

医療安全対策地域連携加算と 地域コミュニケーション



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専攻)
武藤正樹

国際医療福祉大学三田病院（2012年）

医療安全対策地域連携加算 1
感染防止対策地域連携加算 1



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



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



特定行為看護師養成分野
(大学院)

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
 - 医療安全対策地域連携加算
- パート 2
 - 感染対策地域連携加算
- パート 3
 - 2020年診療報酬改定と働き方改革

パート1

医療安全対策地域連携加算



施設間ラウンドで相互チェック

これまでの医療安全 対策の振り返り



1999年頃に起こった主な医療過誤

- ◆ 1999年(平成11年)1月 :横浜市立大学附属病院
心臓手術予定患者と肺手術予定患者を間違えて手術室へ移送し、
本来の部位と異なる部位の手術が施行された。
- ◆ 1999年(平成11年)2月 :都立広尾病院
術後の患者血管内に血液凝固阻止剤と消毒薬を間違えて点滴し、
患者が死亡した。
- ◆ 2000年(平成12年)2月 :京大病院
人工呼吸器の加湿器に蒸留水とエタノールを間違えて注入し、
長時間にわたるエタノール吸入により患者が中毒死した。
- ◆ 2000年(平成12年) 4月:東海大学付属病院
内服薬を誤って血管内に点滴し、患児が死亡した。



これまでの厚労省における医療安全施策

- 2001年 4月 厚生労働省に医療安全推進室設置、医療安全対策検討会議を開催
- 2002年 4月 医療安全対策検討会議にて、「医療安全推進総合対策」策定
10月 病院及び有床診療所に、医療安全管理のための整備確保義務（省令改正）
- 2003年 4月 特定機能病院・臨床研修病院に、医療安全専任管理者・部門・患者相談窓口配置義務（省令改正）
12月 「厚労大臣医療事故対策緊急アピール」：医療安全を医療政策の最重要課題のひとつ
- 2004年 10月 特定機能病院等に、医療事故情報等の報告義務（省令改正）
- 2005年 6月 「医療安全対策検討会議」報告書（医療事故未然防止対策等）
- 2006年 6月 第5次改正医療法公布（法改正）
- 2007年 4月 第5次改正医療法施行（法改正）
病院及び有床診療所に加え、無床診療所、助産所にも、医療安全管理体制整備、及び、都道府県に、医療安全支援センター設置義務 等
- 2014年 6月 第6次改正医療法公布（法改正）
- 2015年 10月 医療事故調査制度施行（法改正）

2012年 医療安全対策の推進について①

(平成24年度診療報酬改定)


医療安全対策の充実

○医療安全対策の評価

・ <u>医療安全対策加算1</u> (<u>専従</u> の医療安全管理者)	85点
・ <u>医療安全対策加算2</u> (<u>専任</u> の医療安全管理者)	35点

○感染防止対策評価の充実による院内感染対策の取組を推進

・ 感染防止対策加算 100点

 (新) <u>感染防止対策加算1</u>	400点
(新) <u>感染防止対策加算2</u>	100点

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点

2012年 医療安全対策の推進について②

(平成24年度診療報酬改定)

医療機器安全管理の充実

○医療機器安全管理の評価

・医療機器安全管理料1	100点
・医療機器安全管理料2	1100点

患者サポート体制の充実

○患者等からの相談に対応できる体制を評価

(新)患者サポート体制充実加算	70点
-----------------	-----

2012年診療報酬改定 医療安全対策加算

A234 医療安全対策加算(入院初日)

- 1 医療安全対策加算1 85点
- 2 医療安全対策加算2 35点

● 算定要件の概要

組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定。

● 施設基準の概要

<医療安全対策加算1 >

イ 医療安全対策に係る研修*を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。

ハ 当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること

<医療安全対策加算2 >

イ 医療安全対策に係る研修*を受けた専任の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

○ 医療安全対策加算1 のロ及びハ

<医療安全対策に係る研修>

次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

(イ) 国及び医療関係団体等が主催するものであること。

(ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上又は5日程度のものであること。

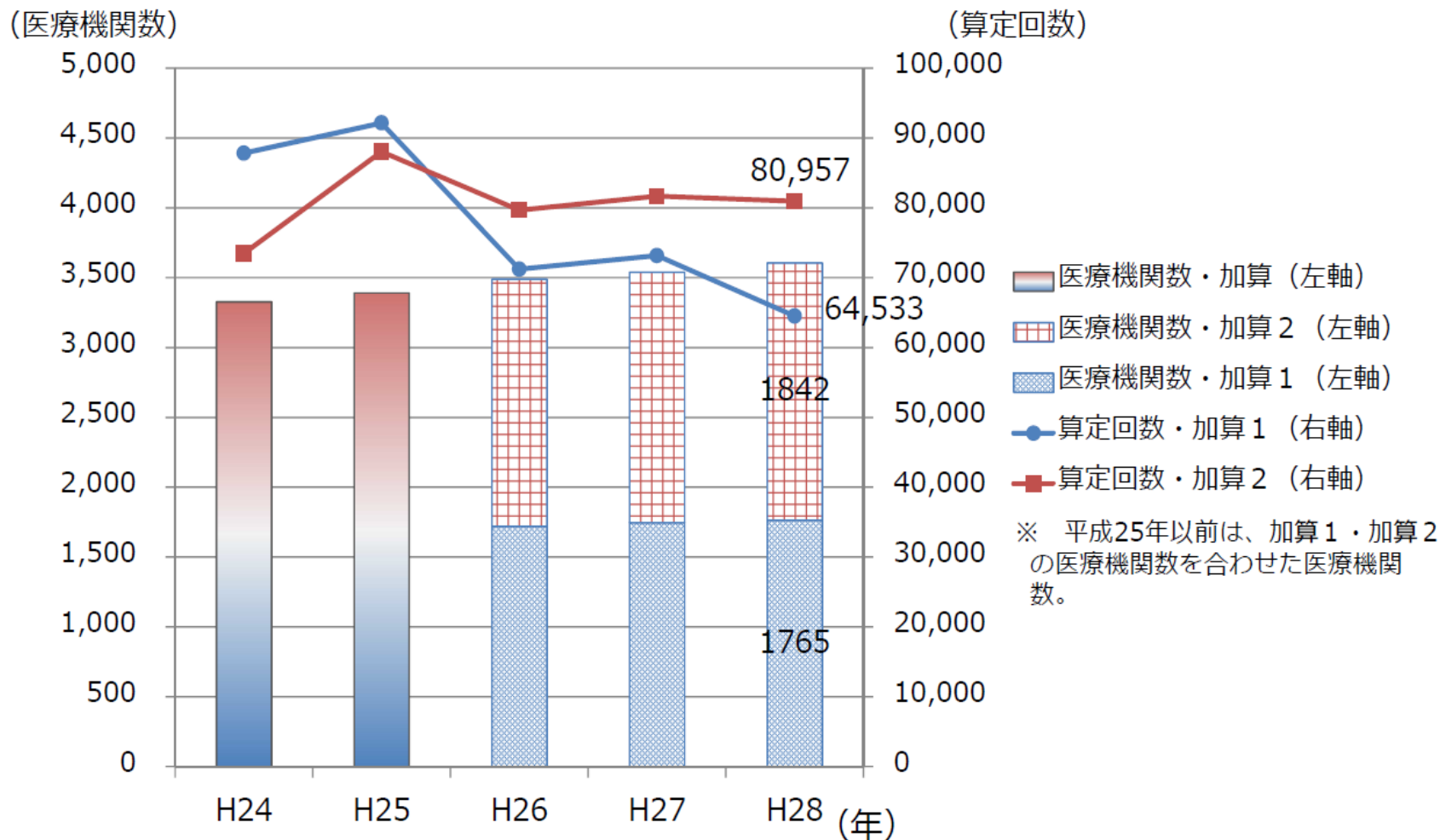
(ハ) 講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

医療安全対策加算

- (1) 医療安全対策加算は、**組織的な医療安全対策を実施**している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 組織的な医療安全対策とは、**医療安全管理部門に所属する医療安全管理者が、医療安全管理委員会と連携しつつ、当該保険医療機関の医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施していること**をいう。
- (3) 医療安全確保のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療安全管理者が必要に応じて各部門における医療安全管理の担当者への支援を実施し、その結果を記録していること。

医療安全対策加算

○ 医療安全対策加算の届出医療機関数は増加傾向。



出典：届出医療機関数：保険局医療課調べ（平成27年7月）
算定回数：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）

Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進（「医科Ⅱ」参照）
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2～8) (略)（「医科Ⅱ」参照）

2018年 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)



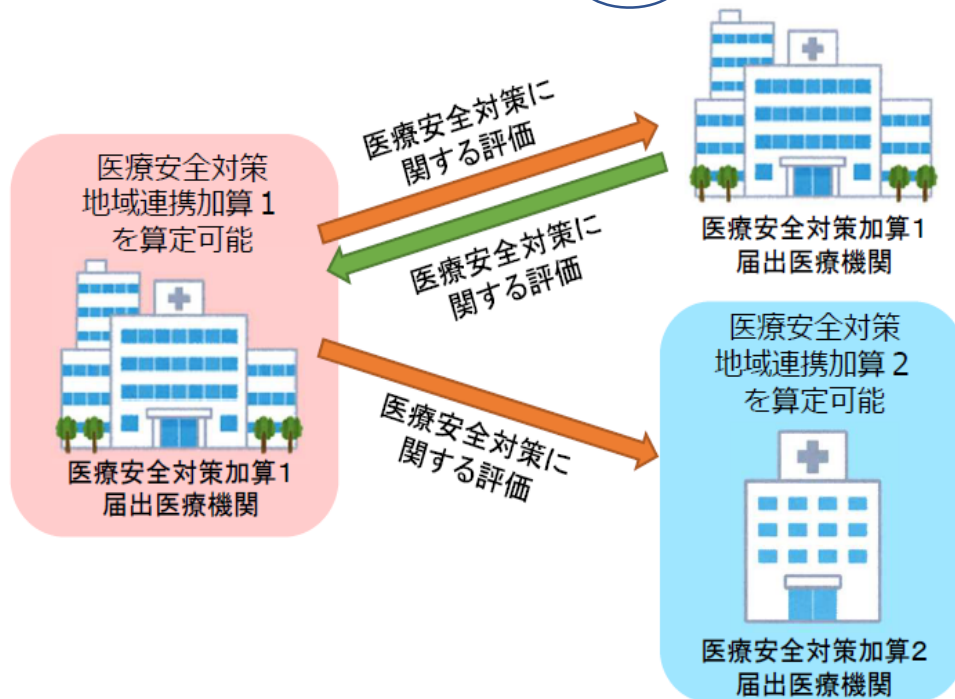
[施設基準]

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

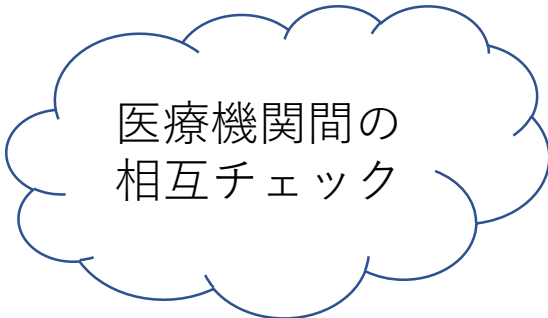
1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	30点

医療安全対策地域連携加算 1

[施設基準]

医療安全対策地域連携加算 1 50 点

- (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 に係る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医師 を医療安全管理部門に配置
- (4) 他の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告する。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けている。なお、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については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。



医療機関間の
相互チェック

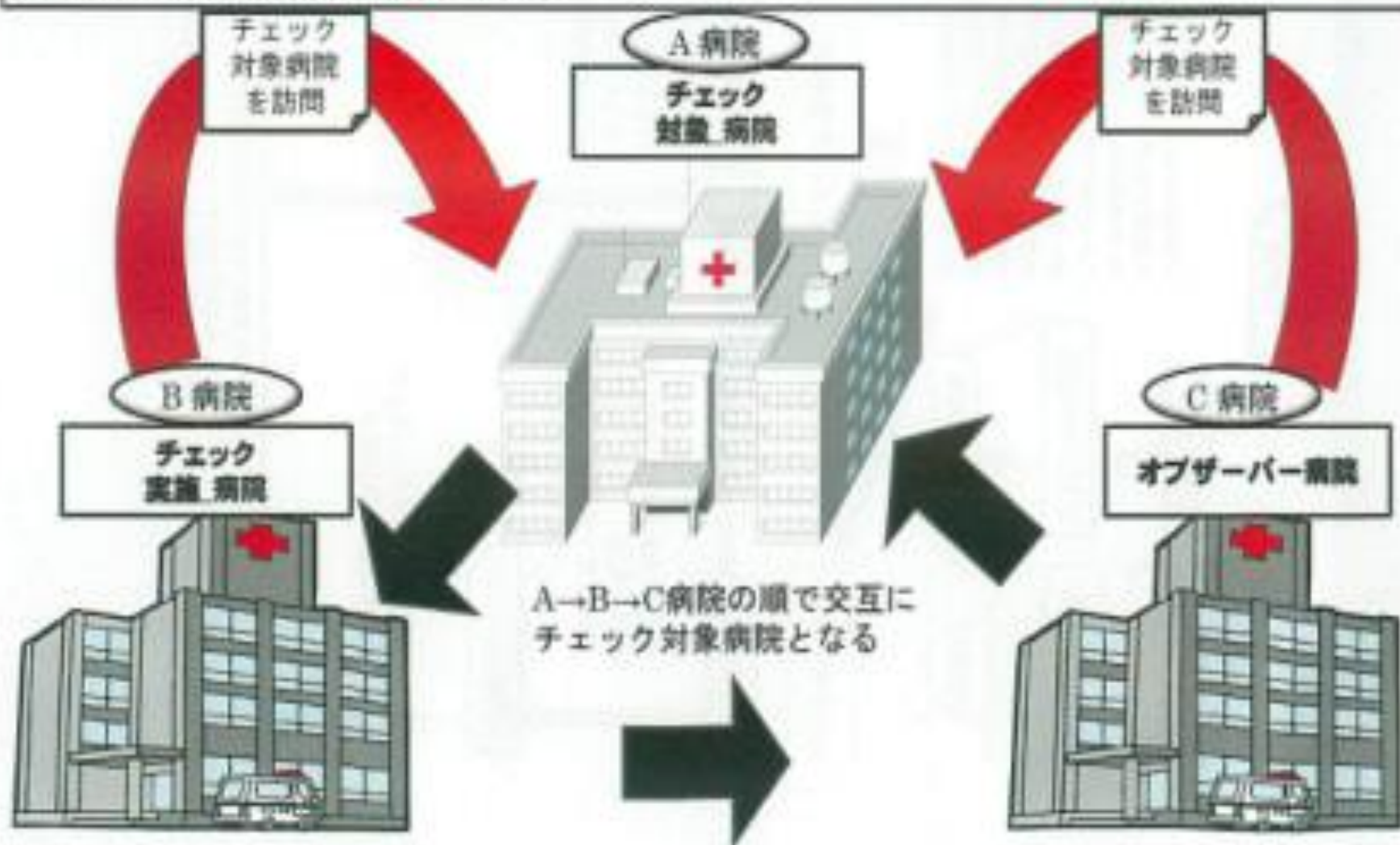
医療安全対策地域連携加算 2

医療安全対策地域連携加算 2 20 点

- 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 に係る届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、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については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

国立病院機構における「医療安全相互チェック」の 実施イメージ

「チェックを受ける病院」を「チェックを実施する病院」と「オブザーバーの病院」が訪問し、医療安全の取組を院内視察形式により双方向で評価することにより、チェックを「受ける病院」、「実施する病院」の相互に学び合うことによる相乗効果を期待するもの。



国際医療福祉大学グループの 施設間相互チェック

国際医療福祉大学病院
医療安全対策加算 1



相互チェック



国際医療福祉大学三田病院
医療安全対策加算 1



国際医療福祉大学市川病院
医療安全対策加算 2



JCI認証病院

JCIスタンダードは 患者安全が最重点項目

国際患者安全目標	International Patient Safety Goals	医療の質の改善および患者の安全	Quality Improvement and Patient Safety
ケアへのアクセスとケアの継続性	Access to Care and Continuity of Care	感染の予防と管理	Prevention and Control of Infections
患者と家族の権利	Patient and Family Rights	ガバナンス、リーダーシップおよび監督	Governance, Leadership, and Direction
患者の評価	Assessment of Patients	施設管理と安全性	Facility Management and Safety
患者のケア	Care of Patients	職員の資格と職員教育	Staff Qualifications and Education
麻酔と外科処置	Anesthesia and Surgical Care	情報管理	Management of Information
薬剤の管理と使用	Medication Management and Use	医学専門教育	Medical Professional Education
患者と家族の教育	Patient and Family Education	人を対象とする研究プログラム	Human Subjects Research Programs

青森地域医療安全研究会 施設間ラウンド



入院中の排泄に注意！



排泄時、バランスを崩して転びました。
めまいがして、気付いたら転んでいました。

入院中は筋力・体力が落ちています。
遠慮せずナースコールをしてください。



入院中のお薬に注意！



お薬によっては
転倒しやすくなります。

お薬を飲んだ後は
十分注意しましょう。



小児の転落に注意！



ベビーカーを使用した際、
安全ベルトを十分に締めな
かったため、滑り落ちました。

ベビーカーを使用する際は、
カチッと音がするまで
しっかりベルトを
締めましょう。



小児の転落に注意！



付き添いの方がベッド柵
をせずにそばを離れ、
小児がベッドから転落し
ました。

病院の床は、自宅と異なり固くできています。
そばを離れる時はベッド柵を使用しましょう。



段差に注意！



正面玄関風除室内の
マットにつまずき転倒し、
顔面を強打しました。

特に高齢の方は、
視力・筋力の低下により、
5mm以下の段差にも
つまずいてしまいます。



エスカレーターに注意！



エスカレーターに乗った際、バ
ランスを崩し、転倒しました。

杖歩行・歩行器使用の際や
重いものを持っている際は、
エレベーターを
使用しましょう。



対策も協
議する

外来患者さんへ

外来用

冬は **おっける
のめくる
とっけらがる**

「転倒・転落」は、手で「転ぶ」「つまづく」という意味です。

ので、ご注意ください

床が滑りやすくなっています

来院の際は、靴や履についた雪を払いましょう。入口の玄関マットやほうきをご利用ください。



たくさん着込んでいる時は…

厚着になるとバランスが取りづらくなります。階段、エスカレーターの乗降は特にご注意ください。

ポケットに手を入れていませんか？

急な動きに対応できなくなり、思わぬ転倒や、けがをする原因になります。



平成29年12月 高松市立中央病院 転倒・転落予防課

入院患者さんへ

入院用

**冬の転倒・転落に
ご注意ください**

病棟を離れる時は 足元に気を付けて



雪により床がめれている場合があります。棟内や外来へ行く時は十分注意しましょう。履きなれた、かかとのあるはきもの用意しましょう。1階売店では、かかとのあるはきものを販売しております。

寒い夜のトイレでは…

冬のトイレは特に注意が必要です。パジャマの上にくっつき着込んでいると、思うように動かせません。トイレについては、看護部にご相談ください。

消灯後の病棟廊下は真っ暗です。



お薬を飲んだ後も

寒くて服れずに降剤薬を飲んだ後は、いつもと同じように歩けません。一人で無理せずに、ナースコールで呼んでください。

平成29年12月 高松市立中央病院 転倒・転落予防課

転倒・転落予防ポスター

九州労災病院の相互チェック



書類確認



院内ラウンド



院内ラウンド



結果講評

時 間 配 分		実 施 内 容
開始時間前		※事前打ち合わせ、確認
13：30～13：40	10分	司会者から開催の挨拶、出席者の自己紹介
13：40～15：00	80分	評価を実施する施設による評価実施 (資料確認、質問による詳細の確認)
15：10～15：20	10分	休 憩
15：20～15：50	30分	院内巡回実施による評価実施 (質問・見学による詳細の確認)
15：50～16：05	15分	評価を実施する施設の出席者で、講評についての打合せ (※評価を受ける施設の出席者は席を外す)
16：05～16：20	15分	評価を実施する施設からの講評 (評価を受けた施設からの質疑応答を含む) ※詳細は、後日「報告書」に記載し、期限までに提出する。
16：20～16：25	5分	※オブザーバー施設からの感想 (「評価を受けるのみで、評価を実施しない施設」が参加する場合)
16：25～16：30	5分	司会者からのまとめ

医療安全相互チェックシート

受審病院 : (阿蘇立野病院)
 チェック病院 : (阿蘇医療センター)

評価基準	A: 適切に行われている、あるいは十分である B: 適切に行われているが改善が必要、あるいは十分でない C: 不適切である、あるいは行われていない X: 判定不能(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等)		コメント
平成 31年 3月 13日		受信日 (平成 31年 3月 26日)	
I 医療安全管理体制の整備		自己評価	コメント
チェックの視点: 患者が相談しやすいように、相談窓口や担当者などが明確にされている事。また、必要など経験や知識を有する職員が配置されている事など、相談支援体制が確立していること。職員の医療安全管理に対する最新情報が提供されていることなどを評価する。			
1	医療安全管理規定について、患者及び家族等に対して閲覧できるよう工夫されている。	A	医療安全管理規定に沿って対応している ・院内掲示 ・HP掲載
2	医療安全に関する通知や情報提供などがあった場合、職員に周知している。	A	安全管理委員会・業務改善協議会・運営協議会及び各局協議会を通し伝達 急を要する事項については、病院連絡網により伝達
3	患者相談窓口を設置し、医療安全に関する相談もできることが、患者及び家族に周知され、プライバシーに配慮された環境で担当者が相談に対応する体制が整っている。	A	当院相談室にて、社会福祉士が対応 内容により、医療安全管理者も対応
4	苦情や相談で医療安全にかかわるものについては、医療安全管理室(対策室)に報告し、当該病院の安全対策の見直しなどに活用している。	A	医療安全管理委員会にて報告 安全カンファレンスにて報告・対策検討
II 医療安全管理のための具体的方策の推進			
チェックの視点: 院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた活動を行っていることを評価。また、院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用していることなどを評価する。			
1 ヒヤリハット事例の報告及び評価分析について			
5	どの職種においても、ヒヤリ・ハット体験の報告が適切に行われている。	B	年間300件近い報告が行われているが、職種によるバラツキが大きい
6	医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット体験報告などから、当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー・発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、医療安全管理室(対策室)に提出している。	A	報告書を用いて、各部署での検討・対策立案後、医療安全管理委員会にて報告 重要(緊急)事例のみ直接医療安全管理者へ報告
7	警鐘事例については組織された分析チームなどで検討され、職員に分析結果や対策がフィードバックされている。	B	RCA検討会にて対策立案後、必要部署には直接、全職員には職員連絡網を用いてフィードバックしている
2 医療事故情報収集事業などに係る報告について			
8	(財)医療機能評価機構が行う「医療事故情報収集・分析・提供事業」及び「ヒヤリハット事例収集・分析・提供事業」に報告している。	A	「ヒヤリハット事例分析収集・分析・提供事業」に参加している。
3 医薬品・医療機器等安全性情報報制度に関する報告について			
9	医薬品又は医療機器の使用による副作用、感染症又は不具合が発生した場合、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報(症例)は、(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)に報告している。	A	必要に応じて「医薬品」「医療機器」いずれもPMDAへの情報提供体制はできている
III 医療事故発生時の具体的な対応			
チェックの視点: 医療事故が発生した際は適切に報告を行っており、対外的な公表に関しては、医療安全管理の指針に基づき適切に対応していること。また、患者・家族に対し適切に対応していることなどを評価する。			
1 医療事故の報告について			
10	報告を要する事例は、委員会などで検証作業を行ったうえで報告されている。	B	マニュアルに従い報告体制は確保されている 公表事例はないが、患者・家族に対する対応事例あり
11	事故発生後速やかに報告できる体制が整備されて、報告した事例がある。	B	同上
12	医療事故報告書については、医療安全管理室において保管している。	A	医療安全管理室保管となっている
2 患者・家族への対応について			
13	医療事故発生時の詳細な病状等の説明においては、当事者の医師の他、必要に応じて部門の責任者や医療安全管理者が立ち会っている。	A	
14	患者の回復に向け、当該診療科と関連診療科でチームを組み最善の治療を提供している。	A	
3 事実経過の記録について			
15	医師・看護師等は患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容などを、診療録、看護記録等に初期対応後速やかに詳細を記録している。	A	
16	事故の種類、患者の状況に応じ、できる限り経時的に記載を行っている。	A	
17	想像や憶測に基づく記載は行わず、事実を客観的に正確に記載している。	B	
4 警察への届け出について			
18	医師法に基づき、死体又は妊娠4月以上の死産を検査して異状があると認めた時は、24時間以内に管轄警察署に届け出を行っている。	A	
5 重大な医療事故が発生した場合の対外的公表について			
19	重大な医療事故などが発生し場合には、医療安全管理のための指針に基づき適切に対応している。	A	

【相互評価の展開】

(図) 医療安全地域連携における相互評価の展開



相互チェックを行ってみて・・・

- 第三者による評価・確認解いて、本音で対応でき、改善策も実現可能性をふまえた指摘を受けてよかった。
- 「医療監視」ではないので、おたがい前向きな気持ちでコミュニケーションがとれた。
- 病院間で「困っていること」や「うまくいっていること」を率直に話しあえてよかった。
- お互いに連携して、改善・成長しようという前向きな気持ちになれた。

福岡県看護協会の医療安全講習会 ～地域連携とネットワークと地域コミュニケーション～

1部：医療安全管理者のネットワークについて

朝倉先生ご自身の医療安全活動の取り組みやネットワークづくりの経験を通しての講義で、沢山の情報を得、学ぶことができた

2部：地域連携

「医療安全地域連携加算」とは・・概要の説明から始まり、加算要件のひとつである相互巡回を通して医療安全地域連携の仕掛けについて、評価用のチェックシートの作成と活用方法など多岐に渡る内容で講義頂きました。

<意見交換会>

意見交換会は、地域の医療安全管理者のネットワーク作りとコミュニケーションの場となった



講義

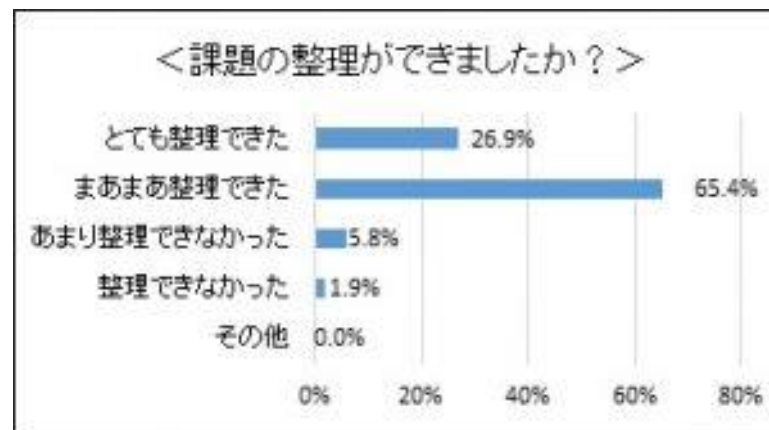
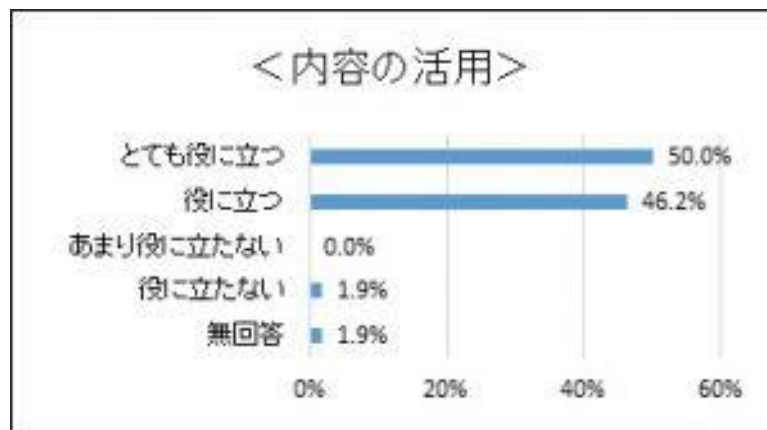
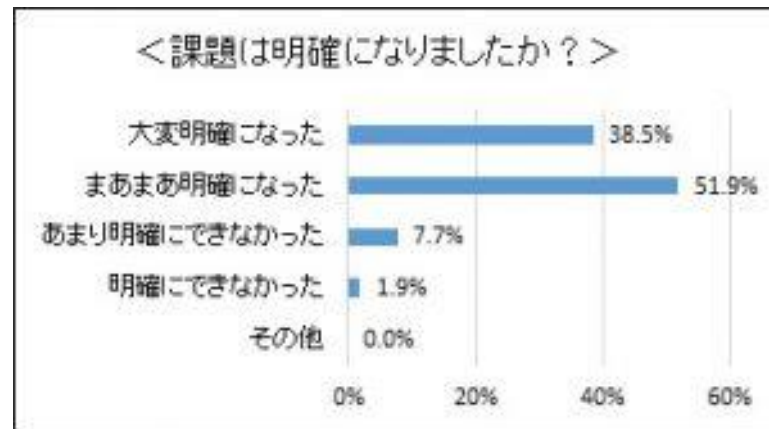
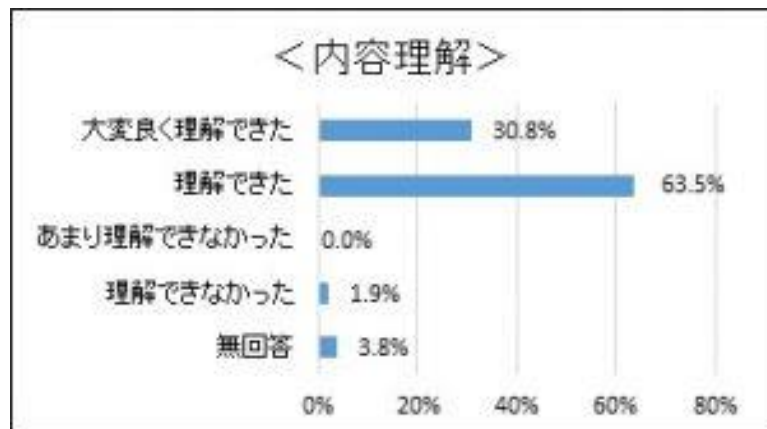


グループワーク



名刺交換

医療安全講習会アンケート結果



パート 2

感染防止対策地域連携加算



感染防止対策地域連携加算の相互ラウンド

Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

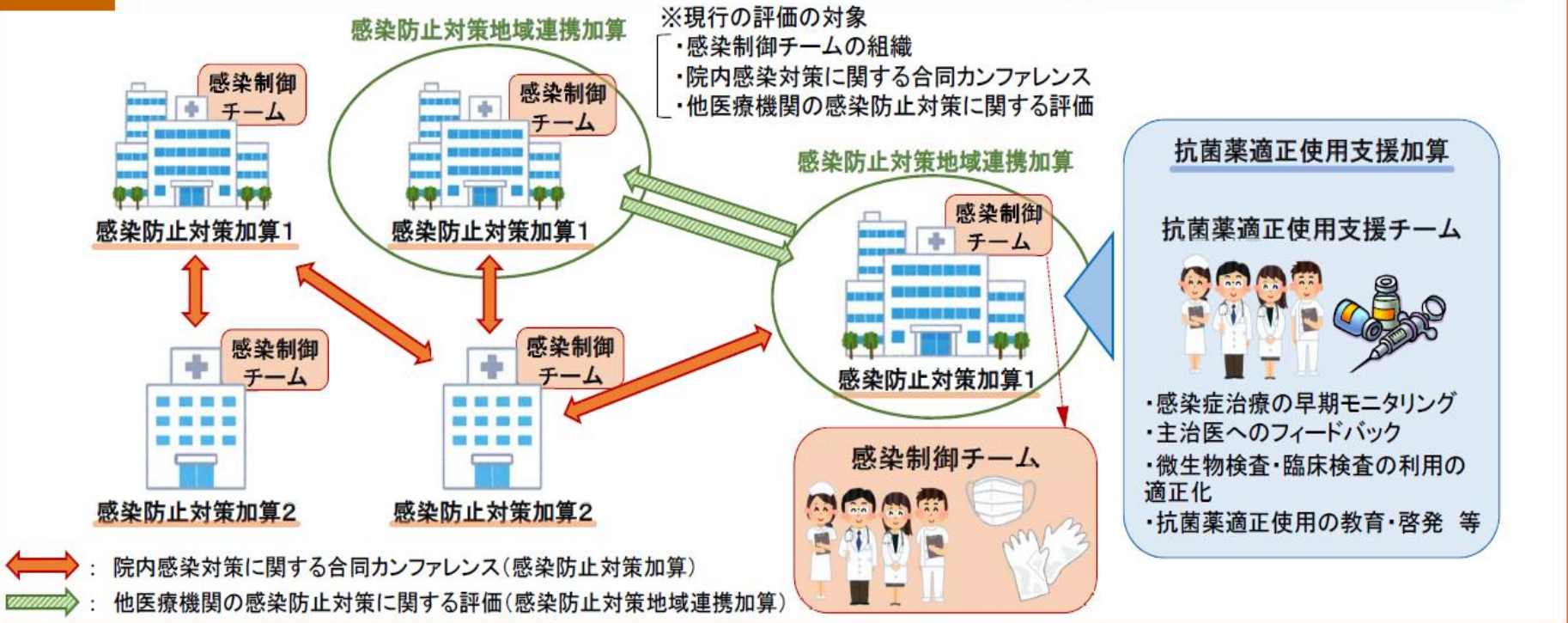
1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進（「医科Ⅱ」参照）
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2～8) (略)（「医科Ⅱ」参照）

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



外来

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**



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。

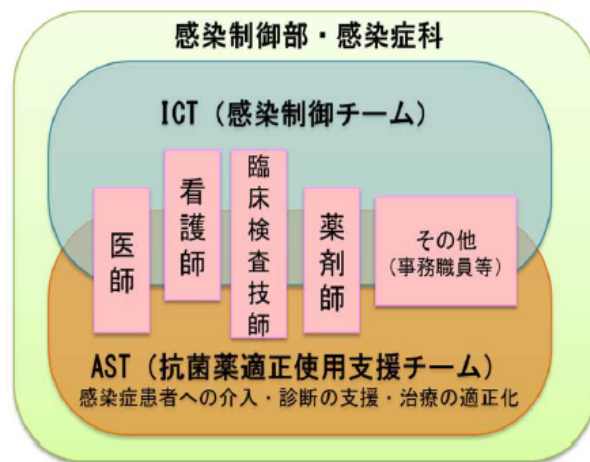
[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- 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



①感染防止対策加算 (2010年改訂)

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



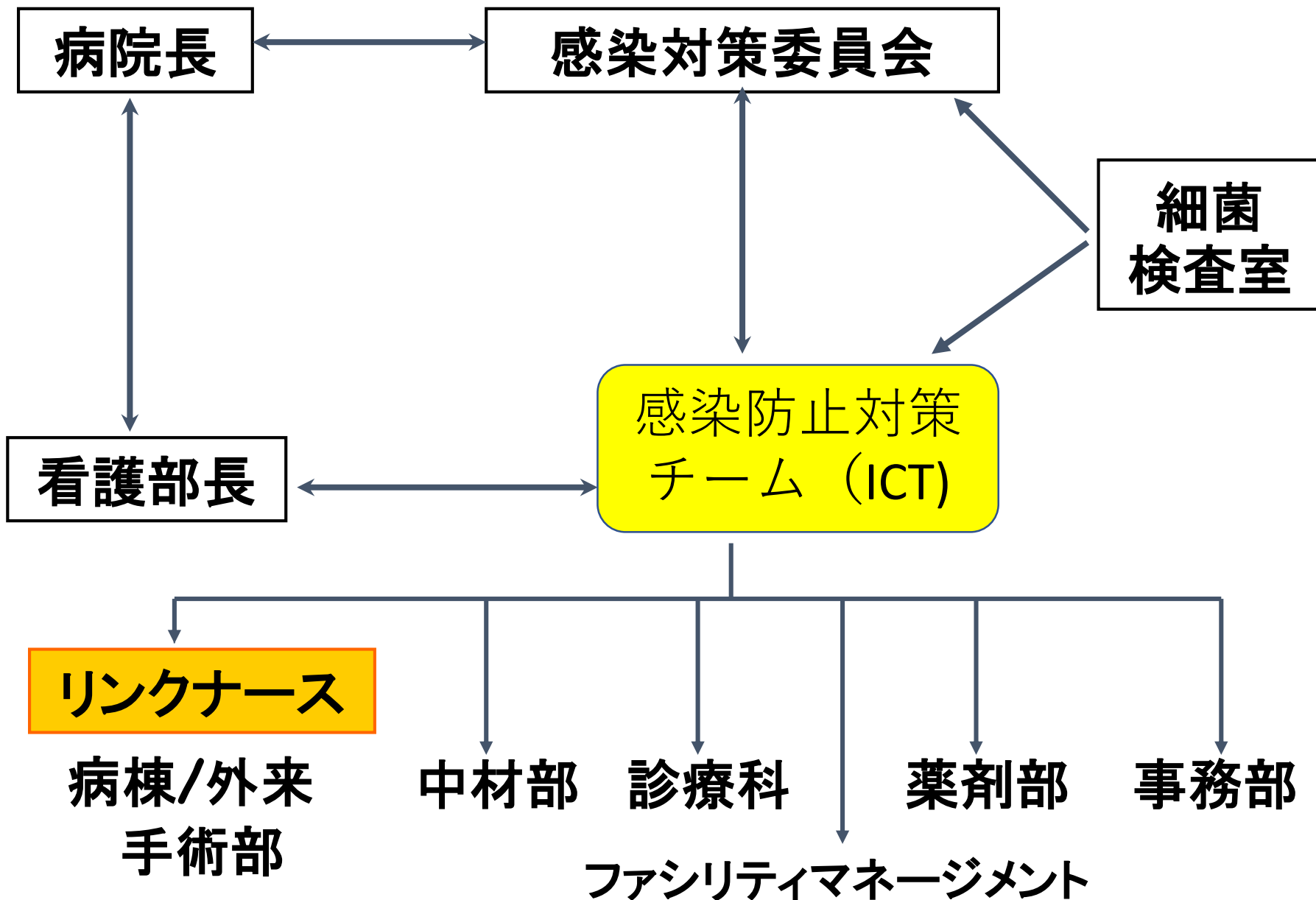
① 新 感染防止対策加算 100点

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

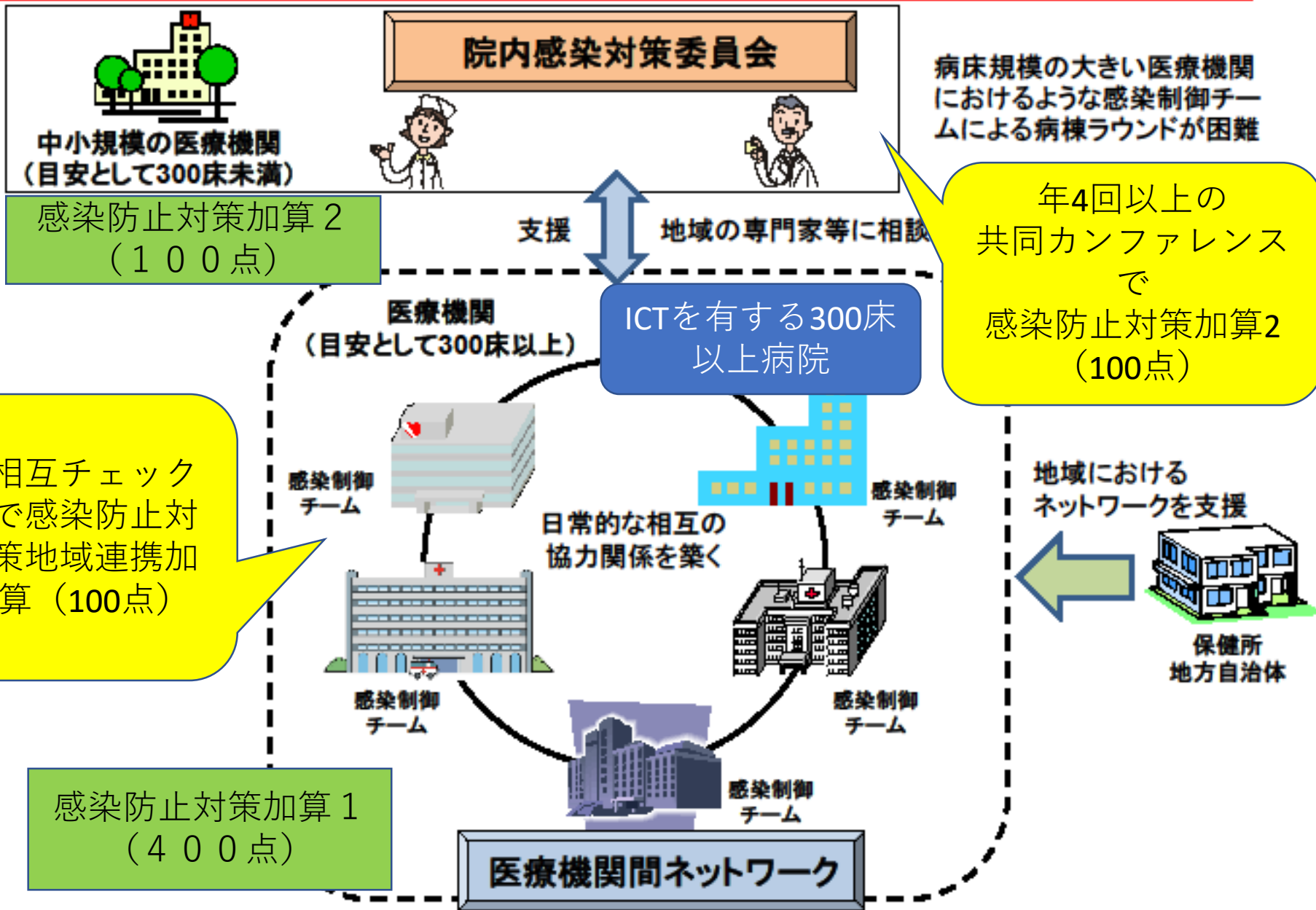
- 包括的サーベイランス
 - 包括的・全病院的。コスト、労力がかかるわりには、具体的な問題を明らかにすることができないので推奨されていない
- 対象限定サーベイランス
 - ターゲット・サーベイランス。特定の必要性や問題に焦点化されており、リスク調整もされているので、結果の比較が可能となる。特定の部署、処置に焦点をあてる。
 - (例) S S I (手術部位感染)、B S I (血流感染)、U T I (尿路感染)、V A P (人工呼吸器関連肺炎)
- コンビネーション・サーベイランス
 - 上記2手法の変法。

②感染防止対策
地域連携加算
(2012年改訂)

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)



院内感染対策委員会

中小規模の医療機関
(目安として300床未満)

感染防止対策加算2
(100点)

支援

地域の専門家等に相談

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

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

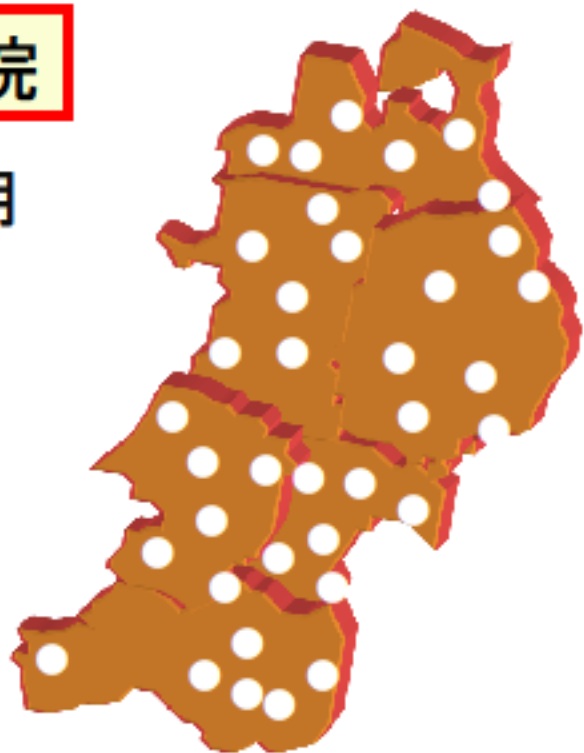
感染対策の支援

・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

感染対策ネットワークに学ぶ 医療安全対策

- 医療安全対策情報のネットワーク内の共有化
- 共同で医療安全教育研修を行う
- 医療安全のガイドライン・マニュアルの共同作成と使用
- 医療安全のホームページの共有
- 医療安全に関する啓発ポスターなどを共同作成
- 医療安全指標のベンチマーク事業を行う
- 診療所との連携を行う

パート 3
2020年診療報酬改定と
働き方改革



働き方改革



2018年6月

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。

①時間外労働時間の上限規定

- 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

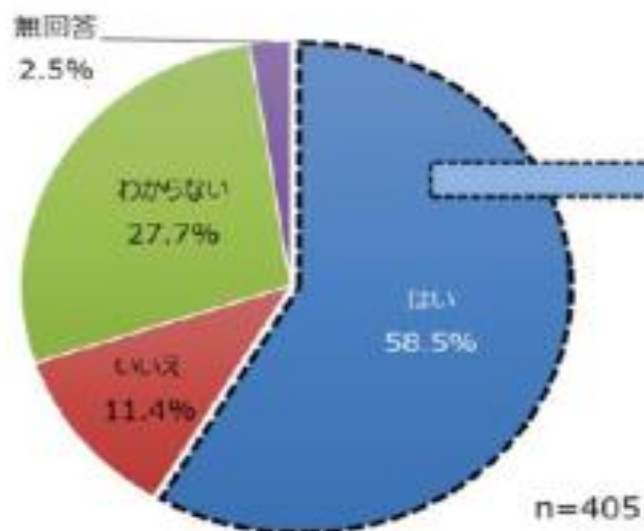
水準A

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

⑤ 医師の時間外労働の上限規制は、地域医療の崩壊を招く危険性があると思いますか。

	病院数	割合
はい	237	58.5%
いいえ	46	11.4%
わからない	112	27.7%
無回答	10	2.5%
合計	405	100.0%



⑥ ⑤で「はい」と回答した病院にお聞きします。どのような影響があると考えますか。（複数回答可）

	病院数	割合
救急医療からの撤退	211	89.0%
外来診療の制限・縮小	152	64.1%
病院の経営破綻	151	63.7%
産科・小児科医療からの撤退	139	58.6%
医療の質の低下	121	51.1%
過疎地・へき地医療の確保	116	48.9%
長時間手術の制限	98	41.4%
医師のプロフェッショナリズム・モラルの低下	85	35.9%
医療へのアクセスや利便性の低下	84	35.4%
研修医教育の制限	81	34.2%
高度医療の提供制限	69	29.1%
その他	5	2.1%
無回答	2	0.8%

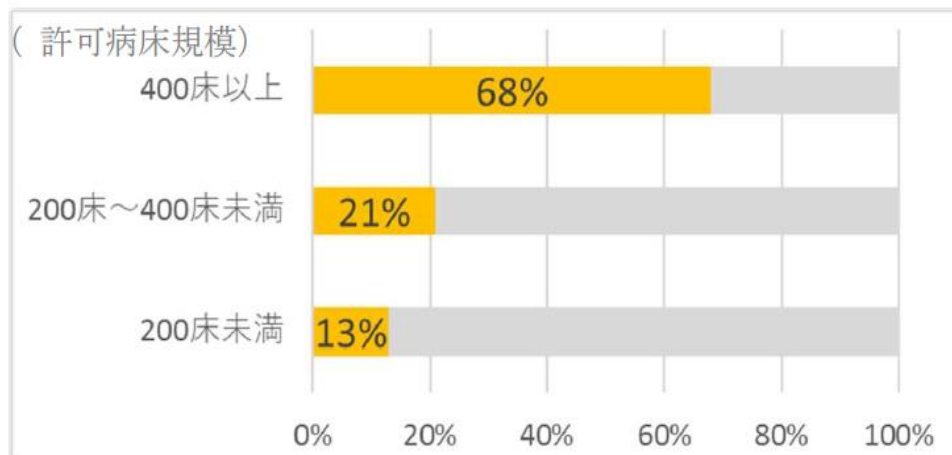
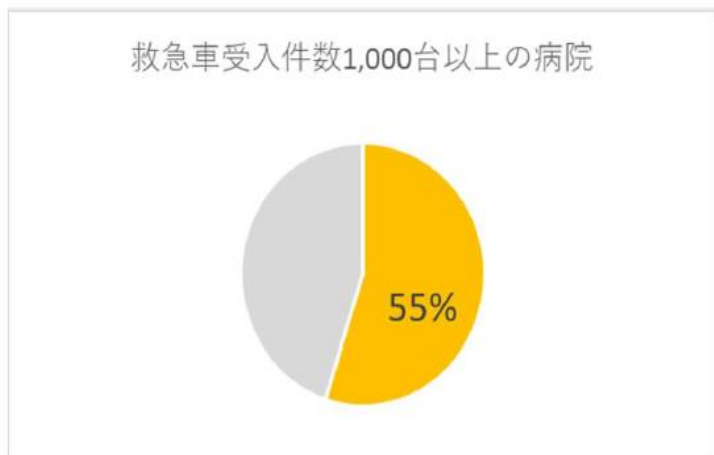
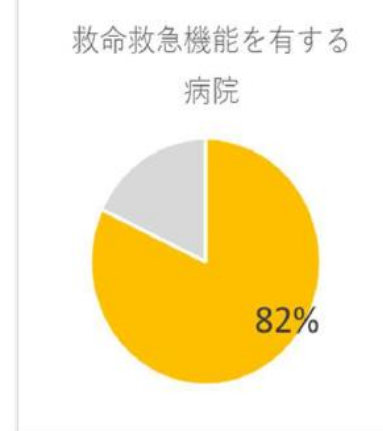
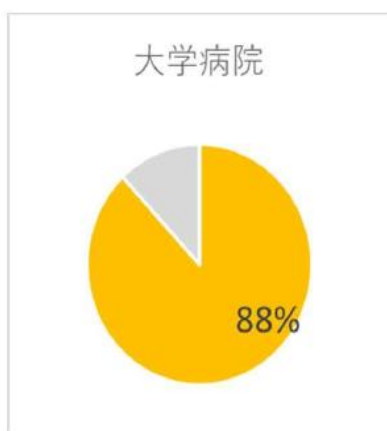
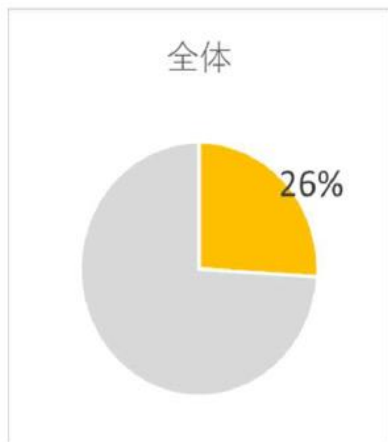
n=237



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

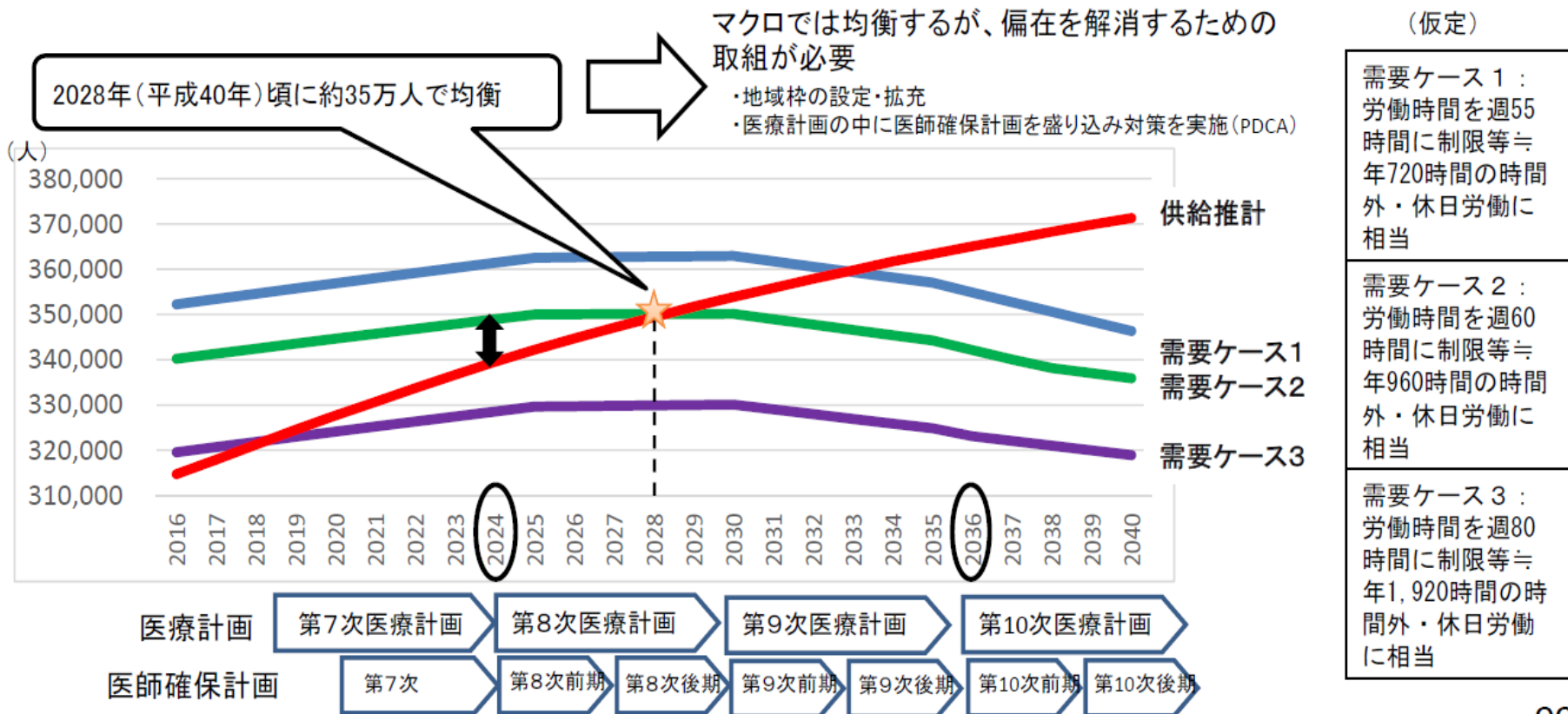
B水準超の勤務医がいる病院



※「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。

地域医療確保暫定特例水準を設定する必要性①(医師需給との関係)

- ❑ 医療需要は、人口減少等を背景に、2030年以降にピークを迎え減少する見込み。医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する・7%のタスク・シフティングを実現する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2028年頃に均衡すると推計されるが、この場合であっても2024年段階ではまだ約1万人の需給ギャップが存在。
- ❑ さらに、マクロで医師需給が均衡した後も、引き続き偏在を解消するための取組が必要であり、都道府県単位で偏在を解消する目標年は、2036年とされている（医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会において議論）。



※医師確保計画は2020年、第7次医療計画に初めて盛り込まれる

次回診療報酬改定の 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」。

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。

働き方改革で
ルンルン



令和2年度診療報酬改定のスケジュール（案）

令和元年

社会保障審議会（医療保険部会、医療部会）

秋以降 令和2年度診療報酬改定の基本方針の議論

12月頃 令和2年度診療報酬改定の基本方針の策定

内閣

12月中下旬 予算編成過程で、診療報酬の改定率を決定

令和2年

厚生労働大臣

1月頃

中医協に対し、

- ・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
 - ・ 社会保障審議会で策定された「基本方針」
- に基づき改定案の調査・審議を行うよう諮問

厚生労働大臣

3月上旬頃 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

中央社会保険医療協議会

1月以降 入院医療、外来医療、在宅医療等のあり方について議論

平成30改定の検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

11月頃 医療経済実態調査の結果報告


12月頃 薬価調査・材料価格調査の結果報告

1月以降 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議
(公聴会、パブリックコメントの実施)

2月上旬頃
厚生労働大臣に対し、改定案を答申

本体部分0.55%
プラス改定

令和2年4月1日 施行



改定率「本体分、働き方
改革分の0.08%を含め
0.55%」
日医が財務省を押し切る
2019年12月13日

改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

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

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

診療報酬改定と働き方改革の 6つのポイント

- ポイント①働き方改革の入院基本料加算による評価
- ポイント②タスク・シフティングに対する評価
- ポイント③救急医療体制の評価
 - 救急件数1000件以上を評価
- ポイント④大病院の勤務医の外来負担の軽減
 - 200床以上地域支援病院の外来定額負担導入
- ポイント⑤常勤・非常勤、専任・専従要件の緩和
- ポイント⑥書類業務の標準化、研修の見直し

働き方改革の入院基本料 による評価について

必要なコストは診療報酬で手当てするのが原則と考える。特に入院に関しては基本的なところに手当てが必要だ。2-3年もまてない（診療側 松本吉郎氏）

われわれ支払側も医師の働き方改革が重要なのは一致している。しかし、次回（2020年度）の改定で対応するのは明確に反対だ。いずれやらなければならないかもしれないが、進捗を見ながらやっていくことが必要だ（支払い側 幸野庄司氏）

中医協総会（2019年10月18日）

ポイント①

働き方改革の入院基本料
による評価

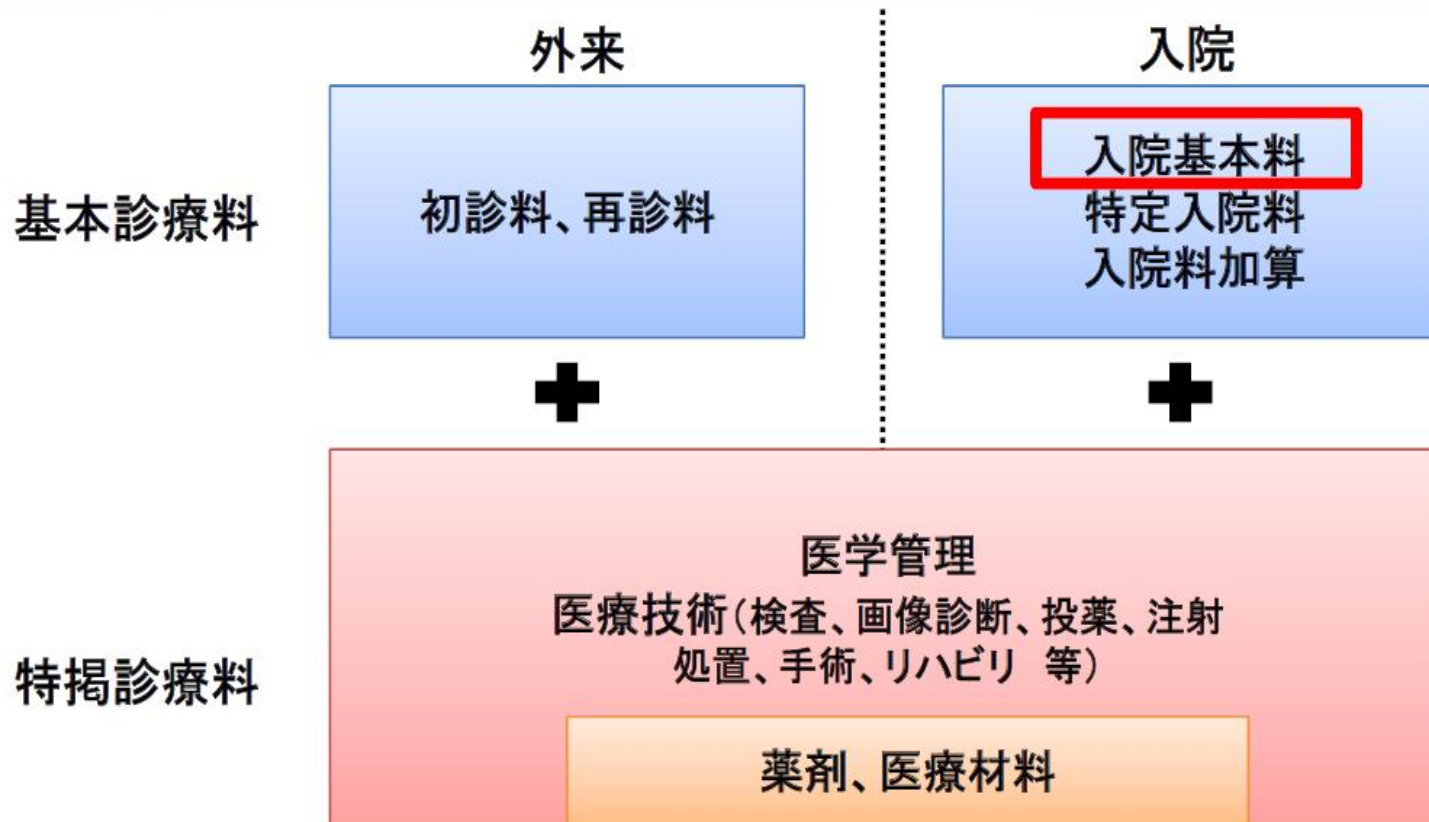
入院基本料加算で評価



森光敬子医療課長

- 12月18日の中医協総会で、森光敬子医療課長は、「新たな入院基本料加算を導入してはどうか？」と提案を行った。
- 入院基本料等加算とは？
 - 総合入院体制加算
 - 医師事務補助体制加算
 - がん拠点病院加算
 - 緩和ケア診療加算

診療報酬の基本構造



- 「基本診療料」は、初・再診、入院時の診察行為又は入院サービスの費用のほか、基本的な診療行為の費用も一括して支払うもの。簡単な検査、処置等(例: 血圧測定等)、入院の場合の皮内、皮下、筋肉内、静脈内注射の注射手技、簡単な処置等を含んでいる。
- 入院基本料等は、療養環境(寝具等を含む。)の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等に要する費用は、特に規定する場合を除き含まれている。
- 「特掲診療料」は、基本診療料として一括して支払うことが適当でない特別の診療行為に対して個別的な評価をなし、個々に点数を設定し、それらの診療行為を行った場合は、個々にそれらの費用を算定する。

入院料の要件となっている項目

第2部 入院料等 通則 注7

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節(特別入院基本料等を含む。)及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

○ 入院診療計画

- ・ 医師・看護師等が共同して、病名や推定される入院期間等の入院に必要な事項を記載した入院診療計画を策定し、患者が入院した日から起算して7日以内に、当該入院診療計画を文書により患者に交付し、説明を行う。等

○ 院内感染防止対策

- ・ 院内感染防止対策委員会を設置し、月1回程度、定期的を開催する。
- ・ 各病棟の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」を週1回程度作成する。
- ・ 職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液を設置している。等

○ 医療安全管理対策

- ・ 安全管理のための指針が整備されている。
- ・ 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されている。
- ・ 安全管理のための委員会が月1回程度開催されている。
- ・ 安全管理の体制確保のための職員研修が年2回程度開催されている。等

医療安全の観点から
医療従事者の勤務環
境の改善を行う

○ 褥瘡対策

- ・ 褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されている。
- ・ 日常生活自立度が低い入院患者について、褥瘡因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者等については、褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行う。等

○ 栄養管理体制

- ・ 保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されている。
- ・ 医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順を作成する。等

※ 上記要件を満たせない場合、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が配置されているときは、入院基本料等から1日につき40点減算する。

米国での働き方改革は
医療安全の観点から
始まった

リビー・ジオン事件

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や安全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。

医師の働き方改革に関する検討会 報告書（抜粋）

【p14】

（地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関）

B水準医療機関

○（略）

①・②（略）

③ 以下のような医師の労働時間短縮に向けた対応がとられていること。

- ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等が計画的に推進されていること
- ・ 実際に医師の時間外労働が短縮していること。短縮していない場合には、評価機能（※後述（3））による長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価に基づき当該医療機関内及び地域医療提供体制における労働時間短縮に向けた対応の進捗が確認され、医師労働時間短縮計画等の見直しにより追加的な対応が取られていること。
- ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと。具体的な内容は、地域医療提供体制への影響や他制度の取扱い等を考慮して検討。

○ 当該特定は、地域医療提供体制を踏まえた判断となることから、都道府県において対象医療機関を特定し、その際、当該医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について、評価機能が行う客観的な要因分析・評価を踏まえる。

【p16】

○ ③については、

- ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等の計画的推進に関しては、各医療機関で定める医師労働時間短縮計画（※（3）のとおり国から記載項目を示す・医療機関内で取り組める事項を想定）の作成・実施により確認する。
- ・ 実際の時間外労働の短縮状況については、医師労働時間短縮計画における前年度実績（時間数）により確認する。短縮していない場合については、医療機関内の取組を当該計画により確認するほか、医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について評価機能が行う客観的な要因分析・評価の結果、都道府県医療審議会等における協議の状況等により、労働時間短縮に向けた取組状況を確認する。
- ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反に関しては、労働基準行政との連携により確認する。

医師労働時間短縮計画について(案)(1)

(計画の内容)

- 各医療機関における医師の労働時間の実績及び削減目標並びに労働時間短縮に向けた取組について記載する。

(労働時間)

- 医師の労働時間については、より精緻な目標設定・分析評価のため、平均時間数・最長時間数のほか、960～1860時間の医師の人数・割合、1860時間超の医師の人数・割合について、対象診療科(後述)を明らかにした上で、目標及び実績を記載することを求めることとしてはどうか。また、当面、2024年度までの各年度の削減目標の記載を求めることにより、労働時間の上限規制の適用に向けて医療機関がより計画的に労働時間短縮に向けた取り組みを進め、進捗状況を把握することができるのではないか。

(時間短縮に向けた取り組み)

- 労働時間短縮に向けた取組については、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」(平成30年2月27日)に記載されている事項、「医師の働き方改革に関する検討会報告書」(平成31年3月28日)において同計画に盛り込むこととされている事項等が想定される。
- 一方、医療機関によっては、過去に対応済みの事項等もあると考えられ、また、ここに列挙されていない取組も想定されるため、計画策定及び評価の際には、こうした医療機関毎の事情に留意する必要があるのではないか。

医師労働時間短縮計画について(案)(2)

(策定義務の対象医療機関)

- 一定の長時間労働が見られる医療機関として、36協定上、時間外・休日労働時間が年960時間を超える業務に従事する医師のいる医療機関に対して、策定を義務付けることとしてはどうか。
- この場合、2024年4月以降は(B)(C)医療機関に策定が義務付けられる。また、2024年3月以前は、(B)(C)医療機関としての特定が想定される医療機関のほか、(A)医療機関となることを予定しているものの、(A)水準を超える時間労働している医師が勤務する医療機関についても、2024年4月の時間外労働の上限の適用開始に向けて、策定義務の対象に含まれる。

(計画の位置づけ)

- 現在、医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、各都道府県の医療勤務環境改善支援センターにおいては、医療法第30条の19及び第30条の21に基づき、医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み(勤務環境改善マネジメントシステム)の導入支援を行っている。
- 医療法第30条の19に基づく努力義務が課されている勤務環境改善マネジメントシステムにおいては、各医療機関が改善計画を策定し(P)、計画に基づき取組の実施(D)、定期的な評価(C)、そして更なる改善(A)を行うこととされている。
- 医師労働時間短縮計画についても、このPDCAサイクルの中で策定から改善までの一連の取組を実施していくことが想定されるが、報告書において、労働時間の改善状況を毎年検証していくこととしていることを踏まえ、各医療機関内において、医師を含む各職種が参加しながら、年1回のPDCAサイクルで、労働時間の状況、労働時間削減に向けた計画の策定、取組状況の自己評価を行うこととしてはどうか。(評価機能による評価のサイクルはp10)

医師労働時間短縮計画の項目例(案)

1. 時間外労働の状況【必須記載事項】

2024年度までの労働時間削減の目標と前年度実績

- 平均時間数
- 最長時間数
- 960～1860時間の医師の人数・割合／960～1860時間の医師の属性(診療科毎)
- 1860時間超の医師の人数・割合／1860時間超の医師の属性(診療科毎)

労務管理

- 労働時間管理方法
- 宿日直許可基準に沿った運用
- 研鑽の時間管理
- 労使の話し合い、36協定の締結
- 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- 勤務間インターバル、面接指導等の追加的健康確保措置の実施
- …

2. 労働時間短縮に向けた取組【一部必須記載事項とすることを検討】

意識改革・啓発

- 管理者マネジメント研修
- 患者への医師の働き方改革に関する説明
- 働き方改革について医師の意見を聞く仕組み
- …

タスク・シフティング

安全性
の評価

- 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
- 診断書等の代行入力
- 患者の移動
- …

医師の業務の見直し

- 平日日中の外来業務の見直し
- 夜間休日の外来業務の見直し
- 当直の分担の見直し
- オンコール体制の見直し
- 診療科編成の見直し
- 主治医制の見直し
- 総合診療科の活用
- 勤務時間内の病状説明
- 連続勤務時間制限
- 勤務間インターバル
- 勤務日数の縮減
- 委員会、会議の見直し
- …

勤務環境改善

- ICTの導入、その他の設備投資
- 出産・子育て・介護に関する復職、両立支援
- 更なるチーム医療の推進
- …

⇒ 労働時間の削減目標未達成の場合、計画の見直し等により追加的な対策を講じる必要

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

考え方

勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。

医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。

医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的枠組みについて、早急な検討が必要。

勤務医を雇用する医療機関における取組項目
 ※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

- まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。
- ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。

2 36協定等の自己点検

- 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。
- 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。

3 産業保健の仕組みの活用

- 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。

4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

- 点滴に係る業務、診断書等の代行入力の業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。
- 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。

※「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発1228001号）

5 女性医師等の支援

- 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。

6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

- 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、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の設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。

- 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等

行政の支援等

2018年改訂で総合入院体制加算には導入済

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

- 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理する。

改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

病院に勤務する医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備。

ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための**責任者を配置**。

イ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議[※]を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際等、必要に応じて開催。

※ 当該保険医療機関における安全衛生委員会等既存の委員会を活用して差し支えない。

ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。

エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む。

- ① 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み(許可病床の数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)
- ② 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい)
- ③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- ④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
- ⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減



オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する**取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開**。

ポイント② タスク・シフティング

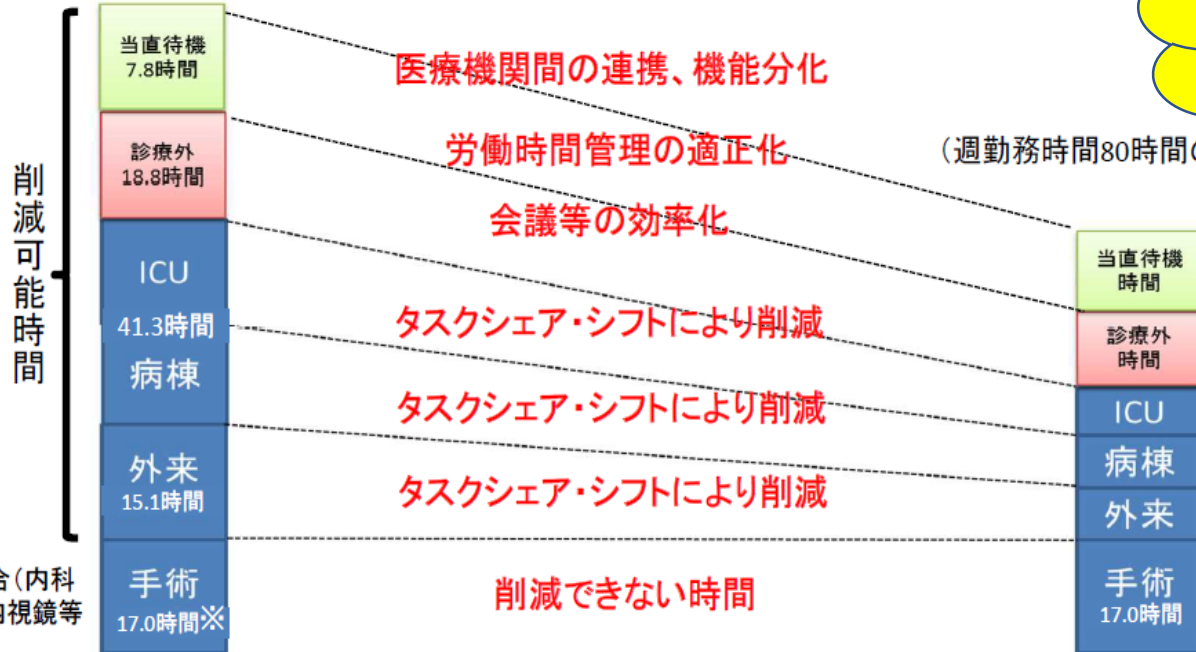
医師事務作業補助者

特定行為研修修了看護師（特定行為看護師）

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)



タスクシフト改革による時短達成

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。

医師事務作業補助体制加算

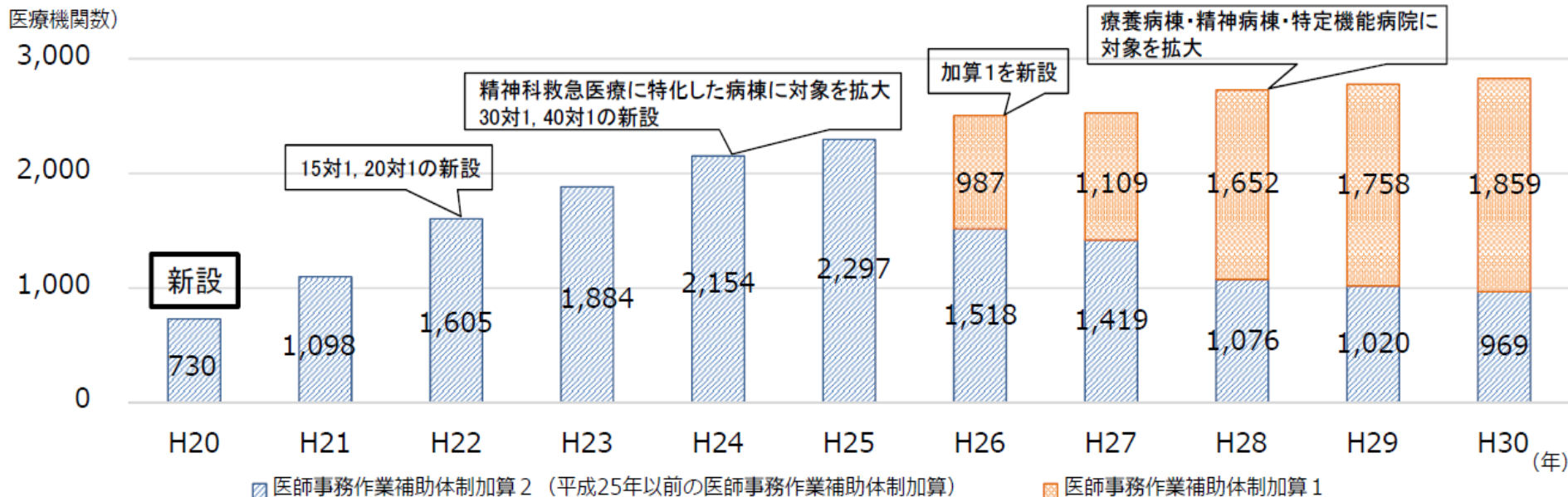
- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことが要件となっている。

※ ①(必須)及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (必須)
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用



医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



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

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

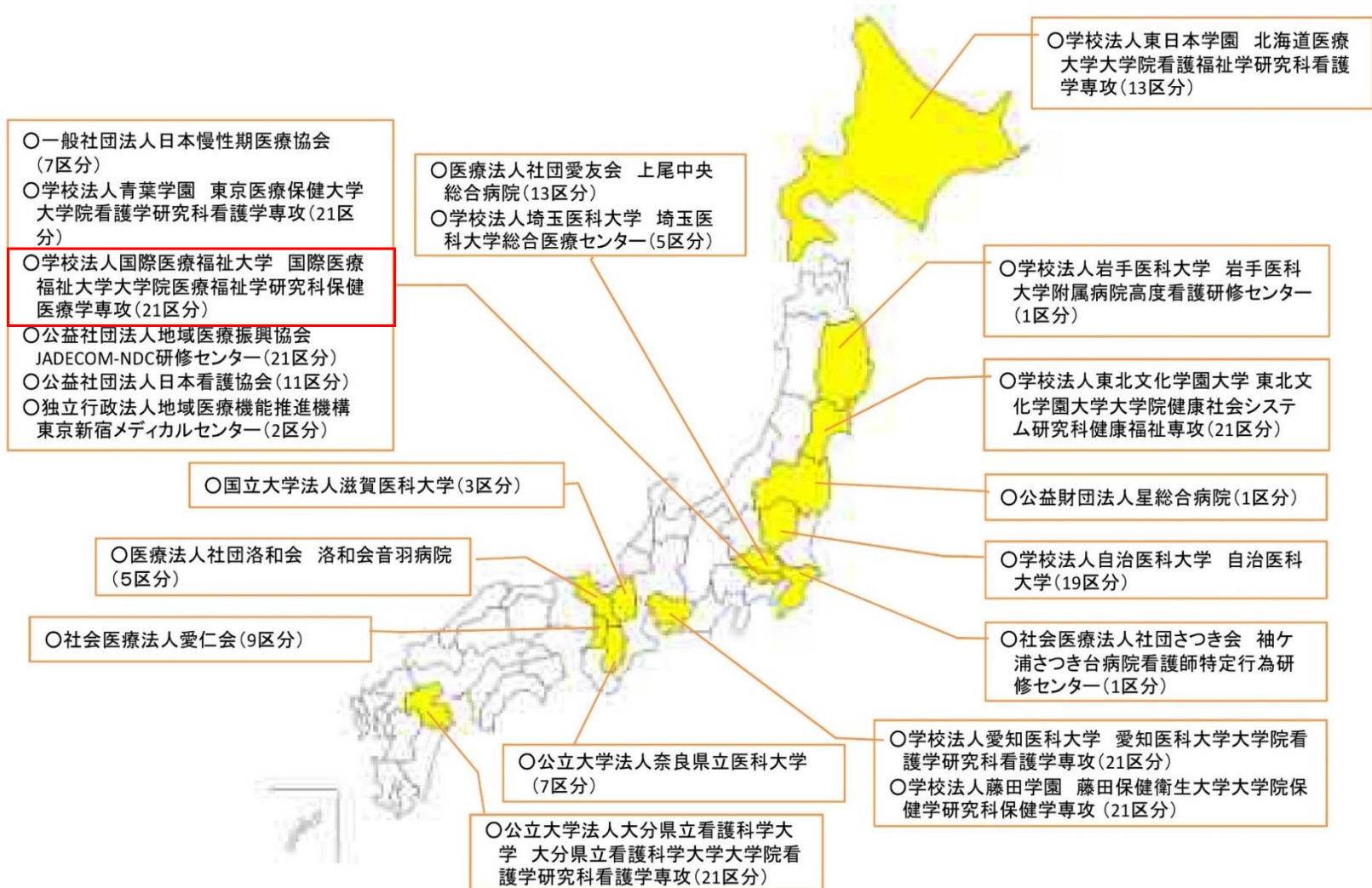
特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
人工呼吸器からの離脱	
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	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)

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(東京青山キャンパス) 特定行為看護師養成分野



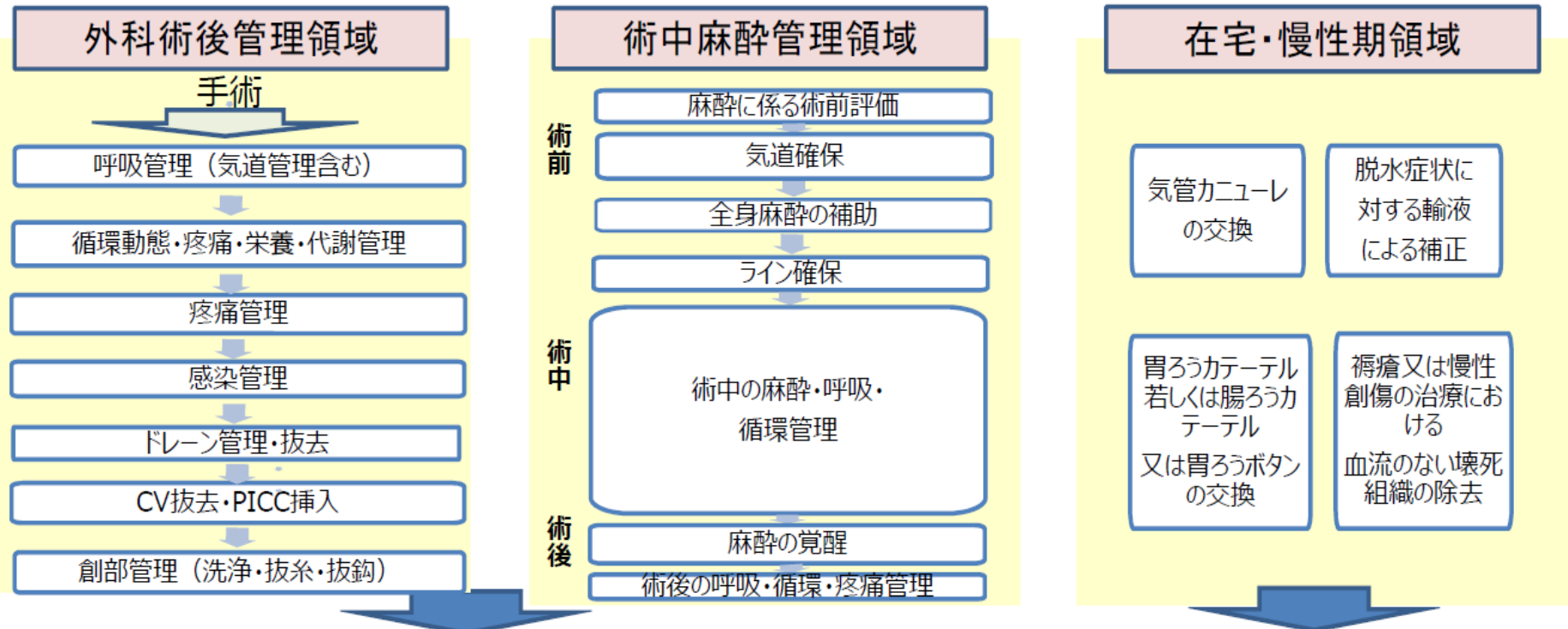
旧ナースプラクティショナー養成講座1年生

国際医療福祉大学三田病院の 特定看護師さん（循環器）



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。



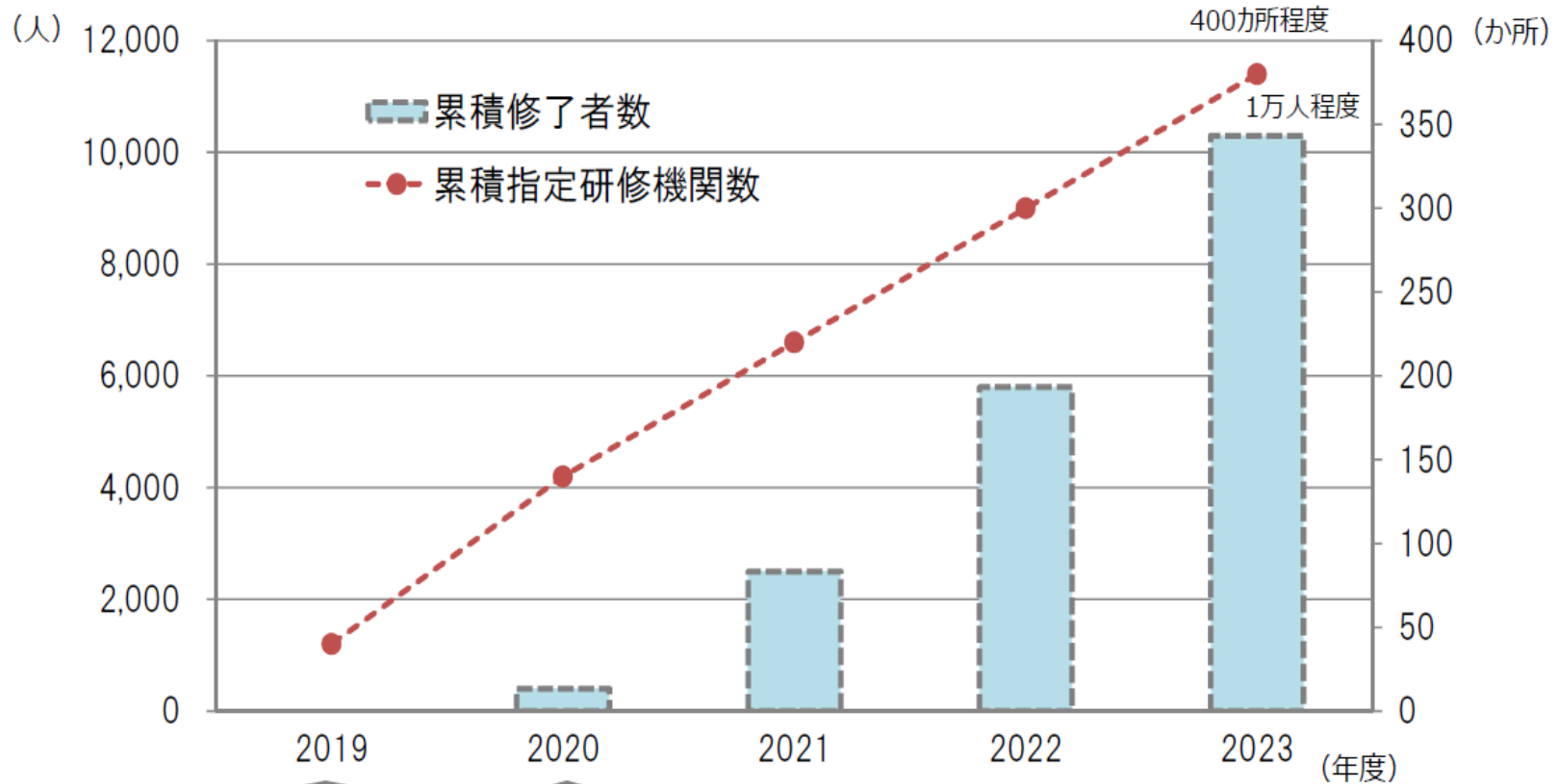
外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

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

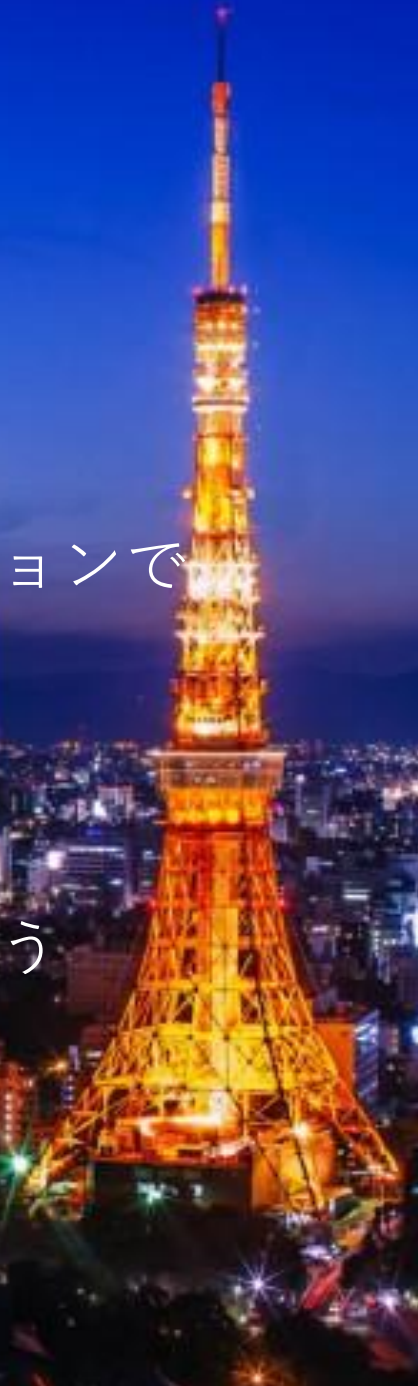
特定行為看護師を
2024年までに
1万人まで増やそう！



すべての大学病院
が特定行為の指定
研修機関へ！

今日のまとめ

- ・ 医療安全対策地域連携加算は
感染症対策地域連携対策加算から作られた
- ・ 医療機関の相互チェックと地域コミュニケーションで
医療安全対策を！
- ・ 2020年診療報酬改定は働き方改革改定
- ・ 働き方改革を医療安全の視点から見直してみよう
- ・ 医療安全も地域ぐるみで！



2040年～医療&介護のデッドライン



2040年—— 医療&介護の デッドライン

武藤正樹 国際医療福祉大学大学院 教授
MASAKI MUTO

2040年——団塊世代700万人が
死に場所難民になる
超高齢化社会
そのピークまであと20年

2040年に向かう“潮流”に沿って、
今後どのような地域・医療・介護の体制が構築されていくか、
医療機関と介護施設は今後どの方向に舵を切るべきか——

医学通信社



- 団塊世代“大死亡時代”の航海図～地域のブルーオーシャンへ！～
- 武藤正樹（国際医療福祉大学大学院教授）著
- 2019年11月 刊行予定
- 予約受け付け中
- 1800円

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
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