

医療と介護のクロスロード

～消える7対1と働き方改革～



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



JCI認証取得



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





国際医療福祉大学医学部
2017年4月開校

An architectural rendering of a large, modern hospital building. The building features a prominent red brick facade on the lower levels and a taller, multi-story section with a light-colored facade and many windows. The building is surrounded by a well-maintained green lawn with several young trees and shrubs. In the background, a clear blue sky with a few wispy clouds is visible, and a white airplane is flying in the upper left corner. The overall scene is bright and sunny.

2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定



2018年4月、国際医療福祉大学
心理・医療福祉マネジメント学科
大学院（h-MBA, MPH）

目次

- パート 1
 - 2018年診療報酬改定と入院医療
 - 消える7対1・・・
- パート 2
 - 働き方改革と医師事務作業補助者
- パート 3
 - 働き方改革の今後

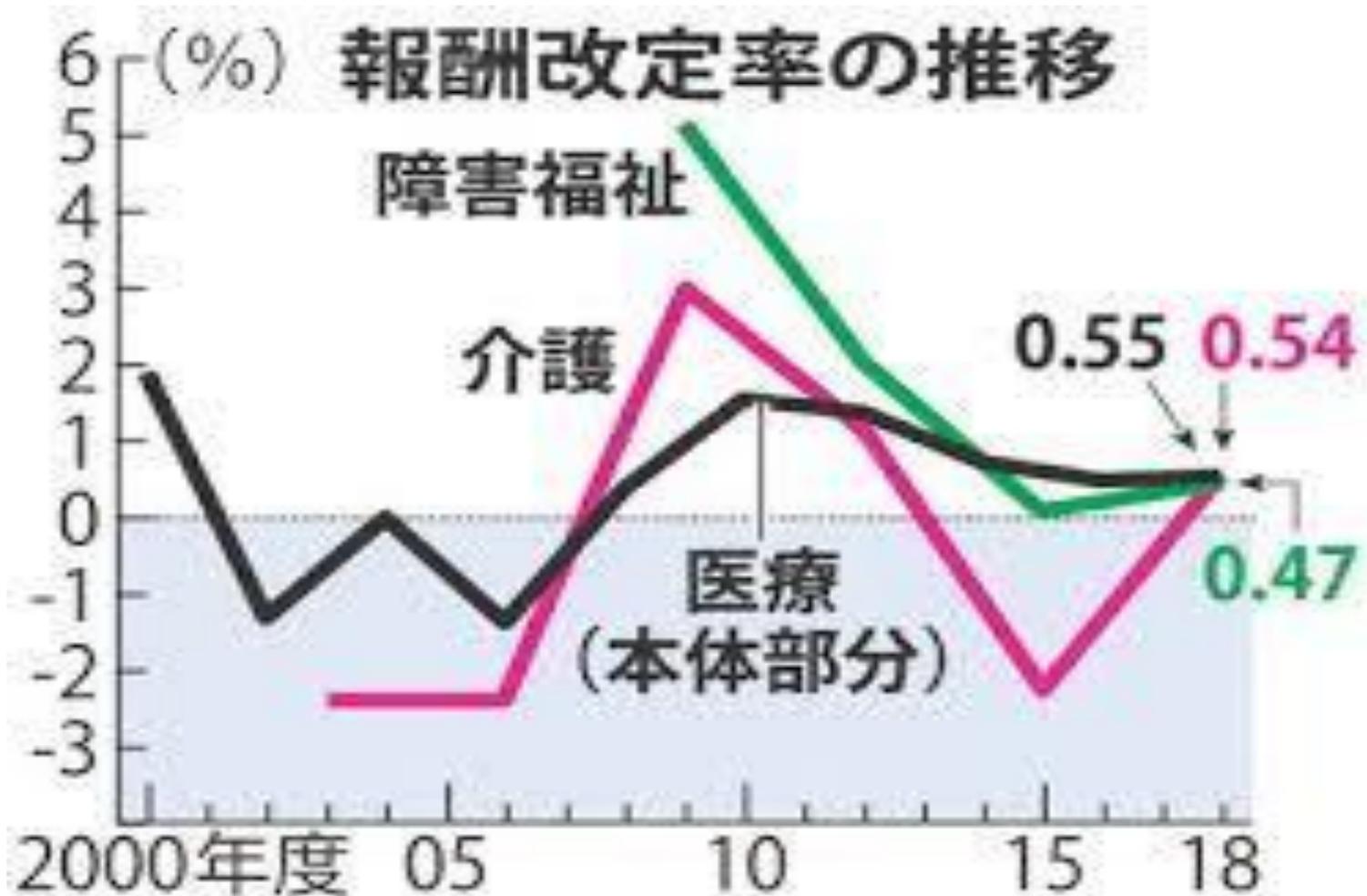
パート1

2018年診療報酬改定と 入院医療



中医協総会

トリプルプラス改定



診療報酬改定について

12月18日の予算大臣折衝を踏まえ、平成30年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬本体 +0.55%

600億円

各科改定率	医科	+0.63%
	歯科	+0.69%
	調剤	+0.19%

2. 薬価等

▲ 1.74%

1700億円

① 薬価

▲ 1.65%

※ うち、実勢価等改定 ▲1.36%、
薬価制度の抜本改革 ▲0.29%

② 材料価格

▲ 0.09%

ネット
1.19%
マイナス

なお、上記のほか、いわゆる大型駅前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

2018年診療報酬改定

次期診療報酬改定に向けた 基本認識、視点、方向性等について

2018年診療報酬改定 ～地域医療構想を下支え～



迫井正深医療課長

急性期入院医療の見直し（7対1病床見直し）

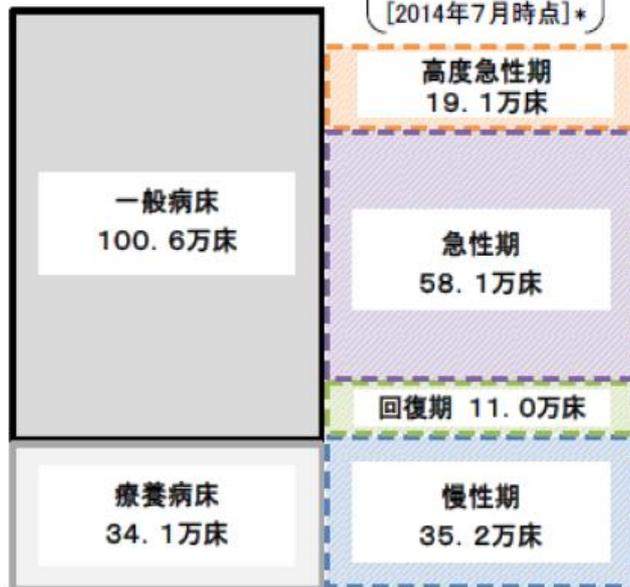
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 （→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇨ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1

15万床
減少



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

改定の基本的視点について

- 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

入院医療分科会

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

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
いけばた 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
つづい 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

2018年診療報酬 改定のポイント

- ① 7対1入院基本料の見直し
- ② 地域包括ケア病棟
- ③ 退院支援加算

ポイント①

7対1 入院基本料の見直し

看護師配置数と重症患者割合
(重症度、医療・看護必要度)

現在の7対1入院基本料における評価指標

評価指標	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	施設基準
(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

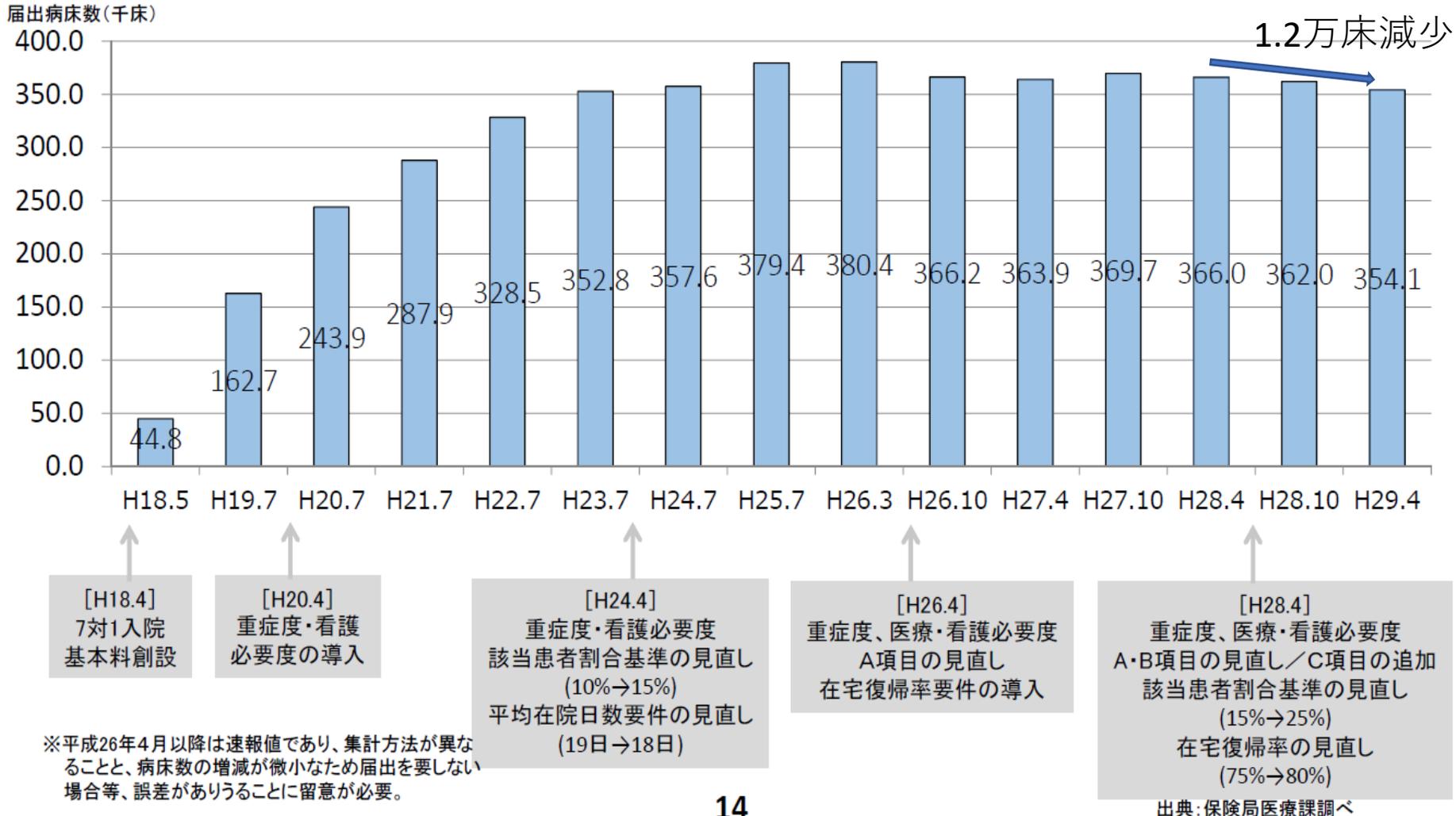
又は

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。



2018年診療報酬改定

7対1, 10対1を統合・再編して
新評価体系へ

一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

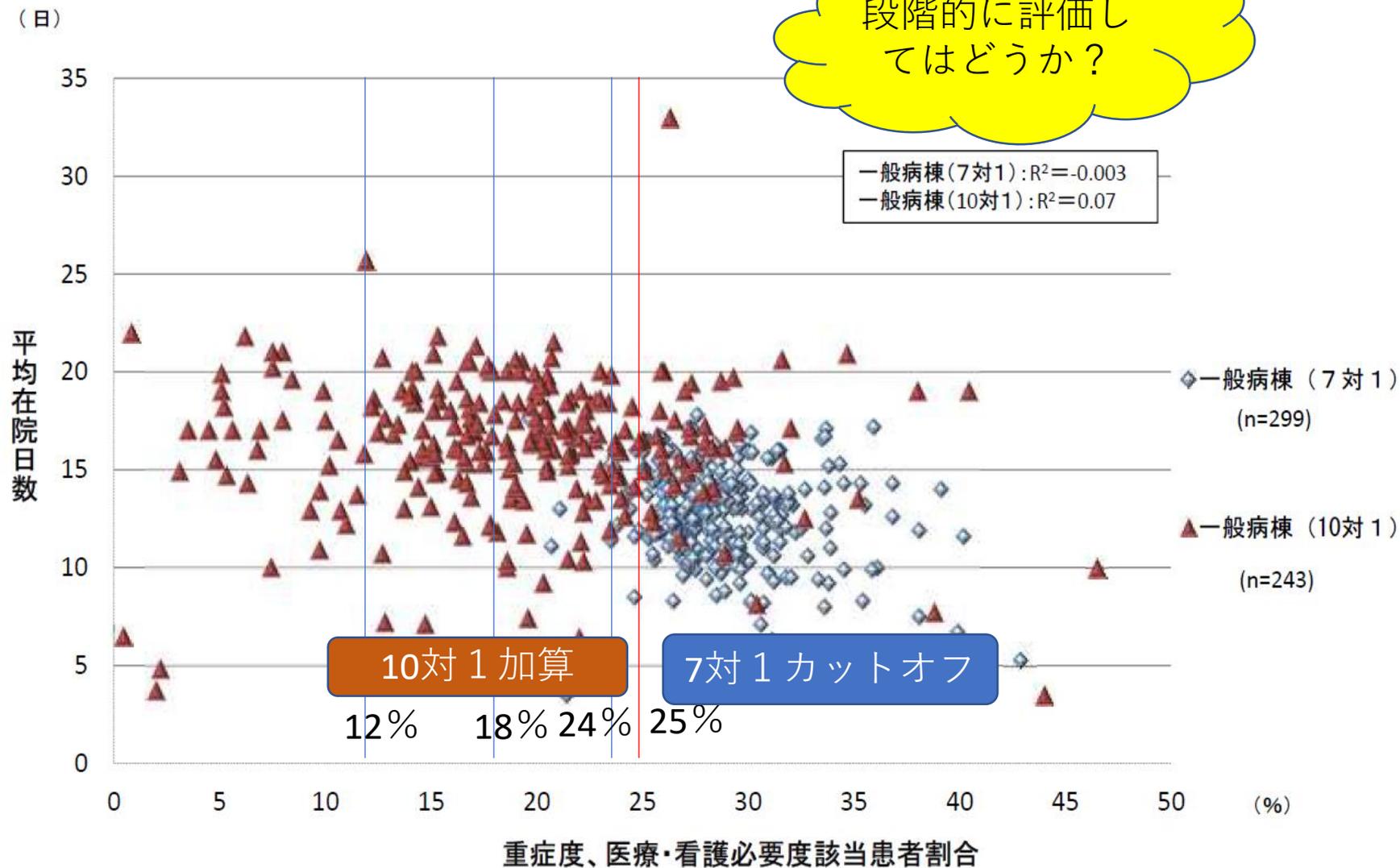
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

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



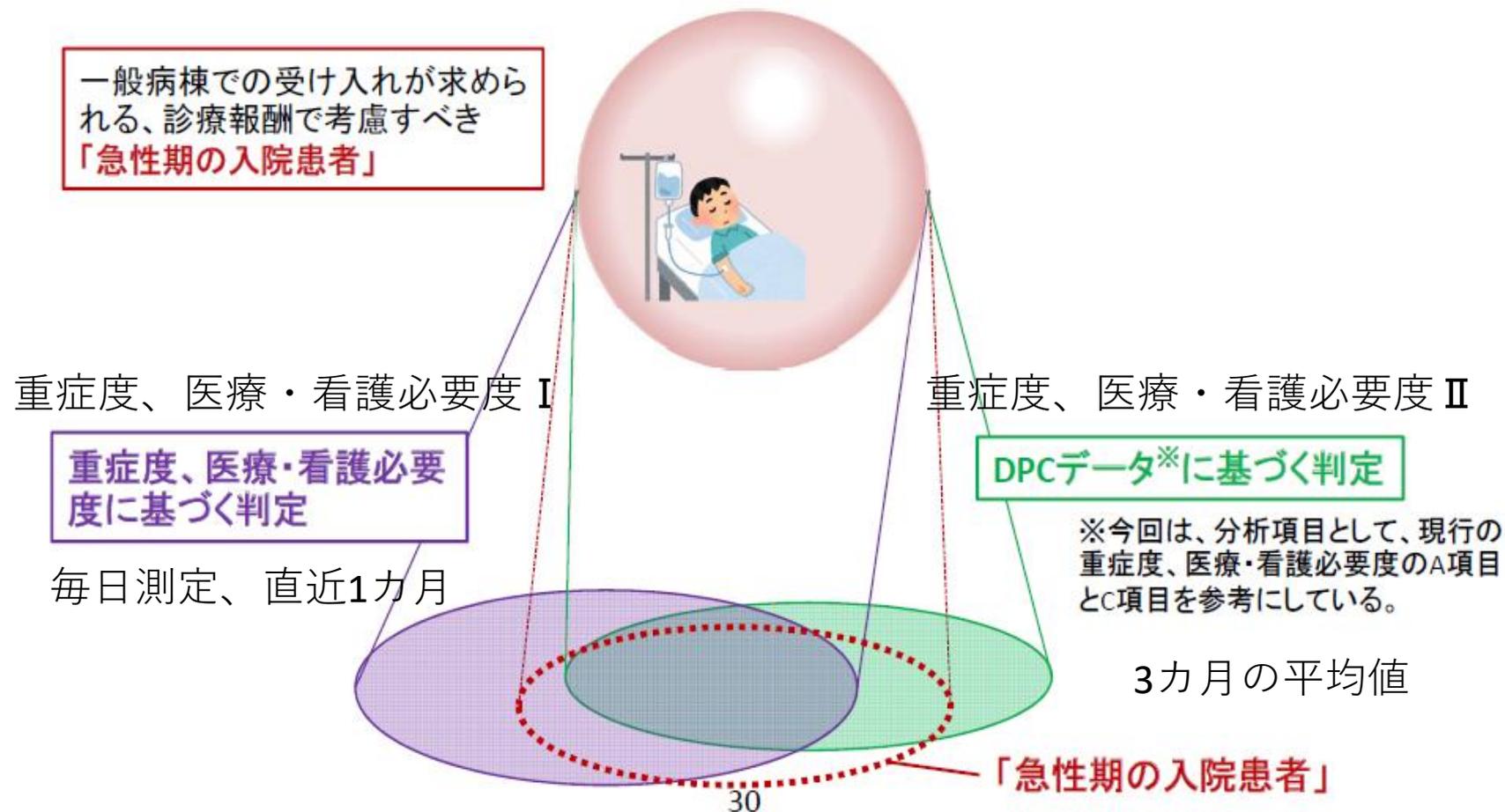
7対1と10対1
の診療報酬点
数の差を考え
れば、病院と
しては7対1を
維持したいと
考えてしまう

7対1ではカットオフ
値である25%ギリギ
リの病院が圧倒的だ
が、10対1では正規分
布に近くなっている

段階的に評価
してよいので
はないか？

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。

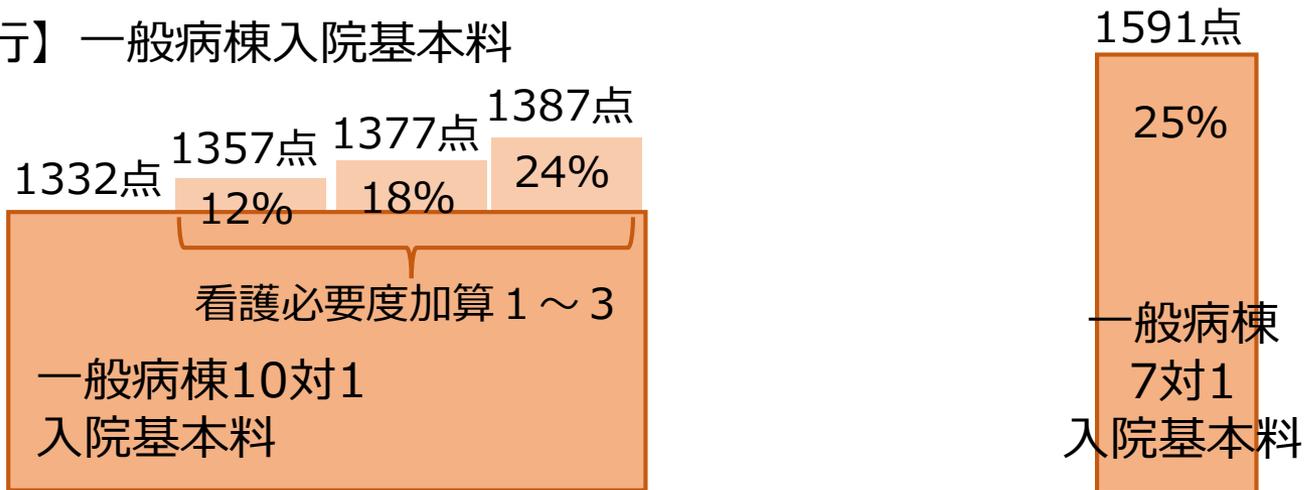


○看護配置などに基づく「基本部分」と、「診療実績に応じた段階的評価」を組み合わせるかどうか？
○医療機関の選択で従来方式の重症度医療看護必要度とDPCデータ（EF統合ファイル）に基づく重症患者割合計算を選択性としてはどうか？

中医協総会（2017年11月24日）

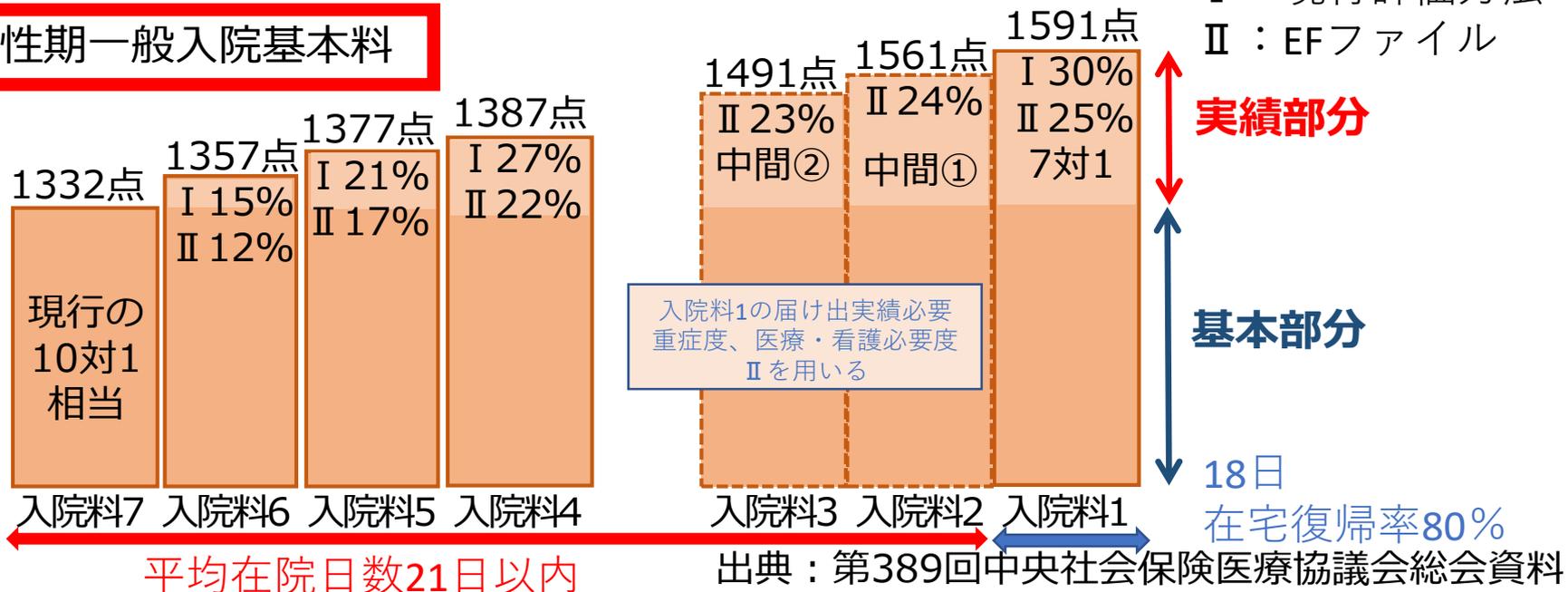
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



消える7対1・・・

- 7対1、10対1は新入院評価体系へ・・・
- 基本部分は10対1、実績部分の評価は重症度、医療・看護必要度Ⅱへ
- 基本部分、実績部分の内容見直しも今後起きる
- 看護配置に基づく入院基本料から、実績に基づく新入院評価体系へ
- 実績を達成するための入院基本料への変換

ポイント② 地域包括ケア病棟

病床機能区分の回復期の主流となる病棟

地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の役割・機能
 - ①急性期病床からの患者受け入れ
 - 重症度・看護必要度
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期・高度急性期

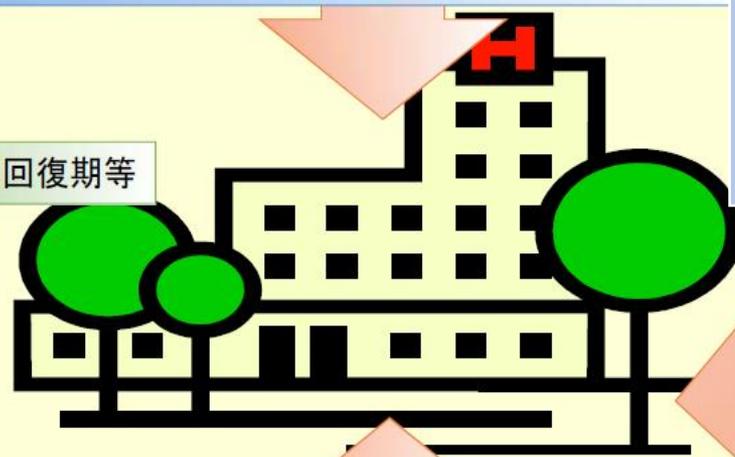


急性期

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



実際には
④「一般病棟代替機能」
もある。

短期滞在手術
化学療法
糖尿病教育入院
レスパイト入院

②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等



介護施設等



自宅・在宅医療

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新)	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点	(60日まで)
	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点	(60日まで)
	看護職員配置加算	150点	
	看護補助者配置加算	150点	
	救急・在宅等支援病床初期加算	150点	(14日まで)

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院基本料等の届出病床数は増加傾向である。

(床)



地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1
29.6.7

- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の入棟元をみると、自院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の退棟先をみると、自宅への退棟が約6割で、そのうち在宅医療の提供のない患者が大部分を占める。

【入棟元】 (n=1,395)

自宅	26.7%	
自院	自院の7対1、10対1病床	49.4%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	0.4%
	自院の療養病床	0.0%
他院	他院の7対1、10対1病床	13.5%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	0.1%
	他院の療養病床	0.4%
介護療養型医療施設	0.1%	
介護老人保健施設	1.2%	
介護老人福祉施設（特養）	1.2%	
居住系介護施設	2.9%	
障害者支援施設	0.0%	
その他	1.9%	
不明	2.2%	

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=438)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
自院	一般病床		1.4%
		地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0.9%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.9%
		在宅復帰機能強化加算なし	1.4%
	その他の病床		0.2%
他院	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.5%
その他の病床		0.5%	
有床診療所		在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.2%
介護施設	介護療養型医療施設		0.5%
	介護老人保健施設	在宅強化型	1.4%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.5%
	上記以外		3.2%
死亡退院			3.2%
その他			0.0%
不明			11.2%

地域包括ケア病棟は創設当初の3つの機能を育てて行くことが大事だ

自宅からの患者については負荷がかかることが確認できた。何らかの評価を検討してもいいのではないか

2017年8月24日 入院医療分科会

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る論点(案)

在宅患者支援病床初期
加算300点14日まで

【論点(案)】

- 自宅等から受け入れた患者と、それ以外からの受け入れた患者とで、提供する医療内容等が異なっていることから、「**救急・在宅等支援病床初期加算**」について、急性期後の入院患者と、在宅からの入院患者とで、診療実績等を踏まえつつ、評価を区別してはどうか。
- 地域包括ケア病棟入院料・治療管理料の届出要件において、在宅医療や救急医療の提供等が求められているが、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、**訪問系サービスの提供**についても、要件の選択肢の一つとすることを検討してはどうか。
- 在宅医療、介護サービス等の地域で求められる多様な役割・機能を有する地域包括ケア病棟を持つ医療機関については、地域包括ケアシステムの構築により貢献できるよう、それらのサービスに係る実績等も加味した評価を検討してはどうか。

地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



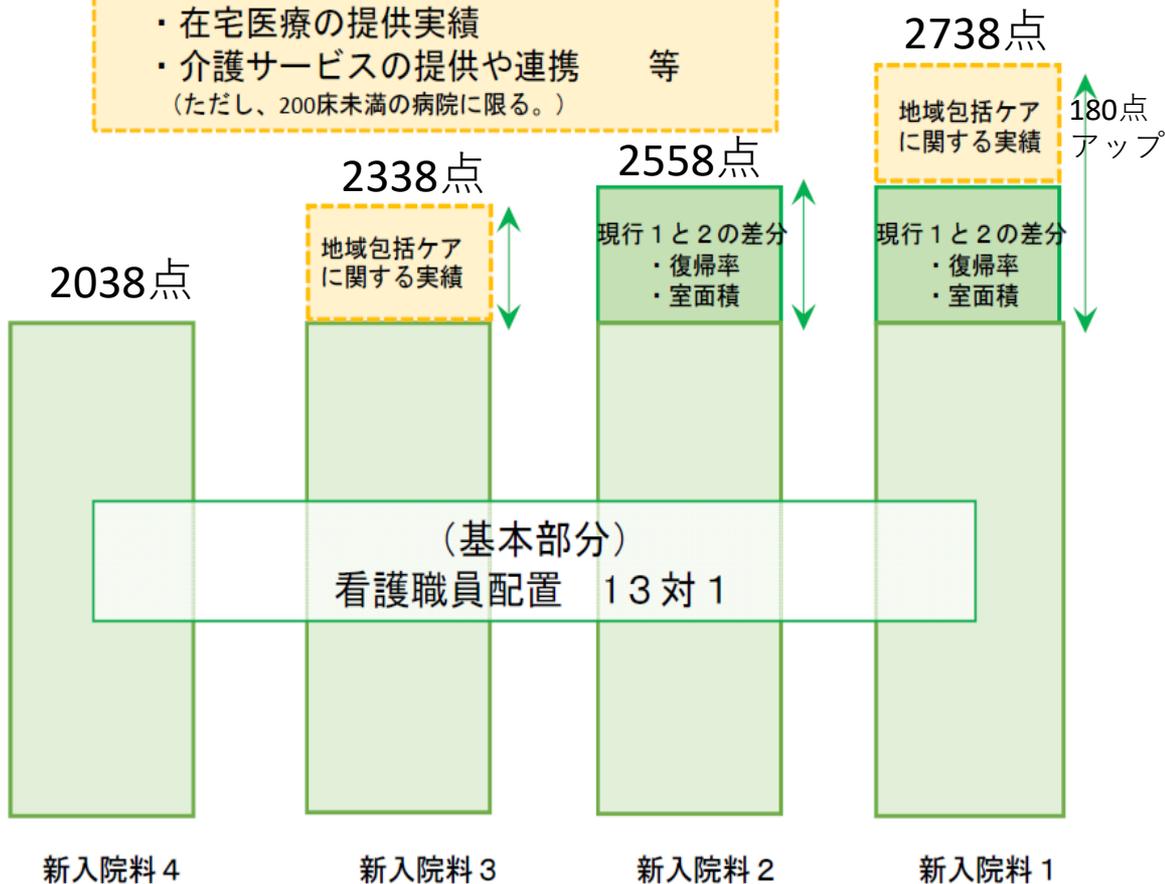
再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- (ただし、200床未満の病院に限る。)

- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

ポイント③ 退院支援加算

2016年改定で退院調整加算を見直した

退院支援から 入退院支援へ



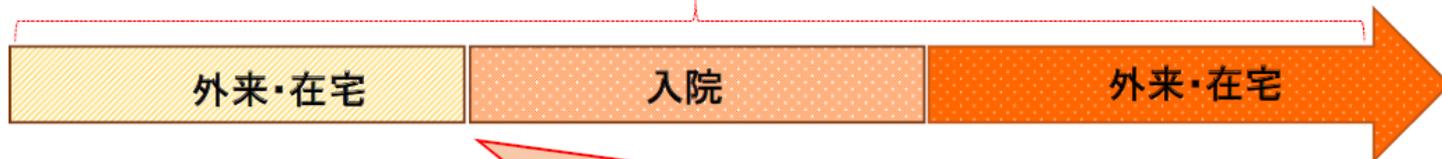
2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まった（入院医療分科会6月21日）



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



日本医療マネジメント学会 (仙台) 2017年7月7日、8日



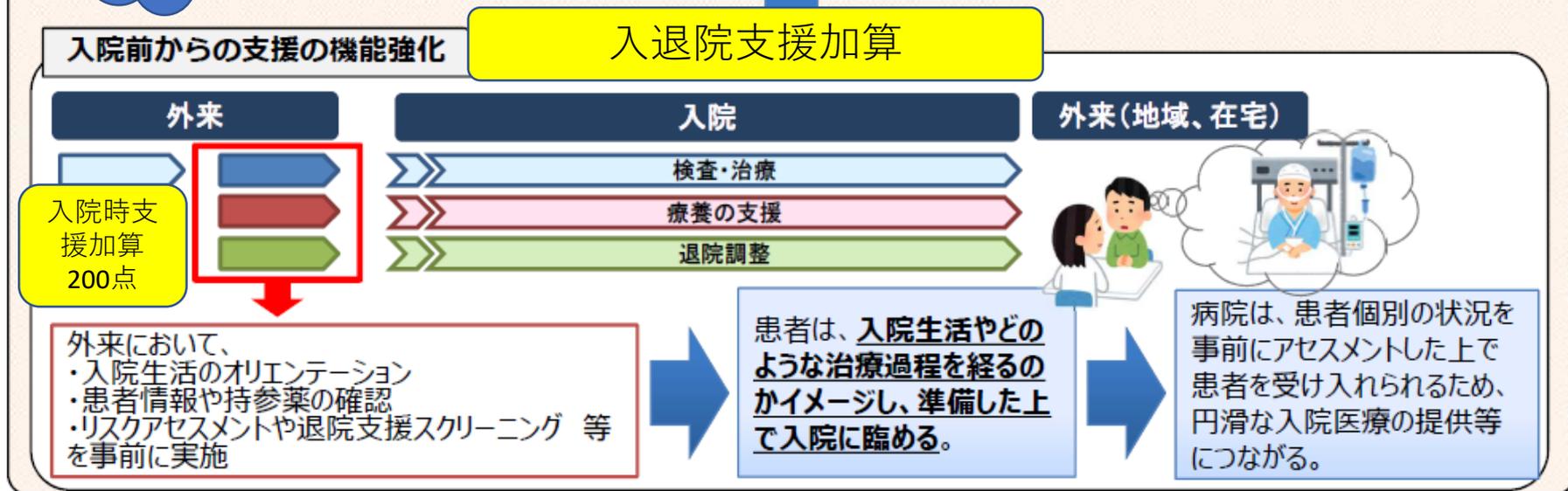
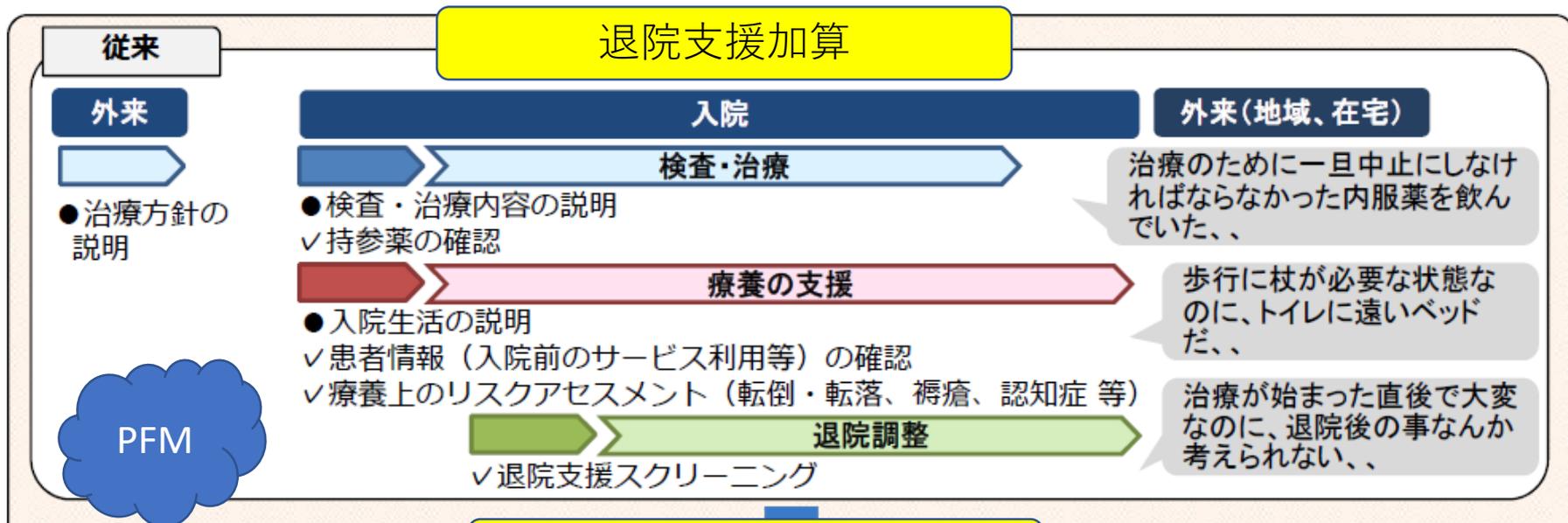
東北大学病院の 入退院支援センター

- 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。

入院前からの支援の機能強化(イメージ図)



入院時支援加算（200点）

- 入退院支援加算の加算
- 自宅等からの入院に限る
- 算定要件
 - 入院が決まった患者に対して・・・
 - 入院中の治療、入院計画
 - 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（高齢者総合アセスメント：CGA, Comprehensive Geriatric Assessment)
 - 褥瘡リスク評価
 - 栄養アセスメント
 - 退院困難な要因の有無の評価
 - 入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援計画の立案

入院医療分科会の再編・統合 ～DPCなど2つのWG設置、内容は非公開に～



- 入院医療に関する診療報酬の技術的な検討を行う「入院医療等の調査・評価分科会」と「DPC評価分科会」を再編・統合
- 新たな分科会の下に「DPCワーキンググループ」（仮称）と「診療情報・指標等ワーキンググループ」（同）を設置する厚生労働省案が了承された。

中医協総会
2018年5月23日

入院医療分科会の再編・統合後の 初回分科会

入院医療分科会（2018年7月12日）

入院医療分科会の再編・統合

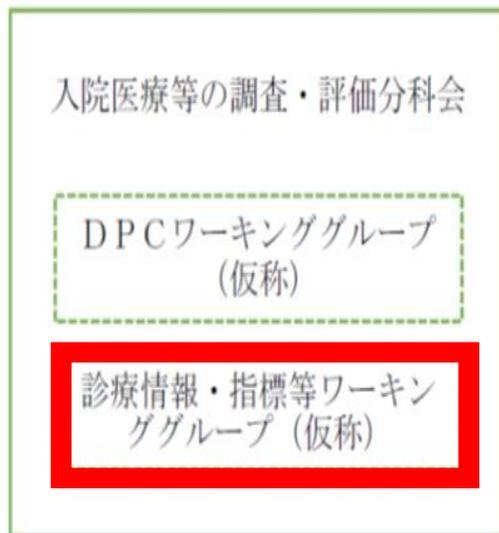
分科会長 武藤

入院医療等の調査・評価分科会

DPC評価分科会

現 行

分科会長 尾形



再編後のイメージ

○DPCワーキング（山本班長）

DPC（診断群分類）、
医療機関別係数等に関する
調査研究・結果分析

○診療情報・指標等ワーキング
（池田班長）

データ提出加算の提出データ、
医療ニーズやアウトカム等の
指標等に関する調査研究・
結果分析など

パート2 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	残務
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

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

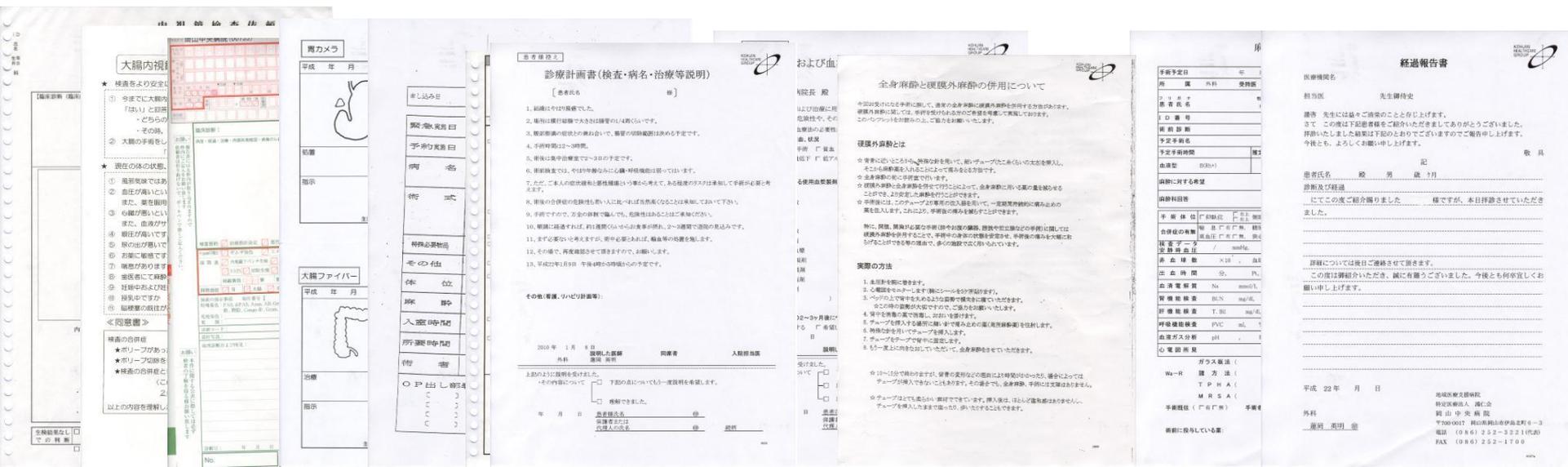
検査

- 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

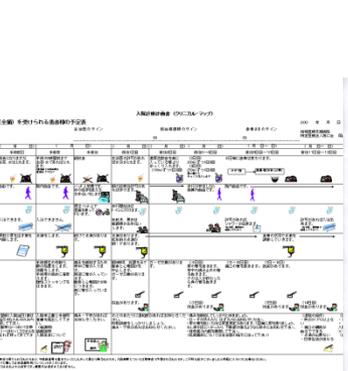
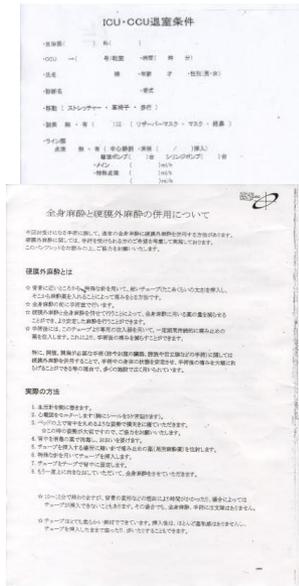
- ICU退室基準用紙記載
- 回診
- 日々の採血結果説明
- 検査指示だし
- 検査用紙記載
- 病理結果説明
- 抗癌剤の説明
- 電子カルテへの記載

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
- 保険会社の傷病手当金用入院証明書



A man with a forehead injury, wearing a blue sweater, is holding a handgun. The background is dark and blurry, suggesting an outdoor night setting.

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

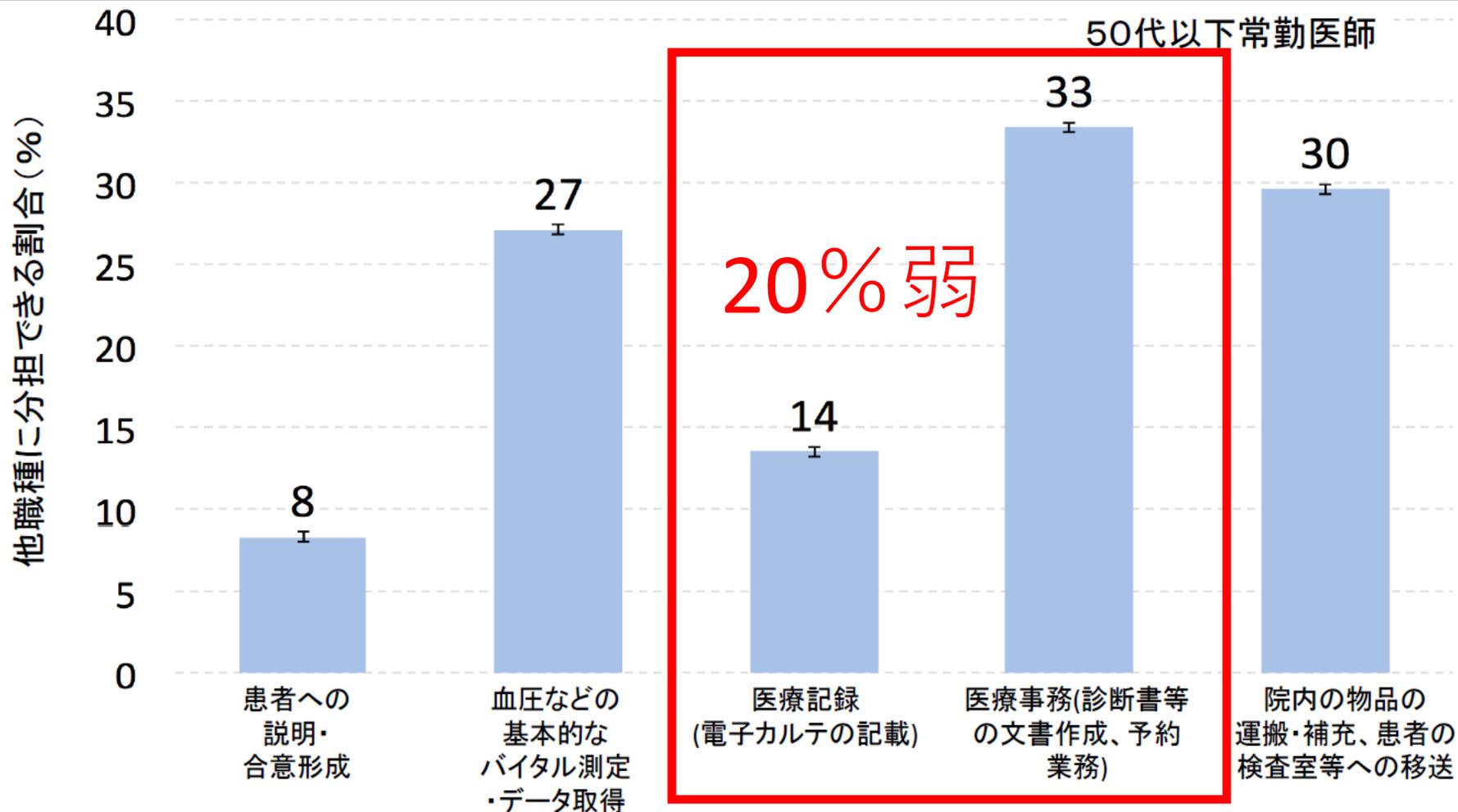
• 大腸癌手術 2週間入院を例に

- 外来 書類66分+説明35分+検査時間15分
- 入院 書類98分+説明75分+回診5分×28+カルテ記載3分×28+手術時間180分
- 外科医としてすべき仕事 453分 = 258分（説明・回診） + 195分（検査・手術）
- **ペーパーワーク： 248分（文章入力・書類記載）**
 - 外来書類66分 + 入院書類98分 + カルテ記載3分×14日×2（朝夕）
- **大腸癌手術2週間入院で700分（11時間）の医師の仕事のうち医師事務作業補助者に頼める仕事は248分（4時間）、36%もある！**

外科医の3人に1人はペーパーワーク
専門外科医

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2018年診療報酬改定における
医師事務作業補助者の議論が始まった！



中医協2017年11月8日

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 2008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

2016年改定

- 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】2016年診療報酬改定

現行			改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数		医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	860点	10点アップ	15対1	<u>870点</u>
20対1	648点		20対1	<u>658点</u>
25対1	520点		25対1	<u>530点</u>
30対1	435点		30対1	<u>445点</u>
40対1	350点		40対1	<u>355点</u>
50対1	270点		50対1	<u>275点</u>
75対1	190点		75対1	<u>195点</u>
100対1	143点		100対1	<u>148点</u>

[施設基準](業務の場所)

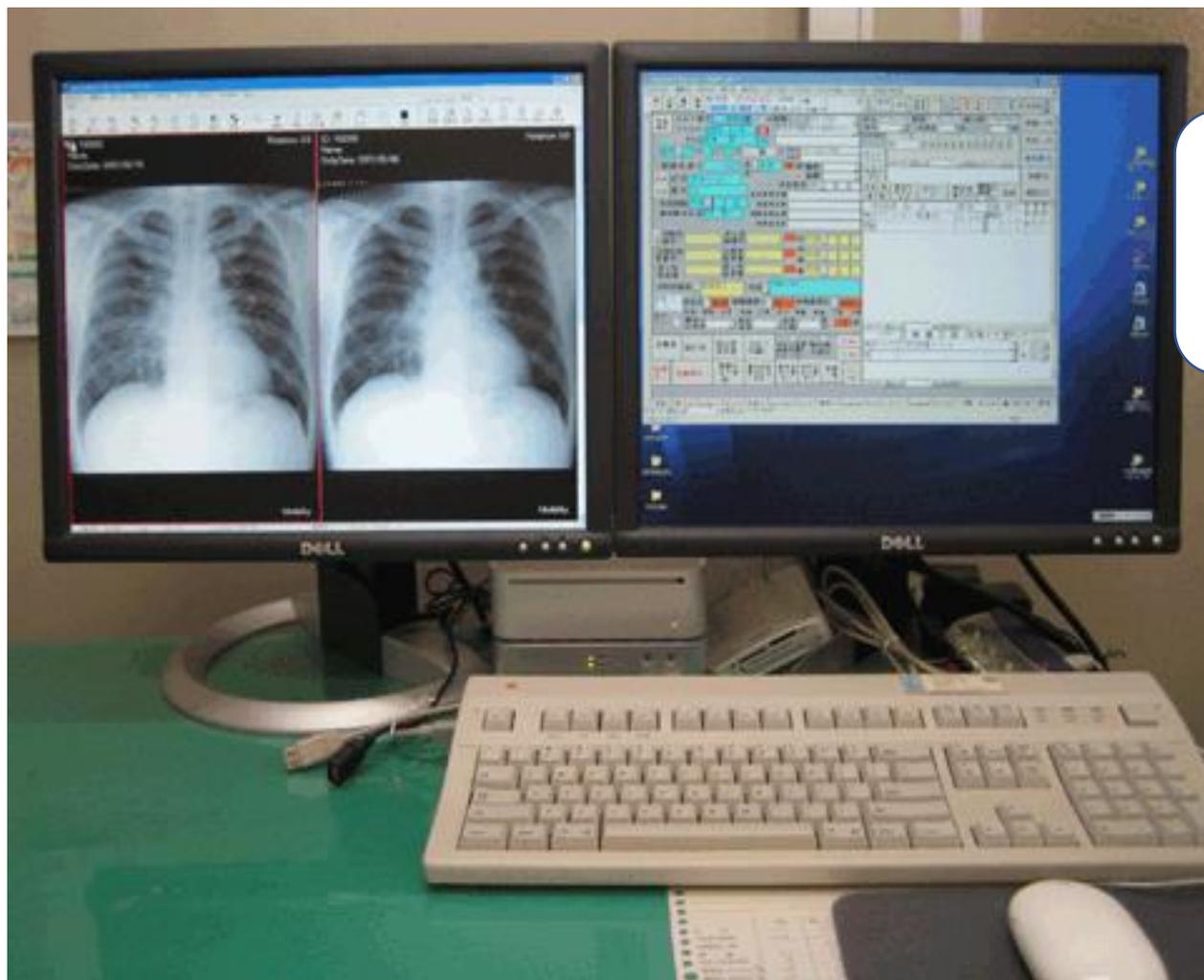
医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含める。



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！



横断的事項(その4)

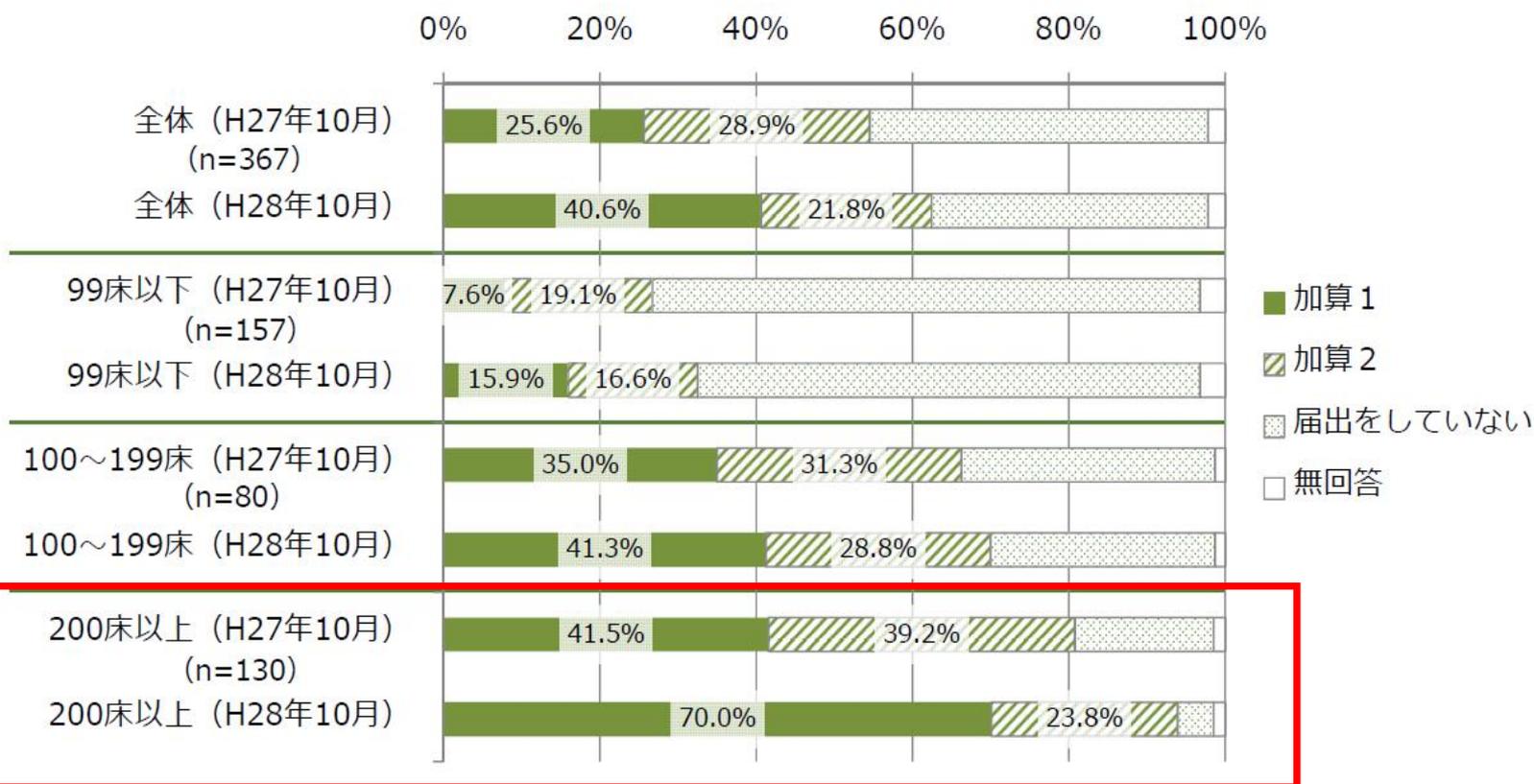
－医療従事者の働き方、病床数の取扱い、
地域の実情を踏まえた対応－

平成29年11月8日

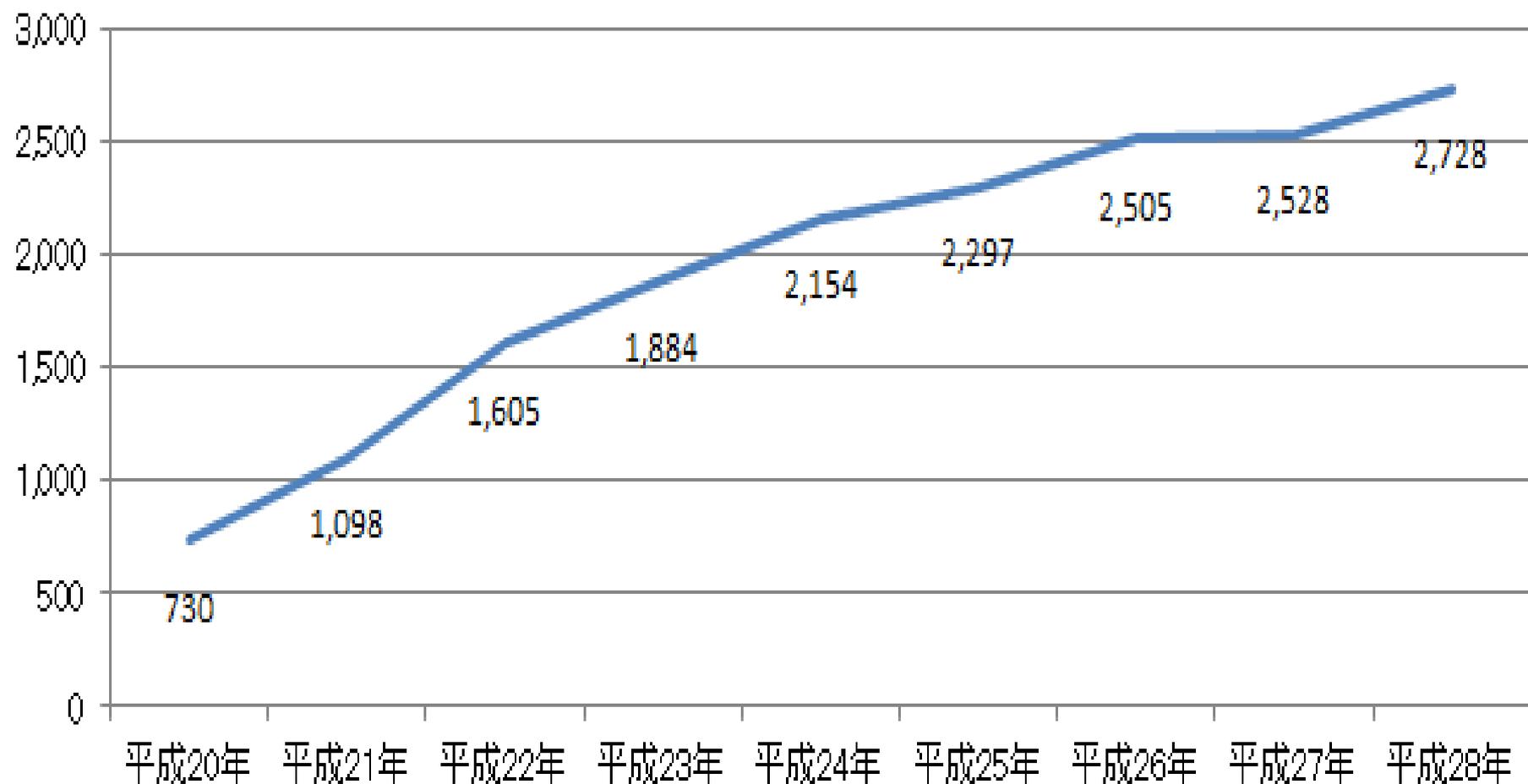
医師事務作業補助体制加算の届出状況

○ 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)



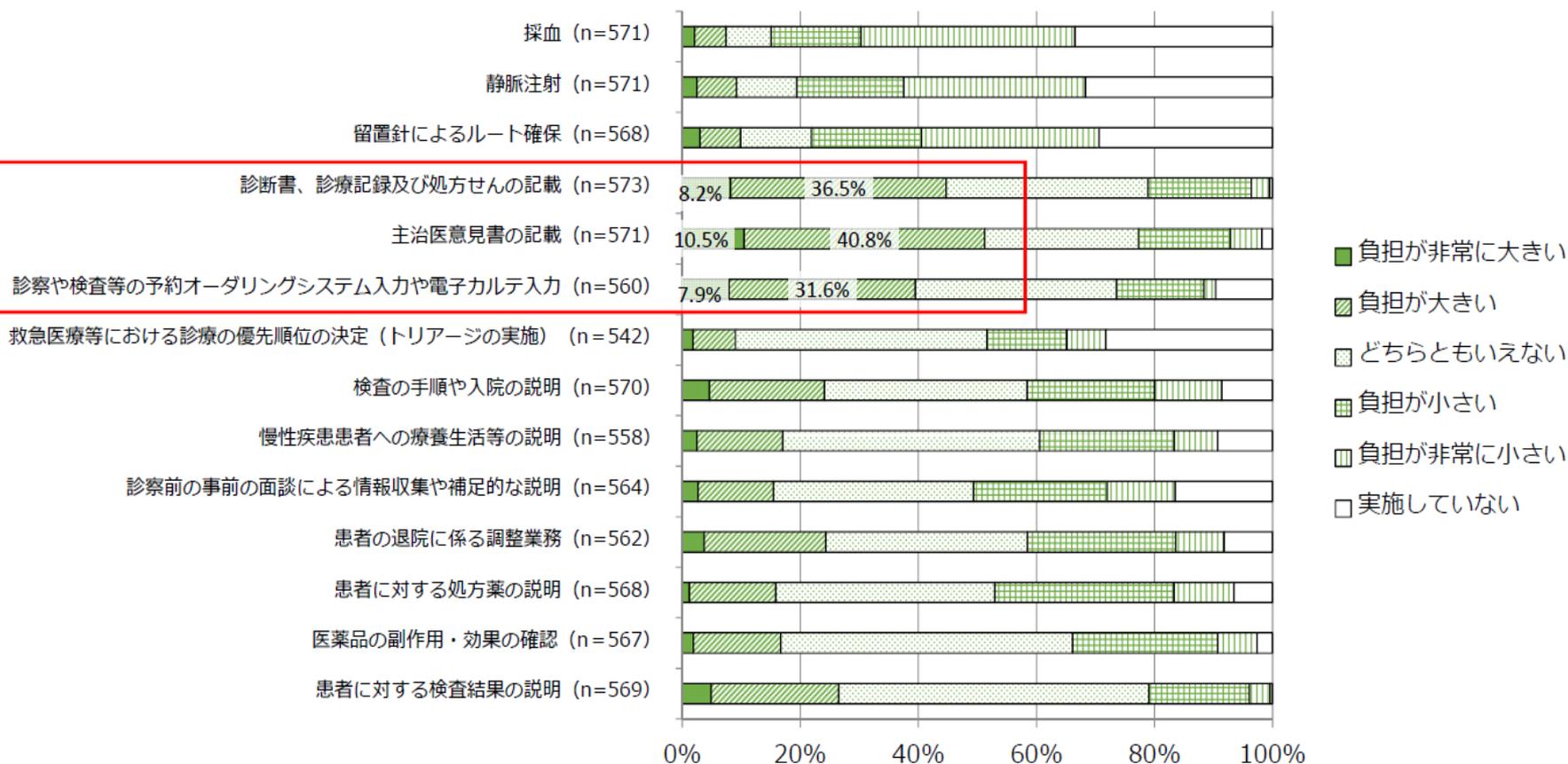
医師事務作業補助体制加算 届出医療機関数の推移



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。

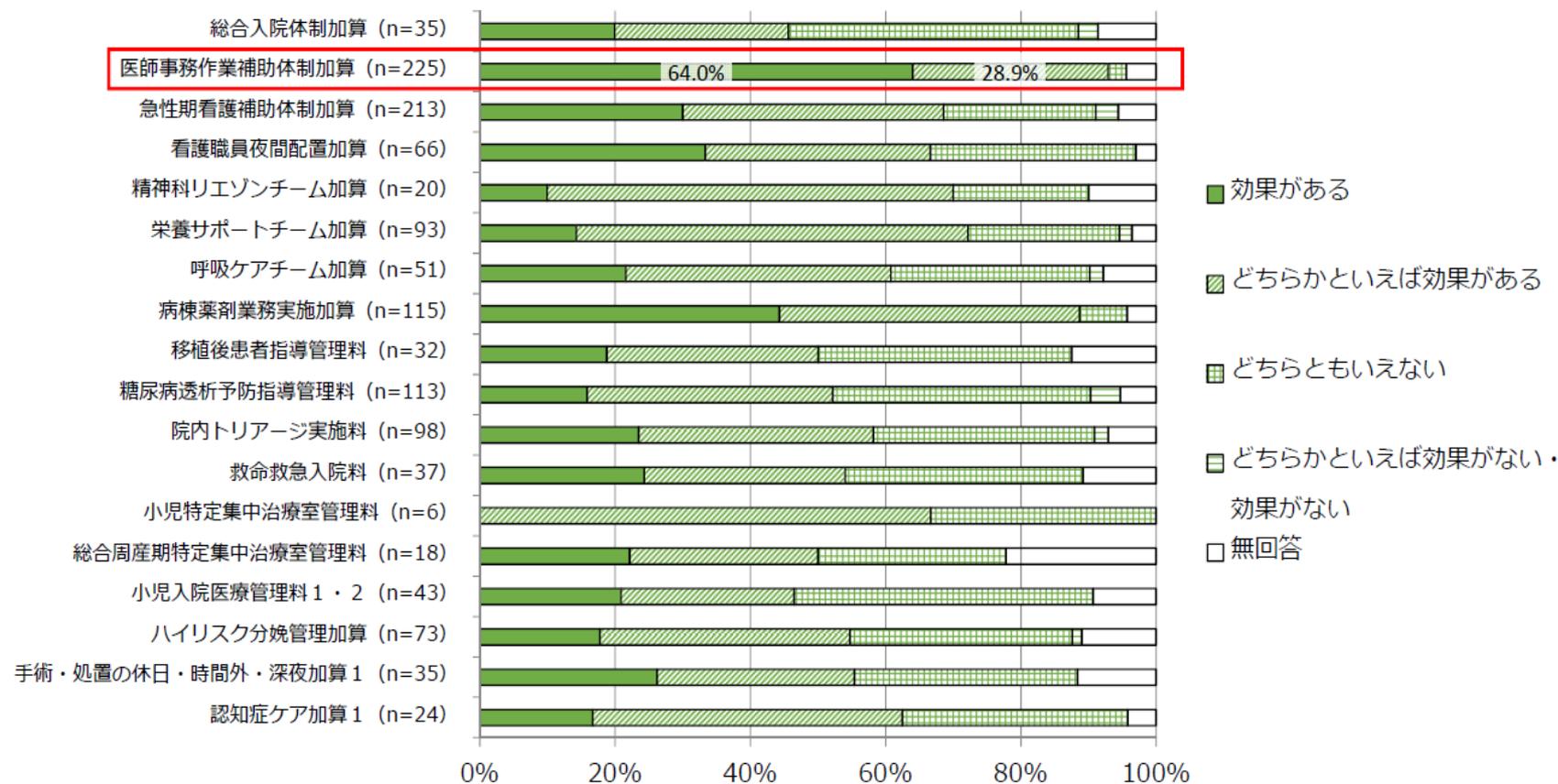
＜各業務の負担感＞
(医師への調査)



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。

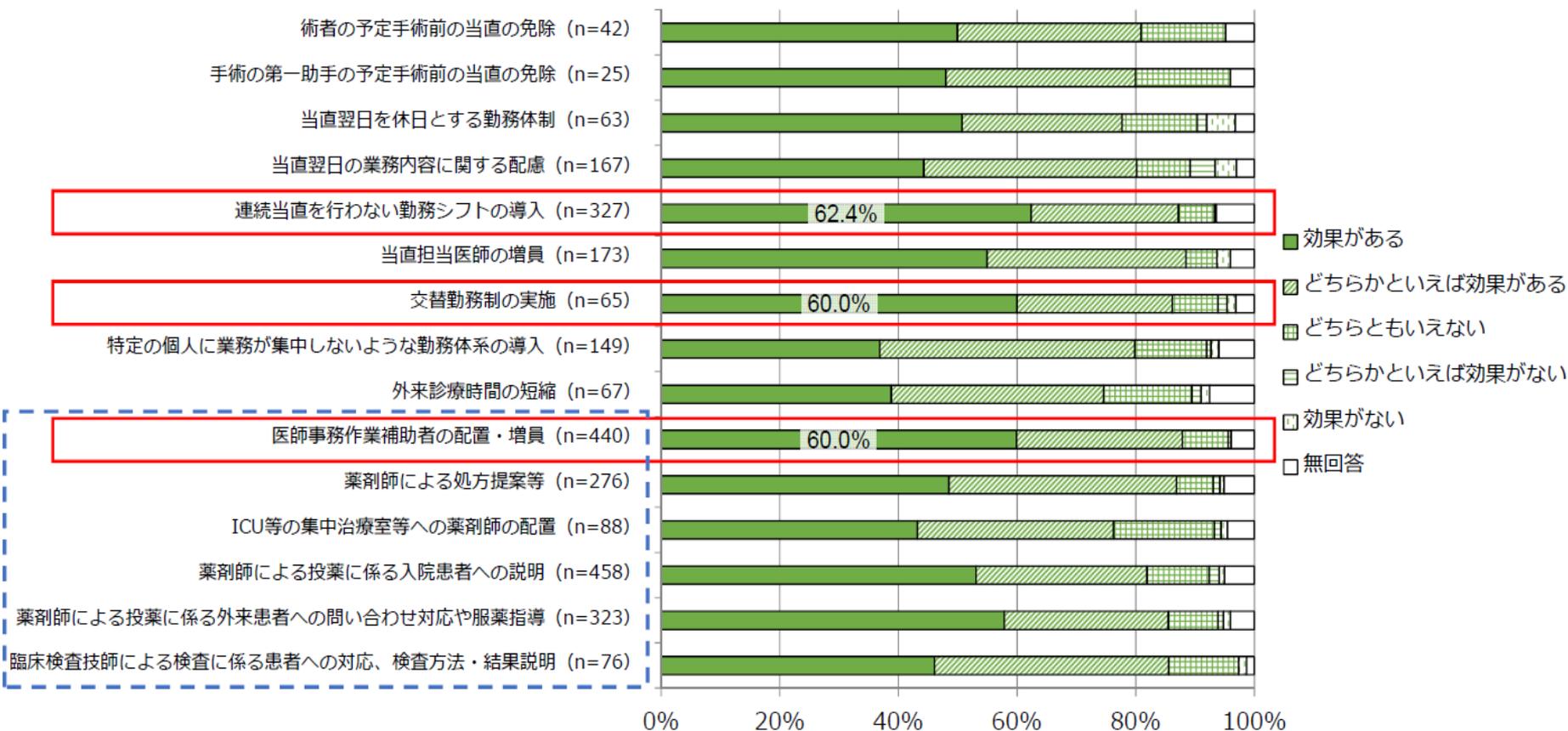
＜病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする診療報酬項目の効果＞
(算定施設)



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)



2018年診療報酬改定 医師事務作業補助者加算 一律50点アップ！

A207-2 医師事務作業補助体制 加算（入院初日）

【点数の見直し】

50点も！！

1 医師事務作業補助体制加算 1

イ	15対1 補助体制加算	870点
ロ	20対1 補助体制加算	658点
ハ	25対1 補助体制加算	530点
ニ	30対1 補助体制加算	445点
ホ	40対1 補助体制加算	355点
ヘ	50対1 補助体制加算	275点
ト	75対1 補助体制加算	195点
チ	100対1 補助体制加算	148点

2 医師事務作業補助体制加算 2

イ	15対1 補助体制加算	810点
ロ	20対1 補助体制加算	610点
ハ	25対1 補助体制加算	490点
ニ	30対1 補助体制加算	410点
ホ	40対1 補助体制加算	330点
ヘ	50対1 補助体制加算	255点
ト	75対1 補助体制加算	180点
チ	100対1 補助体制加算	138点

50
点
ア
ッ
プ

920点
708点
580点
495点
405点
325点
245点
198点
860点
660点
540点
460点
380点
305点
230点
188点

パート3 働き方改革の今後



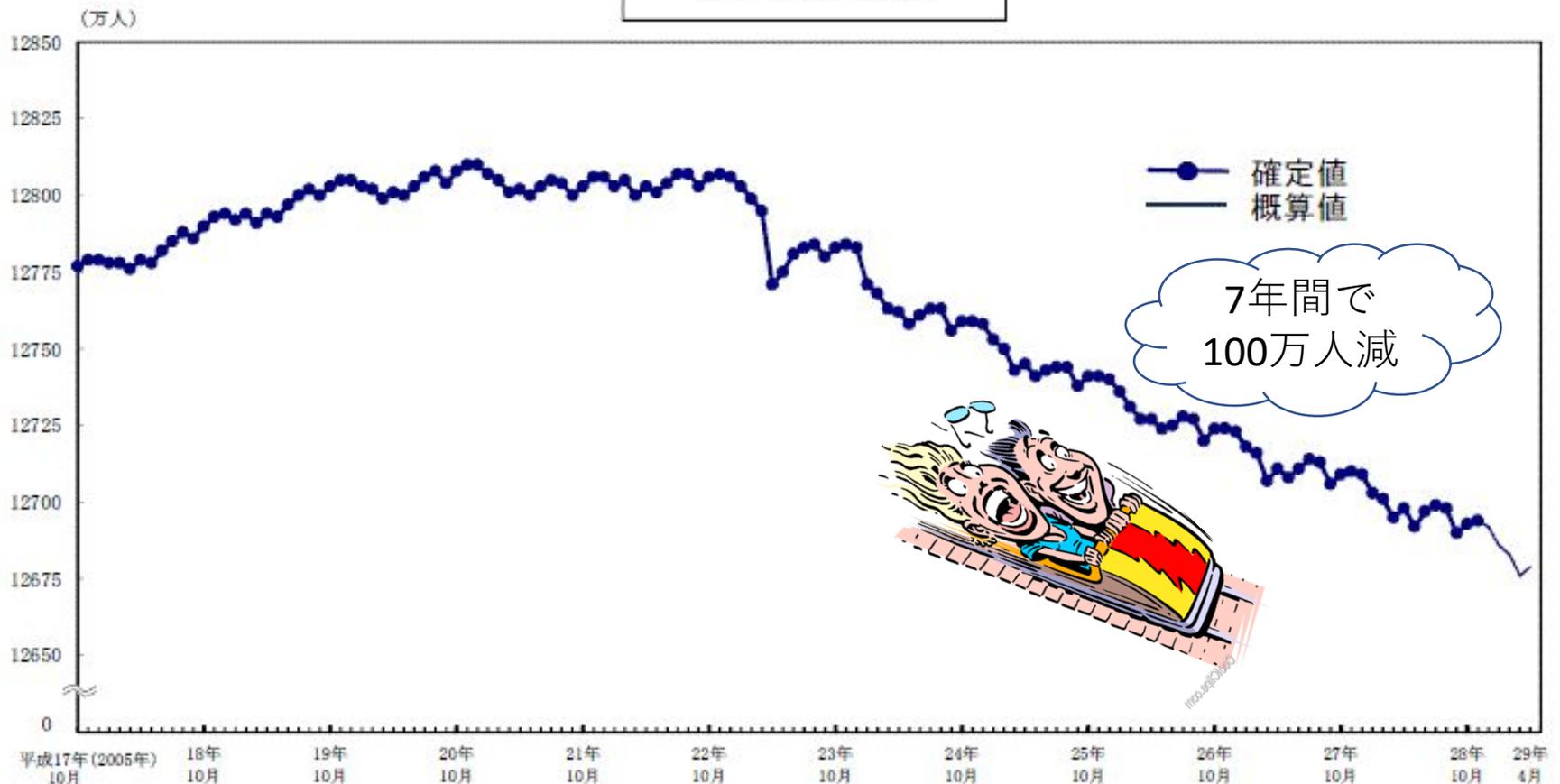
日本全体で
働き方改革が必要な
3つのワケ

- ①人口減少
- ②長時間労働
- ③低い生産性

働き方改革が必要なワケ

①人口減少

総人口の推移

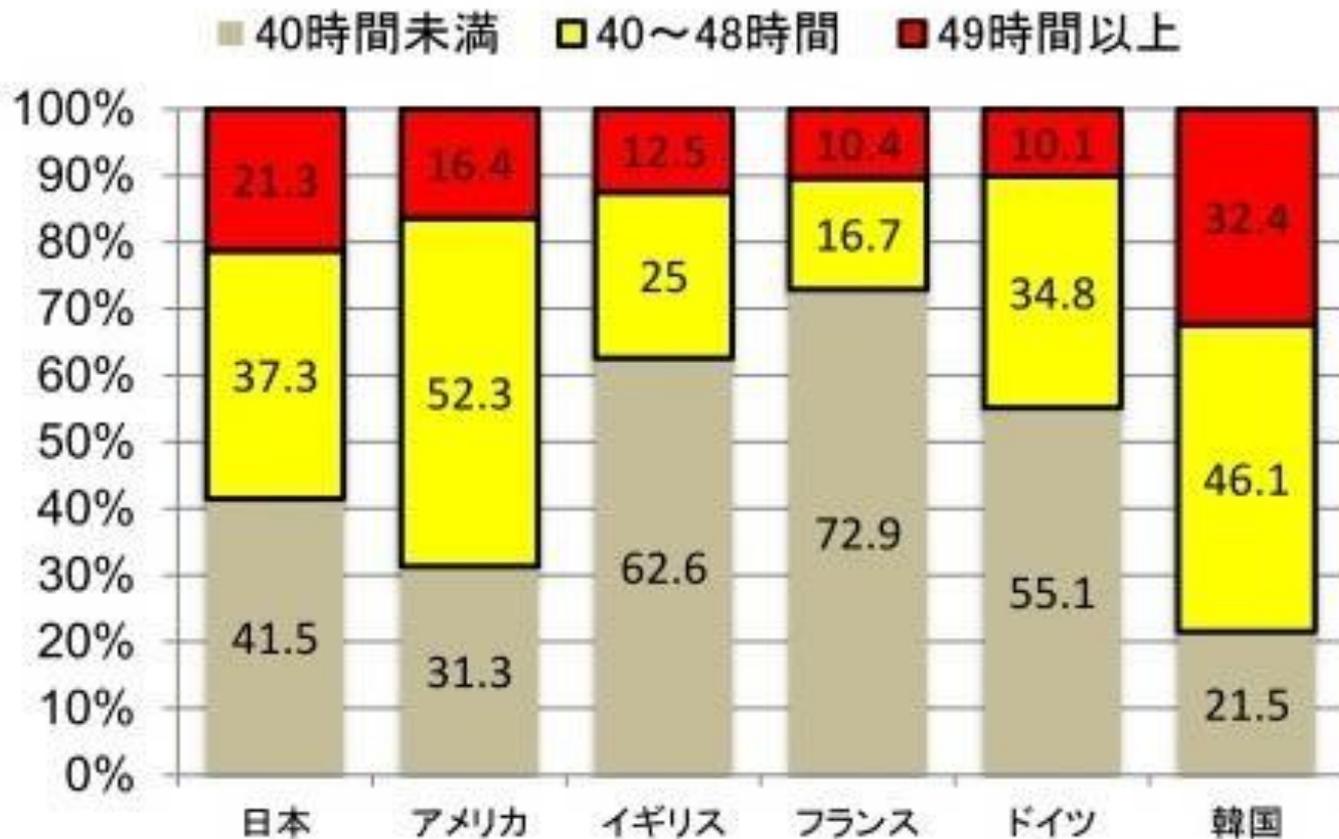


2010年

2017年

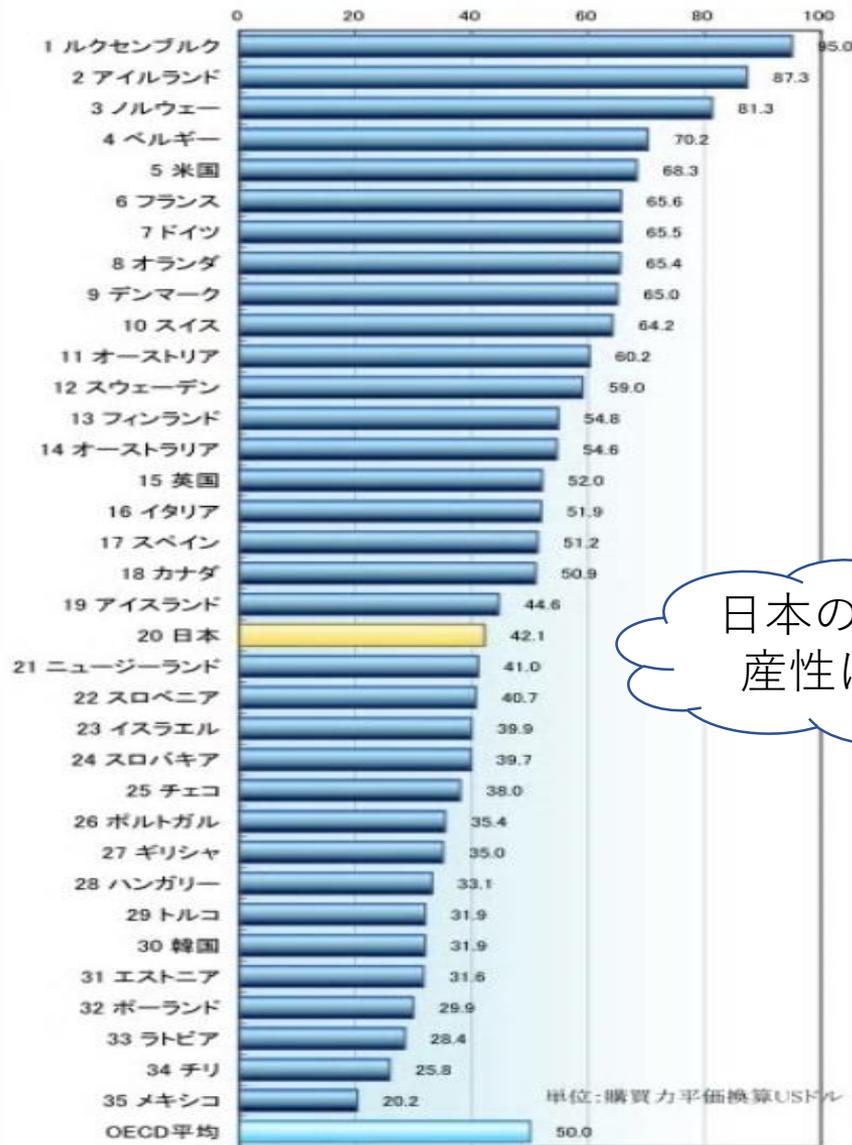
働き方改革が必要なワケ

②長時間労働



(資料出所) 労働政策研究・研修機構「データブック国際労働比較2016」
ILO「ILOSTAT Database」

OECD加盟諸国の時間当たり
労働生産性(2015年/35カ国比較)



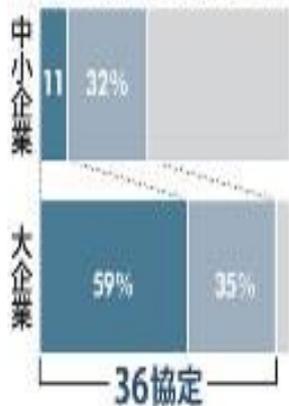
日本の労働生産性は20位

③ 働き方改革のワケ
低い労働生産性

働き方改革の9テーマ

① 長時間労働是正

特別条項が過労死の「温床」に

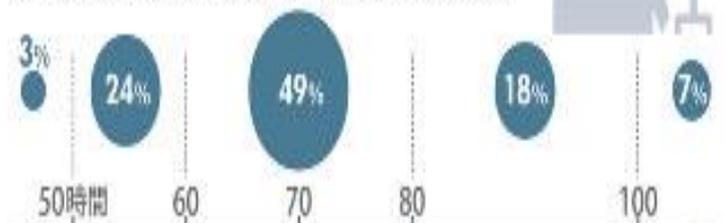


36協定

(残業させるための労使協定)を締結

- …特別条項なし
残業時間の上限は月45時間までなど制限あり
- …特別条項あり
制限なく残業時間の上限を設定可能

特別条項のある大企業の1か月の上限時間



※厚労省「2013年度労働時間等総合実態調査」

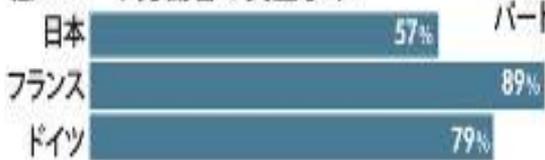
過労死ライン
(6カ月平均)

労災認定の
6カ月平均
(86.3時間)

自殺した
電通社員の
認定時間
(105時間)

② 同一労働同一賃金

低いパート労働者の賃金水準



正社員を100とした時のパート賃金の割合

※厚労省まとめ。日本は13年、フランス、ドイツは10年

法整備

環境整備

働き手の下支え

③ テレワークや副業、兼業

④ 転職支援、人材育成など

⑤ 税・社会保障制度の見直し

⑥ 子育て、介護、治療との両立

⑦ 高齢者の就業促進

⑧ 外国人材の受け入れ

⑨ 生産性向上や賃上げ

働く人の心と健康を
支える環境を

…そして、お金の力で
「アベノミクス」を
助けて



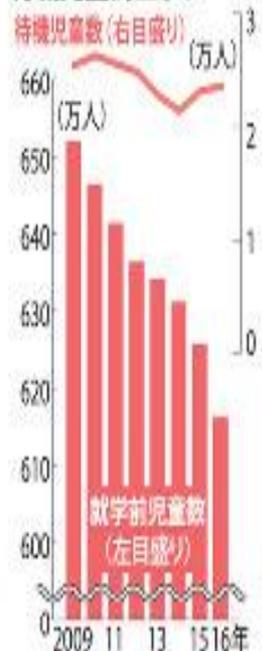
低い労働生産性

① ルクセンブルク	92.7
② ノルウェー	85.6
③ アイルランド	76.2
④ 米国	66.3
⑤ フランス	65.1
⑥ ドイツ	63.4
⑦ イタリア	50.1
⑧ 英国	49.6
⑨ 日本	41.3
⑩ 韓国	31.9

平均 48.8

※日本生産性本部「日本の生産性の動向 2015年版」。数字は1時間当たりの労働生産性、購買力平価換算米。

子どもは減っているのに
待機児童高止まり



※各年4月1日時点の厚労省まとめ

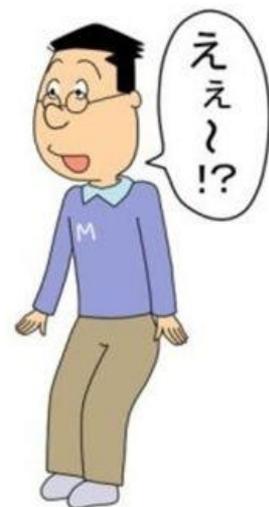
衆院厚生労働委員会は2018年5月2日午前、「働き方改革」
関連法案の質疑を行い、実質審議入りした。



野党欠席の中
審議開始

働き方改革関連法の成立までの経過

2016年 8月	安倍内閣に働き方改革担当相を新設
9月	政府の働き方改革実現会議で議論開始
17年3月	働き方改革の実行計画を策定
9月	労働政策審議会が法案要綱を了承 衆院解散、法案の国会提出は先送りに
18年1月	首相が労働時間に関する厚生労働省の調査結果を引用し、「裁量労働制の労働時間は一般労働者よりも短いというデータもある」と答弁
2月	野党がデータの不備を指摘、厚労省が調査 首相が答弁を撤回して謝罪 厚労省内でデータのもととなった調査票を発見。同省は国会で「ない」と説明していた 政府が法案から裁量労働制の対象拡大を削除
4月	法案を閣議決定、国会に提出 衆院で審議入り
5月	厚労省がデータの調査結果を公表。全体の約2割に当たる2492事業場に異常があり、調査から削除して再集計。「統計的に問題なし」と強弁 自民、公明、維新、希望の4党が高度プロフェッショナル制度について法案の一部修正で合意 立憲、国民など衆院の野党6党派が、加藤勝信厚労相の不信任決議案などを提出、否決される 与党などの賛成多数で法案が衆院通過
6月	参院で審議入り 厚労省が「高プロの必要性を把握した」としていた専門職ヒアリングの大半が、野党の国会質問後に「後付け」で行われていたことが判明 立憲、国民などが厚労相問責決議案を提出、否決される。鳥村大参院厚労委員長の解任決議案は、国民が慎重姿勢を示したため採決されず 働き方改革関連法が成立





働き方改革関連法

2018年6月29日

働き方改革関連法案の概要

残業時間の上限規制

- 残業は年720時間まで、単月で100時間未満に
 - 違反すると懲役や罰金
 - 労基署が指導する際、中小企業に配慮
- 大企業2019年4月、中小20年4月

同一労働同一賃金

- 基本給や手当で正社員と非正規の不合理な待遇差を解消
- 大企業20年4月、中小21年4月

脱時間給制度の導入

- 年収1075万円以上の一部専門職を労働時間規制から除外
 - 働いた時間ではなく成果で評価
 - 年104日以上の日取得義務
 - 1度適用されても本人の意思で脱可能
- 19年4月

(注)→は導入時期

自動車運転業務、建設業、医師の3業種は改正労働基準法が成立、施行してから5年間は残業時間の上限規制の適用除外

国家公務員に残業上限

人事院規則に明記、来春から
(日本経済新聞 2018年7月11日)

国家公務員の長時間労働を減らすための規則をつくる

超過勤務の上限

原則	月45時間以下、年360時間以下
一部の部署	月100時間未満、年720時間以下

災害対応



法令立案



国際交渉



など重要性・緊急性が高い業務のみ

上限を超えた勤務を認める特例

健康確保措置

医師による職員の面接指導を実施

- 月100時間以上などの超過勤務を命じた場合
- 月80時間超で、疲労の蓄積がある職員から申し出がある場合



日本の医師の働き方改革



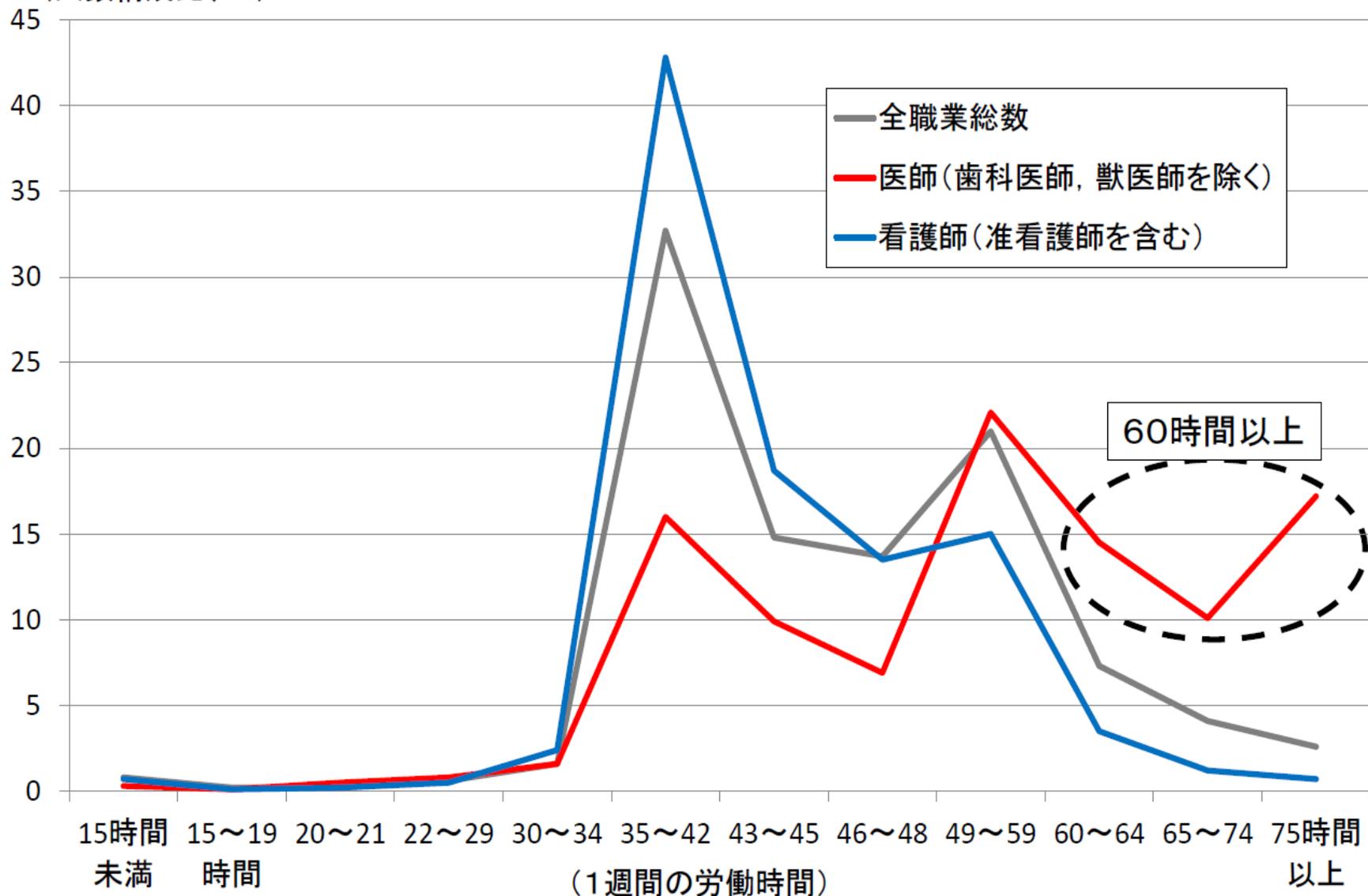
日本の医師は他の職種より 労働時間が長い

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、%)

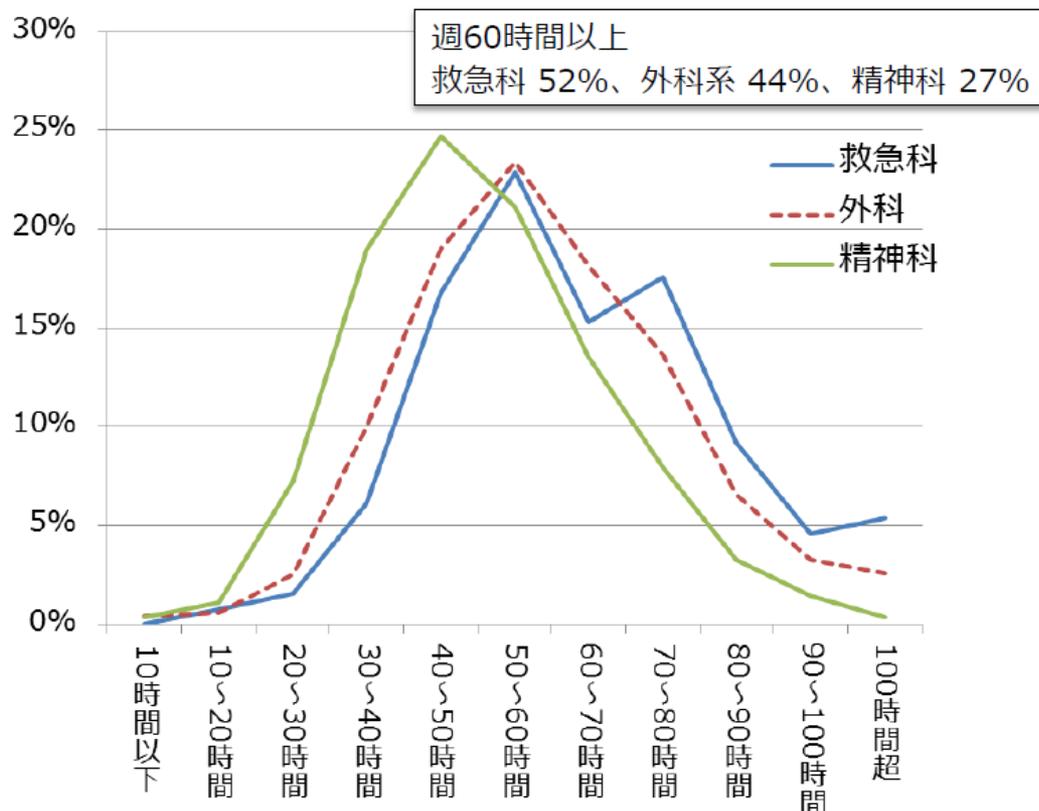


(出典)総務省・平成24年就業構造基本調査
(年間就業日数200日以上、正規職員)

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

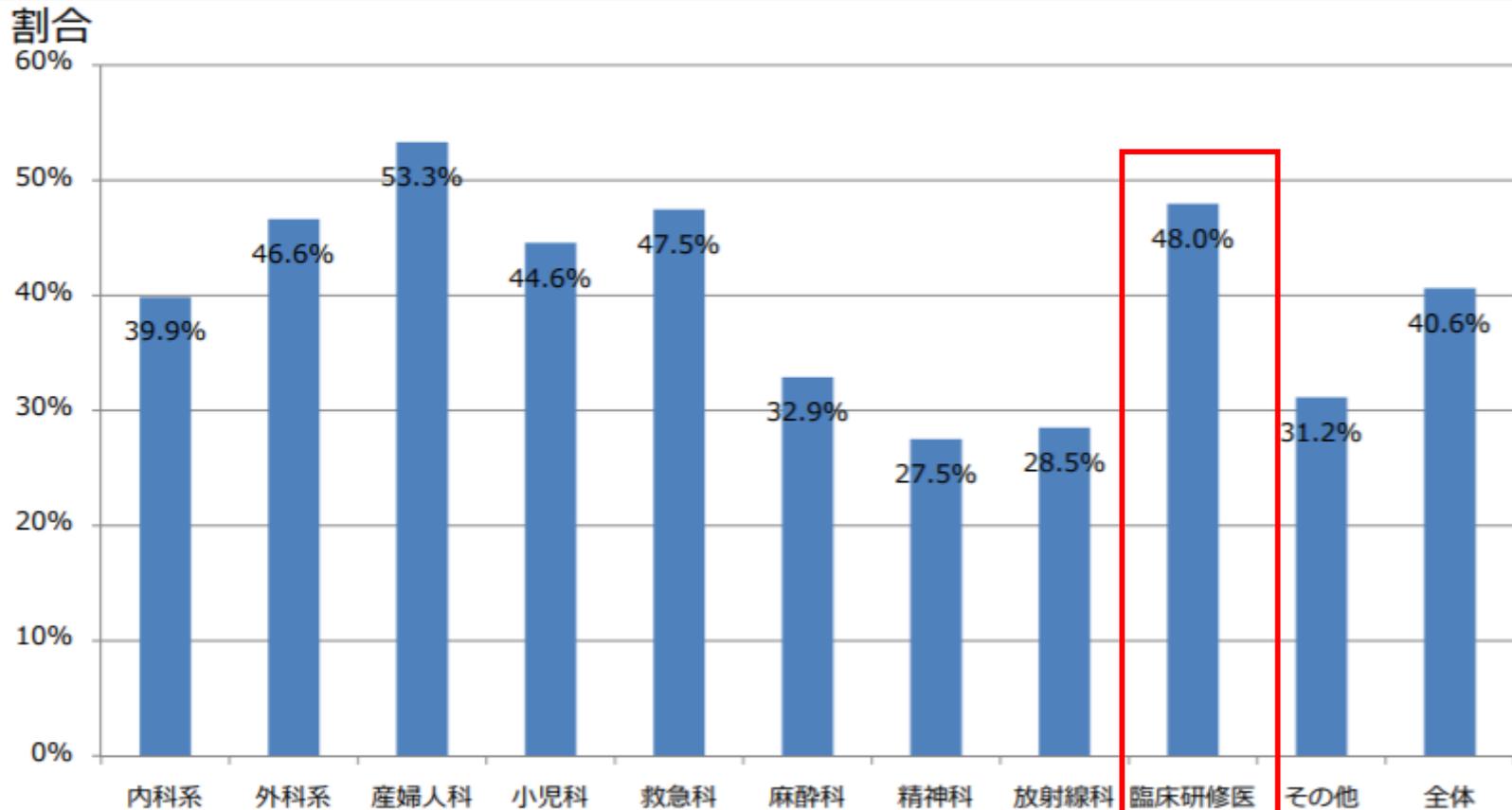


※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。なお、当直の待機時間には、労働基準法上の労働時間に該当するものと該当しないものの両方が含まれていると考えられる。

「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

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合で見ると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。



※ 病院勤務の常勤医師のみ

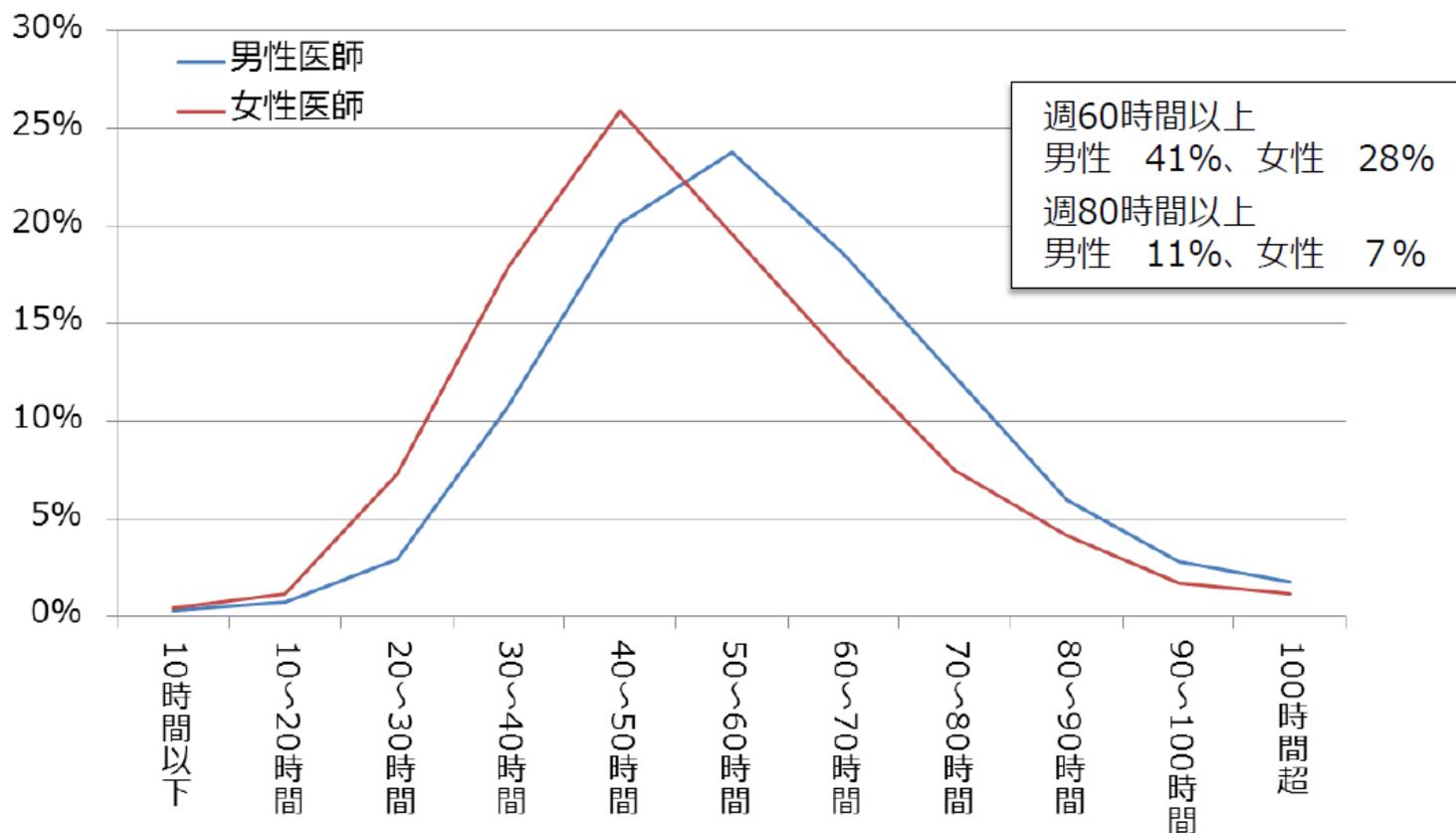
※ 診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。 診療外時間：教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。 待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。 勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）。

※ 「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。

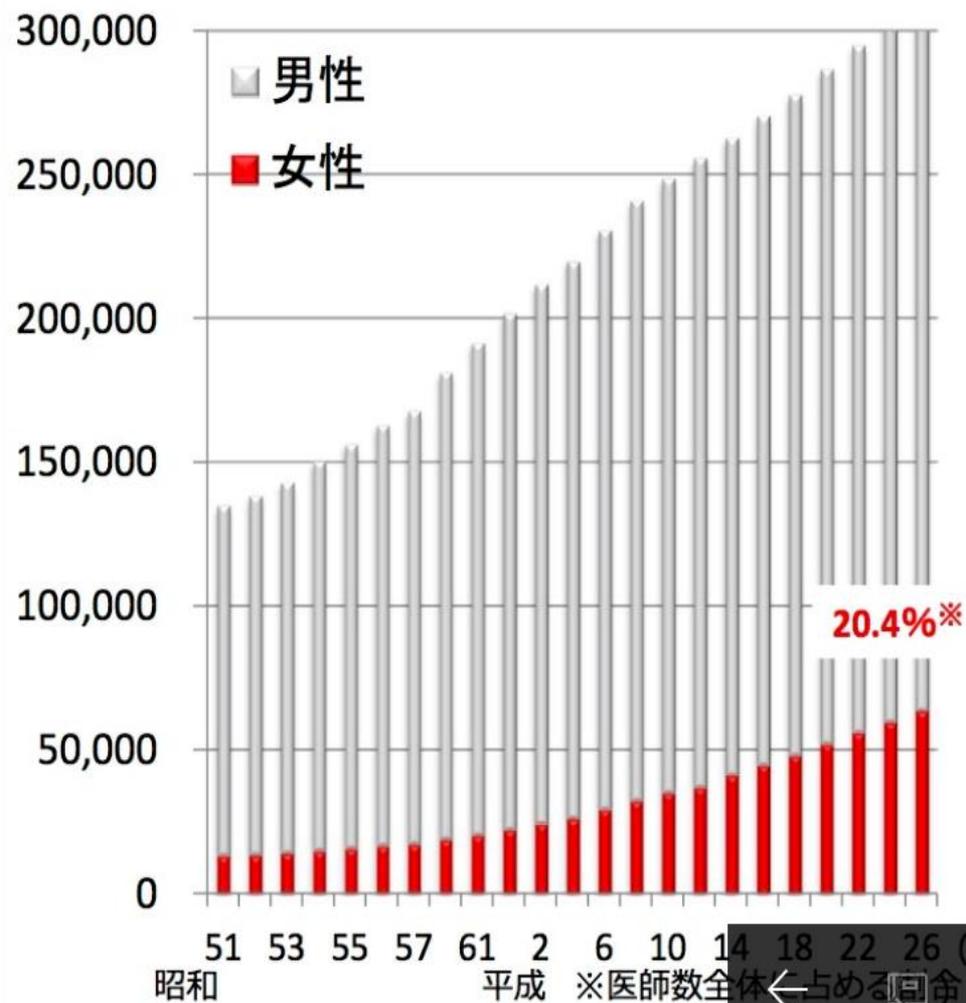


「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

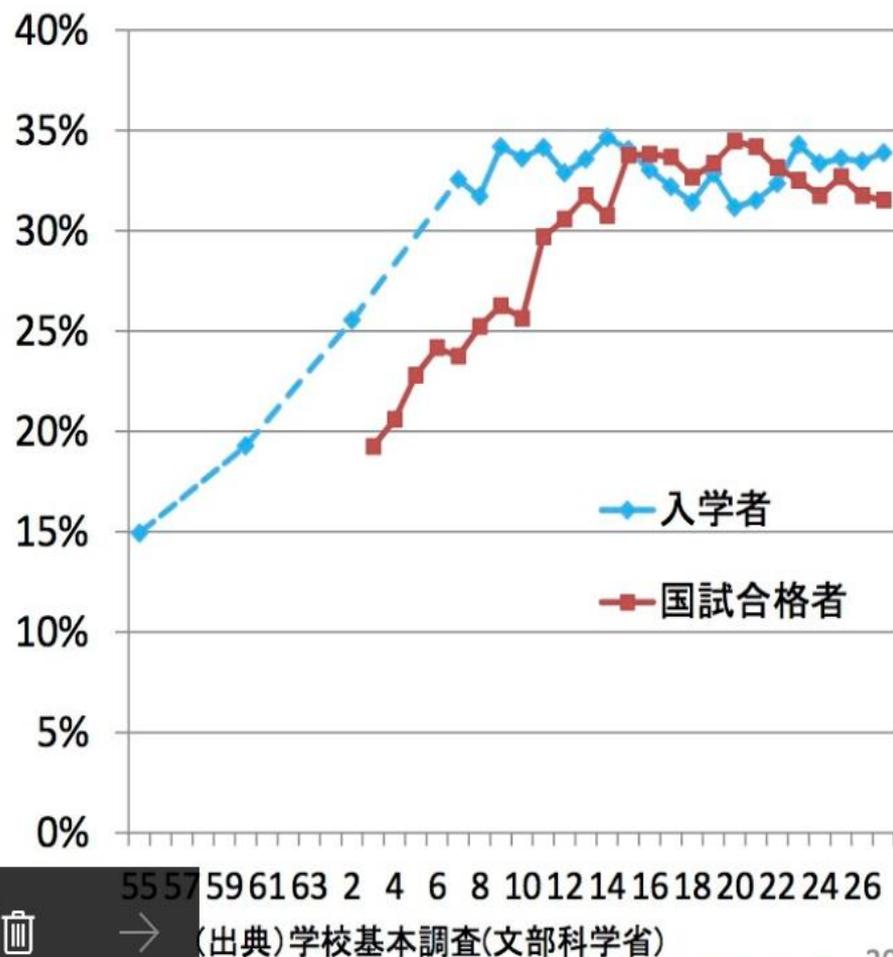
○全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成26年時点で20.4%を占める。

○近年、若年層における女性医師は増加しており、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっている。

女性医師数の推移

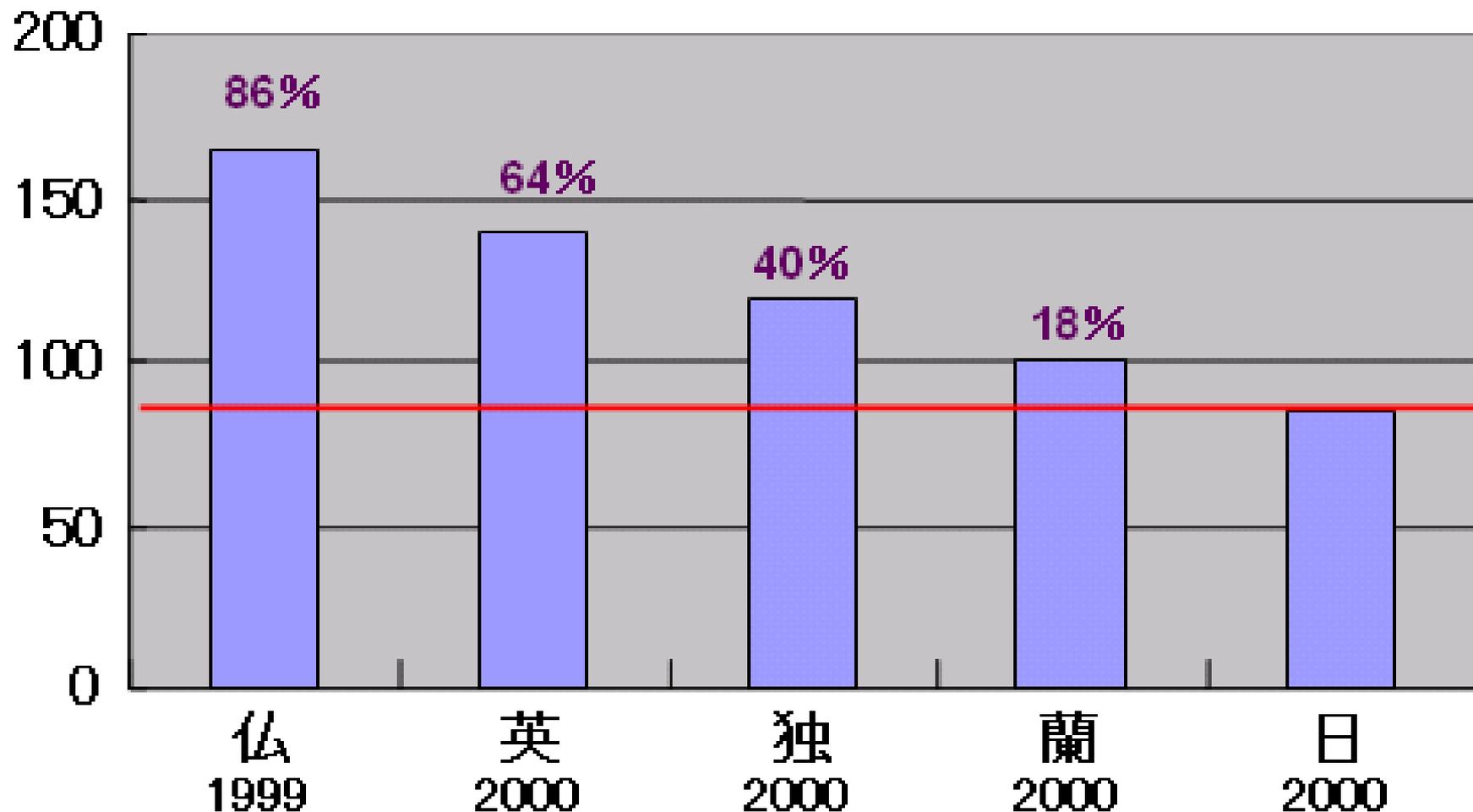


医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合



しかし日本の勤務医の労働生産性は低い
医師 1 人当たりの退院患者数（OECD統計）

医師対
年間退院数



相次ぐ労基署の 病院への立ち入り



聖路加国際病院 医師の長時間労働指摘2016年6月



研修医の過労死自殺が起きた 新潟市民病院

患者のみなさまへ

当院は、新潟労働基準監督署の指導により、医師の労働時間を縮減し、適正化を図ることにいたしました。

今後も、病院として最大限の努力を払って診療の質と安全性の確保をいたしますが、従来と異なる対応となる場合が出てくる可能性があります。

この点につき、ご理解のほどお願い申し上げます。

平成29年6月6日
新潟市民病院
院長 片柳 憲雄



労働基準監督署のあいつぐ 是正勧告

- 特定機能病院で労基法違反残業のあいつぐ摘発
 - 大学病院付属病院で労基法違法残業や残業代の未払いが相次ぎ発覚している。
 - 報道によれば全国85の特定機能病院のうち、7割超の64病院で労働基準法違反があったとして労働基準監督署が是正勧告し、少なくとも28病院に複数回の勧告を行っていたことが2018年2月に明らかになった。
- 自治体病院でもあいつぐ摘発
 - 全国自治体病院協議会の調査によれば44都道府県170の自治体病院に労基署による摘発が行われた
 - 沖縄の県立病院18億円、佐賀県の好生館病院8億円の支払い等
 - 東京都立小児総合医療センター、1.2億円の支払い
- 聖路加国際病院の診療縮小
 - 労基署の立ち入りを受けて2017年5月より土曜外来を全科廃止するところなど、医療機関に診療縮小などの影響も出始めている。

佐賀県医療センター好生館、未払い残業代
5億6千万円支給へ労基署から是正勧告
(2017年)



沖縄の県立病院2年間で医師の 残業代の支払い**18億円**（2017年）



(資料写真) 県立南部医療センター・こども医療センター

「第1回 医師の働き方改革に関する検討会」

座長 岩村正彦 東京大学大学院教授

2017年8月2日



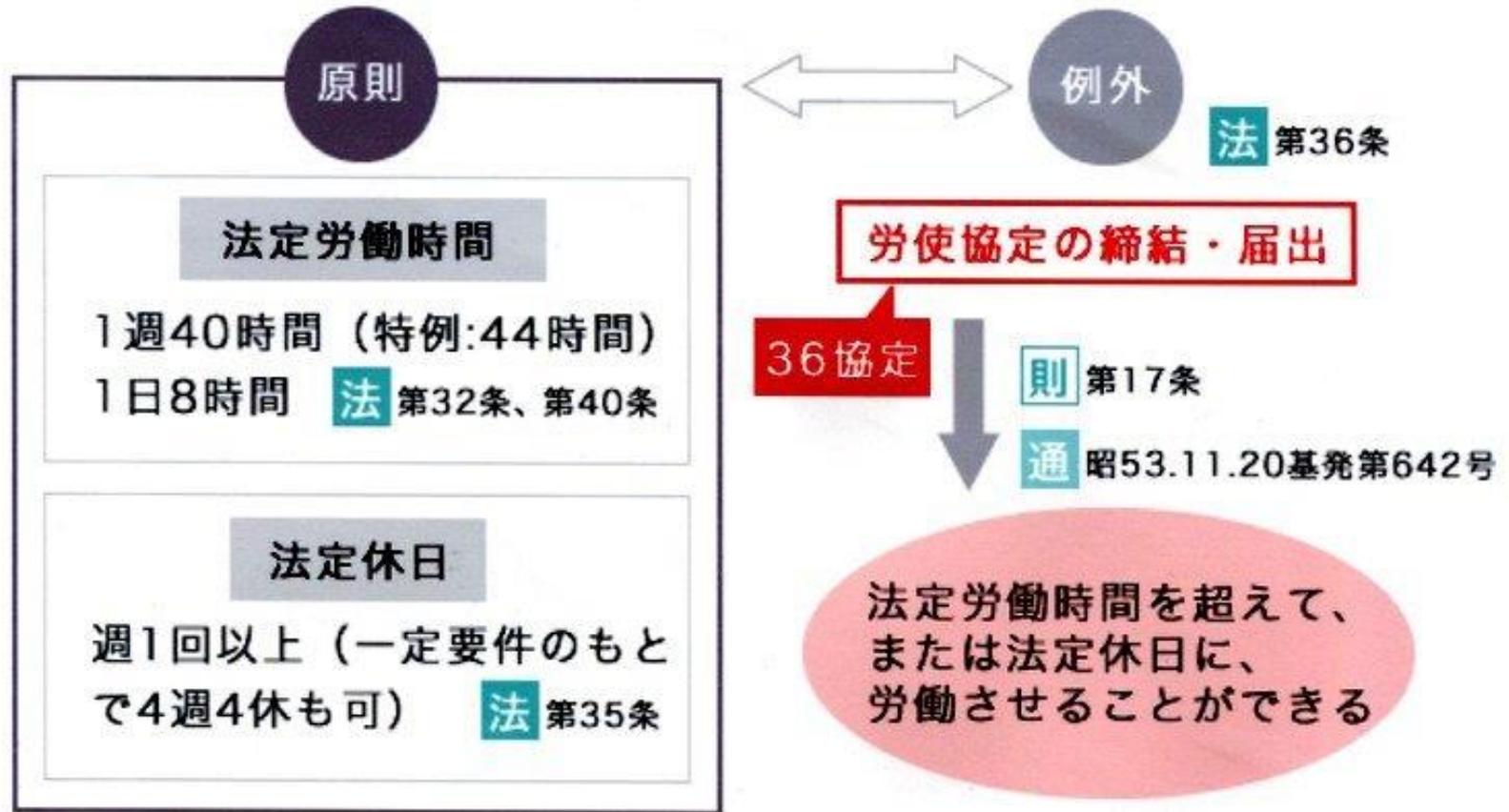
労働基準法(労働時間)

法定労働時間:

休憩時間を除いて、**1日に8時間、1週間に40時間**を超えて労働させてはいけません。(特例措置対象事業を除く)

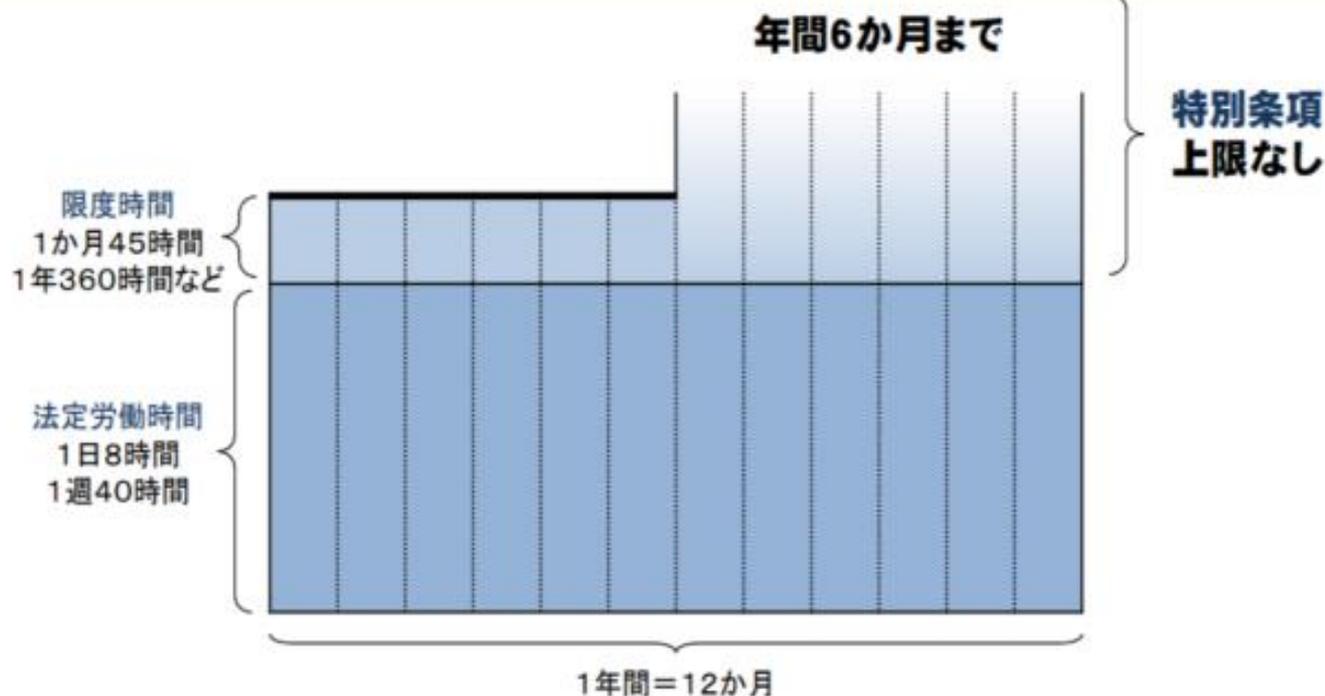


36協定（サブロク協定）



②36協定について（制度概要）

- 労働基準法での原則的な労働時間の上限：**1日8時間・1週40時間**【法定労働時間】
- これを延長する場合は、**労使協定(36協定)の締結・届出**が必要
- 36協定での延長時間は、「時間外労働の限度基準」(大臣告示)に規定
 - 「1か月45時間」「1年360時間」等(※)【**限度時間**】
 - ※ 「1日」、「3か月以内の期間」、「1年間」について協定する必要
 - ※ ほかに、「1週間15時間」「3か月120時間」などの限度時間が規定されている
 - ※ ただし、①工作物の建設等の事業、②自動車の運転の業務、③新技術、新商品等の研究開発などの業務は限度時間の適用除外とされている
 - **「特別条項」を結べば**、例外的に限度時間を超えることができる(年間6か月まで)
 - ※**特別条項について、その上限時間が規定されていない**



【図】 時間外労働の法規制における現行法と改正の方向性

【現行法】

①労働時間の原則

1日8時間
1週間40時間
(特例：変形労働時間制、
フレックス、裁量労働制)

②時間外労働が可能

時間外労働・休日労働協定
(36協定)を企業と従業員側で締結し、所轄労働基準監督署に届出

③時間外労働の条件 (告示)

1日：上限なし
1ヵ月：45時間※
1年：360時間※

※3ヵ月を超える1年単位の変形労働時間制の場合、1ヵ月42時間、1年320時間

【改正の方向性】

しかし、特別条項の締結→上限なし

●原則

時間外労働時間の限度を、原則として、月45時間かつ年360時間とし、**違反には罰則を課す**

●特例(特別条項付き36協定)

- ①臨時的な特別な事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回ることができない時間外労働時間を年720時間(=月平均60時間)とする。
- ②年720時間において、一時的に事務量が増加する場合について、最低限、上回ることをできない上限を設ける

●上限

- ①2ヵ月、3ヵ月、4ヵ月、5ヵ月、6ヵ月の平均で、いずれにおいても、休日労働を含み80時間以内
- ②単月では、休日労働を含み、100時間未満
- ③時間外労働の限度の原則は、月45時間かつ年360時間であることに鑑み、これを上回る特例の適用は、年半分を上回らないよう、**年6回を上限とする**

応 招 の 義 務

医師法第 19 条：診療に従事する**医師**は、
診察治療の求めがあった場合には、
正当な事由がなければ、これを**拒んではならない。**

保助看法第 39 条：業務に従事する**助産師**は、
助産又は妊婦、褥婦若しくは新生児の
保健指導の求めがあった場合は、
正当な事由がなければ、これを**拒んではならない。**

応招義務の問題から、 上限規定の適用を 5年間猶予する

この間、「医師に適用する規制の具体的な在り方」
「医師の労働時間短縮策」を、先の検討会で議論し、
2019年3月末までに結論を得る。

医師の宿直について

- 医療法(昭和23年法律第205号)第16条の規定により、「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」とされている。
- 宿直は、一般的に外来診療を行っていない時間帯に、医師等が入院患者の病状の急変に対処するため医療機関内に拘束され待機している状態をいい、このような待機時間も一般的には労働基準法上の労働時間となる。
- 労働基準法第41条第3号の規定に基づき、断続的業務として労働基準監督署長の許可を受けたものについては、労働基準法上の労働時間規制が適用されない。ただし、医師の当直について当該許可を受ける場合には、宿直勤務の一般的許可基準に加え、「医師、看護師等の宿直許可基準」を満たす必要がある。

【医師、看護師等の宿直許可基準】(昭和24年3月22日基発第352号)

- (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。
- (2) 夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外に、病院の定時巡回、異常事態の報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温等、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。
(応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等があり、昼間と同態様の労働に従事することが常態であるようなものは許可しない。)
- (3) 夜間に十分睡眠がとりうること。
- (4) 許可を得て宿直を行う場合に、(2)のカッコ内のような労働が稀にあっても、一般的にみて睡眠が充分にとりうるものである限り許可を取り消さないが、その時間については労働基準法第33条、第36条による時間外労働の手続きを行い、同法第37条の割増賃金を支払うこと。

労働基準法41条（宿直基準） を順守できない病院が半分

- 全日病の調査
 - 2018年3月調査 救急告示病院など1454病院を対象
 - 回答病院411病院のうち労働基準法41条を順守できていない病院は185病院（45%）
 - 順守していない病院でも36協定でクリアしている病院もあり一概に違法とはいえない。



医師の勤務環境の改善

タスクシフト・
タスクシェアリング

タスクシフト（業務の移管）

- 検討会では医師の業務負担軽減のため、他職種へ以下の業務のタスク・シフティングを推進することを明記している。（緊急的取り組み事項）
 - 全病院で行うべき事項
 - 「初診時の予診」、「検査手順の説明や入院の説明」、「薬の説明や服薬の指導」、「静脈採血」、「静脈注射」、「静脈ラインの確保」、「尿道カテーテルの留置（患者の性別を問わない）」、「診断書等の代行入力」、「患者の移動」など。
 - 病院個別に検討すべき事項
 - 「勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等の対応を行わないこと」「当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルや完全休日の設定など、各医療機関・診療科の特性を踏まえた取り組みを積極的に検討し、導入するよう努める」

看護特定行為の導入

特定看護師になると、38の医療行為を 医師が不在でも実施できるんです！



医師からのタスクシフト



未来の医療を支える研修制度

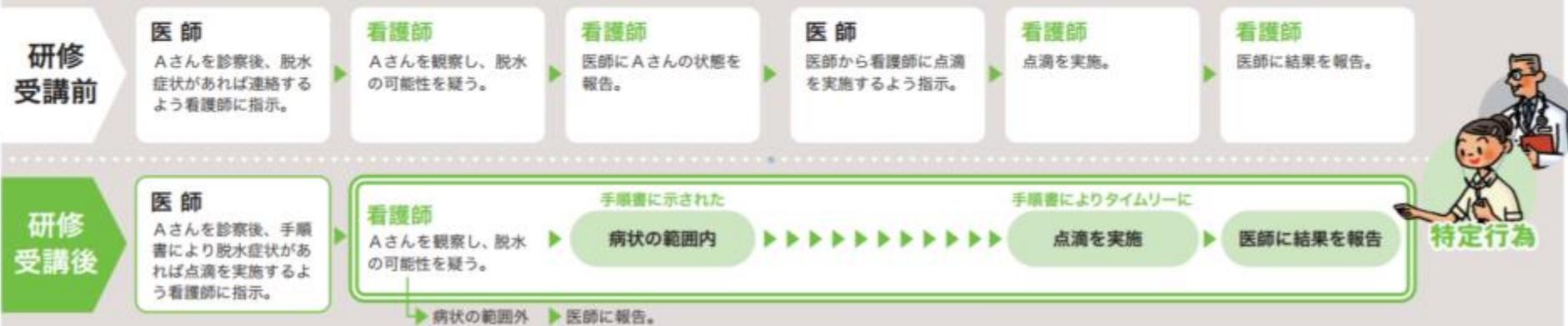
団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、今後の医療を支えるために保健師助産師看護師法の一部改正によって、平成27年10月1日から手順書により特定行為を行う看護師に対し、「特定行為研修」の受講が義務づけられました。



10万人以上の養成を目指します

新たな研修制度は、看護師が手順書により行う特定行為を標準化することで、今後の急性期医療から在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成することを目的としており、多くの看護師に受講していただきたいと考えています。

▶ 研修を受けるとこのようになります 特定行為の実施の流れ (脱水を繰り返すAさんの例)



特定行為

手順書って何？

- 手順書は、医師・歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるために、その指示として作成する文書または電磁的記録のことです。
- 医師・歯科医師は手順書を活用する際に、患者さんと看護師を特定します。
- 各医療現場の判断で、具体的内容を追加することもできます。

「直接動脈穿刺による採血」に係る手順書のイメージ

事項	具体的な内容
当該手順書に係る特定行為の対象となる患者	呼吸状態の変化に伴い迅速な対応が必要になりうる患者
看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲	以下のいずれかが当てはまる場合 呼吸状態の悪化が認められる (SpO ₂ 、呼吸回数、血圧、脈拍等) 意識レベルの低下 (GCS○点以下又はJCS○桁以上) が認められる
診療の補助の内容	病状の範囲に合致する場合は、直接動脈穿刺による採血を実施
特定行為を行うときに確認すべき事項	穿刺部位の拍動がしっかり触れ、血腫がない
医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制	1. 平日日勤等 担当医師又は歯科医師に連絡する 2. 休日・夜勤等 担当医師又は歯科医師に連絡する
特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法	手順書による指示を行った医師又は歯科医師に採血の結果と呼吸状態を報告する (結果が出たら速やかに報告)

※ 特定行為以外の医行為と同様に、特定行為を行うときには、「医師・歯科医師が医行為を直接実施するか」「どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるか」の判断は、患者さんの病状や看護師の能力を勘案し、医師・歯科医師が行います。

診療の補助である「特定行為」って何？

- 特定行為は、診療の補助であって、看護師が行う医療行為のうち、手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力、高度かつ専門的な知識・技能が特に必要とされるものとして定められた38の行為です。
- 38の特定行為は、21の特定行為区分に整理されており、特定行為区分を最小単位として研修が行われます。

特定行為区分	特定行為
呼吸器 (気道確保に係るもの) 関連	経口気管チューブ又は経鼻気管チューブの位置の調整
呼吸器 (人工呼吸療法に係るもの) 関連	換気量の設定の変更、非侵襲的換気装置の設定の変更、人工呼吸管理がなされている者に対する換気量の調整、人工呼吸器からの接続
呼吸器 (換気療法に係るもの) 関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理、一時的ペースメーカーリードの抜き、経皮的経心臓動脈装置の操作及び管理、大動脈内バルーンポンピングからの接続を行うときの補助の調整
心臓ドレーン管理関連	心臓ドレーンの抜き
胸腔ドレーン管理関連	胸腔ドレーン挿入時の吸引圧の設定及びその変更、胸腔ドレーンの抜き
胸腔ドレーン管理関連	胸腔ドレーンの抜き (胸腔内に留置された穿刺針の抜きを含む。)
ろう孔管理関連	ろう孔カテーテル若しくはろう孔カテーテル又はろう孔ボタンの交換、閉塞したろう孔カテーテルの交換
深部カテーテル管理 (中心静脈カテーテル管理) 関連	中心静脈カテーテルの抜き
深部カテーテル管理 (外周静脈カテーテル管理) 関連	外周静脈カテーテルの抜き
創傷管理関連	創傷又は傷性創傷の処置における血圧のない傷口閉鎖の除去、創傷に対する閉鎖療法
創傷ドレーン管理関連	創傷ドレーンの抜き
創傷ドレーン管理関連	創傷ドレーン挿入時の吸引圧の設定及びその変更、創傷ドレーンの抜き
透析管理関連	急性血液透析療法における血液透析液又は血液透析液濃度の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カリウム輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による矯正
薬物投与に係る薬剤投与関連	感染発熱がある者に対する抗生物質の投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	経腭カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整、持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクローールの投与量の調整、持続点滴中の降圧剤の投与量の調整、持続点滴中の解熱剤又は解熱剤輸液の投与量の調整、持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の投与、抗精神疾患の薬物の投与、抗不安薬の投与
皮膚病態に係る薬剤投与関連	抗凝固剤の他の薬剤が血管内に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

特定行為区分	特定行為	特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	創傷管理関連	褥(じよく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 創傷に対する陰圧閉鎖療法
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更	動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血 橈骨動脈ラインの確保
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎖静脈の投与量の調整 人工呼吸器からの離脱	透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 脱水症状に対する輸液による補正
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理	感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
	一時的ペースメーカーリードの抜去	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理	術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整	循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時的投与 抗精神病薬の臨時的投与 抗不安薬の臨時的投与
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更 胸腔ドレーンの抜去	皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)		
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 膀胱ろうカテーテルの交換		
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	中心静脈カテーテルの抜去		
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入		

国際医療福祉大学三田病院の 特定看護師さん（循環器）



タスク・シェアリング (業務の共同化)

複数主治医制の移行

24時間体制における医師のシフト制の導入

1988年、89年 ブルックリンの
キングスカウンティー病院で
ERの12時間シフトを経験



1989年のニューヨークから 米国の医師の働き方改革が始まった

• リビー・ジオン事件

- 1984年、18歳の女子高校生のリビー・ジオンが、ニューヨークの病院の救急外来に搬送され死亡した
- 20時間連続勤務していたレジデントが、過労や睡眠不足から、その患者に禁忌の医薬品（メペジリジン）投与を行い、患者が悪性高熱症で死亡する。
- このため1986年、ニューヨーク州高位裁判所大陪審が、インターンやレジデントの長時間労働が医療の質を低下させていると指摘。
- 1989年、ニューヨーク州ではレジデントの労働時間を週平均80時間以内とし、連続24時間以上の労働を禁止するニューヨーク州衛生法典を成立させた。

診療報酬と 医師の働き方改革

最重要課題は医師の働き方改革



中医協委員 猪口雄二氏

- 「私自身は、2018年度の診療報酬と介護報酬の同時改定よりも、医師の働き方改革の問題の方が大きいと考えている」
- 「医師のシフト制などが基本になれば、多数の医師がいる病院でないと、とても対応できない。けれども、今の診療報酬体系では、それだけの医師を雇用する余裕はなく、とてもシフト体制は組むことができない」。

医師事務作業補助体制加算が最も成功した！



自民党厚生労働部会「医師の働き方改革に関するプロジェクトチーム」座長
参議院議員羽生田俊氏

- 改革は、業
改の作
方た務る。
きっ事あ
働あ師で
のが医算
師果の加
医効酬制
でも報体
ま最療助
今で診補
- 36協定を
ろはすき
定はで望
めこ算に
くとを省
ふる算労
もい加厚
所でのに
療んこう
診結てよ
い
- 指、でてな
が中中しべり
いるのとす足
払あ酬院をが
未が報病当資
の院療る手原
当病診い外は
手るたて間に
外れられし時
間さら宮、払
時摘限運は、支
い

総合入院体制加算

- 施設基準に「病院勤務医の負担軽減・処遇改善に資する体制の整備」が盛り込まれている

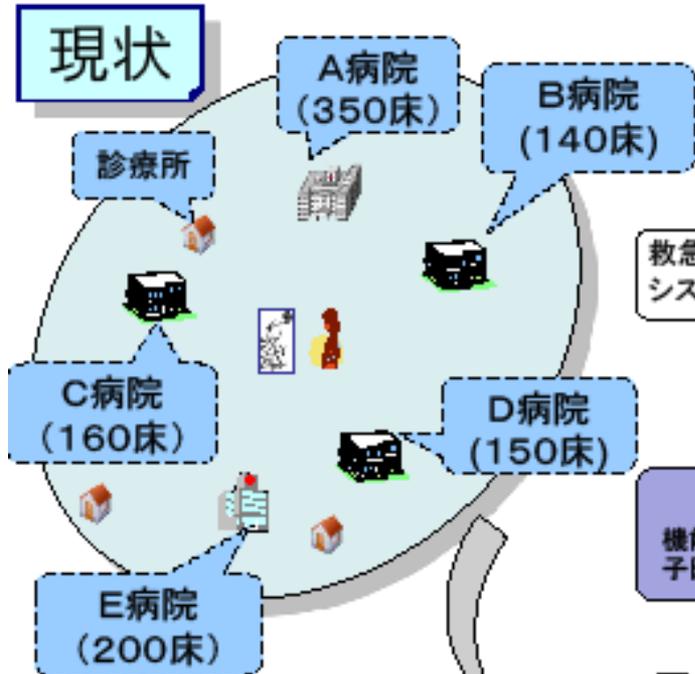
「医師の勤務状況を把握し、改善提言を行う責任者の配置、多職種からなる役割分担推進委員会の設置、勤務医の夜間も含めた勤務状況を把握した上で、特定人に業務集中が起きない勤務体系の策定、当直日の翌日は休日とする、予定手術の術者は前日の当直・夜勤を行わない」

次期診療報酬改定で
さらなる働き方改革の
後押しを

36協定加算を！？

医療機関の地域再編・統合、地域連携推進法人化へ

現状



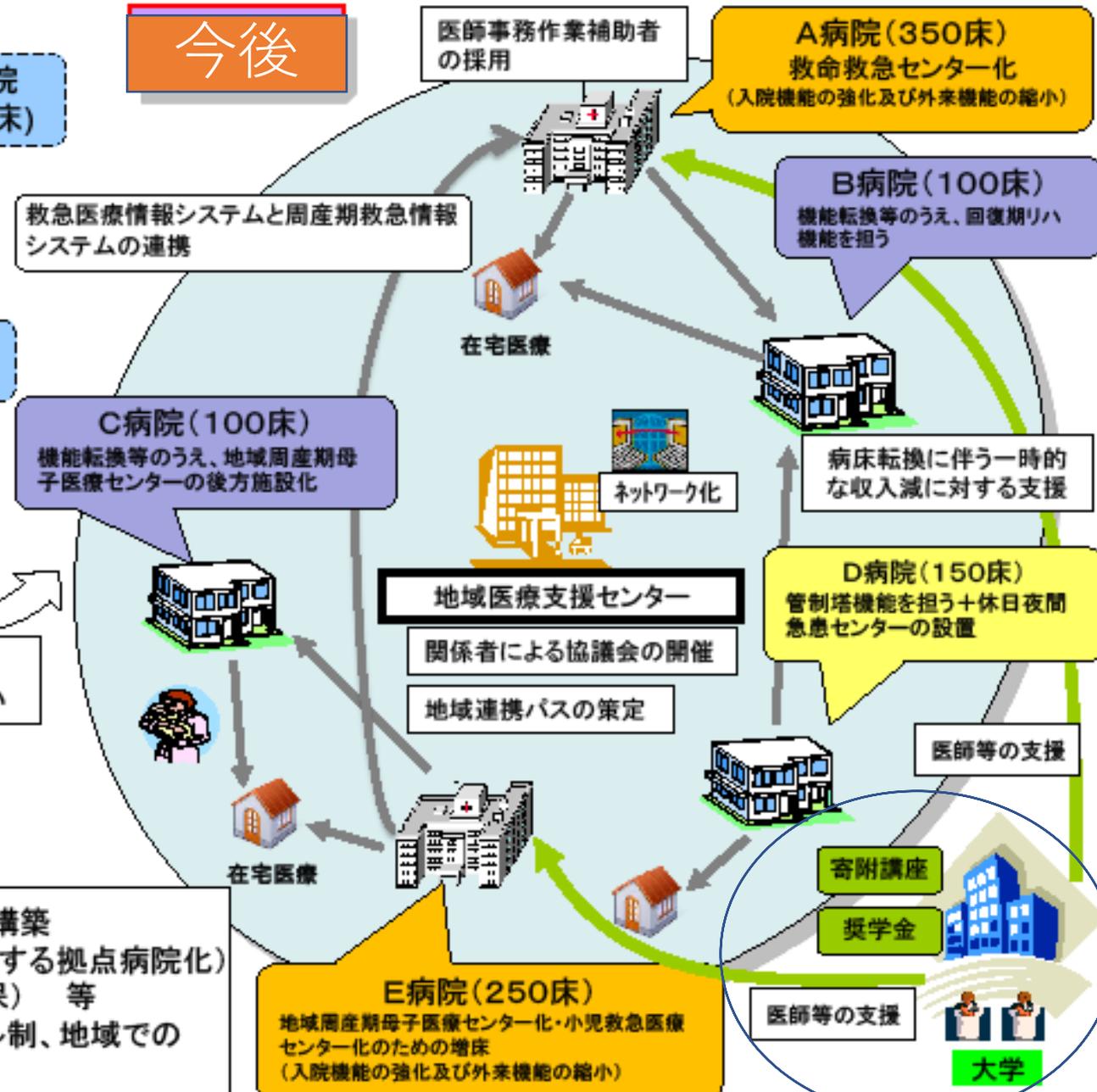
課題

- 地域の医療資源が不足している
- 施設間で機能分化と連携ができていない

方策

- 役割分担の明確化、連携体制の構築
 - ・ 救急やハイリスク分娩等に対応する拠点病院化)
 - ・ 回復期医療等を担う病院の確保) 等
- 県・大学の共同での医師のプール制、地域での研修プログラムの開発

今後



医療と介護のクロスロード to 2025

- **2月20日緊急出版！**
- 2018年同時改定の「十字路」から2025年へと続く「道」を示す！
- 医学通信社から
2018年2月出版予定
本体価格 1,500円 + 税



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