



# 全日病 NEWS 8/1

発行所/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 清話ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.737 2010/8/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

## 初の全国調査 看護業務実態調査を実施

チーム医療推進会議 最後まで疑問の声。議論すべき課題積み残して「決着」

厚生労働省は、いわゆるグレーゾーンとされてきた看護師による医行為の実態を探るとともに、その実施の是非をたずねる看護業務実態調査の調査票を7月16日のチーム医療推進会議に提示、了承を得た。特定の医行為に限られるとはいえ、看護師の業務実態を行為別に探る初の全国調査となる。7月20日過ぎから調査票の発送を開始、8月半ばをめどに回収し、8月内には一定の結果をまとめたいとしている。

厚労省は、また、特定看護師養成カリキュラム等の実証データを得るために実施する調査試行事業の実施要綱を報告、7月15日付で、4つの大学院を試行事業の修士課程版として指定したことを明らかにした。

同日の会議では、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」がまとめた看護業務実態調査案をめぐって質問項目の修正を求める意見が相次いだ。

しかし、「調査内容を吟味し始めたらいつまでたっても先に進まない」とする看護業務検討WGの有賀徹座長(昭和大学医学部教授)は合意とりつけを求め、推進会議の永井良三座長(東大大学院医学研究科教授)も議論を取りまとめる必要を認め、委員の一部にあった異議や疑問を押し切ったかたちで決着した。

事務局(厚労省医政局看護課)は、近々発足する「チーム医療推進方策検討WG」でも関連した議論が行なわれると説明している。(3面に関連資料)

看護業務実態調査の調査票提示が、原案を固めた6月14日の看護業務検討WGから1ヵ月も経過していることについて、事務局は、本紙の質問に、看護現場における実施の有無や看護師あるいは特定看護師の実施対象とすべきかたずねるリストとして精緻化するために時間を要したと説明した。

確かに、当初160項目並べられた医行為には複数の行為が含まれたものもあったが、今回は、それらを1つ1つ独立した項目へと整理するとともに削減と追加を繰り返した結果、最終的に200項目のリストにしている。

しかし同時に、この間、看護業務実態調査に強い懸念を示す看護業務検討WGとチーム医療推進会議の委員および関係団体との意見調整に時間がとら

れたことも事実だ。

5月12日の初会合以来2ヵ月ぶりのチーム医療推進会議であったが、前回、少なからぬ委員から示された、特定看護師導入を急ぐ厚労省への疑問と医療現場に混乱をもたらさかねないことへの懸念は、7月16日の会合でも変わっていなかった。

それどころか、看護業務実態調査の調査シートには侵襲性の高い行為が数多くリストアップされているだけでなく、薬剤の選択と投与量や使用・中止の判断や「整形外科領域の補助具の決定、注文」など、他専門職種の業務と重なる項目も少なくない。

この点について、北村委員(日本放射線技師会会長)、山本委員(日本薬剤師会副会長)、半田委員(日本理学療法士

協会会長)などから、「他職種に影響する項目が多数ある。医師はともかく、看護師が回答することに危惧を覚える」あるいは「行為対象となる薬は調剤された医薬品であるという位置づけを明確にしていきたい」といった注文が相次いだ。

業務独占という問題だけでなく、他職種には、特定看護師が「2人目の医師」

### 3,250施設9万人対象。200行為をたずねる

前原正明防衛医大教授を主任とする「看護師が行う医行為の範囲に関する研究」(2010年度厚労科研)として実施される看護業務実態調査の対象は、特定機能病院83、病院1,600、診療所(有床・無床含む)1,000、訪問看護ステーション540と、3,250施設ほどが予定されている。

各病院の看護師長および主任あるいは副主任クラスの幹部看護師に回答を依頼するが、診療所など医師も回答することができる。大規模病院では病棟別、診療科に師長や主任クラスが配属されているため、回答数は大規模病院ほど多くなる。

調査は、施設単位以外にも、専門看護師450名(100%)と認定看護師1,200名(20%抽出)にも行なわれ、全体で9万人以上を対象とした大規模調査となる見込

になりかねないことへの不安と不満がある。

その結果、特定看護師導入に向けた全国調査を実施する直前、試行事業の大学院を指定した直後の会議でありながら、「チーム医療が何を指すのか曖昧なまま調査ばかりが先行している」と、基本的な疑問をつきつける委員がいるほど、議論は最後までもつれた。

みだ。

調査シートは、急性期と慢性期の別を示した200項目(重複を含め延300項目)の1つ1つについて、「現在の状況」に関しては「この医行為は実施されていない」「看護師が実施している」「看護師以外の職種のみが実施している」からいずれかを、「今後については」「医師が実施すべき」「看護師による実施が可能—①看護師による実施が可能、②一般特定看護師による実施が可能」からいずれかを選んで○をつける回答方法を採用している。

リストアップされた項目が多いことから、特定機能病院や専門看護師、認定看護師はともかく、一般の病院や診療所の回答率はきわめて低くなるのが懸念される。

#### ●チーム医療推進方策検討WGの検討項目(7月16日のチーム医療推進会議)

- ・チーム医療の取組の指針となるガイドラインの策定
- ・上記ガイドラインを活用したチーム医療の普及・推進のための方策
- ・各医療スタッフの業務範囲・役割について、さらなる見直しを適時検討するための仕組みの在り方
- ・その他

## 社会保障費自然増1兆3,000億円を容認

### 菅内閣、11年度予算の概算要求基準を決定

菅内閣は7月27日の閣議で、2011年度政府予算の概算要求基準を決定した。民主党政権になって初のゼロベースからの予算編成は、各省の概算要求に「10年度予算比1割の削減」を求めた厳しいものとなった。

自公政権のシーリングを否定して10年度予算編成に臨んだ結果、各省庁の概算要求が95兆円にも膨らんだ昨年の経験を踏まえ、菅内閣は、概算要求に上限枠を設けるシーリングを復活させた。

極端な税収の落ち込みの中で、15年度までに基礎的財政収支(プライマリーバランス)の赤字を半分以下に減らし、20年度の黒字化を目指す菅政権は、国債の元利払いを除く歳出の上限を10年度並の約71兆円に抑える一方、新規国債の発行額は「(10年度当初予算の)44兆円を上回らないように全力を挙げ

る」ことを基本方針に、予算編成に臨むとしている。

その結果、各省が積み上げる政策経費の1次案である概算要求に今年度費10%カットを求めるといふ、異例のマイナス・シーリングを打ち出した。さらに、10%減らした枠を基に「元氣な日本復活特別枠」を1兆円超捻出する。

特別枠は、政策の必要性や効果を競う「政策コンテスト」を経て配分するほか、概算要求枠を下回る予算要求を実現した省に予算の上積み認めるといふインセンティブとして用いる。

ただし、概算要求における今年度費10%削減は、1兆3,000億円の自然増が見込まれている社会保障費や地方交付税などは対象外とされた。その上で、社会保障費には、「できる限り合理化・効率化を行なう」という宿題が課せられた。

### 適正化と仕分け。「それでも自然増は出現する」

長妻昭厚生労働大臣は7月27日の閣議後会見で、11年度社会保障費の自然増が1兆3,000億円になることに言及、「自然増は他省庁も合わせると1.4兆円になるが、決して野放図に出しているわけ

ではない。適正化、不正などを今まで以上に切り込む、あるいは生活保護受給者の自立を促すなど、様々な適正化に取り組んだ結果、なお、それだけの金額が必要になっている。給付費で数

千億、国費でも百億を削っている上で出てきている数字であり、直ちにこれが縮小できるとは考えてない」という認識を表明した。

長妻大臣は7月20日の会見でも社会保障費の自然増に触れ、「社会保障費の事務費は省内事業仕分けや行政刷新の事

業仕分け等で厳しく取り組んでいる。そういう下でも、必要なお金が年々自然増という形で増えていく」と、理解を求めた。

### 看護職員の需給は問題なし!?

厚労省が、7月16日の「第七次看護職員需給見通しに関する検討会」に示した、2011~15年の看護職員需給見通し(暫定版)によると、常勤ベースの需給は、最終15年で需要150万人に対して供給148万4,600人となり、需給ギャップは1万5,400人程度、充足率も99.0%と誤差の範囲内にとどまる結果となった。充足率は11年の96.0%から年を追って回復をたどる見通しとなった。

この傾向は実人員ベースになるとより顕著で、15年には需要164万9,900人に供給164万300人、ギャップはわずか9,600人、充足率は99.4%となる。まさ

に、「将来にわたって看護需給に問題なし」という展望が示された。

これに対して、同日の会合で東京医科大学の伏見清秀教授が示した、社会保障国民会議が用いたシミュレーションの4つのシナリオを基に推計した長期的な需給予測(実人員)によると、いずれのシナリオでも、25年には需要が供給を上回るという結果になる。

事務局は夏の間に各都道府県からヒアリングを実施して暫定値の精査化に努め、次回11月頃の会合に確定値を盛り込んだ報告書案を提示、年内に報告書を取りまとめる方針だ。



▲7月20日の予算編成関係委員会に臨む菅首相(中)、野田財務相(左)、仙石官房長官

# DPC「現場の望む評価軸の調査も適宜検討」

中医協総会 10年度調査対応方針決まる。新係数導入後の行動変容調査も



7月28日の中医協総会は、事務局(厚生労働省保険局医療課)が提案した「DPC制度に関する2010年度の調査対応の方針(案)」を了承した。

DPCに関する10年度調査対応方針は、①従来のDPC影響評価調査の集計カテゴリーに、新たに、病床規模別、病床構成、法定の医療機関機能からなる病院類型の別を加える、②同じく影響評価調査の集計に、退院時転帰別の再入院率、再入院率と再転棟率の相関、退院先で分類した再入院・再転棟率など新たなカテゴリーを起用する、③特別

調査として、新たに、「外来機能を含めた救急医療の調査実施」や「化学療法・放射線療法の入院外来比率」の把握を行なう、④同じく特別調査の一環として、10年改定で導入した機能評価係数Ⅱ(6項目)の影響評価とともに「現場の望む評価軸に関する調査も適宜検討する」、などからなる。

10年度調査対応方針案の「調査目的の考え方」で、事務局は、DPC調査の目的として、「DPC制度導入影響の評価」「新たな機能評価係数の導入に関する調査」「急性期入院医療全般に係

る評価」の3点をあげている。

このうち、「新たな機能評価係数の導入に関する調査」については、①10年度改定で導入した機能評価係数Ⅱ(6項目)の影響評価、②今後導入を検討する評価項目に関する調査の2点をあげ、今改定で採用した6項目の指標に続く新たな項目を検討する上で現場の声に耳を傾ける必要があるという認識を示し、特別調査に組み込んだ理由を明らかにした。

3番目の「急性期入院医療全般に係る評価」について、7月16日のDPC評価分科会で担当官は、「DPC病床が一般病床の半数を超え、急性期病院の大半を占めるにいたり、(DPCの指標は)急性期入院医療の指標となった。DPC病院に限らず評価すべき視点があれば、(DPCの)調査に採り入れたい」と述べている。

西澤寛俊委員(全日病会長)は、DPCの10年度調査方針の主旨に賛成した上で、「集計項目や調査項目が多い。1つ1つ、(集計分析の結果として)何が導かれるか、期待しているものを明確にすべきではないか」と注文した。

次期改定に向けて診療側も多くの調

査を提案している。西澤委員の注文は、何を把握し、それによって何が明らかとなるか診察報酬が改善されるのかを明確にしないと、調査自体が自己目的となり、活用されないデータが蓄積されていく恐れがあるという懸念を表明したものだ。

また、西澤委員は、「外来機能を含めた救急医療」「化学療法・放射線療法の入院外来比率」の把握は「DPC以外の急性期病院にも重要だ」と指摘、並行した調査を求めた。

さらに、10年改定で導入した機能評価係数Ⅱの影響評価調査に含まれる地域医療指数は、医療計画に記載されている医療連携体制を組む病院が対象となっていることから、「医政局ともよく協議した上で調査内容を作成するよう」要望した。

同日の総会に、事務局は、支払・診療各側から出ている、次期改定に向けて早期に検討を開始すべき項目案を整理して示した。各側で検討、事務局とも意見調整した上で、次回、8月後半の総会に、項目の優先順位と議論日程案を付して再提示することで合意した。

## 中医協総会「2010年度・DPC制度に関する調査等の対応について」 7月28日

### 1. 調査目的の考え方(整理)

- (1) DPC制度導入影響の評価
- (2) 新たな機能評価係数の導入に関する調査
  - ① 2010年改定で導入した機能評価係数Ⅱ(6項目)の影響評価
  - ② 今後導入を検討する評価項目に関する調査
- (3) 急性期入院医療全般に係る評価
  - \* 現行の他調査で得られていない必要不可欠な集計

### 2. 2009年度調査の追加集計

- (1) DPC制度導入影響の評価
  - ① 病院類型を見直した上での各種再集計  
病床規模別の分類、病床構成に着目した分類、制度上位置づけられている医療

- 機関機能(特定機能病院、地域医療支援病院、がん診療拠点病院等)に着目した分類、病院の診療科数に着目した分類
- ② 新たな項目に着目した集計  
年齢階級に着目した分類の元での各種再集計、手術数の経年変化の集計(外保連技術度区分別)、病床稼働率の経年変化の集計、化学療法と放射線療法を分離した集計、入院化学療法の内容の集計、逆紹介率の集計、退院時転帰別の再入院率の集計、再入院率と再転棟率の相関を見る集計、比較的定型化された手術の術前術後在院日数の集計、退院先で分類した再入院・再転棟率の集計、後発医薬品に係る集計
- 3. 2010年度に実施する調査

### 3-1. 退院患者調査(通常調査) \* 既に調査開始済み

- (1) DPC制度導入影響の評価  
09年度の追加集計結果を踏まえて、とりまとめ方法を再検討。
- (2) 新たな機能評価係数の導入に関する調査
  - ① 10年改定で導入した機能評価係数Ⅱ(6項目)の影響評価  
各指数の経年変化(機能評価係数Ⅰとの関連も含める)
  - ② 今後導入を検討する評価項目に関する調査  
(別途調査が必要な個別項目については議論の進展に応じて適宜検討)

### 3-2. 特別調査

- (1) DPC制度導入影響の評価

再入院調査・再転棟調査、診断群分類の妥当性に関する調査(医療機関ヒアリング)、外来機能を含めた救急医療の調査、化学療法・放射線療法の入院外来比率

- (2) 新たな機能評価係数の導入に関する調査
  - ① 10年改定で導入した機能評価係数Ⅱ(6項目)の影響評価  
係数導入後の行動変容に関する調査(他の調査結果を踏まえ、必要に応じて実施)
  - ② 今後導入を検討する評価項目に関する調査  
現場の望む評価軸に関する調査(別途調査が必要な個別項目については議論の進展に応じて適宜検討)

## DPC分科会 新係数導入の影響評価に「職員アンケート調査」を提案

7月16日のDPC評価分科会は、DPCに関する2010年度調査の対応方針について検討した。その結果は7月28日の中医協総会に諮られた。

事務局(厚生労働省保険局医療課)は、10年度調査の一環に、今改定で導入された6項目からなる「新機能評価係数Ⅱ」について、導入に伴う影響評価を特別調査として実施したいとして、その具体例として「係数導入後の診療行動変化(職員アンケート調査)」を提案した。

これは、「係数の導入によって診療行動にどのような変化が生じたか、あるいは医療従事者の意識にどのような変化が生じたかをアンケート調査してはどうか」(担当官)、というもの。

この提案について、迫井企画官は、「今回の新たな係数の導入には2つの意味がある。1つは、公表される数値を使って各施設はベンチマーキングができるため、他院とどう違うのかを知って対応を考える。つまり、新係数によ

って診療行動の変化につながる参考値が得られるという意味がある。もう1つは、新係数が診療報酬に反映されて収入が変化するという意味である」と新係数の意義を説いた。

その上で、「新機能評価係数Ⅱを導入したばかりで、こういったことを追跡するのは難しいが、医療従事者に診療行動にどういった変化が生じたかをお聞きすることぐらいは可能かと、これは最低限できるのではないかと

ことでご提案した」と、その意図を説明した。

つまり、新係数には、収入面の変化を通じて医療提供の内容と質の変化を促すはたらきと、他院との比較を通して現場にインセンティブを与えるはたらきがあるため、後者の要素については、DPC包括評価にかかわる現場スタッフの声も1つの資料となり得るという提案である。

この提案に対しては、一部の委員から、「院長クラスを対象にしてはどうか」という意見も示された。

## 08年の医療ツーリストは600万人

世界市場は12年に1,000億ドルへ拡大。DJBがレポート

日本政策投資銀行(DJB)がこのほど公表したレポート(「医療ツーリズムの動向」)によると、現在約50カ国が、観光を兼ねて検査や治療を受けに外国を訪問する医療ツーリストの受け入れを実施しており、2008年には600万人程が渡航したと推計されている。アジア諸国の受け入れ数は300万人(07年)と、世界市場のほぼ半数を占めている。

アジアでもっとも盛んな国はタイ(JCI認証9機関)で、06年に140万人が訪れている。同国は、10年に200万人に達することを目標としている。

次いで実績が高いのはシンガポール

(同16機関)。07年に57万人が訪れたが、12年は100万人を目標としている。

マレーシア(同6機関)も医療ツーリスト受け入れに熱心な国の1つで、07年に34万人という実績をあげている。

医療ツーリズム新興国の韓国(同3機関)は、09年5月の医療法改正で医療ツーリストの受け入れが解禁になったばかりだ。しかし、官民あげて誘致に励んでおり、20年に100万人獲得を目標に取り組んでいる。

台湾も医療ツーリストの受け入れには熱心で、医療機関の品質に関する国際的基準であるJCI認証を得た医療機関

は9施設にのぼっている。

アジアでは、ドバイ、韓国、中国などで医療ツーリストの受け入れ拡大を踏まえた医療拠点の整備が進んでいるが、こうした医療産業集積によって、「先

## 厚生労働省幹部の人事異動

厚生労働省は7月30日付で異動を発令した(括弧内は前職)。  
▷厚生労働事務次官 阿曾沼慎司(医政局長)▷医政局長 大谷泰夫(大臣官房長)▷健康局長 外山千也(防衛省大臣官房衛生監)▷医薬食品局長 間杉純(政策統括官)▷政策統括官(社会保障担当) 香取照幸(大臣官房審議官)▷大臣官房総括審議官 二川一男(大臣官房審議官)▷医政局政策医療課長 池

端医療」「品質」「低コスト」を付加価値にした、世界の医療ツーリズムは、12年に約1,000億ドルまで市場規模を拡大すると見込まれる、と日本政策投資銀行のレポートは伝えている。

永敏康(日本年金機構システム統括部長)▷医政局医事課長 村田善則(文部科学省高等教育局私学部私学行政課長)▷老健局振興課長 川又竹男(内閣府参事官 政策統括官付)▷保険局総務課長 武田俊彦(医政局政策医療課長)▷保険局医療課長 鈴木康裕(国立保健医療科学院企画調整主幹)▷保険局医療課医療指導監査室長 木曾啓介(社会保険診療報酬支払基金審議役)▷保険局医療課保険医療企画調査室長 屋敷次郎(日本年金機構中国ブロック本部長)

# 2012年度介護保険法改正に向け議論を開始

## 介護保険 医療外付け、療養病床再編、社会医療法人の特養参入も議論

社会保障審議会の介護保険部会が7月26日に開かれ、診療報酬と介護報酬のダブル改定を迎える2012年度に実施が見込まれている介護保険制度改正に向けた議論を開始した。

事務局(厚労省老健局総務課)は、制度改正で取り上げられるべき検討課題の一覧とスケジュールを部会に提示、了承された。

検討課題には、①介護保険施設類型のあり方、②医療の外付け、③療養病床の再編成、④24時間地域巡回型訪問サービス、⑤居宅要介護者に対する医療・看護・リハの連携、⑥参酌標準の廃止と

総量規制のあり方、⑦介護職員が医療行為を実施するための制度改正、⑧情報公表制度の抜本的な見直し、などが取り上げられている。

また、これら議論の中で、規制改革事項としてこの6月18日に閣議決定された社会医療法人の特養経営への参入問題についても、参入容認の方向で結論を出す予定だ。

事務局は、7回に分けて検討課題の議論を一巡させ、10月後半に制度見直しの基本的考え方を整理し、11月に報告をまとめる方針だ。

### 介護保険部会の検討課題(概要) 7月26日

#### ○給付の在り方(施設、住まい)

- (1) 今後の介護保険施設の機能や在り方【介護拠点の整備方針について】
  - ・施設入所者が重度化し、医療ニーズが高まる一方、補給給付を受ける低所得者が特養では約8割いる中で、今後、施設入所者像をどのように考えるか、等
  - 【ユニット型個室と多床室について】
  - 【施設類型の在り方について】
  - ・特養申込者の増加により老健施設の入所期間が長期化する中、リハビリなどの在宅復帰支援機能が十分に果たされていないのではないか。
  - ・現行制度では、介護保険施設類型に

- よって医療サービス等が規定され、外部からのサービス提供に制約があるが、入居者の状態像の変化に合わせて柔軟に医療サービス等を提供できるようにすべきとの指摘があるが、どう考えるか。
- ・現在の施設類型について、今後その位置づけをどのようにすべきか。
- 【その他】
- 特養の社会医療法人の参入を可能とすることについて検討し、2010年度中に結論を得る。さらに、公益性、安全性、継続性の観点からどのような法人を比較・検討の対象とすべきか検討していく。(規制改革閣議決定事項)

- (2) 有料老人ホーム及び生活支援付き高齢者専用賃貸住宅の在り方 略
- (3) 低所得者への配慮(補給給付)の在り方 略
- (4) 療養病床再編成について

「療養病床の転換意向調査」及び「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」の結果を踏まえて、療養病床再編成についてどう考えるか。

#### ○給付の在り方(在宅・地域密着)

- (1) 在宅サービスの在り方
  - ・地域密着(24時間地域巡回型訪問サービス、小規模多機能)、レスパイトケア・複合型事業所の在り方について、介護と医療・看護との連携を含めて、どう考えるか。(新成長戦略において決定)
  - ・医療ニーズの高い在宅の要介護者に対応するため、介護のみならず、在宅医療、訪問看護、リハビリテーションの充実強化をどのように図るか。その際、看取りの推進やそのための経営の効率化の視点も重要ではないか。
  - ・居宅要介護者に対する医療・看護・リハとの連携について、地域包括支援センターの機能強化など地域の拠点整備、多職種連携が重要ではないか。また、訪問リハについてどう考えるか。
- (2) 要支援者等に対する生活援助等のサービスの在り方 略
- (3) 地域支援事業の在り方 略

- (4) 家族介護者への支援の在り方 略
- (5) 認知症者への支援の在り方 略
- (6) 要介護認定について(区分支給限度基準額を含む。) 略
- (7) ケアマネジャーの在り方 略

#### ○給付と負担の在り方

- (1) 負担の在り方
- (2) 給付と負担のバランス

#### ○保険者の果たすべき役割

- (1) 介護保険事業計画の充実と介護基盤の計画的整備(参酌標準廃止と総量規制)
- (2) 必要なサービスを確保するための方策

#### ○介護人材の確保と処遇の改善策

- (1) 介護人材の確保と処遇改善の推進方策
- (2) 労働法規遵守、キャリアアップ等の促進策
- (3) 介護職員が一定の医療行為を実施する場合に必要な制度改正

#### ○情報公表制度の在り方

情報公表制度については、一定の情報公表は必要であるが、次期制度改正時に手数料負担を廃止することを含め、抜本的に見直しを行うことが適当ではないか。具体的な見直しの方向性について、どのように考えるか。あわせて、より使いやすい制度にすべきではないか。

#### ○その他

### 「チーム医療推進のための看護業務検討WGにおける検討状況」 7月16日 チーム医療推進会議 ※1面記事を参照

5月26日、6月14日の2回会合をもち、以下の内容の調査および特定看護師(仮称)養成調査試行事業の実施を決めた。

□看護業務実態調査

(1) 約200項目の医行為について、①現在、看護師が実施しているか否か、②今後、一般の看護師が実施することが可能と考えられるか否か、③今後、特定看護師(仮称)制度が創設された場合に、特定看護師(仮称)が実施すること

が可能と考えられるか否か、実情と見解をたずねる。

(2) 調査は以下の医療機関等を対象とする。

- ◇特定機能病院 83施設(100%)
- ◇病院(規模別に20%を抽出) 約1,600施設
- ◇診療所(有床・無床、1%抽出) 約1,000施設
- ◇訪問看護ステーション(10%抽出)

約540カ所

- ◇専門看護師(100%) 約450名
- ◇認定看護師(20%抽出) 約1,200名

(3) 調査結果は8月中に取りまとめる。

□特定看護師養成 調査試行事業

(1) 事業の概要 ※別掲参照

(2) 実施状況等

6月17日から申請等の受付を開始(受

付期間は8月末まで)。7月2日までに以下の4大学院から「修士課程 調査試行事業」の申請があり、いずれも7月15日付けで指定した。

大分県立看護科学大学大学院看護学研究科、国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科、東京医療保健大学大学院看護学研究科、北海道医療大学大学院看護福祉学研究科

### 「特定看護師(仮称)養成 調査試行事業 実施要綱」 7月16日 チーム医療推進会議 ※1面記事を参照

1. 事業の目的 (略)

2. 事業内容

(A) 修士課程 調査試行事業

一定の基準を満たす修士課程を「調査試行事業実施課程(修士)」に指定し、当該カリキュラムの内容や実習の実施状況等に関する情報の報告を受ける。

(B) 研修課程 調査試行事業

一定の基準を満たす研修課程等(学会や研修センター等が看護師を対象として実施するもの)を「調査試行事業実施課程(研修)」に指定し、当該カリキュラムの内容や実習の実施状況等に関する情報の報告を受ける。

(C) 養成課程 情報収集事業

(A)(B)以外の修士・研修課程を対象に、現在実施しているカリキュラムの実態に関する情報及び特定看護師養成のためのカリキュラムや実習に関する提案を受け付ける。

※(A)及び(B)の事業は、「特定看護師(仮称)」という新たな枠組みの構築に向け、法制化を視野に入れつつ、「特定の医行為」の範囲(特定看護師の業務範囲)や当該行為を安全に実施するために必要なカリキュラムの内容等を実証的に検討するに当たり、厚生労働省関与の下、一定の期間、必要な情報・データを収集する目的で実施するものである。この趣旨にかんがみ、「調査試行事業実施課程」では、十分な安全管理体制を整備していること等を条件に「診療の補助」の範囲に含まれているかどうか不明確

な行為を実習して差し支えないこととする。

3. 「A」及び「B」の調査試行事業

(1) 実施方法

- ・「実施課程(修士・研修)」指定の申請期間は2010年6月から8月までとする。
- ・指定申請のあった修士・研修課程は、「指定基準」に照らして書面によって内容を確認、特段の問題がない限り「実施課程(修士・研修)」に指定する。
- ・「A」及び「B」の各事業の実施期間は、当面、11年3月までとする。なお、事業の実施状況等によっては、11年4月以降も継続して募集・実施することとする。
- ・本事業の事務手続の窓口は医政局看護課看護サービス推進室とする。

(2) 指定申請書類

申請書、シラバス、大学院・学会・研修センター等の概要、実習施設概要(代表施設)

(3) 指定基準

- ・「特定看護師(仮称)養成 調査試行事業実施課程」と称すること。
- ・臨床実践能力を習得する上で必要な基礎科目(臨床薬理学等)を必修としていること。
- ※具体的には、以下の教育内容が含まれていること
- フィジカルアセスメントに関する科目、臨床薬理学に関する科目、病態生理学に関する科目
- ・演習・実習科目を必修とするとともに、実習場所(病院等)を確保している

こと。

※演習・実習科目が設定されていること。また、専門的な臨床実践能力を修得できる実習場所(病院等)を1カ所以上確保していること

- ・専門的な臨床実践能力を修得させるために「医師の教員・指導者」が必要数確保されていること。病態生理学に関する科目や実習等には適切に配置されていること。「医師の教員・指導者」は、専任・兼任の別や職位は問わないが、臨床研修指導医と同程度の経験があることが望ましい。
- ・実習科目における安全管理体制を整備していること。

上記5つの基準は、あくまで「特定看護師養成 調査試行事業実施課程」の指定基準であり、特定看護師養成課程の認定基準は、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」において、今後検討される。

(4) 報告書類

- ・本事業の実施状況(例えば、安全面の課題、学生の履修状況、実習時のインシデント・アクシデント、一般の看護師でも実施可能な行為等)について、WGに随時報告すること。
- ・「看護業務検討WG」の求めに応じて、必要な資料を提出すること。
- ・本事業の中間時及び終了時に事業報告書を提出すること。

4. 「C養成課程情報収集事業」

(1) 実施方法

情報と提案を受け付ける期間は10年6月から8月までとし、医政局看護課看護サービス推進室が受け付ける。

(2) 提出書類

「養成課程 情報収集事業」情報提供書、シラバス等、大学院・学会・研修センター等の概要、実習施設概要(代表施設)

- ・「看護業務検討WG」の求めに応じて、必要な資料を提出すること。

**医療安全管理者養成課程講習会・演習編のDVD販売開始!**

全日病・医法協共催「医療安全管理者養成課程講習会」で演習したRCAとFMEAの各手法解説を収めたDVDが完成。セーフティマネージャーやリスクマネージャーなど医療安全担当者は必見です。院内の医療安全活動で、ぜひ、ご活用ください。講習会の講義を完全収録したDVDは今秋販売を開始する予定です。

企画・制作 ● 全日本病院協会、日本医療法人協会  
定 価 ● 20,000円(税込)  
収録時間 ● 169分

発売元・申込先 ● 全日本病院協会 Tel.03-3234-5165 Fax.03-3237-9366  
\*全日病HPから案内書をダウンロードし、添付申込書を全日病までファックスでお送りください。

# 市町村国保と被用者保険で高齢者医療を給付

## 高齢者医療制度の骨格案 国保財政は都道府県単位で運営へ。年末に最終案

厚生労働省は、7月23日の高齢者医療制度改革会議に、後期高齢者医療制度に代わる高齢者医療制度の基本的な枠組み案(中間取りまとめ案)を示すとともに、同日の厚労省ホームページで、その構想を公表した。

それによると、新たな制度設計の骨格は以下のとおりとなる。

- ①高齢者の医療を市町村国保もしくは加入している被用者保険で給付する。
- ②市町村国保の75歳以上は、現在に引き続き、都道府県単位で財政を運営する(その対象年齢は検討課題とする)。
- ③最終的に、対象年齢を問わず市町村国保の都道府県単位化を図る(運営主体については都道府県という意見が強いが、移行手順ともども検討課題とする)。
- ④65歳以上については、引き続き、その医療費を国民全体で分担する仕組みを設ける(保険者間調整の仕組みは引き

続き検討する)。

- ⑤公費の投入は充実させていくことが必要だが、具体的には引き続き検討する。
- ⑥国保加入の75歳以上については、引き続き、給付費の1割相当を保険料でまかなう。
- ⑦国保高齢者の保険料は、引き続き、都道府県単位という考え方で臨む。
- ⑧高齢者の保険料は同一世帯の現役世代保険料と合算し、世帯主が納付する。
- ⑨高齢者の患者負担は負担能力に応じた適切な負担にとどめる。
- ⑩70歳から74歳までの患者負担は引き続き検討する。

骨格案によると、新たな高齢者医療制度は、以下の点で現在の後期高齢者医療と異なるが、その他は現行制度と大きくは変わらない。

- (1)保険者を広域連合から被用者保険もしくは市町村国保に代える。

(2)市町村国保は年齢区分のない地域保険とし、運営主体を都道府県単位に切り替えていく。

(3)高齢者の保険料は同一世帯の保険料と合算して世帯主が納付する(天引きを止める)。

(4)現役世代よりも高齢者の方が保険料の伸びが上回る現行制度に対して、(給付費の伸びを)高齢者と現役世代で適切に分担する仕組みを設ける。

(5)国保を都道府県単位にする一方、市町村には、保険料徴収、収納率対策、資格管理、保健事業など、負担と責任範囲を拡大する。

(6)健康診査等は国保・被用者の各保険者が義務として行なう。

新たな高齢者医療制度の枠組み案には引き続き検討する課題が書き込まれ、かつ、「年末までに結論を得る」と明記された。

改革会議は、一般国民から参加を募る意見交換会を8月20日に開催、その結果も踏まえ、同日の会合で中間取りまとめを行なう方針だ。

厚労省は、「中間取りまとめ」に先立つ8月前半と「中間取りまとめ」後の10月に地方公聴会を開催、国民各層から幅広い意見を聞く一方、残る検討課題についての議論を進め、年末までに最終案をまとめたいとしている。

ただし、詳細な制度設計の多くが今後の検討課題として先送りされている上、市町村国保の都道府県単位化に知事会は早くも反対を表明するなど、関係者の合意形成には、なお多くの時間がかかるとみられる。

長妻厚労大臣は公約通り2013年度施行を目指すとしているが、ねじれ国会という状況もあり、その先行きは不透明だ。

### 高齢者医療制度改革会議「高齢者のための新たな医療制度等について(中間とりまとめ案)」の骨子 7月23日

#### II 新たな制度の基本骨格

##### 1. 制度の基本的枠組み

後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化する。加入する制度を年齢で区分せずに、何歳になっても、サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。

##### 2. 国保の運営のあり方

###### (1) 財政運営単位

○市町村国保の、少なくとも75歳以上の高齢者医療は、都道府県単位で財政を運営することが不可欠。この場合、高齢者医療の対象は75歳以上と65歳以上が考えられるが、引き続き検討する。○都道府県単位の財政運営に向けた環境整備を進め、将来、全年齢を対象に市町村国保の都道府県単位化を図る。○移行手順については、期限を定めて全国一律に都道府県単位化すべきという意見と、合意された都道府県から順次、都道府県単位化すべきという意見があり、引き続き検討する。

###### (2) 運営の仕組み

○市町村国保の財政運営を都道府県単位とする場合も、窓口サービスや保険料の徴収、健康づくりなどの保健事業は市町村が行うことが必要。都道府県単位の保険料という考え方は維持しつつ、保険料の収納対策に市町村が積極的に取り組むことを促す仕組みに改めることが必要。○新たな制度において、①「都道府県単位の運営主体」は都道府県単位の標準保険料率の算出・会計の処理等の事務を行い、②市町村は保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業等の事務を行う形で分担しつつ、国保を地域の総合力で共同運営する仕組みとすることが考えられるが、より具体的な設計は引き続き検討する。

###### (3) 運営主体

「都道府県単位の運営主体」は都道府県が担うべきとする意見が多数である

が、引き続き検討する。

###### (4) 財政リスクの軽減

保険料の収納不足や給付の増加といった財政リスクを軽減するため、公費と保険料を財源とする財政安定化基金を設置し、安定的な運営を図ることができる仕組みとする。

###### 3. 費用負担

###### (1) 支え合いの仕組みの必要性

○新たな仕組みの下で、65歳以上については、引き続き、高齢者の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠である。

○保険者間の調整の仕組みは、財政試算を明らかにしつつ、引き続き検討する。その際、高齢者の保険料負担・患者負担や、市町村国保・協会けんぽ・健保組合・共済組合等の各保険者の負担が大幅に増加することのないようにする。

###### (2) 公費

○公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要であり、引き続き検討する。

###### (3) 高齢者の保険料

○国保に加入する75歳以上の保険料水準は、引き続き、医療給付費の1割相当を保険料で賄うこととする。

○都道府県単位の財政運営とする対象年齢を65歳以上とした場合、65歳から74歳までの保険料水準については、引き続き検討する。

○高齢者人口の増加と現役世代人口の減少に伴う現役世代の保険料の増加分を、高齢者と現役世代とで適切に分担する仕組みを設ける。

○高齢者の保険料の伸びが現役世代の伸びよりも大きく乖離することとならないよう、財政安定化基金を活用して高齢者の伸びを抑制できる仕組みを設ける。その具体的なあり方は引き続き検討する。

○高齢者の保険料は同一世帯の他の現

役世代の保険料と合算し、世帯主が納付する。これにより世帯主以外の高齢者は保険料の納付義務が無くなる。

○保険料の上限については、国保世帯単位の上限に一本化した上で、被用者保険の上限額も勘案しつつ、段階的に引き上げる。

○75歳以上に適用されている低所得者の保険料軽減特例措置は、介護保険との整合性を踏まえ、新制度下で合理的な仕組みに改めることとし、具体的なあり方を引き続き検討する。

○被用者保険に加入する高齢者の保険料は、各被用者保険者の算定方法・徴収方法を適用する。

###### (4) 現役世代の保険料による支援

○高齢者の医療給付費は、公費と高齢者の保険料に加え、国保・被用者保険の現役世代の保険料で支えることが必要。その際、国保と被用者保険者間は加入者数による按分となるが、被用者保険者間では負担能力に応じた支え合いにすべきであり、その具体的な按分方法は引き続き検討する。

###### (5) 高齢者の患者負担

○高齢者の患者負担は、負担能力に応じた適切な負担にとどめることを基本とする。

○70歳から74歳までの患者負担については引き続き検討する。

○高額療養費は、所得の高い方の限度額は引き上げ、所得の低い方は引き下げる方向で見直すべきであり、現役世代を含む高額療養費全体の見直しの中で引き続き検討する。

#### 4. 医療サービス

○今後の高齢者に対する医療サービス等の具体的なあり方については、平成24年度の同時改定に向けて別途の場で議論が進められるが、以下の基本的な視点に立って取り組むことが必要である。

・それぞれの地域で、入院に頼りすぎることなく、リハビリも含めた必要な医療・介護が切れ目なく受けられる体

制を構築する。

・かかりつけ医等の普及を図ることや、必要な医療費は拡充しつつ効率化できる部分は効率化すること等を通じて、真に高齢者の立場に立った医療提供体制を構築する。

・様々な高齢者のニーズに応じた多様なケアの提供体制の充実や医療・福祉の人材育成をはじめとする長期的・総合的な構想を策定し、モニタリングを行いながら実行する。

#### 5. 保健事業等

○新たな仕組みの下では、75歳以上の健康診査等も、国保・被用者保険の下で各保険者の義務として行うこととする。

○特定健診・特定保健指導は引き続き取組を進めていくが、今後の具体的なあり方については、別途、技術的な検討を進めることが必要である。

○現在、特定健診・特定保健指導の達成状況による後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みがあるが、新たな制度の下でも、特定健診等をより円滑に推進するための方策を講じる。

○また、国保に都道府県単位の財政運営を導入するに際し、都道府県の健康増進計画・医療計画・介護保険事業支援計画なども整合性の取れた、都道府県単位での取り組みを一層推進する体制や具体的な仕組みの検討を進める。

○併せて、後発医薬品の使用促進、レセプト点検、医療費通知、重複・頻回受診者への訪問指導、適正受診の普及・啓発など、各保険者における医療費効率化の取り組みの更なる充実を図る。

#### III 今後の検討等の進め方

検討事項は年末までに結論を得て、新制度の具体的な内容を年末までにまとめる。2013年4月を目途に新たな制度が施行される予定であるが、現時点から、着実にシステム改修や広報等の諸準備を進めることが必要である。

## 全日病2011年度税制改正要望をまとめる

### 消費税増税解消の取り組みで四病協と日医が協議

7月17日に開催された第4回常任理事会は、医療制度・税制委員会(小松寛治委員長)がまとめた「2011年度税制改正要望書」を承認した。民主党、厚労省ほか提出する。

「2011年度税制改正要望書」の要望事項は、①消費税の原則課税、②医療機関に対する事業税特例措置の存続、③

社会医療法人に対する寄附金税制の整備及び認定取消し時の一括課税の見直し、④病院用建物等の耐用年数の短縮、⑤持分ある医療法人が相続税発生から5年以内に持分のない医療法人に移行する場合の相続税猶予制度の創設、という5点は2010年度税制改正に対する要望事項と変わらないが、今回、新た

に、「特例民法法人および公益法人に対する地方税の減免措置」の2点が加えられた。

「持分ある医療法人に対する相続税猶予制度の創設」という項目は、厚生労働省による2010年度税制改正要望に取り上げられたもの。ほとんどの医療法人にとって必至の課題だ。

追加された要望事項は、公益法人制度改革の施行後5年以内に新たな公益社団(財団)法人もしくは一般社団(財団)法人に移行するまで存続が認められて

いる特例民法法人および移行後の法人にかかる地方税の減免措置をいう。全日病も特例民法法人であり、今後大きく影響する問題となっている。

2011年度税制改正に対する要望事項のうち、増税解消の立場から医療・介護への消費税原則課税を求める件については、各病院団体の足並みが揃っている。日医を含め、医療界がまとまって民主党政権および財務省・国税庁に対する働きかけを行なう方向に向かっている。