

週刊WEB

# 医業経営 マガジン

2017  
480  
6/20

医療情報  
ヘッドライン

## 遠隔診療を次期診療報酬改定で評価 AI活用についても次期以降を目指す

▶政府

## 専門医取得は義務付けない など 新専門医制度の整備指針を修正

▶一般社団法人日本専門医機構

経営  
TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)(平成29年1月分)

経営情報  
レポート

在宅医療で活かす「特定行為」

これからの医療を支える看護師の役割

経営  
データ  
ベース

ジャンル:医業経営 サブジャンル:広報戦略

医療機関の広告に関する制限の課題  
広告規制「包括規定方式」の考え方

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報  
ヘッドライン  
①

# 遠隔診療を次期診療報酬改定で評価 AI活用についても次期以降で目指す

## 政府

6月9日、政府は臨時閣議で「未来投資戦略 2017」を決定し、成長戦略のひとつとして「健康寿命の延伸」を強く打ち出すとともに、世界に先駆けて「生涯現役社会」を実現させたいとした。医療関係では「遠隔診療」を次期診療報酬改定で評価すると明記しているほか、AIを活用した医療については、環境整備を行ったうえで次期以降の診療報酬改定での評価を目指すとしている。

### ■遠隔診療については、オンライン診察と組み合わせて効果的な指導・管理を促す

インターネットなどを利用し、ビデオチャットなどを用いて診察を行う遠隔診療については、「対面診療と適切に組み合わせることで効果的・効率的な医療の提供に資するもの」と限定し、糖尿病などの生活習慣病を例に挙げて、オンライン診察と組み合わせて、効果的な指導・管理を促したいとしている。

また、「新しい健康・医療・介護システム」を確立させたあとの想定シーンとして、「週に1回から月に1回へと通院負担が軽減」「データ・AIを活用した、かかりつけ医による診療を無理なく受ける」といった状況を描いている。

医療現場も、同システムが確立することにより、初診時や救急時でも患者情報を確認できるとして、「個人に最適な治療がいつでもどこでも可能に」なるとした。

従来、遠隔診療は原則的に禁止とされてお

り、離島やへき地の患者など、やむを得ない場合にのみ適用されてきたが、2015年8月に厚生労働省の通達によって事実上解禁された。

### ■社会保障費全体を抑制するため、外来診療の頻度を落とし、効率的な医療を実現

しかし、現在の診療報酬制度は遠隔診療の利用を考慮したものとなっていなかったため、それから2年近く経っても普及への動きは鈍い。とはいえ、医療費は40兆円を超過している状況で、社会保障費全体の伸びを抑制するためにも、外来診療受診回数を抑え、「効率的な医療」を実現させるのが喫緊の課題となっており、オンライン診察に活路を見出そうとしているのは明白となっている。インターネットが社会のインフラとして定着しつつある現在、オンライン診察へと移行するのは比較的容易になってきており、クラウド環境を活用した医療相談サービスを提供する民間企業も次々に登場している。

実際、昨年11月には経済産業省が産業構造審議会新産業構造部会において、遠隔診療の診療報酬を対面診療と同等に引き上げるべきだと提言し、「未来投資戦略 2017」では生活習慣病のみに言及されているが、禁煙外来や引きこもりなども遠隔診療に適用するべきとの考えを示している。こうした経緯を踏まえば、今後、診療報酬改定の議論が展開される中で、どこまで遠隔診療が評価されることになるかを注視したい。

医療情報  
ヘッドライン  
②

# 専門医取得は義務付けない など 新専門医制度の整備指針を修正

一般社団法人日本専門医機構

6月15日、一般社団法人日本専門医機構は「専門医制度新整備指針（第二版）」を発表し、専門医取得を義務付けないこと、そして「市中病院」を重要な研修拠点とし、「大学病院に研修先が偏らないようにする」との整備指針を明記した。

## ■専門医は乱立状態で質のばらつきを問題視

専門医は、特定の診療科や疾患領域について、高い専門知識や技術を習得していると認定される資格のことだが、日本には統一基準がなく、各学会が独自に立ち上げ、認定を行っている状況が続いている。2002年の規制緩和により、専門医をメディアなどで広告することが可能になってから、さらに専門医は乱立状態となり、その質のばらつきが問題視されていた（広告可能な資格名は、2011年8月以来、医師、歯科医師、薬剤師、看護師を合わせて64団体の88資格）。

そうした状況を踏まえ、厚生労働省は2011年から専門医制度の見直しを始めており、2014年5月に、学会に対して中立的な立場となる第三者機関として日本専門医機構を設立し、新専門医制度の構築を進めてきた。

現在、19領域を持つ「基本領域専門医」と29領域を持つ「サブスペシャリティ領域専門医」の2つに大別し、資格取得を希望する場合は、医学部卒業後の2年間の医師臨床研修に加え、3年以上の研修を受ける設計になっている。

## ■新専門医制度は来年4月スタートを目指す

しかし、医師臨床研修に加えて3年以上の研修を受けるとなると、医師として診療活動を開始できる年齢が最短で20代後半になってしまう。当初は研修の実施機関を「大学病院などの基幹病院が中心」としていたため、当該病院が集中する都市部に研修生が集まるのが懸念された。研修時に都市部にいれば、医師としてそのまま都市部で勤務を続ける可能性が高いため、「地域医療を崩壊させる恐れがある」との指摘が多数寄せられたことから、本来は今年度を予定していた新専門医制度のスタートを1年延期した経緯がある。現在、新制度は来年4月の開始を目指している。

地域医療崩壊への懸念については、今年2月に全国医系市長会が塩崎恭久厚生労働相や菅義偉官房長官らに対して制度見直しを求める要望書を提出しており、それを受けて塩崎厚労相は「必要に応じて抜本的対応を求める」と表明し、今回の整備指針修正案にもその意向が反映された形だ。また、「連携病院で採用した専攻医については、希望があった場合、できる限り長期間連携病院における研修期間を設定するなど、柔軟なプログラムを作成しなければならない」と明記している点にも注目すべきだろう。出産や育児で研修を中断せざるを得ない女性医師への配慮がうかがわれるほか、さまざまな事情で長期間の連続研修を受けられない医師も、キャリアアップが目指せる制度となることが期待される。

# 介護保険事業状況報告(暫定) (平成29年1月分)

厚生労働省 2017年4月14日公表

## 概 要

### 1 第1号被保険者数(1月末現在)

第1号被保険者数は、3,429万人となっている。

### 2 要介護(要支援)認定者数(1月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、629.2万人で、うち男性が195.4万人、女性が433.8万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.0%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)

### 3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付11月サービス分、償還給付12月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、392.4万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

### 4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付11月サービス分、償還給付12月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、80.6万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

### 5 施設サービス受給者数(現物給付11月サービス分、償還給付12月支出決定分)

施設サービス受給者数は92.5万人で、うち「介護老人福祉施設」が52.1万人、「介護老人保健施設」が35.2万人、「介護療養型医療施設」が5.5万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計が一致しない)

### 6 保険給付決定状況(現物給付11月サービス分、償還給付12月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、7,671億円となっている。



### （１）再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅（介護予防）サービス分は3,715億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,169億円、施設サービス分は2,353億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

### （２）再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

高額介護（介護予防）サービス費は172億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は4億円となっている。

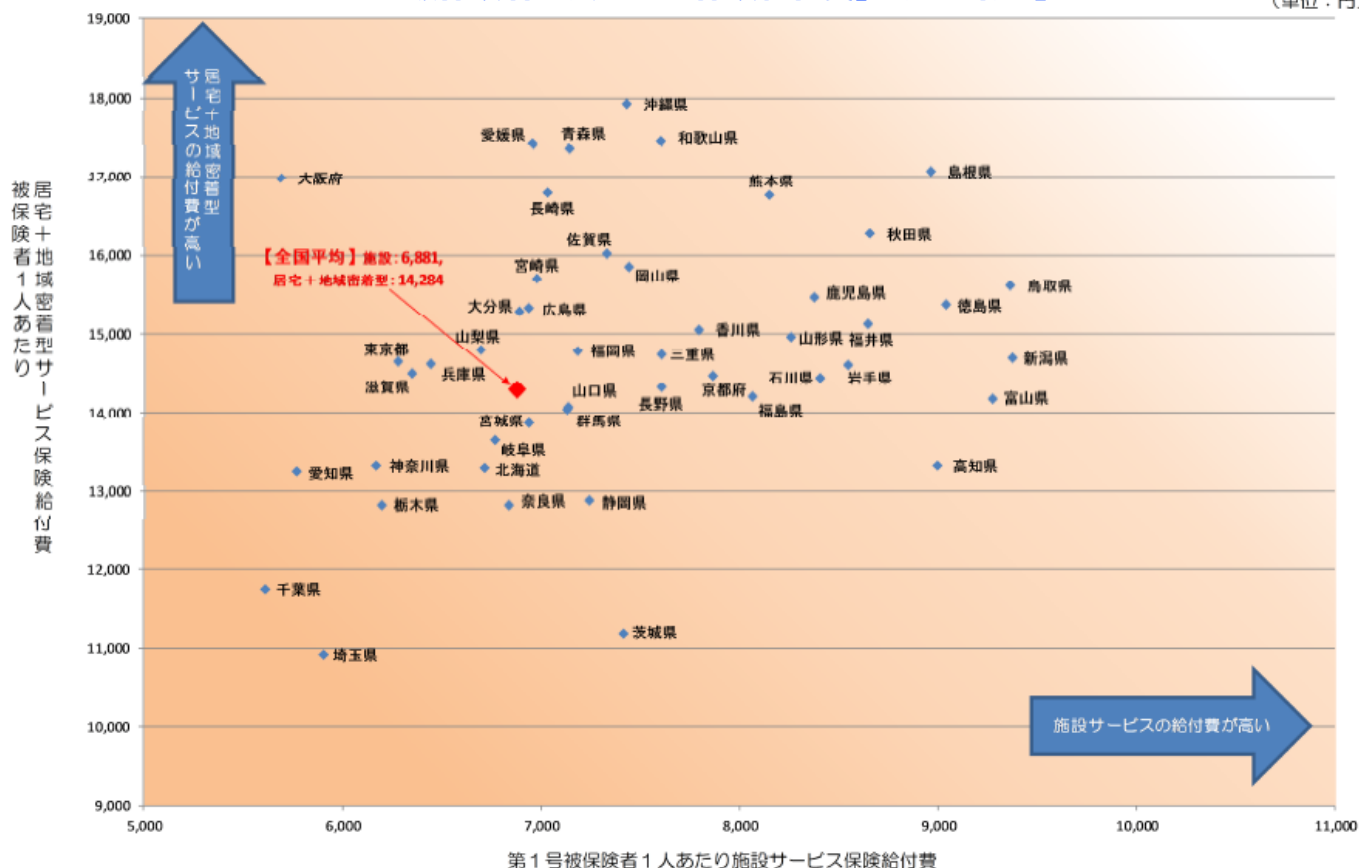
### （３）再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は259億円、うち食費分は166億円、居住費（滞在費）分は94億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

第1号被保険者1人あたり保険給付費【都道府県別】

（単位：円）



出典：介護保険事業状況報告（平成28年11月サービス分）

※高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費は含まない。

※保険給付費については、第2号被保険者分を含んだ数値を使用している。

介護保険事業状況報告（暫定）（平成29年1月分）の全文は、  
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



# 在宅医療で活かす「特定行為」 これからの医療を支える 看護師の役割

- 1.在宅医療を支える看護師養成の仕組み
- 2.看護師が特定行為を行うまでの流れ
- 3.外来診療と在宅医療での活用への期待



## ■参考文献

厚生労働省ホームページより

「特定行為に係る看護師の研修制度について」

「特定行為に係る看護師の研修制度に関するQ&A」

「未来の医療を支える『特定行為研修』」

「『特定行為』に関する看護師の研修制度が始まります」

公益社団法人 全日本病院協会「特定行為に係る手順書例集」(平成 28 年 2 月)

# 1

## 医業経営情報レポート

# 在宅医療を支える看護師養成の仕組み

### ■ 看護師の特定行為に関する研修制度の運用始まる

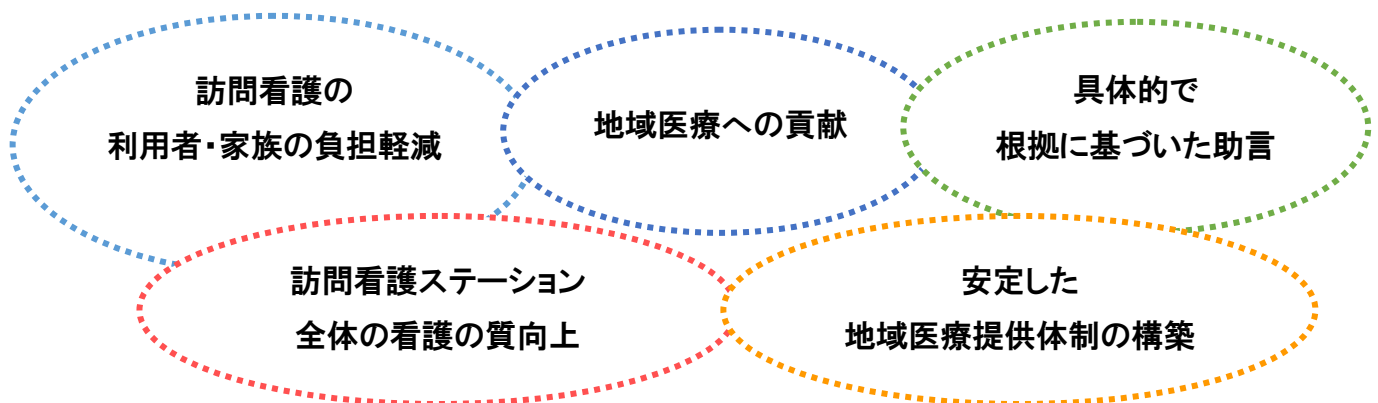
2015年10月より、保健師助産師看護師法（以下、「保助看法」）の改正に基づいて、「特定行為に係る看護師の研修制度」が開始されました。

厚生労働省では、団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年に向けて、重度の要介護状態となってもできる限り住み慣れた地域で療養することができるよう、在宅医療を推進するための様々な施策を講じています。

こうした背景により、看護師には患者の状態を見極め、必要な医療サービスを適切なタイミングで届けるなど、速やかに対応する役割が期待されています。

このため、診療の補助のうち、一定の行為を特定行為として規定し、これらの特定行為を医師が予め作成した手順書（指示）によって適時、適切に実施する看護師を養成する研修制度が創設されました。

これが「特定行為に係る看護師の研修制度（以下、特定行為研修）」であり、本制度は、今後の急性期医療から在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成することを目的とするものです。



### (1) 特定行為研修制度の創設と運用まで

今後の医療提供体制の柱となる在宅医療等の推進を図っていくためには、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助（例えば脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など）を行う看護師を養成し、確保していく必要があります。

特定行為研修制度は、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的です。

# 2

## 医業経営情報レポート

# 看護師が特定行為を行うまでの流れ

### ■ 特定行為は限定列挙方式

看護師による診療の補助のうち、特定行為とは「実践的な理解力・思考力・判断力を要し、かつ高度な専門知識と技能をもって行う必要がある行為」と解釈されています。これを具体化する作業において、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（以下、「WG」）においては、次のような考え方を採用しました。

#### ◆「特定行為」の考え方

- 行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があるもの



- 予め対象となる病態変化に応じた行為の内容が明確に示された、特定行為に係る手順書に基づき、看護師が患者の病態の確認を行ったうえで実施することがある行為

上記の考え方に基づき、特定行為の検討を行った結果、最終的に該当する 38 行為が決定されました。

これら特定行為は、改正保助看法において限定列挙方式により定められています。

### (1) 38の特定行為と21の特定行為区分

38 の特定行為は、その管理対象となる器官や行為によって 21 種類に大きく区分されており、特定行為研修においては、区分別にそれぞれ異なる知識や能力が必要とされることから、すべての特定行為に共通する基礎科目と区分別科目が実施されることとなっています。

#### ◆参考～特定行為研修における共通科目の内容(抜粋)

臨床病態生理学、臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床薬理学、疾病・臨床病態概論、医療安全学、特定行為実践（特定行為研修を修了した看護師のチーム医療における役割、関連法規、根拠に基づく手順書の作成と評価・見直しのプロセス）



◆診療の補助における特定行為(抜粋)

特定行為区分(全 21 区分)	特定行為(全 38 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
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
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬投与量の調整
	人工呼吸器からの離脱
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの) 関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
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その変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針抜針を含む)
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
	膀胱ろうカテーテルの交換
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
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
創傷管理関連	褥瘡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
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
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
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
	脱水症状に対する輸液による補正
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の投与
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
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
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
	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
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与 関連	抗けいれん剤の臨時の投与
	抗精神病薬の臨時の投与
	抗不安薬の臨時の投与
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

# 3

## 医業経営情報レポート

# 外来診療と在宅医療での活用への期待

### ■「特定行為」を行う看護師の育成推進

特定行為研修制度は、看護師が手順書により行う特定行為を標準化することにより、今後の急性期医療から在宅医療を支える看護師の育成を推進しようとするもので、厚生労働省では10万人の養成を目指し、看護師の受講を促す仕組みを構築し支援しています。

### (1) 特定行為を実施する看護師育成の取り組み

特定行為研修は、厚生労働大臣が指定する指定研修機関（2016年8月現在：全国で28施設）で行われています。病院と大学院を中心と、基礎科目と併せて、それぞれ特定行為区分を単位とする区分別科目が、講義と演習および実習によって実施されています。

特定行為研修終了後には、指定研修機関より修了証が交付され、研修修了者の名簿は厚生労働省に報告されます。これにより、特定行為を行える知識と能力があることを確認することができます。

#### ◆特定行為研修受講の概要

【研修時間】	共通科目：315時間（合計）＋区分別科目：15～72時間 ＊研修実施機関によっては、講義・演習にeラーニングを導入しており、就労しながらの受講が可能
【実施機関】	全国28施設（2016年8月現在）
【研修期間】	修了まで概ね4か月～2年間（研修機関・区分別科目によって異なる）
【受講料】	概ね30万円～250万円（研修機関・区分別科目によって異なる）

また、特定行為研修には、活用可能な支援制度が用意されています。

#### ◆特定行為研修受講の支援制度～詳細は都道府県労働局・ハローワークに確認

- 医療機関・施設：キャリア形成促進助成金「成長分野・グローバル人材育成訓練」
- 受講者：一般教育訓練給付（費用の20%相当額：上限10万円）

医療機関・施設の管理者は、これらの制度活用も想定して、特定行為研修受講中の学習環境の整備や勤務の調整を図ること、ならびに研修修了後の配置先の配慮など、特定行為研修を受講した職員が学んだ内容を十分に活用できる配慮が求められています。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

# 医療機関の広告に関する制限の課題

## 医療機関の広告に関する制限にはどのような課題がありますか。

### ■医療機関の広告をめぐる制限の課題

医療法においては、事実や客観的情報として個別に定められた事項を除いて、医療機関および医業に関する「広告」は原則として禁止されています。その理由には、次のような点が挙げられます。

#### (1) 医療は人の生命・健康・身体に密接に関わる

不当な広告によって誘引されたり、不適当なサービスを受けたりした場合の患者側（広告の受け手）に生じた被害は、回復の可能性も含めて、他分野に比して著しい。

#### (2) 極めて専門性が高い領域を取り扱う

広告の文言のみから、実際に提供を受けるサービスの質について、患者側（広告の受け手）が事前に判断することが非常に困難。

このように、医療機関の広告活動については安全性と社会性を確保した質の高さを求める趣旨から、「事実や客観的情報」として認められる個別事項を医療法第 69 条および厚生労働省告示で定め、これらに限って広告を可能とする「ポジティブリスト方式」が採用されてきました。

しかし、この方式では、医療機関選択の判断基準としては不足していたため、大きく意識変化してきた患者の情報ニーズに十分に応えられていないことが指摘されていたのです。

### ■ポジティブリスト方式に対して指摘された課題

これまでのポジティブリスト方式は、広告可能な項目が個別に明示されていたことから、患者側の安全性確保の観点からは、非常に有効であったといえます。しかし一方で、次のような問題が生じていました。

#### 【ポジティブリスト方式の問題点】

- (1) 医療提供側と患者側の持つ情報量の差異が大きい
- (2) ポジティブリスト方式で定められている以外の情報を得る手段がない
- (3) 意識変化や情報インフラ発達の影響により患者の情報ニーズに適応しなくなった

広告規制を見直してこれを緩和し、希望する医療を提供している医療機関を患者が選択できるように必要な情報を含める検討が続けられた結果、広告可能事項の規定方式が改められました。

ジャンル: 医業経営 > 広報戦略

# 広告規制「包括規定方式」の考え方

広告規制の概念である  
「包括規定方式」の考え方について教えてください。

## ■包括規制方式の考え方

「包括規定方式」は、現行のポジティブリスト方式が抱える課題を解消するため、広告される情報量を拡大し、迅速に患者ニーズに応えられるとされます。さらに、その特長は、ポジティブリスト方式のメリットである情報の質（客観性）を確保しながら利用者保護を図ることができる点にあります。

### 【広告規制方式の効果】

#### （１）広告内容に関する厳格さの緩和

⇒個別事項の列挙を回避し、一定の性質に着目して項目群を設定することにより、広告可能な内容の不十分さ・硬直性、表現の難解さを緩和できる。

#### （２）新たな追加事項への迅速な対応が可能

⇒社会ニーズ等によって追加すべき広告可能事項が生じた場合、項目群として「客観的事実」を含むものと解釈できる。

#### （３）「広告側の主観的判断や評価」の排除

⇒事実に当たらない事項と、客観的事実についても一定の制限を設けて情報の質を確保できる

## ■情報提供のうち広告として扱われないもの

広告規制においていう「広告」は、不特定多数の人々を対象にして情報を知らせる目的をもったものであり、具体的には、看板や広告塔、ダイレクトメール、院外向けパンフレット、電車の中吊り広告等の形をとった情報提供が、これに該当するとされています。

### 【広告の定義（３要件）】

- 誘因性（患者等の受診を誘因すること）
- 認知性（一般人が閲覧可能なこと）
- 特定性（医療機関特定できること）

一方、パンフレット等の印刷物であっても、医療機関内で配布されるものや、患者側が自ら情報を得るためにアクセスするホームページは、医療法上の「広告」には該当しないものとして、「その他の情報提供」として位置づけられています。