

# チーム医療と働き方改革



国際医療福祉大学大学院 教授  
(医療福祉経営専攻、医学研究科公衆衛生学専攻)  
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



2017年4月医学部開講



国際医療福祉大学医学部  
2017年4月開校



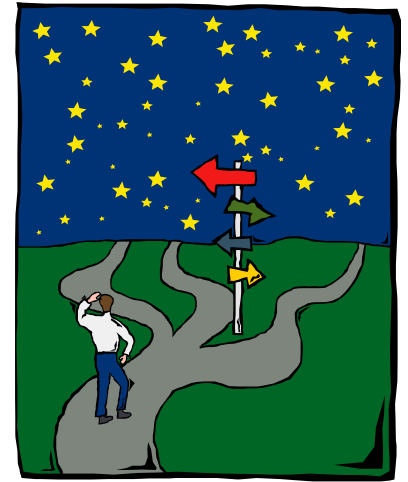
2020年 国際医療福祉大学  
成田病院を新設予定



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
  - 診療報酬改定とチーム医療
- パート2
  - 働き方改革、タスクシフトと看護特定行為
- グループワーク



# パート1

## 診療報酬改定とチーム医療



チーム医療で  
実績を出す



# 病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

(2010年改定) ①総合入院体制加算

②医師事務作業補助体制加算

③ハイリスク分娩管理加算

④急性期看護補助体制加算

⑤栄養サポートチーム加算

⑥呼吸ケアチーム加算

⑦小児入院医療管理料1及び2

⑧救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

(2012年改定)

⑨総合周産期特定集中治療室管理料

⑩(新) 小児特定集中治療室管理料

⑪(新) 精神科リエゾンチーム加算

⑫(新) 病棟薬剤業務実施加算

⑬(新) 院内トリアージ実施料

⑭(新) 移植後患者指導管理料

⑮(新) 糖尿病透析予防指導管理料

⑯(改) 感染防止対策加算

# 2012年診療報酬改定と チーム医療加算

- ①感染防止対策加算(改)
- ②糖尿病透析予防指導管理料(新)
- ③精神科リエゾンチーム加算
- ④院内トリアージなど



# ①感染防止対策加算

感染防止対策チーム (ICT) 加算



## 医療安全対策の推進について②

### 感染防止対策の充実

- 感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる抗生剤の適正使用の指導・管理等の取組の評価



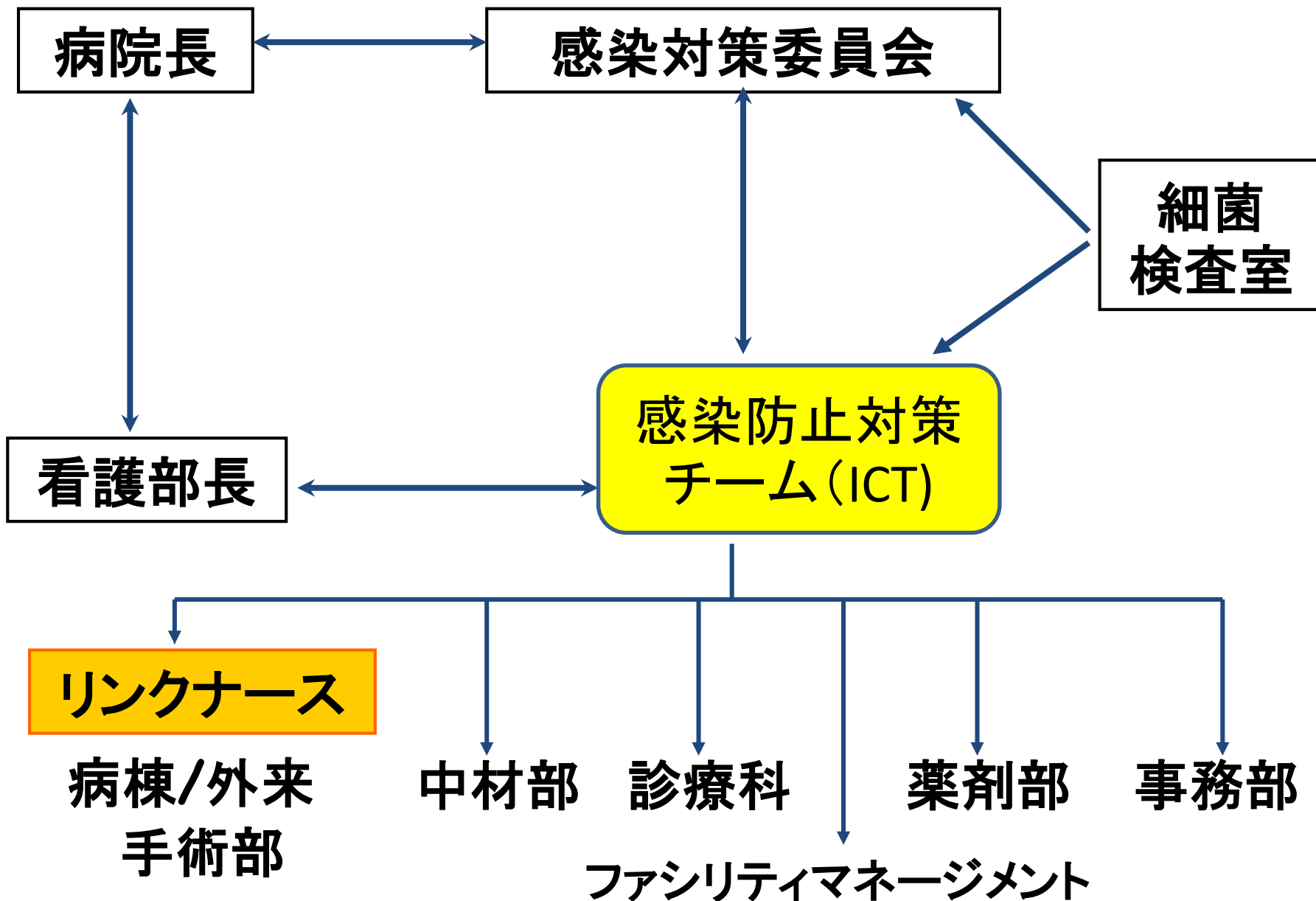
#### ① 新 感染防止対策加算 100点

1回／週程度の病棟回診、院内感染状況の把握、抗生剤の適正使用、職員の感染防止等を行う。

#### [施設基準]

- ① 医療安全対策加算1の届出を行っている。
  - ② ・感染症対策に3年以上の経験を有する常勤の医師  
・5年以上感染管理に係る経験を有し、6か月以上の研修を修了した看護師  
・3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師  
・3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
  - ③ 抗MRSA薬及び広域スペクトラムの抗生剤について届出制又は許可制をとっていること。 等
- うち 1名専従  
1名専任

(2010年診療報酬改定)



# 感染対策チーム (ICT) に求められる 活動内容

- 個々の院内感染症例への対応
- ICTラウンド
- ICT定例会、ICT/リンクナース合同定例会
- 各種予防対策の実施のための条件整備
- サーベイランス
- スタッフ教育
- スタッフのワクチン接種
- 感染対策マニュアルの作成・実施
- 抗菌薬適正使用ガイドラインの作成・実施
  - カルバペネム、バンコマイシンなど
- 抗菌薬使用のコンサルティング

ICDの  
働き

# サーベイランスの種類

- 包括的サーベイランス
  - 包括的・全病院的。コスト、労力がかかるわりには、具体的な問題を明らかにすることができないので推奨されていない
- 対象限定サーベイランス
  - ターゲット・サーベイランス。特定の必要性や問題に焦点化されており、リスク調整もされているので、結果の比較が可能となる。特定の部署、処置に焦点をあてる。
  - (例) SSI(手術部位感染)、BSI(血流感染)、UTI(尿路感染)、VAP(人工呼吸器関連肺炎)
- コンビネーション・サーベイランス
  - 上記2手法の変法。

# 2012年診療報酬改定

- 感染防止対策加算
  - 感染防止対策加算1 (400点)
  - 感染防止対策加算2 (100点)
- 感染防止対策地域連携加算 (100点)



# 中小規模の医療機関における院内感染対策の体制および医療機関間連携(概要)



中小規模の医療機関  
(目安として300床未満)

院内感染対策委員会



病床規模の大きい医療機関  
におけるような感染制御チーム  
による病棟ラウンドが困難

感染防止対策加算2  
(100点)

支援

地域の専門家等に相談

年4回以上の  
共同カンファレンスで  
感染防止対策加算2  
(100点)

相互チェックで  
感染防止対策  
地域連携加算  
(100点)

医療機関  
(目安として300床以上)

ICTを有する300床  
以上病院

感染制御  
チーム

日常的な相互の  
協力関係を築く

感染制御  
チーム

感染制御  
チーム

感染制御  
チーム

地域における  
ネットワークを支援



保健所  
地方自治体

感染防止対策加算1  
(400点)

医療機関間ネットワーク

# 感染防止対策加算と アウトブレイク対策

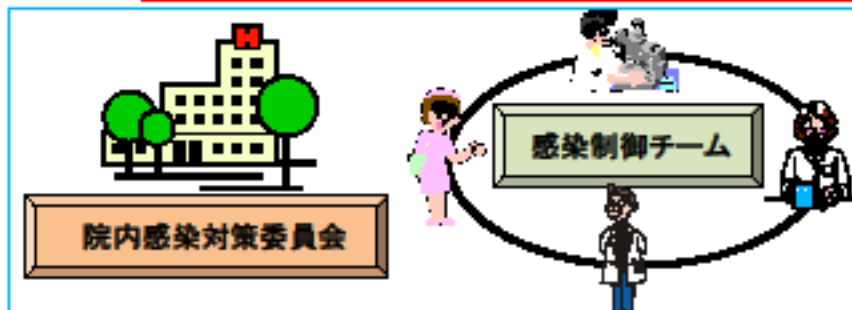
地域で取り組む感染防止対策

とくに感染アウトブレイク対応が期待されている

# 大学病院におけるアウトブレイク事例

年度	大学	事例
2004年	秋田大学	心臓血管外科におけるMRSA及びVREアウトブレイク
2004年	新潟大学	耳鼻咽喉科・産婦人科でのセパシア・セラチア集団発生
2004年	大阪大学	心臓血管外科・小児外科術後患者での多剤耐性緑膿菌アウトブレイク
2004年	京都大学	血液内科における多剤耐性緑膿菌感染アウトブレイク
2005年	鳥取大学	VRE院内感染事例
2005年	金沢大学	術後輸血後HBs抗原陽転事例
2005年	長崎大学	多剤耐性緑膿菌感染症複数発生事例
2006年	高知大学	多剤耐性緑膿菌の院内感染事例
2006年	自治医科大学	<i>Bacillus cereus</i> 血流感染症アウトブレイク
2006年	神戸大学	心臓血管外科におけるMRSAアウトブレイク
2007年	大阪大学	気管支鏡を介した多剤耐性緑膿菌アウトブレイク
2008年	札幌医科大	高度救命救急センターにおける多剤耐性緑膿菌感染多発事例
2008年	山梨大学	多剤耐性緑膿菌多発検出事例
2009年	岐阜大学	心臓血管外科手術後縦隔炎多発事例
2009年	山口大学	心臓外科における術後縦隔洞炎多発事例
2010年	藤田保健衛生大学	多剤耐性 <i>Acinetobacter baumannii</i> 複数検出事例

# アウトブレイク時の対応 (多剤耐性菌を想定)



院内感染によるアウトブレイクが疑われる場合  
(多剤耐性菌一例目の発見から4週間以内に計3例以上の  
感染症例の発病症例等)

医療機関内の対応: 院内感染対策委員会、感染制御チーム

支援

地域の専門家に相談



新たな感染症の発病症例を認める

地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に  
感染拡大防止に向けた支援を依頼

医療機関間ネットワーク

報告

指導・助言



保健所

同一医療機関内で同一菌種による感染症の  
発病症例が多数にのぼる場合 (目安として10名以上)

保健所に報告

# 東北地域：感染対策ネットワークの実例

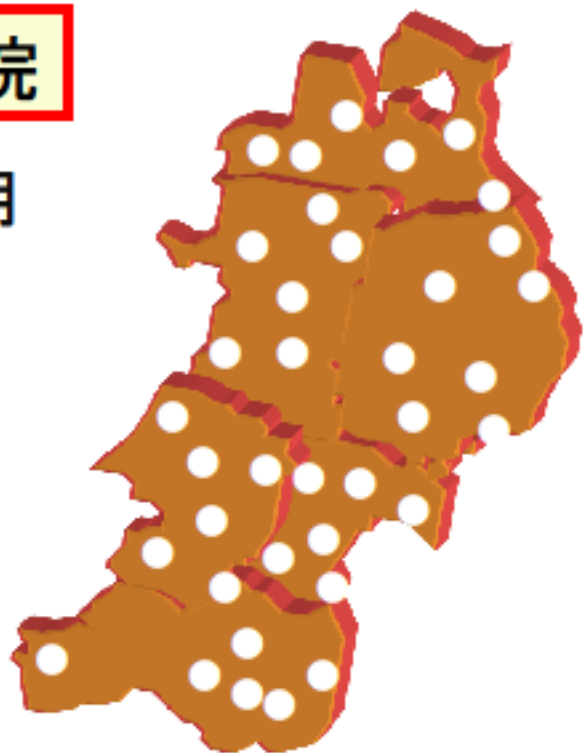
## 感染対策の支援

### ・地域厚生局との院内感染研修会の共同開催

東北地域では平成17年より毎年実施、東北6県の拠点病院を研修場所とし、保健担当者、近隣の医療施設の医療従事者も参加、午前中講義・午後ラウンド形式の実践的スタイル

平成22年までに地域36拠点病院

- \* 地域全体でのレベルアップに有用
- \* 行政指導機関と病院との相互理解に有用
- \* 講義資料の共同利用
- \* 行政機関側のネットワーク  
(県を超えたネットワーク)



# 東北地域：感染対策ネットワークの実例-1

## ① 感染対策情報の共有化

- ・感染対策講習会の定期的開催 フォーラムの共同開催

地域における情報共有の場

2008年より年1回実施：毎回 約1,000名が参加



### 【フォーラム内容】

- ・新型インフルエンザシンポジウム
- ・感染制御ベーシックレクチャー
- ・アウトブレイク対応セミナー
- ・薬剤耐性菌制御ワークショップ
- ・ベストプラクティスシンポジウム
- ・微生物観察コーナー・手洗い体験実践コーナー(市民参加)

- ・Website・ホームページの活用 <http://www.tohoku-icnet.ac>

### 【各種感染対策情報の共有】

- ・パワーポイント資料
- ・DVD形式(新型インフルエンザ・アウトブレイク対応)
- ・各種マニュアル・ガイドライン
- ・各種講演会、フォーラムのお知らせ



# 東北地域：感染対策ネットワークの実例-2

## ② 感染対策の協力・連携

### ・ガイドライン・マニュアルの策定と共通利用

抗菌薬ガイドライン、消毒薬のガイドライン、介護・高齢者施設の感染防止マニュアル、ベストプラクティスマニュアル等



### 抗菌薬使用ガイドライン

- ・地域の専門家グループで作成
- ・感染症系統別に分かりやすく記載
- ・地域の薬剤感受性成績なども呈示
- ・東北全域の医療関連施設に配布

### ・共通ポスターの作成と配布

手洗い関連・咳エチケットポスター

- ・東北厚生局と共同制作
- ・東北全域の医療関連施設に配布
- ・施設玄関や外来、病棟などに掲示



# 東北地域：感染対策ネットワークの実例-3

## ② 感染対策の協力・連携

### ・共同サーベイランスの実施

病原体サーベイ・アンチバイオグラムと比較データ等

\* 施設ごとの感受性サーベイランスデータの作成と情報交換

	PIPC	CAZ	CFPM	IPM/CS	MEPM	AZT	GM	AMK	MINO	LVFX	CPFX
A病院	83	70	76	67	73	45	80	84	1	73	
B病院	81	87	78	78	89	78	87	89	19	70	81
C病院	91	88	84	64	71	54	71	83	0	68	68

### ・啓発・教育セミナー

市民向け感染セミナー、Mediaとのワークショップ



- ・市民向けセミナーの積極的開催  
グラム染色による微生物の観察  
(自らの鼻や口の菌を観察)  
手洗いやマスク着用のしかた等の指導
- ・メディアとの情報交換の場を設定
- \* 積極的なリスクコミュニケーション



# 東北地域：感染対策ネットワークの実例-4

## ③ 感染対策の支援

### ・感染症相談窓口の開設（電話、FAX、インターネットによる相談受付）



- ・感染症の予防・治療・診断等に関する相談
- ・アウトブレイク発生時の対応
- ・さまざまな最新情報の提供

### ・施設を超えた院内感染対策ラウンドの実施・現場支援

院内感染対策・アウトブレイク支援（多剤耐性菌・新型インフルエンザ対応）

\* 外部・第三者による客観的な  
視点でチェック



- ・大学のスタッフが各施設や行政機関からの要望に応じて訪問
- ・アウトブレイク発生時の感染拡大防止策、原因究明の調査を支援
- ・各施設の病棟・外来・ICU・救急部などをラウンド、改善点の指摘

## ②糖尿病透析予防管理指導料



血液透析

## 糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

**(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)**

## [算定要件]

1. ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、**糖尿病性腎症第2期以上の患者**(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。
2. 透析予防診療チームが、「1」の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて実施した場合に算定する。

## [施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。

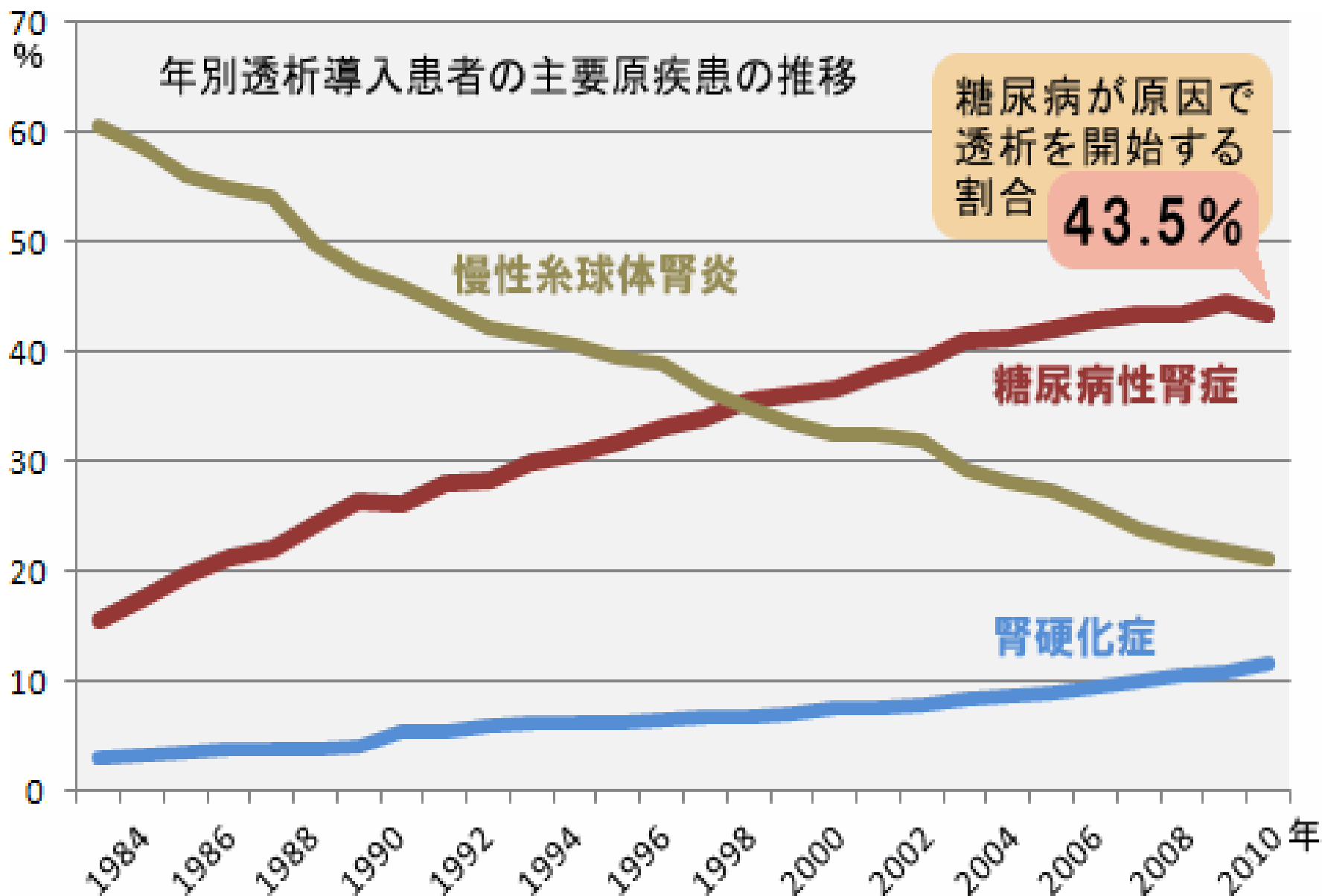
- ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
- イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
- ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士

- ② 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。

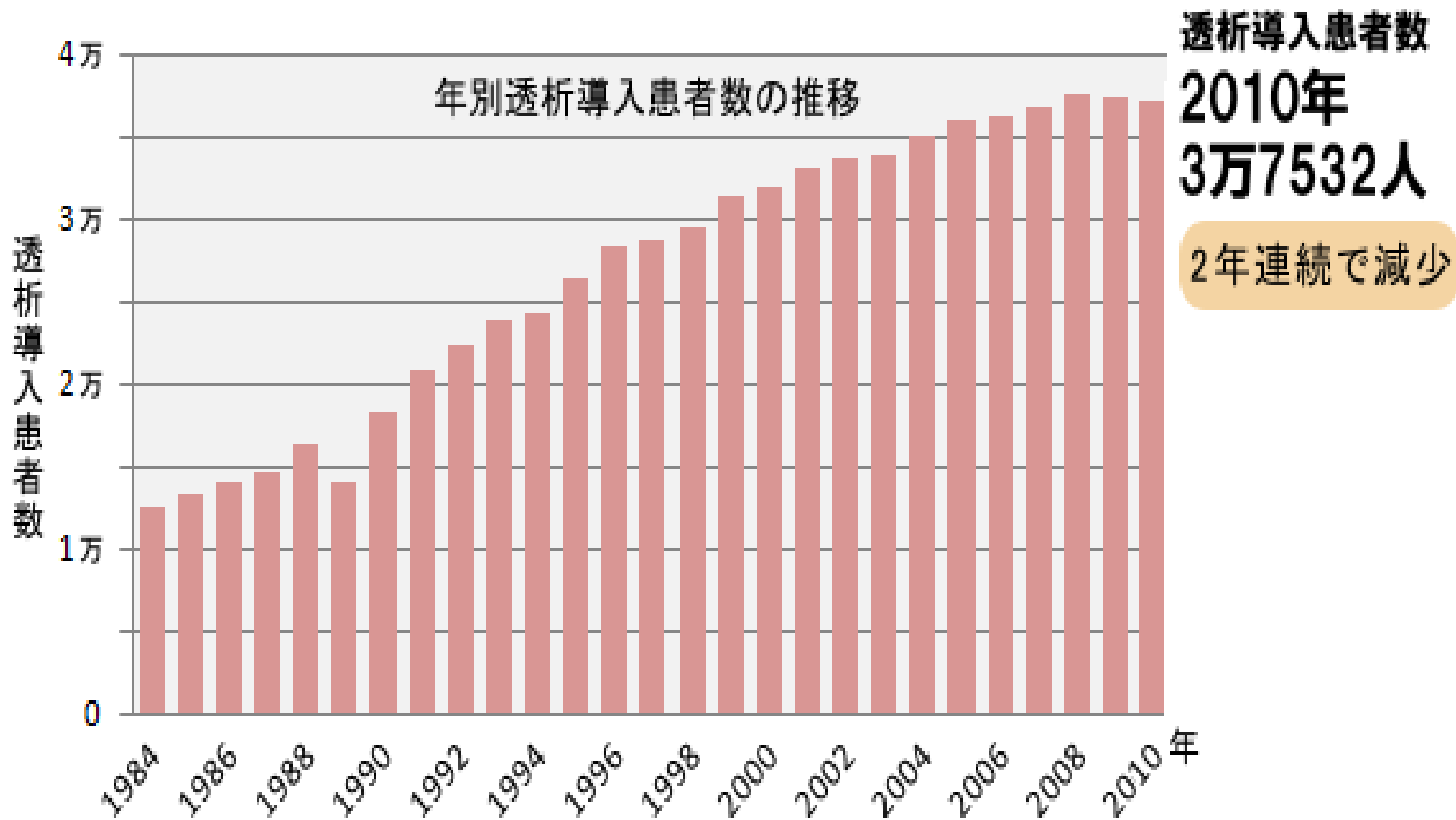
と。

- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。
- ④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

# 糖尿病性腎症による透析導入



# 年別透析導入患者数推移



# 糖尿病症腎症

- 透析医療費 1兆円
  - 糖尿病性腎症による透析7万人
  - 毎年1万人増えている
  - 一人当たり年間550万円
- 糖尿病性腎症による累積透析患者数
  - 10万2788人(2010年末)
  - 糖尿病腎症による透析医療費は年間、およそ5600億円

# 透析予防診療チーム

- 透析予防診療チームとその業務
  - 専任の医師、専任の看護師(又は保健師)、管理栄養士
  - 日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」に沿った個別指導等
    - 患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等
  - リスク評価と指導計画策定
  - 成果報告
    - HbA1cが改善または維持された患者の割合
    - 血中クレアチニン値またはeGFRが改善または維持された患者の割合
    - 血圧が改善または維持された患者の割合

## ③精神科リエゾンチーム加算



# 精神科リエゾンチーム加算

一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。

## 改定後

(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)

### [算定要件]

- ①一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。
- ②精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施(月1回程度)、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療(外来等)が継続できるような調整等を行う。
- ③算定患者数は、1チームにつき1週間で概ね30人以内とする。

### [施設基準]

当該保険医療機関内に、①～③により構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

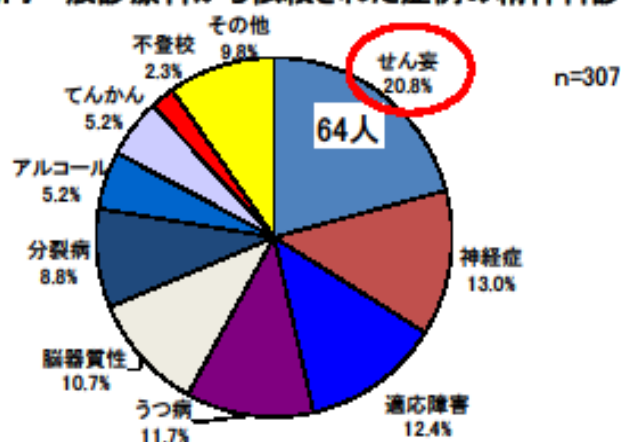
- ①精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医
- ②精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ③精神科リエゾンについて十分な経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか1人

# 精神科医や精神看護専門看護師に対する コンサルトの依頼理由

一般診療科や一般病棟から精神科医や精神看護専門看護師への依頼理由として、せん妄が依頼全体の20~30%を占めている

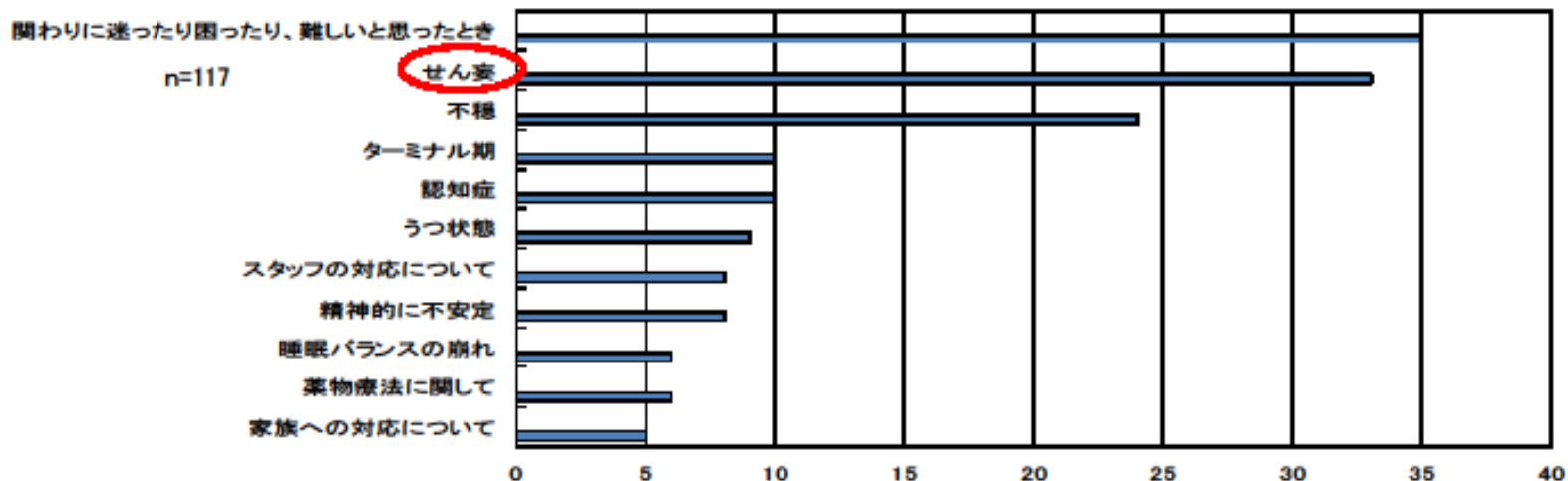


【院内一般診療科から依頼された症例の精神科診断】



三浦星治ら; 島根医科大学附属病院におけるコンサルテーション・リエゾン活動について, 島根医学, 21(4), 32-38, 2001

【医療機関に精神看護専門看護師がいた場合、患者がどういう状況の時に活用していたか?】 (複数回答)



金子垂矢子; 精神看護専門看護師の活動評価, 共済医報, 59(1), 59-64, 2010

# 海外におけるせん妄発症患者に対する介入とその効果(例)

多職種による包括的アプローチを実施することにより、せん妄の入院期間を有意に軽減することができる。

<対象> 70歳以上の内科患者400名(計8か月間)

① スタッフ教育を行い、受け持ち制にした病棟(介入群)

② 通常のケアを業務分担制により提供した病棟(対照群)



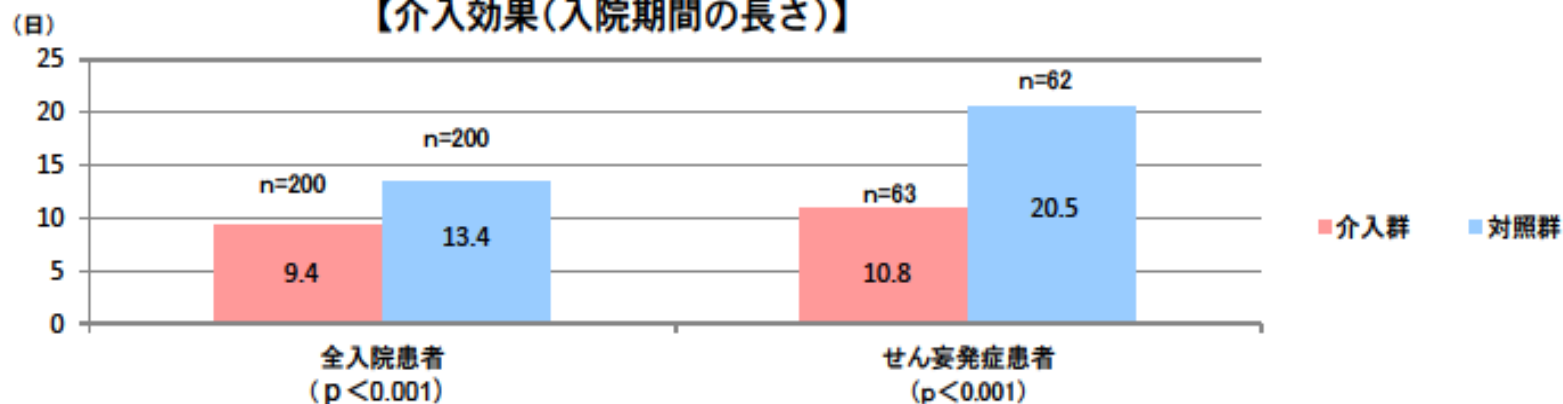
→入院24時間以内のせん妄発症率は、両群とも約31%で有意差はみられなかった

**介入= 教育プログラム<sup>\*1</sup> + 個別ケアを重視した受け持ち制への移行 + 看護職員への定期的指導<sup>\*3</sup>**

※介入群の病棟で働く医療職に対して、せん妄のアセスメント、予防、治療、認知症・せん妄患者と医療者の相互作用に焦点をあてた老年医学に関する教育プログラムを実施(2日間)

※3個別あるいはグループ単位での患者と医療者の相互作用に関する指導を月に1度(1回15分から20分程度)

【介入効果(入院期間の長さ)】

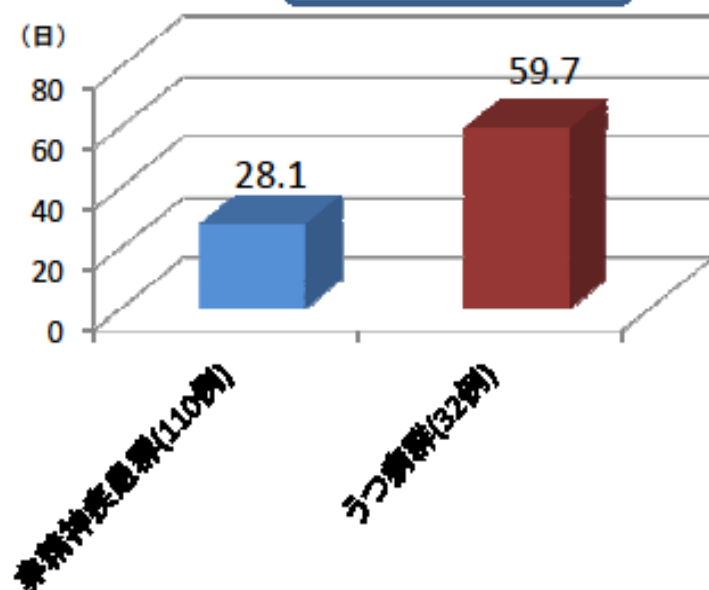


Lundstrom M, Edlund A, Karlsson S, et al : A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. Journal of the American Geriatrics Society, 2005;53(4) : 622- 628.

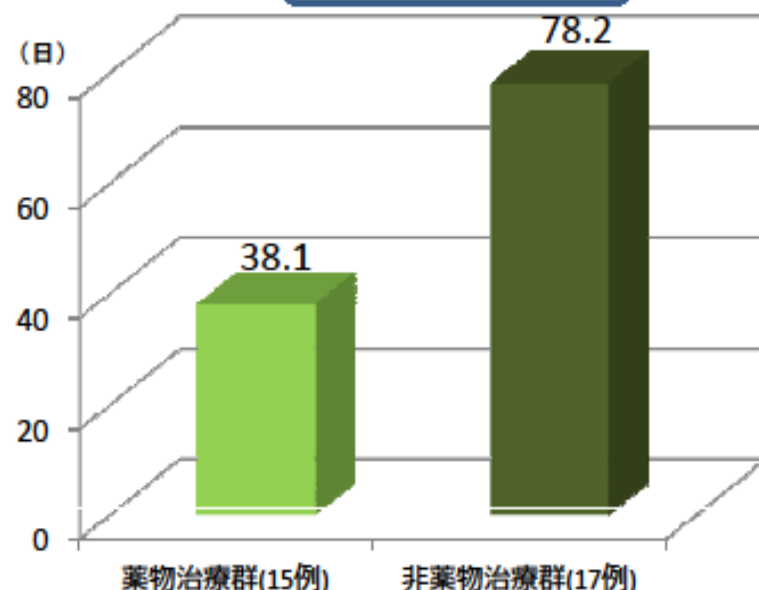
## うつ病合併患者の入院期間

- 総合病院精神科が内科系の2つの病棟に入院中の患者211名を対象とし、精神疾患の有無にかかわらず2ヶ月間にわたり、毎週定期的に面接を続け、精神状態の経過を観察した。
- 対象211名のうち、32名(15.2%)にうつ病が合併し、入院期間が長期化していた。
- うつ病合併患者に抗うつ薬を用いた専門的な薬物療法を実施した場合、非薬物治療群と比べ約40日間入院期間が短縮した。

非精神疾患群とうつ病群の入院期間の比較



薬物療法の有無による入院期間の比較



参考文献: 保坂隆監修「在院日数短縮化をめざして」から作成

# 2016年診療報酬改定 重点課題 医療従事者等の負担軽減

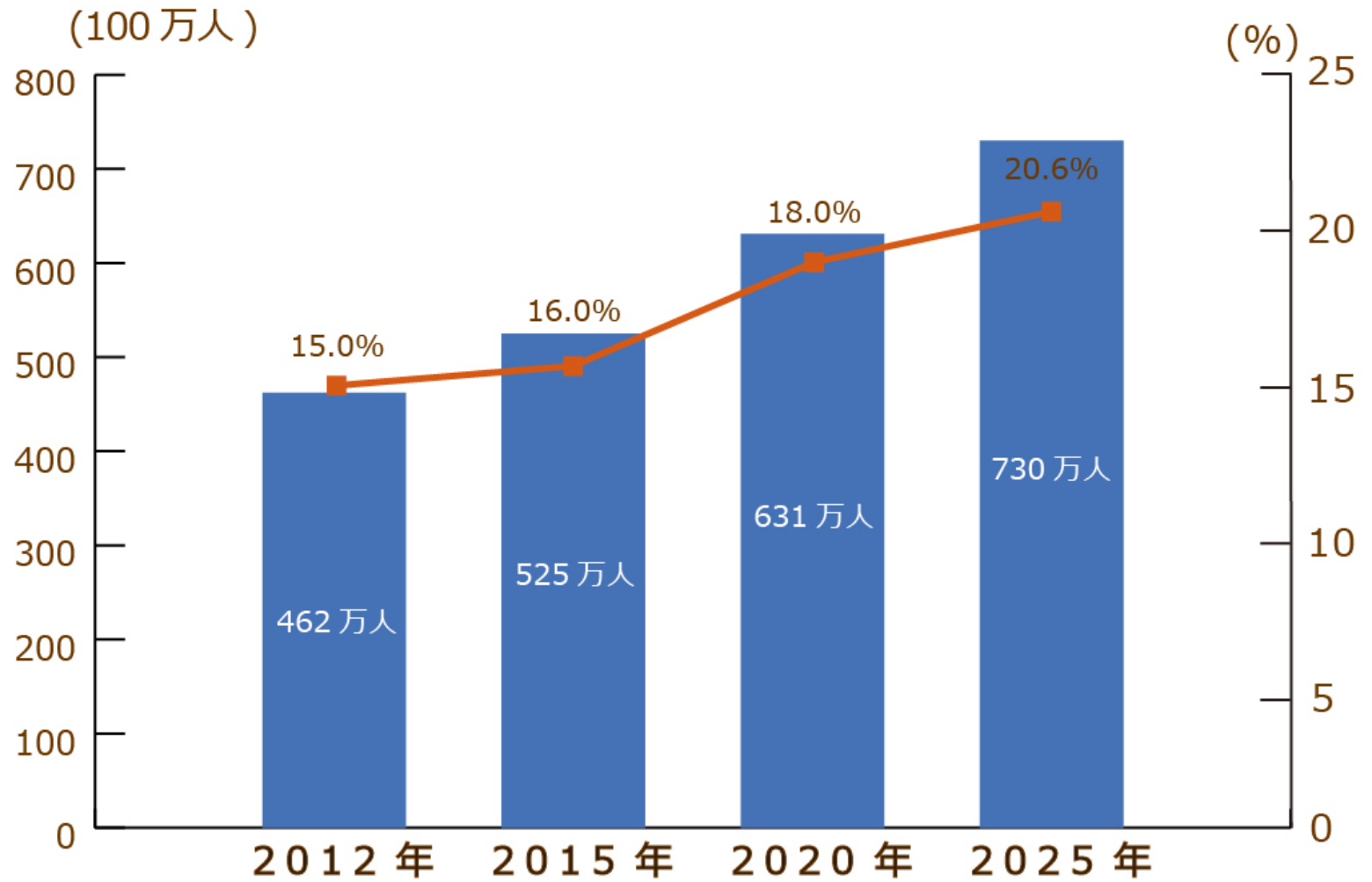
- ①認知症ケアチーム
- ②病棟薬剤業務実施加算
- ③歯科等を含むチーム医療

# ① 認知症ケアチーム

認知症ケア加算



# 認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究



※ 各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数/ (率)

# 認知症患者への適切な医療の評価①

## 身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

➤ 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

(新)	認知症ケア加算1	イ	14日以内の期間	150点(1日につき)
		ロ	15日以上期間	30点(1日につき)
	認知症ケア加算2	イ	14日以内の期間	30点(1日につき)
		ロ	15日以上期間	10点(1日につき)

## 認知症ケアチーム



- ・身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- ・対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。

### 【算定要件】

#### 認知症ケア加算1

- (1) 認知症ケアチームと連携して認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該保険医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

#### 認知症ケア加算2

病棟において、認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。

### 【施設基準】

#### 認知症ケア加算1

- ① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
  - ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科・神経内科の経験5年以上又は適切な研修を修了)
  - イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師
  - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

#### 認知症ケア加算2

- ① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置すること。
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。



## 入院基本料などに認知症ケア加算を新設

### (新) 認知症ケア加算1

- ・ イ 14 日まで 150点
- ・ ロ 15 日以降 30点

### (新) 認知症ケア加算2

- ・ イ 14 日まで 30点
- ・ ロ 15 日以降 10点

多くの病棟で算定できる加算。  
高齢化により認知症高齢者が増加  
する中で、身体合併症の患者受入  
を促進する狙いがある

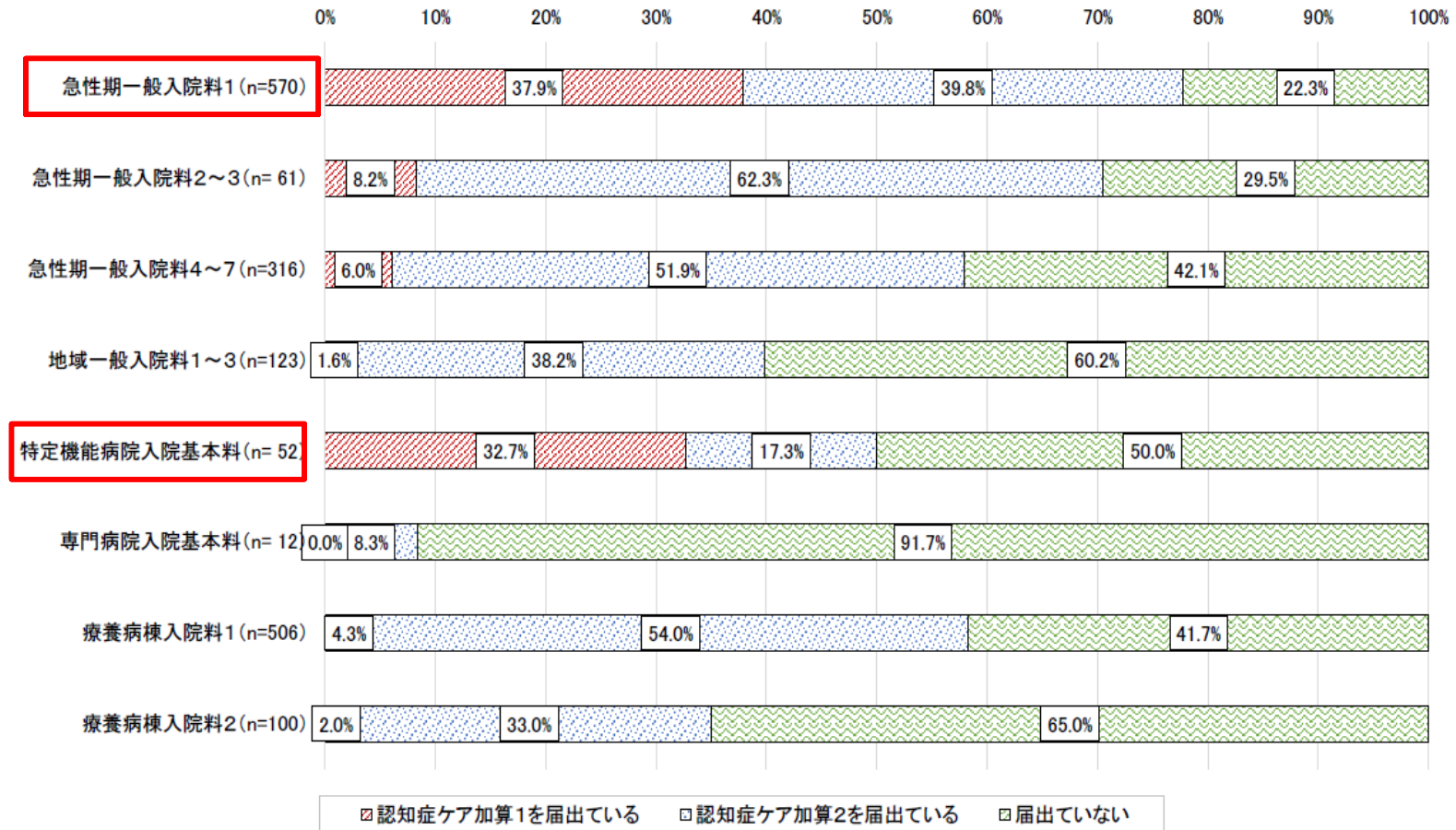
### [算定可能病棟]

- ・ 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟除く。)、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、特定一般病棟入院料

# 認知症ケア加算の届出状況

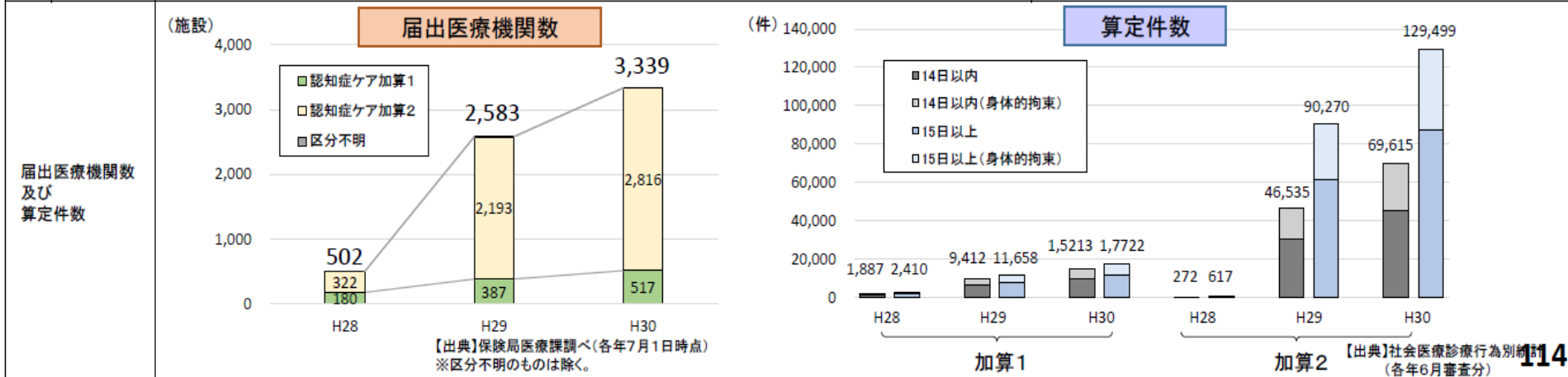
- 認知症ケア加算は、急性期一般入院料1及び特定機能病院での届出が多かった。

## 認知症ケア加算の届出状況



# 認知症ケア加算の算定状況

		認知症ケア加算1	認知症ケア加算2
点数(1日につき)		イ 14日以内の期間 150点 ロ 15日以上の期間 30点 (身体的拘束を実施した日は60%)	イ 14日以内の期間 30点 ロ 15日以上の期間 10点 (身体的拘束を実施した日は60%)
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 ランクⅢ以上の患者(重度の意識障害のある者を除く)	
主な算定要件・施設基準	身体的拘束	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。</li> <li>・やむを得ず身体的拘束をする場合であっても、できる限り早期に解除するよう努める。</li> <li>・身体的拘束をするに当たっては、必要性のアセスメント、患者家族への説明と同意、記録、二次的な身体障害の予防、解除に向けた検討を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的拘束をするかどうかは、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討する。</li> <li>・身体的拘束を避けるために家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならない。</li> </ul>
	病棟職員の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>認知症ケアチームと連携し</b>、病棟職員全体で以下の対応に取り組む。</li> <li>① 入院前の情報収集、アセスメント、看護計画の作成。 行動、心理症状がみられる場合には、適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討。</li> <li>② 計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施、定期的な評価。 身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。</li> <li>③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について患者家族を含めて検討。 ④ ①～③を診療録等に記載。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該患者が入院する病棟の看護師等は、行動・心理症状等が出現し治療への影響が見込まれる場合に、適切な環境調整や患者とのコミュニケーション方法を踏まえた看護計画を作成。</li> <li>・計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、評価。</li> <li>・身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。</li> </ul>
	職員の配置等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以下から構成される<b>認知症ケアチーム</b>を設置。 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科5年以上、神経内科5年以上、認知症治療に係る適切な研修の修了のいずれか)</li> <li>イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師</li> <li>ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士</li> </ul> </li> <li>・認知症ケアチームは、以下の取組を通じて認知症ケアの質の向上を図る。 <ul style="list-style-type: none"> <li>① カンファレンスを週1回程度開催。</li> <li>② 各病棟を週1回以上巡回、認知症ケアの実施状況を把握。</li> <li>③ 医師、看護師等からの相談に速やかに対応、助言。</li> <li>④ 認知症患者に関わる職員を対象に研修を定期的実施。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として、全ての病棟に認知症患者のアセスメントアセスメントや看護方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置。</li> </ul>
	マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>認知症ケアチームが</b>身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。</li> </ul>
	院内研修等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、原則として年に1回、<b>認知症ケアチーム</b>による研修又は院外研修を受講。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対して、研修や事例検討会等を少なくとも年に1回実施。</li> </ul>



## 認知症ケア支援のための取組例②

⇒ 老年専門チームによる介入は在院日数の減少に効果があった。

### 急性期病院での例

#### 【チームの概要】

病床: 360床(一般7対1病院)

チームメンバー: 老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師、臨床心理士、作業療法士、薬剤師、非常勤精神科医(1回/週)

活動: ケースの介入、院内のラウンド(1回/週)、チームメンバーでのカンファレンス(1回/週)、精神科医による簡易診断、チームメンバーによる他職種への情報提供及び教育

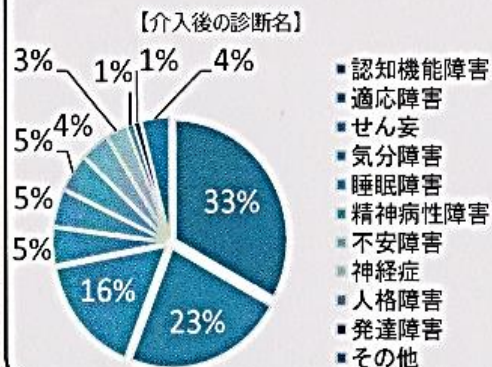
#### 【活動実績】

期間: 2012年10月~2015年3月

ケース数: 715人

平均年齢: 75.23歳

介入依頼元: 内科382件、外科146件、整形外科85件、緩和ケア科51件、耳鼻咽喉科20件、泌尿器科15件、透析科8件、その他8件



- 介入後の診断名では、簡易診断で「認知機能障害」が3割を占め、5割を占める他の診断名でも認知症の可能性がある状態を示していた。
- 介入内容では、「看護師への教育指導」「退院支援・調整を含むソーシャルワーク」等が多く、薬物による介入は少ない。

チーム介入  
で在院日数  
が短縮

#### 【介入ケースの在院日数】

	2012.10.1 ~ 2013.3.31	2013.4.1~ 2014.3.31	2014.4.1~ 2015.3.31	計
平均値	48.3(日)	45.8(日)	34.2(日)	41.2(日)
標準偏差	46.5	37.8	30.9	37.7
中央値	35	33	26	30
ケース数	157人	243人	315人	715

### 文献(システマティックレビュー)

目的: 老年専門職チームによる入院中の介入が、通常ケアと比較して、認知症、および認知機能の低下者を含む入院高齢患者群への在院日数の減少等の臨床指標が良好であるかをシステマティックレビューとメタアナリシスにより評価。

結果: 老年専門職チームによる介入は、認知症、認知機能の低下者を含む入院高齢患者群への平均在院日数を有意に減少。

# 看護師のための 認知症ケア講座が大盛況



## ②病棟薬剤業務実施加算



# 薬剤師の病棟における業務に対する評価①

## 病棟薬剤業務実施加算の算定要件等

(1) 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

**(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)**

### [算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

### 病棟薬剤業務

- ・ 当該保険医療機関における医薬品の投薬・注射状況の把握
- ・ 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ・ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
- ・ 2種以上(注射薬及び内用薬を1種以上含む。)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- ・ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
- ・ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
- ・ その他、必要に応じ、医政局通知(平成22年4月30日医政発0430第1号)で定める業務 (③、⑥及び⑧を除く)

# 三田病院の病棟薬剤師



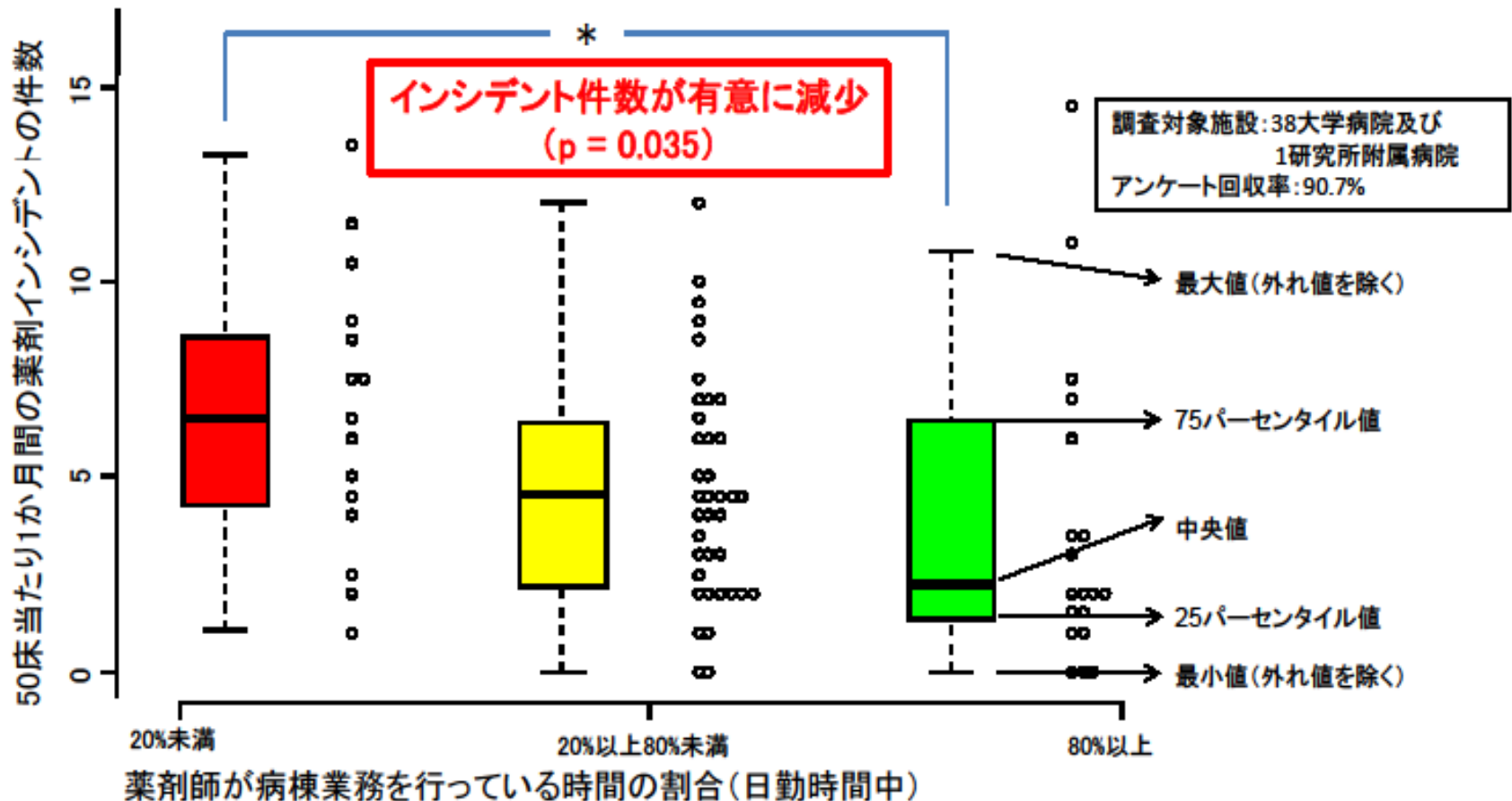
各病棟に薬剤師を配置し、薬に対しての疑問や不安など、入院患者の薬物治療に薬剤師が積極的に関わり、薬の内容や用量、服薬説明、治療効果や副作用の確認などを行っている。

**医薬品の医療安全に貢献**  
持参薬管理にも貢献



# 薬剤師の病棟配置時間と薬剤関連インシデント件数

- 薬剤師の病棟業務時間が80%以上の内科病棟においては、20%以下の内科病棟と比較して**薬剤関係のインシデント件数が有意に減少した**。



出典: 「薬剤師の病棟勤務時間が長いほど薬剤が関連するインシデント発生数は少ない—国立大学病院における調査」  
(松原和夫ほか、薬学雑誌、131、635-641 (2011))

# 2016年診療報酬改定

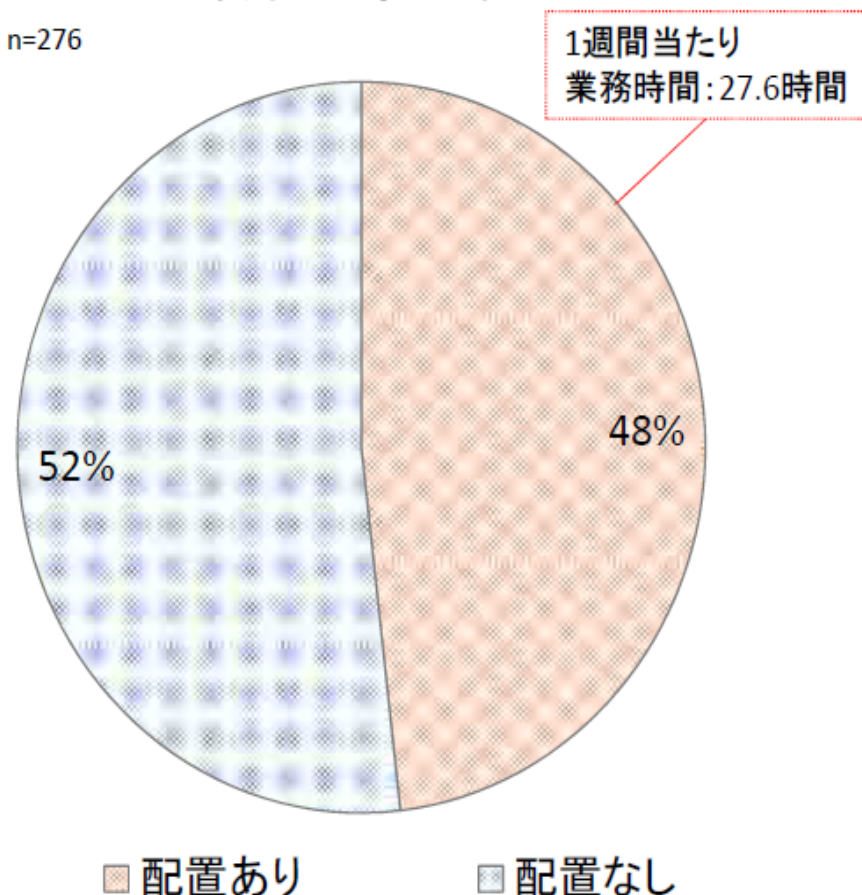
特定集中治療室(ICU)への  
薬剤師の配置

# 特定集中治療室管理料における薬剤師の配置状況

- 約半数のICUでは、専任の薬剤師を配置していた。
- ICUでの薬剤師の業務としては、医薬品安全情報等の周知や投薬状況の把握等多彩であった。

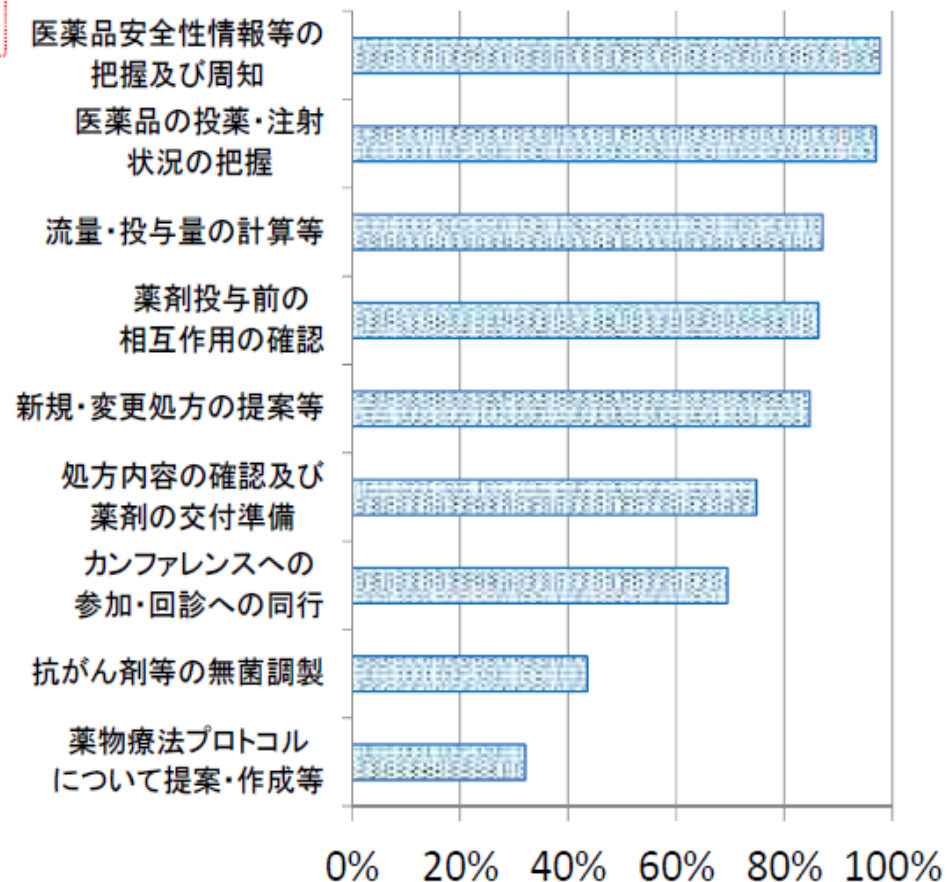
<薬剤師の専任配置>

n=276



<薬剤師が実施している業務>

n=131

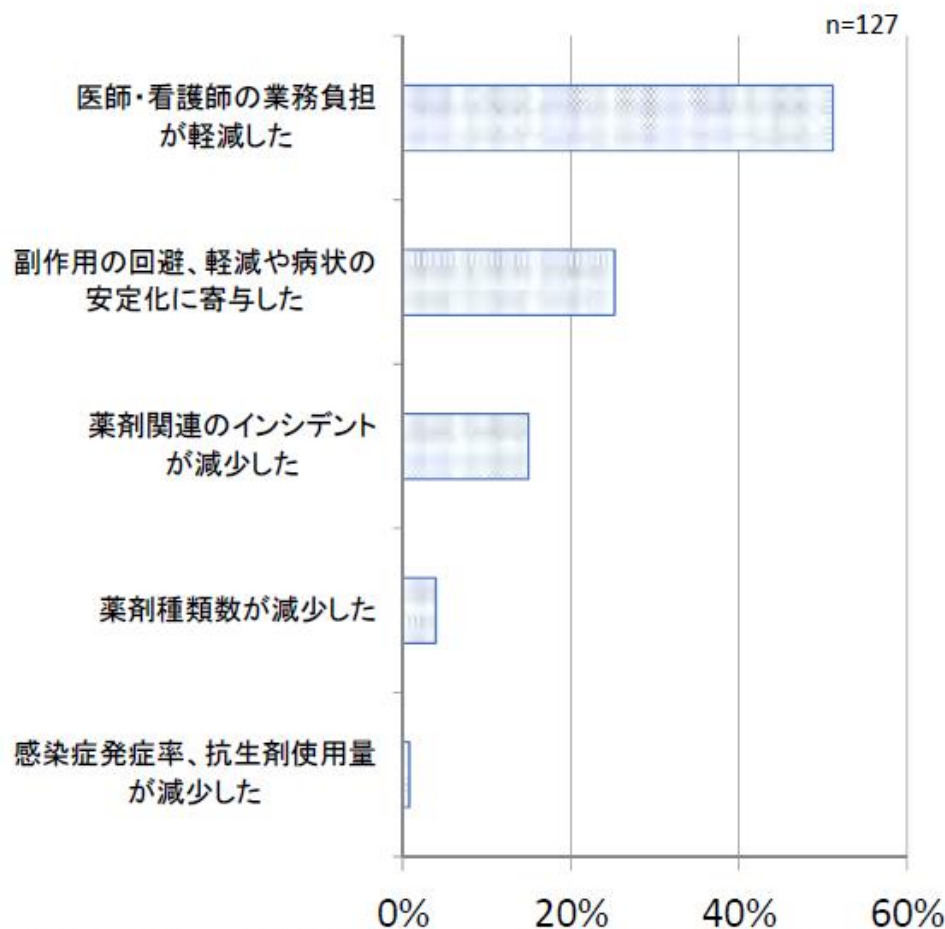


0% 20% 40% 60% 80% 100%

# ICUにおける薬剤師配置の効果①

- 薬剤師配置による効果として、「医師・看護師の業務負担軽減」「副作用の回避や病状安定化への寄与」「薬剤関連インシデントの減少」等が挙げられた。
- ICU等に薬剤師を配置した施設において、配置後に薬剤関連インシデントが減少したとの報告がある。

## <薬剤師配置による効果>



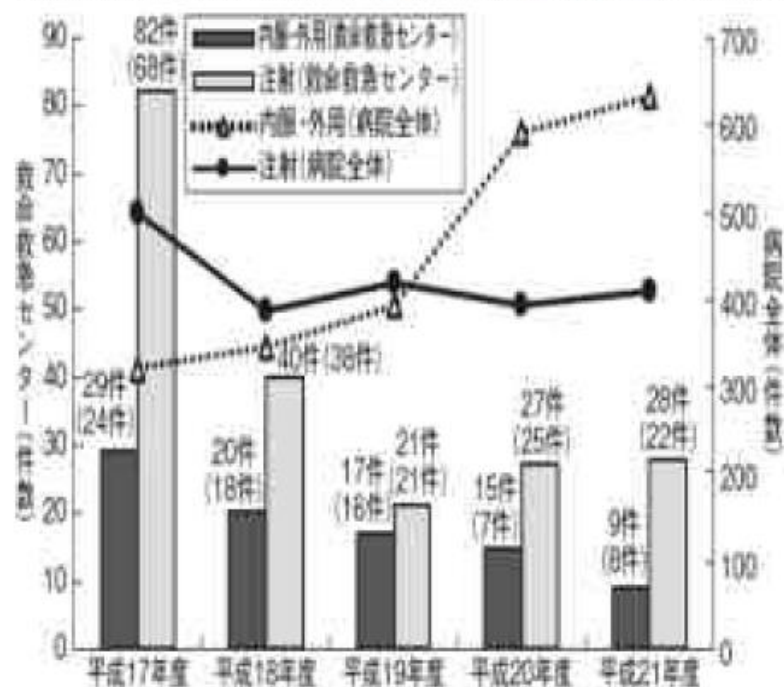
## (参考)

## <薬剤師配置による効果>

～高知医療センターの事例～

[対象]: ICU(8床)、CCU(4床)、HCU(8床)

[介入]: 平成17年3月以降薬剤師(2~3名)を常駐し、薬剤関連インシデントに対する対策の検討等を実施。



( ) は看護部が関わったインシデント件数も示す

# ③ 歯科等を含むチーム医療



周術期における口腔機能の管理等

# 周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

## 周術期における口腔機能の管理

2012年診療報酬改定

- がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価（術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的）

（新） 周術期口腔機能管理計画策定料 300点

【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅰ） 190点

【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅱ） 300点

【入院中の口腔機能の管理を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅲ） 190点

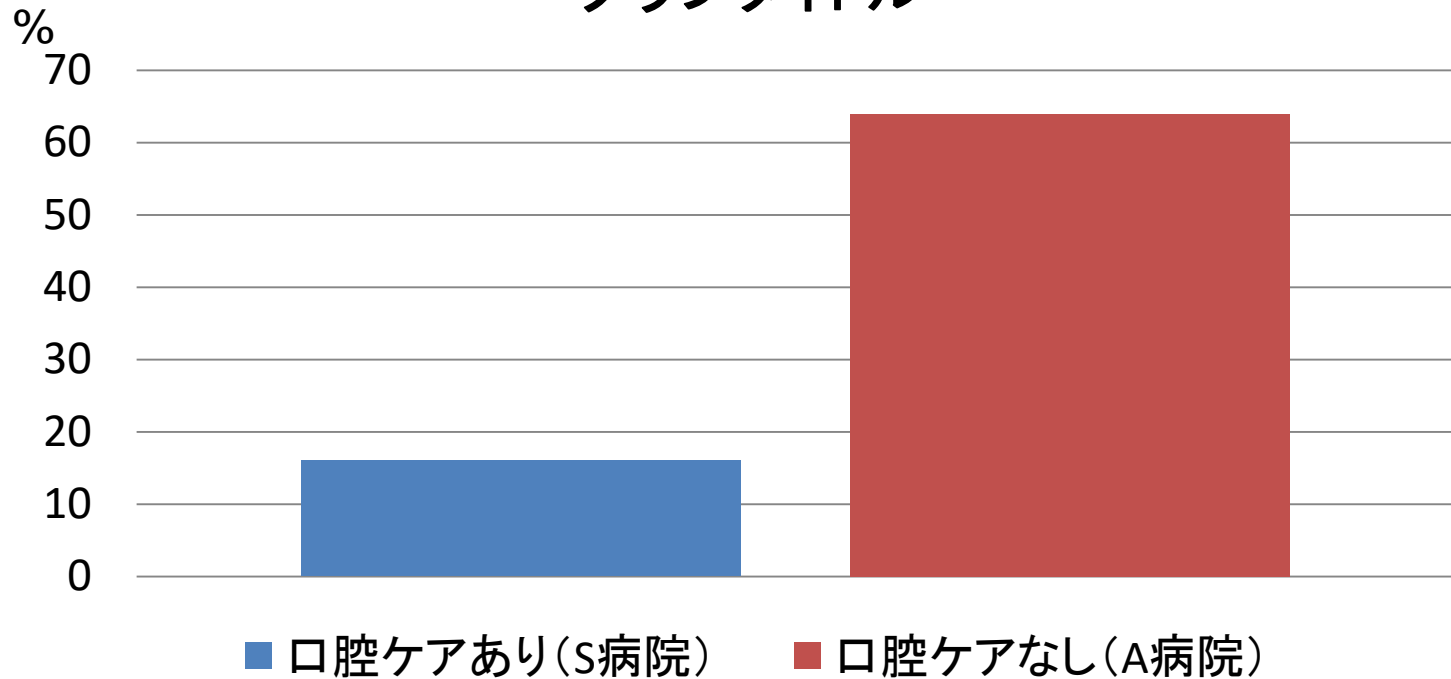
【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】

- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

（新） 周術期専門的口腔衛生処置 80点

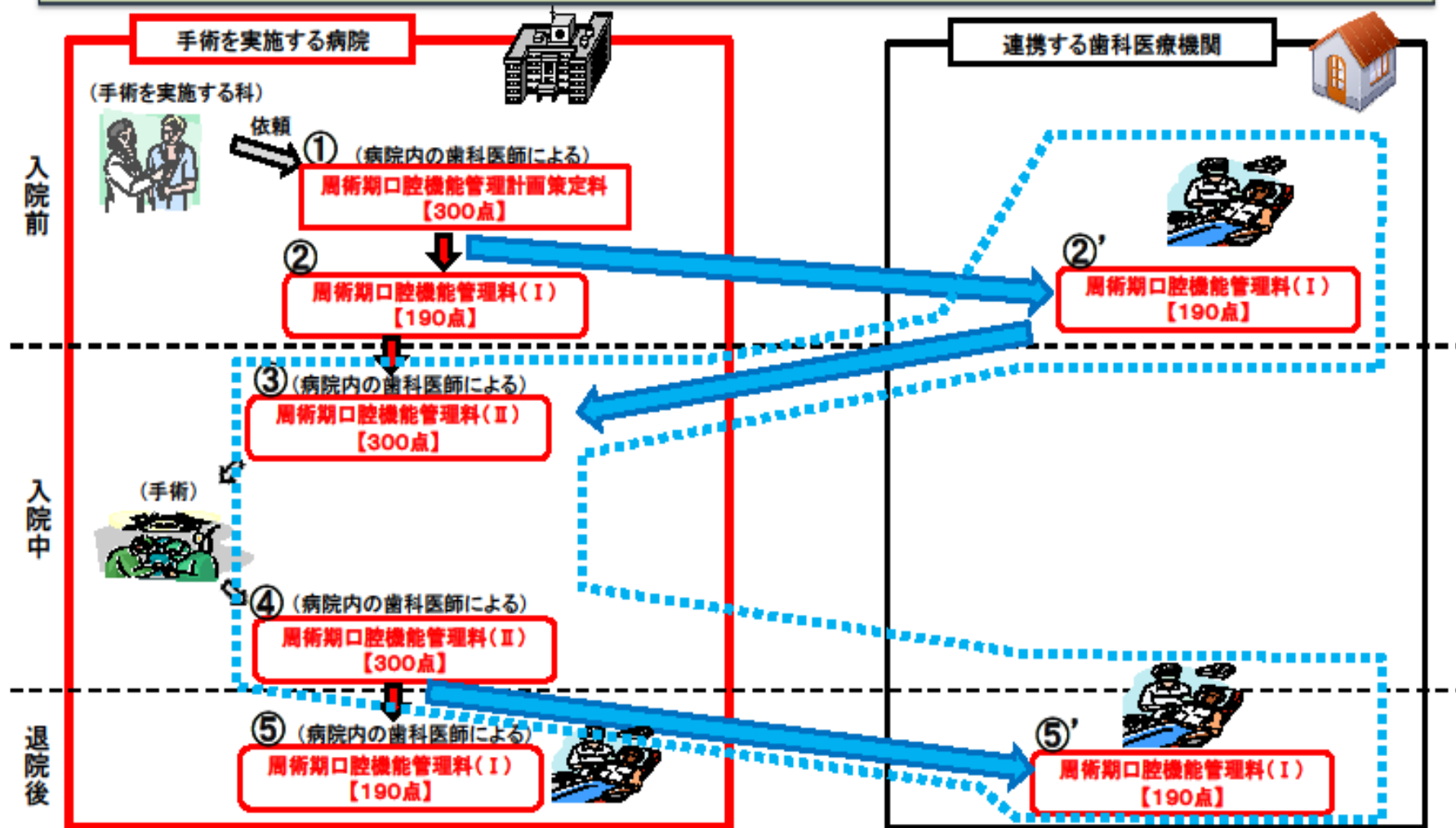
# 口腔ケアの有無による 術後合併症発生率

グラフタイトル



頭頸部がん患者の口腔ケアを術前・術後に行った群(56人)では、行わなかった群(35人)に対して、創部感染、ろう孔形成、肺炎などの術後合併症の発生率が有意に低かった  
厚生労働省がん研究助成金による研究報告2004年

# 周術期における口腔機能の管理のイメージ



※歯科の無い医療機関に入院する患者の入院中の周術期の口腔機能の管理が必要な場合は、連携する歯科医療機関の歯科訪問診療で実施。

※放射線治療や化学療法を実施する患者についても同様に連携して口腔機能の管理を実施。



# その他のチーム医療加算



# 2018年診療報酬改定

- ①医療安全対策地域連携加算
- ②感染対策・薬剤耐性対策
- ③入院時支援加算、入退院支援于一ム

# ①医療安全対策地域連携加算

# 医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算の新設

➤ 医療安全対策加算に医療安全対策地域連携加算を新設するとともに、既存の点数について見直す。

## 医療安全対策加算

### (新) 医療安全対策地域連携加算

イ 医療安全対策地域連携加算1	50点(入院初日)
ロ 医療安全対策地域連携加算2	20点(入院初日)

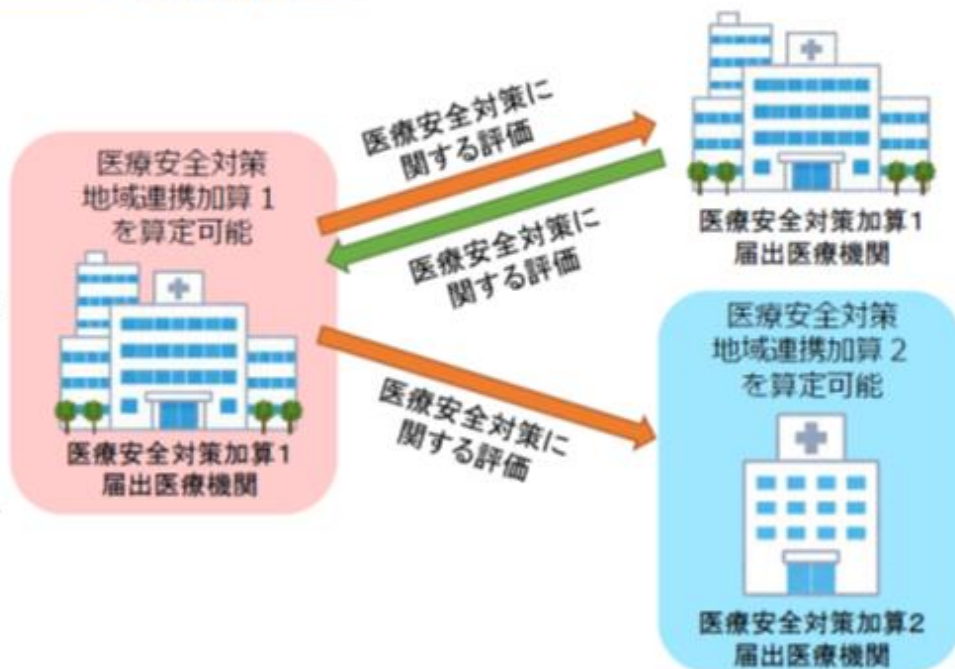
#### [施設基準]

##### 医療安全対策地域連携加算1

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算1の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。
- (4) 医療安全対策加算1の届出医療機関及び医療安全対策加算2の届出医療機関それぞれについて医療安全対策に関して評価を実施。また、当該医療機関についても医療安全対策に関する評価を受けている。

##### 医療安全対策地域連携加算2

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算2の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策加算1の届出医療機関から医療安全対策に関する評価を受けていること。



#### 現行

1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	35点



#### 改定後

1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	30点

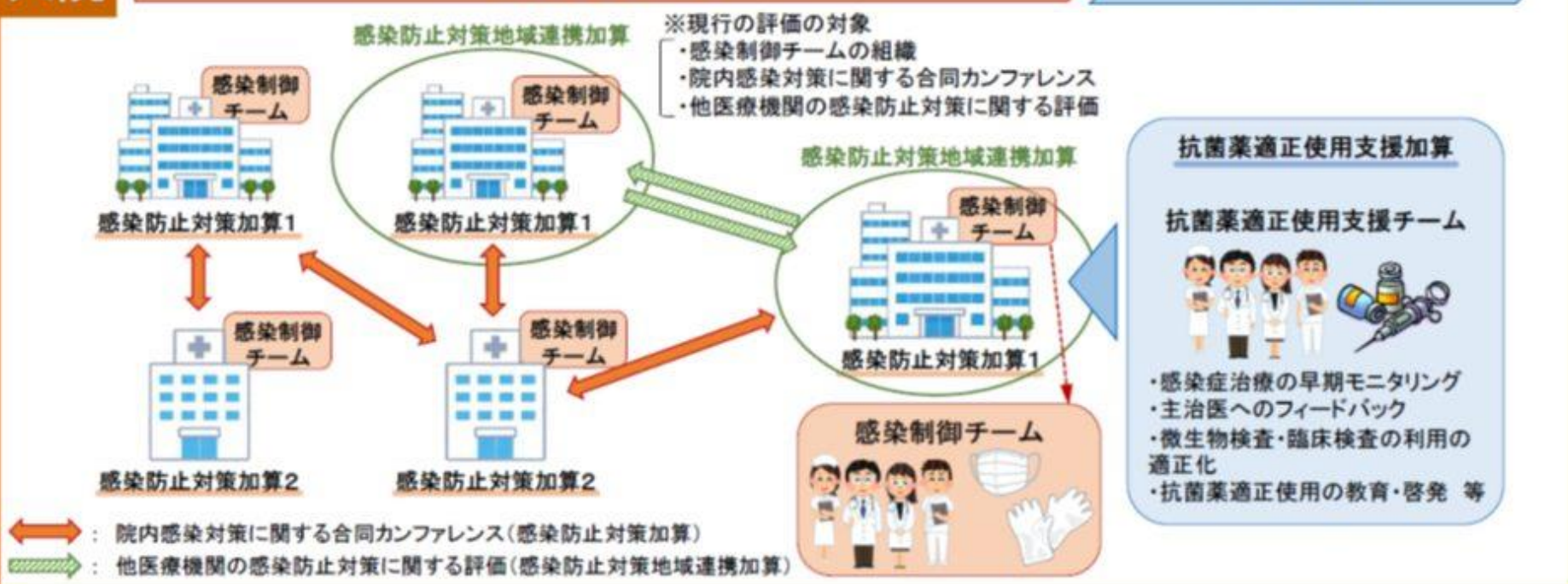
## ②感染对策・薬剤耐性対策

## 感染症対策・薬剤耐性対策の推進

入院

これまでの取組※

新たな取組



新たな取組



小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する**小児抗菌薬適正使用支援加算**を新設

地域包括診療加算、小児科外来診療料等について、**抗菌薬適正使用の普及啓発の取組を行っていることを要件化**



外来

## 抗菌薬適正使用支援加算の新設

- 薬剤耐性(AMR)対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。



### 感染防止対策加算

### (新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)

#### [算定要件]

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

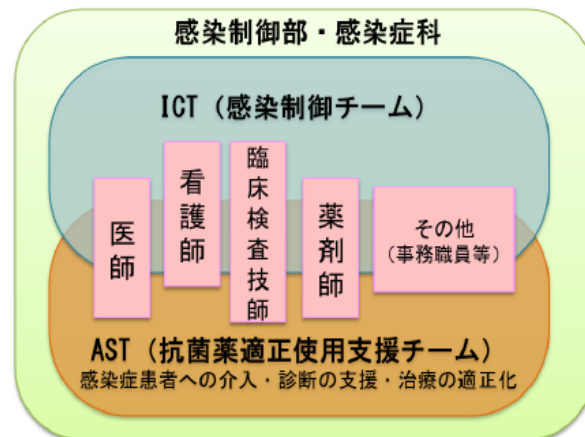
#### [抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

#### [抗菌薬適正使用支援チームの業務]

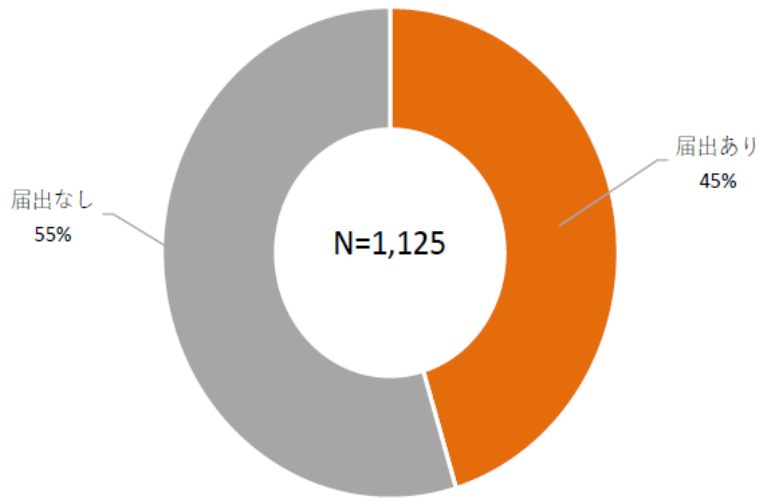
- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける



# 抗菌薬適正使用支援加算の届出状況等

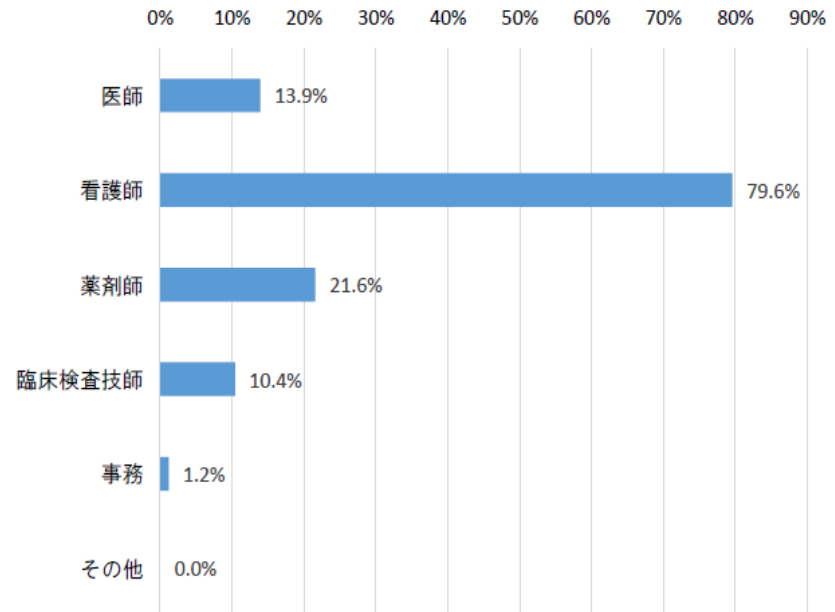
- 一般病棟入院基本料等を届出ている医療機関の約5割が抗菌薬適正使用支援加算を届け出た。
- 届出医療機関における専従職員の職種をみると、看護師が最も多く約8割であった。

抗菌薬適正使用支援加算の届出状況



専従職員の職種

(n=510)

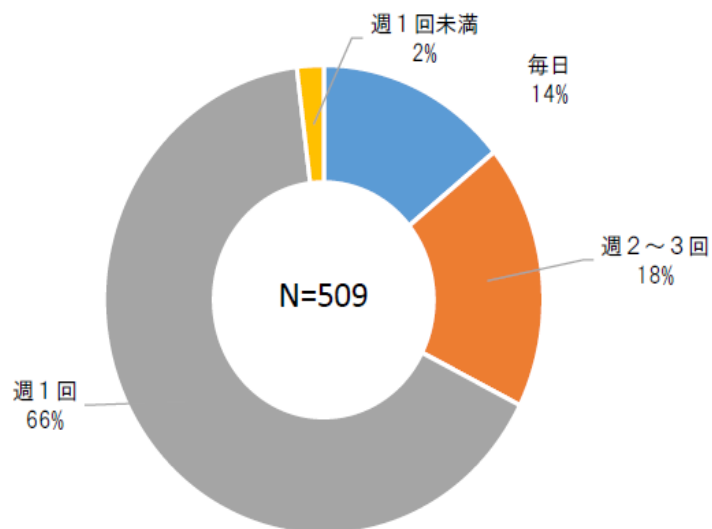




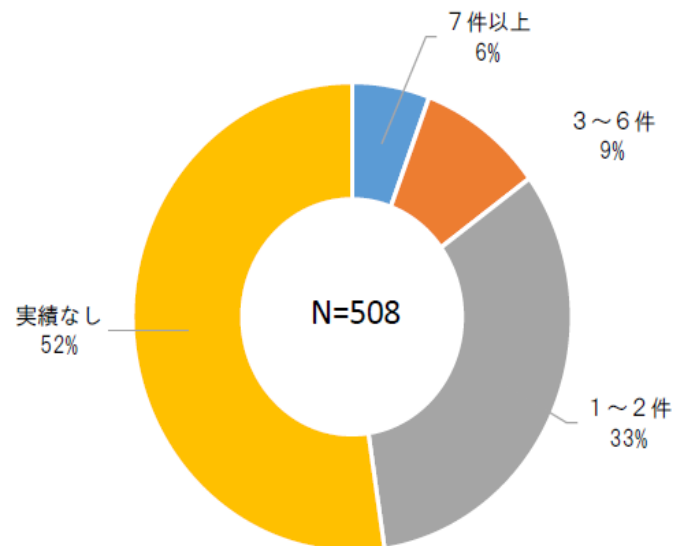
# 抗菌薬適正使用チームの実績

- 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスを行っている頻度をみると、週1回が約7割であった。
- 直近3月における、周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績をみると、実績なしが約5割であった。

抗菌薬適正使用に関する  
カンファレンスの頻度



周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績  
(直近3か月)



# ③入退院支援加算

入退院支援于一ム

## 入院前からの支援の機能強化(イメージ)

### 従来

#### 外来

- 治療方針の説明

#### 入院

##### 検査・治療

- 検査・治療内容の説明
- ✓ 持参薬の確認

##### 療養の支援

- 入院生活の説明
- ✓ 患者情報(入院前のサービス利用等)の確認
- ✓ 療養上のリスクアセスメント(転倒・転落、褥瘡、認知症等)

##### 退院調整

- ✓ 退院支援スクリーニング

#### 外来(地域、在宅)

治療のために一旦中止にしなければならなかった内服薬を飲んでいた、

歩行に杖が必要な状態なのに、トイレに遠いベッドだ、

治療が始まった直後で大変なのに、退院後の事なんか考えられない、

### 入院前からの支援の機能強化

#### 外来

#### 入院

#### 外来(地域、在宅)

##### 検査・治療

##### 療養の支援

##### 退院調整

外来において、

- ・入院生活のオリエンテーション
- ・患者情報(入院前のサービス利用等)や服薬中の薬剤の確認
- ・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等を事前に実施

患者は、入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

## 入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

### 入院前からの支援を行った場合の評価の新設

#### **(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)**

##### [算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

##### [施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する

≪許可病床数200床以上≫

- ・ **専従の看護師が1名以上** 又は
- ・ **専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上**

≪許可病床数200床未満≫

- ・ **専任の看護師が1名以上**が配置されていること。

- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

##### [算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②**入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て**、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

# 【新設】入院時支援加算 | 200点 (退院時1回)

新設！

## 算定対象

- 自宅等（転院する患者以外）から入院する**予定入院患者**
- 入退院支援加算を算定する患者

## 支援内容

入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立てる。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた**患者情報の把握**
- ② 褥瘡に関する危険因子の評価
- ③ **栄養状態の評価**
- ④ 持参薬の確認
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

## ③ 栄養食事指導料（指導に対する加算）

### 対象

1. 厚生労働大臣が定める**特別食**を必要とする患者
2. **がん患者**
3. **摂食機能**もしくは**嚥下機能が低下**した患者
4. **低栄養状態**にある患者

### 算定要件

**医師の指示**に基づき**管理栄養士**が栄養指導を行った場合に算定できる。

## ④持参薬の確認

### 持参薬確認と適切な薬物治療の実現

#### 持参薬確認の目的

入院時に持参薬を確認する目的は、適切に服薬が出来ていたかを検証するため

#### 医療機関から発行された全ての処方内容の把握

「適切に服用できていたか」を確認するためには、医療機関から発行された全ての処方内容を把握した上で、持参したお薬と確認する

#### 適切な薬物治療の実現のための実施事項

- 副作用の早期発見と対応
- 高齢者の薬物代謝機能の低下に配慮した投与量の設定
- 多剤投与に伴う相互作用等の処方鑑査

## ⑦ 退院支援加算～退院困難な要因

<退院支援加算1, 2の算定要件> 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出

### 【退院困難な要因】

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護認定が未申請であること
- エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること  
(必要と推測されること。)
- オ 排泄に介助を要すること
- カ 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- キ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと
- ク 入退院を繰り返していること
- ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合

<退院支援加算3の算定要件> 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出

### 【退院困難な要因】

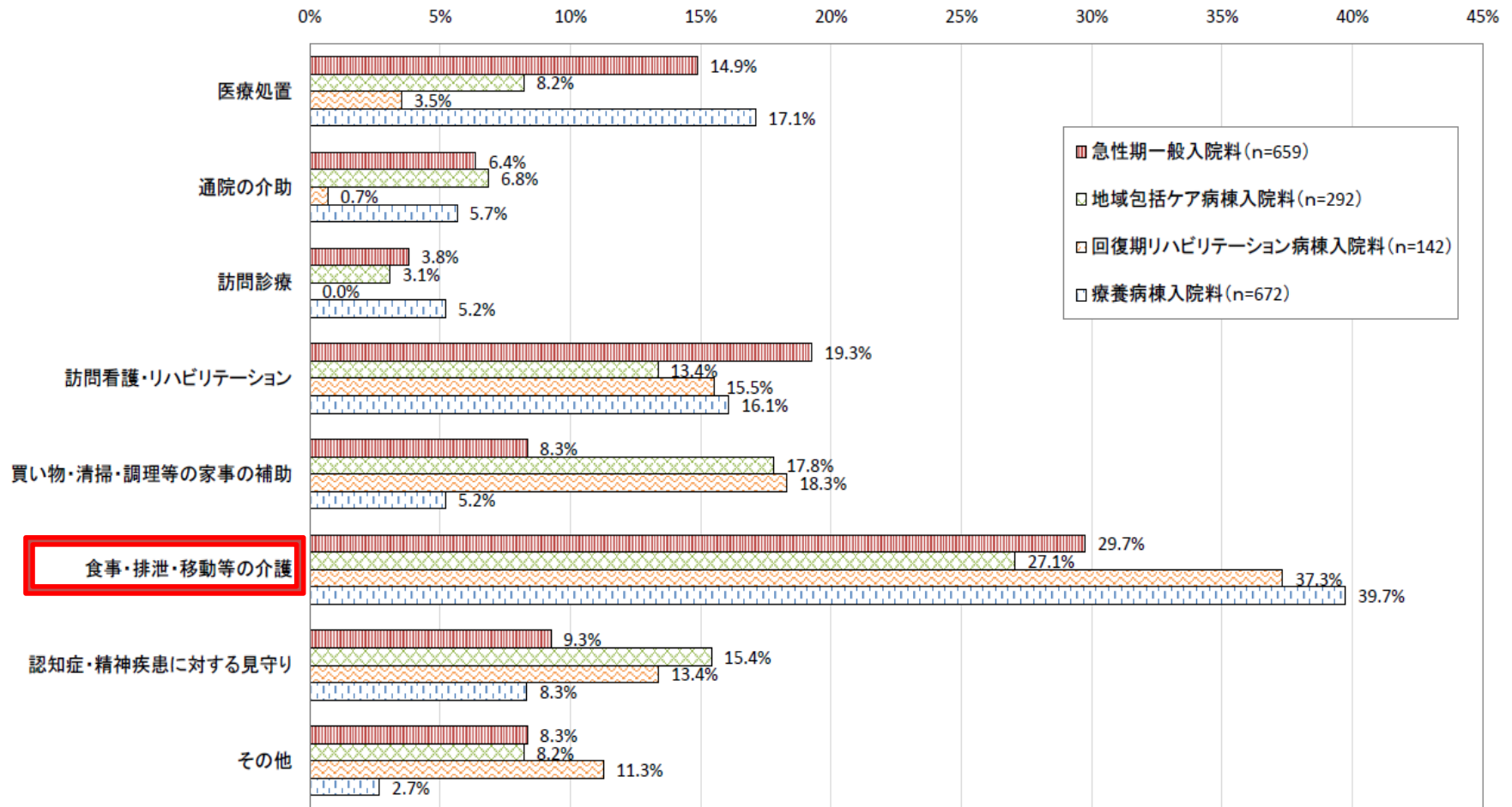
- ア 先天奇形
- イ 染色体異常
- ウ 出生体重1,500g未満
- エ 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る。)
- オ その他、生命に関わる重篤な状態



# 退院後に必要な支援

○「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者について、退院後に必要な支援をみると、全体的に、「食事・排泄・移動等の介護」の割合が多かった。

退院後に必要な支援(最も該当するもの)





## 入院サポートセンター導入により期待できること

病院全体・マネジメント	経済面 収入増/コスト削減	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検査不足、内服薬休止忘れによる手術中止なし</li> <li>・病棟負担減により日曜入院可能、どの病棟でも受け入れ可能で稼働アップ</li> <li>・持参薬と術前検査外来化によるコスト削減、外来収益増</li> <li>・費用や各種制度説明により、未収金減少</li> </ul>	
	リスク管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・十分な説明が可能、必要に応じて他の職種への介入</li> <li>・必要な検査が漏れなくできる(外科医視点、麻酔管理上の両面)</li> </ul>	
現場オペレーション	業務負担 軽減	主治医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要検査のチェックのみで済む</li> <li>・手術説明は最低限</li> </ul>
		麻酔科医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データがそろった時点でまとめてチェックできる</li> <li>・オペ室管理の空いた時間に麻酔科外来</li> </ul>
		外来 ナース	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来診療のサポートに専念</li> </ul>
		病棟 ナース	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院前に病歴聴取済み、手術説明済み、同意書済み</li> <li>・オペ出しするのみ</li> </ul>
患者視点	患者満足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当看護師制により、手厚いケア、手術に向けた心の準備ができる</li> <li>・手術・入院の説明を丁寧にしてもらえる、聞きたいことを聞ける (手術についての不安、経済的不安等)</li> </ul>	

# PFMとは？

## (Patient Flow Management)

- 予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を合理的に行うことなどを目的とする病院内の組織。入退院センター、患者支援センターとも呼ばれている。
- PFMは日本では1999年、東海大学医学部附属病院から始まった。
- 入退院支援チームの考え方はPFMに基づいている

# 東海大学医学部付属病院



病院管理学助教授  
田中豊氏(当時)が1997年より  
PMFを始めた



# 上都賀総合病院 (352床、栃木県鹿沼市)のPFM



患者の転院先が決まらず、在院日数が延長していた。そのため2012年に患者支援センターを立ち上げた結果は在院日数2.2日減少、病床稼働率は5.2ポイントアップになった

退院調整の必要性を必要、不要、保留にわけて後追い(フォロー)する

退院調整の課題がしだいに見えってきた

主任看護師  
神山はるか氏

斎藤由利子  
患者支援センター長

退院支援専従看護師  
飯野直子氏

最近では退院後の在宅療養支援のフォローも行っている。

ソーシャルワーカー  
福田雄大氏





ポイントは患者ターゲットを決めてフォローすること

各病棟NS

スクリーニング

入院時退院支援  
カンファレンス

退院調整  
カンファレンス

拡大カンファレンス

### ■ 入院時退院支援カンファレンス

- ・ 7日以内に多職種とのカンファレンス
- ・ 患者支援センターのメンバーが、病棟師長・主任が実施したアセスメントを支援。

→介入対象者・不要者・保留を区分

### ■ 退院調整カンファレンス

- ・ 退院及び転棟等の意思決定を実施するカンファレンス

### ■ 拡大カンファレンス

- ・ 在宅支援者を交えた退院支援のカンファレンス

# PFM導入の成果(ある300床病院)

新入院患者数 **26%増**

救急搬送件数 **19%増**

平均在院日数 **4.6日短縮**

救急搬送件数  
(手術あり) **88%増**

手術件数 **68%増**

医業収益 **21%増**

**➡ 16億円超の増収により念願の黒字化を達成**



**PFMで病院経営改善を！**

# パート2

## 働き方改革、 タスクシフトと看護特定行為



# 働き方改革



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、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

**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



# 医師の働き方改革検討会



第6回医師の働き方改革検討会(2018年1月)

# 「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



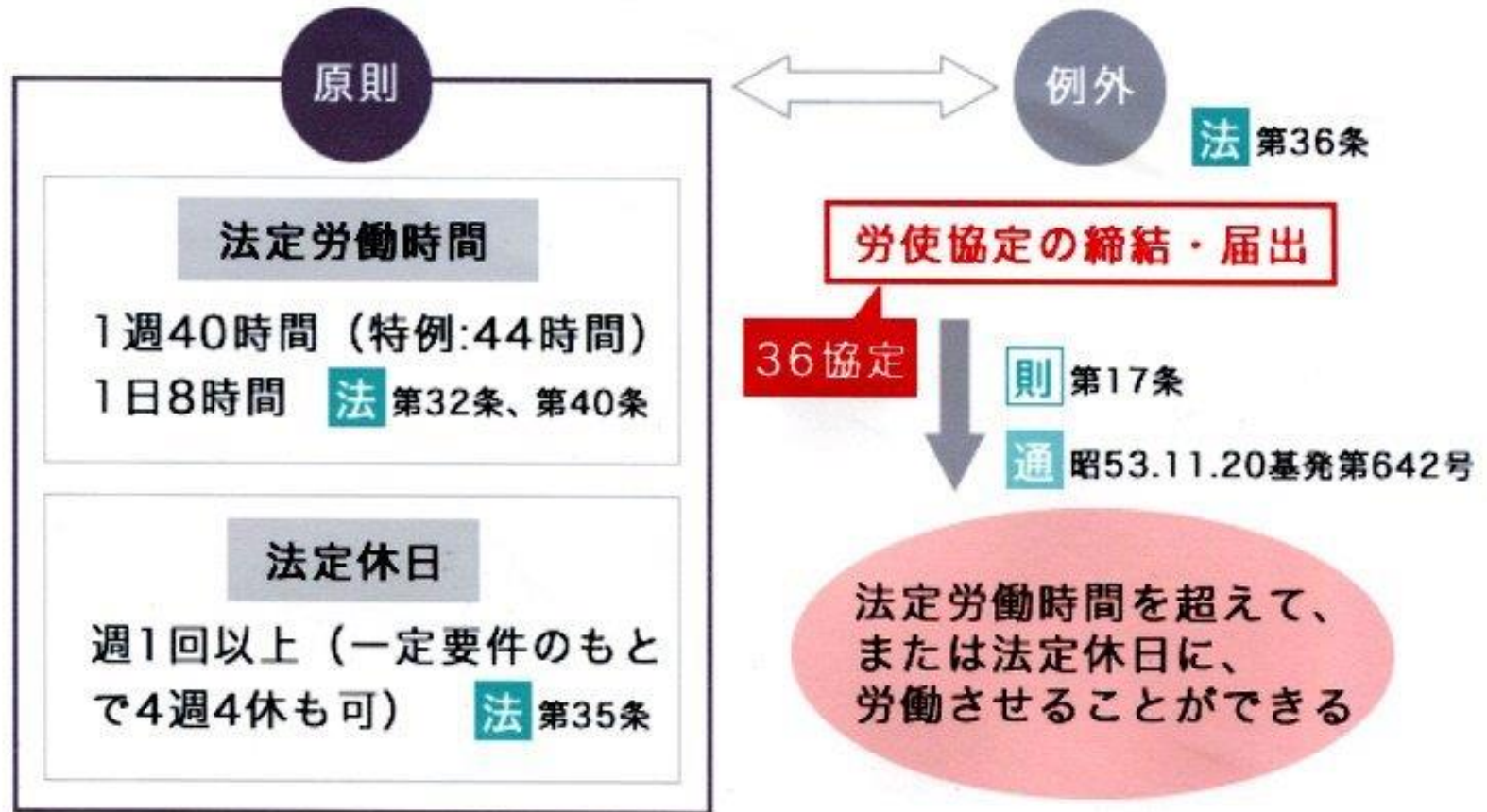
# 労働基準法(労働時間)

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)

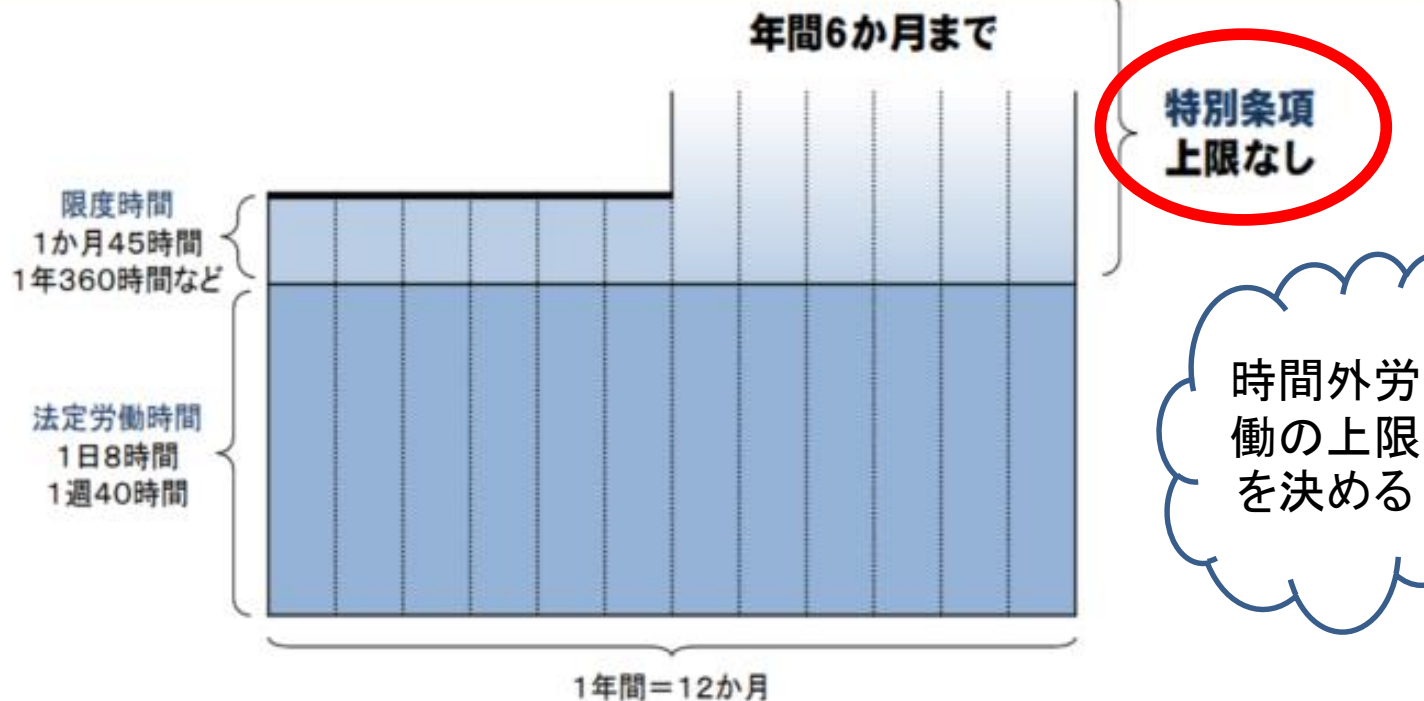


# 36協定（サブロク協定）



## 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



# 働き方改革関連法

2018年6月29日



## 働き方改革関連法

### 時間外労働（残業）の上限を規制



大企業

2019年4月～

中小企業

2020年4月～

#### 【原則として】

🕒 月45時間・年360時間

#### 【例外でも】

🕒 年720時間以内（※休日労働を含まない）

🕒 単月100時間未満、  
2~6か月平均80時間以内（※休日労働を含む）



医師への適用は **2024年4月～**、  
**上限時間も別に設定**



## 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 2024年まで猶予する

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。

# 医師の働き改革の3つのポイント

上限時間

自己研鑽  
宿日直

タスシェア・シフト

上限時間等の制度的な議論の整理と複数案

労働としての診療と自己研鑽の時間的区分はむづかしい

昭和24年の宿日直許可基準について、現在の実態を踏まえた解釈の現代化が必要。

看護特定行為、医師事務作業補助者、複数主治医、医師のシフト制など

# 第17回 医師の働き方改革に関する検討会

2019年1月21日



# 第17回医師の働き方改革検討会 (2019年1月21日)

- 超過重労働(上位10%、2万人)の時間外労働短縮が最優先事項
  - 「時間外労働年1860時間」は36協定でも超えられない上限
- 水準A(2024年度以降適用される水準)
  - 勤務医に2024年度以降適用される水準
  - 時間外労働年960時間以内・月100時間未満
- 水準B(地域医療確保暫定特例)
  - 地域医療確保暫定特例水準
  - 時間外労働年1860時間以内・月100時間未満
- 水準C(技能向上)
  - 若手医師が短期間に集中的に行う技能向上のため
- \* 連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間
- 働き方改革を進めるためには、地域での医療連携、さらには医療機関の集約も必要

# 2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

## 病院勤務医の働き方の変化のイメージ

(時間外労働の年間時間数)

現状



2024.4  
上限規制適用

2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

2023年度末までに  
解消

約1割  
約2万人

1,900~  
2,000時間程度

水準B  
暫定特例水準  
2035年度末までに解消

約3割  
約6万人

暫定特例水準対象についても、  
時間外労働が年960時間以内と  
なることを目指し、さらなる  
労働時間短縮に取り組む

960時間

2024年以降適用される

水準A

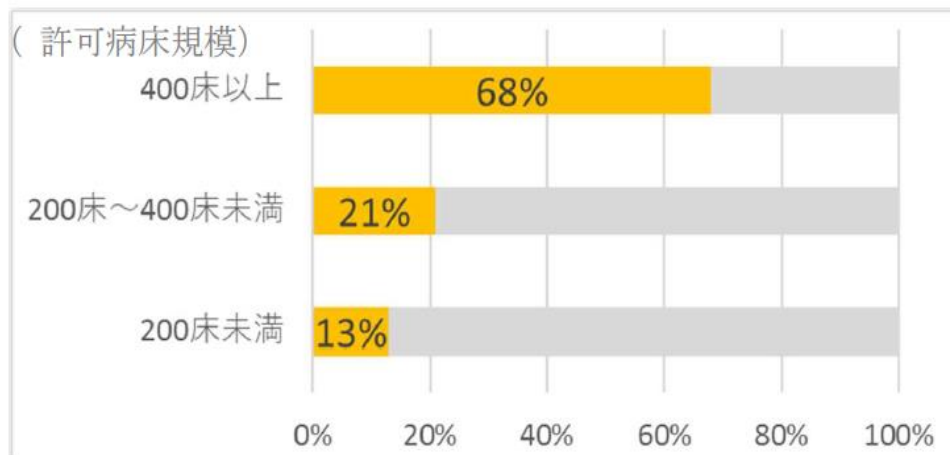
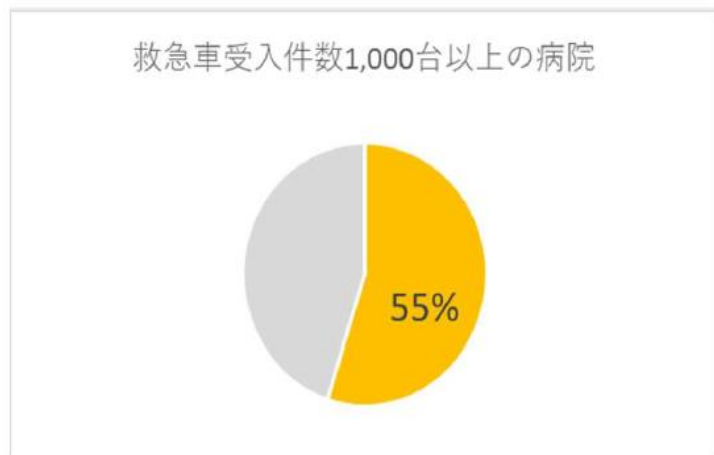
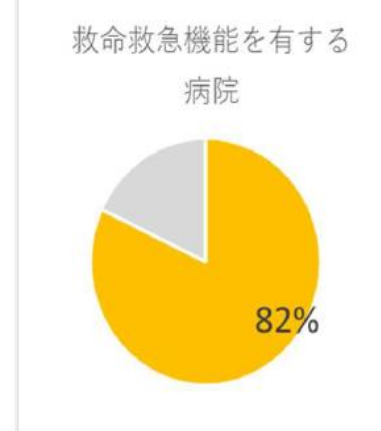
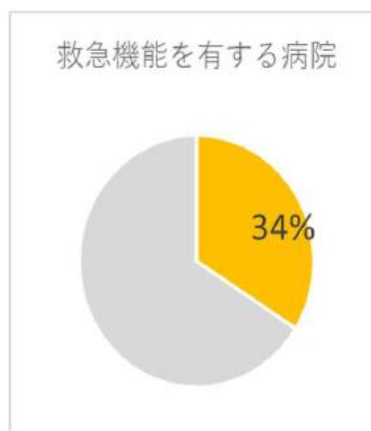
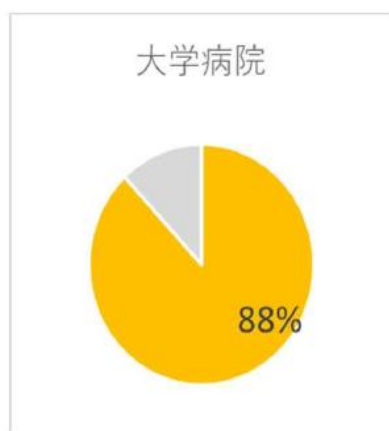
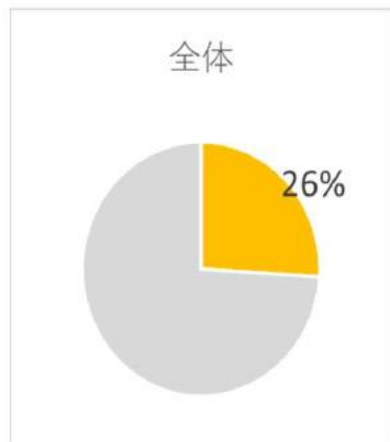
約6割  
約12万人

暫定特例水準対象を除き、  
2024.4以降、年960時間を超え  
る時間外労働の医師は存在し  
てはならないこととなる

# 地域医療確保暫定特例水準(案)を超える働き方の医師がいる病院

週勤務時間が80時間を超える者がいる病院の割合

**B水準超の勤務医がいる病院**



※「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)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(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)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

# A水準の働き方イメージ

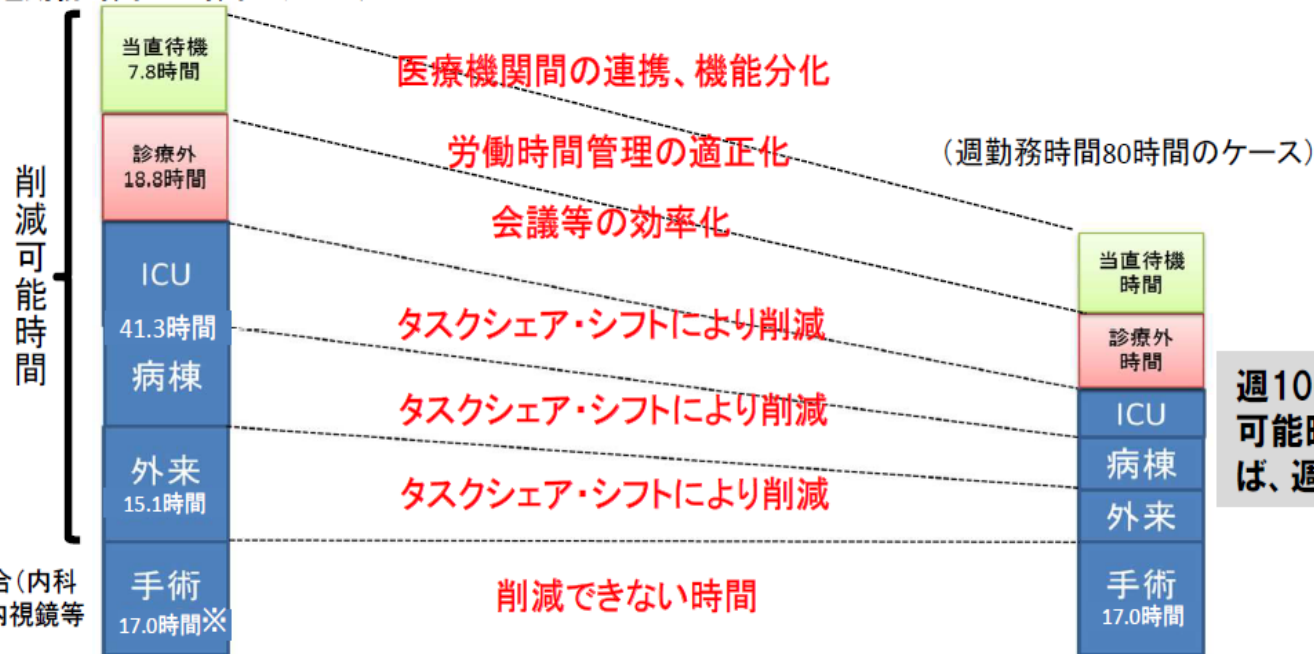
- 年960時間・月100時間未満という働き方のイメージ
- 毎日ほぼ定時に帰り、当直は週1回、月2回は週休2日を取得できるペースの働き方。



# 極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

○ 週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人(1.8%)、同100時間～90時間が約5400人(2.7%)、同90時間～80時間が約12000人(6.9%)いると推計されるが、2024年4月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。

(週勤務時間100時間のケース)



週100時間勤務の場合、削減可能時間を約25%削減できれば、週80時間水準が達成可能

※外科医の場合(内科医等の場合も内視鏡等の手技が該当)

削減のイメージ(週勤務時間100時間程度の場合)

時間数イメージ

タスクシフト(医療従事者一般が実施可能な業務)による削減

週7時間程度削減

タスクシフト(特定行為の普及)による削減

週7時間程度削減

タスクシェア(他の医師)による削減

週6時間程度削減

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎)において実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。



# タスクシフトと看護特定行為

# 看護特定行為の導入



「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」  
(座長:有賀徹・昭和大学病院院長)



## 医療・介護関連一括法案を閣議決定 特定行為の研修制度 法制化へ

医療介護一括法で法制化(2014年6月)

12日の閣議で「地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する法律の整備等に関する法律案」の国会提出が決定した。

この法案は、地域における効率的かつ質の高い医療提供体制の構築などを通じ、必要な医療・介護を推進するための関係法律の整備を行うもの。特定行為に係る看護師の研修制度の創設など、看護関連の法改正事項が数多く盛り込まれている。具体的な内容は以下の通り。

### 【保健師助産師看護師法の改正】

高度・専門的な知識・技能が必要な特定行為を手順書（プロトコール）に基づいて行う看護師に指定研修機関での研修を義務付けること

### 【医療法の改正】

医療従事者の勤務環境改善のため国における指針の策定や都道府県での取り組みを支援する仕組みの創設

### 【看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正】

看護師等の離職時等における都道府県ナースセンターへの届出規定（努力義務）の創設

### 【都道府県への基金造成】

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度として都道府県への基金の造成など

# 看護特定行為制度の概要

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助(例えば脱水時の点滴(脱水の程度の判断と輸液による補正)など)を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支える看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の大きな狙いのひとつ。
- 本制度は2014年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(医療介護一括法)の中の保助看法の改正に基づく。

# 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
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
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
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	人工呼吸器からの離脱
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
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去
	経皮的心肺補助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離脱を行うときの補助頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
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
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

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じょく)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
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
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
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
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
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
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	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
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
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
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

厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)

# 国際医療福祉大学三田病院の特定 看護師さん(循環器)



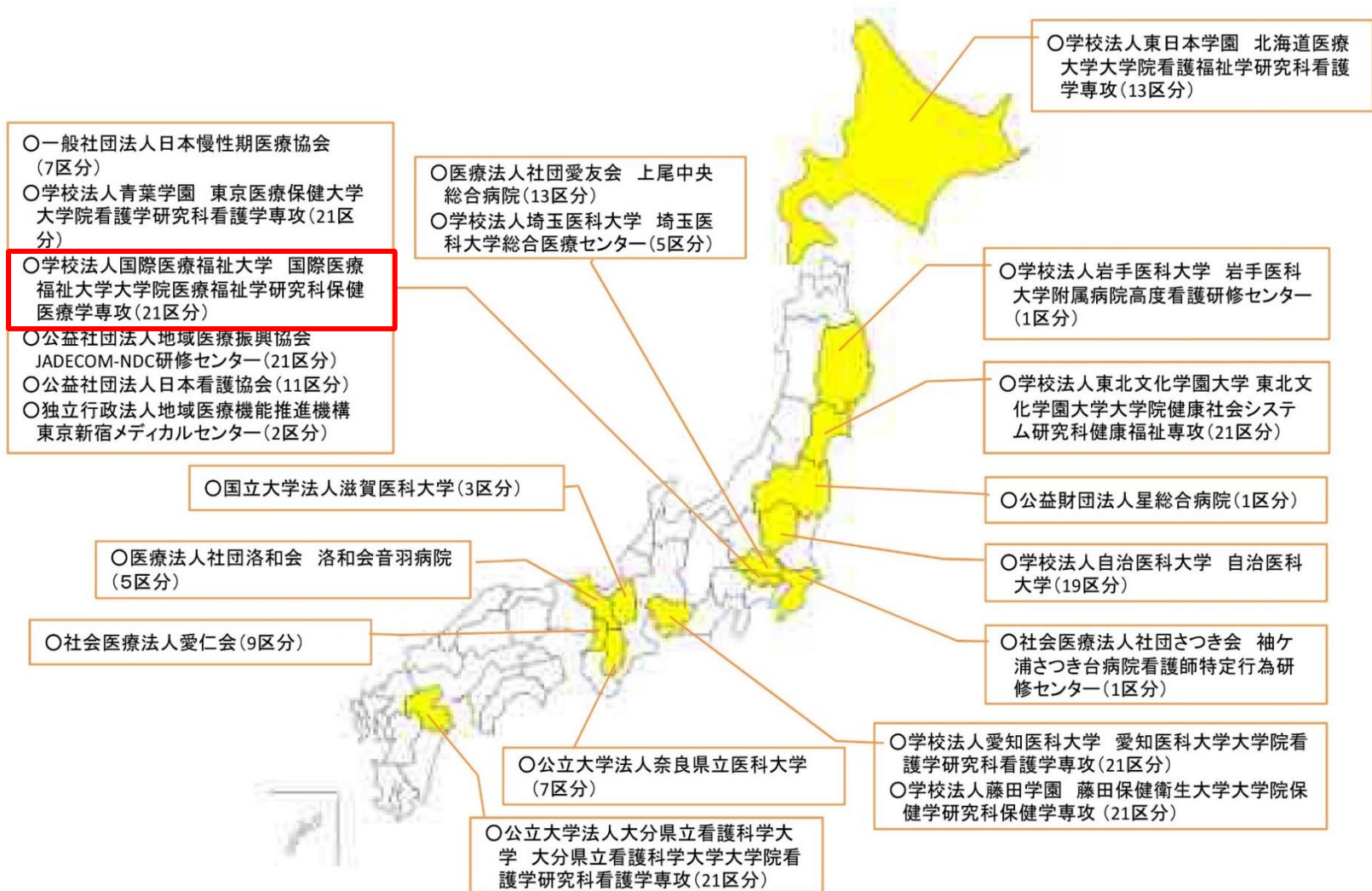
# 鶴巻温泉病院の看護特定行為

- 特定行為の看護師さんが褥瘡・ろう孔管理で大活躍



# 特定行為研修を行う指定研修機関

現在、130施設





# 国際医療福祉大学大学院 NP養成コース

- 国際医療福祉大学大学院修士課程

- 「自律して、または医師と協働して診断・治療等の医療行為の一部を実施することができる高度で専門的な看護実践家を養成する」
- 「NPの実践家としての能力獲得のために、演習・実習を重視した」

- カリキュラム

- 1年目は講義と演習が中心
  - 臨床推論、病態機能学、臨床薬理学、臨床栄養学、フィジカルアセスメント学、診断学演習など外来患者の疾患管理に必要な知識と方法について学ぶ。
  - 3つのP(フィジカルアセスメント、ファーマコロジー、パソフィジオロジー)
- 2年目からは医療現場での実習カリキュラム
  - 国際医療福祉大学の関連の三田病院(東京港区)や熱海病院(静岡県熱海市)でマンツーマンで医師につき、医師の指示の下で、診療の具体的なやり方を学ぶ
  - 生活習慣病患者の外来での生活指導、退院後のフォローアップ
  - 学習領域は代謝性障害と循環器障害が中心

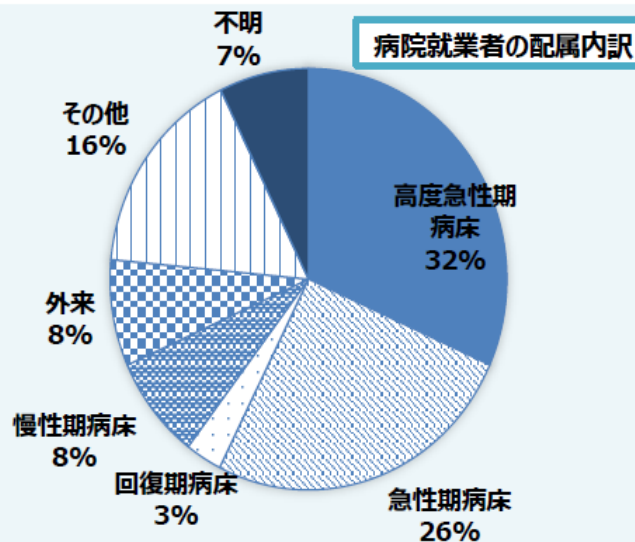
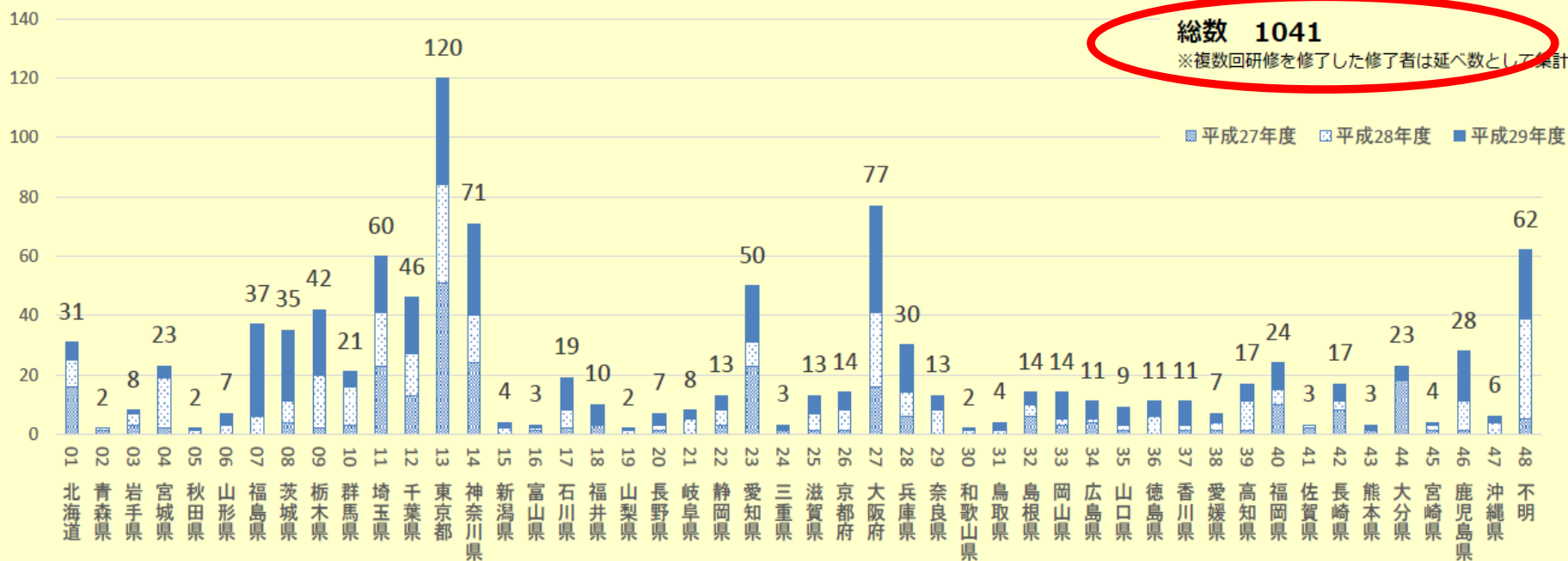
# 国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス) 特定行為看護師養成分野



旧ナースプラクティショナー養成講座1年生

# 都道府県別 特定行為研修修了者就業状況

(平成30年3月現在 看護課調べ)

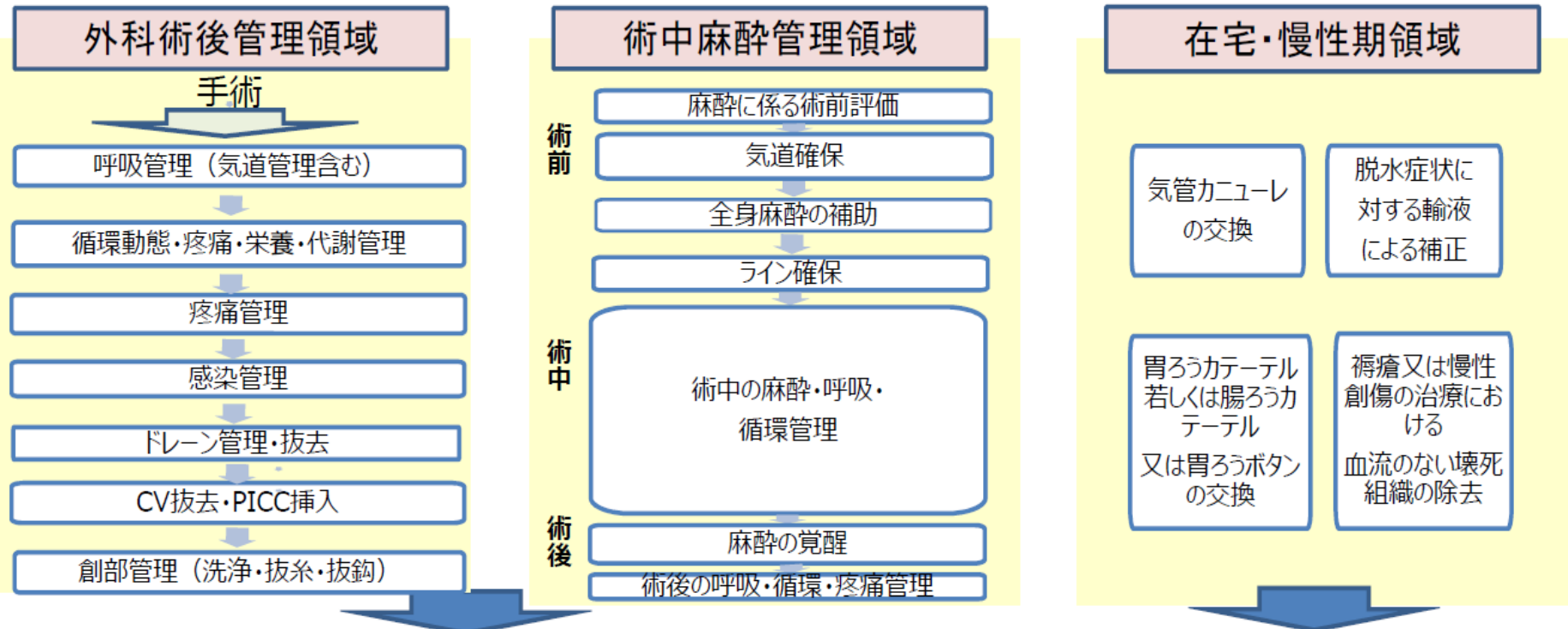


## 【就業場所別修了者数】

就業場所	修了者総数	割合	2017年度修了者	2016年度修了者	2015年度修了者
病院	870	84%	373	270	227
診療所	11	1%	2	4	5
訪問看護ステーション	47	5%	29	14	4
介護施設	15	1%	6	5	4
その他	36	3%	10	8	18
不明	62	6%	23	34	5
<b>総数</b>	<b>1041名</b>	<b>100%</b>	<b>443名</b>	<b>335名</b>	<b>263名</b>

# 特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間に相当する。週100時間勤務の外科系医師の場合、**週7時間程度**の時間がこれに相当する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。
- 特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域（救急、集中治療領域等を含む。）における業務分担が進むことが期待される。



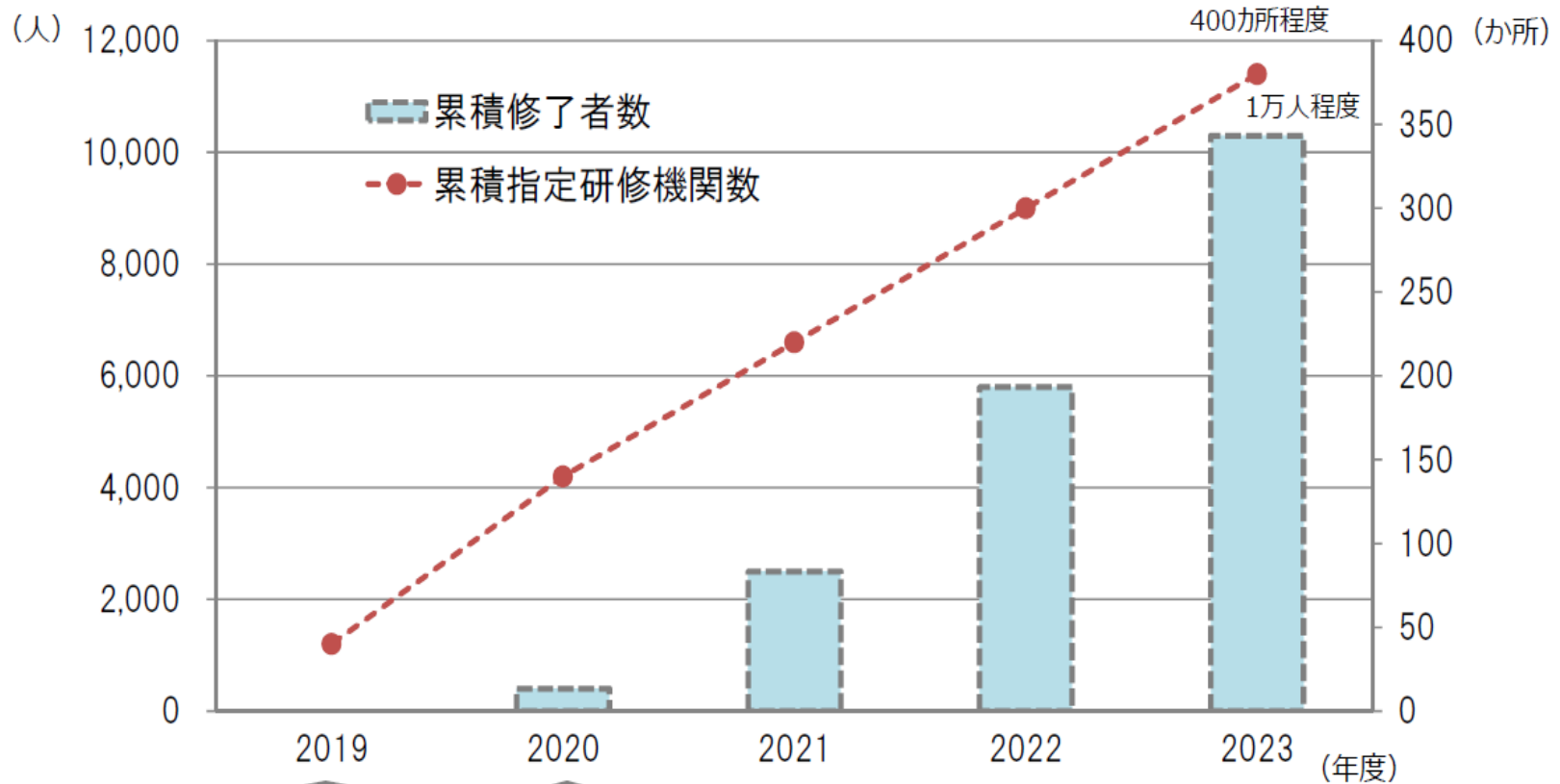
外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

在宅・慢性期領域において、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅または施設等で療養する患者に柔軟な対応が可能に。

# 特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

○ 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度末までにパッケージ研修の修了者として1万人の養成を目指す。

## ■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



省令改正 (パッケージ研修創設)  
パッケージ研修を実施する  
指定研修機関の申請開始

パッケージ研修  
開始

# 特定行為看護師を 2024年までに 1万人まで増やそう！

現在、医政局看護課  
と指定研修機関、指  
導者、研修修了者の  
実態調査中



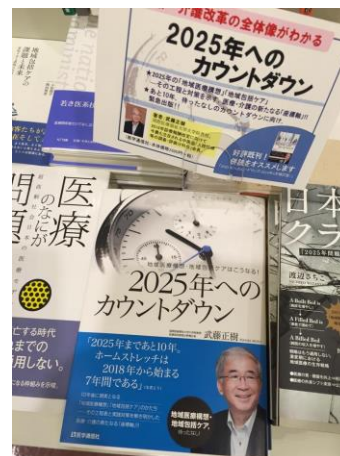
すべての大学病院  
が特定行為の指定  
研修機関へ！

次期2020年診療報酬改定で  
さらなる働き方改革の  
後押しを

# 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**





## 今日のまとめ

- ・チーム医療で実績を出す！
- ・働き方改革で病院が変わる！
- ・看護特定行為に注目しよう！
- ・2020年診療報酬は働き方改革改定になるだろう

# 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](mailto:mutoma@iuhw.ac.jp)

# グループワーク

- テーマ「チーム医療の現状と課題」
  - それぞれの施設で行われているチーム医療について、現状と課題について意見交換をして、体験をシェアしよう！
  - 特定行為看護師を配置している施設は、その経験を皆さんと共有してください。
  - 看護師の働き方改革を考えよう。例えば看護師から他職種へのタスクシフトを考えよう

