



全日病 NEWS 11/15

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.790 2012/11/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

神野副会長「現にしている行為ができなくなる事態は回避すべし」

チーム医療推進のための看護業務検討WG 一般看護師特定行為への要件設定と「経過措置」の議論を懸念、運用上の担保を求める

11月6日の「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」は、前日に引き続き、医行為分類案に関する検討を行なった。

議論において、全日病副会長である神野構成員は、指定研修を終えた看護師を対象とする特定行為の枠組によって、現在、現場で実績を重ねている一般看護師が特定行為をできなくなる事態は避けるべきであると強く主張。多くの構成員から賛同する意見を得た。

この意見に有賀座長も同調。運用に際して、そうした措置が確保できるための工夫・提案を事務局に求めた。

その一方で、一般看護師の特定行為実施を経過措置にすべきという意見や包括的指示にかかわる医師の責任を強化する見解が示されるなど、依然として、解決されるべき論点が山積している。

医行為分類案に対しては、意見募集で関係学会などから修正提案が多く寄せられた。それらを踏まえ、事務局(厚労省医政局看護課)は「医行為分類(案)に関する考え方の整理(たたき台)」(3面に掲載)を示し、「絶対的医行為」「特定行為」「一般の医行為」という分類定義の再整理を提案した。実は、これら分類項目の具体的定義が示されることなく意見募集が行なわれている。

「考え方の整理」で、「特定行為」は2年もしくは8か月の指定研修を受けた看護師を主体として定義され、一般看護師に関しては、「看護師一般が具体的指示に基づいて実施する場合の取り扱い」はチーム医療推進会議で検討中」という注釈で片づけられている。

これに関する事務局説明は、一般の看護師が行なう場合の要件案は「親会議で検討途上である」とするにとどまり、議論をチーム医療推進会議に委ねる意向を示唆した。

さらに、事務局は、10月24日の親会議(チーム医療推進会議)で、「一般看護師が指定研修を受けずに特定行為ができるというのは経過措置とすべきではないか」という意見があったことに言及、同日提示した資料でも紹介した。

「経過措置とすべき」という考え方は、「特定行為の実施は本来指定研修を受けた看護師に限定されるべきであり、一般看護師にも認めるのは、現場の混乱を避けるためにやむなくとられる措置に過ぎない」という認識にもとづくもので、10月24日のチーム医療推進会議で一部の構成員が発言している。

これまで表面化してこなかったものの、「経過措置」という発想は事務局の

根底にある考えだ。保助看法は看護師による特定行為実施の基本的枠組みの規定にとどめ、実施にいたる要件の詳細を省令等で定めれば、将来、省令等の改正で「経過措置」の廃止が可能となるからだ。

その一方で、前出チーム医療推進会議に、事務局(医政局医事課)は、「特定行為の実施に係る研修の枠組みを導入した場合も、特定行為の実施自体を保助看法で禁止しない」という認識を示し、同日のWGでもそう言明した。

この考え方は、特定行為の実施が認められる看護師の行為は業務独占ではないということを表わすに過ぎないが、一般の看護師が特定行為を実施しても即違法行為にはあたらないという点で意味が大きい。ただし、「経過措置」の間の法的対応という解釈もでき、さらには、省令など法令上の解釈によって事実上できなくなる可能性もある。

「考え方の整理」は、さらに、包括的指示に関する興味深い解釈を示した。

それは、「指定研修を受けた看護師が特定行為を行なう場合はプロトコルの活用を前提にしているが、医療の提供場面や患者の病状等によって同じ行為でも難易度が異なることから、医師は包括的指示を行う際に患者ごとにプロトコルを適用するか否かを判断する必要があり、状況によっては、医師自らがその行為を実施する場合もある」というもの。

つまり、①指定研修を受けた看護師はプロトコルにもとづいて特定行為を実施するが、②そのプロトコルの適用可否を判断するのは医師であり、かつ、③その適用に危うさを感じた場合は医



看護業務検討WGで発言する神野副会長

師自らは実施すべきであるということ、包括的指示を出す医師の責任の所在をあらためて明確にするものだ。

こうなると、包括的指示下で判断上の裁量が認められて特定行為が実施できる「指定研修を受けた看護師」というのはどういう位置づけであるか、概念

はますます混沌とする。と同時に、「具体的指示に基づいて実施する場合の取扱い」が別途組上に上げられ、かつ、それも「経過措置」とされる可能性が残るなど、一般看護師の位置づけがきわめて曖昧になろうとしている問題が浮上する。

神野意見に有賀座長が同調。事務局に工夫・提案を求める

同日のWGで、神野構成員(社会医療法人財団董仙会理事・全日病副会長)は、Bに分類された「人工呼吸器装着患者のウィニングスケジュール作成と実施」を例に、自院で、医師と認定看護師など経験を積んだチームがプロトコルを踏まえて実施していると紹介した。

その上で、一般看護師の特定行為実施条件を論じているチーム医療推進会議で、特定行為に過度な要件が設定されると、Bに分類されたウィニングスケジュール等「今、現場で医師とチームがしている行為ができなくなる」と危惧。

さらに、WG 27回の議論において、具体的指示の下で一般看護師が実施できるとされてきた特定行為の考え方がここにきて反故にされようとしていると懸念を表明、「特定行為の枠組には賛成するが、今現場でしていることを取り上げるべきではない」と強調した。

神野構成員の発言は、2年前の看護業務実態で明らかになったように、グレーゾーンとされてきた行為が、円滑な医療提供のために、各現場で、安全に配慮しながらチームとして実施されていることを事実として認め、指定研修を終えた看護師が包括的指示下でできるようにしても、そうした現場の実

績が否定・排除されることのない運用上の担保を求めるものである。

同日のWGは、この神野発言を軸に議論が展開され、多くの構成員から同調する声があがった。

その結果、有賀座長(昭和大学医学部教授)は、「すでに十分な勉強と経験を重ねて特定行為を実施している看護師は(2年・8か月の)指定研修を受けたと同じことではないか」とし、「親(チーム医療推進会議)は子(看護業務検討WG)のいうことに従わないとまとまるものもまとまらない」と、その方向で議論を収束させる意向を示した。

有賀座長は、また、「書き振りが大切だ」と述べ、指定研修を終えた看護師に対して、個々の特定行為をこなす一般看護師を法令上どう位置づけるか、その工夫・提案を事務局に求めた。

同WGの終了後、事務局幹部は「個別的指示下で特定行為ができるという考えは、現在の看護師について言えることである。今後新たに就業する看護師については別の取扱いになるという考え方もある」と述べ、今後、「経過措置」という考え方が論点にあがることを示唆。かつ、その対象は既存看護師に限られるという見解を表わした。

四病協、日医等7団体

医療消費税で政府税調等での議論を要望

厚生労働大臣等政務3役と面談、公式な場での議論開始を求める

四病院団体協議会の4団体および日本医師会など医療7団体は11月13日に三井辨雄厚生労働大臣を訪れ、社会保険診療に対する消費税課税のあり方を検討する税制協議の場を設置するよう要望した。

陳情には、西澤寛俊全日本病院協会会長のほか、堺常雄日本病院協会会長、日野頌三日本医療法人協会会長、山崎學日本精神科病院協会会長、横倉義武日本医師会長、大久保満男日本歯科医師会会長、児玉孝日本薬剤師会会長と、医療7団体の会長が揃って参加。

一方、厚生労働省からは、三井大臣

とともに櫻井、西村両副大臣、梅村、糸川両政務官と政務3役全員が面談に出席した。

7団体は、非課税の下で控除されない消費税負担が経営を大きく圧迫しており、今後の税率引き上げは医業経営の存続にも影響しかねないという実態を詳しく説明、原則課税に向け、公式な協議の場を設け、議論を開始するよう求めた。

8月に成立した消費税法一部改正法は税率の段階的引き上げを定める一方で、「仕入れにかかわる消費税は診療報酬等の医療保険制度で手当する」こ



▲全日病等医療7団体の会長(右側)は消費税議論の場設置を求める要望書を三井大臣に手渡した

と、および「医療への課税のあり方については引き続き検討する」ことを明記した。

同法にもとづいて、中医協の診療報酬調査専門組織に分科会が設置され、税率引き上げに対応した補填をめぐる議論が行なわれているが、10月31日の中医協分科会は、分科会とは別の「税制を協議する場での検討が必要であ

る」とする診療側の要望書に、公益側、支払側を含む分科会の全委員が賛同している。

こうした医療7団体の説明と訴えに対して、三井大臣は「医療に対する課税のあり方については政府税調の場でも取り上げるよう求めている。引き続き尽力したい」と述べ、要望にそった対応を図っていく意向を表明した。

協会けんぽに対する特例措置の議論が始まる

医療保険部会 焦点は「総報酬割全面導入」と「国庫補助率引上」。保険者間で意見が対立

11月7日に開催された社会保障審議会の医療保険部会は全国健康保険協会(協会けんぽ)に対する支援策をめぐる本格的議論を開始した。

2010年度から実施された「協会けんぽ財政再建の特例措置」は12年度で終了するため、13年度以降の取り扱いが13年度予算編成上の大きな課題の1つになっている。

12月上旬までに部会意見を集約、それをもって法令改正と13年度予算編成に臨みたいとする事務局(厚労省保険局総務課)は「何らかの(特例)措置の継続が必要」と提起、複数の対応案を示して検討を求めた。

特例措置の継続を求める協会けんぽに対して、健保連と経団連は、とくに、事務局案の1つに入っている総報酬割の全面導入に強く反対、議論は平行線をたどった。

中小・零細企業の従業員・家族3,480万人が加入する国内最大の被用者保険を営む協会けんぽ(旧政府管掌健保)は、リーマンショックによる被用者総報酬(保険料収入)の大幅減、新型インフルエンザによる保険給付の増大、高齢者医療に対する支援金等の増加などから、2009年度に4,500億円の赤字(単年度収支差-6,000億円)を生じるにいたった。

同協会の平均保険料率(当時)は8.2%(労使合計)であったが、健康保険法の規定で単年度財政均衡をとる関係上、09年度の赤字4,500億円を借入金で賄った場合、翌年以降は保険料収入の減少に加えて借入金の返済という負担が生じることから、同協会は「10年度の保険料率を9.9%に引き上げる必要がある」と試算した。

健保法で10%(当時)が上限とされていた保険料率を際まで引き上げれば、都道府県単位保険料率の下(09年9月より導入)、県によっては法定を超える保険料率となる恐れがあった(その後、10年5月施行の法改正で、保険料率の上限は12%に変更されている)。

そこで、政府は協会けんぽの保険料を軽減させるための健康保険法等改正案を10年の通常国会で成立させ、10年7月以降12年度までの間、同協会への国庫補助率をそれまでの13%から16.4%に引き上げるという支援強化を軸とした特例措置を適用した。

もっとも、協会けんぽに対する国庫補助率について、健保法の本則は「1,000分の164から1,000分の200までの範囲内で政令で定める」としている。それが、まだ財政に余裕のあった旧政管健保時代(1992年)に、健保法附則でそれまでの16.4%から13%へと引き下げられ、10年の特例措置で一時的に本則水準に戻ったに過ぎない。

補助率の引き上げにともなって、特例期間における被用者健保の後期高齢者支援金負担額算出方法が、家族を含む加入者数に応じた計算(加入者割)から被保険者の総報酬額に応じた計算(総報酬割)に変更されたため、特例期間に、健保組合には年間500億円、共済組合には350億円の負担増が生じるようになった(両健保には別途、年間合計160

億円)の追加支援が行なわれている)。

こうした特例措置にもかかわらず、景気低迷により、協会けんぽの平均保険料率は毎年度の引き上げを余儀なくされ、12年度に10%にまで上昇。13年度は10.1%、以降11%台にまで引き上げざるを得ない状況で推移すると、同協会では予測している。

そのため、協会けんぽは、政府への要望として、①現在16.4%の国庫補助を20%にまで引き上げる、②高齢者医療への拠出金等の負担を軽減する(70~74歳の自己負担2割の実施など高齢者医療制度の見直し)を掲げるとともに、診療報酬に対しても、「1%のプラス改定で保険料率には+0.09%の影響が見込まれる」として、「その引き上げに反対せざるを得ない」という立場をとっている。

同日の医療保険部会でも、協会けんぽ理事長の小林委員は、13年度の収支見通しや17年度までの収支試算を示した上で、「国庫補助率の20%への引き上げ」と「後期高齢者支援金全額の総報酬割算出」によって13年度の保険料率は辛うじて9.8%となるが、その後は準備金がゼロになるまで取り崩したとしても、17年度には最高で11.2%の保険料率となる可能性もあるという見通しを明らかにした。ただし、試算の前提は「70~74歳の自己負担1割」となっている。

協会けんぽの試算を踏まえ、事務局は、「12年度中に法律上の手当てを行わないと13年4月以降、国庫補助率は13%に戻るとともに後期高齢者支援金もすべてが加入者割となる。その結果、協会けんぽの保険料率はさらに0.4%程度上がる。これはきわめて大変なこと



であり、一定期間なんらかの措置の継続が必要と考えられる」と問題を提起。試算で「準備金を取り崩す」としている

点についても、「準備金を取り崩すためには法令の改正が必要である」と指摘した。

健保連「協会けんぽへの国庫補助の肩代わりには反対」

この特例措置に対して、当時の健保連は「協会けんぽに対する国庫補助の肩代わりを健保組合と共済組合に強いるもの」と反発、本来のかたちで国庫補助率の引き上げを行なうべきと強く反対した。

被保険者の報酬水準が高い健保組合の保険料率は8.31%、国の共済組合は7.7%(いずれも12年度の平均保険料率)と、協会けんぽに比べると一見余裕があるかに見える。

しかし、健保組合についてみると、今や約9割が赤字組合だ。全体でも、経常収支は08年度以降5年連続赤字で推移、12年度予算も、6兆7,889億円の保険料収入に対して5,782億円の大幅赤字が見込まれるなど、財政は確実に悪化をたどっている。

健保組合として「この間、毎年4,000億ほどの準備金を取り崩してやりくりしてきたが、それも数年で枯渇する」(白川健保連専務理事)状況にあるという。

同日の医療保険部会で、健保連の白川委員は「協会けんぽへの支援措置に反対するものではない」と前置きした上で、「協会けんぽに対する国庫補助の肩代わりに反対しているだけだ」と、健保連の立場を説明した。

「議論の円滑化を図るため」として事務局が示した考え方は、準備金を維持する場合と取り崩す場合とに分けた上で、それぞれについて、①国庫補助率13%かつ加入者割とする(=特例措置の前に復す)、②国庫補助率16.4%かつ

1/3総報酬割とする(=特例措置を延長する)、③国庫補助率20%かつ全面総報酬割とする(協会けんぽの要望に沿う)、という条件で協会けんぽの保険料率や収支の推移を試算するというもの。

白川委員は、事務局案の③にある「全面総報酬割」を取り上げ、「報酬割を否定するものではない。公平という点でおかしくない考え方だ。問題は、その大義名分の下に政府が我々に肩代わりを強いていることだ。国民会議で正式に決まれば仕方がないが、高齢者自己負担の見直しもないなど、今の状況下で導入することはよくない」と論じ、「特例措置(の延長)を前提とした試算は困る」と、基本的にはこれまでの見解を堅持する姿勢で終始した。

協会けんぽに対する特例措置が12年度までの3年限りとされたのは、当時、13年度から「後期高齢者医療制度」を廃止し、新しい高齢者医療制度に移行するという政府方針があったからだが、70~74歳の自己負担2割への還元どころか高齢者医療制度の設計そのものが棚上げされ、一体改革の社会保障政策を議論する国民会議すら開催がおぼつかない状況にある。

総報酬割の導入を1つの焦点とする保険者財政をめぐる議論は、政治が機能しない状況の下、「高齢者医療支援金の総報酬に応じた負担と協会けんぽの国庫補助の取扱い等には予算編成過程で検討する」(13年度概算要求)とされ、短時間で決着を迫られている。

個人情報管理・担当責任者養成研修会/アドバンスコース

40人が受講。「個人情報の提供/盗難」などの課題に取り組む

全日病が主催する「個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンスコース」が11月1日に本部(東京都千代田区)会議室で開催され、40人が受講した。

同講習会は、「認定個人情報保護団体」として、会員病院における個人情報保護への取り組みを支援するために人材の育成を図る目的で開催されてお

り、「ベーシックコース」修了者を対象に応用力を身につける上級コースとなっている。

同日は、受講者が7班に分かれ、「個人情報の提供/盗難」「警察からの問い合わせ/診療記録のアクセス権」「親子



間のプライバシー」等の課題に適切な対応を模索するグループワークに取り組んだ。

あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための 充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会
お問合せ (株) 全日病福祉センター
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

事業計画の個別内容だけでなく地域医療に与えた影響を評価

地域医療再生計画有識者会議 最終年度を控え、「民間病院不在の」地域医療再生計画は評価の局面へ

厚生労働省の「地域医療再生計画に係る有識者会議」が11月5日に8ヵ月ぶりに開催され、都道府県が実施している地域医療再生計画の進捗状況の評価方法について検討した。

事務局(医政局指導課)が示した評価方法は、個別事業ごとに、計画の進捗具合と成果を評価するというもの。これに対して、委員からは、地域医療に与えた影響や地域医療全体の変化を把握する指標を加えるべきという意見が示された。

有識者会議はこの修正意見を反映させることで合意、事務局案を大筋で了承した。

同日の会議は、有識者会議として行なう地域医療再生計画の現地調査に関する実施要領も決定した。有識者会議は、この調査を来年度以降に実施する全国一斉調査の予備調査と位置づけ、調査対象に北海道と愛知県を選んだ。同会議の委員が自ら現地を訪れ、自治体、議会、地域医師会、事業主体等からヒアリングを行なうとしている。

各都道府県が策定した地域医療再生計画の財源となる地域医療再生基金は全国ベースで総計4,450億円、被災3県への積み増し分を含めると5,170億円になる(詳細は別掲)。

都道府県から申請された09年補正分の計画案(2次医療圏対象)は、①医師確保関係事業、②医療機関の機能分担・連携関係事業、③救急・周産期・小児医療関係事業、④在宅医療関係事業の4分野に分けて有識者会議にかけられ、その意見を踏まえて個別事業ごとに評価・提案を整理した書面(「地域医療再生計画に対する意見」=10年1月)が各都道府県に戻され、それら意見が

反映されるという想定の下、各事業25億円が交付された。当該額に独自に上乘せする予算を確保して事業を始めた県も少なくない。

3次医療圏を対象とした10年補正分の計画案については、基礎額の15億円は各3次医療圏に一律交付するものの、病床削減の有無およびその規模に応じて加算額に差をつけ、加算の最高額は105億円とし、基礎額と合すると120億円までの事業が可能というかたちで査定した。

したがって、10年補正分は、公的病院の統合再編を含む計画とそうでない計画との間に大きな差があった。

病床削減の有無と規模に応じて加算額に差

地域医療再生計画の予算執行率は2012年度で50.6%(09年度補正分が60.9%、10年度補正分が39.0%)であった。執行割合が低い点について、事務局は、「施設整備の場合は計画から着工まで時間がかかる。都道府県から特段事業が遅れているという報告はない」と説明した。

執行率の低さは施設整備関係の事業割合がかなり高いことを示している。総額4,450億円のうち2,076.7億円(46.7%)が施設関係に投じられている。その事業件数は661件(新築399件、改修298件=同一事業の重複を含む)、1件あたりの事業費は3.14億円と小さいことから、改修中心であることがうかがわれる。

IT関連事業もきわめて多く、09年度第1次補正分の94地域の事業計画に対しては、「その8~9割がITに触れている」「1割近い予算が投入されるのではないか」という指摘がなされている(第1回有識者会議)。

データ形式、用語やコード、ベンダー規格などが標準化ができていない中、セキュリティの確保も含め、短期間で設計する医療情報ネットワークの構築は疑問が残るところ。過去の補助事業でも無駄な投資に終わったケースが少なくない。

それにもかかわらず、IT関連事業が多く計画された背景には、10年1月に政府のIT戦略本部「医療評価委員会」

が策定した「地域医療再生基金におけるIT活用による地域医療連携について」という方針が、第1回有識者会議を経て、厚労省の手で各都道府県に伝えられたことが大きく影響している。

そのほか、医師確保事業では、各医学部に地域医療の寄附講座を設けて医師派遣につなげるという発想をほとんどの県が採用しており、奨学金と合わせ、この分野に関して都道府県は手詰まりという印象が否めない。有識者会議では「医学部によっては5億、10億もの資金が入ってくるのではないか」と文科省予算への影響を懸念する声も出たほどだ。

地域医療再生計画に民間病院の影は一切ない。辛うじて、茨城県の計画に、医療連携と救急体制について、「公立2病院の再編統合による新中核病院の整備及び民間病院の機能強化を図る」「(これまでの成果として)2次救急病院である民間病院に対し、施設の耐震化に併せて診療機能の充実・強化を行った」とあるに過ぎない。

検討会後に、事務局幹部に「民間病院不在の地域医療再生計画をどう考えるか」と質したところ、「それは都道府県の問題である。計画は医療審議会や医療対策協議会を経て作成される。国としてそこまで口を出せる立場にない」との答えが返ってきた。

明らかに病床削減を対象に入れた事業計画という意味で地域医療再生計画

は公的病院が主役であり、その限り「民間病院不在」であることは分る。しかし、「地域医療再生計画においては、個々の医療機関が直面する課題を解決することだけでなく、地域医療全体が

直面する課題を解決することを目的とする」(計画作成指針)という立場からは、病院団体不在の有識者会議のあり方を含めて、疑問が残るところだ。



■地域医療再生計画(基金)の概要

地域医療再生計画は、2009年4月、自民党麻生政権で「経済危機対策」の1つに取り上げられた。「都道府県が地域の医療課題の解決に向けて策定する地域医療再生計画に基づいて行う、医療圏単位での医療機能の強化、医師等の確保等の取組を支援」するために、地域医療再生臨時特例交付金を都道府県に交付するというもの。各都道府県は、この交付金をもって「地域医療再生基金を造成し、これらの施策を実施する」。

計画期間は13年度までの最大5ヵ年、したがって基金も同期間内で取り崩されるが、「14年度以降も事業が継続されるような計画であることが望まれる」とされた。施設整備の場合は13年度内に着工すれば予算執行が繰り延べされる。

対象は原則として2次医療圏。「個々の医療機関が直面する課題だけでなく、地域医療全体が直面する課題を解決することを目的に」一貫した事業計画を策定するべく、県内全2次圏の中核的医療機関の意見を聴いて対象圏を選定。圏内の医療機関、3師会、自治体等の関係者から聴取した上で、医療計画等と調和を保った内容の計画案を策定。医療審議会または医療対策協議会の意見聴取を経て国の有識者会議で審議した後に交付額を決めるという手順が取られた。

基金設置のために09年度予算の第1次補正に3,100億円の交付金が盛り込まれた(基礎額100億円×10地域、同25億円×84地域)。

しかし、半年後に誕生した民主党政権によって見直された結果、750億円が執行停止となり、2,350億円(基礎額25億円×94地域=各県2地域)の規模に縮小された。

その後、10年度補正予算で2,100億円(全国52の3次医療圏に基礎額として15億円、そのうちの大規模事業に最大105億円=計1,320億円を加算)が上積みされ、地域医療再生基金は総計4,450億円となった。

なお、被災した3県については、11年度3次補正で、医療復興計画にもとづく地域医療再生計画に「地域医療再生臨時特例交付金」(720億円)を上積みした上、11年度から15年度末までを計画の期限とした(福島県に関しては再生基金から原発事故に対応した別基金へと組み替えられた)。

費用対効果評価専門部会

有力評価ツールQALYに疑問相次ぐ

10月31日に開催された中医協の費用対効果評価専門部会は、費用対効果評価の有力な評価ツールであるQALY(質調整生存年)を使ってQOLをどのように評価するのか、研究者の説明を聞いた。

それによると、QALYを使ってQOLを評価する包括的な尺度にEQ-5Dがあり、その日本版を用いてスコア測定する。QOLを構成する要素の評価や重みづけは各国で異なるため、スコアを算出する換算表は、各国の調査にもとづいて独自に作成される。そのために、同じ状態でも、国によってスコアが異

なるという。

この説明に、診療側委員は「わが国独自のQALYを開発した方がよい」「QALYを採用するのはよいが、別の評価ツールと併用してはどうか」などと疑問を投げかけた。

こうした状況に、事務局(厚労省保険局医療課)は、「費用対効果評価については“導入ありきではなく、着実に議論すべき”との指摘をいただいている。じっくり議論したい」と述べ、当初のスケジュールにこだわらない姿勢を示した。

□医行為分類の考え方(案)―「チーム医療推進のための看護業務検討WG」(11月6日) *1面記事を参照

1. 医行為分類の考え方

A(絶対的医行為)

・患者の状態、看護師の能力・技能等に関係なく、医師のみが実施可能な医行為

B(特定行為)

・診療の補助として看護師が実施する医行為のうち、行為を実施する上での判断や技術的な難易度が高く、高度な専門的知識や技能を必要とすると考えられるため、看護師免許を取得後、指定研修を受けた上で実施することが求められる医行為

※看護師一般が具体的な指示に基づいて実施する場合の取扱いについては、チーム医療推進会議において検討中。

C(一般の医行為)

・診療の補助として看護師が実施する医行為のうち、指定研修を受けずとも、看護師免許の取得後、医療現場での実務を積み重ねる中で十分に実施可能となる医行為

※医療現場においては、より安全に当該行為が実施されるよう、各医療現場に適した研修・指導が行われることが想定される。

2. 医師の指示と医行為の実施との関係

○診療の補助として行っている医行為(特定行為・一般の医行為)は、行為ごとに難易度が異なるとともに、同一の行為であっても、患者の病状等によっても難易度が異なる。

○このため、特定行為、一般の医行為のいずれの行為についても、医師は、患者の病態、看護師の能力、患者の状況(入院中・在宅療養中)等を踏まえ、看護師に指示する内容(使用する薬剤の種類・量・実施方法等)を判断している。

○指定研修を受けた看護師が特定行為を行う場合には、予め対象となる患者の範囲や病態の変化に応じた行為の内容が明確に示されたプロトコールを活用することを前提にしていることから、医師による包括的指示の下で実施することが想定される。医師は包括的指示を行う際、個々の患者ごとにプロトコールを適用する

か否かを判断する。状況によっては、医師は指定研修を受けた看護師に特定行為を行うよう指示せず、自ら当該行為を実施する場合もある。

<参考―指示が成立する前提条件>

- ・対応可能な患者の範囲が明確にされていること
- ・対応可能な病態の変化が明確にされていること
- ・指示を受ける看護師が理解し得る程度の指示内容(判断の規準、処置・検査・薬剤の使用内容等)が示されていること
- ・対応可能な範囲を逸脱した場合に、早急に医師に連絡を取り、指示が受けられる体制が整えられていること

2012年度臨床研修指導医講習会の報告

「研修病院に求めること」—今年研修を修了した医師が講演

厚生省医政局の田原医事課長が制度の概要を講義、質問に回答

2012年度臨床研修指導医講習会 チーフタスクフォース
佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター 准教授 江村 正

全日病・医法協が主催する「臨床研修指導医講習会」が、2007年度から始まり、本年で8回目を迎えた(2008~09年度は年2回開催している)。今回の受講者は44名(男性39名、女性5名)と昨年(40名)を上回った。

本講習会は、研修病院の医師および管理者に、経営における臨床研修の位置付けを理解してもらい、今まで以上に教育に目を向けてもらうことをテーマにしている。医師臨床研修制度開始から9年目を迎えた今回は、それぞれの施設での現況を把握・共有し、より良い研修病院になるために、問題点と対応策を考えることをテーマとした。

講習会の具体的な目標に次の10点を挙げた。

(1) 医学教育やワークショップで用いられる基本的な用語を説明することがで

きる
(2) 医師臨床研修制度の概要を述べる
ことができる

(3) より良い研修病院となるために、自病院での問題点を列挙することができる

(4) 今の研修医の、卒前教育の概要を述べる
ことができる

(5) 地域医療研修についての概要を述べる
ことができる

(6) 厚生労働省の到達目標に関して、行動目標・方略・評価を追加作成することができる

(7) 他の施設の指導医と情報を交換し、ネットワークを構築する

(8) 研修医指導に役立つコーチングの技法を身につける

(9) 研修医の指導に対し熱意ある態度を保持する

(10) より良い研修病院となるために、自病院での問題点に対して、解決策を述べる
ことができる

グループ作業のテーマは「より良い研修病院になるために一問題点を挙げる」「カリキュラム作成」「より良い研修病院になるために一問題点の解決策を考える」の3点とし、その前後に、「医師臨床研修制度の概要」「今の研修医は卒前教育で何を学んでいるか」

「臨床研修と地域医療」「情報交換会」「コーチング」「特別講演」というプログラムを入れ、有機的に結びつくように工夫した。

このうち、「医師臨床研修制度の概要」は、本年も、このテーマに最も詳しい厚生労働省医政局の田原克志医事課長にお願いしたところ、10月のマッチング結果を含め、初期研修後の進路のことなど、ホットな情報も提供して頂いた。50分の講演以外に、質疑応答に25分と多大な時間をかけて、非常に丁寧に参加者の疑問に回答して頂いた。

医学部卒前教育の紹介は、PBL、TBL、OSCE、CBTといった医学教育用語の理解を深めてもらい、既に医学生ではない研修医に何を修得させるかということを考えてもらうヒントとしてもらう目的で本年も取り入れた。本年は、これに加え、卒前・卒後の地域医療実習および地域医療研修に、会員病院が参画していく上での情報提供を行った。

特別講演は「研修医が研修病院に求めること」と題して、現在の医師臨床研修制度で研修を修了した3名の若手医師に講演して頂いた。多忙な職場は敬遠されるというような発言に関して参加者からさまざま反応が見られたが、今の研修医の本音を聞くことができ、その後のグループ作業などに有用



であったようだ。

今回も非常に熱心な討論が行われた。問題点は非常に深く掘り下げられ、対応策も、表面的ではなく、実際に参加者のヒントになる十分練られたプロダクトであった。

指導医講習会の受講者は今年3月の時点で全国で4万9,200人ということであり、既に5万人を超えているそうである。しかし、まだまだ参加されていない指導医も多いと聞いている。

2013年は11月9日・10日に行う予定である。本講習会の来年以降のあり方等についても、研修病院等の意見を得て、さらに充実したものにしていきたいと考えている。周りの人への参加を是非勧めていただきたいと念じる次第である。



▲ワークショップに取り組む受講生

特定健診・特定保健指導のデータをHPで公開

厚生省のナショナルデータベース 都道府県・保険者にも提供。順次公開データを追加

厚生労働省は、同省が保有しているレセプト等データベース(NDB)のうち、特定健診・特定保健指導に関するデータを一般に公開することを決めた。11月7日の「レセプト情報の提供に関する有識者会議」に、保険局総務課医療費適正化対策推進室が報告した。

「高齢者の医療の確保に関する法律」は、医療費適正化計画の策定に資するため、医療費と医療提供に関する情報の調査・分析を行ない、その結果を公表すると定めている。

同省はこれを基に「レセプト情報・特定健診等情報データベース」を構築、「ナショナルデータベース(NDB)」と称して、政策の根拠資料等に用いている。

NDBは、匿名化をほどこすことによって、患者単位のデータを公益目的の研究に提供するにいたっており、前出有識者会議がその審査にあっている。

今回、一般公開を決めた情報は、患者ごとのデータではなく、都道府県別・

保険者種類別の特定健診対象者数など、各都道府県が医療費適正化計画を策定する上で必要な情勢分析用の数値等に限られる。

すでに公表・公開されるデータ群の第1陣が確定、10月17日付けで都道府

県に提供されており、近々、保険者にも提供されるほか、年内には厚生省のHPに掲載、国民に公表される。

今後、順次公表される第2陣のデータは、血糖検査値(空腹時血糖、HbA1c)の分布や肝機能検査値(AST、ALT、

γ-GTP)の分布など、検査ごとの受診結果が予定されている。

医療費適正化対策推進室は、「今回公表したデータは、これまで保険者も自団体のものしか分らなかった。各都道府県も、管内トータルとなると把握しきれていない数値が多い。そうした意味では、全国、都道府県別、保険者別の数値が示されることで情勢分析や指標設定におおいに役立つ」とその意義を説明、「画期的なこと」と評価している。

日医総研「都道府県別・2次医療圏別データ集」を完成、一般に公開

日本医師会総合政策研究機構はこのほど、都道府県別に2次医療圏の医療・介護資源の分布状況を整理・分析し、考察を加えたデータ集(PDF版)を作成、HPで一般に公開した。

「地域の医療提供体制の現状と将来—都道府県別・2次医療圏別データ集」と銘打った資料は、(1)概要、(2)都道府県別・2次医療圏別データ、(3)巻末資料からなる。

本篇にあたる「都道府県別・2次医療圏別データ」は、都道府県ごと、そして

2次医療圏ごとに、同じ視点と概ね同一指標のデータを用いてその現状を表わすとともに、人口動向を反映して資源配分が変わっていく方向が読み取れるものとなっている。

データはすべて既存の公式統計からとっており、その出典も、データ集の中で明らかにされている。

このデータ集は国際医療福祉大学の高橋泰教授(全日病広報委員会特別委員)と日医総研の江口成美研究員の共同制作によるものだが、基となるもの

は、高橋教授が昨年1月にウェルネス社とともに制作した2次医療圏データベースである。

2次医療圏データベースをエクセルを使って視覚化した無償ソフトの「巧見さん」は、今や、病院マーケティングの必須アイテムと評されている。

高橋教授は「このデータ集を参考にして、医療圏の特性と将来性そして自院のポジションを把握してほしい」と、「都道府県別・2次医療圏別データ」の活用を期待している。

高血圧 年有・無 有・無

糖尿病 年有・無 有・無

高脂血症 年有・無 有・無

神経疾患 年有・無 有・無

脳卒中 年有・無 有・無

循環器疾患 年有・無 有・無

呼吸器疾患 年有・無 有・無

消化器疾患 年有・無 有・無

泌尿器疾患 年有・無 有・無

婦人科疾患 年有・無 有・無

骨格疾患 年有・無 有・無

骨粗鬆症 年有・無 有・無

内分分泌疾患 年有・無 有・無

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、
お問合せは…

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588