

「特定行為看護師等を活用した 勤務環境改善例」

医師からの評価が起点で相乗効果となり、気づけば雇用策へ

平成立石病院（東京都葛飾区立石）
高橋素子

社会医療法人社団正志会 理事長 猪口正孝先生

・全日本病院協会副会長として、2040年を見据えた「新たな地域医療構想」策定するためのGLづくりの委員ご就任
(本年7月)



社会医療法人 正志会
花と森の東京病院
一般病床：144床
回復期リハビリテーション病棟：55床



社会医療法人 正志会
南町田病院
急性期病床：188床
回復期リハビリテーション病棟：34床



社会医療法人 正志会
荒木記念 東京リバーサイド病院
レディース病棟：55床 一般病床：40床
地域包括ケア病棟：14床



社会医療法人 正志会
葛飾リハビリテーション病院
回復期リハビリテーション病棟：83床



社会医療法人社団 正志会
平成立石病院

※急性期入院基本料(Ⅰ) 7対1 171床
※地ケア病棟2 32床 (2025年より変更)



寿康会病院
地域包括ケア病棟49床



社会医療法人 正志会
令和あらかわ病院
一般病床：113床ICU：16床
リハビリテーション病棟：111床



亀有病院
一般病床39床・地ケア21床・療養38床

千円でベロベロ？
程良く酔える街
(センベロ横丁)

何と、高橋がセンベロ横丁とあちらこ
ちらで吹聴してる間に再開発が始動。
大きく様変わりしてきました。
近々駅前にタワマン・区役所が

東京都葛飾区立石という地域背景(下町)

その地に2003年、医療法人として開設

※その後次々と200床前後の病院を開設(病院長ほぼ全て
日医大ご出身)

※2024年に社会医療法人として統一(現在8病院)

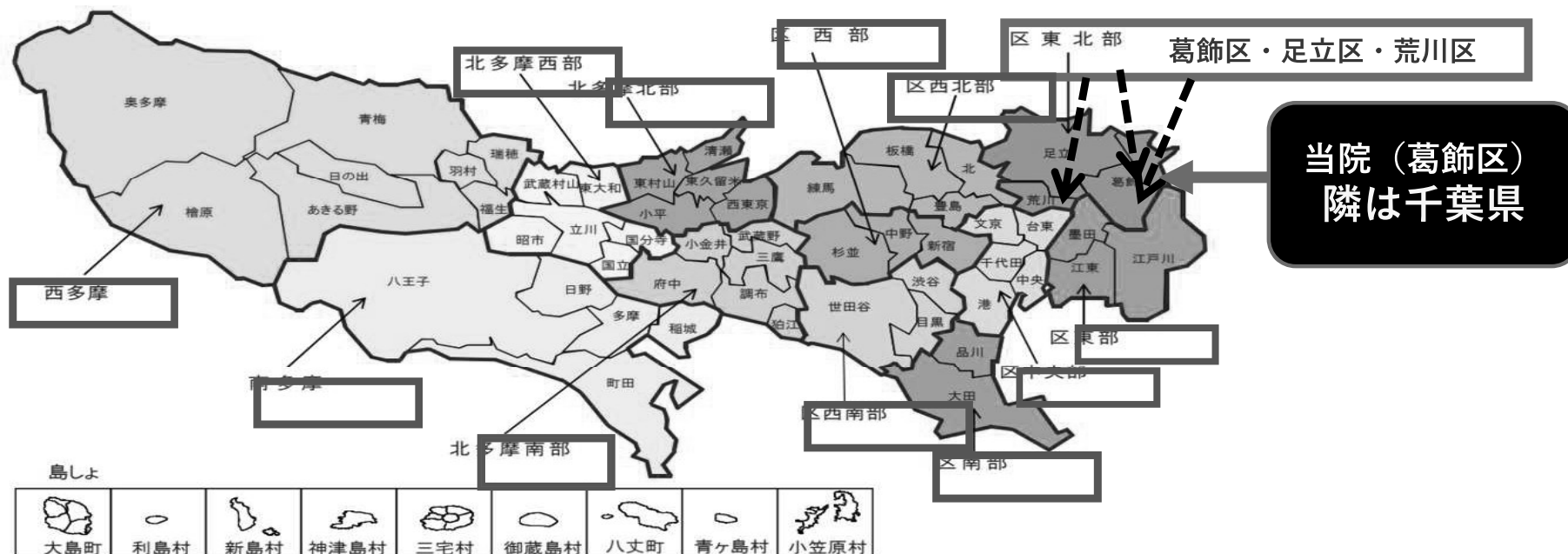
※多くが200床未満。200床超はわずか3病院。医療機器や備品
も助け合い

医 療 圏 (令和3年10月時点)	内 容
一次医療圏	原則、 <u>市区町村単位</u> 。診療所の 外来診療など日常的な医療を提供
二次医療圏(335分類) ※都内は12で構成 ※当院は区東北部(足立 区・荒川区・葛飾区)	複数の <u>市区町村</u> で構成。 救急医療を含む一般的な 入院治療が <u>完結</u> するよう な設定
三次医療圏(52分類) ※北海道のみ <u>6分類</u> に	原則、 <u>都道府県単位</u> 。重度のや けどの治療や臓器移植などの特 殊医療や先進医療を提供

区東北部の概
ねの人口は
1,3492,629人。
(2015年1月1日)

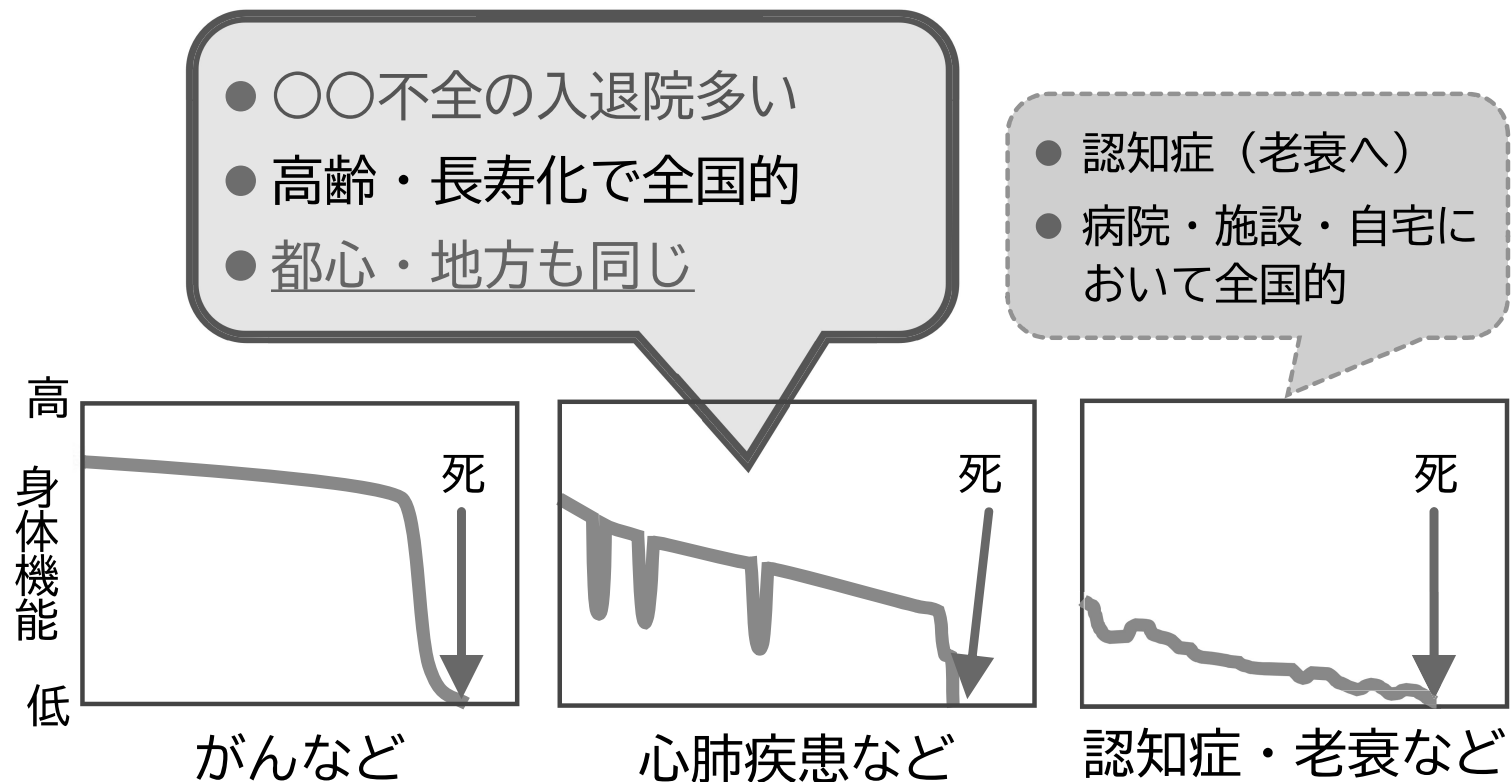
当院の医療を
支える救急搬
入患者は、ほ
ぼ3区であり、
一日2件ほどは
文京区・中央
区・港区の大
学病院から紹
介がある。

東京都の二次医療圏(12/335医療圏)



荒川区・足立区・葛飾区(区東北部)人口(2025年各区役所広報から):
1,392,629人≒140万人

トラジェクトリー（トラジェクト）カーブ： 時間的予後&機能的予後を示した図



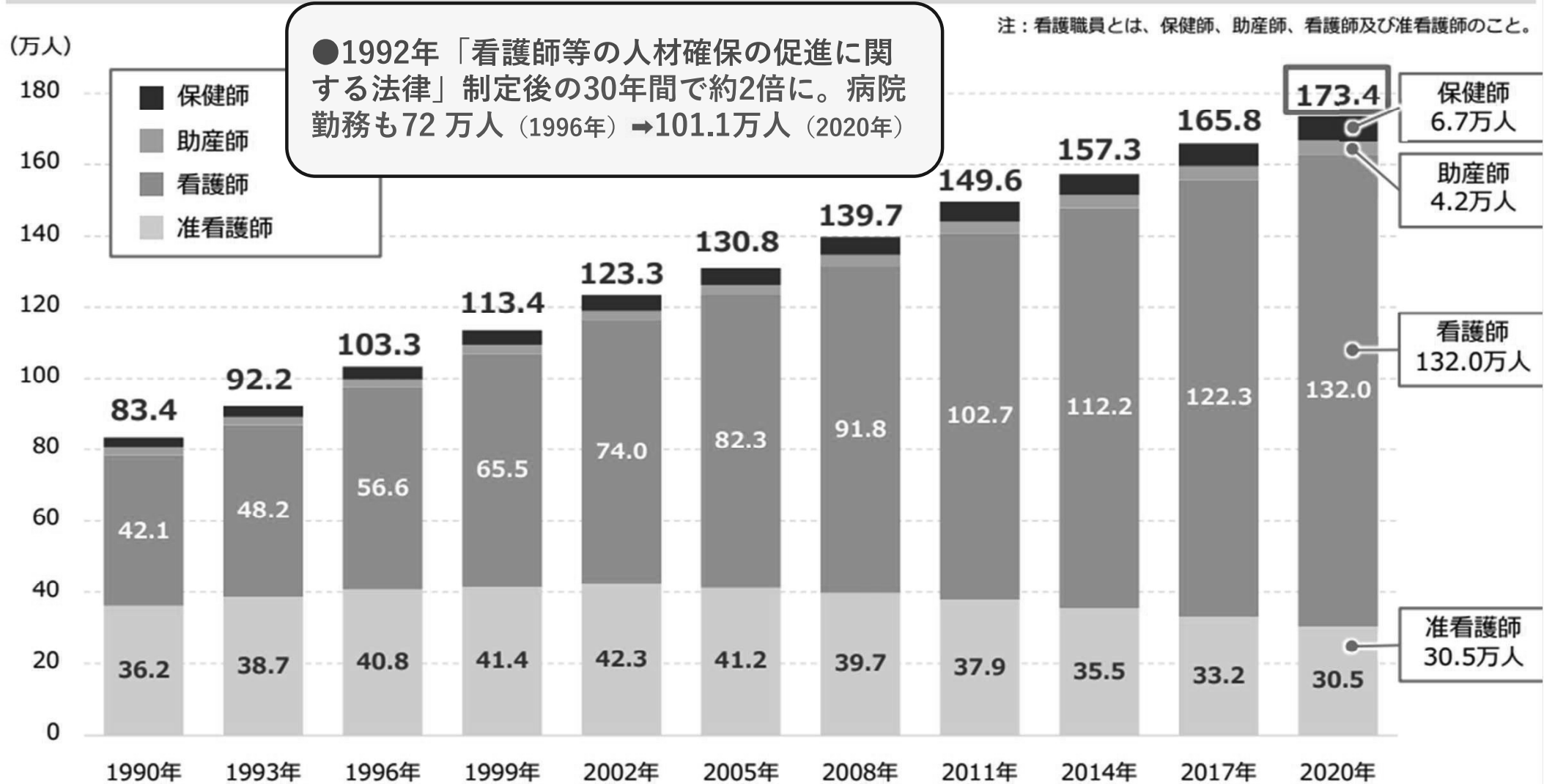
回数		合格者数（人）	合格率（％）
保健師	109回	7,579	93.7 （うち新卒96.8）
	110回	7456	95.7
	111回	7196	94.0
助産師	106回	1,977	95.6 （うち新卒99.7）
	107回	2,125	98.8
	108回	2,027	98.9
看護師	112回	58,152	90.8 （うち新卒95.5）
	113回	55,557	87.8
	114回	56,906	90.1

毎年5万人超え、県内に誘導を

- ◆看護師国家試験は平成元年まで年2回実施
- ◆第113回の国試は地域・在宅看護系は抑えどころ。以後の潮流に

看護職員就業者数の推移

看護職員の確保が進められて、看護職員就業者数は増加を続け、2020年（令和2年）には173.4万人となった。



資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。

・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。

・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

資格認定者の現況 2024.12現在（本年は10月試験実施）

27年～31年経過しても増加は微々たるもの、医師のタスク・シフト/シェアは？

1994年創設
専門看護師（CN）

1995年創設
認定看護師（CNS）

1998年創設
認定看護管理者（CNA）

※今求められているタスク・シフト/シェアへの貢献度は上記資格は微妙？（私見）

3,473人

24,974人

（A課程：19,736人）・・・従来

（B課程：5,238人/2020年～）

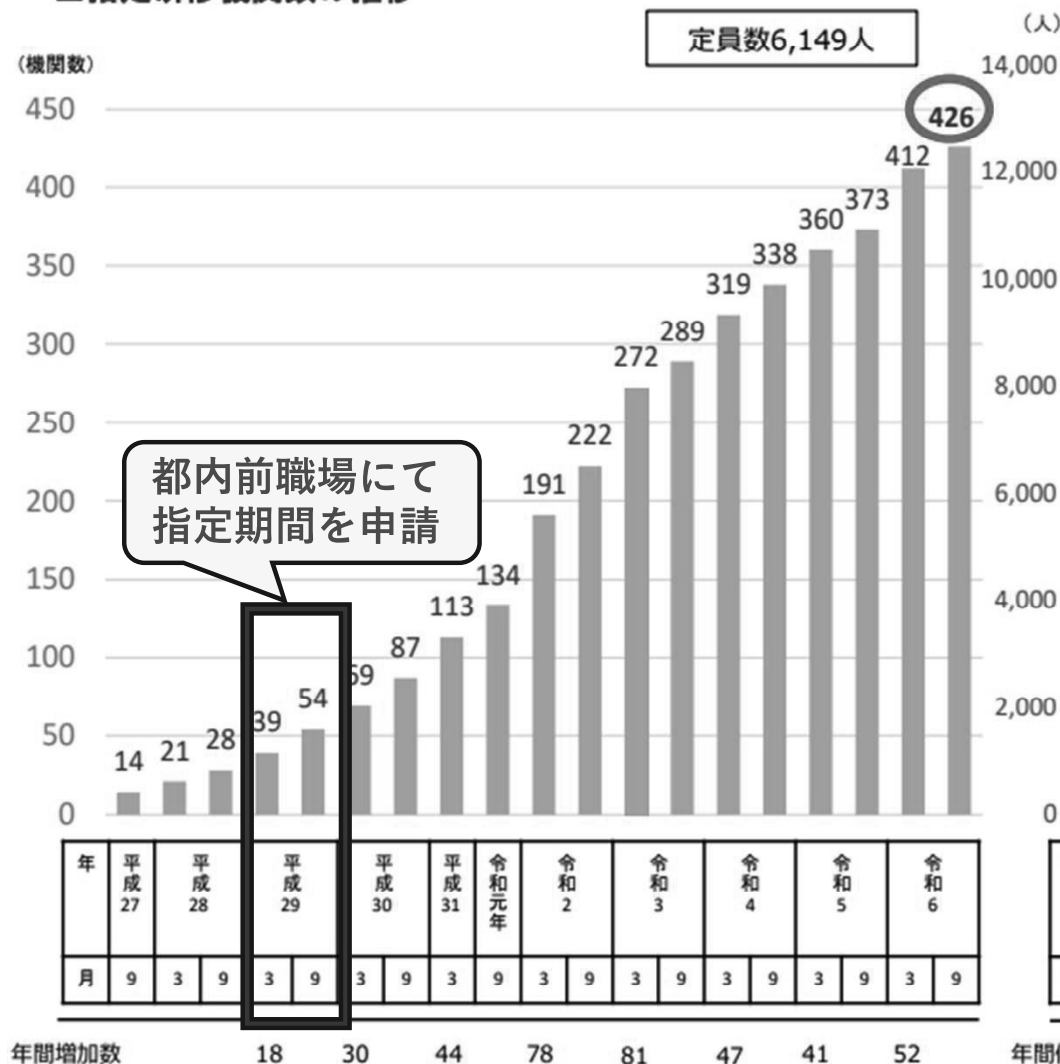
5,488人

予測された以上の少子高齢化の進展・人口減少・ニーズの多様化等、国内事情と医療を取り巻く状況は直結。在宅治療など地域包括ケアシステムが更に推進される今後を見据えて、特定行為研修が2015年に開始された。（当時、10万人目標に行き詰まりもあった）

特定行為研修指定研修機関数・特定行為研修修了者の推移

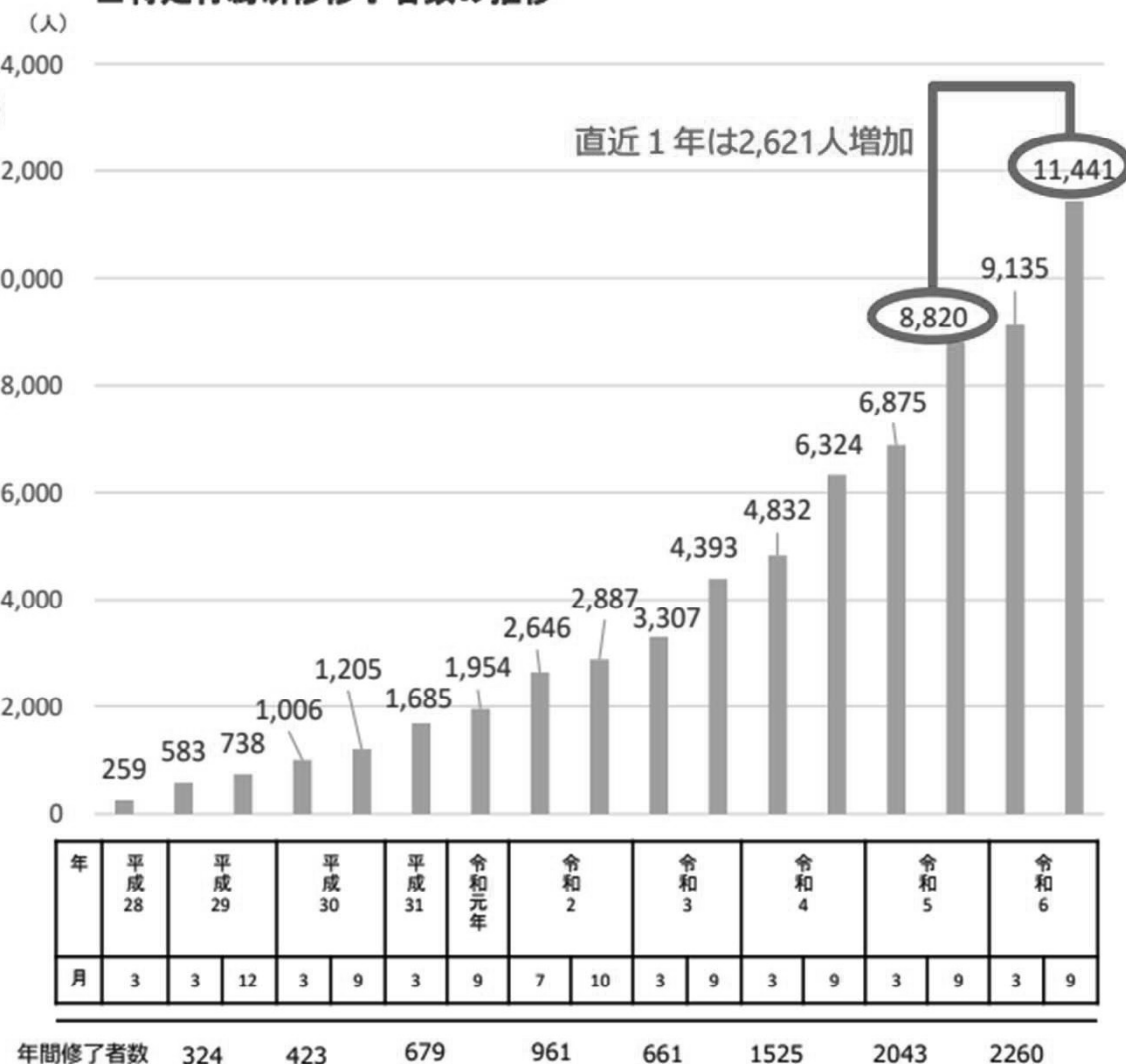
- 特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和6年9月現在で**426**機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は**6,149**人である。
- 特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和6年9月現在で**11,441**人である。

■指定研修機関数の推移



(厚生労働省医政局看護課調べ)

■特定行為研修修了者数の推移



(令和2年はCOVID19影響で7月末時点)

二次医療圏別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）①

医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～に基づき、都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の二次医療圏が確定する前の段階（2022年3月時点）の二次医療圏における指標の値について上位1/3の閾値を217.6、下位1/3の閾値を179.3と設定している（小数第2位以下略）。なお今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり二次医療圏の見直し等が行われた場合は、見直し後の二次医療圏の医師偏在指標を再計算し、前述の閾値を用いて区分分けを行う。したがって、上位1/3、下位1/3に区分される二次医療圏の数は、全国の二次医療圏の総数の1/3と必ずしも一致しない場合があり得る。

（二次医療圏別）

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
00	全国	全国	255.6
0101	北海道	南渡島	205.5
0102	北海道	南増山	139.0
0103	北海道	北渡島増山	112.6
0104	北海道	札幌	282.4
0105	北海道	後志	205.9
0106	北海道	南空知	166.9
0107	北海道	中支知	195.1
0108	北海道	北支知	145.0
0109	北海道	西根振	184.0
0110	北海道	東根振	180.7
0111	北海道	日高	152.0
0112	北海道	上川中部	291.0
0113	北海道	上川北部	186.6
0114	北海道	富良野	135.3
0115	北海道	留萌	181.3
0116	北海道	宗谷	130.2
0117	北海道	北網	144.1
0118	北海道	遠軽	148.3
0119	北海道	十勝	192.8
0120	北海道	釧路	158.8
0121	北海道	根室	116.6
0201	青森県	津軽地域	253.2
0202	青森県	八戸地域	164.4
0203	青森県	青森地域	186.6
0204	青森県	西北五地域	126.3
0205	青森県	上十三地域	139.6
0206	青森県	下北地域	152.7
0301	岩手県	盛岡	244.6
0302	岩手県	岩手中部	135.4
0303	岩手県	胆江	144.9
0304	岩手県	両磐	151.1
0305	岩手県	気仙	144.1
0306	岩手県	釜石	107.8
0307	岩手県	宮古	134.5
0308	岩手県	久慈	142.4
0309	岩手県	二戸	200.9

上位1/3 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
0401	宮城県	仙南	169.7
0403	宮城県	仙台	288.8
0406	宮城県	大崎・栗原	172.6
0409	宮城県	石巻・登米・美田	164.0
0501	秋田県	県北	142.0
0502	秋田県	県央	243.4
0503	秋田県	県南	159.6
0601	山形県	村山	237.4
0602	山形県	最上	120.0
0603	山形県	置賜	189.2
0604	山形県	庄内	162.8
0701	福島県	県北	266.1
0702	福島県	県中	188.3
0703	福島県	県南	162.7
0706	福島県	相双	155.5
0707	福島県	いわき	123.2
0708	福島県	会津・南会津	168.9
0801	茨城県	水戸	231.2
0802	茨城県	日立	140.3
0803	茨城県	常陸太田・ひたちなか	140.3
0804	茨城県	鹿行	137.2
0805	茨城県	土浦	184.4
0806	茨城県	つくば	337.7
0807	茨城県	取手・竜ヶ崎	173.3
0808	茨城県	筑西・下妻	153.0
0809	茨城県	古河・坂東	148.8
0901	栃木県	県北	171.2
0902	栃木県	県西	168.1
0903	栃木県	宇都宮	207.6
0904	栃木県	県東	207.0
0905	栃木県	県南	345.3
0906	栃木県	両毛	179.3

（二次医療圏別）

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1001	群馬県	前橋	340.2
1002	群馬県	渋川	175.8
1003	群馬県	伊勢崎	179.1
1004	群馬県	高崎・安中	210.8
1005	群馬県	藤岡	181.3
1006	群馬県	富岡	181.7
1007	群馬県	吾妻	154.4
1008	群馬県	沼田	206.4
1009	群馬県	桐生	174.5
1010	群馬県	太田・館林	149.7
1101	埼玉県	南部	203.7
1102	埼玉県	南西部	207.0
1103	埼玉県	東部	182.0
1104	埼玉県	さいたま	236.6
1105	埼玉県	県央	190.8
1106	埼玉県	川越比企	215.6
1107	埼玉県	西部	211.3
1108	埼玉県	利根	166.7
1109	埼玉県	北部	163.6
1110	埼玉県	秩父	157.5
1201	千葉県	千葉	268.6
1202	千葉県	東葛南部	199.5
1203	千葉県	東葛北部	203.1
1204	千葉県	印旛	210.3
1205	千葉県	香取海浜	196.4
1206	千葉県	山武長生夷隅	145.5
1207	千葉県	安房	322.5
1208	千葉県	君津	173.5
1209	千葉県	市原	200.1

上位1/3 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1301	東京都	区中央部	789.8
1302	東京都	区南部	380.4
1303	東京都	区西南部	413.7
1304	東京都	区西部	569.1
1305	東京都	区西北部	295.8
1306	東京都	区東北部	216.4
1307	東京都	区東部	307.6
1308	東京都	西多摩	138.1
1309	東京都	南多摩	164.6
1310	東京都	北多摩西部	254.4
1311	東京都	北多摩南部	312.5
1312	東京都	北多摩北部	196.4
1313	東京都	島しょ	131.6
1404	神奈川県	川崎北部	285.3
1405	神奈川県	川崎南部	347.3
1406	神奈川県	横浜賀三浦	235.0
1407	神奈川県	相模原部	202.4
1408	神奈川県	相模原部	238.1
1409	神奈川県	県央	187.4
1410	神奈川県	相模原	217.7
1411	神奈川県	県西	177.1
1412	神奈川県	横浜	260.8
1501	新潟県	下越	156.0
1502	新潟県	新潟	234.3
1503	新潟県	県央	141.6
1504	新潟県	中越	158.2
1505	新潟県	魚沼	132.0
1506	新潟県	上越	159.6
1507	新潟県	佐渡	138.9
1601	富山県	新川	213.0
1602	富山県	富山	273.2
1603	富山県	高岡	211.5
1604	富山県	砺波	202.2
1701	石川県	南加賀	202.9
1702	石川県	石川中央	328.0
1703	石川県	能登中部	196.8
1704	石川県	能登北部	151.7

都内二次医療圏での中位は2/12.下位は3/12
他地区は全て上位である(大学病院が多いから)

都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）

（都道府県別）

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	255.6
01	北海道	233.8
02	青森県	184.3
03	岩手県	182.5
04	宮城県	247.3
05	秋田県	199.4
06	山形県	200.2
07	福島県	190.5
08	茨城県	193.6
09	栃木県	230.5
10	群馬県	219.7
11	埼玉県	196.8
12	千葉県	213.0
13	東京都	353.9
14	神奈川県	247.5
15	新潟県	184.7

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
16	富山県	238.8
17	石川県	279.8
18	福井県	246.8
19	山梨県	240.8
20	長野県	219.9
21	岐阜県	221.5
22	静岡県	211.8
23	愛知県	240.2
24	三重県	225.6
25	滋賀県	260.4
26	京都府	326.7
27	大阪府	288.6
28	兵庫県	266.5
29	奈良県	268.9
30	和歌山県	274.9
31	鳥取県	270.4

上位1/3 下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
32	島根県	265.1
33	岡山県	299.6
34	広島県	254.2
35	山口県	228.0
36	徳島県	289.3
37	香川県	266.9
38	愛媛県	246.4
39	高知県	268.2
40	福岡県	313.3
41	佐賀県	272.3
42	長崎県	284.0
43	熊本県	271.0
44	大分県	259.7
45	宮崎県	227.0
46	鹿児島県	254.8
47	沖縄県	292.1

（医師偏在指標について）

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。このため、医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分

■ 特定行為研修修了者の就業者数の目標値についての基本的な考え方と算出例

1

在宅・慢性期領域の就業者数

【算出例】

- ★ 看護師数が常勤換算5名以上の訪問看護ステーションに、特定行為研修修了者各1名以上の配置する場合の就業者数
- ★ 地域の訪問看護ステーションの特定行為研修への受講ニーズ調査から算出
- ★ 在宅医療を支える医療機関における同行訪問を行う特定行為研修就業者数
- ★ 療養病棟等に1名以上配置する場合の就業者数 等

例

全訪問看護ステーション数：100

うち、看護師が常勤換算で5名以上の訪問看護ステーション数：40

40の訪問看護ステーションに1名以上の修了者：40
箇所×1名＝40名以上

2

新興感染症等の有事に対応可能な
就業者数

【算出例】

- 有事に、ICUや救命救急等の集中治療を担う全ての病棟において、機動的かつ流動的な対応が可能となる特定行為研修修了者の人数（例えば、診療報酬の施設基準に係る看護師以外に2名以上配置、等）
- 新型コロナウイルス感染症の重症患者を受け入れている医療機関のニーズ 等

例

特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟数：35

救命救急入院料を算定する病棟数：15

上記の各病棟に最低2名以上の配置：

2名×50＝100名以上

3

医療機関における看護の質の向上と
タスク・シフト/シェアに資する就業者数

【算出例】

- 医療機関の看護師の特定行為研修への受講ニーズ
- 医師労働時間短縮計画の作成対象となる医療機関や、総合入院体制加算を算定する医療機関における特定行為研修修了者の養成ニーズ調査等から算出
（例えば、医療機関が以下のように算出したものの積み上げ。
・高度急性期病棟に各勤務帯1名以上、毎日配置するために必要な人数
★ ・外科病棟に日勤帯に1名以上、毎日配置するために必要な人数） 等 等

①～③の合計＋α（その他、地域の実情に応じて都道府県独自の観点で目標数を追加）

都道府県ごとの特定行為研修修了者の就業者の目標値

特定行為研修修了者

2024年9月時点.厚労省

2015年開始時、目標10万人

→→1万1,441人

(指定研修期間426施設・研修期間6か月～2年間・定員6,149 人)

**2016年、自身も研修機関申請を経験したが、大変煩雑で負担感のみが残っている。
今後、申請に関しての事務手続き簡素化の方針（実施は2026年8月審査分）を厚労省が出したこと、施設が増えるかと期待!!**

実施できる特定行為の一覧表

(看護師個別の実施可能な行為一覧表を医局・ERほか各部署掲示)

特定行為区分	特定行為	特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	創傷管理関連	褥(じよく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	創傷に対する陰圧閉鎖療法	創傷に対する陰圧閉鎖療法
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更	創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
	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	動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	人工呼吸器からの離脱	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
	気管カニューレの交換	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理	脱水症状に対する輸液による補正	脱水症状に対する輸液による補正
	一時的ペースメーカーリードの抜去	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
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理	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
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整	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
	心臓ドレーン管理関連	心臓ドレーンの抜去	心臓ドレーンの抜去
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	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
腹腔ドレーン管理関連	胸腔ドレーンの抜去	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	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	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。)	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
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	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	膀胱ろうカテーテルの交換	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
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	抗けいれん剤の臨時的投与	抗けいれん剤の臨時的投与
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	抗精神病薬の臨時的投与	抗精神病薬の臨時的投与
		抗不安薬の臨時的投与	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 HP より

●Ns/○Ns
外科術後病棟管理

◆Ns/◇Ns/■Ns
外科基本
パッケージ

●/○/◆/◇/■
上記5人のNs

●/○/■
上記3人のNs

■
上記1人のNs

*診療看護師 (NP)
①・②・③・④
4名は38行為すべて
実施可能である

看護職個々のスキルアップ & チーム医療円滑化の取り組み事例(当院)

- 当院（二次救急医療施設・171床入院基本料1＋32床地ケア病棟2）の例
 - 2023年度救急車受け入れ数89,05台（70歳以上が55%）
 - 2024年度救急車受け入れ数8,756台（70歳以上ほぼ〃）周囲が救急に注力
- 2023年度から看護部教育委員会企画でシリーズ化した薬剤講義実施
 - 起点：認知症患者入院が急増し（とくに緊急入院）、入院時より看護職個々から対応力の不足を痛感&内省の声があり。ときに無力感も！
 - 薬剤部に数回の講義（1回30～45分/見逃し配信あり）依頼、主テーマは認知症に関する内容
 - 医師や看護師でなく「チーム医療」の観点から薬剤部に依頼
 - 最終講義は身体拘束とせん妄に役立つ薬剤について

その他の取り組みがもたらした予期せぬ効果

■ 医師に次ぎ、最も看護職と関係性がある薬剤部の協力を得たことは、その他の職場環境（業務上）に大きな良い変化をもたらし、診療科に関係なくミニ講義が当たり前に変化。

気軽に質問できる関係性は、NPチームと全診療科医師とのやり取りも理解し易くなり、受け持ち看護師が主治医に問い合わせる際にも、状態報告の質向上に連動してきた。

■ 気軽に相談できるようになり、一気に垣根が外された。

NPチームの活動実際 (平日のみ)

- NPチームメンバーのみで毎朝のミーティング（ER室にて約5分間）

▼現時点で予定されている行為について担当者決定

▼原則最低2名で対応（行為・看護師として）

- 現時点で予定されている行為について担当者同士で打ち合わせ
- 予定された行為実践
- 緊急依頼の行為実践
- 自身が行為実践した患者のラウンド（刺入部ケアなど）※病棟大助かり
- 所属部署で通常の看護ケア

▼共有すべき事項があればミーティング

▼何もないければ退勤（月間超勤5～10時間）

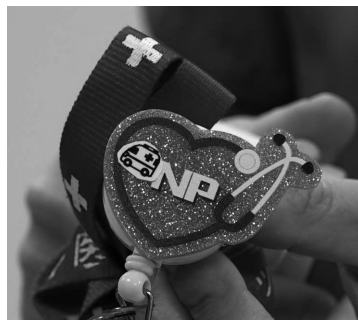
※他病棟の残業最頻値

2019年着任時：約20時間

現在：3～3.5時間に短縮

※2025年4月現在、10名で活動（遠方親の介護で1名退職、そのような年代が多い）

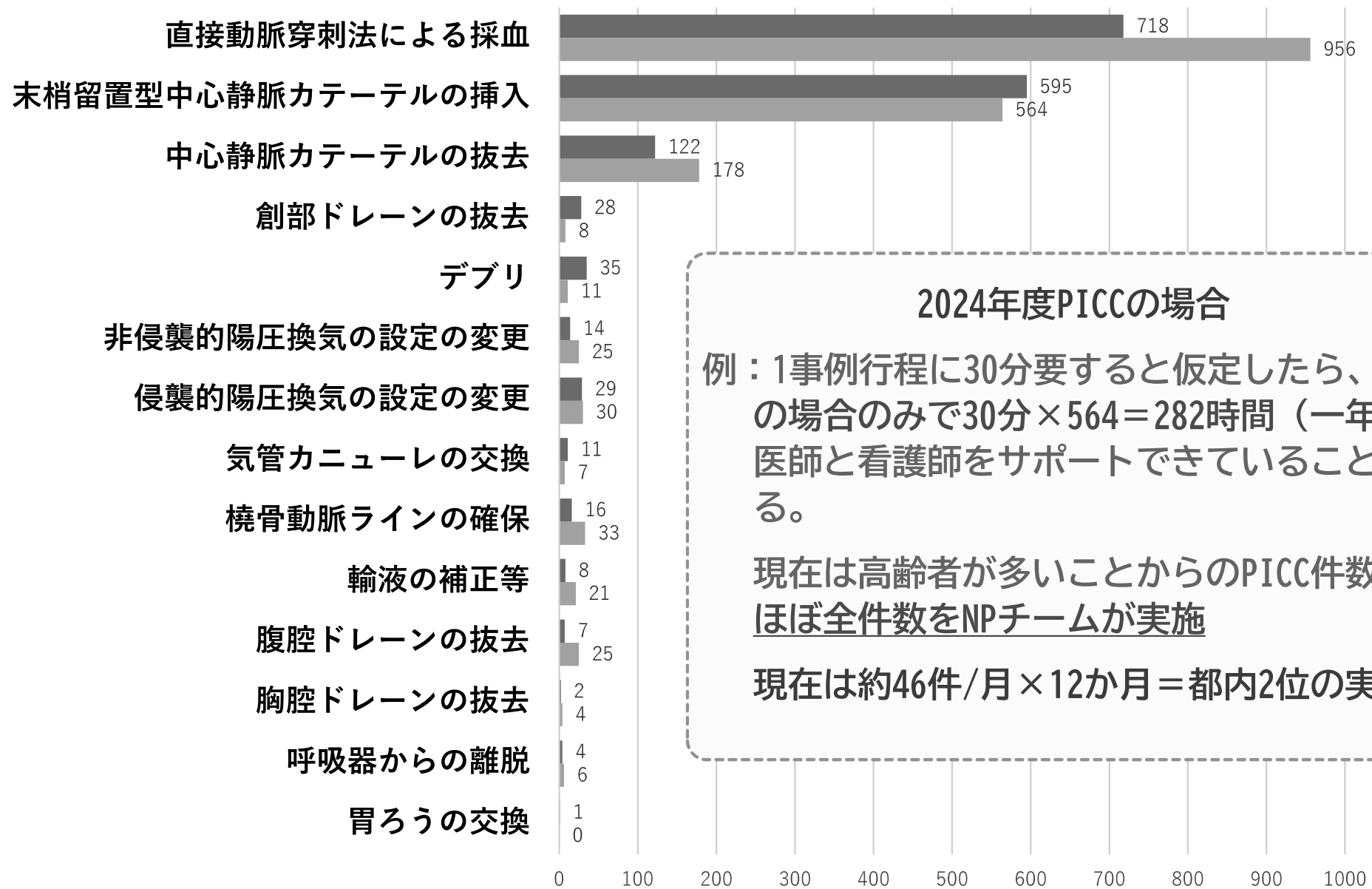
NPチームの活躍の実際 (基本、2名以上で)



※看護のフロントランナーズ（学研eラーニング）
「NPを中心とした看護師チームが支える地域医療」もご参照ください

特定行為実施内容

■ 2023 ■ 2024



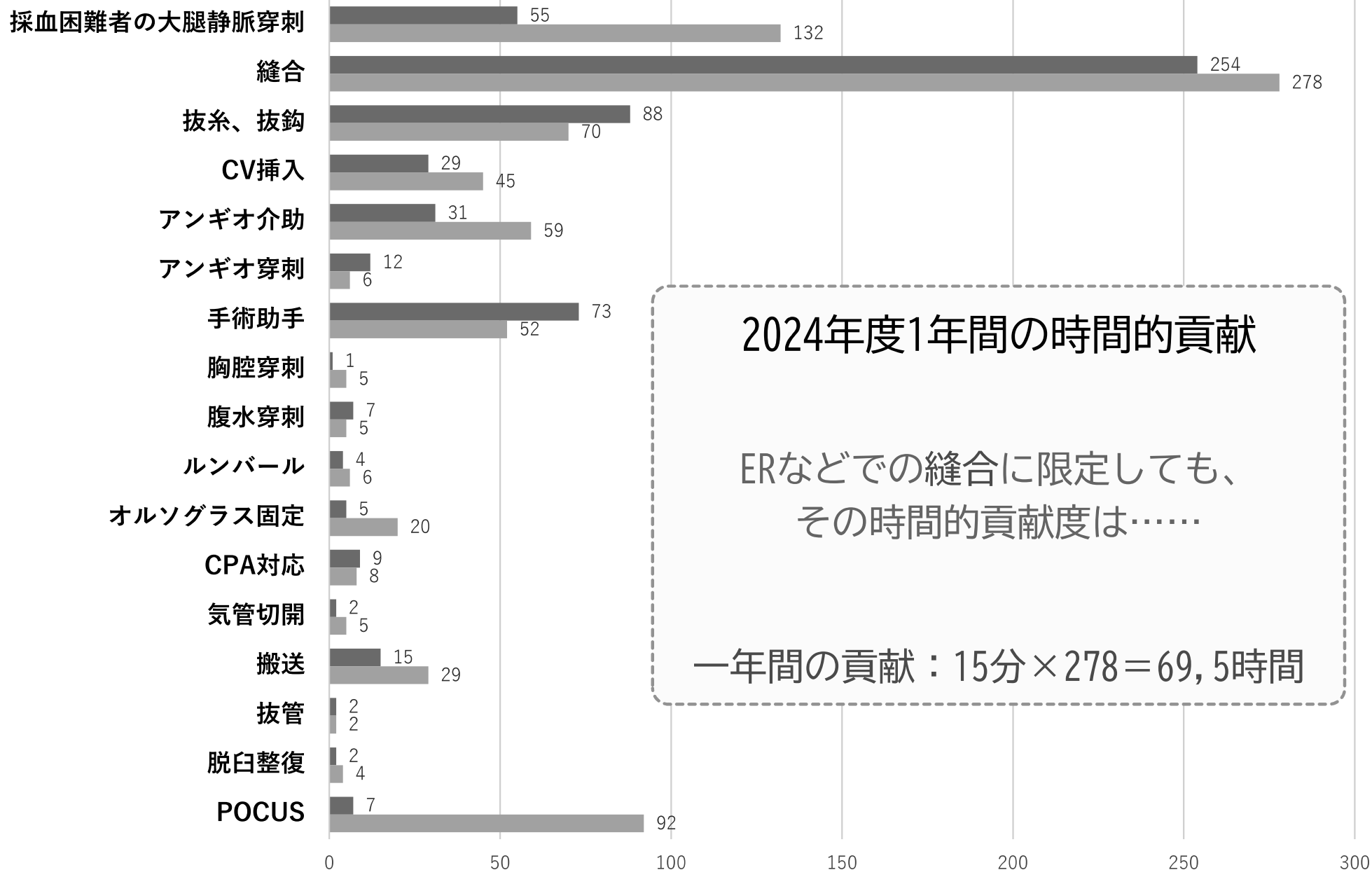
2024年度PICCの場合

例：1事例行程に30分要すると仮定したら、PICCの場合のみで30分×564＝282時間（一年間）医師と看護師をサポートできていることになる。

現在は高齢者が多いことからのPICC件数は、ほぼ全件数をNPチームが実施

現在は約46件/月×12か月＝都内2位の実績

特定行為以外の外科的処置 ■ 2023 ■ 2024



二次救急医療の最たる当院、 特定行為実施場面が多いため**の工夫例**

常時、全病棟が＜医療＋看護＋介護＞の現場に！

・・・様々な処置が日勤帯に実施されるが、

介助時に単独看護師では負担大→外国人補助者雇用拡大

工夫① NPチームは複数で対応を基本型に！

※一人が看護師として付き、病棟看護師の負担軽減

【一事例】後期高齢者が転院の場合、PICC挿入事例が多い
約60件/月（都内2位・全国10位内とのこと）

工夫② NPチームといえど院内認定者のみが実施

※院内認定の判定はその手技の熟練医師

うまくいくと思えるキャリアとは？（私見）

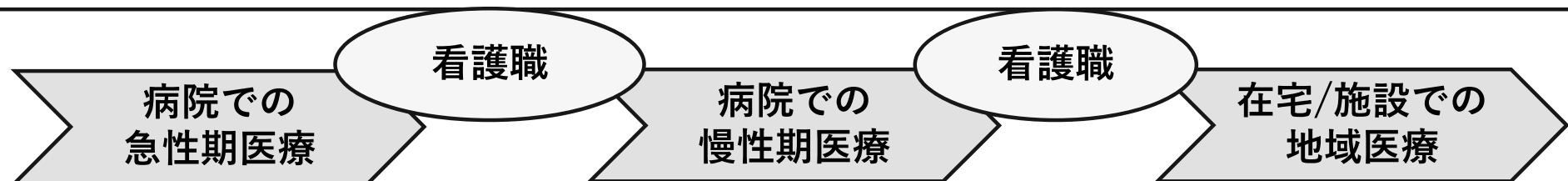
- ①組織理念や看護部理念に沿っていることを起点としている
※さまざまな面で公式（時に非公式）に支援を得やすい
- ②他者から一目おかれる位置や立場（出世も？）を得やすい印象
- ③仕事に役立つ資格をとることで、達成したあとに充実感を得られる

本人が何も行動を起こさなければ、望む・適するキャリアに出会うことはない。ましてやそのキャリアを活かすことはない。
※やはり、組織理念（看護部理念にも）に合致した主体的な行動しかない。諸資格を組織内で活かさなければ全く意味がない！

75歳以上（後期高齢者）人口の増加を想定して数年前から国が取り組んできた諸策に看護界も沿う形で！
<医療インフラを支える職種という認識を>

1995年に発足した認定看護師制度、現在24,000人以上となり、1994年発足の専門看護師も3,000人以上が活躍している。しかし、今後の国内事情や看護提供サービスの変化を考慮し、日本看護協会も認定看護師教育に特定行為研修を組み込む等、養成内容が変化してきた。言い換えれば地域医療において看護師（専門性のある・習熟した実践力）への期待がここ数年大きく変化してきたと言える。活用が必至へと変化
今後、医療機関機能の区分は4→5機能（案）？

現在：①高度急性期②急性期③回復期④慢性期…各病棟を自主選択し報告



地域包括ケアシステムへと自然的な流れへ

医療の機能分化の進展＝**地域包括ケアシステムの構築**

※さかのぼれば2014年の診療報酬改定は2025年に向けての医療提供体制の再構築と地域包括ケアシステムの構築を図るためであった。そのひとつが2006年新設の7対1入院基本料要件の厳格化と地ケア病棟入院基本料新設である。以後の2年ごとの改定は医療機能の分化・強化・連携を更に進める内容へと。最たる改定が2024年度である。

2020年は医師の働き方改革（看護師は勤務環境改善として夜間看護体制の整備要件の見直しや負担軽減、看護補助者夜間配置加算評価など）を主とした改定であった。➡4年後の2024年4月から実施へ（改定は準備から注視）

●案外と看護職は多職種との連携がうまくいっている職場が大好き。
(特に現在はチーム医療が主) →常に笑顔が多くなり、残業も削減

●自分の病院で、近隣にない取り組みが実施されている、地元で活躍されている知名度が高い医師が自施設におられることが誇り。

●病院長はもちろん、看護部でもトップマネージャーが明るい人が大好き。静かなお人柄でも明るく、現場感がある上席が好き

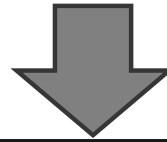
上記は長年の看護管理者研修出講時に私自身が受講生から感じたこと・・・

上記は、F.ハーズバーグにおける仕事の満足感において動機づけ要因と似ている。衛生要因に比し、雇用や定着化にはより効果的な印象

現在、民間病院数が国内の7～8割、都内においては9割である。公的資金援助に依存できないため、一致団結して病院経営に貢献することは当たり前。何と言っても最たるマネジメントは人集めと定着化に尽きる。ヒト・モノ・カネ・その他(情報等多種)があるが、イノイチはヒトのマネジメント！と長年の管理経験から行き着いた。

医師事務作業補助はいつから？

・・・国内で自主的に開始され始めたのは2000年頃か?・・・
個人的に医療界ヒエラルキートップの医師の笑顔が起点と思う



医師事務作業補助加算はいつから？

※医師事務作業補助研修修了（一例：6か月間に32時間以上の研修受講）

2008年の診療報酬改定から、その後一気にタスクシフトへ



医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）いつから？

2014年10月の改正医療法に基づき全国に当センター開設が
通知され、医師をはじめ医療関係職の環境改善が進み現在に!!

医師の笑顔に患者が喜び、患者増につながり、上質で安全な医療を全職員が提供

医療界（看護界）で見過ごすことができない国内の流れ

現行の2025年度までの地域医療構想、次なる2027年度からに向けて2026年度を移行期とし、新たな病床必要量などが協議に審議される流れに・・・（2024.12.3時点）

●医師偏在に関する対策として、「医師偏在是正プラン（仮）」として対策の策定に入った。主な策は診療報酬での対応を基準（財源）としたもので、賛否両論ある。

※主要都市以外では人口減少の加速と同様に医師の減少も加速化している。

●一方美容医療（自由診療）の急伸で、違法や不適切な事例も増加し、保険診療で対応している事実もある。自由診療後の保険診療による対応の検討段階に入った。

●2024年度診療報酬改定（医療・介護同時改定）にて介護施設に協力医療機関を3年以内に登録することが義務付け。

★★看護師の地域医療での活躍が拡大へ（特定行為研修修了者を地域へ）

【長年の看護管理者経験から痛感していること】 …本日の総括とも言える…

- ①2024年4月からの医師の働き方改革に賛成！が、
医療縮小が決してあってはならない
- ②平均寿命延伸(2023年、3年ぶりに延伸)の国内状況から
専門性のある看護師が求められる様になることは必至。
医療＋看護＋介護が急性期でも！1人のNs.が1.5人分？
- ③NPチームを提案し、許可をいただき、院生実習を受け入れ、
NPチームを医局ではなく看護部内に組織化し、多診療科で
活躍できるNPチームに成長した事に感謝しきり。上記2点の
ことから、NPチーム活動は病院規模や機能に関係なく、
活躍の場を拡大することが職員や患者のためになると考える。

国内における100歳以上の方々が約10万人。
個々の看護師&メディカルスタッフが、
学生時代から完全退職まで学び続けなくては！

女性：87.14歳（対前年比 0.05歳延伸）

．．．．医療従事者も高齢化に

男性：81.09歳（対前年比 0.04歳延伸）

ご清聴有難うございました。