



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2013 4/15

発行所/公益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 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.799 2013/4/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

看護師の特定行為実施の枠組みで報告書

チーム医療推進会議 反対意見を併記、「概ね妥当」とまとめる。法改正後に引き続き具体案を検討

厚生労働省のチーム医療推進会議は3月29日の会合で、医師の包括的指示の下、条件を満たした看護師が一定の裁量をもって医療行為を行なえる仕組みを創設する「特定行為に係る看護師の研修制度案」を報告にまとめた。

①本文、②研修制度の骨子案、③研修制度設計上の考え方からなる報告は、新たな枠組みを「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)」について、保助看法において明確化する」と定義。

特定行為の実施条件を法的に整えるかたちで、(1)診療補助行為のうち特定行為を明確化し、(2)その実施条件と実施環境を明確にすることによって、事実上、専門・認定看護師に代わる看護師の新たなキャリアアップ資格を創設した。

3年近い議論であったが、今回は保助看法に制度の枠組みを書き込むレベルの合意にとどめ、反対意見を併記した上で「概ね妥当」と報告をまとめた。制度の詳細内容は、法改正後、施行までに引き続き審議され、具体化される。

当初狙い上げられた看護師に新たな国家資格を付与する案は撤回され、研修に国が関与するものの、医療機関と看護師が医療現場のニーズに応じて自律対応できる仕組みとしてソフトランディングする方向が選択された。

同報告は社保審医療部に提出されるが、「報告であって承認事項ではない」(厚労省医政局医事課)ことから、今国会へ保助看法改正法案を提出することが確定した。(報告の概要は3面に掲載)

チーム医療推進会議報告書に示されている制度は、概要以下のとおりだ。

- ①特定行為は限定列挙とし、省令等で定める。
- ②特定行為の追加・廃止は常設の審議の場で決定する。
- ③医師の指示の下、プロトコールにもとづいて特定行為を実施する看護師には、厚生労働大臣が指定する研修機関で、厚生労働省で定める基準に適合する研修(指定研修)の受講を義務づける。
- ④特定行為に応じた研修の枠組みは、指定研修機関の指定基準として省令等で定める(指定基準の内容および研修機関の指定は審議会で検討した上で決定する)。
- ⑤プロトコールの内容は省令で定める。
- ⑥指定研修の受講が義務づけられない、特定行為を行なう看護師には、特定行為の実施に係る研修を受ける努力義務を課す。
- ⑦制度施行後は、既存の看護師であっても、プロトコールにもとづいて特定

行為を行なう場合は指定研修を受けなければならない。そのため、一定期間内に研修を受けなければならない等の経過措置を設ける。

⑧特定行為が追加され、その内容が研修内容の変更し及ぶ場合は、追加の研修義務が生じる。

⑨厚生労働大臣は、指定研修を修了した看護師からの申請により、当該研修を修了した旨を看護師籍に登録するとともに、登録証を交付する。(看護師籍への登録は、あくまで研修を修了したことを確認するためのものであって、国家資格を新たに創設するものではない)

かくて、特定行為の創設→その裁量的な実施にかかる看護師の研修等要件→指定研修の仕組み→研修修了後の看護師籍への登録という枠組みを保助看法等で定めることが確定した。

ただし、同報告には制度の詳しい内容は記されていない。したがって、特定行為のリスト、カリキュラムや単位など指定研修の内容、指定研修実施機関



▲永井良三座長(自治医科大学学長=写真中)は異例のかたちをとった報告書を取りまとめた。

の基準などは引き続きの検討となるが、具体的には「保助看法改正法成立後の作業になる」。

その検討は、法改正を受けて設置される、医師、看護師等の専門家からなる審議会の手で行なわれることになる。

とりまとめはチーム医療推進会議の全会一致とはならなかった。

そのため、報告は、本文に「特定行為に係る看護師の研修制度案は概ね妥当との意見であった」と明記。反対を表わした複数委員の所属団体名と意見内容を書き込んだ上で、とくに日本医師会の意見を末尾に添付するという、異例

のかたちをとった。

こうした反対意見に配慮した結果、報告には「特定行為に係る看護師の研修制度の創設に当たって」と題した文書が挟み込まれ、特定行為実施にかかわる研修制度を理解する上で留意すべき事項が整理されている。

その中で、「指定研修を修了した看護師が、他の看護師や他の医療関係職種に対して診療の補助に関する指示を行うことは不適切である」と記し、今回の制度化議論で、看護師以外の医療関係職種から示された懸念を払拭してみせた。

□神野副会長(チーム医療推進のための看護業務検討WG委員)の談話

米国にはチーム医療の役割分担を担う職能としてNP(Nurse Practitioner)やPA(Physician Assistant)がある。いずれも一般看護師とは異なる資格として確立され、いわゆる医行為の実施も一部で認められる。

一方、わが国でもチーム医療の名の下で看護業務の拡大を目指したものの、あくまでも現行の看護師という職能の枠の中で議論することから丸3年にわたり、前に進まない議論が重ねられてきた。

法的に、看護の業務は、①療養上の世話、②診療の補助に限定される。看護界の中でも患者に寄添う①が主

であるという意見と、在宅医療、医師不足地の現場からは②を拡大せよという現実的意見が錯綜する。

今回の報告書は、直近の議論の結果のみであり、私の参加するWGは1月から開催されていない。

①あくまでも医師の指示のみ、②特定行為はきわめて限定的、③特定行為を包括的指示下実施する場合のみ研修義務あり、④具体的指示下ならば研修義務はない、⑤研修の主体部分は勤務医療機関でも実施可能…このあたりが譲れぬ線となろう。



医薬品と投薬等診療情報の大規模データベースを構築

医療情報データベース基盤整備事業 13年度にデータ利用試行を開始。1千万人規模のデータ蓄積を目指す

厚生労働省に「医療情報データベース基盤整備事業推進検討会」が設置され、4月5日に初会合が開かれた。検討会は、2013年度から3ヵ年にわたる試行が決まっている医療情報DB基盤整備事業の推進に必要な課題を検討する。

医療情報DB基盤整備事業とは、副作用等薬害発生防止を目的として、医薬品と投薬等診療情報の大規模なデータベースを構築する事業をいう。

副作用に関しては、現在、医薬品医療機器総合機構(PMDA)において、患者がオンラインで報告できる仕組みが試行されている。

しかし、この方法には、①当該医薬品の投与人数が把握できないために、他剤との発生頻度比較や安全対策措置前後の発生頻度の比較ができない、②原疾患による症状と「副作用」の鑑別が難しい、③医薬関係者が報告しなければ副作用の存在がわからない、などの

限界がある。

これに対して、欧米では、すでに1,000万人~数千万人規模のDBが整い、医薬品の安全対策に積極的に利用され始めている。

そのため厚労省は、全国に拠点となる協力病院を配し、レセプト、電子カルテ、オーダーリング、検査からなるDBをつくり、それをネットワーク化することで、将来的に1,000万人規模の医療情報DBを構築。それをPMDAが分析・評価するシステムを整える事業を2011年度より5年計画で開始した。DBはPMDAの手で運用される。

このデータは、厚労省やPMDAだけでなく、協力医療機関(他医療機関のデータ利用)、製薬企業、研究者も利用できる、いわば、レセプトや特定健診等の情報を集めたナショナルデータベース(NDB)の医薬品版となる。

このデータ利用が、13年度から、10

カ所の協力病院で試行される。したがって、本検討会は、すでに、協力医療機関と有識者によるWGが1年かけて整理した利用要綱や倫理規定等に加え、データの標準化、システムの改修、システム運用等を検討することになる。

事務局(医薬食品局安全対策課)は夏までに報告をまとめ、年内にも、デー

タ利用の申請受付を開始したいとしている。

医療情報DB整備事業は、今後、分析手法ガイドラインの策定(全般・疾患領域ごと)、協力医療機関の拡大とDBの改修などの検討を経て、試行期間終了後のデータ利用の枠組みについても検討される予定だ。

厚労省 H7N9 型感染で医療機関に情報提供を要請

世界保健機関(WHO)は、4月1日付で、鳥インフルエンザウイルスA(H7N9)に感染した患者がみつかったとの報告を中国から受けた旨を発表した。

厚生労働省は4月2日付の事務連絡で各都道府県等にこの事実を伝えるとともに、4月3日付で結核感染症課長通知を发出、WHOが作成した本疾患に関するQ&Aを添付して関係者への周知を要請するとともに、該当患者を診察

した場合の保健所への情報提供を管内医療機関に協力依頼するよう求めた。

中国国内の感染者は4月15日現在で2市4省計61人、死者はすでに13人にのぼっている。

WHOは現在のところ「人から人への感染を示す証拠はない」としているが、家族間感染の可能性もある患者もいるとして、中国国内のウイルス等の検査結果を注視している。

特定機能病院、要件厳格化の上で承認更新制の導入へ

特定機能病院・地域医療支援病院のあり方に関する検討会 地域医療支援病院には(逆)紹介率基準の強化、救急受入シェアの評価等を提案

3月27日に開かれた「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」に、事務局(厚労省医政局総務課)は、両類型の病院に関する実態調査の集計結果概要を報告。併せて、両類型病院の承認要件見直しに向けた論点案を示した。

- 特定機能病院の論点としては、
- ①各都道府県に1ヵ所配置を原則とした上で、県によっては複数配置を認める
- ②総合的対応能力の視点から内科、外科、精神科等特定の診療科について標榜および一定数の専門医配置を義務づける
- ③「総合診療部門」など診療科間の調整を状況に応じて行なう部門を設置する
- ④紹介外来制を原則とした上で紹介率・逆紹介率の基準値を適宜高めていく
- ⑤更新制を導入、更新時に現地視察などの実態確認を行なうとともに医療計画も踏まえて更新期間を考慮するなどをあげた。

- 地域医療支援病院に関する論点には、
- ①各2次医療圏に1箇所配置を原則とした上で、2次圏によっては複数配置を認める
- ②紹介率算定式から救急患者の数を外すなど紹介率・逆紹介率両基準の充実を図る
- ③退院調整部門の設置を義務化とともに地域連携バスの策定・普及を努力義務とする
- ④開放病床や高額診断機器の利用回数を評価する
- ⑤地域における救急搬送受入件数の割合を評価する
- ⑥地域の医療機関や医療従事者に対する研修等の開催回数を評価する

- ⑦自院の役割や連携状況の情報交換や地域住民への情報発信を努力義務とする
 - ⑧承認後のフォローアップとして都道府県によるヒアリングや現地視察を行なう
 - ⑨地方自治体を含む外部有識者の委員会を定期的に開催し、外部評価を得るよう努める
- などを列挙したものの、在宅医療支援の機能については「改めて検討すべき」とした。

また、論点案の前提として、「紹介機能や重症救急患者の受入機能の強化をより重視すべきではないか。その他の機能については客観的に評価できる指標を設定してはどうか」という問題意識を表明した。

特定機能病院に関する要件が厳格化される方向性にあることに、都道府県の構成員が要件緩和の必要性を求めたほか、大学病院の構成員からは「特定機能病院がゼロの県も出るのではないか」との懸念が示された。

高度医療の提供・研究開発・研修という三位一体機能の底上げを目指すべきとする事務局は、ゼロとなる県が出る可能性を否定せず、「その場合は経過措置を設ける」という認識を披露した。

地域医療支援病院に関する議論で、西澤構成員(全日病会長)は、「地域の医療従事者に対する研修実施評価の精緻化を図ることに賛成だ。ただし、開催回数だけでは意味がなく、その内容と参加医療機関の数などの実体が重要だ」と注文をつけた。

また、地域医療支援病院と在宅医療との関係については、「在宅医療に関しては在宅療養支援病院・診療所が担い手となる。そのことを含めて、あらた

めて検討する必要があるだろう」と述べ、別途検討とした事務局の考えを支持した。

地域の医療従事者に対する研修に関しては、高齢者の救急が増加していることから高齢者施設の従事者も対象に加えるべきとの意見も出た。

一方、一部の構成員からは、地域医療支援病院というかたちで多面的な機能が担われ、しかも地域によっては偏在している現状に、「機能の分化・特化をもって対応すべし」との論が示され、「各機能は診療報酬と併せると屋上屋を重ねるかたちで評価されている。地域医療支援病院というのは本当に必要なのか」との極論を唱える向きもあった。

これに対して事務局は、「各要件はandを前提している。しかし、orで考えるというご意見であれば、今後の議論として整理していくことはできる」

地域医療支援病院 一律ではない都道府県の整備方針

事務局は、また、昨年11月から今年1月にかけて実施した特定機能病院と地域医療支援病院に関する実態調査結果の概要を、検討会に報告した。そのうち、地域医療支援病院に関する調査は、地域医療支援病院の整備に関する考え方を都道府県にたずねている。

それによると、地域医療支援病院を「2次医療圏毎に1ヵ所整備する」方針をもっている都道府県は16に過ぎず、「(そうした指針に)こだわらず整備したい」としているのが28、「整備目標は定めていない」というのが3であった。

また、地域医療支援病院の承認については、40の県が「承認要件を満たせば原則承認」とする一方で、他の7県は

と、慎重な言い回ししながら“機能分解論”を否定した。

また、事務局は、承認更新制度を導入する特定機能病院に対して、「地域医療支援病院はそこまで考えていない。したがって、経過措置の必要はない」という認識を示した。

特定機能病院および地域医療支援病院の要件は、現在、医療法とともに医療法施行令、医療法施行規則、厚生労働省告示、局長通知によって具体的に定められている。

同日の検討会で、事務局は「要件の見直しは医療法改正を伴わないで考えている」ことを明らかにした。

その上で、吉岡総務課長は「次回に基準案など要件見直しの具体案を示したい。できるだけ早いとりまとめをしたい」と述べ、検討会に議論の集約を求めた。

承認に地域のニーズを反映させるなど、それぞれ独自の考え方をもっている。

こうした実情を反映し、「地域医療支援病院制度に関する意見・提言」では、「地域医療支援病院の評価に係る客観的かつ具体的な基準を設定してほしい」「救急医療の実施や在宅医療への支援などは具体的な貢献度を評価する指標を設定すべき」「5疾病5事業という疾病分野ごとの連携を進める方針と疾病を問わず連携拠点となる地域医療支援病院制度とは矛盾しないか。両者の関係を整理し示していただきたい」など、よりクリアカットかつ他制度と整合性のとれた機能と要件を求める声が目立った。

健保連「薬価改定分は診療報酬本体引上げの財源とするべきではない」

社会保障制度改革国民会議 委員 疾病ごとの効果的な治療と医療機関のアウトカム比較はできないか

4月4日に開催された社会保障制度改革国民会議は、健保連、協会けんぽ、国保中央会、後期高齢者医療広域協議会の保険者4団体を招き、医療・介護の現状と改革課題に関する意見を聞いた。

意見聴取で、健保連を除く団体は医療保険制度枠内の制度改正等課題と取り上げたが、ひとり健保連は、医療提供体制と介護給付を含む全領域におよぶ改革課題を提示した。

具体的には、「負担と給付の見直し」に関しては、①70歳以上の全高齢者は原則2割負担とする、②一般用医薬品に代替可能な医療用医薬品を保険給付から除外することなどを、「医療費の適正化」については、③薬価改定分は

診療報酬本体の引上げ財源とせず国民に還元すること、④費用対効果評価を導入して保険収載判断や報酬・価格へ反映させること、⑤番号制度の医療分野における利活用などを提案した。

さらに、「医療提供体制の効率化と重点化」という課題には、これまでも主張してきた「病院・病床と外来の機能分化・連携の強化」「平均在院日数の短縮」に加え、①「総合診療医」の早期養成、②基準病床数の算定方法見直しなどによる病床数の削減、③高額医療機器の計画的な配置や共同利用、④終末期医療における医療従事者と患者・家族の話し合いに係る診療報酬上の評価など一歩踏み込んだ諸課題に言及、その検

討の必要を論じた。

国民会議の委員からは、とくに、レセプト等データ活用に関する意見が相次いだ。それは、どういふ診療行為が疾患の治療に有効か、したがって医療費の効率化に寄与するか、あるいはどういふ医療機関が診療アウトカムや医療費の上で実績を有しているかを、データから導けないかという問題意識で、永井委員(自治医科大学学長)、西沢委員(日本総合研究所調査部上席主任研究員)、遠藤委員(学習院大学経済学部教授)、大島委員(国立長寿医療研究センター総長)などが、データ活用の制約



▲国民会議会長の清家篤慶慶義塾長(右から2人目)

を乗り越えつつ、こうした方向の検討を進めるべきといった意見を述べた。

国民会議は次回会合を通常の倍の4時間とり、そのうち3時間をかけて、数名の委員がそれぞれ改革の方向性を論述した上で集中討議を行なう。残りの1時間はインターネット中継をやめ、非公開の議論とした上で、医療・介護に関する一定の意見集約を試みる予定だ。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

＜称号＞ メディカル クラーク

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 6,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- ＜実技Ⅰ＞ 患者接遇
- ＜学 科＞ 医療事務知識
- ＜実技Ⅱ＞ 診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

＜称号＞ 医事業務管理士

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 7,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- ＜実技Ⅰ＞ 患者接遇・院内コミュニケーション
- ＜学 科＞ 医事業務管理知識
- ＜実技Ⅱ＞ 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

＜称号＞ ドクターズクラ 【主催】 公益社団法人 全日本病院協会 一般財団法人 日本医療教育財団

医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 8,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- ＜学 科＞ 医師事務作業補助基礎知識
- ＜実 技＞ 医療文書作成

●試験の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

一般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923
TEL 03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

「院長の陣頭指揮でコーディング適正化に取り組んでいる」

DPC評価分科会 適正なコーディングに取り組む5病院が報告

不適切なコーディングの解消へ「コーディングマニュアル」の策定を目指している診療報酬調査専門組織DPC評価分科会は、4月3日、コーディング対策に取り組む病院から報告を受けた。

ヒアリングに呼ばれたのは、専門病院、大学病院、中小規模総合病院、ケアミックス病院、大規模総合病院の5病院。

このうち、専門病院として報告した医仁会中村記念病院は電子カルテを導入することなくDPCの診療情報処理に対応している。

「疾患が絞られているのでコーディングの苦労は少ない」と説明しつつ、院長自ら診療情報管理士となり、診療情報管理委員会の委員長を務めながら、診療情報管理士主体にコーディングを進める院内体制を披露。「医師や医事課職員にも診療情報管理士の資格を取るよう呼びかけている」と述べるなど、コーディングを医師まかせとしない風土を紹介した。

5病院はそれぞれの院内体制やチェック策などを報告したが、「適切なコーディングに関する委員会」1つとっても頻

回・定期的に開催する病院がある一方で「年2回しか開かない」病院もあるなど、コーディング適正化の取り組みは病院の規模や体質等によって様々な取組を取っていることがあらためて判明した。

その中で、北里大学病院に対しては、分科会委員から「大学でDPCをどのくらい教えているか」「新人の入局者にコーディングをどのように教えているか」といった質問が出たが、同病院は医学部教育→臨床研修→入局という過程にDPC教育がきちんと位置づけられていないことを、事実上認めた。

一方、病院の側からは、「審査支払機関によってコードの判断が異なる」「診療情報管理士の社会的地位を認めるべきではないか」など、厚労省に対する意見と要望が示された。

個別病院の個別事例紹介に終始した感のある報告であったが、分科会の小山会長(東邦大学医学部教授)は、「5病院には、院長自ら陣頭指揮にたつてコーディングの適正化に取り組んでいる点で共通するものがある」と、ヒアリングの結果をまとめた。

2013年度機能評価係数Ⅱ 主に救急医療と地域医療で格差開く

厚生労働省は4月3日の診療報酬調査専門組織DPC評価分科会に、3月19日付で改正(厚生労働省告示)されたDPC対象病院2013年度機能評価係数Ⅱについて、その分布状況等を報告した。

12年度改定で設定された基礎係数と暫定調整係数に変わりはないが、直近の実績を反映させる機能評価係数Ⅱについては、改定による係数Ⅱの評価総額を据え置いた上で(財政中立)、各係数とも、11年10月～12年9月までのデータにもとづいて再設定された。

このうち、点数変動の影響を受けない地域医療指数を除いた5つの指数に

関しては、診療報酬改定をまたいでいるために、11年10月～12年3月のデータから算出した指数と12年4月～9月のデータから算出した指数の相加平均を用いて係数を導いた。

その結果、6係数の中でも、12年度改定で大きく評価された1つが救急医療であったことを反映して救急医療に、また、医療計画における位置づけの影響度が大きいことから地域医療に、係数の大きな差が生じた。

医療機関群別に係数



が設定される「複雑性」「カバー率」「地域医療」の3係数については、病院機能の幅が広いⅢ群の係数分布に大きな差が生じている。

機能評価係数Ⅱの分布範囲等

係数	最小値	最大値	中央値	加重平均値	
データ提出	0.0018	0.0020	0.0020	0.0020	
効率性	0.0000	0.0090	0.0039	0.0041	
救急医療	0.0000	0.0154	0.0037	0.0041	
複雑性	I群	0.0000	0.0082	0.0039	0.0041
	II群	0.0000	0.0105	0.0037	0.0041
	III群	0.0000	0.0102	0.0038	0.0041
	合計	0.0000	0.0105	0.0038	0.0041
カバー率	I群	0.0024	0.0059	0.0038	0.0041
	II群	0.0020	0.0075	0.0039	0.0041
	III群	0.0030	0.0058	0.0036	0.0041
	合計	0.0020	0.0075	0.0037	0.0041
地域医療	I群	0.0017	0.0079	0.0039	0.0041
	II群	0.0005	0.0164	0.0032	0.0041
	III群	0.0000	0.0117	0.0026	0.0041
	合計	0.0000	0.0164	0.0028	0.0041
合計値	I群	0.0136	0.0297	0.0201	0.0225
	II群	0.0155	0.0361	0.0236	0.0225
	III群	0.0066	0.0376	0.0210	0.0225
	合計	0.0066	0.0376	0.0211	0.0225

2013年度のDPC対象病院は1,496

4月3日の診療報酬調査専門組織DPC評価分科会に、事務局(厚生労働省保険局医療課)はDPC対象病院・準備病院の現況報告を行なった。それによると、4月1日現在のDPC対象病院は1,496、一方、準備病院は244であった。

DPC対象病院への新規参加は、2012

年度以降は診療報酬改定の時に限ることになった。

その関係で、対象病院は12年度改定で55病院が新たに参加して1,505となったが、12年度末に9病院が退出したために1,496へと減少、DPC導入以来初めて前年を下回った。

DPC対象病院・病床規模別(13年4月)

	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
病院数 (構成比)	179 (12.0%)	338 (22.6%)	304 (20.3%)	252 (16.8%)	153 (10.2%)	270 (18.0%)	1,496
病床数	11,924	50,581	75,291	86,277	67,459	183,449	474,981

チーム医療推進会議報告書(概要) 3月29日 *1面記事を参照

◎特定行為に係る看護師の研修制度について

本推進会議は、「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書(平成22年3月)を受け、平成22年5月から、看護師が医師又は歯科医師の包括的な指示の下、診療の補助を行う仕組みについて19回にわたり議論を重ねてきた。また、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31回にわたり議論を重ねてきた。

その過程で、個々の行為について絶対的医行為か診療の補助の範囲かについて委員の間でも意見の相違があることが明らかとなった。

本推進会議の委員の大勢は、別添の「特定行為に係る看護師の研修制度(案)」について、概ね妥当との意見であった。

日本医師会代表の委員からは、チーム医療の推進、医療安全の確保の観点から、多くの問題点があるとして、現行案に反対との意見があった。日本看護系大学協議会代表の委員からは、特定行為の内容、研修制度のあり方を十分に審議の上、制度化を判断すべきとの意見があった。

厚生労働省においては、本報告書を踏まえ、特定行為に係る看護師の研修制度の実現に向けて、課題の更なる検討、調整を進められたい。

また、本制度の施行までの間にお

ける具体的内容の検討に当たっては、研修を修了した看護師に対する医療現場のニーズも踏まえながら、特定行為の内容及びその領域、それに応じた研修の枠組み、実施方法等が審議会において十分に審議されるべきである。

別添/特定行為に係る看護師の研修制度(案)

○医師又は歯科医師の指示の下、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)を保助看法で明確化する。特定行為の具体的な内容は省令等で定める。

※特定行為は限定列举とする。その追加・改廃は、医師、歯科医師、看護師等の専門家が参画する常設の審議場で検討した上で決定する。

○医師又は歯科医師の指示の下、看護師が特定行為を実施する場合に、以下のような研修を受けることを制度化する。

・医師又は歯科医師の指示の下、プロトコル(省令で定める事項が定められているもの)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、省令で定める基準に適合する研修(指定研修)の受講を義務づける。

・指定研修受講が義務づけられない、特定行為を行う看護師については、保助看法上の資質の向上に係る努力義務として、特定行為の実施に係る研修を受けることを追加する。

※既存の看護師であっても、プロトコルに基づき特定行為を行おうとする場合は指定研修を受けなければならないことから、制度施行後、一定期間内に研修を受けなければならないといった経過措置を設ける。

※特定行為が追加された場合、かつ、当該内容が研修の教育内容も変更する必要がある場合には、当該内容に係る追加の研修義務が生じる。

○厚生労働大臣は、研修機関の指定を行う場合は審議会の意見を聴かななければならない。

※審議会は医師、歯科医師、看護師等の専門家により組織する。

○特定行為に応じた研修の枠組みは指定研修機関の指定基準として省令等で定める。

※指定基準の内容は審議会で検討した上で決定する。

○厚生労働大臣は、指定研修を修了した看護師からの申請により、当該研修を修了した旨を看護師籍に登録するとともに、登録証を交付する。

※看護師籍への登録は研修を修了したことを確認するためのものであり、国家資格を新たに創設するものではない。

別紙1/特定行為に係る看護師の研修制度の創設に当たって

診療の補助のうち特定行為に係る研修制度の創設に当たっては、以下の考え方を基本として、その制度化が行われるべきである。

●本制度は、医師又は歯科医師の指示を受けずに医行為又は歯科医行為を行う看護師の創設に結びつけるものではない。

●本制度の指定研修を修了した看護師が、他の看護師や他の医療関係職種に診療補助に関する指示を行うことは不適切であり、指示を行うのはあくまで医師又は歯科医師である。

●本制度を導入した場合でも以下の点には変わりはない。

・看護師が絶対的医行為又は絶対的歯科医行為を行うことは違法であり、看護師が医師又は歯科医師の指示なく診療の補助(応急の手当等を除く)を行うことは違法である。

・看護師は、医師又は歯科医師の指示の下であれば、診療の補助の範囲内において医行為又は歯科医行為を行うことは可能である。

・患者の病態や看護師の能力を勘案し、①医師又は歯科医師が直接対応するか、②どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるか、の判断は医師又は歯科医師が行う。

病院に朗報。「座学1割以上」の訓練で「正社員雇用奨励金」

ジョブ・カード 13年度限りで「若者チャレンジ訓練」。「非正規雇用労働者育成支援」にも雇用奨励金

「ジョブ・カード」を活かした正社員採用訓練に助成金が出る仕組みとして「非正規雇用労働者育成支援奨励金」があるが、これに、2012年度補正予算で「若者チャレンジ訓練」が新設され、3月18日から受付を始めた。4月5日の四病協・医療保険診療報酬委員会(委員長・猪口雄二全日病副会長)で東商ジョブカードセンターの岡本氏が明らかにした。

「ジョブ・カード」については、全日病の医療保険・診療報酬委員会(猪口雄二委員長)で病院における活用の模索が始まった。その後、検討は四病協の同委員会に受け継がれ、元看護師が再就職就業するときの研修に活用している病院より報告を受けるなど、活用方法の研究に取り組んできた。

「ジョブ・カード」とは、正社員採用や自身のキャリアアップを目指す若者等が登録し、キャリアコンサルティングを受けながら職業訓練を経て就職にいたる過程を支援する仕組みをいう。

いわゆるフリーター対策の1つであるが、訓練に要した費用の一定額が助成される上、「正社員雇用奨励金」までが

支給されるとあって、同制度を積極的に申請する企業が増えている。

病院の場合は、子育てを終えたり、他産業に就業した潜在看護師等の職場復帰に使えるだけでなく、事務職への登用にも活用できるとあって、利用した病院の評判はいい。

東商岡本氏の説明によると、「若者チャレンジ訓練」は正規採用経験が乏しい35歳未満が対象。この訓練を終了した企業には、訓練生1人・1ヵ月あたり15万円、訓練生を正社員として雇用した場合は、1人当たり100万円(1年経過時に50万円、2年経過時に50万円)の奨励金が支給される。「正社員雇用奨励金」は、今年6月から「非正規雇用労働者育成支援奨励金」にも適用される。

両コースのもう1つの特徴は、「訓練に占めるOFF-JTの割合は1割以上9割以下」ということ。座学による研修の時間は全体の10%を超えればよい、つまり、全時間の90%近くを実際の仕事の中で訓練するOJTに費やしてよいということだ。

この制度を利用したい病院は訓練実

施計画を作成、訓練開始日の1ヵ月前までに都道府県労働局またはハローワークへ申請すればよい。計画のつくり方は、各県の商工会議所に設置されているジョブ・カード(サポート)・センターが作成支援している。

訓練生は、既に雇用している非正規の労働者を対象にしてもよく、あるいは、ハローワークや民間職業紹介機関などに求人を出して募集してもよい。もちろん、事業主が直接募集することもできる。

応募者はハローワークなどに配置され

ている登録キャリア・コンサルタントからジョブ・カードの交付を受けた上で、訓練を実施する事業主と訓練に要する有期労働契約を締結する必要がある。

「若者チャレンジ訓練」は13年度限りの措置であるので14年3月末までに手続きを終える必要があるが、支給額が720億円強の予算枠に達し次第終了となる。予算枠は都道府県で違うため、実施企業の競争率も都道府県で異なってくる。

ジョブ・カード制度は厚労省、日本商工会議所のHP等に紹介されている。

ジョブ・カードにもとづく有期実習型訓練諸制度

	有期実習型訓練(現行)	非正規雇用労働者育成支援奨励金	若者チャレンジ訓練
対象事業主	業種の要件なし	健康・環境・農林業分野等(病院を含む) 過去6ヵ月以内に会社都合退職者がいないこと	業種の要件なし
対象となる訓練生の主な要件	正社員の経験が少ないこと(原則、過去5年以内に概ね3年以上継続して正社員であった人以外) or 新規学卒者		or 卒業年度の3/31を過ぎた新規学卒者 and 35歳未満の人
訓練期間	3ヵ月超6ヵ月以下	3ヵ月以上6ヵ月以下	3ヵ月以上2年以下(1ヵ月単位で設定)
訓練時間	訓練期間6ヵ月あたり425時間以上(71時間/月以上=参考値) 130時間/月以上=平均値		
訓練に占めるOFF-JTの割合	2割以上8割以下	1割以上9割以下	
助成金 奨励金 訓練金	OFF-JT	資金助成 1/2(1/3) 経費助成 1/2(1/3)	800円/時間(500円/時間) 30万円(20万円)
	OJT	実施助成 600円/時間(600円/時間)	700円/時間(700円/時間)
			15万円/月
正社員雇用奨励金	なし	2013年6月以降適用(右に同じ)	1年経過後に50万円、2年経過後に50万円、計100万円

医療法人会計基準策定へ検討作業を開始

四病協 医療経営・税制委員会に会計基準策定小委を付設

四病院団体協議会は医療法人会計基準の策定に向けた検討作業を開始、医療経営・税制委員会(委員長・伊藤伸一医法協副会長)に付設された会計基準策定小委員会(委員長・五十嵐邦彦公認会計士)は、4月2日に第1回会合を開いた。

四病協は2002年6月にまとめた「病院会計準則等の見直しに関して(中間報告)」において、医療法人会計基準を策定する必要性を提起するとともに、その考え方(イメージ案)を提示している。病院会計準則は四病協報告を受けて設置された厚労省検討会の手で見直し案がまとめられ、04年8月に全面改正された。しかし、厚労省による医療法人会計基準の策定は見送られた。

その後、第5次医療法改正の柱として医療法人制度改革が提起され、医療法人会計に透明性が求められるだけでなく公益性を旨とする社会医療法人が創設される状況を踏まえ、四病協は05年12月に医療法人会計基準の検討開始を決定。医療法人会計基準検討委員会を設置し、06年9月に「医療法人会計基準検討報告書」をまとめた。

同報告書の主旨は、医療法人の事業収益規模に応じて特例を設けた上で、退職給付会計やリース会計などを盛り込んだ会計基準を策定し、各医療法人の任意で採用してもらうというもの。

しかし、四病協による医療法人会計

基準案に対しては、当時、退職給付会計の導入に難色を示すなど慎重な意見もあったため、公募債の発行が認められる社会医療法人に会計基準を導入するという厚労省方針で当面对応することで関係者の意見が一致、医療法人会計基準案は公表されることなく終わった。

医療法人制度改革の施行から6年が経過した昨年、医療経営・税制委員会は、情報開示にさらされる医療法人について、会計情報の面からも他産業・他法人と比較できる物差しが不可欠との認識から、06年9月の医療法人会計基準案にその後の環境変化に応じた修正を加え、再度、策定を目指すべきであると提起。昨年6月の総合部会では医療法人会計基準策定作業の開始を決めた。

その後、かつて医療法人会計基準案をまとめた専門家と協議を重ねた結果、今年1月の委員会では会計基準策定小委員会の設置を決め、06年9月の医療法

人会計基準案をまとめたのと同じ会計士5人をメンバーに、4月2日に発足した。

当初案以降、医療法人会計基準をめぐる環境変化として、医療法、税法、企業会計基準、中小企業会計、新社会福祉法人会計基準等の改正があるほか、医療法人においても、社会医療法人の増加、持分なし法人の漸増など、新たな事象が出現している。

小委員会設置に先立ち、かつての医療法人会計基準案に手を加えるための論点として示した、①税制が異なる社会医療法人の取り扱い、②法人類型の区分、③小規模特例と中小企業会計の関係、④持分のない法人における剰余金等「純資産の部」の考え方、⑤第5次医療法改正の影響で考慮すべき点などの検討課題案に、小委の構成員からは、多岐にわたる議論課題が提起された。

4月2日の初会合は前出論点などについて自由討議を行なった結果、当初見

込んだ技術的な見直しではなく、新たに策定するほどの本格的な議論が必要ということで認識が一致。13年度内のとりまとめを見込んでいたが、時間にしばられることなくじっくり検討を行なうことで合意した。

四病協における医療法人会計基準の検討に対して、厚労省のとかしき政務官は、3月15日と22日の衆議院厚生労働委員会で、「医療法人会計基準は成案を得られていないが、現在、四病院団体協議会が検討を再開しており、厚生労働省としては、その取り組みを注視している」といった主旨の答弁を行なっている。

これは、日本維新の会の足立康史衆議院議員が「保険料があり、多額の国費が投資されている医療について、医療法人会計基準すらまだないのは異常である。閣議決定されている医療制度改革大綱にも医療法人の必要な会計の在り方を検討するとしてある」として質したことに、回答したもの。

会計基準策定小委員会は6月に次回会合をもつが、以降、月1回のペースで開催される。

後発医薬品

新たな数量シェア目標は17年度末に60%

厚労省は4月10日の中医協総会に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を報告した。

ロードマップには、後発品数量シェアの指標を変更し、新たな目標を「2018年

3月末までに60%以上を目指す」とした上で、業界団体に供給指針の策定を、すべての後発品メーカーには「安定供給マニュアル」の作成を求めるとともに、ロードマップの達成状況をモニタリ

ングする方針が盛り込まれた。

07年10月策定の「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」は、13年3月末までにシェア30%をめざす(11年9月現在のシェアは22.8%)としていたが、数量シェアを新指標で算定すると前出実績は34.3%となることから、5年間で約2倍に伸ばすことになる。

安倍政権、成長戦略の担い手に「健康長寿」産業

4月2日の日本経済再生本部で、安倍首相は、成長戦略を具現化するための重要政策課題について、当面の政策対応となる具体的な指示を関係大臣に発した。

その中で、「健康長寿社会の実現」に関しては、(1)再生医療の迅速な実現と医療機器開発の速度を上げるために薬事法改正法案と再生医療安全性確保法案を今国会に提出する、(2)日本の医療技術・サービスを国際展開するため、新たに創設される組織母体を中核とする医療機関と関連企業等による国際事業展開活動を、あらゆる手段を動員して支援する、(3)医薬品などのネット上での販売など、IT社会にあたっての規制

改革、ルールづくりに取り組む、(4)保険者や個人の疾病等予防、健康増進活動への取組に対する具体的なインセンティブ措置を早急に具体化する、ことなどを指示した。

このうち、(2)に関しては、医療機器とサービスの一体的な海外展開に向けて、経産省が、わが国の医療機関も参加した市場化調査を中国、ロシア、ベトナム等で進める中、某一般社団が国内の医療機関や医療機器メーカーと連携した海外事業を展開、それを経産省が支援するという新たな動きが出ている。

安倍内閣は、産業構造の変革のためには新しい成長分野を広げていくことが重要とし、健康長寿とエネルギーの

各産業をその担い手に考えている。そのため、再生医療や新開発の技術と製品等の早期承認といった領域だけでなく、医療サービスの海外進出にも期待を寄せている。

その視野には、(4)に該当する「日本の予防型システムをインフラとして世界に輸出する」戦略も含まれ、産業競争力会議などで主に民間議員によって真剣な議論が繰り返されている。

「特定保健指導実施者育成研修(基礎編・技術編)」開催のご案内

主催 ● 全日本病院協会
 期日 ● 6月1日(土) 13:00~18:15 6月2日(日) 9:30~15:30
 会場 ● 本会6F 大会議室(東京都千代田区三崎町3-7-12)
 プログラム ● 基礎編 135分・技術編 405分 ※研修会の内容は厚労省の「研修ガイドライン」に則っています。
 受講要件 ● (1)医師・保健師・管理栄養士 → 基礎編+技術編の受講
 (2)看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士で、本会の「特定保健指導専門研修・食生活改善指導担当者研修」を受講した方 → 基礎編+技術編の受講
 (3)事務職員 → 基礎編のみの受講
 参加料 ● 上記(1)(2) 会員3万5,000円、会員外4万5,000円
 上記(3) 会員5,000円、会員外1万円(それぞれ受講料、テキスト代を含む)
 定員 ● 65名(先着順)。ただし、上記(3)の事務職員は5名の募集となります。
 *詳しくは本会HP掲載の案内資料をご参照ください