 長崎県	63.3億円 (42.2億円)	63.3億円 (42.2億円)
19 山梨県	55.0億円 (36.7億円)	38.2億円 (25.5億円)	43 熊本県	110.3億円 (73.5億円)	94.9億円 (63.3億円)
20 長野県	64.8億円 (43.2億円)	56.6億円 (37.8億円)	44 大分県	53.3億円 (35.5億円)	38.0億円 (25.3億円)
21 岐阜県	77.0億円 (51.4億円)	58.9億円 (39.2億円)	45 宮崎県	102.5億円 (68.3億円)	102.5億円 (68.3億円)
22 静岡県	150.5億円 (100.4億円)	120.3億円 (80.2億円)	46 鹿児島県	65.5億円 (43.7億円)	62.0億円 (41.4億円)
23 愛知県	202.5億円 (135.0億円)	143.4億円 (95.6億円)	47 沖縄県	83.5億円 (55.7億円)	70.3億円 (46.9億円)
24 三重県	89.0億円 (59.3億円)	80.1億円 (53.4億円)	合計	5,372.4億円 (3,581.6億円)	4,613.5億円 (3,075.7億円)

※計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある（pp.6-16）。
執行（予定）額には運用益が含まれている。

令和2年度 地域医療介護総合確保基金（医療分） 交付額一覧

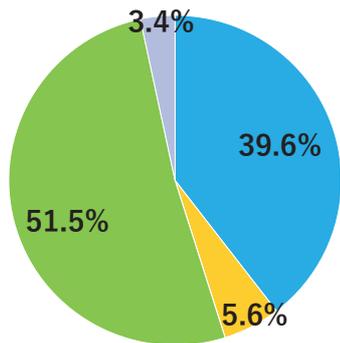
都道府県別

都道府県	交付額 (国費)	令和2年度 基金規模	都道府県	交付額 (国費)	令和2年度 基金規模
01 北海道	15.7億円	23.5億円	25 滋賀県	7.2億円	10.8億円
02 青森県	19.2億円	28.8億円	26 京都府	12.1億円	18.1億円
03 岩手県	8.4億円	12.5億円	27 大阪府	32.4億円	48.6億円
04 宮城県	10.8億円	16.2億円	28 兵庫県	35.0億円	52.5億円
05 秋田県	15.0億円	22.5億円	29 奈良県	2.8億円	4.2億円
06 山形県	6.1億円	9.1億円	30 和歌山県	2.0億円	3.0億円
07 福島県	9.8億円	14.6億円	31 鳥取県	4.0億円	6.0億円
08 茨城県	21.0億円	31.5億円	32 島根県	9.0億円	13.4億円
09 栃木県	5.4億円	8.1億円	33 岡山県	9.0億円	13.5億円
10 群馬県	9.0億円	13.4億円	34 広島県	14.4億円	21.6億円
11 埼玉県	12.8億円	19.2億円	35 山口県	10.2億円	15.3億円
12 千葉県	13.9億円	20.8億円	36 徳島県	8.3億円	12.4億円
13 東京都	49.4億円	74.1億円	37 香川県	6.4億円	9.6億円
14 神奈川県	14.4億円	21.7億円	38 愛媛県	14.9億円	22.3億円
15 新潟県	11.2億円	16.7億円	39 高知県	8.1億円	12.1億円
16 富山県	4.2億円	6.2億円	40 福岡県	26.3億円	39.5億円
17 石川県	4.1億円	6.1億円	41 佐賀県	4.9億円	7.3億円
18 福井県	5.7億円	8.5億円	42 長崎県	7.6億円	11.4億円
19 山梨県	5.6億円	8.4億円	43 熊本県	8.4億円	12.6億円
20 長野県	10.1億円	15.1億円	44 大分県	5.9億円	8.9億円
21 岐阜県	4.9億円	7.4億円	45 宮崎県	5.4億円	8.1億円
22 静岡県	14.9億円	22.4億円	46 鹿児島県	7.6億円	11.4億円
23 愛知県	25.3億円	38.0億円	47 沖縄県	8.7億円	13.0億円
24 三重県	9.0億円	13.5億円	合計	556.2億円	834.3億円

9

令和2年度地域医療介護総合確保基金（医療分）の事業区分別の交付額の割合

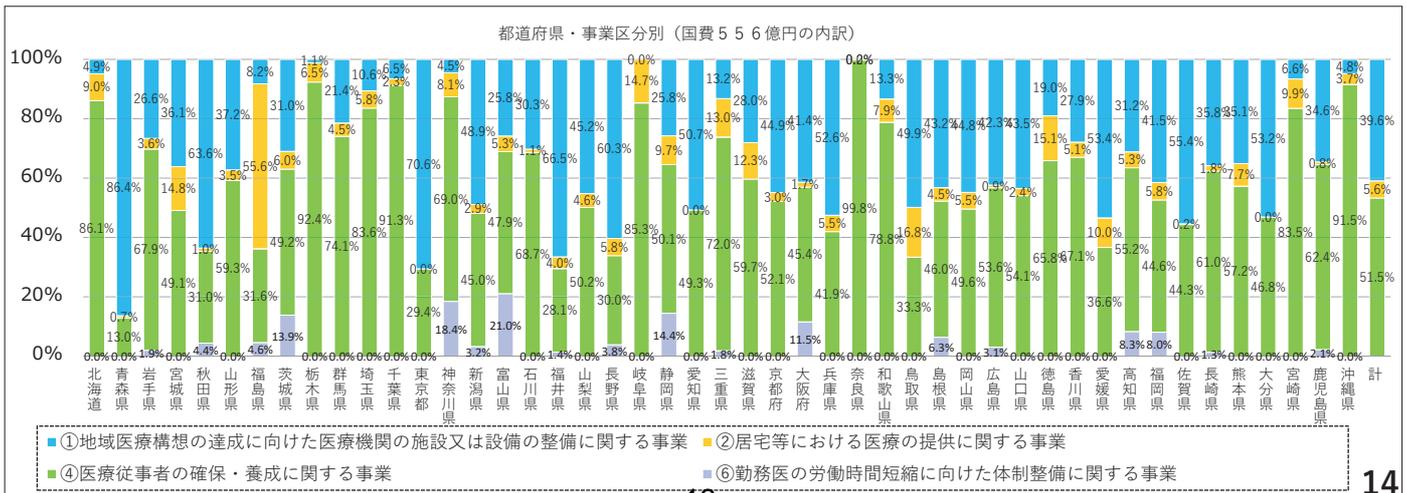
□ 事業区分別



- ① 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- ② 居宅等における医療の提供に関する事業
- ④ 医療従事者の確保・養成に関する事業
- ⑥ 勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備に関する事業

交付額556.2億円の内訳は以下のとおり。

- ① 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
→ 39.6% (220.0億円)
- ② 居宅等における医療の提供に関する事業
→ 5.6% (31.0億円)
- ④ 医療従事者の確保・養成に関する事業
→ 51.5% (286.5億円)
- ⑥ 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
→ 3.4% (18.6億円)



14

病院に勤務する看護補助者の処遇改善に係る診療報酬上の評価を新たに求める意見書

高齢化の進展により、2025年には横浜市の高齢者人口が100万人を超えると推計されており、医療・介護の需要は急速に増加している。これらの需要に対応するためには、地域医療や介護サービスの提供を支える医療・介護人材の確保が不可欠である。

しかし、事業者における医療・介護人材の確保は困難な状態が続いており、特に介護人材は、賃金が低いことやキャリア形成を十分に行う労働環境が整備されていないことなどから、確保するのが難しい状況にある。

厚生労働省は、こうした課題への対応として、平成21年度から平成23年度までは介護職員処遇改善交付金により、平成24年度からは当該交付金を介護報酬に移行して創設した介護職員処遇改善加算の制度により、介護職員の賃金改善を図ってきた。また、平成27年度及び平成29年度の改定では、介護職員の資質向上や雇用管理の改善、昇給と結びついた形でのキャリアアップの仕組みの構築について、それぞれ事業者による取り組みが促進されるよう拡充してきた。

一方、病院に勤務する看護補助者は看護師長及び看護職員の指導のもと、食事、清潔、排せつ、入浴、移動等の療養生活上の世話など、介護事業所に勤務する介護職員と同様の業務も行っているが、看護補助者には、こうした処遇改善を目的とした診療報酬上の加算がない。

また、看護職員の負担軽減のため設けられた急性期看護補助体制加算や看護補助加算は看護補助者の処遇改善を目的としたものではないため、病院において、看護補助者の勤務環境を整備することが困難な状況にある。

よって、政府におかれては、病院における円滑な看護補助者確保のため、介護報酬制度上の介護職員処遇改善加算に準じる看護補助者の処遇改善に係る診療報酬上の加算制度を創設するよう強く要望する。

ここに横浜市会は、全会一致をもって、地方自治法第99条の規定により意見書を提出する。

平成29年9月22日

内閣総理大臣
総務大臣
財務大臣
厚生労働大臣

宛て

横浜市会議長

松本 研

2021年11月15日

厚生労働大臣 後藤 茂之 殿

四 病 院 団 体 協 議 会

一般社団法人日本病院会

会 長 相 澤 孝 夫

公益社団法人全日本病院協会

会 長 猪 口 雄 二

一般社団法人日本医療法人協会

会 長 加 納 繁 照

公益社団法人日本精神科病院協会

会 長 山 崎 學

病院に勤務する看護補助者（介護職）の処遇改善について（要望）

11月8日に取りまとめられた「新しい資本主義の実現会議」の緊急提言において、分配戦略の一つとして、公的部門における分配機能の強化が掲げられ、新型コロナウイルス感染症対応の最前線にいる、看護、介護、保育などの現場で働いている方々の収入を増やすために、全世代型社会保障構築会議の下に公的価格評価検討委員会を設置し、公的価格の抜本的見直しを行うとされています。

病院においては、看護職からの指示の下、食事、清拭、排せつ、入浴、移動等の療養生活上の世話などについて、看護補助者（介護職）がその役割の多くを担っております。これらは、介護保険施設において介護職員が行う業務と変わりのない業務でありながら、現状では、介護職への処遇改善は介護報酬により行われており、病院で働いている看護補助者（介護職）に対する処遇改善に係る仕組みはありません。

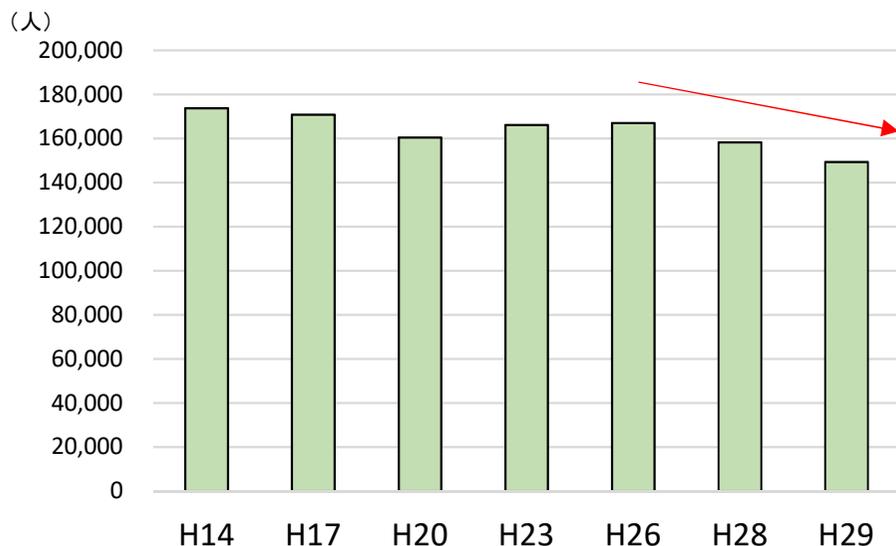
病院が地域医療を提供していく上で、看護補助者（介護職）は必要不可欠な職種です。しかしながら、現状では多くの病院が、看護補助者（介護職）の確保に大変苦慮しております。医療現場の看護補助者（介護職）の給与が上がる仕組みを構築していくためにも、介護保険施設の介護職と同様の交付金、もしくは診療報酬により看護補助者の処遇を改善する対応が不可欠です。

つきましては、公的価格の抜本的見直しにおいて、病院に勤務する看護補助者（介護職）の処遇改善についても対応されることを強く要望いたします。

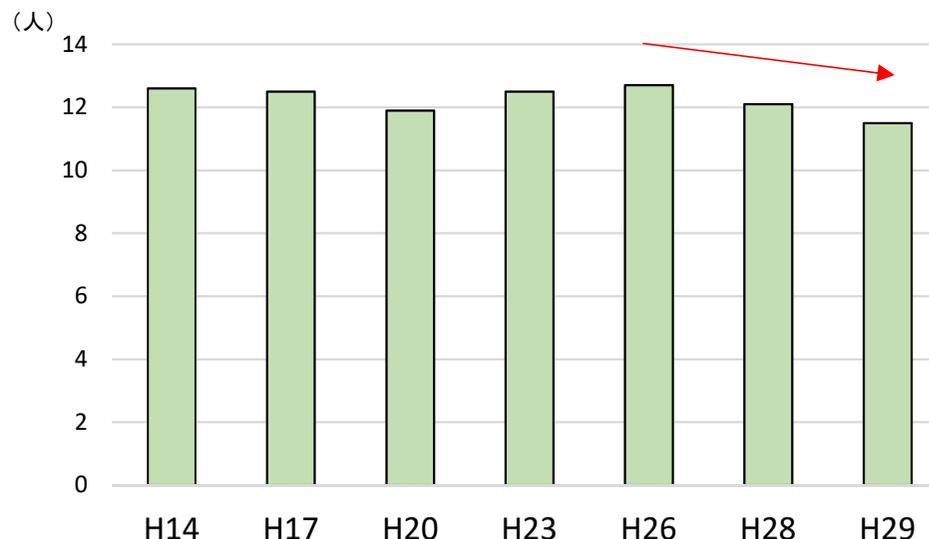
看護補助者数の推移

○ 病院で働く看護補助者の総数、100床あたりの看護補助者数ともに近年、微減傾向にある。

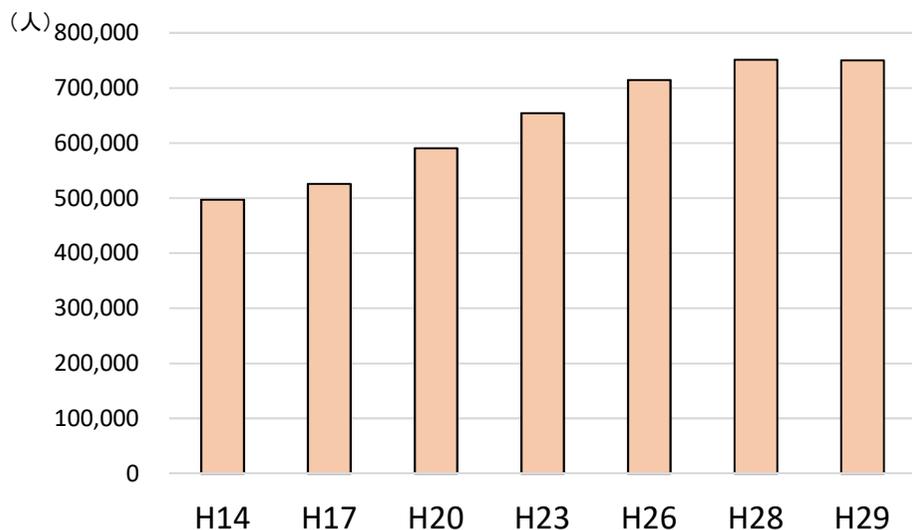
■ 看護業務補助者数の推移(常勤換算)



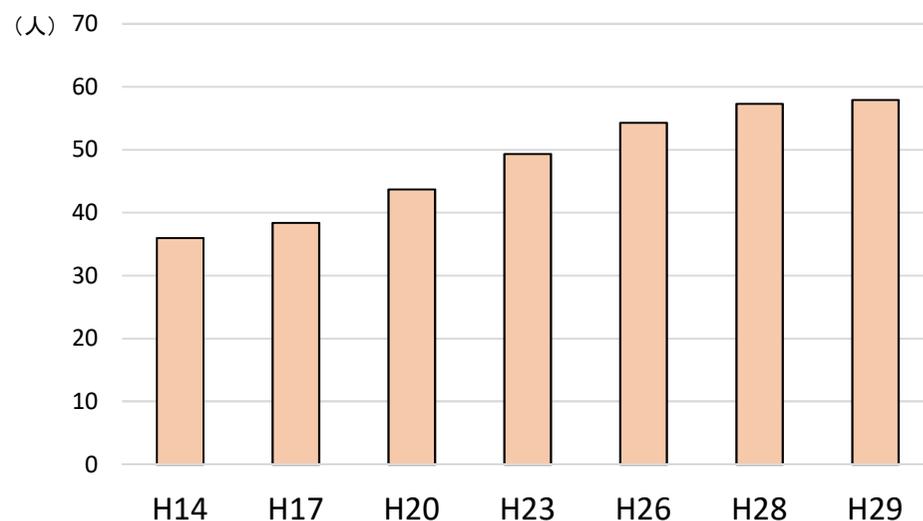
■ 100床あたりの看護業務補助者数の推移(常勤換算)



(参考): 看護師数の推移(常勤換算)



(参考): 100床あたりの看護師数の推移(常勤換算)



3 看護職員等処遇改善事業について

Q3 申請にあたっての障害・課題(自由記載)

<p>○多職種との不均衡について (同旨7件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナウイルス対応は看護職員だけではないので不均衡である。 ・他職員との均衡が保てない。 ・他職員との均衡が課題。 ・不公平感がありバランスが取れない。 ・他職員との均衡、経営状況が悪化した場合の賃金の下方改定が柔軟に認められるかどうか、診療報酬で還元されなくなる可能性等が不透明。 ・急性期病院についても、職種を広げた場合にどこまで対象にするかなど、手探りの状態。10月以降の診療報酬についてもどのようになるかが不透明。 ・他職種との公平性が気になるところであり、最低限の義務付けられる内容に留めざるを得ないと考えている。
<p>○診療報酬による対応が不明 (同旨3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・10月以降の対象が不明確。 ・令和4年度診療報酬改定の内容詳細が不明である。 ・急性期病院についても、職種を広げた場合にどこまで対象にするかなど、手探りの状態。10月以降の診療報酬についてもどのようになるかが不透明。(再掲)
<p>○施設間での不均衡について (同旨2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神奈川モデル認定医療機関として、中等症患者の受入れを行っているが、救急医療管理加算は算定しておらず、非該当となり不公平感は否めない。 ・急性期病院のみの対応となっており、当法人の場合は、隣接して回復期の病院があるため、そちらとの均衡が保てない。
<p>○業務への負担 (同旨2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・規程/協定の変更や組合との調整期間が短く難しい。 ・担当部署が申請・支給するにあたり年間で最も忙しい時期(年度末・初め)にかかるので負担が大きい。
<p>○その他 (2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2月給与より手当支給を開始しているが、看護部と事前に本件についての事前準備をしたこともあり支給についての問題は今のところ発生していない。ただし、1件、歯科衛生士より、口腔内の粘膜曝露の危険を伴う業務のため、支給の可否について問い合わせがあった。本件については、執行部の意思決定会議でも支給対象職種について、看護職、看護補助職への支給を対象とする旨が承認されていることを説明した。 ・当院では看護職(保健師、看護師、准看護師)以外に、介護福祉士、ヘルパーも処遇改善の対象者に加え2月から支給した。

Q4 事業に対する意見(自由記載)

<ul style="list-style-type: none"> ・国の補助金ではあるが、神奈川県として更に一歩進んだ要件の緩和や見直しを検討いただきたい。

(参考)調査実施期間:2022年2月8日~3月10日(16日に延長)

処遇改善についての課題及び論点

中 医 協 総 - 9
4 . 3 . 2 3

(処遇改善)

- 「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」(令和3年11月19日閣議決定)に基づき、令和3年度補正予算において、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関(※1)の看護職員の収入を1%程度(月額平均4,000円相当)引き上げるための措置(看護職員等処遇改善補助金)が講じられている。

(※1) 救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

- また、昨年末の大臣折衝事項では、看護の処遇改善のための特例的な対応として、改定率+0.20%としたうえで、
 - ・ 「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」及び「公的価格評価検討委員会中間整理」(令和3年12月21日)を踏まえ、令和4年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関(※2)に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を3%程度(月額平均12,000円相当)引き上げるための処遇改善の仕組み(※3)を創設する
 - ・ これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする

(※2) 救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

(※3) 看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認めることとされている。



【論点】

- 看護の処遇改善について、診療報酬において対応するに当たり、技術的検討を進めていく必要があることから、入院・外来医療等の調査・評価分科会において必要な調査・分析を行い、検討を進めることとしてはどうか。

(1) 事業報告書等の届出事務のデジタル化

- 令和3年4月～翌年3月末を会計年度とする医療法人の事業報告書等（令和4年6月末が届出期限）以降の事業報告書等について、医療機関等情報支援システム（G-MIS）への電子媒体のアップロードによる届出を可能にするため、必要な省令改正等を行う。
- 当面、従来どおり紙媒体による届出も可能としつつ、届け出られた紙媒体は国が委託した事業者が都道府県から紙媒体を入手して電子化を行い、都道府県に電子データを提供する。これらにより全国の医療法人の事業報告書等の情報を全て電子化された状態で国に蓄積し、全国規模のデータベースを構築・活用。

(2) 事業報告書等の閲覧事務のデジタル化

- (1) で電子化した事業報告書等のデータを都道府県のホームページ等において閲覧を可能とする。

➡ 以上のデジタル化とデータベースの構築により、**医療法人及び都道府県等に係る事務負担の軽減**を図るとともに、国や都道府県において経営実態を把握し、**より適切な支援や指導等への活用を可能とする。**

※ 地域医療連携推進法人についても同様の対応を行う。

	10月～12月	1月～3月	R4年度 4月～6月	7月～12月	1月～3月	令和5年度～
システム改修	G-MIS改修					
省令改正	医療法施行規則改正					
事業報告書等 アップロード による届出				事業報告書等のアップロードによる届出		
				従来通り、紙媒体で届け出た事業報告書等の電子化（入力等）		
都道府県等HP での閲覧						都道府県HP等での閲覧
データベース			令和4年度以降にアップロードにより届け出られたデータおよび紙媒体で届け出られたものを電子化したデータをデータベースとして蓄積・活用			

各
〔 都道府県知事
保健所設置市長
特別区長 〕 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

「医療法施行規則の一部を改正する省令」の公布等について（通知）

医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「法」という。）第 52 条第 1 項（第 70 条の 14 の規定により読み替えて適用する場合を含む。）の規定により医療法人及び地域医療連携推進法人は、毎会計年度終了後三月以内に事業報告書等を都道府県知事に届け出なければならないとされており、また、法第 52 条第 2 項（法第 70 条の 14 の規定により読み替えて準用する場合を含む。）により都道府県知事は、当該事業報告書等について請求があった場合には、閲覧に供さなければならないこととされています。

これについて、令和 4 年 3 月 31 日に医療法施行規則の一部を改正する省令（令和 4 年厚生労働省令第 58 号。以下「改正省令」という。）が公布され、これまで紙媒体によって届け出られ、紙媒体により閲覧が行われている事業報告書等について、令和 4 年 4 月 1 日より、アップロードによる届出を可能とし、令和 5 年 4 月 1 日より、インターネットの利用等により閲覧に供することとなりました。

改正省令による医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号。以下「規則」という。）の改正の内容は下記のとおりですので、貴職におかれてはこれを十分御了知の上、管内市町村（特別区を含む。）をはじめ、関係者、関係団体等に周知をお願いいたします。併せて、今般の改正に伴う運用にあたり、遺漏のないよう対応方よろしくをお願いいたします。

記

第 1 改正省令の概要について

- 1 医療法人による事業報告書等（※）の届出について、規則第 33 条の 2 の 12 において、当該届出の方法に関する規定を新設し、厚生労働大臣が管理する電気通信設備の記録媒体を活用して医療法人若しくは地域医療連携推進法人が事業報告書等を内容とする情報を記録し、都道府県知事と同一の情報を閲覧することができる状態に置く電子的な届出方法又は書面の提出により当該届出を行なわなければならないこととする。

2 都道府県知事による閲覧事務について、規則第33条の2の12第5項において、当該閲覧の方法について改正し、インターネットの利用その他適切な方法により行うこととする。

(※) 法第51条第1項の事業報告書、財産目録、貸借対照表、損益計算書、関係事業者(理事長の配偶者がその代表者であることその他の当該医療法人又はその役員と厚生労働省令で定める特殊の関係がある者をいう。)との取引の状況に関する報告書その他厚生労働省令で定める書類、法第52条第1項第2号に掲げる監事の監査報告書及び同項第3号の公認会計士等の監査報告書をいう。

第2 改正の内容

1 医療法人による事業報告書等の届出について

- ① 法第52条第1項(法第70条の14の規定により読み替えて適用する場合を含む。)の規定による事業報告書等の都道府県知事への届出方法は、以下のいずれかの方法とすること。
 - ア 医療法人及び地域医療連携推進法人が事業報告書等を医療機関等情報支援システム(G-MIS)に記録して電子的に届け出る方法
 - イ 医療法人及び地域医療連携推進法人が事業報告書等を郵送等により届け出る方法
- ② ①アの電子的に届け出る方法にかかる具体的な操作手順は別紙マニュアル(医療法人用・自治体用)を参照すること

2 都道府県知事による閲覧事務について

- ① 法第52条第2項(法第70条の14の規定により読み替えて適用する場合を含む。)の規定による都道府県知事が行う事業報告書等の閲覧事務について、都道府県のホームページ等に掲載するなどインターネットの利用により実施することとする。
- (※) インターネットの利用が困難な者に配慮し、インターネットの利用に加え、従前の閲覧方法を継続することは差し支えない。
- ② 閲覧者や閲覧内容の確認等にかかる事務手続については、これまでどおり都道府県の実情に沿って適切に取り扱われたいこと。

第3 施行期日

改正省令は、令和4年4月1日から施行すること。ただし、第2の2の改正については令和5年4月1日から施行すること。

第4 関係通知の改正

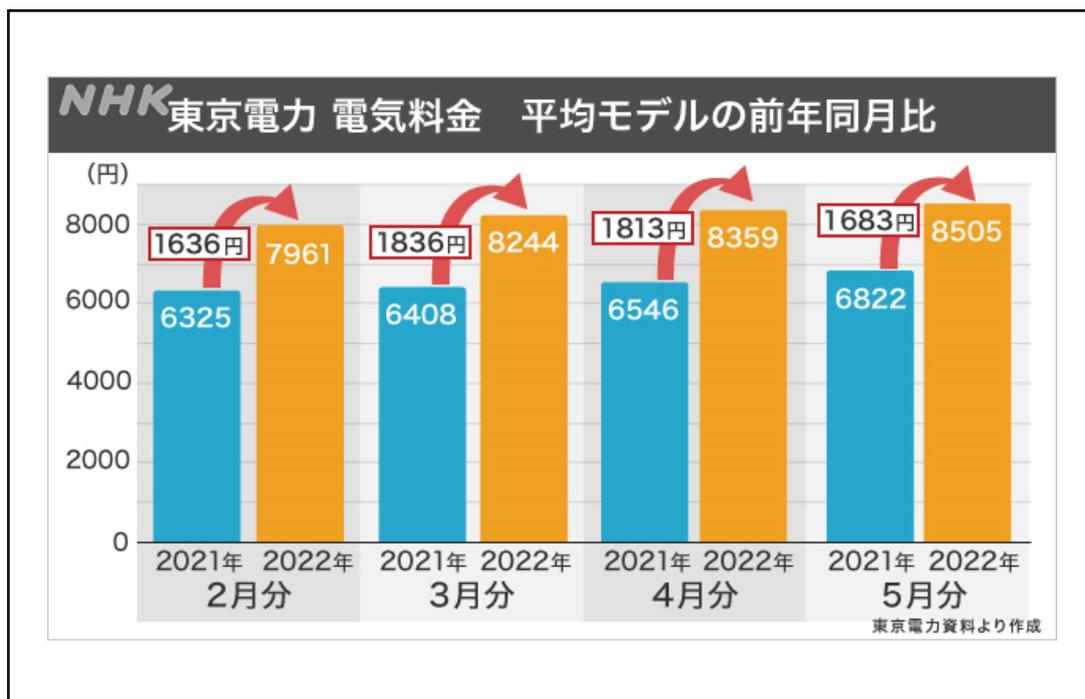
改正省令の施行に伴う医療法人関係の通知の改正については、別途行うこと。



NHKホームページから転載

2022年3月30日 19時18分

5月分の電気代 ガス代も値上がり 電気代は過去5年間で最高水準



令和 4 年 3 月 18 日

厚生労働大臣 後藤 茂之 殿

公益社団法人日本医師会

会長 中川 俊男

四病院団体協議会

一般社団法人日本病院会

会長 相澤 孝夫

公益社団法人全日本病院協会

会長 猪口 雄二

一般社団法人日本医療法人協会

会長 加納 繁照

公益社団法人日本精神科病院協会

会長 山崎 學

全国有床診療所連絡協議会

会長 齋藤 義郎

医師の働き方改革に関する要望書

医師の働き方改革の大きな課題のひとつとして、医療機関では医師の「宿日直許可」(労働時間の適用除外)を取得できないという声現場から上がっております。

医師の宿日直には、一般業種とは異なり、①救急外来、入院患者対応といった気を張り詰めた業務が一定程度発生する、②宿日直中であっても、応招義務があるため対応しなければならない、③多くの医療機関が自院の医師だけでは対応できず大学病院からの応援に依存している、という特殊性があります。医師と看護師は異なる働き方をしているため、医師の許可基準は看護師と切り分けた取扱いが必要です。令和元年に発出された医師・看護師等の宿日直に関する通知は必ずしもうまく機能しておらず、医師においては許可の取得が困難となっています。

現状の許可基準のままで、罰則付きの時間外労働の上限規制、勤務間インターバル規制、連続勤務時間制限が導入されると、下記の事象が全国で起こることが懸念されます(既にこうした動きが現実には起こっているという声も届いています)。

- ・ 上限規制を遵守するために医療提供体制を縮小せざるを得なくなる。
- ・ 大学病院からの応援で成り立っている地方の医療機関では、宿日直許可が取れないために、通算の上限時間超過を懸念する大学病院から医師を引き上げられ、医療提供体制を縮小せざるを得なくなる。
- ・ 上限規制により大学から他の医療機関への応援が制限されると、副業・兼業先からの収入が得られなくなった大学病院の医師が離職して処遇のよい一般病院に移る動きが起こる。これにより、大学病院の診療、研究、教育の質の確保が困難となる。
- ・ これらがどの地域・診療科・医療機関・大学でどの程度起こるか予想できない。

医療界は2年以上に渡って全国で新型コロナウイルス対応に注力しています。まだ続くコロナへの対応と働き方改革への準備という極めて大きな2つの課題に同時に取り組むことを現場に求めるのは、現実的には非常に厳しいと思料いたします。

宿日直許可基準については、これまでも検討を申し入れておりましたが、医師独自の宿日直基準を策定していただくこと等、改めて、下記のとおり要望いたします。

記

1. 宿日直許可自体の判断基準

- (1) 各々の医師について、宿直時の睡眠時間が十分でない日（例えば、睡眠時間が6時間程度に満たない日）が月に5日以内であれば宿日直許可を認めていただきたい。
- (2) 宿日直中に救急等の業務が発生する場合でも、その業務時間が平日の業務時間と比べて一定程度の割合に収まっている場合であれば、宿日直許可を認めていただきたい。
- (3) 特にローリスクな分娩が主となる産科医療機関においては、分娩数にかかわらず、宿日直許可を認めていただきたい。ハイリスクな分娩を扱う産科医療機関においては、宿日直中の分娩等の対応が月8～12件程度であれば宿日直許可を認めていただきたい。

2. 宿日直許可の回数等

- (1) 医師の健康に配慮しつつ、地域医療提供体制を維持するために、医療機関における各医師の宿日直について、宿直を月8回、日直を月4回まで許可を認めていただきたい。
- (2) 上記の宿日直回数については、他の医療機関に宿日直の応援に行く医師の場合、派遣元と応援先の宿日直回数をそれぞれ分けて取り扱うこととしていただきたい。
- (3) 各々の医師の連日の宿日直について許可を認めていただきたい。

3. 行政の対応

医師独自の宿日直許可基準を明確化し、対応の統一を図っていただくとともに、実態に合わない判断が出された場合、厚生労働省に相談できる窓口を設置することをお願いしたい。

4. 罰則規定の取扱い

許可基準を見直したとしても、現状では、全国の医療機関が新型コロナウイルス対応に全力であたっており、働き方改革に取り組める状況にないことから、時間外労働の上限規制の罰則適用を数年猶予いただくようお願いしたい。

以上

基 発 0701 第 8 号
令和元年 7 月 1 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長
(公 印 省 略)

医師、看護師等の宿日直許可基準について

医師、看護師等（以下「医師等」という。）の宿日直勤務については、一般の宿日直の場合と同様に、それが通常の労働の継続延長である場合には宿日直として許可すべきものでないことは、昭和22年9月13日付け発基第17号通達に示されているところであるが、医師等の宿日直についてはその特性に鑑み、許可基準の細目を次のとおり定める。

なお、医療法（昭和23年法律第205号）第16条には「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」と規定されているが、その宿直中の勤務の実態が次に該当すると認められるものについてのみ労働基準法施行規則（昭和22年厚生省令第23号。以下「規則」という。）第23条の許可を与えるようにされたい。

本通達をもって、昭和24年3月22日付け基発第352号「医師、看護婦等の宿日直勤務について」は廃止するため、了知の上、取扱いに遺漏なきを期されたい。

記

- 1 医師等の宿日直勤務については、次に掲げる条件の全てを満たし、かつ、宿直の場合は夜間に十分な睡眠がとり得るものである場合には、規則第23条の許可（以下「宿日直の許可」という。）を与えるよう取り扱うこと。
 - (1) 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。すなわち、通常の勤務時間終了後もなお、通常の勤務態様が継続している間は、通常の勤務時間の拘束から解放されたとはいえないことから、その間の勤務については、宿日直の許可の対象とはならないものであること。

と。

(2) 宿日直中に従事する業務は、一般の宿日直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。例えば、次に掲げる業務等をいい、下記2に掲げるような通常の勤務時間と同態様の業務は含まれないこと。

- ・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
- ・ 医師が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間（例えば非輪番日であるなど）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
- ・ 看護職員が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間（例えば非輪番日であるなど）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
- ・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと

(3) 上記(1)、(2)以外に、一般の宿日直の許可の際の条件を満たしていること。

2 上記1によって宿日直の許可が与えられた場合において、宿日直中に、通常の勤務時間と同態様の業務に従事すること（医師が突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等に対応すること、又は看護師等が医師にあらかじめ指示された処置を行うこと等）が稀にあったときについては、一般的にみて、常態としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は、夜間に十分な睡眠がとり得るものである限り、宿日直の許可を取り消す必要はないこと。また、当該通常の勤務時間と同態様の業務に従事する時間について労働基準法（昭和22年法律第49号。以下「法」という。）第33条又は第36条第1項による時間外労働の手続がとられ、法第37条の割増賃金が支払われるよう取り扱うこと。

したがって、宿日直に対応する医師等の数について、宿日直の際に担当する患者数との関係又は当該病院等に夜間・休日に来院する急病者の発生率との関係等からみて、上記のように通常の勤務時間と同態様の業務に従事することが常態であると判断されるものについては、宿日直の許可を与えることはできないものであること。

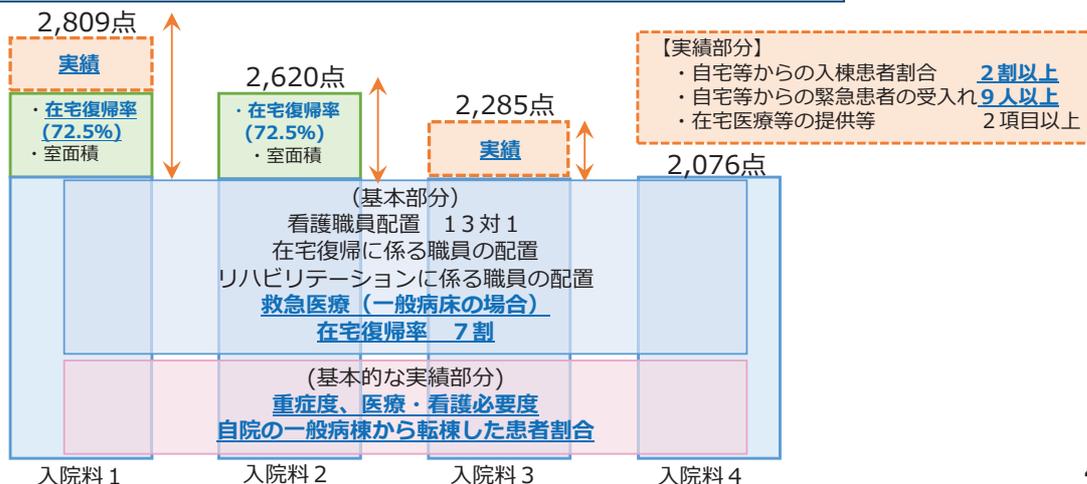
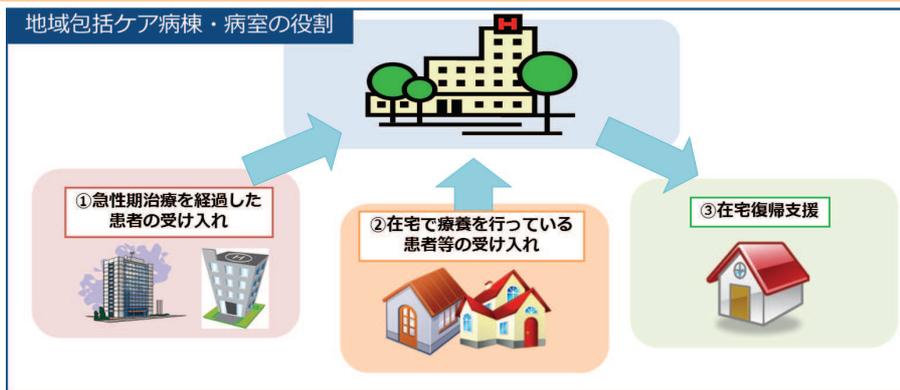
3 宿日直の許可は、一つの病院、診療所等において、所属診療科、職種、

時間帯、業務の種類等を限って与えることができるものであること。例えば、医師以外のみ、医師について深夜の時間帯のみといった許可のほか、上記1(2)の例示に関して、外来患者の対応業務については許可基準に該当しないが、病棟宿日直業務については許可基準に該当するような場合については、病棟宿日直業務のみに限定して許可を与えることも可能であること。

- 4 小規模の病院、診療所等においては、医師等が、そこに住み込んでいる場合があるが、この場合にはこれを宿日直として取り扱う必要はないこと。

ただし、この場合であっても、上記2に掲げるような通常の勤務時間と同態様の業務に従事するときには、法第33条又は第36条第1項による時間外労働の手続が必要であり、法第37条の割増賃金を支払わなければならないことはいうまでもないこと。

地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



47

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</u>							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○	○		-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	-	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	-
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上				3月で 9人 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割以上 （満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</u>							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

実績要件の見直し①

➤ 救急体制に係る評価の見直し

- **一般病床において**地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア病棟管理料を算定する場合については、**第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件**とする。
※ ただし、200床未満の保険医療機関については、当該保険医療機関に救急外来を有していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たすこととする。

実績要件の見直し①

➤ 重症患者割合の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の割合について、必要度Ⅰの割合は1割2分以上、必要度Ⅱの割合は0割8分以上へ見直す。

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 (抜粋・概要) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 1割4分以上 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 1割1分以上	【地域包括ケア病棟入院料】 (抜粋・概要) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 1割2分以上 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 0割8分以上

➤ 自院一般病棟からの転棟割合の見直し

- 入院料2及び4における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、**許可病床数が200床以上400床未満の医療機関についても要件化**するとともに、当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の85に相当する点数**を算定することとする。

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 400床以上の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	【地域包括ケア病棟入院料】 200床以上 の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の 100分の85 に相当する点数を算定する。

51

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し②

実績要件の見直し②

➤ 自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の見直し

1. 入院料1・3、管理料1・3における自宅等から入院した患者割合の要件について、1割5分以上から2割以上に変更するとともに、自宅等からの緊急の入院患者の3月の受入れ人数について、6人以上から9人以上に変更する。

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料1・3、管理料1・3】 八 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が1割5分以上であること。(ただし、病床数が10未満のものにあつては、自宅等から入院した患者が6人以上であること。) 二 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において6人以上であること。	【地域包括ケア病棟入院料1・3、管理料1・3】 八 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が 2割以上 であること。(ただし、病床数が10未満のものにあつては、自宅等から入院した患者が 8人以上 であること。) 二 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において 9人以上 であること。

2. 入院料2・4、管理料2・4における自宅等から入院した患者割合の要件について、以下の**いずれか1つ以上を満たすことを追加**する。(※1)

- ア 自宅等から入棟した患者割合が2割以上であること
- イ 自宅等からの緊急患者の受入れが3月で9人以上であること
- ウ 在宅医療等の実績を1つ以上有すること

(※1) 当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の90**に相当する点数を算定することとする。

3. 在宅医療等の実績における**退院時共同指導料2の算定回数の実績要件**について、**外来在宅共同指導料1の実績を加えてもよい**こととする。

➤ 在宅復帰率の見直し

- 入院料1・2、管理料1・2における在宅復帰率の要件について、7割以上から**7割2分5厘以上**に変更する。入院料3・4、管理料3・4について、**7割以上であることを要件に追加**する。(※2)

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料1・2、管理料1・2】 □ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。 【地域包括ケア病棟入院料3・4、管理料3・4】 (新設)	【地域包括ケア病棟入院料1・2、管理料1・2】 □ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が 7割2分5厘以上 であること。 【地域包括ケア病棟入院料3・4、管理料3・4】 □ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が 7割以上 であること。

(※2) 当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の90**に相当する点数を算定することとする。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し③

医療法上の病床種別に係る評価の見直し

- 医療法上の病床種別に係る評価を見直す。
 - 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、**所定点数の100分の95**に相当する点数を算定することとする。
 - ただし、当該病棟又は病室について**以下のうちいずれかを満たす場合、所定点数（100分の100）**を算定する。

- ① 自宅等からの入院患者の受入れが6割以上
- ② 自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前3月で30人以上である場合
- ③ 救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合

地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料の初期加算について、評価を見直す。

現行

【急性期病棟から受入れた患者】
 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転院した患者については、転院又は転院した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】
 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。



改定後

当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転院した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転院若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

(改) イ 急性期患者支援病床初期加算

- (1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合
 - ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転院した患者の場合 **150点**
 - ② ①の患者以外の患者の場合 **50点**
- (2) 許可病床数400床未満の保険医療機関
 - ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転院した患者の場合 **250点**
 - ② ①の患者以外の患者の場合 **125点**



(改) ロ 在宅患者支援病床初期加算

- ① 介護老人保健施設から入院した患者の場合 **500点**
- ② 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 **400点**

現行

急性期病棟から受入れた患者：急性期患者支援病床初期加算
 150点（14日を限度とする。）
 在宅から受入れた患者：在宅患者支援病床初期加算
 300点（14日を限度とする。）



改定後

急性期患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床以上の地ケアの場合	自院等の一般病棟	50点
		他院の一般病棟	150点
在宅患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床未満の地ケアの場合	自院等の一般病棟	125点
		他院の一般病棟	250点
在宅患者支援病床初期加算	老人保健施設		500点
	自宅・その他施設		400点

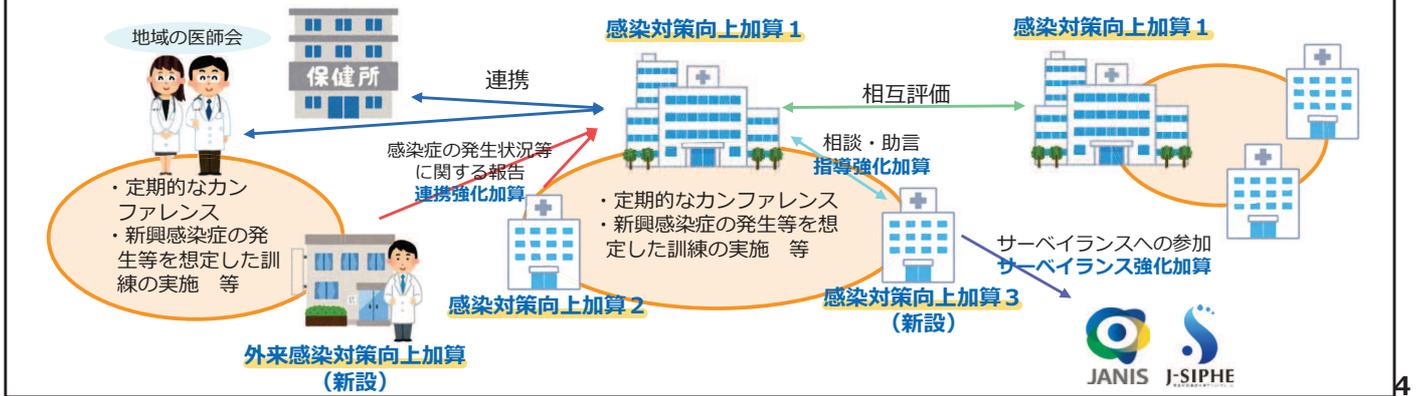
外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行	改定後
【感染防止対策加算】 感染防止対策加算 1 390点 感染防止対策加算 2 90点 (新設)	(新) 【感染対策向上加算】 感染対策向上加算 1 710点 (入院初日) 感染対策向上加算 2 175点 (入院初日) 感染対策向上加算 3 75点 (入院初日、90日毎)

感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)
(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)



外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

	感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算 3	外来感染対策向上加算
点数	710点	175点	75点	6点
算定要件	入院初日			入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回
届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)			診療所 (感染対策向上加算の届出がないこと)
感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師 (感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師 (感染管理の経験5年以上かつ研修修了) ・専任の薬剤師 (病院勤務経験3年以上) ・専任の臨床検査技師 (病院勤務経験3年以上) ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、加算 2、3 又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師 (感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師 (感染管理の経験5年以上) ・専任の薬剤師 (病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了) ・専任の臨床検査技師 (病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了)	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・ <u>専任の常勤医師 (適切な研修の修了が望ましい)</u> ・ <u>専任の看護師 (適切な研修の修了が望ましい)</u>	院内感染管理者 (※) を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
医療機関間・行政等との連携	・保健所、地域の医師会と連携し、加算 2 又は 3 の医療機関と合同で、年 4 回以上カンファレンスを実施 (このうち 1 回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。) ・加算 2、3 及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年 4 回以上、加算 1 の医療機関が主催するカンファレンスに参加 (訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年 4 回以上、加算 1 の医療機関が主催するカンファレンスに参加 (訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年 2 回以上、加算 1 の医療機関又は地域の医師会が主催するカンファレンスに参加 (訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス (JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) 等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として 5 点を算定する。		サーベイランス強化加算として 1 点を算定する。
その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算 1 の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・細菌学的検査を外都委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行う	・抗菌薬の適正使用について、加算 1 の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外都委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行う
	・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・令和 4 年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する
	感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去 1 年間に 4 回以上、加算 2、3 又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、指導強化加算として、30点を算定する。	感染対策向上加算 2 又は 3 を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算 1 を算定する保険医療機関に対し、過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、連携強化加算として 30点を算定する。		連携強化加算として 3 点を算定する。

要望項目11（県） 紹介受診重点医療機関の協議

用することも可能である。

※ 現在、地域の協議の場において外来医療計画に係る協議が行われているが、多くの地域で地域医療構想調整会議が活用されている。

3-3 協議の進め方

○ 外来医療においては、医療資源や医療ニーズの状況等が地域によって異なっているため、紹介受診重点医療機関の取りまとめに当たっては、医療機関の特性や地域性を考慮する必要があり、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を参考にし、当該医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえる仕組みとする。

○ 協議は、以下のとおり進めること。

(1) 紹介受診重点医療機関の協議については、外来機能報告から整理された、医療機関ごとの紹介受診重点医療機関となる意向の有無、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の適合状況、外来医療の実施状況、紹介・逆紹介の状況等を踏まえて議論する。紹介受診重点医療機関の取りまとめにおいては、当該医療機関の意向が第一となる。その上で、協議に当たっては、当該地域の医療提供体制のあり方として望ましい方向性について、関係者間で十分に協議しつつ、取りまとめに向けた摺り合わせを行うこと。

- ・ 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の具体的な水準は、
 - 初診基準（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来（※）」の件数の占める割合）：40%以上

かつ

- 再診基準（再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来（※）」の件数の占める割合）：25%以上

とする。

(※) 医療資源を重点的に活用する外来は、P.3の①～③のいずれかに該当する件数。

- ・ また、参考にする紹介率及び逆紹介率は、地域医療支援病院の定義を用いることとし、具体的な水準は、紹介率 50%以上かつ逆紹介率 40%以上とする。

(注) 紹介率は、「紹介患者の数」を「初診患者の数」で除して算出し、逆紹介率は、「逆紹介患者の数」を「初診患者の数」で除して算出する。

- (2) 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たした医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する場合は、特別な事情がない限り、紹介受診重点医療機関となることが想定される。
- (3) 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準と医療機関の意向が合致しない医療機関については、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して協議を行う。 具体的には、
- ・ 地域の協議の場（1回目）で医療機関の意向と異なる結論となった場合は、当該医療機関において、地域の協議の場での議論を踏まえて再度検討を行い、当該医療機関の再度検討した意向を踏まえ、地域の協議の場（2回目）での協議を再度実施する。
 - ・ 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準と医療機関の意向が合致しない医療機関のうち、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関となる意向を有する医療機関については、地域の協議の場において、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に加えて、紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行う。
 - ・ また、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たす医療機関であって、紹介受診重点医療機関となる意向を有しない医療機関については、当該医療機関の意向が第一であることを踏まえつつ、当該地域の医療提供体制のあり方を協議の上、紹介受診重点医療機関の趣旨等について説明し、2回目の協議に向けて改めて意向を確認すること。
 - ・ 地域の協議の場の協議の進め方については、状況に応じて持ち回りとする、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能とする。

○ 医療機関の意向と地域の協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、紹介受診重点医療機関とし、都道府県において、協議結果を取りまとめて公表すること。

○ 令和4年10月1日以降は、紹介受診重点医療機関のうち、一般病床200床以上の病院は紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となることとされている。この定額負担においては、定額負担の徴収を認められない患者（注1）及び徴収を求めないことができる患者（注2）が定められている。地域の協議の場においては、こうした除外要件も踏まえつつ、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など、患者がまずは地域の

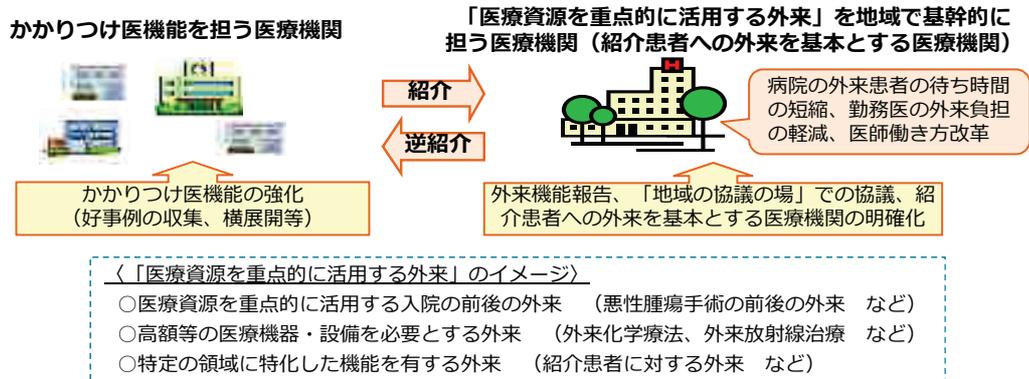
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性（案）

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① **医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告**する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、**「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議**を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、**「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化**
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書（概要）①

令和2年12月11日 医療計画の見直し等に関する検討会

1. 外来機能の明確化・連携

〔現状及び課題〕

- 中長期的に、地域の医療提供体制は人口減少や高齢化等に直面。外来医療の高度化も進展。このような地域の状況の変化に対応して、質の高い外来医療の提供体制を確保・調整していくことが課題。
- 高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、かかりつけ医機能を強化していくことが課題。
- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られている状況とは言えない。患者にいわゆる大病院志向がある中で、再診患者の逆紹介が十分に進んでいないこと等により一定の医療機関の外来患者が多くなり、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題。
- 外来機能の明確化・連携は、これまで医療関係者の自主的な取組が進められてきたものの、地域によっては取組が進んでいないところもあり、これをさらに進めていくことが重要。

〔具体的方策・取組〕

(1) 全体の枠組み

- 紹介患者を基本とする外来として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を議論することは、外来医療全体の在り方の議論のために必要な第一歩。
- 各医療機関から都道府県に「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能を報告し、その報告を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整。
- 患者の分かりやすさや地域の協議を進めやすくする観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化。地域の患者の流れがより円滑になり、病院の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に資すると期待。

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に次の機能が考えられるが、具体的な内容は、今後さらに検討。(※)
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）
 ※ (2)～(4)において、「今後さらに検討」とした事項は、地域医療の担い手も参画するとともに、患者の立場も考慮した専門的な検討の場において検討。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)の呼称は、患者の立場からみた呼称として、紹介状の必要な外来や紹介を基本とする外来などの意見。今般の趣旨を適切に表すことに留意しつつ、国民の理解が得られるよう、国民の分かりやすさの観点から、今後さらに検討。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度	見直し後				
<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定機能病院 ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円 ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円 	<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定機能病院 ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ・ 紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る） <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診：医科 7,000円、 歯科 5,000円 ・ 再診：医科 3,000円、 歯科 1,900円 <p>[保険給付範囲からの控除]</p> <p>外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求める患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診：医科 200点、 歯科 200点 ・ 再診：医科 50点、 歯科 40点 				
<p>(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" style="background-color: #FFC0CB;">定額負担 5,000円</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">医療保険から支給（選定療養費） 7,000円</td> <td style="width: 50%;">患者負担 3,000円</td> </tr> </table>		定額負担 5,000円		医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円
定額負担 5,000円					
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円				
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" style="background-color: #FFC0CB;">定額負担 7,000円</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)</td> <td style="width: 50%;">患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)</td> </tr> </table>		定額負担 7,000円		医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)
定額負担 7,000円					
医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)				

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用。**また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

3

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度	見直し後
<p>[対象患者]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者 ・ 再診：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者 <p>※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。</p> <p>※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。</p>	<p>「定額負担を求めなくても良い場合」 ※初診・再診共通</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 自施設の他の診療科を受診している患者 ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者 ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 ⑤ 外来受診から継続して入院した患者 ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 ⑦ 治験協力者である患者 ⑧ 災害により被害を受けた患者 ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者
<p>➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。</p>	
<p>[初診の場合]</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者 ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者 ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 ⑤ 外来受診から継続して入院した患者 ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 ⑦ 治験協力者である患者 ⑧ 災害により被害を受けた患者 ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない） 	<p>[再診の場合]</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 自施設の他の診療科を受診している患者 ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者 ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 ⑤ 外来受診から継続して入院した患者 ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 ⑦ 治験協力者である患者 ⑧ 災害により被害を受けた患者 ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない） <p>※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため、要件から削除。</p>

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用。**

34

4

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- ▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- ・ 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - ・ 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点 外来診療料の注2、3 55点
(情報通信機器を用いた初診については186点)

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

6

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し②

【現行】

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上
減算規定の基準		紹介率50%未満 (逆紹介率50%以上を除く)	紹介率40%未満 (逆紹介率30%以上を除く)
紹介率 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急搬送者数}) / \text{初診患者数} \times 100$		
逆紹介率 (%)	$\text{逆紹介患者数} / \text{初診患者数} \times 100$		
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を除く。 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を除く。 ・ 救急搬送者 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者	
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。		
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 以下を含む。 ・ 電話情報により他の病院等に紹介し、その旨を診療録に記載した患者 ・ 紹介元に返書により紹介した患者	他の病院又は診療所に紹介した者の数。具体的には、 ・ 診療状況を示す文書を添えて紹介（診療情報提供料を算定）した患者 ・ 地域連携診療計画料を算定した患者のうち診療情報提供料算定の要件を満たす者	
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された初診の患者の数。		

キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師の配置について

1 趣旨・背景

- 平成29年2月14日付け国通知「地域医療介護総合確保基金を活用した医師修学資金貸与事業の取扱いについて」により、原則として産科等医師修学資金貸与医師、地域医療医師修学資金貸与医師及び横浜市立大学地域医療枠医師（以下、「地域枠医師」）に個人別のキャリア形成プログラムを策定し、適用することが必要となった。

＜キャリア形成プログラム＞

地域における医師不足や地域偏在の解消と、専門医の取得といった医師能力の開発・向上を目的として、診療科別に義務年限中の就業先となる医療機関等を選択肢として、都道府県が主体として策定した医師就業に係るプログラム

2 検討事項

- 地域枠医師に対し、策定したキャリア形成プログラムを適用することとなったため、配置に向けての基本的枠組みを整理する。

3 配置の基本的枠組み

(1) 現行

＜修学資金貸与医師＞

義務年限外	義務年限	
1～2年目	3～5年目	6～11年目
<p>臨床研修</p> <p>初期臨床研修病院 ※30年度入学者から 県内での履修が必須</p>	<p>専門研修</p> <p>県内の基幹施設 ※期間は研修プログラム が必要としている期間</p>	<p>地域医療実践</p> <p>県内で医師が不足している地域の病院等 ※大枠のイメージのみで細かな規定なし</p>

＜横浜市立大学地域医療枠医師＞

義務年限		
1～2年目	3～5年目	6～9年目
<p>臨床研修</p> <p>初期臨床研修病院</p>	<p>専門研修</p> <p>県内の基幹施設 ※期間は研修プログラム が必要としている期間</p>	<p>地域医療実践</p> <p>県内で医師が不足している地域の病院等 ※大枠のイメージのみで細かな規定なし</p>

(2) 変更後

<キャリア形成プログラム加入医師>

義務年限		
1～2年目	3～5年目	6～9年目
<p>臨床研修</p> <p>県内の初期臨床研修病院</p> <p>※平成30年度以前の入学者はキャリア形成プログラムへの参加を前提として不問</p>	<p>専門研修</p> <p>県内の基幹施設</p> <p>※期間はプログラムで研修に必要としている期間</p>	<p>地域医療実践</p> <p>キャリア形成プログラムに搭載されている「地域実践」医療機関</p> <p>※対象医療機関は毎年調査の上、選定（勤務地域は今後検討）</p>

<具体的な配置方法イメージ>

ア 卒後1～2年目（臨床研修）

- ・地域枠医師は県内臨床研修病院の中から希望する医療機関を選択

イ 卒後3～5年目（専門研修）

- ・県内の専門研修基幹施設のプログラムを履修し、県内医療機関に配置
- ・医師の希望により専門研修は履修せず、「地域実践」医療機関からの選択も可能

ウ 卒後6～9年目（地域実践期間）

- ・派遣先医療機関の受入希望状況を把握し、派遣予定医師に情報提供
- ・地域枠医師は派遣先医療機関リストから従事したい医療機関を選択
- ・各地域枠医師は希望する理由を明らかにして、派遣希望配置先（優先順位をつけて複数）を県に回答
- ・県では、地域枠医師の理由を踏まえ、希望を尊重し、医療対策協議会において派遣先の承認手続きを行う

(3) その他

- 専門医取得研修の取扱いや継続従事期間の算定方法等については、従前と同様に、「修学資金貸与医師の県内医療機関への配置方針」に基づき、配置する。



修学資金貸与医師の臨床研修修了後の 配置調整（案）について

2022/3/15（火）

令和3年度第2回神奈川県地域医療支援センター運営委員会

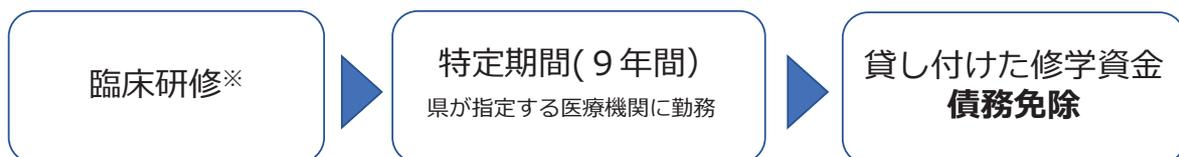
1

1. 修学資金貸与制度について

○ 趣旨説明

修学資金貸与医師

- 産科等医師修学資金貸与医師（以下、「産科等医師」）
- 地域医療医師修学資金貸与医師（以下、「地域医療医師」）



※ 令和元年7月に条例を改正し、当該医師が令和2年3月までにキャリア形成プログラムを選択した場合、特定期間9年間が7年間に短縮される。

3

1. 修学資金貸与制度について

○ 趣旨説明

義務年限		
1～2年目	3～5年目	6～9年目
臨床研修 県内の臨床研修病院 ※平成30年度以前の入学者はキャリア形成プログラムへの参加を前提として不問	専門研修 県内の基幹施設 ※期間はプログラムで研修に必要としている期間	地域医療実践 <u>キャリア形成プログラムに搭載されている「地域実践」医療機関</u> ※対象医療機関は毎年調査の上、選定 (勤務地域は今後検討)

4

1. 修学資金貸与制度について

(参考) 具体的な配置方法イメージ

- ア 卒後1～2年目（臨床研修）
 - 地域枠医師は県内臨床研修病院の中から希望する医療機関を選択
- イ 卒後3～5年目（専門研修）
 - 県内の専門研修基幹施設のプログラムを履修し、県内医療機関に配置
 - 医師の希望により専門研修は履修せず、「地域実践」医療機関からの選択も可能
- ウ 卒後6～9年目（地域実践期間）
 - 派遣先医療機関の受入希望状況を把握し、派遣予定医師に情報提供
 - 地域枠医師は派遣先医療機関リストから従事したい医療機関を選択
 - 各地域枠医師は希望する理由を明らかにして、派遣希望配置先（優先順位をつけて複数）を県に回答
 - 県では、地域枠医師の理由を踏まえ、希望を尊重し、医療対策協議会において派遣先の承認手続きを行う

5

1. 総合診療専門研修プログラム実施病院の県内研修地域の現状



- 総合診療専門研修プログラムを実施する総合診療専門研修基幹型病院は、研修プログラム中に「地域のニーズに応える保健・医療・介護・福祉活動等を経験できる地域」において研修を実施することが、総合診療専門研修プログラム整備基準に定められている。
- 「地域のニーズに応える保健・医療・介護・福祉活動等を経験できる地域における研修」の研修地域内訳（県内の総合診療専門研修基幹型病院（23病院））

真鶴町	1病院
横浜市※	2病院
相模原市※	1病院
県外の市町村	19病院
計	23病院

※ 横浜市・相模原市は、令和3年7月の制度改正以前に「地域のニーズに応える保健・医療・介護・福祉活動等を経験できる地域における研修」について日本専門医機構から認定を受けていた総合診療専門研修基幹型病院が設定しており、経過措置として定義（3）の認定を経ずに研修の実施が認められている。

(当県調べ)

2

2. 総合診療専門研修プログラム整備基準改正の概要



- 令和3年7月の総合診療専門研修プログラム整備基準の改定により、総合診療専門研修プログラムを実施する総合診療専門研修基幹型病院は、研修プログラム中に「地域のニーズに応える保健・医療・介護・福祉活動等を経験できる地域」において、**6か月以上**の研修を研修医に経験させることが必須となった。ただし、改定以降に新規申請及びプログラム変更申請を行う病院に限定される。
- 上記地域は、総合診療専門研修基幹型病院が、プログラムを統括する日本専門医機構に認定の申請を行い、日本専門医機構が整備基準上の定義に基づき認定の可否を判断する。ただし、**総合診療専門研修基幹型病院が、医療対策協議会、医師会、市町村のいずれかの認定を事前に受けることを条件に、整備基準上の定義から外れる地域であっても日本専門医機構がその認定可否を判断する例外的な定義**（次スライドの定義（3））が存在する。

3

○ 以下のいずれかに該当する地域を基本とし、最終的には日本専門医機構が決定する。

- (1) (a) 国の指定する過疎地域及び過疎地域として指定された町村を含む郡部
- (b) 都道府県の指定するへき地
- (c) 平成の合併によって過疎地域を合併した市町村
- (d) 医師偏在指標の下位1/3に該当する二次医療圏

※ (c)、(d) は、県庁所在市、特別区、人口50万人以上の政令指定都市、人口20万人以上の中核市は非適用

(2) 離島

※原則として離島振興法に指定されたものとするが、自治体・医師会の意見を参考として機構が定める。

(3) 都道府県の地域医療対策協議会、自治体、医師会から医療資源の乏しい地域として認定を求められた場合、その市町村、二次医療圏及び医療機関における研修は、医療資源の乏しい地域における研修として機構が定める。

4

○ 前スライドの定義 (1) (2) に現在県内で当てはまるのは 真鶴町 (1) (a) (国の指定する過疎地域) のみ。

(以下の定義については県内の該当なし)

- (1) (b) 都道府県の指定するへき地
- (c) 平成の合併によって過疎地域を合併した市町村
- (d) 医師偏在指標の下位1/3に該当する二次医療圏
- (2) 離島

⇒ 真鶴町以外の市町村で「地域のニーズに応える保健・医療・介護・福祉活動等を経験できる地域における研修」を今後実施したい病院は、定義 (3) により、医療対策協議会・医師会・市町村のいずれかに認定を求める必要がある。

5

5. 県の考え方の整理

○ 県が統一の判断基準を示してしまうと、その基準に合致しない市町村では、「地域のニーズに応える保健・医療・介護・福祉活動等を経験できる地域における研修」が原則としてできなくなる等、柔軟性を欠くことが想定される。

○ そこで、「地域のニーズに応える保健・医療・介護・福祉活動等を経験できる地域」の認定の可否は、**基本的に郡市医師会または市町村で各地域のニーズを基に認定の可否を判断**いただく。県医療対策協議会は郡市医師会または市町村が否決の判断を下した場合等、**全県域での考え方の整理が必要な場合に判断する**としてはどうか。

6

(参考) プログラム申請イメージ (整備基準改正前後)

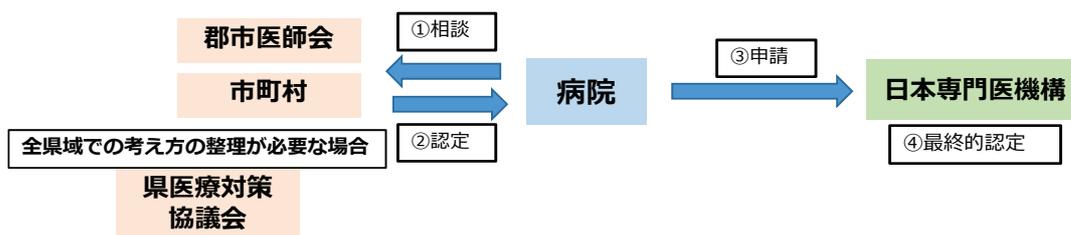
○ プログラム整備基準改正前の申請の流れ

⇒ 総合診療専門研修実施病院が、直接日本専門医機構に地域の認定を申請する。



○ プログラム整備基準改正後の本県における申請の流れ (案)

⇒ 総合診療専門研修実施病院が、まず、郡市医師会または市町村に地域の認定を申請し、認められればそのまま専門医機構に申請する。認められない等例外的な場合には県医療対策協議会が全県域での考え方を整理して認定の可否を判断する。



7