

保健医療福祉システム特論
医療経営管理の今日的なトピックス①
チーム医療とタスクシフト・シェアリング
改正医療法の7つのポイント

社会福祉法人日本医療伝道会
衣笠病院グループ相談役
よこすか地域包括ケア推進センター長
武藤正樹

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所介護事業所(長瀬ケアセンター) など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

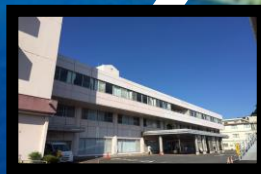
衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次

• 改正医療法の7つのポイント

- ポイント①医師の働き方改革
- ポイント②タスクシフト
- ポイント③スチューデント・ドクター
- ポイント④新興感染症と医療計画
- ポイント⑤病床ダウンサイジング基金
- ポイント⑥外来版地域医療構想
- ポイント⑦持ち分なし医療法人



医療法とは？



医療提供体制の基本法

医療法の歴史

- 医療法とは？
- ①患者の医療に関する適切な選択の支援に関する事項
- ②医療の安全確保に関する事項
- ③医療施設の開設・管理・監督に関する事項
- ④医療施設の整備と医療提供施設相互間の機能分担・連携に関する事項
- 1948年7月に制定 これまでに8回の改正が実施

医療法	施行年	内容
第1次改正	1986	医療計画制度の導入、病院病床数の総量規制、医療資源の効率的活用、医療機関の機能分担と連携を促進、医療圏内の必要病床数を制限
第2次改正	1993	特定機能病院及び療養型病床群の制度化、看護と介護を明確化・医療の類型化・在宅医療の推進、広告規制の緩和
第3次改正	1998	地域医療支援病院制度の創設、診療所における療養型病床群の設置、在宅における介護サービスの在り方、医療機関相互の機能分担、インフォームドコンセントの法制化
第4次改正	2001	一般病床と療養病床の区分化、医療計画制度の見直し、適正な入院医療の確保、広告規制の緩和、医師の臨床研修必修化
第5次改正	2007	医療計画制度見直し等を通じた医療機能の分化・地域医療の連携体制の構築、地域や診療科による医師不足問題対応、医療安全の確保、医療法人制度改革、有床診療所に対する規制の見直し、法人制度改革（社会医療法人の創設/新規法人設立を持分なし医療法人に限定）
第6次改正	2014	病床機能報告制度と地域医療構想の策定、在宅医療の推進、特定機能病院の承認の更新制の導入、医師・看護職員確保対策、医療機関における勤務環境の改善、医療事故調査制度創設、臨床研究の推進
第7次改正	2015	地域連携推進法人制度創設、医療法人制度の見直し
第8次改正	2021	医師の働き方改革、医療関連職種の業務範囲の見直し、医師養成課程の見直し、新興感染症対策の医療計画への追加、外来機能報告と医療資源を重点的に活用する外来

第8次医療法改正

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の
進するための医療法等の一部を改正する法律案



2021年5月21日参議院本会議で成立

改正医療法について議論

「第78回 社会保障審議会 医療部会」
2021年2月8日

改正医療法の7つのポイント

- ポイント① 医師の働き方改革
- ポイント② タスクシフト
- ポイント③ スチューデント・ドクター
- ポイント④ 新興感染症と医療計画
- ポイント⑤ 病床ダウンサイジング基金
- ポイント⑥ 外来版地域医療構想
- ポイント⑦ 持ち分なし医療法人

ポイント①

医師の働き方改革



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）



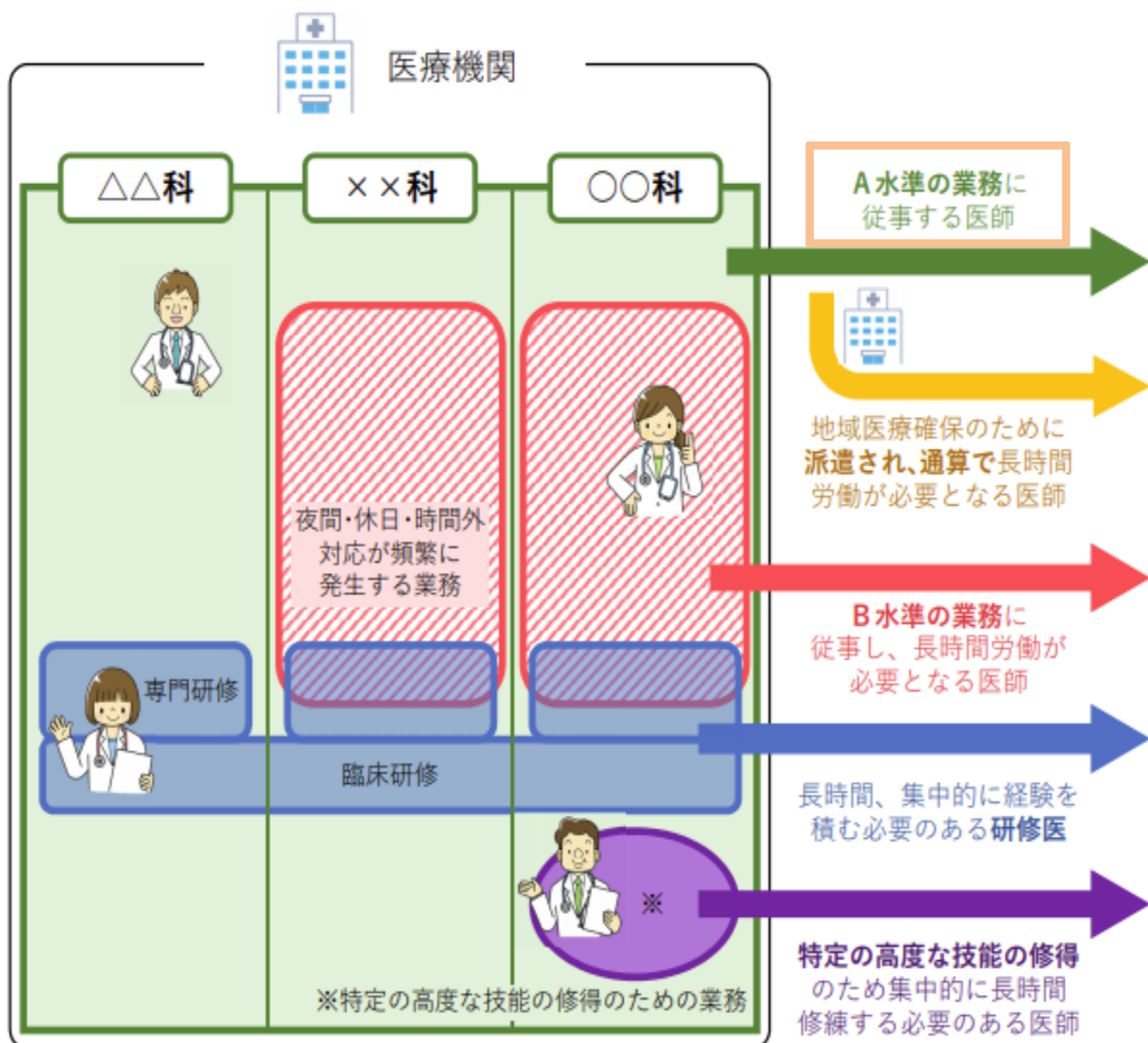
医師への適用は **2024年4月～**、
上限時間も別に設定



各水準の指定と適用を受ける医師について

A水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、**指定される事由となった業務に従事する医師にのみ適用される**。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関は**それぞれの水準についての指定を受ける必要がある**。

*年の時間外・休日労働時間数（簡明さを優先し、詳細は省略）



医療機関に必要な指定	医師に適用される水準	
	36協定で定めることができる時間*	実際に働くことができる時間*（通算）
—	960以下	960以下
連携B	960以下	1,860以下
B	1,860以下	1,860以下
C-1	1,860以下	1,860以下
C-2	1,860以下	1,860以下

臨床研修医にはより強い健康確保措置

この医療機関の例の場合、連携B、B、C-1、C-2の4つの指定が必要となる。（それぞれの指定要件は大部分が共通）

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年度以降適用される

水準A

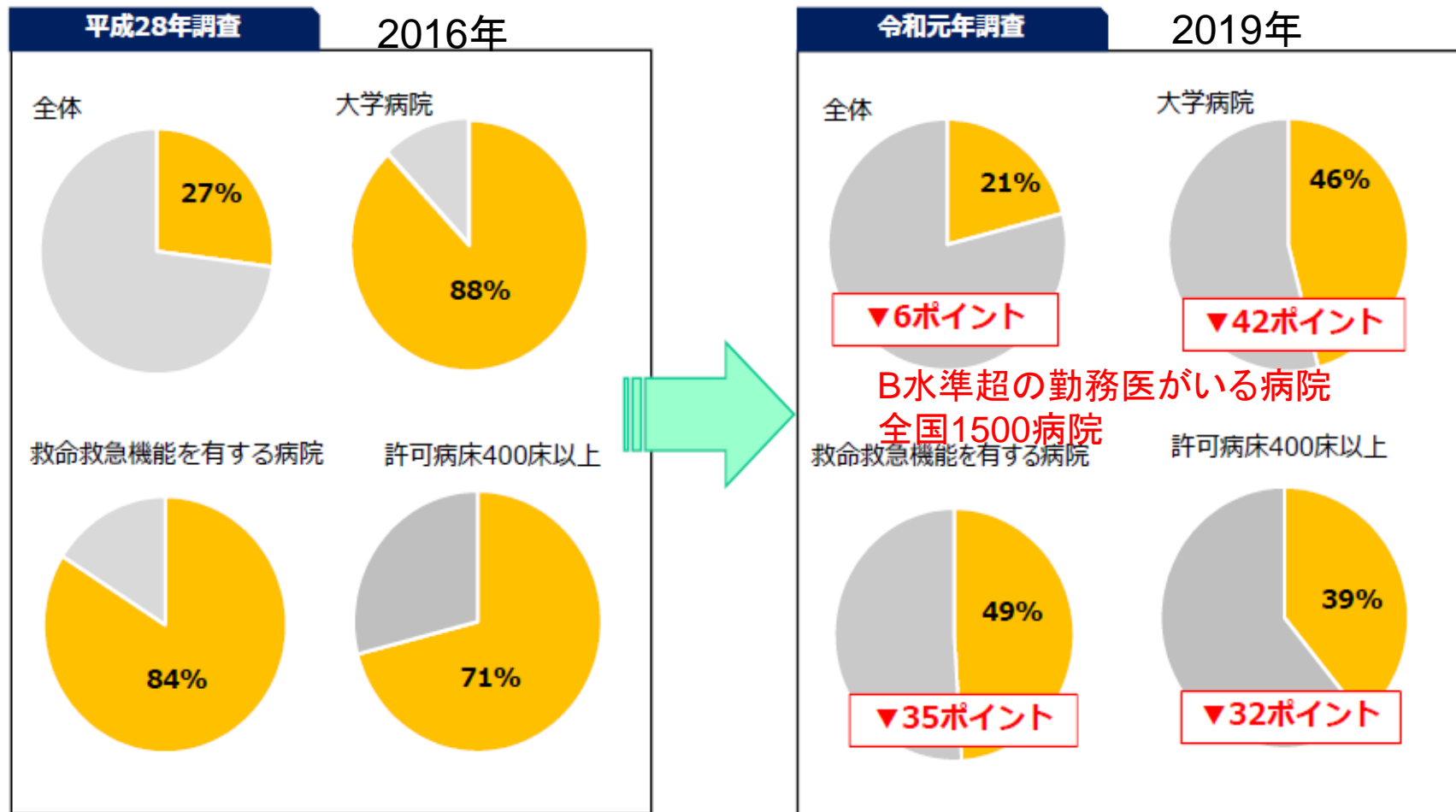
約6割
約12万人

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を超える働き方の医師がいる病院の割合

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

- 平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。
- 大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。



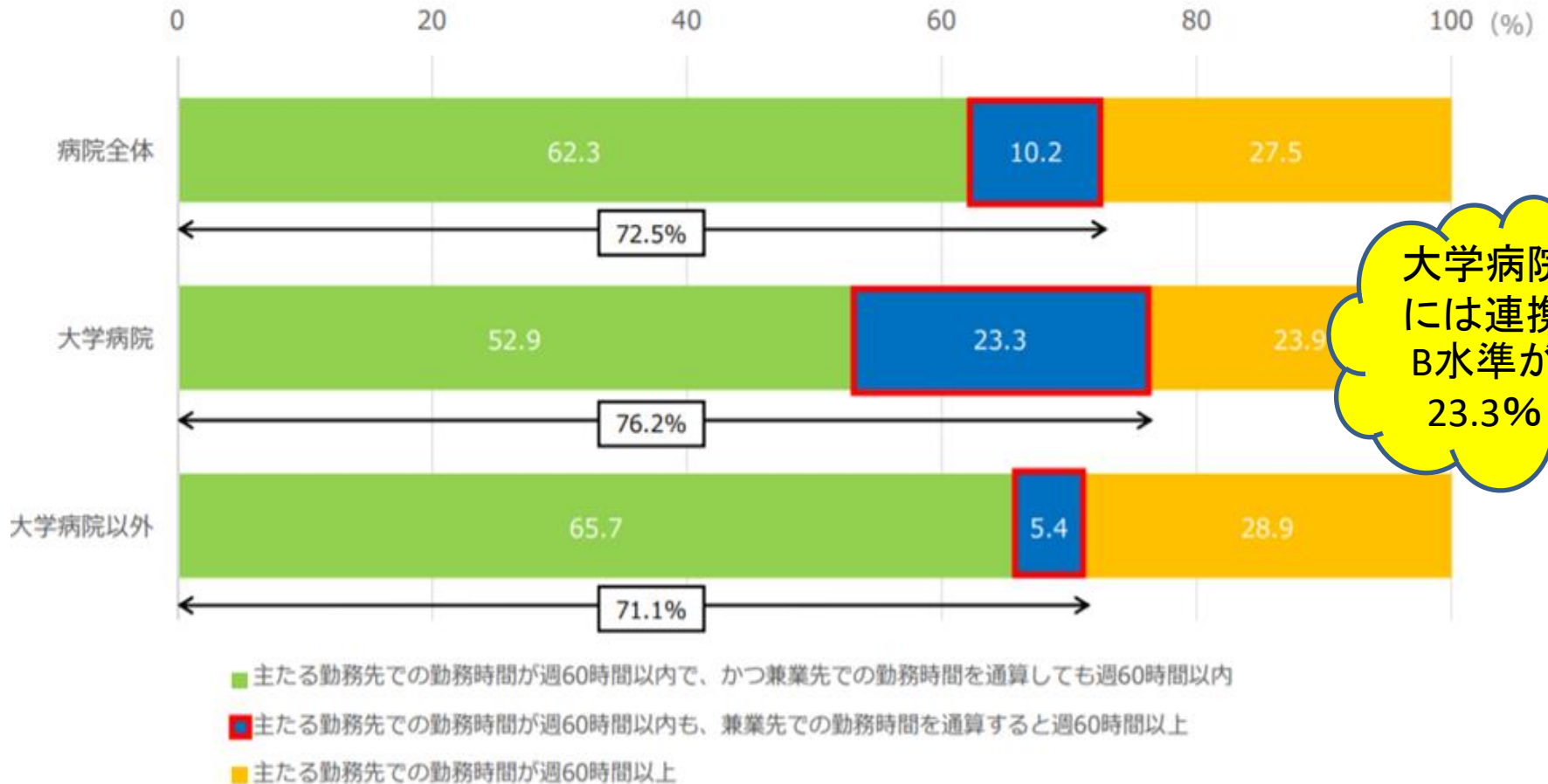
※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診察外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

副業・兼業：主たる勤務先と兼業先の勤務時間（全体・大学病院・大学病院以外）

○ 主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。

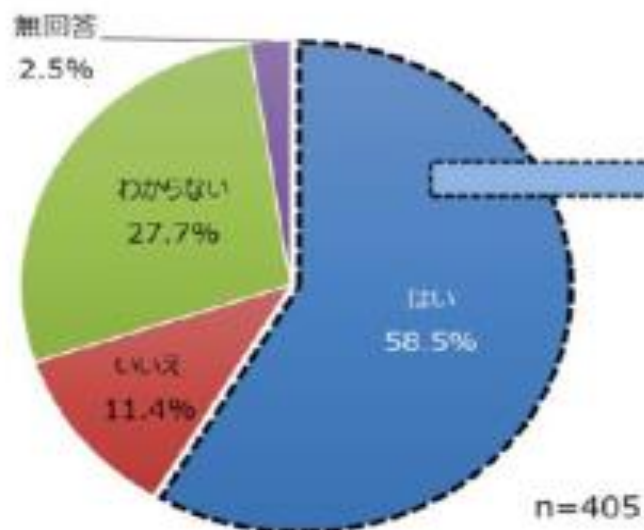


大学病院には連携B水準が23.3%

※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

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



2024年4月に向けたスケジュール

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始（改正労働基準法の施行）

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

時短計画案の作成

都道府県の指定を受けようとする場合は、第三者評価を受審する前までに作成

※時間外労働が年960時間を超えている医師がいる医療機関は、時短計画を作成し取り組むよう努め、その時短計画に基づく取組（PDCA）に対して都道府県が支援

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価

労働時間実績や時短の取組状況を評価

※第三者評価に関する規定は2022年4月施行

都道府県による特例水準医療機関の指定 (医療機関からの申請)

地域医療への影響等を踏まえた都道府県の判断

※都道府県の指定に関する事前準備規定は2022年4月施行

C-1水準

臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示

※開始年限は、臨床研修部会等において検討

C-2水準

審査組織による医療機関の個別審査

特定の高度な技能の教育研修環境を審査

※審査組織における審査に関する規定は2022年4月施行

時間外労働が年960時間以下の医師のみの医療機関は都道府県の指定不要

特例水準の指定を受けた医療機関

- 時短計画に基づく取組み
- 特例水準適用者への追加的健康確保措置
- 定期的な時短計画の見直し、評価受審

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

※一医療機関は一つ又は複数の水準の指定
※特例水準は、指定の対象となった業務に従事する医師に適用される。

労務管理の一層の適正化・タスクシフト／シェアの推進の取組み

ポイント② タスクシフト



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)

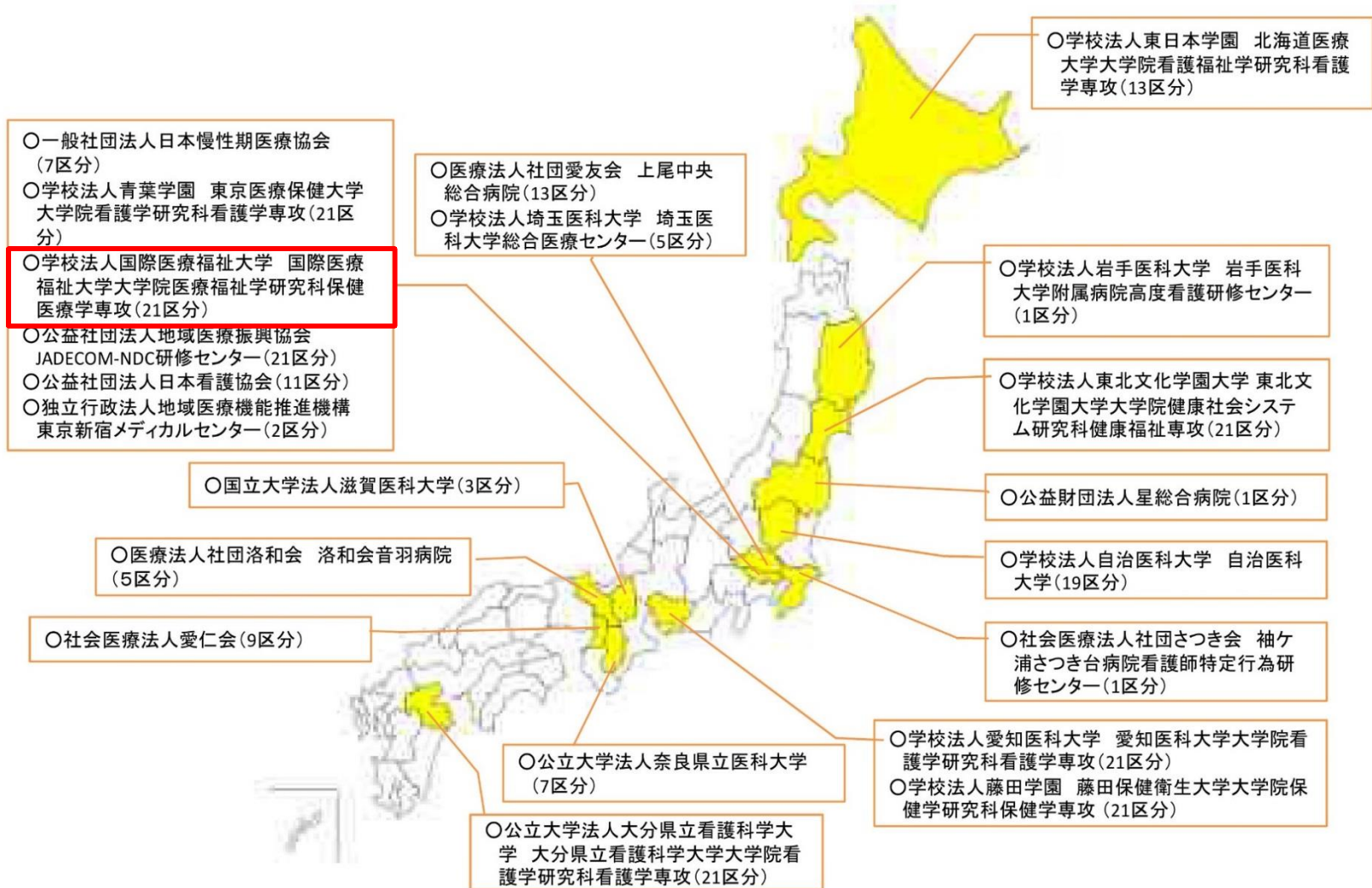
特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
人工呼吸器からの離脱	
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関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

2020年8月現在、222機関



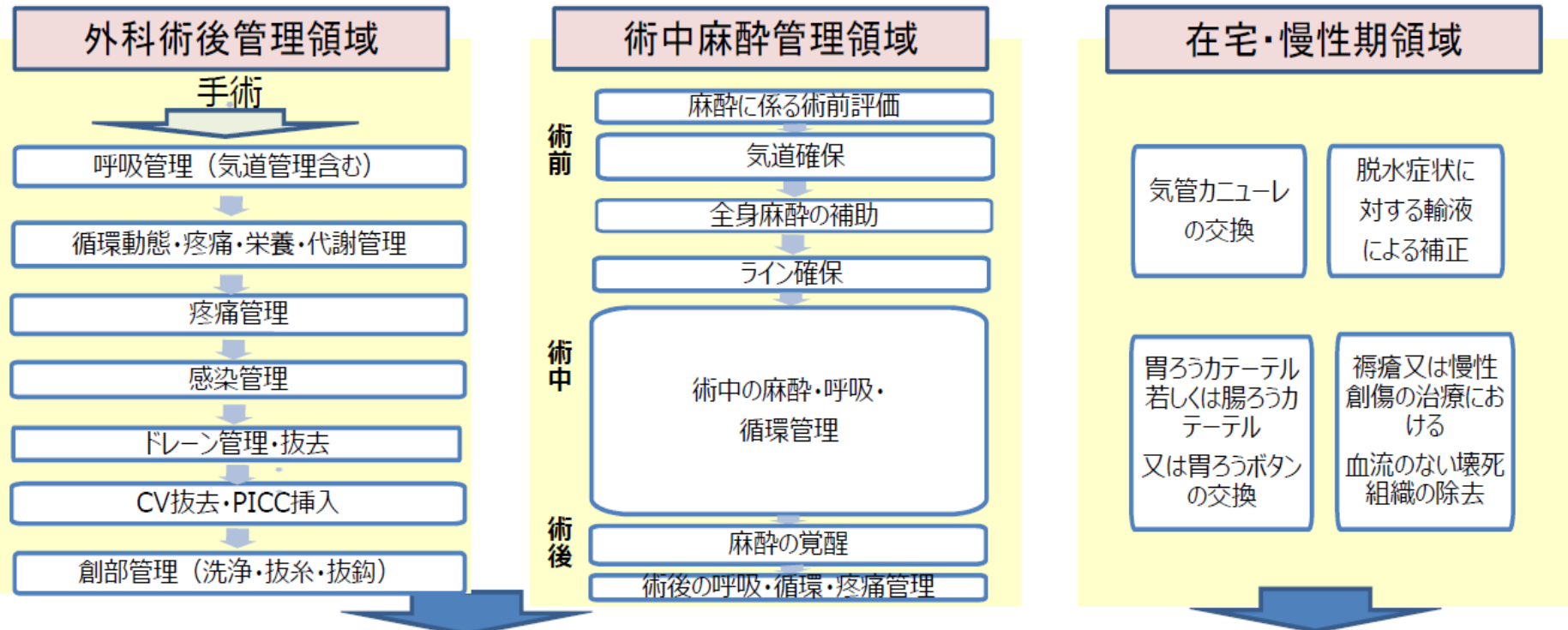
国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス) 特定行為看護師養成分野



旧ナースプラクティショナー養成講座1年生

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。

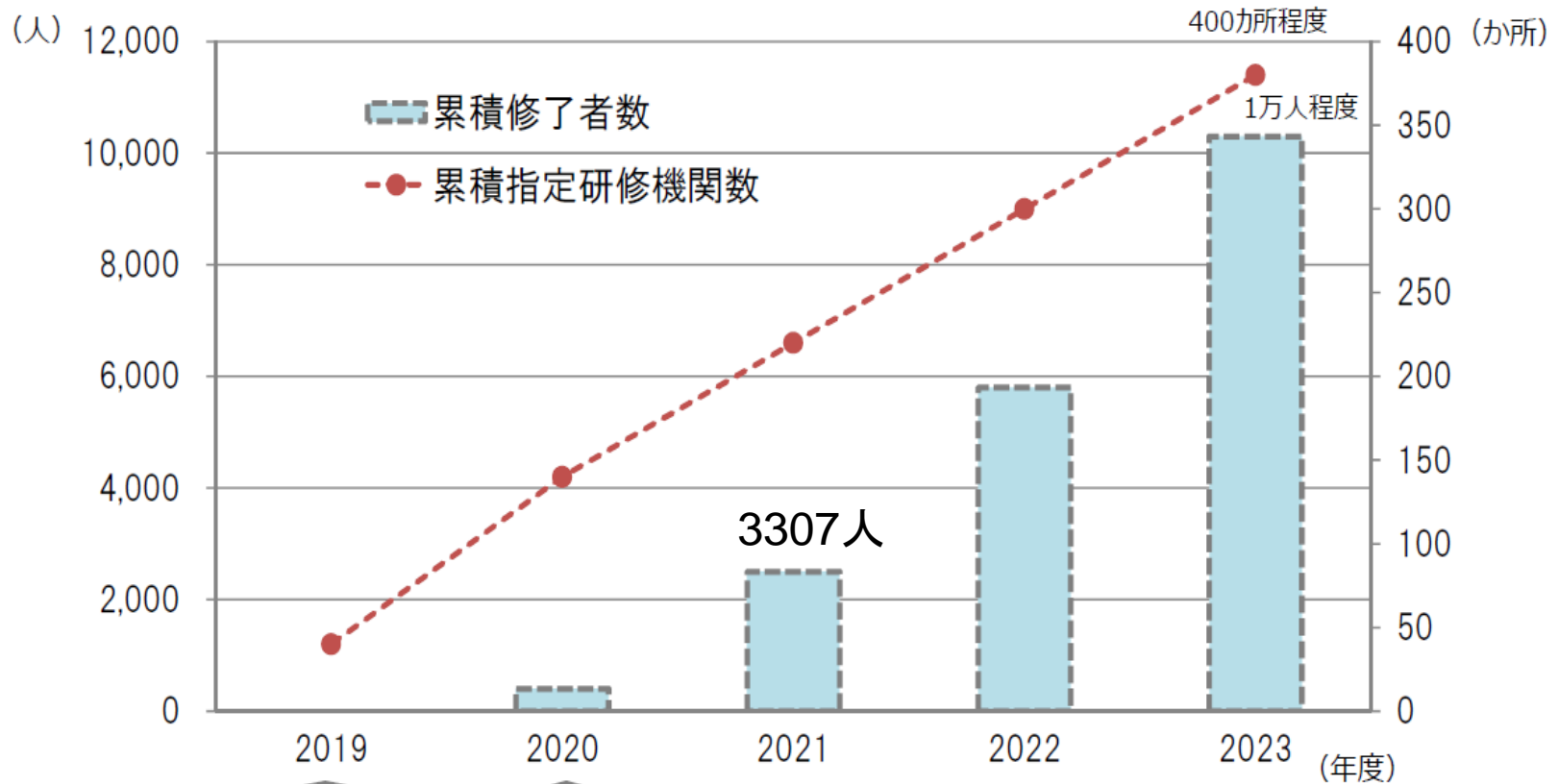
特定認定看護師

- 特定認定看護師とは
 - 日本看護協会は、従来からある認定看護師が特定行為研修を修了した場合、「特定認定看護師」と名乗ることを可能とした。
 - 認定看護師とはある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有する者を日本看護協会が認定する看護師のことで、全国に2万人いる。
 - 特定認定看護師が2021年6月までに922名に達した
 - 特定認定看護師
 - 「皮膚・排せつケア」：300人
 - 「クリティカルケア」：217人
 - 「感染管理」：96人
 - 「糖尿病看護」：81人

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！

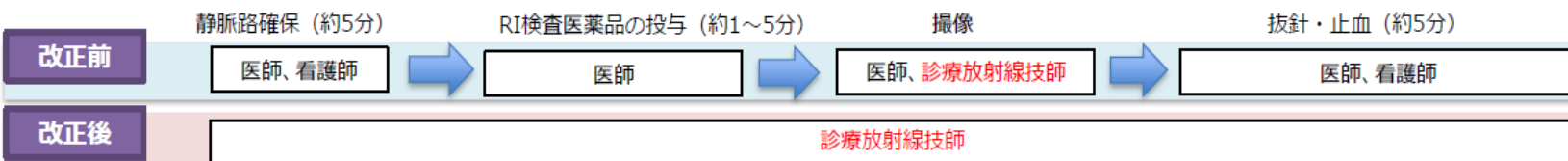
医療関係職種の業務範囲の見直し

- ◆ 関係団体（全30団体）から「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」を実施
- ◆ ヒアリングで提案された業務のうち、「実施するためには法令改正が必要な業務」について、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」において、安全性の担保等の観点から、タスク・シフト/シェアの推進について検討。
- ◆ 下記について、法律改正により、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士へのタスク・シフト/シェアを推進することで合意。

※いずれの行為についても、医師以外が行う場合は、医師の指示の下に行うことが前提

診療放射線技師

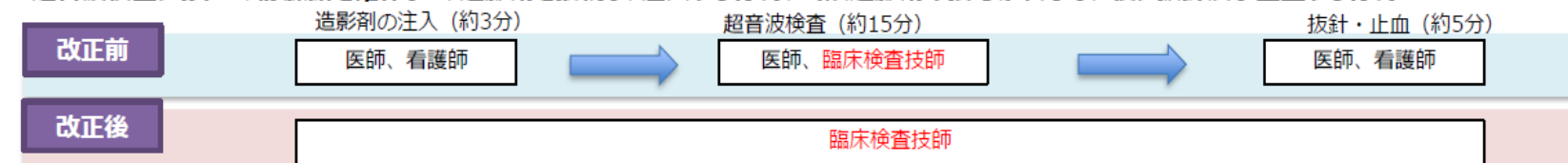
- ✓ R I 検査のために、静脈路を確認し、R I 検査医薬品を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為



- ✓ 医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査

臨床検査技師

- ✓ 超音波検査において、静脈路を確認して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為



- ✓ 採血に伴い静脈路を確認し、電解質輸液（ヘパリン加生理食塩水を含む。）に接続する行為
- ✓ 静脈路を確認し、成分採血装置を接続・操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為

臨床工学技士

- ✓ 手術室等で生命維持管理装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続するために静脈路を確認し、それらに接続する行為
輸液ポンプやシリンジポンプを用いて薬剤（手術室等で使用する薬剤に限る。）を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為
- ✓ 心・血管カテーテル治療において、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為
- ✓ 手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持し、術野視野を確保するために操作する行為

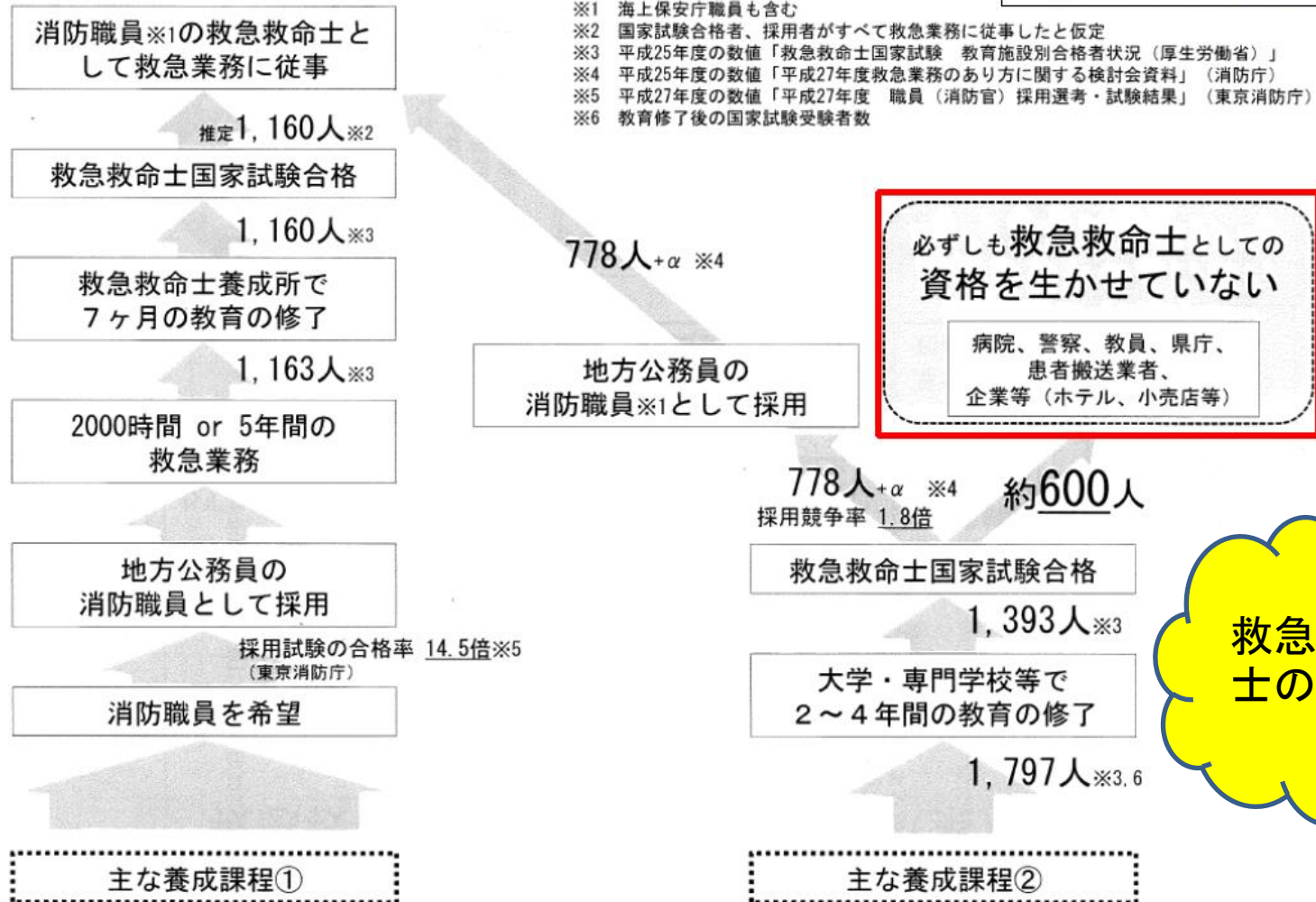
救急救命士

- ✓ 現行法上、医療機関に搬送されるまでの間（病院前）に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※ においても実施可能とする。

※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

救急救命士の養成と消防機関への採用の現状について

第14回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和元年5月23日 資料 2



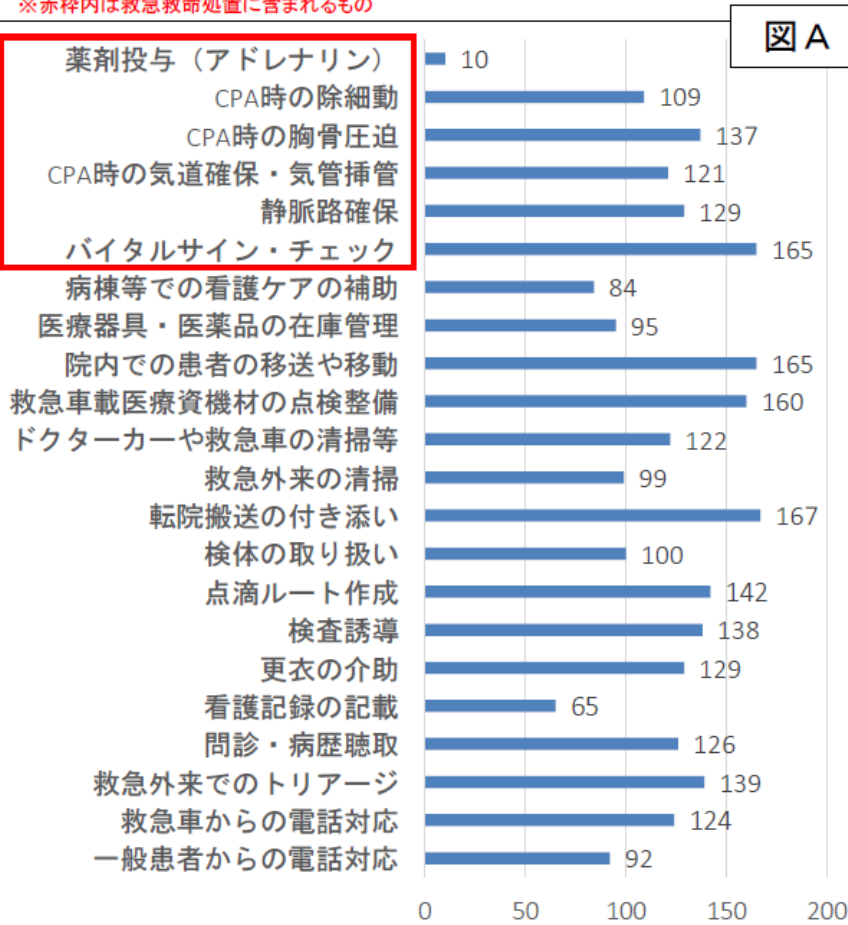
- ※1 海上保安庁職員も含む
- ※2 国家試験合格者、採用者がすべて救急業務に従事したと仮定
- ※3 平成25年度の数値「救急救命士国家試験 教育施設別合格者状況（厚生労働省）」
- ※4 平成25年度の数値「平成27年度救急業務のあり方に関する検討会資料」（消防庁）
- ※5 平成27年度の数値「平成27年度 職員（消防官）採用選考・試験結果」（東京消防庁）
- ※6 教育修了後の国家試験受験者数

平成27年度 厚生労働科学研究「救急医療体制の推進に関する研究」（山本班）研究協力者 田邊晴山

病院救命士を雇用した場合に、病院側が期待している業務内容について

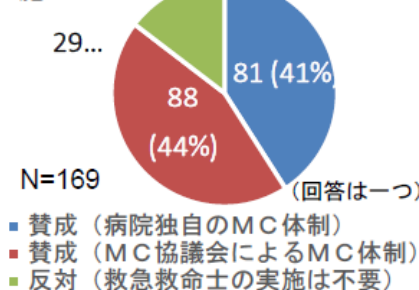
病院救命士にどのような院内業務を期待しますか。

※赤枠内は救急救命処置に含まれるもの

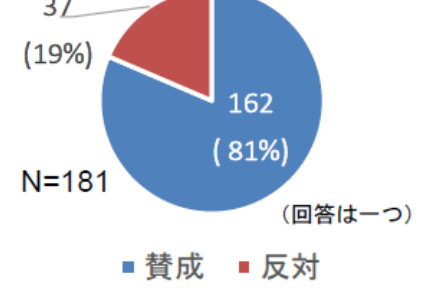


救急救命士を雇用していない202病院が回答した。
 ▷救急外来、患者搬送業務の補助目的で**病院救命士を雇用することに、82.1%の病院が賛成した。**
 ▷MC協議会又は院内MCの関与のもとで、**病院救命士が院内で救急救命処置を行うことに85%の病院が賛成した。**（図①）
 ▷救急救命士に期待する業務は、①転院搬送の付き添い、②バイタルサインチェック、③院内での患者の移送や移動の順で多かった。78.2%の病院が、CPA時の静脈路確保、気道確保・気管挿管、除細動、アドレナリン投与まで期待していた。（図A）
 ▷緊急度の低い又は病状の安定した患者を、**医師、看護師に代わり病院救命士が搭乗して病院救急車で搬送することに81%の病院が賛成した。**（図②）

図① 院内の救急救命処置の実施



図② 病院救命士による患者搬送



（平成30年度厚生労働科学特別研究：消防救急車の代替搬送手段における病院救急車の活用に資する研究）」

いわゆる救急外来においては、救急搬送されてきた重度傷病者に対する救急救命処置のニーズがある。

ポイント③

スチューデント・ドクター



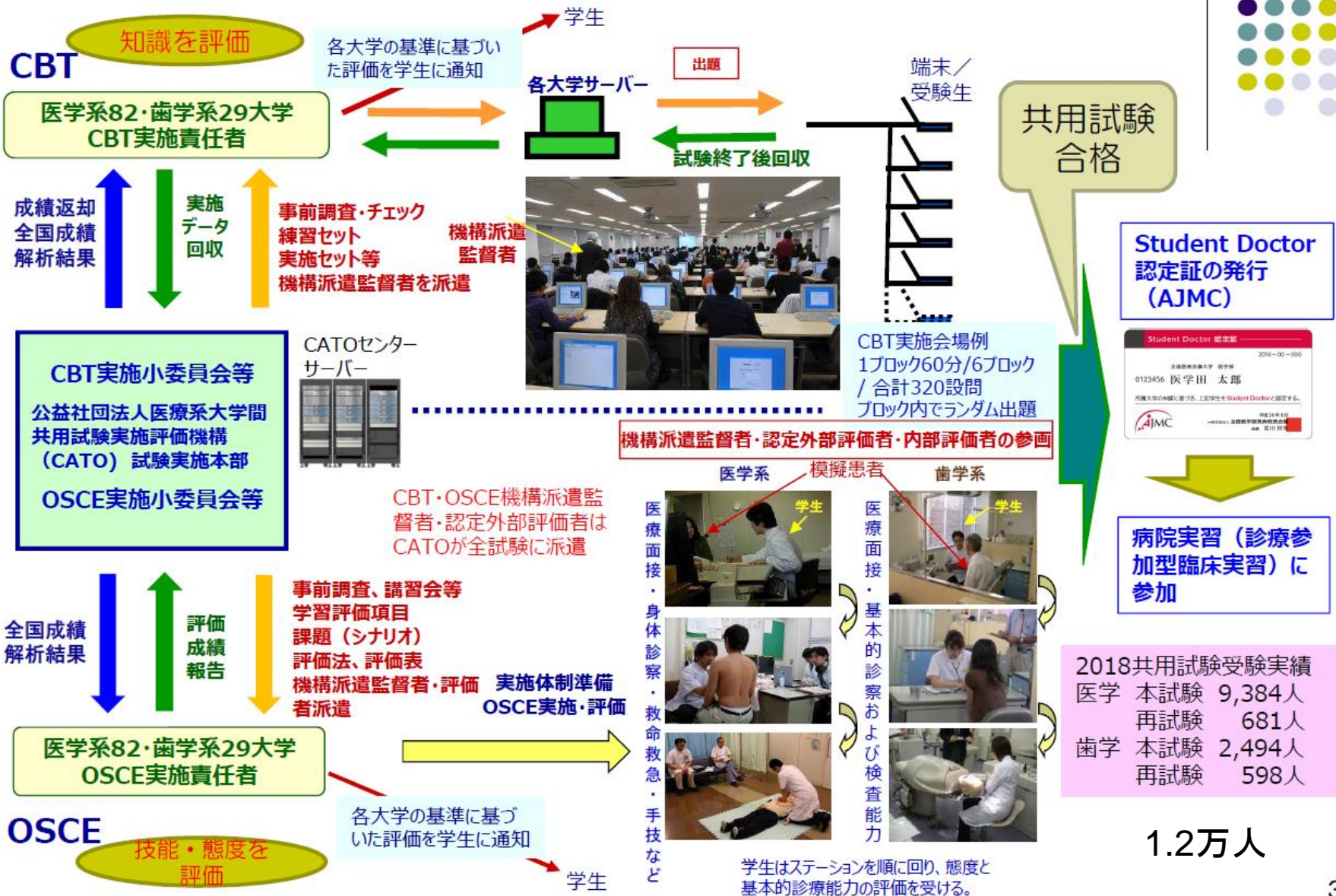
医療系大学共用試験

- 「共用試験実施機構」が2005年より実施
- 医学部4年生時に実施、不合格であれば5年生に進級できない。
- 医療系大学共用試験
 - CBT:Computer Based Testing(コンピュータ試験)
 - OSCE:Objective Structured Clinical Examination(客観的臨床能力試験)
- 合格すると臨床実習(診療参加型臨床実習)に参加できるスチューデントドクターになれる

共用試験実施の概要 (H17年12月から正式実施)

H13年からのトライアルを経て

医道審議会 医師分科会
令和元年6月19日
CATO提出資料



1 医師国家試験の受験資格における共用試験合格の要件化

<背景>

- 大学における臨床実習開始前の医学生の能力を全国的に一定の水準に確保することを目的として、公益社団法人「医療系大学間共用試験実施評価機構」が実施する「共用試験」（臨床実習前OSCE、CBT）については、平成17年から正式に実施され、現在は、全ての医学生が受験するなど、大学における医学教育の中で臨床実習前に医学生の知識・技能を試験する機会として確立されている。



<改正の内容>

大学における医学教育の中で重要な役割を果たしている**共用試験**について、**医師国家試験の受験資格の要件として医師法上位置づける**こととする。また、共用試験の合格は医学生が一定水準の技能・態度のレベルに達していることを担保するものであることから、**共用試験に合格していることを臨床実習において医業を行うための要件とする**。

共用試験を医師
国家試験受験資
格要件とする

2 医学生が臨床実習において行う医業の法的位置づけの明確化

<背景>

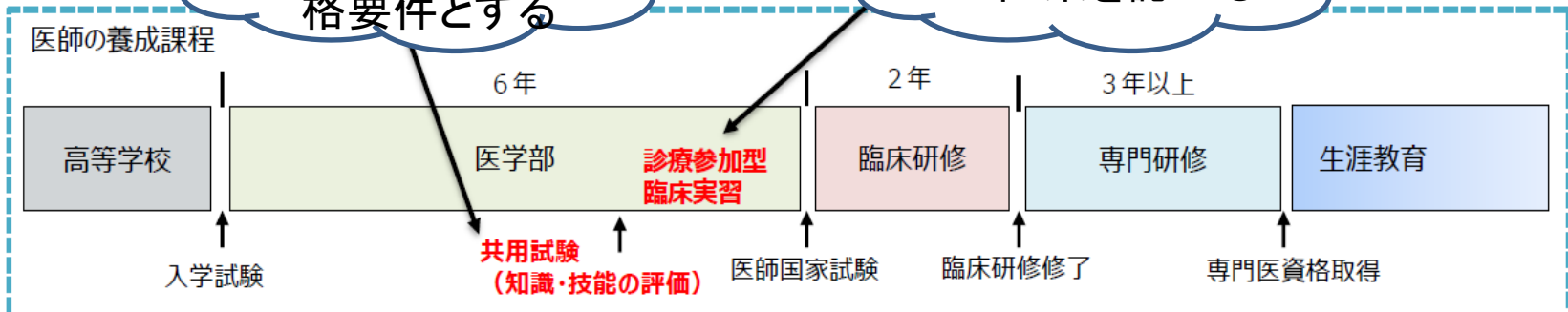
- 医師法第17条により医師でないものの医業は禁じられているところ、医師免許を持たない医学生が大学における臨床実習で行う医行為については、その目的・手段・方法が社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば基本的に違法性はないと考えられている。
- 一方で、大学が行う臨床実習については、診療参加型の実習が十分に定着しておらず、その要因として、医学生が臨床実習で行う医行為についての法的な担保がなされていないことが指摘されている。



<改正の内容>

医学生がより診療参加型の臨床実習において実践的な実習を行うことを推進し、医師の資質向上を図る観点から、「**共用試験**」に合格した医学生について、**医師法第17条の規定にかかわらず、大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下、医療に関する知識及び技能を修得するために医業を行うことができる**こととする。

共用試験合格者
に医業を認める



シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて

医道審議会医師分科会 報告書 概要 (令和2年5月)

- 従来より卒前教育と卒後教育は分断され、連続性が乏しいと評されてきたが、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、プロフェッショナルリズム教育の重要性が増していることなどから、**卒前教育においても医学生が診療に参加し、医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識**されてきた。
- 医学生が診療チームの一員として診療に参加する診療参加型臨床実習の充実のため、**医学生の質の担保とその医行為について法的な位置付けが重要**。
- 今回は、**(1)共用試験CBTの公的化、(2)共用試験臨床実習前OSCEの公的化、(3)いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ**について検討した。

(1) 共用試験CBTの公的化

- ・全大学で実施され、項目反応理論などの**問題の精度管理の手法**や**評価手法が確立**している。
- ・医学教育でその位置付けは確立されており、医師国家試験の受験要件とする等による**公的化に相当する試験**である。

(2) 共用試験臨床実習前OSCEの公的化

- ・現状の**医学教育の中で臨床実習前に技能と態度を試験する機会**として確立している。
- ・臨床実習前に一定水準の技能・態度のレベルに達していることを試験することは極めて重要であり、**共用試験CBTとともに公的化すべき**である。
- ・模擬患者が重要な役割を果たしており、全国的に取り組む組織の創設や模擬患者に対する研修体制の整備などの検討が必要。

(3) いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ

- ・臨床実習開始前の**共用試験を公的化**することで、一定の水準が公的に担保されることから、実習において医行為を行う、**いわゆるStudent Doctorを法的に位置づけることが可能**となる。
- ・実施する行為については、指導する医師が適宜、医学生の能力と患者の状態等を勘案して判断すべき。

共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけによる影響

(1) 医学教育への影響

- ・臨床実習の**診療参加型化の促進**につながる。

(2) 医学生(医師)個人への影響

- ・手技等を経験する機会が増加し、手技の比重が高い診療科に対する積極的な効果により、**診療科偏在是正に対する効果**が期待される。
- ・臨床研修における負担が一部軽減され**医師の働き方改革にも資**することが期待される。

(3) いわゆるStudent Doctorが診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等

- ・**同意を患者から得られやすくなる**ことで、診療参加型臨床実習が促進される。
- ・将来的に患者理解が進んだ場合、一般的な処置について、特別な同意取得の必要なく、診療参加型実習において行うことを可能となることが望ましい。

(4) 地域における実習と地域医療への影響

- ・主体性を持って**地域医療を体感**することで、**将来のキャリアに良い影響**が与えられる。
- ・各養成課程の中で**現状よりも地域に貢献**することが可能となる。

他の診療参加型臨床実習の充実のための取組

(1) 患者の医育機関等へのかかり方

患者自身も共に医師を育てる認識に基づいた、患者の協力が不可欠であり、下記の点を国民に広く周知する取り組みを行う必要がある。

- ・**いわゆるStudent Doctorが共用試験に合格し、診療参加型の臨床実習を行うに足る学生**であること。
- ・大学病院はその設置目的に**医学生の育成が盛り込まれている**こと。
- ・将来的な地域医療や総合的な診療能力を持つ医師の確保のため、大学病院以外の医療機関で臨床実習が行われること。

(2) 診療参加型臨床実習の指導体制

- ・**教員等が十分に学生教育に時間を充てる**ことができ、また**評価される必要がある**。
- ・臨床研修医や専攻医も屋根瓦式に**医学生への指導を積極的**に行うことが望ましい。

(3) 医学生が加入する保険

- ・医学生を保護する観点から**強く推奨**されるべき。

「スチューデントドクター」

診療参加型臨床実習を行う上で、医師を目指す医学生に、医師としての自覚、心構え、医療に携わる者としての責任感や使命感を再認識してもらうこと、患者さんや地域社会からも医学生であっても医療に関して一定レベルの知識と技量を有しているとの理解を図るため、学生の診療行為を病院が保証することを目的としてその称号を与られます。称号を与えられた学生は、医師と同様な態度・心構えで患者さんと接することが求められます！

認定証授与式のようす





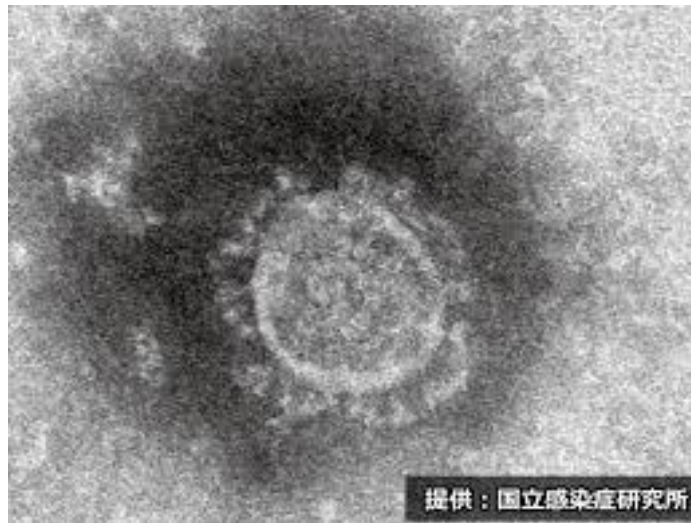
4年、5年の医学部学生
1.8万人のSDが誕生

スチューデントドクターができる 医行為

- スチューデント・ドクターは臨床指導医の指導のもと、患者の同意を得て、以下の医行為の実施を臨床実習中できることになる。
- 必須項目
 - 静脈採血、胃管挿入、皮膚縫合、超音波検査、処方・点滴オーダー等
- 推奨項目
 - 分娩介助、小児からの採血、膿瘍切開、排膿、気管挿管等

ポイント④

新興感染症と医療計画



【図-4】医療計画の策定に係る指針等の全体像について

医療計画とは
医療提供体制
の基本計画

医療計画の策定に係る指針等の全体像について

【医療法第30条の3】
厚生労働大臣は基本方針を定める。

基本方針【大臣告示】
医療提供体制確保の基本的考え方

【法第30条の8】
厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

医療計画作成指針【局長通知】
医療計画の作成
○ 留意事項
○ 内容、手順 等

疾病又は事業ごとの医療体制について【課長通知】
疾病・事業別の医療体制
○ 求められる医療機能
○ 構築の手順 等

5疾患
5事業

【法第30条の4第1項】
都道府県は基本方針に即して、かつ地域の
実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・ がん
 - ・ 脳卒中
 - ・ 急性心筋梗塞
 - ・ 糖尿病
 - ・ 精神疾患
 - ・ 救急医療
 - ・ 災害時における医療
 - ・ へき地の医療
 - ・ 周産期医療
 - ・ 小児医療(小児救急含む)
- 居宅等における医療
- 地域医療構想
- 地域医療構想を実現する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 医療従事者の確保
- 医療の安全の確保
- 施設の整備目標
- 基準病床数 等

「第21回 医療計画の見直し検討会」

(座長 学習院大学経済学部教授 遠藤久夫)

2020年10月1日

新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療提供体制の在り方

第6次医療計画見直し等検討会 (2013年～2017年)

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

2011年3月11日の東日本大震災の
発災を受けて審議会・検討会はすべて
2カ月ストップ！



4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- *在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

2次医療圏見直し

医療計画見直し検討会 (2020年11月19日)

新興再興感染症を医療
計画の6事業目に追加

<改正の背景>

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の中で議論・準備を行う必要

<改正の概要>

都道府県が作成する「医療計画」の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
※5事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎具体的な記載項目（イメージ）

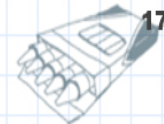
【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底
クラスター発生時の対応方針の共有 など

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担 など
（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間の応援職員派遣）

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。



PRESENTATION

医療計画に、必ず網羅されていなければならない内容

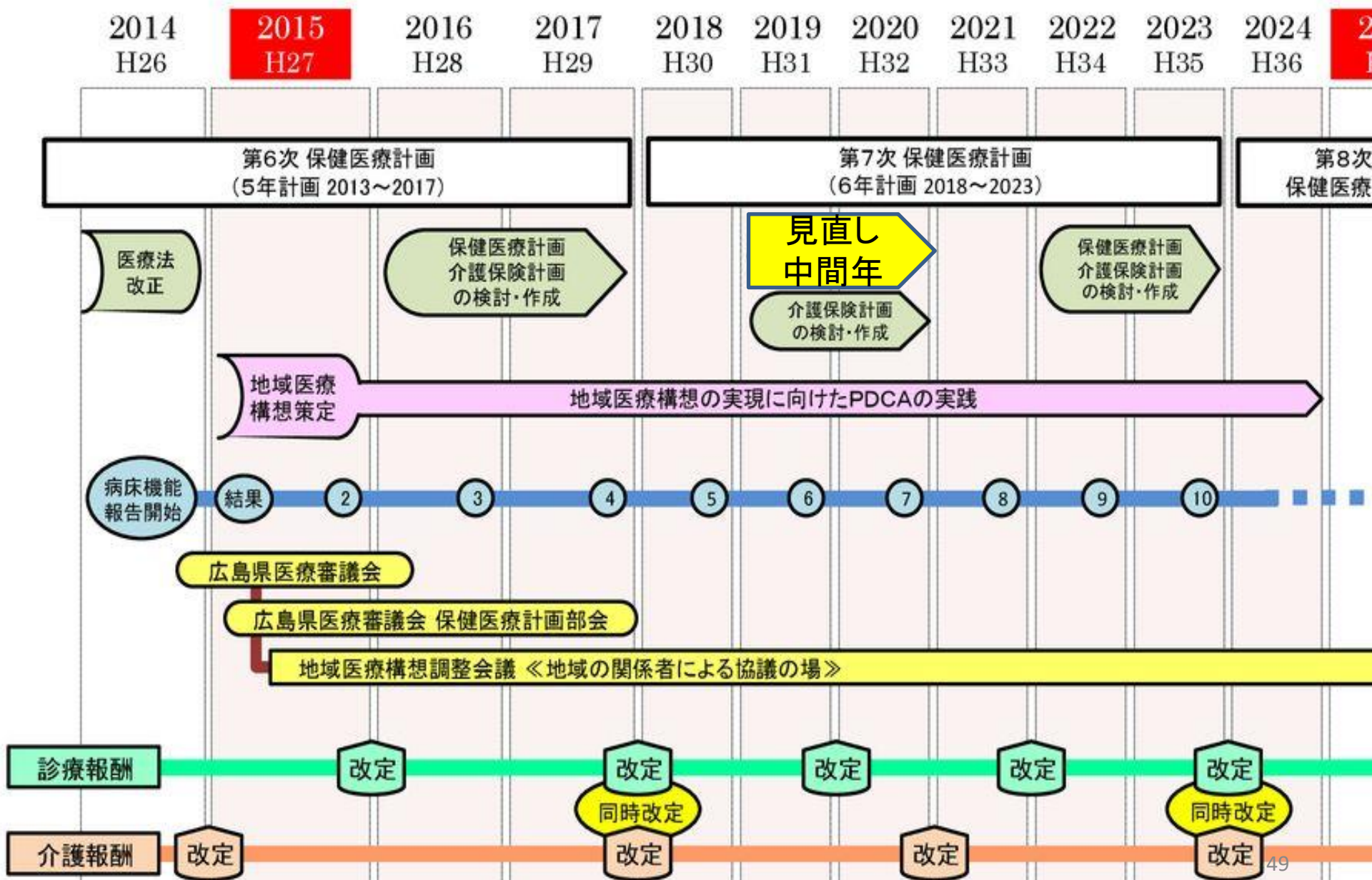
5疾病	5事業
がん	救急医療
脳卒中	災害医療
急性心筋梗塞	へき地医療
糖尿病	小児医療
精神疾患	周産期医療

6事業



新興再興感染症の
感染拡大時の医療

2020年は6年計画となった第7次医療計画見直しの中



ポイント⑤

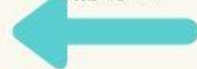
病床ダウンサイズ基金

入院ベッドを削減する病院に補助金



病床が過剰な
二次医療圏の病院

削減した
病床数に応じて
補助金



稼働している病床を

10%以上
減らした!

地域医療構想の実現を図るための病床ダウンサイジング支援について

令和2年度予算案：84億円

- 地域医療構想の実現を図る観点から、病床ダウンサイジングや、統廃合により病床を廃止する際の財政支援を実施する。
【補助スキーム：定額補助（国10/10）】
- 当該補助制度は令和2年度限りとし、令和3年度以降においては、地域医療構想調整会議における議論の進捗等も踏まえつつ、消費税財源による「医療・介護の充実」とするための法改正を行い、これに基づき病床ダウンサイジング支援を実施する。

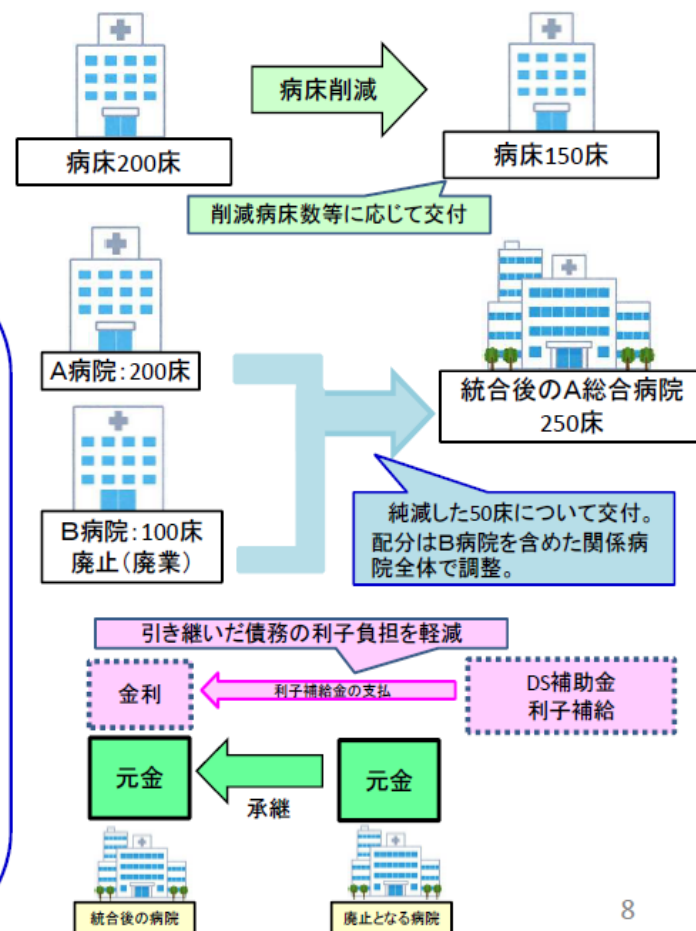
「病床削減」に伴う財政支援

稼働病床より病床を削減した病院等（統廃合により廃止する場合も含む。）に対し、1床あたり病床稼働率に応じた額を交付。
※病床数を稼働病床の10%以上削減する場合に対象。

「統廃合」に伴う財政支援

【**統合支援**】統廃合（廃止病院あり）を伴う病床削減を行う場合のコストに充当するため、関係病院全体で廃止病床1床あたり病床稼働率に応じた額を関係病院全体へ交付（配分は関係病院で調整）。
※重点支援区域のプロジェクトについては一層手厚く支援
※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象。

【**利子補給**】統廃合を伴う病床削減を行う場合において、廃止される病院の残債を統廃合後残る病院に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後病院へ交付。
※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象。
※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る。



<改正の背景>

- 地域医療構想の実現に向けて積極的に取り組む医療機関に対し、病床機能や医療機関の再編を行う際の課題（雇用、債務承継、初期投資など）に対応するための支援が必要

<改正の概要>

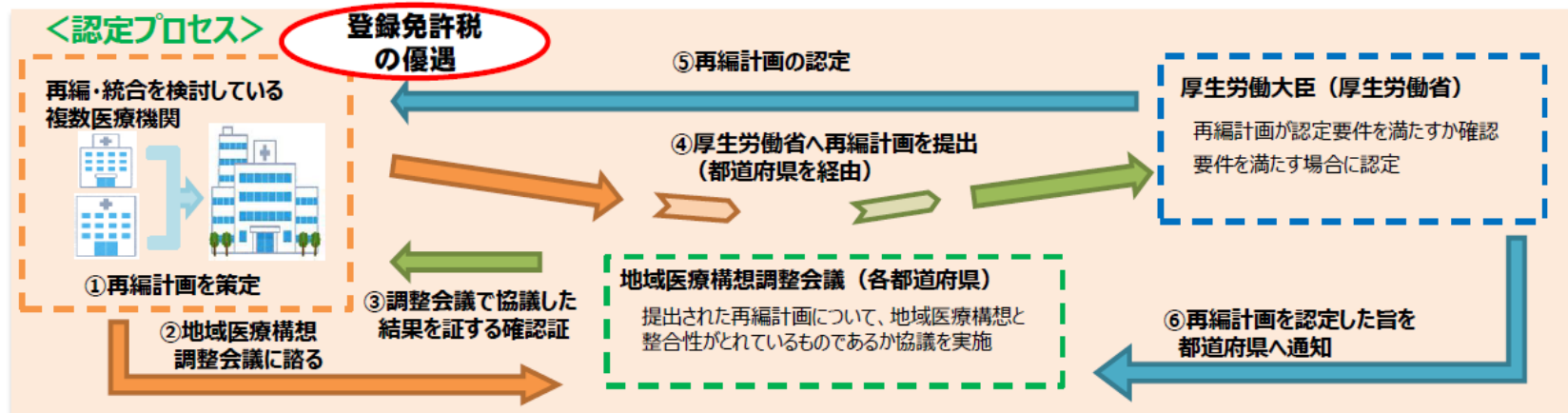
(1) 病床機能再編支援事業を全額国費の事業として地域医療介護総合確保基金へ位置付け

- 令和2年度限りとして措置された「**病床機能再編支援事業**（※）」について、**消費税財源を活用した地域医療介護総合確保基金**の中に位置付け、**全額国負担**の事業として、令和3年度以降も実施

※ 地域医療構想調整会議等の合意を踏まえて、病床機能を再編し、自主的な病床削減や病院統合を行う医療機関に対し、財政支援を実施

(2) 再編計画の認定（税制上の優遇）

- 複数医療機関の再編・統合に関する計画（再編計画）について、厚生労働大臣が認定する制度を創設
- 認定を受けた再編計画に基づき取得した不動産に関し、登録免許税を優遇（租税特別措置法により措置）



病床ダウンサイズ 補助金

これまでの年度ごとの
事業から消費税を活用した
恒久事業となった。

ポイント⑥

外来版地域医療構想

外来医療機能の明確化と連携

1. 医療提供体制の改革

(略)

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図る。このため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化する。

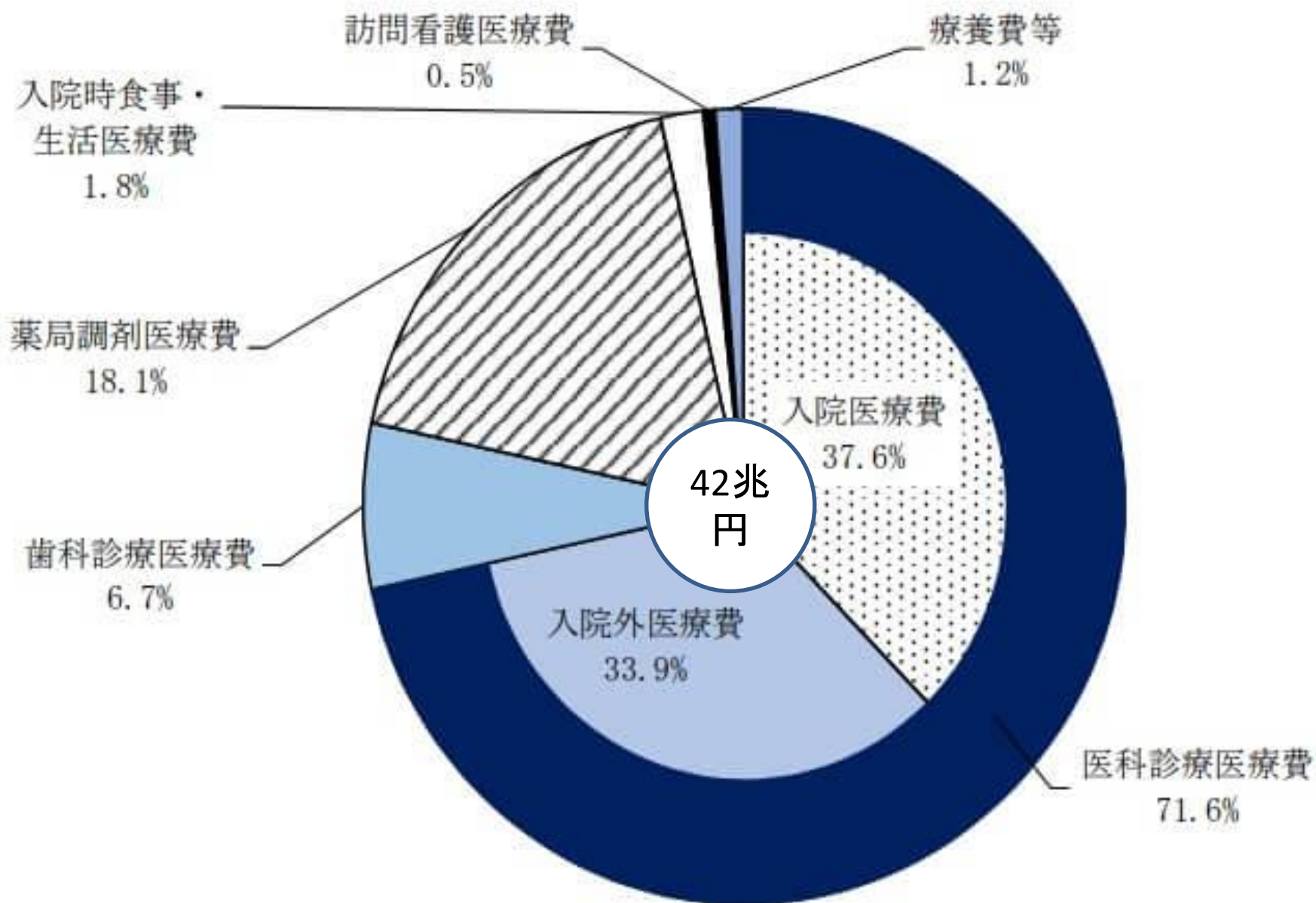
(略)

3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とする方向性を示したところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担(初診5,000円)を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額(例:初診の場合、2,000円程度)を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。



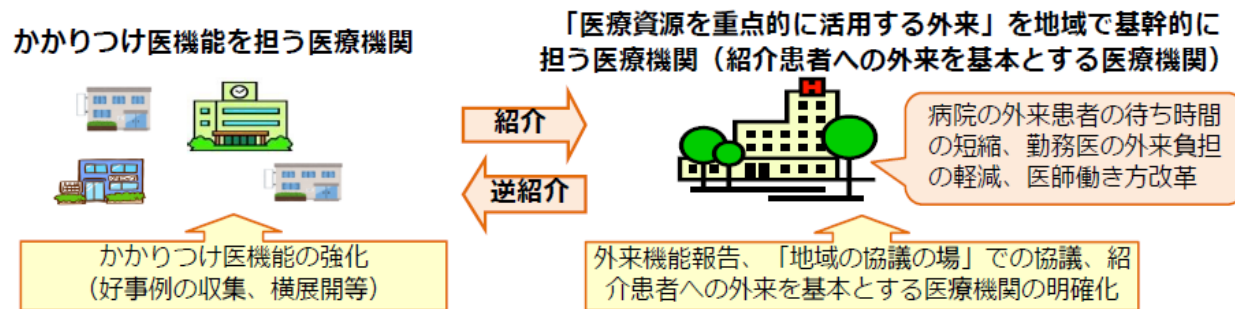
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性（案）

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 - ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



＜「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ＞

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
 - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

医療資源を
重点的に活
用する外来

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

医療資源が重点的に活用される外来医療について

第18回医療計画の見直しに関する
検討会（令和2年2月28日）資料

- 医療資源が重点的に活用される外来医療として、外来化学療法を行う外来や、日帰り手術を行う外来のようなものがある。
- 一方、医療資源が重点的に活用される入院医療を提供する際も、治療前の説明・検査や治療後のフォローアップのため、同一の医療機関で入院前後に外来医療が提供される。
- これらの外来医療を実施する医療機関では、特定の治療等を行うに当たり、地域の実情に応じて集約化を図ることが効果的・効率的と考えられる①高額等の医療機器・設備や、②特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材が必要になると考えられる。

イメージ

・外来で医療資源が重点的に活用される医療（例：外来化学療法を行う場合）

外来化学療法

参考 診療報酬における外来化学療法加算の施設基準の概要

- ・専用のベッドを有する治療室を保有
- ・一定の医師、看護師、薬剤師を配置
- ・緊急時に患者が入院できる体制の確保

・医療資源が重点的に活用される入院医療の前後の外来医療（例：入院で悪性腫瘍手術を受ける場合）

かかりつけ医で
悪性腫瘍疑いと診断（外来）

治療前の
説明、検査
（外来）

治療後の
フォローアップ
（外来）

安定したら再びかかりつけ医でフォローアップ（外来）

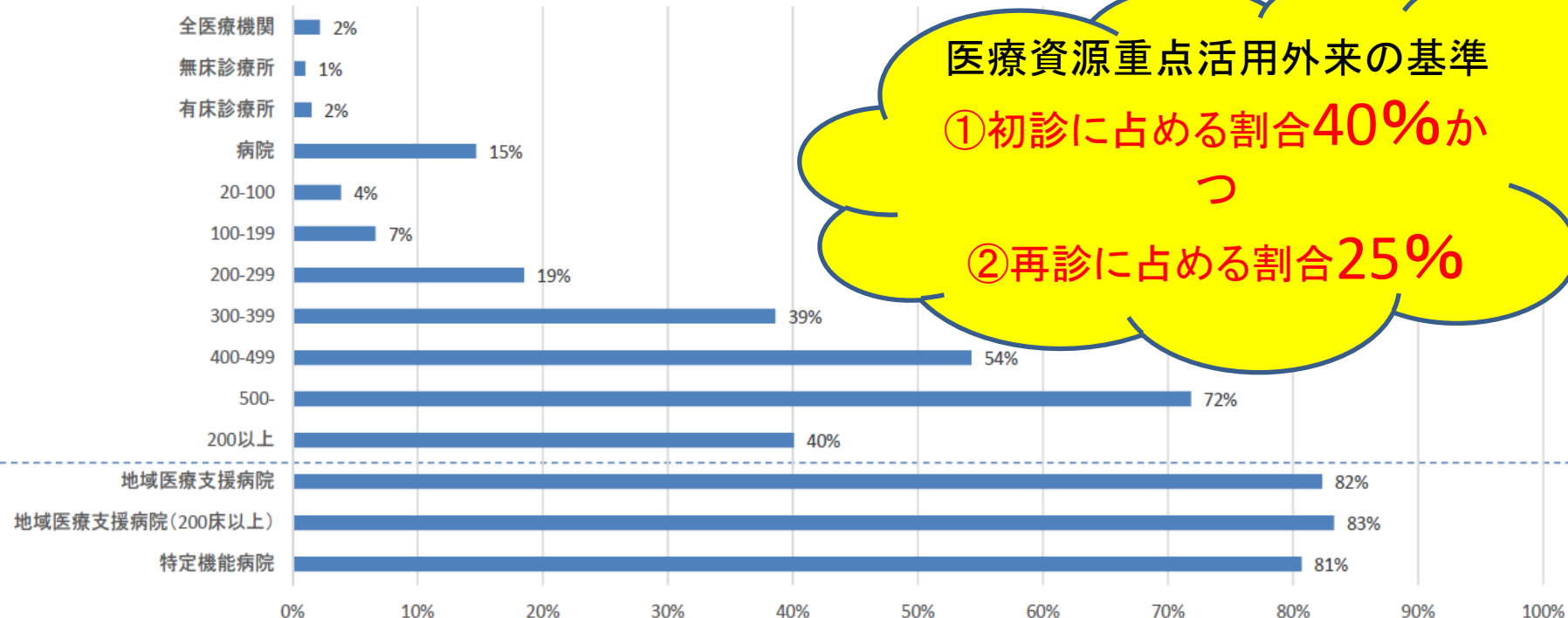
悪性腫瘍手術
（入院）

- 悪性腫瘍手術を実施するためには、例えば以下のような設備、人員が必要。
- ・手術前、手術後の管理を行うために設備、人員ともに充実した入院病棟
 - ・全身麻酔により手術を実施できる手術室
 - ・手術を実施できる経験を積んだ医師、看護師等の医療従事者

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合
 = 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数
 施設数全体

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



医療資源重点活用外来の基準
 ①初診に占める割合40%かつ
 ②再診に占める割合25%

(注)

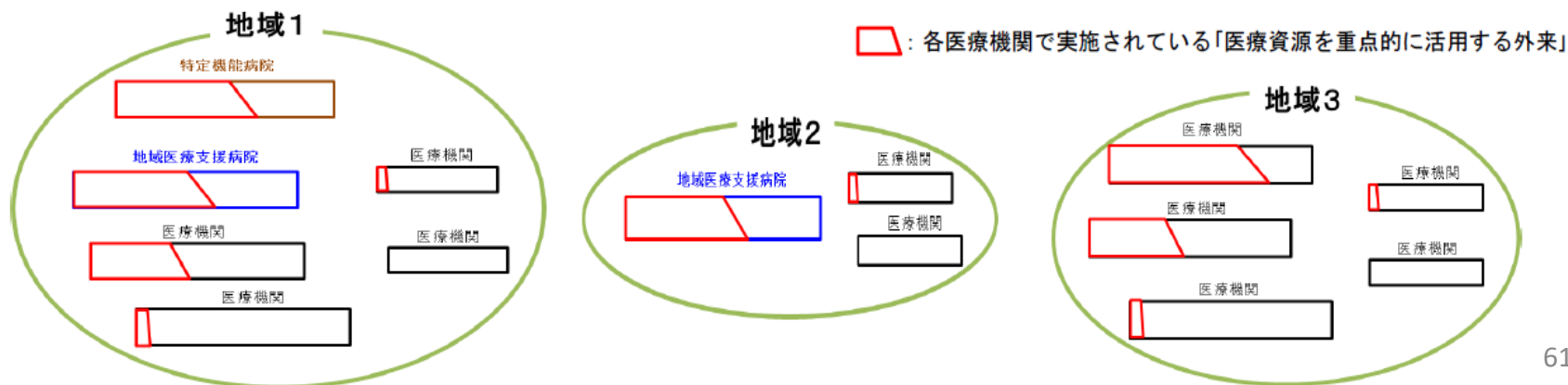
- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

地域ごとに各医療機関で実施されている「医療資源を重点的に活用する外来」の明確化の方法について（外来機能を報告する仕組み）【論点②】

第20回医療計画の見直しに関する検討会(令和2年3月18日)資料1

- 入院機能の分化・連携を進めていく上では、病床機能報告制度を通じて、病床を有する全ての医療機関から都道府県に対し、1年に1回、その有する医療機能（現在・将来）について報告を行い、その報告を基に、地域においてどのような入院機能の分化・連携を行うか、地域医療構想調整会議で調整を行うこととされている。
- 地域において外来医療の機能分化・連携を進めるに当たって、地域ごとに、どの医療機関でどの程度、「医療資源を重点的に活用する外来」が実施されているかについて明確化を図るため、病床機能報告制度を参考に、各医療機関から「医療資源を重点的に活用する外来」に関する医療機能の報告を行うことが考えられるのではないかと。
 - ① 病床機能報告同様、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を活用して、国から各医療機関に対して実施状況データを提供した上で、各医療機関から都道府県に実施状況を報告することについて、どのように考えるか。
 - ② 入院医療と一体的に議論する観点や、医療機関の負担軽減の観点から、病床機能報告と報告スケジュールを合わせることにについて、どのように考えるか。
 - ③ 制度趣旨や負担の観点から、今回検討する仕組みの対象となる医療機関の範囲について、どのように考えるか。

〔地域ごとに各医療機関で実施されている「医療資源を重点的に活用する外来」の明確化のイメージ〕



外来機能分化の流れのなか、
「紹介受診重点病院」
という新類型が出来た

「紹介受診重点医療機関」



2022年改定の
連携課題の最大の
目玉
スタートは2023年
6月から

外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書（概要）②

令和2年12月11日 医療計画の見直し等に関する検討会

(3) 外来機能報告（仮称）

- 病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行う。
- 外来機能報告（仮称）を行う医療機関は、まずは、併せて報告する病床機能報告と同様、一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本とし、無床診療所については、任意で外来機能報告（仮称）を行うことができる。
- 外来機能報告（仮称）の具体的な報告事項は、今後さらに検討。

(4) 地域における協議の仕組み

- 都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化・連携を位置付ける。外来機能報告（仮称）を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行う。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告（仮称）の中で報告する。紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能とする。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、(2)①～③の割合等の国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえることができる仕組みとする。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の呼称や、国の示す基準は、今後さらに検討。
- 診療科ごとの外来医療の分析、紹介・逆紹介の状況の分析等は、今後さらに検討。再診患者の逆紹介が適切に進むように配慮。

2. かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種の役割、外来医療のかかり方に関する国民の理解の促進

(1) かかりつけ医機能の強化

- かかりつけ医機能について、日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月）、地域の実践事例等を踏まえ、予防や生活全般の視点、介護や地域との連携、休日・夜間の連携を含め、地域における役割の整理が求められている。かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査・研究し、かかりつけ医機能に係る好事例の横展開を図る。
- 医療関係団体による研修等の内容や研修等を受けた医師の実践事例等を国民に周知し、かかりつけ医機能に係る国民の理解を深める。
- 医療機能情報提供制度について統一的で分かりやすい検索システムを検討するとともに、医療機能情報提供制度を周知。

(2) 外来医療における多職種の役割

- 外来医療において、多職種が連携して、それぞれの専門性を発揮しており、チームとしての役割・連携を推進。

(3) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

- 上手な外来医療のかかり方のポイント、かかりつけ医をもつことのメリット等を整理し、関係機関・団体が周知・啓発に活用できるツールを作成するとともに、展開方法を共有。国においても、医療関係団体等の協力の下、国民・患者に対して積極的に周知・啓発。

外来機能分化

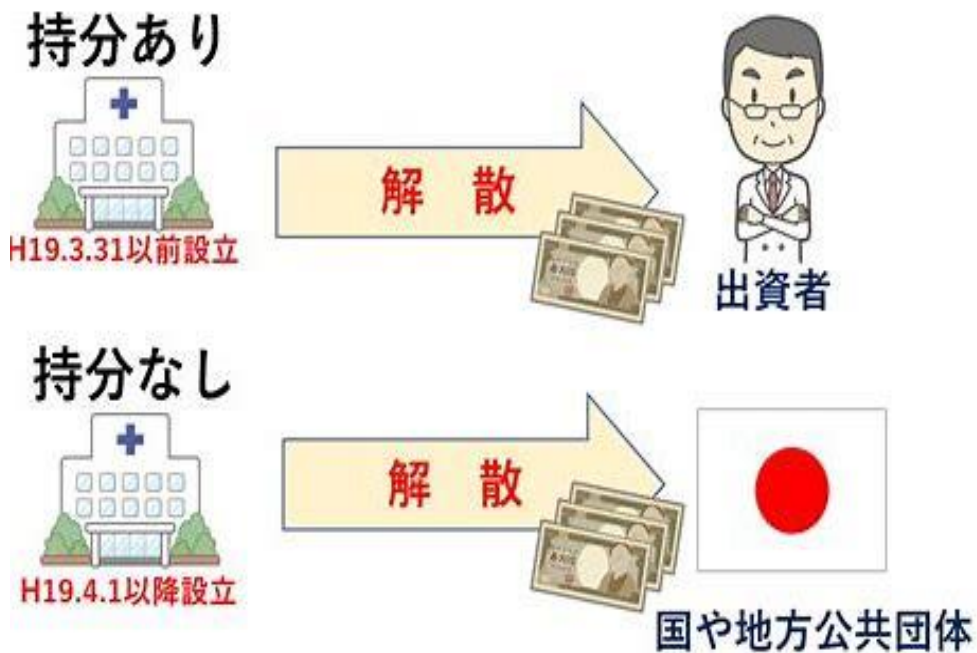
①紹介受診重点病院

②かかりつけ医の外来

→かかりつけ医機能報告制度

ポイント⑦

持ち分なしの医療法人



医療法人の各類型について

法人数は令和2年3月31日現在

医療法人

55,674法人 (うち社団55,304法人、財団370法人)

持分あり医療法人 (経過措置医療法人)

38,721法人 ※社団のみ

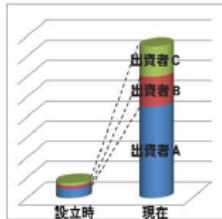
平成19年3月31日までに
設立された医療法人で従来
の出資持分のある医療法人

持ち分あり
70%

○持分とは

定款の定めるところにより、出資額に応じて払戻し又は残余
(平成26年改正医療法附則)

○持分の価値(評価額)



	設立時の持分 (出資額)	現在の持分
出資者A	1800万円	90,000万円
出資者B	600万円	30,000万円
出資者C	600万円	30,000万円

医療法人の純資産が50倍に増加すると持分も50倍に増加 ⇒ 出資者から請求があれば払い戻し
(持分を有する出資者Aは、退社時に医療法人に対して払戻しを求められることができる。その場合、
医療法人に9億円の支払い義務が生ずることとなる。)

持分なし医療法人

16,953法人 (うち社団16,583法人、財団370法人)

〔出資持分のない医療法人〕

他の類型に属さない
医療法人
2,856法人

社会医療法人
317法人

〔救急医療等確保事業を行
う法人として都道府県知事
の認定を受けた医療法人〕

認定医療法人

認定数377法人
(令和2年9月30日時点
では673法人)

〔持分あり医療法人か
ら持分なし医療法人
への移行計画について、
厚生労働大臣の認定
を受けた医療法人〕

特定医療法人
343法人

〔公益性が高い法人として
国税庁長官の承認を受け
た医療法人〕

基金拋出型 医療法人

13,437法人

〔資金調達手段として
定款に基金に関する
条項を持つ医療法人〕

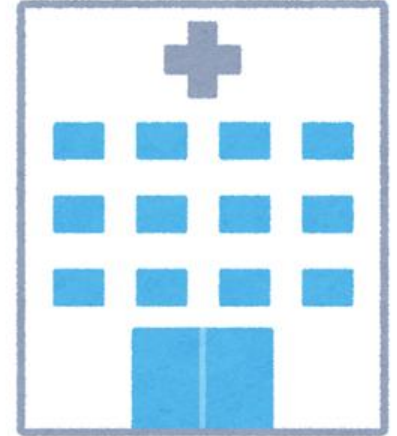
➤ 令和2年3月31日までに1,053法人が持分あり医療法人から持分なし医療法人へ移行

持ち分とは出資持分のこと

よーし！
頑張るぞー！



100万円で
医療法人を設立

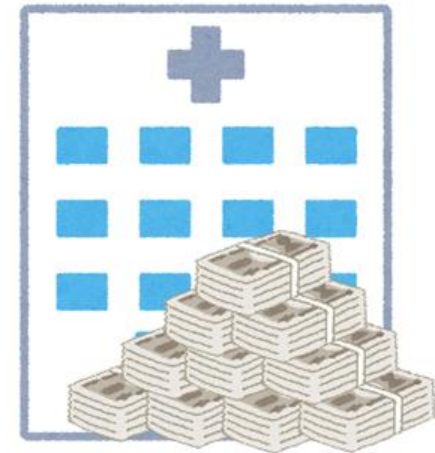


長い年月を経て・・・


もう年だし、
そろそろ引退



医療法人に
1億円の財産を築く



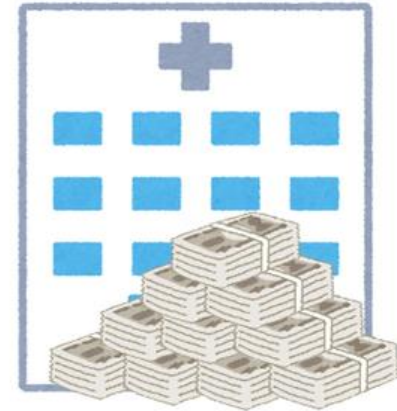
持ち分とは出資持分のこと




医療法人の財産は、
娘に残してあげたいなあ



医療法人に
10億円の
財産を築く



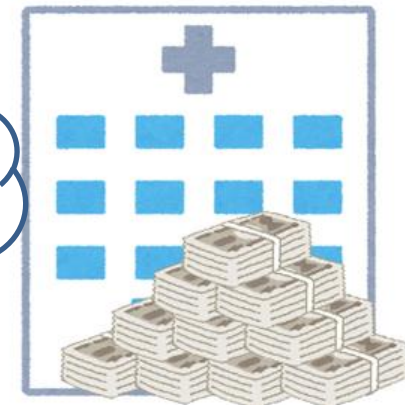
やがて時は経ち・・・



多額の相続税！
払えない～



医療法人
として続け
られない
！

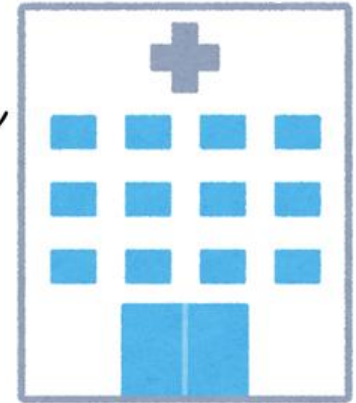


持ち分とは出資持分のこと

一緒に
頑張ろうぜ！

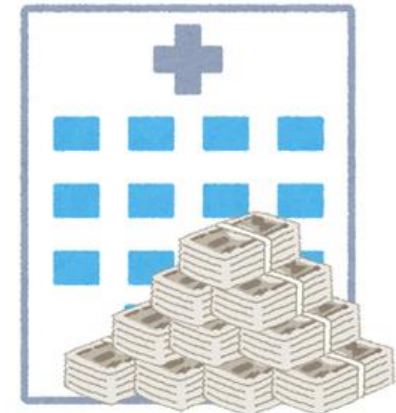


100万円ずつ出し
医療法人を設立



長い年月を経て・・・

医療法人に
2億円の財産を築く



もう辞めてやる！
金よこせ！



○ 出資持分なしの医療法人



医療法人

相続・贈与



非課税



子供

持ち分とは

- 「持ち分」とは出資持分のこと
- 出資持分は財産権なので医療法人を設立するにあたって出資をした医療法法人のオーナー理事長が死亡したときその出資持分は相続税の対象になる。
- 医療法人の手持ち現金がない時に、巨額の相続税を払う事態になる。
- こうした時、相続時に医療法人の解散せざるを得ない事態にもなりかねない。
- **地域医療に大きな影響が出る。**

持ち分ありから持ち分なしへ移行

•2006年の医療法改正

–「医療法人の非営利性確保」が明確化され、「持ち分あり」法人の新規設立は認めないことになった。

–同時に既存の「持ち分あり」法人の「持ち分なし」法人への移行を進めることとなった。

•「持ち分あり」法人の「持ち分なし」法人への移行

–「持ち分なし」とは、つまり財産権を放棄することを意味する。

–このため厚労省は、一定の要件を満たすと厚生労働大臣が認定した「持ち分あり医療法人」（以下、認定医療法人）については、持ち分なし医療法人に移行した場合に相続税などを猶予するという期限付きの特例を設けた。

–この特例期限が2020年9月で切れた。

–このため今回の改正では、この特例を「2023年9月30日まで」存続することになった。

今日のまとめ

- ・医療法改正のポイントは以下…
- ・医師の働き方改革が2024年より始まる
- ・タスクシフトが本格化する。
- ・2024年より新興感染症が医療計画の6事業目となる
- ・2022年4月より外来版医療構想が始まる。

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか？
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日: 2022/09/22
- 出版社: [ぱる出版](#)
- ISBN: 978-4-8272-1360-7

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。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

muto@kinugasa.or.jp

保健医療福祉システム特論
医療経営管理の今日的なトピックス②
チーム医療とタスクシフト・シェアリング
ナース・プラクティショナー制度



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

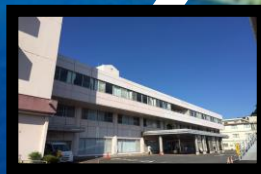
衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次



- パート1
 - ナース・プラクティショナー制度の要望
- パート2
 - 診療看護師(NP)とは？
- パート3
 - ナース・プラクティショナー配置による効果
- パート4
 - 米国のナース・プラクティショナー
- パート5
 - 特定行為研修制度の導入の経緯を振り返る
- パート6
 - 再度、ナース・プラクティショナー制度を！

パート1

ナース・プラクティショナー制度 の要望



診療看護師 (NP)
ナース・プラクティショナー

令和 4 年 7 月 25 日

厚生労働大臣
後藤茂之 殿

公益社団法人 日本看護協会
会 長 福井 トシ子



一般社団法人 日本看護系大学協議会
代表理事 鎌倉 やよい



一般社団法人 日本 NP 教育大学院協議会
会 長 草間 朋子



ナース・プラクティショナー（仮称）制度の創設に関する要望書

高齢者のさらなる増加、地域包括ケアの推進等により、病気を抱えながら地域で療養する人々が、今後、さらに増加していきます。一方で、労働人口は減少しつづけるため、今後の少子超高齢多死社会においては、質の高い医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制の構築が不可欠です。看護師については、2014年に「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設され、研修修了者の活躍が広がりつつあり、看護師

ナース・プラクティショナー（仮称）制度の創設に関する要望書

高齢者のさらなる増加、地域包括ケアの推進等により、病気を抱えながら地域で療養する人々が、今後、さらに増加していきます。一方で、労働人口は減少しつづけるため、今後の少子超高齢多死社会においては、質の高い医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制の構築が不可欠です。看護師については、2014年に「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設され、研修修了者の活躍が広がりつつあり、看護師のタイムリーな対応により、医療の質や患者や利用者のQOLが向上している実態も示されています。しかし、「医師の指示のもとでの診療の補助」を超えない仕組みである特定行為研修制度だけでは対応できない国民の医療ニーズがあることも明らかになっています。

諸外国では効率的な医療提供の一方策として、大学院修士課程以上の教育を受け、一定レベルの診断や治療などを行うことができる看護の資格（ナース・プラクティショナー制度）を創設する国が増加しており、制度導入によって医療へのアクセスの改善、重症化予防、患者満足度の向上などの効果が出ていることが実証されています。

国民に安心・安全な医療・看護を提供し続けていくため、グローバル・スタンダードに沿ったナース・プラクティショナー（仮称）制度を創設していただくよう強く要望します。

訪問看護事業所から、タスク・シフト推進を求める声が多い。海外の「ナース・プラクティショナー制度」を参考に、医師法や保助看護などの制度を見直していく(福井トシ子会長)。

2022年6月28日日本看護協会
記者会見



医療提供に関する現行の規制

～すべての医療提供に医師の指示が必要～

現行の規制

- 現行法では、すべての医療提供の判断・指示を医師しか行うことができない
湿布や軟膏、下剤等も医師が診察した上で、処方しなければならない
- 医師以外の医療専門職は、医師の指示がなければ、一切医療行為ができない

■ 医師法 第17条 医師でなければ、医業をなしてはならない。

第20条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。

■ 保健師助産師看護師法 第37条 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。

在宅で療養している高齢者等の医療ニーズに対応するにも、医師の指示が必要

- 褥瘡への軟膏や被覆材の使用
- 便秘や不眠、慢性の痛み等の症状のコントロール
- 状態に応じた慢性疾患(高血圧・糖尿病等)の管理・薬剤の調整 等

医師が多忙のため、タイムリーに患者に対応できないことがある



医師の指示が得られず症状が悪化 ～特に高齢化の進んだ地域で医師との連携が困難～

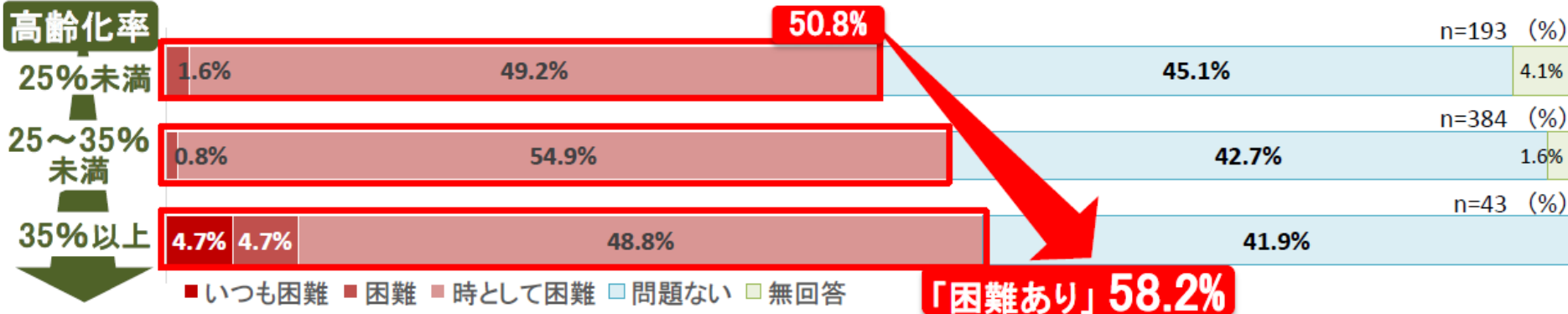
■ 7割以上の訪問看護ステーションが、医師の指示が得られず、症状が悪化した事例が「ある」と回答 n=424 (%)

ある, 70.3%

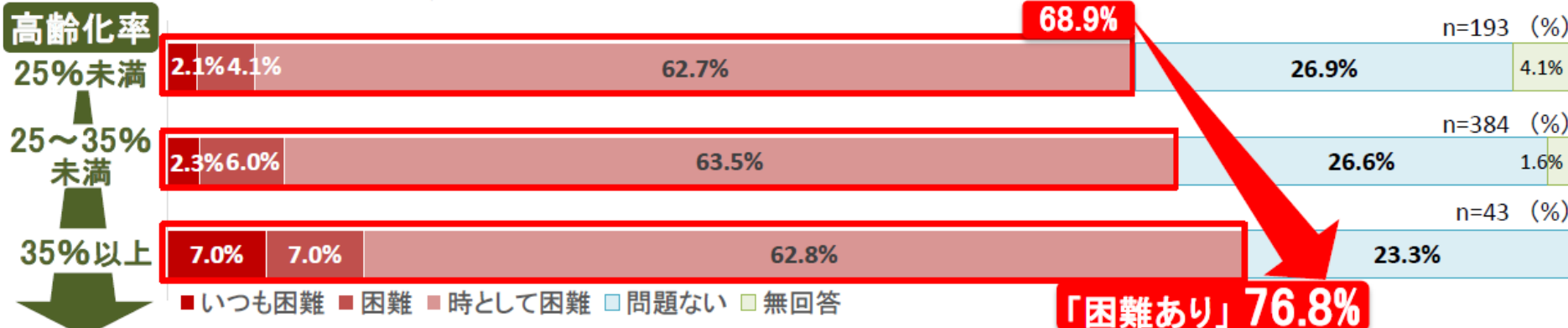
なし, 29.7

(排泄ケア、皮膚疾患や褥瘡ケア、呼吸・循環ケア、睡眠ケア、認知症ケア、緩和ケア・疼痛管理、栄養ケア、状態変化時の対応、看取りの対応において)

■ 利用者の状態が変化したときの看護師から医師への連絡が困難



■ 利用者の状態が変化したときの医師への往診依頼はさらに困難



パート2

診療看護師(NP)とは？

一般社団法人日本NP教育大学院協議会

一般社団法人日本NP教育大学院協議会 のNP定義

- 診療看護師 (Nurse Practitioner:NP) とは・・・
- 「医師や他の医療従事者と連携・協同し、対象とする個々の患者の診療上および療養生活上のニーズを包括的に的確に評価し、倫理的かつ科学的な根拠に基づき、必要とされる絶対的医行為を除く診療を自律して、効果的、効率的、タイムリーに提供し、患者および患者家族のQOLの向上に係る看護師」
- 一般社団法人日本NP教育大学院協議会 (2019年1月30日)

診療看護師（NP）に必要とされる 7つの能力

- ①包括的健康アセスメント能力
- ②医療処置・管理の実践能力
- ③熟練した看護実践能力
- ④看護マネジメント能力
- ⑤チームワーク・協働能力
- ⑥医療保健福祉制度の活用・開発能力
- ⑦倫理的な意思決定能力

診療看護師（NP）の養成課程

- 絶対的医行為を除く診療行為を自律的に実践していくためには、①フィジカルアセスメント、②臨床薬理、③疾病論を含む医学の基礎的な知識・技術を修得したうえで、臨床推論に基づき的確な診療行為が提供できる知識・技術等が不可欠とされる。
- このため、診療看護師の教育は、大学院修士課程（実践者育成コース）で行うこととし、教育の標準化を図るために日本NP教育大学院協議会では、養成教育（大学院）の課程認定を行っている。なお、教育の標準化を図る一環として、①入学時の「能力確認試験」、②実習に先立つ、OSCEを含む「実習前試験」の実施を推奨している。

資格認定試験

- 日本NP教育大学院協議会では、養成課程（大学院修士課程）において、上記7つの能力を修得したことを確認するために、2011年から「NP」資格認定試験を実施しており、2022年3月で670名の合格者を輩出している。

我が国での 診療看護師 (NP) の養成



NP養成大学名	NPプログラムの特徴	開始年
大分県立看護科学大学	慢性期NP(老年/小児)	2008年
国際医療福祉大学	慢性期/周術期 (周術期は2010年開始)	2009年
聖路加看護大学	小児/麻酔 (麻酔は2010年開始)	2009年
東京医療保健大学東が丘	クリティカル	2010年
北海道医療大学	プライマリ・ケア	2010年
聖マリア学院大学	家族	2010年

2021年現在は13校

- [北海道医療大学大学院](#)
- [国立大学法人 秋田大学](#)
- [東北文化学園大学大学院](#)
- [国立大学法人 山形大学大学院](#)
- [東京医療保健大学大学院](#)
- [国際医療福祉大学大学院](#)
- [佐久大学大学院](#)
- [藤田医科大学大学院](#)
- [愛知医科大学大学院](#)
- [公立大学法人 島根県立大学大学院](#)
- [公立大学法人 大分県立看護科学大学大学院](#)
- [国立大学法人 富山大学大学院](#)
- [森ノ宮医療大学大学院](#)

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

パート3

ナース・プラクティショナー配置による効果



ナース・プラクティショナー

2018 年度

NP 教育課程修了者の活動成果に関するエビデンス構築

パイロット事業

報告

2019 年 7 月

公益社団法人 日本看護協会

表1 NP教育課程修了者の活動成果に関するエビデンス構築パイロット事業・結果概要一覧（詳細は各施設からの事例報告を参照）

	施設名	アウトカム (*p<0.05, **p<0.01)		対象	NP教育課程修了者の役割	現在対応できない患者・利用者のニーズ
訪問看護	訪問看護ステーション「はあと」	利用者の悪化予防	救急外来受診↓ (0.09→0.05回*) 予定外入院↓ (0.85→0.58回**) 定期外受診↑ (0.28→0.30回**) ※いずれも訪問看護100日あたり	薬物療法の管理が必要な65歳以上の利用者 ①介入前:n=40 ②介入後:n=70	NP教育課程修了者を管理者として配置(初回訪問時にヘルスアセスメント・薬剤マネジメントを実施、訪問した看護師の報告を受けフォロー)	医師の診察を受けるまで薬剤を用いた症状緩和が行われない
介護老人保健施設	鶴見の太陽	ポリファーマシーの問題解決	総処方薬剤数↓ (259→125剤) 薬剤費↓ (322.6→55.6円/日・人**) ※レベル3以上の有害事象なし	入所時に薬剤調整が必要であった入所者 (n=42)	NP教育課程修了者の薬剤管理(処方内容を確認・ガイドライン等をもとに精査→医師に提案し減薬→全身状態の把握・管理)	ポリファーマシーの課題が改善されない
	メープル小田原	施設内での皮膚障害の治癒促進	施設外対応(外来受診・入院)↓ (28.3→3.8%**) 皮膚障害の治癒率↑ (78.3→92.5%*)	創部感染と蜂窩織炎を発症した入所者 ①介入前:n=46 ②介入後:n=53	NP教育課程修了者の老健ラウンドの開始(全身状態を踏まえ、薬剤やケア方法の選択、定期ラウンドと電話等で施設看護師を支援)	創傷ケアのうち薬剤を必要とする場合はタイムリーにケアを受けられないことがある
病院	熊谷総合病院	血糖コントロールの改善	HbA1c目標値の到達割合↑ (①53.2%、②74.4%*) LDL-C目標値、収縮期血圧目標値の到達割合は有意差なし	外来受診した65歳以上の2型糖尿病患者 ①専門医群:n=40 ②NP教育課程修了者+専門医群:n=51	NP教育課程修了者が非常勤の専門医と協働し、糖尿病患者に医療を提供(本人の生活や意向を把握し、包括的な治療を提案)	血糖管理のうち薬物療法はタイムリーに対応されないことがある
	長崎医療センター	在院日数短縮及び退院患者割合増加	平均在院日数↓ (全体①43.6日、②30.1日**) (65歳以上①44.3日、②31.5日*) 退院の割合↑ (全体①23.3%、②50.6%*) (65歳以上①10.5%、②44.0%*)	脳卒中入院患者 ①医師群:n=30 ②NP教育課程修了者+医師群:n=77	NP教育課程修了者の加配(多職種と協働した合併症予防、自宅での生活を意識した退院支援)	タイムリーに原因を探る検査がなされず抗菌剤が使用されないことがある
	愛知医科大学病院	ICU滞在日数短縮及び専門職の配置の効率化	死亡率、合併症発生率、ICU再入室率に有意差なし ICU滞在日数↓ (①NP教育課程修了者導入前6.6日、②導入後5.1日*)	術後人工呼吸器を装着しICUに入室した患者 ①導入前(医師2~3名):n=178、②導入後(医師1~2名+NP教育課程修了者1名):n=231	医師に代わってNP教育課程修了者を配置(入室時から退院後の生活を念頭におき、多職種と協働して合併症予防と早期回復)	早期に治療が開始されないことがある

I 訪問看護ステーション「はあと」

～救急外来受診と予定外入院が減少～

特徴

複数疾患を抱え、退院直後の状態が不安定な方であっても在宅で安心・安全に暮らしていただけるよう、NP 教育課程修了者としての高いアセスメント能力を活かし、タイムリーに看護を提供することで、救急外来受診や予定外入院を回避。

1 施設概要 (2019年2月1日時点)

設置主体	医療法人北農会
看護職員数	常勤換算 6.4 人(うち NP 教育課程修了者 1 人)
経験年数	看護師経験 平均約 20 年、訪問看護経験 平均約 6.5 年
利用者数	平均 81 人/月
内 訳	介護保険 8 割(糖尿病、心不全、認知症等) 医療保険 2 割(がん末期緩和ケア、頸髄損傷、パーキンソン病等)
届出加算と算定者の割合	特別管理加算：Ⅰ約 3 割、Ⅱ約 1 割 緊急訪問看護加算及び 24 時間対応体制加算：約 7 割 ターミナルケア体制・サービス提供体制強化加算
訪問件数	427 件/月
グループホーム 4 施設と契約、教育施設巡回看護、ヘルパーステーション併設	

2 訪問看護での役割や活動

1) 訪問看護利用者に対するヘルスアセスメント

3 訪問看護での活動の成果

1) 方法

目的	訪問看護で NP 教育課程修了者が介入することによる利用者の悪化予防への効果を検証
方法	後向きコホート研究 (NP 教育課程修了者介入前と介入後の利用者の診療録レビュー)
期間	介入前：2014 年 4 月 1 日～2016 年 3 月 31 日 (n=40) 介入後：2016 年 4 月 1 日～2018 年 3 月 31 日 (n=70)
対象	薬物療法の管理が必要な 65 歳以上の訪問看護利用者
内容	NP 教育課程修了者の介入前と介入後で、定期外受診、救急外来受診、予定外入院の回数を比較 正規性を保持しているものに対しては、パラメトリック検定、平均の差の検定として t 検定を用いた。正規性が保持できていないものに対しては、ノンパラメトリック検定を用いて、尺度に応じて、Mann-Whitney U-test、 χ^2 検定を用いた。

2) 結果

(1) 対象者の属性 (介入前・介入後の比較)

NP 教育課程修了者の介入前後で対象者の年齢・性別・要介護度に統計学的に有意な差は認めなかった (表 1)。

2) 結 果

(1) 対象者の属性（介入前・介入後の比較）

NP 教育課程修了者の介入前後で対象者の年齢・性別・要介護度に統計学的に有意な差は認めなかった（表1）。

表1 NP 教育課程修了者の介入前後の比較

属 性		介入前(n=40)	介入後(n=70)	p 値
平均年齢、歳		78.80(±9.2)	81.54(±8.8)	0.099
性 別	男性、人(%)	22(55.0)	37(52.9)	0.854
	女性、人(%)	18(45.0)	33(47.1)	
要介護≥3、人(%)		10(25.0)	18(25.7)	1.000
平均内服薬剤数(剤)		9.57	7.94	0.082

(2) NP 教育課程修了者の介入前後の救急外来受診、予定外入院、定期外受診の発生回数の比較（表2）

NP 教育課程修了者の介入前に比べ、介入後の方が

①救急外来受診回数が少なかった

介入前 0.09 回→介入後 0.05 回（訪問看護 100 日あたり）

②予定外入院回数が少なかった

介入前 0.85 回→介入後 0.58 回（訪問看護 100 日あたり）

③定期外受診の回数が多かった

介入前 0.28 回→介入後 0.30 回（訪問看護 100 日あたり）

IV 熊谷総合病院

～その人の生活や性格等を考慮した細やかな関わりで
専門医群と同等に血糖をコントロール～

特 徴

糖尿病常勤医が不在である急性期病院において、生活に密接に関係する糖尿病患者の病態を把握し、医師と連携しながら包括的な医療を提供。

1 施設概要 (2019年2月1日時点)

設置主体	医療法人熊谷総合病院	病床機能	急性期
稼動病床数	234床	平均在院日数	16日
病床稼働率	94.0%	1日平均外来患者数	518.8人
在宅復帰率	94.0%	看護職数(常勤換算)	140人
紹介率	30.1%	看護職の平均経年数	15.4年
逆紹介率	27.5%	認定看護師(実数)	4人
看護外来	スキンケア・緩和ケア	NP教育課程修了者	2人

2 糖尿病患者に対する活動

3 糖尿病管理の成果

1) 方法

目的	NP 教育課程修了者による 65 歳以上の 2 型糖尿病通院患者への活動の効果を検証
方法	後向きコホート研究 (NP 教育課程修了者群と糖尿病専門医群の診療録レビュー)
期間	2017 年 1 月 1 日～2018 年 12 月 31 日
対象	期間内に 6 回以上外来を受診した 65 歳以上の 2 型糖尿病患者 ①NP 教育課程修了者群 (n=51)：非常勤の糖尿病専門医と協働しながら NP 教育課程修了者が担当した患者 ②糖尿病専門医群 (n=40)： 週 1 回非常勤の糖尿病専門医が担当した患者
内容	NP 教育課程修了者群と糖尿病専門医群で、①高齢者の糖尿病ガイドラインに基づく HbA1c の目標値到達・非到達の割合、②LDL コレステロール (以下、LDL-C と記載) の目標値到達・非到達の割合、③高血圧ガイドラインに基づいた収縮期血圧の目標値到達・非到達の割合等を比較。なお、各目標値はガイドラインで定めている通り、年齢等により個別に算出。正規性を保持しているものに対しては、パラメトリック検定、平均の差の検定として t 検定を用いた。正規性が保持できていないものに対しては、ノンパラメトリック検定を用いて、尺度に応じて、Mann-Whitney U-test、 χ^2 乗検定を用いた。

(2) NP 教育課程修了者群と糖尿病専門医群の HbA1c、LDL-C、収縮期血圧目標値・到達割合の比較 (表 2)

糖尿病専門医群に比べ、NP 教育課程修了者群では、

① HbA1c 目標値の到達割合が高かった

NP 教育課程修了者群 74.4%、専門医群 53.2% (p=0.018)

② LDL-C 目標値の到達割合は差がなかった

③ 収縮期血圧目標値の到達割合は差がなかったが、非到達割合は高かった

到達割合 | NP 教育課程修了者群 24.1%、専門医群 25.5% (p=0.499)

非到達割合 | NP 教育課程修了者群 42.7%、専門医群 24.7% (p=0.002)

表 2 NP 教育課程修了者群と糖尿病専門医群の HbA1c、LDL-C、収縮期血圧の到達割合等の比較

	NP 教育課程 修了者群 (n=51)	糖尿病専門医群 (n=40)	p 値
HbA1c 目標値・到達割合	74.4%	53.2%	0.018*
HbA1c 目標値・非到達割合	25.6%	46.4%	0.024*
LDL-C 目標値・到達割合	75.5%	76.3%	0.87
LDL-C 目標値・非到達割合	24.5%	23.2%	0.65
収縮期血圧目標値・到達割合	24.1%	25.5%	0.499
収縮期血圧目標値・非到達割合	42.7%	24.7%	0.002**

(*p<0.05、**p<0.01)

V 国立病院機構 長崎医療センター

～在院日数が短縮し、退院の割合が向上～

特徴

NP 教育課程修了者は病院の果たすべき機能の中で重要とされる救急患者の迅速かつ柔軟な対応を行いながら、患者の心情や生活背景にも目を向け、チーム医療の要として活動している。

1 施設概要 (2018年12月1日時点、*は2018年度)

設置主体	独立行政法人 国立病院機構		
病床機能	高度急性期・急性期	救急患者数*	14,943人/年
稼動病床数	643床	手術件数*	5,455件/年
病床稼働率	88.9%	看護職数(常勤換算)	604.7人
平均在院日数	12.2日	認定看護師(実数)	17人
在宅復帰率	86.2%	専門看護師(実数)	2人
紹介率	81.5%	NP教育課程修了者	5人
逆紹介率	100.0%	看護職平均経験年数	平均9.2年

2 急性期病院での役割や活動

3 急性期病院での活動成果

1) 方法

目的	NP 教育課程修了者の医療サービスが追加前後の脳卒中入院患者の在院日数等を比較し、その医療サービスの介入効果を検証
方法	後向きコホート研究(介入前後の患者の診療録をレビュー)
対象	脳卒中で入院した患者 107 名(死亡例、検査入院例は除外)
期間	医師群(n=30)：2015年8月1日～2016年1月31日 NP 教育課程修了者群(n=77)： 医師に加え NP 教育課程修了者の医療提供を追加 2016年8月1日～2017年1月31日 2017年8月1日～2018年1月31日
内容	医師群と NP 教育課程修了者群で平均在院日数、退院*の割合を比較 *退院は「医療機関以外に退院」、転院は「他の医療機関に転院」と定義 正規性を保持しているものに対しては、パラメトリック検定、平均の差の検定として t 検定を用いた。正規性が保持できていないものに対しては、ノンパラメトリック検定を用いて、尺度に応じて、Mann-Whitney U-test、 χ^2 二乗検定を用いた。

2) 結果

(1) 対象者の属性（医師群と NP 教育課程修了者群の比較）（表1）

医師群と NP 教育課程修了者群で対象者の年齢、性別、来院時の Glasgow

(2) 医師群と NP 教育課程修了者群の平均在院日数、退院の割合の比較 (表 2)

医師群に比べ、NP 教育課程修了者群の方が

① 平均在院日数が短かった

全対象者 (n=107) 医師群 43.6 日、NP 教育課程修了者群 30.1 日 (p=0.006)

65 歳以上 (n=69) 医師群 44.3 日、NP 教育課程修了者群 31.5 日 (p=0.017)

② 退院の割合が高かった

全対象者 (n=107) 医師群 23.3%、NP 教育課程修了者群 50.6% (p=0.016)

65 歳以上 (n=69) 医師群 10.5%、NP 教育課程修了者群 44.0% (p=0.011)

表 2 医師群と NP 教育課程修了者群の平均在院日数、退院の割合の比較

	医師群 (n=30)	NP 教育課程 修了者群 (n=77)	p 値
平均在院日数、日	43.6	30.1	0.006**
転院の割合、% (件数)	76.7% (23)	49.4% (38)	0.016*
退院の割合、% (件数)	23.3% (7)	50.6% (39)	

(*p<0.05、**p<0.01)

3) 考 察

医師群に比べて NP 教育課程修了者群の方が、平均在院日数が短く、退院の割合が高かった。脳卒中急性期の合併症発生頻度は高く、合併症は回復を遅らせること

VI 愛知医科大学病院

～NP 教育課程修了者導入前と導入後で患者の回復に差がなく、
NP 教育課程修了者導入後で ICU 滞在日数が短縮～

特徴

NP 教育課程修了者はチーム医療の中心的役割を担い、周術期患者の不安の緩和や早期回復に向けた支援、集中治療を受ける患者の回復力を促進させる介入を行う。

1 施設概要 (2019年2月1日時点)

設置主体	学校法人愛知医科大学		
病床機能	高度急性期	救急患者数	37,331 人
稼働病床数	832 床	看護職数	991 人(常勤換算)
病床稼働率	87.0%	認定看護師	25 人
平均在院日数	10.7 日	専門看護師	2 人
手術件数	22,798 件/年	NP 教育課程修了者	4 人

2 ICU での役割や活動

3 ICUでの活動成果

1) 方法

目的	ICUでのNP教育課程修了者導入前後の術後人工呼吸器装着患者の転帰を比較し、導入の効果を検証
方法	後向きコホート研究(導入前と導入後の患者の診療録レビュー)
対象	術後人工呼吸器を装着した状態でICUに入室した患者409名 (診療録に詳細な記載がない患者、2度目の手術であった患者は除外)
期間	NP教育課程修了者導入前 (n=178):2015年4月~2016年3月 日中:医師2~3名、夜間:医師2名の勤務体制 NP教育課程修了者導入後 (n=231):2016年4月~2017年3月 日中:医師1~2名+NP教育課程修了者1名 夜間:医師1名+NP教育課程修了者1名の勤務体制
内容	導入前と導入後で死亡率、合併症発生率、ICU滞在日数、入院期間等を比較 正規性を保持しているものに対しては、パラメトリック検定、平均の差の検定としてt検定を用いた。正規性が保持できていないものに対しては、ノンパラメトリック検定を用いて、尺度に応じて、Mann-Whitney U-test、 χ^2 乗検定を用いた。

2) 結果

(1) 対象者の属性(導入前と導入後の比較) (表1)

合併症発生率・ICU 再入室率の比較

		導入前 (n=178)	導入後 (n=231)	p 値
死亡率	ICU 死亡率・%(件数)	2.2%(4)	3.0%(7)	0.763
	院内死亡率・%(件数)	5.6%(10)	6.1%(14)	0.850
	90 日間死亡率・%(件数)	10.1%(18)	8.2%(19)	0.509
	90 日以降の死亡率・%(件数)	19.1%(34)	7.8%(18)	<0.001**
人工呼吸器装着日数(平均±SD)		3.2±6.0	2.2±6.7	0.123
ICU 滞在日数(平均±SD)		6.6±10.2	5.1±5.0	0.040*
在院日数(平均±SD)		40.5±57.7	39.8±41.0	0.885
合併症 発生率 %(件数)	術後肺炎	4.5%(8)	2.1%(5)	0.256
	人工呼吸器関連肺炎	2.8%(5)	1.3%(3)	0.247
	急性腎不全	20.8%(37)	22.5%(52)	0.718
ICU 再入室率・%(件数)		4.5%(8)	6.5%(15)	0.517

(*p<0.05、**p<0.01)

ナース・プラクティショナー(仮称)制度を求める声

高齢化率30%超*の地域では、医療提供に課題が生じており、
首長や医療行政担当者、医師等が制度創設を求めている

*全国の高齢化率の推計値：2025年30.0%、2040年35.3%（出典：内閣府「令和元年度版高齢社会白書」）

北海道〇〇郡〇〇町・町長（人口 約2,000人、高齢化率38%）

人口が2,000人を切れば**医師確保や町立クリニックの維持を諦めざるを得ない**。ナース・プラクティショナー(仮称)を町内に配置し、札幌などの医療機関の医師とコミュニケーションをとりながら医療を提供できると良い。地方自治体は大金を費やし医師を確保してきたが、多くの首長は今後はその手法では困難だと考えている。

九州：〇〇郡〇〇町・医療行政担当者（人口 約8,000人、高齢化率35%）

人口約1,000人のA地域では民間病院が診療所(週3日)に転換。将来的な撤退を懸念している。**医療がなくなると人口がさらに減ってしまうが医師の配置は困難であり、ナース・プラクティショナー（仮称）制度が必要。**

東北：〇〇市・訪問看護ステーション管理者（人口 約80,000人、高齢化率33%）

医師確保困難により病院が診療所に転換し、その後いくつかは休業。地域の**基幹病院の医師も1/3程度となり、訪問診療を中止**。対応する医師がいないため、**在宅療養を希望する患者が自宅に戻れず、訪問看護も大幅に縮小**。**在宅看取りも対応できず、亡くなる直前に救急搬送**となる。ナース・プラクティショナー(仮称)制度を創設し、自宅の畳の上で穏やかな最期を迎えたいという住民の希望を叶えて欲しい。

公立病院の医師（島根県〇〇郡〇〇町 人口 約10,000人、高齢化率42%）

地方の、特に国保診療所では**医師の確保が困難で、確保しても高額な費用負担が必要な上、対応は平日日中のみのことが多い**。医師の確保が困難な診療所にナース・プラクティショナー(仮称)を配置して欲しい。

離島を多く抱える県の医療行政担当者(医師)

人口3万人程度の島(高齢化率35%)では、**医師が近隣の小離島へ訪問診療をしているが、ナース・プラクティショナー(仮称)に任せたい**。そうすれば訪問回数も増やせる。プライマリケアを担う人材が不足しており、ナース・プラクティショナー(仮称)を各病院に2~3名、人口3,000~5,000人の地域の診療所に1名配置したい。

病院団体・本部の看護師

地方の診療所の医師は高齢化している。外来・訪問診療・各種会議を1人で担っており、**外来中に往診依頼があった際などに、訪問し、状態を把握し、必要な対応ができる人材を求めている**。また、人口100人程度で**医師がいない島では、患者の状態を判断し、必要な対応を行う役割を看護が担うことが求められている**。

パート4

米国のナース・プラクティショナー



ナース・プラクティショナー (NP)

- NPの歴史

- 1965年のコロラド大学で養成が始まる

- 僻地での医療提供を目的

- 現在NPは看護師人口の8%、15万人が働く

- ①小児、②ウイメンズヘルス(女性の健康)、③高齢者、④精神、⑤急性期など5領域
- 救急、家族、新生児などの領域

- NPの業務範囲

- プライマリーケア、予防的なケア、急性期及び慢性期の患者の健康管理、健康教育、相談・助言など

- 限定された薬の処方や検査の指示を出す権限も州によっては認められている。

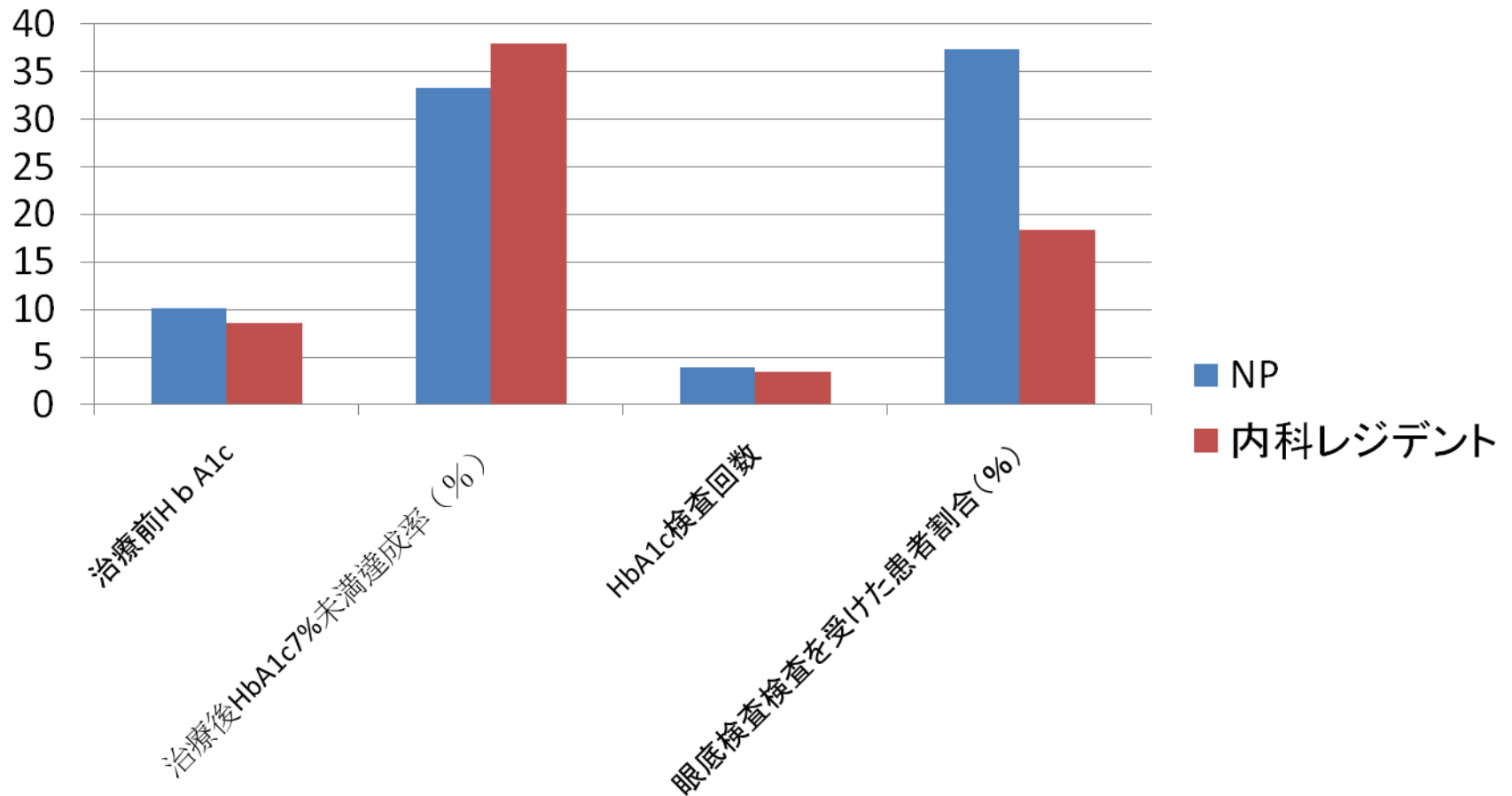
NPの業務

- **フィジカルアセスメント**
 - 患者の正常所見と異常所見の判別を行う
- **検査オーダー、処方**
 - 急性期や慢性期の健康管理では、感染や外傷患者、糖尿病や高血圧患者に対し、医師とあらかじめ協議したプロトコールに基づいて、NPは診断に必要な臨床検査やレントゲン検査の指示を出し、その結果を分析し、必要な薬剤の処方や処置の指示を出す
- **患者健康教育、カウンセリング**

NPの臨床パフォーマンス評価

- NPと内科レジデントの臨床パフォーマンス比較評価
 - ミシシッピ大学医療センターKristi Kelley 博士ら
NPと内科レジデントの比較
 - NPクリニック受診患者47例
 - 内科レジデント受診患者87例
 - 評価項目
 - 血糖値、血圧値、脂質コントロール、アスピリン療法、眼底検査、微量アルブミン尿およびACE阻害薬の使用など糖尿病管理と糖尿病合併

NPと内科レジデントの評価



NPの評価

- 「ナース・プラクティショナー,
医師アシスタント, 助産師 の政策分析」
 - 連邦議会技術評価局 (OTA) 1985年
 - 「NPのケアの質は医師と同等であり,特に患者とのコミュニケーション, 継続的な患者の管理は医師よりも優れている」
 - 「過疎地住民, ナーシング・ホーム在院者, 貧困者など医療を受ける機会に恵まれない人々にNPは有効である」

米国のNPの養成

- NPの養成課程
 - 大学院の修士課程
 - 独自の養成校
 - 9ヶ月のコース
- 入学条件
 - 高卒以上、登録看護師(RN)
 - 病院や診療所の実務経験(数年)
- カリキュラム
 - 最初の4ヶ月
 - 学校内で講義と実習、とくに診断のための診察技術の訓練
 - 後半5ヶ月
 - 病院や保健センターでの実習を行う

パート5

特定行為研修の導入の 経緯を振り返る



医療介護一括法の保
助看法一部改正（
2014年6月）

「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)

医師法と保助看法

- 医師法第17条

- 「医師でなければ、医業をなしてはならない。」

- 保健師助産師看護師法（保助看法）
第5条

- 「傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行う」

医行為の範囲は時代とともに 変わってきている

- 「医業」というのは、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)のこと。
- 一定の医行為は「診療の補助」の範囲として、医師が看護師に指示し監督することで、看護師でも行うことができる。
- しかし、どこまでを「診療の補助」とするのかは曖昧だった。
- 例えば2002年以前は、静脈注射を看護師は行えなかった。
(旧)厚生省医務局長通知(1951年)では、「看護婦の業務の範囲外の行為であり、医師または歯科医師の指示があってもこれを行うことができない」とされていた。
- 2002年厚労省医務局長通知で現在は静注も「診療の補助」に含まれるようになった
- このように「診療の補助」というのは曖昧で、時代と共に変わるものもありますが、医行為と看護行為の両方の側面があるので、「相対的看護行為」であり、「相対的医行為」だ。

看護師の静脈注射は2002年まで
は禁止されていた！？



特定行為に係る看護師の研修制度のこれまでの検討経緯

	有識者会議の開催等	試行事業の実施
平成21年度 2009年	平成22年3月 「チーム医療の推進に関する検討会」報告書 「一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師が、従来、一般的には「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一定の医行為を医師の指示を受けて実施できる新たな枠組みを構築する必要がある。」	
2010年 平成22年度 ～ 平成24年度 2012年	平成22年5月 「チーム医療推進会議」及び同会議の下に「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」を設置し、具体的議論を開始 ※平成22年度厚生労働科学特別研究事業にて看護業務実態調査(調査項目203項目)を実施 平成24年9月 特定行為等についての意見募集の実施(1回目) 平成25年3月 チーム医療推進会議による「特定行為に係る研修制度(案)」取りまとめ 「医師又は歯科医師の指示の下、プロトコルに基づき、特定行為を行おうとする看護師は、厚生労働大臣が指定する研修機関において、厚生労働省令で定める基準に適合する研修の受講を義務づける。」	・特定行為を実施する看護師の養成に関する調査試行事業の実施(平成22～24年度) ・特定行為を実施する看護師の業務に関する試行事業の実施(平成23～24年度)
平成25年度 2013年	平成25年7月 特定行為等についての意見募集の実施(2回目) 平成25年10月 第20回チーム医療推進会議において、「特定行為に係る看護師の研修制度(案)」の枠組みに基づき、特定行為及び特定行為研修区分(案)、指定研修の基準に係る事項を提示。 平成25年12月 社会保障審議会医療部会による「医療法等改正に関する意見」取りまとめ 「診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為(「特定行為」)を明確化するとともに、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコルに基づき、特定行為を実施する看護師に係る研修制度を創設する。」	・「診療の補助における特定行為に係る医師の指示に基づくプロトコル試行事業」の実施(平成25年度)
平成26年度 2014年	平成26年6月 国会審議を経て、保健師助産師看護師法の一部改正を含む「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(平成26年法律第83号)」が成立	・「特定行為研修制度における手順書活用事業」の実施(平成26年度)

「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)



チーム医療推進のための看護業務 ワーキンググループ

- 2010年5月より「チーム医療推進会議」とその下に「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」が設置され、以後3年半にわたる議論が行われる。
- しかし議論は会議メンバーの日本医師会の委員の反対にあって迷走する。具体的には厚労省が当初想定していた国家資格としての「特定看護師」から、「看護師特定能力認証制度」となり、最終的には「特定行為に係る看護師の研修制度」と二転三転した。
- 結局は当初の国家資格としての特定看護師制度やグローバルスタンダードとしてのNP構想は跡形もなくなり、単なる特定行為の研修制度へと形を変えた。
- そして特定行為の仕分けを行った。

国家資格
「特定看護師」新設



厚生労働省

ミニ医者を作るのは反対
看護師は看護に
専念すべきだ



高度な医療処置を
行う専門の看護職

看護職だけが
業務を突出させる
のはおかしい
？



コメディカル

それほど医行為
がしたかったら、
医者になればいい
ではないか！



議論は2転3転する・・・

特定看護師

```
graph TD; A[特定看護師] --> B[看護師特定能力認証制度]; B --> C[特定行為研修制度];
```

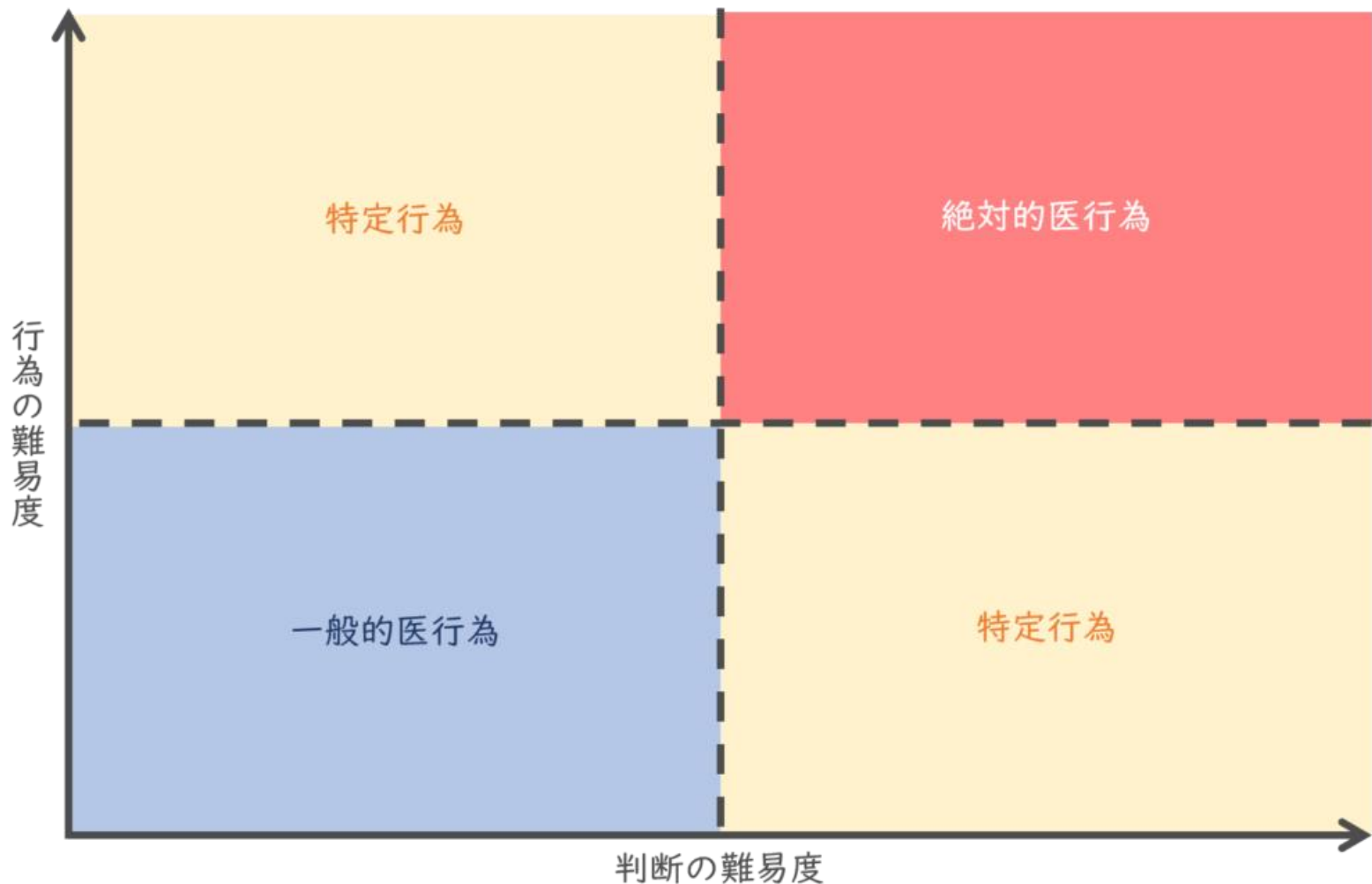
看護師特定能力認証制度

特定行為研修制度

特定看護師は消える

- 日本NP教育系大学院協議会では、「特定看護師は修士課程修了を要件とすると言われていたので、特定看護師は高度実践看護師のグローバルスタンダードを満たすものだ」ととらえていた。
- しかし大学院課程新設による資格化や、特定医行為の早期実現を求める患者や介護者等のニーズとは一致していないという問題も提起された。
- こうした要因から、「特定看護師」の新設は、医師や他の医療職の理解を得ることはできなかった。
- 結局、特定行為研修の制度となる。

チーム医療の推進のための看護業務検討ワーキング 絶対的医行為と特定行為に仕分を行った



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。



「特定行為研修制度」が 保助看法の一部改正で成立

医療介護一括法(2014年6月18日)

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

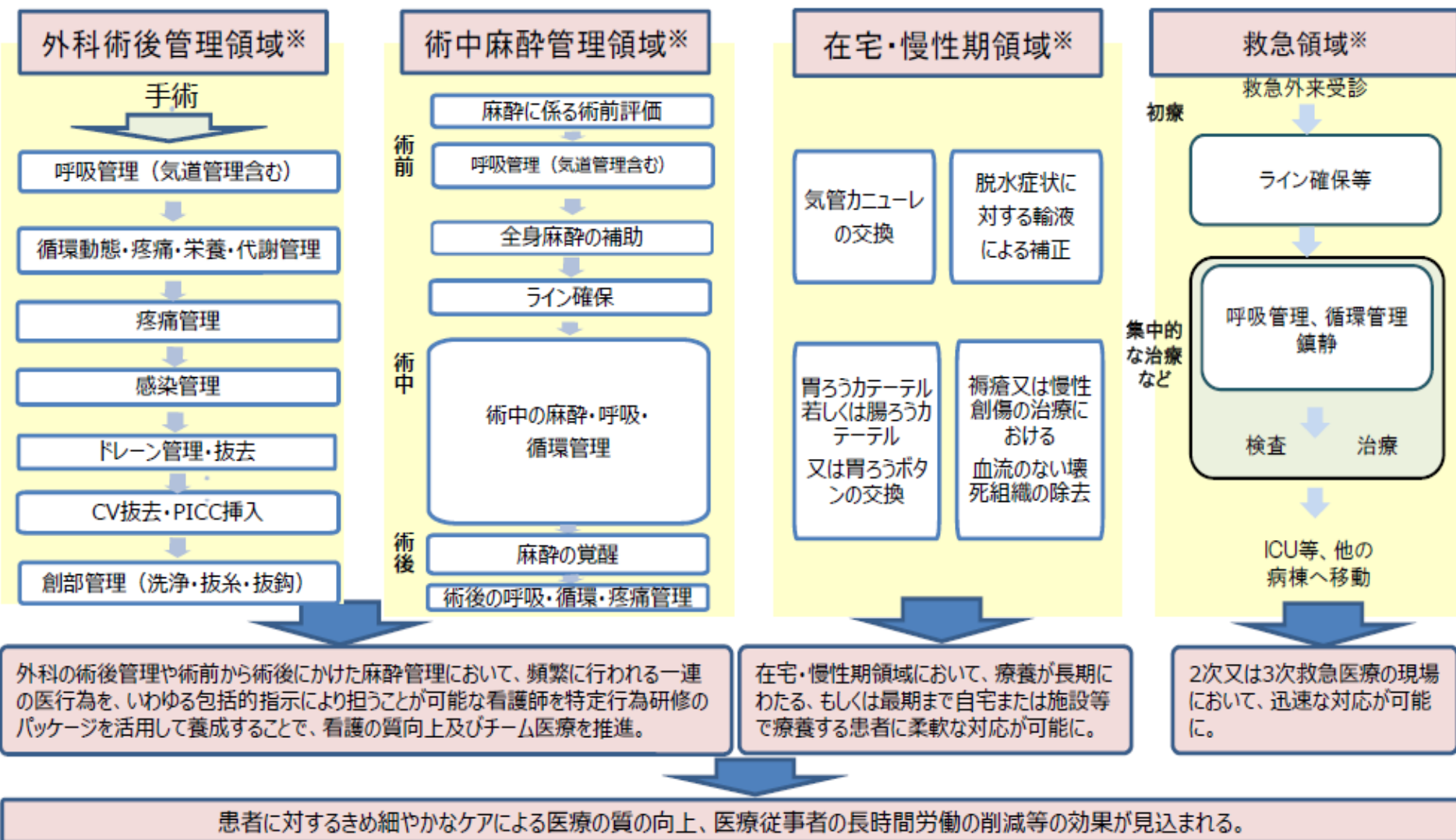
厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)

厚生労働省医道審議会保健師助産師看護師分科会
看護師特定行為・研修部会(2018年9月28日)



特定行為研修を
在宅、慢性期、外科な
どでパッケージ化して
受講しやすいように見
直してはどうか？

特定行為研修制度のパッケージ化のイメージ

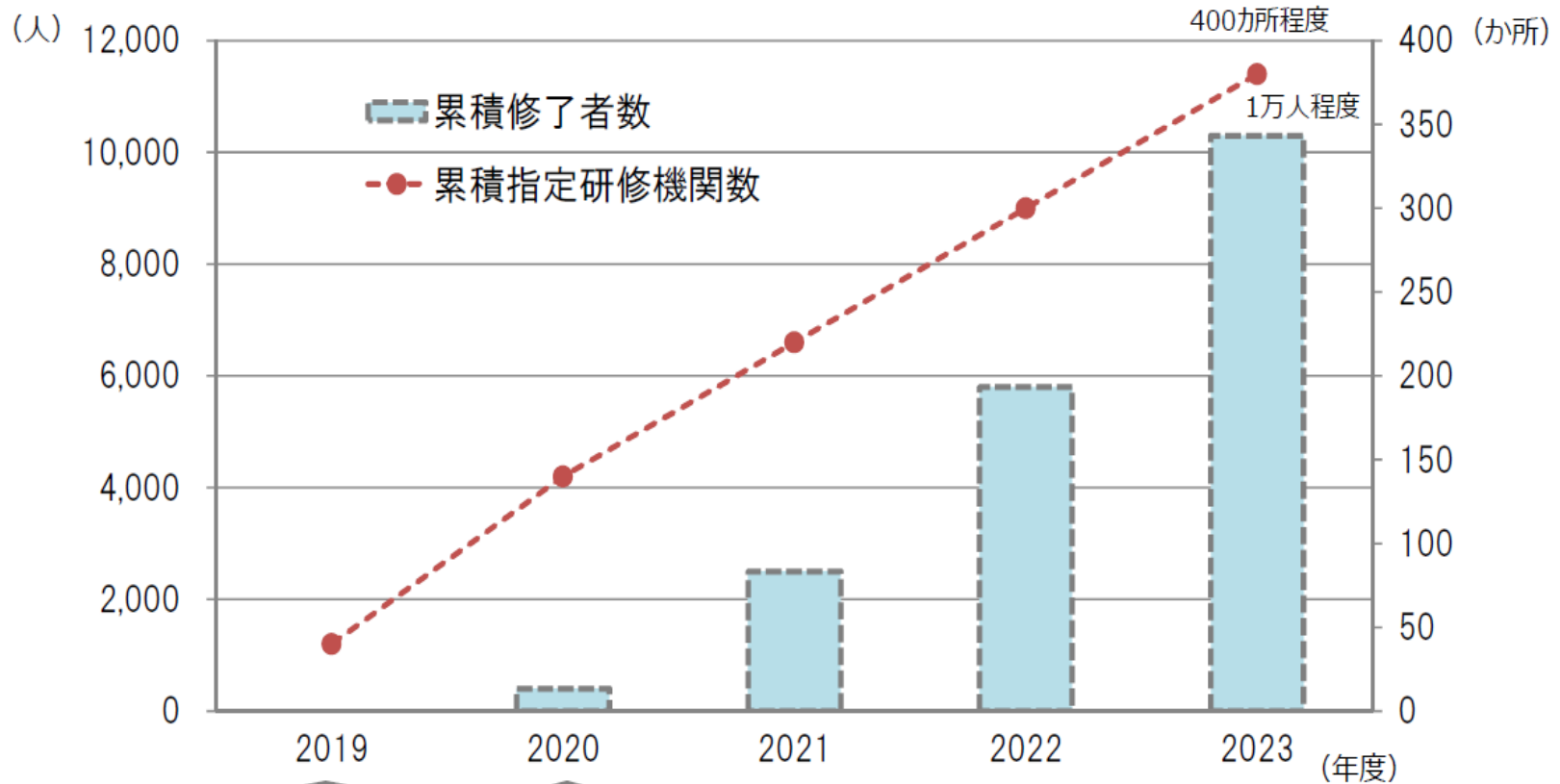


※ 一連の流れの中で特定行為研修修了生がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施。

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

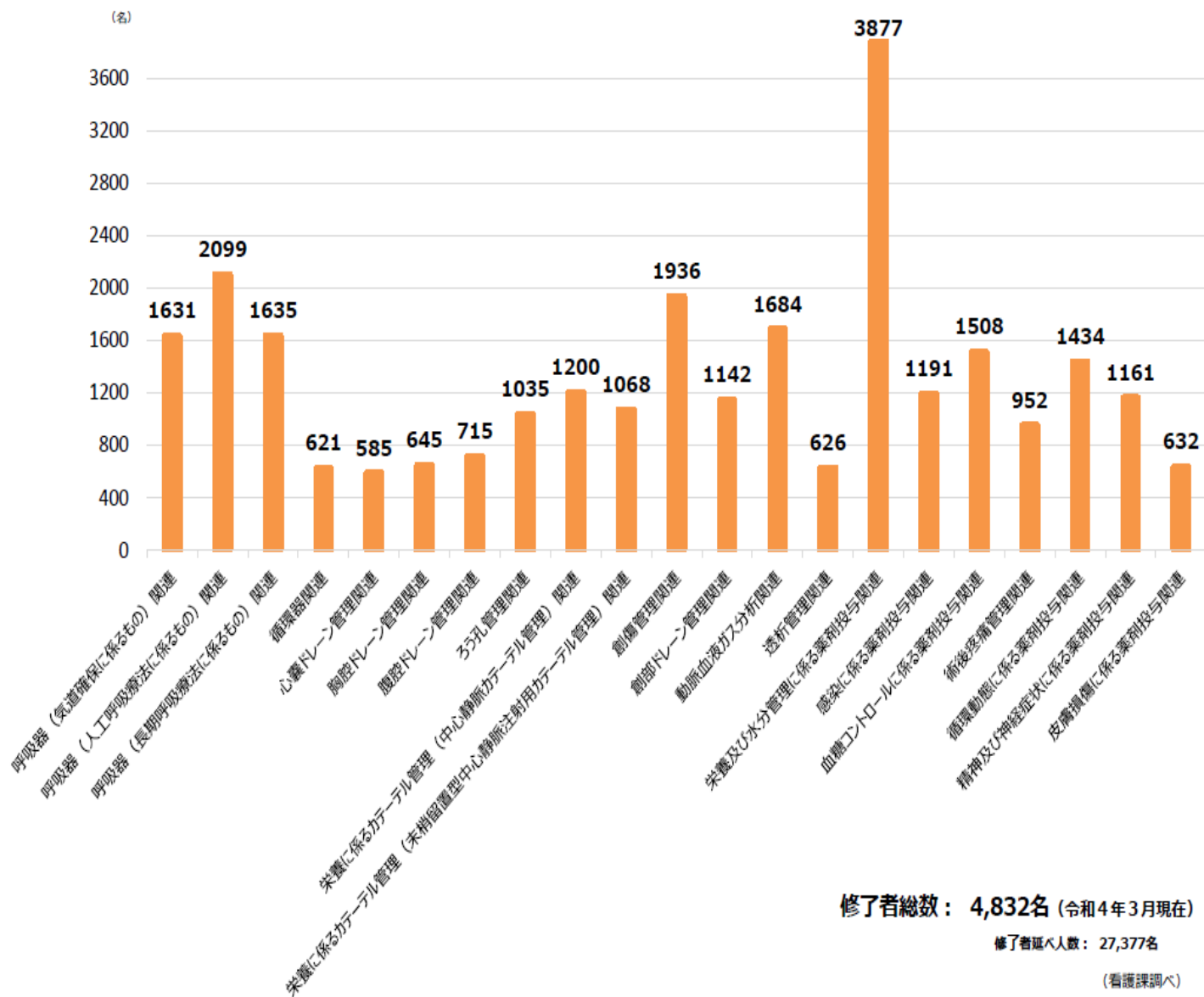


省令改正 (パッケージ研修創設)
パッケージ研修を実施する
指定研修機関の申請開始

パッケージ研修
開始

4832人(2022年3月)

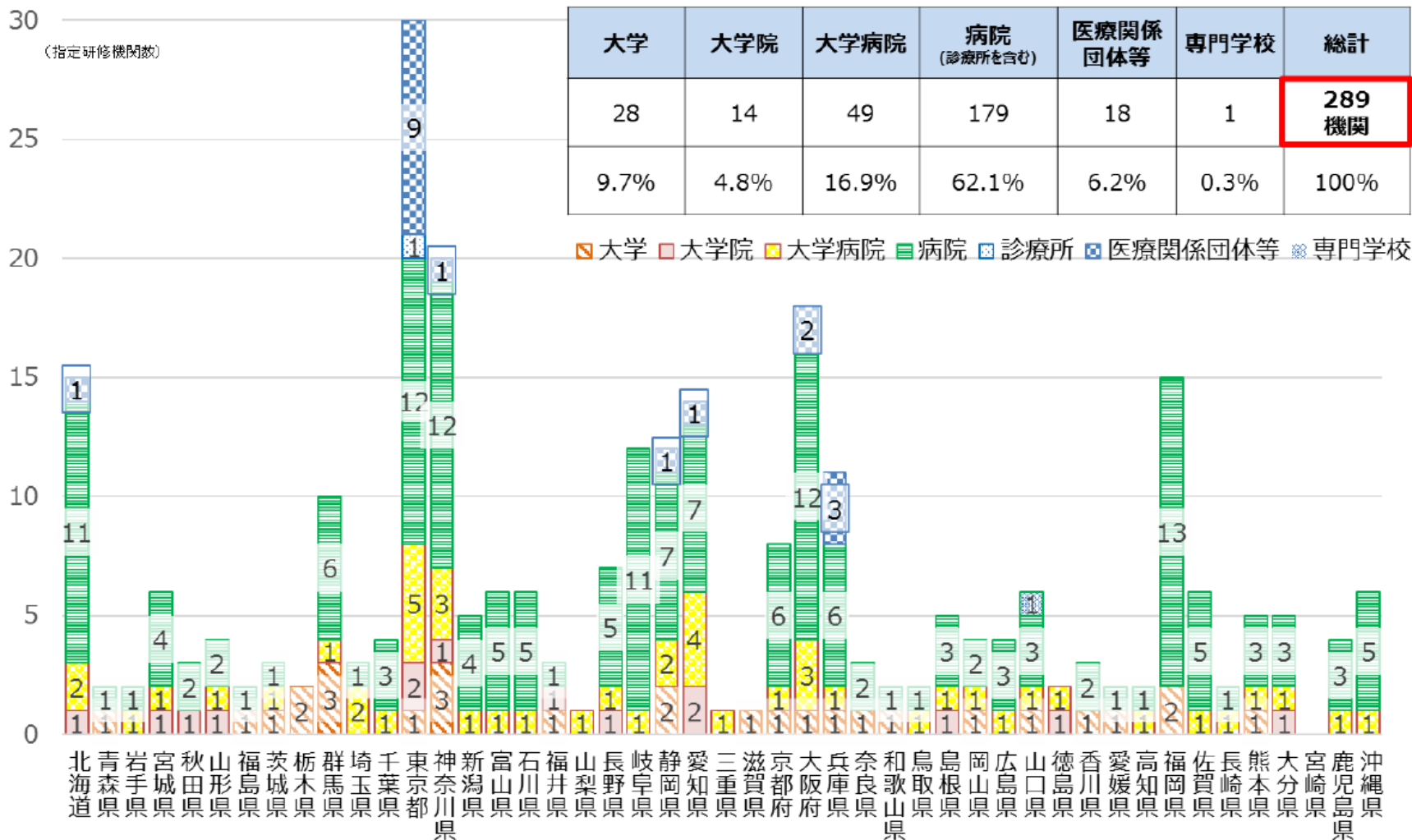
特定行為研修を修了した看護師数（特定行為区別）



特定行為研修を行う指定研修機関等の状況

■都道府県別指定研修機関数(令和3年8月現在)

■施設の種別別指定研修機関数(令和3年8月現在)



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！

パート6

再度、ナース・プラクティショナー
制度を！

タスク・シフティングに関するヒアリング



生きるを、ともに、つくる。

公益社団法人 日本看護協会

タスク・シフティングに関する日本看護協会の考え

- 医師の労働時間が短縮する中でも、国民に必要な医療が安全かつタイムリーに提供されることが不可欠。
- そのためには、医療専門職がそれぞれの専門性を軸に、さらに役割を発揮し、今まで以上に医療の提供に貢献していかなければならない。その際には、質の担保が重要である。
- 看護は「**医療**」と「**生活**」の両面から患者を捉え、療養生活を支えている。患者の最も身近にいる医療専門職として、国民に必要な医療がタイムリーに提供されるよう、今後はさらなる役割と責任を引き受けていく。

本日の内容

I. 医師から看護師へのタスク・シフティング

1. 特定行為研修制度の活用推進

2. 看護師が判断可能な範囲の拡大

最も身近な医療職である看護師が判断可能な範囲を拡大することで、「患者へのタイムリーな対応」と「医師の業務の効率化」が両立

すべての看護師が対象

- ① タイムリーに必要な検査を判断
- ② 薬剤を用いた療養上の世話をタイムリーに提供
- ③ ナース・プラクティショナー(仮称)による医療提供

II. 看護師から他職種へのタスク・シフティング

III. タスクシフト推進に関する課題

2-①タイムリーに必要な検査を判断→治療の開始

現在の仕組みと課題

医師の指示は患者を特定する必要があるが現行法上、患者の特定を事後とする運用が可能であるかについては示されていない。

199床, 2次救急拠点病院の救急部門
入院20名/日、救急車8台/日
夜間のwalk-in 10人/日
感染症、急性腹症、外傷が多い
常勤医師2名

医師の指示が出るまで
検査もできない!?

当直医は
胸痛患者に
対応中



原宿花子さん、82歳
発熱, 咳, 倦怠感, 悪寒
介護施設の職員と受診

対応

以下の運用が可能であると明示

＜看護師が即座に対応＞
状態の見極め

↓
医師が予め指示した
状態像に該当するかを判断

↓
指示されていた検査を代行入力
(採血, 培養検査, レントゲン検査)



↓
医師の到着時には
検査結果が出ており、
すぐに治療を開始

【救急外来の例】

胸痛⇒12誘導心電図検査, 採血検査等
肺炎疑い⇒採血, 培養検査, レントゲン検査

【病棟の例】

〇〇術後に発熱, 頭痛, 呼吸困難, 嘔気など⇒△△検査

期待される効果：医師が外来、手術、検査を中断して指示を出さずともタイムリーに検査を実施＋医師の業務負担も軽減

2-②薬剤を用いた療養上の世話をタイムリーに提供

現在の仕組みと課題

看護師は患者の状態をアセスメントしながら必要な療養上の世話をタイムリーに提供。しかし、薬剤は医師が診察・処方しなければ使用できない。
⇒医師が指示を出すまでは薬剤を使用することができない。
現場では、医師が看護師の提案した薬剤を処方することも多い。

199床、2次救急拠点病院の内科病棟、常勤医師●名
誤嚥性肺炎、脱水、尿路感染が多い

日中、
医師は外来や
検査で病棟に
不在



3日間排便がなく、
お腹が張っているので
下剤を

原宿花子さん、82歳
肺炎で入院5日目
高血圧・糖尿病あり

仙骨部の表皮が剥がれている
ので●●(ドレッシング剤)を

安静で腰痛が悪化して
いるので、湿布を

皮膚の乾燥が強く、
褥瘡リスクも高いので
ワセリンを

対応：療養上の世話に必要な薬剤を看護師が判断・使用できるようにする

(例)

排便コントロール：下剤、浣腸液、止痢剤、整腸剤など

スキンケア：軟膏(ワセリン、アズノール、ヒルドイド、ゲンタシンなど)、ドレッシング剤、目薬(ヒアレインなど)

疼痛緩和：湿布、麻薬を除く鎮痛剤など

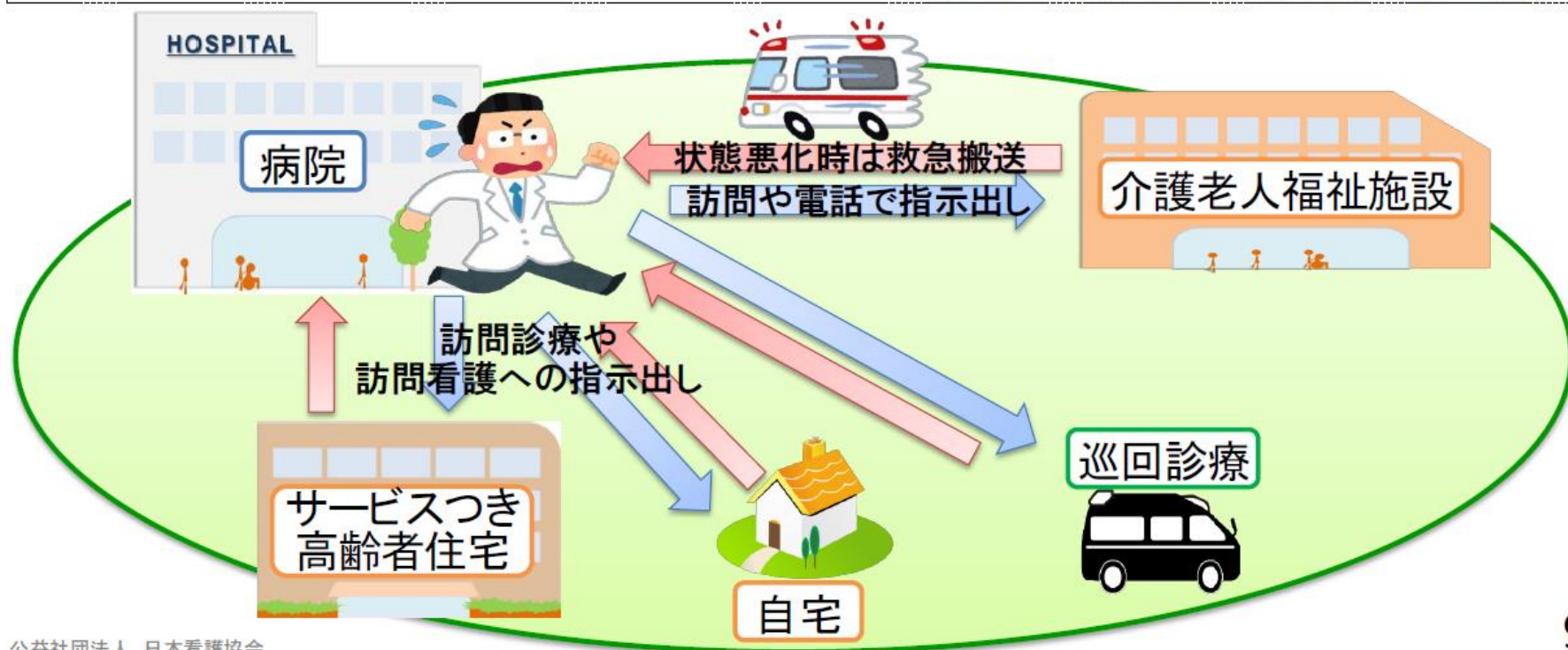
期待される効果：状態の変化に応じ、タイムリーに療養上の世話を提供
+ 医師の業務負担も軽減

2-③ナース・プラクティショナー(仮称)による医療提供

現在の仕組みと課題


- すべての医療提供の判断・指示を医師が担っている。今後、医療ニーズが増加する中で医師がすべてに対応する仕組みのままでは、医師の業務量はさらに増加し、タイムリーな対応も困難となる。
- 病院勤務医の中には介護施設等で療養する患者の主治医になっている場合*もあり、
 - ・ 院外の訪問診療・往診や施設や訪問看護師からの報告・連絡・相談対応及び指示出しにも時間を割いている。
 - ・ これらの対応が困難な場合には、外来受診や救急搬送となり、病院の業務量が増加する。

* 全国平均で32.1%の病院が訪問診療を実施
出典:厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」



2-③ナース・プラクティショナー(仮称)による医療提供 介護施設等での医療提供の現状

患者の近くにいる看護師が施設外の医師と協働して医療を提供



表参道次郎さん、83歳、介護施設で生活
糖尿病・高血圧、脳梗塞後、左半身麻痺

看護師
状態の変化を把握

＜現在の看護師の関わり＞

➤ **悪化予防・異状の早期発見**

糖尿病・高血圧管理、誤嚥・転倒・転落・感染の予防など

全身状態の変化をタイムリーに把握し、必要時には
**医師に報告し、症状や状態の安定、改善に
必要な治療の指示を受ける**

➤ **最期までその人らしい療養生活を支援**

医師
報告を受けて指示

病院勤務医

＜現在の医師の関わり＞

2～3週間に1回訪問し、診察
血糖・血圧管理を中心に医療提供
＋
変化があれば、

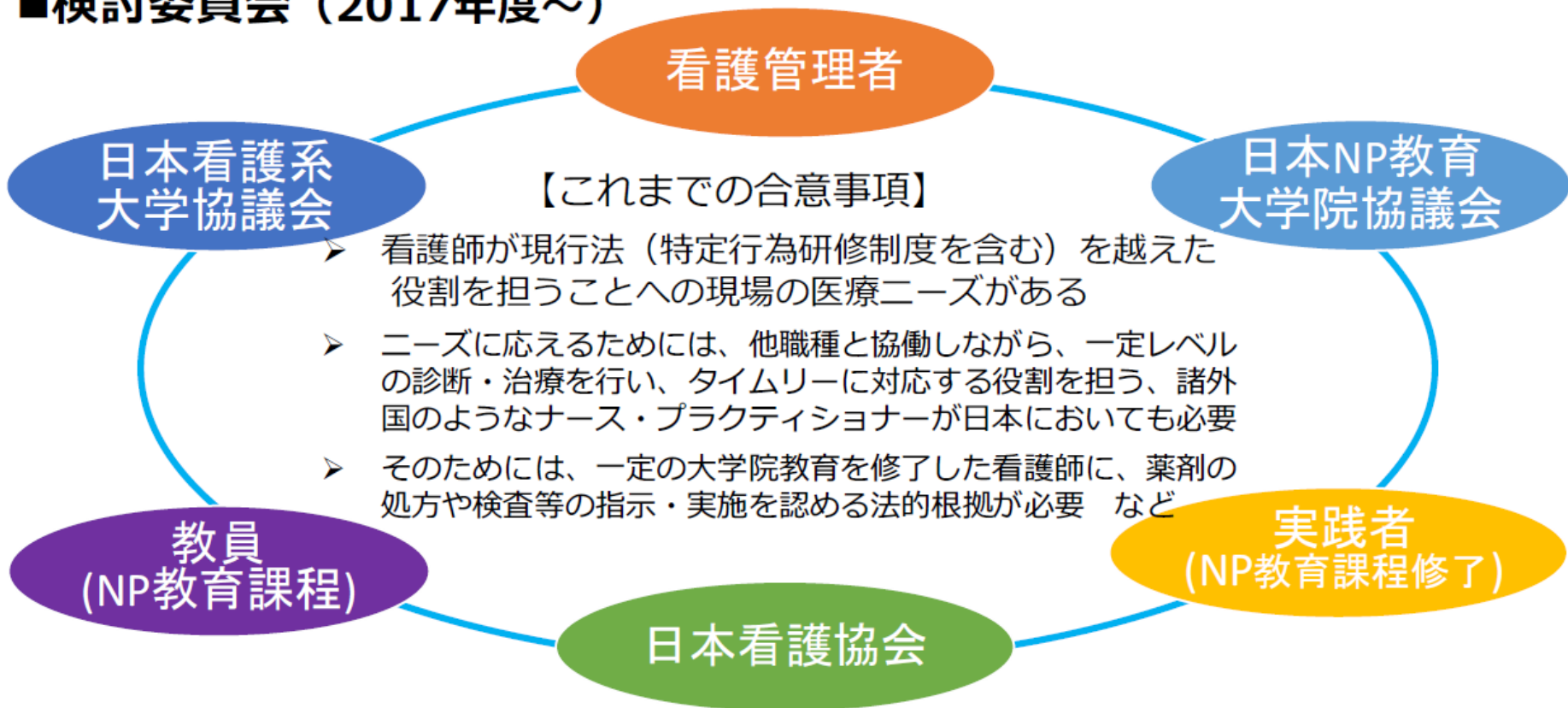
診断し、治療方針を決定

- 医師がすぐに来訪できず、**救急外来への搬送**の指示が出ることがある
- 医師と連絡が取れず、**救急外来に搬送**することがある
- 医師がすぐには診察できず、対応までに時間を要することがある
- 医師が外来や検査等を中断して、対応することがある

2-③ナース・プラクティショナー(仮称)による医療提供 看護界の共通認識

多様な立場の看護職・関係団体が国民のニーズに応じていく必要性を認識

■検討委員会（2017年度～）



■NP教育機関との意見交換会（2018年度～、年1回開催）

■NP教育課程修了者の交流会（2017年度～）

参加者：9大学院の教員及び日本NP教育大学院協議会・日本看護系大学協議会

諸外国の例：従来の業務範囲を越える看護師の役割

十分な教育を受け、従来の業務範囲を越える役割を担う看護師は、医師と同等以上の質のケアを提供し、医療へのアクセス改善や質向上に寄与(OECD報告書)

ナース・プラクティショナー制度

導入国	アメリカ、カナダ、アイルランド、オーストラリア、ニュージーランド、オランダ、 <u>シンガポール*</u> など
制度創設の目的	医師の供給に限られる中での医療へのアクセスの改善、ケアの質向上など
業務内容	診断とヘルスアセスメント、検査の指示、治療の判断、医薬品の処方、患者の他の専門職への紹介など
資格要件(例)	<ul style="list-style-type: none"> 看護師の資格や登録の保有 臨床経験 統一基準に基づき、臨床推論などを含む認可された大学院修士課程を修了
成果・評価	以下のエビデンスが示されている <ul style="list-style-type: none"> ➢ 医師と同等もしくはそれ以上の質のケアを提供 ➢ 入院・再入院の減少 ➢ 患者満足度の向上

看護師による薬剤処方

国名	処方可能な範囲	要件
イギリス	能力の範囲内で、いかなる症状に対するいかなる医薬品も処方可能 (規制薬物を含む)	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 処方に関するコースの修了 ➢ 臨床経験3年 ➢ 監督・支援する医師等
スウェーデン	医薬品とワクチンのリストから処方可能	薬理学と生理学の科目を履修
アイルランド	医師との連携診療契約の条件に基づき、業務範囲内であらゆる医薬品を独立して処方可能	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 処方に関する科目の履修 ➢ 看護学の学位 ➢ 3年の職歴 ➢ 専門領域で1年以上の雇用 ➢ 連携契約等
スペイン	ガイドラインに沿って、医師の監督のもとで処方可能	薬理学の科目を履修
デンマーク	誰が、どの医薬品を、誰に(患者群・特定の患者)処方できるかを定めた枠組みの中で、医師の監視のもと標準ガイドラインに沿って処方可能	特定の研修を修了

出典: Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017), "Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation", OECD Health Working Papers, No. 98, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>.

*シンガポールはSingapore Nursing Boardホームページ(<https://www.healthprofessionals.gov.sg/snb/advanced-practice-nurse>)等からの本会調べ

まとめ

日本看護協会は、国民に必要な医療が
安全かつタイムリーに提供されるためには
以下が必要と考えます。

- 特定行為研修制度の推進だけでは国民の医療ニーズに対応できないため、ナース・プラクティショナー(仮称)制度の構築も必要。
- すべての看護師が自律的に判断できる範囲を拡大することも必要。
- 看護師から他職種へのタスクシフトについては、12年前に通知で示されている役割分担をさらに推進していくことが必要。業務範囲の拡大はその後に議論すべき。

まとめと提言

- 我が国でももともとは欧米のナース・プラクティショナー制度を目指していた。
- 医師会等の反対により、法制化の段階で挫折した
- このため医師とプロコールを共有する特定行為研修制度になった。
- しかし、特定行為研修制度だけでは、安全かつタイムリーな医療の提供はできない
- 再度、諸外国では実現しているナース・プラクティショナーの制度化へむけて再検討を行うべきだ。

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか？
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日: 2022/09/22
- 出版社: [ぱる出版](#)
- ISBN: 978-4-8272-1360-7

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。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

muto@kinugasa.or.jp