

2025年へのカウントダウン ～同時改定と新たな事務作業補助者の役割～



国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹



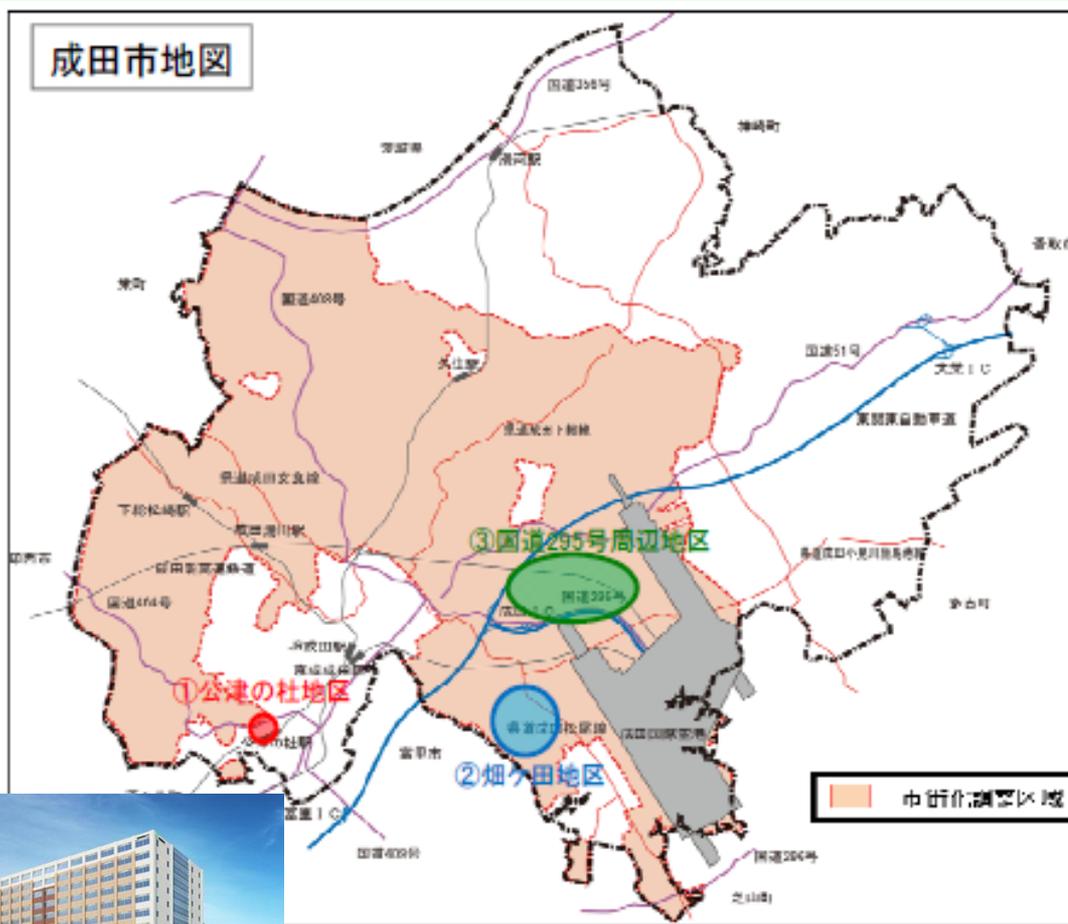
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！



国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー





**INTERNATIONAL
UNIVERSITY OF
HEALTH AND WELFARE**

New School of Medicine will be established in Narita in April 2017 (Government approval of the establishment in process)





2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定

目次

- パート 1
 - 2018年診療報酬改定の改定率と基本方針
- パート 2
 - 入院医療の2つのポイント
 - ①7対1病床の要件見直し
 - ②退院支援から入退院支援へ
- パート 3
 - 働き方改革と医師事務作業補助者
- パート 4
 - 米英における医師事務作業補助者



パート1

2018年診療報酬改定の 改定率と基本方針



2017年10月5日社会保障審議会医療部会

民圧勝 与党310超

野党 136

3分の2維持

立憲民主野党

希望敗北市



甘利明
赤野間

53 +38
12
26

自公300に迫る

自民大勝280超

野党 136

311 自民282 公明29

57 希望48 維新9

62 立憲50 共産11 社民1

▲議席数(議院) ▲議席数(議院)

議論今後の様

希望伸び悩

衆院選

希望伸びず 前原氏辞意



野党 136

29 11 51 9 1 0 0 0 23 28

17 3 1 0 0 0 0 23 285 169

計454

再び3分の

衆院の新勢力

野党 120

議席数 10 定数 405 議席数 233

23 社民 1 立憲 50 共産 11 維新 9 希望 49



改憲勢力3

立憲民主

社会保障、高齢者中心を是正 ～さらなる財源が必要～

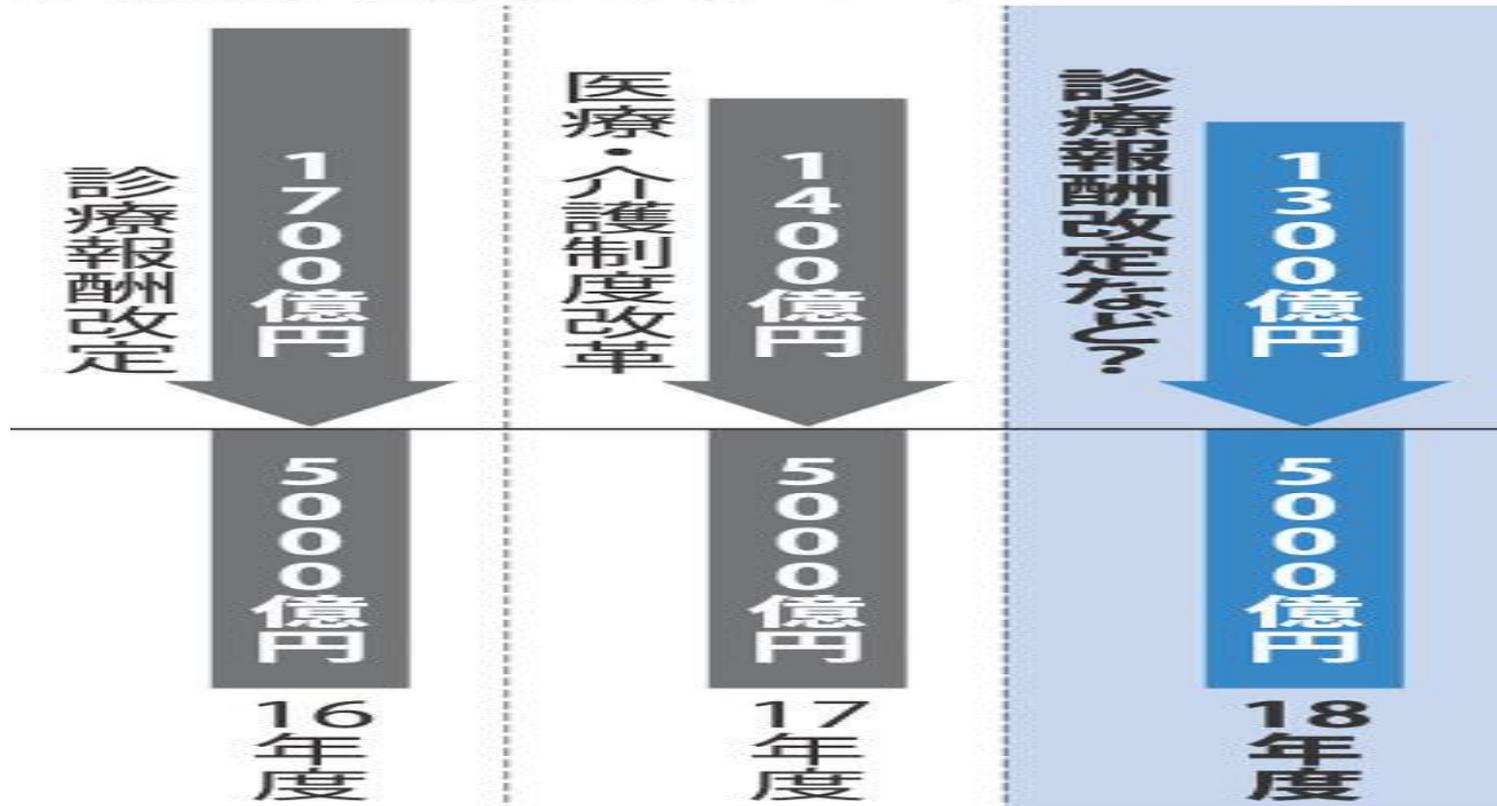
- 今後の社会保障政策についてこれまでの高齢者中心から「全世代型」に見直す意向を表明
 - 幼児教育・保育の無償化
 - さらなる財源が必要！
 - 2019年10月の消費税率10%への引き上げ
 - しかし2018年改定は消費増税なき改定
- 9月12日、日本経済新聞インタビュー



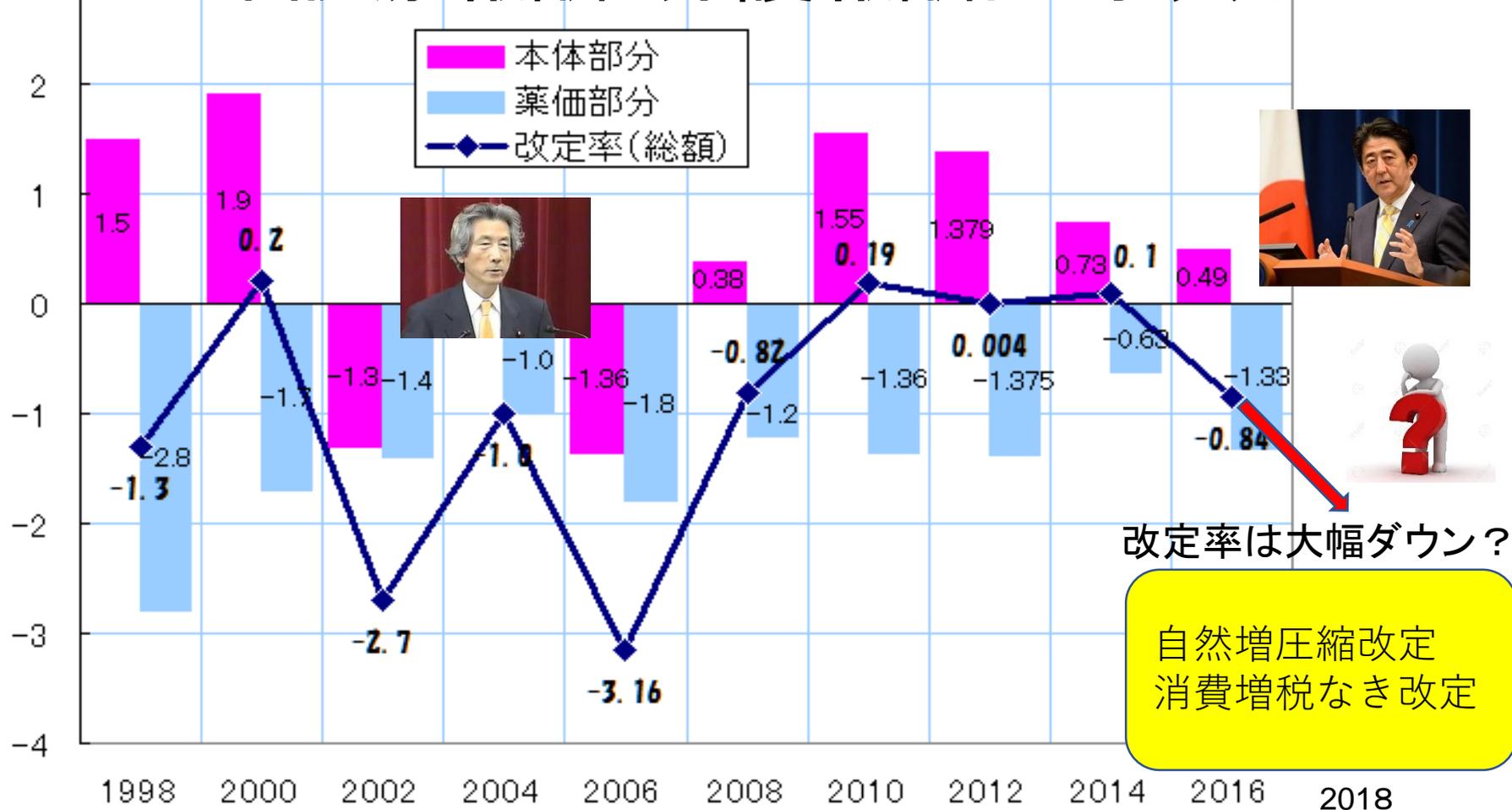
安倍晋三首相

社会保障費圧縮改定

2018年度の社会保障費 自然増抑制のイメージ



2018年診療報酬・介護報酬同時改定は？



改定率は大幅ダウン？

自然増圧縮改定
消費増税なき改定

(注) 2014年度は消費税増税対応分を含む(これを含めないと本体部分は0.1%増)。2016年度の改訂額は、2014年まで含めていた想定より売れた医薬品の価格引き下げも含めると実質マイナス1.03%

(資料) 産経新聞2009.12.24、毎日新聞2012.12.22、2013.12.21、2015.12.22

2018年改定の4つの視点

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

パート2

入院医療の2つのポイント

- ①7対1病床の要件見直し
- ②入退院支援



中医協診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・評価分科会

入院医療に関して専門的立場、技術的な視点から
課題を整理し中医協基本問題小委に報告する

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

氏 名	所 属
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いげばた ゆきひこ 池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
おかむら よしたか 岡村 吉隆	公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長
おがた ひろや 尾形 裕也	東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
しま ひろじ 島 弘志	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 病院長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つつい たかこ 筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
はやしだ けんし 林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
ふじもり けんじ 藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 教授
ほんだ のぶゆき 本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長:
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長:
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3
開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4
開催: 調査設計で開催
平成22年度3回
平成23年度1回
平成24年度3回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

ポイント①

7対1病床の要件見直し

看護師配置数と重症患者割合
(重症度、医療・看護必要度)

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方 2016年改定

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

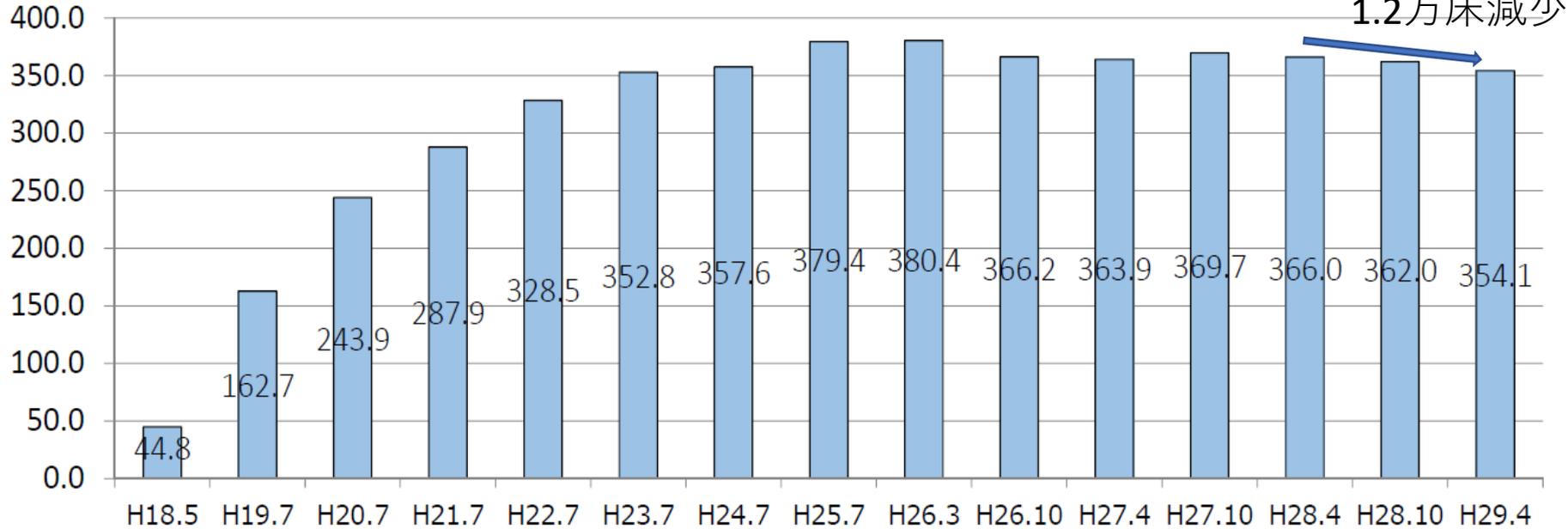
C 1得点が1点以上の患者

2016年改定の 7対1への影響

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。

届出病床数(千床)



1.2万床減少

[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し/C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

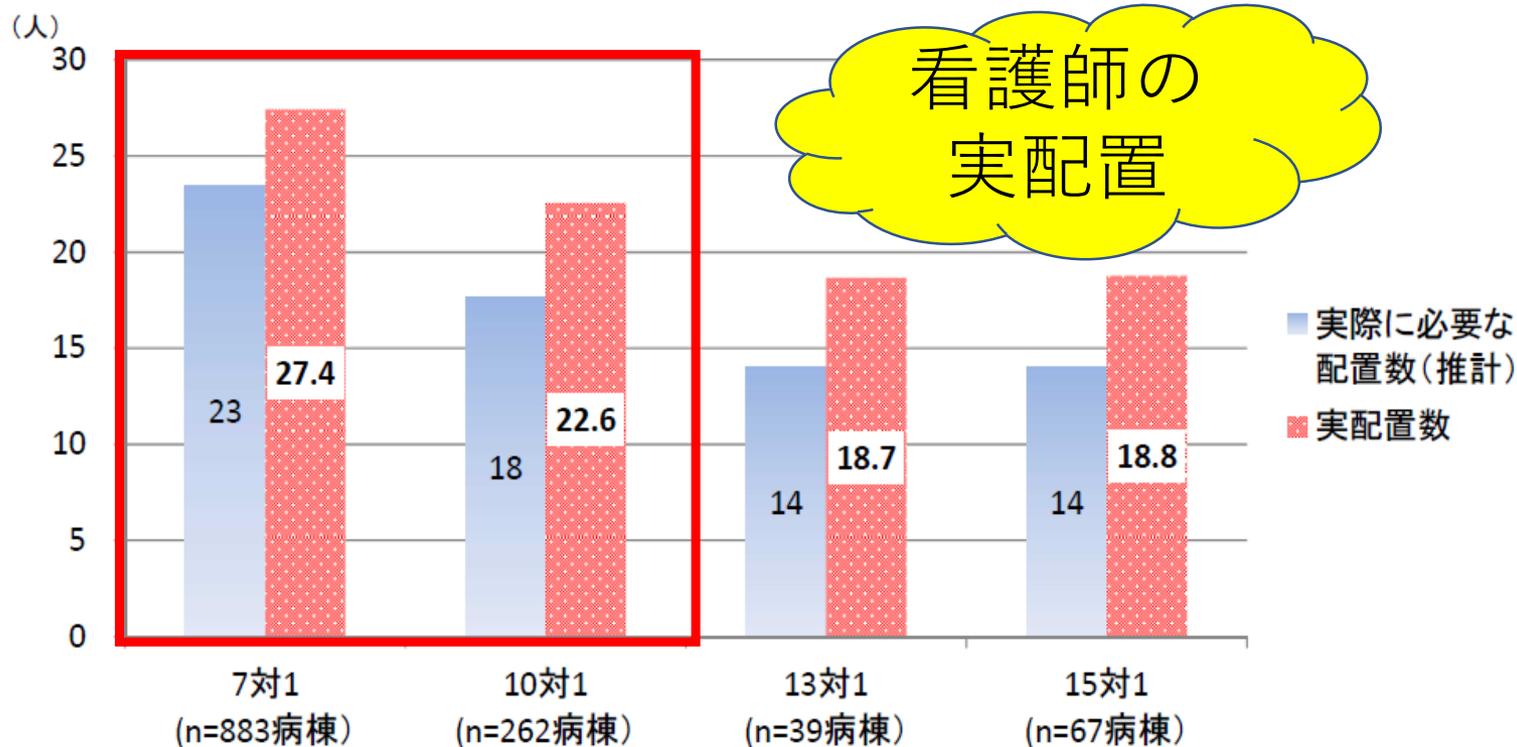
出典：保険局医療課調べ

2018年診療報酬改定

重症度、医療・看護必要度
はこうなる！

一般病棟入院基本料区分別 病棟の看護職員の配置数

○いずれの届出区分でも必要な配置数(推計)よりも実際には多くの看護職員を配置している。



(参考) 必要配置数(基準値) 7対1…14人 10対1…11人 13対1…8人 15対1…7人
病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定して算出した1日に必要な配置数

※ 実配置数:病棟あたりの看護職員の平均配置数(平成26年11月5日時点)
実際に必要な配置数(推計):病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定し算出
病床数を用い、看護職員の休日等の取得を考慮(年間総労働時間を1,800時間で設定)して試算し、
かつ月平均夜勤時間の要件を考慮した必要な配置数

※ 月平均夜勤時間の要件や夜勤人数の設定により、必要数変動することに留意

7対1、10対1の
重症患者該当率を
段階化する

一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

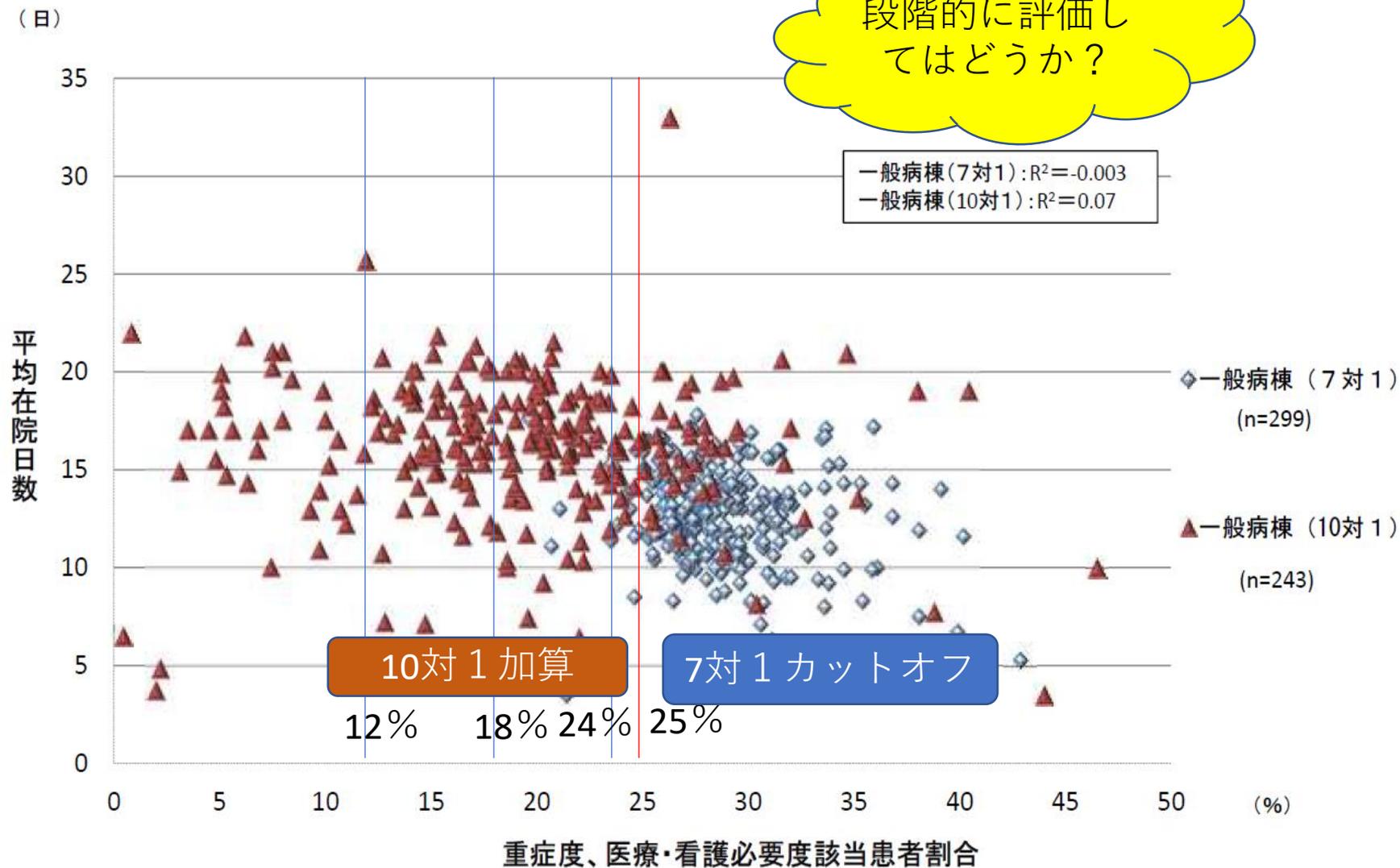
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

一般病棟（10対1）の加算による評価について

【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	基準値
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



重症度、医療・看護必要度のDPC
データ（EFファイル）による
置き換えを行う

重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連①

関連性が高いと考えられる項目の例(A項目)

重症度、医療・看護必要度項目			報酬区分
A	1	①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	J000 創傷処置
		②褥瘡の処置	J001-4 重度褥瘡処置
A	2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	J024 酸素吸入
A	3	点滴ライン同時3本以上の管理	G004 点滴注射
			K920 輸血
A	4	心電図モニターの管理	D220 呼吸心拍監視
A	5	シリンジポンプの管理	G通則 精密持続点滴注射加算
			薬剤の算定（血液製剤）
A	6	輸血や血液製剤の管理	K920 輸血
			K920-2 輸血管理料

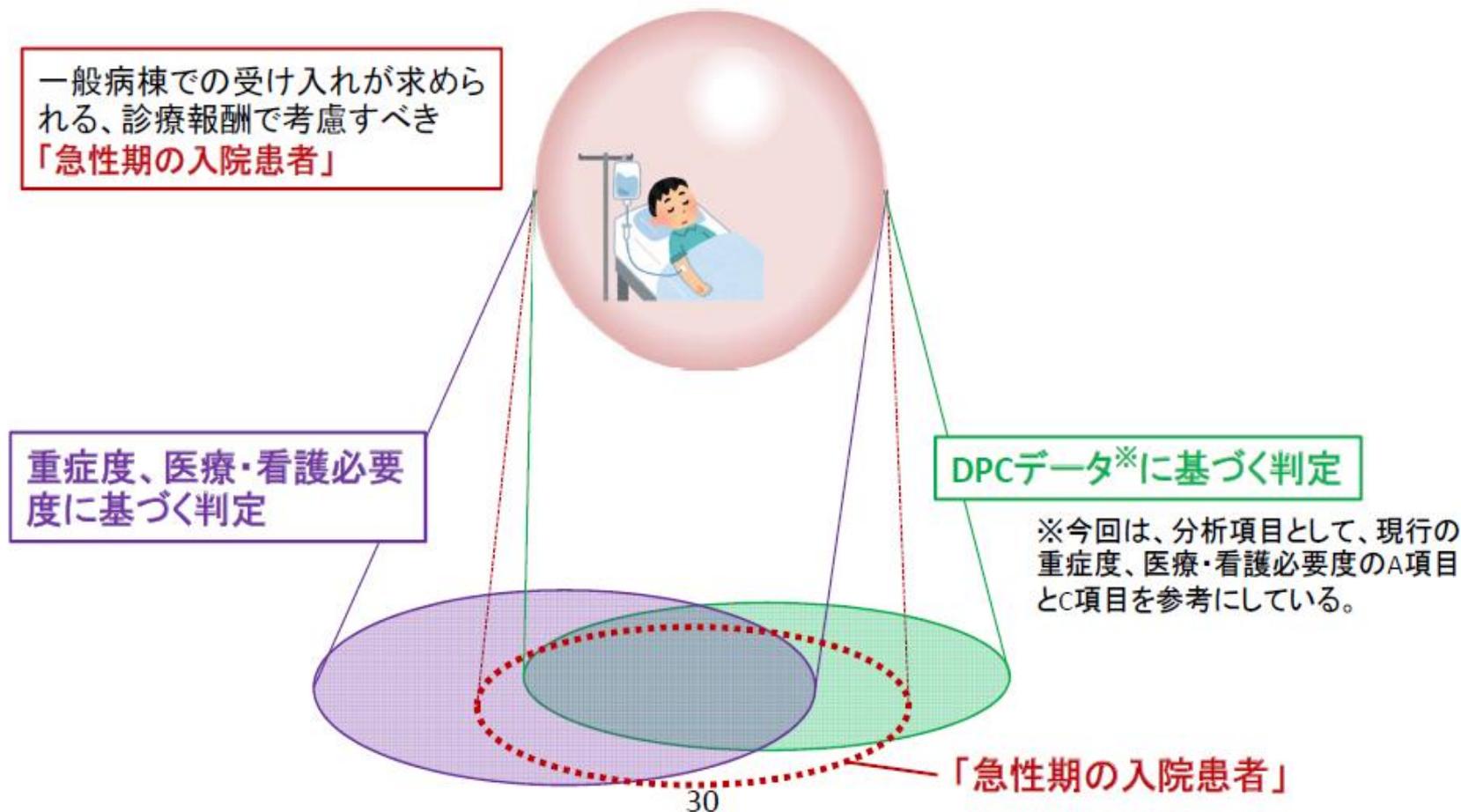
重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連③

関連性が高いと考えられる項目の例(C項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分
C	16 開頭手術	K164 頭蓋内血腫除去術
		K169 頭蓋内腫瘍摘出術
	17 開胸手術	K552 冠動脈、大動脈パ イ ス移植術
		K552-2 冠動脈、大動脈パ イ ス移植術
		K554 弁形成術
		K555 弁置換術
	18 開腹手術	K655 胃切除術
		K657 胃全摘術
		K695 肝切除術
		K702 膵体尾部腫瘍切除術
		K703 膵頭部腫瘍切除術
		K877 子宮全摘術
		K879 子宮悪性腫瘍手術
	19 骨の手術	K059 骨移植術
		K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術

急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図

- 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。



○看護配置などに基づく「基本部分」と、「診療実績に応じた段階的評価」を組み合わせるかどうか？
○医療機関の選択で従来方式の重症度医療看護必要度とDPCデータ（EF統合ファイル）に基づく重症患者割合計算を選択性としてはどうか？

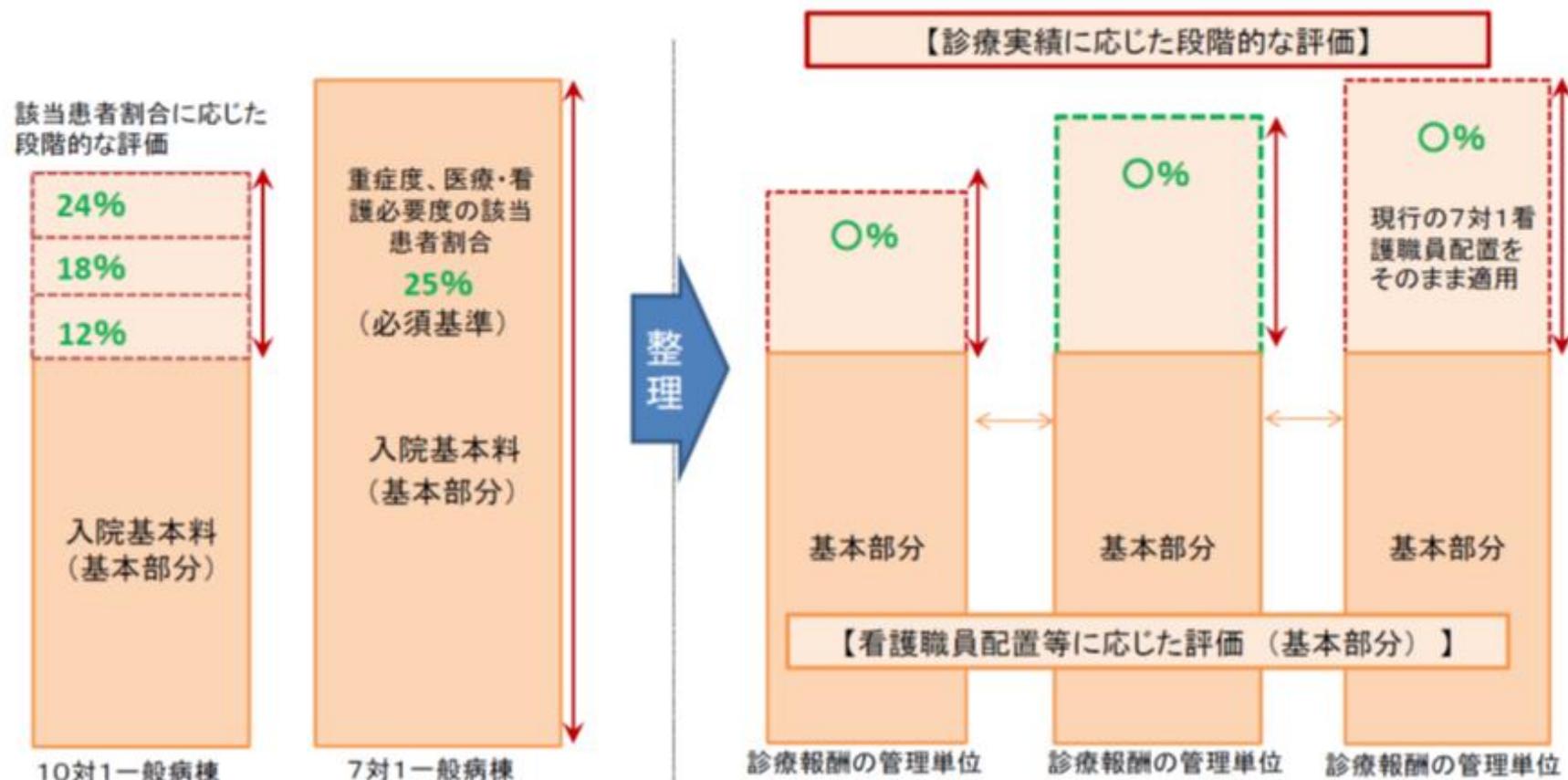
中医協総会（2017年11月24日）

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価体系(案)

- 将来の入院医療ニーズの変化に対応する病棟への弾力的で円滑な選択・変更を推進するため、7対1一般病棟と10対1一般病棟の現行の評価を参考にしつつ、急性期の入院医療の評価体系について、基本部分と実績に応じた段階的な評価部分との組み合わせによる評価体系を導入してはどうか。

なお、実績に応じた評価の最も高い部分には、現行の7対1一般病棟との整合性に配慮し、7対1看護職員の配置基準をそのまま適用してはどうか。

- また、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との間に中間的な水準の評価を設けてはどうか。



ポイント②

退院支援から入退院支援へ

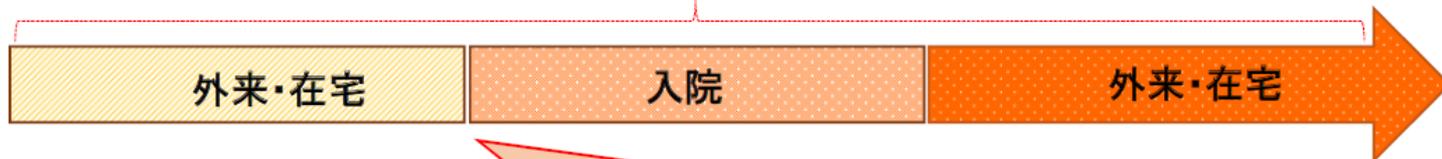
2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まった（入院医療分科会6月21日）



入院基本料の評価の見直しに向けた議論を始めた分科会（21日、厚労省）

地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

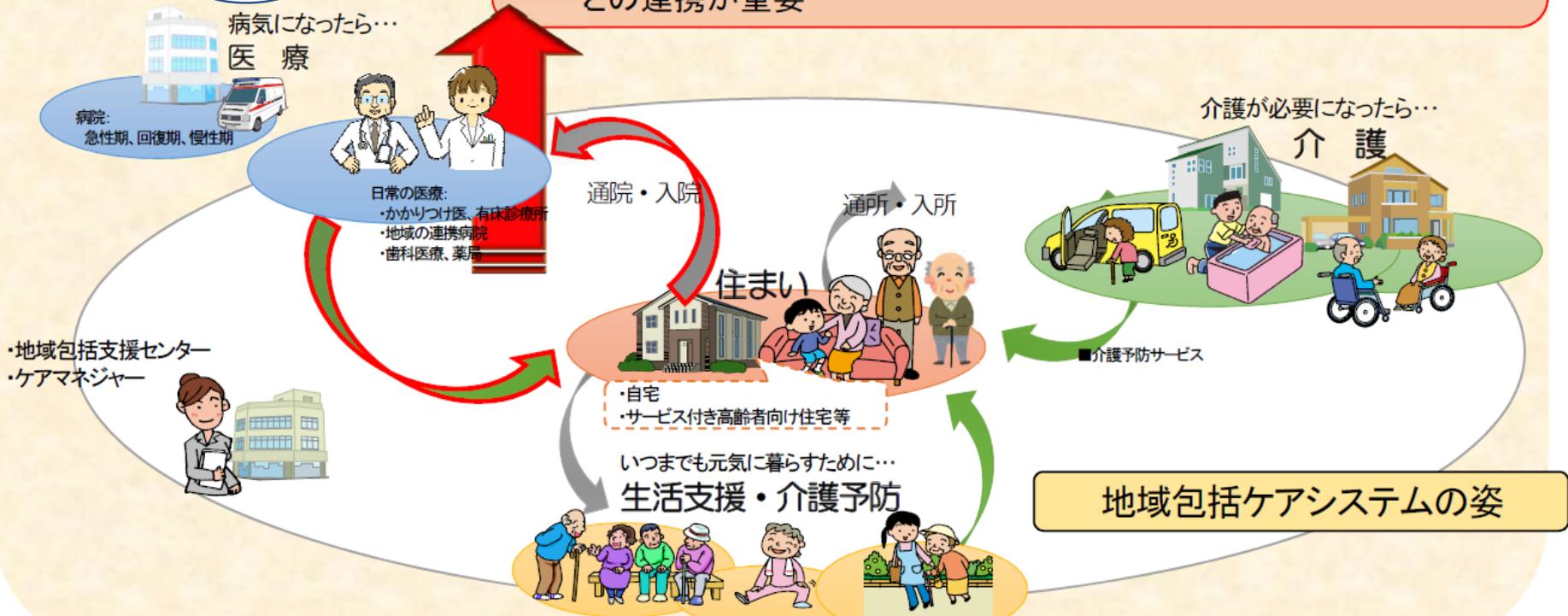
切れ目のない支援



退院支援から
入退院支援
へ！

退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、

- 外来や入院時から退院後の地域生活を見据えた支援が必要
- 外来部門と入院部門(病棟)との連携、地域と入院医療機関等との連携が重要



地域包括ケアシステムの姿

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算 1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算 2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点

「退院支援加算」が
新設された



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算 2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等（20か所以上）の職員と 定期的な面会を実施（3回/年以上）</u>	-
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	-

日本医療マネジメント学会 (仙台) 2017年7月7日、8日



東北大学病院の 入退院支援センター

- 東北大学病院（1225床）
 - 2015年から一部の診療科で「入退院センター」の運用を開始
 - 入退院センターでは入院が決定した患者に、入院案内や情報収集、退院阻害要因のスクリーニングを行い、必要時に病棟の多職種に情報提供がなされる。
 - 病棟では入退院センターから情報提供のあった退院阻害要因の内容を分析し、退院支援に活用する
 - 退院阻害要因は、介護力が最も多く、次いで経済状態、ADL低下、服薬管理、退院先の選択、問題行動、その他であった
 - 退院阻害要因はこのように入院前から明らかになっていて、支援可能なものも数多い
 - このため入退院センターにおける情報収集によって、早期からの退院支援を可能になったという

中部徳洲会病院（沖縄）の 入退院サポートセンター

- 沖縄の中部徳洲会病院（331床）
 - 2016年から「入退院サポートセンター」を設置し、ソーシャルワーカーの配置を行い運用を始めた
 - 入退院サポートセンターのソーシャルワーカーは看護師とともに入院予定患者の問診を行い、退院先の移行確認、各種制度案内を行い退院支援に関する患者教育を行う
 - 従来はソーシャルワーカーは患者が入院後に退院困難な患者を抽出し、患者・家族面談を行っていたが、これを入院前から行うことにより早期介入が図れるようになったという。

入院前から始める 退院支援



パート3 働き方改革と 医師事務作業補助者



2018年改定の4つの視点

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

勤務医はとっても忙しい ～ある外科医の1日～



岡山中央病院外科 蓮岡英明先生

当直明け
睡眠時間1時間

岡先生のある日

アッペの紹介
でーす。

病棟患者Bさん
意識がありません

明日手術予定のご家族が
1時間待ってまーす。

手術！

泌尿器科の先生から、ちょっと
診てほしい

7:00	研修医カンファレンス
8:00	外科・内科 ミーティング
8:00	研修ミーティング
9:00	クリニック外来(30名)
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	NSTランチ ミーティング
14:00	内視鏡(10~15件)
15:00	
16:00	
17:00	総回診
18:00	会議
19:00	病棟
20:00	残業
21:00	

下血が来た~緊急
内視鏡

病棟患者Aさんが転
倒しました~。

Cさん・Dさんの薬が
切れます。

アッペは何時からします
か？

保険書類がたまっ
てますよ。

通院中のEさんが、
発熱して、来院されます。

蓮岡先生は一人何役？

院内活動

- 医師として(外科・内視鏡・麻酔・救急)
- 臨床研修医管理・指導
- 部門管理(外科チーム)
- NST活動
- 内視鏡カンファレンス
- 癌・化学療法勉強会
- メディカルスタッフ教育
- 会議(診療録管理・手術室管理・リーダー会議)
- プロジェクト(センター化)
- 事業計画立案

院外活動

- 研修サーベイ
- 学会発表
- 論文記載
- NST関連研究会世話人
- 内視鏡関連研究会世話人
- 医局関連作業
- 大学講義
- 私的活動

A man with dark, wavy hair and a serious expression is shown from the chest up. He has a visible injury on his forehead, a small red mark. He is wearing a blue sweater over a light-colored collared shirt. He is holding a handgun in his right hand, pointing it towards the right side of the frame. The background is dark and out of focus, suggesting an indoor setting with some lights in the distance.

ダーティーハリーの仕事は、
「ブラッドワーク」
でも外科医の仕事にはめっちゃ
くちゃペーパーワークが多い

外科患者の流れと付随するペーパーワーク

検査前

- 申込み
- 内視鏡用紙記載
- 同意書作成
- 患者説明
- 電子カルテへの記載

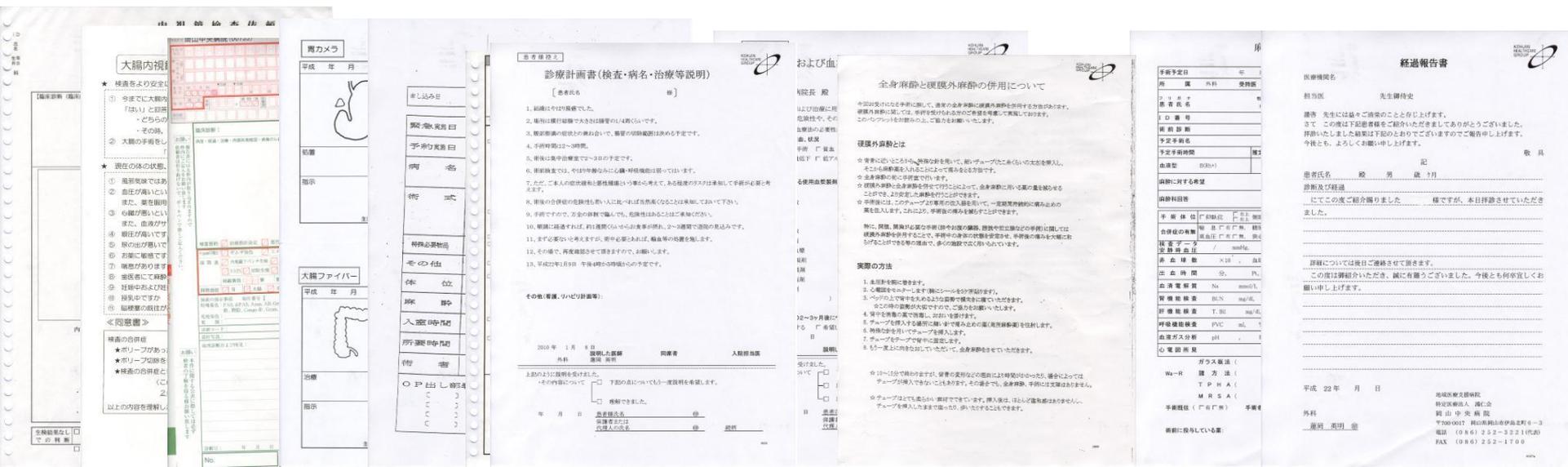
検査

- 検査実施
- 結果説明
- 所見用紙記載
- 電子カルテ記載
- 病理依頼紙記載
- 患者説明用手帳記載

検査後

- 入院説明
- 手術申込
- 術前検査依頼
- 検査結果説明
- 麻酔患者記録記載
- 輸血説明
- 輸血申込書記載
- 硬膜外麻酔説明
- 手術同意書記載
- 手術説明
- 電子カルテへの記載

紹介元への返事・病理結果・入院報告



外科の入院患者の流れとペーパーワーク

手術前

- 入院診療計画書記載
- クリティカルパス記載
- クリニカルマップ記載
- 手術同意書記載
- 家族を含めての手術説明
- 電子カルテへの記載
- 院内紹介状の記載

病室

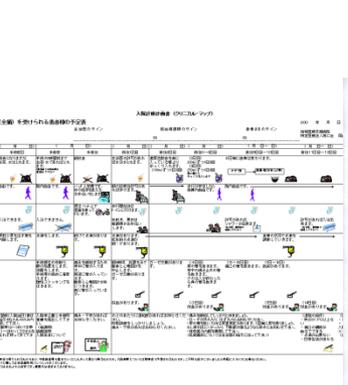
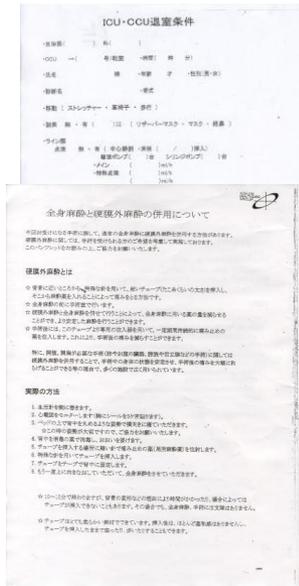
- ICU退室基準用紙記載
- 回診
- 日々の採血結果説明
- 検査指示だし
- 検査用紙記載
- 病理結果説明
- 抗癌剤の説明
- 電子カルテへの記載

手術

- 手術実施
- 結果説明
- 病理標本整理
- 病理伝票記載
- 術後管理
- ICU入室申込
- 手術記録記載

退院

- 退院後の説明
- 退院時指導用紙の記載
- 退院時サマリー記載
- 退院証明書記載
- 紹介元への返事記載
- 診断書
- 保険会社診断書



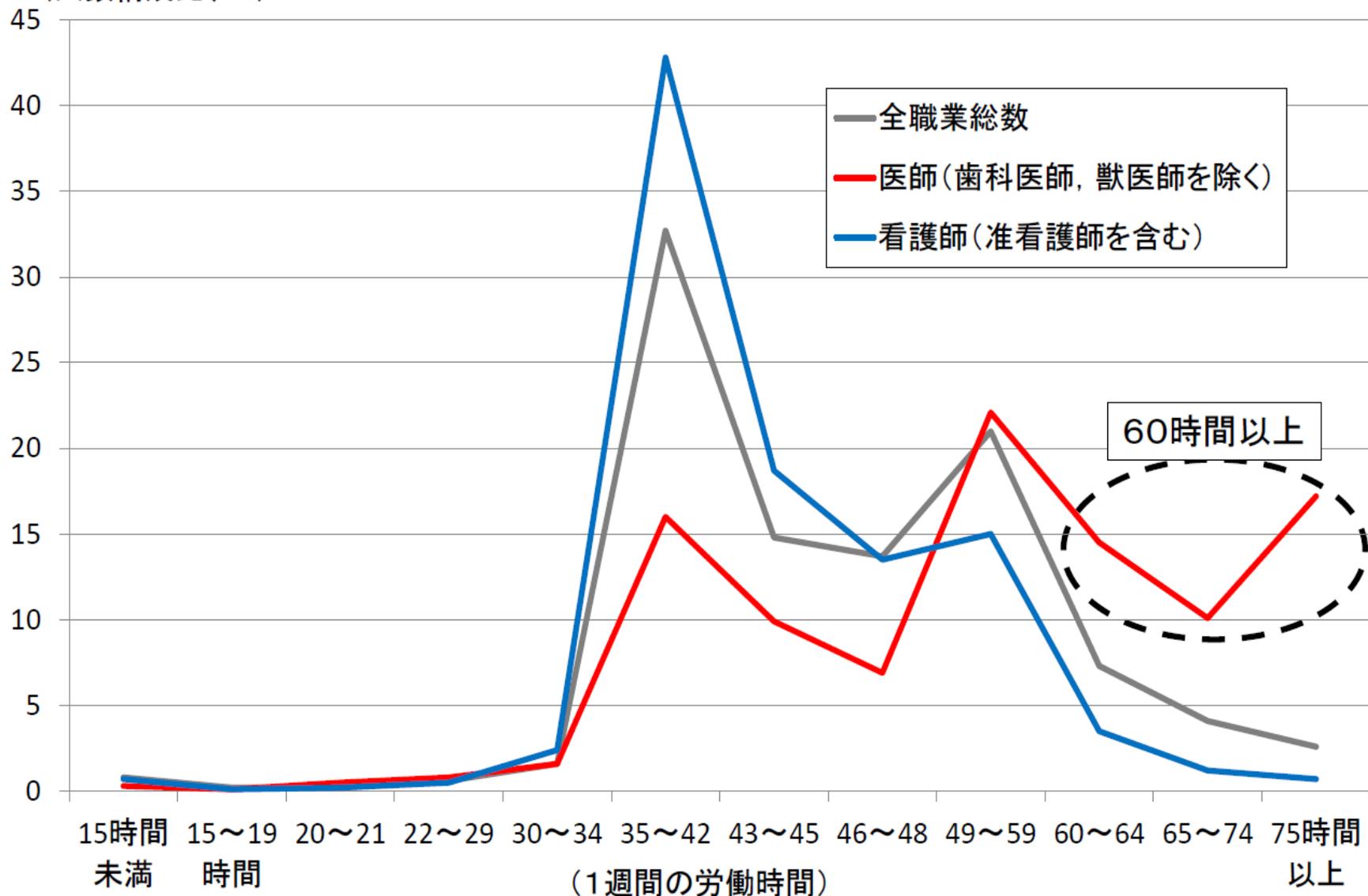
医師は他の職種より 労働時間が長い

当直明け
で手術、
疲れた～



医師等の1週間の労働時間の分布

(人数構成比、%)

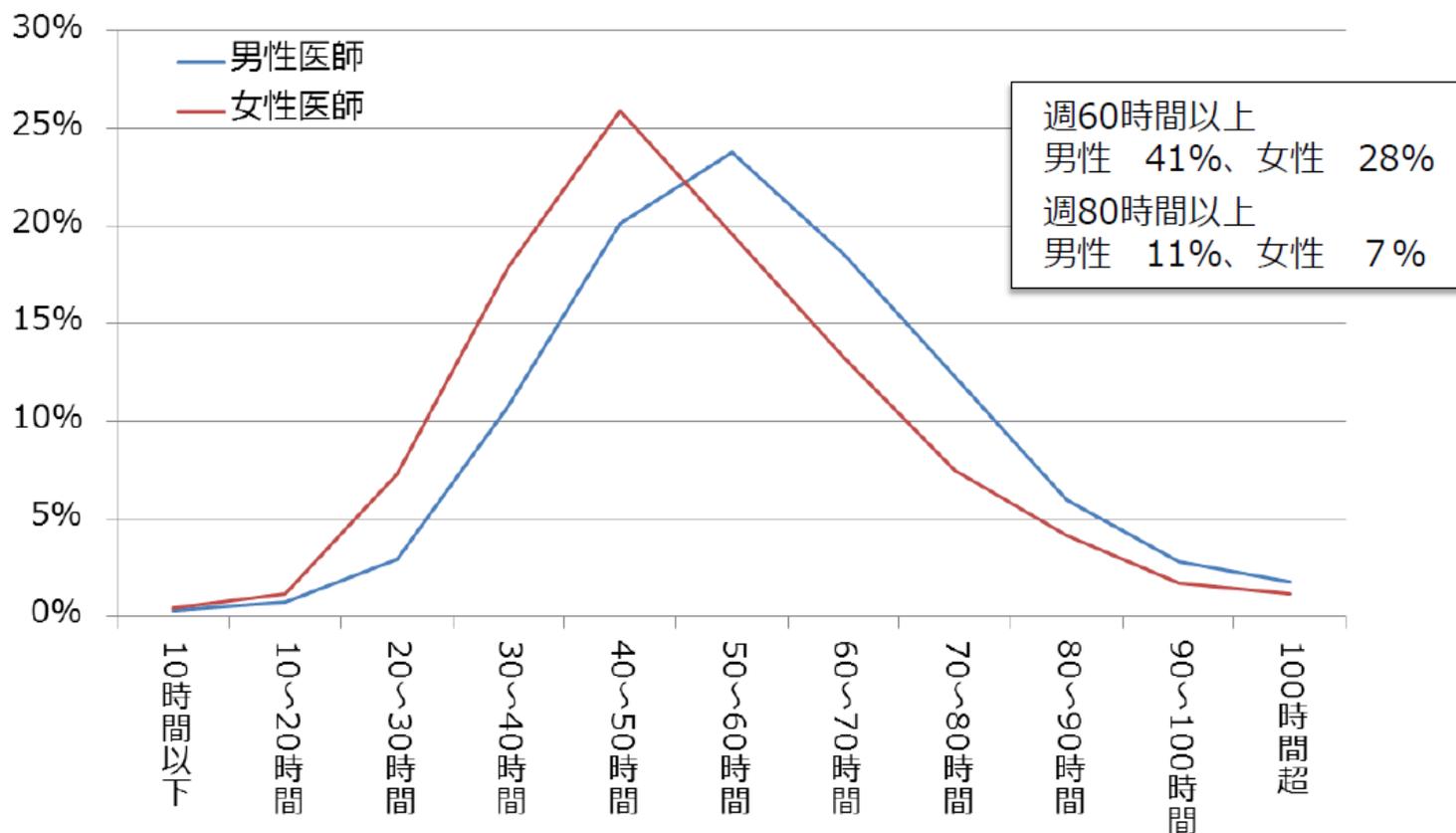


(出典)総務省・平成24年就業構造基本調査
(年間就業日数200日以上、正規職員)

病院常勤勤務医の週当たり勤務時間の分布

○ 病院常勤勤務医の勤務時間（診療時間＋診療外時間＋当直の待機時間）は、男性は41%、女性は28%の医師が週60時間以上である。

※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。なお、当直の待機時間には、労働基準法上の労働時間に該当するものと該当しないものの両方が含まれていると考えられる。

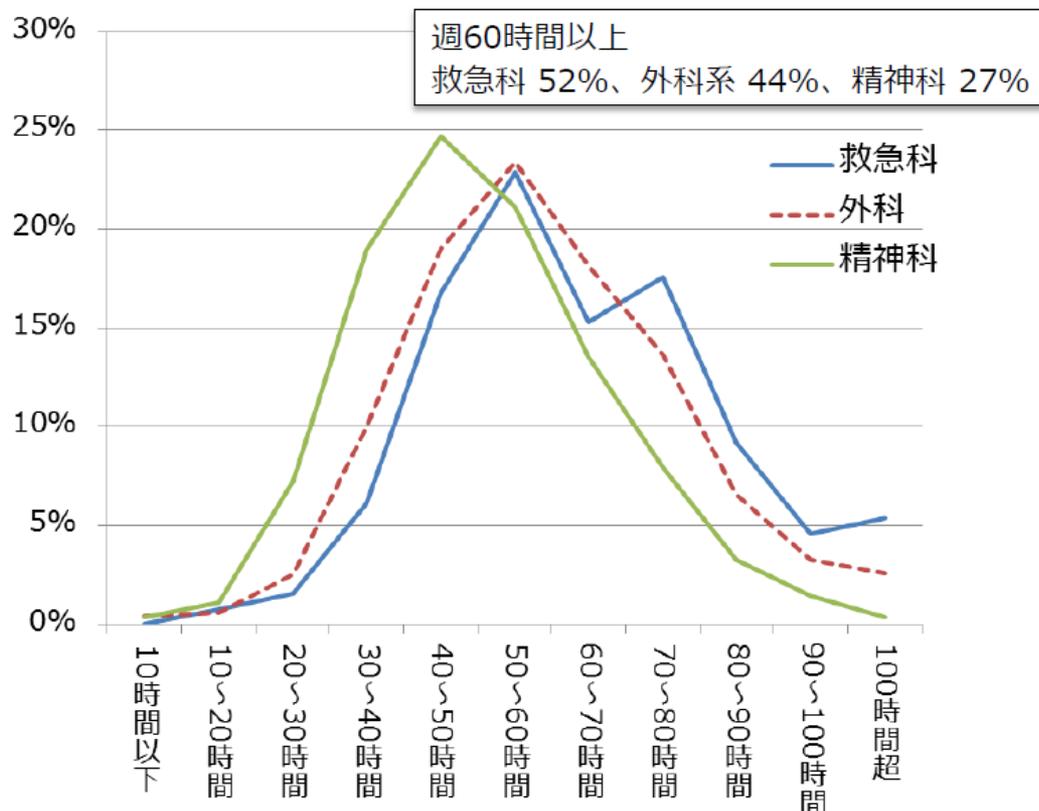


「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

病院常勤勤務医の診療科別の週当たり勤務時間

○ 病院常勤勤務医の週当たり勤務時間（診療＋診療外＋当直の待機時間）が60時間以上の割合は、平均の勤務時間が相対的に長い救急科・外科系はそれぞれ52%・44%、平均の勤務時間が相対的に短い精神科であっても27%。

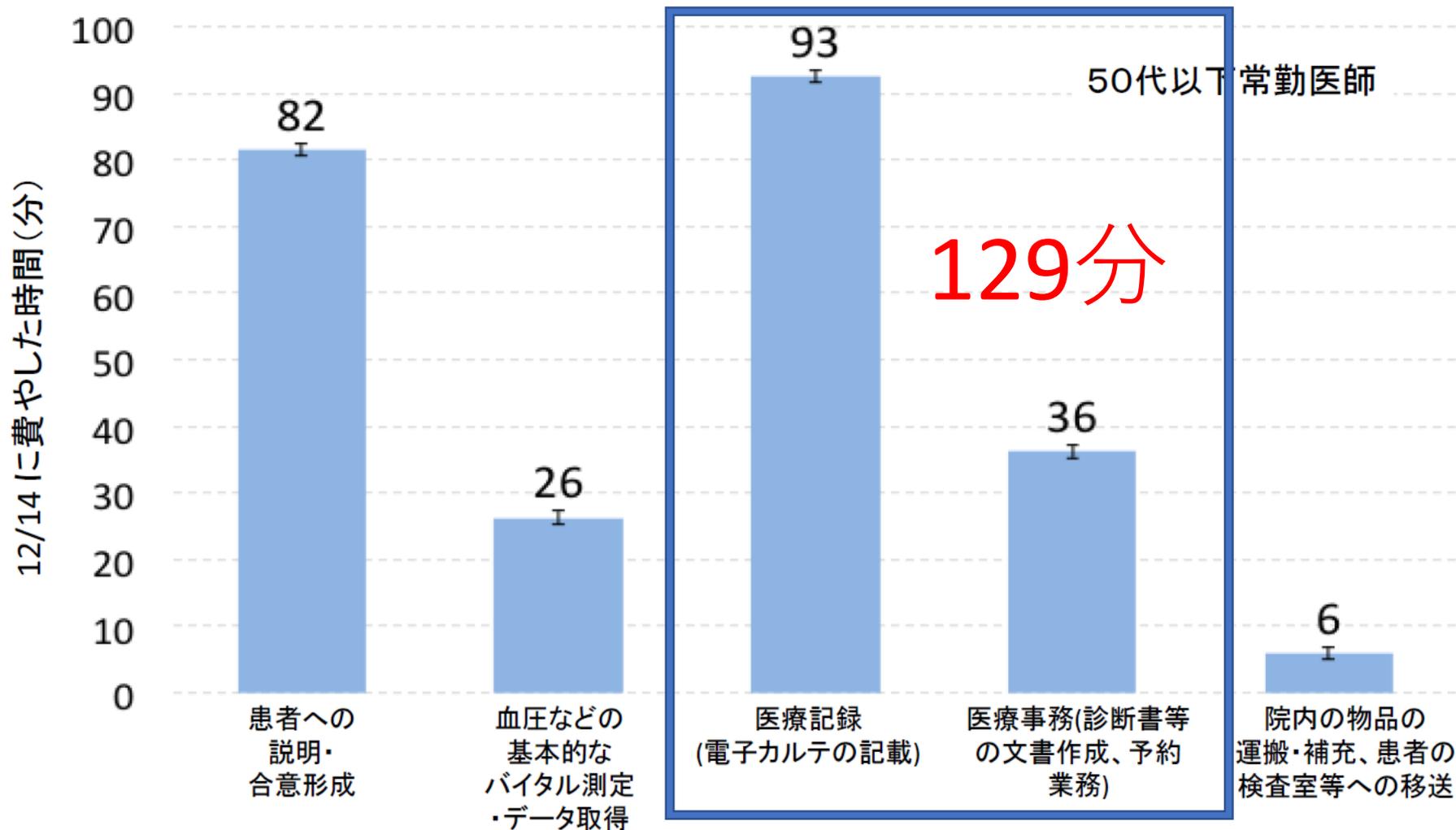
週当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科系	56時間16分
外科系	59時間28分
産婦人科	59時間22分
小児科	56時間49分
救急科	63時間54分
麻酔科	53時間21分
精神科	50時間45分
放射線科	52時間36分
臨床研修医	60時間55分
全診療科平均	56時間28分



※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。なお、当直の待機時間には、労働基準法上の労働時間に該当するものと該当しないものの両方が含まれていると考えられる。

「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

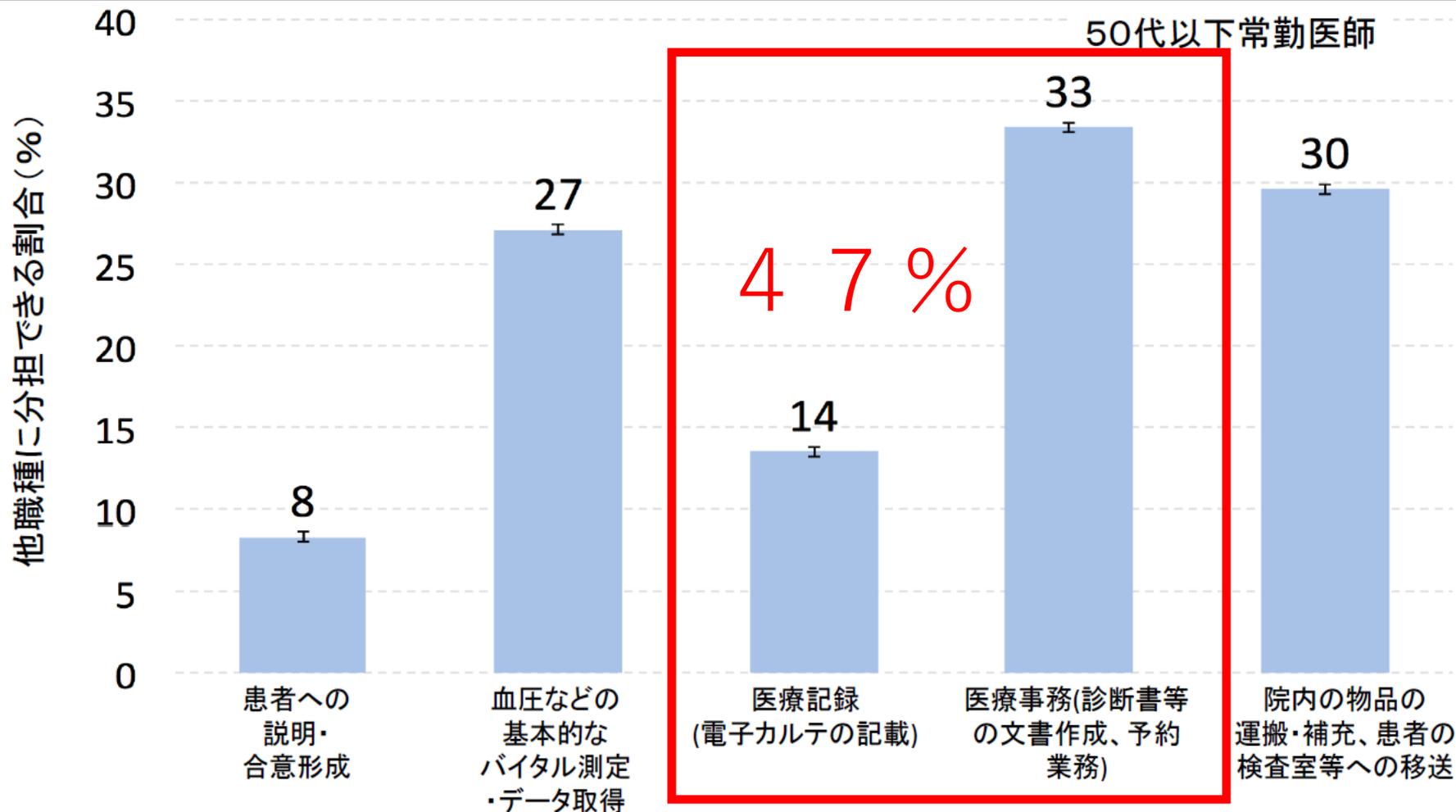
他職種(看護師や事務職員等のコメディカル職種)との分担 (12月14日の1日に費やした時間(分))



医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

他職種(看護師や事務職員等のコメディカル職種)との分担 (他職種に分担できる割合(%))

○ 1日で5つの業務に費やした平均約 240 分のうち、20%弱(約47分)が他業種に分担可能。



医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

医師と医師事務作業補助者

医療業務

医療行為

医師事務

業務が軽減されたことで
治療に専念できる!

医師 は医療行為優先

患者への診療・治療に専念
臨床によって医療研究の活性化 etc



事務作業は
任せて!

**医師事務
作業補助者** が担当

診断書などの文書作成
診療録などの代行記載、入力
医療の質を高める業務・作業
行政などへの報告業務 etc



中医協で医師事務作業補助者の
診療報酬改定議論が始まった！



中医協2017年11月8日

重点課題

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について

3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

医師事務作業補助者の業務範囲

(平成20年度診療報酬改定関連通知 08年3月28日)

• [医師事務作業補助者の業務範囲]

• 1 診断書などの文書作成補助

• 診療記録への代行入力

- 医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査）
- 医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等）並びに行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等）への対応を医師の指示の下に行う

• 2 医師以外の職種の指示の下に行う業務

- 診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については行わないこと

医療従事者の負担軽減・人材確保について①

医師事務作業補助体制の評価①

- 医師事務作業補助体制加算1の評価を引き上げるとともに、医師の指示に基づく診断書作成補助・診療録の代行入力に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める。

【医師事務作業補助体制加算1】

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	860点
20対1	648点
25対1	520点
30対1	435点
40対1	350点
50対1	270点
75対1	190点
100対1	143点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	<u>870点</u>
20対1	<u>658点</u>
25対1	<u>530点</u>
30対1	<u>445点</u>
40対1	<u>355点</u>
50対1	<u>275点</u>
75対1	<u>195点</u>
100対1	<u>148点</u>

[施設基準](業務の場所)

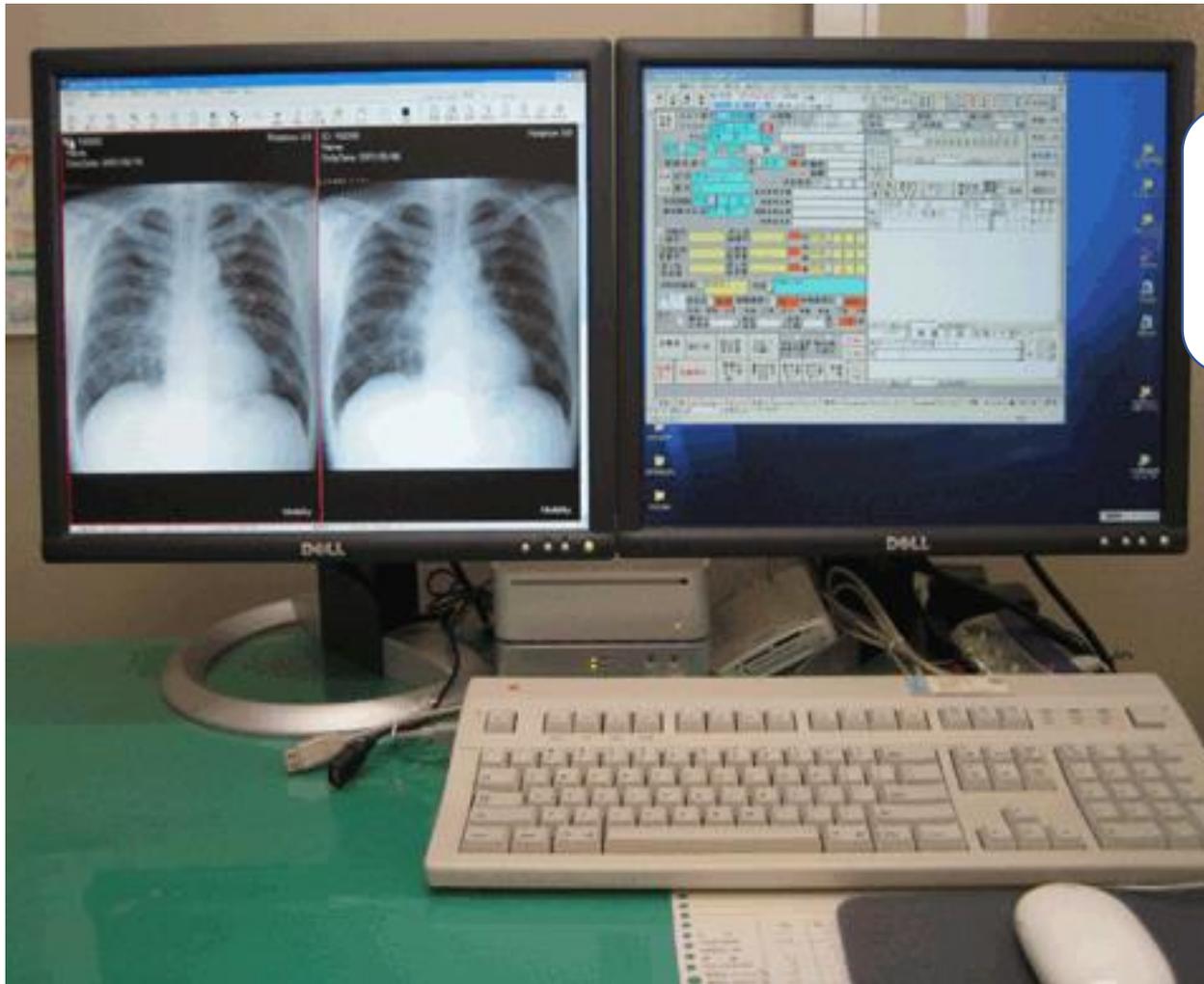
医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含める。



手書きカルテのころは 振り向けば美人看護師さんが後ろにいた！



外来に電子カルテがやってきた



検査予約も次回診察予約もみ～んな一人でやるのか・・・



今は振り向いても誰もいない・・・
医者は孤独なワンマンカーの運転手



今では振り向けば医師事務作業者補助の
みなさんが・・・
代行入力ありがとうございます！



2018年診療報酬改定
へ向けて

横断的事項(その4)

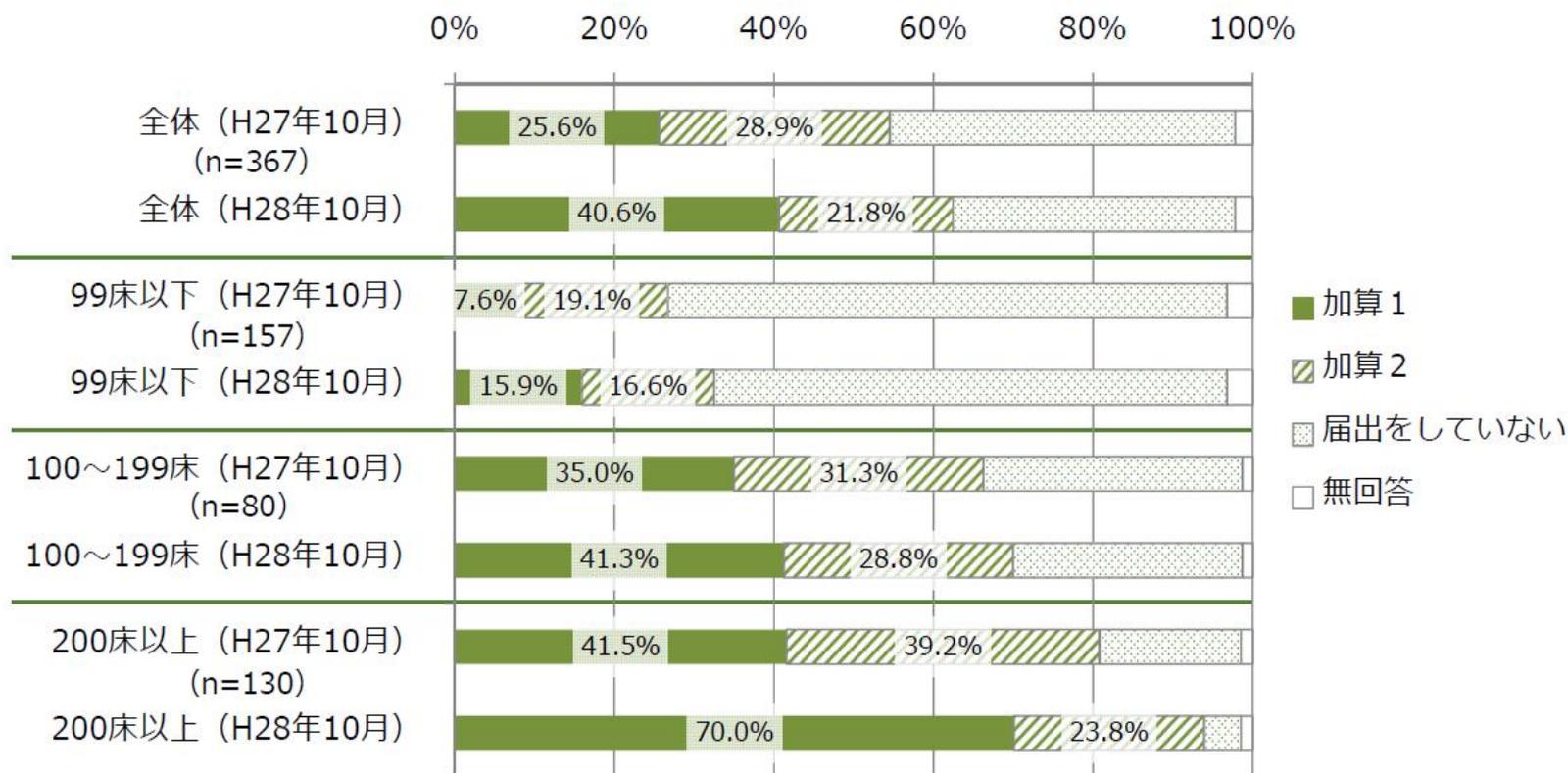
－医療従事者の働き方、病床数の取扱い、
地域の実情を踏まえた対応－

平成29年11月8日

医師事務作業補助体制加算の届出状況

○ 医師事務作業補助体制加算の届出は、全体的に増加しており、中でも加算1の割合が増加してきている。

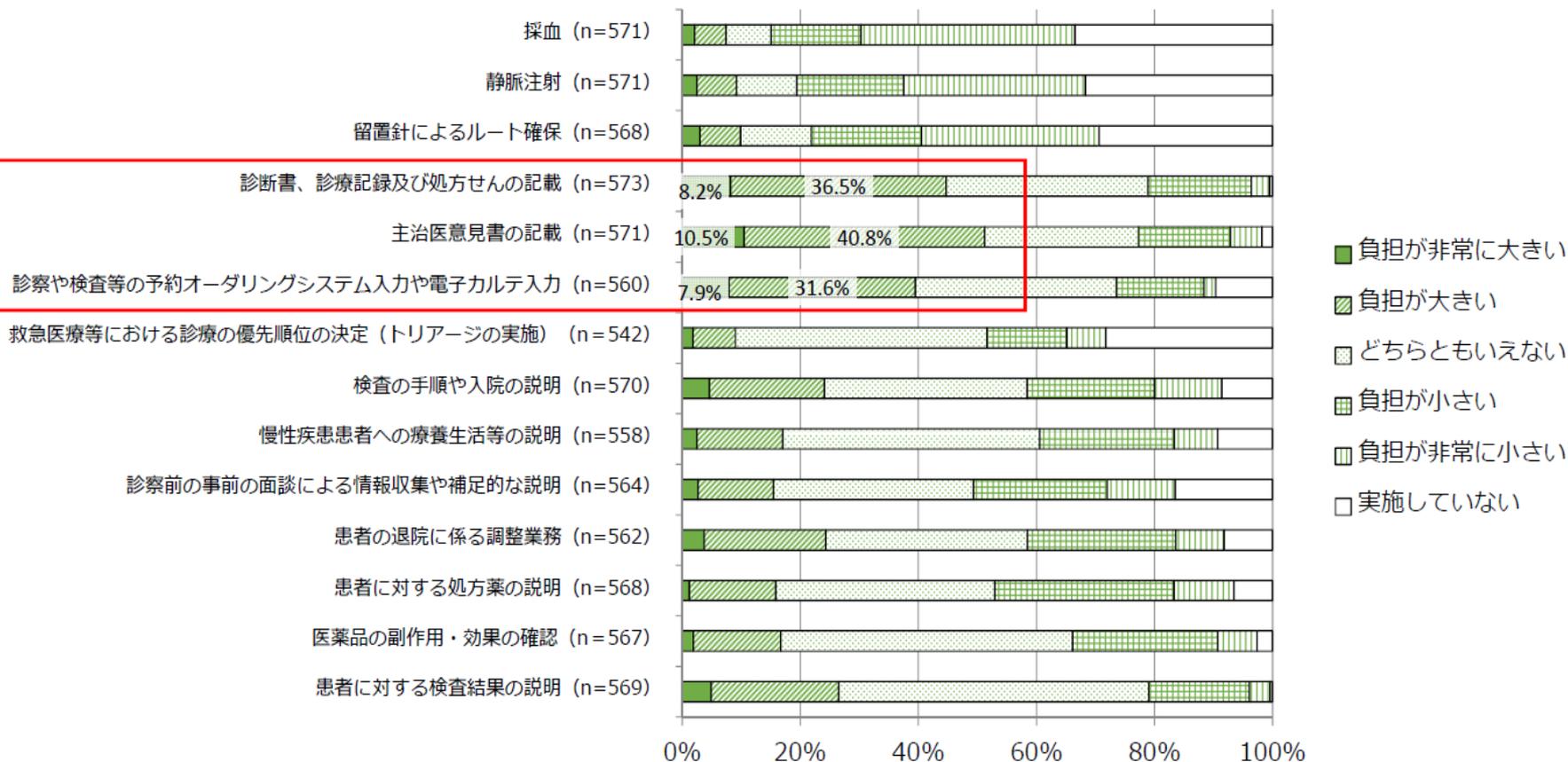
医師事務作業補助体制加算の届出状況 (n=367)



各業務の医師の負担感

- 各業務の負担感として、「診断書、診療記録及び処方せんの記載」「主治医意見書の記載」「診察や検査等の予約オーダリングシステム入力や電子カルテ入力」については、「負担が非常に大きい」又は「負担が大きい」と選択した医師が多かった。

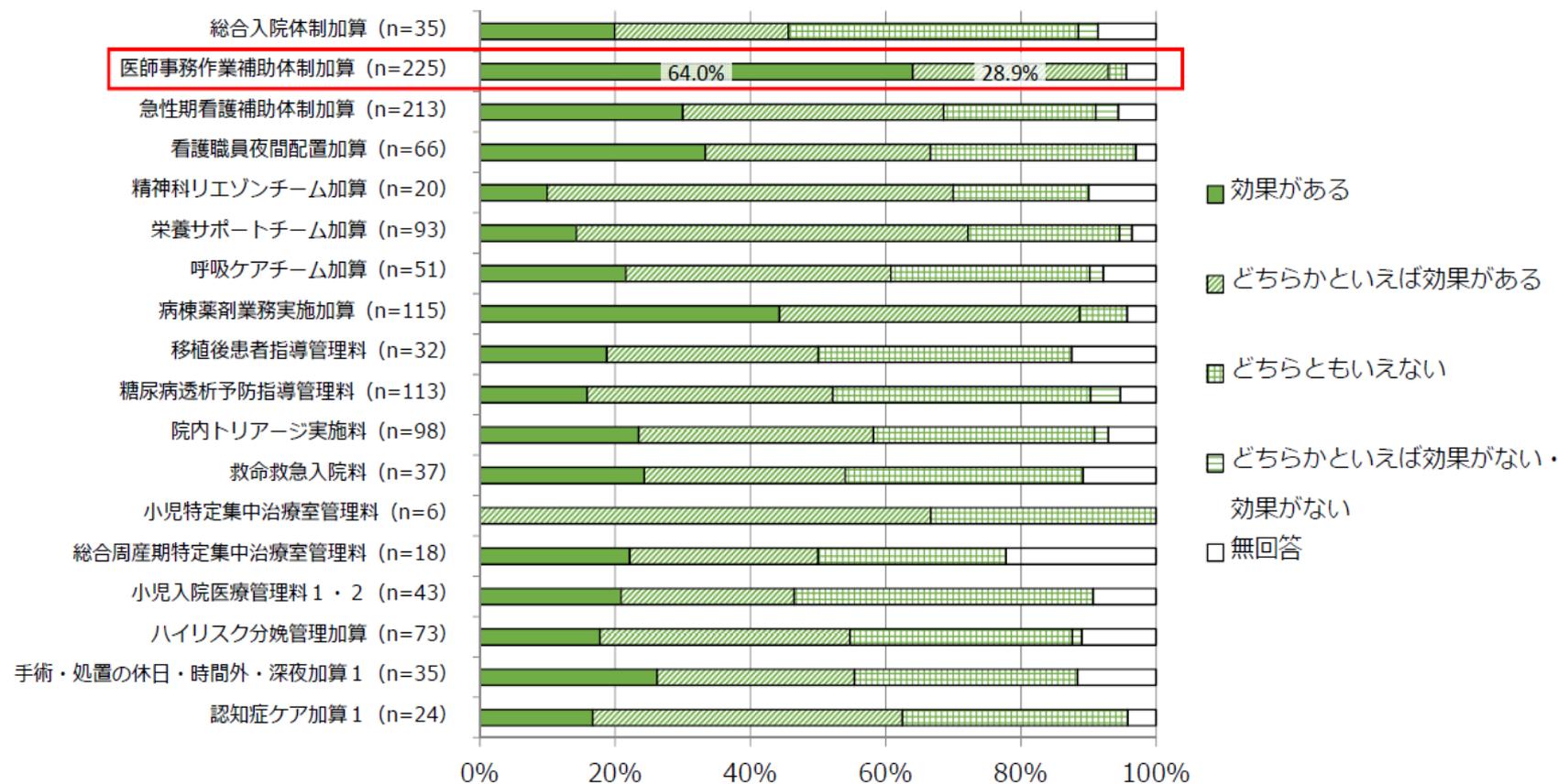
＜各業務の負担感＞
(医師への調査)



勤務医の負担軽減策の効果(算定施設の回答)

○ 医師事務作業補助体制加算は、勤務医の負担軽減に「効果がある」、「どちらかといえば効果がある」と回答した施設は9割超であった。

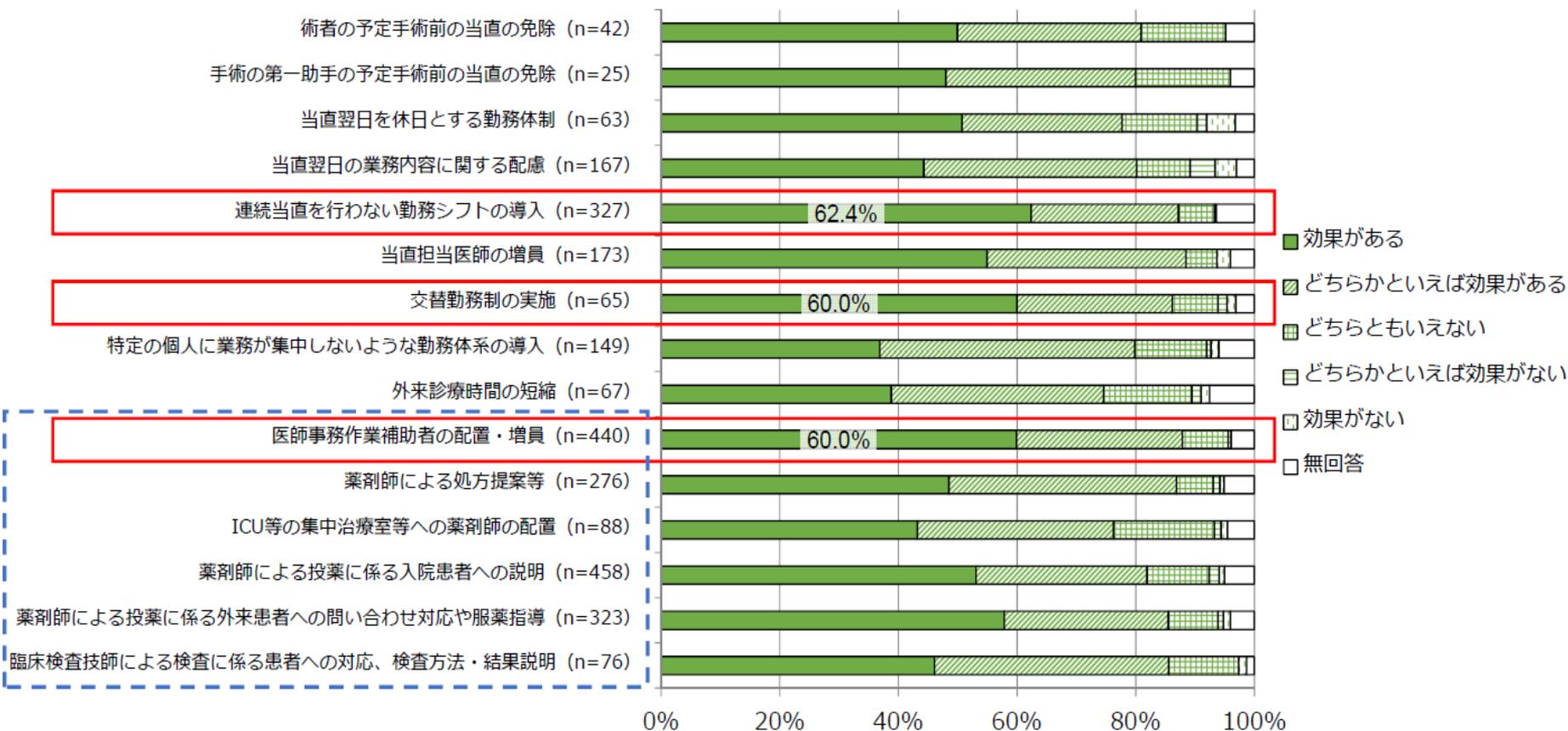
＜病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする診療報酬項目の効果＞
(算定施設)



勤務医の負担軽減策の効果(医師の回答)

- 勤務医の負担軽減策として、医師が効果があるとして選択したものは、上から「連続当直を行わない勤務シフトの導入」「交替勤務制の実施」「医師事務作業補助者の配置・増員の配置・増員」であった。
- 他職種との業務の分担に関する項目も、効果のある負担軽減策として選択されていた。

＜診療科で実施している勤務医の負担軽減策の効果＞
(当該負担軽減策を実施している診療科に所属する医師)



医療機関における勤務環境改善に関する課題と論点(案)

【課題】

【医療機関における勤務環境改善の取組み】

- ・病院での勤務環境改善の取組(責任者の配置、役割分担推進のための委員会設置等)は、医師及び看護職員を対象としたものであり、特定入院料や入院基本料等加算等の特定の評価の施設基準要件となっている。これらの取組については、毎年、地方厚生(支)局へ別々の様式で提出している。
- ・病院職員は、夜間・休日の対応が一定程度必要であるが、医師・看護職員以外の職種にも求められてきている。
- ・平成26年施行の改正医療法により、「病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めなければならない。」とされており、各病院において、短時間勤務正職員制度の導入等の取組がされている。
- ・「地域医療介護総合確保基金」における医療従事者の確保に関する事業として病院内保育所の運営・施設整備の支援を行っており、院内保育、夜間保育、病児保育を実施している病院数は、近年増加傾向にある。

【医師事務作業補助者、勤務医の負担軽減策】

- ・医師事務作業補助体制加算は、勤務医の負担軽減に「効果がある」、「どちらかといえば効果がある」と回答した施設は9割超であった。
- ・勤務医の負担軽減策として、医師が効果があるとして選択したものは、「連続当直を行わない勤務シフトの導入」「交替勤務制の実施」「医師事務作業補助者の配置・増員の配置・増員」であった。また、他職種との業務の分担に関する項目も、効果のある負担軽減策として選択されていた。



【論点(案)】

- 医師事務作業補助者の配置や他職種との業務の分担等が負担軽減策として効果があるとされたことを踏まえ、加算や特定入院料で評価されてきた勤務医の負担軽減策については、医療機関の取組がさらに進むよう見直してはどうか。
- 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減・処遇の改善に資する体制に係る手続きについて、合理化することとしてはどうか。

医師事務作業補助者の業務範囲

(平成20年度診療報酬改定関連通知 08年3月28日)

• [医師事務作業補助者の業務範囲]

- 1 診断書などの文書作成補助
 - 診療記録への代行入力
 - 医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査
 - 医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等）並びに行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等）への対応を医師の指示の下に行う
- 2 医師以外の職種の指示の下に行う業務
 - 診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については行わないこと

2018年改定と医師事務作業 補助者

- (1) 特定集中治療室等
- (2) 救急医療管理加算



2017年10月18日入院医療分科会

(1) 特定集中治療室等



ICU

ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例

APACHE II

(acute physiology and chronic health evaluation II)

- ICU入室24時間以内の生理学的指標12項目の合計スコア(最悪値)に、年齢、慢性併存疾患のスコアを加え、重症度を0点から71点に定量化した指標(詳細は次項)

(測定項目)

・体温	・動脈圧	・心拍数
・呼吸数	・PaO ₂	・pH
・Na	・K	・クレアチニン
・Ht	・WBC	・GCS



年齢、慢性併存疾患

当該スコアを用いて、個々の患者の重症度の数値化や予測死亡率※が客観的に把握可能となる

- また、個々の患者で算出した予測死亡率を用いて、各施設での標準化死亡比(=当該施設における実死亡率/施設における予測死亡率)が客観的に把握可能となり。

各施設の標準化死亡比を用いて、施設間での客観的な比較が可能となる

- 日本集中治療医学会において、国内多施設に対する集中治療室患者症例レジストリ(JIPAD)を2015年より開始しており、その中にAPACHE IIの内容も含まれる。登録開始施設53施設、合計登録症例数 42,500例(2017年9月現在)

※予測死亡率 = $e^{\text{Logit}} / (1 + e^{\text{Logit}})$ (Logitは上付き)

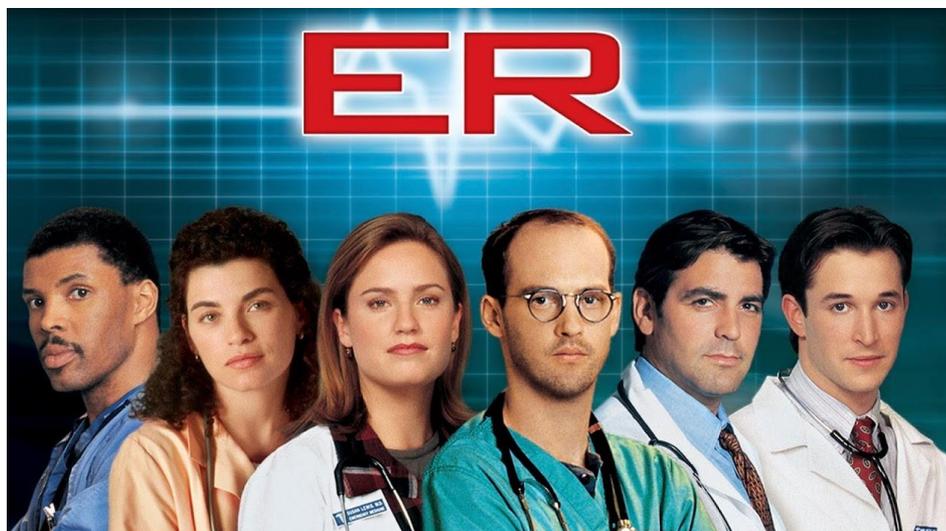
Logit = $-3,517 + (\text{APACHE II}) * 0,146 + 0.603 \times \text{緊急手術加算} + \text{Diagnostic category weight (疾患別係数)}$

ICUにアパッチがやってくる
～医師事務作業補助者さん
入力手伝って～！



APACHE

(2) 救急医療管理加算



(参考)救急医療等の推進について(平成26年度診療報酬改定)

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

平成26年度改定前

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態



平成26年度改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

<救急医療管理加算1>

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

<救急医療管理加算2>

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

2018年診療報酬改定で
救急医療管理加算にエビデン
スが求められる！

救急患者に関する指標の例

○ 救急患者に実際に使用されている評価指標の例として、以下のような指標が考えられる。

【救急医療管理加算の対象患者】

【関係する指標の例】

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態



緊急の止血処置の有無等

イ 意識障害又は昏睡



JCS、GCS等

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態



動脈血酸素分圧、NYHA分類等

オ ショック



収縮期血圧の低下、昇圧剤の使用等

キ 広範囲熱傷



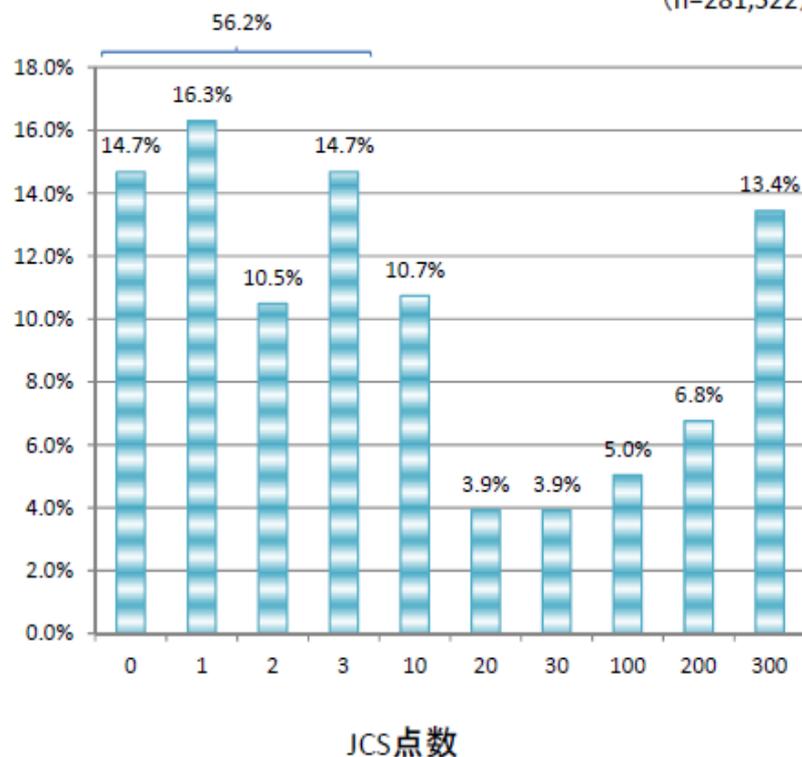
Burn Index 等

救急医療管理加算1算定患者に関する分析①

- 救急医療管理加算1算定患者のうち「イ意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布をみると、JCS I 桁の患者が全体の半数以上を占めた。

救急医療管理加算1算定患者のうち
「イ意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布

(n=281,522)



(参考) JCS: Japan Coma Scale

I. 覚醒している

- 0 意識清明
- 1 見当識は保たれているが意識清明ではない
- 2 見当識障害がある
- 3 自分の名前・生年月日が言えない

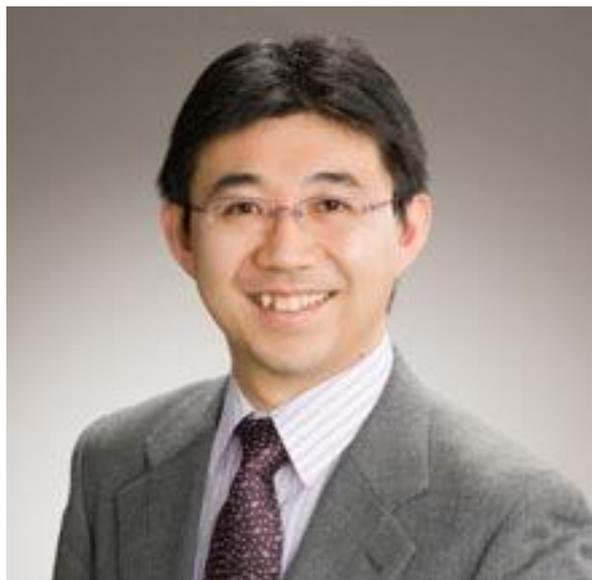
II. 刺激に応じて一時的に覚醒する

- 10 普通の呼びかけで開眼する
- 20 大声で呼びかけたり、強く揺するなど開眼する
- 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する

III. 刺激しても覚醒しない

- 100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする
- 200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
- 300 痛み刺激に対し全く反応しない

パート4
米英における
医師事務作業補助者



東京医療保健大学
医療保健学部 医療情報学科
瀬戸 僚馬

医師事務作業補助者の歴史

• アメリカ

文献上、1926年には出現
カルテの代行入力や、
検査の支援等

• イギリス

1960年代には出現

• アジア諸国

シンガポールにHealthcare
Assistantという職種はいるが
あまり活発とはいえない。

October, 1926

CALIFORNIA AND WESTERN MEDICINE

513

EDITORIALS

DOES EVOLUTION APPLY TO THE LIVING CAUSES OF DISEASE?

If evolution influences man, monkeys, flowers and potatoes, may it not also apply to the minute microscopic animal and vegetable organisms that produce disease in their hosts?

Scientific and historical evidence supports the hypothesis. It is known that some diseases once active have disappeared and that others appear to be doing so. There are, of course, other reasons than evolution which could be and are being advanced to explain this phenomenon, but they do not explain what appears to be the occasional rise of a new disease or possibly the reappearance of an old one in an unrecognizable dress.

The theory that evolution applies to living causes of disease is to the fore again in scientific literature as an explanation of the disease variously termed encephalitis lethargica, epidemic encephalitis, contagious encephalitis, post-influenza encephalitis and, most incorrectly, "sleeping sickness."

At least in its present form this disease is less than ten years old. In that time it has invaded thousands of communities in practically every country in the world, and apparently is only in its infancy, either in prevalence or in the harm it may yet do to the human race. In searching for the cause, all sorts of hypotheses are being put forth for testing, and all sorts of experiments are being planned and executed.

Two well-known and careful students have recently seriously advanced the hypothesis that the extensive occurrence during the last few years "argues much for the evolutionary theory of the malady. *We are too apt to forget that evolution proceeds ever onward, and that side by side with the elimination of old diseases, new diseases may appear or reappear after long absence through the originating of a species of organisms hostile to man or alternatively, by reason of the taking on of inimical parasitic function by a previously harmless saprophyte.*"

MEDICAL SECRETARIES

The duties, legal exactitudes and other responsibilities of physicians, hospitals, and laboratories are becoming so numerous and complex that doctors must have competent technical assistants or devote a large share of their time to matters which ought to be attended to by less expensively trained assistants. Among the important services needed by individual physicians, groups, laboratories, clinics, hospitals, are:

Better Business Methods.—Next to ministers and farmers, doctors as a class are the poorest of business people, a trite statement but a fact. No one who loves his profession wants to see business methods and business ethics applied in medicine to a point where they may interfere with the art and spirit of a great calling, nor is this necessary. But it is advisable for doctors and other health-serving agencies

to keep a written record of their work, including service contributions to society, in a businesslike manner.

Better Professional Records.—Every doctor and other health-serving agency owes it to patients, the cause, and to himself and to posterity, to keep a clear, properly indexed typewritten record of every service rendered to every person.

Better Library Service.—Well-arranged books, handy for reference, contributes to their use and, far more important, selected articles and abstracts from periodic literature must be kept readily available. No doctor who has anything else to do can read all the literature even within the field of his interests, but it is a simple matter to glance through all that is available, whether one magazine or a thousand, and check such messages as he feels he may need. These should be made easily accessible for future reference. Stocks of old unopened medical journals in the many doctors' offices are proverbial and they tell an interesting story to any intelligent and observing patient or visitor; often an expensive one to the doctor.

Better Laboratory Service.—Whatever a doctor's connection with established laboratories, certain equipment and certain routine and emergency work are essential in his office. The care of the equipment and much of the work may well be delegated.

Better Literary Work.—Most physicians have the praiseworthy desire to contribute things of value to the cause of health and they all have experiences valuable to the medical world if they are well told. Competent assistance would prove a stimulant to more and better literary effort.

Better Correspondence.—Doctors are notoriously negligent in their correspondence. Too many of them do not answer letters from their own organizations, even when the matter is of direct personal interest to the individual doctor. Next to the publication of worthwhile discussions on interesting medical topics, the most valuable ethical means open to a doctor of extending his influence is through intelligent promotion of his correspondence.

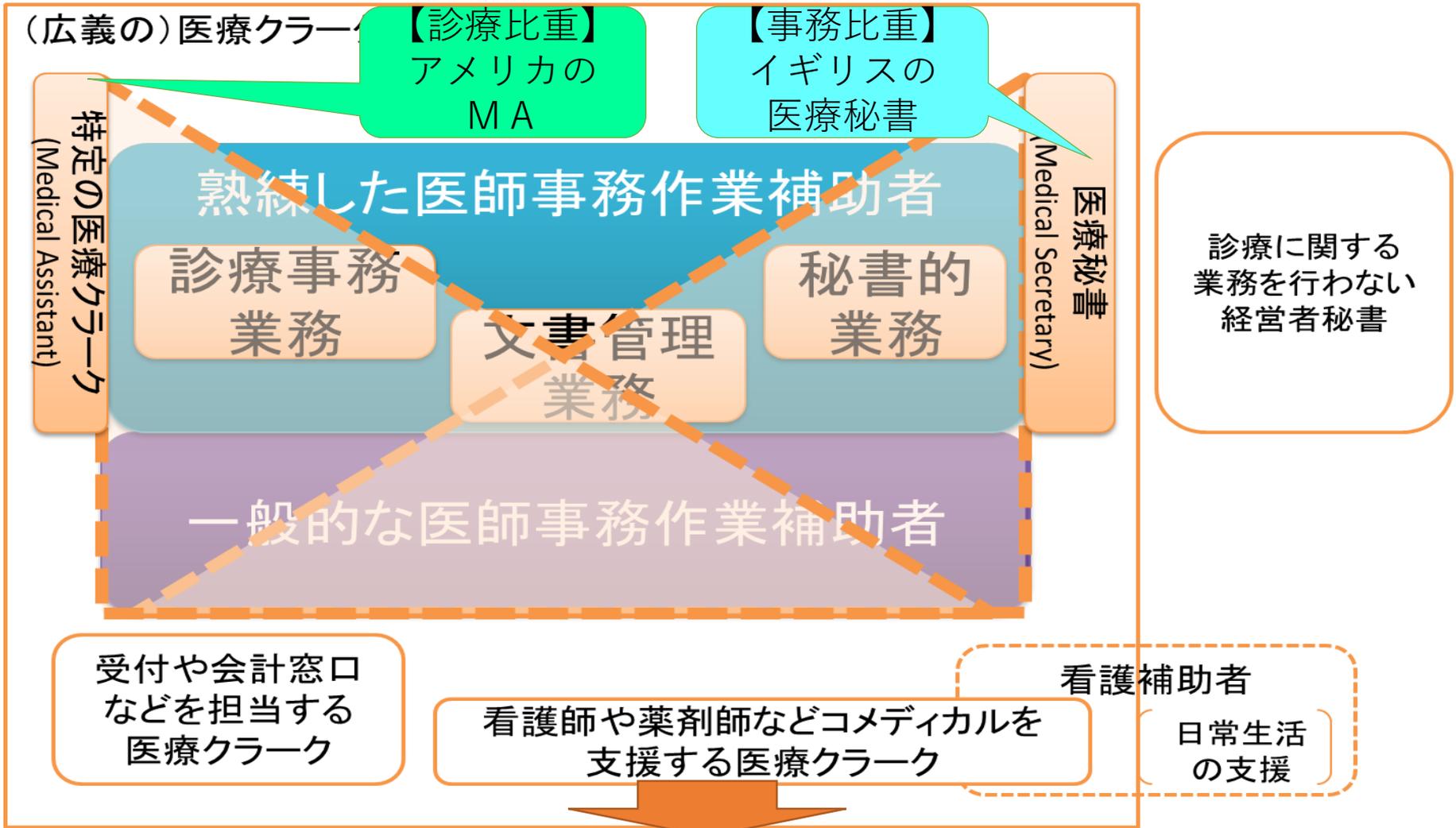
Personal Protection.—Anyone who examines newspaper clippings about doctors is forced to the conclusion that it is becoming increasingly hazardous to make a practice of being alone with patients.

For these and many other reasons that readily occur to the reader one or more competent personal assistants are valuable assets, if indeed not a necessity, for every physician. In hospitals and groups these assistants perform are grouped in specialized work of considerable variety, but all synchronized and amalgamated for the physician's use in serving the public.

The physician's assistant or secretary, whether serving the versatile requirements of a family physician's life or doing more limited work in hospital, laboratory or group, must be versatile in her accomplishments and well trained along several lines in addition to having the fundamental characteristics of loyalty, intelligence, industry and neatness. As physicians specialize, so do their assistants, but in both instances a primary experience in general practice is more than desirable and will constitute a life's work for the vast majority.

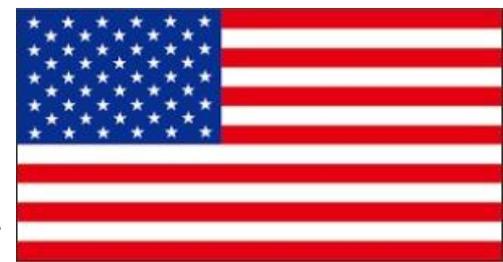
Cal West Med. MEDICAL SECRETARIES
1926; 25(4): 513.

国によって異なる補助者の位置づけ



日本は水平展開しているのので、病院方針に依存

米国の病院の外来には 医師事務作業補助者しかいない



- アイオワ心臓センター（アメリカ）

医師と診察室に同居するのはメディカル・アシスタント(MA)

MAがPCの入力や検査準備等の診療支援を担当

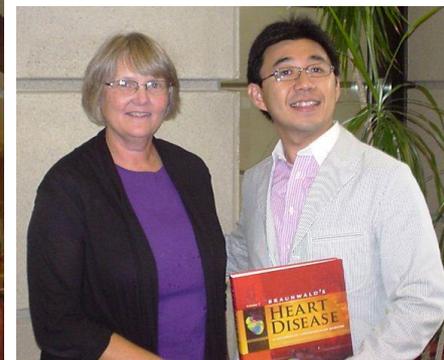
看護師は、別室で患者指導などに専念

MAの座席



医師の座席

教育コンサルタント
シンディ氏
(教育学博士・管理栄養士)



外来問診という業務の日米比較

- 日本の医師事務作業補助業務に、主体的に行う「問診」は含まれない。（「予診」等と言い換えても同じ）

⇒単独問診は「診療の補助」に該当し、保助看法に抵触も。

- アメリカのMAは、主体的に問診業務を実施
⇒肝炎スクリーニング等で中心的役割を發揮
(Coyle C. Public Health Reports, 2016: 131(Supp 2); 65-71)
- その他、ガイドラインや通知等の重要事項をメールで確認し、周知する等の支援業務も。
(Wiley J. et,al. J. of Clinical Nursing 2016; 25:555–565)

メディカル・アシスタントの 育成方法と待遇

- 育成方法

試験により Certified Medical Assistant(CMA)として認定

AAMAが試験実施 + 医師国家試験委員会が支援

対象は、指定学校の卒業生

60ヶ月で更新（継続教育単位を取るか、再試験）

- 待遇

平均30,530米ドル（2007年、約285万円）

労働人口は50.9万人⇒71.8万人(2020年)

メディカルアシスタントの人口

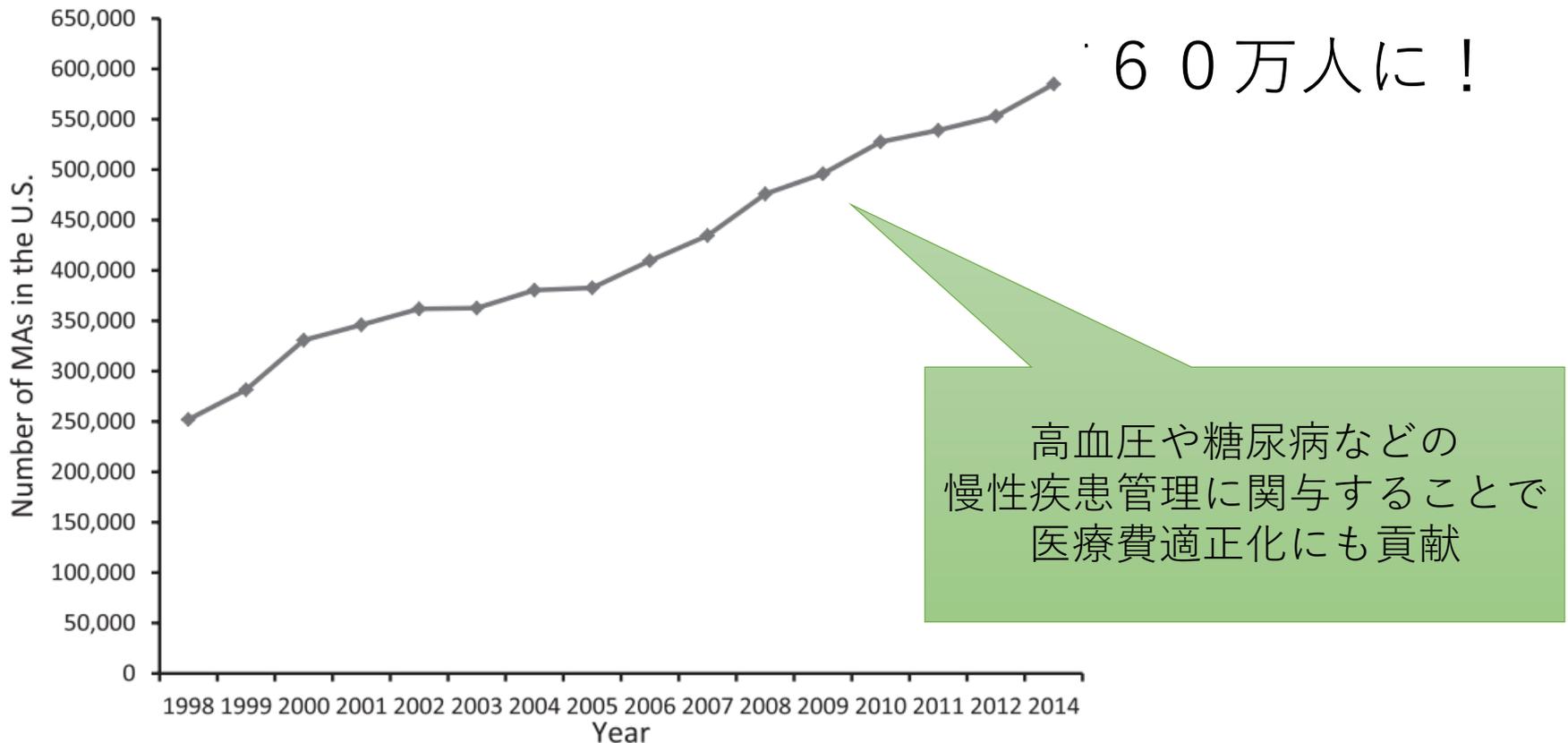
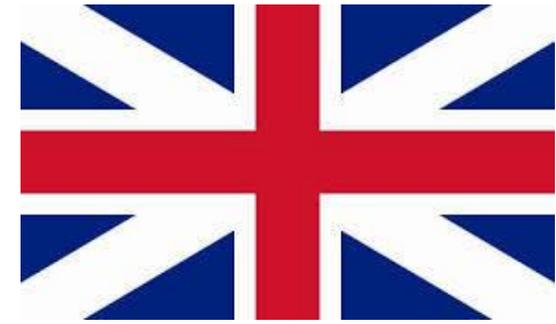


Figure 1 Growth in the number of medical assistants in the United States, 1998–2014. Sources: Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2014–2015 Edition, Medical Assistants¹⁶; and Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational employment statistics survey.¹⁷

Chapman SA. et,al. Medical Assistants for a Greater Role in the Era of Health Reform. Acad Med. 2015 Jun



英国の医療秘書の定義

- 医療秘書とは・・・

国立および民間の医療施設、研究施設もしくは企業において、**臨床医を直接的に支援する人**

(BSMSA: British Society for Medical Secretaries and Administrators)

- 業務内容

- 医療文書の作成
- 予約の調整
- 検査の依頼
- 医師のスケジュール調整 等

患者に直接接する業務を、基本的に行わない。

医療秘書の育成方法と待遇

• 育成方法

統一資格は存在しないが、他の職業訓練資格の共通レベルを援用して修了認定（レベル2～3）

レベル	要求水準	 City & Guilds Believe you can
レベル1	繰り返しを伴う単純作業技能	
レベル2	他の従業員と協同して行う作業	
レベル3	他の従業員を統率する能力	
レベル4	人員や資財の配置を決定できるような技術的専門的能力	
レベル5	ある程度の学術的な基礎を保持し、一連の作業、工程全体についての分析・設計・計画・評価を行うといった管理能力	

• 待遇

年収は15,860～21,798ポンド（2007年、約368～506万円）

教育プログラムの構成(BSMMSA)

段階	研修内容
初心者	① 初心者の医療用語
第1段階	① 医療用語 (BSMMSA認定) ② 医療用語 (シティ・アンド・ギルド レベル3) ③ 音声入力 (シティ・アンド・ギルド レベル3) ④ 文書作成 (シティ・アンド・ギルド レベル3 AMSPAR修了証)
第2段階	① 診療支援／受付 (シティ・アンド・ギルド レベル2 修了証) ② 診療支援／受付 (シティ・アンド・ギルド レベル2 ディプロマ認定) ③ 診療運営 (シティ・アンド・ギルド レベル3 AMSPAR修了証) ④ 診療運営 (シティ・アンド・ギルド レベル3 AMSPARディプロマ認定)
第3段階	① 地域医療経営 (シティ・アンド・ギルド レベル5 AMSPAR修了証) ② 地域医療経営 (シティ・アンド・ギルド レベル5 AMSPARディプロマ認定)
発 展	① ケアの質管理ワークショップ ② 人事労務管理 ③ 医療安全管理 ④ 組織運営管理 ⑤ 時間管理と自己管理

診療運営コースのカリキュラム

	Unit1	Unit2	Unit3	Unit4
コミュニケーション			(病院管理のうち「チームワーク」)	医療機関におけるコミュニケーション管理(55時間) 対人折衝、電話対応
臨床医学	医学用語(45時間) 特定分野における基本的な医学用語の理解	医学概論(70時間) ヘルスプロモーション、感染防止、医療倫理、薬品、解剖・病理の基礎知識の理解		
病院運営		(医学概論のうち「診療部門の役割」)	病院管理(70時間) MSの役割・責任、病院管理の流れ、時間・業務負荷の管理、情報管理・蓄積、継続的質改善	(医療機関におけるコミュニケーション管理のうち「文書作成」「情報収集のための書式作成」)
ビジネス実務				(医療機関におけるコミュニケーション管理のうち、「会議運営」「資料作成」)

口述筆記については、 電子化にも挑戦

- 音声認識を用いて草稿を起こし、院外から4~24時間以内にメールで送ってもらう方法
- 最初の手入力と上記の音声認識を援用する方法とでミスの「有意差はない」との報告も。

INFOPOINTS

CyberTranscriber—the virtual medical secretary on your desk

Clinic letters and discharge summaries provide the fundamental link between hospitals and primary care. In 1997-8 there were 41.635 million outpatient visits to NHS hospitals in England,¹ with each visit generating a typed letter. The widespread implementation of voice recognition systems should be considered as a response to the increasing typing load experienced by medical secretaries. However, currently available desktop systems require speech enrolment and considerable care to produce text with error rates of 3-5%.

CyberTranscriber² is a convergent technology, which exploits the internet, speech recognition, and email to generate letters and reports. Unlike conventional speech recognition software, it does not need speech enrolment, and the accuracy of the final report is equivalent to that achieved by an experienced medical typist. The user dictates down a telephone line, using the telephone keypad to control the record, pause, and "rewind" functions. The dictation is remotely processed into a rough draft by speech recognition software, and both the text and voice files are automatically routed via the internet to medical transcriptionists who correct the rough draft. Within 24 hours (range 4-24), all the text is returned by email as a Microsoft Word attachment.

We have explored the possible role for CyberTranscriber in NHS hospital practice by comparing the efficiency of generation of clinic letters by an experienced medical typist with letters generated by CyberTranscriber. A total of 441 consecutive outpatient clinic letters of similar length were generated, of which 215 were produced by conventional dictation and manual typing and 226 by telephone dictation and CyberTranscriber. The average time taken by the medical secretary to generate and print completed letters was 7.7 minutes per letter with manual typing and 2.2 minutes a letter with CyberTranscriber. There was no difference in the error rate between the two methods.

Thus, CyberTranscriber was three times more efficient in generating letters than an experienced typist. In practical terms CyberTranscriber allowed the medical secretary to complete the week's clinic letters in the equivalent of two days' work rather than the five to six days associated with manual typing. Further improvement in efficiency will be possible once NHSnet is operational, as the returned email could be forwarded to the relevant general practitioner without the need to print and post a letter.

CyberTranscriber could make a considerable impact on the efficiency of communication between primary and secondary care. The system costs about 1p per word but represents an irresistible technological response to the need to improve efficiency in the NHS.

For more information about the project see www.epsteingastrodemon.co.uk

We thank SpeechMachines for developing the TalkForms and providing free access to CyberTranscriber for the duration of the trial.

Competing interests: None declared.

A Deputy house officer

E Carty specialist registrar

I Mason gastroenterology nurse specialist

C Durcan medical secretary

Owen Epstein consultant gastroenterologist

epstein@lineone.net

Centre for Gastroenterology, Royal Free Hospital, Hampstead, London NW3 2QG

1 Government Statistical Service. Table B18 health care. Hospital outpatient activity: outpatient attendances, by sector; NHS trusts England. www.doh.gov.uk/HPSS/TBL_B181.htm (accessed 10 Aug 2000).

2 SpeechMachines www.cybertranscriber.com (accessed 4 Aug 2000). *BMJ* 2000;321:618

(Dupuyt A et,al. *BMJ* 2000;321:618)

一方的な口述なのか、会話なのか等で
少しずつやり方は異なる

医療秘書の存在意義にまつわる論議

- 電子化すれば医療秘書は不要？との議論も



電子化の時代だから、
人を介して
コミュニケーションするのは
効率が悪い

医療秘書に頼るのではなく
硬直化した医療の仕組み自体を
変えるべきではないのか？

Doctors no longer need medical secretaries
BMJ 2013; 346 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f226> (Published 11 January 2013)

やや炎上



単なるタイピストではない

患者や医療者をつなぐのが
もっとも大事な役割ではないか

医療秘書を活用する
医師のスキルの問題では？

続々と擁護論

キャリアと処遇との関係

- 「キャリアアップは、処遇と連動していることが前提ではないか(Whitehead,2015)」



- もっとも、キャリアアップの考え方はそれぞれなので、全員に「富士登山」を促す必要はない。



英国医療秘書協会(BSMSA)のMs.WhiteheadとMs.Yeomans



わが国は海外から
何を学ぶか？



中間領域の強みと大変さ (水平展開)

医師事務作業補助者

- 欧米とも長い歴史の中で仕事内容は変わり続けるのが前提



- 医師事務作業補助者の場合、「その業務を専門的に行う医療職」とICT機器の中間的な立場になる。
⇒ “作業” を超えて “医療マネジメント” の視点が重要

補助者のキャリアパス（垂直展開）

- 意欲、能力、生活環境によって垂直軸は多様に展開

医師事務を卒業して病院管理に携わる

【経営・管理職】
医療秘書の職務を超えて、病院の経営・管理職として病院経営に貢献できる。

【レベル3：医療秘書監督職】
①他部署・他職種との連携を通じて医療現場での問題点を把握し、医療秘書の業務設計を通じた問題解決ができる。
②病院経営の視点を持ち、経費の削減などの形で医療秘書の成果を可視化し、経営・管理職に説明できる。
③レベル1a～1cの基礎教育を受けた医療秘書の指導を通じ、レベル1に到達するよう育成することができる。

【高度専門医療秘書】
①語学・がん登録等の専門知識を活かした医療秘書業務を遂行できる。

スキルを向上させ専門性の高い業務に携わる
診療情報管理士資格

【レベル2】
①メンタルケアに関する知識・技術を活かし、問診支援や面談同席など患者に接する医療秘書業務を遂行できる。
② 他部署・他職種と円滑なコミュニケーションを図り、文書作成、代行入力および一般秘書業務を円滑に遂行できる。

勤務時間に制約がある人材ももちろん大事

【レベル1】
①卒業直後の指定研修（6ヶ月実習および32時間の専門研修）を受講し、終了後に医療秘書として業務遂行できる。

【レベル1a】
①医師が診療時に用いる会話を理解し電子カルテやオーダーリングの代行入力を実施できる。
②診療録の記載を代行できる。

【レベル1b】
①診断書や退院要約等の事後発生的な医療文書を作成できる。
②院内文書作成に関する作業工程管理を遂行できる。

【レベル1c】
①電話対応や資料作成等の一般秘書業務を遂行できる。
②紹介状の返書など通信目的の医療文書を作成できる。

学校教育によって習得しやすいスキル

社会経験によって習得しやすいなスキル

医療秘書レベルマップ

まとめ～海外事例から吸収できること～

•業務内容

海外では30年以上前に職種として確立しており、日本への移転は可能
事務を超える「診療の補助」類似行為の帰属が課題

•教育体制

32時間で足りないのは明らか ⇒ 1~2年程度は必要
水平展開、垂直展開、双方のロードマップが課題

•能力認証の仕組み

細分化する以上、何らかの能力認証が必要？
ガラパゴス化しないような国際標準にふさわしい
体系作りが課題



**2018年4月、国際医療福祉大学
赤坂心理・医療福祉マネジメント学部
公衆衛生大学院・h-MBAキャンパス完成**

東京都港区の旧赤坂小学校跡地に、大学院と学部の新しいキャンパス
現在の東京青山キャンパスを移転するとともに新しい分野・コースも開設し、
生涯教育の新たな拠点として大学院教育をさらに充実させます。

2025年へのカウントダウン ～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc

• 2015年9月発刊



このたび韓国語版も発刊

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで
mutoma@iuhw.ac.jp