

医師事務作業補助体制加算について

1 要件の概要

医師の指示で事務作業の補助を行う専従の者（以下「医師事務作業補助者」という。）を配置し、以下の点に留意して当該病院が業務範囲や配置に係るマニュアルを整備すること。

- ・ 医師の指示の下に行う補助業務であることを明確化し、診療報酬請求業務（いわゆる、病院内の医事課で行うべき業務）や看護職員の指示の下に行う業務又は看護業務の補助に携わること等のないようにすること。
- ・ 医師事務作業補助者の業務範囲については、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）に基づき、当該病院の実態に合わせて適切に定めること。
- ・ 医師事務作業補助者の配置については、当該病院の医師に一律に配置するのではなく、業務の繁閑に応じた配置を行う等の実態に応じて行うこと。 等

2 対象医療機関の例

- ・ 第三次救急医療機関
- ・ 総合周産期母子医療センター
- ・ 小児救急医療拠点病院
- ・ 災害拠点病院
- ・ へき地医療拠点病院
- ・ 第二次救急医療機関（一定以上の救急搬送の受入れ実績がある場合に限る。）

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について

(平成19年12月28日 医政発第1228001号) (抄)

2. 役割分担の具体例

(1) 医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担

1) 書類作成等

書類作成等に係る事務については、例えば、診断書や診療録のように医師の診察等を経た上で作成される書類は、基本的に医師が記載することが想定されている。しかしながら、①から③に示すとおり、一定の条件の下で、医師に代わって事務職員が記載等を代行することも可能である。

ただし、医師や看護師等の医療関係職については、法律において、守秘義務が規定されていることを踏まえ、書類作成における記載等を代行する事務職員については、雇用契約において同趣旨の規定を設けるなど個人情報の取り扱いについては十分留意するとともに、医療の質の低下を招かないためにも、関係する業務について一定の知識を有した者が行うことが望ましい。

他方、各医療機関内で行われる各種会議等の用に供するための資料の作成など、必ずしも医師や看護師等の医療関係職の判断を必要としない書類作成等に係る事務についても、医師や看護師等の医療関係職が行っていることが医療現場における効率的な運用を妨げているという指摘がなされている。これらの事務について、事務職員の積極的な活用を図り、医師や看護師等の医療関係職を本来の業務に集中させることで医師や看護師等の医療関係職の負担の軽減が可能となる。

① 診断書、診療録及び処方せんの作成

診断書、診療録及び処方せんは、診察した医師が作成する書類であり、作成責任は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認し署名することを

条件に、事務職員が医師の補助者として記載を代行することも可能である。また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第1項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実にできるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

② 主治医意見書の作成

介護保険法（平成9年法律第123号）第27条第3項及び第32条第3項に基づき、市町村等は要介護認定及び要支援認定の申請があった場合には、申請者に係る主治の医師に対して主治医意見書の作成を求めることとしている。

医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として主治医意見書の記載を代行することも可能である。また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第1項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実にできるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

③ 診察や検査の予約

近年、診察や検査の予約等の管理に、いわゆるオーダーリングシステムの導入を進めている医療機関が多く見られるが、その入力に係る作業は、医師の正確な判断・指示に基づいているものであれば、医師との協力・連携の下、事務職員が医師の補助者としてオーダーリングシステムへの入力を代行することも可能である。

3) 院内の物品の運搬・補充、患者の検査室等への移送

滅菌器材、衛生材料、書類、検体の運搬・補充については、専門性を要する業務に携わるべき医師や看護師等の医療関係職が調達に動くことは、医療の質や量の低下を招き、特に夜間については、病棟等の管理が手薄になるため、その運搬・補充については、看護補助者等の活用や院内の物品運搬のシステムを整備することで、看護師等の医療関係職の業務負担の軽減に資することが可能となる。その際には、院内で手順書等を作成し、業務が円滑に行えるよう徹底する等留意が必要である。

また、患者の検査室等への移送についても同様、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合も指摘されているが、患者の状態を踏まえ総合的に判断した上で事務職員や看護補助者を活用することは可能である。

4) その他

診療報酬請求書の作成、書類や伝票類の整理、医療上の判断が必要でない電話対応、各種検査の予約等に係る事務や検査結果の伝票、画像診断フィルム等の整理、検査室等への患者の案内、入院時の案内（オリエンテーション）、入院患者に対する食事の配膳、受付や診療録の準備等についても、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合があるという指摘がなされている。事務職員や看護補助者の積極的な活用を図り、専門性の高い業務に医師や看護師等の医療関係職を集中させることが、医師や看護師等の医療関係職の負担を軽減する観点からも望ましいと考えられる。

また、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）の遵守等、事務職員の適切な個人情報の取り扱いについて十分留意されたい。

時間区分で評価を行っている診療報酬項目の例
(医科診療報酬)

I002 通院精神療法 1 : 500 点

- ・ 初診時に精神保健指定医が 30 分以上行った場合に算定できるととされている。

I003 標準型精神分析療法 : 390 点

- ・ 診療に要した時間が 45 分を超えた場合に算定できるととされている。

I004 心身医学療法 : 1 入院中の患者 70 点 ほか

- ・ 初診時に診療に要した時間が 30 分を超えた場合に算定できるととされている。

J054 皮膚科光線療法 : 45 点

- ・ 赤外線療法等を 5 分以上行った場合に算定できるととされている。

L007 開放点滴式全身麻酔 : 310 点

- ・ 10 分以上連続して実施した場合に算定できるととされている。

H000~003

- ・ 疾患別リハビリテーション : 20 分以上個別療法として訓練を行った場合に算定できるととされている。

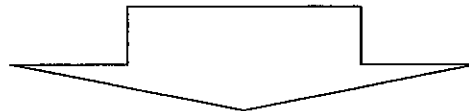
療養病床から転換した 介護老人保健施設について

療養病床の転換に係る介護報酬改定の基本的な考え方

社会保障審議会
介護給付費分科会資料
(平成19年10月12日)

基本的な考え方

- 療養病床から転換した介護老人保健施設の入所者は、現在の療養病床の入院患者のうち、医療の必要性が比較的低く、状態が安定している者と考えられる。
- こうした入所者に必要な医療サービスについては、既存の介護老人保健施設において提供される範囲と比較して、平日昼間における医療ニーズが高まるほか、夜間等の日常的な医療処置と緊急対応や、看取りへの対応が新たに求められることとなる。
- これらの対応を可能とするためには、そのコストの投入量に見合った支払いを行うべきではないか。



- 介護施設等の在り方に関する委員会において、療養病床の転換に係る介護報酬改定の基本的な考え方が上記のとおり整理されたところ。
- この整理された内容を踏まえ、介護報酬改定の具体的な内容についての検討が必要。

1. 入所者全員が等しく受けるサービス

① 夜間等の対応

療養病床から転換した介護老人保健施設では、夜間等における日常的な医療処置を要する入所者が一定程度存在すると想定される。よって、入所者の医療ニーズに対応できるよう、夜間等における看護職員の継続的な配置が必要。

→ 夜間看護業務量や夜勤シフトから勘案した必要看護職員数を基に、療養病床から転換した介護老人保健施設における夜間等の必要看護職員配置数を設定し、評価する。

② 物品費

療養病床から転換した介護老人保健施設では、既存の介護老人保健施設と比較して医療ニーズも高まるため、医薬品費・医療材料費といった物品費が高額となる。

→ 療養病床から転換した介護老人保健施設において入所者の医療ニーズから勘案して必要となる物品費についても評価する。

<具体的な評価のイメージ>

● 次に掲げるような要件を満たした場合に、入所者の医療ニーズに応じた看護職員の加配や物品費のコスト上昇相当分について、評価してはどうか。

- ・ 看護職員により24時間看護体制を確保していること(※)

※ 小規模の施設については、一定の配慮が必要ではないか。

- ・ 定員規模に応じた配置基準を満たしていること

2. 入所者によりニーズが大きく異なるサービス

① 看取り

療養病床から転換した介護老人保健施設では、看取りを要する者が一定程度存在することから、入所者や家族の意向に沿った安らかな最期を迎えることができるようにすることが必要である。

→ 医師、看護職員等による終末期における看取り体制を適正に評価する。

<具体的な加算のイメージ>

- 医師・看護職員等による終末期における看取り体制を評価してはどうか。
 - 具体的には、次に掲げるような要件を満たした場合に、加算により評価してはどうか。
 - ・ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した入所者に対するものであること
 - ・ 入所者又はその家族等の同意を得て、当該入所者のターミナルケアに関する計画が作成されていること
 - ・ 医師、看護師、介護職員等が共同して、随時、本人又は家族への説明を行い、同意を得ながらターミナルケアが行われていること
 - ・ 入所者が入所施設又は当該入所者の居宅において死亡した場合(※)
- ※ 療養病床から転換した介護老人保健施設は医療提供施設であることから、病院等の転院先で死亡した場合は評価しない。
- 評価については、現行の介護老人福祉施設の「看取り介護加算」と同様、看取りの期間に応じて評価することとしてはどうか。

② その他の項目

現在、介護療養型医療施設において、施設サービス費とは別に入所者の個別の医療ニーズに応じて評価している項目については、下記の項目を除き、引き続き評価することとしてはどうか。

- ・ リハビリテーションに関する事項(介護老人保健施設については、既に指定基準上、PT/OT 1名を必置としている。)
- ・ 療養病床から転換した介護老人保健施設の入所者像にかんがみ、除外することが適当と考えられる事項(こうした施設に入所することが想定されていない医療区分3に関する項目等)

平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査 報告書（抜粋）

1 患者構成について

医療療養病棟（平成18年度全85病院、平成17年度全428病院）における入院患者の医療区分・ADL区分の状況

ADL区分	平成18年度調査				平成17年度調査			
	医療区分1 (n=1,743)	医療区分2 (n=2,756)	医療区分3 (n=1,098)	合計 (n=5,597)	医療区分1 (n=11,066)	医療区分2 (n=8,147)	医療区分3 (n=1,924)	合計 (n=21,137)
ADL区分3	10.0%	28.0%	15.7%	53.7%	14.0%	18.3%	6.3%	38.6%
ADL区分2	11.0%	13.0%	2.7%	26.7%	16.1%	10.2%	1.2%	27.5%
ADL区分1	2.5%(認)	2.1%(認)	1.3%	19.6%	5.3%(認)	2.6%(認)	1.3%	33.9%
	7.6%	6.2%			17.5%	7.2%		
全体	31.1%	49.2%	19.6%	100.0%	53.0%	38.3%	8.8%	100.0%
無回答(n)	(5)	(6)	(0)	(11)	(157)	(103)	(28)	(288)

2 患者分類別ケア時間

医療療養病棟（平成18年度全85病院、16年度全89病院）における患者分類別ケア時間

平成18年度調査					平成16年度調査				
	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体		医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体
ADL区分3	141.3	150.7	190.4	161.7	ADL区分3	111.6	126.8	173.0	132.4
ADL区分2	118.9	139.4	180.3	136.0	ADL区分2	103.1	122.1	154.7	113.0
ADL区分1	90.8(認)	106.3(認)	120.0	97.0	ADL区分1	84.8(認)	102.6(認)	106.2	82.9
	84.9	105.6				74.7	89.1		
全体	112.9	139.6	184.0	141.3	全体	95.7	118.1	163.6	112.8

※リハスタッフ分を除いた患者1人1日当り職種別人件費重み付けケア時間である。

3 患者分類別医療処置時間

医療療養病棟（平成18年度全85病院）における患者分類別医療処置時間

平成18年度調査 単位:分

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体
ADL区分3	26.4	39.0	58.2	43.7
ADL区分2	12.6	17.8	36.2	18.5
ADL区分1	10.4(認)	10.7(認)	20.2	13.3
	10.3	16.6		
全体	15.5	29.3	51.8	30.8

4 患者1人1日当たり費用、収入の状況

1) 患者1人1日当たり費用

単位:円

	人件費	材料費	委託費	設備関係費	研究研修費	経費	その他	合計費用
平成18年度	10,343	1,706	1,554	2,037	63	1,463	185	17,351
	59.6%	9.8%	9.0%	11.7%	0.4%	8.4%	1.1%	100.0%
平成16年度	10,006	1,848	1,299	1,837	53	2,224	494	17,760
	57.3%	10.7%	6.0%	10.6%	0.5%	11.9%	3.0%	100.0%

2) 患者1人1日当たり収入

単位:円

平成18年度調査	入院基本料	入院基本料等加算	出来高部分	リハビリテーション等	レセプト請求金額	標準的な食事療養費を加えた場合の収入
コスト調査実施病院における収入(69病院)	13,181	1,163	580	828	15,753	17,673
国保レセプト集計対象病院における収入(国保支払分:115,409件)	12,056	1,626	746	723	15,151	17,071

※標準的な食事療養費は、1食当り入院時食事療養費640円とし、1日1,920円とした。

※国保レセプト集計の「入院基本料等加算」には、一部出来高部分に相当する収入が含まれている。

※上記の収入には、差額ベット代、おむつ代、クリーニング代などの収入は含まれない。

5 患者分類毎の患者1人1日当たり費用及び収入・費用差

平成18年度調査

単位:円

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体
ADL区分3	16,875 ~16,875	17,479 ~17,788	19,828 ~21,443	17,944 ~18,517
ADL区分2	16,355 ~15,620	17,418 ~17,358	19,479 ~20,760	17,108 ~16,855
ADL区分1	15,127 ~13,469	15,974 ~14,824	17,194 ~16,494	15,482 ~13,966
	14,986 ~13,133	15,971 ~14,797		
全体	16,024 ~15,117	17,209 ~17,176	19,594 ~20,999	17,351

(費用差最小の場合 ~ 費用差最大の場合)

※ 費用差最大の場合: 「その他人件費」をケースミックス値に応じて按分

※ 費用差最小の場合: 「その他人件費」をどの患者分類にも等しく按分

単位:円

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	-3,534	452	2,063
ADL区分2	-4,224	513	2,412
ADL区分1	-2,996	767	4,697
	-2,855	721	

※収入・費用差は、収入から費用を差し引いたもの。

患者分類(11区分)毎の収入・費用差

(コスト調査実施69病院:費用差最大の場合)

単位:円

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	-3,534	143	448
ADL区分2	-3,489	573	1,131
ADL区分1	-1,338	1,918	5,397
	-1,001	1,894	

※収入・費用差は、収入から費用を差し引いたもの。

患者分類(11区分)毎の収入・費用差

(コスト調査実施69病院:費用差最小の場合)

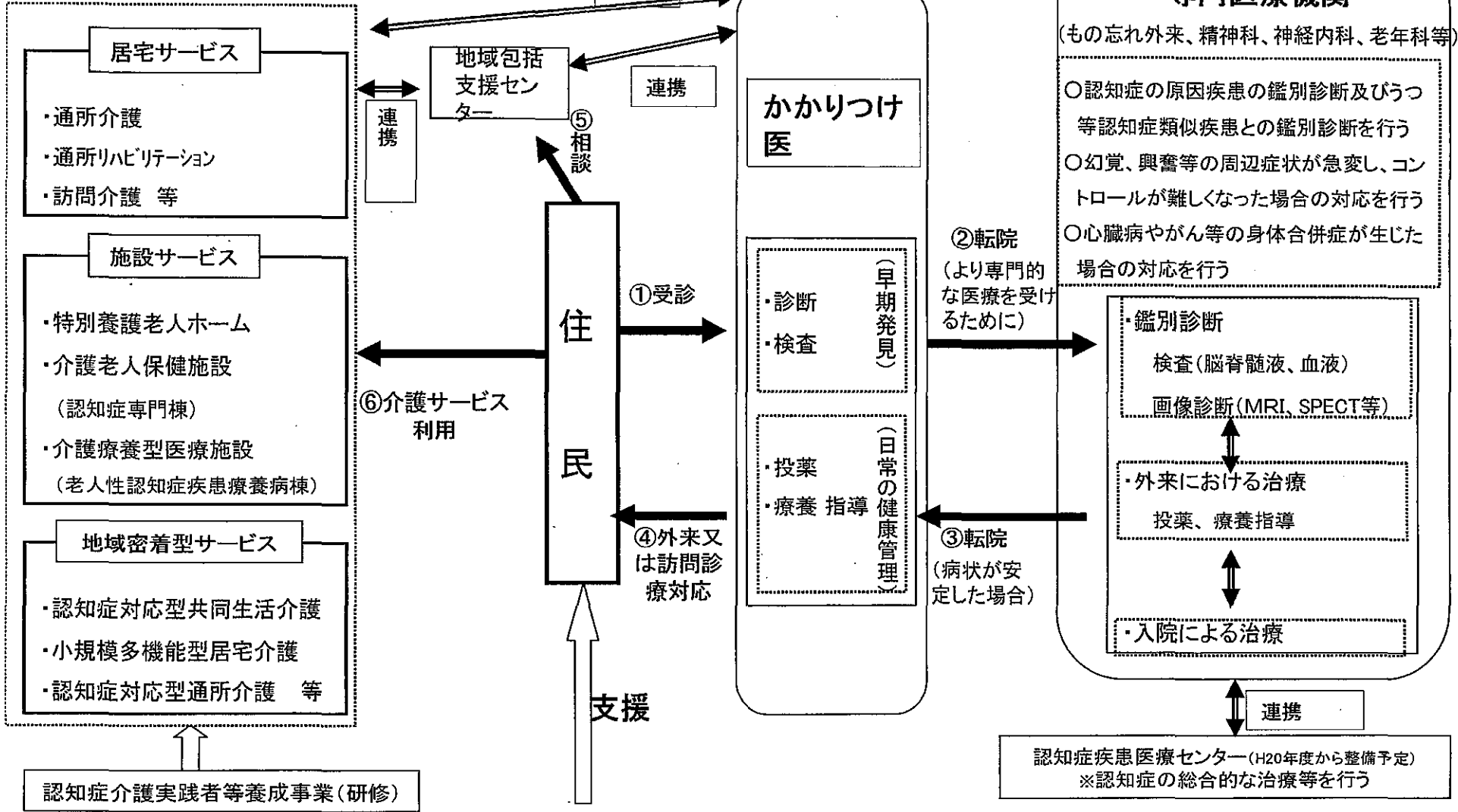
認知症対策について

認知症高齢者を支える医療と介護の連携体制

診療報酬
介護報酬
事業

認知症高齢者に対しては、高齢者の尊厳の保持を基本とし、たとえ認知症となっても、できるだけ住み慣れた地域におけるなじみの人間関係や居住空間での暮らしを継続できるような対策を講じている

かかりつけ医認知症対応力向上研修



認知症サポーター100万人キャラバン(認知症を知り地域をつくる10か年)

認知症地域支援体制構築等推進事業

認知症高齢者に対応した主な介護保険サービス

- ① 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
- ② 小規模多機能型居宅介護 <平成18年度創設>
- ③ 認知症対応型通所介護(認知症専用型デイ・サービス)
<平成18年度創設>

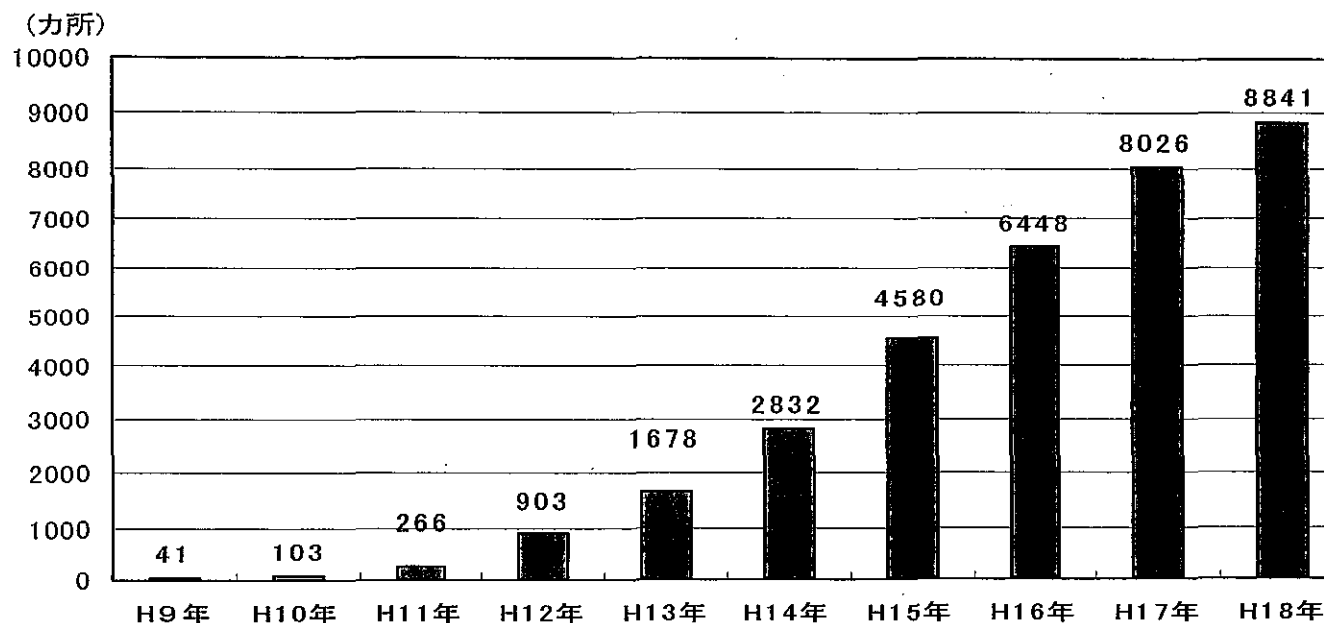
※ いずれも、地域密着型サービス
(介護保険法第8条第14項)

① 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

- 認知症の人が共同生活する住居
- 家庭的な環境と地域住民との交流の下で、介護や日常生活上の世話、機能訓練等を行い、自立を支援

認知症対応型共同生活介護事業所数の推移

(各年度末)



平成9年～11年は厚生労働省調べ、平成12年度以降はWAMNET掲載数

②小規模多機能型居宅介護

登録された利用者(定員25人以下)を対象に、通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせてサービスを提供することで居宅における生活の継続を支援する。

入浴、排せつ、食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活相談・助言や健康状態の確認などの日常生活上の世話、機能訓練を行い、能力に応じ居宅で自立した日常生活を営むことができるようにするためのサービス。

※小規模多機能型居宅介護は認知症専用ではない

③認知症対応型通所介護

認知症の利用者が、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、特別養護老人ホームや老人デイサービスセンター等に通所してもらい、入浴・排せつ・食事等の介護、生活相談・助言や健康状態の確認など日常生活上の世話、機能訓練を行うことで、利用者の社会的孤立感の解消と心身機能の維持、家族の身体的・精神的負担の軽減を図る。

1. 地域密着型サービス

	事業所数			利用者数 (平成19年10月 審査分)
	平成18年 6月末	平成19年 3月末	平成19年 12月末	
①認知症対応型 共同生活介護	8,050	8,841	9,437	128,500
②小規模多機能型 居宅介護	45	574	977	12,300
③認知症対応型 通所介護	1,420	2,934	3,301	44,900

(※) ②及び③は平成18年4月創設

2. 主な施設サービス(平成18年 介護サービス施設・事業所調査)

- 介護老人保健施設(認知症専門棟) 在所者数 40,950人
- 介護療養型病床(老人性認知症疾患療養病棟) 在所者数 3,859人

3. 認知症の本人と家族を支える人材等育成

- かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者 6,927人(平成18年度末現在)
 - 認知症サポーター 272,123人(平成19年9月末現在)
- ※キャラバンメイト 14,285人を含む

デジタル映像化処理加算の電子画像管理加算への移行

○ デジタル映像化処理加算は、激変緩和のため、平成20年4月に即時廃止するのではなく、大幅に減額の上、2年間存続。

「デジタル加算」から移行することが考えられる「コンピュータ画像管理加算」については、

- 現在、CT/MRI/PET等に限定されているが、これを単純撮影にも拡大するとともに、
- 投資コストの違いに配慮して、CT/MRI/PET等に係るものについては、単純撮影よりも高い評価を行うこととする。

19

