

今月の主な動き

厚生労働省のチーム医療推進会議は5月12日、初会合を開き、医師の指示下で特定の医行為を担う「特定看護師（仮称）」の要件設定などに向けた議論を開始した。検討の進め方として、チーム医療の推進策を協議するワーキンググループ（WG）と特定看護師の検討を中心としたWGの2グループを設けることを了承した。同会議は早ければ2010年中にも一定の結論を取りまとめる。

政府と民主党のマニフェスト企画委員会は5月13日、党本部で会合を開き、次期衆院選後の消費税率引き上げを参院選マニフェストに盛り込む方向で一致した。

また、行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会は4月30日、保険外併用療養の範囲拡大に向けた対処方針の中間報告をまとめた。倫理審査委員会を設置している医療機関は、同委員会で承認した療養を届け出ることによって保険外併用療養を可能とするよう提案。具体的な内容に関しては、10年度中に結論を得る目標を掲げた。

情 勢 トピックス

医療・社会保障編

特定看護師の要件設定でWG／チーム医療推進会議が初会合

厚生労働省のチーム医療推進会議（座長＝永井良三・東京大大学院医学研究科教授）は5月12日、初会合を開き、医師の指示下で特定の医行為を担う「特定看護師（仮称）」の要件設定などに向けた議論を開始した（資料1、後掲24ページ）。検討の進め方として、チーム医療の推進策を協議するワーキンググループ（WG）と特定看護師の検討を中心としたWGの2グループを設けることを了承した。同会議は早ければ2010年中にも一定の結論を取りまとめる。

行 事	開始時間	場 所
4日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	府医師会館305号室
9日(水) 医院・住宅新（改）築相談室	午後2時	未定
12日(土) 新規開業医のための基礎講習会	講習会：午後2時30分	府医師会館305号室
	相談会：午後4時45分	
耳鼻咽喉科診療内容向上会	午後2時	府医師会館404～406号室
ファイナンシャル相談室	午後1時	未定
17日(木) 法律相談室	午後2時	未定
雇用管理相談室	午後2時	未定
19日(土) ジャズを楽しむ会	午後6時	ル・クラブ・ジャズ(中京区三条御幸町)
23日(水) 金融共済委員会	午後2時	府医師会館404～406号室
	経営相談室	
27日(日) 九条の会アピールを支持する京都医療人の会講演会	午後2時	登録会館ホール（烏丸御池上ル）

6月保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
7月10日(土) 第635回社会保険研究会	午後3時	未定
7月25日(日) 第63回定期総会	午後1時	ホテルグランヴィア京都
8月21日(土) 産婦人科診療内容向上会	未定	京都ホテルオークラ
9月4日(土) 第636回社会保険研究会	午後3時	未定

今後の予定

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲40～41ページ

「チーム医療推進方策WG」では、チーム医療の評価の仕組みや第三者機関の創設、ガイドラインの策定なども含めて推進策を検討する。「チーム医療推進のための看護業務検討WG」は、特定看護師の要件や特定看護師養成課程の認定基準などのほか、一般の看護師の業務範囲や、実態調査、モデル事業の在り方なども検討する。

今後のスケジュールとして5月下旬に看護業務検討WGを設置し、6月以降に実態調査とモデル事業を実施する。推進方策WGも6月中に設置する。両WGの検討結果を踏まえ、10年中に同会議として一定の結論を取りまとめるとした。

事務局の厚労省医政局医事課は当初、前身のチーム医療の推進に関する検討会の報告書に基づき、チーム医療を推進する医療機関の認定基準などを検討する「チーム医療認定検討WG」の設置を提案した。しかし、委員から「認定」が強く打ち出された名称や在り方に疑問の声が上がった。このため、チーム医療推進方策WGに名称を変更し、検討課題も幅を持たせることで了承した。（5/13MEDIFAXより）

消費増税、次期衆院選後に／民主・公約、企画委で一致

参院選のマニフェストづくりに当たっている政府と民主党のマニフェスト企画委員会（委員長＝仙谷由人国家戦略担当相、高嶋良充筆頭副幹事長）は5月13日、党本部で会合を開き、次期衆院選後の消費税率引き上げを参院選マニフェストに盛り込む方向で一致した。

民主党は2009年の衆院選のマニフェストで消費税について直接、言及はしていないが、鳩山由紀夫首相は、衆院議員の任期中は税率引き上げを行わないと明言している。企画委では「非常に深刻な（財政）状況なので、正面から向き合っていることを民主党は示すべきだ」などとの意見があり、増税に反対する意見は出なかったという。

民主党と政府は5月12日夜、首相官邸で鳩山首相や小沢一郎幹事長らによる政権公約会議（議長＝鳩山首相）を開き、参院選マニフェストの骨格について、09年の衆院選で掲げた「年金・医療」など5つの柱は維持した上で▽政治改革▽外交安保▽財政健全化▽成長戦略を一を柱に追加することを決めた。政権10カ月の実績を説明するとともに、衆院選マニフェストの修正点を明示するとしている。（5/14MEDIFAXより）

共通番号制のシステム整備／新IT戦略を決定

政府の情報技術（IT）分野の基本計画を議論するIT戦略本部（本部長＝鳩山由紀夫首相）は5月11日、官邸で会合を開き、政府が検討している税と社会保障の共通番号制度導入に伴うシステム整備を柱とした新たなIT戦略を決定した。6月にまとめる政府の成長戦略に盛り込む。

鳩山首相は「情報通信を使って（行政サービスなどを）国民本位の使い勝手の良いものにするため、最大の努力をしたい」と述べた。

電力を効率的に供給する次世代送電網（スマートグリッド）の推進や、インターネットを使った行政や医療サービスの向上策も提唱した。

共通番号制度は所得の正確な把握やきめ細かな社会保障給付に不可欠とされる。ITを利用して、個人情報保護しながら円滑に制度を構築することを目指す。

IT戦略本部は自民党政権時代に発足。今回は鳩山政権として初のIT戦略となる。

【共同】（5/12MEDIFAXより）

公益法人の共済、継続可能に／保険業法改正案を閣議決定

政府は5月11日、2005年の保険業法改正で継続が困難になっていた公益法人の共済事業を特例として認める保険業法改正案を閣議決定した。

05年の法改正以前から活動していた事業が対象で、13年11月までに申請すれば、「認可特定保険業者」として認可する。特例期間は「当分の間」としている。

公益法人の共済事業をめぐるのは、05年の法改正で保険業法の適用対象となった。「当分の間」は継続することができる特例措置が設けられたが、08年12月に施行された公益法人改革3法により、公益法人は13年11月までに新法人に移行することが決定。新法人移行後は、保険会社や事業協同組合などに移行しなければ、共済事業を続けることができなくなった。福祉共済制度と年金制度を運営する日本歯科医師会は、自主運営が継続できる措置を求めていた。（5/13MEDIFAXより）

改正国保法が成立／後期支援金に総報酬割

協会けんぽの保険料率の上昇幅を抑制するため、後期高齢者医療制度の支援金の一部に保険者の財政力に応じた負担方法を導入する国民健康保険法等の

一部改正案は5月12日、参院本会議で民主党などの賛成多数で可決、成立した。

改正法は、財政状況が悪化している協会けんぽに対する国庫補助率を、現行の13%から健康保険法本則の16.4%に引き上げ、保険料率を9.34%に抑制。後期高齢者医療制度の支援金の3分の1に保険者の財政力に応じた総報酬割を導入することで、国庫補助率引き上げの財源を賄う。

改正法ではさらに、市町村国保に対する財政支援措置を4年間延長し、財政安定化のために都道府県単位の広域化を推進する規定を設けた。保険料滞納世帯については、短期被保険者証の交付対象を現在の中学生以下から高校生世代に拡大する。

（5/13MEDIFAXより）

母体保護法改正案、参院で可決

参院本会議は5月12日、避妊方法の実地指導を行う受胎調節実地指導員が避妊薬の販売を行うことができる期限を5年間延長する母体保護法改正案を、全会一致で可決した。

改正案では、受胎調節実地指導員が避妊薬を販売できる期限を、2015年7月31日まで延長する。

（5/13MEDIFAXより）

保険外併用療養の拡大を／規制改革分科会が中間報告

行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会（分科会長＝大塚耕平内閣府副大臣）は4月30日、保険外併用療養の範囲拡大に向けた対処方針の中間報告をまとめた。倫理審査委員会を設置している医療機関は、同委員会で承認した療養を届け出ることによって保険外併用療養を可能とするよう提案。具体的な内容に関しては、2010年度中に結論を得る目標を掲げた。

同分科会が想定している「届け出によって保険と併用できる療養」の範囲は、医療技術や医薬品などに限定。差額ベッド代や時間外診療など、診療内容と直接、関係ないものは当面、対象外とした。また、

代替治療がない重篤な患者に対して最先端の治療が可能になるよう、一定の要件の下で、治験段階や臨床研究中の療法を選択できる制度構築に向けた検討に着手するよう求めた。

医療ツーリズムに関しては、医療を受けるために来日する外国人への短期滞在ビザの新設を提案。本人以外の同行者にも、同様のビザの発行を認める方針を盛り込んだ。また、現在は運用で認められている外国人医師が実施する教授目的での診療行為について、制度上、明確化した上で、日本に滞在できる期限を延長するよう指摘した。

厚生労働省が提案している「特定看護師（仮称）」については、制度化に向けたモデル事業の早急な実施を求めた。さらに、医師と連携しながら、特定看護師よりも主体的に医療行為の一部を担う「診療看護師（仮称）」の創設に向けた検討に着手すべきとした。

このほか、ICT（情報通信技術）を利用した遠隔医療の拡大に向けた検討を進めるよう要求。救急医療の充実に関しては、救急搬送と医療機関のデータをリンクさせるため、厚労省と総務省が10年度中に検討を開始するよう求めた。また、ワクチン基本法の制定などに向けて、ワクチン政策を総合的に議論する常設組織を設置すべきと指摘した。

（5/7MEDIFAXより）

たん吸引や胃瘻、施設問わず解禁を／介護分野の規制改革

行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会は4月30日、介護分野の規制・制度改革に関しても各項目の対処方針の中間報告をまとめた。介護職員が実施できる医行為の明確化に向けて、一定の知識や技術を習得した職員については、施設を問わず、たんの吸引や胃瘻処理を解禁すべきと提案。介護職員のみで経管栄養に関する一連の行為を実施できるよう、チューブ接続や流動物の注入も解禁の対象とする方針を示した。

介護施設の医療体制の改善に向けては、保険医療

News Headline （2010年4月13日～5月14日）

【4月】◆田辺三菱製薬を業務停止（13日）◆中国・青海省でM7.1の地震（14日）◆水俣病未認定患者救済策を閣議決定（16日）◆明石火花大会事故・元副署長を強制起訴（20日）◆東大名誉教授の多田富雄氏死去（21日）◆舛添前厚労相が「新党改革」結成（23日）◆検察審・鳩山首相「不起訴相当」を議決（26日）◆検察審・小沢氏「起訴相当」を議決（27日）◆米石油基地爆発、原油流出が拡大（29日）
【5月】◆高速増殖炉原型炉「もんじゅ」の運転を14年5カ月ぶりに再開（6日）◆京都市・京都市立看護短大廃止を再提案（7日）◆東京地裁・パロマ元社長ら有罪（11日）◆英・連立政権発足（11日）◆京都市・梅小路水族館を許可（14日）

機関に該当しない特別養護老人ホームの医務室での処方せんの発行を可能にした上で、調剤については公的医療保険を適用すべきと指摘。さらに、利用者や家族の要求に応じて、配置医師ではない保険医が往診できる体制にするよう求めた。

また、介護施設の利用者の目標値を定めた参酌標準は撤廃した上で、2012-14年度の第5期介護保険事業計画から、各都道府県が地域の実情に応じた介護サービスを策定することを提案した。

EPA（経済連携協定）に基づく看護師や介護福祉士の候補者への配慮に関しては、業務に支障がない対応方法について受け入れ施設に調査した上で、試験の問題文の漢字にルビを記載することなどを要求。受験機会の拡大に向けては、現行で年1回の試験回数を増やしたり、在留期間の延長などで対応する必要性を指摘した。

このほか、医療法人や株式会社、NPOなどの特養の運営への参入については、10年度中に可能になるよう要求。常勤換算で2.5人の看護職員の配置を義務付けている訪問看護ステーションの「1人開業」に関しては、配置基準を下回っていても特例でサービス提供が認められている離島などでの実態を踏まえて可能とするよう求めた。（5/7MEDIFAXより）

医療ツーリズムで「機関特区」認証を／成長戦略で国家戦略室

政府の国家戦略室は4月26日、新成長戦略の策定に向け、厚生労働省からヒアリングを行った。政府内で検討が活発化している医療ツーリズムをめぐる、厚労省側が、外国人を受け入れる医療機関を認証する制度の検討や、国際競争力のある医療分野の可視化を提案。国家戦略室側は、医療ツーリズムの推進に向けて規制緩和などを行う医療機関を「機関特区」として認証する制度が必要だと指摘した。

ヒアリングには厚労省から足立信也政務官が、国家戦略室からは津村啓介・内閣府政務官らが出席した。

各省庁からのヒアリングを受け、国家戦略室は今後、新成長戦略の工程表を作成。これを基に省庁や与党とも議論し、6月の閣議決定を目指す。（4/27MEDIFAXより）

福祉医療機構、貸付事業は「存続」／仕分け第2弾スタート

政府の行政刷新会議（議長＝鳩山由紀夫首相）は

4月23日、東京・日本橋の貸会議室で、独立行政法人を対象とした「事業仕分け」の第2弾の作業を始めた。中小企業向けの融資を行う日本政策金融公庫（日本公庫）での一元的取り扱いが論点に浮上していた福祉医療機構の「医療貸付事業」「福祉貸付事業」は、同機構が現状の規模で実施することで決着した。

2つの貸付事業について、行政改革担当部局は▽貸付実績が減少しており、利用者の利便性に配慮した事業の在り方を検討▽政策金融を担うほかの機関に貸付事業を移管することも選択肢之一と論点を提示。取りまとめ担当の寺田学衆院議員（民主）は「一般の金融機関でもできるのではないか」という議論がある一方、特別な事情があり、必要なんだということもある」とし、独立行政法人である福祉医療機構が貸付事業を行うことの妥当性を議論するよう求めた。（4/26MEDIFAXより）

国立病院・労災病院とも「規模を縮減」／事業仕分け

4月23日の行政刷新会議の事業仕分けは、国立病院機構と労働者健康福祉機構の2機構について、事業継続は認めるものの「事業規模を縮減すべき」との結論を出した。仕分け人からは、国病機構に対して本部費の内訳の開示を、労働者健康福祉機構には労災病院の存在意義を問う指摘があった。

（4/26MEDIFAXより）

医薬品総合機構は「継続」「拡充」／事業仕分け

政府の行政刷新会議（議長＝鳩山由紀夫首相）のワーキンググループ（WG）は4月27日、医薬品医療機器総合機構の審査関連業務と安全対策業務に関する事業仕分けを行った。評決の結果、総合機構が両事業を引き続き実施するとして、事業規模については「拡充」との判断を下した。一方で、総合機構の独立性を確保するため、厚生労働省からの現役出向の在り方を見直すよう求めた。

（4/28MEDIFAXより）

B型肝炎訴訟で「和解協議の席に着く」／厚労相談話

長妻昭厚生労働相は5月14日、B型肝炎訴訟に関する談話を発表した。談話では、3月12日に札幌地裁からB型肝炎訴訟の和解協議について検討の打診があったことに触れ、「国として裁判所の仲介の下、和解協議の場で話し合いを進める」とした上で「広

く国民の理解と協力が得られる解決を目指したい」としている。

また、国の肝炎対策については、2009年11月に成立した肝炎対策基本法を受け、B型肝炎の核酸アナログ製剤治療を助成対象に追加するなど、肝炎医療費助成の拡充や診療・検査体制の整備を進めているとした。（5/17MEDIFAXより）

包括化の抗がん剤「出来高に戻すことも検討」 ／長妻厚労相

長妻昭厚生労働相は5月14日の衆院厚生労働委員会で、DPCで包括化された高額な抗がん剤について「必要があれば、出来高払いに戻すことも含めて検討したい」と述べた。古屋範子氏（公明）の質問に答えた。

古屋氏は、2010年度診療報酬改定で包括化された卵巣がんに対する「ドキシル」を例に挙げ、「高額なのに包括払いにして大丈夫か。適切な治療が受けられなくなるリスクを制度的につくっている」と指摘した。（5/17MEDIFAXより）

「公費マイナス、考えにくい」／新高齢者制度で長妻厚労相

長妻昭厚生労働相は5月11日の参院厚生労働委員会で、後期高齢者医療制度の廃止後にスタートする新たな高齢者医療制度について「これから医療費が増大する時に、公費をマイナスにすることは考えにくい」と述べた。小池晃氏（共産）の質問に答えた。

新制度を検討している高齢者医療制度改革会議で厚労省は、すべての65歳以上の人各市町村国保に加入し、現行の公費負担「75歳以上の医療給付費の約5割」を継続した場合、公費負担が9000億円減るとの試算を示している。小池氏は「公費負担だけが減る制度に合意が得られるのか。公費負担が減る案は論外だ」と述べた。（5/12MEDIFAXより）

月またぎの合算「難しい」／高額療養費で厚労相

長妻昭厚生労働相は4月27日の参院厚生労働委員会で、1カ月単位で算出されている高額療養費について、月をまたいで合算することは「今の時点では、非常に対応は難しい」との考えを示した。津田弥太郎氏（民主）の質問に答えた。

津田氏は「月をまたぐか、またがないかで、医療費の軽減が受けられたり受けられなかったりする。

患者側から見て合理性はあるのか」と指摘。長妻厚労相は「1カ月単位でなければ、どこで区切るか。2カ月にしても、3カ月にしても同じ問題は起こる」とし、基本的にはレセプトの計算は月単位で行われているため、対応は難しいとの認識を示した。

津田氏はさらに「現行制度を基本としつつ、何らかの事後的なフォローを早急に行うべき」と求めた。足立信也政務官は、レセプトの電子化の進展を踏まえて検討する意向を示した。（4/28MEDIFAXより）

診療・介護報酬は同時引き上げ／民主、社会保障の公約素案

民主党の参院選のマニフェストを検討してきた国民生活研究会（会長＝中野寛成衆院議員）は5月7日、社会保障分野の素案をまとめた。医療・介護関連では、同時改定となる2012年度改定での診療報酬・介護報酬の引き上げを掲げたほか、医師養成数を増員して地域医療の担い手として活用する仕組みを創設することなどを盛り込んだ。ほかの2つの研究会の素案と合わせ、党と政府のマニフェスト企画委員会で5月10日から絞り込みや調整を行う。最終的なマニフェストは5月末に政権公約会議（議長＝鳩山由紀夫首相）で決定する。

国民生活研究会の素案は、医療・介護・年金分野を担当した分科会がまとめた▽医療提供体制の整備▽医療の安心・納得・安全▽歯科医療改革▽介護労働者の処遇改善（介護提供体制の整備）▽要介護認定の見直し―など11項目を踏襲した。

医療提供体制の整備では、12年度改定での診療報酬の引き上げを明記。医療スタッフの増員に努める医療機関への財政支援を行うとしたほか、介護報酬との同時改定では医療と介護のすき間を埋め、効率化を行うとした。医療の安心・納得・安全では、医療事故の原因究明・再発防止を図るための体制を整備するとし、すべての診療科を対象とした無過失補償制度の創設をうたっている。

医療分野ではこのほか、新規項目として▽予防接種の見直しやたばこ対策を含む予防医療の推進▽アレルギー・化学物質対策―などを盛り込んでいる。

介護分野では、介護現場で働く人の処遇を改善するために、12年度改定で介護報酬の引き上げを行うとし、新規項目として「介護疲れ」の家族への支援を盛り込んだ。

●「ペイ・アズ・ユー・ゴー原則」明記

素案は、財政健全化への取り組みを強く打ち出し

た。政府が6月に策定する中期財政フレームと財政健全化目標を着実に実行するとし、それらに沿って消費税を含む税制の抜本改革を行うことを提案。恒久的な政策を新規に導入する場合には、別の歳出の削減や増税による恒久財源の確保を義務付ける「ペイ・アズ・ユー・ゴー原則」を採用すると明記した。

11年度から新たに支給される半額分（1万3000円）を現物支給とする方向で調整していた子ども手当については、一部は現金支給として上積みし、残りを現物支給に充てることとした。現物支給と現金支給の割合は明示していない。（5/10MEDIFAXより）

参院選公約、保険外併用療養を拡大／民主・研究会が素案決定

民主党の参院選マニフェストを検討してきた党地域主権・規制改革研究会（会長＝玄葉光一郎衆院議員）は4月28日、国会内で総会を開き、地域主権・規制改革分野の素案を大筋でまとめた。

医療・介護関連では▽保険外併用療養の対象項目拡大▽ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消▽一般用医薬品のインターネット販売規制の緩和▽介護施設の参酌標準の撤廃▽医療ビザなどビザに関する規制緩和の5項目について、規制改革を行うとした。

保険外併用療養の対象項目の拡大では、学会が有効と認めた高度先進医療や未承認薬のコンパッション・ユース（ほかに代替手段がない場合の人道的使用）を追加するなど、対象項目の拡大を検討すべきと指摘した。また、自治体の実情に応じた「介護保険事業（支援）計画」を策定できるよう、介護施設の参酌標準の撤廃を求めた。

研究会は、素案を政府と党の企画委員会に報告。同委員会での検討を経て、政権公約会議（議長＝鳩山由紀夫首相）で5月末にマニフェストを決める。（4/30MEDIFAXより）

混合診療、全面解禁の声は出ず／民主・規制改革研究会

民主党の参院選のマニフェスト作成で規制改革分野を担当する「地域主権・規制改革研究会」（会長＝玄葉光一郎衆院議員）は4月15日、混合診療をテーマに議論を交わした。出席議員からは「基本的には解禁すべきでない」「保険外併用療養の範囲をできるだけ拡大していくべき」などの意見が上がったが、全面解禁を主張する声はなかった。研究会では結論

が出なかったため、次回の会合で再度議論する。

民主党の「適切な医療費を考える議員連盟」の会長を務める櫻井充参院議員は「混合診療の解禁は勘弁してもらいたい。今でも、保険の併用を認めているものがある」と指摘。混合診療を解禁した場合の弊害について「高い言い値の医療費を支払わなければならないなど、さまざまな問題がある」と述べ、国民に公平な医療を提供できなくなる可能性を危惧した。

辻泰弘参院議員も「混合診療は認められていないわけではない。規制の下で認められている」とした上で、「ドラッグラグの解消や治験の推進など改善すべき点は多々あるが、それは現行の制度の中で改善すべき。枠組みをつぶして、大きな意味での国民の利益に反することはすべきでない」と主張した。

元経済産業省職員で茨城1区から選出された福島伸享衆院議員は「私は小泉内閣で混合診療の解禁の旗を振っていた。しかし、混合診療の解禁なんて全部、必要ではないと分かっていた。ほかの医療改革を進めていくため、日本医師会を抵抗勢力にするという戦略上やったこと」と述べ、小泉内閣が混合診療解禁を打ち出した背景を説明。その上で「日医の体制が変わった。今の医師会を抵抗勢力に仕立て上げてやるのが良い道なのか、そうではないのかは政治家として考えなければいけない」と指摘した。

一方、大西健介衆院議員は「自由診療を受けた場合に保険診療部分までが自費扱いになるのは、保険給付を受ける権利の侵害であり、患者の自己決定を奪うもの」と訴えた。ただ、「基本的な考えは（混合診療解禁に反対する議員と）違わないのではないのか。評価療養などで一部保険との併用が認められているので、この範囲を広げてほしいということ」と述べ、現行制度の範囲を拡大してほしいと付け加えた。（4/16MEDIFAXより）

特定看護師は「医師の小間使い」／業務拡大で民主・櫻井氏

民主党の適切な医療費を考える議員連盟（会長＝櫻井充参院議員）は4月23日、総会を開き、今後、議連で取り上げるテーマについて議論した。櫻井会長は議連終了後の会見で「厚労省が進めている特定看護師は医師の小間使いであって、日本看護協会の望んでいる姿ではない。看護師の能力がどういうことであれば一番、発揮できるかを考えていく」と述べ、ナースプラクティショナーの導入も視野に看護

師の業務範囲の拡大について検討していく意向を示した。

このほかに議連で扱うテーマとしては、自治体病院や感染症対策を議論すると説明。感染症対策に関して、櫻井会長は「ワクチンの問題と、肺炎で亡くなる高齢者が増えているので、肺炎の予防を含めた感染症対策をやる。感染症の専門医が足りないという問題もある」と語った。

高齢者の介護問題については「介護療養（病床）の問題だけではなくて、体が動かなくなってきた時からどういう生活をしていったらいいのか。療養病床がいいのか、在宅ならば住宅政策をどうしていくのか。病気になったらどこで診るのか、有床診療所で診るのか、特養とか全体を踏まえて検討していく」と述べ、医療提供体制から住宅整備まで総合的に取り組む考えを示した。（4/26MEDIFAXより）

医療費議連に自治体病院WT／全自病・邊見会長が出席

民主党の「適切な医療費を考える議員連盟」（会長＝櫻井充参院議員）は5月13日、地域医療での自治体病院の役割について検討する「地域医療における自治体病院の役割を検討するワーキングチーム（WT）」を設置した。約40人の議員らが参加した。

この日のWTの初会合では、邊見会長と全国自治体病院開設者協議会の西川一誠会長（福井県知事）が、診療報酬のマイナス改定が続いた影響で自治体病院が厳しい環境にあることなどを説明した。邊見会長は「われわれ自治体病院への理解はおおよそ深まったと認識している」と述べ、今後も率直な意見交換をしていきたいとした。（5/14MEDIFAXより）

脳卒中基本法の制定を／民主党有志が議連結成

民主党の有志議員は4月27日、がんや心臓病とともに日本人の死因の上位を占める脳卒中对策を強化するため「脳卒中对策推進議員連盟」を結成、国会内で設立総会を開き「脳卒中对策基本法」制定を目指すことを確認した。予防に向けた啓発活動や医療体制の充実を図るのが狙いだ。

（4/30MEDIFAXより）

「県境なき医師団」で医師不足解消／自民・マニフェスト原案

自民党は5月14日、夏の参院選に掲げるマニフェスト原案を発表した。地域医療の再生に向けては、

国が1000人体制の「県境なき医師団」を結成し、産科や小児科、救急医療など医師不足が指摘されている診療科や地方の医療機関に対して医師を派遣することを提案。診療科の医師偏在や地域の医師不足の解消に向けて、国が医療機関に医師を供給する方針を示した。

民主党が廃止に向けて検討を進めている後期高齢者医療制度については、対象年齢を65歳以上まで引き下げた上で、被用者保険に加入していた被保険者は、配偶者も含めて今までの保険制度に加入し続けられるよう見直す方針を盛り込んだ。また、高齢者医療制度への公費投入を増やし、国保や協会けんぽ、組合健保などの保険料率の上昇を抑制するとした。

救急医療体制の充実に向けては、ドクターヘリの全国配備を進めると記載。がんや心疾患などの専門医療の提供体制に関しては、地域が求める医療機関を集中的に整備するとした。

医師の負担軽減については、看護師や薬剤師などの医療関連職種を積極的に活用することを提案。看護師不足の解消に向けては、看護職が働き続けられる労働環境の整備や処遇の改善を約束した。

また、調剤報酬を含む診療報酬の大幅な引き上げを明記したほか、社会保障番号・カードの導入に言及。歯科については、労働者への歯科健診の実施を促進するとした。

介護関連では、2012年度の介護報酬改定での大幅な引き上げを約束。その上で、公費負担を増やして介護保険料の上昇を抑制するとした。

人材不足が指摘されている介護従事者については、これまで以上に処遇を改善すると明記。介護施設に入居できない待機者問題の解決に向けては、介護保険の地方負担や参酌標準などを見直した上で、特別養護老人ホーム等を20万床整備する方針を掲げた。

社会保障政策の財源確保に向けては、消費税を全額、年金や医療、介護、少子化対策に充てることを明確にした上で、消費税率の引き上げを含む税制の抜本改正を行うと明記した。（5/17MEDIFAXより）

保険外併用療養「規制の合理化を」／自民版・政策集

自民党は5月14日、党の政策をまとめた「J-ファイル（抜粋）」も公表した。患者が選択できる治療方法の範囲拡大に向けて、先端医療技術を早期に実用化した上で、一定の有効性や安全性が確認された

新規の治療方法と保険診療が併用できるよう規制を合理化する方針を盛り込んだ。

マニフェストの原案で言及しているがん対策に関しては、放射線療法や化学療法の推進を提案。がん登録に重点を置いて早期発見と予防に取り組んだ上で、治療の早期段階から緩和ケアまで総合的な対策を進めるとした。また、女性特有のがん対策については、子宮頸がんと乳がんの無料検診と、子宮頸がんワクチンの公費負担の導入を約束した。

難病対策に関しては、ヒトT細胞白血病ウイルスの感染者を把握するため、全国一律の妊婦健診で抗体検査を実施すると明記。成人T細胞白血病とHAMの患者の診療体制を整備するとした。また、医療費助成の対象となる疾患を増やすよう努めることを盛り込んだ。

このほか、ワクチンの研究開発促進や供給体制の整備などを目指す新たなワクチン政策の確立を提案。近年、増加傾向にあるうつ病患者や慢性期の精神障害者などに対応するため、精神科医療を適切に評価するとした。（5/17MEDIFAXより）

4兆円投入しインフラ整備を／自民・研究会が中間報告

自民党の安心社会研究会は4月13日、社会保障の機能強化に向けて取り組むべき政策をまとめた中間報告案を大筋で了承した。医療・介護分野では、地域医療の充実を目指し、4年間で4兆円を投入して2次医療圏単位でインフラ整備を集中的に実施。各医療圏ごとに100億円を投資して、地域の拠点病院やがんセンターなどを整備する方針を掲げた。

このほか医療・介護分野では、医療従事者の増員などによって急性期医療を強化し、在院日数の短縮を目指す。急性期医療を強化するための財源は、鳩山政権が減額した「地域医療再生基金」を大幅に増額することを提案した。

また、地域包括ケアや訪問介護の充実に取り組み、医療機関の機能分化や施設間の機能連携を推進し、入院患者の早期社会復帰の実現を明記。在宅医療や在宅介護の施設整備については、グループホームや小規模多機能サービスを充実する方針を示した。

これらの施策を実現する財源を捻出するため、社会保障目的税化した消費増税を含む税制改正を実施するとしたほか、財政健全化目標を明示するとした。（4/14MEDIFAXより）

国内供給体制の充実を／自民・ワクチンPTが初会合

自民党の厚生労働部会は4月27日、ワクチンに関するプロジェクトチーム（PT）の初会合を開き、ワクチン行政の問題点について、国立感染症研究所インフルエンザウイルス研究センター長の田代眞人氏を招いて意見を聞いた。同PTの座長には、松本純衆院議員が就任。出席議員からは、国内のワクチン需要量を自国で供給できる製造体制の整備を求める声が上がった。（4/28MEDIFAXより）

PT・OTの喀痰吸引は実施可能／厚労省が通知

厚生労働省は4月30日付で、医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について都道府県などに通知した。「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書を受けて、医療関係職の役割分担を整理し、業務の具体例を示した。理学療法士（PT）、作業療法士（OT）などの喀痰吸引は、実施可能な業務として明記した。

PT、OT、言語聴覚士（ST）、臨床工学技士の喀痰の吸引について「実施できる行為として取り扱う」と明記した。必要な教育・研修を受けて実施することや、医師の指示の下、ほかの職種と適切な連携を図るよう求めた。養成機関や職能団体などで教育内容を見直すことや、研修の実施などの取り組みを進めることも要望した。

作業療法の範囲については、「手工芸を行わせること」だけでなく、移動、食事、排せつ、入浴などの日常生活活動についてのADL訓練も含まれるとした。ほかに▽家事、外出などのIADL訓練▽作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応など職業関連活動の訓練▽福祉用具の使用などについての訓練▽退院後の住環境への適応訓練▽発達障害や高次脳機能障害などに対するリハビリテーションを挙げ、「作業療法士を積極的に活用することが望まれる」とした。

臨床工学技士については、動脈留置カテーテルからの採血を実施可能な行為と明記し、診療放射線技士については、画像診断での読影の補助と放射線検査などについての説明・相談を実施可能とした。管理栄養士と薬剤師の業務についても明記した。

医療ソーシャルワーカーや診療情報管理士、医療クラークなどほかの職種については「効果的に活用することが望まれる」とした。（5/7MEDIFAXより）

在宅推進へ補助を拡大／厚労省、緩和ケア以外も対象に

厚生労働省は2007年度から行ってきた在宅緩和ケア対策推進事業について10年度から対象を拡大させる。従来の緩和ケア対策だけでなく、筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者や在宅リハビリテーション患者も含めた在宅医療全体の体制整備を図る。

在宅医療推進支援事業として▽在宅医療推進支援センター（機能）の設置▽在宅医療推進連絡協議会の設置▽在宅医療従事者研修の実施—に対して補助する。これまでの在宅緩和ケア対策推進事業でも、同様の事業を推進してきたが、がん患者に対する緩和ケアや看取りなどに重点が置かれていた。在宅医療の幅が広がってきたことから対象を拡大する。（5/17MEDIFAXより）

実調の調査方法で改善要望／中医協で鈴木・安達両委員

中医協（会長＝遠藤久夫・学習院大教授）は4月21日、総会を開き、2010年度診療報酬改定の検証項目について議論した。診療報酬改定結果検証部会がまとめた項目を大筋で了承したが、医療経済実態調査（実調）などの調査方法に議論が及び、調査時期や対象医療機関の抽出方法をめぐって診療側委員から改善を求める意見が出された。

遠藤会長は「実調については今後、調査実施小委を立ち上げて諮ることにしている。そのときの議論になる」とした。

再診料や外来管理加算の在り方の検討など、10年度改定の付帯意見の一部は、基本問題小委で検証することになっており、この日の総会では、基本問題小委を早急に開催するよう求める声が上がった。西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「小委を早急に開き、どのような調査をするか考えるべき」と述べた。（4/22MEDIFAXより）

明細書義務化「検証すべき」／中医協委員の嘉山氏

中医協委員で国立がん研究センター理事長の嘉山孝正氏は5月8日、2010年度診療報酬改定で義務化された明細書発行について「医療側の負担もそれほど大きくない半面、患者側もどうでもよいと思っている人が大半だろう」とし、今後、義務化の是非を検証したいと述べた。

嘉山氏は横浜市で開かれた神奈川県保険医協会の

講演会で、明細書発行は、薬害が減るとの支払い側委員の強い要求で実現したが、理念だけで制度化しても実際にメリットがあるかどうかは分からないと指摘。制度の検証が必要と強調した上で「検証の結果、医療側にも患者側にも益がないことが分かることが重要だ」と述べた。（5/11MEDIFAXより）

公費負担、「75歳以上」で9000億円減／厚労省が試算

厚生労働省は4月14日の高齢者医療制度改革会議（座長＝岩村正彦・東京大大学院教授）で、65歳以上の被用者保険の被保険者・被扶養者が①いずれも国保に加入②いずれも被用者保険に加入③被保険者は被用者保険、被扶養者は国保に加入—の3通りとした場合の財政影響に関する試算を示した。給付費の5割に公費を投入する対象年齢を「75歳以上」「70歳以上」「65歳以上」に区分すると、「75歳以上」では公費負担はいずれの場合も9000億円軽減される一方、「70歳以上」「65歳以上」の場合は2000億－1兆3000億円の負担増となる。市町村国保の65歳未満加入者の負担は、いずれも4000億－9000億円増加する。

試算を踏まえ、対馬忠明委員（健保連専務理事）は「対象年齢を75歳以上にすれば、各保険者の負担はそれほど変わらないから良いではないか、という議論には危惧する」とし、公費投入拡大の必要性を主張した。

このほか、65歳以上と20－64歳の国民計8000人と、社会保障などに関する有識者250人らを対象とした新制度に関する意識調査を5月に実施することも了承した。7月に集計し、中間取りまとめに反映させる。9月には3000人を対象に訪問面接調査も実施する。（4/15MEDIFAXより）

「日本モデル」6月にまとめ／厚労省の10年度目標

厚生労働省は4月20日、少子高齢社会の日本モデルの創設などを盛り込んだ2010年度の組織目標を発表した。日本モデルの実現に向け、医療と介護の一体的な改革や、医療サービスを安定的に提供するための施策を推進するとした。厚労省は、6月までに「少子高齢社会の日本モデル」の取りまとめを行う予定としている。

各局ごとに策定した10年4－9月の半期目標では、12年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、医療と介護を一体的に提供する体制整備の検討

を進めるとし「医療・介護に関する国民会議（仮称）」の議論などを踏まえて検討していくとした。

質の高い医療サービスの提供を目指し、医師確保に向けた目標を明確化するため、地域の医師不足の実態把握を行う方針も示した。6月までに調査を実施し、9月までに調査概要を取りまとめて公表する。

「特定看護師（仮称）」制度の導入についても言及。6月までにモデル事業を開始するほか、看護師が実際に行っている行為の実態調査に着手し、9月までに実態調査の結果を取りまとめるとした。

出産育児一時金については「制度に関する議論の場を設け、直接支払い制度の現状・課題や制度の在り方について検討し、11年度以降の制度に反映させる」とした。

長妻昭厚生労働相は、閣議後の会見で「これまで厚労省は、省の目標も取り立てて立てておらず、局の目標も立てていないということだった」と指摘。厚労省の目標について「一言で言うと、生活者の立場に立った信用できる厚労省を目指す」とし、現場の状況を正確に把握する「現状把握能力」を高めていくとした。（4/21MEDIFAXより）

抜本改正へ「ファクトシート」活用／厚労省・予防接種部会

厚生労働省の厚生科学審議会・感染症分科会予防接種部会（部会長＝加藤達夫・独立行政法人国立成育医療研究センター理事長）は4月21日、予防接種法の抜本改正に向けて議論を始めた。厚労省側は、今後の議論に使用する情報収集や整理のため「ファクトシート」の活用を提案。対象疾患については、インフルエンザ菌b型（H i b）や肺炎球菌、ヒトパピローマウイルス（HPV）などによる感染症を挙げた。

ファクトシートは米国ACIP（ワクチン接種に関する諮問委員会）で、対象疾患やワクチンの情報を整理するために利用されている。▽対象疾患の基本的な知見（疾患の特性、疫学状況）▽予防接種の目的、期待される効果▽ワクチン製剤の現状と安全性—などの項目ごとに既存の情報を収集できる。委員からは、シートの項目について「ワクチンを接種する際の対象の適用についても調査項目に挙げてほしい」との意見があった。ファクトシートは国立感染症研究所を中心に、5月末をめどにまとめる。

●国にワクチンビジョンない／神谷氏

部会では「ワクチンの研究開発の促進と生産基盤

の確保」をテーマに有識者からのヒアリングを行った。

国立病院機構三重病院の神谷齊名誉院長は、21世紀の医療は予防を目指しているとした上で、ワクチンは予防医学の中核にあると位置付けた。さらに、日本の「ワクチンギャップ」について「厚生行政に10年先を見据えたワクチンビジョンがなく、国の感染症対策の中でワクチンが軽視された」と指摘した上で、「ワクチン接種率の低さや、開発・臨床応用に充てる資金不足などが解決されれば、ワクチンの臨床的研究開発は進む」と述べた。

このほかの有識者からは、ワクチンの研究開発や生産基盤の確保について「国の戦略的な関与が必要」との意見が出た。

●予防接種推進専門協が要望書

日本ウイルス学会や日本ワクチン学会、日本感染症学会など予防接種関連9学会で組織する予防接種推進専門協議会は4月19日付で、長妻昭厚生労働相に対し、予防接種は国策で実施すべきもので、ワクチンの接種で予防が可能な疾患については原則ワクチンで防ぐべきとする要望書を提出した。4月21日の予防接種部会のヒアリングに出席した同協議会委員長の神谷氏が明らかにした。

（4/22MEDIFAXより）

支払機関の統合「ハードル高い」／支払基金の足利専務理事

厚生労働省の審査支払機関の在り方に関する検討会（座長＝森田朗・東京大大学院教授）は4月22日、社会保険診療報酬支払基金と国保連合会の委員からヒアリングを行った。足利聖治委員（社会保険診療報酬支払基金専務理事）は、公正な審査を担保する独立の第三者機関としての機能などを主張。支部間で査定率に差異があることについては、ワーキンググループを設置するなどして対応しているとした。国保連との審査の統合については「現状ではあまりにハードルが高すぎる」と述べた。

国保連は、飯山幸雄委員（東京都国保連合会専務理事）が説明。国保関係業務のほか介護保険や特定健診などの業務を担っていると特徴を示した。支払基金との審査の統合については「同じルールで行っていることを考えれば、審査については考えられなくもない」とした。

議論では、審査・支払いの手数料も問題となった。基金は事務費単価などを基に手数料を設定してお

り、医科・歯科はオンライン請求が104円、電子媒体請求が108円20銭、紙媒体請求が114円20銭。国保連はコストをレセプト審査件数で割った値を手数料単価として定めている。全国平均は2008年度で68円5銭。これまで、いずれも電子レセプトの推進などで引き下げを行っている。

高田清彦委員（中国電力健康保険組合常務理事）は、両団体のコストなどについて質問し「コストが細かく、明確にされていない。今でも、もう少し手数料が下がるのではないのかと思っている。今後は在るべき姿を議論していくことが必要だ」とした。村岡晃委員（高知市保険医療課長）は「同じ審査をしているのに、これだけコストが違う。分かるように示してほしい」と要望した。

医療側からは、遠藤秀樹委員（日本歯科医師会社会保険委員会委員）が「レセプトの電子化などで審査機関と保険者のメリットが出ていることが分かった。医療機関側のメリットが見えてこない。そういう議論も必要」と注文を付けた。（4/23MEDIFAXより）

国民医療費から「国民保健計算」へ／国際比較で検討開始

厚生労働省は4月26日、「医療費統計の整備に関する検討会」（座長＝廣松毅・情報セキュリティ大学院大学教授）の初会合を開き、経済協力開発機構（OECD）が開発した「国民保健計算の体系」（SHA）の手法に基づいた保健医療支出推計を公的統計とすることについて検討を始めた。国民医療費やSHAの手法について報告が行われた。2010年度中に意見を取りまとめる予定だ。

09年3月に閣議決定された「公的統計の整備に関する基本的な計画」では、今後5年間に講じるべき具体的施策として「医療費に関する統計の国際比較可能性の向上」が掲げられている。

現在、医療費の規模を表す指標として代表的に使われている国民医療費では、正常な妊娠・分娩、産褥の費用や美容整形費などは含まれていない。国民保健計算（NHA）は、傷病の治療に要する医療費だけでなく、健康増進や疾病予防など保健医療に関連して支出された財とサービスの購入のためのすべての金額。SHAは世界的に統一した規格でNHAを推計するため設けられた。

この日は、SHAの手法に基づいて医療費の推計を行っている医療経済研究機構の満武巨裕研究副部

長が、推計の対象となる項目や基準などを説明した。委員からは、NHAと国民医療費の違いや、推計の基礎となるデータなどについて質問が寄せられた。（4/27MEDIFAXより）

国民への情報発信が主軸／厚労省の統合医療PT

厚生労働省の統合医療プロジェクトチーム（PT、主査＝足立信也政務官）は4月26日、2012年度までのPTの進め方について確認した。10年度は実態把握を行うほか、相補・代替医療の技術評価手法の在り方を検討する。以降は、技術評価を行った後、国民に向けて的確な情報の発信を行っていく。

計画では「実態把握」「技術評価」「知見の創出」「情報発信」の4分野に分けて12年度までに実行すべきことを示した。10年度は、国民と医師の統合医療についての実態把握のほか、情報発信についての基本方針・在り方の検討も始めるとしている。11年度には、エビデンスが得られる可能性の高い相補代替医療・統合医療についての技術評価の開始を目標とし、10年度に行った実態把握の結果も公表するとした。12年度はそれまでの結果を踏まえて充実を図っていきたいとしている。

会合では、厚労省など関係省庁を対象に同PTが実施した実態調査の結果が発表された。各省庁が研究課題として助成していた相補・代替医療は51件。うち半数以上を漢方・はり・きゅうが占めた。予算措置を図っていたのは4事業だった。（4/27MEDIFAXより）

難病対策検討チームが初会合／初回は課題の洗い出し

厚生労働省は4月27日、長浜博行厚生労働副大臣が座長を務め、関係部局の課長級を構成員とする「新たな難治性疾患対策の在り方検討チーム」の初会合を開いた。初回は難病対策の課題を洗い出し、検討事項の確認を行った。

難病対策の課題として▽医療費助成▽福祉▽研究の3本柱が挙げられたが、特に医療費助成については、小児慢性特定疾患の対象児が成人になった後の公費負担の問題「キャリアオーバー問題」を指摘する意見や、特定疾患治療研究事業の対象疾患（56疾患）に入っていない難治性疾患の場合は高額療養費制度以外に医療費軽減の仕組みがないことを問題視する指摘があった。受給者や医療費の増加が見込ま

れることから、安定的な財源を確保できる制度構築も課題の1つに挙がった。

今後の検討事項として▽患者に対しての医療費助成（小児慢性特定疾患のキャリアオーバー問題も含む）▽研究事業▽福祉サービス▽就労・雇用支援—などの在り方について制度横断的に議論を進めていく。

厚労省内にすでに設置されている厚生科学審議会・疾病対策部会難病対策委員会との関係について、厚労省は「双方で問題点を出しながら、同時並行で議論を進めていく」としている。

（4/28MEDIFAXより）

生活保護の重複受診で調査／厚労省

厚生労働省社会・援護局は4月27日、生活保護法による医療扶助の診療報酬明細書の点検徹底と緊急調査について、同局保護課長名で都道府県などに通知した。

点検の徹底とともに、向精神薬を処方されている生活保護受給者が重複受診していないかサンプル調査を行うとした。調査は、生活保護の医療扶助を受けている被保護者のうち、精神科に通院している被保護者が対象。該当する被保護者の2010年1月分のレセプトを抽出する。レセプトで同一月に複数の医療機関で向精神薬が処方されていないか調べる。調査で不適切な受療行動が確認された場合は福祉事務所等で指導・指示を行う。

点検の結果は5月末日まで、改善状況については7月末日までに報告することを求めた。

（4/28MEDIFAXより）

単価下げ「想定してない」／県単位診療報酬で足立政務官

後期高齢者医療制度の創設を盛り込んだ「高齢者の医療の確保に関する法律」に、都道府県で異なる診療報酬を設定できると明記されていることについて、足立信也厚生労働政務官は、4月14日の衆院厚生労働委員会で「1点単価を切り下げるとは、全く政府としては想定してない」と述べ、地域によって報酬単価を変える考えはないと説明した。高橋千鶴子氏（共産）の質問に答えた。

一方で、足立政務官は「平均在院日数や効率的な運営などの評価は当然ある」と指摘。「在宅医療への支援などの方向性について、合理的に充実を進めていくことを評価することはあるだろう」と述べた。

（4/15MEDIFAXより）

国の借金882兆円／過去最大を更新

財務省は5月10日、国債や借入金などを合計した「国の借金」が2009年度末現在で882兆9235億円となり、前年度末比で36兆4265億円増加したと発表した。景気低迷による税収減と歳出の拡大で普通国債発行額が増えたことから2年ぶりに増加し、過去最大を更新した。4月1日時点の推計人口（1億2739万人）で割ると、1人当たりの借金は約693万円になる。

社会保障は景気刺激に有効か／財政審、議論再開

2009年9月の政権交代後、休止状態だった財政制度等審議会（財務相の諮問機関）は4月26日、総会を開き、約1年ぶりに議論を再開した。まずは、社会保障充実が景気に好影響を与えるか、経済専門家の立場から検証する。会長には、西室泰三東京証券取引所グループ会長に代わり、吉川洋東大大学院教授を選出した。

菅直人副総理兼財務相は会合の冒頭、「経済成長と財政健全化を両立する道筋を見いだす議論をしてほしい」とあいさつした。

自民党政権下での財政審は、学者や産業界など幅広い分野の有識者で構成。年2回、建議（意見書）を提出し、予算編成に大きな影響を与えていたが、「政治主導」を掲げる鳩山政権では、「在り方を見直す」として開催を見送っていた。今後は、委員を財政や経済を専門とする学者などに限定し、専門的な立場から政策効果の分析や論点整理などを担う。

（4/27MEDIFAXより）

高齢者医療は国が県主体で／市長会が各党に公約化要望

全国市長会（会長・森民夫新潟県長岡市長）は4月27日、後期高齢者医療制度廃止後の新制度は市町村単位ではなく、国または都道府県が担うことを各党が参院選公約に盛り込むよう求める要望書をまとめた。

高齢者医療の運営主体を市町村単位にすれば現場が混乱すると指摘。国、都道府県から市への権限・財源の移譲や、子ども手当の制度設計に市の意見を反映することも求めた。（4/30MEDIFAXより）

子宮頸がん集団接種開始／大田原市で、全額助成

栃木県大田原市で5月13日、小学6年の女兒を対

象に子宮頸がん予防ワクチンの集団接種が始まった。費用は市の全額助成で、日本産科婦人科学会などによると、公費による集団接種は、大田原市以外には聞いたことがないという。

市によると、最初の集団接種が実施されたのは市立金丸小学校で、事前に保護者や児童への説明会も実施。現在、集団接種の対象女児の約99%が希望している。

子宮頸がんはヒトパピローマウイルス（HPV）が原因で発症。性交渉を通じて感染するため、予防には若年層へのワクチン接種が有効とされる。

【共同】（5/17MEDIFAXより）

日医連、民主・安藤氏を推薦／自民・西島氏は「支援」に

日本医師会の政治団体である日本医師連盟（委員長＝原中勝征・日医会長）は5月11日、執行委員会を開き、参院選比例代表の組織内候補として、前執行部時代に推薦を決めた西島英利参院議員（自民）の推薦を取り下げ、病院団体が推す民主党新人の安藤高朗氏の推薦を決めた。ただ西島氏は「支援」の位置付けとし、都道府県の医師連盟が独自に西島氏を応援することは容認した。原中委員長は、政権与党との関係を重視して推薦は民主党候補1人とするものの、候補者は一本化せずに、西島氏の推薦を決めている各都道府県の意向にも配慮するという折衷案を採用した。また、みんなの党の清水鴻一郎元衆院議員も「支援」とした。

日医連の集票力は、故・武見太郎会長時代の120万票から徐々に下がり続け、前回2007年の参院選では、組織内候補の武見敬三氏が18万6616票で落選した。（5/12MEDIFAXより）

「財源確保に国民負担必要」／原中会長、民主会議に出席

日本医師会の原中勝征会長は4月14日、参院選のマニフェスト作成に向けて社会保障政策を議論する民主党の「国民生活研究会」に出席し、日医の医療政策を提言した。民主党のマニフェストを議論する会議に、日医会長が呼ばれるのは初めて。会議は非公開で、原中会長は終了後、記者団に対し「国の基本になるのは税収。逃げない方がよいと提案した」と述べ、社会保障の財源を確保するため、税の議論は避けられないと指摘した。

民主党が4年間は上げないと主張している消費税

について、原中会長は「消費税という具体的な名称は出なかった。ただ私はいろいろな税金があるだろうと思うので、国家財政のためには、ある程度、国民の負担が必要ではないかと申し上げた」と述べた。

原中会長は会議の中で、日医が考える医療政策9項目を提案した。提出資料によると、医療費の引き上げや、医療・介護への公費の投入、市場原理主義からの決別などを主張した。（4/15MEDIFAXより）

医師会と学会で第三者機関を／総合医認定で国保中央会

国保中央会は4月19日、会内の「総合医体制整備に関する研究会」がまとめた報告書を公表した。総合医の認定機関として、日本医師会や関連学会などで構成する第三者機関の設置などを提言している。今後、医師になる人に加え、臨床経験のある医師についても認定ルートを確立する必要があるとし、これまでの活動実績などを踏まえた「柔軟な認定を行うことが求められる」とした。一定期間経過後の認定更新も「望ましい」としている。

具体的な総合医の教育・育成システムとして、2年間の初期臨床研修修了後、3－6年にわたる「専門研修」の一環として位置付けることを提案した。総合医の専門研修は、病院と診療所による「研修施設群」で行われる必要があるとし、特に診療所での研修については6カ月以上、同一の診療所で実施されることが望ましいとした。

一方、臨床経験のある医師の認定条件については▽地域住民によく見られる症状に幅広く対応▽初期診療に対応し、ほかの専門的な医療機関などを適切に紹介▽住民・患者と継続的な関係を維持▽住民・患者の疾病予防や健康づくり—の4つの役割に沿った形で設定されることが望ましいとし、「1人の医師が4つの役割をすべて果たせることが理想」とした。ただ、当面の間は「地域的な取り組みやグループとしての対応、ほかの総合医との協力連携の状況なども加味」する必要があるとした。

報告書では、診療所の総合医の活動として▽都市部▽地方都市部▽農村部▽過疎地・離島など—の地域分類で、役割を整理。都市部では「複数の総合医が1人1人の持ち味を生かしながら、グループ診療の形で住民にサービスを提供することも考えられる」とする一方、過疎地・離島では「1人の総合医が、求められる役割や活動すべてを担う必要がある」とし、本来、病院が担うべき救急医療なども「ある

程度、担わなければならない」とした。

●必要数、人口1000人当たり0.6－1.0人

総合医の必要数については、諸外国の状況に疾病分類別の患者数などを加味し「おおむね人口1000人当たり0.6－1.0人が必要」と推計した。また、「これからの医療のイメージ」として、住民があらかじめ日ごろ受診する医師を決めておき、ほかの専門医の受診や入院は、その医師の紹介によるものとするなどの考えも盛り込んでいる。

報告書は、近く厚生労働省に提出するほか、日医など関係団体にも送付する予定。

（4/20MEDIFAXより）

第三者機関による専門医制へ前進／専認機構

日本専門医制評価・認定機構（専認機構）は5月6日の社員総会で、学会ごとの専門医認定を改め、第三者機関が専門医を認定する新たな専門医制度の基本設計案を了承した。新たな専門医制度は、2009年の総会で提言案が提示されたが合意に至っていなかった。この日の議論では、目立った反発はなく、「2階建て」の専門医制度の実現へ第一歩を踏み出した。

●「基盤専門医」「診療領域専門医」の2階建て

提言案は09年5月の総会で、専認機構の専門医あり方委員会から「専門医制度の基本設計に関する提言案」として提示された。今回の設計案は、提言案を引き継ぐ内容。基本領域の医師を「基盤専門医」として認定し、その上で基本領域と密接に連携した専門領域の医師を「診療領域専門医」として認定する2階建ての仕組みを取り入れる。現在、専認機構では内科学会や外科学会など18団体を基本領域の学会、呼吸器学会やアレルギー学会など26学会をSubspecialty（サブスペシャルティ）の学会としている。

新たな制度では、第三者機関が専門医を認定する。第三者機関には、専門医制度の標準化や認定を担う「専門医評価認定部門」と、研修プログラムや研修施設の標準化などを担う「プログラム評価認定部門」を設置する。また、診療領域の専門性、地域性、後進育成などを考え、認定すべき専門医の適正数を将来的に明示するとした。（5/7MEDIFAXより）

前期高齢者交付金、1565億円過大交付／支払基金

社会保険診療報酬支払基金は4月26日、2008年度

の前期高齢者交付金について、980自治体に1565億円を過大に交付し、740自治体で1119億円の不足が生じたことを明らかにした。各自治体の過大分や不足分は、10年度の交付金（総額2兆7210億円）で調整する。

前期高齢者交付金は、65－74歳の医療費負担を各保険制度で調整するため、08年度に導入された。支払基金が健保組合や協会けんぽから納付金を徴収し、国保を運営する市区町村に交付している。

（4/27MEDIFAXより）

国保法改正「誠に遺憾」／健保連が声明

後期高齢者医療制度の支援金に総報酬割を一部導入することを盛り込んだ国保法等改正案が5月12日の参院本会議で可決、成立したことを受けて、健保連の平井克彦会長は、「原案どおり可決、成立したことは誠に遺憾」とする声明を発表した。

拠出金負担の大きい保険者への財政支援の継続・充実や、高齢者医療制度の再構築に向けた公費負担の充実などの付帯決議が参院でなされたことについて「（法案修正を求める活動が）一定の成果を得たものと考えている」とし、「政府に対しては、われわれの主張を今後の政策立案に反映することを求めたい」とした。（5/13MEDIFAXより）

「無診察リハビリ」で実態調査へ／リハ病院・施設協会

外来通院リハビリテーションで、医師の診察を受けずに、リハビリ治療を行うだけで、再診料とリハビリ報酬を算定する、いわゆる「無診察リハビリ」問題について、日本リハビリテーション病院・施設協会（浜村明徳会長）は5月14日に開いた理事会で、実態把握に乗り出す方針を決めた。

無診察リハビリ問題は、すでに診療報酬の返還命令を受けている事例が出ている。

今回の診療報酬改定で明細書の発行が義務付けられたことで、患者側から「医師の診察を受けていないのに再診料が付いている」との質問を受けるケースも出てきている。同協会では、今回の診療報酬改定でリハビリ全体の点数が一定の評価を受けていることから、違法請求の根絶にリハビリ医療界全体の結束を求める構えだ。

今回の無診察リハの実態調査では①外来通院によるリハビリサービスを実施しているかどうか②外来通院リハビリの1日平均患者数③患者1人1日当た

り平均リハビリ実施単位数④通院リハビリ実施患者の疾患別リハビリの割合について⑤医師の診察の実施状況⑥医師の診察とリハビリの実施時間の関係—などを盛り込む。（5/17MEDIFAXより）

高齢者制度の公費負担拡充を／経団連など4団体

経団連、連合、全国健康保険協会、健保連の4団体は4月27日、「高齢者医療制度の再構築に向けて」と題する要望書を長妻昭厚生労働相に提出し、新たな高齢者医療制度での公費負担の拡充などを求めた。4団体として初めて要望書を提出するのは初めて。各団体の代表者らが厚生労働省を訪れ、長浜博行副大臣に要望書を手渡した。

厚労省の高齢者医療制度改革会議の中間まとめや参院選などを前に提出した。主に「高齢者医療制度に対する公費負担の拡充」と「地域保険と被用者保険の維持と発展」を求めた。

公費負担の拡充では、現在の高齢者医療制度について「このままでは現役世代は過重な負担に押しつぶされてしまう」と危惧した。新たな制度では、公費負担の拡充と安定財源を確保する道筋を示すことを求めた。改革が実現されるまでの間は、被用者保険の各保険者に対する財政支援の継続と拡大を要望した。

地域保険と被用者保険については「それぞれが加入者の特性に応じた保険者機能を発揮する制度体系が最善」と主張。保健事業や医療費適正化などの事業は「被用者保険の各保険者が職域の基盤を最大限に活用し、事業主と従業員の協力の下、効率的な運営に努めることが重要」とした。「将来にわたり、国保と被用者保険の両者が共存する制度体系を維持し、地域と職域、それぞれの保険者機能を生かしつつ発展させていくことを要望する」とまとめた。

（4/28MEDIFAXより）

消費税10%に／経団連の成長戦略

日本経団連は4月13日、「豊かで活力ある国民生活を目指して」と題する成長戦略を正式に発表した。社会保障の安定財源確保に向け、消費税率を2011年度から2%ずつ上げて早期に10%とするよう提言。20年代半ばには最低でも欧米諸国並みの10%台後半にする必要があるとした。

この日は経済同友会も高齢化を見据えた「長寿立国」などを柱とする成長戦略を発表した。両団体と

も成長を続けるアジアの活力を取り込むことを提案。政府は6月をめどに成長戦略や中期財政フレームをまとめる予定で、経済界の主張の反映を強く求めていく考えだ。

経団連の成長戦略は、消費税率の引き上げとともに、所得税の各種控除の見直しも提言。低所得者層には生活必需品の消費税定額還付などで負担軽減を図るとしている。一方で企業の国際競争力維持のためとして法人税の実効税率を国際水準の30%に引き下げることがを要請している。社会保障・税共通番号の早期導入も求めている。

【共同】（4/15MEDIFAXより）

7割を税、3割が自己負担／同友会、75歳以上の高齢者制度

経済同友会の医療制度改革委員会は4月22日、高齢者医療制度の改革などを盛り込んだ「抜本的な医療制度改革への提言」を発表した。持続可能な医療制度を目指し、現役世代からの支援金に頼らない高齢者医療制度の構築などを提言している。

会見した高須武男委員長（バンダイナムコホールディングス会長）は「日本の医療制度の最大の難点は、世代間の不公平感。賦課方式で若い世代からお金が回ってきているが、若い世代には自分の将来がどうなるのかという不安がある」とし「受益と負担の明確化が、制度の中にはっきりあるべき」と指摘した。

提言では、75歳以上を対象とする高齢者医療制度を設け、財源の7割を税、3割を自己負担とすることを提案。74歳以下を対象とする公的保険制度については、財源の7割を保険料、3割を自己負担とし、75歳以上を対象とする高齢者医療制度への支援金拠出は行わないとした。

医師不足などへの対応策も提言した。短期的な対応として、看護師などのコメディカルの業務範囲を拡大し、医師の業務の一部を行えるようにする必要があると指摘。ナースプラクティショナー（診療看護師）の導入などを例に挙げた。中期的には「家庭医」を含む専門医の育成制度を整備していく必要があるとした。

このほか▽経済連携協定に基づく看護師・介護福祉士候補者の受け入れ体制の改善▽株式会社による医療機関への参入規制の緩和・撤廃—なども提言している。（4/23MEDIFAXより）

医療、環境で対日輸出増を／米国務次官補

米国のフェルナンデス国務次官補（経済・エネルギー・ビジネス担当）は5月14日午前、東京都内で記者会見し、5年で輸出倍増を目指す米国の「国家輸出構想」に関し、医療や環境エネルギー、農業などが対日輸出増の対象分野になるとの見通しを示した。

フェルナンデス氏は「高齢化の進展で、医薬品や医療機器などへのニーズが高まっている」と述べ、特に医療分野での対日輸出の増加に期待感を示した。【共同】（5/17MEDIFAXより）

介護保険編

末期がんの介護、迅速な対応を／厚労省が事務連絡

厚生労働省老健局は4月30日付で、末期がんなど、心身の状況が急激に変化する可能性のある人に対し、要介護認定や介護サービスの提供を迅速に進めるよう求める事務連絡を自治体にあて発出した。

保険者が必要と認めた場合、要介護認定の判定結果が出る前でも「暫定ケアプラン」を作成し、介護サービスの提供を開始できると明記。迅速な対応を徹底するよう求めた。また、一部の保険者では、末期がんの人から要介護認定の申請があった場合、認定調査を実施するなど迅速に対応していると紹介。申請者の状況を踏まえ、早急な要介護認定の実施を求めた。

末期がん患者の入院中、医療機関とケアマネジャーが連携して退院後の介護サービスを調整した場合、診療報酬上と介護報酬上で評価されることも紹介。医療と介護の切れ目ないサービス提供の必要性を強調した。

末期がんなど身体の状態が急速に変化する場合、要介護認定などに時間がかかると介護サービスを適切に利用できない場合があるとの指摘が上がっていたため、迅速な対応をあらためて依頼した。

（5/7MEDIFAXより）

処遇改善交付金、申請率が微増／厚労省調査

長妻昭厚生労働相は4月27日、閣議後の会見で、介護職員の賃金を月額1万5000円程度引き上げる目

的「介護職員処遇改善交付金」の申請率は、3月末時点で全国平均82%だったと発表した。2009年12月末時点の全国平均から2ポイント増加した。

（4/28MEDIFAXより）

特養の基準、地域主権大綱に／原口総務相

特別養護老人ホームの人員配置基準や居室基準について、原口一博総務相は4月19日、参院の総務委員会と内閣委員会の連合審査で「夏にまとめる地域主権戦略大綱の中にしっかりと組み込みたいと考えている」と述べた。古川俊治氏（自民）の質問に答えた。

一方、医療分野の地方分権に関して、山井和則厚生労働政務官は連合審査で「国民がある一定以上のレベルの周産期医療や救急医療、小児医療をしっかりと受けていけるようにしなければいけない。どこまでを都道府県に任せられるのか、また、国がリーダーシップを取るべきところはどこなのか。そのことについて議論している」と述べるにとどめた。

（4/20MEDIFAXより）

介護保険、公費で財源確保を／1000万人の輪が政策討論会

国民の立場から介護保険制度に対する提言などを行う「介護保険を持続・発展させる1000万人の輪」（共同代表＝樋口恵子氏ら）は4月10日、政党との政策討論会を開いた。出席した議員の多くが、2回の介護報酬引き下げなど、財源不足を背景とする制度改定の結果、介護保険制度にさまざまなひずみが生じていると指摘。介護従事者の処遇改善や、保険料率上昇の抑制のため、公費負担を拡大して財源を確保する必要があるとの意見が相次いだ。

民主党の山崎摩耶衆院議員は、介護職員の処遇改善に向け賃金を月額4万円引き上げるという民主党の公約について「介護報酬に乘せるという話もあるし、交付金の話もある。トータルで4万円ということで今、議論している」と説明。介護職員処遇改善交付金の対象職種を広げるかどうかも含めて、合計4万円の賃上げに向け議論しているとした。ただ、財源については「どう生み出すかは本当に大きな課題」と指摘。日本の社会保障の現状は「子どもにも障害者にも介護保険にも、もっと（財源が）必要という水準にある」とした。

辻元清美国土交通副大臣は「無駄な公共事業など、箱物から人へということで、その最前線の国土交通

省にいます。予算を切り倒して無駄を1つでもなくし、厚生労働省にお金を運んでいる」と説明。「介護の現場で働いている人たちの賃金を、少しでも上げる方向に変えていく。介護にかけていく税金も上げる方向に変えていく。とにかく方向を変えていくということをこの半年間やってきた」と振り返った。その上で、介護保険制度の財源について「国の負担分の25%をまず30%に引き上げるということを、ワンステップとしてできたら」と述べた。

公明党の山下栄一参院議員は、公費負担について「5割負担では間に合わない」と指摘。日本共産党の高橋千鶴子衆院議員も、介護保険の公費負担割合を現行の50%から、2012年には60%に上げるべきとした。（4/13MEDIFAXより）

調査・データ編

10年版白書／「本格的な高齢社会」10人に1人が75歳以上

政府は5月14日の閣議で、「2010年版高齢社会白書」を決定した。09年の高齢化率が22.7%に達し、10人に1人が75歳以上となるなど『「本格的な高齢社会」となっている」と指摘。高齢者の孤立防止に向け、官民協働によるネットワークづくりや元気な高齢者の「支え手」としての活用などの重要性に言及している。

白書では、会話頻度が「2～3日に1回」以下の人や、友人との付き合いを「あまりしていない」「していない」の人が、高齢者全体では1割程度だが、高齢単身世帯や健康状態の悪い人、経済状態の苦しい人に限ると2～3割程度となるなど、「社会的孤立」の状況を紹介している。

こうした状況が「孤立死」や高齢者による犯罪の増加につながる可能性も指摘した。その上で、改善に向けた取り組みを進めていくために「住民、ボランティア、NPOなどの民間と地方自治体や専門家が良好な『協働』関係を築くこと」が重要とし、行政とNPOなどの「得意分野」を組み合わせた対応の必要性に言及している。

さらに、60歳以上で「困っている世帯を手助けしたい」としている人が8割に上る一方、実際に「手助けしている」人は3割にとどまっている調査結果

を紹介し、「孤立した高齢者への支援は、元気な高齢者の『出番』」と位置付け、支え合い活動のリーダーとなる人材の発掘、養成が重要とした。

このほか「自分は健康」と感じている60歳以上の人の割合が64.4%で、米国、フランス、ドイツ、韓国と比べ高い一方、医療サービスを「月に2、3回」以上利用する高齢者の割合は、ほかの4カ国と比べて高いとする調査結果も盛り込んだ。また、介護保険サービスを受給した高齢者は10年1月で約383万人に達していることや、「介護を頼みたい相手」としてホームヘルパーなどを挙げる人の割合が増えていることにも言及している。（5/17MEDIFAXより）

自治体立の一般病院、赤字が6割超／08年度経営管理指標

厚生労働省の2008年度「病院経営管理指標」報告書によると、自治体立の一般病院で経常利益が黒字となった病院は36.1%で、6割以上が赤字経営となっている。黒字病院は07年度の25.1%に比べて11.0ポイント増加したが、医業利益のマイナス幅が大きく、依然として苦しい経営状況にあることが明らかになった。医療法人立の一般病院で黒字となったのは69.3%で、07年度に比べて2.3ポイント減少した。

一般病院の黒字病院比率を開設者別に見ると、医療法人が69.3%、社会保険関係団体が45.9%、その他公的が39.6%、自治体が36.1%となった。開設者別に見た一般病院の医業利益率は、医療法人が1.2%、自治体がマイナス18.3%、社会保険関係団体がマイナス1.9%、その他公的がマイナス2.1%となり、自治体では、07年度に比べてマイナス幅が3.7ポイント拡大していた。自治体で医業利益が落ちたにもかかわらず、黒字の病院が増えた理由には他会計からの繰入金が増加が影響していると見られる。

開設者別の人件費比率は医療法人が53.3%、自治体が64.8%、社会保険関係団体が52.8%、その他公的が51.5%と自治体との差が見られた。職員1人当たりの人件費は医療法人が624万3000円であるのに対し、自治体は779万4000円と高かった。

医療法人立病院の医業利益率の推移を病院種別に見ると、一般病院で低下傾向が続き、療養型病院でも低下が見られた。精神科病院は低下傾向が続いていたが08年度に上昇し、ケアミックス病院も上昇傾向が見られた。黒字病院の比率では、療養型病院以外のすべての病院種別で低下が見られた。

（5/10MEDIFAXより）

医療安全の相談9万件超／支援センター08年度実績

厚生労働省は4月20日、医療についての相談・苦情などを受け付けている医療安全支援センターの業務実績を公表した。2008年度の対応件数は都道府県に設置されたセンターが5万5391件、保健所設置市と特別区に設置されたセンターが4万982件だった。浜田昌良氏（公明）への答弁書で示した。

同センターは医療法に基づき、都道府県や保健所設置市などで設置が進められている。医療についての相談や苦情などへの対応のほか、センターの運営方針や地域での医療安全推進の方策などを検討する医療安全推進協議会の開催などを業務としている。09年12月時点で都道府県に設置されたセンター64カ所、保健所設置市と特別区に設置されたセンター25カ所が協議会を立ち上げている。

厚労省はセンター未設置地域での設置の働き掛けと支援事業を充実していきたいとしている。（4/21MEDIFAXより）

未収金、損金処理が大幅増／09年度厚労省委託調査

医療機関の未収金の損金処理が大幅に増加していることが、5月7日に厚生労働省が発表した2009年度医療施設経営安定化推進事業の「08年度病院経営管理指標」の調査報告書で分かった。08年度末の損金処理額は06年度末に比べて34.0%増加していた。損金処理が増加する中で、08年度末の未収金額は医療収益の約2%を占めており、未収金問題の深刻さがあらためて浮き彫りになった。

●1件当たりの未収金額も増加

1医療機関当たりの未収金額の平均は06年度末が6281万円、07年度末が5974万円、08年度末が5965万円とほぼ横ばいだった。一方、損金処理額は06年度末で433万円、07年度末が501万円、08年度末が581万円と増加傾向にあり、結果的に医療機関の負担が増加していることが明らかになった。08年度末では未収金額に占める損金処理額の割合が9.7%に上っていた。

また、1件当たりの未収金額が1万6911円（06年度末）から、1万8570円（08年度末）に増加していた。

●回収努力は電話督促が3割

医療機関の回収の取り組みについては「電話督促」が30.4%と最も多かった。次いで「文書催促（一般

文書）」が29.4%、「訪問」が18.4%となった。「裁判所による支払催促」は2.8%、「債権回収業者の利用」は2.2%にとどまった。

未収金の回収対応の履歴管理は84.9%の医療機関が行っていた。一方、未収金の回収対応策を検討する会議を開催していた医療機関は43.1%と半数以下だった。

同報告書は病院の経営状況などを調査し、指標として公表することで病院の経営改善の参考にすることが目的。厚労省医政局が調査を委託している。09年度は未収金の問題にも焦点を当てた。医療機関に調査を実施し、医療法人1030病院、公的病院603病院の計1633病院から有効回答を得た（有効回答率22.9%）。（5/10MEDIFAXより）

健康問題の自殺者微増／09年自殺者概要・警察庁

警察庁は5月13日、2009年中の自殺者の概要を公表した。自殺者の総数は3万2845人で08年に比べて596人（1.8%）増加した。原因・動機別では「健康問題」が最多の1万5867人で、「介護・看病疲れ」による自殺者も285人に上った。

健康問題が原因・動機とみられるのは08年に比べて714人（4.7%）の増となった。健康問題の詳細な原因・動機では、「うつ病」が6949人と最も多く、「身体の病気」が5226人、「統合失調症」が1394人、「その他の精神疾患」が1280人となった。「薬物乱用」63人、「アルコール依存症」336人、「身体の障害の悩み」337人などとなった。

原因・動機を年代別に見ると、うつ病は30代から60代まで幅広い年代で多く、身体の病気は60代以上の高齢者で多かった。統合失調症は30代で最も多く、20代ではうつ病に続いて多かった。「介護・看病疲れ」が原因とみられるのは、60代が最も多く91人だった。

自殺者全体では、50歳代が6491人で最も多く、次いで60歳代（5958人）、40歳代（5261人）、30歳代（4794人）となった。性別では、男性が2万3472人で全体の約7割を占めた。（5/14MEDIFAXより）

09年の医療事故届け出数3割減／警察庁まとめ

2009年の警察への医療事故の届け出は152件で、08年に比べて約3割減となったことが5月12日、警察庁のまとめで分かった。09年の届け出のうち、年内に検察庁に送致・送付した件数も2件にとどまり、過去10年間で最も少なかった。

08年の届け出件数は226件だったことから、09年は74件の減少となった。届け出総計の中には解剖の結果、死因が病死と判明するなど医療行為との因果関係が認められなかったケースも含まれている。

届け出の端緒は被害者や遺族、担当弁護士ら被害関係者からの届け出が30件。医師、看護師、事務長ら医療関係者からの届け出が116件。報道記事から情報を入手したなどその他が6件だった。

（5/13MEDIFAXより）

09年の救急出動、前年比で微増／消防庁が速報、新型インフル影響も

総務省消防庁は4月16日、2009年中の救急出動件数の速報を公表した。出動件数は512万2247件で、09年に比べて2万5153件（0.5%）の増となった。新型インフルエンザ感染疑いの患者への出動件数が1万6728件で、件数増加に影響を与えた。

全国の803消防本部のうち、出動件数が増加した消防本部は405本部（50.4%）、減少した消防本部は393本部（48.9%）、増減がなかったのは5本部（0.6%）だった。

増加した理由を複数回答で聞いたところ、「高齢の傷病者の増加」が最も多く54.6%で、「新型インフルエンザ疑いの傷病者の増加」が31.4%、「不適正利用者の増加」が9.9%となった。減少した理由では「一般市民への救急自動車の適正利用などの広報活動」が最も多く68.7%で、「頻回利用者への個別指導と毅然たる対応」が20.1%などとなった。

搬送人員は468万1815人で、前年に比べて3179人（0.1%）の増となった。新型インフルエンザの感染疑いによる救急搬送人員は1万7352人で、新型インフルエンザの影響を除くと、救急搬送人員は前年に比べて減少する計算となる。（4/19MEDIFAXより）

医療ツーリズム、国内で認知度低く／マナー・待ち時間懸念

健診や診療を目的として来日する外国人を日本国内の医療機関で受け入れる「医療ツーリズム」に対する日本人の認知度は低く、外国人が受診することによる待ち時間の延長や外国人のマナーを懸念している人が多いことが、経済産業省の国際メディカルツーリズム調査事業の報告書で分かった。政府は、6月に策定する新成長戦略に医療ツーリズムの促進策を盛り込むために検討を加速させているが、日本人患者への影響を小さくし、受け入れに対する不安

を払拭することも課題となりそうだ。

調査は、今後の医療ツーリズムの可能性などを検討するため、2010年2～3月、国内の医療機関で外国人患者24人を受け入れ、人間ドックなどの健診を実施。受け入れ医療機関を訪れた日本人患者ら441人にアンケートを行った。

調査結果によると、日本人のアンケートで「医療ツーリズム」という言葉を知っていた人は6%にとどまり、「初めて聞いた」と答えた人が77%に上った。

医療機関が外国人を受け入れることに対する不安を尋ねたところ、29%が「外国人のマナー」と答え、「待ち時間が長くなる」とした人が26%。外国人患者の受け入れにあたっては、日本のマナーに従って健診や治療を受けることを事前に依頼することや、待ち時間に影響が出ないようにすることを望む声が多かったほか、言語面での問題や院内体制の不備を指摘する意見もあった。

ただ、こうした点に留意し、日本人患者への影響がないようにすれば「医療ツーリズムを推進すべき」と答えた人は62%に上り、報告書は「外国人患者の受け入れ体制を十分に構築し、日本人患者への影響を小さくすれば、通院している医療機関で医療ツーリズムを推進することを肯定的にとらえている日本人患者が多いと見られる」との見方を示している。

一方、国内の医療機関で健診を受けた外国人でアンケートに回答した20人のうち75%が「日本でまた健診を受けたい」と回答。医療サービスの質や内容で日本を渡航先に選んだ人が半数に上った。再び日本で健診を受けたい理由としては「医療技術のレベルが高い」（中国人）、「最新の機器を使った正確な診察を受けることに信頼できる」（韓国人）などが挙げられた。報告書は「外国人顧客に対しては、特に医療の質・内容に訴求したプロモーションが有効」と指摘している。（5/17MEDIFAXより）

電子請求件数、医科で8割超え／4月請求分

社会保険診療報酬支払基金は5月13日、医科医療機関からの電子レセプト請求件数が4月請求分で全体の8割を超えたと発表した。施設数ベースでも医科診療所では6割を超え、歯科医療機関と薬局を含めると5割以上が電子請求となった。

医科医療機関の電子請求件数の割合は、400床以上の病院が99.2%、400床未満の病院が96.9%、診療所が76.0%で、合計では81.7%となった。ただ、病院はいずれの規模も95%以上がオンライン請求となって

いるのに対し、診療所のオンライン請求の割合は37.2%、電子媒体が38.7%と、ほぼ半々の状況だ。

医科の施設数ベースでは、病院はいずれも9割以上が電子請求をしているほか、診療所も62.2%（オンライン請求29.8%、電子媒体請求32.4%）に達した。歯科医療機関と薬局も含めると電子請求の割合は51.5%（オンライン請求37.4%、電子媒体請求14.1%）となった。（5/14MEDIFAXより）

「一定年齢以上の独立保険」が7割／高齢者制度で市長会調査

全国市長会は4月14日、新たな高齢者医療制度の制度設計について会員市に聞いた調査結果を発表した。新たな高齢者医療制度の姿について「一定年齢以上の独立保険方式とする案」にすべきという回答が全体の約7割に上った。

同会は最終的な姿として「国、または都道府県を保険者とし、すべての国民を対象とする医療保険制度への一本化」を求めている。実現のための第1段階として新たな高齢者医療制度の姿を聞いた。

結果は、「一定年齢以上の独立保険方式とする」が最も多く67.7%、次いで「一定年齢以上でリスク構造調整を行う」が15.1%となった。財政調整を行う対象年齢については65歳以上が最も多く74.2%、70歳以上は12.9%だった。運営主体については「都道府県」が83.9%を占めた。

高齢者の医療費に対する財政負担については約半数の56.1%が「国庫負担割合をさらに拡大」と回答したが、「現行の後期高齢者医療制度と同一の方式（保険料＋現役世代からの支援金＋公費）」の回答も40.1%に上った。新制度導入に伴う国保財政の赤字補てんについては82.8%が「国が補てんする」と回答した。

調査期間は2010年2月15日から同25日。同会の国民健康保険対策特別委員会の委員市など95市に調査票を送り、Eメールで回答を求めた。回答率は98%。（4/16MEDIFAXより）

看護職員の7割超が慢性疲労／医労連が労働実態調査

医労連は4月26日、「看護職員の労働実態調査」の中間報告を発表した。調査は、都道府県医労連などを通して、病院や診療所、介護施設で働く看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）を対象に実施し、2万7545枚の有効回答を集計した。73.5%の看

護職員が「翌日に疲れが残る」「いつも疲れている」と回答し「慢性疲労」の状態にあることが分かった。また、「健康不安」は61.8%に上った。

医労連中央執行委員会の田中千恵子委員長は調査結果に対して、看護職員が過重労働で厳しい状況にあるとの認識を示した上で「夜勤や残業、勤務間隔に規制が必要。辞めない職場づくりをしていかなくてはならない」とした。

1年前と比較した仕事量は「大幅に増えた」が26.7%、「若干増えた」が36.4%で合わせて6割を超えたほか、約9割が時間外労働に従事していた。

休憩時間が「きちんと取れている」と答えたのは、日勤で23.9%、準夜勤で11.8%、深夜勤で17.2%、2交代勤務で16.7%となり、特に準夜勤では休憩時間が「全く取れていない」が6.9%、「あまり取れていない」が44.1%となった。

3年以内に仕事上のミスやニアミスを起こしたことがあるとの回答は86.9%だった。医療・看護事故が続く大きな原因として何が考えられるかを尋ねたところ、「慢性的な人手不足による医療現場の忙しさ」が84.9%で、「交代制勤務による疲労の蓄積」の32.7%、「看護の知識や技術の未熟さ」の31.0%と続いた。

現場の忙しさは健康実態にも大きな影響を与えており、疲れの回復具合について「疲れが翌日に残ることが多い」が51.2%、「休日でも回復せず、いつも疲れている」が22.3%となり、看護職員の73.5%が「慢性疲労」の状態にあることが分かった。また、健康状況では「健康に不安」と「大変不安」が合わせて61.8%に上った。

●セクハラ16.3%、パワハラ25.6%

ハラスメントの実態についても調査した。看護職員の16.3%が「セクハラを受けることがある」と回答。相手は患者が62.7%、医師が22.5%となった。「パワハラを受けたことがある」は25.6%で、相手は看護部門の上司が43.0%、医師が30.3%、患者が10.6%、同僚が8.2%となった。（4/27MEDIFAXより）

医療・社会保障運動 トピックス

混合診療の原則解禁、断固反対／保団連

保団連は、長妻昭厚生労働相や枝野幸男行政刷新担当相、大塚耕平内閣府副大臣（規制改革担当）らに対して「混合診療」の原則解禁に断固反対する要望書を提出した。提出は4月22日付。

保団連は要望書の中で、「混合診療」の原則解禁で保険外診療が拡大・固定化し、患者負担が増大すると指摘。新しい医療技術や新薬、治療材料が公的保険の対象ではなく保険外診療の対象として固定化されれば、公的保険の給付範囲が縮小しかねないと主張した。その上で、安全性・有効性が確立され普遍性のある医療については速やかに公的保険の対象とし、先端医療を含む安全性・有効性が確立されていない研究的な医療は国費の科学研究費で給付することを求め、「今急がれているのは混合診療の解禁ではなく、保険診療の抜本的拡充への転換」だとした。（4/26MEDIFAXより）

他施設受診時の減額、撤廃を／保団連

保団連は4月19日、病院有床診療所対策部会（安藤元博部長）名で、2010年度診療報酬改定で改正された出来高病棟入院患者の他医療機関受診時の取り扱いについて、緊急改善を求める書面を、長妻昭厚生労働相と中医協委員あてに送った。

10年度改定では、出来高病棟の入院患者が他医療機関を受診した場合と、特定入院料等算定病棟の入院患者が、包括点数に含まれない診療について他医療機関を受診した場合は、受診日の入院基本料を30%減額するとともに、受診先の医療機関では診療情報提供料を除く医学管理や在宅医療、投薬、注射などの費用は算定できないことにした。

保団連は「受診先の医療機関の医師の専門的な技術料を不当に削減するとともに、入院患者への専門的な医療を制限するもので、断じて容認できない」

と批判。入院医療機関が必要を認めて情報提供をした上で他医療機関を受診することに対して制限を設けるべきではないと主張し、入院基本料の減額を行わないことや、特定入院料等算定病棟で実施できない医学管理などは、受診先医療機関で算定できるようにすることなどを求めている。

（4/21MEDIFAXより）

指導・監査の是正勧告を／歯科医師ら、日弁連に要請

保団連理事などを務める歯科医師の成田博之氏らは4月28日、地方厚生局が保険医に対して実施する指導・監査について、選定理由を明かさないうまま実施するなど不合理な点があるとし、厚生労働省など関係諸機関に是正を勧告するよう求める要請書を、日本弁護士連合会・人権擁護委員会に提出した。

成田氏は、厚労省内で会見し「指導・監査は徹底した非公開の下、運営や決定がされている。選定理由や評価根拠、不利益処分を受ける根拠などが、一切公開されない」と指摘。指導・監査の実施体制を見直す必要があるとした。（4/30MEDIFAXより）

生活保護の老齢加算復活などを求め院内集会／社保協・支援する全国連絡会

生存権裁判を支援する全国連絡会は生活保護の老齢加算の復活を求め、4月21日に、中央社保協との共催で「後期高齢者医療制度廃止、生活保護の老齢加算復活、お年寄りを大切にする政治を求める院内集会」を開催し、全国の原告、弁護団など132人が参加した。

集会では、保団連・住江憲勇会長が中央社保協代表委員として主催者挨拶を行い、各地の原告、弁護団が次々と発言した。生存権裁判をめぐる母子加算の復活を求めた裁判については、その復活を受けて、4月1日、厚労省と基本合意が取り交わされ、終結した。しかし、同時に廃止された老齢加算は廃止されたままとなっており、裁判が続いている。

記事文末に（MEDIFAXより）と記載しているものは、契約に基づき株式会社じほう発行の「MEDIFAX」より転載・一部改変を許諾されたものです。

資料1

チーム医療推進会議(第1回)資料

チーム医療推進会議 2010年5月12日

厚生労働省が5月12日に開催した、「チーム医療推進会議」の初会合で配付された資料。チーム医療を推進するため、厚労省では「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、議論を深めてきた。3月19日には検討会の報告書がまとまり、そこでは①看護師への包括的指示要件の明確化、②チーム医療を推進する医療機関を認定する仕組みの検討一などが提言されている。

同会議は、この提言を受け、①チーム医療を推進する医療機関の認定の在り方、②チーム医療を推進するための看護師業務の在り方の一の2点を検討するために設置されたもの。

初会合となったこの日は、議論の進め方や、看護業務実態調査、モデル事業について厚労省案が示された。

(別紙)

太田 秀樹	全国在宅療養支援診療所連結会 事務局長
小川 彰	全国医学部長病院長会議 会長
北村 善明	日本放射線技師会 会長
堺 常雄	日本病院会 会長
坂本 すが	日本看護協会 副会長
島崎 謙治	政策研究大学院 教授
永井 良三	東京大学大学院医学研究科 教授
中山 洋子	日本看護系大学協議会 会長
半田 一登	日本理学療法士協会 会長
藤川 謙二	日本医師会 常任理事
藤本 晴枝	NP0 法人地域医療を育てる会 理事長
宮村 一弘	日本歯科医師会 副会長
山本 信夫	日本薬剤師会 副会長
山本 隆司	東京大学大学院法学政治学研究科 教授

資料1

チーム医療推進会議 開催要綱

1. 趣旨
- 「チーム医療の推進について」(平成22年3月19日 チーム医療の推進に関する検討会取りまとめ)を受け、様々な立場の有識者から構成される会議を開催し、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行う。
2. 検討課題
- チーム医療を推進する医療機関の認定の在り方について

○ チーム医療を推進するための看護師業務の在り方について

○ その他
3. 構成員
- 会議の構成員は、別紙に掲げる有識者とする。ただし、必要に応じ、関係者の出席を求めることができる。
4. 運営
- 本会議の庶務は、厚生労働省医政局で行う。
- 議事は公開とする。

資料3

今後の検討の進め方（案）

1. 検討方針

具体的方策の実現に向けた詳細な検討を行うためのWGを設置。会議は、各WGの報告を踏まえ、検討を実施。

- (1) チーム医療認定検討WG
 - ① チーム医療を推進する医療機関の認定基準
 - ② チーム医療を推進する医療機関の認定主体
 - ③ その他
- (2) チーム医療推進のための看護業務検討WG
 - ① 一般の看護師の業務範囲
 - ② 「特定の医行為」の範囲
 - ③ 特定看護師（仮称）の要件
 - ④ 特定看護師（仮称）の養成課程の認定基準
 - ⑤ その他

(3) その他

2. 当面の検討スケジュール

- 5月下旬 「チーム医療推進のための看護業務検討WG」を設置
→ 6月以降、「看護業務実態調査」（8月中に取りまとめ予定）及び「モデル事業」を実施
- 6月中 「チーム医療認定検討WG」を設置
- ～11月 各WGにおいて詳細な検討を実施
- 12月中 各WGにおける検討結果を踏まえ、一定の結論を取りまとめ

資料2

報告書の提言に対する厚生労働省の対応について

報告書の提言	厚生労働省の対応
1. 看護師の役割の拡大 (1) 包括的指示の積極的な活用 「包括的指示」の成立要件を明確化。 (2) 看護師の実施可能な行為の拡大・明確化 「診療の補助」として実施することができるとする行為の範囲を拡大する方向で明確化。そのために必要な看護業務に関する実態調査や試行等を早急に実施。 (3) 行為拡大のための新たな枠組みの構築 一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（仮称）が、幅広い医行為（特定の医行為）を実施できる新たな枠組みを構築。特定の医行為の範囲や特定看護師（仮称）の要件を決定するため、医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的な調査・検討を実施。	○ 看護業務実態調査を実施（平成22年度厚生労働科学研究費補助金事業により実施予定）。 ○ 専門的な臨床実践能力を有する看護師の養成に際し取り組んでいる大学院修士課程の募集・実績に関する情報を収集するため、当該課程の関係者等の協力を得てモデル事業を実施。 ○ 看護業務実態調査やモデル事業の結果を踏まえ、チーム医療推進会議において、専門的な検討を実施。
2. 看護師以外の医療スタッフ等の役割拡大 【薬剤師】 ・ 現行制度下で実施できる業務を明確化。 【助産師】 ・ 会陰裂傷の縫合について、安全性の確保の観点から試行・検証を実施。当該結果を踏まえ結論。 【リハビリ関係職種】 ・ 「呼吸等の吸引」を実施可能な行為として明確化。 ・ 「作業療法」の内容を明確化。 【管理栄養士】 ・ 現行制度下で実施できる業務を明確化。 【臨床工学士】 ・ 「喀痰等の吸引」、「留置カテーテルからの採血」を実施可能な行為として明確化。 ・ 「臨床工学技士業務指針」を廃止。 ・ 「臨床放射線技師」 ・ 現行制度下で実施できる業務を明確化。 【臨床検査技師】 ・ 実施可能な生理学的検査を拡大。 【医療クラーク等】 ・ 導入の推進に向けた取組を実施。	○ 薬剤師、リハビリ関係職種、管理栄養士、臨床工学士、診療放射線技師については、本年4月30日に医政局長通知を発出し、各種が実施できる業務を明確化。 ○ 助産師については、平成22年度厚生労働科学研究費補助金事業において、試行・検証を実施。 ○ 臨床検査技師については、関係学会等とともに、実施可能な生理学的検査の拡大の可否を検討中。 ○ 医療クラーク等については、導入を推進するための具体策について検討中。
3. 医療スタッフ間の連携の推進 (1) 医療スタッフ間の連携の推進方策 チーム医療を推進する医療機関等を認定する仕組みを導入すること等を検討。 (2) 公正な第三者機関 多様な医療スタッフから公平な立場で、臨床現場の関係者、医療スタッフ関係者、教育・養成現場の関係者、関係学会等が参加できる検討の場としての第三者機関が必要。	○ チーム医療推進会議において、専門的な検討を実施。

資料4

看護業務実態調査について（素案）

1. 趣旨

- チーム医療の推進に関する検討会報告書（平成22年3月19日取りまとめ）において、看護師の業務範囲の拡大や特定看護師（仮称）が実施する「特定の医行為」の範囲の決定に当たっては、看護業務に関する実態調査を実施し、当該調査結果を踏まえて検討する必要があると提言された。
- 本調査は、当該報告書の提言を受け、現在の看護業務の実態等に関する全国的な調査を実施するものである。（8月中に取りまとめ予定）

2. 調査内容

- チーム医療検討会報告書において「特定の医行為として想定される行為例」として列挙された行為等、一定の行為について、以下の項目を調査。
 - ・ 現在、看護師（認定看護師・専門看護師）が実施しているか否か
 - ・ 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
 - ・ 今後、特定看護師（仮称）制度の創設に伴い、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
- なお、調査対象とする一定の行為については、「チーム医療推進のための看護業務検討WG（仮称）」において選定。

3. 調査対象・方法

- 平成22年度厚生労働科学研究費補助金事業を活用し、以下のとおり調査を実施する予定。
 - ① 医療機関等に勤務する医師・看護師（質問紙調査）

特定機能病院	82施設（100%）
病院（規模別）	1,800施設（20%抽出）
診療所（有床）	600施設（5%抽出）
訪問看護ステーション	500か所（10%抽出）
介護保険関係施設等（老人保健施設等）	500施設（10%抽出）
計	約3,500施設
 - ② 各種団体、関係学会の代表者（聞き取り調査）

資料5

モデル事業について（素案）

1. 趣旨

- チーム医療の推進に関する検討会報告書（平成22年3月19日取りまとめ）において、特定看護師（仮称）の要件については、類似的看護師の養成に取り組みむ大学院修士課程の関係者等の協力を得て専門的・実証的な検討を行った上で決定する必要があると提言された。
- 本モデル事業は、当該報告書の提言を受け、既に類似的看護師の養成に取り組んでいる大学院修士課程の実態・実績に関する情報を収集するため、当該課程の関係者等の協力を得て実施するものである。（実施期間は原則として平成22年度中。）

2. 事業内容

- 以下の条件を満たす修士課程を「モデル事業実施課程」として選定する。
 - ◆ 「特定看護師モデル養成課程」と称すること。
 - ◆ 臨床実践能力を習得する科目（臨床薬理学等）を必修としていること。
 - ◆ 演習・実習科目を必修するとともに、実習場所（病院等）を確保していること。
 - ◆ 教員・指導者に相当数の医師が含まれること。
 - ◆ 実習科目における安全管理体制を整備していること。
- モデル事業実施課程においては、一般的には「診療の補助」に含まれないと理解されてきた行為の実習を実施して差し支えないこととする。

3. モデル事業実施課程の報告事項

- モデル事業の開始当初に、例えば以下の事項についてWGに報告。
 - ◆ 到達目標（分野、実践内容等）
 - ◆ 教育カリキュラム（教育科目、内容、単位数）
 - ◆ 実習施設の概要
 - ◆ 単位認定者・実習指導者の経歴
 - ◆ 単位の認定方法・基準等
- モデル事業の開始後に、その実施状況（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。

はじめに

本検討会は、平成21年8月に、「チーム医療を推進するため、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方等について検討を行う」ことを目的に発足した。以来、11回にわたり、関係者からのヒアリングを行いつつ、検討を重ねてきたが、今般、その結果を報告書としてまとめるに至った。今後、厚生労働省を始めとする関係者がチーム医療を推進していく上で、本報告書を参考とすることを強く期待したい。

チーム医療の推進について (チーム医療の推進に関する検討会 報告書)

1. 基本的な考え方

- チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されている。
- 質が高く、安心・安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われる今日、「チーム医療」は、我が国の医療の在り方を変え得るキーワードとして注目を集めている。
- また、各医療スタッフの知識・技術の高度化への取組や、ガイドライン・プロトコル等を活用した治療の標準化の浸透などが、チーム医療を進める上での基盤となり、様々な医療現場でチーム医療の実践が始まっている。
- 患者・家族とともにより質の高い医療を実現するためには、1人1人の医療スタッフの専門性を高め、その専門性に委ねつつも、これをチーム医療を通して再統合していく、といった発想の転換が必要である。
- チーム医療がもたらす具体的な効果としては、①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上、等が期待される。
- 今後、チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、といった方向を基本として、関係者がそれぞれその立場で様々な取組を進め、これを全国に普及させていく必要がある。
- なお、チーム医療を進めた結果、一部の医療スタッフに負担が集中したり、安全性が損なわれたりすることのないよう注意が必要である。また、我が国の医療の在り方を変えていくためには、医療現場におけるチーム医療の推進のほか、医療機関間の役割分担・連携の推進、必要な医療スタッフの確保、いわゆる総合医を含む専門医制度の確立、さらには医療と介護の連携等といった方向での努力をあわせて重ねていくことが不可欠である。

平成22年3月19日
厚生労働省

薬剤の使用等を含めた詳細な診療計画）等の文書で示されていることが望ましい。さらに、「包括的指示」による処置等が適切に実行されたかどうか事後的に検証できるよう、その指示に基づく処置等の内容を記録・管理しておくことが重要である。

（3）看護師の実施可能な行為の拡大・明確化

- 保助 看護法第37条により、看護師は、医師の指示が行うことができることとされている。しかし、法第5条の「診療の補助」として医師の指示が行うことができることとされている。しかし、実施に当たり高度な医学的判断や技術を要する医師の行為については、本来医師が自ら行うべきものであり、「診療の補助」の範囲を超えていることから、たとえ医師の指示があったとしても看護師には行い得ないものと解されている。
- 個々の医師が「診療の補助」の範囲に含まれるか否かについては、当該行為の難易度、看護教育の程度、医療用機材の開発の程度等を総合的に勘案し、社会通念に照らして判断されるものであり、従来、厚生労働省は、折々の状況に応じ「診療の補助」の範囲に関する見解を明らかにしてきた。最近では、平成14年に静脈注射、平成19年に薬剤の投与量の調節等が「診療の補助」の範囲に含まれることを示している。
- もっとも、これら以外の医師の行為についても「診療の補助」の範囲に含まれているかどうかなお不明確なものが多く、その結果、医療現場に混乱を招いているとの指摘がある。また、医療技術の進歩や看護教育の水準の全体的な向上を受けて、看護師が能力を最大限に発揮し得るよう、実施可能な行為の範囲をさらに拡大することが期待されている。
- このため、看護師が「診療の補助」として安全に実施することができる行為の範囲を拡大する方向で明確化することが適当であり、その具体化に必要な看護業務に関する実態調査や試行等を早急に実施すべきである。

（4）行為拡大のための新たな枠組みの構築

- 上記のように、まずは看護師により実施可能な行為の範囲を拡大・明確化する方向で取り組みることが求められているが、さらに、近年、一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師の養成が急速に進みつつあり、その能力を医療現場で最大限に発揮させることが期待されている。
- こうした期待に添え、医療の安全と患者の安心を十分に確保しつつ、看護師の専門性を活かして医療サービスの質や患者のQOLをより一層向上させるためには、看護師により実施することが可能な行為を拡大することと併せて、一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（以下「特定看護師」（仮称）という。）が、従来、一般的には「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一定の医師の（以下「特定の医師」という。「別紙」参照）を医師の指示を受けて実施できる新たな枠組みを構築する必要がある。
- この枠組みの構築に当たっては、特に、「特定の医師の」の範囲や特定看護師（仮称）の

2. 看護師の役割の拡大

（1）基本方針

- 看護師については、あらゆる医療現場において、診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、いわば「チーム医療のキーパーソン」として患者や医師その他の医療スタッフから寄せられる期待は大きい。
- 一方で、近年、看護教育の実態は大きく変化しており、大学における看護師養成が急増するなど教育水準が全体的に高まるとともに、水準の高い看護ケアを提供し得る看護師（（社）日本看護協会が認定を実施している専門看護師・認定看護師等）の増加、看護系大学院の整備の拡大等により、一定の分野に関する専門的な能力を備えた看護師が急速に育成されつつある。
- このような状況を踏まえ、チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、他の医療スタッフと十分な連携を図るなど、安全性の確保に十分留意しつつ、一人の看護師の能力・経験の差や行為の難易度等に応じ、
 - ① 看護師が自律的に判断できる機会を拡大するとともに、
 - ② 看護師が実施し得る行為の範囲を拡大するとの方針により、その能力を最大限に発揮できるような環境を用意する必要がある。
- （2）「包括的指示」の積極的な活用
 - 保健師助産師看護師法（以下「保助看護法」という。）第37条に規定する医師から看護師への「指示」については、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示すること（包括的指示）も可能であると解されているが、「包括的指示」が成立するための具体的な要件はこれまで明確にされていない。
 - 今後、看護師が自律的に判断できる機会を拡大するためには、看護師の能力等に応じ、医師の「包括的指示」を積極的に活用することが不可欠であることから、この際、「包括的指示」が十全に成立するための要件を、例えば以下のように明確化すべきである。
 - ① 対応可能な患者の範囲が明確にされていること
 - ② 対応可能な病態の変化の範囲が明確にされていること
 - ③ 指示を受ける看護師が理解し得る程度の指示内容（判断の標準、処置・検査・薬剤の使用の内容等）が示されていること
 - ④ 対応可能な病態の変化の範囲を逸脱した場合に、早急に医師に連絡を取り、その指示が受けられる体制が整えられていること
 - また、「包括的指示」の実施に当たっては、医師と看護師との間で指示内容の認識に齟齬が生じないよう、原則として、指示内容が標準的プロトコール（具体的な処置・検査・薬剤の使用等及びその判断に関する標準を整理した文書）、クリティカルパス（処置・検査・

設けるなど、専門的な臨床実践能力を十分に確保できるよう配慮する必要があること。

- （ウ） 特定看護師（仮称）の養成課程については、質・量ともに充実した臨床実習（医師等の実務家教員や実習病院の確保等）が可能となるよう配慮する必要があること。

- なお、現在、多くの看護系大学院修士課程において、専門看護師の養成が行われているが、特定看護師（仮称）の新たな枠組みの構築を踏まえ、専門看護師の業務や養成の在り方についても、必要に応じ関係者による見直しが行われることが期待される。

3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

（1）薬剤師

- 医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが、医療安全の確保の観点から非常に有益である。

- また、近年は後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤の幅広い知識が必要とされているが、病棟において薬剤師が十分に活用されておらず、医師や看護師が注射剤の調製（ミキシング）、副作用のチェックその他薬剤の管理業務を担っている場面も少なくない。

- さらに、在宅医療を始めとする地域医療においても、薬剤師が十分に活用されておらず、看護師等が居宅患者の薬剤管理を担っている場面も少なくない。

- 一方で、日本医療薬学会が認定する「がん専門薬剤師」、日本病院薬剤師会が認定する「専門薬剤師」「認定薬剤師」等、高度な知識・技能を有する薬剤師が増加している。

- こうした状況を踏まえ、現行制度の下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、薬剤師が十分に活用されていない業務を改めて明確化し、薬剤師の活用を促すべきである。

【業務例】

- ・ 医師・薬剤師等で事前に作成・合意されたプロトコルに基づき、医師・看護師と協働して薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間の変更や検査のオーダーを実施
- ・ 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について積極的な処方の提案
- ・ 薬物療法を受けている患者（在宅患者を含む。）に対する薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）
- ・ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、薬剤の変更等を医師に提案
- ・ 薬物療法の経過等を確認した上で、前回処方と同一内容の処方方を医師に提案
- ・ 外来化学療法を受けている患者に対するインフォームドコンセントへの参画及び薬学的管理
- ・ 入院患者の持参薬の確認・管理（服薬計画の医師への提案等）
- ・ 定期的に副作用の発現の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤
- ・ 抗がん剤等の適切な無菌調製

要件をどう定めるかが重要となるが、これらの点については、医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的な調査・検討を行った上で決定する必要がある。また、特定看護師（仮称）の養成の状況が不明確な中では、現場の混乱をできるだけ少なくしていくような配慮も必要である。

- したがって、当面、現行の保助看護の下において、医療安全の確保に十分留意しながら、特定看護師（仮称）が特定の医行為を実施することを原則とする内容の試行を行うことが適当である。また、この試行の中で、特定看護師（仮称）以外の看護師によって安全に実施し得ると判断される行為があるかどうかとも合わせて検証することが望ましい。その上で、試行の結果を速やかに検証し、医療安全の確保の観点から法制化を視野に入れた具体的な措置を講じるべきである。

- また、医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」（NP）については、医師の指示を受けて「診療の補助」行為を行う看護師・特定看護師（仮称）とは異なる性格を有しており、その導入の必要性を含め基本的な論点について慎重な検討が必要である。さらに、いわゆる「フィジシャン・アシスタント」（PA）については、看護師等の業務拡大の動向等を踏まえつつ、外科医を巡る様々な課題（外科医の業務負担、処遇、専門医養成システム等）の一環として、引き続き検討することが望まれる。

- なお、一部の委員から、「特定の医行為は特定看護師（仮称）しか実施できないとした場合には、医療現場が混乱するおそれがある」として、特定看護師（仮称）の導入について強い懸念が表明された。

（5）専門的な臨床実践能力の確認

- 特定看護師（仮称）には、その業務の性格に照らし、看護師としての豊富な実務経験とともに、さらに基礎医学・臨床医学・薬理学等の履修や特定の医行為に関する十分な実習・研修が求められる。また、全国的な通用性を確保するためには、実務経験や教育・研修の結果修得した知識・判断力・技術について、公正・中立的な第三者機関による確認も必要である。

- 以上から、特定看護師（仮称）の要件としては、基本的には、①看護師として一定の実務経験を有し、②特定看護師（仮称）の養成を目的とするものとして第三者機関が認定した大学院修士課程を修了し、③第三者機関による知識・能力・技術の確認・評価を受けること、が適当であるが、その詳細については、以下の点にも留意しながら、医療現場や類似の看護師の養成に取り組み大学院修士課程の関係者等の協力を得て専門的・実証的な検討を行った上で決定する必要がある。

- （ア） 実務経験の程度や実施し得る特定の医行為の範囲に①②の修士課程修了の代わり比較的短期間の研修等を要件とするなど、弾力的な取扱いとするよう配慮する必要があること。

- （イ） 一定期間ごと（例えば5年ごと）に能力を確認・評価する仕組み（更新制）や、業務の実施に必要とされる専門性に①②に一定の分野ごとに能力を確認・評価する仕組みを

○ 理学療法士については、呼吸機能が低下した患者に対し、呼吸リハビリテーションの環境として「体位排痰法」(痰が溜まっているところから上になるように姿勢を変えて、重力を利用して喉もとまで痰を移動させる方法)等を実施する際、口の近くまで集めた痰を患者自身が自力で外に出すことができず、吸引が必要となるケースがある。

○ この喀痰等の吸引については、従来、理学療法士法第2条に規定する「理学療法」の範囲に含まれるかどうか明らかなため、理学療法士は実施することができないと考えられてきたが、理学療法の手法である「体位排痰法」等を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、理学療法士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

【作業療法士】

○ 作業療法士については、作業療法士法第2条の「作業療法」の定義中の「手芸、工作その他の作業を行わせること」という文言にとらわれ、医療現場において手芸を行わせる職種といった認識が広がっている。しかしながら、実際には、「その他の作業を行わせること」として、例えば以下のようなリハビリテーションがある。

- ・ 移動、食事、排泄、入浴、家事等の日常生活動作に関するADL訓練
- ・ 発達障害や高次機能障害等に対するリハビリテーション

○ これらのリハビリテーションにおける作業療法士の活用を推進し、作業療法士がチーム医療において十分に専門性を発揮できるよう、作業療法士法第2条の「その他の作業を行わせること」の内容を解釈上明確化すべきである。

○ また、作業療法士についても、食事訓練を実施する際、誤嚥に対応するために喀痰等の吸引が必要となるケースがあるので、食事訓練を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、作業療法士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

【言語聴覚士】

○ 言語聴覚士については、嚥下訓練を実施する際、誤嚥に対応するために喀痰等の吸引が必要となるケースがあるので、嚥下訓練を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、言語聴覚士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

(4) 管理栄養士

○ 管理栄養士については、患者の高齢化や生活習慣病の有病者の増加に伴い、患者の栄養状態を改善・維持し、免疫力低下の防止や治療効果及びQOLの向上等を推進する観点から、傷病者に対する栄養管理・栄養指導の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっていく。

○ こうした状況を踏まえ、管理栄養士の専門性のさらなる活用の観点から、現行制度の下

○ また、医療スタッフそれぞれの専門性を活かして薬剤の選択や使用に関する業務を行う場合も、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定される。このような場面において、薬剤の専門家として各医療スタッフからの相談に応じることができるような体制を整えることも重要である。

○ 今後は、平成24年度から新制度（薬学教育6年制）下で教育を受けた薬剤師が輩出されることを念頭に、医療現場（医師・薬剤師・患者等）における薬剤師の評価を確立する必要がある。その上で、将来的には、医療現場におけるニーズも踏まえながら、例えば

- ・ 薬剤師の責任下における剤形の選択や薬剤の一包化等の実施
- ・ 繰り返し使用可能な処方せん（いわゆるリフィル処方せん）の導入
- ・ 薬物療法への主体的な参加（薬物の血中濃度測定のための採血、検査オーダー等の実施）
- ・ 一定の条件の下、処方せんに記載された指示内容を変更した調剤、投薬及び服薬指導等の実施

等、さらなる業務範囲・役割の拡大について、検討することが望まれる。

(2) 助産師

○ 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。

○ 一般的に正常分娩の範囲と考えられる場合であっても、分娩時に会陰に裂傷が生じるケースがあるが、この会陰裂傷の縫合については、従来、助産師による実施の可否が明確にされておらず、現場においても判断が分かれてきた。会陰裂傷の縫合については、安全かつ適切な助産を行う上で必要性の高い行為であることを考慮しつつ、安全性の確保の観点から、助産師が対応可能な裂傷の程度や助産師と産科医の連携の在り方等について臨床現場での試行的な実施と検証を行い、その結果を踏まえて最終的な結論を得ることが適当である。

(3) リハビリテーション関係職種

○ リハビリテーション関係職種については、患者の高齢化が進む中、患者の運動機能を維持し、QOLの向上等を推進する観点から、例えば、病棟における急性期の患者に対するリハビリテーション（ベッドサイドリハ）や在宅医療における訪問リハビリテーションの必要性が高まるなど、リハビリテーションの専門家として医療現場において果たし得る役割がより大きくなっていく。

○ こうした状況を踏まえ、リハビリテーション関係職種がそれぞれの専門性を十分に活かし、安全で質の高いリハビリテーションを提供できるよう、それぞれ業務範囲の拡大等を行うべきである。また、業務範囲の拡大に当たっては、新たな業務を安全かつ円滑に実施できるよう、追加的な教育・研修等の必要性について検討を行うべきである。

【理学療法士】

において、
・ 一般治療食（常食）については、医師の包括的な指導に基づく食事内容や形態の決定・変更
・ 特別治療食については、医師に対する食事内容や形態の提案（変更の提案を含む。）を行うことができる旨を明確化すべきである。

○ また、患者に対する栄養指導についても、クリティカルパスによる明示等、医師の包括的な指導に基づき、適切な実施時期を判断しながら実施することができ旨を明確化すべきである。

○ さらに、経腸栄養療法を行う際、様々な種類の経腸栄養剤の中から各患者に合わせて選択・使用する必要があるところ、管理栄養士の専門性を活かし、経腸栄養剤の種類の選択・変更等を医師に提案することができ旨を明確化すべきである。

（5）臨床工学士

○ 臨床工学士については、近年、医療技術の進歩による医療機器の多様化・高度化に伴い、その操作や管理等の業務に必要とされる知識・技術の専門性が高まる中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっており、その専門性を活かした業務が円滑に実施できるよう、業務範囲の見直しを行うべきである。また、業務範囲の拡大に当たっては、新たな業務を安全かつ円滑に実施できるよう、追加的な教育・研修等の必要性について検討を行うべきである。

○ 臨床工学士が、患者に人工呼吸器を装着させる際、気道の粘液分泌量が多くなるなど、適正な換気状態を維持するために気管挿管チューブ内の喀痰等の吸引が必要となるケースがある。この喀痰等の吸引については、昭和63年に厚生労働省が発出した「臨床工学士業務指針」において、「吸引の介助」の実施が可能である旨は明らかにされているものの、「吸引」の実施の可否については明確にされておらず、臨床工学士は実施することはできないと考えられてきたが、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、臨床工学士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

○ また、臨床工学士が、人工呼吸器を操作して呼吸療法を行う際、血液中のガス濃度のモニターを行うため、既に動脈に留置されたカテーテルから採血を行う必要がある。この留置カテーテルからの採血については、臨床工学士制度の創設当初（昭和63年）に厚生労働省が発出した「臨床工学士業務指針」において、安全かつ適切な業務の実施を確保する観点から、臨床工学士は行ってはならない旨業務指針として示されている。しかしながら、制度が十分に成熟し、臨床現場における臨床工学士に対する評価が定まってきた現在の状況にかんがみれば、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であること、臨床工学士の技術の高度化を考慮し、臨床工学士が行い得る行為として明確化すべきである。

○ なお、「臨床工学士業務指針」については、臨床工学士制度の施行当初は安全かつ適切な業務実施を確保する観点から、厚生労働省が業務指針を示す必要性は高かったと考え

られるが、制度施行から20年以上が経過し、十分に制度が成熟した現状においては、職能団体や関係学会の自主的な取組によって、医療技術の高度化等に対応しながら適切な業務実施が確保されるべきである。こうした観点から、当該業務指針については、廃止も含め、今後の取扱いを検討すべきである。

（6）診療放射線技師

○ 診療放射線技師については、医療技術の進歩により悪性腫瘍の放射線治療や画像検査が一般的なものになるなど、放射線治療・検査・管理や画像検査に関する業務が増大する中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっていく。

○ こうした状況を踏まえ、診療放射線技師の専門性のさらなる活用の観点から、現行制度の下、例えば、画像診断等における読影の補助や放射線検査等に関する説明・相談を行うことが可能である旨を明確化し、診療放射線技師の活用を促すべきである。

（7）臨床検査技師

○ 臨床検査技師については、近年の医療技術の進歩や患者の高齢化に伴い、各種検査に係る業務量が増加する中、当該業務を広く実施することができ専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっていく。

○ こうした状況を踏まえ、臨床検査技師の専門性をさらに広い分野において発揮させるため、現在は臨床検査技師が実施することができない生理学的検査（臭覚検査、電気味覚検査等）について、専門家や関係学会等の意見を参考にしながら、追加的な教育・研修等の必要性も含め、実施の可否を検討すべきである。

（8）事務職員等（医療クラーク等）

○ 書類作成等（診断書、意見書、紹介状の作成等）に関する業務量の増加により、医師・看護師の負担が増加しており、一方で、患者側では書類作成までの時間が長期化していることなどへの不満が増大していることから、医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クラーク）を積極的に導入し、医師等の負担軽減を図るとともに、患者・家族へのサービス向上を推進する必要がある。

○ こうした観点から、例えば、医療クラークの量の確保（必要養成数の把握等）、医療クラークの質の確保（認定・検定制度の導入等）、医療機関における医療クラークの導入支援（院内研修ガイドラインの作成）等、導入の推進に向けた取組を実施すべきである。

○ また、医療クラークのみならず、看護業務等を補助する看護補助者、他施設と連携を図りながら患者の退院支援等を実施する医療ソーシャルワーカー（MSW）、医療スタッフ間におけるカルテ等の診療情報の共有を推進する診療情報管理士、検体や諸書類・伝票等の運搬業務を担うポーターやメッセンジャー等、様々な事務職員を効果的に活用することに

- ◆ 特定の疾患（がん、糖尿病・高血圧・高脂血症等の生活習慣病等）に対する取組として、複数の医療スタッフが連携して患者の治療や生活習慣の改善に当たるチームを組織
- ◆ 地域横断的な取組として、病院・診療所（医師）、歯科診療所（歯科医師）、訪問看護ステーション（看護師）、薬局（薬剤師）、保健所（保健師等）、介護保険事業所（ケアマネジャー）等が退院時カンファレンスに参加するなど、在宅医療・介護サービスにおける役割分担と連携を推進
- ◆ 周産期医療における取組として、院内助産所・助産師外来の設置や周産期医療ネットワークにおいて地域の助産所との連携体制を構築することにより、産科医と助産師の間で、正常分娩の助産業務を自立して実施できるという助産師の専門性を活かした役割分担と連携を推進

（2）医療スタッフ間の連携の推進方策

- こうしたチーム医療の実践を全国に普及させるためには、各医療スタッフの専門性を活かした安全で質の高い医療を提供し得る環境を整えていることが社会的に認知される仕組みや、その質の高さが適正に評価される仕組みなど、医療機関に何らかのインセンティブが存在する必要がある。一方、患者・家族にとっても、こうした医療機関の存在が十分に情報提供され、医療機関を選択する際の有用な情報を容易に入手することができるような環境が整備されることが望ましい。
- こうした観点から、チーム医療の実践に必要とされる事項について、一定の客観的な基準を設けるとともに、当該基準を満たしている安全かつ良質な医療を提供し得る医療機関が社会的に認知・評価されるような新たな枠組みを構築する必要がある。
- 具体的には、例えば、チーム医療を行う体制が整えられているかどうか、チーム医療を行う設備が整備されているかどうか、チーム医療の具体的な活動が行われているかどうか、といった基準に基づき、公正・中立的な第三者機関においてチーム医療を推進する医療機関等として認定する仕組みを導入すること等を検討する必要がある。
- なお、認定基準の策定に当たっては、今後、医療現場の関係者等の協力を得ながら、医療現場の実態を踏まえた上で、安全性の確保など様々な観点から専門的な調査・検討を行った上で決定する必要がある。
- また、チーム医療を推進する医療機関等として認定されたことについて、患者等が医療機関を選択する際の有用な情報として提供することができるよう、医療機関が広告することができるとする事項として位置づけるなど、チーム医療を推進する医療機関等が患者・医療現場から広く認知されるような仕組みを検討すべきである。
- さらに、チーム医療を推進するために必要なコストや、チーム医療の推進によって提供可能となる医療サービスの質の高さ等、種々のエビデンスについて、公正・中立的な第三者機関の協力を得ながら的確に検証・把握するとともに、必要に応じ、財政支援や診療報酬上の措置等の対策を検討すべきである。

より、医師等の負担軽減、提供する医療の質の向上、医療安全の確保を図ることが可能となる。こうした観点から、各種事務職員の導入の推進に向けた取組（医療現場における活用状況の把握、業務ガイドラインの作成、認定・検定制度の導入等）の実施を検討すべきである。

（9）介護職員

- 地域における医療・介護等の連携に基づくケアの提供（地域包括ケア）を実現し、看護士の負担軽減を図るとともに、患者・家族のサービス向上を推進する観点から、介護職員と看護職員の役割分担と連携をより一層進めていく必要がある。
- こうした観点から、介護職員による一定の医行為（たんの吸引や経管栄養等）の具体的な実施方策について、別途早急に検討すべきである。

4. 医療スタッフ間の連携の推進

（1）医療スタッフ間の連携の在り方

- 上記のような各医療スタッフの専門性の向上や業務範囲・役割の拡大を活かして、患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、チームとしての方針の下、包括的指示を活用しつつ各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要である。
- 医療スタッフ間の連携・補完については、場面によって様々な取組が考えられるが、具体的には、例えば、以下のような取組が行われている。
- ◆ 各診療科・部門の取組として、手順書やプロトコルの作成により平常時の役割分担や緊急時対応の手順・責任者を明確化するとともに、担当者への教育・訓練、医療スタッフ間における患者情報の共有や日常的なコミュニケーションを推進
- ◆ 院内横断的な取組として、医師・歯科医師を中心に、複数の医療スタッフが連携して患者の治療に当たる医療チーム（栄養サポートチーム等）を組織

【医療チームの具体例】

- ・ 栄養サポートチーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士 等
- ・ 感染制御チーム：医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、臨床検査技師 等
- ・ 緩和ケアチーム：医師、薬剤師、看護師、理学療法士、MSW 等
- ・ 口腔ケアチーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士 等
- ・ 呼吸サポートチーム：医師、薬剤師、看護師、理学療法士、臨床工学士 等
- ・ 摂食嚥下チーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士 等
- ・ 褥瘡対策チーム：医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、理学療法士 等
- ・ 周術期管理チーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、臨床工学士、理学療法士 等

〔3〕公正な第三者機関

- チーム医療を推進する医療機関等について、その水準を検証・評価し、質を確保するとともに、その評価が医療現場においてスムーズに受け入れられるためには、特定の医療スタッフ関係者等による評価システムではなく、医療関係者の幅広い協力を得て運営される客観的かつ公正な評価システムが必要である。
- このため、多様な医療スタッフから公平な立場で、国民の多様な意見を聴取しつつ、臨床現場の関係者、医師・看護師を始めとする医療スタッフ関係者、教育・養成現場の関係者、関係学会等が参画できる検討の場としての第三者機関が必要である。
- なお、特定看護師（仮称）等、チーム医療の推進に必要な人材の検証・評価に関するシステムについても、チーム医療を推進する医療機関等の検証・評価と同様の理由から、公正・中立的な第三者機関が担うべきである。

おわりに

- 本検討会では、医療現場の関係者の方々からヒアリングを行いながら、チーム医療を推進するための具体策について検討を重ね、本報告書を取りまとめたところであるが、厚生労働省においては、本報告書を受け、今後関係者の意見を十分に尊重しながら、各種具体策の実現のために必要な準備に取り組みられることを期待する。
- また、医療技術の進歩や教育環境の変化等に伴い、医療スタッフの能力・専門性の程度や患者・家族・医療関係者のニーズ等が日々変化していることを念頭に置き、厚生労働省においては、今後も医療現場の動向を適切に把握するとともに、必要に応じ各医療スタッフの業務範囲を見直すなど、折々の状況に応じたチーム医療の在り方について、適時検討を行うべきである。
- さらに、各医療スタッフの養成機関、職能団体、各種学会等においては、チーム医療の実現の前提となる各医療スタッフの知識・技術の向上、複数の職種の間での連携に関する教育・啓蒙の推進といった観点から、種々の取組が積極的に進められることを期待する。

【別紙】

特定の医行為として想定される行爲例

「特定の医行為」（従来、一般的には「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一定の医行為であり、特定看護師（仮称）が医師の指示を受けて「診療の補助」として実施。）は、例えば、重篤な合併症を誘発するリスクが低いこと、出血した場合の止血が容易であること、合併症への対処方法等が確立していること、予測し得る副作用が一時的かつ軽度であること等を基準として、以下のような行為が想定されるが、今後、医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的な調査・検討を行った上で決定する必要がある。なお、以下の行為については、専門的・実証的な調査・検討の結果、特定看護師（仮称）以外の看護師であっても安全に実施することができると判断される可能性がある。

チーム医療の推進の観点から、「特定の医行為」の実施に当たっては、薬剤師その他の医療スタッフと相談するなど十分な連携を図ることが望まれる。

◆ 検査等

- ・ 患者の重症度の評価や治療の効果判定等のための身体所見の把握や検査
 - ・ 動脈血ガス測定のための採血など、侵襲性の高い検査の実施
 - ・ Eコー、胸部単純X線撮影、CT、MRI 等の実施時期の判断、読影の補助等（Eコーについては実施を含む。）
 - ・ NRV時の造影剤の投与、カテーテル挿入時の介助、検査中・検査後の患者の管理等
- これにより、救急外来において、必要に応じた検査を実施した上でトリアージを含む初期対応を行うことが可能となり、症状の早期改善、患者の不安解消等、サービスの向上につながるものとなる。

◆ 処置

- ・ 人工呼吸器装着中の患者のウイニング、気管挿管、抜管等
 - ・ 創部ドレーンの除去等
 - ・ 縫合等の創傷処置
 - ・ 褥瘡の壊死組織のデブリードマン等
- これにより、人工呼吸器装着中の患者への対応において、呼吸状態や検査データ等の把握から酸素投与量の調整、抜管の時期の判断、抜管の実施に至るまでの一連の行爲を行うことが可能となり、診療計画の円滑な実施に資することとなる。
- また、創部ドレーンの除去や創傷処置について、患者の身体的状態や療養生活の状況から適切な実施時期を判断して実施することが可能となり、患者のQOLの向上につながるものとなる。
- ◆ 患者の状態に応じた薬剤の選択・使用
 - ・ 疼痛、発熱、脱水、便秘異常、不眠等への対症療法
 - ・ 副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止
- これにより、在宅療養中の患者に対して、必要に応じ検査を実施しながら全身状態

（参考）

チーム医療の推進に関する検討会 委員名簿

（五十音順 / ○：座長）

秋山 正子	ケアーズ白十字訪問看護ステーション所長
有賀 徹	昭和大学医学部救急医学講座教授
井上 智子	東京医科歯科大学大学院教授
海辺 陽子	NPO法人がんと共に生きる会副理事長
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
太田 秀樹	医療法人アスムス理事長
加藤 尚美	日本助産師会会長
川嶋 みどり	日本赤十字看護大学教授
坂本 すが	日本看護協会副会長
朔 元則	国立病院機構九州医療センター名誉院長
島崎 謙治	政策研究大学院教授
瀬尾 憲正	自治医科大学麻酔科学・集中治療医学講座教授
竹股 喜代子	亀田総合病院看護部長
○ 永井 良三	東京大学大学院医学研究科教授
西澤 寛俊	全日本病院協会会長
羽生田 俊	日本医師会常任理事
宮村 一弘	日本歯科医師会副会長
山本 信夫	日本薬剤師会副会長
山本 隆司	東京大学大学院法学政治学研究科教授

を把握した上で必要な薬剤を使用することにより、摂食不良、便通異常、脱水等に対応することが可能となり、在宅療養の維持に資することとなる。

また、術後管理が必要な患者に対して、患者の状態に合わせて必要な時期に必要な薬剤（種類、量）を使用することが可能となり、状態悪化の防止、術後の早期回復等、患者のQOLの向上につながるることとなる。

医政発0430第1号
平成22年4月30日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について

近年、質が高く、安心で安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化や複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われているところである。こうした現在の医療の在り方を大きく変え得る取組として、多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する「チーム医療」に注目が集まっており、現に、様々な医療現場で「チーム医療」の実践が広まりつつある。

このため、厚生労働省では、「チーム医療」を推進する観点から、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日付け医政発第1228001号厚生労働省医政局長通知。以下「局長通知」という。）を発出し、各医療機関の実情に応じた適切な役割分担を推進するよう周知するとともに、平成21年8月から「チーム医療の推進に関する検討会」（座長：永井良三東京大学大学院医学研究科教授）を開催し、日本の実情に即した医療スタッフの協働・連携の在り方等について検討を重ね、平成22年3月19日に報告書「チーム医療の推進について」を取りまとめた。

今般、当該報告書の内容を踏まえ、関係法令に照らし、医師以外の医療スタッフが実施することができ業務の内容について下記のとおり整理したので、貴職におかれては、その内容について御了知の上、各医療機関において効率的な業務運営がなされるよう、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に周知方願いたい。

なお、厚生労働省としては、医療技術の進展や教育環境の変化等に伴い、医療スタッフの能力や専門性の程度、患者・家族・医療関係者のニーズ等も変化することを念頭に置き、今後も、医療現場の動向の把握に努めるとともに、各医療スタッフが実施することができ業務の内容等について、適時検討を行う予定であることを申し添える。

記

- 1 -

1. 基本的な考え方

各医療スタッフの専門性を十分に活用して、患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要である。

実際に各医療機関においてチーム医療の検討を進めるに当たっては、局長通知において示したとおり、まずは当該医療機関における実情（医療スタッフの役割分担の現状や業務量、知識・技能等）を十分に把握し、各業務における管理者及び担当者間においての責任の所在を明確化した上で、安心・安全な医療を提供するために必要な具体的な連携・協力方法を決定し、医療スタッフの協働・連携によるチーム医療を進めるとし、質の高い医療の実現はもとより、快適な職場環境の形成や効率的な業務運営の実施に努められたい。

なお、医療機関のみならず、各医療スタッフの養成機関、職能団体、各種学会等においても、チーム医療の実現の前提となる各医療スタッフの知識・技術の向上、複数の職種の連携に関する教育・啓発の推進等の取組が積極的に進められることが望まれる。

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(1) 薬剤師

近年、医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しているため、医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、チーム医療において薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが非常に有益である。

また、後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤に関する幅広い知識が必要とされているにもかかわらず、病棟や在宅医療の場面において薬剤師が十分に活用されておらず、注射剤の調製（ミキシング）や副作用のチェック等の薬剤の管理業務について、医師や看護師が行っている場面も少なくない。

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

以下に掲げる業務については、現行制度の下において薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知識の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者（在宅の患者を含む。）に対し、薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）を行うこと。
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効

- 2 -

性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。

- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

2) 薬剤に関する相談体制の整備

薬剤師以外の医療スタッフが、それぞれの専門性を活かして薬剤に関する業務を行う場合においても、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定されることから、薬剤の専門家として各医療スタッフからの相談に応じることができ体制を整えることが望まれる。

(2) リハビリテーション関係職種

近年、患者の高齢化が進む中、患者の運動機能を維持し、QOLの向上等を推進する観点から、病棟における急性期の患者に対するリハビリテーションや在宅医療における訪問リハビリテーションの必要性が高くなるなど、リハビリテーションの専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

1) 喀痰等の吸引

- ① 理学療法士が体位排痰法を実施する際、作業療法士が食事訓練を実施する際、言語聴覚士が嚥下訓練等を実施する際など、喀痰等の吸引が必要となる場合がある。この喀痰等の吸引については、それぞれの訓練等を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを踏まえ、理学療法士及び作業療法士法(昭和40年法律第137号)第2条第1項の「理学療法」、同条第2項の「作業療法」及び言語聴覚士法(平成9年法律第132号)第2条の「言語訓練その他の訓練」に含まれるものと解し、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が実施することができる行為として取り扱う。

- ② 理学療法士等による喀痰等の吸引の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた理学療法士等が実施することとするともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、理学療法士等が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、理学療法士等の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進め

ることが望まれる。

2) 作業療法の範囲

理学療法士及び作業療法士法第2条第2項の「作業療法」については、同項の「手芸、工作」という文言から、「医療現場において手芸を行わせること」といった認識が広がっている。

以下に掲げる業務については、理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」に含まれるものであることから、作業療法士を積極的に活用することが望まれる。

- ・ 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
- ・ 家事、外出等のIADL訓練
- ・ 作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- ・ 福祉用具の使用等に関する訓練
- ・ 退院後の住環境への適応訓練
- ・ 発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

(3) 管理栄養士

近年、患者の高齢化や生活習慣病の有病者の増加に伴い、患者の栄養状態を改善・維持し、免疫力低下の防止や治療効果及びQOLの向上等を推進する観点から、傷病者に対する栄養管理・栄養指導や栄養状態の評価・判定等の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

以下に掲げる業務については、現行制度の下において管理栄養士が実施することができることから、管理栄養士を積極的に活用することが望まれる。

- ① 一般食(常食)について、医師の包括的な指導を受けて、その食事内容や形態を決定し、又は変更すること。
- ② 特別治療食について、医師に対し、その食事内容や形態を提案すること(食事内容等の変更を提案することを含む。)
- ③ 患者に対する栄養指導について、医師の包括的な指導(クリティカルパスによる明示等)を受けて、適切な実施時期を判断し、実施すること。
- ④ 経腸栄養療法を行う際に、医師に対し、使用する経腸栄養剤の種類の選択や変更等を提案すること。

(4) 臨床工学士

近年、医療技術の進展による医療機器の多様化・高度化に伴い、その操作や管理等の業務に必要とされる知識・技術の専門性が高まる中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

1) 喀痰等の吸引

- ① 人工呼吸器を装着した患者については、気道の粘液分泌量が多くなるなど、適正な換気状態を維持するために喀痰等の吸引が必要となる場合がある。この喀痰等の吸引については、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要なとなる行為であることを踏まえ、臨床工学技士法（昭和62年法律第60号）第2条第2項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解し、臨床工学技士が実施することができる行為として取り扱う。

- ② 臨床工学技士による喀痰等の吸引の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとするともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、臨床工学技士の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進めることが望まれる。

2) 動脈留置カテーテルからの採血

- ① 人工呼吸器を操作して呼吸療法を行う場合、血液中のガス濃度のモニターを行うため、動脈の留置カテーテルから採血を行う必要がある。この動脈留置カテーテルからの採血（以下「カテーテル採血」という。）については、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを踏まえ、臨床工学技士法第2条第2項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解し、臨床工学技士が実施することができる行為として取り扱う。

- ② 臨床工学技士によるカテーテル採血の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとするともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、臨床工学技士の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進めることが望まれる。

(5) 診療放射線技師

近年、医療技術の進展により、悪性腫瘍の放射線治療や画像検査等が一般的なものになるなど、放射線治療・検査・管理や画像検査等に関する業務が増大する中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

以下に掲げる業務については、現行制度の下において診療放射線技師が実施することができることから、診療放射線技師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 画像診断における読影の補助を行うこと。
② 放射線検査等に関する説明・相談を行うこと。

(6) その他

- (1) から (5) までの医療スタッフ以外の職種（歯科医師、看護職員、歯科衛生士、臨床検査技師、介護職員等）についても、各種業務量の増加や在宅医療の推進等を背景として、各業務の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっていることから、各職種を積極的に活用することが望まれる。

また、医療スタッフ間の連携・補完を推進する観点から、他施設と連携を図りながら患者の退院支援等を実施する医療ソーシャルワーカー（MSW）や、医療スタッフ間におけるカルテ等の診療情報の活用を推進する診療情報管理士等について、医療スタッフの一員として積極的に活用することが望まれる。

さらに、医師等の負担軽減を図る観点から、局長通知において示した事務職員の積極的な活用に関する具体例を参考として、書類作成（診断書や主治医意見書等の作成）等の医療関係事務を処理する事務職員（医療クラーク）、看護業務等を補助する看護補助者、検体や書類・伝票等の運搬業務を行う事務職員（ポーターやメッセージャー等）等、様々な事務職員についても、医療スタッフの一員として効果的に活用することが望まれる。

協会だより（定例理事会要録から）

2009年度 第22回 2010年4月27日

【各担当部報告】**〈総務部会〉**

1. 週間行事予定表の確認
2. 今週の医療情報
3. 文化ハイキング（4月18日）状況
4. 理事者OB会（4月25日）状況

〈経営部会〉

1. 雇用管理相談室開催（4月15日）状況
2. 保団連経税担当事務局小委員会・電話会議（4月16日）状況
3. 保団連近畿ブロック経税担当事務局会議（4月16日）状況
4. 富国生命「保険医年金」営業員研修会出席（4月16日）状況
5. 保団連近畿ブロック共済担当役員交流会（4月17日）状況
6. 傷害疾病保険審査会（4月20日）状況
7. 金融共済委員会（4月21日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 法律相談室（4月15日）状況
2. 医療機関側との懇談（4月20日）状況
3. 医療事故案件調査委員会（4月23日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（4月26日）状況

〈政策部会〉

1. 第4回「福祉国家と基本法研究会」（4月11日）状況
2. 第29回医療制度検討委員会（4月14日）状況
3. 保団連第3回介護保険制度抜本改善対策委員会（4月14日）状況
4. 「社会保障基本法」関連の取り組みの進め方についての打ち合わせ会（4月16日）状況
5. 第2回低炭素のまち・京都をめざす懇談会（4月16日）状況
6. 保団連近畿ブロック公害担当国会議「京都の景観問題」視察会の下見（4月18日）状況
7. 第19回環境ハイキング（4月25日）状況

〈保険部会〉

1. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（4月14日）状況
2. 第6回医事担当者連絡会議（4月15日）状況
3. 保団連『新点数運用Q&A』臨時全体検討会議（4月15日）状況

4. 保団連第二次新点数検討会（4月17日）状況
5. 眼科診療内容向上会（4月18日）状況
6. 第3次新点数検討会（保団連『新点数運用Q&A レセプトの記載』説明会）〈京都市会場〉（4月24日）状況
7. 第3次新点数検討会（保団連『新点数運用Q&A レセプトの記載』説明会）〈宮津市会場〉（4月25日）状況

【各担当部議事】**〈総務部会〉**

1. 前回理事会（4月13日）要録と決定事項の確認
2. 5月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
3. 各部会開催の件
4. 舞鶴医師会との懇談会（4月17日）状況確認の件
5. 会員入退会及び異動に関する承認の件

〈経営部会〉

1. 新しく医療機関に勤められた新入職員のための研修会開催の件
2. 医療法人制度講習会開催の件
3. 新規開業予定者のための講習会開催の件
4. 税務記帳講習会開催の件

〈医療安全対策部会〉

1. 関西医事法研究会のワーキング・グループへの参加の件
2. 医療安全対策部会学習会の開催の件
3. 第270回関西医事法研究会への出席の件
4. 医療事故案件調査委員との懇談会開催の件

〈政策部会〉

1. 第3回保団連理事会（4月18日）状況確認の件
2. 民主党京都府総支部連合会との懇談会出席の件
3. 第5回「福祉国家と基本法研究会」出席の件
4. リハビリ日数制限問題対策会議への出席の件
5. 近畿総決起集会参加の件
6. 保団連近畿ブロック公害担当国会議「京都の景観問題」視察会参加の件
7. 『京都保険医新聞』（第2739号）・『メディーパー京都』第130号（第2740号）合評の件

〈保険部会〉

1. 保団連病院・有床診療対策部会『医療安全義務化等への対応（改訂版）』『届出医療の活用と留意点（2010-2011年版）』検討会議（事務局

小委員会）出席の件

2. 専門医会長との懇談会開催の件
 3. 第634回社会保険研究会開催の件
 4. 保団連『保険診療の手引2010年4月版』事務局編集会議（作業）出席の件
 5. 京都府言語聴覚士会「診療報酬改定についての研修会」への講師派遣の件
- 《以上25件の議事について承認》

2009年度 第23回 2010年5月11日

【各担当部報告】

〈総務部会〉

1. 週間行事予定表の確認
2. 今週の医療情報
3. 第1回保団連組織部会（4月25日）状況
4. 臨時正副理事長会議状況

〈経営部会〉

1. 保団連経税担当事務局小委員会（4月24日）状況
2. 保団連経税部会（4月25日）状況
3. 第2回保団連共済部会（4月25日）状況
4. 富国生命表敬訪問（5月10日）状況
5. 年金普及会員・未入会員訪問（5月10日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談状況
2. 関西医事法研究会のワーキング・グループ（5月8日）状況

【各担当部議事】

〈総務部会〉

1. 前回理事会（4月27日）要録と決定事項の確認
2. 2009年度3月分収支月計表報告状況確認の件
3. 4月度会員増減状況
4. 会員入退会及び異動に関する承認の件

〈経営部会〉

1. 三井生命表敬訪問の件

〈政策部会〉

1. 民主党京都府総支部連合会との懇談会（4月30日）状況確認の件
2. 環境対策委員会開催の件
3. 「新たな福祉国家を実現するために 講演学習会」への出席の件
4. 後期高齢者医療制度問題学習会講師派遣の件
5. 『京都保険医新聞』（第2741・2742合併号）合評の件

〈保険部会〉

1. 2010年4月度国保合同審査委員会（4月20日）状況確認の件
 2. 保険審査通信検討委員会（5月7日）状況確認の件
 3. 徳島県保険医協会「医療安全管理 職員研修会」への講師派遣の件
- 《以上13件の議事について承認》

6月のレセプト受取・締切

基金	9日(水)	10日(木)	労 災	14日(月)
国保	○	◎		◎

※○は受付日、◎は締切日。
受付時間は午前9時～午後5時です。

加入受付中!

保険医年金

この機会に
ぜひご加入下さい!加入申込期間 **6月18日(金)まで** 2010年9月1日付加入予 定 利 率 **1.256%****■月払（満74歳以下の会員）**

1口1万円 30口限度（30万円）

■一時払（満79歳以下の会員で月払に加入している方）

1口50万円 毎回40口（2,000万円）

※手数料との関係で1.256%の利率が続くと仮定して、新たにご加入される月払については4年以上、一時払で2年以上の長期にわたって積立されることをお勧めします。詳しくは、年金パンフレットをご覧ください。

◎普及担当の生保営業員がご説明に伺った際には、ご面談下さいますようお願いいたします。

退職金代わりに
積立ててみませんか?

▼月5口の積立てを…

	掛金累計額		積立額
*15年継続すると	900万円	➡	約 960万円
*20年継続すると	1,200万円	➡	約1,320万円
*25年継続すると	1,500万円	➡	約1,700万円

※積立額は現在の予定利率1.256%で計算しており、将来を約束するものではありません。

ご注意下さい!

現在ご加入の年金を一部あるいは全部解約し、新たにご加入申込みされる場合は
6月10日（木）までに解約書類を協会事務局までご提出下さい。
保険医年金に関するお問い合わせは、京都府保険医協会・経営部会まで。

6月の相談室

医 院 ・ 住 宅 新（改）築	6月9日(水)午後2時～	担当＝坂本建築士
ファイナンシャル	6月17日(木)午後1時～	担当＝三井生命のF C (ファイナンシャルコンサルタント)
法 律	6月17日(木)午後2時～	担当＝筋弁護士
雇 用 管 理	6月17日(木)午後2時～	担当＝本宮社会保険労務士
経 営	6月23日(水)午後2時～	担当＝鴨井税理士

開催日の3日前までに協会事務局へお申込み下さい。30分間無料です。

ジャズを 楽しむ会



オルガンと トロンボーンの魅力

日 時 6月19日(土) 午後6時～8時（開場：午後5時30分）

場 所 ル・クラブ・ジャズ

（中京区三条御幸町西北角 ありもとビル 2階、☎075-211-5800）

角田 浩(org) 吉岡 明美(tb) 井上 弘道(ts) 斎藤 洋平(ds)

参加費 5,000円（フリードリンク・軽食付）

（定員：先着40人・要申込）

※駐車スペースはありませんので、公共交通機関をご利用下さい。

※ご家族・従業員の方の参加も歓迎いたします。

主 催 京都府保険医協会

協 賛 有限会社アミス 京都府歯科保険医協会

終了後セッションタイムあり（8時以降セッションタイムの飲食代は各自負担となります）。楽器を演奏される方はご持参下さい。

憲法漫談

楽しくて
ためになる

地球のすみずみに 憲法の花を

ナオユキさん
（笑工房）



6月27日(日)

午後2時～4時30分 開場1時30分

登録会館ホール

（京都市中京区烏丸通御池上ル）

主催 九条の会アピールを支持する京都医療人の会

お問い合わせ 京都府保険医協会（☎075-311-8888）まで

入場無料 申込不要

定員180人

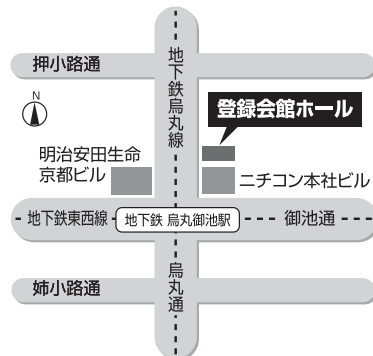
憲法講演会

憲法 25 条の生きる 社会をめざして

— 構造改革、貧困、格差、医療崩壊を
どう克服するか

渡辺 治氏

（一橋大学名誉教授）



協会・アミスでは各種生命保険を取り扱っています。

ご加入をご検討の際にはぜひご連絡ください！

生命保険あれこれ

入院医療費の自己負担にも備える保険

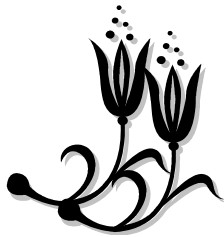
「明日のミカタ」

明治安田生命保険相互会社

「手厚い介護保障」と「充実の医療保障」

**「CARE・ISM
Advance」**

富国生命保険相互会社



様々な人生のリスクにおこたえます

こたえる保険「ベクトルX」

三井生命保険株式会社

安心のゴールキーパーでありたい。

「GK」
（総合収入保障）

三井住友海上きらめき生命保険株式会社
【取扱代理店】

有限会社アミス 京都市中京区壬生東高田町51
TEL075-315-4470 FAX075-321-0056

入院と手術の費用をサポートする終身医療保険

「健康のお守り」

損保ジャパンひまわり生命保険株式会社

【取扱代理店】

有限会社アミス 京都市中京区壬生東高田町51
TEL075-315-4470 FAX075-321-0056



【お問い合わせ先】

有限会社アミス

☎075-315-4470 FAX075-321-0056

京都府保険医協会事務局 経営部

☎075-311-8888 FAX075-321-0056