



1

医療情報ヘッドライン

45の医行為「プロトコルに基づき看護師が実施する特定行為」に分類
厚労省 看護師等の診療補助の流れ～業務フロー案～ を提示
厚生労働省 チーム医療推進会議
24年7～9月の医療事故726件、
任意参加医療機関からの報告増加を望む
日本医療機能評価機構

2

経営TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(平成24年9月審査分)

3

経営情報レポート

高齢者ケアの将来とは
慢性期医療の課題と今後の展望

4

経営データベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: 接遇向上
第一印象を良くするポイント
言葉遣いの改善

医療情報

ヘッドライン ①

厚生労働省
チーム医療推進会議

45の医行為「プロトコルに基づき看護師が実施する特定行為」に分類 厚労省 看護師等の診療補助の流れ～業務フロー案～ を提示

厚生労働省は昨年12月20日、チーム医療推進会議を開催し、医行為分類（案）や、看護師の能力を認証する仕組みの在り方について引続き議論を行った。この議論は、「特別の研修を受けた看護師（特定看護師、仮称）が、医師の包括的指示のもとで一定の医療行為（特定行為）を実施できるようにしてはどうか」という問題意識に基づくものである。

厚労省当局は、医師から包括的指示・具体的指示がなされた後、看護師等が診療の補助を行うにあたっての流れ（業務フロー）案を提示した。この業務フロー案は、推進会議の下部組織である「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」の議論などを経て、順次修正されている。

まず、医師が【患者の診察・診断】を行い、【予めプロトコルに定められた病態が起こりうる患者か否か】を判断する。このプロトコルは、医療機関において医師と他の医療関係職種が連携して策定することになる。

さらに、医師はその患者について【看護師がプロトコルに基づいて、病態の範囲にあるか否か確認したうえで、診療の補助を実施しうるかどうか】を判断する。具体的には、その患者の病態を見て、「現在の看護師の能力」で診療の補助が可能かどうかを総合的に評価することになる。

そのうえで、(1)医師自身が対応する、(2)

看護師にプロトコルに基づいて特定行為を実施するよう指示する（包括的指示）、(3)患者の病態に基づいて、看護師に特定行為を実施するよう指示する（具体的指示）、という3つの選択肢の中から、医師が最も適切なものを選び、看護師に実際の指示を行うことになる。

厚労省は、(1)～(3)について「医師しかなしえない行為」であることを明確にしている。

ここで(2)の包括的指示がなされたとしても、看護師自身が「プロトコルに規定された病態の範囲」を逸脱しているのではないかと考える場合には、医師に再度、具体的な指示を仰ぐ必要がある。また、「プロトコルに規定された病態の範囲」の中にあると看護師が確認した場合には、看護師が特定行為を実施し、その経過・結果を医師に報告しなければならない。結果報告義務は、具体的指示に基づく場合でも同様となる。

厚労省は、『腹腔ドレーン抜去』『人工呼吸器装着中の患者のウィニング実施』『直接動脈穿刺による採血』を例に、上記の流れを整理している。このほか、最新の議論を踏まえた医行為分類（修正案）も提示された。この最新版では、45の医行為が「プロトコルに基づき看護師が実施する特定行為」に分類されている。

24年7～9月の医療事故726件、 任意参加医療機関からの報告増加を望む

日本医療機能評価機構が昨年12月20日に公表した医療事故情報収集等事業の第31回報告書（ヒヤリ・ハット情報）には、四半期ごとの集計では最も多い報告件数だったこと、および前回、前々回報告書と比べ、報告件数が増加したこと、さらに報告義務のない任意参加医療機関からの報告件数が少なかったこと等が特徴として報告されている。

報告件数をみると、医療機関によってはゼロという報告もあり、同機関は異例ともいえる「任意参加医療機関からの報告件数～任意参加医療機関からの報告を期待しています～」という依頼を行っている。

その趣旨は「報告件数が少ないことを問題視するあまり、国がいたずらに報告義務を拡大したり、罰則を課したりする方法で達成されるものではないと考えている」というもので、任意参加→外部報告の段階になってこそ「質の高い内容の報告が生まれる」と強調している。国立ハンセン病療養所や企業立医療機関などでは、ヒヤリ・ハット事例の報告がゼロ件となっている。

第31回報告書は、平成24年7月から9月までに報告のあった医療事故情報とヒヤリ・ハット情報をまとめたもので、医療事故について、報告義務のある大学病院等の状況を見てみると、24年7月から9月に報告された医療事故は726件に上っている。

事故の程度は死亡が46件（6.3%）、障害残存の可能性が高いのは72件（9.9%）などとなっている。前回（24年4月～6月）、前々回（24年1月～3月）の状況に比べると、深

刻な事例は減少しており、事故の概要は、最も多いのが「療養上の世話」の333件で、事故件数の45.9%を占める。次いで、治療・処置（事故件数の25.2%）、薬剤（6.6%）、ドレーン・チューブ（5.9%）と続いている。

一方、24年7月から9月に報告されたヒヤリ・ハット事例は8550件で、事例の影響度を見ると、「軽微な処置等が必要、もしくは処置等は不要」の小さなミスがほとんどを占めている（94.6%）が、「死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる」大きなミスも83件（ヒヤリ・ハット事例の2.4%）ある。

個別テーマとしては、（1）MRI検査に関連した医療事故、（2）血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下（開始、継続、中止、再開等）での観血的医療行為に関連した医療事故、（3）膀胱留置カテーテル挿入の際、尿流出を確認せずにバルーンを膨らませ尿道損傷を起こした事例、（4）採血時、他の患者の採血管を使用した事例、をとりあげている。

このうち、（1）の「MRI検査に関連した医療事故」について見てみると、「急性大動脈解離患者に対して、緊急上行大動脈人工血管置換術を施行後、多発性脳梗塞等の治療を実施した際、鎮静剤の点滴をしながら、MRIでの評価を実施している最中に、脳血流のないことに気づき、検査を中止して蘇生を行ったが、後に死亡に至った」事例が報告されている。この事例に対しては、「全身状態が整っておらず、鎮静を必要とする患者でありながら、酸素飽和度モニターを実施していなかった」ことが背景にあると分析している。

介護保険事業状況報告(暫定) (平成24年9月分)

概要

1 第1号被保険者数(9月末現在)

第1号被保険者数は、3,035万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(9月末現在)

要介護(要支援)認定者数(総数)は、546.1万人となっている。

第1号被保険者に対する割合は約17.9%となっている。

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、337.5万人となっている。

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、32.7万人となっている。

5 施設サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

施設サービス受給者数は87.1万人で、うち「介護老人福祉施設」が46.4万人、「介護老人保健施設」が33.5万人、「介護療養型医療施設」が7.5万人となっている。

(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施設の合算と合計は一致しない)

6 保険給付決定状況(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費を含む保険給付費の総額は、6,885 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3,466 億円、地域密着型(介護予防)サービス分は681 億円、施設サービス分は2,353 億円となっている。

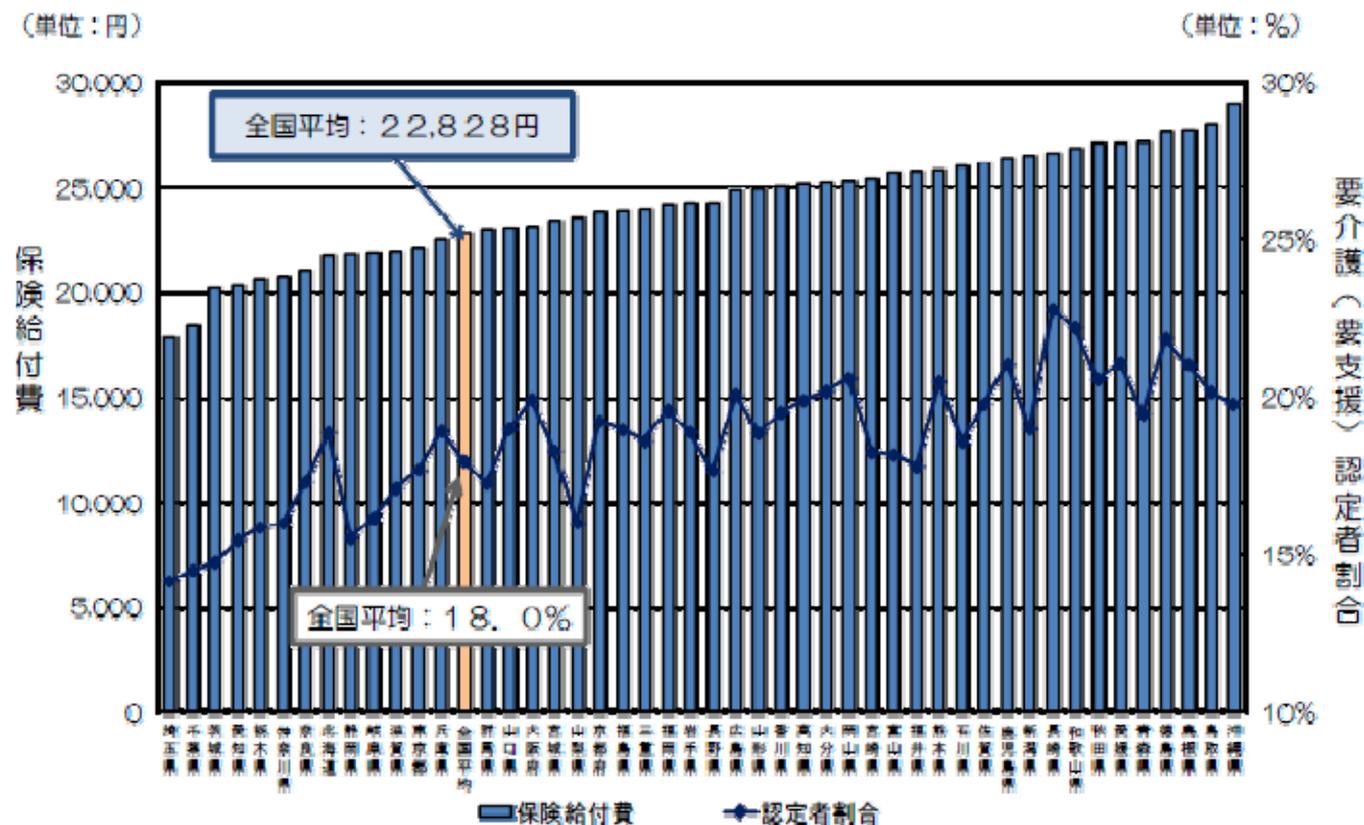
(2)再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護(介護予防)サービス費は121 億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は8億円となっている。

(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255 億円、うち食費分は192 億円、居住費(滞在費)分は63 億円となっている。

■第1号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護(要支援)認定者割合【都道府県別】



※1 要介護(要支援)認定者数及び保険給付費は、第2号被保険者分も含んでいる。

※2 第1号被保険者数及び要介護(要支援)認定者数は、平成24年7月末実績であり、保険給付費は、平成24年7月サービス分である。

※3 高額介護(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。

高齢者ケアの将来とは 慢性期医療の課題と今後の展望

ポイント

- 1 高齢者ケアをめぐる医療・介護政策の変遷
- 2 チームケアが重視される今後の慢性期医療
- 3 介護保険サービスの課題と地域包括ケアの確立
- 4 2025年の医療・介護の将来像と高齢者ケアの展望



■本レポート作成にあたり

平成24年12月6日、株式会社ビズアップ総研において収録された「慢性期医療の課題と今後の展望」（講師：慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授 高木安雄氏）の講演内容よりテキストを参考に抄録として加筆、再構成したものです。使用した資料および図等は、同テキストより抜粋、もしくは改編しております。

※無断転載複製禁止

1 高齢者ケアをめぐる医療・介護政策の変遷

■ 高齢者介護は誰が担ってきたのか

高齢者が疾病や加齢によって介護を必要とする状況になった場合、その担い手はこれまでは主に患者（高齢者）の家族でした。

介護保険制度の導入以降は若干変化もあるようですが、配偶者間を除くと、日本においては、嫁（息子の妻）が高齢者介護を支えてきたという経緯があります。

このように家族の関係や情を基盤とする介護の提供（いわゆる家族介護）は、提供者側の負担や不安も大きく、長期間継続することは非常に困難な状況になります。さらに、家族だけで行う介護の範囲には限界もあり、国や地方自治体による積極的な関与への期待も生じていました。

高齢者ケア政策は長く福祉の一環として行われ、老人医療費無料化など医療の視点に偏重して展開してきましたが、高齢化の進展とともに、福祉から保険へと大きく舵を切ることとなったのです。

■ 措置・福祉から保険へ移った高齢者ケア施策

高齢者医療の拡充は、社会の高齢化に伴って医療費の増大を招いたことから、「措置制度」を起点とする施策方針を見直し、医療と介護の境界線を明確化したうえで、新たに当事者にも応分の負担を定め、契約に基づいて介護サービスを提供する、という介護保険制度が導入されました。

(1) 診療報酬改定にみる高齢者ケア政策の変遷

診療報酬においても介護を念頭に置いた評価項目が設けられていましたが、介護保険制度導入以降は、改定の度に医療保険と明確に区分する政策誘導が行われています。

◆ 高齢者ケアと関連する診療報酬：包括化と慢性期医療評価の見直し

年 代	高齢者ケアに関連する改定項目
1990 年	介護力強化病院での「入院医療管理料」
2000 年	介護保険制度：「介護療養型医療施設」
2004 年	急性期入院医療：「DPC支払制度」
2006 年	慢性期入院医療：「療養病棟入院基本料」⇒ 介護療養病床の廃止方針

このような政策を推進してきた厚生労働省は、現在、医療・介護サービス提供体制にかかる改革の方向性として、「2025 年頃までに現在指摘されている課題を解決し、機能分化と連携

により、重層的・一体的に住民を支える医療・介護サービス体系を構築する」ことを明示しています。

2 チームケアが重視される今後の慢性期医療

■ 慢性期医療の現状と抱える課題

(1) 医療・介護の専門職連携が重要

慢性期医療を提供するうえで最も重要なポイントは、医療と介護をリンクさせることです。これらを担う専門職が、各サービス利用者の生活を支えるという観点に立つと、専門職の協業と分業、そして他職種間の連携を図る必要があります。

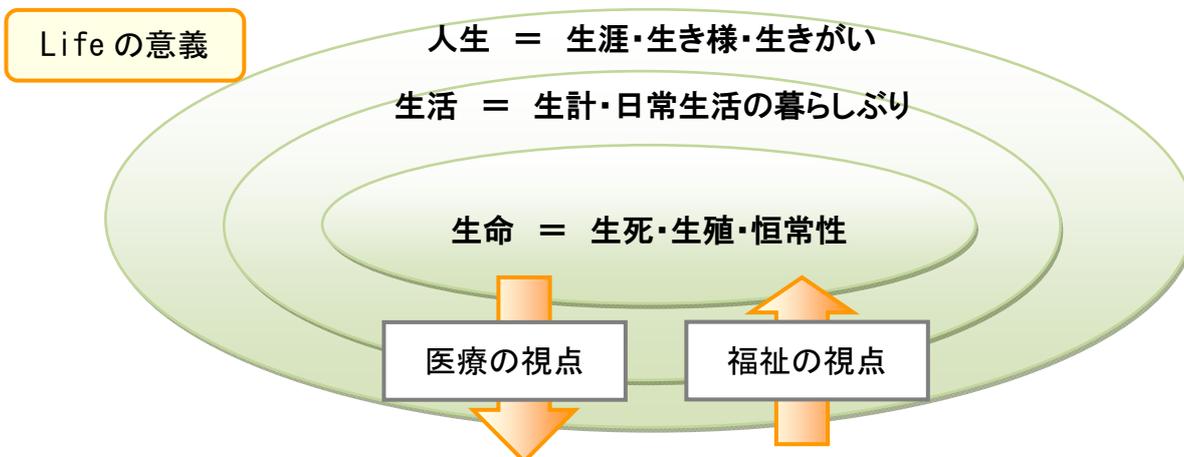
これによって、専門職間で相互補完的に全人的なケアを実現し、当事者本人の尊厳を守るサービス提供を実践することにつながります。

◆ 専門職の視点とLifeの重層的構造

- Life、人間を支援する専門職者の協業と分業による他職種連携の追求
 - 医師・看護師等の医療専門職
 - 介護福祉士・社会福祉士等の社会福祉専門職
- 専門職による相互補完的なケアによる全人的ケアの実現
- 生活や人生の領域では「いちばんの専門家は当事者である」

QOLの観点からは、「Life」の意義を、下記の図のように「生命」「生活」「人生」と重層的にとらえています。これと同様に、医療と介護の間にも、双方の視点で専門職としての問題意識を持ち、ケアの提供において相互に補完的な役割を果たすことが、高齢者ケアにとっては重要になるのです。

◆ Lifeの重層的構造と視点の補完性



出典：「保健医療ソーシャルワーク論」田中千恵子（2008）

3 介護保険サービスの課題と地域包括ケアの確立

■ 介護保険サービスと医療提供ニーズの交差をめぐる現状と課題

(2) 介護保険サービスの変化と課題

介護保険サービスを提供する事業者数も増加し、競争の激化に対応すべくサービスは変化する一方、新たな課題も顕在化しています。

社会保障費負担の見直しと併せて、高齢者人口が増大することで、住み慣れた地域での生活を継続しながら、サービス全体の量の拡充とニーズの多様化に対応する介護サービスの今後のあり方は、2025年を見据えた大きな検討課題になっています。

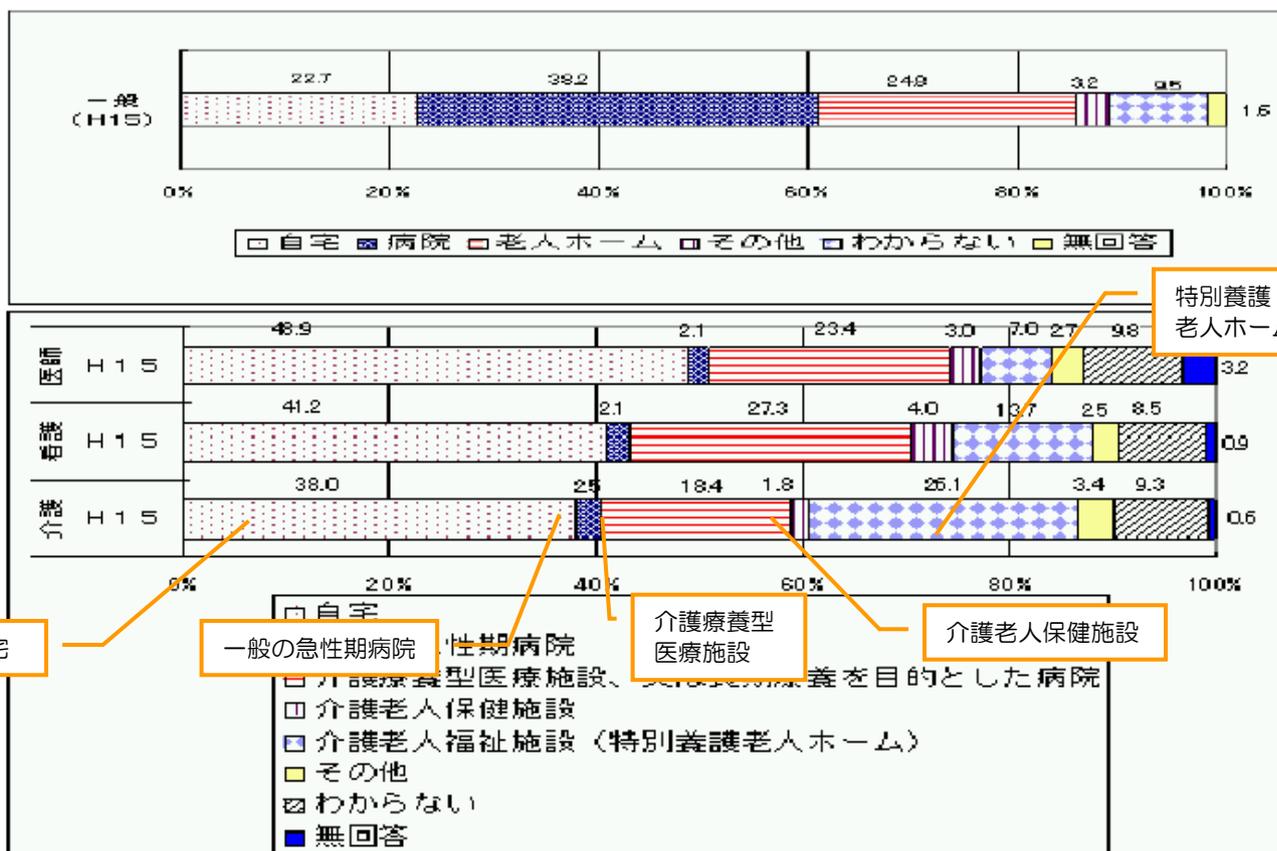
(3) 終末期医療と介護保険サービスの関わり方

「どこで終末期を迎えたいか」という問いに対し、療養先として希望する場所に、自宅だけでなく長期療養を目的とする病院や特別養護老人ホームを挙げる方も多くあります。こうした点から、終末期医療に対して介護保険サービスがどのように関わるかが、今後重視されていきます。

終末期医療に対する国民の意識

～厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会」調査結果※～
 (平成16年7月 同検討会報告書より抜粋)

問 あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか。



※平成10年及び平成15年において、一般患者、医師、看護職員及び介護施設職員合わせて約14,000人に対し実施(両回とも回収率50%超)

4 2025年の医療・介護の将来像と高齢者ケアの展望

■ 国と厚生労働省が示す 2025年医療・介護の将来像

(1) 地域包括ケアシステムは「チームケア」の実践

厚生労働省は、今後の高齢者ケア政策の柱として、地域包括ケアシステムに大きな期待を寄せています。前述のように、人口1万人程度の中学校区をひとつの地域連携ネットワークと捉え、様々な職種が協働する「チームケア」を地域で実践しようというものです。

◆ 医療・介護の将来像：地域包括ケアシステムへの期待

- 地域ケアを支える人材の役割分担と協働
- 医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアの参画
→ 専門職への支援、生産性・効率性の向上
- 自助 → 互助（地域でのサポート） → 共助（保険制度） → 公助（生活保護等）
- 地域（人口1万人、中学校区）の力を再生させる途

(2) 社会保障・税の一体改革における医療・介護再編の位置づけ

社会保障・税一体改革においても、自宅・地域での生活を基盤としつつ、必要に応じて医療や介護サービスを受給できるシステム構築は、「全ての人により受益を実感できる全世代対応型社会保障制度」の確立に不可欠であると示しています。そのため、地域包括ケアシステムの早期確立が求められているのです。

◆ 介護サービスをめぐる改革方針と地域ケア連携の関連性

【介護サービスの改革項目】

- 介護サービスの多様化と機能強化
- 居住系サービスの拡充
- 認知高齢者に対するサービス強化
- 地域密着型の施設サービス
- 利用者のニーズを踏まえた介護施設機能強化

【地域における医療連携】

- 地域における医療機関の連携強化と在宅医療サービスの充実
- プライマリケア機能強化と訪問診療等の強化
- 地域包括ケアシステムの整備

経営データベース ①

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 接遇向上



第一印象を良くするポイント

来院する患者や家族に対する第一印象を良くするポイントを教えてください。



アメリカの言語学者メラビアンによれば、「人は相手からのメッセージを、言語による部分は7%、残りの93%を準言語であるトーン、イントネーションや顔の表情などのボディランゲージから受け取る」という研究結果が示されています。

つまり、「明るさ、元気、さわやか」という良いイメージは、相手にメッセージを伝える際に与える印象の大部分を占めているのですから、それだけで人間の大きな魅力になるのです。

他人に対する第一印象を良いものにするためには、次のようなポイントに留意して対応するとよいでしょう。

① 感じのよい挨拶、元気な返事、さわやかな言動をする

挨拶という漢字は、「襟を開いて迫る、押し広げて近づける」という意味を持っています。これは、人間関係において、言わばもっともベースになる姿勢といえるでしょう。心を近づけなければ、相手との関係づくりは何も始まりません。したがって、「挨拶一つ満足にできずに偉そうなことを言うものではない」等といわれるのは、正しい考え方といえます。

もう一つ重要なのは、「礼」です。礼には、相手を敬い、大切に思う気持ちが込められています。物事は礼に始まり礼に終わります。また、美しい礼を心がければ、心も正されてきます。これらに注意した上で、明るく、元気に、さわやかな言動を心掛けるようにします。

② まず、形を整える

実際には、その人の姿や行動が印象を大きく左右していることは否めません。「あの病院、クリニックは良い雰囲気だ」と思うとき、人はその職員の言動を見て、そうした印象を持つのです。

当然ながら、「内容は形式を規定する」ものです。この考え方は古くから日本にあり、剣道や柔道、茶道、華道など「道」と称されるものは、すべて形を大事にし、形を整えることから自己修養を果たそうとしています。形を整え、磨かれた内容は、さらに磨かれた形となって現れるのです。

美しい礼の本質的な目的は、「自分を磨くこと」です。例えば服装を整えることで、外面的な第一印象をよくすることはできますが、それはあくまでも一時的なものにすぎません。本当のセンスの良さやその人の魅力は、自分を磨き、内面を充実させるところから生まれてくるものです。

このような意識を持つことによって、人と接する際に相手に与える印象は、良いものになるはずですよ。

経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 接遇向上



言葉遣いの改善

職員の電話を聞いていると、言葉遣いにだいぶ乱れがあるように感じます。どのように改善したらよいでしょうか。



言葉遣いの乱れは、正しい話し方や敬語を知らない場合と、知っていても院内では誰も使用していないから問題がない、と思っている場合の2つに分類されます。そのため、職員の言葉遣いを改善するためには、言葉の重要性を伝えること（波及効果）、そして再度基本的な言葉を確認して、適切に用いることができるように意識付けすること、の2つの取り組みが必要です。

外部から講師を招いた研修会も方法の一つですが、院内でも実施することができます。例えば、基本用語を例示し、常時目に触れるようにして、正しい言葉遣いへの意識を促します。そして、院長または先輩職員が気づいた際には、こまめに指摘をすることが重要です。

「心のもち方」がエチケットであり、マナーはそれをどう表現していくのかの「作法」です。これら双方が兼ね備わってこそ、適切な患者対応が実践できるのです。

●覚えておきたい電話の基本的な丁寧語

わたし	わたくし
誰	どちら様
わかりました	かしこまりました
すみませんが	恐れ入りますが
知りません	存じません
ないです	ございません
電話してください	お電話いただけますでしょうか
少し待ってください	少々お待ちください
早く来てもらえませんか	お早めにおいでください
あとで行きます	後ほどお伺いいたします
聞いておきます	承ります
今席にいません (会議中、外出中、 見当たらない)	ただ今席をはずしております (何時に戻る、折り返し電話をする、用件を承る)のどれかを必ず言う。相手は用事がありかけてきたのだから。これによって印象は格段にアップする。
さっき来ました	先程お見えになりました
失礼します	お電話ありがとうございました。失礼致します (感謝の言葉は相手に良い印象を与えるばかりでなく、インパクトの強い余韻を残す言葉である)