



全日病 ニュース

2018.9.1

No.924

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

経験10年程度の医師を四病協などが専門医に認定

専門医あり方検討委 現行制度による専門医は「専門研修修了医師」

四病院団体協議会の「専門医制度のあり方検討委員会」(神野正博委員長)がまとめた提言が、8月22日の総合部会で了承された。専門医のあり方を原点から見直したもので、タイトルは、「社会はいかなる専門医を必要としているのか」。国民が求める専門医を養成するには、「10年程度の臨床経験が必須」と指摘し、現行の専門医制度による3年程度の研修を修了した医師は「専門医」ではなく「専門研修修了医師」と位置づけ、現場で一定の経験と能力を積んだ医師を厳格な審査で認定する「専門医」と区別することを提案した。

また、認定に当たっては、厳格なプログラム制ではなく、柔軟なカリキュラム制が望ましいとしたほか、病院団体による病院総合医の認定事業が始まっていることを踏まえ、四病協の認定機関の一つとしての役割を担うことを想定した。

四病協の専門医制度のあり方検討委員会は、4回にわたって、議論を続けてきた。今年度からスタートした新専門医制度に対し、様々な問題が指摘されているが、提言書は新専門医制度の個別の問題を指摘するのではなく、専門医のあるべき姿を基本から考え、「国民の視点」、「医師の視点」、「病院の視点」、「地域偏在解消の視点」などの観点から整理することに重点を置いた。

専門医制度の経緯

このため提言は、専門医制度のこれまでの経緯を振り返った。専門医制度は1962年に日本麻酔科学会が初めて認定を開始したのが最初で、その後、多

くの学会が独自の基準で認定を行ってきた。このため、国民にとって非常にわかりにくい制度になった。そうした中で、第三者機関による認定を求める声が高まり、厚生労働省の検討会の議論を経て、2014年に日本専門医機構が設立された。

背景として、提言書は3つの重要な課題があったと指摘する。すなわち、①学会の認定基準が統一されておらず、専門医の質の担保に懸念がある②国民にとってわかりにくく、専門医の能力の捉え方にも、医師と国民に齟齬がある③医師の地域偏在・診療科偏在である。これらの課題を解決することが専門医制度に必要であり、それを念頭に、今回、四病協の提言になった。

日本専門医機構は現在、診療科として基本19領域を定め、今後サブスペシャリティを順次認定していく状況にある。しかし、認定基準が統一されていない以上、国民から見ると、他の専門医との区別は見出し難いとした。

また、専門医に対する医師と国民の認識に齟齬があると言われる。国民が期待する専門医は、「1人前」の医師であり、そうであるなら、「知識はもとより、確かな技術を身につけ、さらには医療チームをまとめる調整能力を持つ者」が期待されていると指摘。3年程度の専門研修では足りず、「10年程度の臨床経験は必須と理解すべきではないか」と問いかけた。

このため、3年程度の専門研修の修了は「専門研修制度」であり、その認定は「専門研修修了医師」とすることを提案した。これは、現場で臨床経験

を積んだ文字通りの「専門医」と区別するためである。「専門研修修了医師」の更新だけでは、「専門医」の認定は得られない。

医師の視点から見ると、「キャリアパスの中で、その時々での認定を得たいと考えるのが自然の成り行き」があるとし、「多重的に取得可能な専門性」を考へるべきとした。そのような専門医としては、在宅医療や高齢者医療・介護、予防・健診に関わる専門医も含む。そして、その専門医の研修は、年次や研修機関が決まった厳格なプログラム制ではなく、柔軟な履修が可能なカリキュラム制が望ましく、指導者や指導場所も多様であることが必要とした。

病院の視点では、いわゆる病院総合医と言われる診療科横断的な医師が必要な状況で、そのような医師をどのように育成し、「アイデンティティをいかに醸成するか」が課題であるとした。日本専門医機構が総合診療専門医の研修をスタートさせたが、様々な課題がある。そのような状況で、病院団体に



による病院総合医の認定事業も始まった。病院総合医のような専門医の認定を行う機関としては、四病協が候補になり得ることを明記した。

四病協が、専門医研修を受けない、いわゆるフリーター医師に対する教育・研修を担う役割も主張した。具体的には、専門医研修を受けない医師に対し、国の制度として、「医師法・医療法や健康保険法等による医師の倫理や安全、最新の知見等の研修を必須化」することを提案している。

地域偏在解消の観点では、将来の需要動向がデータによって「見える化」されても、学会が自ら定員を削減する行動を期待するのは困難と指摘。国の関与が避けられないとした。将来的には、都道府県の地域医療対策協議会の議論を踏まえ、国が「専門研修修了医師」の数に、定員制を設けることを提言した。

これらの考えに従い、提言を下記の表のようにまとめている。

提言

- ①国民視点から、専門医制度の見直しを求める。すなわち、臨床研修制度後3年程度の研修は「専門研修制度」とすべきであり、そのプログラムされた専門研修を修了した医師は「(認定) 専門研修修了医師 certified doctor」とすべきである。
- ②science, art, coordinate能力を兼ね備える専門医 specialistは、十分な臨床経験の後に取得すべきものであり、いつからでも、どこでも適切な指導者がいる機関でのカリキュラム制に基づく技術研修と学習、そして厳格な資格審査によって認定すべきである。
- ③医師のキャリアパスに則り、重層的な多様性のある専門研修を確保すべきであり、その提供と認定者は限られた機関である必要はなく、例えば四病院団体協議会としての認定もあり得る。
- ④専門研修を受けない医師に対して、所属先や病院団体、医師会は質の担保のための研修を提供すべきである。四病院団体協議会は医師の倫理や安全、最新の知見等の研修の必須化等に協力を惜しまない。

大阪や愛知に対する専攻医上限設定に異論

四病協・総合部会 日本専門医機構に今後の検証求める

四病院団体協議会は8月22日に総合部会を開き、新専門医制度や病院の訪日外国人に対する対応をめぐる、議論を行った。新専門医制度については、来年度の専攻医の募集で、専攻医が集まる大都市が存在するという理由で、大都市のある都府県に一律に定員上限を設定することに対し、異論が出た。

新専門医制度では、大都市への専攻医偏在の拡大を防止するため、定員に

上限を設けている。具体的には、過去5年間の実績の平均を超えないよう上限を設けた。今年度、東京には、全国に対する人口比(1割)の倍の2割ほど(1,825人)の専攻医が集まった。このため来年度の募集では、東京の募集定員を5%減らす方向にある。

一方、その他の府県の定員上限の設定は今年度と同様とした。同日の総合部会では、大都市のある都府県全体に

一律に上限を設けることに対して、異論が出た。総合部会の議長である日本医療法人協会の加納繁照会長は、「大都市以外の医師不足地域に、医師が回らなくなる。大都市は高齢者人口の急増があり、特に対応が急務という問題もある。厳しい上限設定を設けることを見直してほしい」と述べた。

これに対し機構理事でもある神野正博全日病副会長は、「四病協推薦の理事

である森隆夫日本精神科病院協会副会長が、現状の問題を検証する機構内の委員会の委員長に就いた」と補足した。

訪日外国人については、3割程度が無保険で訪日するとのデータがある。総合部会では、自由診療で請求する場合に、社会医療法人等は診療報酬に準じる料金を設定すべきとされていることの見直しを求める意見が出た。

また、未収金対策の一環としてキャッシュレス化を進められていることに対し、加納議長は「クレジットカードなどでかかる手数料で、病院のわずかな利益が消えてしまう。診療報酬での対応などを考えてほしい」と述べた。

清話抄

南海トラフ地震に関して

南海トラフ巨大地震の被災地想定には静岡県、愛知県、三重県など日本を支えている工業地帯や愛知県、大阪府、兵庫県など巨大都市も入り、東日本大震災とは比較にならない程大きな被害が想定されています。医療に関しては

平成17年にDMATが生まれ超急性期現場での医療活動が出来る様、毎年1回内閣府主催の大規模地震時医療活動訓練を行い、災害医療センターや各県、市町村と連携を構築しています。

ただ、南海トラフ地震では需要と供給のアンバランスが著しく、自分もDMATの仲間ですが目標と実際に自分が出来ることの差が大き過ぎ毎度己の能力の無さに落ち込みます。他の地域から支援に入る場合、普段から地域医療を担う病院や診療所、関与する介護保険関係者や在宅医療、障がい者施設といかに即座に連携を取れるか、こ

れには医学教育にて公衆衛生や地域医療と共に災害医療部門も必要で、さらには高等学校までの教育内にも災害の教科があつてよいのではと思います。

また南海トラフ地震が起きた場合、経済的にも日本は存亡さえ危ぶまれると言われてます。まずは津波が起きても大丈夫な処へ各地域の行政の中核である都道府県庁、また工業生産や流通など経済を支える組織すべてを移動、それが不可能な大都会では最大限の津波が起きてても大丈夫な高さの空中都市とし、地下利用は再検討等、いつ地震、津波、多量の火山灰に遭遇しても大丈

夫な構造へ根本の見直しを国家戦略としてお願いしたい。歴史を見ると他国では自然災害が直接原因で滅びた国は少なくありません。

また国の中央防災会議、土木学会などから被害想定額が発表されており、その内容には驚かれた方も多いと思いますが、この中に原子力発電から発生する被害は含まれていません。今後人口減少が進む日本に原発を維持出来る体力はもう無いと思われま

以上、国土を守る視点から日頃考えていることを述べさせて頂きました。

(林 秀樹)

主張

公平な消費税の対応を求める

医療経営の面から、最重要の課題といえば、消費税の対応といっても過言ではない。1989年(平成元年)、税が不足しているのであれば「みんなで広く薄く負担する」という大合唱のもと3%の消費税が始まった。その当時、高級車やぜいたく品には多くの消費税を負担してもらうという考え方で納得した面がある。それから5%(平成9年)、8%(平成26年)と上がり、2019年秋には10%となる。

日本医師会は患者の負担増には

いけないという考えで、診療報酬の上乗せ方式を選んだ。そして3%引上げはマクロ的には適正に上乗せされたものの、5%時点までの本体部分の補填不足は依然として残っていると指摘した。8%引上げ時には、主として基本診療料(初診料、再診料、入院基本料)の上乗せにて補填したとしている。

3月30日の中医協の消費税分科会の資料によると、5%から8%への引上げに伴う補填状況は、①医療機関全体の補填率は102.07%、②病院、一般診

療所においては、ほぼ100%、③開業者別や病院機関別、入院基本料別で見ると、病院、一般診療所において補填率は概ね100%であったが、100%を下回るものがあつた。

ところが、7月25日の同分科会で、これらの数字を修正する事態となった。実際の補填率は100%を下回り、全体で90.6%、病院は82.9%である。原因は、計算の誤りだというのが、納得できるものではない。今回のようなミスをおこさないためにも、データを精査するとともに、補填の方法が正しかったのか確認する必要がある。

消費税の導入から30年になるが、診療報酬の対応だけでは限界があることは明らかだ。10%に引き上げるときに

診療報酬で解決するのか、もしくは非課税方式の見直しがあるのか、政治的大問題である。国民がそれを納得するかどうかにかかっているが、困難が予想される。

控除対象外消費税が損税になっている医療機関もあれば、益税になっている医療機関もあるが、税は公平であるべきとの理念がある以上、解決しなければならない。30数年前に駆け込み増床した医療機関も多く、今後建て替え時期を迎える。少なくとも高額な医療機器や建て替えにかかる消費税の還付制度を提示してもらいたい。

(濱砂重仁)

費用対効果評価の本格的な議論始まる

中医協・費用対効果評価専門部会

アプレイザルの手法を議論

中医協の費用対効果評価専門部会(荒井耕部会長)は8月22日、医薬品などの費用対効果評価の仕組みについて本格的な議論に着手した。年度内のとりまとめを目指す。同日は、厚生労働省が有識者の研究報告を踏まえ、総合的評価(アプレイザル)の論点を提示。医薬品などの費用対効果のよい・悪いを判断するための科学的手法に関し、複数の適応疾患がある医薬品の取扱いなどで議論があつた。様々な意見があつたことから、同日は結論を出さず、引き続き議論することになった。

新薬などが開発された場合に、類似の治療効果のある既存品と比べ、どれだけ費用対効果があるかを評価し、それを新薬の価格に反映させる仕組みが費用対効果評価だ。今年度は試行的に、抗がん剤のオプジーボやカドサイラ、医療機器のステントグラフトの費用対効果を評価し、価格調整を行った。2020年度からの本格実施を目指しているが、骨太方針2018では、2018年度中に具体的内容の結論を出す明記されている。

ある場合の対応が論点になった。

ある医薬品Xがあり、疾患Aと疾患Bに適応がある。疾患Aの場合のICERは300万円/QALY、疾患Bの場合には600万円/QALYだった。一つの医薬品に一つのICERとするため、患者割合が同じとし、加重平均すると、450万円/QALYになる。試行的導入では、このような手法を用いた。

しかし、これだと各疾患に対する評価が適切に反映されないという問題が生じる。これに対し研究報告では、適応疾患ごとにICERを計算し、それを加重平均する手法を紹介した。それにより、「適応疾患ごとに異なる価格が付けられたときの市場平均価格とも解釈でき、さらに各疾患における価値を価格に反映できる」と説明。より公正な手法と主張した。

委員からは、妥当な考え方として賛成する意見がある一方で、引続き議論していくべき課題との意見があつた。

公益委員からは、「今回示された事例だと、費用対効果の悪い医薬品の薬価の引下げ幅が小さくなる」との指摘があつた。これに対し厚労省は、「価格調整への反映の手法は別の論点」と強調した。

そのほか、◇ICERで幅を持った数値を認める◇総合的評価は基本的には、試行的導入と同じやり方とする◇どのような形で情報公開するか―が論点になった。

科学的に妥当な手法を用いても、分析結果が異なることがある。その場合に、幅を持った数値を認めることが論点になった。概ね合意が得られたが、価格調整にどう反映させるかが大きな課題になるとした。総合的評価のやり方では、ICERの結果に加味する倫理的・社会的影響などの評価に対し、「根拠があるものでなければならず、一定の基準を設けるべき。同じやり方とするかの判断は時期尚早」との意見が出



た。

情報公開については、できるだけ透明性の高いものにすることを求める意見があつた。個別の医薬品などの情報をどこまで公表するかが今後の課題となる。有識者の研究報告によると、イギリスは企業分析を含め、膨大な資料が公開されているが、ほかの国では、医療技術評価機関からの要約が多いと報告している。

オプジーボの薬価を4割程度引下げ

中医協総会(田辺国昭会長)は8月22日、抗がん剤のオプジーボ(ニボルマブ・遺伝子組換え)の薬価を11月から4割程度引き下げることを承認した。今年度からの薬価制度抜本改革で、「用法用量変化再算定」による薬価見直し、新薬取組の年4回の機会が可能になったことによる。あわせて、各適応の最適使用推進ガイドラインも見直した。

「用法用量変化再算定」では、医薬品の1日当たりの通常の使用量が変化した場合に、薬価を変更する。薬価算定では、1日当たりの使用量が基準になっているためだ。8月21日に、オプジーボの主な効能効果である「切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」に対して、用法用量が変更された(2週に1回3mg/kg→2週に1回240mg)。1kg当たり1回3mgだったのが、体重に関係なく1回240mgとなった。これにより、体重の軽重で負担額に変化が生じる。

実際の薬価をみると、オプジーボ点滴静注20mg・1瓶は、5万7,225円が3万5,766円、100mg・1瓶は、27万8,029円が17万3,768円となり、薬価が下がった。厚労省は、見直して残薬が減ると

説明している。

これとあわせ、オプジーボに「悪性胸膜中皮腫」への適応が拡大されたことや、ヤーボイ(イピリムマブ・遺伝子組換え)との併用療法の効果が認められたことに伴い、オプジーボの各適応の最適使用推進ガイドラインが改訂される。「悪性黒色腫」、「非小細胞肺癌」、「腎細胞がん」、「古典的ホジキンリンパ腫」、「頭頸部がん」、「胃がん」、「悪性胸膜中皮腫」(新規)で最適使用推進ガイドラインが見直された。

東日本大震災と熊本地震の特例を報告

東日本大震災と熊本地震に伴う被災地特例の7月時点の利用状況が、厚労省から報告された。それによると、東日本大震災に伴う特例は4医療機関で今年3月時点と変わらず、熊本地震に伴う特例は2医療機関減少し、3医療機関になったことがわかった。

東日本大震災の特例では、3医療機関が「定数超過入院」を利用しており、宮城県が2医療機関、福島県が1医療機関となっている。残りの1件は、歯科医療機関で「仮設の建物による保険診療等」の特例を利用している。

熊本地震の特例では、「仮設の建物による保険診療等」の利用が3医療機関で、3月から1医療機関減少した。「病棟以外への入院」の利用は3月から1医療機関減少して0件になった。「他の病棟への入院(被災地)」の利用は1医療機関(重複)で前回と変わらない。

なお、同日の中医協は、厚労省の夏の人事異動後で初の開催。榊見英樹保険局長、森光敬子医療課長をはじめ、事務局が次期診療報酬改定に向けた新しい布陣となった。

麻しん・風しんの予防指針を改正へ

厚生科学審議会・予防接種基本方針部会

定期接種の実施率向上を図る

厚生科学審議会の予防接種基本方針部会(倉根一郎部会長)は8月8日、麻しん・風しんに関する特定感染症予防指針の改正について了承した。改正案は、定期予防接種の実施率向上に向けた対策の強化などを内容としている。厚生労働省は、年度内に2つの感染症

の予防指針の改正を告示する予定だ。

麻しん・風しんの予防指針は、感染症予防法に基づき、麻しん・風しんの発生予防およびまん延の防止を目的に作成され、5年ごとに再検討し、必要がある場合に更新することになっている。このほど、麻しん・風しんに関す

る小委員会が改正内容をまとめ、基本方針部会に報告した。

指針の改正案では、定期の予防接種の実施率向上を図るため、国は都道府県を通じて市町村に対して、第1期および第2期の定期接種率が各95%以上になるよう働きかけることを追加する

ほか、都道府県に設置されている麻しん・風しん対策会議は、市町村に対し予防接種率の向上策の提言を行うことを記載する。

また、海外からの麻しんの輸入症例への対策を強化するため、海外に渡航する者と空港職員に対して麻しんの予防接種を推奨する記載を加える。

風しん指針では、抗体検査の結果、陰性または判定保留の結果が出た場合、確実に予防接種に結びつけることが重要である趣旨を記載する。

診療報酬改定シリーズ 2018年度改定への対応⑦

在宅復帰率とその他施設との連携

医療保険・診療報酬委員会 委員 杉村洋祐

2018年度改定において、急性期一般入院基本料・入院料1(以下「入院料1」という。改定前の7対1入院基本料に相当)については、在宅復帰率から在宅復帰・病床機能連携率に名称の変更が行われている。併せて要件についても見直されており、回復期リハビリテーション病棟入院料(以下「回りハ」という)や地域包括ケア病棟入院料(以下「地ケア」という)、療養病棟入院基本料(以下「療養病棟」という)でも、それぞれ見直しが行われている(図1)。

在宅復帰率のこれまでの経緯

そもそも在宅復帰率は、2014年度改定において導入された施設基準であるが、回りハや、2014年度に廃止となった重急性期入院医療管理料では、「退院患者のうち、他の医療機関へ転院した患者を除く者の割合」という表現で以前から導入されていた。勿論、2014年度以降の在宅復帰率の要件とは異なっているが、いわゆる在宅等へ退院していただくことを目指す施設基準である(図2)。

2014年度改定において、その施設基準が7対1入院基本料にも導入されたわけだが、通知等が示され、内容が明確になるまでは緊張感を持って中医協等の議論に注目していたのではないと思う。2014年1月29日の中医協総会で示された、「個別改定項目について」という資料があるが、その中に次のような記載がある。「退院患者のうち、自宅、回りハ、地ケア(入院医療管理料を含む)、療養病棟であって在宅復帰機能強化加算を届け出ている病棟、居住系介護施設又は、介護老人保健施設であっていわゆる在宅強化型に退院した者の割合が〇〇%以上であること」。〇〇%は75%である。

この時点では居住系施設にはいったい何が含まれるのが明確にされていなかったが、7対1入院基本料を算定している医療機関でも比較的高齢者を対象としているような場合は、75%以上を維持する上で重要と考えられ、注目していた医療機関は多かったように思う。

この2014年度改定での在宅復帰率は施設基準として何を指したのか、7対1入院基本料を算定する病床を削減するために導入されたことも否めないが、在宅等へ向けた流れを作ろうとしたこともまた事実だと思う(私見)。

その後、2016年度改定では、在宅復帰機能強化加算を届け出ている有床診療所も自宅等に追加され範囲が広がる一方で、割合が80%に引き上げられた。この引き上げは、2014年改定当時に75%で設定された割合を多くの医療機

関が大幅に超えクリアしていることもあり、より自宅等への退院を押し進めるため引き上げられたものと考えられる。ここでも、7対1入院基本料を算定する病床の削減をするために引き上げられたことも否めないところである。

転院先の対象が拡大

さて、2018年度改定だが、冒頭述べたように、入院料1については、在宅復帰率から在宅復帰・病床機能連携率に名称の変更が行われているが、そもそもの考え方が変わった印象だ。割合を算出するための分子と分母についてだが、入院料1については、急性症状等により他の医療機関へ転院した患者以外は分子に入れて良いことになる。具体的には、いわゆる機能強化型の療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設以外への転院等は、これまでは分子に入れることができなかったが、これら全ての施設に転院しても分子に入れて計算することができるようになった。名称通り、在宅復帰・病床機能連携率だ。

入院料1を算定する医療機関からみれば、機能強化型の施設に転院させるも、そうでない施設に転院させるも手間は同じで、在宅復帰・病床機能連携率だけの視点で見た場合、どの機能の介護老人保健施設等に転院となっても

何も変わらないのである。さらに、分子に介護医療院も含まれた。介護医療院については、転換後も病院、診療所の名称で運営することが認められているようだが、在宅復帰・病床機能連携率では居住系介護施設等に含まれる。

回りハと地ケアの在宅復帰率

回りハと地ケアの在宅復帰率について、まずは、回りハだが、改定前は入院料2が60%以上だったところを地ケアと同様に70%以上とし統一した。さらに分母から除外する患者も、「転棟患者(自院)・急性増悪で転院した患者」を「一般病棟への転棟転院した患者」に改めた。分子には有床診療所(介護サービス提供医療機関に限る)も介護医療院と併せて含まれることになり、地ケアと統一された。

地ケアの変更は、分子から、いわゆる機能強化型の療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設が除外された。療養病棟や介護老人保健施設との連携で在宅復帰率の割合を維持していたような場合は痛手だろう。

患者のために必要な連携を進める

施設基準を維持することをきっかけとして、様々な施設と連携を強化してきた医療機関は多いと思われるが、患者にとっても選択肢が増えサービスが向上して来たともいえる。今回の改定により施設基準を維持するために必要な連携を取らずに、サービスを低下させるようなことや、連携先である機能強化型の介護老人保健施設等からみても、改定前と同様の連携を維持できるのかは不透明であるがそのような状況を作ってはならない。今後の調査等を注目する必要があるが、患者、利用者の立場に立ち、必要なサービスを受けられるようにこれまでと同様に連携を進めて行かなければならないと感じている。

図2 2014年度診療報酬改定の特徴—大きな流れを示した?!

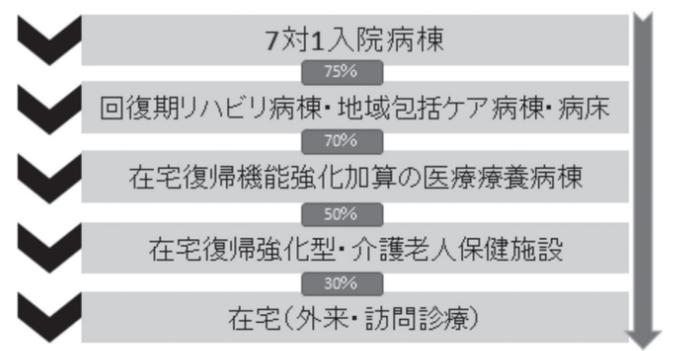
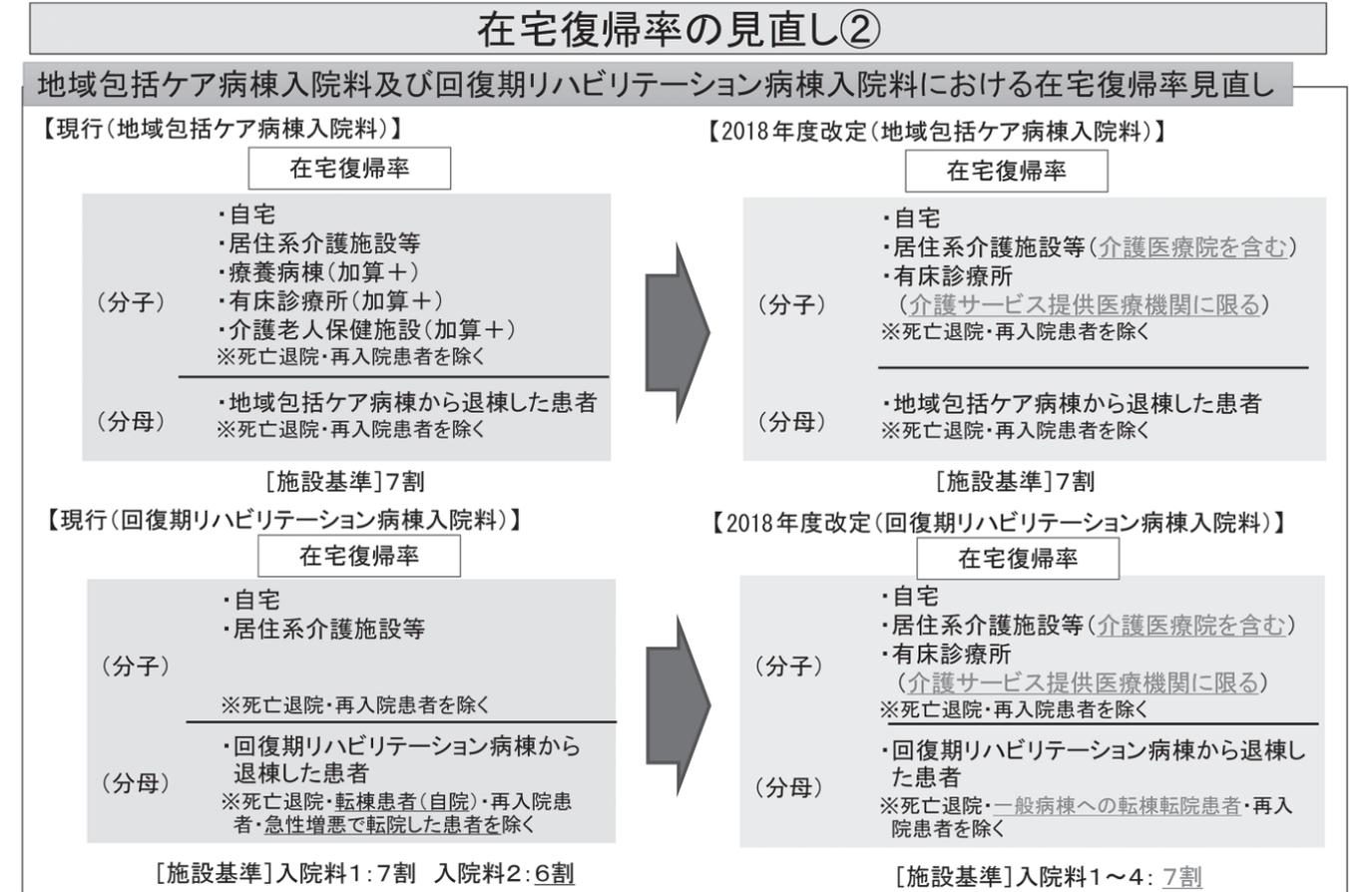


図1

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価② (2)急性期医療～長期療養



患者申出療養として非代償性肝硬変にハーボニー

患者申出療養評価会議

新薬の承認手続き中のため1例に限り承認

厚生労働省の患者申出療養評価会議(福井次矢座長)は8月23日、患者申出療養として新規届出があった「Genotype 1型C型肝炎ウイルス感染に伴う非代償性肝硬変患者に対するレジパスビル・ソホスブビル療法」の実施を承認した。

ハーボニー配合錠(一般名: レジパスビル/ソホスブビル配合錠、ギリア

ド・サイエンシズ社)を非代償性肝硬変患者に用いる治療法で、大阪大学医学部附属病院で、1症例に対してのみ実施する。保険給付されない費用は487万8千円、保険給付される費用は35万円、保険外併用療養費分にかかる一部負担金は15万6千円。

C型肝炎ウイルス感染に伴う非代償性肝硬変患者に対する治療薬としては、

ギリアド社が5月15日に「ソホスブビル/ベルパタスビル配合錠」の日本での製造販売承認を申請し、現在審査中である。この新薬は、米国とEUで「エプクルサ」として販売されている。

今回、患者申出療養に申請した患者は、新薬の治験の組み入れ基準に該当しなかった。該当する先行試験がないことなどから、先進医療としても実施

できない。患者申出療養として承認されたことで、新薬承認を待たずに治療を実施できる。

厚労省は、「今後、同様の非代償性肝硬変の患者が治療を希望した場合にどのようなやり方が適切か、さらなる議論が必要だが、今回は患者が速やかに治療を受けられるよう1症例に限定して審査をお願いした。企業側とも意見交換を行いながら、どのような方策が望ましいか検討していく」と述べた。

ギリアド社は、ハーボニー配合錠に関し、非代償性肝硬変の適応拡大の薬事承認申請を行う意思は示していない。

病院が認定事業者に患者の医療情報を提供

次世代医療基盤法 大量データの収集で研究開発を促す

次世代医療基盤法が5月に施行されたことを受けて、患者の医療情報を医療分野の研究開発に役立てるための準備が進められている。内閣府の健康・医療戦略室は、このほど、関係者に対して施行に向けた準備状況を説明した。情報提供に当たり患者の意向を確認する医療機関においても対応を検討する必要がある。

年内に事業者を認定の見込み

次世代医療基盤法は、正式名称を「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律」といい、昨年5月に成立・公布された。今年4月には匿名加工医療情報に関する基本方針が閣議決定され、5月11日に施行された。施行通知やガイドラインも示されている。情報の匿名加工を行う事業者は年内に申請・認定される見込みで、来年度から研究機関などへの匿名加工医療情報の提供が始まる予定だ。

医療情報活用の仕組みを構築

政府は、産官学が多様な目的で健康・医療・介護データを活用できる体制整備を目指して取組みを進めている。次世代医療基盤法は、医療情報連携ネットワークや個人単位の医療IDの付与などとともに、情報活用基盤構築の一環と位置づけられている。

NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)により、レセプト情報は一元的に収集される仕組みが構築されているが、これらは診療行為のインプット情報。問診内容や検査結果、治療予後など、診療行為のアウトプットに関する情報を収集する仕組みは進んでいない。

医療ビッグデータを活用した研究開発に期待が高まる中で、質の高い大規模な医療情報をめぐる国際的な競争が激しくなっているが、日本はこの分野で出遅れているのが現状だ。医療機関が民間主体であることや医療保険制度が分立していることもあり、データが分散していることが課題とされている。次世代医療基盤法の狙いは、大学などの研究機関や製薬企業が大規模に医療情報を収集し、新たな医療技術や治療成績の評価に結びつけることにある。

一方、医療に関する個人情報保護が求められる。2017年の個人情報保護法の改正により、病歴等の医療

情報は、「要配慮個人情報」に位置づけられ、いわゆるオプトアウトによる第三者提供が禁止された。医療情報を第三者に提供する場合は、氏名や住所など個人を特定する情報を除去し、個人を特定できないよう匿名加工する必要がある。匿名加工された医療情報は、個人情報ではなく、第三者に提供できる。

次世代医療基盤法は、医療情報の匿名加工を行う事業者を認定することによって、匿名加工された医療情報を安心して円滑に活用することが可能な仕組みを整備するものだ。認定事業者は、高い情報セキュリティを確保し、十分な匿名加工技術を有するなど、一定の基準を満たし、医療情報の管理や利活用のための匿名化を適正かつ確実にできる事業者を認定する。

情報提供の流れ

医療機関は、あらかじめ医療情報の提供について患者に通知し、本人が提供を拒否しない限り、認定事業者に医療情報を提供することができる。

具体的なイメージでは、医療機関は受診時に書面で、医療情報の提供について通知し、30日を目安に必要な期間を置いて、停止の求めがなければ、認定事業者に医療情報を提供する。通知は、書面で行うことが基本で、文書のひな型が近く示される予定だ。

患者の情報を認定事業者に提供するかどうかは、医療機関の任意とされている。患者は、情報提供の停止を求めることができるほか、すでに提供された情報の削除を依頼することもできる。認定事業者は患者からの問い合わせの窓口を設置する必要がある。

法施行前は、患者の情報を匿名化

して第三者に提供する場合、医療機関が匿名加工に関する義務を負っていたために、医療機関の負担が大きく、医療情報活用の妨げとなっていた。それが、次世代医療基盤法により、匿名加工情報の責任は認定事業者が負う。多数の医療機関の医療情報を収集し、匿名化する。国が匿名加工の能力を有する事業者を認定する仕組みになった。医療情報の利活用の仕組みをつくることにより、①大規模な研究の成果としての最適医療の提供②異なる医療機関や領域を統合した治療成績の評価③最先端の診療支援ソフトの開発④医薬品の安全対策の向上などの成果が期待される。

認定事業者の基準

認定事業者は、①組織体制②人員③情報④事業計画・事業運営⑤セキュリティ(安全管理措置)を考慮して、認定する予定だ。

組織体制では、事業を安定的・継続的に行う体制とあわせ、公的主体による公衆衛生や研究開発の取組みに協力することを求めている。人員は、大量の医療情報を収集・管理し、匿名加工

を実施する高度な専門性の確保が必要となる。集める情報は、診療行為のアウトカムを引き出すため、複数の医療機関から集めた100万人単位の規模でなければならない。セキュリティ面では、徹底した管理を求める。データを取り扱う場所で徹底した入室管理を行うとともに、基幹業務系と情報系システム、インターネットからの分離などが求められる。

医療機関のメリットが課題

事業計画・事業運営においては、収支の安定が不可欠だ。認定事業者は、研究機関や製薬企業など情報利活用者から、情報収集加工コストに適度の利益を上乗せして収入を得る。一方、医療機関が認定事業者に医療情報を提供する際は、コストを超えた情報の対価を得ることはできないという整理になっている。患者に対する金銭の提供も想定していない。

このため現状では、医療機関にとってメリットは少ないとみられる。内閣府は、医療機関が積極的にこの仕組みに参加する環境をつくるのが課題と認識しており、医療機関と認定事業者が、医療情報提供だけでなく、それ以外の領域でもICT利活用の協力関係を築き、お互いに利益を得られる関係ができれば、普及するのではないかとみている。

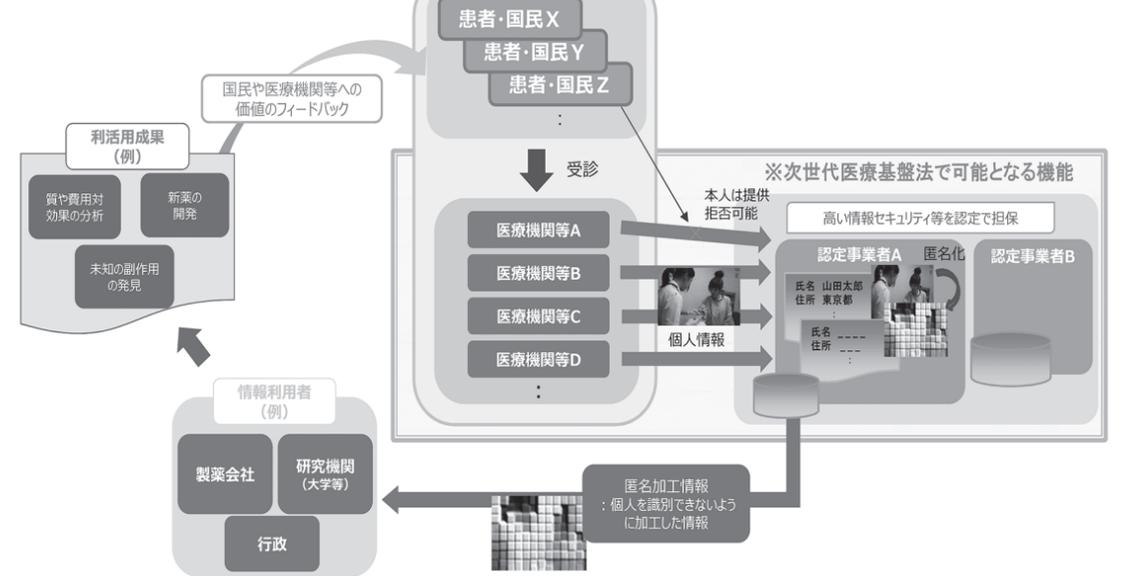
次世代医療基盤法の全体像(匿名加工医療情報の円滑かつ公正な利活用の仕組みの整備)

個人の権利利益の保護に配慮しつつ、匿名加工された医療情報を安心して円滑に活用することが可能な仕組みを整備。

①高い情報セキュリティを確保し、十分な匿名加工技術を有するなどの一定の基準を満たし、医療情報の管理や利活用のための匿名化を適正かつ確実に行うことができる者を認定する仕組み(=認定匿名加工医療情報作成事業者)を設ける。

②医療機関等は、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に対し、医療情報を提供できることとする。認定事業者は、収集情報を匿名加工し、医療分野の研究開発の用に供する。

【次世代医療基盤法のイメージ図】



健康日本21(第二次)の中間評価を了承

厚労省・健康増進栄養部会 目標達成率は60.4%

厚生科学審議会・地域保健健康増進栄養部会の「健康日本21(第二次)推進専門委員会」(辻一郎委員長)は8月2日、健康日本21(第二次)の中間評価を了承した。第二次計画の53項目の目標のうち、改善が認められたのは健康寿命の延伸や健康格差の縮小など32項目で、目標達成率は60.4%となった。

健康日本21(第二次)は、2013年度から2022年度までの10年計画で、53項目で具体的な数値目標を設定し、その達成を目指している。すべての目標について、5年目に中間評価を行うことになっていた。

32項目で改善と評価

中間評価では、計画策定時のベースライン値と直近の実績値を比較して、目標の改善状況をみた。①改善②変わ

らない③悪化④評価困難一の4段階で評価した結果、目標の53項目のうち、「改善」が32項目、「変わらない」が19項目、「悪化」が1項目、「評価困難」が1項目だった。

主要な項目をみると、健康寿命は、直近値で男性72.14年、女性74.79年と策定時の男性70.42年、女性73.62年よりも延びた。健康寿命の都道府県の格差は、直近値で男性2.00年、女性2.70年と策定時の男性2.79年、女性2.95年よりも縮小した。

脳血管疾患と虚血性心疾患の年齢調整死亡率(10万人当たり)の減少は、ともに目標を達成した。脳血管疾患は、直近値で男性36.2人、女性20.0人と策定時の男性49.5人、女性26.9人よりも減少。虚血性心疾患は、直近値で男性30.2人、女性11.3人と策定時の男性36.9

人、女性15.3人よりも減っている。

糖尿病コントロール不良者の割合(HbA1cがJDS値8.0以上の者の割合)の減少も目標達成。直近値で0.96%と目標の1.0%を下回った。

一方、メタボリックシンドローム該当者・予備群の数は、直近値で約1,412万人と策定時の約1,400万人からわずかが増加している。

COPDの認知度は80%を目標としているが、直近値は25.5%と策定時の25.0%とはほぼ変わっていない。

自殺者数(人口10万人当たり)は、直近値で16.8人と目標値の19.4人を下回った。小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合は、直近値で小児科医108.5人、児童精神科医12.9人と策定時の94.4人、10.6人よりも増加傾向を示している。



歯周病の指標は悪化

歯の健康は、歯周病を有する者の割合が、直近値で40代が44.70%、60代が62.0%と策定時の37.30%、54.70%よりも増えており、53項目のなかで唯一「悪化した」との評価となっている。

「介護サービス利用者の増加の抑制」は、2025年の利用者数の目標657万人に対し、策定時の利用者数は452万人、直近の利用者数は521万人であり、改善が不十分と評価された。

今回の中間評価報告書は修文の上、地域保健健康増進栄養部会に報告される予定。その後、同委員会は2021年度中の最終評価に向けて、議論を再開する方針だ。

医師の働き方改革に係る緊急アンケート調査まとまる

半数の病院が現状の救急体制を維持できないと回答

全日病は、「医師の働き方改革に係る緊急アンケート」調査の結果をまとめ、7月21日の常任理事会に報告した。それによると、回答した病院の約半数が、医師の増員なしには「救急体制が維持できない」と考えていることがわかった。医師に対する時間外労働の上限規制が検討される中で、調査結果は医療現場の実態を知る貴重な資料となっている。

現状の救急体制は維持できない

アンケート調査は、3月19日～4月6日に病院のあり方委員会が実施した。調査対象は、全日病会員のうち、救急告示病院、2次救急指定病院、3次救急指定病院、その他医療資源の少ない地域の病院を対象とした合計1,454病院。回答数は411で、回答率は28.3%だった。

アンケートでは、医師の労働時間に上限が設定された場合、医師の増員なしで救急体制が維持できるかを聞いた。「医師の働き方改革に関する検討会」が2月にまとめた「中間的な論点整理」で、時間外労働の上限規制について、連続複数月の平均で80時間(最大100時間/月)、年間720時間とする意見が示されていることを踏まえ、医師増員なしの救急体制維持の可否を聞いたところ、この上限時間をもってしても、約半数の病院は現状の救急体制を維持できないと回答した(図1)。

大規模病院で救急体制維持が困難に

「救急体制を維持できない」と回答した病院は比較的大規模の病院が多く、「救急体制を維持できる」と回答した病院と比較して病床数で約1.5倍、常勤医師数は約2倍、救急患者数は約2.5

倍だった(表1)。「救急体制を維持できない」と回答した病院は常勤医師1人当たりの当直回数が多く、かつ、当直に当たる医師の数も多い。常勤医師の平均当直回数(月)をみると、「救急体制を維持できる」と回答した病院は2.1回/月であるのに対し、「できない」と回答した病院は2.8回/月である。

平均夜間当直医師数(人/週)をみると、「救急体制を維持できる」と回答した病院は、10.4人/週であるのに対し、「できない」と回答した病院は、20.0人/週である。非常勤の医師で補っている病院の方が「維持できる」と答え、常勤で当直している病院は「維持できない」と答えている。

外来診療縮小や救急診療制限も検討

労働時間の管理状況について聞くと、タイムレコーダや出退勤のみの管理が多いが、8%が把握できていないと答えている(図2)。

「当直を労働時間に含めるか」という質問に対し、半数以上の57%の病院が「当直を労働時間に含めない」と答えている(図3)。

当直医師の勤務環境については、45%の病院が労基法に定める宿直環境を遵守できていないと回答している(図4)。また、遵守している病院においても約3割の病院で労働基準監督署の許可を得ていないと回答している(図5)。これらの病院は、労基署の立ち入りを受けると違法の指摘を受ける可能性がある。

勤務時間の上限規制が適用された場合、医師の増員で対応すると回答した病院が多数を占める一方、外来診療の縮小や救急診療の制限、取りやめを検討すると回答した病院も多い(図6)。

表1 主要調査項目平均値比較

主要調査項目平均値比較	救急体制を維持できる(n=185)	救急体制を維持できない(n=202)	全体平均(n=411)
総一般病床数(床) ※地域包括ケア病床・回復期リハ等含む	117.5	185.5	154.0
総病床数(床)	178.0	242.0	210.3
常勤医師数(人)	19.2	40.9	30.9
非常勤医師数(人:常勤換算)	5.4	8.6	7.1
病床稼働率(%/月)	84.8%	86.0%	85.5%
平均外来患者数(人/月)	4456.9	6546.7	5551.8
救急患者数(人/月)	226.9	542.3	384.0
平日時間外:救急患者数(人/月)	105.5	207.5	154.8
休日:救急患者数(人/月)	82.6	185.7	132.7
[常勤医師]平均日直回数(回/月)	1.4	1.6	1.5
[常勤医師]平均当直回数(回/月)	2.1	2.8	2.5
平日夜間当直医師数(人/週)※常勤、非常勤延数	10.4	20.0	15.1
常勤医師1人当たりの平均労働時間数(時間/月)	164.5	178.3	171.0
有給取得率(%/年)	31.8%	29.2%	30.1%

図1 「医師の働き方改革に関する検討会」で議論されている労働時間における医師増員なしの救急体制維持の可否

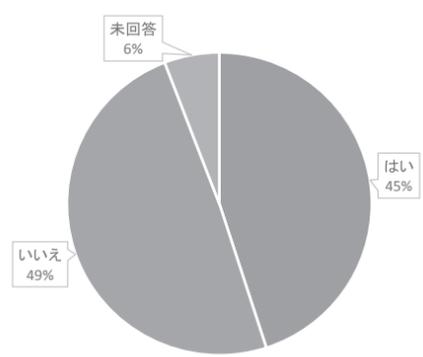


図3 当直を労働時間に含めるか (単位:病院)

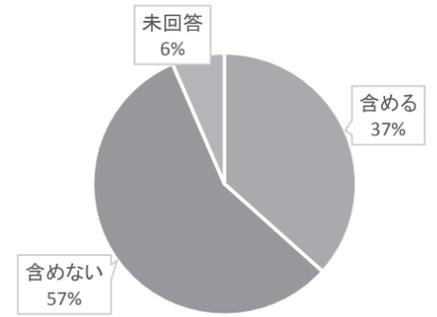


図2 勤務時間把握方法 (単位:病院)

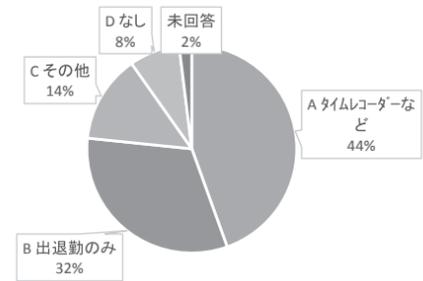


図4 労働基準法41条当直環境遵守状況 (単位:病院)

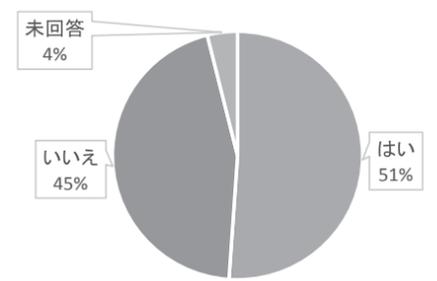


図5 労働基準法41条労基署許可取得状況 (単位:病院)

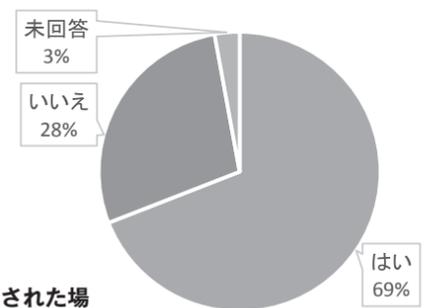
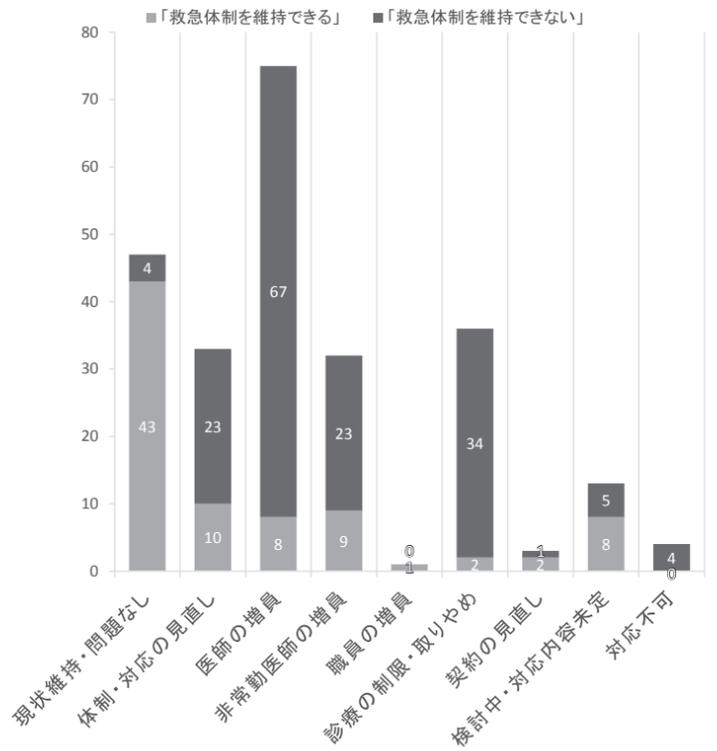


図6 勤務時間上限が導入された場合の対応について (単位:病院)



東洋羽毛

睡眠セミナー 無料サービスのご案内

— 今よりもぐっすり、幸せな毎日のためのヒントがきっと得られるはずですよ —

水と、空気と、睡眠と。

睡眠セミナー講師を無料で派遣いたします。

東洋羽毛では「睡眠健康指導士」の資格を有した社員が講師を務める充実したセミナーをご用意しています。

正しい情報を得て睡眠習慣を見直し、イキイキと健康的な毎日を歩むお手伝いをさせていただければ幸いです。

*セミナーは研修内容及び研修時間についてご相談の上、実施させていただきます。
*セミナーはご希望により何回でも承ることが可能です。

《テーマ例》

- ★睡眠習慣を整え、キラキラ輝く私に
- ★よりよく眠る為のヒント 睡眠6カ条
- ★体内時計を整えてよりよく眠る方法
- ★よく眠れる、眠りのお話!?
- ★眠る門には福来る!
- ★早起き・早寝・朝ごはんはいい事いっぱい

◎医療安全対策研修、メンタルヘルス研修、学校保健委員会に対応した内容も行っています。

TUK 東洋羽毛工業株式会社

〒252-0206 神奈川県相模原市中央区淵野辺2-26-5

セミナーに関するご相談はお気軽にお問い合わせください

0120-410840

地方都市の地域密着型病院としての地域連携

救急搬送から在宅医療・介護まで幅広い連携体制を構築

地域包括ケアシステムの中で住民のニーズに応じていくには、医療・介護の関係機関との連携が不可欠。地域密着型病院における地域連携を考えるシリーズの第1回は、東京都八王子市を拠点とする永生会です。救急医療から医療介護の連携まで、地域とのかかわりの中で実践している多彩な取組みを安藤副会長に報告していただきました。

はじめに

永生会は、東京都八王子市を地盤とする医療介護福祉複合体である。八王子市は東京都の西南部に位置し、人口は約58万人、うち65歳以上人口は約14万人で高齢化率は約24%と全国比よりやや低い。医療機関の状況を見ると、病院が38カ所(うち大学病院2カ所、二次救急7カ所)、診療所が329カ所(うち在宅療養支援診療所29カ所)となっている。高度急性期、急性期、回復期、慢性期が比較的バランス良く供給されている。

永生会は二次救急指定の南多摩病院(7:1 DPC)、回復期・慢性期の永生病院(10:1 非DPC、地域包括ケア、回復期リハ、医療療養、介護療養、障害者、精神科)、今年4月に永生病院の老朽化による一部移転で開設したみなみ野病院(回復期リハ、医療療養、一般病棟(緩和ケアに転換予定))の3病院を擁する。他に、クリニック2カ所、老健施設3カ所、グループホーム1カ所、訪看ステーション5カ所、居宅介護支援事業所3カ所、訪問介護1カ所を有し、「医療と介護を通じた街づくり・人づくり・想い出づくり」を理念に、地域包括ケアシステムの構築を目指している。

急慢連携

八王子市では2010年に「オール八王子」を合言葉に、大学病院、救急病院、回復期・慢性期病院、精神科病院、老健施設、医師会、薬剤師会、地域包括支援センター、八王子消防署の他、老人クラブや自治会等も参加する「八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会(八高連)」が設立された。その背景には、救急搬送時間の延長、搬送先が見つからない選定困難事例の増加、市内から離れた急性期病院への度重なる搬送等の問題意識があった。

救急搬送での高齢者特有の問題に「病状の伝達困難」があり、八高連は新たな「救急医療情報シート」を作成し、記入事項として、氏名や生年月日、治療中の病気、服用薬、かかりつけ医、緊急連絡先等の一般的なものに加え、「もしもの時に医師に伝えたいこと」という延命についての欄を設けた。これにより、救急隊が内容を医療機関に伝えることで、搬送時間短縮や、患者が望まない治療を回避することにつながっている。

消防救急を代替しその負担を軽減する新たな救急搬送の仕組みづくりに向けて、東京都葛飾区、町田市、八王子市、北区、江戸川区では病院が所有する「病院救急車」を活用し、救急搬送

する取り組みを行っている。病院での治療が必要とわかりつけ医が判断し病院救急車の出動を要請した場合、南多摩病院の病院救急車が自宅や高齢者施設に駆けつけ、看護師と救命救急士が必要な措置を行いながら、あらかじめ決められた病院に搬送するものである。

病院救急車の運用により見込まれる効果は迅速な医療機関への搬送、地域内完結の地域包括システムの構築、急慢連携・医療介護連携の促進、消防救急の負担軽減、消防組織に属さない救急救命士の職場づくり、大規模災害発生時の救助・医療対応力の向上等、非常に多岐にわたる。

八王子市には、高度急性期病院が東京医大八王子医療センターと東海大学八王子病院の2病院あるが、両施設とは戦略的な連携を取っている。医療センターには、毎週木曜日に院長と看護部長、MSWが訪問し、医療センターより永生病院に転院された患者の経過報告、永生病院より医療センターへ転院された患者の経過確認、転院待機中の患者の現在の病状と待機状況の確認、医療センターより永生病院への転院患者の選定、永生病院より医療センターへ紹介患者の相談、といった肌理細かな対応を行っている。また、東海大学八王子病院についても、2週間毎の金曜日、副院長と看護副部長、MSWが訪問し、神経内科の患者を中心に東海大病院より永生病院への転院患者の選定、各科への紹介元拡大等を実施している。このような流れもあり、高度急性期病院と近隣の地域密着型病院との連携が八王子市周辺では広がっている。

なお、今年4月から、東京医大八王子医療センターと永生病院、みなみ野病院の間をシャトルバスでつなぎ、患者の利便性向上も図っている。

病診連携

市内の24時間対応の在宅療養支援診療所が中心となり、ICTを活用した多職種連携支援ネットワーク「まごころネット八王子」を立ち上げた。医療クラウド上に在宅患者の基本情報、医療情報、経過記録等を登録し、かかりつけ医、訪問看護師、薬剤師、歯科医師、ケアマネジャー等の多職種間で情報共有やコミュニケーションを図ることができる仕組みになっている。

患者が救急搬送された場合に受入病院側ではICカードでアクセスして患者の診察履歴を確認することができ、病院救急車内でも患者がICカードを持っていればパソコンからまごころネットにアクセスすることで、迅速な診療情報の収集が可能になる。

近年、ACPの啓蒙やいわゆる高齢者のリビングウィルを尊重して診療方針を決定していくプロセスの重要性が広く認知されてきている。医療費の無駄使いを抑制するためにも重要な課題である。これらのプロセスの策定には多くの手間と時間を要する。救急患者を受け入れる際には、慢性期病院にてACPに基づいた「まあまあ型」の医療提供ができる準備を行っておく必要がある。いわゆるDNRでなければ救急患者を受けないといったようなハードルを設けることは避けるべきであり、

慢性期病院の特長を活かした多職種連携のカンファレンスによってACPの実践や見直し等を行い、医療を提供することが重要であると考えている。

在宅患者の支援のために行っている工夫としては、急性期の南多摩病院における訪問診療がある。南多摩病院の各科専門医が訪問診療に参加することにより、必要な時に内科、外科、泌尿器科、皮膚科、形成外科等の医師が訪問診療を実施し、様々な医療ニーズに対応できる体制の確保を行っている。

在宅から受け入れる際の工夫としては、在宅患者が緊急ショートステイを利用する際には、紹介状がなくても利用可能な取り組みを行っている。

さらに、在宅や高齢者施設からの救急のニーズの高まりを受けて、一昨年、地域包括ケア病棟を開設した。急性期治療を終えた患者の受け入れと、地域の在宅医や介護施設のサブアキュートの受け入れに努めている。

医療介護連携

永生会は八王子市内で多数の介護事業所の運営を行っており、地域連携を進めるうえでは、医療とこれらの介護事業所との法人内連携や地域住民との連携が不可欠となっている。

法人内連携を強化するために定期的に「永生井戸ばた会議」を実施している。ここでは地域連携室がマスターを務め軽食やアルコール等の飲み物を提供し、各施設から職員が参加し、様々なテーマに関して組織の枠を超えて語り合う場としている。

また地域住民との連携を強化するために、地域の方々が自由に参加できる「永生ケアカフェ」を定期的に開催している。ここでは「日常のちょっとした相談」「ケアに関する新しいアイデア」をカフェのようなリラックスした空間でおしゃべりしよう!というコンセプトで運営がされている。

この他、地域の医療関係者向けに「多摩医療経営・政策塾」を開講することで、地域の医療機関関係者のリテラシー向上を図るような機会も提供している。

さらに地域でのイベントに際しては、永生会のブースを展開し、地域住民とのふれあいや啓蒙の場として積極的に参加している。

医療介護連携と地域連携として永生会が重視しているものとしては、「永生会在宅総合ケアセンター介護旅行」が挙げられる。これは2006年より年に1~2回の頻度で開催されており、横浜中華街散策、野球観戦ツアー、河口湖温泉ぶどう狩り、東京下町散策など様々な企画が立てられている。永生会全事業所支援の下で、医師、看護師、リハビリスタッフ等と利用者とその家



永生病院の外観

族が、車椅子の使用できるバスをチャーターして介護旅行を行っている。例年好評で法人内連携と地域連携の結晶である。

今後の展望

今後の地域医療を考えると、2025年から2040年にかけて、後期高齢者が多数亡くなる多死時代が到来する。個々の高齢者のリビングウィルの希望に寄り添う形での看取りの方法が、重要となる。医療ニーズのあまりない高齢者の方たちを施設の中で看取っていくために、医療法人の強みを活かして居住系施設を運営していくべきと考えている。

また、医療ニーズのあまりない高齢者の方たちが、自宅や施設の中でもととの慢性疾患の急性増悪で病院へ救急搬送される場合等には、「とことん型」の急性期病院ではなく、「まあまあ型」の急性期以降の病院への搬送を第一に考えるべきであろう。慢性疾患の経過の中で想定される合併症を生じた場合は慢性期病院への搬送が望ましい。むしろ、外傷等の予期しない合併症が生じた場合には急性期病院への搬送が優先されることはもちろんである。

まだまだ乗り越えなくてはならない課題も多い。永生病院は療養病床を主体としたケアミックス病院であるが、急性期病院からの医療ニーズの高い早期転院患者や医療介護ニーズの高い重介護者など様々な方が入院している実態がある。しかし、看護配置は20:1と急性期病院に比べて低く、マンパワーは不足している現状である。

せん妄や認知症の対応に関しても様々な取り組みを行い、身体抑制を実施しない病院も多く存在している。こうした状況下、救急患者の受け入れを常時行っていくことが難しいのも現実である。

これは国に対する提言になるが、身体抑制実施率の基準や緊急入院受け入れ率等の基準を設定して、基準を満たせば加配人員に対する予算を付けるなど、救急に力を入れる病院を支援していくことが、医療政策上も求められているのではないだろうか。

永生会のある八王子市はこれから高齢化が本格化する。永生会の持つ在宅機能を活用するとともに、周囲の医療機関や居住系施設と連携を図り、住み慣れた地域で可能な限り在宅療養を継続する地域包括ケアシステムの推進に貢献することを目指していきたい。

医学生が行う医行為を拡大の方向で整理

厚労省研究班報告書

円滑な臨床研修に向け臨床実習を充実

厚生労働省は7月31日、「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究」を公表した。医学生が、臨床実習で行うことのできる医行為を拡大する方向で整理した。現状の実習で準拠されているいわゆる前川レポートは策定から26年が経過し、医療をめぐる環境は大きく変化した。環境変化に合わせて、医師が卒業後に、より

円滑に臨床研修に移行できる臨床実習の体制づくりを目指している。

医学生は医師ではないため、医学生が医業を行うことは医師法違反になる。ただし、現行の法解釈では、「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」とされる。具体的には、①侵襲性がそれほど高くない②指導医によるきめ細

かな指導・監視の下で行われる③事前に医学生を評価する④患者等の同意を得る一を条件に、臨床実習を実施している。

これらの条件に従い、医学部4年～6年次に実施する臨床実習の医行為は、いわゆる前川レポート(臨床実習検討委員会最終報告)を目安に行われている。しかし、前川レポートが策定されてから26年が経過し、その間に、医療の技術が飛躍的に進歩するとともに、医学生が経験・習得すべき医行為は多様化した。さらに、医師免許取得後、早期に現場で活躍できる医師になるよう、臨床能力の向上が求められている。

同研究では、今年2月から3月にかけて、臨床実習における医行為の実態を調査し、評価を行った。80大学医学部に対し、前川レポートなどから、126項目の医行為を選んだ。

結果をみると、シミュレーション以外の項目のうち、「自信を持って行える」との回答が過半数であったものは、「手指消毒」(67%)、「ガウンテクニック」(67%)、「清潔操作」(53%)の3項目にとどまった。2割～5割は、「経皮的酸素飽和度モニター」(39%)、「皮膚消毒」(36%)、「バイタルサインチェック」(26%)、「心電図検査」(25%)、「医師へのプレゼンテーション」(24%)の5項目だった。その他の項目は2割未満であり、報告書は「多くの項目で『自信を持って行える』と答えた医学生は

少ない傾向がみられた」と明記した。

これらを踏まえ、報告書は、医学の進歩に合わせ、診療参加型臨床実習をさらに進めていくため、「医学生に許容される医行為を見直すとともに、医学生が経験・習得すべき診療技術を明確化」とし、臨床実習で「実施されるべき医行為」と「実施が望ましい医行為」を再整理した。基本的には、臨床実習で実施する医行為を拡大する方向での見直しとなっている(表)。

また、医行為を実施できる具体的な4条件も改めて整理している。

「医学生に許容される医行為の範囲」については、表のとおり、必須項目と推奨項目で医行為を整理した。これに基づき、各大学が医学生の能力や臨床実習のカリキュラム、指導体制、実習施設などの実情に沿って、許容される医行為を定め、運用指針に記載することを求めた。

「指導医による指導・監視」では、「指導医は実習生が医行為を実施していることを認識し、必要があれば、直ちに制止し、あるいはこれに介入できる状況であることが必要である」としている。指導者は、臨床研修制度や専門医制度の基本領域の指導医以上の指導歴があることが望ましいとした。

「医学生の要件」では、「少なくとも公益社団法人の医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO)が行うCBT(コンピュータによる選択式試験)における全国一律の合格水準に達する必要がある」としている。

「患者等の同意」では、院内掲示のみでは不十分で、口頭または文書での同意を求めている。

表 医師養成の観点から医学生が実施する医行為の例示

分類	① 必須項目 医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されるべき医行為	② 推奨項目 医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されることが望ましい医行為
診察	診療記録記載(診療録作成) 医療面接 バイタルサインチェック 診察法(全身・各臓器) 耳鏡・鼻鏡 眼底鏡 基本的な婦人科診察 乳房診察 直腸診察 前立腺触診 高齢者の診察(ADL評価、高齢者総合機能評価)	患者・家族への病状の説明 分娩介助 直腸鏡・肛門鏡
一般手技	皮膚消毒 外用薬の貼付・塗布 気道内吸引 ネブライザー 静脈採血 末梢静脈確保 胃管挿入 尿道カテーテル挿入・抜去 注射(皮下・皮内・筋肉・静脈内) 予防接種	ギプス巻き 小児からの採血 カニューレ交換 浣腸
外科手技	清潔操作 手指消毒(手術前の手洗い) ガウンテクニック 皮膚縫合 消毒・ガーゼ交換 抜糸 止血処置 手術助手	膿瘍切開、排膿 嚢胞・膿瘍穿刺(体表) 創傷処置 熱傷処置
検査手技	尿検査 血液塗抹標本の作成と観察 微生物学的検査(Gram染色含む) 妊娠反応検査 超音波検査(心血管) 超音波検査(腹部) 心電図検査 経皮的酸素飽和度モニタリング 病原体抗原の迅速検査 簡易血糖測定	血液型判定 交差適合試験 アレルギー検査(塗布) 発達テスト、知能テスト、心理テスト
救急	一次救命処置 気道確保 胸骨圧迫 バックバルブマスクによる換気 AED	電気ショック 気管挿管 固定など整形外科的保存療法
治療	処方薬(内服薬、注射、点滴など)のオーダー 食事指示 安静度指示 定型的な術前・術後管理の指示 酸素投与量の調整 診療計画の作成	健康教育

一冊の本 book review

医療現場の行動経済学

すれ違う医者と患者

編者 ● 大竹文雄・平井啓
発行 ● 東洋経済新報社
定価 ● 2,400円＋税

今年3月に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が改訂され、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の概念が盛り込まれた。今後、患者と医療者が共同して意思決定(Shared Decision Making)をしていく機会はますます増えるだろう。意思決定に際しては、医療者側から情報を提供するが、十分な情報があれば患者は合理的な判断ができるというものではない。

本書では、人間の意思決定には、合理的な意思決定から系統的に逸脱する傾向(バイアス)があるという前提で、医療行動経済学の観点から、医療者がどのように患者の意思決定の支援やナッジ(人々が適切な選択をできるように、軽く背中を押す)をすればよいか、さまざまな事例が示されている。中でも、全日病の広報委員である江口有一郎先生が書かれている「佐賀県肝炎ウイルスキャンペーン」は、受検・受診・受療の3つのタイミングにおける非常に優れたナッジの事例と言えるだろう。また、我々医療者自身の意思決定におけるバイアスについても具体的に述べられており、より良い医療を提供していくためのヒントとなる。医師、看護師をはじめ、すべての医療スタッフに読んでほしい1冊。



■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
医師事務作業補助者研修 実践力向上セミナー (100名)	2018年9月24日(月・祝) 【全日病会議室】	7,000円 (税込) (テキスト料、昼食代含む)	全日病と日本医療教育財団は、医師事務作業補助者の技能の向上や平準化の推進、振興普及を目的として、「医師事務作業補助者研修」を開催するとともに、「医師事務作業補助技能認定試験(称号名:ドクターズクラーク)」を実施している。本セミナーは、医療文書作成の演習・解説だけでなく、「医師事務作業補助技能認定試験の模擬試験」による実践力向上を目的とした内容。
高齢者医療研修会 (100名)	2018年11月3日(土)、11月4日(日) 【A P秋葉原】	54,000円(81,000円) (税込) (テキスト料、昼食代含む)	旧「総合評価加算に係る研修」を日本老年医学会との共催で、「高齢者医療研修会」として開催する。総合評価加算の施設基準に記載のある「総合的な機能評価に係る適切な研修(16時間以上)」に該当する。座学研修1日・ワークショップ研修1日の計2日間の受講修了で修了証を発行する。
第2回 看護師の特定行為に係る指導者リーダー養成研修会 (60名)	2018年12月9日(日) 【LMJ東京研修センター】	1,500円 (税込) (昼食代含む)	看護師の特定行為研修の質を担保するため、「指導者講習会を開催する者、指導者講習会で講師をする者」の育成が目的。2017年開催の「看護師特定行為研修指導者講習会実施者(タスクフォース)養成研修会」とほぼ同様の内容で、7月8日に開催した第1回研修会と同じ。本講習を修了した参加者に「修了証書」を交付する。