



メディカルネットワーク

Medical Network

アップデート P2

—進化する医療制度—

2024年からの「勤務医に 対する時間外労働の罰則付き 上限規制」に備える

医師の時間外労働の削減には
副業・兼業先も含めた
時間管理、適切なシフトが必要

めざせ!!メディカルエグゼクティブ P6

強みを患者に知ってもらうブランド戦略

Network

横浜医療圏 P8

「患者総合サポートセンター」の設置により
入院患者が安心できる入退院支援を。

両毛医療圏 P12

さまざまな工夫を凝らした患者教育で
糖尿病患者の治療への意欲を高める。

2024年からの

「勤務医に対する時間外労働の罰則付き上限規制」に備える

医師の時間外労働の削減には副業・兼業先も含めた時間管理、適切なシフトが必要

労働基準法にもとづき、2024年4月1日から、勤務医に対して

時間外労働の罰則付き上限規制が導入されます。その準備のための具体的な検討が、厚生労働省（以下、厚労省）の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」

（以下、検討会）で進んでいます。

今回は、2020年8月28日及び9月30日に開催された検討会における議論を中心に、「医師の労働時間短縮」、「副業・兼業も含めた時間管理」、「追加的健康確保措置」などについて、医療機関が準備を進めておく必要がある事項を見ていきましょう。

象医療機関、計画期間、計画の対象医師、策定の流れ、記載事項（必須、任意）、評価機能による評価における計画の位置づけ、などが記されています。医師労働時間短縮計画の記載事項において、必須とされるのは「労働時間数」、「労務管理・健康管理」、「意識改革・啓発」、「策定プロセス」、任意となるのは「タスク・シフト/シェア」、「医師の業務の見直し」、「その他の勤務環境改善」などです。

(B) 水準や (C) 水準の医療機関だけでなく、年間労働時間が960時間を超える勤務医がひとりでも存在する医療機関は、医師労働時間短縮計画の策定が義務となります。

最新の調査結果によると長時間労働は若干の減少

2020年8月28日の検討会では「令和元年 医師の勤務実態調査」の結果が報告されました。病院常勤勤務医の週労働時間の区別割合の調査結果は【資料2】のとおりです。

2016年に実施された前回の調査では、時間外労働の上位10%が1,904時間（12ヵ月で割り切れるきりのよい近似値として1,860時間）以上でしたが、今回の調査においては、それが1,824時間以上という結果になりました。つまり、上位10%で見ただけの場合は、時間外労働が若干減少しています。週80時間以上の割合は、9.7%から8.5%に、また週70～80時間の割合も11.1%から10.4%に減少しました。

ただし、週40時間以上～70時間未満の割合は、今回の調査のほうが多くなっています。週70時間以上の区分に位置していた医師の一部が、週40時間以上～70時間未満の区分に移動したためと推測されます。

水準のレベルへ移行となります。

検討会では、この上限規制を見据えて、「医師労働時間短縮計画策定ガイドライン」、「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」などの内容に関し、具体的な議論を進めています。

厚労省が2020年8月28日に提出した「医師労働時間短縮計画策定ガイドライン（案）」には、現時点ではP（保留）とされている項目もありますが、大枠としては、策定義務対

時間外労働の上限は3種類の水準で設定

はじめに、診療に従事する勤務医に対して2024年4月1日から適用される時間外労働の上限規制の概要について確認しましょう。

時間外労働時間の上限（休日労働を含む）については、(A)、(B)、(C)の3つの水準で対応することになります（【資料1】）。なお、2035年度末をめどに(B)水準は廃止され(A)

【資料1】2024年度以降の医師に対する時間外労働上限規制の3つの水準

(A) 水準：診療従事勤務医に適用される水準

- ・年960時間以下／月100時間未満（例外あり）
- ・月の上限を超える場合は、
 - 連続勤務時間制限28時間・勤務時間インターバル9時間の確保・代償休息のセット（追加的健康確保措置①）（努力義務）
 - 面接指導と就業上の措置（追加的健康確保措置②）（義務）

(B) 水準：地域医療確保暫定特例水準、医療機関を特定

- ・年1,860時間以下／月100時間未満（例外あり）
- ・月の上限を超える場合は、
 - 追加的健康確保措置①（義務）
 - 追加的健康確保措置②（義務）

(C) 水準：(C) -1・(C) -2、集中的技能向上水準、医療機関を特定

- ・年1,860時間以下／月100時間未満（例外あり）
 - ・月の上限を超える場合は、
 - 追加的健康確保措置①（義務）
 - 追加的健康確保措置②（義務）
- (C)-1：初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用 ※本人がプログラムを選択

(C)-2：医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用 ※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」報告書第8回医師の働き方改革の推進に関する検討会参考資料2(2020年8月28日)をもとに作成 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000664125.pdf>)

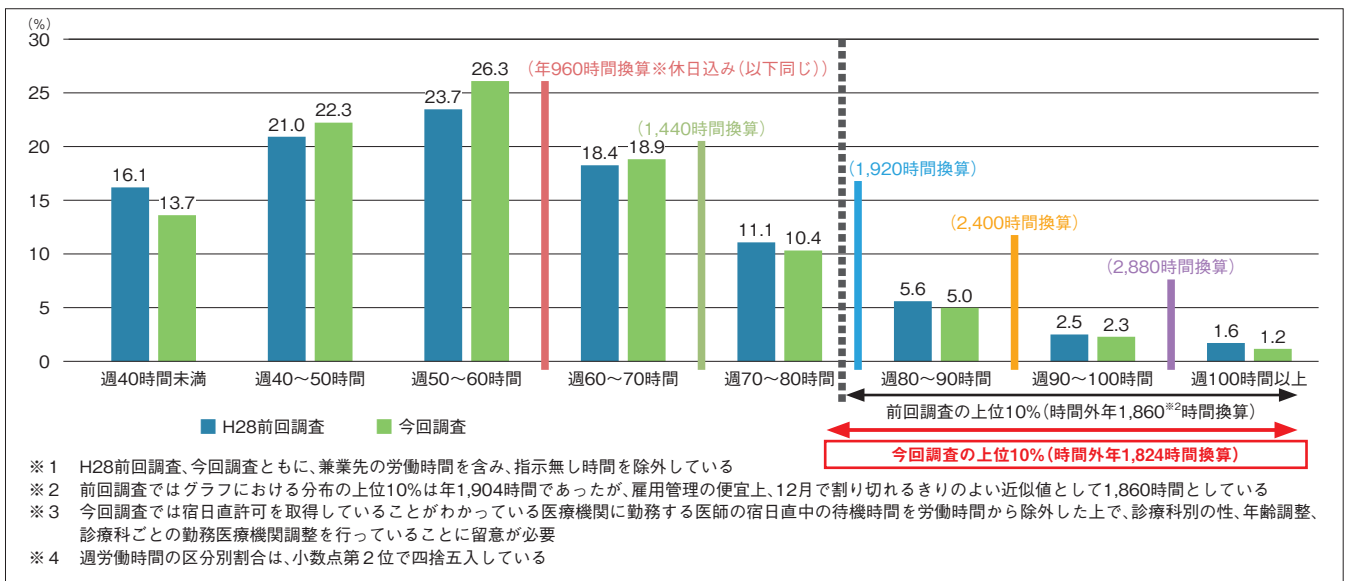
副業・兼業の労働時間を管理する方法が焦点に

2020年8月28日の検討会では「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」の結果報告も行われました。これは、2020年2～3月、A大学（地方大学）消化器内科、消

化器外科、産科婦人科に所属する医師72名、及びB大学（都市部に近い大学）産科婦人科、救急科、循環器内科に所属する医師70名について、兼務先も含めて1週間の勤務状況などを調査し、さらに両大学医局の教授などからヒアリングを実施したものです。

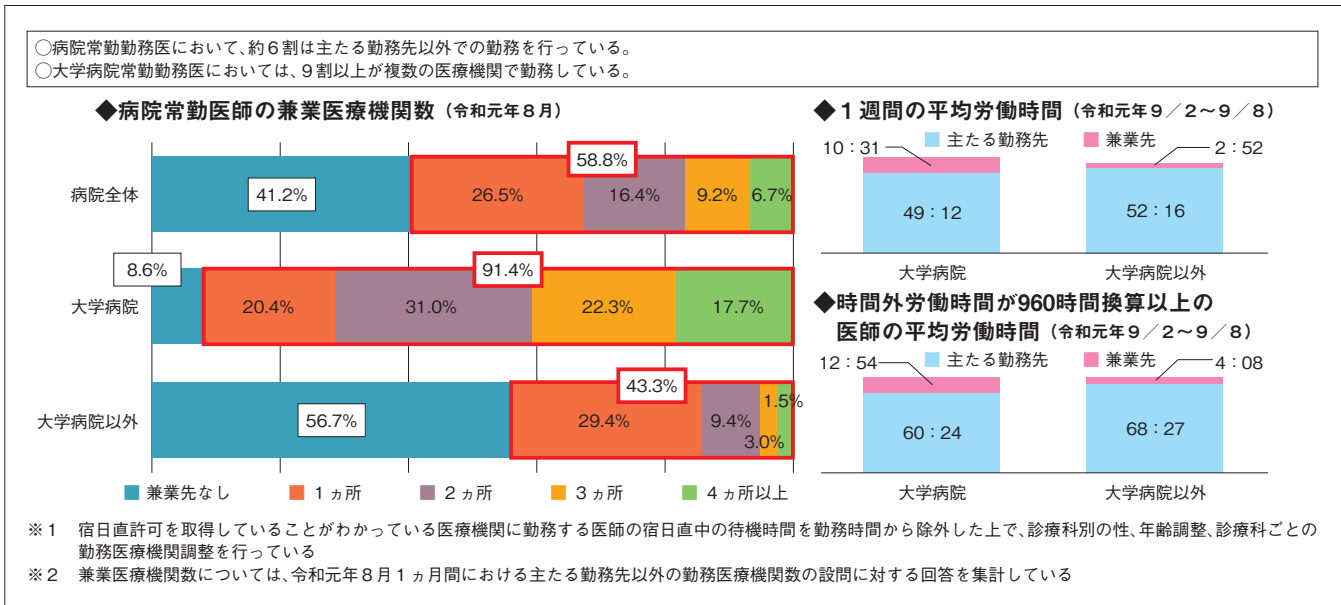
その結果、両大学の計6診療科いづれにおいても、大学病院での労働時間だけでは週平均労働時間60時間（時間外労働時間年間960時間）を超えませんでした。また、(B)水準の上限である週

【資料2】病院常勤勤務医の週労働時間の区分別割合



出典：厚生労働省「令和元年 医師の勤務実態調査(概要)」第8回医師の働き方改革の推進に関する検討会資料4(2020年8月28日) (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000664123.pdf>)

【資料3】兼業医療機関数(全体、大学病院、大学病院以外)と勤務時間



出典：厚生労働省「副業・兼業を行う医師に関する地域医療確保暫定特別水準の適用について」第9回医師の働き方改革の推進に関する検討会資料2(2020年9月30日)一部改題(https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000677258.pdf)

80時間を超える医師が、A大学で16名(22.2%)、B大学で8名(11.4%)いました。

大学病院と兼務先の両方での宿直や日直の待機時間が除外されると、(B)水準の上限を超える医師は、A大学で4名(5.6%)、B大学で2名(2.9%)に減少します。しかし、「時間外労働を減らすために兼務先の医師を大学に戻す」方針を打ち出した場合、地域医療に影響を与えるおそれがあります。なお、今回の調査では「時間外労働時間の上限規制を遵守するために、関連病院等からの医師の引き上げを第1選択とする」という医局はありませんでした。

こうした調査結果を踏まえ、検討会では、副業・兼業を行う医師への対応、労働時間の管理方法についての議論が進んでいます。管理方法では、労働基準法第38条(時間計算)第1項にもとづき、主たる勤務先と副業・兼業先の労働時間を通算することが考え方の基本となります。

最近の医師の副業・兼業の実態は前出の「令和元年 医師の勤務実態

調査」でも明らかになっています。それによると、2019年8月において病院全体では常勤勤務医の58.8%が主たる勤務先以外での勤務を行っています。大学病院に限れば、常勤勤務医の91.4%が大学病院以外での勤務をしており、その医師の7割以上は副業・兼業をする医療機関が複数に及んでいます(【資料3】)。

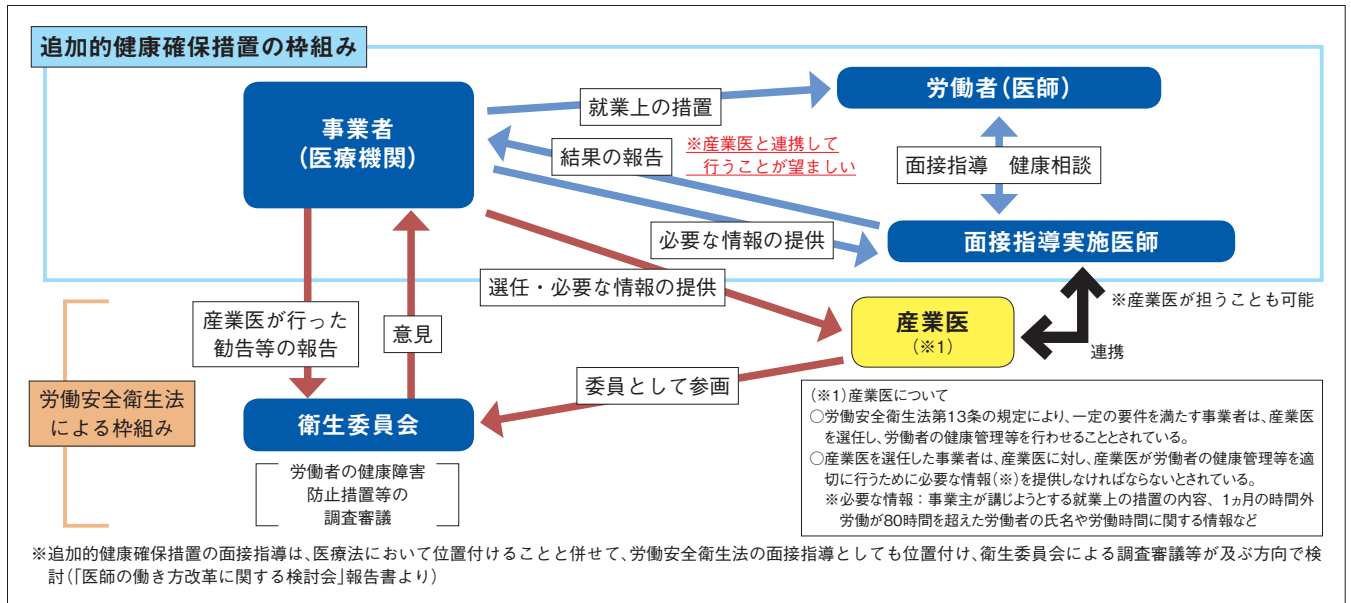
主たる勤務先と副業・兼業先を通算しても、勤務時間が週60時間(時間外労働時間年間960時間)の範囲内に収まる医師は、病院全体で62.3%、大学病院に限ると52.9%です。また、主たる勤務先では週60時間に収まるものの、副業・兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超えてしまう医師が、病院全体で10.2%、大学病院に限ると23.3%います。前述の労働基準法にもとづき、それらの医師は、2024年4月1日からは、(A)水準の範囲、つまり年間労働時間を960時間以内に収めるため、たとえば副業・兼業先での勤務を大幅に減らすといった対応が必要となります。

しかし、副業・兼業については、大学病院が勤務医に指示したり、勤務医を派遣したり、あるいは地域医療支援病院が勤務医を派遣したりするなど、地域医療を支えるために必須の形態も多く含まれていると推測されます。こうした実態を踏まえ、2020年9月30日に開催された検討会では、厚生労働省が、「地域全体での医療提供体制の確保の観点から、副業・兼業先での労働時間と通算した時間外・休日労働は年1,860時間まで可能とし、医師派遣を通じて地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関を(B)水準の対象に追加してはどうか」と提案し、大筋で了承されました。

面接指導実施医師は約8,000人必要と試算

追加的健康確保措置の具体的な方法については、すでに作成されている「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」の内容もかんがみ、検討が進んでいます。

【資料4】追加的健康確保措置の面接指導に係る実施体制について(案)



出典：厚生労働省「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル(概要)」第9回医師の働き方改革の推進に関する検討会資料3-1(2020年9月30日)一部改題(https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000677259.pdf)

追加的健康確保措置②に相当する面接指導の実施体制(案)も、ほぼ固まっています(【資料4】)。その体制において重要な役割を果たすのが面接指導実施医師(産業医含む)です。厚労省は、面接指導実施医師は全国で約8,000人必要(産業医を含む)としており、面接指導実施医師の養成のため、2021年度にeラーニング教材を開発し、2022年度から養成を始める予定です。

労働時間の短縮に向けて大臣指針を策定する方針

2020年9月30日の検討会においては、厚労省が「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針」の策定を提案しました。

その構成(案)は、①基本的考え方、②医師の時間外労働短縮目標ライン、③各関係者が取り組むべき推奨事項、を柱としています。

②の医師の時間外労働短縮目標ラインについては、「2035年度末をめどに(B)水準を解消し(A)水準に取れんさせるため、2024年4月時点での時間外労働時間数を基準に、たとえば、3年ごとの段階的な目標値を設定する」としています(【資料5】)。

それに関して、検討会のある構成員からは、「(A)水準は一般則(月45時間/年360時間)よりも時間外労働が長い点を踏まえ、『可能であれば2035年度末よりもっと早く(A)水準に到達するように』といった記載があったほうが良い」との指摘も出されました。

以上のように、2024年4月に向けての医師の働き方改革の枠組みが、かなり明確になってきています。

各医療機関では、医師の労働時間短縮、医師の副業・兼業先も含めた時間管理、それも視野に入れたシフトのあり方、誰に面接指導実施医師を担ってもらうかなどについて、早めに検討し、準備を進めていくことが望まれます。

【資料5】医師の時間外労働短縮目標ライン(案)

- 各医療機関は、短縮目標ラインを目安にしつつ、地域医療への影響も踏まえながら労働時間短縮に取り組む。
- 短縮目標ラインは、
 - 「全ての(B)水準対象医師が到達することを目指すべき時間外労働(休日労働を含む)の上限時間数の目標値」として設定する。
 - 各医療機関が着実に労働時間を短縮することができるよう、2035年度末の目標値である960時間に向け、一定の期間(例えば3年)ごとの段階的な目標値を設定する。
 - 2024年4月時点での時間外労働時間数に応じて設定する。

年度	2024	...	2027	...	2030	...	2033	...	2036
短縮目標ライン									
2024年4月時点での時間外労働時間：年X時間	X	...	X-(X-960)/4	...	X-2(X-960)/4	...	X-3(X-960)/4	...	960
例①：年1,860時間の場合	1,860	...	1,635	...	1,410	...	1,185	...	960
例②：年1,560時間の場合	1,560	...	1,410	...	1,260	...	1,110	...	960
例③：年1,200時間の場合	1,260	...	1,185	...	1,110	...	1,035	...	960

出典：厚生労働省「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について」第9回医師の働き方改革の推進に関する検討会資料4(2020年9月30日)一部改題(https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000677261.pdf)

めざせ!!

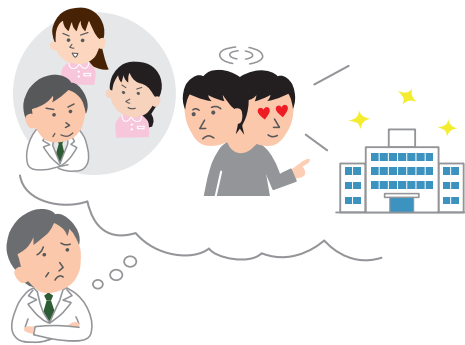
メディカルエグゼクティブ

監修：愛知医科大学内科学講座肝胆膵内科学准教授(特任) 角田 圭雄

第11回

強みを患者に知ってもらうブランド戦略

CASE



A先生が診療部長を務めている中規模病院の消化器内科は、総合的な肝疾患治療を得意としており、きめ細かい疾患管理や専門知識を備え

たメディカルスタッフの体制、手術が必要な際の外科との協力体制などに自信を持っています。しかし、患者は近隣の歴史ある大規模病院に流れる傾向が強く、A先生は歯がゆい思いをしていました。

そんなある日、たまたまかかりつけ医から紹介された患者を診察していたところ、「この病院で高度な肝疾患治療が受けられるとは知らなかった。もっと早く相談すれば良かった」と言われました。その言葉を聞いたA先生は、患者のためにも自院の存在をもっと知ってもらわなくてはならないと考え始めました。

差別化に不可欠のブランドの力

自院の存在を患者に知ってもらうための方策のひとつがブランド戦略です。

「ブランド」と聞くと、高級な衣服や腕時計などを連想して、「医療とは関係ないのでは？」と思う方もいるでしょう。しかし、そうではありません。そもそもブランドとは、「値段が高い商品」ではなく、「競合相手やその製品やサービスとの違いを明確にするために用いられる名前や言葉、デザイン、シンボル、またはそれらを組み合わせたもの」と定義される^[1]、他者との差別化の核となる概念です。つまり、患者に自院と他院との医療の質の違いを認識してもらうのに重要な要素と言えます。

[1] グロービス経営大学院。グロービスMBAマネジメント・ブック改訂3版。ダイヤモンド社、2008年

患者には他院との比較が困難

では、患者に他院との違いをわかってもらうには何が必要でしょうか。

多くの医療者の方は、A先生と同じく、他院よりもすぐれた診療・ケアの体制の整備などを重視するかもしれません。しかし、そもそも医療は、服飾品のように2者の製品を購入して比較することはできないので、医療知識の少ない患者に他院との違いを理解してもらうのは至難の業。そのため患者は、すぐれた診療・ケアの体制などは認識できず、「知名度の高い大病院なら安心だ」と感じる傾向にあります。

したがって、ブランド構築には、実際の医療の質はもちろん、患者が認識できる質であ

る「知覚品質」(⇒STUDY①)を高めなければなりません。

“情緒”に訴える必要性

知覚品質を高めるため、ブランドが提供する価値には、機能的便益、情緒的便益、自己表現的便益の3種類があるとされている点を押さえておきましょう(⇒STUDY②)。

A先生が誇る確かな診療・ケアの体制などは、機能的便益に該当します。しかし先ほど触れたように、患者にブランドを認知してもらうには、機能的便益への配慮は基本にすぎず、それだけでは不十分。ブランドを確立するなら、患者の情緒的便益(すぐれた実績で著名な医師に診てもらっているという意識など)や、自己表現的便益(有名病院で診てもらっていると周囲に話をしたいという欲求など)を満たすことも必要なのです。

「良い医療を提供してさえいれば、患者は理解してくれるはず」という考えは、現実には

通用しません。病院で患者を待つだけではダメで、外部に対する積極的なアピールの展開が求められます。効果的なアピールができれば、たとえ長い歴史を持つような病院でなくても、今から新たにブランドを構築できるでしょう。

NEXT STEP

患者が情緒的便益や自己表現的便益を得られるようにするには、まず自院の知名度を上げるのが大切だと考えたA先生は、疾患啓発のパンフレットをつくって地域のショッピングモールで催される健康相談会で配ったり、コミュニティ紙にコラムを寄稿したり、診療科ウェブサイトにおける疾患やメディカルスタッフに関する情報を充実させました。また、肝疾患に高い専門性を持っていると患者に印象づけるため、「消化器内科」から「肝胆膵内科」への名称変更を図りました。

こうしたA先生の施策の結果、次第に患者の間に、「肝疾患に強い病院」というイメージが広まり始めました。

STUDY①

知覚品質と実際の品質

出典：『通勤大学MBA15ブランディング』(著：坂手康志、小々馬敦)より改変

知覚品質とは、実際の品質とは異なり、消費者が商品やサービスを購買選択する際、同じカテゴリーの他の商品やサービスと比較して、優位性を感じる差異や購買の動機づけ、プレミアム価格の裏づけとなるもの。

STUDY②

ブランドが提供する価値

価格や機能以外の差別化が必要

自己表現的便益
→他人(周囲)へのメッセージ
→ハーレーダビッドソン、プリウス

情緒的便益
→心理的高揚感、充実感
→iPhone、ルンバ(掃除機)

機能的便益
→ブランドの属性、特徴(便利、高品質、信頼、安全、効率的)
→伝統的日本企業が求めてきたもの

情緒的便益とは、ブランドによってもたらされる心理的高揚感や充実感を示す。自己表現的便益とは、そのブランドを利用することで、自らのステイタスなどを周囲にメッセージとして発信することを示す。

RECOMMENDED BOOK

・『MBA的医療経営』 著：角田圭雄／発行：幻冬舎

最終原稿校正日：2021年1月27日



「患者総合サポートセンター」の設置により 入院患者が安心できる入退院支援を。

Point of View

- ① 「入院前面談」、「病床管理」、「入退院支援・相談調整」、「地域連携」、「退院前後訪問」の5つの機能を有する「患者総合サポートセンター」を設置
- ② 予定入院患者と入院前に面談を行って病状や治療方針、病状の理解、生活背景などを確認し、患者が主体的に入院治療に臨み円滑に退院を迎えるための管理システム(Patient Flow Management : PFM)を導入
- ③ 多職種が同じ執務室で業務を行っているため、顔を合わせながら相談をし合える環境

横浜市立市民病院
副病院長・患者総合サポートセンター長
小松 弘一先生

横浜市立市民病院
患者総合サポートセンター
病床管理担当係長
藤本 晶子氏

横浜市立市民病院
患者総合サポートセンター
入退院支援・相談調整担当係長
屋鋪 智子氏

横浜市立市民病院
患者総合サポートセンター
地域連携係長
高橋 康之氏

PFM推進に取り組む 「患者総合サポートセンター」

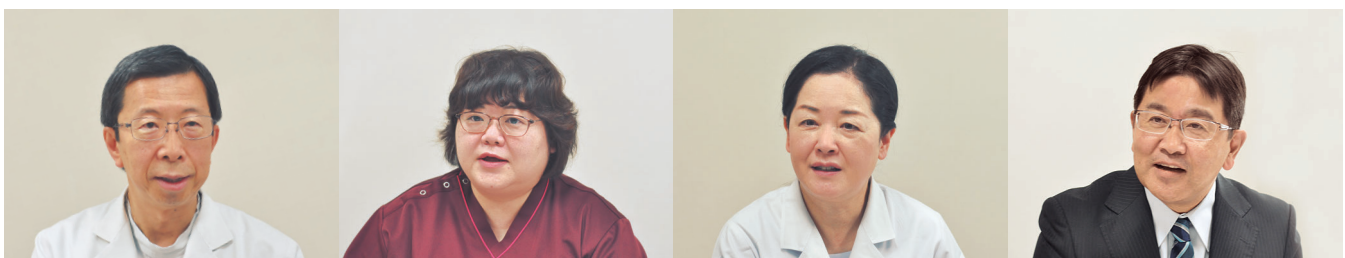
近年、患者が安心して入院生活を送れるよう、入院前から、入院中さらには退院後までをも見据えた入退院支援の必要性が高まっている。

そんな中、横浜市立市民病院では「入院前面談」、「病床管理」、「入退

院支援・相談調整」、「地域連携」、「退院前後訪問」の5つの機能（【資料1】）を持つ「患者総合サポートセンター」（以下、センター）で、患者が安心して入退院ができる支援を展開する。

同院副病院長でセンター長も務める小松先生が、センター発足の経緯を解説してくれた。

「かつては地域医療連携室（事務）、医療福祉相談室（社会福祉士）、在宅ケア推進室（看護師）と各職種が別の組織ラインで業務を行っていました。しかし、高齢患者等が抱える複合的な課題に対し、いち早く包括的な支援を行うため、2003年に3つの機能を統合した患者総合相談室が誕生したのです」（小松先生）



左から小松先生、藤本氏、屋鋪氏、高橋氏

【資料1】

患者総合サポートセンターの5つの機能

その患者総合相談室は2014年、さらに新たな取り組みを開始する。関心が高まりつつあったPatient Flow Management (PFM) の導入だ。「PFMとは、予定入院患者と入院前に面談を行ってこれまでの治療経過や病状、服薬状況、病状の理解、さらには日常生活の状況等を確認し、退院後の生活を見据え必要な支援を入院前から開始することでスムーズに退院を迎えられるようにするための管理システムです」(小松先生)

患者が安心して主体的に入院治療に臨めるだけでなく、限りある急性期病床を安全かつ効率的に一元管理し稼働させるなど、医療機関のマネジメント上のメリットも大きい。「スタートした翌2015年、院内外の関係者と相互に連携、協力しながら病院全体で取り組むPFM推進の中心的役割を担うことを目的に、患者総合相談室を改組したセンターを設置しました」(小松先生)

メンバーの地道な活動の結果
徐々にPFMの理解者が増える

患者が安心して医療を受けられる体制としてPFMが有効であることは理解できるが、同院は650床・34診療科を擁する大規模急性期病院。入院前から始める入退院支援システムの導入は、一筋縄ではいかなかったのではなかろうか。

「PFMは、当初、私が所属する消化器内科のみ、週2回1日2名の導入から始めました」(小松先生)

こうして静かに動き出したPFMの取り組みだが、今は22診療科で導入されている。約5年間で、ここまで拡大した背景には、幹部職員の明確な指針とセンターのメンバーの地道な努力があった。

「最初、院内のスタッフは『PFMっ

- 入院前面談**：入院する患者やその家族の身体的・社会的状況を正しく把握し、入院前から退院後を見据えた相談に乗る
- 病床管理**：空床情報の適切な把握により、患者の病状に合わせた適切なベッド選択を行うとともに病床稼働率の向上をめざす
- 入退院支援・相談調整**：入院患者の社会的・経済的な相談から、退院後の療養先の選定まで病気療養にともなう相談を受ける
- 地域連携**：地域の医療機関との紹介・逆紹介の窓口業務を行う
- 退院前後訪問**：退院する患者やその家族が安心して在宅療養に移行できるように看護師が患者宅を訪問して相談に乗る

出典：小松先生提供資料

て何?』という反応でした。入院前の患者情報が入院中はもとより、退院後の生活の支援につながることを粘り強く実践し、2020年の新病院への移転・オープンをリミットとして段階的に導入診療科を拡大させました」(小松先生)

PFMへの理解者が増えるとともにセンターの規模も大きくなっていく。患者総合サポートセンターのメンバーは、現在では総勢33名の大所帯になっているという。

PFMに人事面でも追い風が
入院前面談実施率を伸ばす

次第に評価を高めていくPFMに対して2018年、人事面でも追い風が吹いた。社会福祉士で、センターの入退院支援・相談調整担当係長の屋鋪氏が、当時を振り返って話す。「看護部長と事務部門トップの管理部長が、センターの部長を兼務するようになったのです。

PFMの推進には、さまざまな場面で患者や家族と直に接する看護師の力が欠かせません。看護部長のセンター部長職兼務によって、各病棟

看護師がセンター入退院支援職員と協働して退院支援を行う方針が明確になりました」(屋鋪氏)

「両部門のトップがセンターの部長を兼任する人事発令は、当院を運営する横浜市が、センターを全面的にバックアップするとの意思表示だと受け止めています。事実、この人事以降は、ますますPFMの推進が加速していると感じています」(小松先生)

小松先生の実感の正しさを裏づけるように、入院前面談の実施率は上昇を続け、2020年度上半期は予定入院患者の83.7%に達している。

同じ執務室で机を並べ
各職種が相談し合う環境

さて、前述のとおり、センターには5つの機能があるが、それらはセンターの多職種が分担する。各職種はどのような役割を果たしているのだろうか。

屋鋪氏は、入退院支援・相談調整を担う。

「最初の入院前面談は、看護師が担当し(【資料2】)、入院中に病棟で

【資料2】

患者総合サポートセンターでの
入院前面談



写真提供：患者総合サポートセンター

行われる患者さんとの入退院支援・相談調整は、センター所属の看護師4名、社会福祉士7名が担当しています。

病棟での相談は、病棟担当の看護師または社会福祉士がファーストタッチをしますが、たとえば、経済的に不安を抱えているなど相談内容によっては、患者さんの対応を社会福祉士が交代します。また、在宅医療に移行する患者さんについては、必要に応じて両職種がいっしょに退院支援を実施するなど柔軟な体制で臨んでいます」(屋鋪氏)

センターの病床管理担当係長で看護師の藤本氏は、病床管理における看護師の役割を説明する。

「センターには、ベッドコントロールを行う看護師長が2名おり、毎朝全病棟師長が参加する会議を開いて翌日の入院ベッド数やHCU・ICUからの転棟を決めています。

以前は、各病棟の主な診療科以外の緊急入院のベッドコントロールがうまくい

かないケースがありました。しかし今では、基本的にどの病棟でもすべての診療科の患者さんを受け入れる意識が定着してきており、調整が円滑にできるようになりました」(藤本氏)

地域連携の業務を受け持つ事務部門の働きについて話すのは、センターの地域連携係長の高橋氏。「事務部門は6名体制で、緊急入院の相談、地域の診療所や他の病院からの紹介などの窓口となって各診療科へつないでいます。

当院への紹介を増やすべく地域の診療所の訪問を活発に行っており、2018年度は前任者が約330もの診療所を訪問しましたが、2019年度は、それを上まわる350を目標にしています」(高橋氏)

各職種のメンバーが存分に働けるのは、職場内の密な協力関係が大きく貢献していると高橋氏は言う。「事務スタッフは、医療職にくらべると医療知識が乏しいですが、外部からの相談に迷うケースもありますが、センターの看護師や社会福祉士などが同じ執務室の中にいるので(【資料3】)、皆さんの助言を受けながら適切な判断をくだせます。

入院についても、病床管理担当にすぐ相談ができます」(高橋氏)「センターには、優秀なメンバーが集まっています。彼らが同じ部屋で毎日、顔を合わせながら相談をし合ったり、迷うケースなどで議論を繰り返したりしてきたからこそ、現在の良好な職場環境をつくれたのだと思います」(小松先生)


主担当・副担当制の導入で
入院時支援加算が急伸

設立から約5年、すぐれたメンバーに恵まれたセンターは、進化しながら成果をあげている。「2019年4月から、病棟専従の看護師及び社会福祉士を入退院支援の主担当とするとともに、入院前面談を担当している8名の看護師を、入院支援の副担当としてもかかわらせるようにしたのです。

この体制の見直しにより、入院前面談を受け持つ看護師たちが、患者さんの退院後の生活を具体的にイメージしながら面談できるようになりました。患者さんに尋ねる質問のレベルが向上し、入院前からケアマネジャー等の地域との連携が図れるよ

【資料3】

患者総合サポートセンターのメンバーと座席配置



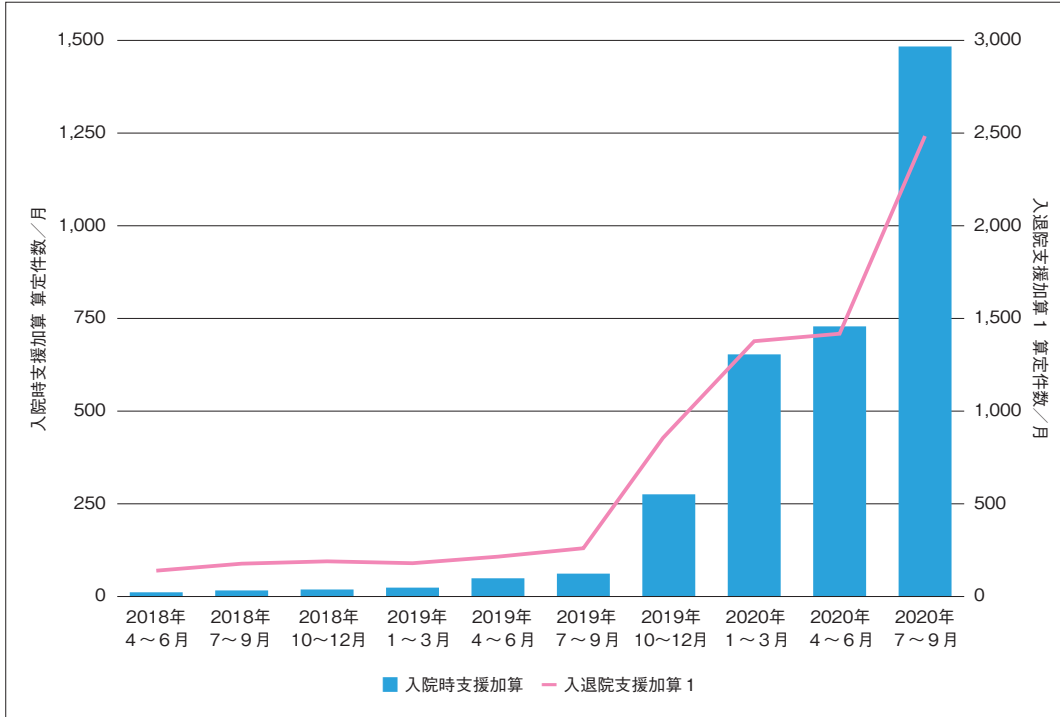
M	M	N	N	N	O
	M	M	N		O
N	M	M	N	O	O
N	M	M	N	O	

N：看護師
M：社会福祉士
O：事務スタッフ

写真提供：患者総合サポートセンター

【資料4】

入院時支援加算などの算定件数の推移



出典：小松先生提供資料

うにもなりました」(藤本氏)

主担当・副担当制の導入は、入退院支援の質を引き上げるのみならず病院経営上の利益ももたらす。「入院前面談担当看護師が副担当として入退院支援のノウハウをマスターしたことで体制が強化され、入院時支援加算の算定件数(【資料4】)が飛躍的に伸びています」(屋鋪氏)

メンバーの高い志のもと
さらなる発展の道を

高い入院前面談の実施率や入院時支援加算の算定件数を誇るなど、センターの実力は着実に向上しているが、メンバーたちは、さらなる発展をめざし、それぞれ高い目標を掲げている。「入退院支援の質をさらに向上させるには、センターと病棟看護師との

高度な連携が不可欠です。病棟看護師が患者さんから聞き取った情報をセンターでの入退院支援に生かし、逆に私たちが聞き取った情報を病棟看護師にフィードバックすることで良質なケアにつなげていく——。病棟看護師との協働を深め、病院全体で入退院支援を行うような体制を構築していきたいです」(藤本氏)

「当院には、1日約1,400人の外来患者が来院されますが、センターがフォローする入院患者にくらべ、外来患者に対する支援が不十分だと感じています。実際、地域のケアマネジャーの方から、『外来通院ができなくなる前に、もう少し早い時期から在宅サービス調整の介入をして地域関係者とつなぐことはできなかったのか』といった厳しいご指摘を受けた経験もあります。

昨今、入院日数が短縮化している

こともあり、入院前に外来で、どれだけ課題を予測した相談を実施できるかを考えていきたいですね」(屋鋪氏)

「当院の医師やメディカルスタッフの皆さんは、『患者さんのために何をすべきか』とのマインドで、医療に向き合っています。そして、私たち市立病院の事務部門のスタッフには『公務員として市民のために何をすべきか』とのマインドがあり、方向性は同じです。したがって、これ

からもこうしたマインドを大事にしながら、事務部門としてできることを追求していきます」(高橋氏)

「PFMの効果は数値化しにくいのですが、医療や看護の質は確実に良くなっているはず。スタッフの療養記録など、さまざまな情報をもとに効果を数値化し、成果をアピールすることが目標のひとつです」(小松先生)

小松先生は、機能を拡大するセンターにふさわしい人人体制の構築も視野に入れる。

「これからもPFMの状況を見ながらメンバーの増員を図って、より充実した入退院支援をめざします」(小松先生)

同院でのPFMを主軸とした入退院支援の体制整備のプロセスは、今後PFM導入を考えている医療機関にとって大いに参考になるだろう。

取材日：2020年7月2日



さまざまな工夫を凝らした患者教育で 糖尿病患者の治療への意欲を高める。

Point of View

- ①「糖尿病スクール」と称する1週間の糖尿病教育入院では、参加する患者を4名に絞り、同じ看護師と栄養士1名ずつがつきっきりで担当し、きめ細かなケアを行う
- ②メディカルスタッフが中心となって患者会のイベントを企画、患者が楽しみながら糖尿病について学ぶ機会を提供する
- ③医師とメディカルスタッフが忌憚なく意見を出し合ったうえで、患者が糖尿病性腎症について学べる独自の冊子を作成して患者教育に活用

医療法人長崎病院
内科

千葉 泰子先生

医療法人長崎病院
内科

門田 純子先生

医療法人長崎病院
看護師(外来)

久保田 弓子氏

医療法人長崎病院
看護師(病棟)

山本 あおい氏

医療法人長崎病院
栄養士

麦倉 悦子氏

医療法人長崎病院
栄養士

井村 麻美氏

患者の声を拾い上げ 効果的なアプローチを探る

糖尿病治療では、患者本人が疾患への理解を深め、食生活や運動習慣などを改善することが欠かせない。そうした中、栃木県足利市の長崎病院では医師とメディカルスタッフが糖尿病チーム（以下、チーム）をつくり、外来や糖尿病教育入院、患者会など、さまざまな場面で独自の患者教育を行って成果をあげている。患者教育をするにあたって、まず必要なのは、患者の声を拾い上げることだと話すのは内科の千葉先生だ。「糖尿病診療や糖尿病教育は、各々の患者さんがこれまで送ってきた人

生や生活を知らなければできません。そこで、力を発揮するのがチームに属するメディカルスタッフ。多忙な医師に代わり、看護師や栄養士が時間をかけて患者さんの声に耳を傾けてくれます。

そのようにして得られた情報をチーム内で共有し、個々の患者さんに

どのようにアプローチすれば、効果的な教育ができるかを考えていきます」(千葉先生)

患者のタイプに応じた きめ細かな患者教育を

それでは早速、患者教育の実際に



左から千葉先生、門田先生、久保田氏、山本氏、麦倉氏、井村氏

糖尿病スクールのプログラム

入院1日目(月)	入院2日目(火)	入院3日目(水)	入院4日目(木)	入院5日目(金)	入院6日目(土)
8:50 開校式・オリエンテーション 9:15 ナース講義① 『なぜ糖尿病になるの?』 うさぎパンフ 『糖尿病とは～合併症』 10:45～11:30 薬剤指導 (血糖を下げる薬について) 11:30 血糖測定 13:00 栄養指導① 『1週間の献立説明・基本注意事項・表の区分について・摂取エネルギーの内容』 14:00 ナース講義② うさぎパンフ 『血糖・HbA1c～治療について』 15:00 おやつ 『ウォーキング』 16:00 リハビリ課講義 パンフ 『運動で血糖を下げよう』 17:30 血糖測定 21:00 血糖測定 (必要な人のみ)	7:00 ラジオ体操 7:30 血糖測定 9:00 ナース講義③ うさぎパンフ 『血糖と一緒にコントロールするもの』 10:00 栄養指導② 『調理実習の説明・摂取エネルギーの内容』 11:30 血糖測定 13:00 ナース講義④ うさぎパンフ 『シックデイ～』 14:00 医師講義① 『血圧はどのくらいがいいのでしょうか。大切な血圧の話』 15:00 おやつ 15:30 運動 『ウォーキング』 16:30 ナース講義⑤ 17:30 血糖測定 21:00 血糖測定 (必要な人のみ)	7:00 ラジオ体操 7:30 血糖測定 9:30 調理実習 10:45 ナース講義⑥ (時間あれば) 『カンパセーションマップ』 11:30 血糖測定 13:00 ナース講義⑦ 『カンパセーションマップ』 15:00 おやつ 15:30 運動 『ウォーキング』 16:30 医師講義② 『糖尿病雑学』 17:30 血糖測定 21:00 血糖測定 (必要な人のみ)	7:00 ラジオ体操 7:30 血糖測定 9:00 ナース講義⑧ 『カンパセーションマップ・テスト配布』 10:00 栄養指導③ 『外食・コンビニツアーについてのオリエンテーション・塩分について』 11:00 外食・コンビニツアーへ出発 11:30 血糖測定 ※外食ツアーの場合は外食先にて血糖測定 ☆11:50 コンビニツアーの場合はカロリーの説明 13:30 栄養指導④ 『コンビニや外食の選び方・調理実習の説明・間食はしていい?嗜好品について』 14:30 医師講義③ 『足めていますか?』 15:00 おやつ 15:30 運動 『ウォーキング』 17:30 血糖測定 21:00 血糖測定 (必要な人のみ)	7:00 ラジオ体操 7:30 血糖測定 9:00 医師講義④ 『糖尿病の合併症の復習』 9:30 調理実習 11:30 血糖測定 13:30 栄養指導⑤ 『カンパセーションマップ』 14:30 閉校式 15:00 薬剤指導 15:30 おやつ 15:45 運動 『ウォーキング』 17:30 血糖測定 21:00 血糖測定 (必要な人のみ)	7:00 ラジオ体操 7:30 血糖測定 9:30 ポスター作り 11:30 血糖測定 12:00 昼食

出典：長崎病院提供資料

について聞いていこう。外来での様子を内科の門田先生が語る。

「外来診療では、患者さんが抱えている不安や問題を効率良く払拭してもらえるような患者教育をめざしています。

たとえば、特に食事に問題があれば栄養士に、インスリンの投与に問題があれば看護師や薬剤師へつなげるなどして教育を施してもらって

ます」(門田先生)

医師からバトンを渡されたメディカルスタッフたちは、患者にどのように対応しているのだろうか。外来看護師の久保田氏が話す。

「患者教育では患者さんの考えの把握が重要ですから、治療に対する意欲などをお聞きしたうえで、その方に合ったサポートを行います」(久保田氏)

病棟看護師だが、外来業務も担当する山本氏は、患者教育には段階を踏む必要があると言う。

「特に気をつけているのは、患者さんとの信頼関係が築けるまでは、患者さんの糖尿病に対する考えや療養の仕方が間違っている、頭ごなしに否定しないことです」(山本氏)

栄養士の麦倉氏と井村氏が続けて語る。

「チーム内で共有されている患者情報にもとづき、個々の患者さんの理解度に応じた栄養指導を行っています」(麦倉氏)

「栄養指導の前にカルテを確認するときは、前回の栄養指導に関する部分だけでなく、患者さんが医師や看護師とどんなやり取りをして今日の栄養指導を迎えているのかを把握し



【資料2】

つばさの会のクリスマス会



写真提供：長崎病院

患者教育全体の流れを意識して指導に臨みます」(井村氏)

外来での患者教育のきめの細かさには舌を巻くばかりだ。

1日中专任担当が見守る
少人数制糖尿病スクール

もっとも密度が濃い患者教育と言えば、糖尿病教育入院だろう。同院でも実施しているが、実は「糖尿病教育入院」とは呼んではいない。「『糖尿病スクール』と称しています。糖尿病教育入院だと、患者さんに対して医療者が一方的に教育するような感じがしてピンときませんでした。実際には、我々医療者が患者さんから教わる部分も多いため糖尿病スクール(以下、スクール)と名づけたわけです」(千葉先生)

スクールは、1週間のプログラム(【資料1】)で、参加人数は最大4名とかなり少ない。その理由を山本氏が解説する。

「人数を絞っているのは、患者さんが多すぎると、医療者から一方的に情報を伝えるだけで終わってしま

かねず、加えて患者さんのメンタル部分のケアが困難になるからです」(山本氏)

実際、少人数制でのメリットは大きいようだ。「少人数ゆえ、1日中、患者さんと密に接することができます。ウォーキングの際には、いっしょに歩きながらご家族の話の聞くなどコミュニケーションを取り、情報収集と信頼関係の構築を同時に行えます」(山本氏)

ところで、山本氏は「1日中」と発言していたが、これは大げさな表現ではない。スクールでは入院期間中、同じ看護師と栄養士が1名ずつ他の業務をはずれて患者につきっきりになる。少人数に加えて、きわめて珍しい体制と言えるだろう。

患者会のイベントでは
楽しみながら学ぶ工夫を

患者教育は同院の糖尿病患者会である「つばさの会」でも展開されている。「つばさの会では、さまざまなイベント(【資料2】)を通じて楽しく糖尿病について学べる機会を提供しています。

例として、調理実習では栄養バランスを考慮

したうえで500kcalに収まるメニューを考えて料理をしたり、春のお花見ではウォーキングに加えて、ミニ講義も実施します」(千葉先生)

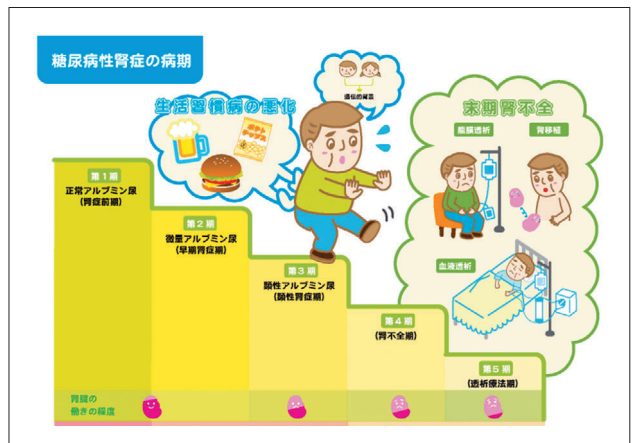
「つばさの会のイベントは、開催の2ヵ月前から準備が始まり、実行委員会で内容を検討します。一方的に医療者が話すだけでは、どうしても面白みがなく、患者さんに知識として定着させにくいので、たとえば、クリスマス会ではチーム対抗の『糖尿病〇×クイズ』を開催するなど、楽しみながら学んでいただけるような構成にしています」(山本氏)

そして、楽しいイベントには欠かせない食事で力を発揮するのが栄養士だ。

「お花見では、栄養士が料理をしてお弁当を出し、食事前に栄養の分類やカロリーについて学んでいただきます。ハイキングに行くとバーベキューをする際には、肉や野菜の適正な分量を説明します。クリスマス会では、会場となるホテルの担当者と医師、栄養士で、栄養の分類ごとに1皿80kcalのメニューを考えて提供しています」(麦倉氏)

【資料3】

糖尿病性腎症の病期を示すイラスト



出典：長崎病院「糖尿病性腎症って何？」

【資料4】

フットケア外来の案内



出典：長崎病院提供資料

チームで議論を重ねて
独自の教育資料を開発

同院の患者教育を支える大きな存在のひとつが、オリジナルの教育資料の「糖尿病性腎症って何？」である。イラストを多用し、文字による解説はできるだけ絞り、平易で患者が理解しやすい冊子をチームで自作したのだ。

「きっかけは、糖尿病透析予防指導管理料が新設されたことでした。ならば、糖尿病の重症化を予防するためにも、院内で『糖尿病性腎症を患者さんに知ってもらおう冊子をつくろう』という話になったのです。既存の資料もあったのですが、わかりやすさの点でじっくりきいていませんでした」（千葉先生）

冊子の作成は苦勞の連続だったそう。

「医師から原案を出したのですが、メディカルスタッフたちから『この言葉は難しい』、『読んでも理解できない』と、次々にダメ出しを受けてしまいました（笑）。そこで、チー

ム内で忌憚なく意見を出し合い、6ヵ月かけて完成にまでこぎ着けました」（千葉先生）

苦心の末、日の目を見た冊子は、臨床現場で大活躍している。

「私が特に活用しているのは、糖尿病性腎症の病期を階段状に示したイラスト（【資料3】）です。

このイラストは、患者さんが今、どの病期に当たるのか、これから病期が進行するとどうなるのかが一目で理解できるので、診察室で患者さんに説明するのにとても便利です」（門田先生）

もちろん冊子は、メディカルスタッフたちが患者の指導をする際にも欠かせない。

「医師から糖尿病透析予防指導の依頼があった場合には、患者さんといっしょに冊子を1ページ目から読むことを基本としています。

食事に関する詳細な説明は、栄養士が行いますが、私たち看護師も食事について気をつけなければならない理由を説明するなどして、患者さんに動機づけをしてから栄養士にバトンタッチするようにしています」（山本氏）

「糖尿病歴が長くても、検査データの見方がわからない方は少なくありません。

冊子には、検査データの見方も掲載されているので、患者さんがその意味を理解し、検査データの変化に継続して配慮する契機になっています」（久保田氏）

「栄養指導を行う際、患者さんが冊子を見ながら『看護師から、ここまで聞いた』と教えてくれるので、効率的な栄養指導ができます。また、簡単に読める内容だからでしょう、ご自宅で読み直して復習する患者さんもいます」（麦倉氏）

「食事に関する基本的な情報や、適

切な食事についての解説がしっかりと掲載されているので、どの病期の患者さんでも使いやすく、とても役立つ冊子です」（井村氏）

初心を忘れずに、かつ
時代の要請に応じた診療を

さまざまな機会をとらえて患者教育を施した結果、多くの患者に行動変容を起こしてきた様子が見て取れる取材だった。最後に今後に向けての先生方の意気込みを聞いた。

「当院には皮膚科がないため、2009年にフットケア外来（【資料4】）を設置しました。足のトラブルの重症化を防ぐために、ますます力を入れていくつもりです。

また、患者さんが多くなってくると、決してそのつもりはなくとも、忙しさのあまり通り一遍の指導に陥ってしまう危険があります。ですから、常に糖尿病専門医の道を選んだときのフレッシュな気持ちを忘れずに、患者さんに向き合っていこうと思います」（門田先生）

「社会全体の流れにその傾向が見受けられますが、糖尿病の診療においても個人を重視することが求められています。つまり、『この方法が正解』、『この方法は間違っている』と画一的な判断ができなくなっているのですね。

こうした時代にあっては患者さんの情報をより深掘りできるチームの存在が重要。その点において当院のチームはまだまだ伸びしろがあり、求められる診療を達成できるものと確信します」（千葉先生）

初心を忘れずに、かつ時代の変化に応じた診療の提供にも後れをとらない。こうした姿勢で患者に対する限り、長崎病院の糖尿病診療は進化し続けるだろう。

『Medical View Point』は田辺三菱製薬が運営する
医師・薬剤師など医療関係者を対象としたWebサイトです。



田辺三菱製薬

Medical View Point

診療サポート情報

▶ 『Medical Network』コラム、先行配信のご案内



次号に掲載の「アップデート—進化する医療制度—」、「めざせ!!メディカルエグゼクティブ」をWeb版で先行配信します。

▶ 『医療行政“ほっと”ニュース』



医療行政や医療関連制度に関する動向を、コンパクトにまとめてお伝えします。

No.45 後期高齢者の窓口負担引き上げや定額負担の対象病院拡大などが決定

No.44 厚労省、初診からのオンライン診療解禁に向けて運用ルール等を提示

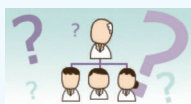
No.43 オンライン資格確認、顔認証付きカードリーダーの申し込みは14.5%

No.42 インフルエンザ流行期を見据え、診療・検査体制等の事務連絡

No.41 全医療機関の14.6%が「電話等診療」に対応も、一部不適切な事例も報告

薬剤師サポート情報

▶ 変革期の病院薬剤部門の「困った」に使えるマネジメントの基礎知識



CASE9

地域包括ケアにおける薬業連携を考える

実効性の高い連携をどう構築する？

CASE8

人材確保② —広報媒体としてホームページを最大限に活用する

アピールポイントをどう発信する？

CASE7

人材確保 —薬剤部の魅力をどう伝えるか？

ミスマッチを防ぎ、求める人材をどう集めるか？

▶ 『Pharma Scope』記事、先行配信のご案内



次号に掲載の「View」、「C-Pharmacy」を順次、Web版で先行配信します。

詳しくは、田辺三菱製薬 医療関係者情報サイト『Medical View Point』をご覧ください。

<http://medical.mt-pharma.co.jp>

田辺三菱製薬 医療

検索