

# 厚生労働省からの情報提供

全国メディカルコントロール協議会連絡会  
令和6年7月18日(木)

厚生労働省 医政局地域医療計画  
救急・周産期医療等対策室  
病院前医療対策専門官 東 晶子

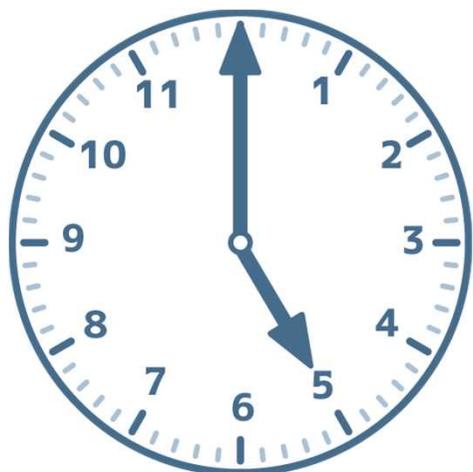
- (1) 医師の働き方改革について
- (2) 令和6年度診療報酬改定について  
(救急患者連携搬送料・救急時医療情報閲覧)
- (3) 救急救命士の処置拡大に関して

# 2024年4月、新しい医師の働き方の ルールが始まりました！

地域医療を守るための  
医師の労働時間の  
特別ルール



長時間勤務の中でも  
勤務医の健康を守る  
ためのルール



# 医師に対する時間外・休日労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024年4月～)

## 現 状

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

**【医師の長時間労働】** 特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

**【労務管理が不十分】** 客観的な時間管理が行われていない  
医療機関も存在

**【業務が医師に集中】** 患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

## 医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理**の推進

**タスク・シフト/シェア**の推進

**複数主治医制**の導入

**女性医師等に対する短時間勤務等**多様で柔軟な働き方の推進

### <行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発 等

## 2024年4月以降の制度概要

水準	長時間労働が必要な理由	年の上限時間	追加的健康確保措置			
			面接指導	休息時間の確保		
一般則	—	(原則) 360時間 (例外) 720時間	—	—		
勤務医の 上限規制	<b>A水準</b>	(臨時的に長時間労働が必要な場合の原則的な水準)	<b>960時間</b>	義務	努力義務	
	<b>連携B水準</b>	地域医療の確保のため、派遣先の労働時間を通算すると長時間労働となるため	<b>1,860時間</b> (各院では <b>960時間</b> )		義務	義務
	<b>B水準</b>	地域医療の確保のため	<b>1,860時間</b>			
	<b>C-1水準</b>	臨床研修・専攻医の研修のため	<b>1,860時間</b>			
	<b>C-2水準</b>	高度な技能の修得のため				

### 医師の健康確保

<面接指導> 健康状態について、研修を受けた医師がチェック  
<休息時間の確保> 勤務間インターバル規制と代償休息の確保

時間外・休日労働が月100時間以上となることが  
見込まれる医師には、面接指導が実施されます。



※ 必要と認められる場合は、就業上の措置が講じられます。

十分な休息時間（睡眠時間）を確保するため、  
医師の勤務間のインターバルのルールが設定されます。



連続した休息時間を確保し、  
仕事から離れることが、  
心と体の健康のためには重要です。

※ 休息時間を細切れにとることは認められません。

- (1) 医師の働き方改革について
- (2) 令和6年度診療報酬改定について  
(救急患者連携搬送料・救急時医療情報閲覧)
- (3) 救急救命士の処置拡大に関して

# 初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

## 救急患者連携搬送料の新設

- 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

### (新) 救急患者連携搬送料

1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院1日目の患者の場合	1,200点
3	入院2日目の患者の場合	800点
4	入院3日目の患者の場合	600点



#### [算定要件]

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おいて、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

#### [施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

## 急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

# 救急医療の体制構築に係る指針 (いわゆる「下り搬送」に係る第8次医療計画の見直しのポイント)

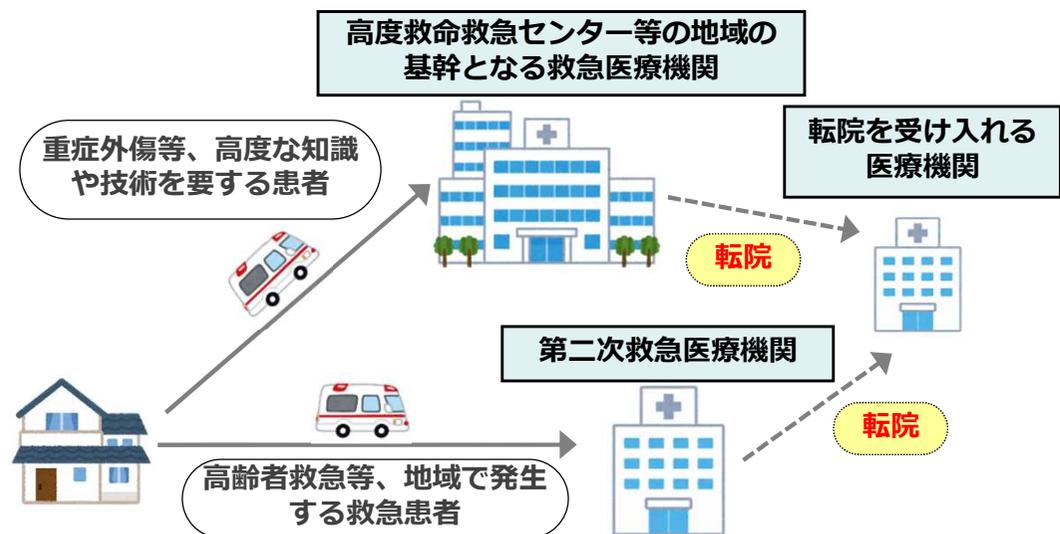
増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。救急医療機関が新たな患者を受け入れられるよう、他の医療機関と連携を強化し、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。

## 救急医療機関の役割の明確化・連携について

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」令和5年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(抜粋)

### 【救急医療の現状】

- 救急搬送人員は増加傾向にあり、その背景として、主に、高齢化の進展が挙げられる。
- 今後も急病の対応が増加し、特に、高齢者救急の増加に伴い、脳梗塞、肺炎、心不全、骨折などによる入院が増加するものと見込まれる。
- 搬送先の病院を探して複数の救急医療機関に電話等で問い合わせても受入医療機関が決まらない、いわゆる受入医療機関の選定困難事案の原因のひとつに、「ベッド満床」が挙げられている。その背景として、救急医療機関(特に救命救急医療機関)に搬入された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる「出口の問題」が指摘されている。(中略)この問題を改善するには、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進することが求められる。例えば、急性期を脱した患者で、重度の後遺症等により在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関や介護施設等と、救命救急医療機関との連携の強化が必要である。

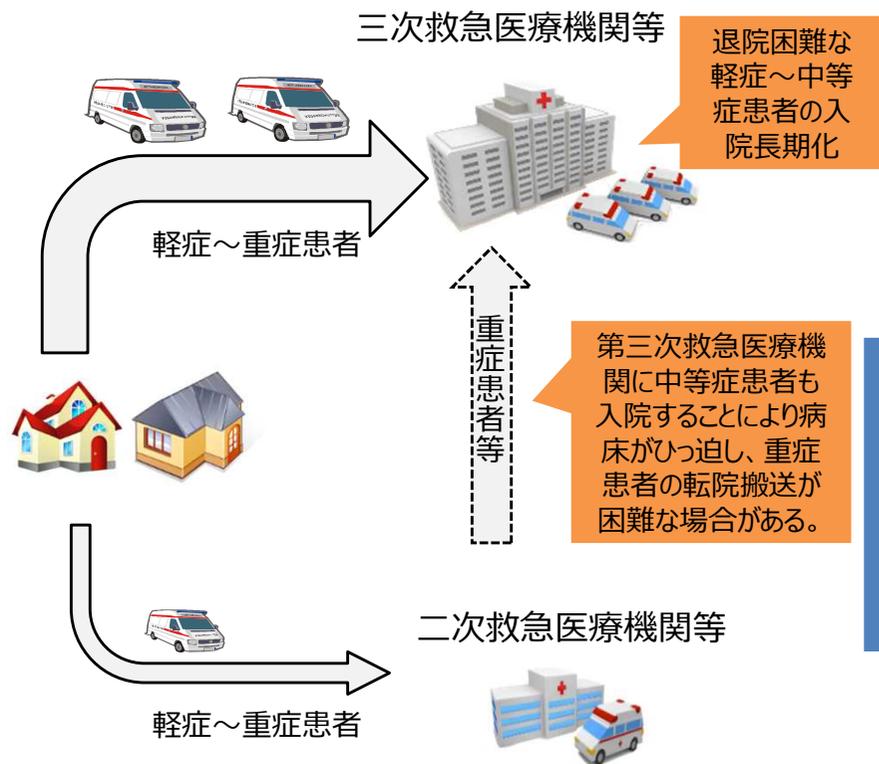


※ 第8次医療計画の指針において、医療体制の構築に必要な事項として、第三次、第二次救急医療機関に以下を求めている。

- 第二次(第三次)救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと
- 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること

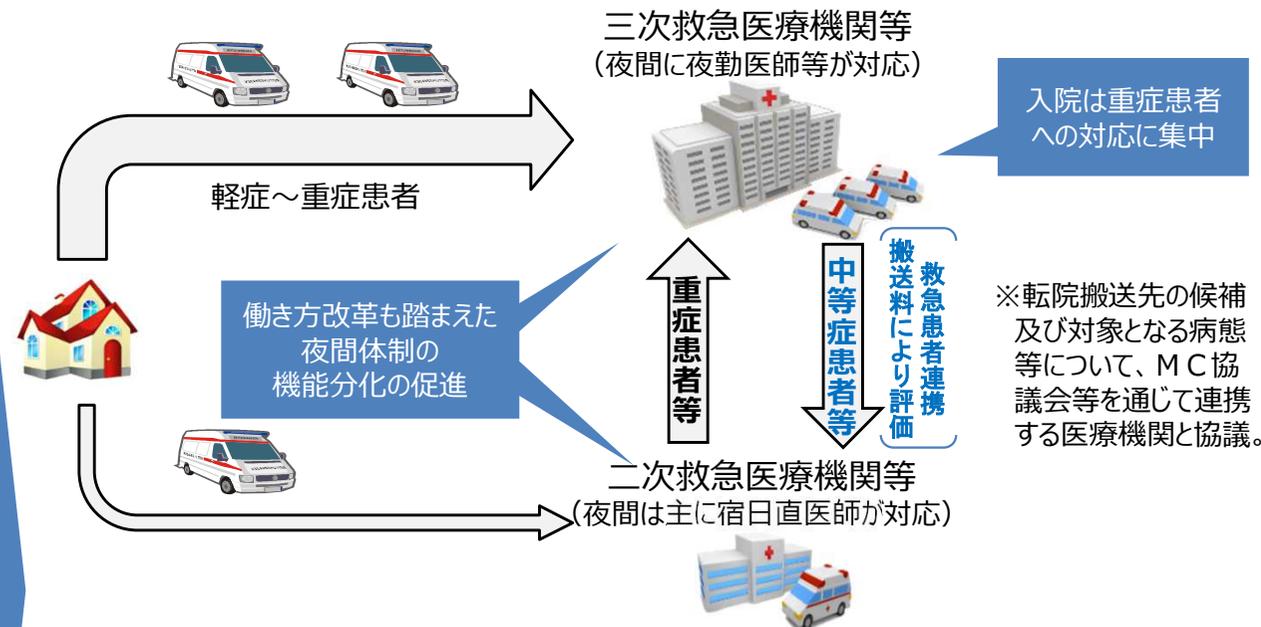
# 高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

## ○これまでの救急医療提供体制における課題等

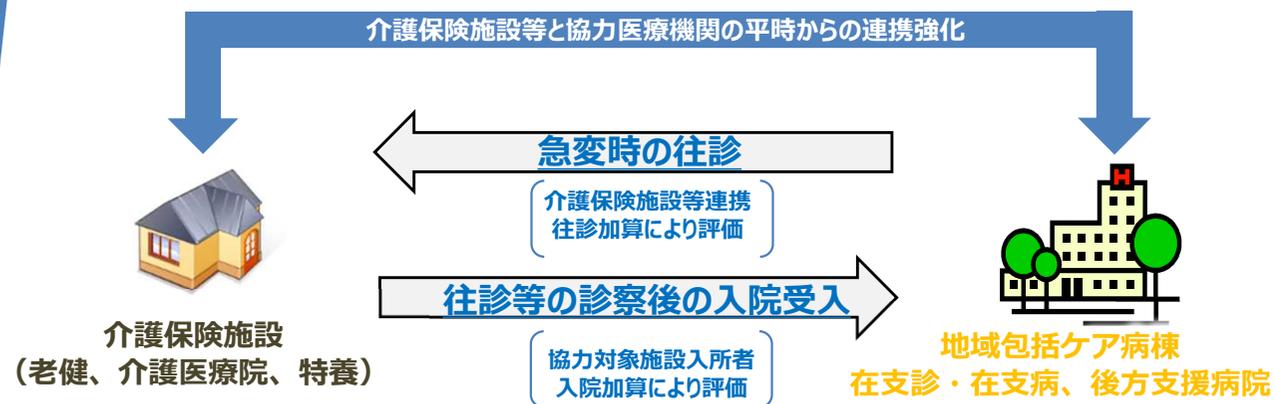


## ○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※いわゆる下り搬送による患者と救急医療機関のマッチングは、地域による対応の一例であり、救急搬送先の選定における適切なマッチング等、地域によって様々な救急医療提供体制が構築されることが考えられる。



## ○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制



# 初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

## 救急患者連携搬送料の新設

- 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

### (新) 救急患者連携搬送料

1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院1日目の患者の場合	1,200点
3	入院2日目の患者の場合	800点
4	入院3日目の患者の場合	600点



#### [算定要件]

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おいて、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

#### [施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

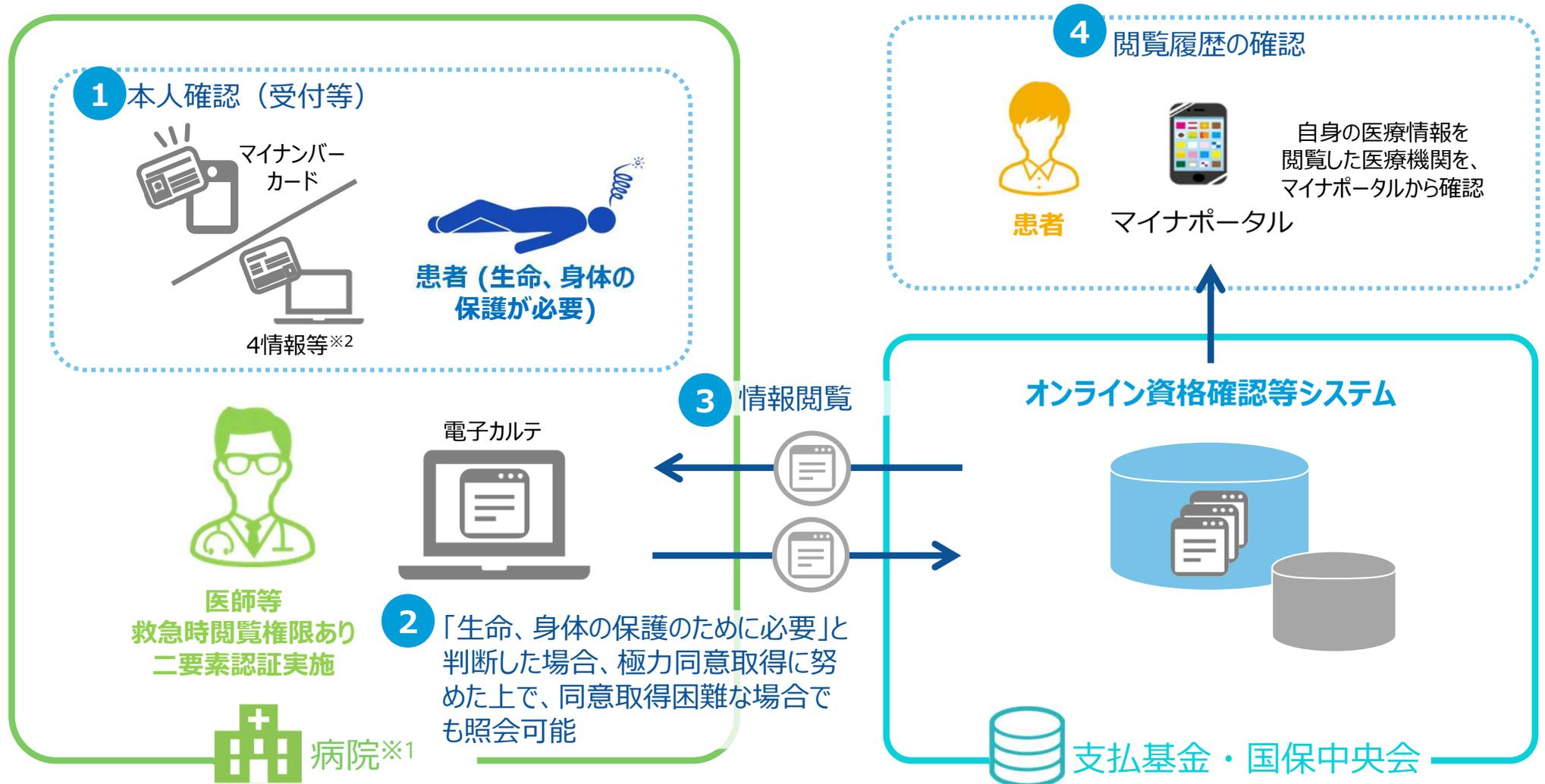
## 急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

# 救急時医療情報閲覧について

救急時医療情報閲覧機能により、病院においては※1、**患者の生命、身体保護のために必要な場合、マイナンバーカードまたは4情報による検索により本人確認を行うことにより、患者の同意取得が困難な場合でも、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧**できるようになります。



※1 救急時医療情報閲覧機能は、「患者の生命、身体保護のために必要がある場合」を対象とした仕組みであるため、主に救急患者を受け入れる一次救急～三次救急告示病院および病院を対象とした機能です。病院以外の医療機関等（診療所・薬局）には開放を想定しない機能となります。

※2 4情報等：①氏名 ②生年月日 ③性別 ④住所 または 保険者名称（資格確認書等情報による検索も可能）

# 閲覧できる情報

救急時医療情報閲覧機能では、現行のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療／薬剤情報に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された**救急用サマリー**の閲覧が可能です。

## 救急時医療情報閲覧機能で閲覧できる情報

既存のオンライン資格確認等システムで閲覧可能

特定健診

診療/薬剤

電子処方箋

救急用サマリー

## 救急用サマリーの項目・期間

項目	期間	参考：通常表示における期間
受診歴	3か月	5年
電子処方箋情報（※1）	45日	100日
薬剤情報（※2）	3か月	5年
手術情報	5年	5年
診療情報（※2）	3か月	5年
透析情報	3か月	5年
健診情報（※2）	健診実施日を表示	5年

※1：電子処方箋情報については、既に電子処方箋管理サービスを導入済みの医療機関等で登録された情報が閲覧可能。（救急用サマリーでは電子処方箋管理サービスに登録された情報のうち調剤情報のみ閲覧可能）

※2：薬剤情報については令和3年9月診療分のレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、診療情報については令和4年6月以降に提出されたレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、特定健診情報については令和2年度以降に実施し順次登録された情報が閲覧可能。

## 救急用サマリーの表示イメージ（PDF）

**救急用 診療／薬剤情報一覧** 作成日：2022年8月26日 1 / 1 ページ

氏名カナ	シノベ タカ	保険者番号	12345678	
氏名	診療 太郎	被保険者証等記号	1234567	
生年月日	1962年5月21日	性別	男	
	年齢	60歳	校番	00
		被保険者証等番号	12345	

この診療／薬剤情報一覧は、以下期間の診療行為及び医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。（紙レセプトや包括の場合など、診療行為／医薬品が表示されない場合があります）

**受診歴** ※直近3か月分(XXXX年X月～XXXX年X月まで)の記録を表示

医療機関名	受診歴
資格クリニック	22年7月
資格医院	22年6月

**調剤結果情報** ※直近45日分(XXXX年X月～XXXX年X月まで)の記録を表示

調剤	処方使用	医薬品名*4	調剤数量
年月日	区分 区分	(成分名)*4	
22年8月 2日	テスト薬局 (テスト病院)	院外 外用 1. フルティフォーM125エアゾール56吸入用 (フルチカゾンプロピオン酸エステル・ホルモテロールフルマル酸塩水和物) 【1日2回朝夕食後 服用】	42吸引 1処方分

**レセプトに基づく薬剤実績** ※直近3か月分(XXXX年X月～XXXX年X月まで)の記録を表示

調剤	処方使用	医薬品名	調剤数量*3
年月日	区分 区分	(成分名)	
22年7月 19日	資格クリニック	院内 外用 1. ゲンタマイシン硫酸塩軟膏0.1%「イウキ」 1mg (ゲンタマイシン硫酸塩)	10g 1処方分
22年6月 18日	オンライン薬局 (資格医院)	院外 内服 1. 向) マイスリー錠5mg (ゾルピデム酒石酸塩) 【1日1回就寝前服用】	1錠 14日分

---- 次頁へ続く ----

### 【注意事項】

- \*1 医薬品の場合、入院/外来/院外で分類し、「外来」とは入院及び院外（薬局）以外で調剤された医薬品を指します。また、診療行為の場合、入院/外来で分類しています。
- \*2 抽出元が調剤レセプトの場合に表示しています。
- \*3 調剤時の使用方法（数量、日数、回数等）と一致しない場合があります。

救急用  
※データ表示  
期間を限定

# 病院でできるようになること

救急時において、意識障害等の同意取得困難な患者に対しても、薬剤情報や手術情報等のレセプトに基づく医療情報を閲覧し、迅速かつ適切な検査・治療等に活用できるようになります。

## 疾患の推測とそれに伴う治療方針の検討の迅速化

！ 意識障害等の患者についても医療情報を閲覧できることで、**救急時における疾患の推測とそれに伴う治療方針の迅速化**が可能になります。

## 薬剤情報や手術情報を踏まえた適切な治療

！ 救急時において、意識障害等で同意取得困難な患者についても、薬剤情報や手術情報などの**医療情報を踏まえた適切な検査および治療**に活用いただけます。

これまで

救急時医療情報閲覧機能の導入前

救急患者  
(生命、身体  
の保護が必要)



オンライン資格確認  
等システム

患者同意が  
取れない場合  
情報閲覧不可

患者の容体から早くXXの手術を行った方が良いと思うけど、直近副反応を引き起こす可能性のある◇◇のお薬は服用していないだろうか。  
家族に確認しないとイケないな！



医師



医療機関や家族に電話等で  
医療情報の確認が必要

これから

救急時医療情報閲覧機能の導入後

救急患者  
(生命、身体  
の保護が必要)



マイナンバーカード or  
4情報等情報



オンライン資格確認  
等システム

別の症状で◇◇のお薬が慢性的に  
処方されているようなので、手術する  
場合は、XXに注意しよう！



医師

電子カルテ経由で  
レセプトに基づく医療情報の  
閲覧が可能

# 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

## 救急時医療情報閲覧機能の導入の要件化

- 救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

### 現行

【急性期充実体制加算】

[施設基準]

第1の2 急性期充実体制加算

1 急性期充実体制加算に関する施設基準

(1)～(4) (略)

(5) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア・イ (略)

(新設)



### 改定後

【急性期充実体制加算】

[施設基準]

第1の2 急性期充実体制加算

1 通則

(1)・(2) (略)

(3) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア・イ (略)

**ウ 救急時医療情報閲覧機能を有していること。**

[経過措置]

1の(3)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする

- (1) 医師の働き方改革について
- (2) 令和6年度診療報酬改定について  
(救急患者連携搬送料・救急時医療情報閲覧)
- (3) 救急救命士の処置拡大に関して

# 救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会ワーキンググループ

## 目的

- 救急救命士法改正により、病院前での実施を前提としてきた救急救命処置の病院内での運用における課題が見えてきたことや、救急医療の質の向上に向けて、救急救命処置の範囲の拡大についての要望があることから、医師の指示の下に救急救命士が実施する救急救命処置に関する事項について検討を行うワーキンググループを開催する。

## 検討事項

- 救急救命士が実施する救急救命処置の検討について

## 構成員（救急医療を担う多職種で構成）

（敬称略・五十音順）

氏名	所属・役職
浅香 えみ子	一般社団法人日本救急看護学会 理事
井本 寛子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
植田 広樹	一般社団法人日本臨床救急医学会 評議員
加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会 会長
喜熨斗 智也	一般社団法人民間救命士統括体制認定機構 理事
児玉 聡	京都大学 文学研究科 教授
佐々木 隆広	仙台市消防局 救急課長
田邊 晴山	一般財団法人救急振興財団 救急救命東京研修所 教授
深澤 恵治	チーム医療推進協議会 理事
細川 秀一	公益社団法人日本医師会 常任理事
本多 英喜	一般財団法人日本救急医学会 評議員
横野 恵	早稲田大学 准教授

## 開催実績

### <開催概要>

- 第1回：令和5年8月25日
  - WG開催経緯と今後の進め方について
- 第2回：令和5年2月7日
  - WGの進め方について
  - 国家戦略特区要望について
- 第3回：令和5年3月7日
  - 特区要望の具体的な内容説明等
  - 年度とりまとめに向けて
- 第4回：令和5年3月21日
  - 特区要望事項の次年度以降の進め方についてとりまとめ
- 第5回：令和5年3月29日（書面開催）
  - 令和5年度とりまとめ報告

令和6年度以降も継続して開催予定

## デジタル田園健康特区(国家戦略特区)

### ○ 趣旨・目的

革新的事業連携型国家戦略特区制度を活用し、デジタル技術の活用によって、地域における健康、医療に関する課題の解決に重点的に取り組む複数の自治体をまとめて指定し、地域のデジタル化と規制改革を強力に推進する。

## 岡山県吉備中央町の提案概要

### ○ 対象

重度傷病者のうち、主に腹痛、下腹部痛を訴えている傷病者、事故等により外傷が生じている負傷者、意識状態やバイタルサインが不安定な傷病者

### ○ 処置の内容

救急車と病院との間で情報伝達を行う環境を構築した上で、救急救命士がエコーを当てる箇所、当て方について、当該病院の医師の指示を細かく受けながら(医師と一体となり)、エコー検査を実施。医師は、エコー検査画像の情報をもとに患者の状態を確認・診断し、救命士ほか救急隊に伝達。救急隊は、その情報をもとに、患者を適切な搬送先に搬送するほか、必要に応じて更なる処置を実施。

### ○ 想定する効果

搬送中に検査・診断が可能となり、適切な搬送先への搬送が実現。搬送先病院では、搬送と並行して事前準備が可能であり、救急車の到着後直ちに治療を開始することが可能。→早期の処置実施により救命・予後の改善に資する。



### 救急医療における救急救命士の役割拡大

- 地域の医療機関や消防署との連携の下、救急救命士が医師の指示の下で実施できる行為(救急救命処置)を先行的に実証することを検討

- ・提案自治体: 吉備中央町
- ・医療機関等: 岡山大学病院(臨床研究中核病院)、岡山市消防局



講習会の様子

## 救急救命処置検討委員会

### ○ 提案内容

エピペンの処方を受けていない傷病者も含めた、アナフィラキシーに対するアドレナリンの投与

### ○ 評価結果

救急救命処置(特定行為)として、「アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内投与」を追加することが望ましい。

### ○ 付記

- ・アナフィラキシーの判断基準とアドレナリン投与の対象の詳細、アドレナリンの適量投与のために必要な手順等の詳細、ヒューマンエラーの防止策、新しい処置の追加のために必要な講習等の詳細について、効果と安全性の両面から厚生労働科学研究等で明らかにする必要がある。
- ・アナフィラキシーに使用する場合と、心肺停止に使用する場合のアドレナリンの投与量、投与方法の区分などについて、オンラインで指示を出す医師へも周知が必要である。

## 規制改革実施計画(令和5年6月16日閣議決定)

### (7)救急救命処置の先行的な実証

救急救命処置の範囲の拡大に関し、救急救命処置検討委員会で全国的な実施に更なる検討を要すると判断された処置(カテゴリーⅡ)のうち、～中略～、アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内注射に係る一連の判断の可否について、令和5年度中を目途に必要な検証を行い、その結果を踏まえ、実証に必要な体制等を整備の上、速やかに特例を実施する。

令和5年度	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
本WG		第1回		第2回			第3回		第4回 とりまとめ	
厚労科研 坂本班	登録開始	救急救命士によるアナフィラキシーの病態等に関する判断の正確性を調査するための観察研究				登録終了 (予定)	解析期間			

# 救急救命士によるアナフィラキシーの病態等に関する判断の正確性を調査するための観察研究

## 概要

### 【背景】

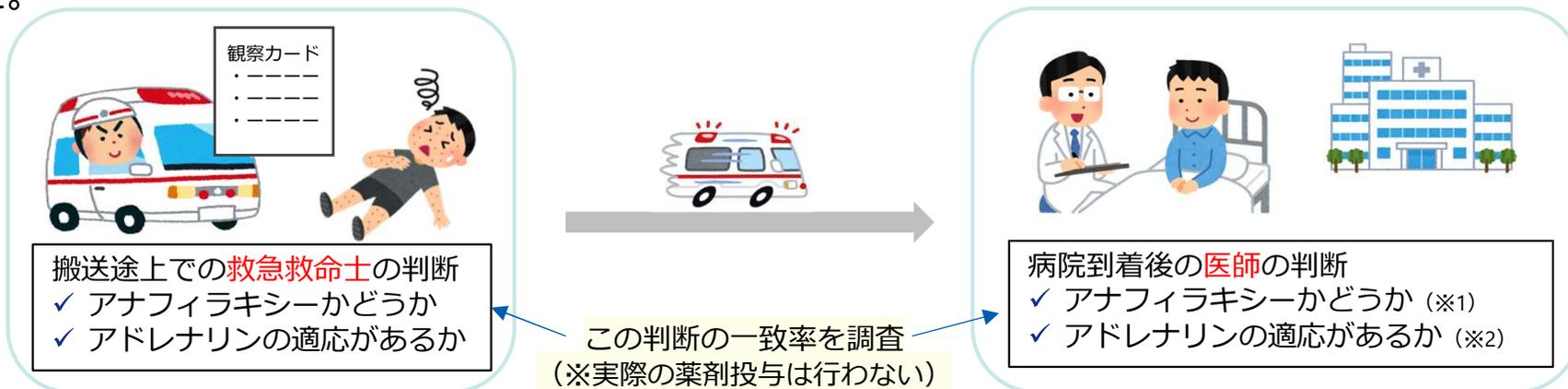
救急救命士は、アナフィラキシー傷病者に対してエピペン®を用いてアドレナリンを投与することができるが、傷病者があらかじめエピペン®の交付を受けている場合に限られている。そのため、投与対象の拡大等を求める要望が出されているが、傷病者がアナフィラキシーか否か、またアドレナリンの適応について、病院前において救急救命士が適切に判断できるかどうかは明らかでない。

### 【目的】

病院前において救急救命士がアナフィラキシーの病態を正確に把握し、傷病者がアナフィラキシーか否か、アドレナリンの適応があるかを正しく判断できるか明らかにすること。

### 【方法】

前向き観察研究。アナフィラキシーを疑った場合に観察カードを用いて判断を行い、その判断を搬送先医療機関到着後の医師の判断と比較した。



### 【結果】

消防本部・MC 協議会を通じて全国から3,507名の救急救命士の参加を得た。全搬送人員数のうち、搬送先医療機関の医師がアナフィラキシーと判断した事例は0.23%であった。医師の判断を基準にした場合、救急救命士のアナフィラキシーの判断については感度73.8%(369/500例)、陽性的中率83.5%(369/442例)であった。アドレナリン投与の適応の判断については、感度50.5%(94/186例)、特異度85.9%(220/256例)であった。

※1 初診時に、総合的にアナフィラキシーと判断したか。

※2 初診時(来院後30分以内を目安)にアドレナリンを使用したか。