

医療情報  
ヘッドライン

## 平均寿命、男性81.09歳、女性87.26歳 心疾患死亡確率は男女とも全年齢で上昇

▶厚生労働省

## 保健・医療・介護の連結ビッグデータに 新たな識別子(医療ID)を採用せず

▶厚生労働省 医療等分野情報連携基盤検討会

経営  
TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)(平成30年2月分)

経営情報  
レポート

在宅医療で活かす「特定行為」  
これからの医療を支える看護師の役割

経営  
データ  
ベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:経営ビジョン達成型人事制度  
「病院理念」「経営ビジョン」とは  
経営ビジョン達成型人事制度の構築

医療情報  
ヘッドライン  
①

# 平均寿命、男性81.09歳、女性87.26歳 心疾患死亡確率は男女とも全年齢で上昇

厚生労働省

厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室は、7月20日に「平成29年簡易生命表の概況」を発表した。

平均寿命は男性が81.09歳と前年より0.11年、女性が87.26歳と0.13年上回り、いずれも過去最長を更新する結果となった。

国・地域別で見ると、男性は順位を1つ落として3位になったが、女性は前年に引き続き世界2位をキープしている。

## ■死因別死亡確率はがん、脳血管疾患、肺炎は前年よりもすべての年齢で低下

0歳、65歳、75歳、90歳の死因別死亡確率を見ると、がん（悪性新生物）および脳血管疾患、肺炎は前年よりもすべての年齢で低下し、この3つの死因による死亡確率は男性の0歳および65歳で5割を超えているが、女性ではすべての年齢で5割を下回っている。

この結果が、平均寿命の押し上げを担っていると考えられる。

一方で、心疾患（高血圧性を除く）の死亡

確率は、男女ともにすべての年齢で上昇し、いわゆる三大死因の一角である心疾患対策が、健康寿命延伸の力ギを握ることになる。

心疾患のリスクを高める生活習慣病への対応が、今後より重視されることとなるだろう。

## ■後期高齢者であっても、死因トップ3を克服すればある程度余命が延びるという結果

また、「特定死因を除去した場合の平均余命の延び」、つまり「がんを克服すれば、どのくらい生きられるか」という推計も出されている。着目したいのが、「がん、心疾患および脳血管疾患」を克服した場合の推計である。

0歳で男性6.81年、女性5.61年、65歳で男性5.52年、女性4.50年、75歳で男性4.12年、女性3.69年、90歳で男性1.71年、女性1.89年となっており、後期高齢者となる75歳であっても、死因トップ3を克服すればある程度余命が延びるという結果となった。

厚生労働省では、日本の生命表として「完全生命表」と「簡易生命表」の2種を作成・公表している。

「完全生命表」は国勢調査による人口や人口動態統計による死亡数、出生数（いずれも確定数）をもとに5年ごとに作成しており、前回は昨年3月に公表された。

「簡易生命表」は人口や人口動態統計による死亡数、出生数（概数）をもとに毎年作成し、公表されている。



医療情報  
ヘッドライン  
②

# 保健・医療・介護の連結ビッグデータに 新たな識別子(医療ID)を採用せず

厚生労働省 医療等分野情報連携基盤検討会

厚生労働省は、7月26日の医療等分野情報連携基盤検討会で、保健・医療・介護の連結ビッグデータに新たな識別子(医療ID)を採用しないとした。

被保険者番号を使うことで、医療機関を含め既存のインフラやシステムを有効に活用する方針としている。

## ■「被保険者番号」を用いて既存のシステムを有効に活用する方針を示す

日本は世界に先駆けて超高齢社会に突入しているため、政府は質の高いヘルスケアサービスの提供を重要課題と位置づけている。

そのため、個人の健診・診療・投薬情報を医療機関などの間で共有できる全国的な保健医療情報ネットワークや、健康・医療・介護のデータベースを個人ごとに連結・分析できるようにする仕組みの構築を急いでいる。

そのため、新たな識別子を導入するかどうかは議論の対象となっていたが、新たな識別子を発行する場合には、これを発行・管理するためのシステム構築が不可欠になる。

さらに、医療機関側でもその識別子を管理できるようにシステム改修を行わなければならない。工数もコストもかかるうえ、万全なセキュリティ対策を行うためには大規模なテストも必要になる。

一方で、被保険者番号を活用するのであれば、既存のインフラとシステムをそのまま活



用できるため、二重投資を回避することも可能になるとする。

## ■システムの中で連携的に動く専門職の姿をイメージできるような啓蒙が今後は必要

いずれも現実的な判断であり、連結ビッグデータを早急に活用するためには賢明な選択肢だといえるが、一方で構成員からは、「連結ビッグデータの活用」によって得られるメリットを国民に向けてわかりやすく説明するべきとの意見も相次いだ。

被保険者番号という「見える番号」を用いて、保健・医療・介護のデータを広く共有すべきという点に対する懸念があるためである。

「効率的な医療・介護のため」という目的だけではわかりづらく、こうした懸念に対して、地域包括ケアシステムの必要性を含め、当該システムの中で連携的に動く専門職の姿をイメージできるような啓蒙が、今後は必要になるだろう。

# 介護保険事業状況報告(暫定) (平成30年2月分)

厚生労働省 2018年5月11日公表

## 概 要

### 1 第1号被保険者数(2月末現在)

第1号被保険者数は、3,484万人となっている。

### 2 要介護(要支援)認定者数(2月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、639.6万人で、うち男性が199.8万人、女性が439.8万人となっている。

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

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

### 3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、372.0万人となっている。

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

### 4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、84.6万人となっている。

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

### 5 施設サービス受給者数(現物給付12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

施設サービス受給者数は93.6万人で、うち「介護老人福祉施設」が53.2万人、「介護老人保健施設」が35.8万人、「介護療養型医療施設」が4.9万人となっている。

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

### 6 保険給付決定状況(現物給付12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、7,959億円となっている。

### （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3,764億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,259億円、施設サービス分は2,488億円となっている。

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

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

高額介護（介護予防）サービス費は174億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は4億円となっている。

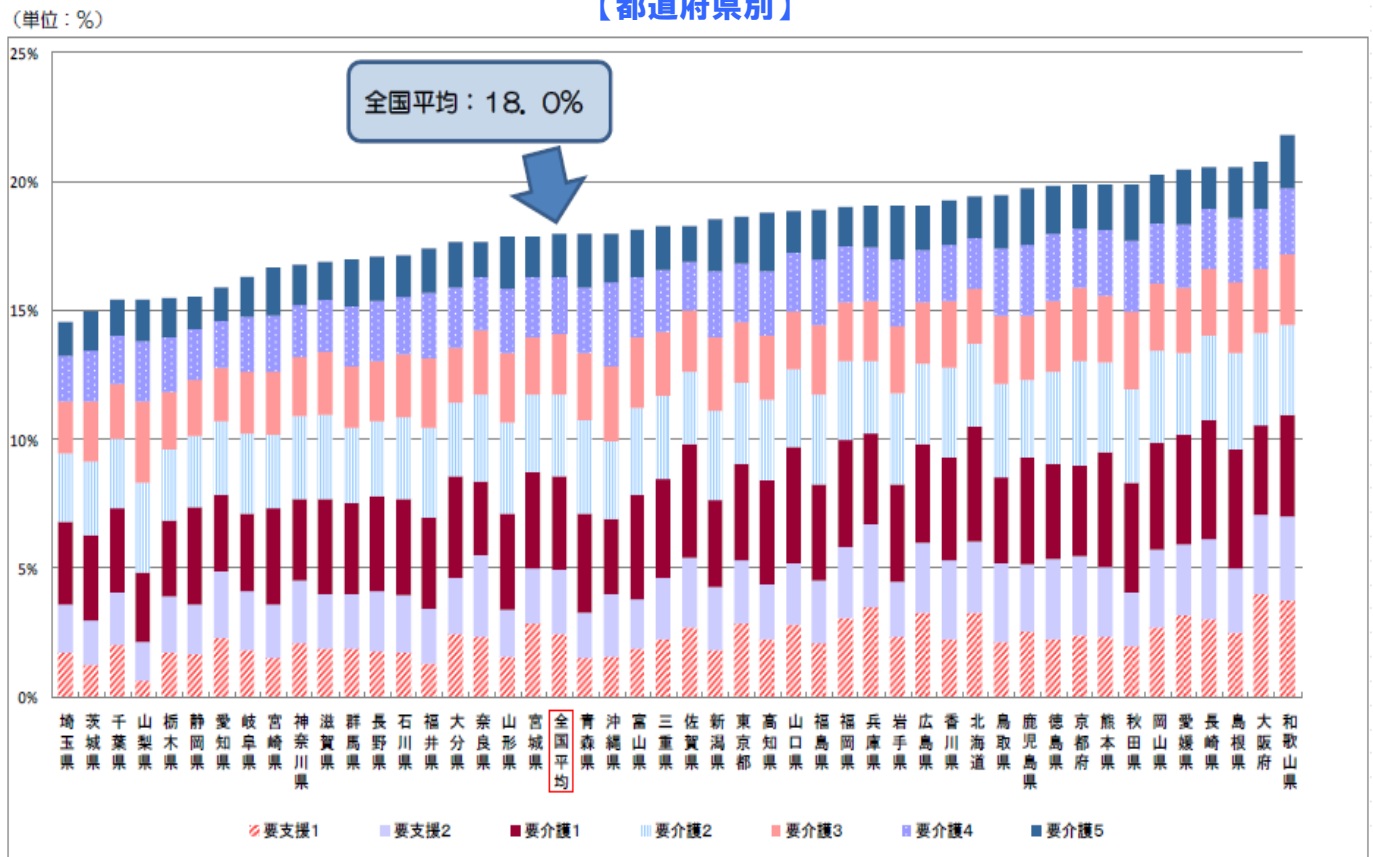
### （３）再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は270億円、うち食費分は172億円、居住費（滞在費）分は98億円となっている。

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

## 第1号被保険者一人あたり要介護（要支援）認定者割合（要支援1～要介護5）

【都道府県別】



出典：介護保険事業状況報告（平成30年2月末現在）

※ 第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である

介護保険事業状況報告（暫定）（平成30年2月分）の全文は、  
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



## 在宅医療で活かす「特定行為」 これからの医療を支える 看護師の役割

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



### ■参考文献

厚生労働省ホームページより

「特定行為に係る看護師の研修制度について」

「特定行為に係る看護師の研修制度に関するQ&A」

「未来の医療を支える『特定行為研修』」

「『特定行為』に関する看護師の研修制度が始まります」

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

# 1

## 医業経営情報レポート

# 在宅医療を支える看護師養成の仕組み

### ■ 看護師の特定行為に関する研修制度の運用始まる

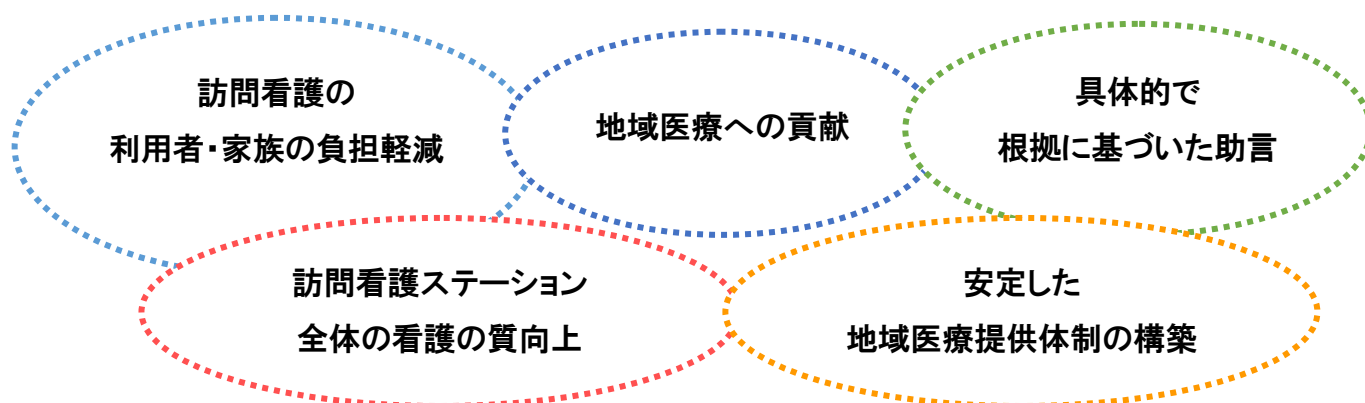
2015年10月より、保健師助産師看護師法（以下、「保助看法」）の改正に基づいて、「特定行為に係る看護師の研修制度」が開始されました。

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

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

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

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



### (1) 特定行為研修制度の創設と運用まで

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

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

# 2

## 医業経営情報レポート

# 看護師が特定行為を行うまでの流れ

### ■ 特定行為は限定列挙方式

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

#### ◆「特定行為」の考え方

- 行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があるもの



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

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

これら特定行為は、改正保助看法において限定列挙方式により定められています。

### (1)38の特定行為と21の特定行為区分

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

#### ◆参考～特定行為研修における共通科目の内容(抜粋)

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

◆診療の補助における特定行為(抜粋)

| 特定行為区分 (全 21 区分)                      | 特定行為 (全 38 行為)                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 呼吸器 (気道確保に係るもの) 関連                    | 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整                |
| 呼吸器 (人工呼吸療法に係るもの) 関連                  | 侵襲的陽圧換気の設定の変更                             |
|                                       | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更                            |
|                                       | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬投与量の調整<br>人工呼吸器からの離脱 |
| 呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連                  | 気管カニューレの交換                                |
| 循環器関連                                 | 一時的ペースメーカーの操作及び管理                         |
|                                       | 一時的ペースメーカーリードの抜去                          |
|                                       | 経皮的心肺補助装置の操作及び管理                          |
|                                       | 大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整          |
| 心嚢ドレーン管理関連                            | 心嚢ドレーンの抜去                                 |
| 胸腔ドレーン管理関連                            | 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更                   |
|                                       | 胸腔ドレーンの抜去                                 |
| 腹腔ドレーン管理関連                            | 腹腔ドレーンの抜去 (腹腔内に留置された穿刺針抜針を含む)             |
| ろう孔管理関連                               | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換           |
|                                       | 膀胱ろうカテーテルの交換                              |
| 栄養に係るカテーテル管理 (中心静脈カテーテル管理) 関連         | 中心静脈カテーテルの抜去                              |
| 栄養に係るカテーテル管理 (末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理) 関連 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入                      |
| 創傷管理関連                                | 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去               |
|                                       | 創傷に対する陰圧閉鎖療法                              |
| 創部ドレーン管理関連                            | 創部ドレーンの抜去                                 |
| 透析管理関連                                | 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析 濾過器の操作及び管理        |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連                     | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整                      |
|                                       | 脱水症状に対する輸液による補正                           |
| 感染に係る薬剤投与関連                           | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与                      |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連                     | インスリンの投与量の調整                              |
| 術後疼痛管理関連                              | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整                 |
| 循環動態に係る薬剤投与関連                         | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整                       |
|                                       | 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整             |
|                                       | 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整                          |
|                                       | 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整                  |
|                                       | 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整                          |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連                     | 抗けいれん剤の臨時の投与                              |
|                                       | 抗精神病薬の臨時の投与                               |
|                                       | 抗不安薬の臨時の投与                                |
| 皮膚損傷に係る薬剤投与関連                         | 抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整  |

# 3 医業経営情報レポート

## 外来診療と在宅医療での活用への期待

### ■「特定行為」を行う看護師の育成推進

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

### (1) 特定行為を実施する看護師育成の取り組み

特定行為研修は、厚生労働大臣が指定する指定研修機関で行われています。

病院と大学院を中心と、基礎科目と併せて、それぞれ特定行為区分を単位とする区分別科目が、講義と演習および実習によって実施されています。

特定行為研修終了後には、指定研修機関より修了証が交付され、研修修了者の名簿は厚生労働省に報告されます。

これにより、特定行為を行える知識と能力があることを確認することができます。

### ◆特定行為研修受講の概要

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

また、特定行為研修には、活用可能な支援制度が用意されています。

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

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

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

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

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:経営ビジョン達成型人事制度

## 「病院理念」「経営ビジョン」とは

当院では、病院理念は掲げていますが、  
具体的な経営ビジョンは打ち出していません。  
「経営ビジョン」とはどのようなものですか。

医療機関が円滑に人事制度改定を図るには、「病院理念」「経営ビジョン」を全職員に浸透させる必要があります。つまり、人事制度改定の前提として、「病院理念」とともに「経営ビジョン」の設定が求められるということです。

まず「病院理念」とは、「全職員が共有する共通の価値観」であり、「自院の存在意義」「経営の姿勢」「行動規範」といったものが盛り込まれます。

これに対し「経営ビジョン」とは、自院の「将来のありたい姿」を目標到達レベルと時間軸によって設定するものです。つまり、ビジョンは現状の延長ではなく、病院理念をベースとした質的かつ量的な到達点を示しています。

例えば、開設20年、一般・回復期リハ・介護のケアミックスの病棟を持つ内科系病院（病床合計160床）のケースでは、その理念として、以下の内容を掲げています。

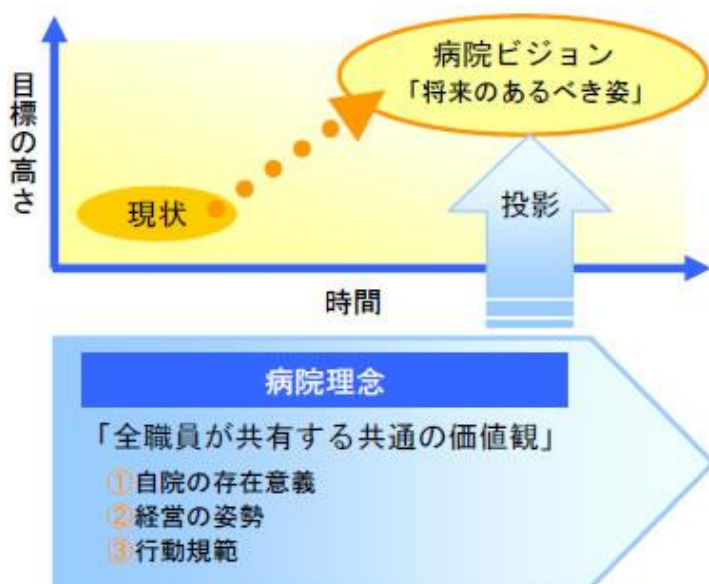
- ①医療・介護サービスを通じて、地域住民に安心・安全で健康的な生活を提供する
- ②患者様を中心とした組織的な医療・介護サービスを提供する
- ③職員がやりがいを持って仕事のできる組織風土をつくる

さらに、この理念をベースとして、

- ①成人・高齢者を対象に、亜急性期医療と介護療養機能を提供する地域基幹病院としての体制を確立する
- ②国際レベルの医療技術と患者サービスを提供できる経営管理体制、組織体制を整備する

といったビジョンを掲げ、今後病院が進むべき方向を院内外へアピールしていくのです。

### ■病院理念とビジョン



ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:経営ビジョン達成型人事制度

# 経営ビジョン達成型人事制度の構築

経営ビジョン達成型人事制度の構築を検討しています。構築の準備とプロセスについて教えてください。

## ■人事制度構築前の準備

経営ビジョン達成型人事制度を策定するポイントの一つとしては、策定前に十分な準備を行うことがあげられます。経営ビジョンや戦略を練り、職員に示すことと、経営の健全化を図るために財務指標を用いて、分析や情報公開を進めます。これにより職員との共通認識を持った上で、人事施策・方針を固めることが重要です。

### ●経営ビジョン・経営戦略の明確化

人事制度はビジョンを達成することを主な目的として策定します。従って、ビジョンを明確にし、人事制度に何を求めるのかを検討する必要があります。

### ●人事制度構築前の準備は重要

人事制度策定準備の最終段階は、これから策定に入るための施策や方針を打ち出すことです。日本の多くの企業では、終身雇用等の雇用慣行や人事制度を大きく様変わりさせているのは、周知の事実です。病院についても同様であり、今までの雇用慣行や人事制度を守ることは非常に困難です。この現状を踏まえ、将来を見据えて、人事制度をどのような方向で改革していくべきかを院内で十分議論する必要があります。

#### [経営ビジョン達成型人事制度の施策・方針の例]

- 人事制度を通じて、職員一人ひとりが経営に参加できる体制を作る
- 人事制度は、オープンで透明性のあるものにする
- 役割と肩書を結びつけ、責任の明確化を図る
- 利益創出者をコア人材として位置付け、教育、処遇を実施する
- 病院ビジョンや職員のあるべき姿を明示し、指導・遂行できる組織を作る
- 最高の医療サービスを提供し続けるために、能力開発を計画的に実施する
- 経営計画に基づき、総額人件費予算が組み立てられている
- 総額人件費を労働分配率 55%以内に収める
- 病院業績と総額人件費を連動させ、コントロールできている