

医療情報
ヘッドライン

ロボット支援下内視鏡手術の保険適用範囲 胃がん、肺がんなど12の術式を承認

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

終末期医療ガイドライン改訂案を提示 自宅や介護施設での看取り増加を意識

▶厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会

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8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:リスクマネジメント サブジャンル:医療過誤の記録と分析

医療事故の記録のポイント

医療事故情報の管理方法と種類

医療情報
ヘッドライン
①

ロボット支援下内視鏡手術の保険適用範囲 胃がん、肺がんなど12の術式を承認

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

1月17日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会総会は「ロボット支援下内視鏡手術」の保険適用範囲の大幅な拡大を決めた。胃がん、肺がん、直腸がん、子宮がんなど12の術式の保険収載を承認（＊）し、2018年度から適用される。

■2016年9月末現在日本では237台を導入

「ロボット支援下内視鏡手術」は、もともとアメリカが軍用に関与したもので、1999年に da Vinci（ダ・ヴィンチ）と名付けられた製品が完成し、翌2000年にFDA（アメリカ食品医薬品局）で承認された。日本ロボット外科学会によれば、2016年9月末現在で世界3,803台、日本では237台が導入されている。

ロボットを活用する最大のメリットは、低侵襲であるということだ。傷口は8～12mm程度で、最大で6カ所とされており、手術に伴う出血量をごく少量に抑えることが可能なため、必然的に痛みや合併症のリスクを軽減できる。また、10倍に拡大した3D画像をディスプレイで映し出すため、広い視野が確保でき、術者の負担も軽いとされる。

■現在、保険適用は腎がんと前立腺がんのみ

日本で初めて保険収載されたのは2012年で、現在保険適用されているのは腎がん（70,730点）および前立腺がん（95,280点）の2つのみとなっている。適用範囲が広がらなかった理由としては、既存の内視鏡手

術と比べたときに明確な優位性を示すエビデンスがないのが大きい。とはいえ、前述したような安全性や操作性の高さが期待できることから、「効率的な医療」のために保険適用範囲を一気に拡大したとみられる。

優位性を示すエビデンスがない現状では、既存の手術と同程度の点数に落ち着く可能性もあるため、経営的に da Vinci の導入に見合う費用対効果が得られるかどうかは不透明ながら、中長期的に見れば、今後低侵襲を実現するロボット支援手術にシフトしていくこと可能性は否定できない。今後に向け、少なくとも医師は、ロボット技術に対応した技術を習得しておくことが必須となっていくだろう。da Vinci を導入していることが病院のセールスポイントとなる日も遠くないかもしれない。

（＊）2018年度から新たに保険収載されるロボット支援下内視鏡手術

- ・胃悪性腫瘍手術（全摘）（ロボット支援）
- ・胃悪性腫瘍手術（噴門側切除）（ロボット支援）
- ・胃悪性腫瘍手術（切除）（ロボット支援）
- ・肺悪性腫瘍手術（肺葉切除）（ロボット支援）
- ・縦隔腫瘍摘出術（ロボット支援）
- ・肺悪性腫瘍手術（区域切除）（ロボット支援）
- ・拡大胸腺摘出術（重症筋無力症に対する）（ロボット支援）
- ・子宮悪性腫瘍手術（ロボット支援、単純切除）
- ・ロボット支援下子宮全摘術
- ・ロボット支援手術（喉頭・下咽頭悪性腫瘍手術、中咽頭悪性腫瘍手術（前壁切除）、中咽頭悪性腫瘍手術（前壁以外）、内視鏡下手術用ロボットを用いた内視鏡下咽頭切除術
- ・ロボット支援直腸手術
- ・ロボット支援食道手術
- ・膀胱悪性腫瘍手術（回腸導管造設）（ロボット支援下）
- ・膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱造設）（ロボット支援下）
- ・膀胱悪性腫瘍手術（ロボット支援下）

終末期医療ガイドライン改訂案を提示 自宅や介護施設での看取り増加を意識

厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会

厚生労働省は、1月17日に開催した「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」において、終末期医療ガイドラインの改訂案を提示し、このなかで病院以外での看取りが増えることを想定した内容を盛り込んでいる。

■終末期医療ガイドラインの大幅変更は、策定されて11年目の今回が初めて

終末期医療ガイドラインは、2007年に策定された。当初は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」だったが、2015年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」へと名称変更しており、内容が大幅に変わるの、策定されて11年目の今回が初めてとなる。

厚労省が内容変更に踏み切ったのは、自宅や介護施設での看取りが増えてきたことが背景にある。これまでは病院での活用を想定していたため、冒頭で「患者が医療従事者と話し合いを行い」としていたが、「患者が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い」と大幅に加筆し、医療従事者以外が看取るケースに対応したガイドラインであることを示した形となっている。

■今後、パブリックコメントを募り、2月末には内容を確定させる見通し

また、患者が認知症を発症しているケースを想定した文言も盛り込んだ。「患者が自らの

意思を伝えられない状態になる可能性がある」との文言が盛り込まれ、「患者は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが望ましい」としている。つまり、事前に患者の家族などと繰り返し話し合うとともに、「何を望むか」「何が最善なのか」について意思決定者を決めておく必要があると明記し、患者本人のインフォームドコンセントを重視するだけでなく、その家族との合意形成が求められるため、よりきめ細かい対応が必要になるといえる。

なお、意思決定者の要件については言及されていない。ケースバイケースでの対応にならざるを得ないのが難点であり、今後は成年後見制度や特別代理人などの制度との連携が必要となってくる可能性もある。

この厚労省案に対し、会合に出席した構成員からは「アドバイスカープランニング（ACP）」の文言を入れるべきとの意見も出た。

ACPは、「意思決定能力の低下に備え、患者やその家族と治療の目標や治療内容について話し合うプロセス」のこと。厚労省案には「繰り返し話し合う」との文言が盛り込まれているが、平易な表現のため重要度が伝わりにくい可能性もある。終末期医療の質を向上させ、その精神を普及啓発させるためにも、ACPのように考え方を一言に集約させた表現は有効だといえる。今後、パブリックコメントを募って2月末には内容を確定させるスケジュールとなっており、それらがどのように反映されるかは注視したい。

介護保険事業状況報告(暫定) (平成29年8月分)

厚生労働省 2017年11月2日公表

概 要

1 第1号被保険者数(8月末現在)

第1号被保険者数は、3,462万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(8月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、639.2万人で、うち男性が199.7万人、女性が439.4万人となっている。

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6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、380.6万人となっている。

(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6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、82.9万人となっている。

(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6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

施設サービス受給者数は93.0万人で、うち「介護老人福祉施設」が52.8万人、「介護老人保健施設」が35.4万人、「介護療養型医療施設」が5.1万人となっている。

(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6月サービス分、償還給付7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、7,900億円となっている。

（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3,804億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,233億円、施設サービス分は2,401億円となっている。

（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176億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は22億円となっている。

（３）再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

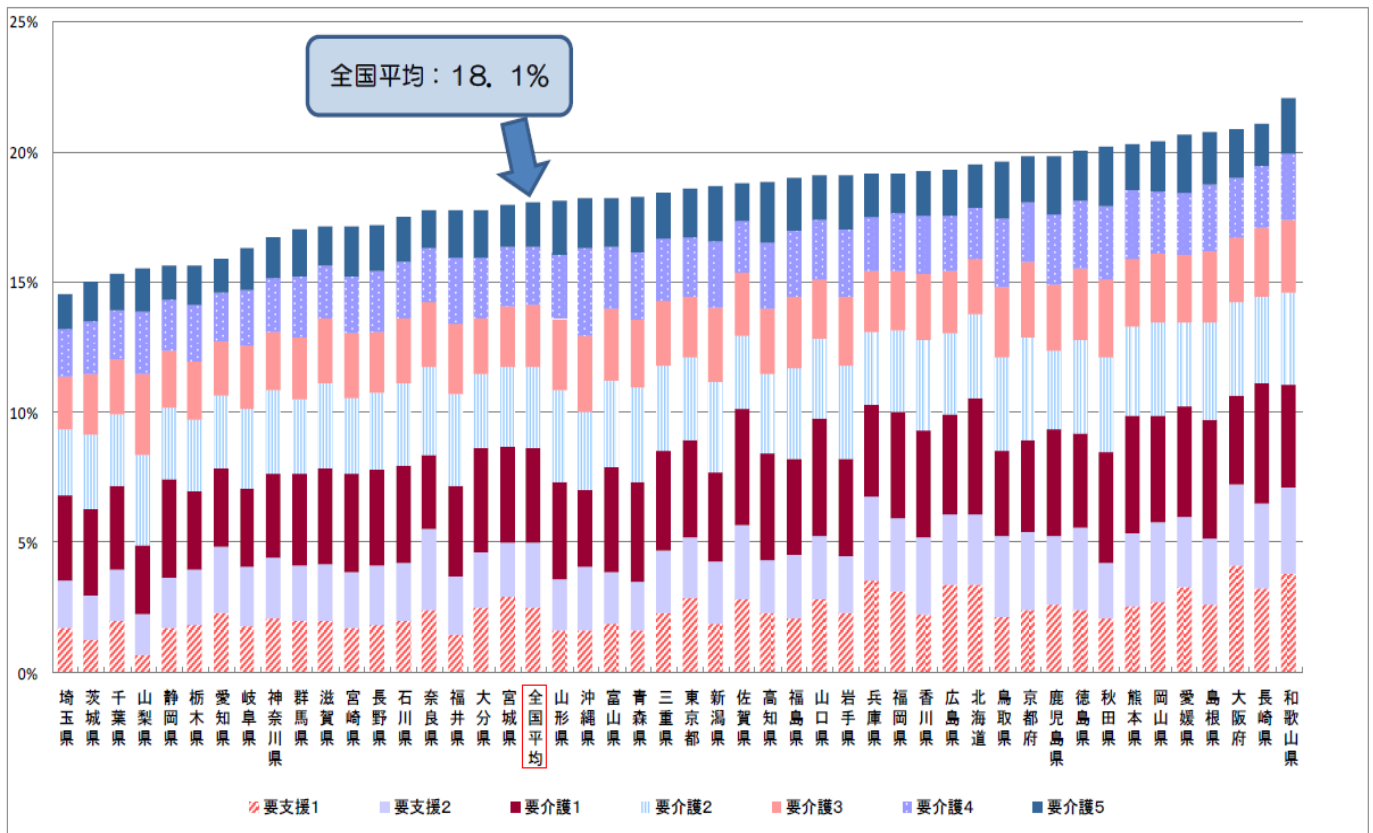
特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は261億円、うち食費分は166億円、居住費（滞在費）分は95億円となっている。

（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号被保険者一人あたり要介護（要支援）認定者割合（要支援1～要介護5）

【都道府県別】

（単位：％）



出典：介護保険事業状況報告（平成29年8月末現在）

※ 第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である

介護保険事業状況報告（暫定）（平成29年8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

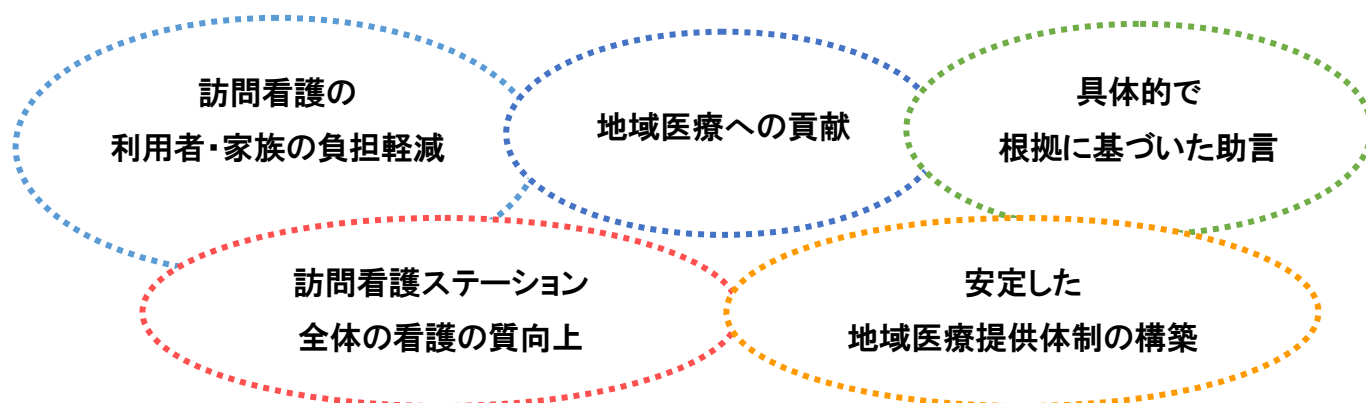
2015年10月より、保健師助産師看護師法（以下、「保助看法」）の改正に基づいて、「特定行為に係る看護師の研修制度」が開始されました。

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。

医療事故の記録のポイント

医療事故が発生した際の記録作成について、留意点を教えてください。

医療事故の発生後に作成しなければならない書類・記録として、「経過記録」と「事故報告書」があります。まず「経過記録」は、事故に関し時系列に整理した客観的な記録として、下記の2点に留意して作成します。

- ① 事故に関する事実を経時的に記述すること
- ② 事故後に患者に実施された治療とその後のケア、および患者の反応について記述すること

①が行われていないと、事故の隠ぺいが行われたかのような印象を与える可能性があります。また②の情報は、事故後に患者の状態をしっかりと観察し対応したことを示すことになります。続いて、「事故報告書」は、それを読む人々を念頭において、次のような点に留意して作成します。

①客観的に書く

事故の詳細については、客観的な言葉を使い、自分が見たことと聞いたことを正確に記述する。例えば、患者が転倒するところを実際に目撃したのであれば「患者が床に横たわっているのを見つけた」というように書く。次いで、その場面で自分が実際に行った行動のみを、例えば「患者を助け起こしてベッドに戻した」や、「外傷の有無を調べた」というように記述する。

②必要な情報だけを書く

事故発生した正確な時間と場所、および報告した医師の氏名を記録する。

③自分の意見は書かない

看護師は自分の意見を事故報告書に書いてはならない。どうすれば事故は避けられたかという点に関する提案や意見は、むしろ看護部長や危険管理部門の責任者（リスクマネジャー）に口頭で伝える。

④非難は書かない

同僚や管理者に対し、責任をあげつらったり、非難したりしない。「もう少しスタッフが優秀であったら、この事故は防げただろう」というような記述は避け、起こったことだけを記述する。

⑤噂や憶測を避ける

事故について知っているスタッフがそれぞれ事故報告書を書くべきである。自分の受け持ち患者が他部門で負傷した場合は、当該部門のスタッフが事故の詳細な記録を書く責任がある。

⑥記録の適切な保管

事故報告書は診療記録と一緒に保管してはならない。報告書は、病院の方針に従って、その内容を点検する立場にある人に提出する。

医療事故情報の管理方法と種類

医療事故情報の管理方法と種類には、 どのようなものがありますか？

医療事故に関する情報には、インシデントや事故の当事者から提出された報告書、その報告書から個人名などを削除するなどして加工したもの、報告内容を統計分析した結果についての情報、担当者による巡回で得る情報などがあります。

情報収集の方法によって、得られる情報の量や内容も変わります。したがって、目的によって情報収集の手段や加工の仕方を工夫する必要があります。

種 類	事故報告書 インシデントレポート	個別報告書から 個人名などを 加工したもの	統計分析用シート	集計分析結果
目 的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故事実を把握する ・ 原因を究明する ・ 事故防止策を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 組織内での 事故防止策を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 組織における事故 の傾向を把握する ・ 組織内での事故 防止策を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 分析結果を職員に 周知徹底させる ・ 事故の防止策を 図る
様 式	記述式	記述式	チェック方式	最終的に職員へ周知させる方式
記述者	本人と管理者	本人と管理者 ＊管理者が必要性を 判断	本人あるいは管理者	リスクマネジメントに関する委員会など
分析者	本人と管理者	リスクマネジメント に関する委員会など	リスクマネジメント に関する委員会など	リスクマネジメント に関する委員会 など
分析方法		SHELモデル 4M-4E方式など	マクロ的分析	
管 理	管理責任者を決め、部外秘扱いを原則とする			情報を周知させる 対象と範囲を明確 にしておく
	事故当事者と直接の 部門管理者、事故を調 査した担当者での扱 いとする	委員会での参考資料 とし、検討後は保管 期間を規定して おく	委員会での参考資料 とし、検討後は保管 期間を規定して おく	

参考：「組織で取り組む医療事故防止」（公社）日本看護協会ホームページ